

傷病者の搬送及び受入れの
実施基準等に関する検討会
報告書

平成21年10月

はじめに

傷病者の症状等に応じた搬送及び受入れの円滑化を図るため、「消防法の一部を改正する法律（平成21年法律第34号）」が平成21年5月1日に公布され、同年10月30日に施行されることとなりました。

今回の消防法改正の目的は、単に119番通報から病院収容までの時間を短くすることだけにあるのではなく、いかに傷病者の症状等に対応出来る医療機関への迅速かつ適切な救急搬送を確保するかという点にあります。

都道府県はまず、傷病者の搬送及び受入れの実態について、調査・分析を行い傷病者の状況に応じた適切な医療の提供が行われるように分類された医療機関のリスト、救急隊による観察基準、搬送先医療機関が速やかに決定しない場合に受入医療機関を確保するためのルール等からなる実施基準を策定すること、また、絶えずその実施状況を検証し、見直しを行うこととなります。その際、消防機関の有する救急搬送情報と医療機関の有する救急搬送後の転帰情報を合わせて分析することにより、単に、受入困難事案が減少したかどうかだけではなく、救急隊の観察、病院選定や処置が適切に行われたか等について総合的に分析し、より適切な傷病者の搬送及び受入れ体制の構築につなげていくことが重要です。

また、消防機関と医療機関等からなる協議会は、実施基準の実施状況を踏まえ、例えば救急医療提供体制そのものを充実強化する必要がある等の認識が得られた場合には、その旨、都道府県知事に意見具申できることとされており、積極的な役割を果たすことが求められています。

さらに、国は、都道府県の取組について財政面を含め適切に支援するとともに、先進的な取組例について積極的に情報提供を行うことなどが期待されます。

当検討会では、傷病者の搬送及び受入れの実施基準を策定する都道府県及びその内容を協議する消防機関や医療機関等の関係者の検討の一助となるよう、報告書を取りまとめました。

本報告書を参考に各地域で住民の理解を深めながら実施基準に関する検討が進められ、救急搬送を必要とする全ての傷病者が適切な医療機関に迅速に搬送される体制が実現することを願っております。

平成21年10月

傷病者の搬送及び受入れの
実施基準等に関する検討会
座長 山本 保博

目 次

1	消防法の改正について	1
	(1) 背景	1
	(2) 改正の内容	2
2	傷病者の搬送及び受入れの実施基準について	6
	第1号(分類基準)	
	傷病者の心身等の状況に応じた適切な医療の提供が行われることを確保するために医療機関を分類する基準	7
	第2号(医療機関リスト)	
	分類基準に基づき分類された医療機関の区分及び当該区分に該当する医療機関の名称	20
	第3号(観察基準)	
	消防機関が傷病者の状況を観察(確認)するための基準	22
	第4号(選定基準)	
	消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関を選定するための基準	27
	第5号(伝達基準)	
	消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関に対し傷病者の状況を伝達するための基準	28
	第6号(受入医療機関確保基準)	
	傷病者の受入れに関する消防機関と医療機関との間の合意を形成するための基準その他傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項	29
	第7号(その他基準)	
	傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関し都道府県が必要と認める事項	34
	(号数は消防法第35条の5第2項各号を指す。)	
3	協議会について	36
4	傷病者の搬送及び受入れに関する調査・分析について	38
5	都道府県間の調整について	48
6	開催状況・構成員・開催要綱	51

地域の取組例

取組例 1 大阪府堺市域二次医療圏

- ・ 分類基準、医療機関リスト及び観察基準の例 18

取組例 2 東京都

- ・ 医療機関リストの例 21

取組例 3 東京消防庁

- ・ 観察基準の例 26

取組例 4 東京都

- ・ 受入医療機関確保基準の例 31

取組例 5 東京都

- ・ 受入医療機関確保基準の例 32

取組例 6 長崎県

- ・ 調査・分析の例 39

取組例 7 大阪府泉州地域

- ・ 調査・分析の例 43

取組例 8 佐賀県

- ・ 都道府県間の調整の例 49

資料編

- 消防法（昭和23年法律第186号）（抄） 57
- 消防法の一部を改正する法律案に対する附帯決議
（平成21年4月17日衆議院総務委員会） 58
- 消防法の一部を改正する法律案に対する附帯決議
（平成21年4月23日参議院総務委員会） 59
- 医療計画関連資料 60
- 周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会報告書
～周産期救急医療における「安心」と「安全」の確保に向け
て～（抄）
（厚生労働省・平成21年3月4日） 61
- 重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会中間取りま
とめ（抄）
（厚生労働省・平成21年7月8日） 63
- 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会「精神
保健医療福祉の更なる改革に向けて」（抄）
（厚生労働省・平成21年9月24日） 64

1 消防法の改正について

傷病者の搬送及び医療機関による受入れをより適切かつ円滑に行うため、「消防法の一部を改正する法律（平成21年法律第34号）」が平成21年5月1日に公布され、同年10月30日に施行されることとなった。

（1）背景

平成18年及び平成19年に奈良県で、平成20年に東京都で発生した妊婦の救急搬送事案など、救急搬送において受入医療機関の選定が困難な事案が全国各地で発生し、社会問題化したところである。こうした事態を受け総務省消防庁と厚生労働省が合同で行った救急搬送における医療機関の受入状況等に関する実態調査によると、平成20年において、重症以上の傷病者の救急搬送約41万件のうち約1万7千件（約4.1%）の事案において、また、産科・周産期傷病者の救急搬送約1万6千件のうち約1千件（約6.3%）の事案において、救急隊が現場に到着してから医療機関の選定を終え現場を出発するまでに30分以上を要するなど、傷病者の搬送及び受入れは大変厳しい状況となっている。また、このような選定困難事案が首都圏、近畿圏などの大都市部に多く見られるなど、地域的な特徴も調査により明らかとなったところである。

こうした選定困難問題を解決するためには、救急医療に携わる十分な医師の確保、勤務条件の改善などの構造的な課題を解決しなければならないことが指摘されているが、当面の対応として、現状の医療資源を前提に消防機関と医療機関の連携を強化するための対策を講じることが必要である。事実、大都市部においても、傷病者の状況に応じた搬送について関係者間で明確なルールを共有することで、円滑で質の高い傷病者の搬送及び受入れを行っている地域もあるところである。

このような状況に加え、近年の医療の進歩とともに、傷病の発生初期に実施すると効果的な医療技術が発達しているところであり、傷病者の救命率の向上、予後の改善等の観点から、救急搬送における病院選定から医療

機関における救急医療の提供までの一連の行為を迅速かつ適切に実施することの重要性が増しているところである。

今回の消防法の改正は、地域における現状の医療資源を前提に、消防機関と医療機関の連携体制を強化し、受入医療機関の選定困難事案の発生をなくすとともに、医学的観点から質の高い、傷病者の状況に応じた適切な搬送及び受入体制を構築することを目指すものである。

なお、選定困難事案の解決を主な目的として、今般の消防法改正が行われたことは事実であるが、仮に、医療資源が充足しており、選定困難事案が発生していなかったとしても、傷病者の救命率の向上等のため、地域の実情を踏まえ傷病者の状況に応じた、より適切な傷病者の搬送及び受け入れを実現していくことは極めて重要な課題である。関係者はこのことを十分認識した上で、適切な者に適切に医療資源が配分されるよう、傷病者の搬送及び受入体制の構築に取り組むことが重要である。

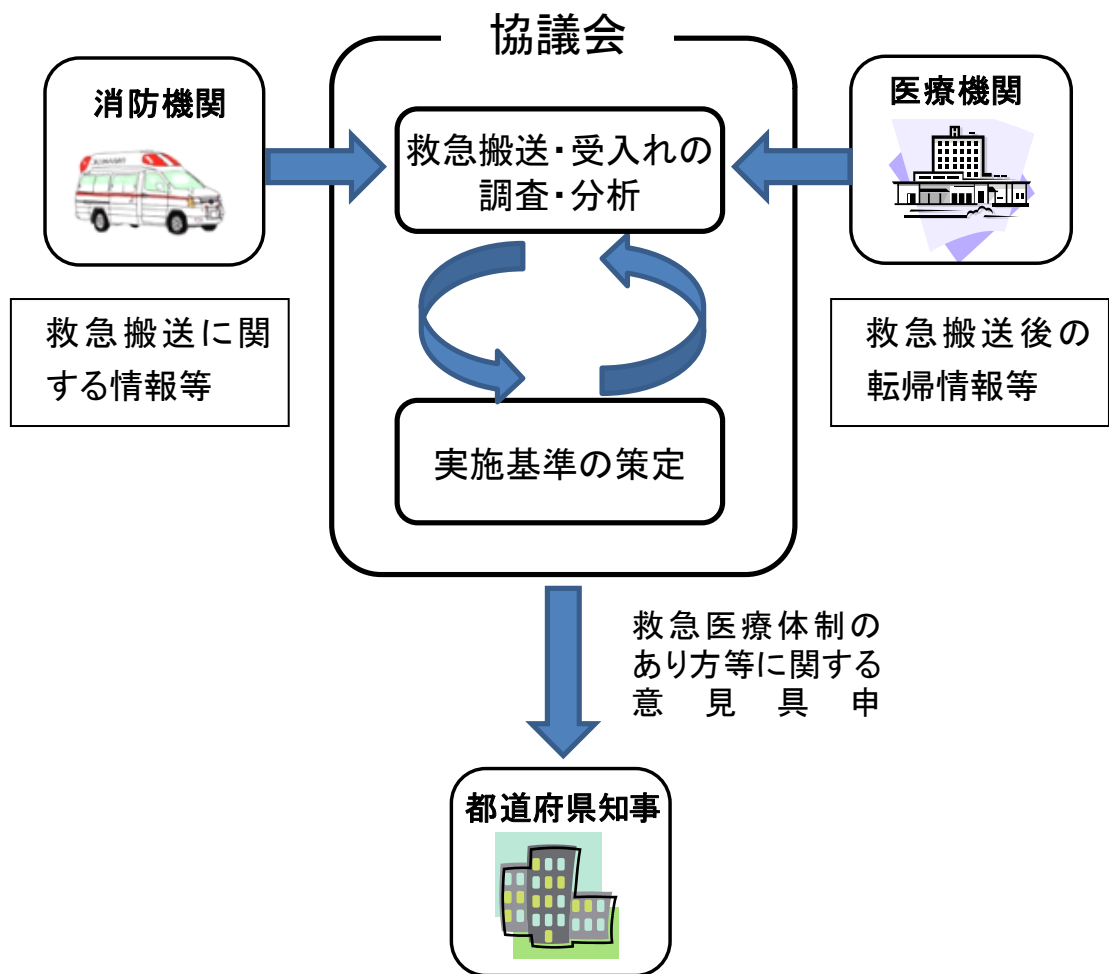
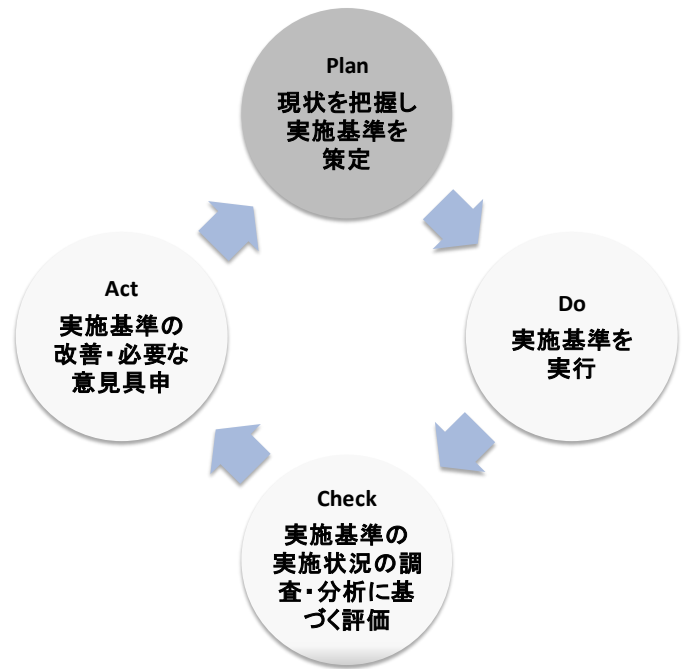
(2) 改正の内容

今回の消防法改正により、各都道府県に、消防機関や医療機関等が参画する協議会を設置するとともに、傷病者の搬送及び受け入れの実施に関するルール（実施基準）を策定することが義務づけられた。

実施基準においては、傷病者の状況に応じた適切な医療の提供が行われるように分類された医療機関のリスト、救急隊による観察基準、搬送先医療機関が速やかに決定しない場合に受入医療機関を確保するためのルール等を定めることとなるが、併せて、協議会において実施基準に基づく傷病者の搬送及び受け入れの実施状況を調査・分析し、その結果を実施基準の見直しに反映させることとされた。

これは、実施基準を有効に機能させるためには、いわゆるPDCAサイクル（plan-do-check-act cycle）の活用による実施基準の策定と評価及び見直しが重要であるという認識によるものであり、消防機関と医療機関がそれぞれ保有する客観的なデータを調査・分析することが前提となる。

従前、消防機関が保有する救急搬送に関する情報と、医療機関が保有する救急搬送後の転帰情報等を合わせて分析することが一般には行われてこなかったが、傷病者の状況に応じた適切な医療を提供するための実施基準の策定とその見直しを行うためには、両者の情報を合わせて分析することが重要である。



また、都道府県が定めた実施基準は、公表することとされており、傷病者の状況に応じた適切な医療の提供が行われるよう分類された医療機関のリストをはじめ、円滑な救急搬送がどのようなルールに基づき確保されていくのかを明らかにすることとされている。

こうした実施基準の公表は、傷病者の搬送及び受入れに携わる関係者にとって、共通認識を明確なものとするために重要である一方、住民にとっても、地域における搬送及び受入れがどのように運営されているのかについての情報が提供されるという意味で重要であると考えられる。

現在、救急医療に関しては、住民に対し、救急車や医療機関の不要不急の利用を避け、救急相談サービスを利用するなどの呼びかけが行われているが、こうした搬送及び受入れシステムの現状に関する正確な情報を提供することにより、住民の理解がより一層深まることが期待されることであり、その方法を常に見直しながら、より適切なものとしていくことが必要である。

他方で、実際に実施基準を運用する際の曜日毎の対応医療機関名等の情報の公表については、例えば、地域において手術治療を行う役割を担っている医療機関にウォークインでの外来患者が殺到し、手術対応が困難になるなど、住民の受診行動によって医療機関の機能が麻痺する恐れがある等の懸念から、慎重に対応する必要があるとの指摘もあり、各都道府県において地域の実情に即して適切に対応することが望まれる。

また、協議会は、実施基準の実施状況を踏まえ、都道府県知事に対し傷病者の搬送及び受入れの実施に関し必要な事項について意見具申できることとされており、例えば、協議会での検討の過程で医療提供体制そのものの充実強化の必要がある等の認識が得られた場合は、その旨、都道府県知事に対し、意見を述べる事が出来るとされている。

なお、国は、都道府県に対し、実施基準の策定又は変更に関し、必要な情報の提供、助言その他の援助を行うこととされており、都道府県の先進的な取組等について情報の収集や提供を行うとともに、協議会の連絡会を設置し情報交換を促進する等により、各都道府県における体制の充実・強化を図ることとなる。

消防法改正(1):協議会について

協議会

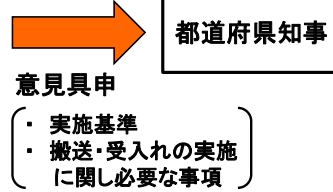
都道府県に設置

○ 構成メンバー

- ・ 消防機関の職員
- ・ 医療機関の管理者又はその指定する医師（救命救急センター長など）
- ・ 診療に関する学識経験者の団体の推薦する者
- ・ 都道府県の職員
- ・ 学識経験者等（都道府県が必要と認める者）

○ 役割

- ・ 傷病者の搬送及び受入れの実施基準に関する協議
- ・ 実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施に関する連絡調整（調査・分析など）



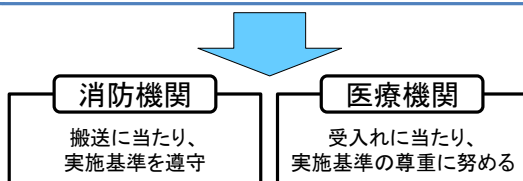
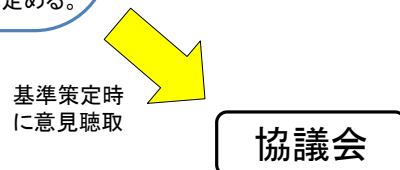
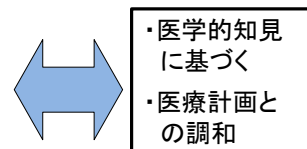
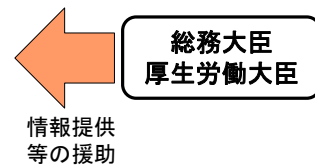
消防法改正(2):実施基準(ルール)について

実施基準(ルール)

都道府県が策定・公表

- ① 傷病者の状況に応じた適切な医療の提供が行われるように分類された医療機関のリスト
- ② 消防機関が傷病者の状況を確認し、①のリストの中から搬送先医療機関を選定するためのルール
- ③ 消防機関が医療機関に対し傷病者の状況を伝達するためのルール
- ④ 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合において傷病者を受け入れる医療機関を確保するために、消防機関と医療機関との間で合意を形成するためのルール等

※都道府県の全区域又は医療提供体制の状況を考慮した区域ごとに定める。



2 傷病者の搬送及び受入れの実施基準について

都道府県は、消防機関や医療機関等が参画する協議会における協議を経て、消防法第35条の5第2項各号に規定する傷病者の搬送及び受入れの実施基準を策定することとなる。

実施基準の策定は、傷病者の搬送及び受入れについて、現状の医療資源等を活用し、消防機関及び医療機関等が共通認識の下で、当該都道府県における対応方策を決定していくことを意味するものである。

従来、救急隊は、傷病者を観察し、適切な診療科に当てはめることにより受入医療機関を選定してきたが、救急隊はエックス線撮影やエコー検査、血液検査等を現場で実施できるわけではないことから、診療科に応じて傷病者を当てはめるのではなく、傷病者の症状等に応じて対応出来る医療機関をあらかじめ整理しておくことが、適切な傷病者の搬送及び受入れを実施していく上で重要である。このため、実施基準においては、各都道府県において、傷病者の症状等に基づく分類基準を策定し、分類された区分に応じた医療機関名を明らかにすることとしており、その上で、当該医療機関に傷病者が適切に搬送されるよう、救急隊の観察や伝達の基準について定めることとなっている。

また、これらの基準に基づき、受入医療機関が速やかに決まることが望まれるが、一方で、これらの対応によってもなお、受入医療機関の選定に時間を要し、医療機関への照会回数が多くなる事案が発生することも想定される場所である。このため、受入医療機関が速やかに決まらない場合の医療機関の確保方策についても、関係者間で協議し、都道府県が実施基準として策定することとなっている（実施基準概念図P35参照）。

なお、実施基準は、都道府県全体を一つの区域として定めるほか、医療を提供する体制の状況を考慮して、都道府県の区域を分けて定める区域ごとに定めることもできるものである。

以下、消防法第35条の5第2項各号について整理する。

第1号（分類基準）

傷病者の心身等の状況に応じた適切な医療の提供が行われることを確保するために医療機関を分類する基準

1 総論

第1号の基準（分類基準）は、傷病者の状況に応じた適切な医療の提供を行うために、医療機関を分類する基準を定めるものである。

救急搬送は、その症状が著しく悪化するおそれがあり、又はその生命が危険な状態にある傷病者等を搬送するものであることから、分類基準は、当該傷病者の生命の危機の回避や後遺症の軽減などが図られるよう定められる必要があり、優先度の高い順に緊急性、専門性及び特殊性の3つの観点から策定される必要がある。

（1）緊急性

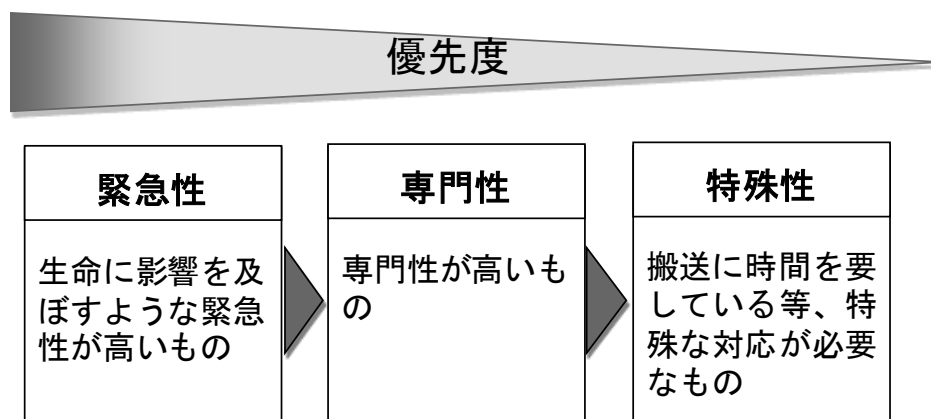
生命に影響を及ぼすような、緊急性が高いもの。

（2）専門性

専門性が高いもの。

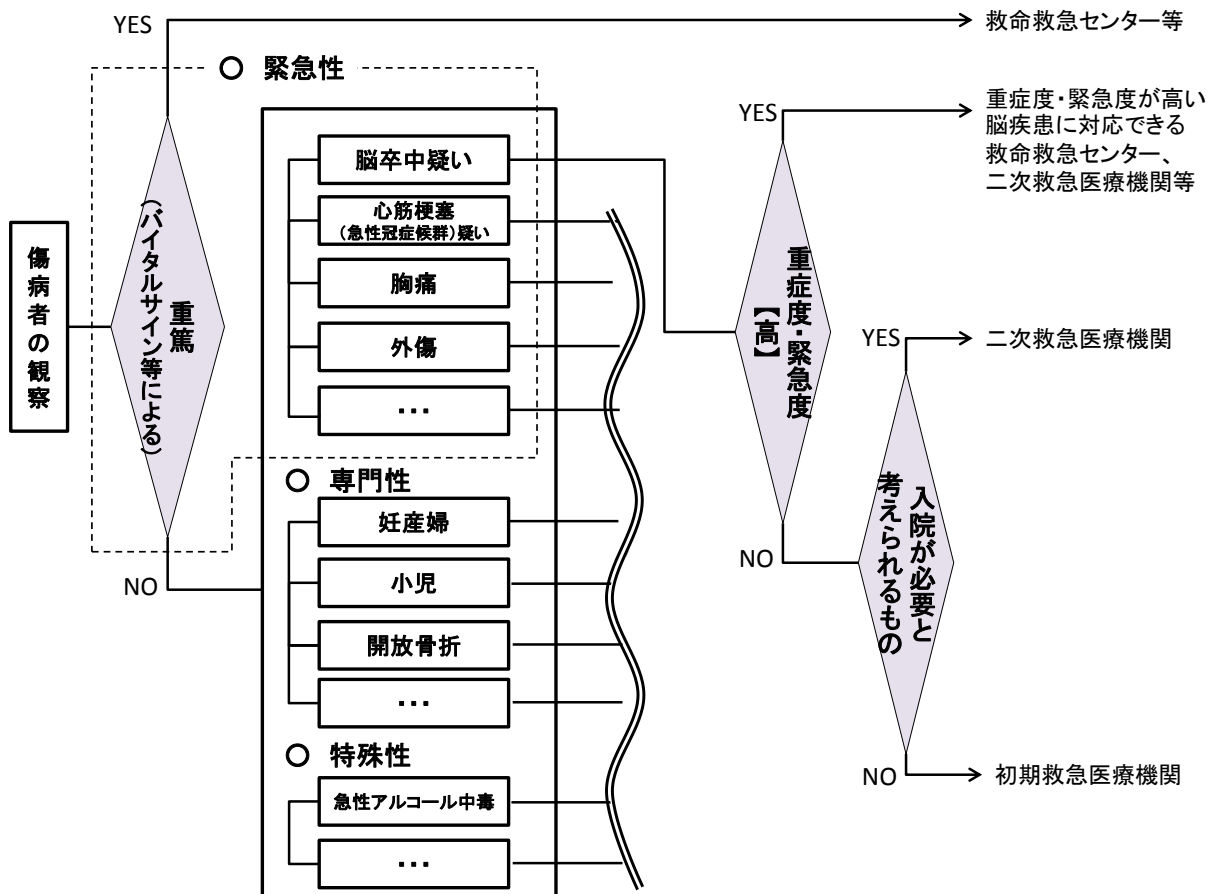
（3）特殊性

搬送に時間を要している等、特殊な対応が必要なもの。



なお、各地域で救急搬送について問題となっている点について協議会として認識（調査・分析）し、その認識に基づきどの症状等について分類基準を策定することが必要かを協議会で決定することが重要である。

そのためには、消防法第35条の8第1項に規定する協議会の役割である「実施基準に基づく傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に係る連絡調整」の一環として、傷病者の搬送及び受入れの実施状況について調査・分析を行い、その結果に応じて分類基準を策定することが必要である。



※ 上記の基準は例示であり、分類基準をどう策定するかは地域の実情に応じて決定されるものである。

2 具体的内容

以下、各項目について具体的な内容を例示するが、例示した事項はあくまで各地域で分類基準を策定する際の参考例となるものである。したがって、どの事項を採用するかは地域の実情に応じて決定されるべきものであり、全ての事項について分類基準を策定しなければならないというものではない。

(1) 緊急性

生命に影響を及ぼすような、緊急性が高いもの。

(ア) 重篤

特に重症度・緊急度が高く、生命への影響が極めて大きいもの。

緊急的に対応できる体制を構築しておくため、**重篤**を分類基準として設定することが適当であると考えられる。医療資源を特に投入できる救命救急センター等の医療機関に、直ちに搬送する必要がある傷病者の症状等が想定される。

- ・ 重篤感あり
- ・ 心肺機能停止
- ・ 容態の急速な悪化・変動

等

重篤を示すバイタルサイン参考値

- ・意識： JCS100以上
 - ・呼吸： 10回/分未満又は30回/分以上、呼吸音の左右差、異常呼吸
 - ・脈拍： 120回/分以上又は50回/分未満
 - ・血圧： 収縮期血圧90mmHg未満又は収縮期血圧200mmHg以上
 - ・SpO₂： 90%未満
 - ・その他： ショック症状
- ※上記のいずれかが認められる場合

救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会報告書(平成16年3月
(財)救急振興財団 委員長:島崎修次杏林大学教授)を参考に作成

(イ) 症状・病態等によって重症度・緊急度「高」となるもの

症状・病態等によって、重症度・緊急度が高いと判断されるもの。救命救急センター、または、傷病者の症状等によっては、専門性が高い二次救急医療機関で対応することについて調整し、体制を構築しておく必要があるため、分類基準を策定することが適当であると考えられる。

生命に直結する **脳卒中** や **心筋梗塞（急性冠症候群）** が疑われる場合や、重症度・緊急度が高い **外傷**、**熱傷**、**中毒**、**腹痛（急性腹症）** などが想定される。

こうした重症度・緊急度が高い症状を呈する傷病者については、傷病者の搬送及び受入れが比較的うまくいっている地域においても、実際にどのような実施状況であるのか関係者間で改めて確認し共通認識を持つことが重要であると考えられる（参考（症状・病態等によって重症度・緊急度「高」となるもの）P13～16参照）。

(2) 専門性

専門性が高いもの。

① **重症度・緊急度が高い妊産婦**

重症度・緊急度が高い妊産婦では、妊婦及び胎児の両者に対応する必要があり、また、妊産婦特有の傷病を念頭に置く必要があることから、分類基準を策定することが適当であると考えられる。

ただし、妊産婦における脳卒中疑い等、緊急性が高い場合は、まずは緊急性の観点から脳卒中疑いに対応できる医療機関で対応すべきであること等について、関係者間で認識を共有し、分類基準を策定することが適当である。

② **重症度・緊急度が高い小児**

重症度・緊急度が高い小児では、病状が急変する可能性が高いこ

と、傷病者自身が症状や経過を正確に伝えられないため事態の把握が困難であること、また、後遺症を残す可能性のある髄膜炎や脳炎等の中枢神経系の急性疾患を念頭に置く必要があること等から、分類基準を策定することが適当であると考えられる。

ただし、小児における急性腹症等、緊急性が高い場合は、まずは緊急性の観点から急性腹症に対応できる医療機関で対応すべきであること等について、関係者間で認識を共有し、分類基準を策定することが適当である。

③ その他、地域において医療資源の確保が困難なもの等を勘案し、以下のような症状を分類基準として設定することが考えられる。

- ・ 開放骨折
- ・ 四肢断裂
- ・ 眼疾患
- ・ 鼻出血

等

(3) 特殊性

搬送に時間を要している等、特殊な対応が必要なもの。

平成20年に東京消防庁管内の搬送事案について行った調査において、搬送先の選定が困難になるものとして、傷病者背景に

- ・ 急性アルコール中毒
- ・ 精神疾患
- ・ 透析
- ・ 未受診の妊婦

等があるものが多くなっており、また、医療機関が受入困難理由として明確に回答した傷病者背景としても急性アルコール中毒や精神疾患などが多くなっている。

各地域における傷病者の搬送及び受入れに関する調査・分析の結果、医療機関の選定に時間を要する等の理由により、特殊な対応が必要な場合がある場合に、分類基準を策定することが考えられる。

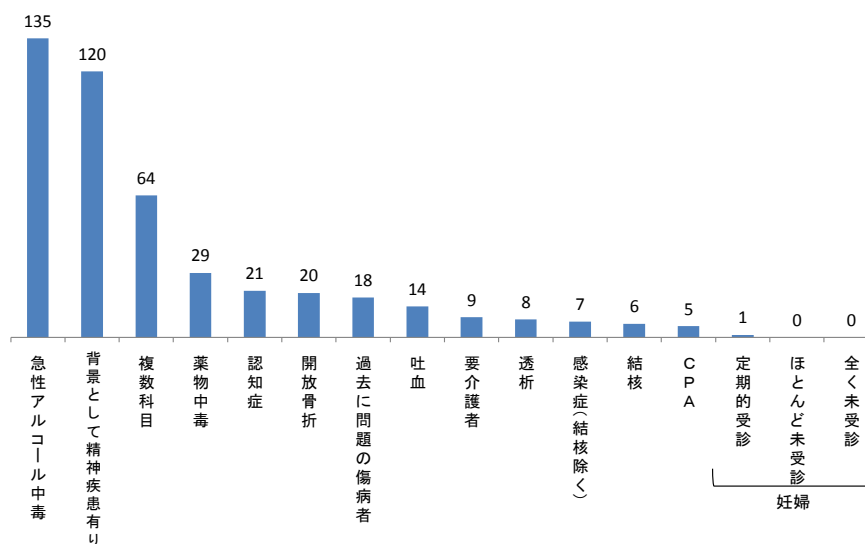
東京消防庁管内の救急搬送における医療機関の受入状況等詳細調査
(平成20年12月16日～22日)

傷病者背景がある場合において医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数

		1回	2～3回	4～5回	6～10回	11回以上	計	4回以上	6回以上	11回以上	最大回数
全数	件数(a)	6,628	2,003	488	231	60	9,410	779	291	60	25
	割合	70.4%	21.3%	5.2%	2.5%	0.6%	100%	8.3%	3.1%	0.6%	
傷病者背景	件数(b)	225	202	94	86	40	647	220	126	40	25
	割合	34.0%	31.2%	14.5%	13.3%	6.2%	100%	34.0%	19.5%	6.2%	
	b/a	3.4%	10.1%	19.3%	37.2%	66.7%					
結核	件数	2	3		1	2	8	3	3	2	15
	割合	25.0%	37.5%		12.5%	25.0%	100%	37.5%	37.5%	25.0%	
感染症(結核除く)	件数	3	5	2	2	2	14	6	4	2	24
	割合	21.4%	35.7%	14.3%	14.3%	14.3%	100%	42.9%	28.6%	14.3%	
精神疾患	件数	52	47	29	18	9	155	56	27	9	17
	割合	33.5%	30.3%	18.7%	11.6%	5.8%	100%	36.1%	17.4%	5.8%	
急性アルコール中毒	件数	39	55	26	25	7	152	58	32	7	20
	割合	25.7%	36.2%	17.1%	16.4%	4.6%	100%	38.2%	21.1%	4.6%	
薬物中毒	件数	6	9	6	7	2	30	15	9	2	16
	割合	20.0%	30.0%	20.0%	23.3%	6.7%	100%	50.0%	30.0%	6.7%	
妊婦	定期健診	件数	4	3			7				2
		割合	57.1%	42.9%			100%				
	ほとんど未受診	件数									
	割合										
	全く未受診	件数	1	1		1	4	2	2	1	13
	割合	25.0%	25.0%		25.0%	25.0%	100%	50.0%	50.0%	25.0%	
透析	件数	8	3	3	4		18	7	4		7
	割合	44.4%	16.7%	16.7%	22.2%		100%	38.9%	22.2%		
認知症	件数	32	21	6	2	4	65	12	6	4	16
	割合	49.2%	32.3%	9.2%	3.1%	6.2%	100%	18.5%	9.2%	6.2%	
要介護者	件数	35	12	5	4	5	61	14	9	5	25
	割合	57.4%	19.7%	8.2%	6.6%	8.2%	100%	23.0%	14.8%	8.2%	
過去に問題の傷病者	件数	2	7	1	5	3	18	9	8	3	17
	割合	11.1%	38.9%	5.6%	27.8%	16.7%	100%	50.0%	44.4%	16.7%	
CPA	件数	7	6	1			14	1			5
	割合	50.0%	42.9%	7.1%			100%	7.1%			
吐血	件数	10	5	5	3		23	8	3		8
	割合	43.5%	21.7%	21.7%	13.0%		100%	34.8%	13.0%		
開放骨折	件数	1	2	2	3	1	9	6	4	1	13
	割合	11.1%	22.2%	22.2%	33.3%	11.1%	100%	66.7%	44.4%	11.1%	
複数科目	件数	23	23	8	11	4	69	23	15	4	13
	割合	33.3%	33.3%	11.6%	15.9%	5.8%	100%	33.3%	21.7%	5.8%	

※1人の傷病者で複数の背景がある場合は、それぞれの背景に計上

救急隊からの情報に対して医療機関から
受入困難理由として明確な回答があった内容



※ 救急隊が伝達した傷病者背景に対し、医療機関が受入困難理由として明確に回答した件数を計上(457件)しており、1事案において複数の医療機関が傷病者背景を受入困難理由として明確に回答した場合は、延べ数として集計している。

参考（症状・病態等によって重症度・緊急度「高」となるもの）

分類基準を策定するに当たり、症状・病態等によって重症度・緊急度「高」となる分類を設ける場合の例について以下に示す。

例示した事項はあくまで各地域で分類基準を策定する際の参考例となるものである。したがって、どの事項を採用するかは地域の実情に応じて決定されるべきものであり、全ての事項について分類基準を策定しなければならないというものではない。

参考文献として、平成16年3月に「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会報告書」（（財）救急振興財団 委員長：島崎修次杏林大学教授）が報告されている。（<http://www.fasd.or.jp/tyousa/hanso01.pdf>）

① 脳卒中疑い

- ・ 脳卒中については、治療が開始されるまでの時間が、予後に大きく影響を及ぼすため分類することが考えられる。
- ・ さらに、脳梗塞について、迅速に治療を開始するために、医療資源の状況に応じて **t-PA適応疑い** を分類することも考えられる。

② 心筋梗塞（急性冠症候群）疑い

- ・ 心筋の虚血があった場合には、再灌流療法を始めとした治療が開始されるまでの時間が、予後に大きく影響を及ぼすため分類することが考えられる。
- ・ 特徴的な胸痛はないが、心電図所見や不快感等その他の症状により心筋梗塞（急性冠症候群）が疑われる場合があることから、**重症度・緊急度が高い胸痛** に含めることは適当ではないとの考え方もある。

③ 重症度・緊急度が高い胸痛

- ・ 心筋梗塞（急性冠症候群）を疑う主な症状の一つとして胸痛があるが、必ずしも心筋梗塞（急性冠症候群）を疑う典型的な所見がない胸

痛もあり、その中には大動脈解離等、緊急性の高い傷病が含まれるため分類することが考えられる。

- ・ 胸痛と共に強烈な痛み、背部の激痛がある場合等が考えられる。

④ **重症度・緊急度が高い外傷**

- ・ 高エネルギー外傷等、受傷機転（車が高度に損傷、車から放出されている場合等）から重症化を予測し、適切な医療を提供するため分類することが考えられる。

⑤ **重症度・緊急度が高い熱傷**

- ・ 熱傷の重症度判定基準（A r t zの分類）等による、重症度が高い傷病者については特に、適切な医療を提供するため分類することが考えられる。
- ・ 以下の場合等が考えられる。
 - ・ II度 30%以上
 - ・ III度 10%以上、もしくは顔面・手足・陰部のIII度熱傷
 - ・ 気道熱傷、広範囲の軟部組織の外傷、骨折の合併
 - ・ 化学熱傷、電撃傷

⑥ **重症度・緊急度が高い中毒**

- ・ 発生状況から明らかに誤飲・誤食等が疑われる場合だけでなく、原因がよく分からない意識障害の場合等、急性中毒を疑って、適切な医療を提供するため分類することが考えられる。
- ・ 毒物、医薬品、農薬、麻薬等を摂取した疑いがある場合、何を飲んだか不明である場合、集団で発生している場合等が考えられる。

⑦ **痙攣**

⑧ **喘息**

- ・ 重積発作がある場合等、傷病者の生命の危機に関連する可能性があ

るため分類することが考えられる。

- ・ 意識障害や呼吸困難の分類基準を策定し、その中で対応するという考え方もある。ただし、意識障害や呼吸困難について分類基準を策定し、広く特定の医療機関で受け入れるという考え方がある一方で、意識障害や呼吸困難については、様々な要因により起こる症状であることから、特に、他の症状等とあわせて総合的に判断すべきであり、**脳卒中疑い**や**心筋梗塞（急性冠症候群）疑い**等、その他の分類基準の中で対応すべきとの考え方もある。

⑨ **消化管出血**

- ・ 消化管出血（吐血・下血と血便）については、急変する場合も念頭に、緊急内視鏡検査の対応が必要となる場合があるため分類することが考えられる。
- ・ 大量の出血、肝硬変の既往がある場合等が考えられる。

⑩ **重症度・緊急度が高い腹痛（急性腹症）**

- ・ 緊急手術が必要となる可能性があるため分類することが考えられる。
- ・ 腹壁緊張がある場合等が考えられる。

救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会報告書

(平成16年3月(財)救急振興財団 委員長: 島崎修次杏林大学教授)

※ 救急隊員が活用しやすいよう、心疾患や脳血管障害等の疾患別ではなく、症状を中心に10種類の重症度・緊急度判断基準を作成。

	外傷	熱傷	中毒	意識障害	胸痛	呼吸困難	消化管出血	腹痛	周産期	乳幼児
生理学的評価	意識: JCS100以上 呼吸: 10回/分未満又は30回/分以上、呼吸音の左右差、異常呼吸 脈拍: 120回/分以上又は50回/分未満 血圧: 収縮期血圧90mmHg未満又は200mmHg以上 SpO ₂ : 90%未満、 その他: ショック症状 等 ※上記のいずれかが認められる場合									意識、呼吸、脈拍、血圧、SpO ₂ 等について新生児、乳児、幼児に分けて基準を設定
症状等	-	・気道熱傷 ・他の外傷合併の熱傷 ・化学熱傷 ・電撃傷 等	・毒物摂取 ・農薬等 ・有毒ガス ・覚醒剤、麻薬 等	・進行性の意識障害 ・重積痙攣 ・頭痛、嘔吐 等	・チアノーゼ ・20分以上の胸痛、絞扼痛 ・血圧左右差 等	・チアノーゼ ・起坐呼吸 ・著明な喘鳴 ・努力呼吸 ・咯血 等	・肝硬変 ・高度脱水 ・腹壁緊張 ・高度貧血 ・頻回の嘔吐 等	・腹壁緊張 ・高度脱水 ・吐血、下血 ・高度貧血 ・妊娠の可能性 等	・大量の性器出血 ・腹部激痛 ・呼吸困難 ・チアノーゼ ・痙攣 等	・出血傾向 ・脱水症状 ・重度の黄疸 ・痙攣持続 ・ぐったりうつろ 等
解剖学的評価	・顔面骨折 ・胸郭の動揺 ・穿通性外傷 ・四肢切断 等	-	-	-	-	-	-	-	-	-
受傷機転	・車外へ放出 ・車の横転 ・高所墜落 ・機械器具による巻き込み 等	-	-	-	-	-	-	-	-	-

報告書を基に消防庁で作成した概要

【傷病別のプロトコール】

・重症度・緊急度判断基準

例: 胸痛

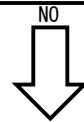
第1段階

生理学的評価

意識	: JCS100以上
呼吸	: 10回/分未満または30回/分以上 : 呼吸音の左右差 : 異常呼吸
脈拍	: 120回/分以上または50回/分未満
血圧	: 収縮期<90mmHgまたは収縮期>200mmHg
SpO ₂	: 90%未満
その他	: ショック症状 ※いずれかが認められる場合



重症以上と判断



第2段階

症状等

・チアノーゼ	・心電図上の不整脈(多源性/多発性/連発/PVC、RonT、心室性頻拍等)
・20分以上の胸痛、絞扼痛	・背部の激痛
・心電図上のST-Tの変化	・血圧の左右差



重症以上と判断



中等症以下と判断

・重症以上と判断した場合の医療機関選定は、救命救急センター等の三次救急医療機関、あるいはこれに準ずる二次救急医療機関及び地域の基幹病院とすること。

3 地域の取組について

大阪府堺市域二次医療圏においては、救急隊員が現場で使いやすい大きくくりの分類とする観点から、急病の場合として、生理学的評価、主訴・症候・症状（循環器疾患、脳血管障害、消化管出血内科、急性腹症からなる）を考慮した分類、外傷・熱傷の場合について、生理学的評価、受傷機転等を考慮した分類としている。

取組例 1 大阪府堺市域二次医療圏

疾病救急トリアージシート & 救急活動記録票										
救急隊名					覚知日時 平成 年 月 日 時 分					
医療機関到着日時 平成 年 月 日 時 分					搬送先医療機関:					
傷病者情報		氏名:			□男・□女、M, T, S, H			年 月 日生 (歳)		ID:
初期評価										
生理学的評価	気道閉塞、無呼吸	無	有	評価せず	状況評価	心肺停止	あり(CPA)	A	直近の医療機関等 リスト①	
	脈拍触知せず	無	有	評価せず						
	GCS 4-5-6 = ()	8 以下	無	有	評価せず	初期評価で 有にチェック	なし	B	救命救急センタ ー等	
	または JCS = ()	30 以上	無	有	評価せず					
	呼吸数 = ()	10 未満 30 以上	無	有	評価せず					
	SpO2 = ()	90% 未満	無	有	評価せず					
	脈拍数 = ()	50 未満 120 以上	無	有	評価せず					
	収縮期血圧 = ()	90mmHg 未満	無	有	評価せず					
	体温 = ()	34℃ 未満 40℃ 以上	無	有	評価せず					
	重症不整脈		無	有	評価せず					
全身詳細観察、SAMPLE										
主訴、症候、症状	② 循環器疾患 上	40 歳以上	20 分以上の持続する胸痛	無	有	評価せず	D	なし	C	疾病別医療機関 リストを活用 リスト②③④⑤
			肩、下顎(歯)、上腹部、背部の激痛	無	有	評価せず				
			心臓病+胸部不快感	無	有	評価せず				
			心電図モニター(II, CB5, CM2)でSTの上昇	無	有	評価せず				
		MCが示す別の基準 ()	無	有	評価せず					
	③ 脳血管障害 成人対象		片側の麻痺		無	有	評価せず			
			一側のしびれ感		無	有	評価せず			
			言語障害		無	有	評価せず			
			片側の失明		無	有	評価せず			
			めまい		無	有	評価せず			
	失調		無	有	評価せず					
	MCが示す別の基準 ()	無	有	評価せず						
④ 消化管内科	出血	吐血または血性吐物		無	有	評価せず				
		下血		無	有	評価せず				
		消化器症状+高度な貧血		無	有	評価せず				
	MCが示す別の基準 ()	無	有	評価せず						
⑤ 急性腹症		急な発症の腹痛 (尿路結石を強く疑う場合は除く)		無	有	評価せず				
		筋性防御、反跳痛		無	有	評価せず				
		歩行時に響く腹痛		無	有	評価せず				
		(♂) 鼠径部腫瘍+腹痛+嘔吐		無	有	評価せず				
	MCが示す別の基準 ()	無	有	評価せず						
医療機関選定理由 (□A , □B, □C#, □D)					収容決定までの医療機関への依頼回数: (回)					
# : Cの活用した場合					病院; □依頼せず/□収容可/□収容不可; 不応需理由→					
③④における当番病院名					病院; □依頼せず/□収容可/□収容不可; 不応需理由→					

搬送先医療機関記載		
救急外来	初期診療担当	診療科:
	病態・処置	病態または診断名:
	初期診療後の経過	□帰宅 □外来死亡 □入院 □同日転送**
	**転送先医療機関名	
入院	入院後の担当	診療科:
	確定診断名	主治医:
	主たる治療	□保存的治療 □PCI □t-PA □開頭術 □開腹術 □内視鏡的処置
	内容	術名または処置内容:
	□手術療法	所見:
	□心臓カテーテル	
	□内視鏡検査と処置	
	□その他	
退院日	年 月 日	
転帰	退院時の状況	□自宅退院、 □転院、 □死亡
	転院先医療機関名	
回答	回答部署:	回答者:

連絡欄	
消防機関→医療機関	MC協議会検証

外傷・熱傷トリアージシート & 救急活動記録票			
救急隊名		覚知日時 平成 年 月 日 時 分	
医療機関到着日時 平成 年 月 日 時 分		搬送先医療機関 ()	
傷病者情報 氏名: □男・□女、M, T, S, H 年 月 日生 (歳)		ID: ()	
初期評価		無	有
生理学的評価	気道閉塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	呼吸異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ショック症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	意識低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	GCS 4-5-6 = ()	8以下	<input type="checkbox"/>
または JCS = ()	30以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
呼吸数 = ()	10未満 30以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脈拍数 = ()	50未満 120以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
収縮期血圧 = ()	90mmHg 未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
全身観察		無	有
開放性頭蓋陥没骨折		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
顔面・頸部の高度な損傷		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頸部・胸部の皮下気腫		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外頸静脈の著しい怒張		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸部の動揺・フレイルチェスト		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腹部膨隆、筋性防御		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
骨盤の動揺、下肢長差		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頭頸部から鼠径部までの鋭的損傷		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15%以上の熱傷または気道熱傷		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
両大腿骨折		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
デグロービング損傷		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
四肢の輻断		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
四肢の麻痺		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
状況評価		無	有
受傷機転	自 同乗者の死亡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	動 車の横転	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	車 車外に放り出された	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	乗 車が高度に損傷している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	車 救出に20分以上要した	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	中 60 km/h r 以上の衝突	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	単 バイクと運転手の距離 大	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	車 30 km/h r 以上で走行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	歩 車に輻断された	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	行 5m以上はねとばされた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	者 衝突部のバンパーに変形あり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	そ 機械器具に巻き込まれた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
の 体幹部が挟まれた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
他 高所墜落 (6m以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
医療機関選定理由 (□A , □B, □C, □D)		不応需理由	
収容決定までの医療機関への依頼回数: (回)		病院: ()	
		病院: ()	

状況評価フローチャート:

```

    graph TD
      Start[状況評価] --> Stop{心肺停止}
      Stop --> A[救命救急センター等]
      Stop -- なし --> Check{初期評価で  
有にチェック}
      Check -- 有り --> B[救命救急センター等へ搬送  
またはオンラインMC]
      Check -- なし --> Exam[全身観察]
      Exam --> Car[車内収容]
      Car --> Hosp[搬送病院選定]
      Hosp --> Status{状況で  
有に該当}
      Status -- 有り --> C[救命救急センター等へ搬送  
またはオンラインMC]
      Status -- なし --> D[通常の救急医療機関へ]
      
```

隊長コメント

初期診療担当医コメント

搬送先医療機関記載			
救急外来	初期診療担当	診療科:	担当医:
	病態・処置	病態または診断名:	処置:
	初期診療後の経過	□ 帰宅 □ 外来死亡 □ 入院 □ 同日転送**	
	** 転送先医療機関名		
入院	入院後の担当	診療科:	主治医:
	確定診断名		
	身体区分別 maxAIS	頭頸部 ()、顔面 ()、胸部 ()、腹部 ()、四肢骨盤 ()、体表 ()	
	ISS/Ps	ISS: 予測生存率 (Ps):	
主たる治療		□保存的治療 □開頭術 □開胸開腹術 □TAE □観血的整復固定術 □その他	
退院日 年 月 日			
転帰	退院時の状況	□自宅退院、 □転院、 □死亡	
	転院先医療機関名		
回答		回答部署:	回答者:

連絡欄 消防機関→医療機関	MC協議会検証
------------------	---------

第2号（医療機関リスト）

分類基準に基づき分類された医療機関の区分及び当該区分に該当する医療機関の名称

第2号の基準（医療機関リスト）は、分類基準に基づき分類された医療機関の区分ごとに当該区分に該当する医療機関の名称を具体的に記載するものである。

表示の仕方は任意であるが一般に理解しやすい表示方法の例を以下に示す。

都道府県全体を一つの区域として医療機関の名称を記載する方法の他、医療を提供する体制の状況を考慮して、都道府県の区域を分けて定める区域ごとに医療機関の名称を記載する方法も考えられる。

傷病者の状況			医療機関のリスト	
緊急性	重篤（バイタルサイン等による）		A救命救急センター、B救命救急センター	
	重症度・緊急度【高】	脳卒中 疑い	t-PA適応疑い	B救命救急センター、D病院
			その他	C病院、E病院
		心筋梗塞（急性冠症候群）疑い		A救命救急センター、E病院
		胸痛		A救命救急センター、B救命救急センター、D病院
		外傷	多発外傷	A救命救急センター、B救命救急センター
			その他	C病院
…		…		
専門性	妊産婦		B救命救急センター、F病院、G病院	
	小児		B救命救急センター、J病院、K病院	
	開放骨折		B救命救急センター、H病院	
	…		…	
特殊性	急性アルコール中毒		C病院、D病院、E病院	
	…		…	

※ 上記の基準は例示であり、分類基準をどう策定するかは地域の実情に応じて決定されるものである。

東京都脳卒中急性期医療機関リスト

このリストは、「東京都保健医療計画」における脳卒中急性期医療機能を担う医療機関の一覧です。

平成21年●月●日現在

【注】

◇このリスト掲載の医療機関は、脳卒中急性期患者の受入可能な態勢をとれる日や時間帯があるということです。

また、救急医療現場の状況は、時々刻々と変化するため、受入可能な状態かどうかは常に変化します。

◇「t-PAの実施あり」の欄に「○」のついている医療機関は、t-PA治療(*)実施に必要な態勢をとれる日や時間帯があるということです。

(*) t-PA治療…超急性期の脳梗塞治療で、発症後3時間以内に遺伝子組み換え型t-PA(組織プラスミノゲン・アクチベーター)製剤(薬剤名:アルテプラゼ)の静脈内投与による血栓溶解療法を指す。

◇このリストは、毎月1日付で更新します。

医療機関名	住所	t-PAの実施あり
A病院	〇〇区×-△	○
B病院	〇〇区×-△	○
C病院	〇〇区×-△	○
D病院	〇〇区×-△	○
		○

東京都福祉保険局ホームページ

http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/nousottyuutorikumi/nousottyuukyuseikiiryokikan/index.html

第3号（観察基準）

消防機関が傷病者の状況を確認するための基準

第3号の基準（観察基準）は、救急隊が傷病者の症状等（状況）を観察（確認）するためのものである。この基準は、特に、受入医療機関を選定するために、傷病者の状況が、第1号の分類基準のどの分類に該当するか判断するための材料を、正確に得るためのものである。

例えば、脳卒中疑いについては、一般に救急車を呼ぶべき場合と啓発されているレベルの内容から、シンシナティ病院前脳卒中スケール、さらには倉敷プレホスピタル脳卒中スケールといった観察基準が考えられる。なお、t-PA療法の適応がある傷病者について広くとらえる場合には、シンシナティ病院前脳卒中スケールが用いられることが一般的であり、さらに重症度等まで判断し、より絞り込む場合に、倉敷プレホスピタル脳卒中スケールが有効であるとされている。

これらのうちどの観察基準を用いるかは、第1号の分類基準の内容に対応して決まってくる。

t-PA療法を活用する場合、

- ① 脳卒中が疑わしいものを全てt-PA実施可能な医療機関に集める
- ② 脳卒中が疑われる中でも特にt-PA適応の疑いがあるものを救急隊が絞り込んでt-PA実施可能な医療機関に搬送する

等、種々の対応方策が考えられるが、そもそも、地域の医療資源等の実情を踏まえ、t-PA療法の対応体制を確保できるか否かを含めて、こういった対応方策で傷病者の搬送及び受入れを実施していくことが適切か、その対応方策について協議した上で、観察基準が決定されることとなる。

心筋梗塞（急性冠症候群）疑いについても同様であり、心筋梗塞（急性冠症候群）が疑われる症状等は、以下のとおり種々あるが、

心筋梗塞（急性冠症候群）疑い

- ・ 20分以上の胸部痛、絞扼痛
 - ・ 心電図上のST-T変化、持続性の心室頻拍 等
 - ・ 放散痛（肩、腕、頸部、背中 等）
 - ・ 随伴症状（チアノーゼ、冷感、嘔気・嘔吐、呼吸困難 等）
 - ・ 既往歴（狭心症（ニトロ製剤服用）、心筋梗塞、糖尿病、高血圧 等）
- 等

例えば大阪府堺市域二次医療圏の場合では、循環器疾患という形でまとめ、まずは「40歳以上」を前提とし「20分以上の持続する胸痛」、「肩、下顎（歯）、上腹部、背部の激痛」、「心臓病＋胸部不快感」、「心電図モニターでのST上昇」を基準として採用し、メディカルコントロール協議会が示す別の基準を付け加えるという形で整理を行っている（[取組例1](#) P18参照）。

傷病者の観察は、観察基準に定められているものだけ行えばいいというものではなく、観察基準に基づく観察のほか、傷病者の状況に関する総合的な観察が必要である。

また、救急業務に関しては、活動要領等を策定し一定の基準に基づき実施している消防本部もあるが、傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準を機能させるために、協議会での検討結果を踏まえて、こうした活動要領等について適宜見直し、整合性を図っていくことが重要である。

なお、観察の実効性を高める工夫として、特に重要な事項等について、観察カードの策定や活動記録票等により、関係者間で共通認識を図ることが有効である（[取組例3](#) P26参照）。

観察基準の例

脳卒中疑い

- ・ 突然に以下いずれかの症状が発症した場合等

- ・ 片方の手足・顔半分の麻痺・しびれ(手足のみ、顔のみの場合あり)
- ・ ロレツが回らない、言葉が出ない、他人の言うことが理解できない
- ・ 力はあるのに、立てない、歩けない、フラフラする
- ・ 片方の目が見えない、物が二つに見える、視野の半分が欠ける
- ・ 経験したことのない激しい頭痛

社団法人日本脳卒中協会

- ・ シンシナティ病院前脳卒中スケール
(CPSS : Cincinnati Prehospital Stroke Scale)

シンシナティ病院前脳卒中スケール(CPSS)

- ・ 顔のゆがみ(歯を見せるように、あるいは笑ってもらう)
正常— 顔面が左右対称
異常— 片側が他側のように動かない。図では右顔面が麻痺している
- ・ 上肢挙上(閉眼させ、10秒間上肢を挙上させる)
正常— 両側とも同様に挙上、あるいはまったく挙がらない
異常— 一側が挙がらない、または他側に比較して挙がらない
- ・ 構音障害(患者に話をさせる)
正常— 滞りなく正確に話せる
異常— 不明瞭な言葉、間違った言葉、あるいはまったく話せない

解釈: 3つの徴候のうち1つでもあれば、脳卒中の可能性は72%である



脳卒中病院前救護ガイドライン(脳卒中病院前救護ガイドライン検討委員会
(日本臨床救急医学会・日本救急医学会・日本神経救急学会))

・ 倉敷プレホスピタル脳卒中スケール

(K P S S : Kurashiki Prehospital Stroke Scale)

倉敷病院前脳卒中スケール(KPSS)		全障害は13点	
意識水準	完全覚醒	0点	
	刺激すると覚醒する	1点	
	完全に無反応	2点	
意識障害	患者の名前を聞く		
	正解	0点	
	不正解	1点	
運動麻痺	患者に目を閉じて、両手掌を下にして両腕を伸ばすように		
	口頭、身ぶり手ぶり、パントマイムで指示	右手	左手
	左右の両腕は並行に伸ばし、動かずに保持できる	0点	0点
	手を挙上するが、保持できず下垂する	1点	1点
	手を挙上することができない	2点	2点
	患者に目を閉じて、両下肢をベットから挙上するように		
	口頭、身ぶり手ぶり、パントマイムで指示	右足	左足
	左右の両下肢は動揺せず保持できる	0点	0点
下肢を挙上できるが、保持できず下垂する	1点	1点	
下肢を挙上することができない	2点	2点	
言語	患者に「今日はいいい天気です」を繰り返して言うように指示		
	はっきりと正確に繰り返して言える	0点	
	言語は不明瞭(呂律がまわっていない)、もしくは異常である	1点	
	無言。黙っている。言葉による理解がまったくできない	2点	
計	_____点		

Kimura K, et al. Cerebrovasc Dis25:189-191, 2008

脳卒中病院前救護ガイドライン (脳卒中病院前救護ガイドライン

検討委員会 (日本臨床救急医学会・日本救急医学会・日本神経救急学会))

取組例3 東京消防庁

外傷観察カード <東京消防庁>										
総合判断		A	B	C						
外見	状態	歩行可能・不能(仰・側・腹・坐・その他) 虚脱								
	顔色	正常	黄・紅潮	土気色	蒼白・チアノーゼ					
	表情	正常	興奮	不安・苦悶	無表情・うつろ					
	嘔吐・失禁	なし	嘔気・嘔吐	吐血・喀血	失禁(大小)					
	皮膚体温等	正常	乾燥・発熱	湿潤・発汗・浮腫	冷汗	冷感				
眼瞼結膜	正常	蒼白・チアノーゼ								
四肢末梢	正常									
意識	清明	1	2	3	10	20	30	100	200	300
	A自発性喪失	I(便尿失禁)・R(不穏状態) 意識障害進行								
呼吸	性状	正常	浅・深・喘鳴・異常(胸部挙上不十分) 感ぜず							
	数(回/分)	成人	16~19	20~29	10~15	10未満または30以上				
脈拍	緊張度	正常	左右差(なし・あり) 乾性ラ音・湿性ラ音 狭窄音 微弱							
	リズム	整	不整(総頭触れず)							
血圧	測定値	/	左右差(なし・あり)							
	収縮期血圧	成人	50~100	101~119	141~199	90未満	200以上	測定不能		
瞳孔	SpO ₂	成人	93~97%	90~92%	90%未満					
	大きさ	正常	縮小(両側)・不同(左>・右>) 散大							
瞳孔	反射	正常	にぶい							
	偏視	なし	右・左・上・下・右斜め・左斜め・共同偏視							
左()	右()	1	2	3	4	5	6	7	8	

※1 赤枠の項目が1つでもあれば、重症と判断する
 ※2 緑色の項目は総合的に重症度を判断する

事務局注： 赤枠は、枠が二重になっている部分及び受傷機転（重症）部分
 緑色は、Cの部分

主訴・局所状態									
痙攣等	なし	ふるえ・弛緩・痙攣 {局所・全身} 脱力感・胸内苦悶							
麻痺	なし	言語・知覚 {上肢・下肢・片(左・右)} 除脳硬直・除皮質硬直							
部位	頭	顔・眼	鼻・口	耳・顎	肩・胸	腹・腰	背・腰	膝・腕	手
	前額	前胸部	上腹部	上肢左	上肢右	上腕・肘	前腕・手	前腕・手	前腕・手
痛み	なし	純痛・激痛	眼痛	放散	間歌	持続			
	なし	止血・持続	少	中	多	約			
出血	なし	皮下血腫	毛細血管	耳・鼻出血	中枢				
	なし	末梢(静脈・動脈)	唾液(耳・鼻)	漏	刺創・刺創	切断・切断			
創傷等	なし	頭・頸・胸・腹・鼠頸部への穿通性外傷、フレイルチエスト							
	なし	多指切断、四肢の切断、腹壁緊張、複線刺激症状、腸管損傷							
骨折	なし	肋骨膨隆、内臓露出、頸部又は胸部の皮下気腫、血気胸疑							
	なし	外頸静脈の著しい怒張、デグロローピング損傷							
既往症	なし	総挫・腫脹・脱臼・変形・非開放 肺浸潤・肺動脈・肺動脈・肺動脈							
	なし	鎖骨・肋骨 胸壁動揺・骨盤・両側大腿骨・顔面骨							
受傷機転(重症)	なし	心疾・脳血・高血・消化・泌尿・その他							
	なし	車が高度に損傷している							
薬剤使用歴	なし	5m以上跳ね飛ばされた							
	なし	受傷機転(転倒したバイクと運転者の距離大。自動車が歩行者、自転車に衝突等)から重症と疑える場合							

第4号（選定基準）

消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関を選定するための基準

第4号の基準（選定基準）は、救急隊が、傷病者の観察に基づき医療機関リストの中から搬送すべき医療機関を選定するための基準である。

搬送先の選定は、傷病者の観察の結果、当該傷病者に適した区分に属する医療機関の中から最も搬送時間が短いものを選定することが基本となるが、輪番制を採用している地域においては当番となっている医療機関の中から選定すること、救急医療情報システム等を用いて受入可能な医療機関の中から選定すること、また、かかりつけ医療機関がある場合には、状況に応じてそれを考慮して選定することが必要であり、これらのうちあらかじめルール化できるものを基準として定めておくことが考えられる。

この他、緊急的に輸液等の一次処置が必要な場合において、当該処置が可能な最も近い医療機関を一時的に選定することをルール化すること等も考えられる。

第5号（伝達基準）

消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関に対し傷病者の状況を伝達するための基準

第5号の基準（伝達基準）は、救急隊が、搬送先として選定した医療機関に対して、傷病者の状況を伝達するための基準を定めるものである。

救急隊から医療機関への傷病者情報の伝達は、基本的に音声によって短時間で行われるため、正確な伝達を行うことは困難であり、傷病者の症状等について、できるだけわかりやすい言葉で齟齬が生じることのないよう、また、齟齬が生じた場合は適切に修正できるよう、共通認識を有しておくことが必要である。

例えば、分類基準で定める症状や選定の根拠となる症状等、搬送先医療機関を選定する判断材料となった事項を優先してわかりやすい言葉で伝達するようルール化することが考えられる。

なお、傷病者の伝達は、伝達基準に定められたものだけ伝達すればいいというものではなく、基本的に総合的に系統だった伝達が必要である。

伝達を円滑に実施するために、消防機関側は、救急医療に関する知識を持ち合わせている救急救命士や救急科課程（救急Ⅱ課程含む。）修了者が情報伝達にあたり、医療機関側は、医師等の受入れの判断を行える者が直接対応することが重要である。なお、このことについては、第6号の受入医療機関確保基準の「その他傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項」として定めることも可能である。

【伝達基準（基本的な例）】

- ・ 年齢、性別
- ・ 現病歴、受傷機転（どのような事故で受傷したか等）
- ・ 主訴
- ・ 観察結果（バイタルサイン等）
- ・ 既往歴
- ・ 応急処置内容

※ 上記の内容全てを網羅しなければならないものではなく、傷病者の状況に応じて特に伝達すべき事項を設定。

第6号（受入医療機関確保基準）

傷病者の受入れに関する消防機関と医療機関との間の合意を形成するための基準
その他傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項

第6号の基準（受入医療機関確保基準）は、傷病者の受入れに関する消防機関と医療機関との間の合意を形成するための基準及びその他傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項について基準を策定するものである。

（1）傷病者の受入れに関する消防機関と医療機関との間の合意を形成するための基準

第5号までの基準に従って、傷病者の搬送及び受入れの実施を試みてもなお、傷病者の受入れに時間がかかるケースが発生することが考えられる。そのような場合に傷病者を速やかに受入れるため、消防機関と医療機関の間で合意を形成する等のルールを設定しておく必要がある。

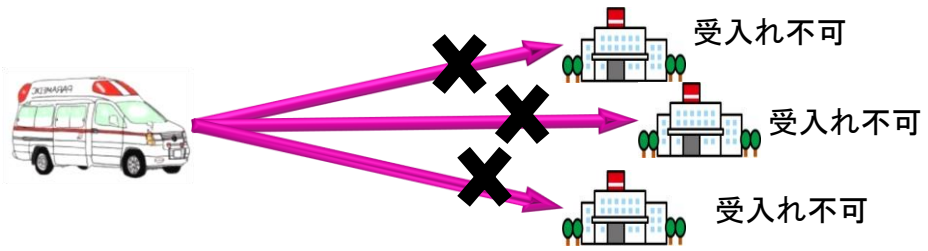
① 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合の設定

- ・ 当該ルールを適用すべき場合について、照会回数__回以上、現場滞在時間（or 医療機関の選定に要している時間）__分以上等を設定

② 受入医療機関を確保する方法の設定例（次頁参照）

- ・ コーディネーターによる調整
- ・ 基幹病院による調整
- ・ 一時受入れ・転院
- ・ 機能別に最終的な受入医療機関をあらかじめ設定

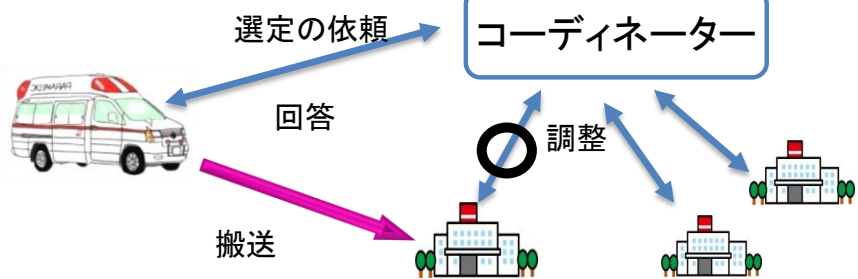
受入医療機関が速やかに決定しない場合



(例)

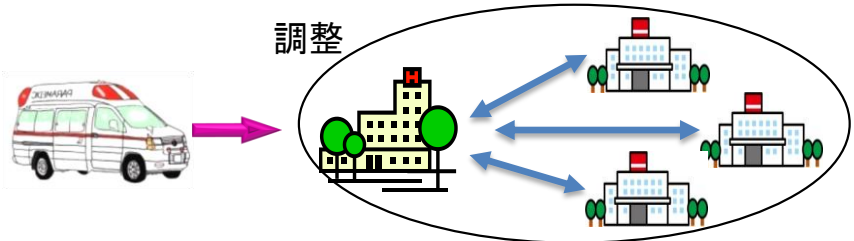
コーディネーターによる調整

コーディネーターが受入医療機関の調整を行い、その調整結果に基づき受入れを実施



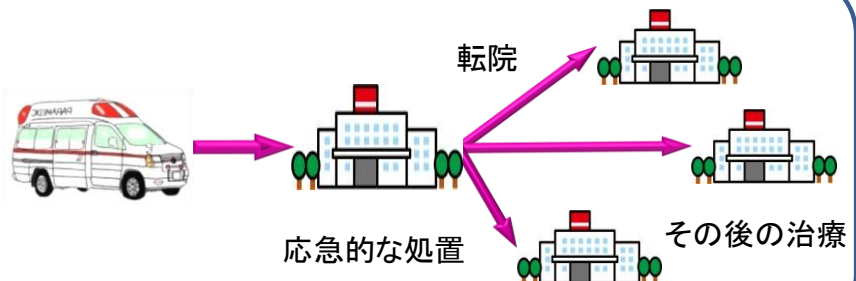
基幹病院による調整

地域の基幹病院が、地域内で患者受入調整を行うとともに、自院での受入れにも努める



一時受入れ・転院

一時受入病院が、応急的な処置を行い、その後の治療は必要に応じて転院先医療機関で実施

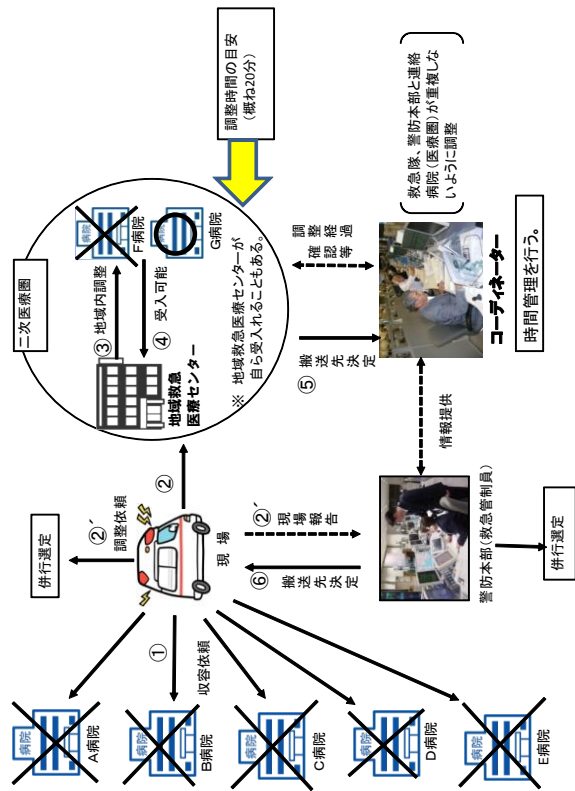


救急医療の東京ルール

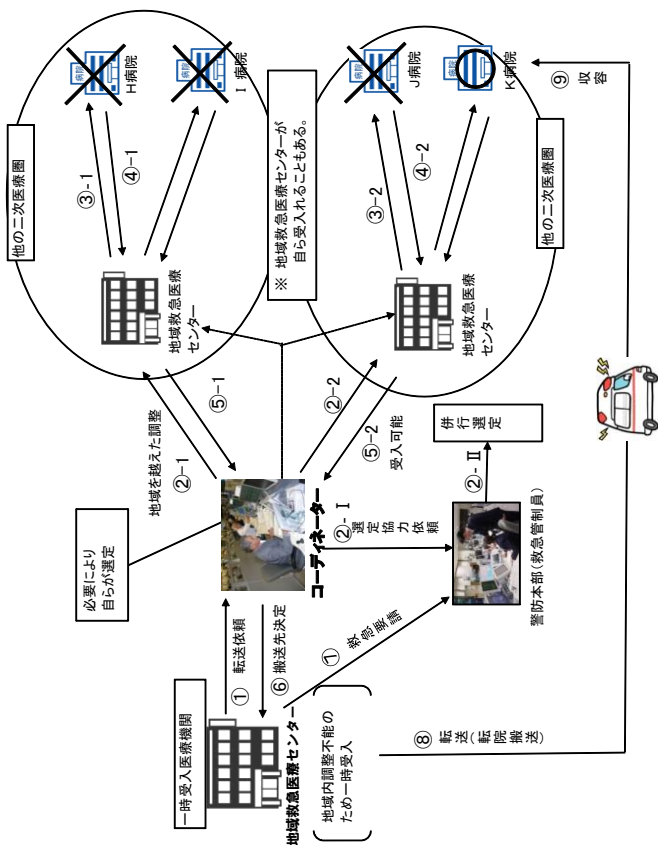
ルール I 救急患者の迅速な受入れ

- ◆ 救急患者を迅速に医療の管理下に置くため、地域の救急医療機関が相互に協力・連携して救急患者を受け入れる。
(調整対象)
原則として中等症以下であり、救急隊長による医療機関選定で、5か所の医療機関に受入要請を行ったにもかかわらず搬送先医療機関が決定しない場合は、東京ルールにて地域救急医療センターに調整依頼をします。

(1) 地域で受け止める救急医療のイメージ図



(2) 東京都全体で受け止める救急医療のイメージ図



ルール II 「トリアージ」の実施

- ◆ 緊急性の高い患者の生命を守るため、救急医療の要否や診療の順番を判断する「トリアージ」を、救急の様々な場面で実施する。

ルール III 都民の理解と参画

- ◆ 都民は、自らのセーフティネットである救急医療が重要な社会資源であることを認識し、救急医療を守るため、適切な利用を心がける。

(2) その他傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項

① 受入医療機関に関する輪番制等の運用に関する基準

受入医療機関を、輪番制を組むことで確保する方法がある。医療機関として、体制を継続的に強化することは困難でも、週に数回であれば可能等、それぞれの医療機関の対応能力を考慮し、地域全体として医療機能の確保を行うものである。救急全般に対応する輪番や、t-PA療法など、特定の医療機能を継続的に維持するための輪番があるが、これらについて基準を定めることが考えられる。

※ 参考：地域によっては、事前に医療資源の調整を行うため、分類基準による特定の分類に対し、医療機関リストで名前があがっている医療機関について、あらかじめ医療機関を調整・確保している。

取組例5 東京都

(例)平成21年〇月 東京都脳卒中急性期医療機関カレンダー (二次保健医療圏別)

A. t-PAを含む治療が可能な時間帯

※〇月1日現在の情報であり、最新の情報が反映されていない場合があります。

医療機関名	1日 (水)		2日 (木)		3日 (金)		4日 (土)		5日 (日)		6日 (月)		7日 (火)		8日 (水)		9日 (木)		10日 (金)		11日 (土)		12日 (日)		13日 (月)		14日 (火)		15日 (水)	
	日勤	夜勤	日勤	夜勤	日勤	夜勤	日勤	夜勤	日勤	夜勤	日勤	夜勤	日勤	夜勤	日勤	夜勤	日勤	夜勤	日勤	夜勤	日勤	夜勤	日勤	夜勤	日勤	夜勤	日勤	夜勤	日勤	夜勤
A病院	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×
B病院																														
C病院																														
D病院																														
E病院																														
F病院																														

以下、同様に、日勤帯・夜勤帯において、患者の受入が可能か○×で表記

B. t-PA以外の治療が可能な時間帯

※〇月1日現在の情報であり、最新の情報が反映されていない場合があります。

医療機関名	1日 (水)		2日 (木)		3日 (金)		4日 (土)		5日 (日)		6日 (月)		7日 (火)		8日 (水)		9日 (木)		10日 (金)		11日 (土)		12日 (日)		13日 (月)		14日 (火)		15日 (水)	
	日勤	夜勤	日勤	夜勤	日勤	夜勤	日勤	夜勤	日勤	夜勤	日勤	夜勤	日勤	夜勤	日勤	夜勤	日勤	夜勤	日勤	夜勤	日勤	夜勤	日勤	夜勤	日勤	夜勤	日勤	夜勤	日勤	夜勤
A病院	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○
B病院																														
C病院																														
D病院																														
E病院																														
F病院																														
G病院																														
H病院																														
I病院																														
J病院																														

以下、同様に、日勤帯・夜勤帯において、患者の受入が可能か○×で表記

※島しょを除く二次保健医療圏別ごとに、圏域別事務局病院等にて関係各医療機関の情報を集約し作成
 ※都で12圏域分を集約し、東京消防庁等と東京都脳卒中急性期医療機関(圏域別事務局病院等経由)に通知

② 医療機関の受入可否情報の提供に関する事項

救急医療情報システムにおける更新頻度・時期について、定時に1日2回、当直体制の変更時、手術室がふさがる等の受入れに重大な影響を及ぼす事態が生じた時に随時等として、定めることが考えられる。

また、傷病者の搬送及び受入れの実施基準を機能させるべく、表示項目を傷病者の症状等に応じたものにすることが考えられる。

第7号（その他基準）

傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関し都道府県が必要と認める事項

第7号は、第6号までの基準以外に傷病者の搬送及び受入れの実施に関して、都道府県が必要と認める事項について策定するものである。

以下に例を示す。

① 搬送手段の選択に関する基準

消防防災ヘリやドクターヘリを活用する場合には、基本的に消防機関が要請を行うこととなり、ヘリコプターを効果的に活用するためには、適切なヘリ要請が必要となる。そのため、救急車を活用した場合と、ヘリコプター等を活用した場合において、どちらが傷病者の生命や予後の観点から適当か等、当該地域においてあらかじめ検討した上で、一定の要請基準を設定することが考えられる。

② 災害時における搬送及び受入れの基準

災害時、特に多数発生した傷病者に対し、消防機関と医療機関がどのように連携を図るかについて、傷病者の搬送及び受入れの観点から、実施基準としてあらかじめ策定しておくことが考えられる。

3 協議会について

消防法が都道府県に設置を義務づける協議会は、傷病者の搬送及び受入れの実施基準を策定又は変更するに当たっての協議や、実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施に係る連絡調整を行うためのものであり、消防機関及び医療機関をはじめ、関係者が広く参画するものでなくてはならない。

協議会の構成メンバーについてその一例を以下に示す。

① 消防機関の職員

- ・ 代表消防本部
- ・ 政令市等大規模消防本部
- ・ 中～小規模消防本部

等

② 医療機関の管理者又はその指定する医師

- ・ 救命救急センター、地域中核病院
- ・ 二次救急医療機関
- ・ 小児科、産婦人科、精神科等の特に特定の医療機能を有する医療機関

等

③ 診療に関する学識経験者の団体の推薦する者

④ 都道府県の職員

- ・ 消防防災部局の職員
- ・ 衛生主管部局の職員

⑤ 学識経験者その他の都道府県が必要と認める者

消防機関と医療機関等との間の意見調整や傷病者の搬送及び受入れに関する合意の形成を行うことから、こうした関係機関における一定の責任を有す

る者が協議会の構成員となることが望ましいと考えられる。しかし、同時に、実施基準を現場の実情に即したものとするため、現場の意見を反映させることも不可欠である。そのための対応として、協議会の構成メンバーに現場の消防職員や救急医療に携わる医師を加えることや、意見を聴取する場を設けること等も考えられる。

なお、協議会は、救急救命処置を含む応急処置と搬送を一連のものとして協議していくため、既存のメディカルコントロール協議会を活用することが有効であると考えられる。

4 傷病者の搬送及び受入れに関する調査・分析について

地域の実情に即して実施基準を策定し、適切に見直しを行っていくため、救急搬送及び受入れの実施基準について、調査・分析を行うことは極めて重要であり、協議会の役割として位置づけられている（消防法第35条の8第1項「実施基準に基づく傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に係る連絡調整」）ところである。

まず、救急搬送における症状等ごとの受入医療機関の照会回数や搬送時間などを調査・分析し、分類基準を定めるべき症状等を把握する必要がある。

また、単に搬送時における照会回数等だけでなく、傷病者の状況等に応じて、救急隊の観察、病院選定や処置が適切であったか等について、実施基準にフィードバックすることで、傷病者のためにより適切な搬送及び受入れを実現していくことが重要である。

このためには、消防機関が有する搬送に関する情報と、医療機関が有する救急搬送後の傷病者の転帰情報等をあわせて総合的に調査・分析を実施する必要がある。

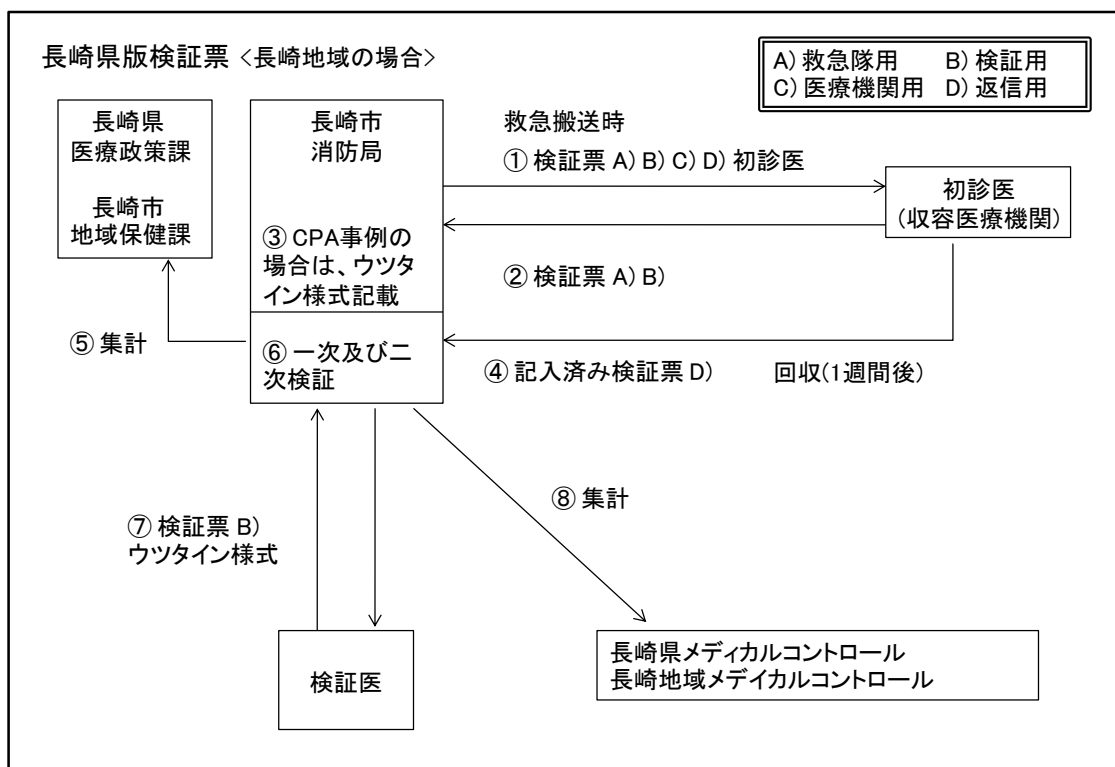
実施基準を、有効なものとして継続するためには、少なくとも年に1回は調査・分析を行い、状況に応じて必要な見直しを行うことが求められる。

(1) 地域の取組について

① 長崎救急医療白書

- ・ 地域における患者の発生状況、治療・転帰の状況を明らかにするために救急現場から医療機関へ正確な情報を伝え（プレホスピタルレコード）、治療結果をフィードバックしている。

取組例6 長崎県



③ 疾患群別詳細

それぞれの疾患別の転帰（搬送7日目）を示す。

長崎県全体

	搬送数	外来のみ	入院中	退院	高次転院	その他転院	外来死亡	入院死亡	不明
脳疾患	4,574	523	2,692	569	226	113	42	290	119
1 脳内出血	877	0	624	17	88	22	8	104	14
2 くも膜下出血	372	0	207	6	48	12	11	75	13
3 脳梗塞	1,779	26	1,348	136	54	51	13	95	56
9 その他脳疾患	1,546	497	513	410	36	28	10	16	36
循環器疾患	4,234	705	1,804	609	187	131	426	280	92
1 急性心筋梗塞	764	1	423	48	58	30	116	72	16
2 狭心症	455	114	162	134	12	12	7	4	10
3 急性大動脈解離	335	1	120	18	45	17	71	52	11
9 その他循環器疾患	2,680	589	1,099	409	72	72	232	152	55
呼吸器疾患	4,118	557	2,293	642	52	87	64	327	96
1 気管支喘息	350	111	127	91	3	4	1	1	12
2 肺炎	2,391	150	1,565	333	29	52	19	191	52
3 COPDの急性増悪	306	23	196	35	4	8	11	24	5
9 その他呼吸器疾患	1,071	273	405	183	16	23	33	111	27
消化器疾患	4,647	859	2,186	1,050	118	108	22	233	71
1 消化管出血	731	19	479	129	25	17	8	40	14
2 穿孔性腹膜炎	230	2	159	28	11	10	0	19	1
9 その他消化器疾患	3,686	838	1,548	893	82	81	14	174	56
その他	12,568	5,771	2,889	2,912	171	242	123	174	286
1 精神科疾患	1,840	1,047	251	420	16	56	0	1	49
2 婦人科疾患	634	104	221	249	19	23	0	8	10
3 分類困難	2,620	1,576	392	541	17	25	2	6	61
9 その他内因性疾患	7,474	3,044	2,025	1,702	119	138	121	159	166
内因性計 (%)	30,141 67.3%	8,415 56.6%	11,864 71.9%	5,782 74.3%	754 68.9%	681 58.9%	677 77.4%	1,304 91.8%	664 60.3%

	搬送数	外来のみ	入院中	退院	高次転院	その他転院	外来死亡	入院死亡	不明
外傷（臓器損傷）	749	0	427	107	75	42	28	47	23
1 外傷性頭蓋内出血	619	0	366	88	56	35	15	42	17
2 心・大血管・肺損傷	78	0	34	15	5	6	9	3	6
3 腹部臓器損傷	52	0	27	4	14	1	4	2	0
骨折	4,228	509	2,893	279	181	206	2	12	146
1 骨盤骨折	164	5	125	9	6	8	0	2	9
2 大腿骨頸部骨折	1,551	8	1,292	37	84	66	1	6	57
9 その他骨折	2,513	496	1,476	233	91	132	1	4	80
その他1	355	36	104	35	17	15	109	32	7
1 重症多発外傷	55	0	14	1	4	3	28	5	0
2 脊髄損傷	109	1	68	10	11	8	6	0	5
3 窒息	191	35	22	24	2	4	75	27	2
その他2	9,318	5,912	1,204	1,577	68	212	59	25	261
1 熱傷	121	39	60	11	6	1	1	1	2
2 溺水	90	11	9	12	2	3	46	5	2
3 中毒	1,285	644	92	455	11	37	2	6	38
9 その他外因性疾患	7,822	5,218	1,043	1,099	49	171	10	13	219
外因性計 (%)	14,650 32.7%	6,457 43.4%	4,628 28.1%	1,998 25.7%	341 31.1%	475 41.1%	198 22.6%	116 8.2%	437 39.7%

総計 (%)	44,791 100.0%	14,872 100.0%	16,492 100.0%	7,780 100.0%	1,095 100.0%	1,156 100.0%	875 100.0%	1,420 100.0%	1,101 100.0%
------------------	------------------	------------------	------------------	-----------------	-----------------	-----------------	---------------	-----------------	-----------------

② 大阪府泉州地域の取組

- ・ 救急搬送の実態調査により、吐下血・脳卒中等の特定の疾患について特に搬送先の選定に難渋していることや二次救急告示医療機関に患者が集中し過度の負担となっていることを把握した。
- ・ 実態把握に基づき、内科（内因性疾患）全般及び吐下血・脳卒中について緊急の対応が必要と判断し、体制を構築した。また、特定の疾患については従来の固定通年制に加えて当番制の導入が必要との認識に立ち、各医療機関における提供可能な診療内容について調査を行っている。

取組例 7 大阪府泉州地域

イ. 傷病別救急搬送件数及び入院件数の状況

傷病別に搬送件数、入院件数を見ると、表4のとおり、外傷が最も多いが、それ以外の内因性疾患では、脳卒中が最も多く、肺炎、急性冠症候群、吐下血の順で、吐下血については搬送件数で1日平均1.3人、要入院件数で1日平均1人と、件数的にはさほど多くはない。

表4. 泉州地域における傷病別救急搬送件数・入院件数(平成19年)

傷病名	搬送件数				要入院件数			
	年間トータル	1日平均件数			年間トータル	1日平均件数		
		年平均	最大月	最小月		年平均	最大月	最小月
脳卒中	1,573	4.3	5.4	3.3	1,262	3.5	4.2	2.5
脳梗塞	952	2.6	3.3	2.0	734	2.0	2.5	1.4
脳出血	489	1.3	1.9	0.8	398	1.1	1.5	0.5
くも膜下出血	132	0.4	0.5	0.3	126	0.3	0.4	0.3
急性冠症候群	499	1.4	1.9	1.0	395	1.1	1.6	0.7
肺炎	1,068	2.9	3.5	1.9	856	2.3	2.8	1.6
吐下血	470	1.3	2.0	0.9	383	1.0	1.8	0.6
外傷	12,420	34.0	37.0	28.3	2,190	6.0	6.6	5.3
全傷病	39,942	109.4	116.5	102.2	12,558	34.4	37.5	30.1

ウ. 救急搬送先選定に難渋する事例の増加

表5-1～表5-3は、泉佐野市消防本部における救急搬送例について、救急搬送先選定に難渋する事例の状況及びその内訳を表わしたものである。

平成19年度は18年度に比べ、覚知から病着に1時間を要した症例数が28例から89例に、搬送依頼5回以上が50例から129例に、搬送依頼10回以上が5例から21例にそれぞれ大幅に増加しており、また現着から病着及び覚知から病着の平均所要時間も長くなっているなど、この1年間で搬送困難事例が急激に増加している（表5-1）。

表5-1. 救急搬送例 — 平成18年と19年の比較(泉佐野市消防本部)

	平成18年	平成19年
出動件数	6326件	6008件
搬送症例数	6019例	5862例
現着から到着平均所要時間	18.8分	20.0分
覚知から到着平均所要時間	22.9分	24.3分
覚知から到着に1時間以上を要した症例数	28例	89例
搬送依頼5回以上	50例	129例
搬送依頼10回以上	5例	21例

搬送に難渋した事例として、平成19年の「搬送依頼5回以上」129例の内訳を見ると、①吐血・下血24例(消化管出血4例を合わせると28例)②腹痛17例③急性アルコール中毒、薬物中毒、肺炎・気管支炎、各7例④脳卒中(脳梗塞)6例の順となっており、診療科別に見ると、消化器科、内科、呼吸器科、神経内科、循環器科の合計が97例と内因性疾患によるものが全体の75.2%を占めている(表5-2)。

また「覚知から到着に1時間以上を要した症例数」89例の内訳は、①外傷熱傷14例②吐血・下血12例③腹痛8例④骨折・脱臼・打撲、脳卒中(脳梗塞)各4例の順となっている(表5-3)。

表5-2. 病院選定5回以上の事例129例の内訳(平成19年)

消化器科	41例	吐血・下血24例、腹痛17例
内科	28例	急性アルコール中毒7例、低血糖発作4例、意識もうろう2例、糖尿病1例、肝硬変1例、他13例
外科・外因	17例	薬物中毒7例、消化管出血4例、異物誤嚥2例、他4例
呼吸器科	11例	肺炎・気管支炎7例、肺気腫1例、気管支喘息1例、気胸1例、喀血1例
神経内科	11例	脳卒中(脳梗塞)6例、意識障害2例、過換気症候群2例、めまい1例
循環器科	6例	心不全2例、急性心筋梗塞1例、肺高血圧症1例、他2例
整形外科	6例	骨折・脱臼・打撲・捻挫等
腹部外科	3例	イレウス、腹膜炎、鼠径ヘルニア
泌尿器科	2例	尿管結石、尿閉
脳外科	2例	クモ膜下出血、脳出血
小児科	2例	
耳鼻咽喉	1例	メニエル病

表5-3. 覚知から病院収容に1時間以上を要した事例(89例)の内訳(平成19年)

消化器科	20例	吐血・下血12例、腹痛8例
外科	17例	外傷熱傷14例、異物誤嚥他3例
精神科	10例	
内科	9例	癌3例、低血糖発作、脱水、腎不全、肝性脳症等1例
整形外科	8例	骨折・脱臼・打撲4例、頸椎捻挫3例、腰痛症1例
循環器科	5例	急性心筋梗塞2例、肺高血圧症2例、心不全1例
眼科	5例	角膜穿孔、角膜異物、結膜炎、化学眼症、眼瞼結膜熱傷
神経内科	4例	脳卒中(脳梗塞)4例
呼吸器科	3例	肺炎、気管支炎、喀血
耳鼻咽喉	3例	鼻出血例、耳内異物
脳外科	2例	脳挫傷、脳腫瘍
腹部外科	2例	イレウス、鼠径ヘルニア
口腔外科	1例	口腔内刺創

エ. 二次救急対象患者の三次救急告示病院への搬送増加と二次救急告示病院での搬送受入れ困難理由

平成19年9月から12月までの4ヶ月間に三次救急告示病院の大阪府立泉州救命救急センターに搬送された患者について、二次病院選定後に同センターに搬送された事例の割合と二次病院における受入れ困難理由を把握する目的で救急隊員に行われた書面調査の結果は、表6のとおりである。

回答のあった196例のうち、二次病院で受入れ困難なため同センターに搬送されたものが36.2%の71例あり、二次適応患者の搬送増加により三次救急の機能を損ねる危険性がある。

また、延べ受入れ困難病院290病院(1例当たり平均では4病院)の受入れ困難理由は①処置中②専門外・処置困難③満床で75.5%を占め、各医療機関の不足部分を補完する体制整備と、体制整備による医療資源、空床の有効利用が必要なことが分かる。

泉州地域における救急医療体制について(報告) (平成21年9月
泉州保健医療協議会医療部会・救急医療体制検討小委員会)より抜粋

(2) 傷病者に関する個人情報の取扱いについて

協議会の行う調査・分析においては、各消防機関や各医療機関から提供される傷病者に関する個人情報の取扱いが問題となるが、この点については、以下のとおり整理されるものと考えられる。

- ① 傷病者に関する個人情報の取扱いについては、「事後検証における患者に関する情報の取扱いについて」（平成17年3月31日付け医政指発第0331005号・消防救第97号）及び「医療機関に搬送した傷病者に関する情報について」（平成17年3月31日付け消防救第95号）等において整理されている。これらの通知による整理を踏まえると、協議会の行う調査・分析における傷病者の個人情報の取扱いについては、以下のように考えられる。

(情報の収集について)

- ・ 調査・分析のために、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第2条第3項に規定する「個人情報取扱事業者」に該当する医療機関が保有する傷病者に関する情報を関係行政機関に提供する場合は、同法第23条第1項第3号及び第4号に該当すると考えられること。
- ・ 調査・分析のために、行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第58号）第2条第1項に規定する「行政機関」に該当する医療機関が保有する傷病者に関する情報を関係行政機関に提供する場合は、同法第8条第2項第3号に該当すると考えられること。
- ・ 調査・分析のために、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第59号）第2条第1項に規定する「独立行政法人等」に該当する医療機関が保有する傷病者に関する情報を

関係行政機関に提供する場合は、同法第9条第2項第3号に該当すると考えられること。

(情報の公表について)

- ・ 調査・分析において、関係行政機関が、医療機関の保有する傷病者に関する情報を公表するに当たっては、傷病者を特定できないよう匿名化する等により、個人情報の保護に関する法律第2条第1項、行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律第2条第2項及び独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律第2条第2項に規定する「個人情報」に該当しない範囲内の情報にとどめること。

以上のように医療機関が関係行政機関に対して、傷病者に関する情報を提供することは、個人情報の第三者提供の例外をなすものと考えられるものであり、実施基準の見直し等のために、消防機関と医療機関の情報を連結させた調査・分析が必要な場合には、個人情報を含む傷病者に関する情報を取り扱うことが可能である。

なお、調査・分析の結果を対外的に公表する場合には、傷病者に関する個人情報を匿名化するなどの工夫を行うことが必要である。

- ② 氏名、生年月日、住所等を消去することで個人情報を匿名化すること等については、医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン（厚生労働省・平成16年12月24日（平成18年4月21日改正））のⅡの2.「個人情報の匿名化」等を参考にすること。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/seisaku/kojin/dl/170805-11a.pdf>

5 都道府県間の調整について

- (1) 傷病者の状況に応じた適切な医療機関を、都道府県単位で確保することが原則であるが、医療資源の状況等によっては、都道府県を越えて広域的な対応が必要となることが考えられる。

消防法の一部を改正する法律案について、国会で法律案を可決する際に決議された両院の附帯決議の中でも、救急搬送が広域的に行われている現状にかんがみ、都道府県間の広域的な連携を図るよう指摘されている。

また、医療計画においても、都道府県は、当該都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし必要があると認めるときは、関係都道府県と連絡調整を行うものとされている。

- (2) 都道府県を越えた搬送については、隣接都道府県及び隣接都道府県の医療機関と連携し、以下の方法を実施基準に定めることが考えられる。

- ・ 医療機関リストに、隣接都道府県の医療機関をリストアップする方法
- ・ 受入医療機関の選定困難事案発生時等、医療機関を確保できない場合の対応として、隣接都道府県の医療機関を受入医療機関確保基準において位置づける方法

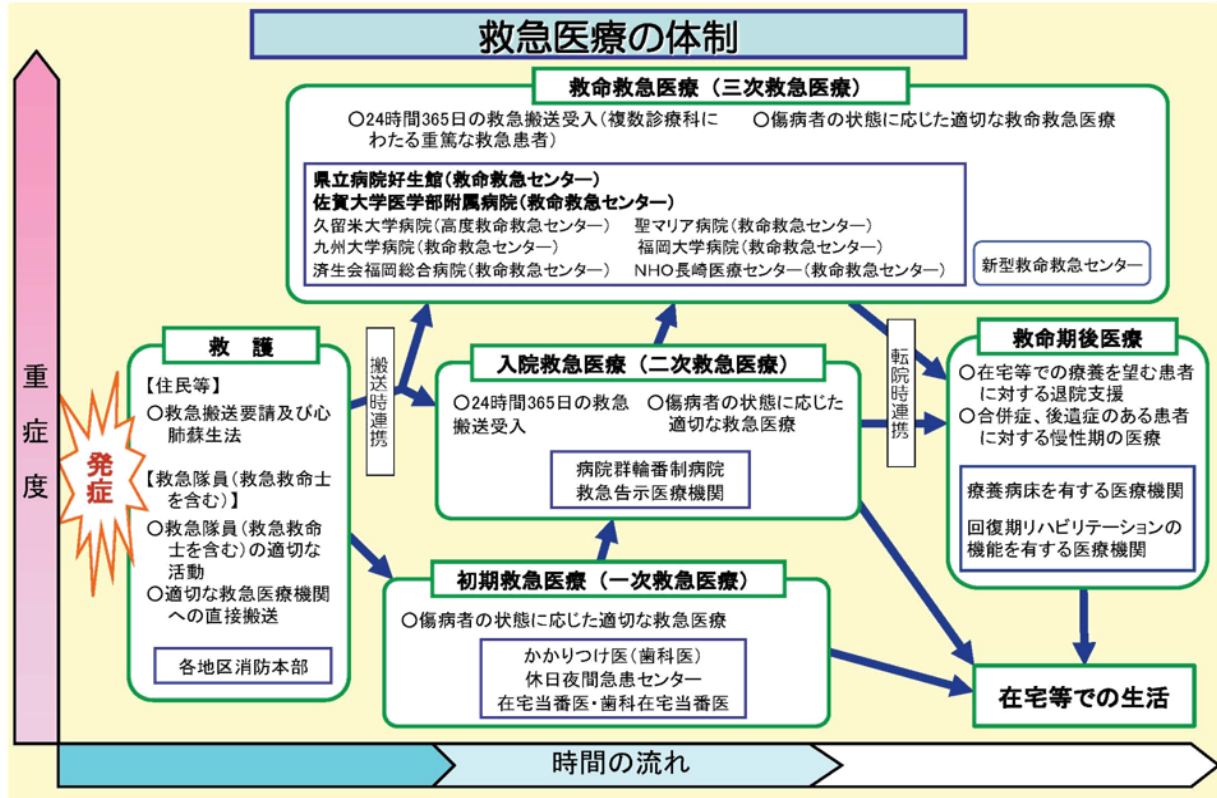
- (3) 都道府県を越えた連携の例

例えば佐賀県では、救命救急センターへの搬送において、福岡県や長崎県等と連携し対応を行っている。

また、複数の都道府県にまたがる形でメディカルコントロール協議会等を運用している地域もあり、そうした実情を踏まえた上で、都道府県は都道府県間の調整を行うことが重要である。

取組例 8 佐賀県

佐賀県保健医療計画（平成20年4月）より



<http://www.pref.saga.lg.jp/web/hokeniryou.html>

都道府県間の調整に関する関係法令等

【医療計画】

「医療法」(昭和23年第205号)(抄)

○ 第30条の4第9項

都道府県は、医療計画を作成するに当たつて、当該都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし必要があると認めるときは、関係都道府県と連絡調整を行うものとする。

「医療提供体制の確保に関する基本方針」(厚生労働省告示)(抄)

○ 救急医療において、高度救命救急センターを医療計画に明示する場合

- ・ 広域的に対応する隣接都道府県のセンターを医療計画に記載することも可能

○ 周産期医療

- ・ 周産期医療体制の整備を進める中で、隣接都道府県との連携体制を必要に応じて確保することや救急医療との連携体制を確保することが重要

○ 救急医療や災害時における医療

- ・ 患者の緊急度、重症度等に応じた適切な対応が求められるため、救急用自動車はもとより、ドクターカー、ヘリコプター(ドクターヘリ、消防防災ヘリ等)等の搬送手段を活用することにより救急医療の確保を図ることが重要

【ドクターヘリ】

「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法」(平成19年法律第103号)(抄)

○ 第5条 (略)

- 2 都道府県は、前項の場合において、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療が、隣接し又は近接する都道府県にまたがって確保される必要があると認めるときは、あらかじめ、当該都道府県と連絡調整を行うものとする。

6 開催状況・構成員・開催要綱

傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会の開催状況

■第1回検討事項

傷病者の搬送及び受入れの実施基準等について

- ・日 時 平成21年6月29日(月) 13:30～15:30
- ・場 所 全国都市会館 地下1階3・4会議室

■第2回検討事項

傷病者の搬送及び受入れの実施基準等について

- ・日 時 平成21年10月2日(金) 10:00～12:00
- ・場 所 三田共用会議所 大会議室

■第3回検討事項

傷病者の搬送及び受入れの実施基準等について

- ・日 時 平成21年10月16日(金) 13:00～15:00
- ・場 所 都道府県会館 大会議室

傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会 構成員

- 阿 真 京 子 (知ろう！小児医療 守ろう！子ども達の会代表)
- 荒木田 利 信 (金沢市消防局次長兼警防課長事務取扱)
- 有 賀 徹 (昭和大学医学部救急医学講座主任教授)
- 石 井 正 三 (日本医師会常任理事)
- 岩 田 太 (上智大学法学部教授)
- 遠 藤 敏 晴 (札幌市消防局警防部長)
- 岡 井 崇 (昭和大学医学部産婦人科学教室主任教授)
- 川 部 英 則 (香川県防災局長)
- 黒 瀬 敏 文 (京都府府民生活部長)
- 坂 本 哲 也 (帝京大学医学部救命救急センター教授)
- 笹 井 康 典 (大阪府健康医療部長)
- 島 崎 修 次 (杏林大学医学部救急医学教授)
- 杉 本 壽 (星ヶ丘厚生年金病院長)
- 田 上 泉 (さつま町消防本部消防長)
- 田 中 里 沙 (宣伝会議編集室長)
- 津 田 勝 康 (大阪市消防局救急・情報通信担当部長)
- 野 口 英 一 (東京消防庁救急部長)
- 前 野 一 雄 (読売新聞東京本社編集委員)
- 宮 坂 勝 之 (長野県立こども病院長)
- 山 崎 學 (日本精神科病院協会副会長)
- 山 本 修 三 (日本病院会長)
- 山 本 保 博 (東京臨海病院長)
- 横 田 順一朗 (市立堺病院副院長)

【五十音順・敬称略 ○は検討会座長】

傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会作業部会の 開催状況

■第1回検討事項

傷病者の搬送及び受入れの実施基準等について

- ・ 日 時 平成21年7月30日(木) 9:30~11:30
- ・ 場 所 銀座会議室 三丁目会議室2階A会議室

■第2回検討事項

傷病者の搬送及び受入れの実施基準等について

- ・ 日 時 平成21年8月25日(火) 14:00~16:00
- ・ 場 所 三番町共用会議所 2階大会議室

■第3回検討事項

傷病者の搬送及び受入れの実施基準等について

- ・ 日 時 平成21年9月11日(金) 15:00~17:00
- ・ 場 所 三田共用会議所 3階大会議室D・E

■第4回検討事項

傷病者の搬送及び受入れの実施基準等について

- ・ 日 時 平成21年9月29日(火) 16:00~18:00
- ・ 場 所 銀座会議室 三丁目会議室2階A会議室

傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会
作業部会構成員

- 有 賀 徹 (昭和大学医学部救急医学講座主任教授)
- 井 上 敏 (京都府府民生活部消防安全課長)
- 岩 田 太 (上智大学法学部教授)
- 金 岡 利 明 (金沢市消防局警防課救急救助担当課長)
- 金 森 佳 津 (大阪府健康医療部保健医療室医療対策課参事)
- 木 村 清 貴 (香川県防災局危機管理課長)
- 齊 藤 英 一 (東京消防庁参事)
- 坂 本 哲 也 (帝京大学医学部救命救急センター教授)
- 佐々木 靖 (札幌市消防局救急課長)
- 寺 澤 秀 一 (福井大学医学部附属病院総合診療部教授)
- 森 野 一 真 (山形県立中央病院救命救急センター診療部部長)
- 安 田 和 弘 (巢鴨病院院長)
- 横 田 順一朗 (市立堺病院副院長)
- 横 田 裕 行 (日本医科大学大学院教授)

【五十音順・敬称略 ○は作業部会座長】

傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会開催要綱

(開催)

第1条 総務省消防庁救急企画室及び厚生労働省医政局指導課（以下「事務局」という。）は、「傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会」（以下「検討会」という。）を開催する。

(目的)

第2条 検討会は、消防法の一部を改正する法律(平成21年法律第34号)により都道府県が傷病者の搬送及び受入れの実施基準を定めるとともに、当該実施基準に関する協議等を行うための消防機関、医療機関等を構成員とする協議会を設置することとされたことを踏まえ、当該実施基準及び当該協議会に関する基本的事項について検討を行うことを目的とする。

(検討会)

第3条 検討会は、次項に掲げる構成員をもって構成する。

- 2 構成員は、関係各行政機関の職員及び救急業務に関し学識のある者のうちから、総務省消防庁長官及び厚生労働省医政局長が委嘱する。
- 3 検討会には、座長を置く。座長は、構成員の互選によって選出する。
- 4 座長は検討会を代表し、会務を総括する。
- 5 座長に事故等ある場合は、座長が指定した構成員がその職務を代行する。
- 6 検討会には、構成員の代理者の出席を認める。

(作業部会)

第4条 座長は、必要に応じ検討会に作業部会を置くことができる。

- 2 作業部会の構成員は、関係各行政機関の職員及び救急業務に関し学識のある者のうちから、座長が指名する。

(構成員の任期)

第5条 構成員の任期は、平成22年3月31日までとするが延長を妨げないものとする。

(庶務)

第6条 検討会に係る庶務は、事務局が行う。

(委任)

第7条 この要綱に定めるもののほか、検討会の運営その他作業部会に関し必要事項は、座長が定める。

附則

この要綱は、平成21年5月25日から施行する。

資料編

消防法（昭和23年法律第186号）（抄）

第1章 総則

第1条 この法律は、火災を予防し、警戒し及び鎮圧し、国民の生命、身体及び財産を火災から保護するとともに、火災又は地震等の災害による被害を軽減するほか、災害等による傷病者の搬送を適切に行い、もつて安寧秩序を保持し、社会公共の福祉の増進に資することを目的とする。

第7章の2 救急業務

第35条の5 都道府県は、消防機関による救急業務としての傷病者（第2条第9項に規定する傷病者をいう。以下この章において同じ。）の搬送（以下この章において「傷病者の搬送」という。）及び医療機関による当該傷病者の受入れ（以下この章において「傷病者の受入れ」という。）の迅速かつ適切な実施を図るため、傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準（以下この章において「実施基準」という。）を定めなければならない。

- 2 実施基準においては、都道府県の区域又は医療を提供する体制の状況を考慮して都道府県の区域を分けて定める区域ごとに、次に掲げる事項を定めるものとする。
 - 一 傷病者の心身等の状況（以下この項において「傷病者の状況」という。）に応じた適切な医療の提供が行われることを確保するために医療機関を分類する基準
 - 二 前号に掲げる基準に基づき分類された医療機関の区分及び当該区分に該当する医療機関の名称
 - 三 消防機関が傷病者の状況を確認するための基準
 - 四 消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関を選定するための基準
 - 五 消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関に対し傷病者の状況を伝達するための基準
 - 六 前二号に掲げるもののほか、傷病者の受入れに関する消防機関と医療機関との間の合意を形成するための基準その他傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項
 - 七 前各号に掲げるもののほか、傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関し都道府県が必要と認める事項
- 3 実施基準は、医学的知見に基づき、かつ、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に規定する医療計画との調和が保たれるように定められなければならない。
- 4 都道府県は、実施基準を定めるときは、あらかじめ、第35条の8第1項に規定する協議会の意見を聴かななければならない。
- 5 都道府県は、実施基準を定めたときは、遅滞なく、その内容を公表しなければならない。
- 6 前3項の規定は、実施基準の変更について準用する。

第35条の6 総務大臣及び厚生労働大臣は、都道府県に対し、実施基準の策定又は変更に関し、必要な情報の提供、助言その他の援助を行うものとする。

第35条の7 消防機関は、傷病者の搬送に当たつては、実施基準を遵守しなければならない。

- 2 医療機関は、傷病者の受入れに当たつては、実施基準を尊重するよう努めるものとする。

第35条の8 都道府県は、実施基準に関する協議並びに実施基準に基づく傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に係る連絡調整を行うための協議会（以下この条において「協議会」という。）を組織するものとする。

- 2 協議会は、次に掲げる者をもつて構成する。
 - 一 消防機関の職員
 - 二 医療機関の管理者又はその指定する医師
 - 三 診療に関する学識経験者の団体の推薦する者
 - 四 都道府県の職員
 - 五 学識経験者その他の都道府県が必要と認める者
- 3 協議会は、必要があると認めるときは、関係行政機関に対し、資料の提供、意見の表明、説明その他の協力を求めることができる。
- 4 協議会は、都道府県知事に対し、実施基準並びに傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関し必要な事項について意見を述べるることができる。

消防法の一部を改正する法律案に対する附帯決議

平成二十一年四月十七日
衆議院総務委員会

政府は、本法施行に当たり、次の事項について十分配慮すべきである。

- 一、大都市圏を中心に救急搬送が広域的に行われている現状にかんがみ、都道府県が策定する実施基準が都道府県の区域を越えた広域的な連携に十分配慮した実効的なものとなるよう、必要に応じ、情報の提供、助言その他の援助を通じ、都道府県間の調整を図ること。
- 二、受入医療機関選定困難事案や救急搬送長時間化事案が発生する根本には、救急医療に携わる医師等の不足と財政措置の不十分さという問題があることを銘記し、早急に、その改善に取り組むこと。
- 三、救急搬送体制が必ずしも救急出場件数の増加に対応したものとなっていないことを踏まえ、救急業務に係る財政措置の充実に努めること。

消防法の一部を改正する法律案に対する附帯決議

平成二十一年四月二十三日
参議院総務委員会

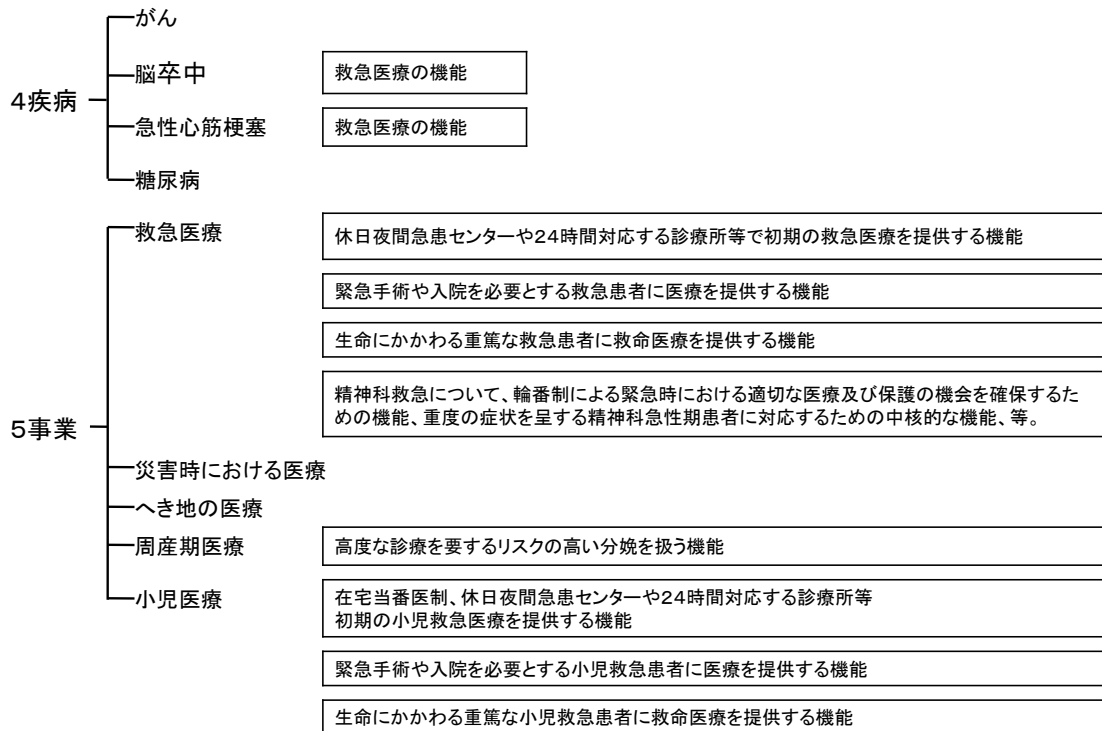
政府は、本法の施行に当たり、次の事項についてその実現に努めるべきである。

- 一、大都市圏を中心に救急搬送が広域的に行われている現状にかんがみ、都道府県が策定する実施基準については、都道府県間の調整が図られ、区域を越えた広域的な連携に十分配慮した実効的なものとなるよう、必要に応じ、情報の提供、助言その他の援助を行うこと。
- 二、救急搬送・受入れに関する協議会の設置に関し、既存のメディカルコントロール協議会を活用するに当たっては、救急業務全体に関し実効性ある機能を果たすことができるよう、メディカルコントロール体制の一層の整備を図ること。
- 三、受入医療機関の選定に困難を伴う事案や救急搬送に長時間を要する事案が多発する根本原因として、救急医療に携わる医師、看護師等の不足及び財政措置の不十分さという問題があることに留意し、早急にその改善に取り組むこと。
- 四、消防職員が不足している中、救急出場件数の増加に対する救急搬送体制が必ずしも十分に対応したものと納っていないことを踏まえ、救急業務に係る財政措置を拡充すること。また、救急業務の確実な実施及び一層の高度化を推進する観点から、救急隊員等の人員を確保するとともに、教育の更なる充実に努めること。

右決議する。

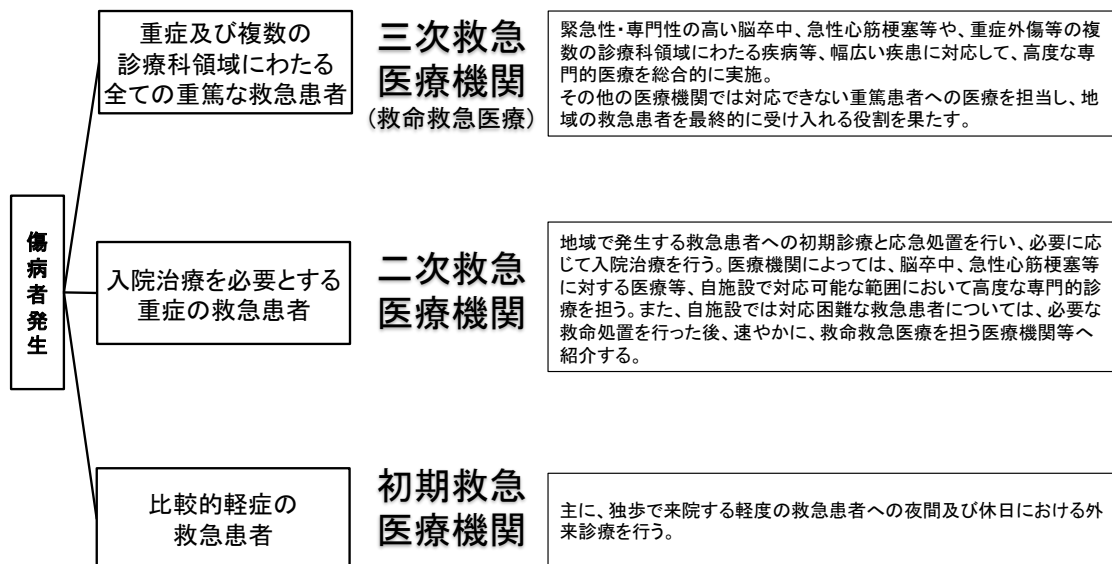
医療計画関連資料

医療計画において明示される救急医療に関する機能



「医療提供体制の確保に関する基本方針」(厚生労働省告示)

医療計画における救急医療提供体制



参考:「疾病又は事業ごとの医療体制について」(厚生労働省医政局指導課長通知)

周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会報告書

～周産期救急医療における「安心」と「安全」の確保に向けて～（抄）

（厚生労働省・平成21年3月4日）

<概要>

◆ 救急患者搬送体制の整備

- ・ 救急患者の病態に応じた搬送・受入基準を作成
- ・ 重症患者に対応する医療機関を定め、地域の実情に応じた受入迅速化、円滑化の方策を検討・実施
- ・ 県境を越えた医療機関との救急搬送ネットワークを構築

◆ 搬送コーディネーター配置等による救急医療情報システムの整備

- ・ 情報通信技術の活用等により周産期救急情報システムを改良
- ・ 搬送コーディネーターを地域の中核医療機関又は情報センター等に配置

◆ 地域住民の理解と協力の確保

- ・ 地域住民への情報公開
- ・ 地域住民の啓発活動
住民主催の勉強会の開催など地域住民による主体的な取り組みを支援し、住民とともに地域の周産期医療を守っていくことが重要。

◆ 対策の効果の検証と改良サイクルの構築

- ・ 搬送先決定までの時間等のデータを収集し、地域ごとの実績を定期的に公表
- ・ 周産期救急医療を救急医療対策の中に位置づけるよう、医療計画に関する基本方針を改正

<本文>

4 救急患者搬送体制の整備

(1) 母体搬送体制

母体搬送には、妊産婦救急のための搬送と胎児及び出生後の新生児の治療のための搬送がある。特に母体救命救急に対しては、病態に応じた搬送体制の整備が急がれ、以下の対応が求められる。

- ・ 専門家が医学的見地から十分に検討した上で、救急患者の病態に応じた搬送基準を作成する。同時に施設間転送と救急隊による直接搬送それぞれについての手順を定める。
- ・ 周産期母子医療センターは、上記の基準に照らして救急患者の病態に応じた受入基準を作成するとともに、対応可能な病態を公表する。
- ・ 周産期母子医療センターは、自院の体制を踏まえ、救急患者の受入れが円滑にできるよう関連診療科と綿密に協議し、連携を図る。

- ・ 脳神経外科等の関連診療科を有しない周産期母子医療センターについては、近隣の救命救急センター等といつでも連携できる体制を整える。
- ・ 都道府県は、周産期医療協議会、救急医療対策協議会やメディカルコントロール協議会といった医療関係者や消防関係者が集まる協議会等を活用し、周産期に関連する救急患者の受入先の選定、調整及び情報提供のあり方等を検討する。消防機関の搬送と病院前救護の質向上のためには、メディカルコントロール体制の確保が重要であり、メディカルコントロール協議会に周産期医療関係者も参画するなど、メディカルコントロール協議会においては周産期医療との連携に十分配慮する。
- ・ 都道府県は、救急患者の搬送及び受入基準の運用にあたり、必要に応じて、重症患者に対応する医療機関を定める等、地域の実情に応じた受入の迅速化、円滑化の方策を検討し、実施するとともに、そのために必要な医療機関に対する支援策を行う。

(2) 新生児搬送体制

N I C Uのない施設や自宅で出生に至った低出生体重児などを搬送する新生児搬送体制についても整備を強化する。また、新生児の迎え搬送、三角搬送、戻り搬送などを担う医師等の活動を適正に評価する。都道府県が主体となって新生児搬送や母体搬送に対応できるドクターカーを備え、併せて運転手、搬送担当医師及び看護師を確保する。その場合、ドクターカーの設置施設及び搬送の具体的な運用等については都道府県の周産期医療協議会で検討する。

(3) 広域搬送体制

地域の必要性に応じて、県境を越えた医療機関及び救急隊との救急搬送ネットワークを構築する。

関係する都道府県及び周産期母子医療センター、周産期救急情報システムの役割については周産期医療対策事業の見直しの中で、明確にする。

広域搬送に際しては、救急医療用ヘリコプターや消防防災ヘリコプター等を活用した搬送体制を検討する。更に、県境を越えた搬送症例においては、家族の利便性の観点から、また母親が児に接する機会を増加させる意味でも戻り搬送の必要性は高く、これに対する体制整備を推進する。

(4) 戻り搬送

総合周産期母子医療センターが受け入れた妊産婦及び新生児を、状態が改善し搬送元医療機関での受入が可能になった時に、搬送元医療機関等に搬送する体制（戻り搬送）を促進する。この時、病院及び家族の経済的負担を軽減するための対策等も検討する。

下線は本検討会事務局により加筆

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/03/s0305-7.html>

重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会中間取りまとめ（抄）
（厚生労働省・平成21年7月8日）

1 小児救急患者の搬送と受入体制の整備について

小児科医を構成員に含む協議会を都道府県に設置して、小児救急患者の搬送及び受入れの実施基準を定める必要がある。その実施基準の中で、消防機関が小児救急患者の緊急度や状況を確認するための基準を策定する必要がある。

小児救急患者の受入体制について、医療計画の中に明示し、住民にわかりやすく伝える必要がある。

2 小児の救命救急医療を担う救命救急センターの整備について

救命救急センターの実施要綱における小児救急専門病床の要件については、本検討会での議論に基づいた見直しが必要である。

また、小児の救命救急医療を担う救命救急センターにおける医療の質の確保や実績の評価については、今後関連する情報を集め、専門家による検討が必要となるとともに、そのような機能や評価に応じた適切な支援が求められる。

3 小児の救命救急医療を担う小児専門病院・中核病院等の整備について

小児の救命救急医療を担う小児専門病院・中核病院等については、従来の救命救急センターの小児救命救急部門と同等の機能を有する「小児救命救急センター（仮称）」として、必要な支援を行っていく必要がある。

4 小児集中治療室の整備について

小児集中治療室については、財政的支援が充分でないことを一因として整備が進んでいない状況にあり、今後は、整備を推進するための支援の充実が必要である。

今後は、小児の救命救急医療体制の中で集中治療室が受け皿として普及することが求められており、そのためには、小児の集中治療を担う医師の確保・養成が必要である。また、小児集中治療室に必要とされる小児科医、麻酔科医や専門とする看護師の要件等について、前出の「小児集中治療室設置のための指針」を参考に、質の確保と量の拡充の視点から、更なる研究を行う必要がある。さらに、各地域において、小児集中治療室を整備する医療機関や必要な病床規模について、地域の実情に応じて実現に向けた検討をしていく必要がある。

下線は本検討会事務局により加筆

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/07/s0708-3.html>

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（抄）（厚生労働省・平成21年9月24日）

(3) 改革の具体像

① 地域生活を支える医療機能の充実・強化

ア 精神科救急医療体制の確保

- 地域の実情を踏まえつつどの地域でも適切な精神医療を受けられる体制の確保を図る観点から、都道府県による精神科救急医療体制の確保等について、制度上位置付けるべきである。
- 精神科救急医療システムの基礎的な機能について、都道府県等がモニタリングを行い、適切にシステムを運用できるよう、国が指標を設定し評価を行うとともに、都道府県等が基礎的な機能を超えた優れたシステムを構築する際にも、財政的な支援の充実を図るべきである。
- 精神科救急情報センターが、精神科救急と一般救急との連携・調整や、精神・身体合併症患者の紹介の機能を果たすよう、機能強化及び医療関係者への周知を図るべきである。
- 都道府県において救急患者の搬送・受入ルールを策定することとする消防法の改正（平成21年）が行われたことを踏まえ、当該ルールにおいて、精神・身体合併症患者も対象とするよう促すことについて検討すべきである。
- さらに、一般病床における身体合併症患者の診療体制を確保する観点から、精神疾患と急性期の身体疾患を併せ持つ患者に対する精神科リエゾン診療の充実について検討すべきである。（再掲）

また、一般救急医療機関に搬送された重篤な身体合併症を有する精神疾患患者への診療体制を確保する観点から、救命救急センター等における精神医療の確保や、救命救急センター等から他の総合病院等の精神科医療機関への転院の円滑化のための方策についても検討すべきである。

イ 精神科医療施設の精神科救急医療体制における機能

- 再診や比較的軽症の外来患者への対応など、一次的な救急医療について、診療所を含めた地域の精神科医療施設が自ら役割を担うとともに、情報窓口の整備・周知等を図り、夜間休日を含めた精神医療へのアクセスの確保を図るべきである。
- 常時対応型施設については、救命救急センターを参考に、施設の機能評価を行い、機能の向上を図るべきである。そのための指標の作成を進めるべきである。
- 総合病院精神科における精神病床の確保とともに、その機能の充実を図るための方策について検討すべきである。（再掲）

下線は本検討会事務局により加筆

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/s0924-2.html>