

令和 2 年 1 0 月 2 0 日

都道府県医師会

担 当 理 事 殿

公益社団法人日本医師会常任理事

長 島 公 之



令和 2 年度厚生労働省病院前医療体制充実強化事業

「救急救命士が行う救急救命処置に関する検討事業」

救急救命処置の追加、除外等に関する提案の募集について（情報提供）

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

今般、厚生労働省の救急救命処置検討委員会委員長より本会宛に標記の協力方依頼がございました。

本事業は、厚生労働省より株式会社シード・プランニングに対する委託事業であり、救急救命士が行う救急救命処置の追加、除外等について以下の①②の団体より提案を募集するものです。

① 都道府県・地域MC協議会、消防機関、海上保安庁

② 以下の学会・団体

公益社団法人日本医師会 一般財団法人救急振興財団 全国消防長会

公益財団法人日本麻酔科学会 一般社団法人日本救急医学会

全国保健所長会 一般社団法人日本臨床救急医学会 全国衛生部長会

つきましては、貴会におかれましても本件につきご了知いただくとともに、貴会管下郡市区医師会等への周知方、並びに、都道府県・地域MC協議会等における本件のご検討につきご高配を賜りますようお願い申し上げます。

令和2年10月15日

公益社団法人 日本医師会
会長 中川 俊男 殿

救急救命処置検討委員会
委員長 坂本 哲也

令和2年度 厚生労働省 病院前医療体制充実強化事業
「救急救命士が行う救急救命処置に関する検討事業」

救急救命処置の追加、除外等に関する提案の募集について

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素からの格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

当委員会は、令和2年度 厚生労働省 病院前医療体制充実強化事業「救急救命士が行う救急救命処置に関する検討事業」として、救急救命処置の追加や除外等についての提案を受け付け、審査し、その結果を厚生労働省に報告する事業に取り組んでいるところです。

今般、救急救命処置の追加、除外等に関する提案の募集を行うこととなりました。つきましては、貴学会・団体より、必要に応じて、救急救命処置の追加、除外等に関する提案についてご協力をお願いします。詳細は、下記の添付資料をご確認ください。

今後ともご指導、ご鞭撻を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

敬具

記

- 1 救急救命処置の追加、除外等に関する提案 募集要綱
- 2 救急救命処置の追加、除外等に関する提案 登録要領
- 3 救急救命士が行う救急救命処置の追加、除外等に関する提案に必要な入力項目・入力例
- 4 救急救命処置の追加、除外等に関する提案の審査と振り分けについて

【本件お問合せ先】株式会社シード・プランニング（当事業受託事業者）
「救急救命士が行う救急救命処置の追加、除外等に関する提案登録窓口」サイト
下記 URL の画面右上「お問合せはこちら」（赤いボタン）からお願いします。
<https://ws.seedplanning.co.jp/r2kyukyushochi/>

令和2年10月15日

救急救命処置の追加、除外等に関する提案
募集要綱

救急救命処置検討委員会

医学、医療は絶えず進歩、発展しています。病院に到着する前までに行われる医療、すなわち病院前救急医療もその例外ではありません。病院に到着するまでの間に救急救命士が行う救急救命処置の範囲についても、病院前救急医療の進歩、発展に応じて適切に見直す必要があります。

このような状況の中、当委員会は救急救命処置の追加や除外等についての提案を受け付け、審査し、その結果を厚生労働省に報告する事業に取り組んでいます。

つきましては、救急救命処置の追加、除外等に関する提案を下記のとおり募集いたします。救急救命処置の範囲が、重度傷病者の症状の著しい悪化を防止し、また、その生命の危険を回避するためにより一層適切になるためにご協力をお願いいたします。

記

1 提案の対象

救急救命処置について、新しい処置の追加の提案と、既存の処置の除外・見直しについての提案を募集します。救急救命士法（第2条）が規定する救急救命処置の前提条件を満たさないもの、及び倫理的に不適切と考えられるものについては対象としません。

2 募集期間

令和2年10月30日から令和2年11月30日まで

3 提案者の要件

つぎのいずれかに該当する団体から提案を受け付けます。

①都道府県・地域MC協議会、消防機関、海上保安庁

②以下の学会・団体 ※

- ・公益社団法人日本医師会 ・一般財団法人救急振興財団 ・全国消防長会
- ・公益財団法人日本麻酔科学会 ・一般社団法人日本救急医学会
- ・全国保健所長会 ・一般社団法人日本臨床救急医学会 ・全国衛生部長会

※ 全国メディカルコントロール協議会連絡会世話人会の構成団体

4 提案先

株式会社シード・プランニング※「救急救命士が行う救急救命処置の追加、除外等に関する提案登録窓口」サイト

<https://ws.seedplanning.co.jp/r2kyukyushochi/>

※厚生労働省の病院前医療体制充実強化事業「救急救命士が行う救急救命処置に関する検討事業」（令和2年度）を受託した事業者

5 提案方法

次の点に留意した上で、裏付ける資料とともに、上記登録サイトより入力、登録してください。

- ・ 登録の詳細については、「登録要領」を参照して下さい。入力に必要な項目については、「提案に必要な入力項目」を参照願います。
- ・ 募集要綱、登録要領等に従っていない場合、資料の不備が明らかな場合、すでに同様の提案を受け付けている場合などは、提案を受け付けないことがあります。
- ・ 入力内容の正確性向上のため、提案内容について専門的知識を有する医師などになるべく相談した上でご登録をお願いします。
- ・ 登録の重複を避けるため、前回の募集と審査の結果を確認いただいた上で、ご登録をお願いします。
 - ①平成30年度 救急救命処置の追加、除外等に関する提案の概要と対応（一覧）
 - ②令和元年度 救急救命処置に関する提案への評価結果（一覧）

6 利益相反の管理

提案者（代表者）と、推薦団体の代表者には、提案内容に関わる利益相反について、所定の「利益相反自己申告書」を提出していただきます。申告書への記載内容について当委員会から問い合わせを行う場合があります。

7 提案受け付け後の事務の流れ、審査方法

受け付けた提案は、当委員会で審査し、結果を厚生労働省に報告いたします。審査は、提案者より登録された情報等に基づいて行います。審査に必要な情報が登録されていない場合や不明な点がある場合、資料の不足等がある場合などには、詳細な審査を行わずに提案者に差し戻したり、提案者に対して登録情報の加筆修正や資料の追加などをお願いしたりする場合がありますので、予めご了承ください。

「救急救命処置の追加、除外等に関する提案の審査と振り分けについて」もあわせてご確認をお願いします。

令和2年10月15日

救急救命処置の追加、除外等に関する提案
登録要領

救急救命処置検討委員会

救急救命士が行う救急救命処置の追加、除外等に関する提案を登録する際には、下記の事項にご留意願います。この留意事項に沿っていない場合には、提案を受け付けないことがあります。

記

1 提案の単位

- ・ 一つの提案（新しい処置の追加、既存の処置の除外・見直し）ごとに登録してください。

2 登録方法

- ・ インターネット上の登録サイトから電子的に登録してください。書類の郵送などでの登録は受け付けません。

3 入力内容

- ・ 必要事項の入力は、日本語でお願いします。簡潔で、わかりやすい情報の入力にご配慮願います。
- ・ 入力にあたっての項目ごとの留意点、文字数の制限などについては、「提案に必要な入力項目」等をご参考願います。
- ・ 項目ごとに必要な情報については、登録サイトの「入力例」を参考にしてください。ただし、審査の過程では、「入力例」に記載されている以上の情報の提供を提案者にお問い合わせする場合があります。

4 資料

- ・ 項目によっては、入力内容を裏付ける資料の添付が必要です。必要十分な資料の量になるようにご配慮願います。
- ・ 資料の重要部分は、下線や囲み線などを用いてわかりやすく示してください。報告書やテキストを登録する際には、該当箇所を明記してください。
- ・ 日本語と英語以外の資料には、日本語訳を求める場合があります。
- ・ 資料の登録は、原則として、電子ファイルでのみ受け付けますが、インターネット上で容易に確認できるものは、URLの指定でも結構です。電子ファイルは、word (.doc、.docx)、excel (.xls、.xlsx)、pdf (.pdf)、

画像（.jpg、.jpeg、.gif、.png）のファイル形式に限ります。

5 提案の受付

- 登録された提案は、登録内容や添付資料について、事務的な確認を行います。外形的、形式的に適切でないと判断したものは受け付けない場合があります。

6 重複提案への対応

- 複数の提案者から、内容にほとんど差異がない提案がなされた場合、一提案者からの一つの提案としての登録を依頼する場合があります。
- 複数の提案者から、同主旨だが提案範囲等が異なる提案が登録された際には、提案内容の統一のために調整を依頼する場合があります。
- 一度、審査し振り分けを行ったものと同主旨の提案については、前回の審査・振り分け時点と比べて、新たな有用情報や病院前救急医療をとりまく状況の変化などがない場合には、提案を受け付けない場合や差し戻す場合があります。

7 登録された情報の取扱い

- 個人情報を除き、登録された内容は公開する予定としていますので予めご理解いただいた上で登録願います。
- 受け付けた提案は、基本的にすべて厚生労働省に報告いたします。

8 その他

提案の方法、提案に必要な入力項目、本要領、登録サイトなどは必要に応じて随時見直します。

(2) 効果 (利点) (必須)

19	医療機関へ搬送後に実施する場合に比べて、病院又は診療所に搬送されるまでに実施することで、重度傷病者にどのような具体的効果が期待できるか(※入力は、500文字以内とする。)					
20	裏付ける資料の添付の有無 <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 有り ※資料有りの場合は、ファイルを添付 (アップロード) し登録する。 <table border="1"><tr><td>word (.doc、.docx)</td><td>excel (.xls、.xlsx)</td><td>pdf (.pdf)</td><td>画像 (.jpg、.jpeg、.gif、.png)</td><td>参照</td></tr></table> ※添付資料の該当箇所には下線・囲み線等を用いて明示する。 ※一つの提案書につき、添付ファイルのデータ総量は、最大10MB以内です。	word (.doc、.docx)	excel (.xls、.xlsx)	pdf (.pdf)	画像 (.jpg、.jpeg、.gif、.png)	参照
word (.doc、.docx)	excel (.xls、.xlsx)	pdf (.pdf)	画像 (.jpg、.jpeg、.gif、.png)	参照		

(3) 実施頻度 (必須)

21	処置の頻度はどの程度か (予想される処置の需要はどの程度あるか、搬送件数当たり、もしくは人口当たりの想定数を記載してください) (※入力は、500文字以内とする。)					
22	上記の根拠 (提案者の地域や都道府県の搬送実績などから具体的に根拠を示してください) (※入力は、500文字以内とする。)					
23	裏付ける資料の添付の有無 <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 有り ※資料有りの場合は、ファイルを添付 (アップロード) し登録する。 <table border="1"><tr><td>word (.doc、.docx)</td><td>excel (.xls、.xlsx)</td><td>pdf (.pdf)</td><td>画像 (.jpg、.jpeg、.gif、.png)</td><td>参照</td></tr></table> ※添付資料の該当箇所には下線・囲み線等を用いて明示する。 ※一つの提案書につき、添付ファイルのデータ総量は、最大10MB以内です。	word (.doc、.docx)	excel (.xls、.xlsx)	pdf (.pdf)	画像 (.jpg、.jpeg、.gif、.png)	参照
word (.doc、.docx)	excel (.xls、.xlsx)	pdf (.pdf)	画像 (.jpg、.jpeg、.gif、.png)	参照		

(4) 手技の難易度 (処置を行う上での技術的難易度)

24	手技の難易度について、既存の救急救命処置とくらべて、どの程度か。(同程度と考えられる処置を、別表より選択) (※該当する番号を選択する。)					
25	適応を判断する難易度について、既存の救急救命処置とくらべて、どの程度か。(同程度と考えられる処置を、別表より選択) (※該当する番号を選択する。)					
26	上記、項目24・25のように判断した理由 (※入力は、500文字以内とする。 ※項目24……と記入する。 ※項目25……と記入する。)、測定結果の評価の難易度とそう判断した理由 (※測定を行う処置の場合)					
27	裏付ける資料の添付の有無 (論文・ガイドライン・トレーニングプログラム等) <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 有り ※資料有りの場合は、ファイルを添付 (アップロード) し登録する。 <table border="1"><tr><td>word (.doc、.docx)</td><td>excel (.xls、.xlsx)</td><td>pdf (.pdf)</td><td>画像 (.jpg、.jpeg、.gif、.png)</td><td>参照</td></tr></table> ※添付資料の該当箇所には下線・囲み線等を用いて明示する。 ※一つの提案書につき、添付ファイルのデータ総量は、最大10MB以内です。	word (.doc、.docx)	excel (.xls、.xlsx)	pdf (.pdf)	画像 (.jpg、.jpeg、.gif、.png)	参照
word (.doc、.docx)	excel (.xls、.xlsx)	pdf (.pdf)	画像 (.jpg、.jpeg、.gif、.png)	参照		

(5) 侵襲度

28	侵襲度の分類 (※該当するものを選択する。) <input type="radio"/> 観血的処置 (出血を伴う処置) <input type="radio"/> 非接触部への処置 (通常触れない部位への処置) <input type="radio"/> いずれも該当しない					
29	侵襲度について、既存の救急救命処置とくらべて、どの程度か。(同程度と考えられる処置を、別表より選択) (※該当する番号を選択する。)					
30	上記、項目28・29のように判断した理由 (※入力は、500文字以内とする。 ※項目28……と記入する。 ※項目29……と記入する。)					
31	裏付ける資料の添付の有無 (論文・ガイドライン等) <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 有り ※資料有りの場合は、ファイルを添付 (アップロード) し登録する。 <table border="1"><tr><td>word (.doc、.docx)</td><td>excel (.xls、.xlsx)</td><td>pdf (.pdf)</td><td>画像 (.jpg、.jpeg、.gif、.png)</td><td>参照</td></tr></table> ※添付資料の該当箇所には下線・囲み線等を用いて明示する。 ※一つの提案書につき、添付ファイルのデータ総量は、最大10MB以内です。	word (.doc、.docx)	excel (.xls、.xlsx)	pdf (.pdf)	画像 (.jpg、.jpeg、.gif、.png)	参照
word (.doc、.docx)	excel (.xls、.xlsx)	pdf (.pdf)	画像 (.jpg、.jpeg、.gif、.png)	参照		

(6) 危険度 (必須)

32	危険度 (処置が処置が適切に実施されなかった場合に傷病者に生じる影響、適切に実施された場合でも傷病者によっては生じる副反応など) について、既存の救急救命処置とくらべて、どの程度か。(同程度と考えられる処置を、別表より選択) (※該当する番号を選択する。)
33	上記のように判断した理由 (※入力は、500文字以内とする。)
34	裏付ける資料の添付の有無 (論文・ガイドライン等)

無し

有り

※資料有りの場合は、ファイルを添付（アップロード）し登録する。

word (.doc, .docx)	excel (.xls, .xlsx)	pdf (.pdf)	画像 (.jpg, .jpeg, .gif, .png)	参照
				

※添付資料の該当箇所には下線・囲み線等を用いて明示する。

※一つの提案書につき、添付ファイルのデータ総量は、最大10MB以内です。

(7) 必要な教育（必須）

35 救急の現場で適切に実施するためには、どの程度の教育（講習時間、必要症例数、認定試験）が必要か

- ・学科講習（主に座学で実施するもの。医学的基礎講習、適応を判断するための講習、手技に関する講習など）
 - 必要なし
 - 必要あり（ 時間 ）
- ・シミュレーション実習（医療機器を使用して、模擬傷病者・人体人形を活用して行うもの。手技の研修、シミュレーション研修など）
 - 必要なし
 - 必要あり（ 時間 ）
- ・臨床実習（病院実習として、実際の傷病者に実施が求められるもの）
 - 必要なし
 - 必要あり（ 必要症例数または成功症例数 ）
- ・認定試験（知識、手技、シミュレーション等が一定の基準に達したか確認する試験を必須とするか）
 - 必要なし
 - 必要あり

36 上記のように判断した理由（※入力は、500文字以内とする。）

37 裏付ける資料の添付の有無（論文・ガイドライン・トレーニングプログラム等）

無し

有り

※資料有りの場合は、ファイルを添付（アップロード）し登録する。

word (.doc, .docx)	excel (.xls, .xlsx)	pdf (.pdf)	画像 (.jpg, .jpeg, .gif, .png)	参照
				

※添付資料の該当箇所には下線・囲み線等を用いて明示する。

※一つの提案書につき、添付ファイルのデータ総量は、最大10MB以内です。

(8) 現場滞在時間への影響（必須）

38 処置の実施によってどの程度、現場滞在時間が延長（変化）するか（※入力は、500文字以内とする。）

39 裏付ける資料の添付の有無（論文・ガイドライン等）

無し

有り

※資料有りの場合は、ファイルを添付（アップロード）し登録する。

word (.doc, .docx)	excel (.xls, .xlsx)	pdf (.pdf)	画像 (.jpg, .jpeg, .gif, .png)	参照
				

※添付資料の該当箇所には下線・囲み線等を用いて明示する。

※一つの提案書につき、添付ファイルのデータ総量は、最大10MB以内です。

(9) 医師による指示の内容（必須）

40 処置の実施について、包括的あるいは具体的指示のいずれが必要か（※該当するチェックボックスにチェックする。）

具体的指示が必要

包括的指示が良い

41 上記、指示の理由（※入力は、500文字以内とする。）

42 裏付ける資料の添付の有無

無し

有り

※資料有りの場合は、ファイルを添付（アップロード）し登録する。

word (.doc, .docx)	excel (.xls, .xlsx)	pdf (.pdf)	画像 (.jpg, .jpeg, .gif, .png)	参照
				

※添付資料の該当箇所には下線・囲み線等を用いて明示する。

※一つの提案書につき、添付ファイルのデータ総量は、最大10MB以内です。

(10) 経費（必須）

43 提案の処置を導入した場合に想定される必要な初期費用と、処置を一回実施するごとに必要な経費について具体的に示してください。（※入力は、500文字以内とする。）

44 裏付ける資料の添付の有無

無し

有り

※資料有りの場合は、ファイルを添付（アップロード）し登録する。

word (.doc, .docx)	excel (.xls, .xlsx)	pdf (.pdf)	画像 (.jpg, .jpeg, .gif, .png)	参照
				

※添付資料の該当箇所には下線・囲み線等を用いて明示する。

※一つの提案書につき、添付ファイルのデータ総量は、最大10MB以内です。

D 国内における看護師などの医療従事者の実施状況（必須）

45 実施状況（どのような職種が、どのように実施しているか）（※入力は、500文字以内とする。）

46 裏付ける資料の添付の有無

無し

有り

※資料有りの場合は、ファイルを添付（アップロード）し登録する。

word (.doc、.docx) 	excel (.xls、.xlsx) 	pdf (.pdf) 	画像 (.jpg、.jpeg、.gif、.png) 	参照
---	--	---	---	----

※添付資料の該当箇所には下線・囲み線等を用いて明示する。

※一つの提案書につき、添付ファイルのデータ総量は、最大10MB以内です。

E 諸外国の状況（※「新しい処置の提案」「既存の処置の削除」「既存の処置の見直し」いずれの場合もご入力ください）

47 日本以外の病院前救急医療の先進国での現状はどうか（※入力は、500文字以内とする。）

48 裏付ける資料の添付の有無

- 無し 有り

※資料有りの場合は、ファイルを添付（アップロード）し登録する。

word (.doc、.docx) 	excel (.xls、.xlsx) 	pdf (.pdf) 	画像 (.jpg、.jpeg、.gif、.png) 	参照
---	--	---	---	----

※添付資料の該当箇所には下線・囲み線等を用いて明示する。

※一つの提案書につき、添付ファイルのデータ総量は、最大10MB以内です。

III 利益相反に関する情報（必須）

49 提案者（団体等の代表者）と、処置に関する業者からの寄付などの利害関係の状況について（※該当する場合は、別紙「申告書（word）」に記載し、pdf文書として添付する。）

- 無し 有り

pdf (.pdf) 	参照
--	----

(2) 効果 (利点) (必須)

19	医療機関へ搬送後に実施する場合に比べて、病院又は診療所に搬送されるまでに実施することで、重度傷病者にどのような具体的効果が期待できるか(※入力は、500文字以内とする。) 救急救命士が、12誘導心電図を測定して病院に事前通知することで、“病院での診断時間が短縮でき、カテーテル治療チームの招集やカテーテル治療室の準備が到着までに行える。これらにより治療までの時間が約30分短縮”されることが期待できる(文献)。それによって、心筋梗塞の傷病者の救命率の向上も期待できる(文献1)。 また、国際蘇生連絡委員会(ILCOR)による勧告に基づいて作成された「JRC蘇生ガイドライン2015」(文献2)は、心筋梗塞が疑われる成人患者に対して、“病院前12誘導ECGを記録して病院へ事前通知すること”を強く推奨している。また、“医師以外の医療従事者がST上昇型心筋梗塞を認識するために12誘導ECG解析を行うこと”についても提案している。これらは、病院前12誘導心電図を測定し病院へ通知する群は、そうでない群との比較で30日後の死亡率が32%減少するという報告(文献2)などを根拠としている。治療までの時間の短縮効果は、日本の複数の地域でも確認されている(文献3)。								
20	裏付ける資料の添付の有無 <input type="radio"/> 無し <input checked="" type="radio"/> 有り ※資料有りの場合は、ファイルを添付(アップロード)し登録する。 <table border="1"><tr><td>文献1</td><td>文献2</td><td>文献3</td><td>参照</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> ※添付資料の該当箇所には下線・囲み線等を用いて明示する。 ※一つの提案書につき、添付ファイルのデータ総量は、最大10MB以内です。	文献1	文献2	文献3	参照				
文献1	文献2	文献3	参照						
									

(3) 実施頻度 (必須)

21	処置の頻度はどの程度か (予想される処置の需要はどの程度あるか、搬送件数当たり、もしくは人口当たりの想定数を記載してください) (※入力は、500文字以内とする。) 〇〇市消防局の統計では、救急搬送された総数の6.5%程度が循環器系医療施設へ搬送されているとしている。また、消防庁の報告(文献4)では、平成29年中に心疾患等により全国で約32万人が搬送(全搬送人員数の5.6%)されている。これらのデータによると全搬送人員数の5-6%程度が本処置の対象になると提案者としては推定している。						
22	上記の根拠(提案者の地域や都道府県の搬送実績などから具体的に根拠を示してください) (※入力は、500文字以内とする。) 提案者の地域(〇〇市, 2018)の調査では、全救急搬送の〇〇件(6.3%)が循環器系医療施設に搬送されている。2015から2017年の調査でも概ね同様である。(5.0-7.2%) (資料1)						
23	裏付ける資料の添付の有無 <input type="radio"/> 無し <input checked="" type="radio"/> 有り ※資料有りの場合は、ファイルを添付(アップロード)し登録する。 <table border="1"><tr><td>文献4</td><td>資料1</td><td>参照</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> ※添付資料の該当箇所には下線・囲み線等を用いて明示する。 ※一つの提案書につき、添付ファイルのデータ総量は、最大10MB以内です。	文献4	資料1	参照			
文献4	資料1	参照					
							

(4) 手技の難易度 (処置を行う上での技術的難易度)

24	手技の難易度について、既存の救急救命処置とくらべて、どの程度か。(同程度と考えられる処置を、別表より選択) (※該当する番号を選択する。) <table border="1"><tr><td>心電計の使用による心拍動の観察及び心電図伝送</td><td>別表</td></tr></table>	心電計の使用による心拍動の観察及び心電図伝送	別表		
心電計の使用による心拍動の観察及び心電図伝送	別表				
25	適応を判断する難易度について、既存の救急救命処置とくらべて、どの程度か。(同程度と考えられる処置を、別表より選択) (※該当する番号を選択する。) <table border="1"><tr><td>心電計の使用による心拍動の観察及び心電図伝送</td><td>別表</td></tr></table>	心電計の使用による心拍動の観察及び心電図伝送	別表		
心電計の使用による心拍動の観察及び心電図伝送	別表				
26	上記、項目24・25のように判断した理由(※入力は、500文字以内とする。 ※項目24……と記入する。 ※項目25……と記入する。)、測定結果の評価の難易度とそう判断した理由(※測定を行う処置の場合) 項目24 傷病者の胸部の決められた位置の皮膚にシール状や吸盤状の電極を装着するものであり、難易度は高くない。危険度や侵襲度はほとんどない。胸部誘導の電極の正しい位置を決めるのはやや難易度が上がるが、大きなものではない。 項目25 従来から、救急救命士は、急性冠症候群が疑われる傷病者を選別し、循環器疾患の診療が可能な医療機関に搬送している。本処置は、急性冠症候群が疑われる傷病者に対して広く実施するものであり、難易度は特に高いものではない。 測定結果の評価については、医師への心電図伝送の要否の判断、搬送先医療機関の選定、搬送先医療機関への情報伝達、病態の推定を目的としたものに限って、心電図上のST変化等を観察することは一定の訓練を行えば可能である。救急救命士が測定等を誤った場合であっても、12誘導心電図を医師に伝送することでその危険性は解消される。伝送しない場合でも、医療機関到着時に12誘導心電図が実施され医師が確認するため新たな不利益は生じない。 なお、“波形の読み方をトレーニングすることで迅速にST上昇型心筋梗塞を判定することが可能”ともされている(文献5)が、心筋梗塞の判定までを求めるものではない。				
27	裏付ける資料の添付の有無(論文・ガイドライン・トレーニングプログラム等) <input type="radio"/> 無し <input checked="" type="radio"/> 有り ※資料有りの場合は、ファイルを添付(アップロード)し登録する。 <table border="1"><tr><td>文献5</td><td>参照</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ※添付資料の該当箇所には下線・囲み線等を用いて明示する。 ※一つの提案書につき、添付ファイルのデータ総量は、最大10MB以内です。	文献5	参照		
文献5	参照				
					

(5) 侵襲度

28	侵襲度の分類(※該当するものを選択する。) <input type="radio"/> 観血的処置(出血を伴う処置) <input type="radio"/> 非接触部への処置(通常触れない部位への処置) <input checked="" type="radio"/> いずれも該当しない		
29	侵襲度について、既存の救急救命処置とくらべて、どの程度か。(同程度と考えられる処置を、別表より選択) (※該当する番号を選択する。) <table border="1"><tr><td>心電計の使用による心拍動の観察及び心電図伝送</td><td>別表</td></tr></table>	心電計の使用による心拍動の観察及び心電図伝送	別表
心電計の使用による心拍動の観察及び心電図伝送	別表		
30	上記、項目28・29のように判断した理由(※入力は、500文字以内とする。 ※項目28……と記入する。 ※項目29……と記入する。) 項目28 傷病者の胸部にシールまたは吸盤を張り付けるものであり、観血的処置ではなく、通常触れない部位での処置ではない。 項目29 枚数や位置は異なるものの、心電図モニターのシールの貼付と同等の内容である。		
31	裏付ける資料の添付の有無(論文・ガイドライン等) <input checked="" type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 有り ※資料有りの場合は、ファイルを添付(アップロード)し登録する。 <table border="1"><tr><td>参照</td></tr></table> ※添付資料の該当箇所には下線・囲み線等を用いて明示する。 ※一つの提案書につき、添付ファイルのデータ総量は、最大10MB以内です。	参照	
参照			

(6) 危険度 (必須)

32 危険度（処置が処置が適切に実施されなかった場合に傷病者に生じる影響、適切に実施された場合でも傷病者によっては生じる副作用など）について、既存の救急救命処置とくらべて、どの程度か。（同程度と考えられる処置を、別表より選択）（※該当する番号を選択する。）

心電計の使用による心拍動の観察及び心電図伝送	別表
------------------------	----

33 上記のように判断した理由（※入力は、500文字以内とする。）

シールをはがす場合に、皮膚の剥離をきたす場合がある。これは、モニター心電図と同等である。測定結果の評価について、救急救命士が誤った場合であっても、12誘導心電図を医師に伝送することでその危険性は解消される。伝送しない場合でも、医療機関到着時に12誘導心電図が実施され医師が確認するため新たな不利益は生じない。（文献6）

34 裏付ける資料の添付の有無（論文・ガイドライン等）

無し 有り

※資料有りの場合は、ファイルを添付（アップロード）し登録する。

 <p>文献6</p>	参照
---	----

※添付資料の該当箇所には下線・囲み線等を用いて明示する。
※一つの提案書につき、添付ファイルのデータ総量は、最大10MB以内です。

(7) 必要な教育（必須）

35 救急の現場で適切に実施するためには、どの程度の教育（講習時間、必要症例数、認定試験）が必要か

- ・学科講習（主に座学で実施するもの。医学的基礎講習、適応を判断するための講習、手技に関する講習など）
- 必要なし 必要あり （ 時間 ）
- ・シミュレーション実習（医療機器を使用して、模擬傷病者・人体人形を活用して行うもの。手技の研修、シミュレーション研修など）
- 必要なし 必要あり （ 時間 ）
- ・臨床実習（病院実習として、実際の傷病者に実施が求められるもの）
- 必要なし 必要あり （ 必要症例数または成功症例数 ）
- ・認定試験（知識、手技、シミュレーション等が一定の基準に達したか確認する試験を必須とするか）
- 必要なし 必要あり

36 上記のように判断した理由（※入力は、500文字以内とする。）

救急救命士の養成課程で使用される教科書には、12誘導心電図の測定法などはすでに記載されており（文献viii）、また救急救命士国家試験の出題基準（文献）にも含まれていることから、現時点ですでに一定の教育がなされている。

37 裏付ける資料の添付の有無（論文・ガイドライン・トレーニングプログラム等）

無し 有り

※資料有りの場合は、ファイルを添付（アップロード）し登録する。

 <p>文献7</p>	参照
---	----

※添付資料の該当箇所には下線・囲み線等を用いて明示する。
※一つの提案書につき、添付ファイルのデータ総量は、最大10MB以内です。

(8) 現場滞在時間への影響（必須）

38 処置の実施によってどの程度、現場滞在時間が延長（変化）するか（※入力は、500文字以内とする。）

救急車内で12誘導心電図を測定することで活動時間は延長するが、測定によってカテーテル治療がなされるまでの時間短縮効果のほうが大きく、より重要である。なお、米国では診断可能な品質の12誘導心電図の測定により、現場滞在時間が5-6分増加するとの報告がある（文献8）。日本においては、救急隊接触から病院到着までの時間が2.4分延長したとの報告（文献9）がある。

39 裏付ける資料の添付の有無（論文・ガイドライン等）

無し 有り

※資料有りの場合は、ファイルを添付（アップロード）し登録する。

 <p>文献8</p>	 <p>文献9</p>	参照
--	--	----

※添付資料の該当箇所には下線・囲み線等を用いて明示する。
※一つの提案書につき、添付ファイルのデータ総量は、最大10MB以内です。

(9) 医師による指示の内容（必須）

40 処置の実施について、包括的あるいは具体的指示のいずれが必要か（※該当するチェックボックスにチェックする。）

具体的指示が必要 包括的指示が良い

41 上記、指示の理由（※入力は、500文字以内とする。）

12誘導心電図を測定する対象などを示したプロトコルによって、事前指示で実施可能である。

42 裏付ける資料の添付の有無

無し 有り

※資料有りの場合は、ファイルを添付（アップロード）し登録する。

	参照
--	----

※添付資料の該当箇所には下線・囲み線等を用いて明示する。
※一つの提案書につき、添付ファイルのデータ総量は、最大10MB以内です。

(10) 経費（必須）

43 提案の処置を導入した場合に想定される必要な初期費用と、処置を一回実施するのに必要な経費について具体的に示してください。（※入力は、500文字以内とする。）

（本体）12誘導心電図の測定機器を既に配備している救急隊も多い（文献10）。除細動器に12誘導心電図の測定機能を付加することが可能であり、この場合、一例では+60万円程度で可能となる。除細動器とは別に用意する場合、日本で入手可能な機器は、約25～330万円程度である。（消耗品）一人の測定に使い捨て電極の費用として、一例では約500円程度必要となる。（資料2）（伝送する場合）通信費などが生じる。タブレット端末等で比較的安価に実施することも可能である。（その他）教育、研修に一定の費用を要する。

44 裏付ける資料の添付の有無

無し 有り

※資料有りの場合は、ファイルを添付（アップロード）し登録する。

資料2	文献10	
-----	------	--

			 	参照		
<p>※添付資料の該当箇所には下線・囲み線等を用いて明示する。 ※一つの提案書につき、添付ファイルのデータ総量は、最大10MB以内です。</p>						
D 国内における看護師などの医療従事者の実施状況（必須）						
45	実施状況（どのような職種が、どのように実施しているか）（※入力は、500文字以内とする。） <u>国内では、看護師、臨床検査技師が行なっている。消防本部でも、横浜、札幌等が実施している実態がある。（資料3）</u>					
46	裏付ける資料の添付の有無 <input checked="" type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 有り ※資料有りの場合は、ファイルを添付（アップロード）し登録する。 <table border="1" data-bbox="537 552 1545 664"> <tr> <td>資料3 </td> <td>参照</td> </tr> </table> <p>※添付資料の該当箇所には下線・囲み線等を用いて明示する。 ※一つの提案書につき、添付ファイルのデータ総量は、最大10MB以内です。</p>				資料3 	参照
資料3 	参照					
E 諸外国の状況（※「新しい処置の提案」「既存の処置の削除」「既存の処置の見直し」いずれの場合もご入力ください）						
47	日本以外の病院前救急医療の先進国の現状はどうか（※入力は、500文字以内とする。） <u>米国の調査（文献11）によると、2007年の調査で、全米200の大都市のEMSシステムの90%で12誘導心電図の測定が実施されている。</u>					
48	裏付ける資料の添付の有無 <input type="radio"/> 無し <input checked="" type="radio"/> 有り ※資料有りの場合は、ファイルを添付（アップロード）し登録する。 <table border="1" data-bbox="537 1012 1545 1124"> <tr> <td>文献11 </td> <td>参照</td> </tr> </table> <p>※添付資料の該当箇所には下線・囲み線等を用いて明示する。 ※一つの提案書につき、添付ファイルのデータ総量は、最大10MB以内です。</p>				文献11 	参照
文献11 	参照					

III 利益相反に関する情報（必須）

49	提案者（団体等の代表者）と、処置に関する業者からの寄付などの利害関係の状況について（※該当する場合は、別紙「申告書（word）」に記載し、pdf文書として添付する。） <input checked="" type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 有り <table border="1" data-bbox="537 1418 875 1531"> <tr> <td>書類1 </td> <td>参照</td> </tr> </table>				書類1 	参照
書類1 	参照					

令和2年10月15日

救急救命処置の追加、除外等に関する提案の審査と振り分けについて

救急救命処置検討委員会

新しい処置の追加、既存の処置の除外・見直しに関して受け付けた提案について、下記のとおり審査し、厚生労働省に報告することを予定しています。

記

1. 一次審査

提案内容を確認し、類似の提案などを整理し、より詳細な検討（二次審査）の可否、要否、優先順位などを判断します。必要に応じ、提案者に問い合わせ、提案書の記載内容について加筆、修正を求める場合があります。資料についても同様です。二次審査が不要もしくは困難と判断した提案については提案者に差し戻す場合があります。差し戻した理由は提案者に報告するとともに公表します。提案された内容についても公表します。原則として本委員会が提案者に代わって調査等を行うことは予定していません。

2. 二次審査

提案内容をより詳細に検討し、救急救命処置としての追加などが適切かどうか判断し、カテゴリー（「カテゴリー分類」参照）に振り分けます。必要に応じ、提案書の記載内容について提案者に問い合わせ、加筆、修正を求めます。資料についても同様です。

振り分けたカテゴリーとともに厚生労働省に審査結果を報告し公表します。

3. 審査の順番、要する期間

提案の内容によって審査に要する期間は異なり、中には長期間を要する場合もあると想定されます。そのため、振り分け結果の厚生労働省への報告は、受け付け順とは異なる場合があります。

また、本委員会から報告を受けた厚生労働省側での行政判断や手続きにも一定の期間を要すると見込まれ、救急救命処置に変更が加えられるとしても、提案の受付から数年単位の期間を要することも想定されます。なお、近年の新しい救急救命処置の検討においては、次のような期間を要しています。

- ・「乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保及び輸液」・・・およそ5年
(政府への特区提案から、救急救命処置として位置付けられるまで)

4. 利益相反の管理

本委員会の委員が、提案の提案者（代表者）や推薦団体の代表者である場合には、その委員は、当該提案についての審査や振り分けのための審議からは原則として除外されます。

5. その他

評価の手順や振り分け基準等は、今後見直す場合があります。

カテゴリー	基準
I	新たな研究や厚生労働省の検討会による審議を追加しなくても救急救命処置として追加、除外、見直すことが望ましいと判断する。
II	救急救命処置として追加、除外、見直すためには厚生労働科学研究班等による研究の追加もしくは厚生労働省の検討会等による審査によるさらなる検討が必要と判断する。
III	救急救命処置として追加、除外、見直すことが現時点では適当ではないと判断する。
未了	提案内容について精査中であり、委員会としての判断に至っていない。
差戻し	必要な情報やそれを裏付ける資料が十分に示されていないため、提案内容の評価を行うことができない。