

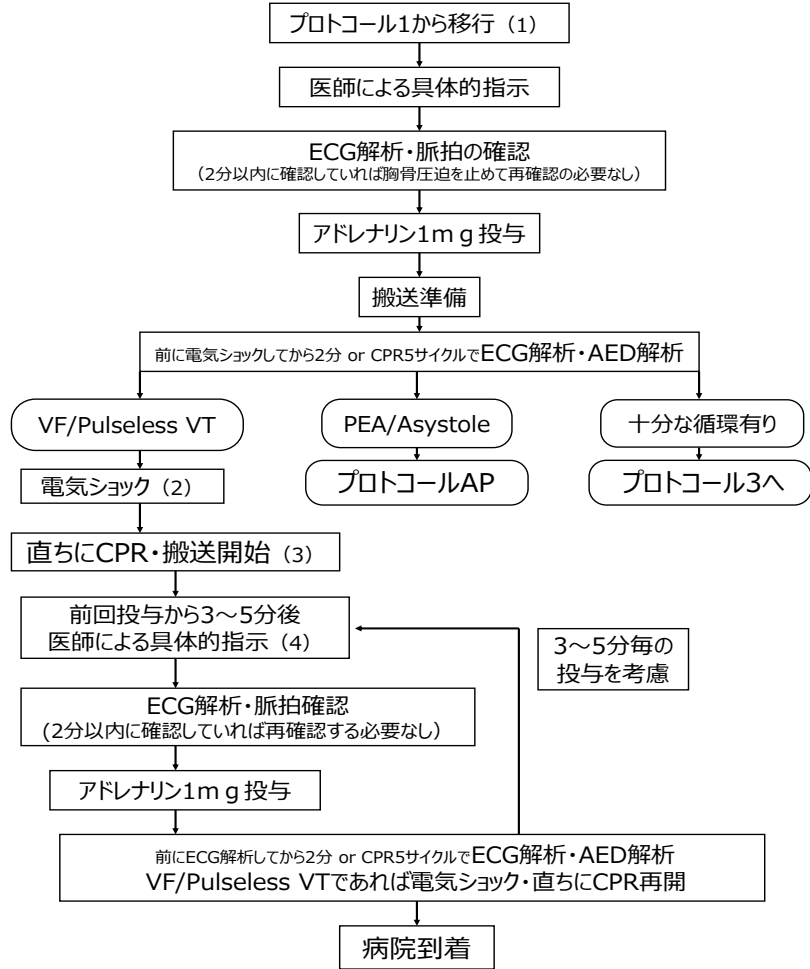
岐阜県救急隊（消防隊）活動プロトコール新旧対照表

改正（案）	現行
<b>目 次</b>	<b>目 次</b>
<b>1. 心肺蘇生プロトコール</b> ..... 2	<b>1. 心肺蘇生プロトコール</b> ..... 2
●プロトコール1（VF/PulselessVT） ..... 5	●プロトコール1（VF/PulselessVT） ..... 5
●プロトコール2（PEA/Asystole） ..... 7	●プロトコール2（PEA/Asystole） ..... 7
●プロトコール3（脈拍有り・呼吸無し） ..... 9	●プロトコール3（脈拍有り・呼吸無し） ..... 9
●薬剤投与プロトコールV ..... 11	●薬剤投与プロトコールV ..... 11
●薬剤投与プロトコールAP ..... 13	●薬剤投与プロトコールAP ..... 13
●気管挿管プロトコール ..... 16	●気管挿管プロトコール ..... 16
●ビデオ喉頭鏡による気管挿管プロトコール ..... 18	●ビデオ喉頭鏡による気管挿管プロトコール ..... 18
●心肺蘇生プロトコールで注意する点 ..... 20	●心肺蘇生プロトコールで注意する点 ..... 20
●DNARプロトコール ..... 29	●DNARプロトコール ..... 29
<b>2. 脳卒中病院前救護プロトコール</b> ..... 35	<b>2. 脳卒中病院前救護プロトコール</b> ..... 35
<b>3. 外傷処置プロトコール</b> ..... 42	<b>3. 外傷処置プロトコール</b> ..... 42
<b>4. エピペンプロトコール</b> ..... 50	<b>4. エピペンプロトコール</b> ..... 50
<b>5. 心肺機能停止前の重度傷病者に対する処置プロトコール</b>	<b>5. 心肺機能停止前の重度傷病者に対する処置プロトコール</b>
●静脈路確保及び輸液 ..... 53	●静脈路確保及び輸液 ..... 53
●血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与 ..... <b>56</b>	●血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与 ..... <b>55</b>

改正 (案)

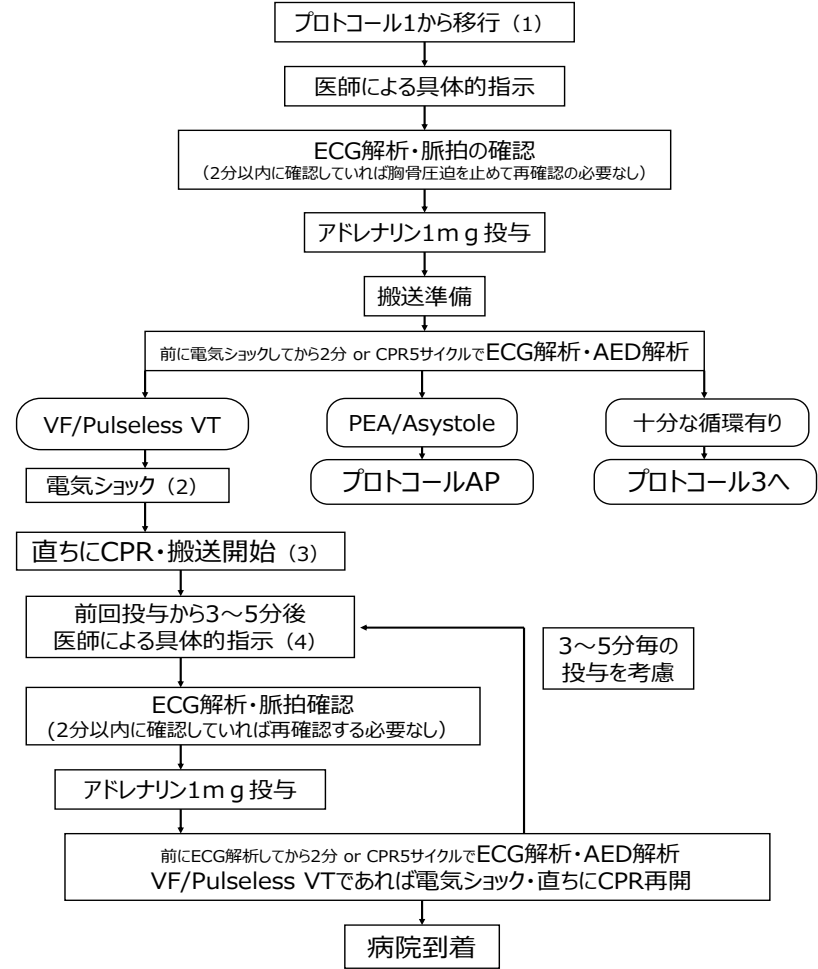
薬剤投与プロトコル V (VF/PulselessVT に対する薬剤投与)  
(11 ページ)

※岐阜県MC協議会が定める薬剤投与に係る認定証交付を受けている者に限る



現行

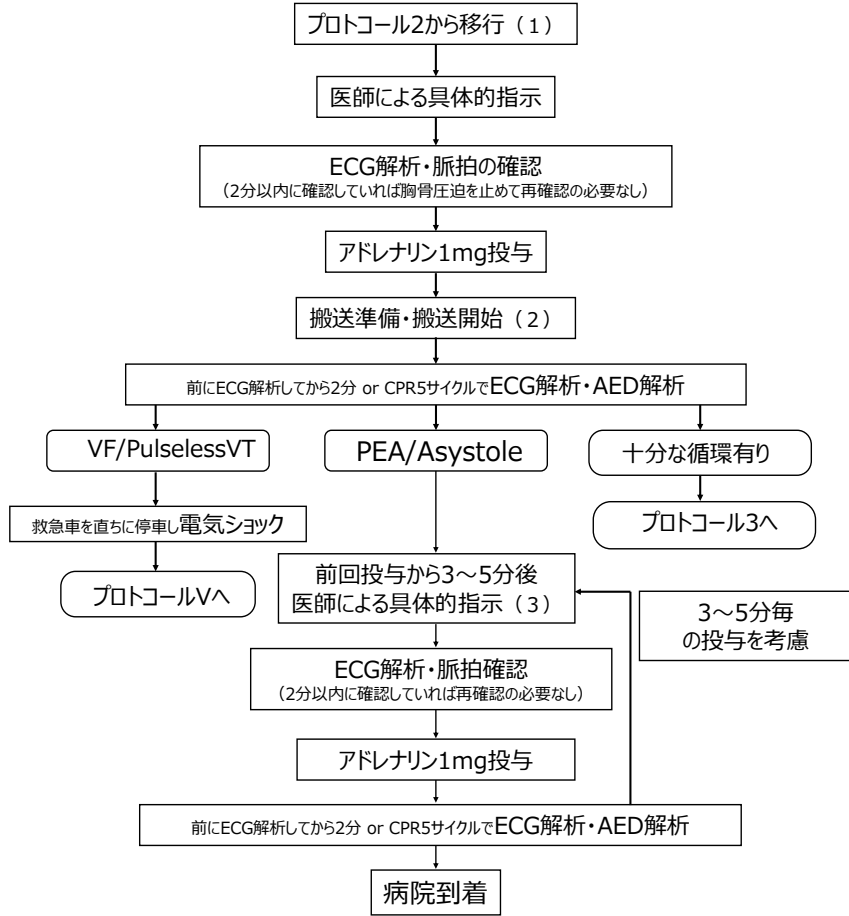
薬剤投与プロトコル V (VF/PulselessVT に対する薬剤投与)  
(11 ページ)



改正 (案)

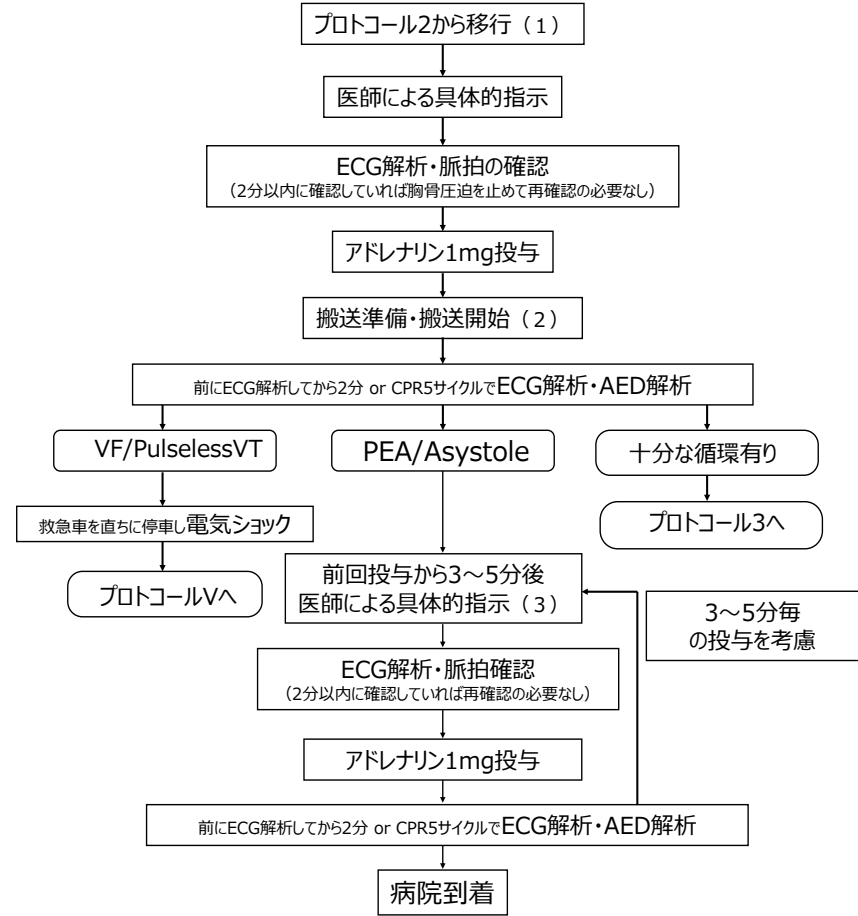
薬剤投与プロトコール AP  
(PEA/目撃のある Asystole に対する薬剤投与)  
(13 ページ)

※岐阜県MC協議会が定める薬剤投与に係る認定証交付を受けている者に限る



現行

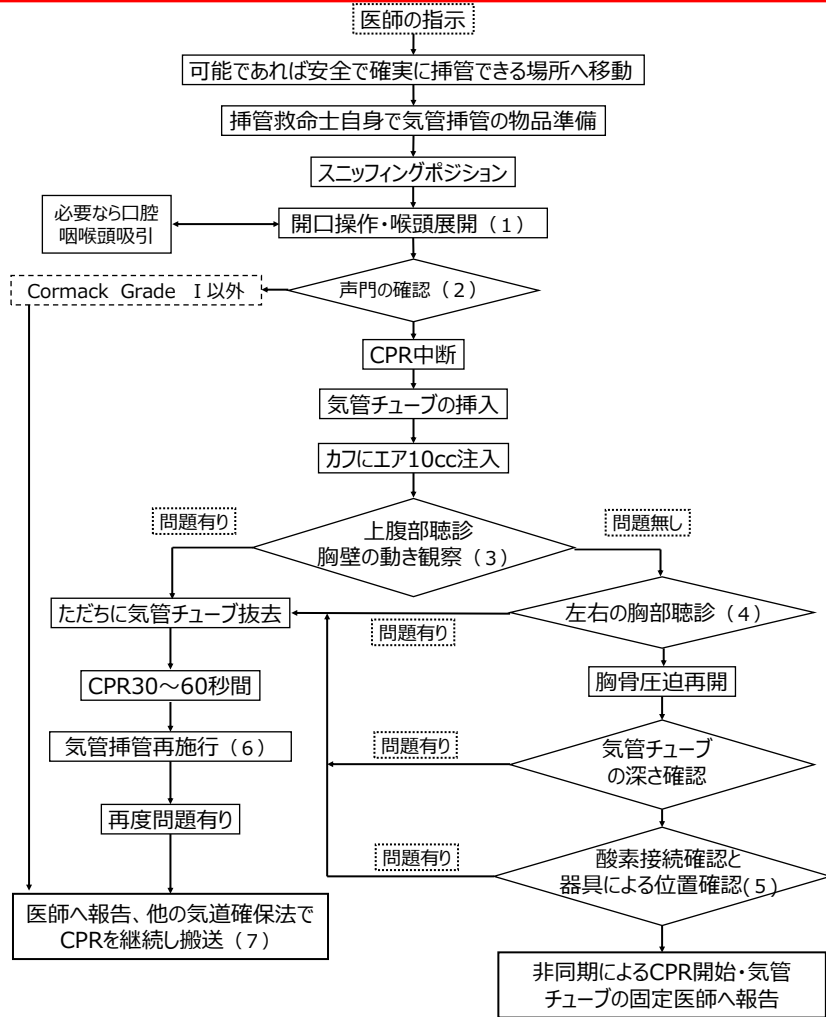
薬剤投与プロトコール AP  
(PEA/目撃のある Asystole に対する薬剤投与)  
(13 ページ)



改正 (案)

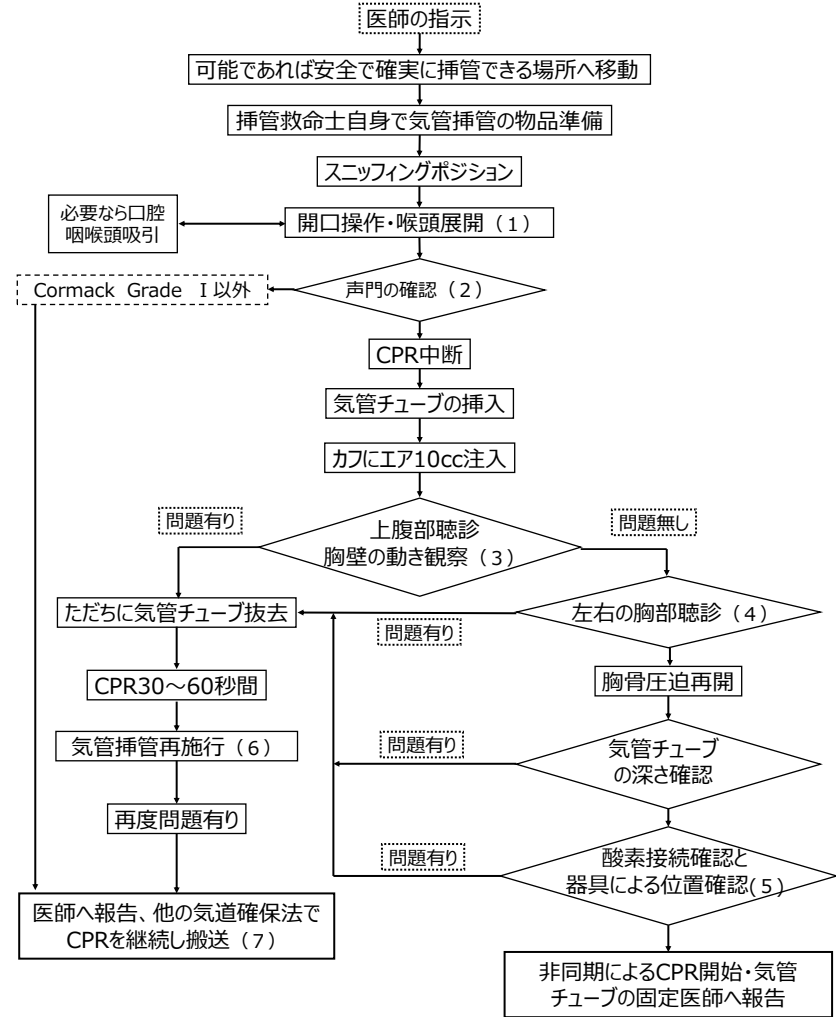
気管挿管プロトコル (16 ページ)

※岐阜県MC協議会が定める気管挿管に係る認定証交付を受けている者に限る



現行

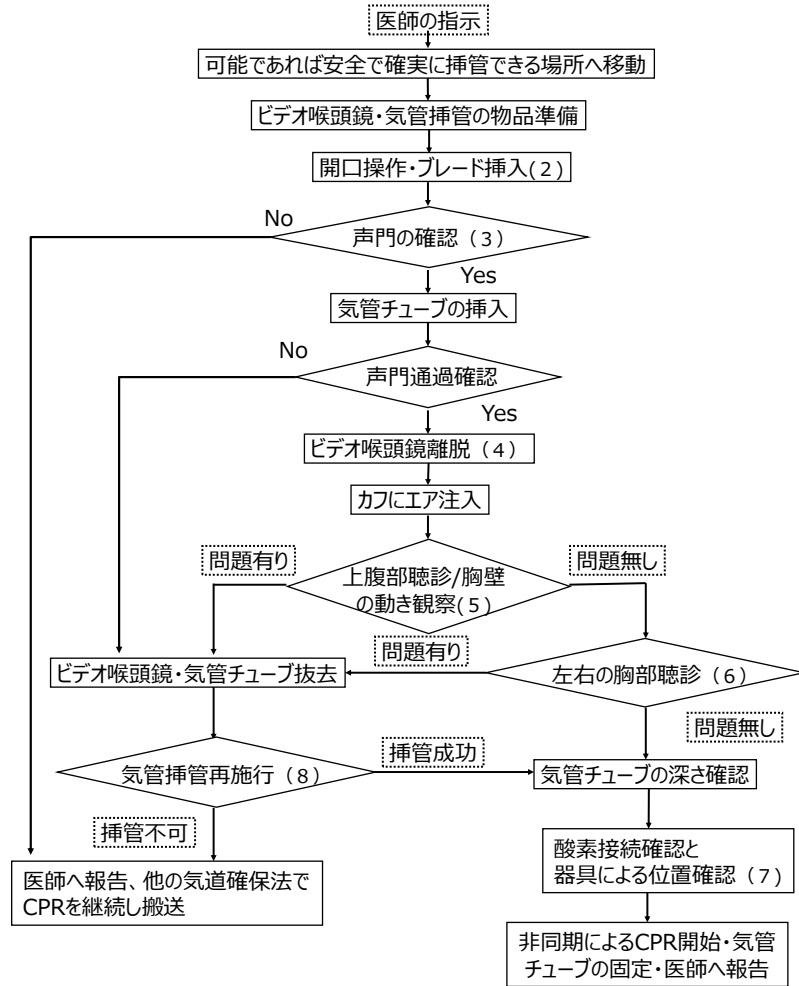
気管挿管プロトコル (16 ページ)



改正 (案)

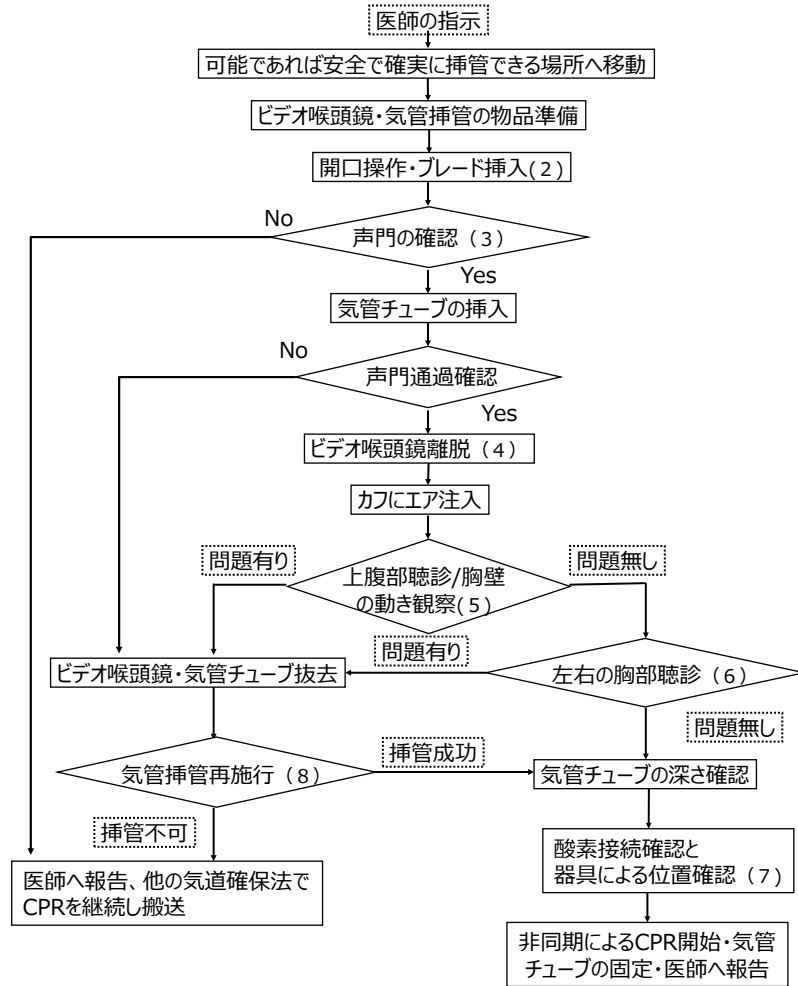
ビデオ喉頭鏡による気管挿管プロトコル (18ページ)

※岐阜県MC協議会が定めるビデオ喉頭鏡に係る認定証交付を受けている者に限る



現行

ビデオ喉頭鏡による気管挿管プロトコル (18ページ)



改正（案）	現行
<p style="text-align: center;">1 心肺蘇生プロトコール運用について注意する点 (20ページ～22ページ)</p> <p>【全体について】</p> <p><u>1</u> 薬剤投与、気管挿管及びビデオ喉頭鏡による気管挿管の実施は、それぞれ岐阜県 MC 協議会が定める認定証交付を受けている者に限る。</p> <p><u>2</u> 本プロトコールの運用にあたり、電話や無線等によるオンラインの医師の指示がある場合は、それを優先する。さらに現場にて、直接医師の指示がある場合、それに従うが、その場合でもプロトコールに沿った活動を行うこと。</p> <p><u>3</u> CPA を疑わせる事案に対する出動では、救急隊以外にポンプ隊(あるいは応援救急隊、工作車隊、指揮車隊でも可) の出動が求められている。現に火災出動中など連携できない場合を除き、連携出動するよう指令する。 プロトコールに対応した活動は、3名の隊員では実施困難なことが多く、3名で活動を行わざるを得なかった場合は、その理由を詳細に活動記録に残し事後検証を受ける。</p> <p><u>4</u> 「明らかな死亡」が判明した場合は、その時点で救命処置を中止して良い。 「明らかな死亡」の標準的な判断基準として、①意識レベルが JCSⅢ-300 ②呼吸が全く感じられない ③総頸動脈で脈拍が全く触知できない ④瞳孔の散大が認められ、対光反射が全くない ⑤体温が感じられず、冷感が認められる ⑥死後硬直または死斑がみとめられる以上6項目の観察と、ECGによる確認をし、判断に迷う場合はオンライン医師に助言を求める。</p> <p><u>5</u> 「明らかに死亡している」と判断され、本判断基準を引用しながら状況を十分説明したにも関わらず、家族等が蘇生術の施行、医療機関への搬送を望む場合には、家族等の心情を考慮して自治体の行政サービスとして死亡者の搬送を否定するものではない。 この場合、本プロトコールに準拠する活動を行わなくても良い。</p> <p><u>6</u> 救急救命士、消防職員の蘇生術（除細動を含む）に関するインフ</p>	<p style="text-align: center;">1 心肺蘇生プロトコール運用について注意する点 (20ページ～22ページ)</p> <p>【全体について】</p> <hr/> <p><u>1</u> 本プロトコールの運用にあたり、電話や無線等によるオンラインの医師の指示がある場合は、それを優先する。さらに現場にて、直接医師の指示がある場合、それに従うが、その場合でもプロトコールに沿った活動を行うこと。</p> <p><u>2</u> CPA を疑わせる事案に対する出動では、救急隊以外にポンプ隊(あるいは応援救急隊、工作車隊、指揮車隊でも可) の出動が求められている。現に火災出動中など連携できない場合を除き、連携出動するよう指令する。 プロトコールに対応した活動は、3名の隊員では実施困難なことが多く、3名で活動を行わざるを得なかった場合は、その理由を詳細に活動記録に残し事後検証を受ける。</p> <p><u>3</u> 「明らかな死亡」が判明した場合は、その時点で救命処置を中止して良い。 「明らかな死亡」の標準的な判断基準として、①意識レベルが JCSⅢ-300 ②呼吸が全く感じられない ③総頸動脈で脈拍が全く触知できない ④瞳孔の散大が認められ、対光反射が全くない ⑤体温が感じられず、冷感が認められる ⑥死後硬直または死斑がみとめられる以上6項目の観察と、ECGによる確認をし、判断に迷う場合はオンライン医師に助言を求める。</p> <p><u>4</u> 「明らかに死亡している」と判断され、本判断基準を引用しながら状況を十分説明したにも関わらず、家族等が蘇生術の施行、医療機関への搬送を望む場合には、家族等の心情を考慮して自治体の行政サービスとして死亡者の搬送を否定するものではない。 この場合、本プロトコールに準拠する活動を行わなくても良い。</p> <p><u>5</u> 救急救命士、消防職員の蘇生術（除細動を含む）に関するインフ</p>

改正（案）	現行
<p>オームドコンセントは、家族に救命処置行為を説示するものである。しかし、家族が明確に拒否した場合は、特定行為や電氣的除細動を実施せず、状況に応じ CPR を施行しながら、搬送に移る。</p>	<p>オームドコンセントは、家族に救命処置行為を説示するものである。しかし、家族が明確に拒否した場合は、特定行為や電氣的除細動を実施せず、状況に応じ CPR を施行しながら、搬送に移る。</p>
<p><u>7</u> 狭隘部等の移動の際、胸骨圧迫中断 10 秒以内での移動が困難な場合であっても、最大 30 秒を越えないように努力する。 可能であれば機械的 CPR 装置の使用を考慮する。</p>	<p><u>6</u> 狭隘部等の移動の際、胸骨圧迫中断 10 秒以内での移動が困難な場合であっても、最大 30 秒を越えないように努力する。 可能であれば機械的 CPR 装置の使用を考慮する。</p>
<p><u>8</u> 声門上気道デバイスを用いて気道確保を実施した上で CPR を行うときには、「適切な換気が可能」である場合に限り、換気と胸骨圧迫は非同期で行う。 その際の胸骨圧迫の回数は 1 分間に 100-120 回、換気は 1 分間に 10 回である。 胸骨圧迫のために換気がうまく出来ない場合には胸骨圧迫と換気は同期させ 30:2 で行う。</p>	<p><u>7</u> 声門上気道デバイスを用いて気道確保を実施した上で CPR を行うときには、「適切な換気が可能」である場合に限り、換気と胸骨圧迫は非同期で行う。 その際の胸骨圧迫の回数は 1 分間に 100-120 回、換気は 1 分間に 10 回である。 胸骨圧迫のために換気がうまく出来ない場合には胸骨圧迫と換気は同期させ 30:2 で行う。</p>
<p><u>9</u> 質の高い CPR を実施しながら、蘇生の全ての段階において心停止の可逆的な原因の索と是正を行う。そのためには、質の高い CPR を実施しながら、情報収集と全身観察を実施する。</p>	<p><u>8</u> 質の高い CPR を実施しながら、蘇生の全ての段階において心停止の可逆的な原因の索と是正を行う。そのためには、質の高い CPR を実施しながら、情報収集と全身観察を実施する。</p>
<p><u>10</u> 吸入酸素濃度と換気量の適正化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自己心拍再開した成人において、いかなる状況でも低酸素症は回避する。</li> <li>・心拍再開後は、動脈血酸素飽和度（パルスオキシメーター）が確実に測定されるまで、できるだけ高い吸入酸素濃度を使用する。状態が安定して動脈血酸素飽和度が確実に測定できているのであれば、高酸素症を回避するために酸素投与量を調整する。</li> </ul>	<p><u>9</u> 吸入酸素濃度と換気量の適正化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自己心拍再開した成人において、いかなる状況でも低酸素症は回避する。</li> <li>・心拍再開後は、動脈血酸素飽和度（パルスオキシメーター）が確実に測定されるまで、できるだけ高い吸入酸素濃度を使用する。状態が安定して動脈血酸素飽和度が確実に測定できているのであれば、高酸素症を回避するために酸素投与量を調整する。</li> </ul>
<p><u>11</u> 通信指令員は、反応が無く呼吸が正常で無い状態を見分けるための教育を受けなければならない。 この教育には、臨床症状やその表現方法が様々に異なる状況において、死戦期呼吸を正しく認識する方法および、死戦期呼吸の重要性を含めるべきである。</p>	<p><u>10</u> 通信指令員は、反応が無く呼吸が正常で無い状態を見分けるための教育を受けなければならない。 この教育には、臨床症状やその表現方法が様々に異なる状況において、死戦期呼吸を正しく認識する方法および、死戦期呼吸の重要性を含めるべきである。</p>
<p><u>12</u> 口頭指導の内容は、MC 体制の下で事後検証し、通信指令員の継続的教育を行う。</p>	<p><u>11</u> 口頭指導の内容は、MC 体制の下で事後検証し、通信指令員の継続的教育を行う。</p>
<p><u>13</u> 救急隊(消防隊)の活動は、隊として最小の時間で最大の効果を生</p>	<p><u>12</u> 救急隊(消防隊)の活動は、隊として最小の時間で最大の効果を生</p>

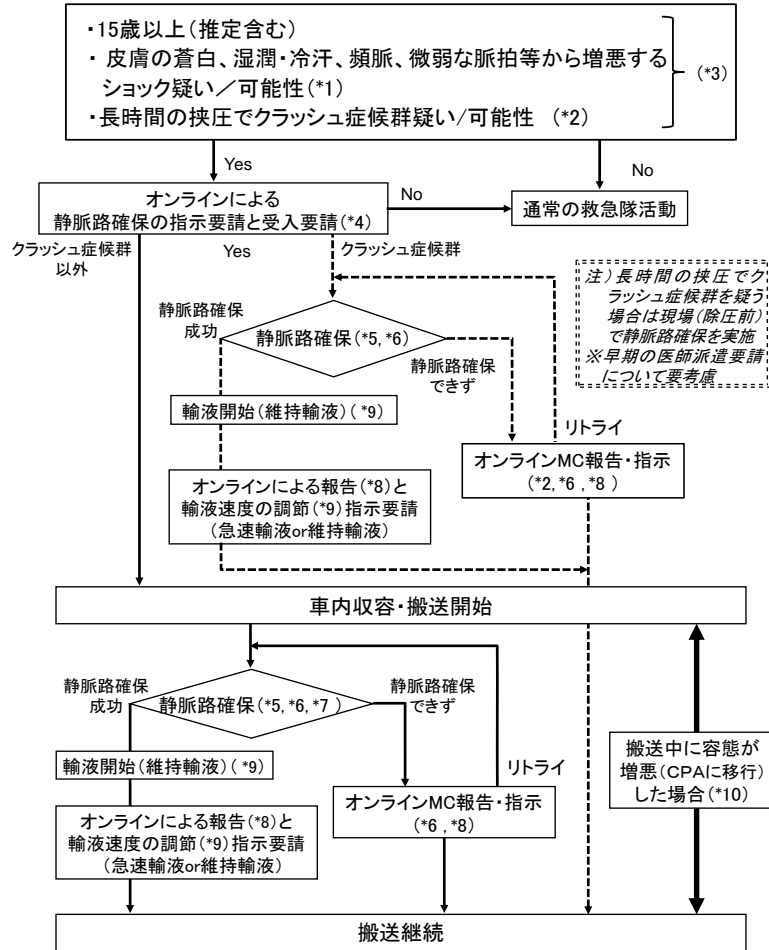
改正（案）	現行
<p>み出すことに主眼を置き活動を行う。このため指示要請・結果報告とも、資格を異にする救急救命士（挿管救急救命士と薬剤救命士が別々にいる場合など）が個々に通信状態にならずとも、通信を行っている救命士が「挿管救命士〇〇と薬剤救命士△△がおります。挿管プロトコールならびに薬剤プロトコール AP に進んでよろしいか？」と指示要請を行い、結果報告も一名の救命士が報告すればよい。</p>	<p>み出すことに主眼を置き活動を行う。このため指示要請・結果報告とも、資格を異にする救急救命士（挿管救急救命士と薬剤救命士が別々にいる場合など）が個々に通信状態にならずとも、通信を行っている救命士が「挿管救命士〇〇と薬剤救命士△△がおります。挿管プロトコールならびに薬剤プロトコール AP に進んでよろしいか？」と指示要請を行い、結果報告も一名の救命士が報告すればよい。</p>
<p>ただし、それぞれの手技についてオンライン医師から特段の指示・助言や質問事項が出た時には、適宜通信を交代することも考慮する。救急救命士でないものが、救命士が行う処置の指示要請をすることはできない。</p>	<p>ただし、それぞれの手技についてオンライン医師から特段の指示・助言や質問事項が出た時には、適宜通信を交代することも考慮する。救急救命士でないものが、救命士が行う処置の指示要請をすることはできない。</p>
<p><b>14</b> 用手的胸骨圧迫に代えて機械的 CPR 装置をルーチンに使用してはならない。</p>	<p><b>13</b> 用手的胸骨圧迫に代えて機械的 CPR 装置をルーチンに使用してはならない。</p>
<p>ただし、質の高い用手胸骨圧迫の継続が実行不可能な状況や、走行中の救急車内での CPR など胸骨圧迫実施者が危険にさらされるような状況では、代替手段として機械的 CPR 装置を利用して良い。</p>	<p>ただし、質の高い用手胸骨圧迫の継続が実行不可能な状況や、走行中の救急車内での CPR など胸骨圧迫実施者が危険にさらされるような状況では、代替手段として機械的 CPR 装置を利用して良い。</p>
<p><b>15</b> 事後検証では常に現場活動時間をチェックするようにして、その集計・分析から今後見直しが行われる将来のプロトコールに反映されるべきである。</p>	<p><b>14</b> 事後検証では常に現場活動時間をチェックするようにして、その集計・分析から今後見直しが行われる将来のプロトコールに反映されるべきである。</p>
<p><b>16</b> 病院までの搬送に長時間を要する地域であるなど、各地域に特有の状況がある場合には、地域 MC 協議会の判断でその地域の実情に合わせたプロトコールを作成しても良い。 その場合は、県 MC に報告して承認をもらうこと。</p>	<p><b>15</b> 病院までの搬送に長時間を要する地域であるなど、各地域に特有の状況がある場合には、地域 MC 協議会の判断でその地域の実情に合わせたプロトコールを作成しても良い。 その場合は、県 MC に報告して承認をもらうこと。</p>
<p><b>17</b> 本プロトコール中の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」（都道府県消防防災主管部（局）長あて消防庁救急企画室長通知）に基づき実施すること。</p>	<p><b>16</b> 本プロトコール中の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」（都道府県消防防災主管部（局）長あて消防庁救急企画室長通知）に基づき実施すること。</p>
<p><b>18</b> 気管挿管を含む各特定行為を全て行ったうえでの現場活動時間の努力目標は、15 分以内かつ最大 20 分とする。</p>	<p><b>17</b> 気管挿管を含む各特定行為を全て行ったうえでの現場活動時間の努力目標は、15 分以内かつ最大 20 分とする。</p>
<p><b>19</b> 本プロトコール中における成人とは、思春期以降（年齢としては概ね 15 歳超が目安）で二次性徴を認めるかどうかを指標とする。</p>	<p><b>18</b> 本プロトコール中における成人とは、思春期以降（年齢としては概ね 15 歳超が目安）で二次性徴を認めるかどうかを指標とする。</p>



改正 (案)

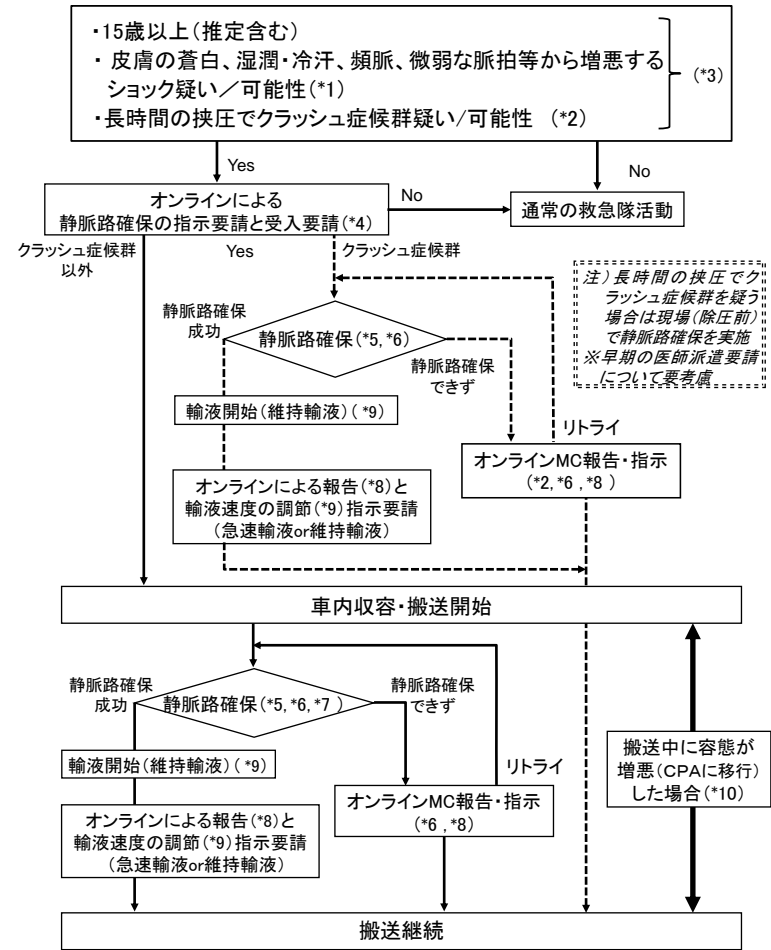
心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液 (53ページ)

※岐阜県MC協議会が定める新処置に係る認定証交付を受けている者に限る



現行

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 (53ページ)



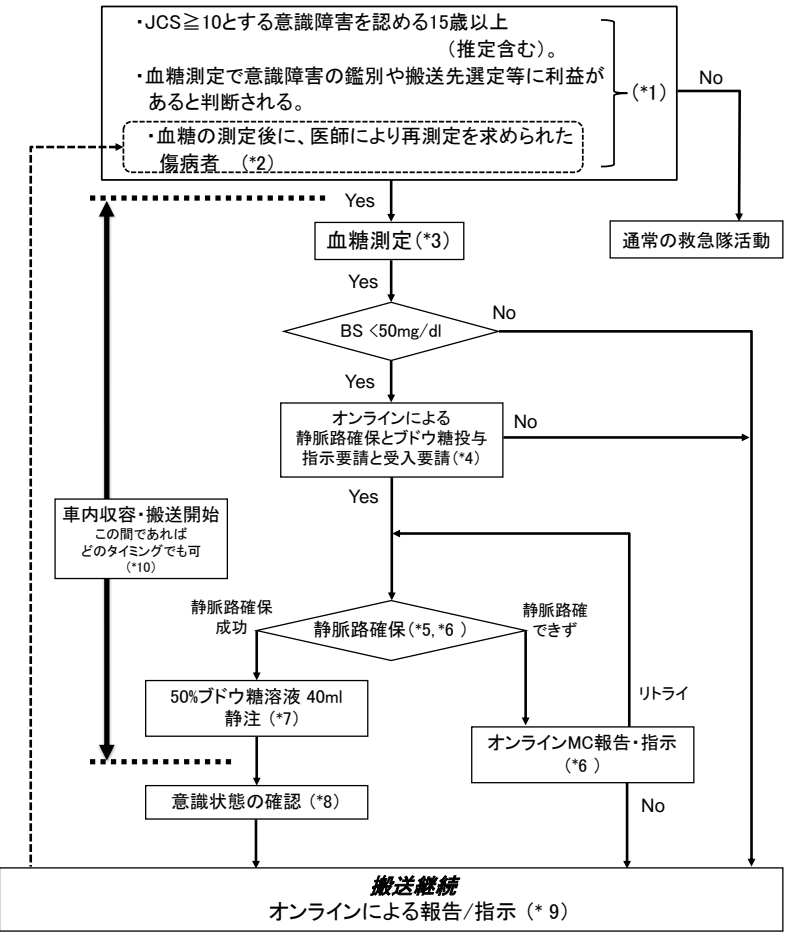
改正（案）	現行
<p style="text-align: center;"><b>【心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液】</b> (54ページ)</p> <p><u>1. 岐阜県 MC 協議会が定める新処置に係る認定証交付を受けている者に限る。</u></p> <p>2. 実施に際しては、静脈路確保にいたずらに時間を費やさないことに留意し、静脈路確保が困難であると判断した場合は、搬送を優先し、迅速な搬送を妨げないようにする。</p> <p>3. 「増悪するショック」とは、出血の持続、意識障害の進行、アナフィラキシー、熱中症などによる高度の脱水などがあげられる。 (* 1)</p> <p>4. 「挟圧」とは、狭隘な空間や器械等に身体が挟まれ圧迫されている状況を指す。(* 2)</p> <p>5. クラッシュ症候群の疑い/可能性がある場合は、除圧前の現場で静脈路確保を実施する。 実施できない場合は医師へオンライン指示を求める。(* 2)</p> <p>6. 対象者は次の2つをともに満たす傷病者とする。 ・増悪するショック、もしくは、クラッシュ症候群を疑うか、それらに至る可能性が高い。 ・15 歳以上（推定も含む）である。 ※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)</p> <p>7. 指示要請<u>及び受入要請</u>は、ホットラインが整備されている災害拠点病院に行く。 <u>なお、それぞれ異なる災害拠点病院でも可能とする。</u></p> <hr/> <p>また、第1報の際に、穿刺部位、穿刺針の選択、輸液速度、輸液量の具体的指示を検討してもよい(* 4) <u>※ドクターヘリまたは災害拠点病院が運用するドクターカーが出動している事案で、災害拠点病院以外の医療機関をドッキングポイントにする場合は、ドクターヘリまたはドクターカー医師の指示のもと、災害拠点病院以外の医療機関に収容することも可能とする</u></p>	<p style="text-align: center;"><b>【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】</b> (54ページ)</p> <hr/> <p>1. 実施に際しては、静脈路確保にいたずらに時間を費やさないことに留意し、静脈路確保が困難であると判断した場合は、搬送を優先し、迅速な搬送を妨げないようにする。</p> <p>2. 「増悪するショック」とは、出血の持続、意識障害の進行、アナフィラキシー、熱中症などによる高度の脱水などがあげられる。 (* 1)</p> <p>3. 「挟圧」とは、狭隘な空間や器械等に身体が挟まれ圧迫されている状況を指す。(* 2)</p> <p>4. クラッシュ症候群の疑い/可能性がある場合は、除圧前の現場で静脈路確保を実施する。 実施できない場合は医師へオンライン指示を求める。(* 2)</p> <p>5. 対象者は次の2つをともに満たす傷病者とする。 ・増悪するショック、もしくは、クラッシュ症候群を疑うか、それらに至る可能性が高い。 ・15 歳以上（推定も含む）である。 ※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)</p> <p>6. 指示要請_____は、ホットラインが整備されている災害拠点病院に要請する。 <u>なお、受け入れ要請は、指示要請した災害拠点病院だけではなく、異なる災害拠点病院でも可能とする。</u></p> <hr/> <p>また、第1報の際に、穿刺部位、穿刺針の選択、輸液速度、輸液量の具体的指示を検討してもよい(* 4)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

改正（案）	現行
<p><u>が、ドクターヘリまたはドクターカーの医師が診察することが必要である。</u></p> <p>8. 静脈路確保は原則として18Gもしくは20Gの留置針を用いる。 ※22Gも選択可能とするが、直接MC下にその都度許可が必要とする。（*5）</p> <p>9. 穿刺は2回まで施行できる。2回失敗した場合には、オンライン医師に指示を仰ぎ、もう1回試みても良いが、オンライン医師は心肺機能停止前の輸液の利益・不利益を考慮して許可するか搬送を急がせるか判断する。（*6） ※2回目以降の穿刺部位は必ず前の穿刺部位より中枢側とする。 ※検証票に、穿刺回数、成否、針選択、合併症の有無、病院前での輸液量、診断予後などを詳細に記載すること。</p> <p>10. シヤントでの静脈路確保は、静脈圧が高いため、実施してはならない。（*5）</p> <p>11. 静脈路確保は救急車停車後に実施する。（*7）</p> <p>12. 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医師もしくは搬送先医療機関の医師に報告する。（*8）</p> <p>13. 「急速輸液」とは、救急車内の最高位置に輸液バッグを吊し、クレンメを全開にして得られる輸液速度流量をいう。また、「維持輸液」とは、1滴/秒の輸液速度流量（180ml/h）をいう。</p> <p>14. 静脈路確保後の輸液速度は、開始時は「維持輸液」とし、医師のオンライン指示により急速輸液に変更する。（*9）</p> <p>15. 搬送中、傷病者の容態が増悪（CPAに移行）した場合、搬送先指示医師に状況を報告する。報告を受けた指示医師は、状況を鑑み直近の医療機関に搬送するか、そのまま災害拠点病院に搬送するか判断し、救急隊に指示すること。指示医師が直近の医療機関を選定した場合、救急隊は指示された医療機関に連絡し受入れ要請をする。（*10）</p> <p>16. 上記15の事案が発生した場合は、できるだけ速やかに岐阜県危機管理部消防課に報告すること。</p>	<p>7. 静脈路確保は原則として18Gもしくは20Gの留置針を用いる。 ※22Gも選択可能とするが、直接MC下にその都度許可が必要とする。（*5）</p> <p>8. 穿刺は2回まで施行できる。2回失敗した場合には、オンライン医師に指示を仰ぎ、もう1回試みても良いが、オンライン医師は心肺機能停止前の輸液の利益・不利益を考慮して許可するか搬送を急がせるか判断する。（*6） ※2回目以降の穿刺部位は必ず前の穿刺部位より中枢側とする。 ※検証票に、穿刺回数、成否、針選択、合併症の有無、病院前での輸液量、診断予後などを詳細に記載すること。</p> <p>9. シヤントでの静脈路確保は、静脈圧が高いため、実施してはならない。（*5）</p> <p>10. 静脈路確保は救急車停車後に実施する。（*7）</p> <p>11. 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医師もしくは搬送先医療機関の医師に報告する。（*8）</p> <p>12. 「急速輸液」とは、救急車内の最高位置に輸液バッグを吊し、クレンメを全開にして得られる輸液速度流量をいう。また、「維持輸液」とは、1滴/秒の輸液速度流量（180ml/h）をいう。</p> <p>13. 静脈路確保後の輸液速度は、開始時は「維持輸液」とし、医師のオンライン指示により急速輸液に変更する。（*9）</p> <p>14. 搬送中、傷病者の容態が増悪（CPAに移行）した場合、搬送先指示医師に状況を報告する。報告を受けた指示医師は、状況を鑑み直近の医療機関に搬送するか、そのまま災害拠点病院に搬送するか判断し、救急隊に指示すること。指示医師が直近の医療機関を選定した場合、救急隊は指示された医療機関に連絡し受入れ要請をする。（*10）</p> <p>15. 上記14の事案が発生した場合は、できるだけ速やかに岐阜県危機管理部消防課に報告すること。</p>

改正 (案)

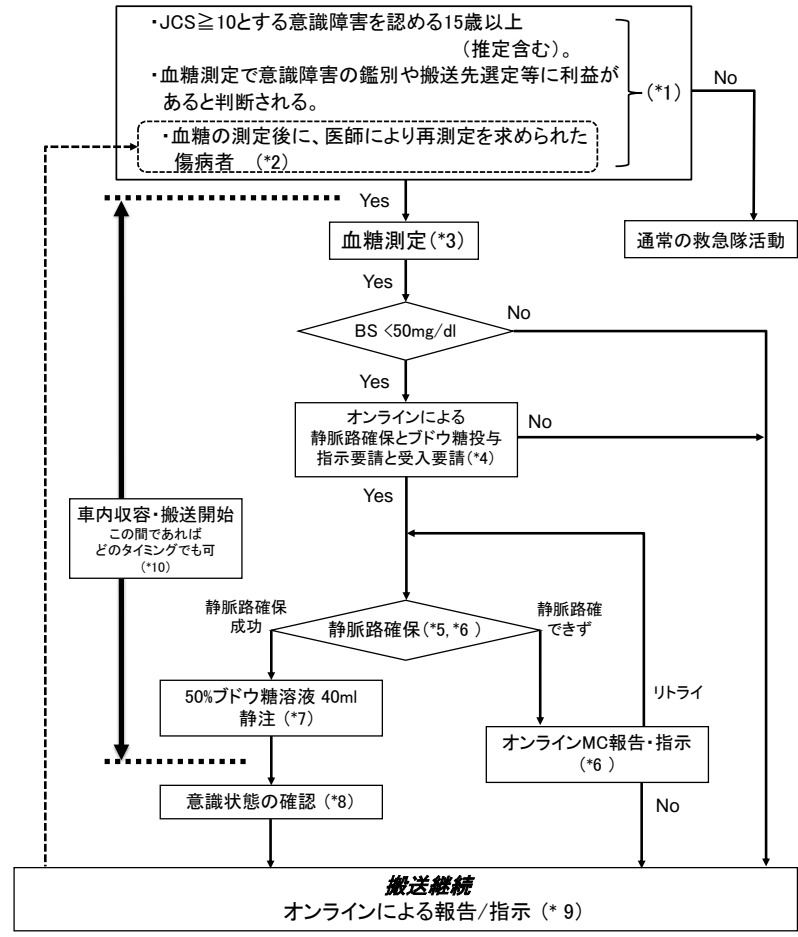
心肺機能停止前の重度傷病者に対する血糖測定及び  
低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与 (5 6 ページ)

※岐阜県MC協議会が定める新処置に係る認定証交付を受けている者に限る



現行

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 (5 5 ページ)



改正（案）	現行
<p><b>【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】（57ページ）</b></p> <p><u>1. 岐阜県 MC 協議会が定める新処置に係る認定証交付を受けている者に限る。</u></p> <p>2. 迅速な意識障害の改善を目的とすることから、血糖測定は、救急車内収容前に実施することが望ましい。</p> <p>3. 静脈路確保にいたずらに時間を費やさないことに留意し、静脈路確保が困難であると判断した場合は、搬送を優先し、迅速な搬送を妨げないようにする。 （現場離脱の時期については、第1報で現場離脱できるように受入要請も考慮）</p> <p>4. 「血糖の測定」の対象者は、次のことを満たす傷病者とする。 ・15歳以上（推定含む）で、JCS<math>\geq</math>10とする意識障害を認める。 ・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症例などで、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相当と考えられる場合は対象から除外する。（*1） ・上記の対象者のうち、血糖測定後に、医師により再測定が求められた傷病者とする。（*2）</p> <p>5. 「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。（*3） ただし、血糖の測定を試みた場合は、オンライン医師もしくは搬送先医療機関の医師 （災害拠点病院指示医師含む）に血糖測定の実施とその結果等を報告する。（*9） ※血糖測定は診療の補助、特定行為実施の根拠として行うべきものであるため、救急隊で実施した血糖測定の数値で判断する。</p> <p>6. 「静脈路確保とブドウ糖溶液の投与」の対象者は、15歳以上（推定も含む）でかつ血糖値が50mg/dl未満の傷病者とする。（*4）</p> <p>7. 静脈路確保は原則として18Gもしくは20Gの留置針を用いる。</p>	<p><b>【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】（56ページ）</b></p> <p><u>1. 岐阜県 MC 協議会が定める新処置に係る認定証交付を受けている者に限る。</u></p> <p>1. 迅速な意識障害の改善を目的とすることから、血糖測定は、救急車内収容前に実施することが望ましい。</p> <p>2. 静脈路確保にいたずらに時間を費やさないことに留意し、静脈路確保が困難であると判断した場合は、搬送を優先し、迅速な搬送を妨げないようにする。 （現場離脱の時期については、第1報で現場離脱できるように受入要請も考慮）</p> <p>3. 「血糖の測定」の対象者は、次のことを満たす傷病者とする。 ・15歳以上（推定含む）で、JCS<math>\geq</math>10とする意識障害を認める。 ・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症例などで、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相当と考えられる場合は対象から除外する。（*1） ・上記の対象者のうち、血糖測定後に、医師により再測定が求められた傷病者とする。（*2）</p> <p>4. 「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。（*3） ただし、血糖の測定を試みた場合は、オンライン医師もしくは搬送先医療機関の医師 （災害拠点病院指示医師含む）に血糖測定の実施とその結果等を報告する。（*9） ※血糖測定は診療の補助、特定行為実施の根拠として行うべきものであるため、救急隊で実施した血糖測定の数値で判断する。</p> <p>5. 「静脈路確保とブドウ糖溶液の投与」の対象者は、15歳以上（推定も含む）でかつ血糖値が50mg/dl未満の傷病者とする。（*4）</p> <p>6. 静脈路確保は原則として18Gもしくは20Gの留置針を用いる。</p>

改正（案）	現行
<p>※22Gも選択可能とするが、直接MC下にその都度許可が必要とする。（*5）</p> <p>8. 穿刺は2回まで施行できる。2回失敗した場合には、オンライン医師に指示を仰ぎ、もう1回試みても良いが、オンライン医師は静脈路確保とブドウ糖溶液の投与の利益・不利益を考慮して許可するか搬送を急がせるか判断する。（*6）</p> <p>※2回目以降の穿刺部位は必ず前の穿刺部位より中枢側とする。</p> <p>※検証票に、穿刺回数、成否、針選択、合併症の有無、病院前での輸液量、診断予後などを詳細に記載すること。</p> <p>9. シヤントでの静脈路確保は、静脈圧が高いため、実施してはならない。（*5）</p> <p>10. 静脈路確保は現場もしくは搬送中であれば救急車停車後に実施する。（*5）</p> <p>11. 輸液の速度は、維持輸液（1秒1滴程度）とするがオンライン医師もしくは岐阜県MC医師への確認が望ましい。（*5）</p> <p>12. ブドウ糖溶液の投与は50%ブドウ糖溶液40ml全量を、概ね3分以上かけて投与することを原則とするが、オンライン医師の指示に応じて増量・減量することができる。（*7）</p> <p>13. JCSによる評価を慎重に行う。（*8）</p> <p>14. ブドウ糖投与により意識レベルI桁までの改善が得られても再びJCS<math>\geq</math>10となった際には、血糖測定前のオンライン指示に戻る。（*9）</p> <p>15. 指示要請及び受入要請は、ホットラインが整備されている災害拠点病院に行く。</p> <p>なお、受け入れ要請は、指示要請した災害拠点病院だけではなく、異なる災害拠点病院もしくは指示医師の許可した医療機関でも可能とする。</p> <p>また、第1報の際に、穿刺部位、穿刺針の選択、投与量の具体的指示を検討してもよい。</p> <p>16. 上記15を鑑み、搬送開始前に限り、傷病者の状況、観察所見、実施した処置、その結果等を指示医師に報告したうえで、この報告を</p>	<p>※22Gも選択可能とするが、直接MC下にその都度許可が必要とする。（*5）</p> <p>7. 穿刺は2回まで施行できる。2回失敗した場合には、オンライン医師に指示を仰ぎ、もう1回試みても良いが、オンライン医師は静脈路確保とブドウ糖溶液の投与の利益・不利益を考慮して許可するか搬送を急がせるか判断する。（*6）</p> <p>※2回目以降の穿刺部位は必ず前の穿刺部位より中枢側とする。</p> <p>※検証票に、穿刺回数、成否、針選択、合併症の有無、病院前での輸液量、診断予後などを詳細に記載すること。</p> <p>8. シヤントでの静脈路確保は、静脈圧が高いため、実施してはならない。（*5）</p> <p>9. 静脈路確保は現場もしくは搬送中であれば救急車停車後に実施する。（*5）</p> <p>10. 輸液の速度は、維持輸液（1秒1滴程度）とするがオンライン医師もしくは岐阜県MC医師への確認が望ましい。（*5）</p> <p>11. ブドウ糖溶液の投与は50%ブドウ糖溶液40ml全量を、概ね3分以上かけて投与することを原則とするが、オンライン医師の指示に応じて増量・減量することができる。（*7）</p> <p>12. JCSによる評価を慎重に行う。（*8）</p> <p>13. ブドウ糖投与により意識レベルI桁までの改善が得られても再びJCS<math>\geq</math>10となった際には、血糖測定前のオンライン指示に戻る。（*9）</p> <p>14. 指示要請_____は、ホットラインが整備されている災害拠点病院に要請する。</p> <p>なお、受け入れ要請は、指示要請した災害拠点病院だけではなく、異なる災害拠点病院もしくは指示医師の許可した医療機関でも可能とする。</p> <p>また、第1報の際に、穿刺部位、穿刺針の選択、投与量の具体的指示を検討してもよい。</p> <p>15. 上記14を鑑み、搬送開始前に限り、傷病者の状況、観察所見、実施した処置、その結果等を指示医師に報告したうえで、この報告を</p>



改正（案）	現行
<p><b>改定履歴</b></p> <p>平成 16 年 10 月 5 日策定 平成 17 年 11 月 28 日改定 平成 18 年 11 月 14 日改定 平成 19 年 11 月 27 日改定 平成 21 年 1 月 20 日改定 平成 21 年 12 月 14 日改定 平成 24 年 4 月 1 日改定 平成 25 年 9 月 1 日改定 平成 26 年 10 月 17 日改定 平成 27 年 3 月 4 日改定 平成 28 年 3 月 9 日改定 平成 28 年 10 月 31 日改定 平成 30 年 3 月 22 日改定 令和元年 10 月 28 日改定 令和 2 年 3 月 17 日改定 令和 4 年 3 月 23 日改定 令和 4 年 9 月 27 日改定 令和 5 年 3 月 24 日改定 令和 5 年 8 月 21 日改定</p>	<p><b>改定履歴</b></p> <p>平成 16 年 10 月 5 日策定 平成 17 年 11 月 28 日改定 平成 18 年 11 月 14 日改定 平成 19 年 11 月 27 日改定 平成 21 年 1 月 20 日改定 平成 21 年 12 月 14 日改定 平成 24 年 4 月 1 日改定 平成 25 年 9 月 1 日改定 平成 26 年 10 月 17 日改定 平成 27 年 3 月 4 日改定 平成 28 年 3 月 9 日改定 平成 28 年 10 月 31 日改定 平成 30 年 3 月 22 日改定 令和元年 10 月 28 日改定 令和 2 年 3 月 17 日改定 令和 4 年 3 月 23 日改定 令和 4 年 9 月 27 日改定 令和 5 年 3 月 24 日改定</p> <hr/>