

令和3年度 第1～3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
 (医療機関に所属する救急救命士に対する研修を指導する体制整備に関する講習会)」
 質疑応答集

1. 救急救命士が実施する救急救命処置に関する知識

1) 救急救命士法 (救急救命士法が改正となった社会的背景/救急救命士の役割と現在の状況/改正内容を含めた救急救命士法/救急救命士資格取得までの教育内容と課程)

番号	講習会	質問内容	回答内容	厚生労働省回答
1-1-1	第1回	法改正における「～入院するまでの間」の解釈についてです。緊急患者は、入院する前に「緊急カテ」「緊急オペ」等を行うことが少なくありませんが、それに対し院内救命士が介入し救急救命処置を行うことは可能なのでしょうか？	そこに指示・指導をする医師がいるということに大きくかわります。緊急カテーテル検査や治療はカテーテル室、あるいは血管撮影室、緊急手術は手術室で行うのが通常です。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急救命処置実施についてのガイドライン」には、場所の具体的なところは記載されていません。CT室あるいは救急外来のトイレはどのように判断するのかという議論もありましたが、実際は各医療機関の体制によって異なるので、現時点ではあくまでも、「救急初療室」「救急の処置室」という判断だと思います。いろいろなところで、救急救命士に活躍していただきたいといったところがあるのだと思います。 【厚生労働省回答】 今後Q & Aをお示しする予定ですので、そちらをお待ちください。	今後Q & Aをお示しする予定ですので、そちらをお待ちください。
1-1-2	第3回	受け入れる病院として、指示医師は1名を選出する必要があるのでしょうか？	0名であると、救急救命士は指示・指導ができなくなります。1名だけではなくて、複数の医師が救急救命士に指示・指導ができると院内の救急救命士に関する委員会で決めていただいて、それが院内に周知されれば、1名ということにこだわる必要はまったくありませんし、1名だとその医師がいないときにどうなるかということになりますので、人数に関してはこだわらなくていいのではないかと思います。	
1-1-3	第2回	実際に病院で救命士として働いている方は、約何名ほどいるのでしょうか？	全数の把握はできていません。	【回答依頼中】

1. 救急救命士が実施する救急救命処置に関する知識

2) 救急救命処置の実施（救急救命処置の定義／救急救命処置の対象／救急救命処置の範囲／救急救命処置に対する医師の具体的指示と包括的指示）

番号	講習会	質問内容	回答内容	厚生労働省回答
2-1-1	第2回	<p>① 救急搬送で来院される傷病者は、「全て重度傷病者である」という解釈は大丈夫でしょうか？</p> <p>② 「医療機関に勤務する救急救命士が行う救急救命処置は全て医師による直接的指示」とありましたが、バイタル測定をする際も、都度医師から直接的指示が必要でしょうか？</p> <p>③ 救急救命処置録は、指示医師名を記載するために、バイタル測定のみでも直接的指示を受ける必要はありますか？また、消防同様に包括的指示として委員会責任として行う場合、指示医師名はどのようにするのが最良ですか？</p> <p>④ 入院患者が急変しマンパワー不足のために応援依頼があった際、法の解釈では胸骨圧迫も救急救命処置であるため、行うことはできませんが、法への記載がない他のメディカルスタッフは可能なのでしょうか？可能の場合、他のメディカルスタッフは入院患者へ胸骨圧迫可能であっても、救急救命士はできないと解釈すればよろしいでしょうか？</p>	<p>① 医療機関内では常に医師が存在しますので、来院方法に関わらず、直接診察する医師が重度傷病者か否かを判断してください。</p> <p>② バイタルサインの測定は救急救命処置に含まれます。医療機関に勤務する救急救命士が救急救命処置を実施する際は全てに対して医師による直接的な指示が必要です。</p> <p>③ ②で回答したとおり、医療機関に勤務する救急救命士が救急救命処置を実施する際は全てに対して医師による直接的な指示が必要です。そのため、直接指示をした医師の氏名を記載してください。</p> <p>④ 医師や看護師のように場の制限なく、医行為または診療の補助として胸骨圧迫等を実施することが法的に実施可能なメディカルスタッフであれば可能です。一方で胸骨圧迫は、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為（「医行為」）を、反復継続する意思をもって行うことは医業に該当するため、一般的に胸骨圧迫等の実施が業として認められていない医療資格者は質問の状況では実施することはできません。</p>	

2-1-2	第1回	<p>場の制限として「救急外来」が OK になったという法解釈の中で、対象となる「重度傷病者」は原則、救急搬送されてきた症例であることが前提と読み解けますが、実際の病院の救急外来には、自己来院や施設車でなどの救急車以外の来院方法で来られる重症例も存在します。また、既に入院されている症例が『院内急変』を起こしての重症例というの発生して救急外来に運ばれてくることもあり得ます。これらの症例は、対象症例として認められるのか線引きがわかりません。</p>	<p>消防機関に勤務する救急救命士と、医療機関でこれから活躍する救急救命士の働く場の違いは、指導する医師がその場にいるかないかというところだと思います。</p> <p>今回の法律改正で、医療機関で勤務する救急救命士の活躍の場には医師が必ずいるというのが、前提として想定されているわけです。ですから、今日講演した「メディカルコントロール」の考え方というのは、病院前救護においてその場に指示・指導する医師がないという考え方で成り立っています。一方、医療機関に勤務することの前提は、その場に指示・指導する医師がいる環境であるということです。</p> <p>ですから、例えば重度傷病者だけではなく、その可能性のある傷病者が、救急外来に搬送されてくる、あるいはご自身で来るといような場合でも、そこにいる医師の判断を仰ぐことになると思います。</p> <p>もちろん、救急救命士はかかわった傷病者に対する救急救命処置の内容に関する記録を残さなくてはならないということも、今回の「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。院内急変に関して、仮に救急外来に来た場合にはどうするかということですが、この場合は入院している患者が外来に来た場合だと思います。その場合は、既に入院している患者ですので、対象外ということになり得ます。</p> <p>例えば、入院患者を対象とした院内の rapid response team の一員として、今回の 33 項目を業務として行うということとはできないと思います。もちろん院内の職員として rapid response team の一員であることはあり得ますが、救急救命処置 33 項目を業務として行うことはできないと思いま</p>
-------	-----	--	---

			す。ただし、院内で急変した入院患者に、たまたま遭遇した時には業務としてではなく医療スタッフとして、医師を含めた応援を要請し、例えば BLS や AED の手配等を行うことは当然と思います。	
2-1-3	第 3 回	健康診断、予防接種、フォローなど無症状の患者『以外』は重度傷病者と考えてよいでしょうか。	重度傷病者に該当するか否かは直接診療する医師が判断をすることになります。	
2-1-4	第 1 回	処置対象の法的解釈の部分に関しての確認なのですが、入院前の「重度傷病者」であれば、「救急用自動車等」での搬送例に限らず、ウォークインや施設車などでの来院例でも OK と考えて良いということでしょうか？	救急用自動車で医療機関に搬送された傷病者に限らず、ウォークインや、その他の方法で来院された患者でも、「重度傷病者」であれば、救急救命士は救急救命処置を実施できます。来院した患者が重度傷病者に該当するか否かは診察する医師が判断する必要があります。	
2-1-5	第 3 回	救命士が対応するために医師は積極的に重度傷病者と評価していくのか、一件ずつ判断して救命士が対応する、しないを決めないといけないのか？	医療機関には医師が常に存在をし、診療を行なっているため、重度傷病者に該当するか否かは直接診療する医師が 1 件ずつ判断をする必要があります。	
2-1-6	第 3 回	重度傷病者、について質問です。医師がまだ診ていなくても、医師を含んだ組織で管理運営されている救急外来トリアージシステムで「緊急性が高い」とされた患者を、重度傷病者として救急救命士が処置を開始することは可能でしょうか。	医療機関に勤務する救急救命士が救急救命処置を実施する際はすべてにおいて直接の指示が必要であるため、医師が診療を開始していない状況においては直接の指示が受けられないと考えるため、救急救命処置は実施できません。	
2-1-7	第 3 回	重度傷病者の判断は、医師が行うのでしょうか。 この場合、医師の診察（評価）が始まる前にウォークイン患者のバイタル測定のみしておくなどの対応は、不可能となりますか？	ウォークインで来院した患者が重度傷病者に当てはまるかどうかの判断は直接診療する医師が判断する必要があり、医療機関に勤務する救急救命士は重度傷病者に対して救急救命処置を実施する際は医師の直接の指示が必要です。	
2-1-8	第 3 回	「重度傷病者」の定義が分かりにくいです。	重度傷病者は「その症状が著しく悪化するおそれがあり、若しくはその生命が危険な状態にある傷病者」と救急救命士法第 2 条で定義されています。	

2-1-9	第3回	<p>院内（病院勤務）の救命士は全ての救命士処置で医師の具体的指示が必要とのことですが、以下のような状況での活動（救命処置）は不可能という解釈でしょうか。</p> <p>① 転院搬送業務で医師の同乗がない場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・バイタル測定や O2 投与を含む気道管理など…etc ・急変時対応としての蘇生処置などは院内目撃と同じく緊急避難でしょうか？ <p>② 災害時の活動(病院から医療班として派遣された場合)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・災害現場から病院救急車で患者搬送する際に医師同乗がない場合 ・救護所等で医師と離れた場所で活動する場合の対応 <p>上記のような場合では、オンライン MC や包括的指示での活動が不可欠かと思いますが、直接指示下のみとの規定がある場合には不可能と解釈しますが、いかがでしょうか。</p>	<p>① 転院のための病院救急車という想定だと思いますが、現在でもバイタル測定とか、O2 投与というのはされていると思います。これは病院前ということで現行どおりでよろしいと思います。</p> <p>② 災害時の活動についてですが、今回の法律改正は病院に勤務する救急救命士に対しての救急救命処置の場の拡大です。</p>	
-------	-----	---	--	--

2-1-10	第3回	<p>実際には軽症例の救急搬送も多い中で、救急車で搬送された患者をすべて医師が重度傷病者と判断して救命士が救命処置(バイタル測定など)を実施すると定めて運用した場合、のちに重度傷病者でないと指摘された場合は医師が責任を負うのでしょうか。一件ずつ医師が情報を取って判断して指示をしないと患者の顔色観察もできないというのは現実的でないと思います。</p>	<p>今回の救命救急処置 33 項目は、医師の直接的指示の下と「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」には書かれています。ですから、ガイドラインを遵守すると1件ずつ医師が判断して指示を出すということになるかと思いますが。</p> <p>医師が責任を負うことになるのかということについて、そのような事態があった場合には、院内の指示体制を決めている「救急救命士に関する委員会」が認めた医師ですから、医療機関としての責なろうかと思いますが。委員会は、管理者の直轄の委員会ですので、医師の責任だけでなく管理、その医療機関全体の責任というような、位置づけになるかと思いますが。</p>	
2-1-11	第2回	<p>医療機関で働く救急救命士が医師の指示を得る場合、携帯電話や院内 PHS などを使用して(院内といえども離れた場所から)指示を受けることは可能でしょうか。</p>	<p>「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」においては、医師が重度傷病者という判断をして初めて救急救命士に指示を出せる、ということの法的な建て付けがあります。従いまして、医師が重度傷病者という判断をしたのちに何らかのかたちで指示、もちろん、目の前にいても PHS というものももしかして使われるかもしれませんが、そういったものもあると思うのですが、まずは医師が重度傷病者と判断をして救急救命士に直接指示を出す、という救急救命士法の基本を守ることが必要だろーと思います。</p>	

2-1-12	第3回	<p>消防機関の直接指示とは現場と病院の医師とで電話にて口頭で指示を受けていると思います。それが直接的指示であるならば、病院内で患者状態が把握できる報告を行った上で PHS 等で口頭指示を受ければ、それが直接的指示になるのではないのでしょうか。</p>	<p>病院前、すなわち消防に勤務する救急救命士の 33 項目のところは、具体的指示と記載されています。一方、「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」の 19 ページでは直接的指示と記載されています。ですから、病院の救急救命士は隣に医師がいるという状況を想定しています。直接的指示と具体的指示という使い分けはそうになっていると理解しています。</p>	
2-1-13	第3回	<p>医師の指示についてですが、例えば JTAS トリアージなどのツールにあてはめて院内で医師と取り決めをして医師が対応前に重度傷病者と判断して口頭指示や院内での取り決めで包括的指示のプロトコールを作成し行動することは無理でしょうか？</p>	<p>医師が重度傷病者として判断をし、その直接指示を持って行動するというのが、院内救命士の基本となっておりますので、それはしっかり守っていただくことが重要です。そのうえで今の基本を守っていただき、JTAS の triage のツールをあてはめたり、あるいは院内でのさまざまな取り決めをつくっていくというのは、この「救急救命士に関する委員会」の中で十分検討していただいて、大原則をしっかり守っていただくことは非常にいいことではないかと思います。</p>	

2-1-14	第2回	救急搬送されてきた患者に対してバイタル測定などの非侵襲的な処置を委員会の中であらかじめ包括的指示としてプロトコル化し、医師の具体的指示なくして対応させることは不適切でしょうか？	検討会では「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」に記載されている内容をしっかりと読み込んでいただき、ガイドラインに沿っていただくということが求められています。従いまして、包括的指示ではなく、原則として直接指示、ということになっています。ただ、さまざまな医療機関の取り組みの中で、医師が重度傷病者として判断をして指示を出していくということが、正しくできていけば、必ずしも包括的指示という言葉を使わなくても、直接指示の中で十分対応できるのではないかと考えていますので、これはまず院内の「救急救命士に関する委員会」でよく議論いただき、法律とガイドラインを遵守して、その指示方法を院内で共通の認識として考えていただけるようにご検討いただければよいかと思っています。	
2-1-15	第2回	CPA 傷病者が医療機関に搬入された場合、マンパワー不足で消防救急救命士に胸骨圧迫や静脈路確保等を実施していただくことは可能でしょうか。	医師が判断し、指示は出せても、すぐに処置に入れない場合は救急救命士がその処置を継続するというようなことになっていますが、あくまでも病院前における救急救命士は病院の中に入るまでというのが処置の範囲内となりますし、病院の中での救急救命士は救急外来から入院するまでのところが処置の範囲内となっていますので、その範囲内をしっかりと原則を守っていただければと思います。	
2-2-1	第3回	病院救急救命士は医師の指示のもと、33項目の救急救命処置以外の業務を施行することは可能でしょうか？当院では、採用した後、救命救急センターのホットラインの応需、初療室から他院への転送する際の連絡調整、搬送用病院救急車の運転業務等も行ってもらうことを予定していますが、これは改正救急救命士法違反になりますか？	救急救命士の救急救命処置以外の行為について、ご指摘の点については、いずれも実施できると思います。救急救命処置以外の処置というのも各医療機関における「救急救命士に関する委員会」で検討いただくことが重要です。	

2-2-2	第3回	<p>救急救命処置の検証は、特定行為以外の 28 項目については救急救命処置録を残すのみで、特に大きな問題がなければおこなう必要はないのでしょうか。</p>	<p>救急救命処置すべてがいわゆる検証の対象となると考えています。ただその例をあげますと、胸骨圧迫が正しくリズムあるいはリコイル、こういったものがきちんとできてなければ、やはりそれは事後検証の対象とすべきだと思います。また、吸引の操作であれば、操作の仕方の吸引時間が長いとか、そういったことがあれば、それはやはり検証して処置を修正してあげるのが必要だと思います。いずれにしても特定行為以外は検証がいらぬというわけではありません。ただ、その内容については皆様がよく確認をしていただくことが重要です。3 カ月やっても 6 カ月やっても 9 カ月やってもまったく同じクオリティでできる方々を永遠に 3 カ月毎にやる必要があるかどうか、その規定を決めていただくのが、まさに各院内での「救急救命士に関する委員会」の役割だと思います。</p>	
2-2-3	第2回	<p>法律的解釈や内容も含めての再確認ですが、院内で処置を行う際、その医行為に関連する行為・行動はどこまで許容されますか（例：救命センター内での各種資器材の準備、必要薬剤の準備、採血行為、検体搬送等）？</p>	<p>必要薬剤の準備については、例えばアンプルから違うシリンジに移すなどの行為は、救急救命士は教育を受けていません。これらの状況を踏まえ医療機関に設置した救急救命士に関する委員会の中で、検討していただく必要があります。</p> <p>採血は救急救命処置に含まれていないため、実施できません。</p> <p>医行為とは、「医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は及ぼす虞のある行為」あるいは「医学上の知識と技能を有しない者がみだりにこれを行うときは、生理上危険ある程度に達している行為」を指します。</p> <p>そういった原則をもとに判断してください。</p>	【回答依頼中】

2-3-1	第1回	33項目以外の業務の中で、医師事務作業補助というのがあるという事務作業なのか、具体的に教えていただくことはできませんでしょうか。	医療事務作業補助者の一つの例としては、医療事務のことであつたり、あるいは医師に陪席をして電子カルテの記録や入力をするというような作業を示しています。当然ながらクラーク業務は別資格が必要ですので、その資格を取得などしたうえで、電子カルテを入力する等については可能かと思えます。	
2-4-1	第2回	ワークステーション形式（出勤形式を持ちつつ院内での救急救命士の再教育を行っている）での救命救急士が院内での救命処置を行う際に、病院として感染対策・チーム医療研修を必須とする考え方が良いのでしょうか？ 消防の方から質問がありました。	ワークステーションに勤務している救急救命士は、消防機関に属している救急救命士だと思います。病院に所属する救急救命士とは分けて考え、現行どおりの対応でよいと考えます。	【回答依頼中】
2-4-2	第3回	ワークステーションで病院に救命士が滞在する予定なのですが、病院救命士と同様の扱いで救命処置を実施することは可能でしょうか。所属は消防なのですが院内に委員会を設置する必要はありますか。	消防機関のワークステーションに属する救急救命士の方々が病院の中にいるときの位置づけは、消防機関から外れて病院の中で研修をしていると理解をしています。そうであれば研修をしているときはこれまでと同様、医師の指示の範囲内で処置が可能です。救急救命処置33項目は院内（麻酔科の手術室内でも）で研修として外来以外の場所で行うことは可能です。簡単に言えば、救急救命士の皆様が薬剤投与の実習をやったり、気管挿管の実習をやっているのも、その研修という目的のもとで行っていますので、今までどおりこれは33項目に関して実施することは可能であると思えます。ですので、ワークステーションで病院の近くに滞在をするからと、いうことになります。あくまでも今回の法改正の適用となるのは、「医療機関に雇用される」ということが頭につきますので、消防機関の方々は今までどおりの取り扱いでよろしいのではないかと思います。	

2-4-3	第1回	<p>今回の法改正は、病院勤務の救命士が救命処置を行うにあたっての法改正と思いますが、消防から救命士の資格維持のために病院研修に来られている救命士の方も今後は、救命処置を行うにあたって同様な対応をしていかなければならないのでしょうか？</p>	<p>今回の法律は、医療機関に所属する救急救命士ですので、ご質問のような消防機関に所属していて病院研修をしている救急救命士に関しては現行どおりの考え方でよろしいと思います。</p>	
2-4-4	第2回	<p>院内救命士（病院救命士）の業務の一つとして、救急患者を搬送する地域消防機関に所属する救急隊員（救命士）への指導も重要と考えます。その際、消防機関に所属していない病院救命士から指導・助言を受けることに、地域消防機関自体や救急隊員が「それを良しとしない」風潮が生まれるのを危惧します。</p> <p>病院救命士に対して、消防機関そのものの理解が必須と思いますが、その点に関する対策は成されているのでしょうか。</p>	<p>消防の救急救命士への指示・指導は地域メディカルコントロール協議会が主体となって行われます。病院に勤務する救急救命士が消防の救急救命士に指示・指導というのはないと思います。おそらく質問の内容は、個々の傷病者・患者の判断や処置に対して、意思疎通がうまくいかないような場合の危惧だと思います。そのようなことがないように、地域の消防機関に属する救急救命士と病院に勤務する救急救命士がお互いにリスペクトをした前提で、連携するというのが極めて重要だと思います。</p> <p>よりよい救急医療を提供するために、互いに助言、アドバイスをし合いながら病院救命士、消防の救急救命士が連携するのがよいと考えます。各地域でそのような対応を進めていただきたいと思います。</p>	
2-4-5	第1回	<p>救命士が病院内で実施する処置は、消防に所属する救命士の対象に限定されるのでしょうか？たしか、「その他、医師が認めるもの」といった内容があったと思いますが、院内の医師から直接的な指示があれば、対象外でも可能でしょうか？</p>	<p>通知により実施する内容が決まってくるかと思いますが、この発信元が厚生労働省の発信で通知であればそれに従う必要があるかと思いますが。</p> <p>【厚生労働省回答】救急救命処置は、実施する場によって、その内容が変わるものではありません。</p>	<p>救急救命処置は、実施する場によって、その内容が変わるものではありません。</p>

2-5-1	第2回	<p>確認ですが、病院間搬送に院内救命士が、同乗して行っても良いのですね。</p> <p>看護師あるいは医師でなければならないと言われたことがあります。</p>	<p>現行どおりでよいと考えます。</p> <p>【厚生労働省回答】</p> <p>医師同乗の有無に関わらず、搬送途上においては、法改正前と同様、医師の指示の下、重度傷病者に対して、救急救命処置を実施することが可能です。</p>	<p>医師同乗の有無に関わらず、搬送途上においては、法改正前と同様、医師の指示の下、重度傷病者に対して、救急救命処置を実施することが可能です。</p>
2-5-2	第2回	<p>二次病院等から重度傷病者を救命救急センターへ救急車を用いて転院搬送する際、通常医師の同乗を求められますが、代わりに病院救命士が同乗することに関して何らかの規定はありますでしょうか？</p>	<p>現行どおりでよいと考えます。</p> <p>【厚生労働省回答】</p> <p>医師同乗の有無に関わらず、搬送途上においては、法改正前と同様、医師の指示の下、重度傷病者に対して、救急救命処置を実施することが可能です。</p>	<p>医師同乗の有無に関わらず、搬送途上においては、法改正前と同様、医師の指示の下、重度傷病者に対して、救急救命処置を実施することが可能です。</p>
2-5-3	第2回	<p>重症患者の転院搬送（高次医療施設への「上り搬送」）時に、医師の代わりに病院救命士が搭乗して救急救命処置を行うことは「可」とのご回答ですが、搬送中傷病者の病状が急変した場合の責任の所在はどのようになりますか。これはあり得ない回答と思います。上り搬送中の患者急変の責任及び処置の責任は、搬送元の医療機関が負うべきであり、33項目以外の処置が出来ない救命士を同乗させるべきではないと考えます。</p>	<p>現行どおりでよいと考えます。</p> <p>【厚生労働省回答】</p> <p>医師同乗の有無に関わらず、搬送途上においては、法改正前と同様、医師の指示の下、重度傷病者に対して、救急救命処置を実施することが可能です。</p>	<p>医師同乗の有無に関わらず、搬送途上においては、法改正前と同様、医師の指示の下、重度傷病者に対して、救急救命処置を実施することが可能です。</p>

2-5-4	第2回	救急救命士は、法改正によって現場から入院までの範囲で活動できると解釈しておりますが、病院で働く救命士が院外の現場に出動し、法で許容される範囲での処置を行いながら病院まで搬送し、また院内で継続して医師の指示下で対応することは法の趣旨に反するのでしょうか？	病院内で雇用される救急救命士は法改正があっても病院前でももちろん活動することも可能だと思いますし、病院の中で活動することも今回認められたと考えます。ですので、この2つが医療機関に雇用されている救急救命士のほうで許容されている場の範囲内だと思っています。その範囲内で救急救命処置という許容される範囲内の処置を行うことは、まったく法の趣旨には反していないと思います。	
2-5-5	第1回	入院患者が転院する際に、病院救急車で移動する中で病院救命士が救急救命処置を実施することは可能なのでしょうか？活躍の場は院外ですし、患者さんは退院されています。ただし、転院搬送途上となります。医師は同乗している場合としない場合とで分けて回答をいただけないでしょうか。「下り搬送」という意味で質問をさせていただきました。	ドクターカーでは医師が同乗している場合になり現行どおりになります。 「上り搬送」の場合は、その人が重症であり、重度傷病者に該当していれば、救急救命士に対して院内からの通常のプレホスピタルと同じように、医師が電話等の指示で何か処置をすることは指示はできると思います。ただし、下り搬送の場合、病態が安定をしていて、対象が重度傷病者でない場合は、医師が同乗してない場合には、その処置をすることは不可能ではないと考えられます。厚生労働省に確認いたします。 【厚生労働省回答】 医師同乗の有無に関わらず、搬送途上においては、法改正前と同様、医師の指示の下、重度傷病者に対して、救急救命処置を実施することが可能です。	医師同乗の有無に関わらず、搬送途上においては、法改正前と同様、医師の指示の下、重度傷病者に対して、救急救命処置を実施することが可能です。

2-6-1	第2回	<p>当院では 10 年前から救命士を採用し、院内業務規定を作成し、院内スタッフにも認知され、救急外来での診療補助、ドクターカー運用など現場でチーム医療を良好な関係で行っている。今回の法改正により、静脈路確保などタスクシフトが進んでいくものと解釈していたが、ガイドラインが示されたことにより、今までの救命士が行っていた項目(診療補助)が制限(規制)される結果となり逆行する内容である。</p> <p>現場のニーズとガイドラインとの認識の乖離があるが、この矛盾をどのように解決していけば良いのか？</p>	<p>昨年(2021年)の9月30日までは医療機関に勤務している救急救命士は救急救命処置はできませんでした。事務的な作業や医療行為ではない診療補助は当然行われていました。法律の改正により、今回は当該医療機関で入院するまでの間、救急救命士による救急救命処置が医師の指示・指導の下に行えるようになりました。現状の法解釈としては、そのようなかたちになると思います。</p>	
2-6-2	第3回	<p>院内救急救命士と消防機関の再教育の救急救命士とは連携して業務を行うことは可能でしょうか？当院ではドクターカーの運用で、「消防救急救命士が運転し、院内救急救命士が助手席でナビゲーターとして乗車、現場では医師の直接指示のもと、院内救急救命士が処置を行う」という運用を考えております。当院は公立病院なので、消防と院内の救急救命士が連携していくことを検討していますが、現実的だと思われますか？</p>	<p>病院内の救急救命士と消防機関の救急救命士が連携をして作業を行うということは、まさに法律改正の目的とする病院前から救急外来までシームレスに救急救命士が傷病者を搬送し、処置を継続するということが達成され、素晴らしい方策ではないかと思えます。</p> <p>消防機関の救急救命士が再教育の過程で病院に研修している場合、あるいは消防機関が何らかの研修で来られていて、このドクターカーを運転する場合は消防機関の研修として、そして医療機関内の救急救命士が、外に出て処置をする場合は、院内の救急救命士が外で処置を行う規定として、別にそれぞれを取り扱っていただければよいと思えます。</p> <p>また、今までどおりの消防機関の救急救命士の取り扱い、そして院内の救急救命士の今回の取り扱いをそれぞれに割り当てていただければ、そこでコラボレーションをすることは十分可能性があると思えますし、現実的に非常に素晴らしい方向であると思えます。</p>	

2-6-3	第1回	<p>当院救命士はドクターカーやヘリで出動することがあります。現場が医療機関内の病棟ということもあり、入院中の患者様であることも少なくありません。(消防機関も同じ)このような場合の解釈等をご教示頂きたく存じます。</p>	<p>ドクターカー、ドクターヘリは医師が同乗しているというのが前提です。すでにこのドクターカー、ドクターヘリというのは、救急救命士法の改正以前から、活動していました。現行どおりの対応でよいと思います。</p>	
2-6-4	第3回	<p>救急救命処置の実施について、各医療機関の状況(3次・2次や診療科)により取り決めをしておく必要があるとのことでしたが以下の場合も委員会規定で定めれば実施可能でしょうか。</p> <p>① Doctor carや Doctor Heliを有する施設では、救命士が医師とともに現場に赴き現場で救命処置を行う活動も院内規定により可能と考えられますか？</p> <p>② 自施設の DMAT 等に所属し災害時の現場活動で救護所活動を行う際、調整委員として現場へ出ますが救命処置の実施も可能と考えられますか？</p>	<p>ドクターカー、ドクターヘリは、現状もこのような活動しているわけですから、現行どおりでよいと思います。今の活動が逆に制限されるということはないと思っています。</p> <p>① 基本的にはドクターカー・ドクターヘリの活動は病院前で行われるものですので、従前から救急救命士は業務が可能であり、今後も可能であると考えてよいと思います。そのうえで、今回、院内救命士の活動について院内で規定することになりますので、ドクターカー・ドクターヘリの業務についても、規定しておくのが望ましいと考えています。</p> <p>② 今回の法律はその医療機関に所属する救急救命士の法律ですので、この DMAT に関しては、また別なルールに従っての活動になると思いますので、今回の法律には縛られるものではないと理解しています。</p>	
2-6-5	第3回	<p>病院前の処置について伺います。診療所併設の老人施設、往診先の処置は、病院前として処置をしてもよろしいのでしょうか。</p>	<p>非常に難しい質問ですので、こちらについては厚生労働省のご意見をいただきたいと思います。</p>	【回答依頼中】

2-7-1	第1回	院内急変に対して、第一発見者でなく後から RRT (Rapid Response Team) などとしてかけつけた場合、救命士は救急救命処置に含まれるので胸骨圧迫さえもしてはマズイ、ということになってしまうのでしょうか？	<p>救急救命士が救急救命処置を実施できるのは「入院するまで」です。胸骨圧迫も救急救命処置に含まれるため、救急救命士は実施することはできません。</p> <p>ただし、入院中の患者が心肺停止になった際に、その第一発見者が救急救命士であり、医療の提供が十分にできない状況であれば、緊急避難として、胸骨圧迫や AED 等の一次救命処置を行うことは人道的に実施すべきです。</p>	
2-7-2	第3回	「院内救命士の入院患者の処置について」入院患者を治療のために救急に搬送。その後、救急救命士の救急救命処置はできますか。	すでに入院している患者を外来に連れて来たからといって外来扱いということにはなりませんので、この場合は救急救命士は外来で処置できないと思います。入院患者として取り扱っている患者は、外来に連れてきたからといってもできないとお考え下さい。	
2-7-3	第2回	救急救命士が RRT (Rapid Response Team) 等で入院患者さんの処置を行うことは望ましくないとのことですが、当院の場合、入院中の患者さんが急変した場合、救急外来へ移送されることがあるのですが、その場合に医師や看護師と一緒に処置を行うことについては問題ないでしょうか。	入院している患者が救急外来へ移送された場合においても、「入院後」となるため、救急救命処置は実施できません。	

2-7-4	第2回	<p>① 病院内での救急救命士が行える行為は現行のままでは、病院が救命士を採用するメリットが少なすぎる印象です。もっと医療に拡大した行為が必要だと思います。特にRRT（Rapid Response Team）での活躍が期待できる場面だと思います。</p> <p>② 記録は毎回、医師の直接的指示を記載に残す必要がありますか？院内で、たとえば「救急救命士・看護記録」としてテンプレートを作成し、指示をした医師と看護師と救命士の氏名があればいいのではないですか？</p>	<p>① 乳酸リンゲル液の使用、あるいは採血の問題について、病院で救急救命士に指導いただく方々から、もっと多く意見をいただきたいと思います。こういう方法があったらよという声があることは重々理解をしています。確かに、もっと救急救命士が実際にいろいろな処置ができるようになれば、もちろんそれは今後素晴らしいことでもあります。しかし今回の法改正で改正されたのは、あくまでも処置の場が変わっただけで、救急外来から病院に入院するまでのところというところに拡大されました。外来が病院の中で許可された処置の場となっていますので、それをきちんと守っていく必要があると思います。</p> <p>② 確かに直接的指示ということになりますので、誰が指示を出したかが必要だと思います。例えば、x x医師がこういう指示をしたということは必要があると思います。病院の中で救急救命処置録としてテンプレートをつくられて、その中で医師の名前がその日の当直が自動的に書かれたり、何時何分、どういう指示をしたということがきちんと法律で求められているものが、すべて自動的に記載されれば素晴らしいです。各医療機関でいろいろ工夫をされていくというのは、大変素晴らしいことではないかと思っています。</p>	
-------	-----	---	--	--

2-7-5	第2回	<p>救命処置の実施目的以外での急変チーム員としての参加は可能でしょうか？ 医師の救命処置介助、診療補助、記録など。</p> <p>また、第一発見者として急変チームに引き継いだ後は、その急変対応に引き続き参加するのは好ましくないという解釈になるのでしょうか？</p>	<p>救急救命処置以外で、医行為にかかわる行為でなければ、実施を妨げるものではありません。</p> <p>ただし、入院後の患者が突然に心肺停止になった際に、救急救命士が第一発見者でメディカルスタッフが他に到着していない場合には、胸骨圧迫やAEDを使用することは、緊急避難として人道的に実施すべき行為です。</p>	
2-7-6	第2回	<p>救急救命処置の講義で、院内での実施について「緊急避難」で可と思われるとされた事例について、厚生労働省医政局地域医療計画課の見解は確認されていますでしょうか。</p> <p>本研修で「緊急避難で可」と聞いたので、実施したとした場合に、担当省庁の見解と合致しているのか、あとで「違う」と言われぬかの確認です。</p>	<p>患者が入院した後は、救急救命士は救急救命処置を実施することはできません。</p> <p>ただし、入院後の患者が突然に心肺停止になった際に、救急救命士が第一発見者でメディカルスタッフが他に到着していない場合には、胸骨圧迫やAEDを使用することは、緊急避難として人道的に実施すべき行為です。</p>	
2-7-7	第3回	<p>質問ではなくお願いです。院内救命士はコードブルーの際など、非常に有効かつチームで協力して対応しています。看護配置は十分ではありません。急変した患者だけでなく、そのほかの患者対応も必要となります。院内で従事するコメディカルの一員として、今後は院内急変（病棟）でも対応可能となって欲しいです。栄養士や事務職員でも院内急変対応をしているのに、すばらしい技術や知識のある院内救命士が活動できないのは納得できません。</p>	<p>このようなご意見があったということは関係機関にお伝えします。</p>	

2-7-8	第2回	<p>院内で実施された救急救命処置は診療報酬の面においても望まれるかと思いますが、その点についてご意見をいただけますでしょうか。</p>	<p>現在、救急救命士が病院前に行き医師の指示で行った救急救命処置には、救急救命処置料ということで、500点が算定をされています。しかし病院の中に運ばれてきたときの救急救命処置料の加算は現在ありません。ただ、今後そのようなものもあれば、もちろん、救急救命士の方々の病院になったら、一つのインセンティブにはなると思いますが、診療報酬の改定につきましては、多くの医療者が要望を出している状態です。例えば救急看護師の方々も、救急外来に、救急看護師が何名いたら点数が何点上がるかというのはまだ実現しておりませんので、ぜひこれは看護協会の方々ともこういうご協力をいただきながらこのような救急外来における診療体制というものを考えていく必要があると思います。看護師と代わりに、いろんなことができるのだろうかという、誤った考えを持つ人がいます。救急救命処置のみならず、他のことについても一步一步、病院の中で救急救命士の立場を高めていけるような地道な努力をしていただくことも大事であると思います。</p>	
2-8-1	第1回	<p>当院救急外来では乳酸リンゲル液ではなく、酢酸リンゲル液を頻用しています。</p>	<p>救急救命士が行える救急救命処置 33 項目は変更されていません。したがって、酢酸リンゲル、あるいはその他の点滴製剤に関しては、医療機関に所属する救急救命士は使えないということになります。</p>	

2-8-2	第2回	<p>輸液製剤は「乳酸リンゲル液」に限定されるとあるが、救急部門では酢酸・重炭酸リンゲル液、生理食塩水などが初期輸液としてスタンダードであるが、あくまで「乳酸リンゲル液」を遵守しなくてはいけないのか？現場では非現実的であると考えますが、いかがか？</p>	<p>救急救命士が行える救急救命処置 33 項目は変更されていません。したがって、酢酸リンゲル、あるいはその他の点滴製剤に関しては、医療機関に所属する救急救命士は使えないということになります。</p>	
2-8-3	第3回	<p>静脈路確保において乳酸リンゲルは以外の生理食塩水、酢酸リンゲルを使用するように改正できない理由はあるのでしょうか。</p>	<p>救急救命処置の範囲についての通知により、救急救命士が使用できる輸液剤は乳酸リンゲル液に限定されていますので、その他の輸液剤を使用することはできません</p>	
2-8-4	第3回	<p>① なぜ入院患者は対応できない法律になってしまったのでしょうか？</p> <p>② なぜ乳酸リンゲル液に限られるのでしょうか？他の外液での静脈路確保でも問題ないように思えますが。</p>	<p>① 救急災害医療提供体制等のあり方に関する検討会の報告書「救急救命士の資質活用に向けた環境の整備に関する議論の整理（令和2年3月19日）」では、入院病棟には診療報酬上の基準等に基づき看護師が配置され、救急救命処置を超えた全人的なケアを行っているため、救急救命処置と同様の処置を実施する者としての救急救命士の必要性は乏しいと記載されています。</p> <p>「救急災害医療提供体制のあり方検討会」、あるいはその前の日本救急医学会等での協議会、それから、「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」等々でも、場の拡大がどこまでかというなかで、あくまでも救急外来・入院するまでという議論で統一されていたと思います。入院のところというのは、医師、看護師、その他のメディカルスタッフで対応するという議論であったと思っています。</p> <p>②救急救命処置の範囲についての通知により、救急救命士が使用できる輸液剤は乳酸リンゲル液に限定されています。</p>	

2-8-5	第2回	<p>ショックに対する輸液についての質問です。</p> <p>例示された適応条件は病院前を想定されているものだと思いますが、本日は病院救命士をターゲットとしたものと理解しています。搬送に20分以上と有りましたが、病院に着いてからの処置となりますが、その実施について可否は如何でしょうか。</p>	<p>講義の中で消防機関の救急救命士が適応となる患者の例をあげましたが、ここに書かれていますように20分以上というものは、病院の中では不適切だと思いますので、この部分については、「救急救命士に関する委員会」の中で、検討いただき適用を決めていただきたいと思います。</p>	【回答依頼中】
2-8-6	第3回	<p>ショックに対する心停止前の輸液を当MCでは「ショック前輸液」と呼ぶ人が多いのですが正しい名称はなにかありますでしょうか。</p>	<p>「心肺機能停止前の患者に対して行う乳酸リンゲルを用いた静脈路確保及び輸液」が正式名です。厚生労働省が発行した救命救急救命士の処置の範囲の中に含まれていますので、確認していただければ名称が確認できます。</p>	
2-8-7	第2回	<p>先ほどの講義では20%ブドウ糖液と記載した資料がありましたが、どちらが正しい内容ですか？</p>	<p>基本的には50%ブドウ糖溶液の使用が基本になっていますが、メディカルコントロール協議会によっては20%を使用している地域もあるように伺っていますので、厚生労働省に確認いたします。</p>	【回答依頼中】
2-9-1	第3回	<p>アドレナリン投与、静脈路確保など、そのほかのいわゆる特定行為も研修が必要でしょうか？また、何例ほど必要でしょうか？</p>	<p>救急救命処置は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いう説明をしました。</p> <p>都道府県メディカルコントロール協議会が、地域の実情を考慮して、経験や症例数等で認定をするのだと思います。しかし、都道府県の間で、あまり差があっても混乱が生じますので、これから至急各都道府県メディカルコントロール協議会が認定の体制をつくっていく必要があると思っています。現時点で何例というところは決まってないと思っています。</p>	

2-9-2	第2回	病院内でも、救急救命士によるアドレナリン投与は、「プレフィルドシリンジ」限定でしょうか？	アドレナリン投与は「プレフィルドシリンジ」ということになろうかと思います。アンプルからの分注というものは、基本的に救急救命士は教育を受けていませんので、そちらを使用することは適切ではないと思います。ただ、病院の中ではアンプルしかないというところもあるかと思うので、厚生労働省に確認いたします。	【回答依頼中】
2-9-3	第1回	検体採取について質問させていただきたいと思います。当院では、救急外来でコロナ陽性疑い患者の鼻腔粘膜からの検体採取を行っていますが、救命士はこの場合検体採取を行うことはできますでしょうか。	救急救命士が今までの救急救命処置の中からは、鼻腔の中の粘膜の中に何か薬を打つ、あるいはそういったものの検体採取するというような、処置ができるようになっていませんでしたので、原則としてはこの処置は難しいではないかと思っています。厚生労働省に確認いたします。 【厚生労働省回答】 検体の採取については、原則医行為もしくは診療の補助行為と考えられるため、救急救命士が実施することはできません。	検体の採取については、原則医行為もしくは診療の補助行為と考えられるため、救急救命士が実施することはできません。
2-9-4	第3回	静脈路確保が困難な場合にエコーガイド下で静脈路確保をするケースがまれにあります。診断の目的でなければエコーの使用は問題ないでしょうか？	現時点では救急救命士の処置や観察機材の中にはエコー装置は含まれていませんので使用はできないと思います。	【回答依頼中】
2-9-5	第3回	院内救命士が院内で吸引器での痰の吸引は可能ですか？	33項目の中にある処置として吸引は可能です。ただ、救急救命士の吸引が認められている範囲内というのは口腔内または気管挿管をされた気管チューブの中で、細かいですが、気管チューブの先端より先まで出してはいけないということが決められていますので、そのような点にも注意をされながら、吸引器での吸引は実施可能だと思います。	
2-9-6	第1回	救急外来では、静脈路確保と同時に、採血・血液検査をすることが多いと思いますが、これは救急救命士にはできないということよろしいでしょうか？	今回の救急救命士法改正は「場」が変更になったのみで、実施できる救急救命処置は変わりません。そのため、救急救命士が採血を実施することはできません。	

2-9-7	第2回	院内救命士は、重症患者などにルート確保を実施する際、採血は行えるのでしょうか。	採血は救急救命処置に該当しませんので、実施できません。	
2-9-8	第2回	採血に関して、静脈路を確保し、輸液を接続する前に採血を行うことがよくあります。その場合でも採血の実施はできないのでしょうか。	採血は救急救命処置に該当しませんので、実施できません。	【回答依頼中】
2-9-9	第1回	救命処置以外の業務について、例えば血液ガスの検査など救命処置以外の業務として行うというのはどのようにお考えになりますでしょうか。	救急救命処置ということに関して、検査の実施ということについては、規定はされておられません。例えば、血液ガスを採取するというのは、動脈から血管の採血ですから、これは実施できないことは重々わかったうえで検査を実施する際に、これはそれ以外の業務実施することは適切ではないと思います。 例えば、自動検査機械に血液を注入するというようなことになるのではないかと思います。この検査の実施に関しては、現時点では明確にお答えすることができません。厚生労働省に確認いたします。 【厚生労働省回答】 採取された検体を取り扱うことは医行為に該当しません。各種検査の実施にあたっては、検査所としての届け出等を考慮し、適切にご判断ください。	採取された検体を取り扱うことは医行為に該当しません。各種検査の実施にあたっては、検査所としての届け出等を考慮し、適切にご判断ください。
2-9-10	第1回	消防の救命士では想定していなかった薬剤を扱うことが考えられます。患者に投与するわけではなく、シリンジに詰めたりする行為などです。これを院内委員会でなんらかのチェックをすれば可能という解釈でいいのでしょうか？	救急救命士は、このアンプルカットをして薬剤を吸引するという手技が、技術上トレーニングされていません。直接的な行為でないものに関しましても残念ながら、回答としては現状では難しいと答えるしかないと思います。	
2-10-1	第2回	ビデオ喉頭鏡について、多くの製品が販売されていますが、チューブ誘導機能付きとの条件があると聞いたことがありますが、本日のご説明では触れられていませんでしたが、	救急救命士法及び、その関連法令で救急救命士が使用するビデオ硬性喉頭鏡の型式は制限されていません（厚生労働省回答）ので、「マックグラス」も使用可能です。なお使	

		最近病院で使っているマックグラスについては(医療機関に所属する)救急救命士が使用しても問題ないでしょうか。	用に際しては、所属施設の救急救命士に関する委員会において決められた方法によって実施してください。
2-10-2	第3回	消防機関に属する救命士においては、「ビデオ喉頭鏡」として「エアウェイスコープ」のみが認可されており、「マックグラス」が認可されていないと思います。病院（特に救急外来など）においては、昨今は「マックグラス」が配置されており当院でも救急外来では「エアウェイスコープ」は配置しておりません。医療機関に属する救命救急士においても医師の指導のもとでも「マックグラス」は使用してはいけないのでしょうか？	救急救命士法及び、その関連法令で救急救命士が使用するビデオ硬性喉頭鏡の型式は制限されていません（厚生労働省回答）ということですので、「マックグラス」は使用可能と考えます。なお使用に際しては、所属施設の救急救命士に関する委員会において決められた方法によって実施してください。
2-11-1	第3回	医師（産業医）が勤務するテーマパークなどで勤務する救命士については救命処置は可能でしょうか。	テーマパークは、病院前のエリアであって、そこに、仮に診療所が登録されている場所があって、診療所内でこの救急救命士が医師と共に何か処置をするということであれば、医療機関としての処置とその対応がそのまま該当します。 ただ、病院前でテーマパーク内の医療機関以外でどこかで倒れた人達に対する処置というのは、これは従前、救急救命士の消防機関に属しても、そうでなくても認められている行為、33行為は実施できます。あくまでもメディカルコントロールがあって、MC 医師の指示・指導、事後検証の体制がきちんと整っているということが前提となっています。 これについては、「民間救命士統括体制認定機構」のほうでそのような内容の説明や、講習もさせていただきますの

で、興味があればぜひそのような講習も受けられたらいい
がでしょうか。

1. 救急救命士が実施する救急救命処置に関する知識

3) 救急救命処置の管理（救急救命士養成課程で学ぶ救急救命処置／救急救命士資格取得後に追加で必要な救急救命処置の教育内容／救急救命
処置録の記録と保存／救急救命処置の事後検証）

番号	講習会	質問内容	回答内容	厚生労働省回答
----	-----	------	------	---------

3-1-1	第3回	救急救命処置録は、電子カルテ内に保存してあれば、紙ベースで保存はしなくても良いでしょうか。	<p>「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」の中でもそのような体制を整えること、と書かれていますので、電子カルテの中に保存でよろしいかと思いますが、もしそれが不可能の場合には必ず紙ベースで保存と思います。</p> <p>こちら厚生労働省の医政局長通知が平成14年または平成11年に出ている、「診療録等の保存を行う場所について」という通達があります。こちらには医師が記載をする診療録や「保健師助産師看護師法」で定められている助産録、その並びに救命処置録ということも記載されておりますのでご参照ください。結論としては、電子カルテ内に保存することも可能ということで、紙ベースでなくても構わないということになります。</p> <p>「診療録等の電子媒体による保存について（健政発第517号、平成11年4月22日発）」の通知において救命処置録は条件を満たすことにより、電子媒体による保存が認められています。</p>	【回答依頼中】
3-1-2	第2回	病院救命士が救急救命処置以外の記録(看護師が行った場合のルート確保や入院時の患者や家族の要望等)を記載することは問題ないのでしょうか？	<p>救急救命処置以外の内容についてカルテに記載してよいかについては、厚生労働省に確認いたします。</p> <p>救急救命処置録に必要な施行規則に基づいた項目は、救急救命士が書くべきです。</p> <p>法的に記載する者が定められた記録についてはその職種が記載する必要がありますが、そうではない記録についてはこの限りではありません。</p>	【回答依頼中】
3-1-3	第2回	看護師が記録している看護記録に救命士が行った処置を記録に残すことで救急救命処置録としても扱うことができますか？その際看護記録に患者の住所等も載っている必要がありますか？それともカルテに住所が乗っていてリンクすることが出来れば”可”とすることができますでしょうか？	救急救命処置録は個別に救急救命処置録として救急救命士が記録する必要があります。カルテに住所が記載されていれば、改めて救急救命処置録に住所を記載する必要はありません。	

3-1-4	第3回	救急救命処置録についてですが、例)では「事務記録」となっていました。法律上、「事務記録」とするのが無難なのでしょうか。(当院では、医師は医師カルテ、Nsは看護記録、放射線科は放射線科記録 etc に記載しています)	例には「事務記録」とされているようです。病院の電子カルテシステムにおいて救急救命士の記録カテゴリーがなければ、その方法も無難かもしれません。例では事務記録で記載を救急救命士処置録とするのも一つの方法です。
3-1-5	第2回	病院では電子カルテや紙媒体での法的記録となるものを作成します。医師や看護師はカルテ記載のために大学等でかなりの教育時間を費やします。救急救命士も横並びができるような記録のための教育は必要ではないのでしょうか。	医療機関に所属する救急救命士が安全に業務を行うために必要と思われる研修は実施すべきです。具体的に実施すべき研修の内容は「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」を確認してください。
3-1-6	第2回	救急救命処置録についてです。バイタルサインを測っただけでも救急救命処置録を残す必要があるということでしょうか	バイタルサインの測定も救急救命処置に含まれていますので、救急救命処置録を残す必要があります。
3-1-7	第2回	バイタル測定や吸引等の処置はその都度記録が必要ですか。	救急救命処置の中で血圧測定やパルスオキシメーター測定は、記録が必要です。例えば看護師でも、外来で血圧図ったら何時、何分、誰、誰が記載したというのは、記載されます。これと同じように、救急救命士の誰々が誰の指示で、血圧を測定した、血圧はいくつだったということは、記載しておくことを義務付けてもよいと思います。医療者としては不必要とは言いきれないと思います。

1. 救急救命士が実施する救急救命処置に関する知識

4) メディカルコントロール体制（メディカルコントロール体制／都道府県メディカルコントロール協議会／地域メディカルコントロール協議会）

番号	講習会	質問内容	回答内容	厚生労働省回答
4-1-1	第1回	<p>厚生労働省より出されている MC についての通知や今回のガイドラインについて通知について、文言としては「参考にされたい」とされています。</p> <p>もちろん参考にさせていただきますが、厳守しなければ救命士法に抵触することになるのでしょうか。</p> <p>例えば県 MC では心肺停止前輸液は 15 歳以上とありますが当院では 12 歳とするなどとした場合、今回の法改正により、そこは都道府県 MC に従わなければならないのでしょうか。</p> <p>とするならば、プロトコルや認定方法、臨床実習数は県 MC を厳守しながらも院内委員会も設置することになるのでしょうか。</p> <p>また都道府県 MC より既に認定を頂いている医療機関はどのくらいありますかでしょうか。</p> <p>都道府県 MC から認定を頂いてないまま、今まで行ってきた静脈路確保等はあまりよろしく</p>	<p>都道府県メディカルコントロール協議会の中では 15 歳以上の患者に薬剤投与を行うというところがあると思いますが、病院の中で 12 歳としたい場合でも、そこは都道府県メディカルコントロール協議会に従わなければならないのか、ということになるかと思えます。</p> <p>ここに関しましても都道府県メディカルコントロール協議会と協議しつつ投与年齢を決定していくことがまず大前提になると思います。各救急救命士が認定をもし持っていた場合にはどうするのかということについては、厚生労働省に回答を求めたいと思います。</p> <p>やはり都道府県メディカルコントロール協議会と病院の中は概ね同じようなプロトコルで動いていったほうが間違いは少ないだろうと思います。例えば、病院の研修に来て、うちは何歳からできるからと、というようなのはなかなか理解しにくいのではないかなと思います。ただ、病院内での処置に関しては、それぞれの医療機関の中で、地域メディカルコントロール協議会と十分検討をしていただき議論したうえで、検討していただくというのが必要であると思っています。</p> <p>【厚生労働省回答】</p> <p>いわゆる救急外来においては、医師がその場にいる前提であり、直接指示を受けるため、都道府県メディカルコントロール協議会が定める消防機関に所属する救急救命士に対するプロトコルを遵守する必要は必ずしもありませんが、実際の運用につ</p>	<p>いわゆる救急外来においては、医師がその場にいる前提であり、直接指示を受けるため、都道府県メディカルコントロール協議会が定める消防機関に所属する救急救命士に対するプロトコルを遵守する必要は必ずしもありませんが、実際の運用については、都道府県メディカルコントロール協議会を含めた各地域メディカルコントロール協議会ともよくご相談ください。</p>

		ないことになってしまうのかと存じまして、ご教授頂ければ幸いです。	ては、都道府県メディカルコントロール協議会を含めた各地域メディカルコントロール協議会ともよくご相談ください。	
4-1-2	第1回	気管挿管の認定についてですが、当院では、規定の30症例を経験後、院長の許可を得て、認定としておりましたが、院内救急救命士に関しても都道府県のメディカルコントロール協議会で対応していただけるという解釈でよろしいでしょうか？	<p>気管挿管のみならず、アドレナリンの投与、非心肺停止に対する静脈路確保及び輸液、ブドウ糖溶液の投与は通知で示されているとおり、都道府県メディカルコントロール協議会の認定が必要です。本件に関する通知は消防機関の救急救命士のみが対象ではなく、救急救命士全般が対象となっています。</p> <p>【厚生労働省回答】 院内救命士に関しても、都道府県メディカルコントロール協議会の認定が必要です。</p> <p>関連通知</p> <ul style="list-style-type: none"> ●医政指発第0323049号（平成16年3月23日）厚生労働省医政局指導課長 発「救急救命士の気管内チューブによる気道確保実施のための講習及び実習要領について」 ●医政指発第0310002号（平成17年3月10日）厚生労働省医政局指導課長 発「救急救命士の薬剤投与の実施のための講習及び実習要領について」 ●医政指発0131第2号（平成26年1月31日）厚生労働省医政局指導課長 発「救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する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の実施のための講習及び実習要領並びに修了の認定等について」 ●医政地発0930第1号（令和3年9月30日）厚生労働省医政局地域医療計画課長発「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律 	院内救命士に関しても、都道府県メディカルコントロール協議会の認定が必要です。

			の一部施行（救急救命士法関係）に伴う関係通知の改正等について」	
4-1-3	第2回	さきほどの特定行為認定には、県内のMCの認定を受けるとありました。病院救命士も、医療機関において研修を終えたのちに、県内のMCにおいて承認を受けるといえるのでしょうか。その際、県MCに承認をもらうために研修内容の具体的な提示が必要になるのでしょうか。	<p>「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」では、都道府県メディカルコントロール協議会の認定を受けると記載されていますので、今のところ決まりとしてはそのようなようになっています。ただ、現在、そのような認定を受けられるかという点、まだその仕組みが整っていないかと思っておりますので、今後の課題と思っております。</p> <p>研修内容の具体的な提示というものは必ず必要になると思っております。例えば実習が終わっていることの証明や、病院実習のその必要な時間数等の証明が必ず必要になると思っておりますので、そのような提示が必要になると考えてください。</p> <p>薬剤投与、気管挿管、ブドウ糖溶液の投与と非心肺停止に対する静脈路確保及び輸液を実施するためには、厚生労働省から通知で出されており、都道府県メディカルコントロール協議会の認定が必要です。</p>	
4-1-4	第3回	先ほども質問があったと思いますが、特定行為についてです。 ① 都道府県MCの認定が必要とありますが、すでに認定を頂いている医療機関はありますか？ ② また、国から都道府県MCへ通知を出し再度周知を行うことなどの対策は取られていますか？	<p>① 認定をいただいている医療機関があるかどうかということに関しては、把握しておりません。</p> <p>②③ 国から都道府県の通知、再度周知が行われているか、また、再度周知徹底を行う必要があるかということですが、これについては、同様の質問が3回の講習会で何回も寄せられたと認識しています。それだけの頻度でこのような質問があったということを、われわれ講師の役割として、厚生労働省に伝え、早急な対策をしていただけるように、報告をすることが、できることであると思っております。</p>	

		<p>③ 都道府県 MC が医療機関の救命士へ認定を与えることを把握していない MC がほとんどだと思います。今一度周知徹底を行う必要があると思いますが、どのように思われますか？</p>		
4-1-5	第3回	<p>院内救命士における特定行為の認定について、医療機関単体の認定ではなく都道府県 MC 協議会の認定が必要とご説明がりましたが、都道府県 MC については、下記とおりと認識致しております。</p> <p>・ 設置基準：消防法第三十五条の八</p> <p>しかしながら、この都道府県 MC 協議会は「消防法における救急業務」に対する設置となっております。</p> <p>院内救命士の認定について、都道府県 MC 協議会に医療機関に対する認定要領への通知等が発出されているのでしょうか。</p>	<p>2021年9月30日の日付で厚生労働省医政局地域医療計画課課長が都道府県知事宛てに「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」を参照されたいという文書を発出しています。</p>	
4-2-1	第3回	<p>都道府県の MC 協議会の方針が決まらなければ、特定行為の病院内研修は実施しない方が良いですか。</p>	<p>認定につきましては、「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」上で都道府県のメディカルコントロール協議会の認定を受けることとなっていますので、体制が整うまで待ったほうがいいのではないかと思います。</p>	
4-2-2	第3回	<p>気管内挿管などは、「都道府県 MC 協議会」の認定を受けないといけないと事前の講義などであったかと思えます。「地域 MC 協議会」だけでなく、「都道府県 MC 協議会」の役割も整</p>	<p>消防のメディカルコントロール体制は、都道府県メディカルコントロール協議会とその下の地域メディカルコントロール協議会の役割分担によって整備されてきました。病院救命士の質の確保のために、都道府県・地域メディカルコントロール体制は</p>	

		備すべきとお話しでしたが、位置づけを再度教えていただいてもいいでしょうか？	一つの参考になるだろうとご紹介しました。医療機関の中に都道府県と地域と機能を分けて体制を確保する必要はなく、一体として、医療機関に必要な部分を取り込むという形が望ましいと考えます。 なお、認定するのは都道府県メディカルコントロール協議会です。	
4-2-3	第2回	救急救命処置を医療機関内で行うにあたり、「都道府県の MC の認定を受けていることが必要」とあるが、病院前救護に対する体制であり、病院内の活動を対象とするものではないと考えるが。当 MC でも病院救命士の活動に関しては関与しないことが確認されている。消防庁（総務省）と厚生労働省の認識に違いがあるようだが。	すでに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いただいた方がいると認識しています。この点については、今端緒にあってこれから議論が進められて整備が始まるかと思えます解決できない問題ではないと考えていますので、どうぞ積極的にご意見いただければと思います。	
4-2-4	第2回	気管挿管等の認定が必要な救命処置について、都道府県 MC の認定が必要とのことで、地域 MC に問い合わせましたが、認定等について国から通知がないため、認定はできないとの回答でした。地域 MC との調整については現時点で見通しは立っているのでしょうか？	各都道府県メディカルコントロール協議会はこれから協議をす ると思います。課題として思っているのは、例えば東京都で認定をして院内で気管挿管ができる、その救急救命士が勤務の都合で他の県に移動した場合に、東京都メディカルコントロール協議会での認定はどのような位置づけになるのかということです。移動先の県でその認定が有効なのか、再度認定をいただくかという課題です。 また、例えば卒業して間もない国家資格を取ったばかりの救急救命士が病院で気管挿管を 30 例、1 カ月で経験して都道府県メディカルコントロール協議会に認定の申請を出すとなった場合に、それが適切かどうかという議論も考えなくてははいけないと思います。	
4-2-5	第1回	挿管認定や薬剤認定も都道府県／地域 MC の認定を受けずにそちらのパターンを選択する	救急救命処置 33 項目はいずれも医師の直接的な指示のもとに行われます。また、気管内チューブの気道の確保、ビデオ硬性	

		ことも可能という意味なのでしょうか？それとも、それ以外の行為に関する院内認定資格の話なのでしょうか？	挿管用喉頭鏡を用いた気管内チューブによる気道確保、心肺機能停止患者に対するエピネフリン投与、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都道府県メディカルコントロール協議会の認定を受けている必要があります。	
4-2-6	第1回	他県で気管挿管認定および薬剤投与認定を保持していた救急救命士を当院で雇用した場合に、当県の県MC協議会で両特定行為の再認定を受けなければならないのでしょうか？もし、その必要がある場合は、当県で認定されるまでの間、救急外来で医師の具体的指示下であっても気管挿管および薬剤投与は不可と理解すべきでしょうか。	メディカルコントロール協議会からの認定という話であるため、現在のところ「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」には都道府県のメディカルコントロール協議会の認定をとること、ということになっています。おそらく別の県で認定をされた場合には、その新しい所属の都道府県メディカルコントロール協議会の認定が必要ではないかと思われます。厚生労働省に確認いたします。 【厚生労働省回答】 新しい所属の都道府県メディカルコントロール協議会の認定が必要です。	新しい所属の都道府県メディカルコントロール協議会の認定が必要です。

2. 改正救急救命士法等の解説

- 1) 医療機関が設置する救急救命士に関する委員会（医療機関内における委員会の位置付け／委員会の構成員／委員会に関する規定）
- 2) 救急救命士に関する委員会の検討事項（医療機関内で実施する救急救命処置の範囲を定める留意点／救急救命処置を支持する医師と指示方法／救急救命処置の記録と検証／救急名詞が実施する救急救命処置以外の業務）

番号	講習会	質問内容	回答内容	厚生労働省回答
5-1-1	第2回	看護師と救命士のダブルライセンス所得者が病院の規定や雇用基準(看護師での雇用・救命士での雇用)によるのでしょうか、遠い未来かもしれないかもしれませんが看護師が挿管が出来るようになるのでしょうか？	法的な範囲は超えていない、ということで看護師として雇用されているのであれば現行上は挿管できないと考えています。医師からの具体的指示をもらえば、法的には引っかけられないことにはなると思いますが、院内の取り決め等にもよると考えられます。	

5-2-1	第1回	<p>メディカルコントロールの仕組みや業務内容について、普段、病院で働いているのみで全く地域 MC 業務等に関わった経験のない先生方には、ご理解頂くのがなかなか難しいかと日々感じています。病院救命士を雇用している病院で各々MC 体制を整備していくにあたり、MC に関する経験や知識を有する医師が殆どいない病院も多くあるようですが、そういった病院へのサポートや質の確保はどのようにしていくのが良いのでしょうか。</p>	<p>ご指摘のとおり、地域のメディカルコントロールの業務にかかわった経験のない先生方にメディカルコントロールの仕組みなどについてご理解いただくのが大切と考えています。厚生労働省もそこを課題として捉え、この講習会を開催し、メディカルコントロールとはどのようなものか基本的なところを説明する時間を持ったということだと思います。</p> <p>また、今日受講いただいた先生方が、自分たちの地域で同じようにメディカルコントロールについて説明をしなければいけないといったときのために、受講いただいた先生方にも本日使用した教材を使っていただけるよう準備しています。ぜひご活用いただき、メディカルコントロールについての理解の皆様とともに広げていければと思います。</p>	
5-2-2	第1回	<p>指導医師の資格範囲については、「院内委員会でよく検討を。」とのことでしたが、実際のところ、臨床研修医や非常勤当直の先生方を指示医師として認めてもよさそうなものなのでしょうか。先生方や学会等の中で議論されていることや先生自身のご意見など、可能な範囲でご教示頂けますでしょうか？</p>	<p>院内委員会でよく検討を、という意味について、初期研修医や、非常勤当直の先生方を指示医師として認めてもよいのではないかとこのお問い合わせですが、講義の中で説明が少し足りなかったかもしれません。</p> <p>日本救急医学会と日本臨床救急医学会からの「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」には明確な記載がありません。しかし、一般的に臨床研修医は指導医を主体とした院内メディカルスタッフの指導のもとに臨床の研修を行うことになっています、したがって、救急救命士を指導したり、指示を出すことは不適切と考えます。一方、非常勤医師であっても委員会で救急救命士に指示・指導を行うことが承認され、院内に周知すれば、救急救命士を指示・指導することはできます。</p>	
5-2-3	第1回	<p>病院における救急救命処置の「具体的指示」を行う医師に関してです。</p>	<p>「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」では「救急救命士に関する委員会」の中で定</p>	

		<p>病院前の消防救命士の場合、MC 指示医師は殆ど「救急医」等であり、処置に関する理解も十分でしょうし、もし救命士が実施成功出来なかったとしてもその後のリカバーが出来る力量をお持ちかと思いますが、病院での実施に際して、そこにいる医師が必ずしも救命士の実施処置に関して十分な知識やカバーできるほどの技術的な力量を持ち合わせていない可能性があります（とくに声門上デバイスなど）。</p> <p>『指示医師の資格』に関して何らかの条件を設定するなど必要でしょうか？ご意見があればご教示ください。</p>	<p>めるようにされていると思います。その医療機関の中でいろいろな条件があるかと思いますが、医療機関の中で設置される委員会の中で、しっかり定義を決めていただいて、その医療機関における救急救命士の役割の理解度等から、指示をできる医師の範囲を設定いただくというのが正しい方法ではないかと思います。</p>	
5-2-4	第 2 回	<p>この研修会を受講し、適切な院内委員会設置ならびに必要な研修を実施して、病院勤務救急救命士による救急救命処置の管理を行う（行える）施設は問題ありませんが、こういった求められる体制を整えずに院内において救急救命士に高度な医療行為を実施させる施設もでて来る（意図的でなく、不十分な認識で実施する施設も含む）ものと予想されます。適切な体制が整えられているか否かの検証・認定を行う仕組みが必要と思われますが、この点に関してはどのようなになっておりますでしょうか？</p>	<p>そのような危惧は確かにあります。だからこそ、都道府県メディカルコントロール協議会の認定が必要だということになります。まず、院内の「救急救命士に関する委員会」で承認をして、その次の段階として都道府県メディカルコントロール協議会で最終的な認定という手順だと思います。そこで、この質問にあったような、もし仮に院内の体制が十分でないということであれば、都道府県メディカルコントロール協議会で認定しないとする判断があり得るのかなと思います。</p>	
5-2-5	第 2 回	<p>院内に MC 医師がいない場合、MC 協議会に参加していない医師からの指示、指導による業務に対応する事も可能でしょうか？</p>	<p>院内に MC 医師がいない医療機関もあるかと思いますが、だからこそこのような講習会の意義があると考えます。また、院内の「救急救命士に関する委員会」で、この先生は病院救命士に指</p>	【回答依頼中】

		<p>また、業務の中で研修を行う場合、指導医が救急医ではない場合など研修の修了や承認はどのように対応すれば宜しいでしょうか？</p> <p>特定行為研修は院内で行う場合、誰の承認で研修修了とされるのでしょうか？</p> <p>ドクターカーや救急車同乗研修など、院内だけでは無理な場合、救命センターや大学病院に研修をお願いし受けさせて頂くべきでしょうか？</p>	<p>示・指導ができると決めていただければ可能かと思えます。ただし、救急救命士と指示・指導する医師が一緒にいることが、病院で勤務する救急救命士の前提になっています。</p> <p>もちろん救急医である必要はありません。循環器科の医師、あるいは消化器内科、あるいは脳外科、整形外科等の医師でも救急救命士の業務とはどういうものかというのを十分理解したうえで、院内の委員会で指示・指導をする医師を決定すればいいと思います。</p> <p>もちろん当該医療機関と救命救急センターや大学病院の連携の中でそのようなことが可能であれば、行うべきと考えます。いずれにせよ、「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」では都道府県のメディカルコントロール協議会で認定をすると記載されています。</p>	
5-2-6	第1回	<p>具体的な指示を出す医師は当直医で可能ですか、事前に認定を受けた医師のみに限られますか？</p>	<p>事前に「救急救命士に関する委員会」にて、救急救命士に対して救急救命処置実施を指示する医師を規定に定めて置く必要があります。非常勤でも当該当直医が救急救命士に指示・指導することは適切と上記委員会で判断され、周知してあれば救急救命処置を指示することは可能です。なお、救急救命処置を指示する医師は直接診療している医師に限られます。</p>	
5-3-1	第2回	<p>院内の委員会で包括指示書があれば、救急救命処置の範囲で包括で良いとされているものは可としても良いと思いますが、ガイドラインが優先されますか？</p>	<p>医療機関に勤務する救急救命士が救急救命処置を実施する直接指示に限ります。</p>	
5-3-2	第2回	<p>医療機関が救命士を受け入れる側として準備する事が大事なのがわかりました。救命士が現状の行える範囲を基に、院内で行えるマニュアル</p>	<p>ご意見ありがとうございました。</p>	

		ル作成し、育てていかないといけないなと感じています。救命士の未来はまだまだ活躍できる伸びしろが多いと感じたので頑張っていきたいと思います。		
5-3-3	第2回	院内救命士の規定に関して、必ず盛り込まないといけない内容がありますか。また作成に関して参考になるものがありますか、雛形などありますか。	必ず盛り込まないといけない内容、あるいは雛形に関しては、「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」が参考になると思います。ガイドラインは日本救急医学会のホームページからダウンロードできます。 必ず盛り込まないといけない内容は講義で述べましたが、「救急救命士に関する委員会」の規定です。救急救命士を指示・指導する医師に関しては、この委員会で決定をして、それを院内に周知することが必要になります。	【回答依頼中】
5-3-4	第3回	救急外来には、専属の救急認定看護師が配置されている施設もあるかと思います。院内救命士との業務との兼ね合い等について検討はされているのでしょうか。	院内救急救命士の方々と救急認定看護師の方々がコラボして効果的ないいER外来をつくっていただけるとするのが理想ではないでしょうかと考えています。そのような意味では、この業務の兼ね合いというのは、まさにそれぞれの医療機関ごとに、救急認定看護師の方の数や質によっても内容等は変わってきます。ぜひここを「救急救命士に関する委員会」で議論いただいて、いいかたちのERをつくっていただければと思います。	

2. 改正救急救命士法等の解説

1) 医療機関に勤務する救急救命士に必要な研修（救急救命士が就業前に受講する研修／適切な救急救命処置の実施と救急救命士に求められる役割／救急救命士が就業前に受講する研修の実施方法と時間／他の医療機関または消防機関での経験を有する救急救命士への対応／救急救命士が研鑽的に行う生涯教育）

番号	講習会	質問内容	回答内容	厚生労働省回答
6-1-1	第1回	全体質問です。 今回のセミナー内容や講義資料をもとに、院内の医師や救命士むけにレクチャーなどをさせて頂いても良いのでしょうか？	ぜひ、有効にご活用いただきたいと思います。 ホームページ上で皆さんが視聴していただいた内容や勉強した内容を活用いただきながら、各医療機関の中でそれぞれの状況に合ったものを作っていただくのがよろしいかと思っています。 今日ご質問いただいた内容で、厚生労働省に確認する事項や宿題として確認する部分、あるいはもしかしたら間違った答えもあったかもしれません。間違った答えですとか、宿題をいただいた答えがそのまま発信されてしまう、ということもあるので、この質疑応答集をぜひ参考にさせていただきたいと思っています。	
6-1-2	第3回	事前講習の動画及び資料は、今後、院内の「救急救命処置を指示する医師」の院内での認定のために活用（流用）することは可能でしょうか？この動画はいつまで公開されていますでしょうか？	この講習会の内容は、本来の目的が院内の指導される方々へこのような内容を理解いただくということになっていますので、活用・流用することは可能だと思います。また、3月18日までが公開の期限となっておりますので、それまでにご覧いただき、皆様の医療機関で使われる時に資料として活用いただけるということがよろしいのかと思っています。	
6-1-3	第3回	今後医療機関に属する救急救命士が特定行為（挿管や拡大2行為）を実施するための講習会を貴機構で開催いただくことは可能でしょうか。各医療機関で消防同様のカリキュラムで開催することが難しい施設もあると思います。	そのようなご要望を受けたということ、本機構で、検討したいと思います。	

6-1-4	第2回	各種行為に対する追加講習が受講できなかった場合、受講の機会は設けられる事は無いのでしょうか？	現在は追加講習が行われていない状況で、講習が未実施で実施が不可能という救急救命士がいることは理解しています。消防の救急救命士に関しては県メディカルコントロール協議会が、ある程度受講者を見越して実施をしたという経緯がありますが、病院の中で働く救急救命士に対する追加講習というものはほとんどが実施されていないと思います。今後また検討が必要であると思います。	【回答依頼中】
6-1-5	第1回	院内の教育に関して、教育時間の規定は今のところないということよろしいのでしょうか？通常の業務が消防における病院実習とみなされるのでしょうか？	「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」を読み込む限り、教育時間の規定というところは今のところありません。また、通常の業務が消防における病院実習とみなすかどうかに関しても、具体的な言及がないというところです。その教育時間の規定というのが、医療安全、チーム医療、感染対策にかかわることなのか、それとも生涯教育の研鑽的な、という2つの教育時間の規定というところが考えられると思いますが、具体的な時間の規定というものは明記はされていません。 【厚生労働省回答】 教育における時間数等の規程はございません。	教育における時間数等の規程はございません。
6-1-6	第2回	医療機関に所属する救急救命士の再教育研修は、勤務時間内に実施しても可能でしょうか。	この内容は「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」には明記されていません。この点は各医療機関の中の「救急救命士に関する委員会」等でしっかりと詰めないといけないものかと思います。	
6-1-7	第3回	救急救命処置のうち精神科領域の処置、産婦人科領域の処置、小児科領域の処置の具体的な内容や救命センターや救急外来で想定し得る具体例を教えてください。	もともと、この33項目という中に具体的な指示内容が、精神科領域の処置、産婦人科領域の処置、小児科領域の処置、この3つです。精神科領域で特に救急外来に来られる患者の中で、精神科領域の必要とされる処置、このようなことだと思います。産婦人科領域にしましても必要とされる処置ですが、今回のこの3つの処置はいずれも医療機関内で医師が行えば、いわゆる	

			医行為として行えることだと思います。医療機関の中で産婦人科領域や小児科領域のこの処置を救急救命士が行えることというのは、おそらく、静脈路確保とか気道確保とか吸引とか、そのような救急救命処置として原則的なものの処置ではないでしょうか。	
6-1-8	第3回	改正して時間が経過すると疑問や問題点が出てきますのでぜひこういった講習会を開いていただきたいです。	ご意見ありがとうございました。	
6-1-9	第3回	研修についてですが更新時期や更新する項目を院内の委員会で悩んでいます何か指針はありますか？アドバイスいただければと思います。	病院の救急救命士の方々生涯教育や更新の認定期間とかということは、明らかには決められてはおりませんし、法律の中や「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」にも特に記載されておりませんので、民間救命士統括体制認定機構の講習などを参考にされるのはいかがでしょうか？-	
6-1-10	第3回	今後病院雇用救命士が指導救命士(相当)資格を取得できるようになるのでしょうか？	現在では指導救命士というものは、病院の中では明確になってはいませんが、当然、消防の救急救命士も30年の間に、そのような指導救命士が必要になって制度化されたということですので、病院の中で働く救急救命士にとっても、今後、指導救命士が必要な制度になろうかと思います。	【回答依頼中】