

湘南地区メディカルコントロール協議会
救急救命士病院（ビデオ喉頭鏡）実習ガイドライン

1 方法・内容

(1) 実習生

気管挿管資格者で、「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」（平成16年3月23日付医政指発0323049号厚生労働省医政局指導課長通知）の第1の2に定める講習（7時限）の修了証を有しており，地区MC協議会と調整の上，実習医療機関の施設長が実習を許可した者

(2) 実習医療機関

次の2つの条件を満たし，地区MC協議会が選定した施設

- ・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こと。
- ・日本麻酔科学会麻酔科専門医以上の資格を有する医師が麻酔科の長として勤務していること。

(3) 受け入れの実習生数の目安

- ・1名の実習生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。
- ・ただし，地域の特性を踏まえ，日本麻酔科学会麻酔科専門医以上の資格を有する医師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する。

(4) 実習指導責任者（麻酔科責任者）

- ・日本麻酔科学会麻酔科専門医以上の資格を有する医師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

- ・実習で使用するビデオ喉頭鏡は，チューブ誘導機能を有する間接声門視認型硬性喉頭鏡で，湘南地区メディカルコントロール協議会が承認したものとする。
- ・ビデオ喉頭鏡を使用した気管挿管の試行は，2回までとする。
- ・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ビデオ喉頭鏡を使用した気管挿管，管の固定，人工呼吸再開までを原則とする。
- ・薬剤投与などは，全て直接指導する麻酔科医（以下「指導担当麻酔科医」という。）が行う。
- ・実際の行為は，指導担当麻酔科医の管理下による。

2 実習受け入れ方法

- (1) 消防機関の長は、地区MC協議会会長に対し、「ビデオ喉頭鏡実習生推薦依頼書」(第1号様式)により実習生の推薦を依頼する。
- (2) 地区MC協議会会長は、推薦することが適当であると判断した場合には、実習医療機関の施設長に対し、「ビデオ喉頭鏡実習生推薦書」(第2号様式)により実習生を推薦する。
- (3) 消防機関の長は、実習医療機関の施設長に対し、「救急救命士ビデオ喉頭鏡病院実習依頼書」(第3号様式)により実習の委託申し込みをする。
- (4) 実習医療機関の施設長は、前項までの規定により実習を許可するときは、「気管挿管受託実習生受入許可書」(第4号様式)により通知する。
- (5) あらかじめ施設長名で救急救命士の気管挿管に係る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。
- (6) 実習医療機関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)。

3 インフォームドコンセントの取り方

- (1) 実習前日までに、指導担当麻酔科医は実習生を伴い、麻酔科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。
 - ・麻酔科責任者の嚴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。
 - ・実習生は救急救命士資格取得者であること。
 - ・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) 同意書とは別に医師診療録に説明の内容、患者側の諾否につき簡単に記録し、指導担当麻酔科医と実習生が連名で署名する。
- (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(麻酔科医のみで良い)。

4 実習の記録

指導担当麻酔科医及び実習生は実習の結果を「ビデオ喉頭鏡による気管挿管の実習記録票」(別紙)に記載するとともに、指導担当麻酔科医は麻酔記録に挿管担当〇〇救急救命士と明記し、実習の状況が明らかになるように挿管時の経過を記載する。

5 リスクマネジメント

実習生は、実習医療機関が掲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。

6 事故発生時の責任

- (1) 指導内容および指導態度等に起因する注意義務違反については、指導担当麻酔科医の責任とする。
- (2) 実施に伴う事故の責任は実習生にあるものとする。

7 修了証書

- (1) 実習医療機関の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。
 - ・ 2例以上の成功症例を経験した者
注：成功とは患者に有害結果を与えることなく、2回以内の試行で気管挿管を完了したことをいう。
 - ・ 当該施設の麻酔科責任者が実習態度、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もとにビデオ喉頭鏡を使用した気管挿管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) 実習の中断、中止
 - ・ 実習開始後でも、麻酔科責任者、施設長が実習生としてふさわしくないと判断した場合は実習を中断または中止することができる。
 - ・ この場合、消防機関による再度の検討を行い、再推薦が適切と判断された場合にのみ、実習医療機関の施設長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。

8 再教育

- (1) 湘南地区メディカルコントロール協議会気管挿管の実施に係る再教育ガイドラインに基づき実施する。
- (2) 再教育が適切に行われない場合、地区MC協議会は当該救急救命士のビデオ喉頭鏡の使用中止等について検討する。

9 その他

- (1) 標準実習費は、気管挿管病院実習に準じる。
- (2) 実習で使用するビデオ喉頭鏡は、実習医療機関及び消防における委託契約時に決定する。
- (3) ビデオ喉頭鏡の消耗品費及び、故障時の経費負担については、委託契約時に決定する。
- (4) 今後の医療機関の実習の進捗状況を観察しつつ、実情に合わせた教育体制となるよう、適宜調整する。

以 上

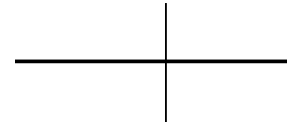
ビデオ喉頭鏡による気管挿管の実習記録票

症例No. _____ 年 月 日() 患者 イニシャル _____ 年齢 _____ 才 男・女 身長 _____ 体重 _____ ASA-PS _____

【実習前評価】

- 1 3横指 ①開口：以上 以下 ②下顎-舌骨間距離：以上 以下 ③甲状軟骨-胸骨上窩距離：以上 以下
 2 歯牙の状況 ①ぐらつき(動揺)：あり なし ②義歯：あり なし ③上顎突出：あり なし
 3 Mallampati分類：クラス I II III IV
 4 扁桃肥大(マッケンジー分類)：クラス I II III
 5 頸部後屈：十分に可能 軽度可能 不可能
 6 下顎の形状：普通 小さい
 7 体型 ①短頸：あり なし ②肥満：あり なし
 8 挿管の難易度の判断：容易 普通 困難

歯牙の状況



【実施評価】

- | | | | |
|----------------------|--------|-------------------------|--------|
| 1 患者への説明は適切に行えたか | YES NO | 固定方法は適切か | YES NO |
| 2 実習の準備 | | エアウェイチェッカーの使用は | YES NO |
| ビデオ喉頭鏡の種類() | | イーキーキャップの使用は | YES NO |
| ビデオ喉頭鏡の点灯チェックは | YES NO | 呼気炭酸ガスモニターの使用は | YES NO |
| ブレードの確実な取り付けは | YES NO | 固定状況、換気の最終確認は | YES NO |
| 潤滑剤の塗布は | YES NO | 7 挿管困難への対応(該当する場合にチェック) | |
| 気管チューブサイズ()mm | | ・声門がモニター画面で視認できない時 | |
| 曇り止めの塗布(不要ならば斜線で) | YES NO | ブレードの舌圧排位置修正は | YES NO |
| チューブの誘導ガイドへの取り付けは | YES NO | ・ターゲットマークと声門が一致しない時 | |
| 麻酔器点検、吸引機準備は | YES NO | ブレードの前後左右への操作は | YES NO |
| カフ用注射器、聴診器、固定用具は | YES NO | ・モニター画面が曇ってしまった時 | |
| マッキントッシュ型喉頭鏡の準備は | YES NO | 直ちに挿管操作を中止したか | YES NO |
| 挿管後の確認器具の準備は | YES NO | ・カメラヘッドに分泌物・吐物が付着した時 | |
| 3 バッグ・バルブ・マスク | | 直ちに挿管操作を中止したか | YES NO |
| マスクフィットは確実か | YES NO | ・分泌物・吐物で声門が視認できない時 | |
| 気道の開通は確実か | YES NO | 吸引ポートを利用できたか | YES NO |
| 送気時間に1秒かけているか | YES NO | チューブ内への吸引カテ挿入は | YES NO |
| 換気量、胸郭の上がりは適切か | YES NO | ・食道挿管の場合、すぐに気付いた | YES NO |
| 4 ビデオ喉頭鏡・気管チューブの挿入操作 | | 8 ビデオ喉頭鏡による気管挿管 | 成功 不成功 |
| ビデオ喉頭鏡の点灯確認は | YES NO | 9 施行後 | |
| 十分な開口操作を実施したか | YES NO | 施行前の予測と比べ相違点は | |
| ブレード挿入時の口唇周囲直視は | YES NO | | |
| 喉頭蓋の拳上はできたか | YES NO | | |
| Cormack グレードを評価したか | YES NO | | |
| ターゲットマークと声門は一致したか | YES NO | | |
| チューブ挿入操作は円滑か | YES NO | | |
| 声門通過確認、リングマーク通過は | YES NO | | |
| 5 気管チューブ留置、ビデオ喉頭鏡除去 | | | |
| 気管チューブの挿入の深さ確認は | YES NO | | |
| 誘導ガイドからチューブ離脱は円滑か | YES NO | | |
| ビデオ喉頭鏡の除去は円滑か | YES NO | | |
| カフエア注入時期は適切か | YES NO | | |
| リークの有無、カフ圧確認をしたか | YES NO | | |
| 気管チューブの保持は適切か | YES NO | | |
| 気管挿管操作は30秒以内か | YES NO | | |
| 6 挿管後の1次確認・2次確認 | | | |
| 換気による胸郭拳上の確認は | YES NO | | |
| 胃流入音確認、5点聴診は適切か | YES NO | | |
| チューブ内の曇りを確認したか | YES NO | | |
| 確認中のチューブ保持は適切か | YES NO | | |
| 固定用具の準備は迅速か | YES NO | | |

救急救命士署名

実習指導医コメント

実習指導医署名

実習病院名

湘南地区メディカルコントロール協議会
救急救命士病院（ビデオ喉頭鏡）実習受入医療機関名簿

【順不同】

区 分 等	医療機関名
<p>2 症例 (医師の評価を受け成功と判断されたもの)</p>	東海大学医学部付属病院
	海老名総合病院
	東海大学大磯病院
	東名厚木病院
	厚木市立病院
	小田原市立病院
	藤沢市民病院
	藤沢湘南台病院
	茅ヶ崎市立病院
	平塚共済病院
	伊勢原協同病院
	平塚市民病院
	秦野赤十字病院

第1号様式

平成〇〇年〇〇月〇〇日

湘南地区メディカルコントロール協議会
会長 ○ ○ ○ ○ 様

× × 消防長 印

ビデオ喉頭鏡実習生推薦依頼書

このことについて、資格、経験、人柄等の点から次の職員がビデオ喉頭鏡を使用した気管挿管を行わせるにふさわしい救急救命士と判断し、ビデオ喉頭鏡病院実習に派遣したいので、ご推薦くださるようお願いいたします。

1 実習生

氏名 性別 年齢
住所

2 所属機関

所属消防機関名
所属消防機関実習責任者
連絡先

3 実習期間

4 実習医療機関

名称
代表者名
住所
連絡先

5 添付書類

気管挿管認定証、ビデオ喉頭鏡講習修了証書及び救急救命士免許証の写し

第2号様式

平成〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇病院長 様

湘南地区メディカルコントロール協議会
会長 印

ビデオ喉頭鏡実習生推薦書

資格、経験、人柄等の点から次の者がビデオ喉頭鏡を使用した気管挿管を行わせるにふさわしい救急救命士と判断しました。貴院において実習を許可されるよう推薦いたします。

1 実習生

氏名	性別	年齢
住所		

2 所属機関

所属消防機関名
所属消防機関実習責任者
連絡先

第3号様式

平成〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇病院長 様

× × 消防長 印

救急救命士ビデオ喉頭鏡病院実習依頼書

〇〇病院救急救命士ビデオ喉頭鏡実習受託受入に伴う取扱規則及び湘南地区メディカルコントロール協議会救急救命士病院（ビデオ喉頭鏡）実習ガイドラインに同意した上で、次のとおりビデオ喉頭鏡実習生委託の申し込みをいたします。

1 実習生

氏名 性別 年齢

住所

連絡先及び方法（通常電話や携帯電話など）

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

ただし、実習状況により短縮もしくは延長も可能とする。

3 実習内容

全身麻酔時におけるビデオ喉頭鏡を使用した気管挿管実習 成功例として2例

4 添付書類

- (1) 湘南地区メディカルコントロール協議会会長推薦書
- (2) 気管挿管認定証、ビデオ喉頭鏡講習修了証書及び救急救命士免許証の写し
- (3) その他必要な書類

5 所属機関における連絡担当者

所属・役職

氏名

連絡先

第4号様式

平成〇〇年〇〇月〇〇日

××消防長 様

〇〇病院長 印

ビデオ喉頭鏡実習生受託受入許可書

平成〇〇年〇〇月〇〇日付××消防発×××号をもって申請のあったことについては、次の事項を条件として許可いたします。

- 1 実習生
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
ただし、実習状況により短縮もしくは延長も可能とする。

- 3 実習内容
全身麻酔時におけるビデオ喉頭鏡を使用した気管挿管実習 成功例として2例

- 4 実習受託料
1成功例につき1万円とし、実習修了後直ちに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。

〇〇病院救急救命士ビデオ喉頭鏡実習受託受入に伴う取扱規則（例）

（趣旨）

第1条 本病院において、委託により救急救命士のビデオ喉頭鏡実習（以下「実習」という。）を受託する場合は、この規則に定めるところによるものとする。

（受託機関）

第2条 本病院が実習を受託できる機関は、湘南地区メディカルコントロール協議会に参加している消防機関とする。

（実習生）

第3条 湘南地区メディカルコントロール協議会救急救命士病院（ビデオ喉頭鏡）実習ガイドライン（以下「ガイドライン」という。）に示される条件を満たしている者を実習生とする。

（手続き）

第4条 病院長は、消防機関の長からガイドラインの実習受入方法に従って、実習の委託申し込みを受ける。

2 病院長は、前項の規定による申請があったときは、病院などの業務に支障がなく、麻酔科責任者の同意が得られ、受託が適当と認めた場合には実習を許可することができる。

3 年間及び同時期に受け入れる実習生の数は、本病院において受け入れ可能な数とし、その数は、年度、時期により異なることがある。

4 病院長は、前項までの規定により実習を許可するときは、これを消防機関の長にガイドライン第4号様式で通知する。

（実習の期間）

第5条 前条第4項の規定により実習を許可された実習生の実習期間は、ガイドライン第4号様式の書面に定めるところとする。

（実習受託料）

第6条 実習受託料は、ビデオ喉頭鏡を使用した気管挿管1成功例につき1万円とし、受託実習生の所属する消防機関の長に対し、受託実習料を納入させることができる。

（実習義務）

第7条 本病院は、受託実習を受ける実習生に対し、病院諸規則を守り、かつ病院長、麻酔科責任者及び指導担当麻酔科医の指示に基づき実習するよう指導する。

(実習内容)

第8条 本病院における実習は、ビデオ喉頭鏡を使用した気管挿管2例以上の成功症例とし、その内容はガイドラインによるものとする。

(医療事故等発生時の責任)

第9条 医療事故等発生時の責任の考え方はガイドラインによるものとする。

- 2 実習生の責任において発生した事故は、実習生及び実習依頼消防機関の責任であるが、医療事故賠償保険の適応については病院と実習依頼消防機関とで検討するものとする。
- 3 前項において、病院側は賠償保険において保障される額以外の負担をしないものとする。(註 この意味は免責分については消防機関側に負担させるという意味です。)

(実習の停止及び許可の取り消し)

第10条 実習生が第7条の規定に違反し、又は実習生として相応しくない行為があったときは、病院長は当該実習生の実習を停止させ、又は第4条第4項の許可を取り消すことができる。

- 2 病院長は、前項の規定により実習を停止させる、又は実習の許可を取り消すときは、これを所属する消防機関の長及び湘南地区メディカルコントロール協議会会長に通知する。

(その他の必要事項)

第11条 この規則に定めるもののほか、実習受託受け入れに関して必要な事項は病院長が定める。

(附則)

この規則は、平成〇〇年〇〇月〇〇日から施行する。

- (1) 指導内容および指導態度等に起因する注意義務違反については指導担当麻酔科医の責任とする。
- (2) 実施に伴う事故の責任は実習生にあるものとする。
- (3) 実習生の責任において発生した事故は実習生および甲の責任であるが、医療事故賠償保険の適応については甲と乙で協議するものとする。
- (4) 前項において、乙は賠償保険において補償される額以外の負担をしないものとする。

(実習の中断、中止)

第10条 実習を開始した後も、実習生の実習継続が不適切であると麻酔科責任者もしくは病院長が判断した場合は実習を中断または中止することができる。

(実習の記録)

第11条 指導担当麻酔科医は、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。

(公務災害)

第12条 実習生が実習期間中に公務災害（通勤による災害を含む。）を受けたときは、乙は状況等を添えて速やかに甲に通知するものとし、その補償等に係る事務処理は甲がするものとする。

(実績報告)

第13条 乙は、実習期間が終了したときに、甲にその結果を報告し実習修了証を発行する。

(疑義の解決)

第14条 この契約書に定めのない事項又はこの契約に疑義の生じた事項については、甲、乙協議の上、決定するものとする。

この契約の成立を証するため、本書2通を作成し、甲乙記名捺印の上、各自その1通を保有する。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

甲 〇〇市〇〇町〇〇番地
〇〇市
市長 〇 〇 〇 〇

乙 (病院住所)
〇 〇 〇 〇 〇病院
病院長 〇 〇 〇 〇

〇〇病院

救急救命士によるビデオ喉頭鏡実習要綱（例）

〇〇年度

〇〇年度ビデオ喉頭鏡実習要綱

1 実習の目的

- (1) 手術医療時の全身麻酔症例に対してビデオ喉頭鏡を使用した気管挿管を施行する実習を行う事により、病院外にて救命処置を行う専門的医療関係職種（医療職）である救急救命士の資質を向上させ、地域救急医療の発展に資するのが実習の目的である。
- (2) 実習では、救急救命士がビデオ喉頭鏡を使用した気管挿管を行うにあたり必要とされる医学的知識、実際のビデオ喉頭鏡操作技術、気管挿管における医療倫理、記録、事故対策についての理解を高め、手術医療現場で求められる基本的診療方法、各種病態・重症度・緊急度の評価、病院内で行われている手術医療の流れ、患者との信頼関係を認識するとともに、医療職に相応しい資質の向上へとフィードバックすることを目標とする。
- (3) 実習は、原則として「湘南地区メディカルコントロール協議会救急救命士病院（ビデオ喉頭鏡）実習ガイドライン」（以下「ガイドライン」という。）に基づいて実施する。

2 実習生

- (1) ガイドラインに示されている者を実習生とする。
- (2) 実習生の資質要件
実習は実習生自身の熱意と積極的な姿勢がなければ効果は望めない。実習生には医療職としての自覚と責任感が不可欠である。
- (3) 実習生は、個人賠償責任保険に加入していることが望ましい。

3 実習プログラム

- (1) 実習は全行程にわたり日本麻酔科学会麻酔科専門医以上の資格を有する医師の監督下に行われる。中央手術室で手術医療を受ける全身麻酔症例に対し、実際に救急救命士によりビデオ喉頭鏡を使用した気管挿管が可能となるよう次のプログラムを設定する。
 - ・指導體制 統括責任者（実習指導責任者）：〇〇〇〇（麻酔科長・手術室室長）
指導担当麻酔科医：〇〇〇〇，〇〇〇〇，〇〇〇〇
 - ・ビデオ喉頭鏡を使用した気管挿管成功症例数 2症例
- (2) 指導担当麻酔科医は、実習生がビデオ喉頭鏡実習を行う症例を選択し、主治医に連絡のうえ了解を得る。了解した主治医は説明・同意書に署名する。
- (3) 指導担当麻酔科医と実習生は、病棟において術前に患者本人への説明・協力依頼および文書によるインフォームド・コンセントの取得を行う。
- (4) 全例について、麻酔科医が、翌日術後回診を行い、実習後の症例の状態を診察する（担当した実習生の同行は任意）。
- (5) 実習に際して発生した事故の責任は次のとおりとする。

・指導内容および指導態度等に起因する注意義務違反については指導担当麻酔科医の責任とする。

・実施に伴う事故の責任は実習生にあるものとする。

(6) 実習を開始した後も、実習生の実習継続が不適切と実習指導責任者および病院長が判断した場合には、実習を中断または中止することができる。

4 実習期間等

(1) 実習実施期間および日程は契約で定める。

(2) 実習時間

平日（月～金曜日）の8：00～16：00までとする。

5 契約等に関する事項

(1) 実習契約

ア 実習を希望する消防機関の長は、「救急救命士ビデオ喉頭鏡病院実習依頼書」（ガイドライン第3号様式）に必要事項を記載のうえ、病院長宛に申し込む。

イ 湘南地区メディカルコントロール協議会が日程調整を行う。

ウ 病院長は当該消防機関と契約を締結する。

(2) 病院長は、以下のものに実習修了時に実習修了証を発行する。

ア 2例以上の成功症例を経験したもの。

イ 実習指導責任者が、現場で医師の具体的な指示のもとにビデオ喉頭鏡を使用した気管挿管を行ってもよいと判断し、病院長に対し、その旨申告したもの。

6 実習中の注意事項

(1) 服装とネームプレート

実習生は所定の服装とネームプレートを必ず着用すること。

(2) 発言に関する注意

予後不良な疾患の名称は患者の近くで言及してはならない。

患者・家族からの病状に関する質問に対応してはならない。

(3) 指導担当麻酔科医の指示に従うこと

集合時間を厳守し、実習時間内は常に所在を明らかにしておくこと。

(4) 患者情報の秘密保持の原則

実習で知り得た患者の秘密を漏らしてはならない（秘密漏洩の企図がなくとも犯罪となる）。また、カルテ、各種画像、登録簿などを持ち出したり、複写してはならない。

(5) 実習中止の通告

実習態度の悪い者、診療業務に支障を来たした者などは、実習指導責任者が実習の中止を通告し、病院長の裁定を経て、所属消防機関の長に実習中止を通知する。

(6) 控室

控室は、〇〇室とする。

以上

様

(平成 年 月 日 手術予定)

○ ○ ○ ○ ○ 病院：説明書

救急救命士による気管挿管実習

○ ○ ○ ○ ○ 病院は、厚生労働省のガイドラインによる救急救命士の気管挿管実習受け入れ施設として、当院における手術医療に際し、全身麻酔を受けられる患者様を対象に、この実習へのご協力をお願いしております。

実習を行う救急救命士はすべて救急救命士資格取得者（国家試験合格者）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

気管挿管を行う（うまくいかない場合、最大2回まで試みる）

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、日本麻酔科学会麻酔科専門医が指導し、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。

この件につきまして、ぜひご理解いただき、ご協力いただけますようよろしくお願い申し上げます。なおこの実習へのご協力を拒否なされても、患者様の今後の治療上で不利益を被るようなことはございません。

以 上

○ ○ ○ ○ ○病院：説明・同意書

救急救命士による気管挿管実習

別紙説明書のとおり

- (1) 上記の医療行為について、その必要性と内容、また、状況に応じた内容の変更、起こりえる危険性／後遺症などについて説明をいたしました。

年 月 日 時

説明担当医師： (自署)

救急救命士： (自署)

- (2) 私は上記の説明を受け、納得しましたので、実施に同意します。

○ ○ ○ ○ ○病院殿 年 月 日 時

患者本人： (自署)

*親族／代理人(続柄)： (自署)

**同席者(続柄)： (自署)

(*親権者などの親族、または代諾者が署名してください)

(**説明を一緒に受けた方があれば署名してください)

手術を受けられる患者様へ、ご協力のお願い

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（医師の指示無し）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がこの病院における挿管実習を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、通常麻酔科医が行う際と同様の安全性を確保しながら実習を行います。また前日までに麻酔科医と救急救命士が一緒にご説明にあがり、麻酔方法や安全性などについてご説明いたします。

私を含め誰でもが不足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現時点でも、また将来ドクターカー（医師が救急現場に救急隊ともに出動する）が運用されるようになって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、患者様へ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。

○ ○ ○ ○ ○病院
病院長 ○ ○ ○ ○

平成 ○○年○○月○○日