

前回検討会（第18回 令和元年11月20日）における主な意見

（※括弧内は趣旨を損ねない範囲で事務局が補足した。）

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

（救急医療に従事する関係職種の負担軽減について）

- 二次救急の現場において、救急の体制を組むのに非常に苦労している中で、今回の形で救命士を活用できれば、医師にとっても看護師にとってもタスクシフティングの大きな力になるのではないかと。
- 血圧をはかるとか、聴診器とか、パルスオキシメーター、口腔内吸引とか、バッグバルブマスクの人工呼吸とか、（救急救命士が担うことが出来れば）、看護師の業務負担は相当減ると思う。
- 急性期病院で今、医師の働き方改革で非常に難しいのが心臓血管外科、脳外科、救急。この3つが将来的に規定どおりになるか、法律どおりになるかというのは本当に難しく、その中で救急が救急救命士の活用によって非常に助かるということを現場が言っている、ぜひこれを進めてほしい。
- 看護師の配置ということに関してきちんと配慮することと、救急救命士は仕事の間として院内に広げること、両方進めることが大切なのではないかと。

（救急救命士制度の趣旨等について）

- 救急救命処置を医療職として病院でやってもらえれば、かなり医師、看護師の業務負担軽減になると思う。これ以外の事務の業務（書類の整理、搬送等）に関して非常に助かる。既に認められている資質、資格、能力だけでも十二分ではないかと。
- そもそも救急車の中でしか働けないという形になっている形にした経緯というのは、どういう理由だったのか。そして救急救命士という制度が定着した中で、その不安なり疑念というのは払拭されたと考えるべきなのか。
- 救急救命士は医療機関に搬送されるまでの間に応急的に重度傷病者に対して救急救命処置を行うために誕生した職種であるため、資格の定義を変えてまでも病院で働けるようにするという事はおかしいのではないかと。
- 救急救命処置については、救急救命士法で「重度傷病者が病院・診療所に搬送されるま

での間に行われる処置」と定義づけられていて、病院内で行う際の質が担保されているとは言えないのではないか。

(業務を行う場について)

- 場として救急外来に余り限定することなく院内とし、対象の傷病者は重度傷病者であるとするのはどうか。院内にいて重症化するリスクのある方への対応も含めていくことによって、救急救命士の活躍の場をふやすこともでき、やりがいを尊重することにもなるのではないか。
- (救命士についても) コードブルーとかそういう形で、(院内で) 何かあったらそこに集まってやると (してはどうか)。
- 救急救命士の活動の範囲は救急外来ぐらいまでは拡大してもいいのではないか。その上で、これは法律改正ということになるので、それなりにきちんと議論する必要はある。

(教育について)

- 事務局案で行くと、専門的な教育は、業務内容を限ってしまえば、そんなにやる必要はなく、それぞれの病院でオン・ザ・ジョブでできる程度の教育ではないか。
- 行為を広げない限りはそれほど教育的なことは (必要ないのではないか)。
- 救命士が (養成課程の基礎) 教育を受けるに当たり、実際の研修は二次救急あるいは三次救急に配置をされて、それなりの期間、病院での活動の教育も受けているため、病院内のことも十分教育ができているように思う。
- 現在の基礎教育は院外で救急救命処置を行うことに特化していると理解しているため、プレ (ホスピタル) とイン (ホスピタル) が同じで、追加教育は不要ということに関しては、やや考え方が飛躍しているのではないか。

(事後検証体制について)

- (事後) 検証について、医師が検証し合うという時間をたくさんつくるというのは (働き方改革に逆行しているとも考えられるため)、検証の方法もなるべく簡単にしてほしい。

(救急救命士と他職種間の連携について)

- メディカルスタッフがうまく連携できるような教育体制やその運用体制を検討する場が必要になる。
- 運用のあり方に関する委員会を（医療機関内に）設置して議論し、今後の指針となるようなものを策定すると、各施設での連携がうまく進むのではないか。
- 研修をしなければならない職種が多い医育機関、研修医や新人の看護師、医学生や看護学生などを多く抱えるような組織と地域中核で人手が足りない病院など、ニーズはさまざまだが、実態に応じた運用体制を考えていくための検討が必要。

（救急外来における看護師の配置基準について）

- 救急外来は非常に多忙をきわめている要因は、配置基準や規定がないこと。看護師の必要な人数が配置されることで医師の負担を軽減できないのではないか。医師、看護師の負担を軽減するには、まずは看護師の必要人数を配置することと基準等を設けること。2点目に周辺業務を担う人材を配置することが必要ではないか。
- 救急（外来）に配置する看護師を募集しているが、本当にいないのが現状。2020年までに必死に現状を守らなければいけないし、国民を守らなければいけない観点からも、（救急救命士の場の拡大をすべきではないか。）
- 看護部のほうが救急（外来）に人を出すだけの余裕がいまだにない。
- 事態はかなり切迫していて、看護師の配置の基準の法律を変えることを待ってられない。
- （救急外来の看護師は）絶対に必要だと思っているが、（救急外来における看護師配置を要件化すると、）救急ができなくなるところが存在するのではないか。
- 看護師の需給見込みを考えてみて、（救急外来における看護師配置を決めてしまうと）、救急医療機関自体が手をおろしてしまう（という事態や）、看護師がいるところに患者が集中するという事態を招きかねないのではないか。
- 看護師の数が足りているのかということをきちんと把握してから要件化するべき。

② 救急医療の現状と課題

- 救急患者の把握について、救急車による搬送だけではなく、直接来院する場合も含めるべきではないか。
- 第8次医療計画に向けた見直しの際、統一的なメルクマールを示すのもよいが、最終的に個別議論をする際には、地理的要件による二次医療圏の完結率等の要素も勘案する必要があるのではないか。

③ 医療計画の中間見直しに加える指標について（救急医療）

- 現状把握のための指標を見直すことはよいが、間違った形で指標が使われないようにうまく説明をしてほしい。

④ その他

- 災害拠点精神科病院の整備方針について、各都道府県に1カ所ではなく数カ所以上が望ましいと見直していただきたい。
- 災害拠点精神科病院の要件については、災害拠点病院の基準よりも軽くし、地域で機能できる病院を確保すべきではないか。
- 災害拠点精神科病院を充実させるためには、D P A T研修を国の計画として十分に行う必要があるのではないか。