

# 傷病者の搬送及び受入れの 実施基準等に関する検討会 作業部会報告書（案）

平成 21 年 9 月 〇 日

## 目 次

はじめに

- 1 消防法の改正について
  - (1) 背景
  - (2) 改正の内容
- 2 傷病者の搬送及び受入れの実施基準について
  - 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
  - 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 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 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 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 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 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  
(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
- 4 傷病者の搬送及び受入れに関する調査・分析について
- 5 都道府県間の調整について

## 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的に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消防庁と厚生労働省が行った、救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査によると、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%）の事案で、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%）の事案で、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、受入れは大変厳しい状況となっており、また、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問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などの対策を講じる必要がある。事実、大都市部においても、傷病者の搬送及び受入れの際に、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、円滑で質の高い救急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及び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。

### (2) 改正の内容

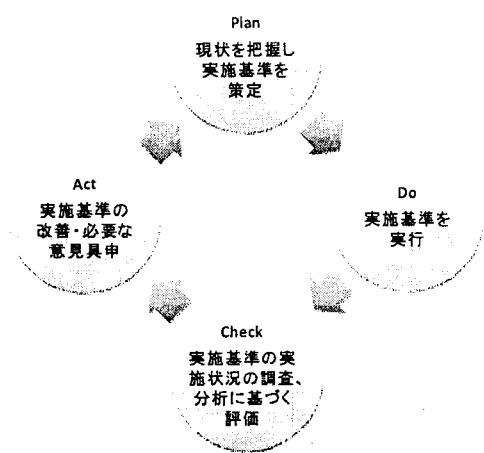
今回の消防法改正により、各都道府県に、消防機関や医療機関等が参画する協議会を設置するとともに、救急搬送及び受入れの実施に関するルール（実施基準）を策定することが義務づけられた。

また、協議会において実施基準に基づく救急搬送及び受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ている。

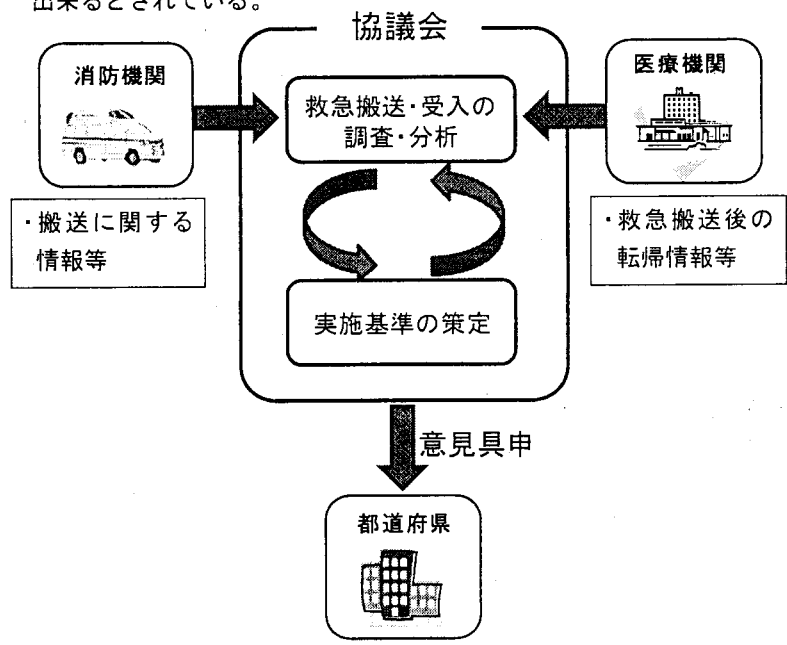
このことは、PDCAサイクル（plan-do-check-act cycle）を活用し、より質の高い救急搬送及び受入れを目指すものであり、消防機関と医療機関がそれぞれ保有する客観的なデータを収集・分析することが極めて重要である。

特に従来、消防機関が保有する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いないが、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分析することが必要である。

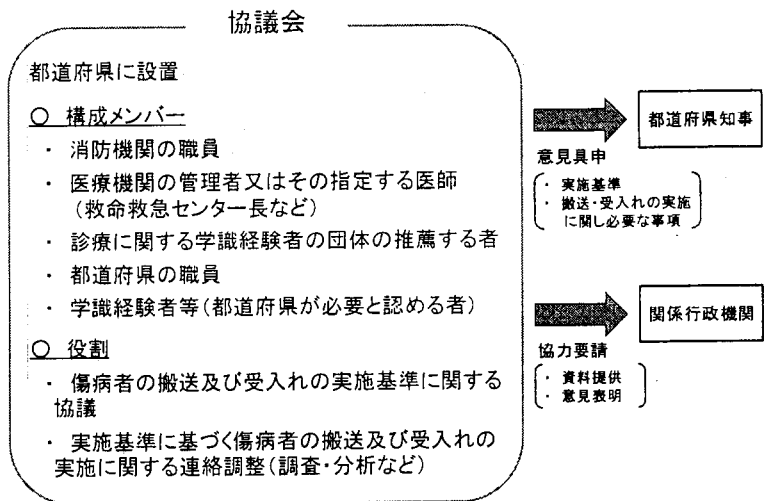
これらの調査・分析に基づき地域の実情を把握し不断の見直しを行うサイクルを実施することが重要である。



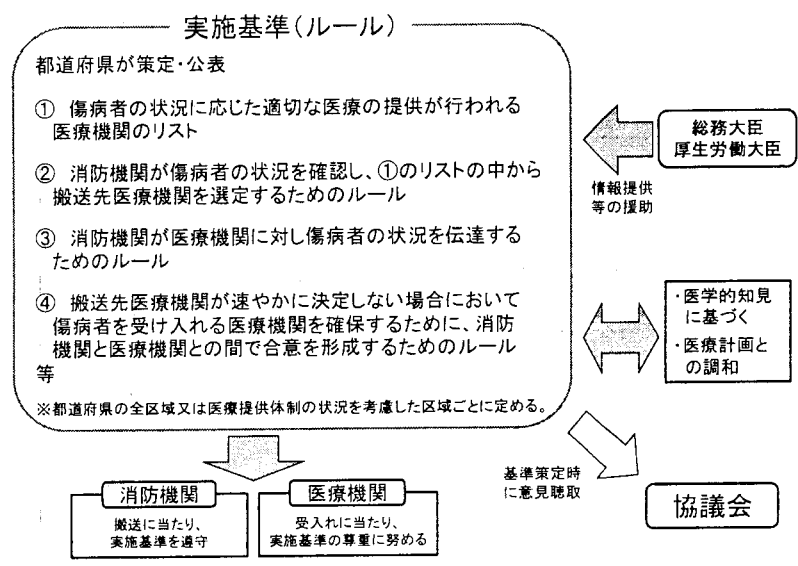
また、協議会については、都道府県に対し、傷病者の搬送及び受入れの実施に関し必要な事項について意見具申できることとされており、協議会での検討の過程で医療提供体制そのものの充実強化の必要がある等の認識が得られた場合は、その旨、都道府県知事に対し、意見を述べる事が出来るとされている。



消防法改正(1):協議会について



消防法改正(2):実施基準(ルール)について



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、実施基準を定めるときは、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。

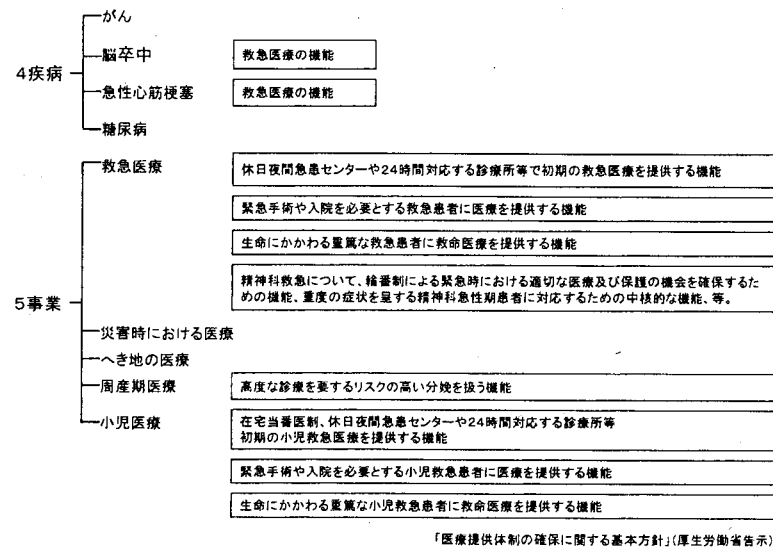
第35条の6 総務大臣及び厚生労働大臣は、都道府県に対し、実施基準の策定又は変更に関し、必要な情報の提供、助言その他の援助を行うものとする。

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

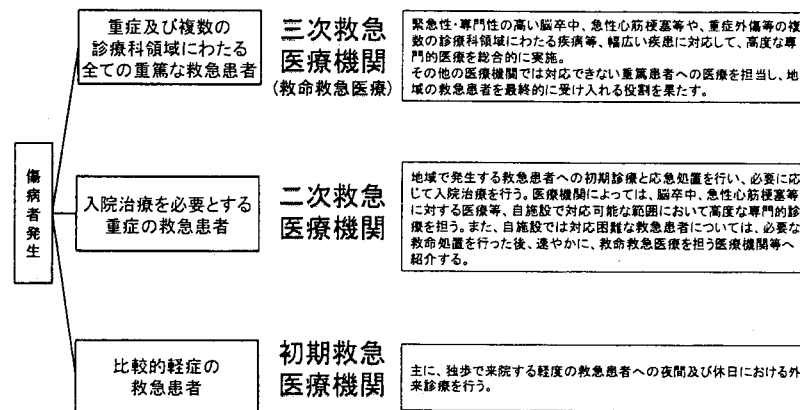
2 医療機関は、傷病者の受入れに当たっては、実施基準を尊重するよう努めるものとする。

- 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、次に掲げる者をもって構成する。
- 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ことができる。

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)

## 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していくこととなる。

当該実施基準の策定は、現状の医療資源等を活用し、傷病者の搬送及び受入れをどのように行っていくべきか、消防機関及び医療機関等が共通の認識の下で、当該都道府県における対応方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、適当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、救急隊が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を念頭におくと、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。そのため、消防法では、各都道府県において、傷病者の症状等を分類基準として策定し、その症状等に応じた医療機関を明らかにしていくこととされており、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も、関係者での協議を経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、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も起こっており、こうした事態にも対応する必要があることから、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。

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、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

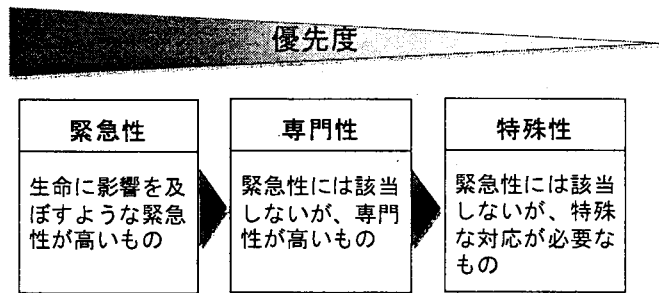
生命に影響を及ぼすような、緊急性が高い傷病に対応するもの。

##### (2) 専門性

緊急性には該当しないが、専門性が高いもの。

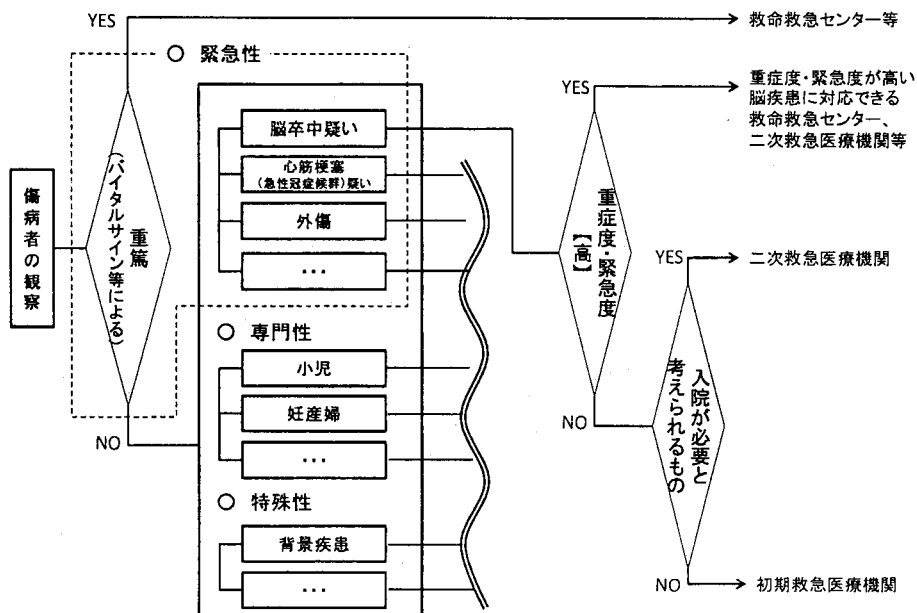
##### (3) 特殊性

緊急性には該当しないが、搬送に時間を要している傷病等、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何が問題となっているかを協議会として認識し、その認識に基づきどの症状について分類するか協議会で決定することが重要である。

また、消防法第35条の8に規定する協議会の役割である「実施基準に係る連絡調整」の一環として、実施基準の実施状況について調査・分析を行い、その調査・分析結果に応じて分類を行うことが考えられる。



## 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、全ての事項に従って分類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、緊急性が高い傷病に対するもの。

#### (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。緊急に対応できる体制を構築しておくため、分類基準を策定することが適当であると考えられる。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
- ・ 容体の急速な悪化・変動

#### 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
  - ・SpO<sub>2</sub>： 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)  
(注)救急医療財団 委員長: 島崎隆次(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・緊急度が高いと考えられるもの。救命救急センターまたは、傷病者の症状等によって、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、実際にどのように実施してい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。

参考として、分類の具体例を示す。

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>)

(2) 専門性

緊急性には該当しないが、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るため、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、脳卒中疑い等、緊急性が高い場合は、むしろ緊急性の観点から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を念頭に対応する必要があるため、小児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、手術の可能性のある腹痛等、緊急性が高い場合は、むしろ緊急性の観点から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) 特殊性

緊急性には該当しないが、搬送に時間を要している傷病への対応等、特殊な対応が必要なもの。

なお、当報告書では、生命への影響に必ずしも直結するものではないが、特に専門的な医療機能が必要であり、そのために受入医療機関の選定が困難となるものについて、専門性ではなく特殊性として整理している。

搬送先の選定が困難な例として

① 必要な医療を提供できる医療機関が限られるもの

- ・ 開放骨折
- ・ 四肢断裂
- ・ 眼疾患
- ・ 鼻出血

② 傷病者背景があるもの

- ・ 透析
- ・ 精神疾患
- ・ 急性アルコール中毒

・ 未受診の妊婦

等があると指摘されているが、これらの項目について実際に問題となっているかは、地域によって異なっており、分類として策定するかどうかは、地域においてどの医療機能が不足しているか等の実情に応じて検討していくこととなる。

参考として、堺市においては、生理学的評価、循環器疾患、脳血管障害、消化管出血、急性腹症、外傷・熱傷等について、基準が定められている。

また、妊産婦、小児、精神疾患への対応については、それぞれ、厚生労働省で別途検討されている、「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」、「重篤な小児疾患に対する救急医療体制の検討会中間取りまとめ」、「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書」を参考に体制を構築していくことが考えられる。

## 参考（分類基準に関するもの）

分類基準を考えるに当たっての参考例を以下に示す。

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しなければならないというものではない。

### 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 胸痛と共に強烈な痛み、背部の激痛がある場合等。



④ 重症度・緊急度が高い外傷

- ・ 高エネルギー外傷等、受傷機転から重症化を予測し、適切な医療を提供する必要があるため。
- ・ 車が高度に損傷、車から放出されている場合等。

⑤ 重症度・緊急度が高い熱傷

- ・ 熱傷の重症度判定基準（Artz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必要があるため。
- ・ 以下の状況等。
- ・ 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必要があるため。
- ・ 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。

⑦ 痙攣

- ・ 傷病者の生命の危機に関連する可能性があるため。
- ・ 重積発作がある場合等。
- ・ 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

⑧ 喘息

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。
- ・ 大量の出血、肝硬変の既往がある場合等。

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。
- ・ 腹壁緊張の場合等

○ 参考：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

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
生理学的评价				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 <sub>2</sub> ：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 <sub>2</sub> 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 重症虚脱 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 暗血 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 等	大量の性器出血 脱水症状 腹部激痛 呼吸困難 チアノーゼ 等	出血傾向 脱水症状 重症の貧血 痙攣持続 ぐったりうつろ 等
解剖学的评价	顔面骨折 胸郭の動揺 穿透性外傷 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

以下、実際に傷病者の搬送及び受入れの実施基準を定め運用している堺市域二次医療圏(拡大メディカルコントロール協議会(仮称))の例を示す。

### 救急搬送トリアージシート & 救急活動記録票

患者氏名		救急活動日時 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: ( ) 性別: □男 □女 M T S II 年 月 日 生 ( 歳 ) ID: ( )			

初期評価			
意識障害、瞳孔異常	無	有	評価せず
呼吸異常	無	有	評価せず
ショック症状	無	有	評価せず
意識低下	無	有	評価せず
GCS 4-5-6 = ( )	8以下		
またし GCS = ( )	30以上		
呼吸数 = ( )	10未満 30以上		
脈拍数 = ( )	50未満 120以上		
収縮期血圧 = ( )	90mmHg未満		

全身観察			
頭面部顔面顔位骨折	無	有	評価せず
顔面・頸部の高度な損傷	無	有	評価せず
頸部・胸部の皮下気腫	無	有	評価せず
外傷損傷の著しい感傷	無	有	評価せず
胸郭の膨脹・フレイルチエースト	無	有	評価せず
腹部膨脹、防性防腫	無	有	評価せず
骨盤の膨脹、下腿膨脹	無	有	評価せず
頸部から股関節までの絶的損傷	無	有	評価せず
15%以上の熱傷または気道熱傷	無	有	評価せず
肩大転子骨折	無	有	評価せず
デグレーピング損傷	無	有	評価せず
四肢の腫脹	無	有	評価せず
四肢の麻痺	無	有	評価せず

状況評価			
自 同乗者の死亡	無	有	評価せず
制 車の損傷	無	有	評価せず
車 車外に投げ出された	無	有	評価せず
車 車が高度に損傷している	無	有	評価せず
車 救出に2分以上要した	無	有	評価せず
車 60km/h以上の衝突	無	有	評価せず
車 バイクと運転手の距離 大	無	有	評価せず
車 30km/h以上で走行	無	有	評価せず
車 車に巻き込まれた	無	有	評価せず
車 5m以上はねとばされた	無	有	評価せず
車 衝突部のバンパーに変形あり	無	有	評価せず
車 機械器具に巻き込まれた	無	有	評価せず
車 体幹部が挟まれた	無	有	評価せず
車 高さ保存(6m以上)	無	有	評価せず

医療機関搬送理由 ( □A, □B, □C, □D )	不応理由	病院:
以て決定までの当院機関への依頼回数: ( 回 )		

### 外傷・熱傷トリアージシート & 救急活動記録票

患者氏名		救急活動日時 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: ( ) 性別: □男 □女 M T S II 年 月 日 生 ( 歳 ) ID: ( )			

初期評価			
意識障害、瞳孔異常	無	有	評価せず
呼吸異常	無	有	評価せず
ショック症状	無	有	評価せず
意識低下	無	有	評価せず
GCS 4-5-6 = ( )	8以下		
またし GCS = ( )	30以上		
呼吸数 = ( )	10未満 30以上		
脈拍数 = ( )	50未満 120以上		
収縮期血圧 = ( )	90mmHg未満		

全身観察			
頭面部顔面顔位骨折	無	有	評価せず
顔面・頸部の高度な損傷	無	有	評価せず
頸部・胸部の皮下気腫	無	有	評価せず
外傷損傷の著しい感傷	無	有	評価せず
胸郭の膨脹・フレイルチエースト	無	有	評価せず
腹部膨脹、防性防腫	無	有	評価せず
骨盤の膨脹、下腿膨脹	無	有	評価せず
頸部から股関節までの絶的損傷	無	有	評価せず
15%以上の熱傷または気道熱傷	無	有	評価せず
肩大転子骨折	無	有	評価せず
デグレーピング損傷	無	有	評価せず
四肢の腫脹	無	有	評価せず
四肢の麻痺	無	有	評価せず

状況評価			
自 同乗者の死亡	無	有	評価せず
制 車の損傷	無	有	評価せず
車 車外に投げ出された	無	有	評価せず
車 車が高度に損傷している	無	有	評価せず
車 救出に2分以上要した	無	有	評価せず
車 60km/h以上の衝突	無	有	評価せず
車 バイクと運転手の距離 大	無	有	評価せず
車 30km/h以上で走行	無	有	評価せず
車 車に巻き込まれた	無	有	評価せず
車 5m以上はねとばされた	無	有	評価せず
車 衝突部のバンパーに変形あり	無	有	評価せず
車 機械器具に巻き込まれた	無	有	評価せず
車 体幹部が挟まれた	無	有	評価せず
車 高さ保存(6m以上)	無	有	評価せず

医療機関搬送理由 ( □A, □B, □C, □D )	不応理由	病院:
以て決定までの当院機関への依頼回数: ( 回 )		

### 搬送先医療機関記録

初期搬送担当	診療科:	担当医:
搬送・処置	搬送または診断名:	処置:
初期搬送後の経過	□ 帰宅 □ 外来死亡 □ 入院 □ 同日転送**	
**転送先医療機関名	診療科:	主治医:
入院後の経過	確定診断名	
身体区分別 maxAIS	頸部( )、顔面( )、胸部( )、腹部( )、四肢骨盤( )、体表( )	
ISS/Ps	ISS:	予後生存率(Ps):
主たる治療	□保存的治療 □開頭術 □腫瘍摘出術 □TAE □観血的処置(確定診断) □その他	
退院日	年 月 日	
転 退院時の状況	□自宅退院 □転院 □死亡	
転 転院先医療機関名		
回答	回答部署:	回答者:

連絡欄	消防機関一救急機関	MC協議会連絡
-----	-----------	---------

<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。