

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・指導体制の充実

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

異物による窒息の心肺機能停止事例

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】

状況から頸髄損傷が強く疑われる事例

頭部後屈困難例

開口困難と考えられる例

喉頭鏡挿入困難例

喉頭鏡挿入後喉頭展開困難例

その他の理由で声帯確認困難例

時間を要する、もしくは要すると考えられる例

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。

脳血管障害による心肺機能停止が明らかな事例

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

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。

目撃者のいない縊頸による心肺機能停止事例

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。

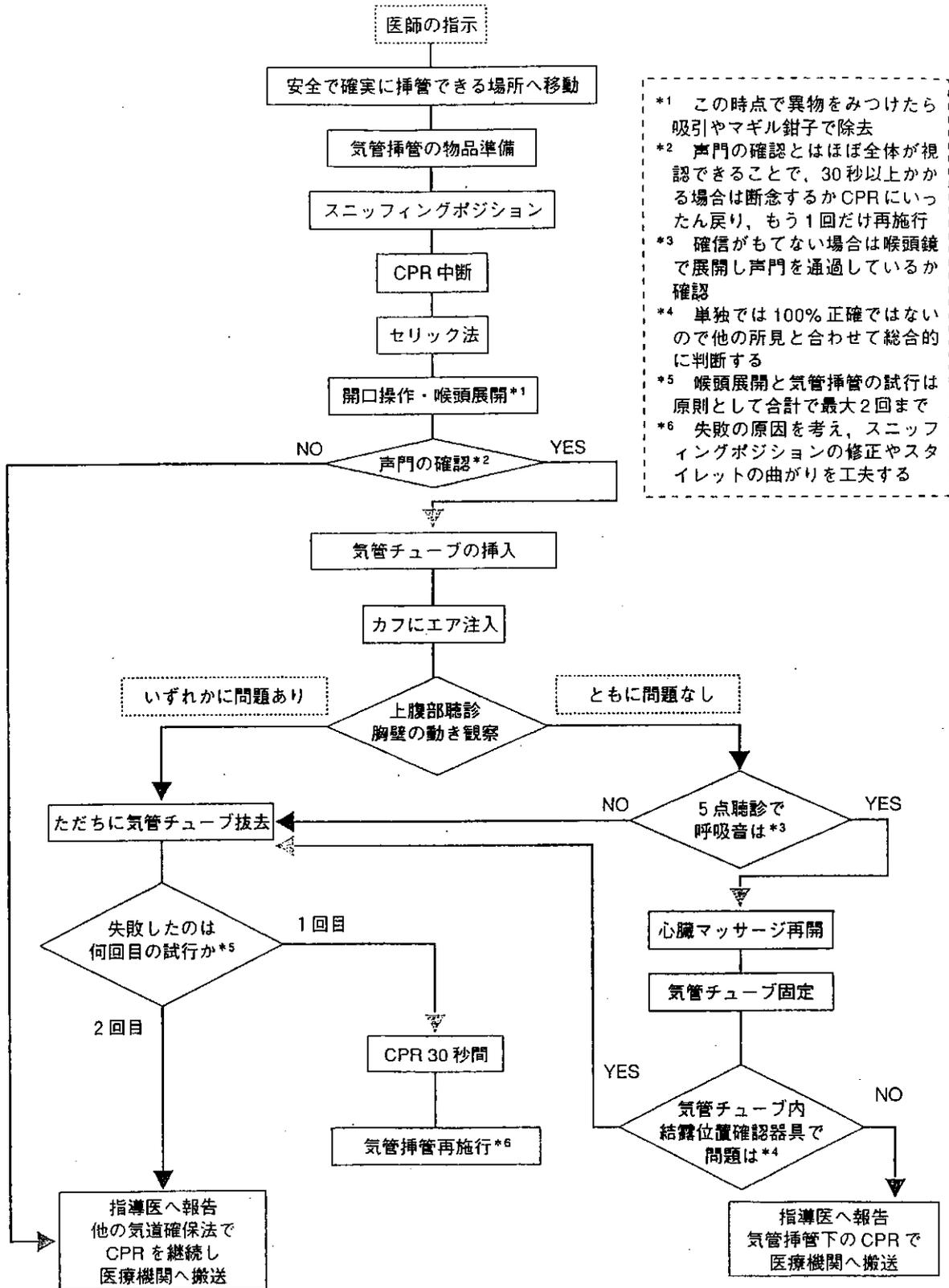
実際のプロトコール作りの際は、その地方のメディカルコントロール体制や救急医療体制を勘案したローカルルールも考慮する。

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

気管挿管プロトコール



- *1 この時点で異物を見つけたら吸引やマギル鉗子で除去
- *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、スニッピングポジションの修正やスタイルレットの曲がりを工夫する

搬送確認書 (医療機関控え)

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	救急救命士氏名	
		<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"/> 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 ()			

※ 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	<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 ₂ %/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		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	
		意見欄			

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 () M T S H 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 :		
不救護理由拒否者署名			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		
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:		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:				
救急隊到着時の所見	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 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 () 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		
	心停止の推定原因		ハイスタンダー CPR の状況		
	<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"/> ニコ <input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> 既往歴		<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 ()		
	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	

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			
	※ <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		記入時刻 : 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		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 <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"/> 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： _____				

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
	交通事故	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"> ・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> (1枚目と3枚目が複写)
7) 発生場所	<ul style="list-style-type: none"> ・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) (4枚目まで複写)
8) 傷 病 者 住 所 名 氏 名	<ul style="list-style-type: none"> ・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) ・<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> (1枚目と3枚目が複写)
9) 性 別 年 齢 職 業	<ul style="list-style-type: none"> ・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) ・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>
10) 収容医療機関名 称 所 在 地	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 (4枚目まで複写)
11) 初診時傷病名	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 (4枚目まで複写)
12) 医師署名	<ul style="list-style-type: none"> ・初診時診断名を記載した医師により署名してもらう。 (4枚目まで複写)
13) 初診時程度	<ul style="list-style-type: none"> ・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)
14) 初診医の所見等 及び拒否者署名・理由	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>活動記録票(3枚目)のみ、他の様式と異なる部分で</u>、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>活動記録票(3枚目)のみ、他の様式と異なる部分で</u>、救急現場において医師により死亡が確認され、<u>不救護扱いとなった場合に</u>、死亡確認をおこなった医師により署名してもらう。
15) 救急要請の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・外因性の場合、事故の形態、概要及び傷病者数について記載する。 ・内因性の場合、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。 ・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。

16) 現場到着時接触時の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・傷病者接触時の状態を具体的に記載する。 ・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。
17) 傷病者情報	<ul style="list-style-type: none"> ・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)
18) 主訴等	<ul style="list-style-type: none"> ・本人からの訴えについて、記載する。 ・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。 ・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。
19) 救急隊現着時の所見	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
20) 初期 ECG 所見	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
21) 心停止の推定原因	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
22) 心停止の目撃	<ul style="list-style-type: none"> ・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。)
23) バイスタンダー CPR の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・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) ・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。
24) 病院選定経過	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
25) 転送経過	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。

26) 除 細 動	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。 ・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。 ・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。
27) 気道確保	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・気道確保に用いた器具の種別について記載する。 ・換気方法及び酸素流量、回数について記載する。 ・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。 ・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。
28) 静脈路確保	<ul style="list-style-type: none"> ・静脈路確保を実施した場合に記載する。 ・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。 ・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。
29) 医師との連携医療処置記入欄	<ul style="list-style-type: none"> ・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) ・医師が直接記入することが望ましい。
30) 指示要請その他医師からの指導内容	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。 ・指示を行った指導医の所属病院、氏名について記載する。
31) 観察処置の経過	<ul style="list-style-type: none"> ・<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> 時間経過の説明 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。) 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 現着：出場指令番地の建物、及びその周辺に到着した時刻 接触：観察開始時刻を意味する。傷病者に接触した時刻 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 到着：病院に到着した時刻 収容：傷病者を医師に引き継いだ時刻

32) 検証医師記入欄	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。 ・各項目の説明 <ul style="list-style-type: none"> 「標準」 <ul style="list-style-type: none"> ・適切であった ・活動基準どおり ・特記事項なし 「署等で確認」 <ul style="list-style-type: none"> ・活動基準どおりか要確認 ・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。 「事例研究等を考慮」 <ul style="list-style-type: none"> ・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。 「要改善」 <ul style="list-style-type: none"> ・救急活動にかかわる検討事項が見られた場合。
33) 検証医所見	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
34) 救急技術指導者所見	<ul style="list-style-type: none"> ・消防機関における救急業務の監督者及び指導者的立場にあるもので、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。 ・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。
35) 救命士確認欄	<ul style="list-style-type: none"> ・検証を受けた内容について、確認し署名する。
36) 救急隊員氏名	<ul style="list-style-type: none"> ・救急隊員氏名を任務別に記載する。
その他	<ul style="list-style-type: none"> 特定行為実施時、及び必要に応じて心電図波形、SpO₂モニター結果を添付する。

各様式の使用法

- ※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）を回収に出向き、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。