

救急救命処置の範囲の見直し、先行的実証及び認定制度に関する検討

令和8年7月9日(木)

厚生労働省医政局地域医療計画課

1. 本検討会での検討課題について
2. アナフィラキシーに対する自己注射が可能なアドレナリン(エピネフリン)製剤によるアドレナリンの筋肉内投与
3. 幸帽児に対する卵膜の破膜
4. 特区制度を活用した救急救命士による病院前超音波検査について
5. 医療機関に所属する救急救命士が実施する特定行為の認定制度について

参考資料

1. 本検討会での検討課題について

救急救命士とは

救急救命士法は資格法であり、救急救命処置を行うにあたり、救急救命士の所属機関を限定するものではない。救急救命士とは、厚生労働大臣の免許を受けて、救急救命士の名称を用いて、医師の指示の下に、重度傷病者が病院若しくは診療所に搬送されるまでの間又は重度傷病者が病院若しくは診療所に到着し当該病院若しくは診療所に入院するまでの間（当該重度傷病者が入院しない場合は、病院又は診療所に到着し当該病院又は診療所に滞在している間）に救急救命処置を行うことを業とする者

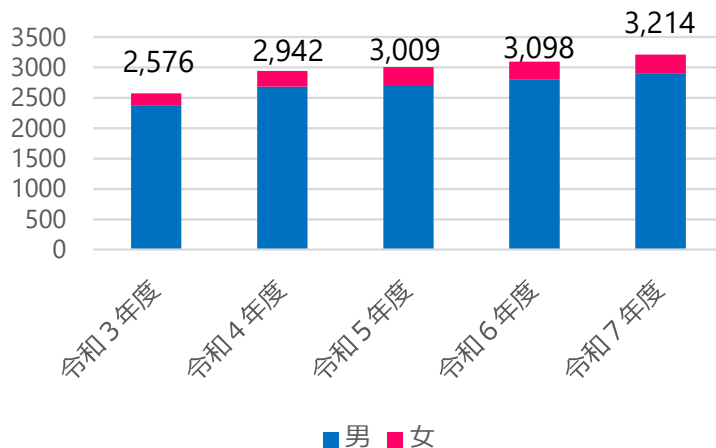
救急科の医師は、時間外労働が年1,860時間/月100時間を超える医師の割合が14.1%であり、救急医療を担う医師から、他職種へのタスク・シフト/シェアを進める重要性が高いことが示された。このような状況を踏まえ、救急救命士が救急医療の現場において、その資質を活用できるように、議論が進められ、令和3年10月1日より改正救急救命士法が施行された。

（第5回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ令和4年6月15日資料4参照）

登録者数

年間約3,000人程度が救急救命士として登録（令和8年4月末時点で81,072人（うち女性12,622人（15.6%）））

直近5年分の登録者数



受験資格

- ・指定を受けた大学・短期大学・専門学校（2年以上）の卒業
- ・救急隊として5年以上または2000時間以上の勤務に加え、養成所での6ヶ月以上の課程を修了など

救急救命士の活動範囲

救急用自動車等（ただし、病院若しくは診療所に搬送されるまでの間又は病院若しくは診療所に到着し入院するまでの間に必要と認められる場合はこの限りではない。）

救急救命処置

救急救命士が業として、重度傷病者に対して実施することができる、気道の確保、心拍の回復その他の処置については、「救急救命処置の範囲等について」（※）において、具体的な救急救命処置が33行為定められている。

※平成4年3月13日付け厚生省健康政策局指導課長通知

対象

重度傷病者（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）

救急救命処置の範囲について

(「救急救命処置の範囲等について」平成4年指第17号 改正:平成26年1月31日 医政指発0131第1号)

救急救命士法第2条第1項に規定する救急救命処置の具体的範囲は以下の通り。

医師の包括的な指示	医師の具体的な指示 (特定行為)
・聴診器の使用による心音・呼吸音の聴取 ・血圧計の使用による血圧の測定 ・心電計の使用による心拍動の観察及び心電図伝送 ・鉗子・吸引器による咽頭・声門上部の異物の除去 ・経鼻エアウェイによる気道確保 ・パルスオキシメーターによる血中酸素飽和度の測定 ・ショックパンツの使用による血圧の保持及び下肢の固定 ・自動式心マッサージ器の使用による体外式胸骨圧迫 ・心マッサージの施行 ・特定在宅療法継続中の傷病者の処置の維持 ・口腔内の吸引 ・経口エアウェイによる気道確保 ・バッグマスクによる人工呼吸 ・酸素吸入器による酸素投与 ・自動体外式除細動器による除細動(※) ・用手法による気道確保 ・胸骨圧迫 ・呼吸吹き込み法による人工呼吸 ・圧迫止血 ・骨折の固定 ・ハイムリック法及び背部叩打法による異物の除去 ・体温・脈拍・呼吸数・意識状態・顔色の観察 ・必要な体位の維持、安静の維持、保温 ・精神科領域の処置 ・小児科領域の処置(基本的には成人に準ずる) ・産婦人科領域の処置(臍帯処置・胎盤処理・新生児の蘇生・子宮輪状マッサージ) ・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投与 ・血糖測定器を用いた血糖測定 ・気管内チューブを通じた気管吸引	・乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液(※) ・食道閉鎖式エアウェイ、フリンゲアルマスク及び気管内チューブ(※)による気道確保 ・エピネフリンを用いた薬剤の投与(※) ・乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保及び輸液 ・低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与

※青:救急救命士が実施可能。赤:救急隊員が実施可能。

(※)は心肺停止状態の患者に対してのみ行うもの

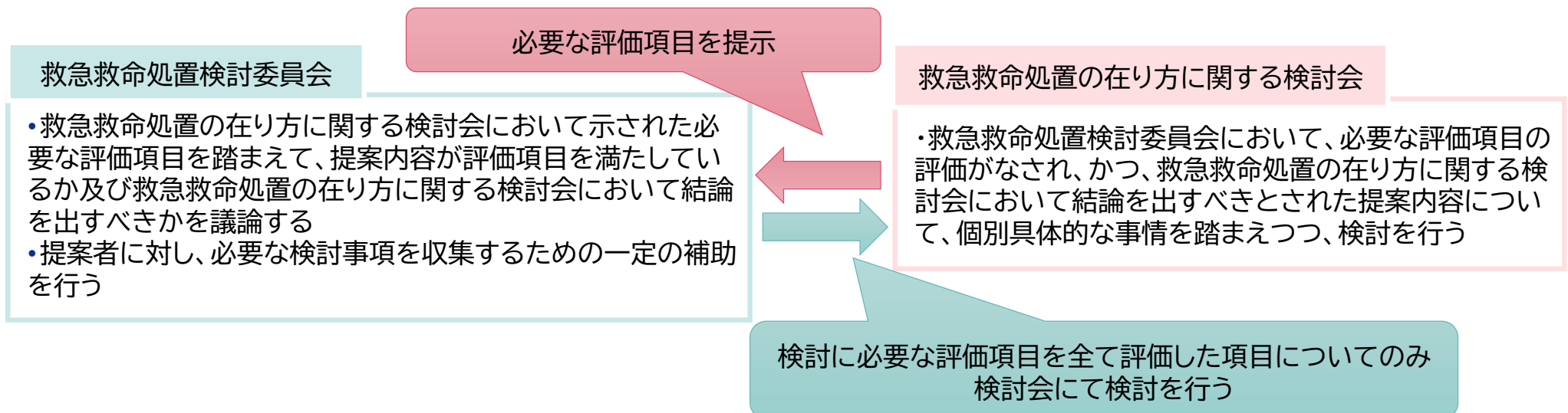
救急救命処置の在り方に関する検討会の創設

課題

- 新たに救急救命処置を追加するに至るまでの検討スキームが明らかでなく、また、救急救命処置検討委員会、救急医療の現場における医療関係職種の在り方に関する検討会(救急現場検討会)、同ワーキング・グループといった検討の場が複数存在し、それぞれの役割分担が明確でなかったことから、結論に至るまでに時間がかかっていた。

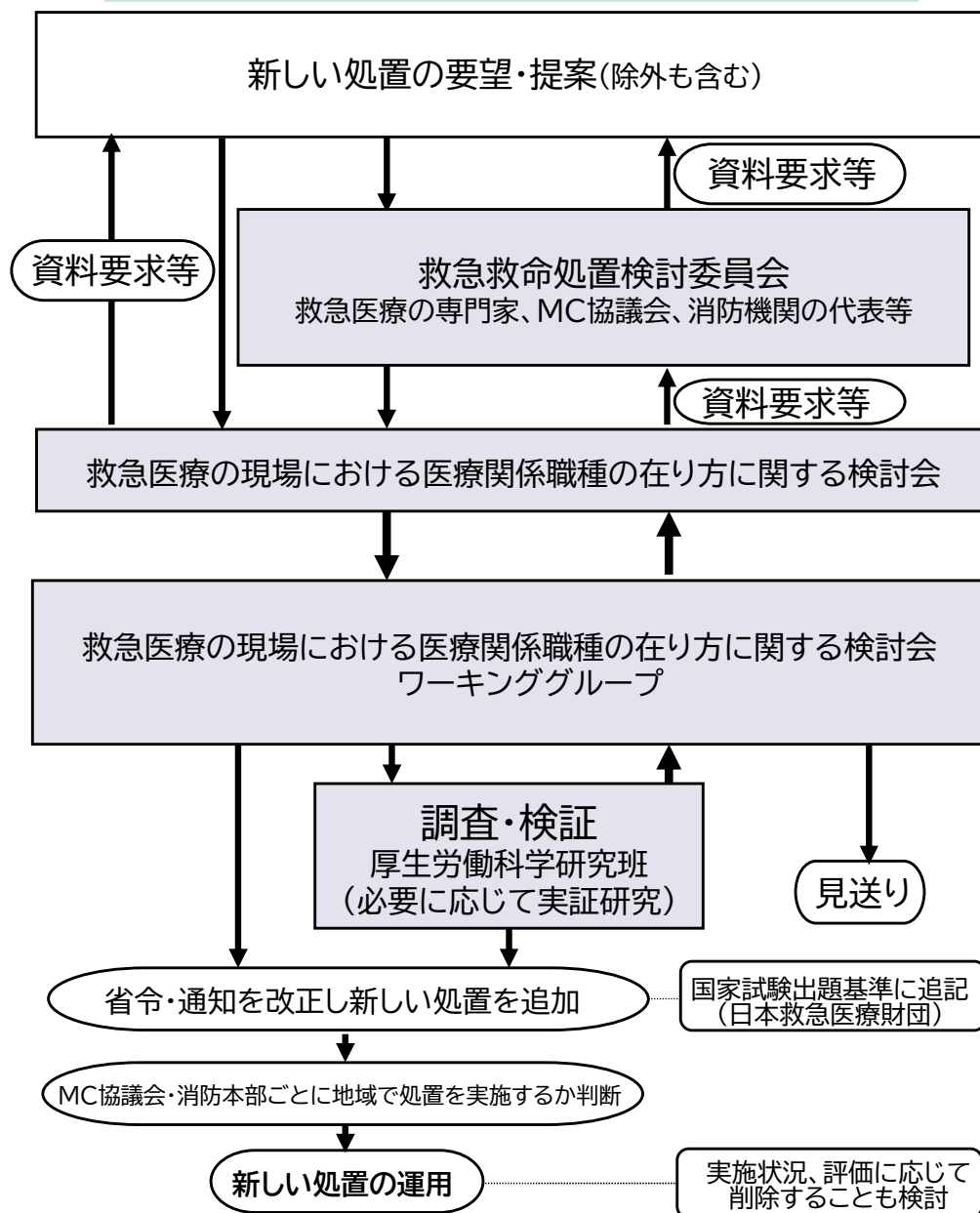
対応方法

- 上記の課題を受け、新たな救急救命処置の提案～救急救命処置の追加要否に至るまでの検討過程の見える化及び迅速な検討を行う必要があるところ。
⇒既存の救急現場検討会及び同ワーキンググループを廃止し、救急救命処置の在り方に関する検討会に一本化する。
また、救急救命処置検討委員会との役割についてそれぞれ以下のとおり明確化する。

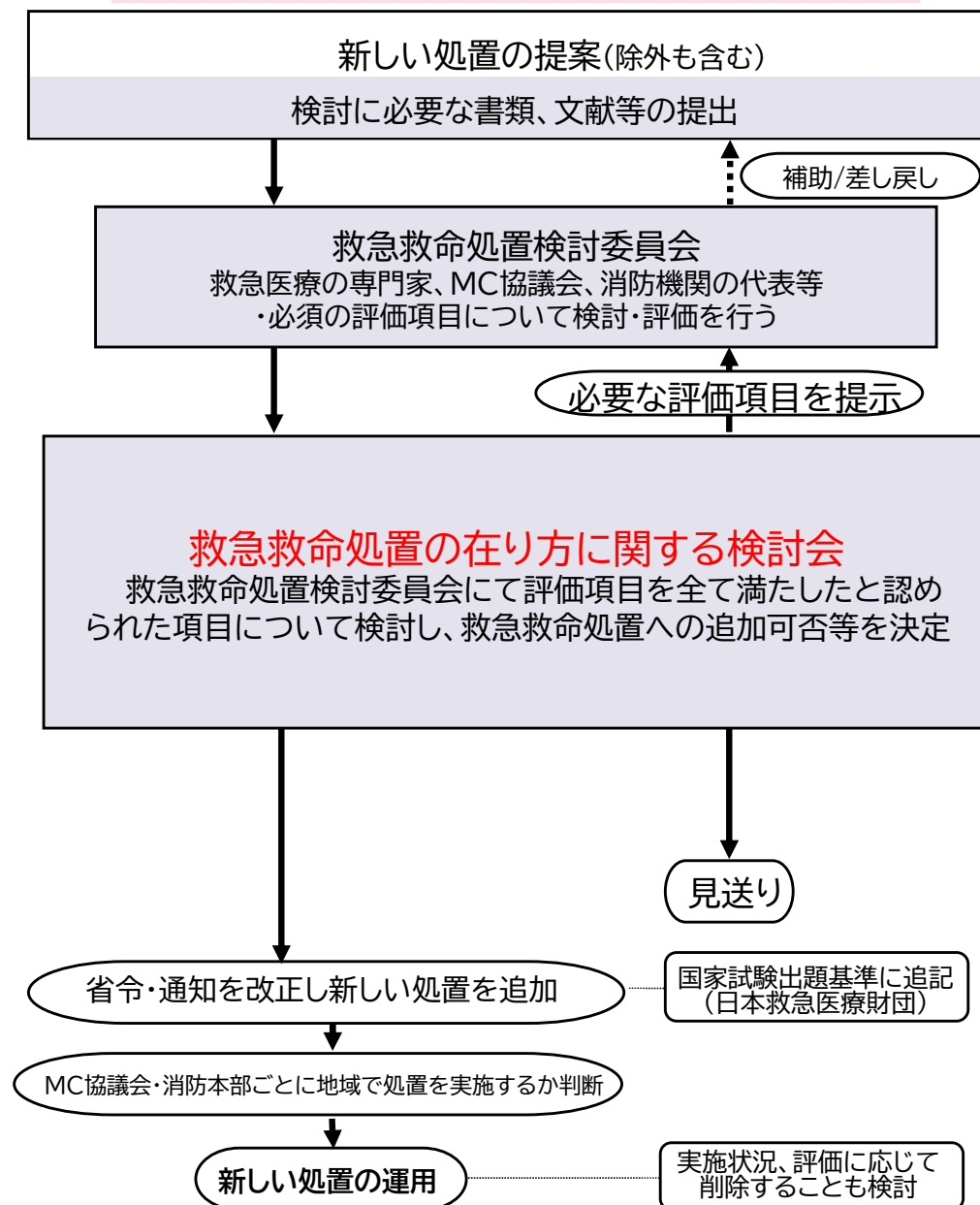


救急救命処置の範囲の見直しについての新たな検討スキーム

これまでの検討スキーム



新たな検討スキーム



令和8年3月10日

規制改革実施計画a及びbに掲げられた処置のスケジュール

救急救命処置検討委員会		これまでの経緯	検討スケジュール		
提案の内容	検討結果	経緯	令和7年度	令和8年度	令和9年度～
心肺停止に対するアドレナリン投与等の包括指示化	カテゴリーⅡ	2021年 厚生労働科学研究で実態調査 2022年 救急医療の現場における医療関係職種の在り方に関する検討会(以下「厚労検討会」という)に報告 2023年 厚生労働科学研究で指示等の整理	検討会にて議論し結論を得る		結論を得次第、速やかに必要な措置を講じる
アナフィラキシーに対するアドレナリンの筋肉内投与 ※自己注射が可能なアドレナリン製剤の処方を受けていない傷病者	カテゴリーⅡ	2023年 厚生労働科学研究で観察研究 2024年 厚労検討会に報告 ※厚労検討会のまとめ 2025年 実証事業(～2026年)	厚労科学特別研究事業による実証	実証の結果を検討会にて検証し、結論を得る	結論を得次第、速やかに必要な措置を講じる
気管切開チューブの事故抜去時のチューブの再挿入	カテゴリーⅡ	2021年 厚生労働科学研究で検討は行ったが報告書にまとめるには至らず。 2024年 検討状況を厚労検討会に報告	救急救命処置検討委員会にて検討し、結果を報告の上、結論を得る(令和8年度報告予定)		結論を得次第、速やかに必要な措置を講じる
急性冠症候群等に対する心電計の使用による12誘導心電図の測定と伝送	カテゴリーⅠ	脳卒中・循環器病対策基本法への対応の一環として、消防庁より当処置についての通知が发出されている。 2026年 第1回本検討会で了承(通知发出に向けて準備中)	検討会にて議論し結論を得る	結論を得次第、速やかに必要な措置を講じる	
心肺停止を対象にした自動式人工呼吸器による人工呼吸	カテゴリーⅡ	消防庁告示「救急隊員及び准救急隊員の行う応急処置等の基準」(昭和五十三年消防庁告示第二号)には、救急隊員の応急処置として「自動式人工呼吸器による人工呼吸」と明記され、心肺停止を対象に多くの地域で実施されている。 2026年 第1回本検討会で了承(通知发出に向けて準備中)	検討会にて議論し結論を得る	結論を得次第、速やかに必要な措置を講じる	
外傷による出血性ショックに対するトラネキサム酸の静脈内投与(生理食塩水の投与も含む)	未了	2025年～ 厚労省「救急救命士が実施する救急救命処置の追加要望の検討事業」において、救急救命処置検討委員会にて検討中	救急救命処置検討委員会にて検討し、結果を報告の上、結論を得る(令和8年度報告予定)		結論を得次第、速やかに必要な措置を講じる

令和8年3月10日

規制改革実施計画a及びbに掲げられた処置等のスケジュール

救急救命処置検討委員会		これまでの経緯		検討スケジュール	
提案の内容	検討結果	経緯		令和7年度	令和8年度
医師等により乳酸リンゲル液以外で確保された静脈路からのアドレナリン投与	未了	2024年	厚労省「救急救命士が実施する救急救命処置の追加要望の検討事業」救急救命処置検討委員会にて検討	救急救命処置検討委員会にて検討し、結果を報告の上、結論を得る (令和8年度報告予定)	結論を得次第、速やかに必要な措置を講じる
チューブ誘導機能を有さない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の実施	未了	2023年 2026年	厚生労働省科研でアンケート調査 厚生労働科研で検討中	消防庁とも連携し検討会にて議論し結論を得る	結論を得次第、速やかに必要な措置を講じる
幸帽児に対する卵膜の用手的な破膜	未了	2024年 2025年 2026年	厚生労働科学研究にて文献調査 厚生労働科学研究にて、適応、プロトコル、処置の手順書、必要な教育について検討 検討結果について報告	厚生労働省科研にて検討し、検討会に報告の上、結論を得る (令和8年度予定)	結論を得次第、速やかに必要な措置を講じる
低血糖発作症例に対するグルカゴン粉末製剤の点鼻投与 (バクスミー®)	未了	2024年～	厚労省「救急救命士が実施する救急救命処置の追加要望の検討事業」において、救急救命処置検討委員会にて検討(～2026年)	救急救命処置検討委員会にて検討し、結果を報告の上、結論を得る (令和8年度報告予定)	結論を得次第、速やかに必要な措置を講じる
院外心停止に対する薬剤投与のための骨髄穿刺システムを用いた骨髄輸液路確保	未了	2024年～	厚労省「救急救命士が実施する救急救命処置の追加要望の検討事業」において、救急救命処置検討委員会にて検討(～2026年)	救急救命処置検討委員会にて検討し、結果を報告の上、結論を得る (令和8年度報告予定)	結論を得次第、速やかに必要な措置を講じる

※あらかじめ処方されていない場合については、カテゴリーⅢと分類された

その他(国家戦略特区等において提案)	これまでの経緯	検討スケジュール
超音波検査	2021年～ 岡山県吉備中央町より提案 2023年～ WGにて議論開始	検討会にて議論 結論を得次第、速やかに必要な措置を講じる
コロナ抗原検査	2023年～ 大分県より提案	検討会にて議論し、結論を得次第、速やかに必要な措置を講じる

2. アナフィラキシーに対する自己注射が可能なアドレナリン（エピネフリン）製剤によるアドレナリンの筋肉内投与

救急救命処置検討委員会（平成30年度～令和元年度）

【提案の概要】

- 提案団体： 久留米市消防本部、岸和田市消防本部
- 提案内容（新しい処置の提案）：
（自己注射が可能なアドレナリン製剤の処方を受けていない傷病者も含めた）アナフィラキシーに対するアドレナリンの筋肉内投与
- 提案内容の詳細：
現在は、アナフィラキシーが疑われる重度傷病者に対し、エピペン®を交付されている場合は、救急救命士は本人に代わりエピペン®を使用することができるが、交付されていない傷病者の場合でも、アナフィラキシーと判断された場合に投与することを可能とすることを提案している。

【評価結果の概要】

- 評価分類： カテゴリーⅡ（さらなる検討が必要と判断される処置）
- 令和元年度の評価結果：
救急救命処置（特定行為）として「アナフィラキシーに対するアドレナリンの筋肉内投与」を追加することが望ましい。

※平成30年度の評価結果：

アナフィラキシーの判断基準とアドレナリン投与の対象の詳細、アドレナリンの適量投与のために必要な手順等の詳細、ヒューマンエラーの防止策、新しい処置の追加のために必要な講習等の詳細について、効果と安全性の両面から厚生労働科学研究等で明らかにする必要がある。

アナフィラキシーに使用する場合と、心肺停止に使用する場合のアドレナリンの投与量、投与方法の区分などについて、オンラインで指示を出す医師へも周知が必要である。

令和3～5年度厚生労働科学研究「救急救命士が行う業務の質の向上に資する研究」（研究代表者 坂本 哲也）

- 救急救命処置（特定行為）として「アナフィラキシーショックに対するアドレナリンの筋肉内投与」を追加するために明らかにすべき事項のうち、アナフィラキシーの判断基準とアドレナリン投与の対象（適応）の判断基準の策定、必要な講習プログラムの策定を行った。さらに、救急救命士によるアナフィラキシーの判断、およびアドレナリンの適応の判断に関する精度の検証を行った。
- 令和3年度：アナフィラキシーの判断基準(※1)とアドレナリンの適応の判断基準の策定
- 令和4年度：救急救命士の上記判断を支援する「観察カード」と救急救命士に対する研修プログラムの作成
観察カード及び研修プログラムの実効性を検証する第1段階として、シミュレーション研究(※2)を実施
- 令和5年度：観察カードと研修プログラムをブラッシュアップし、実効性を検証する第二段階として、全国の消防本部・MC協議会から参加団体を募り、所属の救急救命士の参加を得て、実際の救急現場における観察研究を実施

※1 アナフィラキシーガイドライン2022に準拠

※2 救急救命士にアナフィラキシーと類似疾患を混ぜた想定症例をスライドで提示し、アナフィラキシー及びアドレナリンの適応について判断させ、正答率を調べた。

【令和5年度に行った観察研究の概要

図】



※3 初診時に、総合的にアナフィラキシーと診断したか。

※4 初診時（来院後30分以内を目安）にアドレナリンを使用したか。

本提案に関する研究・調査①結果まとめ

令和3～5年度厚生労働科学研究「救急救命士が行う業務の質の向上に資する研究」（研究代表者 坂本 哲也）

【結果】

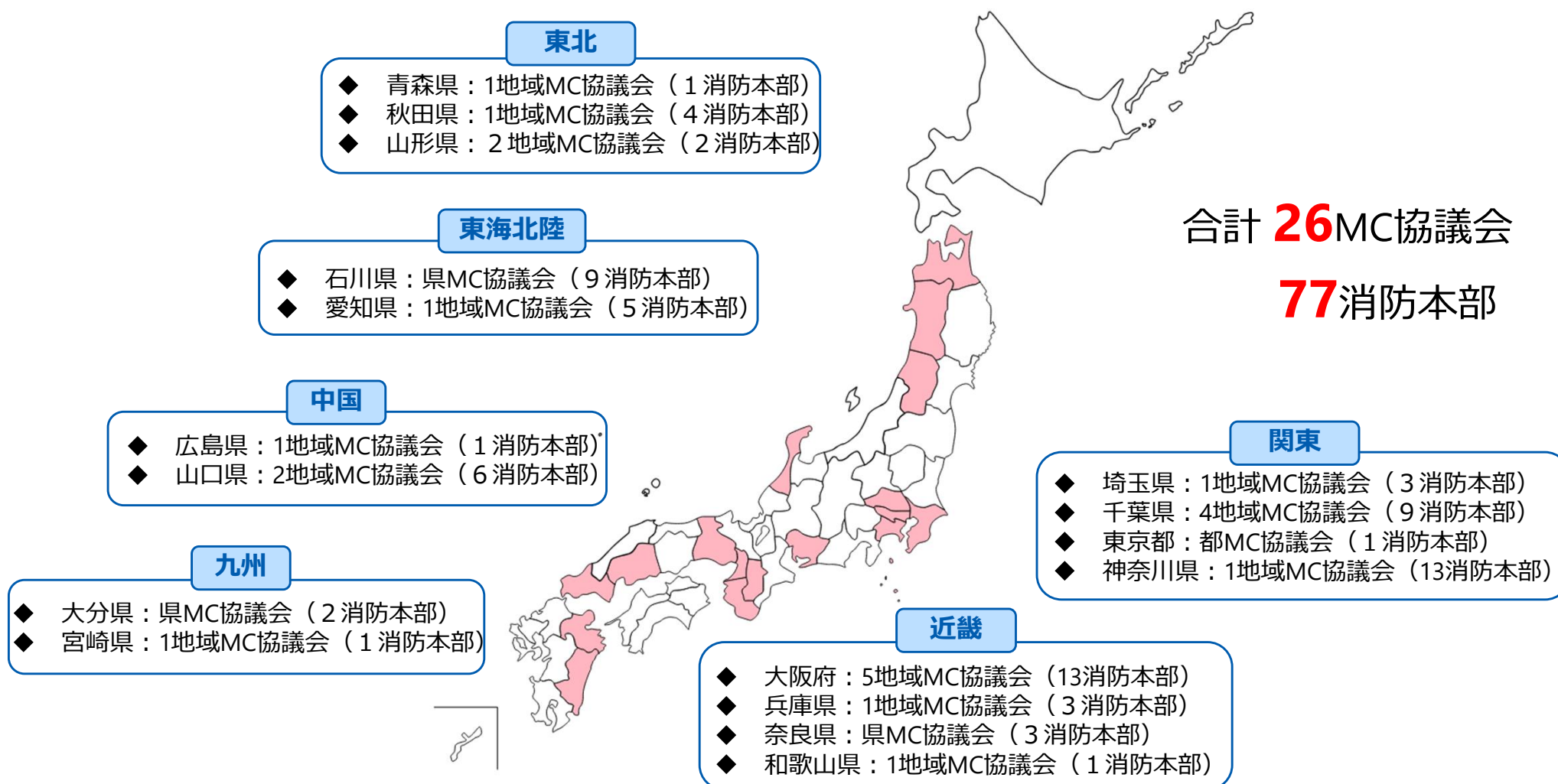
- アナフィラキシーの傷病者は、救急搬送人員数の0.3%であり、そのうち重度の呼吸・循環・意識障害を示すのは約30%。
- 医師のアナフィラキシーの診断（補正後）基準として比較した場合、救急救命士による判断の正確性について 感度76.4%、特異度99.99%、陽性的中率95.9%、陽性尤度比は76であった。
- 救急救命士がアドレナリンの適応であると判断した事例について、搬送先の医師もしくは事後に検証した日本アレルギー学会専門医は全例アナフィラキシーであると判断した。



- 救急救命士は、観察カードなどを用いて観察すれば、アナフィラキシーやアドレナリンの適応を概ね正確に判断できると考えられる。
- 一方で、救急救命士がアナフィラキシーと判断した事例において、医師がアナフィラキシーではないとした事例があったため、オンラインによる医師の指示の下に処置を実施するのがより安全、適切であると考えられる。

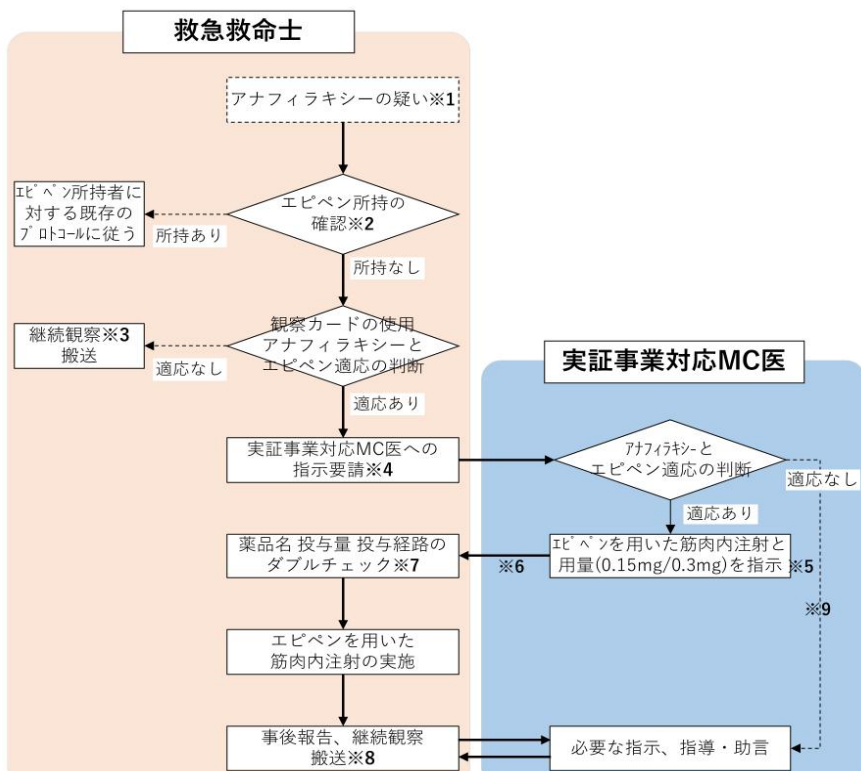
実証参加消防本部の公募・選定について

- 公募のあった都道府県・地域メディカルコントロール（MC）協議会、消防本部の中から、実証事業対応指示医の確保状況、実証事業参加救急救命士の確保状況、安全管理体制の確保状況等について評価のうえ、合計26MC協議会（うち4都県MC協議会、22地域MC協議会）、77消防本部を選定。



プロトコルの作成

アナフィラキシーに対するアドレナリン筋肉内注射（エピペン®）プロトコール

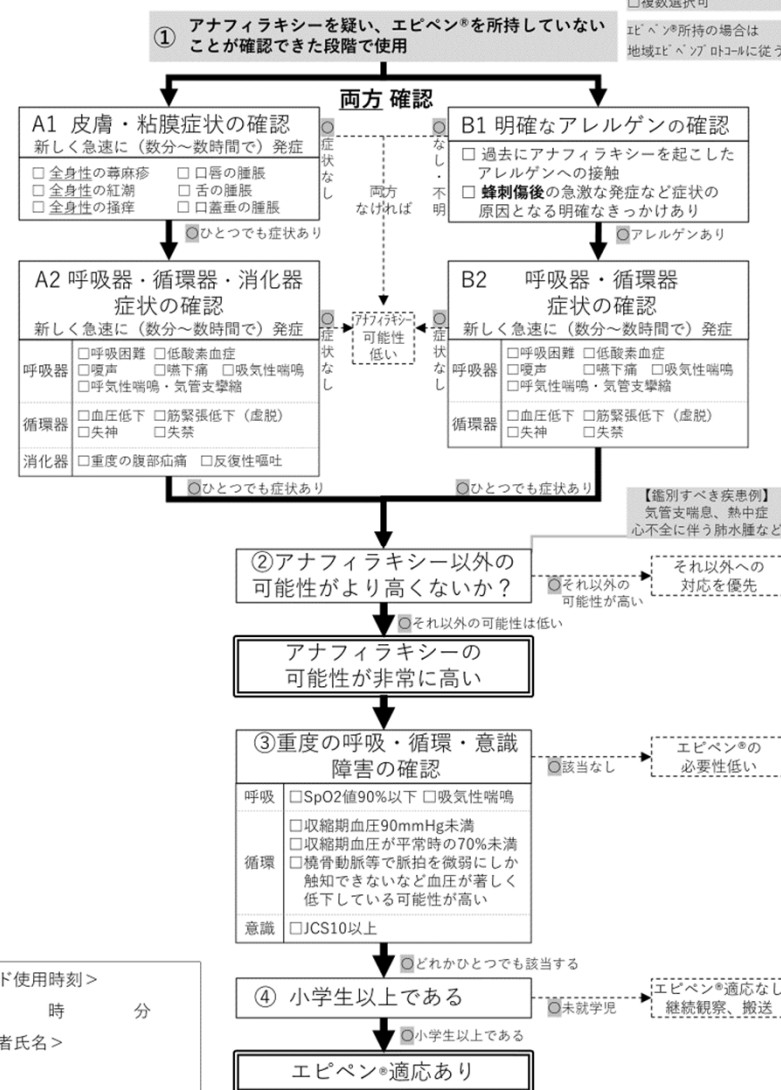


- 注釈
- エピペン®を用いた筋肉内注射の終了後まで「心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液」は実施しない。
 - すでにエピペンが使用されている場合はプロトコール対象外とする。
 - 継続観察中にアナフィラキシーを強く疑い、重度の呼吸・循環・意識障害のいずれかが出現すれば実証事業指示医(実証事業でのエピペン®の指示に関する研修を修了した医師)へ指示要請を行う。
 - 実証事業指示医であることを確認して、指示要請を行う。
 - 観察所見、年齢等の報告を踏まえエピペンを用いた筋肉内注射の要否とその用量を指示する。
小学1-3年生は0.15mg/小学4年生以上は0.3mg。年齢に比して体型が小柄な場合で体重30kg未満は0.15mg。
エピペン以外の方法でのアドレナリン投与は**禁止**。
 - 実証事業指示医の指示を復唱し共有する。
 - 処置実施者を含む隊員2名によりダブルチェックカードを用いて行う。
 - エピペンを用いた場合、実証事業指示医に報告する。
注射後3分、その後約5分毎を目安に、バイタルサインやその他の症状の消長を確認する。
効果がなかったり、再燃してもエピペンの2回目使用は**禁止**。
「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」等の実施は実証事業指示医からの指示に従う。
必要に応じて、「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」などを指示を行う。

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
救急救命処置「アナフィラキシーに対する自己注射が可能なアドレナリン（エピネフリン）製剤によるアドレナリンの筋肉内投与」の
投与対象拡大に係る実施体制整備研究 ※営利目的での利用には許可が必要

観察カードの作成

アナフィラキシー 観察カード



<カード使用時刻>

時 分

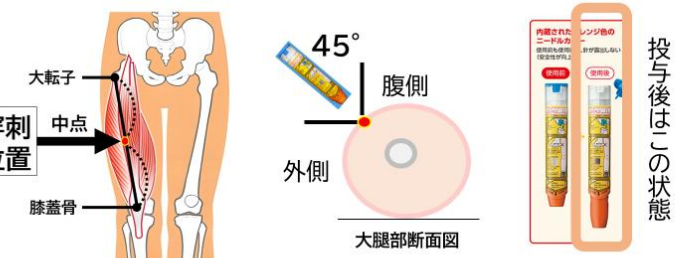
<使用者氏名>

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
救急救命処置「アナフィラキシーに対する自己注射が可能なアドレナリン（エピネフリン）製剤によるアドレナリンの筋肉内投与」の
投与対象拡大に係る実施体制整備研究 ※営利目的での利用には許可が必要

チェックカードの作成

アナフィラキシーに対するエピペン®筋肉内注射 [チェックカード]

確認項目	チェック欄
①MC医師の指示を得たか？	☐
②小学生以上か？（未就学児は適応外）	☐
③使用するエピペン 必ず2名で確認 小学4年生以上 0.3mg 黄色のラベル  小学1～3年生 ※小4以上でも体型が小柄な場合で 体重30kg未満と判明した時 0.15mg 緑色のラベル 	
④穿刺部位は、大腿中央前外側	☐



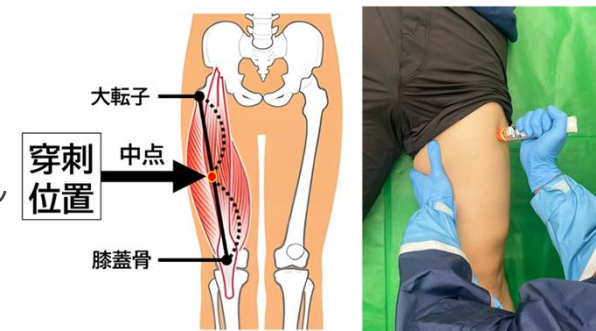
厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
救急救命処置「アナフィラキシーに対する自己注射が可能なアドレナリン（エピネフリン）製剤によるアドレナリンの筋肉内投与」の
投与対象拡大に係る実施体制整備研究 ※営利目的での利用には許可が必要

手技の手順書の作成

エピペンを用いた筋肉内注射の手順について、

- ①処置前の確認
- ②穿刺位置の確認
- ③穿刺部の保持
- ④穿刺部の消毒
- ⑤安全キャップの取り外し
- ⑥穿刺
- ⑦穿刺後の確認と保管
- ⑧止血の確認

とステップに分け、図や写真とともに詳細に解説したもの。



実証事業対応MC医等とのやり取り例の作成

救急救命士が実証事業対応MC医に当該処置の指示要請を行い、医師とのやりとりを経て、指示に従いエピペン®による筋肉内注射を完了するまでの会話例を、チェックカードへの記載タイミングを含めて示したもの。

【救命士】「MC医から、成人に対し、エピペン 0.3 mg 筋肉内注射指示を得た。」

【救急救命士】「MC医の指示よし。」 ※チェックボックスにチェック☑

「傷病者は小学生以上か？」

【救命士】「40歳の男性 小学生以上」

【救急救命士】「小学生以上 よし」 ※チェックボックスにチェック☑

「使用するエピペンは0.3 mg 黄色いラベル」

【救命士】【救急救命士】「エピペン 0.3 mg 黄色いラベル よし。」

※投与するエピペンの種類に誤りがないか、必ず2名（以上）で確認する。

※ラジオボタンにチェックⒶ

【救急救命士】「穿刺部位確認」チェックカードを実施者に見せる。

【救命士】「穿刺部位 大腿中央部前外側 よし。」チェックカードで穿刺部位を確認する。

【救急救命士】「穿刺部位よし。」 ※チェックボックスにチェック☑

「チェックカードによるエピペン投与前の確認よし。」

救急救命士用講習カリキュラムおよびe-learning教材、効果測定問題の作成

- 「実証業務の概要と法令」「医療安全」「アナフィラキシーの基礎知識」「ケーススタディ」等の講義と効果測定で計6時限
- 「観察カードによる観察と判断のシナリオ訓練」「傷病者への説明と医師への指示要請とエピペン®使用のシナリオ訓練」「アナフィラキシー傷病者に対するエピペン®による筋肉内注射のシナリオ訓練」の実習と効果測定で計4時限
- 講義と実習の総計10時限（1時限は50分）を受け、効果測定に合格した救急救命士を、各消防本部の参加する地域メディカルコントロール協議会長が実証業務認定救急救命士として認定する

実証事業対応MC医用講習カリキュラムおよびe-learning教材、効果測定問題の作成

- 実証事業対応MC医が理解しておく必要がある内容として、「実証事業の概要と目的、体制」「オンラインでの傷病者情報伝達と指示受け」「実証事業対応MC指示記録票の説明」の講義と効果測定を合わせた0.5時限は受講を必須とした
- 医療安全やアナフィラキシーの基礎知識等の計3時限の講義については、既に医師として習得済みの知識と考えられることから任意受講とした

事後検証に必要と考えられる標準項目案の作成

- 処置実施の事後検証に必要と考えられる標準的な項目（エピペンの投与量、投与時間、合併症等発生の有無など）について策定

これらの他にも、地域住民へ実証事業に参加していることを周知するためのポスターの作成や、処置を実施する傷病者及びそのご家族等への説明例の作成等を行い、実証事業の実施体制を整備。

実証事業における結果まとめ

令和7年度厚生労働科学特別研究「救急救命処置「アナフィラキシーに対する自己注射が可能なアドレナリン（エピネフリン）製剤によるアドレナリンの筋肉内投与」の投与対象拡大に係る実施体制整備研究（研究代表者 坂本 哲也）

【投与数】

- 2025年7月31日から2025年12月31日までの期間で投与されたと報告された事例は39件（成人用0.3mg：36件、小児用0.15mg：3件）であった。（表1）

【インシデント】

- インシデントは1事例で、傷病者への影響は認められず、地域のメディカルコントロール協議会において、適切に検証した。
- 有害事象に該当する報告はなかった。

【観察カードの使用】

- 期間中に救急救命士が観察カードを使用したのは593件あり、アナフィラキシーと判断したのは397件。うち、314件（79.1%）において、搬送先の医師の判断と一致し、医師がアナフィラキシー以外と判断した事例は78件（19.6%）であった。
- エピペン®投与事例39件については、全例で搬送先医師の判断と一致した。

表1 エピペン®投与期間に入った参加救急隊数、投与事例数の推移

月	実投与 救急隊数*	投与 事例数	うち成人 0.3mg	うち小児 0.15mg
8月	99	7	6	1
9月	162	8	8	0
10月	201	12	12	0
11月	209	5	5	0
12月	209	7	5	2
合計		39	36	3

* 月末の数値であるため月の途中での増加が含まれている。また、地域により実証事業対応ができない曜日・時間がある場合がある

医師の具体的指示下で実施する自己注射が可能なアドレナリン（エピネフリン）製剤によるアドレナリンの筋肉内投与（案）

- 平成30年度の救急救命処置検討委員会において、
 - アナフィラキシーの判断基準とアドレナリン投与の対象の詳細、アドレナリンの適量投与のために必要な手順等の詳細、ヒューマンエラーの防止策、新しい処置の追加のために必要な講習等の詳細について、効果と安全性の両面から厚生労働科学研究等で明らかにする必要がある。
 - アナフィラキシーに使用する場合と、心肺停止に使用する場合のアドレナリンの投与量、投与方法の区分などについて、オンラインで指示を出す医師へも周知が必要である。と示された。
- 令和3～5年度厚生労働科学研究「救急救命士が行う業務の質の向上に資する研究」（研究代表者 坂本 哲也）において、全国の消防本部・MC協議会から参加団体を募り、所属の救急救命士の参加を得て、実際の救急現場における観察研究を実施し、判断基準が明確化された。
- 令和7年度の厚生労働科学研究「実証事業の実施に向けた体制支援に関する研究」（研究代表者 坂本 哲也）において、17都府県26MC協議会77消防本部（局）が参加する実証事業について、実証期間中に有害事象の報告はなく実証事業は安全に完了したと報告された。



- 医師の具体的指示のもと「自己注射が可能なアドレナリン（エピネフリン）製剤によるアドレナリンの筋肉内投与」については救急救命処置に追加してはどうか。

3. 幸帽児に対する卵膜の破膜

本提案に関するこれまでの経緯

救急救命処置検討委員会(令和2年度～令和3年度)

【提案の概要】

- 提案団体: 埼玉県MC協議会
幸帽児に対する用手的な卵膜の破膜処置
- 提案内容の詳細:
卵膜に包まれたまま娩出された児(幸帽児)は、そのままでは呼吸ができないため、卵膜の破膜を実施することを提案している。

【評価結果の概要】

- 評価分類: 未了(提案内容について精査中であり、委員会としての判断に至っていない)
- 令和2年度の評価結果:
破膜を娩出中 及び/もしくは 娩出後の児に行うかなど提案内容に不明瞭な点があるため、提案者に確認中である。

【令和3年度処置検討委員会における「救急救命処置に関する提案への評価結果 報告書」(抄)】

① 期待される効果

幸帽児は娩出後被膜したままでいると呼吸ができないため、低酸素により死亡や高次機能障害を招くことから、呼吸を促すことを目的とし速やかに破膜することで救命のための措置となる。

② 頻度

一般的に幸帽児は経膈分娩8万件当たり1件であるとされており、救急搬送時における処置の件数としてはさらに少なくなる。一方で、必ずしも産科医や助産師が同乗できるとは限らず、今後も救急救命士のみで車中分娩を行う可能性はある。

③ 難易度

観血的処置には該当せず、難易度は高くない。

④ 侵襲度、危険度の評価

傷病者(児)に対し直接的に実施するものではなく、児を包む卵膜に対するものであり、侵襲度や危険度はほとんどない。

幸帽児に対する卵膜破膜の実施指針（令和7年度厚生労働科学研究）

対象

- ・児の全身(頭部・体幹・四肢全て)が卵膜に包まれたまま娩出された状態
- ・娩出後に卵膜の一部が出生児の顔面に残存し、呼吸を妨げる可能性がある状態

➡ 児の全身娩出前に実施される人工破膜は、臍帯脱出などの重篤な合併症を伴う危険性があり、特に胎児先進部が骨盤内に十分嵌入していない状態での実施はそのリスクを高めるとされている。

手技

基本的操作

用手的に卵膜を破る

手順

- ①手袋装着
- ②児の下にガーゼやタオル等の吸水物を配置
- ③児を仰臥位または側臥位とする
- ④両手でガーゼを用いて裂開

用手での破膜が困難な場合

左記、①～④を実施したうえで把握が困難だった場合は、補助的に鉗子等を用いる

合併症

出生児の皮膚および軟部組織の損傷が想定されるが、適切な手技により、そのリスクは最小限に抑えられると考察される。

その他

- ・妊娠22週未満は医学的には流産として扱われ蘇生の対象とならないため、対象外とした。
- ・処置の判断に迷う場合は、他の処置と同様に医師への相談(助言要請の実施)が望ましい。

幸帽児に対する卵膜の破膜(案)

手技の難易度

- ・基本的には用手で卵膜をつまみ破り、困難だった場合に鉗子等で卵膜をつまみ破るもの
- ・新生児を包む卵膜に対し実施されるものであり、新生児の身体に直接侵襲を加えるものではない

適応を判断する難易度

- ・検査機器を用いることなく、視認のみで判断される

➡ 卵膜に包まれた状態の胎児の写真等を事前に学習することで判断は容易

卵膜に見立てた模擬教材



・幸帽児を想定したトレーニング材料として、経膈プローブカバーの袋は有用な模擬材となりうる。触感や弾力が卵膜に近く、小さな人形を内部に入れることで、娩出後にどこに膜の余裕や隙間が生じるか、どの部位を破膜すれば児の顔面を安全に露出できるかを視覚的に理解しやすい。

求められる医師からの指示体制と連携

- ・破膜は娩出後1分以内という極めて短い時間(30～60秒)での実施が求められるため、包括的指示が適当
- ・処置の適応判断に苦慮する場合等において、躊躇なく速やかにオンラインMCで指示・助言を求める必要がある。
- ・周産期医療の専門家または周産期医療協議会の委員が、地域MC協議会に参画することが望ましい

- 医師の包括的指示のもと「幸帽児に対する卵膜の破膜」については救急救命処置(産婦人科領域の処置)の一つとして明示するのはどうか。

4. 特区制度を活用した救急救命士による病院前超音波検査について

特区制度を活用した救急救命士による病院前超音波検査について(案)

第5回救急医療の現場における医療関係職種の在り方に関する検討会WG
令和6年3月29日

資料1
改変

救急医療の現場における医療関係職種の在り方に関する検討会WG構成員からの主な指摘事項

【利点・効果について】

- バイタルサイン確認等により傷病の推定は可能であり、また、エコー検査の精度や陰性判断後の変化のリスクは存在することから、エコー検査を行うまでもなく早急に搬送を行うべき。
- 救命率を向上させる手段としては、例えばドクターヘリによる搬送や3次救急医療機関への搬送もあり、様々な手段を考慮することを含め、地域の救急医療体制全体として検討するべきではないか。
- 救急救命処置とは、短時間で実施可能かつ効果をもたらすことが客観的に認められているものであるが、エコー検査が傷病者の救命率向上に資するという論拠が不十分である。
- 本提案の根本である「病院到着時に容態が急変して転院搬送した症例」の数が不明であり、実施の必要性について納得できない。

【処置内容・プロトコルについて】

- 病院前でエコー検査を実施した場合も、病院到着時にもエコー検査、診察等の手順を行うことで、試行の形ができるのではないかと。
- エコー検査の対象を判断する明確な観察基準がないと、腹痛が主訴の者が全例エコー検査となるのではないかと。
- ショックであれば輸液するという既存のプロトコルとの優先順位を整理しないと、処置を遅らせる原因になるのではないかと。

【難易度・教育体制について】

- 状態によっては静止困難な傷病者がいる中、(走行中の車内で)エコー検査を実施することはかなり難しいだろう。
- エコー検査は医行為の中でも技術面で難易度が高く、現場で実践可能な水準まで習熟させることは容易ではない。新たな行為を実施する場合には系統的教育を経たものとすべき。

【研究デザインについて】

- 搬送中のデータだけでなく、転院搬送への影響も含めてデータを収集できる体制を整えてから、次のステップに行く必要があるのではないかと。
- 研究の実施方法として、傷病者の救命率の向上などのエンドポイントがあると思うが、コントロール群はどのように設定するのか。
- 今回の研究デザイン案は、既存のメディカルコントロール体制を前提とすべき。

以上の課題について、別紙(資料3)にて検討を行う。

▶ 特区における「救急救命士による超音波検査」の実証開始についてどう考えるか。

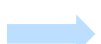


○認める場合



実証の経過等や結果について、当検討会にて報告を受けるのはどうか。

●認めない場合



理由を明示し、期限を定め、改めて当検討会にて検討するのはどうか。

5. 医療機関に所属する救急救命士が実施する特定行為の認定制度について

医療機関に所属する救急救命士に係る特定行為認定体制の現状と課題

救急救命士の認定制度について

救急救命士が新しく追加された特定行為等を実施する場合には、追加講習等を修了し、都道府県メディカルコントロール(MC)協議会による認定を受ける必要がある。

都道府県メディカルコントロール(MC)協議会について

➤ 運営

都道府県の消防担当部局、または衛生担当部局が事務局として、都道府県の予算を用いて運営される。

➤ 構成員

都道府県消防主管部局・衛生主管部局、都道府県医師会、都道府県内の救命救急センターの代表者、都道府県内の消防機関等

➤ 役割

地域MC体制間の調整、地域MC協議会からの報告に基づく指導、助言等

➡ 全国で47の都道府県MC協議会有り、
消防機関に所属する救急救命士に対してはすべてのMC協議会において、特定行為の認定を行っている。

一方で、医療機関に所属する救急救命士に対しては、複数のMC協議会において認定業務が行われていない現状がある。

今後の救急救命士の認定制度について(案)

救急救命士の認定制度の課題

- 都道府県MC協議会による認定制度が中心
- 医療機関に所属する救急救命士については、認定の取り扱いが一律でない
- 所属する医療機関で必要とされても、都道府県によっては、救急救命処置が救急室(救急外来・初療室)において実施できない

都道府県MC協議会に加え、学会が認定することで想定される効果

- 医療機関に所属する救急救命士のスキル評価の標準化
- 認定機会の拡充による柔軟な人材育成
- 全国で有効な認定
- 都道府県による地域差の是正

救急救命士の認定団体拡大に伴う効果と課題

メリット

- 全国的な認定基準の均質化
- 認定機会の確保
- 人材流動性の向上

デメリット

- 認定主体の複線化による複雑化
- 認定主体ごとの基準差

複数の認定主体が並立する場合には、制度運用の複雑化や認定基準の差異による混乱が懸念されることから、まずは単一の学会による認定制度として開始し、運用実績を踏まえ、今後の在り方を検討することが適当ではないか。

都道府県MC協議会による認定に加え、学会による認定制度も認めてはどうか。

「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」は、日本救急医学会と日本臨床救急医学会が共同で作成している。なかでも日本臨床救急医学会は、救急救命士を含む多職種で構成される学会であることから、多角的な検討体制を有している。全国的な認定体制を有する学術団体が主体となることで、救急救命士の資質の均てん化および質の確保が図られるのではないか。

参考資料

規制改革実施計画(令和7年6月13日閣議決定)

令和8年3月10日

救急救命処置の範囲の拡大

高齢者人口の増加も背景に、救急出動件数、搬送人員及び病院収容所要時間(入電から医師引継ぎまでに要した時間をいう。)が増加基調(例えば、令和5年中の救急出動件数は約764万件と過去最多を記録。)にあるなど、都市部・地方部を問わず救急医療体制がひっ迫する中、救急医療の質の向上を図る観点からは、傷病者に最初に接する機会が多いと考えられる医療従事者である救急救命士(救急救命士法(平成3年法律第36号)第2条第2項に規定する救急救命士をいう。)が行うことができる救急救命処置について、現行の範囲にとどまらず、その範囲の不断の見直しを検討することが必要である。このため、以下の措置を講ずる。

a 厚生労働省は、救急救命処置の追加等の提案・要望の窓口に対する評価を行うことを目的として平成27年度から令和2年度までに厚生労働省委託事業の下で開催された救急救命処置検討委員会(以下「検討委員会」という。)において、救急医療に関わる団体等からの要望・提案のうち、検討委員会が安全性、必要性、難易度、必要な教育体制等の視点から評価を行った結果として厚生労働科学研究班等による研究又は厚生労働省の検討会等による検討が必要と判断された5処置(①心肺停止に対するアドレナリン投与等の包括指示化、②アナフィラキシーに対するアドレナリンの筋肉内投与、③気管切開チューブの事故抜去時のチューブの再挿入、④急性冠症候群等に対する心電計の使用による12誘導心電図の測定と伝送及び⑤心肺停止を対象にした自動式人工呼吸器による人工呼吸)について、その後厚生労働省の検討会等による具体的検討が行われているものは②のみであることから、これまでの検討等を踏まえつつ、処置ごとに検討期限を設けた上で速やかに検討を行い、結論を得た上で、速やかに必要な法令上の措置を講ずる。

また、消防庁は、上記検討について、厚生労働省の求めに応じ、必要な協力・助言を行う。

(前段)令和7年度検討開始、令和8年度結論、結論を得次第速やかに措置

(後段)令和7年度から前段の措置まで継続的に措置

規制改革実施計画(令和7年6月13日閣議決定)

令和8年3月10日

救急救命処置の範囲の拡大

b 厚生労働省は、検討委員会の評価が「未了」(「提案内容について精査中であり、検討委員会としての判断に至っていない。」との評価。)とされている処置(①外傷による出血性ショックに対するトラネキサム酸の静脈内投与(生理食塩水の投与も含む。)、②医師等により乳酸リンゲル液以外で確保された静脈路からのアドレナリン投与、③チューブ誘導機能を有さない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の実施、④幸帽児に対する卵膜の用手的な破膜、⑤低血糖発作症例に対するグルカゴン粉末製剤の点鼻投与及び⑥院外心停止に対する薬剤投与のための骨髄穿刺システムを用いた骨髄輸液路確保)について、処置ごとに検討期限を設けた上で新たな救急救命処置の候補とすることについての評価の検討を行い、結論を得る。

その上で、当該結論を踏まえ、新たな救急救命処置の候補とする処置については、処置ごとに検討期限を設けた上で速やかに検討を行い、結論を得た上で、速やかに必要な法令上の措置を講ずる。

また、消防庁は、上記検討について、厚生労働省の求めに応じ、必要な協力・助言を行う。

(前段)令和7年度検討開始、令和8年度結論

(中段)前段の結論を得次第速やかに検討開始、結論を得次第速やかに措置

(後段)令和7年度から中段の措置まで継続的に措置

規制改革実施計画(令和7年6月13日閣議決定)

令和8年3月10日

救急救命処置の範囲の拡大

c 厚生労働省は、a及びbにおいて検討が要請されているもの以外の処置について、救急医療現場では、例えば、細胞外液等の電解質輸液を用いた静脈路確保及び輸液、急性冠症候群に対するニトログリセリンスプレー・アスピリンの投与、心不全による低酸素血症に対するCPAPマスクを用いた非侵襲的人工呼吸等、新たなニーズがあるとの指摘を踏まえ、救急医療に関わる団体等からの要望・提案を募集した上で、新たな処置を救急救命処置の範囲に追加することの可否を検討・判断する。

要望・提案の募集に際しては、検討委員会の評価が「差し戻し」(「必要な情報やそれを裏付ける資料が十分に示されていないその他の理由により、提案内容の評価を行うことができない。」との評価。)とされた処置が多数存在していたことを踏まえ、同様の事態を防止するため、例えば、要望・提案の提出段階で検討に十分な内容が提出可能となるよう、提案書の具体的な入力例を示すことや、審査過程で情報の不足があることが判明した場合には、要望・提案者からの追加説明を求めることなどにより、提案書の再提出を要せずに要望・提案者からの更なる情報提供の対応を可能とすること等を行う。

また、消防庁は、上記検討について、厚生労働省の求めに応じ、必要な協力・助言を行う。

(前段)令和8年度検討開始、令和9年度結論、結論を得次第速やかに措置

(中段)前段の結論までに措置

(後段)令和8年度から前段の措置まで継続的に措置

規制改革実施計画（令和7年6月13日閣議決定）

令和8年3月10日

救急救命処置の範囲の拡大

d 厚生労働省は、a～cの検討において、先行的実証が必要と判断する場合には、例えば、救急出動件数や搬送人員が多い地域や、へき地であるといった地理的事情から救急搬送時間が日常的に長時間化している地域など特に当該処置を救急搬送段階で実施すべき必要があり、かつ、実証に必要な体制が確保できていると考えられる地域を優先的に選定するなど、実証の実施に適切な地域を選定した上で、実証を行う。また、消防庁は、上記実証地域の選定や先行的実証において、厚生労働省の求めに応じ、必要な協力・助言を行う。

令和7年度から、aの前段、bの中段及びcの前段の措置まで継続的に検討・措置

救急救命処置の範囲の見直しの経緯

	項 目	契 機	検討の場
平成15年4月	半自動式除細動器による除細動を特定行為から除外 ※同年「自動体外式除細動器（AED）による除細動」を医師の包括的な指示の下行う行為に追加	法制定当時の懸案事項	病院前救護体制のあり方に関する検討会(平成12年) 救急救命士の業務のあり方に関する検討会(平成14年)
平成16年7月	気管チューブを用いた気管挿管を特定行為に追加		
平成18年4月	エピネフリンの投与を追加		
平成21年3月	エピペン(自己注射型エピネフリン製剤)の使用を追加	国会での要望	厚生労働科学研究
平成23年8月	ビデオ挿管用喉頭鏡を使用可能資機材に追加	新しい資機材に対する照会	救急業務高度化推進検討会(消防庁)
平成26年4月	・心停止前の輸液、ブドウ糖溶液の投与を特定行為に追加 ・血糖測定を追加	構造改革特区の要望	救急救命士の業務のあり方等に関する検討会

「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)より抜粋

「今後の処置範囲の拡大に関しては、（中略）、一貫性のある評価方法を検討する必要があるのではないか」との意見があった。（救急救命士の業務のあり方等に関する検討会（平成25年）報告書より）

平成27年度から、救急救命処置の追加、除外に関する提案・要望の窓口および、提案・要望のあった処置の評価等を一本化するために「**救急救命処置検討委員会**」を設置。

救急救命処置に関する動き

○ 救急救命処置検討委員会 (平成27年～令和2年)

要望・提案があった処置について、安全性、必要性、難易度、必要な教育体制等の視点から、救急医療分野の有識者が評価を行い、以下の4処置が新たな救急救命処置の候補※として検討された。

- ① 心肺停止に対するアドレナリン投与等の包括指示化
- ② アナフィラキシーに対するアドレナリンの筋肉内投与
- ③ 気管切開チューブの事故抜去時にチューブの再挿入
- ④ 自動式人工呼吸器による人工呼吸

※ 厚生労働科学研究班等による研究又は厚生労働省の検討会等の審査による検討が必要と判断されたもの。

救急救命士法改正(令和3年10月1日)



○ 第53回国家戦略特別区域諮問会議 (令和4年3月10日)

「重度傷病者の生命の危機を回避することを目的とした救急救命処置の範囲の拡大について、全国的な実施に当たって更なる検討を要すると救急救命処置検討委員会で判断された処置を対象として、国家戦略特別区域において先行的な実証を実施し得るものを検討の上、同区域で先行的な実証を開始することについて2022年度中に一定の結論を得る。」



○ 救急医療の現場における医療関係職種のあり方に関する検討会 (令和4年10月設置)

法改正により救急救命士の活動の場が広がり、救急医療においては、より一層の多職種連携が必要になることから、救急現場及び搬送途上のみならず医療機関内に至る救急医療を一体的に議論するため、救急医療を担う多職種が参画。

救急救命処置検討委員会(平成27年～令和2年)の活動内容の概要

平成27年度から、救急救命処置の追加、除外に関する提案・要望の窓口および、提案・要望のあった処置の評価等を一本化するために、厚生労働省からの委託事業者において「救急救命処置検討委員会」を設置。

平成27年

<窓口、評価、振り分け業務を開始する上での課題・論点についての整理・検討>

平成28年

- ① 提案、要望を行う者の要件について（一般個人や委員会委員、医療資器材・製薬会社等の直接依頼をどうするか 等）
- ② 窓口の開設と提案の受入れについて（提案数をどのようにコントロールするか、提案書に不備がある場合の対応 等）
- ③ 提案された処置の評価、振り分けについて（委員会の開催頻度、振り分け後の厚労省の対応について 等）
- ④ 評価結果の公表、報告について（評価結果の公表をどのようにするか）
- ⑤ 業務の継続性について（次年度に持ち越す業務の継続性の確保、委員会・事務局等の業務負担について 等）

平成29年

平成30年

平成30年9月3日～平成30年10月31日にホームページ上で提案を募集

<提案の概要と評価結果>

- ・ 受付数 15件（新規の提案 12件、既存の処置の見直し 3件、既存の処置の削除 0件）
 - ・ 提案者の状況 消防本部 10件、メディカルコントロール協議会 2件、関連学会・団体 3件
- ※ 一つの提案者からの最大提案数 5件

➡ カテゴリーⅢ 1件、差戻し 8件、未了 6件

令和元年

令和元年度は、新規募集は行わずに、前年度の積み残し課題(未了に分類された6件5項目)について検討を行った。

➡ カテゴリーⅠ 2件、カテゴリーⅡ 2件、未了 1件

令和2年

令和2年10月15日～令和2年11月30日にホームページ上で提案を募集

※カテゴリーⅠ「追加等が望ましい」、カテゴリーⅡ:「さらなる検討が必要」、
カテゴリーⅢ「現時点では適当ではない」

<提案の概要と評価結果>

- ・ 受付数 8件（新規の提案 5件、既存の処置の見直し 3件、既存の処置の削除 0件）
- ・ 提案者の状況 消防本部 1件、メディカルコントロール協議会 7件

➡ 差戻し 3件、未了 5件

救急救命処置検討委員会(平成27年～令和2年)における評価

令和8年3月10日

救急救命処置に関する提案への評価と振り分け

○振り分け

提案者より登録された ①処置の対象と方法、②効果(利点)、③実施頻度、④難易度、⑤侵襲度、⑥危険度、⑦必要な講習、⑧現場滞在時間への影響、⑨医師による指示の内容、⑩経費、⑪国内における医師以外の実施状況、⑫諸外国の状況 のそれぞれの項目について科学的根拠等に基づき客観的に評価し、その結果を総合的に判断し、次の基準により振り分ける。

<カテゴリー分類>

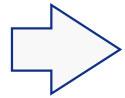
カテゴリー	基準
I	新たな研究や厚生労働省の検討会による審議を追加しなくても救急救命処置として追加、除外、見直すことが望ましいと判断する。
II	救急救命処置として追加、除外、見直すためには厚生労働科学研究班等による研究の追加もしくは厚生労働省の検討会等による審査によるさらなる検討が必要と判断する。
III	救急救命処置として追加、除外、見直すことが現時点では適当ではないと判断する。
未了	提案内容について精査中であり、委員会としての判断に至っていない。
差戻し	次の理由により、提案内容の評価を行うことができない。 ・必要な情報やそれを裏付ける資料が十分に示されていない。 ・その他

救急医療の現場における医療関係職種の在り方に関する検討会 令和4年度のとりまとめ(概要)(令和5年3月30日公表資料より抜粋)

第1回救急医療の現場
における医療関係職種
の在り方に関する検討
会WG(令和5年8年
25日)資料3

論点 1

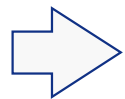
「救急外来」における多職種の配置、連携等について。



厚生労働科学研究班において、救命救急センターの充実段階評価について、看護師の配置に関する項目を含めて引き続き検討を行う。

論点 2

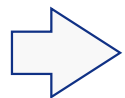
令和3年10月に施行改正救急救命士法による、医療従事者の負担の減少等、法改正の効果の検証



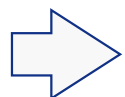
厚生労働科学研究班において、救急救命士法の改正による効果について調査・分析を行い、救急医療における救急救命士を含めた多職種連携のあり方を引き続き議論する。

論点 3

「救急救命処置検討委員会」において、救急救命士処置へ追加する候補となっていた処置を、国家戦略特別区域における先行的な実証として実施することについて。



内閣府の特区制度の枠組みを用いて、心肺停止に対するアドレナリンの投与等の包括指示化については、令和5年度以降、搬送途上において、より迅速な処置につながる医師の具体的な指示の受け方について整理・検討し、体制を整備した上で、実証実験を実施する。アナフィラキシーに対するアドレナリンの筋肉内投与については、令和5年度以降の臨床研究の結果を踏まえ、体制を整備した上で、実証実験を実施する。実証にあたっては、安全性と救命率等の効果の両面から丁寧に検証を行う。



本検討会又は本検討会のWGとして、医師の指示の下に救急救命士が実施する救急救命処置を議論する場を設置し、安全性、必要性、難易度、必要となる教育体制等について、検討を行う。

救急救命士が実施する救急救命処置の追加要望の検討事業

第1回救急救命処置の在り方に関する検討会	資料 2
令和8年3月10日	

令和7年度予算事業

1 事業の目的

- 令和3年の救急救命士法改正により、病院前に加えていわゆる救急外来においても救急救命処置が実施できることとなり、救急救命処置の検討にあたっては、医療機関内での実施という観点からも議論が必要であり、令和4年度「救急医療の現場における医療関係職種の在り方に関する検討会」において、救急救命士が実施する救急救命処置を検討する場を設置することと取り纏められた。
- 救急救命処置の追加要望については、個別の処置について具体的な検討をすることになるが、検討にあたっては、必要性、安全性、難易度、必要となる教育体制や他の医療関係職種の業務との関係性を明らかにする必要があり、専門性の高い議論が求められている。
- 救急救命処置検討について広く要望を受け、公募を行うための事務局を設置して対応する。

2 事業の概要・スキーム

- 病院前から医療機関内に至る救急医療を一体的に捉え議論するため、関係する専門家を集め、救急救命処置の追加要望の受付、検討を行い、厚生労働省が実施する検討会等における事務運営を委託する。

業務内容

- 追加要望の公募窓口、内容整理及び、検討事項の取り纏め
- 検討会開催に係る事務調整、報告書の作成等

3 実施主体等

◆公募により選定（委託費）

参照条文

◎救急救命士法(平成3年法律第36号)(抄)

第二条 この法律で「救急救命処置」とは、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(以下この項並びに第四十四条第二項及び第三項において「重度傷病者」という。)が病院若しくは診療所に搬送されるまでの間又は重度傷病者が病院若しくは診療所に到着し当該病院若しくは診療所に入院するまでの間(当該重度傷病者が入院しない場合は、病院又は診療所に到着し当該病院又は診療所に滞在している間。同条第二項及び第三項において同じ。)に、当該重度傷病者に対して行われる気道の確保、心拍の回復その他の処置であって、当該重度傷病者の症状の著しい悪化を防止し、又はその生命の危険を回避するために緊急に必要なものをいう。

第四十三条 救急救命士は、保健師助産師看護師法(昭和二十三年法律第二百三号)第三十一条第一項及び第三十二条の規定にかかわらず、診療の補助として救急救命処置を行うことを業とすることができる。

第四十四条 救急救命士は、医師の具体的な指示を受けなければ、厚生労働省令で定める救急救命処置を行ってはならない。

参照条文

◎消防法施行令(昭和三十六年政令第三十七号)(抄)

第四十四条 救急隊(次条第一項に定めるものを除く。次項において同じ。)は、救急自動車一台及び救急隊員三人以上をもつて、又は航空機一機及び救急隊員二人以上をもつて編成しなければならない。ただし、救急業務の実施に支障がないものとして総務省令で定める場合には、救急自動車一台及び救急隊員二人をもつて編成することができる。

2～5 (略)

6 第二項の准救急隊員は、次の各号のいずれかに該当する消防職員(消防吏員を除き、常勤の職員及び地方公務員法(昭和二十五年法律第二百六十一号)第二十二条の四第一項に規定する短時間勤務の職を占める職員に限る。)をもつて充てなければならない。

- 一 救急業務に関する基礎的な講習で総務省令で定めるものの課程を修了した者
- 二 救急業務に関し前号に掲げる者と同等以上の学識経験を有する者として総務省令で定める者

◎消防法施行規則(昭和36年4月1日自治省令第6号)(抄)

第五十一条の二 令第四十四条第五項第二号及び令第四十四条の二第三項第二号の総務省令で定める者は、次の各号に掲げる者とする。

- 一 医師
- 二 保健師
- 三 看護師
- 四 准看護師
- 五 救急救命士