

【令和4年度】第2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
43	<p>病院で救命士挿管の指導をしているものです。 現在挿管においてビデオ付きデバイスが数多くある中で、喉頭鏡30症例に限定する理由は？ 誤嚥、誤挿管などのリスクを踏まえるとビデオ付きデバイスで30症例とかでもいいのではないかと感じています。 研修医指導もしているが喉頭鏡30症例やっただけで臨床でできるとは到底思えないと感じ、いつも研修を引き受けています。</p>	<p>平成16年3月23日医政局指導課長通知「救急救命士の気管内チューブによる気道確保の実施のための講習及び実習要領について」の別紙第二において、実習についてお示ししております。記載の内容はあくまで原則として満たすべき条件であり、内容については都道府県MC協議会又は地域MC協議会と十分協議することと記載されております。実習内容についても、30例以上実施、とありますので、使用する機材や症例数については、実習受け入れ施設の長と、都道府県MC協議会又は地域MC協議会で十分に協議いただくようお願いいたします。</p>

横田先生、田邊先生にご質問があります。気管挿管は都道府県メディカルコントロール協議会への登録や承認が必要とのことでした。昨年ガイドラインに記載されていたため、東京都メディカルコントロール協議会に連絡しましたが、病院前の活動を担保する協議会であり病院内における活動の担保は範疇ではない、といった内容の返答でした。新卒で病院救急救命士となった場合、気管挿管を行う方法はあるのでしょうか？もう一つの質問として、「乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保及び輸液」は、最近卒業している救急救命士であれば、院内の規定で行ってよいのでしょうか？よろしくお願いいたします。

東京都メディカルコントロール協議会は私（横田裕行）もかかわっていますが、昨年の段階ではこのような回答だったと思います。現時点では、このようなお問い合わせが多々ありますので、すでに認定をする体制づくりというのは始まっています。

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対するブドウ糖液投与については、その実施に当たり、**追加前の資格取得者**に関しては、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「**追加前の資格取得者**」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。

45	<p>重度傷病者の考え方は、指を切ったなども悪化する恐れがあればという読み方は、救急救命士法の趣旨からすると広すぎるように思いますが、厚生労働省もそのような読み方でよいという方針なのでしょうか？</p>	<p>重度傷病者というのは、救急救命士法の第2条に記載がされています。症状が著しく悪化するおそれがあり、もしくはその生命が危険な状態にある傷病者をすべて傷病者と呼んでいるわけです。仮にこのようなケースでその指導する医師が出血性ショックで命が危ういということになれば、これは、「重度傷病者」と判断するということになると思います。指導の医師がそのように判断した場合には、救急救命処置ができるということになりますけれども指導する医師がそうではないと言った場合には、救急救命処置はできない、という解釈になろうかと思いません。</p>
46	<p>重症低血糖においては、ブドウ糖静脈注射よりもグルカゴン点鼻噴霧薬（商品名バクスミー、保険診療で処方可）が優先されますが、現場の救急救命士には周知されていますでしょうか？</p>	<p>これはいずれにしてもいわゆる33項目の中に記載されていないので、周知されているかどうかは別として、救急救命処置としてはできません。周知されていますかといった点については、消防の救急救命士が現場に行ったときに、傷病者自身がバクスミーを使ったという事例に出会う可能性がありますので、消防庁から各消防本部にバクスミーについて周知する通知がなされています。ただ、個々の救急救命士がそれをしっかり理解しているかはわかりません。参考：「医薬品情報の周知について（情報提供）」 (https://onl.tw/2x6bhHG)</p>

47	<p>「【教材 2】救急救命処置の実施」に関する問い合わせ」以前、院内救急救命士に関する会で、田中秀治先生から包括的指示とはクリニカルパスのようなものであり、事前指示書等を作成すれば直接的指示は不要とありましたがその件はどうなったのでしょうか？私の解釈の間違えでしょうか？その件を聞いて当院ではそのように実施しているのですが、誤りでしょうか？</p>	<p>まず整理をしていかなければならないのですが、都道府県 MC に届け入れて認定を受けるべき処置は気管挿管・薬剤投与・拡大 2 行為などの特定行為処置です。一方で、33 項目の救急救命処置のうちを除くどの処置を行うかは各医療機関の中の救急救命士に係る委員会でご検討いただくことが必要です。</p> <p>ただし、病院内の処置は医師により、対象が重度傷病者であることを確認し直接指示を行うことが重要です。医師の直接指示で救急救命士に、このようなことを実施してほしいということを指示していただく必要があります、ぜひその点を間違いないようにさせていただきたいと思います。包括的指示であれば、全部がオートマチックにこのようにやってよろしい、ということではありません。もし私（田中秀治）がそのような説明をして誤解を与えたとすれば、この場で修正させていただきたいと思います。</p>
48	<p>33 の救急救命処置（口腔内吸引や血圧測定など）は、病院内では全て医師の具体的指示が必要で、包括的指示では施行してはいけない、ことということによいでしょうか</p>	<p>救急救命士の処置の対象は、重度傷病者あるいは重度傷病者が強く疑われる状態です。医師がこのことをまず判断をするということが必要になります。その判断ののちに、その日の担当救急救命士が救急救命処置を行うという手順がよろしいのではないかなと思っております。（田中秀治）</p> <p>上記のとおりです。そもそも「包括的指示」と「具体的指示」というのは、「病院前」でその場に医師がいないという前提で使われている言葉です。一方、病院に勤務する救急救命士は、先ほど田中先生もおっしゃったように近くに指示する医師がいるということで、「具体的指示」や「包括的指示」という言葉を使わないで「直接的指示」という言葉を使うようにしていますので、「包括的指示」「具体的指示」は、病院に勤務する救急救命士の皆さんに関しては、あまり区別しないと思います。</p>
49	<p>再度の質問ですいません。ガイドラインに、以下の記載があります。</p> <p>また、救急救命処置として追加された行為である</p>	<p>質問のとおり、昨年 9 月末に出されたガイドラインには、これらの特定行為を行う場合には、都道府県 MC 協議会で認定をうけることと書かれています。従来は、救急救命士は消防機関にのみ存在していましたが、現在は病院や自衛隊・海上保安庁・警察・民間機関などにも多くなっており、職域に関係なく認定資格は都道府県 MC 協議会で認定されることになりました。</p>

- ・心肺機能停止患者に対する薬剤(エピネフリン)投与
- ・心肺機能停止前の重度傷病者に対する、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へのブドウ糖溶液の投与についてはその実施に当たり、追加前の資格取得者に関しては、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。

と記載してあります。

この処置が追加された以前に救命士となった人達は MC 協議会の認定が必要、この処置が追加された以降に大学や専門学校で教育を受けた救急救命士たちは、MC 協議会の認定を受ける必要はなく、院内の規定で施行できると考えておりました。

解釈は合っているのでしょうか、まちがっているのでしょうか？ よろしく願いいたします。

ただし、この対応となるのは、特定行為が追加される以前に救急救命士養成課程を修了し、国家資格を取得された人です。例えばエピネフリンや気管挿管の認定が都道府県 MC で認定開始される前の国家試験合格者で、気管挿管では平成 16 年以前、や薬剤投与では平成 18 年以前、拡大 2 行為では平成 26 年以前の方々が対象となります。

救急救命士養成施設において、処置が追加された以降に大学や専門学校、養成所などで教育を受け国家資格を取得した救急救命士は、MC 協議会の認定を受ける必要はありません。院内の救急救命士に係る委員会で規定をつくり施行できると解釈されます。

委員会の役割の 1 つとして説明をさせていただいたように、まずは対象となる救急救命士が申請が必要か否かを判断されそののちに、講習を受けていなければ、講習を受講し修了証などの必要書類を用意し、都道府県 MC 協議会のほうに申請をすることを考えてください。

病院前のことを想定してご質問いただいたと思いますが、病院に勤務する救急救命士の皆さんは、院内での委員会での確認を前提に、必要に応じて申請・都道府県 MC で認定すると、このような手続きですので、ご理解いただければ幸いです。

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対するブドウ糖液投与については、その実施に当たり、**追加前の資格取得者**に関しては、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「**追加前の資格取得者**」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。

50

①輸液は乳酸リンゲル液のみで規定されていますが、病院ではそれ以外の輸液を使用することのほうが多数と思われますが、今後乳酸リンゲル液のみの規定は協議・検討されるのでしょうか？

現時点ではおっしゃるように乳酸リンゲル液のみに限定されています。ただ、これはさまざまところで、その問題点に関して、指摘されているところなので、おそらく協議・検討される機会があるのではないかと考えています。ただ、そのためには、皆さんのような医療施設、あるいは学会等からの働きかけというのが重要になってくるのかと思います。

51	<p>②輸液にリンクする事項で採血・抜針などは傷病者対応に当たり前のことですが、このような手技などは33行為にありませんがどのように考えて行くとよいでしょうか？</p>	<p>採血・抜針に関しても33項目には記載がされていません。現時点ではできないということです。例えば、医師が採血をするときに、補助をする、採血した検体を運ぶのは、医療行為とはみなされていませんので、できます。</p> <p>一つは採血について医師が行っているといったところもありますが、採取後の検体は救急救命士であっても、あるいはそれ以外の方が扱っても構いません。自分で穿刺をして、それがうまくいかなくて、それを抜針するというのは当然その一連の静脈路確保のながれの行為として実施することは問題ないのであろう、うまくいかなくて、抜いてしまうということです、そこは今の枠組みの中でも可能ではないかと思います。</p> <p>輸液路を確保しようと穿刺をして、確保できなかつたら抜針をすることは現在も行われています。しかし、輸液路を確保したこの輸液路がもう必要ないから抜針ということはできません。そもそも、重度傷病者ではそのようなことがないということも前提になります。</p>
----	--	--

52	<p>アドレナリン投与について質問です。 すみません。先ほど聞きそびれました、救急救命処置に関する質問です。 病院の救急外来等で、心肺停止状態の傷病者への蘇生処置を行っている際、病院救命士以外のもの(医師・看護師等)が行った静脈路確保のラインを使用して、病院救命士が医師の具体的指示によりアドレナリン投与を行うことは認められるでしょうか？ この場合、静脈路確保に使用している薬剤が乳酸リンゲルか、他の薬剤（生食など）なのかにより、アドレナリン投与の可否に違いがあるのでしょうか？ ご教示をよろしくお願いいたします。</p>	<p>他の医師や看護師が行った静脈路確保から、都道府県 MC 協議会の認定を受けている病院救命士が薬剤投与を行うということはできるのかとの質問ですね。すでに確立された静脈路として医療機関の中で使われているものですので、それに対して医師の指示によってアドレナリン投与は可能と思います。また、その薬剤が乳酸リンゲル以外のものであっても、アドレナリンを投与するということに関しては、変わりはありませんので、投与は可能と思います。ただし、植田先生から講義中にお話があったように、救急救命士が投与できるアドレナリンというのは、いわゆるアドレナリン投与ではプレフィルド型の薬剤が中心となってきますが、ほかの剤型でも投与は可能と考えられます。</p>
53	<p>2点、ご確認させてください。 今後の展望（調整・調和の後で）で、外来での心肺停止時に、“医師がそばにいても”、認定をうけた挿管可能な院内救命士に挿管する指示を出してもよいことになるだろうという理解でよろしいでしょうか？（医師が行うべきとのご意見もございますでしょうか？） また、今回の法改正では、触れられていなかったと思うのですが、自病院からの転院搬送時の急変時に対しては、特定行為処置（5項目）は行ってはいけないとの理解でよろしいでしょうか？</p>	<p>一番目の質問ですが、外来での心停止患者に際し、医師がそばにいて、気管挿管認定を受けた救急救命士に指示を出して特定行為を実施させるということは、実施可能だろうと思います。 これも必要な講習と実技実習を終えたうえで修了証を提出し都道府県 MC での認定という作業が済んだうえで、という前提がありますが、実施可能だろうと思います。ただ、医師がやったほうがよりよい、あるいはその医師の判断で救急救命士ではなくて医師がやったほうがいい、そのような判断も含めて、医師がその指示を行うべきだろうと、思っております。</p>

54	<p>病院内で救命士業務を開始するためには、就業前の研修の受講、新人研修、院内 MC による確認と認証、が前提という解釈で良いでしょうか？</p>	<p>医療機関に勤務する救急救命士が医療機関内で救急救命処置を実施するためには、厚生労働省令で定める事項に関する研修を受けなければならないと救急救命士法 44 条 3 項に記載されています。具体的には、医療安全、感染対策、チーム医療などの就業前の研修を受講することが救急救命士法施行規則第 24 条や「医療機関に勤務する救急救命士の救急救命処置実施についてのガイドライン」に記載されています。これらの研修を受けなければ、救急救命処置は実施できません。その他の新人研修につきましては、各医療機関でのそれぞれのルールに従うものかと思えます。院内のメディカルコントロール委員会がこれらの必須の研修と各医療機関でのそれぞれのルールを踏まえて、必要な研修体制を定め、受講の確認と認証を行うのがよいかと思えます。</p>
55	<p>今話を聞くと採血後の医師から受けとった採血を分注することもして良いということですか？</p>	<p>採血後の血液分注ということは、医行為には該当しないと思えます。採血というのも、針を刺して血液をとるという一連の行為が、該当しますので、採血をされたものの検体を分けていくという作業に関しては医行為ではありませんので、実施することは可能と思えます。</p>
56	<p>抜針について、死亡確認後のご遺体からの抜針は可能ですか。</p>	<p>亡くなった後というのは、処置に関しては医行為という位置づけにはならないと思えますので、亡くなってから、死亡確認してからのご遺体からの抜針というのは可能ではないかと思えます。</p>
57	<p>病院によってはプレフィルドシリンジを採用していない場合もありうると思えますが、アンプルカットをして、薬剤をシリンジに充填する行為は研修すれば可能でしょうか？</p>	<p>植田先生が講義で説明をされていますが、アンプルカットをして薬剤をシリンジから吸引するというところは、現在の救急救命士の教育の中では実施されてはいませんが、方法としてアドレナリンを投与する際に実施してはいけないとは記載されていません。したがって、院内の救急救命士に係る委員会の中でしっかり検討をして、教育されれば実施していただくことは可能と思えます。</p>
58	<p>2つ質問です。不勉強で恐縮ですが、12 誘導心電図は、救急救命処置の心電計、心電図に含まれますか？もし、含まれないとすれば、救急救命処置以外の業務として行うことはできますでしょうか。 もう一つ、自動体外式除細動モード以外での除細動は、医師が波形を確認後にショックのボタンを押すことも含めて行うことはできないでしょうか。</p>	<p>1つ目については、心電図に含まれているというかたちでの理解でよろしいかと思えます。 2つ目のものについても、自動式体外除細動モードでの実施が救急救命措置の前提になっていますので、それ以外のモードでの使用は、救急救命処置の範囲外ということだと思います。</p>