

令和 7 年 3 月 14 日 第 2 回健康・医療・介護WG  
高山専門委員提出資料

救急救命処置の範囲の拡大について（意見）

我が国の救急医療体制は、少子高齢化の進展、医師を始めとする医療従事者の偏在等を背景に、非常にひっ迫した状況にある。この 5 年間を見ても、救急出動件数は+1,295,470 件、+19.9%、救急搬送時間は+6.1 分、+15.4%増加<sup>1</sup>しており、更には、令和 5 年においては、437,163 名（全体搬送人員数の 6.6%）が、いわば「搬送先が即座に決まらなかった」<sup>2</sup>状態に陥っている。加えて、2040 年を見据えると、生産年齢人口は引き続き減少基調である一方、高齢者人口は更に増加すると想定<sup>3</sup>されており、現行のままでは地域における救急医療体制がさらにひっ迫するものと考えられる。

今後の医療提供体制の改革については、社会保障審議会医療部会において議論され、「2040 年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革に関する意見」（令和 6 年 12 月 25 日公表）としてとりまとめられたが、その中においても「生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が更に困難となることが見込まれ、働き方改革等による労働環境の改善や、医療DX、タスクシフト・シェア等を着実に推進していくことが重要となる。」との言及があるとおおり、救急医療体制においても、各地域の実態を踏まえ、地域における貴重な医療資源をどのように活用していくべきか（タスクシフト・シェア）についての議論を深め、早急に対応を図っていくことが重要である。

病院までの搬送時間が平均 45 分を超える現状<sup>4</sup>を鑑みれば、1 分 1 秒でも早く処置すべき状況に直面するプレホスピタルの現場において、患者に最初に接する医療従事者である救急救命士について、従来の処置可能範囲にとどまらず、より広域に救命処置が求められる場面が増えていることは、本ワーキング・グループにおいて各プレゼンターから発表いただいたとおおりである。

本日は、上記の課題認識を踏まえ、救急救命士の役割の見直しとその処置可

---

<sup>1</sup> 総務省消防庁「令和元年版 救急救助の現況」及び「令和 6 年版 救急救助の現況」より算出した。

<sup>2</sup> 総務省消防庁「令和 6 年版 救急救助の現況」より、事故種別の受入照会回数が 4 回以上のものを算出した。

<sup>3</sup> 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和 5 年推計）」

<sup>4</sup> 総務省消防庁「令和 6 年版 救急救助の現況」

能範囲を継続的かつ柔軟に見直す必要性や検討体制の構築について、下記の意見を申し上げる。

## 記

### 1. 救急救命士の役割の見直しについて

救急搬送件数の増加に対する対応は、多くの先進国で共通した課題であるが、各国はプレホスピタルケアを強化することにより、この問題を発展的な解決に取り組んでいる。

例えば、オーストラリアでは、救急医療サービス（EMS）の一環として、訓練を受けた救急救命士が従来の緊急搬送だけでなく、緊急度が低いと判断される患者に対して、現場でケアとアドバイスを提供している。これにより、救急搬送件数が約半分に削減されたとの報告がある<sup>5</sup>。

また、カナダの一部の州で運用されている Mobile Integrated Health care (MIH) というプログラムでは、緊急度が低いと判断される救急要請に対し、医師の監督のもとで救急救命士がトリアージとともに、自宅でのケアとアドバイスを提供している。これにより搬送される患者の割合が半分以下にまで削減され、総費用を節約することにもつながったとの報告がある<sup>6</sup>。

こうした先行する海外事例を踏まえつつ、我が国においても、高齢化の進展と共に過密になる救急医療に対して、プレホスピタルケアの充実の観点から、救急救命士の役割自体を今一度見直す必要があると考える。

### 2. 救急救命士の処置可能範囲の継続的見直しの必要性について

現在、救急救命士の処置可能範囲の拡大は、個別の要望や社会的な要請に応じて段階的に実施されている。しかし、以下の課題が存在する。

#### ①制度改正の遅れと医療現場のニーズの乖離

救急医療の現場では、既存の処置可能範囲では対応が難しい症例が増加している。例えば、輸液剤の選択、アナフィラキシーへのアドレナリンの筋肉注射、ニトログリセリンスプレーの使用など、すでに多くの先進国で実施されている処置が、日本では法的制約により制限されている。

#### ②医療技術の進展に対応した柔軟な制度設計の必要性

医療技術は日々進化しており、人工知能（AI）を活用した診断支援や、携

---

<sup>5</sup> Appl Health Econ Health Policy. 2024 Jul 17. doi: 10.1007/s40258-024-00902-3.

<sup>6</sup> JAMA Netw Open. 2021;4(2):e210055. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.0055

帯型超音波装置による迅速評価など、新たな医療機器が登場している。救急救命士がこれらの技術を活用できるようにするためには、定期的な評価と制度の見直しが必要である。

### ③ 処置可能範囲の拡大に伴う救急隊の人員体制の強化

消防庁の指針で必要とされる消防職員数（救急隊員を含む数）に対する充足率が8割にも満たない都道府県が33（約7割）存在している状況がある<sup>7</sup>。救急救命士の処置可能範囲を拡大するためには、実習への参加や現場活動の時間の確保が不可欠であり、少なくともその不足している数を満たしていくことが求められる。

## 3. 救急救命士の処置可能範囲の拡大に関する検討体制について

上記2. の課題を解決するため、救急救命士の処置可能範囲の拡大を継続的に検討する仕組みの構築が必要である。具体的には、新たに「救急救命士の処置可能範囲の拡大に関する検討会（仮称）」を設置することや、既存の「救急業務のあり方に関する検討会」のワーキング・グループを活用することが考えられる。

この検討体制により、以下の取組を進めることが期待される。

- 救急救命士の処置可能範囲を定期的に評価・見直し、救急医療のひっ迫状況を踏まえた柔軟な制度改正を行う。
- 最新の医学的知見や科学的根拠に基づき、救急救命士の処置可能範囲を拡大する。
- 処置可能範囲の拡大に伴う適正な救急隊の人員を算定し、その確保状況を把握するとともに、安定的に確保するための必要な対策を検討する。
- 地域の救急搬送データを分析し、処置可能範囲の拡大の影響を評価することで、救急医療の質を向上させる。
- 救急救命士の教育・研修体制を整備し、処置可能範囲の拡大に対応した教育プログラムの策定や実践的なトレーニングを立案する。
- 一部地域で新たな処置を試行するパイロットプログラムを実施し、安全性や有効性を検証した上で全国展開の可否を判断する。

以 上

---

<sup>7</sup> 令和5年3月14日「令和4年度消防施設整備計画実態調査の結果について（通知）」より算出。