

救急隊現場活動 プロトコル

広島県福山・府中圏域MC協議会

2026年5月

第1部 心肺停止

目次

1	傷病者接触まで	1、2
2	一次救命処置プロトコル	3、4、5
3	心肺停止プロトコル	
	【A】包括的指示下の活動	6、7
	【B】具体的指示下の活動	8、9
	【C】自己循環再開後の活動	10
4	器具を用いた気道確保プロトコル	
	【A】気管挿管対象外の場合	11
	【B】気管挿管プロトコル	12、13
	【C】ビデオ喉頭鏡による気管挿管プロトコル	14、15
5	静脈路確保と薬剤投与	
	【A】静脈路確保プロトコル	16
	【B】アドレナリン投与プロトコル	17
6	窒息プロトコル	18、19
7	呼吸停止プロトコル	20
8	家族等の反応	21
9	病歴聴取・記録票兼検証票・転帰調査票	21

119番受信時
(1)

情報収集
年齢・性別、発生形態、主訴、意識・呼吸状態

<<目撃の有無等の情報>>
<<CPA可能性情報>>
意識がない・呼びかけに反応がなく軀をかいている・痙攣
呼吸していない・脈がない・食べ物等をのどに詰まらせた
冷汗を伴う胸痛・呼吸困難・その他

(2)

必要に応じ消防隊出動指令

(3)

口頭指導

(4)

情報収集I

(5) (6)

<<CPA可能性症例>>
除細動器、蘇生器具、オンライン指示用携帯電話等準備

感染防止確認
安全確認
情報収集II

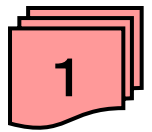
(7) (8)

傷病者接触

2

出動途上・接触前

傷病者接触まで

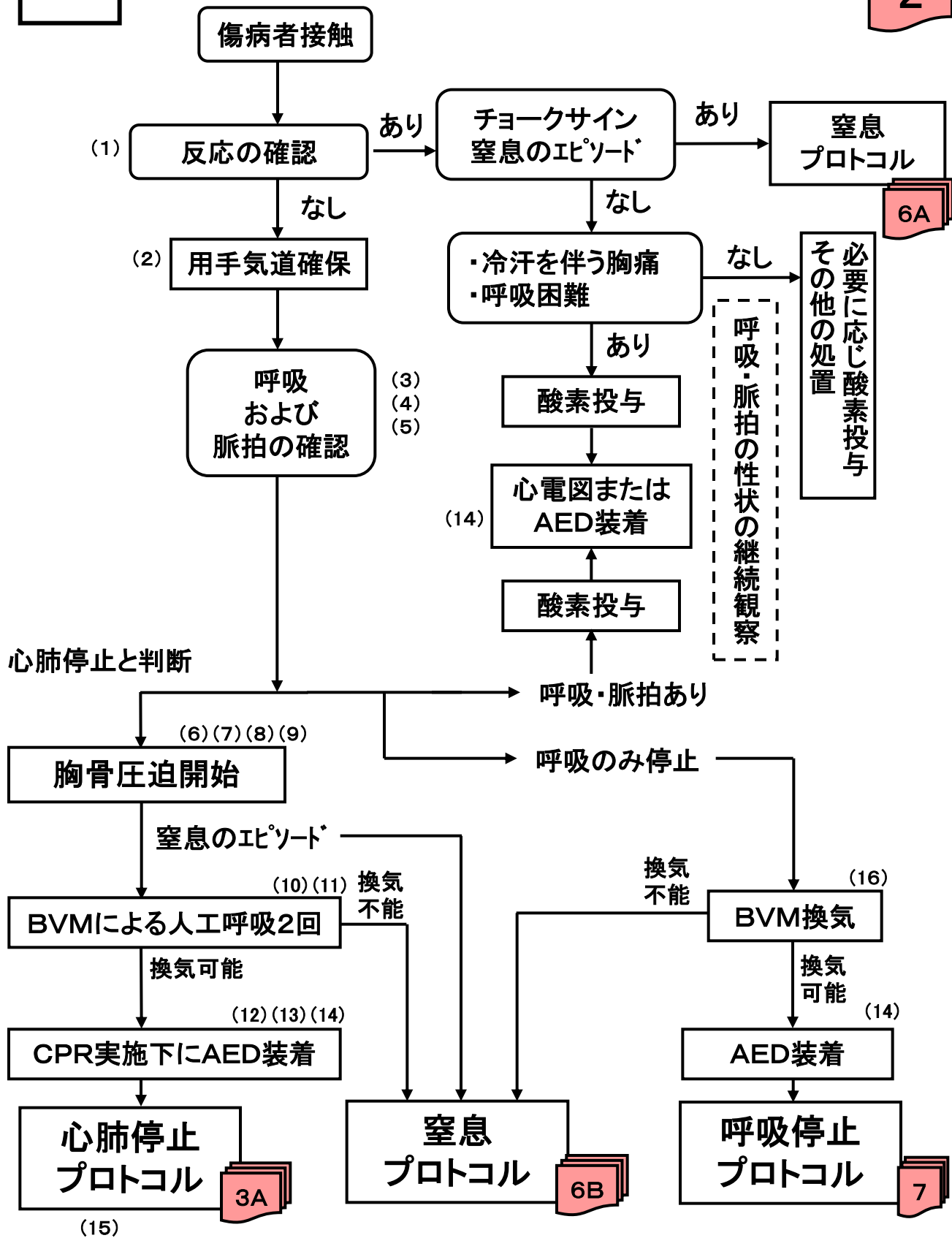


- (1) 119番通報の入電時刻を「覚知」、現場に停車した時刻を「現着」、傷病者に触れて観察を開始した時刻を「傷病者接触時刻」とする。
- (2) CPA可能性情報とは、現着までにCPAに陥る可能性のある病態を示唆する情報を言う。「意識がない」とは、呼びかけなど刺激に対して反応がない場合を言う。
- (3) 指令職員は必要に応じ消防隊の出動を指令する。
- (4) すでにCPAに陥っている疑いがある場合(意識がなく、呼吸がない又は死戦期呼吸の場合若しくは呼吸が分からない場合)、指令職員は胸骨圧迫の口頭指導(可能であれば人工呼吸を含む。)を行う。現場救急隊の指示があるまで継続するよう指導し、目的のある仕草や正常な呼吸が生じた場合にのみ中止させる。
- (5) 指令職員は傷病者の意識がない場合は、呼吸について質問する。
 - ・呼吸の有無、呼吸の様子(普段どおりの呼吸か否かなど)の聴取
 - ・顔色などの情報を収集する。
 - ・傷病者の活動レベルの情報収集(立っている、座っている、動いている、話している)。
 - ・刺激に対する反応の確認
 - ・痙攣の既往の確認
 - ・指令職員は心停止を識別するために異常な呼吸の聞き出し方に習熟しておく。
 - ・入電時呼吸がある場合でも、停止しうることに配慮して続報を得る。
- (6) 指令からの情報が不足していると判断した場合、現場到着まで時間を要すると判断した場合には携帯電話を活用して情報収集等を行う。
- (7) バイスタンダーから目撃の有無の情報(昏倒する瞬間を見たか?音を聞いたか?目を離したすきか?など)を聴取する。聴取できない場合は「目撃なし」とみなして以下の活動を行う。
- (8) バイスタンダーがAEDを持ち出していた場合は、その時点までの使用状況を聴取する。

2

一次救命処置プロトコル

2



一次救命処置プロトコル

2

- (1) 傷病者接触時に一見して死亡が明らかな場合(頸部離断・体幹部離断・腐敗など)は、その時点で「明らかな死亡」と判断してよい。その他不審な場合は、オンラインで指示を仰ぐこと。
- (2) 気道確保は、頭部後屈あご先挙上法または下顎挙上法による。外傷傷病者の場合は下顎挙上法を行うが、気道確保が不十分な場合やその実施が困難な場合には気道確保を優先し、頭部後屈あご先挙上法を試みる。
- (3) 呼吸と脈拍(頸動脈)は、同時に10秒以内で確認する。脈拍の確認は、成人、小児では頸動脈等、乳児・新生児では上腕動脈又は大腿動脈等で行う。偶発性低体温の場合は30～45秒かけて確認する。
- (4) 「呼吸あり」は、正常な呼吸があることとする。死戦期呼吸(いわゆる喘ぎ呼吸)の場合、又は呼吸が正常か判断できない場合は「呼吸停止」と判断する。
- (5) 脈拍の有無の判定が微妙であり自信が持てないときは、呼吸停止をもって心肺停止と判断し、胸骨圧迫を開始する。小児・乳児・新生児では、正常な呼吸がなく十分な酸素投与と人工呼吸にもかかわらず、心拍数が60回/分未満で、かつ循環が悪い(皮膚蒼白、チアノーゼ等)場合も胸骨圧迫を開始する。成人の場合は意識と正常な呼吸がなく徐脈(40回/分未満)の場合胸骨圧迫を開始する。
- (6) 直ちに胸骨圧迫を開始する。呼吸原性心停止や小児の場合は人工呼吸から開始することが望ましいが、人工呼吸が遅れる場合は胸骨圧迫から開始する。
- (7) 窒息のエピソードがある、または、初回人工呼吸にて換気抵抗が強く完全窒息を疑う場合は、胸骨圧迫を行いながら窒息プロトコルを実施する。
- (8) 胸骨圧迫は強く(約5cm(ただし、6cmを超えないよう努めること)、小児以下は胸の厚さの約1/3)、速く(100～120回/分)、絶え間なく行う。胸骨圧迫の効果は、圧迫の位置、深さ、速さ、圧迫解除により評価する。また、おおむね妊娠20週以降の妊婦には、手動的な子宮左方移動の併用を考慮する。
- (9) 胸骨圧迫部位は「胸の真ん中＝胸骨下半分」とし、剣状突起を圧迫しないよう注意する。なお、乳児及び新生児の場合の「胸の真ん中」の指標は、両乳頭を結ぶ線の少し足側(尾側)胸骨上とする。
- (10) 胸骨圧迫時において、救急現場の状況から、支持面が柔らかく十分な圧迫の深さが確保できない場合は、必要に応じて固い支持面上での実施を考慮する。
- (11) 人工呼吸はBVMを用い、1回1秒かけて胸郭が軽く膨らむ程度2回実施する。
- (12) BVMでは酸素は10リットル/分で用いる。
- (13) 胸骨圧迫と換気の回数比は30:2で行い(小児二人法では15:2)、成人の場合、5回(約2分)を1クールとする。胸骨圧迫実施者の交代は、約2分以内で、疲れないうちに交代することが望ましい。新生児は、「2020年版NCPARアルゴリズム」に準じる。
- (14) AEDパッドは、胸骨圧迫を実施しつつ装着する。装着後、調律確認のための胸骨圧迫中断時に確認した、最初の心電図所見を「初期心電図」とする。AEDパッド装着時ペースメーカー、ICD(植込み型除細動器)がある場合はその部分を避けて装着する。
- (15) 呼吸・循環があり、「心電図またはAED装着」を行う場合、病着までに心停止に陥る可能性を示唆する重篤感があればAED装着を選択する。
- (16) 明らかに死亡していると判断されるにもかかわらず、家族等が医療機関への搬送を希望する場合の判断は、8章参照。
- (17) 呼吸のみ停止している場合は10回/分(6秒に1回、1秒かけ、胸郭が軽く膨らむ程度)、小児に対しては12～20回/分実施する。

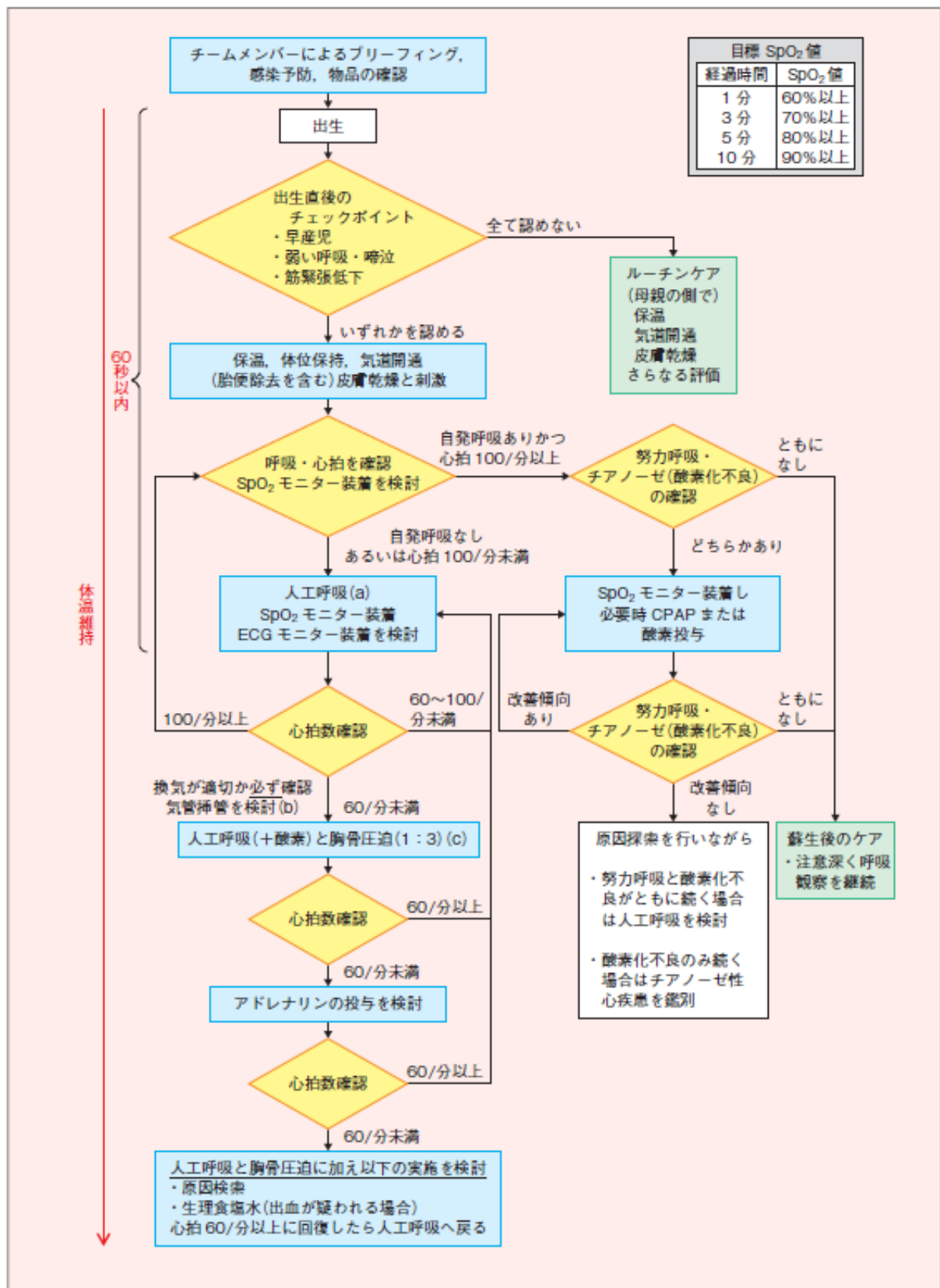


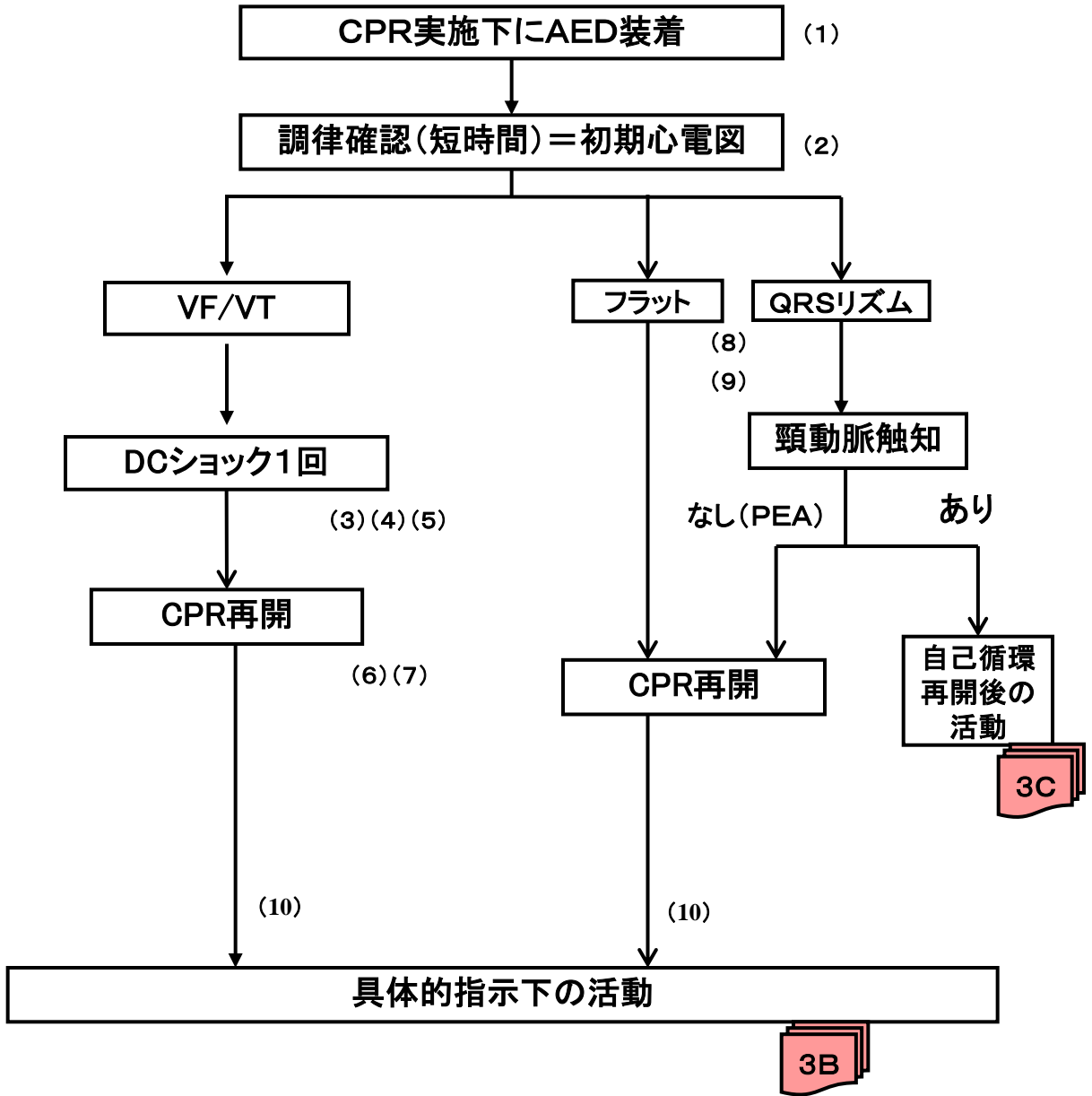
図1 2020年版 NCPR アルゴリズム

- (a) 心拍または SpO₂ 値の改善がなければ酸素を追加・増加する。
 (b) 適切に換気できていない場合は、すぐに胸骨圧迫に進まず、まずは有効な換気確保に努める。
 (c) 人工呼吸と胸骨圧迫：1分間では人工呼吸30回と胸骨圧迫90回となる。

3

心肺停止プロトコル

【A】包括的指示下の活動



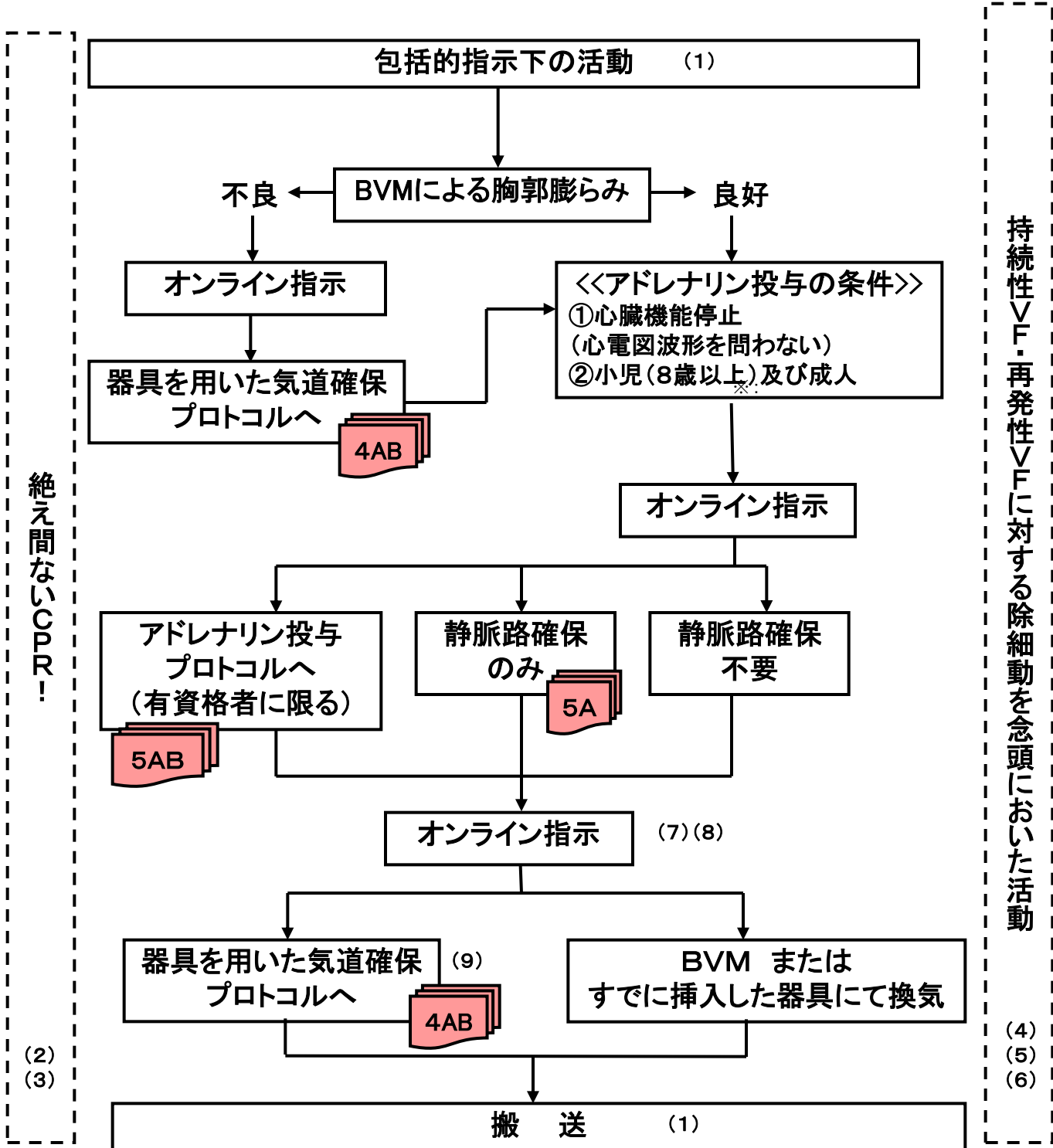
心肺停止プロトコル

3A

- (1) 胸骨圧迫中断時間は必要最小限に、かつ必要な場合もできるだけ短時間にする。実施者交代時の中断は5秒以内、器具を用いた気道確保で換気を確認するなどやむを得ず中断する場合も10秒以内とするように努める。
- (2) AEDパッド装着後、一瞬胸骨圧迫を中断し、調律確認(初期心電図)する。調律確認後は直ちにVF／脈なしVT、フラット、PEAのアルゴリズムに従い活動する。なお、フラットは心静止または細かいVFを含む。この場合にはモニター・AEDパッドが正しく機能していることをCPR中も随時確認しておく。
- (3) 除細動は全年齢に対し適応あり。
- (4) 除細動エネルギーは、二相性においてはメーカー指示に従い、単相性においては360Jとする。未就学(およそ6歳未満)の傷病者に対しては小児用AEDパッドが装着可能なAEDにおいてはそれを使用する。やむを得ない場合は、成人用AEDパッドで代用する。小児キーがある機種の場合は、それを差し込み小児用モードで使用する。
解析および充電中は胸骨圧迫を中断するが、充電が終了する前には安全確認を行っておく。充電終了と同時にショックボタンを押す。
2分間のCPRごとに計3回までは包括的指示下を実施することができる。
- (5) 偶発性低体温によるVFであることが疑われる場合は、1回のみ除細動を行い、以後はメディカルコントロール指示医師(以下「指示医師」)への連絡を行い、必要かつ十分な情報を簡潔に医師に伝達した上でオンライン指示を仰ぐ。
- (6) 除細動1回実施後は、間髪を入れず直ちに胸骨圧迫を再開し、CPRを2分間実施する。この間、頸動脈触知、波形の確認のためのCPR中断はしない。また、速やかな医療機関選定及び現場出発を考慮する。
- (7) CPR2分毎に調律を確認する。しかしながら2分間のCPR中もモニター波形には注意しておき、QRS波形リズムが見られる場合は、頸動脈を触れながらCPR2分毎の調律確認を行う。(胸骨圧迫中断5秒以内)
- (8) PEA・心静止に対して、AEDによる解析を行ってはならない。(自動解析が始まっても、明らかにPEA・心静止の場合はキャンセルする。)絶え間ない胸骨圧迫を優先する。
- (9) PEA・心静止確認後の2分毎の調律確認においてVF/VTを認めた場合は、VF/VTのアルゴリズムに乗り換える。
- (10) 環境により良質なCPRが困難な場合や車内収容後は機械的CPR装置を有効に活用することを推奨する。

【B】 具体的指示下の活動

3B



絶え間ない CPR!!

持続性VF・再発性VFに対する除細動を念頭においた活動

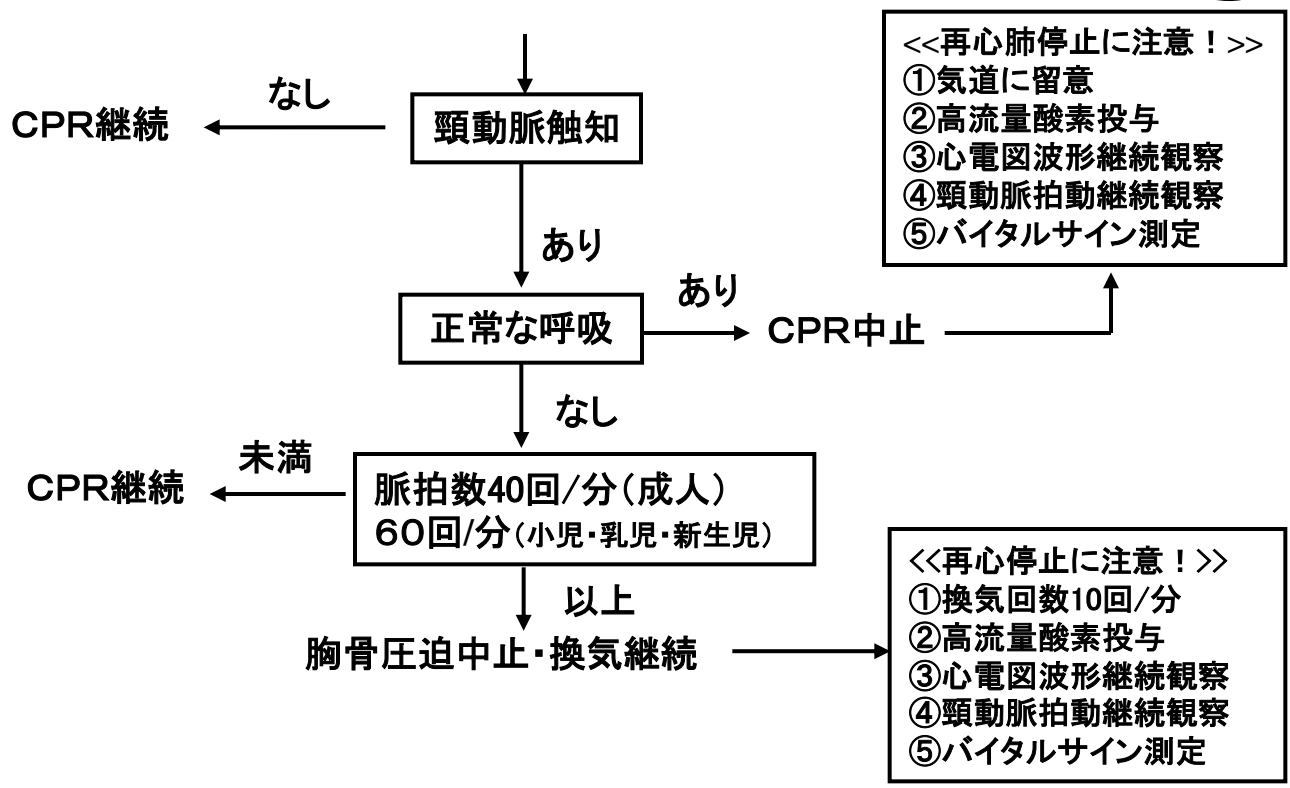
(2)
(3)

(4)
(5)
(6)

具体的指示下の活動

- (1) 具体的指示下の活動は、傷病者の状況に応じて行うものであり、これに捕らわれて、滞在時間が延長しないよう、早期搬送を常に心掛ける。有資格者によりアドレナリン投与又は気管挿管を行う場合は特に留意する。
- (2) 気管挿管下でのCPRは非同期で行う。LT下でも可能であれば非同期で行う。胸骨圧迫は100～120回/分、人工呼吸は10回/分。
- (3) 環境により良質なCPRが困難な場合や車内収容後は機械的CPR装置を有効に活用することを推奨する。
- (4) VF/VTが持続する場合は、常に除細動を念頭において活動する。
- (5) 除細動に関する判断に迷う時や、指示医師とオンラインで回線がつながっていて具体的指示が出された場合は、具体的指示に従う。
- (6) VF/VTに対する波形の自動解析は、原則として停車して行う。
- (7) アドレナリンの効果がない場合の2回目以降の投与の目安は約4分毎であり、そのつど具体的な指示を必要とする。
- (8) 除細動の上限回数に関しては各MCで協議しておき、その後の除細動は具体的指示に従う。
- (9) 実施済みの場合を除く。

【C】自己循環再開後の活動



傷病者の状況に応じて該当する各プロトコルに準じて特定行為を実施すること

4

器具を用いた気道確保プロトコル

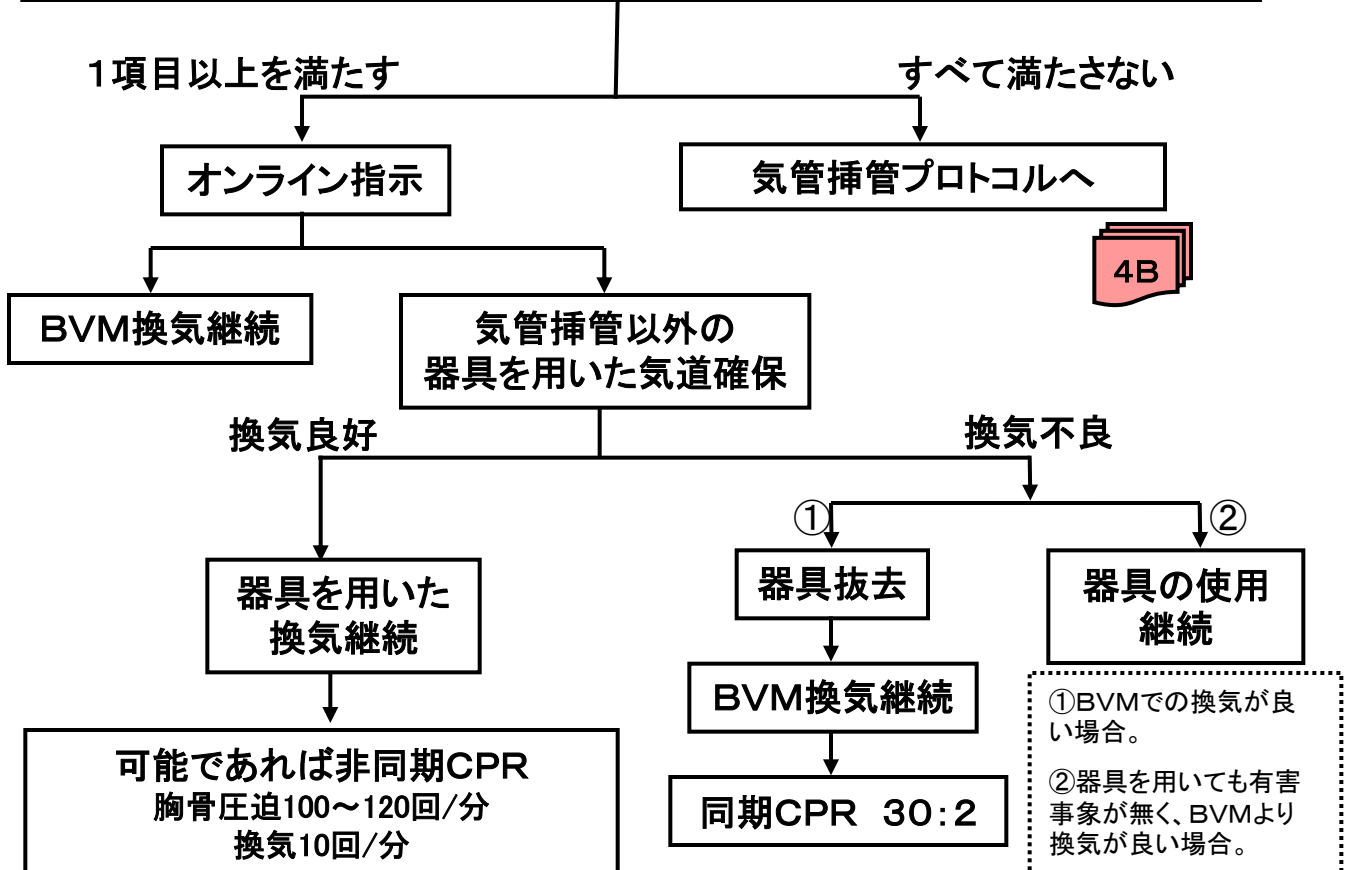
BVMによる換気が不完全、搬送所要時間が長いと予想される、階段などの悪い搬送条件、胃内容物逆流の危険性、その他救急救命士がBVMよりも器具を用いた方が望ましいと総合的に判断した場合は、以下の【A】か【B】を行う。

4A

【A】気管挿管対象外の場合

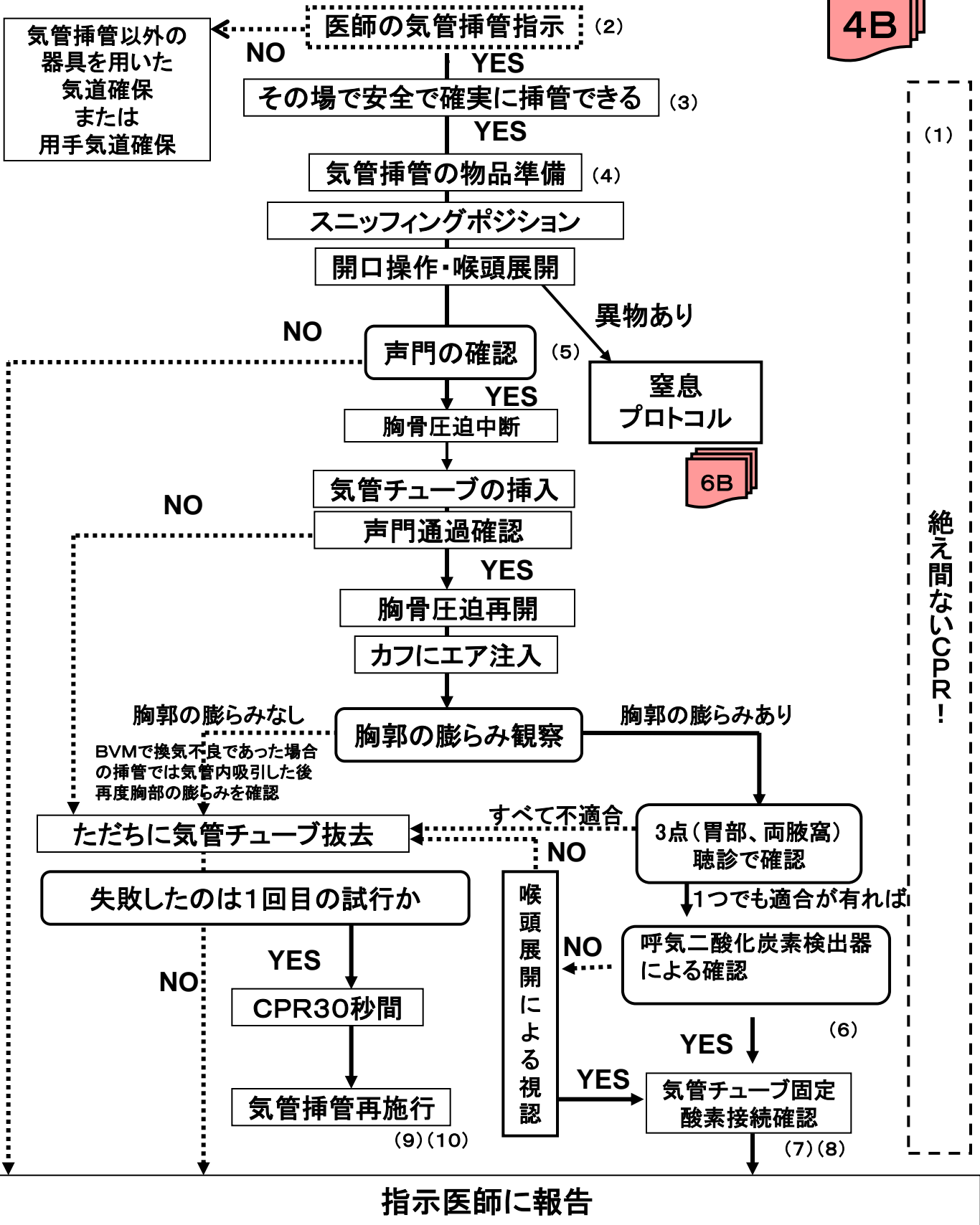
<<気管挿管の適応除外例項目>>

- ① 呼吸のみ停止
- ② 小児(およそ15歳未満)
- ③ 気管挿管有資格救急救命士の同乗なし。
- ④ 状況から頸髄損傷が強く疑われる。
- ⑤ 状況から頭部後屈困難や開口困難が強く予測される。
- ⑥ 気管挿管操作に入った後に、喉頭鏡挿入困難・喉頭展開困難・その他の理由で声帯確認困難・気管チューブ挿管困難。
- ⑦ 状況から不適切に長時間を要すると予測される、もしくは実際に要する。
- ⑧ その他担当救急救命士が気管挿管不相当と考える。



【B】 気管挿管プロトコル

4B



気管挿管プロトコル

- (1) 操作・確認を通じて、胸骨圧迫中断時間を最低限にする。原則5秒以内、最長10秒以内。
- (2) 家族に簡潔に説明して開始する。
- (3) 気管挿管は安全で実施しやすい環境であればできる限り現場で行う。また、移動する場合も胸骨圧迫の中断が許容範囲である場所への移動に止める。
- (4) 気管チューブのサイズは男性では7.5ないし8.0mm、女性では7.0mmとする。
- (5) 声門の確認とは、ほぼ全体が視認できることである(コーマックグレードI)。声門の確認時には原則として胸骨圧迫を中断しないが、困難な場合は胸骨圧迫を最低限の時間中断させる。気管チューブ挿入前後は胸骨圧迫を一時中断する。ただし、胸骨圧迫の中断が、気管チューブ挿入操作を開始してから約10秒以上かかる場合はCPRにいったん戻る。BURP法を併用しても声門の確認が困難な場合は気管挿管を断念する。
- (6) 正しく気管チューブが気管内に留置されているかについては、呼気二酸化炭素検出器を含んだ複数の所見を合わせて総合的に評価する。

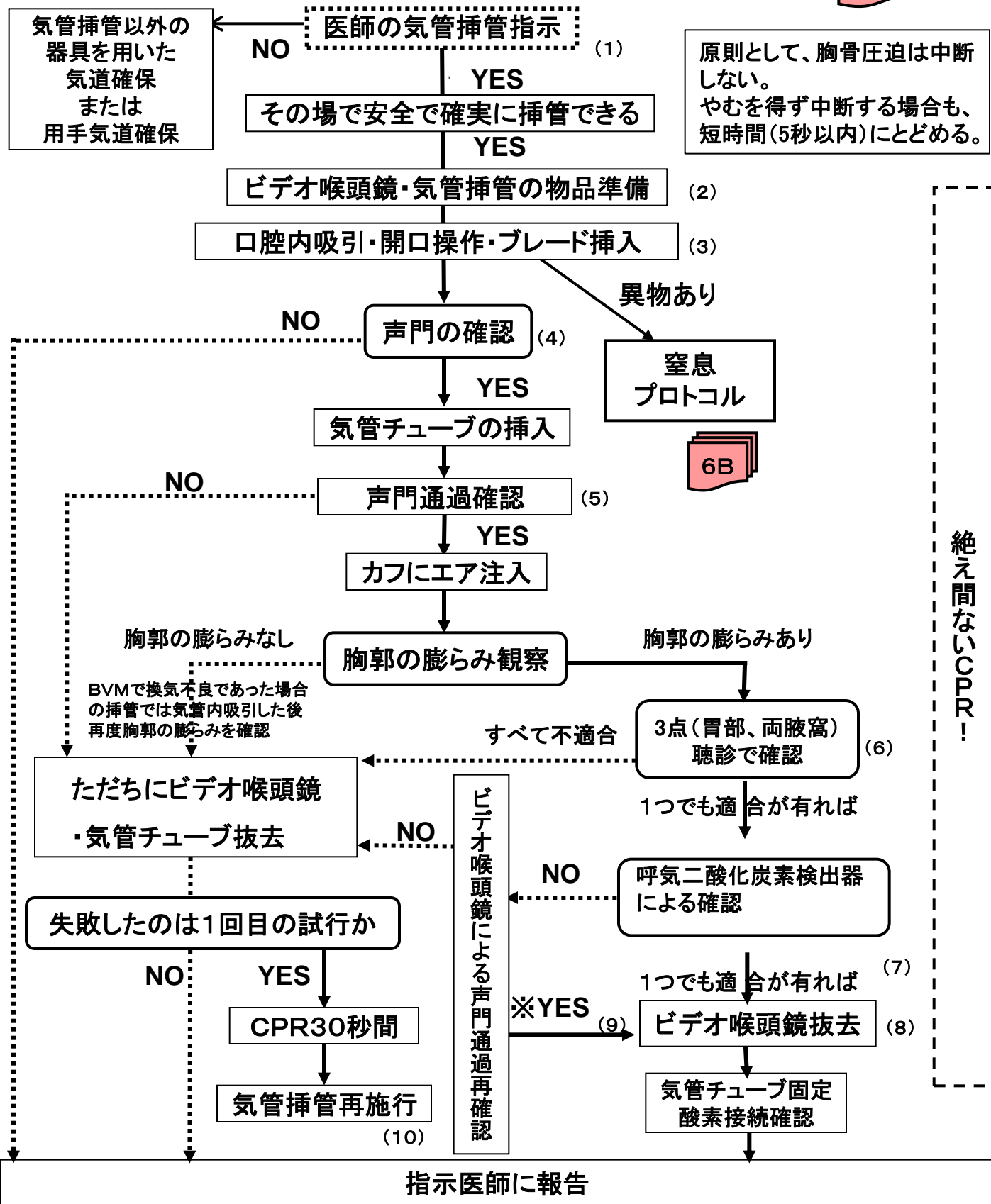
呼気中に二酸化炭素の存在が確認できないときは、喉頭展開し、気管チューブが声門を通過していることを確認する。

※カプノメーターが有る場合はその使用を推奨する。

- (7) 気管チューブの固定には専用固定器具を用いる。
 - (8) 移送中・CPR中は気管チューブ位置の変化に十分注意する。
 - (9) 喉頭展開と気管挿管の試行は原則として合計で最大2回までとする。
 - (10) 失敗の原因を考え、スニффイ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。
- (注1) 気管チューブを通じた気管吸引は救急救命士が行う。
- (注2) 人工呼吸器を用いる場合は以下の項目に留意する。
- ・あらかじめテスト肺で機器の作動状況をチェックしておく。
 - ・酸素濃度を100%、一回換気量を6ml/kg、呼吸回数を10回/分に設定する。
 - ・最高気道内圧が頻回に35cmH₂Oを超えるようであればバッグ換気へ変更する。
 - ・気管チューブの屈曲、閉塞、接続のはずれに注意する。
 - ・人工呼吸器の様子がおかしいときは、バッグ換気に切替える。
- (注3) 予後改善が期待できない適応除外例として、「脳血管障害や循環器系傷病による心肺停止が明らかな事例」を挙げる説もあるが、現場においてこれらが「明らかな」であることは少ない。脳血管障害や循環器系傷病の可能性が疑われたとしても、気管挿管による確実な気道確保と酸素化の有用性がより優先すると判断される場合は、気管挿管を気道確保の選択肢として挙げる。

【C】ビデオ喉頭鏡による気管挿管プロトコル

4C



- (1) ビデオ喉頭鏡認定を有する救命士は、原則としてビデオ喉頭鏡による気管挿管を第1選択とするが、器具の選択に迷う状況ではオンラインMC医師に指示・指導・助言を求める。
- (2) 気管チューブのサイズは各機種に適応したものとする。
- (3) 口腔内に分泌物・血液・吐物等の存在が予測される場合や、異物による窒息が疑われる場合には、事前にマッキントッシュ型喉頭鏡を用いて口腔内を観察し、吸引を実施しておく。固形異物を見つけたら、窒息プロトコルにもとづき吸引やマギール鉗子により異物を除去する。
ビデオ喉頭鏡のブレード挿入後に分泌物等が残存する場合には、カテーテルで口腔内吸引を実施しながら挿管操作を継続する。なお、この時点で固形異物を見つれたり、多量の分泌物等によって視野を確保できない場合には、ビデオ喉頭鏡を抜去してマッキントッシュ喉頭鏡へ変更、マギール鉗子、吸引により異物除去または口腔内吸引を実施する。
直射日光の下ではビデオ喉頭鏡の液晶画面が見えにくくなるため、日蔭や車内へ移動するか日光を遮る工夫をする。移動や遮光が困難な場合には、マッキントッシュ型喉頭鏡へ変更する。
- (4) 声門の確認とは、声門全体が視認できる状態で、確認に30秒以上かかる場合は断念するか、CPRにいったん戻り、もう1回だけ再施行する。
- (5) チューブの声門通過確認は、挿管実施者だけでなく、挿管介助者等とともに必ず複数の救急隊員で実施する。医療機関への画像伝送が可能な状況では実施する。
- (6) 気管チューブを挿入し、胸郭の膨らみを観察した後も、聴診および器具を使用した確認操作が終わるまではビデオ喉頭鏡はそのままの位置で保持しておき、確認操作中も常にモニターでチューブの声門通過が確認できるようにする。聴診による確認は、最初の所見が適合であったとしても、3点すべて実施する。
- (7) 正しく気管チューブが気管内に留置されているかについては、呼気二酸化炭素検出器を含んだ複数の所見を合わせて総合的に評価する。呼気中に二酸化炭素の存在が確認できないときは、喉頭展開し、ビデオ喉頭鏡のモニタを観察し、気管チューブが声門を通過していることを確認する。
※カプノメーターが有る場合はその使用を優先する。
- (8) ビデオ喉頭鏡モニターにより気管チューブが声門部を通過していることを確認しながら、気管チューブを指で右口角にしっかりと固定しつつ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。
- (9) ※ チューブが食道に挿入されているにもかかわらず、気管内であると誤判断する危険性がある。チューブの声門通過に確信が持てない場合、もしくは他の確認所見と相違がある場合には、ただちにビデオ喉頭鏡とチューブを抜去する。医療機関への画像伝送が可能な状況では、映像を伝送してオンラインMC医師の指示に従う。
- (10) 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、BURP法などを実施する。必要に応じてオンラインMC医師の指示・指導・助言を求める。再施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。
なお、気管挿管の試行は、使用する喉頭鏡の種類を問わず合計で最大2回までとする。

原則として胸骨圧迫は中断しない。やむを得ず中断する場合も、喉頭部視認、チューブ挿入の前後、チューブ位置確認時など、短時間(5秒以内)にとどめる。

5

静脈路確保と薬剤投与



5A

【A】 静脈路確保プロトコル

静脈路確保の適応は心臓機能停止或いは呼吸機能停止例とする。ただし、アドレナリン投与を前提とする場合は心臓機能停止例のみが対象となる。

- (1) 操作・確認を通じて、原則としてCPRは中断しない。胸骨圧迫を中断せざるを得ない場合も胸骨圧迫中断時間を最低限にする。(原則5秒以内)
- (2) 穿刺する際には他の隊員に知らせるとともに針刺し事故防止に努める。
- (3) 視診・触診により静脈が確認できない場合は実施しない。
- (4) 静脈路確保に要する時間は1回90秒以内を目安とする。
- (5) 穿刺は原則2回とし、傷病者への穿刺は術者が変わっても計2回までとする。
- (6) 再穿刺においては、1回目の穿刺部位の末梢側を選択しない。
- (7) 透析患者においては、シャント側を避ける。また穿刺困難と思われる時には医師の指示を仰ぐ。
- (8) 循環血液量減少による心停止が疑われる場合には医師に指示を求め、輸液負荷を行う。

【B】 アドレナリン投与プロトコル



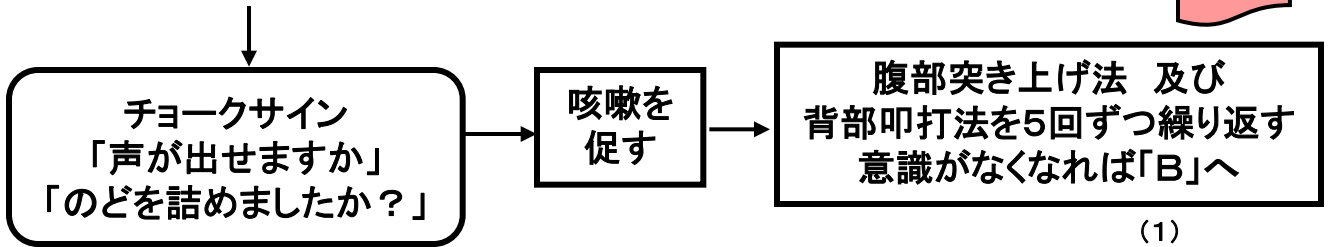
- (1) アドレナリン投与適応は、以下に該当するものとする。
 - ① 心臓機能停止(心電図波形を問わない。)
 - ② 小児(8歳以上)及び成人
- (2) 投与は、薬剤投与認定救急救命士が行う。
- (3) 医師によるオンラインの具体的指示下に投与する。
- (4) 心肺停止状況や心電図所見に加えて、PEAの場合は心拍数やQRS幅を適宜把握し、変化の有無に関わる情報を指示医師に逐次提供する。
- (5) 1mg/1mlに調整したプレフィルドシリンジの製剤を用いる。
- (6) 投与量は年齢・体重に関わらず1回1mgとする。
- (7) 投与経路は経静脈とする。
- (8) 投与のタイミングは「調律確認を行う2分毎に」同期させる。ただし、VF/VTでは除細動を優先し、薬剤は除細動後に投与する。
- (9) 調律確認後に直ちに投与できるように、調律確認前にアドレナリンシリンジを三方活栓に接続し、エア抜きを行っておく。
- (10) 2分の調律確認において、VF/VT、フラットであることを確認し、アドレナリンを投与する。
QRS波形リズムを認める時は、投与前に頸動脈で拍動が触れないことを確認した後に投与する。
- (11) アドレナリン静注の後、乳酸リンゲル液を全開で滴下し、さらに投与した肢を10～20秒挙上する。
- (12) 投与後は確保した血管を観察し、薬液の漏れや腫脹の有無を確認する。
- (13) 投与後は2分毎に調律の確認を行い、心電図変化に留意する。
 - ① 心電図波形の変化(例;心静止→QRS出現、PEA→VFなど)
 - ② PEAの場合、心拍数・QRS幅などの変化
- (14) 初回投与2分後の調律確認後、車内収容までCPRが確実に行われ2分以内で移送できる場合には2回目以後のアドレナリン投与は車内収容・現場出発後行ってもよい。
- (15) 2回目以降のアドレナリン投与は概ね4分おきであることを念頭において、医師の具体的指示に従って活動する。
- (16) 以上の手順を安全確実に実施するために、ホットラインを常に会話可能な状態に維持するか、またはそれに準ずる方法を選択する。
- (17) 平成26年1月31日から心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液等が救急救命士の行う特定行為に加わった。それにより、心停止前に静脈路確保が完了しており、その後、心停止になる場合は、ショック適応リズムであれば、電気ショック実施後にアドレナリン投与を直ちに行わず、2分後に行う。これらの手順については、ACLS及びICLSで推奨される手順を適応する。

6

窒息プロトコル

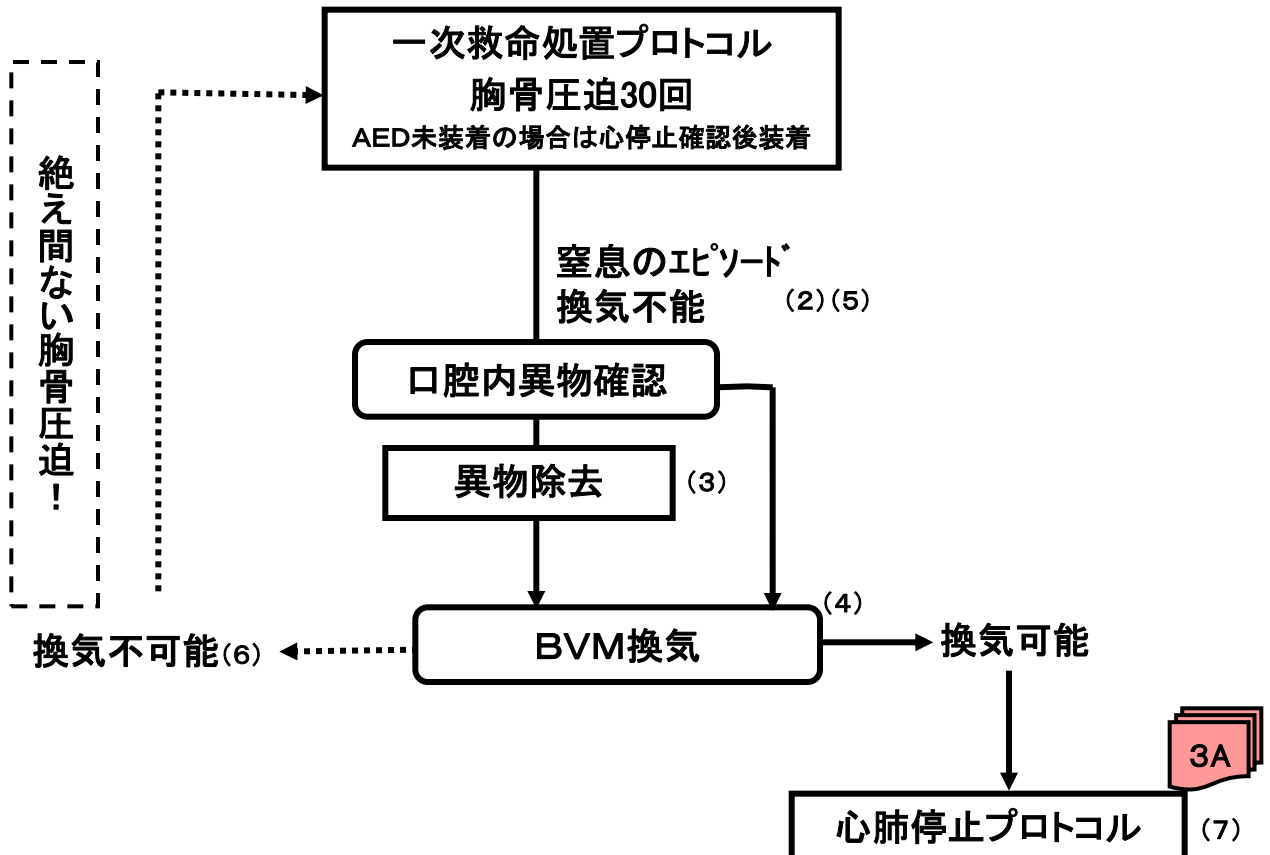
【A】意識のある場合

6A



【B】意識のない場合

6B



意識のある場合の窒息プロトコル

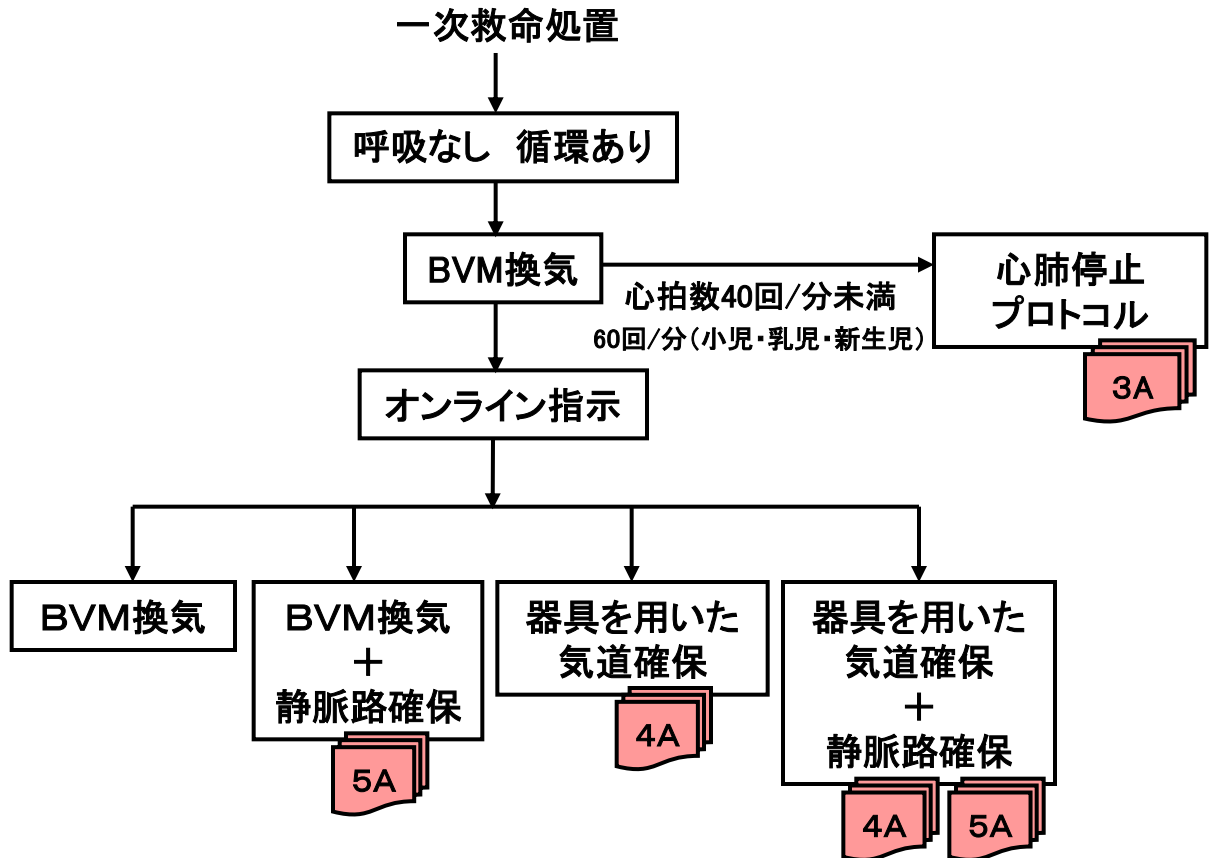
6A

- (1) 乳児、著しい肥満または妊婦では、背部叩打法、胸部突き上げ法を行い、腹部突き上げ法は行わない。

意識のない場合の窒息プロトコル

6B

- (2) 窒息のエピソードがある、または換気不能の場合には胸骨圧迫を30回実施しながら、別の救助者が口腔内観察を行い、異物の有無を確認する。
- (3) 異物が口腔内に確認され、喉頭鏡とマギール鉗子が準備できている場合にはそれらを用いて異物除去を試みる。喉頭鏡とマギール鉗子が手元にない場合や指拭法による除去が効果的であると判断した場合には舌・下顎引き上げ法フィンガースウィープを行う。この間も胸骨圧迫は継続する。
- (4) 胸骨圧迫が30回終了した時点でBVMにて換気を試みる。換気不可能な場合は再気道確保し、もう一度だけ換気を試みる。更に換気不可能な場合でも直ちに胸骨圧迫を再開し、換気が可能となるまで以上の処置を繰り返す。
- (5) 胸骨圧迫中にAEDパッドを装着する。モニターにてVF/VTが確認された場合は、窒息が解除された後、2分間のCPR後に除細動を実施する。
- (6) 現場での窒息解除が困難な状況ではMC医師に連絡し、指示を仰ぐ。
- (7) 窒息が解除され、換気可能となった場合は心肺停止プロトコルを実施する。



- (1) BVM換気は成人に対しては1回1秒で10回／分実施し、小児に対しては12～20回／分実施する。
- (2) 心電図は継続的に観察し、波形が変化したら脈拍を確認する。
- (3) 継続的に脈拍の確認を行う。
- (4) 脈拍が消失した場合または40回／分未満(小児・乳児・新生児については60回／分未満)の徐脈に変化した場合は、心肺停止プロトコルに進む。

- (1) 「明らかに死亡している」と判断されるにもかかわらず、家族等が蘇生術の施行および医療機関への搬送を望む場合は、現場の状況や家族等の心情を考慮して、自治体の行政サービスの一環として死亡者の搬送を否定するものではない。
- (2) 蘇生術の適応である（「明らかに死亡している」の判断基準のどの項目にも合致しない）場合は、家族が蘇生術の施行を望まなくても、プロトコル通りのCPRを実施する。
- (3) 蘇生術の施行がふさわしくない背景があつて（悪性腫瘍の末期など）、家族が蘇生術の施行を望まない場合も、プロトコル通りのCPRを開始する。並行して主治医と連絡を取るよう務め、患者のリビングウィル等により主治医から「CPRを行わない」旨の指示が取得されたならば、CPRを中止する。

※リビングウィル：延命治療を拒否するという意志を事前に表明しておくこと。

- (1) 必要な処置が遅滞しない範囲で、最大限の病歴の聴取を行う。目撃者（昏倒する瞬間等を見たか聞いた人）の有無・前駆症状の有無・時刻の情報は特に重要である。
- (2) 病院到着後、記録票兼検証票および転帰調査票に記載すべき内容を確認する。
- (3) 気管挿管プロトコル、アドレナリン投与プロトコルにしたがって活動した場合は、それぞれの検証票の「搬送先医師コメント」欄に、受入医師の所見の記載を依頼する。
- (4) すべてのCPA症例について記録票兼検証票を作成し、経過中の心電図所見を添えて提出する。
- (5) 気管挿管プロトコル・アドレナリン投与プロトコルにしたがって活動した場合は、それぞれについての検証票を記載し提出する。
- (6) 以上のマイクロおよびマクロの事後検証に必要な書類の記載方法の詳細は、別に定める「記載の手引き」にしたがう。