

# 平成29年度第1回千葉市救急業務検討委員会

日時：平成29年6月28日（水）

19時00分～20時30分

場所：千葉市消防局（セーフティーちば）

7階「作戦室」

## 次 第

### 1 開 会

### 2 千葉市救急業務検討委員会委員の変更について

### 3 議事概要報告

「平成28年度第2回千葉市救急業務検討委員会」議事概要

### 4 議題

議題1 大規模災害時等におけるメディカルコントロールについて

議題2 救急隊現場活動マニュアルの改訂について

議題3 指導救命士の認定要件について

議題4 千葉市転院搬送ガイドラインの本運用について

議題5 千葉県「搬送困難事例受入医療機関支援事業」に関する千葉市救急業務検討委員会と対象医療機関との取り決めについて

### 5 報告

報告1 千葉市消防局指導救急救命士退任に伴う新指導救命士の指名及び総括指導救命士の指名について

報告2 ビデオ硬性挿管用喉頭鏡（AWS）追加講習及び処置範囲拡大二行為追加講習の実施について

### 6 その他

平成29年度第2回千葉市救急業務検討委員会の開催予定について

# 平成28年度第2回千葉市救急業務検討委員会

## 議 事 概 要

1 日 時 平成29年3月2日（木） 19時00分から21時00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）7階 作戦室

### 3 出席者

#### (1) 委 員（10人）

織田 成人委員長、渡邊 栄三委員、中田 泰彦委員、景山 雄介委員、  
湧井 健治委員、福田 和正委員、谷嶋 つね委員、山本 恭平委員、  
斎藤 博明委員、中村 真人委員

#### (2) 事務局

大麻局長、深井警防部長、白井救急課長、梅澤救急課長補佐、新濱救急管理係長、  
奈良高度化推進係長、坂本司令補、梅野司令補、川畑士長、大畑消防士

#### (3) オブザーバー

千葉県：江口室長（健康福祉部医療整備課）

室田室長（防災危機管理部消防課）

千葉市：平井主任主事（保健福祉局健康部健康企画課）

西村主査（病院局経営企画課）

### 4 会議内容

#### (1) 議事概要報告

「平成28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 転院搬送における救急車の適正利用の推進

（千葉市転院搬送ガイドラインの作成案について）

イ 議題2 タブレット端末を利用した画像送信の本格運用について

#### (3) 報告

ア 報告1 救急救命士を含む救急隊員に対する教育実施状況について

イ 報告2 指令センター医師常駐体制運用状況について

#### (4) その他

ア 搬送困難事例受入医療機関支援事業について

イ 平成29年度第1回千葉市救急業務検討委員会の開催予定について

## 5 議事概要

### (1) 「平成28年度第1回千葉市救急業務検討委員会」議事概要報告

平成28年9月27日(火)に開催された平成28年度第1回千葉市救急業務検討委員会の議事概要は、平成28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1 転院搬送における救急車の適正利用の推進

(千葉市転院搬送ガイドラインの作成案について)

事務局から、地域関係者(医師会や市町村衛生主管部局)との合意形成を得るための千葉市転院搬送ガイドライン(千葉市救急業務検討委員会案)について審議を行い、各委員から意見を集約し、修正することで承認された。また、今後の方向性としては、平成29年度中に千葉市転院搬送ガイドラインを完成し、地域関係者との連名で発信することとされた。

### (3) 議題2 タブレット端末を利用した画像送信の本格運用について

事務局から、タブレット端末を利用した画像送信の本格運用の開始及び運用方法について審議し、タブレット端末から画像送信することで収容依頼回数の減少等、一定の効果が得られたことから平成29年度当初より救急情報共有システムの全協力医療機関で本格運用を開始することで承認された。

### (4) 報告1 救急救命士を含む救急隊員に対する教育実施状況について

事務局から、救急救命士の認定に係る病院実習等の実施状況、救急救命士を含む救急隊員の教育の実施状況及び就業前病院実習実施状況について報告があった。

### (5) 報告2 指令センター医師常駐体制運用状況について

事務局から、指令センター医師常駐体制運用状況について、指示回数及び指導・助言回数の増加要因は、処置範囲拡大の影響が大きいことと、青葉病院救急ワークステーションにおいて、薬剤(アドレナリン)投与認定救急救命士が増加したこととの報告があった。

また常駐医師による収容依頼は、収容困難症例への対策として有効であるとともに、搬送医療機関が早期に決定し効果的であるとの報告があった。

### (6) その他1 搬送困難事例受入医療機関支援事業について

長時間搬送先が決まらない救急患者を一定の条件下で必ず受け入れることに合意した医療機関に対し、空床確保費用等の必要な資金援助を行うことで、搬送困難事例の解消を図ることを目的とした「搬送困難事例受入医療機関支援事業について」千葉県医療整備課から説明があった。また、この事業に参加する医療機関の決定は千葉市救急業務検討委員会の承認をもらいたいとの千葉県医療整備課の要望があり、本委員会終了後、この会の延長として事務局により書面審議を行い対応することとなった。

### (7) その他2 平成29年度第1回千葉市救急業務検討委員会の開催予定について

平成29年度第1回千葉市救急業務検討委員会の開催予定について、事務局から次の開催予定は平成29年6月頃を予定しているとの説明があった。

## 「大規模災害時等におけるメディカルコントロール」について

### 議案要旨

平成23年の東日本大震災、平成28年の熊本地震における救急活動の実態を踏まえ、消防庁から「応援救急隊における救急業務の実施について」及び「大規模災害時等の通信途絶時における救急救命処置の実施について」の通知が発出されたことから、本市の大規模災害時等におけるメディカルコントロールについて御審議をお願いするものです。

資料1-1 「大規模災害時等におけるメディカルコントロールについて」

資料1-2 「応援救急隊における救急業務の実施について」

資料1-3 「大規模災害時等の通信途絶における救急救命処置の実施について」

# 大規模災害時等におけるメディカルコントロールについて

## ◇ 過去の経緯

### 東日本大震災



- 平成23年3月17日付け厚生労働省医政局指導課(事務連絡)  
救急救命士法上、救急救命士は、医師の具体的な指示を受けなければ、厚生労働省令で定める救急救命処置を行ってはならないこととされている。(救急救命士法第44条第1項)  
しかしながら、救急救命士法は今回のような緊急事態を想定しているものではなく、こうした事態の下では、通信事情等の問題から医師の具体的指示が受けられない場合についても、心肺機能停止状態の被災者等に対し、医師の具体的な指示を必要とする救急救命処置を行うことは、刑法第35条に規定する正当業務行為として違法性が阻却され得るものとする。

### 熊本地震



- 平成28年4月18日付け厚生労働省医政局地域医療計画課(事務連絡)  
東日本大震災時と同内容のものが発出された。

◇ 上記の経緯を踏まえ、平成28年度救急業務のあり方に関する検討会において検討され、明文化された。(以下、検討会報告書抜粋)

## 大規模災害時に用いる「救急活動プロトコール」及び「特定行為に関する指示要請」について

緊急消防援助隊救急部隊として出動する際には、特段の指示がなければ平時と同じメディカルコントロール体制としておき、そのことを各部隊派遣元メディカルコントロール関係機関及び出動各隊間において共通認識としておくことが必要である。

また、受援側から指示体制等が指定されるまでは、特定行為に関する指示要請等を派遣元メディカルコントロール協議会に所属する医師に行うこととしておくことが現実的と考えられる。

## 通信途絶時における特定行為の実施について

大規模自然災害以外にも、局地的な災害における停電時や、山間部、トンネルなどの環境的な要因によって、医師の具体的な指示が得られない場合も考えられる。ただし、そのような通信途絶時に傷病者の切迫性から、救急救命士が医師の具体的な指示なしに救急救命処置をやむを得ず実施する状況になった場合には、通信途絶の状況、代替手段がなかったこと、切迫性等について詳細に記録を残し、環境的要因も考慮し、メディカルコントロール体制の中で事後検証を受けることが不可欠である。



平成29年3月30日付け消防庁救急企画室長通知(消防救第47号・48号)発出 ※資料1-2、1-3を参照  
応援救急隊における救急業務の実施について・大規模災害時の通信途絶における救急救命処置の実施について

## 千葉市消防局の対応

### 大規模災害時に用いる「救急活動プロトコール」及び「特定行為に関する指示要請」について

- 被災地へ応援救急隊(※)として出動する際の救急活動については、特段の指示がない限り千葉市のメディカルコントロール体制に基づき実施する。  
※ 応援救急隊とは、応援協定に基づき出動した救急隊及び緊急消防援助隊として出動した救急隊をいう。
- 特定行為の指示要請は、受援側から指示体制等が指定されるまでは、ちば消防共同指令センター常駐医師(バックアップの千葉大学医学部附属病院救急科・集中治療部を含む)に対して行う。

### 通信途絶時における特定行為の実施について

- 通信途絶により医師の具体的指示なしにやむを得ず特定行為を実施する状況になった場合は、通信途絶の状況や傷病者の切迫性等を記録に残し、事後検証を行う。
- 本市で発生した場合も同様とする。

消防救第 4 7 号  
平成 29 年 3 月 30 日

各都道府県消防防災主管部長 }  
東京消防庁・各指定都市消防長 } 殿

消防庁救急企画室長  
(公印省略)

## 応援救急隊における救急業務の実施について

平成 28 年熊本地震では、管轄消防本部所属の救急隊をはじめ、応援救急隊（応援協定に基づき出動した救急隊及び緊急消防援助隊として出動した救急隊をいう。以下同じ。）が多数出動し、被災地で救急活動を行いました。

これらの活動実態を踏まえ、「平成 28 年度救急業務のあり方に関する検討会」において、応援救急隊が救急活動を円滑に実施するための救急活動プロトコル及び特定行為に関する指示要請先等の在り方について、報告書が取りまとめられました。

報告書の内容を踏まえ、応援救急隊における救急業務の実施に関する留意事項について下記のとおり取りまとめましたので、貴職におかれましては、消防機関と関係機関等が事前に調整し体制を整えるよう十分御配慮いただくとともに、各都道府県にあっては、貴都道府県内の市町村（消防の事務を処理する一部組合等を含む。）に対してこの旨周知されるようお願いいたします。

なお、本通知は、消防組織法（昭和 22 年法律第 226 号）第 37 条の規定に基づく技術的助言として発出するものであり、厚生労働省も事前に了知していることを申し添えます。

### 記

#### 1 応援救急隊が用いる救急活動プロトコル及び特定行為に関する指示要請

- (1) 応援救急隊として出動する際の救急活動については、特段の指示がなければ平時と同じメディカルコントロール体制に基づき実施することとし、そのことを各応援救急隊の派遣元メディカルコントロール関係機関及び出動応援救急隊間において共通認識としておくこと。
- (2) 救急救命士法（平成 3 年法律第 36 号）第 44 条第 1 項の厚生労働省令で定める救急救命処置（以下「特定行為」という。）に関する指示要請についても、受援側から指示体制等が指定されるまでは、派遣元メディカルコントロール協議会に所属する医師に対して行うことを共通認識としておくこと。

## 2 救急活動記録票等の作成と保存

- (1) 応援救急隊が災害発生市町村で救急活動を行った場合であっても、救急救命士法第46条第1項に規定する救急救命処置録、所属消防本部で定める救急活動記録票などの各種報告書類を作成することが求められること。
- (2) 応援救急隊による救急出動件数は、救急オンライン処理システムを用いて災害発生市町村を管轄する消防本部に計上されることから、適切に入力するとともに保存しておくことが求められること。

## 3 情報共有のあり方

PC、タブレット等を用いて、消防庁「緊急消防援助隊支援情報共有ツール」及び厚生労働省「広域災害・救急医療情報システム（EMIS）」にアクセスし、緊急消防援助隊及び災害派遣医療チーム（DMAT）が入力している情報を効率的に収集すること。

また、ツール等の利活用にあっては、各地域で実施されている各種訓練によりログイン、閲覧などの具体的な操作に関して習熟しておくこと。

## 4 その他

「平成28年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」P.138からP.145「第6章 大規模災害時等における救急業務の推進」を適宜参照すること。

[http://www.fdma.go.jp/neuter/about/shingi\\_kento/h28/kyukyu\\_arikata/houkoku/houkoku\\_syo.pdf](http://www.fdma.go.jp/neuter/about/shingi_kento/h28/kyukyu_arikata/houkoku/houkoku_syo.pdf)

### 【お問い合わせ先】

消防庁救急企画室救急専門官 森川 博司  
救急推進係長 新田 幸司

TEL：03-5253-7529（直通）

E-mail：[kyukyusuishin@soumu.go.jp](mailto:kyukyusuishin@soumu.go.jp)

消防救第48号  
平成29年3月30日

各都道府県消防防災主管部長 }  
東京消防庁・各指定都市消防長 } 殿

消防庁救急企画室長  
(公印省略)

## 大規模災害時等の通信途絶における救急救命処置の実施について

平成28年熊本地震では、家屋倒壊による下敷き等でのクラッシュ症候群が疑われた事案が発生し、この際の救出活動において、医師による具体的な指示が得られない環境に陥ったものの、現場の切迫した状況を踏まえ、救急救命士法（平成3年法律第36号）第44条第1項の厚生労働省令で定める救急救命処置（以下「特定行為」という。）の1つである「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」が実施されたことが報告されています。

このことを踏まえ、「平成28年度救急業務のあり方に関する検討会」において、大規模災害時等の通信途絶時における特定行為の実施について報告書が取りまとめられました。

報告書の内容を踏まえ、通信途絶時における特定行為の実施に関する留意事項について下記のとおり取りまとめましたので、貴職におかれては、メディカルコントロール体制を構築する関係機関において、その運用に十分御配慮いただくとともに、各都道府県にあつては、貴都道府県内の市町村（消防の事務を処理する一部組合等を含む。）に対してこの旨周知されるようお願いいたします。

なお、本通知は、消防組織法（昭和22年法律第226号）第37条の規定に基づく技術的助言として発出するものであり、厚生労働省も事前に了知していることを申し添えます。

### 記

#### 1 報告書の内容

通信途絶時における特定行為の実施については、大規模自然災害以外にも、局地的な災害における停電時や、山間部、トンネルなどの環境的な要因によって、医師の具体的な指示が得られない場合も考えられる。そのような場合に備え、通信手段の強靱化・多様化を図るなどの必要な対策を行うべきである。なお、東日本大震災や熊本地震の際には、通信事情等の問題から医師の具体的な指示が得られない場合についても、心肺機能停止状態の被災者等に対し、医師の具体的な指示を必要とする救急救命処置を行うことは、刑法（明治40年法律第

45号) 第35条に規定する正当業務行為として違法性が阻却され得るとの考えを示す事務連絡が発出されている。ただし、そのような通信途絶時に傷病者の切迫性から、救急救命士が医師の具体的な指示なしに救急救命処置をやむを得ず実施する状況になった場合には、通信途絶の状況、代替手段がなかったこと、切迫性等について詳細に記録を残し、環境的要因も考慮し、メディカルコントロール体制の中で事後検証を受けることが不可欠である。

## 2 留意事項

### (1) 通信手段の強靱化・多様化についての対策

報告書に記載されているとおり、通信手段の強靱化・多様化を図ること。このためには、例えば、病院連絡に使用する通信端末にあっては、事前に災害時優先電話の指定を受けておくこと、有線回線・無線回線・衛星回線等を活用することが考えられること。

### (2) 事後検証

ア 救急救命士法第46条第1項に基づき、救急救命処置録へ救急救命処置を受けた者の状況、救急救命処置の内容等に関する詳細な記録を残すとともに、以下の事項についても記録しておくこと。

- ・通信途絶の状況
- ・通信手段の確保に関して講じた措置内容
- ・代替手段がなかったこと及びないと判断した根拠や理由
- ・傷病者の切迫性

イ アに記載された内容に基づき、通信途絶の状況等の環境的要因も考慮した上で、医療機関も含めたメディカルコントロール体制の中で事後検証を受けること。

## 3 その他

「平成28年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」P.138からP.145

「第6章 大規模災害時等における救急業務の推進」を適宜参照すること。

[http://www.fdma.go.jp/neuter/about/shingi\\_kento/h28/kyukyu\\_arikata/houkou/houkokusyo.pdf](http://www.fdma.go.jp/neuter/about/shingi_kento/h28/kyukyu_arikata/houkou/houkokusyo.pdf)

### 【お問い合わせ先】

消防庁救急企画室救急専門官 森川 博司  
救急推進係長 新田 幸司

TEL：03-5253-7529（直通）

E-mail：[kyukyusuishin@soumu.go.jp](mailto:kyukyusuishin@soumu.go.jp)

## 議題2

# 「救急隊員現場活動マニュアルの改訂」について

### 議案要旨

ガイドライン2015や本ガイドラインに基づき消防庁より通知された内容を踏まえ、本検討委員会のマニュアル・プロトコール専門部会において、救急隊員が用いるマニュアルの改訂作業を行った。

今後、本委員会に上程したマニュアルに基づき救急業務を開始してよろしいか御審議をお願いするものです。

資料2-1 「救急隊員現場活動マニュアルの改訂」について

資料2-2 「JRC蘇生ガイドライン2015」に基づく救急活動プロトコールについて(通知)

資料2-3 マニュアル・プロトコール専門部会における、「目撃なしの心静止」に対するアドレナリン投与の適応についての会議結果

参考資料 ・「救急隊員の行う心肺蘇生法の実施要領の一部改正について」

・「応援救急隊における救急業務の実施について」

・「大規模災害時等の通信途絶における救急救命処置の実施について」

# これまでの経緯

## 【経緯】

平成27年10月に「日本版(JRC)救急蘇生ガイドライン2015」が発表され、平成29年3月「JRC蘇生ガイドライン2015」に基づく救急活動プロトコルについて(消防庁救急企画室長通知)により、当局の救急隊員が用いるマニュアルの文言修正及び救急活動要領の整理を行い、改訂7版を作成することとなった。

### 「救急隊員現場活動マニュアル」改訂作業に係る参考文献

	現在（改訂6版）	変更後（改訂7版）
運 用	平成25年	平成29年
プロトコル 改訂に係る 文献・通知	JRC蘇生ガイドライン2010	JRC蘇生ガイドライン2015
	消防庁通知「救急隊員の行う心肺蘇生法について」 (平成24年3月通知)	消防庁通知(平成29年3月) <ul style="list-style-type: none"> <li>「救急隊員の行う心肺蘇生法の実施要領の一部改正について」</li> <li>「JRC蘇生ガイドライン2015に基づく救急活動プロトコルについて」</li> <li>「応援救急隊における救急業務の実施について」</li> <li>「大規模災害時等の通信途絶における救急救命処置の実施について」</li> </ul>
	救急蘇生法の指針(2010) 監修：日本救急医療財団心肺蘇生法委員会	救急蘇生法の指針(2015) 監修：日本救急医療財団心肺蘇生法委員会
	厚生労働省通知「日本版(JRC)救急蘇生ガイドライン2010に基づき救急救命士等が行う救急業務活動に関する報告書」	

## マニュアルの構成について

マニュアルの改訂を検討するあたり以下の点に留意することとした。

- 救急救命士を含む救急隊員全般が理解し易い内容とすること。
- プロトコール変更については、「JRC蘇生ガイドライン2015」及び国の通知に基づき変更すること。
- 引用した文献等を参考資料として綴ること。
- 印刷技術の向上から、写真を取り入れ確認し易くすること。

# 「はじめに」の追加

## 趣旨

- マニュアルの本質を認識するために追加
- 内容は、傷病者を救命するために、絶え間ない胸骨圧迫の重要性を強調
- また、全ての救急隊員が活動全般を理解し、一つのチームとして活動しなければならないこととした。
- さらに、このマニュアルは活動の基本的なものとし、より傷病者のために最善となる活動をするものとした。

## 追加項目

### はじめに

救急業務は高度化し、平成3年に救急救命士法が施行されてから救急救命士による気管挿管、アドレナリンの投与、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の使用、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、低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与など、その社会的な役割期待は大きく変化してきている。このような変化に対応するためにも、救急隊員は常に救急隊員自身の質の向上が求められている。

一方で、医療は日々進歩し、ガイドライン2010からは、CPRにおける質の高い胸骨圧迫の重要性が一層強調されている。例えごく短時間であったとしても胸骨圧迫の中断時間は傷病者予後に悪影響を与える。同時に質の高い胸骨圧迫に加えて、心拍再開には、血液の酸素化が必要であり、そのためには救急隊員はガイドライン2015で推奨されているバッグ・バルブ・マスクによる人工呼吸に習熟するとともに、現場でのCPRにおいて迅速かつ適切に人工呼吸を実施できなくてはならない。

また、救急救命士が施行する心停止に対する二次救命処置は、これら一次救命処置に引き続き行われ、可逆的な原因の是正、静脈路などの確保と速やかな薬剤投与、高度な気道確保(気管挿管など器具を使用した気道確保)が行われる。ただし、継続的なCPRは、二次救命処置を含むすべての救命処置の本来の効果を引き出すための必要条件であり、蘇生の根幹をなすものであるため、二次救命処置を行う間も胸骨圧迫の中断時間を最少にし質の高い胸骨圧迫が継続されていることが不可欠である。これがおろそかになれば、二次救命処置の効果は期待できなくなることを救急隊員の共通認識とする。

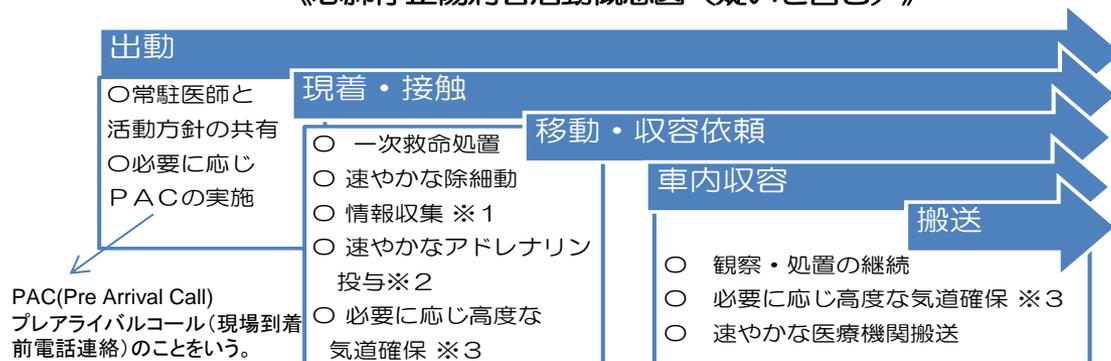
更に、二次救命処置は複数の救急隊員が協働して行うため、全ての救急隊員は、プロトコルを理解し資器材の準備、行動、情報伝達等、全てにおいて訓練を積み、お互いに良好なコミュニケーションを図りながら活動をする必要がある。

最後に、当該マニュアルは基本的な救急隊員の活動を示したものである。救急現場に同一事案はなく指令センター常駐医師の指示のもと、より傷病者に最善の活動をするものを原則とする。

# 【心肺停止傷病者活動の概念】

○心肺停止傷病者に対する処置の優先順位や基本的な活動の考え方を追加した。

## 《心肺停止傷病者活動概念図（疑いを含む）》



### 【心肺停止傷病者に対する基本的な考え方】

救急現場（傷病者接触時）では、速やかに活動方針を決定するとともに、胸骨圧迫、バック・バルブ・マスクによる人工呼吸を開始し、モニター電極又はパドルを装着すること。なお、一次救命処置（速やかな除細動）と並行して、二次救命処置（速やかなアドレナリン投与や気道確保器具の使用など）を行いつつ、早期現場離脱を図ることで、傷病者の心拍再開を目指すことを原則とする。

### 【優先順位】

- ① 質の高い胸骨圧迫と高濃度の酸素を用いた人工呼吸の継続
- ② 速やかな除細動
- ③ 気道のトラブルの除去
- ④ 速やかなアドレナリン投与（場合によっては医療機関への搬送が優先）
- ⑤ 医療機関への搬送
- ⑥ 高度な気道確保（※注意：低酸素による心肺停止疑いは、速やかなアドレナリン投与より上位）

### 【※1 情報収集】

- ・特定行為に必要な情報  
年齢・性別・モニター心電図の波形・目撃の有無・簡便なエピソード（急に意識消失し、CPAなど）
- ・医療機関収容依頼に必要な情報  
上記の情報に加え、受傷機転（いつ、どこで、どうした）、既往症、飲み薬、掛かりつけ医療機関、病院到着までの時間  
→これらの情報をもとに総合的な病態判断を行う。必要であればこれら以外の情報を入手し判断する。

### 【※2 速やかなアドレナリン投与】

ここで言う「速やかな」とは、可能な限り現場で早期投与することであり、救急現場の環境因子等を考慮し、現場で投与できない場合のみ車内収容を優先する。

### 【※3 高度な気道確保（気管チューブもしくは声門上気道デバイス）のタイミング】

ガイドライン2015では、心停止中の気道管理のための最適なアプローチは現時点では明らかではないが、あらゆる状況下の心停止患者へのCPR中に高度な気道確保器具もしくはBVMを使用することが提案されている。したがって、以下の目的で高度な気道確保を施行することが傷病者予後に対し、合理的な活動とした。

- ① 気道のトラブルを解除する（低酸素による心停止）  
→ 救急現場で高度な気道確保を施行する。
- ② 傷病者接触から車内収容までに有効な心肺蘇生法ができない場合。  
→ 救急現場で高度な気道確保を施行する。
- ③ 医療機関到着まで長時間を要する場合  
→ 救急現場で最善の処置を行うため、高度な気道確保を施行する。
- ④ 人手不足を補う場合  
→ アドレナリン投与のため、質の高いCPRの継続が困難な時などは、高度な気道確保を施行する。

# 救急救命処置に関わる主な変更点

## 胸骨圧迫について(胸骨圧迫の深さ・リズム)

改訂6版	改訂7版
深さ: 少なくとも5cm沈むまで	約5cm沈むまで(6cmを超えない)
リズム: 少なくとも100回/分	100~120回/分

## ボックス終了毎の確認方法

改訂6版		改訂7版
Vf、心静止の場合	<b>リズムチェック</b> 総頸動脈で <b>脈拍触知の有無を確認せず</b> モニター画面で判断する	波形に関わらず パルスチェック(総頸動脈等 で脈拍触知)を実施しながら モニター画面を確認する
PEA、VTの場合	<b>パルスチェック</b> 総頸動脈で <b>脈拍触知の有無を確認しつつ</b> モニター画面を確認する	

注: ボックスとは胸骨圧迫30回と人工呼吸2回を1サイクルとして数えた時に、5サイクル約2分間のCPRを行うこと。

# 救急救命処置に関わる主な変更点

## ■ アドレナリン投与における変更点

「JRC蘇生ガイドライン2015」に基づく救急活動プロトコルについて（消防庁通知より抜粋）**資料2-2. 5ページ参照**

○初期心電図波形がショック非適応リズムの場合、傷病者接触後、速やかにアドレナリンを投与する活動を基本とすることが提案された。ここで言う「速やかに」とは、可能な限り現場で早期投与すると解釈することが望ましい。

○心静止のアドレナリン投与適応範囲については、地域メディカルコントロール協議会で検討した上で、プロトコルを作成し運用してもよい。

### 【アドレナリン投与時における留意事項の追加】

初期心電図波形がショック非適応リズムの場合、傷病者接触後、速やかにアドレナリンを投与する活動を基本とすること。ここで言う「速やかに」とは、可能な限り現場で早期投与することであり、救急現場の環境因子を考慮し、現場で投与ができない場合のみ車内収容を優先する

### 【アドレナリン投与プロトコル】

アドレナリン投与の適応

改訂6版 『初期心電図波形心静止の場合は目撃がある時』



改訂7版 『目撃がない場合であっても心停止から30分以上経過していると考えられる場合を除きOMCにより投与可能』とした。**資料2-3参照**

## 特定行為実施中における除細動の施行について

### ○現状

特定行為（器具を用いた気道確保や薬剤投与等）の指示を受け、準備中等に除細動適応となった場合、一旦OMC下となっていることから、現行では包括的指示下と解さず、常駐医師へ除細動の指示要請をする必要がある。

### ○課題

特定行為用資器材の準備中でも早期除細動を実施する必要がある。



### ○変更案

- ・ 特定行為の指示を受けている最中に除細動の適応となった場合  
→ 除細動についてはOMCにより実施の判断
- ・ 特定行為の指示要請終了後、資器材の準備中等に除細動の適応となった場合  
→ 包括的指示下により2回まで除細動可能（実施後に報告）

# 追加項目等について

## 【COMET要請時における活動要領】

COMET(コメット)：ちば救急医療チーム

(Chiba Outreach Medical Emergency Team)

### 【目的】

千葉市内における災害事故において、大学病院の医師、看護師等で構成された傷病者に対し早期に医療行為を開始するチームを速やかに傷病者のもとへ派遣するとともに、傷病者を早期に医療機関へ搬送することにより、傷病者の生命を維持するとともに、症状の悪化を防ぐものである。

### 【対象】

この災害協力における対象は、次に掲げるいずれかに該当するものとする。ただし、千葉県DMAT等運営要綱に定める派遣要請の基準に該当する場合又は消防ヘリによるドクターピックアップ方式での救急活動における対象事故の場合は、対象としない。

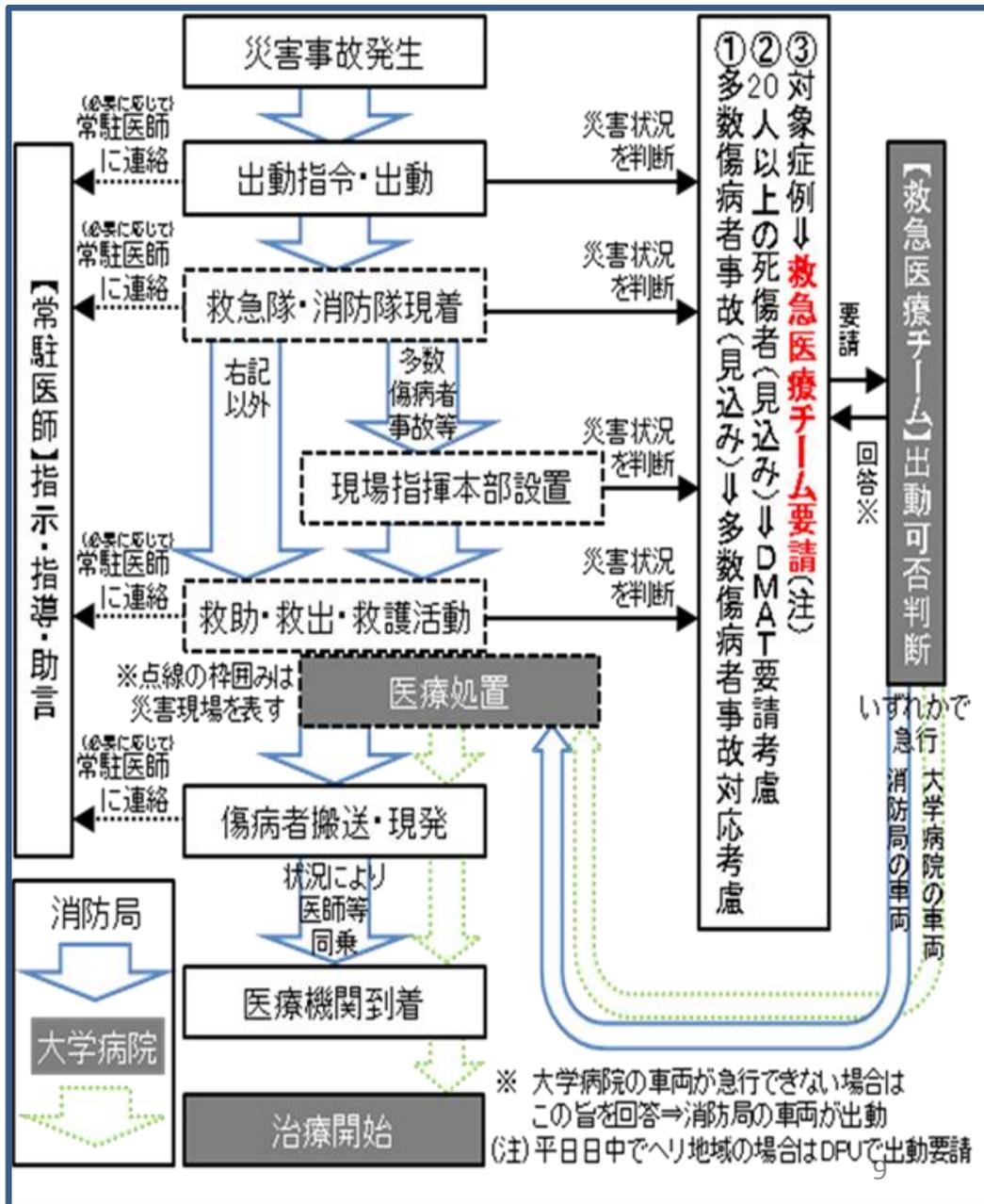
- (1) 重症傷病者を救出するまでに長時間を要する又は要すると予想されるとき。
- (2) 概ね5人以上の傷病者（軽症者を除く。）が発生した又は発生することが予想されるとき。
- (3) 概ね10人以上の傷病者（軽症者を含む。）が発生した又は発生することが予想されるとき。
- (4) 前各号のほか、傷病者に救急医療チームによる医療が必要と判断したとき。

### 【運用開始】

平成29年4月1日

### 【登録医療機関】（平成29年6月1日現在）

千葉大学医学部附属病院



## 【災害現場における救急業務の範囲及び消防隊員として出動した救急救命士による特定行為の施行について】

平成28年度第1回千葉市救急業務検討委員会において承認済み

○救急業務には、救急隊が現場に到着するまでの間における、消防職員による応急処置が含まれる

○救急救命士の資格を有する者は、消防職員として出動した場合であっても、現場最高指揮者の指揮の下、特定行為を施行することができる。（ただし、この救急救命士が業務を行うために必要な教育を受けていること、かつ、施行した特定行為を継続的に対応しつつ医療機関まで搬送できる体制が確保できている場合に限る。）

## 【応援救急隊における救急業務の実施について】 議題1にて審議

○応援救急隊として出動する際の救急活動については、特段の指示がなければ平時と同じメディカルコントロール体制に基づき実施する。

○特定行為に関する指示要請について、受援側から指示体制等が指定されるまでは、常駐医師（バックアップの千葉大学医学部附属病院救急科・集中治療部含む）に対して行う。

## 【大規模災害時等の通信途絶における救急救命処置の実施について】 議題1にて審議

○通信事情等の問題から医師の具体的な指示が得られない場合についても、心肺機能停止状態の被災者等に対し医師の具体的な指示を必要とする救急救命処置を行うことは、刑法（明治40年法律第45号）第35条に規定する正当業務行為として違法性が阻却され得る

○救急救命処置録へ救急救命処置を受けた者の状況、救急救命処置の内容等に関する詳細な記録を残すとともに、以下の事項についても記録しておき、救急活動事後検証を実施する。

- (1) 通信途絶の状況
- (2) 通信手段の確保に関して講じた措置内容
- (3) 代替手段がなかったこと及びないと判断した理由
- (4) 傷病者の切迫性

### ○運用開始時期

平成29年8月1日から

○指令センター常駐医師用マニュアルの改定については、救急隊現場活動マニュアルと同時に改訂

### ○周知方法

- 常駐医師協力医療機関あて電子媒体にて配布
- 常駐医師待機室に掲示
- 救急現状説明会での説明

消防救第 41 号  
平成 29 年 3 月 30 日

各都道府県消防防災主管部長 } 殿  
東京消防庁・各指定都市消防長 }

消防庁救急企画室長  
(公印省略)

### 「JRC 蘇生ガイドライン 2015」に基づく救急活動プロトコルについて (通知)

平素より、救急行政の推進につきまして御尽力いただき御礼申し上げます。

今般、消防庁では「平成 28 年度救急業務のあり方に関する検討会」(救急蘇生ワーキンググループ)を設置して、一般財団法人日本蘇生協議会が作成した「JRC 蘇生ガイドライン 2015」(平成 27 年 10 月)を踏まえ、救急活動に関して対応が必要となる部分について検討し、報告書が取りまとめられたところです。

貴職におかれましては、下記事項に留意の上、各都道府県メディカルコントロール協議会及び各地域メディカルコントロール協議会において、各地域の実情に応じて、救急活動プロトコルを検討していただくよう、各都道府県にあっては、貴都道府県内市町村(消防の事務を処理する一部事務組合等を含む。)に対しても、この旨周知されるようお願いいたします。

なお、本通知は、消防組織法(昭和 22 年法律第 226 号)第 37 条の規定に基づく技術的助言として発出するものであり、厚生労働省も事前に了知していることを申し添えます。

### 記

#### 1. 背景

救急救命士等が行う救急活動については、「日本版救急蘇生ガイドラインに基づき救急救命士等が行う救急業務活動に関する報告書について」(平成 24 年 8 月 31 日付け事務連絡)を踏まえ、各都道府県メディカルコントロール協議会及び各地域メディカルコントロール協議会において救急活動プロトコルを作成されています。

平成 27 年 10 月に一般社団法人日本蘇生協議会から「JRC 蘇生ガイドライン 2015」が取りまとめられ、平成 28 年 9 月には、一般財団法人日本救急医療財団心肺蘇生法委員会から「救急蘇生法の指針 2015 (医療従事者用)」が発表されました。

## 2. 救急活動プロトコルの検討について

「JRC 蘇生ガイドライン 2015」を踏まえ、救急活動に関して対応が必要となる部分について、科学的根拠及び救急隊の活動の面から検討を行いました。検討事項を別紙のとおりです。

## 3. その他

別紙は、平成 28 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書（P116 から P125）の一部抜粋であるため、こちらも参照してください。

[http://www.fdma.go.jp/neuter/about/shingi\\_kento/h28/kyukyu\\_arikata/houko/ku/houkokusyo.pdf](http://www.fdma.go.jp/neuter/about/shingi_kento/h28/kyukyu_arikata/houko/ku/houkokusyo.pdf)

### 【問い合わせ先】

消防庁救急企画室 小久江課長補佐、新田係長、山口事務官

TEL : 03-5253-7529 (直通) FAX : 03-5253-7532

E-mail : [kyukyusuishin@soumu.go.jp](mailto:kyukyusuishin@soumu.go.jp)

別紙

救急活動プロトコルの検討について

## ① 電気ショックと心肺蘇生の優先順位

### ア. 科学的根拠

院外心停止では、除細動器の準備ができ次第、ただちに電気ショックを行うのに比べて、電気ショックの前に長時間（90～180秒と定義）CPRをしてから電気ショックを行うことに有益性がないことをエビデンスが示唆しているため、基本的には早期除細動を優先する必要がある。

しかし、電気ショックの前に長時間のCPRを行うことについて、有害であることを示唆する研究は存在しない。

### イ. 救急隊の活動

救急隊が到着し除細動器による解析の準備ができるまでは、短時間であっても良質な心肺蘇生（胸骨圧迫の正しい位置、深さ、テンポ、圧迫解除、及び高濃度酸素による人工呼吸）を行い、適応があれば直ちに電気ショックを行う活動（いわゆるショックファースト）を基本とする。原則として、心電図解析の準備が完了した後に解析・電気ショックのタイミングを意図的に遅らせるプロトコル（いわゆるCPRファースト）は採用しない。

### ウ. その他

地域メディカルコントロール協議会にて傷病者の状態や搬送時間等を考慮し検討された優先順位について、そのプロトコルを妨げない。

また、除細動電極パッドの貼付の際、必要に応じて着衣の裁断及び植え込み式除細動器・貼付薬等の確認を行うなどの電極貼付位置の適正化に必要な対処を省くべきではない。

## ② アドレナリン投与のタイミング

### ア. 科学的根拠

院外心停止では、様々な研究で早期アドレナリン投与についての効果が示された。しかし、対象群にアドレナリンを使用していない症例を含むなど、早期アドレナリン投与の有効性を示すエビデンスとしては十分でない。

一方、院内心停止では、ショック非適応リズムの早期アドレナリン投与についての研究報告があり、生存退院、退院時の神経学的転帰良好及びROSC\*における転帰の改善を認めている。院内心停止と院外心停止では病態生理学は異なるが、院内でのエビデンスは院外でも有効であると類推できる。

※ROSC：Return Of Spontaneous Circulation（自己心拍再開）

### イ. 救急隊の活動

初期心電図波形がショック非適応リズムの場合、傷病者接触後、速やかにアドレナリンを投与する活動を基本とすることが提案された。ここで言う「速やかに」とは、可能な限り現場で早期投与すると解釈することが望ましい。

しかし、救急現場の環境因子及び医療機関までの搬送時間を考慮し、現場で投与ができない場合及び搬送を優先する場合も考えられることから、アドレナリン投与のタイミングについては、地域メディカルコントロール協議会で決定してもかまわないこととする。

また、アドレナリン投与の処置の拡大を通知した「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 日付け消防救第 70 号・医政指発第 031003 号）では、初期心電図波形が心静止の場合、アドレナリン投与の適応としては、「目撃者のある例」と記載され、この適応を参考に地域メディカルコントロール協議会において薬剤投与プロトコルを作成し、運用を図ってきたところである。しかし、ガイドライン 2015 では、心静止においてもアドレナリンを早期投与することによって転帰を改善する報告がある。そのため、目撃がない例でも、心停止に陥ってからの時間を考慮し、初期心電図波形が心静止の場合のアドレナリン投与の適応を拡大することで転帰を改善することが期待される。

心静止のアドレナリン投与適応範囲については、地域メディカルコントロール協議会で検討した上で、プロトコルを作成し運用してもよい。

平成 26 年 1 月 31 日から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が救急救命士の行う特定行為に加わった。それにより、心停止前に静脈路確保が完了しており、その後、心停止になる場合等が想定される。その場合、ショック適応リズムであれば、電気ショック実施後にアドレナリン投与を直ちに行わず、2 分後に行う。これらの手順については、ACLS 及び ICLS で推奨される手順を適応する。

### ③ 高度な気道確保について（成人）

#### ア. 科学的根拠

心停止中の気道管理の最適な方法は明らかになっていない。使用されるエアウェイの種類は、使用者の技量及び訓練に依存している。また、デバイス挿入の適切なタイミングについては不明である。

#### イ. 救急隊の活動

これまでどおり、最初に選択する高度な気道確保は、声門上気道デバイス又は気管チューブにより実施する。

気管挿管は、リスクの高い処置であることを再認識する。胸骨圧迫中断時間が長引くと有害となるので、気管挿管を行う場合、胸骨圧迫中断時間は可能な限り短くする。また、気管挿管実施後は、胸骨圧迫及び人工呼吸を非同期で実施する。呼気CO<sub>2</sub>モニタを有する場合は、その役割を重要視し活用するとともに、呼気CO<sub>2</sub>値の変化により、CPR中の気管チューブ先端位置の確認と連続監視を行い、食道挿管の発生に細心の注意を払う。

また、気管挿管の適応については、「救急救命士の気管内チューブによる気道確保の実施について」（平成16年3月23日付け消防救第55号）により、心臓機能停止の状態及び呼吸機能停止の患者のうち、「ラリングアルマスク、食道閉鎖式エアウェイで気道確保ができないもの」と記載されている。このことについて、ラリングアルマスク等の声門上気道デバイスを挿入した上で、実際に気道確保が困難な結果が得られなければ、気管内チューブによる気道確保が行えないということではなく、吐物等によりラリングアルマスク等の声門上気道デバイスでの気道確保が困難なことが、あらかじめ想定される状況であれば、気管内チューブによる気道確保の適応と解釈できる。

声門上気道デバイスについては、色々な器具が開発されている。器具の特徴及び使用上の留意点について、習熟していること及び十分なシミュレーションを行うことが重要であり、地域メディカルコントロール協議会において教育方法及びプロトコルの運用について検討した上で使用する必要がある。声門上気道デバイスによる気道確保実施後は、適切な換気が可能であれば、胸骨圧迫及び人工呼吸を非同期で実施する。非同期CPRを実施する場合は、過換気にならないように注意する。過換気は、胸腔内圧が上昇して静脈還流が減少し冠灌流圧が低下するため、生存率が低下する可能性が示唆されている。

#### ④ 小児における人工呼吸

##### ア. 科学的根拠

ガイドライン 2015 においては、ラリングアルマスクの有効性についての報告はあるが、いずれにしても熟練者により使用されたものである。声門上気道デバイスの使用については、小児の体格にあったものを適切に選ぶことが難しいことや、不適切な位置に移動しやすいなど、管理上の困難さも指摘されている。

また、声門上気道デバイスを使用した研究では、患者の年齢及び体格差が小さくなるにつれて合併症発生率が増加することや、初回換気までの時間が、バックバルブマスク換気の方が短いという研究報告がされている。

##### イ. 救急隊の活動

小児の人工呼吸については、バックバルブマスクによる人工呼吸を推奨する。

声門上気道デバイスの使用については、小児における解剖学的知識の習得及び小児の訓練用人形等を使った十分な訓練がされている場合において使用する。また、十分な訓練及び事後検証が前提であり、地域メディカルコントロール協議会で小児に対する声門上気道デバイスの種類や適応年齢について、十分検討すべきである。

また、搬送時間が長い地域については、十分な訓練をすることを前提に、声門上気道デバイスを使用した気道確保の有効性もあるため、小児に対する気道デバイスの使用については地域メディカルコントロール協議会にて考慮する。

#### ⑤ 救命処置の質に焦点を当てたデブリーフィング

デブリーフィング（振り返り）については、質の高い CPR に焦点を当てて、記憶が新しいうちにデータに基づくデブリーフィングを行い、改善点を抽出することで次の活動に生かすことを目的としている。

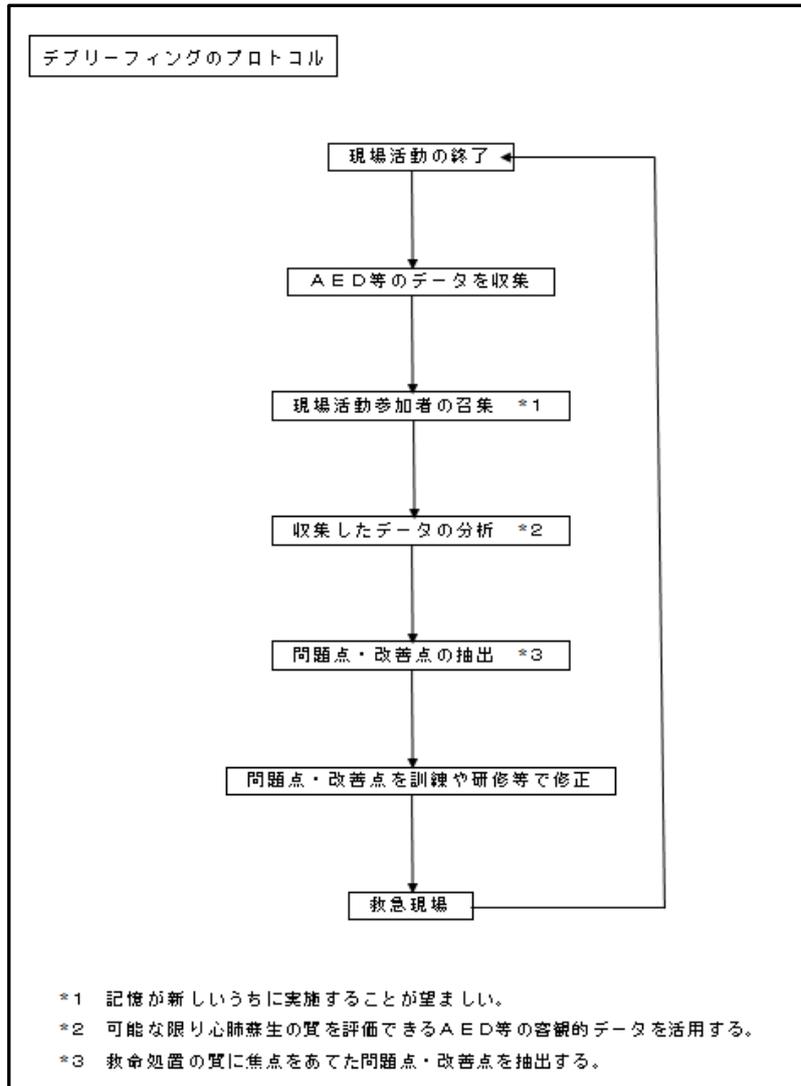
胸骨圧迫の深さを測る器械によるデータを用いた、デブリーフィングを実施している地域もあるが、普及が進んでいない。具体的方法としては、AED 等のデータを活用して、帰署後に、隊員間で胸骨圧迫の質及び中断時間を分析することが必要である。

胸骨圧迫の中断時間については、CCF<sup>※</sup>80%以上を目指すことが望ましい。

救急隊の活動において、車内収容後は胸骨圧迫を中断する時間も少なく、CCF は 80%以上を目指すことが可能であると推測できる。しかし、胸骨圧迫を開始してから車内収容までの間は、救急救命処置及び傷病者の移動を行っている時間が大部分であるため困難を極めるが、車内収容までの活動においても CCF80%以上を目標として、活動を分析し改善することが望ましい。

※CCF : Chest Compression Fraction (胸骨圧迫施行時間 / 全 CPR 時間)

図表 デブリーフィングのプロトコル



## ⑥ 機械的 CPR 装置

### ア. 科学的根拠

機械的 CPR 装置についての研究報告では、用手胸骨圧迫と比較して、有益性及び有害性を示さないとされており、機械あるいは救急隊員が行っても、質の高い胸骨圧迫ができることを重視している。また、機械的 CPR 装置使用の利点として、揺れる車内及び長時間搬送時、傷病者の移動時に質の高い胸骨圧迫が維持できることがある。

### イ. 救急隊の活動

機械的 CPR 装置の使用については、十分な訓練が前提とされ、その使用について、強い推奨はしないものの、活動地域及び活動状況について考慮し、地域メディカルコントロール協議会での裁量とする。

# マニュアル・プロトコール専門部会における、「目撃なしの心静止」に対するアドレナリン投与の適応についての会議結果

## 【委員意見】

○救急現場での情報は往々にして混乱しており、現場で得た心停止の推定時間が結果的に間違っている可能性は高い。

○横浜市では「死体反応が出ていなければ適応」としているが、これには強い違和感を感じる。

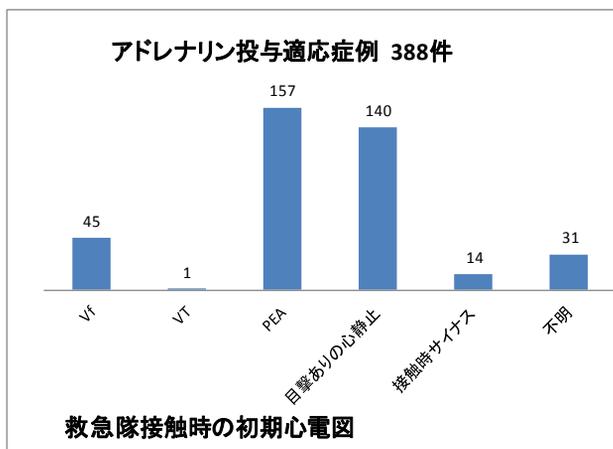
○東京都の10分以内という厳しめの適応にした場合、蘇生の可能性がある患者を排除してしまう可能性がある。また、千葉市の統計上、増える症例数は10%にも満たない。(右下の円グラフ参照)

○現場が困らず円滑な運用ができるようなある程度柔軟性のあるプロトコールにした方が良い



「(目撃のない心静止の場合)、心停止から30分以上経過したと考えられる場合は非適応」という表現にして、間違いなく適応のない患者を除外する方が良いとの結論に至った。

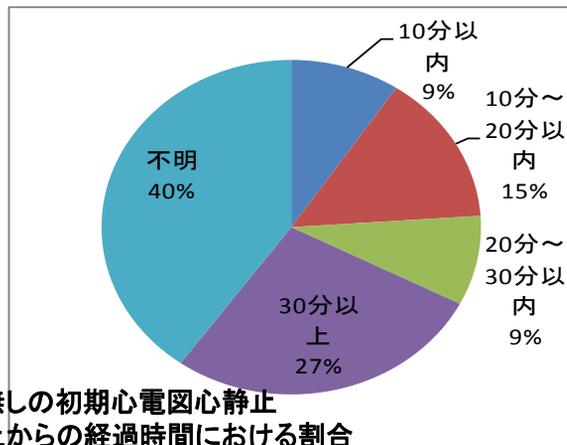
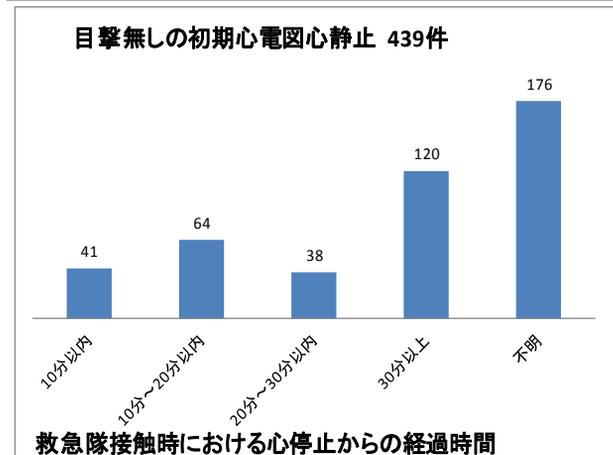
## 平成28年千葉市におけるアドレナリン投与の適応症例について



心肺停止の件数(現場で死亡確認を除く)	827件
アドレナリン投与適応症例	388件
アドレナリン投与施行症例	81件

## 他都市の(目撃のない心静止の場合)アドレナリン投与の適応

東京都	心停止から概ね10分以内と考えられる場合は適応
横浜市	死体反応が出ていなければ適応



消防救第47号  
平成29年3月30日

各都道府県消防防災主管部長 }  
東京消防庁・各指定都市消防長 } 殿

消防庁救急企画室長  
(公印省略)

## 応援救急隊における救急業務の実施について

平成28年熊本地震では、管轄消防本部所属の救急隊をはじめ、応援救急隊（応援協定に基づき出動した救急隊及び緊急消防援助隊として出動した救急隊をいう。以下同じ。）が多数出動し、被災地で救急活動を行いました。

これらの活動実態を踏まえ、「平成28年度救急業務のあり方に関する検討会」において、応援救急隊が救急活動を円滑に実施するための救急活動プロトコル及び特定行為に関する指示要請先等の在り方について、報告書が取りまとめられました。

報告書の内容を踏まえ、応援救急隊における救急業務の実施に関する留意事項について下記のとおり取りまとめましたので、貴職におかれましては、消防機関と関係機関等が事前に調整し体制を整えるよう十分御配慮いただくとともに、各都道府県にあつては、貴都道府県内の市町村（消防の事務を処理する一部組合等を含む。）に対してこの旨周知されるようお願いいたします。

なお、本通知は、消防組織法（昭和22年法律第226号）第37条の規定に基づく技術的助言として発出するものであり、厚生労働省も事前に了知していることを申し添えます。

### 記

#### 1 応援救急隊が用いる救急活動プロトコル及び特定行為に関する指示要請

- (1) 応援救急隊として出動する際の救急活動については、特段の指示がなければ平時と同じメディカルコントロール体制に基づき実施することとし、そのことを各応援救急隊の派遣元メディカルコントロール関係機関及び出動応援救急隊間において共通認識としておくこと。
- (2) 救急救命士法（平成3年法律第36号）第44条第1項の厚生労働省令で定める救急救命処置（以下「特定行為」という。）に関する指示要請についても、受援側から指示体制等が指定されるまでは、派遣元メディカルコントロール協議会に所属する医師に対して行うことを共通認識としておくこと。

## 2 救急活動記録票等の作成と保存

- (1) 応援救急隊が災害発生市町村で救急活動を行った場合であっても、救急救命士法第46条第1項に規定する救急救命処置録、所属消防本部で定める救急活動記録票などの各種報告書類を作成することが求められること。
- (2) 応援救急隊による救急出動件数は、救急オンライン処理システムを用いて災害発生市町村を管轄する消防本部に計上されることから、適切に入力するとともに保存しておくことが求められること。

## 3 情報共有のあり方

PC、タブレット等を用いて、消防庁「緊急消防援助隊支援情報共有ツール」及び厚生労働省「広域災害・救急医療情報システム（EMIS）」にアクセスし、緊急消防援助隊及び災害派遣医療チーム（DMAT）が入力している情報を効率的に収集すること。

また、ツール等の利活用にあっては、各地域で実施されている各種訓練によりログイン、閲覧などの具体的な操作に関して習熟しておくこと。

## 4 その他

「平成28年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」P.138からP.145「第6章 大規模災害時等における救急業務の推進」を適宜参照すること。

[http://www.fdma.go.jp/neuter/about/shingi\\_kento/h28/kyukyu\\_arikata/houkoku/houkoku\\_syo.pdf](http://www.fdma.go.jp/neuter/about/shingi_kento/h28/kyukyu_arikata/houkoku/houkoku_syo.pdf)

### 【お問い合わせ先】

消防庁救急企画室救急専門官 森川 博司  
救急推進係長 新田 幸司

TEL：03-5253-7529（直通）

E-mail：[kyukyusuishin@soumu.go.jp](mailto:kyukyusuishin@soumu.go.jp)

消防救第 40 号  
平成 29 年 3 月 30 日

各都道府県消防防災主管部長 } 殿  
東京消防庁・各指定都市消防長 }

消防庁救急企画室長  
( 公 印 省 略 )

### 救急隊員の行う心肺蘇生法の実施要領の一部改正について（通知）

平素より、救急行政の推進について、御理解、御協力を賜り御礼申し上げます。  
今般、「平成 28 年度救急業務のあり方に関する検討会」（救急蘇生ワーキンググループ）における検討結果を踏まえ、「救急隊員の行う心肺蘇生法の実施要領」を一部改正しました。

貴職におかれましては、下記事項に留意の上、各都道府県にあつては、貴都道府県内市町村（消防の事務を処理する一部事務組合等を含む。）に対しても、この旨周知されるようお願いいたします。

#### 記

#### 1. 背景

救急隊員の行う心肺蘇生法については、「救急隊員の行う心肺蘇生法について」（平成 28 年 4 月 25 日付け消防救第 35 号）に示された実施要領を踏まえ、行われているところです。

平成 28 年 9 月に「JRC 蘇生ガイドライン 2015」に準拠した「救急蘇生法の指針 2015（医療従事者用）」が、一般財団法人日本救急医療財団心肺蘇生法委員会により発表されたところです。

#### 2. 改正内容

##### （1）除細動

原則、除細動器の準備ができ次第、直ちに心電図解析を行い、除細動を実施することとしました。ただし、地域のメディカルコントロール協議会等と十分に協議を行い、検討された結果を妨げるものではありません。

##### （2）その他

今般、消防法施行令の一部を改正する政令（平成 28 年政令第 379 号）が公布されたことに伴い、准救急隊員に係る部分を追加しました。

#### 【問い合わせ先】

消防庁救急企画室 小久江課長補佐、新田係長、山口事務官  
TEL : 03-5253-7529（直通） FAX : 03-5253-7532  
E-mail : [kyukyusuishin@soumu.go.jp](mailto:kyukyusuishin@soumu.go.jp)

## ○救急隊員及び准救急隊員の行う心肺蘇生法の実施要領

### 1. 反応、気道、呼吸及び循環（脈）の確認

#### （１）反応の確認

大声で呼びかけあるいは肩をたたいても何らかの応答や目的のある仕草がなければ反応なしとみなす。

#### （２）気道の確認及び確保

常に傷病者の気道の状態について確認するとともに、良好な気道の確保に努める。用手的な気道確保については、頭部後屈顎先挙上法又は下顎挙上法を行う。

#### （３）呼吸及び循環（脈）の確認

呼吸があるか、脈拍を確実に触知できるかを、気道確保を含めて10秒以内に確認する。

#### （４）反応の確認から呼吸、脈拍の確認までは複数の救急隊員又は准救急隊員が同時並行で行うことも考慮する。

### 2. 胸骨圧迫の実施要領

#### （１）胸骨圧迫の位置は胸骨の下半分とし、目安としては「胸の真ん中」とする。

なお、乳児及び新生児の場合の「胸の真ん中」の指標は、両乳頭を結ぶ（想像上の）線の少し足側（尾側）胸骨上とする。

#### （２）圧迫の方法、程度、速さ等は、次のとおり行う。

① 成人の場合には、約5cm沈むまでしっかり圧迫する。（ただし、6cmを超えない）胸骨圧迫のテンポは、毎分100～120回の速さで行う。

② 小児の場合には、救助者の両腕又は片腕で、十分な圧迫ができるように胸の厚さの3分の1までしっかり圧迫し、（圧迫の深さが不十分になりやすいので注意する。）胸骨圧迫のテンポは、毎分100～120回の速さで行う。

③ 乳児、新生児の場合には、指二本（1人法）又は胸郭包み込み両拇指圧迫法（2人法）で圧迫し、胸の厚さの3分の1までしっかり圧迫する。胸骨圧迫のテンポは、毎分100～120回の速さで行う。

### 3. 胸骨圧迫実施上の注意事項

#### （１）胸骨圧迫の中断時間は最小限にする。

（２）圧迫の解除は、掌が胸から離れたり浮き上がったりしないように注意し、しかも胸が元の位置に戻るよう十分に圧迫を緩める。

（３）胸骨圧迫の評価は、圧迫の深さや速さで評価することとし、頸動脈等の脈拍では評価しない。

- (4) 剣状突起を圧迫しない。
- (5) 胸骨圧迫の深さ、速さが不十分になりやすいので（特に疲労時）注意する。
- (6) 救助者が二人で対応する乳児、新生児の場合は、胸郭包み込み両拇指圧迫法は、4本の指で胸郭を絞り込む動作を加える。

#### 4. 人工呼吸の実施要領（バッグ・バルブ・マスクを使用する場合）

- (1) 成人（思春期以降（年齢としては概ね15歳超が目安）の年齢層の者をいう。以下同じ）、小児（1歳から思春期以前（年齢としては15歳程度・中学生までが目安）の者をいう。以下同じ）、乳児（1歳未満の者をいう。以下同じ）、新生児（生後28日未満の者をいう。以下同じ）ともに、胸の上がりが見える程度の換気量を1回1秒かけて送気する。
- (2) 換気は、気道確保に注意しながら2回続けて行う。
- (3) 呼吸はないが脈が確実に触知できる場合は、人工呼吸のみを行う。成人の場合には、10回/分程度（ほぼ6秒に1回の割合）、小児、乳児、新生児の場合には、12回～20回/分（ほぼ3～5秒に1回の割合）で、それぞれ人工呼吸を繰り返す。この場合、およそ2分毎に脈が確実に触知できることを（およそ10秒以内で）確認する。

#### 5. 人工呼吸実施上の注意事項

- (1) 呼吸停止と判断した場合には、直ちに人工呼吸を開始する。ただし、心停止と判断した場合は、胸骨圧迫の開始を優先する。

また、成人の場合、心停止直後には、死戦期呼吸が認められることがある。この場合、心停止として取り扱う。小児、乳児、新生児の場合、呼吸数、10回/分以下の徐呼吸は、呼吸停止と同様に対応する。

- (2) 人工呼吸を行う際には気道確保を確実にを行う。実施中に抵抗が感じられるとき、又は胸の膨らみが悪いときは、気道確保をやり直した後に再度換気を試みる。心停止であり気道確保が速やかに行えない場合は、胸骨圧迫を優先する。再度の気道確保にもかかわらず換気抵抗が著しい場合には異物による気道閉塞が考えられるので、喉頭鏡\*を使用して異物の有無を確認する。異物がある場合には、マギール鉗子\*、吸引器等を用いて除去する。異物を除去できない場合は、通常心肺蘇生を行いながら、気道確保を行うたびに口腔内を確認し、異物が確認できれば除去することとし、盲目的指拭法は行わない。なお、喉頭鏡を用いて異物除去を行う場合も、やむをえない場合を除いて、できるだけ胸骨圧迫を継続する。

\*准救急隊員は、喉頭鏡及びマギール鉗子を使用することはできない。

- (3) 経口・経鼻エアウェイ\*は、頭部後屈顎先挙上法や下顎挙上法によっても気道確保が不十分な場合、又はその維持が困難な場合に使用する。

\*准救急隊員は、経口・経鼻エアウェイを使用することはできない。

- (4) 酸素を併用したバッグ・バルブ・マスク、手動引金式人工呼吸器あるいは自動式人工呼吸器\*を使用する場合も、上記の実施要領に準じ可能な限り高濃度酸素を用いて人工呼吸を実施する。

\*准救急隊員は、自動式人工呼吸器を使用することはできない。

- (5) 人工呼吸の効果は、換気に伴う胸部の膨らみや換気抵抗等により確認する。心肺蘇生中のパルスオキシメータの値は無意味であることを十分に理解し、傷病者に十分な循環が戻った後に使用するものであることに留意する。

## 6. 心肺蘇生法の実施要領（人工呼吸及び胸骨圧迫の併用）

- (1) 救急隊員及び准救急隊員は、傷病者に対し適正な観察及び処置が行うことができる場所に位置する。
- (2) 反応の有無を確認した後、気道確保を含め呼吸及び脈拍の有無を10秒以内で判断する。脈拍の確認は、成人では頸動脈等、小児では頸動脈又は大腿動脈等、乳児、新生児では上腕動脈等で行う。

「反応がなく、気道確保しても呼吸がない。」場合又は「死戦期呼吸の状態」も心停止と判断し、直ちに心肺蘇生法を開始する。また、「呼吸が正常か判断できない場合」も、直ちに心肺蘇生法を開始する。

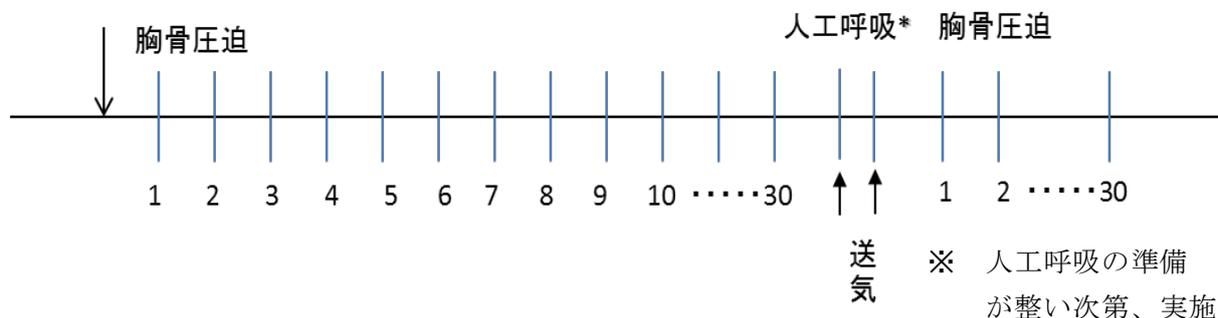
救急隊員及び准救急隊員は、呼吸確認と同時に脈拍の有無も確認するが、脈拍の有無に自信がもてないときは呼吸の観察結果のみに基づいて、直ちに心肺蘇生法を開始する。

また、小児、乳児、新生児の場合、十分な酸素投与や人工呼吸にもかかわらず、心拍数が60回/分以下でかつ循環が悪い（皮膚蒼白、チアノーゼ等）場合も胸骨圧迫を開始する。

- (3) 心停止と判断した場合、原則として胸骨圧迫から開始し、人工呼吸の準備が整い次第、2回の人工呼吸を行う。ただし、目前での心停止や有効な人工呼吸を伴う心肺蘇生から引き継ぐ場合については、胸骨圧迫30回から開始する。
- (4) 人工呼吸は、1回目の人工呼吸によって胸の上がりが確認できなかった場合は、気道確保をやり直してから2回目の人工呼吸を試みる。この場合でも胸骨圧迫の中断は10秒以内とする。2回の試みが終わったら（それぞれ胸の上がりが確認できた場合も、できなかった場合も）、それ以上は人工呼吸を行わず、直ちに胸骨圧迫を開始すること。ただし、換気抵抗が著しく異物による気道閉塞が考えられる場合は喉頭鏡を使用して異物の有無を確認する。
- (5) 成人の場合は、胸骨圧迫30回、人工呼吸2回のサイクルを、小児、乳児、新生児の場合で救助者が1人の場合は、胸骨圧迫30回、人工呼吸2回のサイクルを、救助者が2人の場合は、胸骨圧迫15回、人工呼吸2回のサイクルを繰り返す。

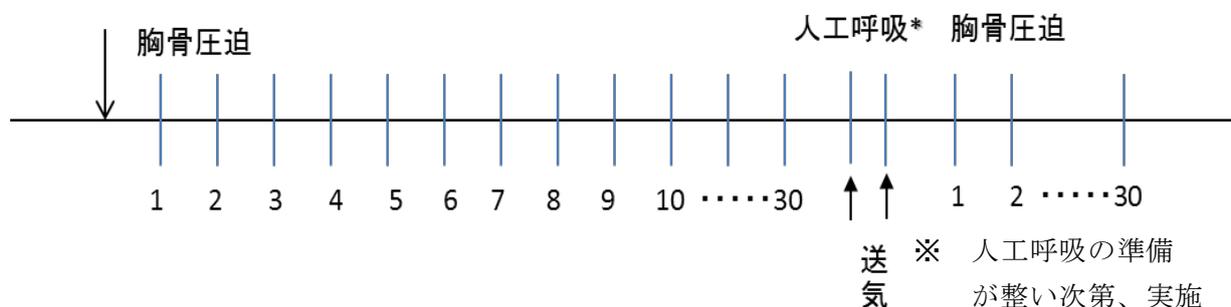
■成人の場合

(反応の確認)(呼吸・脈拍の確認)



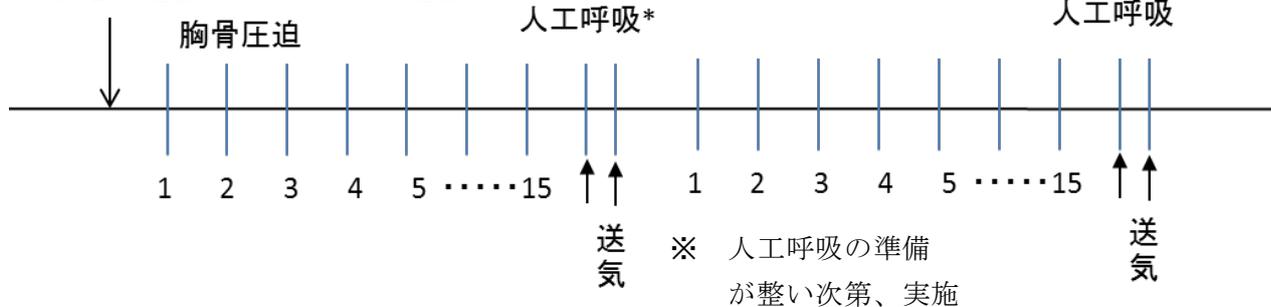
■小児、乳児、新生児の場合（救助者が1人の場合）

(反応の確認)(呼吸・脈拍の確認)



■小児、乳児、新生児の場合（救助者が2人以上の場合）

(反応の確認)(呼吸・脈拍の確認)



7. 心肺蘇生法実施上の注意事項

- (1) 心肺蘇生法は原則として中断することなく実施することとし、特に胸骨圧迫については中断を最小限にとどめる現場活動をする。
- (2) 胸骨圧迫の交代要員がいる場合には、胸骨圧迫の担当を約2分間おきに交代することが望ましい。なお、交代に要する時間は最小限とし、最大でも5秒以内とする。
- (3) 胸骨圧迫や人工呼吸が適切に維持されるよう、相互的に評価し合い継続的に心肺蘇生の質を確保する。

- (4) 自動体外式除細動器を用いて除細動する場合や階段で傷病者を移動する場合などの特殊な状況でない限り、胸骨圧迫の中断時間はできるだけ10秒以内にとどめる。
- (5) 心肺蘇生は、十分な循環が戻る又は医師に引き継ぐまで継続する。

## 8. 電氣的除細動の実施要領 【自動体外式除細動器を使用】

### 【適応】

- (1) 電氣的除細動の適応は、全年齢の傷病者を対象とする。

### 【操作等】

- (2) 心停止の場合には、心肺蘇生を開始し、直ちに自動体外式除細動器（以下「除細動器」という。）を準備する。
- (3) 除細動器の電源を入れる。
- (4) 電極パッドと除細動器を接続する。（接続済みの場合は確認をする。）
- (5) 傷病者の胸部に電極パッドを貼付する準備をする。
- (6) 電極パッドに表示されている部位の皮膚に直接それぞれの電極パッドを貼付する。具体的な貼付位置については、右上前胸部（鎖骨下）と左下側胸部（左乳頭部外側下方）に貼付する。代替的貼付位置として上胸部背面（右又は左）と心尖部に貼る方法（apex-posterior）も考慮する。
- (7) 周囲に対して、準備が完了したことを周知する。
- (8) 傷病者から離れて心電図を解析する。ただし、心電図解析の直前まで心肺蘇生（特に胸骨圧迫）を継続し、中断から除細動までの時間を最小限とする。
- (9) 解析の結果、電氣的除細動が必要であれば、傷病者に誰も触れていないことを確認し、通電ボタンを押す。
- (10) 除細動は1回とし、除細動実施後は、観察することなく速やかに胸骨圧迫から開始して、心肺蘇生を約2分間もしくは除細動器が自動的に心電図の解析を始めるまで実施する。
- (11) 約2分間毎に、心電図を再度解析し、以後必要に応じ、「除細動（1回）→心肺蘇生→心電図解析」を病院到着まで繰り返す。
- (12) 単相性の除細動器を使用する場合のエネルギー量については、360Jとする。  
二相性の除細動器を使用する場合のエネルギー量については、メーカーが既定したエネルギー量で除細動を行う。
- (13) 未就学児までに対する除細動については、除細動器が小児用パッド（除細動エネルギー減衰機能を有するパッドを含む。）や小児用モードを備えている場合は、それを使用する。ない場合は、成人用パッドを代用する。
- (14) 必要な心肺蘇生を実施し、医療機関に速やかに搬送する。

## 9. 電氣的除細動実施上の注意事項

- (1) 原則、除細動器の準備ができ次第、直ちに心電図解析を行い、除細動を実施する。
- (2) 除細動器が直ちに準備できない場合は心肺蘇生を継続し、速やかに医療機関に搬送することを考慮する。
- (3) 成人用パッドと小児用パッドの適応年齢が成人、小児の年齢区分と異なることに注意する。
- (4) 電極パッドを傷病者に貼付する際には、下記の①～⑧に注意する。
  - ① 傷病者の皮膚に直接貼付し、密着させる。
  - ② 傷病者の前胸部が濡れている場合は、水分を十分に拭う。
  - ③ パッドを貼る場所に医療用の植え込み器具がある場合には、その部分を避けてパッドを貼る。
  - ④ パッドを貼る場所に経皮的な薬剤パッチ(ニトログリセリン、ニコチン、鎮痛剤、ホルモン剤、降圧剤等)の貼付薬がある場合は、貼付薬を剥がし、薬剤を拭き取る。
  - ⑤ 胸毛が多い傷病者では、電極パッドを強く胸に押し付けても解析が進まなければ除毛を考慮する。
  - ⑥ 就学児以上の小児及び成人に対し小児用パッド(除細動エネルギー減衰機能を有するパッドを含む。)や小児用モードを使用しての除細動は行わない。
  - ⑦ 出生直後の新生児仮死は、心肺蘇生を最優先とする。
  - ⑧ 2枚の電極パッドが接触することなく貼付できない場合は、電極パッドを貼付することなく心肺蘇生を継続する。
- (5) 搬送中に心電図解析を行う必要がある場合は、障害信号(アーチファクト等)により正確に解析が行われないことがあるため、解析は車両を停車させて行う。
- (6) 除細動に伴うスパークによって火災等が発生する可能性があることから、除細動時には、高流量・高濃度の酸素が傷病者の周囲に滞留しないよう充分配慮する。

## 10. 外傷その他

- (1) 頸椎(髄)損傷を疑う傷病者の気道確保では、下顎挙上法を第一選択とする。ただし、下顎挙上法による気道確保が不十分であったり、その実施が困難な場合では頸椎保護より気道確保を優先し、頭部後屈顎先挙上法を試みる。
- (2) 頭頸部を非動化する場合、人手がある限り用手的方法を優先する。
- (3) 溺水の場合、迅速な(水中からの)引き揚げと心肺蘇生開始(特に人工呼吸)が重要であることに留意する。
- (4) 高度の低体温(中心部体温 30℃未満)が疑われる傷病者の場合は、呼吸、脈の確認は30～45秒かけて行う。心停止が確認された場合には速やかに心肺蘇生を開始す

る。心室細動、無脈性心室頻拍に対する電氣的除細動は1回のみ（その後直ちに心肺蘇生を再開する。）とし、2回目以降の除細動の試みは原則として中心部体温が30℃以上となるまでは行わない。なお、循環の保たれている傷病者では、より愛護的に扱い、不用意な体動を避け保温に努める。

「救急隊員の行う心肺蘇生法の実施要領」新旧対照表

改正後	現行
<p>○救急隊員 <u>及び准救急隊員</u> の行う心肺蘇生法の実施要領</p> <p>1 反応、気道、呼吸及び循環（脈）の確認</p> <p>(1) 反応の確認 大声で呼びかけあるいは肩をたたいても何らかの応答や目的のある仕草がなければ反応なしとみなす。</p> <p>(2) 気道の確認及び確保 常に傷病者の気道の状態について確認するとともに、良好な気道の確保に努める。手動的な気道確保については、頭部後屈顎先挙上法又は下顎挙上法を行う。</p> <p>(3) 呼吸及び循環（脈）の確認 呼吸があるか、脈拍を確実に触知できるかを、気道確保を含めて10秒以内に確認する。</p> <p>(4) 反応の確認から呼吸、脈拍の確認までは複数の救急隊員 <u>又は准救急隊員</u> が同時並行で行うことも考慮する。</p> <p>2～4 (略)</p> <p>5 人工呼吸実施上の注意事項</p> <p>(1) 呼吸停止と判断した場合には、直ちに人工呼吸を開始する。ただし、心停止と判断した場合は、胸骨圧迫の開始を優先する。また、成人の場合、心停止直後には、死戦期呼吸が認められることがある。この場合、<u>心停止</u>として取り扱う。小児、乳児、新生児の場合、呼吸数、10回/分以下の徐呼吸は、呼吸停止と同様に対応する。</p> <p>(2) 人工呼吸を行う際には気道確保を確実に行う。実施中に抵抗が感じられるとき、又は胸の膨らみが悪いときは、気道確保をやり直した後に再度換気を試みる。心停止であり気道確保が速やかに行えない場合は、胸骨圧迫を優先する。再度の気道確保にもかかわらず換気抵抗が著しい場合には異物による気道閉塞が考えられるので、喉頭鏡 <u>を</u> 使用して異物の有無を確認する。異物がある場合には、マギール鉗子 <u>を</u>、吸引器等を用いて除去する。異物を除去できない場合は、通常的心肺蘇生を行いながら、気道確保を行うたびに口腔内を確認し、異物が確認できれば除去することとし、盲目的指拭法は行わない。なお、喉頭鏡を用いて異物除去を行う場合も、やむをえない場合を除いて、できるだけ胸骨圧迫を継続する。</p> <p><u>*准救急隊員は、喉頭鏡及びマギール鉗子を使用することはできない。</u></p> <p>(3) 経口・経鼻エアウェイ <u>を</u> は、頭部後屈顎先挙上法や下顎挙上法によっても気道確保が不十分な場合、又はその維持が困難な場合に使用する。</p>	<p>○救急隊員 _____ の行う心肺蘇生法の実施要領</p> <p>1 反応、気道、呼吸及び循環（脈）の確認</p> <p>(1) 反応の確認 大声で呼びかけあるいは肩をたたいても何らかの応答や目的のある仕草がなければ反応なしとみなす。</p> <p>(2) 気道の確認及び確保 常に傷病者の気道の状態について確認するとともに、良好な気道の確保に努める。手動的な気道確保については、頭部後屈顎先挙上法又は下顎挙上法を行う。</p> <p>(3) 呼吸及び循環（脈）の確認 呼吸があるか、脈拍を確実に触知できるかを、気道確保を含めて10秒以内に確認する。</p> <p>(4) 反応の確認から呼吸、脈拍の確認までは複数の救急隊員 _____ が同時並行で行うことも考慮する。</p> <p>2～4 (略)</p> <p>5 人工呼吸実施上の注意事項</p> <p>(1) 呼吸停止と判断した場合には、直ちに人工呼吸を開始する。ただし、心停止と判断した場合は、胸骨圧迫の開始を優先する。また、成人の場合、心停止直後には、死戦期呼吸が認められることがある。この場合、<u>呼吸</u> 停止として取り扱う。小児、乳児、新生児の場合、呼吸数、10回/分以下の徐呼吸<u>も</u>、呼吸停止と同様に対応する。</p> <p>(2) 人工呼吸を行う際には気道確保を確実に行う。実施中に抵抗が感じられるとき、又は胸の膨らみが悪いときは、気道確保をやり直した後に再度換気を試みる。心停止であり気道確保が速やかに行えない場合は、胸骨圧迫を優先する。再度の気道確保にもかかわらず換気抵抗が著しい場合には異物による気道閉塞が考えられるので、喉頭鏡 _____ を使用して異物の有無を確認する。異物がある場合には、マギール鉗子 _____、吸引器等を用いて除去する。異物を除去できない場合は、通常的心肺蘇生を行いながら、気道確保を行うたびに口腔内を確認し、異物が確認できれば除去することとし、盲目的指拭法は行わない。なお、喉頭鏡を用いて異物除去を行う場合も、やむをえない場合を除いて、できるだけ胸骨圧迫を継続する。</p> <p>(3) 経口・経鼻エアウェイ _____ は、頭部後屈顎先挙上法や下顎挙上法によっても気道確保が不十分な場合、又はその維持が困難な場合に使用する。</p>

\*准救急隊員は、経口・経鼻エアウェイを使用することはできない。

(4) 酸素を併用したバッグ・バルブ・マスク、手動引金式人工呼吸器あるいは自動式人工呼吸器\*を使用する場合も、上記の実施要領に準じ可能な限り高濃度酸素を用いて人工呼吸を実施する。

\*准救急隊員は、自動式人工呼吸器を使用することはできない。

(5) 人工呼吸の効果は、換気に伴う胸部の膨らみや換気抵抗等により確認する。心肺蘇生中のパルスオキシメータの値は無意味であることを十分に理解し、傷病者に十分な循環が戻った後に使用するものであることに留意する。

#### 6 心肺蘇生法の実施要領（人工呼吸及び胸骨圧迫の併用）

(1) 救急隊員 及び准救急隊員は、傷病者に対し適正な観察及び処置が行うことができる場所に位置する。

(2) 反応の有無を確認した後、気道確保を含め呼吸及び脈拍の有無を 10 秒以内で判断すること。脈拍の確認は、成人では頸動脈等、小児では頸動脈又は大腿動脈等、乳児、新生児では上腕動脈等で行う。

「反応がなく、気道確保しても呼吸がない。」場合又は「死戦期呼吸の状態」も心停止と判断し、直ちに心肺蘇生法を開始する。また、「呼吸が正常か判断できない場合」も、直ちに心肺蘇生法を開始する。

救急隊員 及び准救急隊員は、呼吸確認と同時に脈拍の有無も確認するが、脈拍の有無に自信がもてないときは呼吸の観察結果のみに基づいて、直ちに心肺蘇生法を開始する。

また、小児、乳児、新生児の場合、十分な酸素投与や人工呼吸にもかかわらず、心拍数が 60 回/分以下でかつ循環が悪い（皮膚蒼白、チアノーゼ等）場合も胸骨圧迫を開始する。

(3) 心停止と判断した場合、原則として胸骨圧迫から開始し、人工呼吸の準備が整い次第、2 回の人工呼吸を行う。ただし、目前での心停止や有効な人工呼吸を伴う心肺蘇生から引き継ぐ場合については、胸骨圧迫 30 回から開始する。

(4) 人工呼吸は、1 回目の人工呼吸によって胸の上がり確認できなかった場合は、気道確保をやり直してから 2 回目の人工呼吸を試みる。この場合でも胸骨圧迫の中断は 10 秒以内とする。2 回の試みが終わったら（それぞれ胸の上がり確認できた場合も、できなかった場合も）、それ以上は人工呼吸を行わず、直ちに胸骨圧迫を開始すること。ただし、換気抵抗が著しく異物による気道閉塞が考えられる場合は喉頭鏡を使用して異物の有無を確認する。

(4) 酸素を併用したバッグ・バルブ・マスク、手動引金式人工呼吸器あるいは自動式人工呼吸器を使用する場合も、上記の実施要領に準じ可能な限り高濃度酸素を用いて人工呼吸を実施する。

(5) 人工呼吸の効果は、換気に伴う胸部の膨らみや換気抵抗等により確認する。心肺蘇生中のパルスオキシメータの値は無意味であることを十分に理解し、傷病者に十分な循環が戻った後に使用するものであることに留意する。

#### 6 心肺蘇生法の実施要領（人工呼吸及び胸骨圧迫の併用）

(1) それぞれの救急隊員 \_\_\_\_\_ は、傷病者に対し適正な観察及び処置が行うことができる場所に位置する。

(2) 反応の有無を確認した後、気道確保を含め呼吸及び脈拍の有無を 10 秒以内で判断すること。脈拍の確認は、成人では頸動脈等、小児では頸動脈又は大腿動脈等、乳児、新生児では上腕動脈等で行う。

「反応がなく、気道確保しても呼吸がない。」場合又は「死戦期呼吸の状態」も心停止と判断し、直ちに心肺蘇生法を開始する。また、「呼吸が正常か判断できない場合」も、直ちに心肺蘇生法を開始する。

救急隊員は \_\_\_\_\_ 呼吸確認と同時に脈拍の有無も確認するが、脈拍の有無に自信がもてないときは呼吸の観察結果のみに基づいて、直ちに心肺蘇生法を開始する。

また、小児、乳児、新生児の場合、十分な酸素投与や人工呼吸にもかかわらず、心拍数が 60 回/分以下でかつ循環が悪い（皮膚蒼白、チアノーゼ等）場合も胸骨圧迫を開始する。

(3) 心停止と判断した場合、原則として胸骨圧迫から開始し、人工呼吸の準備が整い次第、2 回の人工呼吸を行う。ただし、目前での心停止や有効な人工呼吸を伴う心肺蘇生から引き継ぐ場合については、胸骨圧迫 30 回から開始する。

(4) 人工呼吸は、1 回目の人工呼吸によって胸の上がり確認できなかった場合は、気道確保をやり直してから 2 回目の人工呼吸を試みる。この場合でも胸骨圧迫の中断は 10 秒以内とする。2 回の試みが終わったら（それぞれ胸の上がり確認できた場合も、できなかった場合も）、それ以上は人工呼吸を行わず、直ちに胸骨圧迫を開始すること。ただし、換気抵抗が著しく異物による気道閉塞が考えられる場合は喉頭鏡を使用して異物の有無を確認する。

(5) 成人の場合は、胸骨圧迫 30 回、人工呼吸 2 回のサイクルを、小児、乳児、新生児の場合で救助者が 1 人の場合は、胸骨圧迫 30 回、人工呼吸 2 回のサイクルを、救助者が 2 人の場合は、胸骨圧迫 15 回、人工呼吸 2 回のサイクルを繰り返す。

6 図～ 8 (略)

#### 9 電氣的除細動実施上の注意事項

(1) 原則、除細動器の準備ができ次第、直ちに心電図解析を行い、除細動を実施する。

(2) 除細動器が直ちに準備できない場合は心肺蘇生を継続し、速やかに医療機関に搬送することを考慮する。

(3) 成人用パッドと小児用パッドの適応年齢が成人、小児の年齢区分と異なることに注意する。

(4) 電極パッドを傷病者に貼付する際には、下記の①～⑧に注意する。

- ① 傷病者の皮膚に直接貼付し、密着させる。
- ② 傷病者の前胸部が濡れている場合は、水分を十分に拭う。
- ③ パッドを貼る場所に医療用の植え込み器具がある場合には、その部分を避けてパッドを貼る。
- ④ パッドを貼る場所に経皮的な薬剤パッチ（ニトログリセリン、ニコチン、鎮痛剤、ホルモン剤、降圧剤等）の貼付薬がある場合は、貼付薬を剥がし、薬剤を拭き取る。
- ⑤ 胸毛が多い傷病者では、電極パッドを強く胸に押し付けても解析が進まなければ除毛を考慮する。
- ⑥ 就学児以上の小児及び成人に対し小児用パッド（除細動エネルギー減衰機能を有するパッドを含む。）や小児用モードを使用した場合の除細動は行わない。
- ⑦ 出生直後の新生児仮死は、心肺蘇生を最優先とする。
- ⑧ 2 枚の電極パッドが接触することなく貼付できない場合は、電極パッドを貼付することなく心肺蘇生を継続する。

(5) 搬送中に心電図解析を行う必要がある場合は、障害信号（アーチファクト等）により正確に解析が行われないことがあるため、解析は車両を停車させて行う。

(6) 除細動に伴うスパークによって火災等が発生する可能性があることから、除細動時には、高流量・高濃度の酸素が傷病者の周囲に滞留しないよう充分配慮する。

10 (略)

(5) 成人の場合は、胸骨圧迫 30 回、人工呼吸 2 回のサイクルを、小児、乳児、新生児の場合で救助者が 1 人の場合は、胸骨圧迫 30 回、人工呼吸 2 回のサイクルを、救助者が 2 人の場合は、胸骨圧迫 15 回、人工呼吸 2 回のサイクルを繰り返す。

6 図～ 8 (略)

#### 9 電氣的除細動実施上の注意事項

(1) 傷病者接触時に通報後 4～5 分以上が経過し、その間適切な心肺蘇生が行われていなかった場合は、除細動実施の前に約 2 分間の心肺蘇生を行ってもよい。

(2) 除細動器が直ちに準備できない場合は心肺蘇生を継続し、速やかに医療機関に搬送することを考慮する。

(3) 成人用パッドと小児用パッドの適応年齢が成人、小児の年齢区分と異なることに注意する。

(4) 電極パッドを傷病者に貼付する際には、下記の①～⑧に注意する。

- ① 傷病者の皮膚に直接貼付し、密着させる。
- ② 傷病者の前胸部が濡れている場合は、水分を十分に拭う。
- ③ パッドを貼る場所に医療用の植え込み器具がある場合には、その部分を避けてパッドを貼る。
- ④ パッドを貼る場所に経皮的な薬剤パッチ（ニトログリセリン、ニコチン、鎮痛剤、ホルモン剤、降圧剤等）の貼付薬がある場合は、貼付薬を剥がし、薬剤を拭き取る。
- ⑤ 胸毛が多い傷病者では、電極パッドを強く胸に押し付けても解析が進まなければ除毛を考慮する。
- ⑥ 就学児以上の小児及び成人に対し小児用パッド（除細動エネルギー減衰機能を有するパッドを含む。）や小児用モードを使用した場合の除細動は行わない。
- ⑦ 出生直後の新生児仮死は、心肺蘇生を最優先とする。
- ⑧ 2 枚の電極パッドが接触することなく貼付できない場合は、電極パッドを貼付することなく心肺蘇生を継続する。

(5) 搬送中に心電図解析を行う必要がある場合は、障害信号（アーチファクト等）により正確に解析が行われないことがあるため、解析は車両を停車させて行う。

(6) 除細動に伴うスパークによって火災等が発生する可能性があることから、除細動時には、高流量・高濃度の酸素が傷病者の周囲に滞留しないよう充分配慮する。

10 (略)

消防救第48号  
平成29年3月30日

各都道府県消防防災主管部長 }  
東京消防庁・各指定都市消防長 } 殿

消防庁救急企画室長  
(公印省略)

## 大規模災害時等の通信途絶における救急救命処置の実施について

平成28年熊本地震では、家屋倒壊による下敷き等でのクラッシュ症候群が疑われた事案が発生し、この際の救出活動において、医師による具体的な指示が得られない環境に陥ったものの、現場の切迫した状況を踏まえ、救急救命士法(平成3年法律第36号)第44条第1項の厚生労働省令で定める救急救命処置(以下「特定行為」という。)の1つである「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」が実施されたことが報告されています。

このことを踏まえ、「平成28年度救急業務のあり方に関する検討会」において、大規模災害時等の通信途絶時における特定行為の実施について報告書が取りまとめられました。

報告書の内容を踏まえ、通信途絶時における特定行為の実施に関する留意事項について下記のとおり取りまとめましたので、貴職におかれては、メディカルコントロール体制を構築する関係機関において、その運用に十分御配慮いただくとともに、各都道府県にあつては、貴都道府県内の市町村(消防の事務を処理する一部組合等を含む。)に対してこの旨周知されるようお願いいたします。

なお、本通知は、消防組織法(昭和22年法律第226号)第37条の規定に基づく技術的助言として発出するものであり、厚生労働省も事前に了知していることを申し添えます。

### 記

#### 1 報告書の内容

通信途絶時における特定行為の実施については、大規模自然災害以外にも、局地的な災害における停電時や、山間部、トンネルなどの環境的な要因によって、医師の具体的な指示が得られない場合も考えられる。そのような場合に備え、通信手段の強靱化・多様化を図るなどの必要な対策を行うべきである。なお、東日本大震災や熊本地震の際には、通信事情等の問題から医師の具体的な指示が得られない場合についても、心肺機能停止状態の被災者等に対し、医師の具体的な指示を必要とする救急救命処置を行うことは、刑法(明治40年法律第

45号) 第35条に規定する正当業務行為として違法性が阻却され得るとの考えを示す事務連絡が発出されている。ただし、そのような通信途絶時に傷病者の切迫性から、救急救命士が医師の具体的な指示なしに救急救命処置をやむを得ず実施する状況になった場合には、通信途絶の状況、代替手段がなかったこと、切迫性等について詳細に記録を残し、環境的要因も考慮し、メディカルコントロール体制の中で事後検証を受けることが不可欠である。

## 2 留意事項

### (1) 通信手段の強靱化・多様化についての対策

報告書に記載されているとおり、通信手段の強靱化・多様化を図ること。このためには、例えば、病院連絡に使用する通信端末にあっては、事前に災害時優先電話の指定を受けておくこと、有線回線・無線回線・衛星回線等を活用することが考えられること。

### (2) 事後検証

ア 救急救命士法第46条第1項に基づき、救急救命処置録へ救急救命処置を受けた者の状況、救急救命処置の内容等に関する詳細な記録を残すとともに、以下の事項についても記録しておくこと。

- ・通信途絶の状況
- ・通信手段の確保に関して講じた措置内容
- ・代替手段がなかったこと及びないと判断した根拠や理由
- ・傷病者の切迫性

イ アに記載された内容に基づき、通信途絶の状況等の環境的要因も考慮した上で、医療機関も含めたメディカルコントロール体制の中で事後検証を受けること。

## 3 その他

「平成28年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」P.138からP.145

「第6章 大規模災害時等における救急業務の推進」を適宜参照すること。

[http://www.fdma.go.jp/neuter/about/shingi\\_kento/h28/kyukyu\\_arikata/houkou/houkokusyo.pdf](http://www.fdma.go.jp/neuter/about/shingi_kento/h28/kyukyu_arikata/houkou/houkokusyo.pdf)

### 【お問い合わせ先】

消防庁救急企画室救急専門官 森川 博司  
救急推進係長 新田 幸司

TEL：03-5253-7529（直通）

E-mail：[kyukyusuishin@soumu.go.jp](mailto:kyukyusuishin@soumu.go.jp)

## 議題3

# 「指導救命士の認定要件」について

### 議案要旨

千葉県救急業務高度化推進協議会（以下「県MC」という。）において指導救命士の認定要件が示された。本市の指導救命士を県に申請するために必要な諸要件について御審議をお願いするものです。

資料3-1	「指導救命士の認定要件」について
参考資料1	指導救命士の認定要件について（報告依頼）
参考資料2	指導救命士体制について

# 国・県の認定要件

		千葉県の要件	国の示す標準的要件
1	経験年数	救急救命士として、通算5年以上の実務経験を有する者	救急救命士として、通算5年以上の実務経験を有する者
2	隊長経験	救急隊長として、通算5年以上の実務経験を有する者。	救急隊長として、通算5年以上の実務経験を有する者
3	特定行為経験	特定行為について、地域MC協議会で定める一定の施行経験を有する者	特定行為について、一定以上の施行経験を有する者
4	実習経験	医療機関において、地域MC協議会で定める一定の期間の病院実習を受けている者	医療機関において、一定の期間の病院実習を受けている者
5	指導・研究経験	消防署内の現任教育、講習会等での教育指導、学会での発表など、教育指導や研究発表について、豊富な指導経験を有する者	消防署内の現任教育、講習会等での教育指導、学会での発表など、教育指導や研究発表について、豊富な指導経験を有する者
6	教育・指導経験	必要な養成訓練を受けている者、もしくは <u>一定の指導</u> 経験を有する者	必要な養成訓練を受けている者、もしくは <u>一定の指導</u> 経験を有する者
7	推薦	所属する消防本部の消防長及び地域MC協議会が推薦し、千葉県救急高度化推進協議会が認める者	所属する消防本部の消防長が推薦し、都道府県メディカルコントロール協議会が認める者

- 必要な養成訓練 消防大学校専科教育救急科、救急振興財団指導救命士養成研修、国が示す「指導救命士養成カリキュラム」に準拠した研修とする。
- 一定の指導要件 国の示した一定の指導基準の例を基準とし、所属する消防本部の消防長が認める者とする。
  - ①大学等委託研修として、大学附属病院での病院実習の指導者として他の救急救命士等の指導、養成に1年以上継続して従事したものの。
  - ②救急救命士養成所の指導教官として、他の救急救命士等の指導、育成に1年以上継続して従事したものの。
  - ③消防大学校の指導教官として、他の救急救命士等の指導、育成に1年以上継続して従事したものの。
  - ④救急ワークステーションの指導的立場の救急救命士として、日常的に他の救急救命士等の指導、育成に1年以上継続して従事したものの。

# 千葉市の指導救命士としての要件（案）

		千葉市の選考要件(現行)	県MC認定のための推薦要件
1	経験年数	救急救命士の業務開始後、5年以上経過した者	救急救命士の業務開始後、5年以上経過した者
2	隊長経験	消防司令補以上の階級にある者	消防司令補以上の階級にある者。 但し、救急隊長として5年以上の実務経験を有する者
3	特定行為経験	救急業務において硬性喉頭鏡使用による気管挿管及びアドレナリン投与処置を施行した者	硬性喉頭鏡使用による気管挿管及びアドレナリン投与処置の施行経験を有する者 且つ、拡大二行為※、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の認定を受けている者
4	実習経験	2年間で144時間以上の病院実習を受けている者または、これと同等の病院実習経験のある者	2年間で144時間以上の病院実習を受けている者または、これと同等の病院実習経験のある者
5	指導・研究経験	JPTEC、AHA公認BLS・ACLS、日本救急医学会公認ICLS等のインストラクター資格等の有無を選考時に加点している	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急活動に必要な技術指導</li> <li>学会公認の各種コース（ICLS、JPTEC等）での教育指導など豊富な指導経験を有する者</li> </ul>
6	教育・指導経験	上記項目5と同様	<ul style="list-style-type: none"> <li>消防大学校救急課程又は指導救命士研修など必要な養成訓練を受けている者</li> <li>救急ワークステーションにおいて当局が認定する指導救命士として、日常的に他の救急救命士等の指導、育成に1年以上継続して従事した者のいずれかを満たす者</li> </ul>
7	推薦	上記項目を全て満たした者で消防署長が推薦し、選考試験の結果に基づき消防局長が指名する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>上記項目を全て満たす者で消防局長及び千葉市救急業務検討委員会委員長が推薦する。</li> </ul>

※ 拡大二行為とは、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、 血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液投与である。

消 第 37 号

平成29年4月6日

各地域MC協議会の長 様

千葉県防災危機管理部消防課長

(公 印 省 略)

指導救命士の認定要件について(報告依頼)

日頃から、消防救急行政の推進につきまして、多大なる御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、3月22日に開催されました第20回千葉県救急業務高度化推進協議会におきまして、指導救命士の認定制度について承認されましたので、お知らせします。

なお、千葉県救急業務高度化推進協議会における指導救命士の認定に関する取扱要綱第2条(3)(4)の認定要件(特定行為経験及び実習経験)につきましては、貴協議会で御協議いただき、検討結果を別紙回答用紙に御記入のうえ報告いただきますようお願いいたします。

- (添付書類) 資料1 指導救命士の認定要件について  
資料2 指導救命士認定までのスケジュール  
資料3 千葉県救急業務高度化推進協議会における指導救命士の認定に関する取扱要綱  
資料4 千葉県救急業務高度化推進協議会が認定する指導救命士運用要領(案)  
別紙 回答用紙

担 当 千葉県防災危機管理部消防課 企画指導班 高澤 Tel 043-223-2179 Fax 043-224-5481 E-mail bousail@mz.pref.chiba.lg.jp
--

## 指導救命士の認定要件について(H29.3.22 県MC資料より)

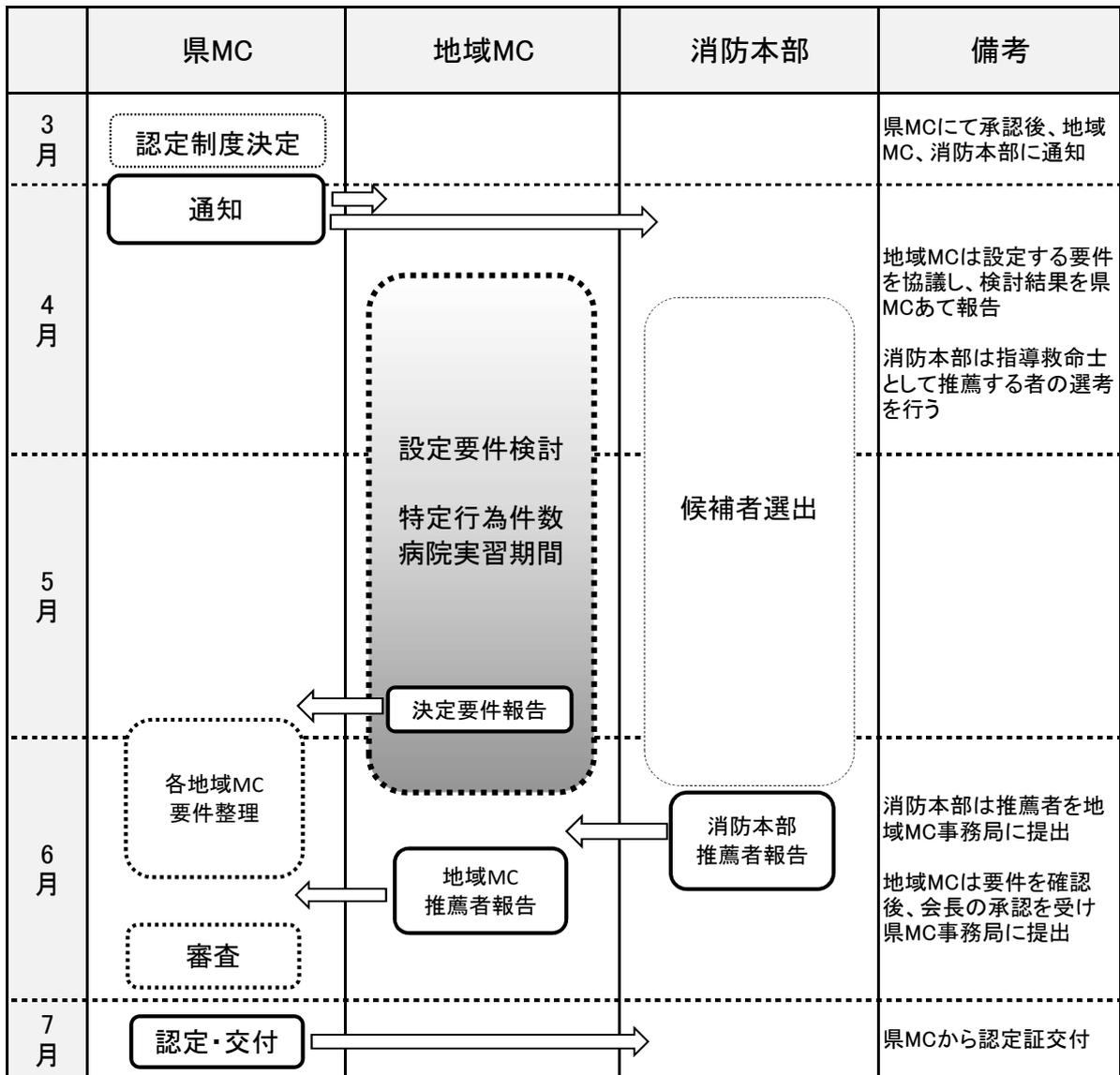
		千葉県の要件	国の示す標準的要件	備考
1	経験年数	救急救命士として、通算5年以上の実務経験を有する者。	救急救命士として、通算5年以上の実務経験を有する者。	国と同要件
2	隊長経験	救急隊長として、通算5年以上の実務経験を有する者。	救急隊長として、通算5年以上の実務経験を有する者。	国と同要件
3	特定行為経験	特定行為について、 <b>地域MC協議会で定める</b> 一定の施行経験を有する者。	特定行為について、一定の施行経験を有する者。	地域MCごとの設定 (特定行為の経験数)
4	実習経験	医療機関において、 <b>地域MC協議会で定める</b> 一定の期間の病院実習を受けている者。	医療機関において、一定の期間の病院実習を受けている者。	地域MCごとの設定 (病院実習の期間)
5	指導・研究経験	消防署内の現任教育、講習会等での教育指導、学会での発表など、教育指導や研究発表について、豊富な指導経験を有する者。	消防署内の現任教育、講習会等での教育指導、学会での発表など、教育指導や研究発表について、豊富な指導経験を有する者。	国と同要件
6	教育・指導経験	必要な養成訓練を受けている者、もしくは一定の指導経験を有する者。	必要な養成訓練を受けている者、もしくは一定の指導経験を有する者。	国と同要件
7	推薦	所属する消防本部の消防長及び <b>地域MC協議会長</b> が推薦し、千葉県救急業務高度化推進協議会長が認める者。	所属する消防本部の消防長が推薦し、都道府県メディカルコントロール協議会が認める者。	地域MC会長の推薦を追加

**必要な養成訓練** 消防大学校専科教育救急科、救急振興財団指導救命士養成研修、国が示す「指導救命士養成カリキュラム」に準拠した研修とする。

**一定の指導要件** **国の示した一定の指導基準**の例を基準とし、所属する消防本部の消防長が認める者とする。

- 
- ① 大学等委託研修として、大学附属病院での病院実習の指導者として他の救急救命士等の指導、育成に1年以上継続して従事したもの。
  - ② 救急救命士養成所の指導教官として、他の救急救命士等の指導、育成に1年以上継続して従事したもの。
  - ③ 消防大学校の指導教官として、他の救急救命士等の指導、育成に1年以上継続して従事したもの。
  - ④ 救急ワークステーションの指導的立場の救急救命士として、日常的に他の救急救命士等の指導、育成に1年以上継続して従事したもの。

指導救命士認定までのスケジュール



・7月に認定を受ける際のスケジュールであり、地域MCの検討状況により推薦が遅れる場合は随時申請をうけることとする。

## 千葉県救急業務高度化推進協議会における指導救命士の認定 に関する取扱要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は、「救急業務に携わる職員の生涯教育のあり方について」(平成26年5月23日付け消防救第103号総務省消防庁救急企画室長通知)に基づき、千葉県救急業務高度化推進協議会(以下「県MC協議会」という。)の指導救命士の認定に関する取扱いについて、必要な事項を定めるものとする。

### (認定要件)

第2条 県MC協議会は、次に掲げる要件を満たす救急救命士を指導救命士として認定するものとする。

- (1) 救急救命士として、通算5年以上の実務経験を有する者。
- (2) 救急隊長として、通算5年以上の実務経験を有する者。
- (3) 特定行為について、地域MC協議会で定める一定の施行経験を有する者。
- (4) 医療機関において、地域MC協議会で定める一定の期間の病院実習を受けている者。
- (5) 消防署内の現認教育、講習会等での教育指導、学会での発表など、教育指導や研究発表について、豊富な指導経験を有する者。
- (6) 必要な養成訓練を受けている者、もしくは一定の指導経験を有する者。
- (7) 所属する消防本部の消防長及び地域MC協議会会長が推薦し、県MC協議会会長が認める者。

### (消防長の推薦)

第3条 消防本部の消防長は、第2条の要件を満たし、指導救命士として推薦する者について、「指導救命士推薦書」により、地域MC協議会会長に提出するものとする。

### (地域MC協議会会長の推薦)

第4条 前条により推薦書を受けた地域MC協議会会長は、推薦された者が指導救命士として適格であるか判断し、「指導救命士認定申請書」により、県MC協議会会長に申請するものとする。

### (認定証等の交付)

第5条 前条により認定申請書を受けた県MC協議会会長は、第2条の認定要件を満たしているかを確認し、「指導救命士認定証」及び「エンブレム」を交付するものとする。

(認定証の交付を受けた指導救命士の登録)

第6条 認定証を交付した者は、「指導救命士登録名簿」に登録するものとする。

(その他必要事項)

第7条 この要綱に定めのない事項については、県MC協議会長が別途定めるものとする。

附 則

1 この要領は、平成29年 3月22日から施行する。

## 千葉県救急業務高度化推進協議会が認定する指導救命士運用要領

(趣旨)

第1条 この要領は「千葉県救急業務高度化推進協議会における指導救命士の認定に関する取扱要綱」に基づき認定した指導救命士の運用面での取扱いを定めるものとする。

(目的)

第2条 指導救命士は、救急隊員の指導及び教育を行い、地域メディカルコントロールにおいて、医師及び医療機関との連携を図り、救急業務の更なる質の向上に資することを目的として認定する。

(業務)

第3条 指導救命士が行う業務については次のとおりとする。

- ・救急隊員（救急救命士を含む）に対する教育、指導に関すること
- ・救急救命士再教育に関すること
- ・事後検証に関すること
- ・地域メディカルコントロール協議会との連絡調整及び参画
- ・医療機関との連絡調整
- ・県または地域メディカルコントロール協議会が必要と判断するもの

(質の保持)

第4条 指導救命士は、認定後においても自らの知識、技術の向上に努めるものとする。

(その他)

第5条 この要領に定めるもののほか、指導救命士の業務等に関し必要な事項は、千葉県救急業務高度化推進協議会長が定めるものとする。

附則

この要領は、平成29年 月 日から施行する。

# 指導救命士体制について

---

# 指導救命士の必要性

## 指導救命士導入前の課題（H21）

### 1 救急救命士の知識技術の質の維持向上に必要な教育体制の整備

救急救命士が増員・育成されることで、高度な救急活動が展開される一方、再教育など生涯教育が必要な救急救命士の絶対数が増加

### 2 救急隊員教育に携わる医師や看護師の確保

救急救命士を含む救急隊員の教育が推進される一方で、教育に携わる医師や看護師の確保が困難

### 3 警防人員の確保

現場で活動すべき救急救命士が再教育、認定資格取得のための研修（講義・実技・病院実習）派遣することで警防体制の確保や現場救急対応能力の低下が危惧される

### 4 財政的負担

所管課教育や委託教育、講師料などの財政的な負担増

### 5 救急現場活動技術の伝承

救急現場という病院とは違った環境における救急隊長の知識・技術の伝承が必要



- 救急隊員教育は、所管課教育・市消防学校教育・委託教育等年間計画に基づき実施
- MC体制の整備並びに気管挿管処置及び薬剤投与処置といった救急救命士の処置拡大が図られ、救急隊員教育の指導者として相応しい人材の育成が図られている



医学的見地からの指導

救急活動に必要な知識技術の指導



MCが認定した医師・看護師



MC・局長が認定した指導救命士

# 指導救命士認定要件等

運用開始	平成22年4月～	平成28年4月 現在
定数	最大4人	最大8人（うち総括指導救命士2人）
任期	2年 （1回のみ再延長可能）	2年 （4年を超えない範囲で任期延長）
要件	<ul style="list-style-type: none"><li>消防司令補以上の階級</li><li>救急救命士業務開始後10年以上</li><li>救急業務において<ul style="list-style-type: none"><li>(1) 硬性喉頭鏡気管挿管施行</li><li>(2) アドレナリン投与処置を施行した者</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>消防司令補以上の階級</li><li>救急救命士業務開始後5年以上</li><li>救急業務において<ul style="list-style-type: none"><li>(1) 硬性喉頭鏡気管挿管施行</li><li>(2) アドレナリン投与処置を施行した者</li></ul></li></ul>
資格	薬剤（アドレナリン）投与認定 気管挿管認定 （H24からビデオ喉頭鏡を追加）	薬剤（アドレナリン）投与認定 気管挿管認定 ビデオ硬性挿管用喉頭鏡認定 拡大二行為認定
選考	論文 実技指導要領 面接 審査に必要と認める事項	論文 実技指導要領 面接 審査に必要と認める事項
その他	各種学会認定コースでの 受講経験などは問わない	各種学会認定コースでの 受講経験などは問わない

# 指導救命士の業務

## ■局内で実施する救急業務に関する教育における教育及び指導

1. 救急救命士の各種再教育における実技及びシナリオトレーニング
2. 救急隊員の資格を有するための教育（250時間）における座学（解剖生理等）、実技及びシナリオトレーニング
3. その他の教育、自主勉強会等における教育及び指導

※市立青葉病院救急棟内に設置している救急隊員研修室において常時、昼間帯（8時30分～17時30分）において救急救命士及び一般救急隊員の再教育を行っている。

## ■MC協議会（千葉市救急業務検討委員会）及び専門部会におけるオブザーバーとしての参加

## ■その他、救急業務の質を向上させるために必要なこと



## ■新任の指導救命士への救急隊員教育に係る知識及び技術の伝承

H28. 4より追加

# 救急救命士及び救急隊員の研修体制

## 救急救命士

### 救急隊

救急課程  
(259時間)  
所属長推薦

- 救急隊員  
資格内訳
- I 課程 (135時間)
  - II 課程 (I 課程に加え) (115時間)
  - 標準課程 (250時間)

救急救命士  
受験資格取得

### 救急救命士 養成研修

第30期以前  
6ヶ月

第31～34期  
6ヶ月  
気管挿管講習

第35期以降  
7ヶ月  
気管挿管講習  
薬剤投与講習

救急救命士  
国家試験受験

## 就業前研修

救急救命士  
就業前研修  
(168時間)

- 病院実習先
- 千葉大学医学部附属病院(2当直)
  - 県救急医療センター(2当直)
  - 青葉病院WS(3当直)
  - 所属研修

※就業前研修時に薬剤投与認定に必要な病院実習を行えることとした。

## 認定資格取得

気管挿管  
病院実習  
30症例以上  
(3か月)

ビデオ喉頭鏡  
病院実習  
(3症例以上)

薬剤投与  
病院実習  
1 症例以上  
**救急WS**

拡大2行為  
研修  
**市消防学校  
または  
県消防学校**

## 再教育

救急救命士  
再教育  
(160時間以上・年間3当直)

実習パートナー1  
青葉病院WS  
(3当直/年)

実習パートナー2  
協力医療機関  
(2当直/年)  
青葉病院WS  
(1当直/年)

救急救命士有資格者 救急隊員所属教育期間  
「2年以上かつ200時間以上の救急隊員経験」

## 一般救急隊員

所属救急教育

救急隊長研修  
(救急課所管課教育)

救急隊員再教育 (年間3当直)  
(青葉病院WS)

救急隊員・医師合同研修会  
(千葉大・消防局)

# 指導救命士に必要な研修

## 指導救命士集合研修（市立青葉病院：3当直）

総括指導救命士及び救急指導医が指導救命士に対して指導技法や技術の確認等を行う。

## 指導救命士研修履歴

- 消防大学校（救急課程）
- 救急医療業務実地修練
- 救急救命九州研修所（指導救命士研修）
- 市職員研修所（コミュニケーション研修・ファシリテーション研修・リーダーシップ研修など）
- その他：ICLS・JPTEC・MCLS・PCEC・JTASなど

## 立ち位置

インセンティブ →

- 指導救命士の証



# 組織図

消防局

千葉市MC協議会

消防局長が指名

MCが承認

警防部救急課  
(高度化推進係・青葉WS担当主査)

総括指導救命士  
消防第一課

情報共有

総括指導救命士  
消防第二課

A消防署  
指導救命士

B消防署  
指導救命士

C消防署  
指導救命士

D消防署  
指導救命士

E消防署  
指導救命士

F消防署  
指導救命士

# 今後の課題

指導技法の質を維持

次代の指導救命士の養成

インセンティブ(昇任や昇格)

## 「千葉市転院搬送ガイドラインの本運用」について

### 議案要旨

「千葉市転院搬送ガイドライン」については、平成28年度第2回千葉市救急業務検討委員会において審議を行い、各委員からの意見を集約して修正することで承認されました。今回、各委員からの意見を集約して修正を行ったことから、「千葉市転院搬送ガイドラインの本運用」について御審議をお願いするものです。

資料4-2 千葉市転院搬送ガイドライン  
資料4-3 (修正前)転院搬送引継書  
資料4-4 (修正後)転院搬送引継書  
資料4-5 (修正後)転院搬送引継書 記入例

## 各委員からの意見に対する対応及び修正内容

### 意見1

転院搬送引継書の記載が、やや煩雑な印象があるので、特に緊急時には柔軟な運用を希望する。

### 対応

転院搬送引継書で記入する必須項目をできる限り簡略化するとともに、救急隊で代筆可能な項目を設けた。また、転院搬送引継書を作成するいとまが無い場合のFAX送信先を、消防局救急課へ一本化した。

### 意見2

ガイドライン本文で、遠距離搬送する要件を認めているにもかかわらず、転院搬送フローチャートに「遠距離搬送はご遠慮ください」との記載は矛盾している。

### 対応

転院搬送フローチャートの記載を削除した。

### 意見3

転院搬送引継書の必須項目でも、緊急時等の場合によっては、救急隊に代筆を頼みたい。

### 対応

臨機に対応することとする。

### その他

- ① 本文中に、「転送」の場合には転院搬送引継書が不要であることと、消防救急における「転送」の概念を明記した。
- ② 本文中に、転院搬送を行う救急隊は、転院搬送理由引継書を受領した後、速やかに現場出発することとし、転院搬送先医療機関への連絡は、原則、搬送途上に行うことを明記した。

- 本運用開始時期  
本委員会で承認された後、関係機関と調整し速やかに本運用を開始する。
- 対象医療機関  
千葉市内の全医療機関とする。
- 発出方法  
千葉市、千葉市医師会、千葉市救急業務検討委員会の連名で発出する。
- 本ガイドラインは、運用状況や関係機関等からの意見を踏まえ、必要に応じて改訂を検討する。



Ver.1

# 千葉県転院搬送ガイドライン

## 目次

- 1 はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 2 目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
- 3 転院搬送の基本的な考え方・・・・・・・・ 2
- 4 転院搬送の要件・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
- 5 転院搬送の注意事項・・・・・・・・・・・・ 4
- 6 転院搬送引継書・・・・・・・・・・・・・・ 5
- 7 転院搬送を行う救急隊・・・・・・・・・・ 5
- 8 その他・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
- 別添1 「転院搬送引継書」 ・・・・・・・・ 6
  - 「転院搬送引継書 記入例」 ・・・・ 7
- 別添2 「転院搬送フローチャート」 ・・・・ 8
- 参考資料「患者等搬送事業認定事業所一覧」 ・・・・ 9
- 参考資料「千葉県における二次保健医療圏」 ・・・・ 10

千葉県

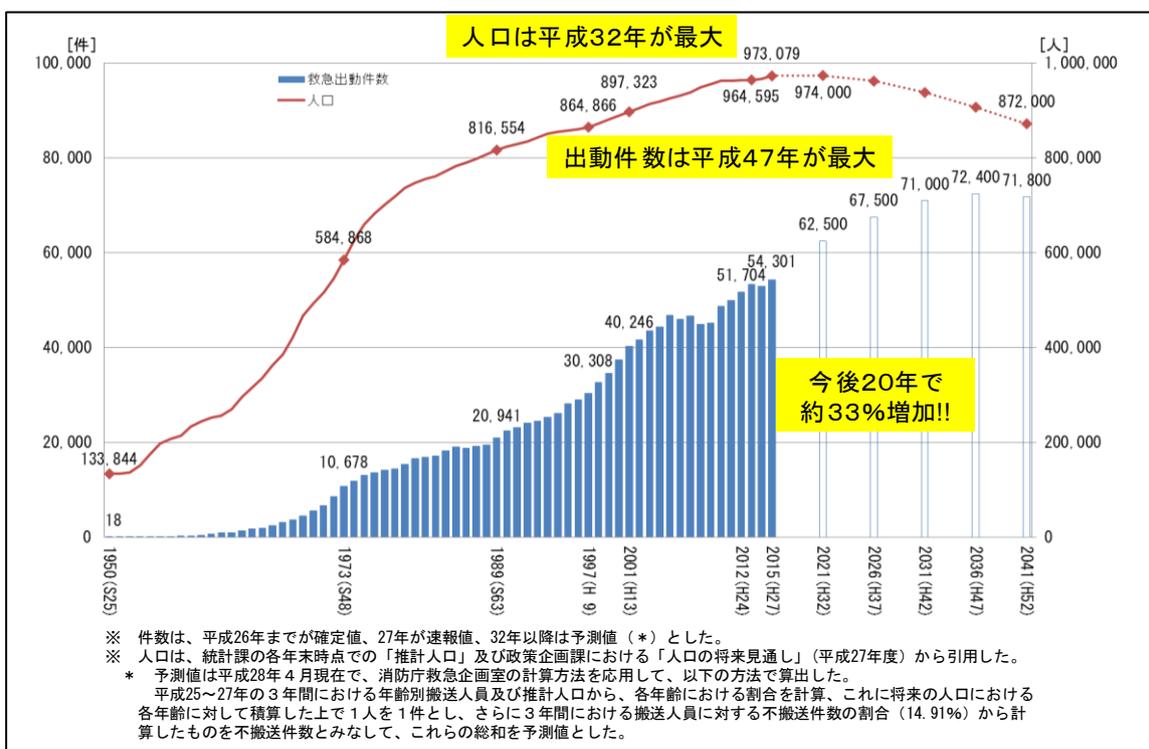


# 1 はじめに

平成28年の救急出動は55,293件と過去最多となり、今後、平成47年には最大の72,400件が見込まれます。これは、平成28年の約33%の増加となります。

また、119番通報が入電した時間から救急車が救急現場に到着するまでの時間が平成28年には8.8分であったものが、平成47年に見込まれている72,400件の救急出動に対応した場合、およそ11.4分となることが予測されます。更に、千葉市内の待機している救急車が0隊となる状況が発生していることを鑑みると、真に必要な救急要請に対応するためにも救急需要の抑制は、喫緊の課題となっています。

一方で、平成27年度救急業務のあり方に関する検討会において、消防庁と厚生労働省とが作成した、転院搬送における救急車の適正利用に係るガイドラインを消防、医師会、医療機関等、関係者間で合意の上、転院搬送を行う場合についてのルールを定めることが有効であるとの報告から、消防庁次長、厚生労働省医政局長（平成28年3月31日消防救第34号及び医政発0031第48号）にて「転院搬送における救急車の適正な利用の推進について」連名通知がありました。これらを踏まえ、当局においては、重要な救急需要対策の一環として位置づけ、本来あるべき転院搬送の姿を目指し、この「転院搬送ガイドライン」を作成することに至りました。



## 2 目的

この「転院搬送ガイドライン」は、救急業務における転院搬送の基準を定めることにより、消防局及び医療機関が相互に理解し、適正に運用することで転院搬送の適正かつ円滑な遂行に資することを目的とします。

## 3 転院搬送の基本的な考え方

転院搬送の要件として、「救急業務に該当する転院搬送と言えるためには、医療機関に搬送され初療の後であっても、

- ① 当該医療機関において治療能力を欠き、
- ② かつ他の専門病院に緊急に搬送する必要がある
- ③ 他に適当な搬送手段がない場合には
- ④ 要請により出場する

との要件を満たすことが要求される。」(昭和49年12月13日消防安第131号、広島県総務部長あて消防庁安全救急課長回答) また、原則として搬送中の傷病者の管理を当該医療機関の管理と責任において実施する必要があるため、

- ⑤ 医師が同乗すること

を遵守すべきであるとされています。

### コラム ～救急業務とは～

#### 消防法第2条第9号

救急業務とは、災害により生じた事故若しくは屋外若しくは公衆の出入する場所において生じた事故（以下この項において「災害による事故等」という。）又は政令で定める場合における災害による事故等に準ずる事故その他の事由で政令で定めるものによる傷病者のうち、医療機関その他の場所へ緊急に搬送する必要があるものを、救急隊によって、医療機関（厚生労働省令で定める医療機関をいう。第七章の二において同じ。）その他の場所に搬送すること（傷病者が医師の管理下に置かれるまでの間において、緊急やむを得ないものとして、応急の手当を行うことを含む。）をいう。

（災害による事故等に準ずる事故その他の事由の範囲等）

#### 消防法施行令第42条

法第2条第9号の災害による事故等に準ずる事故その他の事由で政令で定めるものは、屋内において生じた事故又は生命に危険を及ぼし、若しくは著しく悪化するおそれがあると認められる症状を示す疾病とし、同項の政令で定める場合は、当該事故その他の事由による傷病者を医療機関その他の場所に迅速に搬送するための適当な手段がない場合とする。

#### 4 消防局の救急自動車を用いた転院搬送の要件

消防局が救急業務として行う転院搬送は、原則、搬送先医療機関が決定している場合で、(1) から (3) までの条件をすべて満たす傷病者について、転院搬送を行うこととします。

##### (1) 傷病者の状態が、以下に示す場合のとき

###### ア 緊急の場合

すでに生理学的に生命危機に瀕している病態や、病態が増悪傾向にあり、急激に悪化、急変する可能性のある場合

###### イ 緊急に準ずる場合

2時間を目安とした時間経過が生命予後・機能予後に影響を及ぼす病態の場合

###### ウ 専門医療等が必要な場合（※1）

高度医療（※2）が必要な傷病者、特殊疾患等（※3）に対する専門医療が必要な傷病者等で転院搬送を要請する医療機関（以下「要請元医療機関」という。）での治療が困難である場合

###### エ 地域の実情により搬送が必要な場合

- (ア) 疑い疾患に緊急性があり自院ではできない検査・処置を他院で行う場合
- (イ) 疑い疾患に緊急性はないが自院ではできない検査・処置を他院で行う場合
- (ウ) 自院で経過観察・継続的な治療ができない場合
- (エ) 救急車でなければ対応できない特殊な医療行為が施されている場合

##### (2) 救急車以外の搬送手段がない

##### (3) 医師又は看護師が同乗する

※1 取り扱っている傷病者が要請元医療機関医師の専門外という意味ではありません。

※2 高度医療とは（「第49回 先進医療専門家会議 1 先進医療制度の概要について」抜粋、一部修正）

- ① 医薬品医療機器等法上未承認・適応外の医薬品・医療機器を用いた医療技術
- ② 医薬品医療機器等法による申請等に繋がる科学的評価可能なデータ収集の迅速化を図ることを目的とし、高度医療評価会議にて医療機関

が設定した試験計画（予定の試験期間及び症例数、モニタリング体制及び実施方法等）を評価

- ③ 適切に実施できる体制を整えているものとして保険医療機関が厚生労働大臣に個別に認められることにより施行可能

※3 特殊な医療とは（医療計画の見直し等に関する検討会資料抜粋）

- (例)
- ① 臓器移植等の先進的技術を必要とする医療
  - ② 高圧酸素療法等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
  - ③ 先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療
  - ④ 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療等

## 5 転院搬送時の注意事項

### (1) 搬送先医療機関の確保

消防局では、転院搬送先医療機関の確保は原則として行いません。転院搬送を消防局に要請する場合は、医療機関で調整し搬送先医療機関を確保してください。

### (2) 医師等の同乗

要請元医療機関が、その管理と責任の下で転院搬送を行うため、原則として要請元医療機関の医師又は看護師が同乗することとします。同乗できない場合は、救急隊のみで搬送することについて、要請元医療機関が患者、家族等に説明し、了承を得てください。

### (3) 民間搬送事業者、タクシー、マイカー等の利用

緊急性・専門性が低い患者で以下の項目に該当する理由の場合は、民間搬送事業者、タクシー、マイカー等の利用をお願いします。

- ア 病態が安定している場合
- イ 患者の金銭的な問題のみである場合
- ウ 歩行不能のみである場合
- エ 処置の内容が点滴や酸素投与のみの場合
- オ 受入医療機関等の業務上都合（受入時間の設定など）による場合
- カ その他、緊急性が低く容態変化が考えづらい場合

### (4) 遠距離搬送

遠距離搬送とは、千葉保健医療圏に隣接する保健医療圏外へ搬送することとし、遠距離搬送する場合は、「4 転院搬送の要件（1）から（3）」に該当する場合のみ搬送することを原則とします。

ただし、医師が専門医療等で必要と認める場合はこの限りではありません。(保健医療圏はP9 参考資料内参照)

#### (5) その他

傷病者の急変時は、指定された搬送先医療機関以外の医療機関へ搬送する場合があります。

### 6 転院搬送引継書

転院搬送要請時は、別添1の「転院搬送引継書」に必要事項を記入し、到着した救急隊員に直接渡してください。

なお、救急隊到着までに「転院搬送引継書」の記入ができなかった場合は、後刻速やかに、**千葉県消防局救急課(043-202-1659)**へFAX送信してください。

なお、転送(※)の場合には、転院搬送引継書は不要です。

※「転送」とは、救急隊がA医療機関へ傷病者を搬送し、A医療機関での処置が困難であった場合や、一時的な応急処置等を行った後にB医療機関へ搬送する場合に、A医療機関へ搬送した救急隊が継続してB医療機関への搬送を行うことをいう。

### 7 転院搬送を行う救急隊

転院搬送を行う救急隊は、傷病者を車内収容し「転院搬送引継書」を受領した後、速やかに現場出発することとし、転院搬送先医療機関への連絡は、原則、搬送途上に行います。

### 8 その他

このガイドラインは地域の実情に応じるために都度、見直しを行います。

年 月 日

転院搬送引継書

千葉市消防局長 あて

依頼医療機関名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

以下の項目に☑及び必要事項を記入してください。

転院搬送理由	<input type="checkbox"/> 1 緊急に処置が必要（緊急） <input type="checkbox"/> 2 専門医療等の必要性 <input type="checkbox"/> 3 緊急に準じた処置が必要（準緊急） <input type="checkbox"/> 4 地域の実情により搬送が必要 診断名又は現時点で疑われる推定診断名を記入してください。 [ _____ ]
転院先	医療機関名： _____ 診療科・医師名等： _____ ※ 市外医療機関の場合のみ記入 連絡先電話番号： _____ ( _____ )
傷病者情報	生年月日 _____ ふりがな _____ 氏名 T・S・H 年 月 日 ( _____ 歳) 住所 _____

下記の情報については、救急隊の代筆でも可能

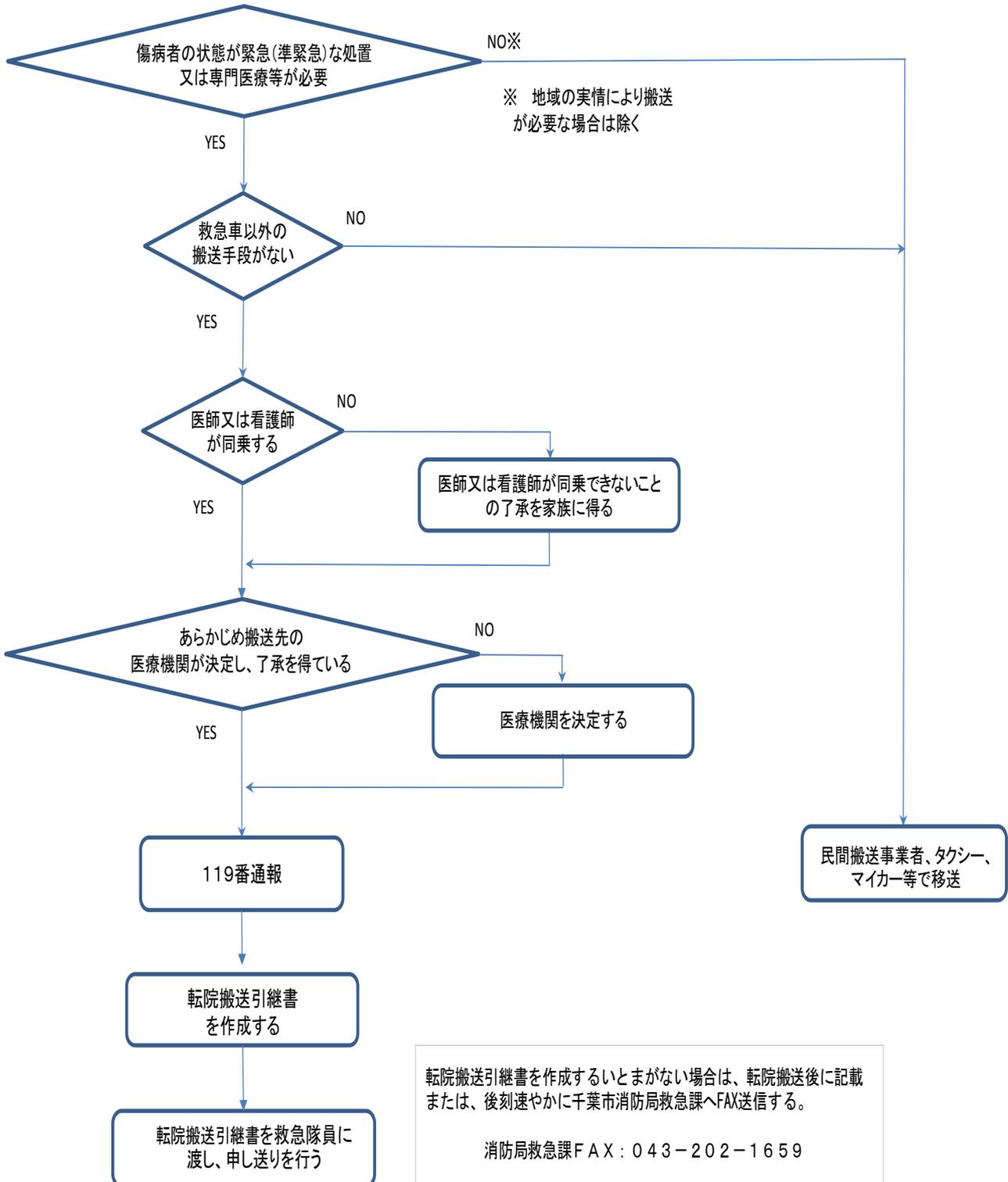
医師又は看護師の同乗	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 氏名 _____ <input type="checkbox"/> 無	※ 医師又は看護師が同乗できない場合には、傷病者及び付添いの家族等へ予め説明くださるようお願いいたします。（付添いの家族等がない場合は不要です。）
【バイタルサイン】 時 分現在 ◆意識：JCS I II III - ( _____ ) R・I・A ◆呼吸： _____ 回/分 ◆SpO <sub>2</sub> ： _____ % ( _____ ℓ/分) room air _____ % ◆脈拍： _____ 回/分 ◆血圧： _____ / _____ mmHg ◆体温： _____ °C ◆その他 ( _____ )		救急車内で必要な処置等（有・無） 酸素 ( _____ ℓ/分) その他 _____

医師又は看護師が同乗しない場合は、責任を持って傷病者の病態管理を救急隊へ指示します。

消防局救急課FAX：043-202-1659



転院搬送フローチャート



患者等搬送事業認定事業所一覧

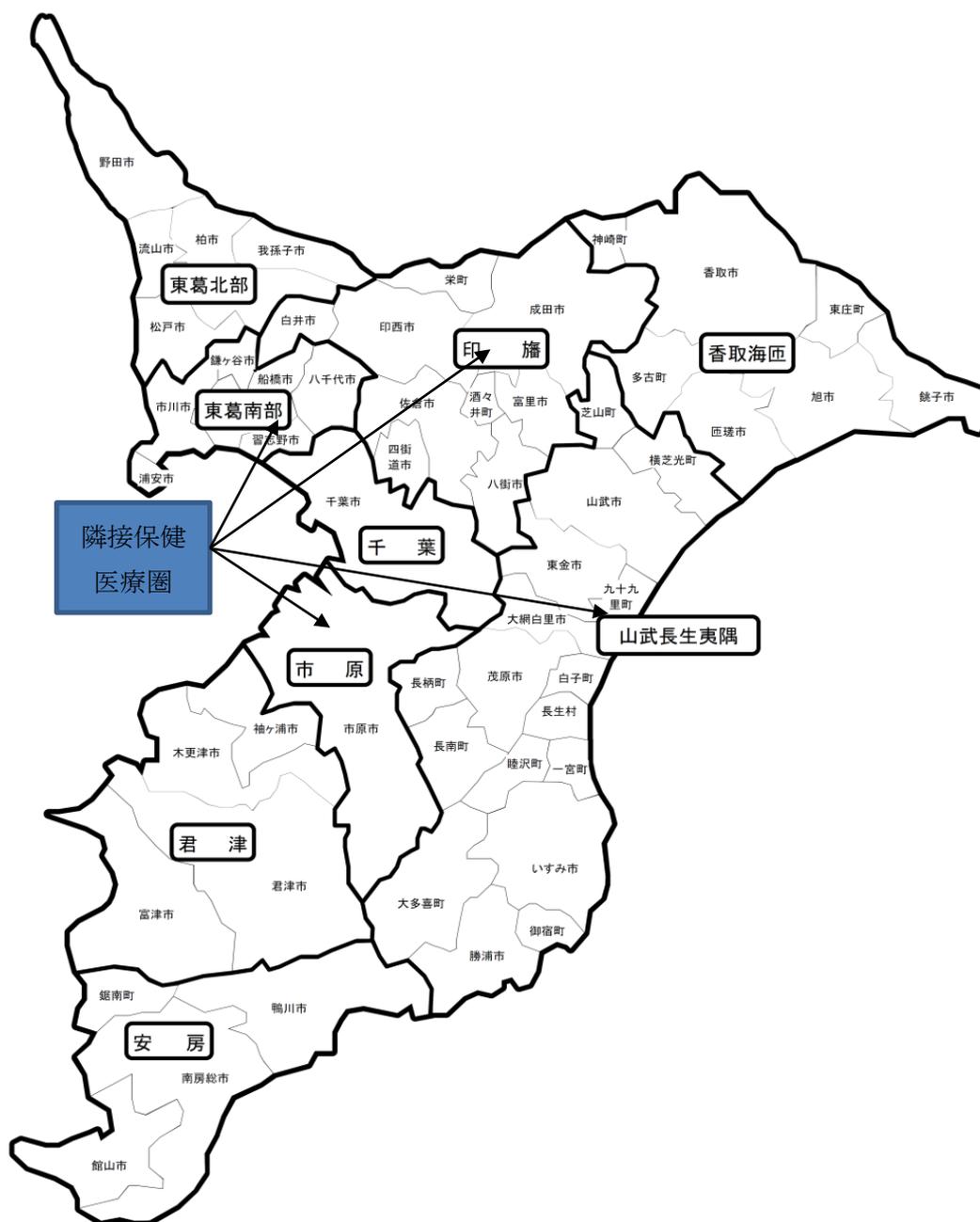
平成29年2月現在

事業所名	所在地	電話番号	認定の種類	搬送用自動車及び台数	点滴設備	酸素	移送できない場合	営業時間
特定非営利活動法人 千葉コアラ	中央区 祐光4-16-10	043-227-7294	ストレッチャヤー 及び車椅子	車椅子・寝台兼用 1	○	○	特になし。 重症感がある場合や急変がありそうな場合は断ることがある。	月～土 6時～19時
千葉構内タクシー 株式会社	中央区 問屋町5-42	043-242-6541	ストレッチャヤー 及び車椅子	車椅子・寝台兼用 2 車椅子専用 1	×	×	付添いがいて、移動手段として利用するのであれば特になし。	24時間 年中無休
有限会社 武豊	緑区 高田町182	043-291-7877	ストレッチャヤー 及び車椅子	車椅子・寝台兼用 2 車椅子専用 1	○	○	特になし。必要があれば病院の指示どおりに対応する。	24時間 年中無休
福祉タクシー若葉	若葉区 中田町1193-95	043-228-3446	ストレッチャヤー 及び車椅子	車椅子・寝台兼用 2	○	○	原則、何でも対応する。	24時間 年中無休
株式会社 ハピネス	若葉区 桜木4-9-4	043-234-6535	車椅子専用	車椅子・寝台兼用 2	○	△ 会社での用意はない	感染症がある場合は、断ることがある。	9時～17時 年中無休
アクア交通 有限会社	稲毛区 柏台1-3-307	043-254-5290	車椅子専用	車椅子専用 1	—	—	—	—
介護タクシー シラキ	若葉区 大宮町2124	043-263-6880	ストレッチャヤー 及び車椅子	車椅子・寝台兼用 1	○	△ 会社での用意はない	特になし。	要相談
医療法人社団 紫雲会 介護タクシー	緑区 高田町401-5	043-292-5111	ストレッチャヤー 及び車椅子	車椅子・寝台兼用 1	○	○	感染症がある場合。救急車が必要な場合。	8:30～17:30 年中無休
有限会社 コミックトレイン	若葉区 御成台2-8-11	043-236-3143	ストレッチャヤー 及び車椅子	車椅子・寝台兼用 1	○	○	感染症がある場合。妊婦。	24時間 年中無休
株式会社 面総グラウンドサービス	若葉区 加富利町870-3	043-231-3351	ストレッチャヤー 及び車椅子	車椅子・寝台兼用 2 寝台専用 2	○	○	精神科疾患で暴れる方。	要相談
ありよし介護タクシー	緑区 おゆのみ野有吉11-20	050-3785-0300	ストレッチャヤー 及び車椅子	車椅子・寝台兼用 1	○	○	特になし。	24時間 年中無休
福祉タクシーつばさ	中央区 末広3-28-4	043-265-6264	ストレッチャヤー 及び車椅子	車椅子・寝台兼用 1	○	○	特になし。ただし、重篤な方は断る。	24時間 年中無休
福祉タクシーKアシスト	花見川区 横橋町51-9	043-257-0629	ストレッチャヤー 及び車椅子	車椅子・寝台兼用 1	○	○	特になし。ただし、要予約。	24時間 年中無休
介護タクシーすすき	花見川区 千種町337-1	043-258-0294	ストレッチャヤー 及び車椅子	車椅子・寝台兼用 1	○	—	特になし。ノルウェー弁は断る。	24時間 年中無休
介護タクシーはる	中央区 東千葉2-6-1-222	080-3593-0025	ストレッチャヤー 及び車椅子	車椅子・寝台兼用 1	○	○	感染症がある方は、ケースバイケース。	24時間 年中無休
福祉タクシー ふらす・わん	稲毛区 稲毛東4-4-4	0120-39-2941	ストレッチャヤー 及び車椅子	車椅子・寝台兼用 1	○	○	特になし。3人以上の人手がかかる場合は要相談。	24時間 年中無休
福祉タクシーゆめの木	若葉区 御成台2-1-1	080-7793-1001	ストレッチャヤー 及び車椅子	車椅子・寝台兼用 1	○	○	特になし。	24時間 年中無休
あんしん介護タクシー パイ	中央区 東千葉2-27-15-307	090-9685-0278	ストレッチャヤー 及び車椅子	車椅子・寝台兼用 1	○	○	精神科疾患の方は割高。 救急車が必要だと思われる場合は断わる。 入院予約がない場合。	24時間 年中無休

千葉県における二次保健医療圏

二次保健医療圏とは、医療法第30条の4第2項第9号の規定に基づく区域で、特殊な医療を除く病院の病床の整備を図るべき地域的単位として設定するもので、医療機関相互の機能分担に基づく連携による包括的な保健医療サービスを提供していくための場であり、住民が短時間でこれらの保健医療サービスを受けることが可能となる圏域です。

また、千葉保健医療圏に隣接した二次保健医療圏は、市原、印旛、東葛南部、山武長生夷隅保健医療圏となります。



---

平成29年〇月〇日作成

年 月 日

転院搬送引継書

千葉市消防局長 あて

院長・診療所長

担当科 (医師名)

TEL

以下の項目に☑及び必要事項を記入してください。

転院搬送理由	<input type="checkbox"/> 緊急に処置が必要 (緊急) <input type="checkbox"/> 専門医療等の必要性 <input type="checkbox"/> 緊急に準じた処置が必要 (準緊急) <input type="checkbox"/> 地域の実情により搬送が必要 上記の理由を具体的に記入してください。 [ ]
--------	--

医師又は看護師の同乗	有 氏名 _____ <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 医師又は看護師が同乗できない場合の家族への説明 無 <input type="checkbox"/> 家族承諾済み <input type="checkbox"/> 家族不承諾 (説明できない又は家族不承諾の場合は理由を記入してください。) [ ]
------------	--

搬送中の傷病者が急変した場合の連絡先

要請元  搬送先

搬送先情報	医療機関名 担当科・担当医師名 _____ 連絡先 (電話番号) _____
-------	--

傷病者情報	ふりがな 氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 ( _____ 歳) 住所 _____
-------	--

<b>【バイタルサイン】</b> 時 分現在 ◆意識：JCS I II III - ( ) R・I・A ◆呼吸： 回/分 ◆SpO <sub>2</sub> ： % ( /分) room air % ◆脈拍： 回/分 ◆血圧： / mmHg ◆体温： °C ◆その他： ( )	診断名 (疑いも含む) 救急車内で必要な処置等 (有・無) <input type="checkbox"/> 酸素 ( /分) <input type="checkbox"/> その他 [ ]
---	--

医師又は看護師が同乗しない場合は、責任を持って傷病者の病態管理を救急隊へ指示します。

年 月 日

転院搬送引継書

千葉市消防局長 あて

依頼医療機関名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

以下の項目に☑及び必要事項を記入してください。

転院搬送理由	<input type="checkbox"/> 1 緊急に処置が必要 (緊急) <input type="checkbox"/> 2 専門医療等の必要性 <input type="checkbox"/> 3 緊急に準じた処置が必要 (準緊急) <input type="checkbox"/> 4 地域の実情により搬送が必要 診断名又は現時点で疑われる推定診断名を記入してください。 [ _____ ]
転院先	医療機関名 : _____ 診療科・医師名等 : _____ ※ 市外医療機関の場合のみ記入 連絡先電話番号 : _____ ( )
傷病者情報	生年月日 _____ ふりがな氏名 _____ T・S・H _____ 年 月 日 ( 歳 ) 住所 _____

下記の情報については、救急隊の代筆でも可能

医師の又は乗看護師	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 氏名 _____ <input type="checkbox"/> 無	※ 医師又は看護師が同乗できない場合には、傷病者及び付添いの家族等へ予め説明くださるようお願いいたします。(付添いの家族等がない場合は不要です。)
【バイタルサイン】 時 分現在 ◆意識 : JCS I II III - ( ) R・I・A ◆呼吸 : 回/分 ◆SpO <sub>2</sub> : % ( 〇/分) room air % ◆脈拍 : 回/分 ◆血圧 : / mmHg ◆体温 : °C ◆その他 ( )		救急車内で必要な処置等 (有・無) 酸素 ( 〇/分) その他 ( )

医師又は看護師が同乗しない場合は、責任を持って傷病者の病態管理を救急隊へ指示します。

消防局救急課FAX : 043-202-1659

転院搬送救急隊 : \_\_\_\_\_ 救急隊



## 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に係る細部事項について

### 議案要旨

千葉県の「搬送困難事例受入医療機関支援事業」において、搬送困難事例が発生した場合の受入れ医療機関の細部事項について、地域MCで取り決めるとあることから、各協力医療機関と協議した細部事項の内容について、御審議をお願いするものです。

# 搬送困難事例受入医療機関支援事業について

- 消防法第35条の5第2項第6号に規定される「傷病者の受入れに関する消防機関と医療機関との間の合意を形成するための基準その他傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項」(以下「6号基準」という。)について千葉県が策定した「千葉県傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」にある細部事項について、千葉市救急業務検討委員会は6号基準対象医療機関と以下のとおり定め、傷病者の搬送困難事例の解消を図ることとする。

## 6号基準医療機関

### (1)最終受入医療機関

千葉大学医学部附属病院(救急科・集中治療部)

### (2)一時受入れ医療機関

ア 誠馨会 千葉中央メディカルセンター

イ 創進会 みつわ台総合病院

#### 《参考》

##### 消防法第三十五条の五

都道府県は、消防機関による救急業務としての傷病者(第2条第9項に規定する傷病者をいう。以下この章において同じ。)の搬送(以下この章において「傷病者の搬送」という。)及び医療機関による当該傷病者の受入れ(以下この章において「傷病者の受入れ」という。)の迅速かつ適切な実施を図るため、傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準(以下この章において「実施基準」という。)を定めなければならない。

2 実施基準においては、都道府県の区域又は医療を提供する体制の状況を考慮して都道府県の区域を分けて定める区域ごとに、次に掲げる事項を定めるものとする。

四 消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関を選定するための基準

五 消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関に対し傷病者の状況を伝達するための基準

六 前二号に掲げるもののほか、傷病者の受入れに関する消防機関と医療機関との間の合意を形成するための基準その他傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項

## 2 内 容

対象傷病者	緊急度（高）又は重症度（高）	左記以外の傷病者
6号基準適応	交渉3件目から	交渉6件目から、 又は交渉開始から30分以上
一時受入医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 奇数日（奇数日の8時30分から偶数日の8時30分まで） <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 第1交渉先 みつわ台総合病院</li> <li>・ 第2交渉先 千葉中央メディカルセンター</li> </ul> </li> <li>➤ 偶数日（偶数日の8時30分から奇数日の8時30分まで） <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 第1交渉先 千葉中央メディカルセンター</li> <li>・ 第2交渉先 みつわ台総合病院</li> </ul> </li> </ul> <p>※但し、第1交渉先であっても当日、夜間外科系救急医療体制当番日である場合は、第2交渉先に変更</p>	
最終受入医療機関	千葉大学医学部附属病院（救急科・集中治療部）	
6号基準適応外傷病者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 三次医療機関での高度又は専門的な処置を要する傷病者</li> <li>・ 「妊産婦」又は「小児」に該当する傷病者</li> <li>・ 「精神科疾患」に該当する傷病者</li> </ul>	
運用方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 消防機関（救急隊）は、6号基準対象傷病者が発生した場合は、一時受入医療機関に対して『6号基準』による照会である旨を伝え、受入れを要請する。</li> <li>・ 要請を受けた一時受入医療機関は、原則として当該傷病者を受入れるものとする。</li> <li>・ 一時受入医療機関で処置困難である場合は、最終受入医療機関へ受入れを要請する。</li> <li>・ 要請を受けた最終受入医療機関は、原則として当該傷病者を受入れるものとする。</li> </ul>	

# 今後の流れ

平成29年6月28日  
千葉市救急業務検討委員会での審議

平成29年7月初旬  
3医療機関との細部事項についての確認(書面)

平成29年7月中旬  
千葉県への報告

平成29年7月中旬  
救急隊員への周知

平成29年8月  
運用開始(予定)

平成30年3月  
運用状況の調査・分析

## 千葉市消防局指導救命士退任に伴う 新指導救命士の指名及び総括指導救命士の指名について

当局では、救急救命士をはじめ救急業務に携わる職員に対する指導的立場の救急救命士として、平成22年度から千葉市消防局指導救命士制度により、現在8人の指導救命士（うち2人が指導救命士の管理、運営、教育方法等を調整する総括指導救命士）を指名している。

今般、平成29年3月31日をもって2年の任期満了に伴い退任した総括指導救命士に代わる、新たな総括指導救命士を指名するとともに、新たに指導救命士1人を指名したことを報告するものです。

### ○ 退任した総括指導救命士

消防司令 大岩 進

（平成29年3月31日）

### ○ 新たに指名した総括指導救命士

消防司令 田端 隆司

（平成29年4月1日）

### ○ 新たに指名した指導救命士

消防司令補 座間 洋明

（平成29年6月1日）

### 指導救命士の業務

- ◆ 救急業務に携わる職員への教育及び技術的指導
- ◆ 救急救命士認定資格取得に係る指導
- ◆ 救急隊長研修での講義・指導
- ◆ 各署で開催される救急技術研究会等での指導
- ◆ 救急隊現場活動マニュアルやプロトコルの検討及び策定
- ◆ 教育用DVDの作成・編集
- ◆ ICLSやJPTEC等、各種コースインストラクターとしての活動
- ◆ 青葉病院救急ワークステーションにおける救急隊員への教育・指導
- ◆ その他、関係機関との折衝及び調整等

## ビデオ硬性挿管用喉頭鏡(AWS)追加講習及び処置 範囲拡大二行為追加講習の実施について

---

### 報告要旨

ビデオ硬性挿管用喉頭鏡(AWS)追加講習及び処置範囲拡大二行為追加講習の実施予定について報告するものです

### 【AWS追加講習】

日時:平成29年8月7日、8日

場所:千葉市消防学校

対象者:33名(追加講習未受講の職員のうち、救急業務に従事しない管理職職員を除く)

講師:千葉県救急医療センター麻酔科部長稲葉晋先生

指導救命士

### AWS追加講習カリキュラム(案)

月 日	曜日		1 時 限	2 時 限	3 時 限	4 時 限	5 時 限	6 時 限	7 時 限	講師 (医師)	指導救命士	
			9:00 ~ 9:50	10:00 ~ 10:50	11:00 ~ 11:50	13:00 ~ 13:50	14:00 ~ 14:50	15:00 ~ 15:50	16:00 ~ 16:50			
8月7日	月	内容	座学			試験	実技				稲葉医師	宗像司・田端司 生田補・三橋補 渡邊補・座間補 丸島補
		項目	AWSを用いた気管挿管に必要な知識及び事故対策		AWSを用いた気管挿管法の実際	筆記試験	人形等を用いたシミュレーション					
		講師	稲葉先生		指導救命士	指導救命士	稲葉医師及び指導救命士					
		内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>気道の構造とAWSの構造、特徴及び他の硬性喉頭鏡との相違点を説明できる</li> <li>合併症を含めた危険因子と事故対策としての医学的対応を説明できる</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>物品準備及び気管挿管プロトコルを説明できる</li> </ul>		プロトコルに従い、気管挿管手技を(いわゆる大名挿管)を実施する	プロトコルに従い、シナリオを用いた隊活動訓練を実施する				
8月8日	火	内容	座学			試験	実技				稲葉医師	宗像司・田端司 生田補・三橋補 市原補・座間補 丸島補
		項目	AWSを用いた気管挿管に必要な知識及び事故対策		AWSを用いた気管挿管法の実際	筆記試験	人形等を用いたシミュレーション					
		講師	稲葉先生		指導救命士	指導救命士	稲葉医師及び指導救命士					
		内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>気道の構造とAWSの構造、特徴及び他の硬性喉頭鏡との相違点を説明できる</li> <li>合併症を含めた危険因子と事故対策としての医学的対応を説明できる</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>物品準備及び気管挿管プロトコルを説明できる</li> </ul>		プロトコルに従い、気管挿管手技を(いわゆる大名挿管)を実施する	プロトコルに従い、シナリオを用いた隊活動訓練を実施する				

### 【処置範囲拡大二行為追加講習】

日時:平成29年10月18~20日、3月14~16日及び来年度

場所:千葉市消防学校

対象者:57名(追加講習未受講の職員のうち、千葉県消防学校における追加講習受講者、救急業務に従事しない管理職職員を除く)

講師:千葉県救急医療センター麻酔科部長稲葉晋先生

千葉大学大学院医学研究院救急科・集中治療部助教立石順久先生

指導救命士

カリキュラムは作成中