

平成26年3月28日

消 防 庁

「平成25年度 緊急度判定体系に関する検討会報告書」の公表

わが国の救急出動件数は、年々増加しており、救急需要の増大から救急自動車の稼働率が著しく高くなり、救急現場へ到着する時間が年々延伸し、その結果、医療機関への到着時間も延伸する傾向にあります。

消防庁では、緊急度判定プロトコルVer.0を用いた実証検証で得られたデータをもとに、緊急度判定プロトコルVer.1を策定しました。それらについて報告書として取りまとめましたので公表します。

- 昨年度の実証検証で得られたデータをもとに、救急受診ガイド（家庭自己判断）、電話相談、119番通報、救急現場の各段階の緊急度判定プロトコルVer.0の改良、症候数の増設を行った緊急度判定プロトコルVer.1を策定するとともに、緊急度判定導入及び実運用に向けた課題と改善策の検討をしてきました。
- 今後、消防庁では、利用者に対する周知あるいは教育を実施すること、さらに各段階でのプロトコルを相互に連携することを目指し、各関連機関での情報共有をはじめとした連携が円滑に行えるための仕組みについて更なる検討を進めていきます。

【別添資料】

- 「平成25年度緊急度判定体系に関する検討会報告書」のポイント
※[報告書全文](#)については、消防庁ホームページ（<http://www.fdma.go.jp/>）に掲載します。



【連絡先】

消防庁救急企画室

担当：日野原・伊藤

TEL：03-5253-7529（直通）

FAX：03-5253-7539

平成 25 年度 緊急度判定体系に関する検討会報告書のポイント

1. 検討会設置の背景と目的

わが国の救急出動件数は、年々増加傾向にあり、高齢化、核家族化の進行等により今後も当分増加することが見込まれるとともに、出動内容も多様化してきており、全国の消防機関においては、今後さらに多様かつ柔軟な対応が必要となってくると考えられる。

また、救急出動件数の増加率は、全国の消防機関における救急隊数の増加率を上回っており、需給のギャップは今後も加速度的に拡大されることが懸念される。

これらの背景により、増大する救急需要に対し、救急医療に投入できる資源を有効に配分・活用し、緊急性の高い傷病者を優先して搬送することにより救命率の向上を図るなど、「急ぐべきは急ぎ、待つべきは待つ」という緊急度判定の基本的な考え方が社会全体で共有されるよう推進することを目的に、「平成 25 年度緊急度判定体系に関する検討会」（座長：有賀徹 昭和大学病院病院長）を設置し、さらに詳細な検討を実施するため、「緊急度判定体系に関する作業部会」（座長：森村尚登 横浜市立大学大学院医学研究科救急医学主任教授）を設置し検討を行った。

図表 1 緊急度判定体系に関する検討会目的

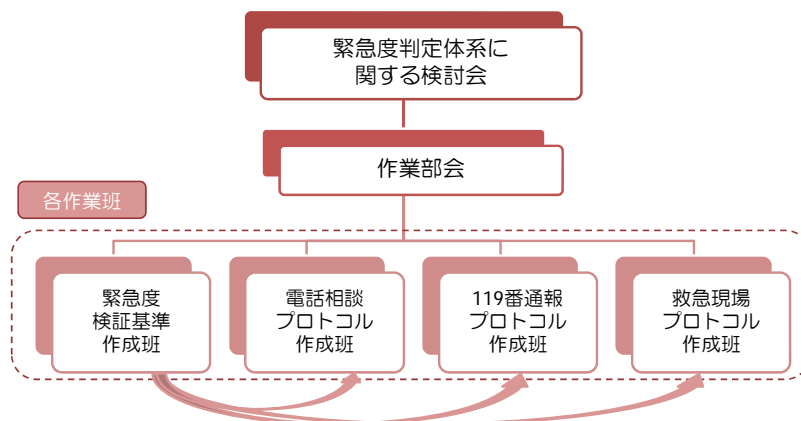
「急ぐべきは急ぎ、待つべきは待つ」という社会規範を社会全体で共有する

- ▶ **医療機関**
救急患者が緊急度に応じて医療機関を受診ようになる
- ▶ **消防機関**
緊急度が高いと考えられる傷病者が救急車を利用ようになる
- ▶ **行政**
現在・将来を通じて、持続可能な救急医療提供体制（セーフティネットを含む）を構築する
- ▶ **一般市民**
緊急性が高い場合に最短の時間で救急医療機関に到着できる

各段階のアウトプット

家庭自己判断 電話相談	119番通報	救急現場	医療機関
<ul style="list-style-type: none"> ・受診手段 ・受診までの時間 ・受診する診療科目 	<ul style="list-style-type: none"> ・救急車到着の時間（直近駅か否か） ・電話相談窓口への転送 ・他のリソースへの分配（民間救急） ・救急現場へ投入する資源の質と量 	<ul style="list-style-type: none"> ・搬送先（地域MCCにより決定された緊急応答に合致した医療機関） ・受診までの時間 ・搬送の可否 	<ul style="list-style-type: none"> ・受入可能病態（主訴と緊急度）の標榜 ・来院後の医師診察開始までの時間
<ul style="list-style-type: none"> ・消防と医療機関の情報共有の円滑化 			

図表 2 検討会の体制



※ 検証基準作成班員（青木委員・前田委員）においては、各班作業時に解析担当としてサポートする

2. 検討の概要

今年度の検討会では、昨年度の緊急度判定プロトコル Ver.0 の実証検証結果から精度向上に向けた修正の方向性についての提言等を受け、「救急受診ガイド（家庭自己判断）」「電話相談」「119 番通報」「救急現場」の緊急度判定プロトコルの医学的精度を高めつつ、症候数を増やした「緊急度判定プロトコル Ver.1」を策定するとともに、緊急度検証基準の再検討を行い、緊急度判定導入及び運用に向けての課題と改善策の検討を深めた。

(1) 緊急度の段階と定義

図表 3 緊急度の段階

段階	概要
家庭自己判断	一般市民自身が、ウェブページやパンフレットで配布されているプロトコルに自分の症状をあてはめ、119 番通報、電話相談もしくは（自力）受診するか否か等を判断する
電話相談	看護師等が、一般市民からかかってきた電話相談に対し、プロトコルを確認しつつ、どの程度緊急に医療機関に受診すべきか等を助言する
119 番通報	通信指令員が、消防指令センター内で通報者からの情報をもとに緊急度を判定する
救急現場	救急隊員等が、観察結果等に基づき傷病者を直接観察し緊急度を判定し、どの程度迅速にどのような医療機関に搬送すべきか等を判断する

図表 4 緊急度の定義

緊急度	定義	各段階のサブカテゴリ定義		
		家庭自己判断 電話相談	119番通報	救急現場
赤 (緊急)	<ul style="list-style-type: none"> すでに生理学的に生命危機に瀕している病態。 病態が増悪傾向にあり、急激に悪化、急変する可能性のある病態。 ※痛み等のがまんできない訴え、症状についても考慮。 バイタルサイン異常、ひどい痛み、病態の増悪傾向、急変の可能性を総合的に考える。 	赤に同じ	<ul style="list-style-type: none"> 【R1】心肺蘇生の必要性が高く疑われる病態。 【R2】医学的判断・処置の必要性が高く、その開始までの時間に急を要する病態。 【R3】医学的判断・処置の必要性はR2より低い、迅速な到着と搬送が必要な病態。 	<ul style="list-style-type: none"> 【赤1】極めて緊急性が高い病態であるため、緊急に搬送する必要がある病態。 【赤2】緊急性が高い病態であるため、緊急に搬送する必要がある病態。
黄 (準緊急)	<ul style="list-style-type: none"> 2時間を目安とした時間経過が生命予後・機能予後に影響を及ぼす病態。 ※痛み等のがまんできない訴え、症状についても考慮。 	黄に同じ	<ul style="list-style-type: none"> 【Y1】医学的判断の必要性は高いが、R2・3ほどの迅速性は必要ない病態。 【Y2】医学的判断の必要性はR1～Y1ほど高くないが、2時間以内を目安とした医療機関への受診が必要な病態。 	赤ほど緊急性は高くないが、2時間以内を目安とした医療機関への受診が必要な病態。
緑 (低緊急)	<ul style="list-style-type: none"> 上記には該当しないが、診察が必要な病態。 	緑に同じ	緑に同じ	緑に同じ
白 (非緊急)	<ul style="list-style-type: none"> 上記に該当せず、医療を必要としない状態。 	白に同じ	白に同じ	白に同じ

(2) 緊急度検証基準の改訂

緊急度検証基準は、バイタルサインの確認も含めた診察と種々の検査の結果から傷病者の状況を総合的に勘案し、緊急に治療する必要があるか否かを判断する医療機関における基準であることから、いわば“絶対的”な基準であることを再確認し、改めて緊急度検証基準における緊急度の整理を行い、改訂緊急度検証基準を策定した。

検証基準は、対象とする症候の増加に応じて改訂していく必要があり、また、治療・処置による緊急度について、より精度の高い検証基準を目指しさらなる詳細な検討が求められる。

図表 5 改訂緊急度検証基準

	赤	黄	緑・白
転帰	CCU入院 ICU入院 死亡	HCU入院 一般病棟入院 高次医療機関へ同日転送	左記に該当しない場合
処置・治療	CPR 除細動・カルディオバージョン 緊急気管挿管 外科的気道確保 人工呼吸 心血管作動薬投与 経皮的冠動脈インターベンション PCPS IABP ペーシング 血栓溶解療法 心嚢穿刺 内視鏡的止血術 IVR 来院後6時間以内の緊急手術	胸腔穿刺 ネブライザー 骨折部の牽引・固定 24時間以内の緊急輸血 胃洗浄 内視鏡 輸液 酸素投与 創処置 創縫合 内服以外	

※発症から根本的治療開始までの処置を含む

(3) 電話相談

電話相談においては、相談者はさまざまな症状を相談してくることから、症候（主訴）は幅広く設定されている方が利用しやすいと考えられるため、成人及び小児のプロトコルの症候を追加した。また、医学的精度を高める観点から、緊急度の見直しを行い、さらに、選定科及び想定疾患等についても再度検討を加え、電話相談プロトコル Ver. 1 を策定した。

今後も、プロトコルの継続的な改善を図るとともに、市民への広報活動の実施を含め地域への普及を促進するための方策を検討していくことが必要である。

図表 6 電話相談プロトコル Ver. 1 症候一覧（成人）（昨年度策定済み症候には網掛け）

	症候名		症候名
	呼吸困難	○	多尿・頻尿
	喘鳴	○	膣からの出血
	喘息	○	性器・泌尿器（男性）
	痙攣		耳痛（耳漏）
	頭痛	○	難聴
○	胸痛	○	耳鳴り
	背部痛	○	めまい・ふらつき
	構音・構語障害「声が出ない」		しびれ（感覚異常）・麻痺
○	失神	○	頸部痛・肩の痛み
	感冒	○	乳房痛
	発熱	○	かゆみ
	発疹・蕁麻疹	○	アレルギー
	咽頭痛		高血圧
	腹痛	○	しゃっくり
	便秘	○	過換気

	症候名		症候名
	下痢	○	不安・恐怖
	吐き気・嘔吐	○	不眠
○	胸やけ	○	「うつ」の訴え
○	吐血・下血・血便	○	眼科関連
○	排尿時痛	○	鼻の問題（外傷・鼻出血など）
○	排尿困難	○	口腔内の問題・歯痛・歯牙損傷
○	尿の色の異常	○	上肢の問題
○	足（足首より先）の問題	○	ガス吸入・液体誤嚥（気管に入った場合）
○	出血	○	医薬品過量服用・誤服用
○	裂傷	○	眼内異物
○	打撲	○	コンタクトレンズ関連
○	墜落・転落	○	鼻腔内異物
○	穿通性損傷	○	魚骨咽頭異物
○	咬傷	○	直腸内異物
○	熱傷	○	膣内異物
○	創傷感染・外傷後の感染	○	皮膚異物
○	外傷および熱傷の応急処置	○	食中毒
	頭部外傷	○	熱中症
○	眼の外傷	○	低体温
○	耳の外傷・耳の異物	○	しらみ
○	頸部・背部の外傷	○	動悸
○	体幹外傷		意識障害
○	四肢・顔面の外傷		腰痛
○	固形異物誤飲	○	脚（鼠径部から下腿まで）の問題
○	液体異物誤飲		※○は成人・小児共通の症候

図表 7 電話相談プロトコル Ver. 1 症候一覧（小児）（昨年度策定済み症候には網掛け）

症候名	症候名
発熱	腹痛
痙攣（ひきつけ）・震え	便秘
咳	便の色の異常
鼻水・鼻づまり	耳痛（耳漏）
喘息・喘息様症状	頭痛
呼吸苦	タバコ誤飲
発疹	啼泣
吐き気・嘔吐	食欲がない
下痢	頭のけが・首のけが

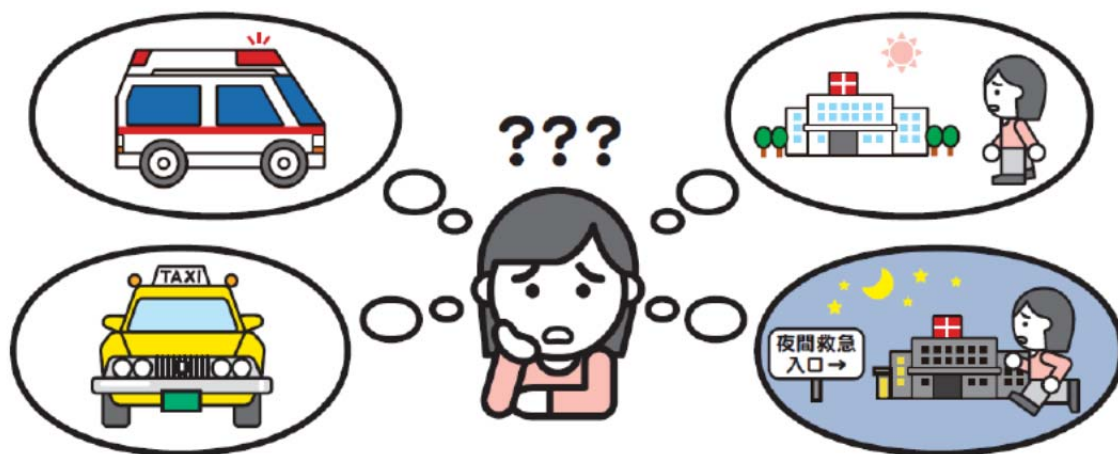
（４）救急受診ガイド（家庭自己判断）

救急受診ガイド 2014 年版（家庭自己判断プロトコル ver.1）作成にあたっては、住民にも理解しやすいよう平易な表現にし、増設する症候（症状）については、本ガイドは一般市民が利用することから、数多くの症候（症状）があると逆に利便性が低下することが危惧されたため、既存の相談事業における相談頻度が高い症候（症状）を追加した。さらに、緊急度が「黄」「緑」「白」に分類された場合、医学的知識が必ずしも豊富ではない住民が、適切な受診先を決定することは困難であると考えられることから、受診科の例として「外科系」、「内科系」、「医療機関案内」を加え、最終的な対応について記載する工夫を行った。

急な病気やけがで迷ったら…

救急受診 ガイド

2014年版



〇〇市消防本部

まず、P6の質問を確認してください。

意識がおかしい（大人）

主な症状 「反応がない」「意識がないようだ」「変なことを言う」「うわごとを言っている」「いつもと様子が違う」など

赤

- 突然おかしくなった。
- 話し方がおかしい。または、ろれつが回らない。
- こちらの言うことを聞かない。
- あばれたり、いつもと違う行動をする。
- 手足の動きが悪い。または、どちらかの手足が動かない。または、手足に力が入らない。
- 頭を打った後である。
- 出血している。
- 頭をひどく痛がっている。
- 吐いた。
- 熱がある。
- けいれんをおこした。または、けいれんしている。
- 何か薬を飲んだ。
- 大量に酒を飲んだばかりである。または、その可能性がある。
- 糖尿病がある。
- 肝臓が悪いと言われている。または、黄疸（皮膚や目の白い部分が黄色っぽくなること）が出ている。
- 不整脈（脈がとぶ、脈のリズムが乱れるなど）がある。

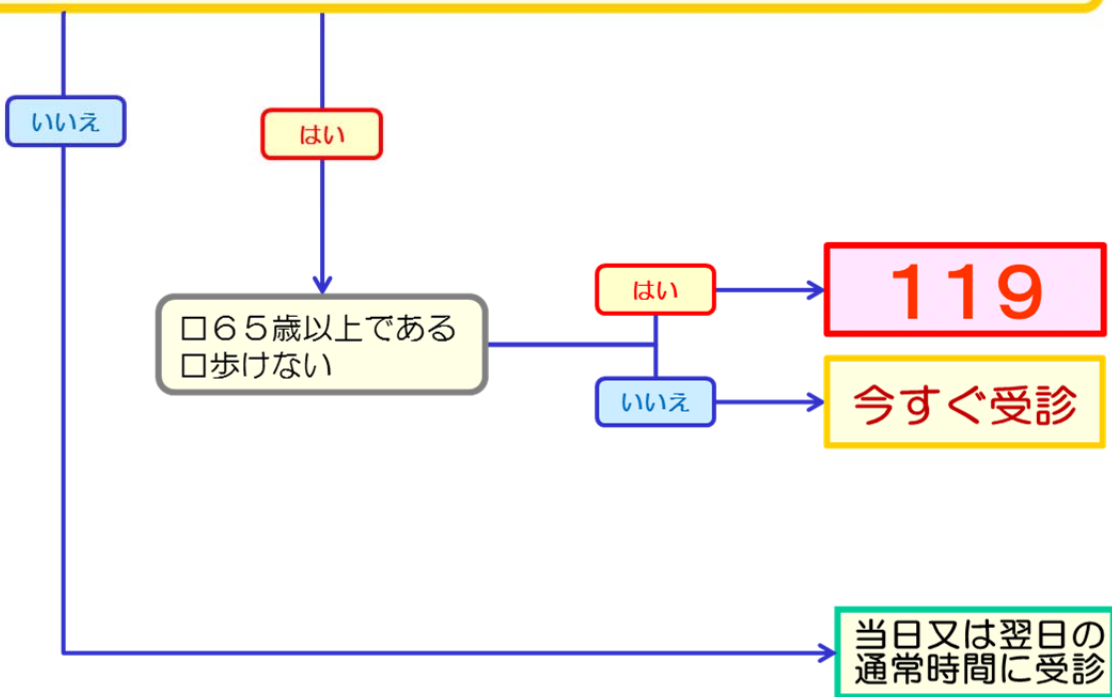
いいえ

はい

119

黄

- 最初の状態より落ち着いてきている。 内科系
- アルコール依存症である。または、そう言われたことがある。 内科系
- 尿の量が減ったり、尿の色が濃くなったりしている。 内科系
- 皮膚や唇が乾いている。 内科系
- のどがとても渇く。 内科系
- 立ちくらみがおきた。 内科系
- しばらく意識がなかったが、今はいつもと同じである。 内科系
- もともと寝たきりである。 内科系
- 認知症がある。 内科系

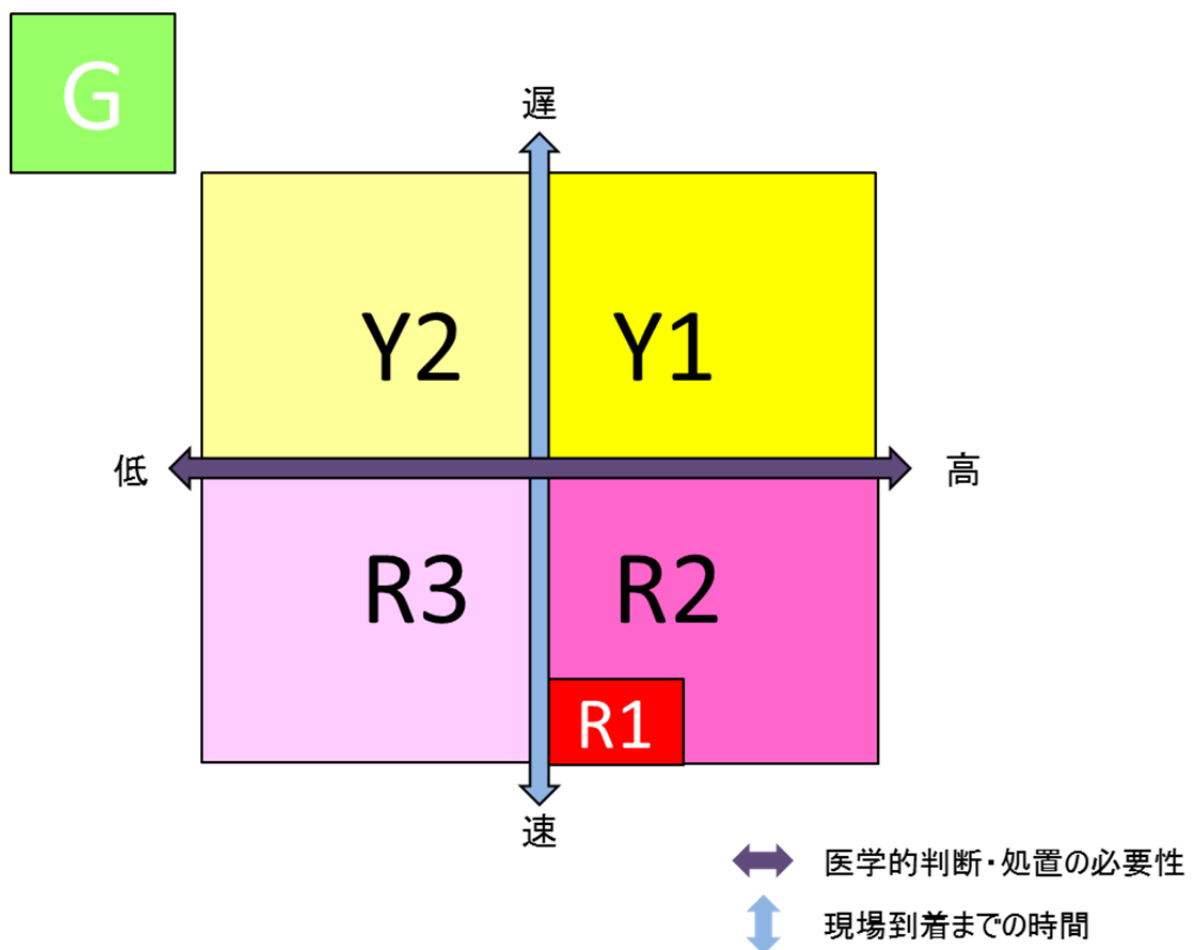


(5) 119 番通報

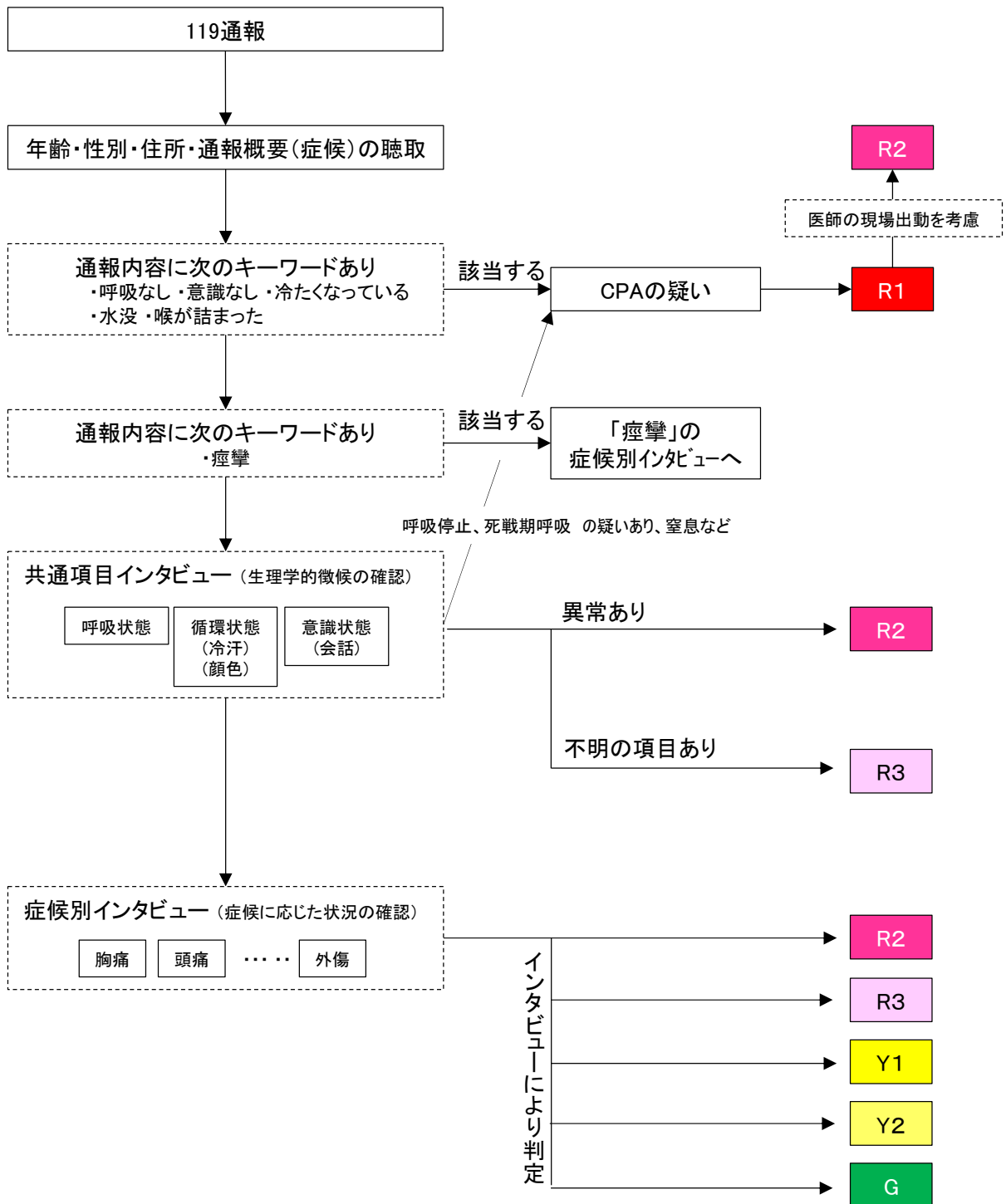
119 番通信指令員は、同時に部隊の出動指令を出すことが業務の柱となる。このことから、本班においては、「現場到着までの時間」と「医学的判断・処置の必要性」の2軸から緊急度のサブカテゴリについて再検討し、図表9のとおり、6つのカテゴリを設けた。白のカテゴリについては、電話という顔の見えない状況下で、かつ聴取時間も限られている中でプロトコルを使用するという特殊性を鑑み、自宅での経過観察で良いという状況を的確に判断するのは非常に困難であることから、119番通報プロトコルにおいては設定していない。この緊急度の概念図のイメージを共有しながら、119番通報プロトコル Ver.1を策定した。

119番通報プロトコル Ver.1の活用については、プロトコルが十分に機能するためには、通信指令員への教育が大きな課題となる。119番通報プロトコル Ver.1を補助教材として、緊急度判定に係る基礎的知識と聴取技法の習得、向上を図る機会を十分に確保し、実運用に向けた準備にそなえることが望まれる。通信指令員に対し、十分な教育を行った上で、119番通報プロトコルの精度を検証するためのデータを再度収集することも必要である。

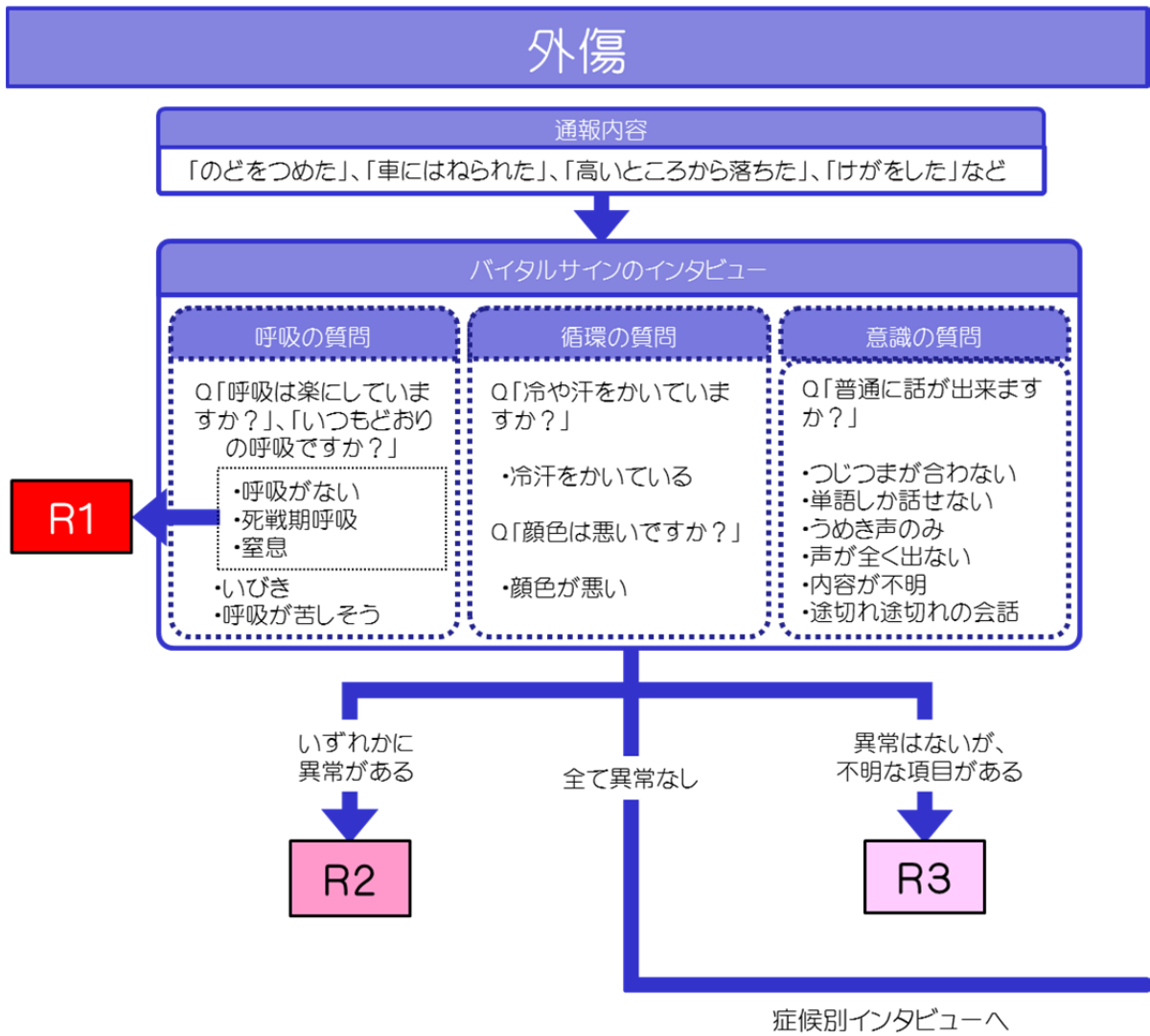
図表9 緊急度の概念図



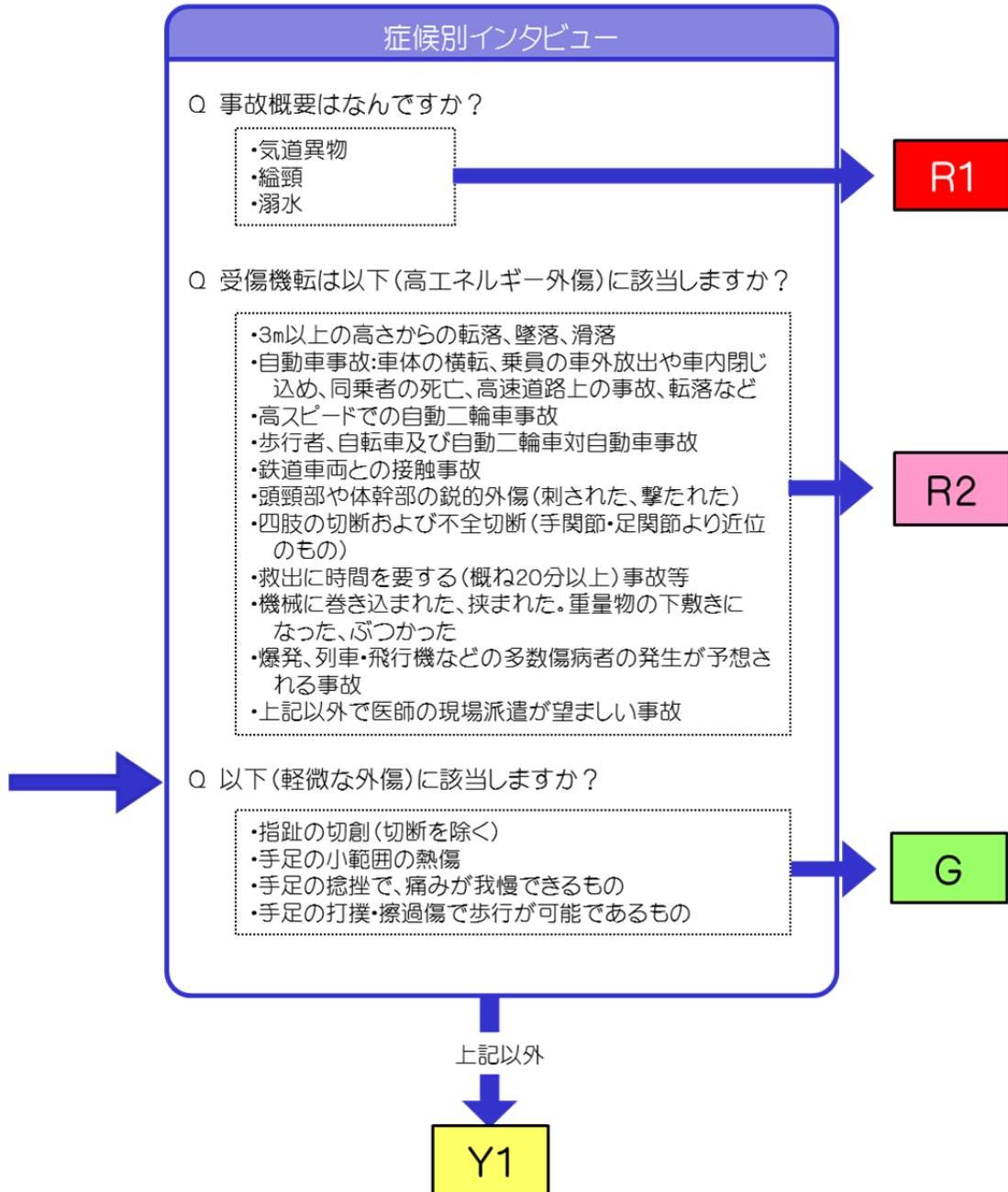
図表 10 アルゴリズム



図表 11 プロトコルの例



外傷

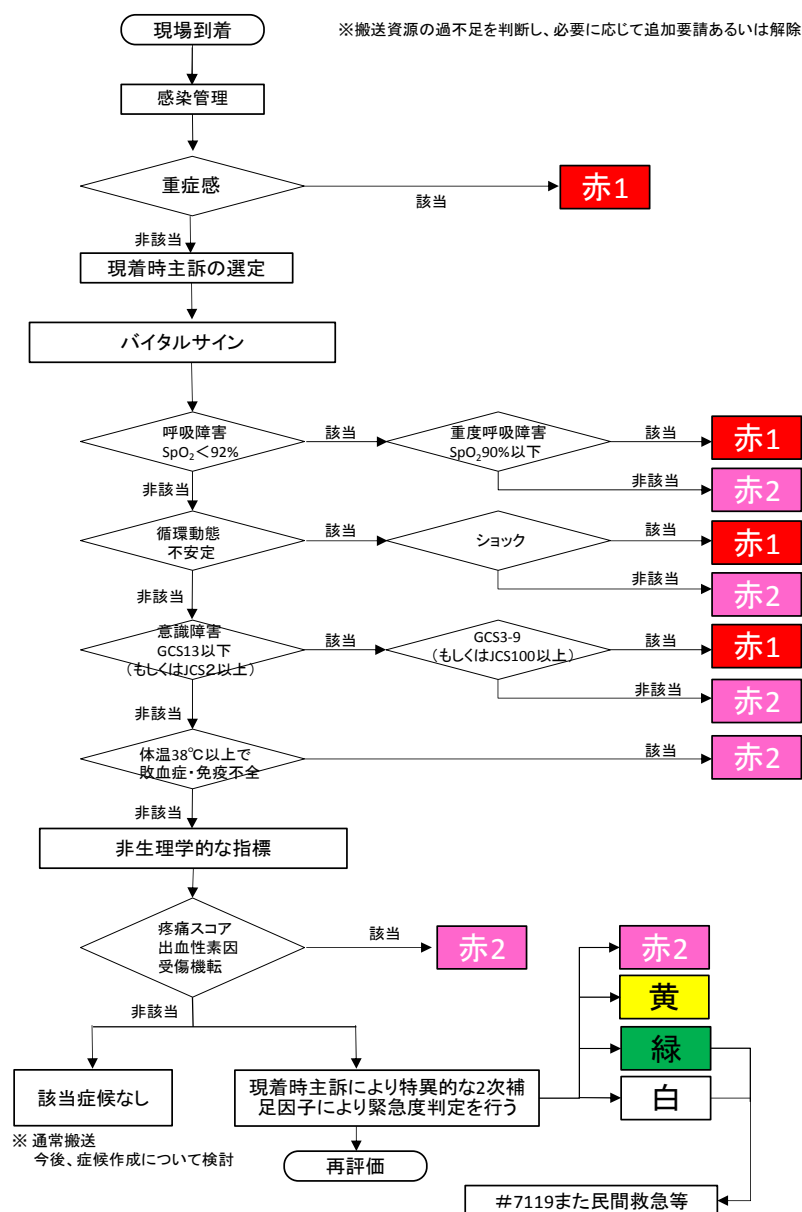


(6) 救急現場

プロトコルを修正するにあたって、昨年度の実証検証事業で得たデータのうち、堺市と田辺市の119番通報と救急現場と医療機関の緊急度が突合できる症例を対象に、改訂緊急度検証基準で過小評価になった症例の検討、増設する症候の検討を踏まえ、救急現場プロトコル Ver.1 を策定した。過小評価症例の検討においては、「疼痛」の観察が不十分であることが示唆され、教育の強化の必要性が見出された。増設した症候は、「外傷」「呼吸困難(小児)」「けいれん(小児)」「頭痛(小児)」「腹痛(小児)」「下痢(小児)」の6症候である。

救急現場プロトコル Ver.1 の活用においては、プロトコルは緊急度の判断を手助けするためのツールであり、それを実際に使用する救急隊員の十分な教育が必要である。したがって、その標準化を推し進めていく必要がある。

図表 12 アルゴリズム



※ #7119 等のセーフティネットについては、別途構築の必要あり

図表 13 プロトコルの例

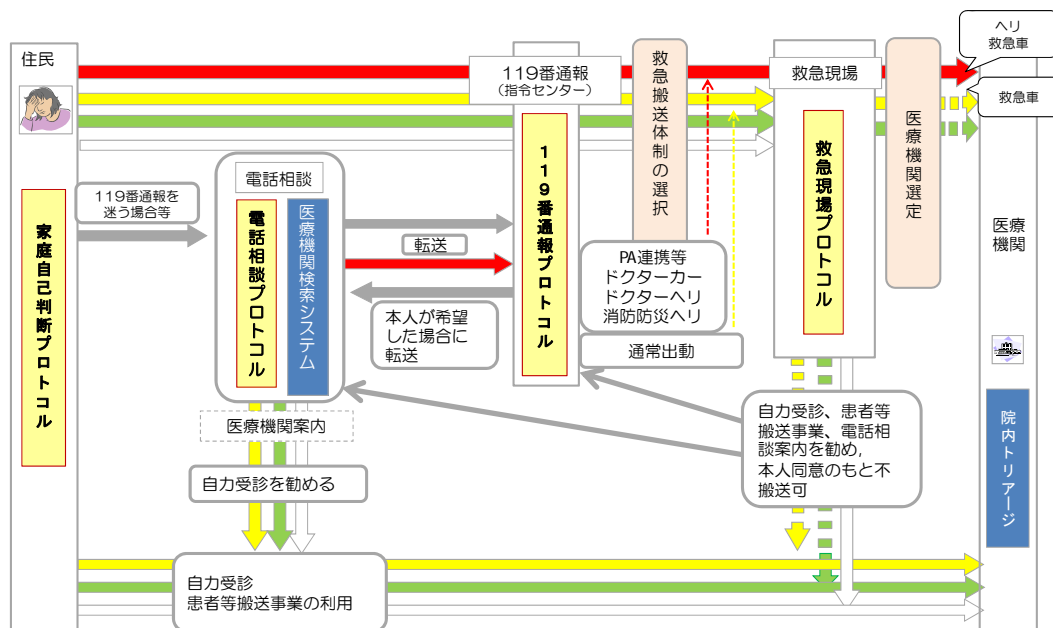
1	呼吸困難	
症状例	「息が苦しい」、「呼吸が苦しい」、「息苦しい」、「肩で息をしている」、「息ができない」、「ゼーゼーしている」、「ヒューヒューしている」、「息をするときに音がする」、「痰(たん)がからんだような音がする」、「喘息なんです…」など	
大項目	緊急度	観察内容
呼吸	赤1	チアノーゼ
	赤1	過度の呼吸努力のため、会話できない状態(単語のみ話せる状態)
	赤1	上気道閉塞(あえぎ呼吸・陥没呼吸・シーソー呼吸等含む)
	赤1	補助呼吸が必要
	赤1	呼吸音の左右差
	赤1	異常呼吸(中枢性呼吸異常・呼吸様式の異常等)
	赤2	とぎれとぎれの会話
	赤2	増悪する吸気性喘鳴
	黄	呼吸苦
	黄	労作時息切れ
	黄	努力(様)呼吸
	黄	吸気性喘鳴
	判定なし	(該当なし)
循環	赤1	ショックの徴候(蒼白・虚脱・冷汗・脈拍触知不能・呼吸困難等)
	赤1	起立性失神(急に立ち上がった際に、ふらつき・めまい等の症状とともに失神したもの)
	赤2	起立性低血圧(病歴で確認されたものを含む)(急に立ち上がった際に、ふらつき・めまい等の症状をおこしたもの)
	赤2	坐位・立位での失神様症状
	赤2	低血圧の疑い(正常血圧や患者の予想される血圧よりも低い場合)
	黄	バイタルサインが正常の上限または下限値である 場合. 特にその患者の通常の値とは異なっている場合
	判定なし	バイタルサイン正常
意識	赤1	舌根沈下
	赤1	持続する痙攣
	赤1	意識レベルが次第に増悪するもの
	赤2	急に出現した短期記憶の新たな障害
	赤2	急に出現した行動の変容
	黄	新たに出現した軽度の意識障害(GCS14・JCS1)
	緑	慢性的な軽度の意識障害(GCS14・JCS1)
判定なし		
発熱	赤2	発熱がある免疫不全患者(好中球減少症、臓器移植患者、化学療法またはステロイドを含む免疫抑制剤投与中)
	赤2	発熱があり、かつ、心拍数>90またはRR>20
	黄	発熱があり具合悪そうな状態。(紅潮、傾眠傾向、不安・不穏状態)
	緑	発熱があるが苦痛なく落ち着いた状態

【2次補足因子】※1次補足因子で緊急度「赤1」及び「赤2」に判定されなかった場合に観察する症候に特異な症状等

特異項目	赤2	起座呼吸
特異項目	赤2	著明な喘鳴
特異項目	赤2	胸痛
特異項目	赤2	喀血(概ね100ml以上)
特異項目	赤2	著明な浮腫
特異項目	赤2	広範囲湿性ラ音・乾性ラ音
特異項目	赤2	腎不全の人工透析治療中
特異項目	赤2	心筋梗塞、弁膜症、心筋症の治療中
特異項目	緑	息切れ、苦痛のある症状は認めない

(7) 緊急度判定体系の導入に向けて

図表 14 緊急度判定における段階と緊急度判定・運用体制の想定図



図に示すように、緊急度判定による最大の効果を目指すためには、全体の体系として実現することが重要である。

例えば、119番通報プロトコルにおいては、緊急性が低いと評価された場合、電話相談に転送し、時間をかけて質問を行うことにより、緊急度を再評価する仕組み（セーフティネット）を構築することによって、安全性を担保しながら、適切な受療行動を促す体制作りが可能となる。

このような体系（想定図）を実現するためには、各段階の緊急度判定プロトコルとその判定結果等について、消防機関、医療機関、地域のメディカルコントロール協議会、保健衛生部局、福祉部局等で情報共有をするとともに、緊急度に関する共通の理解のもとに、住民を含めた協力、連携体制を構築していくことが必須となる。今後、メディカルコントロール協議会を中心に、各地域の実情に照らした議論が展開されていくことが望まれる。

平成 25 年度 緊急度判定体系に関する検討会 構成員

(五十音順 ○印は座長)

- 青木 則明 (テキサス大学健康情報科学大学院准教授・NPO 法人 CHORD-J 理事長)
- 有賀 徹 (昭和大学病院病院長)
- 石井 正三 (日本医師会常任理事)
- 石坂 敏明 (東京消防庁救急部参事兼救急管理課長)
- 石田 清作 (仙台市消防局警防部救急課主幹)
- 奥寺 敬 (富山大学大学院医学薬学研究部教授)
- 小倉 真治 (岐阜大学大学院救急・災害医学分野教授)
- 川崎 貞男 (南和歌山医療センター救命救急科医長)
- 小山 裕史 (田辺市消防本部消防長)
- 坂本 哲也 (帝京大学医学部教授)
- 佐藤 慎一 (兵庫県立尼崎病院副院長)
- 田邊 晴山 (救急救命東京研修所教授)
- 中村 恵子 (札幌市立大学副学長・看護学研究科長)
- 中村 充男 (堺市消防局警防部救急救助課長)
- 橋本雄太郎 (杏林大学総合政策学部教授)
- 平中 隆 (横浜市消防局警防部救急課長)
- 星川 英一 (福岡市消防局警防部救急課長)
- 松田 剛明 (杏林大学 救急医学教室教授)
- 松月みどり (日本看護協会常任理事)
- 森村 尚登 (横浜市立大学大学院医学研究科救急医学主任教授)
- 行岡 哲男 (東京医科大学救急医学講座主任教授)
- 横田順一郎 (市立堺病院副院長)
- オブザーバー
- 梶尾 雅宏 (厚生労働省医政局指導課長)

平成 25 年度 緊急度判定体系に関する作業部会 構成員

(五十音順 ○印は座長)

- 青木 則明 (テキサス大学健康情報科学大学院准教授・NPO 法人 CHORD-J 理事長)
- 泉 裕之 (板橋区医師会病院院長)
- 伊藤 重彦 (北九州市立八幡病院救命救急センター長)
- 岡田 孝文 (堺市消防局警防部救急救助課主幹)
- 織田 順 (東京医科大学病院救命救急センター長)
- 久保田勝明 (消防庁消防研究センター地震等災害研究室長)
- 熊井 規夫 (東京消防庁救急部救急管理課計画係長)
- 桑原 正彦 (日本小児科医会副会長)
- 小山 裕史 (田辺市消防本部消防長)
- 坂本 哲也 (帝京大学医学部教授)
- 櫻井 淳 (日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野助教)
- 杉田 学 (順天堂大学医学部附属練馬病院 救急・集中治療科先任准教授)
- 田邊 晴山 (救急救命東京研修所教授)
- 平中 隆 (横浜市消防局警防部救急課長)
- 前田 幸宏 (日本大学医学部社会医学系医療管理分野助手)
- 松本 尚 (日本医科大学大学院救急医学准教授)
- 三宅 康史 (昭和大学医学部救急医学教授)
- 森村 尚登 (横浜市立大学大学院医学研究科救急医学主任教授)
- 行岡 哲男 (東京医科大学救急医学講座主任教授)
- 横田順一郎 (市立堺病院副院長)
- オブザーバー
- 梶野健太郎 (厚生労働省医政局指導課課長補佐)

緊急度検証基準作成班 構成員

(五十音順 ○印は班長)

- 青木 則明 (テキサス大学健康情報科学大学院准教授・NPO 法人 CHORD-J 理事長)
織田 順 (東京医科大学病院救命救急センター長)
櫻井 淳 (日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野助教)
田邊 晴山 (救急救命東京研修所教授)
前田 幸宏 (日本大学医学部社会医学系医療管理分野助手)
松本 尚 (日本医科大学大学院救急医学准教授)
三宅 康史 (昭和大学医学部救急医学教授)
○森村 尚登 (横浜市立大学大学院医学研究科救急医学主任教授)

電話相談プロトコル作成班 構成員

(五十音順 ○印は班長)

- 泉 裕之 (板橋区医師会病院院長)
○織田 順 (東京医科大学病院救命救急センター長)
清武 直志 (東京消防庁救急部救急医務課課長補佐兼救急相談係長)
櫻井 淳 (日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野助教)
中林 洋介 (厚生労働省医政局指導課小児・周産期医療専門官)

119 番通報プロトコル作成班 構成員

(五十音順 ○印は班長)

- 熊井 規夫 (東京消防庁救急部救急管理課計画係長)
田邊 晴山 (救急救命東京研修所教授)
名取 正暁 (横浜市消防局警防部司令課長)
橋本 真一 (田辺市消防本部警防課警防係)
林 靖之 (済生会千里病院千里救命救急センター副センター長)
星川 英一 (福岡市消防局警防部救急課長)
○松本 尚 (日本医科大学大学院救急医学准教授)
水野 浩利 (厚生労働省医政局指導課救急・周産期医療等対策室災害時医師等派遣調整専門官)
オブザーバー
青木 則明 (テキサス大学健康情報科学大学院准教授・NPO 法人 CHORD-J 理事長)
前田 幸宏 (日本大学医学部社会医学系医療管理分野助手)
森村 尚登 (横浜市立大学大学院医学研究科救急医学主任教授)

救急現場プロトコル作成班 構成員

(五十音順 ○印は班長)

- 伊藤 重彦 (北九州市立八幡病院救命救急センター長)
岡田 孝文 (堺市消防局警防部救急救助課主幹)
熊井 規夫 (東京消防庁救急部救急管理課計画係長)
杉田 学 (順天堂大学医学部附属練馬病院 救急・集中治療科前任准教授)
辻 友篤 (厚生労働省医政局指導課救急医療専門官)
平中 隆 (横浜市消防局警防部救急課長)
○三宅 康史 (昭和大学医学部救急医学教授)
オブザーバー
青木 則明 (テキサス大学健康情報科学大学院准教授・NPO 法人 CHORD-J 理事長)
前田 幸宏 (日本大学医学部社会医学系医療管理分野助手)
森村 尚登 (横浜市立大学大学院医学研究科救急医学主任教授)