

千葉県救急業務検討委員会
「第3回 マニュアル・プロトコール専門部会」

日 時：平成24年4月25日（水）
19時00分から

場 所：千葉県消防局（セーフティーちば）
4階会議室1

次 第

1 開 会

2 議事概要報告

「第2回マニュアル・プロトコール専門部会」議事概要

3 議 題

議題1：新部会長の選出及び職務代理者の指名について

（千葉県救急業務検討委員会設置条例第7条第7項関係）

議題2：救急隊現場活動マニュアル作業部会

「ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の教育体制整備について」

議題3：指令センター常駐医師用マニュアル作業部会

「常駐医師の業務について」

議題4：口頭指導プロトコール及び新受入れ体制構築に関する作業部会

「口頭指導プロトコールについて」

4 情報提供

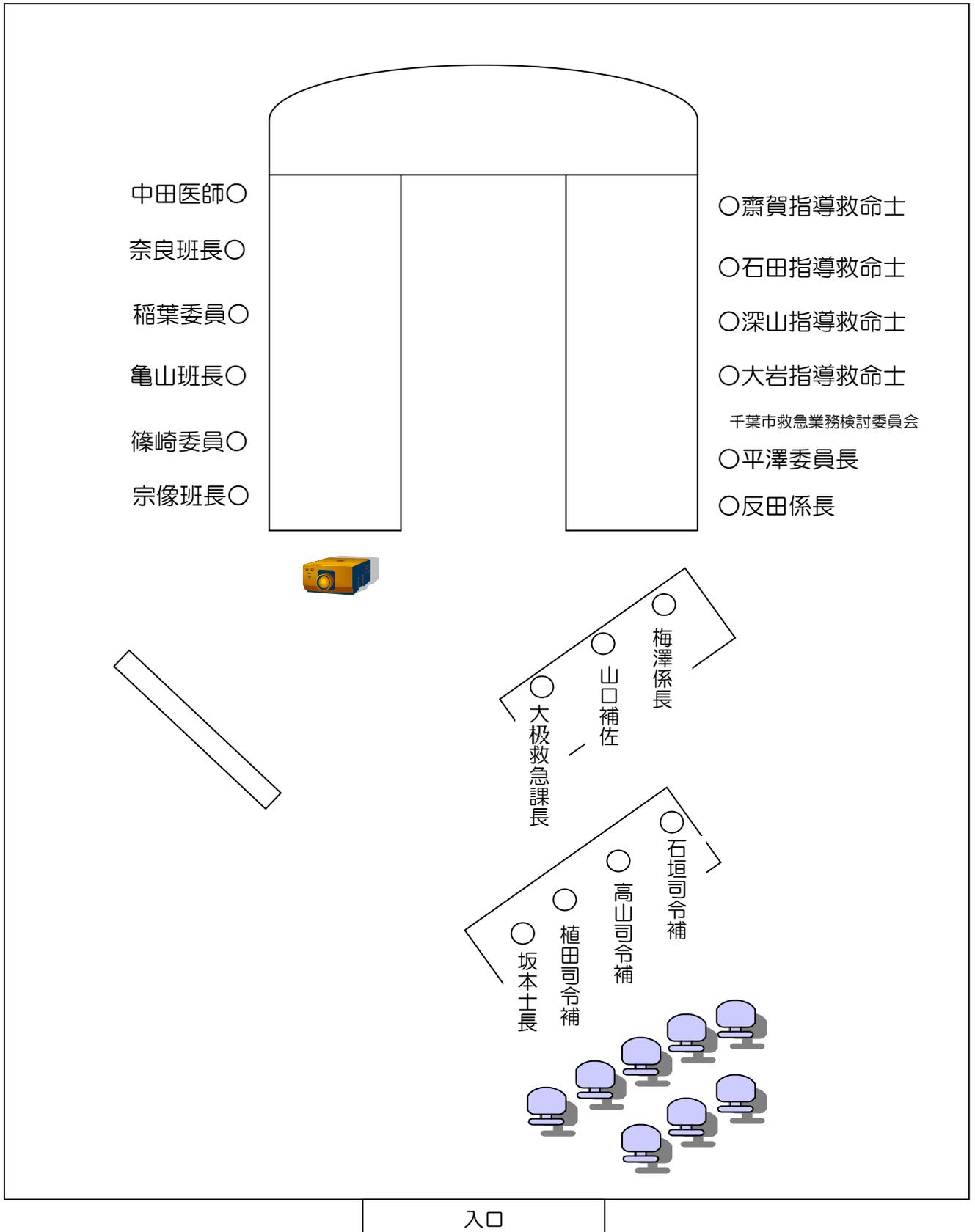
（1）救急救命士法施行規則の一部改正について

（2）厚生労働省科学研究事業「救急救命士の処置範囲に係る実証研究」について

5 その他

千葉県救急業務検討委員会「第4回 マニュアル・プロトコール専門部会」
の開催日程について

「第3回マニュアル・プロトコール専門部会」席次表



中田医師○
奈良班長○
稲葉委員○
亀山班長○
篠崎委員○
宗像班長○

○齋賀指導救命士
○石田指導救命士
○深山指導救命士
○大岩指導救命士
千葉市救急業務検討委員会
○平澤委員長
○反田係長

○梅澤係長
○山口補佐
○大極救急課長
○石垣司令補
○高山司令補
○植田司令補
○坂本土長

入口

第2回「マニュアル・プロトコール専門部会」議事概要

開催日時	<ul style="list-style-type: none"> ○ 平成24年2月22日（水） 19時00分から21時00分 ○ 千葉市中央区長洲1-2-1 千葉市消防局（セーフティーちば）4階「会議室1」
出席者	<ul style="list-style-type: none"> ○ 委員（3名） 仲村 将高委員、稲葉 晋委員、篠崎広一郎委員 ○ オブザーバー 千葉市救急業務検討委員会委員長 平澤 博之 ○ 指導救命士 稲毛消防署警防課救急係長 齋賀 喜博 緑消防署警防課救急係長 石田 悦美 ○ 事務局：小林救急課長、山口救急課長補佐、反田救急管理係長、梅澤高度化推進係長、高山司令補、新濱司令補、植田士長、坂本土長
報告	各作業部会におけるこれまでの検討状況について
会議概要	<p>議事概要</p> <p>(1) 第1回「マニュアル・プロトコール専門部会」議事概要報告 平成23年11月1日火曜日に開催された、第1回「マニュアル・プロトコール専門部会」の議事概要は、第2回「マニュアル・プロトコール専門部会」の会議資料として、各委員あてに事務局から事前配布されていたことから、議事概要に関する疑義、意見等はなく了承された。</p> <p>(2) 報告 各作業部会におけるこれまでの検討状況について</p> <p>ア 救急隊現場活動マニュアル作業部会における検討状況について 救急隊現場活動マニュアル改訂作業及び救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡による気道確保の実施について、事務局から説明があり、救急隊現場活動マニュアル改訂作業では、各救急隊へのアンケート及び薬剤認定救急救命士へのアンケートを実施し、これらの意見を踏まえつつ、検討するとの報告があった。</p> <p>また、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡による気道確保の実施にかかる対応については、講習対象者とその研修内容、病院実習及びプロトコールの検討状況について説明があった。審議においては、救急救命士がビデオ硬性挿管用喉頭鏡を使用するにあたり、従来の気管挿管実習症例数に含めて30症例とする方向で良いとされたが、現に救急救命士による病院での挿管実習の成功率データを根拠とする必要があるとされ、これを検討し決定後、千葉市救急業務検討委員会へ上程することとされた。</p> <p>イ 指令センター常駐医師用マニュアル作業部会における検討状況について</p>

<p>会 議</p>	<p>事務局より、常駐医師の業務を見直すため救急隊員及び常駐医師あて実施したアンケート結果の説明があり、常駐医師が実施する業務として、救急隊から協力要請があった場合に常駐医師の裁量で医療機関へ交渉ができることを追補することとしたが、審議の結果、常駐医師の裁量として医療機関交渉を実施するのではなく、常駐医師の業務として追補する形とすることを前提とすることとし、常駐医師に対し前回のアンケートより更に一步進んだ内容でアンケートを再度実施し、この集計結果を本部会で審議し決定の後、千葉県救急業務検討委員会へ上程することとされた。</p>
<p>概 要</p>	<p>ウ 口頭指導プロトコール及び新受入れ体制の構築に関する作業部会における検討状況について</p> <p>事務局から口頭指導プロトコールの検討状況と新受入れ体制の構築に関する検討状況の説明があった。審議の結果、口頭指導プロトコールでは、AEDを用いた口頭指導要領の表記方法を独立した記載方法ではなく、各指導要領に組み込まれた表記とすることとされた。また、指令管制員の行う口頭指導プロトコールとして8項目以外に追加するプロトコールがあるか検討することとされた。</p> <p>(3) その他 第3回「マニュアル・プロトコール専門部会」の開催日程について事務局から、第3回「マニュアル・プロトコール専門部会」の開催は4月下旬下旬から5月上旬を予定していると説明があった。</p>

議 題 1

件 名： 新部会長の選出及び職務代理者の指名について

(千葉県救急業務検討委員会設置条例第4条第4項関係)

議案要旨： マニュアル・プロトコール専門部会の部会長である千葉大学医学部附属病院の仲村将高部会長が海外留学のため不在となったことから、本専門部会の部会長を、千葉県救急業務検討委員会設置条例第4条第4項の規定に基づき部会長の選出についてご審議をお願いするものであります。

【千葉県救急業務検討委員会設置条例】 ※抜粋
第4条第4項

専門部会長に事故があるときは、専門部会長があらかじめ指名する委員がその職務を代理する。

議 題 2

件 名： 救急隊現場活動マニュアル作業部会
「ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の気道確保の実施について」

議案要旨： 平成23年8月1日「『救急救命士の気管内チューブによる気道確保の実施に係るメディカルコントロール体制の充実強化について』等の一部改正について（消防庁救急企画室長、厚生労働省医政局指導課長連名通知）」が通知された。

これまで、本作業部会において、救急救命士がビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管を行うに当たって、新たなプロトコルの作成及び必要な教育及び病院実習について、これまでの検討結果を踏まえ、本専門部会において御審議いただくものです。

審議資料： 資料1「救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡による気道確保の実施について」

救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡による気道確保の実施について

マニュアル・プロトコール専門部会
救急隊活動マニュアル作業部会

救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡による気道確保の実施について

○ビデオ硬性挿管用喉頭鏡について、以下の4点について検討することとした。

検討項目

1 ビデオ硬性挿管用喉頭鏡メリット・デメリットについて

2 ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の講習対象者について

- ①気管挿管認定救急救命士
- ②新規に気管挿管認定資格を取得する救急救命士

3 技能習得のための病院実習について

- ①気管挿管認定救命士の場合
- ②気管挿管未認定の救急救命士の場合

4 プロトコールの作成について

- ①従来型(マッキントッシュ型)との相違点
- ②ビデオ硬性挿管用喉頭鏡のプロトコール案
- ③適応とする症例について

1 ビデオ硬性挿管用喉頭鏡のメリット・デメリットについて

ビデオ硬性挿管用喉頭鏡と従来型(マッキントッシュ型)を比較検討する

【ビデオ硬性挿管用喉頭鏡】

メリット

- ◎頭頸部中間固定位(水平)で挿管することが可能
- ◎挿管困難症例に対応が可能
- ◎従来型と比較して声門部の確認が容易
- ◎挿管施行時に胸骨圧迫を中止しなくとも挿管が可能
- 画像伝送することが可能

デメリット

- ◎挿管以外の口腔内操作には不適
- ◎異物(固形物)除去では操作不能
- 従来型と比較して高価



【従来型(マッキントッシュ型)】

メリット

- ◎挿管以外の口腔内操作が可能
- ◎異物(固形物)除去に適している。
- ビデオ硬性挿管用喉頭鏡と比較して安価

デメリット

- ◎胸骨圧迫中断時間がある
- ◎スニフィンングポジションとすることで頭部後屈、頸部伸展し頸損が悪化する可能性がある。



注: ◎印は、救急救命九州研修所竹中教授(麻酔科指導医)の報告から

ビデオ硬性喉頭鏡と従来型喉頭鏡では双方にメリット・デメリットがある。

実証検証(1)

ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管について国が示す有用性について実証検証を行った。

- ・日 時 平成24年4月16日(月)
- ・場 所 千葉市消防学校
- ・検証項目 ①救急現場における安全性
②頭部中間固定位(水平)で挿管することが可能
③声門部の確認
④挿管施行時における胸骨圧迫中断時間
- ・実証検証者 指導救命士及び救急隊活動マニュアル作業部会員
※いずれも気管挿管認定救急救命士
- ・使用資器材
ビデオ硬性挿管用喉頭鏡(Air way Scope)
従来型喉頭鏡(マッキントッシュ型)
高度訓練用人形
気管挿管トレーナー
気管挿管チューブ等一式

実証検証(2)

検証項目 ①救急現場における安全性について

ビデオ硬性挿管用喉頭鏡については、医療機関内で活用するために開発されたものである。救急事故現場において安全性が医療機関内と同様に確保されるかについて検証した。

検証結果

○口腔内操作が容易

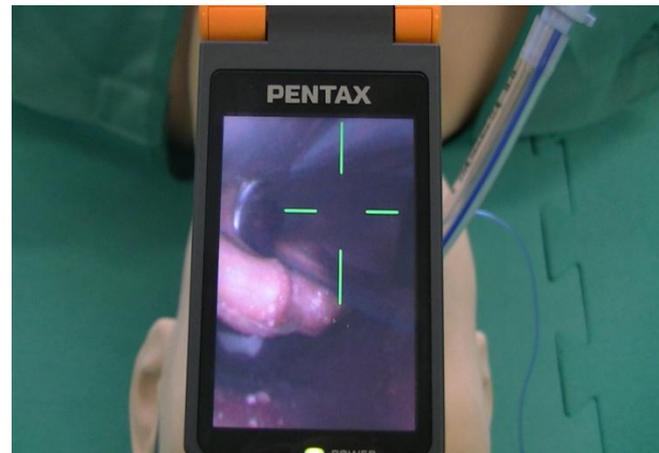
声門確認のための喉頭展開が必要となる従来型と比較すると、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡は、喉頭展開の必要がないことから口腔内での操作が比較的容易である。このことから喉頭展開時、主に発生する歯牙損傷が発生しにくいと考えられる。

○声門確認がスムーズ

モニターにイントロク部分挿入状況が写し出され声門と気管チューブ先端の位置関係の確認がスムーズである。

○第三者による確認が容易

気管挿管の状況がモニター画面に映し出される事で、第三者による確認が容易である。



実証検証(3)

【検証項目】②頭部中間固定位(水平)で挿管することが可能

これまでの従来型喉頭鏡を用いた気管挿管において気管挿管の適応外となるケースとして示されていたもののうち「①状況から頸髄損傷が強く疑われる事例②頭部後屈困難例③喉頭鏡挿入後喉頭展開困難例」においては、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の適応と考えられるとある。」このことから検証を行った。

検討結果

- 全脊柱固定(バックボード使用)時においても、頸部を伸展・屈曲しなくとも気管挿管することができた。
- 上記の、①②③の場合においても適応であると考えられる。

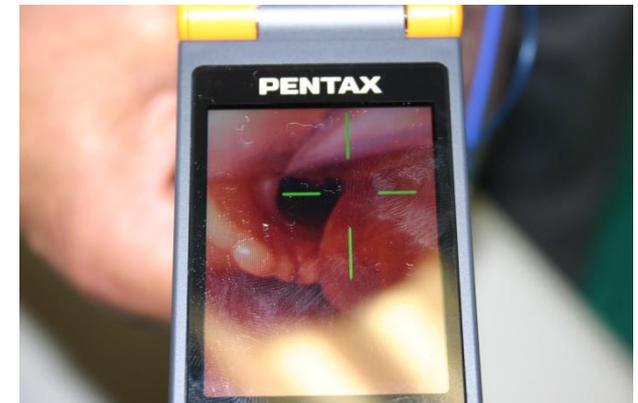


【検証項目】③声門部の確認

ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管を施行する場合における、声門部の確認方法について検証を行った。

検証結果

イントロック部を口腔内に挿入後、スムーズに声門確認をすることができた。また、声門確認時においては、全周が容易に確認することができた。



実証検証(4)

【検証項目】④挿管施行時における胸骨圧迫中断時間

気管挿管時における、胸骨圧迫中断時間について検証を行った。

検討結果

○ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管時における、胸骨圧迫中断時間については、一次確認時の聴診器による、胃泡音及び送気音の確認のための10秒程度の胸骨圧迫の一時中断のみであった。

(参考)

○これまでの、気管挿管プロトコールの場合
胸骨圧迫中断時間は、およそ32秒

検討結果 ①

- (1) 複数の隊員でモニターにより気管チューブが声門を通過することを確認できるため、従来の気管挿管より**安全性に優れていること**
- (2) モニターにより声門を確認できるため、介助者により介助を必要とせず、**胸骨圧迫を中断することなく処置を施行できること**
- (3) 外傷症例等の**気管挿管困難症例にも対応できること**
- (4) 従来の気管挿管とビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管の準備から処置時間の有意差は無かった

検討の結果、デメリットもあったがメリットが上回り、大変優位なため救急業務で使用したい。

2 ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の講習について(1)

ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の講習について検討する。

(1) 当局の受講対象人員

・気管挿管認定救急救命士(60人)

・病院実習待機者

気管挿管認定救急救命士の為の講習修了者 80人

(第26回以降の救急救命士国家試験合格者を含む)

対象者:140人

救急救命士の気管内チューブによる気道確保の実施のための講習及び実習要領について(医政指発第0323049号)に示されている1講義当たりの定員10人以上50人以下が望ましいとされていることから、当局においても現状の救急体制を維持しつつ講習を行うには、国に準じた定員とするべきではないか。

(2) 国が示すビデオ硬性挿管用喉頭鏡の追加講習カリキュラムについて本市メディカルコントロール体制を踏まえ検討する。

【一般目標】

1. 救急現場において、病態に適した適切な気道確保法を選択できる能力を身につける。
2. 気道確保法としてのビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管法を的確かつ安全に施行する能力を身につける。
3. ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管に伴う危険因子を認識し、事故発生時に適切に対処できる能力を身につける。
4. ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管はメディカルコントロール下で行われているという事を認識し、責任をもって行動する。



2 ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の講習について(2)

大項目	小項目	到達目標	時限
1. ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管に必要な知識	1) 気道の構造とビデオ硬性挿管用喉頭鏡の構造、特徴及び他の硬性挿管用喉頭鏡との比較	気管挿管に関連した気道の構造とビデオ硬性挿管用喉頭鏡の構造、特徴及び他の硬性挿管用喉頭鏡との相違点について説明できる。	1
2. ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管法の実際と事故対策	2) 気道の構造とビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管による気管挿管プロトコール	気管挿管の物品準備及び気管挿管法について説明・実施ができる。また、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡による気管挿管プロトコールについて説明できる。	1
	3) ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管に伴う危険因子、合併症予防及び合併症発生時の対応	ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管に伴う合併症を含めた危険因子と事故対策としての医学的な対応を説明できる。	1
3. 人形等を用いた気管挿管シミュレーション	4) 挿管人形を用いたトレーニング実習	高度シミュレーター人形等を用いたトレーニング下で、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管を素早く確実に実施できる。	1
	5) 事例提示によるシミュレーション実習	人形等を用いた事例提示(シナリオステーション)によるシミュレーション下で気管挿管を含めた適切な気道確保法を選択し、気管挿管についてはビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いて迅速に実施できる。(シミュレーション実習)	2
4. 試験	6) 筆記試験・実技試験		1
時間数合計			7



検討項目

○ビデオ硬性挿管用喉頭鏡に必要な講習を行うにあたり、当局の教育体制の現状を踏まえ、講習が必要な救急救命士140人に対し研修を行う必要がある。

1開催当たりの定員を10から50人と示している国の通知に基づき定員を検討するほか、救急出動体制を確保しつつ講習カリキュラムを定める必要があるのではないか。

2 ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の講習について(3)

当局の教育体制についての検討

当局の救急救命士においては、気管挿管に必要な追加講習カリキュラムはすでに終了している。

集合教育として7時限(1時限:50分)が必要であるのか、項目ごとに分類して検討を行う。

1) ①気道の構造と②ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の構造、特徴及び③他の硬性挿管用喉頭鏡との比較

①「気道の構造」については、従来型とビデオ硬性挿管用喉頭鏡に関係なくこれまでの講習で研修している。

②「ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の構造、特徴」及び③他の硬性挿管用喉頭鏡との比較については、医師の監修の下で、資料を作成し研修できるのではないか。

2) 気道の構造と④ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管による気管挿管プロトコール

④「ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管による気管挿管プロトコール」については、プロトコールに関する説明資料を作成し研修できるのではないか。

3) ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管に伴う⑤危険因子、合併症予防及び合併症発生時の対応

⑤「危険因子、合併症予防及び合併症発生時の対応」については、人形等を用いた気管挿管シミュレーション時に実技を踏まえ研修することで、より効果的な講習ができるのではないか。但し、資料を作成し研修をおこなう。

2 ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の講習について(4)

4)挿管人形を用いたトレーニング実習

当局で保有する気管挿管が可能な資器材	高度シミュレーター人形	5体
	気管挿管トレーナー	9器
	ビデオ硬性挿管用喉頭鏡	5器～7器

資器材の保有状況から1体当たり、受講可能な人数を1人から6人とすべきでないか。
さらに、気管挿管トレーナー及びビデオ硬性挿管用喉頭鏡を各署(6か所)に配布し職場内研修を行わせるとともに、事前学習目標を提示してはどうか。

5)事例提示によるシミュレーション実習

事例提示によるシミュレーション実習を行うに当たっての到達目標を設定し様々な場面において効果的にシミュレーション訓練を行うに当たっては、気管挿管に限らず救急隊の「状況判断」「一次評価」「蘇生・処置」「再評価」「チームワーク」など複数のスキルを評価する必要があるのではないか。

1)から5)までの講習カリキュラムの検討

○国が示している追加講習カリキュラムのうち、集合教育のほか職場内研修で対応できる可能性がある。

○当局の資器材の保有状況を踏まえると1開催当たりの受講可能人数を検討する必要がある。

2 ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の講習について(5)

6) 筆記試験・実技試験

ア 筆記試験の内容については、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管に必要な知識に
捉われず、気道・呼吸状態の異常に必要な救命処置全般の内容にするべきでないか。

主な項目

- ・救急現場において、病態に適した適切な気道確保法を選択するために必要な知識
- ・気道確保法としてのビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管法を的確かつ安全に施行するために必要な知識
- ・ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管に伴う危険因子を認識し、事故発生時に適切に対処するために必要な知識

(具体的内容)

- ・上気道閉塞を確認するために必要な知識
- ・酸素療法・補助換気に必要な知識
- ・高度な気道確保を行う場合に必要な知識
- ・ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を使用する場合に必要な知識

イ 実技試験の内容については、救急事故現場を想定しビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管行為が安全かつ確実に遂行できるとともに、危機対応能力やチームワーク、プロトコルに準じた正確な活動が行われるかについて評価するものとしたい。

検討結果 ②

専門部会員で検討した結果、

- (1) 講習時間は、所属教育(3時限)と学校教育(4時限)とし、プレテスト及びポストテストにより、所属教育を担保する。
- (2) 学校教育は、140名の対象者に対し、1回あたりの受講者を30名前後(人形5体×6名)とし、6回実施、講習時期は7月～9月とする。

所属教育(3時限)

項 目	詳 細	時間数
ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管に必要な知識	気道の構造とビデオ硬性挿管用喉頭鏡の構造、特徴及び他の硬性挿管用喉頭鏡との比較	1
ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管法の実際と事故対策	気道の構造とビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管による気管挿管プロトコール	1
	ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管に伴う危険因子、合併症予防及び合併症発生時の対応	1

- ・各署に気管挿管トレーナー及びビデオ硬性挿管用喉頭鏡を配布し所属教育を実施する
- ・所属教育時に事前学習目標を提示する(資器材準備からパイロットバルーン確認まで2分)
- ・「ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管に必要な知識」及び「ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管法の実際と事故対策」については資料を配布し、事前学習とする

学校教育(4時限)

項目	詳細	時間数
人形を用いた気管挿管シミュレーション	事例提示によるシミュレーション実習	2
試験	筆記試験・実技試験	2

- ・1回の受講生は約30名とする
- ・所属教育時に事前学習目標を提示する(資器材準備からパイロットバルーン確認まで2分)
- ・シミュレーションは6ブースで実施し、いわゆる通常のシミュレーション開始の「周囲の状況」からは開始せず、目標提示した部分から開始する
- ・筆記試験と実技試験は20分とし、2班に分かれて同時進行する(15名×2班)
- ・実技試験は3ブース(5名×3ブース)、1回4分で実施し、各ブースに採点者として指導救命士を配置する

3 技能習得の病院実習について

(1) 対象者別の実習回数の検討

気管挿管認定救急救命士

ビデオ硬性挿管用喉頭鏡

成功症例: 3症例以上

気管挿管未認定救急救命士

従来型の気管挿管

+

ビデオ硬性挿管用喉頭鏡

成功症例: 30症例以上

成功症例: 3症例以上

ビデオ硬性挿管用喉頭鏡による成功症例は指導医の判断により成功症例3症例以上とする。

ビデオ硬性挿管用喉頭鏡
認定救急救命士

検討結果 ③

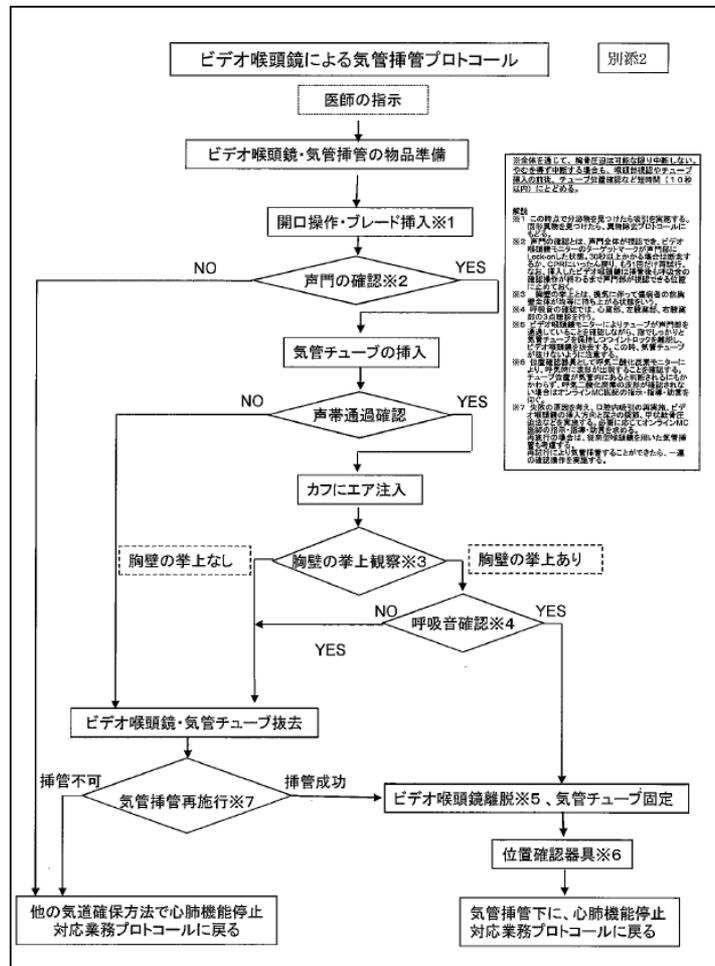
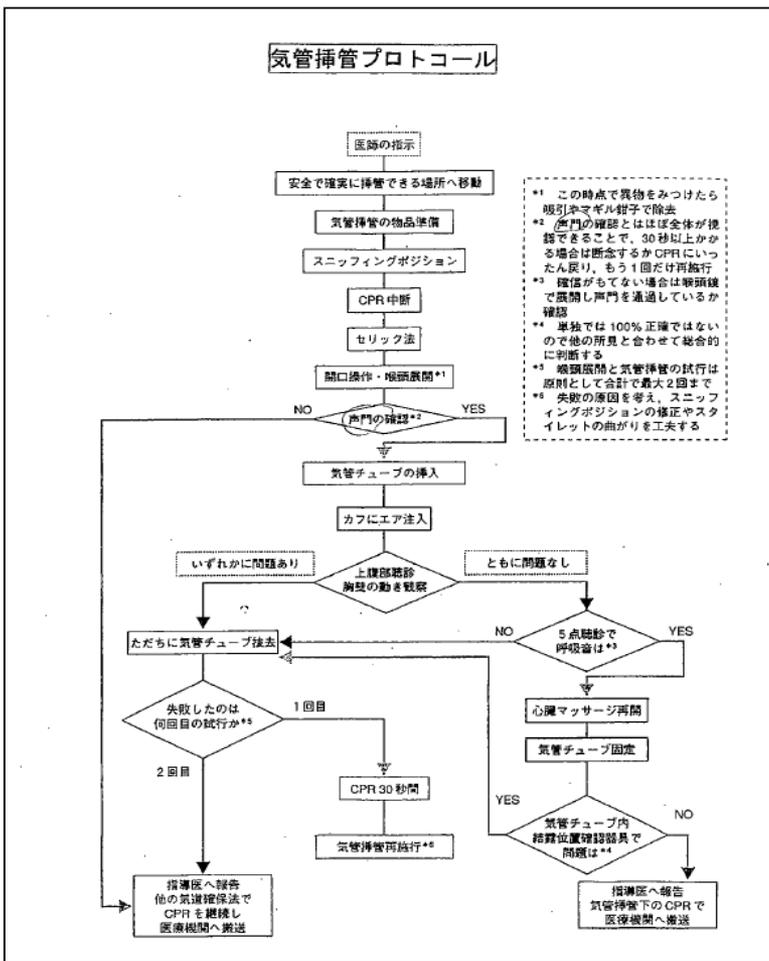
(1) 消防庁の掲げたデータによると、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の成功率は2症例で100%である。

(2) 気管挿管認定救急救命士(有資格者)、及び気管挿入未認定救急救命士は成功症例2～5症例とあるが、より確実な手技取得のため、指導医の判断のもと、3症例以上としてはどうか。

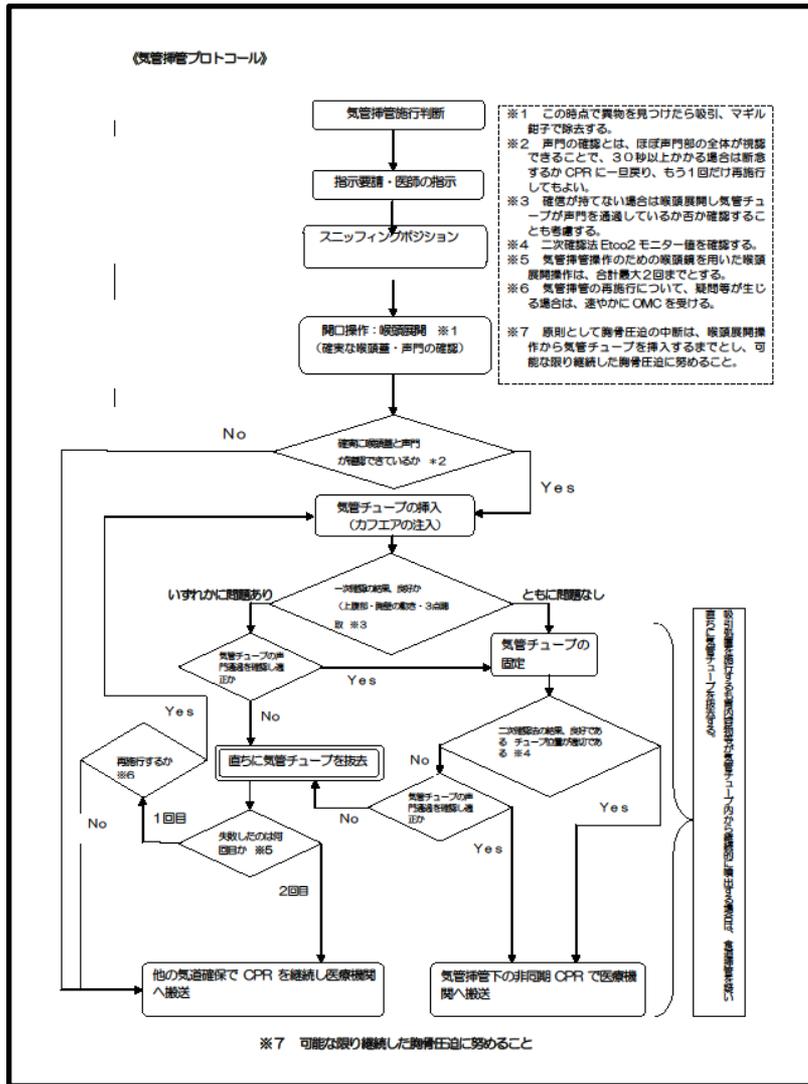
なお、気管挿管未認定救急救命士は、従来型(マッキントッシュ型)を用いた気管挿管の成功症例30症例以上を実施し確実な手技を取得後、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡実習を実施してはどうか。

4 プロトコル作成についての検討(1)

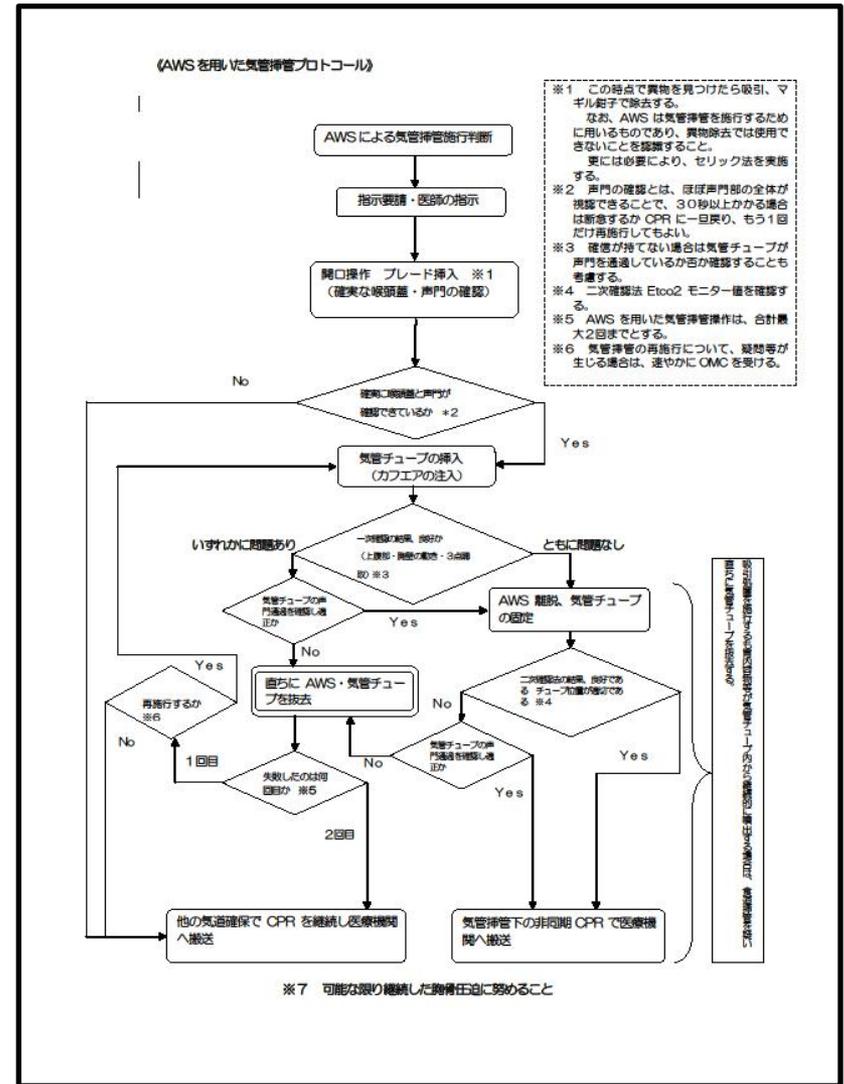
国が示す、従来型とビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた場合での、プロトコルの違いは、気管挿管施行時において、胸骨圧迫を中断することなく気管チューブを留置すること。および従来型の気管挿管では気管挿管の適応外とされている8項目のうち3項目が気管挿管の適応と考えられるケースに該当するほか、大きな違いは見当たらない。



4 プロトコル作成についての検討(2)



従来型の喉頭鏡を用いた
気管挿管プロトコル



ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた
気管挿管プロトコル

4 プロトコールの作成についての検討(3)

気管挿管の施行判断について(現行)

ステップ 1	ステップ 2	ステップ 3
用手気道確保 経口エアウェイ 経鼻エアウェイ	ラリゲアルマスク ラリゲルチューブ コンビチューブ スミウェイWB EGTA	気管チューブ
観察・判断～施行	観察・判断～施行	観察・判断～施行

- 異物による窒息の心肺停止症例
 - その他気管挿管出なければ気道確保が困難な症例
- については、常駐医師の判断で、ステップ1～2を経ず、気管挿管の優先指示を可能としている。



今後は、ステップ1～2の結果に関わらず、救急救命士及び医師が必要と判断した場合は、気管挿管を施行可能としたい。

4 プロトコール作成についての検討(4)

ステップ1～2を経ず気管挿管を施行したい理由

- 1 気管挿管を実施することで、非同期CPRを行うことができるため、絶え間ない胸骨圧迫が可能である。(LMA等の声門上気道デバイスでは非同期CPRの有効性が不明)
- 2 用手気道確保に手を取られず、他の有効な処置を早期に行うことができる。特に静脈路確保及び薬剤投与が迅速に行うことができる可能性がある。
- 3 LMA等の声門上気道デバイスは、器具により各種禁忌事項がある。(フルストマック・嘔吐・口腔内出血・腐食物質の飲用・上部食道の病変・食道損傷・食道静脈瘤)

4 プロトコール作成についての検討(5)

プロトコールの要点

1 共通事項

- (1) 胸骨圧迫の中断時間を考慮し、聴診の確認を5ヶ所6点聴診から3ヶ所4点へ変更(心窩部、両肺尖部)
- (2) 1次確認で問題がある場合、目視で確認後気管チューブが声門を通過しているのを確認できれば2次確認へと進む
- (3) 可能な限り継続した胸骨圧迫を実施することを原則とするため、胸骨圧迫中断～開始を明記しない
- (4) 2次確認ではJRCガイドラインでも有効性が明らかであるETCO₂モニター、またはEDDを使用する

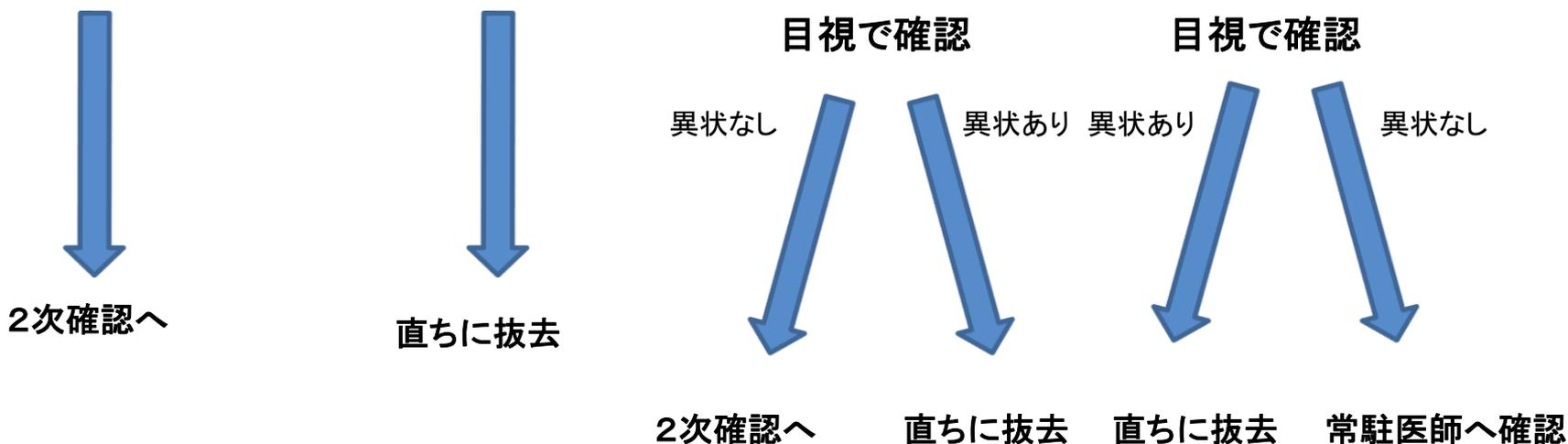
2 ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管プロトコール

- (1) モニターにより声門を確認するため、スニッフイングポジションを必要とせず、そのままの状態で行うことができる

4 プロトコール作成についての検討(6)

1次確認の結果

問題なし	問題あり 1	問題あり 2	問題あり 3
胃泡音(-)	胃泡音(+)	胃泡音(-)	胃泡音(-)
送気音(+)		送気音(-)	送気音(-)
胸部挙上(+)		胸部挙上(+)	胸部挙上(-)
送気抵抗(-)		送気抵抗(-)	送気抵抗(+)



検討結果 ④

ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管を施行する際にあたり以下の点に留意することが望ましいと考える。

- 常駐医師等に気管挿管施行時の指示要請する場合は、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を使用した気管挿管を施行する旨を報告することとする。
- 気管挿管のために用いる、喉頭鏡については常駐医師等から指示がない限り救急救命士の判断によるものとする。
- ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の使用で新たに適応と考えられる項目を追加する。
なお、この場合においては、常駐医師等へ報告するものとする。
- 従来型及びビデオ硬性挿管用喉頭鏡のいずれかを用いた場合、または、従来型を1回使用後にビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管を試行した場合においても挿入試行は原則1回として2回以上を禁ずるものとする。

新たに適応と考えられる項目とは

- ①状況から頸髄損傷が強く疑われる事例
- ②頭部後屈困難症例
- ③喉頭鏡挿入後喉頭展開困難例

検討結果 ①～④まとめ

有用性の検討

- 1 複数隊員が、モニターで同時に声門通過を確認できるため、安全性に優れている。
- 2 介助なしで実施できるため、胸骨圧迫の中断時間を短縮できる。
- 3 従来 of 気管挿管困難症例にも対応できる。

教育方法の検討

- 1 教育時間数は、所属教育(3時限)と学校教育(4時限)としたい。
- 2 学校教育は、1回あたりの受講者を30名とし、5回開催することで、140名の対象者全員の教育を平成24年度中に完了したい。
- 3 病院実習は、気管挿管認定救命士は3症例以上、気管挿管未認定救急救命士は、従来型喉頭鏡での気管挿管を30症例以上成功した後、3症例以上行う。

プロトコール作成の検討

- 1 胸骨圧迫を最小限とするため、1次確認の聴診は3か所4点聴診としたい。
- 2 従来型喉頭鏡、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の選択は、救急救命士の判断としたい。

議 題 3

件 名： 指令センター常駐医師用マニュアル作業部会
「常駐医師の業務について」

議案要旨： 常駐医師の業務拡大について、常駐医師にアンケート調査を行ったところであるが、より具体的なアンケート調査を行った結果報告を踏まえ、御審議いただくものです。

資 料： 資料2 「指令センター常駐医師用マニュアル作業部会 再アンケート調査結果」

指令センター常駐医師用マニュアル作業部会 再アンケート調査結果

指令センター常駐医師の業務に対する再アンケートについて

経緯

- 常駐医師の業務拡充についてのアンケートの結果、各設問の業務に対する可否の回答が、概ね半々となった。



- この結果を踏まえて千葉市救急業務検討委員会で審議した結果、常駐医師の業務拡充について一步踏み込んだアンケートを実施し協力の見込みを調査することとなった。

常駐医師へ再アンケートの主旨

※ 具体的に例をあげて協力できる医師の方々がどれほどになるか。

常駐医師へのアンケート内容

(調査期間平成24年3月13日から4月6日)

「消防局指令センター常駐医師用マニュアル」改訂に伴う
常駐医師の業務内容の見直しについての再アンケート調査

常駐医師の皆様、いつも千葉市消防局でのMCに御協力頂きありがとうございます。

今般、ガイドライン2010の公表に伴い千葉市消防局で定めている各種マニュアルについて見直しを図ることとなり、その一環として指令センター常駐医師の業務拡充についてのアンケート調査を行いました。常駐医師の先生方からのアンケート調査の結果、各問、業務にたいする可否の御回答が、概ね半々の割合でありました。

つきましては、本結果を踏まえ、業務見直しについてさらに検討を進めることを目的に、常駐医師各位の御意見をお伺いしたく、再度のアンケート調査に御協力いただきませうようお願い申し上げます。

千葉市消防局MC体制の一環としての本常駐医師制度は、開始約10年を迎えようとしています。本業務の見直しにつきまして前向きに考え、御回答いただければ幸いです。

■ 医療機関交渉について

□ 以下の救急活動において、「常駐医師は医療機関収容依頼を業務として行うこと」となった場合に、常駐医師業務を受けていただけますか？

1:CPA(特に特定行為を行う症例)や高エネルギー外傷で重症と判断される場合

回答(どちらかに○をつけて下さい)。

(1) 可能 ……………→ _____コマ

(可能である場合、客観的に常駐医師業務が1ヵ月に何コマ可能ですか。

現在の昼勤あるいは夜勤を1コマとしてお答えください。

(2) 不可能

2: 救急隊員が医療機関収容依頼開始から10件以上収容困難である場合、あるいは1時間以上搬送先がきまらない場合

回答(どちらかに○をつけて下さい)。

1 可能 ……………→ _____コマ
(可能である場合、客観的に常駐医師業務が1ヵ月に何コマ可能ですか。
現在の昼勤あるいは夜勤を1コマとしてお答えください。

2 不可能
⇒不可能の場合は、その理由をお聞かせ下さい。
また、何かコメントがありましたらお願いします。

※ 本アンケート調査は無記名であります。可能であると御回答頂いた先生で、お名前を記入しても良いと思われる方は、ご記入ください。

_____様

御協力ありがとうございました。
皆様の御意見を参考にして、更に各種マニュアルの改訂作業を進めていきます。

千葉県救急業務検討委員会「マニュアル・プロトコール専門部会・作業部会」

アンケート集計結果

対象常駐医師 150人



回答 93人(回答率 63%)

設問1 CPAや高エネルギー外傷で重症と判断される場合

可能 49人

不可能 44人

設問2 医療機関収容開始から10件以上の収容困難な場合、
あるいは1時間以上搬送先が決まらない場合

可能 48人

不可能 44人

チェックなし1人

平成23年医師常駐体制運用状況(登録医師数150名、17医療機関)

医療機関名	枠数	人
あかいし脳神経外科クリニック	15	1
稲毛病院	9	1
国立病院機構千葉医療センター	142	11
最成病院	11	11
幸町中央診療所	13	1
山王病院	12	2
千葉県救急医療センター	101	18
千葉市立青葉病院	15	5
千葉市立海浜病院	39	3
千葉中央メディカルセンター	28	4
千葉脳神経外科病院	24	4
千葉メディカルセンター	7	7
平山病院	29	3
みつわ台総合病院	61	5
国立病院機構千葉東病院	24	19
千葉社会保険病院	15	6
千葉大学医学部附属病院	185	19
合計	730	120

検討結果について

常駐医師体制は、年間120人の医師が勤務している。



アンケート設問1は、49人
アンケート設問2は、48人



一定期間、試行的に常駐医師の行う医療機関の収容のための交渉については、「個人の裁量によるもの」としたい。

議 題 4

件 名： 口頭指導プロトコル及び新受入れ体制構築に関する作業部会
「口頭指導プロトコルについて」

議案要旨： 平成 25 年度からの共同指令センター運用に伴い、千葉県北東部・南部ブロックの口頭指導プロトコル案を 5 月に千葉県に上程するため、前回開催の第 2 回「マニュアル・プロトコル専門部会」での提案事項を原案とし、千葉市を含めた 6MC 協議会で検討・調整した作業部会案について、ご審議をお願いするものであります。

資 料： 資料 3 「指令管制員の行う口頭指導プロトコル」
Ver1 - 1 作業部会案

指令管制員の行う口頭指導プロトコール

共同指令センター北東部・南部ブロック



目 次

1-1	成人用心肺蘇生口頭指導プロトコール	P 1
1-2	AEDの口頭指導プロトコール	P 2
2-1	小児用心肺蘇生口頭指導プロトコール	P 3
2-2	AEDの口頭指導プロトコール	P 4
3-1	乳児用心肺蘇生口頭指導プロトコール	P 5
3-2	AEDの口頭指導プロトコール	P 6
4	心肺蘇生法口頭指導時の留意事項	P 7
5	AEDの使用手順	P 8
6	けいれん時口頭指導プロトコール	P 9
7	気道異物除去法口頭指導プロトコール	P 10
8	止血法・指（趾）切断手当口頭指導プロトコール	P 11
9	熱傷手当口頭指導プロトコール	P 12

※ 心肺蘇生法実施時の成人・小児・乳児の年齢区分について

- ・成人＝概ね思春期以降（概ね16歳以上）
- ・小児＝1歳以上概ね思春期以前（概ね16歳未満）
- ・乳児＝生後28日以上1歳未満

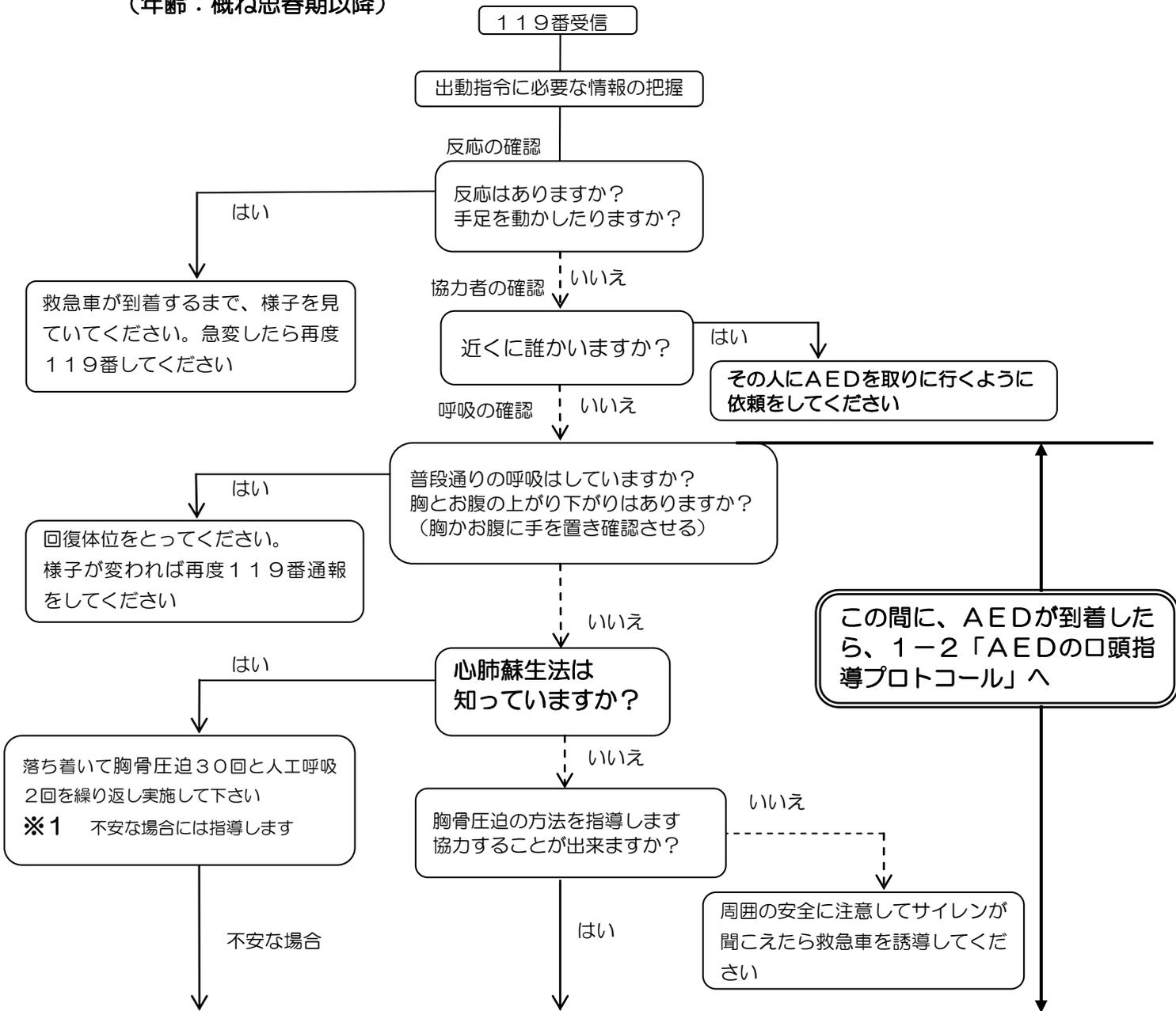
※ AED使用時の成人・小児・乳児の年齢区分について

- ・成人パッド＝就学児（小学生以上）
- ・小児用パッド＝生後28日以上未就学児（小学生未満）

1-1 成人用心肺蘇生法口頭指導プロトコール

(1-2AEDの口頭指導プロトコールも含む)

(年齢：概ね思春期以降)



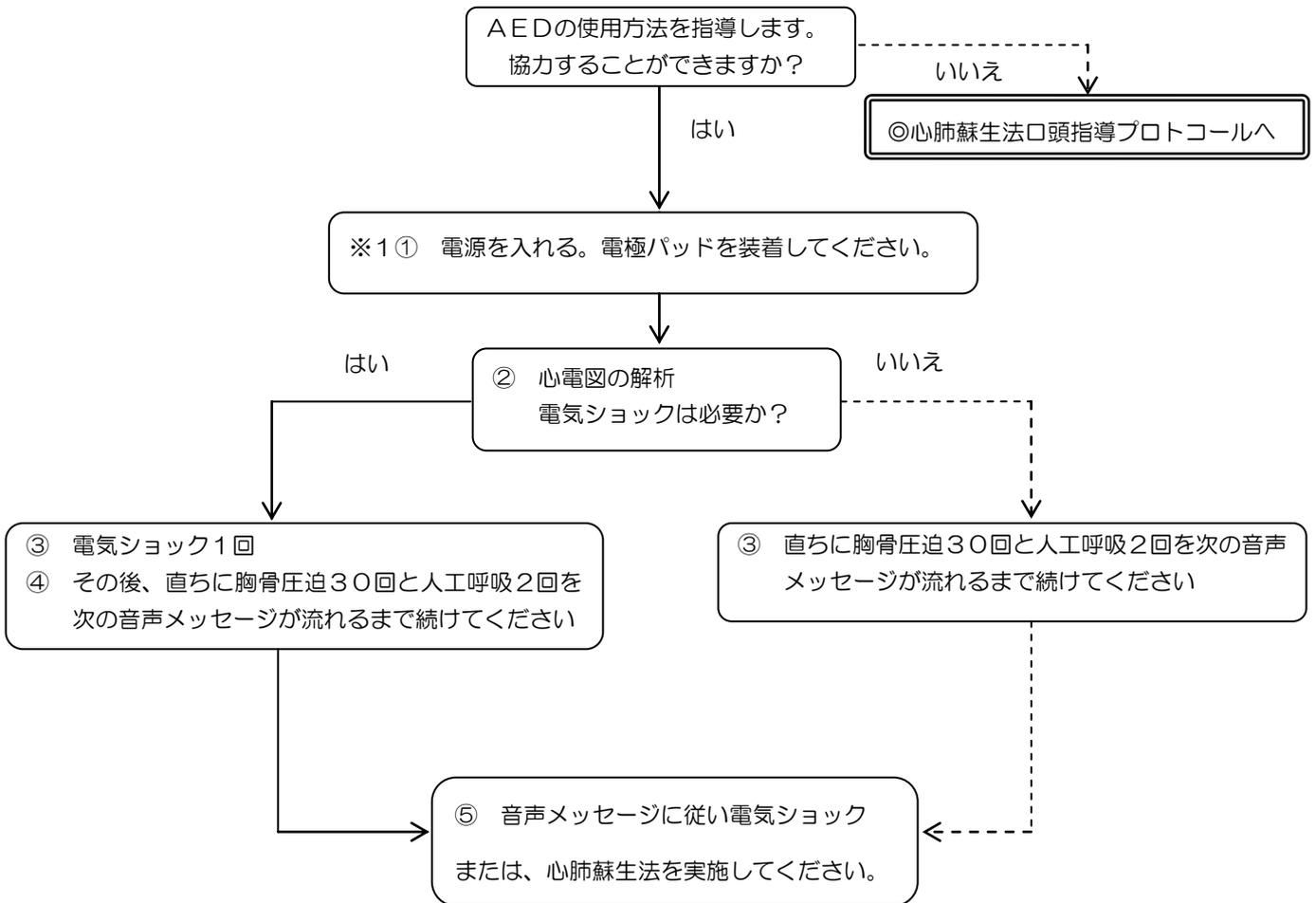
電話を切らずにこのまま胸骨圧迫の指導をします。

- 傷病者の脇につき、「胸の真ん中に」片方の手のひらを置いて下さい。
- もう一方の手を、置いた手の上に重ねて置き、肘をまっすぐに伸ばして真上から床に向かって、胸が5センチ以上沈むまでしっかり押しして下さい。
- ※ 押す速さは「1, 2, 3, 4, 5・・・」(テンポ)は100回/分以上のリズムで指導する。
- 救急隊があなたのそばに着くまでの間、可能な範囲で胸骨圧迫を続けて下さい。
- 心肺蘇生法を知っていますか?に「はい」と答えたが、不安な場合も胸骨圧迫のみを指導して下さい。
- 胸骨圧迫が理解できない場合においては、胸骨圧迫を「心臓マッサージ」に読み替える。

* 心肺蘇生法を知らない通報者または、知っているが不安な場合の通報者については、胸骨圧迫のみを指導する。

1-2 AEDの口頭指導プロトコール

(年齢：就学児【小学生】以上)



※1 電源を入れた後、音声メッセージに従いAEDを使用するよう指導する。
不安な場合等で確認を求められたときは、①から順に指導を行う。

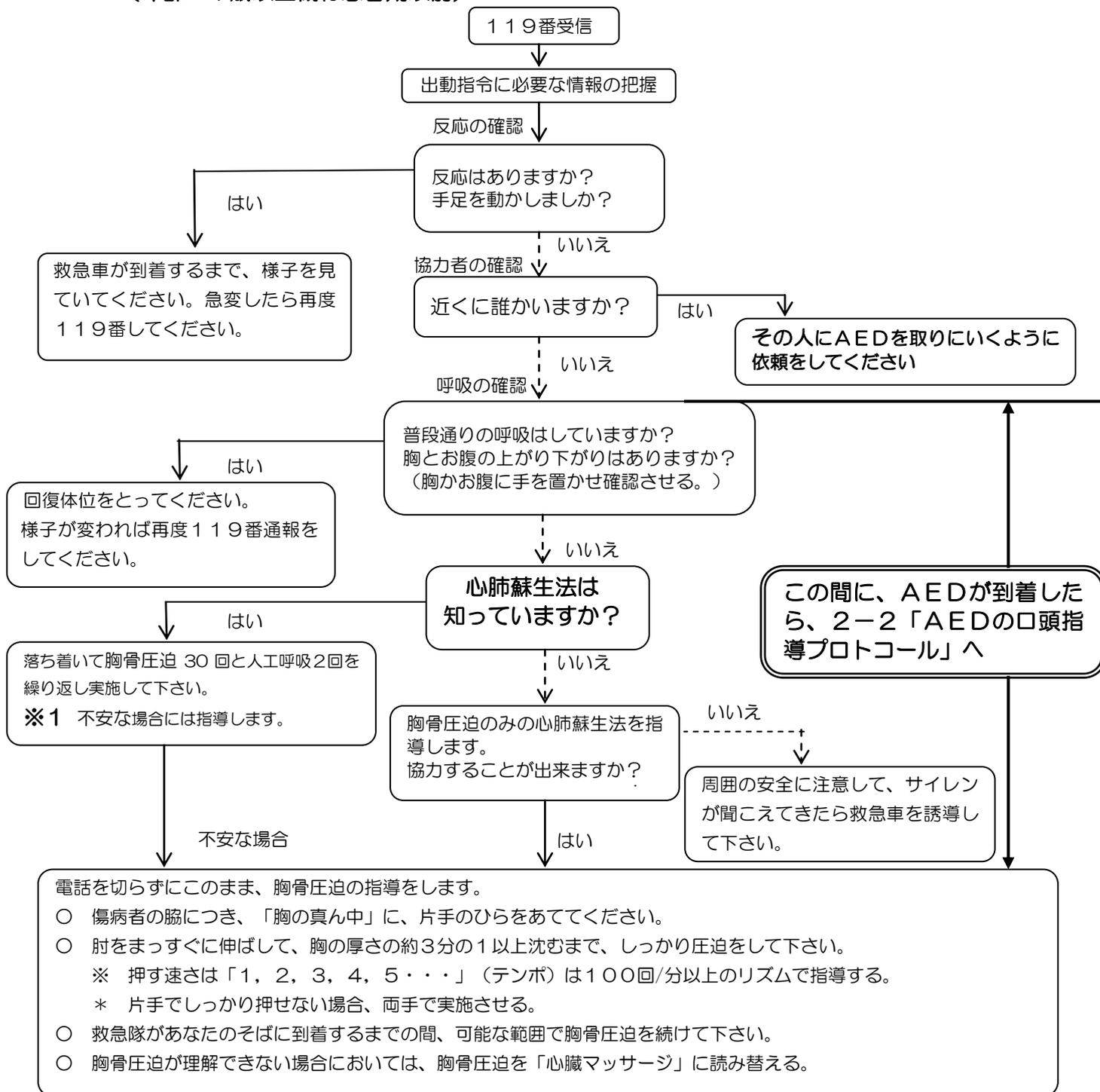
AED使用を指導する際は、「5 AEDの使用手順」を基本に行う。

注) AEDの音声メッセージと口頭指導が同時に行われると、救助者が混迷する
可能性があるので注意すること。

2-1 小児用心肺蘇生法口頭指導プロトコール

(2-2 AED の口頭指導要領も含む)

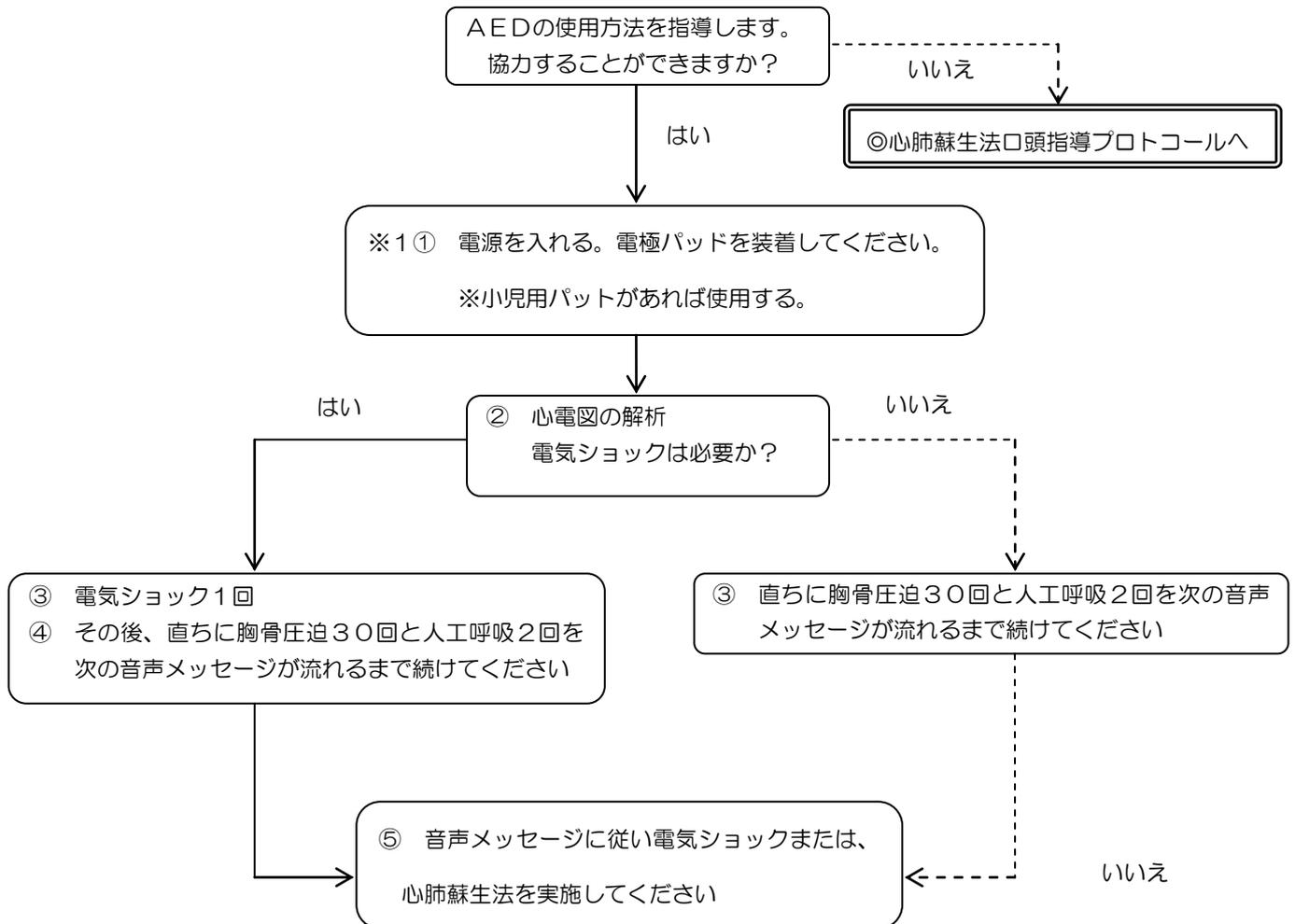
(年齢：1歳以上概ね思春期以前)



*心肺蘇生法を知らない通報者または、知っているが不安な場合の通報者については、胸骨圧迫のみを指導する。

2-2 AEDの口頭指導プロトコール

(年齢：1歳以上未就学児【小学生未満】)



※1 電源を入れた後、音声メッセージに従いAEDを使用するよう指導する。

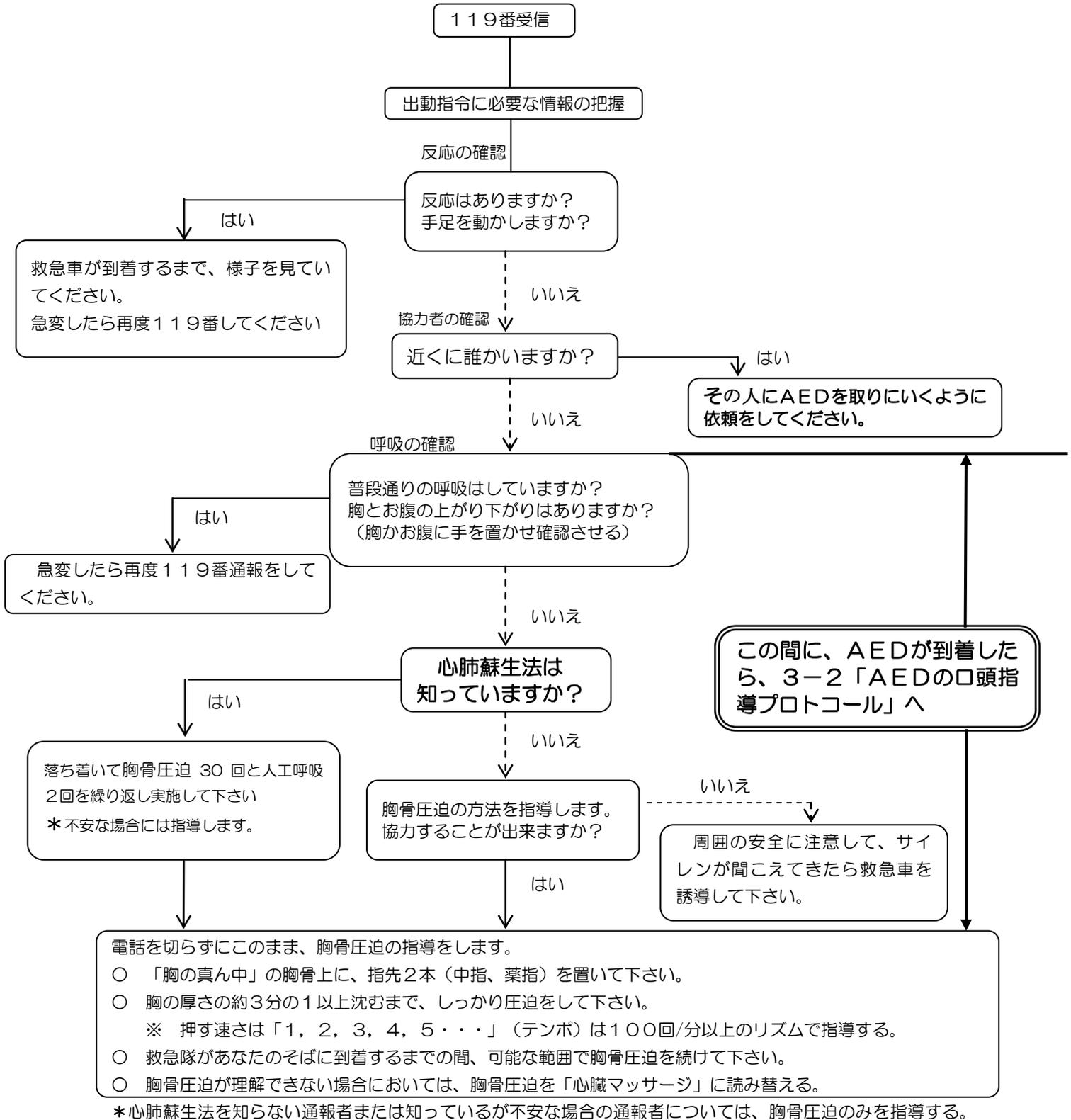
不安な場合等で確認を求められたときは、①から順に指導を行う。

AED使用を指導する際は、「5 AEDの使用手順」を基本に行う。

注) AEDの音声メッセージと口頭指導が同時に行われると、救助者が混迷する可能性があるので注意すること。

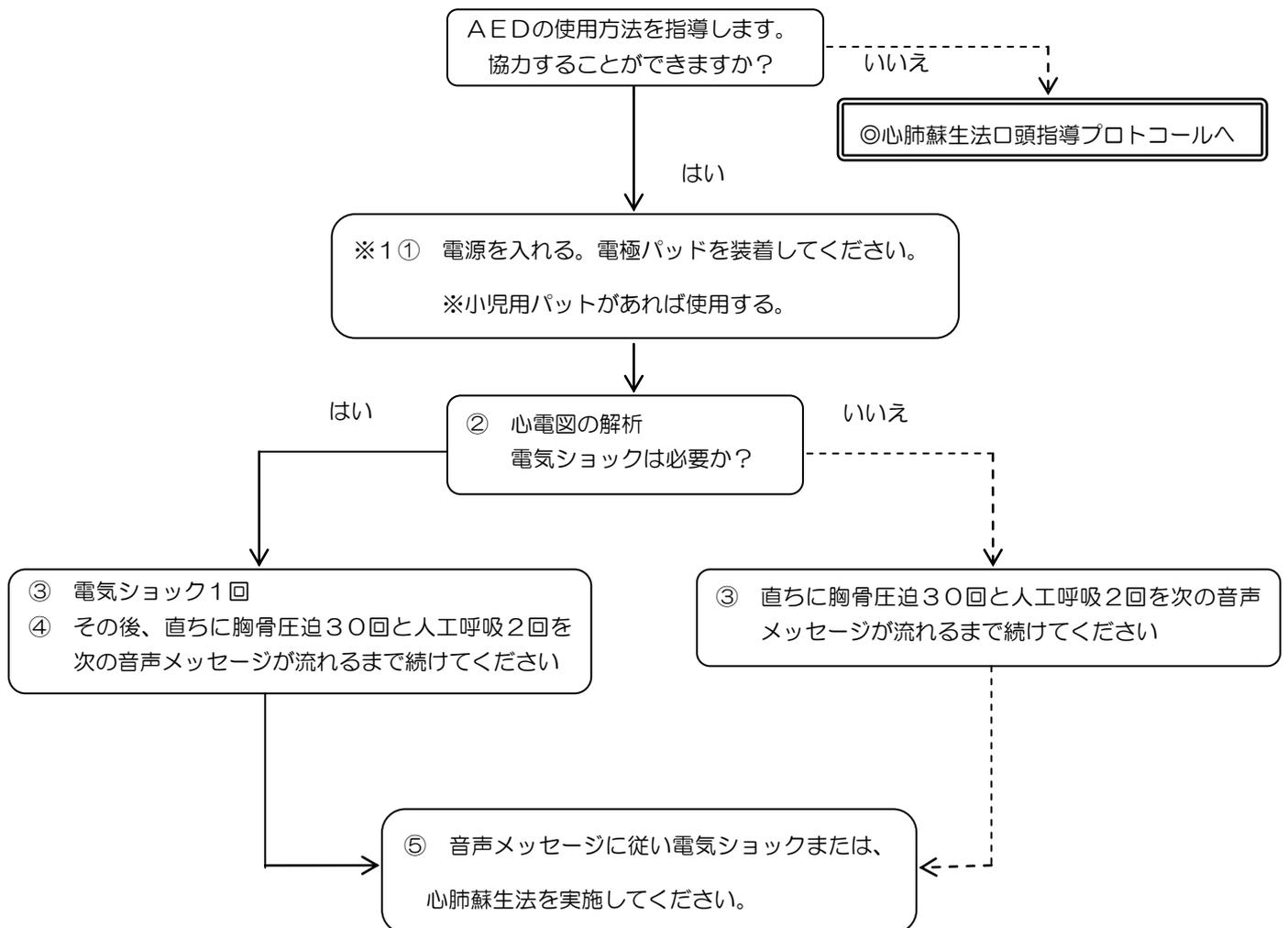
3-1 乳児・新生児心肺蘇生口頭指導プロトコール (3-2 AED の口頭指導プロトコールも含む)

(年齢：1歳未満)



3-2 AEDの口頭指導プロトコール

(年齢：生後28日以上1歳未満)



※1 電源を入れた後、音声メッセージに従いAEDを使用するよう指導する。

不安な場合等で確認を求められたときは、①から順に指導を行う。

AED使用を指導する際は、「5 AEDの使用手順」を基本に行う。

注) AEDの音声メッセージと口頭指導が同時に行われると、救助者が混迷する可能性があるので注意すること。

4 心肺蘇生法口頭指導時の留意事項

- 心肺蘇生法ができるか否かを聴取し、できない場合は、可能な限り胸骨圧迫を指導する。〈心肺蘇生に不安がある場合は胸骨圧迫のみを指導する〉
- 胸骨圧迫が理解できない場合においては、胸骨圧迫を「心臓マッサージ」に読み替える。

- 感染防止
 - ・ 傷病者に出血がある場合は、血液に直接触れないなど、感染に留意するよう指導する。
 - ・ 口腔内等で出血がある場合は、原則、胸骨圧迫のみを指導する。
- 反応の確認
 - 呼びかけなどに対して目を開けるか、なんらかの返答又は目的のある仕草がなければ「反応なし」と判断する。
- 呼吸の確認
 - 次のいずれかの場合には、「普段どおりの息（正常な呼吸）なし」と判断する。
 - ・ 胸や腹部の動きがなく、呼吸音も聞こえず、吐く息も感じられない場合
 - ・ 胸や腹部の動きを見ても解らない場合は下記※方法で確認
 - ※胸かお腹に手を置かせ確認させる
 - ・ 約10秒間確認しても呼吸の状態がよくわからない場合
(この場合は胸骨圧迫を実施させ反応があるかを確認させる。)
 - ・ しゃくりあげるような、途切れ途切れに起こる呼吸（死戦期呼吸）が見られる場合
- 中止の基準
 - ・ 心肺蘇生法を続けているうちに傷病者が瞬きやうめき声を出したり、普段どおりの息（正常な呼吸）をし始めた場合
 - ・ 救急隊に心肺蘇生法を引き継いだ場合
 - ・ 救助者が心肺蘇生法を実施するのに危険を感じた場合

5 AEDの使用手順

AEDの電源を入れる。(以降は、音声メッセージに従う)

電極パッドを貼る

- ・ 胸を確認させる(以下、パッドと貼付時の確認事項へ)
- ・ 電極パッドの袋を開封し、粘着面を絵で表示された位置に貼る。
※右前胸部(鎖骨下)及び左下側胸部(左乳頭部外側下方)
- ・ 電極パッドは、肌との隙間を作らないよう、しっかりと貼り付ける。
- ・ 就学児以上の傷病者に小児用の電極パッドを使用してはならない。
- ・ 未就学児(概ね6歳まで)に対しては小児用パッドを使用する。
- ・ 小児用パッドがないなど、やむを得ない場合は、成人用パッドを使用する。
※ 体格に応じて胸部と背部に、それぞれ貼り付ける。

パッド貼付時確認事項

- ・ 胸が汗や水で濡れている場合 → タオル等で拭き取る。
- ・ 胸に貼り薬があり、パッドを貼る時、邪魔になる場合 → 剥がして薬剤を拭き取る。
- ・ ペースメーカー等が体内に埋め込まれている場合 → その場所から離してパッドを貼る。
※胸の皮膚が盛り上がり、下に硬いものが確認できた場合

① 心電図の解析 (自動的に心電図の解析が始まる。)

「皆さん、離れて」と注意を促し、誰も傷病者に触れていないことを確認する。

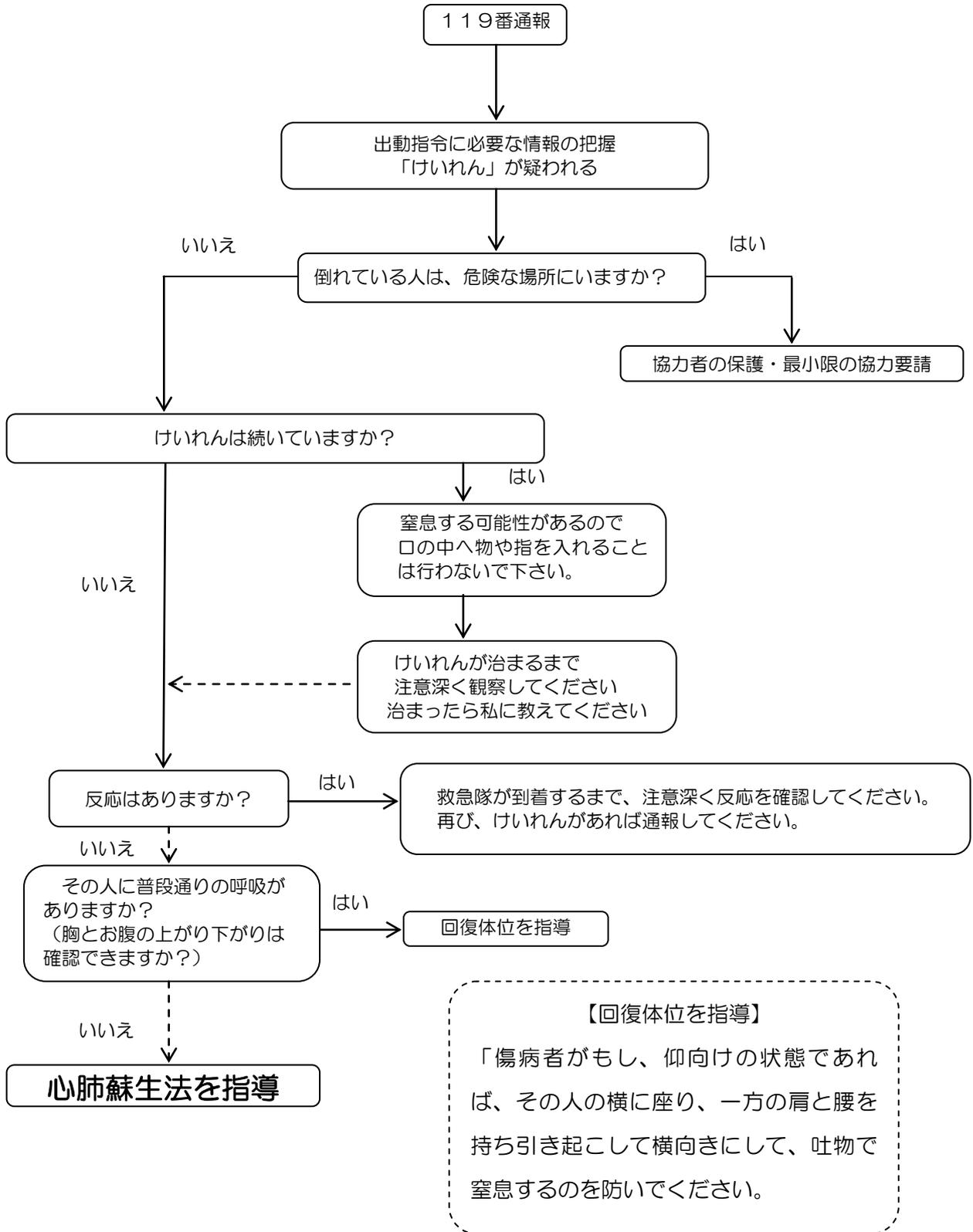
② 電気ショック

- ・ ショックが必要な場合、音声メッセージが流れ、自動的に充電が始まる。
- ・ 充電が完了したならば、「ショックします。みんな離れて」と注意を促し、誰も傷病者に触れていないことを確認し、ショックボタンを押す。

③ 心肺蘇生法を開始

④ 心肺蘇生法を再開して約2分経ったら、AEDは自動的に心電図の解析を再び行うので、AED音声メッセージに従い、電気ショックまたは心肺蘇生法を実施する。

6 けいれん時口頭指導プロトコル



7 気道異物除去法口頭指導プロトコール

119番通報

出動指令に必要な情報の把握
「気道異物」が疑われる

反応はありますか

いいえ

◎心肺蘇生法口頭指導プロトコールへ

はい

患者の年齢は何歳ですか？

← 1歳以上

1歳未満 →

【気道異物除去要領】

◎《背部叩打法》と《腹部突き上げ法》を併用する。
その回数や順序は問わず異物が取れるか反応が無くなるまで続ける。

《背部叩打法》

- 患者の背中を、手のひらで強く、早く連続して叩いて下さい。
- 叩いた後、異物が出てきたか口の中を確認します。

《腹部突き上げ法》（ハイムリック法）

- 患者の後ろ（背部）に位置し、あなたの左右いずれかの手を握り拳にして、患者の脇の下から手を回して「みぞおち」に当てます。
- もう一方の手で、握り拳をかぶせて握りしめ、素早く、斜め上方向に引揚げます。

（注）ハイムリック法は、乳児・新生児・妊婦は適用外。

【気道異物除去要領】

《背部叩打法》

- お子さんを「うつぶせの状態」に、頭が指先方向となるようにして、あなたの左右いずれかの腕に載せます。
- 載せたら、お子さんの「顎」を掴んで支え、お子さんの顎を突き出すような姿勢にしてください。
- 次に、あなたの一方の手のひらで、お子さんの背中の中心を異物が取れるか反応が無くなるまで叩き続けてください。（回数は問わない）

【反応がなくなった場合の対応】

◎心肺蘇生口頭指導プロトコールへ

呼吸の確認

呼吸の確認

はい

いいえ（わかりません）

普段通りの呼吸はしていますか？

反応はありますか？

はい

反応はありますか？

いいえ（わかりません）

◎心肺蘇生法口頭指導プロトコールへ

【安静の維持と観察の継続】

- 顔を横に向けて、吐物などで窒息しないように気を付けて下さい。
- 目を離さないよう注意し、様子が変われば119番でお知らせ下さい。

【安静の維持】

- 患者さんの希望する「楽な姿勢」にします。
- 救急車を案内・誘導して下さい。

8 止血法・指（趾）切断手当口頭指導プロトコール

119番通報

出動指令に必要な情報の把握
「指（趾）切断」が疑われる

【感染防止対策】

- あなたへの感染を防止するため、素手で血液などに触れるのは避けましょう。
- 身の回りに、ゴム手袋やビニールの手袋、又はビニール袋などがあれば、手に着けて下さい。

感染対策確認

はい

感染防止対策はできましたか？

いいえ

協力者の保護・最小限の協力要請

【止血要領】

- 傷口に、ガーゼや清潔なタオルなどを当て、強く押さえつけて下さい
- 出血が止まらない場合は、更にその上からタオルなどを巻いて押さえつけてます。（心臓より高くすることも有効です）

指（趾）の状態確認

指（趾）は切断されていますか？

効果確認

いいえ

はい

出血は止まりましたか？

いいえ（わかりません）

出血状況の再確認

はい

いいえ

血液は、まだ流れていますか？

はい

体重を掛けて、より強く押さえつけてみて下さい。

【ドクターヘリ要請】

四肢が切断されていた場合は、
要請基準に基づき、要請を考慮する

【指（趾）切断手当要領】

- 清潔なビニール袋を2枚用意します。
- 切断された指は、ガーゼ等に包み1枚目の袋に入れます。
- もう1枚のビニール袋には氷水を入れ、指の入った袋の口をきちんと縛り、氷水を入れたビニール袋に入れます。
- 救急隊に渡し、患者とともに病院へ搬送します。

【ショック状態の確認】（代表的な徴候の確認）

- 目は「うつろ」になっていませんか？
- 呼吸は「早く」になっていませんか？
- 「冷や汗」をかいていませんか？

ショックあり

【ドクターヘリ要請】

ショック状態である場合は、要請基準に基づき
要請を考慮する

【ショック状態への対応】

- 仰向けに寝かせ、患者の足の下側に身の回りにある物を活用して、30センチほど高くします。

9 熱傷手当口頭指導プロトコール

119番通報

出動指令に必要な情報の把握
「熱傷」が疑われる

反応はありますか？

いいえ

普段どおりの息を
していますか？

はい

いいえ

通報内容から熱傷手当が必要？

◎心肺蘇生法口頭指導プロトコールへ

熱傷（ヤケド）の原因は何ですか？

化学薬品・感電事故

火・熱等

←措置後の応急手当

【化学薬品・感電事故時の措置】

《化学薬品》

- 薬品を浴びた衣服や靴などは速やかに取り除きます。
- 体に浴びた薬品は、シャワー等で洗い流します。

《感電事故》

- 二次災害（感電）に注意します。
- 安全な方法で、「熱源」から患者を遠ざけ、安全を保ちます。

熱傷（ヤケド）の範囲は広いですか？

はい
(広い範囲)

いいえ
(狭い範囲)

【ドクターヘリ要請】

広範囲熱傷の場合は、出動要綱に基づき、要請を考慮する。

【広い範囲の熱傷手当】

- 着ている衣服は、無理に脱がせません。
- 清潔なシート等で、熱傷（ヤケド）の部分を覆います。
- 寒気を訴えていれば、毛布等で保温して下さい。
- 水疱（水膨れ）を無理に破ったり、軟膏やクリーム等を塗ってはいけません。

【狭い範囲の熱傷手当】

（頭部のみ・四肢のうちいずれか一肢）

- 着ている衣服は、無理に脱がせません。
- 水道水等で、救急車が到着するまで冷やし続けます。
- 搬送に備えて、保冷剤や氷の準備をして下さい。
- 水疱（水膨れ）を無理に破ったり、軟膏やクリーム等を塗ってはいけません。

- 必要に応じて他の手当。
- 安静を維持して下さい。
- 様子が変われば119番へお知らせ下さい。
- 救急車を案内・誘導して下さい。

4 情報提供（1）

件 名 1：救急救命士法施行規則の一部改正について

要 旨：事務局より情報提供するものです。

資 料：官報 第5775号 厚生労働省令第七十四号
「救急救命士法施行規則の一部改正」

省令

○厚生労働省令第七十四号

救急救命士法(平成三年法律第三十六号)第四十四條第一項の規定に基づき、救急救命士法施行規則の一部を改正する省令を次のように定める。平成二十四年四月六日

厚生労働大臣 小宮山洋子

救急救命士法施行規則の一部を改正する省令

救急救命士法施行規則(平成三年厚生省令第四十四号)の一部を次のように改める。附則に次の一項を加える。

4 厚生労働大臣が指定する市町村(東京都並びに市町村の消防の一部事務組合及び広域連合を含む。)の消防機関の職員である者が行う法第四十四條第一項の厚生労働省令で定める救急救命処置は、平成二十五年三月三十一日までの間(当該期間内に開始された処置にあつては、当該処置が終了するまでの間)、第二十一条第一項各号に規定するもののほか、心肺機能停止状態でない重度傷病者に対する次の各号に掲げる処置とする。

- 一 厚生労働大臣の指定する器具による血糖値の測定
二 厚生労働大臣の指定する薬剤を用いた輸液
三 厚生労働大臣の指定する薬剤の投与

附則

この省令は、公布の日から施行する。

告示

○復興庁告示第二号

公文書等の管理に関する法律施行令(平成二十一年政令第二百五十五号)第十三条の規定に基づき、公文書等の管理に関する法律(平成二十一年法律第六十六号)第七条第二項の事務所の場所を次のとおり告示する。平成二十四年四月六日

内閣総理大臣 野田 佳彦

東京都港区赤坂一丁目九番十三号 三益堂ビル
一階 復興庁情報公開・個人情報保護窓口

○送達告示第四十二号

左記の者の申請に係る日本国に帰化の件は、これを許可する。平成二十四年四月六日

法務大臣 小川 敏夫

住所 兵庫県三田市三田町53番9号

養英 昭和62年9月10日生

養英一 平成2年3月17日生

住所 岡山県津山市野村337番地1

高和之 昭和39年4月25日生

住所 山形県山形市松波5丁目2番39号

信飛 昭和60年7月11日生

住所 横浜市金沢区六浦南5丁目11番4-108号

徐曉鴻 昭和40年7月18日生

住所 東京都台東区三筋2丁目2番4-403号

畢文麗 昭和54年1月22日生

住所 茨城県つくば市吾妻3丁目16番地1

金承 平成3年1月5日生

住所 大阪市福島区海老江2丁目8番32-709号

李慶世 昭和44年2月28日生

住所 大阪市生野区中川西2丁目10番19号

洪昌吾 昭和48年8月16日生

住所 大阪府豊中市箕輪2丁目4番30号

梁梨嘉 昭和55年7月30日生

住所 大阪府泉佐野市湊1丁目2番11号

李曉輝 昭和44年6月28日生

住所 劉宗佩 平成10年5月2日生

住所 大阪府八尾市陽光園1丁目1番26-301号

盧一峰 昭和63年4月15日生

住所 大阪府八尾市本町6丁目14番8号

盧真由美 昭和53年3月22日生

住所 東京都荒川区西日暮里1丁目29番11-403号

毛濤 平成9年7月15日生

住所 茨城県つくば市東2丁目15番地1

ペレラ・ジャヤスリヤ・ヘッティタンティリ

ゲ・マノジ・ビンセント 昭和49年12月4日生

住所 埼玉県川口市領家1丁目3番19号

呂銀梨 昭和39年11月16日生

住所 東京都大田区中央8丁目19番23号

ミゲル・アンヘル・サカモト・ビジャコルタ

昭和56年7月7日生

住所 北九州市小倉北区野村町6番16号

鄭春花 昭和45年1月7日生

金光宇 平成7年8月25日生

住所 三重県名張市百合が丘東9番町110番地

田順伊 昭和25年2月12日生

李元熙 昭和50年4月22日生

住所 岐阜県大垣市本今1丁目83番地

李昌熙 昭和54年4月16日生

住所 名古屋市中川区吉良町28番地

朴有子 昭和54年12月12日生

住所 名古屋市中区長喜町4丁目21番地1

李悠 昭和53年5月16日生

住所 名古屋市中区千代田3丁目22番25号

金英基 昭和39年3月18日生

住所 名古屋市熱田区伝馬2丁目16番12号

李智美 昭和51年2月2日生

住所 愛知県一宮市森本3丁目20番5号

袁智 昭和58年11月5日生

住所 愛知県豊明市沓掛町切山137番地2

姜大和 昭和53年1月26日生

住所 愛知県丹羽郡大口町下小口7丁目105番地7

李蘭静 昭和49年3月2日生

住所 群馬県吾妻郡草津町大字草津260番地

趙正壽 昭和27年11月30日生

住所 奈良県橿原市五条野町550番地421

楊晃 昭和63年3月10日生

住所 兵庫県三田市弥生が丘2丁目1番地20

周頻 昭和40年2月23日生

住所 兵庫県尼崎市南塚口町4丁目2番25号

李學鎮 昭和37年11月27日生

朴美惠 昭和38年8月20日生

李庸世 昭和63年7月31日生

李英夷 平成2年3月2日生

李庸弘 平成4年8月29日生

住所 兵庫県加古川市米田町平津705番地

張善惠 昭和49年10月25日生

住所 横浜市鶴見区下末吉6丁目10番5-W403号

兪永歆 昭和58年12月24日生

住所 横浜市鶴見区菅沢町15番13号

陳萍 昭和44年11月10日生

呂安奈 平成7年12月20日生

住所 神奈川県高座郡寒川町一之宮1丁目7番26号

ハツミ・アデル・ガラルザ・ナカミネ 昭和62年9月22日生

住所 神奈川県高座郡寒川町一之宮1丁目7番26号

タダシ・ガラルザ・ナカミネ 平成元年7月27日生

住所 川崎市川崎区浅田3丁目12番6-304号

李相敬 昭和44年1月4日生

住所 川崎市川崎区新川通10番12-502号

柳晃秀 昭和48年1月2日生

住所 川崎市幸区小向町3番13号

フェルナンド・ホセ・オカダ・ミヤガワ 昭和51年9月1日生

住所 神奈川県厚木市中依知64番地16

ジュン・ティ・フォン 昭和46年2月3日生

住所 さいたま市桜区大字神田27番地24

マリビック・サバター・カミサク 昭和32年11月16日生

住所 埼玉県久喜市西大輪1丁目18番地3

張霞 昭和45年2月13日生

住所 東京都世田谷区上馬1丁目19番3号

朴光慶 昭和52年4月4日生

住所 広島市安佐北区倉掛3丁目35番5号

徐徳守 昭和20年11月4日生

梁靖子 昭和20年10月6日生

徐薫 昭和48年5月11日生

徐要 昭和51年4月10日生

住所 大阪府岸和田市藤井町1丁目9番9号

翁彩美 昭和59年2月6日生

住所 大阪府岸和田市並松町21番26号

翁亜津紗 昭和62年5月28日生

翁瑞毅 平成3年6月6日生

住所 大阪府吹田市豊津町9番11-702号

黄聖子 昭和48年6月25日生

住所 大阪府高槻市安岡寺町2丁目1番26号

金秀一 昭和33年8月3日生

姜有香 昭和37年11月14日生

金惠理 平成5年3月29日生

金真由 平成7年11月13日生

住所 大阪府大正区泉尾1丁目27番2号

羅智史 昭和57年7月9日生

住所 大阪府八尾市旭ヶ丘5丁目85番地1

朴智明 昭和58年4月28日生

4 情報提供（2）

件 名 2： 厚生労働省科学研究事業「救急救命士の処置範囲に係る実証研究」
について

要 旨：事務局より情報提供するものです。

資 料：救急救命士の処置範囲拡大について

救急救命士の処置範囲拡大について

【経緯】 救急救命士の処置範囲拡大について①厚生労働大臣の指定する器具による血糖値の測定②厚生労働大臣の指定する薬剤(乳酸リンゲル液)を用いた輸液③厚生労働大臣の指定する薬剤(ブドウ糖溶液・β刺激薬)の投与が厚生労働大臣の指定した市町村の救急救命士に対し、平成24年4月6日付けで告示された。

これまで救急救命士の処置範囲拡大については、「救急救命士の業務のあり方に関する検討会」において検討されているところ。本検討会において、実証研究班において応募されたメディカルコントロール協議会及び消防本部を選考し厚生労働大臣が指定した地域として拡大される行為の効果について、実証研究を行うこととなった。

実証研究のスケジュール

応募期間:平成24年4月1日から10日まで
決定通知:平成24年4月末(予定)
指定した地域に対する意見交換:平成24年5月
救急救命士研修期間:平成24年5月から7月中旬
非介入期間:6月から8月末まで
介入期間:9月から11月末
※スケジュールについては、未確定

処置範囲拡大に係る統一事項

- 対象となる傷病者(対象年齢は、いずれも20歳以上)
- 救急救命士のうち、薬剤投与認定救急救命士が実施
- プロトコール及び研修(21時間)については国が指定
- 実施するに当たっては、本人または、代諾者の同意が必要(同意書への署名)
- 非介入及び介入期間とも、救急隊から手渡される書類に医療機関が必要事項を記載して、国(事務局)へ報告

当市における対象となりうる傷病者状況について(平成22年・23年のデータから)

1. 血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与

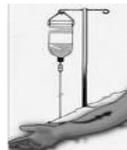
- (1)血糖測定対象者:400人以上
- (2)ブドウ糖溶液の投与:100人以上



2. 重症喘息に対する吸入β刺激薬の使用 80人



3. 心肺機能停止前の静脈路確保と輸液 50人



5 その他

千葉県救急業務検討委員会 第4回「マニュアル・プロトコール専門部会」の開催について

開催日時 : 平成24年7月初旬から7月中旬(予定)

※日程調整は平成24年6月中旬にFAX送信させていただきます。