

岐阜県
救急隊（消防隊）
活動プロトコール

令和 8 年 3 月 1 1 日改定
（運用開始日 令和 8 年 10 月 1 日）

監修：岐阜県メディカルコントロール協議会

目 次

救急救命士の資格と指示が必要な処置一覧	2
岐阜県活動プロトコル全体を通しての共通認識と留意事項	3
岐阜県救急隊（消防隊）活動プロトコル フロー図	4
1. 心肺蘇生プロトコル	5
● C P Aプロトコル	6
● 除細動プロトコル	12
● 呼吸無し・脈拍ありプロトコル	14
● 薬剤投与プロトコル	15
● 気道確保プロトコル	19
● 気管挿管指示要請の流れ	20
● 気管挿管プロトコル	21
● ビデオ喉頭鏡による気管挿管プロトコル	23
● 留意事項	29
● DNAR プロトコル	36
2. 内因性疾患対応プロトコル	43
3. 脳卒中プロトコル	51
4. 外傷処置プロトコル	55
5. エピペンプロトコル	67
6. 心肺機能停止前の重度傷病者に対する処置プロトコル	70
● 静脈路確保及び輸液	70
● 血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与	73
7. 岐阜県メディカルコントロール協議会からの過去の通達のまとめ	76
8. 令和 8 年度改定項目と解説	80

緒言

救急医療において、「救える命を現場で確実に守る」ことは、私たちに課せられた最も重要な使命である。本プロトコルは、その使命を果たすため、現場で活動される救急隊員の皆様の判断と処置を支える実務上の指針として整備されたものである。

今回の改定は、日本蘇生協議会が公表した JRC 蘇生ガイドライン 2025 に対応し、岐阜県救急隊（消防隊）活動プロトコルを最新の医学的知見及び本県の救急医療体制に即した内容へと見直すことを目的として実施した。

本改定では、心停止症例に対する対応として、ハイパフォーマンス CPR を中心とした現場蘇生の重要性をより明確に位置付けた。近年、質の高い心肺蘇生を現場で継続的に実施することが、救命率及び社会復帰率の向上に直結することが国内外の知見から示されている。本プロトコルは、現場において組織的かつ質の高い蘇生を実践できるよう整理された内容となっている。

また、内因性ロード&ゴーに関する対応については、日本臨床救急医学会が提唱する PEMEC（Prehospital Emergency Medical Evaluation and Care）プロトコルを基盤として再構築を行った。これにより、疾患特性に応じた適切な初期評価と迅速な医療連携を推進し、搬送前から医療の質を高めることを目指している。

救急医療の最前線を担うのは、日々厳しい環境の中で活動されている救急隊員の皆様である。限られた時間と資源の中で積み重ねられている現場の努力こそが、岐阜県の救急医療を支えている。本プロトコルが、その活動を支え、安全で質の高い救急活動の実践に寄与することを心より期待する。

本プロトコルは、岐阜県メディカルコントロール協議会に属する作業部会「プロトコル検討部会」において検討・編集されたものであり、改定に尽力された委員各位に深く敬意を表するとともに感謝申し上げます。

本書が、県内すべての救急現場において活用され、地域住民の安心と信頼につながることを切に願うものである。

令和 8 年 3 月

岐阜県メディカルコントロール協議会長

岐阜大学大学院医学系研究科 救急・災害医学分野教授

岡田 英志

【救急救命士の資格と指示が必要な処置一覧】

認定資格 指示が必要な処置		救急救命士	薬剤投与	気管挿管	ビデオ喉頭鏡	処置範囲拡大
心肺停止時	声門上気道デバイス使用 (例：LT)	○	○	○	○	○
	静脈路確保（CPA 後）	○	○	○	○	○
	アドレナリン投与		○			○
	気管挿管			○	○	
	ビデオ喉頭鏡による気管挿管				○	
心肺停止前	血糖測定					○（包括可）
	ブドウ糖投与					○
	静脈路確保（CPA 前）					○

【注意点】

特定行為の指示要請など、オンライン医師との通信の際には、所持している資格を正確に伝えること

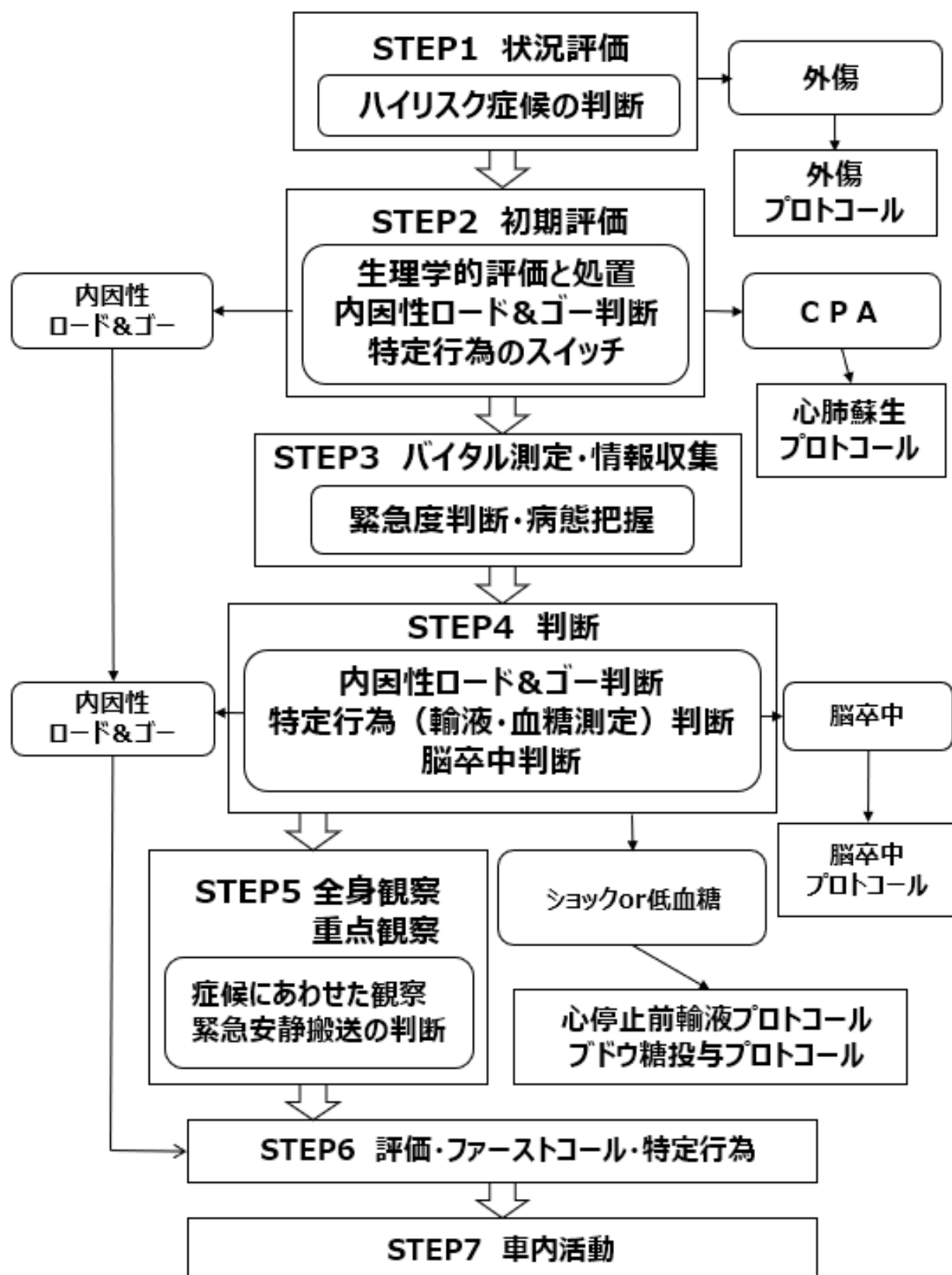
救急救命士認定資格の要件

資 格	認定要件（すべての要件を満たすこと）
薬剤投与	・薬剤投与病院実習を修了している ・救急業務従事期間 2 年以上又は 2 0 0 0 時間以上の活動経験を有する者 ・岐阜県 MC 協議会が定める薬剤投与修了実習を修了し認定証交付を受けている者
気管挿管	・声門上デバイスの実施が 5 例以上ある、又は直近 1 年で 3 例以上ある ・気管挿管病院実習を修了している（30 症例） ・岐阜県 MC 協議会が定める気管挿管認定証交付を受けている者
ビデオ喉頭鏡 による気管挿管	・気管挿管の認定証交付を受けている ・追加講習を受講している（第 39 回救急救命士国家試験以降の合格者を除く） ・ビデオ喉頭鏡病院実習を修了している（3 症例） ・岐阜県 MC 協議会が定めるビデオ喉頭鏡修了実習を修了し認定証交付を受けている者
処置範囲拡大 ・血糖測定 ・ブドウ糖投与 ・静脈路確保 (CPA 前)	・薬剤投与の認定証交付を受けている ・直近のおおむね 2 年間で静脈路確保が 10 症例以上がある ・岐阜県 MC 協議会が定める新処置に係る追加講習を修了し認定証交付を受けている者

【岐阜県活動プロトコール全体を通しての共通認識と留意事項】

- ・指示要請は、救急救命士が行うことが必須である。
- ・地域事情を鑑み、（携帯電話不感地帯など）やむを得ず出動隊の救急救命士が、オンライン医師に特定行為の指示を受けられない場合に限り、救急救命士である指令員が間接的に指示を受け、無線でその旨を現場に指示することを岐阜県メディカルコントロール協議会として許容する。
- ・小児とは、思春期以前（年齢としては 15 歳程度、中学生までが目安）で二次性徴を認めるかどうかを指標とする。
- ・岐阜県所属の救急救命士は、本プロトコールに準じて活動するため、県外医療機関に搬送する場合の指示要請は、岐阜県 MC 医師（岐阜大学医学部附属病院ホットライン）に行う。

【岐阜県救急隊（消防隊）活動プロトコル フロー図】

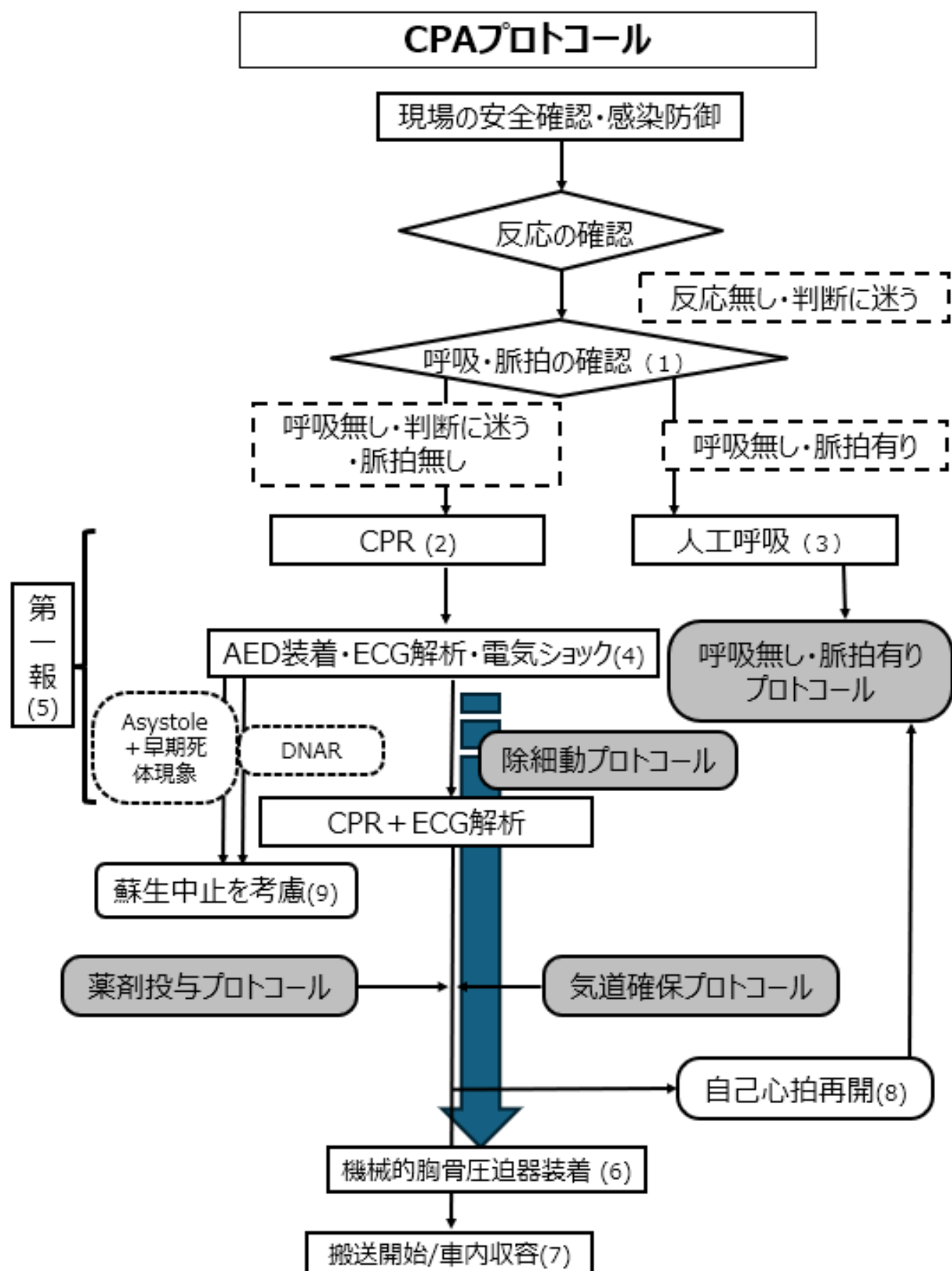


1. 心肺蘇生プロトコール

出動体制と事前管制

年齢・性別・既往歴確認、口頭指導確認
指示病院事前管制、消防隊連携出場
ドクターヘリ・ドクターカー連携出動

- ・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車隊（あるいは支援救急隊、救助工作車隊、指揮車隊でも可）の出動を指令する。
- ・未指令の場合、先発隊から要請する。
- ・CPR を行いながらの移動に 4 名であることが推奨されるので、増員目的のドッキングのため早期搬送を行うことは原則推奨されない。
- ・遠隔地などで支援隊が出場してもドッキング活動すら見込めないような場合には救急隊を 4 名運用するように努める。
- ・ドクターヘリ及びドクターカーを活用できる地域においては、要請基準に従い出動要請を実施する。
- ・通信指令員は、傷病者に反応が無く普段どおりでない呼吸をしているかどうかを確認する。傷病者に反応が無く、呼吸が無いまたは正常で無い場合、もしくは呼吸の状態に迷った場合は、通報時点でその傷病者が心停止であるものとみなす。
- ・院外で心停止が疑われる成人に対しては、通報者に胸骨圧迫のみを指導する。
- ・通報者に蘇生講習受講歴があり、かつ人工呼吸の技術と意思があれば人工呼吸を含む 30:2 の蘇生を実施しても良い。
- ・バイスタンダーが、1 人だけで携帯電話を持っている場合は、スピーカーまたは他のハンズフリーオプションを作動させて口頭指導を行う。
- ・各消防本部等で管理している AED 設置情報や、日本救急医療財団がホームページで公開している全国 AED マップ等、可能であればこれらの AED 設置情報を有効に活用する。
- ・出動救急隊または通信指令室が、地域事情を鑑み（現場が携帯電話不感地帯など）直近救命救急センターまたは直近二次病院に事前管制を行うことを許容するが、接触し CPA を確認後にあらためて指示要請をすることを原則とする。



CPA プロトコール

- ・CPA 症例における第一活動目標は、現場 ROSC を目指すことにある。
- ・ROSC を得て移動することは現場接触による胸骨圧迫の質の担保と搬送の安全性を高める。
- ・高度気道確保は、非同期 CPR を可能とし、胸骨圧迫比率（CCF）を高めるので、その使用を推奨する。
- ・小児 CPA は、呼吸原性による CPA が多く、呼吸管理にも十分注意した質の高い CPR の継続に努め、早期搬送も考慮する。
- ・地域事情によって早期搬送に移ることがやむを得ない場合は、事前管制の段階でオンライン医師と方針を確認しておくことが望ましい。

【通報者からの引き継ぎ・反応の確認】

- ・バイスタンダーCPR があった場合も、消防職員が引き継ぐ際には必ず呼吸・脈拍の確認を行う。
- ・反応の確認に時間をかけすぎず、判断に迷うものは早急に呼吸と脈拍の確認に移る。

1. 呼吸・脈拍の確認

- ・呼吸と脈拍の確認を行う（10 秒以上かけない）。
- ・呼吸を確認するときは、胸部と腹部の動きに注視し迅速に評価する。
- ・脈拍の有無に自信がもてないときは、呼吸の確認に専念する。
- ・呼吸が無いまたは死戦期呼吸と判断した場合、あるいは判断に迷う場合は心停止とする。
- ・触診にておよそ 30℃以下と判断した低体温の場合には、30～45 秒かける（低体温の場合には徐脈となるため）。
- ・判断に迷う場合は、胸骨圧迫の開始とともに、早期に AED やモニター装着をして心電図を確認することを考慮する。
- ・複数隊員で同時に行うことも考慮する。

2. CPR

- ・心停止と判断したら CPR を胸骨圧迫から開始する。
- ・JRC 蘇生ガイドライン 2025 に従った質の高い CPR を行う。
- ・隊員 2 人で CPR を開始し、他の 1 人は AED を装着する。
- ・AED による解析の準備ができるまで絶え間ない質の高い CPR を行い、適応があれば電気ショックを行う（「除細動プロトコール」に従う）。
- ・小児以下の 2 人法 CPR は、胸骨圧迫と人工呼吸の比を 15:2 とする。

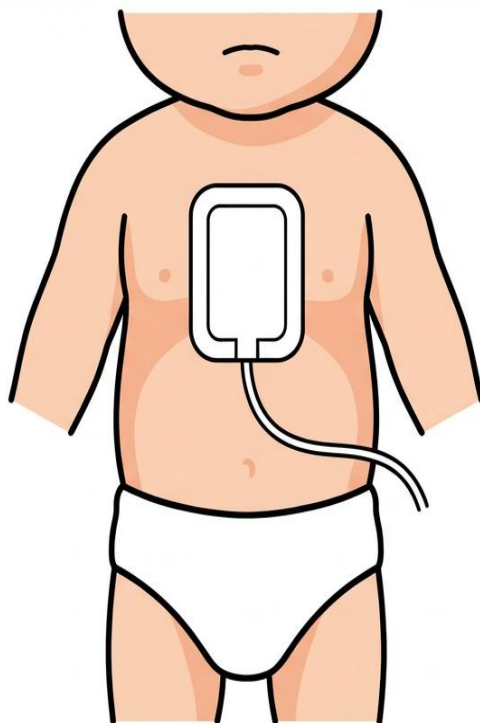
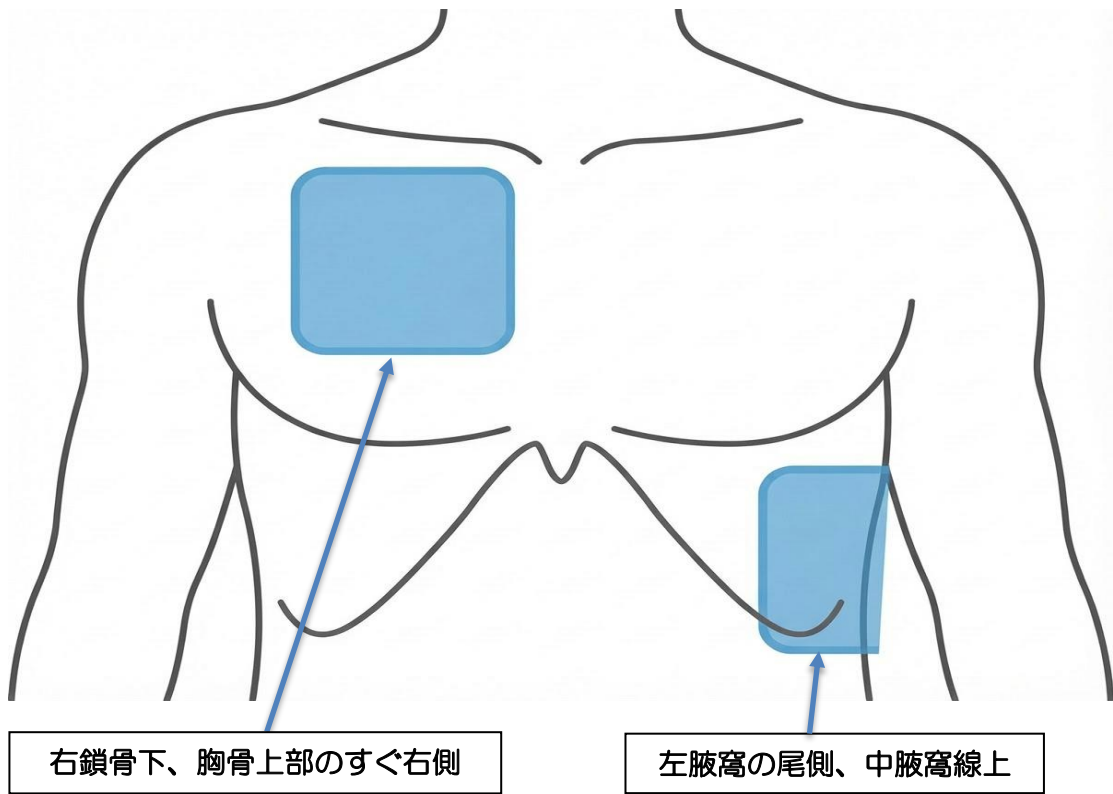
- ・高度気道確保後は、原則非同期で絶え間ない胸骨圧迫を実施する。送気は、リコイルに合わせてより有効な換気となることを意識する。
 - ・可能な限り、CPR 実施者とは別に CPR コーチを置き、この隊員を中心に質の高い CPR の維持に努める。ただし、人員都合によって CPR 実施者とは別に CPR コーチが置けない場合は、換気実施者が CPR の評価を行う。
- ※CPR コーチ：質の高い CPR が実施できるよう、常に胸骨圧迫、人工呼吸、AED 操作を評価する隊員をいう。CPR コーチは、救急隊員以外がその役割を担うことも想定されるため、誰もが評価できるように、全ての消防隊員が訓練をする必要がある。

3. 人工呼吸

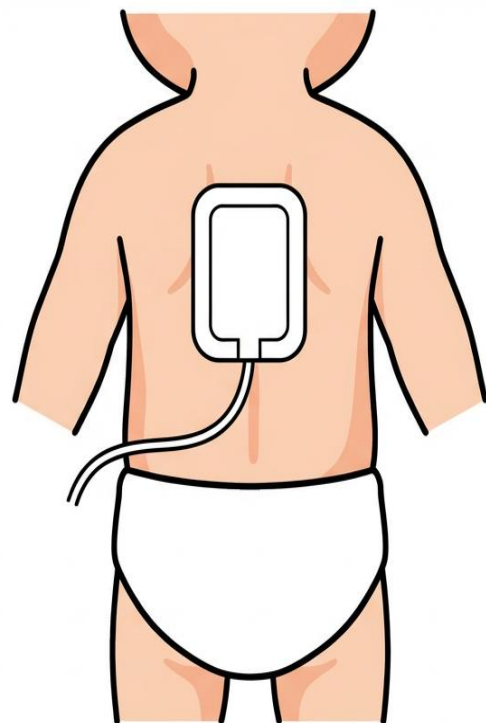
- ・CPR 中は、できる限り高い吸入酸素濃度を使用する。
- ・気管牽引・鎖骨下陥没がある場合（上気道閉塞徴候）や、最初の人工呼吸 2 回送気時に抵抗がある場合には、再気道確保をする。この際、口咽頭エアウェイ・鼻咽頭エアウェイの使用も可能である。
- ・人工呼吸に抵抗があれば胸骨圧迫を開始した上で喉頭展開し、口腔内を確認し異物を認めれば除去する。除去にあたっては、マギール鉗子の使用も考慮する。
- ・事前情報で窒息が強く疑われる場合、または初回の人工呼吸 2 回送気が不良であった場合は、早期に喉頭展開を行い声帯が観察できることを確認する。
- ・人工呼吸時には胸郭の上がりと同時に、腹部が経時的に膨隆してこないことを意識する（過剰な換気は胃内に送気をして蘇生率を下げることに懸念される）。

4. AED 装着・ECG 解析・電気ショック

- ・パッド装着位置は、ROSC 率との相関が証明されているため、正しい位置に装着する。
- ・ECG 解析は、AED/除細動器やモニターで行うことを原則とする。
- ・ECG 解析とは、心電図波形の確認のことであり、AED 解析も含める。
- ・解析時は、必ず脈の触知を行う。
- ・ショック適応の場合は、「除細動プロトコール」に従う。
- ・QRS を認めた場合で脈の触知に自信が持てない場合は、PEA として CPR を行う。
- ・十分な循環が見られる場合以外は、次の ECG 解析のタイミングまで CPR を止めない。
- ・ECG 解析で心静止と判断した場合は、すぐに CPR を再開した上で、電極やリード線を確認するとともに、機械的なトラブルがないか注意する。



胸側



背中側

前胸部と背面肩甲骨中央

※生成 AI にて作図

5. 第 1 報

- ・初期波形確認後、速やかに第 1 報をすること。活動人員が少ない場合は、質の高い CPR の維持を優先し 2 回目の解析/電気ショックまでに第 1 報をするよう努める。
- ・第 1 報では、資格、傷病者の年齢・性別・心電図・行った処置などを医師へ情報提供する。
- ・認定資格があれば特定行為の指示要請（声門上気道デバイスや挿管を用いた高度気道確保、静脈路確保、薬剤投与）を行う。
- ・包括的除細動は 3 回までとし、4 回目以降は医師の指示を得ること。

6. 機械的胸骨圧迫装置（自動式心マッサージ器）

- ・機械的胸骨圧迫装置は、移動時の CCF の担保に有効であることから、現場離脱時、車内収容前に装着することを推奨する。
- ・傷病者接触時から装着することは推奨しない。
- ・装着位置は移動に伴い、ずれる可能性が高いため、固定をしても必ず車内収容時や波形確認時に位置確認を行う。
- ・装着や位置調整を行う場合の胸骨圧迫の中断時間は、最小限とする。やむを得ず長くなる場合は、速やかに用手胸骨圧迫を再開する。
- ・装着時は各機種 of 注意事項に留意すること。

7. 搬送開始

- ・ROSC を得られたら安全を確保の上、速やかに現場離脱/車内収容とする。
- ・薬剤投与を含む質の高い CPR にもかかわらず ROSC が得られないものは搬送へ移る。
- ・現場活動時間 20 分を目安に、複数回のアドレナリン投与にもかかわらず ROSC が得られない場合は搬送を考慮する。
- ・「除細動プロトコール」または「薬剤投与プロトコール」を併用できない場合（ショック適応外や薬剤認定救命士不在等）で、質の高い CPR を行ったにもかかわらず波形変化や ROSC が得られない場合は速やかに現場離脱を行う。
- ・静脈路確保が現場で困難な場合には、やむを得ず早期搬送に切り替えるが、搬送中も可能な限り静脈路確保に努める。
- ・薬剤投与のあとの質の高い CPR が蘇生の成功を高める可能性が示されていることから、搬送を急ぐのではなく投与後の CPR の質を高めることに注力する（薬剤投与プロトコールに同じ）。
- ・最小限の胸骨圧迫中断で移動が困難な場合でも、最大 30 秒を越えないように努力する。

- ・移動開始前に、隊で移動経路と中継地を共有してから移動に移ること。
- ・消防本部内で装備があれば、移動開始前に機械的胸骨圧迫装置の使用を推奨する。

8. 自己心拍再開（ROSC）

- ・ROSC を得られたら安全を確保の上、速やかに現場離脱/車内収容とする。
- ・車内への移動中に再度 CPA へ移行することを常に警戒し、容態変化に注意して搬送する。
- ・吸入酸素濃度と換気量の適正化。

※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。

心拍再開後は、パルスオキシメーターを使用し、動脈血酸素飽和度（SpO₂）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。

9. 蘇生中止/不搬送

- ・「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 にて心静止を確認し、判断に迷う場合はオンライン医師に助言を求める。

- ・「明らかに死亡している」と判断され、当該判断基準を引用しながら状況を十分説明したにもかかわらず、家族等が蘇生術の実施、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、本プロトコルに準拠する活動を行わなくても良い。
- ・救急救命士、消防職員の蘇生術（電気ショックを含む）に関するインフォ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、特定行為や電気ショックを実施せず、状況に応じ CPR を実施しながら搬送に移る。

除細動プロトコール

当プロトコールは、CPA プロトコールに追加併用するものである。

1. ECG 解析

- ・ECG 解析は、AED/除細動器やモニターで行うことを原則とする。
- ・ECG 解析とは、心電図波形の確認のことであり、AED 解析も含める。
- ・解析時は、必ず脈の触知を行う。

2. 電気ショック

- ・未就学児（小学校入学前の小児）の心停止には未就学児用パッド/モード等を用いて電気ショックを包括的指示として行い、未就学児用パッド/モード等がない場合は、小学生～大人用パッドを代用するが、医師のオンライン指示を得てから実施する。
- ・乳児（およそ 1 歳未満）の心停止の場合には、医師のオンライン指示を得てから実施する。
- ・マニュアルモードが設定可能な除細動器を用いる場合も、半自動モード（AED モード）を用いて電気ショックを行う。マニュアルモードは使用しない。
- ・電気ショック後は、可及的速やかに胸骨圧迫を再開する。

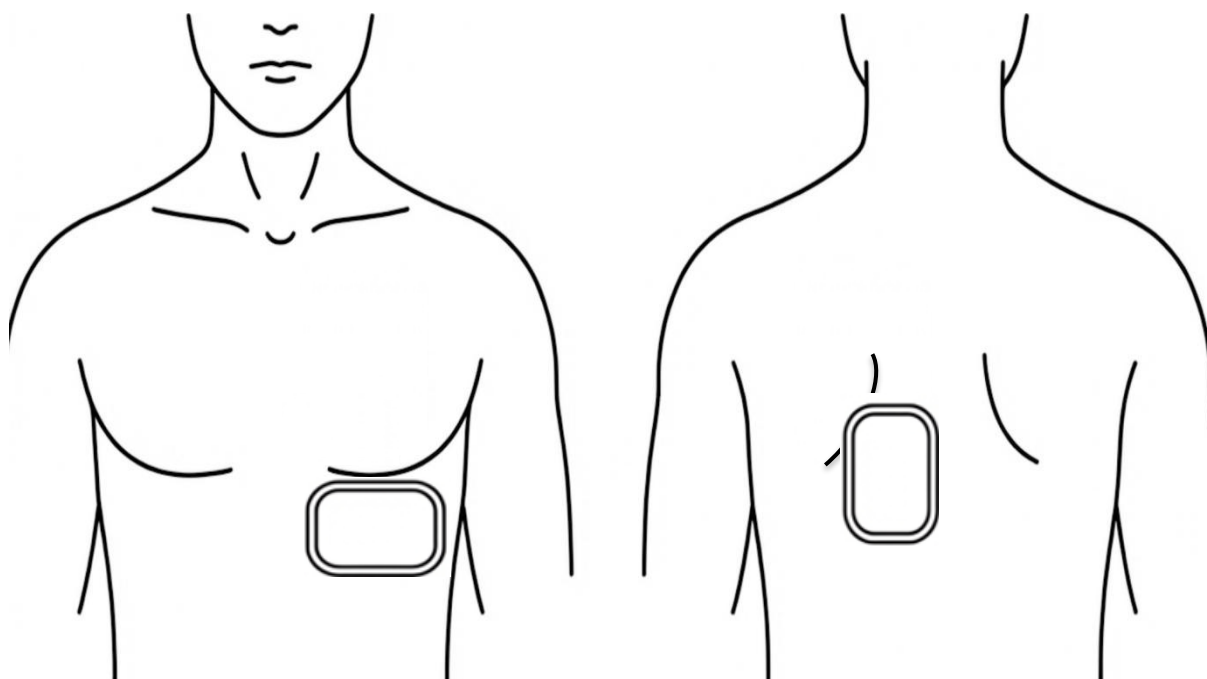
3. 包括的除細動

- ・包括的除細動は 3 回までとし、4 回目以降は医師のオンライン指示を得ること。
- ・電気ショック適応でも、低体温(触診でおよそ 30℃以下と判断したもの)傷病者の電気ショックは初回のみとし、2 回目以降は実施しない。

4. ベクトルチェンジ

- ・一般的な貼付位置から病院まで搬送時間がかかる現場で、3 回の電気ショックでもショック適応波形が継続する場合、ベクトルチェンジを考慮して良い。
- ・ベクトルチェンジとは、3 回目のショック後に電流の方向（ベクトル）を代えて行う電気ショックのことである。
- ・ベクトルチェンジについては、オンライン医師に相談・指示を得ること。
- ・ベクトルチェンジは、原則現場で実施されることが望ましい（これは背面にパッドを貼るためにログローリングをする場合は、車内活動では現実的ではないと考えられるため）。
- ・ベクトルチェンジを考慮する場合は、機械的胸骨圧迫装置装着前が望ましい。

- ・ベクトルチェンジのパッド位置は下記のとおり、1 枚は左前胸部乳房下部に、もう 1 枚は脊椎左側の肩甲骨内側下部に貼付する。使用したパッドを剥がして新しいパッドを使用する。



1 枚は左前胸部乳房下部に、もう 1 枚は脊椎左側の肩甲骨内側下部に貼付する。

※生成 AI にて作図

呼吸無し・脈拍ありプロトコール

1. 人工呼吸

- ・呼吸無し・脈拍ありの時、成人の場合は1分間に10回（6秒に1回）、小児以下の場合は、1分間に12～20回（3～5秒に1回）の回数で人工呼吸を行う。

2. 声門上気道デバイス使用の考慮

- ・未実施の場合は、気道確保の困難・搬送経路・搬送時間などを総合的に勘案して指示要請する。
- ・挿入困難な時は、BVM換気に切り替える。
- ・一度挿入した声門上気道デバイスは換気良好であればバックアップするまで抜去しない。
- ・挿管認定救命士であっても、呼吸無し・脈拍ありプロトコールでは気管挿管してはならない。

3. 静脈路確保の考慮

- ・未実施の場合は、静脈路確保の困難・搬送経路・搬送時間などを総合的に勘案して指示要請する。
- ・薬剤認定救命士であっても、他の救急救命士と同様に静脈路確保を行って良いが、薬剤投与は行ってはならない。

薬剤投与プロトコル（静脈路確保を含む）

CPA プロトコルと併用するものと理解する。

活動においては、傷病者接触からアドレナリン投与 1 投目まで、10 分以内を目標とする。

1. CPA プロトコルと併用

- ・質の高い CPR は薬剤投与プロトコル中も継続する（薬剤投与よりも CPR の質が優先される）。
- ・薬剤投与の指示要請は、静脈路確保の指示と同時に受けることで静脈路確保後直ちにアドレナリン投与をして良い。
- ・気道確保は、必ずしも器具である必要はないが、現場にて ROSC が得られず移動開始となる場合には、高い CCF の維持の観点からは現場離脱までに高度気道確保を推奨する。
- ・適切な換気の下に CPR が行われていれば、「気道確保プロトコル」に従い、指示要請を行う。
- ・薬剤認定救命士以外に気道確保を行う救急救命士がいる場合には、薬剤投与と同時に気道確保を実施しても良い。
- ・CPA における静脈路確保の目的は、アドレナリン投与にあるため留置針の選択において太さは指定しない。
- ・静脈路確保の適応に年齢制限は設けないが、アドレナリン投与は推定 15 歳以上（成人）である。
- ・薬剤認定救命士は、2 回静脈路確保に失敗した場合には、オンライン医師に指示を仰ぎ、もう 1 回試みても良いが、オンライン医師は病院前心停止における薬剤投与の利益・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。
- ・心停止時であれば、薬剤認定救命士は人工透析用の内シャントを穿刺して血管確保を行っても良い。
- ・救急救命士は、オンライン医師の指示を得た上で、電気ショックなどの必要な処置を実施し、CPR が有効に行われている状況下で静脈路確保を行う。
- ・静脈路確保はできるだけ速やかに行うこととする。
- ・確保に成功した場合には、初期輸液量として 60 滴/分で開始する。医師の具体的指示が出れば変更する。
- ・穿刺時に一時的に胸骨圧迫の中断が必要な場合でも、中断時間は最小限とする。
- ・穿刺失敗した時に、同じ四肢に再度穿刺を試みる場合は、初めに失敗した部位より中枢側で穿刺する。
- ・救急車内で穿刺をする場合には車両を停止する。

- ・救急車で薬剤投与を行う場合にも、機関員のほかに 3 名の隊員が必須である。
- ・現場で薬剤投与を行う場合には、現場に限り薬剤認定救命士を含め 3 名の隊員で実施しても良い。CPA のまま搬送となる場合は、救急車で薬剤投与を行う場合にも、機関員のほかに 3 名の隊員が必須であるため、支援隊隊員を含め 4 名以上で活動する。ただし、機械的胸骨圧迫装置を用いることで前述の活動人員要件を緩和することができることとし、使用した場合は検証票に記載すること。
- ・非薬剤認定救命士が確保した静脈路を用いて、後着の薬剤認定救命士が薬剤投与を行う場合でも、腫れ漏れのないことの確認は、薬剤認定救命士自身が薬剤投与前に再度行わねばならない。
- ・2 回失敗し搬送に移った後に静脈路確保できそうな血管がある場合、オンライン医師と相談し 3 回目の穿刺をすることは許容される。その場合は、他の場合と同様穿刺時に車両停止を行うため、機関員との連携を怠らない。
- ・穿刺に使用した注射針、アドレナリンの空容器などは、専用のプラスチック製回収箱を準備して確実に廃棄し、現場に残してくることのない様十分に注意する。

2. 電気ショック・薬剤投与

- ・アドレナリン投与後でも電気ショックは 2 分間の解析のタイミングで実施する。自動解析 AED であればそのタイミングに従う。
- ・薬剤投与プロトコルでアドレナリン投与指示を得た場合であっても、除細動プロトコルに則り 4 回目以降電気ショックの指示を得る。
- ・自動解析 AED では、電気ショックを解析のタイミングで行うが、4 回目以降の電気ショック指示が得られなかった場合であっても、アドレナリン投与後の解析で、初めて電気ショック適応波形を確認した場合は、電気ショックを包括的に 1 回のみ実施しても良い。なお、それ以降のアドレナリン投与後の電気ショックについては、オンライン医師と相談し、指示を得た場合にあっては実施しても良いが、指示が得られなかった場合は、電気ショック適応波形であってもアドレナリン投与のみを行い搬送を実施する。
- ・解析・電気ショックの際は走行中の救急車は止めなければならないが、薬剤投与そのものについては、救急車は走行したままで実施しても良い。
- ・搬送開始後の電気ショックについては、搬送時間を考慮してオンライン医師の指示を得ること。

- ・薬剤を静脈投与した場合、注射器を用いて三方活栓から乳酸リンゲル液で 20ml 程度の後押しを行うが、同程度量の乳酸リンゲル液の急速輸液で代用しても良い。その直後、投与した肢を約 10 秒程度挙上することを考慮する。
- ・低体温（触診でおよそ 30℃以下と判断したもの）傷病者では、VF/Pulseless VT の場合でも電気ショックは最初の 1 回のみとなっている。現状では厳密な体温測定が困難であり、原則として低体温時にはアドレナリンを投与することで得られるメリットよりも、デメリットの方が大きいように思われるため、使用しない。

3. 搬送開始

- ・薬剤投与のあとの質の高い CPR が蘇生の成功を高める可能性が示されていることから、初回の薬剤投与後は搬送を急ぐのではなく、投与後の CPR の質を高めることに注力する。
- ・現場活動時間は、20 分を目安に複数回のアドレナリン投与にもかかわらず ROSC が得られない場合は、CPA プロトコルに従い搬送を考慮する。
- ・静脈路確保が現場で 2 回失敗した場合には、早期搬送に切り替える。ただし、3 回目以降の穿刺はオンライン医師に相談の上、指示があれば車内での実施を考慮して良い。

4. 医師による具体的指示

- ・アドレナリン投与の指示は、第 1 報時の特定行為の指示要請において静脈路確保・高度気道確保と併せてアドレナリン投与も一括で指示を受けて良い。
- ・アドレナリン 1 投目投与前に波形変化があった場合は、ROSC した場合を除き薬剤投与を実施の上、波形変化と薬剤投与実施の旨を第 2 報で事後報告として良い。
- ・2 投目以降の薬剤投与については、病院到着までの 3～5 分毎のアドレナリン投与の一括指示をオンライン医師から得ても良い。その場合、投与回数についても確認する。
- ・第 1 報で、2 投目以降のサブルーチン指示、総投与数の指示を得ても良い。ただし、第 1 報の目的は早期薬剤投与であるため、通話により、薬剤投与のタイミングが遅れることのないようにする。
- ・第 1 報で、2 投目以降の指示を得ない場合は、2 投目投与前に第 2 報で 2 投目以降の指示を得る。
- ・現場出発を目処に、実施した処置の報告、傷病者情報等を伝える。
- ・サブルーチンの間に波形変化または ROSC した場合は、直ちに報告し指示を仰ぐ。

5. アドレナリンの保管について

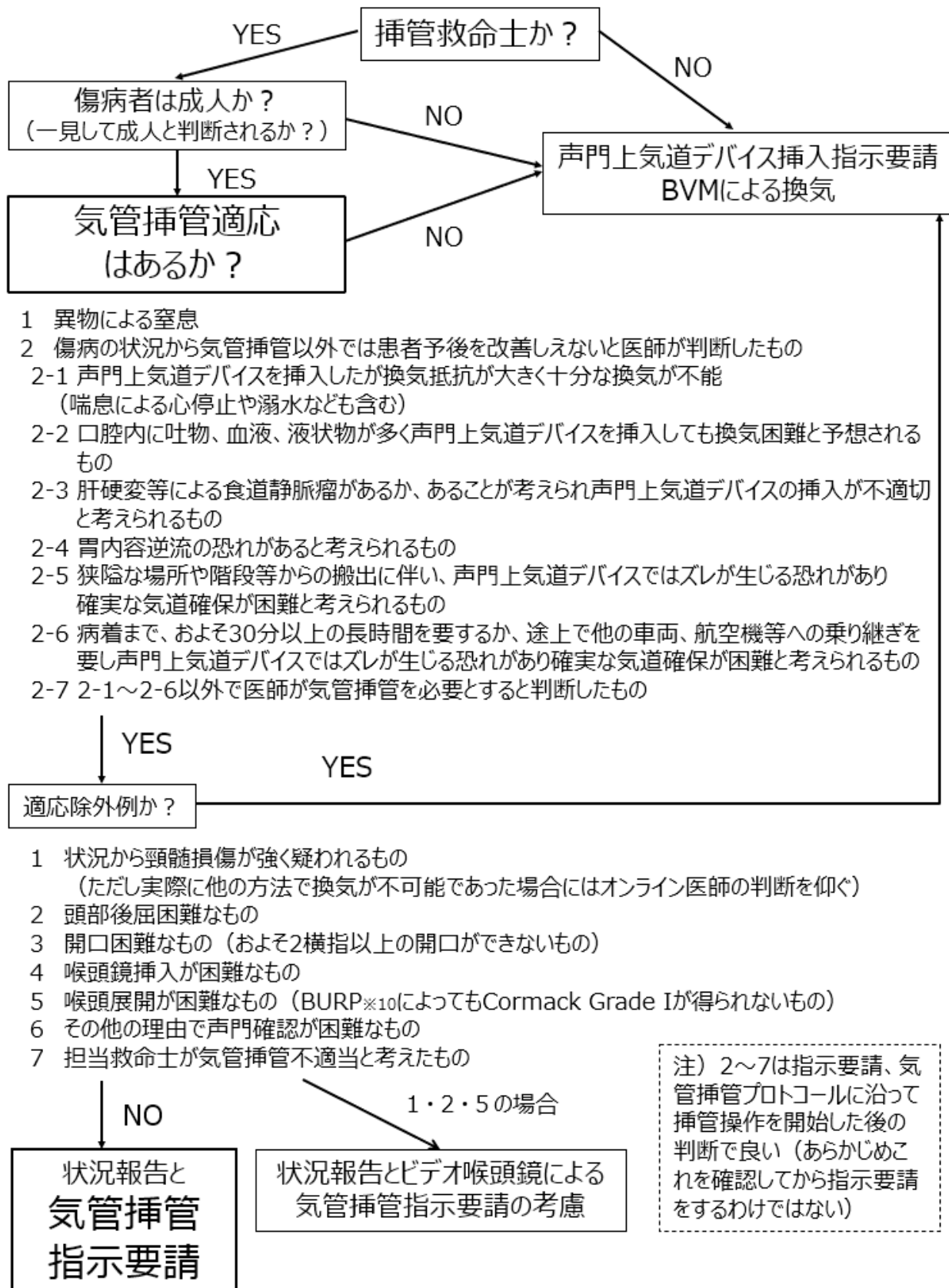
- ・アドレナリンは劇薬であり、健常人に注射すると生命の危険がある。したがって、署所毎に管理責任者を明記した錠のかかる専用の保管庫で遮光して室温で保管し、鍵は管理責任者のほか、当日、担当の薬剤認定救命士自身が厳重に管理を行う。
- ・署所毎に薬剤管理台帳を作り、管理責任者と薬剤認定救命士は勤務のはじめと終わりに薬剤の異常の有無及び数量を確認し、署名しなければならない。
- ・薬剤認定救命士は、CPA に限らずいかなる救急出場でも薬剤を携帯して出場し、帰署後直ちに携帯した薬剤の異常の有無及び数量の確認を行うものとする。

気道確保プロトコル

気道確保全体

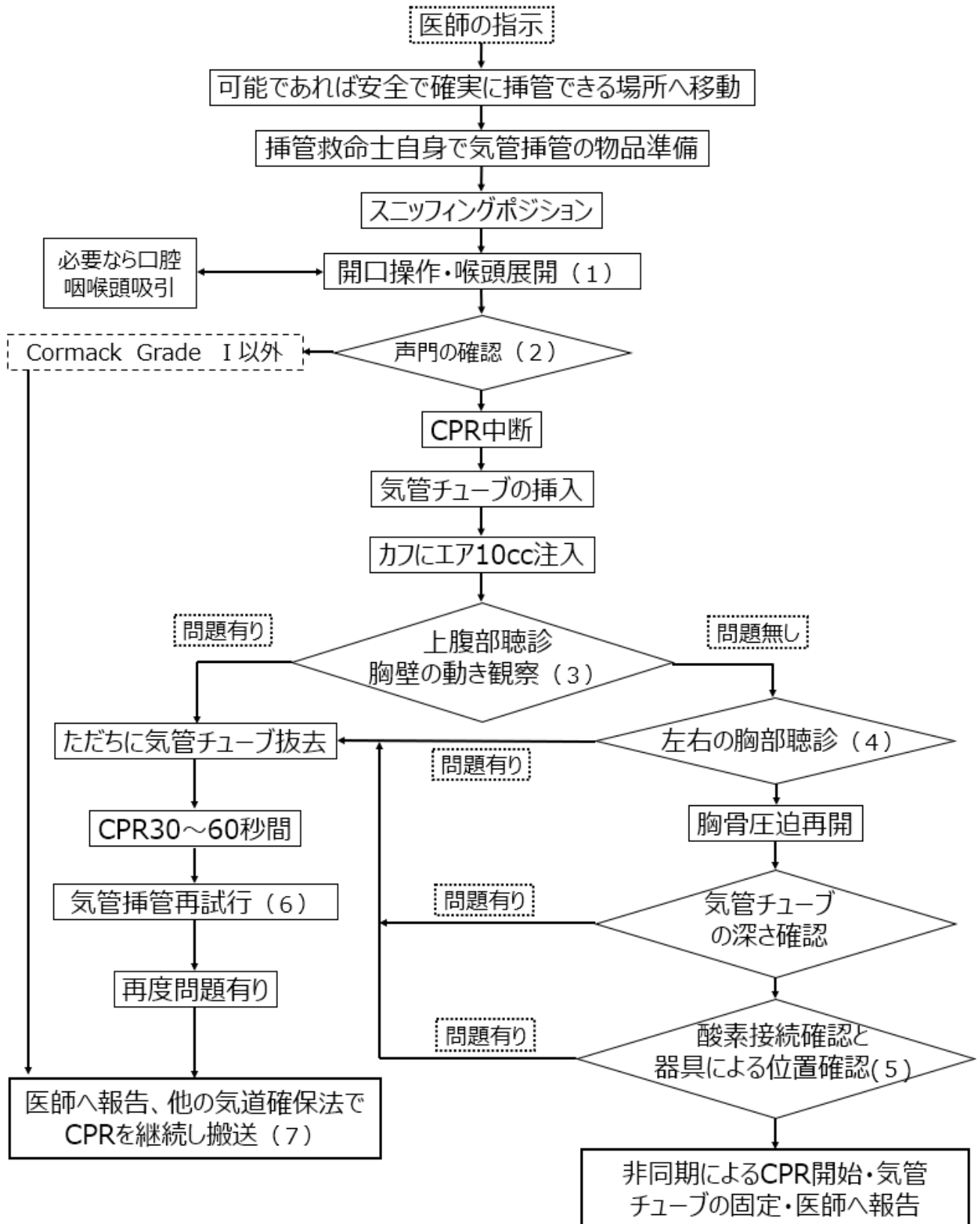
- ・通報段階で窒息を疑う場合には、接触時の換気抵抗によらず、蘇生の早い段階で喉頭展開し声門を確認する。
- ・BVM による送気が過剰にならないように留意する。
- ・高度気道確保による非同期 CPR は CCF が高まることと、現場活動や搬送に伴う活動障害などを勘案し、高度気道確保の是非を判断する。
- ・高度気道確保実施時は、移動時に必ず、ずれなどがないか、換気の確認を行う。
- ・気管挿管が行えない場合は、声門上気道デバイスを使用していくことを推奨する。

気管挿管指示要請の流れ



気管挿管プロトコール

※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



気管挿管プロトコール

1. 開口操作・喉頭展開

- ・分泌物や異物を見つけたら、吸引器やマギール鉗子で除去する。

2. 声門の確認

- ・声門のほぼ全体が視認できることで、BURP 法によって Cormack Grade I が得られれば気管チューブの挿入を行って良い。
- ・30 秒以上かかる場合は、断念するか CPR に一旦戻り、もう 1 回だけ実施する。
- ・Cormack Grade I でなければ挿管してはならない。

3. 上腹部聴診/胸壁の動きを観察

- ・換気によって胸壁が左右均等に挙上するか観察する。

4. 胸部の聴診

- ・左右の胸部を聴診して確認する。
- ・確信が持てない場合は、喉頭鏡で展開し、声門を通過しているか確認する。
- ・胸部の診察による確認は、胸骨圧迫の中断時間を最小限になるよう努力する。

5. 器具による位置確認

- ・波形表示のある呼気 CO₂ モニター（カプノグラフィー）を使用して挿管位置を確認することを推奨する。
- ・波形表示のある呼気 CO₂ モニター（カプノグラフィー）は、CPR の質の確認にも使用できる。
- ・波形表示のある呼気 CO₂ モニター（カプノグラフィー）がない場合は、他の確認用器具を用いて確認する。
- ・チューブ位置が気管内にあると判断されるに関わらず、CO₂ 波形が確認されない場合はオンライン医師の指示を仰ぐ。
- ・特に CO₂ 波形が途中から消えたものは誤抜去などの可能性を考え早期の抜去や再挿入を考慮する。

6. 気管挿管再試行

- ・失敗の原因を考え、スニフリングポジションの修正やスタイレットの曲がりを工夫する。

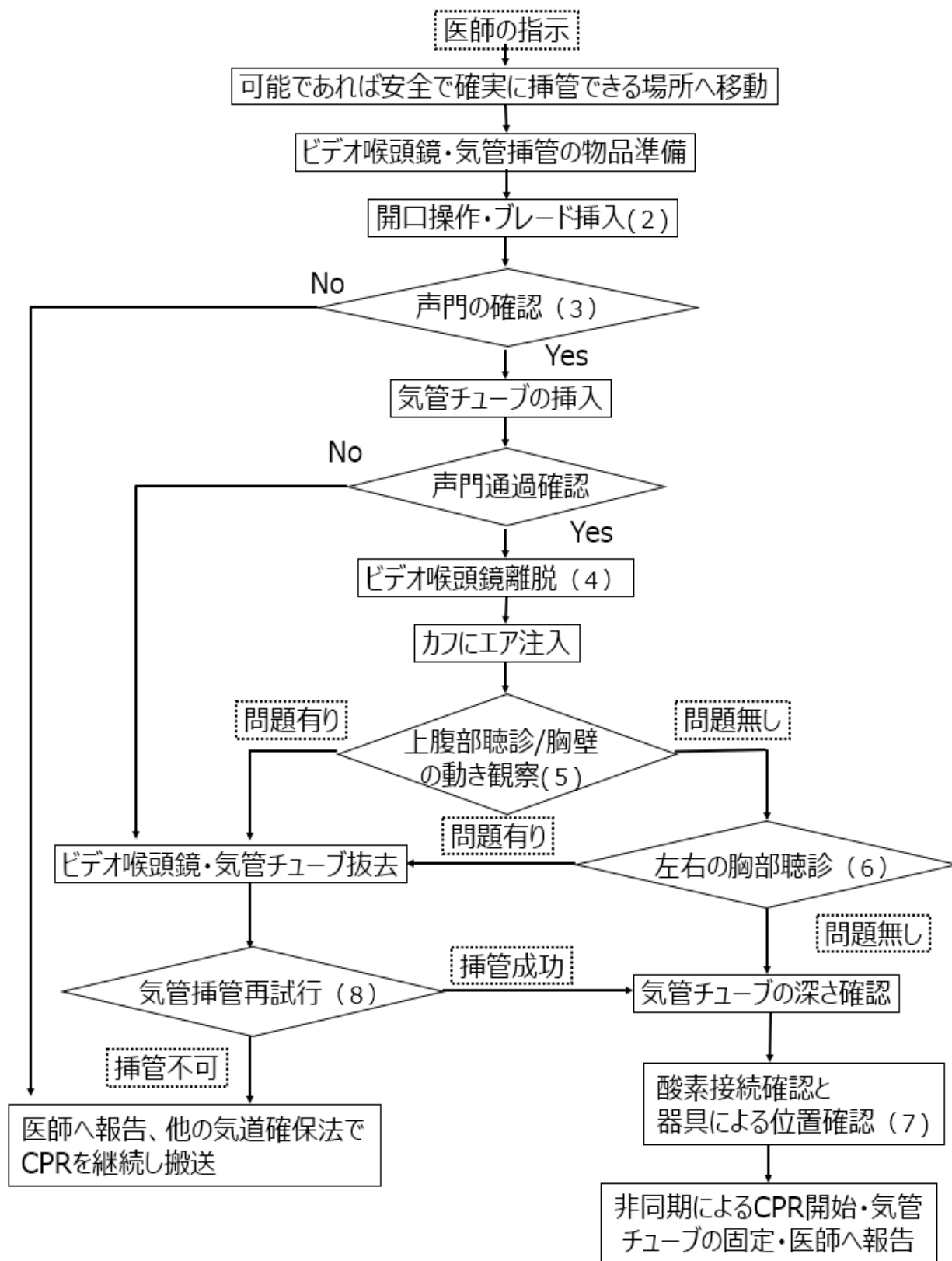
7. 他の気道確保法で CPR を継続

- ・気管挿管は、原則として最大 2 回までとする。

※気管挿管プロトコール全体を通して胸骨圧迫の中断時間が最小限になるよう心がける。

ビデオ喉頭鏡による気管挿管プロトコール

※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



ビデオ喉頭鏡による気管挿管プロトコール

1. ビデオ喉頭鏡の使用判断

- ・ビデオ喉頭鏡認定救命士は、ビデオ喉頭鏡を使用することが有用であると判断する場合は、オンライン医師の指示の下、使用できるものとする。有用と判断できれば、最初からビデオ喉頭鏡を使用しても良い。

2. 開口操作・ブレード挿入

- ・分泌物や異物を見つけたら、吸引器やマギール鉗子で除去する。

3. 声門の確認

- ・声門の確認とは声門全体が視認でき、ビデオ喉頭鏡モニターのターゲットマークが声門部に Lock-on した状態。
- ・30 秒以上かかる場合は断念するか CPR に一旦戻り、もう 1 回だけ実施する。

4. ビデオ喉頭鏡離脱

- ・ビデオ喉頭鏡モニターによりチューブが声門部を通過していることを確認しながら、指でしっかりと気管チューブを保持しつつイントロックを離脱し、ビデオ喉頭鏡を抜去する。この時、気管チューブが抜けないように注意する。

5. 上腹部聴診 胸壁の動き観察

- ・換気に伴って胸壁が左右均等に挙上するか観察する。

6. 左右の胸部聴診

- ・左右の胸部を聴診して確認する。
- ・胸部の診察による確認は、胸骨圧迫の中断時間が最小限になるよう努力する。

7. 器具による位置確認

- ・波形表示のある呼気 CO₂ モニター（カプノグラフィー）を使用して挿管位置を確認することを推奨する。
- ・波形表示のある呼気 CO₂ モニター（カプノグラフィー）は、CPR の質の確認にも使用できる。
- ・チューブ位置が気管内にあると判断されるにも関わらず、CO₂ 波形が確認されない場合はオンライン医師の指示を仰ぐ。

8. 気管挿管再試行

- ・失敗の原因を考え、口腔内吸引の再実施、ビデオ喉頭鏡の挿入方向と深さの調節、甲状軟骨圧迫法などを実施する。必要に応じてオンライン医師の指示・指導・助言を求める。

- ・再試行の場合は、従来型喉頭鏡を用いた気管挿管も考慮する。
- ・再試行により気管挿管することができたら、一連の確認操作を実施する。

※全体を通じて胸骨圧迫は可能な限り中断しない。

やむを得ず中断する場合も、喉頭鏡視認やチューブ挿入の前後、チューブの位置確認など中断時間が最小限になるよう努める。

【気管挿管及びビデオ喉頭鏡による挿管に関する留意事項】

- 1 家族に対する気管挿管のインフォームドコンセントについては、家族の承諾をとるというより蘇生処置の一環として必要な処置の理解を得るというスタンスを取る。救急救命士が気管挿管を行う時点では、他の気道確保法では予後を改善できない状況と判断されているので、万一理解が得られなくても再度説得すべきである。しかし、家族が明確に拒否した場合には、医師とオンラインで相談の上、声門上気道デバイスや BVM による換気を可能な限り試みるようにする。
- 2 気管挿管は、場合によって傷病者が倒れている床やベッドの上で行わざるを得ない場合もあるが、屋外にあっては特に試行中の安全に注意を払い二次災害の防止に努める。
- 3 救急車内で行う場合、必ず停車している状態で行う。このため機関員（安全確保を担当する）以外に車室内に挿管認定救命士を含め 3 名の隊員が活動する必要がある。現場で気管挿管を行う場合は、挿管認定救命士を含め 3 名の隊員で実施しても良いが可能な限り支援隊員も病院搬送に同行させるよう配慮する。
- 4 挿管の準備は、隊員と協力し時間短縮を図っても良いが、最終確認と準備にかかる責任は実施者である挿管認定救命士にある。準備をする時に、直視下における気管挿管に関しては、スタイルットは全例で使用するとし、適切な彎曲を自身で調整しておく。同時に複数の挿管認定救命士がいる場合は、準備と実際の挿管操作を別々に行っても良いが実施者が最終確認を行う。
- 5 直視下の気管挿管に関しては、スニフリングポジションは実施することを原則とするが、それによって視野がかえて不良になる場合には、必ずしも全てに必須の手技ではない。
- 6 CPR 中は絶え間ない質の高い胸骨圧迫が最も大切であり、気管挿管は最小限の胸骨圧迫中断時間で行わなければならない。
- 7 開口・喉頭展開の時点では、原則胸骨圧迫の中止はしない。
- 8 チューブ挿入の際、スタイルットが抜去されるまで実施者は声門から視線を外さず喉頭鏡をずらさない。
- 9 チューブ挿入しスタイルットが抜けカフにエア注入をしたら可及的速やかに胸骨圧迫を再開する。
- 10 気管チューブの深さは、カフが声門を通過して 1～2cm を基本とする。成人男性の場合、門歯で 22cm、女性では 20cm が標準である。特に緊急時の気管挿管では、固定位置が深くなりがちであるので注意する。

- 11 気管チューブは、トーマスチューブホルダーを用いて確実に固定する。経路が狭隘など搬出時に気管チューブが、ずれる可能性がある場合は、積極的にバックボード・ヘッドイモビライザーを利用し、蛇管付きの BVM を用いて蛇管をイモビライザーにテープを固定するなどして気管チューブの安定化を図る。それでも気管チューブの牽引による誤抜去を防止できないと判断される場合は、一時的に BVM を気管チューブから離脱することを考慮する。
- 12 常にチューブの屈曲、閉塞、位置のずれ（深・浅）に注意し、移動の前と後は必ず確認すること、搬送中もこまめに観察・記録する。
- 13 気管挿管後の換気は基本的に人工呼吸器（パラパック、オキシログ等）を使用せず、BVM を手で押すこととする。チューブに問題が生じた時にまず換気者の手で感じるからである。このためにも車内には機関員以外に 3 名の隊員が必要である。ただし、機械的胸骨圧迫装置を用いることで前述の活動人員要件を緩和することができることとし、使用した場合は検証票に理由と共に記載する。
- 14 声門上気道デバイス挿入後または気管挿管後は原則 30:2 の CPR から非同期 CPR に切り替える。切り替えのタイミングは気道確保実施者または、CPR コーチの宣言をもって隊に共有する。
- 15 気管挿管後の一回換気量は胸郭挙上する量にとどめ、換気回数は毎分 10 回として過換気にならないようにする。
- 16 送気は、可能な限り胸骨圧迫のリコイルに合わせることで有効な換気となることを意識する。
- 17 自己心拍が再開した後の換気も毎分 10 回とし、自発呼吸が出現しても基本的には病院到着までは補助呼吸を行うのが賢明である。呼吸回数が、10 回以上 30 回以下で胸郭の動きも十分である場合に限り、医師に報告し補助換気中止の判断を求める。
- 18 意識が出てきても搬送中のチューブ抜去は行わないが、呼吸が十分であり意識清明が明らかでチューブが挿入されていることが過大な苦痛であるようであればオンライン医師に報告し、チューブ抜去の判断を求める。
- 19 気管挿管した後、気管内に多量の喀痰や血液、誤嚥物がある場合、ゴロゴロ音（非連続性の湿性音）として聴取されたりバッグに異物感を感じたりする。放置すると閉塞する恐れもあるので積極的に吸引する。この場合は救急車を停車させる必要はないが、チューブの固定には最大の注意を払いつつ実施する。このためにも車室内に 3 名の隊員が必要となる。吸引圧はおよそ-80

~-120mmHg とし、一回の吸引操作は 15 秒以内に留める。必要であれば、高濃度酸素で 30 秒以上換気した後、繰り返す。吸引カテーテルは可能な限り太いものを使用する。聴診器で初めて確認される程度のものであれば、CPR を中断して吸引する必要はない。

20 有効な胸骨圧迫と換気を途切れなく行いながらこれら気管挿管に関わる手技を実施できない場合には、気管挿管にこだわる必要はない。ただし、気管挿管以外の方法で気道が確保できない場合には、その旨オンライン医師に指示・助言を要請し、活動記録にも記載する。

21 病院収容後、実施した気管挿管が有効であるかの確認を担当医師に依頼する。

留意事項

〈全体〉

- 1 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（あるいは支援救急隊、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。
- 2 プロトコ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。
- 3 接触時から CPA であったものは増員対応を原則とし、増員到着まで可能な限り現場で特定行為を行いながら質の高い CPR の維持に努める。ただし、地域の実情を踏まえ、増員到着があまりに遅れる場合にやむを得ず搬送を優先することは許容される。
- 4 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る。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及び死戦期呼吸の重要性を含める。
- 5 口頭指導の内容は、岐阜県メディカルコントロール協議会体制の下で事後検証し、通信指令員の継続的教育を行う。
- 6 救急隊(消防隊)の活動は、隊として CPR の質の維持に主眼を置き活動を行う。その中で無駄な時間が発生しないように努め、日々訓練を行う。
- 7 指示要請・結果報告ともに、資格を異にする救急救命士（挿管認定救命士と薬剤認定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急救命士が「挿管認定救命士〇〇と薬剤認定救命士△△がおります。気管挿管プロトコルならびに薬剤投与プロトコルに進んでよろしいか？」と指示要請を行い、結果も 1 名の救急救命士が報告すれば良い。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、救急救命士が行う処置の指示要請をすることはできない。
- 8 気管挿管を含む各特定行為を全て行った上での現場活動時間の努力目標は、20 分を目安とするが、CPR の質を維持し有資格者が所定の特定行為を現場で行うことが前提であることに留意する（現場滞在短縮が活動の主眼になってはならない）。
- 9 一方で、現場活動時間の 20 分は目安であって、可能な限り全ての処置を終えている場合に長く現場に留まる必要はない。

- 10 本プロトコ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。
- 11 傷病者に接触する際、バイスタンダーCPR の質を客観的に確認し、有効であったか否かを病院に申し送れるようにする。
- 12 バイスタンダーCPR があった場合には、労をねぎらうなど声掛けを行い、応急手当感謝カードの配付を積極的に実施する。なお、心停止症例以外の場合にも同様の対応を考慮する。また、応急手当感謝カードの配付については、可能な限り支援隊を活用することとし、必要に応じて応急手当実施者以外のバイスタンダーも対象とする。
- 13 本プロトコルの運用にあたり、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ルに沿った活動を行うこと。
- 14 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、それぞれ岐阜県メディカルコントロール協議会が定める認定証交付を受けている者に限る。
- 15 CCF を高める観点から、高度気道確保を推奨する。声門上気道デバイスまたは挿管を用いた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。胸骨圧迫のリコイルに同調させた送気を意識することは蘇生効率を高めることに留意する。胸骨圧迫のために換気がうまくできない場合には、胸骨圧迫と換気は同期させ 30:2 で行う。
- 16 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検索と是正を行う。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。
- 17 院外心停止に対し院内で実施される ECPR（体外循環式心肺蘇生法）において、現場 ROSC を上回る予後は期待しにくいために、現場蘇生が疎かにならないよう注意する。
- 18 「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。
- 19 「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 にて心静止を確認し、判断に迷う場合はオンライン医師に助言を求める。

- 20 「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かかわらず、家族等が蘇生術の実施、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、本プロトコルに準拠する活動を行わなくても良い。
- 21 救急救命士、消防職員の蘇生術（電気ショックを含む）に関するインフォ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、特定行為や電気ショックを実施せず、状況に応じ CPR をしながら搬送に移る。

〈CPR〉

- 1 質の高い CPR の定義は、最新の JRC 蘇生ガイドラインに記載のある、適切な位置・速さ・深さ十分な圧迫解除（リコイル）、高い CCF、適切な換気の全てを満たすものを指す。
- 2 救急活動中の CPR コーチとは、質の高い CPR が実施できるよう、常に胸骨圧迫、人工呼吸、AED 操作を評価する隊員をいう。CPR コーチは、救急隊員以外がその役割を担うことも想定されるため、全ての消防隊員が CPR の訓練をする必要がある。
- 3 胸骨圧迫実施者は、デュアルワークになることで胸骨圧迫の質が著しく低下するため、CPR コーチを担当しない。
- 4 人工呼吸の際に胸郭の挙上の評価は、胸骨圧迫実施者も意識して評価をするよう努める。

〈機械的胸骨圧迫装置（自動心マッサージ器）〉

- 1 機械的胸骨圧迫装置は、移動時の CCF の担保に有効であることから、ROSC を得られなかった場合の現場離脱時、車内収容前に装着することを推奨する。
- 2 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胸骨圧迫装置を積極的に利用して良い。
- 3 装備のある隊は使用を積極的に考慮するが、装備があることをもって「PA 出動または 4 名乗車不要」と判断することはあってはならない。
- 4 消防本部で所持している場合は、支援隊が現場に届ける運用を考慮する。
- 5 早期に装着しようとする、接触直後の CPR の質が著しく低下することから、接触時から装着することは推奨しない。

- 6 初動で救急活動を 3 名で行う場合、支援隊員が現場到着するまでは、特定行為を実施するためやむを得ず早期に装着することを許容する。
- 7 装着位置は移動に伴いずれるため、固定をしても必ず車内収容時や波形確認時に位置確認を行う。
- 8 装着や位置調整を行う場合の胸骨圧迫の中断時間は最小限とし、やむを得ず長くなる場合は、速やかに胸骨圧迫を再開する。
- 9 装着時は各機種 of の注意事項に留意すること。

〈ROSC〉

- 1 ROSC は自己心拍再開と訳されるが、原則として総頸動脈が触れることをもって ROSC の判断となる。
- 2 体動があっても、胸骨圧迫中止により体動がなくなる場合は ROSC とは判断しない。
- 3 CPR 中の体動は胸骨圧迫による循環により脳血流が維持されることによって出現している場合があるので、体動出現に伴い CPR を中止した際に早期に体動が消失するものは ROSC とは判断されない。この場合は直ちに CPR を再開する。

〈電気ショック〉

- 1 JRC 蘇生ガイドライン 2025 の改定時に、電気ショックのパッド貼付位置の重要性はこれまでよりも強調されるようになったことを踏まえて、3 回以上電気ショックした後もショック適応波形が持続する場合は、パッド貼付位置が適切か見直しをすることを推奨する。
- 2 原則として AED の指示があるまでは質の高い CPR を中断しない。
- 3 やむを得ず胸骨圧迫を中断する場合も隊員間で声をかけ合い、中断時間の秒数をカウントするなど可能な限り中断時間が最小限になるよう意識した活動を推奨する。JRC 蘇生ガイドライン 2025 で「胸骨圧迫中断は 10 秒以内」という記載が「最小限」となった意味を理解し、機械的胸骨圧迫装置装着なしに移動する場合も、中断 30 秒以内を目安としながらも可能な限り最小限となる努力をする。
- 4 AED の解析時は、必ず脈の触知を行う。
- 5 映像を活用した口頭指導を行った時は、救急隊は動画通報を使用した通報者や、その現場に居合わせた市民に対して、動画通報への協力に感謝する（動画撮影は、衆人環視から通報者が悪い印象・指摘を受けている可能性があることに配慮する）。

- 6 十分な循環が認められる場合以外は、次の ECG 解析（AED 解析）のタイミングまで CPR を止めない。十分な循環とは、明らかに自己心拍再開（ROSC）と判断できる反応（正常な呼吸や目的のある仕草）が見られた時である。十分な循環があるときは頸動脈で脈拍を確認し心電図をチェックする。体動があっても、胸骨圧迫中止により体動がなくなる場合は ROSC とは判断しない。
- 7 解析から電気ショックまでの間（充電中）は、自身の隊の使用機種に合わせて、胸骨圧迫が実施できるものであれば胸骨圧迫を行う。
- 8 電気ショックの実施時は、傷病者に誰も触れていないことを含めて周囲の状況を確認し、さらに最終波形も確認した上で行う。
- 9 パッド装着部位について以下留意する。
 - ・成人は、右前胸部のパッドを右鎖骨下、胸骨上部のすぐ右側に、左側胸部を左腋窩の尾側、中腋窩線上に貼付することを第一選択とする。
 - ・未就学児は、前胸部と背面肩甲骨中央を第一選択とする。
- 10 自動解析 AED では、電気ショックを解析のタイミングで行うが、4 回目以降の電気ショック指示が得られなかった場合であっても、アドレナリン投与後の解析で、初めて電気ショック適応波形を確認した場合は、電気ショックを包括的に 1 回のみ実施しても良い。（薬剤投与プロトコル参照）
- 11 VF が包括的除細動以降も継続する難治性 VF の場合は、体外循環補助を用いた CPR（ECPR : extracorporeal cardiopulmonary resuscitation）可能な三次医療機関へ早期搬送を考慮して良い。
- 12 植え込み型ペースメーカー、植え込み型除細動器等の装着者に対して電気ショックを行う場合には、電極パッドをそれらの機器から約 8cm 離すように注意する（8cm の目安は、成人の手拳幅または示指長。事前に自身の目安を把握しておくが良い）。これら機器は、電気ショックによって損傷する場合があるので、病院到着後には必ず医師に申し送る。
- 13 未就学児に対する電気ショックは、未就学児用パッド/モード等が配備された AED を用いる場合にのみ包括的除細動を行うが、やむを得ず小学生～大人用のパッドを用いる場合には医師のオンライン指示を得て実施する。乳児に対する電気ショックは医師のオンライン指示を得てから実施する。

- 14 未就学児であることが客観的に不明な場合、救急隊が一見して未就学児と判断できる場合は未就学児用パッド/モード等を用いて包括的除細動をして良い。一见して未就学児と判断できない場合は小学生～大人用パッドを用いて医師のオンライン指示を得てから電気ショックを行う。
- 15 救急隊（消防隊）が傷病者に接触した時点で、既にバイスタンダーによる AED 操作が開始されている場合でも、それまでの市民による電気ショックは心肺蘇生プロトコールとは別のものとして活動を行う（救急隊接触後の電気ショックを包括指示の 1 回目とカウントする）。
- 16 市民が使用していた AED をそのまま使用する場合は、パッド装着部位を確認し、皮膚との圧着具合とパッド下にペースメーカーなどの植え込み機器がないことを確認する。市民が用いていた AED・パッド・リードに問題があると感じた場合には、遅滞なくこれを傷病者から取り除き救急隊装備の除細動器・AED を新たに装着してプロトコールを実施する。
- 17 ヘリの中で AED 等を使用する場合は、同乗の医師がいた場合でも機長の許可を得てから使用する。
- 18 ECG 解析・電気ショックの際は、走行中の救急車は止めなければならないので、機関員との連携に十分注意する。
- 19 AED では、自動解析・充電・内部放電を繰り返しながら CPR を途切れなく実施することもあるため、誤ってショックボタンを押してしまわないように注意する必要がある。

〈静脈路確保/薬剤投与〉

- 1 静脈路確保を現場で 2 回失敗した場合には、早期搬送に切り替える。
- 2 2 回失敗し、搬送に移った後に静脈路確保できそうな血管がある場合は、オンライン医師と相談すること。
- 3 3 回目の穿刺をすることは許容される。その場合は他の場合と同様穿刺時に車両停止を行うため、機関員との連携を怠らない。
- 4 第 1 報の時点で薬剤投与の指示要請も得ておくことで、初回のアドレナリン投与までの時間短縮ができるよう努める。
- 5 1 回の穿刺手技は、90 秒以内を目安とする。
- 6 ルートの作成を含めその下準備は、薬剤認定救命士が隊員に行わせ、時間短縮を図っても良いが、最終チェックは薬剤認定救命士自身が行いその責を負う。

〈気道確保/声門上気道デバイス/気管挿管/ビデオ気管挿管〉

- 1 食事中の CPA は、窒息の可能性を疑う必要があり、喉頭展開と異物除去は早期に行うことを求めるが、窒息以外の可能性も十分に考慮する必要がある、これは CPA 以外に高度意識障害でも共通である。
- 2 BVM による送気が過剰になると、一定量は胃内に送気されいづれ嘔吐してしまう可能性があることに留意する。
- 3 CPR を続けている中で腹部が膨隆していないかを観察する。
- 4 換気による胸郭の挙上は CPR コーチまたは胸骨圧迫実施者が評価をし、換気実施者にフィードバックする。
- 5 高度気道確保後、非同期で換気を行う場合は、胸骨圧迫のリコイルに合わせた換気を行うと効率的な換気ができることを意識する。
- 6 高度気道確保時は、どれだけしっかり固定しても移動時に首の位置や向きが変わることで抜けてしまいやすいことに留意し、屋内の場所移動や車内収容などの際には位置の確認を行う。

〈自己評価/一次検証/事後検証〉

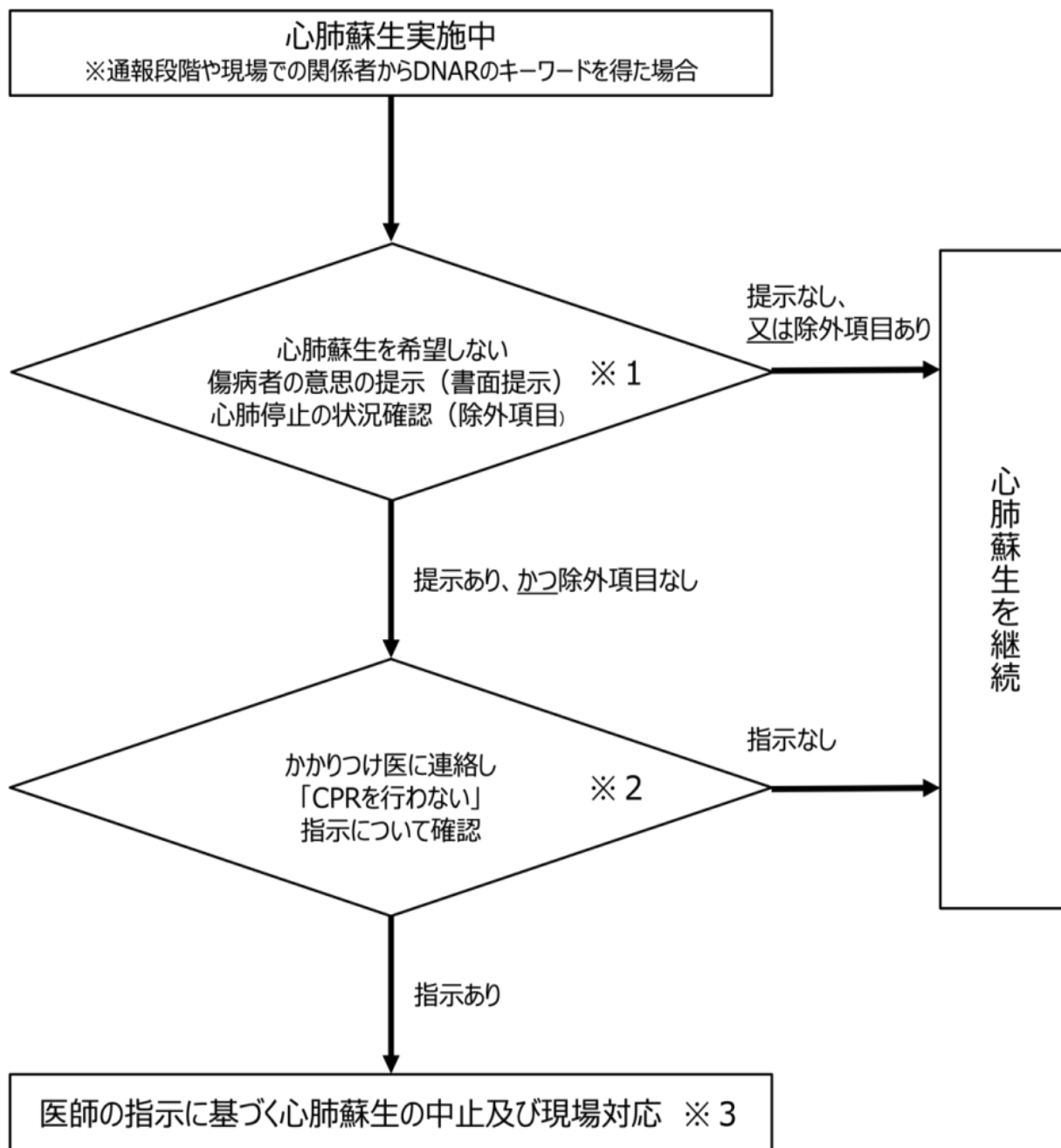
- 1 救急隊が接触して初めて CPA 状態と判明した場合など、通信指令員が胸骨圧迫の口頭指導を実施せずに対応した事案（助言だけで実際に指導しなかった場合も含む）については、必ず通信指令業務内容についても事後検証（一次検証までは必須）を受ける。
- 2 事後検証では、常に現場活動時間と CCF（AED データを抽出できるものは正確に出す）をチェックするようにして、その集計・分析から今後見直しが行われる将来のプロトコルに反映されるべきである。

〈その他〉

病院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、各支部の判断でその地域の実情に合わせたプロトコルを作成しても良い。その場合は、岐阜県メディカルコントロール協議会に報告して承認をもらうこと。

岐阜県の「人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での
心肺蘇生」の救急隊標準的活動プロトコール

DNARプロトコール



（注）心肺蘇生には、AEDの使用も含む。

○基本的な事項

- ・傷病者が明らかに死亡している場合は、プロトコルの対象外である。
- ・心肺停止を確認したら、心肺蘇生等を希望しない旨の提示の有無にかかわらず、心肺蘇生を開始する。
- ・判断に迷う場合は心肺蘇生の継続を優先する。
- ・心肺蘇生の中止は、「処置の中止」であり、「死亡確認」を意味するものではない。

○備考

※ 1

- ・救急隊側から積極的に傷病者の意思等を確認する必要はない。
- ・書面の提示をもって傷病者等の意思の提示とし、口頭で伝えられた場合は、書面の提示を求める。
- ・心肺蘇生を継続しつつ、除外項目の有無を確認する。

除外項目：①外因性心肺停止を疑う状況（交通事故、自損、他等）

②心肺蘇生の継続を強く求める家族等がいる場合

- ・心肺蘇生を継続しつつ、意思表示の書面を確認する。
- ・書面の様式は、岐阜県メディカルコントロール協議会が定めた様式かつ、かかりつけ医からの指示であること。また、「心肺蘇生に関する医師の指示書」は、定期的（6 か月）に更新がしており、有効期限（患者記入日から6 か月）内のものであること。

※ 2

- ・書面に記載のある「かかりつけ医」に連絡する。

なお、ここで言う「かかりつけ医」とは、「必要な時に健康に関することを相談できる上に、専門医、もしくは専門医療機関を紹介してくれる地域医療、保健、福祉を担う医師のことを指し、在宅医、福祉施設に所属する医師及びかかりつけ医療機関に所属する電子カルテ等で患者の意思を確認できる医師も含む」とする。

- ・かかりつけ医は、現場からの情報などから、心肺蘇生の中止の是非について判断し指示する。
- ・医師の中止の指示は、死亡確認を意味するものではない。

※ 3

- ・心肺蘇生の中止後も、医師による死亡確認までは、命ある身体として傷病者に対応する。
- ・心肺蘇生中止後は、傷病者を医療機関（医師または看護師）に引継ぎ署名を得る（署名は活動記録票の初診医欄とする）。
- ・看護師に引き継いだ場合は、後日、かかりつけ医に署名を求めること。

- ・医療機関（医師または看護師）の到着が長時間（おおよそ 45 分以上）かかることが予想される場合は、かかりつけ医または岐阜県 MC 医師に相談し、搬送するか否かの判断を得ること。
- ・医師の指示、家族の心情から、医療機関へ搬送することは、行政サービスとして否定するものではない。この場合は、岐阜県救急隊（消防隊）活動プロトコルに準拠しなくても良い。

【留意事項】

- 1 書面の不備（医療機関独自のものや期限が切れているなど）で CPR の中止ができなかったものは、当該医療機関と県消防課に報告する。
- 2 当該メディカルコントロール協議会支部会と当該消防本部は、書類不備の報告の多い医療機関または医師会に改善を促す努力義務を負う。
- 3 人生の最終段階にある傷病者が、心肺蘇生を希望していない場合は、119 番通報をしないのが望ましいが、それでもなお 119 番通報がなされた場合に、この活動プロトコルを適応する。

傷病者および心肺停止の状況の確認

① 傷病者の状況
ア 年齢・性別 イ 散瞳の有無（5mm以上）、対光反射の有無 ウ 皮膚の冷感の有無 エ 死後硬直の有無 オ 体幹、四肢下面の死斑の有無 カ 心電図モニターの波形 ※医師による心肺蘇生等の中止の指示があるまでは、適応波形には電気ショックを行う
② 心肺停止の状況
キ 心肺停止に至った状況 ク 心肺停止の目撃の有無 ケ 家族等による心肺蘇生の実施の有無 コ 心肺停止に至るまでの既往歴、生活歴
除外項目
以下に該当すれば心肺蘇生を継続する ・外因性心肺停止を疑う状況（交通事故、自損、他害等） ・心肺蘇生の継続を強く求める家族等がいる場合

指示書の確認

① 傷病者の記載に関すること
ア 心肺蘇生を希望しない旨の表示 イ 傷病者または代諾者による署名（もしくは記名と捺印） ※書面に記載の氏名と心肺停止傷病者が一致することを、家族等を確認する ウ 傷病者または代諾者が署名（もしくは捺印）した年月日 ※定期的（6か月）な更新がされていること
② かかりつけ医の記載に関すること
エ かかりつけ医による心肺蘇生を実施しない旨の指示 オ かかりつけ医の署名（もしくは記名と捺印） カ かかりつけ医の署名（もしくは記名と捺印）した年月日 キ かかりつけ医の連絡先

心肺蘇生（胸骨圧迫、人工呼吸及びAEDの使用）に関する医師の指示書^{※1}

当該患者が心肺停止となった場合、患者（あるいは代諾者）の自発的な意思に基づいて行われた「**心肺蘇生を受けない**」決定を尊重し、**心肺蘇生を実施しないでください**^{※2}。
指示にあたっては、当該時の標準的医療等を考慮しています。

患者氏名：	生年月日：	年	月	日
住 所：				
電話番号：	—		—	
病状の概要（終末期の状況など）				

【患者（代諾者）記入欄】

私は、何者にも強制されず、治療についての判断ができる状態で「心肺蘇生を受けない」決定をしました。心肺蘇生を受けなければ命が失われることを理解したうえで、上記の指示内容についてかかりつけ医と十分に話し合い、ここに同意いたします。^{※3・4}

患者署名 ^{※5} ：	記入日：	年	月	日
	有効期限：	年	月	日 ^{※6}
（代筆した場合、代筆者の氏名：	患者との関係：			）
代諾者署名 ^{※7} ：	患者との関係：			

【医師記入欄】

医師署名：	記入日：	年	月	日
医療機関名：				
所在地：	県	市	町	
電話番号：	—		—	
電話番号（時間外等）：	—		—	

この指示書は、岐阜県MC協議会が指定する様式である

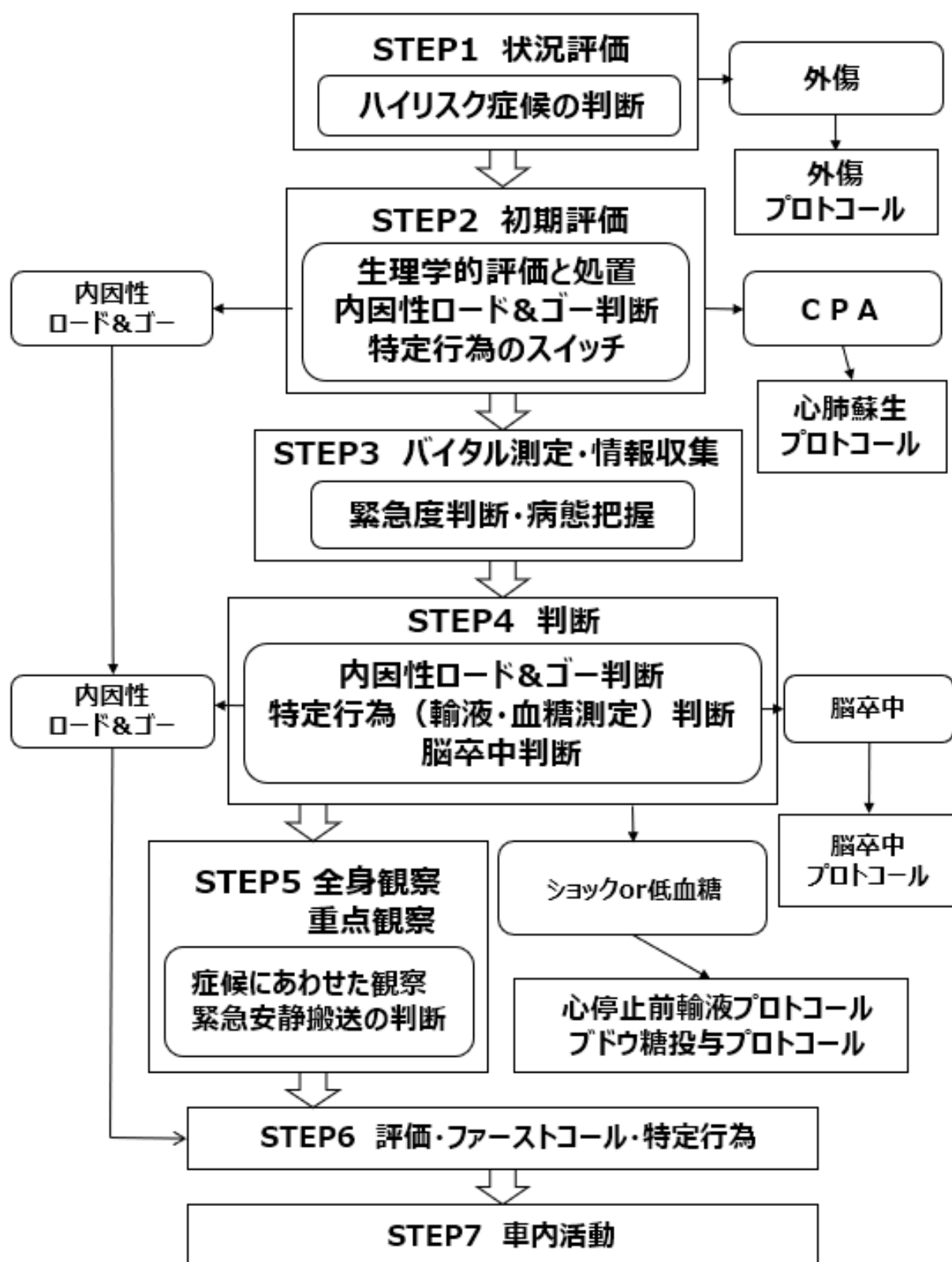
【指示書 注意事項】

- ※ 1 ・家族等は、この指示書を救急隊に提示し、救急隊は、救急活動報告書等に添付し保管する。
- ※ 2 ・かかりつけ医の心肺蘇生の非実施の指示。
- ※ 3 ・心肺蘇生等を希望しない旨について、かかりつけ医と話し合った上で同意するという意思表示患者が署名する場合、かかりつけ医は、患者が健やかな精神状態にあり、治療方針に同意する能力があることを確認する。
 - ・代諾者が署名する場合、代諾者は、患者の事前の意思、信念、価値観などを考慮し署名する。
 - ・かかりつけ医は、代諾者による同意が患者の事前の意思や信念等を反映したもので、標準的な医療水準等を考慮した合理的な判断であることを確認し、代諾者の連絡先と合わせて患者のカルテに記録する。
- ※ 4 ・かかりつけ医は、患者もしくは代諾者と指示内容について話し合った日付を患者のカルテに記録する。
- ※ 5 ・手が不自由など、患者が自分で署名することができない場合は、代筆可としカッコ内に代筆者の氏名、患者との関係を記載する。
- ※ 6 ・定期的（6 か月）に更新がしてあり、有効期限（患者記入日から6 か月）内のものであること。
- ※ 7 ・患者が自分で判断できない場合は、代諾者（家族等）が署名する
 - ・ここで言う代諾とは、患者本人に十分な判断能力が備わっていない場合、患者の代わりに同意・承諾することを指す。

救急活動記録票への記載項目

① 医師の指示書等の書面に関すること
ア 書面を確認した時刻 イ 傷病者等の記載に関すること ウ かかりつけ医の記載に関すること エ 書面の患者名と傷病者が同一人であることを確認した方法 オ 書面等を確認した者の氏名
② 傷病者と心肺停止の状況に関すること
カ 傷病者の状況と確認した時刻 キ 心肺停止の状況と確認した時刻
③ かかりつけ医との連絡に関すること
ク かかりつけ医への連絡の有無、その時刻 ケ かかりつけ医の所属医療機関の名称、医師の氏名 コ かかりつけ医からの指示、指導・助言内容
④ 救急隊の活動内容に関すること
サ 救急隊の処置内容とその時刻（中止した処置も含めて記載） シ 家族等への説明内容（かかりつけ医からの指示、指導・助言の内容、搬送予定医療機関の名称等）

2. 内因性疾患対応プロトコール



【STEP 1】 状況評価

通信指令室から得られる情報などをもとに、ハイリスク症候を判断し、現場到着までに活動方針を立てる。通信指令員は、ハイリスク症候が疑われる通報内容と状況を救急隊へ伝えるとともに、通報者に対して可能な範囲で口頭指導を行う。救急隊は、傷病者に接触するまでに、出場場所の確認、情報の確認、感染防御、携行資器材の確認、現場の安全確認、傷病者数の確認を行い、応援要請の要否を判断する。状況評価の結果、外傷が疑われる場合は、外傷プロトコルを適用する。

＜ハイリスク症候＞

ハイリスク症候とは、気道、呼吸、循環、中枢神経系の重篤な異常など、緊急度が高い状態であることが疑われる症候、または急変して重篤な状態となる可能性が強く懸念される症候をいう。

ハイリスク症候の一覧

主な症状	ハイリスク症候			推測される緊急性の高い疾患・病態
	発症様式	症候の特徴	随伴する症候	
痙攣		5分以上持続		痙攣重積
頭痛	突然	最悪・激しい	嘔吐	くも膜下出血
めまい ふらつき	突然	初めて	頭痛、嘔吐、不整脈、 失神	脳幹・小脳出血 アダムス・ストークス
しびれ 麻痺		片側性 急性発症	意識障害、頭痛 言語障害	脳梗塞、脳出血 くも膜下出血
呼吸困難			会話・臥床困難、末梢 冷感・湿潤、顔色不良	心不全、喘息重積発作
			発声困難、嚔声、 嚥下困難	急性喉頭蓋炎 固形異物誤飲
動悸	突然		不整脈 めまい・ふらつき	心室頻拍
胸痛	突然	激しい 発症 20 分以上	末梢冷感・湿潤 顔色不良	急性冠症候群
背部痛	突然	激しい、移動する	末梢冷感・湿潤、顔色 不良、しびれ・麻痺	急性大動脈解離
腰痛	突然	激しい、移動する	末梢冷感・湿潤、顔色 不良、しびれ・麻痺	胸部大動脈瘤破裂 大動脈解離

低体温		高度	意識障害	偶発性低体温症
高温		高度	意識障害、脈拍微弱	重症熱中症
異物誤飲			咳き込む、息が吸えない、狭窄音	気道閉塞
悪心・嘔吐			脱水症状	感染性腸炎 腸閉塞、脳卒中
腹痛			吐血・下血、腹膜刺激症状	消化管出血
喀血・吐血		大量、咳き込む	末梢冷感・湿潤、顔色不良	消化管出血、気道出血
下痢		大量、頻回	末梢冷感・湿潤、顔色不良	循環血液量減少性ショック
下血・不正出血		大量	末梢冷感・湿潤、顔色不良	出血性ショック

【STEP 2】 初期評価と特定行為の判断

傷病者の状態を生理学的に評価し、内因性ロード＆ゴーの判断を行う。初期評価で内因性ロード＆ゴーと判断した場合は、それ以降の観察を簡略化し、特定行為の適応判断と医療機関への受入要請及び搬送準備を開始し、STEP 6 へ進む。搬送準備と並行して、時間が許す限り、STEP 3 に準じたバイタルサイン測定及び情報収集を行い、傷病者の病態把握に努め、さらに STEP 4 に準じた包括的な判断を行う。

＜内因性ロード＆ゴー＞

内因性ロード＆ゴーとは、疾病において生命の危険が差し迫っている、もしくは潜在的に生命の危険が無視できない状態に対する活動方針である。生理学的異常、すなわち気道（A）、呼吸（B）、循環（C）、中枢神経系（D）の異常により、生命の危険が差し迫っている傷病者に対して、現場での処置で症状を改善できなければ、内因性ロード＆ゴーを宣言する。

＜初期評価における内因性ロード＆ゴーの判断基準＞

- A 気道の異常 : 気道閉塞または高度狭窄を伴う
 舌根沈下などで気道確保が困難
- B 呼吸の異常 : 明らかな頻呼吸または徐呼吸
 呼吸様式の異常

- C 循環の異常 : 蒼白、末梢冷感・湿潤、頻脈
または橈骨動脈で脈拍を触知しない
- D 中枢神経系の異常 : 意識レベル JCSⅢ桁または GCS 8 点以下

〈必要な処置〉

- ① 気道確保
- ② 補助換気
- ③ 口腔内異物除去、分泌物吸引
- ④ 酸素投与
- ⑤ 体位管理（側臥位、回復体位、セミファウラー位、ショック体位等）
- ⑥ 冷却または保温

〈内因性ロード&ゴーの対応方法〉

①活動方針

- ・高濃度酸素投与（リザーバー付きマスクによる 10 L / 分）を基本とする。
- ・現場滞在時間は、10 分以内を目標とし、選定した医療機関に第 1 報をした後は、速やかに現場を出発する。
- ・搬送先医療機関は、内因性ロード&ゴーの場合、速やかに現場を出発するよう指示する。

②病院選定

- ・三次救急医療機関等の重症外傷治療が可能な医療機関を選定する。
- ・搬送時間に関わらず、ヘリ要請が傷病者にとって有益と考えられる場合には、ヘリ出動要請を検討する。
- ・長時間搬送中などに容態悪化の危険が高いと予想される場合には、直近の二次救急医療機関での救命処置により、安定化させた後に、速やかな転送を考慮する。
- ・内因性ロード&ゴーと判断した場合、受入医療機関は、救急隊員のオーバートリッジを許容する。
- ・内因性ロード&ゴーと判断しない場合は、病態に応じた適切な医療機関を選定する。
- ・病院選定に苦慮する場合は、岐阜県 MC 医師の指導・助言を受ける。

【STEP 3】 バイタルサインの測定と情報収集

バイタルサイン及び情報収集に基づき、傷病者の病態把握に努める。初期評価で内因性ロード&ゴーの判断基準に該当しない場合でも、バイタルサイン及び情報収集から、生命に危機が迫っている緊急度の高い状態が疑われる場合は、STEP 4 の判断において、内因性ロード&ゴーの対象となる。情報収集は、BAGMASK や SAMPLE などを用いることで、漏れなく必要な情報を集めることができる。また、疼痛を伴う場合は、OPQRST を用いることで、疼痛を詳細に把握することができる。

<BAGMASK>

B：病気・病歴

A：アレルギー

G：時間（発症時刻）

M：めし（最終食事摂取時刻）

A：ADL（日常生活動作）

S：主訴

K：薬（使用中の服薬）、お薬手帳

<SAMPLE>

S (Symptom and Search)：症状と原因の検索

A (Allergy)：アレルギー+ADL（日常生活動作）

M (Medication)：薬（使用中の服薬）、お薬手帳

P (Present illness, Past illness)：現病歴、既往歴

L (Loss of consciousness/Last oral intake)：意識消失の有無、最終食事摂取時刻

E (Events preceding the incident)：発症時の出来事

<OPQRST>

O (Onset)：発症時刻

P (Palliative)：寛解因子/増悪因子

Q (Quality)：性状

R (Region/Radiation)：場所/拡散

S (related Symptoms/Severity)：随伴症状/重篤度

T (Time course)：経過時間

【STEP 4】 判断

STEP 1 ～STEP 3 までの結果を総合的に考えて、内因性ロード&ゴー及び特定行為の要否を判断する。すなわち、ショックと判断される場合には、心停止前静脈路確保及び輸液プロトコルの適応を、意識障害を呈している場合には、血糖測定及びブドウ糖投与プロトコルの適応を判断する。これらの適応と判断した場合には、STEP 6 へ進む。

血糖測定及びブドウ糖投与プロトコルの適応を判断する際、STEP 1 からSTEP 3 までの情報から、SAH を強く疑う根拠がなく、血糖測定が傷病者にとって有益と考えられる場合は、血糖測定を行う。脳卒中や循環器疾患、もしくはその他の意識障害が疑われる場合には、心電図や CPSS による評価を加える。STEP 1 からSTEP 2 において、脳卒中や循環器疾患が強く疑われ、STEP 2 で A・B・C が安定している場合には、STEP 2 またはSTEP 3 において、心電図や CPSS を評価しても良い。

＜STEP 4 における内因性ロード&ゴーの判断基準＞

- ・呼吸 : 呼吸数 10 回/分未満、または 30 回/分以上
- ・脈拍 : 脈拍数 120 回/分以上、または 50 回/分未満
- ・血圧 : 収縮期血圧 90mmHg 以下、または 200mmHg 以上
- ・SpO₂ : 90%未満
- ・意識レベル : JCSⅢ桁、GCS 8 点以下、進行する意識障害、脳ヘルニア徴候

＜進行する意識障害＞

活動中に GCS 2 点以上低下、または JCS30 で 1 段階以上悪化。

＜脳ヘルニア徴候＞

GCS14 点以下に加えて、瞳孔不同、片麻痺、Cushing 現象のうち、2 項目以上該当した場合をいう。

※ ＜進行する意識障害＞と＜脳ヘルニア徴候＞を【STEP2】初期評価の段階で判断することは困難であることが推測されるため、【STEP4】で判断するものとする。ただし、【STEP2】で判断することを否定するものではない。

【STEP 5】 全身観察/重点観察

STEP 4において、具体的な病態が想定できる場合は、病態生理に基づく重点観察を行う。具体的な病態が想定できない場合や、想定している病態に伴うはずの身体所見、症候を認めない場合、傷病者の意識障害が強い場合は、全身観察を行うとともに、AIUEOTIPS などを用いて意識障害の原因検索に努める。

脳卒中を疑う情報が得られた場合には、脳卒中プロトコルへ進み、CPSS や JSS-LVO スケールを評価する。循環器疾患が疑われる場合には、12 誘導心電図の測定を考慮する。

内因性ロード&ゴーの対象かどうかにかかわらず、現場もしくは搬送中に急変を生じやすい病態を疑った場合には、緊急安静搬送を適応し、不要な刺激を極力避けて迅速な搬送を心がける。

＜緊急安静搬送 “Hurry, but gently”＞

・生理学的評価

意識：急激に悪化する意識障害

呼吸：異常呼吸、SpO₂90%未満

脈拍：120 回/分以上、または 50 回/分未満

血圧：収縮期血圧 90mmHg 以下、または 200mmHg 以上

Cushing 現象（血圧の上昇、徐脈）、ショック症状、低体温・高体温

重症不整脈（高度の頻脈、または徐脈、高度のブロック）

・解剖学的評価

項部硬直、痙攣重積 30 分以上、チアノーゼの存在、呼吸の左右差、血圧の左右差

・情報収集

激しい頭痛、激しい胸背部痛（脳動脈瘤破裂や大動脈解離など）、偶発性低体温症など

＜AIUEOTIPS＞

A（Acute Alcoholism）：急性アルコール中毒

I（Insulin）：インスリン

U（Uremia）：尿毒症

E（Endocrine）：内分泌

O（Oxygen）：低酸素血症

（Opiate）：薬物

T (Trauma) : 外傷

(Temperature) : 体温異常

I (Infection) : 感染症

P (Psychiatric) : 精神疾患

(Porphyria) : ポルフィリン症

S (Syncope) : 失神

(Stroke) : 脳卒中

※ <AIUEOTIPS> は、鑑別の優先順位を示すものではない。

※ CPSS、JSS-LVO スケールの詳細については、脳卒中プロトコルを参照

【STEP 6】 評価・ファーストコール・特定行為の指示要請と実施

STEP 1 ～STEP 5 に基づいた評価、必要な救命処置、医療機関選定とファーストコールを行う。内因性ロード&ゴーとして活動した場合でも、搬送準備中に得られた情報を集約しファーストコールする。心停止前静脈路確保及び輸液プロトコルや血糖測定及びブドウ糖投与プロトコルを適応する場合は、ファーストコールにあわせて、災害拠点病院医師に対して特定行為の指示要請を行う。

【STEP 7】 車内活動

症候に基づいた観察を継続しながら、適切な医療機関へ搬送する。現場活動中に内因性ロード&ゴーを宣言し、車内収容を優先した場合には、現場で中断・省略した観察を搬送中に行い、傷病者の病態理解に努める。さらに、特定行為実施後の報告及び処置の再評価を行う。内因性ロード&ゴーや特定行為に限らず全ての活動において、傷病者の状態が変化した場合には、必要に応じてSTEP 2（生理学的評価）、STEP 3（情報収集及びバイタルサイン測定）、STEP 5（全身観察/重点観察）を繰り返す。

参考文献：総務省消防庁 緊急度判定プロトコル Ver. 3（救急現場）2020

日本臨床救急医学会 PEMEC ガイドブック 2023 へるす出版 東京都 2023 年

3. 脳卒中プロトコール

このプロトコールは、脳卒中を疑う傷病者に対して、より適切な病院選定を行うことを目的とする。

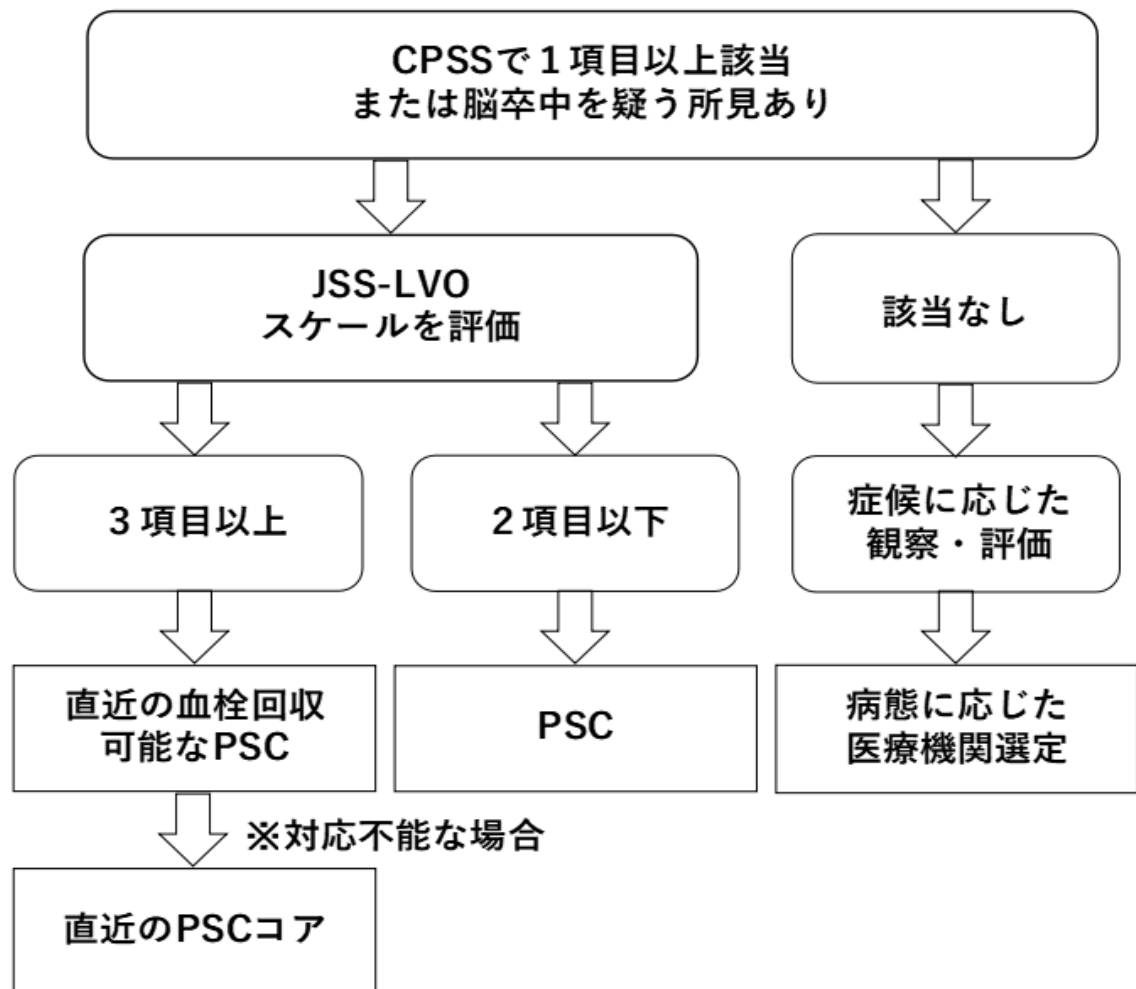
内因性疾患対応プロトコールの STEP 1 から STEP 3 において、脳卒中を疑う情報または所見が認められれば CPSS を評価し、1 項目以上該当すれば、STEP 4 で脳卒中プロトコールを適応し、JSS-LVO スケールを評価する。

STEP 1 から STEP 2 において、脳卒中が強く疑われ、STEP 2 で A・B・C が安定している場合には、STEP 2 または STEP 3 において、CPSS を評価しても良い。CPSS が該当しない場合であっても、脳卒中を疑う所見を認める場合は、JSS-LVO スケールを評価する。

JSS-LVO スケールで、2 項目以下であれば、PSC（一次脳卒中センター）へ受入要請する。3 項目以上該当すれば、血栓回収治療の適応となる脳主幹動脈閉塞の可能性が極めて高いため、直近の血栓回収可能な PSC（一次脳卒中センター）へ受入要請し、対応不能であれば PSC コア（一次脳卒中センター・コア）へ受入要請する。

ただし、各医療圏における医療資源には差があるため、状況を考慮した病院選定も可とする。

t-PA 静注療法は発症から 4.5 時間、血管内治療は発症から 24 時間以内に治療開始できるよう、時間を考慮した緊急安静搬送に努める。発症から 24 時間以上経過している場合は、地域の実情にあわせた病院選定を行う。



<CPSS : Cincinnati Prehospital Stroke Scale>

【目的】脳卒中（脳出血・脳梗塞・くも膜下出血）の可能性を評価する指標

①顔面麻痺

歯を見せたり、笑ったりさせる。

②腕の変位 ※ 1

閉眼させ両腕を 10 秒間保持させる。

③言語の異常 ※ 2

「るりもはりもてらせばひかる」「らりるれろ」など

※ 1 意識障害があり評価できない場合は、ドロッピングテストで評価する。

脇の角度は、座位の場合は 90 度、仰臥位の場合は 45 度とする。

※ 2 失語がある場合は、「陽性」と評価する。

どれか 1 項目でも該当すれば 72%、すべて該当すれば 85%の脳卒中診断率とされている。

<JSS-LVO スケール : Japanese Stroke Screening for Large Vessel Occlusion>

【目的】CPSS 等で脳卒中を疑った場合に脳主幹動脈閉塞による脳梗塞かどうかを評価する指標

①脈不整

脈拍の触知やモニターで評価

②共同偏視 ※ 1

傷病者の正面で指を左右に動かし、両眼の追視を評価

③半側空間無視 ※ 2

傷病者の顔から 30～50cm の位置で評価者の指の数を答えさせる。(手の甲を向ける)

④失語 ※ 3

時計や眼鏡を見せて答えさせる。

⑤顔面麻痺 ※ 4

歯を見せたり、笑ったりさせる。

⑥上肢麻痺 ※ 5

閉眼させ手のひらを上に向けた状態で保持させる。

※ 1 正中まで追視可能だが、正中を超えない場合は、「陽性」と評価する。

追視可能だが、声かけをしないと左右どちらかに向く場合は、「陽性」と評価する。

意識障害等で開眼に応じない場合は、瞼を挙上して評価する。

※ 2 指示や刺激によって眼球が正面を向く場合は評価するが、共同偏視あるいは意識障害により、判定できない場合は、評価不能とする。

※ 3 CPSS で失語と評価した場合は、その評価結果を用いて良い。

※ 4 CPSS で顔面麻痺を評価した場合は、その評価結果を用いて良い。

※ 5 CPSS で上肢麻痺を評価した場合は、その評価結果を用いて良い。

JSS-LVO スケールで 2 項目以下の場合は、PSC へ搬送する。

JSS-LVO スケールで 3 項目以上該当した場合は、直近の血栓回収可能な PSC へ搬送する。

受入不可の場合は PSC コアへ受入要請する。 ※ 6

※ 6 ①PSC : Primary Stroke Center (一次脳卒中センター)

24 時間 365 日、t-PA 静注療法 (血栓溶解療法) が可能な医療機関

②PSC コア : Primary Stroke Center Core (一次脳卒中センター・コア)

24 時間 365 日、t-PA 静注療法（血栓溶解療法）及び血管内治療（機械的血栓回収術：EV）が可能な医療機関

※緊急安静搬送の詳細については、内因性疾患対応プロトコル STEP 5 を参照

※岐阜県内における PSC（一次脳卒中センター）一覧



※岐阜県内における PSC コア（一次脳卒中センター・コア）一覧



4. 外傷処置プロトコール

A. 本プロトコールについて

2004 年 3 月に公表された「救急搬送における重症度緊急度判断基準作成委員会」報告書において、外傷プロトコールは JPTEC（Japan Prehospital Trauma Evaluation and Care）に準拠すること、JPTEC はわが国の外傷現場活動のスタンダードであることが明記された。

そこで「救急搬送における重症度緊急度判断基準作成委員会」報告書を踏まえ、防ぎ得る外傷死（Preventable Trauma Death ; PTD）の回避を目的として、JPTEC に準拠した外傷プロトコールを策定する。

B. 救急隊員等の資格について

本プロトコールを救急現場において適切に運用するために、救急隊員及び通信指令員等は JPTEC プロバイダーコースを修了しかつ維持していることが望ましい。

C. 外傷救急活動の基本事項

- ・平成 14 年度厚生科学特別研究事業「救命救急センターにおける重症外傷患者対応の充実のための診療実態調査（トラウマレジストリ）の研究」によると、わが国の救命救急センターにおける修正予測外死亡数（潜在的防ぎ得た外傷死）は、外傷死亡症例 1,432 例中 546 例（38.1%）に上り、施設間格差、地域間格差が著しいことが明らかにされ、防ぎ得る外傷死を回避することが最重要課題となった。
- ・防ぎ得た外傷死を回避するためには、受傷から一定の期間（golden period）に根本的治療を実施することが重要であるとされている。
- ・ロード&ゴーと判断した傷病者に対し、受傷から一定の期間内に根本的治療を実施するためには、救急隊員は重症度判断を的確に行い、傷病者に生命の危険の可能性がある場合は現場活動（状況評価、初期評価、全身観察、脊椎運動制限等）を 10 分以内に実施し、速やかに病院に搬送することが求められる。
- ・ロード&ゴー症例の現場活動を 10 分以内に実施するためには、①重症度緊急度判断を的確に行う、②観察処置内容を生命に関係する項目に限定する、③根本的治療が可能な医療機関を選定し連絡を速やかに行い、救急車を即発進させることが不可欠である。
- ・ロード&ゴーの判断は、次の優先順位で判断される。①初期評価における生理学的異常の評価による判断②全身観察における解剖学的異常（生命にかかわる損傷）の評価による判断③状況評価における受傷機転の評価による判断

D. 外傷救急活動の手順

1. 出動指令から傷病者に接触するまでの措置

出動指令から傷病者に接触するまでの間、次の措置を実施する。

【通信指令員】

- ・通報時点における多数傷病者事故の認知とロード&ゴーの判断と要請

通報内容から外傷による多数傷病者事故やロード&ゴー症例と疑われる場合、状況に応じ適切な出場隊の編成、医療班（ドクターヘリ、ドクターカーなど）要請するとともに、出場隊に情報を提供する。

- ・通報者の安全確保など二次災害防止にも配慮する。

【救急隊】

①感染防御・個人装備

- ・標準予防策に基づき、手袋、ゴーグル、ガウンを必ず着用し、必要に応じて、マスクを着用する。
- ・個人装備（ケブラー手袋、ヘルメット等）を備えた上、状況に応じ適宜装着する。
- ・現場到着までに完了しておく。

②携行資器材確認

- ・傷病者の体格に合わせた脊椎固定器具、呼吸管理用資器材、外傷キットを準備する。
- ・現場到着までに完了しておく。

③現場の安全確認と安全確保（二次災害防止）

- ・下記に留意し安全が確認されてから傷病者と接触する。
- ・救急車内から状況評価を始め、救急車を傷病者の近くの安全な場所に停車する。
- ・爆発・火災・有毒物質・崩落・危険な路面（地面）・酸欠などの危険要因を確認する。
- ・犯罪（凶器）の徴候はないかを確認する。
- ・危険なバイスタンダー（武器所有、興奮、泥酔、喧嘩）やどう猛な動物はいないかを確認する。
- ・事故車両のエンジンは停止しているか、車両は固定されているか等を確認し、必要な場合は可能な範囲で安定化を図る。
- ・酸欠や有毒ガス充満が疑われる環境では、防御の装備なしに現場へ入ってはならない。
- ・必要があれば警察を呼び、犯罪現場では現場保存、証拠温存に配慮して活動する。

④傷病者数の確認

- ・夜間、悪天候時、車両の陰や死角など視界不良時は、傷病者の見逃しに注意する。

- ・複数の傷病者が発生した事故においては、先着救急隊が指揮隊等と連携し現場におけるトリアージ（代行を含む）及び傷病者管理を行うことも考慮する。

⑤ 応援要請

- ・応援隊の要請は、重症傷病者 1 人につき救急隊 1 隊を原則とする。
- ・ドクターヘリやドクターカー（状況に応じ防災ヘリ）の出動要請判断を行い、必要があれば出動を要請する。
- ・多数傷病者事故・集団災害の発生時、各消防本部の集団災害に関する規定・要綱を発動する。
- ・単独消防本部での対応が可能か否かの判断を早急に行い、必要に応じて相互応援協定に基づき速やかに広域の消防本部に応援要請する。
- ・多数傷病者事故・集団災害の発生時、搬送の可能性がある医療機関には、事故・災害の規模を伝え、必要に応じて、緊急応需体制、医師の現場派遣、搬送対応等を要請する。
- ・対応困難な場合は、消防・警察機関その他の応援要請を確実に行う。

⑥ 傷病者の状況と受傷機転の評価

- ・受傷機転の把握が環境及び傷病者の評価につながるため、情報等の収集に努める。
- ・第一印象を評価し、重症感の有無を把握する。
- ・受傷機転からロード＆ゴーを考慮すべき外傷か否かを判断する。

ロード＆ゴーを考慮すべき受傷機転の例

- ① 同乗者が死亡した車両事故
- ② 車外に放出された車両事故
- ③ 車の高度な損傷を認める車両事故
- ④ 車に轢かれた歩行者・自転車事故
- ⑤ 5m以上もしくは 30 k m/時以上の車に跳ね飛ばされた歩行者・自転車事故
- ⑥ 運転手（同乗者）がバイクから離れていたもしくは 30 k m/時以上のバイク事故
- ⑦ 高所からの墜落（6m以上もしくは 3 階以上を目安※小児：高所（身長 2～3 倍程度の高さからの墜落）
- ⑧ 体幹部が挟まれた
- ⑨ 機械器具に巻き込まれた

2. 傷病者接触から車内収容までの措置

傷病者接触から車内収容までの間、次の措置を実施する。

※ロード&ゴー（の判断で優先される判断順序は初期評価(生理学的評価)>全身観察（解剖学的評価）>状況評価（ロード&ゴーを判断すべき事故状況）である。

①初期評価（生理学的評価）

初期評価の目的は、蘇生処置の必要性和ロード&ゴーの適応を生理学的所見から迅速に判断することであるため、以下の手順を迅速に実施する。

a. 用手的頸椎保護

振り向かせないように接近し、呼びかけと同時にその前に頭部を保持し、中間位に保持する。疼痛、抵抗がある場合は、その位置で保持する。頭部保持を行う隊員（気道管理者）は、気道（狭窄音、ゴロゴロ音の有無）及び呼吸・意識状態の変化に細心の注意を払い継続的に管理を行い異常があれば速やかに観察・評価実施者に報告するとともに気道確保等の処置を実施する。

b. 止血

活動性出血を認めた場合、直接圧迫止血法により速やかに圧迫止血を実施する。圧迫止血による効果が得られなければ、止血帯法、止血点止血法などを考慮する。ただし、止血帯法による止血を実施した際は駆血（緊縛）開始時刻を記録する。

c. 意識の確認

意識レベル（Ⅰ,Ⅱ,Ⅲ桁評価もしくは、AVPU（A:意識清明 V:呼びかけに反応あり P:痛み反応あり U:刺激に反応なし）、可能であれば GCS）を確認する。発声があれば気道開通と判断し、反応がない場合は気道、呼吸、循環評価を行った後に痛み刺激を加え意識レベル（JCS であれば桁数）を確認する。

d. 気道の評価

気道を評価し、気道が開通していない場合は、用手的に気道確保を行い、下顎挙上法（または修正下顎挙上法）により気道を確保する。気道確保用デバイスや頭部後屈による気道確保は前記処置によっては気道を開通できないときにのみ適応となる。必要に応じて、口腔内吸引を行う。気道確保が困難な場合は、バックボードやスクープストレッチャーで全身固定し、速やかに車内収容後、現場出発する。

e. 呼吸の評価

「見て聞いて感じて」、呼吸を評価する。呼吸の有無、呼吸様式（速い、普通、遅い、深い、浅い）を観察し、必要に応じて補助換気を実施する。ロード&ゴーの場合は、リザーバー付フェイスマス

クで 10 L /分以上酸素投与を行うことを原則とする（行わなかった場合、10 L /分未満とした場合はその理由を検証票に記載）

f. 循環の評価

橈骨動脈または頸動脈を触知し、脈拍の異常（速い、遅い、強い、弱い）を確認する。皮膚色調（蒼白）、冷感、湿潤（発汗）の有無から、ショック兆候について確認する。活動性外出血については前述のとおり。心肺停止が確認されれば、心肺蘇生プロトコールに従い心肺蘇生を開始し、観察を中断して全身固定し、即現場出発する。

【初期評価中断】

初期評価で次の事項があれば、初期評価を中断し搬送に移行する。

a. 気道確保が困難な症例

b. 心肺停止症例

c. その他救急隊活動危険があり、活動を継続することが不適切であると隊長等が判断した場合

【初期評価における重症度判断】

初期評価で次の事項があれば、重症と評価し、ロード＆ゴーの適応とする。

a. JCSⅢ桁（もしくは AVPU「P」または「U」）の意識障害

b. 気道の異常

c. 呼吸の異常

d. 循環の異常

②全身観察（解剖学的評価）

全身観察の目的は、急速に生命を脅かす病態を迅速に見つけ出し、緊急処置の必要性和ロード＆ゴーの適応を解剖学的に判断することである。以下の手順を迅速に実施する。

a. 頭部、顔面 視診：外表の損傷、変形

触診：圧痛、変形、腫脹（愛護的に）

* 上顎骨、下顎骨の骨折、口腔内出血に注意する。

b. 頸部 視診：外表の損傷、外頸静脈の怒張

触診：気管偏位、皮下気腫後頸部の圧痛

* 頸部観察後、必要があれば頸椎カラーを装着する。

c. 胸部 視診：外表の損傷、胸郭の動き（左右差、奇異呼吸等）開放性損傷、変形の有無

聴診：腋窩で聴診し、呼吸音の減弱、左右差を確認

触診：動揺、圧痛、嚙音、皮下気腫の有無を確認

＊フレイルチェスト → ロール状ガーゼやタオルで固定

＊開放性気胸 → 一方弁の装着（三辺テーピング等）

d. 腹部

視診：外表の損傷、腹部膨隆

触診：圧痛、緊張

＊穿通性異物 → 安定化

＊腸管脱出→湿らしたガーゼ被覆＆ラップ材による被覆

（原則として車内で実施）

e. 骨盤

視診：外表の損傷、変形、下肢長差

触診：骨盤動揺、圧痛、嚙音

※自発痛や視診で異常が認められる場合、触診は行わない。また受傷機転から骨盤骨折の可能性がある判断でき、初期評価でショックと判断したら触診を行わず骨盤固定を実施する。

＊腸骨を両側から愛護的に1回のみ内方向に圧迫し観察する。

＊恥骨部は腸骨触診で異常が認められないときに愛護的に1回のみ行う。

＊骨盤骨折が疑われれば、三角巾等を用いて両膝の固定を行うことで外旋位となることを防止する。これに加え、可能であれば骨盤固定器具（サムスリング、T-POD 等）の装着を行う。

f. 大腿

視診：変形、腫脹、損傷、下肢長差

触診：動揺、圧痛、嚙音

g. 上下肢

視診：変形、腫脹、損傷

触診：動揺、圧痛

h. 神経学的所見 上下肢を触診しながら、運動感覚障害を含めた四肢麻痺、片麻痺、対麻痺の有無を確認する。

i. 背部

視診：体表の損傷、出血、変形、腫脹

触診：圧痛、変形

＊ログロール（またはログリフト）を実施する時に観察する。

＊穿通性異物、骨盤骨折がある場合は、ログロールは原則禁忌であるが、マンパワー等の状況に応じてログロールを実施することもあり得る。その場合、検証票にその旨記載する。

【全身観察における重症度判断】

全身観察で次の事項があれば、重症と評価し、ロード＆ゴーの適応とする。

- a. 顔面の著しい損傷・出血
- b. 外頸静脈の著しい怒張、気管偏位
- c. 頸部胸部の皮下気腫
- d. 胸郭の動揺・フレイルチェスト、呼吸音左右差
- e. 開放性気胸
- f. 腹部の膨隆、圧痛・緊張
- g. 骨盤の動揺、変形、圧痛、下肢長差
- h. 両大腿の動揺、変形、腫脹、圧痛
- i. 穿通性外傷（頭部～鼠径部）
- j. 開放性頭蓋骨陥没骨折
- k. 四肢の切断・轢断（ショックを伴う）
- l. 四肢の麻痺（ショックを伴う）
- m. 気道熱傷の合併

【全身観察で疑うべき重大な臓器損傷】

- ・顔面の高度な損傷 > 気道閉塞（特に上顎・下顎骨折）
- ・頸静脈の怒張、血圧低下、奇脈 > 心タンポナーデ
- ・頸静脈の怒張、気管偏位、皮下気腫、呼吸音の左右差、血圧低下 > 緊張性気胸
- ・胸郭動揺 > フレイルチェスト
- ・腹部膨隆、腹壁緊張 > 腹腔内出血・臓器損傷
- ・骨盤の動揺、圧痛、下肢長差 > 骨盤骨折
- ・大腿変形、腫脹、圧痛、下肢長差 > 両大腿骨骨折
- ・頭頸部、胸部、腹部、鼠径部の穿通性外傷 > 重要臓器損傷、大血管損傷、開放性気胸
- ・顔面熱傷、気道熱傷 > 気道閉塞
- ・四肢麻痺 > 脊髄損傷

③重点観察

以下を全て満たす場合は、全身観察を実施せず、重点観察にとどめても良い。

- a. 初期評価で異常がない。
- b. 全身状態が安定し、損傷部位が明らかに限局しており、他の外傷の可能性が極めて低い。また、

傷病者本人の訴えと合致している。

c. ロード&ゴーの症例を考慮すべき事故状況に明らかに該当しない。

具体例：他部位傷害を伴わない大腿刺創、指趾切断等。

④脊椎運動制限（SMR）の判断

受傷機転や全身観察の所見より、脊椎・脊髄損傷が疑われる（可能性がある）傷病者に対しては適切な方法による SMR を行う。なお、実際の活動において、受傷機転から明らかに SMR が必要ないと判断されることはまれであり、観察が終了するまでは用手的に頸椎保護を行い、脊椎・脊髄損傷を疑うべき所見がなく、かつ傷病者が信頼できる精神状態であると判断した時点で用手的保護を解除する。

【脊椎運動制限（SMR）の適応】

a. 脊椎・脊髄損傷の可能性がある受傷機転

（例）

- ・高速の自動車事故
- ・高所からの墜落（6m 以上または身長の高さの 3 倍以上の高さ）
- ・飛び込みによる損傷
- ・脊椎周辺の穿通創
- ・頭頸部スポーツ外傷等

b. 脊椎・脊髄損傷を疑うべき所見

（例）

- ・頸部・背部の疼痛や圧痛
- ・対麻痺・四肢麻痺などの神経学的異常
- ・頭部・顔面の高度な損傷
- ・意識消失の病歴

c. 正確な所見が得られない傷病者

（例）

- ・事故や受傷による精神的動揺がある
- ・意識障害
- ・アルコール、薬物の摂取、中毒
- ・身体部位のいずれかに強い痛みを訴える

3.車内収容後の措置

①車内収容直後の措置

車内収容直後は、次の項目を実施し、ロード&ゴーの適応の傷病者の場合は、搬送病院を確定し、速やかに病院へ出発することを目指す。

- a. 酸素切り替え
- b. モニター装着
- c. バイタルサイン測定
- d. 保温と体位管理
- e. 病院連絡（第1報）

* 目的は、搬送病院を確定し、速やかに発進させること。

* 連絡事項（簡潔に）

・年齢、性別・重症度判断：ロード&ゴーの適応か否か

・MIST

M : mechanism（受傷機転）

I : injury（損傷部位・程度）

S : sign（症状・症候）

T : treatment（行った処置）

・病院到着までの所要時間

②現場出発後の措置

救急車出発後は、JPTEC の観察要領に従い、見落としがないかを観察した後、病院に診療情報（第2報）を提供する。搬送中は、経時的に状態に変化（悪化）がないか、処置に不具合がないかを確認する。傷病者に変化があった際は、初期評価（CABC）に戻ることが原則である。

a. モニター、バイタルサインの確認

b. 傷病者情報の聴取

原因（事故状況）、主な訴え、最終の食事時間、病歴、アレルギー（いわゆる GUMBA）

* 余裕があれば、車内収容までに聴取しても良い。

c. 詳細観察

* 目的は、見落としはないかを確認すること、現場で十分に観察できなかった項目を詳細に観察することである。搬送中一度は、詳細観察を行う。

* 観察項目

- ・頭部から足先まで観察する。
- ・神経学的所見を詳細に取る：瞳孔所見、運動麻痺、感覚異常
- ・鼻／耳（髄液漏）、口腔（出血、吐物）を観察する。
- ・ブラックアイ、バトル徴候を観察する。
- ・上肢下肢の損傷部位を観察する。
- ・骨折部位末梢の脈拍・感覚・冷感を確認する。

* 搬送時間が短い場合においても可能な限り詳細観察を実施する。

d. 継続観察

* 目的は、それまでの観察結果から予想される病態の進行に注意し、バイタルサインのチェック、状態変化の確認、既に行った処置の再確認を行うことである。

* 観察項目

- ・症状の変化
- ・バイタルサイン、ABC の再評価
- ・頸部、胸部、腹部の観察
- ・損傷の変化
- ・既に行った処置の確認
止血、固定、酸素流量・チューブなど

e. 病院連絡（第 2 報）

* 目的は、病院の初療準備のために、診療情報を提供すること。

* 連絡事項（その病院に受診歴があればそれも報告）

- ・バイタルサイン：意識レベル（JCS、可能であれば GCS）、呼吸数、血圧、脈拍数、体温
- ・モニター：酸素飽和度、心電図（異常の有無）
- ・神経学的検査所見：瞳孔径/対光反射、麻痺・感覚異常（詳細）
- ・聴取内容：原因（事故状況）、主な訴え、最終の食事時間、病歴、アレルギー（いわゆる GUMBA）

E. ロード&ゴーの判断と対応方法

1. ロード&ゴーの判断は次のように行う。

第1理由

初期評価（生理学的評価）で 2-①に示す異常があったものは、ロード&ゴーの適応とする。

第2理由

全身観察（解剖学的評価）で 2-②に示す異常があったものは、ロード&ゴーの適応とする。

第3理由

初期評価・全身観察に異常はないが、受傷機転からロード&ゴーを考慮すべき外傷に該当する場合は、ロード&ゴーの適応を考慮する。

その他

妊婦、未就学児、80 歳以上の高齢者などの弱者・重大な基礎疾患を有する場合は、初期評価・全身観察に異常なく、受傷機転からロード&ゴーを考慮すべき外傷に該当しない場合もロード&ゴーの適応を考慮する。

以上のどの段階でも該当項目がない場合は、非ロード&ゴーの適応とする。

2. ロード&ゴーの場合の対応方法

①病院選定

ロード&ゴーの事案

- ・三次救急医療施設等の重症外傷治療が可能な施設へ搬送する。
- ロード&ゴー事案の受入について救急隊から受入要請があった際には、医療機関は受入判断について可及的速やかに回答するように努める（可能な限り速やかに受け入れる）。
- ・迅速な医師管理が必要と判断される症例では医師要請を考慮する。
- ・医師の現場要請が不可能もしくは、時間に猶予がない場合には、速やかな転送を前提に二次救急医療施設での救命処置試行を考慮する（ドクターヘリ・ドクターカー等出動要請考慮）。
- ・救急隊員が、ロード&ゴーの適応と判断した場合、受け入れ病院は救急隊員のオーバートリッジを許容する。
- ・救急隊員が病院選定に苦慮する場合は、選定先病院の医師の指導・助言を受ける。

非ロード&ゴーの事案

- ・適切な救急医療施設に搬送する。

②心肺停止前の静脈路確保及び輸液

傷病者の状態と予測される状態の悪化防止のため搬送時間等を考慮し、心肺停止前の静脈路確保及び輸液を実施することも考慮する。

F. 留意すべき事項

1. 現場活動と車内活動

原則として、初期評価及び全身観察は現場で実施するが、天候（雨天、低い気温等）や多い見物人等の状況を配慮し、初期評価後に車内に収容し全身観察以降の活動を実施しても良い。着衣の裁断についても、天候や現場の状況を考慮して必ずしも現場で行わず、救急車内に収容してから行っても良い。これらの場合には、検証票にその旨記載する。

2. ロード&ゴーの判断に基づく病院連絡

ロード&ゴーの適応と判断した場合の病院連絡は、次を原則とする。

①傷病者を車内に収容した後、病院に第1報を入れ、直ちに現場出発する。

②救急車を出発させた後に、病院に第2報を入れる。

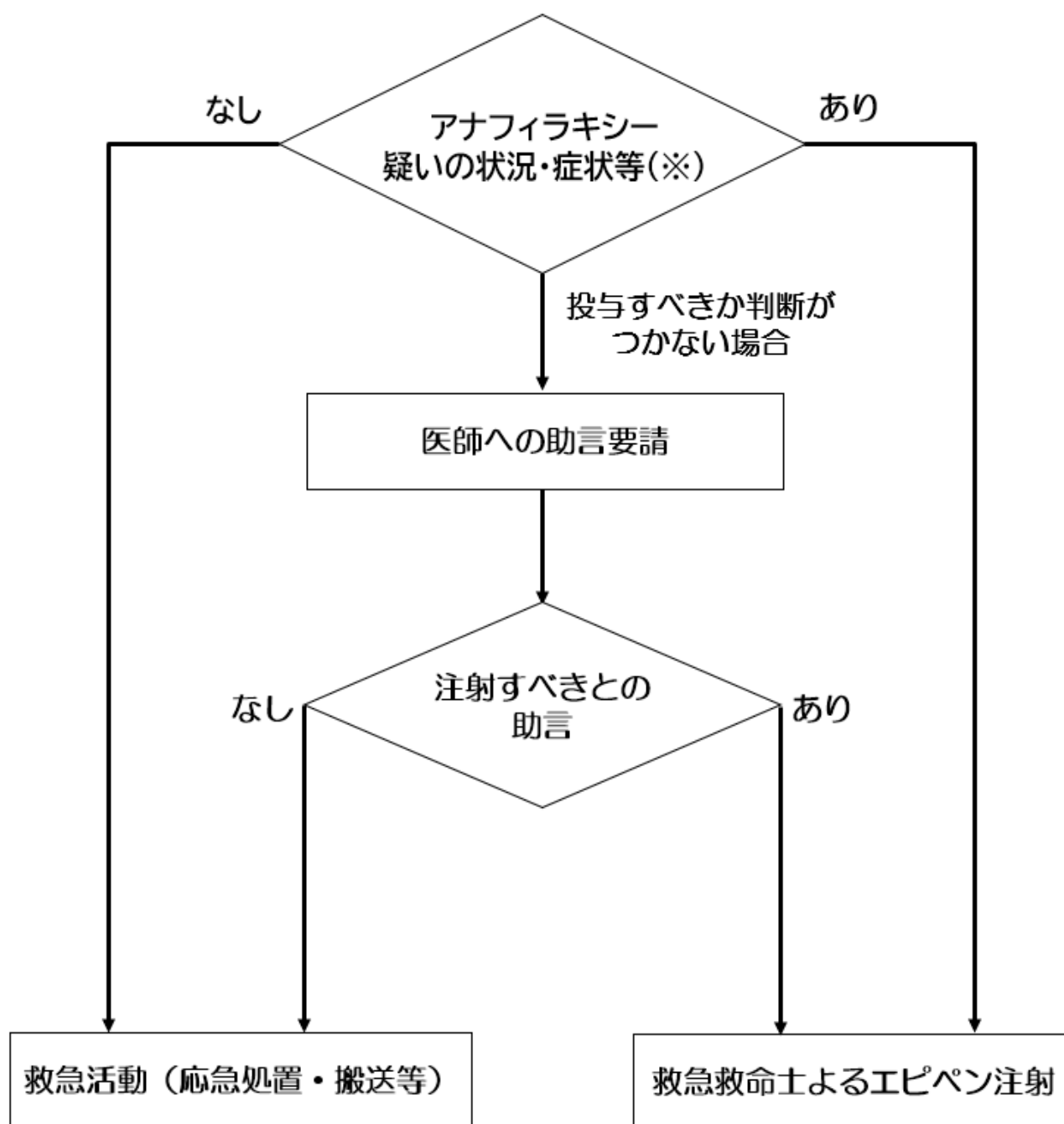
* ①は収容依頼の確認、②は初療時に必要な診療情報の提供を目的とする。

なお、ロード&ゴーの適応の連絡を受けた病院は、詳細観察に関わる事項を聴取することなく、直ちに応需可能（あるいは不能）の旨を救急隊に伝えることを原則とする。

3. 心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与可能な救急救命士は傷病者の状態に応じ、「心肺停止前の重度傷病者に対する処置プロトコール」への移行も考慮する。

4. 外傷傷病者の中には、局所の外傷による出血性ショックを呈する事案もあり、重篤な状態であっても脊椎・脊髓損傷の可能性がないことがある。つまり全てのロード&ゴーの傷病者に対して全身固定を含む脊椎運動制限（SMR）が必要とは限らない。

5. エピペンプロトコール



（※）アナフィラキシー疑いの状況・症状等について

【必須事項】

- ・エピペンの処方あり（119 番通報時に確認）
- ・アナフィラキシーが疑われ、本人がエピペンを打つことが困難な場合

【アナフィラキシー疑いの症状】

- ・ハチ刺傷、食事（＋運動）、服薬等アレルゲンとの接触の可能性あり
- ・過去に同様の症状あり
- ・以下いずれかの症状あり（基本は、2 つ以上の臓器に症状が現れたもの）

観察項目	自覚症状	他覚症状
皮膚	全身性掻痒感、発赤、蕁麻疹、限局性掻痒感、痒み	血管性浮腫、皮膚の蒼白、一過性紅潮、眼瞼・口腔内粘膜浮腫
消化器	口腔内掻痒感、違和感、軽口唇腫脹、悪心、腹痛、腹鳴、便意、尿意	糞便、尿失禁、下痢、嘔吐
呼吸器	鼻閉、くしゃみ、咽頭喉頭の掻痒感・絞扼感、嚥下困難、鼻水、胸部絞扼感	嚙声、犬吠様咳嗽、喘鳴、チアノーゼ、呼吸停止、呼吸困難
循環器	頻脈、心悸亢進、胸内苦悶	不整脈、血圧低下、重度徐脈、心停止、脈拍減弱
神経	活動性変化、不安、軽度頭痛、死の恐怖感、四肢末梢しびれ、耳鳴り、めまい	意識消失、痙攣
全身症状	熱感、不安感・無力感、冷汗	発汗、全身虚脱

【自己注射が可能なアドレナリン（エピネフリン）製剤の取扱いに関する手順及び留意事項】

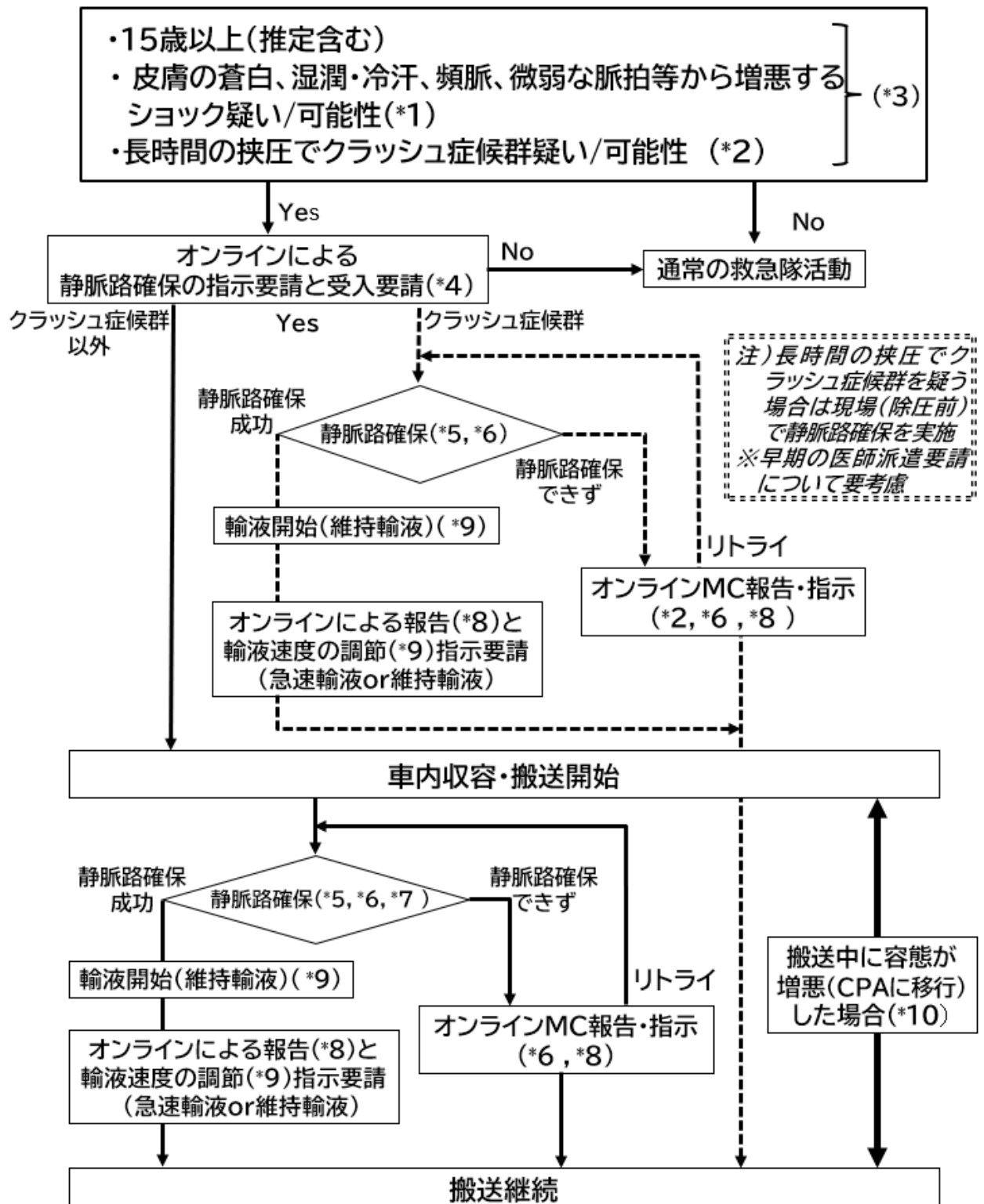
＜手順＞

- ① 使用前にエピペンの使用期限、薬液の変色や沈殿物の有無を確認するとともに、エピペン貼付の連絡シートにより傷病者本人のものであることを確認する。
- ② エピペンの先端に指や手を当てることなく、中央部を持って使用する。
- ③ 傷病者の太ももの前外側の皮膚に、直角（90 度）に強く押し当てる。
- ④ 注射液が確実に出るよう、5 秒間保持する。
- ⑤ 注射したところを、数秒間揉む。
- ⑥ 針が出ていることを確認し、ハザードボックスに破棄する。
- ⑦ 使用したことについて、搬送先の医療機関に伝達する。
- ⑧ 使用したことを救急救命処置録に記載する。

6. 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

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

※岐阜県メディカルコントロール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



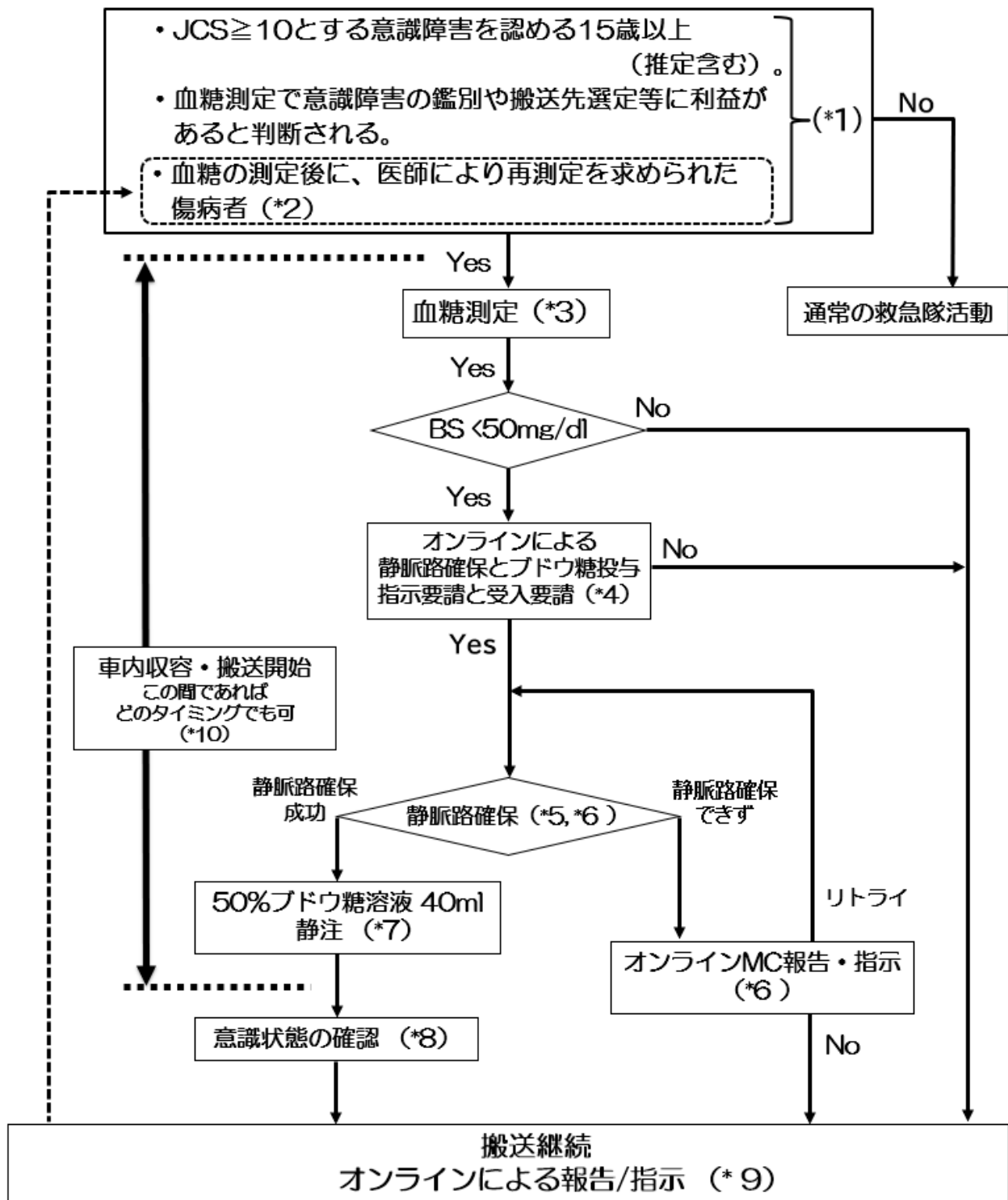
【心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液】

- 1 岐阜県メディカルコントロール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。
- 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。
- 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）
- 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）
- 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）
- 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（推定を含む）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）
- 7 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う。
なお、それぞれ異なる災害拠点病院でも可能とする。
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良い。（＊ 4）
※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。
- 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。
※22 G も選択可能とするが、直接 M C 下にその都度許可が必要とする。（＊ 5）
- 9 穿刺は 2 回まで試行できる。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。
- 10 シャ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）

- 11 静脈路確保は救急車停車後に実施する。（＊ 7）
- 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）
- 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。
- 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）
- 15 搬送中、傷病者の容態が増悪（C P A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）
- 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。

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

※岐阜県メディカルコントロール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



【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】

- 1 岐阜県メディカルコントロール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。
- 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。
- 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)
- 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（推定を含む）で、JCS $\geq$ 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適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）
- 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を含む）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、救急隊が測定した数値で判断する。
- 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（推定を含む）でかつ血糖値が 50mg/dl 未満の傷病者とする。（* 4）
- 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。
※22 G も選択可能とするが、直接 MC 指示下にその都度許可が必要とする。（* 5）
- 8 穿刺は、2 回まで試行できる。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）
※ 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。
- 9 シャ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）

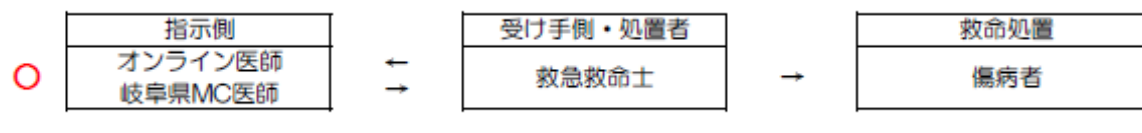
- 10 静脈路確保は、現場もしくは搬送中であれば救急車停車後に実施する。（* 5）
- 11 輸液の速度は、維持輸液（1 秒 1 滴程度）とするがオンライン医師もしくは岐阜県 M C 医師への確認が望ましい。（* 5）
- 12 ブドウ糖溶液の投与は 50%ブドウ糖溶液 40m l 全量を、概ね 3 分以上かけて投与することを原則とするが、オンライン医師の指示に応じて増量・減量することができる。（* 7）
- 13 JCS による評価を慎重に行う。（* 8）
- 14 ブドウ糖投与により意識レベル I 桁までの改善が得られても再び $JCS \geq 10$ となった際には、血糖測定前のオンライン指示に戻る。（* 9）
- 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。
- なお、受入要請は、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。
- 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良い。
- 16 上記 15 を鑑み、傷病者の状況、観察所見、実施した処置、その結果を指示医師に報告した上で、この報告を受けた指示医師との協議により災害拠点病院以外への搬送を指示された時には、その医療機関への受入要請を試みても良い。
- 17 車内収容・搬送開始のタイミングは、血糖測定前からブドウ糖静注までの間であればどこでも良いが、現場滞在時間は短くし、長くないよう迅速に活動すること。（* 10）

7. 岐阜県メディカルコントロール協議会からの過去の通知のまとめ

● 救急隊活動中に、業務外の看護師が特定行為を実施する場合の見解

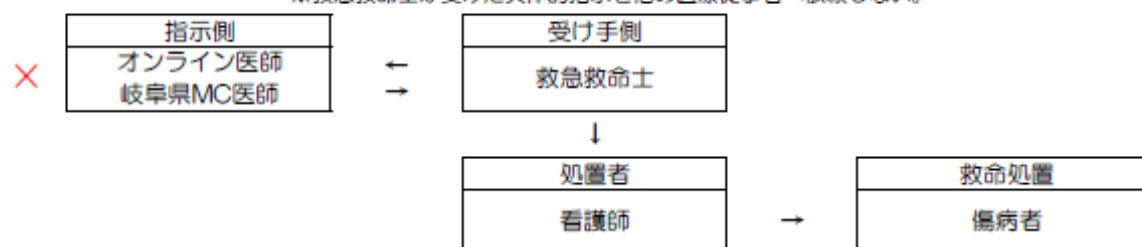
【救急活動に対する整理図】

岐阜県救急隊（消防隊）活動プロトコールに沿った、通常の救急活動



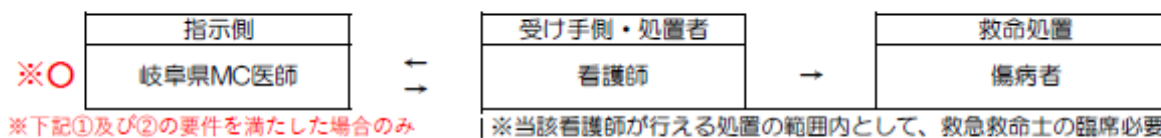
地方公務員法違反に該当する可能性あり

※救急救命士が受けた具体的指示を他の医療従事者へ依頼しない。



現場に居合わせた看護師が岐阜県MC医師から直接指示を受けた場合

※岐阜県救急隊（消防隊）活動プロトコールに沿った活動を行うことが大原則であるが、何らかの事情により処置が行えず、また、看護師から申出があった場合に限る。そのため、積極的に救急現場で看護師に協力依頼するものではない。



①指示側

看護師も医師の指示を必要とするため、岐阜県MC医師から直接指示を受ける。
 ※救急救命士等が看護師資格を確認後に、岐阜県MCへ連絡し看護師が直接指示を受ける。
 ※搬送先医師ではなく岐阜県MC医師から指示を受けるものとする。

②看護師資格の確認について

(1)看護師免許など書面で確認
 (2)雇用先に連絡、看護師であることの確認
 ※上記どちらかの確認が取れない場合は、看護師資格が確認できないため実施させない。
 ※(1)の確認が出来ない場合は、(2)で確認する。顔写真での確認までは求めない。

（搬送中の救命処置について）

岐阜県MC医師から救命処置の指示を受けた看護師が救急車に同乗し処置を継続する。
 ※同乗が出来ない場合は、岐阜県MC医師に連絡し当該処置についての指示を受ける。

（救急活動記録票への記載について）

岐阜県MC医師の直接指示下で、現場に居合わせた看護師が救命処置を行った場合は、指示医師及び看護師の氏名や所属、処置内容の詳細を記載し記録する。

●救急隊活動中に、業務中の看護師が特定行為を実施する場合の見解

現在の在宅医療の状況から、看護師が救急現場に居合わせる事が今後も多くなることが予測されるため、下記について御留意願います。

【救急活動に対する整理図】

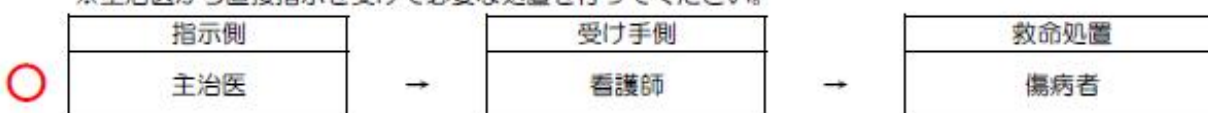
地方公務員法違反に該当する可能性あり

※救急救命士が受けた具体的指示を他の医療従事者へ依頼しない。処罰の対象となる可能性あり。



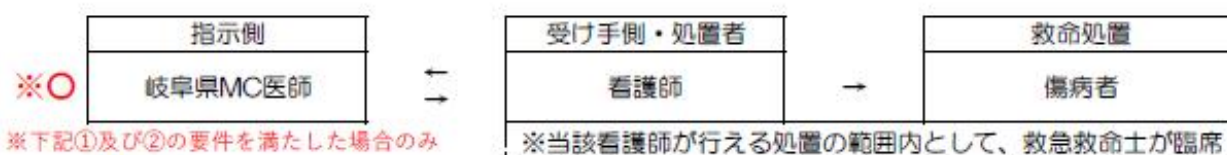
傷病者（患者）に主治医が存在する場合

※主治医から直接指示を受けて必要な処置を行ってください。



看護師が岐阜県MC医師から直接指示を受ける場合

※救急救命士は、岐阜県救急隊（消防隊）活動プロトコールに沿った活動を行うことが大原則であり、有効な鬱血がない等、特段の理由があり、処置困難な場合は看護師が岐阜県MC医師から直接指示を受けることにより処置が可能です。



①指示側

岐阜県MC医師から直接指示を受ける。

※救急救命士等が看護師資格を確認後に、岐阜県MC医師へ連絡し看護師が直接指示を受ける。

※搬送先医師ではなく岐阜県MC医師から指示を受けるものとする。

②看護師資格の確認について

(1)看護師免状等書面で確認

(2)雇用先に連絡等、看護師である確認

※上記どちらかの確認が取れない場合は、看護師資格が確認できないため実施させない。

※(1)の確認が出来ない場合は、(2)で確認する。顔写真での確認までは求めない。

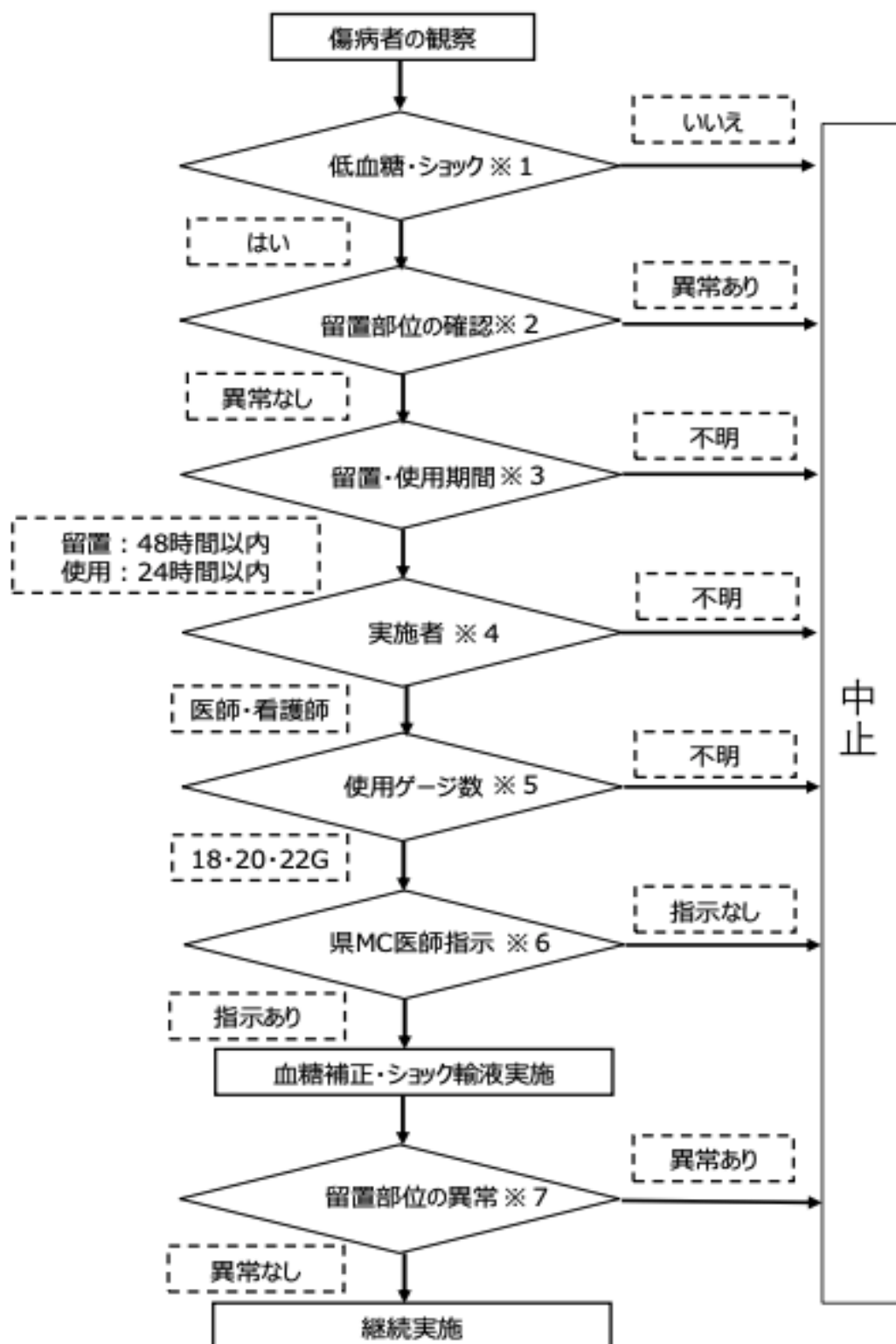
（搬送中の救命処置について）

岐阜県MC医師から救命処置の指示を受けた看護師が救急車に同乗し処置を継続する。

※同乗出来ない場合は、救急救命士が岐阜県MC医師に連絡し処置についての指示を受け対応。

●心肺機能停止前の重度傷病者に対する留置された静脈路を使用して輸液及びブドウ糖投与を行うことについて

留置された静脈路を使用しての血糖補正（ショック輸液）のフロー図



補足説明

※1 血糖補正対象者は、15 歳（推定を含む）以上で、JCS $\geq$ 10 であり、かつ血糖値が 50mg/dl 未満の傷病者。

輸液対象者は、増悪するショック、もしくはクラッシュ症候群を疑うか、それに至る可能性が高い、15 歳（推定を含む）以上の傷病者。（心原性が強く疑われる場合は、対象外とする。）

※2 原則、新たに静脈路確保するよう努めること。しかし、留置されている静脈路以外に静脈路確保が困難と判断する場合は、留置されている静脈路の使用を考慮する。

なお、留置されている部位に異常（腫れや漏れ等）がある場合は、使用してはならない。

※3 留置されたのが 48 時間以内であり、かつ最後に使用されたのが 24 時間以内の場合に使用を考慮する。

※4 静脈路確保について、誰が（医師・看護師）実施したか明白な場合のみ、使用を考慮する。

※5 使用されている留置針について、18 G、20 G、22 Gに限る。

※6 指示医師は、岐阜県 M C 医師のみとする。（岐阜県 M C 医師が、責任を担保する。）

なお、災害拠点病院等のオンライン医師に指示要請をしてはならない。

※7 留置部位に異常（腫れ漏れ等）があれば、滴下を中止し、岐阜県 M C 医師に報告すること。

※注 1 医師または看護師が同乗していない救急搬送中について、持続点滴は原則、使用しない。

なお、緊急の場合は、岐阜県 M C 医師に確認すること。

※注 2 ここでいう「留置」とは、「ロック」された静脈路を示す。

※注 3 新たに静脈路確保を実施する場合は、岐阜県救急隊（消防隊）活動プロトコールに準拠すること。

※注 4 残存薬液について内容は問わないが、可能な限り確認すること。

8. 令和 8 年度改定項目と解説

- 1 昨今、救急隊に求められる医療的な内容がより高度化されている中で、現場活動が少しでもシンプルになるようにした。
 - ・移行に伴い、一時的に負担は多いが変更の意図を理解することで、活動がシンプル化することを期待している。
- 2 目撃のない心静止に対してアドレナリン投与を認める変更を行った。
 - ・主に、心静止の方がアドレナリンによる心拍再開の可能性が高まることが明らかであることと、いわゆる「HOT な心静止」であることの状況聴取が速やかな現場活動の妨げになることを受けてこれを修正した。
 - ・病院到着後にはいずれにしてもアドレナリン投与をされるという実臨床上の矛盾を修正した。
- 3 ECG 解析時に必ず脈の触知を求めるよう変更したのは、心静止波形がモニター上のトラブルを反映する可能性があることと、波形を確認してから触れに行くと数秒間の時差が生じ、結果的に CCF の低下につながるからである。
- 4 今回の変更で波形確認に脈の触知を行うとしたことにより、電気ショック時に体に触れてしまう隊員がいないように普段の訓練時から注意する。
- 5 3 回失敗したらパッド位置を前後に貼るベクトルチェンジを考慮する記載が追加された。この内容と整合性をとるために、包括的指示除細動の回数を 2 回から 3 回に引き上げた。
- 6 電気ショックの包括指示の回数を 3 回に増やした。
 - ・JRC 蘇生ガイドライン 2025 でパッド位置の変更の目安として、「3 回実施して成功しない場合は」としていることと整合性を持たせることを考慮した。
- 7 CPR の質を高める重要性を強調した。
 - ・様々な心肺蘇生法のコースにおいても、HQ-CPR がより強調されその重要性は広く認識されるようになっていることを受けて、本プロトコールもこれに準じた。
- 8 これまで集合研修などで口頭にて伝達されていた事項を明文化し、プロトコール及び留意事項に記載し、岐阜県メディカルコントロール協議会として正式に見解を表明した。
 - ・第 1 報で初回アドレナリン指示までをとって良い旨を明文化した。
- 9 前プロトコールで記載があった「薬剤投与を行った後の ECG 解析以外で AED から解析を求められてもこれを無視して救急車を走行させることを原則とする。」は削除した。

- 10 薬剤投与プロトコール内の「AEDでは電気ショックを解析のタイミングで行うが、4回目以降の電気ショック指示が得られなかった場合であってもアドレナリン投与後、解析時に初めてのショック適応波形を確認した場合は、電気ショックを包括的に1回のみ実施しても良い。」について
- ・電気ショックの成功は質の高い CPR と、直前のアドレナリン投与の関連の報告があることを受けて、アドレナリン投与後に質の高い CPR が実施されている上でショック適応波形であった場合に、電気ショック成功率はその前の電気ショックよりも高い可能性があるため、包括的に認めるものである。ただし、アドレナリン自体が心室細動の治療薬ではないことに留意する。（この場合は、直前投与のアドレナリンが冠動脈血流を相対的に高めて質の高い CPR がより効果的に冠血流に寄与することで電気ショックが成功すると解釈されている。）
 - ・そのため、アドレナリン投与が3回目の電気ショックの前であれば同じように包括的指示の範囲内で実行されるべきであるし、「電気ショックは5回まで」という具体的指示があったとしても、初回アドレナリン投与前にすでに5回の電気ショックが済んでいても、アドレナリン投与後（全体としては6回目になる）初回になる電気ショックは行って良い。
- 11 薬剤投与後の上肢挙上は薬剤の比重で心臓に届けるというものではなく上肢の静脈血をポーラスする意図であるが、乳酸リンゲル液を急速滴下だけで十分代用されるため、現場の状況に即して必須とはしない変更をした。
- 12 第1報で必要な指示要請はほぼ取れる形に変更したが、受け入れ病院としては第2報が必要であるため、これが直前にならないことを求めるため、現場活動に余裕が出るタイミングとして現場離脱を目処に第2報で人定などを病院に送信するように記載した。
- 13 「チューブ挿入の際、スタイレットが抜去されるまで実施者は声門から視線を外さず喉頭鏡をずらさない」について。食道挿管の一定数がスタイレット抜去の際に、スタイレットの湾曲のためにチューブが声門をまたいでしまうことが知られているため、スタイレット抜去の際のチューブ位置には細心の注意を払う必要があるためこの文言を追加した。
- 14 内因性疾患全般に対して適切に対応することを目的に、内因性疾患対応プロトコールを新たに策定した。
- 15 脳卒中プロトコールは、内因性疾患対応プロトコールから移行するものとし、脳主幹動脈閉塞患者に対して、適切な治療を提供することを目的に、CPSSに加えて、JSS-LVO スケールによる評価に基づき、医療機関選定を行うものとした。

参考

略語解説

- ※ 1 CPR = CardioPulmonary Resuscitation : 心肺蘇生
- ※ 2 CPA = CardioPulmonary Arrest : 心肺停止
- ※ 3 AED = Automated External Defibrillator : 自動体外式除細動器
- ※ 4 PEA = Pulseless Electrical Activity : 無脈性電気活動
- ※ 5 VT = Ventricular Tachycardia : 心室頻拍
- ※ 6 VF = Ventricular Fibrillation : 心室細動
- ※ 7 BVM = Bag Valve Mask : バッグバルブマスク
- ※ 8 BURP = Backward Upward Rightward Pressure : 喉頭の後上右方圧迫法
- ※ 9 DNAR = Do Not Attempt Resuscitate : 蘇生措置拒否
- ※ 10 ABC = Airway Breathing Circulation : 気道確保、呼吸、循環（所謂、蘇生処置のABC）
- ※ 11 JCS = Japan Coma Scale : 日本で主に使用される意識障害の深度(意識レベル)分類
- ※ 12 ROSC = Return of Spontaneous Circulation : 自己心拍再開

用語解説

- ※ 1 岐阜県MC医師とは、救急医療に従事し、岐阜県の救急医療の実情を踏まえ、救急医療機関、消防機関、行政機関、地域医師会等関係団体との調整等の業務を担うために必要な知識及び経験を有する医師で、岐阜県メディカルコントロール協議会長が選任した医師のことを指す。
- ※ 2 オンライン医師とは、直接、救急隊と連絡が取れる医師で、かつ岐阜県救急隊（消防隊）活動プロトコルを熟知している医師のことを指す。

【令和 7 年度 岐阜県救急隊（消防隊）活動プロトコール改定に係る WG】

中濃厚生病院 救命救急センター長	名知 祥
松波総合病院 クリティカルケアセンター長	八十川 雄図
岐阜大学医学部附属病院 高次救命治療センター 併任講師	北川 雄一郎
大垣市民病院 救命救急副センター長	木村 拓哉
岐阜市消防本部 救急救命士	小林 大介
大垣消防組合消防本部 救急救命士	加藤 玲雄
中濃消防組合消防本部 救急救命士	長沼 章浩
多治見市消防本部 救急救命士	道下 徹生
高山市消防本部 救急救命士	磐下 潤
岐阜県危機管理部消防課（恵那市消防本部）救急救命士	安藤 健太
岐阜県危機管理部消防課（養老町消防本部）救急救命士	佐藤 翔一

（令和 8 年 3 月改定作業を担当）

改定履歴

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
令和 6 年	3 月	22 日	改定
令和 8 年	3 月	11 日	改定