

No. 1366 (2026. 7. 7)

救急医療体制の現状と課題

はじめに

I 救急医療体制の整備の経緯、概要

及び現状

- 1 整備の経緯
- 2 概要
- 3 現状

II 救急医療体制の充実強化に向けた

取組と課題

- 1 救急現場・搬送途上の体制
- 2 医療機関の体制

おわりに

キーワード：救急搬送、救急医療

- 我が国の救急医療は、社会情勢の変化に伴い、外傷から急病にも対応する形に変化し、消防機関の救急業務と医療機関の救急医療の協働も進められてきている。
- 人口の高齢化が進むにつれ、高齢者を中心に救急搬送件数等が増え、救急車の現場到着所要時間や病院収容所要時間も延伸している。救命救急センターの整備が進む一方で、初期・二次救急を担う医療機関の減少傾向等が見られる。
- 救急医療体制の充実強化に向け、救急車の適正利用を促す取組のほか、救急現場での処置や医師の現場出動等の取組が行われている。医療機関では、情報通信技術（ICT）や救急救命士の活用などが見られる。高齢化が更に進展する 2040 年頃に向け、救急医療機関の役割分担の明確化に向けた議論が進められている。

国立国会図書館 調査及び立法考査局

前 社会労働課 きむら しほ 木村 志穂

第 1 3 6 6 号

はじめに

救急医療は、「“医”の原点であり、かつ、すべての国民が生命保持の最終的な拠り所として
いる根元的な医療」と位置付けられる¹。また、救急医療体制は、「救急患者または急病患者の
発生からプレホスピタルケア²・患者搬送・病院医療に至るまでの一連の経過にかかわるシステ
ム全体を指し、その目的は救急患者や急病患者をできるだけ早く医師の管理下に置き、いつで
もどこでも症状に応じた必要かつ適切な救急医療を患者に提供すること」などとされている³。

我が国では、高齢化や生産年齢人口減少の加速等を背景として医療を取り巻く環境が急速に
変化する中、2040年頃を見据えた医療提供体制を構築するための取組が検討されており（新た
な地域医療構想⁴）、救急医療も含めた検討が行われている。本稿では、我が国の救急医療体制
について、整備の経緯、概要及び現状に触れた上で、充実強化に向けた取組と課題を整理する。

I 救急医療体制の整備の経緯、概要及び現状

1 整備の経緯

我が国の救急医療体制は、主に戦後の交通事故急増への対応を背景として整備が開始され、
次第に急病にも対応する形となった。

昭和38（1963）年、消防法（昭和23年法律第186号）において、市町村の消防機関が行う
べき消防本来の任務として救急業務が位置付けられ、救急隊による搬送が救急業務として規定
された⁵。救急搬送業務の法制化を受け、厚生省は、救急隊による搬送患者を受け入れる医療機
関の確保のため、「救急病院等を定める省令」（昭和39年厚生省令第8号）を定めた（救急告
示制度の開始）。この省令の基準を満たした医療機関は、救急業務に協力する旨の申出により、
救急病院・救急診療所（救急告示医療機関）を標榜（ひょうぼう）できることとなった。

その後、交通事故による死者数が昭和45（1970）年をピークに減少傾向に転じた一方、人口
の高齢化や都市部への人口の集中に伴い、若い世代の核家族化や高齢者の独居が進み始め、特
に内科・小児科系疾患の休日・夜間の受入れや脳卒中・心筋梗塞等の重症患者の受入れが課題と

* 本稿におけるインターネット情報の最終アクセス日は、令和8（2026）年4月7日である。本稿では、年代の表記
などを除き、和暦又は和暦と西暦の併記を基本とする。機関等の名称は当時のものを用いている。

¹ 「救急医療体制基本問題検討会報告書」1997.12. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/www1/shingi/s1211-3.html>> 救急医療（体制）や救急患者といった概念については、特に定義に触れることなく論じられることも
多い。そのため、本稿では、およそ救急医療の対象として議論されているものを広めに取り上げる。

² 「病院前救護」ともいい、救急現場から医療機関への搬送途上で、医師・看護師や救急救命士等が行う応急処置を
いう。医療情報科学研究所編『公衆衛生がみえる 2026-2027』メディックメディア、2026、p.142。

³ 丸茂裕和「わが国救急医療体制発展の歩み」『日本救急医学会雑誌』11(7)、2000、p.312。

⁴ 都道府県が、厚生労働大臣の定める医療提供体制の確保を図るための基本的な方針に即して、かつ、地域の实情に
応じて定める、当該都道府県における将来の医療提供体制に関する構想。従来の地域医療構想は令和7（2025）年
までの取組であったことから、2040年頃を見据えた取組として、国が策定したガイドラインに基づき、都道府県
が令和10（2028）年度までに新たな地域医療構想を策定することとされている。医療法等の一部を改正する法律
（令和7年法律第87号）；地域医療構想及び医療計画等に関する検討会「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」
2026.3.19、p.3. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001676424.pdf>>

⁵ 消防法の一部を改正する法律（昭和38年法律第88号）。規定上は、搬送対象者を災害による事故等に限定してい
たものの、実際には、急病患者も救急搬送されていた。唄孝一「救急業務の法制的問題—消防法の一部改正による
新発足を前にして—」『法律時報』36(2)、1964.2、pp.60-62。

なった⁶。そのため、厚生省は昭和 52（1977）年、従来の救急告示制度とは別に、救急医療を担う医療機関を患者の重症度別に初期（休日・夜間の救急患者に対応する外来医療施設）、二次（休日・夜間の重症救急患者に対応する医療施設）、三次（重篤な救急患者を 24 時間体制で受け入れる高度の診療機能を有する救命救急センター）の救急医療機関に体系化し、初期から二次、二次から三次救急医療機関へと転送する体制を構築して対応することとした（救急医療対策事業⁷（国庫補助制度））⁸。

昭和 61（1986）年には、救急搬送される者の約半数が急病の患者である実態等を踏まえて消防法等が改正され、事故以外の事由による傷病者が救急搬送の対象に加えられた⁹。救急隊員が救急業務の一環として行ってきた応急手当についても、「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」が救急業務に含まれることが消防法上、明確化された。昭和 62（1987）年には厚生省令が改正され、救急搬送の受入先として、外科だけでなく内科系医療機関も救急告示医療機関に指定することとされた¹⁰。

しかし、我が国の救急隊員が救急現場又は搬送中において行うことができる行為は心臓マッサージや人工呼吸等にとどまり、高度な処置が認められる米国等と比べて救命率が著しく低いことが問題視され¹¹、救急業務の拡大を求める議論が活発化した¹²。平成 3（1991）年、一定の教育訓練を受けた救急隊員ができる応急処置の範囲が拡大されるとともに¹³、救急救命士法（平

⁶ 丸茂 前掲注(3), p.313. 昭和 40 年代後半から昭和 50 年代にかけて、いわゆる「たらい回し」による救急患者の死亡事例が続出し、社会問題になったとされる。黒岩祐治『救急医療にメス—走れ！家族のための救急車—』情報センター出版局, 1990, p.2. 背景として、当初参加した救急告示医療機関の多くが中小の外科系の私的病院・診療所であり、内科・小児科疾患や重症の傷病者に対応できなかったことが指摘されている。小濱啓次編著『病院前救急医学』へるす出版, 2014, p.4.

⁷ 救急医療対策事業実施要綱（昭和 52 年 7 月 6 日医発第 692 号厚生省医務局長通知）

⁸ 厚生統計協会編『国民衛生の動向 昭和 52 年』1977, pp.177-179; 小濱編著 前掲注(6), p.4. こうして、救急搬送の受入れにおいて、救急搬送の受皿としての救急告示制度と、初期・二次・三次の救急医療体制が併存することとなった。平成 9（1997）年、厚生省の検討会は、両制度が住民や救急隊にとって分かりづらく利用しづらいものであるとして一元化の必要性を指摘し（「救急医療体制基本問題検討会報告書」前掲注(1)）、翌年の医療計画作成指針では、都道府県が定める医療計画に記載された二次・三次救急医療機関を救急告示医療機関に認定することにより一元化が試みられた。しかし、現在も両制度の一元化は都道府県の運用に委ねられており、制度自体の一元化が課題であるとの指摘も見られる。日本救急医学会監修、日本救急医学会指導医・専門医制度委員会、日本救急医学会専門医認定委員会編『救急診療指針 上巻 改訂第 6 版』へるす出版, 2024, p.11; 小西敦『救急医療の法的基層』信山社, 2021, pp.82-83.

⁹ 消防庁編『消防白書 昭和 61 年版』大蔵省印刷局, 1986, p.22; 消防法及び消防組織法の一部を改正する法律（昭和 61 年法律第 20 号）；消防法施行令の一部を改正する政令（昭和 61 年政令第 274 号）

¹⁰ 救急病院等を定める省令の一部を改正する省令（昭和 62 年厚生省令第 2 号）；消防庁編『消防白書 昭和 62 年版』大蔵省印刷局, 1987, p.23; 厚生省『厚生白書 昭和 62 年版』大蔵省印刷局, 1988, pp.131-132.

¹¹ 救命率は米国の 3 分の 1、4 分の 1 などと指摘されていた。「救急救命士法を国会提出へ」『社会保険旬報』1711 号, 1990.12.21, p.13; 黒岩 前掲注(6), pp.2-4.

¹² 平成元（1989）年 7 月に東京消防庁救急業務懇話会の専門分科会が「中間報告」で救急隊員の行う救急業務の拡大を強く打ち出した。そのことが「火付け役」となってマスコミも含めた大論争となり、厚生省（救急医療体制検討会）、自治省消防庁（救急業務研究会）での検討へと波及し、救急救命士の誕生へとつながったとされる。医師法（昭和 23 年法律第 201 号）第 17 条が医師以外の医業を禁じているところ、消防庁と厚生省の間には、救急隊員の業務をいわゆる救命 3 セット（気管（内）挿管、輸液、除細動）にまで広げるか、まずは医師が救急車に乗ってそれらの行為を行うドクターカーの普及を目指すか、といった点等において隔たりがあった。しかし、最終的に、新たな医療関係職種の新設資格を創設することとなった。大塚敏文『救急医療』筑摩書房, 1991, pp.117-118; 東京消防庁救急部「東京消防庁救急業務懇話会答申—救急隊員の行う救急処置範囲の拡大について—」『近代消防』30(7), 1992.6, pp.27-30; 「救急医療士誕生へ、なお残る業務調整 気管内挿管に慎重論」『朝日新聞』1990.11.23; 「プレホスピタル・ケアを担う救急救命士の誕生」『公衆衛生』55(6), 1991.6, pp.440-441.

¹³ 救急隊員の行う応急処置等の基準が平成 3（1991）年 8 月に改正された（平成 3 年消防庁告示第 4 号）。この改正により、一定の追加的訓練を受けた救急隊員は、血圧の測定、心音及び呼吸音等の聴取、血中酸素飽和度の測定、自動式心マッサージ器の使用など、9 項目の応急処置が新たに行えるようになった。

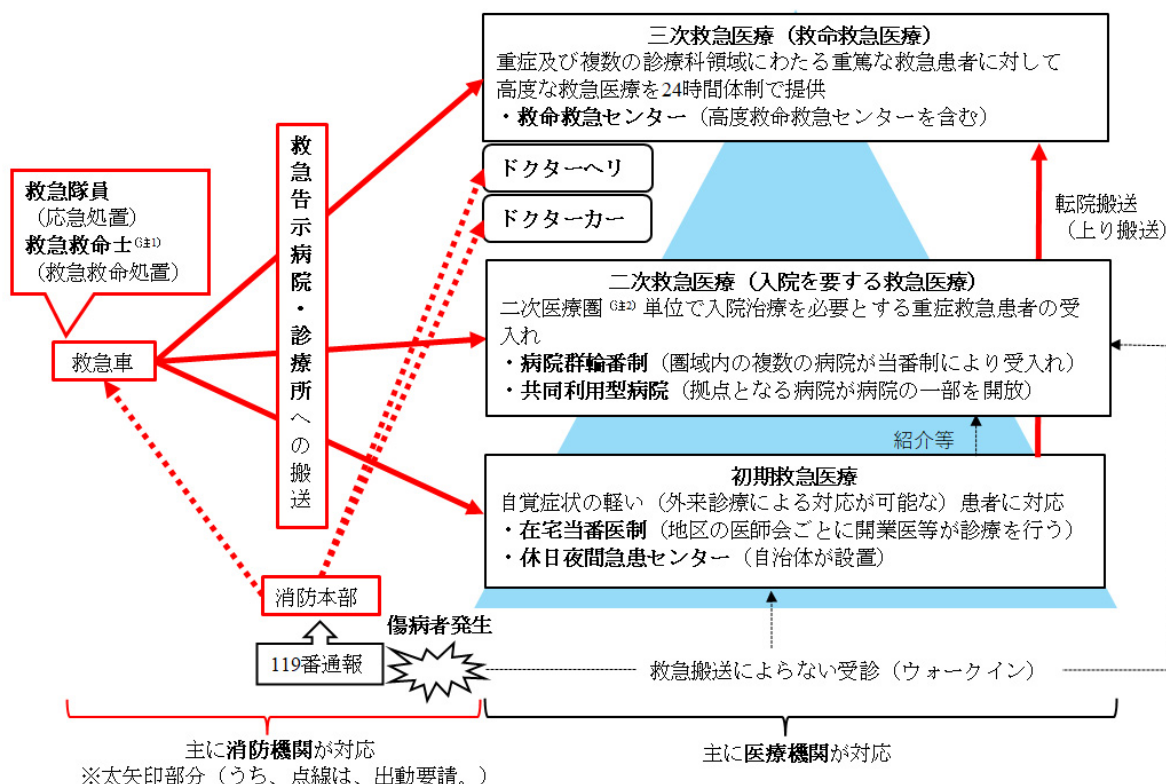
成 3 年法律第 36 号) が制定され、心肺機能停止状態に陥った傷病者の蘇生等のために行う高度な応急処置については、救急救命士の資格を創設して対応することとした。

平成 18 (2006) 年には、医療法 (昭和 23 年法律第 205 号) が改正され、救急医療は、医療の確保に必要な 5 事業の一つとして都道府県の医療計画に盛り込まれることとなった¹⁴。

2 概要

我が国では、傷病者の救急搬送等の救急業務を主に消防機関が行い、診療を医療機関が行っている (図 1)。

図 1 救急医療体制の概要



(注 1) 令和 7 (2025) 年 4 月 1 日現在、全国 720 消防本部の全てで救急救命士を運用している。救急隊員 3 人で構成する救急隊のうち 1 人以上が救急救命士である救急救命士運用隊は、全救急隊 5,485 隊のうち 5,472 隊 (99.8%) である。

(注 2) 「二次医療圏」は、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定される。複数の市町村で構成されることが多く、令和 6 (2024) 年 4 月現在の二次医療圏数は 330 である。「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会及びワーキンググループの議論の進め方等について」(第 1 回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料 2) 2025.7.24, p.42. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001521527.pdf>> 等参照。

(出典) 日本救急医学会メディカルコントロール体制検討委員会・日本臨床救急医学会メディカルコントロール検討委員会監修、救急医療におけるメディカルコントロール編集委員会編『救急医療におけるメディカルコントロール 第 2 版』へるす出版, 2017, p.11; 「個別事項について (その 10) 人口・医療資源の少ない地域 救急医療業務の簡素化」(中央社会保険医療協議会総会 (第 631 回) 資料総-3) 2025.11.28, p.31. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001600993.pdf>> 等を基に筆者作成。

¹⁴ 良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律 (平成 18 年法律第 84 号)

救急医療機関は、前述のとおり、傷病者の重症度に応じて、初期、二次、三次に階層化した体制が整備されている¹⁵。

救急医療機関内の救急医療提供体制は、医療機関ごとに異なる¹⁶。例えば、「初期診療型」と主に重症患者（三次救急患者）の治療を目的とした「集中治療型」があり、初期診療型には、各診療科の救急担当医を集めて救急患者に対応する「各科相乗り型」と患者の重症度や傷病の種類等によらずに診療を行う「ER（Emergency Room）型」があるとされる¹⁷。

3 現状

(1) 救急搬送

救急自動車（救急車）の救急出動件数及び搬送人員は、概して増加し続けている。令和6（2024）年には、救急出動が771万8380件、搬送人員が676万9172人となり、救急出動件数及び搬送人員共に、集計を開始した昭和38（1963）年以降、最多を記録した¹⁸。

救急搬送される事由は、急病が年々増加し、7割近くを占めている。交通事故は、昭和47（1972）年までは30%以上を占めていたが、近年はその人数及び割合共に減少している（図2）。

年齢別では、高齢者の搬送人数及び全体に占める割合が増加している。65歳以上の高齢者の搬送人数及び割合は、平成16（2004）年から令和6（2024）年までの20年で、約202万人（42.5%）から約428万人（63.3%）へと大幅に増加した¹⁹。

傷病程度別では、同期間において、軽症者の割合が51.6%から46.8%へと減少したものの人数は約245万人から約317万人へと増え、中等症は人数及び割合共に増加した（平成16（2004）年は約175万人（36.9%）、令和6（2024）年は約302万人（44.6%））²⁰。

¹⁵ 三次救急医療機関である救命救急センターには、広範囲熱傷、指肢切断、急性薬物中毒等の特殊疾患患者を受け入れる高度救命救急センターや、比較的人口の少ない地域において最寄りの救命救急センターまでの搬送に長時間を要する地域等に設置される小規模の地域救命救急センターもある。これらの一般の救急医療体制とは別に、周産期、小児科、精神科などの領域について、救急医療体制が整備されている。日本救急医学会指導医・専門医制度委員会、日本救急医学会専門医認定委員会編 前掲注(8), pp.12-15 等参照。

¹⁶ 救急部門のシステムの分類・区分の名称（類型）として合意されたものはなく、多くの類型や呼称が混在・重複しているとされる。日本救急医学会監修、日本救急医学会指導医・専門医制度委員会、日本救急医学会専門医認定委員会編『救急診療指針 下巻 改訂第6版』へるす出版, 2024, p.1290。

¹⁷ 齋藤靖「日本のER型救急医療システムの現状—A病院を事例として—」『西南学院大学商学論集』57(2), 2010.9, pp.31-36 等。ER型は、北米型救急医療モデルとも呼ばれ、本来は①重症度、傷病の種類、年齢によらず全ての救急患者をERで診察する、②救急医が全ての救急患者を診察する、③救急医はERでの診療のみを行い入院診療を担当しない等の特徴を有する。北米の救急医学は内科系を中心に発展しており、ERの診療内容は救急患者の選別（トリアージ）、初期診断及び初期治療であり、専門治療は全て専門各科に任される。これに対し、我が国では①～③の特徴の一部を満たす診療形態をER型救急医療と呼び、外科系重症疾患の救命という専門治療等が目的とされているという。佐藤まゆみ・林直子編『急性期看護—成人看護学2— 改訂第4版』南江堂, 2023, p.30; 小濱編著 前掲注(6), pp.145-146。

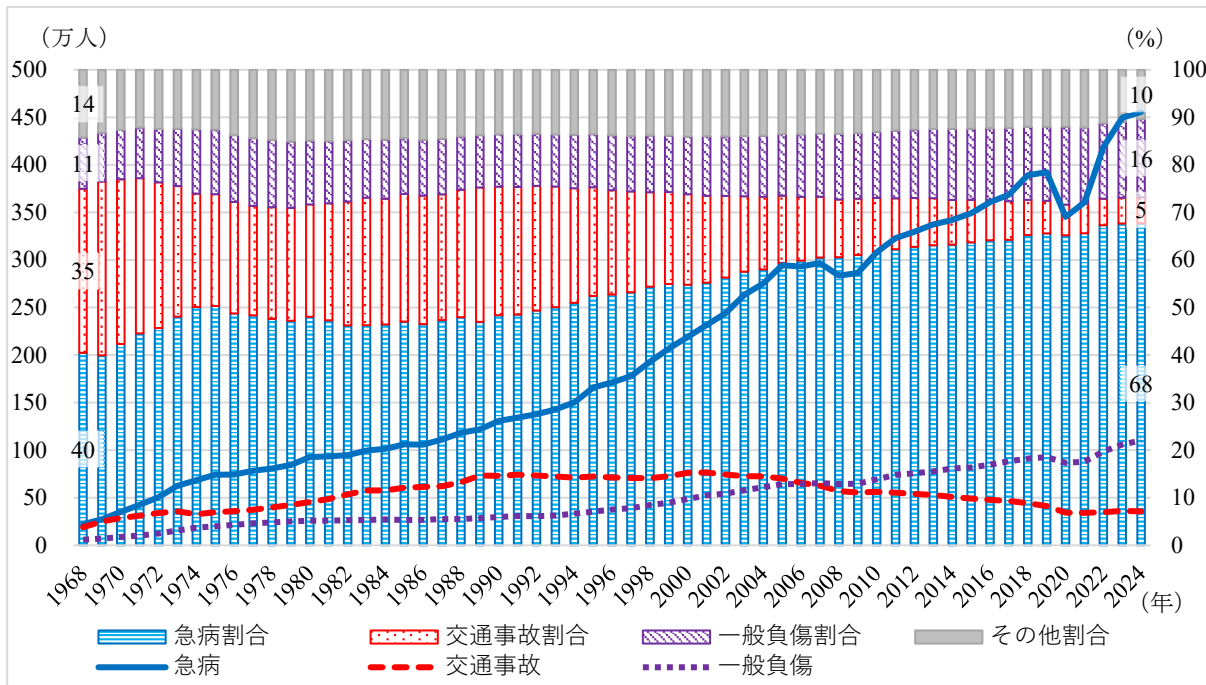
¹⁸ 総務省消防庁「令和7年版 救急・救助の現況」の公表 2026.1.20. <https://www.soumu.go.jp/main_content/001050772.pdf>

¹⁹ 総務省消防庁「令和7年版 救急・救助の現況」p.21. <https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/items/kkkg_r07_01_kyukyuu.pdf>; 同「平成17年版 救急・救助の現況」p.34. <https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/items/h17_kyukyuu_kyujo.pdf> 「平成27年版 救急・救助の現況」以降で示されるようになった85歳以上の高齢者の搬送人員を見ると、平成26（2014）年の約91万人（16.9%）から令和6（2024）年の約168万人（24.8%）へと増加しており、85歳以上の高齢者の人数及び全体に占める割合の伸びが著しい。同「令和7年版 救急・救助の現況」同, p.21; 同「平成27年版 救急・救助の現況」p.26. <https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/items/kkkg_h27_01_kyukyuu.pdf>

²⁰ 総務省消防庁「令和7年版 救急・救助の現況」同上, p.22; 同「平成17年版 救急・救助の現況」同上, p.32. 傷病の程度は、救急隊が傷病者を医療機関に搬送した際の初診時における医師の診断に基づき、入院加療の必要程度に応じて軽症、中等症、重症及び死亡に分類される。軽傷は外来診療（入院加療を必要としない）、中等症は入院診療（重症又は軽傷以外）、重症は3週間以上の長期入院に相当する。

救急車による現場到着所要時間は、平成 16（2004）年の約 6.4 分から令和 6（2024）年には約 9.8 分へ、病院収容所要時間は、同様に約 30.0 分から約 44.6 分へと延伸している²¹。

図 2 事故種別救急搬送人員及び割合の推移



(注 1) 左軸は搬送人員の数（折れ線グラフ）、右軸は搬送人員に占める各事由の割合（棒グラフ）である。
 (注 2) 1971 年以前のデータは、沖縄県を含まない。
 (注 3) 「その他」には、傷病者を一の医療機関から他の医療機関へ搬送する転院搬送等が含まれる。令和 6（2024）年の転院搬送の搬送人員は、57 万 8251 人で、搬送人員に占める割合は 8.5%であった。
 (出典) 消防庁『消防白書』各年版; 「救急救助の現況」総務省消防庁ウェブサイト <<https://www.fdma.go.jp/publication/#rescue>> 掲載データを基に筆者作成。

(2) 救急医療機関

救命救急センターは、年々整備が進んでその数が増え、令和 7（2025）年 4 月 1 日現在で、312 病院である²²。救命救急センターの専従医数・救急科専門医数や、1 施設当たりの専従医数・救急科専門医数の中央値も増加傾向にある²³。他方、1 施設当たりの搬送件数や重篤患者数も増加傾向にある²⁴。

二次救急医療機関については、医師の確保の困難を理由とした病院群輪番制（図 1 参照）からの撤退や建物老朽化を理由とした病院の閉院・休診等により²⁵、減少傾向にあることなどが

²¹ 総務省消防庁「令和 7 年版 救急・救助の現況」同上, p.30; 同「平成 17 年版 救急・救助の現況」同上, pp.37-38.
²² 「救命救急センター設置状況一覧」2025.4.1. 厚生労働省ウェブサイト <https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_32614.html> 高度救命救急センターや地域救命救急センターを含む数である。ただし、近時は救急医の人材確保困難を理由に救命救急センターの指定を辞退する事例も報じられている。「救命救急の指定辞退 近大奈良病院 来年度人材確保困難で」『読売新聞』2026.1.22.
²³ 「追加説明資料」（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 資料 2）2022.6.15, pp.6-8. <<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000951151.pdf>>
²⁴ 同上, pp.3-4.
²⁵ 「秩父病院：秩父病院が輪番制離脱 2 次救急 4 月から 2 病院体制」『毎日新聞』（埼玉版）2025.3.27; 「吉祥寺 救急病院存続の危機」『朝日新聞』2024.9.4（東京版）; 「吉祥寺南病院が一時休診 建物老朽化 救急医療に懸念の声」『東京新聞』2024.10.5 等 このほか、いわゆる救急病院や救急部門の閉鎖の背景として、救急医療は突

指摘されている²⁶。

初期救急医療機関については、特に地方において、診療所の閉鎖や医師の高齢化・スタッフの確保の困難等を理由とした在宅当番医制（図1参照）の廃止が見られる²⁷。

II 救急医療体制の充実強化に向けた取組と課題

本章では、救急体制の充実強化に向けた取組と課題について、救急現場・搬送途上の体制及び医療機関の体制に分けて整理する。

1 救急現場・搬送途上の体制

(1) 救急車の適正利用を促す取組

(i) 救急安心センター事業

救急搬送が増加する中、救急車の適時・適切な利用を推進するための取組が行われている。救急車の利用等について判断に迷った際に医師・看護師・救急救命士に電話で相談できる制度として、「救急安心センター事業」（#7119）がある²⁸。平成19（2007）年の事業開始以来、実施対象地域は拡大しており、令和7（2025）年度末の人口カバー率は86.6%とされているものの、未実施の地域も存在する²⁹。また、#7119の認知度の低さや利用に際する心理的なハードルの高さが指摘されており、特に#7119への相談者は比較的若い人が多いことから、高齢者やその家族、介護職員等も含めた認知度の向上が課題とされている³⁰。

(ii) 救急業務の一部有料化をめぐる議論

平成27（2015）年の消防庁の検討会において、救急車の適正利用がテーマの一つとされ、救

発的な患者対応が多く効率的な運営が困難である上、救急搬送からの入院は内科系が多く医業収益につながらず採算性が悪いとの指摘も見られる。田邊晴山「病院前救急体制」『日本臨床』83(11), 2025.11, p.1618.

²⁶ 「第8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（議事録）」2024.8.8. 厚生労働省ウェブサイト <https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_43220.html>

²⁷ 「在宅当番医：在宅当番医、来月末で廃止 医療機関減少や医師高齢化で 岩国旧市内」『毎日新聞』（山口版）2024.2.28; 「在宅当番医 診療時間縮小へ」『読売新聞』（長野版）2025.9.13 等

²⁸ 「救急安心センター事業（#7119）の全国展開」p.1. 総務省消防庁ウェブサイト <https://www.fdma.go.jp/mission/enrichment/appropriate/items/appropriate006_01_kyukyu_anshin_02.pdf> 救急車の利用だけでなく、すぐに医療機関を受診した方がよいかという相談にも応じている。導入の効果として、軽症者割合の減少、不急の救急出動の抑制、医療機関における診療時間外受付け者数の減少等のほか、潜在的な重症者の発見・救護につながった事例などが挙げられている。同, pp.1, 4.

²⁹ 令和7（2025）年度末において、41地域で実施されている。必ずしも都道府県単位で実施されているわけではなく、例えば、北海道では札幌市及びその周辺地域等、愛知県では名古屋市においてのみ実施されている。事業が行われていない県も、数県存在する。同上, pp.1-3. なお、小児については、厚生労働省の事業として、全都道府県を対象とした「子ども医療電話相談事業」（#8000）があり、小児科医や看護師が、休日・夜間の子どもの症状への対処方法や医療機関の受診が必要かといった内容の相談に応じている。「子ども医療電話相談事業（#8000）について」厚生労働省ウェブサイト <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/newpage_55223.html>

³⁰ 令和2年度救急業務のあり方に関する検討会「「#7119の全国展開に向けた検討部会」報告書」2021.1, pp.50-51. 総務省消防庁ウェブサイト <https://www.fdma.go.jp/singi_kento/kento/items/7119/07/shiryu1.pdf> 高齢者については、心肺機能停止状態で発見され、救命目的ではなく病院で死亡を確認するために搬送される「看取り搬送」の実態が指摘されている。「（それぞれの最終楽章）救命現場の悩み：5 むなしく増える「看取り搬送」」『朝日新聞』2020.2.29.

急業務の一部有料化についても取り上げられた³¹。これに関し、全国の消防本部からは、有料化により生活困窮者等が救急要請を躊躇（ちゅうちょ）するおそれ、有料・無料の区別や判断の難しさ、傷病者とのトラブル増加や料金徴収等に係る事務的負担の増加など、様々な懸念が示された。検討会の報告書は、救急業務の一部有料化について、国民的な議論の下でコンセンサスを得なければならず、引き続き慎重な議論が必要であるとし、まずは、（＃7119 等の）救急電話相談事業の普及や転院搬送の適正化などを実施すべきであるとした³²。

（iii）選定療養費の徴収

近年、自治体において、救急車の適切な利用や救急医療機関の受診の適正化等を促すことなどを目的として、軽症又は緊急性の低い患者に対し、搬送先の病院が選定療養費を徴収することにより費用負担を求める動きが見られる³³。選定療養費は、平成 28（2016）年度から、200 床以上のいわゆる大病院等を紹介状なしに受診した場合に一定額を徴収することが義務化されている。救急の患者から徴収してはならないとされるが³⁴、厚生労働省は、「単に軽症の患者が救急車により来院し受診した場合」は徴収対象になるとの解釈を示している³⁵。三重県松阪市では、令和 6（2024）年 6 月に、市内の基幹病院に救急搬送され入院に至らなかった軽症患者から病院が 7,700 円の選定療養費を徴収する制度を開始した³⁶。同年 12 月には、茨城県が、都道府県では全国で初めて、一部の病院に救急搬送された患者のうち緊急性が認められなかったものから選定療養費（搬送先病院により、2,200～13,200 円）を徴収する制度を開始した³⁷。制度開始後の検証結果等によれば、救急搬送件数の減少や軽症者の救急搬送割合の減少が報告され

³¹ 背景の一つに、平成 27（2015）年 5 月の財政制度等審議会で、財務省が歳出抑制策として軽症患者が救急車を呼んだ場合の有料化などを含む提案を行い、同年 6 月の建議にも盛り込まれたことがある。「教員 4 万人削減提案 救急車有料も 財務省が歳出抑制策」『読売新聞』2015.5.12; 消防庁「平成 27 年度救急業務のあり方に関する検討会 第 1 回資料：今年度の検討の進め方」2015.7.17, p.18. <https://www.fdma.go.jp/singi_kento/kento/items/kento169_02_shiryu01-01.pdf>; 「平成 27 年度救急業務のあり方に関する検討会（第 3 回）議事録」2016.2.10, pp.20-21. 総務省消防庁ウェブサイト <https://www.fdma.go.jp/singi_kento/kento/items/kento169_11_giziroku.pdf> 消防庁の検討会では、「軽症」の捉え方について、点滴で熱中症から回復し結果的に入院せずに済んだ場合に救急搬送が不必要だったと言えるのか等の指摘がなされた。「平成 27 年度救急業務のあり方に関する検討会（第 1 回）議事録」2015.7.17, pp.21, 26-27. 同 <https://www.fdma.go.jp/singi_kento/kento/items/kento169_03_giziroku01-01.pdf>

³² 消防庁「平成 27 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」2016.3, p.7. <https://www.fdma.go.jp/singi_kento/kento/items/kento169_15_houkokusyo.pdf> 救急搬送では、傷病者を一の医療機関から他の医療機関へ搬送する「転院搬送」が一割弱を占める（図 2 注 3 参照）。救急搬送件数が増大する中で、転院搬送が消防機関の救急業務のひっ迫に影響を及ぼしている地域が見られるほか、三次救急医療機関に搬送された中等症の患者が入院することにより病床がひっ迫し、新たな重症患者が受け入れられない事態も懸念されている。ただし、転院搬送の割合は地域によって大きく異なり、また、転院搬送の多さは問題ないと回答している消防本部もある。総務省消防庁「令和 6 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」2025.3, pp.52-54, 65. <https://www.fdma.go.jp/singi_kento/kento/items/post-151/02/houkokusyo.pdf>; 厚生労働省保険局医療課「令和 6 年度診療報酬改定の概要【重点分野 I（救急医療、小児・産科医療、がん医療）】」2024.3.5, p.4. <<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001252074.pdf>>

³³ 救急車の実質有料化などと表現されることもあるが、救急搬送そのものの費用が請求されるわけではない。

³⁴ 「患者のみなさまへ 医療機関の機能・役割に応じた適切な受診を行うようお願いいたします。」厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000963828.pdf>> 選定療養費について定めた告示（厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成 18 年厚生労働省告示第 495 号））では、選定療養の対象について、「緊急その他やむを得ない事情がある場合に受けたものを除く」と規定されている。

³⁵ 厚生労働省保険局医療課「疑義解釈資料の送付について（その 1）」2018.3.30, p.医科 44. <<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000202132.pdf>>

³⁶ 一次二次救急医療体制あり方検討会議「一次二次救急医療体制あり方検討について（第四次報告）」2025.9.24, pp.1-3. 松阪市ウェブサイト <<https://www.city.matsusaka.mie.jp/uploaded/attachment/98416.pdf>>

³⁷ 「救急搬送における選定療養費の徴収について」2026.3.26 更新. 茨城県ウェブサイト <https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/iryu/iryu/isei/sentei_ryoyohi.html>

ている³⁸。他方で、選定療養費の徴収判断の平準化や、特に学校等において救急車の要請を躊躇（ちゅうちょ）することへの懸念等が課題として指摘されている³⁹。

(2) 救急現場での応急処置・医師の現場出動

(i) バイスタンダーの役割

病院外の突然の心停止について、その場に居合わせた者（バイスタンダー）が心肺蘇生、特に自動体外式除細動器（AED）を用いた心肺蘇生を行った場合、何もしなかった場合に比べて発症1か月後の生存率や社会復帰率が高いことが知られている⁴⁰。救急車の現場到着所要時間が延伸する中、バイスタンダーの役割が重要視される一方で、課題も指摘されている⁴¹。

バイスタンダーによる応急救護の実施を妨げる要因となり得るものとして、善意で応急救護を行った者がその結果について法的責任を問われることへの懸念があるとされる⁴²。また、応急救護を行ったバイスタンダーが心的外傷後ストレス障害（PTSD）等を発症することもあり、心理的ケア等のサポート体制の整備も課題となっている⁴³。しかし、消防庁が全国720の消防本部に対して実施したアンケート調査によれば、38.6%の消防本部はバイスタンダーのサポートをする取組を特に実施していない⁴⁴。

³⁸ 松阪市では、令和6（2024）年6月～令和7（2025）年5月の救急搬送件数が前年同期比で10.6%減少し、搬送者に占める軽症者の割合も、55.4%から50.0%へと減少した。一次二次救急医療体制あり方検討会議 前掲注(36), pp.14-15, 17-18. また、茨城県では、令和6（2024）年12月～令和7（2025）年11月の救急搬送が前年同期比で4.2%減少し、軽症等の救急搬送も46.8%から41.9%に減少した。茨城県保健医療部「救急搬送における選定療養費の徴収に関する徴収開始から1年間の検証結果について」2025.12.25, pp.4, 6. <<https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/iryo/iryo/isei/documents/kenshoukekka2412-2511.pdf>>

³⁹ 松阪市において、制度開始後1年間で選定療養費を徴収された者は、救急車で搬送された病院収容者の9.9%、病院に収容された後に入院せず帰宅した患者の19.3%であった。徴収されなかった患者の内訳としては、緊急の患者等、医師の判断によるものが52.6%を占めた。一次二次救急医療体制あり方検討会議 同上, pp.3-5. 茨城県では、制度開始後1年間に対象病院が受け入れた救急搬送における徴収率は3.5%であり、期間の経過とともに徴収率は減少傾向であるとされた。茨城県保健医療部 同上, pp.1, 14-17. 学校現場からの要請については、保護者の費用負担を招くことで救急車の要請をためらう等の懸念があるため、同県の一部の自治体において、選定療養費の徴収対象となった場合に保護者の支払い分を全額補助する制度を始めたことが報じられている。「水戸市 「選定療養費」全額補助 学校現場 市内68施設など対象」『読売新聞』（茨城版）2025.7.1.

⁴⁰ 佐藤・林編 前掲注(17), pp.35-36. 令和6（2024）年中に一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者に一般市民が心肺蘇生を実施した場合の1か月後生存率は15.3%、1か月後社会復帰率は10.4%であり、中でもAEDを実施した場合はそれぞれ53.6%、44.4%であった。これらは、一般市民が心肺蘇生を実施しなかった傷病者の1か月後生存率（7.9%）や1か月後社会復帰率（3.7%）に比べて高かった。総務省消防庁「令和7年版 救急・救助の現況」前掲注(19), pp.67, 74.

⁴¹ 「秋葉原殺傷17年 被害者手当て 心に傷 絶望の現場 忘れられぬ感覚」『読売新聞』2025.6.8.

⁴² 応急救護は、民法（明治29年法律第89号）上の緊急事務管理（第698条）として法的保護の対象になると解釈されているものの、救助行為の奨励を目的として救護者の法的責任の軽減を定めた、いわゆる「よきサマリア人法」のような規定はない。小西 前掲注(8), pp.95-126; 日本賠償科学会・日本救急医学会「救護者保護に関わる法的整理（法制化）についての提言」2023.12.2. <https://www.jaam.jp/info/2023/files/20231213_1.pdf>

⁴³ 田邊 前掲注(25), pp.1610-1611; 「秋葉原殺傷17年 被害者手当て 心に傷 絶望の現場 忘れられぬ感覚」前掲注(41); 「事件・事故現場に居合わせ救助協力、心の傷深く 自治体、医療費補償や見舞金」『日本経済新聞』2025.5.30.

⁴⁴ 総務省消防庁「「救急救命体制の整備・充実に関する調査」及び「メディカルコントロール体制等の実態に関する調査」結果報告書」2025.3, p.140. <https://www.fdma.go.jp/singi_kento/kento/items/post-151/03/sankoushiryou.pdf> 千葉市では、千葉市消防局と千葉市立海浜病院救急科とが連携して心のケアを行う「バイスタンダーサポート外来」を開設しており、東京消防庁や横浜市、名古屋市では、応急手当の実施により傷害を負った場合や傷病者の血液等に曝露（ばくろ）したことにより感染症への罹患（りかん）が疑われる場合、実施した心肺蘇生法等に対して損害賠償請求等がなされた場合などに見舞金を支給する「バイスタンダー保険」制度を導入している。

(ii) 救急救命士の業務の拡大とメディカルコントロール（MC）体制の拡充

救急救命士の資格創設時、救急救命士の資格を有する救急隊員は、医師の具体的指示の下で心肺機能停止状態に陥った傷病者に対して三つの特定行為（①半自動式除細動器による除細動、②静脈路確保のための輸液（点滴）、③特定の器具による気道確保⁴⁵）を行うことができるとされた⁴⁶。しかし、消防機関においては、資格創設の議論が行われた当時から、救急救命士が行うことができる行為として、気管（内）挿管の実施や薬剤の投与等を望む声があり、平成 7（1995）～9（1997）年頃から救急救命士の処置の範囲拡大が論じられるようになった⁴⁷。これに対し、厚生省の検討会は、救急救命士の業務内容充実の前提として、救急救命士等が行う処置の質を医師が保障するメディカルコントロール（MC）体制の構築がまず必要であるとした⁴⁸。その後の消防庁の検討会は、MC 体制の構築には、①常時かつ迅速・適切な指示、指導・助言体制の構築、②救急活動の事後検証体制の構築、③救急救命士の再教育体制の充実が必要であるとした⁴⁹。平成 13（2001）年 7 月、消防庁と厚生労働省から同時に通知が発出され、各都道府県において MC 体制の整備が進められることとなった⁵⁰。以後、救急救命士が医師の具体的指示の下で行うことができる行為（特定行為）として、平成 16（2004）年に心肺機能停止状態の患者に対する気管挿管、平成 18（2006）年にエピネフリン（アドレナリン）の投与が追加されるなど、救急救命士の業務の範囲は段階的に拡大された⁵¹。

令和 3（2021）年には、高齢化の進展に伴う救急医療ニーズの増加や医師から他職種へのタスクシフト・シェア（業務の移管・共同化）を進める観点から、それまで医療機関到着までに限られていた救急救命士の活動範囲を拡大する法改正が行われた⁵²。

⁴⁵ 食道閉鎖式エアウェイ及びラリングアルマスクによる気道確保が認められた。より高度な技術を要する気管内チューブによる気道確保（気管（内）挿管）は、危険を伴う等の理由から後の検討課題とされた。第 120 回国会衆議院社会労働委員会議録第 9 号 平成 3 年 4 月 12 日 p.10.（長谷川慧重政府委員答弁）

⁴⁶ 救急救命士の行う救急救命処置として、「救急救命処置の範囲等について」（平成 4 年 3 月 13 日指第 17 号厚生省健康政策局指導課長通知）において 19 項目の処置が列挙された。このうち、心肺機能停止状態の患者に対する①～③の救急救命処置は、救急救命士法第 44 条第 1 項及び救急救命士法施行規則（平成 3 年厚生省令第 44 号）第 21 条により、医師の具体的指示を必要とするものとされた。

⁴⁷ 東京消防庁救急部 前掲注(12), pp.26-34; 日本救急医学会メディカルコントロール体制検討委員会・日本臨床救急医学会メディカルコントロール検討委員会監修、救急医療におけるメディカルコントロール編集委員会編『救急医療におけるメディカルコントロール 第 2 版』へるす出版, 2017, p.9.

⁴⁸ 「病院前救護体制のあり方に関する検討会報告書」2000.5. 厚生労働省ウェブサイト <https://www.mhlw.go.jp/www1/shingi/s0005/s0512-3_10.html> この報告書において、メディカルコントロールとは、救急現場から医療機関へ搬送されるまでの間において、救急救命士等が医行為を実施する場合、当該医行為を医師が指示又は指導・助言及び検証してそれらの医行為の質を保障することを意味するとされた。

⁴⁹ 総務省消防庁「救急業務高度化推進委員会報告書」2001.3. <https://www.fdma.go.jp/singi_kento/kento/items/kento263_01_130409kyukyu.pdf>

⁵⁰ 「救急業務の高度化の推進について」（平成 13 年 7 月 4 日付け消防救第 204 号消防庁救急救助課長通知）；「病院前救護体制の確立について」（平成 13 年 7 月 4 日付け医政指発第 30 号厚生労働省医政局指導課長通知）

⁵¹ 「救急救命士について」（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 資料 4）2022.6.15. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000951126.pdf>> 平成 21（2009）年には、妊婦のいわゆる「たらい回し」等が社会問題となったことを受けて消防法が改正され（消防法の一部を改正する法律（平成 21 年法律第 34 号））、消防と医療の連携により救急患者の搬送・受入れがより円滑に行われるよう、①都道府県が救急患者の搬送・受入れの実施基準を定め、②当該実施基準に関する協議等を行うための消防機関、医療機関等を構成員とする協議会を設置することとされた。実施基準を策定する協議会については、既存の MC 協議会を活用することが有効であると考えられた。佐藤・林編 前掲注(17), p.26; 消防庁編『消防白書 平成 21 年版』日経印刷, 2009, pp.1-5. MC 体制は、消防庁と厚生労働省の共管領域である。紛争や混乱を招きがちで成果を生むことが難しいと想定される共管政策にあって、MC は一定程度の成果を生んでいるとする分析が見られる。小西 前掲注(8), pp.154-155.

⁵² 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（令和 3 年法律第 49 号）による救急救命士法の改正。この法律では、診療放射線技師法（昭和 26 年法律第 226 号）、臨床検

医療機関到着後入院前の重度傷病者に対する救急救命処置の実施が可能となった救急救命士は、医師や看護師の負担軽減に大きな役割を果たしているとされる⁵³。ただし、救急救命士の救急救命処置の対象が入院前の重度傷病者に限られ入院患者の急変時に対応できないことや、救急救命士養成課程において医療機関内での業務に関する教育がまだ十分に行われていないこと等の課題が指摘されている⁵⁴。

(iii) ドクターヘリ・ドクターカー

ドクターヘリ（救急医療用ヘリコプター）は、機内に初期治療に必要な医療機器や医薬品を装備・搭載しており、搭乗した医師が現場到着後に速やかに傷病者を治療し、適切な医療機関へ搬送するものである。都道府県が導入し、都道府県の要請によりドクターヘリ基地病院の救命救急センターが運営を行っている⁵⁵。国と都道府県が費用を負担し、現在では実質的に全国配備が完了している⁵⁶。ドクターヘリは、緊急性の高い場合、山間地や離島などのほか、大規模災害時の活動等が見込まれている⁵⁷。ただし、ドクターヘリは安全運航を最重視して有視界飛行方式を原則としており、悪天候時や夜間には基本的に運航できない⁵⁸。また、運営資金不足や専門の医療人材の不足が指摘されており⁵⁹、近年は、整備士不足のためドクターヘリが運航できない事態も発生している⁶⁰。

ドクターカーは、緊急度・重症度の高い患者を病院外で診療するため、診療に必要な医療機器・医薬品等を搭載し、医師が搭乗した緊急自動車であり、傷病発生現場への出動、施設間搬送、在宅支援などに用いられている。ドクターカーには、医療機関の所有するものとして、患者搬送機能を有する救急車タイプのもの、医師の搬送を目的とし患者搬送機能を有さない乗用車タイプのものなどがあり、消防機関が所有するものもある⁶¹。都市部などヘリコプターの

査技師等に関する法律（昭和33年法律第76号）、臨床工学技士法（昭和62年法律第60号）の改正も行われ、各職種の業務範囲が拡大された。

⁵³ 湯本哲也ほか「救急搬送件数の急増と働き方改革への対応—岡山大学の取り組み—」『日本臨床救急医学会雑誌』27(6), 2024, p.768.

⁵⁴ 田邊晴山「医療機関に勤務する救急救命士とのチーム医療—関係する法令・制度の現状・課題—」『救急医学』582号, 2023.5, p.498; 岸田全人・根本学「医療機関における救急救命士雇用のリアル・問題点」『救急医学』582号, 2023.5, p.508.

⁵⁵ 「ドクターヘリを知る 運営の仕組み」HEM-Net ウェブサイト <<https://hemnet.jp/know-management>> ドクターヘリの所管は厚生労働省であり、原則として重症患者の搬送に利用される。病院や民間団体が自前で運営する民間の医療搬送用ヘリコプターは、症状が比較的軽い患者の搬送等に用いられている。「ヘリ縮小 離島医療不安 壱岐沖事故で一部休止 住民「なくてはならない存在」」『読売新聞』（西部本社版）2025.4.30. このほか、救急現場等から救急患者を搬送する手段として、消防・防災ヘリコプターのほか、警察、海上保安庁、自衛隊のそれぞれが所管するヘリコプターなどがある。小濱編著 前掲注(6), p.35.

⁵⁶ 超党派の議員立法による「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法」（平成19年法律第103号）に基づき、運航経費に対する特別交付税措置により都道府県の財政負担が軽減されたことにより、導入が加速したとされる。小濱編著 同上, pp.24-25; 益子邦洋・益子一樹「わが国におけるドクターヘリ運用の歴史・現況・課題」『救急医学』573号, 2022.8, pp.888-889.

⁵⁷ 日本救急医学会指導医・専門医制度委員会、日本救急医学会専門医認定委員会編 前掲注(8), pp.48-49; 「ドクターヘリを知る」HEM-Net ウェブサイト <<https://hemnet.jp/know-about>>

⁵⁸ 消防・防災ヘリコプターや警察・海上保安庁・自衛隊のヘリコプターは夜間運航を行っている。日本救急医学会指導医・専門医制度委員会、日本救急医学会専門医認定委員会編 同上, pp.48-49, 53-54.

⁵⁹ 「道北ドクターヘリ奮闘中 毎年赤字、機体広告増に期待」『日本経済新聞』（地方経済面 北海道）2026.1.16.

⁶⁰ 「ドクターヘリ運航危機 休止中 車などで代替 99件 関西広域連合」『読売新聞』（大阪本社版）2025.11.25.

⁶¹ 日本病院前救急診療医学会「ドクターカーの定義と分類（日本病院前救急診療医学会）」2019.12.24. <https://square.umin.ac.jp/jspm/dokuta-car_teigi.pdf>; 厚生労働省医政局地域医療計画課「ドクターカー運行マニュアル 第2版」2024.3, pp.4-9, 11. <<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001537597.pdf>> 救急医療対策事業実施要綱（前掲注(7)参照）上、救命救急センターは、必要に応じてドクターカーを有するものとされている。

着地点が確保できない場所や、夜間や悪天候時でも出動が可能である点が強みとされる⁶²。また、ドクターカーの活用により診療を「前倒し」することで、搬送受入医療機関における医療スタッフの待機時間を減らし、業務改善につなげている事例も報告されている⁶³。しかし、ドクターカーを24時間体制で運用している病院は、保有する病院の約2割にとどまる。その背景として、乗り込む医師や運転手の不足のほか、購入費用等について病院の「持ち出し」が多いことも指摘されている⁶⁴。

2 医療機関の体制

(1) 情報通信技術（ICT）の活用

自治体において、内科や小児科領域の軽症患者への夜間や休日のオンライン診療提供により救急医療体制を補完する動きが見られる⁶⁵。オンライン診療の導入により、救急車の出動抑制、対面診療を行う初期救急医療機関の負担軽減、医師の高齢化や医師不足への対応、患者の受診判断や在宅医療の補助等につながることを期待されている。他方で、導入に当たっては、地域医師会やかかりつけ医との調整・連携の必要性、オンライン診療に対応する医師の確保、薬の配送・受渡し、患者のオンライン診療への理解・周知、救急安心センター事業（#7119）や消防本部等との連携などについて、課題が指摘されている⁶⁶。

三次救急医療機関の専門医が二次救急医療機関に対して画像などを共有した上で必要に応じてオンラインで助言する仕組み等も導入されている。高精度の初期対応を迅速に行うことで不必要な転院のリスクを低減することや、三次救急医療機関における手術等の受入態勢を整えることなどにより、救急医療の充実を図ることが期待されている⁶⁷。

(2) 救急搬送の受入れ

救急医療は、夜間・休日の勤務が避けられず、精神的・肉体的負担が大きいという業務特性

⁶² 田邊 前掲注(25), p.1613.

⁶³ 「成果は職員の働き方改善と地域の人材育成」『医薬経済』1748号, 2026.1.15, pp.56-57.

⁶⁴ 初期投資として高規格救急車は約1800万円、一般車両は数百万円のコストが掛かるほか、毎年の経費として運転手の確保や車両の保守点検等の車両運行委託費、医師・看護師等の人件費が掛かる。日本救急医学会指導医・専門医制度委員会, 日本救急医学会専門医認定委員会編 前掲注(8), p.47; 「ドクターカー「24時間」2割」『読売新聞』2023.6.18. こうした状況に対し、クラウドファンディングで資金を調達して病院救急車を購入する動きも見られる。「新しい救急車 費用募る 自治医大付属さいたま医療センター CF」『読売新聞』（埼玉版）2025.8.30; 「クラファン救急車 寄付3千万円超 北本の病院」『朝日新聞』（埼玉版）2025.10.3等

⁶⁵ オンライン診療導入の契機は様々であり、例えば埼玉県秩父地域では、二次救急医療の輪番制の担い手が2病院に減少したことから導入された。山口県防府市では、夜間の内科の初期救急がなく、軽症患者が徒歩や自家用車等の救急搬送以外の手段により二次・三次の救急医療機関を受診していた事情がある。千葉県野田市では、複数の病院で初期救急の受入れが困難となったことが契機となった。「夜間のネット診療 開設 ちちぶ医療協議会 テレビ電話通じ診察」『読売新聞』（埼玉版）2025.7.5; 株式会社日本総合研究所「救急医療機関受診の適正化に向けた、軽症の急性疾患等に対応するための遠隔医療等の活用に関する調査研究 報告書」（令和6年度医療施設運営費等補助金厚生労働省 地域医療基盤総合推進調査事業）2025.3, pp.19-21. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/001482538.pdf>>

⁶⁶ 株式会社日本総合研究所 同上, pp.36-41.

⁶⁷ 「救急現場 オンライン支援 鳥取大病院 システム導入 安来市立病院へ助言など」『読売新聞』（鳥取版）2025.12.5; 安居睦「遠隔救急支援システムを活用した救急医療体制について」（令和4年度第2回医療政策研修会第2回地域医療構想アドバイザー会議 資料18）2023.1.20. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001040968.pdf>>; 影治照喜ほか「スマートデバイスとインターネットを用いた医療過疎地域での脳卒中支援システムの導入」『脳卒中』37(2), 2015, pp.89-95.

を有するため、医師・看護師の成り手が少なく、慢性的な人手不足に陥っているとされる⁶⁸。救急外来に特化した看護職員配置基準がないことや、多くの二次救急医療機関において看護師が救急外来に専従しておらず、他の外来・病棟と兼務しつつ患者状況に合わせ流動的に救急対応していることなどから、救急に対応できない場合もあるとされている⁶⁹。

他方で、いわゆる「断らない救急」を掲げる病院も存在し、そうした病院を有する地域では、救急搬送時間が短く、搬送困難事例もほとんど発生していないとの研究も見られる⁷⁰。ただし、「断らない救急」の受入体制の維持には人的・物的資源に多大な負担を伴うとされる⁷¹。また、満床を理由とした不応需⁷²をなくすために救急外来での入院待機が長時間に及び入院までの療養環境の質が低下し得ることや、入院待機中は診療報酬上入院ではなく外来として扱われるため病院の収益に影響すること等が問題点として挙げられている⁷³。

令和 8 (2026) 年度の診療報酬改定では、「救急外来医学管理料」が新設され、夜間・休日等に救急搬送された患者に対し必要な医学管理を行うことへの評価だけでなく、夜間・休日等の救急搬送以外の手段による救急外来受診や日中の救急搬送への対応も評価の対象とされるなど、救急外来受診対応の評価が拡充した⁷⁴。

(3) 救急医療機関の役割分担の明確化

生産年齢人口の急激な減少が見込まれる我が国の医療提供体制については、集約すべき機能と分散すべき機能のバランスをとる必要性、すなわち、広域的な拠点となる基幹病院には医療資源を多く必要とする専門的な医療を集約し、日常的で頻度の高い医療ニーズに対応する診療機能のある程度身近な地域で確保する必要があるとされる⁷⁵。

⁶⁸ 新井悟「地域における救急医療—高齢者救急を中心として—」『日本臨床』1289号, 2025.11, p.1618. 令和6(2024)年4月以降、勤務医に時間外・休日労働時間の上限規制が適用される、いわゆる「医師の働き方改革」により大学からの医師の派遣が減り、救急医療の縮小や撤退等の懸念も示されていたが、日本医師会が同年8月に実施した調査では、救急医療体制への大きな影響は生じていないとされた。「医師の働き方改革と地域医療への影響に関する調査結果を公表」2024.11.20. 日本医師会ウェブサイト <<https://www.med.or.jp/nichiionline/article/011926.html>> なお、同年11月に医師を対象に実施された民間のアンケート調査では、二次救急病院において、労働時間規制の対象から除外される宿日直許可を得て、実態としては救急外来の夜勤を行っているという医師の声などが寄せられており、働き方改革の影響については、今後の更なる調査結果等を注視する必要がある。佐藤真希「勤務医58.4%「宿日直許可が多すぎる」」2024.11.23. m3.com ウェブサイト

⁶⁹ 任和子「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」(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)1. 総括研究報告書)2022.10.17, pp.2, 61. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202006046C-sokatsu_0.pdf>

⁷⁰ 行政が政策的に主導しているというより、医師が主体的な取組として「断らない救急」を実践している地域とされる。高久玲音「救急医療と急性期の医療提供体制」『週刊社会保障』79(3325), 2025.7.14, pp.42-47.

⁷¹ 救命救急センターや二次救急医療機関の大半は、休日や夜間も医師や看護師等を配置し、検査体制を整えている。大友康裕「救命救急センターの役割」『日本臨床』1289号, 2025.11, pp.1603-1604; 小川洋輔「24時間体制の救急外来、スタッフ配置など診療報酬で評価されず」2025.11.28. m3.com ウェブサイト 救急医療は突発的な患者対応が多く、効率的な運営が困難であり、救急搬送受入件数が多くなるほど医業収益率は低くなる傾向が指摘されている。新井 前掲注(68)

⁷² 消防本部による医療機関への傷病者の搬送依頼に対して、医療機関が要請に応じた受入れを行わないこと。

⁷³ 「救急1万8000件・応需率99.9%の秘訣は、湘南鎌倉総合病院」2026.1.30. m3.com ウェブサイト 「断らない救急」を実現するためには、緊急度の低い人の待ち時間の長さ、先端医療に直ちにつなげない可能性を残すこと、医療費の高騰など、何かを諦める必要があるとの指摘も見られる。「断らない救急」への課題 予算伴う制度で現場支援を」『日経速報ニュースアーカイブ』2025.10.5.

⁷⁴ 「令和8年度診療報酬改定 10.重点的な対応が求められる分野(救急医療・小児周産期医療)」pp.2-9. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001680843.pdf>>

⁷⁵ 医療スタッフが分散し手薄になると、医療現場に過重労働をもたらすことや、重症患者への対応能力が限定的になることが指摘されている。村上正泰「高齢者救急の急増と医療機能の集約化・分散化」『病院』82(6), 2023.6, p.481.

近年の救急搬送患者の多くを占め、今後更なる増加が見込まれる高齢の救急患者については、非典型的症状（典型的な症状を呈さない。）や疾患併存・多剤服用、認知機能の低下など多面的かつ複雑な様相を呈することから、重症度の判定や搬送先の選定が極めて困難である上、急性期の対応に加え、回復・在宅移行等を見据えた対応が必要とされる⁷⁶。

このような状況に対し、従来の急性期疾患を中心とした救急医療体制を見直し、地域包括ケアシステム⁷⁷や在宅医療と一体となった高齢者対応型の救急医療システムへの転換が検討されている。2040年頃を見据えた新たな地域医療構想⁷⁸では、基本的な方向性として、①増加する高齢者救急への対応、②増加する在宅医療需要への対応、③医療の質や医療従事者の確保、④地域における必要な医療提供の維持を中心として、限りある医療資源を最適化・効率化しながら、医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築する必要性が打ち出されている⁷⁹。医療機関は、遅くとも令和10（2028）年度までに、高齢者救急・地域急性期機能（高齢者救急・地域急性期に関する診療機能）、急性期拠点機能（急性期の総合的な診療機能）、在宅医療等連携機能（在宅医療・訪問看護の提供、地域との連携機能）、専門等機能（特定の診療科に特化した手術等を提供）という四つの機能のいずれかの機能を2040年に向けて担う医療機関機能として都道府県に報告することとされている⁸⁰。今後、現在の三次救急医療機関や二次救急医療機関が地域において担う役割が再定義されていくことも想定されている⁸¹。

おわりに

救急医療体制は、社会情勢の変化とともに、その形を変えてきた。現在は、生産年齢人口が減少し救急医療の担い手が限られる中で、更なる高齢化及びそれに伴う疾病構造の変化に対応しつつ救急医療体制を維持する道が模索されている。新たな地域医療構想を含め、今後の救急医療体制がどのように構築されていくか、その行方が注視される。

⁷⁶ 新井 前掲注(68), pp.1617-1620.

⁷⁷ 地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制のこと。

⁷⁸ 前掲注(4)

⁷⁹ 新たな地域医療構想等に関する検討会「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」2024.12.18, pp.5-6. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001357306.pdf>>

⁸⁰ 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 前掲注(4), pp.10-14; 同上, pp.17-19. 複数の機能を報告することも可能である。なお、令和8年度診療報酬改定では、新たな地域医療構想における「急性期拠点機能」を見込んだ「急性期病院一般入院基本料」が新設され、その算定の要件として一定の救急搬送件数や手術実績が求められるなど、病院単位の機能に着目した評価体系が盛り込まれている。「「治す医療」を担う急性期病院の評価で新たな選択肢設ける—令和8年度診療報酬改定の紹介—」『社会保険旬報』2993号, 2026.3.11, pp.6-11.

⁸¹ 救命救急センターは地域の急性期医療を統合する中核拠点となり、二次救急医療機関の一部は「高齢者救急・地域急性期機能」を担い、残りの一部は「在宅医療等連携機能」を担うことが求められるとする見解も見られる。大友前掲注(71), p.1608.