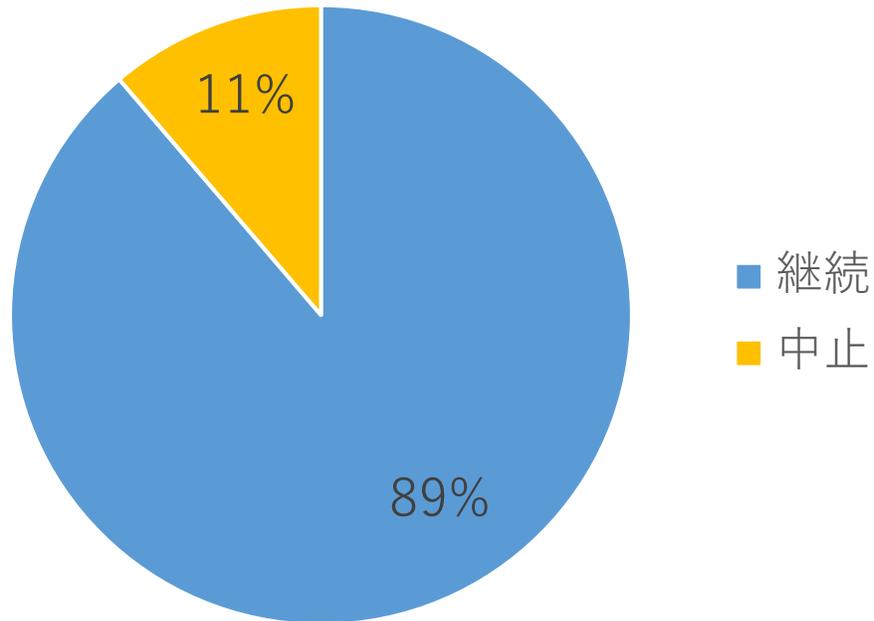
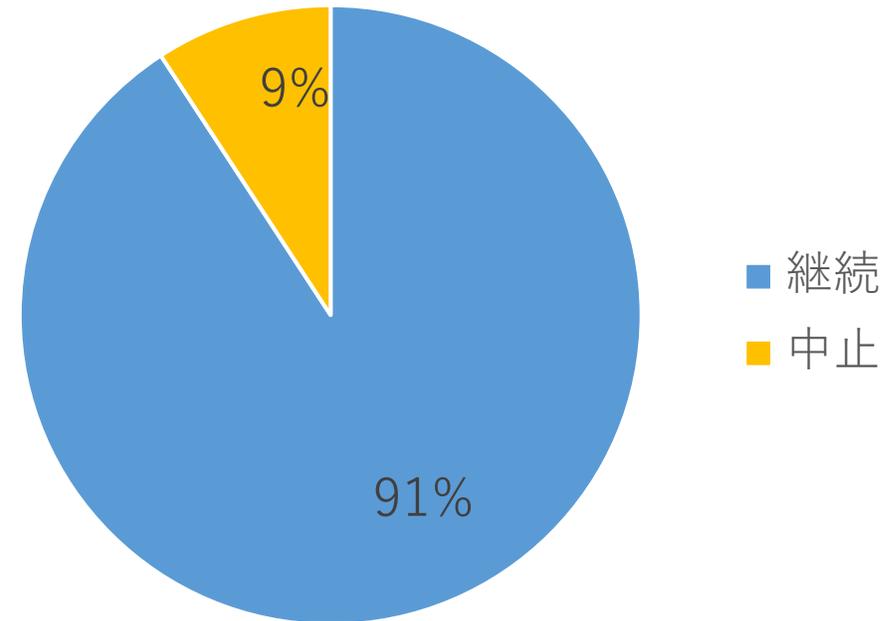


DNARに関する調査①

CPRを継続or中止した（R6年度）



CPRを継続or中止した（R5年度）

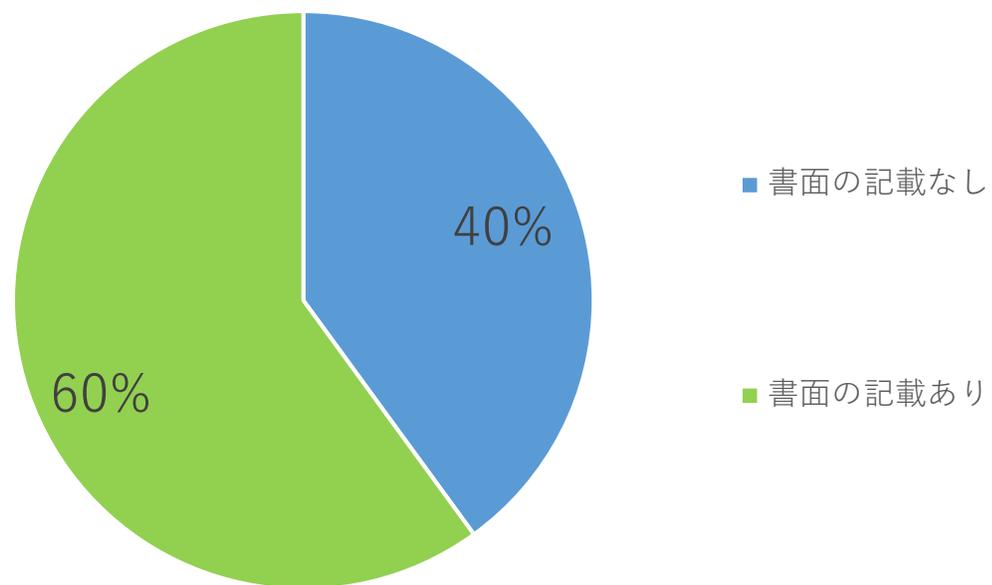


継続	中止	合計
79件	10件	89件

継続	中止	合計
79件	8件	87件

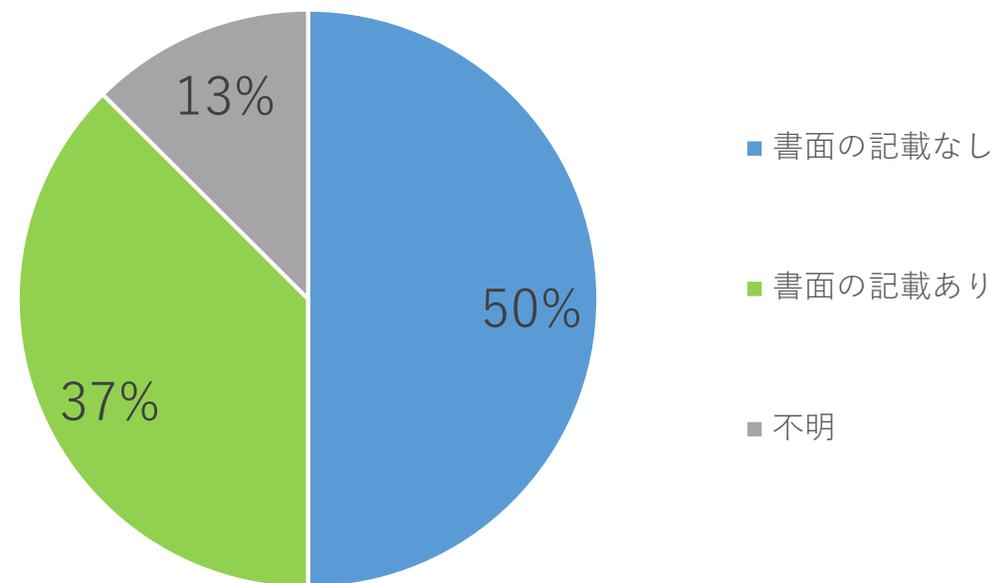
DNARに関する調査②

DNAR本人意思（CPR中止）（R6年度）



書面記載なし	書面記載あり	合計
4件	6件	10件

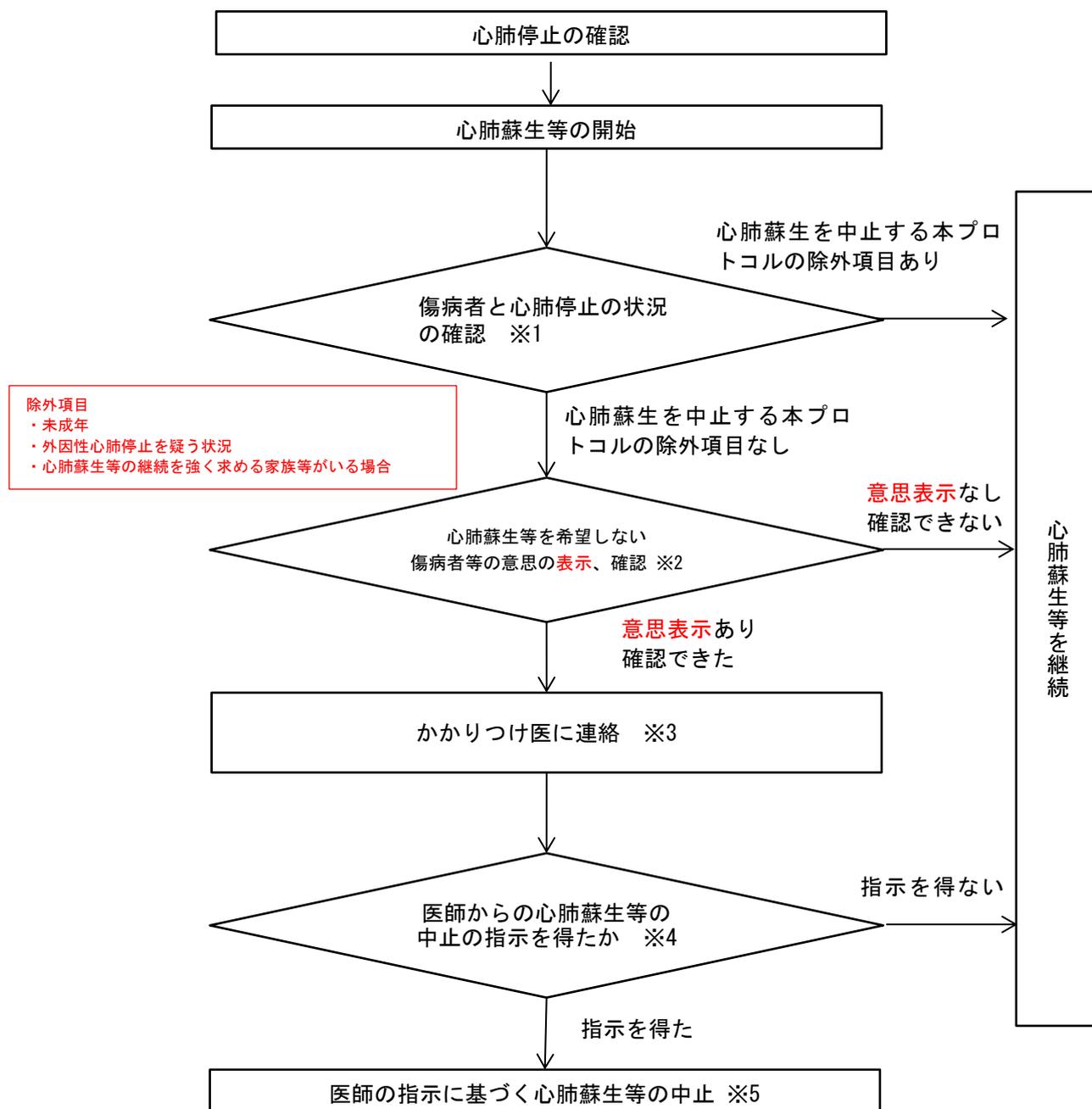
DNAR本人意思（CPR中止）（R5年度）



書面記載なし	書面記載あり	不明	合計
4件	3件	1件	8件

(案)

9 「心肺蘇生を望まない傷病者への対応プロトコル



○ 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。
- ・判断に迷うことがあれば、心肺蘇生等の継続を優先する。

○ 備考

- ※1 ・心肺蘇生等を継続しつつ、心肺蘇生を中止する本プロトコルの除外項目の有無を確認する。
- ※2 ・心肺蘇生等を継続しつつ、意思表示の書面を確認する。(書面現物を現場で確認できない場合であっても、書面(診療録を含む)の内容を電話等でかかりつけ医に確認できればよい)
- ※3 ・書面等に記載のある「かかりつけ医」に連絡する。
・※1、2で確認した状況を医師に伝え、判断を求める。
- ※4 ・医師の中止の指示は、「死亡診断」を意味するものではない。
- ※5 ・心肺蘇生等の中止後も、医師による死亡診断までは、命ある身体として傷病者に対応する。
・書面現物を現場で確認できなかった場合は、「代諾者等」に説明し十分な質問の機会を与え(様式2)への署名を得た後に心肺蘇生を中止する。

第6章 人生の最終段階にある傷病者が心肺蘇生等を希望しない場合の対応について

1 はじめに

現在、救急現場において、心肺蘇生等（※1）を希望しないという傷病者等の意思が示され、救急隊が対応に苦慮する事案が見られるようになっている。

救命は救急活動の主眼であるが、人生の最終段階にある傷病者が心肺蘇生等を希望しない意思を示す場面に遭遇したとき、「医療倫理の四原則」の一つ、「自律尊厳の原則」に基づき、傷病者の意思を尊重した対応をとることも必要である。

特に一刻を争う救命の現場において、心肺蘇生等の実施を希望しない旨が示された場合、心肺蘇生等の中止の判断は医学的に行われるべきであり、かかりつけ医師の介在が不可欠である。

このように、心肺蘇生等の実施を希望しない傷病者本人又は代諾者等（※2）の意思表示及び医師の指示事項等（※3）が示された場合、救急隊が行う心肺蘇生等の中止の判断は、傷病者のかかりつけ医に連絡をとり、かかりつけ医の指示に基づき行われることが最も望ましい。

そこで、山梨県メディカルコントロール協議会では、心肺蘇生等の実施を希望しない旨が示された場合の救急隊の対応や、かかりつけ医による心肺蘇生等の中止の判断が適切に行われるよう、心肺蘇生を望まない傷病者への対応プロトコルを定め、傷病者全体の利益や傷病者個人の意思を尊重した救急活動を行うこととする。

※1 心肺停止の傷病者に対する胸骨圧迫と人工呼吸の組み合わせによる心肺蘇生、AEDを用いた除細動、さらには薬剤投与や気管挿管等の二次救命処置を含む。

※2 傷病者本人に十分な判断能力がない場合に本人に代わってその意思を代弁する者（例 配偶者などの家族、後見人、心肺蘇生を希望しない旨の意思表示を共有している福祉施設関係者など）

※3 医師によるDNAR指示（Do Not Attempt Resuscitation Order）

2 心肺蘇生を望まない傷病者への対応プロトコル

（1）心肺停止の確認と心肺蘇生等の開始

救急隊は、救急現場到着後、意識、呼吸、循環を確認する。
心肺停止を確認した場合は、直ちに心肺蘇生等を開始する。

（2）傷病者と心肺停止の状況の確認

救急隊は、心肺蘇生等を実施しながら、①傷病者の状況と、②心肺停止の状況について確認する。（図表1）

この確認の過程で、③除外項目（未成年、外因性心肺停止を疑う状況、または心肺蘇生等の継続を強く求める家族や関係者がいる場合）があれば、心肺蘇生を希望しない旨の有無にかかわらず心肺蘇生等を継続し、医療機関等に搬送する。

また、傷病者が④明らかな死亡状態であるならば、プロトコル対象外である。

(3) 心肺蘇生を望まない意思の確認

家族等から心肺蘇生等を希望しない旨が医師の指示書等の書面で提示された場合は、「意思表示あり」として次のステップに進む。(書面現物を現場で確認できない場合であっても、書面(診療録を含む)の内容を電話等でかかりつけ医に確認できればよい)

(削除)

(削除)

(削除)

図表1 傷病者および心肺停止の状況の確認

<p>① 傷病者の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 年齢と性別 イ 瞳孔径の確認、対光反射の有無 ウ 皮膚の冷感の有無 エ 肘、膝関節の硬直の有無 オ 体幹、四肢下面の皮膚変色の有無 カ 心電図モニターの波形 <p>※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。</p>
<p>② 心肺停止の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 心肺停止に至った状況 イ 心肺停止の目撃の有無 ウ 家族や関係者による心肺蘇生の実施の有無 エ 家族や関係者の心肺蘇生等の希望の状況 オ 心肺停止に至るまでの既往歴、生活歴
<p>③ 除外項目 (以下に該当すれば心肺蘇生等を継続する。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 未成年 イ 外因性心肺停止を疑う状況 (交通事故、自傷、他害、中毒、窒息、熱中症、偶発性低体温症等) ウ 心肺蘇生等の継続を強く求める家族や関係者がいる場合
<p>④ プロトコル対象外</p> <p>傷病者が明らかな死亡状態 (以下ア又はイ) ならばプロトコル対象外である</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 一見して死亡と判断できるもの。 <ul style="list-style-type: none"> 1 頸部または体幹部が切断されている場合 2 全身に腐敗がみられる場合 イ 次の6項目をすべて満たすもの <ul style="list-style-type: none"> 1 意識レベルがJCS300 であること。 2 呼吸が全く感じられないこと。 3 総頸動脈で、脈拍が全く触知できないこと。 <ul style="list-style-type: none"> ※ 心電図モニターで心静止を確認し、30 秒以上記録する。 4 瞳孔の散大が認められ、対光反射が全くないこと。 5 体温が感ぜられず、冷感が認められること。 <ul style="list-style-type: none"> ※ 体温計を使用して測定することが望ましい。 6 死後硬直または、死斑が認められること。 <ul style="list-style-type: none"> ※ 下顎部の硬直は心肺停止直後に認められることがあるので、四肢の硬直を必ず確認する。 ※ 死斑は心停止後約30分で薄く出現しはじめ、2時間ではっきりとし、6～10時間で著明となる。

(4) 意思表示された情報の確認

心肺蘇生等に関する医師の指示書(様式1)若しくは同内容が記載された書面による意思表示を示された場合は、①傷病者等の記載に関する事、②かかりつけ医の記載に

関することを確認する。(図表2)

※書面現物を現場で確認できない場合は①ア・②ア、エは必ず確認しそれ以外の項目は可能な限り聴取すること。

医師の指示書の確認は、心肺蘇生等中止することなく行う。

図表2 提示された書面の確認

<p>① 傷病者等の記載に関すること</p> <p>ア 心肺蘇生等を希望しない旨の表示</p> <p>イ 傷病者または代諾者による署名 ※書面に記載の氏名と心肺停止傷病者とが一致することを家族、関係者に確認する。</p> <p>ウ 傷病者または代諾者が署名した年月日</p>
<p>② かかりつけ医の記載に関すること</p> <p>ア かかりつけ医による心肺蘇生等を実施しない旨の指示</p> <p>イ かかりつけ医の署名（もしくは記名と捺印）</p> <p>ウ かかりつけ医の署名（もしくは記名と捺印）した年月日</p> <p>エ かかりつけ医の連絡先</p>

(5) かかりつけ医（※4）への連絡

救急隊は、ここまでの過程で心肺蘇生等中止することが適切であると判断した場合には（削除）かかりつけ医に連絡をとる。そして、傷病者と心肺停止の状況等の内容について伝える。

連絡を受けたかかりつけ医は、傷病者と心肺停止の状況等の報告を受けたうえで、人生の最終段階に至る原因となった病態による心肺停止であることが十分に推測される等、心肺蘇生等の中止が不適切な状況でないと判断できた場合（削除）には、心肺蘇生等の中止を指示する。

なお、医師の心肺蘇生等の中止の指示は、死亡診断を意味するものではない。

※4 かかりつけ医とは、本人・家族等とともに事前に心肺蘇生実施の有無について話し合いを行った医師及びその内容を共有している医師とする。

(6) 医師の指示に基づく心肺蘇生等の中止とその後の対応

かかりつけ医により心肺蘇生等の中止の指示があった場合、救急隊は、かかりつけ医に速やかに救急現場に駆けつけることを依頼する等、医師に傷病者を引き継ぐ。

家族や関係者に医師から指示があったことを伝え、心肺蘇生等中止する。中止後は、かかりつけ医の指示に従う。（書面現物を現場で確認できなかった場合は、「代諾者等に説明し十分な質問の機会を与え様式2への署名を得た後に心肺蘇生を中止する。）

心肺蘇生等の中止後も、医師によって死亡診断されるまでは、命ある身体として傷病者に対応すること。

(7) 救急活動記録票等への必要事項の記載と事後検証

医師の指示に基づいて心肺蘇生等中止したか、もしくはそれを検討した際には、図表3の項目等について救急活動記録票等に記載する。

（削除）

図表3 救急活動記録票への記載項目

<p>① 医師の指示書等の書面に関すること</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 書面を確認した時刻 イ 傷病者等の記載に関すること（図表2参照） ウ かかりつけ医の記載に関すること（図表2参照） 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
<p>② 傷病者と心肺停止の状況に関すること</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 傷病者の状況（図表1参照）と確認した時刻 イ 心肺停止の状況（図表1参照）と確認した時刻 ウ 除外項目（心肺蘇生等の中止を検討したが、医療機関等に搬送した場合）
<p>③ かかりつけ医との連絡に関すること</p> <ul style="list-style-type: none"> ア かかりつけ医への連絡の有無、その時刻 イ かかりつけ医の所属医療機関の名称、医師の氏名 ウ かかりつけ医からの指示、指導・助言内容
<p>④ 救急隊の活動内容に関すること</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 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） イ 家族、関係者への説明内容（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）

心肺蘇生の実施を行わないことへの同意書

〇〇消防本部消防長 様

この度、私は〇〇消防本部、〇〇救急隊〇〇から救急救命処置（心肺蘇生）について説明を受け、かつそれに対する十分な質問の機会を与えられ、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、心肺蘇生を中止することに同意します。

令和 〇年 〇月 〇日 (〇) 〇 時 〇分

署名（代諾者等）

（続柄※）

※施設職員の場合は所属名を記載

山梨県救急活動プロトコル新旧対照表【案】

(新) (案)	(旧)
<p>9 「心肺蘇生を望まない傷病者への対応プロトコル」</p>	<p>9 「心肺蘇生を望まない傷病者への対応プロトコル」</p>
<p>除外項目</p> <ul style="list-style-type: none"> ・未成年 ・外因性心肺停止を疑う状況 ・心肺蘇生等の継続を強く求める家族等がいる場合 	
<p>○ 基本的な事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・判断に迷うことがあれば、心肺蘇生等の継続を優先する。 <p>○ 備考</p> <p>※1 ・心肺蘇生等を継続しつつ、心肺蘇生を中止する本プロトコルの除外項目の有無を確認する。</p> <p>※2 ・心肺蘇生等を継続しつつ、意思表示の書面を確認する。(書面現物を現場で確認できない場合であっても、書面(診療録を含む)の内容を電話等でかかりつけ医に確認できればよい)</p> <p>※3 ・書面等に記載のある「かかりつけ医」に連絡する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・※1、2で確認した状況を医師に伝え、判断を求める。 <p>※4 ・医師の中止の指示は、「死亡診断」を意味するものではない。</p> <p>※5 ・心肺蘇生等の中止後も、医師による死亡診断までは、命ある身体として傷病者に対応する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・書面現物を現場で確認できなかった場合は、「代読者等」に説明し十分な質問の機会を与え(様式2)への署名を得た後に心肺蘇生を中止する。 	<p>○ 基本的な事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、心肺蘇生等を開始する。 ・判断に迷うことがあれば、心肺蘇生等の継続を優先する。 ・心肺蘇生等の中止は、「処置の中止」であり、「死亡診断」を意味するものではない。 <p>○ 備考</p> <p>※1 ・心肺蘇生等を継続しつつ、心肺蘇生を中止する本プロトコルの除外項目の有無を確認する。</p> <p>※2 ・心肺蘇生等を継続しつつ、意思表示の書面を確認する。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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・原則として、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有無を尋ねる。 <p>※3 ・書面等に記載のある「かかりつけ医等」に連絡する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・※1、2で確認した状況を医師に伝え、判断を求める。 <p>※4 ・医師の中止の指示は、「死亡診断」を意味するものではない。</p> <p>※5 ・心肺蘇生等の中止後も、医師による死亡診断までは、命ある身体として傷病者に対応する。(追加)</p>

第6章 人生の最終段階にある傷病者が心肺蘇生等を希望しない場合の対応について

1 はじめに

現在、救急現場において、心肺蘇生等(※1)を希望しないという傷病者等の意思が示され、救急隊が対応に苦慮する事案が見られるようになっている。

救命は救急活動の主眼であるが、人生の最終段階にある傷病者が心肺蘇生等を希望しない意思を示す場面に遭遇したとき、「医療倫理の四原則」の一つ、「自律尊厳の原則」に基づき、傷病者の意思を尊重した対応をとることも必要である。

特に一刻を争う救命の現場において、心肺蘇生等の実施を希望しない旨が示された場合、心肺蘇生等の中止の判断は医学的に行われるべきであり、かかりつけ医師の介在が不可欠である。

このように、心肺蘇生等の実施を希望しない傷病者本人又は代諾者等(※2)の意思表示及び医師の指示事項等(※3)が示された場合、救急隊が行う心肺蘇生等の中止の判断は、傷病者のかかりつけ医に連絡をとり、かかりつけ医の指示に基づき行われることが最も望ましい。

そこで、山梨県メディカルコントロール協議会では、心肺蘇生等の実施を希望しない旨が示された場合の救急隊の対応や、かかりつけ医による心肺蘇生等の中止の判断が適切に行われるよう、心肺蘇生を望まない傷病者への対応プロトコルを定め、傷病者全体の利益や傷病者個人の意思を尊重した救急活動を行うこととする。

※1 心肺停止の傷病者に対する胸骨圧迫と人工呼吸の組み合わせによる心肺蘇生、AEDを用いた除細動、さらには薬剤投与や気管挿管等の二次救命処置を含む。

※2 傷病者本人に十分な判断能力がない場合に本人に代わってその意思を代弁する者(例 配偶者などの家族、後見人、心肺蘇生を希望しない旨の意思表示を共有している福祉施設関係者など)

※3 医師によるDNAR指示 (Do Not Attempt Resuscitation Order)

2 心肺蘇生を望まない傷病者への対応プロトコル

(1) 心肺停止の確認と心肺蘇生等の開始

救急隊は、救急現場到着後、意識、呼吸、循環を確認する。
心肺停止を確認した場合は、直ちに心肺蘇生等を開始する。

(2) 傷病者と心肺停止の状況の確認

救急隊は、心肺蘇生等を実施しながら、①傷病者の状況と、②心肺停止の状況について確認する。(図表1)

この確認の過程で、③除外項目(未成年、外因性心肺停止を疑う状況、または心肺蘇生等の継続を強く求める家族や関係者がいる場合)があれば、心肺蘇生を希望しない旨の有無にかかわらず心肺蘇生等を継続し、医療機関等に搬送する。

また、傷病者が④明らかな死亡状態であるならば、プロトコル対象外である。

第6章 人生の最終段階にある傷病者が心肺蘇生等を希望しない場合の対応について

1 はじめに

現在、救急現場において、心肺蘇生等(※1)を希望しないという傷病者等の意思が示され、救急隊が対応に苦慮する事案が見られるようになっている。

救命は救急活動の主眼であるが、人生の最終段階にある傷病者が心肺蘇生等を希望しない意思を示す場面に遭遇したとき、「医療倫理の四原則」の一つ、「自律尊厳の原則」に基づき、傷病者の意思を尊重した対応をとることも必要である。

特に一刻を争う救命の現場において、心肺蘇生等の実施を希望しない旨が示された場合、心肺蘇生等の中止の判断は医学的に行われるべきであり、かかりつけ医等の医師の介在が不可欠である。

このように、心肺蘇生等の実施を希望しない傷病者本人又は代諾者(※2)の意思表示及び医師の指示事項等(※3)が記載された様式1若しくは同内容が記載された書面が示された場合、救急隊が行う心肺蘇生等の中止の判断は、指示書等に記載のあるかかりつけ医に連絡をとり、かかりつけ医の指示に基づき行われることが最も望ましい。

そこで、山梨県メディカルコントロール協議会では、心肺蘇生等の実施を希望しない旨が示された場合の救急隊の対応や、かかりつけ医等による心肺蘇生等の中止の判断が適切に行われるよう、心肺蘇生を望まない傷病者への対応プロトコルを定め、傷病者全体の利益や傷病者個人の意思を尊重した救急活動を行うこととする。

※1 心肺停止の傷病者に対する胸骨圧迫と人工呼吸の組み合わせによる心肺蘇生、AEDを用いた除細動、さらには薬剤投与や気管挿管等の二次救命処置を含む。

※2 傷病者本人に十分な判断能力がない場合に本人に代わってその意思を代弁する者(追加)

※3 医師によるDNAR指示 (Do Not Attempt Resuscitation Order)

2 心肺蘇生を望まない傷病者への対応プロトコル

(1) 心肺停止の確認と心肺蘇生等の開始

救急隊は、救急現場到着後、意識、呼吸、循環を確認する。
心肺停止を確認した場合は、直ちに心肺蘇生等を開始する。

(2) 傷病者と心肺停止の状況の確認

救急隊は、心肺蘇生等を実施しながら、①傷病者の状況と、②心肺停止の状況について確認する。(図表1)

この確認の過程で、③除外項目(未成年、外因性心肺停止を疑う状況、または心肺蘇生等の継続を強く求める家族や関係者がいる場合)があれば、書面の提示の有無にかかわらず心肺蘇生等を継続し、医療機関等に搬送する。

また、傷病者が④明らかな死亡状態であるならば、プロトコル対象外である。

(3) 医師の指示書等の書面の確認

家族等から心肺蘇生等を希望しない旨が医師の指示書等の書面で提示された場合は、

(3) 心肺蘇生を望まない意思の確認

家族等から心肺蘇生等を希望しない旨が医師の指示書等の書面で提示された場合は、「意思表示あり」として次のステップに進む。(書面現物を現場で確認できない場合であっても、書面(診療録を含む)の内容を電話等でかかりつけ医に確認できればよい)

- (削除)
- (削除)
- (削除)

図表1 傷病者および心肺停止の状況の確認

<p>① 傷病者の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 年齢と性別 イ 瞳孔径の確認、対光反射の有無 ウ 皮膚の冷感の有無 エ 肘、膝関節の硬直の有無 オ 体幹、四肢下面の皮膚変色の有無 カ 心電図モニターの波形 <p>※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。</p>
<p>② 心肺停止の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 心肺停止に至った状況 イ 心肺停止の目撃の有無 ウ 家族や関係者による心肺蘇生の実施の有無 エ 家族や関係者の心肺蘇生等の希望の状況 オ 心肺停止に至るまでの既往歴、生活歴
<p>③ 除外項目 (以下に該当すれば心肺蘇生等を継続する。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 未成年 イ 外因性心肺停止を疑う状況(交通事故、自傷、他害、中毒、窒息、熱中症、偶発性低体温症等) ウ 心肺蘇生等の継続を強く求める家族や関係者がいる場合
<p>④ プロトコル対象外</p> <p>傷病者が明らかな死亡状態(以下ア又はイ)ならばプロトコル対象外である</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 一見して死亡と判断できるもの。 <ul style="list-style-type: none"> 1 頭部または体幹部が切断されている場合 2 全身に腐敗がみられる場合 イ 次の6項目をすべて満たすもの <ul style="list-style-type: none"> 1 意識レベルがJCS300 であること。 2 呼吸が全く感じられないこと。 3 総頸動脈で、脈拍が全く触知できないこと。 <ul style="list-style-type: none"> ※ 心電図モニターで心静止を確認し、30 秒以上記録する。 4 瞳孔の散大が認められ、対光反射が全くないこと。 5 体温が感ぜられず、冷感が認められること。 <ul style="list-style-type: none"> ※ 体温計を使用して測定することが望ましい。 6 死後硬直または、死斑が認められること。 <ul style="list-style-type: none"> ※ 下顎部の硬直は心肺停止直後に認められることがあるので、四肢の硬直を必ず確認する。 ※ 死斑は心停止後約30分で薄く出現しはじめ、2時間ではっきりとし、6～10時間で著明となる。

(4) 意思表示された情報の確認

心肺蘇生等に関する医師の指示書(様式1)若しくは同内容が記載された書面による**意思表示を示された場合は、①傷病者等の記載に関すること、②かかりつけ医の記載に**

「提示あり」として次のステップに進む。

口頭で伝えられた場合には、書面にて提示するように求める。救急隊の使命である救命を主眼に置いて活動するため、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。

書面による提示がない場合は、救急救命処置等プロトコルに従い活動する。

図表1 傷病者および心肺停止の状況の確認

<p>① 傷病者の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 年齢と性別 イ 瞳孔径の確認、対光反射の有無 ウ 皮膚の冷感の有無 エ 肘、膝関節の硬直の有無 オ 体幹、四肢下面の皮膚変色の有無 カ 心電図モニターの波形 <p>※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。</p>
<p>② 心肺停止の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 心肺停止に至った状況 イ 心肺停止の目撃の有無 ウ 家族や関係者による心肺蘇生の実施の有無 エ 家族や関係者の心肺蘇生等の希望の状況 オ 心肺停止に至るまでの既往歴、生活歴
<p>③ 除外項目 (以下に該当すれば心肺蘇生等を継続する。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 未成年 イ 外因性心肺停止を疑う状況(交通事故、自傷、他害、中毒、窒息、熱中症、偶発性低体温症等) ウ 心肺蘇生等の継続を強く求める家族や関係者がいる場合
<p>④ プロトコル対象外</p> <p>傷病者が明らかな死亡状態(以下ア又はイ)ならばプロトコル対象外である</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 一見して死亡と判断できるもの。 <ul style="list-style-type: none"> 1 頭部または体幹部が切断されている場合 2 全身に腐敗がみられる場合 イ 次の6項目をすべて満たすもの <ul style="list-style-type: none"> 1 意識レベルがJCS300 であること。 2 呼吸が全く感じられないこと。 3 総頸動脈で、脈拍が全く触知できないこと。 <ul style="list-style-type: none"> ※ 心電図モニターで心静止を確認し、30 秒以上記録する。 4 瞳孔の散大が認められ、対光反射が全くないこと。 5 体温が感ぜられず、冷感が認められること。 <ul style="list-style-type: none"> ※ 体温計を使用して測定することが望ましい。 6 死後硬直または、死斑が認められること。 <ul style="list-style-type: none"> ※ 下顎部の硬直は心肺停止直後に認められることがあるので、四肢の硬直を必ず確認する。 ※ 死斑は心停止後約30分で薄く出現しはじめ、2時間ではっきりとし、6～10時間で著明となる。

(4) 提示された書面の内容の確認

心肺蘇生等に関する医師の指示書(様式1)若しくは同内容が記載された書面に**ついて、①傷病者等の記載に関すること、②かかりつけ医の記載に関する**ことを確認する。

関することを確認する。(図表2)

※書面現物を現場で確認できない場合は①ア・②ア、エは必ず確認しそれ以外の項目は可能な限り聴取すること。

医師の指示書の確認は、心肺蘇生等を中止することなく行う。

図表2 提示された書面の確認

① 傷病者等の記載に関すること ア 心肺蘇生等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 ※書面に記載の氏名と心肺停止傷病者とが一致することを家族、関係者に確認する。 ウ 傷病者または代諾者が署名した年月日
② かかりつけ医の記載に関すること ア かかりつけ医による心肺蘇生等を実施しない旨の指示 イ かかりつけ医の署名 (もしくは記名と捺印) ウ かかりつけ医の署名 (もしくは記名と捺印) した年月日 エ かかりつけ医の連絡先

(5) かかりつけ医 (※4) への連絡

救急隊は、ここまでの過程で心肺蘇生等を中止することが適切であると判断した場合には、(削除) かかりつけ医に連絡をとる。そして、傷病者と心肺停止の状況等の内容について伝える。

連絡を受けたかかりつけ医は、傷病者と心肺停止の状況等の報告を受けたうえで、人生の最終段階に至る原因となった病態による心肺停止であることが十分に推測される等、心肺蘇生等の中止が不適切な状況でない判断できた場合 (削除) には、心肺蘇生等の中止を指示する。

なお、医師の心肺蘇生等の中止の指示は、死亡診断を意味するものではない。

※4 かかりつけ医とは、本人・家族等とともに事前に心肺蘇生実施の有無について話し合いを行った医師及びその内容を共有している医師とする。

(6) 医師の指示に基づく心肺蘇生等の中止とその後の対応

かかりつけ医により心肺蘇生等の中止の指示があった場合、救急隊は、かかりつけ医に速やかに救急現場に駆けつけることを依頼する等、医師に傷病者を引き継ぐ。

家族や関係者に医師から指示があったことを伝え、心肺蘇生等を中止する。中止後は、かかりつけ医の指示に従う。(書面現物を現場で確認できなかった場合は、「代諾者等」に説明し十分な質問の機会を与え様式2への署名を得た後に心肺蘇生を中止する。)

心肺蘇生等の中止後も、医師によって死亡診断されるまでは、命ある身体として傷病者に対応すること。

(7) 救急活動記録票等への必要事項の記載と事後検証

医師の指示に基づいて心肺蘇生等を中止したか、もしくはそれを検討した際には、図表3の項目等について救急活動記録票等に記載する。

(削除)

(図表2)

(追加)

医師の指示書の確認は、心肺蘇生等を中止することなく行う。

図表2 提示された書面の確認

① 傷病者等の記載に関すること ア 心肺蘇生等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 ※書面に記載の氏名と心肺停止傷病者とが一致することを家族、関係者に確認する。 ウ 傷病者または代諾者が署名 (もしくは捺印) した年月日
② かかりつけ医等の記載に関すること ア かかりつけ医等による心肺蘇生等を実施しない旨の指示 イ かかりつけ医等の署名 (もしくは記名と捺印) ウ かかりつけ医等の署名 (もしくは記名と捺印) した年月日 エ かかりつけ医等の連絡先

(5) かかりつけ医等への連絡

救急隊は、ここまでの過程で心肺蘇生等を中止することが適切であると判断した場合には、指示書等に記載のあるかかりつけ医等に連絡をとる。そして、傷病者と心肺停止の状況や、指示書等の書面の内容について伝える。

連絡を受けたかかりつけ医等は、傷病者と心肺停止の状況等の報告を受けたうえで、人生の最終段階に至る原因となった病態による心肺停止であることが十分に推測される等、心肺蘇生等の中止が不適切な状況でない判断できた場合であって、かつ、提示された書面の内容の確認で、①傷病者等の記載に関すること、②かかりつけ医等の記載に関することのすべての記載が確認できた場合には、心肺蘇生等の中止を指示する。

なお、医師の心肺蘇生等の中止の指示は、死亡診断を意味するものではない。

※4 かかりつけ医とは、医師の指示書に署名した医師又は傷病者の状態を共有している医師をいう。

(6) 医師の指示に基づく心肺蘇生等の中止とその後の対応

かかりつけ医により心肺蘇生等の中止の指示があった場合、救急隊は、かかりつけ医等に速やかに救急現場に駆けつけることを依頼する等、医師に傷病者を引き継ぐ。

家族や関係者に医師から指示があったことを伝え、心肺蘇生等を中止する。中止後は、かかりつけ医等の指示に従う。(追加)

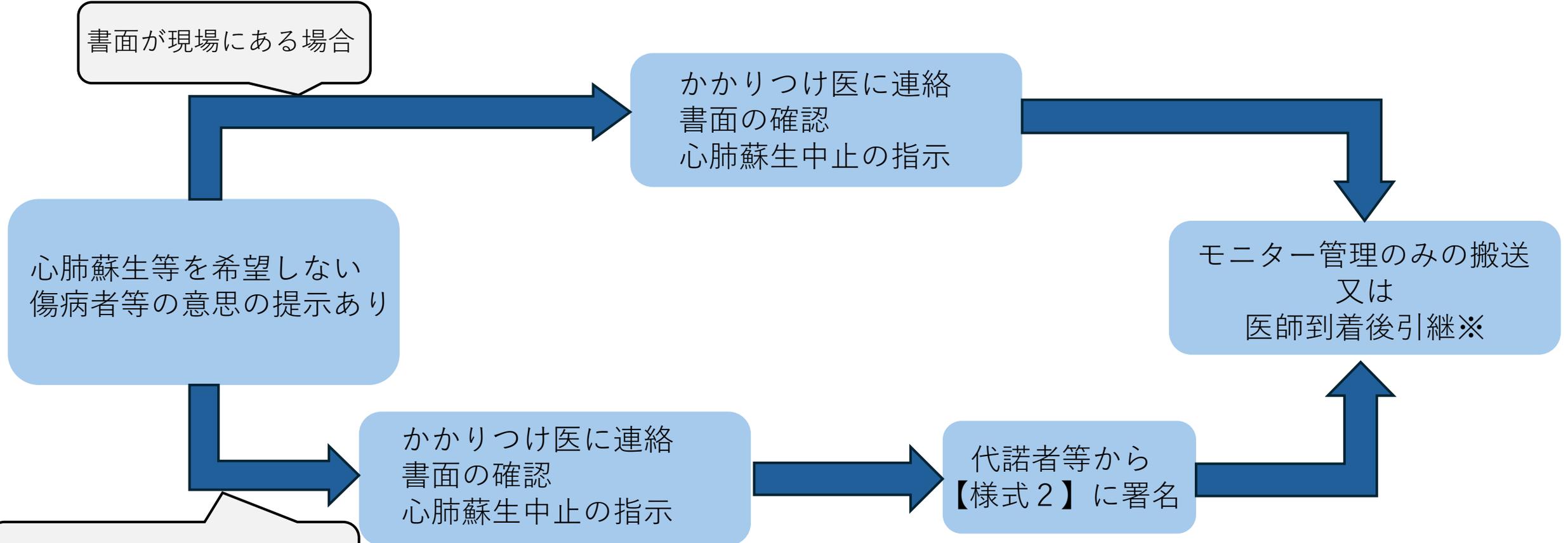
心肺蘇生等の中止後も、医師によって死亡診断されるまでは、命ある身体として傷病者に対応すること。

(7) 救急活動記録票等への必要事項の記載と事後検証

医師の指示に基づいて心肺蘇生等を中止したか、もしくはそれを検討した際には、図表3の項目等について救急活動記録票等に記載する。

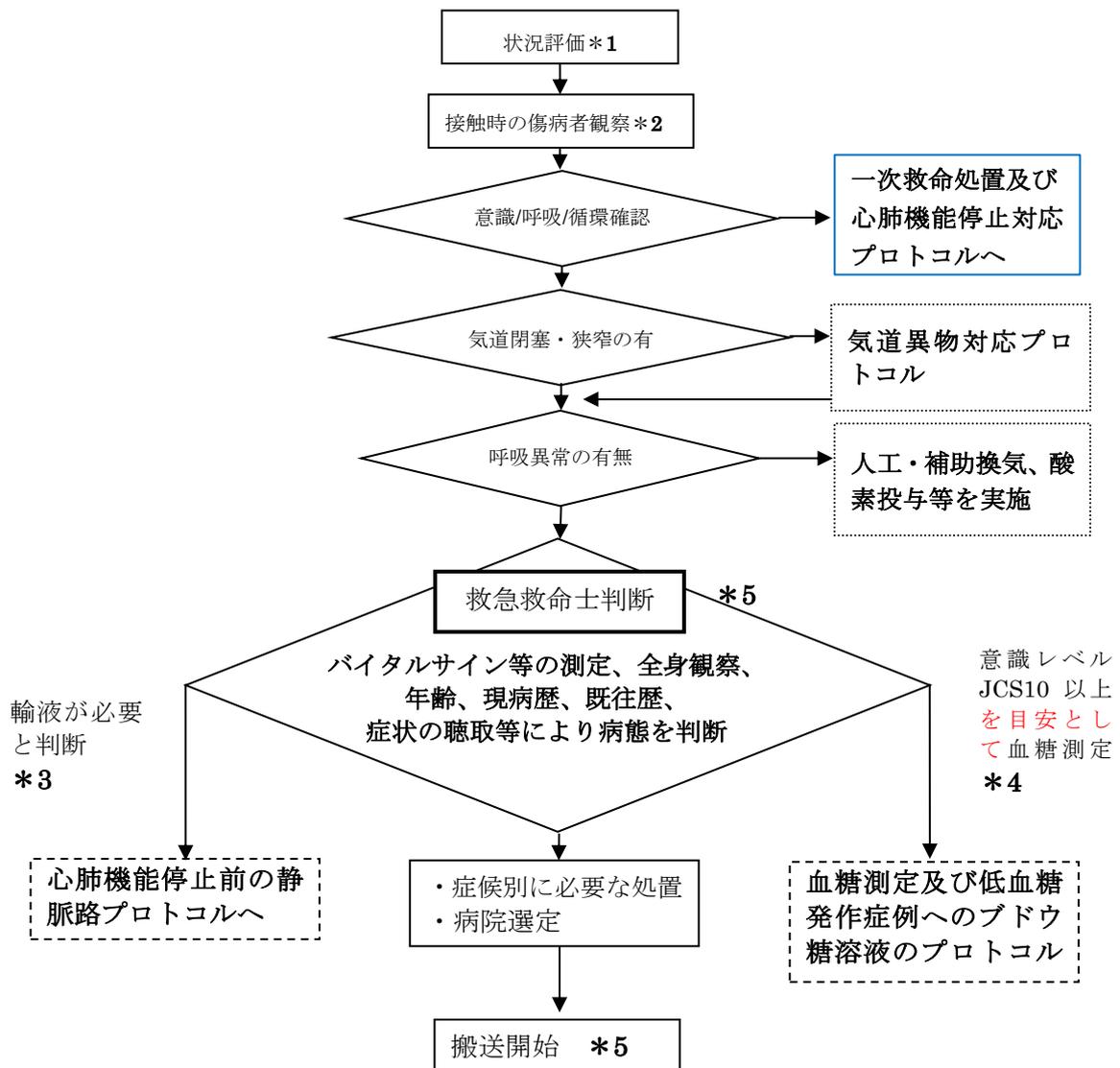
本プロトコルにより活動した事例については、事後検証を行うこととする。

心肺蘇生を希望しない意思表示のフロー



※医師が現場にすぐに駆けつけられない場合、救急隊に引揚げの指示があれば引揚げは可能
その際は、救急搬送引継書の不搬送状況等の欄に家族等からサインを受領し医療機関控を医師に渡してもらうよう依頼する
R5.3.1 DNARプロトコル質疑応答より

1 救急救命処置等のプロトコルについて



- *1 状況評価では、①現場の安全②家族、関係者、警察官等③受傷機転④傷病者数⑤応援要請の有無⑥搬送障害などを確認する。
- *2 接触時の傷病者観察では、傷病者に近づきながら①生命兆候②その他（チアノーゼ・大出血・嘔吐の有無や体位・推定年齢・性別）などを大まかな印象として観察する。
- *3 輸液の対象は、15歳以上である（推定も含む）場合であり、かつ増悪するショックである可能性が高い場合、クラッシュ症候群を疑うか、それに至る可能性が高い場合とする。
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、熱中症などによる脱水などがあげられる。狭圧（重量物、機械、土砂等に身体が挟まれ圧迫されている状況）などによるクラッシュ症候群を疑うかそれに至る可能性の高い場合も処置の対象となる。
- *4 意識障害（JCS \geq 10を目安とする）を認め、かつ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場合に実施する。ただし、くも膜下出血が疑われる例などで、血糖測定のための皮膚の穿刺による痛み刺激が傷病者にとって不適切と考えられる場合は対象から除外する。
- *5 迅速な搬送を念頭に置いた活動に留意し「救急救命士判断」によって観察や処置の一部を車内収容後や搬送開始後に行うことも考慮する。

Ⅶ. 山梨県救急活動プロトコル

（救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与の実施のためのプロトコル）

山梨県

目 次

第1章	心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液の実施要領	
1	救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液 プロトコルフロー	1
2	救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液 プロトコル	2
第2章	血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与の実施要領	
1	血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与プロトコルフロー	1
2	血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与プロトコル	2

第 1 章 心肺機能停止前の重度傷病者に対する
静脈路確保及び輸液の実施要領

救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液プロトコルフロー

基本的考え方

実施に際しては、迅速な搬送を妨げないように留意する。

オンラインによる指示*2

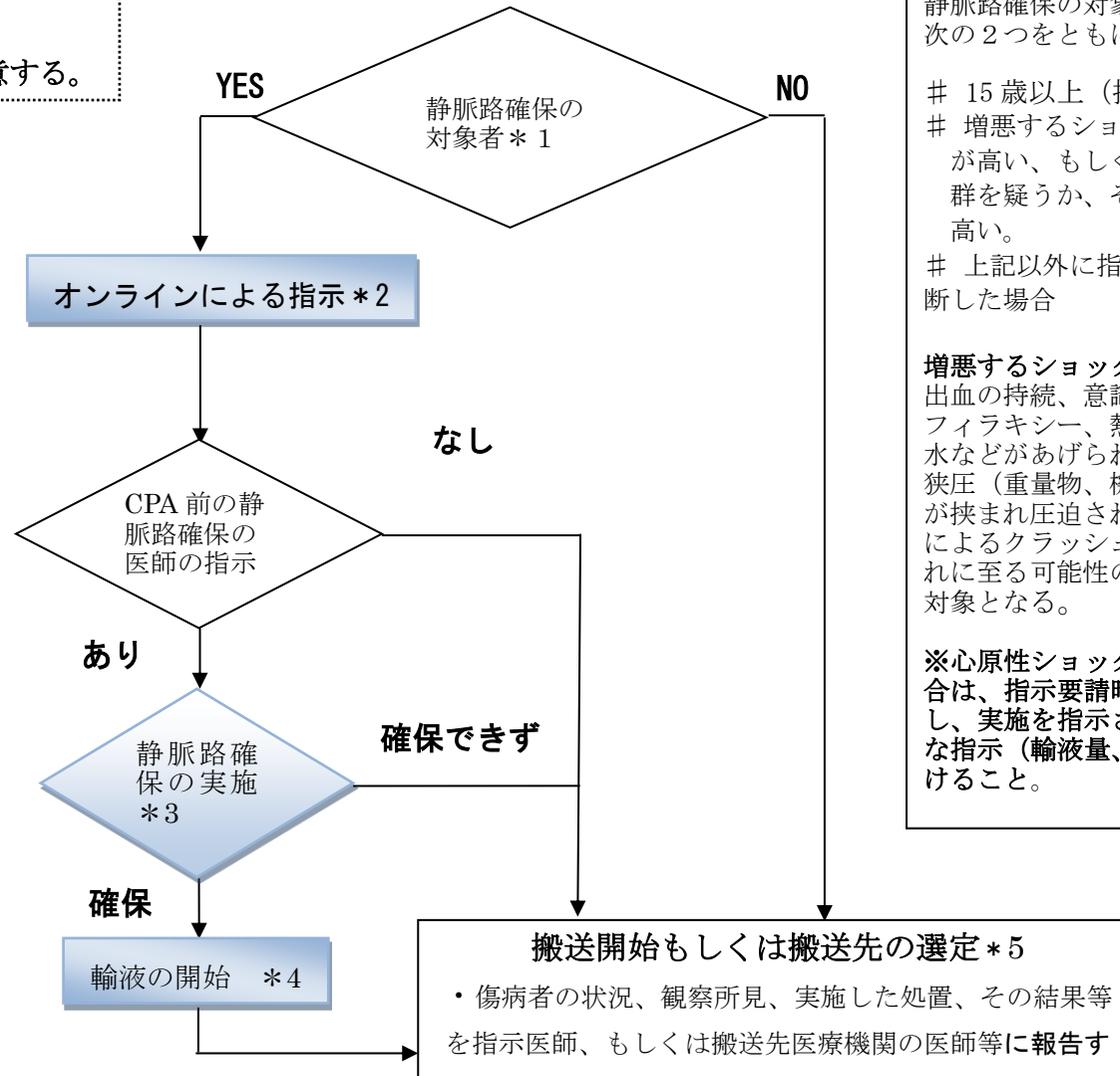
・救急救命士は、可能性の高いショックの病態、傷病者の観察所見、状況等を医師に報告する。
・医師は適応を確認し、具体的な指示（輸液量、滴下速度等）を救急救命士に与える。

静脈路確保の実施*3

・静脈路確保実施回数は原則2回とし、3回目以上はオンラインによる指示を受ける
・静脈路確保部位は、肘正中皮静脈以外の末梢を確保することを原則とするが、肘正中皮静脈で確実に確保出来ると判断される場合はこの限りではない。
・静脈路確保にいたずらに時間を費やさないため、搬送を優先し実施することとする。
・穿刺針の太さ（ゲージ）は傷病者の状態等により選択する。
・血管確保後（テープでの固定後）輸液バッグを心臓より下部に下げ血液の逆流を確認する。

輸液の開始*4

・急速輸液（救急車内の最も高い位置に輸液バックをぶら下げ、クレンメを全開して得られる輸液速度）を原則とするが、医師の指示によって維持輸液（1秒1滴程度）を行う。



静脈路確保の対象者 *1
次の2つをともに満たす重度傷病者

- # 15歳以上（推定含む）
- # 増悪するショックである可能性が高い、もしくはクラッシュ症候群を疑うか、それに至る可能性が高い。
- # 上記以外に指示医師が必要と判断した場合

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、熱中症などによる脱水などがあげられる。
狭圧（重量物、機械、土砂等に身体が挟まれ圧迫されている状況）などによるクラッシュ症候群を疑うかそれに至る可能性の高い場合も処置の対象となる。

※心原性ショックが強く疑われる場合は、指示要請時にその旨を報告し、実施を指示された場合は具体的な指示（輸液量、滴下速度等）を受けること。

「救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液」プロトコル

1 基本的な事項

- ・状況によって、処置の実施よりも迅速な搬送を優先する。

2 静脈路確保の対象者

次の2つをともに満たす重度傷病者

- ・15歳以上（推定も含む）
- ・増悪するショックである可能性が高い。（もしくは、クラッシュ症候群を疑うか、それに至る可能性が高い。）

※心原性ショックが強く疑われる場合は、指示要請時にその旨を報告し、実施を指示された場合は具体的な指示（輸液量、滴下速度等）を受けること。

※上記以外に指示医師が必要と認めた場合。

3 留意点

- ・ショックの増悪因子としては、出血の持続、意識障害の進行、アナフィラキシー、熱中症などによる脱水などがあげられる。（*1）
- ・狭圧（重量物、機械、土砂等に身体が挟まれ圧迫されている状況）などによるクラッシュ症候群を疑うかそれに至る可能性の高い場合も処置の対象となる。
- ・「心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液」は特定行為であり、医師の具体的な指示を必要とする。（*2）
- ・救急救命士は、可能性の高いショックの病態、傷病者の観察所見、状況等を医師に報告する。（*2）
- ・医師は適応を確認し、具体的な指示（輸液量、滴下速度等）を救急救命士に与える。
- ・静脈路確保にいたずらに時間を費やさないため、搬送を優先し実施することとする。（*3）
- ・穿刺針の太さ（ゲージ）は傷病者の状態等により選択する。（*3）
- ・静脈路確保実施回数は原則2回とし、3回目以上はオンラインによる指示を受ける。
- ・静脈路確保部位は、肘正中皮静脈以外の末梢を確保することを原則とするが、肘正中皮静脈を確実に確保出来ると判断した場合は、この限りではない。
また、人工透析用の内シャント側での静脈路確保は禁じる。
- ・静脈路確保後は、確実な静脈路確保が実施されているか確認するため、輸液バックを心臓より下部に下げ、血液の逆流を確認すること。（*3）

- ・急速輸液（救急車内の最も高い位置に輸液バックをぶら下げ、クレンメを全開して得られる輸液速度）を原則とするが、医師の指示によって維持輸液（1秒1滴程度）を行う。（*4）
- ・傷病者の状況、観察所見、実施した処置、その結果等を指示医師、もしくは搬送先医療機関の医師等に報告する。（*5）
- ・すべてのショックの終末は心停止であるため、心停止が切迫していると救急救命士が判断した場合は、医師の指示のもと静脈路を確保し、容態変化に備えること。
また、心拍再開後の重度傷病者に対しても静脈路が確保されていなければ医師の指示のもと実施し、容態変化に備えること。

第2章 血糖測定並びに低血糖発作症例への ブドウ糖溶液の投与の実施要領

「血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与」プロトコルフロー

- ① 次の2つをともに満たす場合
 - ・意識障害 (JCS ≥ 10 を目安)
 - ・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場合
- ② 医師による再測定の指示
- ③ 指示医師が必要と認めた場合

【除外項目】
 突然の激しい頭痛
 や嘔吐なども膜
 下出血が疑われる
 場合

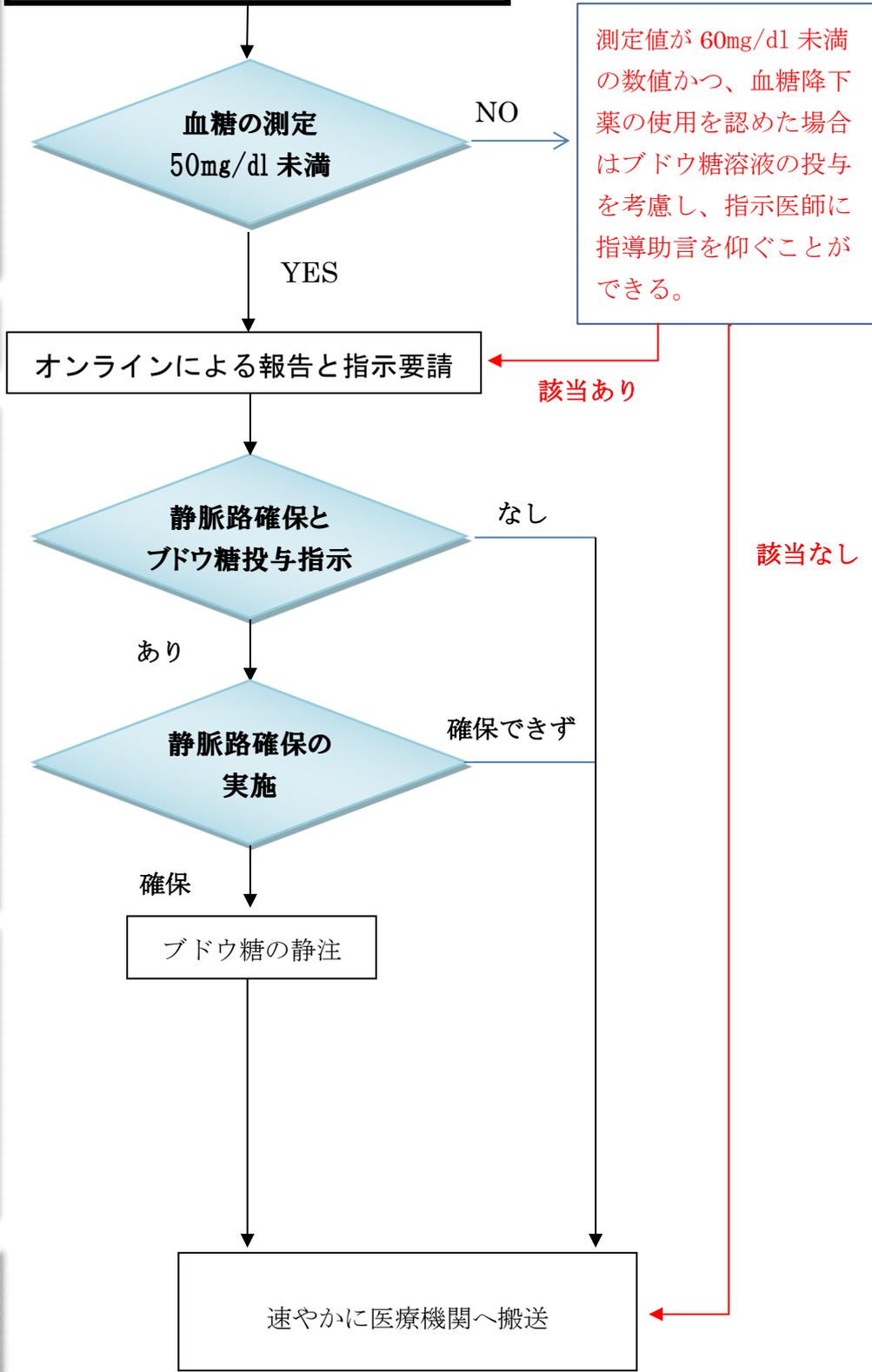
「血糖測定」は、具体的指示は必ずしも必要ない。ただし、「血糖測定」を試みた場合は、指示医師、もしくは搬送先医療機関の医師等に、血糖測定の実施とその結果等を報告する。
 「血糖測定」の穿刺部位は指先を第1優先とするが、指先が冷たく採血出来ない場合は手掌・耳朶などを触り一番温かい部位を穿刺して実施しても良い。

医師は、ブドウ糖溶液の投与の適応を確認し指示する。

- ・静脈路確保にいたずらに時間を費やさないため、静脈路確保が困難であると判断された場合は、速やかに搬送を優先する。
- ・静脈路確保実施回数は原則2回とし、3回目以上はオンラインによる指示を受ける
- ・静脈路確保部位は、肘正中皮静脈以外の末梢を確保することを原則とするが、肘正中皮静脈で確実に確保出来ると判断される場合は、この限りではない。
- ・穿刺針の太さ(ゲージ)は傷病者の状態等により選択する。
- 血管確保後(テープでの固定後)輸液バッグを心臓より下部に下げ血液の逆流を確認する。
- ・輸液の速度は、維持輸液(1秒1滴程度)を目安とする。

- ・ブドウ糖溶液の投与は 50%ブドウ糖溶液40ml を原則とするが、必要に応じて減量する。
- ・投与時は穿刺部位の漏れ・皮下の腫れがないか確認後、三方活栓で輸液側を閉鎖し、1本当たり90秒以上をかけて投与する。
- ・1本目を投与後、三方活栓を一旦戻し、滴下及び穿刺部位の漏れ・皮下の腫れがないか確認後、2本目を投与する。

- ・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、もしくは搬送先医療機関の医師等に報告する。
- ・医師の指示に応じ、血糖の再測定をしてもよい。



「血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与」プロトコル

1 基本的な事項

- ・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。
- ・状況によって、処置の実施よりも迅速な搬送を優先する。

2 対象者

(1) 血糖の測定

①次の2つをともに満たす傷病者

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

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

②上記①による血糖の測定後に、医師により再測定を求められた傷病者

③上記①②以外に指示医師が必要と認めた場合

(2) 静脈路確保とブドウ糖溶液の投与

次の2つをともに満たす重度傷病者

- ・15歳以上（推定も含む）
- ・血糖値が50mg/dl未満である。（測定値が60mg/dl未満の数値かつ、血糖降下薬の使用を認めた場合はブドウ糖溶液の投与を考慮し、指示医師に指導助言を仰ぐことができる。）

※上記項目以外に指示医師が必要と認めた場合

3 留意点

- ・「静脈路確保とブドウ糖溶液の投与」は特定行為であり、医師による事前の具体的な指示を必要とする。
- ・「血糖測定」は、具体的指示は必ずしも必要ない。ただし、「血糖測定」を試みた場合は、指示医師、もしくは搬送先医療機関の医師等に、血糖測定の実施とその結果等を報告する。
- ・「血糖測定」の穿刺部位は指先を第1優先とするが、指先が冷たく採血出来ない場合は手掌・耳朶などを触り一番温かい部位を穿刺して実施しても良い。
- ・医師は、ブドウ糖溶液の投与の適応を確認し指示する。

- ・ 静脈路確保にいたずらに時間を費やさないため、静脈路確保が困難であると判断された場合は、速やかに搬送を優先する。
- ・ 穿刺針の太さ（ゲージ）は傷病者の状態等により選択する。
- ・ 静脈路確保実施回数は原則2回とし、3回目以上はオンラインによる指示を受ける。
- ・ 静脈路確保部位は、肘正中皮静脈以外の末梢を確保することを原則するが、肘正中皮静脈を確実に確保出来ると判断した場合は、この限りではない。
また、人工透析用の内シャント側での静脈路確保は禁じる。
- ・ 傷病者の末梢静脈があらかじめ確保されている場合、医師の指示のもと救急隊の乳酸リンゲル液と輸液ラインを接続可能とする。輸液ライン接続後は、漏れや詰まりがないことを必ず確認すること。
- ・ 静脈路確保後は、確実な静脈路確保が実施されているか確認するため、輸液バックを心臓より下部に下げ、血液の逆流を確認すること。
- ・ 輸液の速度は、維持輸液（1秒1滴程度）を目安とする。
- ・ ブドウ糖溶液の投与は50%ブドウ糖溶液40ml（20mlのプレフィルドシリンジ2本）を原則とするが、必要に応じて減量する。
- ・ 他の隊員に静脈路確保側の上肢、または頭部・肩を保持させる。
- ・ 投与時は穿刺部位の漏れ・皮下の腫れがないか確認後、三方活栓で輸液側を閉鎖し、1本当たり90秒以上をかけて投与する。
- ・ 1本目を投与後、三方活栓を一旦戻し、滴下及び穿刺部位の漏れ・皮下の腫れがないか確認後、2本目を投与する。
- ・ 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、もしくは搬送先医療機関の医師等に報告する。
- ・ 医師の指示に応じ、血糖の再測定をしてもよい。
- ・ 傷病者が意識障害を発症した後に家族又は医療従事者等が血糖測定した場合、その数値に信頼がおける（測定器の数値及び履歴が確認できる等）と救急救命士が判断できれば、救急隊による血糖の測定をしなくてもよい。
- ・ 傷病者の状態及び現場の状況から、早期に現場離脱が必要と判断した場合は、搬送途上の救急車内で行うこと。

山梨県救急活動プロトコル新旧対照表【案】

(新)	(旧)
<p>(案)</p> <p>1 救急救命処置等のプロトコルについて</p>	<p>1 救急救命処置等のプロトコルについて</p>
<p>*1 状況評価では、①現場の安全②家族、関係者、警察官等③受傷機転④傷病者数⑤応援要請の有無⑥搬送障害などを確認する。</p> <p>*2 接触時の傷病者観察では、傷病者に近づきながら①生命兆候②その他（チアノーゼ・大出血・嘔吐の有無や体位・推定年齢・性別）などを大まかな印象として観察する。</p> <p>*3 輸液の対象は、15歳以上である（推定も含む）場合であり、かつ増悪するショックである可能性が高い場合、クラッシュ症候群を疑うか、それに至る可能性が高い場合とする。</p> <p>*4 意識障害（JCS\geq10を目安とする）を認め、かつ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場合に実施する。ただし、くも膜下出血が疑われる例などで、血糖測定のための皮膚の穿刺による痛み刺激が傷病者にとって不適切と考えられる場合は対象から除外する。</p> <p>*5 迅速な搬送を念頭に置いた活動に留意し「救急救命士判断」によって観察や処置の一部を車内収容後や搬送開始後に行うことも考慮する。</p>	<p>*1 状況評価では、①現場の安全②家族、関係者、警察官等③受傷機転④傷病者数⑤応援要請の有無⑥搬送障害などを確認する。</p> <p>*2 接触時の傷病者観察では、傷病者に近づきながら①生命兆候②その他（チアノーゼ・大出血・嘔吐の有無や体位・推定年齢・性別）などを大まかな印象として観察する。</p> <p>*3 輸液の対象は、15歳以上である（推定も含む）場合であり、かつ増悪するショックである可能性が高い場合、クラッシュ症候群を疑うか、それに至る可能性が高い場合とする。</p> <p>*4 意識障害（JCS\geq10を目安とする）を認め、かつ血糖測定を行うことによって意識障害の鑑別や搬送先選定等に利益があると判断される。ただし、くも膜下出血が疑われる例などで、血糖測定のための皮膚の穿刺による痛み刺激が傷病者にとって不適切と考えられる場合は対象から除外する。</p> <p>*5 迅速な搬送を念頭に置いた活動に留意し「救急救命士判断」によって観察や処置の一部を車内収容後や搬送開始後に行うことも考慮する。</p>

目次

第1章 心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液の実施要領

- 1 救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液
プロトコルフロー・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 2 救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液
プロトコル・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

第2章 血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与の実施要領

- 1 血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与プロトコルフロー
・・ 1
- 2 血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与プロトコル・・・・ 2

目次

第1章 心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液の実施要領

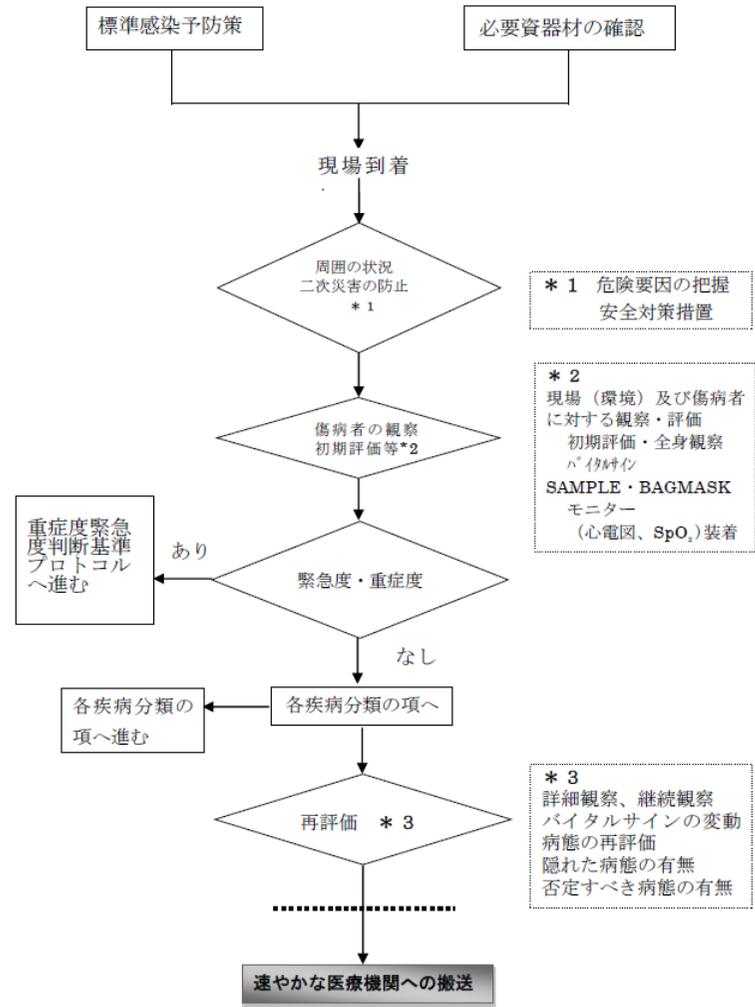
- ※ 救急活動全般の活動基準フロー・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 1 外傷・重症度・緊急度判断基準・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
- 2 ショック活動プロトコル・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
- 3 救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液
プロトコルフロー・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
- 4 救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液
プロトコル・・ 5

第2章 血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与の実施要領

- 1 意識障害の重症度・緊急度判断基準・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
- 2 血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与プロトコルフロー
・・ 8
- 3 血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与プロトコル・・・・ 9

(削除)

救急活動全般の活動基準フロー



(削除)

外傷・重症度・緊急度判断基準

第1段階 生理学的評価

意識 : JCS100 以上
 呼吸 : 10 回/分未満または 30 回/分以上
 : 呼吸音の左右差
 : 異常呼吸
 脈拍 : 120 回/分以上または 50 回/分未満
 血圧 : 収縮期血圧 90mmHg 未満または収縮期血圧 200mmHg 以上 SpO₂ : 90%未満
 その他 : ショック症状
 ※上記のいずれかが認められる場合



第2段階 解剖学的評価

・顔面骨折
 ・頸部または胸部の皮下気腫
 ・外頸静脈の著しい怒張
 ・胸部の動揺、フレイルチェスト
 ・腹部膨隆、腹壁緊張
 ・骨盤骨折 (骨盤の動揺、圧痛、下肢長差)
 ・両側大腿骨骨折 (大腿の変形、出血、腫脹、圧痛、下肢長差)
 ・頭部、胸部、腹部、頸部または鼠径部への穿痛性外傷 (刺創、銃創、杵創など)
 ・15%以上の熱傷を複合している外傷、顔面または気道の熱傷
 ・デグロービング損傷
 ・多指切断 (例えば手指 2 本、足指 3 本)
 ・四肢切断
 ・四肢の麻痺
 ・クラッシュ症候群



第3段階 受傷機転

・同乗者の死亡
 ・車から放り出された
 ・車に横かれた
 ・5m以上跳ね飛ばされた
 ・車が高度に損傷している
 ・救出に 20 分以上要した
 ・車の横転
 ・転倒したバイクと運転者の距離 : 大
 ・自動車と歩行者・自転車に衝突
 ・機械器具に巻き込まれた
 ・体幹部が挟まれた
 ・高所墜落



原則、重症度・緊急度を評価する優先順は、第1段階、第2段階、第3段階の順とする。

(※1) 重症以上と判断した場合「ショック活動プロトコル」に進む
 なお、医療機関の選定は、救命救急センター等の三次救急医療機関、あるいはこれに準ずる二次救急医療機関及び地域の基幹病院とすること。

(※2) 原則、※1と同様とし「ショック活動プロトコル」に進む。
 搬送病院の選定に苦慮する場合には、医師の助言、指導を受けること。

留意点

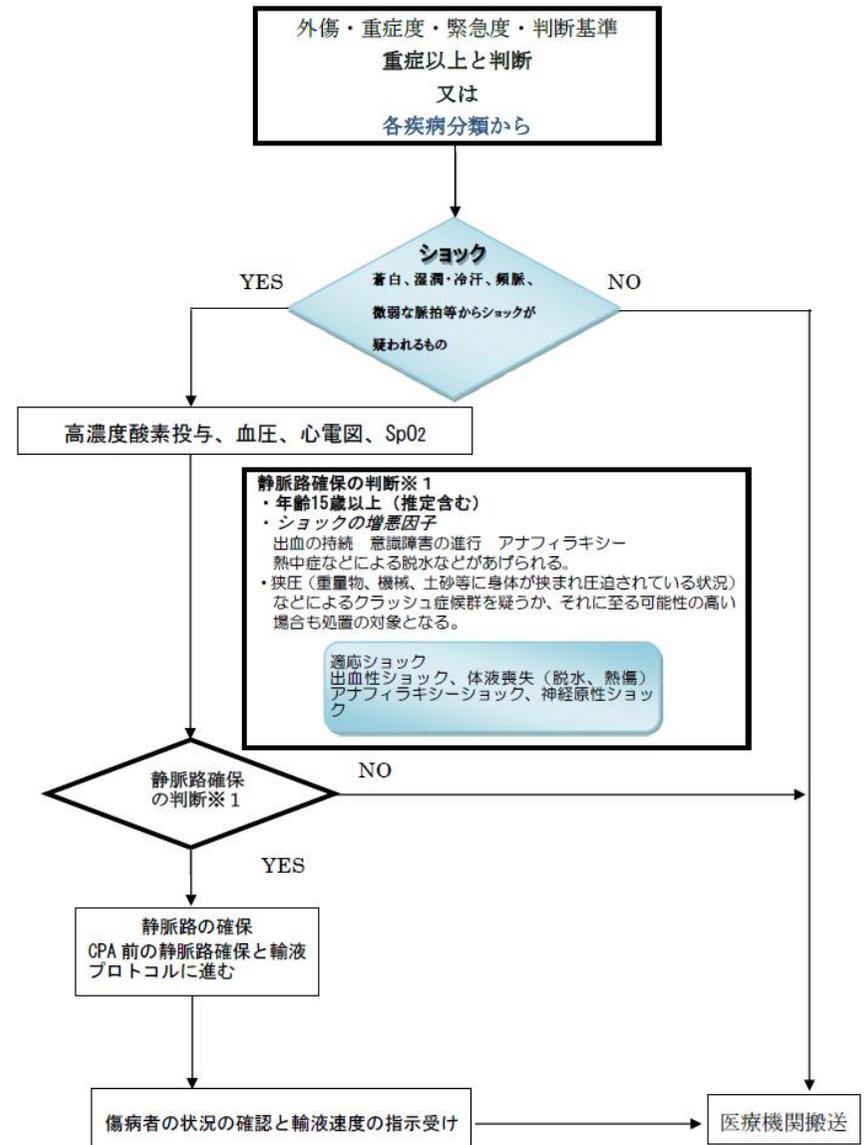
その他の評価

以下の項目に該当している場合は、第1段階から第3段階までの各項目に該当していなくても、重症以上となる可能性があるため、搬送病院の選定に苦慮する場合には、医師の助言、指導を受ける。

- ・小児または高齢者
- ・透析患者
- ・薬物中毒
- ・心疾患または呼吸器疾患の既往
- ・悪性腫瘍
- ・病的肥満・糖尿病 (特にインスリン使用中)
- ・出血性疾患 (紫斑病、血友病等)
- ・妊婦
- ・肝硬変
- ・抗凝固薬服用中

(削除)

ショック活動プロトコル



(削除)

意識障害の重症度・緊急度判断基準

第1段階

生理学的評価

意識 : JCS100 以上
 呼吸 : 10 回/分未満または 30 回/分以上
 : 呼吸音の左右差
 : 異常呼吸
 脈拍 : 120 回/分以上または 50 回/分未満
 血圧 : 収縮期血圧 90mmHg 未満または収縮期血圧 200mmHg 以上 SpO2 : 90%未満
 その他 : ※ショック症状
 上記のいずれかが認められる場合

YES



重症以上と判断の場合は血糖測定
(※ショックはショックプロトコルに進む)

NO



第2段階 次の症状等を確認する

・意識障害 (JCS \geq 10 を目安)
 ・痙攣重積 (5分以上)
 ・高度脱水
 ・低酸素環境
 ・高温/低温環境
 上記のいずれかが認められる場合

・頭痛、嘔吐

YES



脳外科医療機関等へ搬送

YES



重症以上と判断
血糖測定



NO



中等症以下と判断

血糖測定及び低血糖発作症例への低血糖発作へのブドウ糖溶液投与プロトコルに進む

- ・原則、重症度・緊急度を評価する優先順は、第1段階、第2段階の順とする。
- ・重症以上と判断した場合の医療機関の選定は、救命救急センター等の三次救急医療機関、あるいはこれに準ずる二次救急医療機関及び地域の基幹病院とすること。

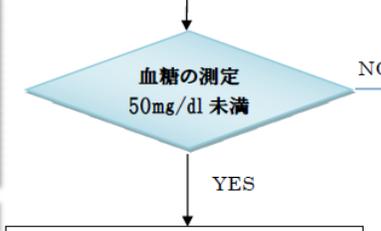
「血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与」プロトコルフロー

- ① 次の2つをともに満たす場合
 - ・意識障害 (JCS ≥ 10 を目安)
 - ・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場合
- ② 医師による再測定の指示
- ③ 指示医師が必要と認めた場合

【除外項目】
 突然の激しい頭痛
 や嘔吐なども腹
 下出血が疑われる
 場合

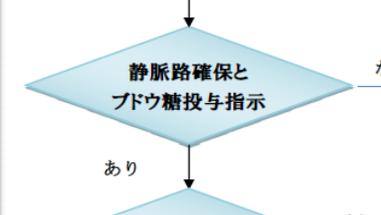
「血糖測定」は、具体的指示は必ずしも必要ない。ただし、「血糖測定」を試みた場合は、指示医師、もしくは搬送先医療機関の医師等に、血糖測定の実施とその結果等を報告する。
 「血糖測定」の穿刺部位は指先を第1優先とするが、指先が冷たく採血出来ない場合は手掌・耳葉などを触り一番温かい部位を穿刺して実施しても良い。

医師は、ブドウ糖溶液の投与の適応を確認し指示する。



測定値が 60mg/dl 未満の数値かつ、血糖降下薬の使用を認めた場合はブドウ糖溶液の投与を考慮し、指示医師に指導助言を仰ぐことができる。

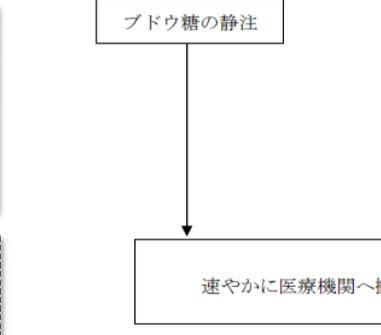
オンラインによる報告と指示要請



・静脈路確保にいたずらに時間を費やさなため、静脈路確保が困難であると判断された場合は、速やかに搬送を優先する。
 ・静脈路確保実施回数は原則2回とし、3回目以上はオンラインによる指示を受ける
 ・静脈路確保部位は、肘正中皮静脈以外の末梢を確保することを原則とするが、肘正中皮静脈で確実に確保出来ると判断される場合は、この限りではない。
 ・穿刺針の太さ（ゲージ）は傷病者の状態等により選択する。
 血管確保後（テープでの固定後）輸液バッグを心臓より下部に下げ血液の逆流を確認する。
 ・輸液の速度は、維持輸液（1秒1滴程度）を目安とする。



・ブドウ糖溶液の投与は、50%ブドウ糖溶液40ml を原則とするが、必要に応じて減量する。
 ・投与時は穿刺部位の漏れ・皮下の腫れがないか確認後、三方活栓で輸液側を閉鎖し、1本当たり90秒以上をかけて投与する。
 ・1本目を投与後、三方活栓を一旦戻し、滴下及び穿刺部位の漏れ・皮下の腫れがないか確認後、2本目を投与する。



・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、もしくは搬送先医療機関の医師等に報告する。
 ・医師の指示に応じ、血糖の再測定をしてもよい。

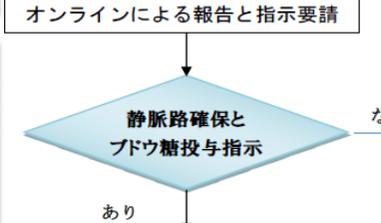
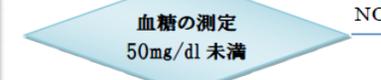
「血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与」プロトコルフロー

意識障害の重症度・緊急度・判断基準
 重症以上と判断
 JCS ≥ 10 を目安とする

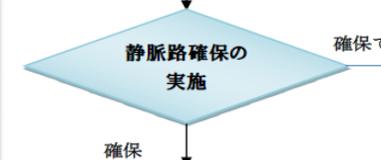
経口血糖降下薬かインスリンの使用ありも、間診で確認する

「血糖測定」は、具体的指示は必ずしも必要ない。ただし、「血糖測定」を試みた場合は、オンラインMCの医師、もしくは搬送先医療機関の医師等に、血糖測定の実施とその結果等を報告する。
 「血糖測定」の穿刺部位は指先を第1優先とするが、指先が冷たく採血出来ない場合は手掌・耳葉などを触り一番温かい部位を穿刺して実施しても良い。

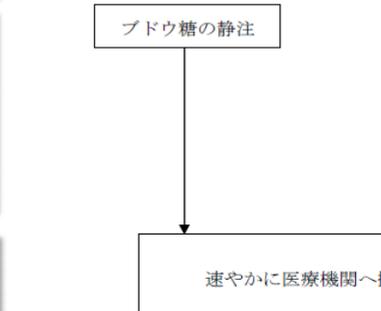
医師は、ブドウ糖溶液の投与の適応を確認し指示する。



静脈路確保にいたずらに時間を費やさなため、静脈路確保が困難であると判断された場合は、速やかに搬送を優先する。
 静脈路確保実施回数は原則2回とし、3回目以上はオンラインによる指示を受ける
 静脈路確保部位は、肘正中皮静脈以外の末梢を確保することを原則とするが、肘正中皮静脈で確実に確保出来ると判断される場合は、この限りではない。
 ・穿刺針の太さ（ゲージ）は傷病者の状態等により選択する。
 血管確保後（テープでの固定後）輸液バッグを心臓より下部に下げ血液の逆流を確認する。
 ・輸液の速度は、維持輸液（1秒1滴程度）を目安とする。



・ブドウ糖溶液の投与は、50%ブドウ糖溶液40ml を原則とするが、必要に応じて減量する。
 ・投与時は穿刺部位の漏れ・皮下の腫れがないか確認後、三方活栓で輸液側を閉鎖し、1本当たり90秒以上をかけて投与する。
 ・1本目を投与後、三方活栓を一旦戻し、滴下及び穿刺部位の漏れ・皮下の腫れがないか確認後、2本目を投与する。



傷病者の状況、観察所見、実施した処置、その結果等をオンラインMCの医師、もしくは搬送先医療機関の医師等に報告する。
 ・医師の指示に応じ、血糖の再測定をしてもよい。

「血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与」プロトコル

1 基本的な事項

- ・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。
- ・状況によって、処置の実施よりも迅速な搬送を優先する。

2 対象者

(1) 血糖の測定

①次の2つをともに満たす傷病者

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

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

②上記①による血糖の測定後に、医師により再測定を求められた傷病者

③上記①②以外に指示医師が必要と認めた場合

(2) 静脈路確保とブドウ糖溶液の投与

次の2つをともに満たす重度傷病者

- ・15歳以上（推定も含む）
- ・血糖値が50mg/dl未満である。（測定値が60mg/dl未満の数値かつ、血糖降下薬の使用を認めた場合はブドウ糖溶液の投与を考慮し、指示医師に指導助言を仰ぐことができる。）

※上記項目以外に指示医師が必要と認めた場合

3 留意点

- ・「静脈路確保とブドウ糖溶液の投与」は特定行為であり、医師による事前の具体的な指示を必要とする。
- ・「血糖測定」は、具体的な指示は必ずしも必要ない。ただし、「血糖測定」を試みた場合は、指示医師、もしくは搬送先医療機関の医師等に、血糖測定の実施とその結果等を報告する。
- ・「血糖測定」の穿刺部位は指先を第1優先とするが、指先が冷たく採血出来ない場合は手掌・耳朶などを触り一番温かい部位を穿刺して実施しても良い。
- ・医師は、ブドウ糖溶液の投与の適応を確認し指示する。

「血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与」プロトコル

1 基本的な事項

- ・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。
- ・状況によって、処置の実施よりも迅速な搬送を優先する。

2 対象者

(1) 血糖の測定

①次の2つをともに満たす傷病者

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

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

②上記①による血糖の測定後に、医師により再測定を求められた傷病者

③上記①②以外に指示医師が必要と認めた場合

(2) 静脈路確保とブドウ糖溶液の投与

次の2つをともに満たす重度傷病者

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

※上記項目以外に指示医師が必要と認めた場合

3 留意点

- ・「静脈路確保とブドウ糖溶液の投与」は特定行為であり、医師による事前の具体的な指示を必要とする。
- ・「血糖測定」は、具体的な指示は必ずしも必要ない。ただし、「血糖測定」を試みた場合は、オンラインMCの医師、もしくは搬送先医療機関の医師等に、血糖測定の実施とその結果等を報告する。
- ・「血糖測定」の穿刺部位は指先を第1優先とするが、指先が冷たく採血出来ない場合は手掌・耳朶などを触り一番温かい部位を穿刺して実施しても良い。
- ・医師は、ブドウ糖溶液の投与の適応を確認し指示する。
- ・静脈路確保にいたずらに時間を費やさないため、静脈路確保が困難であると判断された場合は、速やかに搬送を優先する。

- ・ 静脈路確保にいたずらに時間を費やさないため、静脈路確保が困難であると判断された場合は、速やかに搬送を優先する。
- ・ 穿刺針の太さ（ゲージ）は傷病者の状態等により選択する。
- ・ 静脈路確保実施回数は原則2回とし、3回目以上はオンラインによる指示を受ける。
- ・ 静脈路確保部位は、肘正中皮静脈以外の末梢を確保することを原則するが、肘正中皮静脈を確実に確保出来ると判断した場合は、この限りではない。
また、人工透析用の内シャント側での静脈路確保は禁じる。
- ・ 傷病者の末梢静脈があらかじめ確保されている場合、医師の指示のもと救急隊の乳酸リングル液と輸液ラインを接続可能とする。輸液ライン接続後は、漏れや詰まりがないことを必ず確認すること。
- ・ 静脈路確保後は、確実な静脈路確保が実施されているか確認するため、輸液バックを心臓より下部に下げ、血液の逆流を確認すること。
- ・ 輸液の速度は、維持輸液（1秒1滴程度）を目安とする。
- ・ ブドウ糖溶液の投与は 50%ブドウ糖溶液 40ml（20mlのプレフィルドシリンジ2本）を原則とするが、必要に応じて減量する。
- ・ 他の隊員に静脈路確保側の upper limb、または頭部・肩を保持させる。
- ・ 投与時は穿刺部位の漏れ・皮下の腫れがないか確認後、三方活栓で輸液側を閉鎖し、1本当たり90秒以上をかけて投与する。
- ・ 1本目を投与後、三方活栓を一旦戻し、滴下及び穿刺部位の漏れ・皮下の腫れがないか確認後、2本目を投与する。
- ・ 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、もしくは搬送先医療機関の医師等に報告する。
- ・ 医師の指示に応じ、血糖の再測定をしてもよい。
- ・ 傷病者が意識障害を発症した後に家族又は医療従事者等が血糖測定した場合、その数値に信頼がおける（測定器の数値及び履歴が確認できる等）と救急救命士が判断できれば、救急隊による血糖の測定をしなくてもよい。
- ・ 傷病者の状態及び現場の状況から、早期に現場離脱が必要と判断した場合は、搬送途上の救急車内で行うこと。

- ・ 穿刺針の太さ（ゲージ）は傷病者の状態等により選択する。
- ・ 静脈路確保実施回数は原則2回とし、3回目以上はオンラインによる指示を受ける。
- ・ 静脈路確保部位は、肘正中皮静脈以外の末梢を確保することを原則するが、肘正中皮静脈を確実に確保出来ると判断した場合は、この限りではない。
また、人工透析用の内シャント側での静脈路確保は禁じる。
- ・ 傷病者の末梢静脈があらかじめ確保されている場合、医師の指示のもと救急隊の乳酸リングル液と輸液ラインを接続可能とする。輸液ライン接続後は、漏れや詰まりがないことを必ず確認すること。
- ・ 静脈路確保後は、確実な静脈路確保が実施されているか確認するため、輸液バックを心臓より下部に下げ、血液の逆流を確認すること。
- ・ 輸液の速度は、維持輸液（1秒1滴程度）を目安とする。
- ・ ブドウ糖溶液の投与は 50%ブドウ糖溶液 40ml（20mlのプレフィルドシリンジ2本）を原則とするが、必要に応じて減量する。
- ・ 他の隊員に静脈路確保側の upper limb、または頭部・肩を保持させる。
- ・ 投与時は穿刺部位の漏れ・皮下の腫れがないか確認後、三方活栓で輸液側を閉鎖し、1本当たり90秒以上をかけて投与する。
- ・ 1本目を投与後、三方活栓を一旦戻し、滴下及び穿刺部位の漏れ・皮下の腫れがないか確認後、2本目を投与する。
- ・ 傷病者の状況、観察所見、実施した処置、その結果等をオンラインMCの医師、もしくは搬送先医療機関の医師等に報告する。
- ・ 医師の指示に応じ、血糖の再測定をしてもよい。
- ・ 傷病者が意識障害を発症した後に家族又は医療従事者等が血糖測定した場合、その数値に信頼がおける（測定器の数値及び履歴が確認できる等）と救急救命士が判断できれば、救急隊による血糖の測定をしなくてもよい。
(追加)

第6号（受入医療機関確保基準）

傷病者の受入れに関する消防機関と医療機関との間の合意を形成するための基準
 その他傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項

1 消防法第35条の5第2項第6号に規定する傷病者の受入れに関する消防機関と医療機関との間の合意を形成するための基準

(1) 分類基準、医療機関リスト、観察基準、選定基準及び伝達基準に従って、傷病者の搬送及び受入れの実施を試みてもなお、傷病者の受入れに時間がかかるケースが発生した場合には、次のとおり取り扱うこととする。

① 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合の設定

症 状	設定内容
心肺停止 中 毒 外 傷 消化管出血	○ 現場滞在時間が30分を超えた場合、又は照会回数が3回を超えた場合
重症心疾患疑い 脳卒中疑い	○ 現場滞在時間が15分を超えた場合、又は照会回数が2回を超えた場合
精神疾患 (身体合併症)	○ 「心肺停止」、「脳卒中疑い」、「重症心疾患疑い」、「外傷」、「消化管出血」、「中毒」の各症状ごとの設定内容
精神疾患 (身体合併症なし)	○ 精神科救急受診相談センターマニュアルに基づく、精神科救急受診相談センターの指示

② 受入医療機関を確保する方法の設定

【共通事項】

日中は最寄りの救急医療機関等、夜間・休日は医療圏を問わず、輪番の当番病院等に受け入れを要請する。

6号基準で病院選定する場合は、必ず6号基準を医療機関に宣誓すること。

【各疾患の設定事項】

症 状	設定内容
心肺停止	○ <u>初回心電図波形がVFor脈なしVT又は、低体温等の重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨県立中央病院（高度救命救急センター）又は山梨大学医学部附属病院（救急科）</u> に受け入れを要請する。
脳卒中疑い	○ <u>重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨県立中央病院（高度救命救急センター）、山梨大学医学部附属病院（脳神経外科）</u> に受け入れを要請する。
中 毒	○ <u>重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨県立中央病院（高度救命救急センター）又は山梨大学医学部附属病院（救急科）</u> に受け入れを要請する。
重症心疾患疑い	○ <u>重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨県立中央病院（高度救命救急センター）、山梨大学医学部附属病院（循環器内科）、甲府城南病院（「重症心疾患疑い受け入れ専用番号に電話して依頼する」）、甲府共立病院（救急外来）</u> に受け入れを要請する。

外 傷	<p>○ <u>重篤な救急患者であって</u>、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として<u>山梨県立中央病院（高度救命救急センター）</u>又は<u>山梨大学医学部附属病院（救急科）</u>に受け入れを要請する。</p>
消化管出血	<p>○ <u>重篤な救急患者であって</u>、他の医療機関が受け入れることができないときは、<u>輪番当番（消化管出血対応医療機関を優先）</u>を原則とする。</p> <p>○ <u>重篤な救急患者であって</u>、病院選定時間が30分を超えた場合は<u>山梨県立中央病院高度救命救急センター</u>もしくは、<u>山梨大学医学部附属病院（消化器内科、救急科）</u>に受け入れを要請する。</p>
<p>精神疾患 （身体合併症）</p> <p>精神疾患 （身体合併症なし）</p>	<p>○ 分類基準に定める「心肺停止」、「脳卒中疑い」、「重症心疾患疑い」、「外傷」、「消化管出血」、「中毒」の各症状における設定内容に基づき受入を要請する。</p> <p>○ <u>精神科救急受診相談センター</u>の指示による。</p>

※1 別紙参照

2 消防法第35条の5第2項第6号に規定するその他傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項

○ 受入医療機関に関する輪番制等の運用に関する基準

消防法第35条の5第2項第2号に規定する分類基準に基づく医療機関リストの医療機関を活用するとともに、現在、運用されている輪番制の医療機関等を考慮し、傷病者の受入れを行う医療機関を確保する。

第6号（受入医療機関確保基準）新旧対照表【案】

(新)	(旧)																				
<p>② 受入医療機関を確保する方法の設定</p> <p>【共通事項】 日中は最寄りの救急医療機関等、夜間・休日は医療圏を問わず、輪番の当番病院等に受け入れを要請する。 6号基準で病院選定する場合は、<u>必ず6号基準を医療機関に宣誓すること。</u></p> <p>【各疾患の設定事項】</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">症 状</th> <th style="text-align: center;">設定内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">心肺停止</td> <td>○ <u>初回心電図波形がVFor脈なしVT又は、低体温等の重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨県立中央病院（高度救命救急センター）又は山梨大学医学部附属病院（救急科）に受け入れを要請する。</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">脳卒中疑い</td> <td>○ <u>重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨県立中央病院（高度救命救急センター）、山梨大学医学部附属病院（脳神経外科）に受け入れを要請する。</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">中 毒</td> <td>○ <u>重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨県立中央病院（高度救命救急センター）又は山梨大学医学部附属病院（救急科）に受け入れを要請する。</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">重症心疾患疑い</td> <td>○ <u>重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨県立中央病院（高度救命救急センター）、山梨大学医学部附属病院（循環器内科）、甲府城南病院（「重症心疾患疑い受け入れ専用番号に電話して依頼する」）、甲府共立病院（救急外来）に受け入れを要請する。</u></td> </tr> </tbody> </table>	症 状	設定内容	心肺停止	○ <u>初回心電図波形がVFor脈なしVT又は、低体温等の重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨県立中央病院（高度救命救急センター）又は山梨大学医学部附属病院（救急科）に受け入れを要請する。</u>	脳卒中疑い	○ <u>重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨県立中央病院（高度救命救急センター）、山梨大学医学部附属病院（脳神経外科）に受け入れを要請する。</u>	中 毒	○ <u>重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨県立中央病院（高度救命救急センター）又は山梨大学医学部附属病院（救急科）に受け入れを要請する。</u>	重症心疾患疑い	○ <u>重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨県立中央病院（高度救命救急センター）、山梨大学医学部附属病院（循環器内科）、甲府城南病院（「重症心疾患疑い受け入れ専用番号に電話して依頼する」）、甲府共立病院（救急外来）に受け入れを要請する。</u>	<p>② 受入医療機関を確保する方法の設定</p> <p>【共通事項】 日中は最寄りの救急医療機関等、夜間・休日は医療圏を問わず、輪番の当番病院等に受け入れを要請する。 6号基準で病院選定する場合は、<u>必ず6号基準を医療機関に宣誓すること。</u></p> <p>【各疾患の設定事項】</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">症 状</th> <th style="text-align: center;">設定内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">心肺停止</td> <td>○ <u>初回心電図波形がVFor脈なしVT又は、低体温等の重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨県立中央病院（高度救命救急センター）又は山梨大学医学部附属病院（救急科）に受け入れを要請する。</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">脳卒中疑い</td> <td>○ <u>重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨大学医学部附属病院（脳神経外科）、山梨県立中央病院（平日・昼間：脳神経外科、休日・夜間：高度救命救急センター）に受け入れを要請する。</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">中 毒</td> <td>○ <u>重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨県立中央病院（高度救命救急センター）又は山梨大学医学部附属病院（救急科）に受け入れを要請する。</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">重症心疾患疑い</td> <td>○ <u>重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨県立中央病院（高度救命救急センター）、山梨大学医学部附属病院（循環器内科）、甲府城南病院（「重症心疾患疑い受け入れ専用番号に電話して依頼する」）、甲府共立病院（救急外来）に受け入れを要請する。</u></td> </tr> </tbody> </table>	症 状	設定内容	心肺停止	○ <u>初回心電図波形がVFor脈なしVT又は、低体温等の重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨県立中央病院（高度救命救急センター）又は山梨大学医学部附属病院（救急科）に受け入れを要請する。</u>	脳卒中疑い	○ <u>重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨大学医学部附属病院（脳神経外科）、山梨県立中央病院（平日・昼間：脳神経外科、休日・夜間：高度救命救急センター）に受け入れを要請する。</u>	中 毒	○ <u>重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨県立中央病院（高度救命救急センター）又は山梨大学医学部附属病院（救急科）に受け入れを要請する。</u>	重症心疾患疑い	○ <u>重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨県立中央病院（高度救命救急センター）、山梨大学医学部附属病院（循環器内科）、甲府城南病院（「重症心疾患疑い受け入れ専用番号に電話して依頼する」）、甲府共立病院（救急外来）に受け入れを要請する。</u>
症 状	設定内容																				
心肺停止	○ <u>初回心電図波形がVFor脈なしVT又は、低体温等の重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨県立中央病院（高度救命救急センター）又は山梨大学医学部附属病院（救急科）に受け入れを要請する。</u>																				
脳卒中疑い	○ <u>重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨県立中央病院（高度救命救急センター）、山梨大学医学部附属病院（脳神経外科）に受け入れを要請する。</u>																				
中 毒	○ <u>重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨県立中央病院（高度救命救急センター）又は山梨大学医学部附属病院（救急科）に受け入れを要請する。</u>																				
重症心疾患疑い	○ <u>重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨県立中央病院（高度救命救急センター）、山梨大学医学部附属病院（循環器内科）、甲府城南病院（「重症心疾患疑い受け入れ専用番号に電話して依頼する」）、甲府共立病院（救急外来）に受け入れを要請する。</u>																				
症 状	設定内容																				
心肺停止	○ <u>初回心電図波形がVFor脈なしVT又は、低体温等の重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨県立中央病院（高度救命救急センター）又は山梨大学医学部附属病院（救急科）に受け入れを要請する。</u>																				
脳卒中疑い	○ <u>重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨大学医学部附属病院（脳神経外科）、山梨県立中央病院（平日・昼間：脳神経外科、休日・夜間：高度救命救急センター）に受け入れを要請する。</u>																				
中 毒	○ <u>重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨県立中央病院（高度救命救急センター）又は山梨大学医学部附属病院（救急科）に受け入れを要請する。</u>																				
重症心疾患疑い	○ <u>重篤な救急患者であって、他の医療機関が受け入れることができないときは、原則として山梨県立中央病院（高度救命救急センター）、山梨大学医学部附属病院（循環器内科）、甲府城南病院（「重症心疾患疑い受け入れ専用番号に電話して依頼する」）、甲府共立病院（救急外来）に受け入れを要請する。</u>																				
31	30																				

FAX送信先：〇〇〇

電話番号：〇〇〇

〇〇消防本部

〇〇消防署

〇〇救急隊

(事案番号

)

救急隊が脳疾患疑いと判断し、搬送したものは全てこの受診時検査後診断通知書を医師に渡します。受診時検査後は、上記FAX番号にFAXをお願いいたします。
なお、山梨県メディカルコントロール協議会で全ての医療機関にお願いしております。

受診時検査後診断通知書

初診診断名：

搬送医療機関名称：

搬送日	令和 年 月 日				
病院収容時間	時 分 (24時間標記)				
生理学的評価					
呼吸数	<input type="checkbox"/> 10回/分未満	<input type="checkbox"/> 30回/分以上	<input type="checkbox"/> 該当しない		
脈拍数	<input type="checkbox"/> 50回/分未満	<input type="checkbox"/> 120回/分以上	<input type="checkbox"/> 該当しない		
収縮期血圧	<input type="checkbox"/> 90mmHg未満	<input type="checkbox"/> 90mmHg以上			
S p O ₂	<input type="checkbox"/> 90%未満	<input type="checkbox"/> 90%以上			
心電図	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし			
全身詳細観察、病歴					
I 共同偏視	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	V 顔面麻痺	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
II 半側空間無視	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	VI 上肢麻痺	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
III 失語	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	JCS 0~300		
IV 脈不整	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			
発症から医療機関リスト②の医療機関までの到着時間					
<input type="checkbox"/> 4.5時間以内に到着可能		<input type="checkbox"/> 4.5時間以内に到着不可能			
救急隊の観察結果による対応条件 (脳卒中疑い観察基準を参照)					
<input type="checkbox"/> 脳血栓回収療法対応が可能な医療機関(6項目中、2項目以上)					
<input type="checkbox"/> t-PA治療対応が可能な医療機関(6項目中1項目以下、発症から4.5時間以内に病院到着可能)					
<input type="checkbox"/> 脳外科診療対応可能な医療機関(6項目中1項目以下、発症から4.5時間以内に病院到着不可能で意識障害あり)					
<input type="checkbox"/> 脳卒中診療対応可能な医療機関(6項目中1項目以下、発症から4.5時間以内に病院到着不可能で意識障害なし)					
<input type="checkbox"/> 脳外科診療対応可能な医療機関(突然の頭痛を伴う場合)					
医療機関の受診時検査後診断			記載医師名 (任意)：		
<input type="checkbox"/> 脳梗塞・TIA 脳梗塞 (有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>) 脳主幹動脈閉塞 (有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>)					
<input type="checkbox"/> 血栓回収術 (有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>)					
<input type="checkbox"/> t-PA治療 (有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>)					
<input type="checkbox"/> 保存的治療 (有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>)					
<input type="checkbox"/> 脳出血 ()					
<input type="checkbox"/> くも膜下出血 ()					
<input type="checkbox"/> 頭部外傷 ()					
<input type="checkbox"/> てんかん ()					
<input type="checkbox"/> その他の脳疾患 ()					
<input type="checkbox"/> 脳疾患以外 ()					
傷病程度 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 重症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 軽症					

※ 受診時検査後速やかにFAXで回答をお願いいたします。

傷病者の救命率の向上及び予後の改善等の観点から、救急搬送における病院選定から医療機関における救急医療の提供までの一連の行為を迅速かつ適切に実施することの重要性が増しており、消防法の規定に基づき、救急業務としての傷病者の搬送及び医療機関による当該傷病者の受入れの迅速かつ適切な実施を図ることを目的として、実施しております。

※但し、この診断は救急受診時の検査後の暫定的診断であり、治療後の確定診断ではない。山梨県メディカルコントロール協議会脳疾患部会における救急活動の検証に供すること以外の使用を想定しているものではない。

令和8年度救急救命士教育計画について

令和8年度救急救命士病院実習予定者数

消防本部名	救急救命士総数		再教育病院実習	就業前病院実習	硬性喉頭鏡気管挿管実習	ビデオ喉頭鏡気管挿管実習
	運用者数	非運用者数				
甲府	53	24	53	7	1	6
都留	18	12	19	1	1	1
富士五湖	40	15	40	3	2	2
大月	18	4	18	3	2	2
峡北	43	4	43	1	1	1
笛吹	29	5	29	2	1	1
峡南	28	5	28	1	1	1
東山梨	34	8	34	1	1	1
上野原	18	5	20	2	1	1
南アルプス	23	10	25	2	1	1
合 計	304	92	309	23	12	17

① 令和8年度救急救命士再教育病院実習予定表

山梨県立中央病院で実施している救急救命士再教育のための病院実習の実施方法について次のとおりとする。

64時間(4日間 2当直 2日勤)

(理由)

- ・指導救命士の有資格者が増加したことにより、各本部において基礎的な研修が実施可能となった。
- ・医療機関でなければ実施できない教育を重点的に実施し、より効率的な再教育を実施できることとなった。

消防本部間で病院実習に参加する曜日の偏りが生じないよう、次のとおりA～Gまでのパターンで割り振る。
病院実習の日程調整が困難な場合には、消防本部間で調整されたい。

	日	月	火	水	木	金	土
A: 月～木		当直	日勤	当直	日勤		
B: 火～金			当直	日勤	当直	日勤	
C: 水～土				当直	日勤	当直	日勤
D: 木～日	日勤				当直	日勤	当直
E: 金～月	当直	日勤				当直	日勤
F: 土～火	日勤	当直	日勤				当直
G: 日～水	当直	日勤	当直	日勤			

エルスタ臨床実習

R8年8月日～月日

R9年1月日～月日

4 月

サイクル	期間	消防本部	階級・氏名
4月A-1	1日(水)~4日(土)	甲府1	
4月B-1	2日(木)~5日(日)	峡北1	
4月C-1	3日(金)~6日(月)	富士五湖1	
4月D-1	4日(土)~7日(火)	笛吹1	
4月E-1	5日(日)~8日(水)	都留1	
4月F-1	6日(月)~9日(木)	南アルプス1	
4月G-1	7日(火)~10日(金)	甲府2	
4月A-2	8日(水)~11日(土)	東山梨1	
4月B-2	9日(木)~12日(日)	峡北2	
4月C-2	10日(金)~13日(月)		
4月D-2	11日(土)~14日(火)	上野原1	
4月E-2	12日(日)~15日(水)	富士五湖2	
4月F-2	13日(月)~16日(木)		
4月G-2	14日(火)~17日(金)	甲府3	
4月A-3	15日(水)~18日(土)	峡南1	
4月B-3	16日(木)~19日(日)	峡北3	
4月C-3	17日(金)~20日(月)	笛吹2	
4月D-3	18日(土)~21日(火)		
4月E-3	19日(日)~22日(水)	大月1	
4月F-3	20日(月)~23日(木)	富士五湖3	
4月G-3	21日(火)~24日(金)		
4月A-4	22日(水)~25日(土)	東山梨2	
4月B-4	23日(木)~26日(日)	峡北4	
4月C-4	24日(金)~27日(月)		
4月D-4	25日(土)~28日(火)	南アルプス2	
4月E-4	26日(日)~29日(水)	都留2	
4月F-4	27日(月)~30日(木)	東山梨3	
4月G-4	28日(火)~1日(金)	峡南2	
4月A-5	29日(水)~2日(土)	甲府4	
4月B-5	30日(木)~3日(日)		

5 月

サイクル	期間	消防本部	階級・氏名
5月C-1	1日(金)~4日(月)		
5月D-1	2日(土)~5日(火)		
5月E-1	3日(日)~6日(水)		
5月F-1	4日(月)~7日(木)		
5月G-1	5日(火)~8日(金)	都留3	
5月A-2	6日(水)~9日(土)	笛吹3	
5月B-2	7日(木)~10日(日)	東山梨4	
5月C-2	8日(金)~11日(月)	甲府5	
5月D-2	9日(土)~12日(火)	峡北5	
5月E-2	10日(日)~13日(水)		
5月F-2	11日(月)~14日(木)	南アルプス3	
5月G-2	12日(火)~15日(金)	峡南3	
5月A-3	13日(水)~16日(土)	上野原2	
5月B-3	14日(木)~17日(日)	富士五湖4	
5月C-3	15日(金)~18日(月)	大月2	
5月D-3	16日(土)~19日(火)	東山梨5	
5月E-3	17日(日)~20日(水)	南アルプス4	
5月F-3	18日(月)~21日(木)	峡北6	
5月G-3	19日(火)~22日(金)	甲府6	
5月A-4	20日(水)~23日(土)		
5月B-4	21日(木)~24日(日)	峡南4	
5月C-4	22日(金)~25日(月)	東山梨6	
5月D-4	23日(土)~26日(火)	富士五湖5	
5月E-4	24日(日)~27日(水)	甲府7	
5月F-4	25日(月)~28日(木)		
5月G-4	26日(火)~29日(金)	南アルプス5	
5月A-5	27日(水)~30日(土)	峡北7	
5月B-5	28日(木)~31日(日)	笛吹4	
5月C-5	29日(金)~1日(月)	甲府8	
5月D-5	30日(土)~2日(火)	上野原3	
5月E-5	31日(日)~3日(水)	富士五湖6	

6 月

サイクル	期間	消防本部	階級・氏名
6月F-1	1日(月)~4日(木)	峡北8	
6月G-1	2日(火)~5日(金)	峡南5	
6月A-2	3日(水)~6日(土)	甲府9	
6月B-2	4日(木)~7日(日)	笛吹5	
6月C-2	5日(金)~8日(月)	富士五湖7	
6月D-2	6日(土)~9日(火)		
6月E-2	7日(日)~10日(水)	東山梨7	
6月F-2	8日(月)~11日(木)	南アルプス6	
6月G-2	9日(火)~12日(金)	峡北9	
6月A-3	10日(水)~13日(土)	大月3	
6月B-3	11日(木)~14日(日)	上野原4	
6月C-3	12日(金)~15日(月)	甲府10	
6月D-3	13日(土)~16日(火)		
6月E-3	14日(日)~17日(水)		
6月F-3	15日(月)~18日(木)	峡南6	
6月G-3	16日(火)~19日(金)	笛吹6	
6月A-4	17日(水)~20日(土)	都留4	
6月B-4	18日(木)~21日(日)	峡北10	
6月C-4	19日(金)~22日(月)	甲府11	
6月D-4	20日(土)~23日(火)	富士五湖8	
6月E-4	21日(日)~24日(水)	南アルプス7	
6月F-4	22日(月)~25日(木)	東山梨8	
6月G-4	23日(火)~26日(金)	甲府12	
6月A-5	24日(水)~27日(土)	大月4	
6月B-5	25日(木)~28日(日)	峡北11	
6月C-5	26日(金)~29日(月)	笛吹7	
6月D-5	27日(土)~30日(火)	甲府13	
6月E-5	28日(日)~1日(水)	上野原5	
6月F-5	29日(月)~2日(木)	富士五湖9	
6月G-5	30日(火)~3日(金)	都留5	

7 月

サイクル	期間	消防本部	階級・氏名
7月A-1	1日(水)~4日(土)	富士五湖10	
7月B-1	2日(木)~5日(日)	峡北12	
7月C-1	3日(金)~6日(月)		
7月D-1	4日(土)~7日(火)	甲府14	
7月E-1	5日(日)~8日(水)	笛吹8	
7月F-1	6日(月)~9日(木)	上野原6	
7月G-1	7日(火)~10日(金)	峡南7	
7月A-2	8日(水)~11日(土)	東山梨9	
7月B-2	9日(木)~12日(日)		
7月C-2	10日(金)~13日(月)	富士五湖11	
7月D-2	11日(土)~14日(火)	峡北13	
7月E-2	12日(日)~15日(水)	甲府15	
7月F-2	13日(月)~16日(木)	南アルプス8	
7月G-2	14日(火)~17日(金)		
7月A-3	15日(水)~18日(土)	東山梨10	
7月B-3	16日(木)~19日(日)	笛吹9	
7月C-3	17日(金)~20日(月)	大月5	
7月D-3	18日(土)~21日(火)	峡南8	
7月E-3	19日(日)~22日(水)	甲府16	
7月F-3	20日(月)~23日(木)	峡北14	
7月G-3	21日(火)~24日(金)	都留6	
7月A-4	22日(水)~25日(土)		
7月B-4	23日(木)~26日(日)	上野原7	
7月C-4	24日(金)~27日(月)	富士五湖12	
7月D-4	25日(土)~28日(火)	笛吹10	
7月E-4	26日(日)~29日(水)	甲府17	
7月F-4	27日(月)~30日(木)	南アルプス9	
7月G-4	28日(火)~31日(金)		
7月A-5	29日(水)~1日(土)	峡北15	
7月B-5	30日(木)~2日(日)	東山梨11	
7月C-5	31日(金)~3日(月)	峡南9	

8 月

サイクル	期間	消防本部	階級・氏名
8月D-1	1日(土)~4日(火)	富士五湖13	
8月E-1	2日(日)~5日(水)	南アルプス10	
8月F-1	3日(月)~6日(木)	東山梨12	
8月G-1	4日(火)~7日(金)	甲府18	
8月A-2	5日(水)~8日(土)	大月6	
8月B-2	6日(木)~9日(日)	都留7	
8月C-2	7日(金)~10日(月)	甲府19	
8月D-2	8日(土)~11日(火)	笛吹11	
8月E-2	9日(日)~12日(水)	峡南10	
8月F-2	10日(月)~13日(木)	富士五湖14	
8月G-2	11日(火)~14日(金)	峡北16	
8月A-3	12日(水)~15日(土)	甲府20	
8月B-3	13日(木)~16日(日)		
8月C-3	14日(金)~17日(月)	上野原8	
8月D-3	15日(土)~18日(火)	東山梨13	
8月E-3	16日(日)~19日(水)	都留8	
8月F-3	17日(月)~20日(木)	富士五湖15	
8月G-3	18日(火)~21日(金)	峡南11	
8月A-4	19日(水)~22日(土)	甲府21	
8月B-4	20日(木)~23日(日)	笛吹12	
8月C-4	21日(金)~24日(月)	南アルプス11	
8月D-4	22日(土)~25日(火)	峡北17	
8月E-4	23日(日)~26日(水)		
8月F-4	24日(月)~27日(木)	富士五湖16	
8月G-4	25日(火)~28日(金)	東山梨14	
8月A-5	26日(水)~29日(土)	峡南12	
8月B-5	27日(木)~30日(日)	峡北18	
8月C-5	28日(金)~31日(月)	大月7	
8月D-5	29日(土)~1日(火)		
8月E-5	30日(日)~2日(水)	甲府22	
8月F-5	31日(月)~3日(木)	南アルプス12	

9 月

サイクル	期間	消防本部	階級・氏名
9月G-1	1日(火)~4日(金)		
9月A-2	2日(水)~5日(土)	東山梨15	
9月B-2	3日(木)~6日(日)	峡北19	
9月C-2	4日(金)~7日(月)	富士五湖17	
9月D-2	5日(土)~8日(火)	甲府23	
9月E-2	6日(日)~9日(水)	大月8	
9月F-2	7日(月)~10日(木)		
9月G-2	8日(火)~11日(金)	峡南13	
9月A-3	9日(水)~12日(土)	東山梨16	
9月B-3	10日(木)~13日(日)	甲府24	
9月C-3	11日(金)~14日(月)	富士五湖18	
9月D-3	12日(土)~15日(火)	南アルプス13	
9月E-3	13日(日)~16日(水)	上野原9	
9月F-3	14日(月)~17日(木)	峡北20	
9月G-3	15日(火)~18日(金)	笛吹13	
9月A-4	16日(水)~19日(土)		
9月B-4	17日(木)~20日(日)	甲府25	
9月C-4	18日(金)~21日(月)	富士五湖19	
9月D-4	19日(土)~22日(火)	都留9	
9月E-4	20日(日)~23日(水)	甲府26	
9月F-4	21日(月)~24日(木)	峡北21	
9月G-4	22日(火)~25日(金)	峡南14	
9月A-5	23日(水)~26日(土)		
9月B-5	24日(木)~27日(日)	甲府27	
9月C-5	25日(金)~28日(月)	南アルプス14	
9月D-5	26日(土)~29日(火)	上野原10	
9月E-5	27日(日)~30日(水)	笛吹14	
9月F-5	28日(月)~1日(木)	富士五湖20	
9月G-5	29日(火)~2日(金)	東山梨17	
9月A-6	30日(水)~3日(土)	峡北22	

10 月

サイクル	期間	消防本部	階級・氏名
10月B-1	1日(木)~4日(日)	大月9	
10月C-1	2日(金)~5日(月)	都留10	
10月D-1	3日(土)~6日(火)	甲府28	
10月E-1	4日(日)~7日(水)	峡北23	
10月F-1	5日(月)~8日(木)	笛吹15	
10月G-1	6日(火)~9日(金)	富士五湖21	
10月A-2	7日(水)~10日(土)	峡南15	
10月B-2	8日(木)~11日(日)	南アルプス15	
10月C-2	9日(金)~12日(月)	峡北24	
10月D-2	10日(土)~13日(火)	甲府29	
10月E-2	11日(日)~14日(水)	東山梨18	
10月F-2	12日(月)~15日(木)	富士五湖22	
10月G-2	13日(火)~16日(金)	笛吹16	
10月A-3	14日(水)~17日(土)	上野原11	
10月B-3	15日(木)~18日(日)	甲府30	
10月C-3	16日(金)~19日(月)	大月10	
10月D-3	17日(土)~20日(火)	峡北25	
10月E-3	18日(日)~21日(水)		
10月F-3	19日(月)~22日(木)	東山梨19	
10月G-3	20日(火)~23日(金)	富士五湖23	
10月A-4	21日(水)~24日(土)	都留11	
10月B-4	22日(木)~25日(日)	甲府31	
10月C-4	23日(金)~26日(月)	南アルプス16	
10月D-4	24日(土)~27日(火)	峡南16	
10月E-4	25日(日)~28日(水)		
10月F-4	26日(月)~29日(木)	富士五湖24	
10月G-4	27日(火)~30日(金)	峡北26	
10月A-5	28日(水)~31日(土)	東山梨20	
10月B-5	29日(木)~1日(日)	甲府32	
10月C-5	30日(金)~2日(月)	上野原12	
10月D-5	31日(土)~3日(火)		

11 月

サイクル	期間	消防本部	階級・氏名
11月E-1	1日(日)~4日(水)	富士五湖25	
11月F-1	2日(月)~5日(木)	東山梨21	
11月G-1	3日(火)~6日(金)		
11月A-2	4日(水)~7日(土)	笛吹17	
11月B-2	5日(木)~8日(日)	峡南17	
11月C-2	6日(金)~9日(月)	峡北27	
11月D-2	7日(土)~10日(火)	大月11	
11月E-2	8日(日)~11日(水)	甲府33	
11月F-2	9日(月)~12日(木)	上野原13	
11月G-2	10日(火)~13日(金)	都留12	
11月A-3	11日(水)~14日(土)	富士五湖26	
11月B-3	12日(木)~15日(日)	南アルプス17	
11月C-3	13日(金)~16日(月)	東山梨22	
11月D-3	14日(土)~17日(火)	峡南18	
11月E-3	15日(日)~18日(水)	峡北28	
11月F-3	16日(月)~19日(木)	甲府34	
11月G-3	17日(火)~20日(金)		
11月A-4	18日(水)~21日(土)	富士五湖27	
11月B-4	19日(木)~22日(日)	笛吹18	
11月C-4	20日(金)~23日(月)	東山梨23	
11月D-4	21日(土)~24日(火)	上野原14	
11月E-4	22日(日)~25日(水)	甲府35	
11月F-4	23日(月)~26日(木)	大月12	
11月G-4	24日(火)~27日(金)	峡北29	
11月A-5	25日(水)~28日(土)	南アルプス18	
11月B-5	26日(木)~29日(日)	都留13	
11月C-5	27日(金)~30日(月)	甲府36	
11月D-5	28日(土)~1日(火)	峡北30	
11月E-5	29日(日)~2日(水)	笛吹19	
11月F-5	30日(月)~3日(木)	峡南19	

12 月

サイクル	期間	消防本部	階級・氏名
12月G-1	1日(火)~4日(金)	富士五湖28	
12月A-2	2日(水)~5日(土)	東山梨24	
12月B-2	3日(木)~6日(日)	峡北31	
12月C-2	4日(金)~7日(月)	甲府37	
12月D-2	5日(土)~8日(火)	南アルプス19	
12月E-2	6日(日)~9日(水)	富士五湖29	
12月F-2	7日(月)~10日(木)		
12月G-2	8日(火)~11日(金)	東山梨25	
12月A-3	9日(水)~12日(土)	大月13	
12月B-3	10日(木)~13日(日)	峡南20	
12月C-3	11日(金)~14日(月)	甲府38	
12月D-3	12日(土)~15日(火)	都留14	
12月E-3	13日(日)~16日(水)	峡北32	
12月F-3	14日(月)~17日(木)	笛吹20	
12月G-3	15日(火)~18日(金)		
12月A-4	16日(水)~19日(土)	甲府39	
12月B-4	17日(木)~20日(日)	富士五湖30	
12月C-4	18日(金)~21日(月)	峡南21	
12月D-4	19日(土)~22日(火)	峡北33	
12月E-4	20日(日)~23日(水)	南アルプス20	
12月F-4	21日(月)~24日(木)	上野原15	
12月G-4	22日(火)~25日(金)	都留15	
12月A-5	23日(水)~26日(土)	甲府40	
12月B-5	24日(木)~27日(日)	富士五湖31	
12月C-5	25日(金)~28日(月)	笛吹21	
12月D-5	26日(土)~29日(火)	峡北34	
12月E-5	27日(日)~30日(水)	東山梨26	
12月F-5	28日(月)~31日(木)		
12月G-5	29日(火)~1日(金)		
12月A-6	30日(水)~2日(土)		
12月B-6	31日(木)~3日(日)		

1 月

サイクル	期間	消防本部	階級・氏名
1月C-1	1日(金)~4日(月)		
1月D-1	2日(土)~5日(火)		
1月E-1	3日(日)~6日(水)	上野原16	
1月F-1	4日(月)~7日(木)	峡南22	
1月G-1	5日(火)~8日(金)	大月14	
1月A-2	6日(水)~9日(土)	富士五湖32	
1月B-2	7日(木)~10日(日)	南アルプス21	
1月C-2	8日(金)~11日(月)	峡北35	
1月D-2	9日(土)~12日(火)	甲府41	
1月E-2	10日(日)~13日(水)		
1月F-2	11日(月)~14日(木)	都留16	
1月G-2	12日(火)~15日(金)	笛吹22	
1月A-3	13日(水)~16日(土)	甲府42	
1月B-3	14日(木)~17日(日)	富士五湖33	
1月C-3	15日(金)~18日(月)	峡南23	
1月D-3	16日(土)~19日(火)	南アルプス22	
1月E-3	17日(日)~20日(水)	峡北36	
1月F-3	18日(月)~21日(木)	上野原17	
1月G-3	19日(火)~22日(金)	東山梨27	
1月A-4	20日(水)~23日(土)	笛吹23	
1月B-4	21日(木)~24日(日)	甲府43	
1月C-4	22日(金)~25日(月)	東山梨28	
1月D-4	23日(土)~26日(火)	峡北37	
1月E-4	24日(日)~27日(水)	甲府44	
1月F-4	25日(月)~28日(木)	富士五湖34	
1月G-4	26日(火)~29日(金)	笛吹24	
1月A-5	27日(水)~30日(土)		
1月B-5	28日(木)~31日(日)	峡南24	
1月C-5	29日(金)~1日(月)	甲府45	
1月D-5	30日(土)~2日(火)	都留17	
1月E-5	31日(日)~3日(水)	峡北38	

2 月

サイクル	期間	消防本部	階級・氏名
2月F-1	1日(月)~4日(木)	笛吹25	
2月G-1	2日(火)~5日(金)	富士五湖35	
2月A-2	3日(水)~6日(土)	大月15	
2月B-2	4日(木)~7日(日)	甲府46	
2月C-2	5日(金)~8日(月)	東山梨29	
2月D-2	6日(土)~9日(火)	峡北39	
2月E-2	7日(日)~10日(水)	峡南25	
2月F-2	8日(月)~11日(木)	笛吹26	
2月G-2	9日(火)~12日(金)	富士五湖36	
2月A-3	10日(水)~13日(土)		
2月B-3	11日(木)~14日(日)	甲府47	
2月C-3	12日(金)~15日(月)	東山梨30	
2月D-3	13日(土)~16日(火)	大月16	
2月E-3	14日(日)~17日(水)	峡南26	
2月F-3	15日(月)~18日(木)	峡北40	
2月G-3	16日(火)~19日(金)	富士五湖37	
2月A-4	17日(水)~20日(土)	都留18	
2月B-4	18日(木)~21日(日)	南アルプス23	
2月C-4	19日(金)~22日(月)	上野原18	
2月D-4	20日(土)~23日(火)	富士五湖38	
2月E-4	21日(日)~24日(水)	笛吹27	
2月F-4	22日(月)~25日(木)	甲府48	
2月G-4	23日(火)~26日(金)	峡南27	
2月A-5	24日(水)~27日(土)	南アルプス24	
2月B-5	25日(木)~28日(日)	峡北41	
2月C-5	26日(金)~1日(月)		
2月D-5	27日(土)~2日(火)	東山梨31	
2月E-5	28日(日)~3日(水)	甲府49	

3 月

サイクル	期間	消防本部	階級・氏名
3月F-1	1日(月)~4日(木)	上野原19	
3月G-1	2日(火)~5日(金)	笛吹28	
3月A-2	3日(水)~6日(土)	富士五湖39	
3月B-2	4日(木)~7日(日)	甲府50	
3月C-2	5日(金)~8日(月)	南アルプス25	
3月D-2	6日(土)~9日(火)		
3月E-2	7日(日)~10日(水)	東山梨32	
3月F-2	8日(月)~11日(木)	大月17	
3月G-2	9日(火)~12日(金)	峡北42	
3月A-3	10日(水)~13日(土)	峡南28	
3月B-3	11日(木)~14日(日)		
3月C-3	12日(金)~15日(月)	甲府51	
3月D-3	13日(土)~16日(火)	上野原20	
3月E-3	14日(日)~17日(水)		
3月F-3	15日(月)~18日(木)	富士五湖40	
3月G-3	16日(火)~19日(金)	大月18	
3月A-4	17日(水)~20日(土)		
3月B-4	18日(木)~21日(日)	東山梨33	
3月C-4	19日(金)~22日(月)	甲府52	
3月D-4	20日(土)~23日(火)		
3月E-4	21日(日)~24日(水)	峡北43	
3月F-4	22日(月)~25日(木)	東山梨34	
3月G-4	23日(火)~26日(金)		
3月A-5	24日(水)~27日(土)	笛吹29	
3月B-5	25日(木)~28日(日)	都留19	
3月C-5	26日(金)~29日(月)		
3月D-5	27日(土)~30日(火)	甲府53	
3月E-5	28日(日)~31日(水)		

② 令和8年度 救急救命士就業前病院実習予定表

	(R7年度) 3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	(R8年度) 4月	(R8年度) 5月
甲府地区		■	■	■											
			■	■	■										
					■	■	■								
						■	■	■	■						
									■	■	■	■	■		
												■	■	■	■
都留市											■	■	■		
富士五湖					■	■	■								
								■	■	■	■				
大月市		■	■	■											
					■	■	■	■	■	■					
峡北											■	■	■		
笛吹市								■	■	■					
		■	■	■											
峡南			■	■	■										
東山梨					■	■	■								
上野原市		■	■	■								■	■	■	
南アルプス	■	■													
		■	■	■					■	■	■				
		6	7	7	6	5	5	5	5	5	5	6	6	2	0

甲府地区消防本部	実習 7名	3月試験 2名	笛吹消防本部	実習 2名	3月試験 1名
都留市消防本部	実習 1名	3月試験 1名	峡南消防本部	実習 1名	3月試験 1名
富士五湖消防本部	実習 3名	3月試験 2名	東山梨消防本部	実習 1名	3月試験 1名
大月消防本部	実習 3名	3月試験 1名	上野原市消防本部	実習 2名	3月試験 1名
峡北消防本部	実習 1名	3月試験 1名	南アルプス市消防本部	実習 2名	3月試験 2名
			消防本部 合計	実習 24名	3月試験 14名

※実習期間の色の内訳
 :ドクターカー運転可能
 :ドクターカー運転不可能

③ 山梨大学医学部附属病院気管挿管病院実習日程表

山梨大学医学部附属病院

開始日程(予定)	消 防 本 部 名	実習区分	備 考
令和8年4月～	峡北消防本部		
令和8年6月～	笛吹市消防本部		
令和8年8月～	東山梨消防本部		
令和8年10月～	上野原市消防本部		
令和8年12月～	峡南消防本部		
令和9年2月～	南アルプス市消防本部		

[留意事項]

1. 開始日程は、現状での予定であり、変更を伴います。
2. 割振られた日程で実習生を派遣できない場合には、次月予定本部が実施する。(交換は不可)
3. 原則として、開始日の2週間前(遅くとも10日前)までに、申請書類を提出してください。
4. 身分証明書用写真は、データで送付いただくか、開始日の1週間前までに撮影に来ていただきます。撮影日時は別途連絡します。(本院でデータが残っている場合はそのデータを使用します)
5. 各消防本部の気管挿管実習枠は35症例までとします。

④ 県立中央病院気管挿管病院実習日程表

県立中央病院

開始日程(予定)	消 防 本 部 名	実習区分	備 考
令和8年4月～	甲府地区消防本部		
令和8年6月中旬～	富士五湖消防本部		
令和8年9月～	大月市消防本部		
令和9年10月中旬～	甲府地区消防本部		
令和9年12月中旬～	富士五湖消防本部		
令和9年3月～	大月市消防本部		

[留意事項]

1. 開始日程は、現状での予定であり、変更を伴います。
2. 割振られた日程で実習生を派遣できない場合には、次月予定本部が実施する。(交換は不可)
3. 原則として、開始日の2週間前(遅くとも10日前)までに、申請書類を提出してください。
4. 身分証明書用写真は、データで送付いただくか、開始日の1週間前までに撮影に来ていただきます。撮影日時は別途連絡します。(本院でデータが残っている場合はそのデータを使用します)
5. 各消防本部の気管挿管実習枠は35症例までとします。

⑤ 各本部気管挿管充足率(実働隊員)

	消防本部名	救急救命士 実働隊員数	気管挿管認定 救命士数 (実働隊員)	気管挿管充足率 (実働隊員)	備考
1	富士五湖消防本部	40人	7人	18%	
2	東山梨消防本部	34人	13人	38%	
3	大月市消防本部	18人	7人	39%	
4	甲府地区消防本部	53人	21人	40%	
5	峡北消防本部	43人	18人	42%	
6	上野原市消防本部	18人	8人	44%	
7	都留市消防本部	17人	8人	47%	
8	峡南消防本部	28人	14人	50%	
9	南アルプス市消防本部	23人	13人	57%	
10	笛吹市消防本部	26人	15人	58%	

⑤ 山梨大学医学部附属病院・県立中央病院以外での気管挿管病院実習

1 市立甲府病院

消 防 本 部 名	備 考
	実習予定なし

2 上野原市立病院

消 防 本 部 名	備 考
	実習予定なし

【資料5】

令和8年度 事後検証費用 計算書

区 分	山梨大学医学部附属病院		山梨県立中央病院		負担額合計
	R6年度 検証件数	負担額(円)	R6年度 検証件数	負担額(円)	
甲府地区消防本部	25	8,750	631	220,850	229,600
都留市消防本部	36	12,600	57	19,950	32,550
富士五湖消防本部	97	33,950	241	84,350	118,300
大月市消防本部	33	11,550	84	29,400	40,950
峡北消防本部	88	30,800	219	76,650	107,450
笛吹市消防本部	48	16,800	129	45,150	61,950
峡南消防本部	45	15,750	103	36,050	51,800
東山梨消防本部	88	30,800	131	45,850	76,650
上野原市消防本部	19	6,650	45	15,750	22,400
南アルプス市消防本部	55	19,250	113	39,550	58,800
合 計	534	186,900	1753	613,550	800,450

全事後検証件数 2,287 件

※ 事後検証費用負担額の算出方法
 1消防本部負担金額＝350円×事後検証件数