

令和4年度 第7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
106	MCにおいて救命士への特定行為の医師の指示は指示した責任を伴う、つまり「質の保証」と思っておりましたが、「保障」つまり指示の責任までは問われないという事でよろしいでしょうか。	基本的には「守り高める」という意味での「保障」が適切な場合が多いと考えますが、ご指摘のとおり一部については「保証」という責任を伴うほうの「証」という字が適切な場面もあります。特に、特定行為、救急救命処置については、救急救命士法において、救急救命士は医師の指示の下に特定行為、救急救命処置を実施するというかたちになっており、指示を行う医師というのには、一定の責任があるんだろうと考えられています。指示に従って救急救命士が行うわけですから、指示をした者には、一定の責任が伴うわけです。そういった意味では、この「質の保証」という部分があると考えられるわけです。一方で、教育だとか、事後検証といった、あるいは搬送先の選定、そういう部分も含めると、どちらかという、「保障」という字の割合のほうが多いのかと考えられています。
107	院内救命士におけるMCの位置付けは、各地域のMC協議会を意味する形で、その地域のMCで特定行為等が制限される場合はありますか？	基本的には特定行為の対象だとか、どういった時にその特定行為を行うかといったものは厚生労働省が通知で示す範囲の中で、院内で独自に決めていただいているんじゃないかなと思います。ただ、いくつかの特定行為については、その実施者について、都道府県MC協議会の認定と登録があるといったところがあり、その点については一定の制限があります。
108	横田先生にお伺いします。 救急救命士を医療機関ではじめて雇用する場合に、医療安全、感染対策、チーム医療の知識や技術を習得する必要があるとのことでした。 ガイドラインには習得項目が表としてまとめられていますが、項目が多岐にわたります。 就業前研修をパッケージとして提供する研修会や、教育のためのテキストのようなものは存在するのでしょうか？	医療安全感染対策チーム医療に関しては、これから後でまた講義があると思いますが、救急救命士の皆さんの就業前にこのような研修を行う必要があるといわれています。ご指摘のように、2021年9月30日（同10月11日一部修正）に公表されたガイドラインは多岐にわたった表が記載されていますが、これはあくまで例として載っているという位置づけです。パッケージとして提供する研修会は、例えば民間救命士統括体制認定機構で、そのような研修会をこれからやろうとするような予定があると聞いています。雇用した医療機関が就業前に、さまざまな医療スタッフを検証するわけですが、その中で、救急救命士の皆さんも同じように研修を受けていただくという位置づけでいいと思います。 今、まさにおっしゃられたとおりで民間救急救命士の生涯教育にかかわる団体である民間救命士統括体制認定機構でも、このような講習の企画について検討されています。これまでも民間救急救命士のための民間認定の講習を行ってきましたが、これを受けたらガイドラインの要望している内容をすべて満たす、というよ

		うな内容をご希望されていると思いますので、そういった意味では今後、おそらくこの4月の就職をされる方などに向けて、講習会などが諸団体から実施されるのではないかと私は期待しております。完全なパッケージで、もうこの講習で大丈夫だよという講習会に関しては今検討中というのが正しい情報かもしれません。
109	院内救命士の特定行為は個々の救命士毎に可・不可を決める必要があるようですが、その可・不可を決めるのにどのような手続きや資料、根拠が求められるのでしょうか。	これも後で、おそらく田中先生から詳細な講義があると思いますが、これはどのような手続き、あるいは資料根拠というのは、先ほど私がお話した院内の救急救命士の委員会、これがその役割を担うということで、医療機関ごとで決めていくことになります。例えば、卒業したばかりの救急救命士さん、あるいは消防機関に所属していて、さまざまな経験のある救急救命士さんが、ある医療機関に雇用されたという場合は、それぞれできる救急救命処置というのが違うであろうということを院内の委員会で決定し、それを指導する医師が誰か、またそれを周知することがこの委員会に求められています。
110	院内救命士は、院内でのルールが整備されていれば薬剤・挿管ともに認定を持っていなくても行ってよいのでしょうか？	認定につきましては先ほど説明したとおり、養成課程の中ですでに座学が終わっている人たちは、必要ありません。ただし、気管挿管とビデオ喉頭鏡は実習が必要になってきますので、実習を行ったのちに都道府県メディカルコントロール協議会の認定が必要と通知の中でされていますので、消防機関で働く救急救命士であろうが、病院内で働く救急救命士であろうが、該当となりますから、ここは守らないといけないということになります。ですので、いつの時点で国家試験を受けたかということが重要になってきますので、そこを確認する必要があると思います。
111	院内救命士が、病院の所有する救急車で、医師の同乗なく現場に出場し、傷病者に対して現場での処置・車内への収容・車内での処置（病院医師と連絡をとってその指示のものと特定行為を含む）・病院への搬送を行っても良いのでしょうか。	本件に関しては、法律が改正される前から、このような救急救命士の皆さんが、病院救急車に同乗して活動していたということもありますので、これは今までどおり行える、そういう判断でよろしいと思います。
112	血糖測定の適応はJCS10以上の患者とされていると思いますが、病院内で医師の	私から説明したとおり、この適用について意識レベル等の患者さんの状態について、通知の中に記載されているものではありませんので、その時の状態によって医師の指示で実施可能ということになります。

	具体的な指示あった場合は 10 以下でも測定可能なのでしょうか？	
113	<p>院内救命士が点滴の終了・抜針を行っても良いのでしょうか。</p> <p>点滴が漏れた場合ではなく、問題なく行われている点滴の必要がなくなり、医師の指示のもと終了・抜針・止血を行う事を指しています。</p>	<p>ご質問のとおり、当初は重度傷病者に対して医師からの指示で静脈路を確保しますが、抜く段階で重度傷病者でなくなりますので抜針対応はできなくなるのが正しいと思います。そのため別の医療従事者の方に抜いていただくことが必要だろうと思います。</p>
114	<p>令和 4 年度第 1 回講習会質疑応答集で「血糖測定については、救命処置の中に含まれているので、救命処置として院内で救急救命士が行うことは可能」とあります。</p> <p>・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ついても血糖測定だけならば院内での研修、認定を経て実施可能と考えてよろしいでしょうか。</p> <p>・地域 MC のプロトコールでは、血糖測定の対象者として、JCS10 以上の意識障害がある傷病者でも膜下出血が疑われるなど刺激が不適切と考えられる場合は除外するとあります。病院所属の救急救命士については医師の直接指示下での処置実施なので、救急救命処置として実施するのであれば、特に地域 MC のプロト</p>	<p>1 番目の質問ですが、血糖測定についてはまずブドウ糖投与をすることが目的で血糖測定をやりますので、この血糖測定についてはブドウ糖投与が実施可能な救急救命士に対して実施が可能ということで認識しております。</p> <p>2 番目の質問の「JCS10 以上の」というところについては、先ほどの質問と同じということで、その患者さんの状態に対して規定はありませんから、医師から指示があれば実施可能ということでよろしいかと思います。</p> <p>私も説明がありましたとおりだと思います。平成 26 年 4 月以前に資格を取った方については、血糖測定、あるいは、そのような所定の研修が行われていないということになりますので実施は不可能です。また、院内で実施された研修・認定が、今消防機関等で行われている研修と同じ内容であるかどうかということは、都道府県 MC で判断をされると思います。したがって院内の研修を行ったから実施可能、と今日の段階で説明することはむずかしいかと思います。</p>

	コールにこだわる必要はないと考えてよろしいでしょうか。	
115	院内では現在喉頭鏡はマックグラスが主流かと思いますが、院内救命士が扱ってよい喉頭鏡にマックグラスはふくまれますか？	マックグラスは使うことができません。これは通知の中にしっかりと書かれていまして、平成 22 年度の「救急業務高度化推進委員会」の中で、チューブ誘導機能付きの物を認めるということが書かれていて、その認められた物が通知の中に書かれているということです。これは残念ながらマックグラスは使えないということになります。先ほどスライドで示した形のビデオ喉頭鏡のみ救急救命士が使うことができるということになります。
116	重症傷病でない患者の点滴路確保は、いわゆるトレーニング的確保はどうなりますか？ 点滴路確保後の採血は可能なのでしょうか？	点滴路確保後の採血は 33 項目にありませんので、残念ながら今は実施できないということになります。それから点滴路確保をトレーニング的ということで書いてありますが、これはしっかりと病院実習の中の実習として静脈路確保するというのであれば、可能と思います。救急救命士に関わる委員会の中でこれを実習ということで認めてやるということであれば、実施可能です。しかしこれを「業」としてやられることは許されていませんので、出来ないということはしっかりと認識しておく必要があるかと思います。 そのとおりですが、まずは重度傷病者ということでない方に関しては、基本的には静脈路確保は「業」としてはできないということは間違いありません。ただ、重度傷病者およびその疑われる者ということの判断は医師が行いますので、医師の判断でこの方は重度傷病者、あるいはそれが疑われる状態なので実施しなさいということになれば、これは救急救命士はトレーニングではなく、「業」として乳酸リンゲルを投与することができます。病院内の研修として実施する場合は、先ほどご説明があったように、病院実習として勤務と時間に日時を分けて行うことが重要です。勤務してる救急救命士が、例えば 1 カ月に何日は実習しなさいということが救急救命士に関わる委員会で決められていれば、研修をしている中で、医師の指示で実施することは不可能ではありません。ただ、基本はやはり重度傷病者に対して、あるいはその疑われる方に対して行うことが望ましいと思います。 田中先生、植田先生がお話しされたとおりだと思います。ただ、トレーニングというような位置づけの場合には、これは当該傷病者、あるいは家族の承諾書があるということが前提になると思います。
117	救命士の特定行為について	先ほど説明したとおり、厚生労働大臣の指定する薬剤は乳酸リンゲル液のみとなっております、生理食塩

	院内救命士は、常に医師の指示のもと、実践できるため、仮に生理食塩水 500ml での静脈路確保の指示があれば、可能でしょうか？仮に院内の医療安全委員会で承認を貰えば可能でしょうか？	液は該当しませんので、病院の中で取り決めをしてもこれは実施は不可能ということになります。
118	マックグラスの使用について、院内救命士に通常の喉頭鏡として使用させ、ビデオ機能は医師が確認するという形で使用するのには可能でしょうか？ マックグラスを院内救命士に通常の喉頭鏡として使用させ、ビデオ機能は医師が確認するという事であれば問題ないでしょうか。	マックグラスについて、厚生労働省は、救急救命士は使用できないと回答していると聞いています。このような使い方であっても同様と考えますが、厚生労働省にも確認して、改めて別のかたちでお答えできればと思っております。 【厚生労働省の回答】 チューブ誘導機能付きでないビデオ喉頭鏡については、救急救命士は使用することができません。
119	トレーニングというと”業務”と言葉の折り合いが悪いと考えます。	ご意見いただきありがとうございます。
120	S-QUE 研究会で院内救命士における、医療安全/感染対策/チーム医療の研修（ウェブ上）と研修修了書が発行されましたが、この研修で3項目の研修終了と考えていましたが、ご存じでしょうか？	S-QUE 研究会そのものが対象としているのは基本的に看護師さんたちです。研究会ができたのは、もうすでに20年以上前で、私もこの研究会の設立に関与しました。この院内救命士という議論がまったくない頃なので、「この研修で研修終了と考えていましたがよろしいか、または知ってるか」という話になれば、基本的に医療安全と感染対策とチーム医療についての基本的な骨格は同様ですので「その研修を受講すれば研修終了か」といわれるとそういう訳には行きません。これを参考にして、看護師さんたちと一緒に勉強するという話があれば、それはそれでよろしいんじゃないかなと思う次第です。 内容的な問題についての確認というのがありますが、実は、いろいろな研修を民間会社が行っていて、それを全日本病院協会が委託してやっている部分もありますので、ぜひホームページで確認していただいて、院

		<p>内研修としての扱いになってるかどうかということを確認していただいたほうがよろしいかと思います。すでに講義の中でお話ししているように、あくまでも院内救命士についてはそれぞれの雇用病院で、事前に院内研修をやることになっておりますので、その研修の要素となっているかどうか併せてご確認いただきたいと思います。</p>
121	<p>現在のテーマは、「新しい職業・就業形態を作り、ともに働く仲間を増やす」と理解しています。</p> <p>狭義の救急業務・特定行為については、院内 MC でも一定可能かと思いますが、医療機関の特性や地域の役割分担のようなことについては、院内 MC や教育では不都合があり、従来の消防行政の救命士と相補的なオンジョブ・オフジョブを作っていく方針の途上にあるとなってほしいと思います。</p>	<p>このようなご意見をいただいていることを皆さんにご報告させていただきます。</p>
122	<p>院内救命士が病院救急車で医師の同乗なく現場に出場し包括指示・電話による直接指示、の特定行為を行うのは可能とのお話でしたが、それが院内に入った場合は包括指示・院内電話による指示は不可となり、医師が直接脇にいないとできない、ということでしょうか。ER 内にいる医師の PHS や無線等による指示でもダメでしょうか。確認の質問で恐縮です。</p>	<p>医療機関内に雇用されている救急救命士が、病院救急車で現場に行って傷病者を診た時に医師からの指示を受けるような場合には、通常の MC で使用されているように電話による指示、あるいは特定行為の指示を受けて実施が可能だと思います。その方々が院内に入った時には、ER でいわゆる外来部門における処置というのは実施可能ですので、医師が直接「重度傷病者だね」ということで指示を出していただくということが必要になります。ですので、医師の PHS や無線等の指示でどうかというご質問ではありますが、堅苦しくて申し訳ございませんが、やはり医師が現場にいて、また重度傷病者であることを確認して指示を出していただくことが必要でしょう。院内の指示を PHS や無線ではどうかといわれますと、これは今のところ不可能だろうと考えております。</p> <p>【厚生労働省の回答】</p> <p>医師から救急救命士に対する指示の考え方は、他の医療関係職種に対するものと変わるものではありません</p>

		<p>ん。</p> <p>救急救命処置の対象が重度傷病者に限定されていることや、特定行為には具体的指示が必要であることに留意し、適切に運用ください。</p>
123	<p>院内委員会で包括指示を規定してもよろしいのでしょうか。</p>	<p>院内の救急救命士に関わる委員会で、直接的指示の複数を1つの指示にする包括化は可能と思います。例えば、血圧を測りなさい、今骨折してるので固定しなさい、心電図を取りなさいは可能でしょう。あるいは、出血してるので少し止血をしなさい、というようなことで、3つ、4つの救急救命処置を包括化するというのであれば、それは医師の指示を1つでもらうということは可能だろうと思います。ただ、質問の内容は、院内委員会でこの処置と処置は包括指示化されていますので、自動的にやってよろしいですよということは、先ほどの話でいけば、まずは重度傷病者であることを医師が確認をしていただいて、その指示でこの実施をするというようになりますので、包括化という概念が変わってくるのではないかと思います。このような理由であまり院内では包括ということにすると少しわかりにくくなってしまいますので重度傷病者、あるいはその疑いがある方は医師が判断をして、複数の救命救急処置を同時に指示を出すということは可能だろうと思います。ただ、医師が見ていないところで勝手に血圧を測り、あるいは何々してというのは直接指示が出てないということになりますので、これは避けていただいたほうがよろしいと思います。</p>
124	<p>救急医療の需要の増大および医療スタッフ不足から院内救急救命士の活躍が望まれるところであり、現時点では院内ではすべての処置に対して直接的指示が必要とのことですが、将来的に包括的指示になっていく可能性があるのでしょうか？</p>	<p>この医療スタッフ不足から救急救命士を活用されるということが望まれるというのは大変素晴らしい点だと思います。確かに、この研修会をやっておりましても、多くの先生から院内救命士はなかなか使いづらい、あるいは指示の仕方が非常に複雑ではないかというようなことを指摘いただきます。現時点では今私が説明するとおりでありますので、すべての処置に対して直接的指示が必要という回答になりますが、将来的に例えばこのようなことに関して、学会や医療団体、医師会等を通じて、先生方が医師のタスクシフトを推進するためには、このようなことを実施できるようにしたほうがよいでしょう。共同で声を上げていただいて、意見として学会から申し入れるようプロセスが今後必要なのではないかと考えています。これはあくまでも個人としての意見でございますが、ぜひそういうことに声を上げていただくということが必要ではないかと私は思っております。</p> <p>【厚生労働省の回答】</p> <p>医師から救急救命士に対する指示の考え方は、他の医療関係職種に対するものと変わるものではありません</p>

		<p>ん。</p> <p>救急救命処置の対象が重度傷病者に限定されていることや、特定行為には具体的指示が必要であることに留意し、適切に運用ください。</p>
125	<p>最後のスライドありがたいです。</p> <p>委員会について当初は医師の役割が大きくなるのは、救命士制度の超初期と同じ。でも、一職種なので、院内の救命士として（ほかの職種同様）、職務教育を指導監督できる院内救命士ができていってほしいと思います。</p>	<p>大変前向きなご質問ありがとうございます。おっしゃるとおりで本当に救急救命士は医療従事者として、医療機関内でよちよち歩きを始めたところだと思います。これをどう育てていくかということが非常に重要でありまして、この救急救命士の制度も、消防機関では一般の救急救命士・認定の救急救命士、そして指導救命士という院内のラダー教育や指導救命士の制度ができてきておりますので、医療機関内でも、今後は認定資格がきちんと明確化されて、さらに指導救命士という制度が高まっていく必要があると思います。今日はわたくしこの ODPEC としての発言をさせていただいてますが、私の出身母体であります民間救命士統括体制認定機構では、当初から認定救命士というのを民間の方々に勤めております。さらに今後は指導救命士ということで、院内で指導できる方々も認定をする制度をとというようなことを現在検討して、今年中になんとか進めて行きたいと考えているところでございます。そのようなものを活用いただいて、やはり院内の救急救命士は医師や看護師と同じように、生涯教育を自ら選んで、それを高めていき、そして職域を広げていっていただきたいなと考えております。</p>
126	<p>救命士養成課程や養成学校も、従来は消防行政の立ち位置で教育してこられたと感じます。活動の場所が変わっていくことについて、今後なんらかの変化を予定されているのでしょうか。病院に来てからなののでしょうか？</p>	<p>救急救命士の養成課程・養成学校について、病院内の仕組みであるとか、病院内のことを教科としてあげるということは今のところほとんどないと思います。それを学ぶ場所というのが、今のところは病院実習がほとんどになると思うのですが、このように法律が改正されて、救急救命士の活躍の場がちょうど拡大されましたので、おそらく、今後養成課程であったり、養成学校のほうでも、病院についての教科・科目が増えていくのかなと個人的には思っております。</p> <p>この質問は、救急救命士の国家試験の出題基準にかかわってくる状況かと思っています。今すぐに出題基準が変わるとは聞いていませんが、病院や診療所に勤務する救急救命士の皆さんが、それぞれ活躍して、あるいはその活躍の場が広がって、どんどん増えてくるような状況になった場合に、先ほど話したような医療機関に勤務する立ち位置としての医療機関内での医療安全、あるいはチーム医療・感染対策というようなところを、国家試験の出題項目として位置づけられる可能性はあると思っています。ただ、現在ではすぐに出版基準が変更されるとは伺っていないので、今後の問題なのかなと思っています。</p>

127	<p>特定行為の実施における教育として、救命士取得年による未修得の教育に関しては、院内での研修計画を立てること、それを認定する委員会、さらに地域でのMCでの承認という流れを通過することで実践できるようになるという認識で良いでしょうか？</p>	<p>そのようになると思います。例えば、薬剤投与だと平成17年、ブドウ糖投与ですと平成26年、それ以前に資格を取得した救急救命士の皆さんは、その認定を都道府県でまだもらってないという救急救命士さんがいる可能性があるわけです。そのような場合には、院内で研修をして、院内の委員会でそれを認め、かつその都道府県MCの認定が必要になります。</p>
128	<p>院内救命士の実践トレーニングにあたっては、研修期間という位置付けであれば、ショックと伴う患者以外でも静脈路確保の実践を行なっても良いという認識で良いでしょうか？</p>	<p>先ほどこのような説明をさせていただいたと思いますが、院内救命士の勤務時間ではなくて、明確に研修というカタチで、例えば、よその病院に研修に行くみたいなイメージで、自分の病院の中でももちろんそれができるわけですから、自分の病院の中で研修する時間を明確に作ったうえで、業務と別にトレーニングをするということにしてあげれば、医師の指示で静脈路確保とか、その他認定を受けてない項目にあっても、実施することは可能といわれています。また、使用する薬剤等に関しましても、医師の指示があれば、その医師の指示に従って実施することができると伺っておりますので、あまり気管挿管の経験のない人に挿管をさせることは、あまり好ましいことではありません。しかし一部の医療機関では指導医師の責任において研修時に気管挿管しなさいという指示をくださる方もおられると聞いておりますが、それも研修の一環で、しかも救急救命士がしっかり将来、そのことを「業」として実施するという意味であれば、実施は不可能ではないと思います。</p>