

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19日

救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会

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

目次

I	はじめに	3
II	救急医療をとりまく現状	5
III	救急救命士の資質活用方策について	11
IV	結語	24
(参考)		
	開催経緯	26
	構成員名簿	30

I はじめに

救急救命士資格創設の歴史的背景としては、1990年代初頭、救急医療の量的、質的向上を目指す中で、量的に充足していると考えられた医療機関における救急医療に対し、負傷者が発生した現場から救急用自動車等で医療機関まで搬送されるまでの間（以下、「病院前」という。）の医療提供については不足しているとの指摘があり、この充実を図ることが急務とされていた。その際、医師等が病院前において直接的に関与するドクターカーの普及についても言及されたが、病院前にまで従事可能な医師等の量的不足のため、新たな国家資格として救急救命士資格の創設が提言¹され、平成3年4月に、新たな医療関係職種として「救急救命士」が設けられた。これにより、「場所」、「行為」、「行為の対象者」を限定した上で、病院前における医師によらない医行為の実施が可能となった。

平成12年5月には、病院前における医療の質を担保することを目的として、メディカルコントロール（以下、「MC」²という。）体制の確立や救急救命処置の範囲の見直し及び教育体制のあり方について、「病院前救護体制のあり方に関する検討会報告書」がとりまとめられた。当該報告に基づき、MC体制の整備等を条件として、平成16年に気管内チューブによる気道確保、平成18年にエピネフリンの投与、平成26年に心肺機能停止前の静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与が救急救命処置に追加され、病院前救護体制の充実が図られてきた。

救急医療を取り巻く状況は救急救命士法制定当時と大幅に変化しており、消防機関に所属する救急隊による搬送人員は、救急救命士創設当時の平成3年には約270万人であったものが、平成30年には約596万人にのぼり年々増加傾向にある。また、年齢区分別の搬送人員は高齢者（65歳以上）が58.8%を占め、人口の高齢化に伴い搬送人員は今後も増え続けることが予想される。

このような中で、平成21年から平成25年にかけて行われた「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」において、平成22年には日本医師会から、救急救命士の業務の場を拡大することについて議論を喚起するため、「救急救命士の業務の場所の拡大に関する「提議」³が提出された。

¹ 「救急医療体制検討会小委員会報告」（平成2年12月5日厚生省）

² MC（Medical Control）とは：傷病者の救命率や予後の向上のため、①業務のプロトコルの作成、②医師の指示、指導・助言、③救急活動の事後検証、④救急救命士等の教育等により、医学的観点から救急救命士の救急救命処置等の質を保証する仕組み

³ 「救急救命士の業務の場所の拡大に関する「提議」」（平成22年3月17日 日本医師会） 抜粋
本提議による業務場所の拡大は、①救急隊（消防機関）の救急救命士が、患者搬送先医療機関で「救急救命処置」を行うためのもの、②救急救命士（専門学校卒、大学卒）が、救急医療機関に就業し、自院内で「救急救命処置」を行うためのものの2点である。

さらに平成31年1月には、日本救急医学会から「医師の働き方改革に関する追加提言」の中で、救急医療現場の負担の増大への対応のため、救急医療に携わる医師の負担の軽減を求める提言⁴もなされている。また令和2年1月には四病院団体協議会から「要望書～医師のタスク・シフティング/シェアリングについて～」⁵が提出され、医師から救急救命士に対する業務移管の必要性について言及されている。

以上の経緯を踏まえ、救急医療提供体制、災害時医療提供体制の課題について検討を行うために平成30年4月に設置された「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」において、救急医療提供体制の充実等に関する議論に関連する事項として、救急救命士の資質活用に向けた環境の整備等についての議論を計6回行い、その検討の結果について、本報告書として取りまとめることとした。

⁴ 「医師の働き方改革に関する追加提言」理事会見解（平成31年1月18日 日本救急医学会） 抜粋

- ・ 医療機関に勤務し地域の救急医療体制の維持と推進に貢献する医師の健康を守り、救急医を目指す医師が増えるための環境整備を目指し、一般則を遵守できる方策の実施に早急に取り組む。
- ・ 救急医療に携わる医師の業務の業務負担軽減策が実効性を得るまでの間は、所属する医療機関の一般医師とかけ離れない範囲で、現状の救急医療体制を維持するに足る水準の時間外労働時間の上限引き上げが必要であることを容認する。
- ・ 国民の協力が必要な業務負担軽減策については、政府、日本医師会、日本救急医学会が一体となって推進することを要望する。

⁵ 「要望書～医師のタスク・シフティング/シェアリングについて～」（令和2年1月15日 四病院団体協議会）より抜粋

- ・ 救急救命士について

医師の指示に基づく、医療機関内での救急外来、病棟急変時、等における救急救命処置および診療補助。

医師の働き方改革を推進するためには、医療安全等を確保しつつも既存の役割分担にとらわれない業務移管を行う必要がある。

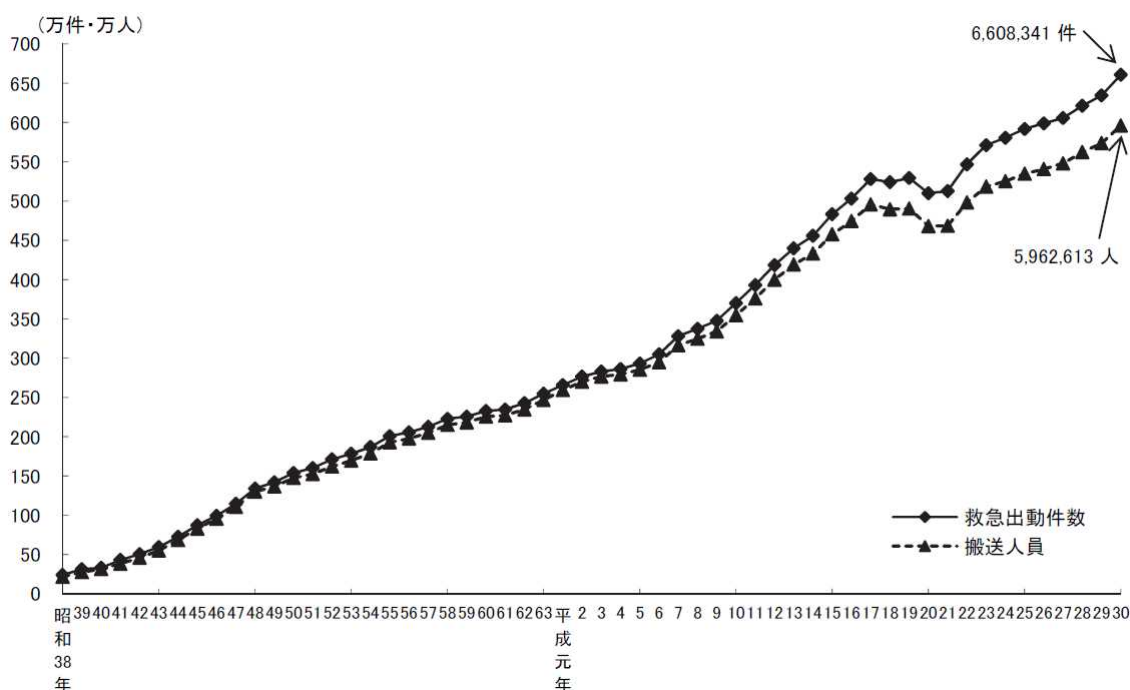
Ⅱ 救急医療をとりまく現状

1 現状

① 救急搬送の状況

- 救急出動件数及び搬送人員の推移は増加の一途をたどっている。救急救命士法制定当時（平成3年）には約270万人であった搬送人員は、平成30年には約596万人となっており、この30年で2倍以上となっている（図1）。

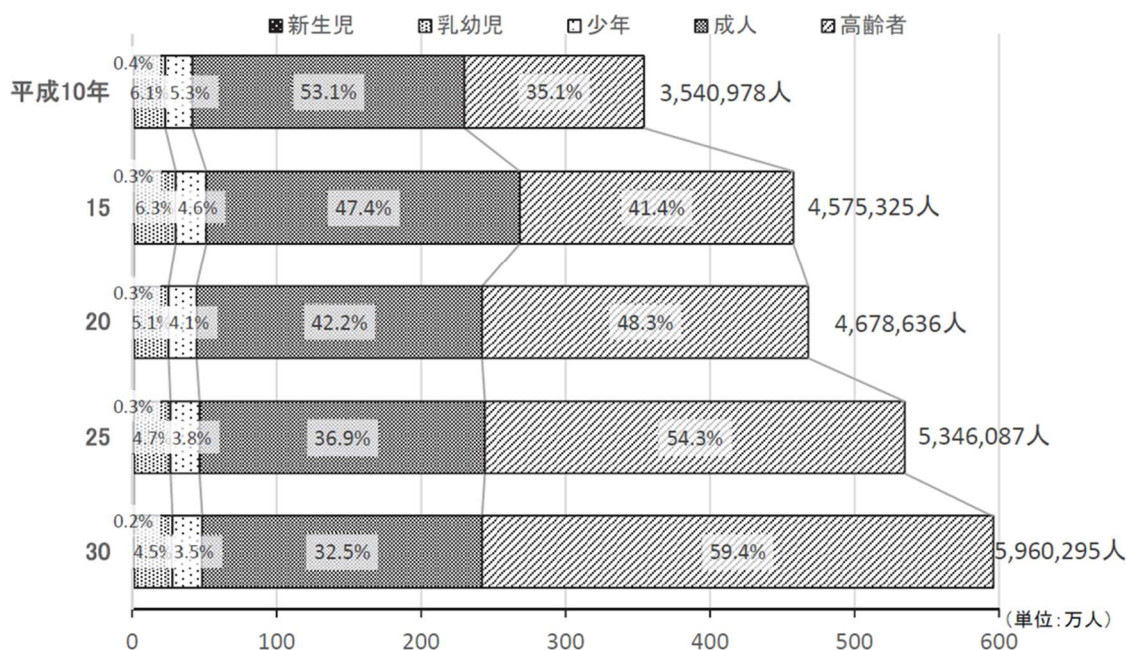
図1 救急出動件数及び搬送人員の推移



（出典：令和元年版救急・救助の現況 総務省消防庁）

- 搬送人員に占める高齢者の割合は、平成10年には35.1%だったが、平成30年には59.4%となっている（図2）。高齢者搬送のうち、重症度別の推移は、中等症：106.4万人（平成20年）→173.7万人（平成30年）、軽症：81.1万人（平成20年）→136.3万人（平成30年）である（表1）。

図2 年齢区分別搬送人員構成比率の推移



(注) 1 平成10年の年齢区分別の搬送人員については、傷病程度が判明したもののみを計上している。
 2 端数処理(四捨五入)のため、割合・構成比の合計は100%にならない場合がある。

(出典：令和元年版救急・救助の現況 総務省消防庁)

表1 10年間の救急搬送人員の変化(年齢・重症度⁶別)

(単位: 万人)	小児(18歳未満)		成人(18歳~64歳)		高齢者(65歳以上)	
	平成20年	平成30年	平成20年	平成30年	平成20年	平成30年
死亡	0.9	0.6	1.6	1.2	5.3	6.5
重症	1.1	0.9	12.9	10.6	32.6	37.1
中等症	9.4	11.6	59.8	62.7	106.4	173.7
軽症	33.7	35.7	122.9	118.8	81.1	136.3

(出典：救急・救助の現況 総務省消防庁)

⁶ 傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、初診時における医師の診断に基づき分類する。
 死亡：初診時において死亡が確認されたもの
 重症(長期入院)：傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの
 中等症(入院診療)：傷病程度が重症または軽症以外のもの
 軽症(外来診療)：傷病程度が入院加療を必要としないもの
 その他：医師の診断がないもの及び傷病程度が判明しない者、並びにその他の場所に搬送したもの

②救急医療現場の状況

- 救急医療は、病院前における救急業務に始まり、「救急外来」⁷における救急診療を経て、入院病棟における入院診療へと続く。（なお、重症度によっては入院をせず、「救急外来」で救急診療を受けた後、帰宅する場合もある。）
- 病院前では、医師の指示の下、主に救急救命士が処置の提供を行っているが、医師や看護師がドクターカーやドクターヘリによって出動する体制を整備している地域もある。

「救急外来」、入院病棟等では、医師が診療を行い、看護師をはじめとしたその他の医療職種が、各職種の専門性をもって、診療の補助等を行っている。（別添 1 参照）
- 「救急外来」では様々な病態、かつ複数の傷病者が診療を受けていることもあり、各傷病者に対する診療のプロセスの中には、多くの業務が発生している。（別添 2～4 参照）
- 救命救急センターに従事する看護師に対するアンケート調査によると⁸、救命救急センター内で看護師が担っている一部の業務については、他職種が担ったらよいと考えられている業務が含まれる。（別添 5 参照）
- 救急科専門医の数は約 4,500 人に対し、必要数は約 1 万人と推計されており⁹、救急科専門医の不足は当分続くことが予想される。
- 現状、週勤務時間が年 1,860 時間/月 100 時間¹⁰の水準を超えている救急科医師は 14.1%おり、年間の時間外勤務時間が 1860 時間を超えると推定される医師がいる病院のうち、救急機能を有する病院は 34%、救命救急機能を有する病院は 84%、年間救急用自動車受入件数 1000 台以上の病院は 52%を占める。¹¹

⁷ 「救急外来」とは、救急診療を要する傷病者が、一連の診療により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とする。（p. 14 「①-1「救急外来」について」参照）

⁸ 「三次救急医療機関における看護配置等に関する実態調査概要」（日本看護協会 2014 年）

⁹ 「第 3 回今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」資料 1-1 参照

¹⁰ 2024 年 4 月から適用される、医師の時間外労働規制の B 水準（地域医療確保暫定特例水準）

¹¹ 「第 19 回医師の働き方改革に関する検討会」資料 2 参照

- 看護師については、医療法において外来における看護配置の基準は定まっているが、「救急外来」に特化した基準はない。また、現時点においては、「救急外来」に勤務している看護師数の実態は把握されていないが、三次救急医療機関の方が「専従」または「専従と兼務」の看護師を配置している場合が多い（表2）。

表2 「救急外来」における看護師の配置状況

	二次救急医療機関 (n=101)	三次救急医療機関 (n=72)
専従者のみ配置	36.6%	34.7%
専従者と兼務者の両方を配置	36.6%	51.4%
兼務者のみ配置	26.7%	13.9%

（「医師のタスク・シフティングに関するヒアリング」日本看護協会資料より抜粋）

③救急救命士の状況

- 救急救命士の登録者数は約6万1,000人（令和元年10月時点）、救急救命士資格を保有している消防職員数は約3万8,000人（令和元年版救急・救助の現況 総務省消防庁）である。
- 消防機関に所属する救急救命士が行う特定行為等¹²の実施状況は、平成30年には約23万件となっている（図3）。早期介入の実現という点で、救急医療における救急救命士の役割は増加している。

¹² 「特定行為等」：除細動、器具を用いた気道確保、静脈路確保、薬剤（アドレナリン）投与、血糖測定、ブドウ糖溶液投与、自己注射が可能なアドレナリン製剤使用
「処置範囲拡大された行為」：平成16年から処置範囲が拡大されてきた行為（気管挿管、薬剤（アドレナリン）投与、血糖測定、ブドウ糖溶液投与、心肺機能停止前輸液）

図3 救急救命士が行った特定行為等の実施状況



(出典：令和元年版救急・救助の現況 総務省消防庁)

- 救急救命士法第2条第1項及び第44条第2項において、救急救命処置が実施可能なのは、傷病者の発生現場及び搬送途上に限られている。医療機関に雇用されている救急救命士は、「救急外来」等において、医行為に該当しない事務作業等を実施、もしくはいわゆる病院救急車による転院搬送等の際に、業として救急救命処置を実施している。

<救急救命士法（抜粋）>

第2条第1項

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、又はその生命が危険な状態にある傷病者（重度傷病者）が病院又は診療所に搬送されるまでの間に、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44条第2項

救急救命士は、救急用自動車その他の重度傷病者を搬送するためのものであって厚生労働省令で定めるもの（以下この項及び第五十三条第二号において「救急用自動車等」という。）以外の場所においてその業務を行ってはならない。ただし、病院又は診療所への搬送のため重度傷病者を救急用自動車等に乗せるまでの間において救急救命処置を行うことが必要と認められる場合は、この限りでない。

2 問題の所在

- 救急医療の現状を踏まえると、高齢化の進展により救急医療のニーズが今後更に高まると予想される中、救急医療に従事する者の確保が重要な課題であり、人的観点からの救急医療体制の充実強化が必要である。
- さらに、平成30年に「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」が公布され、医師については、令和6年度から時間外労働の上限規制が適用されることから、長時間の時間外労働を前提として成立している救急医療は破綻してしまう可能性があるという意見もある。
- そのため、現在、医師から看護師、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士等へのタスク・シフト/シェアの検討がされている¹³が、前述のような状況をかんがみると、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は高い。
- 救急現場における医師の業務の移管先として、まずは行える業務の幅が広い看護師が挙げられるが、現状、「救急外来」の看護師が担う業務の量及び種類が多いとの意見があるが、救急外来における看護師の勤務実態は明らかとなっていない。
- また、「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会」において、「都道府県別では依然として看護職員が総数として不足するところがある」との指摘がされている¹⁴

3 対応の基本的方向性

- 以上を踏まえると、
 - ・ 今後、「救急外来」に勤務する看護師について、配置状況の実態を把握するとともに、看護師が適切に配置されるよう必要な対応を行うこと
 - ・ 医師から他職種へのタスク・シフト/シェアを速やかに進めることにより、救急医療現場の負担軽減を図っていくことが現実的である。

¹³ 「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」（厚生労働省医政局）

¹⁴ 「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会 中間とりまとめ」（令和元年11月18日）（厚生労働省医政局）平成30年度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）研究

- 医師から他職種へのタスク・シフト/シェアに関しては、例えば、平成 30 年度厚生労働科学特別研究「消防救急車の代替搬送手段における病院救急車の活用に資する研究」¹⁵において、85%が MC 体制の整備を前提として救急救命士が医療機関内において救急救命処置を行うことに賛成という回答が得られている。救急医療現場の負担軽減に向け速やかな対応が求められている現状を踏まえれば、既に存在する救急救命士の活用について具体的な検討を行うことが有用である¹⁶。

以上を踏まえ、検討会としての今後の対応の基本的方向性を以下の 2 点に整理する。

- 「救急外来」における看護師の配置状況や業務実態の調査研究を行い、その結果を踏まえ、当検討会で議論し、「救急外来」等への看護師の配置等など必要な措置を行う。
- 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、救急救命士法の改正を含め、具体的な議論を進める。

なお、救急救命士についての議論の前に、看護師の配置に関する議論をすべきという意見があったが、看護師に関する事項については、今後の研究等の成果を踏まえる必要があることから、今回の整理では、救急救命士の資質活用方策に関して具体的な検討を実施したところである。

Ⅲ 救急救命士の資質活用方策について

1 救急救命士法について

- 1990 年代初頭、医療機関における救急医療提供体制の整備は量的にほぼ充足してきている状況である一方、病院前の医療に医師、看護師等が関与することは少なく、病院前医療提供が十分でないとの問題があった。そこで、病院前における医療提供を充実させるべく、救急救命士制度が創設された。

¹⁵ 平成 30 年度 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）研究「消防救急車の代替搬送手段における病院救急車の活用に資する研究」（研究代表者 伊藤重彦 北九州市立八幡病院）

¹⁶ 救急救命士が医療機関内で 33 行為の救急救命処置を実施可能となると、30 時間/月の医師の業務軽減効果があると推計されている。（「第 4 回医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」令和元年 12 月 資料 2-1 より）

- このような経緯から、救急救命士法では、救急救命処置を行う場所、救急救命処置を実施する対象者、救急救命処置の内容等が制限されている。

<救急救命士法（抜粋）>

第2条第1項

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、又はその生命が危険な状態にある傷病者（重度傷病者）が病院又は診療所に搬送されるまでの間に、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2条第2項

この法律で「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、救急救命処置を行うことを業とする者をいう。

第44条第1項

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

第44条第2項

救急救命士は、救急用自動車その他の重度傷病者を搬送するためのものであって厚生労働省令で定めるもの（以下この項及び第五十三条第二号において「救急用自動車等」という。）以外の場所においてその業務を行ってはならない。ただし、病院又は診療所への搬送のため重度傷病者を救急用自動車等に乗せるまでの間において救急救命処置を行うことが必要と認められる場合は、この限りでない。

- しかしながら、救急医療現場の現状は、病院前の医療提供だけではなく、救命に関する処置が行われる「救急外来」においても量的に不足している状況にあり、救急救命士が救急搬送から続く一連の処置として、「救急外来」においても救急救命処置を行ってもよいのではないかという意見とともに、「救急外来」において救急救命士が持つ資質の範囲内で医師・看護師からの一部の業務を担うことを可能とすべきとの意見があった。
- 一方で、救急救命士の資格の定義を変えてまでも医療機関内で救急救命処置を可能とするということは、患者安全・国民の命を守るという観点で反対との意見もあった。

- 以上を踏まえ、「救急外来」における救急救命士の資質活用を検討する際には、救急救命士法の「場の規定」、「対象者の規定」、「救急救命処置の内容の規定」について整理するとともに、患者安全の観点から、救急救命士の業務の質を担保する仕組みについて整理する必要がある。

2 具体的な救急救命士制度の検討

① 救急救命処置を行う場に関する考え方

- 医療機関外で重度傷病者が発生した際、当該重度傷病者に対する医療の提供の流れ及び各段階において、主として業務に関与する職種は以下の通り。
 - A) 病院前での処置…救急救命士、(ドクターカー等に搭乗する医師、看護師)
 - B) 医療機関内の「救急外来」等における診療等…医師、看護師、(診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士等)
 - C) 入院後の診療等…医師、看護師、(診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、医療ソーシャルワーカー等)
- 救急医療は、A) から C) に至るまで、途切れることなく提供されている。
 - A) については、全救急隊のうち、99.3%の救急隊に救急救命士が1人以上配置されており¹⁷、増大する救急搬送のニーズに対応している。
 - B) については、医師・看護師の業務量が増大している。場合によっては、A) でも提供されている例えば胸骨圧迫等など、が継続してB) の現場でも提供されることが考えられる。

また、B) では、重度傷病者の生命の危機を回避するために救急救命処置を要する状態が改善するとC) に移行する(救命のため容態が安定する前に手術室に搬入される場合等、病態によってはその限りではない)。救急救命処置が必要なのは主に容態が安定するまでであるが、容態安定後も急変し再度救急救命処置を要する状態となる可能性が高いため、入院病棟の医師や看護師に引き継ぐまでは、継続的な観察が必要である。
 - C) については、入院病棟には診療報酬上の基準等に基づき看護師が配置され、救急救命処置を超えた全人的なケアを行っているため、救急救命処置と同様の処置を実施する者としての救急救命士の必要性は乏しい。

¹⁷ 令和元年版救急・救助の現況 総務省消防庁

- 以上を整理すると、
 - ・ 「救急外来」では、病院前に引き続き、一連の処置として救急救命処置が行われる。処置により重度傷病者の緊急の生命の危機が回避された場合でも容態が急変する可能性が高く、入院病棟の医師や看護師に引き継ぐまで、継続的な観察が必要である。
 - ・ 入院病棟で行われる診療については、救急救命処置の目的である、「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」を超えた、全人的な診療を行っている。
 - ・ 「救急外来」は救急診療を担う人的資源の不足により、逼迫した状況にある。一方、入院病棟は、患者のケアに必要な看護師が配置されている。
- よって、救急救命士が医療機関内で救急救命処置が可能な場合は、従来の「病院前まで」から延長して「救急外来まで」とすることが妥当である。
- ただし、消防機関に所属する救急救命士については、消防法に基づく救急業務¹⁸が職務であるため、次の救急出動に備えるために速やかに医療機関内の医師、看護師等に引き継ぐ必要がある点に留意が必要である。
- ①—1 「救急外来」について
 - 「救急外来」に関する法令上の定義はない。
 - 一般的に「救急外来」は、救急診療を要する傷病者が、一連の診療により入院又は帰宅となるまでに必要な診察・検査・処置等を受ける場として認識されていると考えられる。
 - 「救急外来」は、以下のように、物理的な形態としても、運用上の概念としても医療機関により様々であることを踏まえると、「救急外来」を物理的な場として一概に定義することは困難である。

¹⁸「救急業務とは、災害により生じた事故若しくは屋外若しくは公衆の出入する場所において生じた事故（以下この項において「災害による事故等」という。）又は政令で定める場合における災害による事故等に準ずる事故その他の事由で政令で定めるものによる傷病者のうち、医療機関その他の場所へ緊急に搬送する必要があるものを、救急隊によつて、医療機関（厚生労働省令で定める医療機関をいう。第七章の二において同じ。）その他の場所に搬送すること（傷病者が医師の管理下に置かれるまでの間において、緊急やむを得ないものとして、応急の手当を行うことを含む。）をいう。」（「消防法」第2条第9項（昭和二十三年法律第百八十六号））

(物理的な形態という観点)

- ・ 診察室がある場合/ない場合
- ・ 処置室が診察室と一体となっている場合/別になっている場合
- ・ CT等の画像診断機器が併設されている場合/されていない場合

(運用上の観点)

- ・ いわゆるER型である場合/そうでない場合
- ・ 専従する救急科の医師がいる場合/各科の医師がオンコール体制である場合

- 以上を踏まえると、「救急外来」については施設・設備構造で規定することが困難である。そのため、『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』として扱うことが適切である。

① —2 「救急外来」以外で救急救命処置が必要な状況について

- 入院病棟においても突発的に胸骨圧迫等の救急救命処置のニーズが発生することが懸念されることから、医療機関内のどこでも救急救命士が救急救命処置と同様の処置を実施できるように救急救命処置を行う場の拡大を図るべきではないかとの意見があった。
- しかしながら、病棟においては常に看護師が配置されていることから、このような救急救命処置が必要な場合には、配置されている看護師が必要な医療を提供すべきである。
- なお、院内急変時、その場に医師や看護師が不在など急な対応ができない場合、医療関係職種であるか否かにかかわらず居合わせた者が救命のための行為を行うこととなる。この場合、本来、医行為は医療関係職種しか実施し得ないものではあるが、緊急避難の法理が適応され、一般人に対しても何らかの罰則がかかることはない。

従って、このような場合に、救命に関する行為についての知識がある救急救命士が、救急救命士法上の救急救命処置を行うことができる場の範囲外で緊急避難的に救急救命処置と同様の処置にあたる行為を行ったとしても、「救急救命士としての業務」ではなく、「緊急避難的処置」として整理することが可能である。

- また今般、院内急変への対応に特化したチームを組織する医療機関も増えているが、当該チームに救急救命士を所属させ、院内急変時に活用できるようにしてはどうかという意見があった。この点については、現時点において、救急救命士は「救急外来」で救急救命処置ができないため、その有効性等は不明であり、今回の議論では対象外とする。

② 救急救命処置の対象者に関する考え方

- 救急診療を要する傷病者が「救急外来」を受診する経路として、救急用自動車等（救急用自動車、ドクターヘリ）によって搬送される場合と、徒歩、自家用車、タクシー等により自力で来院する場合（いわゆるウォークイン）がある。
- 現在救急救命士法において救急救命士が救急救命処置を行える者は、「重度傷病者」とされていることから¹⁹、救急用自動車等で搬送される傷病者のうち救急救命処置が実施される者は重度傷病者といえるが、後者の中にも、来院時に直ちに処置をすべき重度傷病者や、経時的に症状が悪化し救急救命処置が必要となる重度傷病者も存在する。
- このようなことから、以下の懸念がある。
 - ・ 重度傷病者という臨床像に対して、来院方法の違いで処置の可否を決めるとすると、制度の整理として一貫性が保てるのか
 - ・ 医療現場における運用（搬送方法によって、処置できる者を異とすること）に混乱が生じるのではないか
- 以上を踏まえると、救急救命処置が必要な者に対し適切に医療を提供する観点から、来院方法にかかわらず、医師が「救急外来」において救急救命処置が必要な重度傷病者であると判断した場合は、当該処置を行うことを可能とする。
- なお、いわゆるウォークインの傷病者に対して救急救命処置を可能とすることは反対との意見もあった。

¹⁹ 重度傷病者以外に救急救命処置と同様の行為を実施した場合には、医師法又は保健師助産師看護師法違反（罰則あり）となる。

③ 救急救命処置の内容に関する考え方

- 「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、又はその生命が危険な状態にある傷病者（重度傷病者）が病院又は診療所に搬送されるまでの間に、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である。（救急救命士法第2条第1項）
- 救急救命士法の制定当時は、19項目が救急救命処置として規定されていたが、救急現場からの要望や提案を踏まえ、適切に検証・検討を行い、救急救命処置の追加に関する整理を行ってきた（表3）。
※救急救命士法施行規則（厚生労働省令）で定める医師の具体的な指示を受けなければ行ってはならない救急救命処置を「特定行為」という（救急救命士法第44条第1項）。特定行為以外の救急救命処置は、「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）で定められている。
- 新たに追加した救急救命処置については、処置によっては厚生労働省令に定めるとともに²⁰、新規カリキュラムの追加、必要な知識の修得のための追加講習（実習）実施要領の周知、国家試験出題基準への追加等の対応を行っており、令和2年3月現在、33項目が救急救命処置として規定されている（表4）。
- このような経緯を踏まえると、現行の救急救命処置については、基礎教育や国家資格によりその質は担保されていると考えられる。
- 今回の検討においては、既に存在する救急救命士の活用を行うとの基本的方向性の下、仮に新たに救急救命処置を追加することとなれば、前述のような手続きを経なければ安全性や質の担保が確保できないと解釈されるので、救急救命処置の範囲については、現行で行うことができる救急救命処置の内容から変更しないこととする。

²⁰ 救急救命処置の範囲の見直しの中で、厚生労働省令に定められた救急救命処置：気管内チューブによる気道確保、心停止前の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

- なお、今後、救急医療現場のニーズに応えるために新たに救急救命処置を追加する場合は、従前通り、前述の手続きを経てから追加することとする。

表3 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	除細動を特定行為から除外	法制定当時からの懸案事項	・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（総務省消防庁）
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	国家戦略特区	救急救命士の業務のあり方等に関する検討会 (平成 25 年)

表4 救急救命処置の内容

<ul style="list-style-type: none"> ・精神科領域の処置 ・小児科領域の処置 ・産婦人科領域の処置 ・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 ・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 ・ショックパンプ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（※） ・的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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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、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 ・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
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

（※）心肺機能停止状態の患者に対してのみ行うもの

特定行為

③-1 救急救命処置以外の業務に関する考え方

- 「救急外来」において、医師・看護師等からタスク・シフト/シェアを行う医行為以外にも、救急救命士がその資質を活用して実施した方が効率的な業務（例えば、救急隊からの通信応需等）が存在しているとの意見があった。
- 当該行為が医行為でないのであれば、医療関係職種以外の事務職員等でも可能な業務であり、救急救命士の資格を持つ者が、「救急外来」に限らず医療機関内において当該業務を行うことを規制するものではない。
(参考) 医行為に該当しない院内業務の一例²¹
一定条件下における医師や看護師の書類作成の代行、ベッドメイキング、院内の物品の運搬・補充、患者の検査室等への移送、医療上の判断が必要でない電話対応、画像診断フィルムの整理、入院時の案内、患者に対する食事の配膳、受付や診療録の準備等

3 「救急外来」における救急救命士の業務の質等を担保するための考え方

① 「救急外来」における医師から救急救命士に対する指示の考え方

- 医師以外の医療関係職種が資格法に基づき診療の補助を行う際は、医師の指示の下行われる。
救急救命士法上、救急救命士は、医師の指示の下に診療の補助として救急救命処置を行うことができることとされており、医師の具体的な指示の下に行う救急救命処置²²については第44条第1項で規定されている。

<医師の指示に関する救急救命士法の条文>

第2条第2項

この法律で「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、救急救命処置を行うことを業とする者をいう。

²¹ 「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発第1228001号）より抜粋

1. 基本的考え方

関係職種間の役割分担の一例を示しているが、実際に各医療機関において、適切な役割分担の検討を進めるに当たっては、まずは当該医療機関における実情（医師、看護師等の医療関係職、事務職員等の役割分担の現状や業務量、知識・技能等）を十分に把握し、各業務における管理者および担当者間における責任の所在を明確化した上で、安全・安心な医療を提供するために必要な医師の事前の指示、直接指示のあり方を含め具体的な連携・協力方法を決定し、関係職種間での役割分担を進めることにより、良質な医療の提供はもとより、快適な職場環境の形成や効率的な業務運営の実施に努められたい。

²² 救急救命士法上、「特定行為」という。（保健師助産師看護師法上の特定行為とは異なる。）

第 43 条

救急救命士は、保健師助産師看護師法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 44 条第 1 項

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。

- 医療機関内の医療関係職種に対しては、医師は診療に基づき医学的判断、行為実施者の能力、信頼関係等に応じて必要な範疇の具体性を伴う指示を出すものである。

（補足）病院前には医師が必ずその場にいるとは限らないとの特殊な環境にあり、MC 協議会による事前のプロトコール策定、処置実施後の事後検証体制の整備等、行為に対する事前・事後の MC 体制の整備により、指示及び救急救命士の行う業務の質が担保されている状況下において、特定行為以外の救急救命処置については具体的指示でなくとも行うことが可能とされている。

- 救急救命士が「救急外来」において救急救命処置と同様の処置を行うことが可能となった場合、医師は医学的判断、行為実施者の能力、信頼関係等に応じて救急救命士に対して直接指示を出すこととなり、この指示については、必要な範疇の具体性を伴う指示により行うことが適切である。

つまり、医師から救急救命士に対する指示の考え方は、医師から他の医療職種に対するものと変わるものではない。

② 医療機関内における救急救命士の業務の質を担保する体制について

- 消防機関の救急救命士には、医学的視点から、救急救命士の資質及び救急救命士が行う業務の質を担保する MC 体制が構築されている。

- 消防機関に雇用される救急救命士に対する MC 体制は、
 - ・ 病院前における救急救命士が行う業務のプロトコールの作成
 - ・ 救急救命士に対する医師の指示、指導・助言の体制構築
 - ・ 救急救命士が行った救急活動の事後検証の実施
 - ・ 救急救命士への教育体制の構築という業務を行うこととなっている。

- 医療機関に雇用される救急救命士についても、救急救命士の資質および救急救命士が行う業務の質を担保するため、消防機関の救急救命士に対する MC 体制に相当する仕組みの構築が必要である。
- ただし、医療機関においては、常に医師が存在し、当該医師から直接的に指示を受けることができることから、「救急救命士に対する医師の指示、指導・助言体制の構築」以外の項目に関して適切な仕組みを構築することとする。
- 具体的には、消防機関の救急救命士に対する MC 体制は、地域毎に MC 協議会が組織され運用されていることから、各医療機関内においても、院内委員会を設置すること（既存の院内委員会を当該委員会に位置づけることも可能）とともに、またあらかじめ以下の項目を整備することを求める。
 - ・ 救急救命士が実施可能な救急救命処置の範囲等に関する規定を整備すること（消防機関の救急救命士に対する MC 体制の、「救急救命士が行う業務のプロトコール作成」に相当）
 - ・ 救急救命士に対する研修体制を整備すること（具体的な院内研修については後述）
 - ・ 救急救命士が行った救急救命処置の検証を行う体制を整備すること
 - ・ 救急救命士が組織内のどのような位置づけとなるのか明確にすること

4 医療機関に所属する救急救命士が就業前に追加で習得すべき知識等について

- 救急救命士の養成課程において、救急業務²³に必要な感染対策、医薬品、安全管理等に関する教育は行っているが、医療機関内で働くことを想定した知識等については必ずしも十分でない。
- 医療機関内で働くための追加研修の実施は、医療機関に所属する救急救命士が行う業務の質を担保するために必要な事項であり、医療機関において構築される MC 体制や医療機関内で構築する院内委員会の責務として認識すべきである。

²³ 注釈 18 参照

- 救急用自動車と医療機関内では、医療環境の違いがあることから、以下については研修を実施すべき事項として、通知等で明確化する。

【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

【必須ではないが、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のために、研鑽的に必要な研修】

- ・ 救急救命処置行為に関する研修等

5 救急救命士の資質活用に関する議論のまとめ

- 救急救命士が医療機関内で救急救命処置ができる場合は、従来の「病院前」から延長して「救急外来²⁴まで」とする。
- 「救急外来」で救急救命処置が実施可能な対象者は、重度傷病者とする。
- 「救急外来」で実施可能な救急救命処置は、「救急救命処置の範囲について」²⁵で規定されている項目とする。
- 医療機関に所属する救急救命士に対する指示は、当該診療にあたっている医師から受けるものとする。
- 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、院内委員会を設置し（既存の院内委員会を活用することも可能）、あらかじめ以下を整備すること。
 - ・ 救急救命士が実施可能な救急救命処置の範囲等に関する規定を整備すること
 - ・ 救急救命士に対する研修体制を整備すること
 - ・ 救急救命士が行った救急救命処置の検証を行う体制を整備すること
 - ・ 救急救命士が組織内のどのような位置づけとなるのか明確にすること

²⁴ 「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。

²⁵ 「救急救命処置の範囲について」（平成26年1月31日医政指発0131第1号）

- 医療機関に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
 - 【必須ではないが、救急救命士の資質及び救急救命士が行う業務の質の確保のために、研鑽的に必要な研修】
 - ・ 救急救命処置行為に関する研修
 - ・ 医行為に該当しない事務作業等 など

IV 結語

近年増大し続ける救急医療現場の負担軽減を図る方策として、本検討会の今後の対応の基本的方向性を、

- ① 「救急外来」における看護師の配置状況や業務実態の調査研究を行い、その結果を踏まえ、当検討会で議論し、「救急外来」等への看護師の配置に関する基準等について検討し、必要な措置を行う。
- ② 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、救急救命士法の改正を含め、具体的な議論を進める。

と整理した。

今後の救急医療の負担増大や施行される医師の働き方改革等を考慮し、当検討会においては、①については今後の研究等の成果等を踏まえた上で議論を行う必要があるため、今回は②について議論を行い、本報告書にとりまとめた。

議論に当たっては、救急救命士の資格の定義を変えてまでも医療機関内で救急救命処置を可能とするということは、患者安全・国民の命を守るという観点で反対との意見もあった。

以上を踏まえ、救急医療の現場における具体的な救急救命士の資質活用方策としては、本検討会として以下のように提案する。

- 「病院前」から延長して「救急外来²⁶まで」においても、救急救命士が救急救命処置を可能とする。
- 「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とする。
- 実施可能な救急救命処置は、救急診療を要する重度傷病者に対して安全に医療を提供できるという観点から、「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）で規定される処置内容とする。

また、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として、以下を整備することを各医療機関に求める方針とする。

- 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、院内委員会を設置し（既存の院内委員会を活用することも可能）、救急救命士に対する研修体制等を整備すること。

²⁶ 「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。

- 医療機関に所属する救急救命士に対して、医療機関就業前には、医療安全、感染対策、チーム医療に関する研修を必須とし、救急救命処置行為に関する研修等を研鑽的に行うこと。

厚生労働省としては、上記を実行するために、必要であれば救急救命士法の改正も含めた手続きを行うことを検討する。

また、

- ・ 救急救命士の需給について検討すべき
- ・ 救急医療における救急救命士を含めた他職種連携のあり方を引き続き議論すべき
- ・ 救急医療の現場が混乱しないように、救急救命士の運用方法のガイドライン等を策定すべき
- ・ 地域 MC 協議会と医療機関で構築する院内委員会等との関係性をどのように整理するのか

などの論点については、本検討会における引き続きの検討事項とする。

救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会
開催経緯

第1回 日時：平成30年4月6日

- 議題： 1) 救急医療に係る検討会の報告書への取組状況について
2) 災害医療に係る検討会の報告書への取組状況について
3) 災害対応における組織体制について
4) その他

第2回 日時：平成30年4月20日

- 議題： 1) 前回の議論内容のまとめ
2) DMAT事務局の在り方について
3) 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）について
4) その他

第3回 日時：平成30年5月30日

- 議題： 1) 前回の議論内容のまとめ
2) 病院前医療の提供手段について
3) ドクターヘリの安全運航について

第4回 日時：平成30年6月21日

- 議題： 1) 前回の議論内容のまとめ
2) 災害派遣精神医療チーム（DPAT）について
3) 災害拠点精神科病院について
4) 災害時を想定した平時における燃料等の供給手段の確保について

第5回 日時：平成30年6月21日

- 議題： 1) 救急医療体制の現状と課題

第6回 日時：平成30年7月6日

- 議題： 1) これまでの議論のまとめ

- 第7回 日時：平成30年8月1日
議題：1) 災害を考慮した事前体制整備について
2) 大阪府北部を震源とする地震における医療対応について
3) 今後の議論の進め方について
- 第8回 日時：平成30年9月27日
議題：1) 災害時情報収集体制の強化について
2) ドクターヘリの現状と課題について
3) その他
- 第9回 日時：平成30年10月31日
議題：1) 平時及び災害時における医療体制の全体像
2) 災害時における医療支援及び人材養成について
・災害時における被災地外からの医療・保健に関わるチームについて
・災害医療コーディネーター及び災害時小児周産期リエゾンの在り方について
3) その他
- 第10回 日時：平成30年12月20日
議題：1) 重要インフラの緊急点検の結果及び対策について
2) 救急医療における評価指標の現状と課題について
3) 地域の救急医療資源の有効活用について
4) その他
- 第11回 日時：平成31年2月6日
議題：1) 災害拠点精神科病院の要件（案）と整備方針（案）について
2) 災害医療コーディネーター及び小児周産期リエゾンの活動要領について
3) その他

第12回 日時：平成31年3月29日

- 議題：1) 災害拠点精神科病院の要件（案）と整備方針（案）について
- 2) 災害拠点病院等の燃料及び水の確保について
 - 3) その他

第13回 日時：平成31年4月25日

- 議題：1) 救急医療を取り巻く課題について
- 2) 救急医療のデータ連係と評価指標の方向性について
 - 3) その他

第14回 日時：令和元年5月23日

- 議題：1) 地域の医療資源の有効活用について
- 2) 病院の業務継続計画（BCP）の策定状況について
 - 3) その他

第15回 日時：令和元年7月18日

- 議題：1) 医療計画の中間見直しに向けた課題について
- ・ 救急医療について
 - ・ 災害医療について
- 2) その他

第16回 日時：令和元年8月21日

- 議題：1) 平成30年度の災害の振り返りにについて
- 2) 医療計画の見直しにおける議論について
 - 2) その他

第17回 日時：令和元年11月6日

- 議題：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
- 2) 救急医療の現状と今後の方向性について
 - 3) 令和元年台風第15号及び台風第19号に関する報告
 - 4) その他

第18回 日時：令和元年11月20日

- 議題：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
2) 救急医療の現状と課題について
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）
4) その他

第19回 日時：令和2年2月6日

- 議題：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
2) その他

第20回 日時：令和2年3月4日

- 議題：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
2) その他

救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会
構成員

阿真 京子	一般社団法人知ろう小児医療守ろう子ども達の会代表
石川 広己	公益社団法人日本医師会常任理事
猪口 正孝	公益社団法人全日本病院協会常任理事
井本 寛子	公益社団法人日本看護協会常任理事 (第5回～)
畝本 恭子	日本医科大学多摩永山病院救命救急センター長 (第12回～)
◎遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長
大友 康裕	東京医科歯科大学大学院救急災害医学分野教授
岡留 健一郎	一般社団法人日本病院会副会長 (第1回～第6回)
加納 繁照	一般社団法人日本医療法人協会会長
久志本 成樹	東北大学大学院医学系研究科外科病態学講座救急医学分野教授 (第12回～)
坂本 哲也	一般社団法人日本臨床救急医学代表理事
島崎 謙治	政策研究大学院大学教授
嶋津 岳士	大阪大学大学院医学系研究科救急医学教授
高木 誠	一般社団法人日本病院会常任理事 (第7回～第14回)
田中 一成	一般社団法人日本病院会常任理事 (第14回～)
中板 育美	公益社団法人日本看護協会常任理事 (第1回～第5回)
野口 宏	愛知医科大学名誉教授
本多 麻夫	埼玉県保健医療部参事 (第13回～)
森村 尚登	東京大学大学院医学系研究科救急科学教授
山崎 學	公益社団法人日本精神科病院協会会長
山本 光昭	兵庫県健康福祉部長 (第1回～第12回)
横田 裕行	一般社団法人日本救急医学会代表理事 (第1回～第11回)

◎…座長 (五十音順、敬称略)