

第3部 その他

目次

1	オンラインMCが困難な状況におけるプロトコル	1
2	応援救急隊が用いる救急活動プロトコル及び 特定行為に関する指示要請	2
3	広島県気管挿管検証票	3
4	薬剤投与検証票	4
5	心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保 及び輸液検証票(1)	5
	心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保 及び輸液検証票(2)	6
	心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保 及び輸液検証票(3)	7
6	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投与 検証票(1)	8
	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 検証票(2)	9
	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投与 検証票(3)	10
7	エピネフリン(アドレナリン)製剤使用検証票	11

1

オンラインMCが困難な状況におけるプロトコル

1 適用する状況及び活動について

本プロトコルは、救急救命士による特定行為実施に際して、電波障害などのためにオンライン指示医師との通信が困難または不可能となり、オンライン指示医師からの特定行為の指示が受けられない場合に適用する。

本プロトコルは、「第1部 心肺停止」、「第2部 心肺停止前」に係る救急隊現場活動プロトコルに適用する。

2 オンラインMCが困難な状況におけるプロトコル

- (1) それぞれのプロトコルに従って特定行為を実施する。
- (2) 通信可能となった時点で速やかにプロトコル実施状況についてオンラインMC医師に報告、了解を得る。
- (3) 搬送記録において次の事項についても記録しておく。
 - ・ 通信途絶の状況
 - ・ 通信手段の確保に関して講じた措置内容
 - ・ 代替手段がなかったこと及びないと判断した根拠や理由
 - ・ 傷病者の切迫性
- (4) 事後検証において、オンラインシステムの課題・実施された特定行為等について、通信途絶の状況等の環境的要因も考慮した上で、医療機関も含めたメディカルコントロール体制の中で検証を受ける。

2

応援救急隊が用いる救急活動プロトコル及び特定行為に関する指示要請

1 適用する状況及び活動について

本プロトコルは、救急隊が、応援救急隊として圏域外に出動して救急活動を実施する場合及び応援救急隊の救急救命士が特定行為を実施する場合に適用する。

本プロトコルは、「第1部 心肺停止」、「第2部 心肺停止前」に係る救急隊現場活動プロトコルに適用する。

2 応援救急隊が用いる救急活動プロトコル及び特定行為に関する指示要請

- (1) 応援救急隊として圏域外に出動する際の救急活動については、特段の指示がなければ平時と同じメディカルコントロール体制に基づき実施する。
- (2) 特定行為に関する指示要請については、受援側から指示体制等が指定されるまでは、派遣元メディカルコントロール協議会に所属する医師に対して行う。
- (3) 応援救急隊が実施した救急活動について、救急救命処置録、救急活動記録票などの報告書類を作成する。

広島県気管挿管検証票

使用喉頭鏡 ビデオ喉頭鏡 マッキントッシュ型喉頭鏡
 事案番号 _____
 指示要請時刻 20 年 月 日 AM/PM 時 分
 気管挿管実施時刻 AM/PM 時 分
 年齢 () 歳
 性別 男性 / 女性
 気管挿管実施救急救命士名 [_____]
 指示医師名 [_____]
 指示医師所属医療機関 [_____]
 適応 1、窒息 2、その他(_____)
 気管チューブサイズ(内径) () mm
 気管チューブ深さ(門歯より) () cm
 挿管成功するまでの気管挿管回数 1回 2回

	1回目				2回目*			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Cormackグレード								
BURP法の併用		有	無			有	無	
一次確認								
胸郭の挙上		有	無			有	無	
心窩部聴診(ごぼごぼ音)		有	無			有	無	
胸部聴診(呼吸音)		有	無			有	無	
二次確認								
カプノメーター(CO2レベル変化)	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 実施せず		<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 実施せず	
	ETCO ₂ () mmHg				ETCO ₂ () mmHg			
イージーキャップ(黄色変化)	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 実施せず		<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 実施せず	
エアウェイチェッカー(4秒以内膨張)	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 実施せず		<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 実施せず	
チューブ位置判定結果	1、気管内 2、食道内				1、気管内 2、食道内			

気管挿管出来なかった場合の代替手段 1、LMA/LT/他(_____) 2、経鼻/経口エアウェイ 3、用手気道確保
 気管挿管出来なかった場合の理由

	1回目	2回目*
	1、食道挿管	1、食道挿管
	2、喉頭確認困難	2、喉頭確認困難
	3、その他(_____)	3、その他(_____)

*1回目に食道挿管や時間内で気管挿管が出来なかった場合

合併症

唇、舌の異常	有	無	(_____)
歯牙の異常	有	無	(_____)
喉頭、咽頭の異常	有	無	(_____)
食道の異常	有	無	(_____)
気管チューブの異常	有	無	(_____)
その他	(_____)		

搬送先医師のコメント

薬剤投与検証票

傷病者接触時刻	時 分		
傷病者接触時心電図	VF・VT・PEA・心静止*	*目撃された心静止に限る	
静脈穿刺回数	1回・2回	静脈路確保指示医師名；	
静脈路確保時刻	時 分	穿刺成功部位； 手背・前腕・肘	
薬剤投与指示受け時刻	時 分	薬剤投与指示医師名；	
薬剤投与直前心電図	VF・VT・PEA・心静止		
エピネフリン投与	投与時刻	投与後効果	備考
1回目	時 分	1、心拍再開あり(再開時刻 時 分)	
		2、心拍再開なし	
2回目	時 分	1、心拍再開あり(再開時刻 時 分)	
		2、心拍再開なし	
3回目	時 分	1、心拍再開あり(再開時刻 時 分)	
		2、心拍再開なし	
それ以上	時 分	1、心拍再開あり(再開時刻 時 分)	
		2、心拍再開なし	
	時 分	1、心拍再開あり(再開時刻 時 分)	
		2、心拍再開なし	
エピネフリン総投与量	mg		
合併症	静脈路確保部の薬液漏れによる	1、腫脹なし	2、腫脹あり
	その他		
VF/VTへの追加除細動	除細動時刻	追加除細動の効果	
	時 分	1、心拍再開あり(再開時刻 時 分)	備考
病院到着時傷病者状況	1、心拍あり(心拍数 /分、 血圧 / mmHg)		
	2、心拍なし(VF・VT・PEA・心静止)		
受け入れ医師コメント			

* CPA事後検証票の心電図波形のコピーに、投与時刻を矢印で記入して下さい

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検証票(1)

救急出動年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 事案番号 _____

記入者氏名 _____ (_____ 救急隊 救急救命士, 標準, II, I)

年齢 _____ 歳 性別 (男, 女) 受入医療機関名 _____ 受入医師名 _____

通報内容 _____

発症の経緯 _____

入電時刻 _____ 時 _____ 分 現着時刻 _____ 時 _____ 分 傷病者接触時刻 _____ 時 _____ 分

収容依頼 ① _____ 病院 → ② _____ 病院 → ③ _____ 病院 → ④ _____ 病院

収容依頼時刻 _____ 時 _____ 分 _____ 時 _____ 分 _____ 時 _____ 分 _____ 時 _____ 分

(拒否理由) _____

現発時刻 _____ 時 _____ 分 病着時刻 _____ 時 _____ 分

【心肺機能停止前の輸液】 実施 実施者 _____ 未実施 理由 _____

ショック

判断理由 皮膚の蒼白 湿潤・冷感 頻脈 微弱な脈拍

その他 (_____)

疑ったショックの病態 出血 脱水 熱傷 アナフィラキシー

心原性 神経原性 敗血症性 閉塞性

その他 (_____)

長時間の挟圧

クラッシュ症候群が疑われる クラッシュ症候群に至る可能性がある

(判断理由 _____)

◎ 静脈路確保指示 あり なし → なしの理由 (_____)

★ 指示医師名 _____ 所属医療機関 _____

◎ 静脈路確保 回目 成功, 不成功 → 理由 (_____)

回目 成功, 不成功 → 理由 (_____)

穿刺位置 上肢, 下肢 留置針 _____ G 施行場所 _____

静脈路確保時刻 _____ 時 _____ 分

輸液速度 急速輸液, 維持輸液, その他 _____

輸液量 _____ ml

※傷病者の自覚症状の改善 あり _____, なし ※傷病者の他覚症状の改善 あり _____, なし

バイタルサイン等

	初期観察時	→	→	→	→	医療機関到着前
時:分	:	:	:	:	:	:
呼吸数						
SpO ₂						
脈拍(心拍)数						
血圧						
意識レベル						
体温						
観察・処置等						

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検証票（2）

年月日	事案番号	
傷病者接触時刻	時	分
傷病者年齢	歳	
傷病者の状態	<input type="checkbox"/> 増悪するショックである	
	<input type="checkbox"/> クラッシュ症候群疑い	
	<input type="checkbox"/> クラッシュ症候群に至る可能性が高い	
事故概要(簡記)		
ショックの種類	性ショック	
輸液前バイタル	呼吸_____回, SpO2_____% , 脈拍_____回 , 血圧 / mmHg , 意識レベルJCS , 体温 _____°C	
ショック指数	(心拍数/収縮期血圧) : _____ 時 分	
静脈穿刺可否判断※	可 ・ 否	※救急救命士が目視で判断
静脈路確保要保請	<input type="checkbox"/> 指示、指導助言あり <input type="checkbox"/> 連絡とれず(理由: _____)	
	連絡がとれるまでに要した発信回数(_____ 回) MC医師と会話できるまでに要した時間 <input type="checkbox"/> 1分未満 <input type="checkbox"/> 1分以上(_____ 分)	
	要請者名 _____ 医師氏名 _____ 医師所属機関 _____	
	指示指導助言(時刻と内容)	
穿刺成功部位;	上肢 ・ 下肢 _____	静脈 _____ Gで確保
静脈穿刺回数	_____ 回	
静脈路確保時刻	時 _____ 分	
輸液開始時刻	時 _____ 分	
輸液滴下	急速輸液 ・ 維持輸液	
病着前バイタル	呼吸_____回, SpO2_____% , 脈拍_____回 , 血圧 / mmHg , 意識レベルJCS , 体温 _____°C	
病院内ショック指数	(心拍数/収縮期血圧) : _____ 時 分	
総輸液量	_____ ml	
受け入れ医師コメント		

※搬送時に受け入れ医師コメントまたは氏名の記載を受けること。

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検証票(1)

救急出動年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 事案番号 _____
 記入者氏名 _____ (_____ 救急隊 救急救命士, 標準, II, I)
 年齢 _____ 歳 性別 (男, 女) 受入医療機関名 _____ 受入医師名 _____
 通報内容 _____
 発症の経緯 _____
 入電時刻 _____ 時 _____ 分 現着時刻 _____ 時 _____ 分 傷病者接触時刻 _____ 時 _____ 分
 収容依頼 ① _____ 病院 → ② _____ 病院 → ③ _____ 病院 → ④ _____ 病院
 収容依頼時刻 _____ 時 _____ 分 _____ 時 _____ 分 _____ 時 _____ 分 _____ 時 _____ 分
 (拒否理由) _____
 現発時刻 _____ 時 _____ 分 病着時刻 _____ 時 _____ 分

【血糖測定】 実施者 _____
 意識レベル 【 JCS - 】
 処方抗糖尿病薬 インスリン注射薬 (薬品名: _____)
 経口血糖降下薬 (薬品名: _____)
 低血糖と判断した理由 (_____)
 血糖測定 成功, 失敗 → 失敗の理由 (_____)
 ★血糖測定値 (_____ mg/dL : 測定時刻 _____ 時 _____ 分) 施行場所 _____

【ブドウ糖投与】 実施 実施者 _____ 未実施 理由 _____
 ブドウ糖等投与指示 あり なし → なしの理由 (_____)
 ★ 指示医師名 _____ 所属医療機関 _____
 静脈路確保 回目 成功, 不成功 → 理由 (_____)
 回目 成功, 不成功 → 理由 (_____)
 穿刺位置 上肢, 下肢, 留置針 _____ G 施行場所 _____
 静脈路確保時刻 _____ 時 _____ 分 ※3回目以降のブドウ糖再投与は下表に記入すること。
 ブドウ糖投与 あり → (_____ 回), ブドウ糖投与時刻 _____ 時 _____ 分 ブドウ糖投与量 _____ mL

【ブドウ糖投与後の状態】 意識回復 あり (JCS - ; _____ 時 _____ 分), なし
 意識回復後の再度の悪化 あり, なし (JCS - ; _____ 時 _____ 分)
 血糖再測定値 (_____ mg/dL : 測定時刻 _____ 時 _____ 分)
 ブドウ糖再投与 あり → (_____ 回), なし ブドウ糖再投与時刻 _____ 時 _____ 分 ブドウ糖投与量 _____ mL

※傷病者の自覚症状の改善 あり _____, なし ※傷病者の他覚症状の改善 あり _____, なし
 ★医療機関血糖測定値 (_____ mg/dL : 測定時刻 _____ 時 _____ 分)

バイタルサイン等

	初期観察時	→	→	→	→	医療機関到着前
時 : 分	:	:	:	:	:	:
呼吸数						
SpO ₂						
脈拍(心拍)数						
血圧						
意識レベル						
漏れ腫れ						
観察・処置等						

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投与検証票(2)

年月日	事案番号
傷病者接触時刻	時 分
傷病者意識レベル	JCS-
頭痛のエピソード	あり なし
血糖測定値	mg/dℓ 時 分

傷病者年齢	歳
静脈穿刺可否判断※	可 ・ 否
※救急救命士が目視で判断	
静脈 指路 指示 確保 要保 請	<input type="checkbox"/> 指示、指導助言あり <input type="checkbox"/> 連絡とれず(理由: _____)
	連絡がとれるまでに要した発信回数(回) MC医師と会話できるまでに要した時間 <input type="checkbox"/> 1分未満 <input type="checkbox"/> 1分以上(分)
	要請者名 _____ 医師氏名 _____ 医師所属機関 _____
	指示指導助言(時刻と内容)
穿刺成功部位: 上肢 ・ 下肢 _____ 静脈 _____ Gで確保	
静脈穿刺回数	回
静脈路確保時刻	時 分

ブドウ糖投与指示医師名:		所属医療機関:	
ブドウ糖溶液投与	投与時刻	投与後効果	
1回目	時 分	1、意識回復あり 2、意識回復なし	
	mℓ	JCS	時 分
再血糖測定	mg/dℓ	時 分	
再測定指示医師名:			
ブドウ糖溶液投与	投与時刻	投与後効果	
2回目	時 分	1、意識回復あり 2、意識回復なし	
	mℓ	JCS	時 分
再投与指示医師名:			
ブドウ糖溶液総投与量	mℓ		
合併症	ブドウ糖投与前	1、腫脹なし 2、腫脹あり	
	ブドウ糖投与中	1、腫脹なし 2、腫脹あり	
	ブドウ糖投与後	1、腫脹なし 2、腫脹あり	
最終意識確認	時 分	1、意識回復あり 2、意識回復なし	
		JCS	時 分
医師への最終報告	時 分	病院名	
		医師氏名	
医療機関血糖測定値	mg/dℓ	1、意識回復あり 2、意識回復なし	
		JCS	時 分
受け入れ医師コメント			

※搬送時に受け入れ医師コメントまたは氏名の記載を受けること。

- 救命救急センターまたはそれに準ずる地域内の基幹的病院へ搬送（_____病院）
- 直近の一般の病院へ搬送（_____病院）
- 直近の診療所へ搬送（_____医院）
- 患者が所持している自己注射が可能なエピネフリン（アドレナリン）製剤を使用
- ドクターカー、ドクターヘリを要請

【第4段階】自己注射が可能なエピネフリン（アドレナリン）製剤使用を選択した場合

- ◇ 酸素投与（リザーバー付、10ℓ/分）（Yes、No）
- ◇ 下肢拳上体位（Yes、No）
- ◇ 確認方法
 - あらかじめ交付されていることを本人から確認 本人が着衣などに直接携帯
 - 関係者などから、あらかじめ交付されていることを確認
- ◇ 具体的指示（Yes、No）[_____病院、_____医師]
- ◇ 投与量（0.3 mg、0.15 mg）
- ◇ 投与時刻 _____時_____分

【第5段階】継続観察と病院到着後の記載

時刻	患者接触時 (初回測定時)	投与直後 ____:____	1分後 ____:____	3分後 ____:____	5分後 ____:____	10分後 ____:____	分後 ____:____
意識							
脈拍							
血圧							
呼吸数							
SPO ₂	%(ℓ)	%(ℓ)	%(ℓ)	%(ℓ)	%(ℓ)	%(ℓ)	%(ℓ)
症状の経過							
心電図 所見							

自己注射が可能なエピネフリン（アドレナリン）製剤非投与例は記載不要

- ◇ 病院到着 _____時_____分[_____病院、_____医師]
- ◇ 受け入れ医師によるコメント_____.
- ◇ 転帰_____.