

**【令和4年度】第1～10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
1	法と制度が想定する院内救命士の入院患者	対象となるのは今までどおり重度傷病者ということで、救急救命士法の第2条に記載されている、症状が著しく悪化する、命の危険な状態にある者、いわゆる重度傷病者、あるいはその可能性のある者、となります。
2	改正法が想定する院内救命士の業務は、入院前の患者を対象としていますが、一方で診療報酬制度ではRRS(ラピッドレスポンスシステム)と関連する加算が新設されるなど、入院患者の急変予防や迅速対応チームの活動に焦点が当たっています。救急救命士が入院患者の急変または急変手前を救護するチームメンバーとなるのは適任かと愚考しますが、やはり改正法の上ではその活動はできないということでしょうか。	よくある質問ですが、いわゆる33項目をRapid Responseチームの業としてやることは今回の法律改正でもできません。たまたま、病院救命士が急変の場に一人でBLSあるいはAED等々を行うことは可能と考えますが、業として救命処置を行うということは、今回の法律の改正ではできません。医師の補助として、検体の搬送などの対応は可能です。
3	「場の拡大」と場所を問題にしながら「～の間」と期間になっているのは整合性が取れないと思います。	<p>具体的に例えば血管撮影室(アンギオ室)、あるいは初療室に手術室があるような医療機関はどのように判断するのか、という質問も前にいただいたことがあります。これに関しては、それぞれの医療機関で構造が違うので、例えばトイレはどうするのか といった問題になってくるわけです。あくまで入院するまでの間ということの判断は、院内のいわゆる救急救命士に関する委員会、院内MC、そのようななかで判断して、と考えていただいていいと思います。</p> <p>確かに場の拡大という表現にはなりますが、入院するまでの間とは、患者の立場による概念と捉えられ概念がずれているというのはご指摘のとおりです。入院病棟というようなかたちで考えれば、ある程度の整合性がとれるのかなと思います。</p>
4	本事業及び(臨床教育開発)推進機構と一般社団法人民間救命士統括体制認定機構(代表理事＝有賀徹先生)との連携、関係はどうなっているのでしょうか。	「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」を臨床教育開発推進機構が厚生労働省から受託を受けて実施しております。実施するにあたりまして、冒頭に横田裕行先生から「医療機関に所属する救急救命士に対する研修体制

【令和4年度】第1～10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

		<p>整備委員会」の委員長としてご挨拶いただきました。本委員会は、横田裕行先生が日本救急医療財団、有賀徹先生が臨床教育開発推進機構および民間救命士統括体制認定機構、田中秀治先生が民間救命士統括体制認定機構、その他日本救急医学会、日本臨床救急医学会、日本救急救命学会、日本救急看護学会と、関連する団体のそれぞれから推薦を受けて委員を任命させていただきました。ある面ではオールスタッフで推進をしていると、お答えをさせていただきたいと思います。</p> <p>この事業は、冒頭で説明のとおり厚生労働省の事業で一般競争入札で公募されています。そのなかでこの一般社団法人臨床教育開発推進機構(ODPEC)が落札し、上記の組織を作って本講習会を運営しています。</p>
5	<p>転院搬送が必要となった時、その途中の緊急車両、転送先の医療機関で入院するまでの間はどうか</p>	<p>法律が改正される前から、救急救命士は転院の際に業務をしていたということがありますので、今回の法律は、今までどおりで業務は可能だ、という解釈です。</p> <p>医療機関に転送する、その途中での緊急車両の中、あるいは転院先の医療機関に入院するまでの間であれば、業務実施可能であろうと思います。</p>
6	<p>消防機関に所属している救急救命士は、救急外来では処置を行えないという理解でよろしいですか？</p>	<p>従来から、消防機関は、消防のルールで、医師に引き継ぐまでの間を業務としています。法律が改正されたからといって、この点が変更されたという解釈ではないと考えます。なお、消防機関に属している救急救命士の方が医療機関に研修目的で来る場合があると思いますが、そのような場合はもちろん現行どおりでよろしいと思います。</p>
7	<p>ERで働いている救命士が、コードブルーでCTや病棟に合流した場合は医療行為は行えないという理解で宜しいでしょうか？</p>	<p>33項目に関しては、入院している患者さんには行えないということになると思います。</p>
8	<p>搬送してきた救命士が、初療に加わり、点滴をとる、などの場合は消防のMCと院内のMCが競合することになりますか？</p>	<p>消防の救急救命士は、院内で研修中は別として、医療機関で静脈路を確保することは本来はない、という解釈でいいと思います。</p>
9	<p>医療機関でも同様に、具体的指示による救急救命処置のプロトコール作成は必要か。</p>	<p>病院前の消防に属する救急救命士とは異なり、医療機関に所属する救急救命士はいつも近くに指導する医師がいるという前提となっており、その意味では、「具体的指示」とか「包</p>

【令和4年度】第1～10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

		<p>括的指示」ではなく、「直接的指示」という表現を用いています。それでも処置ごとにその手順を院内の救急救命士に関する委員会でプロトコールとして作るということは、非常にいいことだと思います。</p> <p>つまり、基本的には消防機関で行う場合は、事前に定められたプロトコールというかたちで行うわけですが、医療機関の場合は常に医師がいますので、そのような原則の中で、その医師の指示の下で、直接的指示の下に処置を行う。とはいえ、どのような手順で行うかということは、プロトコールというかたちで、書いておいたほうがいいですよ、ということだと思います。</p>
10	<p>改正救命士法における「場」の範囲に関する質問です。最初に搬送された救急病院から低次救急病院へ転院搬送が必要となった場合、医療機関所属救命士が医療機関の緊急車両(病院救急車)を使用して行うことが想定されます。その場合にも改正救命士法の「場」に入るのでしょうか？</p>	<p>従来から行われていることですので、今回の法律改正によっても変わりません。低次への救急医療機関への搬送という場合には、おそらく重度傷病者ということではないと思いますので、このような判断の下に現行どおりでよろしいと思っております。</p>
11	<p>院内 MC を作成した場合、都道府県 MC 協議会の認定をもらうことは必要でしょうか？</p>	<p>院内 MC、すなわち救急救命士に関する委員会自体に関しては、とくに都道府県 MC の認定は必要ないと思います。</p>
12	<p>院内 MC 委員会を立ち上げました。院内救命士に OJT として JPETC や ICLS を受講させるのは、教育の保障として認められますか？ 受講費用は、院内 MC 委員会で予算化すべきでしょうか？</p>	<p>それぞれの医療機関の院内 MC、すなわち救急救命士に関する委員会で決めていただければよろしいと思っています。</p>
13	<p>県の再教育に関わっていますが、現在は現場の方のみが対象です。今後は院内救命士の方の再教育の体制が必要でしょうか？</p>	<p>すごく大切で、これからここは議論するべきところです。医療機関に勤務する救急救命士の再教育は非常に重要な視点だと、私どもも思っています。</p>
14	<p>院内救命士にできることは看護師にも出来ることかと思えます。給与などのコスト面以外で人材が足りない場合に新たに看護師ではなく院内救命士を雇うメリットがどこにあるか(救急救命士のスペシャリティをどこに見出すか)に関して教えていただけたらと思います。</p>	<p>それぞれの医療機関で事情は異なってくると思いますが、今回の救急救命士の皆さんが院内でも、とくに入院するまで業務できるようになった背景というのは、医療スタッフが、とくに救急の領域では不足しているというのが、背景にあったわけです。ですから、もちろん医師や看護師が充足しているような医療機関にとっては、今回の法律改正がどれほど寄与</p>

【令和4年度】第1～10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

		<p>するかというところは難しいかと思うのですが、それぞれの医療機関で事情が異なるかと思えます。</p> <p>救急救命士という医療職種の特徴というのは、搬送しながら処置をしたり、あるいは病態の判断と、先読みや状態の把握とが上手です。傷病者は院内搬送だけではなくて院外に搬送するケースもあると思います。そのような搬送力というのは、明らかに救急救命士の方の独壇場です。病院の中では他の職種は、人を搬送しながら処置をするということとはできないので、そのような部分は大きなメリットではないかなと思います。もう一つは、消防機関との連携が上手であるということも伺っております。例えば、収容依頼があった時の傷病者の判断であったり、院内の伝達、そのようなことも救急救命士の役割として雇用されている医療機関もあると承知しております。</p>
15	<p>院内救命士の立場は院内の職員(病院側の雇用)になるのでしょうか？それとも消防署の職員としての勤務になるのでしょうか。</p>	<p>消防から病院の中に研修やあるいはまた別の立場で出向されている方を示しているのだと思います。</p> <p>われわれが基本的にご説明させていただいていますのは、病院に雇用されている救急救命士の方にどのような仕事をするか、ということで、消防職員として研修に来ている方や長期間研修に出ている方の説明ではありません。したがって、病院の中の雇用というのが、原則ではないかと思えます。</p>
16	<p>救命士の活動対象について「重度の傷病者」とありましたが、どのように重症度は定義されるのでしょうか。たとえば病院に搬送した傷病者が入院するまでの間に救命士の手を借りられるのは、どこまでの「重度の傷病者」になるのでしょうか。</p>	<p>よくある質問ですが、指導する医師の判断ということになります。重度傷病者の定義は、先ほどお話ししたように、救急救命士法の第2条に書かれていますので、それに該当するかという判断を医師がする、ということになると思います。</p>
17	<p>医療機関内で勤務している救急救命士が、心肺停止となった傷病者に遭遇した場合、医師到着前に院内に設置されているAEDを使用することは問題ないでしょうか？</p>	<p>救急外来で入院前の患者であれば、医師の指導の下に行っていいと思います。病棟で心肺停止になった患者さんにたまたま救急救命士が遭遇したときには、BLSあるいはAEDの使用ということは問題ないと思います。</p>

【令和4年度】第1～10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

18	<p>先ほどのQ&Aの再確認です。消防機関の救命士は挿管認定など認定は県MC協議会にて行われますが、医療機関所属救命士のその認定は各医療機関ごとで独自でおこなって良いということでしょうか。</p>	<p>気管チューブによる気道確保の実施、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管チューブによる気道確保は都道府県のメディカルコントロール協議会に必要書類を提出しその認定を受けていることが必要とされています。これらの研修体制については救急救命士に関する委員会で検討することが必要と思います。</p> <p>なお、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、<u>追加前の資格取得者</u>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です。ここで述べられている「<u>追加前の資格取得者</u>」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。</p> <p>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。</p>
19	<p>院内救命士の血管確保についての質問です。 重度傷病者を拡大解釈して、院内救命士がERでの血管確保をルーチン業務としてすることは可能でしょうか？</p>	<p>重度傷病者を判断するのが医師ですので医師が判断をして、静脈路確保の指示を出すということが原則です。</p>
20	<p>確認です。 救急車での搬送ではなく、ウォークインで来た患者に対して、医師が重度傷病者と判断した場合は、入院するまでの間であれば救急救命処置は可能という認識でよろしいでしょうか？</p>	<p>可能です。ウォークインであれ、救急車搬送であれ、医師が判断した重度傷病者に対して行う救急救命処置には変わりはありません。</p>
21	<p>入院患者に面会に来た家族や見舞客、外来受診患者、職員が急変し、「重度傷病者」と判断された場合には、病院勤務の救命士は医師の直接的指示のもとに特定行為が行えますか？</p>	<p>医師の直接的指示の下に実施可能です。</p>

【令和4年度】第1～10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

22	新卒で医療機関に入職した救命士が気管挿管できるようになるまではどのような過程を通るのでしょうか？	都道府県メディカルコントロール協議会の認定スキームに合わせて、病院の救急救命士も同様に認定を取るといった流れになると思われます。
23	入院患者の急変対応に常態的に関わることはNGと理解しました。では、外来、医療機関敷地内(入院はしていない)の急変対応チームに常態的に関わることは可能という理解で良いのでしょうか？	当該傷病者が重度傷病者であれば、入院するまでの間、医師の指示の下、救急救命処置を実施可能です。
24	「病院」救急救命士で、まだ気管挿管の認定がない場合、認定するために「消防」救急救命士と同様に喉頭鏡30症例、ビデオ喉頭鏡5例などを課すべきか。あるいは病院独自に判断しても良いのか(麻酔科での研修なくともシミュレーションでも可、或いは喉頭鏡30例でなく10例でも可、或いはビデオ喉頭鏡だけの認定)してよいのか。	各都道府県メディカルコントロール協議会の判断によるものです。この点は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ください。
25	医療機関に所属する救命士が行える輸液路確保は静脈路だけで、骨髄路(IOI)は許可されていないのでしょうか？また、気管挿管後の患者に救急蘇生薬を気管内投与することもできないのでしょうか？	これはどちらの処置ともできません。
26	消防機関に所属する救急救命士の、病院実習指導に携わっています。医療機関に所属する救急救命士とは、業務範囲が異なるかと思いますが、病院実習で履修する項目で重視されるものはありますか。	その判断は当該消防本部、当該地域、あるいは当該の都道府県MC協議会が判断するものと思います。
27	具体的指示による救急救命処置について、患者から同意書を取る必要があるか。	院内の救急救命士に関する委員会のなかで、説明と同意が必要と判断される場合にはその合意に合わせて実施すべきかと思います。委員会の中で検討が必要です。
28	特定行為の都道府県MC協議会の認定についてですが、流れがわかりません。問い合わせしても返答がありません。どうしたら良いのでしょうか？	各都道府県のメディカルコントロール協議会で、対応を検討していただいていると聞いております。
29	都道府県MC協議会に院内救命士の挿管、薬剤投与認定をしてもらう為にはどのような手続きが必要でしょうか？また、必ず受けもらえるのでしょうか？	都道府県の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て、認定の条件をご確認ください。

【令和4年度】第1～10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

30	消防機関の消防士が病院実習で採血等行っているが、医療機関の救急救命士が実習という名目で採血をすることは可能でしょうか？	実習ということであれば可能かと思いますが、採血そのものは、救急救命処置に入っておりませんので業としては実施できません。
31	救命士が行える処置のうち、病院内で処置を行う際に、気管挿管のように都道府県MCの認定が必要なものと、院内基準で実施可否を判定して良いものがあるということですか？処置に寄って認定者が違うということになり、混乱するように思います。それとも、都道府県MCがさだめている基準に「準じて」院内の研修体制をととのえなさい、という意図でしょうか？	<p>気管チューブによる気道確保の実施、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管内チューブによる気道確保は都道府県のメディカルコントロール協議会に必要書類を提出しその認定を受けていることが必要とされています。これらの研修体制については救急救命士に関する委員会で検討することが必要と思います。</p> <p>なお、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、<u>追加前の資格取得者</u>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です。ここで述べられている「<u>追加前の資格取得者</u>」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。</p> <p>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。</p>
32	1.特定行為ではない血糖測定については医療機関において研修、評価、認定を行い実施できるとしてよいでしょうか。また、必要な研修の具体的カリキュラムを示していただくことは可能でしょうか。若しくはブドウ糖溶液の投与、静脈路確保及び輸液や他の特定行為と一緒に都道府県MCに追加講習若しくは認定を進めていくよう促すことは計画されないのでしょうか。	<p>血糖測定については、救命処置の中に含まれておりますので、救命処置として院内で救急救命士が行っていただくことは可能です。</p> <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、<u>追加前の資格取得者</u>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です。ここで述べられている「<u>追加前の資格取得者</u>」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。</p>

【令和4年度】第1～10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

		<p>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。</p>
33	<p>2.静脈路確保において乳酸リンゲルしか許可されないことは通知があることを認識しています。しかし、この通知内容について他の輸液についても医師の直接指示により可能と変更を検討できない理由はあるのでしょうか。消防機関で他の在庫を抱えられないとか研修指導が煩雑などの理由では、医療機関側からすれば通らないと思うのですが。</p>	<p>私も医療機関内の輸液製剤については今後、変更していただきたいと思う一人ではありません。ただ、医療機関内の救急救命士では、現時点でこの乳酸リンゲルしか許可をされていません。</p> <p>この点に関しては、今後、乳酸リンゲル以外の輸液剤が医療機関の中で必要であるということ、学会を通じて、あるいは地域の医療機関、医師会を通じて、訴えていただくのがよいと思います。</p>
34	<p>田中秀治先生に確認です。 (医療機関に所属する救急救命士が使用する場合)マックグラスはビデオ喉頭鏡に含まれないのでしょうか？</p>	<p>救急救命士及び、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。</p>
35	<p>「初期臨床研修医による院内救命士への指示はできない」と、救急医学会・専門医研修会で講義を受けました。「できない」のでしょうか、それとも院内委員会で「初期研修医も指示できる」と規定すれば「できる」のか、どちらでしょうか？</p>	<p>初期臨床研修医という位置で救急救命士に指示を出せないかとのお問い合わせですが、皆様の医療機関で初期研修医がこのようなことについての責任を持たせてよしい対象なのかということをご検討いただければと思っています。私自身は初期臨床研修医が指示を出すということは責任という上では難しいと考えております。しかし院内の状況、その他の状況を勘案して、各医療機関の中で自分たちの病院としては、これもこうすべきではないかという議論がしっかり積み上げていただきたいと思います。ぜひ救急救命士に関する委員会でご検討していただきたいと思います。</p> <p>臨床研修医というのは、あくまで研修を受ける立場の医師なので、研修を受ける医師が指示ができるかということ、それから、指示を出した医師がどれほど責任があるか、というところ</p>

【令和4年度】第1～10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

		<p>になったときに臨床研修医がその責任も担うということは、適切ではないのではないかとということで、現実的には臨床研修医はこの指示はできないと解釈したほうがよろしいかと思えます。</p>
36	<p>救急救命処置録の作成はいわゆる特定行為を実施した症例のみで良いでしょうか？ 救命処置 33 項目のいずれかを実施したらそのすべてに処置録を残すのはかなり非現実的となりそうです。</p>	<p>救急救命処置を記録することは救急救命士法では、すべての救急救命士が行う処置を記録することとなっております。このことが救急救命士法第 46 条に記載されていますので確認ください。</p> <p>特定行為は医師の直接的指示で行いますので、きちんとした記載が必要だという認識は間違いありませんが、他の救急救命処置の中にも非常に重要な処置が多くあります。記載方法は法の求められている部分に従い誰がこの処置をしたのかということは、必ず書いておかなければならないと思えます。非現実的というようですが、血圧測定や脈拍、SpO2 の測定を実施した救急救命士が名前を書くというのは、例えば血圧を測った看護師が電子カルテに記録を行うと同じように、やっていただければ、現実的には可能ではないかと思っております。どの処置においても記録をきちんと残すということは、医療機関に所属する救急救命士でも医療行為としては必要だと思えます。</p>
37	<p>救命士の医療行為でミスが生じた場合には、その責任は指示を出した医師も問われますでしょうか。</p>	<p>消防機関でもよくいわれることの一つだと思いますが、救急救命士が自分の行った処置に対しての技術上の問題でミスがあった場合には、当然救急救命士もこの医療行為に対するミスの責任を問われることがあります。また、医師の指示が誤っている、救急救命士にやらせてはならない行為を行わせたことによって発生するようなことであれば、当然指示をした医師も問われるということになります。救急救命士はあくまでも医師の補助行為となりますので、補助行為を行うという判断が間違っていれば、その責任の一端は医師も含まれます。また、実際に実施する処置が問題であれば、救急救命士も責任を問われると思えます。</p>
38	<p>特定行為が認定されている救命士が消防機関から病院に転職した場合、無条件で認定は維持されるのでしょうか。就業前教育やプロトール</p>	<p>おっしゃるとおりかと思えます。しかしながら、このところの大枠のルールというものがまだ都道府県 MC 協議会でも決められていない場所が多いので、このあたりが整理された段階</p>

【令和4年度】第1～10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

	<p>などが異なります。認定は申請した所属機関に在籍している間のみ有効で組織が変われば再申請が必要ではないでしょうか。</p>	<p>で、例えば救急救命士が他県から移動した場合を考えると認定証や、申請書類などは原本をしっかりと保存しておくことが重要です。そして消防機関から病院に移動した際に、再申請が必要だということになってくれば、これを使用していただくことになると思います。</p>
39	<p>初期研修医に指示をさせるべきでないことは了解しました。しかし、同じように研修を受けている立場として、後期研修医の指示はどうでしょうか？</p>	<p>後期研修医であれば、いわゆる院内の救急救命士に関する委員会、院内MCのほうでこの医師が救急救命士に指示にするにふさわしい知識や技術を有しているという評価を院内で受けていれば、それは可能ではないかと思えます。</p>
40	<p>「就業前」の研修とありますが、それらの研修をしなければ医療機関内で救命士として活動できないということになるのでしょうか。研修が終了するまでは単なる事務職となるのでしょうか。</p>	<p>講習でも触れましたように、厚生労働省は医療機関に勤務する救急救命士の資質及び業務の質の担保を目的とした取り組みや、院内研修の内容について具体的に検討する際は、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命救急処置実施についてのガイドライン」(令和3年9月30日)を参考とすべきと医政局地域医療計画課長付の通知を出しています。同ガイドラインには就業前研修として医療安全、感染対策、チーム医療を研修することが記載され、医療機関で救急救命士として勤務するには必須となります。</p>
41	<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。 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とお願いいたします。</p>
42	<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</p>	<p>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。</p>

【令和4年度】第1～10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

	<p>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。</p>	<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。</p> <p>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。</p>
43	<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ります。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、という解釈になるかと思えます。</p>
44	<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。</p> <p>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。</p> <p>参考:「医薬品情報の周知について(情報提供)」(https://onl.tw/2x6bhHG)</p>

【令和4年度】第1～10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

45	<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関する委員会でご検討いただく必要があります。</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>
46	<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>
47	<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。 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協議会で認定を受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</p>

【令和4年度】第1～10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

・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？よろしくお願いたします。

ども多くなっており、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。

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関す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と考えてください。

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に思います。

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

【令和4年度】第1～10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

		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。
48	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るのですが、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、これはさまざまなところで、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。
49	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いよいでしょうか？	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。 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。 輸液路を確保しようと穿刺をして、確保できなかっ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。
50	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のでしょうか？	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で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

【令和4年度】第1～10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

	<p>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でしょうか？ ご教示をよろしくお願いいたします。</p>	<p>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>
51	<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、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さいますでしょうか？) 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よい、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>
52	<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」に記載されております。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>

【令和4年度】第1～10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

53	<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います。採血というの、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います。</p>
54	<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いますので、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>
55	<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と思いますが、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ことは、現在の救急救命士の教育の中では実施されてはませんが、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関す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います。</p>
56	<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せんでしょうか。 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あたり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>
57	<p>後でお話しされるのであれば、後でご回答いただいても結構です。 ガイドラインでは、病院救命士の処置資格(薬剤、処置拡大、気管挿管など)の承認について、MC協議会で承認する(ことが望ましい?)と記載されていますが、現在、県MCでは承認をしていただけていません。全国でも同様のようです。 そのため、病院救命士の処置拡大を進めることができず、非常に困っています。</p>	<p>この質問はよくいただく質問です。私自身も東京都メディカルコントロール協議会にかかわっていますが、体制が整いつつあるという段階です。各都道府県の中で先進的に取り組んでいるのは福岡県のMC協議会です。ホームページを見ると、認定の申請フォーマットが出ています。福岡県はすでにこのような体制ができています。ぜひご当地の県MCあるいは道府県のMCでそのような働きかけをして進めていただきたいと思います。</p>

**【令和4年度】第1～10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**

	<p>総務省や厚労省など関係部署に働きかけていただいて、病院救命士の処置資格の承認をして頂ける体制を一刻も早く整備いただきたいです。</p> <p>処置資格の承認については、どのような状況でしょうか？ご教授宜しくお願い致します。</p>	
58	<p>2022年12月5日のメールで確認させて頂きました、①「医療機関に所属する救急救命士が行う救急救命処置の都道府県 MC 協議会による認定について」の文書を拝見させて頂きました。</p> <p>認定について前向きな方向で記載されており、今後の展開が期待でき嬉しく感じております。</p> <p>本文書について、「厚生労働省に確認を取っている」とのことですが、やはり、現場で実施する私どもとしましては、厚生労働省との連名などの文書を頂けると幸いです。</p> <p>文書の解釈により180度変わることで、正式な文書等が安心した行為に繋がると存じます。</p> <p>救急救命士法およびその他通知に関して、「解釈」が多くなるにしても厚生労働省からの文書を持って実施していくことが安全な医療に繋がると存じます。</p> <p>ご質問</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今までの解釈はどのような解釈だったのでしょうか。 ・どのような経緯があって今回の解釈に至ったのでしょうか。 ・厚労省より今後文書等の通知や発信はあるのでしょうか。 <p>よろしく願い致します。</p>	<p>薬剤投与〔エピネフリン(アドレナリン)〕、また低血糖の際のブドウ糖投与に関する質問と 思います。薬剤投与および低血糖のブドウ糖投与も、都道府県 MC の認定が必要と解釈 されてしまうことがあったので、2学会のガイドラインに則って確認させていただいたとい うこととございます。</p> <p>本件については勘違いされやすいので、厚生労働省の担当官の確認を頂いた後に、12 月5日に本委員会の副委員長の田中秀治先生と私(委員長の横田裕行)の名前で当機 構のホームページに掲載させていただいたというのが経緯でございます。ちなみに、同様の 質問である No.61 の質問に対して田中先生が回答しています。</p> <p>それから、厚生労働省から正式な文章が出せるかということですが、それは厚生労働省に 確認してみないとわかりませんが、今お話ししたように、たくさんの Q&A の中でこの一部が 今回の件のため、これを文章に書いてくださいとなると、他の Q&A に関しても同様のことが 起きかねないとのことで、むずかしいと思います。</p> <p>事務局から補足いただきますが、講習会中の質疑応答についてはすべてホームページに 掲載しています。厚生労働省の確認をとって掲載していますので、ご参照ください。</p>

【令和4年度】第1～10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

59	過去の講演会でも質疑応答されていましたが、リンゲル液は今後「乳酸以外」の輸液も使用可能となるような、拡大の動きはあるのでしょうか。	今回は救急救命処置の内容の変更はありませんので、救急救命士は乳酸リンゲル液以外の輸液剤の使用はできません。また使用可能な輸液剤の種類を拡大するという検討はされていないと思います。
60	病院救命士の点滴は、乳酸加リンゲル以外の、酢酸、重炭酸、生食は、ダメという理解でいいですか？	酢酸リンゲル液や生理食塩液など、乳酸リンゲル液以外の輸液剤は救急救命士は使用できません。
61	挿管認定を受けるためには病院実習で30症例を修了することになっていますが、静脈路確保及びアドレナリンの投与についても同じく病院実習が必要でしょうか。	<p>静脈路確保やアドレナリンの投与に関しては、すでに養成課程の中で病院実習やアドレナリン投与に関しての実際の症例等についても含めて修了しているという考え方になりますので、この方々が養成所や学校を卒業し国家資格を取られていれば、病院実習は改めてやる必要はありません。ただし、薬剤投与の認定が始まったのが平成17年3月10日ですので、それ以前に国家試験を受けられた方は、改めてこのような追加講習が必要となります。その際にはこのような方々に対して病院での実習も必要になるかと考えます。</p> <p>静脈路確保の対象が心肺停止と、いわゆる非心肺停止に分かれております。心肺停止に対する静脈路確保というのは救急救命士法発足の当時からできておりまして、年代に限らず救急救命士の資格を取得したのちに実施可能ということになります。非心肺停止に対しては先ほどの田中秀治先生の説明のとおりかと思えます。</p>
62	<p>今後、救命士以外が確保したルートで、薬剤やブドウ糖を投与できるように変更されていきますでしょうか？</p> <p>また骨髄針による輸液確保への拡大の可能性はありますか？</p>	<p>まずは救急救命士以外が確保したルートで他の薬剤やブドウ糖を投与できるようなか、という質問かと思えます。逆の考え方をすれば、救急救命士が確保したルートで別な医療職種が別の薬剤を投与できるかという、これは実施が可能だと思います。救急救命士以外が確保したルートに救急救命士が薬剤投与する場合は薬剤投与、エピネフリン・ブドウ糖というものに関してもERで実施する際には、実施は可能ですが、気を付けていただきたいのは、乳酸リンゲル以外が点滴されている場合には、救急救命士によってポーラスする場合には一緒に乳酸リンゲル以外の薬剤が投与されてしまいますので、くれぐれもご注意ください。</p> <p>2番目の骨髄針による輸液路確保に関しては、現在は実施できません。もし行うとすると、</p>

【令和4年度】第1～10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

今後の救急救命処置の拡大が必要となります。現在では、厚生労働省がこのような処置拡大については、救急救命処置の拡大に関する委員会の中で検討しています。骨髄針による輸液路確保が必要と思われる場合や、医学会、消防機関、あるいはその他の団体であれば、適切な方法で、しかるべき方法でこのようなことを提案していただくことが可能となっておりますので、将来そのような委員会を経て、可能というように認められれば、実施することは、将来的には可能となります。

田中秀治先生のご説明のとおりかと思えます。救急救命士以外が確保したルートで救急救命士が指定の薬剤、ブドウ糖やアドレナリン等を投与することは、とくに問題ない行為であると思えます。

63 (質問)先程からの質問や過去の質疑応答にもあげられている現行の処置の規定で限られている事柄において(輸液は乳酸リンゲルのみ、輸液路確保時に採血はダメ、ビデオ喉頭鏡は誘導付きのエアウェイスコープのみ、など)医学的にも技術的にも処置内容として変わりのない問題を病院の委員会のもとに拡大解釈し実施することは可能なのか？(意見)これらを制限することは病院救命救急士の職域を狭めることになると思われます。(救急外来では乳酸リンゲル液を使用していない、採血がとれないなら静脈路確保は看護師に、エアウェイスコープは保有しておらず普通の喉頭鏡は誘導がないのにビデオ喉頭鏡のみ誘導付きでなければならない理由は何でしょうか)

ガイドラインの中で記載をされているもの、また通知等で過去に示されたもの以外については、拡大解釈して実施することは不可能です。ガイドラインに沿って実施をしていただきたいと思えます。
質問に対する回答ですが、これらを制限することは、病院救命士の職域を狭めることとありますが、確かにおっしゃるとおり、非常に窮屈な状況で病院救命士は、産み落とされたという言い方が正しいかもしれません。しかしながら、決められた規律はやはり守っていただくことが必要だと思しますので、まずはこれに沿って救急救命士を現場で活用いただきたいと思えます。今後病院救命士が、今のままでは非常に職域が狭まって使いづらいということであれば、救急医であれば救急の学会や、病院の医師であれば医師会などを通じて、しかるべき方法をもって病院救命士の処置をこのようにしたらどうだという意見を示していく必要があります。それまでは大変窮屈ではございますが、規定どおりに行っていただくことが必要なかと思っております。ビデオ硬性喉頭鏡について補足すると、厚生労働省回答では、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。ということでしたので、「マックグラス」も使用可能と考えま

**【令和4年度】第1～10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**

		<p>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取り決められた方法によって実施してください。</p>
64	<p>救命救急士が救命救急処置を実施できるのは入院までとなっていることはわかりました。この、「入院まで」というのは、空間的に病室へ到着するまでという理解でよいでしょうか。それとも、医療記録に残る入院の手続きを行う時刻にも配慮した上で救急救命士の活動記録を残す必要がありますでしょうか。この質問は、診療報酬上の手続きとして心肺停止患者が搬送され救急処置室で死亡した場合、入院扱いとして入院料が請求できることとの整合性の確認となります。</p>	<p>まずは、救急救命士が入院までというような場の限定をしているということは、今回の救急救命士法第44条第3項に明確に記載されていますのでこれを守っていただきたいと思えます。ご質問の内容は具体的に入院をする場所はどこであるか、というように考えます。皆様もご存じのように医療機関によっては、外来の場所がさまざまな形態があるように思えます。うんと短いところやあるいはとても長い距離を移動しながらという医療機関もあります。入院というかたちで医療記録が残されるまでの間のところの処置であり、とくにその場所が、放射線科のレントゲン室やトイレであったり外来であったり、あるいは搬送中のストレッチャーの上であったりということも含んでいます。医療機関ごとにより異なるので、各病院内の救急救命士に関する委員会で決めていただくことが必要です。医療機関によって入院の扱いが変わっているということはよく理解はできますが、保険診療上の概念と救急救命士法の規定は別と考えていただき、法・ガイドラインを準拠いただくことをお願いします。また、このところを含んでいただき、救急救命士に関する委員会が外来についての規定を決めていただくことが重要かというように考えております。</p>
65	<p>他者が確保した静脈路は、乳酸リンゲル液に切り替えてアドレナリン投与をする必要がありますか？</p>	<p>これは先ほど田中秀治先生からの回答にもあったかと思いますが、アドレナリン投与そのものは33項目の救急救命処置の一つですから、これは実施可能です。たとえ他の医療従事者によって違った輸液剤でラインを取られていてもアドレナリン投与だけならば実施できると思えます。</p>
66	<p>僭越ながら看護師の立場からご発言させてください。救急救命士がタスクシフトを重要として業務移行するのはよいかと存じますが、救急救命学を基盤とした、つまりあくまでも学問を基盤とした業務を実践する、このように救急救命士としての役割をもっと認識した上での他職種との協働、および独立をお願いしたく存じます。</p>	<p>救急救命士の役割についてのご質問かと思えます。病院救命士が、果たして何ができるかということについてはまだ初期段階にあり、これから看護師の皆様や医師の皆様とチームとして働くうえで、構築していくということが非常に重要なことかと思えます。そのようなことが真のチーム医療につながっていくと考えています。</p>

【令和4年度】第1～10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

67 質問がわかりにくく申し訳ありませんでした。診療報酬上、心肺停止患者が搬送され救急処置室で死亡した場合、入院扱いとして入院料が請求できるため、救急処置室に”入院していた”ことに(診療報酬上)なるのですが、これが救急救命士による処置ができるのが”入院まで”とされることと整合性が取れないのではないかと危惧から質問させていただきました。

同様の質問が以前にもあって厚生労働省に問い合わせましたが、その結果は事務局のほうからお話させていただきますが、診療報酬の算定とは異なった次元の問題とも思います。診療報酬上は「入院とみなす」という扱いだったというように思います。「みなす」ということは入院していないからみなすという解釈もとれますし、みなすということは入院してるんだという解釈も取れる。どちらにもとれるので、この講習会ではお答えしかねるということでありましたが、現時点での状況を事務局のほうからお話ください。

事務局から追加でお答えいたします。横田先生からもお話がありましたように、診療報酬の関係と救急救命士の病院における救命処置の場所的な問題が重複する、または解釈がどのようなものかという疑問が呈せられる質問が過去にもありました。しかしながら、厚生労働省に、講習会における皆様の質疑については確認を取るために上げておりますが、その際、厚生労働省の中において診療報酬の回答するセクションとは講習会の管轄が違うところであることで、明確な回答をいただいていないという状況にあるのが事実でございます。しかしながら、あくまでも、院内の研修会の講師となるための方たちの参考となるための講習というような意義がございますので、そういう意味で合わせて再度今日いただいたご質問については、厚生労働省の確認を取るよう上げさせていただきますので、追って皆様には回答をさせていただきますので、どうぞよろしく願いいたします。

【補足】

確認させていただきましたところ、保険上の取り扱いと救急救命士法で取り扱う外来の範囲とは別なものと考えていただければよいと思います。くわしくは、当機構の質疑に対する回答をご参照ください。

「診療報酬算定上の救急外来処置室等患者死亡時の入院扱いみなしについて」

https://seminar.odpec.or.jp/wp-content/uploads/2022/12/R4_EMT_Q_A_appendix.pdf

【令和4年度】第1～10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

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も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、救急救命士に関する委員会で、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るをすれば、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きます。ただし、その中で、先ほど植田先生からお話があったように、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のですが、医師の指示があれば、アナフィラ	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

【令和4年度】第1～10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

	<p>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。</p>	<p>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えます。</p>
74	<p>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？</p>	<p>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。</p>
75	<p>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。</p>	<p>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は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、このように思えます。</p>
76	<p>病院ごと対応、ということがあいまいだと思います</p>	<p>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。</p>
77	<p>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。</p>	<p>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、患者さんが来ていないときに、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</p>

【令和4年度】第1～10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

		<p>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、構わないと思います。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います。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います。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います。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います。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います。指示の仕方ということをしつかりと病院の中で、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</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を認定されて、その過程の修了証が出されて、国家資格を取る際に、受験</p>

【令和4年度】第1～10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

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

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。

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。

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

【令和4年度】第1～10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

		<p>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おります。</p>
81	<p>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？</p>	<p>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に来て、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。</p>

【令和4年度】第1～10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

		<p>【厚生労働省の回答】</p> <p>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勤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。</p>
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？	<p>医師がそこに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ペ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。</p>
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。	<p>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しなさい。そのようなことを聞かれているんじ</p>

【令和4年度】第1～10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

		<p>や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下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。</p>
84	<p>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もいいでしょうか？</p>	<p>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、これだったら大丈夫だというような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。</p>
85	<p>都道府県のMCの認定を受けた救命士が、他県に移動した場合、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>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</p>

【令和4年度】第1～10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

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おります。

86 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？

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。

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ことを検討いただければと思います。

**【令和4年度】第1～10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**

		<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のは、皆さんおっしゃるように、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だろうと考えております。</p>
87	<p>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？</p>	<p>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なと思っております。</p>
88	<p>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？</p>	<p>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。</p>
89	<p>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？</p>	<p>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、</p>

【令和4年度】第1～10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

		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。繰り返になります。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ういうものを行ったらいいかは、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させ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、救急科の診療部門に所属する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、その救急外来が活性化するように、うまく救急救

【令和4年度】第1～10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

		<p>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おります。</p>
94	<p>入院中の患者さんの急変時や RRT・RRS に救命士が対応することは禁止すべきなのでしょうか？</p>	<p>過去の講習会で何回かご質問いただいたのですが、その時にお答えしているのは、たまたまそこに遭遇した場合に、救急救命士さんが何もしないというわけには当然いかなさう。ただ一方、病棟での急変を想定した RRS のチームのメンバーとして救急救命処置を期待される、そのようなメンバーとして入るといえることはできないとお答えしています。現在公表されている Q & A にも、そのように記載させていただいています。本件に関しても、厚生労働省に確認していますので、ぜひ過去の Q & A もご覧になっていただきたいと思います。</p> <p>今までは、病院に来る前と病院に来てからのところで境目を引いていた。その境目を入院する前とあとにずらしたわけですが、境目は残るためにここまでできたらいいはずだができないという話が出てくるわけです。今の時点での法律の立て付け上ではこのように返答せざるを得ないという現状なんだろうと思います。</p>
95	<p>質問ですが、病院所属の救命士の行為に対するメディカルコントロールは、都道府県あるいは地域 MC でも担保・検証をしたほうがよいのでしょうか？</p>	<p>先ほど私が講義でお話したように、院内の救急救命士に関する委員会が、病院の救急救命士に関しては、それを評価することになりますので、都道府県 MC あるいは地域 MC ではそのような担保・保証は必要ないと思います。ただし、これから田中先生の講義があると思いますが、気管挿管に関しては、都道府県 MC の認定が必要という位置づけでございますので、その部分は都道府県 MC の関与が関係するこのように思います。その他の特定行為に関しては救急救命士の養成校の卒業年度、あるいは国家試験合格年度で都道府県 MC の認定が必要な場合と必要でない場合があります。</p> <p>また、最近拡大された特定行為について救命士が学校を卒業するまでその講習等を受けてない場合には、都道府県のメディカルコントロール委員会の認定と登録が必要とされています。</p>

【令和4年度】第1～10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

96	<p>院内心停止での医師の指示のもと胸骨圧迫対応は行って良い、ということによろしいですね？ (追記:病棟で考えています)</p>	<p>先ほどのRRSのご質問とほぼ同じような観点かなと思いますが、それを業として行うことは、これは今の法律上はできないという解釈になろうかと思います。</p> <p>確かに不自由な感じ、あるいはこうすべきじゃないかといった意見もよくわかります。その時に誰もいなくて、救急救命士しか胸骨圧迫する人がいないといったような時に、胸骨圧迫を臨時応急の手当として行うというのは容認されています。</p> <p>確認ですが、院内と書いてあるのは、病棟という意味ですよ。例えばこれが救急外来であれば、医師の直接指導の下に行っているいいこととなります。</p>
97	<p>入院後10日以上たっているような方が心停止に至りそうな状況になった際、血圧測定やパルスオキシメーター測定も行ってはいけないことになっていますか？</p>	<p>入院後は救急救命処置を実施する対象外になるため、救急救命処置の中に含まれている血圧測定、パルスオキシメーターでの測定は実施できません。</p>
98	<p>救急外来において看護師や医師が挿入した点滴の抜針を院内救急救命士が行うことは救急救命処置33項目に含まれておりませんので実施出来ないと解釈して宜しいのでしょうか？</p>	<p>重度傷病者に対して静脈路確保を実施している最中にトラブルがあった際には抜針できません。あくまでも救急救命士が救急救命処置を実施する対象は重度傷病者に限られますので、いわゆる治療が終わった後に抜針を必要とする対象が重度傷病者ではない場合は、抜針はできません。</p>
99	<p>法律を制定した際、救命士が乳酸リンゲル以外を利用できなくした事について、何か論理的根拠があったのでしょうか？ ないのであれば、患者の不利益の方が大きい事は明らかですので、法律を変更する必要があるのでは無いでしょうか？</p>	<p>乳酸リンゲル液に限られたという経緯が、すみません私の方では存じ上げません。</p>
100	<p>民間2次救急病院に勤務する者です。重度傷病状態にない方の救急要請／搬入が増えている実情、地域救命士も対応しているこのような軽中等度事案のER処理や病棟入院までの院内対応をも病院救命士に補助頂けることが重要と思います。院内委員会規定で、妥当で具体</p>	<p>先ほど私が説明したところですので、同じように説明させていただきます。まずは、院内規定で具体的な業務範囲の遂行を進めていただくということは、非常に大事なことだと思います。ただ、重度傷病者かどうかというのは医師の判断です。詳しく言うと重度傷病者および重度傷病者になると疑われる者というのが法律上の文言なので、医師がこの人は処置が必</p>

【令和4年度】第1～10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

	<p>的な処置範囲／業務遂行の流れが個別に定めてあれば重度か不明な患者対応も容認されると考えて良いですか。</p>	<p>要であるという判断されれば、実施することは可能だろうと思っています。軽症・中等症の事案というのであってももちろん途中から重症化するということはあると思いますし、コロナで発熱している方が、急に呼吸不全を起こしたりということもあり得ると思いますので、そのようなことが重度傷病者が疑われる範囲内かと思っています。</p> <p>先ほど私が説明をしたように、重度傷病者ということ判断をするのは医師ということになっております。ですので、医師がその判断をして、こういう処置を下さいということであれば、それは医師の指示下で医療機関内の救急救命士は実施することになるかと思っておりますので、業務の流れを個別に決めていただくことは十分可能だろうと思っています。</p>
<p>101</p>	<p>病棟急変時に外回り業務として、自動式心マッサージ器の設置や心拍再開後のバイタル測定は、不可になりますか。</p>	<p>外回り業務として自動式心臓マッサージ器を設置することのみであれば実施できます。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、病棟の入院患者に業として心拍再開後のバイタルサインの測定については実施はできません。</p>
<p>102</p>	<p>植田先生、ご講義ありがとうございます。ご質問となります。アイジェルやETCO2について救急救命処置の範囲に入りますでしょうか。この点、当院でもどのような解釈で行うのか悩んでいるところです。ご教授のほど、お願い致します。</p>	<p>igel については、気道閉鎖式エアウェイのデバイスと同じように、救急救命処置に入ると思います。</p> <p>ETCO₂に関してですが、気管挿管や、igel、あるいはリングアルマスク、高度な気道確保の際に二酸化炭素の呼気中の測定を行う機器ですが、これに関しては救急救命処置の範囲にはないのですが、一連の操作として認められておりますので、これは救急外来での実施の際には可能だと思います。また、バッグバルブマスク等でCPAでバッグバルブマスク換気している際の呼気の測定というのもできるかと思っております。</p>
<p>103</p>	<p>静脈路確保時、うまく穿刺されない場合抜針しますが、救急外来帰宅患者について、抜針することは可能ですか？</p>	<p>重度傷病者に対して静脈路確保を実施している最中にトラブルがあった際には抜針できます。あくまでも救急救命士が救急救命処置を実施する対象は重度傷病者に限られますので、いわゆる治療が終わった後に抜針を必要とする対象が重度傷病者ではない場合は、抜針はできません。</p>

【令和4年度】第1～10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

<p>104</p>	<p>当院でも救命士を雇用し、救急外来での夜勤業務にもあたって頂いています。院内急変時、特に夜勤帯はマンパワーが不足する場合も多いかと思えます。マンパワー不足の際、質の高い CPR を継続する意味でも、救命士による胸骨圧迫は非常に有効なものと考えますが、処置行為として今後行える可能性はありますか？</p>	<p>ご質問のマンパワー不足・胸骨圧迫というのは院内急変の時の対応ということをお示しいただいているのだらうと思えます。先ほどもご説明いただいたように、明らかに院内となっている場合に関しては、救急救命士は、入院患者に対して業として、救急救命処置を実施することはできないのが原則です。ただし、人道上、たまたま偶発的にそこに誰もいない場合で心停止にたまたま遭遇した時には胸骨圧迫をしたり、AED のパットを貼るというのは、これは緊急避難に近いかたちになり許容されるかと思えますが、常設的にいわゆるラピッドレスポンスチームのようなかたちでや、たびたび胸骨圧迫を病棟内で実施するのは、できないというのが、現在の法律上の原則になるかと思っております。</p> <p>処置行為として今後行える可能性はありますか？ということですが、ここについては、今の段階ではできないというのが結論ですが、今後病院の先生方からこういう声が多くなっている。実際に、毎回講習会でもこういうご質問をいただいておりますので、学会など知るべき方法を通じて、このような意見をまとめさせていただいて、厚生労働省等にこれらの意見を述べ、変更を願うというようかたちを取って次のステップで考えていきたいと思います。</p>
<p>105</p>	<p>私の勤務先の病院では法改正以前よりプレホスピタル用に病院独自の MC 協議会が発足され、それに基づいて院外で救命処置を実施していました。</p> <p>病院の MC 協議会がある場合には院内業務に対する委員会の立ち上げは不要でしょうか。</p> <p>病院独自の MC 協議会と法改正に伴う委員会の運用の違いはありますか？</p> <p>また、気管挿管など特定行為において都道府県 MC 協議会の認定を受けることが条件でしたが、病院の MC 協議会がある場合はどのように認定を進めるべきなのかご教授願います。</p>	<p>大変重要な質問です。もう病院の中に法改正以前からきちっとした MC 協議会を立ち上げられているということは素晴らしいことだと思いました。私の講義の中でもお話したように、これに類似するような委員会があれば、すなわち病院の MC 委員会があれば、院内業務に関する新たな委員会を立ち上げる必要はないと思います。</p> <p>2 番目の質問としては、独自の MC 協議会と法改正に伴う委員会の運用の違いということですが、法改正の内容がすべてこの MC 協議会の中で行われることにフィットしていれば、これは違いはないと思いますが、このガイドラインの中の項目と整合するようにご検討いただくことが必要かなと思います。</p> <p>3 番目の、特定行為における認定の条件ですが、私も講義の中で話をしましたが、病院の中の MC 協議会がスキルのチェックをやって、この人は全部十分力がありますよということ</p>

【令和4年度】第1～10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

	<p>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。</p> <p>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？</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>
109	<p>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。</p>	<p>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、先ほど私がお話しした院内の救急救命士に関する委員会、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には、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。</p>
110	<p>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いなくても行ってよいのでしょうか？</p>	<p>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</p>

【令和4年度】第1～10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

		<p>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ります。</p>
111	<p>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。</p>	<p>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。</p>
112	<p>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？</p>	<p>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。</p>
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く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</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は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</p>

【令和4年度】第1～10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

	<p>て実施するのであれば、特に地域 MC のプロト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。</p>	<p>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ひます。</p>
115	<p>院内では現在喉頭鏡はマックグラスが主流かと思ひますが、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？</p>	<p>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。</p>
116	<p>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？</p> <p>点滴路確保後の採血は可能なのでしょうか？</p>	<p>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を書いてありますが、これはしっかりと病院実習中の実習として静脈路確保するということであれば、可能と思ひます。救急救命士に関する委員会の中でこれを実習ということ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ひます。</p> <p>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す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ひます。</p>

**【令和4年度】第1～10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**

		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 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？	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はい可能でしょうか？ 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。	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。
119	トレーニングという”業務”と言葉の折り合いが悪いです。	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。

【令和4年度】第1～10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

		<p>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。</p> <p>すでに講義の中でお話しているように、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も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ように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だめでしょうか。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>

【令和4年度】第1～10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

【厚生労働省の回答】

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。
 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。

123	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>院内の救急救命士に関する委員会で、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ことであれば、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ことになりますので、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	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>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、</p>

【令和4年度】第1～10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

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。

【厚生労働省の回答】

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。

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。

125 最後のスライドありがたいです。

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ほしいと思います。

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勧めております。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。

【令和4年度】第1～10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

126	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でしょうか？	<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、現在ではすぐに出題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	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分の教育に関しては、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のでしょうか？	<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い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	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のでしょうか？	<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、明確に研修というかたちで、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</p>

【令和4年度】第1～10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

		<p>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か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>
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、救急救命士に関する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ことかと思えます。</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かたち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ことを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</p>

【令和4年度】第1～10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

		<p>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。 ご回答頂きありがとうございました。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でき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こととか、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で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。 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となります。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、チューブを出さ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</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</p>

【令和4年度】第1～10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

	<p>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対象外ではないかとの懸念があることです。</p>	<p>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わ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。</p>
135	<p>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(機械にいて、検査結果を台紙にはる)もおこなってもらってもよいでしょうか。</p>	<p>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。</p>
136	<p>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。</p> <p>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？</p> <p>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？</p>	<p>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。</p> <p>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</p>

【令和4年度】第1～10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

		<p>院内の救急救命士に関す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いかどうかということに関しても、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。</p>
137	<p>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。</p>	<p>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。</p>
138	<p>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。</p>	<p>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。</p>

【令和4年度】第1～10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

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かたち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しちゃんと説明をしたり(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と思えます。このあたりは救急救命士に関する委員会において、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。
140	救急救命士が病棟でアシスタント業務をしてもよいか	実施してよいです。あくまでも今回の救急救命士法の改正は救急救命処置を実施してよい場が「入院するまで」に拡大され、入院した以降は実施ができないということですので、救急救命処置に該当しないアシスタント業務については、救急救命士は病棟で実施可能です。
141	救急救命士の方の実習で採血ができないといわれるのですが、院内の救急救命士の方は、採血も実施できるものなのでしょうか？	救急救命士の救急救命処置の中に採血は含まれておりませんので、院内の救急救命士につきましても採血は実施できません、ということが回答となります。
142	救命救急士の方のトリアージの研修などは行っているのでしょうか？ メディカルコントロールの面でも、救命救急士の方のトリアージ力があがると質があがると思いますが、対象外になりますか？	救急救命士につきましては、教育養成過程の中では、いわゆる病院前で実施するトリアージについては教育を受けておりますが、おそらくこちらの質問は院内トリアージについてのことだと思っています。もし違うようでしたらまた、Q&Aでお寄せいただきたいと思います。そちらにつきましては、養成過程の中で特に、特段の研修を必須としているわけではありせんので、受けていないということになります。一方で JTAS 等の研修で、そのようなものを受けている救急救命士もいるかとは思いますが、一部でありまして、全員がそのような院内ト

【令和4年度】第1～10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

		<p>アージの研修を受けているわけではありません。</p> <p>追加でお話したいと思いますが、院内トリアージという質問であれば、診療報酬請求にも関係すると思います。院内トリアージで診療報酬を算定する場合には、看護職という資格が前提ですので、院内トリアージは救急救命士が行うことはできない、かつその診療報酬上の算定もできないと思います。</p>
143	患者様に対する処置に関してだけでなく、家族への配慮という点での研修は行われているものでしょうか？	<p>救急救命士の養成課程では、いわゆる119番で要請されて、その傷病者の元に駆け付け、処置を実施する前の説明と同意や、例えば高齢の方、また小児・ご家族に対する説明や対応についての勉強、実習等は受けておりますが、いわゆる院内での、例えば診療の説明の方法ですとか、同意に関することですとか、死亡確認されたのちの患者ご家族のケア、このようなことにつきましては具体的に研修は受けておりませんので、各病院でフォローしていただければと思います。</p>
144	救命士による気管挿管の訓練において麻酔科での30例が必要とありますが、救急外来での救急医による指導で代用は可能なのでしょうか？	<p>都道府県MCの確認が必要となるかと思えます。全身麻酔下の患者さんに対する気管挿管の実習が、事前のインフォームドコンセントが必要だという記載があったかと思えます。</p> <p>今お答えのあったとおりかと思えます。私が冒頭でお話したように、今回の法律改正で変わった部分というのは、場の拡大だけでした。対象の制限、内容の制限というのは変更がありません。ということで、この気管挿管に関しても、従来の法律に則った解釈になるかと思えます。都道府県MCの判断ということもありますけれども、内容の変更ということがないとのことですので、今までどおりという解釈になるかと思えます。</p>
145	病院で勤務する救急救命士です。気管挿管認定につきまして、ご教示願いたします。 気管挿管の認定をA県都道府県MCで認定を受けているが、B県(認定を受けた県外)の医療機関で勤務する場合、認定は勤務する管轄	<p>今後、都道府県MC協議会同士の取り決めの中で、決められていくものと考えます。</p>

【令和4年度】第1～10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

	都道府県 MC の認定を受けるということであったと思いますので、B 県で再度 30 症例後 B 県の都道府県 MC の認定を受ける必要であるということでしょうか？	
146	マックグラスを用いてビデオではなく直視下つまりマッキントッシュと同様の使用方法で使った場合、医療機関に所属する救急救命士が挿管は可能でしょうか。	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。
147	救命士のミキシングは可能ですか？	ミキシングは、救急救命士が用いることができない薬剤については実施できないということになります。 もし、「ミキシング」ということが点滴バックの中に更に薬を混注していくという混注であることを意味しているということであれば、喜熨斗先生の説明どおり、救急救命士がほかの薬剤を用いることはできませんので、それはできない、混注もできない、と考えてよろしいかと思います。
148	院内救命士を業務調整員として DMAT 隊員養成研修を受講させ、登録することは可能でしょうか？	日本 DMAT の隊員養成研修ということで理解していますが、こちらは隊員養成研修を受講して業務調整員として登録することは可能です。「業務調整員(救急救命士)」と登録されます。
149	病院救命士の処置記録や規定について、どの時期にどの機関で調査されるのでしょうか？	病院救命士の処置記録や規定については、適切に記載をしなければいけないということ、当然です。これは、医療法の中にも記載されております。ですので、これは病院長の指示でこのような記録や、あるいは救急救命士法を正しく準拠していただくことを、各医療機関の中で守っていただく必要があります。どの時期に、どの機関で病院の調査をされるのかということですが、各医療機関の所属する、例えば厚生労働省や地方局等に確認をいただく必要がありますが、この調査が行われるのかどうかということについてもまだ決定はしてい

【令和4年度】第1～10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

		ないのではないかなと私は思いますので、やはりそれぞれの医療機関の責任で法律で遵守をしていただくようお願いをする、とお答えさせていただきたいと思います。
150	院内救急救命士さんが当院にもきていただきたいと思うのですが、院内救急救命士さんは全国にどれくらいいるものですか？ 救急センターがある病院には2、3人はいるものですか？	<p>昨年日本臨床救急医学会で発表した内容を共有させていただきたいと思います。こちらは今から9カ月ほど前のデータになっております。日本病院救急救命士ネットワークというものを2年ほど前に立ち上げまして、色々な情報交換を行っています。その会員の状況ですので、まだ全国データというものが無いというのが実際のところなんです。そのネットワーク会員を基にしたものでございますが、171施設で雇用総数935人となっております。そのうちの、一つの施設で5人以下の雇用というのが103施設。多くの施設は、1人～5人程度ということで、15人以上雇っている施設、雇用している施設が、あまり多くないというのが実情でございます。実際に、年齢別に見てみますと、まだ救急救命士で若い方が多いというのが現状です。</p> <p>二次、三次救急医療機関別に、どのくらいの人数かというのは今回のデータで出ておりませんが、二次救急医療機関は全国で多いというのがありますが、この二次救急医療機関が63%、三次の救急救命センターが30%というところでございます。</p>
151	就業前の研修ですが、これは雇用後かつ現場で業務をする前に受講させる必要があるという理解でよろしいでしょうか。 この研修が終わらないと雇用後でもERで業務はさせられないという事でしょうか。	先ほどの講義の内容にもありましたとおり、チーム医療・医療安全・感染対策、この3つの研修は必須となりますので、この3つの研修が修了しなければ、救急外来で救急救命処置が行えないということになります。救急救命処置以外の業務は可能です。救急救命士が雇用された時点で必須の3つの研修を修了させることをお勧めします。