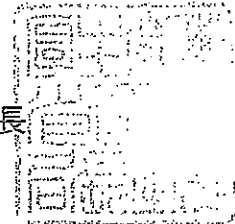




医政発第0323001号  
平成16年3月23日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長



### 救急救命士の気管内チューブによる気道確保の実施について

標記に関し、今般、「救急救命士法施行規則第21条第3号の規定に基づき厚生労働大臣の指定する器具（平成4年厚生省告示第18号）」が、平成16年厚生労働省告示第121号をもって改正され、平成16年7月1日から適用されることとなった。

については、本改正の趣旨、内容及び留意点について御了知の上、消防主管部局とも連携し、所定の講習、実習を修了する等の諸条件を満たした救急救命士により、気管内チューブによる気道確保が適切に実施されるよう取組をお願いするとともに、医療機関等関係方面への周知徹底及び指導方よろしく願いたい。

### 記

#### 第1 改正の趣旨及び内容

重度傷病者のうち心肺機能停止状態の患者を対象とした救急救命士法施行規則（平成3年厚生省令第44号。以下「規則」という。）第21条第3号に規定する「厚生労働大臣の指定する器具による気道確保」に関し、この指定する器具として、従前の「食道閉鎖式エアウェイ」及び「ラリングアルマスク」に加えて、「気管内チューブ」を追加することにより、救急救命士による気管内チューブによる気道確保を認めるものであること。（改正告示による改正後の「救急救命士法施行規則第21条第3号の規定に基づ

き厚生労働大臣の指定する器具」。以下「新器具告示」という。）

この改正は、「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」（座長 松田博青 日本救急医療財団理事長）の報告書（平成14年12月11日。以下単に「報告書」という。）を踏まえたものであり、医師の具体的指示に基づき、気管内チューブによる気道確保でなければ気道確保が困難な重度傷病者（心臓機能停止の状態及び呼吸機能停止の状態にある者に限る。）の場合に限り認められるものであり、その実施主体は、事前及び事後のメディカルコントロール体制の下、必要な講習・実習を修了する等の諸条件（報告書別添参照）を満たした救急救命士に限られるものであること。

## 第2 留意事項

### 1 メディカルコントロール体制の整備について

気管内チューブによる気道確保については、救急救命士法（平成3年法律第36号。以下「法」という。）第44条第1項に規定する医師の具体的な指示を受けなければ行ってはならない救急救命処置であることから、実施に際して、常時、医師の具体的指示が受けられる体制の整備はもちろん、プロトコールの作成、事後検証体制、再教育体制等の整備など、メディカルコントロール体制の整備が実施の前提条件となることに十分留意されたいこと。

なお、こうしたメディカルコントロール体制の整備については、「メディカルコントロール協議会の設置促進について」（平成14年7月23日付消防庁次長・厚生労働省医政局長連名通知）、「メディカルコントロール体制の整備について」（平成15年7月28日付消防庁次長、厚生労働省医政局長連名通知）等において周知してきたところであるが、気管内チューブによる気道確保の実施に係るメディカルコントロール体制の充実強化については、別途通知することとしているので参考にされたい。

### 2 気管内チューブによる気道確保の実施のための講習及び実習要領及び修了の認定等について

気管内チューブによる気道確保の実施のための講習・実習については、「救急救命士に対する気管挿管に関する講習・実習体制の整備について」（平成15年7月28日付厚生労働省医政局指導課事務連絡）、「『病院（手術室）実習ガイドライン』の取りまとめについて」（平成16年1月16日付厚生労働省医政局指導課事務連絡）より、予め準備のため周知したところであるが、その具体的運用については、別途通知するものであること。

### 3 気管内チューブによる気道確保の対象となる患者について

食道閉鎖式エアウェイ又はラリンゲアルマスクによる気道確保に関して

は、心肺機能停止状態の患者には、心臓機能停止の状態又は呼吸機能停止の状態の患者であり、心臓又は呼吸のどちらか一方の機能が停止している状態の患者も含まれているものとされていたところであるが、気管内チューブによる気道確保の対象となる患者は、心臓機能停止の状態及び呼吸機能停止の状態の患者であり、心臓及び呼吸の両方の機能が停止している状態の患者を対象とするものであること。

気管内チューブによる気道確保でなければ気道確保が困難な重度傷病者については、平成14年度厚生労働科学研究「救急救命士による特定行為の再検討に関する研究」報告書中の「気管挿管の業務プロトコール」によれば、心臓機能停止の状態及び呼吸機能停止の状態の患者のうち、「ラリンゲアルマスク、食道閉鎖式エアウェイで気道確保ができないもの」が対象であり、具体的適応については、「異物による窒息」があげられているが、傷病の状況から医師が必要と判断したものについてはその限りではない。

ただし、その場合には、医師は気管内チューブによる気道確保以外では患者予後の改善が見込めないと判断した理由について、指示内容を記録して保管し、地域メディカルコントロール協議会において事後検証を行うこと。

### 第3 実施時期等

実施時期は平成16年7月1日とする。

実施時期以前は、気管内チューブによる気道確保の実施は一切認められないこと。但し、その実施に係る事前の講習及び実習については、その限りではないものであり、都道府県メディカルコントロール協議会、受入れ施設等と十分協議すること。

### 第4 その他

「救急救命士養成所の指導要領について」（平成3年8月15日健政発第497号厚生省健康政策局長通知）の別表1を別添1のように改め、同通知別表2 1（2）中「食道閉鎖式エアウェイ、」の次に「気管内チューブ、」を加える。

## 教育内容と教育目標

	教育内容	単位数			教育目標
		指定規則			
		別表	別表	別表	
		第1	第2	第3	
基礎分野	科学的思考の基盤	8	—	—	医療従事者として必要な科学的思考及び教養を身につける。生命に関わる科学の基礎を理解し、疫学的な考察力を培うとともに情報化社会に対応できる知識を習得する。
	人間と人間生活				人間性を磨き、自由で客観的な判断力を培い、主体的な行動力を身につける。
	(小計)	8	—	—	
専門基礎分野	人体の構造と機能	3	3	2	人体の構造と機能及び心身の発達に関する知識を系統的に習得する。
	疾患の成り立ちと回復の過程	4	4	2	疾病及び障害に関する知識を系統的に習得する。
	健康と社会保障	2	2	1	公衆衛生の基本的考え方を理解し、国民の健康及び地域・環境保健、医療及び福祉についての知識を習得する。
	(小計)	9	9	5	
専門分野	救急医学概論	5	5	3	生命倫理と医の倫理（インフォームドコンセントを含む）の基本的考え方を理解する。 地域における救急救命士の役割を理解し、メディカルコントロール体制下における救急現場、搬送課程における救急医療及び災害医療についての知識を系統的に習得する。また、救急救命処置に係る医療事故対策について理解する。
	救急症候・病態生理学	6	6	4	各種疾患の症候・病態生理について理解し、症候・病態ごとに観察、評価、処置及び搬送法に関する知識を系統的に習得する。
	疾病救急医学	8	8	5	各種疾患（小児、高齢者、妊産婦等を含む）の発症機序、病態、症状、所見及び予後等について理解し、観察、評価、処置及び搬送法に関する知識を系統的に習得する。
	外傷救急医学	4	4	2	外傷の受傷機転、発症機序、病態、症状、所見及び予後等について理解し、観察、評価、処置及び搬送法に関する知識を系統的に習得する。
	環境障害・急性中毒学	1	1	1	環境因子、中毒物質、放射線等による障害の発症機序、病態、症状、所見及び予後等について理解し、観察、評価、処置及び搬送法に関する知識を系統的に習得する。
	臨地実習	23	23	7	修得した知識を病院前救護において的確かつ安全に応用できる実践能力を身につけ、メディカルコントロールの重要性を確認し、傷病者に対する適切な態度を習得し、医師とともに救急医療を担う医療従事者としての自覚と責任感を養う。
	(小計)	47	47	22	
合計	64	56	27		

## 教育内容と教育目標

	教育内容	単位数			教育目標			
		指定規則						
		別表	別表	別表				
		第1	第2	第3				
基礎分野	科学的思考の基盤	8	—	—	医療従事者として必要な科学的思考及び教養を身につける。生命に関わる科学の基礎を理解し、疫学的な考察力を培うとともに情報化社会に対応できる知識を習得する。			
	人間と人間生活				人間性を磨き、自由で客観的な判断力を培い、主体的な行動力を身につける。			
	(小計)	8	—	—				
専門基礎分野	人体の構造と機能	3	3	2	人体の構造と機能及び心身の発達に関する知識を系統的に習得する。			
	疾患の成り立ちと回復の過程	4	4	2	疾病及び障害に関する知識を系統的に習得する。			
	健康と社会保障	2	2	1	公衆衛生の基本的考え方を理解し、国民の健康及び地域・環境保健、医療及び福祉についての知識を習得する。			
	(小計)	9	9	5				
専門分野	救急医学概論	5	5	3	生命倫理と医の倫理(インフォームドコンセントを含む)の基本的考え方を理解する。地域における救急救命士の役割を理解し、メディカルコントロール体制下における救急現場、搬送課程における救急医療及び災害医療についての知識を系統的に習得する。また、救急救命処置に係る医療事故対策について理解する。			
	救急症候・病態生理学	<del>5</del> 6	<del>5</del> 6	<del>3</del> 4	各種疾患の症候・病態生理について理解し、症候・病態ごとに観察、評価、処置及び搬送法に関する知識を系統的に習得する。			
	疾病救急医学	8	8	5	各種疾患(小児、高齢者、妊産婦等を含む)の発症機序、病態、症状、所見及び予後等について理解し、観察、評価、処置及び搬送法に関する知識を系統的に習得する。			
	外傷救急医学	4	4	2	外傷の受傷機転、発生機序、病態、症状、所見及び予後等について理解し、観察、評価、処置及び搬送法に関する知識を系統的に習得する。			
	環境障害・急性中毒学	1	1	1	環境因子、中毒物質、放射線等による障害の発生機序、病態、症状、所見及び予後等について理解し、観察、評価、処置及び搬送法に関する知識を系統的に習得する。			
	臨地実習	<del>22</del> 23	<del>22</del> 23	<del>6</del> 7	修得した知識を病院前救護において的確かつ安全に応用できる実践能力を身につけ、メディカルコントロールの重要性を確認し、傷病者に対する適切な態度を習得し、医師とともに救急医療を担う医療従事者としての自覚と責任感を養う。			
	(小計)	45	47	45	47	20	22	
	合計	62	64	54	56	25	27	



消 防 救 第 5 8 号  
医政指発第 0323071 号  
平成 1 6 年 3 月 2 3 日

各都道府県消防主管部（局）長 殿  
衛生主管部（局）長 殿

消防庁救急救助課長

厚生労働省医政局指導課長

救急救命士の気管内チューブによる気道確保の実施に係る  
メディカルコントロール体制の充実強化について

本年 3 月 2 3 日付けの「救急救命士法施行規則第 2 1 条第 3 号の規定に基づき厚生労働大臣の指定する器具（平成 4 年厚生省告示第 1 8 号）」の一部改正等により、平成 1 6 年 7 月 1 日から、救急救命士の行う救急救命処置として医師の具体的指示下での気管内チューブによる気道確保の実施を認めることとなったところ、こうした処置範囲拡大の前提として、事後検証の実施を含めたメディカルコントロール体制の充実強化が不可欠である。

従前より、「メディカルコントロール体制の充実強化について（平成 1 5 年 3 月 2 6 日付消防庁次長、厚生労働書医政局長通知）」（以下「平成 1 5 年通知」という。）等でも周知していたところ、気管内チューブによる気道確保の実施については、特に下記の事項に十分に留意し、救急救命士制度の円滑な運用を図られるようお願いしたい。

また、貴都道府県内市町村（消防の事務を処理する組合を含む。）及び関係団体等に対しこの旨周知願いたい。

## 記

### 1 医師からの具体的指示・指導體制の充実

救急救命士が気管内チューブによる気道確保等を適正に行うためには、迅速かつ確実に医師の具体的な指示を受ける必要があることから、その実施に当たり、常時医師からの具体的指示・指導を受けられる体制の充実を図ること。

### 2 プロトコールに沿った実施

気管内チューブによる気道確保のプロトコール（以下「プロトコール」という。）については、平成14年度厚生労働科学研究「救急救命士による特定行為の再検討に関する研究」報告書にある「気管挿管の業務プロトコール」（別添1）を参考にしつつ、地域メディカルコントロール協議会で作成すること。

救急救命士は、プロトコールに習熟した上で、プロトコールに沿って医師の具体的指示に基づき、気管内チューブによる気道確保を適切に実施することにより、救命効果の向上を図ること。

### 3 所要の知識の習得

医師の具体的指示下での気管内チューブによる気道確保を実施する救急救命士は、救急救命士の国家試験に合格した者であって、気管内チューブによる気道確保の実施のための講習及び実習を修了していることとし、救急救命士学校養成所指定規則の一部を改正する省令（平成16年文部科学省・厚生労働省令第1号）による改正後の救急救命士学校養成所指定規則（平成3年文部省・厚生省令第2号）に基づく教育内容を履修した者についても、救急救命士の国家試験合格後、実習を修了する必要があること。

### 4 事後検証体制の確立等

医師の具体的指示下での気管内チューブによる気道確保については、地域メディカルコントロール協議会が設置され、事後検証体制が確保されていることが前提であり、事後検証を行う際には、気管内チューブによる気道確保を実施した際の観察結果、固定状況等必要事項を正確に把握する必要があることから、平成15年通知にある事後検証票（別添2）を参考にし、必要に応じて地域メディカルコントロール協議会で見直し等を行うよう努めること。

## 気管挿管の業務プロトコール

○対象者心肺機能停止状態の症例（心停止かつ呼吸停止のもの）

平澤研究班報告では、気管挿管の適応に関しては、一部の症例では従来法に比べて、気管挿管の方がより有効と考えられるということで、適応はポジティブリストにすべきとの報告であった。別班（杉山貢班長：ドクターカーによる気管挿管適応事例の実証分析）で検討された結果を踏まえ、気管挿管の適応を以下の如くとする。

### 【気管挿管の適応と考えられるケース】

下記の状態の心肺機能停止患者のうち、ラリングアルマスク、食道閉鎖式エアウェイで気道確保ができないもの

- ① 異物による窒息の心肺機能停止事例
- ② その他、指導医が必要と判断したもの

### 【気管挿管の適応外となるケース】

- ① 状況から頸髄損傷が強く疑われる事例
- ② 頭部後屈困難例
- ③ 開口困難と考えられる例
- ④ 喉頭鏡挿入困難例
- ⑤ 喉頭鏡挿入後喉頭展開困難例
- ⑥ その他の理由で声帯確認困難例
- ⑦ 時間を要する、もしくは要すると考えられる例
- ⑧ その他担当救急救命士が気管挿管不相当と考えた例

以上より、気管挿管の対象者は、【気管挿管の適応と考えられるケース】から【気管挿管の適応外となるケース】を引いたものとする。

ただし、傷病の状況から気管挿管以外では患者予後を改善し得ないと指導医が判断して救急救命士が気管挿管を実施した場合には、医師は、気管挿管以外では患者予後の改善が見込めないと判断した理由について、指示内容を記録し



て保管し、求めに応じて地域メディカルコントロール協議会に提出すること

なお、研究班による検討、検証の結果、下記の事例は、既存の方法により十分な結果が得られるもの、または気管挿管を実施しても予後の改善が期待できないものであり、気管挿管を実施する必要はないとされたものである。

- ① 脳血管障害による心肺機能停止が明らかな事例※
- ② 心筋梗塞、致死性不整脈等、循環器系の傷病に起因する心肺機能停止が明らかな事例※
- ③ 呼吸器系を除く部位の外傷に起因する心肺機能停止が明らかな事例※  
※ただし、上記の傷病に伴って嘔吐等が認められ、ラリングアルマスク、食道閉鎖式エアウェイが挿入困難である事例は除外する。
- ④ 目撃者のいない縊頸による心肺機能停止事例
- ⑤ 目撃者のいない入浴中の心肺機能停止事例

○対象者として適合した場合、on line medical control を受ける。

○挿管の類別は喉頭鏡を用いた直視下経口挿管に限定する。

○挿入には迅速性が要求される。挿入に要する時間は1回30秒以内として、挿入試行は原則1回として3回以上を禁ずる。

30秒以内に挿入できなかった場合も1回の挿入試行として数える。

○挿入は安全に静かに行い、強い抵抗のある場合は中止し、無理な挿入は避ける。

○日本人の場合、挿入の深さは気管チューブカフが声帯を2cm越える位置、あるいは成人男性で門歯21cm、女性で門歯19cmを目安とする。

○気管チューブカフ（低圧カフを使用）には過剰なエアーを注入しない。通常は10mlで、カフ漏れがなくなる量である。

○気管チューブが気管内に挿入されているかの確認は非常に重要である。

食道挿管を防ぐ。

臨床的所見、例えばチューブ内壁の呼気の湿気、胸腹部の聴診、胸郭の挙上などは必ずしも信頼できる確認方法ではない。

気管チューブが気管内に正しく挿入されているか確認するため下記の4つの方法を順に行う。

1) 直視下で声帯をチューブが越えるのを確認する。

2) 気管挿管後、直ちに心窩部、両側中腋窩線・前胸部を聴取する。

心窩部でゴボゴボと音がして、胸壁が上がらなければ直ちに気管チューブを抜去する。胸壁が上がり心窩部で音がしなければ呼吸音を聴取する。

3) 呼気二酸化炭素検知器を装着する。

二酸化炭素があれば気管内の可能性が高い。しかしながら心肺停止傷病者では、肺血流量が低下しているため擬陽性（食道挿管であると検知）を呈する可能性がある。

4) 食道挿管検知器を装着する。

心肺停止では呼気二酸化炭素が検出できないことがあるので、食道挿管検知器で再度確認する。

以上4つの方法で気管チューブの正確な位置の確認を行う。

○気管挿管を確認したら、片肺挿管（左右いずれかの主気管支挿管）を防ぐため、両側肺尖部の聴診を注意深く行う。

○気管チューブの固定は専用固定器具を使用する。

○気管チューブ挿入後は、用手による気道確保を行わず、頭部の位置を水平に保つ。

○胃内容物の逆流がある時は、吸引・清拭を行う。

○気管挿管失敗の際は、従来法にて気道の確保を試みる。

この際の従来法の選択は、ラリングアルマスク、コンビチューブを同列とする。

○従来法でも換気が得られない場合は、バッグ・バルブ・マスクにて換気を試

みながら搬送する

○実際のプロトコール作りの際は、その地方のメディカルコントロール体制や救急医療体制を勘案したローカルルールも考慮する。

○気管挿管の合併症

(1) 食道挿管

(2) 片肺挿管

(3) 喉頭鏡あるいは気管チューブの過剰な力による歯牙損傷、上気道損傷

(4) 無理な挿管操作あるいは正常咽頭反射による嘔吐と誤嚥

(5) 挿管操作延長による低酸素血症

(6) 頸椎症患者に対する過進展による頸椎骨折

(7) 外傷症例において頸随損傷の悪化

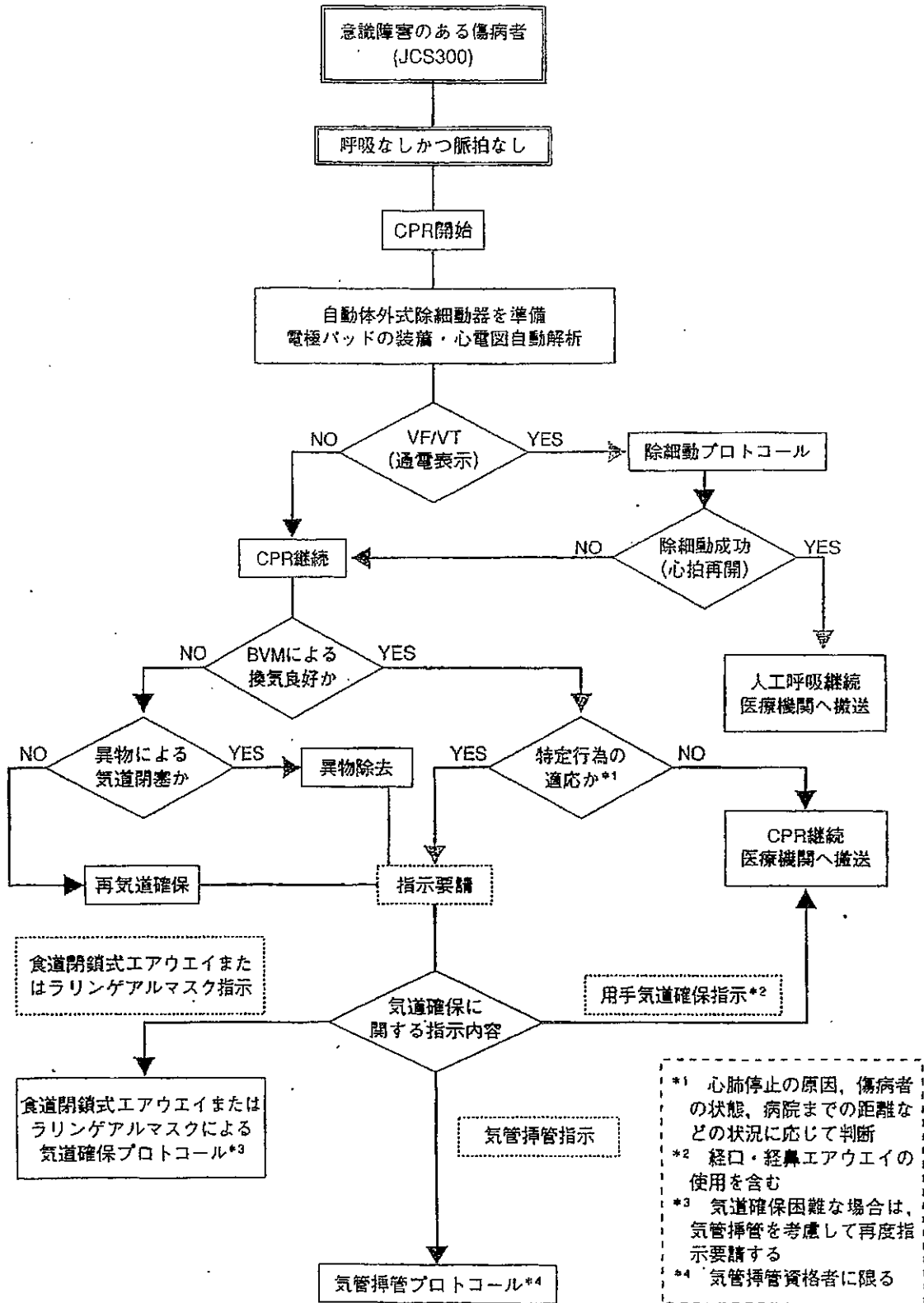
(8) 低体温症例における気道刺激による心室性不整脈、心室細動の出現

(9) 気道刺激による迷走神経反射による除脈

(10) 無理な挿管操作、過剰な加圧による気胸の発症、あるいは既存の気胸の増悪

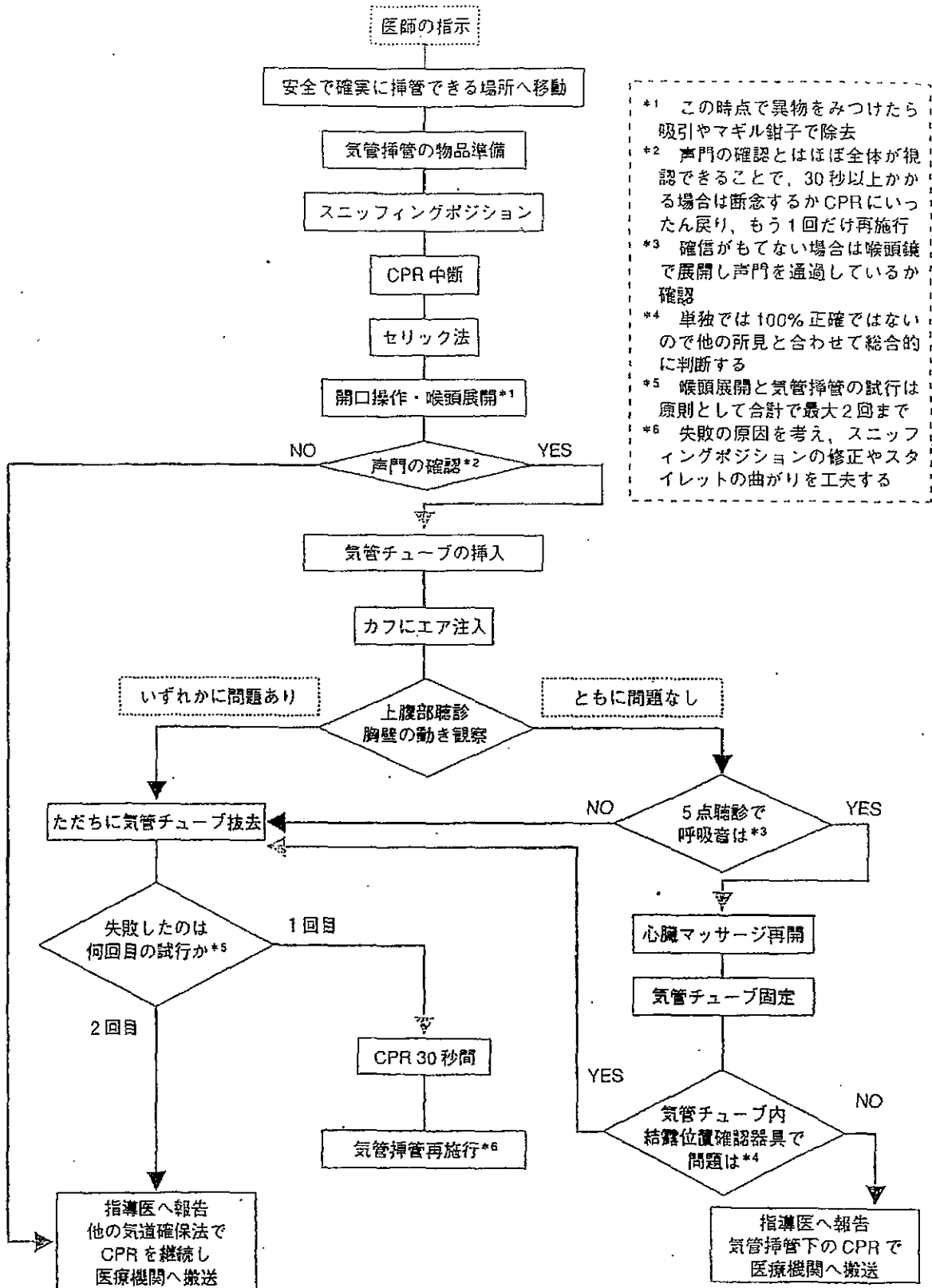
以上

# 気道確保に関する指示要請プロトコール



\*1 心肺停止の原因、傷病者の状態、病院までの距離などの状況に応じて判断  
 \*2 経口・経鼻エアウェイの使用を含む  
 \*3 気道確保困難な場合は、気管挿管を考慮して再度指示要請する  
 \*4 気管挿管資格者に限る

# 気管挿管プロトコール



- \*1 この時点で異物をみつけたら吸引やマジル鉗子で除去
- \*2 声門の確認とはほぼ全体が視認できることで、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
- \*3 確信がもてない場合は喉頭鏡で展開し声門を通過しているか確認
- \*4 単独では100%正確ではないので他の所見と合わせて総合的に判断する
- \*5 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
- \*6 失敗の原因を考え、スニッフィングポジションの修正やスタイルットの曲がりを工夫する

引継日時	平成 年 月 日 ( ) 時 分	救急隊 隊長氏名 救急救命士氏名
出場番号	傷病者番号 -	事故種別 <input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 加害 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 水難 <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 自損 <input type="checkbox"/> 他 ( )
出場先	市郡 町 丁目 番 号	発生場所
傷病者住所氏名等	市郡 町 丁目 番 号	電話 ( ) 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 職業 ( ) MTSH 年 月 日 ( 歳)
初診医 所見等	収容医療機関名称所在地	初診時傷病名  記入時刻 :
	※ <input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 要連絡: 下記項目でご意見のある場合は○印をつけてください。 1. 除細動 2. 気道確保 3. 静脈路確保 4. その他 意見欄	医師署名
		初診時程度 <input type="checkbox"/> 死亡: 初診時死亡が確認されたもの <input type="checkbox"/> 重症: 三週間以上の入院加療を要するもの <input type="checkbox"/> 中等症: 傷病の程度が重症又は軽症以外のもの <input type="checkbox"/> 軽症: 軽症で入院を要しない
救急要請の概要		
現場到着・接触時の状況		
傷病者情報	既往症: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 病名: 現病名: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 病名: 通院医療機関:	
主訴等	自覚症状等: <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明: 理由 痛みの部位: 性状:	
救急隊 現着時 の 所見	状態: <input type="checkbox"/> 立位 <input type="checkbox"/> 仰臥位 <input type="checkbox"/> 側臥位: 右・左 <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 半座位 <input type="checkbox"/> 他 ( ) 表情: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 苦悶 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 無表情 <input type="checkbox"/> 泣く <input type="checkbox"/> 他 ( ) 顔貌: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 紅潮 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発汗 <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 他 ( ) 出血: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り: <input type="checkbox"/> 外出血 部位: <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 喀血 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 性器出血 <input type="checkbox"/> 皮下出血 <input type="checkbox"/> 鼻出血 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 出血量: (少 中 多) <input type="checkbox"/> 創傷・種類 部位: 痙攣: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 性状: / 嘔吐: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 嘔気: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 失禁: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (大・小) <input type="checkbox"/> 不明 四肢変形: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り: 部位 / 麻痺 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り: 部位 <input type="checkbox"/> 熱傷: II度 %部位: III度 %部位 死亡徴候: <input type="checkbox"/> 四肢硬直 <input type="checkbox"/> 死斑: 部位 <input type="checkbox"/> 他	
	初期 ECG	<input type="checkbox"/> VVF <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> 心静止 <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> その他 ( )

※ 初診時程度が重症又は死亡のもので、本救急活動等に関する意見があり、後日消防本部からの連絡が必要な場合は上記項目「要連絡」にチェックしてください。ご意見は事後検証に活用させていただきます。

※ 本紙については傷病者収容時に可能な限り記載し、未記載部分については医療機関の必要に応じて帰署後に情報提供できるようにすること。

救命処置等	除細動	気道確保	静脈路確保	医師連携による 医師の処置記入欄 実施者氏名
	実施場所 ( ) <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> pulseless VT 確認時刻 : <input type="checkbox"/> 単相性波 <input type="checkbox"/> 二相性波 1回目 ( J : ) 2回目 ( J : ) 3回目 ( J : ) 確認時刻 : 4回目 ( J : ) 5回目 ( J : ) 6回目 ( J : ) 結果 : 中止・未実施理由 : _____ _____ 実施者 : <input type="checkbox"/> 救命士 <input type="checkbox"/> 医師 氏名	<input type="checkbox"/> 用手 ( ) <input type="checkbox"/> 口咽頭エアウェイ <input type="checkbox"/> 鼻咽頭エアウェイ <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> WB <input type="checkbox"/> コンビチューブ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 気管挿管 : <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 サイズ mm カパシタ ml 固定位置 cm 実施場所 ( ) 実施時刻 : 換気 : <input type="checkbox"/> バック <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 O <sub>2</sub> %/m 回/m <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 抜去 理由 : _____ _____ 実施者 : <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 救命士 <input type="checkbox"/> 認定救命士 <input type="checkbox"/> 医師 氏名	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 中止 実施場所 ( ) 実施時刻 : 血管確保、部位 _____ G 中止・未実施理由 : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ 実施者 : <input type="checkbox"/> 救命士 <input type="checkbox"/> 医師 氏名	

時間経過
覚知 : _____
出場 : _____
現着 : _____
接触 : _____
現発 : _____
到着 : _____
収容 : _____
連携活動等
<input type="checkbox"/> 消防隊連携
<input type="checkbox"/> Dr CAR 連携
<input type="checkbox"/> Dr ヘリ連携
<input type="checkbox"/> ヘリ連携
<input type="checkbox"/> 救助水難活動

引継日時	平成 年 月 日 ( ) 時 分	救急隊 隊長氏名	
出場番号	傷病者番号 —	救急救命士氏名	
		事故種別 <input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 加害 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 水難 <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 自損 <input type="checkbox"/> 他 ( )	
		発生 場所	
		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職業 ( ) ( 歳)
初 診 医 所 見 等	収容医療 機関名称 所在地	初診時傷病名	
		記入時刻 :	
		医師署名	
	※ <input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 要連絡：下記項目でご意見のある場合は○印をつけてください。 1. 除細動 2. 気道確保 3. 静脈路確保 4. その他 意見欄	初診時程度別 <input type="checkbox"/> 死 亡：初診時死亡が確認されたもの <input type="checkbox"/> 重 症：三週間以上の入院加療を要するもの <input type="checkbox"/> 中等症：傷病の程度が重症又は軽症以外のもの <input type="checkbox"/> 軽 症：軽易で入院を要しないもの	



引継日時	平成 年 月 日 ( ) 時 分	救急隊 隊長氏名 救急救命士氏名	
出場番号	傷病者番号 -	事故種別 <input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 加害 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 水難 <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 自損 <input type="checkbox"/> 他 ( )	
出場先	市郡 町 丁目 番 号	発生場所	
傷病者住所氏名等	市郡 町 丁目 番 号	電話 ( )	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 職業 ( ) MTSH 年 月 日 ( 歳)
収容医療機関名称所在地	初診時傷病名		記入時刻 :
	医師署名		
不救護理由拒否者署名			初診時程度 <input type="checkbox"/> 死亡: 初診時死亡が確認されたもの <input type="checkbox"/> 重症: 三週間以上の入院加療を要するもの <input type="checkbox"/> 中等症: 傷病の程度が重症又は軽症以外のもの <input type="checkbox"/> 軽症: 軽症で入院を要しない
死亡確認時医師署名	死亡確認医師署名 <input type="checkbox"/> 往診医師 <input type="checkbox"/> 臨場医師 <input type="checkbox"/> 医師要請医師 死亡確認 確認時刻 :		
救急要請の概要			
現場到着・接触時の状況			
傷病者情報	既往症: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 病名: 通院医療機関:	現病名: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 病名:	
主訴等	自覚症状等: <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明: 理由 痛みの部位: 性状:		
救急隊現着時の所見	状態: <input type="checkbox"/> 立位 <input type="checkbox"/> 仰臥位 <input type="checkbox"/> 側臥位: 右・左 <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 半座位 <input type="checkbox"/> 他 ( ) 表情: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 苦悶 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 無表情 <input type="checkbox"/> 泣く <input type="checkbox"/> 他 ( ) 顔貌: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 紅潮 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発汗 <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 他 ( ) 出血: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り: <input type="checkbox"/> 外出血 部位: <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 喀血 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 性器出血 <input type="checkbox"/> 皮下出血 <input type="checkbox"/> 鼻出血 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 出血量: (少 中 多) <input type="checkbox"/> 創傷・種類 部位: 痙攣: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 性状: / 嘔吐: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 嘔気: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 失禁: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (大・小) <input type="checkbox"/> 不明 四肢変形: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り: 部位 / 麻痺 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り: 部位 <input type="checkbox"/> 熱傷: II度 %部位: III度 %部位 死亡徴候: <input type="checkbox"/> 四肢硬直 <input type="checkbox"/> 死斑: 部位 <input type="checkbox"/> 他		
	初期 ECG	心停止の目撃	バイスタンダー CPR の状況
	<input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> 心静止 <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 目撃者: <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 消防隊 <input type="checkbox"/> 他 ( )	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 実施者: <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 他 ( ) 資格: ( ) CPR口頭指導: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 指令員 <input type="checkbox"/> 他 ( ) 処置内容: <input type="checkbox"/> 気道確保 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 心マ <input type="checkbox"/> 他 ( )
	心停止の推定原因 <input type="checkbox"/> 非心原性 ( ) <input type="checkbox"/> 心原性 推定原因: <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 他 ( ) <input type="checkbox"/> 既往歴	目撃時刻: <input type="checkbox"/> 推定 <input type="checkbox"/> 確定 <input type="checkbox"/> 不明 性状: <input type="checkbox"/> 突然 <input type="checkbox"/> 徐々に <input type="checkbox"/> 不明	
他の市民処置: <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 保温 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 止血処置 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 実施者: <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 他 ( )			
病院選定等	病院選定・経過等 連絡開始時刻 選定者: <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 本部 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 他 ( ) 病院決定時刻 病院選定経過: _____		
転送経過	要請病院名: _____ 要請医師名: _____ 病院選定: <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 本部 同乗管理 <input type="checkbox"/> 医師同乗 <input type="checkbox"/> 看護師同乗 <input type="checkbox"/> その他	要請内容	

救命処置等	除細動 実施場所 ( ) <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> pulseless VT 確認時刻 : <input type="checkbox"/> 单相性波形 <input type="checkbox"/> 二相性波形 1回目 ( J : ) 2回目 ( J : ) 3回目 ( J : ) 確認時刻 : 4回目 ( J : ) 5回目 ( J : ) 6回目 ( J : ) 結果 : 中止・未実施理由 : .....	気道確保 <input type="checkbox"/> 用手 ( ) <input type="checkbox"/> 口咽頭エアウェイ <input type="checkbox"/> 鼻咽頭エアウェイ <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> WB <input type="checkbox"/> コンビチューブ <input type="checkbox"/> その他 ..... <input type="checkbox"/> 気管挿管 : <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 サイズ mm 初容量 ml 固定位置 cm 実施場所 ( ) 実施時刻 : 換気 : <input type="checkbox"/> バック <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 O <sub>2</sub> %/m 回/m <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 抜去 理由 : .....	静脈路確保 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 中止 実施場所 ( ) 実施時刻 : 血管確保、部位 G ..... 中止・未実施理由 : .....	医師連携による 医師の処置記入欄 実施者氏名 .....
	実施者 : <input type="checkbox"/> 救命士 <input type="checkbox"/> 医師 氏名	実施者 : <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 救命士 <input type="checkbox"/> 認定救命士 <input type="checkbox"/> 医師 氏名	実施者 : <input type="checkbox"/> 救命士 <input type="checkbox"/> 医師 氏名	
<input type="checkbox"/> 受けられず <input type="checkbox"/> 未要請 理由 :				
指示要請 その他医 師からの 指導内容	指示・指導医氏名	要請時刻・内容 実施者		
	所属病院	指示・指導内容等		
観察・処 置の経 過	実施時刻			
	意識			
	呼吸			
	脈拍			
	ECG			
	血圧			
	瞳孔			
	SpO <sub>2</sub>			
	体温			
処置 判断 等				
その他適用 必要事項				

引継日時	平成 年 月 日 ( ) 時 分		救急隊 隊長氏名	
出場番号	傷病者番号	事故種別 <input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 加害 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 水難 <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 自損 <input type="checkbox"/> 他 ( )		
		発生場所		
		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職業 ( ) ( 歳)	
初診医 所見等	収容医療 機関名称 所在地	初診時傷病名		
		記入時刻		
	※ <input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 要連絡：下記項目でご意見のある場合は○印をつけてください。 1. 除細動 2. 気道確保 3. 静脈路確保 4. その他 意見欄	医師署名		
	初診時程度 <input type="checkbox"/> 死亡：初診時死亡が確認されたもの <input type="checkbox"/> 重症：三週間以上の入院加療を要するもの <input type="checkbox"/> 中等症：傷病の程度が重症又は軽症以外のもの <input type="checkbox"/> 軽症：軽症で入院を要しない			
救急要請の概要				
現場到着・接触時の状況				
傷病者情報	既往症： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 病名：		現病名： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 病名：	
	通院医療機関：			
主訴等	自覚症状等： <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明：理由			
	痛みの部位： 性状：			
救急隊 現着時 の所見	状態： <input type="checkbox"/> 立位 <input type="checkbox"/> 仰臥位 <input type="checkbox"/> 側臥位：右・左 <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 半座位 <input type="checkbox"/> 他 ( )			
	表情： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 苦悶 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 無表情 <input type="checkbox"/> 泣く <input type="checkbox"/> 他 ( )			
	顔貌： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 紅潮 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発汗 <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 他 ( )			
	出血： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り： <input type="checkbox"/> 外出血 部位： <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 喀血 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 性器出血 <input type="checkbox"/> 皮下出血 <input type="checkbox"/> 鼻出血 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 出血量：(少 中 多) <input type="checkbox"/> 創傷・種類 部位：			
	痙攣： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 性状： / 嘔吐： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 嘔気： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り			
	失禁： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (大・小) <input type="checkbox"/> 不明			
	四肢変形： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り：部位 / 麻痺 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り：部位			
	<input type="checkbox"/> 熱傷：Ⅱ度 %部位： Ⅲ度 %部位			
	死亡徴候： <input type="checkbox"/> 四肢硬直 <input type="checkbox"/> 死斑：部位 <input type="checkbox"/> 他			
	初期 ECG		心停止の目撃	
<input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> 心静止 <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 目撃者： <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 消防隊 <input type="checkbox"/> 他 ( )		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 実施者： <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 他 ( ) 資格：( ) CPR <input type="checkbox"/> 頭指導： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 指令員 <input type="checkbox"/> 他 ( ) 処置内容： <input type="checkbox"/> 気道確保 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 心マ <input type="checkbox"/> 他 ( )
心停止の推定原因		目撃時刻		
<input type="checkbox"/> 非心原性 ( ) <input type="checkbox"/> 心原性 推定原因： <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> ニトロ <input type="checkbox"/> 他 ( ) <input type="checkbox"/> 既往歴		<input type="checkbox"/> 推定 <input type="checkbox"/> 確定 <input type="checkbox"/> 不明 性状： <input type="checkbox"/> 突然 <input type="checkbox"/> 徐々に <input type="checkbox"/> 不明		
他の市民処置： <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 保温 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 止血処置 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 実施者： <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 他 ( )				
病院 選定 等	病院選定・経過等			
	連絡開始時刻	選定者： <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 本部 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 他 ( )		
	病院決定時刻	病院選定経過： _____		

搬送経過	要請病院名： _____ 要請医師名： _____ 病院選定： <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 本部 同乗管理： <input type="checkbox"/> 医師同乗 <input type="checkbox"/> 看護師同乗 <input type="checkbox"/> その他		要 内 容								
救命処置等	除細動 実施場所 ( ) <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> pulseless VT 確認時刻 : _____ <input type="checkbox"/> 単相性波形 <input type="checkbox"/> 二相性波形 1回目 ( J : ) _____ 2回目 ( J : ) _____ 3回目 ( J : ) _____ 確認時刻 : _____ 4回目 ( J : ) _____ 5回目 ( J : ) _____ 6回目 ( J : ) _____ 結果 : _____ 中止・未実施理由 : _____ 実施者： <input type="checkbox"/> 救命士 <input type="checkbox"/> 医師 氏名 _____	気道確保 <input type="checkbox"/> 用手 ( ) <input type="checkbox"/> 口咽頭エアウェイ <input type="checkbox"/> 鼻咽頭エアウェイ <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> WB <input type="checkbox"/> コルチチューブ <input type="checkbox"/> その他 ( ) _____ <input type="checkbox"/> 気管挿管： <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 サイズ mm 初容量 ml 固定位置 cm 実施場所 ( ) _____ 実施時刻 : _____ 換気： <input type="checkbox"/> バック <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 O <sub>2</sub> %/m 回/m <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 抜去 理由 : _____ 実施者： <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 救命士 <input type="checkbox"/> 認定救命士 <input type="checkbox"/> 医師 氏名 _____	静脈路確保 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 中止 実施場所 ( ) _____ 実施時刻 : _____ 血管確保、部位 _____ G 中止・未実施理由 : _____ 実施者： <input type="checkbox"/> 救命士 <input type="checkbox"/> 医師 氏名 _____	医師連携による 医師の処置記入欄 実施者氏名 _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____							
	<input type="checkbox"/> 受けられず <input type="checkbox"/> 未要請 理由： _____ 指示要請 その他医師からの 指導内容 指示・指導医氏名 _____ 要請時刻・内容 : _____ 実施者 _____ 所属病院 _____ 指示・指導内容等 _____										
観察・処置の経過	実施時刻 _____	意識 _____	呼吸 _____	脈拍 _____	EKG _____	血圧 _____	瞳孔 _____	SpO <sub>2</sub> _____	体温 _____	処置判断等 _____	時間経過 覚知 : _____ 出場 : _____ 現着 : _____ 接触 : _____ 現発 : _____ 到着 : _____ 収容 : _____ 連携活動等 <input type="checkbox"/> 消防隊連携 <input type="checkbox"/> Dr CAR 連携 <input type="checkbox"/> Dr ヘリ連携 <input type="checkbox"/> ヘリ連携 <input type="checkbox"/> 救助水難活動
検証医 所属： _____ 氏名 _____							検証年月 年 月 日				
観察 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 署等で確認 <input type="checkbox"/> 事例研究等を考慮 <input type="checkbox"/> 推奨症例 <input type="checkbox"/> 稀・参考症例 <input type="checkbox"/> 要改善		判断 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 署等で確認 <input type="checkbox"/> 事例研究等を考慮 <input type="checkbox"/> 推奨症例 <input type="checkbox"/> 稀・参考症例 <input type="checkbox"/> 要改善		処置 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 署等で確認 <input type="checkbox"/> 事例研究等を考慮 <input type="checkbox"/> 推奨症例 <input type="checkbox"/> 稀・参考症例 <input type="checkbox"/> 要改善		医療機関選定 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 署等で確認 <input type="checkbox"/> 事例研究等を考慮 <input type="checkbox"/> 推奨症例 <input type="checkbox"/> 稀・参考症例 <input type="checkbox"/> 要改善					
検証医所見											
救急技術指導者所見		氏名 _____ 記入年月日 年 月 日									
救急救命士確認欄											

## 救急活動記録票・検証票項目に関する補足説明

1) 引継日時	・病院収容し、医師に引き継いだ時刻を記載する。 (4枚目まで複写)	
2) 救急隊 隊長氏名 救急救命士氏名	・出場した救急隊の所属する本部名、及び救急隊名を記載する。 ・隊長氏名を記載する。 ・救急車に乗車している救急救命士氏名を記載する。隊長が救急救命士の場合はここにも記載する。 (4枚目まで複写)	
3) 出場番号	・年間通し番号 (4枚目まで複写)	
4) 傷病者番号	・一隊で2名以上を搬送した場合は、2-1、2-2と記載する。 (4枚目まで複写)	
5) 事故種別 (4枚目まで複写)	急病	疾病によるもので、救急業務として行ったもの。
	一般負傷	他に分類されない不慮の事故
	交通事	全ての交通機関相互の衝突、接触、単独、歩行者と交通機関の事故
	転院搬送	病院間の患者搬送
	加害	故意に他人によって傷害等を加えられた事故
	労災	各種工場、事業所、作業場、工事現場等において就業中に発生した事故
	火災	火災現場において直接火災に起因して生じた事故
	水難	水泳中（運動競技によるものを除く）の溺者又は、水中転落等による事故
	自然災	暴風、豪雨、豪雪、洪水、高潮、地震、津波、噴火、雪崩、地すべり、その他異常な自然現象に起因する災害による事故をいう。
	運動競技	運動競技の実施中に発生した事故で直接運動競技を実施している者、審判員及び関係者の事故（観覧中の者が直接運動競技用具等によって負傷したものは含み、競技場内の騒乱によるものは含まない。）
	自損	故意に自分自身に傷害等を加えた事故
	医師搬送	医師・看護師の搬送
資器材搬送	医療資器材の輸送	
その他	救急車不搬送件数のうち、救急事故に分類不能のものを含む。	

6) 出 場 先	<ul style="list-style-type: none"> <li>・活動記録票では要請を受け、出場した場所を記載するが、<u>検証には必要のない情報であり、個人情報にかかわる部分であることから、複写されない方法をとる。</u></li> <li>(1枚目と3枚目が複写)</li> </ul>
7) 発生場所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故の発生場所、急病人の居る場所を記載する。(例：居室、台所、浴室、体育館、事務室、交差点、歩道、中庭、河川敷等)</li> <li>(4枚目まで複写)</li> </ul>
8) 傷 病 者 住 所 名 氏 名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・活動記録票では傷病者の住所・氏名を記載する部分(免許証、健康保険証、本人から若しくは関係者から聴取できた場合)</li> <li>・<u>検証には必要のない情報であり、複写されない方法をとる。</u></li> <li>(1枚目と3枚目が複写)</li> </ul>
9) 性 別 年 齢 職 業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・活動記録票では、傷病者の連絡電話番号、性別、生年月日、年齢、職業を記載する。(1枚目と3枚目が複写)</li> <li>・検証票では、<u>性別、年齢、職業</u>が記載されていれば検証は可能である。その他の情報は<u>個人情報にかかわる部分であることから、複写されない方法をとる。</u></li> </ul>
10) 收容医療機関名 称 所 在 地	<ul style="list-style-type: none"> <li>・傷病者を搬送した医療機関の名称、所在について記載する。</li> <li>(4枚目まで複写)</li> </ul>
11) 初診時傷病名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初診時の診断名及び記入した時刻を医師により記載してもらう。</li> <li>(4枚目まで複写)</li> </ul>
12) 医師署名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初診時診断名を記載した医師により署名してもらう。</li> <li>(4枚目まで複写)</li> </ul>
13) 初診時程度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初診時診断名を記載した医師により記載してもらう。(4枚目まで複写)</li> </ul>
14) 初診医の所見等 及び拒否者署名・理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>活動記録票(3枚目)のみ、他の様式と異なる部分で、傷病者が搬送を辞退し不救護扱いとなった場合、本人若しくは家族等より辞退した理由を記載していただき署名をいただく。</u></li> <li>・<u>活動記録票(3枚目)のみ、他の様式と異なる部分で、救急現場において医師により死亡が確認され、不救護扱いとなった場合に、死亡確認をおこなった医師により署名してもらう。</u></li> </ul>
15) 救急要請の概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外因性の場合は、事故の形態、概要及び傷病者数について記載する。</li> <li>・内因性の場合は、現病歴、救急要請に至った主な理由及び病気の経過について記載する。</li> <li>・転院搬送の場合は、救急搬送となった理由、要請医療機関での傷病名を、資器材搬送の場合は、医療資器材の搬送先、品名、個数について記載する。</li> </ul>

16) 現場到着時接触時の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・傷病者接触時の状態を具体的に記載する。</li> <li>・その他に傷病者、救急隊への二次的災害、救急・救助に係わる活動障害、周囲・関係者の状況、市民による応急手当が行なわれていた場合その状況についても記載する。</li> </ul>
17) 傷病者情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>・既往歴、現病歴、入院歴、通院先病院名、事故の起因に係わらず、傷病者に関する事項について記載する。 (本人若しくは、家族からの聴取事項などについて)</li> </ul>
18) 主訴等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人からの訴えについて、記載する。</li> <li>・意識障害があり聴取できない場合は不明で理由を記載する。</li> <li>・家族からの確実な情報があれば、内容と情報源(情報提供者名、続柄等)を記載する。</li> </ul>
19) 救急隊現着時の所見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・傷病者に接触し外観観察した結果についてチェックする。 出血量については、生命に危険を及ぼす量の場合(多)、滲出的で少量の場合(少)、それ以外の場合(中)と記載する。</li> </ul>
20) 初期 ECG 所見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ウツタイン様式に準ずる項目に関して、傷病者に接触した直後の ECG モニター所見について記載する。</li> </ul>
21) 心停止の推定原因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ウツタイン様式に準ずる項目に関して、非心原性と心原性の有無について記載する。状況から心原性と推定した要件について、現病歴、既往歴について知り得た情報を記載する。</li> </ul>
22) 心停止の目撃	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現着時に家族等から聴取した発症直後の目撃情報により時刻、性状等を記載する。倒れるところを目撃し、その時刻が正確であれば「確定」にチェックをいれる。「推定」は倒れる以前の行動を目撃しており、倒れたところは目撃していない場合にチェックをいれる。「不明」はいつ倒れたか予測がつかない場合にチェックをいれる。(例：会社から帰宅したところ、台所で倒れていた。)</li> </ul>
23) バイスタンダー CPR の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市民処置のうち、心肺蘇生法に関する記述。家族、同僚、友人、通行人等実施していた人、内容について記載する。もし、資格等の保有者であればその内容について、資格欄に記載する。(医療従事者、上級救命講習受講者、日赤指導員)</li> <li>・119番通報時口頭指導による、テレフォン CPR 等の情報があれば、誰により行われたかを記載する。</li> <li>・その他に行われた市民処置の状況、実施者についてチェックする。</li> </ul>
24) 病院選定経過	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自己隊で選定、本部に依頼など、選定者の種別を記載する。連絡開始時刻と決定時刻を記載する。</li> </ul>
25) 転送経過	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一時、病院収容したが、傷病者の状態、病院の状況から他の病院へ直ちに搬送する必要が生じた場合に記載する。</li> <li>・要請医師、要請病院、要請理由、医師同乗管理、看護師同乗について記載する。</li> </ul>

26) 除細動	<ul style="list-style-type: none"> <li>除細動を実施した場合に記載する。適応波形の種類と確認時刻、積載している除細動器の種別を記載する。</li> <li>除細動施行6回までの実施状況についてジュール数を記載し、実施できなかった場合は状況を具体的に記載する。</li> <li>救命処置の項目に関しては、ドクターヘリ、ドクターカー等と連携した場合を考慮して、実施者の欄に「医師」の項目を設けた。</li> <li>実施したものは医師、救急救命士を問わず氏名を記載する。</li> </ul>
27) 気道確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>気道確保を実施した場合に記載する。「用手」による気道確保を実施した場合チェックをして、その方法について記載する。</li> <li>気道確保に用いた器具の種別について記載する。</li> <li>換気方法及び酸素流量、回数について記載する。</li> <li>何らかの状況により気道確保器具を変更、又は回復により中止した場合はその状況を記載する。</li> <li>資格に応じた処置について実施した者は氏名を記載する。</li> </ul>
28) 静脈路確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>静脈路確保を実施した場合に記載する。</li> <li>実施場所、時刻、実施者、穿刺した血管部位、使用した留置針の太さについて記載し、実施できない場合、中止した場合は理由を記載する。</li> <li>実施したものは医師、救急救命士を問わず氏名を記載する。</li> </ul>
29) 医師との連携医療処置記入欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師と連携し、医師の行った除細動、気道確保、静脈路確保、以外の医療処置について記載する。(例、緊急薬剤の使用、輸液、外科的処置等)</li> <li>医師が直接記入することが望ましい。</li> </ul>
30) 指示要請その他医師からの指導内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>指示要請の際、医師から指示された特定行為の内容、その他に搬送中の傷病者管理に必要な指導事項について記載する。</li> <li>指示要請を行った救急救命士の氏名、要請内容を記載する。</li> <li>指示を行った指導医の所属病院、氏名について記載する。</li> </ul>
31) 観察処置の経過	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>適宜、縦線を入れて自由に区分けし、傷病者のバイタルサインの変化について、実施した処置とその判断、時間について記載する。</u></li> <li>時間経過の説明</li> <li>覚知：消防機関が救急事故を確認した時刻 (※ウツタイン様式を導入している地区では、入電時間を別途記録することも考えられる。)</li> <li>出場：119番通報の内容が消防署所等に指令され、待機している所から動きだした時刻</li> <li>現着：出場指令番地の建物、及びその周辺に到着した時刻</li> <li>接触：観察開始時刻を意味する。傷病者に接触した時刻</li> <li>現発：傷病者を救急車に収容し、救急現場から出発した時刻</li> <li>病着：病院に到着した時刻</li> <li>収容：傷病者を医師に引き継いだ時刻</li> </ul>



32) 検証医師記入欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・検証を実施した医師の氏名、所属病院、検証年月日を記載する。</li> <li>・観察、判断、処置、医療機関選定の4項目において検証を実施する。</li> <li>・各項目の説明 <ul style="list-style-type: none"> <li>「標準」 <ul style="list-style-type: none"> <li>・適切であった</li> <li>・活動基準どおり</li> <li>・特記事項なし</li> </ul> </li> <li>「署等で確認」 <ul style="list-style-type: none"> <li>・活動基準どおりか要確認</li> <li>・事例研究に取り上げるまでは至らないが、円滑な救急活動を目標に本部または署で症例を確認する。</li> </ul> </li> <li>「事例研究等を考慮」 <ul style="list-style-type: none"> <li>・推奨事例、稀・参考症例など、今後の救急活動に活用できる症例で、各隊に周知する必要のあるもの。</li> </ul> </li> <li>「要改善」 <ul style="list-style-type: none"> <li>・救急活動にかかわる検討事項が見られた場合。</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
33) 検証医所見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・救急活動全般に対しての検証医からの指示事項について記載する。</li> </ul>
34) 救急技術指導者所見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・消防機関における救急業務の監督者及び指導者の立場にあるもので、医療機関と救急隊の連絡をとりまとめ、救急業務管理的立場からの検証及び医学的観点からの検証結果に基づく改善・指導を行なう。</li> <li>・検証医に対して、救急隊から検証を依頼する場合や、検証医や初診医に対して救急隊の活動を基準等に照らし説明する場合など、その内容について記載する。</li> </ul>
35) 救命士確認欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・検証を受けた内容について、確認し署名する。</li> </ul>
36) 救急隊員氏名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・救急隊員氏名を任務別に記載する。</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定行為実施時、及び必要に応じて心電図波形、SpO<sub>2</sub>モニター結果を添付する。</li> </ul>

## 各様式の使用方法

※1 4枚綴りの複写式になっているが、部分的に複写されない箇所もある。

※2 救急活動記録票と検証票は全て同一の項目ではないことに、ご留意願いたい。

※3 初診医の所見、意向が検証対象症例の選別や検証作業の過程に反映されるような様式とその運用が望ましい。

### 1枚目 搬送確認書（医療機関控え）

- ・主として医療機関が救急隊によって搬送された傷病者を受け入れたことを記録し、搬送直後の傷病者情報を医師に引き継ぐための書式である。
- ・4枚綴りの状態で、必要事項を記入後、初診医師に提出し、傷病名（疑いなども含む）、傷病程度を記入してもらう。
- ・初診医から救急活動に対する意見等を事後検証に反映させる。

### 2枚目 搬送確認書（救急隊控え）

- ・救急隊が医療機関に傷病者を搬送したことを記録する様式である。

- ・ 傷病者の医療機関への収容時、連絡要否の判断（検証対象症例との判断）が下されれば、1枚目（医療機関控え）のみを医療機関へ提出する。
- ・ その場で診断名が記載できず、連絡要否の判断が下されない場合、1枚目（医療機関控え）2枚目の（救急隊控え）を医療機関に提出し救急隊は帰署、後日2枚目の（救急隊控え）を回収に向き、その際に初診医からの意見等が記入されていた場合、検証の要否を確認できる。検証の必要があると判断した場合検証票に添付し、事後検証で活用する。

### 3枚目 救急活動記録票

- ・ 帰署後、必要事項を記入し、救急活動記録票として署所で保管する。

### 4枚目 検証票

- ・ 原則として心肺機能停止症例を検証対象としている場合は、心肺機能停止症例全例の検証票が検証医に提出されることとなる。
- ・ それ以外の症例を検証する場合、いずれかの段階で（医療機関への収容直後、搬送確認書（救急隊控え）、検証票の回収時、など）「要連絡」欄がチェックされ、初診医からの意見が書かれていた場合は消防機関における救急技術指導者は、初診医、検討医と連絡を取り、医師の意見を踏まえつつ、検証対象として扱う。
- ・ 検証医は右頁太枠中の項目（観察、判断、処置、医療機関選定、その他所見）についてそれぞれ記載する。



医政指発第0323049号  
平成16年3月23日

各都道府県衛生主管部(局)長 殿

厚生労働省医政局指導課長

救急救命士の気管内チューブによる気道確保の実施のための  
講習及び実習要領について

救急救命士の気管内チューブによる気道確保の実施については、平成16年3月23日厚生労働省告示第121号による「救急救命士法施行規則第21条第3号の規定に基づき厚生労働大臣の指定する器具」(平成4年厚生省告示第18号)の改正により、平成16年7月1日より実施が可能となったところである。

これに伴い、標記については、「救急救命士の気管内チューブによる気道確保の実施について」(平成16年3月23日厚生労働省医政局長通知)において別途通知することとしていたところ、今般、別紙のとおり「気管挿管による気道確保の実施のための講習及び実習要領」をとりまとめたので、参考とされたい。

## 気管内チューブによる気道確保の実施のための講習及び実習要領について

### 1 講習について

原則として、次の条件を満たすものであり、講習実施施設の長は、その内容について、都道府県メディカルコントロール協議会（以下「都道府県MC協議会」という。）又は地域メディカルコントロール協議会（以下「地域MC協議会」という。）と十分協議すること。

なお、本講習修了後に2の実習が円滑に実施できるよう、各都道府県関係部局は連携して講習の受講者数等も含めて、講習の実施について、都道府県MC協議会又は地域MC協議会と十分協議すること。

#### (1) 対象者について

救急救命士の資格を有する者（救急救命士学校養成所指定規則の一部を改正する省令（平成16年文部科学省・厚生労働省令第1号。以下「改正省令」という。）の施行日（平成16年4月1日）後に実施される救急救命士の試験の合格者（以下「新試験合格者」という。）を除く。）

#### (2) 講習内容及び講習時間について

別表に定める内容を含む62時限（1時限は50分）以上のものであること

#### (3) 教員について

別表に掲げる各教育内容を教授するに適切な数の教員を有し、医師、救急救命士又はこれと同等以上の学識経験を有する者が望ましいこと。

#### (4) 定員について

1講義の定員は、10人以上50人以下が望ましいこと。

#### (5) 講習を実施する施設について

同時に行う講義数を下らない数の普通教室を有し、適切な広さの実習室を有すること。

#### (6) 備品について

講習を実施する上で必要な機械器具、図書等を有していること。

#### (7) 講習修了証明書の発行について

適正な筆記試験及び実技試験を行い、その試験に合格した者について、講習実施施設の長が、講習修了証明書を発行すること。

## 2 実習について

原則として、次の条件を満たすものとし、実習受入施設の長は、その内容について、都道府県MC協議会又は地域MC協議会と十分協議すること。

なお、実習の取扱については、『「病院（手術室）実習ガイドライン」の取りまとめについて』（平成16年1月16日付事務連絡）で予め準備のため周知していたので、併せて参考にされたい。

### (1) 対象者について

救急救命士の資格を有し前記1の講習を修了した者又は新試験合格者であって、都道府県MC協議会又は地域MC協議会が対象として認めた者。

### (2) 実習内容について

次の①～③の点等に留意しながら、実習生1人につき気管挿管の成功症例（成功症例とは、患者に有害結果を与えることなく、2回以内の試行で気管挿管を完了したものを言う。）を、30例以上実施させること。

① 実習前日までに、実習指導医の責任の下に、患者に実習内容について十分な説明を行った上で、文書による同意を得ること。

② 気管挿管の試行は2回までとすること。

③ 救急救命士が行う実習は麻酔導入時マスクによる自発呼吸下酸素吸入、導人後のマスクによる人工呼吸から喉頭展開、気管挿管、管の固定、人工呼吸再開までを原則とすること。

### (3) 施設基準について

当該実習受け入れに関する理解や実習指導医の配置状況等をふまえ、都道府県MC協議会又は地域MC協議会が選定した施設であること。

### (4) 実習の記録等について

実習生は実習内容について自ら所定の様式に記録し、その内容については実習指導医の確認を得ること。また、実習指導医は、診療録及び麻酔記録等に実習の内容等について記録することが望ましいこと。

### (5) 実習記録の保管について

実習生又は実習生が所属する機関は、実習の記録を保管すること。なお、保管の期間は5年以上が望ましいこと。

### (6) 実習の中断、中止について

実習を開始した後も、当該救急救命士に気管挿管を行わせることは不適切であると実習指導医及び施設長が判断した場合は実習を中断または中止することができるものであること。

なお、一度実習が中止された場合で、再度実習を行う場合は、新規として取り扱うこと。

### (7) 実習修了証明書について

30例以上の成功症例を経験した者について、実習受入施設の長が、

実習修了証明書を発行すること。実習修了証明書の書式等については、都道府県MC協議会又は地域MC協議会と十分協議を行うこと。

(8) 契約について

万一の事故・訴訟発生時を想定し、救急救命士及び研修や具体的指示等に協力する医師、医療機関の法的責任が明確化されるよう、適切な契約の締結を図ること。

3 実習及び講習修了者の認定及び登録について

気管内チューブによる気道確保を行う際には、常時オンラインメディカルコントロールによって、医師の具体的指示を受けることになるので、その円滑な運用を図るために、1の講習を修了して、講習修了認定書の交付を受けた者及び新試験合格者のうち、2の実習を修了して、実習修了認定書の交付を受けた救急救命士を把握する必要がある。

都道府県MC協議会は、救急救命士の資格を有し、1(7)及び2(7)に基づく各々の修了証等によって、上記の把握ができた者に対して、医師の具体的指示下での気管内チューブによる気道確保の実施に係る認定証を交付し、また、その認定を受けた救急救命士を登録するための名簿を作成、管理するとともに、気管内チューブによる気道確保の円滑な運用のために地域MC協議会と情報を共有すること。

4 再教育について

気管内チューブによる気道確保を行う際に必要な知識、技能を修得し、3の認定証を交付された救急救命士に対し、その技術を維持するために必要な再教育を行うこと。

# 救急救命士追加講習カリキ：ラム

(別表)

## 気管挿管

【一般目標(General Instructional Objective)】

1. 救急現場において、病態に適した適切な気道確保法を選択できる能力を身につける。
2. 気道確保法としての気管挿管法を的確かつ安全に施行する能力を身につける。
3. 気管挿管に伴う危険因子を認識し、事故発生時に適切に対処できる能力を身につける。
4. 気管挿管はメディカルコントロール下で行われているという事を認識し、責任を持って行動する。

大項目	中項目	小項目	到達目標	時限
1. プレテスト	1) プレテスト			1
2. 気管挿管に必要な医学的知識	2) 気管挿管に必要な呼吸器の構造と機能	1) 鼻腔・口腔・咽頭の構造	気管挿管に関連した鼻腔・口腔・咽頭の構造を説明できる。	15
		2) 喉頭・気管・気管支・肺の構造	気管挿管に関連した喉頭・気管・気管支・肺の構造を説明できる。	
		3) デイフィカルトエアウェイ	デイフィカルトエアウェイについて構造的、機能的特徴を説明できる。	
		4) 小児と成人の構造の違い	小児と成人の気道の構造的違いを説明できる。	
		5) 呼吸の生理と呼吸機能検査	気管挿管法に関連した呼吸の機能的特徴を説明できる。	
		6) 換気力学と呼吸の調節	換気力学と呼吸の調節について説明できる。	
		7) 咽頭・喉頭の神経支配と反射	咽頭・喉頭の神経支配と気管挿管における種々の反射について説明できる。	
		8) 声門運動と発声	声門運動と発声のメカニズムについて説明できる。	
		9) 嚥下運動と嘔吐・誤嚥とそのメカニズム	気管挿管における嚥下運動、嘔吐、誤嚥のメカニズムについて説明できる。	
		10) 血液ガスと肺循環	気管挿管における血液ガスと肺循環について説明できる。	

※1時限は50分

## 救急救命士追加講習カリキ：ラム

大項目	中項目	小項目	到達目標	時限
	3) 口腔・咽頭・喉頭の疾患	11) 上気道閉塞の原因と病態	気管挿管実施の際に遭遇する口腔・咽頭・上気道疾患、窒息の原因を説明できる。	
	4) 心肺停止の原因となる病態	12) 呼吸障害、循環障害、中枢神経系障害、中毒、外傷など	院外心肺停止の原因となる病態を説明できる。	
	5) 気管挿管の適応と中止判断	13) エアウェイの評価と気管挿管の適応と中止判断	気管挿管の適応と中止について説明できる。	
	6) 気管挿管後の人工呼吸管理	14) 気管挿管後の換気・酸素化障害の原因疾患	気管挿管に引き続く人工呼吸の基本的知識を説明できる。	
3. 気管挿管法の実際	7) 気管挿管法と各種気道確保法	15) 気管挿管の準備と実際(マギール鉗子による異物除去のプロトコール含む)	気管挿管の物品準備及び気管挿管前の異物除去のプロトコールについて説明できる。	8
		16) 各種気道確保法の特徴、利点、欠点と有用性の比較	気管挿管と他の気道確保法の各特徴、相違点について説明できる。	
		17) 救急救命士による気管挿管法の実際	種々の環境における気管挿管法について説明できる(床上など)。	
	8) 気管挿管後の気道吸引	18) 気管挿管後の気管吸引法の実際	気管挿管後の気管吸引の手技を説明できる。	
	9) 気管挿管後の視・聴診的確認法と誤挿管の判断	19) 気管挿管後の聴診法、直視下再確認、EDD、CO2検出法等の実際	気管挿管の確認法、食道挿管の鑑別法を説明できる。	
	10) 気管挿管困難症	20) 小顎症、頭部後屈困難などの気管挿管困難症の対応	気管挿管困難症を認識し対応法が説明できる。	
	11) 気管挿管による合併症とその対策	21) 気管挿管に伴う合併症(骨軟部組織の損傷など)	気管挿管に伴う骨軟部組織の合併と対策を説明できる。	
	12) 医療機関で行われる気管挿管と救急救命士による気管挿管	22) 医療機関における気管挿管の方法や目的、適応と禁忌	医療機関で実施する気管挿管と救急救命士が行う気管挿管の相違を説明できる。	

※1時限は50分



# 救急救命士追加講習カリキ：ラム

大項目	中項目	小項目	到達目標	時限
4. 気管挿管とメディカルコントロール(MC)	13) メディカルコントロール体制	23) メディカルコントロール体制	メディカルコントロール体制の概念を説明できる。	2
	14) 気管挿管実施における医師-救急救命士の連携	24) メディカルコントロール体制下の気管挿管と連絡体制	気管挿管実施時における医師-救急救命士のメディカルコントロール体制を説明できる。	
5. 気管挿管における医療倫理	15) 心肺停止患者における医療倫理	25) 心肺停止事例に対する医療倫理の理解	気管挿管実施に関連する医療倫理の概念を説明できる。	2
	16) 家族への説明と傷病者の意思確認(インフォームドコンセント)	26) 家族への説明と意思確認の方法(インフォームドコンセント)	気管挿管実施時における家族への説明のあり方と患者本人の意思の確認法を説明できる。	
6. 気管挿管における記録	17) 気管挿管後の事後検証の必要性とその方法	27) 気管挿管後の事後検証の必要性とその方法	気管挿管事例の事後検証について、その意義、方法について説明できる。	2
	18) 気管挿管後の救急搬送活動記録・事後検証票の記載	28) 気管挿管後の救急搬送活動記録・事後検証票の記載	救急搬送活動記録・事後検証票を記録することができ、気道確保として気管挿管を選択した理由等を明確に説明できる。	
7. 気管挿管における事故対策	19) 気管挿管に伴う危険因子	29) 気管挿管に伴う危険因子	気管挿管に伴う合併症を含めた危険因子を説明できる。	6
	20) 病院前救急処置に関する法医学と法的知識	30) 病院前救急処置に関する法医学と法的知識	病院前救護処置に必要な法医学的知識及び法的知識とその責任範囲について説明できる。	
	21) 誤挿管時の対応	31) 誤挿管時の対応	気管挿管に伴う合併症、事故発生時に現場での適切な対応法を説明できる。	
	22) 気管挿管合併症発生時の対応	32) 気管挿管合併症発生時の対応	気管挿管に伴う事故対策としての医学的、社会的対応を説明できる。	
	23) 国内医療機関での気管挿管訴訟事例	33) 国内医療機関での気管挿管訴訟事例	国内における気管挿管訴訟事例と事故対策を説明できる。	
	24) 外国での気管挿管訴訟事例	34) 外国での気管挿管訴訟事例	外国における救急救命士の気管挿管訴訟事例と事故対策を説明できる。	

※1時限は50分

# 救急救命士追加講習カリキュラム

大項目	中項目	小項目	到達目標	時限
8. 気管挿管のプロトコール	25) 院外心肺停止に対する気管挿管プロトコール	35) 院外心肺停止における気管挿管プロトコール	院外心肺停止事例に対する気管挿管実施のプロトコールを把握し、それぞれの手順についてその意義を説明できる。	1
9. 人形等を用いた気管挿管シミュレーション	26) 挿管人形を用いたトレーニング実習	36) 挿管人形を用いたトレーニング実習	高度シミュレーター人形等を用いたトレーニング下で、気管挿管を素早く確実に実施できる。	15
	27) 事例提示によるシミュレーション実習	37) 事例提示によるシミュレーション実習	人形等を用いた事例提示(シナリオステーション)によるシミュレーション下で気管挿管を含めた適切な気道確保法を選択し、その気道確保法を迅速に実施できる。(シミュレーション実習)	
10. 全身麻酔症例での気管挿管実習を行う前に必要な知識	28) 全身麻酔の概要と手術室の運営	38) 全身麻酔の概要と手術室の運営	病院での気管挿管実習を行う為に必要な全身麻酔、手術室の運営等に関する知識を説明できる。	6
	29) インフォームドコンセント(IC)のとり方	39) インフォームドコンセント	気管挿管実習に必要なインフォームドコンセントのとり方を説明できる。	
		40) 気管挿管実習時のICのとり方(OSCE法による実習)	気管挿管実習時に必要なインフォームドコンセントのとり方を実施できる。	
	30) 手術室における感染対策(スタンダードプレコーション)	41) 手術室における感染対策	不潔・清潔の概念を説明でき、手術室における感染対策について説明・実施できる。	
11. 試験	31) 筆記試験			4
	32) 実技試験			
時限数合計				62

※1時限は50分