

# 救急救命処置の範囲の見直しに関する検討

厚生労働省医政局地域医療計画課

1. 院外心停止に対するアドレナリン投与等の包括指示化
2. 気管切開チューブの事故抜去時のチューブの再挿入
3. 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）
4. 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
5. 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
6. 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

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 1. 院外心停止に対するアドレナリン投与等の包括指示化

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 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(平成30年度～令和2年度)

## 【提案の概要】

- 提案団体：北海道救急業務高度化推進協議会道央圏MC協議会  
「乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液」、「エピネフリン(アドレナリン)の投与」、「食道閉鎖式エアウェイ、ラリングアルマスクによる気道確保」(※気管内チューブを除く)の包括指示化
- 提案内容の詳細：心肺停止傷病者に対して行われる次の①～③の処置は、厚生労働省令によって特定行為に指定されている。このため、これらの処置の実施の際には、すべての場合において、救急救命士は医師に連絡をとり、具体的な指示を受けてから行う必要がある。本件はこれらの処置について、特定行為の指定から解除することで包括指示下でも実施可能とすることを提案している。
  - ①乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液
  - ②エピネフリン(アドレナリン)の投与
  - ③食道閉鎖式エアウェイ、ラリングアルマスクによる気道確保(※気管内チューブを除く)

## 【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2年度の評価結果：  
「乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液」、「エピネフリン(アドレナリン)の投与」、「食道閉鎖式エアウェイ、ラリングアルマスクによる気道確保」については、特定行為の指定を解除することが望ましい。
- 付記： 当該処置を行う全ての事例において、医師からの具体的指示が不要になるものではない。傷病者の状況や実施する救急救命士の経験などによって、包括指示下で実施可能な範囲と具体的指示を必要とする範囲等について効果と安全性の両面から厚生労働科学研究等において明らかにする必要がある。また、事後検証や教育などがより重要となるため、求められるメディカルコントロール体制についても同様に明らかにする必要がある。

# 本提案に関する研究・調査

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）

- 院外心肺停止に対する特定行為3処置（静脈路確保、アドレナリンの静脈内投与、声門上気道デバイスによる気道確保）について、修正指示の実態把握及び全国調査を実施し、包括指示化に向けたプロトコル及び研修カリキュラム案を作成するとともに、その実現可能性を検証した。

## パイロットデータの収集

### ・調査期間

2021年1月1日～9月30日

### ・調査対象

仙台市消防局

ウツタイン該当事例のうち、3処置の指示要請を実施したもの

### ・調査項目

- 救急救命士の指示要請に対し医師が他の指示・助言を行った処置と件数
- 搬送距離
- 搬送時間
- 他の指示・助言の内容

また、処置の実施の前提として当該地域のプロトコルを確認した。

## 修正指示事案の調査

### ・調査期間

2019年1月1日～12月31日

### ・調査対象

石狩北部地区消防事務組合消防本部、札幌市消防局、仙台市消防局、東京消防庁、高槻市消防本部

### ・調査項目

- 傷病者の年齢、性別
- 発症経過
- 病院までの距離
- 搬送時間
- 救急救命士の運用年数
- 医師要請の有無（ドクターカー、ドクターヘリ）
- 指示要請の対象処置
- 修正指示の有無
- 修正指示の区分（プロトコル違反／医学的な適応外判断／デバイスや実施場所の修正／その他）
- 修正指示の詳細

## 本提案に関する研究・調査の結果

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）

### パイロットデータの収集

- 修正指示事案の調査において、収集すべき項目の妥当性を確認するため、事前に651例のパイロットデータを収集した。
- 救急救命士からの指示要請に対し、要請内容とは異なる指示・助言が医師から行われた事例は10例であり、処置件数としては15件であった。処置の内訳は、静脈路確保が7件（1.1%）、アドレナリン投与が1件（0.2%）、声門上気道デバイスの使用が7件（1.1%）であった。
- 医師から異なる指示・助言が行われた主な理由としては、医療機関までの距離が近く早期の病院到着が見込まれること、延命を希望しない本人の意思を考慮したこと、また、傷病者の状態から医師が救命困難と判断したことなどが挙げられた。これらを踏まえ、医師の判断により、救急救命士から要請された処置について実施の指示を出さない事例がみられた。

### 修正指示事案の調査

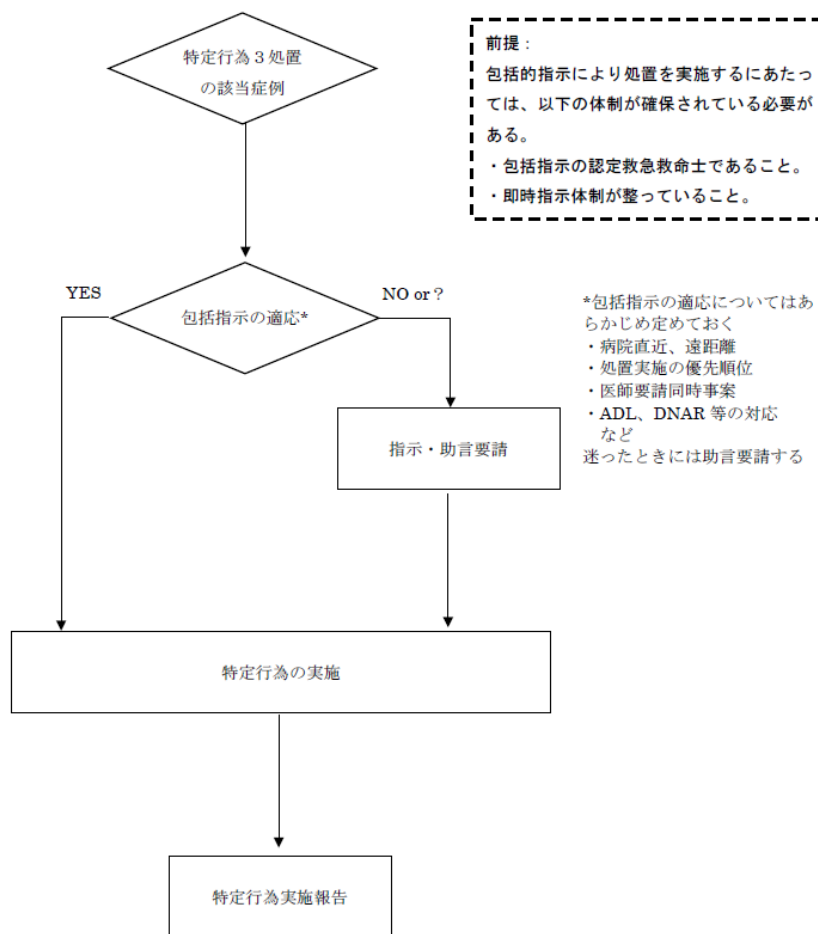
- 1,292例の調査対象事案の登録があった。
- このうちの7.6%（98例）で医師による修正指示が行われ、3つの処置別でみると、静脈路確保で6.1%（29/478）、アドレナリン投与で10.1%（44/438）、声門上気道デバイスによる気道確保で6.7%（25/376）に修正指示があった。
- 救急救命士の運用年数や、ドクターカー事案か否かについて修正指示あり群と修正指示なし群を比較したが、いずれの処置においても有意差を認めなかった。
- 修正指示事案における、発症経過や修正指示の理由を分析したところ、アドレナリン投与に関しては「投与回数」の用語が多く抽出された。（他の処置は、「末期」「がん」「家族」「希望」や「死斑」「硬直」「BLS」といった用語がまとまりとして抽出された）

# 包括指示用プロトコル及び追加講習カリキュラム案

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）

## 研究班より提案されたプロトコル

特定行為3処置の指示要請判断プロトコル



## ・プロトコルについて

調査結果によって明らかになった具体的指示に残すべき範囲（ADLへの配慮、処置差し控えの意向など）を反映した。実施体制について以下のような議論があり、前提としてプロトコルに反映した。

- ・認定制度を設けることで、包括指示による処置が実施可能な救急救命士を限定すべきではないか
- ・救急救命士に対する指示、検証、教育の体制が充実しているMC協議会に限定し実施すべきでないか（指示要請に対する即時指示体制の担保の要件を設ける）

## ・追加講習カリキュラムについて

除細動包括指示化の追加講習と同等の4時限にとどめつつ、早期薬剤投与の意義や倫理面への配慮といった必要な教育内容を設定した。

## 追加講習カリキュラム

### 【一般目標】

1. アドレナリン早期投与の重要性を理解する。
2. 救急現場において心肺停止に対する3処置\*を包括指示下で実施可能か適応を判断する能力を身につける。  
\*心肺停止に対する3処置＝「乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液」「エピネフリンの投与」「食道閉鎖式エアウェイ、ラリングアルマスクによる気道確保」
3. 心肺停止に対する3処置は、メディカルコントロール下で行われるということを認識し、必要な場合には、医師から適切な指示指導助言を受けられる能力を身につける。

| 種別 | 大項目                | 中項目                | 小項目              | 到達目標                                                                        | 基本時限 |
|----|--------------------|--------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------|
| 講義 | 1 包括指示下実施の意義       | ① 早期薬剤投与           | 早期薬剤投与の意義        | 心肺停止に対する早期薬剤投与（アドレナリン）の必要性について理解する。包括指示下での3処置の実施が早期薬剤投与に与える効果について理解する。      | 1    |
|    | 2 メディカルコントロールと包括指示 | ② メディカルコントロール体制    | メディカルコントロールと指示要請 | メディカルコントロール体制について理解を深める。オンライン指示下と包括指示下での処置の実施の違いについて理解できる。事後検証の意義について説明できる。 | 1    |
|    |                    | ③ 3処置の包括指示下実施プロトコル | 3処置の包括指示下実施プロトコル | 3処置の包括指示下実施プロトコルについて説明できる。指示、指導助言要請の際の工夫について理解する。                           | 1    |
|    | 3 倫理的対応            | ④ 心肺停止に関連する倫理      | 心肺停止に関連する倫理      | 心肺停止患者に対して特定行為を実施するにあたり、配慮すべき倫理的事項を理解する。                                    | 1    |

# 院外心停止に対するアドレナリン投与等の包括指示化(案)

## 【これまでの整理】

- 令和2年度の救急救命処置検討委員会において、「乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液」、「エピネフリン(アドレナリン)の投与」、「食道閉鎖式エアウェイ、ラリングアルマスクによる気道確保」については、特定行為の指定を解除することが望ましいとされた。  
一方、付記として、当該処置を行う全ての例で医師からの具体的指示が不要になるものではなく、包括指示下で実施可能な範囲と具体的指示を必要とする範囲等、及び、求められるメディカルコントロール(MC)体制について、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とされた。
- 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5消防機関・1,292事例を対象に医師の修正指示状況を調査した結果、医師による修正指示率は静脈路確保6.1%、アドレナリン10.1%、声門上気道デバイスによる気道確保6.7%であった。修正指示(介入)の内容はDNAR・終末期等への配慮及び投与回数の調整が中心で、プロトコル逸脱を理由とした医師による修正指示(介入)は確認されなかった。  
あわせて、包括指示下で処置を実施するためのプロトコル及び追加講習カリキュラム案が作成された。
- 指示の方法としては、「包括指示」のほか、「具体的指示の事前指示」、「具体的指示の一括指示」が考えられ、早期の薬剤投与という効果と、実施可能な救急救命士の限定・認定制度の要否、プロトコル上の適応の限定、法令上の整理等の課題が、それぞれ異なる。

- 
- 院外における「心停止に対するエピネフリン(アドレナリン)投与等」について、包括指示による実施を認めることについてどのように考えるか。
  - 包括指示による実施を認める場合、その運用の在り方(実施可能な救急救命士の範囲及び認定制度の要否、プロトコルにおける適応の限定、事後検証を含むメディカルコントロール(MC)体制)についてどのように考えるか。

## 2. 気管切開チューブの事故抜去時のチューブの再挿入

# 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(平成30年度～令和元年度)

## 【提案の概要】

- 提案団体: 埼玉県MC協議会

気管切開術を受けた傷病者の頸部に挿入されていた気管切開チューブ(気管カニューレ)が、何らかの原因で誤って抜去された場合(以下「事故抜去」という。)に、救急救命士が気管切開チューブを再挿入する処置を可能とすることを提案している。

- 提案内容の詳細: 気管切開術後の一定期間の後に切開孔が瘻孔化した状態で、在宅等での管理中に生じた事故抜去を想定している。なお、当該処置は、地域によっては、これまでも救急救命処置「特定在宅療法継続中の傷病者の処置の維持」の一つとして行われてきた状況がある。

## 【評価結果の概要】

- 評価分類: カテゴリーⅠ(追加等が望ましいと判断される処置)※
- 令和元年度の評価結果: 救急救命処置「特定在宅療法継続中の傷病者の処置の維持」の一つとして、気管切開チューブの事故抜去時にチューブの再挿入を可能とすることが望ましい。
- 理由: 在宅療法中の限られた状況の中で生じる非常に稀な事例への対処として必要、かつ、比較的難易度の低い処置であり、救急救命処置「特定在宅療法継続中の傷病者の処置の維持」の範疇に含まれると考えられるため。
- 付記: 気管切開術を受けた直後の事故抜去事例への対処は、対象から外す必要がある。また、「特定在宅療法継続中の傷病者の処置の維持」(平成4年 救急救命処置検討委員会報告書 別紙3)について、在宅療法を取り巻く状況の変化に合わせて見直すのが望ましい。

※ 厚生労働省からは、気管切開術を受けた直後の事故抜去事例への対処を対象から外す必要があることから、実施プロトコルを新たに作成するなど含め実施体制の構築が必要であり、カテゴリーⅡとして引き続き研究班で検討が必要との意見が示された。(第2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 資料2-2(令和4年12月14日))

# 本提案に関する研究・調査

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)

救急救命士制度創設時に整理された救急救命処置「特定在宅療養継続中の傷病者の処置の維持」について、在宅療養を取り巻く状況の変化を踏まえた見直しの要否とその内容が検討された。気管切開チューブの事故抜去事例に対するチューブの再挿入についても、実際のプロトコル作成を念頭に課題の抽出が行われた。

## 【抽出された課題】

### ➤ 気管切開チューブの再挿入に関して

- ・家族、訪問看護師や主治医の同意(在宅診療の関連組織との調整)
- ・カニューレ資器材の準備(サイズ、メーカー等の異なるものの準備、自宅にある交換品の使用、消防側で常備できる標準的な仕様の策定)
- ・カニューレ再挿入以外で換気を継続する手段がありうる(本手技単独ではなく、呼吸管理トラブルへの対処法の一つとして考える)

### ➤ 「特定在宅療養継続中の傷病者の処置の維持」の内容見直しに関して

- ・地域メディカルコントロール(MC)協議会において対応プロトコル等を策定するうえでは在宅医療との連携が重要となるが、地域MC協議会への在宅医療関係者の参画はないことが多い

## 【処置の頻度】

- 札幌市、仙台市、東京消防庁、高槻市における5年間(2014年～2018年)の実施件数は3事例(うち2件が心肺停止)であった。

## 【実証に関する意見】

- 「気管切開チューブの再挿入」については、頻度などを考慮すると、一部の地域で実証研究的に実施するのは馴染まないのではないか。

## 気管切開チューブの事故抜去時のチューブの再挿入(案)

### 【これまでの整理】

- 令和元年度の救急救命処置検討委員会において、救急救命処置「特定在宅療法継続中の傷病者の処置の維持」の一つとして、気管切開チューブの事故抜去時にチューブの再挿入を可能とすることが望ましいとされた。あわせて、気管切開術を受けた直後の事故抜去事例への対処は対象から外す必要があること、「特定在宅療法継続中の傷病者の処置の維持」の内容自体を在宅療法を取り巻く状況の変化に合わせて見直すことが望ましいことが付記された。
- 令和3～5年度厚生労働科学研究(研究代表者 坂本 哲也)において、実際のプロトコル作成を念頭に、在宅診療の関連組織(主治医・訪問看護師)及び家族の同意、カニューレ資器材の準備、再挿入以外で換気を継続する手段の考慮、地域MC協議会と在宅医療との連携が課題として整理された。
- 処置の発生頻度は極めて低く(4消防本部・5年間で3事例)、一部の地域で実証研究的に実施することは馴染まないとの意見が示されている。



- ・「気管切開チューブの事故抜去時のチューブの再挿入」については、既存の救急救命処置「特定在宅療法継続中の傷病者の処置の維持」の範疇に含まれるものとして整理し、当該処置の内容の見直しの中で位置づけることとしてはどうか。



その際、○気管切開術を受けた直後の事故抜去事例を対象から除くこと、○主治医・訪問看護師・家族との調整及び資器材の準備を含む実施体制、○地域MC協議会と在宅医療との連携について、プロトコル等において明確にすることとしてはどうか。

### 3. 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）

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

Ministry of Health, Labour and Welfare

# 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)

### 【提案の概要】

- 提案団体: 日本救急医学会/日本臨床救急医学会  
提案内容: 外傷による出血性ショック、またはそれに至る可能性の高い傷病者を対象に、救急救命士が止血作用を期待してトランネキサム酸(以下「TXA」という。)を投与できるようにすることを求めるものである。
- 提案内容の詳細: 投与方法としては、例えば、ポリアンプル製剤であるTXAを生理食塩水に混注し、予め確保した末梢静脈路の側管から点滴静注で行うことなどを想定している。

### 【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:  
当該処置の実施に伴う知識・技術の習得や資器材の配備に要する負担、誤って投与された場合の危険性等に比して、外傷による出血性ショックに対する死亡率軽減効果がより大きいと想定される。  
しかし、当該処置について、病院前で行う場合と病院到着後に行う場合の効果と安全性に関する多施設共同前向きコホート研究(Cal-PAT)が米国において進行しつつあり、その結果によっては、その想定が修正される可能性がある。  
したがって、救急救命処置として位置づけることの適否等については、その結果や評価が明らかになってから判断するのが適当と考える。

# 救急救命処置検討委員会における検討結果①(期待される効果・対象者数)

救急救命処置検討委員会報告書(令和8年3月21日)

## 【期待される効果】

- TXAは、直接圧迫止血など根治的な止血術に代わるものではないものの、外傷診療において死亡減少効果が科学的に証明された唯一の治療薬である。投与までの時間依存性に効果を発揮するため、早期投与が重要である。
- 主なエビデンス
  - ・CRASH-2(2万人対象):出血死の相対リスクが約15%減少し、血栓塞栓症の増加もなく安全性に問題なし。サブ解析では1時間以内が最大効果(RR 0.68)、1~3時間でも有効(RR 0.79)だが、3時間以降の投与は出血死をむしろ増加させる(RR 1.44)ことが示されている。
  - ・STAAMP:全体の有意差はなかったが、サブグループ解析にて早期投与群と重症ショック例で死亡率が有意に減少し、病院前早期投与の重要性が確認された。
  - ・CAL-PAT(非RCT):病院前での現実的な投与可能性を検証し、死亡率低下を認め、血栓塞栓症や痙攣等の重大有害事象もなく安全に投与できることが示された。
- 救急救命士がTXAを投与することによって、受傷からTXA投与までの時間を短縮し、ひいては死亡率の改善に大きく寄与することが期待できる。ただし、搬送時間が短い都市部などでは、病院前で投与することのメリットが希薄化する可能性がある。

## 【処置の対象者数】

- 令和6年中の実績として、東京消防庁ではショック輸液の実施件数1,688件のうち外傷事案は142件(8.4%)、新潟市消防局では346件のうち31件(9.0%)であった。
- これら2本部のデータからショック輸液を実施する外傷事案の割合を約8.5%と推計し、令和6年中の全国におけるショック輸液の実施件数39,513件に外挿すると、外傷による出血性ショックに対するショック輸液の実施件数は全国で年間約3,400件と推計される。TXAの対象を外傷性ショックとした場合、対象者数はこれと同程度になるものと見込まれる。

# 救急救命処置検討委員会における検討結果②（難易度・指示の方法・教育等）

救急救命処置検討委員会報告書（令和8年3月21日）

## 【処置の難易度】

- 適応の判断:投与対象を外傷性ショックである状態とした場合には、既存の救急救命処置である「心肺停止前の静脈路確保と輸液」(ショックを対象に行われるもの)の適応の判断と難易度は同程度である。一方、「ショックに進行する可能性がある」段階での投与判断については、現行の救急救命士ができる観察の範囲や教育内容では適切に判断できる範囲は限られる。
- 手技:ポリアンプル製剤であるTXAを生理食塩水のパックに混注し、予め確保した静脈路の側管から投与することは、救急救命士にとって新たな手技といえる。気管挿管等に比べれば難易度は高くないと考えられるものの、救急の現場における実効性の検証が必要である。なお、三方活栓からの注入であればブドウ糖溶液の投与と同様であり、注入手技については新たな知識や技術は必要ない。

## 【医師による指示の方法】

- 心停止前の輸液と同様に、症例ごとにオンラインでの医師の具体的指示を要する(特定行為)。

## 【救急隊の活動時間等への影響】

- 「心肺停止前の静脈路確保と輸液」は搬送中の救急車内で実施するのが基本となっていることから、その後にTXA投与を加えても、医療機関に到着するまでに要する時間の延長には大きな影響はないと想定される。ただし、実際の救急活動における影響については、実証事業等を通じて確認する必要がある。

## 【必要な教育・経費、実施状況】

- 教育:TXAの薬理作用、適応、留意点などの座学と、混注及び側管からの投与の手技の習得で、あわせて数時間程度と想定される。
- 経費:1回あたりに必要な経費は、TXA1g、生理食塩水100mlパック、輸液回路の合計で400円程度である。別途、購入や保管に伴う経費、研修・教育に要する経費などが必要となる。
- 実施状況:外傷による出血性ショックに対するTXAの投与は、国内の多くの救急医療機関でほぼルーチンとして行われている。欧州のガイドラインでは出血中又は大量出血リスクの高い外傷に可能な限り早期投与、英国は現場判断で出血悪化が予測されれば投与、米国はショック又はその疑いを基準としている。

# 検討結果のまとめと委員会としての判断

救急救命処置検討委員会報告書(令和8年3月21日)

## 【結果まとめ】

- ①効果(利点):TXAは外傷診療において死亡減少効果が科学的に証明された唯一の治療薬であり、早期投与ほど効果が大きい。救急救命士による病院前投与は、投与までの時間短縮を通じて死亡率改善に寄与することが期待される。
- ②頻度:2本部の実績データから推計すると、外傷による出血性ショックに対するショック輸液の実施件数は全国で年間約3,400件と推計される。TXAの対象を外傷性ショックとした場合、対象者数はこれと同程度になるものと見込まれる。
- ③難易度:適応判断は、既存の「心肺停止前の静脈路確保と輸液」と同程度である。手技については、混注・側管投与は新たな手技となるが気管挿管等と比較して難易度は高くないものの、救急現場における実効性については実証事業等を通じた検証が必要である。
- ④侵襲度・危険度:TXAによる血栓塞栓症等の重大有害事象の増加は認められていないものの、より安全な実施のため、オンラインでの医師の具体的指示(特定行為)として実施する必要がある。

## 【委員会としての判断】

- 外傷による出血性ショックの可能性の高い傷病者に対し、救急救命士がトラネキサム酸を末梢静脈内投与する処置を救急救命処置(特定行為)として追加することは、医学的に妥当である。
- ただし、本処置の実施にあたっては、手技の確実な習得、救急現場での実効性、医療機関到着時間への影響の有無などについて、厚生労働科学研究等における実証事業を通じた検証が必要である。(カテゴリー分類 II)

## 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(案)

### 【これまでの整理】

- 令和2年度の救急救命処置検討委員会においては、病院前投与の死亡率軽減効果が想定されるものの、救急救命処置として位置づけることの適否については、米国で進行中の多施設共同前向きコホート研究(Cal-PAT)等の結果や評価が明らかになってから判断するのが適当として、判断が保留されていた(評価分類:未了)。
- 令和8年3月の救急救命処置検討委員会報告書において、最新の臨床研究結果及び医学的知見に基づき本処置の医学的妥当性が検討され、外傷による出血性ショックの可能性の高い傷病者に対し、救急救命士がトラネキサム酸を末梢静脈内投与する処置を救急救命処置(特定行為)として追加することは医学的に妥当であると判断された(カテゴリー分類 II)。
- 一方で、手技の確実な習得、救急現場での実効性、医療機関到着時間への影響の有無などについては、厚生労働科学研究等における実証事業を通じた検証が必要であるとされた。



- ・「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。)」は、救急救命処置検討委員会において、医学的妥当性が認められた一方で、手技の確実な習得、救急現場での実効性、医療機関到着時間への影響の有無などについて実証事業を通じた検証が必要とされたことを踏まえ、厚生労働科学研究等において必要な検証を行うこととしてはどうか。

#### 4. 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

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 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)

## 【提案の概要】

- 提案団体: 姫路市消防局

提案内容: 医師等により乳酸リンゲル液以外の輸液製剤で静脈路確保が行われている場合に、その静脈路を使用して救急救命士がアドレナリンの投与を実施できるようにすることを求めるものである。

- 提案の背景: 本提案は主に在宅療養中の傷病者の心肺停止を想定したものである。救急救命士が静脈路を確保する際の輸液の種類は厚生労働省告示によって「乳酸リンゲル液」に限定されており、救急救命士がアドレナリン等の薬剤投与を実施する場合には乳酸リンゲル液以外による静脈路確保下には行えないと捉えられていることが背景にある。

## 【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:

「現状での法的な制限(医師等が実施した乳酸リンゲル液以外による静脈路確保下には、救急救命士は薬剤投与を行えないのか)の有無等について検討が必要である」との中間的な報告となっている。

# 救急救命処置検討委員会における検討結果①（法令上の整理・医学的な検討）

救急救命処置検討委員会報告書（令和8年3月21日）

## 【法令での規定】

- 救急救命士が静脈路を確保する際の輸液製剤の種類は、厚生労働省告示によって「乳酸リンゲル液」に限定されている。
- 一方、救急救命士が心臓機能停止傷病者に対してアドレナリンを投与する際に、すでに医師等によって乳酸リンゲル液以外の輸液製剤によって静脈路が確保されている場合、その静脈路及び輸液製剤を用いることについては、法令・通知上、明示的な規定はない。医師によって中心静脈路（PICC（末梢穿刺中心静脈カテーテル）、皮下埋め込み式ポート付きカテーテル等を含む）が確保されている場合も同様である。
- なお、乳酸リンゲル液以外の輸液製剤で静脈路確保が行われている場合に、輸液バッグなどを乳酸リンゲル液に交換した上でアドレナリンを投与することは、現状の法令においても可能とされている。

## 【医学的な検討】

- ①迅速性：JRC蘇生ガイドライン2020においてアドレナリンはできるだけ早期に投与することが推奨されており、投与が1分間遅れるごとにショック非適応波形の院外心停止の救命率が4%減少するとの報告がある。迅速性の点からは、初回の投与については交換せずに乳酸リンゲル液以外で確保された静脈路からアドレナリンを投与するのが望ましい。
- ②誤操作のリスク：輸液ルートや三方活栓の種類の多様性は、誤操作のリスクを増加させる可能性がある。特に中心静脈路の誤操作では、末梢静脈路と比べ空気塞栓などが生じるリスクが高い。
- ③輸液の継続の影響：既存の輸液製剤をそのまま急速に一定時間継続した場合、高カリウム血症、高血糖などの過剰負荷が生じる場合があるが、傷病者が心臓機能停止状態であることを考えれば実質的な危険性は相対的に小さく、初回投与後速やかに乳酸リンゲル液に切り替える対応をとれば基本的に避けることができる。
- ④中心静脈路の取扱い：近年、PICC（Peripherally Inserted Central Catheter）や末梢と中心の中間的な位置に留置するカテーテルなども普及し始めている。生じるリスクと実践的な区分を考慮すると、カテーテル等の皮膚穿刺部位が四肢である場合を対象とし、それ以外（鎖骨下、頸部、鼠径部など）の場合は対象外とするのが現実的な対応となる。

## 救急救命処置検討委員会における検討結果②（実態調査の結果）

救急救命処置検討委員会報告書（令和8年3月21日）別添1・別添2

### 【別添1】輸液製剤の交換の有無がアドレナリン投与時間に及ぼす影響に関する調査

- 石川県内の消防本部の救急救命士12名の協力のもと、心肺機能停止傷病者に対して乳酸リンゲル液以外の輸液製剤で既存の静脈路が確保されている状況を想定し、アドレナリン投与開始までに要する時間を比較した。  
（調査期間：令和7年12月～令和8年1月）
  - ・【A】輸液製剤を乳酸リンゲル液に交換した場合（n=12） 平均2分11秒（2:00～2:16）
  - ・【B】輸液製剤を交換せず既存の輸液製剤を使用する場合（n=12） 平均1分07秒（1:04～1:10）
- 輸液製剤を交換せずにアドレナリンを投与することで、乳酸リンゲル液に交換した場合と比較しておよそ1分の時間短縮が図られることが確認された。

### 【別添2】心肺停止傷病者における救急隊到着時の静脈路確保状況に関する実態調査

- 3消防本部（東京消防庁、高槻市消防本部、新潟市消防局）の協力のもと、ウツタインデータ登録対象の全心肺停止事案を対象に前向き実態調査を実施した（調査対象期間：令和8年1月1日～2月28日）。
  - ・全心肺停止事例2,633件のうち、救急隊到着時にすでに静脈路が確保されていたのは15件（0.6%）
  - ・15例すべてが末梢静脈であり、中心静脈路が確保されていた事例はなかった
  - ・使用されていた輸液製剤は多様（乳酸リンゲル液5例、生理食塩水5例、その他維持液・開始液等）であり、輸液ポンプ等が介在した事例はなかった
  - ・15例中11例（73%）で三方活栓等の薬剤投与可能な注入孔を確認（閉鎖式コネクタ型7例、キャップ型4例）
- 全国の救急隊が取り扱う心肺機能停止傷病者は年間約14万名（令和6年）であり、単純に外挿すると年間およそ800名が該当する。在宅医療の増加に伴い、このようなケースが増加する見込みである。

# 検討結果のまとめと委員会としての判断

救急救命処置検討委員会報告書(令和8年3月21日)

## 【結果まとめ】

- ①効果(利点):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を可能とすることで、アドレナリン投与までの時間を短縮でき、これにより救命率向上が期待できる。
- ②頻度:一部地域での調査結果から推定すると、全国の救急隊の取り扱う心肺機能停止傷病者年間約14万名のうち、年間およそ800名が該当する。
- ③難易度:在宅医療等で用いられる三方活栓や輸液ルートなどの器具は多様であるが、救急救命士の現行の教育課程においてそれらの基本的操作の一定の習得はなされているため、適切に対応可能と考えられる程度の難易度である。また、使用されている輸液製剤の情報を伝え、医師から具体的指示を得ることで、多様な状況へのより適切な対応が可能である。
- ④危険度:輸液成分の過剰負荷が生じる可能性はあるが、心臓機能停止状態であることを考えれば実質的な危険性は相対的に小さくなく、初回投与後速やかに乳酸リンゲル液に切り替える対応により基本的に避けることができる。中心静脈路からの投与については、空気塞栓などのリスクがある。

## 【委員会としての判断】

- 医師等により乳酸リンゲル液以外の輸液製剤で末梢静脈路確保が行われている場合、その末梢静脈路を使用して救急救命士がアドレナリンの投与を実施できるようにすることは、医学的に妥当である。(カテゴリー分類 I)
- 中心静脈路からのアドレナリンの投与は、救急救命士の処置の対象としないのが適当である。
- 本処置は、輸液製剤の種類などについて医師に報告し、指示を得て実施する必要がある。

## 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（案）

### 【これまでの整理】

- 令和2年度の救急救命処置検討委員会においては、現状での法的な制限の有無等について検討が必要であるとの中間的な報告にとどまっていた（評価分類：未了）。
- 令和8年3月の救急救命処置検討委員会報告書において法令上の整理が行われ、すでに医師等により乳酸リンゲル液以外の輸液製剤で静脈路が確保されている場合に、その静脈路及び輸液製剤を用いることについては、法令・通知上、明示的な規定はないことが確認された。
- 医学的な検討の結果、心臓機能停止状態の傷病者に対し、医師等により乳酸リンゲル液以外の輸液製剤で末梢静脈路確保が行われている場合、その末梢静脈路を使用して救急救命士がアドレナリンの投与を実施できるようにすることは医学的に妥当であると判断された（カテゴリー分類Ⅰ）。
- 一方、中心静脈路からの投与については、取扱い上の留意点についての教育が十分に行われていない現状を踏まえ、救急救命士の処置の対象としないことが適当とされた。

- 
- ・ 救急救命処置検討委員会の報告を踏まえ、医師等により乳酸リンゲル液以外の輸液製剤で末梢静脈路確保が行われている場合に、その末梢静脈路を使用して救急救命士がアドレナリンを投与できることを明示してはどうか。



その際、①中心静脈路からの投与は対象としないこと（皮膚穿刺部位が四肢である場合を対象とし、鎖骨下、頸部、鼠径部などは対象外とすること）、②輸液製剤の種類等について医師に報告し具体的指示を得て実施すること、③初回投与後は速やかに厚生労働大臣の指定する薬剤に切り替えることを、通知等において明確にすることとしてはどうか。

## 5. 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

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 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)

## 【提案の概要】

- 提案団体: 奈良県広域消防組合

提案内容: 院外心停止傷病者に対して、アドレナリンを投与するためのルート確保のために、骨髄穿刺システム(EZ-IO®)を用いて骨髄輸液路(以下「骨髄路」という。)を確保する処置について、救急救命処置に加えることを求めるものである。

## 【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:  
「有益性、合併症、実施する場合に必要な教育などについて特に精査が必要である」との中間的な報告となっている。

## 【今回の検討にあたっての主な論点】

- ・静脈路と骨髄路が救命率に与える影響、ガイドライン上の位置づけ、代替手段としての価値
- ・合併症、必要な教育及び費用、関連する研究の動向

# 救急救命処置検討委員会における検討結果①（有益性）

救急救命処置検討委員会報告書(令和8年3月21日)

## 【静脈路と骨髄路が救命率に与える影響】

- 最近のパラメディックⅢ研究を含む3件のランダム化比較試験では、骨髄路と静脈路のどちらで最初に確保しても、30日死亡率や神経学的転帰に有意差がなかった。

## 【ガイドラインでの位置づけ】

- JRC蘇生ガイドライン2025(パブリックコメント版)では、最近の3件のRCTを含むシステマティックレビューを踏まえ、「成人の心停止における初回の薬物の投与経路として静脈路を第一選択とすることを提案する」とし、「静脈路確保が迅速に行えない場合に、代替手段として骨髄路を考慮することは理にかなっている」としている。
- 同ガイドラインを踏まえると、実態としては、まず静脈路確保を試み、2回失敗して3～4分以上経過した後に骨髄路を使用することになる。この使用手順では、骨髄路確保の機会が少なくなり、また投与が遅れることで効果も低下する可能性がある。

## 【代替手段としての価値】

- 3消防本部(東京消防庁、新潟市消防局、高槻市消防本部)のサンプル調査(令和6年)では、救急救命士の静脈路確保の成功率は57～84%であった。約2～4割の症例では静脈路確保が困難となり、骨髄路が代替手段として意義をもつ。
- 令和6年に全国で年間58,879件の心肺機能停止傷病者に対して静脈路確保が実施されており、現場での成功率を70%と仮定すると、静脈路確保を試みるも成功に至らなかった事例は年間約25,000件と算出される。運用救急救命士数31,753人で按分すると、1人あたりの年間想定実施件数は約0.8件となる。
- 骨髄路確保の成功率は、アジア圏の研究では約94%と報告されている(静脈路確保は約60%)。ただし、年間想定実施件数が約0.8件という低頻度の中でこの成功率を維持できるかについては不明瞭であり、この点は重要な課題である。

# 救急救命処置検討委員会における検討結果②（合併症・教育・費用・研究動向）

救急救命処置検討委員会報告書(令和8年3月21日)

## 【合併症】

- 皮膚組織、骨組織を貫き骨髓まで到達する処置であり、救急救命処置の中では比較的侵襲度が高い。合併症として感染、誤穿刺などがあるが、骨髓路確保に関する論文上は大きな合併症の報告は少ないとされている。一方、穿刺後のラインの安定性や安全性など、実務上の検討が必要である。

## 【必要な教育、費用】

- 技術習得のための具体的な教育内容と必要量についての検討が必要である。静脈路確保でさえ現場での実施頻度が乏しい中、さらに実施機会の少ない骨髓路確保の技術を継続的に維持することは容易ではなく、技術習得及び維持のための病院実習を全国の救急救命士に対して実施できるかという体制面の課題もある。
- 費用についても、骨髓穿刺システムの資器材費用に加え、教育訓練に要する労力と経費も相当程度見込まれ、費用対効果の観点からの精査が必要である。
- また、搬送先医療機関において骨髓路の取扱いに関する理解や対応能力が十分に備わっているかについても、事前に確認・整備が必要である。

## 【関連する研究の動向】

- 海外では、骨髓路の代替となりうるアドレナリンの筋肉内注射の有効性を検討する大規模なランダム化比較試験（RCT）が2024年から進行中であり、2029年には結論が得られる見込みである。この研究でアドレナリン筋肉内注射の有効性が示された場合、骨髓路確保の必要性は低下する可能性がある。
- 国内においても、ドクターカーに関する団体が骨髓路の使用に関するデータ登録を開始している。まずは医師による実施状況やその効果を国内データとして蓄積した上で検討を進めることが、より確実な判断につながると考えられる。

# 検討結果のまとめと委員会としての判断

救急救命処置検討委員会報告書(令和8年3月21日)

## 【結果まとめ】

- ①効果(利点): 静脈路確保が不可能な状況においては、骨髄路はアドレナリン投与の有効な代替手段となりうる。ただし、ガイドライン上は静脈路確保を先行して試みた上での使用となるため、アドレナリン投与までの時間が遅延し、効果が低下する可能性がある点是否定できない。
- ②頻度: 令和6年時点で全国で年間約25,000件が骨髄路確保の潜在的対象症例と推計される。消防機関の運用救急救命士数で按分すると、1人あたりの年間想定実施件数は約0.8件程度である。
- ③難易度: 解剖学的要因から静脈路確保と比較して技術的な確実性が高く、海外の研究では約94%の成功率が報告されている。しかし、年間想定実施件数が約0.8件という低頻度の中でこの成功率を維持することは容易ではなく、継続的な訓練体制の整備が必要である。
- ④侵襲度・危険度: 皮膚組織・骨組織を貫き骨髄まで到達する処置であり、救急救命処置の中では比較的侵襲度が高い。感染や誤穿刺などの合併症があるが、論文上は重大な合併症の報告は少ない。
- ⑤その他: 教育訓練に要する労力・経費が相当程度見込まれ、費用対効果の観点からの精査が必要である。また、海外で進行中のアドレナリン筋肉内注射のRCT(2029年に結論見込み)の結果によっては、骨髄路確保の必要性が低下する可能性がある。さらに、国内ドクターカーでの骨髄路使用データの集積状況を踏まえた段階的な検討も、より確実な判断につながると考えられる。

## 【委員会としての判断】

- 心肺停止傷病者に対して、アドレナリンを投与するためのルート確保のために骨髄輸液路(骨髄路)を確保する処置については、現時点では導入を急ぐ状況にはなく、より慎重な議論が必要であると考えられる。(カテゴリー分類 Ⅲ)

# 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(案)

## 【これまでの整理】

- 令和2年度の救急救命処置検討委員会においては、有益性、合併症、実施する場合に必要な教育などについて特に精査が必要であるとの中間的な報告にとどまっていた(評価分類:未了)。
- 令和8年3月の救急救命処置検討委員会報告書において、①静脈路と骨髄路とで30日死亡率や神経学的転帰に有意差がないこと、②ガイドライン上、骨髄路は静脈路確保が迅速に行えない場合の代替手段として位置づけられること、③年間想定実施件数が救急救命士1人あたり約0.8件と低頻度であり技術の習得・維持に課題があること、④費用対効果の観点からの精査が必要であること等が整理された。
- これらを総合的に勘案すると、現時点では検証が必要な点が多く残されており、導入を急ぐ状況にはなく、より慎重な議論が必要であると判断された(カテゴリー分類 III)。



- 救急救命処置検討委員会の報告を踏まえ、「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、現時点では新たな救急救命処置として追加を見送ることとしてはどうか。

追加しない場合は、①救急救命士による静脈路確保の成功率に関する全国的な調査の推移、②国内のドクターカー等における骨髄路の使用データの推移、③海外で進行中のアドレナリンの筋肉内注射に関するRCTの結果(2029年結論見込み)等を踏まえ、改めて検討することとしてはどうか。

## 6. 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

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

## 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協議会があり、  
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)

第2回救急救命処置の  
在り方に関する検討会

令和8年7月9日

資料  
2

## 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。

## 前回の検討会における主な意見

### 第2回当検討会において構成員から示された主な意見

- 医療機関に所属する救急救命士は医師の指示・監督下で業務を行っており、消防機関に所属する救急救命士と同様の認定制度が必要なのか、その位置付けについて整理が必要である。
- 学会を新たな認定主体とすることにより、認定主体の複線化や認定基準の差異が生じ、制度が複雑化するおそれがあり、整理が必要である。
- 都道府県MC協議会による認定と学会認定の併存により、都道府県単位の認定と全国で有効な認定の関係や、消防機関所属の救急救命士への取扱いについて整理が必要である。
- 医療機関内は病院前救護とは異なり、医師、看護師その他の多様な医療職種が協働する場であることから、医療機関所属救急救命士に対する研修・認定制度を構築する場合には、研修の企画・運営・実施等に関係職種が参画することが重要である。
- 学会認定に係る教育費用・認定費用等の負担が救急救命士個人や医療機関に生じる可能性があり、費用負担の主体を明確化する必要がある。

### 事務局整理

- 救急救命処置については、これまで追加された処置について、教育・技能確認を受けた者が実施することとして運用されてきたところであり、医療機関に所属する救急救命士についても、同様の考え方による教育・技能認定が必要ではないか。
- 医療機関に所属する救急救命士に対する教育・技能確認については、都道府県メディカルコントロール協議会による認定等が行われている地域と行われていない地域があり、まずはその取扱いの差異について整理が必要ではないか。なお、都道府県MC協議会による認定を否定又は代替するものではなく、既に体制が整備されている地域においては従来どおりの運用が望ましいのではないか。
- 具体的な制度的担保の在り方については、既存通知等との整合性を踏まえつつ今後整理する
- 既存の各種学会資格と同様、教育に要する費用は受講者が負担することが基本ではないか。

医療機関に所属する救急救命士に係る認定機会の確保及び地域差の是正を図るため、都道府県MC協議会による認定を基本としつつ、これを補完する仕組みとして学会による認定制度を設けてはどうか。

## 参考資料

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 指示の方法に応じた効果と課題（院外心停止に対するアドレナリン投与等の包括指示化）

## 包括的指示

包括指示で処置の実施が可能な救急救命士は限定することとし、MC協議会は認定制度を設ける。包括指示化で処置の実施が可能な範囲について、適応を明記したプロトコルをMC協議会は策定しておき、事前の包括的指示とする。

## 具体的指示の事前指示

通信指令員により、口頭指導が実施された心肺停止疑い患者を対象とする。救急救命士は現場到着までに指示医師に連絡し、プロトコルに沿った指示を受ける。患者接触後に傷病者の心肺停止を確認後、事前指示のとおり特定行為を実施する。

## 具体的指示の一括指示

救急救命士は患者接触後に指示医師に連絡し、プロトコルに沿った指示を受けて特定行為を実施する。指示は処置毎に個別に受けるのではなく、一括（器具気道確保、静脈路確保、アドレナリン）で受けることとする。

## メリット

- 早期薬剤投与の効果に期待
- 包括指示化と同等の早期薬剤投与効果に期待
- すべての特定行為認定救命士が実施可能
- 早期薬剤投与が可能  
\*一括指示へのプロトコル変更により、接触から初回アドレナリン投与まで30秒短縮との報告
- すべての特定行為認定救命士が実施可能
- プロトコルにより適応限定（差し控え、ADL等）が必ず必要か

## デメリット

- 実施可能な救急救命士を限定する必要がある、新たな認定制度による業務負担の発生
- プロトコル上で適応を限定する必要
- 包括指示と同様、プロトコル上で適応を限定する必要
- MCに通信指令業務を含めていない地域の除外とその基準の検討が必要
- 傷病者の状態を救命士が確認する前の具体的指示については、法令的な精査が必要
- 予後改善効果が乏しい可能性  
\* 左記の報告では、自己心拍再開率（搬送中）、生存搬入率、1ヶ月後の神経学的予後に有意差なし

## 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

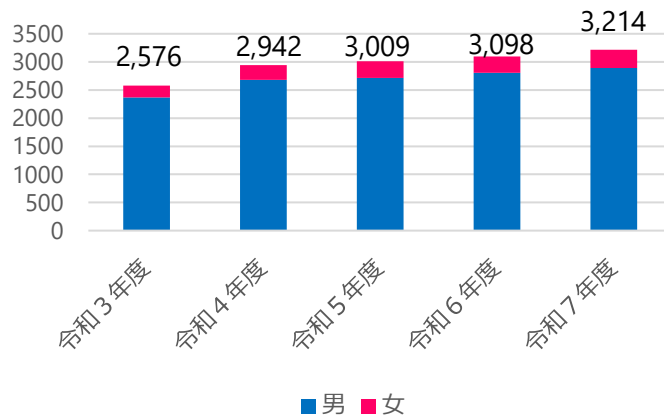
救急科の医師は、時間外労働が年1,860時間/月100時間を超える医師の割合が14.1%であり、救急医療を担う医師から、他職種へのタスク・シフト/シェアを進める重要性が高いことが示された。このような状況を踏まえ、救急救命士が救急医療の現場において、その資質を活用できるように、議論が進められ、令和3年10月1日より改正救急救命士法が施行された。

（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<br>(特定行為)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・聴診器の使用による心音・呼吸音の聴取</li><li>・血圧計の使用による血圧の測定</li><li>・心電計の使用による心拍動の観察及び心電図(十二誘導心電図を含む。)伝送</li><li>・鉗子・吸引器による咽頭・声門上部の異物の除去</li><li>・経鼻エアウェイによる気道確保</li><li>・パルスオキシメーターによる血中酸素飽和度の測定</li><li>・シヨックパンツの使用による血圧の保持及び下肢の固定</li><li>・自動式心マッサージ器の使用による体外式胸骨圧迫</li><li>・心マッサージの施行</li><li>・特定在宅療法継続中の傷病者の処置の維持</li><li>・口腔内の吸引</li><li>・経口エアウェイによる気道確保</li><li>・バグマスクによる人工呼吸</li><li>・酸素吸入器による酸素投与</li><li>・自動体外式除細動器による除細動(※)</li><li>・用手法による気道確保</li><li>・胸骨圧迫</li><li>・呼吸吹き込み法による人工呼吸</li><li>・圧迫止血</li><li>・骨折の固定</li><li>・ハイムリック法及び背部叩打法による異物の除去</li><li>・体温・脈拍・呼吸数・意識状態・顔色の観察</li><li>・必要な体位の維持、安静の維持、保温</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>・乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液(※)</li><li>・食道閉鎖式エアウェイ、ラリンゲアルマスク及び気管内チューブ(※)による気道確保</li><li>・エピネフリンを用いた薬剤の投与(※)</li><li>・乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保及び輸液</li><li>・低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与</li></ul> <p>・精神科領域の処置</p> <p>・小児科領域の処置(基本的には成人に準ずる)</p> <p>・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)</p> <p>・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</p> <p>・血糖測定器を用いた血糖測定</p> <p>・気管内チューブを通じた気管吸引</p> |

※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

※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

# 救急救命士の活動範囲について

高齢化の進展により救急医療のニーズが高まる中、救急医療に携わる現場の負担が増加しており、救急医療を担う医師のタスク・シフト/シェアを進めるため、令和3年に救急救命士法の改正を行った。

## 救急救命士法改正（令和3年10月1日施行）の概要

### 救急救命士の活動範囲の拡大

- 「病院前」から延長して「救急外来※1）まで」においても、救急救命士の救急救命処置を可能とした。
- 「救急外来」で救急救命処置の対象となる傷病者は、**救急診療を要する重度傷病者※2）**である。
- 実施可能な救急救命処置は、「**救急救命処置の範囲等について**」※3）で規定される処置内容である。

※1）「救急外来」とは、救急診療を要する傷病者が来院してから入院（病棟）に移行するまで（入院しない場合は、帰宅するまで）に必要な診察・検査・処置等を提供される場のことを指す。

※2）「重度傷病者」とは、その症状が著しく悪化するおそれがあり、又はその生命が危険な状態にある傷病者。（救急救命士法第2条第1項）

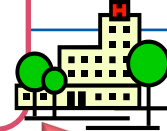
※3）「救急救命処置の範囲等について」（平成26年1月31日医政指発0131第1号）

傷病者の発生

救急搬送

救急外来

医療機関



## 医療機関に就業する救急救命士の資質及び当該救急救命士が行う業務の質を担保する仕組みの整備

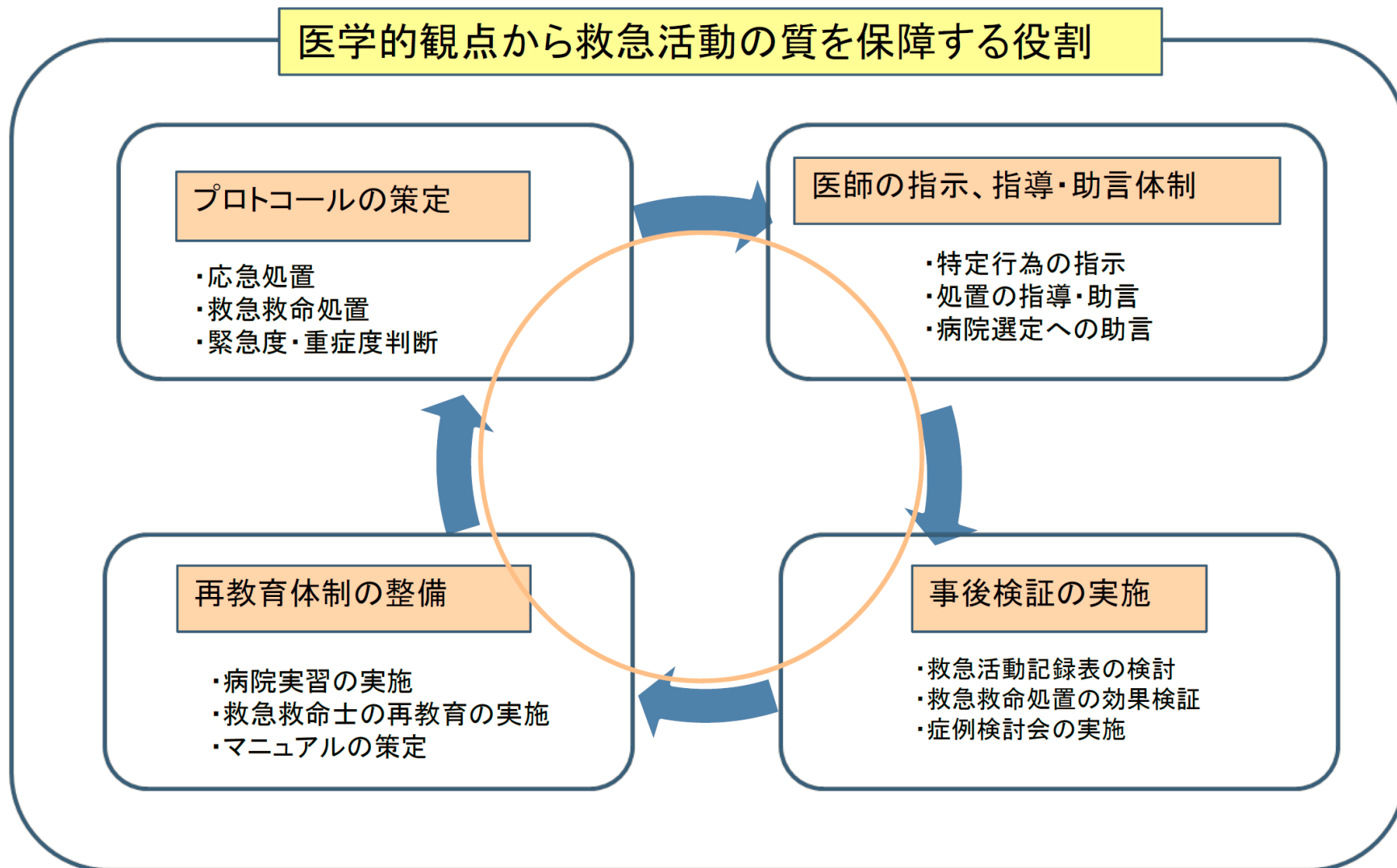
- 救急救命士の資質及び救急救命士が行う業務の質の担保を目的として、救急救命士を雇用する医療機関は、当該医療機関内に委員会を設置し、以下の研修体制等を整備すること。

（ 実施可能な救急救命処置の範囲等に関する規定の整備    /    研修体制の整備  
救急救命処置の検証を行う体制の整備    /    組織内の位置づけの明確化 ）

- 救急救命士を雇用する医療機関は、所属する救急救命士に対して、以下の研修を行うこと。

（ 【医療機関就業前に必須となる研修】    医療安全、感染対策、チーム医療  
【研鑽的に必要な研修】    救急救命処置行為に関する研修等 ）

## 医学的観点から救急活動の質を保障する役割



消防庁「第1回メディカルコントロール作業部会資料（平成20年度）」

# メディカルコントロール体制の整備について

医政発第0728010号  
平成15年7月28日

各都道府県知事 殿

消防庁次長

厚生労働省医政局長

## メディカルコントロール体制の整備について

メディカルコントロール体制の整備については、「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」報告書において、救急救命士の業務拡大を行っていく上で前提とされており、円滑な救急業務を遂行する上で極めて重要な事項であることから、「メディカルコントロール協議会の設置促進について」（平成14年7月23日付け消防庁次長・厚生労働省医政局長連名通知）等により、格段の配慮をお願いしてきたところです。

平成15年4月1日から救急救命士法施行規則の改正により、救急救命士の行う救急救命処置として包括的指示下での除細動の実施が認められましたが、メディカルコントロール体制の整備が必ずしも十分でないことから、未だ包括的指示下での除細動が実施できていない地域も見受けられます。

また、平成16年7月を目途として、必要な講習、実習を受けた救急救命士に医師の具体的指示の下で気管挿管の実施を認める方向で準備作業を行っているところであり、今後、救急救命士の業務の更なる高度化に向けて、常時指示体制の充実、事後検証体制の充実、研修体制の確保等、メディカルコントロール体制の更なる充実が求められることとなります。なお、薬剤投与の問題についても、ドクターカーにおいてデータを収集し、安全性・有効性等の検証作業を実施しているところです。

ついで、下記の事項に十分に留意し、救急救命士制度の円滑な運用に向けて、メディカルコントロール体制の一層の充実を図るようお願いします。

また、貴都道府県内市町村（消防の事務を処理する組合を含む。）及び関係団体等に対しこの旨周知願います。

## 記

### 1 包括的指示下での除細動の早期実施

早期除細動については、救命効果の向上に大きく寄与するものであることから、「包括的指示下での除細動」を実施できていない地域においては、早期実施を目指し、事後検証体制を確立するなどメディカルコントロール体制の整備を図ること。

### 2 救急救命士の養成・確保

メディカルコントロール体制の整備・充実にあたっては、救急救命士の養成・確保を図ることが必要であり、関係部局等で十分に連携を図りながら取組みを推進すること。

なお、これに関連し、自治医科大学の卒業生について、へき地等の医療体制が充実しているなどの事情を有する都道府県においては、救急救命士として活用することも可能であるとされていること。

### 3 気管挿管の講習実施体制の確保

気管挿管については、平成16年7月実施を目指し、現在追加講習カリキュラムの作成及び養成校における教育カリキュラムの見直し等の作業を進めているところであり、今年度末から救急救命士の既資格者に対する所要の講習の実施が可能となる見込みである。については、各消防学校における気管挿管の講習の準備を進め、その体制の確保を図ること。併せて、講習に引き続き実施される病院実習については、厚生労働省の「救急救命士病院実習受入促進事業」を活用することとし、医療機関における実習体制の確保を図ること。

### 4 薬剤投与の研究・検証

救急救命士が行うとした場合の薬剤の有効性と安全性については、現在ドクターカーにおいてデータを収集し、心拍の再開に必要な最小限の薬剤の使用に関する研究・検証を行っているところであり、今年中を目途にこれらの研究・検証の結果をできるだけ早く得ることとしているので、その動向を注視すること。

消防救第159号  
医政発第0723009号  
平成14年7月23日

各都道府県知事 殿

消防庁次長

厚生労働省医政局長

## メディカルコントロール協議会の設置促進について（通知）

「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」において、7月22日付けで別添のとおり中間報告が取りまとめられました。この中間報告においても、改めてメディカルコントロール体制の整備が重要であることが指摘され、本年度中に各都道府県及び各地域におけるメディカルコントロール協議会の設置を完了することが求められています。

ついては、貴職におかれては、こうした趣旨を踏まえて、メディカルコントロール協議会の設置の促進について格段のご配慮を賜りますようお願い申し上げます。

なお、このことに関する実施上の留意点については、別途、両省庁の担当課長からそれぞれ各都道府県消防主管部長及び各都道府県衛生主管（部）局長あてに通知が発出されることを申し添えます。

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保  
を推進するための医療法等の一部を改正する法律の  
一部の施行について（救急救命士法関係）

医政発0901第15号令 和3年9月1日 抜粋

## 4 救急救命処置の検証

医療機関において、救急救命士法第46条で定める救急救命処置記録など救急救命処置の実施状況に関する記録を管理すること。

また、救急救命士に関する委員会において、救急救命処置の実施状況に関する検証方法等に関する規程を定めること。救急救命士に関する委員会において、当該規程に基づき検証を実施するとともに、必要に応じ、救急救命士が実施する救急救命処置に関する規程や院内研修の運用に関する規程について見直しを行うこと。

## 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<br>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<br>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<br>※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<br>2024年 厚労検討会に報告<br>※厚労検討会のまとめ<br>2025年 実証事業(～2026年)<br>2026年 第2回本検討会で了承(通知発出に向けて準備中)                                 | 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。<br>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発出されている。<br>2026年 第1回本検討会で了承(通知発出済)                                                                | 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。<br>2026年 第1回本検討会で了承(通知発出に向けて準備中) | 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)                 | カテゴリーⅡ | 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                                                                                  | 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           | カテゴリーⅠ  | 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<br>(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<br>2026年          | 厚生労働省科研でアンケート調査<br>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<br>2025年<br>2026年 | 厚生労働科学研究にて文献調査<br>厚生労働科学研究にて、適応、プロトコール、処置の手順書、必要な教育について検討<br>検討結果について報告<br>2026年 第2回本検討会です承<br>(通知発出に向けて準備中) | 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<br>(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剤の点鼻投与<br>(バクスミー®)          | カテゴリーⅡ※ | 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<br>(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          | カテゴリーⅢ  | 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<br>(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 |

※未処方傷病者(患者)に対する処置については、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<br>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 |                      |

# 規制改革実施計画(令和7年6月13日閣議決定)

## 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)

## 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)

## 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)

## 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<br><small>※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</small> | 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)<br>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<br>・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のチューブの再挿入
- 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。

## &lt;カテゴリー分類&gt;

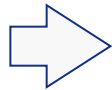
| カテゴリー | 基準                                                                            |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------|
| I     | 新たな研究や厚生労働省の検討会による審議を追加しなくても救急救命処置として追加、除外、見直すことが望ましいと判断する。                   |
| II    | 救急救命処置として追加、除外、見直すため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。<br>・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。<br>・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月  
25日)資料3

## 論点 1

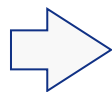
「救急外来」における多職種の配置、連携等について。



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

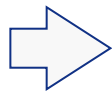
令和3年10月に施行改正救急救命士法による、医療従事者の負担の減少等、法改正の効果の検証



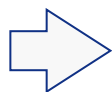
厚生労働科学研究班において、救急救命士法の改正による効果について調査・分析を行い、救急医療における救急救命士を含めた多職種連携のあり方を引き続き議論する。

## 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

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る、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