

令和2年度第2回千葉市救急業務検討委員会

日時：令和2年8月19日（水）

19時00分～20時00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 議事概要報告

「令和2年度第1回千葉市救急業務検討委員会」議事概要

3 議題

議題1 指令管制に関する専門部会の設置について

議題2 救急隊現場活動マニュアルの改訂について

4 報告

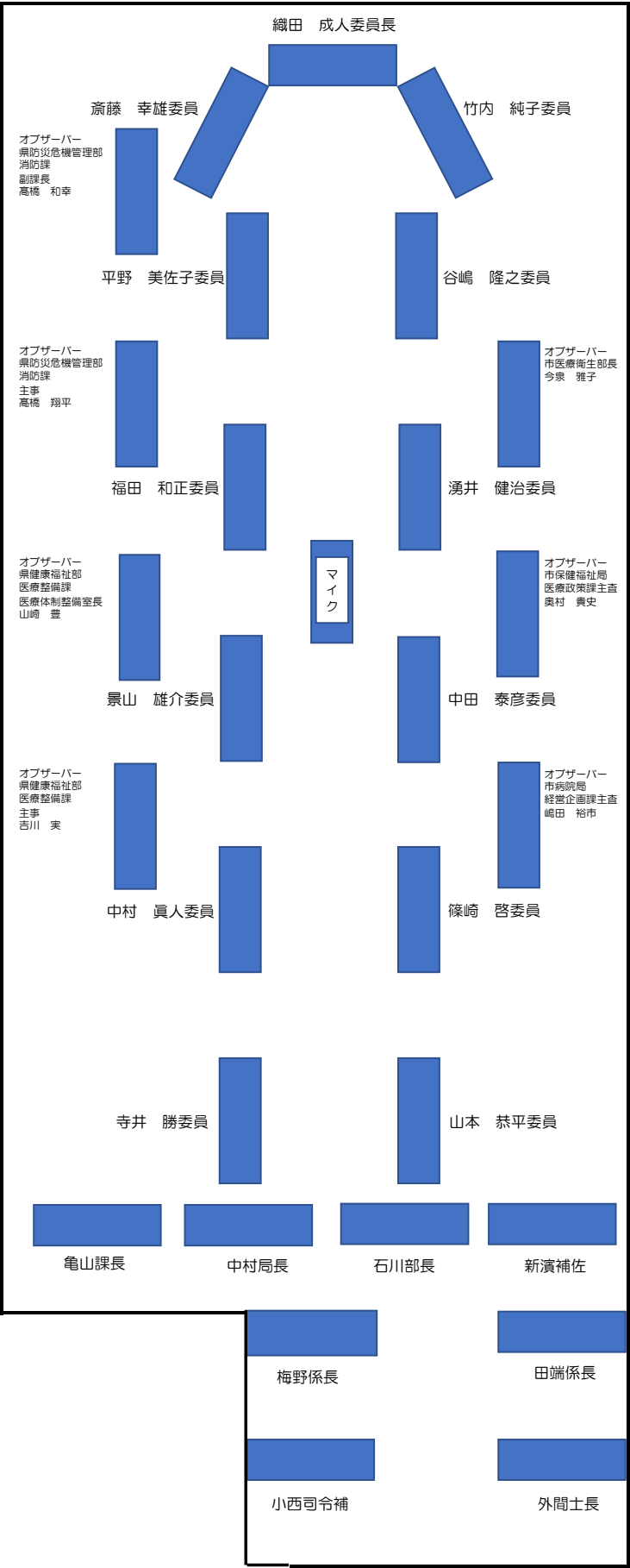
報告1 新型コロナウイルス感染症への対応について

5 その他

令和2年度第3回千葉市救急業務検討委員会の開催予定について

6 閉会

令和2年度第2回千葉市救急業務検討委員会席次表



【Web中継により参加】

中田 孝明委員

石橋 巖委員

オブザーバー

千葉大学大学院医学研究
院救急集中治療医学
准教授 安部 隆三

令和2年度第1回千葉市救急業務検討委員会

議 事 概 要

1 日 時 令和2年4月22日（水）19時00分から20時10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（13人）

織田 成人委員、中田 孝明委員、竹内 純子委員、斎藤 幸雄委員、
石橋 巖委員、平野 美佐子委員、谷嶋 隆之委員、福田 和正委員、
景山 雄介委員、中村 真人委員、篠崎 啓委員、寺井 勝委員、
山本 恭平委員

（2）事務局

中村局長、石川警防部長、亀山救急課長、新濱救急課長補佐、梅野救急管理係長
田端高度化推進係長、安藤司令補、小西司令補、玉井士長、外間士長

（3）オブザーバー

医療機関：安部医師（千葉大学大学院医学研究院救急集中治療医学）
鈴木医師（最成病院）

千 葉 市：今泉部長（保健福祉局医療衛生部）
風戸課長（保健福祉局医療衛生部医療政策課）
奥村主査（保健福祉局医療衛生部医療政策課地域医療班）
堀内主任主事（保健福祉局医療衛生部医療政策課地域医療班）
西村次長（保健福祉局医療衛生部保健所）
早川課長補佐（保健福祉局医療衛生部保健所感染症対策課）
嶋田主査（病院局経営企画課）

4 会議内容

（1）議事概要報告

「令和元年度第2回千葉市救急業務検討委員会」議事概要

（2）議題

ア 議題1 委員長の選出及び職務代理者の指名について

イ 議題2 新型コロナウイルス感染者の増加に伴う救急患者の受入れの現状と
今後について

（3）報告

ア 報告1 救急隊員の感染防止策について

イ 報告2 市立青葉病院救急ワークステーションにおける救急隊員再教育の一
時停止について

5 議事概要

(1) 「令和元年度第2回千葉市救急業務検討委員会」議事概要

令和2年2月20日（木）に開催された令和元年度第2回千葉市救急業務検討委員会の議事概要は、令和2年度第1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 委員長の選出及び職務代理者の指名について

本委員会の委員の委嘱期間満了に伴い、新たに委員の委嘱が行われたことから、本委員会設置条例に基づき委員長の選任を行った。織田委員が推挙され、審議を行った結果、各委員から異議なく織田委員が委員長として選任された。また、職務代理者として中田（孝）委員が指名された。

(3) 議題2 新型コロナウイルス感染者の増加に伴う救急患者の受入れの現状と今後について

事務局から「新型コロナウイルス感染症に関わる救急出動の現状について」を報告後、事務局から本委員会の委員及びオブザーバーの医療機関に対して事前に送付した、新型コロナウイルス感染者（疑いも含む）に対する病院での救急搬送への対応についてのアンケートの集約結果を基に、保健福祉局を交えて、各病院での受入れの現状と今後について、意見交換を実施した。

(4) 報告1 救急隊員の感染防止策について

新型コロナウイルス感染症への対応について、救急活動時における救急隊員の感染防止対策、救急車内の飛沫防御用カーテンの使用について、事務局から報告があった。

(5) 報告2 市立青葉病院救急ワークステーションにおける救急隊員再教育の一時停止について

新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく緊急事態宣言発令に伴い、青葉病院救急ワークステーションにおける救急隊員再教育を一時的に停止することについて、事務局から報告があった。

議題 1

指令管制に関する専門部会の設置について

議案要旨

指令管制員は、119番通報の受信段階から心肺蘇生の口頭指導やその他の応急手当の実施依頼、AEDの手配等、通報者に対して電話を通じた関与が可能となることから、救命率の向上に大きく関与しています。

指令管制に関する事後検証体制を構築し、さらなる救命率の向上の目的をとした専門部会の設置について御審議をお願いするものです。

設置の経緯

【経緯】

平成28年4月25日付け「口頭指導に関する実施基準の一部改正について」（消防庁次長通知）が発出され、新たに「口頭指導に関わる事後検証等」が追加された。その中で、「地域メディカルコントロール協議会において、通信指令員の出席の下で事後検証を行うものとすること」「口頭指導、コールトリアージ及び通信指令員に対する救急に係る教育に関して、地域メディカルコントロール協議会との連携体制を構築すること」と明記された。

「口頭指導に関する実施基準の一部改正等について」（平成25年5月9日付け消防庁次長通知）

5 口頭指導に係わる記録等

「通信指令業務のうち救急に係る内容について、地域メディカルコントロール協議会において事後検証を行う体制を検討すること」

「口頭指導、コールトリアージ及び指令員に対する救急に係る指令員教育に関して、地域メディカルコントロール協議会がサポートしていく体制を構築し、口頭指導及びバイスタンダーCPRの実施率向上に努めること。」



「口頭指導に関する実施基準の一部改正について」（平成28年4月25日付け消防庁次長通知）

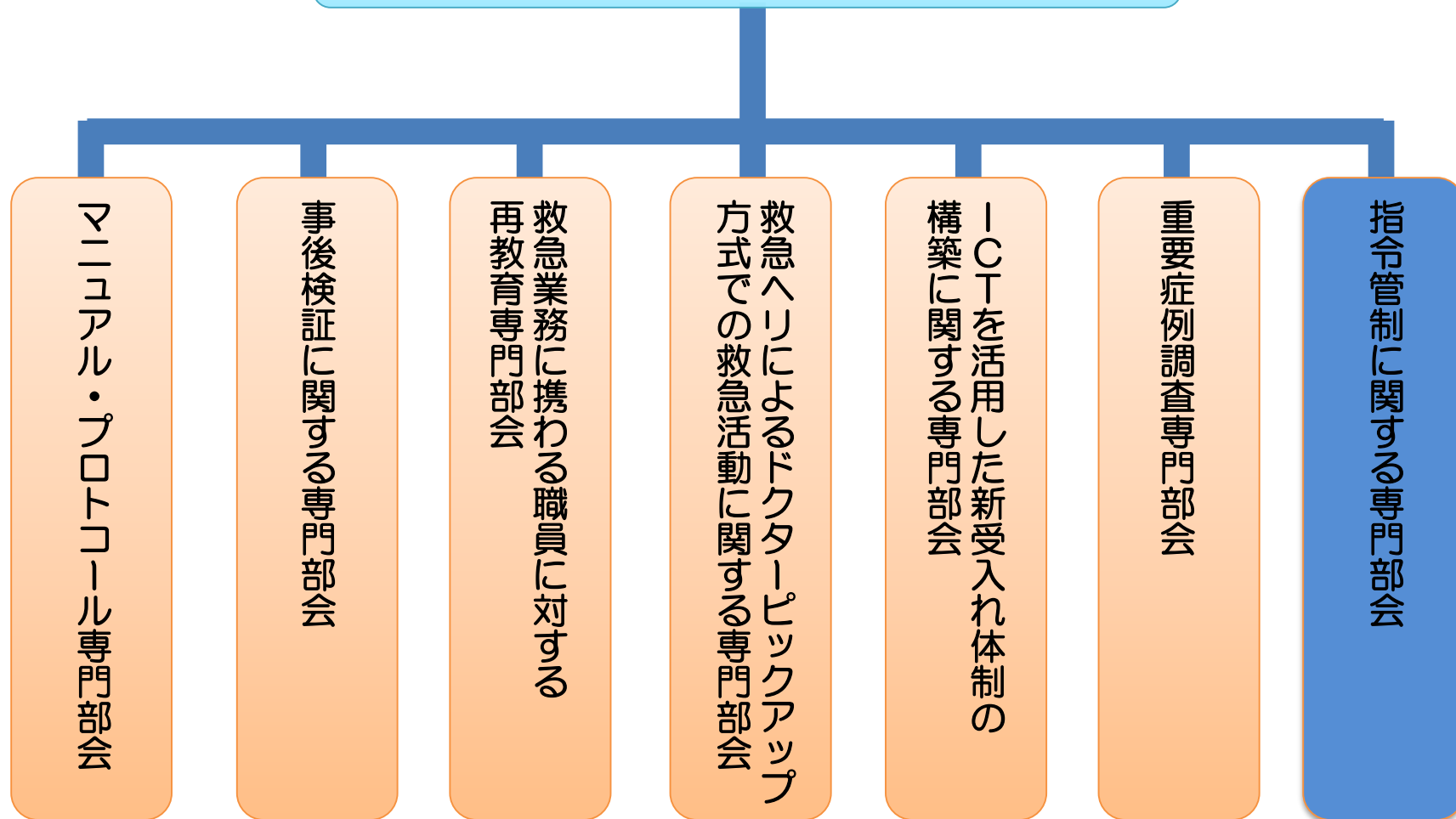
6 口頭指導に関わる事後検証等

「通信指令業務のうち救急に係る内容について、地域メディカルコントロール協議会において、通信指令員の出席の下で事後検証を行うものとすること」

「口頭指導、コールトリアージ及び通信指令員に対する救急に係る教育に関して、地域メディカルコントロール協議会との連携体制を構築し、口頭指導及びバイスタンダーの心肺蘇生の実施率向上に努めること。」

千葉市救急業務検討委員会組織図

千葉市救急業務検討委員会（親会）



現在、千葉市救急業務検討委員会の下部組織として、6つの専門部会が設置されている。

千葉市救急業務検討委員会設置条例第7条に基づき、新たに「指令管制に関する専門部会」を設置したい。

指令管制員の救急に係る教育について

【国の動き】

- ・「平成24年度 救急業務のあり方に関する検討会報告書」で、**通信指令員の救急に係る教育の必要性**とともに、国として初めて必要な教育項目について示された。
- ・「平成25年度 救急業務のあり方に関する検討会教育に関する作業部会」で検討を行い、**「通信指令員の救急に係る教育テキスト」**を策定された。
- ・平成27年6月22日付け「救急業務に携わる職員を対象とした教育研修の推進について」（消防庁救急企画室長通知）で、**指令管制員に対しても医学的根拠により救急に関する教育の必要性**が示された。
- ・「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」で検討を行い、**「通信指令員の救急に係る教育テキスト」**を改訂された。

【指令センターでの教育】

平成27年度『ちば消防共同指令センター指令管制員の救急に係る教育』を試行運用

平成28年度『ちば消防共同指令センター指令管制員の救急に係る教育計画』を正式運用

【時間数】15時間30分

【責任者】指令班班長

【指導者】指令班の副班長以上の職員及び指令班に所属する救急救命士

【教育内容】座学：医学基礎教育、救急業務における指令管制員の役割、緊急度・重症度識別及び、口頭指導要領

実技：シミュレーションを取り入れた緊急度・重症度識別及び口頭指導要領、多種多様な通報へ対応するための模擬通報を使用した総合教育

近隣他都市の指令管制業務における救急に関する事後検証の実施状況

「令和元年度 救急業務のあり方に関する検討会報告書」によると、全国726消防本部のうち「通信指令員に対する口頭指導の事後検証」を実施しているのは468消防本部（64.5%）、実施予定は98消防本部（13.5%）であった。

（平成30年は、実施している：446消防本部（61.3%）、実施予定：65消防本部（8.9%））

口頭指導に係る事後検証の実施

	実施している	実施予定
平成30年 8月1日現在	446消防本部 （61.3%）	65消防本部 （8.9%）
令和元年 8月1日現在	468消防本部 （64.5%）	98消防本部 （13.5%）

組織		事後検証 実施の有無	実施主体	実施者	対象症例
近隣政令市	横浜市消防局	○	救急部門	MC協議会内の検証委員会 （指令課も参加）	コールトリアージの判断について検証を実施 アンダートリアージとなった事案を全事案から 指令課が抽出
	川崎市消防局	○	救急部門	署職員、救急課員、医師	救急活動の検証体制における 3次検証（医師による検証）の対象症例
	さいたま市消防局	○	指令部門	指令課員	指令課が必要と判断した症例 （主に救命士の指令課検証員が判断）
	相模原市消防局	○	救急部門	内部検証：救急課員、署職員 外部検証：登録制検証医師	口頭指導があった心肺停止症例
近隣大規模 共同 センター	たかさき消防共同指令センター （6消防本部）	×	—	—	—
	いばらき消防指令センター （20消防本部）	○	指令センター	内部検証：副センター長（救命士） 外部検証：管内MC医師、副センター長	内部検証：①プロトコルを用いた口頭指導あり ②ドクターヘリ・ドクターカー要請 ③構成本部からの申し出あり 外部検証：①内部検証で必要と判断 ②各MCの検証で必要と判断
	千葉北西部消防指令センター （6消防本部）	×	—	—	—

検討項目とスケジュール（事務局案）

検討項目

1. 口頭指導の事後検証体制に係る事項について（事例、方法、書式等）
2. 指令管制員に係る教育体制について
3. 今後の事後検証体制及び教育体制について
4. その他事後検証、教育体制について

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
千葉市救急業務 検討委員会	開催						開催 予定	
専門部会		素案 検討		素案 検討		素案 決定		

【事務局案】

1. 年度内に3回開催（9月、11月、1月）
2. 上記項目を検討し、素案を2月開催の千葉市救急業務検討委員会に提出
2. 部会員は8人（医師5人、千葉市消防局指令課員3人）

議題2

救急隊現場活動マニュアルの改訂について

議案要旨

消防庁から通知された内容や救急情報共有システムの運用開始を踏まえて、千葉市救急業務検討委員会の下部組織であるマニュアル・プロトコール専門部会において、救急隊現場活動マニュアルの改訂作業を行いました。

今後、上程した改訂内容に基づいた救急業務の開始について、御審議をお願いするものです。

- 参考資料 1 総論「救急隊員の行う一次救命処置の総論」（改訂版）
- 参考資料 2 第1章の1 3「急性冠症候群プロトコール」（改訂版）
- 参考資料 3 第1章の1 4「脳卒中プロトコール」（改訂版）
- 参考資料 4 第2章の1 1「急性冠症候群・脳卒中への対応」（改訂版）

改訂の経緯と検討内容

【経緯】

「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」（平成30年法律第105号）の公布・施行を背景に、救急隊における観察・処置等について「令和元年度救急業務のあり方に関する検討会」において検討が行われた。その検討結果を踏まえて、科学的知見に基づいた救急業務における知識・技術の向上等を目的として、令和2年3月27日付け「救急隊における観察・処置等について（通知）」（消防庁救急企画室長）が発出された。

さらには、病院内において傷病者の急性病態を評価するための「NEWS」であるが、救急現場においても評価する救急隊が増えてきた。令和2年7月20日から「救急情報共有システム」が運用開始され、システム内にバイタルサインを入力するとNEWSが自動計算されることにより、より短時間で評価できるようになった。

【専門部会での検討内容】

- 1 脳卒中が疑われる傷病者に対する身体観察及び機械的血栓回収法が常時実施できる医療機関への搬送について
- 2 12誘導心電図の測定、測定結果の伝送について
- 3 NEWSの評価を基本的な活動にすることについて



NEWS

(National Early Warning Score)

バイタルサインを点数化し、状態変化を知らせるツール。点数の合計を求め、その値が高いほど急変する可能性が高い。

- | | |
|-----------|----------|
| 1. 呼吸数 | 2. 酸素飽和度 |
| 3. 体温 | 4. 収縮期血圧 |
| 5. 脈拍数 | 6. 意識レベル |
| + 酸素投与の有無 | |

【改訂部分】

- 1 総論「救急隊員の行う一次救命処置の総論」
- 2 第1章の13「急性冠症候群プロトコール」、第1章の14「脳卒中プロトコール」
- 3 第2章の11「急性冠症候群への対応」、第2章の12「脳卒中への対応」

第1章の13「急性冠症候群プロトコール」

改訂概要

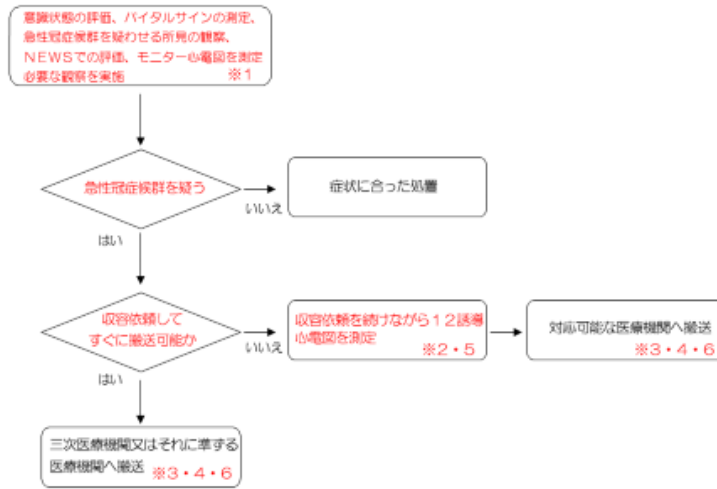
急性冠症候群を疑った場合、原則、12誘導心電図を測定し、医療機関に伝送する。必要に応じて常駐医師にも伝送する。

改訂箇所

- 急性冠症候群を疑わせる所見を改訂した。
- 「急性冠症候群を疑い、すぐに搬送可能な場合、三次医療機関及びそれに準じた医療機関に搬送する。（原則、撮影した12誘導心電図の波形を収容医療機関に伝送する。）」とした。
- 「急性冠症候群を疑うが、すぐに搬送できない場合、病院収容依頼を続けながら12誘導心電図を測定する。（原則、撮影した12誘導心電図の波形を収容依頼先医療機関及び常駐医師に伝送する。）」とした。

救急隊現場活動マニュアル
第1章の13「急性冠症候群プロトコール」

《急性冠症候群プロトコール》



※1 (1)～(5)の症状は、急性冠症候群を疑わせる所見であり、総合的に判断する。

- (1) 胸痛・圧迫感を含む胸部違和感
- (2) 心臓部痛
- (3) 左腕、左肩、下顎部に放散する痛み
- (4) モニター心電図での波形の異状
- (5) 冷汗

※2 原則、撮影した12誘導心電図の波形を収容依頼先医療機関に伝送する。

※3 救急現場で行えなかった全身観察・体位管理・酸素投与等を実施する。

※4 移動時の急変を考慮して、除細動の準備や搬送先へのセカンドコールを念頭に置いて搬送する。

※5 必要に応じて、撮影した12誘導心電図の波形を常駐医師に伝送し、助言・指導を得る。

※6 原則、撮影した12誘導心電図の波形を収容医療機関に伝送する。

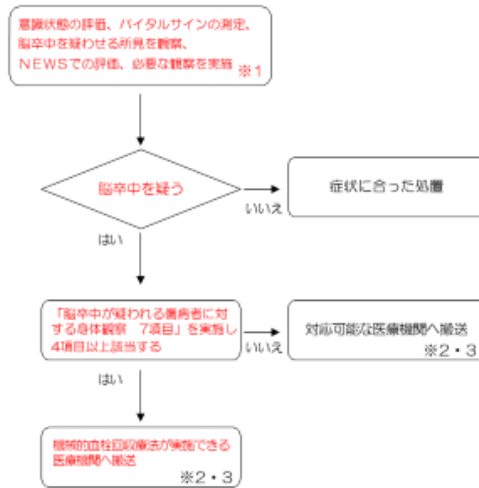
以下の4種類は、致死的不整脈であることを十分認識すること。

- (1) Short Run
- (2) R on T
- (3) 多源性心室性期外収縮又は多発性心室性期外収縮
- (4) 頻発する心室性期外収縮

第1章の14「脳卒中プロトコル」

救急現場活動マニュアル
第1章の14「脳卒中プロトコル」

《脳卒中プロトコル》



※1 (1)～(5)の症状は、脳卒中を疑わせる所見であり、総合的に判断する。

- (1) 生理学的評価の異常（クッシング現象、重症不整脈、急激に悪化する意識障害等）
- (2) 解剖学的評価の異常（頭部硬直、チアノーゼ等）
- (3) 突然の意識障害
- (4) 激しい頭痛、後頭部痛
- (5) CPSS及びFASTで評価して1項目でも該当がある。

※2 救急現場で行えなかった全身観察・体位管理・酸素投与等を実施する。

※3 移動時や車両の振動による刺激などによって出血が増大し症状が悪化する場合がありますので、“急ぎつつも安定的に”搬送することが原則である。

改訂概要

脳卒中を疑った場合、消防庁から提示された身体観察7項目を実施し、4項目以上該当があれば機械的血栓回収療法が実施できる医療機関へ搬送する。

改訂箇所

- ・脳卒中を疑わせる所見に「FAST」を導入した。
- ・「脳卒中を疑った場合、『脳卒中が疑われる傷病者に対する身体観察 7項目』を実施し、4項目以上該当があれば機械的血栓回収療法が実施できる医療機関へ搬送する。」とした。

FAST

米国脳卒中協会が推奨するテストで、脳卒中を疑う人に3つの徴候を確認して、そのうち1つでも該当すれば脳卒中が疑われる。

F : Face（顔の麻痺）

顔がゆがんでいる。顔の片方だけ力なく下がる。

A : Arm（腕の麻痺）

左右平行になるよう腕を上げると、次第に片方が力なく下がる。

S : Speech（ことば）

言葉が出てこない。呂律が回らない。

T : Time（発症時刻）

発症に気が付いたら時間を確認する。

第2章の1 1「急性冠症候群への対応」 第2章の1 2「脳卒中への対応」

改訂概要

「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」の公布・施行を背景に、「急性冠症候群への対応」及び「脳卒中への対応」を同じ章にした。

改訂箇所

○ 急性冠症候群

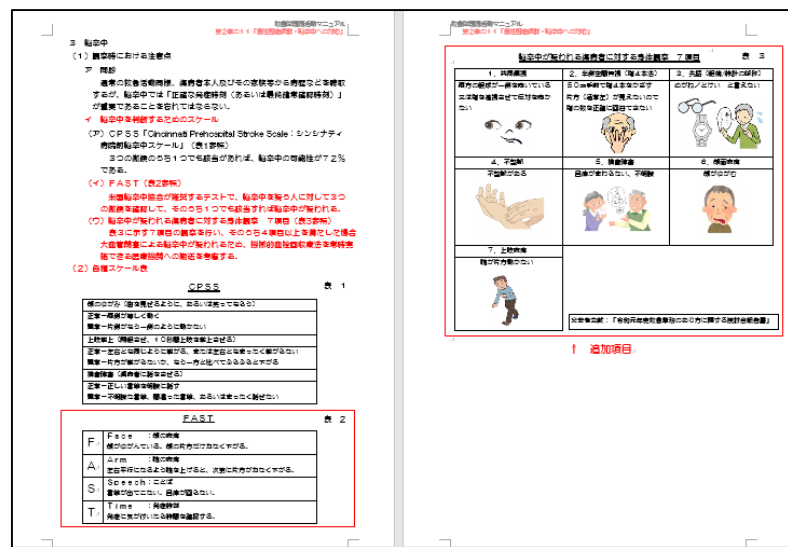
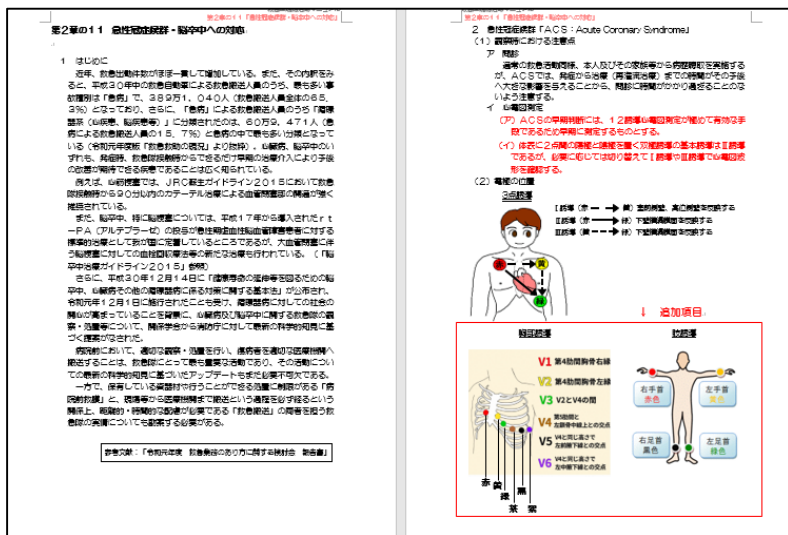
- ・ACSの早期判断には、1 2誘導心電図測定が極めて有効な手段であるため早期に測定するものとした。
- ・「胸部誘導」「肢誘導」を「電極の位置」に導入した。

○ 脳卒中

- ・「JCS」「GCS」を「総論」に移動した。
- ・「FAST」「脳卒中が疑われる傷病者に対する身体観察 7項目」のスケールを導入した。

脳卒中が疑われる傷病者に対する身体観察 7項目

日本脳卒中学会から消防庁に提案された観察項目で、「救急業務のあり方に関する検討会」において検討が行われた後、情報提供された。4項目以上の該当があった場合は、機械的血栓回収療法を常時実施できる医療機関への搬送を考慮することと提言された。



○ 運用開始時期

令和2年10月1日から（指令センター常駐医師用マニュアルの改訂についても、救急隊現場活動マニュアルと同時に改訂）

○ 周知方法

- ・ 各所属宛てに通知文を発出後、全救急隊員が閲覧可能のフォルダーに保存
- ・ 指令センター常駐医師用マニュアルは、常駐医師協力医療機関宛て電子媒体にて配布
- ・ 改訂概要を常駐医師待機室に掲示

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、全ての救急隊員が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ことを原則とする。

救急隊員の行う一次救命処置の総論

1 救急隊員の行う一次救命処置の概説

平成12年8月、AHA（アメリカ心臓協会）が世界で共通の心肺蘇生法として「国際ガイドライン2000」を作成した。これに基づいて、財団法人日本救急医療財団に設置された心肺蘇生法委員会（以下「蘇生委員会」という。）から、我が国で共通した心肺蘇生法の指針（日本版救急蘇生ガイドライン）が示され、平成14年4月から当該心肺蘇生法の運用が開始された。

平成15年4月1日、救急救命士が行う医師の指示下による半自動式除細動器による除細動の施行が包括的指示下により施行可能となり、更に厚生労働省に設置された「非医療従事者による自動体外式除細動器（AED）の使用のあり方検討の報告書」で示された方針により、蘇生委員会から救急蘇生法の指針に、電氣的除細動が加えられた新指針（心肺蘇生法）が示され、平成16年7月1日から一般救急隊員を含めた全救急隊員による除細動処置が施行可能となった。

その後、「国際ガイドライン2005」が勧告され、これに基づき、「日本版救急蘇生ガイドライン」が示され、総務省消防庁が「救急隊員の行う心肺蘇生法について」（平成18年8月15日消防救第111号）を通知した。

千葉市消防局救急業務検討委員会では、これを受け救急隊員が行う救急活動において必要となるマニュアルやプロトコールに係る検討を行い平成19年2月1日から運用を開始した。

平成22年10月国際蘇生連絡協議会（ILCOR）から発表された「心肺蘇生に関わる科学的根拠と治療勧告コンセンサス（COSTR）」に基づいて「JRC蘇生ガイドライン2010」が発表されたことに伴い「救急隊員の行う心肺蘇生法について」（平成24年3月消防庁救急企画室長通知）及び「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」（平成24年3月日本救急医療財団心肺蘇生法委員会）を踏まえて千葉市救急業務検討委員会の下部組織である「マニュアル・プロトコール専門部会」で検討を行い、本委員会において審議し、平成25年度より運用を開始した。

平成27年10月には、上記と同様に「JRC蘇生ガイドライン2015」が発表され、翌年の平成28年4月に「救急隊員の行う心肺蘇生法について」が消防庁救急企画室から発出された。これらは従来と大幅な変更がないため、文言等、その他必要な所要の整理を行い、平成29年度より運用を開始するものである。

2 救急蘇生に関わる用語の整理

日本版救急蘇生ガイドラインでは、次の救急蘇生に係る用語の定義が示された。

《日本救急医療財団「新ガイドラインに関わる小委員会の見解」抜粋》

(1) 心肺蘇生 (Cardiopulmonary Resuscitation : CPR)

心肺停止患者に対して、心臓マッサージのための胸骨圧迫及び人工呼吸を包括する概念とする。状況によっては、人工呼吸が省略されることもある。

なお、異物で窒息を来した傷病者に対して、異物除去を目的として行う「胸骨圧迫と人工呼吸」も心肺蘇生 (CPR) として取り扱う。

(2) 一次救命処置 (Basic Life Support)

心肺蘇生、AEDによる除細動、気道異物除去を包括する概念とする。AEDや感染防御具、包帯などの簡易な器具以外には特殊な医療資材を用いない。

なお、小児を対象とする場合は小児一次救命処置と呼ぶ。

(Pediatric Basic Life Support : PBLIS)

(3) 二次救命処置 (Advanced Life Support : ALS)

心肺蘇生、電氣的除細動、気道異物除去、蘇生後の急性病態における呼吸、循環管理を始めとする全身管理を包括する概念とする。一次救命処置と異なり、高度な医療資材を用いるため医療従事者のみが行う。

なお、小児を対象とする場合は小児二次救命処置と呼ぶ。

(Pediatric Advanced Life Support : PALS)

(4) 救急蘇生

一次救命処置、応急手当及び二次救命処置を包括する概念とする。

(5) その他、本編での用語の整理

ア 指示回数の方

医師の具体的指示を必要とする救急救命処置（いわゆる特定行為）一つに対して、指示要請を1回行うことをいう。

※ 1回の通話でいわゆる特定行為1行為の指示要請を行うことではない。

イ VF／無脈性VT

心室細動及び総頸動脈で脈拍の触知がない心室頻拍をいう。

ウ PEA

無脈性電気活動をいう。心停止の一種であり、心電図モニターでは電気活動が認められるにも関わらず、脈拍が触知できない状態をいう。

エ OMC

オンラインメディカルコントロールのことをいう。

オ PAC

プレアライバルコール（現場到着前電話連絡）のことをいう。

なお、心肺蘇生・一次救命処置の定義は、広義・狭義での様々な見解があることから、本編での用語については、前述の用語の定義を踏まえ、以下のとおりとする。

■ 救急隊員が行う胸骨圧迫

（以下「胸骨圧迫」という。）及び人工呼吸を包括して「心肺蘇生」とする。

■ 心肺蘇生に除細動を加えた処置を包括して「一次救命処置」とする。

※ 本「一次救命処置」を基本とした救急救命士が施行する特定行為に関する施行手順は、第5「個別プロトコール」のとおり。

※ 気道異物除去については、必要に応じ適宜施行する。

3 全体を通しての基本的な考え方（骨子）心肺蘇生（胸骨圧迫・人工呼吸の開始要領および比率）

- 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を基本とする。そのため、傷病者が心肺機能停止状態であることを観察した後は、速やかに「胸骨圧迫」を開始する。バッグ・バルブ・マスクの準備が整い次第「人工呼吸」を2回施行し、以後胸骨圧迫30回と人工呼吸を2回繰り返す。何らかの事由により、速やかに「胸骨圧迫」が施行できない場合は、人工呼吸を優先する。
- 胸骨圧迫30回：人工呼吸2回を、「心肺蘇生の1サイクル」とする。

4 除細動の施行

《除細動の適応年齢》

除細動の適応年齢については、「全年齢の傷病者」とする。

《心肺蘇生と除細動の併用およびオンラインメディカルコントロール》

除細動の施行は、適応年齢全てにおいて心肺蘇生を開始し、除細動器の準備が整い次第、心電図波形を解析し、除細動の適応であった場合は1回のみの放電を

施行する。以後、病院到着するまで、心肺蘇生5サイクルに対し1回のみの放電を反復する。（除細動施行後、除細動適応波形が継続していても連続した除細動は施行しない。）

なお、包括的指示下における除細動の施行3回目以降はオンラインメディカルコントロールによる判断により施行する。

5 心肺蘇生の適応年齢区分

心肺蘇生を施行するうえで、年齢により施行要領が異なることから、以下のとおり年齢を区分する。

- 成人 思春期以降
（年齢としては概ね15歳以上が目安）の年齢層の傷病者
- 小児 1歳から思春期以前
（中学生までが目安がおおよそ1歳から15歳未満）の傷病者
- 乳児 1歳未満の傷病者
- 新生児 生後28日未満の傷病者

6 観察手順

救急隊員が現場に到着し、傷病者に対する観察手順について順次説明する。

（1）反応の確認

肩を（かるく）叩きながら大声で呼びかけても、何らかの応答や目的のある動作がなければ「反応なし」とみなす。

《反応とは》

肩を叩くなどの刺激に対する反応の有無は、心肺蘇生を行うか行わないかの重要な指標となる。目を開ける、体を動かす（痛み刺激に対する逃避反応などを含む）など刺激に反応して目的のある仕草が見られる場合は「反応あり」とみなす。

なお、反応ありと判断した場合は、JCSやGCS等で意識状態を評価し、バイタルサインの測定、NEWSでの評価及び必要な処置（酸素投与、心電図モニター測定等）を実施する。

JCS (Japan Coma Scale)

刺激しないでも覚醒している状態（1桁で表現）	
I	1 大体意識清明であるが、今ひとつはっきりしない
	2 見当識障害がある
	3 自分の名前、生年月日が言えない
刺激すると覚醒する状態・刺激をやめると眠り込む（2桁で表現）	
II	10 普通の呼びかけで容易に開眼する
	20 大きな声または体を揺さぶることにより開眼する
	30 痛み刺激を加えつつ呼びかけを繰り返すとかろうじて開眼する
刺激をしても覚醒しない状態（3桁で表現）	
III	100 痛み刺激に対し、払いのけるような動作をする
	200 痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる
	300 痛み刺激に反応しない

(R)

不穏状態：Restlessness

(I)

失禁：Incontinence

(A)

無動性無言：Akinetic Mutism

失外套症候群：Apallic State

GCS (Glasgow Coma Scale)

開眼 (E)		最良言語反応 (V)		最良運動反応 (M)	
自発的に開眼する	4	見当識あり	5	命令に従う	6
呼びかけにより開眼	3	混乱した会話	4	疼痛部へ	5
痛み刺激により開眼	2	混乱した言葉	3	逃避する	4
まったく開眼しない	1	理解不明の音声	2	異常屈曲	3
		全くなし	1	伸展する	2
				全くなし	1

NEWS (National Early Warning Score)

評価表

生理学的パラメータ	3	2	1	0	1	2	3
呼吸数	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
SpO ₂	≤91	92-93	94-95	≥96			
酸素投与		あり		なし			
体温	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	
収縮期 血圧	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
心拍数	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
意識 レベル				A			V, P, or U

スコア	リスク
0	低い
合計 1-4点	
個々の項目のスコア3が 1つある	中等症
合計 5-6点	
合計 7点以上	高い

使用が禁忌な傷病者

- ・小児（15歳以下）
- ・妊婦
- ・慢性呼吸器肺疾患（COPD）

A: Alert（覚醒）、V: Voice（声かけに反応）、P: Pain（痛み反応）、
U: Unresponsive（反応なし）

（２）気道の確認及び確保

用手的な気道確保については、頭部後屈顎先拳上法又は下顎拳上法により気道確保を施行する。

《気道確保の留意事項》

- ① 常に傷病者の気道の状態について確認するとともに、良好な気道確保に努めることとする。
- ② 経口・経鼻エアウェイは、頭部後屈顎先拳上法又は下顎拳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。
- ③ 頸椎（髄）損傷を疑う傷病者の気道確保では、原則として下顎拳上法を第一選択とする。ただし、下顎拳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、頭部後屈顎先拳上法を施行する。

（３）呼吸及び循環（脈拍）の確認

気道確保を行ない、呼吸の有無の確認と同時に脈拍の有無を確実に触知し呼吸機能及び心臓機能について確認する。

《脈拍の触知箇所》

年齢区分に応じ以下の脈拍触知箇所で確認する。

- | | |
|-------------------|---------------|
| ① 成人（概ね１５歳以上） | = 頸動脈等 |
| ② 小児（概ね１歳から１５歳未満） | = 頸動脈または大腿動脈等 |
| ③ 乳児及び新生児（１歳未満） | = 上腕動脈等 |

《呼吸及び循環（脈拍）の確認の留意事項》

- ① 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。
- ② 脈拍の触知が困難な場合は、反応と呼吸のみで心停止を判断し、脈拍確認のために遅れることのないよう速やかに胸骨圧迫と人工呼吸を施行する。
- ③ 成人の場合、心停止直後には死戦期呼吸（あえぎ呼吸）が認められることがある。死戦期呼吸はしゃくりあげるような不規則な呼吸であり、心停止直後の傷病者でしばしば認められる。死戦期呼吸であれば、胸と腹部の動きがあっても、呼吸機能停止の状態として取り扱う。

また、小児・乳児・新生児の場合、呼吸数が１０回／分以下の徐呼吸は、呼吸機能停止の状態として取り扱う。

- 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、脈拍の確認は３０秒～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。

- ⑤ 呼吸及び脈拍が確認できる場合は、6 観察手順（１）反応の確認「反応ありと判断した場合」に記載されている対応とする。

（４）胸骨圧迫及び人工呼吸の併用

呼吸及び循環を確認した結果、呼吸機能停止及び心臓機能停止と判断した場合は、速やかに「胸骨圧迫」を開始する。バッグ・バルブ・マスクの準備が整い次第「人工呼吸」を２回施行し、以後、胸骨圧迫３０回と人工呼吸を２回繰り返し、これを１サイクルとした心肺蘇生を、十分な循環が戻るか、または医師に引き継ぐまで継続する。何らかの事由により、最初に「胸骨圧迫」が施行できない場合は、人工呼吸を優先する。

《胸骨圧迫と人工呼吸の比率》

胸骨圧迫と人工呼吸の比率（１サイクル）				
区分	救助者	胸骨圧迫	人工呼吸	圧迫のテンポ
成人	一人法・二人法	３０回	２回	１００回～１２０回／分
小児・乳児	一人法	３０回	２回	１００回～１２０回／分
小児・乳児	二人法	１５回	２回	１００回～１２０回／分
新生児	一人法・二人法	３回	１回	１００回～１２０回／分

※ 新生児に対して、３：１の実施が困難な際は、小児・乳児への蘇生法で行ってもよい。

《胸骨圧迫の位置》

成人 胸骨の下半分

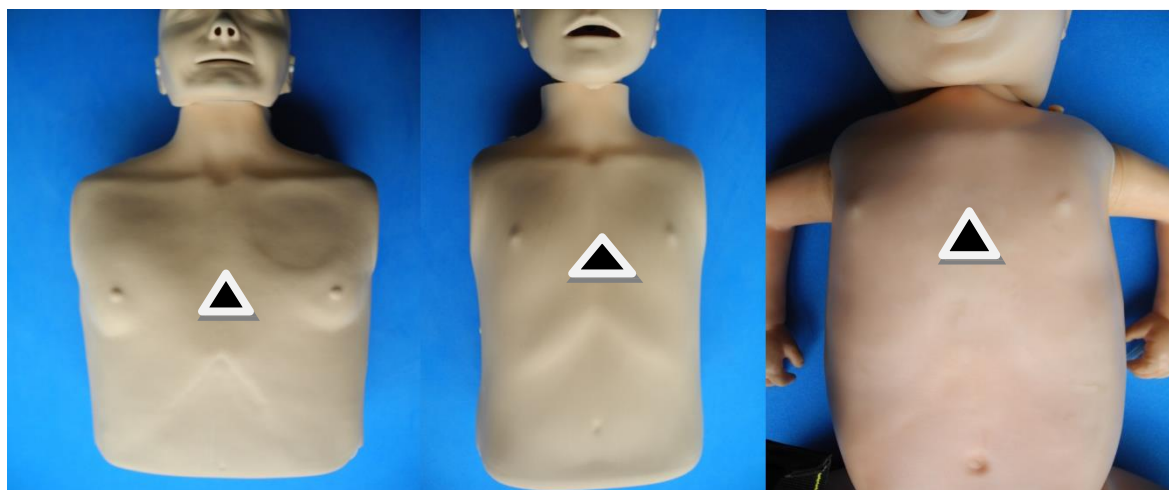
小児 胸骨の下半分

乳児・新生児 胸骨上両側乳頭を結ぶ線の少し足側（尾側）

成人

小児

乳児・新生児



胸骨圧迫				
区分	位置	方法	深さ	速さ
成人	胸骨の下半分	両手を重ねて	約 5 c m 沈 む ま で (6 c m を 越 え ない)	1 0 0 回 ~ 1 2 0 回 / 分
小児	胸骨の下半分	両手または片 手	胸 の 厚 さ の 1/3 まで	1 0 0 回 ~ 1 2 0 回 / 分
乳児・ 新生児	胸骨上両側乳頭 を結ぶ線の少し 足側	二本指圧迫法 胸郭包み込み 両拇指圧迫法※	胸 の 厚 さ の 1/3 まで	1 0 0 回 ~ 1 2 0 回 / 分

※ 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。

※ 乳児に対して、二本指圧迫法または胸郭包み込み両拇指圧迫法の実施が困難な場合は、片手で実施してもよい。

《成人における胸骨圧迫の要点》

胸骨の下半分を

「強く」「早く」「絶え間なく」「胸が元の位置にもどるよう十分に圧迫を緩める」

《胸骨圧迫の留意事項》

- ① 胸骨圧迫の中断時間は最小限にする。
- ② 小児・乳児の場合、十分な酸素投与及び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）場合は、胸骨圧迫を施行する。

《参考》

小児・乳児の場合、心拍数60回／分以下は致死的な高度徐脈であり、心停止直前の病態であることから、心停止の場合と同様の対応が必要となる。
(日本版救急蘇生ガイドライン抜粋)

- ③ 圧迫の解除は、掌が胸から離れたり浮き上がったりに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。
- ④ 胸骨圧迫の評価（効果）は、圧迫の深さや速さで評価することとし、頸動脈等の脈拍による拍動では評価しない。
- ⑤ 胸骨圧迫の交代については、傷病者の状況及び他の処置（特定行為等）施行状況、更には隊員の疲労状況を踏まえ、必要であると判断した場合は、胸骨圧

迫5サイクル（約2分間）を目安に交代し、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。

（５）心拍再開時における心肺蘇生の中断について

心拍再開における心肺蘇生の中断には明確な基準がない。これは、年齢、疑い疾患、脈拍数、血圧等、傷病者それぞれに対し総合的な判断を要するためである。したがって、総頸動脈または上腕動脈（乳幼児の場合）において、脈拍を触知したならばOMCで心肺蘇生の継続または中断の指示を受け、血圧及び血中酸素飽和度を測定することとする。

（６）バッグ・バルブ・マスクによる人工呼吸

呼吸及び循環を確認した結果、呼吸機能停止のみと判断した場合は、バッグ・バルブ・マスクによる人工呼吸のみを施行する。

なお、同時に心肺機能停止と判断した場合の心肺蘇生施行時の人工呼吸要領も、本施行要領と同様とする。

《換気量の目安》

成人・小児・乳児・新生児ともに、約1秒かけて「胸部の挙上を確認できる程度」の量を送気する。

《換気回数》

呼吸がないことを確認した場合は、速やかに気道確保に注意しながら続けて2回の人工呼吸を施行する。

その後

※ 成人（概ね15歳以上）＝10回／分程度

（ほぼ6秒に1回の割合）

※ 小児・乳児・新生児（概ね15歳未満）＝12回～20回／分

（ほぼ3～5秒に1回の割合）

（この場合、およそ2分毎に頸動脈等で拍動が確実に触知できることを、10秒以内で確認する。）

胸骨圧迫と組み合わせて実施する際は、P8《胸骨圧迫と人工呼吸の比率》表のとおりとする。

《人工呼吸の留意事項》

- 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、心臓機能停止と判断した場合は、胸骨圧迫の開始を優先する。
- ② 人工呼吸を行う際には気道確保を確実に施行すること。人工呼吸実施中にバック抵抗を感じたり、胸部の挙上が悪い場合は、再気道確保及び換気を施行し、再気道確保にも関わらずバック抵抗が著しい場合は、喉頭鏡にて異物の有無を確認すること。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。

また、異物を確認できない場合は、適宜、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ものとする。

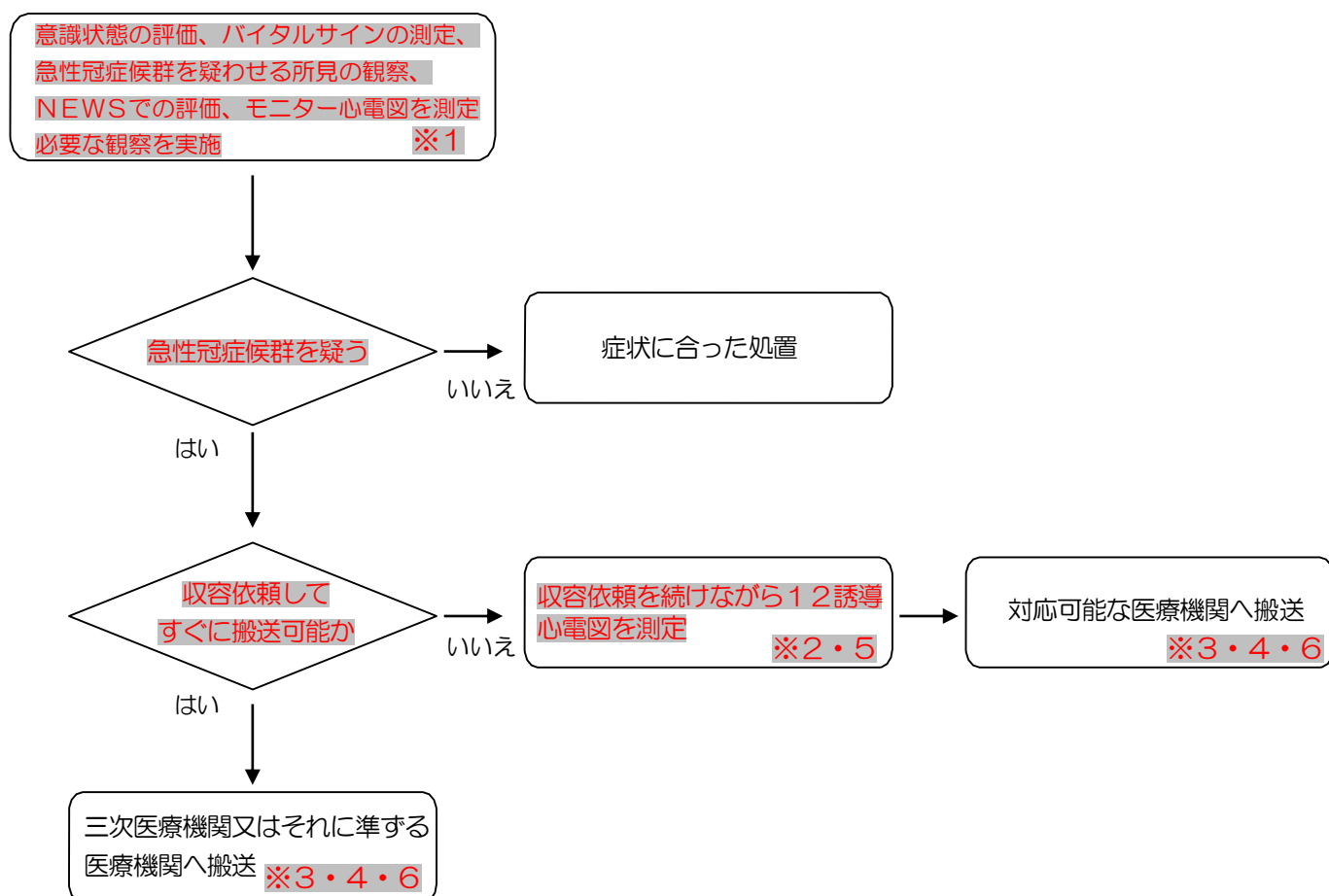
なお、この場合、心肺停止であった場合は、やむを得ない場合を除いて、胸骨圧迫を継続すること。

- ③ 酸素を併用したバック・バルブ・マスク、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施行する。
- ④ バック・バルブ・マスクによる換気は、高い吸入酸素を維持するために、リザーバーバッグを用い10ℓ/分以上の酸素を併用する。
- ⑤ 人工呼吸の効果は、換気に伴う胸部の挙上や換気抵抗等により確認することとし、心肺蘇生中のパルスオキシメーターの値は無意味であることを理解し、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こと。

《参考》

酸素を直接バックに装着した場合の吸入酸素濃度は、およそ45%だが、リザーバーバッグを用いて10ℓ/分の酸素を流した場合は、85%まで上昇するとされている。

《急性冠症候群プロトコル》



※1 (1)～(5)の症状は、急性冠症候群を疑わせる所見であり、総合的に判断する。

(1) 胸痛・圧迫感を含む胸部違和感

(2) 心窩部痛

(3) 左腕、左肩、下顎部に放散する痛み

(4) モニター心電図での波形の異状

(5) 冷や汗

※2 原則、撮影した12誘導心電図の波形を収容依頼先医療機関に伝送する。

※3 救急現場で行えなかった全身観察・体位管理・酸素投与等を実施する。

※4 移動時の急変を考慮して、除細動の準備や搬送先へのセカンドコールを念頭に置いて搬送する。

※5 必要に応じて、撮影した12誘導心電図の波形を常駐医師に伝送し、助言・指導を得る。

※6 原則、撮影した12誘導心電図の波形を収容医療機関に伝送する。

以下の4種類は、致死的不整脈であることを十分認識すること。

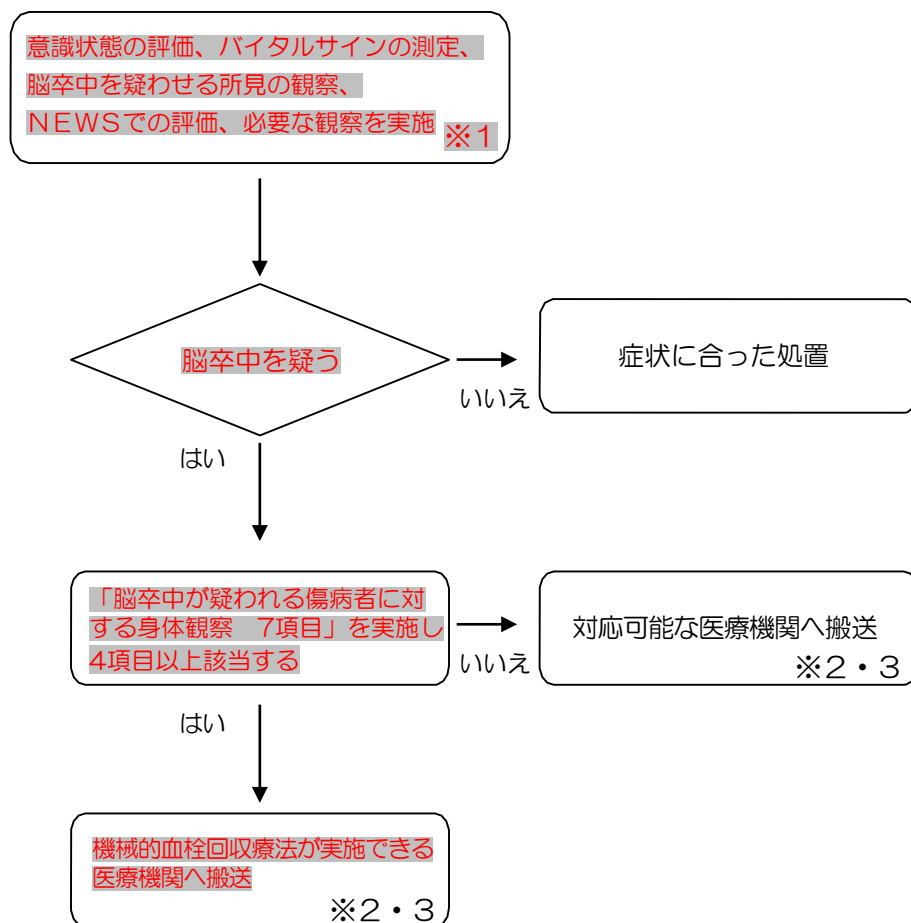
(1) Short Run

(2) Ron T

(3) 多源性心室性期外収縮又は多発性心室性期外収縮

(4) 頻発する心室性期外収縮

《脳卒中プロトコール》



※1 (1)～(5)の症状は、脳卒中を疑わせる所見であり、総合的に判断する。

- (1) 生理学的評価の異状（クッシング現象、重症不整脈、急激に悪化する意識障害等）
- (2) 解剖学的評価の異状（項部硬直、チアノーゼ等）
- (3) 突然の意識障害
- (4) 激しい頭痛、後頭部痛
- (5) CPSS及びFASTで評価して1項目でも該当がある。

※2 救急現場で行えなかった全身観察・体位管理・酸素投与等を実施する。

※3 移動時や車両の振動による刺激などによって出血が増大し症状が悪化する場合があるので、“急ぎつつも愛護的に”搬送することが原則である。

第2章の1 1 急性冠症候群・脳卒中への対応

1 はじめに

近年、救急出動件数がほぼ一貫して増加している。また、その内訳をみると、平成30年中の救急自動車による救急搬送人員のうち、最も多い事故種別は「急病」で、389万1,040人（救急搬送人員全体の65.3%）となっており、さらに、「急病」による救急搬送人員のうち「循環器系（心疾患、脳疾患等）」に分類されたのは、60万9,471人（急病による救急搬送人員の15.7%）と急病の中で最も多い分類となっている（令和元年度版「救急救助の現況」より抜粋）。心臓病、脳卒中のいずれも、発症時、救急隊接触時からできるだけ早期の治療介入により予後の改善が期待できる疾患であることは広く知られている。

例えば、心筋梗塞では、JRC蘇生ガイドライン2015において救急隊接触時から90分以内のカテーテル治療による血管閉塞部の開通が強く推奨されている。

また、脳卒中、特に脳梗塞については、平成17年から導入されたrt-PA（アルテプラゼ）の投与が急性期虚血性脳血管障害患者に対する標準的治療として我が国に定着しているところであるが、大血管閉塞に伴う脳梗塞に対しての血栓回収療法等の新たな治療も行われている。（「脳卒中治療ガイドライン2015」参照）

さらに、平成30年12月14日に「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」が公布され、令和元年12月1日に施行されたことも受け、循環器病に対しての社会の関心が高まっていることを背景に、心臓病及び脳卒中に関する救急隊の観察・処置等について、関係学会から消防庁に対して最新の科学的知見に基づく提案がなされた。

病院前において、適切な観察・処置を行い、傷病者を適切な医療機関へ搬送することは、救急隊にとって最も重要な活動であり、その活動についての最新の科学的知見に基づいたアップデートもまた必要不可欠である。

一方で、保有している資器材や行うことができる処置に制限がある「病院前救護」と、現場等から医療機関まで搬送という過程を必ず経るという関係上、距離的・時間的な配慮が必要である「救急搬送」の両者を担う救急隊の実情についても勘案する必要がある。

参考文献：「令和元年度 救急業務のあり方に関する検討会 報告書」

2 急性冠症候群「ACS：Acute Coronary Syndrome」

(1) 観察時における注意点

ア 問診

通常の救急活動同様、本人及びその家族等から病歴聴取を実施するが、ACSでは、発症から治療（再灌流治療）までの時間がその予後へ大きな影響を与えることから、問診に時間がかかり過ぎることのないよう注意する。

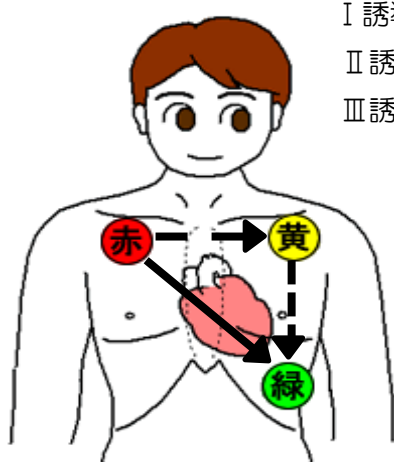
イ 心電図測定

(ア) ACSの早期判断には、12誘導心電図測定が極めて有効な手段であるため早期に測定するものとする。

(イ) 体表に2点間の陽極と陰極を置く双極誘導の基本誘導はⅡ誘導であるが、必要に応じては切り替えてⅠ誘導やⅢ誘導で心電図波形を確認する。

(2) 電極の位置

3点誘導



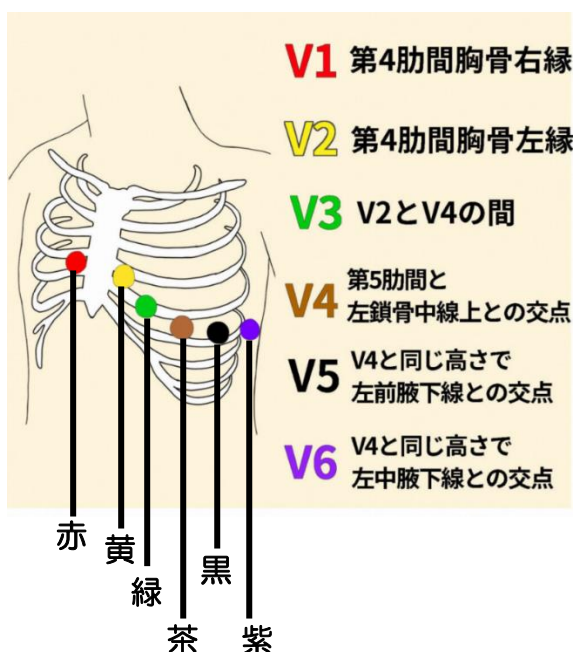
Ⅰ誘導（赤 → 黄）室前側壁、高位側壁を反映する

Ⅱ誘導（赤 → 緑）下壁横隔膜面を反映する

Ⅲ誘導（黄 → 緑）下壁横隔膜面を反映する

↓ 追加項目

胸部誘導



V1 第4肋間胸骨右縁

V2 第4肋間胸骨左縁

V3 V2とV4の間

V4 第5肋間と
左鎖骨中線上との交点

V5 V4と同じ高さで
左前腋下線との交点

V6 V4と同じ高さで
左中腋下線との交点

肢誘導



3 脳卒中

(1) 観察時における注意点

ア 問診

通常の救急活動同様、傷病者本人及びその家族等から病歴などを聴取するが、脳卒中では「正確な発症時刻（あるいは最終健常確認時刻）」が重要であることを忘れてはならない。

イ 脳卒中を判断するためのスケール

(ア) CPSS「Cincinnati Prehospital Stroke Scale：シンシナティ病院前脳卒中スケール」（表1参照）

3つの徴候のうち1つでも該当があれば、脳卒中の可能性が72%である。

(イ) FAST（表2参照）

米国脳卒中協会が推奨するテストで、脳卒中を疑う人に対して3つの徴候を確認して、そのうち1つでも該当すれば脳卒中が疑われる。

(ウ) 脳卒中が疑われる傷病者に対する身体観察 7項目（表3参照）

表3に示す7項目の観察を行い、そのうち4項目以上を満たした場合大血管閉塞による脳卒中が疑われるため、機械的血栓回収療法を常時実施できる医療機関への搬送を考慮する。

(2) 各種スケール表

CPSS

表 1

顔のゆがみ（歯を見せるように、あるいは笑ってもらう）
正常—両側が等しく動く 異常—片側がもう一侧のように動かない
上肢挙上（閉眼させ、10秒間上肢を挙上させる）
正常—左右とも同じように挙がる、または左右ともまったく挙がらない 異常—片方が挙がらないか、もう一方と比べてふらふらと下がる
構音障害（傷病者に話をさせる）
正常—正しい言葉を明瞭に話す 異常—不明瞭な言葉、間違った言葉、あるいはまったく話せない

FAST

表 2

F	Face : 顔の麻痺 顔がゆがんでいる。顔の片方だけ力なく下がる。
A	Arm : 腕の麻痺 左右平行になるよう腕を上げると、次第に片方が力なく下がる。
S	Speech : ことば 言葉が出てこない。呂律が回らない。
T	Time : 発症時刻 発症に気が付いたら時間を確認する。

脳卒中が疑われる傷病者に対する身体観察 7項目

表 3

1. 共同偏視 両方の眼球が一侧を向いている 又は指を追視させて反対を向かない 	2. 半側空間無視（指4本法） 50cm手前で指4本をかざす 片方（通常左）が見えないので 指の数を正確に回答できない 	3. 失語（眼鏡/時計の呼称） めがね／とけい と言えない 
4. 不整脈 不整脈がある 	5. 構音障害 呂律がまわらない、不明瞭 	6. 顔面麻痺 顔がゆがむ 
7. 上肢麻痺 腕が片方動かない 	※参考文献：「令和元年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」	

↑ 追加項目

報告 1

新型コロナウイルス感染症への対応について

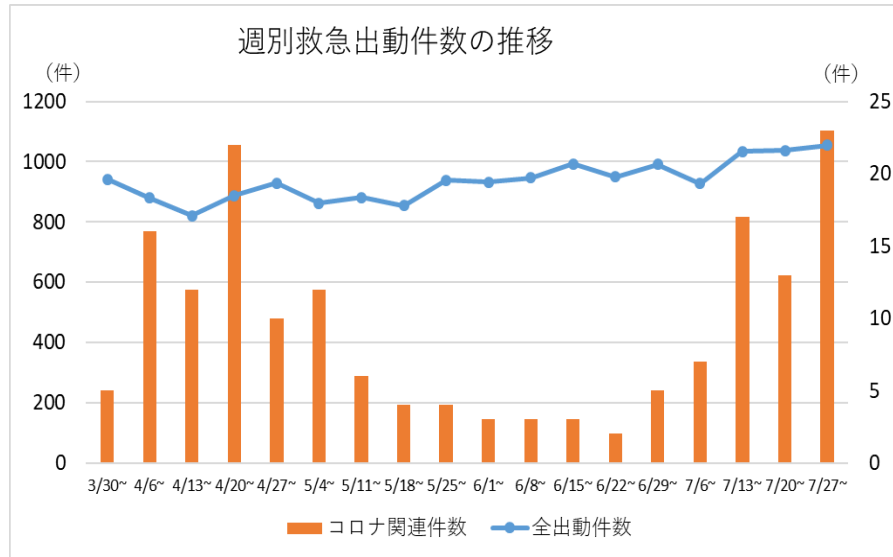
議案要旨

新型コロナウイルス感染症に関わる救急出動状況、医療機関の受入状況及び救急隊の感染防止対策について報告するものです。

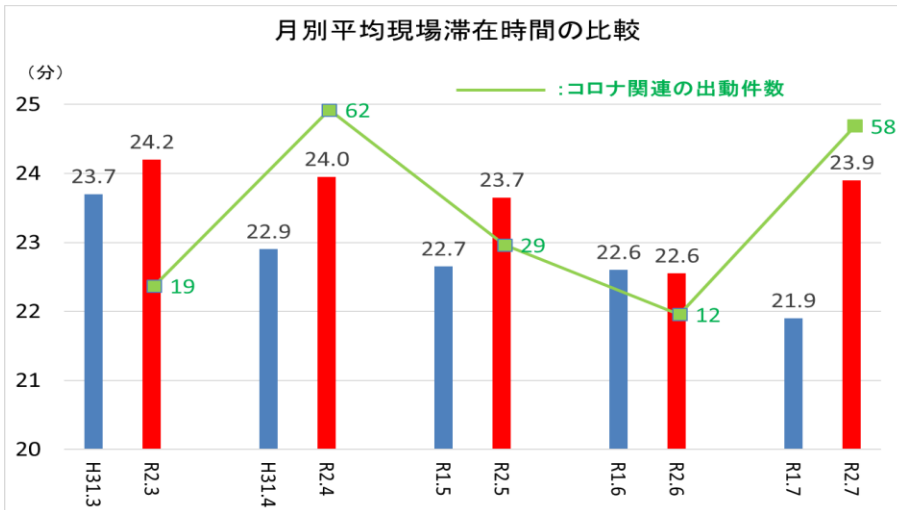
- 参考資料 1 【千葉市】 COVID-19 相談、検査等の対応状況（医療政策課）
- 参考資料 2 【千葉市】 患者発生数と入院状況（医療政策課）

救急出動全般の状況（新型コロナ関連の出動含む）

1 救急出動件数の推移



2 現場滞在時間及び医療機関照会回数



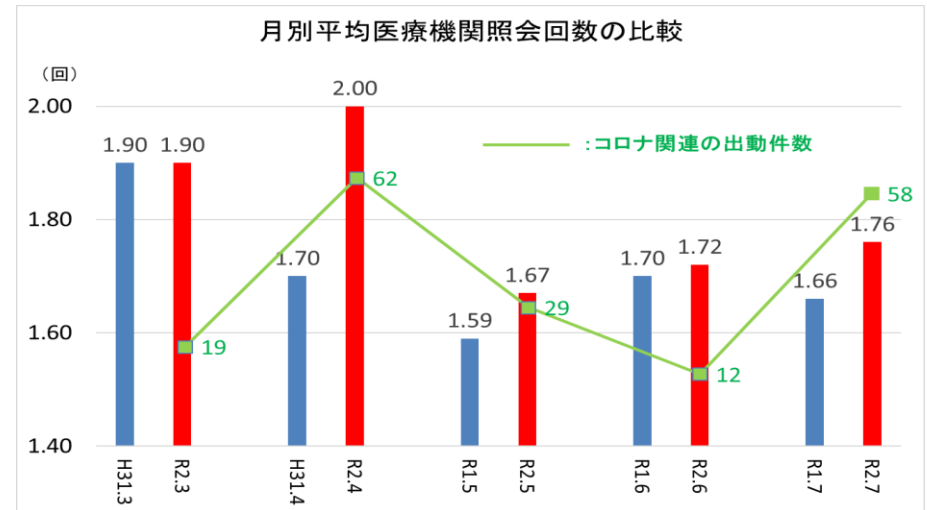
月別の現場滞在時間と医療機関照会回数を前年と比較すると、今年の方が時間も長く、照会回数も多くなっている。特にコロナ関連の出動が多い月は、前年比率が大きくなる傾向がある。

新型コロナ関連出動件数 (R2.1~7)

傷病者種別	出動件数(件)
確定患者	10
疑似症患者	5
疑い患者	106
濃厚接触者	3
その他患者	77
合計	201

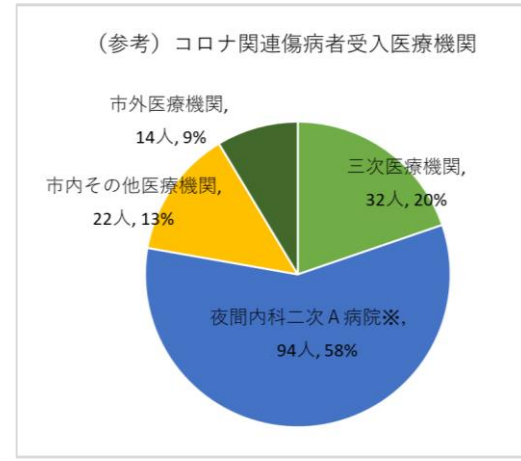
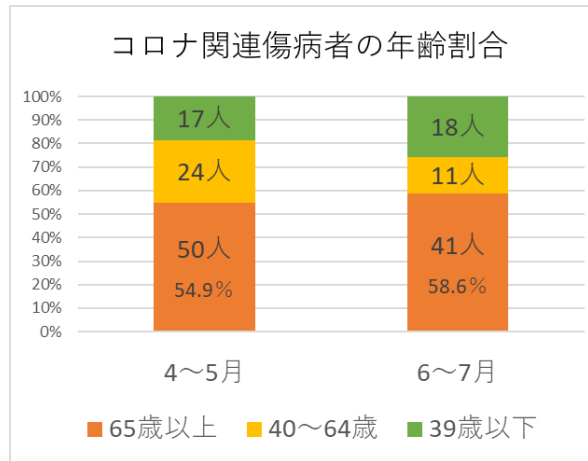
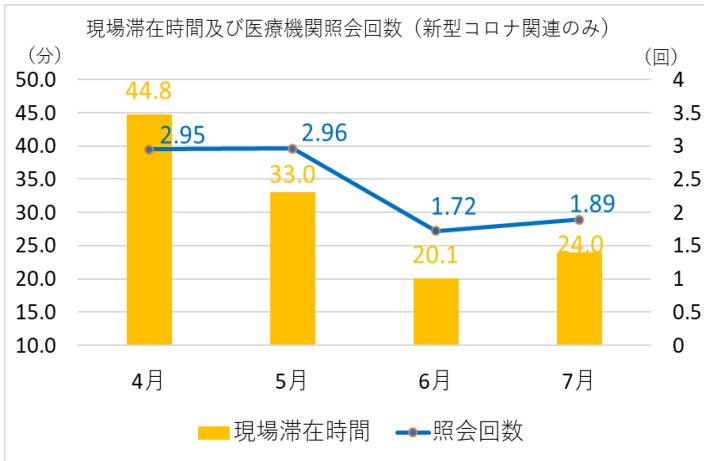
医療機関照会回数10回以上の出動 (R2.4~7月)

隊	概要	年齢	性別	傷病程度	収容医療機関	照会回数	現場滞在時間	傷病者
中央第1	発熱及び下腹部痛	20代	女	中等症	千葉市立青葉病院	11	1:54	疑い患者
臨港	意識消失(都内勤務)	50代	男	軽症	千葉大学医学部附属病院	10	1:55	その他患者
幕張	発熱	60代	男	軽症	千葉大学医学部附属病院	15	2:35	疑い患者
作新台	呼吸苦及び胸痛	20代	男	軽症	千葉市立青葉病院	11	1:51	疑い患者
作新台	発熱及び四肢の痺れ	40代	女	軽症	千葉大学医学部附属病院	13	1:41	疑い患者
土気	腹部の痛み	80代	女	軽症	千葉県救急医療センター	11	1:11	疑い患者
生浜	呼吸苦	50代	女	軽症	千葉大学医学部附属病院	11	1:25	疑い患者
花見川	呼吸苦	70代	男	中等症	千葉大学医学部附属病院	11	1:38	疑い患者
高浜	発熱及び呼吸苦	40代	男	中等症	千葉市立青葉病院	11	0:58	疑い患者
西千葉	発熱、倦怠感及び呼吸苦	20代	女	中等症	千葉大学医学部附属病院	10	1:01	疑い患者



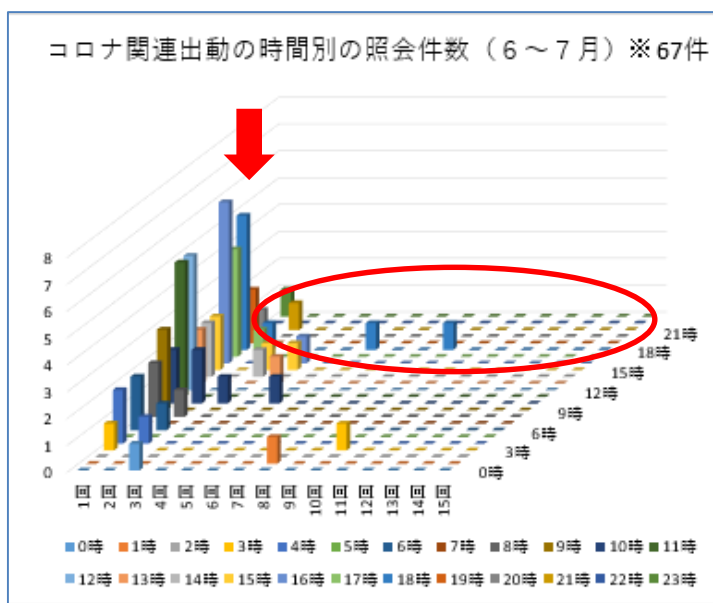
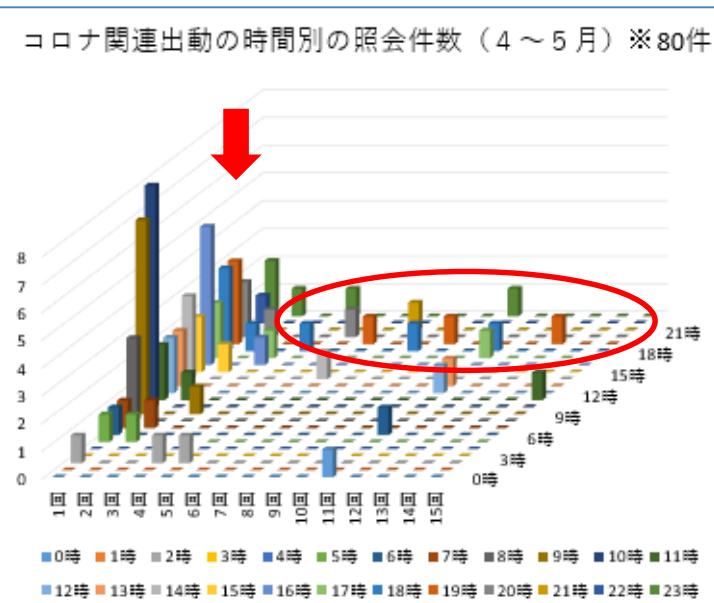
新型コロナ関連の出動状況及び医療機関受入状況

1 新型コロナ関連の出動状況



↑ 三次医療機関及びA病院で8割の患者を受け入れている。
 ※夜間内科二次A病院
 …年間救急患者受入数200件以上かつ夜間内科輪番日において5件以上受入実績がある病院（現在は6病院が該当）

2 新型コロナ関連の医療機関受入状況



← コロナに関する時間帯別照会回数を見ると、全体的に4～5月に比べ6～7月の方が照会回数は少なくなっている。
 （特に夕方以降の時間帯は、4～5月に比べ、6～7月は照会回数が少ない。）

1 装備の一部緩和

隊員の熱中症対策として、感染防止を徹底した上で装備を一部緩和した。

新型コロナウイルス感染症の陽性者、疑似症患者、濃厚接触者に対応する場合

<対象>
・陽性者 ・疑似症患者 ・濃厚接触者

<服装>
・N 9 5 マスク
・ゴーグル
・感染防止衣上下
・ディスポーザブル手袋
・シューズカバー

<救急隊服上衣>
着用しないことができる

<保安帽>
安全を確保できる場合はアポロキャップに代えることができる

左記以外の場合に対応する場合

<対象>
・疑わしい患者（例：医師が疑っているが確定ではない場合）
・その他全ての傷病者（陽性者、疑似症患者及び濃厚接触者を除く）

<服装>
・サージカルマスク（エアロゾル発生の可能性がある場合はN 9 5 マスク）
・ゴーグル
・感染防止衣上下（**下衣は着用しないことができる**）
・ディスポーザブル手袋

<救急隊服上衣>
着用しないことができる

<保安帽>
安全を確保できる場合はアポロキャップに代えることができる

2 隊員への教育

令和 2 年度所管課教育（救急隊長研修）の実施

新型コロナウイルス感染症の第 2、3 波に備え、救急隊員等が罹患すること及び市民への感染媒介となることを防止するため、感染症に関する見識を深めることを目的として、所管課研修を実施した。

- 1 日時
令和 2 年7月20日（月）、27日（月） 9:30～11:30
- 2 受講者
(1) 現に救急隊長として救急業務に従事する者
(2) 今後救急隊長として救急業務に従事する見込みの者
(3) 上記（1）、（2）の他、受講を希望する者

- 3 講師
千葉大学医学部附属病院感染症内科・感染制御部
講師 谷口 俊文 先生
- 4 受講者数
20日：49名、27日48名（2日間計：97名）

※受講できなかった者も、講義資料を閲覧できるようにしている。

【千葉市】COVID-19 相談、検査等の対応状況

参考資料 1

	2/23 ～2/29	3/1 ～3/7	3/8 ～3/14	3/15 ～3/21	3/22 ～3/28	3/29 ～4/4	4/5 ～4/11	4/12 ～4/18	4/19 ～4/25	4/26 ～5/2	5/3 ～5/9	5/10 ～5/16	5/17 ～5/23	5/24 ～5/30	5/31 ～6/6	6/7 ～6/13	6/14 ～6/20	6/21 ～6/27	6/28 ～7/4	7/5 ～7/11	7/12 ～7/18	7/19 ～7/25	7/26 ～8/1	8/2 ～8/8	8/9 ～8/15
一般相談件数	1122	1092	945	766	935	648	2282	2692	2242	1789	1618	1,269	883	730	862	748	546	614	772	1,156	1,601	1,692	1,822	1,651	1,686
有症者相談件数	64	82	90	81	104	66	155	253	238	277	208	270	195	112	153	156	122	126	163	263	502	425	661	651	363
PCR検査	106	67	72	50	76	102	305	348	398	344	309	378	128	194	215	221	153	157	192	388	588	635	811	713	573
陽性者数	0	0	0	0	2	6	27	25	24	7	3	9	3	0	1	2	0	2	3	20	34	30	43	36	33
陽性率	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.6%	5.9%	8.9%	7.2%	6.0%	2.0%	1.0%	2.4%	2.3%	0.0%	0.5%	0.9%	0.0%	1.3%	1.6%	5.2%	5.8%	4.7%	5.3%	5.0%	5.8%

