

令和7年度第1回千葉県救急業務検討委員会

日時:令和7年7月2日(水)

15時00分～17時00分

場所:千葉県消防局(セーフティーちば)
6階「作戦室」

次 第

1 開会

2 議事概要報告

「令和6年度第2回千葉県救急業務検討委員会」議事概要

3 議題

ア 議題1 救急隊現場活動マニュアル「心肺機能停止前の重度傷病者に対する血糖測定対象者」について

4 報告

ア 報告1 救急隊現場活動マニュアルの改正について(周産期救急プロトコール)

イ 報告2 救急救命士の処置拡大に向けた実証事業の経過について

ウ 報告3 マイナ救急に係る実証事業への参加について

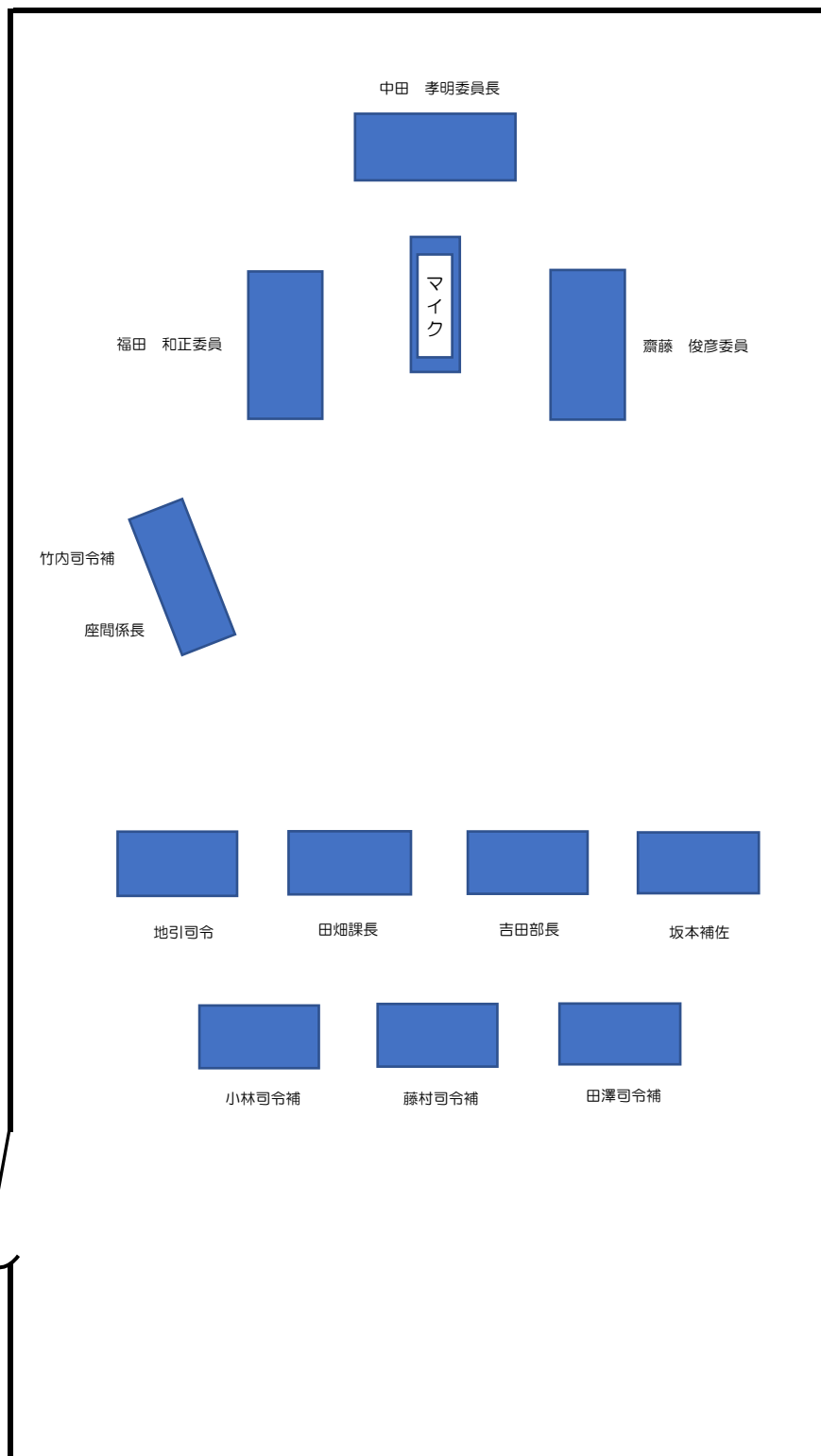
エ 報告4 千葉県「搬送困難事例受入医療機関支援事業」への意見提出について

5 その他

令和7年度第2回千葉県救急業務検討委員会の開催予定等について

6 閉会

令和7年度第1回千葉市救急業務検討委員会席次表



【Web参加委員】

古川 勝規委員
中田 泰彦委員
涌井 健治委員
吉岡 茂委員
六角 智之委員
津田 克彦委員
東田 かずえ委員

【Web参加オブザーバー】

千葉県防災危機管理部消防課 消防指導室長 石井 督洋
千葉県健康福祉部医療整備課 副主査 伊藤 秀樹
千葉市保健福祉局医療衛生部 医療政策課 課長 串間 琢郎
千葉市保健福祉局医療衛生部 医療政策課 課長補佐 塩原 浩太郎
千葉市保健福祉局医療衛生部 医療政策課 主査 野田 将生
千葉市保健福祉局医療衛生部 医療政策課 主事 辺見 綾香

令和6年度第2回千葉市救急業務検討委員会

議 事 概 要

1 日 時 令和7年1月15日（水） 15時00分から16時30分まで

2 場 所 千葉市中央区長洲1丁目2番1号
千葉市消防局（セーフティーちば）6階 作戦室

3 出席者

（1）委 員（12人）

中田 孝明委員長、宮田 昭広委員、古川 勝規委員、湧井 健治委員、
中田 泰彦委員、福田 和正委員、齋藤 俊彦委員、津田 克彦委員、
六角 智之委員、吉岡 茂委員、大谷 真由美委員、金敷 美和委員

（2）事務局

鮫島警防部長、石垣救急課長、植田救急課長補佐、坂本救急管理係長、
座間高度化推進係長、竹内司令補、田澤司令補、玉井司令補、藤村司令補、
角田司令補、福島士長

（3）オブザーバー

千 葉 市：野田主査（保健福祉局医療衛生部医療政策課）
遠藤主事（保健福祉局医療衛生部医療政策課）

4 会議内容

（1）議事概要報告

「令和6年度第1回千葉市救急業務検討委員会」議事概要

（2）議題

- ア 議題1 救急業務における救急隊員の感染防止対策について
- イ 議題2 救急隊現場活動マニュアルの改正について
- ウ 議題3 救急隊再教育体制の改正について
- エ 議題4 救急活動事後検証体制の改正について
- オ 議題5 アナフィラキシーに対する自己注射が可能なアドレナリン（エピネフリン）製剤によるアドレナリン投与対象拡大の実証事業参加について

（3）報告

- ア 報告1 千葉県「搬送困難事例受入医療機関支援事業」について
- イ 報告2 令和6年度事業報告について

5 議事概要

（1）「令和6年度第1回千葉市救急業務検討委員会」議事概要

令和6年5月30日（木）に開催された令和6年度第1回千葉市救急業務検討委員

会の議事概要は、令和6年度第2回千葉市救急業務検討委員会の会議資料として事務局から各委員宛てに事前配布されていたことから、議事概要に関する疑義、意見等なく了承された。

(2) 議題

ア 議題1 救急業務における救急隊員の感染防止対策について

事務局から、救急業務における救急隊員の感染防止対策に関する議題の事務局案について、説明があった。審議の結果、事務局案である「救急隊感染防止対策」及び「心肺停止傷病者に対する対応」が承認された。

イ 議題2 救急隊現場活動マニュアルの改正について

事務局から、救急隊現場活動マニュアルの改正に関する議題の事務局案について、説明があった。審議の結果、事務局である「新生児蘇生マニュアル（アルゴリズム）」、新生児蘇生プロトコル及び周産期救急への対応（アルゴリズム）」が承認された。

ウ 議題3 救急隊再教育体制の改正について

事務局から、救急隊再教育体制の改正に関する議題の事務局案について、説明があった。審議の結果、事務局案である「救急救命士の再教育計画」及び「一般隊員の再教育計画」が承認された。

エ 議題4 救急活動事後検証体制の改正について

事務局から、救急活動事後検証体制の改正に関する議題の事務局案について、説明があった。審議の結果、事務局案である「事後検証対象症例」及び「事後検証体制」が承認された。

オ 議題5 アナフィラキシーに対する自己注射が可能なアドレナリン（エピネフリン）製剤によるアドレナリン投与対象拡大の実証事業参加について

事務局から、アナフィラキシーに対する自己注射が可能なアドレナリン（エピネフリン）製剤によるアドレナリン投与対象拡大の実証事業参加に関する議題の事務局案について、説明があった。審議の結果、事務局案である「アナフィラキシーに対する自己注射が可能なアドレナリン（エピネフリン）製剤によるアドレナリン投与対象拡大の実証事業参加」が承認された。

(3) 報告

ア 報告1 千葉県「搬送困難事例受入医療機関支援事業」について、事務局から報告があった。

イ 報告2 令和6年度事業報告について、事務局から説明があった。

(4) その他

ア 千葉市転院搬送ガイドラインについて、事務局から説明があった。

イ 救急隊のコンビニ利用について、事務局から説明があった。

ウ 令和7年第1回千葉市救急業務検討委員会の開催について、事務局から説明があった。

議題 1

救急隊現場活動マニュアル 「心肺機能停止前の重度傷病者に対する血糖測定対象者」 について

議案要旨

平成26年4月1日より救急救命士の行う新たな救急救命処置として、心肺機能停止前の重度傷病者に対する血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与が加わりました。

今回、マニュアル・プロトコール専門部会から上程された「心肺機能停止前の重度傷病者に対する血糖測定対象者」（案）について、御審議をお願いするものです。

資料

救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与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（平成26年1月31日）

現在の血糖測定の対象者

- ① 血糖の測定対象者については次の2つをともに満たす傷病者とする。
 - ア 意識障害（**JCS $\geq$ 10を目安とする。**）が認められる。
 - イ 血糖測定を行うことによって意識障害の鑑別や搬送先選定などに利益があると判断される。

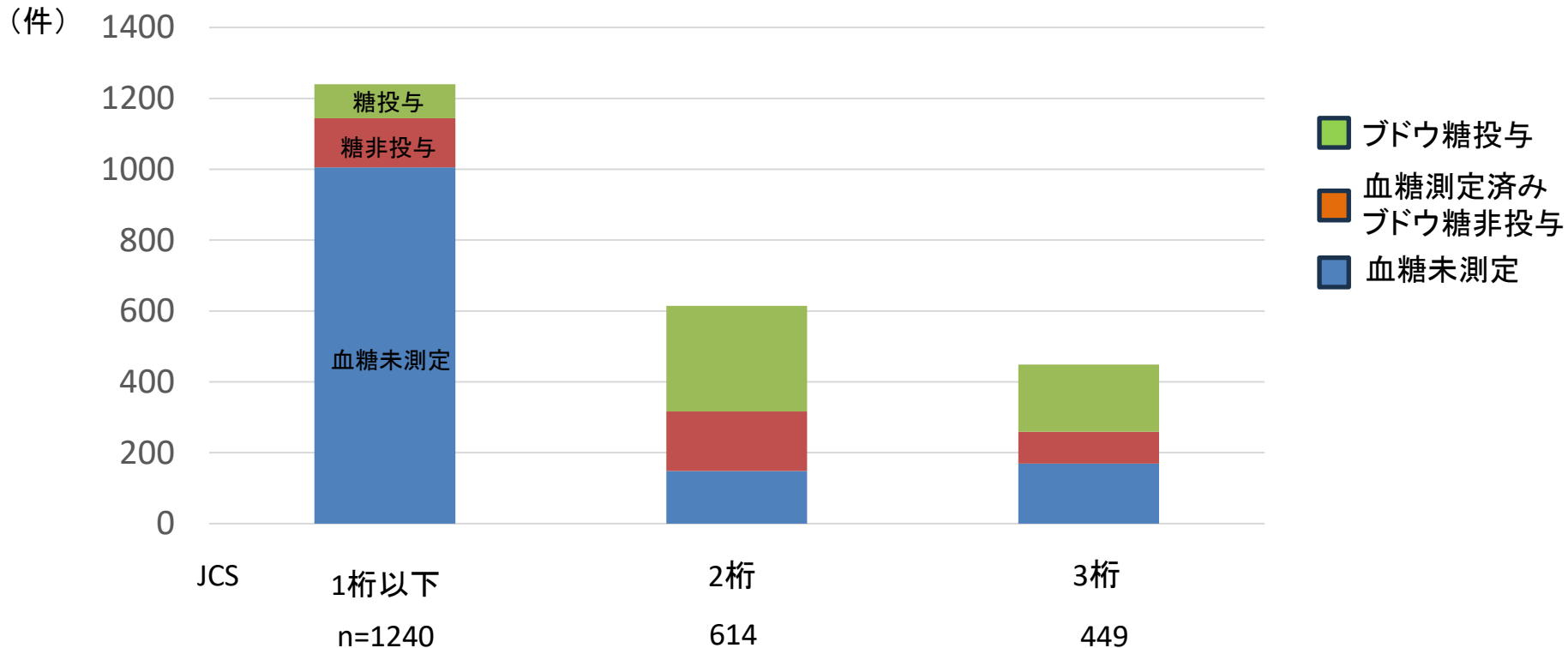
ただし、クモ膜下出血が疑われる場合で、血糖測定のための皮膚の穿刺が容態悪化の要因となると判断される場合は血糖の測定対象者から除外する。
- ② 上記①による血糖の測定後に、医師により再測定が求められた傷病者

意識障害の程度について、目安となっているもののⅡ-10以上と記載されている。目安とはどこまでの範囲なのか曖昧なため、Ⅰ桁の意識障害に対して血糖測定を実施する救急救命士が少ない。

しかし、Ⅰ桁の意識障害の中にも、ブドウ糖溶液投与の対象となる低血糖傷病者は一定数含まれている。

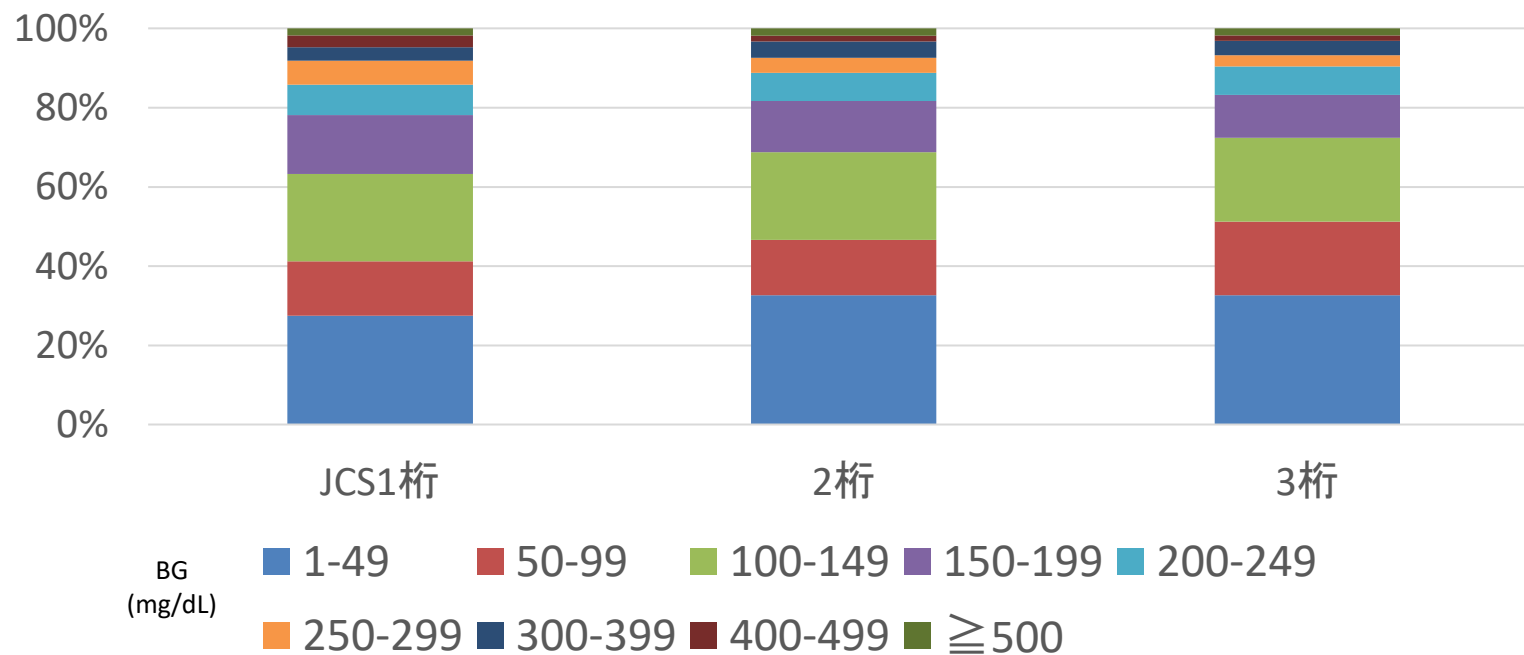
搬送時病名「低血糖」患者における JCS区分別 血糖測定, ブドウ糖投与件数

千葉県消防局(2014-2023年, 低血糖2308件中)



血糖測定患者(含非血糖異常)における JCSレベル別血糖値分布

千葉県消防局(2014-2023年, 血糖測定2164件中)



現状の血糖測定の対象者

「JCS $\geq$ 10を目安とする」となった経緯

平成26年1月31日付「救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与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」

別添1「心肺機能停止前の重度傷病者に対する血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与」プロトコールとして
「JCS $\geq$ 10を目安とする」と記載されている。

しかし

上記通知の中で、プロトコールを地域メディカルコントロール協議会において作成すること。その際、別添1のプロトコールを参考とすること。と記載されている。



「JCS $\geq$ 10を目安とする」以外でも可能

新たな血糖測定の対象者

- ① 血糖の測定対象者については次の2つをともに満たす傷病者とする。
 - ア 意識障害（ $JCS \geq I-1$ ）が認められる。
 - イ 血糖測定を行うことによって意識障害の鑑別や搬送先選定などに利益があると判断される。

ただし、クモ膜下出血が疑われる場合で、血糖測定のための皮膚の穿刺が容態悪化の要因となると判断される場合は血糖の測定対象者から除外する。
- ② 上記①による血糖の測定後に、医師により再測定が求められた傷病者

I 桁の意識障害に対しても迷いなく血糖測定が出来るよう「I-1 以上」とした。

→意識障害の鑑別がしやすくなる。

低血糖でレベル I 桁の意識障害となっている傷病者に対して、救急現場で早期にブドウ糖溶液投与を実施する件数が増加。

→容態の悪化防止に繋がる。

県内9MCの状況

I - 1 以上 印旛地域MC

I - 3以上 市原MC（低血糖が強く疑われる場合はI - 2でも可）
千葉県東部地域MC、山武長生地域MC

II - 1 0以上 君津MC、東葛北部地域MC、東葛南部地域MC
東葛湾岸地域MC、南房総MC

意識レベル I 桁から血糖測定を実施しているMCでは、地域MCの医師からの助言や、地域の脳神経外科医療機関が少ないため現場での意識障害の鑑別をしてから搬送する必要があるため I 桁となった、などの経緯がある。

新たな血糖測定の対象者 運用開始時期について

令和7年7月中に通知文にて運用開始

救急隊現場活動マニュアルの改正作業は、周産期救急プロトコールと併せて令和8年3月頃の予定

消 防 救 第 1 3 号
医政指発0131第3号
平成26年1月31日

各都道府県 { 消防主管部（局）長
衛生主管部（局）長 } 殿

消 防 庁 救 急 企 画 室 長

厚生労働省医政局指導課長

救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、
血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与の実施に係る
メディカルコントロール体制の充実強化について

「救急救命士法施行規則の一部を改正する省令」（平成26年1月31日厚生労働省令第7号）が公布され、平成26年4月1日より救急救命士の行う救急救命処置として、医師の具体的な指示の下での心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与が新たに可能となったが、こうした処置範囲拡大の前提として、事後検証の実施を含めたメディカルコントロール体制の充実強化が不可欠である。

従前より、「救急救命士の気管内チューブによる気道確保の実施にかかるメディカルコントロール体制の充実強化について（平成16年3月23日消防庁救急救助課長、厚生労働省医政局指導課長通知）」及び「救急救命士の薬剤投与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（平成17年3月10日消防庁救急救助課長、厚生労働省医政局指導課長通知）」により、メディカルコントロール体制の充実強化については、周知しているところであるが、貴職におかれては、今回追加される処置について特に下記の事項に十分に留意し、救急救命士制度の円滑な運用を図られるようお願いしたい。

また、貴都道府県内市町村（消防の事務を処理する組合を含む。）及び関係団体等に対しこの旨周知願いたい。

記

1 医師からの具体的な指示・指導体制の充実

救急救命士が心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与を適正に行うためには、迅速かつ確実に医師の具体的な指示を受ける必要があることから、その実施に当たり、常時継続して医師からの具体的な指示・指導を受けられる体制の充実を図ること。

2 プロトコールに沿った実施

救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する、静脈路確保及び輸液のプロトコール並びに血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与のプロトコール（以下合わせて「プロトコール」という。）については、地域メディカルコントロール協議会（以下、「地域 MC 協議会」）において作成すること。その際には、平成 25 年度厚生労働科学研究「救急救命士の処置範囲に係る研究」報告書にある「『心肺機能停止前の重度傷病者に対する血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与』のプロトコール」及び「『心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液』のプロトコール」（別添 1）を参考にすること。

救急救命士はプロトコールに習熟した上で、プロトコールに沿って医師の具体的な指示に基づき、薬剤投与を適切に実施することにより、救命効果の向上を図ること。

3 所定の知識の習得

心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与を実施する際は、「救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与の実施のための講習及び実習要領並びに修了の認定等について」（平成 26 年 1 月 31 日医政指発 0 1 3 1 第 2 号厚生労働省医政局指導課長通知）に定める講習及び実習（以下「追加講習」という。）を修了し、都道府県メディカルコントロール協議会により認定を受ける必要があること。

なお、心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与に係る内容を含んだカリキュラムを修了したうえで救急救命士国家試験に合格した者については追加講習の対象外となる予定であることを申し添える。

4 事後検証体制の確立等

心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与については、地域 MC 協議会が設置され、事後検証体制

が確保されていることが前提であり、当該処置を実施した際の観察結果、投与状況等の必要事項を正確に把握する必要があることから、事後検証票（別添２）を参考にし、処置が適切に実施されたかについて事後検証を実施すること。今後、心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与について全国的な効果の検証のために事後検証票内の項目に係るデータあるいは検証結果の情報提供を求める場合があることを申し添える。

「心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液」プロトコール

1 基本的な事項

- ・各地域のショックなどに対する活動プロトコールに組み込んで活用する。
- ・状況によって、処置の実施よりも迅速な搬送を優先する。

2 対象者

次の2つをともに満たす傷病者（※1）

- ・増悪するショックである可能性が高い。
もしくは、クラッシュ症候群を疑うか、それに至る可能性が高い。
 - ・15才以上である（推定も含む）。
- ※ただし、心原性ショックが強く疑われる場合は処置の対象から除外する。

3 留意点

- ・ショックの増悪因子としては、出血の持続、意識障害の進行、アナフィラキシー、熱中症などによる脱水などがあげられる。（※1）
- ・狭圧（重量物、器械、土砂等に身体が挟まれ圧迫されている状況）などによるクラッシュ症候群を疑うかそれに至る可能性の高い場合も処置の対象となる。（※1）
- ・「心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液」は特定行為であり、医師の具体的な指示を必要とする。（※2）
- ・救急救命士は、可能性の高いショックの病態、傷病者の観察所見、状況等を医師に報告する。（※2）
- ・医師は適応を確認し、具体的な指示（輸液量、滴下速度等）を救急救命士に与える。
静脈路確保にいたずらに時間を費やさないように留意し、静脈路確保が困難であると判断された場合などは、搬送を優先してよい。（※3）
- ・穿刺針の太さ（ゲージ）は傷病者の状態等により選択する。（※3）
- ・急速輸液（救急車内の最も高い位置に輸液バックをぶら下げ、クレンメを全開して得られる輸液速度）を原則とするが、医師の指示によって維持輸液（1秒1滴程度）を行う。（※4）
- ・傷病者の状況、観察所見、実施した処置、その結果等をオンラインMCの医師、もしくは搬送先医療機関の医師等に報告する。（※5）

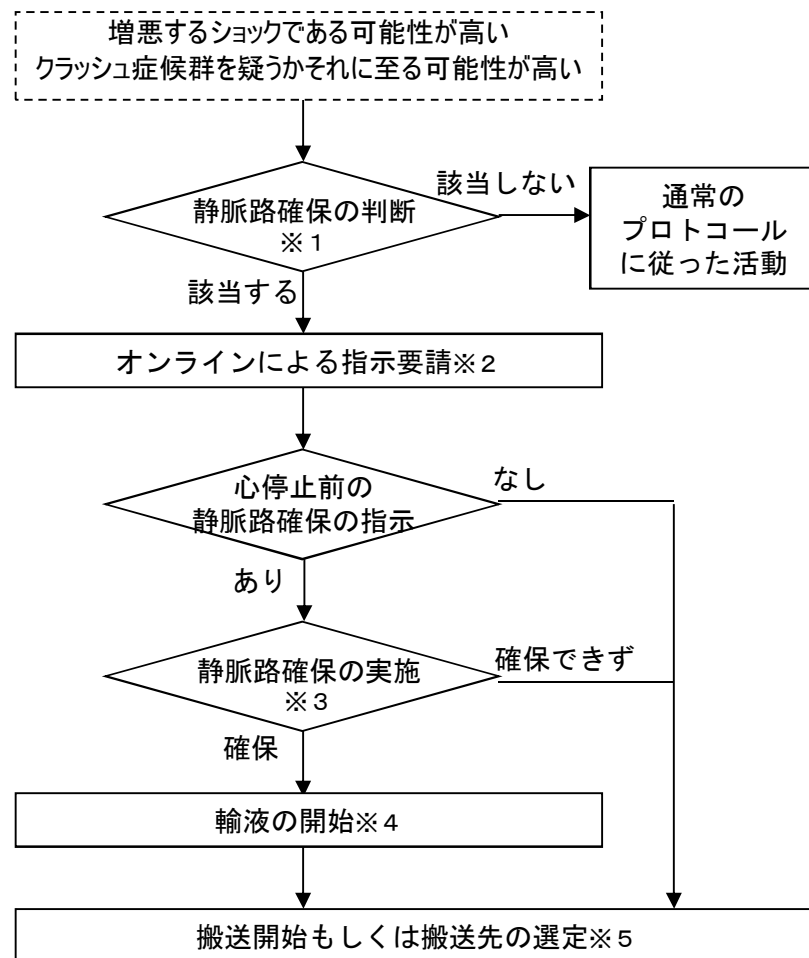


図 「心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液」
プロトコールの一例

「心肺機能停止前の重度傷病者に対する血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与」プロトコール

1 基本的な事項

- ・各地域の意識障害に対する活動プロトコールに組み込んで活用する。
- ・状況によって、処置の実施よりも迅速な搬送を優先する。

2 対象者

(1) 血糖の測定

① 次の2つをともに満たす傷病者（※1）

- ・意識障害（JCS $\geq$ 10を目安とする）を認める。
- ・血糖測定を行うことによって意識障害の鑑別や搬送先選定等に利益があると判断される。

※ただし、くも膜下出血が疑われる例などで、血糖測定のための皮膚の穿刺による痛み刺激が傷病者にとって不適切と考えられる場合は対象から除外する。

② 上記①による血糖の測定後に、医師により再測定を求められた傷病者

(2) 静脈路確保とブドウ糖溶液の投与

次の2つをともに満たす傷病者（※2）

- ・血糖値が50mg/dl未満である。
- ・15才以上である（推定も含む）。

3 留意点

- ・「静脈路確保とブドウ糖溶液の投与」は特定行為であり、医師による事前の具体的な指示を必要とする。（※2）
- ・「血糖の測定」については特定行為ではないため具体的指示は必ずしも必要ない。ただし、血糖の測定を試みた場合は、オンラインMCの医師、もしくは搬送先医療機関の医師等に、血糖測定の実施とその結果等を報告する。（※2, 5）
- ・医師は、ブドウ糖溶液の投与の適応を確認し指示する。
- ・静脈路確保にいたずらに時間を費やさないように留意し、静脈路確保が困難であると判断された場合などは、搬送を優先してよい。（※3）
- ・穿刺針の太さ（ゲージ）は傷病者の状態等により選択する。（※3）
- ・輸液の速度は、維持輸液（1秒1滴程度）を目安とする。（※3）
- ・ブドウ糖溶液の投与は50%ブドウ糖溶液40mlを原則とするが、必要に応じて減量する。（※4）
- ・傷病者の状況、観察所見、実施した処置、その結果等をオンラインMCの医師、もしくは搬送先医療機関の医師等に報告する。（※5）
- ・医師の指示に応じ、血糖の再測定をしてもよい。

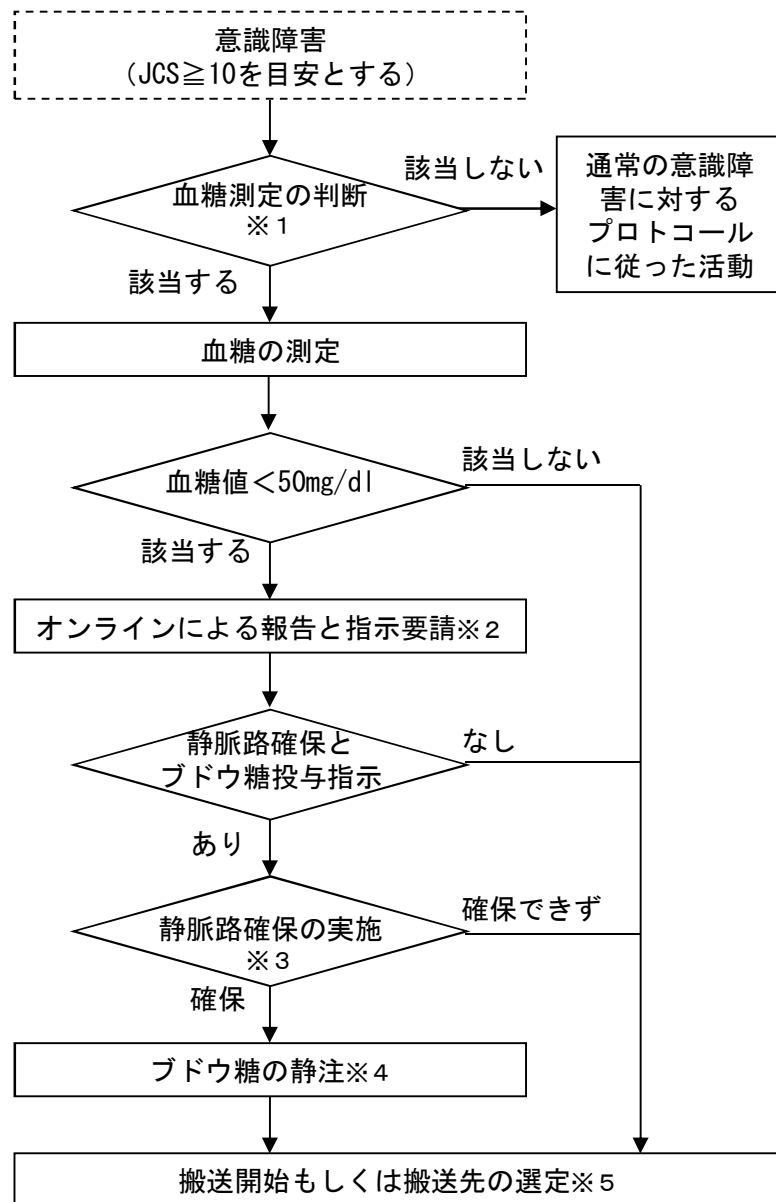


図 「心肺機能停止前の重度傷病者に対する血糖測定及び
低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与」プロトコールの一例

搬送確認書(医療機関控え)

引継日時	平成 年 月 日 () 時 分		救急隊(隊員数 人) 隊長氏名		
出場番号	傷病者番号 —	事故種別	☐ 急病 ☐ 交通 ☐ 一般 ☐ 転院 ☐ 加害 ☐ 労災 ☐ 火災 ☐ 水難 ☐ 自然 ☐ 運動 ☐ 自損 ☐ 他()		
出場先	市郡 町 丁目 番 号		発生場所		
傷病者住所氏名等	市郡 町 丁目 番 号 Tel ()		性別 ☐ 男 ☐ 女 (歳) 生年月日 ☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 年 月 日 職業()		
初診医所見等	収容医療機関名称所在地 ☒ 特記事項なし ☐ 要連絡:ご意見のある項目に、○印をつけてください。 1. 除細動 2. 気道確保 3. CPA 後静脈路確保 4. アドレナリン投与 5. エピペン使用 6. 血糖値測定 7. ブドウ糖投与 8. CPA 前静脈路確保と輸液 9. その他 意見:		初診時傷病名 記入時刻(時 分) 医師署名 初診時程度別 ☐ 死 亡:初診時死亡が確認されたもの ☐ 重 症:三週間以上の入院加療を要するもの ☐ 中等症:傷病の程度が重症又は軽症以外のもの ☐ 軽 症:軽症で入院を要しないもの		
	救急要請概要				
	自覚症状主訴等				
現着時接触時状況					
救急隊・接触時状況	呼吸: ☐ 正常 ☐ チアノーゼ ☐ 過度の努力呼吸で会話不能(単語のみ話せる状態) ☐ 上気道閉塞(あえぎ呼吸・陥没呼吸・シーソー呼吸等含む) ☐ 補助呼吸が必要 ☐ 呼吸音左右差あり ☐ 異常呼吸(中枢性呼吸異常・呼吸様式の異常等) ☐ とぎれとぎれの会話 ☐ 増悪する吸気性喘鳴 ☐ 呼吸苦 ☐ 労作時息切れ ☐ 努力様呼吸 ☐ 吸気性喘鳴 ☐ その他() 循環: ☐ 正常 ☐ ショック徴候あり(蒼白・虚脱・冷汗・呼吸困難等) ☐ 起立性失神 ☐ 起立性低血圧 ☐ 坐位・立位での失神様症状 ☐ 低血圧の疑い ☐ バイタルサインが正常の上限または下限値である(通常値と異なる) ☐ その他() 意識: ☐ 正常 ☐ 舌根沈下 ☐ 持続する痙攣 ☐ 意識レベルが次第に増悪 ☐ 急に出現した短期記憶の新たな障害 ☐ 急に出現した行動の変容 ☐ 新たに出現した軽度の意識障害(GCS14・JCS1) ☐ 慢性的な軽度の意識障害(GCS14・JCS1) ☐ その他() 発熱: ☐ 無 ☐ 有;有の場合: ☐ 免疫不全 ☐ 心拍数 90 回/分以上または呼吸 20 回/分以上 ☐ 具合が悪そうな状態(紅潮・傾眠傾向・不安不穏状態) ☐ 苦痛なく落ち着いている 疼痛: ☐ 無 ☐ 有;有の場合: ☐ 急性 ☐ 慢性 ☐ 深在性 ☐ 浅在性 痛みスコア()※0~10 で表記 ☐ 不明 ショック状態: ☐ 無し ☐ 有り: ☐ 循環血液量減少性 ☐ 心原性 ☐ 閉塞性 ☐ アナフィラキシー ☐ その他() 死体徴候: ☐ 四肢硬直 ☐ 死斑:部位() ☐ その他()				
	初期 ECG		心停止の目撃	バイスタンダー CPR の状況	
	☐ VF ☐ VT ☐ PEA ☐ 心静止 ☐ Sinus ☐ Af ☐ その他()		☐ 無し ☐ 有り 目撃: ☐ 家族 ☐ 救急隊 ☐ 消防隊 ☐ その他()	☐ 無し ☐ 有り→開始時刻(時 分 ☐ 推定 ☐ 確定) 実施者: ☐ 家族 ☐ その他() 実施者の資格()	
	心停止の推定原因		目撃時刻(時 分)	処置内容: ☐ 気道確保 ☐ 人工呼吸 ☐ 胸骨圧迫	
	☐ 心原性 ☐ 非心原性() 推定理由: ☐ 頭痛 ☐ 胸痛 ☐ 腹痛 ☐ 悪心 ☐ 発熱 ☐ 既往歴 ☐ その他()		☐ 推定 ☐ 確定 ☐ 不明 性状: ☐ 突然 ☐ 徐々に ☐ 不明 (時 分 ☐ 推定 ☐ 確定) 回数(回) ☐ その他() CPR ☐ 頭指導: ☐ 無し ☐ 有り ☐ 頭指導者: ☐ 救急隊 ☐ 指令員 ☐ その他()		
市民による他の処置等: ☐ 移動 ☐ 創傷処置 ☐ 止血 ☐ その他() 実施者: ☐ 家族 ☐ その他()					
既往症	既往症: ☐ 無し ☐ 有り 病名: 現病名: ☐ 無し ☐ 有り 病名: 通院医療機関:				

※ 初診時程度が重症又は死亡のもので、本救急活動等に関する意見があり後日消防本部からの連絡が必要な場合は、上記項目「要連絡」にチェックしてください。ご意見は事後検証に活用させていただきます。

(本紙については傷病者収容時に可能な限り記載し、未記載部分については医療機関の必要に応じて帰署後に情報提供できるようにすること。)

搬送確認書(救急隊控え)

引継 日時	平成 年 月 日 () 時 分		救急隊 (隊員数 人) 隊長氏名 救急救命士氏名	
出場 番号	傷病者番号 —	事故 種別	☐ 急病 ☐ 交通 ☐ 一般 ☐ 転院 ☐ 加害 ☐ 労災 ☐ 火災 ☐ 水難 ☐ 自然 ☐ 運動 ☐ 自損 ☐ 他 ()	
			発生 場所	
			性別 ☐ 男 ☐ 女 (歳)	
			職業 ()	
初 診 医 所 見 等	収容 医療 機関 名称 所在地			初診時傷病名 記入時刻 (時 分)
	☐ 特記事項なし ☐ 要連絡:ご意見のある項目に、○印をつけてください。 1. 除細動 2. 気道確保 3. CPA 後静脈路確保 4. アドレナリン投与 5. エピペン使用 6. 血糖値測定 7. ブドウ糖投与 8. CPA 前静脈路確保と輸液 9. その他 意見:		医師署名	
			初診時程度別 ☐ 死 亡:初診時死亡が確認されたもの ☐ 重 症:三週間以上の入院加療を要するもの ☐ 中等症:傷病の程度が重症又は軽症以外のもの ☐ 軽 症:軽症で入院を要しないもの	

救急活動記録票

4-3

引継日時	平成 年 月 日 () 時 分		救急隊 (隊員数 人) 隊長氏名		
出場番号	傷病者番号 —	事故種別	☐ 急病 ☐ 交通 ☐ 一般 ☐ 転院 ☐ 加害 ☐ 労災 ☐ 火災 ☐ 水難 ☐ 自然 ☐ 運動 ☐ 自損 ☐ 他 ()		
出場先	市郡 町 丁目 番 号		発生場所		
傷病者住所氏名等	市郡 町 丁目 番 号 Tel ()		性別 ☐ 男 ☐ 女 (歳) 生年月日 ☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 年 月 日 職業 ()		
収容医療機関名称所在地			初診時傷病名 記入時刻 (時 分)		
不搬送状況等	理由 傷病者署名 _____ (間柄)		医師署名		
			初診時程度別		
死亡確認状況等	☐ 往診医師 ☐ 臨場医師 ☐ 現場要請医師 死亡確認時刻 (時 分) 死亡確認医師署名 _____		☐ 死 亡: 初診時死亡が確認されたもの ☐ 重 症: 三週間以上の入院加療を要するもの ☐ 中等症: 傷病の程度が重症又は軽症以外のもの ☐ 軽 症: 軽症で入院を要しないもの		
救急要請概要					
自覚症状主訴等					
現着時接触時状況					
救急隊・接触時状況	呼吸: ☐ 正常 ☐ チアノーゼ ☐ 過度の努力呼吸で会話不能(単語のみ話せる状態) ☐ 上気道閉塞(あえぎ呼吸・陥没呼吸・シーソー呼吸等含む) ☐ 補助呼吸が必要 ☐ 呼吸音左右差あり ☐ 異常呼吸(中枢性呼吸異常・呼吸様式の異常等) ☐ とぎれとぎれの会話 ☐ 増悪する吸気性喘鳴 ☐ 呼吸苦 ☐ 労作時息切れ ☐ 努力様呼吸 ☐ 吸気性喘鳴 ☐ その他 () 循環: ☐ 正常 ☐ ショック徴候あり(蒼白・虚脱・冷汗・呼吸困難等) ☐ 起立性失神 ☐ 起立性低血圧 ☐ 坐位・立位での失神様症状 ☐ 低血圧の疑い ☐ バイタルサインが正常の上限または下限値である(通常値と異なる) ☐ その他 () 意識: ☐ 正常 ☐ 舌根沈下 ☐ 持続する痙攣 ☐ 意識レベルが次第に増悪 ☐ 急に出現した短期記憶の新たな障害 ☐ 急に出現した行動の変容 ☐ 新たに出現した軽度の意識障害(GCS14・JCS1) ☐ 慢性的な軽度の意識障害(GCS14・JCS1) ☐ その他 () 発熱: ☐ 無 ☐ 有; 有の場合: ☐ 免疫不全 ☐ 心拍数 90 回/分以上または呼吸 20 回/分以上 ☐ 具合が悪そうな状態(紅潮・傾眠傾向・不安不穏状態) ☐ 苦痛なく落ち着いている 疼痛: ☐ 無 ☐ 有; 有の場合: ☐ 急性 ☐ 慢性 ☐ 深在性 ☐ 浅在性 痛みスコア () ※0~10 で表記 ☐ 不明 ショック状態: ☐ 無し ☐ 有り: ☐ 循環血液量減少性 ☐ 心原性 ☐ 閉塞性 ☐ アナフィラキシー ☐ その他 () 死体徴候: ☐ 四肢硬直 ☐ 死斑: 部位 () ☐ その他 ()				
	初期 ECG		心停止の目撃	バイスタンダー CPR の状況	
	☐ VF ☐ VT ☐ PEA ☐ 心静止 ☐ Sinus ☐ Af ☐ その他 ()	☐ 無し ☐ 有り 目撃: ☐ 家族 ☐ 救急隊 ☐ 消防隊 ☐ その他 ()	☐ 無し ☐ 有り → 開始時刻 (時 分 ☐ 推定 ☐ 確定) 実施者: ☐ 家族 ☐ その他 () 実施者の資格 ()		
	心停止の推定原因	目撃時刻 (時 分)	処置内容: ☐ 気道確保 ☐ 人工呼吸 ☐ 胸骨圧迫		
	☐ 心原性 ☐ 非心原性 () 推定理由: ☐ 頭痛 ☐ 胸痛 ☐ 腹痛 ☐ 悪心 ☐ 発熱 ☐ 既往歴 ☐ その他 ()	☐ 推定 ☐ 確定 ☐ 不明 性状: ☐ 突然 ☐ 徐々に ☐ 不明	☐ AED の使用(電源 ONor パッド貼付) → 除細動: ☐ 無し ☐ 有り (時 分 ☐ 推定 ☐ 確定) 回数 (回) ☐ その他 () CPR ☐ 頭指導: ☐ 無し ☐ 有り ☐ 頭指導者: ☐ 救急隊 ☐ 指令員 ☐ その他 ()		
	市民による他の処置等: ☐ 移動 ☐ 創傷処置 ☐ 止血 ☐ その他 () 実施者: ☐ 家族 ☐ その他 ()				
	既往症	既往症: ☐ 無し ☐ 有り 病名: _____ 通院医療機関: _____			
	医療機関選定経過	選定者: ☐ 救急隊 ☐ 本部 ☐ 本人 ☐ 家族 ☐ 医師 ☐ その他 () 連絡開始時刻 (時 分) 決定時刻 (時 分) 受入照会回数 (回) 選定経過(照会した医療機関名や結果等): _____			

救急活動記録票

4-3

転送内容	要請医療機関名：		要請内容		
	要請医師名：				
内容	病院選定 ☐ 医師 ☐ 救急隊 ☐ 本部				
	同乗管理 ☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 病院救命士 ☐ その他				

救命処置等	除細動	気道確保	静脈路確保	薬剤投与(アドレナリン/エピペン/ブドウ糖)	処置等の特記事項
	実施場所 () ☐ 単相性 ☐ 二相性 1 回目 ☐ VF ☐ VT (時 分) 2 回目 ☐ VF ☐ VT (時 分) 3 回目 ☐ VF ☐ VT (時 分) 4 回目 ☐ VF ☐ VT (時 分) 5 回目 ☐ VF ☐ VT (時 分) 結果：	☐ 用手() ☐ 経口エアウェイ ☐ 経鼻エアウェイ ☐ LM() 試行 → ☐ 確保 ☐ 確保デキズ ☐ 食道閉鎖式エアウェイ試行 () → ☐ 確保 ☐ 確保デキズ ☐ 気管挿管試行 ☐ 喉頭鏡 ☐ ビデ [®] 喉頭鏡 → ☐ 確保 ☐ 確保デキズ サイズ mm カ [®] 容量 ml 固定位置 cm	☐ 試行→ ☐ 確保 ☐ 確保デキズ 実施場所() 目的・適応 ☐ CPA ☐ ショック ☐ クラッシュ ☐ フ糖 確保時刻(時 分) 確保の部位： (G) 穿刺回数(回) 輸液速度 ☐ 維持 ☐ 急速 総輸液量(ml) 特記(確保デキズ・未試行理由等)： 実施者名： 資格： ☐ 救命士 ☐ 薬剤認定 ☐ 新処置認定	☐ 試行→ ☐ 投与完遂 ☐ 一部 投与 ☐ 全く投与デキズ ☐ アドレナリン ☐ エピペン ☐ ブドウ糖 実施場所() 投与回数(回) 1 回目(時 分) 2 回目(時 分) 3 回目(時 分) 4 回目(時 分) 5 回目(時 分) 総投与量(ml) 特記(投与デキズ・未試行理由等)： 実施者名： 資格： ☐ 救命士 ☐ 薬剤認定 ☐ 新処置認定	
	特記(未試行理由等)：	実施場所 () 確保時刻(時 分) 特記(確保デキズ・未試行理由等) 資格 ☐ 救命士 ☐ 挿管認定 実施者名： 換気： ☐ BVM ☐ 人工呼吸器 0 ₂ %/分 回/分 特記：	血糖測定 ☐ 試行→ ☐ 測定 ☐ 測定デキズ 血糖値(mg/dl) 実施場所() 測定時刻(時 分) 穿刺の部位： 穿刺回数(回) 測定理由： 特記(測定デキズ理由、有害事象等)： 実施者名： 病着時血糖() ☐ 不明	その他の記録(医師等の処置等) ☐ 医師連携有り → ☐ 医師処置有り ☐ 医師同 乗有り(☐ 往診医師 ☐ 臨場医 師 ☐ 現場要請医師) 医師名 _____ 医師の処置内容等：	
	主実施者名： 資格 ☐ I ☐ II ☐ 標準 ☐ 救命士				

指示要請	M	☐ 未要請 ☐ 指示、指導助言有り ☐ 連絡とれず(理由：)	
	C	連絡がとれるまでに要した発信回数(回) MC 医と会話ができるまでに要した時間 ☐ 1 分未満 ☐ 1 分以上(分)	
	指示	要請者名： MC 医名： MC 医所属機関：	
	要請	指示・指導助言(時刻と内容等)：	

観察・処置の経過	時刻	(接触時)		(病着時)	時間経過
	意識				覚知 :
	呼吸				出場 :
	脈拍				現着 :
	ECG				接触 :
	血圧				車収 :
	瞳孔				現発 :
	SpO ₂				病着 :
	体温				収容 :
	処置・判断等				連携活動 ☐ 消防隊 ☐ 救助隊 ☐ 消防防災ヘリ ☐ 他の救急隊 ☐ Dr カー ☐ Dr ヘリ ☐ その他 ()

特記事項	
------	--

検証票

4-4

引継日時	平成 年 月 日 () 時 分		救急隊 (隊員数 人) 隊長氏名 救急救命士氏名	
出場番号	傷病者番号 —	事故種別	☐ 急病 ☐ 交通 ☐ 一般 ☐ 転院 ☐ 加害 ☐ 労災 ☐ 火災 ☐ 水難 ☐ 自然 ☐ 運動 ☐ 自損 ☐ 他 ()	
			発生場所	
			性別 ☐ 男 ☐ 女 (歳)	
			職業 ()	
初診医 所見等	収容医療機関名称所在地	初診時傷病名 記入時刻 (時 分)		
	☐ 特記事項なし ☐ 要連絡:ご意見のある項目に、○印をつけてください。 1. 除細動 2. 気道確保 3. CPA 後静脈路確保 4. アドレナリン投与 5. エピペン使用 6. 血糖値測定 7. ブドウ糖投与 8. CPA 前静脈路確保と輸液 9. その他 意見:		医師署名	
			初診時程度別 ☐ 死 亡:初診時死亡が確認されたもの ☐ 重 症:三週間以上の入院加療を要するもの ☐ 中等症:傷病の程度が重症又は軽症以外のもの ☐ 軽 症:軽症で入院を要しないもの	
救急要請概要				
自覚症状主訴等				
現着時接触時状況				
救急隊 現着時・ 接触時 状況	呼吸: ☐ 正常 ☐ チアノーゼ ☐ 過度の努力呼吸で会話不能(単語のみ話せる状態) ☐ 上気道閉塞(あえぎ呼吸・陥没呼吸・シーソー呼吸等含む) ☐ 補助呼吸が必要 ☐ 呼吸音左右差あり ☐ 異常呼吸(中枢性呼吸異常・呼吸様式の異常等) ☐ とぎれとぎれの会話 ☐ 増悪する吸気性喘鳴 ☐ 呼吸苦 ☐ 労作時息切れ ☐ 努力様呼吸 ☐ 吸気性喘鳴 ☐ その他 () 循環: ☐ 正常 ☐ ショック徴候あり(蒼白・虚脱・冷汗・呼吸困難等) ☐ 起立性失神 ☐ 起立性低血圧 ☐ 坐位・立位での失神様症状 ☐ 低血圧の疑い ☐ バイタルサインが正常の上限または下限値である(通常値と異なる) ☐ その他 () 意識: ☐ 正常 ☐ 舌根沈下 ☐ 持続する痙攣 ☐ 意識レベルが次第に増悪 ☐ 急に出現した短期記憶の新たな障害 ☐ 急に出現した行動の変容 ☐ 新たに出現した軽度の意識障害(GCS14・JCS1) ☐ 慢性的な軽度の意識障害(GCS14・JCS1) ☐ その他 () 発熱: ☐ 無 ☐ 有; 有の場合: ☐ 免疫不全 ☐ 心拍数 90 回/分以上または呼吸 20 回/分以上 ☐ 具合が悪そうな状態(紅潮・傾眠傾向・不安不穏状態) ☐ 苦痛なく落ち着いている 疼痛: ☐ 無 ☐ 有; 有の場合: ☐ 急性 ☐ 慢性 ☐ 深在性 ☐ 浅在性 痛みスコア () ※0~10 で表記 ☐ 不明 ショック状態: ☐ 無し ☐ 有り: ☐ 循環血液量減少性 ☐ 心原性 ☐ 閉塞性 ☐ アナフィラキシー ☐ その他 () 死体徴候: ☐ 四肢硬直 ☐ 死斑: 部位 () ☐ その他 ()			
	初期 ECG		心停止の目撃	バイスタンダー CPR の状況
	☐ VF ☐ VT ☐ PEA ☐ 心静止 ☐ Sinus ☐ Af ☐ その他 ()	☐ 無し ☐ 有り 目撃: ☐ 家族 ☐ 救急隊 ☐ 消防隊 ☐ その他 ()	☐ 無し ☐ 有り→開始時刻 (時 分 ☐ 推定 ☐ 確定) 実施者: ☐ 家族 ☐ その他 () 実施者の資格 ()	
	心停止の推定原因	目撃時刻 (時 分)	処置内容: ☐ 気道確保 ☐ 人工呼吸 ☐ 胸骨圧迫	
	☐ 心原性 ☐ 非心原性 () 推定理由: ☐ 頭痛 ☐ 胸痛 ☐ 腹痛 ☐ 悪心 ☐ 発熱 ☐ 既往歴 ☐ その他 ()	☐ 推定 ☐ 確定 ☐ 不明 性状: ☐ 突然 ☐ 徐々に ☐ 不明 ☐ AED の使用(電源 ONor パッド貼付)→除細動: ☐ 無し ☐ 有り (時 分 ☐ 推定 ☐ 確定) 回数 (回) ☐ その他 ()	CPR ☐ 頭指導: ☐ 無し ☐ 有り 口頭指導者: ☐ 救急隊 ☐ 指令員 ☐ その他 ()	
	市民による他の処置等: ☐ 移動 ☐ 創傷処置 ☐ 止血 ☐ その他 () 実施者: ☐ 家族 ☐ その他 ()			
	既往症	既往症: ☐ 無し ☐ 有り 病名: 現病名: ☐ 無し ☐ 有り 病名: 通院医療機関:		
	医療機関選定経過	選定者: ☐ 救急隊 ☐ 本部 ☐ 本人 ☐ 家族 ☐ 医師 ☐ その他 () 連絡開始時刻 (時 分) 決定時刻 (時 分) 受入照会回数 (回) 選定経過(照会した医療機関名や結果等):		

転送内容	要請医療機関名：		要請内容		
	要請医師名：				
内容	病院選定 ☐ 医師 ☐ 救急隊 ☐ 本部				
	同乗管理 ☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 病院救命士 ☐ その他				

救命処置等	除細動	気道確保	静脈路確保	薬剤投与(アドレナリン/エピペン/ブドウ糖)	処置等の特記事項
	実施場所 () ☐ 単相性 ☐ 二相性 1 回目 ☐ VF ☐ VT (時 分) 2 回目 ☐ VF ☐ VT (時 分) 3 回目 ☐ VF ☐ VT (時 分) 4 回目 ☐ VF ☐ VT (時 分) 5 回目 ☐ VF ☐ VT (時 分) 結果：	☐ 用手() ☐ 経口エアウェイ ☐ 経鼻エアウェイ ☐ LM() 試行 → ☐ 確保 ☐ 確保デキズ ☐ 食道閉鎖式エアウェイ 試行 () → ☐ 確保 ☐ 確保デキズ ☐ 気管挿管 試行 ☐ 喉頭鏡 ☐ ビデマ 喉頭鏡 → ☐ 確保 ☐ 確保デキズ サイズ mm カ容量 ml 固定位置 cm	☐ 試行 → ☐ 確保 ☐ 確保デキズ 実施場所() 目的・適応 ☐ CPA ☐ ショック ☐ クラッシュ ☐ フ糖 確保時刻(時 分) 確保の部位： (G) 穿刺回数(回) 輸液速度 ☐ 維持 ☐ 急速 総輸液量(ml) 特記(確保デキズ・未試行理由等)： 実施者名： 資格： ☐ 救命士 ☐ 薬剤認定 ☐ 新処置認定	☐ 試行 → ☐ 投与完遂 ☐ 一部投与 ☐ 全く投与デキズ ☐ アドレナリン ☐ エピペン ☐ ブドウ糖 実施場所() 投与回数(回) 1 回目(時 分) 2 回目(時 分) 3 回目(時 分) 4 回目(時 分) 5 回目(時 分) 総投与量(ml) 特記(投与デキズ・未試行理由等)： 実施者名： 資格： ☐ 救命士 ☐ 薬剤認定 ☐ 新処置認定	
	特記(未試行理由等)：	実施場所() 確保時刻(時 分) 特記(確保デキズ・未試行理由等) 資格 ☐ 救命士 ☐ 挿管認定 実施者名： 換気： ☐ BVM ☐ 人工呼吸器	血糖測定 ☐ 試行 → ☐ 測定 ☐ 測定デキズ 血糖値(mg/dl) 実施場所() 測定時刻(時 分) 穿刺の部位： 穿刺回数(回) 測定理由： 特記(測定デキズ理由、有害事象等)：	その他の記録(医師等の処置等) ☐ 医師連携有り → ☐ 医師処置有り ☐ 医師同乗有り(☐ 往診医師 ☐ 臨場医師 ☐ 現場要請医師)	
	主実施者名： 資格 ☐ I ☐ II ☐ 標準 ☐ 救命士	0 ₂ %/分 回/分 特記：	特記(測定デキズ理由、有害事象等)：	医師名 _____ 医師の処置内容等：	
			実施者名： 病着時血糖() ☐ 不明		

指示要請	MC ☐ 未要請 ☐ 指示、指導助言有り ☐ 連絡とれず(理由：)	
	連絡がとれるまでに要した発信回数(回) MC 医と会話ができるまでに要した時間 ☐ 1 分未満 ☐ 1 分以上(分)	
	要請者名：	MC 医名： MC 医所属機関：
	指示・指導助言(時刻と内容等)：	

観察・処置の経過	時刻	(接触時)		(病着時)	時間経過
	意識				覚知 :
	呼吸				出場 :
	脈拍				現着 :
	ECG				接触 :
	血圧				車収 :
	瞳孔				現発 :
	SpO ₂				病着 :
	体温				収容 :
	処置・判断等				連携活動 ☐ 消防隊 ☐ 救助隊 ☐ 消防防災ヘリ ☐ 他の救急隊 ☐ Dr カー ☐ Dr ヘリ ☐ その他 ()

事後検証	観察	判断	処置	医療機関選定	検証医 評価
	☐ 標準 ☐ 署等で確認 ☐ 事例研究を考慮 ☐ 推奨症例 ☐ 稀・参考症例 ☐ 要改善	☐ 標準 ☐ 署等で確認 ☐ 事例研究を考慮 ☐ 推奨症例 ☐ 稀・参考症例 ☐ 要改善	☐ 標準 ☐ 署等で確認 ☐ 事例研究を考慮 ☐ 推奨症例 ☐ 稀・参考症例 ☐ 要改善	☐ 標準 ☐ 署等で確認 ☐ 事例研究を考慮 ☐ 推奨症例 ☐ 稀・参考症例 ☐ 要改善	
	検証日：平成 年 月 日 検証医：(所属) (氏名)				
	指導者所見	平成 年 月 日(氏名)			
	救急救命士確認欄				

救急活動記録票・検証票項目に関する補足説明

1	引継日時	・医療機関に收容し、医師に引き継いだ時刻を記載する。(4枚目まで複写)
2	救急隊 隊長氏名 救急救命士氏名	・出場した救急隊の所属する本部名、救急隊名及び救急隊員数を記載する。 ・隊長氏名を記載する。 ・救急車に乗車している救急救命士氏名を記載する。隊長が救急救命士の場合はここにも記載する。(4枚目まで複写)
3	出場番号	・年間通し番号を記載する。(4枚目まで複写)
4	傷病者番号	・一隊で2名以上を搬送した場合は、2-1、2-2と記載する。(4枚目まで複写)
5	事故種別 (4枚目まで複写)	急病 疾病によるもので、救急業務として行ったもの
		一般負傷 他に分類されない不慮の事故
		交通事故 全ての交通機関相互の衝突、接触、単独、歩行者と交通機関の事故
		転院搬送 病院間の患者搬送
		加害 故意に他人によって傷害等を加えられた事故
		労災 各種工場、事業所、作業場、工事現場等において就業中に発生した事故
		火災 火災現場において直接火災に起因して生じた事故
		水難 水泳中(運動競技によるものを除く)の溺者又は、水中転落等による事故
		自然災害 暴風、豪雨、豪雪、洪水、高潮、地震、津波、噴火、雪崩、地すべり、その他異常な自然現象に起因する災害による事故
		運動競技 運動競技の実施中に発生した事故で直接運動競技を実施している者、審判員及び関係者の事故(観覧中の者が直接運動競技用具等によって負傷したものは含み、競技場内の騒乱によるものは含まない。)
		自損 故意に自分自身に傷害等を加えた事故
		その他 医師・看護師の搬送の場合は、「他」を選択し、()内に「医師搬送」と記載する。医療資器材の輸送の場合は「資器材搬送」と記載する。救急車不搬送件数のうち、救急事故に分類不能のものも「他」を選択する。
6	出場先	・活動記録票では、要請を受け出場した場所を記載するが、検証には必要のない情報であり、個人情報にかかわる部分であることから、搬送確認書(救急隊控え)と検証票(2,4枚目)には複写されない方法をとる。(1,3枚目が複写)
7	発生場所	・事故の発生場所、急病人の居る場所を記載する。(例:居室、台所、浴室、体育館、事務室、交差点、歩道、中庭、河川敷等)(4枚目まで複写)
8	傷病者 住所 氏名等	・活動記録票では傷病者の住所・氏名を記載する部分(免許証、健康保険証、本人から若しくは関係者から聴取できた場合) ・検証には必要のない情報であり個人情報にかかわる部分であることから、搬送確認書(救急隊控え)と検証票(2,4枚目)には複写されない方法をとる。(1,3枚目が複写)
9	性別,年齢,職業	・検証票では、性別、年齢、職業が記載されていれば検証は可能である。
10	收容医療機関 名称所在地	・傷病者を搬送した医療機関の名称、所在について記載する。(4枚目まで複写)
11	初診時傷病名	・初診時の診断名及び記入した時刻を医師により記載してもらう。(4枚目まで複写)
12	医師署名	・初診時診断名を記載した医師により署名してもらう。(4枚目まで複写)
13	初診時程度	・初診時診断名を記載した医師により記載してもらう。(4枚目まで複写)
14	不搬送状況等	・活動記録票(3枚目)のみに記載される項目である。 ・傷病者が搬送を辞退し不搬送扱いとなった場合、本人若しくは家族等より辞退した理由を記載と、署名(間柄の記載も含む)をいただく。
15	死亡確認状況等	・活動記録票(3枚目)のみに記載される項目である。 ・救急現場において医師により死亡が確認され、不搬送扱いとなった場合に、死亡確認をおこなった医師により死亡確認の時刻と署名をもらう。
16	救急要請概要	・外因性の場合は、事故の形態、概要及び傷病者数について記載する。 ・内因性の場合は、現病歴、救急要請に至った主な理由及び病気の経過について記載する。 ・転院搬送の場合は、救急搬送となった理由、要請医療機関での傷病名を、資器材搬送の場合は、医療資器材の搬送先、品名、個数について記載する。

17	現着時、接触時状況	・傷病者接触時の状態を具体的に記載する。 ・その他に傷病者、救急隊への二次的災害、救急・救助に係わる活動障害、周囲・関係者の状況、市民による応急手当が行なわれていた場合その状況についても記載する。
18	既往症	・既往歴、現病歴、入院歴、通院先病院名など、事故の起因に係わらず、傷病者に関する本人若しくは家族からの聴取事項などについて記載する。
19	自覚症状、主訴等	・本人からの自覚症状、訴え等について記載する。 ・意識障害があり聴取できない場合は、その理由を記載する。 ・家族からの確実な情報があれば、内容と情報源（情報提供者名、続柄等）を記載する。
20	救急隊現着時・接触時状況	・傷病者に接触し観察した結果についてチェックする。 ・痛みスコアについては、次を参考とする。 1 原則、成人に用いる。明確な回答を得られない場合は不明とする。 2 痛みがない状態を0として、今までにない最悪の痛みを10とした場合の痛みの程度を表現した値とする。 3 深在性疼痛とは「体腔や臓器に由来する生命または四肢を失う恐れのある疾患に関連している可能性がある疼痛」をいう。 4 浅在性疼痛とは「危険な疾患との区別がしやすい、皮膚、軟部組織。筋骨格や体表臓器由来の疼痛」をいう。 5 急性疼痛とは「新たに出現した疼痛であり、慢性疼痛よりも危険な状態であると診断される可能性が高い疼痛」をいう。 6 慢性疼痛とは「同じパターンの症状を示す、周知の持続性もしくは反復性の疼痛症候群」をいう。 <pre> graph LR A[深在性] --> B[急性] A --> C[慢性] B --> D[8-10] B --> E[0-7] C --> F[4-10] C --> G[0-3] H[浅在性] --> I[急性] H --> J[慢性] I --> K[4-10] I --> L[0-3] J --> M[8-10] J --> N[0-7] </pre>
21	初期 ECG 所見	・ウツタイン様式に準ずる項目に関して、傷病者に接触した直後の ECG モニター所見について記載する。
22	心停止の推定原因	・心停止の推定原因を非心原性と心原性から選択し、非心原性であれば、原因の細分類をウツタイン様式に基づき記載する。推定した根拠について、現病歴、既往歴について知り得た情報からチェックまたは記載する。
23	心停止の目撃	・現着時に家族等から聴取した発症直後の目撃情報により時刻、性状等を記載する。倒れるところを目撃し、または、その音を聞いた場合で、その時刻が正確であれば「確定」にチェックをいれる。「推定」は倒れる以前の行動を目撃しており、倒れたところは目撃していない場合にチェックをいれる。「不明」はいつ倒れたか予測がつかない場合にチェックをいれる。(例：会社から帰宅したところ、台所で倒れていた。)

24	バイスタンダー CPR の状況	・市民によって実施された処置のうち、心肺蘇生に関する情報を記載する。家族、同僚、友人、通行人等実施していた人、内容について記載する。もし、資格等の保有者であればその内容について、資格欄に記載する。（医療従事者、上級救命講習受講者、日赤指導員） ・119番通報時の口頭指導の情報があれば、誰により行われたか等を記載する。 ・複数回の除細動が有りの場合、1回目の除細動が実施された時刻（推定含む）を記載する。
25	市民による他の処置	・上記以外の、その他に行われた市民処置の状況、実施者についてチェックする。
26	病院選定経過	・活動記録票と検証票（3,4枚目）のみに記載される項目である。 ・自己隊で選定、本部に依頼など、選定者の種別を記載する。連絡開始時刻、決定時刻、受入決定までに要した照会回数を記載する。照会した医療機関名とその結果など（時刻、応答した者の氏名など）を記載する。
27	転送経過	・活動記録票と検証票（3,4枚目）のみに記載される項目である。 ・一時、病院収容したが、傷病者の状態、病院の状況から他の病院へ直ちに搬送する必要が生じた場合に記載する。 ・要請医療機関名、要請医師名を記載する。 ・病院選定を実施した者、同乗し傷病者を管理した者を選択する。
28	要請内容	・転送のための要請理由について記載する。
29	除細動	・除細動を実施した場合に記載する。積載している除細動器の種別（二相性/単相性の別）、除細動の適応波形の種類と実施時刻を記載する。 ・除細動施行5回までの実施状況について記載する。 ・実施できなかった場合は状況を具体的に記載する。 ・実施した者（複数回実施した場合は、最も中心となり実施した者）を記載し、その者の資格の状況を選択する。 ・医師が実施した場合は、この欄には記載せずに「その他の記録(医師等の処置等)」に記載する。
30	気道確保	・気道確保を実施した場合に記載する。 ・「用手」による気道確保を実施した場合、チェックをして、その方法について記載する。 ・経口エアウェイ、経鼻エアウェイを使用した場合はチェックする。 ・器具を用いた気道確保を試みた場合は、その種別をチェックし、確保（成功）した場合は、「確保」にチェックし、確保出来なかった場合は、「確保できず」にチェックする。 ・LM（ラリングアルマスク）、食道閉鎖式エアウェイを使用した場合はチェックして、それぞれのデバイス名の詳細について記載する。 ・気管挿管を実施した場合は、使用した喉頭鏡の種別をチェックする。サイズ、カフ容量、固定位置についても記載する。 ・器具を用いた気道確保を実施した者の氏名、資格を記載する。 ・換気方法及び酸素流量、回数について記載する。 ・何らかの状況により気道確保器具を変更、又は回復により中止した場合や確保出来なかった理由など特記事項があればその状況を記載する。 ・医師が実施した場合は、この欄には記載せずに「その他の記録(医師等の処置等)」に記載する。
31	静脈路確保	・静脈路確保を試みた場合に記載する。確保（成功）した場合は、「確保」にチェックし、確保出来なかった場合は、「確保できず」にチェックする。 ・静脈路確保の目的についてチェックする。 ・実施場所、時刻、実施者、穿刺した血管部位、使用した留置針の太さについて記載する。 ・輸液の速度や、病着までに投与した輸液量を記載する。 ・実施できない場合、中止した場合や確保出来なかった理由などを記載する。 ・実施した者の氏名、資格を記載する。 ・医師が実施した場合は、この欄には記載せずに「その他の記録(医師等の処置等)」に記載する。

32	血糖測定	・血糖測定を試みた場合に記載する。測定（成功）した場合は、「測定」にチェックし、測定出来なかった場合は、「測定できず」にチェックする。 ・測定値、実施場所、測定時刻、穿刺（採血）部位、穿刺回数について記載する。 ・血糖測定の理由、目的を記載する。 ・実施した者の氏名を記載する。 ・血糖測定を試みた傷病者が病着後に病院で測定した血糖値がわかれば記載する。 ・医師が実施した場合は、この欄には記載せずに「その他の記録(医師等の処置等)」に記載する。
33	薬剤投与	・薬剤投与を試みた場合に記載する。投与が完全にできた場合は、「投与完遂」にチェックし、途中で中断した場合は「一部投与」をチェックする。薬剤が全く体内に入らなかった場合は、「投与できず」にチェックする。 ・薬剤の種別を、アドレリン/エピネフリン/ブドウ糖の中から選択する。 ・実施場所、時刻、総投与量、投与回数について記載する。 ・投与できない場合、中止した場合は理由などを記載する。 ・医師が実施した場合は、この欄には記載せずに「その他の記録(医師等の処置等)」に記載する。
34	その他の記録 (医師等の処置等)	・ドクターヘリ、ドクターカー等と連携した場合等を考慮して、医師等の処置の状況を記載する欄を設けた。 ・医師の救急車への同乗の有無、処置の有無、医師の種別をチェックし、医師名を記録する。 ・医師等が実施した処置について記載する。(例、緊急薬剤使用、外科的処置等) ・医師が直接記入することが望ましい。
35	処置等の特記事項	・他の救急隊や先着消防隊が実施した処置や、その他について特記すべきことがあれば記載する。
36	MC 指示要請	・指示要請の有無と指示要請した電話等への応答の状況を記載する。指示要請を行うも医師に連絡が取れなかった場合は、その理由も記載する。 ・医師に連絡が取れるまでの電話等の発信回数を記載する。医師と直接会話ができるまでに要した時間を記載する。 ・指示要請を行った救急救命士の氏名、MC 医師名、MC 医師の所属機関を要請を記載する。 ・指示要請の際、医師から指示された特定行為等の内容、その他に搬送中の傷病者管理に必要な指導事項、その時刻等について記載する。 ・これらの項目は、地域の MC 体制の検証のためにも重要な事項である。
37	観察・処置の経過	・適宜、縦線を入れて自由に区分けし、傷病者のバイタルサインの変化について、実施した処置とその判断、時間について記載する。 ・処置を実施した際には、その効果の検証のためにも、処置前、処置後、病着時の意識レベルも含めたバイタルサイン等の記載を確実、正確に行う。 ・時間経過の説明 覚知：消防機関が救急事故を確認した時刻 (※ウツタイン様式を導入している地区では、入電時間を別途記録することもある。) - 出場：119 番通報の内容が消防署所等に指令され、待機している所から動きだした時刻 - 現着：出場指令番地の建物、及びその周辺に到着した時刻 - 接触：観察開始時刻を意味する。傷病者に接触した時刻 - 現発：傷病者を救急車に収容し、救急現場から出発した時刻 - 病着：病院に到着した時刻 - 収容：傷病者を医師に引き継いだ時刻

38	検証医師記入欄	・ 検証を実施した医師の氏名、所属病院、検証年月日を記載する。 ・ 観察、判断、処置、医療機関選定の 4 項目において検証を実施する。 ・ 各項目の説明 「標準」 ・ 適切であった ・ 活動基準どおり ・ 特記事項なし 「署等で確認」 ・ 活動基準どおりか要確認 ・ 事例研究に取り上げるまでは至らないが、円滑な救急活動を目標に本部または署で症例を確認する。 「事例研究等を考慮」 ・ 推奨事例、稀・参考症例など、今後の救急活動に活用できる症例で、各隊に周知する必要のあるもの。 「要改善」 ・ 救急活動にかかわる検討事項が見られた場合。
39	検証医所見	・ 救急活動全般に対しての検証医からの指示事項について記載する。
40	救急技術指導者所見	・ 消防機関における救急業務の監督者及び指導者的立場にあるもので、医療機関と救急隊の連絡をとりまとめ、救急業務管理的立場からの検証及び医学的観点からの検証結果に基づく改善・指導を行なう。 ・ 検証医に対して、救急隊から検証を依頼する場合や、検証医や初診医に対して救急隊の活動を基準等に照らし説明する場合など、その内容について記載する。
41	救命士確認欄	・ 検証を受けた内容について、確認し署名する。
42	その他	・ 特定行為実施時、及び必要に応じて心電図波形、SpO2 モニター結果を添付する。

各様式の使用方法

- ※1 4枚綴りの複写式になっているが、部分的に複写されない箇所もある。
- ※2 救急活動記録票と検証票は全て同一の項目ではないことに、ご留意願いたい。
- ※3 初診医の所見、意向が検証対象症例の選別や検証作業の過程に反映されるような様式とその運用が望ましい。

1枚目 搬送確認書（医療機関控え）

- ・ 主として医療機関が救急隊によって搬送された傷病者を受け入れたことを記録し、搬送直後の傷病者情報を医師に引き継ぐための書式である。
- ・ 4枚綴りの状態で、必要事項を記入後、初診医師に渡し、傷病名（疑いなども含む）、傷病程度を記入してもらう。
- ・ 初診医から救急活動に対する意見等を事後検証に反映させる。

2枚目 搬送確認書（救急隊控え）

- ・ 救急隊が医療機関に傷病者を搬送したことを記録する様式である。
- ・ 傷病者の医療機関への収容時、連絡要否の判断（検証対象症例との判断）が下されれば、1枚目（医療機関控え）のみを医療機関へ提出する。
- ・ その場で診断名が記載できず、連絡要否の判断が下されない場合、1枚目（医療機関控え）2枚目の（救急隊控え）を医療機関に提出し、救急隊は帰署、後日2枚目の（救急隊控え）の回収に向き、その際に初診医からの意見等が記入されていた場合、検証の要否を確認できる。検証の必要があると判断した場合は、検証票に添付し事後検証で活用する。

3枚目 救急活動記録票

- ・ 帰署後、必要事項を記入し、救急活動記録票として署所で保管する。
- ・

4枚目 検証票

- ・ 検証票の「要連絡」欄がチェックされ、初診医からの意見が書かれていた場合は、消防機関における救急技術指導者は、初診医、検討医と連絡を取り、医師の意見を踏まえつつ、検証対象として扱う。
- ・ 検証票の「要連絡」欄がチェックされていない場合でも、心肺停止症例、エピペン使用症例、血糖測定症例、特定行為使用症例、搬送先の選定に一定以上の時間等を要した例などは、基本的に検証対象として扱う。
- ・ 検証医は右頁太枠中の項目（観察、判断、処置、医療機関選定、その他所見）についてそれぞれ記載する。
- ・ 個々の救急隊、救急救命士の救急活動や救急救命処置の検証のみならず、地域や都道府県における処置の効果の検証、オンラインMC体制の検証、救急搬送受入れの検証等のために、本検証票を活用する。

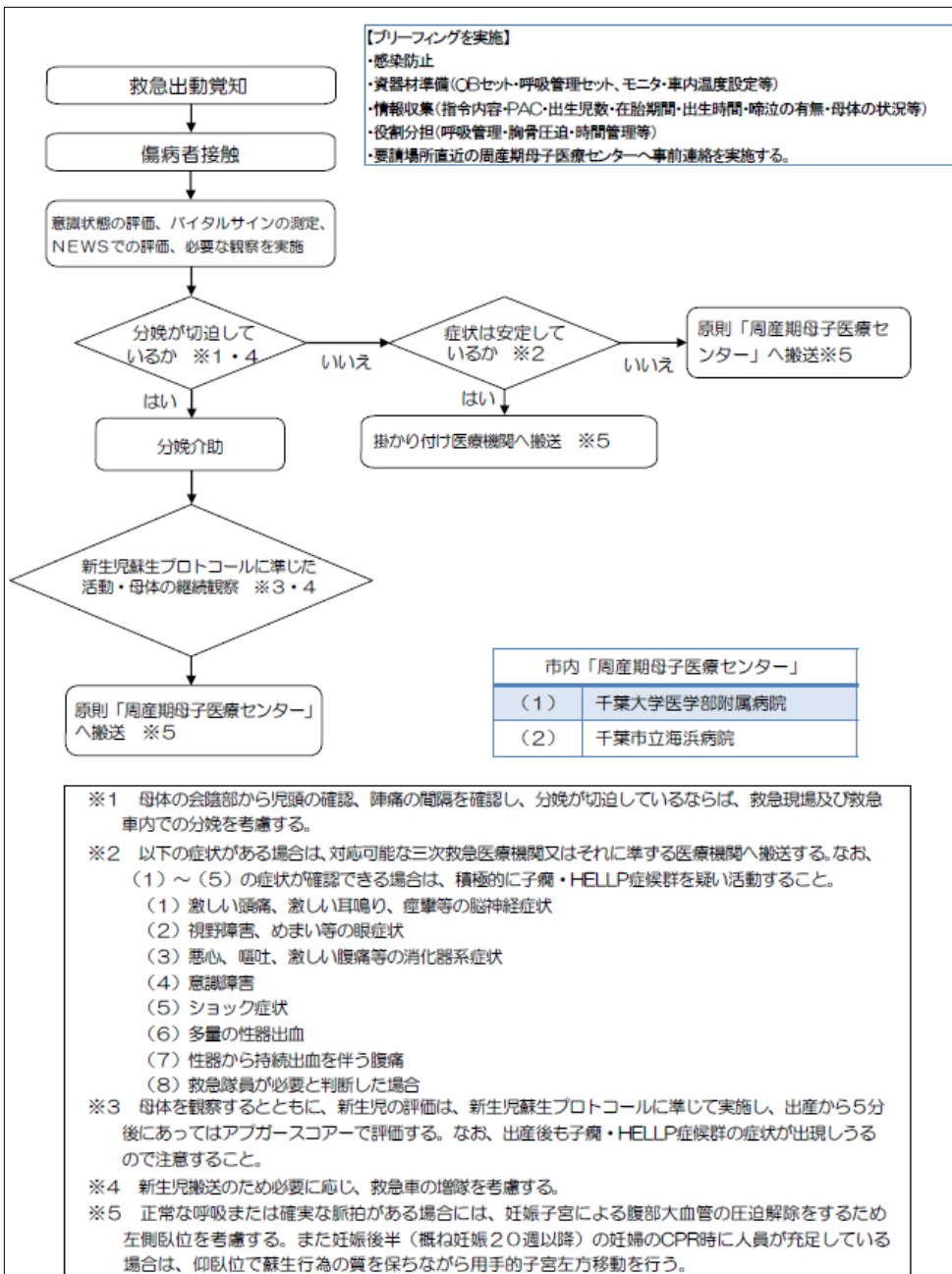
報告 1

救急隊現場活動マニュアルの改正について (周産期救急プロトコール)

議案要旨

令和6年度、マニュアル・プロトコール専門部会において、新生児蘇生に関するプロトコールを作成し、令和7年4月1日より運用を開始しています。令和7年度、新生児蘇生プロトコールに繋がるよう、周産期救急プロトコールを作成することとしましたので報告します。

現在の周産期救急のプロトコール



アルゴリズムは策定されているが、周産期救急、特に分娩介助等の手順や手技についての記載はない。

新生児蘇生プロトコールは出生後の児のみを対象としており、母体に関する記載はない。

課題

課題

- ・ 救急隊が分娩介助に遭遇する機会が稀
 - ・ プロトコールが無く訓練機会が少ない
- } 知識・技術・経験の不足

➡ 苦手意識

- ・ 病院側は救急隊のプロトコールを知らない
- ・ 病院側は救急隊の知識、技術のレベルを知らない

➡ 共通認識・相互理解の不足

プロトコール作成の効果

- ・ 周産期救急プロトコールを作成
- ・ 分娩介助の手順、手技を記載



学習の促進
苦手意識の払拭
施設外分娩のリスク軽減

周産期救急プロトコールと新生児蘇生プロトコールがセットとなることで各プロトコールの効果も高くなる

今後の予定

○マニュアル・プロトコール専門部会
令和7年度2回実施予定

○マニュアル・プロトコール専門部会の部会員選出
(周産期救急について学識経験のある医師及び助産師を千葉大学医学部附属病院及び千葉市立海浜病院からそれぞれ部会員として委嘱する)

部会長	千葉県総合救急災害医療センター	稲葉	晋	医師
部会員	千葉大学医学部附属病院	服部	憲幸	医師
部会員	千葉市立海浜病院	石丸	忠賢	医師
部会員	千葉大学医学部附属病院 産科・婦人科	長澤	亜希子	医師
部会員	千葉市立海浜病院 産科・婦人科	井上	万里子	医師
部会員	千葉市立海浜病院	阿部	祥子	助産師

○周産期救急プロトコールを作成、千葉市救急業務検討委員会に上程する。

報告2

救急救命士の処置拡大に向けた実証事業の経過について

報告要旨

令和6年度第2回救急業務検討委員会において、当局の参加が承認された救急救命士の処置拡大に向けたエピペン®投与の実証事業について、対象救急救命士及び常駐医師に対する教育研修の経過と今後の予定について報告します。

- 資料1 アナフィラキシーの傷病者に対する自己注射が可能なアドレナリン製剤（エピペン®）の筋肉内注射プロトコール解説
- 資料2 アナフィラキシーの傷病者に対する自己注射が可能なアドレナリン製剤（エピペン®）の筋肉内注射プロトコール手順

事業概要

背景

救急救命士はエピペンを使用可能

ただし、傷病者がその処方を受けており
それを自ら使用できない場合に限定

エピペンの処方を受けていない傷病者にもアドレナリンを投与できないか？

経過

令和5年8月～10月 観察研究の実施（観察カードによる判断）

目的 {
・ 救急救命士がアナフィラキシーを適切に判断できるか？
・ 救急救命士がエピペンの適応を適切に判断できるか？

観察カードの判断フローに従い判断した結果、医師の診断と一致
救急救命士はエピペン投与の適応を正確に判断できると確認され実証事業へ移行

概要

- | | | |
|---|--------|------------------------------|
| 1 | 事業内容 | エピペン投与前の傷病者観察とエピペン投与 |
| 2 | 対象傷病者 | 小学生以上 |
| 3 | 使用薬剤 | 小学1～3年生は0.15mg製剤、その他は0.3mg製剤 |
| 4 | 参加救急隊 | 12隊 |
| 5 | 救急救命士数 | 41人 |

救急隊用観察カード

表

アナフィラキシー 観察カード

① アナフィラキシーを疑い、エビベン®を所持していないことが確認できた段階で使用

○どちらか選択
□複数選択可
※エビベン®所持の場合は地域でエビベン®の処方に従う

両方 確認

A1 皮膚・粘膜症状の確認
新しく急速に（数分～数時間で）発症

□全身性の発疹 □口唇の腫脹
□全身性の紅潮 □舌の腫脹
□全身性の掻痒 □口蓋の腫脹

○ひとつでも症状あり

B1 明確なアレルゲンの確認

□過去にアナフィラキシーを起こしたアレルゲンへの接触
□蜂刺傷後の急激な発症など症状の原因となる明確なきっかけあり

○アレルギーあり

A2 呼吸器・循環器・消化器症状の確認
新しく急速に（数分～数時間で）発症

呼吸器 □呼吸困難 □低酸素血症 □喘鳴 □呼吸性喘鳴
□嘔吐 □嚥下痛 □呼吸性喘鳴 □呼吸性喘鳴・気管支痙攣

循環器 □血圧低下 □筋緊張低下（虚脱） □失神 □失禁

消化器 □重度の腹部疼痛 □反復性嘔吐

○ひとつでも症状あり

B2 呼吸器・循環器症状の確認
新しく急速に（数分～数時間で）発症

呼吸器 □呼吸困難 □低酸素血症 □喘鳴 □呼吸性喘鳴
□嘔吐 □嚥下痛 □呼吸性喘鳴 □呼吸性喘鳴・気管支痙攣

循環器 □血圧低下 □筋緊張低下（虚脱） □失神 □失禁

○ひとつでも症状あり

【鑑別すべき疾患例】
気管支喘息、熱中症、心不全に伴う肺水腫など

② アナフィラキシー以外の可能性がより高いか？

○それ以外の可能性は低い

○それ以外の可能性が高い

それ以外への対応を優先

アナフィラキシーの可能性が非常に高い

③ 重度の呼吸・循環・意識障害の確認

呼吸 □SpO2値90%以下 □呼吸性喘鳴

循環 □収縮期血圧90mmHg未満 □収縮期血圧が平常時の70%未満 □聴き取れない脈拍が著しく低下している可能性が高い

意識 □JCS10以上

○該当なし

エビベン®の必要性低い

④ 小学生以上である

○小学生以上である

○未就学児

エビベン®適応あり

エビベン®適応なし

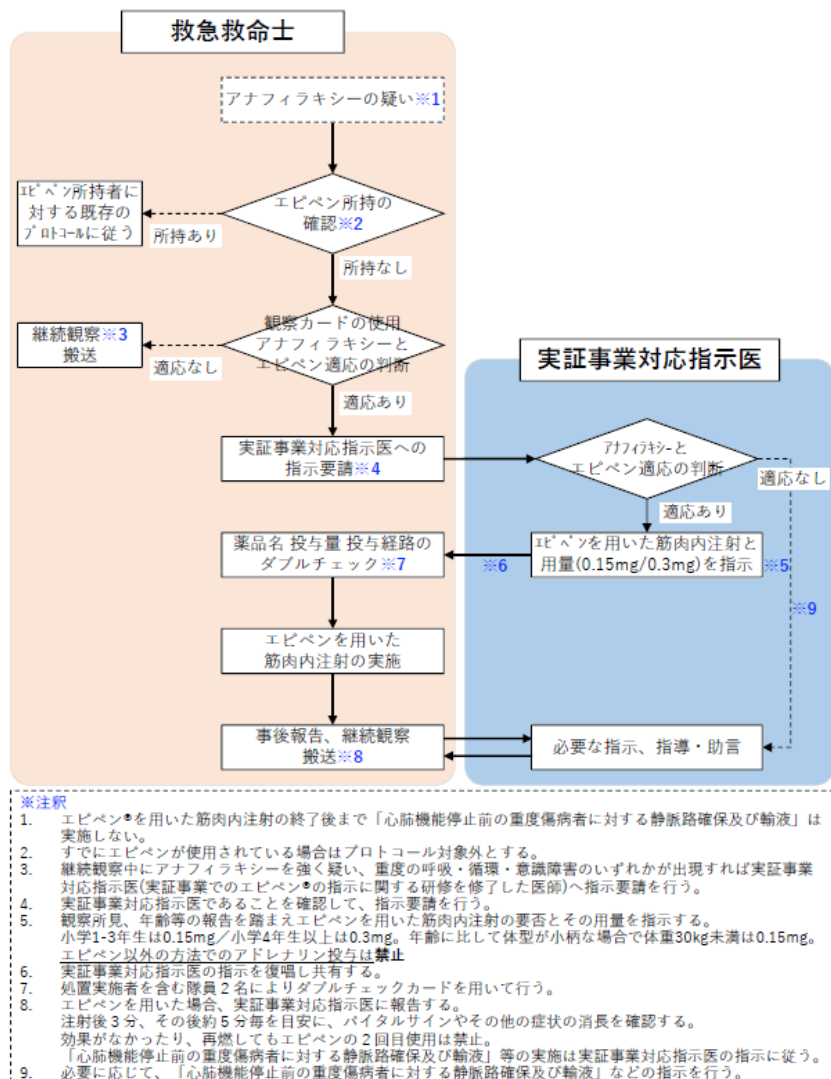
継続観察、搬送

＜カード使用時刻＞
時 分

＜使用者氏名＞

裏

アナフィラキシーの傷病者に対する自己注射が可能なアドレナリン製剤（エビベン®）の筋肉内注射プロトコール



常駐医師用指示記録票

**実証事業対応指示医 用
医師指示記録票**

アナフィラキシーに対するエピペン®を用いたアドレナリン筋肉内注射
(口頭指示フローチャート)

※本紙は指示要請時に使用し、
記録として保管して下さい。
消防またはMC協議会で原本もしくは写しを保管して下さい。

年齢 歳 男・女 概要
あなたは実証事業の研修を
○修了している
○アナフィラキシーの疑い
○①エピペン®処方所持の確認
○所持なし

※研修を修了していない場合には
指示は出せません。
○どちらか選択
○複数選択
○処方あり
○所持あり
○地域の「正」ページに
○「リコール」に従う

A1 皮膚・粘膜症状の確認
新しく急速に（数分～数時間で）発症

☐ 全身性の蕁麻疹	☐ 口唇の腫脹
☐ 全身性の紅潮	☐ 舌の腫脹
☐ 全身性の掻痒	☐ 口蓋垂の腫脹

○ひとつでも症状あり

**A2 呼吸器・循環器・消化器
症状の確認**
新しく急速に（数分～数時間で）発症

呼吸器	☐ 呼吸困難 ☐ 低酸素血症
	☐ 嘔吐 ☐ 嘔下痛 ☐ 吸気性喘鳴
	☐ 吸気性喘鳴・気管支攣縮
循環器	☐ 血圧低下 ☐ 筋緊張低下（虚脱）
	☐ 失神 ☐ 失禁
消化器	☐ 腹部の痛み ☐ 反復性嘔吐

○ひとつでも症状あり

B1 明確なアレルゲンの確認
過去にアナフィラキシーを起こしたアレルゲンへの接触
○蜂刺傷後の急激な発症など症状の原因となる明確なきっかけあり

**B2 呼吸器・循環器
症状の確認**
新しく急速に（数分～数時間で）発症

呼吸器	☐ 呼吸困難 ☐ 低酸素血症
	☐ 嘔吐 ☐ 嘔下痛 ☐ 吸気性喘鳴
	☐ 吸気性喘鳴・気管支攣縮
循環器	☐ 血圧低下 ☐ 筋緊張低下（虚脱）
	☐ 失神 ☐ 失禁

○ひとつでも症状あり

【鑑別すべき疾患例】
気管支喘息、熱中症、心不全に伴う肺水腫など

②アナフィラキシー以外の可能性がより高くないか？
○それ以外の可能性が高い
○それ以外の可能性は低い

アナフィラキシーの可能性が非常に高い

③重度の呼吸・循環・意識障害の確認

呼吸	☐ SpO2値90%以下 ☐ 吸気性喘鳴
循環	☐ 収縮期血圧90mmHg未満 ☐ 収縮期血圧が平常時の70%未満 ☐ 機動脈等で脈拍を微弱にしか触知できないなど血圧が著しく低下している可能性が高い
意識	☐ JCS10以上

○該当なし
○「エピペン®」の必要性低い
○「エピペン®」の適応なし！
継続観察、搬送

④ 小学生以上である
○未就学児
○小学生以上である

**救急救命士による
エピペン®適応判断あり**

**医師の判断で
エピペン®筋注の指示**
○ 有り ○ 無し

エピペン®の投与量は？
※投与はエピペン®に限る
○ 0.15mg 小1～3
※年齢に比して体型が小柄な場合で体重30kg未満の場合も
○ 0.3mg 小4～

メモ※指示をしなかった場合は理由を記載して下さい。

○指示時刻
年 月 日 時 分

○指示要請救急救命士
消防本部名
救急救命士名

○指示医師氏名

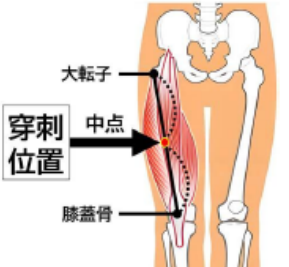
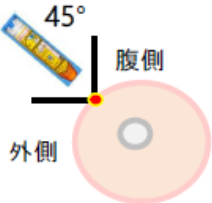
エピペン®を所持していない傷病者へのエピペン®投与の指示要請があった場合、指示医師は救急救命士からの報告内容について、医師用フローで確認し、必要な指示を行います。

救急隊用の観察カードと同様のフローになっています。

救急隊用チェックカード

アナフィラキシーの傷病者に対する
自己注射が可能なアドレナリン製剤（エピペン®）の筋肉内注射プロトコール

[チェックカード]

確 認 項 目	チェック欄
①実証事業対応指示医の指示を得たか？	☐
②小学生以上か？ （未就学児は適応外）	☐
③使用するエピペン 必ず2名で確認  小学 4 年生以上 0.3mg 黄色のラベル   小学 1～3 年生 ※小4以上でも体型が小柄な場合で 体重30kg未満と判断された時 0.15mg 緑色のラベル 	
④穿刺位置は、大腿中央前外側  45° 腹側 外側 大腿部断面図   投与後はこの状態	☐

今後の予定

令和6年12月	実証事業の公募（厚生労働省）
令和7年 3月24日	実証事業参加消防本部が決定 （全国77本部 うち政令市3市（千葉市・さいたま市・堺市））
令和7年 3月27日	<u>地域・期間を限定した省令の改正</u>
令和7年 5月～6月	救急救命士に対する教育（eラーニング、実技訓練） → 実施済
令和7年 6月～7月	常駐医師に対する研修（eラーニング） → 実施中
令和7年 7月～8月	観察研究期間（ エピペン不使用 ）※救急隊の判断のみ
上記の教育等が終了後、実証事業開始	
令和7年 9月～12月	実証事業期間（ <u>エピペン使用</u> ）※救急隊の判断及び 医師の指示で <u>投与</u>
令和8年度以降	データ解析 安全性、有効性、必要性の検証 省令改正により全国の救急救命士が使用可能となる <u>見込み</u>

MC関係

【検証医療機関：9病院】

- 千葉大学医学部付属病院
- 千葉医療センター
- 千葉県総合救急災害医療センター
- 千葉メディカルセンター
- 千葉中央メディカルセンター
- みつわ台総合病院
- 山王病院
- 千葉市立海浜病院
- 千葉市立青葉病院

検証医療機関以外に搬送した場合は、千葉大学医学部附属病院で事後検証を実施

常駐医師に対する研修

【常駐医師：e-ラーニング】

- 常駐医師所属医療機関へQRコードを発送
- ちば消防共同指令センター指令台にもORコードを準備

引き続き実証事業に関するeラーニング実施に御協力お願いします

**アナフィラキシーの傷病者に対する
自己注射が可能なアドレナリン製剤（エピペン®）の筋肉内注射プロトコール
解説**

1. プロトコールの概要

「アナフィラキシーの傷病者に対する自己注射が可能なアドレナリン製剤（エピペン®）の筋肉内注射プロトコール」は、病院前において、救急救命士が、傷病者にアナフィラキシーの疑いがあると認識してから、アナフィラキシーかどうか、エピペン®の適応があるかを判断し、エピペン®の適応があると判断すれば、実証事業対応指示医（実証事業でのエピペン®の指示に関する研修を修了した医師）へ指示要請をし、指示に基づいてエピペン®を用いてアドレナリンの筋肉内注射を行い、継続観察をしながら医療機関に搬送するまでの手順を示している。

併せて、実証事業対応指示医が、救急救命士からの報告を受けて、アナフィラキシーとエピペン®を用いた筋肉内注射の適応を判断し、エピペン®の用量も含め具体的な指示等を行うまでの手順も示している。

2. プロトコールの詳細

① プロトコールの対象

救急救命士が、現病歴、初期評価などからアナフィラキシーを疑った場合がこのプロトコールの対象となる。ただし、傷病者にすでにエピペン®が使用されている場合は対象外とする。

アナフィラキシーに対しては、エピペン®を用いたアドレナリンの筋肉内注射が救急救命処置の第一選択となるため、アナフィラキシーを疑った場合は、ショック状態であっても、エピペン®を用いた筋肉内注射を終えその効果を確認するまでは「心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液」は実施しない。

なお、すでに「心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液」を実施し静脈路を確保した後にアナフィラキシーを疑った場合には、観察カードを用いてアナフィラキシーの可能性が非常に高いと判断し、エピペン®の適応を満たせば実証事業対応指示医に指示要請を行う。

② エピペン®所持の確認

傷病者がかかりつけ医等からエピペン®の処方を受け、かつ所持している場合は、アナフィラキシーである事前確率が高く、既存の救急救命処置として所持しているエピペン®の使用が可能である。その場合は、地域で定められたエピペン®所持者（交付者）に対する既存のプロトコールに従う。

エピペン®を所持していない場合には次の手順に進む。エピペン®を所持しているが、その使用期限が過ぎている場合、所持しているエピペン®が本人のものではない場合も次の手順に進む。

③ 救急救命士によるアナフィラキシー観察カードの使用

アナフィラキシー観察カード（以下、観察カード）を用いて、アナフィラキシーの可能性と、エピペン®の適応の有無について判断する。アナフィラキシーの可能性が非常に高いと判断し、重度の呼吸・循環・意識障害のいずれかを認め、かつ小学生以上の場合が本実証事業におけるエピペン®の適応であり、その場合、実証事業対応指示医への指示要請に進む。該当しない場合は、継続観察を行いつつ搬送に移る。継続観察中に、アナフィラキシーの可能性が非常に高いと判断し、かつ重度の呼吸・循環・意識障害のいずれかが出現すれば実証事業対応指示医へ指示要請を行う。

(1) アナフィラキシーの判断

観察カードを用いて判断する。観察カードは、「アナフィラキシーガイドライン 2022」¹に基づき、皮膚・粘膜症状、呼吸器症状、循環器症状、消化器症状、アレルギーへの曝露の有無などからアナフィラキシーの可能性が非常に高いか否かを判断するものである。

観察カードのフローチャートに従い、「皮膚・粘膜症状の確認（A1）」、「明確なアレルギーの確認（B1）」の有無の双方を確認し、確認項目のいずれか1つでも該当した場合には、さらに「呼吸器・循環器・消化器症状の確認（A2）」、「呼吸器・循環器症状の確認（B2）」に進み、いずれか1つでも該当した場合にはアナフィラキシーの可能性が高くなる。さらに、アナフィラキシー以外の可能性（例えば、気管支喘息、熱中症、心不全に伴う肺水腫など）がより高くないかを考慮して、そうでなければ「アナフィラキシーの可能性が非常に高い」と判断する。

(2) 重度の呼吸、循環、意識障害の確認

重度の呼吸、循環、意識障害の有無を確認する。「重度」の判断基準を表1に示す。

表1に示した項目のいずれか1つにでも該当する場合、エピペン®の必要性が高いと判断し、適応年齢の確認に進む。すべての項目を確認する必要はない。

観察カードを用いた救急救命士によるアナフィラキシーの判断を病院到着時の医師の判断と比較した調査（2023年）²において、陽性的中率は95.9%であり100%

¹ 日本アレルギー学会 Anaphylaxis 対策委員会：アナフィラキシーガイドライン 2022, 2022年8月.

² 令和5年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）救急救命士が行う業務の質の向上に資する研究 研究報告書, 2024年3月.

ではなかった。つまり、アナフィラキシーでない傷病者をアナフィラキシーと判断する可能性が残るため、救急救命士がアナフィラキシーの可能性が非常に高いと判断したすべてをエピペン®の適応とはせず、その中でも短期間で生命の危機に陥りかねない重度の場合に限って適応としている。その点で、「アナフィラキシーと診断した場合をアドレナリンの適応」とするアナフィラキシーガイドライン 2022 の記載とは異なることに留意する。

表1 アナフィラキシーによる重度の呼吸・循環・意識障害の基準

いずれか一つでも該当する場合は、エピペン®の必要性が高いと判断する

呼吸	☐ SpO ₂ 値 90%以下 ☐ 吸気性喘鳴
循環	☐ 収縮期血圧 90mmHg 未満 ☐ 収縮期血圧が平常時の 70%未満 ☐ 橈骨動脈等で脈拍を微弱にしか触知できないなど 血圧が著しく低下している可能性が高い
意識	☐ JCS 10 以上

(3) 救急救命士による適応年齢の確認

本実証事業においては小学生以上の傷病者を適応とし、未就学児は対象としない。ただし、救急の現場では直ちに未就学児か否かを確認することが困難な場合もある。その場合、概ね小学生以上と考えられれば適応としてよい。

④ 救急救命士による実証事業対応指示医への指示要請

アナフィラキシーの可能性が非常に高く、重度の呼吸・循環・意識障害のいずれかを認め、かつ小学生以上の場合、エピペン®の適応があると判断し、傷病者や関係者等に処置の必要性等について説明し、同意を得る。(参照「アナフィラキシーに対するエピペン®を用いたアドレナリン筋肉内注射の説明と同意について」)

その後に医師に連絡し、まず、医師が実証事業対応指示医（実証事業でのエピペン®の指示に関する研修を修了した医師）であることを確認する。実証事業対応指示医でない医師からの指示で本処置を実施することはできないことに注意する。実証事業対応指示医であることが確認できれば、エピペン®を用いたアドレナリン筋肉内注射の指示要請を行う。具体的には、傷病者の年齢、性別、発症状況、観察カードでの判断状況、必要に応じてその他バイタルサイン等を説明し、アナフィラキシーとエピペン®の適応の判断と指示を求める。

なお、年齢に比して体型が小柄であると判断される場合には実証事業対応指示医にそれも含めて報告し、指示、助言を得る。

⑤ 実証事業対応指示医によるアナフィラキシーとエピペン®の適応の判断と指示

救急救命士から指示要請を受けた実証事業対応指示医は、傷病者の状況等の報告からアナフィラキシーか否かの判断と、エピペン®の適応の判断を行う。適応があればエピペン®の筋肉内注射の実施および、使用するエピペン®の用量(0.15mg 又は 0.3mg)の指示を出す。心停止用のアドレナリンシリンジを用いることがないように、エピペン®による筋肉内注射であることを明確に伝える。エピペン®の用量(0.15mg 又は 0.3mg)は、年齢に応じて判断する（表2）が、年齢に比して体型が小柄であるなどの救急救命士からの報告があれば、それに応じて修正する。アナフィラキシーに対して、エピペン®以外の方法でのアドレナリン投与の指示を出してはならない。

実証事業対応指示医は、指示にあたって「(実証事業対応指示医用) 医師指示記録票」を用いる。

表2 学年別・年齢別 平均体重と本実証事業における適応エピペン®の用量

	対象外		対象												
	未就学児		小学生						中学生			高校生			
学年			小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3	高1	高2	高3	
年齢	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
体重 男(kg)	16.4	18.2	20.6	24.7	25.8	30.1	33.9	41.3	41.3	44.7	56.1	59.2	60.8	64.0	61.2
体重 女(kg)	16.5	17.7	20.4	21.8	25.9	30.4	32.2	36.5	41.9	48.8	48.4	51.2	48.9	52.6	49.6
エピペン®			エピペン 0.15mg						エピペン 0.3mg						
															

体重：厚生労働省「令和元年国民健康・栄養調査報告」

⑥ 救急救命士と実証事業対応指示医による指示の確認とダブルチェック

救急救命士は、実証事業対応指示医の指示を復唱し、確認する。不明瞭であれば聞き返す。復唱することでエピペン®による筋肉内注射とエピペン®の用量(0.15mg 又は 0.3mg)の指示について隊員間で共有する。実証事業対応指示医は、救急救命士の復唱を聞き、自身の指示が正確に伝わっていることを確認する。

指示を受けた救急救命士は、エピペン®を準備し、薬品名・投与量・投与経路について、他の隊員（救急救命士資格者である必要はない）とチェックカードを使用しダブルチェックを行う。

⑦ エピペン®による筋肉内注射の実施

決められた手順でエピペン®による筋肉内注射を実施する。

⑧ 継続観察と医師への事後報告

筋肉内注射後は、実証事業対応指示医へ報告すると共に、継続観察を行いつつ速やかに病院搬送する。原則として、注射後3分、その後約5分毎を目安に、バイタルサインやその他の症状の消長を確認する。エピペン®の注射後も症状の改善が得られない場合などは実証事業対応指示医に報告する。この場合にはアナフィラキシーでない可能性も考慮する必要がある、追加でのエピペン®筋肉内注射は行わない。「心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液」等の実施は実証事業対応指示医からの指示に従う。

3. プロトコルの留意事項

アナフィラキシーに対しては、エピペン®を用いた筋肉内注射を終えその効果を確認するまでは「心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液」は実施せず、エピペン®を用いたアドレナリンの筋肉内注射を最優先に行う。2種類の特定行為を同時に実施することによる対応の複雑化を回避するためである。

本実証事業におけるエピペン®による筋肉内注射の回数は、効果がなかったり、一旦症状がおさまった後に再燃した場合でも、本人所持のエピペン®の使用も含めて、1回までとする。

なお、アナフィラキシーに対する医師や救急救命士によるアドレナリンの静脈内投与による心停止事故が複数報告^{3,4}されている。薬品名・投与量・投与経路の誤りを避けるために、指示内容の復唱、ダブルチェックをプロトコルに組み込んでいる。これを形骸化してはならない。

医療事故を避けるためにも、救急救命士資格の有無にかかわらず、救急隊員全員へのエピペン®適応についての周知が必要である。

³ 「女子高生に薬誤投与の医師に有罪判決 大阪地裁堺支部」(2020/10/12) 産経新聞報道

⁴ 「救急活動時の救急救命処置による事故調査・検証報告書」令和4年2月15日
千葉市救急業務検討委員会 救急活動時の救急救命処置による事故調査対策専門部会

アナフィラキシーの傷病者に対する 自己注射が可能なアドレナリン製剤（エピペン®）の筋肉内注射プロトコール 手順

エピペン®の用量等について確認した後に、エピペン®を用いた筋肉内注射を実施し終えるまでの標準的な手順について示す。

① 処置前の確認

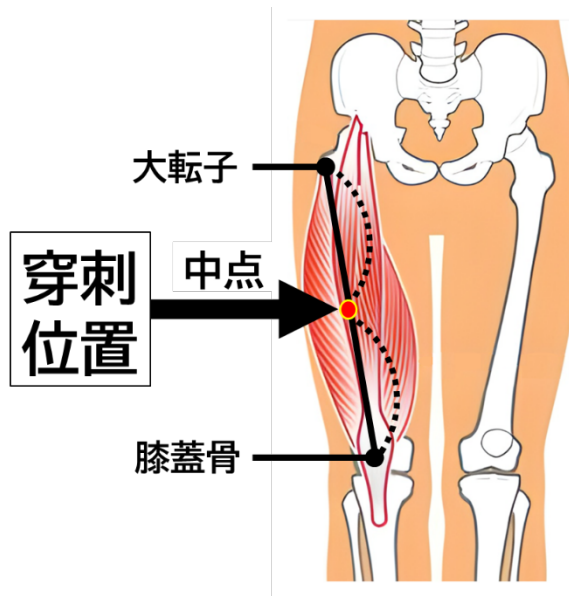
傷病者は原則として仰臥位とする。

傷病者等に声をかけ、大腿部を露出させ、穿刺部やその周辺に異常がないか確認する。ただし、生命の危機が差し迫っている場合は、服の上から穿刺できる。その場合、ポケット内の携帯電話、服のファスナーやボタンなど、穿刺の障害になるものがないか、確認する。心電図モニターと SpO₂ モニターが開始されていることを確認する。ただし、生命の危機が差し迫っている場合は、モニターよりも穿刺を優先する。

② 穿刺位置の確認

大腿骨大転子と膝蓋骨中央部を結んだ線の中央を穿刺位置とする。（図1）

穿刺部周辺に創傷等があれば対側の大腿を選択する。



③ 穿刺部の保持

補助者がいれば、必要に応じて大腿を保持してもらう。

④ 穿刺部の消毒

穿刺部周辺を酒精綿等で消毒する。傷病者に生命の危機が切迫している場合は消毒を省略できる。

⑤ 安全キャップの取り外し

エピペン®のオレンジ色のニードル（針）カバーを下に向け、エピペン®のまん中を利き手で持ち、もう一方の手で青色の安全キャップをまっすぐ上に外す。安全キャップを外した後、自身への誤注射を防ぐため、エピペン®の上下先端のどちらにも指などをかけないように留意する。

穿刺位置の確認や穿刺部の消毒などは、安全キャップを外す前に済ませておく。

⑥ 穿刺

エピペン®を持つ反対の手で、大腿の穿刺部の裏面对側を押さえる。

傷病者に声をかけ、大腿の穿刺部に、前外側からニードル（針）カバーの先端を、皮膚に垂直に強く押し付ける。「カチッ」と音がすることを確認する。そのまま5秒を数えるまで先端が動かないように保持した後、抜去する。

エピペン®を振りおろして穿刺しないように留意する。穿刺時に、穿刺部より末梢でのしびれ感や強い痛みを訴えた場合は直ちに抜針する。穿刺部を揉む必要はない。

⑦ 穿刺後の確認と保管

痺れや強い痛みの有無を確認する。

ニードル（針）カバーの伸展を確認し、携帯用ケースに保管して医療機関に持参する。

⑧ 止血の確認

穿刺部の止血を確認する。出血が続く場合は圧迫止血を行う。必要に応じて絆創膏等で被覆する。



写真 左：エピペンを持つ反対の手で、大腿の穿刺部の裏面对側を押さえる。



写真 右：前外側からニードル（針）カバーの先端を、皮膚に垂直に強く押し付ける。

報告3

マイナ救急に係る実証事業への参加について

報告要旨

総務省消防庁事業「マイナ保険証を活用した救急業務の円滑化」を図るため、救急隊が傷病者のマイナンバーカードを活用した、マイナ救急の本格運用に向け、全国全ての消防本部の参画を経て、実際の救急活動での検証を実施することとなりましたので、ご報告いたします。

【現状】

令和5年度中の出動件数や搬送人員は過去最多となり、現場到着所要時間と病院収容所要時間の平均は過去最高の延伸をした。その中、救急需要の最大の要因の一つとして、高齢化の進展が挙げられ、搬送人員に占める高齢者の割合は約62%となり、高齢者の約9人に1人が搬送されていることになる。また、熱中症患者が増加する夏季には、特に救急需要の高まりが見られ、5月～9月までにおける全国の熱中症による搬送人員にあっても最多となった。

「令和6年度版消防白書」より抜粋

【目的】

救急隊が傷病者のマイナンバーカードを活用し、オンライン資格確認システムを介して医療情報を閲覧できる救急隊専用閲覧システム（マイナ救急システム）の本格運用に向け、全国全ての消防本部の参画を経て効果検証を行い、実際の救急活動での検証を実施することとした。



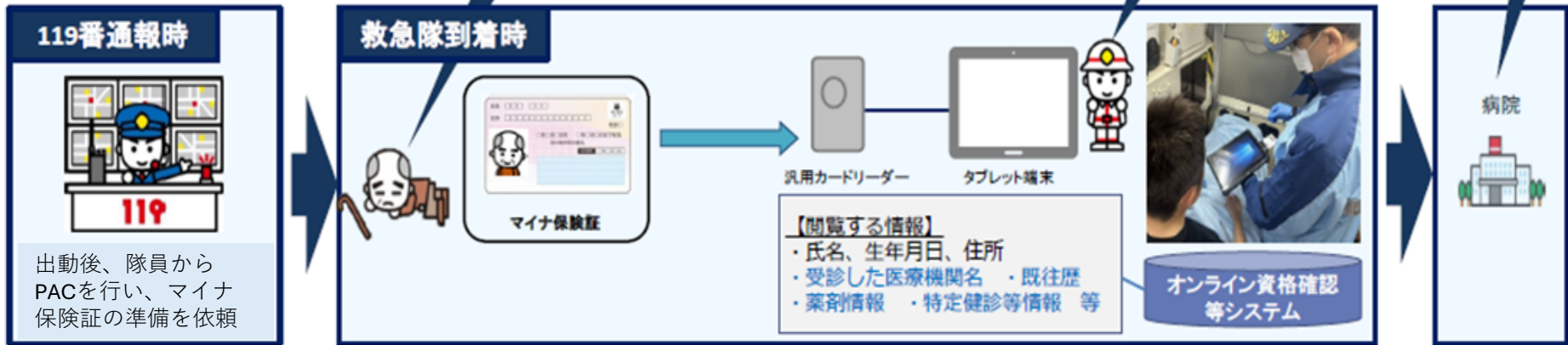
【マイナ救急の概要】

令和3年からマイナンバーカードに健康保険証を一体化させたカード（マイナ保険証）の利用が開始され、オンライン資格確認が可能となり、本人同意を取得することで、医療機関や薬局において電子カルテ情報共有サービスから薬剤情報や特定健康診断の情報を確認できる環境整備が進んでいます。令和7年3月このシステムの一部を活用し救急隊が必要とする情報を閲覧できるシステム（マイナ救急システム）が構築されました。このシステムを使用することで、意識障害、高齢者、認知症、精神障害者等から正確かつ早期に情報収集が可能となり、救急現場滞在時間の短縮、円滑化が期待されます。

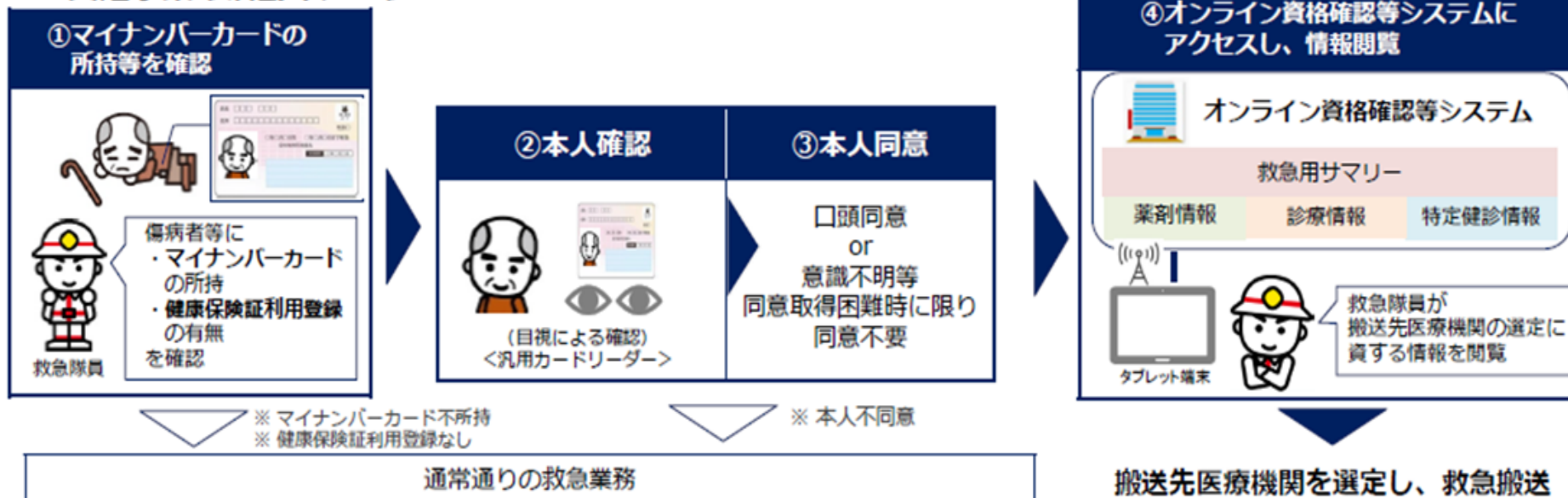
【スケジュール】

- 2022年 医療機関専用システムを活用し、マイナンバーカードと保険証を一体化したカード（マイナ保険証）を使用
全国6消防本部 30隊で実証検証実施
- 2024年 医療機関専用システムの閲覧方法、同意方法、対象事案の変更
全国67消防本部 660隊で実証検証を実施
千葉県内は、成田市と松戸市が実証検証参加
- 2025年 救急隊用オンライン資格確認システム（マイナ救急システム）の構築
全国720消防本部（全消防本部） 5334隊
千葉市消防局でも27隊が実証検証へ参加

1. マイナ救急の流れ



2. 実証事業の活動イメージ



○広報によるマイナ保険証の利用促進（マイナ救急に関する広報）

- ・消防庁では、ひっ迫する救急需要の対策の一環として、マイナ保険証を活用した救急業務の円滑化に取り組んでいます。
 - ・マイナ救急の実効性を高めるためには、普段から、高齢者をはじめとする国民に対して、マイナ保険証の携行を促進する必要があります。
- 〔 ※ マイナ保険証の携行を促進するため、パスケース等を調達・配布することもある。 ⇒ マイナンバーカード交付事務費補助金の対象 〕
- ・特に、高齢者等への訴求力が高いと考えられる広報誌等により広報を実施していただくようお願いします。

マイナ救急で搬送の迅速化

マイナ保険証を使った救急搬送の迅速化を図るため、消防庁では、マイナ救急を活用した救急業務の円滑化に取り組んでいます。

マイナ救急とは、マイナ保険証を活用した救急業務の円滑化を図るための取り組みです。マイナ救急を活用することで、救急搬送の迅速化を図ることが期待されています。

消防署にマイナちゃん現る

消防署にマイナちゃん（マイナ保険証のキャラクター）が現れました。マイナちゃんとは、マイナ保険証のキャラクターで、マイナ救急の推進を目的としています。

神奈川県平塚市 広報ひらつか(2024年6月)
URL (<https://www.city.hiratsuka.kanagawa.jp/common/200156892.pdf>)

マイナ保険証 その1枚で救急は加速する

マイナ保険証を活用した救急業務の円滑化を図るため、消防庁では、マイナ救急を活用した救急業務の円滑化に取り組んでいます。

マイナ救急とは、マイナ保険証を活用した救急業務の円滑化を図るための取り組みです。マイナ救急を活用することで、救急搬送の迅速化を図ることが期待されています。

マイナ保険証の活用

マイナ保険証を活用することで、救急搬送の迅速化を図ることが期待されています。

神奈川県秦野市 広報はだの(2024年9月)
URL (<https://city-hadano.kohoplus.jp>)

マイナ保険証を使って 通院履歴等を確認しました

通院履歴等の閲覧にあたっては、救急車を必要とする傷病者本人の同意を基本としていますが、個人情報の保護に関する法律に基づき、生命・身体の保護の必要があり、かつ意識不明等、本人の同意を得ることが困難である場合に限り、同意なしで閲覧させていただいております。

本実証にて得た個人情報は実証事業以外に使用いたしません。



「マイナ保険証活用で円滑な救急搬送へ」 ご理解をお願いします



お問い合わせ

〇〇市消防本部 〇〇課
TEL:00000000000



実証事業に関する
情報は特設サイトでも
ご覧いただけます。

※本実証は総務省消防庁が全国全ての消防本部と連携して実施するものです。

報告4

千葉県「搬送困難事例受入医療機関支援事業」への 意見提出について

報告要旨

令和6年度第2回千葉市救急業務検討委員会の報告1、千葉県「搬送困難事例受入医療機関支援事業」について、千葉県健康福祉部医療整備課に対し、受入確保基準対象医療機関からの意見を取りまとめた内容を提出しましたので、報告します。

「千葉県傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」に定める 受入れ医療機関確保基準の運用に関する意見書

1 調査期間

令和7年2月10日（月）から令和7年2月28日（金）まで

2 受入確保基準対象医療機関（必ず救急患者を受け入れる医療機関）

国立病院機構千葉医療センター、千葉メディカルセンター、千葉中央メディカルセンター、
みつわ台総合病院、千葉市立海浜病院、千葉市立青葉病院

2 意見書（意見あり）提出医療機関 5／6病院

国立病院機構千葉医療センターを除く医療機関

3 意見書（内容抜粋）

【医療機関の現状】

- ・医師不足により、救急患者を受け入れられない
- ・入院患者が高齢化し、病状が回復せず病床が空かず、救急患者を受け入れられない
- ・救急患者を受け入れるも、インセンティブがなくモチベーションが上がらない

【検証結果】

- ・埼玉県で実施されている「搬送困難事案受入医療機関支援事業補助金交付要領」第5条の交付額の算定方法（別表）にある4補助率を、現状の「千葉県搬送困難事案受入医療機関支援事業補助金交付要領」の補助率3分の1から3分の2に引き上げることにより人材確保の一助となり、救急受け入れ体制の強化に繋がる。
- ・受入確保基準対象医療機関から、後方支援病院に後方搬送する際に、後方支援病院に対しても受入件数や受入率に応じた加算額を支給することで、病床確保の充実化が図られ搬送困難事例の減少に繋がる。