

令和4年度 第8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
129	救急救命処置録に関して、救急外来等で救急処置を行った際に、看護師は経時記録として記録を残していますが、そこに一緒に記載する形ではだめでしょうか？	<p>こちらは可能です。わかるように救急救命処置録として同じようなところに残しておいていただければよろしいかと思えます。署名やサインを含めて救急救命士がやったということがわかるようにしっかりと記載をしてください。</p> <p>医療機関それぞれで、救急救命士の救急救命処置実施のための委員会を立ち上げられていると思えますので、そこで各機関での救急救命士の救急救命処置録の記録方法について決めておくとういかに思えます。</p>
130	講義内容からは薬剤の分配、分量の調節は院内救命士は医師の指導の下、習得できれば指示可能ということで良いのでしょうか。	<p>薬剤の分注等は、できないので、そこは注意が必要かと思えます。プレフィルドシリンジが推奨されていますので、できるだけそのような物を使うほうがより安全かなと思えます。</p>
131	救急救命処置のショック時の輸液ですが、具体的にどのような手順で行うのでしょうか？	<p>適用の患者さんに対して、ショック時には静脈路確保から乳酸リンゲル液の点滴という形でできるわけなので、通常の手順で大丈夫かと思えます。ただ、そのショック時の状態については、どのような対応するかというところを救急救命士に関する委員会で事前に決めておく必要があるかと思えます。</p> <p>具体的な手順をお示します。患者さんが運ばれてきます。顔色が悪い。ショック状態ではないかと想定されます。血圧を測り血圧が低く、冷や汗をかいてる。ショックであることを医師が判断をして重度傷病者であることを確認し、ショック輸液の適用であるということ救急救命士に指示を出します。それは、ショック輸液を行ってください、乳酸リンゲルを右腕から確保してくださいというような指示を出されるのではないかと思います。指示を受けた救急救命士はラインをセットし、あるいは静脈路確保して輸液をつなぐということになってくると思います。また、必ず輸液が終了した後、血圧が上昇しているかといったことを確認し記録することが必要です。ショックの回復をした後に、もう重度傷病者ではなくなった際に抜針してよいのかという質問が過去にもございました。状態が重度傷病者でなくなった場合には、抜針は、救急救命処置としては実施はできないと考えられています。</p>

132	<p>先程、ショック時の輸液の質問をした者です。</p> <p>ご回答頂きありがとうございます。手順としては理解しておりますが、救急患者の診療全体としての手順に関して教えて頂けると助けになります。通常ショックであれば、pH や乳酸値を早期に確認し輸液基材を選択していきたいと考えます。そうしますとショックの患者に対してまずは救命士が乳酸リングルでルートをとった後、看護師に交代して血ガスと採血をしてもらい、ガスの結果が出たら酢酸リングルに基材をかえる、等の方法をとる必要があるということでしょうか？</p>	<p>ご指摘のとおりでございます。まずは救急救命士が出来ますのはショックに対する輸液で、輸液製剤は乳酸リングルというのが基本となります。ただ、救急救命士の後に看護師さんが輸液製剤を変えたり、あるいは医師が血液ガスの結果、酢酸リングルに変えるということは、これは救急救命士が行う処置ではなくて、すでにその段階で看護師さんが行う処置となります。あるいは、医師がやる処置となります。逆がありまして、看護師さんが静脈路確保したところに、救急救命士がいて、酢酸リングルを添加するという事とか、救急救命士が取ったルートに酢酸リングルを取るということはできないだろうと考えられますので、ご注意くださいと思います。</p>
133	<p>吸引について伺います。</p> <p>吸引についてですが、鼻腔内からの吸引は可能でしょうか？その場合、鼻腔内のみなのか鼻腔から喉頭付近までチューブを挿入してもよろしいでしょうか？</p>	<p>この吸引に関しましても、救急救命士が許されている吸引というのは口腔内、そして気管挿管をした時に気管チューブ内の吸引が可能です。鼻腔内は厚生労働省にも確認をしたのですが、救急救命処置には記載されていないのでできないことになります。口腔内や咽頭喉頭あたりに唾液や異物や出血等があった場合には、当然口から吸引することは可能だろうと思います。また、気管挿管をした際にチューブ内に痰が絡んでいるような時は、チューブを出ない程度に気管内チューブへの吸引は可能です。</p>
134	<p>自院に既に入院中の患者を、他院へ転院搬送する際に、病院車を用いて院内救急救命士が同乗して搬送するとします。この車内で救急救命処置を必要とする緊急事態が発生した場合、院内救命士がそれを実施することは可能でしょうか。医師が同乗していれば直接指示が得られ、同乗しない場合は常時自院の医師と通信が取れる環境であるとして。あるいは、この場合で医師同乗がなければ 28 項目については包括指示で可能でしょうか。</p> <p>質問の意図ですが、転院搬送させようとする患者は既に自院へ入院しているため、そもそも救急救命士法で定める救急救命士の活動の場の対象外ではないかとの懸念があることです。</p>	<p>この質問も今まで多くいただきましたが、病院救急車で転院搬送ということは、今回の法律の改正前から行われていたわけです。ご質問の状況というのは、まさにその法律改正前の状況、すなわち救急車内での活動ですので、これは今までどおりできるという判断でよろしいと思います。それが仮に入院している患者さんが他院への転院搬送の時に、たまたまその時に状態が悪くなって重度傷病者と判断された場合には、医師と連絡をとりつつ、医師の指示、指導の下に包括的指示、あるいは、具体的指示の救急救命処置ができると、このような解釈でよろしいと思います。</p> <p>今、横田先生がお答えになったとおりです。搬送中に重度傷病者になったということになれば、当然重度傷病者に対しての指示ができます。一つ追加させていただきたいのは、院内と院外というのは少し違って、院内はすぐ横に医師がいますから直接指示ができます。ですからプロトコールとかは必要ありません。ところが院外で活動する場合には、プロトコールをある程度作っておいていただいたほうがよいと思います。心停止になったらこういう処置を実施すること、あるいは、これとこれとこれは包括的指示なので実施してかま</p>

		われないというような普段の消防機関の救急救命士と同じようなプロトコールを院外用にご準備いただいたほうが間違いがないと思います。
135	タスクシフトとして、救急外来における夜間血液検査業務を看護師が行っていますが、血液検査業務（機械にいれて、検査結果を台紙にはる）もおこなってもらってもよいのでしょうか。	これに関しては、私が最後のところで話をしたように、医行為以外のこの処置に関しては院内で、機械の操作ですからそれを的確に操作できる必要があると思いますが、そのような研修を行ったのちに、救急救命士に関する委員会で決めていただければ、実施することは可能だろうと思います。
136	挿管認定について、MC 協議会の指定する救命士が実習の対象となると、理解していますが。 病院の場合は、その救命士が勤務する病院の MC 協議会で指定する救命士でよいのでしょうか？ また、その場合の実習内容は病院単位で決定すればよいのでしょうか？	この気管挿管については、各都道府県のメディカルコントロール協議会で認定をしていただく必要があるかと思います。どのような実習内容・実技内容で認めていただけるかというところをまずは都道府県 MC 講義会に確認していただいて、それに合う内容をしっかりと網羅する必要があるかと思います。  病院の場合はその救急救命士が勤務する病院の MC 協議会で指定する救急救命士でよいのでしょうか、という問い合わせですが、先ほど私が冒頭で言ったように、「病院 MC」と言ってしまうと、「都道府県 MC」や「地域 MC」との区別がわからなくなってしまいますので、病院内の救急救命士に関わる委員会と表現したほうがよいと思います。具体的にその内容を決めていかどうかということに関しても、こここのところはなかなかむずかしい問題だと思っています。ただし、今救急救命士でこのような認定が出ておりますのは、消防機関における救急救命士の講習の内容が出ておりますので、おそらくそれに準拠する内容になるのではないかと思います。最終的にはこれは都道府県 MC にまずは確認をしていただく必要があると思います。
137	救命救急士のフィードバックは医師の指示等とありましたが、救急の看護師（実施指導者）がフィードバックするようなことがあってもよろしいのでしょうか。	当然ながら指示を出した医師へ処置の成否を報告するのは救急救命士報告といわれ必要なものです。他方、医療機関では、処置がうまくできた／できない、また、間違っていた処置を行えばフィードバックするというのが原則であると思います。例えばその先生が何かで手術に入ってしまったとか、どうしても物理的にフィードバックができない時は、そこに同席していた医師等がフィードバックする方法があると思います。また、この指示と違って事後のフィードバックということに関しては、例えば、こういうふうな針の持ち方が違うんじゃないかとか、針の方向が違うんじゃないか、というようなフィードバック、看護師さんからの意見をいただいて救急救命士の技能の改善に結びつけていければいいと思っています。救急救命士の処置も指示を出した者に対して、実施できましたという救急救

		命士報告が必要になります。それと別に実施していただいて、それ以外のいわゆる技術的なフィードバックを、他の医師や看護師が行うのは一向に構わないと思います。
138	アクシデントや有害事象発生した場合に対して賠償保険などの制度は救命士にもあるのでしょうか。	冒頭にお話したように、私は日本救急医療財団の理事長をしていますが、日本救急医療財団は救急救命士の皆さんのための賠償責任保険加入のための事務的作業を委託されていますので、その立場からお答えします。救急救命士の皆さんの多くの方が賠償保険に入っておられます。少なくとも日本救急医療財団で取り扱っている保険では消防に勤務している救急救命士の皆さんだけでなく、医療機関に勤務する救急救命士に対しても、保険は支払われるということです。
139	救命救急処置に関して、実施回数が少ない場合には一定の研修を受けることが望ましいとありますが、例えば静脈路確保など看護師も練習はしますが、最終的には患者さんでスキルを上げていく事となりますが、救命士の静脈路確保のスキル研修はどうすすめていけばよいかと悩んでおりますが・・・	静脈路確保に関しましては、救急救命士の養成課程で十分な研修と、また病院の中でも実際の症例での経験をしている救急救命士もいると思います。ただ、かといって全員が同じようなスキルがあるわけではないので、やはり救急救命士に関する委員会において、まずはシミュレーションのような形でシミュレーターを使って、一般的なスキルが正しくできているのか適切な形でできているかを確認しておく必要があります。当然ながら医療機関の中で救急救命士がいて、このようなことを実施させていただいていますということをきちんと説明をしたり（事前説明）、あるいはまた針を刺す角度やいろいろなものをしっかりと確認をし、そのようなものをフィードバックできる救急救命士や看護師さん、そして医師の方々が十分見守る中での実施というのが必要になるだろうなと思っております（実施処置の確認）。一般的にこのような実際の静脈路確保のスキルのチェックのシートというものもありますので、そのようなものを応用されてみたらいかかだと思います。このあたりは救急救命士に関わる委員会において、方法が検討されている最中でありますので、今後、各医療機関でもっとよい方法が出てくるかもしれません。