



県 MC 協 第 32 号  
令和5年9月17日

各救急告示病院長  
沖縄県医師会長  
各消防(局)本部消防長  
各地区メディカルコントロール協議会長  
沖縄県消防学校長

} 殿

沖縄県メディカルコントロール協議会長  
佐々木 秀章  
(公印省略)

沖縄県 MC 協議会 プロトコルの改訂について (通知)

平素より、県内救急搬送、救急医療行政等に御尽力いただき厚く御礼申し上げます。

さて、令和4年度第1回沖縄県メディカルコントロール協議会において、別添のとおり、沖縄県 MC 協議会プロトコル等を改訂いたしました。

つきましては、別添プロトコルについて、貴機関所属職員、所属会員等へ御周知くださいますようお願いいたします。

また、これまで同様、メディカルコントロール体制の充実強化について引き続き御協力くださいますようお願いいたします。

○送付資料

1. 沖縄県 MC 協議会 周産期救急における業務プロトコル
2. 沖縄県 MC 協議会 新生児蘇生プロトコル
3. 沖縄県メディカルコントロール協議会設置要綱
4. 沖縄県救急救命士気管挿管病院実習要領
5. 沖縄県メディカルコントロール協議会指導救命士認定要領
6. 沖縄県救急救命士薬剤投与病院実習要領
7. 薬剤投与を実施する救急救命士の認定及び登録要領
8. 心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖投与を実施する救急救命士の認定及び登録要領

(事務局)

沖縄県知事公室防災危機管理課消防班 長田

TEL:098-866-2143 FAX:098-866-2143

E-mail:nagatada@pref.okinawa.lg.jp

県 MC 協 第 32 号  
令和5年9月17日

各救急告示病院長  
沖縄県医師会長  
各消防(局)本部消防長  
各地区メディカルコントロール協議会長  
沖縄県消防学校長

} 殿

沖縄県メディカルコントロール協議会長  
佐々木 秀章  
(公印省略)

沖縄県 MC 協議会 プロトコルの改訂について (通知)

平素より、県内救急搬送、救急医療行政等に御尽力いただき厚く御礼申し上げます。

さて、令和4年度第1回沖縄県メディカルコントロール協議会において、別添のとおり、沖縄県 MC 協議会プロトコル等を改訂いたしました。

つきましては、別添プロトコルについて、貴機関所属職員、所属会員等へ御周知くださいますようお願いいたします。

また、これまで同様、メディカルコントロール体制の充実強化について引き続き御協力くださいますようお願いいたします。

○送付資料

1. 沖縄県 MC 協議会 周産期救急における業務プロトコル
2. 沖縄県 MC 協議会 新生児蘇生プロトコル
3. 沖縄県メディカルコントロール協議会設置要綱
4. 沖縄県救急救命士気管挿管病院実習要領
5. 沖縄県メディカルコントロール協議会指導救命士認定要領
6. 沖縄県救急救命士薬剤投与病院実習要領
7. 薬剤投与を実施する救急救命士の認定及び登録要領
8. 心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖投与を実施する救急救命士の認定及び登録要領

(事務局)

沖縄県知事公室防災危機管理課消防班 長田

TEL:098-866-2143 FAX:098-866-2143

E-mail:nagatada@pref.okinawa.lg.jp

令和 4 年 3 月 15 日 作成

令和 5 年 3 月 16 日 改定

## 1 妊婦の評価及び分娩

### (1) 分娩の兆候

- ア 陣痛は 10 分間に 3 回以上ある場合は、分娩が切迫しているとみなしてよい。
- イ 「便意」、「何か出そう」、「何か出た」等の訴えがあれば分娩が切迫している可能性がある。

### (2) 会陰部の評価

- ア 会陰部の観察を行う場合は、周囲の環境に留意し、傷病者と関係者へ十分な説明をした上で同意を得ること。
- イ 分娩の兆候（上記及び排臨、発露等）がある場合は、分娩を考慮し、周産期センターへ連絡する。
- ウ 頭部以外の部分（足、臍帯等）の娩出を観察した場合は、速やかに周産期センターへ搬送する。

### (3) 分娩介助

児の急速な娩出を防ぐため、終始いきませない。

### (4) 児の娩出

- ア 児が娩出したら、時間と場所を記録する。
- イ 児に対して、速やかに蘇生の初期処置を開始する。（新生児蘇生プロトコルへ）

### (5) 分娩後管理

- ア 臍帯の結紮は、クリップを臍輪から 5～10 cm に 1 つ、更に母体側へ 2～3 cm に 1 つ行い、クリップの間を切断する。臍帯切断の際は、児を傷つけないように注意すること。
- イ 臍帯切断後、胎盤は自然に娩出されるまで待つこととし、臍帯を牽引して娩出を試みる必要はない。胎盤娩出の兆候がなければ、搬送優先とする。
- ウ 胎盤娩出後は、出血の有無に関わらず子宮底マッサージを行う。
- エ 胎盤娩出後、大量出血の場合は、ABC の評価をしっかり行い酸素投与を開始するとともに、子宮底マッサージを継続する。
- オ 搬送先との連絡を密にする。
- カ 現場で胎盤が娩出した場合は、時間を記録し、胎盤は病院へ搬送すること

## 2 肩甲難産

- (1) 児頭が娩出後、スムーズに体幹が娩出されなければ肩甲難産であることを考慮する。

- (2) 肩甲難産となった場合は、速やかな搬送を考慮し、搬送先へ連絡し指示を仰ぐ。
- (3) 移動時には体位変換による急激な児の娩出に注意する。

### 3 産科的な病歴聴取と病院連絡

傷病者が妊婦と判明した場合は、通常の病院連絡内容に次の項目を加える。

- (1) ファーストコールで伝えるべき項目
  - ア 妊娠週数又は出産予定日
  - イ 胎数（双子・三つ子ではないか）
  - ウ 分娩開始徴候の有無
  - エ 初産婦か経産婦か
- (2) 追加情報として伝えるべき項目
  - ア 妊娠経過の異常
  - イ 過去の分娩様式（経膈分娩か帝王切開か）
  - ウ 現病歴（高血圧・糖尿病・喘息等）
- (3) 医療機関へ持参すべきもの
  - ア 親子健康手帳

《参考：被膜児（幸帽児）について》

- (1) 卵膜に包まれた状態で児が娩出されることを被膜児又は幸帽児という。
- (2) 被膜児の蘇生には、破膜が必須となるため、速やかに搬送先へ連絡し指示を仰ぐ\*。
- (3) 破膜の際には、児を傷つけないよう注意すること。

\*指示を仰ぐ時間的猶予がない場合には、破膜処置後の速やかな報告を必須とする。また全例事後検証に提出すること。

沖縄県 MC 協議会 周産期救急における業務プロトコル 新旧対照表

新	旧
<p style="text-align: center;">沖縄県 MC 協議会 周産期救急における業務プロトコル</p> <p style="text-align: right;">令和 4 年 3 月 15 日 作成 令和 5 年 3 月 16 日 改定</p> <p>1～2 (略)</p> <p><del>3 被膜児 (幸帽児)</del></p> <p><del>(1) 卵膜に包まれた状態で児が娩出されることを被膜児又は幸帽児という。</del></p> <p><del>(2) 被膜児が娩出されたら直ちに破膜し、新生児の初期処置を開始する。</del></p> <p><del>(3) 破膜の際には、児を傷つけないよう注意すること。</del></p> <p>3 産科的な病歴聴取と病院連絡</p> <p>傷病者が妊婦と判明した場合は、通常の病院連絡内容に次の項目を加える。</p> <p>(1) ファーストコールで伝えるべき項目</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 妊娠週数又は出産予定日</li> <li>イ 胎数 (双子・三つ子ではないか)</li> <li>ウ 分娩開始徴候の有無</li> <li>エ 初産婦か経産婦か</li> </ul> <p>(2) 追加情報として伝えるべき項目</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 妊娠経過の異常</li> </ul>	<p style="text-align: center;">沖縄県 MC 協議会 周産期救急における業務プロトコル</p> <p style="text-align: right;">令和 4 年 3 月 15 日 作成</p> <p>1～2 (略)</p> <p>3 被膜児 (幸帽児)</p> <p>(1) 卵膜に包まれた状態で児が娩出されることを被膜児又は幸帽児という。</p> <p>(2) 被膜児が娩出されたら直ちに破膜し、新生児の初期処置を開始する。</p> <p>(3) 破膜の際には、児を傷つけないよう注意すること。</p> <p>4 産科的な病歴聴取と病院連絡</p> <p>傷病者が妊婦と判明した場合は、通常の病院連絡内容に次の項目を加える。</p> <p>(1) ファーストコールで伝えるべき項目</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 妊娠週数又は出産予定日</li> <li>イ 胎数 (双子・三つ子ではないか)</li> <li>ウ 分娩開始徴候の有無</li> <li>エ 初産婦か経産婦か</li> </ul> <p>(2) 追加情報として伝えるべき項目</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 妊娠経過の異常</li> </ul>

イ 過去の分娩様式（経膈分娩か帝王切開か）

ウ 現病歴（高血圧・糖尿病・喘息等）

(3) 医療機関へ持参すべきもの

ア 親子健康手帳

《参考：被膜児（幸帽児）について》

(1) 卵膜に包まれた状態で児が娩出されることを被膜児又は幸帽児という。

(2) 被膜児の蘇生には、破膜が必須となるため、速やかに搬送先へ連絡し指示を仰ぐ\*。

(3) 破膜の際には、児を傷つけないよう注意すること。

\* 指示を仰ぐ時間的猶予がない場合には、破膜処置後の速やかな報告を必須とする。また全例事後検証に提出すること。

イ 過去の分娩様式（経膈分娩か帝王切開か）

ウ 現病歴（高血圧・糖尿病・喘息等）

(3) 医療機関へ持参すべきもの

ア 親子健康手帳

## 沖縄県 MC 協議会 新生児蘇生プロトコル

令和4年3月15日 作成

令和5年3月16日 改定

### 1 対象

本プロトコルは、出生直後の新生児を対象とする。

### 2 蘇生の初期処置

#### (1) 皮膚乾燥

- ア 出生直後の新生児は、身体に付着している羊水等の液体を優しく拭き取る。
- イ 頭部、頸部、腋窩、股間もよく拭き取ること。
- ウ 濡れたタオルは必ず交換すること。

#### (2) 気道開通

- ア 口腔内に分泌物がある場合は、口腔内吸引を行う。ただし、ルーチンで行う必要はない。
- イ 羊水が変色又は胎便を認める場合は太め(12Fr)の吸引カテーテルを用いる。
- ウ 吸引圧は100mmHg(13kPa)を超えないようにする。

#### (3) 体位保持

肩枕（耳と肩の上面が一直線になるよう調整）を入れ、気道確保の体勢をとる。

#### (4) 刺激

足底部を叩打又は背中を優しくさすり刺激を与える。ただし、十分な啼泣と筋緊張を認める場合は、刺激を与える必要はない。

#### (5) 保温

- ア 乾いたタオル等で新生児を包み保温する。
- イ 車内ヒーターを用いるなど、環境温にも気を配る。
- ウ 新生児は頭部の表面積が大きいため、頭部の保温も行う。

### 3 新生児の評価

#### (1) 心拍の確認

- ア 左胸に聴診器を当て、心音を聴くことで心拍を評価する。
- イ 聴診で評価困難な場合には、臍帯基部の触診で評価する。

#### (2) 呼吸の確認

十分な啼泣があるか、努力呼吸（鼻翼呼吸、シーソー呼吸、陥没呼吸、呻吟等）がないかを確認する。

(3) モニターの活用

- ア 粘着式 SpO<sub>2</sub> プローブは右手に装着すること※1
- イ 心電図モニターも積極的に活用する。

4 新生児の蘇生処置

(1) 人工呼吸

- ア 初期処置後に心拍数が 100 回/分未満の場合は、速やかに人工呼吸を開始する(空気で開始を原則とする)。
- イ 1 回換気量は、胸が軽く上がる程度
- ウ 人工呼吸は 40~60 回/分の回数で行う。
- エ おおむね 30 秒ごとに人工呼吸を継続しながら心拍を評価する。
- オ 心拍数 100 回/分以上になるまで人工呼吸を継続する。ただし、無呼吸の場合は心拍改善後も人工呼吸を継続しながら搬送する。

(2) 心肺蘇生法

- ア 十分な人工呼吸にもかかわらず、心拍数が 60 回/分未満の場合は、心肺蘇生を開始する。
- イ 胸骨圧迫は、胸骨の下 1/3 の位置、胸郭前後径の 1/3 凹むように圧迫する。
- ウ 胸骨圧迫 3 回：人工呼吸 1 回の比率で行う。
- エ 1 セット 2 秒のリズムで行う。
- オ この場合、人工呼吸に酸素投与を加える。
- カ 胸骨圧迫のみの心肺蘇生は行わない。
- キ 新生児は人工呼吸の重要度が高いため、胸骨圧迫の前に有効な換気が行われていることを必ず確認する。
- ク 胸骨圧迫開始後はおおむね 30 秒ごとに心拍を評価し、60 回/分以上に改善すれば胸骨圧迫を中止し、人工呼吸のみを継続する。

5 新生児の継続観察

(1) 呼吸

努力呼吸(鼻翼呼吸、シーソー呼吸、陥没呼吸、呻吟等)がないか確認し、あれば人工呼吸及び酸素投与も考慮する。

(2) チアノーゼ

- ア 中心性チアノーゼ※2が継続する場合は酸素投与を実施する。
- イ SpO<sub>2</sub> 値の目安は、表 I のとおりとする。
- ウ SpO<sub>2</sub> 値は表 I 又は上限を 95%とし、過剰な酸素投与を避ける。

(3) 心拍数

- ア 聴診やモニター (SpO<sub>2</sub>、ECG) で心拍数を継続観察する。

イ 徐脈傾向の場合は、呼吸状態、酸素化にも気を配る。

(4) アプガースコア

ア 皮膚色、心拍数、刺激に対する反射、筋緊張、呼吸を各 0～2 点で評価する。(表 II)

イ 1 分後、5 分後、10 分後を目安に記録すると良い。

ウ アプガースコア評価のために、蘇生の初期処置を遅らせてはならない。

6 出生した児の標識

病院前で出生した新生児を搬送する場合には、母体名を記載した標識を児につけること。

※1 SpO<sub>2</sub> 値が表示するまでに 60～90 秒程度時間を要する場合があるため、数値にとらわれずチアノーゼや呼吸状態を総合的に判断すること。

※2 中心性チアノーゼとは、口唇や顔又は体幹部にみられるチアノーゼ

表 I 目安となる SpO<sub>2</sub> 値

経過時間	SpO <sub>2</sub> 値
1 分	60%以上
3 分	70%以上
5 分	80%以上
10 分	90%以上

表 II アプガースコア

	0 点	1 点	2 点
心拍数	なし	100/分未満	100/分以上
呼吸	なし	弱く泣く	強く泣く
筋緊張	だらりとしている	少し四肢を曲げる	四肢を活発に動かす
反射*	なし	顔をしかめる	泣く
皮膚色	全身蒼白またはチアノーゼ	四肢のみチアノーゼ	全身淡紅色

※ 反射は、吸引カテーテルで鼻内を吸引したときの反応

(救急救命士標準テキスト改訂第 10 版)

沖縄県 MC 協議会 新生児蘇生プロトコル 新旧対照表

新	旧
<p style="text-align: center;">沖縄県 MC 協議会 新生児蘇生プロトコル</p> <p style="text-align: right;">令和 4 年 3 月 15 日 作成 令和 5 年 3 月 16 日 改定</p> <p>1～2 (1) (略)</p> <p>(2) 気道開通</p> <p>ア 口腔内に分泌物がある場合は、<b>口腔内</b>吸引を行う。ただし、ルーチンで行う必要はない。</p> <p><del>イ 吸引する場合は、口腔内をまず吸引し次に鼻腔内を吸引する。</del></p> <p><b>ウイ</b> 羊水が変色又は胎便を認める場合は太め(12Fr)の吸引カテーテルを用いる。</p> <p><b>エウ</b> 吸引圧は 100mmHg(13kPa)を超えないようにする。</p> <p>2 (3) ～6 (略)</p>	<p style="text-align: center;">沖縄県 MC 協議会 新生児蘇生プロトコル</p> <p style="text-align: right;">令和 4 年 3 月 15 日 作成</p> <p>1～2 (1) (略)</p> <p>(2) 気道開通</p> <p>ア 口腔内に分泌物がある場合は、吸引を行う。ただし、ルーチンで行う必要はない。</p> <p>イ 吸引する場合は、口腔内をまず吸引し次に鼻腔内を吸引する。</p> <p>ウ 羊水が変色又は胎便を認める場合は太め(12Fr)の吸引カテーテルを用いる。</p> <p>エ 吸引圧は 100mmHg(13kPa)を超えないようにする。</p> <p>2 (3) ～6 (略)</p>

## 沖縄県メディカルコントロール協議会設置要綱

### (目的)

第1条 沖縄県におけるメディカルコントロール体制を充実し、県民の救命率の向上を図るため、沖縄県メディカルコントロール協議会（以下「協議会」という。）を設置する。

### (所掌事務)

第2条 協議会は、次の事項を所掌する。

- (1) メディカルコントロール体制に関する全県的な方針、標準的な諸様式の決定に関すること。
- (2) 救急救命士及び救急隊員の行う応急処置に係る体制整備に関すること。
- (3) 地区メディカルコントロール協議会に対する調整、助言に関すること。
- (4) 消防法第35条の八に定める傷病者の搬送及び受入の実施基準に関する協議並びに事前調整に関すること

### (協議会の構成)

第3条 協議会の委員は、別表に掲げる機関から推薦された者及び、協議会に設置された各専門部会長をもって構成する。

### (委員の任期)

第4条 委員の任期は、2年とする。ただし、委員が任期途中で退任した場合の補欠委員の任期は前任者の残任期間とする。

2 委員は、再任を妨げない。

### (役員)

第5条 協議会に次の役員を置く。

- (1) 会長 1人
- (2) 副会長 3人

### (役員を選出)

第6条 会長は、委員の互選により選出する。

2 副会長は、会長が指名する。

### (役員任期)

第7条 役員任期は、2年とする。ただし、役員が任期途中で退任した場合の補欠役員の任期は前任者の残任期間とする。

2 役員は、再任を妨げない。

### (役員職務)

第8条 会長は、会務を総理し、協議会を代表する。

2 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるときは、その職務を代理する。

(会議)

第9条 協議会の会議は、会長が招集する。

2 会議の議長は、会長がこれを務めるものとする。

3 協議会が必要があると認めるときは、会議に委員以外の者を出席させ、意見を聴取することができる。

(会議の定足数及び議決)

第10条 会議は、委員の2分の1以上の出席がなければ開催することができない。

2 会議の議決は、出席者の過半数をもって決し、可否同数の場合は、会長の決すところによる。

3 会議を開催する時間的余裕がない場合には、文書による過半数の委員の同意をもって会議に代えることができる。

(専門部会)

第11条 会長は、会議に諮る前に、より専門的な意見を聴取する必要があるときは、協議会に専門部会を置くことができる。

2 専門部会の運営に関し必要な事項は、会長が別に定める。

(庶務)

第12条 協議会の庶務は、沖縄県知事公室防災危機管理課において処理する。

(その他)

第13条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、会長が協議会に諮って定める。

附 則

この要綱は、平成19年7月1日から施行する。

この要綱は、平成20年3月25日から施行する。

この要綱は、平成20年8月27日から施行する。

この要綱は、平成22年9月15日から施行する。

この要綱は、平成24年10月19日から施行する。

この要綱は、平成26年3月27日から施行する。

この要綱は、平成27年9月16日から施行する。

この要綱は、令和2年12月28日から施行する。

この要綱は、令和5年3月16日から施行する。

別表（第3条関係）

地区MC協議会（ 医師 ）	5人
"    （ 消防本部救急主管課長 ）	5人
"    （ 救急救命士 ）	5人
沖縄県保健所長会	1人
沖縄県医師会	1人
沖縄県保健医療部保健医療政策課	1人
沖縄県病院事業局病院事業企画課	1人
沖縄県知事公室防災危機管理課	1人
沖縄県消防学校	1人
沖縄県ドクターヘリ運航病院	1人
救命救急センター	3人以内
※上記団体または各専門部会長として救命救急センター医師が委員である場合は、その重複を避ける。	

沖縄県メディカルコントロール協議会設置要綱 新旧対照表

新	旧
<p>(目的)</p> <p>第1条 沖縄県におけるメディカルコントロール体制を充実し、県民の救命率の向上を図るため、沖縄県メディカルコントロール協議会（以下「協議会」という。）を設置する。</p> <p>第2条 ～ 第13条 （略）</p> <p>附 則</p> <p>この要綱は、平成19年7月1日から施行する。</p> <p>この要綱は、平成20年3月25日から施行する。</p> <p>この要綱は、平成20年8月27日から施行する。</p> <p>この要綱は、平成22年9月15日から施行する。</p> <p>この要綱は、平成24年10月19日から施行する。</p> <p>この要綱は、平成26年3月27日から施行する。</p> <p>この要綱は、平成27年9月16日から施行する。</p> <p>この要綱は、令和2年12月28日から施行する。</p> <p><u>この要綱は、令和5年3月16日から施行する。</u></p>	<p>(目的)</p> <p>第1条 沖縄県におけるメディカルコントロール体制を充実し、県民の救命率の向上を図るため、沖縄県メディカルコントロール協議会（以下「協議会」という。）を設置する。</p> <p>第2条 ～ 第13条 （略）</p> <p>附 則</p> <p>この要綱は、平成19年7月1日から施行する。</p> <p>この要綱は、平成20年3月25日から施行する。</p> <p>この要綱は、平成20年8月27日から施行する。</p> <p>この要綱は、平成22年9月15日から施行する。</p> <p>この要綱は、平成24年10月19日から施行する。</p> <p>この要綱は、平成26年3月27日から施行する。</p> <p>この要綱は、平成27年9月16日から施行する。</p> <p>この要綱は、令和2年12月28日から施行する。</p>

新	旧												
別表（第3条関係）	別表（第3条関係）												
<table border="1"> <tr> <td>地区MC協議会（ 医師 ）</td> <td>5人</td> </tr> <tr> <td>    "    （ 消防本部救急主管課長 ）</td> <td>5人</td> </tr> <tr> <td>    "    （ 救急救命士 ）</td> <td>5人</td> </tr> </table>	地区MC協議会（ 医師 ）	5人	"    （ 消防本部救急主管課長 ）	5人	"    （ 救急救命士 ）	5人	<table border="1"> <tr> <td>地区MC協議会（ 医師 ）</td> <td>5人</td> </tr> <tr> <td>    "    （ 消防本部救急主管課長 ）</td> <td>5人</td> </tr> <tr> <td>    "    （ 救急救命士 ）</td> <td>5人</td> </tr> </table>	地区MC協議会（ 医師 ）	5人	"    （ 消防本部救急主管課長 ）	5人	"    （ 救急救命士 ）	5人
地区MC協議会（ 医師 ）	5人												
"    （ 消防本部救急主管課長 ）	5人												
"    （ 救急救命士 ）	5人												
地区MC協議会（ 医師 ）	5人												
"    （ 消防本部救急主管課長 ）	5人												
"    （ 救急救命士 ）	5人												
<table border="1"> <tr> <td>沖縄県保健所長会</td> <td>1人</td> </tr> </table>	沖縄県保健所長会	1人	<table border="1"> <tr> <td>沖縄県保健所長会</td> <td>1人</td> </tr> </table>	沖縄県保健所長会	1人								
沖縄県保健所長会	1人												
沖縄県保健所長会	1人												
<table border="1"> <tr> <td>沖縄県医師会</td> <td>1人</td> </tr> </table>	沖縄県医師会	1人	<table border="1"> <tr> <td>沖縄県医師会</td> <td>1人</td> </tr> </table>	沖縄県医師会	1人								
沖縄県医師会	1人												
沖縄県医師会	1人												
<table border="1"> <tr> <td>沖縄県保健医療部保健医療政策課</td> <td>1人</td> </tr> </table>	沖縄県保健医療部保健医療政策課	1人	<table border="1"> <tr> <td>沖縄県保健医療部保健医療政策課</td> <td>1人</td> </tr> </table>	沖縄県保健医療部保健医療政策課	1人								
沖縄県保健医療部保健医療政策課	1人												
沖縄県保健医療部保健医療政策課	1人												
<table border="1"> <tr> <td>沖縄県病院事業局<b>病院事業企画課</b></td> <td>1人</td> </tr> </table>	沖縄県病院事業局 <b>病院事業企画課</b>	1人	<table border="1"> <tr> <td>沖縄県病院事業局病院事業総務課</td> <td>1人</td> </tr> </table>	沖縄県病院事業局病院事業総務課	1人								
沖縄県病院事業局 <b>病院事業企画課</b>	1人												
沖縄県病院事業局病院事業総務課	1人												
<table border="1"> <tr> <td>沖縄県知事公室防災危機管理課</td> <td>1人</td> </tr> </table>	沖縄県知事公室防災危機管理課	1人	<table border="1"> <tr> <td>沖縄県知事公室防災危機管理課</td> <td>1人</td> </tr> </table>	沖縄県知事公室防災危機管理課	1人								
沖縄県知事公室防災危機管理課	1人												
沖縄県知事公室防災危機管理課	1人												
<table border="1"> <tr> <td>沖縄県消防学校</td> <td>1人</td> </tr> </table>	沖縄県消防学校	1人	<table border="1"> <tr> <td>沖縄県消防学校</td> <td>1人</td> </tr> </table>	沖縄県消防学校	1人								
沖縄県消防学校	1人												
沖縄県消防学校	1人												
<table border="1"> <tr> <td>沖縄県ドクターヘリ運航病院</td> <td>1人</td> </tr> </table>	沖縄県ドクターヘリ運航病院	1人	<table border="1"> <tr> <td>沖縄県ドクターヘリ運航病院</td> <td>1人</td> </tr> </table>	沖縄県ドクターヘリ運航病院	1人								
沖縄県ドクターヘリ運航病院	1人												
沖縄県ドクターヘリ運航病院	1人												
<table border="1"> <tr> <td>救命救急センター</td> <td>3人以内</td> </tr> <tr> <td colspan="2">※上記団体または各専門部会長として救命救急センター医師が委員である場合は、その重複を避ける。</td> </tr> </table>	救命救急センター	3人以内	※上記団体または各専門部会長として救命救急センター医師が委員である場合は、その重複を避ける。		<table border="1"> <tr> <td>救命救急センター</td> <td>3人以内</td> </tr> <tr> <td colspan="2">※上記団体または各専門部会長として救命救急センター医師が委員である場合は、その重複を避ける。</td> </tr> </table>	救命救急センター	3人以内	※上記団体または各専門部会長として救命救急センター医師が委員である場合は、その重複を避ける。					
救命救急センター	3人以内												
※上記団体または各専門部会長として救命救急センター医師が委員である場合は、その重複を避ける。													
救命救急センター	3人以内												
※上記団体または各専門部会長として救命救急センター医師が委員である場合は、その重複を避ける。													

「沖縄県救急救命士気管挿管病院実習要領」様式 新旧対照表

新		旧	
様式1-1	文書番号 平成年月日	様式1-1	文書番号 平成年月日
〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿		〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿	
〇〇消防(局)本部消防長 印		〇〇消防(局)本部消防長 印	
救急救命士による気管挿管病院実習実施者の推薦について		救急救命士による気管挿管病院実習実施者の推薦について	
下記の職員は、救急救命士に対する気管挿管講習を修了し所定の試験に合格し、気管挿管病院実習を希望していますので、推薦します。		下記の職員は、救急救命士に対する気管挿管講習を修了し所定の試験に合格し、気管挿管病院実習を希望していますので、推薦します。	
記		記	
1 実習希望者氏名	〇〇消防本部 階級 氏名 性別 生年月日 年齢 住所	1 実習希望者氏名	〇〇消防本部 階級 氏名 性別 生年月日 年齢 住所
2 講習受講期間	平成〇〇年〇〇月〇〇日	2 講習受講期間	平成〇〇年〇〇月〇〇日
3 添付書類	気管挿管講習修了証書(写) 担当者氏名 連絡先	3 添付書類	気管挿管講習修了証書(写) 担当者氏名 連絡先

新		旧	
様式 1 - 2	文書番号 平成年月日	様式 1 - 2	文書番号 平成年月日
〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿	〇〇消防（局）本部消防長 印	〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿	〇〇消防（局）本部消防長 印
救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習実施者の推薦について		救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習実施者の推薦について	
下記の職員は、気管挿管認定（認定番号）であり、救急救命士に対するビデオ硬性挿管用喉頭鏡の講習を修了し所定の試験に合格し、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習を希望していますので、推薦します。		下記の職員は、気管挿管認定（認定番号）であり、救急救命士に対するビデオ硬性挿管用喉頭鏡の講習を修了し所定の試験に合格し、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習を希望していますので、推薦します。	
記		記	
1 実習希望者氏名	〇〇消防局本部 階級 氏名 性別 生年月日 年齢 住所	1 実習希望者氏名	〇〇消防局本部 階級 氏名 性別 生年月日 年齢 住所
2 講習受講期間	平成〇〇年〇〇月〇〇日	2 講習受講期間	平成〇〇年〇〇月〇〇日
3 添付書類	ビデオ硬性挿管用喉頭鏡講習修了証書（写）	3 添付書類	ビデオ硬性挿管用喉頭鏡講習修了証書（写）
	担当者氏名 連絡先		担当者氏名 連絡先

新	旧																																				
<p>様式2-1-1</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>〇〇消防（局）本部消防長 殿</p> <p style="text-align: right;">〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 印</p> <p style="text-align: center;">救急救命士による気管挿管病院実習実施者の推薦について</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日付け、〇〇第〇〇号により依頼のありました標記の件については、下記のとおり承認し、推薦します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">1 推薦する救急救命士</td> <td style="width: 15%;">所属</td> <td style="width: 15%;">階級</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>氏名</td> <td>性別</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>生年月日</td> <td>年齢</td> <td>住所</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">担当者氏名 連絡先</p>	1 推薦する救急救命士	所属	階級					氏名	性別					生年月日	年齢	住所			<p>様式2-1-1</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>〇〇消防（局）本部消防長 殿</p> <p style="text-align: right;">〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 印</p> <p style="text-align: center;">救急救命士による気管挿管病院実習実施者の推薦について</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日付け、〇〇第〇〇号により依頼のありました標記の件については、下記のとおり承認し、推薦します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">1 推薦する救急救命士</td> <td style="width: 15%;">所属</td> <td style="width: 15%;">階級</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>氏名</td> <td>性別</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>生年月日</td> <td>年齢</td> <td>住所</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">担当者氏名 連絡先</p>	1 推薦する救急救命士	所属	階級					氏名	性別					生年月日	年齢	住所		
1 推薦する救急救命士	所属	階級																																			
	氏名	性別																																			
	生年月日	年齢	住所																																		
1 推薦する救急救命士	所属	階級																																			
	氏名	性別																																			
	生年月日	年齢	住所																																		



新	旧																								
<p>様式2-2-1</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>〇〇病院長 殿</p> <p style="text-align: right;">〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 印</p> <p style="text-align: center;">救急救命士による気管挿管病院実習実施者の推薦について</p> <p>下記の職員は、本メディカルコントロール協議会において、気管挿管病院実習を実施するにあたり適格と判断し、実習実施者として承認しましたので、推薦します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 推薦する救急救命士    〇〇消防本部</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;">階級</td> <td style="width: 25%;">氏名</td> <td style="width: 15%;">性別</td> </tr> <tr> <td></td> <td>生年月日</td> <td></td> <td>年齢</td> </tr> <tr> <td></td> <td>住所</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>2 所属機関</p> <p style="padding-left: 20px;">責任者氏名</p> <p style="padding-left: 20px;">住所</p> <p style="padding-left: 20px;">連絡先</p> <p style="text-align: right;">担当者氏名 連絡先</p>		階級	氏名	性別		生年月日		年齢		住所			<p>様式2-2-1</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>〇〇病院長 殿</p> <p style="text-align: right;">〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 印</p> <p style="text-align: center;">救急救命士による気管挿管病院実習実施者の推薦について</p> <p>下記の職員は、本メディカルコントロール協議会において、気管挿管病院実習を実施するにあたり適格と判断し、実習実施者として承認しましたので、推薦します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 推薦する救急救命士    〇〇消防本部</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;">階級</td> <td style="width: 25%;">氏名</td> <td style="width: 15%;">性別</td> </tr> <tr> <td></td> <td>生年月日</td> <td></td> <td>年齢</td> </tr> <tr> <td></td> <td>住所</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>2 所属機関</p> <p style="padding-left: 20px;">責任者氏名</p> <p style="padding-left: 20px;">住所</p> <p style="padding-left: 20px;">連絡先</p> <p style="text-align: right;">担当者氏名 連絡先</p>		階級	氏名	性別		生年月日		年齢		住所		
	階級	氏名	性別																						
	生年月日		年齢																						
	住所																								
	階級	氏名	性別																						
	生年月日		年齢																						
	住所																								

新	旧																																
<p>様式 2-2-2</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p>	<p>様式 2-2-2</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p>																																
<p>〇〇病院長 殿</p> <p style="text-align: right;">〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 印</p>	<p>〇〇病院長 殿</p> <p style="text-align: right;">〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 印</p>																																
<p>救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習実施者の推薦について</p>	<p>救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習実施者の推薦について</p>																																
<p>下記の職員は、本メディカルコントロール協議会において、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習を実施するにあたり適格と判断し、実習実施者として承認しましたので、推薦します。</p>	<p>下記の職員は、本メディカルコントロール協議会において、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習を実施するにあたり適格と判断し、実習実施者として承認しましたので、推薦します。</p>																																
<p style="text-align: center;">記</p>	<p style="text-align: center;">記</p>																																
<p>1 推薦する救急救命士</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">〇〇消防本部</td> <td style="width: 45%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>階級</td> <td>氏名</td> <td>性別</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td></td> <td>年齢</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	〇〇消防本部				階級	氏名	性別		生年月日		年齢		住所				<p>1 推薦する救急救命士</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">〇〇消防本部</td> <td style="width: 45%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>階級</td> <td>氏名</td> <td>性別</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td></td> <td>年齢</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	〇〇消防本部				階級	氏名	性別		生年月日		年齢		住所			
〇〇消防本部																																	
階級	氏名	性別																															
生年月日		年齢																															
住所																																	
〇〇消防本部																																	
階級	氏名	性別																															
生年月日		年齢																															
住所																																	
<p>2 所属機関</p> <p>責任者氏名</p> <p>住所</p> <p>連絡先</p>	<p>2 所属機関</p> <p>責任者氏名</p> <p>住所</p> <p>連絡先</p>																																
<p style="text-align: right;">担当者氏名 連絡先</p>	<p style="text-align: right;">担当者氏名 連絡先</p>																																

新	旧																																						
<p>様式 3-1</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成 年 月 日</p> <p>〇〇病院長 殿</p> <p style="text-align: right;">〇〇消防（局）本部消防長 印</p> <p style="text-align: center;">救急救命士による気管挿管病院実習実施の依頼について</p> <p>貴医療機関の救急救命士による気管挿管実習受入に伴う取扱規則及び「沖縄県救急救命士気管挿管病院実習要領」に同意した上で、下記のとおり気管挿管実習の申し込みをしますので、よろしくお取り計らい願います。</p>	<p>様式 3-1</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成 年 月 日</p> <p>〇〇病院長 殿</p> <p style="text-align: right;">〇〇消防（局）本部消防長 印</p> <p style="text-align: center;">救急救命士による気管挿管病院実習実施の依頼について</p> <p>貴医療機関の救急救命士による気管挿管実習受入に伴う取扱規則及び「沖縄県救急救命士気管挿管病院実習要領」に同意した上で、下記のとおり気管挿管実習の申し込みをしますので、よろしくお取り計らい願います。</p>																																						
<p style="text-align: center;">記</p> <p>1 実習生</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">階級</td> <td style="width: 25%;">氏名</td> <td style="width: 15%;">性別</td> <td style="width: 45%;"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td></td> <td>年齢</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <p>2 希望実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>3 実習内容 「沖縄県救急救命士気管挿管病院実習要領」に定める実習内容 成功例 ○例</p> <p>4 添付書類 (1) 〇〇地区メディカルコントロール協議会会長推薦書（写） (2) 救急救命士免許証（写） (3) 気管挿管講習修了証書（写）</p> <p>5 所属機関における連絡担当者</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">階級</td> <td style="width: 25%;">氏名</td> <td style="width: 60%;">連絡先</td> </tr> </table>	階級	氏名	性別		生年月日		年齢		住所				連絡先				階級	氏名	連絡先	<p style="text-align: center;">記</p> <p>1 実習生</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">階級</td> <td style="width: 25%;">氏名</td> <td style="width: 15%;">性別</td> <td style="width: 45%;"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td></td> <td>年齢</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <p>2 希望実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>3 実習内容 「沖縄県救急救命士気管挿管病院実習要領」に定める実習内容 成功例 ○例</p> <p>4 添付書類 (1) 〇〇地区メディカルコントロール協議会会長推薦書（写） (2) 救急救命士免許証（写） (3) 気管挿管講習修了証書（写）</p> <p>5 所属機関における連絡担当者</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">階級</td> <td style="width: 25%;">氏名</td> <td style="width: 60%;">連絡先</td> </tr> </table>	階級	氏名	性別		生年月日		年齢		住所				連絡先				階級	氏名	連絡先
階級	氏名	性別																																					
生年月日		年齢																																					
住所																																							
連絡先																																							
階級	氏名	連絡先																																					
階級	氏名	性別																																					
生年月日		年齢																																					
住所																																							
連絡先																																							
階級	氏名	連絡先																																					

新	旧
<p>様式3-2 文書番号 平成年月日</p> <p>〇〇病院長 殿</p> <p style="text-align: right;">〇〇消防(局)本部消防長 印</p> <p>救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習実施の依頼について</p> <p>貴医療機関の救急救命士による気管挿管実習受入に伴う取扱規則及び「沖縄県救急救命士気管挿管病院実習要領」に同意した上で、下記のとおりビデオ硬性挿管用喉頭鏡実習の申し込みをしますので、よろしくお取り計らい願います。</p>	<p>様式3-2 文書番号 平成年月日</p> <p>〇〇病院長 殿</p> <p style="text-align: right;">〇〇消防(局)本部消防長 印</p> <p>救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習実施の依頼について</p> <p>貴医療機関の救急救命士による気管挿管実習受入に伴う取扱規則及び「沖縄県救急救命士気管挿管病院実習要領」に同意した上で、下記のとおりビデオ硬性挿管用喉頭鏡実習の申し込みをしますので、よろしくお取り計らい願います。</p>
<p style="text-align: center;">記</p> <p>1 実習生 階級 氏名 性別 生年月日 年齢 住所 連絡先</p> <p>2 希望実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>3 実習内容 「沖縄県救急救命士気管挿管病院実習要領」に定める実習内容 成功例 2例</p> <p>4 添付書類 (1) 〇〇地区メディカルコントロール協議会会長推薦書(写) (2) 救急救命士免許証(写) (3) 気管挿管認定証(写) (4) ビデオ硬性挿管用喉頭鏡講習修了証書(写)</p> <p>5 所属機関における連絡担当者 階級 氏名 連絡先</p>	<p style="text-align: center;">記</p> <p>1 実習生 階級 氏名 性別 生年月日 年齢 住所 連絡先</p> <p>2 希望実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>3 実習内容 「沖縄県救急救命士気管挿管病院実習要領」に定める実習内容 成功例 2例</p> <p>4 添付書類 (1) 〇〇地区メディカルコントロール協議会会長推薦書(写) (2) 救急救命士免許証(写) (3) 気管挿管認定証(写) (4) ビデオ硬性挿管用喉頭鏡講習修了証書(写)</p> <p>5 所属機関における連絡担当者 階級 氏名 連絡先</p>

新	旧
<p>様式4-1</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>〇〇消防（局）本部消防長 殿</p> <p style="text-align: right;">〇〇病院長 印</p> <p style="text-align: center;">救急救命士による気管挿管病院実習受け入れの承認について</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により依頼のありました件については、下記の条件を付して承認します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 実習生 階級 氏名</p> <p>2 実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日 ※但し、実習状況により短縮若しくは延長も可能とする。</p> <p>3 実習内容「沖縄県救急救命士気管挿管病院実習要領」に定める実習内容 成功例として〇症例</p> <p>4 実習に係る経費 当病院と貴市町村との病院実習に係る契約に基づき、病院が指定する金融機関に納入するものとする。</p> <p>5 病院規則遵守 別添規則を遵守するとともに、指導職員の指導に従うこと。</p>	<p>様式4-1</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>〇〇消防（局）本部消防長 殿</p> <p style="text-align: right;">〇〇病院長 印</p> <p style="text-align: center;">救急救命士による気管挿管病院実習受け入れの承認について</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により依頼のありました件については、下記の条件を付して承認します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 実習生 階級 氏名</p> <p>2 実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日 ※但し、実習状況により短縮若しくは延長も可能とする。</p> <p>3 実習内容「沖縄県救急救命士気管挿管病院実習要領」に定める実習内容 成功例として〇症例</p> <p>4 実習に係る経費 当病院と貴市町村との病院実習に係る契約に基づき、病院が指定する金融機関に納入するものとする。</p> <p>5 病院規則遵守 別添規則を遵守するとともに、指導職員の指導に従うこと。</p>

新	旧
<p>様式4-2</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>〇〇消防（局）本部消防長 殿</p> <p style="text-align: right;">〇〇病院長 印</p> <p>救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習受け入れの承認について</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により依頼のありました件については、下記の条件を付して承認します。</p>	<p>様式4-2</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>〇〇消防（局）本部消防長 殿</p> <p style="text-align: right;">〇〇病院長 印</p> <p>救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習受け入れの承認について</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により依頼のありました件については、下記の条件を付して承認します。</p>
<p style="text-align: center;">記</p> <p>1 実習生 階級 氏名</p> <p>2 実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日 ※但し、実習状況により短縮若しくは延長も可能とする。</p> <p>3 実習内容 「沖縄県救急救命士気管挿管病院実習要領」に定める実習内容 成功例として2症例</p> <p>4 実習に係る経費 当病院と貴市町村との病院実習に係る契約に基づき、病院が指定する金融機関 に納入するものとする。</p> <p>5 病院規則遵守 別添規則を遵守するとともに、指導職員の指導に従うこと。</p>	<p style="text-align: center;">記</p> <p>1 実習生 階級 氏名</p> <p>2 実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日 ※但し、実習状況により短縮若しくは延長も可能とする。</p> <p>3 実習内容 「沖縄県救急救命士気管挿管病院実習要領」に定める実習内容 成功例として2症例</p> <p>4 実習に係る経費 当病院と貴市町村との病院実習に係る契約に基づき、病院が指定する金融機関 に納入するものとする。</p> <p>5 病院規則遵守 別添規則を遵守するとともに、指導職員の指導に従うこと。</p>

新	旧
<p>様式5-1</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿</p> <p style="text-align: right;">〇〇消防（局）本部消防長 印</p> <p style="text-align: center;">救急救命士による気管挿管病院実習実施者の承認について</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により推薦しました下記の実習希望者について、医療機関の長から受け入れが承認されましたので、報告します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 実習生 階級 氏名</p> <p>2 実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日 ※但し、実習状況により短縮若しくは延長も可能とする。</p> <p>3 実習医療機関</p> <p>4 添付書類 医療機関からの承認に係る文書（写）</p>	<p>様式5-1</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿</p> <p style="text-align: right;">〇〇消防（局）本部消防長 印</p> <p style="text-align: center;">救急救命士による気管挿管病院実習実施者の承認について</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により推薦しました下記の実習希望者について、医療機関の長から受け入れが承認されましたので、報告します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 実習生 階級 氏名</p> <p>2 実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日 ※但し、実習状況により短縮若しくは延長も可能とする。</p> <p>3 実習医療機関</p> <p>4 添付書類 医療機関からの承認に係る文書（写）</p>

新	旧
<p>様式5-2</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿</p> <p style="text-align: right;">〇〇消防（局）本部消防長 印</p> <p>救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習実施者の承認について</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により推薦しました下記の実習希望者について、医療機関の長から受け入れが承認されましたので、報告します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 実習生 階級 氏名</p> <p>2 実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日 ※但し、実習状況により短縮若しくは延長も可能とする。</p> <p>3 実習医療機関</p> <p>4 添付書類 医療機関からの承認に係る文書（写）</p>	<p>様式5-2</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿</p> <p style="text-align: right;">〇〇消防（局）本部消防長 印</p> <p>救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習実施者の承認について</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により推薦しました下記の実習希望者について、医療機関の長から受け入れが承認されましたので、報告します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 実習生 階級 氏名</p> <p>2 実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日 ※但し、実習状況により短縮若しくは延長も可能とする。</p> <p>3 実習医療機関</p> <p>4 添付書類 医療機関からの承認に係る文書（写）</p>

新	旧
<p>様式6 (略)</p> <p>様式7 (4連複写：患者様控・医療機関控・麻酔指導責任者控・実習救急救命士控)</p> <p style="text-align: center;">救急救命士による気管挿管実習の説明・承諾書</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p>平成 年 月 日手術</p> <p>患者様の麻酔は麻酔科医師が担当いたしますが、厚生労働省のガイドラインに したがって、救急救命士による気管挿管実習にご協力をお願いいたします。</p> <p>この救急救命士による気管挿管又はビデオ硬性挿管用喉頭鏡実習をお断りさ れても、患者様の治療等に何ら不利益は生じません。</p> <p>実習を行う救急救命士は救急救命士資格取得者で、救急業務経験者です。</p> <p>救急救命士が行うことは、 手術室入室後、麻酔前、酸素マスクを患者様にあて、酸素を投与する。 患者様の入眠後、マスクでの人工呼吸を行う。 気管挿管を(最大2回まで)行う。 気管挿管チューブの固定 人工呼吸を再開する。 までです。</p> <p>この間は、日本麻酔科学会認定専門医が指導し、患者様の安全を確保します。 薬剤投与、上記以外の処置等はすべて麻酔科医師が行います。以後、手術が終 わるまで、麻酔科医師が麻酔を担当します。その間担当救急救命士が見学をする場 合があります。</p> <p>この実習に伴う合併症でもっとも多いと考えられるのは、歯牙の損傷、口唇・ 口腔内の損傷、嘔声、咽頭痛です。これは麻酔科医師が行っても起こることです。</p> <p>平成 年 月 日 実習救急救命士 所属</p>	<p>様式6 (略)</p> <p>様式7 (4連複写：患者様控・医療機関控・麻酔指導責任者控・実習救急救命士控)</p> <p style="text-align: center;">救急救命士による気管挿管実習の説明・承諾書</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p>平成 年 月 日手術</p> <p>患者様の麻酔は麻酔科医師が担当いたしますが、厚生労働省のガイドラインに したがって、救急救命士による気管挿管実習にご協力をお願いいたします。</p> <p>この救急救命士による気管挿管又はビデオ硬性挿管用喉頭鏡実習をお断りさ れても、患者様の治療等に何ら不利益は生じません。</p> <p>実習を行う救急救命士は救急救命士資格取得者で、救急業務経験者です。</p> <p>救急救命士が行うことは、 手術室入室後、麻酔前、酸素マスクを患者様にあて、酸素を投与する。 患者様の入眠後、マスクでの人工呼吸を行う。 気管挿管を(最大2回まで)行う。 気管挿管チューブの固定 人工呼吸を再開する。 までです。</p> <p>この間は、日本麻酔科学会認定専門医が指導し、患者様の安全を確保します。 薬剤投与、上記以外の処置等はすべて麻酔科医師が行います。以後、手術が終 わるまで、麻酔科医師が麻酔を担当します。その間担当救急救命士が見学をする場 合があります。</p> <p>この実習に伴う合併症でもっとも多いと考えられるのは、歯牙の損傷、口唇・ 口腔内の損傷、嘔声、咽頭痛です。これは麻酔科医師が行っても起こることです。</p> <p>平成 年 月 日 実習救急救命士 所属</p>

指導麻酔科専門医

私は、指導麻酔科専門医及び救急救命士により救急救命士が気管挿管又はビデオ硬性挿管用喉頭鏡を行うことについて、上記のように説明を受けました。

1. 2. の該当するほうに○をつけて下さい。

1. 私は指導麻酔科専門医及び救急救命士により救急救命士が気管挿管又はビデオ硬性挿管用喉頭鏡を行うことについて承諾致します。
2. 救急救命士が気管挿管又はビデオ硬性挿管用喉頭鏡を行うことについて承諾致しません。

平成 年 月 日

患者様氏名

患者様御家族氏名

〇〇病院 院長 殿

指導麻酔科専門医

私は、指導麻酔科専門医及び救急救命士により救急救命士が気管挿管又はビデオ硬性挿管用喉頭鏡を行うことについて、上記のように説明を受けました。

1. 2. の該当するほうに○をつけて下さい。

1. 私は指導麻酔科専門医及び救急救命士により救急救命士が気管挿管又はビデオ硬性挿管用喉頭鏡を行うことについて承諾致します。
2. 救急救命士が気管挿管又はビデオ硬性挿管用喉頭鏡を行うことについて承諾致しません。

平成 年 月 日

患者様氏名

患者様御家族氏名

〇〇病院 院長 殿

新	旧
様式8 気管挿管実習記録簿	様式8 気管挿管実習記録簿
〇〇消防(局)本部 氏名	〇〇消防(局)本部 氏名
実習日時 平成〇〇年〇〇月〇〇日(〇曜日) 時 分～ 時 分	実習日時 平成〇〇年〇〇月〇〇日(〇曜日) 時 分～ 時 分
実習医療機関	実習医療機関
患者情報 ID ( )	患者情報 ID ( )
年齢 ( ) 性別 ( ) ASA 1・2	年齢 ( ) 性別 ( ) ASA 1・2
既往症 ( )	既往症 ( )
アレルギー ( )	アレルギー ( )
観察内容	観察内容
呼吸 /分 呼吸性状	呼吸 /分 呼吸性状
脈拍 /分 心音	脈拍 /分 心音
血圧 / mmHg 心電図	血圧 / mmHg 心電図
体温 ℃ SpO2 %	体温 ℃ SpO2 %
顔貌	顔貌
実施前 実施後	実施前 実施後
歯牙の状態	歯牙の状態
口腔内出血	口腔内出血
口腔内損傷	口腔内損傷
吐物・異物	吐物・異物
実施回数 回 実施結果 成功 ・ 不成功	実施回数 回 実施結果 成功 ・ 不成功
自己評価	自己評価
指導麻酔科専門医確認サイン	指導麻酔科専門医確認サイン

新	旧
<p>様式9 (略)</p> <p>様式10-1 第 号</p> <p>救急救命士による気管挿管病院実習修了証書</p> <p>〇〇消防(局)本部 氏 名 生年月日 年 月 日</p> <p>あなたは、本院において救急救命士による気管挿管病院実習を修了したことを証します。 平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>病院名 病院長名 印 指導麻酔科専門医名 印</p> <p>実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>気管挿管成功例 30例</p>	<p>様式9 (略)</p> <p>様式10-1 第 号</p> <p>救急救命士による気管挿管病院実習修了証書</p> <p>〇〇消防(局)本部 氏 名 生年月日 年 月 日</p> <p>あなたは、本院において救急救命士による気管挿管病院実習を修了したことを証します。 平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>病院名 病院長名 印 指導麻酔科専門医名 印</p> <p>実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>気管挿管成功例 30例</p>

新	旧
<p>様式10-2 第 号</p> <p>救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習修了証書</p> <p>〇〇消防局本部 氏 名 生年月日 年 月 日</p> <p>あなたは、本院において救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習を修了したことを証します。 平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>病院名 病院長名 印 指導麻酔科専門医名 印</p> <p>実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>ビデオ硬性挿管用喉頭鏡成功例 2例</p>	<p>様式10-2 第 号</p> <p>救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習修了証書</p> <p>〇〇消防局本部 氏 名 生年月日 年 月 日</p> <p>あなたは、本院において救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習を修了したことを証します。 平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>病院名 病院長名 印 指導麻酔科専門医名 印</p> <p>実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>ビデオ硬性挿管用喉頭鏡成功例 2例</p>

新	旧
<p>様式 1 1 - 1</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>〇〇消防（局）本部消防長 〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿 (※両機関に送付します。)</p> <p style="text-align: right;">〇〇病院長 印</p> <p style="text-align: center;">救急救命士による気管挿管病院実習の中止について</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により承認しました研修生について、下記の理由により研修を中止しますので、通知します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 実習生 〇〇消防（局）本部 氏名</p> <p>2 実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>3 中止する理由</p>	<p>様式 1 1 - 1</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>〇〇消防（局）本部消防長 〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿 (※両機関に送付します。)</p> <p style="text-align: right;">〇〇病院長 印</p> <p style="text-align: center;">救急救命士による気管挿管病院実習の中止について</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により承認しました研修生について、下記の理由により研修を中止しますので、通知します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 実習生 〇〇消防（局）本部 氏名</p> <p>2 実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>3 中止する理由</p>

新	旧
<p>様式11-2</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>〇〇消防（局）本部消防長 殿  〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿  （※両機関に送付します。）</p> <p style="text-align: right;">〇〇病院長 印</p> <p style="text-align: center;">救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習の中止について</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により承認しました研修生について、下記の理由により研修を中止しますので、通知します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 実習生 〇〇消防（局）本部 氏名</p> <p>2 実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>3 中止する理由</p>	<p>様式11-2</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>〇〇消防（局）本部消防長 殿  〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿  （※両機関に送付します。）</p> <p style="text-align: right;">〇〇病院長 印</p> <p style="text-align: center;">救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習の中止について</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により承認しました研修生について、下記の理由により研修を中止しますので、通知します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 実習生 〇〇消防（局）本部 氏名</p> <p>2 実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>3 中止する理由</p>

新				旧			
様式12-1-1		文書番号 平成年月日		様式12-1-1		文書番号 平成年月日	
沖縄県メディカルコントロール協議会会長 殿				沖縄県メディカルコントロール協議会会長 殿			
○○消防(局)本部消防長 印				○○消防(局)本部消防長 印			
救急救命士による気管挿管実施認定証の交付について(依頼)				救急救命士による気管挿管実施認定証の交付について(依頼)			
下記のとおり気管挿管講習・実習を修了しましたので、認定証を交付して頂きますようよろしくお願いいたします。				下記のとおり気管挿管講習・実習を修了しましたので、認定証を交付して頂きますようよろしくお願いいたします。			
記				記			
1	実習生	階級 氏名 生年月日 住所	性別 年齢	1	実習生	階級 氏名 生年月日 住所	性別 年齢
2	講習期間	平成○○年○○月○○日～平成○○年○○月○○日		2	講習期間	平成○○年○○月○○日～平成○○年○○月○○日	
3	実習期間	平成○○年○○月○○日～平成○○年○○月○○日		3	実習期間	平成○○年○○月○○日～平成○○年○○月○○日	
4	添付書類			4	添付書類		
	(1)	救急救命士免許証(写)			(1)	救急救命士免許証(写)	
	(2)	○○地区メディカルコントロール協議会会長推薦書(写)			(2)	○○地区メディカルコントロール協議会会長推薦書(写)	
	(3)	気管挿管講習修了証書(写)			(3)	気管挿管講習修了証書(写)	
	(4)	気管挿管病院実習修了証書(写)			(4)	気管挿管病院実習修了証書(写)	
5	所属機関における連絡担当者			5	所属機関における連絡担当者		
	階級	氏名	連絡先		階級	氏名	連絡先

新		旧	
様式12-1-2	文書番号 平成年月日	様式12-1-2	文書番号 平成年月日
沖縄県メディカルコントロール協議会会長 殿	〇〇消防(局)本部消防長 印	沖縄県メディカルコントロール協議会会長 殿	〇〇消防(局)本部消防長 印
救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡実施認定証の交付について(依頼)		救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡実施認定証の交付について(依頼)	
下記のとおりビデオ硬性挿管用喉頭鏡講習・実習を修了しましたので、認定証を交付して頂きますようよろしくお願いします。		下記のとおりビデオ硬性挿管用喉頭鏡講習・実習を修了しましたので、認定証を交付して頂きますようよろしくお願いします。	
記		記	
1 実習生	階級 生年月日 住所	氏名	性別 年齢
2 講習期間	平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日		
3 実習期間	平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日		
4 添付書類			
(1)	救急救命士免許証(写)		
(2)	〇〇地区メディカルコントロール協議会会長推薦書(写)		
(3)	気管挿管認定証(写)		
(4)	ビデオ硬性挿管用喉頭鏡講習修了証書(写)		
(5)	ビデオ硬性挿管用喉頭鏡修了証書(写)		
5 所属機関における連絡担当者			
階級	氏名	連絡先	

新				旧			
様式12-2-2		文書番号 平成年月日		様式12-2-2		文書番号 平成年月日	
沖縄県メディカルコントロール協議会会長 殿				沖縄県メディカルコントロール協議会会長 殿			
○○消防（局）本部消防長 印				○○消防（局）本部消防長 印			
他都道府県 MC 協議会等で認定された気管挿管認定救急救命士の認定について（依頼）				他都道府県 MC 協議会等で認定された気管挿管認定救急救命士の認定について（依頼）			
下記のとおり、認定証を交付して頂きますようよろしくお願いいたします。				下記のとおり、認定証を交付して頂きますようよろしくお願いいたします。			
記				記			
1	認定者	階級 生年月日 住所	氏名 性別 年齢	1	認定者	階級 生年月日 住所	氏名 性別 年齢
2	認定機関	○○○県メディカルコントロール協議会		2	認定機関	○○○県メディカルコントロール協議会	
3	最終再教育年月日	平成○○年○○月○○日		3	最終再教育年月日	平成○○年○○月○○日	
4	添付書類			4	添付書類		
	(1)	救急救命士免許証（写）			(1)	救急救命士免許証（写）	
	(2)	○○○県メディカルコントロール協議会気管挿管認定証（写）			(2)	○○○県メディカルコントロール協議会気管挿管認定証（写）	
	(3)	所属消防（局）本部長による証明証			(3)	所属消防（局）本部長による証明証	
5	所属機関における連絡担当者			5	所属機関における連絡担当者		
	階級	氏名	連絡先		階級	氏名	連絡先

新		旧	
様式12-2-2	文書番号 平成年月日	様式12-2-2	文書番号 平成年月日
沖縄県メディカルコントロール協議会会長 あて 〇〇消防（局）本部消防長 印		沖縄県メディカルコントロール協議会会長 あて 〇〇消防（局）本部消防長 印	
他都道府県 MC 協議会等で認定されたビデオ硬性挿管用喉頭鏡 認定救急救命士の認定について（依頼）		他都道府県 MC 協議会等で認定されたビデオ硬性挿管用喉頭鏡 認定救急救命士の認定について（依頼）	
下記のとおり、認定証を交付して頂きますようよろしくお願ひします。		下記のとおり、認定証を交付して頂きますようよろしくお願ひします。	
記		記	
1 認定者	階級 氏名 性別 生年月日 年齢 住所	1 認定者	階級 氏名 性別 生年月日 年齢 住所
2 認定機関	〇〇〇県メディカルコントロール協議会	2 認定機関	〇〇〇県メディカルコントロール協議会
3 最終再教育年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	3 最終再教育年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
4 添付書類	(1) 救急救命士免許証（写） (2) 〇〇〇県メディカルコントロール協議会気管挿管認定証（写） (3) 〇〇〇県メディカルコントロール協議会ビデオ硬性挿管用喉頭鏡 認定証（写） (4) 所属消防（局）本部長による証明証	4 添付書類	(1) 救急救命士免許証（写） (2) 〇〇〇県メディカルコントロール協議会気管挿管認定証（写） (3) 〇〇〇県メディカルコントロール協議会ビデオ硬性挿管用喉頭鏡 認定証（写） (4) 所属消防（局）本部長による証明証
5 所属機関における連絡担当者	階級 氏名 連絡先	5 所属機関における連絡担当者	階級 氏名 連絡先

新	旧
<p data-bbox="69 164 293 196">様式13-1-1</p> <p data-bbox="965 164 1108 196">第 号</p> <p data-bbox="409 260 779 292">気管挿管実施認定証</p> <p data-bbox="712 360 996 392">〇〇消防(局)本部</p> <p data-bbox="712 408 772 440">氏名</p> <p data-bbox="712 456 1104 488">生年月日 年 月 日</p> <p data-bbox="69 552 1120 679">あなたは、救急救命士に対する気管挿管講習を修了し、病院実習において気管挿管成功例30例を経験したので、医師の具体的指示の下での気管内チューブによる気道確保の実施を認めます。</p> <p data-bbox="69 791 380 823">平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p data-bbox="528 887 1120 919">沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印</p> <p data-bbox="69 1031 190 1062">実施期間</p> <p data-bbox="125 1078 896 1110">平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日(3年間)</p>	<p data-bbox="1142 164 1366 196">様式13-1-1</p> <p data-bbox="2029 164 2172 196">第 号</p> <p data-bbox="1480 260 1850 292">気管挿管実施認定証</p> <p data-bbox="1809 360 2072 392">〇〇消防(局)本部</p> <p data-bbox="1780 408 1841 440">氏名</p> <p data-bbox="1780 456 2172 488">生年月日 年 月 日</p> <p data-bbox="1142 552 2192 679">あなたは、救急救命士に対する気管挿管講習を修了し、病院実習において気管挿管成功例30例を経験したので、医師の具体的指示の下での気管内チューブによる気道確保の実施を認めます。</p> <p data-bbox="1142 791 1453 823">平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p data-bbox="1597 887 2192 919">沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印</p> <p data-bbox="1142 1031 2078 1062">実施期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日(3年間)</p>

新	旧
<p>様式13-1-2 第 号</p> <p>気管挿管実施認定証(他機関認定)</p> <p>〇〇消防(局)本部 氏名 生年月日 年 月 日</p> <p>あなたは、他機関において、救急救命士に対する気管挿管認定を受けておりますので、医師の具体的指示の下での気管内チューブによる気道確保の実施を認めます。</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印</p> <p>実施期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日(3年間)</p>	<p>様式13-1-2 第 号</p> <p>気管挿管実施認定証(他機関認定)</p> <p>〇〇消防(局)本部 氏名 生年月日 年 月 日</p> <p>あなたは、他機関において、救急救命士に対する気管挿管認定を受けておりますので、医師の具体的指示の下での気管内チューブによる気道確保の実施を認めます。</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印</p> <p>実施期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日(3年間)</p>

新	旧
<p>様式13-2-1 第 号</p>	<p>様式13-2-1 第 号</p>
<p>ビデオ硬性挿管用喉頭鏡実施認定証</p>	<p>ビデオ硬性挿管用喉頭鏡実施認定証</p>
<p>〇〇消防（局）本部 氏名 生年月日 年 月 日</p>	<p>〇〇消防（局）本部 氏名 生年月日 年 月 日</p>
<p>あなたは、救急救命士に対するビデオ硬性挿管用喉頭鏡講習を修了し、病院実習においてビデオ硬性挿管用喉頭鏡成功例2例を経験したので、医師の具体的指示の下でのビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気道確保の実施を認めます。</p>	<p>あなたは、救急救命士に対するビデオ硬性挿管用喉頭鏡講習を修了し、病院実習においてビデオ硬性挿管用喉頭鏡成功例2例を経験したので、医師の具体的指示の下でのビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気道確保の実施を認めます。</p>
<p>平成〇〇年〇〇月〇〇日</p>	<p>平成〇〇年〇〇月〇〇日</p>
<p>沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印</p>	<p>沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印</p>
<p>実施期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日（3年間）</p>	<p>実施期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日（3年間）</p>

新	旧
<p>様式13-2-2 第 号</p> <p>ビデオ硬性挿管用喉頭鏡実施認定証（他機関認定）</p> <p>〇〇消防（局）本部 氏名 生年月日 年 月 日</p> <p>あなたは、他機関において、救急救命士に対するビデオ硬性挿管用喉頭鏡認定を受けておりますので、医師の具体的指示の下でのビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気道確保の実施を認めます。</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印</p> <p>実施期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日（3年間）</p>	<p>様式13-2-2 第 号</p> <p>ビデオ硬性挿管用喉頭鏡実施認定証（他機関認定）</p> <p>〇〇消防（局）本部 氏名 生年月日 年 月 日</p> <p>あなたは、他機関において、救急救命士に対するビデオ硬性挿管用喉頭鏡認定を受けておりますので、医師の具体的指示の下でのビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気道確保の実施を認めます。</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印</p> <p>実施期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日（3年間）</p>

新	旧
<p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿</p> <p style="text-align: right;">沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印</p> <p style="text-align: center;">救急救命士による気管挿管実施認定証の交付について</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により〇〇消防本部消防長から依頼のありました標記の件については、別紙のとおり認定しましたので、通知します。名簿登載・管理等についても遺漏のないよう、また、再教育が適切に行われるようにご留意願います。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 実習生 階級 氏名 性別 生年月日 年齢 住所</p> <p>2 添付書類 (1) 気管挿管実施認定証 (写)</p>	<p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿</p> <p style="text-align: right;">沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印</p> <p style="text-align: center;">救急救命士による気管挿管実施認定証の交付について</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により〇〇消防本部消防長から依頼のありました標記の件については、別紙のとおり認定しましたので、通知します。名簿登載・管理等についても遺漏のないよう、また、再教育が適切に行われるようにご留意願います。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 実習生 階級 氏名 性別 生年月日 年齢 住所</p> <p>2 添付書類 (1) 気管挿管実施認定証 (写)</p>

新	旧
<p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿</p> <p style="text-align: right;">沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印</p> <p>救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡実施認定証の交付について</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により〇〇消防局本部消防長から依頼のありました標記の件については、別紙のとおり認定しましたので、通知します。 名簿登載・管理等についても遺漏のないよう、また、再教育が適切に行われるようにご留意願います。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 実習生 階級 氏名 性別 生年月日 年齢 住所</p> <p>2 添付書類 (1) ビデオ硬性挿管用喉頭鏡実施認定証 (写)</p>	<p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿</p> <p style="text-align: right;">沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印</p> <p>救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡実施認定証の交付について</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により〇〇消防局本部消防長から依頼のありました標記の件については、別紙のとおり認定しましたので、通知します。 名簿登載・管理等についても遺漏のないよう、また、再教育が適切に行われるようにご留意願います。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 実習生 階級 氏名 性別 生年月日 年齢 住所</p> <p>2 添付書類 (1) ビデオ硬性挿管用喉頭鏡実施認定証 (写)</p>

## 「沖縄県救急救命士気管挿管病院実習要領」

本要領は、救急救命士による特定行為の再検討に関する研究班により作成された「病院(手術室)実習ガイドライン」及び平成 16 年 3 月 23 日付け、医政指発第 0323049 号、厚生労働省医政局指導課長発出「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」を基に、沖縄県救急医療協議会（沖縄県メディカルコントロール協議会（以下「県 MC 協議会」という。））の承認を得て定めたものである。

### ○ 研修：気管挿管の手術室内実習

#### 1 方法・内容

##### (1) 実習受講資格

- ① 気管内チューブによる気道確保（以下「気管挿管」という。）のための実習  
次のいずれかの条件を満たした者のうち、地区メディカルコントロール（以下「地区MC」という。）協議会と調整の上、施設長が実習を認めた者。
  - ア 救急救命士の資格を有し、基礎研修（座学）を受け、所定の試験に合格し、受講修了認定書を有している者。
  - イ または、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 3 月 23 日文科科学省・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に基づく教育内容を履修し、救急救命士の資格を有している者（以下「新試験合格者」という。）。
  - ウ 消防大学校における救急科において、上記ア・イと同等の研修を受講し、所定の試験を合格し、受講修了認定書を有している者。
- ② ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管内チューブによる気道確保（以下「ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管」という。）のための実習  
次の条件を満たした者のうち、地区メディカルコントロール（以下「地区MC」という。）協議会と調整の上、施設長が実習を認めた者。  
救急救命士の資格を有し、前記 1（1）の者及び後記 1（6）を修了した者又は新試験合格者であって後記 1（6）を修了した者（以下「気管挿管資格者」という。）

##### (2) 受け入れ施設基準

- ① 次の 2 つの条件を満たし、地区MC協議会が選定した施設
  - ア あらかじめ当該施設長、並びに麻酔科の長が実習受け入れを了承している。
  - イ 日本麻酔科学会認定専門医（以下「麻酔科専門医」という。）が麻酔科の長として勤務している。

- ② 但し、当該施設に麻酔科長の職がない場合は、下記の3つの条件を満たし、地区MC協議会が選定した施設
  - ア 施設長が指導的な役割を担うことを認め、実際に責任を持って指導を行える常勤の麻酔科専門医がいる。
  - イ あらかじめ当該施設長、並びに常勤の麻酔科専門医が受け入れを了承している。
  - ウ 日本麻酔科学会麻酔科認定病院である。

(3) 受け入れの実習生数の目安

- ① 1名の救急救命士を受け入れるためには年間300例程度の全身麻酔症例があることを目安とする。
- ② ただし、地域の特性を踏まえ、麻酔科専門医の配置状況等を勘案した上で、地区MC協議会において検討しても良い。

(4) 実習指導の責任者

麻酔科専門医の責任の下に行うこと。

(5) 対象症例

当該病院手術部(室)において行われる成人のASAクラス分類1、2の全身麻酔症例で患者から同意が得られた症例。

(6) 実習内容

- ① 実習生1人につき気管挿管の成功症例を30例以上実施させること。  
注：成功とは、患者に有害結果を与えることなく、2回以内の施行で気管挿管を完了したことをいう。  
ビデオ硬性挿管用喉頭鏡の成功症例を2例以上実施させること。
- ② 気管挿管及びビデオ硬性挿管用喉頭鏡の試行は、2回までとする。
- 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、導入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。
- ④ 薬剤投与などは全て担当する麻酔科医師が行う。
- ⑤ 救急救命士が行う実習は担当する麻酔科専門医の指導による。
- ⑥ 病院実習については、基本的に一医療機関で実習する。但し、一医療機関での実習が困難な場合は、複数の医療機関に実習派遣することとする。この場合、成功例は各医療機関の通算とする。

#### (7) 実習受け入れ方法

- ① 病院実習受講資格要件を満たし、病院実習を希望する救急救命士を有する消防（局）本部が地区MC協議会に対し文書で推薦する。その際、講習修了証のコピーを添付する。
- ② 地区MC協議会は、実習受講の対象として承認した場合、実習施設長に対し文書で推薦を行う。
- ③ 実習承認を受けた救急救命士の所属する消防（局）本部は、実習施設長に対し文書で実習を依頼する。
- ④ 実習受け入れの承認をした実習施設長は、消防（局）本部へ文書でその旨通知する。
- ⑤ 実習受け入れの承認を受けた消防（局）本部は、地区MC協議会へ文書でその旨通知する。
- ⑥ 実習の進捗状況により実習期間について延長する場合は、再度③・④・⑤により期間延長を行うものとする。
- ⑦ あらかじめ施設長名で救急救命士実習受け入れ病院であることを院内に明示しておくことが望ましい。
- ⑧ 受け入れ病院は救急救命士が実習生であることが患者に明確になるよう、名札等を付けさせることが望ましい。（実習生、研修生等）
- ⑨ 実習救急救命士の服装は、受け入れ病院の指導に従うこと。
- ⑩ 実習救急救命士は、身分証明書を携帯すること

#### (8) インフォームドコンセントの取り方

- ① 実習前日までに、直接指導する麻酔科専門医は実習希望救急救命士を伴い、麻酔科専門医の指導と責任の下に、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。  
同意書は複写式（コピーでも可）とする。その際、少なくとも、次の各点が説明されなければならない。
  - ア 麻酔科専門医の厳重な指導と責任のもとに行われ、患者の安全が確保されていること。
  - イ 実習者は、救急救命士資格取得者であること。
  - ウ 患者本人が実習を拒否しても、その後の治療等に何らの不利益も生じないこと。
- ② インフォームドコンセントを得た同意書の原簿をカルテに貼り保管する。  
なお、写しを患者に渡すことが望ましい。
- ③ 医師は同意書とは別に診療録に説明の内容、患者側の諾否につき簡潔に記録し、麻酔科専門医、救急救命士が連名で署名する。
- ④ 麻酔終了後、適切な時期に記録内容を提示しながら患者本人へ挿管時の状況につ

いて説明する。(麻酔科専門医のみで良い。)

(9) 実習の記録

- ① 麻酔記録に挿管担当〇〇救急救命士と明記するとともに、挿管時の経過を記載する。
- ② 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麻酔科専門医の確認を得ること。また、麻酔科専門医は、診療録、麻酔記録及び病院実習評価表等に内容等について記録することが望ましいこと。

(10) 実習記録の保管

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。

(11) 契約の締結

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、適切な契約締結を図ること。

(12) 事故発生時の責任

- ① 指導内容及び指導態度等に起因する注意義務違反については指導した麻酔科専門医の責任とする。
- ② 実施に伴う事故の責任は実施者にあるものとする。
- ③ 病院実習を希望する救急救命士を有する消防(局)本部は、救急業務賠償責任保険等の病院実習に係る保険に加入する等事故発生時に備えること。

(13) 修了証書

- ① 施設長は次の条件がそろった場合に施設長名で修了証書を発行する。
  - ア 30例(気管挿管)または2症例(ビデオ硬性挿管用喉頭鏡)以上の成功症例を経験した者。
  - イ 当該施設の実習指導責任者が実習態度、挿管技術、倫理観、他の職種との協調性などを総合的に判断し、実習を修了して現場で医師の具体的な指示の下に気管挿管またはビデオ硬性挿管用喉頭鏡を行っても良いと判断し、施設長に対しその旨申告した者。
- ② 医療機関での実習が困難であり複数の医療機関で実習した場合の認定は、最後に実習を受け入れた施設長が行うこと。この場合、前実習医療機関での評価も含めて判断することとし、前実習医療機関の施設長は、研修救急救命士の評価について最後に実習を受け入れた施設長に対し実習記録を添付し文書で報告すること。

- ③ 実習の中断、中止
  - ア 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麻酔科責任者、施設長が判断した場合は実習を中断又は中止することができる。
  - イ この場合、消防組織の推薦者による再度の検討がなされ、再度推薦が適切と判断された場合、(2)の①～⑤の手続きを再度行い、実習を再開することができる。その際、新規開始として取り扱う。

## 2 認定及び登録

### (1) 講習及び実習修了者の認定及び登録手順

- ① 講習・実習修了認定を受けた救急救命士の所属する消防(局)本部は、県 MC 協議会に文書で認定証の交付を依頼する。
- ② 県 MC 協議会は、救急救命士の資格を有し、講習・実習修了認定の交付を受けた者について、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またはビデオ硬性挿管用喉頭鏡による気道確保の実施に係る認定証を交付し、地区MC協議会あて認定した旨を通知する。
- ③ 県 MC 協議会は、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またはビデオ硬性挿管用喉頭鏡による気道確保の実施の円滑な運用のために地区MC協議会と情報を共有すること。

### (2) 他都道府県 MC 協議会等で認定された者の認定及び登録手順

- ① 他都道府県 MC 協議会等で認定された救急救命士の所属する消防(局)本部は、県 MC 協議会に文書で認定証の交付を依頼する。
- ② 県 MC 協議会は、救急救命士の資格を有し、講習・実習修了認定の交付を受けた者について、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またはビデオ硬性挿管用喉頭鏡による気道確保の実施に係る認定証を交付し、地区MC協議会あて認定した旨を通知する。
- ③ 県 MC 協議会は、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またはビデオ硬性挿管用喉頭鏡による気道確保の実施の円滑な運用のために地区MC協議会と情報を共有すること。

### (3) 認定証の書き換え登録手順

- ① 認定済みの者が改姓等により変更がある場合は、所属する消防(局)本部は、県 MC 協議会に文書で認定証の書き換えを依頼する。
- ② 県 MC 協議会は、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またはビデオ硬性挿管用喉頭鏡による気道確保の実施に係る新しい認定証を交付し、地区MC協議会あて書き換えを行った旨を通知する。

- ③ 県MC協議会は、書き換え内容を名簿に反映させて管理するとともに、気管内チューブによる気道確保またはビデオ硬性挿管用喉頭鏡による気道確保の実施の円滑な運用のために地区MC協議会と情報を共有すること。

### 3 再教育

- ① 3年ごとに再教育を行う。
- ② 救急救命士は病院における気管挿管およびビデオ硬性挿管用喉頭鏡の際実習等も含め、適切な再教育を受けなければならない。  
消防（局）本部においても、救急救命士の再教育（128時間／2年間）を効果的に活用し、再教育実習に派遣すること。
- ③ 地区MC協議会及び消防（局）本部は、気管挿管およびビデオ硬性挿管用喉頭鏡認定救急救命士及びその再教育時期を把握するため、名簿等を作成し、管理すること。
- ④ 再教育が適切に行われない場合等については、地区MC協議会は当該救急救命士の気管挿管およびビデオ硬性挿管用喉頭鏡試行の中止等についても検討する。

（附則）

この実習要領は、平成17年3月24日から適用する。

（附則）

この実習要領は、平成26年11月14日から適用する。

（附則）

この実習要領は、平成27年9月16日から適用する。

（附則）

この実習要領は、令和5年3月16日から適用する。

様式1-1

文書番号

年月日

〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿

〇〇消防（局）本部消防長

救急救命士による気管挿管病院実習実施者の推薦について

下記の職員は、救急救命士に対する気管挿管講習を修了し所定の試験に合格し、気管挿管病院実習を希望していますので、推薦します。

記

- |           |               |    |    |
|-----------|---------------|----|----|
| 1 実習希望者氏名 | 〇〇消防本部        |    |    |
|           | 階級            | 氏名 | 性別 |
|           | 生年月日          |    | 年齢 |
|           | 住所            |    |    |
| 2 講習受講期間  | 〇〇年〇〇月〇〇日     |    |    |
| 3 添付書類    | 気管挿管講習修了証書（写） |    |    |

担当者氏名

連絡先

様式1-2

文書番号  
年月日

〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿

〇〇消防（局）本部消防長

救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習実施者の推薦について

下記の職員は、気管挿管認定（認定番号）であり、救急救命士に対するビデオ硬性挿管用喉頭鏡の講習を修了し所定の試験に合格し、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習を希望していますので、推薦します。

記

- |           |                      |    |    |
|-----------|----------------------|----|----|
| 1 実習希望者氏名 | 〇〇消防局本部              |    |    |
|           | 階級                   | 氏名 | 性別 |
|           | 生年月日                 |    | 年齢 |
|           | 住所                   |    |    |
| 2 講習受講期間  | 〇〇年〇〇月〇〇日            |    |    |
| 3 添付書類    | ビデオ硬性挿管用喉頭鏡講習修了証書（写） |    |    |

担当者氏名  
連絡先

様式 2-1-1

文書番号  
年月日

〇〇消防（局）本部消防長 殿

〇〇地区メディカルコントロール協議会会長

救急救命士による気管挿管病院実習実施者の推薦について

〇〇年〇〇月〇〇日付け、〇〇第〇〇号により依頼のありました標記の件については、下記のとおり承認し、推薦します。

記

1 推薦する救急救命士	所属	階級
	氏名	性別
	生年月日	年齢

担当者氏名  
連絡先

様式2-1-2

文書番号  
年月日

〇〇消防（局）本部消防長 殿

〇〇地区メディカルコントロール協議会会長

救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習実施者の推薦について

〇〇年〇〇月〇〇日付け、〇〇第〇〇号により依頼のありました標記の件については、下記のとおり承認し、推薦します。

記

1 推薦する救急救命士	所属	階級		
	氏名	性別		
	生年月日	年齢	住所	

担当者氏名  
連絡先

様式 2 - 2 - 1

文書番号  
年月日

〇〇病院長 殿

〇〇地区メディカルコントロール協議会会長

救急救命士による気管挿管病院実習実施者の推薦について

下記の職員は、本メディカルコントロール協議会において、気管挿管病院実習を実施するにあたり適格と判断し、実習実施者として承認しましたので、推薦します。

記

- 1 推薦する救急救命士 〇〇消防本部  
階級 氏名 性別  
生年月日 年齢  
住所
- 2 所属機関  
責任者氏名  
住所  
連絡先

担当者氏名  
連絡先

様式2-2-2

文書番号

年月日

〇〇病院長 殿

〇〇地区メディカルコントロール協議会会長

救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習実施者の推薦について

下記の職員は、本メディカルコントロール協議会において、ビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習を実施するにあたり適格と判断し、実習実施者として承認しましたので、推薦します。

記

- 1 推薦する救急救命士      〇〇消防本部  
階級                      氏名                      性別  
生年月日                      年齢  
住所
  
- 2 所属機関  
責任者氏名  
住所  
連絡先

担当者氏名

連絡先

様式3-1

文書番号

年月日

〇〇病院長 殿

〇〇消防（局）本部消防長

救急救命士による気管挿管病院実習実施の依頼について

貴医療機関の救急救命士による気管挿管実習受入に伴う取扱規則及び「沖縄県救急救命士気管挿管病院実習要領」に同意した上で、下記のとおり気管挿管実習の申し込みをしますので、よろしくお取り計らい願います。

記

- 1 実習生            階級        氏名            性別  
                      生年月日                    年齢  
                      住所  
                      連絡先
- 2 希望実習期間    〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日
- 3 実習内容  
    「沖縄県救急救命士気管挿管病院実習要領」に定める実習内容    成功例    〇例
- 4 添付書類  
    (1) 〇〇地区メディカルコントロール協議会会長推薦書（写）  
    (2) 救急救命士免許証（写）  
    (3) 気管挿管講習修了証書（写）
- 5 所属機関における連絡担当者  
    階級        氏名            連絡先

様式3-2

文書番号

年月日

〇〇病院長 殿

〇〇消防(局) 本部消防長

救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習実施の依頼について

貴医療機関の救急救命士による気管挿管実習受入に伴う取扱規則及び「沖縄県救急救命士気管挿管病院実習要領」に同意した上で、下記のとおりビデオ硬性挿管用喉頭鏡実習の申し込みをしますので、よろしくお取り計らい願います。

記

- 1 実習生 

階級	氏名	性別
生年月日		年齢
住所		
連絡先		
  
- 2 希望実習期間 〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日
  
- 3 実習内容  
「沖縄県救急救命士気管挿管病院実習要領」に定める実習内容 成功例 2例
  
- 4 添付書類  
(1) 〇〇地区メディカルコントロール協議会会長推薦書(写)  
(2) 救急救命士免許証(写)  
(3) 気管挿管認定証(写)  
(4) ビデオ硬性挿管用喉頭鏡講習修了証書(写)
  
- 5 所属機関における連絡担当者  
階級 氏名 連絡先

様式4-1

文書番号  
年月日

〇〇消防（局）本部消防長 殿

〇〇病院長

救急救命士による気管挿管病院実習受け入れの承認について

〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により依頼のありました件については、下記の条件を付して承認します。

記

- 1 実習生 階級 氏名
- 2 実習期間 〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日  
※但し、実習状況により短縮若しくは延長も可能とする。
- 3 実習内容「沖縄県救急救命士気管挿管病院実習要領」に定める実習内容  
成功例として〇症例
- 4 実習に係る経費  
当病院と貴市町村との病院実習に係る契約に基づき、病院が指定する金融機関に納入するものとする。
- 5 病院規則遵守  
別添規則を遵守するとともに、指導職員の指導に従うこと。

様式4-2

文書番号  
年月日

〇〇消防（局）本部消防長 殿

〇〇病院長

救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習受け入れの承認について

〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により依頼のありました件については、下記の条件を付して承認します。

記

- 1 実習生 階級 氏名
- 2 実習期間 〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日  
※但し、実習状況により短縮若しくは延長も可能とする。
- 3 実習内容 「沖縄県救急救命士気管挿管病院実習要領」に定める実習内容  
成功例として2症例
- 4 実習に係る経費  
当病院と貴市町村との病院実習に係る契約に基づき、病院が指定する金融機関に納入するものとする。
- 5 病院規則遵守  
別添規則を遵守するとともに、指導職員の指導に従うこと。

様式5-1

文書番号

年月日

〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿

〇〇消防（局）本部消防長

救急救命士による気管挿管病院実習実施者の承認について

〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により推薦しました下記の実習希望者について、医療機関の長から受け入れが承認されましたので、報告します。

記

- 1 実習生 階級 氏名
- 2 実習期間 〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日  
※但し、実習状況により短縮若しくは延長も可能とする。
- 3 実習医療機関
- 4 添付書類 医療機関からの承認に係る文書（写）

様式5-2

文書番号

年月日

〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿

〇〇消防（局）本部消防長

救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習実施者の承認について

〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により推薦しました下記の実習希望者について、医療機関の長から受け入れが承認されましたので、報告します。

記

- 1 実習生 階級 氏名
- 2 実習期間 〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日  
※但し、実習状況により短縮若しくは延長も可能とする。
- 3 実習医療機関
- 4 添付書類 医療機関からの承認に係る文書（写）

## 様式6

### 手術を受けられる患者様へご協力をお願い

当院においては手術室内において全身麻酔時に救急救命士が気管挿管を行う実習を受け入れております。そこで全身麻酔を受けられる患者様に、この実習に関するご協力をお願いいたしております。

厚生労働省と総務省消防庁、医学会代表者、有識者（含むマスコミ）が集まって、救急現場において心臓がとまってしまっている人の救命率を向上させることを検討した結果、救急救命士による気管挿管が実施される事となりました（同様の目的ですでに救急救命士による（医師の包括的指示）除細動が実施され、救命率の改善をみております）。そこで当院は、この実習を受け入れることにいたしました。

日本においては医師が救急現場に直接でていく制度を実施している地域は非常に少なく、多くの地域で病院外での救命処置は救急隊にゆだねられています。救急隊員の中でも特別の教育を受け、国家試験に合格した者が救急救命士となります。その中でも選ばれて更に教育を受け、人形を使用した気管挿管実習を行い、実習試験に合格した者及び気管挿管資格者でビデオ硬性挿管用喉頭鏡の講習を修了した者がこの病院における挿管実習受けることとなっています。従って、実習にあたる救急救命士は、現場での救急業務を経験し、考え得る全ての教育を受けた、十分能力のあるものといえます。実習に際しては麻酔科の専門医が常時付き添って指導に当たり、通常麻酔科医と救急救命士と一緒に説明にあがり、麻酔方法や安全性などについて説明いたします。

私を含め誰でもが不慮の事態の中で急に心臓がとまり、救急隊の処置に身を任せる可能性が少なからずあります。救急の現場にいる救急救命士の能力が生命を左右する可能性が十分あります。ですから救急救命士の能力を高めることは、とても重要なことです。

このような理由から当院としてはこの実習を引き受けるとともに、患者様はご協力をお願いいたしております。何卒ご協力の程よろしくお願いいたします。

なお、仮に患者様がこの実習にご協力いただけなくとも、今後の治療で不利益を被るようなことは全くございません。

〇〇病院長

平成 26 年 11 月 14 日

様式7 (4連複写：患者様控・医療機関控・麻酔指導責任者控・実習救急救命士控)

救急救命士による気管挿管実習の説明・承諾書

様

年 月 日手術

患者様の麻酔は麻酔科医師が担当いたしますが、厚生労働省のガイドラインにしたがって、救急救命士による気管挿管実習にご協力をお願いいたします。

この救急救命士による気管挿管又はビデオ硬性挿管用喉頭鏡実習をお断りされても、患者様の治療等に何ら不利益は生じません。

実習を行う救急救命士は救急救命士資格取得者で、救急業務経験者です。

救急救命士が行うことは、

手術室入室後、麻酔前、酸素マスクを患者様にあて、酸素を投与する。

患者様の入眠後、マスクでの人工呼吸を行う。

気管挿管を(最大2回まで)行う。

気管挿管チューブの固定

人工呼吸を再開する。 までです。

この間は、日本麻酔科学会認定専門医が指導し、患者様の安全を確保します。薬剤投与、上記以外の処置等はすべて麻酔科医師が行います。以後、手術が終わるまで、麻酔科医師が麻酔を担当します。その間担当救急救命士が見学をする場合があります。

この実習に伴う合併症でもっとも多いと考えられるのは、歯牙の損傷、口唇・口腔内の損傷、嘔声、咽頭痛です。これは麻酔科医師が行っても起こることです。

年 月 日

実習救急救命士

所属

指導麻酔科専門医

私は、指導麻酔科専門医及び救急救命士により救急救命士が気管挿管又はビデオ硬性挿管用喉頭鏡を行うことについて、上記のように説明を受けました。

1. 2. の該当するほうに○をつけて下さい。

1. 私は指導麻酔科専門医及び救急救命士により救急救命士が気管挿管又はビデオ硬性挿管用喉頭鏡を行うことについて承諾致します。

2. 救急救命士が気管挿管又はビデオ硬性挿管用喉頭鏡を行うことについて承諾致しません。

年 月 日

患者様氏名

患者様御家族氏名

〇〇病院 院長 殿

様式8

気管挿管実習記録簿

〇〇消防(局)本部 氏名

実習日時 〇〇年〇〇月〇〇日(〇曜日) 時 分～ 時 分

実習医療機関

患者情報 ID ( )

年齢 ( ) 性別 ( ) ASA 1・2

既往症 ( )

アレルギー ( )

観察内容

呼吸 /分 呼吸性状

脈拍 /分 心音

血圧 / mmHg 心電図

体温 °C S p O 2 %

顔貌

実施前 実施後

歯牙の状態

口腔内出血

口腔内損傷

吐物・異物

実施回数 回 実施結果 成功 ・ 不成功

自己評価

指導麻酔科専門医確認サイン

様式9

病院実習評価表

実習救急救命士氏名 \_\_\_\_\_ 経験症例数 \_\_\_\_\_ 症例 \_\_\_\_\_  
実習日時 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分～ \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分  
実習医療機関名 \_\_\_\_\_ 指導麻酔科専門医 \_\_\_\_\_  
患者氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 ( ) ( 男 ・ 女 ) \_\_\_\_\_  
ASAクラス分類 1 ・ 2 \_\_\_\_\_  
実施結果 成功 ・ 不成功 \_\_\_\_\_

インフォームドコンセント

	優	良	可	不可
1 真摯な態度で患者に対応ができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 患者の質問に対し適切な説明ができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

手術室実習

	可	不可
1 手術室内の清潔区域が理解できる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 器具・器械の準備点検ができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ECG・SpO2モニター、血圧計が装着できる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 マスク喚起ができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 適正なサイズの喉頭鏡が選択できる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 適正なサイズの気管チューブが選択できる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 正しく喉頭展開ができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 喉頭蓋と声門が確認できる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 正しい姿勢で気管挿管ができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 カフ漏れが確認できる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 気管チューブの深さが確認できる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

気管挿管後の確認

	可	不可
1 視診・聴診による確認、気管チューブのくもりが確認できる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 食道挿管判定器具による確認ができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 呼気二酸化炭素検出器による確認ができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 麻酔モニターによる確認ができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 歯牙・口唇損傷等の確認ができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 気管チューブの固定ができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 担当麻酔科専門医に実習の経過について説明ができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 関係スタッフとの連携が取れる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

指導麻酔科専門医所見

指導麻酔科専門医署名  
年 月 日

様式10-1

第 号

救急救命士による気管挿管病院実習修了証書

〇〇消防（局）本部

氏 名

生年月日 年 月 日

あなたは、本院において救急救命士による気管挿管病院実習を修了したことを証します。

〇〇年〇〇月〇〇日

病院名

病院長名

印

指導麻酔科専門医名

印

実習期間

〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日

気管挿管成功例 30例

様式10-2

第 号

救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習修了証書

〇〇消防局本部

氏 名

生年月日 年 月 日

あなたは、本院において救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習を修了したことを証します。

〇〇年〇〇月〇〇日

病院名

病院長名

印

指導麻酔科専門医名

印

実習期間 〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日

ビデオ硬性挿管用喉頭鏡成功例 2例

様式 11-1

文書番号

年月日

〇〇消防（局）本部消防長

〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿

（※両機関に送付します。）

〇〇病院長

救急救命士による気管挿管病院実習の中止について

〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により承認しました研修生について、下記の理由により研修を中止しますので、通知します。

記

- 1 実習生 〇〇消防（局）本部 氏名
- 2 実習期間 〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日
- 3 中止する理由

様式11-2

文書番号

年月日

〇〇消防（局）本部消防長 殿

〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿

（※両機関に送付します。）

〇〇病院長

救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡病院実習の中止について

〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により承認しました研修生について、下記の理由により研修を中止しますので、通知します。

記

- 1 実習生 〇〇消防（局）本部 氏名
- 2 実習期間 〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日
- 3 中止する理由

様式12-1-1

文書番号

年月日

沖縄県メディカルコントロール協議会会長 殿

〇〇消防（局）本部消防長

救急救命士による気管挿管実施認定証の交付について（依頼）

下記のとおり気管挿管講習・実習を修了しましたので、認定証を交付して頂きますようよろしくお願ひします。

記

- 1 実習生            階級            氏名            性別  
                         生年月日                            年齢  
                         住所
  
- 2 講習期間        〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日
  
- 3 実習期間        〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日
  
- 4 添付書類  
    (1) 救急救命士免許証（写）  
    (2) 〇〇地区メディカルコントロール協議会会長推薦書（写）  
    (3) 気管挿管講習修了証書（写）  
    (4) 気管挿管病院実習修了証書（写）
  
- 5 所属機関における連絡担当者  
    階級            氏名            連絡先

沖縄県メディカルコントロール協議会会長 殿

〇〇消防（局）本部消防長

救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡実施認定証の交付について（依頼）

下記のとおりビデオ硬性挿管用喉頭鏡講習・実習を修了しましたので、認定証を交付して頂きますようよろしくお願いいたします。

記

- 1 実習生            階級            氏名            性別  
                      生年月日                            年齢  
                      住所
  
- 2 講習期間        〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日
  
- 3 実習期間        〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日
  
- 4 添付書類  
  (1) 救急救命士免許証（写）  
  (2) 〇〇地区メディカルコントロール協議会会長推薦書（写）  
  (3) 気管挿管認定証（写）  
  (4) ビデオ硬性挿管用喉頭鏡講習修了証書（写）  
  (5) ビデオ硬性挿管用喉頭鏡修了証書（写）
  
- 5 所属機関における連絡担当者  
  階級            氏名            連絡先



様式 12-2-2

文書番号  
年月日

沖縄県メディカルコントロール協議会会長 あて

〇〇消防（局）本部消防長

他都道府県 MC 協議会等で認定されたビデオ硬性挿管用喉頭鏡  
認定救急救命士の認定について（依頼）

下記のとおり、認定証を交付して頂きますようよろしくお願いします。

記

- 1 認定者            階級            氏名            性別  
                     生年月日                            年齢  
                     住所
  
- 2 認定機関        〇〇〇県メディカルコントロール協議会
  
- 3 最終再教育年月日    〇〇年〇〇月〇〇日
  
- 4 添付書類  
  (1) 救急救命士免許証（写）  
  (2) 〇〇〇県メディカルコントロール協議会気管挿管認定証（写）  
  (3) 〇〇〇県メディカルコントロール協議会ビデオ硬性挿管用喉頭鏡  
      認定証（写）  
  (4) 所属消防（局）本部長による証明証
  
- 5 所属機関における連絡担当者  
      階級            氏名            連絡先

様式13-1-1

第 号

気管挿管実施認定証

〇〇消防（局）本部

氏名

生年月日 年 月 日

あなたは、救急救命士に対する気管挿管講習を修了し、病院実習において気管挿管成功例30例を経験したので、医師の具体的指示の下での気管内チューブによる気道確保の実施を認めます。

〇〇年〇〇月〇〇日

沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印

実施期間 〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日（3年間）

様式13-1-2

第 号

気管挿管実施認定証(他機関認定)

〇〇消防(局)本部

氏名

生年月日 年 月 日

あなたは、他機関において、救急救命士に対する気管挿管認定を受けておりますので、  
医師の具体的指示の下での気管内チューブによる気道確保の実施を認めます。

〇〇年〇〇月〇〇日

沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印

実施期間 〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日(3年間)

様式13-2-1

第 号

ビデオ硬性挿管用喉頭鏡実施認定証

〇〇消防（局）本部

氏名

生年月日 年 月 日

あなたは、救急救命士に対するビデオ硬性挿管用喉頭鏡講習を修了し、病院実習においてビデオ硬性挿管用喉頭鏡成功例2例を経験したので、医師の具体的指示の下でのビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気道確保の実施を認めます。

〇〇年〇〇月〇〇日

沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印

実施期間 〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日（3年間）

様式13-2-2

第 号

ビデオ硬性挿管用喉頭鏡実施認定証（他機関認定）

〇〇消防（局）本部

氏名

生年月日 年 月 日

あなたは、他機関において、救急救命士に対するビデオ硬性挿管用喉頭鏡認定を受けておられますので、医師の具体的指示の下でのビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気道確保の実施を認めます。

〇〇年〇〇月〇〇日

沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印

実施期間 〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日（3年間）

文書番号  
年月日

〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿

沖縄県メディカルコントロール協議会会長

救急救命士による気管挿管実施認定証の交付について

〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により〇〇消防本部消防長から依頼のありました  
標記の件については、別紙のとおり認定しましたので、通知します。

名簿登載・管理等についても遺漏のないよう、また、再教育が適切に行われるようにご留意  
願います。

記

1	実習生	階級	氏名	性別
		生年月日		年齢
		住所		

2 添付書類

(1) 気管挿管実施認定証 (写)

文書番号  
年月日

〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿

沖縄県メディカルコントロール協議会会長

救急救命士によるビデオ硬性挿管用喉頭鏡実施認定証の交付について

〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により〇〇消防局本部消防長から依頼のありました標記の件については、別紙のとおり認定しましたので、通知します。

名簿登載・管理等についても遺漏のないよう、また、再教育が適切に行われるようにご留意願います。

記

1	実習生	階級	氏名	性別
		生年月日		年齢
		住所		

2 添付書類

(1) ビデオ硬性挿管用喉頭鏡実施認定証 (写)

## 沖縄県メディカルコントロール協議会指導救命士認定要領

### (趣旨)

第1条 この要領は、沖縄県メディカルコントロール協議会（以下「県MC協議会」という。）における指導救命士の認定について、必要な事項を定めるものとする。

### (認定要件)

第2条 指導救命士の認定要件は、次の各号を認定要件の基準とし、所属消防（局）長の推薦を受けた者とする。

- 1 救急救命士として、通算5年以上の実務経験を有すること。
- 2 救急隊長として、通算5年以上の実務経験を有する者。
- 3 所属する消防（局）本部消防長が一定の施行経験を有する者と認める者。
- 4 必要な養成教育を受けていること。

### (認定事務)

第3条 前条の認定要件を満たした者は、次の各号により県MC協議会の認定を受けるものとする。

- 1 認定を受けようとする者の所属消防（局）長は、文書（様式1）により必要書類を添付して県MC協議会へ認定申請を行うこと。
- 2 認定申請を受理した県MC協議会は、認定要件等を精査し、認定証（様式2）を交付する。
- 3 県MC協議会は、認定した指導救命士の名簿を作成し、管理すること。
- 4 県MC協議会は、指導救命士を名簿に登載したときは、指導救命士の円滑な運用のために文書（様式3）により、各地区メディカルコントロール協議会（以下「各地区MC協議会」という。）へ情報を提供する。
- 5 認定済みの者が改姓等により変更がある場合は、所属する消防（局）本部は、県MC協議会に文書（様式5）で認定証の書き換えを依頼すること。

### (明示章)

第4条 指導救命士に認定された者は、認知及びその職責の自覚を高めるため、各消防（局）本部において定める指導救命士の明示章を着用するものとする。

### (更新)

第5条 指導救命士は3年毎の更新を必要とする。認定日から起算して3年を経過する前に、次の各号の要件を満たした者を県MC協議会に文書（様式4）で認定証の更新を依頼すること。

- 1 認定後は毎年 24 時間以上の病院実習を受けること。
- 2 毎年 40 時間以上の生涯学習を受けること。
- 3 県消防学校の研修講師又は県 MC 協議会が共催する各種講習のインストラクターを 1 回以上行うこと。

(認定の取り消し及び名簿の削除)

第 6 条 県MC協議会は、名簿に登録された指導救命士が、救急救命士法（平成 3 年法律第 36 号）第 9 条第 1 項に定める免許の取り消しを受けた場合は、指導救命士の認定を取り消すとともに、名簿から削除する。この場合において、県MC協議会は認定証の返還を命じ、各地区MC協議会へ情報を提供する。

附則

この要領は、平成 28 年 2 月 15 日から施行する。

この要領は、令和 5 年 3 月 16 日から施行する。

様式 1

文書番号

年月日

沖縄県メディカルコントロール協議会会長 あて

〇〇消防（局）本部消防長

指導救命士認定申請書

このことについて、下記の者は沖縄県メディカルコントロール協議会指導救命士認定要領第 2 条の要件を全て満たしますので、申請します。

記

1 指導救命士認定申請に該当する者

階級	氏名	性別
生年月日		年齢
性別		

2 養成課程修了機関

(例) 救急振興財団救急救命九州研修所 平成 26 年度指導救命士養成課程

3 添付書類

- (1) 救急救命士免許証 (写)
- (2) 指導救命士養成課程修了証 (写)

5 所属機関における連絡担当者

階級	氏名	連絡先
----	----	-----

様式2

第 号

## 指導救命士認定証

〇〇消防（局）本部

氏名

生年月日 年 月 日

あなたを沖縄県メディカルコントロール協議会における指導救命士として認定します。

〇〇年〇〇月〇〇日

認定期間：〇年〇月〇日 ～ 〇年〇月〇日（認定日から3年）

沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印

〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿

沖縄県メディカルコントロール協議会会長

指導救命士認定証の交付について

〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により〇〇消防（局）本部消防長から依頼のありました標記の件については、別紙のとおり認定しましたので、通知します。

名簿登載・管理等についても遺漏のないよう、また、再教育が適切に行われるようご注意ください。

記

1	実習生	階級	氏名	性別
		生年月日		年齢
		住所		

2 添付書類

(1) 指導救命士認定証（写）

様式 4

文書番号

年月日

沖縄県メディカルコントロール協議会会長 殿

〇〇消防（局）本部消防長

指導救命士認定証（更新）の交付について（依頼）

下記の者について、沖縄県メディカルコントロール協議会指導救命士認定要領第5条に基づく再教育を修了しましたので、認定証（更新）を交付くださいますようお願いいたします。

記

1 再教育修了者

No.	消防（局）本部名	氏 名	指導救命士認定番号	備 考

2 添付書類

(1) 指導救命士認定証（写）

連絡先 所属名  
氏 名  
電 話

様式 5

文書番号  
年月日

沖縄県メディカルコントロール協議会会長 殿

〇〇消防（局）本部消防長

指導救命士の認定証書き換えについて（依頼）

下記のとおり、認定証の書き換えをお願いします。

記

- 1 認定者            階級            氏名            性別  
                      生年月日                            年齢  
                      住所
  
- 2 書き換え箇所
  
- 3 添付書類  
（1） 救急救命士免許証（写）※書き換え済みのもの  
（2） 指導救命士認定証（写）
  
- 4 所属機関における連絡担当者  
階級            氏名            連絡先

## 条文解釈について

### 第1条（趣旨）

県 MC 協議会における「指導救命士」の認定、認定後は所属救命士及び救急隊員への指導を中心として活動する。なお、消防学校や県 MC 協議会への参画は所属消防（局）本部の判断とする。

### 第2条（認定要件）

国の提示した認定要件を参考に、県 MC 協議会において適当と考えられる項目を設定する。なお、国の示した「一定数の特定行為経験」は、沖縄県においては地域格差が大きい為、基準数値の設定が困難と判断し、各消防（局）本部において判断することとする。また、「一定期間の病院実習」は、救命士の再教育（2年間128時間、内48時間は病院実習）を満たすものとして検討していたが、地区により日勤者は実習を行っていない等の現状を踏まえ、認定後は日勤者であっても病院実習を行うことを条件に更新制とすることで要件から削除した。

「消防署内の現認教育等の教育指導や研究発表について豊富な経験」は、所属消防長の推薦を受けた時点で満たしているものと考えられるため、要件から削除した。

### 第3条（認定事務）

指導救命士の認定にかかる事務手続きを記載した。様式1・認定申請書、様式2・認定証、様式3・地区 MC あて認定証の交付、様式4・更新、様式5・認定証の書き換えとする。

### 第4条（明示章）

県 MC 協議会において認定された指導救命士の役割は、総務省消防庁通知（平成26年5月23日付け、消防救第103号）にある県 MC 協議会の役割を果たすものと想定されることから、県 MC 協議会で作成の明示章を配付することが考えられるが、各消防（局）本部における服装規定等にかかる問題も発生することから、各消防（局）本部で定める明示章の着用が適当と判断した。

### 第5条（更新）

第2条に記載しているとおり、認定時の要件から病院実習を除いたため、更新の際は病院実習を受けることを条件とした。指導救命士は、少なくとも救急救命士の生涯学習（2年間で128時間、うち48時間以上は病院実習）を受講する必要があることから毎年40時間以上の生涯学習を受けることを条件とした。また、指導救命士は、指導的立場として活動する経験が必要と考えるため、県消防学校の研修講師又は県 MC 協議会が共催

する各種講習のインストラクターを1回以上行うこととした。

なお、期限内に更新に係る手続き又は手続きに係る協議のないものは、認定期間満了をもって認定が失効することとする。

ただし、相当の理由がある場合は、この限りではない。

沖縄県メディカルコントロール協議会指導救命士認定要領 新旧対照表

新

旧

第1条～第6条  
(略)

附則

この要領は、平成28年2月15日から施行する。

この要領は、令和5年3月16日から施行する

第1条～第6条  
(略)

附則

この要領は、平成28年2月15日から施行する。

新	旧																														
<p>様式 1</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成 年月日</p> <p>沖縄県メディカルコントロール協議会会長 あて</p> <p style="text-align: right;">〇〇消防（局）本部消防長 印</p> <p style="text-align: center;">指導救命士認定申請書</p> <p>このことについて、下記の者は沖縄県メディカルコントロール協議会指導救命士認定要領第 2 条の要件を全て満たしますので、申請します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 指導救命士認定申請に該当する者</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">階級</td> <td style="width: 30%;">氏名</td> <td style="width: 20%;">性別</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td></td> <td>年齢</td> <td></td> </tr> <tr> <td>性別</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>2 養成課程修了機関 (例) 救急振興財団救急救命九州研修所 平成 26 年度指導救命士養成課程</p> <p>3 添付書類 (1) 救急救命士免許証 (写) (2) 指導救命士養成課程修了証 (写)</p> <p>5 所属機関における連絡担当者</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">階級</td> <td style="width: 30%;">氏名</td> <td style="width: 50%;">連絡先</td> </tr> </table>	階級	氏名	性別		生年月日		年齢		性別				階級	氏名	連絡先	<p>様式 1</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成 年月日</p> <p>沖縄県メディカルコントロール協議会会長 あて</p> <p style="text-align: right;">〇〇消防（局）本部消防長 印</p> <p style="text-align: center;">指導救命士認定申請書</p> <p>このことについて、下記の者は沖縄県メディカルコントロール協議会指導救命士認定要領第 2 条の要件を全て満たしますので、申請します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 指導救命士認定申請に該当する者</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">階級</td> <td style="width: 30%;">氏名</td> <td style="width: 20%;">性別</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td></td> <td>年齢</td> <td></td> </tr> <tr> <td>性別</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>2 養成課程修了機関 (例) 救急振興財団救急救命九州研修所 平成 26 年度指導救命士養成課程</p> <p>3 添付書類 (3) 救急救命士免許証 (写) (4) 指導救命士養成課程修了証 (写)</p> <p>5 所属機関における連絡担当者</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">階級</td> <td style="width: 30%;">氏名</td> <td style="width: 50%;">連絡先</td> </tr> </table>	階級	氏名	性別		生年月日		年齢		性別				階級	氏名	連絡先
階級	氏名	性別																													
生年月日		年齢																													
性別																															
階級	氏名	連絡先																													
階級	氏名	性別																													
生年月日		年齢																													
性別																															
階級	氏名	連絡先																													

新

様式2

第

### 指導救命士認定証

〇〇消防（局）本部  
氏名  
生年月日 年 月 日

あなたを沖縄県メディカルコントロール協議会における指導救命士として認定します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

認定期間：平成〇年〇月〇日 ～ 平成〇年〇月〇日（認定日から3年）

沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印

旧

様式2

第

### 指導救命士認定証

〇〇消防（局）本部  
氏名  
生年月日 年 月 日

あなたを沖縄県メディカルコントロール協議会における指導救命士として認定します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

認定期間：平成〇年〇月〇日 ～ 平成〇年〇月〇日（認定日から3年）

沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印

新	旧																																				
<p>様式3</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿</p> <p style="text-align: right;">沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印</p> <p style="text-align: center;">指導救命士認定証の交付について</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により〇〇消防（局）本部消防長から依頼のありました標記の件については、別紙のとおり認定しましたので、通知します。</p> <p>名簿登載・管理等についても遺漏のないよう、また、再教育が適切に行われるようにご留意願います。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 15%;">実習生</td> <td style="width: 10%;">階級</td> <td style="width: 20%;">氏名</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">性別</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>生年月日</td> <td></td> <td>年齢</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>住所</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>2 添付書類 (1) 指導救命士認定証（写）</p>	1	実習生	階級	氏名		性別				生年月日		年齢				住所			<p>様式3</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿</p> <p style="text-align: right;">沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印</p> <p style="text-align: center;">指導救命士認定証の交付について</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により〇〇消防（局）本部消防長から依頼のありました標記の件については、別紙のとおり認定しましたので、通知します。</p> <p>名簿登載・管理等についても遺漏のないよう、また、再教育が適切に行われるようにご留意願います。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 15%;">実習生</td> <td style="width: 10%;">階級</td> <td style="width: 20%;">氏名</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">性別</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>生年月日</td> <td></td> <td>年齢</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>住所</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>2 添付書類 (1) 指導救命士認定証（写）</p>	1	実習生	階級	氏名		性別				生年月日		年齢				住所		
1	実習生	階級	氏名		性別																																
			生年月日		年齢																																
			住所																																		
1	実習生	階級	氏名		性別																																
			生年月日		年齢																																
			住所																																		

新	旧																				
<p>様式4</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>沖縄県メディカルコントロール協議会会長 殿</p> <p style="text-align: right;">○○消防（局）本部消防長 印</p> <p style="text-align: center;">指導救命士認定証（更新）の交付について（依頼）</p> <p>下記の者について、沖縄県メディカルコントロール協議会指導救命士認定要領第5条に基づく再教育を修了しましたので、認定証（更新）を交付くださいますようお願いいたします。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 再教育修了者</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width:5%;">No.</th> <th style="width:20%;">消防（局）本部名</th> <th style="width:15%;">氏名</th> <th style="width:25%;">指導救命士認定番号</th> <th style="width:35%;">備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>2 添付書類 (1) 指導救命士認定証（写）</p> <p style="text-align: right;">連絡先 所属名 氏名 電話</p>	No.	消防（局）本部名	氏名	指導救命士認定番号	備考						<p>様式4</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>沖縄県メディカルコントロール協議会会長 殿</p> <p style="text-align: right;">○○消防（局）本部消防長 印</p> <p style="text-align: center;">指導救命士認定証（更新）の交付について（依頼）</p> <p>下記の者について、沖縄県メディカルコントロール協議会指導救命士認定要領第5条に基づく再教育を修了しましたので、認定証（更新）を交付くださいますようお願いいたします。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 再教育修了者</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width:5%;">No.</th> <th style="width:20%;">消防（局）本部名</th> <th style="width:15%;">氏名</th> <th style="width:25%;">指導救命士認定番号</th> <th style="width:35%;">備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>2 添付書類 (1) 指導救命士認定証（写）</p> <p style="text-align: right;">連絡先 所属名 氏名 電話</p>	No.	消防（局）本部名	氏名	指導救命士認定番号	備考					
No.	消防（局）本部名	氏名	指導救命士認定番号	備考																	
No.	消防（局）本部名	氏名	指導救命士認定番号	備考																	

新	旧
<p>様式5</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>沖縄県メディカルコントロール協議会会長 あて殿</p> <p style="text-align: right;">〇〇消防（局）本部消防長 印</p> <p style="text-align: center;">指導救命士の認定証書き換えについて（依頼）</p> <p>下記のとおり、認定証の書き換えをお願いします。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 認定者      階級      氏名      性別                  生年月日                      年齢                  住所</p> <p>2 書き換え箇所</p> <p>3 添付書類 （1） 救急救命士免許証（写）※書き換え済みのもの （2） 指導救命士認定証（写）</p> <p>4 所属機関における連絡担当者 階級      氏名                      連絡先</p>	<p>様式5</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>沖縄県メディカルコントロール協議会会長 あて</p> <p style="text-align: right;">〇〇消防（局）本部消防長 印</p> <p style="text-align: center;">指導救命士の認定証書き換えについて（依頼）</p> <p>下記のとおり、認定証の書き換えをお願いします。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 認定者      階級      氏名      性別                  生年月日                      年齢                  住所</p> <p>2 書き換え箇所</p> <p>3 添付書類 （1） 救急救命士免許証（写）※書き換え済みのもの （2） 指導救命士認定証（写）</p> <p>4 所属機関における連絡担当者 階級      氏名                      連絡先</p>



## 沖縄県救急救命士薬剤投与病院実習要領

本要領は、救急救命士による特定行為の再検討に関する研究班により作成された「病院内での薬剤投与実習ガイドライン」を基に、沖縄県救急医療協議会（沖縄県メディカルコントロール協議会。以下、「県 MC 協議会」という）において定めたものである。

### 方法・内容

#### (1) 実習受講資格

- 実習受け入れ施設長が実習を許可した既取得者

#### (2) 実習指導の責任者

- 救急救命士の行う薬剤投与の業務プロトコール（以下、「プロトコール」）に精通している医師（以下、「実習指導医」）

#### (3) 受け入れ施設等

- 既取得者に対しては、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踏まえ、県 MC 協議会が別途定めた選定要領により選定した施設とする。

- 実習に際して、倫理委員会（それに代わる委員会等でもよい）にて許可を得ていること。

#### (4) 対象者等

対象者は、「8歳以上あるいは25キロ以上」の者とする。また、「A.点滴ラインの準備と末梢静脈路の確保」と「B.エピネフリンの投与とその後の観察」の2段階パートに分類し対象はそれぞれ以下のとおりとする。

- 「A.点滴ラインの準備と末梢静脈路の確保」については、心臓機能停止患者の他に、インフォームドコンセントが得られた心臓機能停止以外の患者も対象とすることができる。

- 「B.エピネフリンの投与とその後の観察」については、心臓機能停止患者を対象とする。

#### (5) 実習内容

○ 病院実習の内容は「A.点滴ラインの準備と末梢静脈路の確保」と「B.エピネフリンの投与とその後の観察」の2段階パートに分類する。

- 「A.点滴ラインの準備と末梢静脈路の確保」は末梢静脈路確保に必要な器材の準備から末梢静脈路確保、静脈路確保後の器材の廃棄までが含まれる。これらの手技において到達すべき目標（別表）及び評価基準（様式8-1）に従い実習指導医の下で実施する。

- 「B.エピネフリンの投与とその後の観察」は静脈投与するエピネフリン製剤をアンプルカット後シリンジへの充填も含めた準備から、プロトコールに基づいて三方活栓などを介してのエピネフリン静脈内ボラス投与、上肢の挙上（10～20秒間）、静脈投与後の患者観察までが含まれる。これらの手技において到達すべき目標（別表）及び評価基準（様式8-2）に従い実習指導医の下で実施する。

- なお「A.点滴ラインの準備と末梢静脈路確保」と「B.エピネフリンの投与とその後の観察」については、実習対象は必ずしも同一の実習協力者（患者）でなくとも良い。

- 静脈投与できる薬剤はエピネフリン製剤のみとする。エピネフリン製剤とはプレフィルド

シリンジ製剤（1mg/mL）、1mg/mLのアンプル製剤の原液、もしくは実習指導医の指示により適当な溶解液により希釈されたエピネフリン溶解液とする。

○実習に使用する輸液製剤及びエピネフリンを希釈する製剤は原則として乳酸リンゲル液とする。但し、実習指導医の指示により末梢静脈より投与可能でそれに準ずる輸液製剤を用いても良い。

○各パートにつきそれぞれ10症例を修了の目標とする。但し、実習指導医が手技上に問題がなく、十分な知識を有すると判断できる実習生に関してはBパートについては1症例以上の修了をもって実習修了と判断することもできる。

○実習指導医による安全な指導体制が確保され、患者に不利益を生じないと判断される場合には、実習協力者（患者）1名につき、複数の実習者が担当することもできる。

○実習指導医の特別な指示がない限り、全ての手技はプロトコールに準じて実施する。静脈路の確保（90秒以内）等に時間がかかる場合や、3回以上の穿刺を必要とする場合、合併症の発生が予測される場合等においては実習指導医の判断で静脈路確保の実施を中止することができる。

#### （6）実習の受け入れ方法

○実習受け入れ施設長が以下の要件を満たした者の実習の受け入れについて決定する。

・既取得者については、所属する組織からメディカルコントロール協議会に対し文書で推薦を受け、メディカルコントロール協議会が知識や資格が十分であると承認を得たもの

○実習受け入れ施設では、施設長名で薬剤投与に係る実習施設である旨を院内に明示しておくことが望ましい。

○実習生は名札等を必ず着用し、実習生であることを患者に明確に示すことが望ましい。

#### （7）インフォームドコンセントの取り方

○心臓機能停止患者以外に対しては、実習指導医がその患者や家族に対して説明し、インフォームドコンセントを得る。その際、原則として実習生が同伴するものとするが、状況に応じては同席しないこともできる。

○心臓機能停止患者に対してインフォームドコンセントを得ることは困難であると考えられるが、インフォームドコンセント取得の概念やその重要性については十分配慮するよう努めること。

○実習指導医はインフォームドコンセントに関する内容を診療録又は承諾書に記載する。

○予め実習指導医・実習生・立会人の署名欄を設けた「救急救命士による病院内での薬剤投与実習に関する説明と承諾書」等のインフォームドコンセントに関する書類に記載してもよい（様式6）。

○実習受け入れ施設は、救急救命士の病院実習協力病院である旨、ポスターで院内に掲示する等により周知に努めること。

#### （8）実習の記録

○実習生は実習の結果を県MC協議会で定める様式（様式7）に記載するとともに、実習指導医は診療録に実際に薬剤を投与した実習生の氏名、投与量等について実習の状況が明らかになる

様に記載すること。

(9) リスクマネジメント

○ 実習生は、実習受け入れ施設が提示している院内リスクマネジメントの方針を理解すること。

(10) 針刺し事故対応策

○ 実習依頼施設は、実習受け入れ施設と協議した上で、実習生の「針刺し事故」発生時の対応策を予め提示する。

○ 病院実習を希望する救急救命士を有する消防本部は、別紙様式「薬剤投与病院実習生 健康状態調査表」を実習受け入れ施設に提出すること。なお、「薬剤投与病院実習生 健康状態調査表」記載の感染症の抗体について陰性でワクチン接種歴のない場合は、実習開始前に当該ワクチンの接種を終了していることが望ましい。

(11) 事故発生時の責任

○ 病院実習における事故発生の対応については、実習受け入れ施設と実習依頼施設で予め協議する。

○ 指導内容及び指導態度等に起因する注意義務違反については実習指導医の責任とする。

○ 実施の際の注意義務違反に起因する事故は実習生の責任とする。

○ 病院実習を希望する救急救命士を有する消防本部は、救急業務賠償責任保険等の病院実習にかかる保険に加入する等事故発生時に備えること。

(12) 実習修了の認定

○ 施設長は次の条件がそろった場合に施設長名で修了証書を発行する。

・ Aパートについて成功症例が10症例以上あり、かつ、静脈路確保の技術が一定の水準に達していると指導医が認めた場合

・ Bパートについて成功症例が1症例以上あり、かつ、エピネフリン投与後の生体反応を的確に判断していると指導医が認めた場合

・ 実習態度、技術、知識、倫理観、他の職種との協調性等を総合的に判断し、現場で医師の具体的指示の下にエピネフリン投与を行っても良いと判断された場合

※ 成功症例が修了に必要な症例に満たない場合や指導医が修了を認めなかった場合など実習修了に必要な条件を満たさなかった場合、実習を延長し、必要条件を満たした時点で実習修了とする。なお、延長実習が厳しい場合には、再教育実習・生涯教育実習を利用してもよい。また、(13)のとおり、病院搬入時薬剤投与病院実習を実施できる。

(13) 病院搬入時薬剤投与病院実習

○ 50 時限の病院実習中に定められた症例数を実施できない場合に、病院実習で必要とされる症例数を補完するために「病院搬入時薬剤投与病院実習(以下、「搬入時実習」という)」を実施で

きることとし、実施に際しては次の通り取り扱うこととする。

なお、「搬入時実習」の実施にあたって、救急救命士の実習実施のために、意図的に搬送先病院を薬剤投与実習協力病院とすることは認められない。

また、「搬入時実習」中に救急出動要請があった場合には、救急出動を優先するものとする。

○「搬入時実習」とは、救急隊員として乗務し、心臓機能停止状態の傷病者を「薬剤投与実習協力病院」に搬送した際に、又は、救急隊員として署に待機中に、他の救急隊が心臓機能停止状態の傷病者を「薬剤投与実習協力病院」に搬送した際に、実習指導医の下で実施する実習をいう。

○「搬入時実習」の実施にあたっては、消防本部、実習受け入れ施設及び地区メディカルコントロール協議会（以下、「地区 MC 協議会」とする）が十分に調整を行い、円滑に実施できるように努める。

また、消防本部と実習受け入れ施設との契約の際には、契約書に「搬入時実習」の実施について明記することが望ましい。

○「搬入時実習」の実習受け入れ施設については、(3)に準じ、県 MC 協議会により選定された施設とする。

○「搬入時実習」のインフォームドコンセントについては、(7)に準じ、インフォームドコンセントの概念と重要性に鑑み、その実施について十分に配慮するよう努める。

#### (14) 実習の中断、中止

・実習開始後でも、実習者にエピネフリン投与を行わせることが不適切であると施設長が判断した場合は実習を中断又は中止できる。(様式 10)

・この場合、実習依頼施設による再度の検討を行い、再推薦が適当と判断された場合にのみ、実習受け入れ施設が許可すれば実習を再開することができる。その際は、新規開始として取り扱う。

#### (15) 再教育

○救急救命士の資格を有する救急隊員が救急医療機関において受ける病院実習については、2年間で 128 時間以上の実施に努めることから、薬剤投与の再実習なども含め、適切な再教育を受けなければならない。

○再教育が適切に行われない場合等については、県 MC 協議会は当該救急救命士の薬剤投与の施行の中止等についても検討する。

#### (16) その他

○以上については、今後の病院実習の進捗状況等を観察しつつ、各地区 MC 協議会の実情に合わせた教育体制となるよう、適宜調整するものとする。

様式1

文書番号  
年月日

〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿

〇〇消防本部消防長

薬剤投与病院実習生の推薦について

下記の職員を薬剤投与の実習生として推薦いたしますので、ご承認願います。

記

氏名 〇〇 〇〇

救急救命士免許取得年月日 〇〇年〇〇月〇〇日

様式2-1

文書番号  
年月日

〇〇消防本部消防長 殿

〇〇地区メディカルコントロール協議会会長

救急救命士による薬剤投与病院実習実施者の推薦について

〇〇年〇〇月〇〇日付け、〇〇第〇〇号により依頼のありました標記の件については、  
別紙のとおり承認し、推薦します。

〇〇病院長 殿

沖縄県メディカルコントロール協議会会長

または

〇〇地区メディカルコントロール協議会会長

薬剤投与病院実習にかかる講習生推薦書

「救急救命士の薬剤（エピネフリン）投与の実施について」（平成 17 年 3 月 10 日付け  
消防救第 69 号消防庁救急救助課長通知）の記 2(2)に基づき、次の者を薬剤投与病院実習に  
係る講習生として推薦します。

(1) 氏名

〇〇 〇〇

(2) 救急救命士免許取得年月日

〇〇年〇〇月〇〇日

(3) 所属

〇〇消防本部

〇〇病院長 殿

〇〇消防本部消防長

救急救命士による薬剤投与病院実習実施の依頼について

貴医療機関の救急救命士による薬剤投与実習に係る「県MC作成ガイドラインの名」に同意した上で、下記のとおり薬剤投与実習の申し込みをしますので、よろしくお取り計らい願います。

記

1 実習生

階級	氏名	性別
生年月日		年齢
住所		
連絡先		

2 希望実習期間 〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日

※上記の期間の実習中に「Bパート」について修了に必要な症例数を満たさなかった際には、「県MC作成ガイドラインの名」に定める「搬入時実習」を行うことがあります。

3 実習内容

「県MC作成ガイドラインの名」に定める実習内容

4 添付書類

- (1) 〇〇地区メディカルコントロール協議会会長推薦書（原本）
- (2) 救急救命士免許証（写）
- (3) 薬剤投与講習修了証書（写）
- (4) 別紙様式「薬剤投与病院実習生 健康状態調査表」

5 所属機関における連絡担当者

階級	氏名	連絡先
----	----	-----

病院施設においては急性期感染症疾患を多数扱うので、下記疾患に対する免疫を獲得していない者は罹患の危険がある。また罹患した学生から、患者への感染も危惧される。麻疹、流行性耳下腺炎、風疹、水痘について、罹患歴、ワクチン接種、抗体の存在のすべてが「いいえ」あるいは「不明」の場合は、実習開始前にワクチンを接種することが望ましい。医療施設内では如何なる時に血液・体液による暴露が発生するか予想できない。B型肝炎感染防止のために事前の抗体獲得が不可欠である。HBs抗体陰性でHBワクチン接種歴のない場合は、実習開始前にHBワクチンの接種を終了していることが望ましい。

## 1：感染性疾患の罹患歴、ワクチン接種歴

## 麻疹：

- 麻疹の罹患歴がある。 はい いいえ 不明
- 麻疹ワクチンを接種している（1歳以降）。 はい いいえ 不明
- 麻疹の抗体が陽性である。 はい いいえ 不明

## 流行性耳下腺炎：

- 流行性耳下腺炎の罹患歴がある。 はい いいえ 不明
- 流行性耳下腺炎ワクチンを接種している。 はい いいえ 不明
- 流行性耳下腺炎の抗体が陽性である。 はい いいえ 不明

## 風疹：

- 風疹の罹患歴がある。 はい いいえ 不明
- 風疹ワクチンを接種している。 はい いいえ 不明
- 風疹の抗体が陽性である。 はい いいえ 不明

## 水痘：

- 水痘の罹患歴がある。 はい いいえ 不明
- 水痘ワクチンを接種している。 はい いいえ 不明
- 水痘の抗体が陽性である。 はい いいえ 不明

## 2：B型肝炎について

HBs抗体がある。 はい いいえ 測定日 \_\_\_\_\_

HBワクチンを接種している。 はい いいえ

ワクチン接種スケジュールは、1回目を〇ヶ月とすると、1及び6ヶ月後の計3回。

1回目の接種日

2回目の接種日

3回目の接種日

実習生氏名 \_\_\_\_\_

〇〇消防本部消防長 殿

〇〇病院長

救急救命士による薬剤投与病院実習受け入れの承認について

〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により依頼のありました件については、下記の条件を付して承認します。

記

- 1 実習生 階級 氏名
- 2 実習期間 〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日  
※但し、実習状況により短縮若しくは延長も可能とする。また、「県MC作成ガイドラインの名」に定める「搬入時実習」の実施も可能とする。
- 3 実習内容 「県MC作成ガイドラインの名」に定める実習内容
- 4 実習に係る経費  
当病院と貴市町村との病院実習に係る契約に基づき、病院が指定する金融機関に納入するものとする。
- 5 病院規則遵守  
別添規則を遵守するとともに、指導職員の指導に従うこと。

〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿

〇〇消防本部消防長

救急救命士による薬剤投与病院実習実施者の承認について

〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により推薦しました下記の実習希望者について、医療機関の長から受け入れが承認されましたので、報告します。

記

1 実習生 階級 氏名

2 実習期間 〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日

※但し、実習状況により短縮若しくは延長も可能とする。また、「県MC作成ガイドラインの名」に定める「搬入時実習」の実施も可能とする。

3 実習医療機関

4 添付書類 医療機関からの承認に係る文書（写）

様式6

病院での薬剤投与実習に関する説明と承諾書

様

実施予定日： 年 月 日

平成 18 年 4 月より救急救命士による薬剤投与が実施されておりますが、薬剤投与により業院前で心臓機能停止となっている患者さんを救命できる率が高まることが期待されます。

しかしながら、救急の現場で救急救命処置の一つである薬剤投与を実施することは多くの経験と正しい知識が必要とされます。そこで今回は患者さんに病院の医師の指導のもとに病院に実習に来ている実習生に薬剤投与の手技をさせていただきたく存じます。

もちろん上記の行為は治療の一環として医師の立ち会いのもと安全性を十分確保・指導して実施いたします。

詳細は以下の文をお読みになり薬剤投与の実習にご協力をお願いいたします。

実習生は救急救命士資格取得者です。

実習生が行う内容は以下の5項目です。

(希望されない処置等がある場合は、数字の上に×印を付けて下さい。)

- 1 救急外来・病棟での薬剤の準備と静脈路の準備
- 2 救急外来・病棟での患者様の血圧・脈拍等の確認
- 3 救急外来・病棟での患者様の静脈の穿刺と静脈路からの輸液製剤の投与
- 4 救急外来・病棟での患者様の静脈路からの薬剤（エピネフリン）の投与

上記のいずれの項目に関しても救急医師・麻酔医。その他の実習を指導する医師が立ち会い、責任をもって患者さんの安全を確保します。上記以外のすべての処置は、担当医師が行います。

実習に伴う合併症として、血管穿刺が不成功の際、血腫、腫れ、出血や薬剤投与の際の皮下への薬液漏れ、穿刺部位の感染、静脈炎や皮下の炎症などが考えられます。万が一これらの発生時には迅速に対処いたします。しかし、これらの発生頻度は専門医師が行った場合と同頻度と推測されております。

また、たとえ実習をお断りされても患者さんの治療等にいかなる不利益を生じませんことを申し添えます。御協力を重ねてお願いいたします。

年 月 日

説明医師 \_\_\_\_\_

実習生 \_\_\_\_\_

所 属 \_\_\_\_\_

立 会 人 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 病院 病院長 殿

私は、担当医師から実習生が実習を行うことについて、上記のように説明を受けました。医師の確実な指導のもとに救急救命士が実習を行うことについて承諾いたします。

年 月 日

患 者 氏 名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (患者さんとの続柄) \_\_\_\_\_

様式7

救 急 救 命 士 薬 剤 投 与 実 習 記 録 簿

実施施設名 \_\_\_\_\_ 病院

実 習 生 \_\_\_\_\_ 消防本部 氏名 \_\_\_\_\_

研修日： 年 月 日	実習指導医 氏名
実 習 内 容	成 功 症 例 数
点滴ラインの準備と末梢静脈路の確保	
エピネフリン投与とその後の観察	
その他の実習	

研修日： 年 月 日	実習指導医 氏名
実 習 内 容	成 功 症 例 数
点滴ラインの準備と末梢静脈路の確保	
エピネフリン投与とその後の観察	
その他の実習	

A. 点滴ラインの準備と末梢静脈路確保

配点	評価	手 技	コメント欄
1		静脈路穿刺を行う前に正しい感染予防処置（スタンダードプレコーション）を行えたか。	
1		適正な穿刺部位（静脈）を選択したか。	
1		適正な太さの穿刺カテーテルが選択できたか。	
1		適正な輸液薬剤の準備ができたか。（使用期限、変色などの確認）	
1		静脈路チューブと輸液バックは正しく接合できたか。	
1		静脈路チューブとチャンバー内のエア抜きが正しくできたか。	
1		駆血帯、固定用テープの準備をしたか。	
1		駆血帯の着用は正しくできたか。	
1		穿刺部位を正しい方法で消毒できたか。	
1		穿刺の最中、終始、無菌操作を心がけたか。	
5		穿刺手技 <ul style="list-style-type: none"> <li>・内外筒の一緒の穿刺を行えたか。（1点）</li> <li>・血液のフラッシュバックを確認できたか。（1点）</li> <li>・穿刺部位の末梢を指で閉塞し逆流を止めたか。（1点）</li> <li>・内筒の適切な除去をしたか。（1点）</li> <li>・輸液ルートを実際に接合できたか。（1点）</li> </ul>	
1		穿刺後直ちに駆血帯をゆるめたか。	
1		輸液ルートを一時的に全開で滴下し、ルートの閉塞や輸液漏れのないことを確認したか。	
1		穿刺針のテープ固定は正しくできたか。	
1		適宜な速さに滴下速度を調整したか。	
1		使用した機材、針を廃棄コンテナへ捨てたか。	

計20点      16点以下は不合格

手技処置の即刻中止（以下のいずれか一つが該当するときはその症例実習を即刻中止とする）

- ・ 静脈ルートの確保（穿刺から滴下開始まで）が90秒以内で行えない
- ・ 静脈穿刺の手技においてもスタンダードプレコーションなどの感染防止ができていない
- ・ 穿刺の手技の最中に穿刺部位が汚染された
- ・ 空気塞栓などの可能性のある準備や穿刺手技をおこなった
- ・ 3回以上穿刺を実施した
- ・ 穿刺後のカテーテルを適切に廃棄できなかった
- ・ 使用後の血腫、浮腫などの合併症を確認しなかった
- ・ 2度目の穿刺で同側の末梢からの静脈を穿刺した

指導者（評価者）最終コメント

実習生氏名： \_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_\_ 実習指導医サイン： \_\_\_\_\_

B. エピネフリンの投与とその後の観察

1. スタンダードプレコーションと適応の確認

配点	評価	手技	コメント欄
1		薬剤投与を行う前に正しい感染症予防処置を行えたか。	
2		患者を観察し、心臓機能停止の確認や薬剤投与の反応を再度確認したか。	

2はAまたはBを選択 2-A. アンプルからの薬剤投与準備

配点	評価	手技	コメント欄
1		適切な薬剤（エピネフリン：ポスミンなど）を選択できたか。	
2		アンプルの確認 1) 薬剤名、2) 濃度、3) 透明度、4) 溶液の色調、5) アンプル損傷の有無、6) 使用期限をチェックしたか。	
1		アンプルをカットし、適切な薬剤量を吸引できたか。	
2		シリンジを接合する前に三方活栓をアルコール綿で消毒したか。	

2はAまたはBを選択 2-B. プレフィルドシリンジからの薬剤投与準備

配点	評価	手技	コメント欄
1		適切な薬剤（プレフィルドシリンジ）を選択できたか。	
2		シリンジ製剤の確認 1) 薬剤名、2) 濃度、3) 透明度、4) 溶液の色調、5) シリンジの損傷、6) 使用期限をチェックしたか。	
1		シリンジから保護キャップを取り、エアを除去できたか。	
2		シリンジを接合する前に三方活栓をアルコール綿で消毒したか。	

3. 薬剤の投与手技

配点	評価	手技	コメント欄
1		薬剤注入前に頸動脈の触知と心電図上の心臓機能停止の再確認をしたか。	
1		三方活栓を正しく用いることができたか。	
1		正しい薬剤量と正しい薬剤の注入ができたか。	
1		注入時に皮下への薬剤の漏れや腫脹などを確認したか。	
1		輸液回路内の薬剤を正しくフラッシュできたか。 (-一時点滴回路を全開滴下またはシリンジ20mlで後押し、腕を拳上)。	

4. 薬剤投与後の観察と処置

配点	評価	手技	コメント欄
1		薬剤の効果を見るため患者や心電図モニターを観察したか。	
1		薬剤による副作用や合併症の発生を確認したか。	
1		シリンジや針を正しく破棄できたか。	
1		実習中、無菌操作を心がけたか。	

計18点 14点未満は不合格

手技処置の即刻中止（以下のいずれか1つが該当するときはその症例における実習を中止とする）

- ・ 薬剤投与の適応を正しく理解していない。
- ・ 無菌操作が手技の間、継続して実施されていない。あるいは汚染された使用器材を用いた。
- ・ 心臓機能停止の再確認を実施しなかった。
- ・ 薬剤注入操作や薬剤量を誤った。

指導者（評価者）最終コメント： 合格 不合格

実習生氏名： \_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_\_ 実習指導医サイン： \_\_\_\_\_

## 薬剤投与病院実習修了証書

〇〇消防本部

氏 名

生年月日 年 月 日

あなたは、本院において薬剤投与病院実習を修了したことを証します。

〇〇年〇〇月〇〇日

病院長名 印

実習指導医名

実習期間 〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日

薬剤投与実施症例数 Aパート 〇〇例

Bパート 〇〇例

〇〇消防本部消防長  
〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿  
(※両機関に送付します。)

〇〇病院長

救急救命士による薬剤投与病院実習の中止について

〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により承認しました研修生について、下記の理由により研修を中止しますので、通知します。

記

- 1 実習生 〇〇消防本部 氏名
- 2 実習期間 〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日
- 3 中止する理由

沖縄県救急救命士薬剤投与病院実習要領 新旧対照表

新

旧

様式1

文書番号  
平成年月日

文書番号  
平成年月日

〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿

〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿

〇〇消防本部消防長 印

〇〇消防本部消防長 印

薬剤投与病院実習生の推薦について

薬剤投与病院実習生の推薦について

下記の職員を薬剤投与の実習生として推薦いたしますので、ご承認願います。

下記の職員を薬剤投与の実習生として推薦いたしますので、ご承認願います。

記

記

氏名 〇〇 〇〇

氏名 〇〇 〇〇

救急救命士免許取得年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日

救急救命士免許取得年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日

新

様式2-1

文書番号  
平成年月日

〇〇消防本部消防長 殿

〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 印

救急救命士による薬剤投与病院実習実施者の推薦について

平成〇〇年〇〇月〇〇日付け、〇〇第〇〇号により依頼のありました標記の件については、別紙のとおり承認し、推薦します。

旧

様式2-1

文書番号  
平成年月日

〇〇消防本部消防長 殿

〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 印

救急救命士による薬剤投与病院実習実施者の推薦について

平成〇〇年〇〇月〇〇日付け、〇〇第〇〇号により依頼のありました標記の件については、別紙のとおり承認し、推薦します。

新

様式 2 - 2

文書番号  
平成年月日

〇〇病院長 殿

沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印

または

〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 印

薬剤投与病院実習にかかる講習生推薦書

「救急救命士の薬剤（エピネフリン）投与の実施について」（平成 17 年 3 月 10 日付け消防救第 69 号消防庁救急救助課長通知）の記 2(2)に基づき、次の者を薬剤投与病院実習に係る講習生として推薦します。

(1) 氏名

〇〇 〇〇

(2) 救急救命士免許取得年月日

平成〇〇年〇〇月〇〇日

(3) 所属

〇〇消防本部

旧

様式 2 - 2

文書番号  
平成年月日

〇〇病院長 殿

沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印

または

〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 印

薬剤投与病院実習にかかる講習生推薦書

「救急救命士の薬剤（エピネフリン）投与の実施について」（平成 17 年 3 月 10 日付け消防救第 69 号消防庁救急救助課長通知）の記 2(2)に基づき、次の者を薬剤投与病院実習に係る講習生として推薦します。

(1) 氏名

〇〇 〇〇

(2) 救急救命士免許取得年月日

平成〇〇年〇〇月〇〇日

(3) 所属

〇〇消防本部

新	旧
<p>様式3</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>〇〇病院長 殿</p> <p style="text-align: right;">〇〇消防本部消防長 印</p> <p style="text-align: center;">救急救命士による薬剤投与病院実習実施の依頼について</p> <p>貴医療機関の救急救命士による薬剤投与実習に係る「県MC作成ガイドラインの名」に同意した上で、下記のとおり薬剤投与実習の申し込みをしますので、よろしくお取り計らい願います。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 実習生            階級            氏名            性別                          生年月日                            年齢                          住所                          連絡先</p> <p>2 希望実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>※上記の期間の実習中に「Bパート」について修了に必要な症例数を満たさなかった際には、「県MC作成ガイドラインの名」に定める「搬入時実習」を行うことがあります。</p>	<p>様式3</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>〇〇病院長 殿</p> <p style="text-align: right;">〇〇消防本部消防長 印</p> <p style="text-align: center;">救急救命士による薬剤投与病院実習実施の依頼について</p> <p>貴医療機関の救急救命士による薬剤投与実習に係る「県MC作成ガイドラインの名」に同意した上で、下記のとおり薬剤投与実習の申し込みをしますので、よろしくお取り計らい願います。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 実習生            階級            氏名            性別                          生年月日                            年齢                          住所                          連絡先</p> <p>2 希望実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>※上記の期間の実習中に「Bパート」について修了に必要な症例数を満たさなかった際には、「県MC作成ガイドラインの名」に定める「搬入時実習」を行うことがあります。</p>

3 実習内容 「県MC作成ガイドラインの名」に定める実習内容
4 添付書類 (1) ○○地区メディカルコントロール協議会会長推薦書 (原本) (2) 救急救命士免許証 (写) (3) 薬剤投与講習修了証書 (写) (4) 別紙様式「薬剤投与病院実習生 健康状態調査表」
5 所属機関における連絡担当者 階級 氏名 連絡先

3 実習内容 「県MC作成ガイドラインの名」に定める実習内容
4 添付書類 (1) ○○地区メディカルコントロール協議会会長推薦書 (原本) (2) 救急救命士免許証 (写) (3) 薬剤投与講習修了証書 (写) (4) 別紙様式「薬剤投与病院実習生 健康状態調査表」
5 所属機関における連絡担当者 階級 氏名 連絡先

新	旧
<p data-bbox="62 279 179 311">別紙様式</p> <p data-bbox="347 327 824 359">薬剤投与病院実習生 健康状態調査表</p> <p data-bbox="62 422 1108 790">病院施設においては急性期感染症疾患を多数扱うので、下記疾患に対する免疫を獲得していない者は罹患の危険がある。また罹患した学生から、患者への感染も危惧される。麻疹、流行性耳下腺炎、風疹、水痘について、罹患歴、ワクチン接種、抗体の存在のすべてが「いいえ」あるいは「不明」の場合は、実習開始前にワクチンを接種することが望ましい。医療施設内では如何なる時に血液・体液による暴露が発生するか予想できない。B型肝炎感染防止のために事前の抗体獲得が不可欠である。HBs抗体陰性でHBワクチン接種歴のない場合は、実習開始前にHBワクチンの接種を終了していることが望ましい。</p> <p data-bbox="62 853 593 885">1：感染性疾患の罹患歴、ワクチン接種歴</p> <p data-bbox="62 901 145 933">麻疹：</p> <p data-bbox="89 949 1097 981">麻疹の罹患歴がある。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p> <p data-bbox="89 997 1097 1029">麻疹ワクチンを接種している（1歳以降）。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p> <p data-bbox="89 1045 1097 1077">麻疹の抗体が陽性である。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p> <p data-bbox="62 1093 280 1125">流行性耳下腺炎：</p> <p data-bbox="89 1141 1097 1173">流行性耳下腺炎の罹患歴がある。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p> <p data-bbox="89 1189 1097 1220">流行性耳下腺炎ワクチンを接種している。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p> <p data-bbox="89 1236 1097 1268">流行性耳下腺炎の抗体が陽性である。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p> <p data-bbox="62 1284 145 1316">風疹：</p> <p data-bbox="89 1332 1097 1364">風疹の罹患歴がある。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p> <p data-bbox="89 1380 1097 1412">風疹ワクチンを接種している。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p> <p data-bbox="89 1428 1097 1460">風疹の抗体が陽性である。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p>	<p data-bbox="1133 279 1249 311">別紙様式</p> <p data-bbox="1422 327 1899 359">薬剤投与病院実習生 健康状態調査表</p> <p data-bbox="1133 422 2184 790">病院施設においては急性期感染症疾患を多数扱うので、下記疾患に対する免疫を獲得していない者は罹患の危険がある。また罹患した学生から、患者への感染も危惧される。麻疹、流行性耳下腺炎、風疹、水痘について、罹患歴、ワクチン接種、抗体の存在のすべてが「いいえ」あるいは「不明」の場合は、実習開始前にワクチンを接種することが望ましい。医療施設内では如何なる時に血液・体液による暴露が発生するか予想できない。B型肝炎感染防止のために事前の抗体獲得が不可欠である。HBs抗体陰性でHBワクチン接種歴のない場合は、実習開始前にHBワクチンの接種を終了していることが望ましい。</p> <p data-bbox="1133 853 1664 885">1：感染性疾患の罹患歴、ワクチン接種歴</p> <p data-bbox="1133 901 1216 933">麻疹：</p> <p data-bbox="1160 949 2184 981">麻疹の罹患歴がある。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p> <p data-bbox="1160 997 2184 1029">麻疹ワクチンを接種している（1歳以降）。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p> <p data-bbox="1160 1045 2184 1077">麻疹の抗体が陽性である。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p> <p data-bbox="1133 1093 1350 1125">流行性耳下腺炎：</p> <p data-bbox="1160 1141 2184 1173">流行性耳下腺炎の罹患歴がある。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p> <p data-bbox="1160 1189 2184 1220">流行性耳下腺炎ワクチンを接種している。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p> <p data-bbox="1160 1236 2184 1268">流行性耳下腺炎の抗体が陽性である。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p> <p data-bbox="1133 1284 1216 1316">風疹：</p> <p data-bbox="1160 1332 2184 1364">風疹の罹患歴がある。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p> <p data-bbox="1160 1380 2184 1412">風疹ワクチンを接種している。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p> <p data-bbox="1160 1428 2184 1460">風疹の抗体が陽性である。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p>

水痘：

水痘の罹患歴がある。 はい いいえ 不明  
水痘ワクチンを接種している。 はい いいえ 不明  
水痘の抗体が陽性である。 はい いいえ 不明

2：B型肝炎について

HB s抗体がある。 はい いいえ 測定日

HBワクチンを接種している。 はい いいえ

ワクチン接種スケジュールは、1回目を0ヶ月とすると、1及び6ヶ月後の計3回。

1回目の接種日

2回目の接種日

3回目の接種日

実習生氏名 \_\_\_\_\_ 印

水痘：

水痘の罹患歴がある。 はい いいえ 不明  
水痘ワクチンを接種している。 はい いいえ 不明  
水痘の抗体が陽性である。 はい いいえ 不明

2：B型肝炎について

HB s抗体がある。 はい いいえ 測定日

HBワクチンを接種している。 はい いいえ

ワクチン接種スケジュールは、1回目を0ヶ月とすると、1及び6ヶ月後の計3回。

1回目の接種日

2回目の接種日

3回目の接種日

実習生氏名 \_\_\_\_\_ 印

新

様式4

文書番号  
平成年月日

〇〇消防本部消防長 殿

〇〇病院長 印

救急救命士による薬剤投与病院実習受け入れの承認について

平成〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により依頼のありました件については、下記の条件を付して承認します。

記

1 実習生 階級 氏名

2 実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日

※但し、実習状況により短縮若しくは延長も可能とする。また、「県MC作成ガイドラインの名」に定める「搬入時実習」の実施も可能とする。

3 実習内容 「県MC作成ガイドラインの名」に定める実習内容

4 実習に係る経費

当病院と貴市町村との病院実習に係る契約に基づき、病院が指定する金融機関に納入するものとする。

5 病院規則遵守

別添規則を遵守するとともに、指導職員の指導に従うこと。

旧

様式4

文書番号  
平成年月日

〇〇消防本部消防長 殿

〇〇病院長 印

救急救命士による薬剤投与病院実習受け入れの承認について

平成〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により依頼のありました件については、下記の条件を付して承認します。

記

1 実習生 階級 氏名

2 実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日

※但し、実習状況により短縮若しくは延長も可能とする。また、「県MC作成ガイドラインの名」に定める「搬入時実習」の実施も可能とする。

3 実習内容 「県MC作成ガイドラインの名」に定める実習内容

4 実習に係る経費

当病院と貴市町村との病院実習に係る契約に基づき、病院が指定する金融機関に納入するものとする。

5 病院規則遵守

別添規則を遵守するとともに、指導職員の指導に従うこと。

新

様式5

文書番号  
平成年月日

〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿

〇〇消防本部消防長 印

救急救命士による薬剤投与病院実習実施者の承認について

平成〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により推薦しました下記の実習希望者について、医療機関の長から受け入れが承認されましたので、報告します。

記

1 実習生 階級 氏名

2 実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日

※但し、実習状況により短縮若しくは延長も可能とする。また、「県MC作成ガイドラインの名」に定める「搬入時実習」の実施も可能する。

3 実習医療機関

4 添付書類 医療機関からの承認に係る文書（写）

旧

様式5

文書番号  
平成年月日

〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿

〇〇消防本部消防長 印

救急救命士による薬剤投与病院実習実施者の承認について

平成〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により推薦しました下記の実習希望者について、医療機関の長から受け入れが承認されましたので、報告します。

記

1 実習生 階級 氏名

2 実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日

※但し、実習状況により短縮若しくは延長も可能とする。また、「県MC作成ガイドラインの名」に定める「搬入時実習」の実施も可能する。

3 実習医療機関

4 添付書類 医療機関からの承認に係る文書（写）

新	旧
<p>様式 6</p> <p style="text-align: center;">病院での薬剤投与実習に関する説明と承諾書</p> <p style="text-align: right;">様 実施予定日：平成 年 月 日</p> <p>平成 18 年 4 月より救急救命士による薬剤投与が実施される予定ですが、薬剤投与により業院前で心臓機能停止となっている患者さんを救命できる率が高まることが期待されます。</p> <p>しかしながら、救急の現場で救急救命処置の一つである薬剤投与を実施することは多くの経験と正しい知識が必要とされます。そこで今回は患者さんに病院の医師の指導のもとに病院に実習に来ている実習生に薬剤投与の手技をさせていただきたく存じます。</p> <p>もちろん上記の行為は治療の一環として医師の立ち会いのもと安全性を十分確保・指導して実施いたします。</p> <p>詳細は以下の文をお読みになり薬剤投与の実習にご協力をお願いいたします。</p> <p>実習生は救急救命士資格取得者です。 実習生が行う内容は以下の 5 項目です。 (希望されない処置等がある場合は、数字の上に×印を付けて下さい。)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 救急外来・病棟での薬剤の準備と静脈路の準備</li> <li>2 救急外来・病棟での患者様の血圧・脈拍等の確認</li> <li>3 救急外来・病棟での患者様の静脈の穿刺と静脈路からの輸液製剤の投与</li> <li>4 救急外来・病棟での患者様の静脈路からの薬剤（エピネフリン）の投与</li> </ol> <p>上記のいずれの項目に関しても救急医師・麻酔医。その他の実習を指導する医師が立ち会い、責任をもって患者さんの安全を確保します。上記以外のすべての処置は、担当医師が行います。</p> <p>実習に伴う合併症として、血管穿刺が不成功の際、血腫、腫れ、出血や薬剤投与の際の皮下への薬液漏れ、穿刺部位の感染、静脈炎や皮下の炎症などが考えられます。万が一これらの発生時には</p>	<p>様式 6</p> <p style="text-align: center;">病院での薬剤投与実習に関する説明と承諾書</p> <p style="text-align: right;">様 実施予定日：平成 年 月 日</p> <p>平成 18 年 4 月より救急救命士による薬剤投与が実施される予定ですが、薬剤投与により業院前で心臓機能停止となっている患者さんを救命できる率が高まることが期待されます。</p> <p>しかしながら、救急の現場で救急救命処置の一つである薬剤投与を実施することは多くの経験と正しい知識が必要とされます。そこで今回は患者さんに病院の医師の指導のもとに病院に実習に来ている実習生に薬剤投与の手技をさせていただきたく存じます。</p> <p>もちろん上記の行為は治療の一環として医師の立ち会いのもと安全性を十分確保・指導して実施いたします。</p> <p>詳細は以下の文をお読みになり薬剤投与の実習にご協力をお願いいたします。</p> <p>実習生は救急救命士資格取得者です。 実習生が行う内容は以下の 5 項目です。 (希望されない処置等がある場合は、数字の上に×印を付けて下さい。)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 救急外来・病棟での薬剤の準備と静脈路の準備</li> <li>2 救急外来・病棟での患者様の血圧・脈拍等の確認</li> <li>3 救急外来・病棟での患者様の静脈の穿刺と静脈路からの輸液製剤の投与</li> <li>4 救急外来・病棟での患者様の静脈路からの薬剤（エピネフリン）の投与</li> </ol> <p>上記のいずれの項目に関しても救急医師・麻酔医。その他の実習を指導する医師が立ち会い、責任をもって患者さんの安全を確保します。上記以外のすべての処置は、担当医師が行います。</p> <p>実習に伴う合併症として、血管穿刺が不成功の際、血腫、腫れ、出血や薬剤投与の際の皮下への薬液漏れ、穿刺部位の感染、静脈炎や皮下の炎症などが考えられます。万が一これらの発生時には</p>

迅速に対処いたします。しかし、これらの発生頻度は専門医師が行った場合と同頻度と推測されております。

また、たとえ実習をお断りされても患者さんの治療等にいかなる不利益を生じませんことを申し添えます。

御協力を重ねて御願いたします。

平成 年 月 日

説明医師 \_\_\_\_\_

実 習 生 \_\_\_\_\_

所 属 \_\_\_\_\_

立 会 人 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 病院 病院長 殿

私は、担当医師から実習生が実習を行うことについて、上記のように説明を受けました。医師の確実な指導のもとに救急救命士が実習を行うことについて承諾いたします。

平成 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (患者さんとの続柄) \_\_\_\_\_

迅速に対処いたします。しかし、これらの発生頻度は専門医師が行った場合と同頻度と推測されております。

また、たとえ実習をお断りされても患者さんの治療等にいかなる不利益を生じませんことを申し添えます。

御協力を重ねて御願いたします。

平成 年 月 日

説明医師 \_\_\_\_\_

実 習 生 \_\_\_\_\_

所 属 \_\_\_\_\_

立 会 人 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 病院 病院長 殿

私は、担当医師から実習生が実習を行うことについて、上記のように説明を受けました。医師の確実な指導のもとに救急救命士が実習を行うことについて承諾いたします。

平成 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (患者さんとの続柄) \_\_\_\_\_

新

様式7

## 救急救命士薬剤投与実習記録簿

実施施設名 \_\_\_\_\_ 病院

実習生 \_\_\_\_\_ 消防本部 氏名

研修日：平成 年 月 日	実習指導医 氏名 印
実習内容	成功症例数
点滴ラインの準備と末梢静脈路の確保	
エピネフリン投与とその後の観察	
その他の実習	

研修日：平成 年 月 日	実習指導医氏名 印
実習内容	成功症例数
点滴ラインの準備と末梢静脈路の確保	
エピネフリン投与とその後の観察	
その他の実習	

旧

様式7

## 救急救命士薬剤投与実習記録簿

実施施設名 \_\_\_\_\_ 病院

実習生 \_\_\_\_\_ 消防本部 氏名

研修日：平成 年 月 日	実習指導医 氏名 印
実習内容	成功症例数
点滴ラインの準備と末梢静脈路の確保	
エピネフリン投与とその後の観察	
その他の実習	

研修日：平成 年 月 日	実習指導医氏名 印
実習内容	成功症例数
点滴ラインの準備と末梢静脈路の確保	
エピネフリン投与とその後の観察	
その他の実習	

新

様式 8-1

## A. 点滴ラインの準備と末梢静脈路確保

配点	評価	手 技	コメント欄
1		静脈路穿刺を行う前に正しい感染予防処置（スタンダードプレコーション）を行えたか。	
1		適正な穿刺部位（静脈）を選択したか。	
1		適正な太さの穿刺カテーテルが選択できたか。	
1		適正な輸液剤の準備ができたか。（使用期限、変色などの確認）	
1		静脈路チューブと輸液バックは正しく接合できたか。	
1		静脈路チューブとチャンバー内のエア抜きが正しくできたか。	
1		駆血帯、固定用テープの準備をしたか。	
1		駆血帯の着用は正しくできたか。	
1		穿刺部位を正しい方法で消毒できたか。	
1		穿刺の最中、終始、無菌操作を心がけたか。	
5		穿刺手技 <ul style="list-style-type: none"> <li>・内外筒の一緒の穿刺を行えたか。（1点）</li> <li>・血液のフラッシュバックを確認できたか。（1点）</li> <li>・穿刺部位の末梢を指で閉塞し逆流を止めたか。（1点）</li> <li>・内筒の適切な除去をしたか。（1点）</li> <li>・輸液ルートを実際に接合できたか。（1点）</li> </ul>	
1		穿刺後直ちに駆血帯をゆるめたか。	
1		輸液ルートを一時的に全開で滴下し、ルートの閉塞や輸液漏れのないことを確認したか。	

旧

様式 8-1

## A. 点滴ラインの準備と末梢静脈路確保

配点	評価	手 技	コメント欄
1		静脈路穿刺を行う前に正しい感染予防処置（スタンダードプレコーション）を行えたか。	
1		適正な穿刺部位（静脈）を選択したか。	
1		適正な太さの穿刺カテーテルが選択できたか。	
1		適正な輸液剤の準備ができたか。（使用期限、変色などの確認）	
1		静脈路チューブと輸液バックは正しく接合できたか。	
1		静脈路チューブとチャンバー内のエア抜きが正しくできたか。	
1		駆血帯、固定用テープの準備をしたか。	
1		駆血帯の着用は正しくできたか。	
1		穿刺部位を正しい方法で消毒できたか。	
1		穿刺の最中、終始、無菌操作を心がけたか。	
5		穿刺手技 <ul style="list-style-type: none"> <li>・内外筒の一緒の穿刺を行えたか。（1点）</li> <li>・血液のフラッシュバックを確認できたか。（1点）</li> <li>・穿刺部位の末梢を指で閉塞し逆流を止めたか。（1点）</li> <li>・内筒の適切な除去をしたか。（1点）</li> <li>・輸液ルートを実際に接合できたか。（1点）</li> </ul>	
1		穿刺後直ちに駆血帯をゆるめたか。	
1		輸液ルートを一時的に全開で滴下し、ルートの閉塞や輸液漏れのないことを確認したか。	

1		穿刺針のテープ固定は正しくできたか。	
1		適宜な速さに滴下速度を調整したか。	
1		使用した機材、針を廃棄コンテナへ捨てたか。	

計 20 点      16 点以下は不合格

手技処置の即刻中止（以下のいずれか一つが該当するときはその症例実習を即刻中止とする）

- 静脈ルートの確保（穿刺から滴下開始まで）が 90 秒以内で行えない
- 静脈穿刺の手技においてもスタンダードプレコーションなどの感染防止ができていない
- 穿刺の手技の最中に穿刺部位が汚染された
- 空気塞栓などの可能性のある準備や穿刺手技をおこなった
- 3 回以上穿刺を実施した
- 穿刺後のカテーテルを適切に廃棄できなかった
- 使用後の血腫、浮腫などの合併症を確認しなかった
- 2 度目の穿刺で同側の末梢からの静脈を穿刺した

指導者（評価者）最終コメント

実習生氏名： \_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_\_ 実習指導医サイン： \_\_\_\_\_

1		穿刺針のテープ固定は正しくできたか。	
1		適宜な速さに滴下速度を調整したか。	
1		使用した機材、針を廃棄コンテナへ捨てたか。	

計 20 点      16 点以下は不合格

手技処置の即刻中止（以下のいずれか一つが該当するときはその症例実習を即刻中止とする）

- 静脈ルートの確保（穿刺から滴下開始まで）が 90 秒以内で行えない
- 静脈穿刺の手技においてもスタンダードプレコーションなどの感染防止ができていない
- 穿刺の手技の最中に穿刺部位が汚染された
- 空気塞栓などの可能性のある準備や穿刺手技をおこなった
- 3 回以上穿刺を実施した
- 穿刺後のカテーテルを適切に廃棄できなかった
- 使用後の血腫、浮腫などの合併症を確認しなかった
- 2 度目の穿刺で同側の末梢からの静脈を穿刺した

指導者（評価者）最終コメント

実習生氏名： \_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_\_ 実習指導医サイン： \_\_\_\_\_

沖縄県救急救命士薬剤投与病院実習要領

新

旧

様式8-2

様式8-2

B. エピネフリンの投与とその後の観察

B. エピネフリンの投与とその後の観察

1. スタンダードプレコーションと適応の確認

1. スタンダードプレコーションと適応の確認

配点	評価	手技	コメント欄
1		薬剤投与を行う前に正しい感染症予防処置を行えたか。	
2		患者を観察し、心臓機能停止の確認や薬剤投与の反応を再度確認したか。	

配点	評価	手技	コメント欄
1		薬剤投与を行う前に正しい感染症予防処置を行えたか。	
2		患者を観察し、心臓機能停止の確認や薬剤投与の反応を再度確認したか。	

2はAまたはBを選択 2-A. アンブルからの薬剤投与準備

2はAまたはBを選択 2-A. アンブルからの薬剤投与準備

配点	評価	手技	コメント欄
1		適切な薬剤（エピネフリン：ボスミンなど）を選択できたか。	
2		アンブルの確認 1) 薬剤名、2) 濃度、3) 透明度、4) 溶液の色調、5) アンブル損傷の有無、6) 使用期限をチェックしたか。	
1		アンブルをカットし、適切な薬剤量を吸引できたか。	
2		シリンジを接合する前に三方活栓をアルコール綿で消毒したか。	

配点	評価	手技	コメント欄
1		適切な薬剤（エピネフリン：ボスミンなど）を選択できたか。	
2		アンブルの確認 1) 薬剤名、2) 濃度、3) 透明度、4) 溶液の色調、5) アンブル損傷の有無、6) 使用期限をチェックしたか。	
1		アンブルをカットし、適切な薬剤量を吸引できたか。	
2		シリンジを接合する前に三方活栓をアルコール綿で消毒したか。	

2はAまたはBを選択 2-B. プレフィルドシリンジからの薬剤投与準備

2はAまたはBを選択 2-B. プレフィルドシリンジからの薬剤投与準備

配点	評価	手技	コメント欄
1		適切な薬剤（プレフィルドシリンジ）を選択できたか。	
2		シリンジ製剤の確認 1) 薬剤名、2) 濃度、3) 透明度、4) 溶液の色調、5) シリンジの損傷、6) 使用期限をチェックしたか。	
1		シリンジから保護キャップを取り、エアを除去できたか。	
2		シリンジを接合する前に三方活栓をアルコール綿で消毒したか。	

配点	評価	手技	コメント欄
1		適切な薬剤（プレフィルドシリンジ）を選択できたか。	
2		シリンジ製剤の確認 1) 薬剤名、2) 濃度、3) 透明度、4) 溶液の色調、5) シリンジの損傷、6) 使用期限をチェックしたか。	
1		シリンジから保護キャップを取り、エアを除去できたか。	
2		シリンジを接合する前に三方活栓をアルコール綿で消毒したか。	

3. 薬剤の投与手技

3. 薬剤の投与手技

配点	評価	手技	コメント欄
1		薬剤注入前に頸動脈の触知と心電図上の心臓機能停止の再確認をしたか。	
1		三方活栓を正しく用いることができたか。	

配点	評価	手技	コメント欄
1		薬剤注入前に頸動脈の触知と心電図上の心臓機能停止の再確認をしたか。	
1		三方活栓を正しく用いることができたか。	

1		正しい薬剤量と正しい薬剤の注入ができたか。	
1		注入時に皮下への薬剤の漏れや腫脹などを確認したか。	
1		輸液回路内の薬剤を正しくフラッシュできたか。 (一時点滴回路を全開滴下またはシリンジ20mlで後押し、腕を拳上)。	

4. 薬剤投与後の観察と処置

配点	評価	手技	コメント欄
1		薬剤の効果をみるため患者や心電図モニターを観察したか。	
1		薬剤による副作用や合併症の発生を確認したか。	
1		シリンジや針を正しく破棄できたか。	
1		実習中、無菌操作を心がけたか。	

計18点 14点未満は不合格

手技処置の即刻中止 (以下のいずれか1つが該当するときはその症例における実習を中止とする)

- 薬剤投与の適応を正しく理解していない。
- 無菌操作が手技の間、継続して実施されていない。あるいは汚染された使用器材を用いた。
- 心臓機能停止の再確認を実施しなかった。
- 薬剤注入操作や薬剤量を誤った。

指導者(評価者)最終コメント: 合格 不合格

実習生氏名: \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_ 実習指導医サイン: \_\_\_\_\_

1		正しい薬剤量と正しい薬剤の注入ができたか。	
1		注入時に皮下への薬剤の漏れや腫脹などを確認したか。	
1		輸液回路内の薬剤を正しくフラッシュできたか。 (一時点滴回路を全開滴下またはシリンジ20mlで後押し、腕を拳上)。	

4. 薬剤投与後の観察と処置

配点	評価	手技	コメント欄
1		薬剤の効果をみるため患者や心電図モニターを観察したか。	
1		薬剤による副作用や合併症の発生を確認したか。	
1		シリンジや針を正しく破棄できたか。	
1		実習中、無菌操作を心がけたか。	

計18点 14点未満は不合格

手技処置の即刻中止 (以下のいずれか1つが該当するときはその症例における実習を中止とする)

- 薬剤投与の適応を正しく理解していない。
- 無菌操作が手技の間、継続して実施されていない。あるいは汚染された使用器材を用いた。
- 心臓機能停止の再確認を実施しなかった。
- 薬剤注入操作や薬剤量を誤った。

指導者(評価者)最終コメント: 合格 不合格

実習生氏名: \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_ 実習指導医サイン: \_\_\_\_\_

新

様式9

第 号

### 薬剤投与病院実習修了証書

〇〇消防本部

氏 名

生年月日 年 月 日

あなたは、本院において薬剤投与病院実習を修了したことを証します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

病院長名 印

実習指導医名

実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日

薬剤投与実施症例数 Aパート 〇〇例

Bパート 〇〇例

旧

様式9

第 号

### 薬剤投与病院実習修了証書

〇〇消防本部

氏 名

生年月日 年 月 日

あなたは、本院において薬剤投与病院実習を修了したことを証します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

病院長名 印

実習指導医名

実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日

薬剤投与実施症例数 Aパート 〇〇例

Bパート 〇〇例

新

様式10

文書番号  
平成年月日

〇〇消防本部消防長  
〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿  
(※両機関に送付します。)

〇〇病院長 印

救急救命士による薬剤投与病院実習の中止について

平成〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により承認しました研修生について、下記の理由により研修を中止しますので、通知します。

記

- 1 実習生 〇〇消防本部 氏名
- 2 実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日
- 3 中止する理由

旧

様式10

文書番号  
平成年月日

〇〇消防本部消防長  
〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿  
(※両機関に送付します。)

〇〇病院長 印

救急救命士による薬剤投与病院実習の中止について

平成〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により承認しました研修生について、下記の理由により研修を中止しますので、通知します。

記

- 1 実習生 〇〇消防本部 氏名
- 2 実習期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日
- 3 中止する理由

# 薬剤投与を実施する救急救命士の認定及び登録要領

## 第1 目的

沖縄県メディカルコントロール協議会（以下「県MC協議会」という。）において、薬剤投与を実施する救急救命士（以下「薬剤投与実施救急救命士」という。）の認定及び登録を行うことにより、救急業務の一層の高度化を推進することを目的とする。

## 第2 認定要件

「薬剤投与の実施のための講習及び実習要領」（平成 17 年 3 月 10 日付け医政指発第 0310002 号厚生労働省医政局指導課長通知）に定める講習及び実習を修了した沖縄県内の消防機関に属する救急救命士とする。

## 第3 認定申請

薬剤投与実施救急救命士として認定を受けようとする者が属する消防長は、認定証交付依頼（様式 11-1）に、必要書類を添付して県MC協議会に提出する。

なお、他都道府県 MC 協議会等で認定された救急救命士が属する消防長は、認定証交付依頼（様式 11-2）に、必要書類を添付して県 MC 協議会長に提出する。

## 第4 認定及び登録

県MC協議会は、認定証交付依頼を受理したときは、速やかに認定証（様式 12-1 又は 12-2）を交付し、名簿（様式 13）に登録し管理する。

また、認定済みの者が改姓等により変更がある場合は、所属する消防（局）本部は、県 MC 協議会に文書（様式 15）で認定証の書き換えを依頼する。

## 第5 情報提供

県MC協議会は、薬剤投与実施救急救命士を名簿に登載したときは、薬剤投与の円滑な運用のために各地区メディカルコントロール協議会（以下「各地区MC協議会」という。）へ情報を提供する。各地区MC協議会は、適宜管内の医療機関等に情報を提供し、メディカルコントロール体制の強化充実をはかる。

## 第6 認定の取り消し及び名簿の削除

県MC協議会は、名簿に登録された薬剤投与実施救急救命士が、救急救命士法（平成 3 年法律第 36 号）第 9 条第 1 項に定める免許の取り消しを受けた場合は、第 4 に定める認定を取り消すとともに、名簿から削除する。この場合において、県MC協議会は認定証の返還を命じ、各地区MC協議会へ情報を提供する。

## 第7 その他

この要領に定めるもののほか、薬剤投与実施救急救命士の認定及び登録に必要な事項は、別に定める。

## 附則

この要領は平成 18 年 4 月 5 日から施行する。

この要領は平成 19 年 3 月 19 日から施行する。

この要領は平成 19 年 7 月 1 日から施行する。

この要領は平成 27 年 9 月 16 日から施行する。

この要領は令和 5 年 3 月 16 日から施行する。

沖縄県メディカルコントロール協議会会長 殿

〇〇消防本部消防長

救急救命士による薬剤投与実施認定証の交付について（依頼）

下記のとおり薬剤投与講習・実習を修了しましたので、認定証を交付して頂きますよう  
よろしく申し上げます。

記

- 1 実習生      階級      氏名      性別  
                 生年月日      年齢  
                 住所
- 2 講習期間    〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日
- 3 実習期間    〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日
- 4 添付書類  
    (1) 救急救命士免許証（写）  
    (2) 〇〇地区メディカルコントロール協議会会長推薦書（写）  
    (3) 薬剤投与講習修了証書（写）  
    (4) 薬剤投与病院実習修了証書（写）
- 5 所属機関における連絡担当者  
    階級      氏名      連絡先



## 薬剤投与実施認定証

〇〇消防（局）本部

氏名

生年月日 年 月 日

あなたは、救急救命士に対する薬剤投与講習を修了し、病院実習において薬剤投与実習を修了したので、医師の具体的指示の下での薬剤（エピネフリン）投与の実施を認めます。

〇〇年〇〇月〇〇日

沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印

薬剤投与実施認定証（他機関認定）

〇〇消防（局）本部

氏名

生年月日 年 月 日

あなたは、他機関において、救急救命士に対する薬剤投与認定を受けておりますので、  
医師の具体的指示の下での薬剤（エピネフリン）投与の実施を認めます。

〇〇年〇〇月〇〇日

沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印

沖縄県メディカルコントロール協議会会長 殿

〇〇消防（局）本部消防長

薬剤投与認定救命士の認定証書き換えについて（依頼）

下記のとおり、認定証の書き換えをお願いします。

記

- 1 認定者            階級            氏名            性別  
                      生年月日                            年齢  
                      住所
  
- 2 書き換え箇所
  
- 3 添付書類  
（1） 救急救命士免許証（写）※書き換え済みのもの  
（2） 薬剤投与認定証（写）
  
- 4 所属機関における連絡担当者  
階級            氏名            連絡先

〇〇地区メディカルコントロール協議会会長 殿

沖縄県メディカルコントロール協議会会長

救急救命士による薬剤投与実施認定証の交付について

〇〇年〇〇月〇〇日付け〇〇第〇〇号により〇〇消防本部消防長から依頼のありました  
標記の件については、別紙のとおり認定しましたので、通知します。

名簿登載・管理等についても遺漏のないよう、また、再教育が適切に行われるよう  
ご留意願います。

記

1	実習生	階級	氏名	性別
		生年月日		年齢
		住所		

2 添付書類

(1) 薬剤投与実施認定証 (写)

薬剤投与を実施する救急救命士の認定及び登録要領 新旧対照表

新	旧
<p>様式11-1</p> <p>文書番号 平成年月日</p> <p>沖縄県メディカルコントロール協議会会長 <b>あて殿</b> ○○消防本部消防長 <b>印</b></p> <p>救急救命士による薬剤投与実施認定証の交付について（依頼）</p> <p>下記のとおり薬剤投与講習・実習を修了しましたので、認定証を交付して頂きますようよろしくお願いします。</p> <p>記</p> <p>1 実習生 階級 氏名 性別 生年月日 年齢 住所</p> <p>2 講習期間 平成○○年○○月○○日～平成○○年○○月○○日</p> <p>3 実習期間 平成○○年○○月○○日～平成○○年○○月○○日</p> <p>4 添付書類 (1) 救急救命士免許証（写） (2) ○○地区メディカルコントロール協議会会長推薦書（写） (3) 薬剤投与講習修了証書（写） (4) 薬剤投与病院実習修了証書（写）</p> <p>5 所属機関における連絡担当者 階級 氏名 連絡先</p>	<p>様式11</p> <p>文書番号 平成年月日</p> <p>沖縄県メディカルコントロール協議会会長 <b>あて</b> ○○消防本部消防長 <b>印</b></p> <p>救急救命士による薬剤投与実施認定証の交付について（依頼）</p> <p>下記のとおり薬剤投与講習・実習を修了しましたので、認定証を交付して頂きますようよろしくお願いします。</p> <p>記</p> <p>1 実習生 階級 氏名 性別 生年月日 年齢 住所</p> <p>2 講習期間 平成○○年○○月○○日～平成○○年○○月○○日</p> <p>3 実習期間 平成○○年○○月○○日～平成○○年○○月○○日</p> <p>4 添付書類 (5) 救急救命士免許証（写） (6) ○○地区メディカルコントロール協議会会長推薦書（写） (7) 薬剤投与講習修了証書（写） (8) 薬剤投与病院実習修了証書（写）</p> <p>5 所属機関における連絡担当者 階級 氏名 連絡先</p>

新	旧
<p>様式 11-2</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>沖縄県メディカルコントロール協議会会長 <span style="color: red;">あて殿</span> ○○消防（局）本部消防長 <span style="color: red;">印</span></p> <p>他都道府県 MC 協議会等で認定された薬剤投与認定救急救命士の 認定について（依頼）</p> <p>下記のとおり、認定証を交付して頂きますようよろしく申し上げます。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 認定者      階級      氏名      性別                  生年月日                      年齢                  住所</p> <p>2 認定機関    ○○○県メディカルコントロール協議会</p> <p>3 添付書類 (1) 救急救命士免許証（写） (2) ○○○県メディカルコントロール協議会薬剤投与認定証（写） (3) 所属消防（局）本部長による証明証</p> <p>4 所属機関における連絡担当者 階級              氏名                      連絡先</p>	<p>様式 11-2</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>沖縄県メディカルコントロール協議会会長    あて ○○消防（局）本部消防長 <span style="color: red;">印</span></p> <p>他都道府県 MC 協議会等で認定された薬剤投与認定救急救命士の 認定について（依頼）</p> <p>下記のとおり、認定証を交付して頂きますようよろしく申し上げます。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 認定者      階級      氏名      性別                  生年月日                      年齢                  住所</p> <p>2 認定機関    ○○○県メディカルコントロール協議会</p> <p>3 添付書類 (1) 救急救命士免許証（写） (2) ○○○県メディカルコントロール協議会薬剤投与認定証（写） (3) 所属消防（局）本部長による証明証</p> <p>4 所属機関における連絡担当者 階級              氏名                      連絡先</p>

新	旧
<p data-bbox="56 295 235 327">様式12-1</p> <p data-bbox="929 343 1086 375">第 号</p> <p data-bbox="448 391 716 422">薬剤投与実施認定証</p> <p data-bbox="750 486 1041 614">           ○○消防（局）本部            氏名            生年月日 年 月 日         </p> <p data-bbox="56 678 1108 805">           あなたは、救急救命士に対する薬剤投与講習を修了し、病院実習において薬剤投与実習を修了したので、医師の具体的指示の下での薬剤（エピネフリン）投与の実施を認めます。         </p> <p data-bbox="56 869 380 901">平成○○年○○月○○日</p> <p data-bbox="470 917 1075 949">沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印</p>	<p data-bbox="1131 295 1310 327">様式12-1</p> <p data-bbox="2004 343 2161 375">第 号</p> <p data-bbox="1512 391 1780 422">薬剤投与実施認定証</p> <p data-bbox="1814 486 2105 614">           ○○消防（局）本部            氏名            生年月日 年 月 日         </p> <p data-bbox="1131 678 2184 805">           あなたは、救急救命士に対する薬剤投与講習を修了し、病院実習において薬剤投与実習を修了したので、医師の具体的指示の下での薬剤（エピネフリン）投与の実施を認めます。         </p> <p data-bbox="1131 869 1456 901">平成○○年○○月○○日</p> <p data-bbox="1545 917 2150 949">沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印</p>

新

様式12-2

第 号

薬剤投与実施認定証（他機関認定）

〇〇消防（局）本部

氏名

生年月日 年 月 日

あなたは、他機関において、救急救命士に対する薬剤投与認定を受けておられますので、医師の具体的指示の下での薬剤（エピネフリン）投与の実施を認めます。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印

旧

様式12-2

第 号

薬剤投与実施認定証（他機関認定）

〇〇消防（局）本部

氏名

生年月日 年 月 日

あなたは、他機関において、救急救命士に対する薬剤投与認定を受けておられますので、医師の具体的指示の下での薬剤（エピネフリン）投与の実施を認めます。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

沖縄県メディカルコントロール協議会会長 印

新	旧
<p>様式 <del>15</del> 14</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>沖縄県メディカルコントロール協議会会長 <del>あて殿</del></p> <p style="text-align: right;">○○消防（局）本部消防長 印</p> <p style="text-align: center;">薬剤投与認定救命士の認定証書き換えについて（依頼）</p> <p>下記のとおり、認定証の書き換えをお願いします。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 認定者      階級      氏名      性別                  生年月日                      年齢                  住所</p> <p>2 書き換え箇所</p> <p>3 添付書類 (1) 救急救命士免許証（写）※書き換え済みのもの (2) 薬剤投与認定証（写）</p> <p>4 所属機関における連絡担当者 階級      氏名                      連絡先</p>	<p>様式 15</p> <p style="text-align: right;">文書番号 平成年月日</p> <p>沖縄県メディカルコントロール協議会会長    あて</p> <p style="text-align: right;">○○消防（局）本部消防長 印</p> <p style="text-align: center;">薬剤投与認定救命士の認定証書き換えについて（依頼）</p> <p>下記のとおり、認定証の書き換えをお願いします。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 認定者      階級      氏名      性別                  生年月日                      年齢                  住所</p> <p>2 書き換え箇所</p> <p>3 添付書類 (1) 救急救命士免許証（写）※書き換え済みのもの (2) 薬剤投与認定証（写）</p> <p>4 所属機関における連絡担当者 階級      氏名                      連絡先</p>