

**JRC 蘇生ガイドライン 2020 及び救急蘇生法の指針 2020（医療従事者用）
を踏まえた救急活動プロトコルの考え方について**

「JRC 蘇生ガイドライン 2020」（以下「ガイドライン」という。）において提案・推奨された救急隊員等の活動に関連する項目（1～9）について、「令和3年度救急業務のあり方に関する検討会」（以下「検討会」という。）における検討結果を（1）のとおりとし、当該検討結果と、検討会後に示された「救急蘇生法の指針 2020（医療従事者用）」（以下「指針（医療従事者用）」という。）の内容を踏まえた救急隊の対応については（2）のとおりとする。

【以下1～9項目における構成】

- （1） 検討会における検討結果等（検討会報告書）
 - ア ガイドラインの提案・推奨内容
 - イ 検討会における検討結果
- （2） （1）及び指針（医療従事者用）を踏まえた救急隊の対応

1 成人の一次救命処置 について

(1) 検討会における検討結果等（検討会報告書）

ア ガイドラインの提案・推奨内容

- ・ 医療用 BLS アルゴリズムにおける心停止の判断では、10 秒以内に呼吸の確認と頸動脈の拍動を触知して脈拍の有無を評価することとされた。また、この段階では、気道確保は行わずに、胸と腹部の動きを注視することで迅速に呼吸状態を評価することとされた。
- ・ 訓練を受けた医療従事者に対しては、FBAO（異物による気道閉塞）による心停止傷病者において、マギール鉗子を用いた FBAO の解除を考慮することが提案された。
- ・ その他、AED におけるパッドの名称変更や、意識があり有効な咳ができない FBAO の傷病者に対してまず「背部叩打法」を実施する点等は、一般市民と同様の提案・推奨となっている。

イ 検討会における検討結果

- ・ マギール鉗子を用いた FBAO の解除に関しては、反応がなくなった場合に速やかに胸骨圧迫を行う必要がある点に変わりはないことから、救急隊現着時に意識・循環がない場合等においては、従来どおり胸骨圧迫から CPR を開始することとする。

(2) (1) 及び指針（医療従事者用）を踏まえた救急隊の対応

[心停止の判断]

- 心停止の判断に関するガイドラインの提案・推奨については、検討会の検討結果及び指針（医療従事者用）を踏まえて以下のとおり整理する。
 - 心停止の判断は、正常な呼吸の有無と、頸動脈（乳児は上腕動等）における確実な脈拍の有無の確認により、10 秒以上をかけずに行う。
 - 正常な呼吸の有無を確認する段階では、気道確保は必須ではなく、胸と腹部の動きに注目して迅速に評価する。ただし、熟練者が気道確保と脈拍触知を同時に行うことを否定するものではない。
 - 呼吸がない場合又は死戦期呼吸など正常でない呼吸が認められる場合には、脈拍を確実に触知できなければ心停止と判断する。呼吸の判断に自信がもてない場合や判断に迷う場合にも、脈拍を確実に触知できなければ心停止とみなす。
 - 脈拍を確実に触知できた場合には、胸骨圧迫の必要はなく、呼吸状態に応じて、気道確保や人工呼吸を行う。脈拍の有無の判断に自信がもてないときは呼吸の観察のみに基づいて、速やかに CPR を開始する。

〔気道異物除去（反応がなくなった場合）〕

- 気道異物除去（反応がなくなった場合）に関するガイドラインの提案・推奨については、検討会の検討結果及び指針（医療従事者用）を踏まえて以下のとおり整理する。
- 気道異物による窒息で反応がなくなった場合には、ただちに胸骨圧迫から CPR を開始する。人工呼吸の際に気道を確保するたびに口腔内を確認し、異物が固形物で視認できる場合は指でかき出しても良いが、盲目的指拭は行わない。資器材が準備でき次第、喉頭鏡を用いて異物を確認し、異物が確認できれば、マギール鉗子・吸引器等を用いて除去を行う。この点については、従来と変わりはない。
- なお、救急隊現着時点では、既に意識がなく、気道異物による窒息等の情報が不明であることも考えられるが、検討会の検討結果のとおり、反応・呼吸・脈拍等の確認により速やかに CPR の開始を判断するとともに、関係者からの情報や人工呼吸の換気状況から異物による気道閉塞が疑われる場合には、上記と同様に気道異物除去の対応を加える。この点についても、従来と変わりはない。

2 固い支持面での CPR

(1) 検討会における検討結果等（検討会報告書）

ア ガイドラインの提案・推奨内容

- ・ エビデンスレベルは高くないが、可能であれば固い支持面の上で CPR を行うことが提案されている。一方で、病院内においては、胸骨圧迫の改善のメリットよりも、患者をベッドから床に移動させることによるリスク（CPR の中断、狭隘な活動スペース等）が上回る場合があることから、ルーチンで移動させないこととされている。

イ 検討会における検討結果

- ・ 救急活動においては、ガイドラインに記載のとおり、現場の状況等から可能であれば、固い支持面の上で CPR を行うべきと判断する。

(2) (1) 及び指針（医療従事者用）を踏まえた救急隊の対応について

- ガイドラインにおいては、胸骨圧迫の深さを改善するため、可能であれば固い支持面での CPR が提案されている。一方で、エビデンスレベルは高くなく、ベッドから床へ移動させる場合などは CPR の中断のリスクが上回る場合があるとしている。
- 指針（医療従事者用）においては、胸骨圧迫を床や堅牢なストレッチャー上で行うことは効果的であり背板等の使用を考慮しても良いとし、その際には胸骨圧迫の開始の遅れや中断時間を最小にすることを求めているが、胸骨圧迫の深さを改善する目的でベッド上の患者を床に移動させる必要はないとしている。
- 以上のことから、検討会の検討結果及び指針（医療従事者用）を踏まえて以下のとおり整理する。
 - 救急現場においても、胸骨圧迫の深さを改善する目的で固い支持面に移動する場合には、その準備や移動に伴うリスク（CPR の開始の遅れや中断等）を考慮する必要がある。固い支持面への移動はルーチンで行うのではなく、検討会での検討結果のとおり、現場の状況（傷病者がいる支持面が柔らかく十分な深さが確保できない等）から判断する。移動させる場合には、その準備、移動等に伴う胸骨圧迫の開始の遅れや中断時間は最小限にする。

3 心停止中の高度な気道確保

(1) 検討会における検討結果等（検討会報告書）

ア ガイドラインの提案・推奨内容

- ・ 院外心停止における気管挿管（気管内チューブによる気道確保）の成功率によって、高度な気道確保戦略を変えることが提案されている。一方、気管挿管の成功率でデバイスの選択を行うとの提案は現実的でなく、使用する高度な気道確保デバイスを推奨するためには、地域における気管挿管成功率（定義の統一も必要）に基づいた検証が必要であるとの見解が示されている。

イ 検討会における検討結果

- ・ 気管挿管の成功率のみにより高度な気道確保戦略を変えるのではなく、あくまで現場活動の状況から適したデバイスの選択が必要と判断する。
- ・ また、地域 MC 体制下において、気管挿管の成功率を含めた課題等を把握し、教育体制の充実も含め、救命率の向上のために必要な対策を検討すべきである。

(2) (1) 及び指針（医療従事者用）を踏まえた救急隊の対応について

- ガイドラインでは、院外心停止における気管挿管（気管内チューブによる気道確保）の成功率によって、高度な気道確保戦略を変えることが提案されている一方、現状では、成功率の高低を分ける正確な値や範囲、合意された定義はないとされている。
- 指針（医療従事者用）においては、気管挿管の成功率や施行率の定義、成功率の基準等も含めた今後の更なる検討が必要とされている。
- また、気管挿管は気道確保法として最も確実な方法である一方、一定のリスクを伴う処置であるとともに、気管挿管を行う者への教育と、普段からの継続的なトレーニングが必須とされている。
- 以上のことから、検討会の検討結果及び指針（医療従事者用）を踏まえて以下のとおり整理する。
 - 検討会の検討結果のとおり、気管挿管の成功率のみにより高度な気道確保戦略を変えるのではなく、あくまで現場活動の状況から適したデバイスを選択する。
 - また、救急活動における高度な気道確保（成人）については、「JRC 蘇生ガイドライン 2015 に基づく救急活動プロトコルについて」（平成 29 年 3 月 30 日付け消防救第 41 号消防庁救急企画室長通知。以下「平成 29 年通知」という。）の別紙③における次の考え方等から変更はない。
 - ・ 最初に選択する高度な気道確保は、声門上気道デバイス又は気管チューブにより実施する。

- ・ ラリングアルマスク等の声門上気道デバイスを挿入した上で、実際に気道確保が困難な結果が得られなければ気管内チューブによる気道確保が行えないということではない。吐物等によりラリングアルマスク等の声門上気道デバイスでの気道確保が困難なことがあらかじめ想定される状況であれば、気管内チューブによる気道確保の適応と解釈できる。 等
- なお、検討会の検討結果のとおり、地域 MC 体制下において、気管挿管の継続的な教育体制の充実も含め、救命率の向上のために必要な対策を検討することが望まれる。

4 CPR 中のアドレナリン投与

(1) 検討会における検討結果等（検討会報告書）

ア ガイドラインの提案・推奨内容

- ・ ショック非適応の心リズムでは、CPR 中にできるだけ早くアドレナリンを投与することが推奨される（「JRC 蘇生ガイドライン 2015」から継続）とともに、ショック適応の心リズムにおいても、CPR 中の電気ショックが不成功な場合には、できるだけ早くアドレナリンを投与することが提案されている。一方で、抗不整脈薬の使用や ECPR が可能な医療機関が近距離にある等の地域事情から、アドレナリン投与を行わず早期搬送するといったプロトコルを地域 MC で策定することも許容されるとしている。

イ 検討会における検討結果

- ・ ガイドラインに記載のとおり、ショック適応の心リズムについては、CPR 中の電気ショック不成功時にできるだけ早くアドレナリンを投与することが必要だが、投与のタイミングや適応の範囲等については、地域の事情に応じて MC 協議会で検討して決定してもよいと判断する。

(2) (1) 及び指針（医療従事者用）を踏まえた救急隊の対応について

〔初期心電図波形がショック非適応リズムの場合〕

- 初期心電図波形がショック非適応リズムの場合について、ガイドラインでは 2015 年版からの考え方を継続し、できるだけ速やかにアドレナリンを投与することが推奨されている。
- 以上のことから、検討会の検討結果及び指針（医療従事者用）を踏まえて以下のとおり整理する。
- 初期心電図波形がショック非適応リズムの場合の対応については、平成 29 年通知の別紙②における次の考え方等から変更はない。
 - ・ 初期心電図波形がショック非適応リズム（目撃がない心静止を含めてもよい）の場合、可能な限り現場で早期投与することが望ましい。
 - ・ しかし、救急現場の環境因子及び医療機関までの搬送時間を考慮し、現場で投与ができない場合及び搬送を優先する場合も考えられることから、アドレナリン投与のタイミングについては、地域 MC 協議会で決定してもよい。 等

〔初期心電図波形がショック適応リズムかつ電気ショック不成功の場合〕

- 初期心電図波形がショック適応のリズムであり、CPR 中の電気ショックが不成功な場合、ガイドラインでは、できるだけ早くアドレナリンを投与することが提案されている一方、最適なタイミングは現時点では不明とされている。
- また、抗不整脈薬の使用状況や ECPR が可能な医療機関までの距離等の地域事情に応じて、アドレナリン投与を行わずに早期搬送するといった考え方・プロトコルを地域 MC 協議会で整理することも許容されている。
- 指針（医療従事者用）においては、ショック適応例において、電気ショック後 2 分以内での早すぎるアドレナリン投与について、転帰不良との関連性を示す研究結果の存在も示している。
- 以上のことから、検討会の検討結果及び指針（医療従事者用）を踏まえて以下のとおり整理する。
 - 検討会の検討結果のとおり、**初期心電図波形がショック適応の心リズムかつ CPR 中の電気ショック不成功時においては、できるだけ早いアドレナリン投与を考慮する**。ただし、投与のために次の電気ショックが遅れたり、胸骨圧迫の中断を長引かせたりしないよう留意する。
 - なお、平成 29 年通知の別紙②における次の考え方から変更はない。
 - ・ 心停止前に静脈路確保が完了しており、その後、心停止になる場合も想定されるが、その場合、**ショック適応リズムであれば、電気ショック実施後にアドレナリン投与を直ちに行わず、2 分後に行う。**これらの手順については、ACLS 及び ICLS で推奨される手順を適応する。
 - これらを踏まえて、アドレナリン投与のタイミングや適応の範囲等については、地域の事情に応じて MC 協議会で検討して決定してもよい。

5 小児のバッグ・マスク換気

(1) 検討会における検討結果等（検討会報告書）

ア ガイドラインの提案・推奨内容

- ・ 小児の院外心停止に対して、気管挿管、声門上気道デバイスよりもバッグ・マスク換気（バッグ・バルブ・マスクによる人工呼吸）を実施することが提案されている。

イ 検討会における検討結果

- ・ これまで通り、小児にはバッグ・マスク換気を推奨し、長距離搬送の多い地域等では、教育実習体制及び事後検証体制の整備を前提に、器具を用いた気道確保について地域 MC 協議会で検討して決定してもよいと判断する。

(2) (1) 及び指針（医療従事者用）を踏まえた救急隊の対応について

- ガイドラインでは、小児の院外心停止に対して、気管挿管、声門上気道デバイスよりもバッグ・マスク換気（バッグ・バルブ・マスクによる人工呼吸）の実施が提案されている。
- 指針（医療従事者用）においても、最も重要なことは、個々の症例において常に質の高いバッグ・マスク換気を行うこととされている。
- 以上のことから、検討会の検討結果及び指針（医療従事者用）を踏まえて以下のとおり整理する。
 - 小児の人工呼吸については、平成 29 年通知の別紙④における次の考え方等から変更はない。
 - ・ バッグ・マスク換気を推奨する。
 - ・ 声門上気道デバイスの使用については、小児における解剖学的知識の習得及び小児の訓練用人形等を使った十分な訓練がされている場合において使用する。また、十分な訓練及び事後検証が前提であり、地域 MC 協議会で小児に対する声門上気道デバイスの種類や適応年齢について、十分検討すべきである。
 - ・ 搬送時間が長い地域については、十分な訓練をすることを前提に、声門上気道デバイスを使用した気道確保の有効性もあるため、小児に対する気道デバイスの使用については地域 MC 協議会にて考慮する。 等
 - 検討会の検討結果のとおり、これまで同様、小児にはバッグ・マスク換気を推奨し、長距離搬送の多い地域等では、教育実習体制及び事後検証体制の整備を前提に、器具を用いた気道確保について地域 MC 協議会で検討して決定してもよい。

6 妊婦の子宮左方移動等

(1) 検討会における検討結果等（検討会報告書）

ア ガイドラインの提案・推奨内容

- ・ 妊産婦医療用 BLS において、正常な呼吸または確実な脈拍がある場合には、妊娠子宮による腹部大血管の圧迫を解除するため、左側臥位を考慮することが提案されている。
- ・ 妊娠後半の妊婦の CPR 時には、仰臥位で蘇生行為の質を保ちながら、用手的子宮左方移動を行うことを提案されている。一方で、胸骨圧迫の中断や遅延に繋がらないよう、人員が充足している場合に行うものとされている。

イ 検討会における検討結果

- ・ 救急車の構造等も考慮しながら、正常な呼吸または確実な脈拍がある場合には、観察等の支障とならない範囲で、左側臥位での搬送を考慮すべきと判断する。
- ・ 母体心停止時には、人員等の状況から可能であれば、**用手的な子宮左方移動**を考慮すべきであり、このために PA 連携等により必要な人員を確保することを考慮すべきと判断する。

(2) (1) 及び指針（医療従事者用）を踏まえた**救急隊**の対応について

- ガイドラインにおいては、妊産婦医療用 BLS において、正常な呼吸または確実な脈拍がある場合には、妊娠子宮による腹部大血管の圧迫を解除するために、左側臥位を考慮することが提案されており、指針（医療従事者用）においても同様である。
- また、ガイドラインにおいては、妊娠中の母体を仰臥位にすると、妊娠子宮により下大静脈が圧迫され、静脈還流量が減少することから、妊娠後半（概ね妊娠 20 週以降）の妊婦の CPR 時に人員が充足している場合には、仰臥位で蘇生行為の質を保ちながら、用手的子宮左方移動を行うことが提案されており、指針（医療従事者用）においても同様である。
- 以上のことから、検討会の検討結果及び指針（医療従事者用）を踏まえて以下のとおり整理する。
 - 検討会の検討結果のとおり、妊婦の救急搬送において、正常な呼吸または確実な脈拍がある場合には、観察等の支障とならない範囲で、左側臥位での搬送を考慮する。
 - 検討会の検討結果のとおり、妊娠後半（概ね妊娠 20 週以降）の妊婦に対する心肺蘇生法実施時には、妊娠子宮による下大静脈の圧迫を軽減するため、人員が充足している場合には、用手的な子宮左方移動（妊娠子宮の右背側に手をあて、母体の左腹側に向かって押し上げるようにして子宮を左側に移動

させる)の併用を考慮する。ただし、あくまでも有効な胸骨圧迫に付随して行われるものであるため、胸骨圧迫の中断や遅延につながることはないよう、人員が充足している場合に考慮する。

- 検討会の検討結果のとおり、妊婦の心停止事案においては、PA連携等により要員を確保する等（救急隊員としての教育課程を修了しているポンプ隊員が救急現場にいる場合に、当該隊員の救急車への同乗を考慮する等）の対応も考えられる。

7 医師以外の医療従事者によるSTEMIの判読

(1) 検討会における検討結果等（検討会報告書）

ア ガイドラインの提案・推奨内容

- ・ STEMI が疑われる成人傷病者に対し、病院前 12 誘導心電図を記録して病院へ事前に伝送又は通知することが推奨されており、病院前で STEMI が疑われる傷病者について、医師以外の医療従事者（救急救命士）が STEMI を認識するために 12 誘導心電図判読を行うことが提案されている。

イ 検討会における検討結果

- ・ 救急活動時における 12 誘導心電図の測定及び測定結果の伝達・伝送の導入に関しては、「救急隊における観察・処置等について」（令和 2 年 3 月 27 日付け消防救第 83 号消防庁救急企画室長通知。以下「令和 2 年通知」という。）において、『救急隊が 12 誘導心電図の測定に要する時間と救急現場から搬送先医療機関までの距離・搬送所要時間、地域における心臓病治療・受入れ体制の整備状況、12 誘導心電計及び伝送装置の導入に係るコスト等とのバランスを勘案し、地域の実情に応じた検討をお願いする』としており、また、『導入に際しては、正しい 12 誘導心電計の装着や伝送手順等に関する教育も必要であり、消防学校等における救急科等の救急に関する教育、地域における救急救命士の再教育及び救急隊員の生涯教育といった教育の機会について、地域の実情に応じて検討することを併せてお願いする』としていることから、これを継続すべきと判断する。

(2) (1) 及び指針（医療従事者用）を踏まえた救急隊の対応について

- ガイドラインでは、STEMI が疑われる成人傷病者に対し、病院前 12 誘導心電図の記録及び病院への伝送等が推奨されているほか、医師以外の医療従事者（救急救命士）が STEMI を認識するために 12 誘導心電図判読を行うことが提案されている。
- 指針（医療従事者用）においては、病院前 12 誘導心電図の記録、伝達により、病院での診断時間の短縮等につながるとされている。一方、救急隊による病院前 12 誘導心電図の普及には地域差があり、その記録の活用方法も、地域や施設の事情により最適な方法は異なるとされている。また、医師以外の医療従事者による判読については、今後のエビデンスの蓄積や教育プログラム等の検討が重要とされている。
- 以上のことから、検討会の検討結果及び指針（医療従事者用）を踏まえて以下のとおり整理する。
 - 検討会の検討結果のとおり、救急活動時における 12 誘導心電図の測定及び測定結果の伝達・伝送の導入に関しては、令和 2 年通知において示した考え方からの変更はない。

- なお、令和2年通知の別表2「12誘導心電図を測定することが望ましい対象」等について、令和4年度に、日本循環器学会・日本臨床救急医学会合同検討委員会における更なる検討結果が報告されたことから、今後、新たな提言がなされた際に、必要な検討をした上で、改めて周知する予定であることを申し添える。
- 各地域においては、ガイドラインや今後の学会等の新しい知見も確認のうえ、改めて、12誘導心電図の測定の実施やその対象、手順、必要な教育等について、地域の実情に応じた検討を行っていただくようお願いする。

8 教育のための方策

(1) 検討会における検討結果等（検討会報告書）

ア ガイドラインの提案・推奨内容

- ・ 1点目として、救急救命士等の処置の経験数をモニターし、可能であれば経験数が少ないことの通知や、チームに救命処置を最近経験したメンバーを加えるような工夫が提案されている。また、経験数が少ない隊員には、搬送件数の多い所属での研修を行うこと等が提案されている。
- ・ 2点目として、CPR トレーニングの間、圧迫のテンポ、深さ、解除、手の位置について直接的なフィードバックを提供するフィードバック器具の使用が提案されている。
- ・ 3点目として、心停止傷病者に対応する組織やコミュニティにおいて、自ら蘇生システムの質を評価し、改善するための目標を設定することが推奨されており、MC 協議会等における検討、改善といった PDCA の取組を発展させていくことが推奨されている。

イ 検討会における検討結果

- ・ 提案の1、2点目については、業務体系やコストに係る内容ではあるが、こうした提案を参考に、多くの消防本部において取組が推進されることが望まれる。
- ・ 提案の3点目については、令和2年度救急業務のあり方に関する検討会における検討を踏まえ、消防庁より「救急業務におけるメディカルコントロール体制の更なる充実強化について」（令和3年3月26日付け消防救第97号消防庁救急企画室長通知。以下「令和3年通知」という。）が発出され、MC体制における評価指標を用いたPDCAの取組が示されていることから、地域MC協議会において適切な評価指標を設定することを通じてMC体制の見直しが行われることが望まれる。

(2) (1) 及び指針（医療従事者用）を踏まえた救急隊の対応について

- 1点目、ガイドラインにおいては、救急救命士等の処置の経験数を把握し、経験数が少ない隊員への通知や、搬送件数の多い所属での研修等を工夫することが提案されており、指針（医療従事者用）においても同様である。
- 2点目、ガイドラインにおいては、CPR トレーニングにおけるフィードバック器具の使用が提案されており、指針（医療従事者用）においても有用とされている。
- 3点目、ガイドラインにおいては、地域MC協議会における、蘇生システム（特定行為の実施状況等）の質の評価、検討、改善といったPDCAの取組が推奨されており、指針（医療従事者用）においても同様である。
- 以上のことから、検討会の検討結果及び指針（医療従事者用）を踏まえて以下のとおり整理する。

- 1・2点目については、検討会の検討結果のとおり、業務体系やコスト等に係る内容ではあるが、消防本部等における教育等において、こうした提案等を積極的に参考とされたい。
- 3点目については、検討会の検討結果のとおり、地域MC協議会において、令和3年通知により示した評価指標を用いたPDCAの取組について、引き続き積極的に取り組まれない。

(報告書における教育に係る参考事例紹介)

【参考事例：Global Resuscitation Academy Japan chapter の取組】

- Global Resuscitation Academy (GRA) は、病院前救急医療の改善に先進的に取り組んできたシアトル市キングカウンティの取組を体系的に学べる Resuscitation Academy (蘇生アカデミー) のプログラムを世界的に普及させる取組を行っており、院外心停止の救命率向上を実現するための病院前救急医療体制改善のプロセスを10プログラムとしてまとめている。
- GRA Japan chapter (GRA 日本支部) が、この10プログラムのもとになっている「10 steps for improving survival from sudden cardiac arrest」のテキストの日本語版を作成したので、心停止の生存率を向上させるための実践的なガイドとして、各地域で参考にしていただきたい。

<テキスト日本語版>

https://osakalifesupport.or.jp/globalresuscitationacademy_japan/04.html

9 COVID-19に係る対応

(1) 検討会における検討結果等（検討会報告書）

ア ガイドラインの提案・推奨内容

- ・ 蘇生ガイドラインの追補として COVID-19 に係る対応が示されている。

イ 検討会における検討結果

- ・ 現在、救急隊においては、「新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う心肺停止傷病者への対応について（消防機関による対応ガイドライン）」（令和2年4月27日一般社団法人日本臨床救急医学会）や、「救急隊の感染防止対策マニュアル（Ver. 2.1）」等に基づき、適切な感染対策を実施しながら救急業務に従事しており、この内容は蘇生ガイドラインの追補の内容を満たすと考えられることから、引き続き現行の対応を継続すべきと判断する。

(2) (1) 及び指針（医療従事者用）を踏まえた救急隊の対応について

- ガイドラインでは、COVID-19 に係る対応として以下の点が示され、指針（医療従事者用）においても同様である。
 - ✓ エアロゾル対応 PPE（N95 マスク、目の保護具等）の着用。
 - ✓ 患者の口元に近づかず、頸動脈の触知及び胸部・腹部の動きの確認による心停止の判断。
 - ✓ 救助者の技能や使用時期を考慮した、気道管理方法の選択（バッグ・バルブ・マスク、声門上気道デバイス、気管挿管）及び熟練度の高い救急救命士による実施。
 - ✓ バッグ・マスク換気時における HEPA フィルターの装着。
 - ✓ 気道確保器具挿入操作中における、胸骨圧迫の一時中断（中段時間は最短）。
 - ✓ 気管挿管実施時におけるビデオ喉頭鏡[※]の使用の考慮。
 - ✓ 機械的 CPR 装置の使用の考慮 等
- ※ ガイドラインや指針（医療従事者用）におけるビデオ喉頭鏡の記載について、救急救命士においては、チューブ誘導機能を有するビデオ硬性挿管用喉頭鏡と読み替える。
- 以上のことから、検討会の検討結果及び指針（医療従事者用）を踏まえて以下のとおり整理する。
 - 検討会の検討結果のとおり、令和4年度現在における救急隊の活動については、ガイドライン及び指針（医療従事者用）に示す内容を満たすものであることから、引き続き現行の対応を基本として活動するものとする。なお、今後、ガイドライン、指針（医療従事者用）及び関係学会等から、COVID-19 に係る救急隊の活動について新たな考え方が示された際は、消防庁において改めて周知を図ることとする。