

第3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	参考 資料
令和5年2月27日	3

# 第2回検討会資料

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
令和4年12月14日	1

# 救急外来における多職種の配置、連携 等について

2022年 12月14日（水曜日）

厚生労働省「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」



京都大学  
KYOTO UNIVERSITY

令和2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費）

# 救急外来における医師・看護師等の 勤務実態把握のための調査研究

## 追加説明資料

研究代表者

任 和子

京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻

# 主な結果に病床数との関連を 追加した解析結果

救急外来も含めた外来に看護職員配置が最も多く（56.9%）、次に「救急外来に看護職員を配置」（36.0%）が多かった。

## 救急外来の配置パターン

n(%)	該当	非該当	n
救急外来に看護職員を配置	218(36.0)	387(64.0)	605
救急外来も含めた「外来」に看護職員を配置	343(56.9)	260(43.1)	603
定員超配置の「病棟」看護職員が必要時対応	73(12.1)	531(87.9)	604
定員内の「病棟」看護職員が必要時対応	34(5.6)	570(94.4)	604
他部署（手術室・病棟等）の看護職員が救急外来勤務日を予め定めて配置	106(17.6)	497(82.4)	603
その他	44(7.3)	561(92.7)	605

# 全国調査：救急外来の医師と看護師以外の体制

診療放射線技師は「必要時のみ救急外来で対応」が最多だったが、それ以外の職種は「救急外来で対応する体制はない」が最多だった。

## 救急外来の医師と看護師以外の体制

	薬剤師	臨床 工学技士	臨床 検査技師	診療 放射線技師	看護補助者	医師医療事務 作業補助者	その他の 事務職員	ソーシャル ワーカー
常時配置	17(2.8)	11(1.8)	8(1.3)	24(4.0)	132(21.8)	58(9.6)	131(21.7)	4(0.7)
必要時のみ 救急外来で対応	187(30.9)	196(32.5)	232(38.4)	292(48.4)	111(18.3)	54(8.9)	173(28.6)	172(28.5)
救急外来で 対応する体制はない	350(58.0)	345(57.2)	302(50.0)	225(37.3)	340(56.3)	477(79.1)	261(43.1)	389(64.5)

注：看護補助者には救急救命士等の資格を有するものを含む。複数選択による回答

n(%)

専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了者を配置している施設では、救急車受け入れ台数が多かった。

専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了者配置と救急車受け入れ台数・応需率の関係

	専門看護師・認定看護師・特定行為 修了いずれかの看護師配置(n=606)		p
	有り(n=237)	無し(n=369)	
救急車受け入れ 台数(n=547)	3183[1932,5043]	1102[507,2235]	<0.0001
応需率(n=338)	87.6[72.9,98.0]	80.7[67.9,92.0]	0.0006
病床数(n=588)	420[300,613]	199[116,306]	<0.001

注：ウィルコクソンの順位和検定 Mdn[IQR]

# 全国調査： トリアージ担当看護職員の配置と救急車受入状況等

トリアージ担当看護職員を配置している施設では、  
医師より看護師がトリアージを実施していると回答した施設が多かった。  
また、救急車の受け入れ台数とウォークイン年間件数も多かった。

## 救急外来におけるトリアージ担当看護師の配置と来院方法・トリアージ実施者の関係

	トリアージ担当看護師の配置(n=606)		p
	有り(n=312)	無し(n=293)	
救急車受け入れ台数(n=546)	2770[1466,4624]	947[442,2048]	<0.0001 †
応需率(n=337)	84.4[72.5,94.3]	80.4[65.9,93.4]	0.0893 †
walk-in年間件数(n=381)	4641[2497,8255]	1579[562,3679]	0.0001 †
受診時のトリアージ実施者			
医師(n=193)	86(16.9)	107(21.0)	<0.0001 † †
看護師(n=457)	283(55.5)	174(34.1)	0.0017 † †
病床数(n=587)	342[219,527]	199[111,325]	<0.001 †

注：†ウィルコクソンの順位和検定 ††カイ2乗検定

Mdn[IQR]またはn(%)



救急車受け入れ台数及び応需率とも、  
看護補助者の配置がある施設の方が、有意に高かった。

救急外来における看護補助者の配置と救急車受け入れ台数・応需率の関係

	看護補助者の配置(n=606)		p
	有り(n=264)	無し(n=340)	
救急車受け入れ台数(n=545)	3014[1614,4873]	1103[495,2218]	<0.0001
応需率(n=336)	87.3[72.6,97.7]	82.2[67.2,92.8]	0.0089
病床数(n=586)	400[268,600]	199[120,307]	<0.001

注：ウィルコクソンの順位和検定

Mdn[IQR]

# 二次・三次・二次三次ごとの 解析

# 全国調査：施設の救急機能別による専門看護師・認定看護師・ 特定行為研修修了者の配置による救急車受け入れ台数・応需率の関係

施設の救急機能		専門看護師・認定看護師・特定行為修了 いずれかの看護師配置(n=606)		p
		有り(n=237)	無し(n=369)	
救急車受け入れ台数	二次(n=431)	2613 [1286,3830]	980 [453,2126]	<0.0001
	三次(n=88)	4944 [2929,6667]	2203 [1118,3352]	<0.0001
	二次+三次(n=27)	4056 [3339,5494]	6617 [2701,8305]	0.2322
応需率	二次(n=264)	83.6 [71.1,94.6]	80.9 [65.7,92.2]	0.1357
	三次(n=57)	93.9 [79.0,99.1]	80.2 [77.1,86.5]	0.0245
	二次+三次(n=16)	88.5 [76.2,99.3]	99.6 [79.9,99.8]	0.5863
病床数	二次(n=468)	324 [234,440]	199 [111,298]	<0.001
	三次(n=90)	614 [465,800]	630 [350,778]	0.621
	二次+三次(n=29)	576 [387,576]	647 [338,706]	0.933

注：ウィルコクソンの順位和検定

Mdn [IQR]

# 全国調査：施設の救急機能別による救急外来における トリアージ担当看護師の配置と来院方法・トリアージ実施者の関係

		トリアージ担当看護師の配置		
		有り(n=312)	無し(n=293)	p
救急車受け入れ台数	二次(n=431)	2216 [1057,3288]	842 [394,1871]	<0.0001 †
	三次(n=88)	5356 [3198,6716]	1719 [1119,3014]	<0.0001 †
	二次+三次(n=27)	5494 [3830,6769]	3668 [1425,4941]	0.0139 †
応需率	二次(n=264)	83.3 [69.3,92.8]	79.3 [64.8,93.0]	0.3842 †
	三次(n=57)	92.8 [78.3,98.8]	81.2 [73.8,93.4]	0.1416 †
	二次+三次(n=16)	87.0 [74.8,99.3]	99.5 [82.5,99.8]	0.1979 †
walk-in年間件数	二次(n=288)	3467 [1872,6235]	1394 [545,3307]	<0.0001 †
	三次(n=72)	7324 [4804,12050]	2727 [903,4422]	<0.0001 †
	二次+三次(n=21)	8716 [5664,12962]	4120 [1446,13173]	0.1675 †
受診時のトリアージ実施者				
医師	二次(n=152)	62 (15.4)	90 (22.3)	<0.0001 † †
	三次(n=30)	18 (22.2)	12 (14.8)	<0.0001 † †
	二次+三次(n=11)	6 (24.0)	5 (20.0)	0.0829 † †
看護師	二次(n=360)	204 (50.6)	156 (38.7)	0.0066 † †
	三次(n=75)	62 (75.6)	13 (15.9)	0.4857 † †
	二次+三次(n=22)	17 (68.0)	5 (20.0)	0.1339 † †
病床数	二次(n=468)	299 [199,400]	184 [105,283]	<0.001 †
	三次(n=90)	602 [455,760]	618 [390,840]	0.907 †
	二次+三次(n=29)	609 [423,665]	435 [333,824]	0.877 †

注：†ウィルコクソンの順位和検定 ††カイ2乗検定 Mdn[IQR]またはn(%)

# 全国調査：施設の救急機能別による救急外来における看護補助者の配置と救急車受け入れ台数・応需率の関係

	施設の救急機能	看護補助者の配置		p
		有り (n=264)	無し (n=340)	
救急車受け入れ台数	二次 (n=431)	2512 [1085,3718]	982 [451,2108]	<0.0001
	三次 (n=88)	4110 [2435,6174]	4021 [1132,6316]	0.4868
	二次 + 三 (n=27)	4461 [2847,6050]	4944 [3372,6992]	0.6573
応需率	二次 (n=264)	82.7 [68.5,92.8]	82.1 [66.2,92.9]	0.4696
	三次 (n=56)	92.7 [78.0,98.5]	85.2 [74.9,93.2]	0.4663
	二次 + 三 (n=16)	97.1 [76.6,99.7]	72.0 [60.2,83.6]	0.1272
病床数	二次 (n=468)	306 [199,430]	199 [117,300]	<0.001
	三次 (n=89)	615 [457,789]	582 [289,803]	0.414
	二次 + 三次 (n=24)	576 [363,692]	639 [362,843]	0.674
注：ウィルコクソンの順位和検定Mdn[IQR]				Mdn[IQR]

# 救急搬送看護体制加算1 算定有無ごとの解析

# 全国調査：救急搬送看護体制加算の有無による施設専門看護師・認定看護師 特定行為研修修了者の配置別の救急車受け入れ台数・応需率の比較

救急搬送看護体制加算1		専門看護師・認定看護師・特定行為修了 いずれかの看護師配置(n=484)		p
		有り(n=139)	無し(n=345)	
救急車受け入れ台数	算定有り(n=240)	2918 [1990,4287]	1992 [1200,3002]	<0.0001
	算定無し(n=191)	977 [506,2108]	629 [314,962]	0.0052
応需率	算定有り(n=153)	87.2 [71.7,95.2]	83.3 [68.4,92.3]	0.3097
	算定無し(n=111)	77.3 [65.9,91.1]	76.9 [63.5,91.2]	0.8335
病床数	算定有り(n=256)	350 [286,473]	254 [180,364]	<0.001
	算定無し(n=209)	199 [165,301]	150 [99,213]	<0.001
注：ウィルコクソンの順位和検定				Mdn[IQR]

# 全国調査：救急搬送看護体制加算の有無による救急外来におけるトリアージ 担当看護師の配置と来院方法・トリアージ実施者の関係

救急搬送看護体制加算 1		トリアージ担当看護師の配置(n=484)		p
		有り(n=227)	無し(n=257)	
救急車受け入れ台数	算定有り(n=240)	2606 [1804,3869]	1879 [995,2892]	<0.0001 †
	算定無し(n=191)	895 [471,2111]	555 [255,917]	<0.0001 †
応需率	算定有り(n=153)	84.3 [72.0,93.0]	83.8 [66.4,96.9]	0.9895 †
	算定無し(n=111)	78.2 [66.7,92.6]	74.1 [63.3,74.1]	0.5699 †
walk-in年間件数	算定有り(n=186)	4176 [2637,7232]	2789 [1254,4281]	<0.0001 †
	算定無し(n=102)	1950 [1130,2734]	707 [436,1579]	0.0003 †
受診時のトリアージ実施者				
医師	算定有り(n=75)	35 (15.2)	40 (17.3)	0.0002 † †
	算定無し(n=95)	27 (15.7)	50 (29.1)	0.1351 † †
看護師	算定有り(n=214)	140 (60.3)	74 (31.9)	0.0819 † †
	算定無し(n=146)	64 (37.4)	82 (48.0)	0.1300 † †
病床数	算定あり(n=256)	326 [250,445]	254 [151,370]	<0.001 †
	算定無し(n=209)	199 [150,276]	140 [98,200]	<0.001 †

注：†ウィルコクソンの順位和検定 ††カイ2乗検定

Mdn[IQR]またはn(%)



# 全国調査：救急搬送看護体制加算の有無による救急外来における看護補助者の配置と救急車受け入れ台数・応需率の関係

	救急搬送看護体制加算1	看護補助者の配置		p
		有り (n=165)	無し (n=319)	
救急車受け入れ台数	算定有り (n=240)	3000 [1955,4437]	2000 [1166,2808]	<0.0001
	算定無し (n=191)	834 [446,1739]	614 [336,980]	0.0320
応需率	算定有り (n=153)	87.3 [70.6,95.2]	83.6 [68.7,93.0]	0.3889
	算定無し (n=111)	75.8 [63.3,84.0]	77.2 [65.8,92.8]	0.3578
病床数	算定有り (n=256)	358 [292,457]	250 [157,342]	<0.001
	算定無し (n=209)	175 [107,263]	160 [99,225]	0.658
注：ウィルコクソンの順位和検定				Mdn[IQR]

---

# タイムスタディ 連絡・調整等に関する追加情報

## 3件の施設を対象として、タイムスタディを実施した。

### タイムスタディ対象施設の概要

基本情報	A病院	B病院	C病院
地区	東北	首都圏	近畿
開設区分	私立学校法人	公的病院	国立大学法人
救急区分(調査対象救急外来)	3次救急医療施設	3次救急医療施設	2次救急医療施設
病床数	1,000床以上	700床以上	1,000床以上
病棟数	25病棟	20病棟	28病棟
平均在院日数	12.8日	11日	13日
看護職員数(正規・非正規)	約1,300名	約900名	約1,300名
年間救急車受け入れ台数(2020年度)	約3,800件(3次救急)	約3,100件(3次救急)	約7,500名(2次救急)
救急車以外の手段で来院した患者(walk in) (2020年度)	0件(3次救急) 180件(ドクターヘリ)	0件(3次救急)	約4,500名(2次救急)
救急外来の看護体制			
救急外来専従の看護職員配置	有	無	有
救急外来も含めた「外来」に看護職員配置	有	無	無
病棟に過員配置し必要時対応	無	有	無
他部署の看護職員の救急外来配置	無	無	有
認定・専門看護師・特定行為看護師の配置状況(病院全体)	75名	39名	41名
認定・専門看護師・特定行為看護師の配置状況(救急外来)	2名	2名	2名
救急外来の看護補助者配置状況	配置なし	配置なし	平日9時～22時まで1名
交代制勤務	変則2交代(12時間)試行導入	変則2交代(16時間)	変則2交代(16時間)

# タイムスタディ：結果（業務区分）

どの病院においてもすべての勤務帯において「連絡・調整等」に多くの時間を要していた。

病院	A病院				B病院				C病院			
	平日日勤	休日日勤	平日夜勤	休日夜勤	平日日勤	休日日勤	平日夜勤	休日夜勤	平日日勤	休日日勤	平日夜勤	休日夜勤
調査勤務帯												
業務区分												
処置・検査	15.1%	8.3%	7.1%	20.0%	0.6%	8.4%	4.5%	8.2%	4.7%	8.4%	6.1%	5.2%
薬剤	1.1%	2.8%	9.4%	20.9%	1.8%	3.7%	4.8%	4.6%	1.7%	2.2%	2.6%	1.2%
ケア	2.0%	13.2%	13.1%	2.7%	6.3%	10.6%	2.5%	9.6%	10.5%	5.4%	3.5%	10.2%
アセスメント	1.1%	1.8%	6.2%	1.6%	8.7%	4.9%	7.0%	5.7%	16.5%	14.9%	6.3%	16.6%
連絡・調整等	50.1%	54.2%	42.2%	30.4%	23.3%	32.2%	47.5%	33.8%	39.2%	32.0%	43.4%	29.4%
物品等の準備・片付け	11.1%	8.9%	8.9%	9.2%	34.3%	14.5%	10.3%	17.5%	9.3%	17.5%	11.0%	9.2%
その他	7.9%	2.5%	2.4%	4.1%	15.0%	17.1%	6.6%	7.3%	4.1%	7.1%	3.1%	4.5%
看護職員の食事・休憩等	11.5%	8.3%	10.6%	11.2%	9.9%	8.6%	16.9%	13.3%	14.0%	12.6%	23.9%	23.6%
総計	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

連絡・調整等：患者情報の共有・申し送り、看護職員間の報告・連絡・相談、記録(コンピュータ入力)、記録(手書き入力)、電話対応(職員間)、患者やその家族からの電話対応（受診相談を含む）など

# タイムスタディ：業務区分「連絡・調整等」における業務項目

業務区分	病院	A病院				B病院				C病院			
		平日_日勤	休日_日勤	平日_夜勤	休日_夜勤	平日_日勤	休日_日勤	平日_夜勤	休日_夜勤	平日_日勤	休日_日勤	平日_夜勤	休日_夜勤
連絡・調整等		42.7%	48.8%	25.4%	42.2%	26.6%	32.4%	33.9%	49.8%	38.3%	30.5%	42.6%	33.5%
救急隊からの電話対応									0.2%	2.1%		1.3%	1.0%
救急隊からの情報収集		0.1%	0.1%	0.2%			0.2%	0.3%	1.3%	0.4%	0.2%	0.4%	0.8%
医師の指示受け		0.1%	1.3%	0.7%	1.0%	0.2%	1.6%	2.8%	1.4%	0.4%	6.3%	2.7%	1.8%
医師への報告・連絡・相談		0.2%	0.2%	0.8%	0.3%	0.6%	1.0%	3.3%	2.2%	1.6%	1.7%	2.5%	1.2%
患者情報の共有・申し送り		14.3%	16.5%	12.4%	9.2%	3.7%	4.7%	3.2%	2.9%	9.1%	10.0%	13.5%	9.7%
看護職員間の報告・連絡・相談		11.4%	9.4%	7.9%	1.7%	5.7%	8.8%	22.3%	9.7%	12.8%	7.8%	14.3%	6.7%
救急外来受付事務との連絡・調整		1.8%	0.5%	0.4%	1.7%		1.2%	0.4%	1.3%				0.1%
院内の他職種や他部門との調整・介入依頼		0.7%				0.2%	0.6%	0.6%	1.2%				
院外の他機関や職種との連絡・調整						1.0%							
記録（コンピュータ入力）		11.3%	17.3%	15.2%	9.1%	7.1%	7.3%	8.7%	10.9%	3.7%	0.6%	3.0%	1.1%
記録（手書き入力）		1.4%	1.7%	1.8%	2.5%		0.6%	1.4%	0.5%	5.6%	3.2%	3.3%	4.7%
入院病棟等との調整・引継ぎ						2.2%	1.2%		1.8%		0.4%		
部署のカンファレンス						1.0%							
患者やその家族からの電話対応（受診相談を含む）							3.1%	3.6%					
病院全体の空床確認、受け入れ可能状況の確認							0.6%	0.5%		0.4%	0.2%		0.7%
担当看護師、病室の決定						0.4%		0.2%	0.1%			0.4%	1.1%
面談、多職種カンファレンス						0.4%							
電話対応（職員間）		8.2%	6.7%	2.0%	5.0%		1.0%	0.2%	0.6%	2.7%	0.2%	1.8%	0.3%
その他		0.7%	0.5%	0.8%		0.8%	0.4%			0.4%	1.5%	0.1%	0.2%

## タイムスタディ：

連絡・調整等（業務項目）で割合が多かった「患者情報の共有・申し送り」  
「看護職員間の報告・連絡・相談」に関する調査施設からのコメントのまとめ

### ○患者情報の共有・申し送り：

患者の病態、患者の状態の逼迫度（痛みの程度、待機可能かどうか）、ADL、既往歴、患者の家族状況、患者本人・家族への説明内容、救急外来で行った医療処置の内容、病棟やICUで行われるべき医療処置の内容、医師からの指示（薬剤、緊急時の対応薬剤、検査計画等）、手術室・クリティカル部門・心臓カテーテル検査・アンギオ・CT・MRI室等に関連する技師や担当看護師（ICU）への連絡、複数病棟や部門とのやりとりや調整

### ○看護職員間の報告・連絡・相談：

応需可否検討のための患者情報共有、入院歴・前回入院時の様子、現在並列で行っているケアの内容、処置の進行状況、担当医師が研修医もしくはあまり現場にいない上級医で看護師の補助を必要とするなどの情報をもとにサポート看護師を増やすかどうかの検討、他部署の看護師への応援要請、スタッフの技術力にあわせたスタッフ配置調整、処置室や観察ベッドの選定・制限の相談、患者の状態に応じた適切な病棟選択、病床の空き状況の確認、病棟への移動タイミング、病棟の準備状況、家族への連絡状況、応援看護師と専従看護師間の報告・連絡・相談

## タイムスタディ：結果

### 連絡・調整等（業務項目）に関する調査施設からのコメント抜粋

○ホットラインを看護師が受けていますので、救急隊から得た患者情報を救急外来、時には管理師長などの看護職員間で共有し、応需可能かどうか相談しています。もちろん救急医、かかりつけ診療科医師とも患者情報を共有して、最終的に応需するか否かは医師の判断となります。

○救急外来専従の看護師を十分に配置できておらず、全部署からの応援でなんとか勤務体制を維持しております。救急外来未経験の看護師もメンバーに加わることが少なくないにも関わらず、受け入れる疾患は多岐にわたるため、応援看護師と専従看護師間の報告・連絡・相談にはかなりの時間を要しているのが現状です。

○医師へのオーダーの確認・検査データの伝達については、研修医も多いため、一つ一つ確認が必要な場合が多い。ベテランの医師でも、看護師任せの医師も多いので、常に気を払っている現状がある。安全に患者を診察して、事故等おこなさないために、常に注意、声掛けを看護師がしている。看護師だけが全科の患者に対応し、医師や関係者へ連絡し、調整している。

# 全国調査の自由記述から（抜粋）



- 救急外来に看護配置基準が無いので管理監督者は看護師が必要と分かっているにもかかわらず、病棟の看護配置が優先されてしまう傾向にある。
- 一般病棟の一部を使用し、COVID-19患者（中等～軽症）を受け入れる時の看護師配置が難しいので、看護師の配置基準があったら、教えてください。
- 救急外来の配置人数が無いために、病棟に欠員が発生するとスタッフが引き抜かれます。早い段階での配置人数が設定を法的に下して下さい。現場は切実です。コロナ患者かどうかわからない患者に接触するスタッフと、病棟でコロナが治癒した患者に接する看護師と手当や労働条件が同等ではモチベーションの継続が困難です。検討をお願いします。
- 今回の研究を基に、救急医療体制を整備するうえで、配置人数の基準を明らかにしてほしい。
- 外来は看護師数が多いと指摘されています。しかし、一般診療と発熱外来を両立するためには人数が必要となります。看護配置の基準を見直し、モデルケースやモデル人員等の参考になる体制を提示してほしいと思います。
- 対応する職員のマンパワー、急な病床確保による人員配置、長引く対応による疲弊感、金銭的サポートや長期休暇が取れると疲弊感の軽減につながると思う。コロナ対応しながらも重症患者の受入れも並行して行わなければならない、人員確保は課題になっている。



# まとめ

- 専門看護師・認定看護師・特定行為研修終了者、トリアージ担当看護職員、看護補助者の配置の有無は、救急車受け入れ台数及び応需率との相関があったが、有意に関連があった項目のほぼ全てにおいて、医療機関の病床数との関連がみられた。
- 二次救急を実施していない三次救急医療機関においては、専門看護師・認定看護師・特定行為研修終了者、看護補助者の配置の有無と、救急車受け入れ台数に関連があったが、病床数との関連はなかった。
- タイムスタディにおける連絡・調整の業務項目については、医療機関の機能によって差があるものの、看護情報の共有・申し送り、看護職員間の報告・連絡・相談が多く、その詳細は医療安全において重要な内容であった。
- 病棟に欠員が発生した場合の補充に救急外来の人員が充てられる状況があり、人員確保の課題が生じていることが語られた。

# 救急救命処置の国家戦略特別区域における先 行的な実証について

# 救急救命処置の国家戦略特別区域における先行的な実証について

第53回国家戦略特別区域諮問会議(令和4年3月10日)

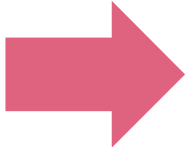
## 資料5 追加の規制改革事項等(案)抜粋

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(カテゴリーⅡ)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。

### 現在、カテゴリーⅡとされている処置

- ① 心肺停止に対するアドレナリンの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

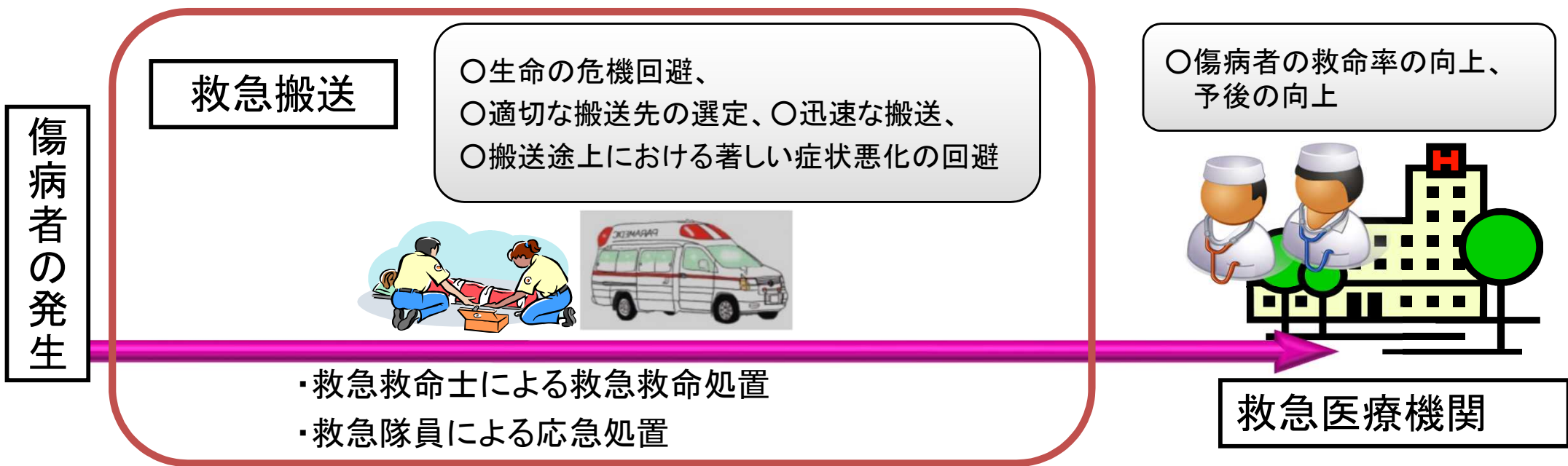
カテゴリー	基準
I	新たな研究や厚生労働省の検討会による審議を追加しなくても救急救命処置として追加、除外、見直すことが望ましいと判断する。
Ⅱ	救急救命処置として追加、除外、見直すためには厚生労働科学研究班等による研究の追加もしくは厚生労働省の検討会等による審査によるさらなる検討が必要と判断する。
Ⅲ	救急救命処置として追加、除外、見直すことが現時点では適当ではないと判断する。
未了	提案内容について精査中であり、委員会としての判断に至っていない。
差戻し	必要な情報やそれを裏付ける資料が十分に示されていないため、提案内容の評価を行うことができない。

- 
- 国家戦略特別区域において先行的な実証を実施し得るかどうか
  - 同区域で先行的な実証を開始するかどうか
    - 本検討会で検討し、<sup>26</sup>今年度中に一定の結論を得る

# これまでの救急救命処置見直しの経緯

# 救急救命士とは

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 (平成3年に救急救命士法により制度創設、令和3年に改正)



メディカルコントロール: 医学的観点から、救急救命士の救急救命処置等の質を保障

- 業務のプロトコールの作成
- 医師の指示、指導・助言
- 救急活動の事後検証
- 救急救命士等の教育 等

メディカルコントロール協議会

- ・医療機関(救命救急センター長など)
- ・都道府県・郡市区医師会
- ・消防機関
- ・県(衛生部局、消防部局) 等

# 救急救命士による救急救命処置

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

## 医師の 具体的指示 (特定行為)

- ・ 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nge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

## 医師の 包括的な指示

- ・ 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
- ・ 自動体外式除細動器による除細動 (※)
- ・ 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
- ・ 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
- ・ 気管内チューブを通じた気管吸引
- ・ 用手法による気道確保
- ・ 胸骨圧迫
- ・ 呼気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

# 救急救命処置の業務拡大の推移

平成3年

## 救急救命士法施行

### 1. 医師の具体的な指示が必要なもの（特定行為）

- ・半自動式除細動器による除細動（→平成15年まで）
- ・乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液 ※
- ・ラリングアルマスク等の器具による気道確保 ※

### 2. 医師の包括的な指示で行うもの

→ 重度傷病者（心肺機能停止状態の患者も含む。）に対して行う

- ・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
- ・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電送
- ・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
- ・バグマスクによる人工呼吸
- ・酸素吸入器による酸素投与

平成15年

「自動体外式除細動器(AED)による除細動」を2. に追加

平成16年

「気管内チューブによる気道確保 ※」(気管挿管)を1. に追加

平成18年

「エピネフリンの投与 ※」を1. に追加

平成21年

「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の投与」を2. に追加

平成23年

「ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管 ※」を1. に追加

平成26年

心肺機能停止前の患者に対して行う「乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保及び輸液」「ブドウ糖溶液投与」を1. に追加、  
「血糖測定器を用いた血糖測定」を2. に追加、その他「応急手当」の範囲を2. に追加

※は、心肺機能停止状態の患者に対してのみ行うもの

# 平成26年に実施された処置範囲見直しの経緯①

平成20年

## 構造改革特区提案募集における提案

千葉県印旛地域救急業務メディカルコントロール協議会より、以下3処置の要望が提出された

- ① 血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与
- ② 重症喘息患者に対する吸入 $\beta$ 刺激薬の使用
- ③ 心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実施

## 「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」立ち上げ

(座長: 島崎修次 杏林大学教授)

厚生労働科学研究(平成21年度)「救急救命士の救急救命処置に関する研究」  
(分担研究者 野口宏)

救急救命処置の拡大について、諸外国の教育体制も参考に、処置の検討基準を定義

平成22年

## 救急救命士の業務のあり方等に関する検討会報告書

(平成22年4月28日)

提案のあった3処置について、メディカルコントロール体制が十分に確保された地域において、厚生労働科学研究班が中心となって、医療関係者と消防関係者が共同で実証研究を行い、救急救命士による実施の有効性、必要性、安全性、必要となる体制等を分析・評価する。

厚生労働科学特別研究(平成22年度)「救急救命士の処置範囲に係る実証研究のための基盤的研究」  
(主任研究者 野口宏)

実証研究の実施のためのプロトコル等を整備

平成23年

厚生労働科学研究(平成23～26年度)「救急救命士の処置範囲に係る研究」  
(主任研究者 野口宏)

実証研究実施のための準備として、「救急救命士等の教育体制」「倫理的側面から実証研究が適切に実施できる体制」「実証研究の経過や結果を検証する体制」を構築し、実証研究に参加する地域MC協議会を公募



# 平成26年に実施された処置範囲見直しの経緯②

平成24年

実証研究のための省令改正(平成24年4月6日)、告示(平成24年7月9日)

体制の整った129消防本部を指定し、提案のあった3処置を適切に実施できるとして認定された救急救命士にのみ、当該処置を1年間のみ実施可能とした。

厚生労働科学研究(平成23~26年度)「救急救命士の処置範囲に係る研究」  
(主任研究者 野口宏)

- 39MC協議会、129消防本部、2,332名の救急救命士が参加し、提案のあった3処置について実際の傷病者に実施し、救命率の向上や後遺症の軽減等、運用の実効性を検証するため、実証実験を実施した。
- 実際に処置を実施する「介入期」と、処置は実施しないが、処置の対象となるかどうかを判断するのみの「非介入期」をそれぞれ3か月設定し、「介入期」と「非介入期」にそれぞれ登録された傷病者の状況の比較を行った。
  - ・ 「重症喘息患者に対する吸入β刺激薬の使用」については、対象症例数が少なく、有効性、安全性の評価はできなかった。
  - ・ 「血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与」については、意識レベルの改善効果が確認でき、疾患の鑑別や搬送先選定に有用であると評価を得た。
  - ・ 「心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実施」については、介入自体と入院率との正の相関関係が確認された。
- 実証実験の結果を踏まえ、運用開始にあたっての標準プロトコール、追加講習カリキュラムを策定した。

平成25年

救急救命士の業務のあり方等に関する検討会報告書

(平成25年8月7日)

- ・ 「重症喘息患者に対する吸入β刺激薬の使用」については、有効性・安全性の評価ができず、救急救命処置への追加は見送り。
- ・ 「血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与」「心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実施」については、一定の有効性、安全性、実行性が確認できたため、救急救命処置に追加。

※教育プログラムは講義・実習24単位を標準とし、拡大に当たっては、24時間、医師から指示・指導を受けられる体制、教育・研修体制、事後検証を行う体制など、事前から事後に渡る地域MC体制が十分に確保されていること。

省令・通知改正(平成26年1月31日・3月7日)

救急救命処置の追加と、運用にあたっての標準プロトコール、追加講習カリキュラムを周知。

平成26年

施行 平成26年4月1日 体制の整った地域ごとに運用を開始

# 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>心停止前の輸液、ブドウ糖溶液の投与を特定行為に追加</li> <li>血糖測定を追加</li> </ul>	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、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。

# 救急救命処置検討委員会

役職	氏名	現職
委員	岡本 透	東京消防庁救急部長 (全国消防長会救急委員会常任委員・参与)
委員	郡山 一明	北九州総合病院 救命救急センター
委員	坂本 哲也	帝京大学医学部救急医学講座主任教授
委員	嶋津 岳士	大阪大学大学院医学系研究科救急医学教授
委員	高橋 正裕	仙台市消防局救急担当部長 (全国消防長会救急委員会事務局)
委員	田中 秀治	国士舘大学大学院救急システム研究科教授
委員	田邊 晴山	救急救命東京研修所教授
委員	長島 公之	公益社団法人 日本医師会常任理事
委員	溝端 康光	大阪市立大学大学院医学研究科救急医学教授
委員	山勢 博彰	一般社団法人 日本救急看護学会代表理事 (山口大学大学院医学系研究科臨床看護学講座教授)
委員	横田 裕行	日本体育大学大学院保健医療学研究科長・教授

# 救急救命処置検討委員会における救急救命処置の検討状況

- 救急救命処置検討委員会においては、救急医療分野の有識者が、新しい処置の要望・提案について、安全性、必要性、難易度、必要となる教育体制等の視点から、救急救命処置に追加するべきかどうか、さらなる検討が必要かどうかについて、評価を行う。
- 提案のあった処置は、評価に応じて下表のように振り分けられており、救急救命処置として追加するために厚生労働科学研究班等による研究の追加また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された処置(カテゴリーⅡ)に、現在、4処置が振り分けられている。
- 当該4処置を救急救命処置に追加する場合に必要な教育・研修体制、指示・指導・助言体制、事後検証体制、倫理問題については、令和3年度からの厚生労働科学研究において、研究を継続している。
- 令和4年3月10日の国家戦略特別区域諮問会議(第53回)においても、「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(カテゴリーⅡ)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。」とされており、検討の継続が必要となっている。

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	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ため、提案内容の評価を行うことができない。

※現在、カテゴリーⅡとされている処置

- ① 心肺停止に対するアドレナリンの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 - 35-
- ④ 自動式人工呼吸器による人工呼吸

出典:救急救命処置に関する提案への評価と振り分けの結果について  
(平成31年 一般財団法人救急医療財団 救急救命処置検討委員会)

# 新しい救急救命処置に関する 検討状況

令和4年度厚生労働科学研究費補助金

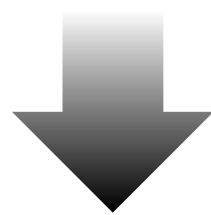
「救急救命士が行う業務の質の向上に資する研究」研究班  
研究代表者 坂本 哲也

# 研究班の構成

研究代表者	坂本 哲也	帝京大学医学部救急医学講座
研究分担者	畑中 哲生 安田 康晴 田邊 晴山 水野 浩利	一般財団法人救急振興財団 救急救命九州研修所 広島国際大学保健医療学部救急救命学科 一般財団法人救急振興財団 救急救命東京研修所 札幌医科大学医学部救急医学講座
研究協力者 (消防)	大西 昌亮 佐々木 隆広 熊井 規夫 津田 裕士	札幌市消防局警防部救急課 仙台市消防局警防部救急課 東京消防庁救急部救急指導課 高槻市消防本部救急課
(研究機関等)	鶴田 良介 竹井 豊 新井 悠介 佐々木 広一 朝見 正宏	山口大学医学部医学科救急・総合診療医学 新潟医療福祉大学医療技術学部救急救命学科 横浜市立大学医学部麻酔科学講座 広島国際大学保健医療学部救急救命学科 帝京大学医学部救急医学講座

# 研究の背景

- 医学、医療は絶えず進歩しており、病院に到着するまでに行われる医療（病院前救急医療）もその例外ではない。
- 救急救命士が行う救急救命処置についても、病院前救急医療の進歩に応じて適切に見直す必要がある。



厚生労働省は、予算事業として日本救急医療財団等に「救急救命処置検討委員会」を設置し、救急救命処置の追加や除外について関係団体から公募を募り、応募された処置について評価※を行い、その結果を公表した。  
(2019年度末)

※2018年度に15件の提案あり。5処置について詳細な評価を実施した。

# 救急救命処置検討委員会の評価結果

○次の4つの処置について**カテゴリーII**に振り分け

- カテゴリー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  
によるさらなる検討が必要と判断する。

※カテゴリー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。

※カテゴリー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。

- ① 「乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液」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 事故抜去事例に対する気管切開チューブの再挿入
- ④ 自動式人工呼吸器による人工呼吸

研究  
目的

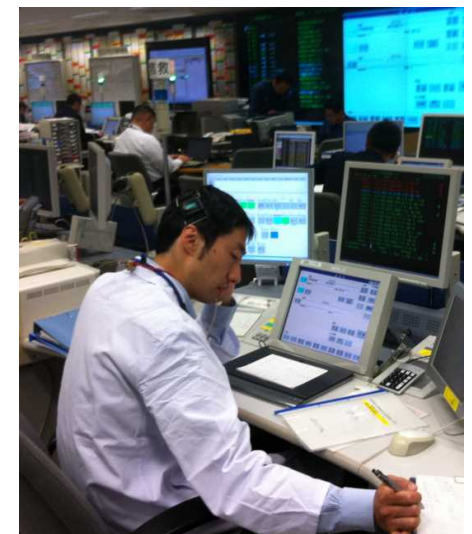
救急救命処置検討委員会の評価結果を踏まえて、  
提案された救急救命処置に関する詳細な検討を行う



① 「乳酸リンゲル液を用いた  
静脈路確保のための輸液」等の包括指示化

## ①「乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液」等の包括指示化 提案の内容

- 心肺停止傷病者に対して行われる次のA)～C)の処置は、厚生労働省令によって特定行為（実施の際に医師による指示が必須の処置）に指定されている。そのため、これら処置実施には、すべての場合において、救急救命士は医師に連絡をとり、オンライン下に具体的な指示を受けてから行う必要がある。
- これら処置について、特定行為の指定から解除することで包括指示下（プロトコールによる事前指示）でも実施可能とすることを提案するものである。
  - A) 乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液
  - B) エピネフリン（アドレナリン）の投与
  - C) 食道閉鎖式エアウェイ、ラリンゲアルマスクによる気道確保  
（※気管内チューブを除く）



消防指令センターにおいて  
現場の救急救命士からの指示要請を受ける医師

①「乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液」等の包括指示化

## 救急救命処置検討委員会の評価結果 (2020年1月)

(1) 評価分類：カテゴリーⅡ

(2) 評価結果

3つの処置については、特定行為の指定を解除することが望ましい。

(3) 理由

特定行為の指定の解除によって、当該処置の対象となる多くの例において、処置の迅速な実施が可能※1となる。これによって得られる生存率向上等の利点が、具体的指示を受けることによって得られる利点より大きい※2と想定されるため。

※1：アドレナリンの投与は早いほど救命率が高いが、オンラインでの医師とのやり取りに3分程度必要。

※2：医師による高度な判断が得られる場合があるが、

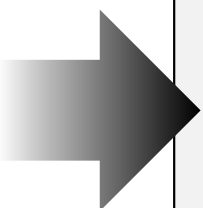
多くの場合、医師は救急救命士の判断を尊重し修正や助言を行っていない。

①「乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液」等の包括指示化

## 救急救命処置検討委員会の評価結果 (2020年1月)

### (4) 付記

- すべての例で、医師からの具体的な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な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で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 (MC) 体制についても明らかにする必要がある。



### 研究 課題

- A) どのような場合に医師から修正や助言がなされているか？
- B) 救急救命士の経験との関係は？
- C) 求められるメディカルコントロール体制は？

①「乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液」等の包括指示化

# 厚生労働科学研究での調査と結果

## ○実態調査（2021年1月～）

3つの特定行為について、救急救命士からの指示要請に対する

医師の介入状況を調査 ※介入：医師が救急救命士に対して何らかの修正指示・助言を行うこと

- 5消防本部※において、1本部ごと1行為ごと最大100件を調査

※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

## ○結果 ※詳細は参考資料を参照

- A)
- 92%（1,194/1,292件）で医師は介入せず、救命士の判断を受け入れていた。
  - 8%の事例で医師は介入していたが、その大半を傷病者の基礎疾患の状況、死体現象の出現が疑われる状況などを踏まえて、特定行為の差し控えを指示・助言した事例が占めた。
  - 「エピネフリンの投与」では投与回数を制限する指示が行われていた。
  - プロトコール違反などの誤りを医師が修正した事例は確認できなかった。
- B)
- 救急救命士の経験年数による介入率の差は確認できなかった。

8%と多くの事例で医師による特定行為の差し控えやエピネフリンの投与回数の制限の指示・助言があったことより、不必要な侵襲を加えてしまう可能性を考慮すると、全国的な実施にあたっては、迅速な処置の実施という効果と<sup>44</sup>安全性を確認する実証が必要ではないか。

# 調査を踏まえた実証に向けた検討課題

## C) メディカルコントロール体制に求められる要件（検討中）

- 基礎疾患の状況、死体現象の出現が疑われる状況などによって、特定行為を行うか差し控えるかなどについて、医師に指示・助言を求める体制を維持する必要がある。
- 「エピネフリンの投与」回数の上限をプロトコルに定める必要がある。
- 特定行為の指定解除によって、医師による処置前のMCが減少する分、事後報告や事後検証など事後のMCをより一層充実させる必要がある。
- ただし、エピネフリン投与には拮抗薬がなく、事後には修正できない予期せぬ事態の発生も否定できない。



### 研究班において詳細なMC体制の策定を予定

<来年度中めど>

（包括指示下で処置を行うための標準的プロトコル、事後検証体制等）

実証に  
あたっての  
意見

- 効果（迅速な実施）と安全性（予期せぬ事態の有無）を評価するために、実証を行ってはどうか。
- ただし、実証にあたっては、十分な症例数を確保することや上記で検討するMC体制を十分に確保し、45地域で実施する必要がある。

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

## 提案の内容

- 現行においても、医師からエピペン®（アドレナリンの自己注射薬）の処方を受けた患者が、アナフィラキシーに陥り、自身でエピペン®を使用できない場合には、救急救命士は傷病者のエピペン®を用いてアドレナリンを投与することができる。
- 本提案は、傷病者が発症時に処方されたエピペン®を持っていない、さらには処方をうけていない場合にまで、アドレナリン投与の対象を広げることを提案するものである。



※研究班において文面をわかりやすく修正



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

## 救急救命処置検討委員会の評価結果 (2020年1月)

(1) 評価分類：カテゴリーⅡ

(2) 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。

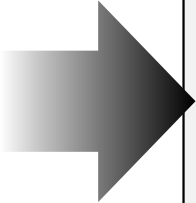
(3) 理由

当該処置の実施に伴う、誤って投与された場合の危険性、知識・技術の習得や資器材の配備に要する負担、医療機関搬送までの時間の遅延等に比して、アナフィラキシー傷病者の症状の悪化を防止し、致死的状态を回避することの利点がより大きいと想定されるため

# 救急救命処置検討委員会の評価結果 (2020年1月)

## (4) 付記

- 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。



## 研究課題

- A) 搬送途上でのアナフィラキシー判断基準とアドレナリン適応の判断基準の策定
- B) 必要な講習プログラムの策定
- C) 判断基準の実効性の検証
- D) アドレナリンの投与手順、ヒューマンエラーの防止策の策定

## 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 厚生労働科学研究による検討状況

- A) • アナフィラキシーの判断基準の策定 (2022年3月) ※アナフィラキシーガイドライン準拠  
 • アドレナリン適応の判断基準の策定 (2022年3月)  
 → 判断を支援する「観察カード」を作成
- B) • 講習プログラムの作成 (2022年9月) ※オンライン講習 全100分程度



### C) 実効性の検証

○Step1 シミュレーション研究 (~2022年11月)

講習プログラムを受講し、「観察カード」を用いて  
アナフィラキシーと類似疾患の想定症例を区別できるか？

○Step2 臨床研究 (観察研究) (2023年~) ※アドレナリンの投与は行わない

実際の救急業務において傷病者を対象に検証  
搬送途上での**救急救命士の判断**と搬送先の**医師の診断**を比較

※ D) アドレナリンの投与手順の策定等 については、判断の実効性が確認された後に実施予定

# 判断基準等の実効性の検証と結果 (シミュレーション研究)

## ○Step1: シミュレーション研究による実効性の検証 (2022年11月)

- 対象：講習プログラムを受講した消防機関の救急救命士 (120名)
- 方法：アナフィラキシーと類似疾患の想定症例 (合計10例) をスライドにて提示  
「観察カード」を用いて、アナフィラキシーか？ アドレナリンの適応か？を判断
- 結果：アナフィラキシーでない想定症例をアナフィラキシーであると判断し  
かつアドレナリンの適応があると判断した例が **12.5%** (15/120) で存在

現状では、アナフィラキシーでない傷病者に  
アドレナリンを投与する可能性が否定できない。

(原因) ・アナフィラキシーを判断するための必要な知識が不十分  
・判断を支援する「観察カード」の完成度が低い

修正中

- ・講習プログラム
- ・観察カード

今後

(必要に応じ)

修正の効果を確認

STEP 2

全国的な実施にあたっては、効果と  
安全性を確認する実証が必要ではないか。

## 今後の研究と実証に向けた検討課題

### STEP 2：臨床研究（観察研究）（2023年～）※アドレナリンの投与は行わない

- 対象： 修正した講習プログラムを受講した消防機関の救急救命士
- 方法： アナフィラキシーの可能性があれば、「観察カード」（修正済み）を用いアナフィラキシーか？ アドレナリンの適応か？を判断し、記録する。  
搬送先の医師による診断とアドレナリンの使用の有無を記録し比較
- 必要数： アナフィラキシー傷病者数 約200人 ※救急搬送人員に占める有病率0.36%  
救急搬送人員数：約55,000人、救急隊数：約200隊
- 倫理審査：現在、帝京大学において倫理審査中

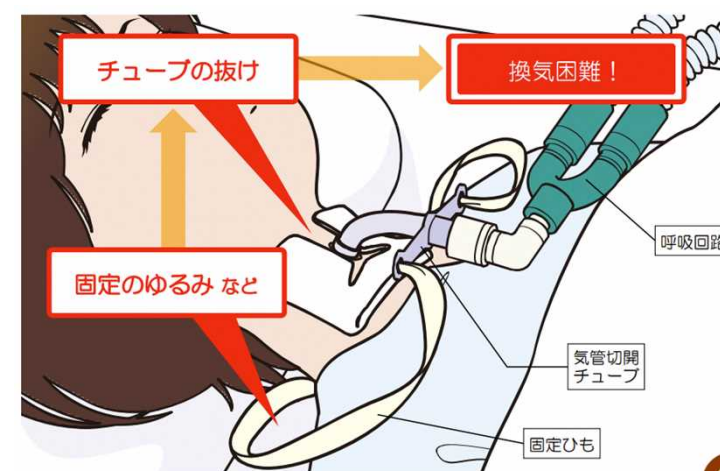
実証に  
あたっての  
意見

- 効果と安全性を検証するため実証が必要ではないか。
- ただし、臨床研究から救急救命士が一定程度、適切に判断できるという結果を得た上で、実証に進む必要がある。
- また、ヒューマンエラーの防止策として、医師の具体的指示を要する「特定行為」と位置付けることや、MC等の体制を構築した上で実施する必要がある。

③事故抜去事例に対する  
気管切開チューブの再挿入

## 提案の内容

- 気管切開術を受けて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についての提案である。
- 気管切開術後の一定期間の後に切開孔が瘻孔化した状況で、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。



気管切開チューブの事故抜去※

③事故抜去事例に対する気管切開チューブの再挿入

## 救急救命処置検討委員会の評価結果 (2020年1月)

### (1) 評価分類

カテゴリーⅠ

### (2) 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。

### (3) 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。

※研究班において文面をわかりやすく修正



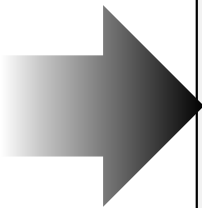
## 救急救命処置検討委員会の評価結果 (2020年1月)

### (4) 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。
- 「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 別添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。

### 【厚生労働省からのご意見】

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から、実施のプロトコー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。



### 研究 課題

- 「特定在宅療法継続中の傷病者の処置の維持」  
（1992年 救急救命処置検討委員会報告書）の見直し
- 安全な実施に必要な体制の検討

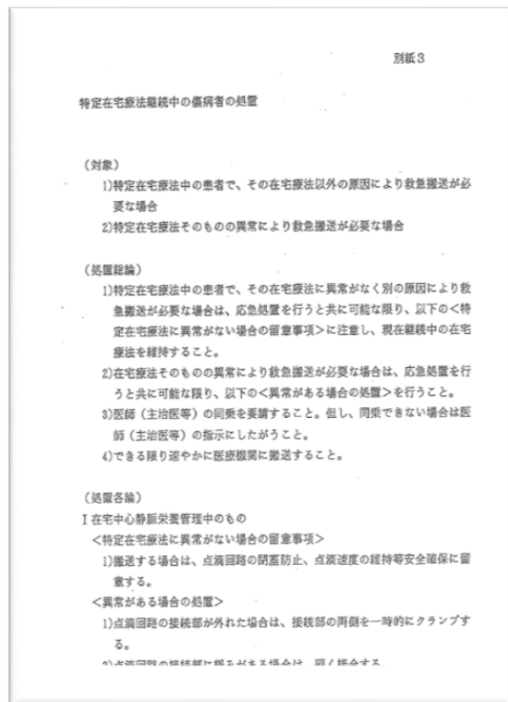
# ③事故抜去事例に対する気管切開チューブの再挿入 厚生労働科学研究による検討状況

## ○次の視点から検討中

- 在宅で行われる医療の状況と必要とされる処置とその頻度
- 傷病者の在宅医療状況（自宅か、介護施設かなど）
- 傷病者の身体の状態（気道、呼吸、循環の状態など）
- 在宅医療の状況の変化（終末期、ACPへの対応の増加）
- 医師の状況（訪問診療医の有無、訪問看護の状況など）
- 救急救命士のテキスト等への記載状況
- 家族による代替実施の有無
- 技術習得の方法
- 気管切開チューブ等の器具の用意・準備

## ○頻度（気管切開チューブの再挿入）

- 札幌市、仙台市、東京消防庁、高槻市の5年間（2014-2018）で3事例（うち2件が心肺停止）。



救急救命処置検討委員会報告（1992年）  
「特定在宅療法継続中の傷病者の処置」

実証に  
あたっての  
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。

## ④自動式人工呼吸器による人工呼吸

④自動式人工呼吸器による人工呼吸

# 提案の内容

※提案を通じて救急救命処置検討委員会が認識した課題

- 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」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」が明記され、現に心肺停止を対象に多くの地域で実施されている。
- 一方で、「自動式人工呼吸器による人工呼吸」は、救急救命処置としては位置づけられておらず、救急救命士の資格では実施できないという課題がある。



自動式人工呼吸器と酸素ポンプ※

④自動式人工呼吸器による人工呼吸

## 救急救命処置検討委員会の評価結果 (2019年2月)

(1) 評価分類：カテゴリーⅡ

(2) 評価結果

心肺停止を対象とした自動式人工呼吸器による人工呼吸を救急救命処置として追加することが望ましい。

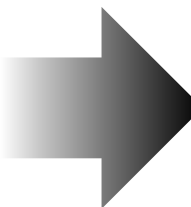
(3) 理由

心肺停止を対象とした「自動式人工呼吸器による人工呼吸」については、前述のとおり消防庁告示を背景に現に多くの地域で行われていることを考慮すると、救急救命処置として追加することが望ましい。

# 救急救命処置検討委員会の評価結果 (2020年1月)

## (4) 付記

- 指示要件などについて厚生労働省等においてさらなる検討が必要である。



### 研究課題

- 自動式人工呼吸器の機能を踏まえて、救急隊員、救急救命士がどこまで実施可能かについて整理する。
- 実施する場合の医師の指示要件を整理する。

- 自動式人工呼吸器の使用について、現在総務省消防庁の検討会にて、対象となる傷病者、使用できる機器などの整理が行われている。
- 指示要件等については、**消防庁での整理等を踏まえて検討**する。

### 実証に あたったの 意見

すでに救急隊員が実施可能な応急処置として位置付けられており、より高度な医療行為を実施できる救急救命士の処置としても含めることが適当と考えられ、実証は必要ないのではないか。

# カテゴリーIIの実証にあたっての意見（抜粋）

## ①「乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液」等の包括指示化

- 効果（迅速な実施）と安全性（予期せぬ事態の有無）を評価するために、実証を行ってはどうか。
- ただし、実証にあたっては、十分な症例数を確保することや、上記で検討するMC体制を十分に確保した地域で実施する必要がある。

## 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

- 効果と安全性を検証するため実証が必要ではないか。
- ただし、臨床研究から救急救命士が一定程度、適切に判断できるという結果を得た上で、実証に進む必要がある。
- また、ヒューマンエラーの防止策として、医師の具体的指示を要する「特定行為」と位置付けることや、MC等の体制を構築した上で実施する必要がある。

## ③事故抜去事例に対する気管切開チューブの再挿入

- 「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。

## ④自動式人工呼吸器による人工呼吸

- すでに救急隊員が実施可能な応急処置として位置付けられており、より高度な医療行為を実施できる救急救命士の処置としても含めることが適当と考えられ、実証は必要ないのではないか。

## 参考資料

- ① 「乳酸リンゲル液を用いた  
静脈路確保のための輸液」等の包括指示化



## ①「乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液」等の包括指示化 厚生労働科学研究による調査

- 3つの特定行為について、救急救命士からの指示要請に対する医師の対応状況を調査
- 1行為ごと1本部ごとに最大100件を調査（5消防本部）

### ①対象とした特定行為/指示要請

- 乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液
- エピネプリンの投与
- 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

### ②調査の対象消防機関

- 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

### ③調査の対象期間

2021.1.1～12.31

※各処置最大100件で打ち切り

### ④調査項目

#### 1) 事案に関する事項

- 傷病者の年齢、性別
- 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（ドクターカー・ドクヘリ）
- 指示要請された処置
- 発症経過・背景

#### 2) 医師介入に関する事項

- 医師介入の有無
- 医師介入の区分
  - 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

### ⑤統計

- マンホイットニーのU検定
- フィッシャーの正確確率検定  
多重比較: Bonferroni法  
← EZR version 1.61
- 計量テキスト分析（階層的クラスタ分析）  
← KH coder version 3.Beta.04

# 調査結果：医師介入率

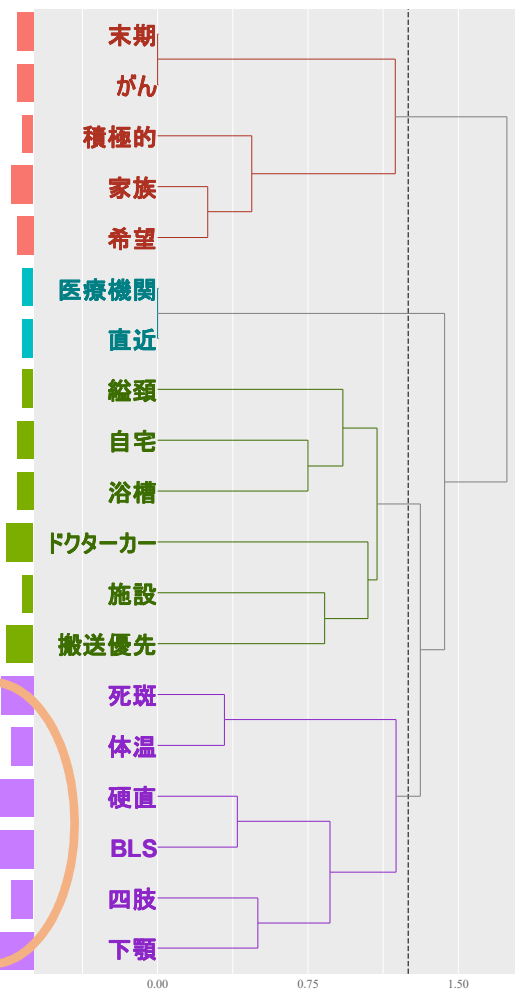
※介入：救急救命士からの指示要請に対して医師が何らかの修正、助言を行うこと

	静脈路確保 (n=478)	アドレナリン (n=438)	声門上デバイス (n=376)	合計 (n=1292)
年齢 median (IQR)	80 (70-87)	81 (70-87.8)	79.5 (68.8-86)	80 (69-87)
性別 = 男性 n (%)	292 (61.1)	268 (61.2)	237 (63.0)	797 (61.7)
現場～病院 median (IQR)				
km	6.0 (3.7-9.0)	6.3 (4.0-9.6)	6.8 (4.0-9.9)	6.4 (4.0-9.5)
分	12.0 (8.0-16.0)	12.0 (8.0-16.0)	12.0 (8.8-17.0)	12.0 (8.0-16.0)
救急救命士の運用年数 n (%)				
1-2年目	8 (2.0)	7 (1.9)	9 (3.2)	24 (2.3)
3-5年目	21 (5.3)	24 (6.3)	10 (3.6)	55 (5.2)
6年目以降	365 (92.6)	347 (91.8)	260 (93.2)	972 (92.4)
ドクターカー出動事案 n (%)	94 (19.7)	100 (22.8)	31 (8.2)	225 (17.4)
<b>医師介入 n (%)</b>	<b>29 (6.1)</b>	<b>44 (10.1)</b>	<b>25 (6.7)</b>	<b>98 (7.6)</b>

○6～10%の事例で医師による介入（指示・助言）がある。残りは救命士判断をそのまま受け入れている。  
○3つの特定行為のうち、「エピネフリン（アドレナリン）の投与」において介入率が比較的高い。

# A 乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液

結果① 医師介入事案の詳細と介入理由



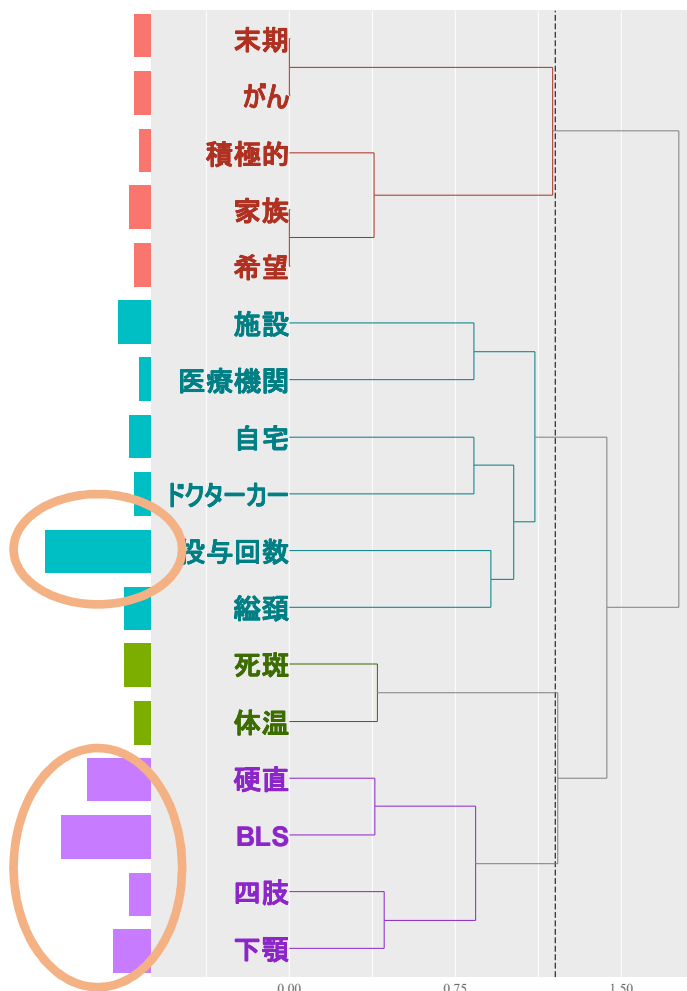
結果② 群間の比較

	医師介入群 (n=29)	非介入群 (n=449)	p
年齢 median (IQR)	78 (67-90)	80 (70-87)	0.90
性別 = 男性 n (%)	19 (65.5)	273 (60.8)	0.70
現場～病院 median (IQR)			
km	9.0 (6.0-12.0)	6.0 (3.6-8.7)	0.0056
分	14.0 (10.0-20.0)	12.0 (8.0-16.0)	0.045
救急救命士の運用年数 n (%)			0.64
1-2年目	0 (0)	8 (2.2)	
3-5年目	0 (0)	21 (5.7)	
6年目以降	26 (100)	339 (92.1)	
ドクターカー事案 n (%)	4 (13.8)	90 (20.0)	0.63

- 基礎疾患の状況、死体現象の存在の可能性などを踏まえて特定行為の差し控えを指示・助言する介入が大半を占めた。
- 医師が介入した群で搬送距離、搬送時間が長かった。
- プロトコル違反による介入は確認できなかった。
- 救急救命士の経験年数による介入率の差は確認できなかった。

# B エピネフリン（アドレナリン）の投与

結果① 医師介入事案の詳細と介入理由



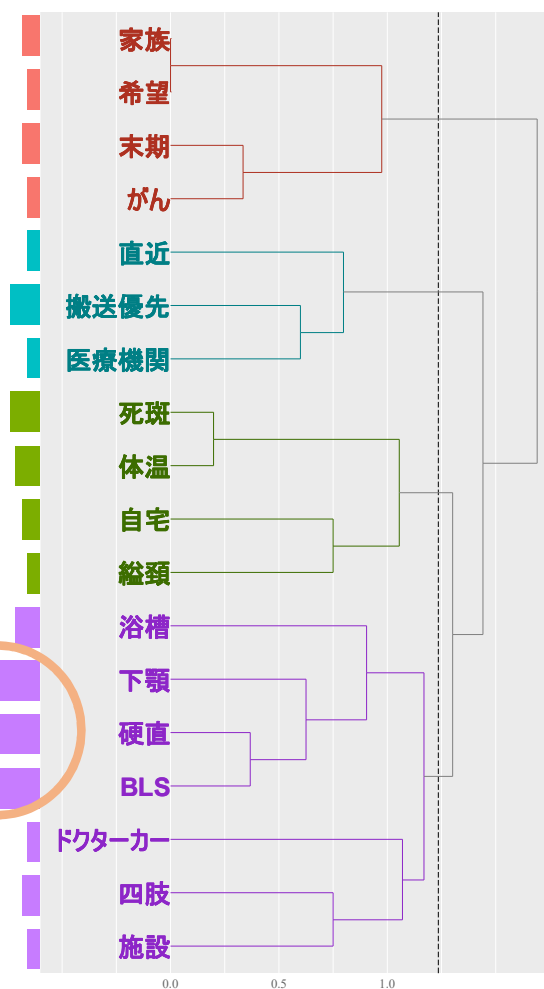
結果② 群間の比較

	医師介入群 (n=44)	非介入群 (n=394)	p
年齢 median (IQR)	86 (77.8-90.3)	80 (70-87)	0.004
性別 = 男性 n (%)	25 (56.8)	243 (61.7)	0.63
現場～病院 median (IQR)			
km	8.1 (4.0-16.4)	6.0 (4.9-9.2)	0.08
分	12.9 (10.0-22.0)	12.0 (8.0-16.0)	0.16
救急救命士の運用年数 n (%)			0.46
1-2年目	1 (2.3)	6 (1.9)	
3-5年目	1 (2.3)	23 (6.9)	
6年目以降	41 (95.3)	306 (91.3)	
ドクターカー事案 n (%)	11 (25.0)	89 (22.6)	0.71

- 基礎疾患の状況、死体現象の存在の可能性などを踏まえて特定行為の差し控えを指示・助言する介入が多数を占めた。
- 介入された群で年齢が高かった。
- 投与回数（投与量の上限）に関する介入も多かった。
- プロトコル違反による介入は確認できなかった。
- 救急救命士の経験年数による介入率の差は確認できなかった。

# C 食道閉鎖式エアウェイ等による気道確保

結果① 医師介入事案の詳細と介入理由



結果② 群間の比較

	医師介入群 (n=25)	非介入群 (n=351)	p
年齢 median (IQR)	83 (68-90)	79 (69-86)	0.63
性別 = 男性 n (%)	17 (68.0)	220 (62.7)	0.67
現場～病院 median (IQR)			
km	7.9 (5.7-10.0)	6.6 (4.0-9.9)	0.29
分	13.0 (10.0-19.0)	12.0 (8.0-17.0)	0.67
救急救命士の運用年数 n (%)			1.0
1-2年目	0 (0)	9 (3.5)	
3-5年目	0 (0)	10 (3.9)	
6年目以降	25 (100)	238 (92.6)	
ドクターカー事案 n (%)	2 (8.0)	29 (8.3)	1.0

- 基礎疾患の状況、死体現象の存在の可能性などを踏まえて特定行為の差し控えを指示・助言する介入が大半を占めた。
- 他の処置よりも気道確保を優先させる指示があった。
- プロトコル違反による介入は確認できなかった。
- 救急救命士の経験年数による介入率の差は確認できなかった。

# 調査結果：地域による差異

	石狩北部	札幌	仙台	東京	高槻	p
医師介入 % (n/指示要請件数)						
静脈路確保	<b>13.8 (13/94)</b>	6.0 (6/100)	7.0 (7/100)	3.6 (3/84)	0.0 (0/100)	< <b>0.001</b>
アドレナリン	<b>22.1 (21/95)</b>	6.0 (6/100)	3.0 (3/100)	1.7 (1/60)	<b>15.7 (13/83)</b>	< <b>0.001</b>
声門上デバイス	<b>15.2 (12/79)</b>	6.0 (6/100)	4.0 (4/100)	3.1 (3/97)	- (0/0)	<b>0.013</b>

## 静脈路確保

	石狩北部	札幌	仙台	東京
札幌	0.90182	-	-	-
仙台	1.00000	1.00000	-	-
東京	0.18785	1.00000	1.00000	-
高槻	<b>0.00051</b>	0.28930	0.14018	0.93289

P value adjustment method: bonferroni

## アドレナリン

	石狩北部	札幌	仙台	東京
札幌	<b>0.01516</b>	-	-	-
仙台	<b>0.00043</b>	1.00000	-	-
東京	<b>0.00225</b>	1.00000	1.00000	-
高槻	1.00000	0.49571	<b>0.03176</b>	0.07997

P value adjustment method: bonferroni

## 声門上デバイス

	石狩北部	札幌	仙台
札幌	0.291	-	-
仙台	0.092	1.000	-
東京	<b>0.034</b>	1.000	1.000
高槻			

P value adjustment method: bonferroni

- 処置の種類を問わず医師の介入率の高い地域がある。
- 介入が特定の処置（アドレナリン）についてのみなされている地域もある。
- 地域によっては、そもそも指示要請されていない処置（声門上デバイス）もある。

## 参考資料

- 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

## 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 シミュレーション研究の結果

- 「観察カード」を用いて10の想定症例について、アナフィラキシーとアドレナリンの適応の判断を行う。
- 9消防本部の救急救命士120名を対象

### ①アナフィラキシー症例と類似疾患

- アナフィラキシー
- 熱中症などの類似疾患

### ②研究協力消防機関

- 札幌市消防局
- 仙台市消防局
- 東京消防庁
- 高槻市消防本部
- 堺市消防局
- 白山野々市消防本部
- 東広島市消防本部
- 大曲仙北広域市町村圏消防本部
- 弘前地区消防組合

### ③調査の対象期間

2022年10月

### 研究結果

1. アナフィラキシーの判断については、症例によって異なり、研究班が想定する正解率は59.2%～99.2%の範囲であった。
2. エピペン投与の判断についても症例によって異なり、研究班が想定する正解率は68.3%～99.2%の範囲であった。
3. アナフィラキシー想定ではない症例（症例3，症例6，症例9，症例10）において、救急救命士がアナフィラキシーと判断し、かつエピペン投与が必要と判断した例は、症例3では全体の1.7%（2/120），症例6では12.5%（15/120）\*，症例9では5.0%（6/120），症例10では0.8%（1/120）であった。

\* アナフィラキシーと判断しなかったがエピペン投与が必要と回答した1名を除く

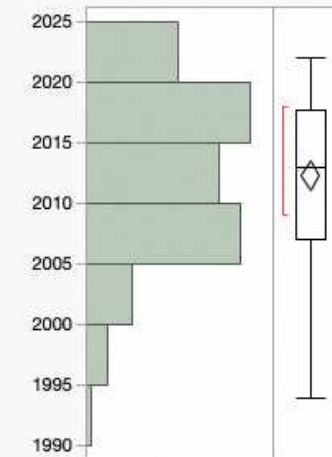


## 一変量の分布

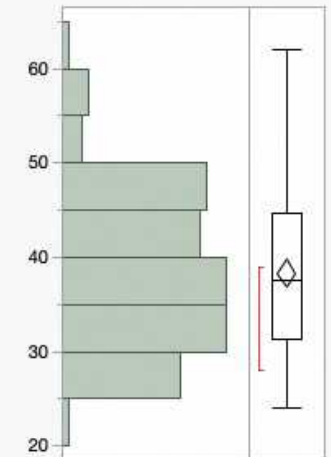
### 消防機関名



### 救急救命士資格取得年（西暦）



### 年齢



本研究には9消防本部（局）の参加があり、120名の救急救命士がアナフィラキシー判断およびエピペン投与の判断について回答した。

## 回答者の特徴

- 救急救命士資格取得年数  
中央値（25-27%）  
2013年（2007-2017）
- 救急救命士の年齢  
37.5歳（31.3-44.8）

### 度数

水準	度数	割合
弘前地区消防事務組合	10	0.08333
高槻市消防本部	7	0.05833
堺市消防局	22	0.18333
札幌市消防局	23	0.19167
仙台市消防局	15	0.12500
大曲仙北広域市町村圏組合消防本部	9	0.07500
東京消防庁	11	0.09167
東広島市消防局	10	0.08333
白山野々市広域消防本部	13	0.10833
合計	120	1.00000
欠測値N	0	
9水準		

### 分位点

分位点	値
100.0% 最大値	2022
99.5%	2022
97.5%	2022
90.0%	2021
75.0% 四分位点	2017.75
50.0% 中央値	2013
25.0% 四分位点	2007
10.0%	2004
2.5%	1997.05
0.5%	1994
0.0% 最小値	1994

### 要約統計量

平均	2012.3167
標準偏差	6.5823591
平均の標準誤差	0.6008844
平均の上側95%	2013.5065
平均の下側95%	2011.1269
N	120
欠測値 N	0

### 分位点

分位点	値
100.0% 最大値	62
99.5%	62
97.5%	57
90.0%	48.9
75.0% 四分位点	44.75
50.0% 中央値	37.5
25.0% 四分位点	31.25
10.0%	28
2.5%	26
0.5%	24
0.0% 最小値	24

### 要約統計量

平均	38.266667
標準偏差	8.1578269
平均の標準誤差	0.7447043
平均の上側95%	39.741256
平均の下側95%	36.792078
N	120
欠測値 N	0

## 症例のライド提示例

### 症例問題

アナフィラキシー観察カードを使用して、アナフィラキシーの判断とエピペン投与の必要性についてチェックしてください。

### 症例1

#### 指令内容

- 52歳男性。
- 夫が呼吸困難を訴えたと、妻からの救急要請。

#### 活動環境等

- 8月 覚知時刻：14時23分
- 天候：曇り 気温：32度 湿度：70%

#### 初期評価

顔 貌	顔面の潮紅、口唇の腫脹
意 識	JCS I 桁
呼 吸	速く、吸気性喘鳴あり
脈 拍	速く、不整なし
血 圧	橈骨動脈触知可能
体 温	異常なし

#### 聴取事項

- ・ 自宅庭木の剪定中にハチに刺され、居間で休憩していたところ呼吸が苦しくなった。
- ・ 軽度の呼吸困難
- ・ 脱力感

#### 傷病者接触時バイタルサイン

意 識	JCS-1
呼 吸	32/分、吸気性喘鳴あり
脈 拍	80/分、不整なし
血 圧	100/70mmHg
SpO2値	92%
体 温	36.2℃

#### GUMBA/SAMPLE

原 因	分からない
主 訴	呼吸困難
最終食事摂取時刻	12時頃に昼食を食べた
病 歴 服用薬	高血圧 普段は140mmHG 降圧剤を朝服用した
アレルギー	特になし
その他	以前にスズメバチに刺された

#### 身体所見



✓ アナフィラキシーの判断

✓ エピペン投与の必要性

## 症例問題解説・解答・正解率

症例	病態	アレルゲン	アナフィラキシーの判断基準	アナフィラキシー	正解率 (回答数/母数)	エピペン投与	正解率 (回答数/母数)
1	昆虫等動物アレルギー	ハチ毒	皮膚・粘膜症状と呼吸症状	○	99.2% (119/120)	○	88.3% (106/120)
2	食物依存症運動誘発アナフィラキシー	小麦 (うどん)	皮膚・粘膜症状と消化器症状	○	97.5% (117/120)	○	86.7% (104/120)
3	熱中症 (2度)	なし	-----	×	97.5% (117/120)	×	98.3% (118/120)
4	医薬品アレルギー	解熱鎮痛剤	皮膚・粘膜症状と呼吸症状	○	94.2% (113/120)	○	90.8% (109/120)
5	食物アレルギー	果物	皮膚・粘膜症状と呼吸症状	○	96.7% (116/120)	○	68.3% (82/120)
6	喘鳴発作	なし		×	87.5% (105/120)	×	86.7% * (104/120)
7	食物アレルギー	アニサキス	皮膚・粘膜症状と消化器症状	○	59.2% (71/120)	×	97.5% (117/120)
8	医薬品アレルギー	鎮痛剤	皮膚・粘膜症状と循環器症状	○	80.0% (96/120)	○	63.3% (76/120)
9	医薬品アレルギー	鎮痛剤	循環器症状のみ	×	93.3% (112/120)	×	95.0% (114/120)
10	狭心症	なし	-----	×	99.2% (119/120)	×	99.2% (119/120)

\* アナフィラキシーと判断しなかったがエピペン投与が必要と回答した1名を含む

# 第1回検討会（令和4年10月13日） でいただいた主なご意見

※ 第1回検討会において出された主な意見を事務局において整理したもの

# 1. 多職種連携・配置

## 【本検討会設置までの経緯と今後の進め方等について】

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

# 1. 多職種連携・配置

## 【救急外来における医師・看護師等の勤務実態把握のための調査研究について】

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

## 1. 多職種連携・配置

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

## 2. 救急救命士法改正の効果の検証

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

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



## 2. 救急救命士法改正の効果の検証

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

# 特区制度について



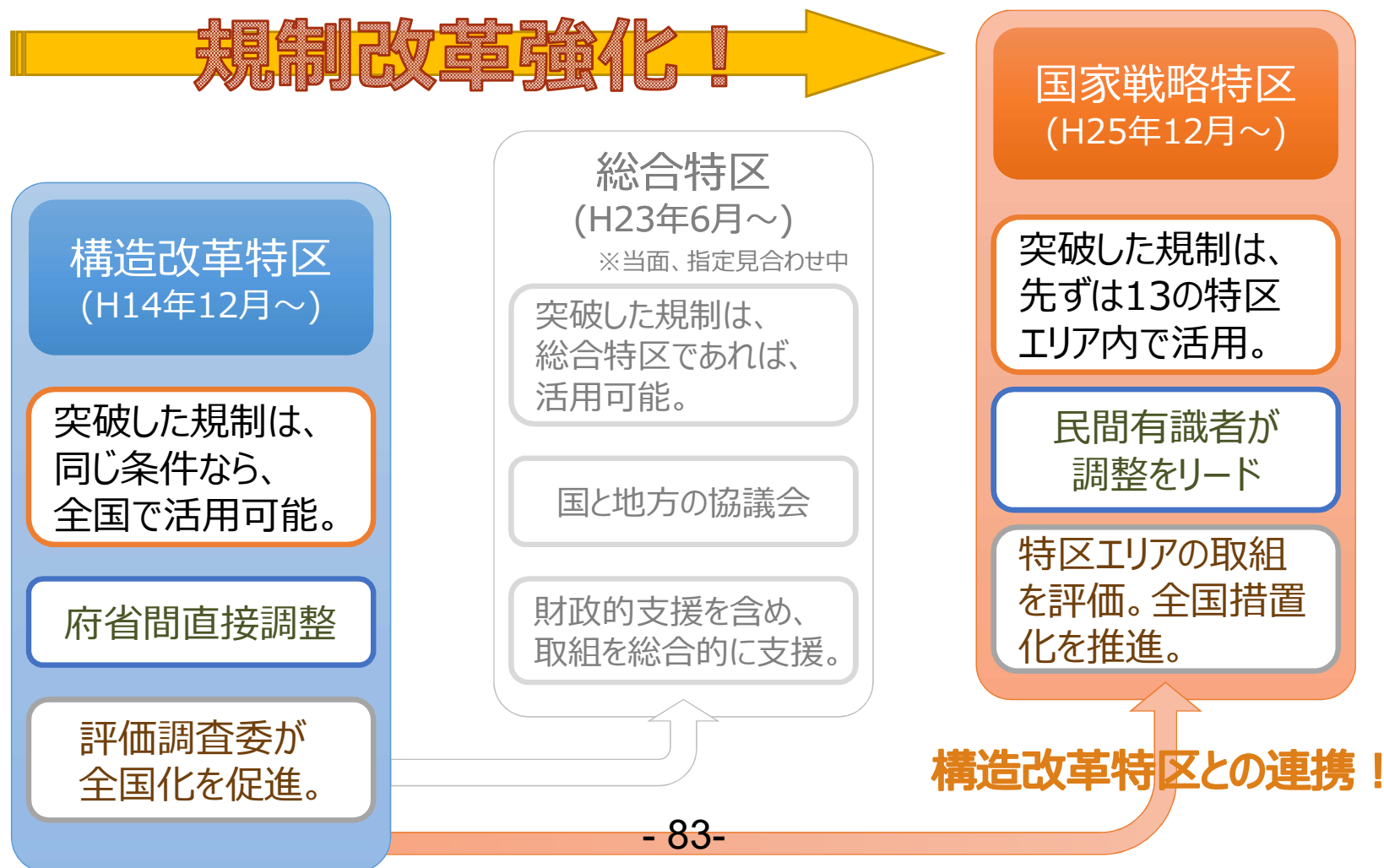
内閣府地方創生推進事務局  
令和4年（2022年）12月

1. 特区制度の概要について

2. 新たに指定された国家戦略特区について

# 国家戦略特区制度と構造改革特区制度について

- **国家戦略特区**は、**国の成長戦略に資する規制・制度改革を実行**するため、**国が政令で指定した区域に限定して規制の特例措置の創設**などを行う制度。
- **国家戦略特区は構造改革特区と連携した運用**を行っており、規制改革の提案を一体で受け付けているほか、構造改革特区で実現した規制の特例措置については、**国家戦略特区でも活用**することができる。



# 国家戦略特区制度と構造改革特区制度の概要

	国家戦略特区制度	構造改革特区制度
根拠法令	国家戦略特別区域法	構造改革特別区域法
特区の目的	産業の国際競争力の強化 国際的な経済活動の拠点の形成	経済社会の構造改革と地域の活性化
特区の設定	国が政令で区域を指定	地方公共団体(単独又は共同)が設定した区域を 内閣総理大臣が認定
規制の特例 措置の創設	①事業者・地方公共団体等からの提案 ②国家戦略特区WGによる調査・検討 ③国家戦略特区諮問会議の調査審議 →規制の特例措置の創設(関係法令の改正等)	①事業者・地方公共団体等からの提案 ②地方創生推進事務局と規制所管省庁との間で 個別に調整 →規制の特例措置の創設(関係法令の改正等)
計画認定の 手続	①(1)内閣総理大臣が、区域方針を策定 (2)区域会議(※)が、具体的な事業を定めた 区域計画を作成・申請 (※)内閣府地方創生担当大臣・関係地方公共団体・ 事業者の三者で構成  ②内閣総理大臣は、関係大臣の同意を得た上で 認定  ③内閣総理大臣は、①(1)及び②に当たり、国家 戦略特区諮問会議の意見を聴取	①地方公共団体が、計画を作成・申請   ②内閣総理大臣は、関係大臣の同意を得た上で 認定

# 国家戦略特区の規制の特例措置とその実施状況（400以上の事業を認定）

## 関西圏 （大阪府、兵庫県、京都府）

医療等イノベーション拠点、  
チャレンジ人材支援

事業数 **53**

- ・保険外併用療養に関する特例
- ・病床規制の緩和
- ・iPS細胞からの試験用細胞製造の解禁
- ・革新的な医療機器、医薬品の開発迅速化
- ・可搬型PET装置による撮影
- ・地域限定保育士
- ・農業分野及び家事支援分野での外国人受入
- ・古民家ホテル
- ・特区民泊
- ・地下水採取
- ・工場の新増設 他

## 養父市

中山間地農業の改革拠点

事業数 **26**

- ・農地の権利移転の円滑化
- ・企業による農地取得
- ・農業への信用保証制度の適用
- ・自家用車による有償旅客運送
- ・遠隔服薬指導 他

## 福岡市・北九州市

創業のための雇用改革拠点

事業数 **70**

- ・スタートアップビザ
- ・スタートアップ法人減税
- ・雇用労働相談センター
- ・航空法高さ制限の緩和
- ・空港アクセスバス
- ・ユニット型指定介護
- ・シニア・ハローワーク
- ・遠隔服薬指導
- ・特区民泊 他

## 沖縄県 国際観光拠点

事業数 **10**

- ・農業分野での外国人受入
- ・農家レストラン
- ・地域限定保育士 他

## 新潟市

大規模農業の改革拠点

事業数 **23**

- ・特例農業法人の設立
- ・農家レストラン
- ・農業への信用保証制度の適用
- ・特区民泊
- ・農業分野での外国人受入 他

## 仙北市

「農林・医療の交流」のための改革拠点

事業数 **9**

- ・国有林野の活用促進
- ・迅速な実験試験局免許手続き
- ・「着地型旅行商品」の企画・提供促進 他

## 仙台市

「女性活躍・社会起業」のための改革拠点

事業数 **21**

- ・NPO法人設立手続きの迅速化
- ・都市公園内保育所
- ・一般社団等への信用保証制度の適用
- ・革新的な医薬品の開発迅速化
- ・エンジェル税制 他

## 東京圏 （東京都、神奈川県、千葉県千葉市、成田市）

国際ビジネス、イノベーションの拠点

事業数 **150**

- ・都市計画法等に係る手続きのワンストップ化
- ・エリアマネジメント
- ・工場の新増設
- ・東京開業ワンストップセンター
- ・東京テレワーク推進センター
- ・近未来技術実証ワンストップセンター
- ・外国医師の業務解禁
- ・地域限定保育士
- ・特区民泊
- ・都市公園内保育所
- ・医学部の新設
- ・農家レストラン
- ・家事支援分野での外国人受入
- ・外国人美容師
- ・高度人材ポイント制度に係る特別加算
- ・障害者雇用に係る雇用率算定の特例 他

## 広島県・今治市

観光・教育・創業などの国際交流・ビックデータ活用特区

事業数 **19**

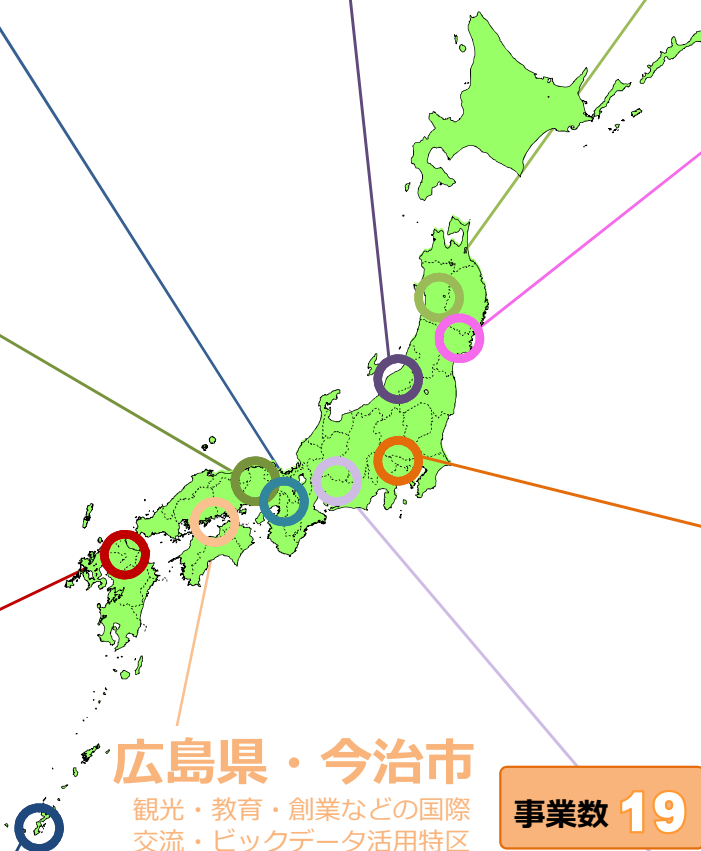
- ・「道の駅」民営化
- ・獣医学部の新設
- ・雇用労働相談センター
- ・迅速な実験試験局免許手続き 他

## 愛知県

「産業の担い手育成」のための教育・雇用・農業等の総合改革拠点

事業数 **31**

- ・有料道路コンセッション
- ・公設民営学校
- ・自動走行実証ワンストップセンター
- ・農業分野及び家事支援分野での外国人受入
- ・遠隔服薬指導
- ・保安林解除 他



# 構造改革特区の規制の特例措置とその実施状況 (1,400以上の計画を認定)

※初活用自治体を掲載。

## 認知症高齢者対応型共同生活介護の短期利用事業 (実現年度：平成16年度)

認知症高齢者グループホームについて、あらかじめ利用期間を定めることで短期利用も利用可能とする特例  
【平成18年4月全国展開】



## 認知症高齢者グループホーム短期利用事業特区 (加賀市)

## 保育所における看護師配置補助要件の緩和事業 (実現年度：平成23年度)

受入れ乳児数が4人以上6人未満の保育所について、看護師又は保健師を1人に限って保育士とみなすことができる特例  
【平成26年2月全国展開】



## 佐賀県保育所看護師配置促進特区 (佐賀県)

## 指定通所介護事業所等における知的障害者及び障害児の受入事業 (実現年度：平成16年度)

知的障害者及び障害児がデイサービス介護事業所を、障害児が障害者デイサービス事業所を利用できるようにする特例  
【平成18年10月全国展開】



## 福祉コミュニティ特区 (熊本県)

## 指定小規模多機能型居宅介護事業所における障害児(者)の受入事業 (実現年度：平成18年度)

障害者又は障害児が近隣の介護保険法に基づく指定小規模多機能型居宅介護事業所を利用できるようにする特例  
【平成28年4月全国展開】



## 富山型福祉サービス推進特区 (富山県、富山市、高岡市、立山町)

## 救急隊の編成の基準の特例適用の拡大による救急隊編成弾力化事業 (実現年度：平成19年度)

救急事案の多発・重複等に対応するため、緊急度・重症度が著しく低い場合には救急自動車1台及び救急隊員2人により救急隊を編成することを可能とする特例



## よこはま救急改革特区 (横浜市)

## 公立保育所における給食の外部搬入方式の容認事業 (実現年度：平成16年度)

公立保育所の3歳未満児に対する給食について、保育所外で調理し搬入することを可能とする特例  
【3歳以上は平成22年6月全国展開】



## 地産地消で豊かな給食特区 (清里町)

## 保育所における保育所児と幼稚園児の合同活動事業 (実現年度：平成15年度)

保育所における保育所児及び幼稚園児の合同活動事業を可能とする特例  
【平成17年5月全国展開】



## 幼保一体化特区 (旧六合村)

## サービス管理責任者の資格要件弾力化事業 (実現年度：平成22年度)

障害福祉サービスを提供する事業所に配置する管理責任者の実務経験年数の要件について、社会福祉主事任用資格等(通算5年以上を通算3年以上に、それ以外の者は通算10年以上を通算5年以上にそれぞれ短縮することを可能とする特例  
【令和3年4月全国展開】



## 埼玉県サービス管理責任者の資格要件弾力化特区 (埼玉県)

# 国家戦略特区制度における規制の特例措置の全国展開

## ○国家戦略特別区域基本方針（平成26年2月25日閣議決定）（抄）

第二 国家戦略特別区域における産業の国際競争力の強化及び国際的な経済活動の拠点の形成の推進のために政府が実施すべき規制改革その他の施策に関する基本的な方針

### 1. 規制改革等の施策の推進に関する基本的考え方 (規制改革の推進)

特区制度は、全国的には実現が困難な規制改革であっても、特定の要件を満たす区域を限定することにより、規制改革を実現してきた制度であるが、従来の特区制度によっても十分に実現できなかった規制改革、いわゆる「岩盤規制」について、その規制改革を実行するための突破口として、国家戦略特区を創設したものである。

その際、実効性を確保するために規制の特例措置について過度な要件を付さないことはもちろんのこと、スピード感と実行力をもって取り組むことが特に重要である。規制改革の突破口という位置付けから、国家戦略特区において措置された規制の特例措置は、その実施状況等について適切な評価を行い、当該評価に基づき、その成果を全国に広げていくことが必要である。このため、P D C Aサイクルに基づく評価において、規制の特例措置についての評価に基づき、特区ごとの改革競争を通じて全国展開が促進されるような仕組みを構築する。さらに、特例措置の活用から一定期間が経過し、特段の弊害のない特区の成果については、全国展開に向けた検討を重点的に進めるなど、全国展開を加速化させる。

経済社会情勢が変化していく中、規制改革には終わりはなく、常に、地方公共団体、民間事業者等からの現場のニーズを把握し、必要な規制改革を強力に進めていくことが必要である。



# 構造改革特区制度における規制の特例措置の全国展開

## ○構造改革特別区域基本方針（平成15年1月24日閣議決定）（抄）

### 2. 構造改革の推進等のために政府が実施すべき施策に関する基本方針

#### （1）基本理念

##### ③評価の実施

さらに、特区において実施される規制の特例措置は、その実施の見込み等を踏まえあらかじめ定めた評価時期に、その実施状況に基づき評価を行うことにより、特区の成果を着実に全国に広げていくことが必要である。したがって、規制の特例措置の評価において、特段の問題が生じていないと判断されたものについては、速やかに全国展開を推進していくことを原則とする。

特段の問題が生じているかは、規制の特例措置について全国展開を行った場合に発生する弊害と効果により、判断するものとする。

規制の特例措置の全国展開とは、現在、規制の特例措置により実現している規制改革について、構造改革特別区域計画（以下「特区計画」という。）の認定制度によらず、当該規制が本来規定されている法律、政令又は主務省令（告示を含む。以下同じ。）（以下「法令」という。）の改正等を行うことにより、全国規模で規制改革の成果を享受できるよう措置することである。

一方、地域性が強い規制の特例措置については、特区において当分の間存続させることとする。

地域性が強い規制の特例措置とは、特区として認定を受けて実施されることにより、地方公共団体による総合的な取組とそれに対する国の関係機関による援助・協力を推進でき、全国的な規制改革の突破口というよりは、地域活性化策として意義が大きいものである。

# (参考) 国家戦略特区諮問会議と国家戦略特区ワーキンググループ

## 国家戦略特区諮問会議

### 【議長】

岸田 文雄 内閣総理大臣

### 【議員】

岡田 直樹 内閣府特命担当大臣(地方創生、規制改革)

松野 博一 内閣官房長官

鈴木 俊一 財務大臣

後藤 茂之 内閣府特命担当大臣(経済財政政策)  
兼 経済再生担当大臣

※関係大臣も必要に応じて参加

### 【有識者議員】

垣内 俊哉 株式会社ミライロ代表取締役

越塚 登 東京大学大学院情報学環教授

菅原 晶子 公益社団法人経済同友会常務理事

中川 雅之 日本大学経済学部教授

南場 智子 株式会社ディー・エヌ・エー代表取締役  
会長

## 国家戦略特区ワーキンググループ

### 【座長】

中川 雅之 日本大学経済学部教授

### 【座長代理】

落合 孝文 渥美坂井法律事務所・外国法共同事業  
プロタイプ政策研究所所長・シニアパート  
ナー弁護士

### 【委員】

阿曾沼元博 順天堂大学 客員教授  
医療法人社団滉志会社員・理事

安藤 至大 日本大学経済学部教授

安念 潤司 中央大学大学院法務研究科教授

岸 博幸 慶應義塾大学大学院教授

菅原 晶子 公益社団法人経済同友会常務理事

堀 天子 森・濱田松本法律事務所  
パートナー弁護士

本間 正義 アジア成長研究所特別教授  
東京大学名誉教授

安田 洋祐 大阪大学大学院経済学研究科教授

1. 特区制度の概要について

2. 新たに指定された国家戦略特区について

# 新たに指定された国家戦略特区について

- 国家戦略特区諮問会議の審議等を経て、本年4月、「スーパーシティ型国家戦略特区」に茨城県つくば市と大阪府・大阪市を、「デジタル田園健康特区」に石川県加賀市、長野県茅野市、岡山県吉備中央町を指定。

## ①一般的な国家戦略特区

「都道府県又は一体となって広域的な都市圏を形成する区域を指定」  
(国家戦略特区基本方針)

### 1次指定(2014年5月)

- ・ 東京圏
- ・ 関西圏
- ・ 新潟市
- ・ 養父市
- ・ 福岡市
- ・ 沖縄県

### 2次指定(2015年8月)

- ・ 仙北市
- ・ 仙台市
- ・ 愛知県

### 3次指定(2016年1月)

- ・ 千葉市
- ・ 広島県・今治市
- ・ 北九州市

## ②スーパーシティ型国家戦略特区

「複数分野の大胆な規制改革と併せ、データ連携基盤を共同で活用して複数の先端的サービスを官民連携により実施する区域を指定」(国家戦略特区基本方針)

⇒ **スーパーシティ**の指定

- ・ (茨城県)つくば市
- ・ 大阪府・大阪市

## ③革新的事業連携型国家戦略特区

「一定の分野において、地域以外の視点も含めた明確な条件を設定した上で、革新的な事業を連携して強力に推進する市町村を絞り込み、地理的な連坦性にとらわれずに指定」  
(国家戦略特区基本方針)

⇒ **「デジタル田園健康特区」**

(健康、医療に関する課題解決に重点的に取り組む自治体を複数まとめて指定)の指定

- ・ (石川県)加賀市
- ・ (長野県)茅野市
- ・ (岡山県)吉備中央町

スーパーシティ型国家戦略特区		デジタル田園健康特区 (加賀市、茅野市、吉備中央町)	
	つくば市	大阪（府・市）	
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>つくばスーパー「サイエンス」シティ構想。デジタル、ロボット等の最先端技術を社会実装</li> <li>住民参加で、住民中心のスーパーシティを目指す</li> <li>対象エリアは、つくば市全域</li> <li>国の研究機関、筑波大等と連携し推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2025年の大阪万博開催を見据えた取組</li> <li>「データで広げる健康といのち」がテーマ</li> <li>対象エリアは、万博予定地の夢洲、大阪駅北の「うめきた2期」の二つの新規開発エリア</li> <li>住民QoL向上、都市競争力強化を目指す</li> <li>関経連、大商、万博協会等と連携し推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3自治体が連携し、デジタル技術を活用し健康、医療の課題解決に重点的に取り組む</li> <li>人口減少、少子高齢化、コロナ禍など地方の課題解決のモデル化を目指す</li> <li>医療やデジタルの専門家、地域の医療機関等の強いコミットメントのもと推進</li> </ul>
事業構想	<b>移動・物流分野</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>新型モビリティやロボットの本格導入</li> <li>ロボットやドローンによる荷物の配送</li> </ul> 	<b>最適移動社会の実現</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>日本初の空飛ぶクルマの社会実装</li> </ul> 	<b>健康医療分野のタスクシフト</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療における看護師の役割拡大</li> <li>救急医療における救急救命士の役割拡大</li> </ul> 
	<b>行政分野</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>インターネット投票</li> <li>外国人向け多言語での情報発信</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>自動運転バス（レベル4）による万博来場者の輸送</li> <li>夢洲建設工事での貨客混載輸送、ドローンの積極活用</li> </ul>	<b>健康医療情報の連携</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>健康医療情報の自治体を越えたデータ連携</li> <li>健康医療情報の患者本人やその家族による一元管理（医療版「情報銀行」制度構築）</li> </ul>
	<b>医療分野</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>マイナンバーを活用したデータ連携による健康・医療サービスの提供</li> </ul> 	<b>健康長寿社会の実現</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>国籍や場所にとらわれない先端的な国際医療サービス（外国人医師による診察、外国の医師による遠隔診療等）</li> </ul> 	<b>予防医療やAI活用</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>AI、チャット機能を活用した遠隔服薬指導等</li> </ul>
	<b>防災・インフラ・防犯</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>効率的な避難誘導と避難所での医療連携</li> <li>インフラ長寿命化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ヒューマンデータ、AIの活用による健康増進プログラムの提供</li> </ul>	<b>移動・物流サービス</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>ボランティアドライバーによる通院送迎</li> <li>タクシー等を使った医薬品等の配送</li> </ul> 
	<b>デジタルツイン・まちづくり</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>3Dマップの作成によるデジタルツインの実現</li> <li>ロボットと共生する都市空間の創出</li> </ul>	<b>データ駆動型社会の実現</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>AIによる気象予報</li> <li>夢洲建設工事でのBIMデータ等の活用</li> <li>VR・MR技術の活用等による「未来の公園」</li> </ul>	
	<b>オープンハブ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>外国人創業活動支援</li> <li>大学の土地や施設等の貸付 等</li> </ul>		

## 【規制改革提案事項の具体化等の状況】

規制改革の 具体化の状況	スーパーシティ		デジタル田園健康特区 (加賀市、茅野市、吉備中央町)
	つくば市	大阪（府・市）	
規制所管省庁 と概ね合意して いる項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・搭乗型移動支援ロボットの歩道通行の特例</li> <li>・ロボットの自動走行等にも活用可能な3次元空間のデジタル基盤の構築</li> <li>・外国人創業活動支援に関する特例</li> <li>・研究開発推進のための施設整備に関する国立大学法人の土地等の貸付に関する特例</li> <li>・補助金等交付財産の処分の制限に係る承認の手続きの特例</li> <li>・マイナンバーの利用範囲等の拡大の検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「空飛ぶクルマ」の社会実装</li> <li>・ソフトウェアを活用した気象予報に係る気象予報士の設置基準の緩和</li> <li>・ローカル5Gの広域利用</li> <li>・万博に関する仮設建築物等の設置に係る特例</li> <li>・新たな機能性表示食品の実現に向けた相談対応等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・救急救命処置の先行的な実証</li> <li>・過疎地域等における貨客混載の実施に係るニーズの把握</li> <li>・マイナンバーの利用範囲等の拡大の検討【再掲】</li> <li>・外国人創業活動支援に関する特例【再掲】</li> </ul>
規制所管省庁 と合意できてい ない項目 (特区WGで 議論中)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・公職選挙におけるインターネット投票の実施</li> <li>・国立大学法人、国の研究機関の調達についてWTO政府調達協定対象機関から除外</li> <li>・分身ロボットに係る障害者雇用率の算定の特例</li> <li>・小児オンラインかかりつけ医制度の創設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自動運転バスによる貨客混載運送</li> <li>・英語による医師・看護師試験の実施</li> <li>・海外の医師による遠隔診療の実施</li> <li>・海外既承認(国内未承認)薬の処方の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指定訪問看護事業所にストック可能な薬剤等の対象拡大</li> <li>・「医療版」情報銀行の制度構築</li> <li>・妊婦健診を踏まえた予防医療との混合診療と産後ケアの充実</li> <li>・AI、チャットによるオンライン服薬指導</li> </ul> <p style="text-align: right;">等</p>

※具体的な項目は今後の検討により追加する可能性がある。

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	参考資料
令和4年12月14日	6

## ○特区WG委員 ●厚生労働省

○カテゴリーⅡについて、特区の中で実証実験を早急に進める検討をさせていただいていることについてはありがたいと思っているが、吉備中央町の要望、提案というのは、カテゴリーⅡに含まれないエコーを含む非侵襲の検査なども含まれている。こちらは、どのような検討状況にあるのか、検討を始めるならどのようなスケジュールで行われるのか。

●超音波については、かつて救急救命処置検討委員会で平成30年度に提案され、提案の中身の資料が不足していることによって差戻しになったという経緯がある。救急救命処置検討委員会での検討を経た上で、今、カテゴリーⅡにその四つの処置が存在しているところであり、その四つの処置というものをこれからどうしていくかということをもまずは検討していく必要がある。国家戦略特区の諮問会議の中でもそのカテゴリーⅡについて、今後、実証を先行的に開始することについて結論を得るということをされているところであり、まずはその四つの処置についてどのような実証をしていくかということを考えるのが先だと考えている。超音波検査については、吉備中央町において、将来的な議論を見据えて実施による効果や必要な教育について検討を進めていただいているところだが、現状、その超音波自体をすぐに救急救命処置に入れるかどうか検討をするというフェーズにはなっていない認識。

○諮問会議で決定されたカテゴリーⅡについて誠実に御対応いただいていることには本当に感謝申し上げるが、特区提案のエコーについて検討の俎上にのらないというのは理解できない。過去に提案され差戻しになったものは準備が不足していて、こうした点が提案の俎上にのらない点であれば、それを指摘してもらえば、吉備中央町や岡山大学病院で御用意いただけると思う。今、検討をさせていただくためにはどのような材料が必要なのか、御助言いただければありがたい。

●昨年、救急救命士法が改正され、救急救命処置を行う場が病院前だけだったところが、病院内の一部にまで広がった。そのため、救急救命処置の範囲を広げるよりもまず、場が広がったことの効果についての検証が必要と関係団体と協議している。救急救命処置を考えるにあたり、病院の中まで含めて救急医療の一体的な議論をするため、今回新たな検討の場を設置した。その中で、まずはかつての救急救命処置検討委員会でカテゴリーⅡに分類された4処置の取扱いというものをまず検討した上で、今後のその他の救急救命処置というものについてどのように検討していくべきかも含めて、関係者の意見を聞く。

○当然、諮問会議での結論を重視するのは重要だが、特区で提案いただき、ワーキングが議論し、これを推進したいとお願いをしている超音波案件に関して検討していただくことは必要。厚生労働省の事務方、新たに創設された委員会の方にも早急に議論を投げかけて御検討いただきたいがいかがか。

●ワーキンググループのヒアリングにおいて超音波について議題が上がったことは関係者と共有する。ただ、救急救命士法の改正され活動の場が広がったのが昨年。加えて、既に検討がかなり進んでいる処置をどうするかまだ決まっていない現状がある。順番として、まずこの4処置の取り扱いを今年度中に決めることを優先して進める必要がある。

○医療現場からは色々な要請が出てきており、どれも重要であり、そこに順番付けをする根拠がよく分からない。超音波案件も含めて、是非頻回に議論をして結論を早めていただければありがたい。

○カテゴリーⅡについて御検討を進めていただいていることにまず感謝申し上げる。その上で、カテゴリーⅡと超音波の検討を同時に行っていただくことが重要な課題ではないかと思っており、超音波について、かつて検討した内容を教えて欲しい。吉備中央町がさらにどういった要素を補充すればよいか、明示していただけないか。

●かつての検討においては、実施の利点と、実施頻度、必要な教育体制、諸外国の状況についての必要な情報とそれを裏付ける資料が十分に示されておらず、提案内容の評価ができなかった。これは法改正が行われる前のスキームであり、法改正後にどのような形で新しい提案を受けるとは、今後、関係者と議論が必要。

○必要な事項はどんどん俎上にのせていくべき。具体的にエコー検査の実施を認めるという場合に、厚生労働省としてはどういう条件、あるいは要請があったらこれをその俎上にのせるという判断ができるのか。

●これまでとは異なる新しい関係者と今後、超音波だけではなく、他の新しい処置の提案は想定され、そういったものをどう扱うかを今後関係者の意見を聞いていく。今すぐに超音波についてどうやったらできるのか、我々がすぐに申し上げられるような状況ではない。

○スキームが変わった中で色々なものをやらなければならないことは理解しているつもりだが、是非カテゴリーⅡに加えて超音波についても検討を開始する、又は検討を開始するため必要な事項を明確にしてほしい。