

第1回検討会（令和4年10月13日） でいただいた主なご意見

※ 第1回検討会において出された主な意見を事務局において整理したもの

1. 多職種連携・配置

【本検討会設置までの経緯と今後の進め方等について】

- 本検討会については、救急現場における医師・看護師等の配置について、この後、3回議論がされて、3月中にまとめると示されているところ。もともと、厚生労働科学特別研究（任研究）結果を踏まえ、救急外来等への看護師の配置について検討し、必要な措置を行うということだったと認識している。しかし、論点にしめされているところでは、救急外来での多職種の連携と少し焦点がぼやけているというか、抽象度が上がったのではないか。
- 搬送患者は非常に増えており、そこで対応しているのはほぼ医師と看護職員というところ、やはり看護職員の配置については、早急に結論を出していただきたい。
- 多職種の配置等のことをしっかりと考えていくことは非常に大事なことだと認識している。医師・看護師だけでは救急の部門、外来は成り立たない。事務に始まり、医師・看護師等に連絡、また、救急救命士等に連絡をしながら、次のプロセスとして、レントゲン技師、検査技師、薬剤師等、多職種がチームとなって救急医療に携わっている。そのことをしっかりと議論をさせていただきたい。
- 医師・看護師だけでなく、臨床検査技師や診療放射線技師、臨床工学技士なども、救急の現場で非常に活躍している実態もある。もちろん、多くの小さな病院においては、事務の方、また、事務と看護師、放射線技師、臨床検査技師等がチームを組んで、1人の患者さんの生命をつないでいるという実態もある。そういった意味では、多職種で救急を支えていく、救急の現場をそれぞれの多職種の専門性を生かしながら、また、専門性外でもしっかりと担えるような状況を作る、そういうものを示す、そういった議論をする場があればよい。そういう意味では、今回、医師の労働時間が制限をされるというような中で、多職種へのタスク・シフト/シェアを、もう少しうまく進められれば、この辺のところも解消し、救急の現場も非常にうまく回っていくのではないか。
- 救急の中で、今、多職種の連携ということが大事だということ、本当に皆さんがおっしゃるとおりで、そういう方向で検討されていくことを大変うれしく思う。そういった中で、それぞれの専門性をしっかりと活用していくというのは大事なこと。そういったものを効率的に機能させていくというところで、看護師がしっかりと担っていかなくてはいけない。現場で働いていると、2人の患者さんが同時に入ってきて、医師が1人しかいないという状況の中で救急対応をしているというのが、実際におきている。こういったときに、多職種がしっかりと入れるに越したことはないが、現実的に、可能性があるところをしっかりと見据えた形で、実際にそぐう形で結論を出していけたらよいのではないか。
- 救急外来における多職種の在り方、連携ということで、本検討会に関しては、救急救命士の方々や、チーム医療推進協議会の代表の先生方が御参加のため、ぜひ、救急外来全体の議論ができればということを考えている。

1. 多職種連携・配置

【救急外来における医師・看護師等の勤務実態把握のための調査研究について】

- 14ページの看護師の配置をしている施設では、救急車の受入れ台数等が多かったということだが、そういうところは、そもそも施設全体の体制も整っているところで、当然受ける台数が多くなるのではないか。また、15ページのトリアージ担当の看護職員を配置する施設に関しては、医師より看護師がトリアージを実施しているというのは、わざわざそういう看護師を配置しているわけなので、当然それもまたそういう結果になるのではないか。16ページの看護補助者についても同じ。20ページのまとめに関して、可能性ということに述べていただいているが、基本的に今回表されたのは相関関係であり、配置基準といったものを考えるには、エビデンスとしては少し弱いのではないか。今回の調査を踏まえて、ビフォーアフターを見るような因果関係と、なぜこうなったのかを示すような設計をした調査が必要なのではないか。
- 大切なのは機能という部分を考えること。こうすれば質が上がるとか、効率化される、働き方の負担が減るとか、そういうような本来の目的を目指して、引き続き、検討する必要があるのではないか。
- 看護の中では、この辺のデータが取りきれていなかったもので、今回こういう調査をしていただいて、多分課題はあると思うが、1つ礎になるものができたのではないか。この中で、例えば、自由記載か何か、現場の方々が、例えば、看護師の外来配置をしてほしいとか、何かそういった声などが、もしあれば伺ってみたい。実際に数字で出てくる部分と、現場の感覚とか、印象といったものも今後の調査には、大事な要素になるのではないか。
- 実際に、専門性の高い看護師を配置することによって、どう成果につながっていくかというところ、すなわち看護師を配置しているか、していないかのところで、もしかすると、今後、分析を足していただけると、もう少し分かりやすい部分が出てくるのではないか。
- 14ページ、15ページにおいて、エキスパートナーズがいるところの救急車の台数が多いというのは、有意差があるということを出しているが、これは、医療機関の規模の問題がやはり大きく影響しているのではないか。そこをきっちりと確認しないことには、はっきりこういったことが言えるものではないのではないか。
- 18ページのタイムスタディの結果、連絡・調整が一番時間的に要している。幾つかの我々の知っている病院では、今は救急救命士の方がやっというところがあるし、医師事務補助者サービスがある程度やっているところもあると聞いている。そういう意味では、今後、救急外来の看護師さんのタスク・シフト/シェアはできるのではないか。看護師がやらなければいけない処置の割合というのは、非常に少ないという感じがしたので、もっと救急外来の看護師が、多職種が入ってくることによって助かることを明確に示したデータになったのではないか。

1. 多職種の連携・配置

- 救急医療提供体制の中で、チーム医療体制、チーム医療は大変重要だと考えている。その中でも看護師に着目して意見を述べさせていただくと、現在、救急外来に特化した看護師配置は基準として存在せず、医療法に基づく外来の看護配置基準の30対1の中で対応をしている病院がほとんどということになっている。救急外来は、シフト勤務で、専門性の高い看護が求められているところであり、何とか措置を御検討いただけないか。今般の新型コロナウイルスの感染拡大のようなことが起きると、救急外来に業務が集中して、一般外来がなかなか対応できないというようなことも発生するため、何とか御対応いただけないか。けれども、日本看護協会が調査した2,600の救急告示病院に対しての調査では、二次救急の医療機関においても、かなり看護師配置の多くは、一般外来と1看護単位ではあるものの、看護職を常時配置しているような状況であった。実態に合わせた検討を、ぜひお願いしたい。

2. 救急救命士法改正の効果の検証

【医療機関内においても救急救命士の業務を可能とした救急救命士法改正の影響に関する調査について】

- 今回のアンケート調査は全国の救命救急センターを対象にという形になっている。高齢者救急の問題がある中で、やはり、二次救急が主体で頑張っていかななくてはいけない。そういう意味で、実際に今回救急救命士の方々に助けていただきたいという現場は、1つは、救命センターも入るけれども、大事なところは、二次救急の現場ではないか。そういう意味では、この救命センターだけを対象にするというのは、ちょっといかがなものか。これだと何か変な形で救命センターに救命救急士の方を配置するのが先決なのかというようなイメージになるのではないか。
- 現在、救急救命士が医療機関の中で救急救命処置が実施できるようになったが、その実態が明らかになっていない。私たち救急救命士も、どこに何人いるかということも全く把握ができていない。令和5年度から医療施設の調査ということで、救急救命士の項目が追加されるということによって把握できると思うが、これを少し前倒しというように形で検討していただければいかがか。
- ようやくスタートしたかなという段階であるため、このアンケート結果によって、何を得るかということに関しましても、まだ、いろいろな意味で時期尚早ではないか。200名を下る数しか病院には、まだ行っていない状況下で、全国の300の救命センターが、こぞって雇うような話になってしまったら、もうそれだけで一掃されてしまう可能性がある。我々が期待していた救急救命士の方の活躍ができなくなってしまうような状況に陥るのではないか。やるなら二次救急に関してもしっかりとアンケートを同時にしていただくか、何かそういった方向性で行っていただけたらどうか。
- この救急救命士の方々の今後の医療界での活躍というのを非常に期待しているので、何か変な、間違った流れになるとまずい。いろいろな職種で、救急救命士さんが置き換わってやっていくということは、病院の中で出てきている。救急現場では、依頼を受けるのが救急救命士になっているところの病院も、どんどん増えてきている。そうすると、ドクターにもタスクシフティングという形になるし、看護師にとっても、多くの内容を救急救命士が代わりにやっていたりするような状況が生まれてくるのではないか。いろいろな面でのプラス効果がはっきりと出てきた時点で評価をすべきではないか。

2. 救急救命士法改正の効果の検証

- 法改正があって医療機関の中でも33項目の救急救命処置が実施可能になったが、その後、日本救急医学会と日本臨床救急医学会から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示された。その中で、医師の具体的な指示が必要というところの5項目、実は、医療機関の救急救命士は、実施できていない状況のところが多い。原因としては、この特定行為をするときには、都道府県のメディカルコントロール協議会の認定を受けることと書かれている。医療機関の中には、都道府県消防のメディカルコントロール協議会と接点がない医療機関もまだあり、メディカルコントロール協議会からの認定を受ける理由が制度として明確化されていないというところが一番の問題で、認定それをどのような手順で進めてどういうふうにしていいのかわからないというので、今、医療機関で働く救急救命士たちは困っているところ。ガイドラインの見直しなど、その辺の制度を、まずは制度を明確にさせていただいて、それから、いろいろな検討をしていかないと、救急救命士が実際にやれていないことまで評価されてしまうと、間違った答えが出てしまう。ぜひ御検討いただきたい。
- やはり、法律改正から1年というところで、看護職員からは、まだ、現場の体制整理が非常に混沌としているという声が聞こえてきているところ。調査はやや時期尚早だと考えているが、それでも、この調査がなされるということであれば、法律改正によってできるようになったことと、それ以前から救急救命士の方が医療機関におられる場合に看護の補助業務として実施されていたような内容が両方入っているので、この辺り、評価としては慎重に示していただいたほうがよいのではないかと。
- 現場の様子としては、救急救命士さんの院内での導入が始まり、当院も3名ほど救急救命士の方が活躍されているところ、確かに今、本当にスタートして、いろいろと模索しながらやっている。実際に見ていて思うのは、本来の専門業務ではないのかもしれないが、誰がしてもいい行為と言ったら大変失礼ではあるが、そういった意味で、様々な業務を看護師と共有するところで、救急救命士さんの活躍というか、効果、そこにいていただく成果というのがあるなど。そうすることによって、救急の次の患者さんの搬送が早くなったりとか、そういったことがあるので、特定の行為をすることによって成果がどれだけ出るかということのみならず、様々な、これ以外の、どんな業務を実際にされていて、それによって何らかの効果があるのかとか、そういった辺りも含めて見ていただくとよいのではないかと。現場の看護師の感覚としては、いていただくことによって、本当に助かっている部分があるという意見は、実際に声が聞こえてきているが、その中身というのが、救急救命士の特殊な行為ということ以外の部分で助かっているという意見が多くあったので、それらも含めて広げていただくとよいのではないかと。それが今の1年の現状の中で見えてきた1つの成果でもあるのかなと思っている。