

令和 8 年度
救急業務のあり方に関する検討会（第 1 回）
議事録

1 日 時 令和 8 年 7 月 22 日（水） 10 時 00 分から 12 時 00 分

2 場 所 アビームコンサルティング株式会社 TR-01 会議室

3 出席者

■出席者：横田（裕）座長、秋元構成員、小笠原構成員、織田構成員、小中構成員、
坂本構成員、嵯峨構成員、塩谷構成員、鈴木構成員、瀧山構成員、田邊構成員、
土井構成員、永野構成員（代理：浅見様）、野村構成員、間藤構成員、山口構成員、
横田（順）構成員

オブザーバー：西嶋課長（代理：森田様）

■欠席者：浅利構成員、有賀構成員、嶋津構成員

4 会議経過

1. 開 会

【高橋課長補佐】 皆様、本日はご多用のところご参加いただきましてありがとうございます。定刻となりましたので、「令和 8 年度救急業務のあり方に関する検討会（第 1 回）」を開催させていただきます。司会は消防庁救急企画室高橋が務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

本検討会は、救急業務のあり方に関する検討会開催要綱第 4 条の規定によりまして、原則公開となっていることから、一般傍聴については YouTube による傍聴とさせていただいております。一般傍聴の方については事前にご連絡しておりますが、消防庁ホームページに検討会の資料を公開しておりますので、各自ご確認ください。

次に資料の確認をさせていただきます。構成員の皆様へ事前にメールにて送付させていただいております。資料については、「議事次第」「検討会開催要綱」「構成員名簿」「出席者名簿」「第 1 回検討資料本年度の検討の進め方」「資料 1」から「資料 4」以上でございます。なお、本日の検討会は、資料を画面投影しながら進めていきます。

それでは、ここからは議事次第に沿って進行してまいります。はじめに、本検討会の開催にあたり、消防庁審議官鳥井よりご挨拶を申し上げます。鳥井審議官、よろしくお願いいたします。

2. 挨 拶（消防庁審議官）

【鳥井審議官】 皆様、おはようございます。消防庁審議官の鳥井でございます。皆様におかれましてはご多用の中、また暑い中、今年度第1回の検討会に出席を賜りまして、誠にありがとうございます。検討会の開会にあたり、一言ご挨拶申し上げます。

直近、令和6年中の救急出動件数は約772万件で、昭和38年の統計開始以来、過去最多となりました。また、現場到着所要時間の平均が9.8分で、これは20年前の約1.5倍でございますし、もう10分というところが目の前に来ております。こういった状況は消防側の問題のみではなく、医療全体の問題ですが、消防庁といたしましては、やはりやるべき政策を進めるということで、日々現場で日夜ご尽力いただいている救急隊員の皆様へ支援体制をどうするか、あるいはこの救急事業にどう適確に対応すべきか、ということについて対応を進めていく必要があると考えておりますので、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

今年度の検討会は、基本的には昨年度からの引き続きの議論ということで3点ございます。1点目がマイナ救急の全国展開に係る検討、2点目が救急業務の体制に関する検討、3点目が蘇生ガイドライン改訂への対応という3点でございます。マイナ救急の対応については、厚生労働省とデジタル庁が中心となって実装に向けて検討を進めてきております、救急医療情報連携プラットフォームといかに連携をしていくかという話が中心になろうかと思えます。また、蘇生ガイドライン改訂については、議論もかなり最終盤に入っております。この2点については、ワーキンググループを設置して検討を進めるという予定でございます。いずれにいたしましても、皆様におかれましては、救急業務のさらなる発展に向けまして、幅広い見地からのコメントを積極的にいただき参考にさせていただきたいと考えておりますので、どうぞ皆様の忌憚のないご意見をよろしくお願い申し上げます。

以上、簡単ではございますけれども、挨拶とさせていただきます。よろしくお願いいたします。

3. 構成員紹介

【高橋課長補佐】 鳥井審議官、ありがとうございました。それでは次に令和8年度救急業務のあり方に関する検討会構成員及びオブザーバーの皆様について、五十音順にご紹介させていただきます。なお、今年度は令和7年度から継続する2年目の検討会となりますので、新たに構成員になられた方のみのご紹介とさせていただきます。今年度、新たに構成員となられた方は、秋元 奈穂子構成員、小笠原 隆構成員、小中 俊太郎構成員、嵯峨 絵美子構成員、瀧山 忍構成員、以上の皆様となります。なお、本日、浅利 靖構成員、有賀 徹構成員、嶋津 岳士構成員におかれましては、ご都合により欠席のご連絡をいただいております。また、永野 義武構成員の代理として、東京消防庁救急管理課より浅見 匡哉様、オブザーバーの西嶋 康浩様の代理として、厚生労働省医政局より森田 夏広様が出席されております。皆

様、本日はどうぞよろしくお願いいたします。

それでは会に先立ちまして、昨年度に引き続き座長を務めていただきます横田座長よりご挨拶をいただきたいと存じます。横田座長、よろしくお願いいたします。

4. 座長挨拶

【横田座長】 昨年度に引き続きまして、今年度も座長を務めさせていただきます横田裕行です。どうぞよろしくお願いいたします。座って挨拶をさせていただきます。私の前の PC 端末がカメラの不具合により WEB 参加の皆様からは私の顔が見えないと思いますが、よろしくお願いいたします。昨日も NHK のニュースで報道されていましたがこの猛暑、酷暑の中で、東京消防庁管内では昨日、熱中症の搬送件数が過去一番だったということです。熱中症に限らず、今救急の搬送が、特に高齢者を含めて増加していて、これからもその傾向が続くと言われていいます。そのような中で、この検討会の位置づけ、社会的な意義というのは極めて大きいと思っております。

昨年度の本検討会では、マイナ救急の全国展開に係る検討、それから救急業務の体制に関する検討、それから3つ目として、蘇生ガイドラインの改訂に関する検討、いずれも極めて重要なテーマについてご議論をいただきました。昨年度から2年間での議論になりました。昨年度、構成員の皆様が熱心な議論で、中間取りまとめを公表することができました。ここに改めて御礼を申し上げます。今申し上げましたように、救急の需要は、これから、特に高齢者の人口の割合が増えているということで、ますますの増加というのが見込まれています。今回も引き続き今申し上げました3つのテーマについて、精力的な議論をお願いするという次第でございます。

また、この検討会の開催要綱が皆様の資料の最初の方にあったと思うのですが、資料の開催要綱の第3条5項に、座長がやむを得ず欠席となる場合、この要綱には座長に事故がある場合と書いてありますが座長がやむを得ず欠席となる場合の代行を決めさせていただきたいと思います。それで、昨年度も務めていただいた坂本構成員に代行をお願いしたいと思います。どうかよろしくお願いいたします。以上、座長としてのご挨拶とさせていただきます。今年度もどうかよろしくお願いいたします。

・お願い事項

【高橋課長補佐】 ありがとうございます。それでは、議事に進む前に、本検討会中のご発言等につきまして、事務局より2点お願い申し上げます。主に WEB にてご参加いただく構成員の皆様をお願いとなります。1点目はミュート機能についてです。ハウリングや雑音混入防止のため、ご発言時以外は必ずマイクをミュートにしてくださいようお願いいたします。

す。マイクマークに斜め線が入っていればミュート状態でございます。2点目は、発言をご希望される場合の手順についてです。ご発言またはご質問等を希望される場合は、画面右下のチャット機能への入力、または手のマークのリアクション機能のボタンの押下をお願いいたします。座長よりご発言の呼びかけがあるまでお待ちください。ご発言の番が参りましたら、恐れ入りますが、冒頭にお名前を述べていただくようお願い申し上げます。そのほか、WEB 会議中に何かお困りの際には、チャット機能をご活用いただくか、事前にお知らせいたしました本検討会の支援業者担当宛に電話連絡いただきますようお願い申し上げます。会議中のお願いは以上となります。

それでは、以後の議事進行については、座長にお願いしたいと存じます。横田座長、よろしくお願いいたします。

5. 議 事

・今年度の検討の進め方

【横田座長】 それでは議事を進めてまいりたいと思います。資料に沿って項目ごとに事務局から説明をしていただき、その都度ご意見をたまわるという形で進めていきたいと思っております。最初に、今年度の検討の進め方として、全体概要等について事務局から説明をお願いいたします。

【高橋課長補佐】 改めまして、消防庁救急企画室の高橋です。私からは今年度の検討会の概要等についてご説明いたします。まず、本検討会の趣旨でございますが、救急業務に関する施策は消防関係者のみでは成り立たず、医療側の協力が不可欠であるため、本検討会では消防関係機関に加えまして、救急医療に知見の深い医療関係者や日本医師会の関係者等の有識者にご参画いただき毎年度開催しているものでございます。また、増大、多様化する救急需要に対応するため、救急業務の諸課題解決に向けて本検討会で検討し、制度改正や通知の発出など必要な施策展開へつなげることで、救急業務の円滑な実施と質の向上を図ることとしております。

次に、今年度の検討会の主な検討事項についてです。今回の検討会から、令和7・8年度の2か年にかけて検討することとしており、そのため今年度も昨年度に続き3つのテーマについて継続して検討することとしております。

1つ目はマイナ救急の全国展開に係る検討についてです。昨年度は皆様はじめ自治体のご協力の下、マイナ救急を全国全ての消防本部で実証事業を実施することができたほか、必要なシステム改修も実施しております。今年度は、厚労省で現在構築を進めております救急医療情報連携プラットフォームとマイナ救急の連携に係る検討を行うため、ワーキンググループを設置し、検討を行うことなどを予定しております。

2つ目は、救急業務の体制に関する検討についてです。昨年度は、日勤救急隊の導入推進等の検討を行ったところであり、今年度については救急救命士2名以上体制や指導救命士のあり方について検討を進めていくことを予定しております。

3つ目は、JRC 蘇生ガイドライン改訂への対応についてであり、今月に改訂・公開されました当該ガイドラインへの対応に向けた検討を行うものでございます。

また、そのほか報告事項としまして、平成 29 年度から実施しております救急業務全般に係るフォローアップの取組について、今年度も実施してまいります。以上については、後ほど詳細についてご説明させていただきます。

資料2ページをご覧ください。2ページ目には、昨年度末に取りまとめました本検討会の中間取りまとめの概要を添付しております。先ほどご説明したとおり、今年度は本検討会の2年目にあたりますので、今年度は年度末に向けまして報告書を取りまとめていることになります。以上が今年度の検討会の概要等になります。私からの説明は以上です。

【横田座長】 ご説明ありがとうございました。今、お話がありました全体概要等についてご意見がありましたらお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。昨年度に続いて3つの項目、テーマについて議論をしていただくということでございますが、よろしいでしょうか。WEB 参加の皆様よろしいでしょうか。それでは検討事項に移りたいと思います。

・マイナ救急の全国展開に係る検討

【横田座長】 今年度の検討項目最初の、マイナ救急の全国展開に係る検討より始めたいと思います。それでは、事務局から説明をお願いいたします。

【金子課長補佐】 それでは、消防庁救急企画室の金子からご説明をさせていただきます。マイナ救急の全国展開に係る検討ということで、まず1ページ目をご覧くださいと思います。マイナ救急とは、救急隊員が傷病者のマイナ保険証を活用しまして、病院選定等に必要情報を把握するという取組でございます。マイナ保険証というのは、保険証として登録されたマイナンバーカードのことですが、今年の4月からはマイナ保険証を搭載したスマートフォンについてもマイナ救急が使えるようになりました。具体的には1番のマイナ救急の流れということで復習になりますが、まず指令員の方が通報者に対してマイナ保険証の準備依頼等をしていただき、実際に救急隊が現場に到着した際に、傷病者の方からマイナ保険証、またはスマートフォンに搭載されたマイナ保険証を救急隊員が持っているタブレットやカードリーダーにかざしていただきます。それによって、暗証番号等の入力不要で円滑に情報が伝えられ、傷病者にとっては正確な情報を伝えることができるほか、救急隊にとってはその情報をもとに円滑な病院選定や適切な処置ができます。また、それを搬送前に医療機関に事前に伝えることによって、治療の事前準備等ができるというメリットがある施策でございます。

す。

2番、令和7年度の実証については、先ほどご紹介いたしましたとおり、全ての消防本部で実証にご協力いただきました。結果として1万件以上の閲覧、また実施率 17.4%ということで、一命を取りとめた事例などを含めて、利用者の皆様、救急隊員、医療機関の皆様方から役に立ったという声をいただきました。また、かなり広報にも力を入れまして、テレビCMなどをはじめ様々な広報を行った結果、マイナ救急の認知度自体は、23.6%から 38.6%に 15ポイント上昇したというところでございます。

令和8年度については、712 消防本部、一部離島等を除く 99%の消防本部で継続して実施していただくことになりました。離島の消防本部におかれましては、病院が島に1つしかないなどの状況でございまして、傷病者の名前さえ伝えれば、その症状等が医療機関側でわかるなど、マイナ救急でなくともそういった円滑な取組ができている本部では実施はしませんでした。それ以外の本部は基本的に参加していただき、実施救急隊数も 5,417 隊と、昨年度よりも数が増え、97%の救急隊で実施していただくことになっております。

続きまして、2ページ目でございます。令和7年度第3回、前回の検討会の振り返りでございます。主な意見は緑枠、それに対する対応案がピンクの一番下の枠に書いております。

1つ目、構成員からの主な意見といたしまして、まずログインに関して、今3回ほどログインが必要となっておりますが、もう少しスムーズにログインできるとありがたいという声をいただきました。これについては、しっかりとログイン負担の軽減等を含めシステム改善について検討していきたいと考えております。主な意見2つ目、消防本部の規模によって活動要領や実施判断の傾向が異なるのか確認が必要ではないかということです。また、3つ目、全ての救急事案で事前ログインや事前説明をするのではなく、高齢の方等マイナ救急が有効と考えられる場合にマイナ救急の事前ログインや事前説明をするなど、シチュエーションごとに使い分けるべきではないかというご意見をいただきました。

これらのご意見について、下の対応案の2つ目でございますが、今年度については、国の実証を離れて各消防本部での実施になりますので、各消防本部での活動要領等を調査する予定でございます。具体的には、マイナ救急をどういう有効性が高い事案で重点的に使っているであるとか、事前にログインすることで現場滞在時間の短縮に資するというのが昨年度の実証結果で出ましたので、そういった取組を活動要領に落とし込んでいるかなどをしっかりと把握等をいたしまして、奏功事例の水平展開を考えているところでございます。上の方に戻りまして、主な意見の下から2つ目でございます。まず、かかりつけの医師がいたり、普段薬を飲んでいたりする人はマイナ保険証を必ず持ち歩きましょうといったターゲットを絞った広報をした方がいいのではないかということのご指摘いただきました。また、その上、広報・啓発によってマイナ救急の認知度を上げていくこと、これによって外出する際にマイナ

ンバーカードを携帯するよう伝えていくことが重要ということでございます。これを踏まえまして、一番下の対応案でございますが、高齢者や持病がある方を中心にターゲットを絞った広報というのを実施してもいいのではないかと、特にマイナンバーカードの携行を促すというのではないかとということをお対応案として考えております。

最後、主な意見の一番下でございますが、政令指定都市や小規模本部などの違いによって、マイナ保険証の所持の件数が違うといった意見、数字が出ました。これについては、昼間人口が多いことに加え、実際に外出している際に救急要請をする方が、特に都心部では多いことから、マイナ保険証を携帯していない割合が高くなるのではないかとということ、また、政令指定都市などは病院が近くて、情報閲覧をする暇がないのではないかとのご意見もございました。それにつきましてもしっかりと活動要領を確認していきたいと考えているところでございます。前回の振り返りは以上になります。

続いて次のスライドでございます。令和8年度については、具体的には以下の①～③についてワーキンググループを設置しまして検討していきたいと思っております。先ほどのまず、①システム改善に向けた取組という部分でございます。先ほどのログイン負担等を改善する方策として、ログイン回数の減少だけではなく、それ以外にも消防本部、救急隊員の皆様からのニーズにおいて、薬剤情報の解説表示が欲しい、お薬手帳などと同じように解説が書いてあるとありがたいというご意見や、マイナ救急以外の別のシステムを使っている場合なども消防本部によってはありますので、そういったところとの連携や一体的な運用ができないかという部分もしっかり検討していきたいと考えております。

丸の2つ目です。救急医療情報連携プラットフォームとの連携に関する検討について、スライド9ページ目をご覧くださいと思います。現在、厚生労働省を中心に、我々も連携させていただきながら、医療情報連携プラットフォームの構築について検討を進めております。具体的には、救急現場で得た傷病者の情報を、主訴、バイタル、負傷部位の画像等を複数の医療機関に迅速かつ安全に共有することによって、本来は個別に電話をかけては、別の病院に改めて説明などをしていたところが、一括して情報を共有し、円滑に医療機関の調整が行えるようなプラットフォームを全国基盤として作ろうというような取組です。

10ページ目につきまして、そのスケジュール感といたしましては、令和8年度は、そのシステムに関する要件定義や改修仕様書の作成、それを踏まえて、令和9年度に実際にプレ運用を開始しようと考えております。令和10年度以降、プレ運用結果を踏まえまして、全国展開するというのが現時点のスケジュールの想定となっております。マイナ救急についても、このスケジュール感に合わせまして、令和8年度については、このプラットフォームに、バイタル情報などだけでなく、マイナ救急で得た情報も合わせて一緒に医療機関に提供できた方がよいだろうということで、資料3ページ目に戻りまして、そういった連携に関する技術

仕様などについて検討していく方針です。

丸の3つ目ですが、同一端末でのマイナ救急とその他救急支援システムの併用ということで、先ほどもご紹介しましたが、マイナ救急のシステム用のタブレット以外にも、消防本部によっては複数のタブレットを持っているケースもあるということで、場合によっては同じ端末、1つの端末にした方が有効に活用できるのではないかといったご意見もありますので、そういった部分につきまして消防本部にご協力いただきながら調査・検討を行っていく予定です。

続いて、②運用改善に向けた取組については、先ほどご紹介いたしましたとおり、消防本部の活用要領等を調査して、奏功事例の水平展開を図るというものです。

一番下③です。効果的な国民への周知・広報ということで、昨年度も行っておりましたが、引き続きインターネットによる認知度の調査を行います。また、9月9日救急の日という広報のチャンスがございますので、今年度も高齢者や持病がある方を主なターゲットとしつつ、消防本部と連携しながら広報を展開したいと考えております。以上、ご説明した①～③につきましてワーキンググループで検討していくという流れになっております。

次の4ページ目をご覧ください。以上のご説明した内容につきまして、一番下のスケジュール（案）で記載のとおり、9月に第1回のワーキンググループ、1月に第2回のワーキンググループをしつつ、この親会に逐次報告をさせていただくというような流れを取りたいと考えております。

5ページ目でございます。構成員としましては、事務局案でございますが、引き続き昨年度同様、間藤構成員をワーキンググループ長としていただきまして、構成員の皆様方に引き続きご協力いただきたいと考えております。マイナ救急に係る説明は以上でございます。

【横田座長】 ご説明ありがとうございました。今、説明がありましたように、このマイナ救急に関してワーキンググループを、前年度に引き続き設置したいと思います。なお、このワーキンググループ長は座長が指名するとありますので、昨年度に引き続き間藤構成員にお願いしようと思います。どうかよろしく願いいたします。ありがとうございます。その前に1ページの大きな2番と3番のところで、令和7年度が720消防本部、そして今年度が712消防本部とありますが、こちらは統合されたため数が少なくなっているということでしょうか。参加する消防本部が少なくなっているということではないのでしょうか。

【金子課長補佐】 消防庁の金子でございます。720本部のうち1本部が統合されておまして、全消防本部は今719本部となっております。残り7本部については、先ほどご紹介したように、離島などが中心となっているような消防本部でございまして、やはりその消防本部としては、特段マイナ救急がなくても病院が管内にひとつしかなくて、お名前を伝えるだけで医療情報全てを医療機関が把握しているといった状況等のため、今回マイナ救急を継

続されないという判断をされた消防本部がいらっしゃるという状況でございます。

【横田座長】 そういうことですね。わかりました。ありがとうございます。間藤構成員、追加でコメントがございましたらよろしくお願いします。

【間藤構成員】 間藤です。少しだけ追加させていただきます。元々救急隊が運ぶものというのは患者さんだけではなくて情報が大事だと以前から考えておりますが、その情報のハンドリングの切り口として、実態としてそれがマイナ救急という形になったのではないかと考えております。当初は実施の数や、どのくらいの範囲で行われるかのような、数値を気にしていた時もありますが、全国展開をしてわかったことは、基本的には患者さんや、先ほど申し上げた離島など地域によって必要度など、実施の仕方そのものも異なるということがありますので、本当に必要な時に使っていただくということが一番大事なのではないかと、構成員の我々も考え方が変わってまいりました。一方で、大都市や観光地のような患者の情報が得にくいような場所や、将来的にはインバウンドなど、そのような時にはマイナ救急がやはり情報源として非常に重要なのではないかと思う次第であります。その上で、今まで数年にわたりましてスキーム作りを消防庁の皆様が非常にしっかりとやっていただいたということと、何より現場の皆様の誠実な実施によってトラブルなくここまで来られたということを改めて感謝申し上げます。

その上で3点申し上げますと、1つはやはり情報の扱う量が増えてきて、横田座長と大阪万博に行った際も、通信システムの大規模さに驚きましたが、やはりクオリティの高い通信の確立がこのようなものを実施するには不可欠であり、将来的にはスターリンクなども含めての通信の確保、また災害時の輻輳するような場合なども含めて、やはり通信のクオリティというのは非常に重要だということがわかってまいりました。

2つ目としては、幸いにしてこちらのマイナ救急の方が進んだ一方で、残念ながら私自身の病院も含めて、病院でマイナンバーカードの情報の参照を積極的に実施しているかという、必ずしもあまり実施されておらず、むしろ進んだマイナ救急の救急隊からその情報を見せてほしいとか教えてほしいというニーズが非常に高まっており、こちらについては少し最初の予想とは異なっている状況になっております。そこを救急隊から安全に情報を流す方法を考えなければいけないのか、抜本的に考えなければいけないのかということが1つ課題になっております。その問題を解決することも含めて、個別に情報を都度流すスキームを作るのか、一括して安全なプラットフォームのようなものに投げて、そこから病院が情報を取りに行くという方が、1回で済みますし、よいのではないかと検討しております。消防側のニーズも含めてちょうど厚生労働省が作っていた救急医療情報連携プラットフォーム、ワンストップ連携と昔言っていたので、何かいい名称があればと思っておりますが、そこに情報を提供の方がより安全なのではないかということを今ワーキンググループでは考えていると

ころです。それにより救急隊の負担も軽くなり、病院としても新たにハードを作らずにそこさえ覗けばよい想定です。

3つ目、9ページの説明が先ほどありました図が少しわかりにくいので、今もう少しわかりやすい図を作っていただくように依頼しているところです。これは本来、両矢印でマイナ救急があるというよりは、救急隊が患者さんからの観察の情報、それから聴取の情報に加えて、マイナ救急の情報というその3つの矢を使ってそれを丸ごとプラットフォームに投げることで、それに適した患者さんにふさわしい病院が基本的には手上げをして取っていくというふうにすることで、最大の問題である搬送までの延伸なども含めて解決できるのではと考えています。ただ、その話になると、アレルギーや ACP 等の情報も必要であるという話になり、幸いそのようなことに関しても今前向きに進んでいると聞いているので、それも叶うと救急隊の病院搬送の全体のシステムが大きく改善されるのではないかと考えおります。よろしくをお願いします。

【横田座長】 ありがとうございます。事務局、ワーキンググループ長の間藤構成員の方からコメントいただきましたが、皆様の方から何かこの件に関して質問やコメントいただければと思います。野村構成員、お願いします。

【野村構成員】 野村です。よろしくお願いします。マイナ救急の全国展開に係る検討ということで、日常の救急業務を行いながら、長くにわたり実証事業を進めていただきありがとうございます。私からは、検討事項にありました検討内容3の効果的な国民への周知・広報について1つ発言させてください。

マイナ救急の認知度も年々上がってきており、私自身も実際に目に触れたり、話題に上がったたり、広報のおかげであることを理解しております。令和8年4月よりスマートフォンでのマイナ保険証が開始されており、スマートフォンに入れたらカードを持たなくても良いという誤解が起こることを懸念しております。医療機関ではスマートフォンで保険証を利用できるが、意識不明時はマイナ救急ではカードの所持が必要とのことで、実際に必要性の高い時に利用できるように周知の内容を厳選していくことも今後重要かと思います。そのために消防本部でも様々な広報を行っていただいておりますが、やはり家族背景や病状などが把握しやすいかかりつけ医などでは、この人にマイナ救急が今後役立つであろうとある程度わかるかと思います。全体的な周知に加え、より個別性のある周知も、かかりつけ医や医療機関と連携して、必要性の高い人に日頃から何度も周知を実施していくことも有効かと思います。以上となります。ありがとうございます。

【横田座長】 ありがとうございます。周知の重要性というところをご指摘いただきました。ありがとうございます。2ページにあったと思いますが、前回の検討会で議論がありましたが、マイナ救急を全て使うとかえって活動時間が長くなる場合があるため、使うべきケ

ースをそれぞれご指摘いただいたと思います。それぞれの消防本部で、例えばマイナ救急を使う、あるいは使わないというのは、実際、活動要領として文書化されているのか、あるいはこれからなのか、あるいは救急隊隊長にお任せしているのか、その辺の事情は現場ではいかがでしょうか。2ページの2つ目のボツのところと関係していると思います。高槻市消防本部の嵯峨構成員どうでしょうか。

【嵯峨構成員】 高槻市消防本部の嵯峨です。当消防本部では、特に活動要領で使用しないという定めはありません。ただ、通信指令の方に119番通報が入った際に、ご高齢者であるなどが分かった時点で、指令員にマイナ救急を実施しているのでよかったら使ってくださいという広報や、マイナンバーカードを準備するようにと伝えるように救急課からお願いをしています。救急隊にあっては、必要に応じて隊長の判断で実施としておりますが、高槻市では、4月にセキュリティの法的部分の要項等を定めていたため、一度止めて、5月から本格運用しています。先日7月15日で使用実績を調査した結果、1件だけしか使われていなかったのもう少し何か使用を促す働きかけしていこうかなと考えております。以上になります。

【横田座長】 ありがとうございます。実際には隊長判断で行われているというのが現状ですね。先ほどこの資料にもありましたが、政令指定都市では少し使用率が低いということですが、札幌市の状況はいかがですか。

【瀧山構成員】 低いです。札幌市もマニュアル等の文章化はしていませんので、当然隊長判断でというような形で使用している状況です。実証実験の時のデータを見るとかなり高い割合で実施されていたと思いますが、現在実際に全体で動くようになってからはかなり低い数字です。

【横田座長】 やはりここに書いてあるように、大都市では、自宅で救急を要請するよりは勤務中や外出中など外で救急を要請するので、携帯率が低いということでしょうか。

【瀧山構成員】 一概にそうとは言えないのではないかなと思いますが、どれだけ屋外のケースが多いのか調べてみないと分かりません。また、札幌市では、マイナ救急のタブレットの他にまた救急隊アプリという別のものを持っていますので、タブレットを2つ抱えているような状態になっていますので、少し使いづらいというのはあるのかなと思っております。

【横田座長】 ありがとうございます。医療機関側としてはどのような状況でしょうか。皆様、医療機関側も何かコメントいただけるとと思いますが、横田順一郎構成員お願いします。

【横田（順）構成員】 医療機関側というよりも、例えば堺市の消防局においても、マイナ救急を使用した事例が3例あり、最後までそのデータを使えたのは1例であるというように聞いていて、その例が私の勤めている病院に来たわけではないので、結果としてどうであ

ったかってなかなか言及しづらいです。

今回の２ページのところの冒頭に昨年から出ている意見の中にあったと思いますが、やはり救急隊は日常の業務の時間制約の中で、いかにスムーズにマイナ救急からデータを取り出すプロセスに入っていけるか、だと思います。

それともう１つは、全てを使わないといけないというわけではなく、先ほど意見も出たと思いますが、他にもいくつか入口を作っておいて、１つの例としてマイナ救急があればそれを使えるという建付けにしないと、隊員が大変負担ではないかなというふうに思います。以上です。

【横田座長】 ありがとうございます。他に医療機関側の皆様のほうからよろしいですか。織田構成員をお願いします。

【織田構成員】 先ほど間藤構成員から医療機関で情報を自前で取るという話が少し出まして、我々のところでは実は端末が入ったということで実際に実施してみて、使用できると判断し、マニュアルを早速作りました。しかし、時間外の受付と救急車の入り口が若干離れているので、マニュアルを作った後は１例やってみて、合っているなということで、今のところ計２例試してみてもいずれも動作はうまくいきました。なかなか浸透させるのはまだまだこれからかもしれないなと思いましたが、我々がやって見せないと、まず院内に広まらないなと思った段階です。

【横田座長】 カードが手元にないと情報にアクセスできないですね。それが医療機関の受付で止まってしまうことが多いと思います。ありがとうございます。またあとで議論していただきたいと思いますが、よろしいですか。それでは引き続き、間藤構成員、よろしく願いいたしたいと思います。

・救急業務の体制に関する検討

【横田座長】 それでは続いて２番目、救急業務の体制に関する検討について、昨年も２つのテーマ、救急隊の救急救命士２名以上体制と、それから指導救命士のあり方の２つに分けて議論していただきました。最初に、救急隊の救急救命士２名以上体制について、事務局から説明をお願いしたいと思います。

【青木専門官】 救急企画室の青木でございます。それでは、資料２－１、救急隊の救急救命士２名以上体制をご覧ください。２ページには、昨年度の検討会で頂いた構成員の皆様からの主なご意見を載せております。救急救命士２名以上体制とすることによって、安全性の向上や活動の迅速化に資することが期待される一方、人員確保や救急救命士の養成、病院実習先の確保に課題があり、特に小規模本部では特段の配慮が必要ではないかとのご意見がございました。

3 ページには昨年度の中間取りまとめの抜粋を載せております。これらを踏まえ、総務省消防庁では、令和 8 年 5 月に、全国 719 消防本部に対して現状と課題に関する調査を実施いたしました。本資料はその結果を中心に整理しております。

4 ページには救急隊の救急救命士 2 名以上体制での運用状況を載せております。特に管轄地域の人口規模別に運用体制を見ると、人口規模が大きくなるほど 2 名以上体制で運用する本部が多くなる傾向がある一方、政令指定都市等では 2 名以上体制で運用する本部数が少ない傾向がございました。また、人口が 10 万人未満の本部であっても、全隊常時 2 名以上体制を実現している例が一定ございました。

5 ページには、救急隊 3 名編成での救急救命処置の分担例などを改めて載せております。

6 ページ及び 7 ページには、厚生労働省の救急救命処置の在り方に関する検討会の資料を載せております。これらはあくまで提案段階ではございますが、今後、救急救命処置の拡大により、救急救命士の役割が一層増えていくことが見込まれます。

8 ページ及び 9 ページには、救急救命士 1 名体制での業務負担についての調査結果を載せております。救急救命士 1 名で業務負担が比較的多いとされる項目について、救急救命士 2 名体制とすることで負担の軽減が見込まれるとの結果でございます。

10 ページには、救急搬送人員が主に日中に増加するとのデータをお示ししております。

11～13 ページには、救急救命士 2 名体制によって、傷病者のアウトカムを改善することが示唆される報告などを改めて載せております。

14 ページ以降は、救急救命士 2 名以上体制に向けた課題に関する調査結果です。14 ページにお示ししております、救急救命士 1 名体制である本部に対する昨年の調査では、「救急救命士数が足りない」が最も多い結果でした。

そこで、15 ページ及び 16 ページにお示ししておりますように、救急隊員に占める救急救命士の割合別に救急救命士の体制を調査いたしましたところ、人口 10 万人未満であっても、救急救命士の割合にかかわらず、全隊常時 2 名以上体制を実施する本部が一定程度存在しておりました。

17 ページには、全隊常時 2 名以上体制の実施状況別に、その課題についての調査結果をお示ししております。必要な救急救命士有資格者数の確保、病院実習や休暇取得等による一時的な人員不足が挙げられており、単に各隊 2 名の救急救命士を確保するだけでなく、運用上の余力確保が重要であることが示唆されました。

18 ページには、現在全隊常時 2 名以上体制を行う本部について、その継続の見通し等について調査した結果をお示ししております。

19 ページ以降は、救急救命士 2 名以上体制の実現に向けた工夫についての調査結果です。19 ページにありますように、救急救命士 2 名体制をすでに実施している消防本部では、救急

救命士の計画的な養成やスケジュール調整などの運用上の工夫によって対応している傾向がございました。

20 ページには、参考資料として、救急救命士免許の取得までの過程をお示ししております。

21 及び 22 ページには、必要な救急救命士有資格者数の確保、病院実習や休暇取得等による一時的な人員不足といった課題について、その解決に向けた具体的な取組を載せております。全隊常時 2 名以上体制を行う消防本部では、救急救命士養成計画の作成や、派遣型救急ワークステーション方式を活用した当務中の病院実習といった工夫が行われておりました。

23 及び 24 ページには、鎌倉市消防本部様と伊勢原市消防本部様にご協力いただき、救急救命士養成計画や派遣型救急ワークステーション方式による病院実習の具体例を掲載しております。

これらを踏まえまして、25 ページに本検討会においてご意見を頂戴したい事項をお示ししております。救急救命士 2 名以上体制を推進することについてどのように考えるか、2 名以上体制を特に優先して推進すべき地域、時間帯等の状況についてどのように考えるか、どの程度の人員を確保すれば 2 名以上体制が実現できるのか、救急救命士の確保、病院実習に必要な取組や工夫、救急救命士数の確保に必要な期間等についてご意見をいただけますと幸いです。事務局からは以上でございます。

【横田座長】 ご説明ありがとうございました。2 名以上の救急救命士が乗車するということは、それはよいことですが、17 ページにありますように、実際 2 名以上で運用するには、例えば体調不良になったことだけではなくて、病院実習だとか様々な理由で 2 名確保することができないことがあります。実際 2 名確保するには、そういった事情も考慮すると 3 名確保しておかないと、常時の 2 名体制には成り立たないとの議論がありました。そうした中で、この最後の 25 ページ、それぞれの項目に関してどのように考えるかということですが、いかがでしょうか。これは消防本部の皆様が 1 番考えているところだと思いますが、常時 2 名体制に関して小笠原構成員から何かありますでしょうか。

【小笠原構成員】 高知県の消防本部の状況を申し上げますと、救急救命士の資格取得もそうですが、まずは消防職員の確保にも苦しんでいるという状況でございます。その中で救命士の資格は養成所で半年間研修を受ける必要があるため、半年間その人員がいなくなることで、さらに人員不足に拍車がかかっていく状況でございます。救急救命士を増やすためには、やはり余力がないとなかなか増やすことが難しいのではないかというのが実感でございます。

【横田座長】 一方で人口が 10 万人未満の消防本部でも 2 名以上の体制を確保しているところもあります。そういったところは十分余力があるということなのではないでしょうか。

【小笠原構成員】 おそらく消防同士でかなり人のやりくりをしながらそういった研修の

期間を確保されているのではないかと思います。

【横田座長】 2名以上を推進することについてはどのようにお考えですか。

【小笠原構成員】 できればそれが望ましいと思っておりますので、あとはその体制をどのように確保していくのかをクリアできればと思います。

【横田座長】 ありがとうございます。東京消防庁永野構成員代理の浅見様いかがでしょうか。

【浅見様】 東京消防庁の浅見でございます。皆様もおっしゃられているように、救急救命士2名の体制というのが望ましいのは我々も当然そのように思っております。

ただ、今、小笠原様からもご発言があったように、やはり人員確保の面で非常に厳しい面もございます。東京でも消防は救急のみならず、警防・予防と様々な業務を抱えておりますので、例えば救命士を研修に行かせるとなると、その欠員部分を例えば予防業務の専従員から補うなどのやりくりをしながら送り出しているような状況があります。そうした補充人員を踏まえると救急救命士の必要な数はおそらく、それぞれの消防本部で違うと感じておりますので、そういった消防全体で互いの隊を補充でき、人員配置が極度に硬直化されない形が望ましいのかなと思っております。

我々の実情といたしましても、救急救命士ですと再教育などが必要になり、現在再教育についても3,000名を超える救急救命士が東京消防庁にはいます。実際にその再教育実習の待ちがかなり発生しており、現在2,000名ほど受けられていない状態になっておりますので、そういった任命して以降の維持する体制についても検討する必要があるのかなと考えています。

【横田座長】 ありがとうございます。やはり研修や病院実習、もちろん体調不良も突然あり得るわけで、その中で実質3名確保というのは大きな消防本部でも難しいというところですが、実際は常時2名体制というようなところもあります。大阪市ではいかがでしょうか。

【塩谷構成員】 大阪市消防局の塩谷です。資料の中で実質3名がいるという話があったかと思いますが、現状とのギャップがあるなと思ったので発言させていただきます。先ほどの23ページの鎌倉市消防本部のデータでも2名体制維持のためには1隊あたり7人必要だということになっています。大阪市の例でいくと、1隊救急隊を編成するのに2交代制ですので、5名、5名、全部で10名の救急隊員がいます。この5名から3名選んで配置するわけですが、全員が平等に休みますので、10パターンの組み合わせが出てきます。その中で、例えば5名のうちの3名が救命士だとすると、その3名のうちの1名と残りの救命士ではない2名を組み合わせた場合の3パターン、つまり3割の場合は1名しか救命士が乗らない場合となり、残り7割救命士が2名以上乗車する場合となります。つまり、配置する救急隊員の5名中の3名を救命士にしてようやく常時1名体制が維持でき、5名中2名しか救命士を

配置していないと、3名が救命士ではありませんので、救命士の乗車がない場合が出てきてしまいます。このように常時1名を確保しようと思っても5名中3名の救命士が必要ということになりますので、これを常時2名にしようと思うと、5名中4名の救命士が必要になってくる。これは現状の6割から8割の救命士が必要になってくるので、かなり増員が必要となるのが現状です。

ただ、現状、5名中3名の救命士を配置していたとしても、救急出動件数ベースで見ても約7割の出場が救命士2名乗車になっているという状況なので、かなりの出場において救命士が2名乗車しているという実情もあります。大阪市の回答はおそらく常時1名体制である一番薄い色のグループに入りますが、そのような本部であっても、実際は出動件数ベースでいうと7割ぐらいが2名乗車で出ているという状態なので、調査結果として資料で書かれていることと実態は若干イメージが異なるかもしれません。

まとめると、大阪市の現状は救急隊員に対して6割ぐらいの救命士を配置しており、常時1名体制となっていますが、実際は救急出場の7割が2名乗車で出場しているという状況です。それを全救急出場について常時2名にしようと思うと、8割ぐらいの救命士を配置しなければならないため、1隊あたり7名とポンプ隊の救命士を確保している鎌倉市消防本部に近い数値の救命士がいるかなと思っています。救急隊5名に対して4名の救命士、2交代で8名の救命士が必要になるので、専任でやっている本部ではここで書かれている3名では全然足りないのではないかと思います。兼任などで他の係の救命士を引っ張ってくるなどの運用をされている本部は今の話とは異なりますが、専任制の救急隊を維持している本部はこれぐらいの規模感になるので、土台として整理していただいた方がいいかなと考えています。長くなりました。

【横田座長】 事務局から23ページの鎌倉消防の例は、1隊あたり7人の救命士が必要だということですね。これは先ほど議論があった、例えば研修だとか、体調不良だとか、急遽予定していた救命士の方が乗車できない、活動できないというところは入ってないですね。だからミニマム1隊あたり7名という計算でしょうか。

【青木専門官】 事務局でございます。この計算に必要な係数として、1.515 というような値が書かれておりますが、この係数の根拠として、下の方でございますように、週40時間勤務体制を確保するための措置ですとか、休暇等を取得するための人員の措置、どの程度抜けていくかというようなことが考慮されているものと承知しております。再教育実習の時間を具体的にどのように設定しているかというところまでは、把握できておりません。

【横田座長】 1.5の係数には入ってないですね。つまり今、塩谷構成員が言われたように、この1隊あたり7人だとおそらく足りないというところですか。

【塩谷構成員】 鎌倉市消防本部では、7人と消火隊の応援等を組み合わせて考えている

ので足りると思います。また、休暇等 20 日と書いていますので、実際に取っている平均の休暇日数の他、再教育の日数なども入っているのではないかと想像します。ただし、1.515 という係数については、大阪市消防局ではもう少し年間の勤務日数を少なく計算しており、本部によって異なると思います。先ほどの発言で足りないと申し上げたのは、資料の前半の説明の方であがっていた救命士を 3 人確保すればよいという部分です。鎌倉市消防本部の試算は妥当であり、実態に近いかなと考えています。

【横田座長】 1 隊あたり 7 名、8 名という人数が実態に近いだろうと思いました。構成員の皆様、何か本件に関してコメントありますでしょうか。現場の感覚だと、やはりこのぐらいの人員確保が必要だということですね。事務局から何か構成員の皆様に議論してほしいところについて、25 ページに記載がありますけれども、よろしいですか。大体今 7 名とか 8 名とかいう数字が出てきており、救急隊の 2 名以上または 3 名以上というのは理想ではあるというところは皆様異論ないかと思います。

【青木専門官】 もしよろしければ、最後に、仮に 2 名以上体制を目指すとして、必要な救急救命士数の確保にどれくらいの時間がかかるのかという点について、ご知見ございましたらご意見をいただきたいと思います。

【塩谷構成員】 かなりざっくりした計算であって、精緻にいろいろ議論してこれぐらい短縮できるなということは全然できていませんが、先ほど申し上げた 1 隊あたり 5 人、反対番も入れると 10 人に対して今 6 人の救命士がいるところを 8 人確保しようとする、大阪市消防局の場合、今 500 人ぐらい救命士がおりますが、それを 130 人ほど増やさないといけないということになります。現状維持のために今、毎年救命士養成課程で 30 名ぐらい養成をしているという状況にありまして、130 人増やしていこうと思うと、30 人プラスアルファの養成が必要となります。大阪市消防局で行っているこの養成課程は他本部からも結構受け入れており、いつも定員いっぱいですが、たまにキャンセルなどが出た場合は、キャンセル分を大阪市消防局で養成することができます。今年の場合だと少し多くて 5 名ぐらいキャンセルが出たので、今年の数が続くと考えると $130 \div 5$ ぐらいの年数がかかってしまうという感覚を持っています。あとは 5 名プラスで養成しようと思うと、費用も必要になってきますので予算確保も必要です。

【横田座長】 費用は当然ですけど、年数的には複数年かかるということでしょうか。

【塩谷構成員】 養成課程だけで考えると複数年かかりますが、それプラス採用時にすでに資格を持っているものをどれぐらい確保していくかということに合わせて考えると、もう少し期間が短くなってくるかもしれません。

【横田座長】 札幌市消防局や高槻市消防本部の方は 2 名体制にするのにどのくらい時間がかかるかについていかがですか。

【瀧山構成員】 札幌市消防局の瀧山です。塩谷構成員のような形ではないですが、札幌市消防局も概算の部分でお話しさせてもらおうと、隊数として 37 隊、救急隊があるのですが、本当に 1 名プラスしていけば、おそらく回っていくと考える。そうすると、3 部制という交替制をとっていますので、単純に 37×3 ということで計算すると、110 何人とかいう数字が出てきます。札幌市消防局も養成所を持っていますが、その 110 何人を、そのキャパシティで卒業させていくということを考えていくと、実際、今定員に 10 名ぐらい満たないぐらいのところなので、現行 30 名ぐらいで運用しているところを 10 名増やすとやってみれば、プラス 10 名ずつ、単純に考えると 10 年ぐらいかかるかなと。ただ、札幌市だけのお話でいくと、札幌市消防局も他の本部からも来ていただいているので、例えばその常時 2 名体制ということをやってみようという話になると、札幌市だけではなくて、当然他の消防本部も増やさなければならないという話になるので、養成所のキャパシティ等にも影響が出てくるのかなと思います。

あと、採用のお話もちらっとありましたけれども、例えば大学ですとか専門学校とかで卒業してきた方々が何名ぐらい消防局に入ってきてくれるものなのか、増えていくのかというところも要件として出てくるかなと思います。

【横田座長】 ありがとうございます。嵯峨構成員いかがですか。

【嵯峨構成員】 高槻市消防本部としては 12 隊ありまして、そこで運用救命士が 97 人、おそらく回答では常時 2 名以上にはしていないと思いますが、乗り組みを決める段階では必ず 2 名乗車するようにというのを各救急隊に編成するときをお願いしております。急遽休みが出て、誰か補充するときに救命士が確保できないという場合はもう仕方がないので 1 名乗車という形をとっており、ほとんど 2 名乗車は確保できています。ただ、高槻市では毎年 3 名養成しておりますが、今回というか、ここ数年資格を持って入ってくる新規採用者が多くて、今回も 8 人採用で資格を持って入ってきたのが 4 名、そういった絡みで、次年度は既存の職員の養成を 2 名にするなど、柔軟に対応しようと考えております。

【横田座長】 ありがとうございます。高槻市の方は大体対応はしているということですね。それぞれの消防本部でだいぶ事情が違いますね。WEB の皆様いかがでしょうか。本件に関して何かご意見頂戴できればと思いますのが、よろしいでしょうか。横田順一郎構成員お願いします。

【横田（順）構成員】 2 名乗車の良さは理解できるが、人事や財政面でハードルがあるというのが議論の中身かと思います。私は 11 ページの昨年度末の時に北九州市が出した資料、これは母集団があまり大きくないので、これをもってそうだというのは言うのは行き過ぎだとは思いますが、やはり 2 名乗車はリスク回避ができること、運用も非常に効率的、結果としてアウトカムがいいのだということを、やはりデータを出して努力目標を高くして

いただく誘導も必要ではないかと私は思います。なので、北九州市が実施しているようなことを、現在のウツタインデータから救命士が何名乗車しているかデータを拾えませんが、前向きに全国規模でやった方が、おそらくその次の議論としても進みやすいと思います。

【横田座長】 ありがとうございます。非常に重要なご指摘でした。やはり費用も時間もかかるというところで、やるには適切な根拠が必要だということですね。そういう意味で、鎌倉市消防本部が様々なデータを出していただけているということでした。時間が少し限られているので、また時間がありましたら戻ることにして、続きまして、資料の2-2指導救命士のあり方について事務局から説明をお願いいたします。

【青木専門官】 事務局でございます。それでは、資料2-2、指導救命士のあり方をご覧ください。2ページには、昨年度の検討会で頂いた構成員の皆様からの主なご意見を載せております。令和7年度の検討会では、認定要件のうち、特定行為の経験、教育指導、研究発表の経験について具体的な件数を例示することの必要性、認定要件として全ての特定行為の認定を受けることを求めること、指導救命士に対するインセンティブを設けること、指導救命士の質の維持の向上を図るため更新制を導入することなどが議論されております。

3ページには、昨年度の間とりまとめの抜粋を載せております。これらを踏まえ、総務省消防庁では、令和8年5月に、全国719の消防本部に対して、指導救命士の認定要件や、メディカルコントロール活動、活動実績等に関する調査を実施いたしました。本資料はその結果を中心に整理しております。

4ページ及び5ページには、ご参考として、指導救命士の制度開始からこれまでの流れや、現在、生涯教育の指針においてお示ししている指導救命士の役割について載せております。特に、指導救命士等に関する指針が示された背景には、指導的立場の救急救命士等について全国で統一された指針が必要であるとされた経緯があることなどをお示ししております。

6ページ以降では、指導救命士の認定要件についての資料をお示ししております。6ページ及び7ページには、昨年の調査結果を改めて載せております。特定行為について「一定の施行経験を有する者」「教育指導や研究発表について豊富な経験を有する者」の要件を採用している都道府県メディカルコントロール協会の割合が、他の要件と比べて低く、その理由は「具体的に規定することが困難なため」が多いという結果でした。

8ページ及び9ページには、指導救命士の認定要件となっている特定行為の件数についての調査結果をお示ししております。特定行為全体の平均件数は約20件、個別の特定ごとの平均件数は静脈路確保で3～6件、気道確保・薬剤投与については1～2件程度という結果でした。

10ページには、救急救命士一人あたりの各特定行為の実際の施行件数についての調査結果をお示ししております。気管挿管、ブドウ糖投与の平均施行件数については年間0.3件程度

であり、他の特定行為の年間1～2件と比べて低い状況でした。また、消防本部ごとにも大きなばらつきがございました。

11 ページには、特定行為と同様に、昨年の調査結果を改めて載せております。「教育指導や研究発表について豊富な経験を有する者」を要件としていない理由として、「具体的に規定することが困難なため」が多いという結果でした。

12 ページ及び13 ページには、指導救命士の認定要件となっている研究発表や教育指導の件数についての調査結果をお示ししております。いずれも、件数を1～2件以上としている例が多い結果でした。

14 ページ以降では、指導救命士の要件において全特定行為認定を位置付けるという論点についての資料をお示ししております。14 ページには、指導救命士のうち全特定行為の認定を受けている割合が88.0%という調査結果をお示ししております。

15 ページには、全特定行為認定を位置付ける上での課題について、「新規の特定行為が追加されたときの対応が整理されていない」が最も多いとの調査結果をお示ししております。

16 ページには、先ほど同様、厚生労働省の救急救命処置の在り方に関する検討会の資料を載せております。

17 ページには、指導救命士の待遇について特別な措置を設けている本部が12%であり、その具体として、研修会等の参加費等を支給していたり、昇任において考慮していたりするなどの調査結果をお示ししております。

18 ページ以降からは、指導救命士の質の維持向上を図るための取組についての資料をお示ししております。18 ページには、指導救命士の活躍の場や役割としては、メディカルコントロール協議会への参画、教育指導があることや、質の向上を図るための取組として、研究発表、指導救命士対象の教育研修などがあること等を過去の調査結果を踏まえてお示ししております。

19 ページには、これらの役割や取組について、指導救命士一人あたりの年間実施件数の実績をお示ししております。教育指導の件数は年間約6.2件と多い一方で、その他の件数はいずれも年間1件未満という結果でした。

20 ページには、学会等での研究発表を行うことによる指導救命士に必要な資質・能力を向上させる上で、どのようなことに役立つと考えるかとの調査結果をお示ししております。

21 ページには、指導救命士を対象とした教育研修の状況についてお示ししております。

これらを踏まえまして、22 ページに、本検討会においてご意見を頂戴したい事項をお示ししております。指導救命士が他の救急救命士の教育に一定の役割を担う体制について、全国同程度の水準で構築することを目指す観点から、指導的立場を担うにあたって最低限必要であると例示する事項について、また、全ての特定行為の認定を受けることが望ましいことを

位置付けることにあたって必要な配慮について、指導救命士に対するインセンティブについて事例を示すことについて、指導救命士に継続的に求められるべき実績として一定のものを例示することについて、それぞれご意見をいただけますと幸いです。途中、WEBの方で映像が乱れましたことをお詫び申し上げます。事務局からは以上でございます。

【横田座長】 ありがとうございます。事務局から追加のコメントがありますか。よろしくをお願いします。

【青木専門官】 ありがとうございます。ここで本日ご欠席の有賀構成員からのご意見を頂戴しておりますので、ご紹介させていただきます。

指導救命士は救命士がステップ1、指導救命士がステップ2という形で話が進んでいる。そうではなく、キャリアパスとして考えるのはどうか。救命士個人にも得意不得意があり、後輩指導が上手な人、学会発表が得意な人がいる。その人が何を得意としているのか把握する必要があるのではないか。大学教授も、例えば手術が得意でその指導に長けた人、論文執筆とその指導に長けた人、臨床推論などの患者の診立てが得意で、その指導に長けた人がいるように、指導救命士を様々な要件で画一的な基準で認定するのではなく、得意分野での指導者を認めるなどという考え方もあるのではないか。以上でございます。

【横田座長】 ありがとうございます。今日、ご欠席の有賀構成員のご意見も含めて、事務局の方から説明をいただきました。本件に関して皆様の方からご意見を頂戴したいと思いますが、特にこの22ページのところ、実際、指導救命士の最低限必要とする要件についてご意見をいただければと思います。一方でこの6ページにありますように、特に特定行為と言われるブドウ糖投与とか気管挿管は、実際に経験する回数が非常に少ない中で、なかなか基準を設けるのが難しいというのがアンケートの結果でございます。これも踏まえまして、皆様のほうからご意見を頂戴したいと思います。特に教育に関わっている山口構成員と田邊構成員の方から何かご意見頂戴できましたらと思いますが、いかがでしょうか。

【山口構成員】 山口でございます。そもそも論になりますが、指導救命士を創設した時に、この指導救命士をスペシャリストとして規定するのか、プロフェッショナルとして規定するのかという議論があったかと思います。スペシャリストとプロフェッショナルの何が違うかということ、スペシャリストは特定分野の知識・技術に長けたものであるのに対して、プロフェッショナルは単なる技術だけでなく結果や価値を生み出すものを指します。ですから、例えばワールドカップがありますけれども、フリーキックのスペシャリストは存在しますが、フリーキックのプロフェッショナルというのはあまり聞かないわけです。問題解決まで背負う能力を持っているものをプロフェッショナルと言うという観点から、指導救命士を1つの技術を点として捉えた専門家としてとらえるのか、もっと広がりのある結果までを包含した専門家としてとらえるのかというのが一つ目の要点です。

二つ目は、ある時点までの獲得した、いわば静的な能力をもって規定するのか、いろいろな状況の中で、現場や傷病者に合った最適な方法をきちんと使える能力（つまり最適化）をもって規定するのかという点です。例えば、挿管の技術に長けたスペシャリストであっても、状況が挿管するのにそぐわない、あるいはそれ以外の処置の方がよいことを判断して、それを結果に結びつけられる人がプロフェッショナルであるということです。

そして三つ目は、全体の進化・改善に寄与できる人、永続的な時間軸を持って専門家として貢献できる人、組織に貢献できる人をプロフェッショナルと呼ぶという視点です。

以上のような観点から、当初、指導救命士はプロフェッショナルでありたいということで議論したと思います。ただし、その前段として現場の隊員たちからリスペクトされなければいけないため、一定のスペシャリストとしての要件は当然具備すべきであるとなったわけで、この部分は田邊構成員が非常にこだわったところです。その要件が必要であることに異論はありませんが、私としては、それは指導救命士としての前提であるものの、より大事なことはむしろ後者の部分であると思っています。

ですから、今座長がおっしゃられたように、ブドウ糖投与が少ない、あるいは地域によって挿管も非常に少ない場合がありますが、その少ないなりの中で最適化を図れる人、あるいは指導できる人こそが指導救命士にふさわしいとも言えるわけですので、単に数の多寡だけで評価をするというのは、本来の我々の指導救命士に対する考え方にそぐわないと私は考えます。以上です。

【横田座長】 ありがとうございます。もちろんそういった議論も必要ですけども、やはりそれ以上のプロフェッショナルとしての指導力だとか、そういった面はやはり求められるのだらうということだと思います。田邊構成員からいかがでしょうか。

【田邊構成員】 スペシャリストといった点から一定の経験数というのが入ったところがあるわけですけども、そちらを思い出してみると、これは「指導救急隊員」ではなくて、「指導救急救命士」、「指導救命士」という名前ですよね。救命士とは何かということ、これは救急救命処置を業とするものということなので、やはり処置をするといったところに1つのアイデンティティがあるのだらうと考え、救急隊員と救急救命士ができる処置の違いを見てみると、その当時は特定行為ができるかできないかといったところが救急救命士と救急隊員の処置の違いでした。そうすると、やはり救急救命処置をどれぐらいしているかということが指導救命士として1つの要素としては大事なのではないかという議論がありました。

また、指導する救命士とすると、やはり救急救命士の処置を指導するといったところも大きな要素としてあって、そうするとそれを経験していないとなかなか教えるというのも難しいのではないかという議論がありその過程で、具体的にどれぐらいの数値を入れるかというところで、現状の数値になっております。そういった議論を引き継げば、引き続きその処置

の件数といったのも1つの要素になるのではないかと思います、とはいえ、各地域に実施できる件数とかに大きなばらつきがある中で、それが集約できるのかといったところが多く課題だと思っています。

【横田座長】 ありがとうございます。横田順一郎構成員お願いします。

【横田（順）構成員】 これ重要な要素を含んでいると思います。私は山口構成員のおっしゃったことにほぼ賛成です。指導的役割を果たす救命士という言葉にはなっていますが、指導的役割を果たす救急隊員というふうに捉え、ズームアウトして包括的に物事が考えられる、あるいは地域を俯瞰して自分たちの救急業務が見えるといったことを期待しているものだ。その中の1つに、いわゆる自分の部隊である救急救命士、後輩の救急救命士に、もちろん技術的なことやコミュニケーションやあるいはリスク回避といったことを求めるのは当然だと思います。

その一方で、田邊構成員がおっしゃることは分からなくもありませんが、大変私はリスクがあると思います。一例を挙げますと、10 ページ目のところに、例えば、これは指導じゃないですけども、救急救命士が行う特定行為の頻度が書かれていると思います。気管挿管が非常に低く、それがそのまま指導救命士に展開するときに、気管挿管については一人あたりの回数も非常に少ないので要件にしたいけれどもなかなかできないというのが出てきています。そこで少し考えないといけないのは、仮にこれを気管挿管という特定行為の経験数を救急救命士の資格そのものの基本だ、あるいは指導救命士にとっても非常に重要なものと位置付けると、言葉は適切でないかもしれませんが、心肺蘇生中に気管挿管を医学的に必要もないのに誘導してしまうことになります。全国的に同じプロトコルをほぼ使っているが、気管挿管率というのが全国規模で見ると、消防本部、メディカルコントロール単位に極めて差があります。大阪1つ取ってみても、気管挿管の割合というのがメディカルコントロール単位で見ると、CPA 症例あたりに対して気管挿管の割合で、数%のところから 60%であり、同じようなプロトコルのもとに活動を指導していても、差が生じています。なぜそういう差が出るかというと、救急隊1人にとっては、気管挿管率の高いところではだいたい1年間に一人3件挿管しているが、気管挿管率が10%を切っているところでは、一人0コンマ何件でしかありません。この0コンマ何件が、田邊構成員がおっしゃったように、少なくとも1～2件はやっておかないとダメですよということをルール化したとしたら、おそらく必要もないのに施行される可能性があると考えます。

私がなぜこういうことを言うかというと、気管挿管の割合と蘇生あるいは社会復帰率は関係していません。逆にウツタインのデータから見ると、挿管群と非挿管群で見ると、非挿管群の方がむしろ大阪のデータだけみても明らかに良いです。もう何年前、平出先生のグループの人たちが JAMA に出した論文の中でも、挿管群と非挿管群という分け方で見た場合に

は、挿管したから蘇生率がいいかということと逆であって、あの当時、世の中に一石を投じたと思いますし、今後も考えていかないといけないと思います。気管挿管についても一度医学的にどこまで必要なのかということは、あれ以来放置されているわけです。だからそういう方向も踏まえながら特定行為を数の上でルール化するというのは、もう少し慎重にやっていただきたいというふうに思います。

【横田座長】 ありがとうございます。医師の具体的な指示が必要な特定行為、14 ページの棒グラフを見ると、指導救命士の 88 パーセントの方がいわゆる認定は持っているというところです。だから、実際に経験した件数というところ、25 ページの事務局からの検討事項の要望が最低限必要と例示するとありますが、この認定は持っているべきという議論はいかがでしょうか。認定を取るには一定以上の研修をクリアして認定されますので、必要最小限と言えるかどうかは別として、議論してもいいのかなと思いますが、いかがでしょうか。坂本構成員いかがでしょう。

【坂本構成員】 今までの議論は全くそのとおりだと思います。自分自身での経験も踏まえた指導が必要だと思いますので、やはり認定は持っている方が望ましいだろうと思います。

一方で、例えば気管挿管について言えば、上気道デバイスと合わせて、器具を用いた気道確保の経験数が一定数あれば、現場でたまたま気管挿管にあたなくても、そこは気管挿管の認定を持っていて、なおかつ実際の経験としてラリングアルチューブ等を使っているということであればそれでもよいと思いますし、同じく薬剤投与等に関してもいくつかの薬剤投与の合計数を使っていただくということでもいいのではと思いました。

【横田座長】 ありがとうございます。田邊構成員そのような意見ですが。

【田邊構成員】 私も処置ごとに規定することはやりすぎかなと思います。坂本構成員がおっしゃったとおり、グループでまとめてというのがよいのかなと思いますけれども、横田順一郎構成員のおっしゃられた、やりすぎてしまうといったところ、これ大きなと思うので、裏側としては、やはり処置するには1つ1つリスクがあります。なので、この人にやりたいなと思ってもリスクがあるからやめておこう、この人には本当は必要だけれどもリスクがあるのでやめておこうといった側の課題もあります。そういった意味ではやはり一定数必要なのだということで、そのリスクを背負ってでも傷病者のために必要なのだ、この後押しにもなる、こんな裏表ありますから、そういった双方からの視点で捉えてもらえればどうかと思います。

【横田座長】 ありがとうございます。WEB 参加の皆様いかがでしょうか。指名で申し訳ないですが、土井構成員いかがでしょうか。

【土井構成員】 ありがとうございます。東京大学の土井と申します。今お話を伺っていて、やはりグループ化と言うか、複合エンドポイントと言いますか、複数の種類の項目を合

計で何件以上という形で評価するという緩い運用にしておかないと、無駄な処置が増えるというところのご懸念は私も賛成いたします。以上です。

【横田座長】 ありがとうございます。各消防本部いかがでしょうか。小笠原構成員、今の議論を踏まえて、少なくとも認定は必要なのではないかということですがいかがでしょうか。

【小笠原構成員】 やはり特定行為の施行件数が消防本部ごとに大きなばらつきがあるという実態がございますので、先ほど各構成員におっしゃっていただいた考え方がよろしいのではないかなと思います。

【横田座長】 ありがとうございます。浅見様いかがでしょうか。

【浅見様】 東京消防庁は特定行為が多い方ではありますけれども、各消防でもやはりそれぞれ違いますので、総合的にそれぞれの地域の中での実情でやった方がやはりそれは実情に合っていると思います。

【横田座長】 東京消防庁は特定行為何例ということではなくて、役職に紐づいた指導救命士でしたよね。

【浅見様】 そうです。東京消防庁だけ特殊でありまして、もともと救急隊を指導する立場の本部統括救急指導員という役職を与えていまして、その人に対して指導救命士をメディカルコントロールの認定いただいて与えております。もともと指導する立場の者が指導救命士を与えられているというところで、実態を伴っていたので、非常に効率的に運用はできております。

【横田座長】 その場合に、例えば気管挿管何例とか、ブドウ糖投与何例とかという、そのような基準は実際あるのでしょうか。

【浅見様】 メディカルコントロールの認定をいただくときに、参考までに数をお出しはしておりますけれども、任用の段階では指導力とか経験も踏まえた上での認定・任用をしております。

【横田座長】 参考にはするが、実際は指導力、あるいは地域への貢献度を重視しているということですね。山口構成員がおっしゃったところだと思います。それでは、本件に関しては引き続きこの検討会で議論を進めていくことになると思います。

・JRC 蘇生ガイドライン改訂に対する検討

【横田座長】 それでは次にまいりたいと思います。3番目、これも大きなテーマでございます。JRC 蘇生ガイドライン改訂に対する検討を事務局から説明よろしくお願い致します。

【青木専門官】 事務局でございます。それでは、資料3、JRC 蘇生ガイドライン改訂に対する検討をご覧ください。

1 ページをご覧ください。JRC の蘇生ガイドライン 2025 が、今月上旬に発刊されました。この改訂を受けて、消防機関が実施する市民向けの応急手当講習や、救急隊員等が実施する心肺蘇生法等の見直しに関する検討を実施することとしております。

2 ページをご覧ください。市民向けの応急手当講習等については、既に令和 7 年度にワーキンググループを設置して検討を進めております。今後、救急隊員の処置についても、同様にワーキンググループを設置して検討することとしてはどうかと考えております。

3 ページには、今後のスケジュールについてお示ししております。8 月に市民向けの応急手当講習に関するワーキンググループを開催し、10 月以降の通知・事務連絡発出を予定しております。救急隊員用ワーキンググループについては、10 月から来年 1 月を目途に 2～3 回程度開催し、年度末までの通知・事務連絡発出を予定しております。事務局からは以上でございます。

【横田座長】 ありがとうございます。今お話がありましたこのワーキンググループですが、これも先ほどと同じように座長が指名するとありますので、JRC 蘇生協議会の代表理事でもあられます坂本哲也構成員にこのワーキンググループの座長としてまとめていただければと思います。どうかよろしく願いいたします。坂本構成員の方から何かコメントがありましたらお願いします。

【坂本構成員】 今、事務局からお話がありましたように、7 月 13 日に JRC 蘇生ガイドラインの最終確定版の流通が始まりました。それに伴って、救急蘇生法の指針の市民用解説編、これについてもすでに最終校正も終わり、現在、製本中で、7 月中には出版するとお聞きしています。今までの議論でございましたように、主に市民用についての部分に関しては、普通救命講習の内容をどうするかということと、口頭指導に関してどうするかということが一番大きなテーマなので、その部分に関しては議論を詰めているところでございます。

また、救急隊員が行う心肺蘇生については、それに加えて特定行為、薬剤投与とかとも若干絡んでくるところもございまして、医療従事者用の指針の内容も含めながら、年度内に検討していきたいと思っています。まず、市民用から先に行うということできたいと思います。

【横田座長】 市民用の蘇生のガイドラインはこの 7 月中に公表されて、医療者用が 11 月ですね。

【坂本構成員】 ガイドライン自体は二次救命処置も含めて 7 月に公表されましたが、救急蘇生法指針の医療従事者用は 12 月になります。

【横田座長】 12 月ですね。それも踏まえてということですが、本件に関して、医師会の先生方のご協力も特に必要だと思いますが、そのようなお立場から、今回本検討会に入っていた小中構成員のほうから何かコメントございますか。

【小中構成員】 日本医師会の小中でございます。今回、このガイドラインの改訂につきまして、市民用の発表とそれから医療従事者用の発表があるというお話を受けまして、非常に微に入り細に入り、細かく検討していただいていると思います。その中で、救急救命の現場であるがゆえに、やはりとにかくスピードが要求される場面が多いと思うのですが、その際にどこまでが市民の方、そしてどこまでが医療従事者が行える蘇生であるか、そしてどこからが医師が行うことであるのか、その辺りをある程度しっかりと役割分担というか、その部分をもう一度明確にしておいていただけるとなおよしいかと思います。よろしくお願いします。

【横田座長】 ありがとうございます。今のコメント、ご質問、坂本構成員からお願いします。

【坂本構成員】 ありがとうございます。どこまでがということであれば、市民に対して求めるのは、救急車が現場に着くまで、今 9.8 分という時間がありましたけども、その間にやっていただきたいことということで、今までも胸骨圧迫と AED は市民の役割ということでお願いをしたところです。

今回、特に小児については、やはり人工呼吸を行わないと、特に溺水や窒息等に関してはなかなか社会復帰に繋がらないということで、ガイドラインの中でも強調されているところでございます。小児に接する方に関する講習に関しては、やはり今までも人工呼吸は教えてはありましたが、もう一回その重要性の再確認というところもあるかなと思います。成人については、基本的には口頭指導に従って胸骨圧迫と AED、講習を受けている方は人工呼吸もということになります。

それからもう 1 つ大事なことは、救急隊あるいは救急救命士による二次救命処置のところですけど、これは今回のガイドラインで議論になっているところで、現場滞在時間は何分ぐらいが望ましいのかという点です。早期搬送にこだわりすぎると、現場での心拍再開をする前に搬送に移行することになり、搬送中であるとか、あるいは救急車内に収容してから心肺蘇生がやりにくくなってしまって、結局、心肺蘇生のクオリティが落ちてアウトカムが悪くなるということが今回強調されていますので、可能な限り現場での自己心拍再開を目指すというされています。ただ、現場滞在時間があまり長くなってしまうと、今度は例えば、搬送後の ECMO を使った蘇生などに影響が出てしまうというところで、国際的にも明確な時間の基準はないのですが、大体 15 分～20 分ぐらいの現場滞在時間というようなことも言われています。その辺り、現場での活動をどのぐらいの長さをやるかということに関しては、明確な数字を出すかどうかは別として、今回大きなテーマの 1 つというふうに考えています。以上です。

【横田座長】 そこは非常に今回大きなテーマですよ。アドレナリンを投与してすぐに搬

送するのではなくて、自己心拍再開を期待して一定以上現場にとどまって蘇生をするということなのです。

【坂本構成員】 あとはやはり特に強調されているのは、特にショック適応リズム以外の場合のアドレナリン投与までの時間がかかりすぎているので、救急隊が現場到着してからできれば6分以内に投与できるような体制が望ましい。なので、先ほどの救命士2名体制にも繋がってくると思いますが、指示を得ている人と準備をする人と、救命士が2人いれば、そこは早くなるだろうということが推測されますので、それも絡めて議論が必要だと思います。

【横田座長】 ありがとうございます。先ほど坂本構成員の方からコメントがありましたが、小児の場合というのは人工呼吸の重要性が前から強調はされておりますが、改めて見直されているというところで、野村構成員の方から何か本件に関してコメントございますか。

【野村構成員】 ありがとうございます。こうしたガイドラインの改訂で良くなることでありますし、様々な議論をした上での改訂ですので、是非子どもはやはり大人と全く同じということではないので、一般市民にも私たちもしっかり広げていきたいと思っています。ありがとうございます。

【横田座長】 ありがとうございます。この蘇生をする時によく言われるのが、例えばAEDを使ったけども蘇生できなかった、あるいは結果が悪かったから自分の責任ではないかということをおっしゃいます。そういった立場で、秋元構成員の方から、法学の専門家としていかがでしょうか。日本では善きサマリア人法というのはないので、そこをよく言われることはあります。

【秋元構成員】 そうですね。確かに一般人の感覚としては、こういったものを講習や例えば小学校や地域で研修会などがあって、そこで習ったことをいざそういった状況に直面した時にできるかどうかというのは非常に怖いですし、それに責任というか何か起こって何か失敗して、例えば亡くなってしまったような場合に、何か責任を問われるのではないかなというように、おそらく怖さというものはきっとあるのだろうなと思います。そこで法的にどういう取り扱いをなされるかということとはなかなかはっきり言えない部分もあります。しかし、あまりそれを法的に大丈夫ですという言い方はおかしくはありますが、何かそういった背中を押すような救命ということと、加えて懸念点を払拭するような形での広報というか、意識の浸透ができるといいのではないかなと思います。

【横田座長】 私、心肺蘇生を一般の方々にお話しする機会というのも時々ありますが、必ず質問されるのがそこです。心肺蘇生を適切に実施すれば責任問われることはないというところも、もっと周知していいのかなと思って質問しました。ありがとうございます。鈴木構成員の方から本件に関してコメントございますか。

【鈴木構成員】 神奈川県健康医療局の鈴木でございます。私は救急医療などを所管する

部門にあります。先ほど AED の話が出ましたので、少しコメントさせていただきます。やはり当課でも AED の使用についての普及啓発をやっておりますけれども、そういった使用をした場合の責任の問題、あるいは最近で言うと女性に使うといろいろ後に言われてしまうのではないかということで、男性から女性に対する使用ですとか、いろいろ課題があると思っております。その辺りも行政としてどのように普及啓発していけばよいかということも課題と認識しておりますので、こういったガイドラインなどの改訂を機に、いろいろ普及に努めながら、県としても考えていきたいと思っています。感想になってしまいましたが、以上です。

【横田座長】 ありがとうございます。確かに今回、今おっしゃられたそのパッドの貼り方というようなところも強調しているわけです。ありがとうございます。本件に関してよろしいでしょうか。

・その他（報告事項）

【横田座長】 それでは最後にその他報告事項について、事務局からお願いいたします。

【辻課長補佐】 救急企画室の辻でございます。どうぞよろしくお願いいたします。資料 4、その他報告事項につきまして、ご報告させていただきます。

ページをめくっていただきまして、救急業務に関するフォローアップについては、平成 28 年度のあり方検討会の提言に基づきまして、各地域の救急業務のレベルアップを図るために行っているものでございます。取組内容といたしましては、消防本部や都道府県へのアンケート調査による実態把握のほか、全国の消防本部や都道府県を実際に個別訪問させていただいております。

個別訪問については、平成 29 年度から 3 年間をかけて、また令和 2 年度から 4 年間をかけて全都道府県を訪問させていただいているところでございまして、令和 6 年度からは 3 巡目といたしまして、令和 9 年度までの 4 年間で全都道府県を訪問する計画となっております。訪問先については、今年度は 12 地域を予定しております。訪問にあたりましては、都道府県の消防防災主管部局や衛生主管部局、そして消防本部等を訪問し、救急業務を取り巻く現状や消防庁が発出している通知等の取組状況、そして各地域で抱える課題、先進的な取組等について調査、意見交換を行っております。こうした取組を通じて、地域の課題をより深く把握するとともに、必要な助言や先進事例の共有を行い、全国的な救急業務のレベルアップにつなげていきたいと考えております。救急業務に関するフォローアップにつきましてのご報告は以上でございます。

【横田座長】 ありがとうございました。本年度は 12 地域、もうすでに 3 巡目になっているということです。では、本件に関して何かコメント、質問はございますか。よろしいでしょうか。全体を通じて何か皆様の方から質問、コメントがありましたらお受けしたいと思い

ます。WEBの皆様よろしいでしょうか。

それでは本日の議事についてはすべて終了しましたので、事務局へ進行をお譲りしたいと思います。よろしくお願いします。

6. 閉 会

【高橋課長補佐】 横田座長をはじめ、構成員の皆様におかれましては、活発なご意見、ご議論をいただきまして、誠にありがとうございました。

最後に事務局より連絡をさせていただきます。第2回、3回の検討会の日程調整については、早めの照会を掛けさせていただきまして、調整をさせていただきたいと思っております。なお、現在のところ、第2回検討会を11月頃、第3回検討会を2月頃に予定しております。構成員の皆様におかれましては、大変お忙しいところ恐縮ではございますが、ご協力のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

それでは、以上をもちまして、令和8年度第1回救急業務のあり方に関する検討会を終了いたします。どうもありがとうございました。