

前回検討会（第17回 令和元年11月6日）における主な意見

① 救急救命士の資質向上・活用に向けた環境の整備について

- 医療機関内において救急救命士の資質を活用することについては賛成だが、当該救急救命士を対象としたMC体制の構築、教育を十分に行うことが必要ではないか。
- 消防機関の救急救命士が、医療機関に到着した瞬間に処置の手を止めるというのはおかしい。矛盾を解消する意味でもこのような議論は必要である。
- 医師も看護師も、救急救命士にタスク・シェアしてほしい業務は、多々あると思う。
- 医療機関内における特定行為の需要は多くないのではないか。
- 看護師の負担軽減のためにも、救急救命士の資質を医療機関内において活用することはいいのではないか。
- 救急外来における看護師の配置基準についても、並行して議論を進めてもらいたい。
- 医療機関内で行う業務が、現在規定されている救急救命処置の範囲を逸脱しなければ、現在の教育内容を見直す必要はないのではないか。
- 医療機関内において救急救命処置を行うためには、3年以上の教育課程が必要ではないか。
- 医療安全や院内感染に関する教育については、他職種に対する当該教育と同様に、オンザジョブトレーニングで実施可能ではないか。大幅な教育の追加は想定されないのではないか。
- 消防機関に所属する救急救命士と医療機関に所属する救急救命士を同列で議論すべきではなく、当該救急救命士の救急活動時間や養成研修期間が延伸することがないように留意が必要。
- 医療機関内には医師が常に存在するため、救急救命士は常に医師から具体的に指示を受けることが可能となるのではないか。
- 医療機関内で構築するMC体制については、医師だけでなく看護師も関与すべきではないか。
- 医療機関内において救急救命士の資質を活用できるような、新しい資格を作ればいいのではないか。
- 救急医療の現場の逼迫は明らかであり、時間の猶予はない。新しい資格を創出するのは時間がかかるため、現実的ではないのではないか。

- 准看護師等、既存の資格を取得しやすくすればよいのではないか。
- 医療機関内において救急救命士の資質活用が出来るようになった場合、救急救命士の業務を評価するような診療報酬等が必要ではないか。
- 医療機関に所属する救急救命士のキャリアパスを考えるべきではないか。
- 医療機関内で救急救命士の資質活用が可能となった場合、救急救命士の需要が増えることが考えられる。需要に応えられる程の救急救命士は存在しているのか。

② 救急医療の現状と課題について

- 小児救急や周産期医療、地域において搬送困難となるような症例（基礎疾患が複数ある患者、難病患者、頻回受診患者、身寄りが無い患者、医療費未払い患者等）等、地域において拠点的な空級医療機関の貢献について評価すべきではないか。
- 精神科救急においても、急性薬物中毒、アルコール依存症、自殺、うつ病や錯乱状態等で多く搬送されるので、議論するべきではないか。
- 拠点病院として必要な機能を最低限果たせる目安となるような医師の確保数や必要数等も評価として必要ではないか。
- 地域に密着した医療機関を評価してはどうか。
- 受入件数が多くなると医療機関への負担が多くなり、すぐに治療が必要な救急搬送を受け入れにくくなる事があるのではないか。
- 重症を受け入れるほど生命予後・機能予後は悪くなる傾向があり、評価は慎重にすべきではないか。
- 重症度の評価以外に、標榜科や症候による応需率を評価してはどうか。
- 時間外診療は評価すべきではないか。
- 重症度や受入件数のみの評価ではなく、多面的な評価の仕組みが必要ではないか。
- 循環器系疾患に関しては、質の評価、生命予後や機能予後への寄与度等アウトカム評価が明確でわかりやすいので評価してはどうか。
- 救急医療の質と医療機関へのアクセスはトレードオフの関係にあると思われ、地域の特性や傷病者の程度等のデータに基づき議論する必要があるのではないか。
- 外傷は重症患者が多く含まれ医療機関の体制も反映されていると考えられるため、評価すべきではないか。
- 二次救急医療機関は、救急科専門医以外の医師が対応することがおおく、外傷患者受

入は難しいことが多いため、二次医療機関を評価する項目としては適切とはいえない
のではないかと。