

# 第2回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 次 第

日時：平成21年 8月25日（火）  
14時00分から16時00分  
場所：三番町共用会議所  
2階大会議室

## 1 開 会

## 2 報告事項

第1回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  
議事録

## 3 議 題

- (1) 傷病者の搬送及び受入れの実施基準等について
- (2) その他

## 4 閉 会

### 【配布資料】

資 料 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  
資料

参考資料 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

添付資料 第1回傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会  
作業部会議事録

# 傷病者の搬送及び受入れの 実施基準等に関する検討会 作業部会資料

平成21年8月25日  
総務省消防庁救急企画室  
厚生労働省医政局指導課

## 第1回「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」での主な意見(1)

---

### ○ 協議会について

- ・ 改正消防法の定める協議会の機能としては、メディカルコントロール協議会と救急医療対策協議会双方の機能が必要。合同会議を行ってはどうか。
- ・ どういう組織を活用するかは、地域における資源が異なるので実情に詳しい都道府県が判断することが適当ではないか。
- ・ どのような形で協議会を置くべきか迷っている都道府県もあると考えられるので、協議会の位置付けについて十分に議論して議論したことを残しておくことが必要。

### ○ ガイドラインのあり方について

- ・ 現状でも短時間で搬送できている地域もあり、そのような地域においては、新たにルールを定めることによって、かえって遅延することとなるのではないかと危惧する声もある。地域のリソースが偏在している中で、搬送・受入れのルールについて本検討会(作業部会)が詳細にわたって示すことは、かえって混乱を招く恐れがあり、むしろ、方向性や考え方を示すことが重要ではないか。

### ○ 実施基準について

- ・ 様々な疾患について搬送先を細かく決めるようなルール作成は非常に負担が大きい一方、緊急性が高いと判断されるものについては、受入医療機関のリストと搬送の基準をきちんと定める必要がある。
- ・ 受入医療機関のリスト作成にあたっては、各科目担当医師の当直状況などの詳細を地域で把握し、調整することが重要。

## 第1回「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」での主な意見(2)

- ・ 救急隊がどんな評価基準で現場活動を行っているのか、医療機関側と共通認識が出来れば、消防機関側の評価基準に応じて、医療機関側も、どのような受入体制が適切なのか、検討することが可能となるのではないかと。
- ・ 例えばヘリコプターの利用等についても、救急隊によって対応が異なっており、認識に大きな差がある。医療資源の有効活用を含めた議論と基準の策定が必要ではないかと。
- ・ 受入医療機関のリストについて、日々状況が変わることが考えられ、どのように更新状況を管理するのか、あらかじめ考えておく必要がある。
- ・ 実施基準を定めることにより医療機関側の情報が救急隊に明確になると同時に、医療機関側からは、救急隊の観察や判断の的確性への期待値が上がる。

### ○ 調査・分析について

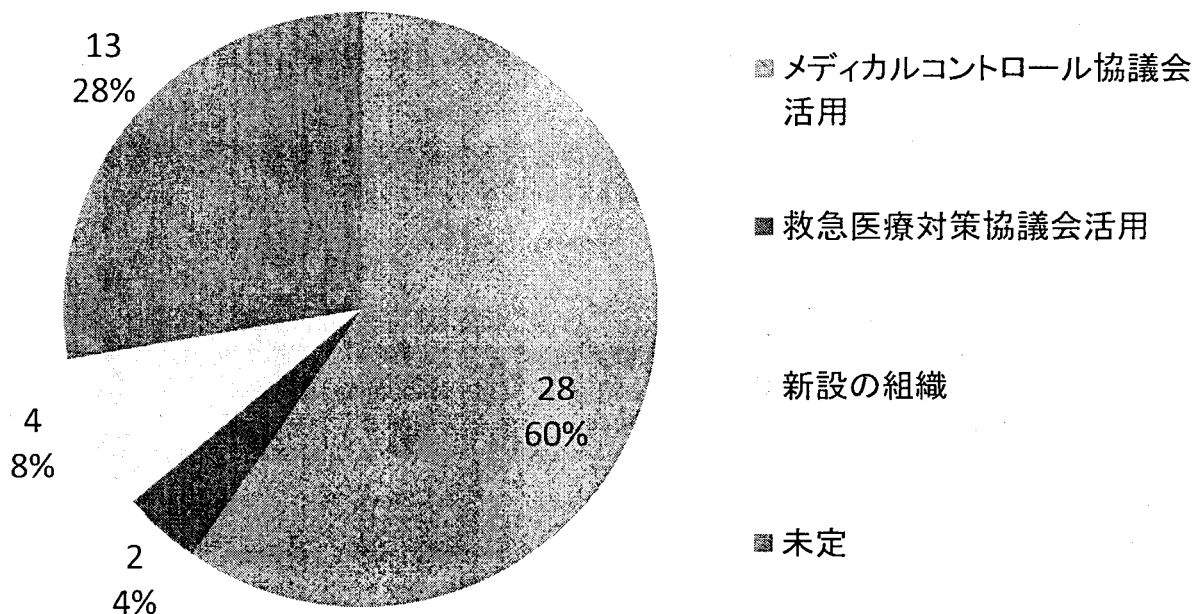
- ・ 本来は地域における医療に対する需要と供給のバランスについて検証を行うことが必要不可欠であるが、現状ではデータが皆無。今後、それぞれの疾患について適切な医療機関に搬送されているのかどうか、マッチングする形で正確に調査・分析していく必要があるのではないかと。

### ○ その他

- ・ 受入医療機関のリストを示すことは、救急隊にとってはありがたいことだが、医療機関側がどこまで受けられるかが重要であり、懸念される。
- ・ 言動が粗暴等の傷病者に対してはどうするのか、という指針も必要ではないかと。
- ・ 改正消防法に基づく実施計画、医療計画、救急医療情報システムのバージョンアップの3点は、地域医療の改善について非常に大きなアイテムになり得ると考えられ、都道府県単位で効果的に統合すれば、国民のニーズに応えることができるのではないかと。

2

## 各都道府県における協議会の形態について



平成21年8月現在

3

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)



意見具申

- ・ 実施基準
- ・ 搬送・受入れの実施  
に関し必要な事項



協力要請

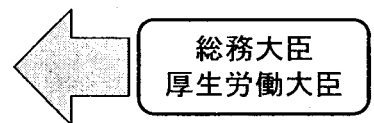
- ・ 資料提供
- ・ 意見表明

実施基準(ルール)

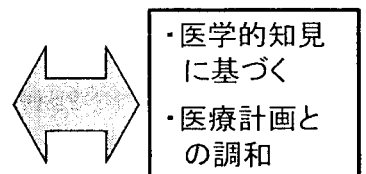
都道府県が策定・公表

- 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。



情報提供  
等の援助



基準策定時  
に意見聴取



協議会

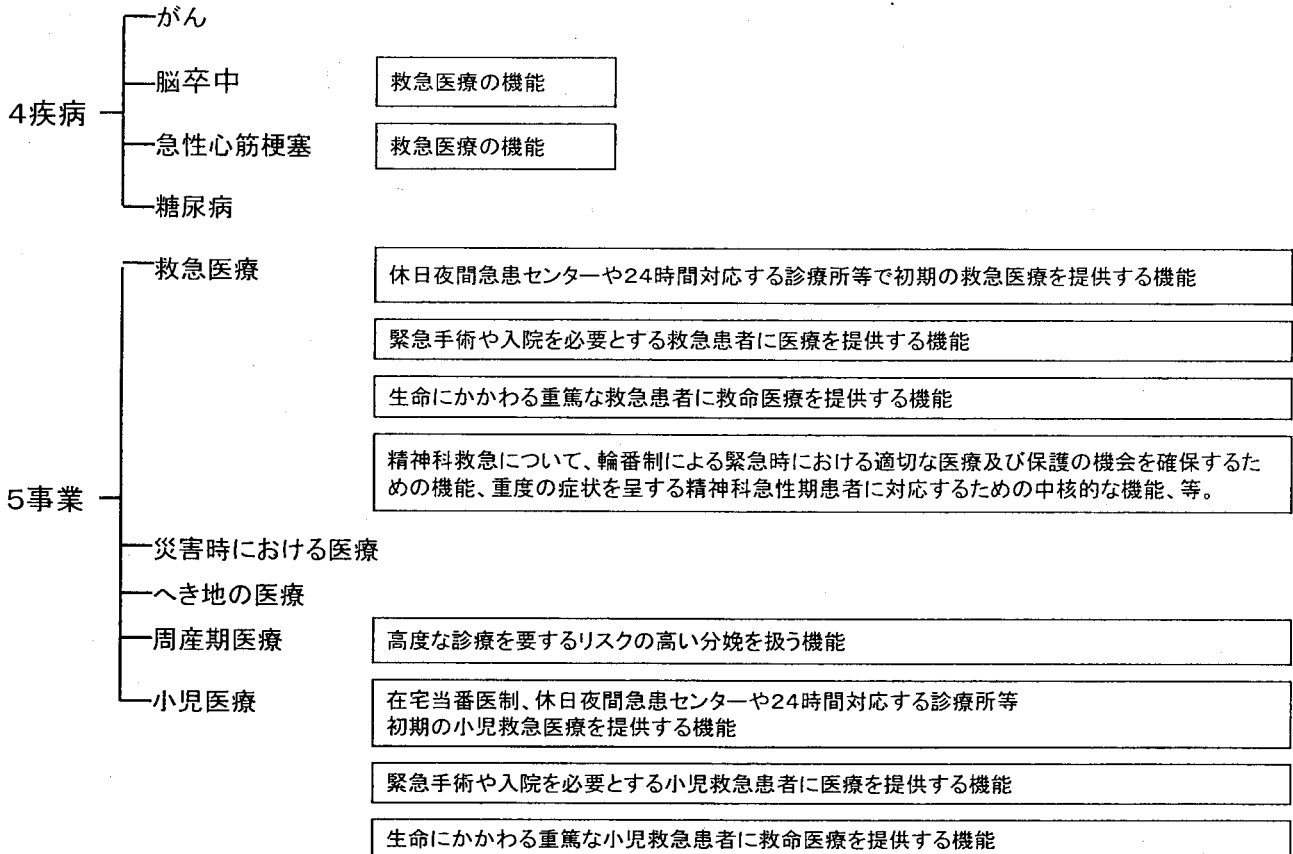
消防法（昭和23年法律第186号）（抄）

第35条の5

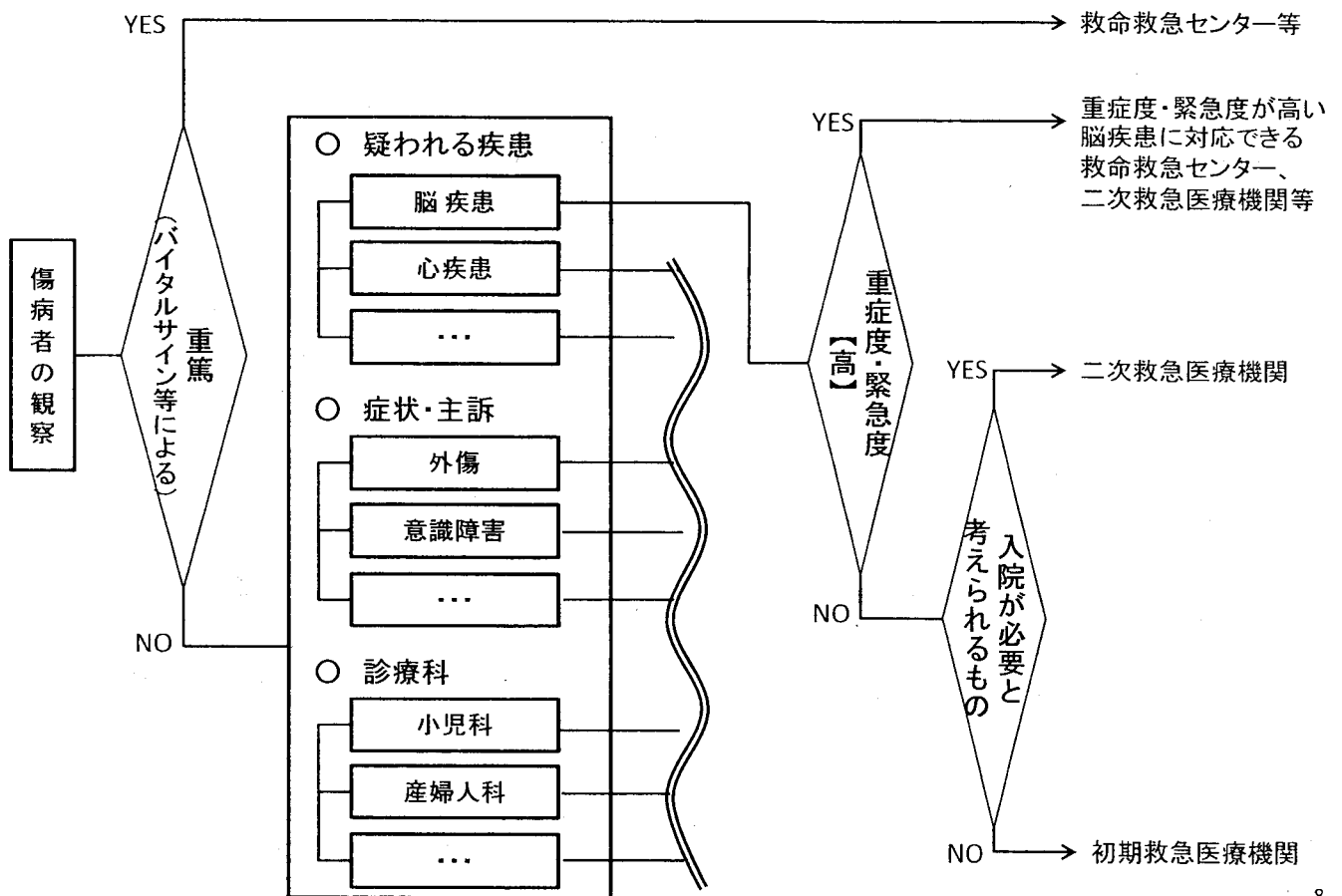
2 実施基準においては、都道府県の区域又は医療を提供する体制の状況を考慮して都道府県の区域を分けて定める区域ごとに、次に掲げる事項を定めるものとする。

- 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

医療計画において明示される救急医療に関する機能



## 傷病者の状況に応じた搬送先となる医療機関のリスト(イメージ)



8

【1】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)

### 【考え方】

- 医療機関の分類を、どのような傷病者の心身等の状況に応じたものとするか、地域の医療資源の状況を勘案し決定することとなる。
- 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よう医療機関を分類するにあたって、傷病者の状況に関する項目は、以下の考え方に基づき設定してはどうか
  - ① 緊急性
  - ② 専門性
  - ③ 特殊性(地域で必要な項目(搬送に時間を要している傷病等))

9

【1】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（2）

---

① 緊急性

緊急的な医療の提供等の有無が、特に生命や予後に影響を及ぼすもの。  
また、特に医療資源の投入を必要とする可能性があるものについては、  
医療資源が集中している救命救急センター等の医療機関で対応することが必要となる。

<例>

○ 重篤

- ・ 心肺機能停止
- ・ バイタルサインの急速な悪化
- ・ 不安定なバイタルサイン

○ 症状・病態等によって重症度・緊急度「高」となるもの

- ・ 意識障害
- ・ 外傷(事故等現場の状況を含む)
- ・ 熱傷
- ・ 中毒
- ・ 胸痛
- ・ 呼吸困難
- ・ 消化管出血
- ・ 腹痛
- ・ 脳疾患
- ・ 心疾患

等

10

【1】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（3）

---

② 専門性

各専門領域における専門性の高い医療の提供が求められるもの。

<例>

○ 診療科別

- ・ 脳神経外科
- ・ 循環器内科
- ・ 心臓血管外科
- ・ 整形外科
- ・ 小児科
- ・ 産婦人科

11

【1】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（4）

③ 特殊性(地域で必要な項目(搬送に時間を要している傷病等))

搬送に時間を要している事案等、地域の実情に照らして改善方策が必要であるもの。

<例>

- 医療提供体制の調整を図る必要があったもの
  - ・ 開放骨折
  - ・ 吐血・下血
- 傷病者背景
  - ・ 透析
  - ・ 精神疾患
  - ・ 急性アルコール中毒
  - ・ 未受診の妊婦

※ 該当する救急搬送の件数等を調査分析し、適切に現状を把握するために設定する項目もあるのではないか。

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(1)

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 <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	-	-	-	-	-	-	-	-	-



【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
SpO2	: 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)	・背部の激痛
・20分以上の胸部痛、絞扼痛	
・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。

(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)

重篤(バイタルサイン等による)について

- 医療計画における「救急医療」等を参考に、地域において、救命救急センター等、医療資源が集中している医療機関を確認し、救急における対応方策を決定

重篤な傷病者  
(バイタルサイン等による)



救命救急センター等  
医療機関

- ・ 重篤についてのバイタルサイン参考値を下方に示す。ただし、あくまで参考値であり絶対的なものではない(スポーツ心臓、普段から低血圧といった者は除外される)
- ・ バイタルサインの急速な悪化、不安定なバイタルサインは重篤と考えられる

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	

## 脳卒中について(1)

○ 医療計画における「脳卒中」等を参考に、地域において医療資源の確認と救急における対応方策を決定

### 症状

脳卒中が疑われたら一刻も早く専門病院へ  
 脳卒中では以下のような症状が突然起こります。

- 片方の手足・顔半分の麻痺・しびれが起こる  
 (手足のみ、顔のみの場合もあります)
- 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がする

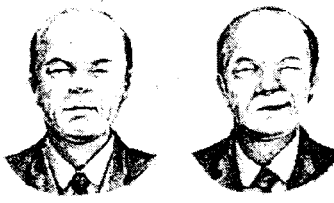
社団法人日本脳卒中協会

### 評価

#### 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



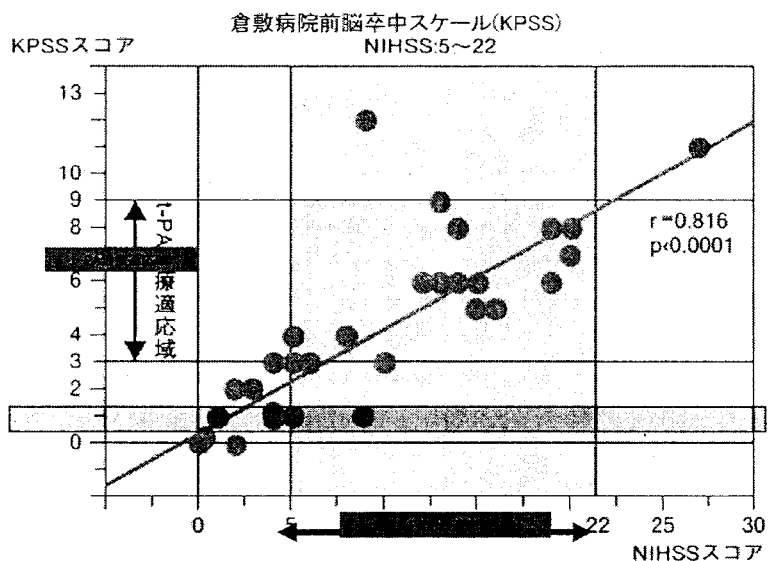
脳卒中病院前救護ガイドライン(脳卒中病院前救護ガイドライン検討委員会(日本救急医学会・日本神経救急学会))

16

## 脳卒中について(2)

### 評価

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 不正解	0点 1点	
運動麻痺	患者に目を閉じて、両手首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、手を挙上するが、保持できず下垂する	0点	0点
	手を挙上することができない	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答える	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	



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(日本救急医学会・日本神経救急学会))

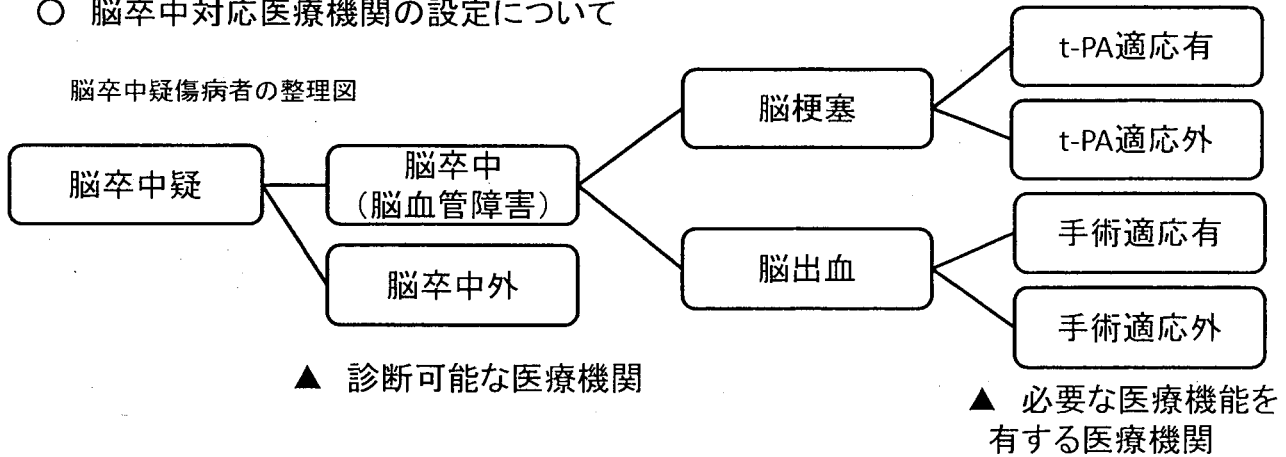
脳卒中病院前救護ガイドライン(脳卒中病院前救護ガイドライン検討委員会(日本救急医学会・日本神経救急学会))

※NIHSS(national institute of health stroke scale)における病院前部分の簡易版

17

### 脳卒中について(3)

#### ○ 脳卒中对応医療機関の設定について



- ・ t-PA適応があると疑われる傷病者を救急隊が絞り込み、対応医療機関に搬送することが望ましく、その分類で医療機関をリスト化することが適当か。



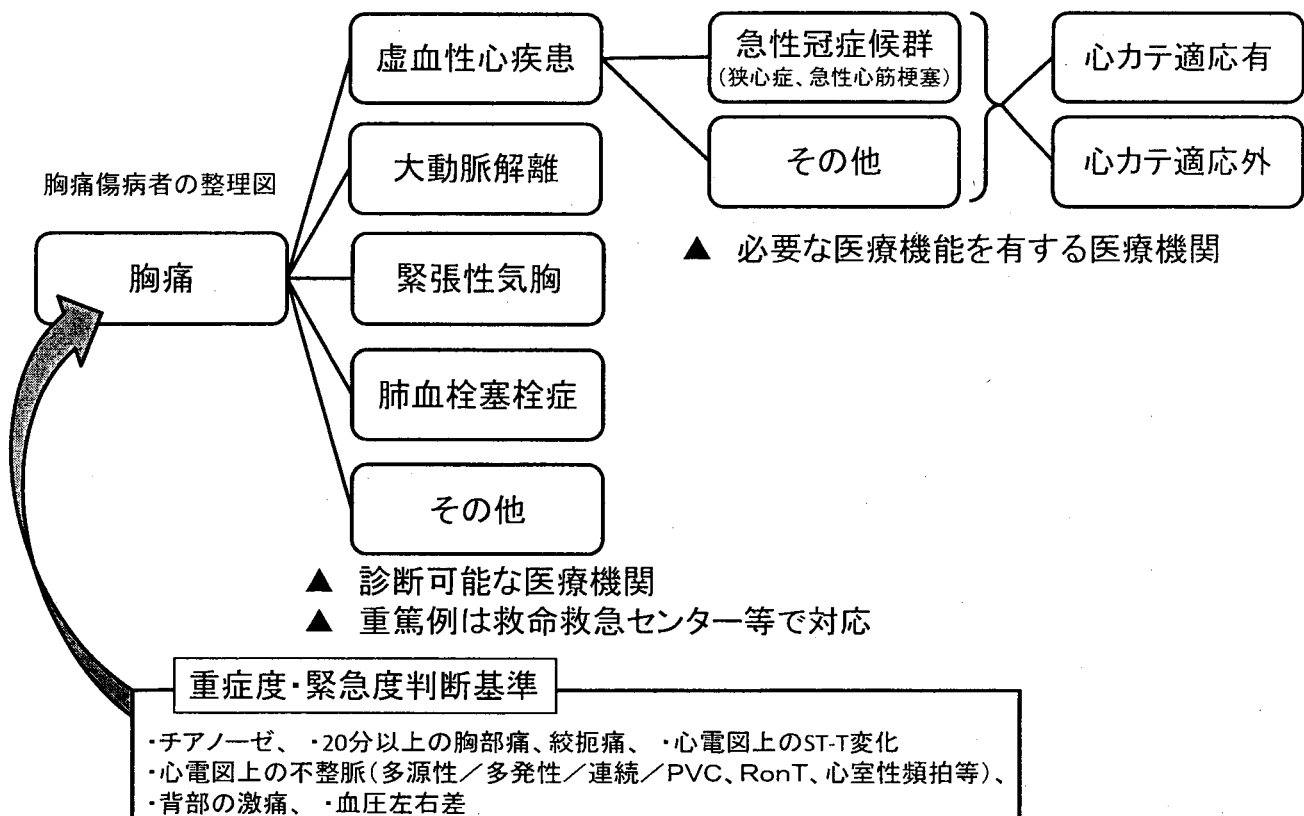
- ・ 詳細なルールを設定できない地域では、広い分類で医療機関をリスト化することが適当か。



18

### 急性心筋梗塞及び胸痛について(1)

#### ○ 医療計画における「急性心筋梗塞」等を参考に、地域において医療資源の確認と救急における対応方を決定



19

## 急性心筋梗塞及び胸痛について(2)

- 虚血性心疾患があると疑われる傷病者を救急隊が絞り込み、対応医療機関に搬送することが望ましく、その分類で医療機関をリスト化することが適当か。



- 大動脈解離があると疑われる傷病者を絞り込み、医療機関をリスト化することが適当か。



- 詳細なルールを設定できない地域では、広い分類で医療機関をリスト化することが適当か。



※ 緊張性気胸は重篤感がある場合や外傷の場合は、そのことをもって対応医療機関とマッチングさせ、別に、「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」として、「傷病者の状況から適応医療機関に搬送するだけの時間的猶予がない場合には、医療機関を一時的に選択することを考慮」することを明らかにすることで対応していくこととしてはどうか。

20

## 外傷、熱傷、中毒について(1)

### ○外傷

#### 第2段階 解剖学的評価

<ul style="list-style-type: none"> <li>顔面骨骨折</li> <li>頸部または胸部の皮下気腫</li> <li>外頸静脈の著しい怒張</li> <li>胸郭の動揺、フレイルチェスト</li> <li>腹部膨隆、腹壁緊張</li> <li>骨盤骨折(骨盤の動揺、圧痛、下肢長差)</li> <li>両側大腿骨骨折(大腿の変形、出血、腫脹、圧痛、下肢長差)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>頭部、胸部、腹部、頸部または鼠径部への穿痛性外傷(刺創、銃創、杵創など)</li> <li>15%以上の熱傷を複合している外傷、顔面または気道の熱傷</li> <li>デグロービング損傷</li> <li>多指切断(例えば手指2本、足指3本)</li> <li>四肢切断</li> <li>四肢の麻痺</li> </ul>
---	--

#### 第3段階 受傷機転

<ul style="list-style-type: none"> <li>同乗者の死亡</li> <li>車から放り出された</li> <li>車に轢かれた</li> <li>5m以上跳ね飛ばされた</li> <li>車が高度に損傷している</li> <li>救出に20分以上要した</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>車の横転</li> <li>転倒したバイクと運転者の距離:大</li> <li>自動車が歩行者・自転車に衝突</li> <li>機械器具に巻き込まれた</li> <li>体幹部が挟まれた</li> <li>高所墜落</li> </ul>
--	---

### ○熱傷

#### 第2段階 症状等

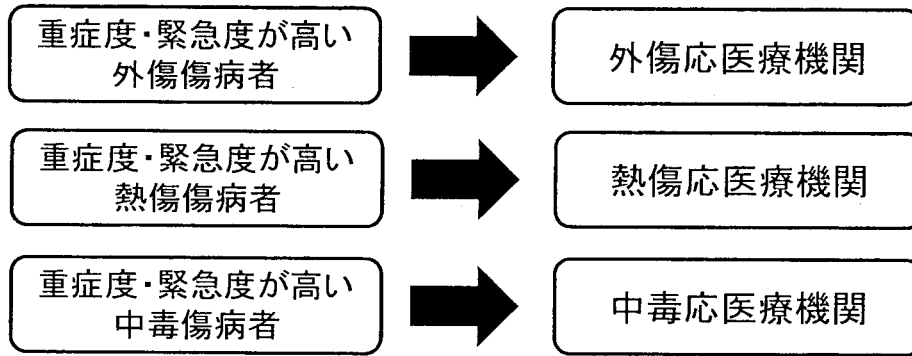
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ⅱ度熱傷 20%以上</li> <li>Ⅲ度熱傷 10%以上</li> <li>化学熱傷</li> <li>電撃傷</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>気道熱傷</li> <li>顔、手、足、陰部、関節の熱傷</li> <li>他の外傷を合併する熱傷</li> <li>小児 } Ⅱ度熱傷 10%以上</li> <li>高齢者 } Ⅲ度熱傷 5%以上</li> </ul>
---	---

### ○中毒

#### 第2段階 原因物質

<ul style="list-style-type: none"> <li>毒物摂取</li> <li>医薬品(少量の眠剤、抗精神薬を除く)</li> <li>工業用品(強酸、強アルカリ、石油製品、青酸化合物)</li> <li>覚醒剤、麻薬</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>毒性のある食物</li> <li>農薬</li> <li>家庭用品(防虫剤、殺鼠剤等)</li> <li>有毒ガス</li> <li>何を飲んだか不明のもの</li> </ul>
---	--

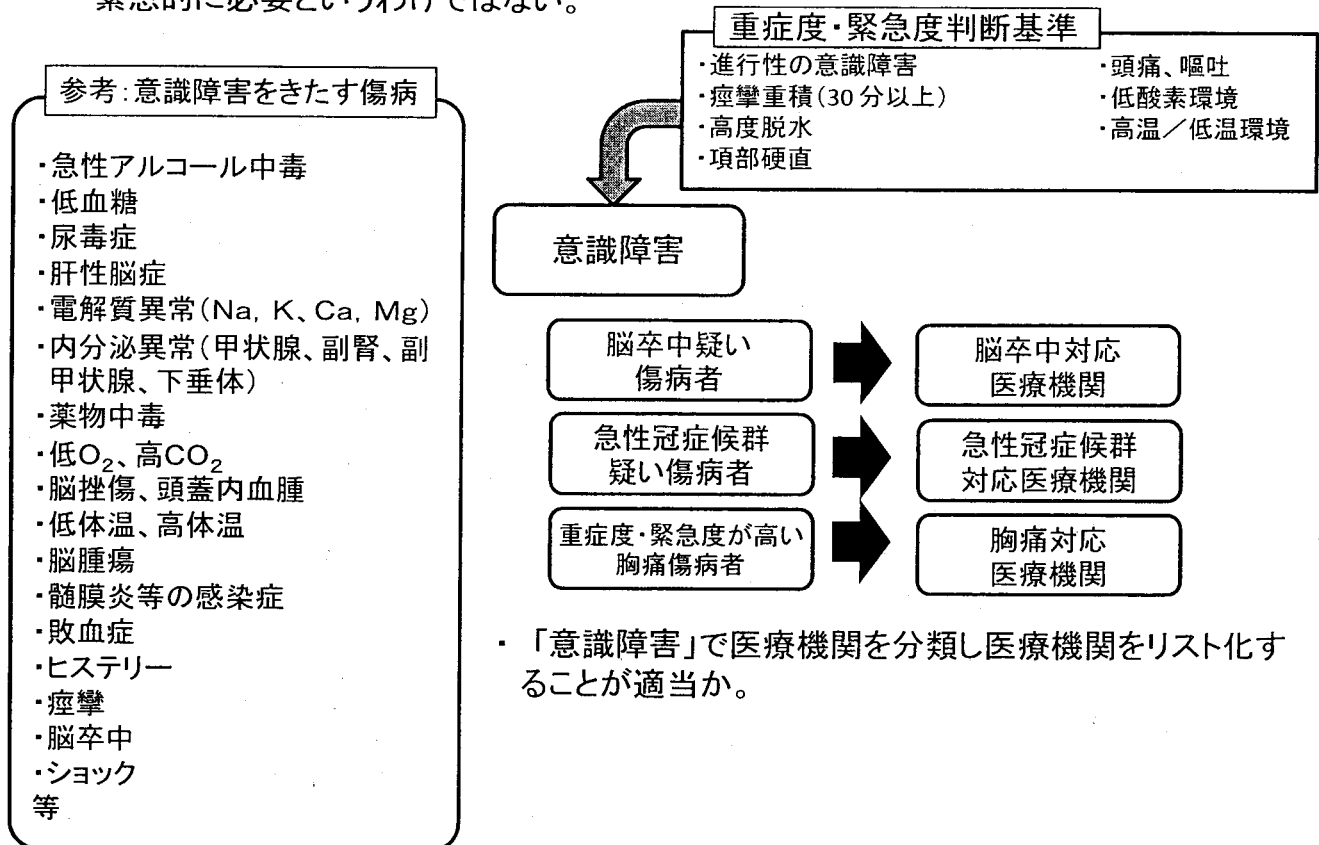
21



※ 対応出来る医療機関が救命救急センター等医療機関のみだったとしても、そのことを確認し、基準として消防機関と医療機関と行政担当者等が共通の認識を持っておくことは重要ではないか。

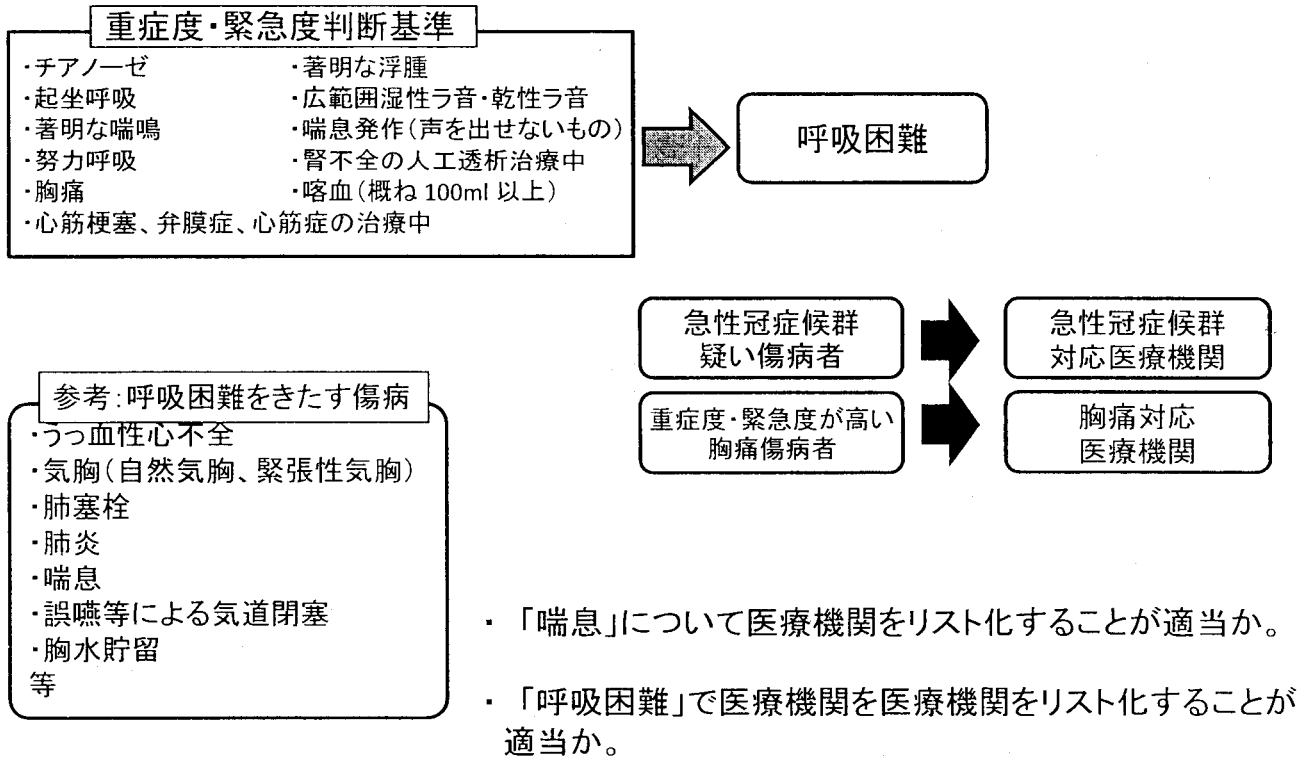
意識障害について

○ 意識障害をきたす原因となる傷病は多いが、その原因全てに対応できる医療機関が緊急的に必要というわけではない。



## 呼吸困難について

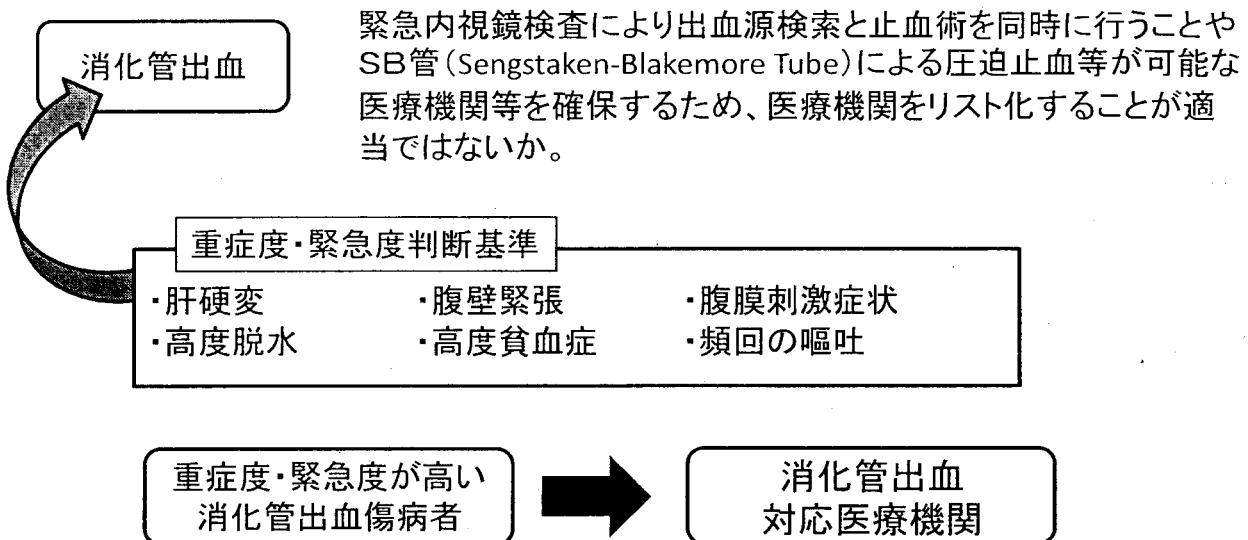
○ 呼吸困難については、「急性冠症候群」と「胸痛」の分類基準と重複する部分も多い



24

## 消化管出血について

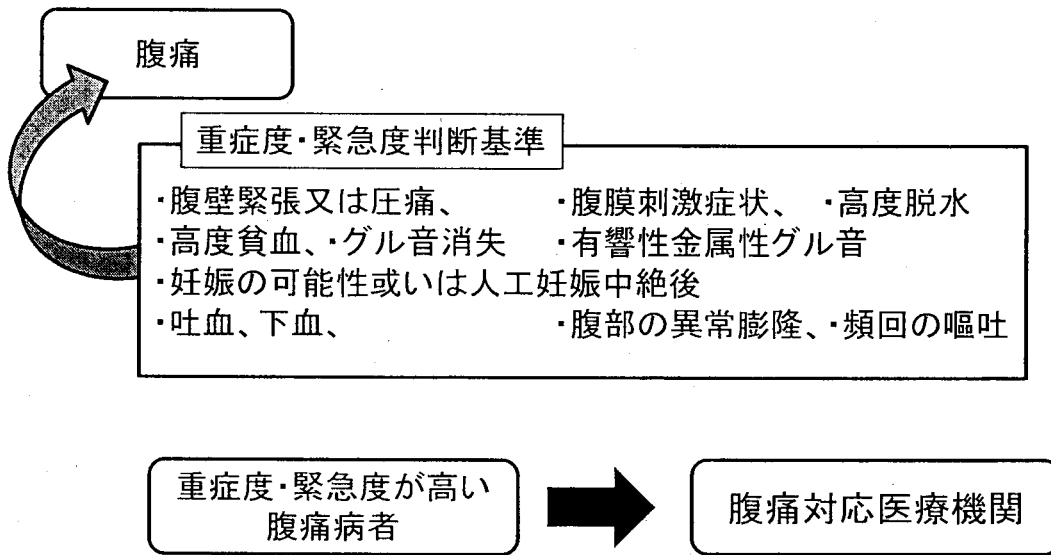
○ 救命救急センター等に対応する重篤な消化管出血以外に、重症度・緊急度「高」の消化管出血(吐血・下血と血便)については、急変する場合も念頭に、緊急内視鏡検査が可能な医療機関等を考慮する必要があるのではないか。



25

## 腹痛について

- 救命救急センター等に対応する重篤な腹痛以外に、重症度・緊急度「高」の腹痛については、緊急手術が必要となる可能性があることを前提に医療機関をあらかじめ考慮しておく必要があるのではないか。



26

## 周産期・小児について(1)

- 周産期・乳幼児の対応をどのように考えるべきか

厚生労働省：周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会 報告書概要  
～周産期救急医療における「安心」と「安全」の確保に向けて～（平成21年3月4日）

- ◆ 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27

27

### 厚生労働省：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(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症状等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。

28

### 【2】【1】の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

#### 【考え方】

○ 【1】で策定した分類にあわせて、該当する医療機能を提供できる医療機関を明らかにする。

→ 当該医療機関が、いつの日時に対応できるかについては【4】参照



## 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2月1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
東京通信病院	千代田区富士見2-14-23	○
駿河台日本大学病院	千代田区神田駿河台1-8-13	○
聖路加国際病院	中央区明石町9-1	○
東京都済生会中央病院	港区三田1-4-17	○
せんぽ東京高輪病院	港区高輪3-10-11	○

東京都ホームページより 30

### 【3】 消防機関が傷病者の心身等の状況を確認するための基準

#### 【考え方】

- 傷病者の状況は、客観的な観察結果に基づき、バイタルサイン、傷病者等からの聴取内容、傷病者の症状、受傷機転等を捉えて行う。

**外傷観察カード <東京消防庁>**

総合判断  A  B  C

外傷	状態	歩行可能・不能(仰・側・腹・背・その他) <input type="checkbox"/> (説明)					
	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	大便(大・小)			
意識	皮膚体温等	正常	乾燥・発熱・湿潤・発汗・浮腫	冷汗・凍傷			
	瞳孔	正常	瞳孔 白 チアノーゼ				
呼吸	呼吸音	正常	左右差(なし・あり)	乾性ラ音・湿性ラ音 狭容音			
	呼吸度	正常	強	弱	左右差(なし・あり)	数 弱	
脈拍	リズム	整	不整( )		脈頭触れず		
	数(回/分)	成人 16~19	20~29	0~5	10未満または30以上		
血圧	収縮期	140~90	141~199		90未満		
	拡張期	90~60	91~59		60未満		
SpO <sub>2</sub>	測定値	93~97%	90~92%	90%未満( )%			
	測定可能	なし	測定不能				
瞳孔	大きさ	正常	縮小(両側)・不同(左>右)		散大		
	反応	正常	にぶい		なし		
瞳孔	瞳孔	なし	右・左・上・下・右斜め・左斜め・共同偏視				
	瞳孔	なし	瞳孔				

左: 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5 ● 6 ● 7 ● 8 ●

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

主訴	意識等	なし	ふるふる、地震、発熱、発汗、局所、全身、四肢、顔面
	麻痺	なし	言語・知覚、感覚、運動、反射、力感、痛覚、温度
部位	頭部	なし	頭部、顔面、口、耳、眼、鼻、頬、顎、舌、歯、喉、咽
	胸部	なし	胸郭、肋骨、肩胛部、上肢部、上肢部(肩・上腕・肘・前腕・手)、腕部、肘部、下肢部、骨(肩・上腕・肘・前腕・手)
出血	出血	なし	出血、出血、出血、出血、出血、出血、出血、出血
	出血	なし	出血、出血、出血、出血、出血、出血、出血、出血
骨折	骨折	なし	骨折、骨折、骨折、骨折、骨折、骨折、骨折、骨折
	骨折	なし	骨折、骨折、骨折、骨折、骨折、骨折、骨折、骨折

既往症 なし 心臓、脳、腎臓、消化、泌尿、その他

緊急処置 心肺停止、呼吸停止、出血、骨折、その他

2008

東京消防庁観察カード

【4】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

【考え方】

○ 運用面における基準として、どの日のどの時間帯において、医療機関が、該当する医療機能を提供できるのか(できないのか)、いわゆる救急カレンダーを策定してはどうか。

地域として重複している時間帯や不足している時間帯を調整し、継続性のある救急体制を構築してはどうか。

○ 症状が複数ある場合には、重症度・緊急度「高」の症状を優先して、搬送先を選定。

○ 傷病者の状況から適応医療機関に搬送するだけの時間的猶予がない場合には、【1】・【2】以外の医療機関を一時的に選択することを考慮。

○ 重症度・緊急度が「高」ではない場合は、救急業務上の支障の有無を勘案し、可能な範囲で、「診療を受けている医療機関」を選定。

# 東京都脳卒中急性期医療機関カレンダー基準枠数

○カレンダーの「t-PAを含む治療が可能な時間帯」の必要枠数  
 下記の基準枠数に、必要に応じて地域の実情を考慮し、必要枠数を定めてください。  
 ○必要枠数に満たない時間帯がある場合  
 可能な限り、枠の確保を目指して、圏域内の脳卒中急性期医療機関と調整してください。  
 なお、受入可能医療機関数は必要枠数を超えても構いません(必要枠数まで減らず調整は不要です)。  
 ○全体調整  
 圏域内の調整後でも不足が解消されない時間帯については、都事務局と都協議会の圏域代表委員による全体調整を行ない、枠の確保を目指す。

圏域	平成19年脳血管疾患 傷病者搬送人員 (A)	基準枠数		脳卒中急性期 医療機関数	【再掲】t-PA治療 実定ありの医療 機関数
		日勤帯 (B)	夜勤帯 (C)		
区中央部	2,390人	5枠	3枠	13	10
区南部	2,037人	4枠	2枠	13	11
区西南部	2,033人	4枠	2枠	14	10
区西部	2,476人	5枠	3枠	13	12
区西北部	3,621人	7枠	4枠	17	10
区東北部	3,164人	6枠	3枠	20	7
区東部	2,390人	6枠	3枠	21	12
西多摩	775人	2枠	1枠	4	4
南多摩	2,334人	5枠	3枠	15	9
北多摩西部	1,162人	3枠	2枠	8	3
北多摩南部	1,762人	4枠	2枠	10	7
北多摩北部	1,074人	2枠	1枠	7	5
	25,818人	53枠	29枠	155	100

平成21年3月1日現在データ

(A) 平成19年脳血管疾患傷病者搬送人員  
 ※特記事項について別紙参照

B: (A) ÷ 365 × 2/3  
 C: (A) ÷ 365 × 1/3

日勤帯:夜勤帯=2/3:1/3の  
 考え方については別紙参照

平成21年3月5日東京都脳卒中医療連携協議会議事資料

(例)平成21年7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) 平成21年6月1日 現在

A. t-PAを含む治療が可能な時間帯 ※6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。 [対象地域] 〇〇区、〇〇区、〇〇区、〇〇区

医療機関名	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20日	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日	31日	
A医療	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×
B医療																																
C医療																																
D医療																																
E医療																																
F医療																																

以下、同様に、日勤帯・夜勤帯において、患者の受入が可能が○×で表記

B. t-PA以外の治療が可能な時間帯 ※6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	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20日	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日	31日	
A医療	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	
B医療																																
C医療																																
D医療																																
E医療																																
F医療																																
G医療																																
H医療																																
I医療																																
J医療																																

以下、同様に、日勤帯・夜勤帯において、患者の受入が可能が○×で表記

※島しょを除く二次保健医療圏ごとに、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

東京都脳卒中カレンダーより一部改変  
 ※ 実際には医療機関名が入る

【考え方】

- 特に【1】において重要な内容を、【3】の観察内容を伝達。
- 医療機関選定後、傷病者の症状が変化した場合には、適宜医療機関に伝達する。
- 医療機関到着時、医師への引継には、以下の事項について行う。
  - ① 現場到着時の傷病者の対応及び観察等の結果
  - ② 現場での聴取又は確認できた受傷機転、症状の経過
  - ③ 現場到着から医療機関到着までの所要時間とその間における傷病者の病状経過
  - ④ 救急処置の内容
  - ⑤ 心電図、動脈血酸素飽和度の測定記録
  - ⑥ その他、参考になるとと思われる事項

36

その他、消防法に基づき定めることができる搬送及び受入れに関する基準

---

- 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

(例)

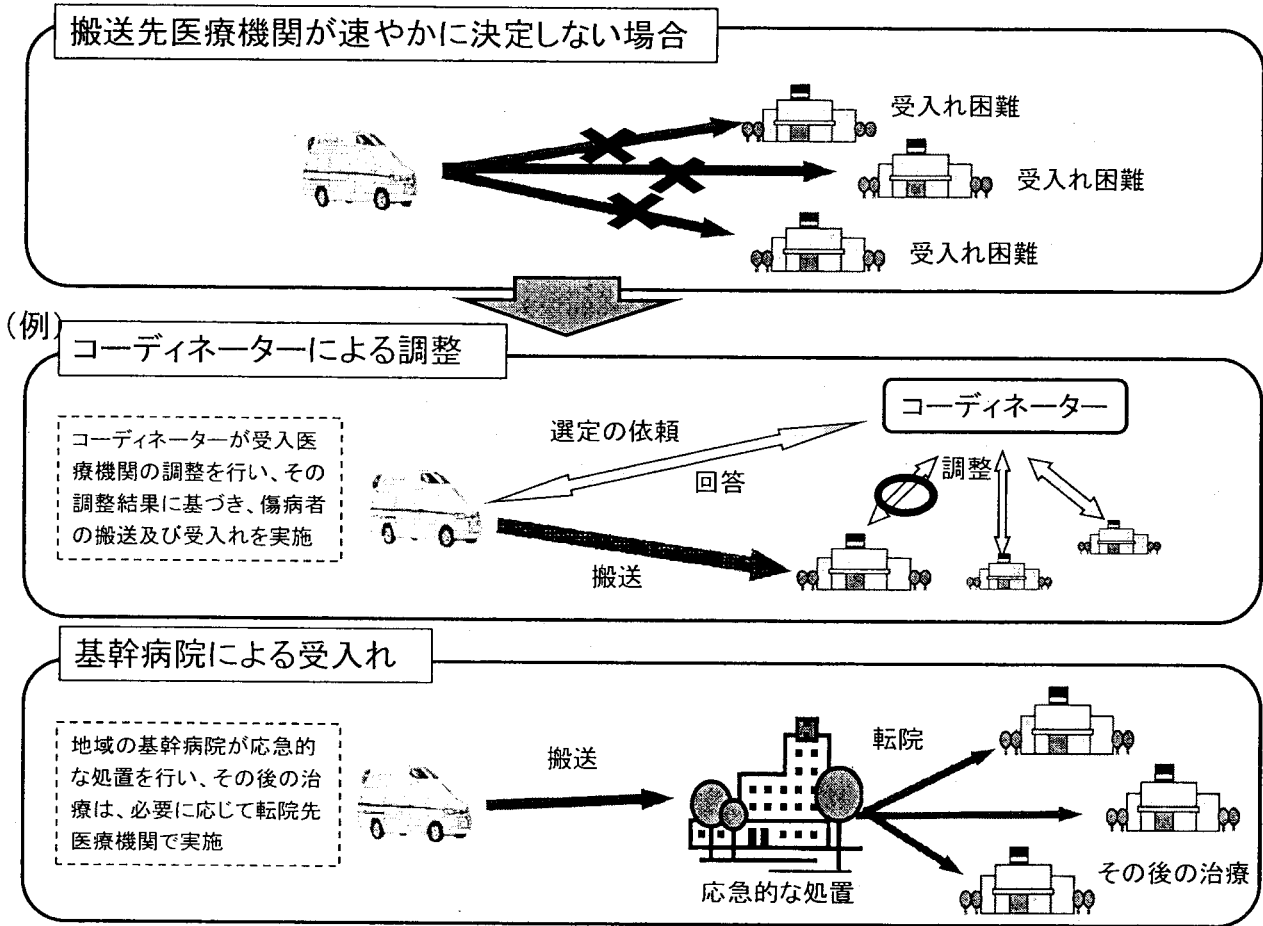
- ① 医療機関の受入可否情報を消防機関と医療機関との間で共有するための基準(救急医療情報システムにおける表示項目や情報更新頻度等に関する運用基準)
- ② 119番通報時点で、特に重症度・緊急度が高いことが疑われた場合に、指令センターで搬送先医療機関を確保しようとする際の基準
- ③ 災害時における搬送及び受入れの基準 等

- 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

(例)

- ① 搬送手段の選択に関する基準(ヘリコプターを使う場合等)
- ② 医師に現場への同乗を要請するための基準 等

37



### 今後のスケジュール

	国	都道府県
5月1日	改正消防法公布（法律第34号）	
6月29日	<ul style="list-style-type: none"> <li>傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県関係者向説明会</li> </ul>
	<p>↓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>消防法の一部を改正する法律の施行日を定める政令(8月14日交付)</li> </ul> <p>実施基準等のガイドライン(仮称)発出</p>	<p>協議会設立準備</p> <p>↓</p>
10月30日	改正消防法 施行	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>協議会設立</li> </ul> <p>↓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>実施基準策定</li> </ul>

平成 15 年度  
財団法人 全国市町村振興協会助成事業

## 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

- ◆ 傷病者重症度分類
- ◆ 症状別重症度・緊急度判断基準
- ◆ 処置に関するプロトコール

平成 16 年 3 月

財団法人 救急振興財団

### はじめに

救急活動において、救急隊員に求められるものは基本的に、傷病者の病態（症状）の観察判断、その重症度の判定とそれに適した搬送医療機関の選定、プレホスピタルケアにおいてなすべき処置、そして搬送を限られた時間・場所・人的制約下において、迅速・的確に実施することであり、このためには、医学的に吟味され救急現場にあった各種の「プロトコール」を整備することが重要である。

平成 13 年 3 月に総務省消防庁から発出された「救急業務高度化推進委員会報告書 ― 救急業務の新たな高度化を実現するために ―」において、メディカルコントロール体制の構築に向けた今後の取り組みについて、国が取り組むべき事項のひとつとして、救急活動が円滑に行われるよう応急処置、重症度判断等のプロトコールの作成に早急に着手すべきであると示されたことから、財団法人救急振興財団において平成 13 年度から 3 ヶ年の計画で委員会を開催することとし、重症度・緊急度判断基準、重症度分類、処置に関する傷病別プロトコールについて順次検討を重ねた。

初年度においては、次年度に設立する本委員会の円滑な運営を図ることを目的として、医師及び消防機関等の関係者を中心に準備委員会を設置し、重症度・緊急度判断基準の検討、基礎資料の収集（国内及び国外における判断基準の収集等）、本委員会及び作業部会の設置形態並びに委員候補について検討を行った。

平成 14 年度については、準備委員会における委員の参画を得て、本委員会を 2 回、作業部会を 3 回開催し、重症度・緊急度判断基準の作成及び重症度分類についての検討を行い、10 種類の症状別重症度・緊急度判断基準を作成し、中間報告書により全国の消防本部へ配布した。

3 ヶ年計画の最終年度となる 15 年度は、14 年度委員会の委員の参画を得て、本委員会を 3 回、作業部会を 4 回開催し、処置に関する傷病別プロトコールの作成について検討を行い、昨年の中間報告書の内容と合わせ、本報告書に取りまとめた。

この度作成した 10 種類の重症度・緊急度判断基準、26 項目の症状別の処置に関するプロトコールについては、各地域の搬送実態や医療機関の状況等を踏まえ、メディカルコントロール協議会等において、プロトコールを作成する際の参考にしていただきたい。

本報告書により、救急隊員の病院選定の適正化並びに観察判断及び処置に関する資質の向上が図られ、我が国の救命率向上に寄与することを願う。

平成 16 年 3 月

救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会  
委員長 島崎 修次

## 目 次

はじめに

### 第1 救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会の設置

1 目的	1
2 研究事項	1
3 検討経緯	1

### 第2 重症度・緊急度の定義

### 第3 傷病者の重症度分類

1 傷病者の重症度分類	2
2 軽症の細分化	3
3 傷病者重症度分類表	3

### 第4 重症度・緊急度判断基準

1 必要性	4
2 種類	4
3 観察項目	4

### 第5 症状別重症度・緊急度判断基準

1 外傷	5
2 熱傷	6
3 中毒	7
4 意識障害	8
5 胸痛	9
6 呼吸困難	10
7 消化管出血	11
8 腹痛	12
9 周産期	13
10 乳幼児	14

### 第6 処置に関するプロトコール

#### I 目的及びプロトコールの見方等

1 作成の目的	15
2 作成基準	15
3 用語の取り扱い	15
4 「周産期」「乳幼児」プロトコールの取り扱い	15

#### II 処置に関するプロトコール (26項目)

○ 処置に関するプロトコール項目一覧	16
1 救急活動全般の活動基準	17
2 心肺機能停止	18
3 ショック	19
4 意識障害	20
5 頭痛	21
6 めまい	22
7 麻痺	23
8 けいれん	24
9 呼吸困難 — 喘息発作を含む —	25
10 胸痛	26
11 動悸、不整脈	27
12 腰、背部痛	28
13 腹痛	29
14 消化管出血	30
15 性器出血	31
16 鼻出血	32
17 外傷	33
18 熱傷	35
19 気道閉塞、異物	36
20 中毒	37
21 溺水	38
22 熱中症	39
23 偶発性低体温症	40
24 在宅医療処置継続中の傷病者に対する処置	41

25 周産期	
性器出血	42
分娩	43
異常分娩・産科合併症	45
26 乳幼児	
心肺機能停止	46
ショック	47
呼吸困難	48
けいれん	49
意識障害	50
新生児救急	51
高熱	52
脱水	53
急性腹症	54

## 参考

「救急搬送における重症度・緊急度判断基準に関する準備委員会」設置要綱	55
「救急搬送における重症度・緊急度判断基準に関する準備委員会」委員名簿	56
14年度「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会」設置要綱	57
14年度「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会」委員名簿	58
14年度「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会」作業部会委員名簿	59
15年度「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会」設置要綱	60
15年度「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会」委員名簿	61
15年度「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会」作業部会委員名簿	62
委員会実施経過	63



## 第1 救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会の設置

### 1 目的

本委員会は、救急搬送における高次医療機関とそれ以外の医療機関の選定に係わる重症度・緊急度判断基準（以下、「判断基準」という。）を作成し、救急隊員の病院選定の適正化及び観察判断の資質の向上並びに応急処置の適正化を図ることを目的として設置した。

### 2 研究事項

本委員会での研究事項は、判断基準の作成、消防庁で定める傷病者の重症度分類の見直し、応急処置の適正化を図るための傷病別プロトコルの作成について検討をすることとした。

### 3 検討経緯

(1) 平成13年8月30日、次年度に設立する本委員会の円滑な運営を図ることを目的として、医師及び消防機関等の関係者を中心に準備委員会を設立した。

準備委員会は3回開催し、10種類の重症度・緊急度判断基準の作成、基礎資料の収集（国内及び国外における判断基準の収集等）、本委員会及び作業部会の設置形態並びに委員候補について検討を行った。

(2) 平成14年度は、準備委員会における委員の参画を得て、5月7日に委員会及び作業部会を設置し、委員会を2回、作業部会を3回開催した。

第1回の委員会では、準備委員会で検討した結果を基に、重症度・緊急度の定義、判断基準の種類並びに観察項目、消防庁で定める傷病者の重症度分類の見直しについて検討し、判断基準の種類については10種類とすることを決定した。

第1回及び第2回の作業部会では、第1回委員会での検討を基に、重症度・緊急度の定義、判断基準の観察項目、消防庁で定める傷病者の重症度分類の見直しについて詳細に議論した。

第2回の委員会では、重症度・緊急度の定義、判断基準の観察項目を決定し、症状別重症度・緊急度判断基準を中心に中間報告を行った。

また、傷病者の重症度分類の見直しについては、その必要性は充分にあるため、見直しを図ることで決定し、第3回の作業部会において、具体的な案の検討を行った。

(3) 平成15年度は、14年度委員会の委員の参画を得て、4月18日に委員会及び作業部会を設置し、委員会を3回、作業部会を4回開催した。

第1回の委員会では、14年度委員会で検討した結果を基に、消防庁で定める傷病者の重症度分類の見直しについては、軽症、中等症、重症、重篤、死亡の5分類に、さらに軽症を4つに細分化することを決定し、処置に関するプロトコルの作成項目について基本的な方向の検討を行った。

第1回から第3回の作業部会では、第1回委員会での検討を基に、処置に関するプロトコルの作成項目や形式、内容について詳細に検討を行った。

第2回の委員会では、第1回から第3回の作業部会で検討された処置に関するプロトコール

26項目の形式、内容について議論した。

第4回作業部会では、第2回の委員会で議論された結果を踏まえ、処置に関するプロトコール26項目の内容について検討を行った。

第3回委員会では、処置に関するプロトコール26項目の決定及び中間報告書の内容と合わせ、報告書（案）について検討を行った。

## 第2 重症度・緊急度の定義

重症度・緊急度判断基準を作成するにあたっては、重症度・緊急度を定義化する必要がある。

重症度及び緊急度の一般的な概念は、生命の危険性を評価するものであるが、切断肢等の機能予後も重要であることから、定義については「重症度とは患者の生命予後又は機能予後を示す概念、緊急度とはその重症度を時間的に規定した概念」とした。

なお、緊急度については重症度を分類していく中で重み付けされるものであり、原則として生理学的評価による異常が最も緊急度が高く、次いで解剖学的評価による異常・その他症状等による異常の順になるものである。

## 第3 傷病者の重症度分類

傷病者の重症度分類について、検討を行った。

### 1 傷病者の重症度分類

昭和39年以降、軽症、中等症、重症、死亡の4つに分類し、現在に至っている。

その中で、重症の定義については「3週間以上の入院加療を必要とするもの以上のもの」となっている。

本委員会において、医学的水準が飛躍的に向上し、傷病によっては症状は重症であるものの、入院加療が短期間で済む場合もあり、時代にそぐわないのではないかな等の議論があり、さらに重症度及び緊急度の定義については「重症度とは、患者の生命予後又は機能予後を示す概念、緊急度とはその重症度を時間的に規定した概念」としている。

これらのことから、この度作成した判断基準においては、傷病者の観察判断を的確に評価し、その状態に適応した医療機関の選定をするためとし、各重症度・緊急度判断基準の観察項目の評価で重症以上と判断される傷病者については、すべて重症以上としている。

このため、本報告書においては「傷病者重症度分類表」のとおり、軽症、中等症、重症、重篤、死亡の5つに分類したものを提言している。

なお、消防庁の救急業務高度化推進検討会において、救急業務に関する統計項目の見直しとオンライン集計処理に向けた検討を今後進めることとされているが、その際にこの傷病者重症度分類の見直しに関する提言も参考にされるよう願うものである。

## 2 軽症の細分化

平成14年中の救急自動車による搬送人員432万9,935人(対前年比13万9,038人増、3.3%増)のうち、入院加療を必要としない軽症傷病者およびその他の占める割合は51.4%となっている。(平成15年版消防白書より)

年々、救急自動車による搬送件数は高齢化の進展等に伴い、今後、増加することが見込まれるとともに、心筋梗塞、脳卒中等による心肺機能停止患者などの緊急を要する重症患者についても増加することが見込まれる。

このため、軽症傷病者およびその他の占める現状を詳細に把握し、今後の救急業務の効率化等の検討を行う際に活用するための参考として細分化した。

## 3 傷病者重症度分類表

軽症：入院を要しないもの	
中等症：生命の危険はないが入院を要するもの	
重症：生命の危険の可能性があるもの	生命の危険の可能性があるものとは、重症度・緊急度判断基準において、重症以上と判断されたもののうち、死亡及び重篤を除いたものをいう。
重篤：生命の危険が切迫しているもの	生命の危険が切迫しているものとは、以下のものをいう。 ① 心・呼吸の停止または停止のおそれがあるもの。 ② 心肺蘇生を行ったもの。
死亡：初診時死亡が確認されたもの	

※ 軽症については、さらに以下の4つに細分化できる。

- ①「通院1（非入院1）」  
軽症と診断されたもののうち、1週間以上の通院加療を要する傷病状態と認められたもの
- ②「通院2（非入院2）」  
軽症と診断されたもののうち、1週間未満の通院加療を要する傷病状態と認められたもの
- ③「通院不要1」  
軽症と診断されたもののうち、通院加療は要しないが医療処置（投薬を除く）を要したものの
- ④「通院不要2」  
軽症と診断されたもののうち、通院加療は要しなかったもの（診察・投薬のみであったもの）

## 第4 重症度・緊急度判断基準

### 1 必要性

救急活動では、さまざまな年齢層の傷病者やあらゆる救急事故に対応するため、短時間のうちに適切な判断を行わなければならない。

このため、観察した結果から、重症度・緊急度を的確に評価すること及び傷病者の状態に適応した医療機関を選定することは、救急隊員にとって極めて重要となる。

欧米では、これらを適切に行うため、各種のプロトコールを活用しているが、我が国では一部の先進的な消防本部でしか取り入れていない現状にある。

救急活動における病院選定の適正化及び観察判断の資質の向上を図るためには、各種の判断基準を積極的に活用していく必要がある。

### 2 種類

救急隊員が判断基準を使用する場合には、心疾患、脳血管障害等の疾患別ではなく、胸痛、呼吸困難等の症状別としたほうが活用しやすいことから、種類については症状を中心に、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、乳幼児の10種類とした。

### 3 観察項目

観察項目の評価の優先順位については、外傷の判断基準は①生理学的評価、②解剖学的評価、③受傷機転の3段階の順となっており、これ以外の判断基準は①生理学的評価、②症状等の2段階の順となっている。このうち、生理学的評価の観察項目については、10種類の判断基準がほぼ共通となっている。

また、傷病者を観察した結果、判断基準の観察項目にひとつでも該当する場合は、重症以上であると判断し、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を選定する必要がある。

各判断基準に示された観察項目から、傷病者の重症度・緊急度を評価して医療機関を選定した場合、オーバートリアージ（重症度・緊急度を高めに見積もること）になることも考えられるが、限られた資器材で観察を実施している救急隊員にとっては、オーバートリアージでないと救命する可能性が低くなる。防ぎうる死亡（preventable death）をなくすための重要なポイントは、アンダートリアージ（重症度・緊急度を低く見積もること）を行わないことである。

## 第5 症状別重症度・緊急度判断基準

### 1 外傷の重症度・緊急度判断基準

#### 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：収縮期血圧90mmHg 未満または収縮期血圧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

YES  
 ↓  
 重症以上と判断（※1）

NO  
 ↓

#### 第2段階 解剖学的評価

<ul style="list-style-type: none"> <li>・顔面骨折</li> <li>・頸部または胸部の皮下気腫</li> <li>・外頸静脈の著しい怒張</li> <li>・胸部の動揺、フレイルチェスト</li> <li>・腹部膨隆、腹壁緊張</li> <li>・骨盤骨折（骨盤の動揺、圧痛、下肢長差）</li> <li>・両側大腿骨骨折（大腿の変形、出血、腫脹、圧痛、下肢長差）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・頭部、胸部、腹部、頸部または鼠径部への穿痛性外傷（刺創、銃創、杵創など）</li> <li>・15%以上の熱傷を複合している外傷、顔面または気道の熱傷</li> <li>・デグロービング損傷</li> <li>・多指切断（例えば手指2本、足指3本）</li> <li>・四肢切断</li> <li>・四肢の麻痺</li> </ul>
---	--

YES  
 ↓  
 重症以上と判断（※1）

NO  
 ↓

#### 第3段階 受傷機転

<ul style="list-style-type: none"> <li>・同乗者の死亡</li> <li>・車から放り出された</li> <li>・車に轢かれた</li> <li>・5m以上跳ね飛ばされた</li> <li>・車が高度に損傷している</li> <li>・救出に20分以上要した</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・車の横転</li> <li>・転倒したバイクと運転者の距離：大</li> <li>・自動車が歩行者・自転車に衝突</li> <li>・機械器具に巻き込まれた</li> <li>・体幹部が挟まれた</li> <li>・高所墜落</li> </ul>
--	---

YES  
 ↓  
 重症以上と判断（※2）

NO  
 ↓  
 中等症以下と判断

原則、重症度・緊急度を評価する優先順は、第1段階、第2段階、第3段階の順とする。

（※1）重症以上と判断した場合の医療機関の選定は、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。

（※2）原則、※1と同様であるが、搬送病院の選定に苦慮する場合には、医師の助言、指導を受けること。

#### 留意点

##### その他の評価

以下の項目に該当している場合は、第1段階から第3段階までの各項目に該当していなくても、重症以上となる可能性があるため、搬送病院の選定に苦慮する場合には、医師の助言、指導を受ける。

<ul style="list-style-type: none"> <li>・小児または高齢者</li> <li>・心疾患または呼吸器疾患の既往</li> <li>・糖尿病（特にインスリン使用中）</li> <li>・肝硬変</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・透析患者</li> <li>・悪性腫瘍</li> <li>・出血性疾患（紫斑病、血友病等）</li> <li>・抗凝固薬服用中</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬物中毒</li> <li>・病的肥満</li> <li>・妊婦</li> </ul>
--	--	---

### 2 熱傷の重症度・緊急度判断基準

#### 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：収縮期血圧90mmHg 未満または収縮期血圧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

YES  
 ↓  
 重症以上と判断

NO  
 ↓

#### 第2段階 熱傷の程度等

<ul style="list-style-type: none"> <li>・Ⅱ度熱傷 20%以上</li> <li>・Ⅲ度熱傷 10%以上</li> <li>・化学熱傷</li> <li>・電撃傷</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・気道熱傷</li> <li>・顔、手、足、陰部、関節の熱傷</li> <li>・他の外傷を合併する熱傷</li> <li>・小児 } Ⅱ度熱傷 10%以上</li> <li>    } Ⅲ度熱傷 5%以上</li> <li>・高齢者 }</li> </ul>
---	---

YES  
 ↓  
 重症以上と判断

NO  
 ↓  
 中等症以下と判断

・原則、重症度・緊急度を評価する優先順は、第1段階、第2段階の順とする。

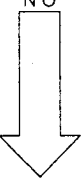
・重症以上と判断した場合の医療機関の選定は、救命救急センター等の三次救急医療機関、あるいはこれに準ずる二次救急医療機関及び地域の基幹病院とすること。

### 3 中毒の重症度・緊急度判断基準

#### 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：収縮期血圧90mmHg未満または収縮期血圧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

YES  
  
 重症以上と判断

NO  


#### 第2段階 原因物質

・毒物摂取	・毒性のある食物
・医薬品（少量の眠剤、抗精神薬を除く）	・農薬
・工業用品（強酸、強アルカリ、石油製品、青酸化合物）	・家庭用品（防虫剤、殺鼠剤等）
・覚醒剤、麻薬	・有毒ガス
	・何を飲んだか不明のもの

YES  
  
 重症以上と判断


NO  
  
 中等症以下と判断

- ・原則、重症度・緊急度を評価する優先順は、第1段階、第2段階の順とする。
- ・重症以上と判断した場合の医療機関の選定は、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。

### 4 意識障害の重症度・緊急度判断基準

#### 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：収縮期血圧90mmHg未満または収縮期血圧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

YES  
  
 重症以上と判断

NO  


#### 第2段階 症状等

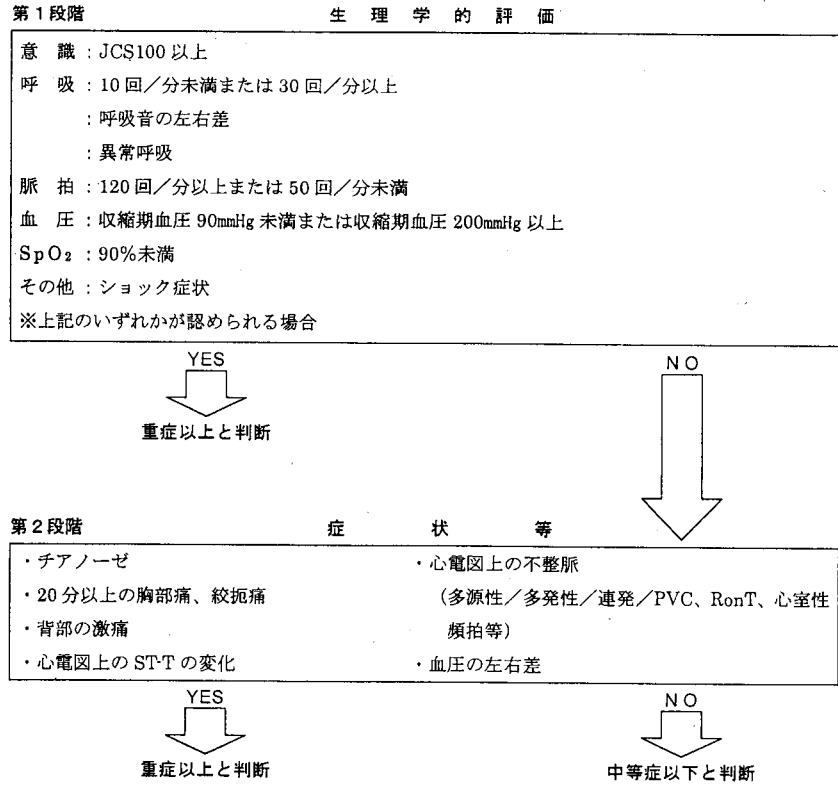
・進行性の意識障害	・頭痛、嘔吐
・痙攣重積（30分以上）	・低酸素環境
・高度脱水	・高温/低温環境
・項部硬直	

YES  
  
 重症以上と判断

NO  
  
 中等症以下と判断

- ・原則、重症度・緊急度を評価する優先順は、第1段階、第2段階の順とする。
- ・重症以上と判断した場合の医療機関の選定は、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。

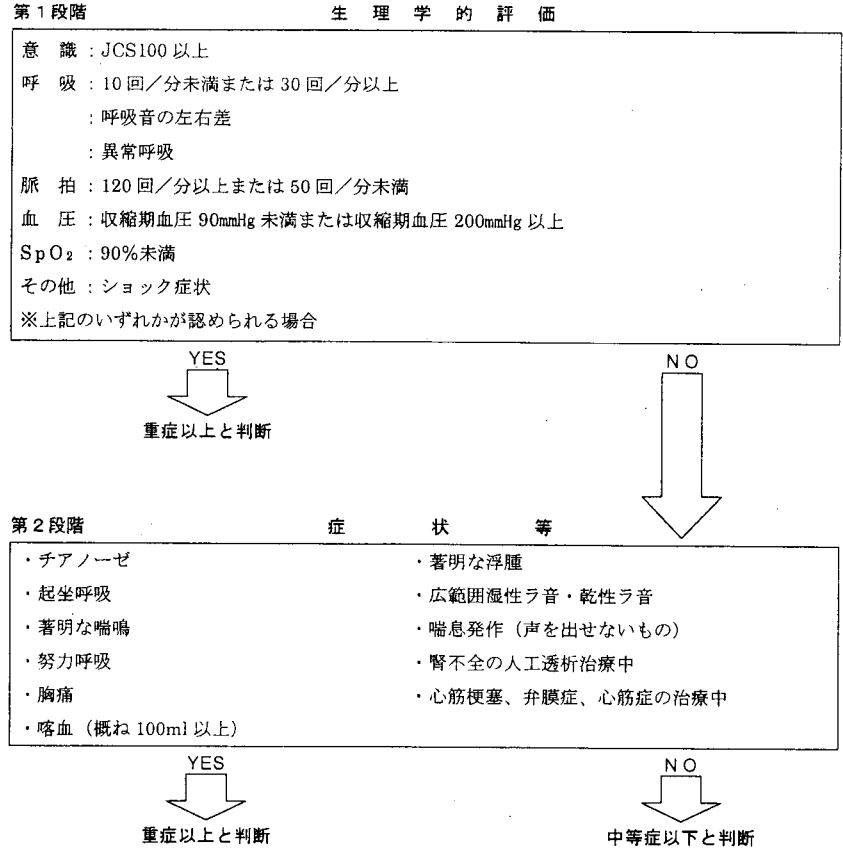
5 胸痛の重症度・緊急度判断基準



・原則、重症度・緊急度を評価する優先順位は、第1段階、第2段階の順とする。

・重症以上と判断した場合の医療機関の選定は、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。

6 呼吸困難の重症度・緊急度判断基準



・原則、重症度・緊急度を評価する優先順位は、第1段階、第2段階の順とする。

・重症以上と判断した場合の医療機関の選定は、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。

7 消化管出血の重症度・緊急度判断基準

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：収縮期血圧90mmHg未満または収縮期血圧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

YES  
 ↓  
 重症以上と判断

NO  
 ↓

第2段階 症状等

・肝硬変  
 ・腹壁緊張  
 ・腹膜刺激症状  
 ・高度脱水  
 ・高度貧血症  
 ・頻回の嘔吐

YES  
 ↓  
 重症以上と判断

NO  
 ↓  
 中等症以下と判断

- ・原則、重症度・緊急度を評価する優先順は、第1段階、第2段階の順とする。
- ・重症以上と判断した場合の医療機関の選定は、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。

8 腹痛の重症度・緊急度判断基準

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：収縮期血圧90mmHg未満または収縮期血圧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

YES  
 ↓  
 重症以上と判断

NO  
 ↓

第2段階 症状等

・腹壁緊張又は圧痛  
 ・腹膜刺激症状  
 ・高度脱水  
 ・高度貧血  
 ・グロ音消失  
 ・有嚙性金属性グル音  
 ・妊娠の可能性或いは人工妊娠中絶後  
 ・吐血、下血  
 ・腹部の異常膨隆  
 ・頻回の嘔吐

YES  
 ↓  
 重症以上と判断

NO  
 ↓  
 中等症以下と判断

- ・原則、重症度・緊急度を評価する優先順は、第1段階、第2段階の順とする。
- ・重症以上と判断した場合の医療機関の選定は、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。

9 周産期の重症度・緊急度判断基準

第1段階

生理学的評価

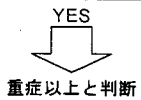
意識：JCS100 以上  
 呼吸：10回/分未満または30回/分（陣痛のある場合は除く）以上  
     ：呼吸音の左右差  
     ：異常呼吸  
 脈拍：120回/分以上または50回/分未満  
 血圧：収縮期血圧90mmHg未満または収縮期血圧200mmHg以上  
 SpO<sub>2</sub>：90%未満  
 その他：ショック症状  
 ※上記のいずれかが認められる場合



第2段階

症状等

- ・大量の性器出血
- ・腹部激痛
- ・腹膜刺激症状
- ・異常分娩
- ・呼吸困難
- ・チアノーゼ
- ・痙攣
- ・出血傾向（血液が固まらない、注射部位よりの出血、紫斑など）
- ・子痲前駆症状
  - ①中枢神経症状（激しい頭痛あるいはめまい）
  - ②消化器症状（激しい上腹部痛、激しい嘔気あるいは嘔吐）
  - ③眼症状（眼がちかちかする、視力障害あるいは視野障害）



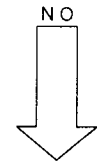
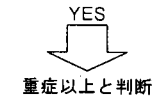
- ・原則、重症度・緊急度を評価する優先順は、第1段階、第2段階の順とする。
- ・重症以上と判断した場合の医療機関の選定は、救命救急センター等の三次救急医療機関、あるいはこれに準ずる二次救急医療機関及び地域の基幹病院とすること。

10 乳幼児の重症度・緊急度判断基準

第1段階

生理学的評価

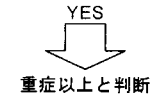
意識：JCS100 以上  
 呼吸：新生児（生後28日未満） ⇒30回/分未満または50回/分以上  
     ：乳児（生後28日から1歳未満） ⇒20回/分未満または30回/分以上  
     ：幼児（1歳から6歳未満） ⇒20回/分未満または30回/分以上  
     ：呼吸音の左右差  
     ：異常呼吸  
 脈拍：新生児（生後28日未満） ⇒150回/分以上または100回/分未満  
     ：乳児（生後28日から1歳未満） ⇒120回/分以上または80回/分未満  
     ：幼児（1歳から6歳未満） ⇒110回/分以上または60回/分未満  
 血圧：新生児（生後28日未満） ⇒収縮期血圧70mmHg未満  
     ：乳児（生後28日から1歳未満） ⇒収縮期血圧80mmHg未満  
     ：幼児（1歳から6歳未満） ⇒収縮期血圧80mmHg未満  
 SpO<sub>2</sub>：90%未満  
 その他：ショック症状  
     ：新生児の場合、出生後5分以上のアプガースコア7点以下  
 ※1) 上記のいずれかが認められる場合  
 2) 乳幼児の体動が著しい場合、乳幼児が号泣している場合等で、各項目を測定することが困難な場合は、第2段階の症状等に示されている項目を優先して観察し、重症度・緊急度を判断する。



第2段階

症状等

- ・ぐったり、または、うつろ
- ・異常な不機嫌
- ・異常な興奮
- ・妊娠36週未満の新生児
- ・低体温
- ・頻回の嘔吐あるいは胆汁性の嘔吐
- ・多発外表奇形の新生児
- ・出血傾向（血液が固まらない、注射部位よりの出血、紫斑など）
- ・高度の黄疸
- ・脱水症状（皮膚乾燥、弾力なし）
- ・瞳孔異常（散瞳、縮瞳）
- ・痙攣の持続



- ・原則、重症度・緊急度を評価する優先順は、第1段階、第2段階の順とする。
- ・重症以上と判断した場合の医療機関の選定は、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。

## 第6 処置に関するプロトコール

処置に関するプロトコールについて、26項目を作成した。

### I 目的及びプロトコールの見方等

#### 1 作成の目的

今回作成した、処置に関するプロトコール全26項目は、都道府県及び各地域におけるメディカルコントロール協議会において、プロトコールを作成する際の参考に供するため作成したものであり、平成14年度に作成した「症状別重症度・緊急度判断基準」（以下「重症度・緊急度判断基準」という。）により、適切な搬送を行う際の処置について基準を示したものである。

#### 2 作成基準

(1) 処置にあたり「心肺機能停止」に陥っている場合は、「心肺機能停止」のプロトコールによることとし、各プロトコールについては、「外傷」・「偶発性低体温症」を除いて「心肺機能」が停止していない状態から作成している。

(2) プロトコールの形式について、◇型で判断を示し、該当の有・無（YES・NO）により□型で処置の内容を示し、右側を重症としている。

ただし「心肺機能停止」のプロトコールは左側を重症としている（平成15年3月総務省消防庁「包括的指示下での除細動に関する研究会報告書」の別図救急救命士が行うVF/VTに対する除細動のプロトコールとの整合のため）。

(3) 医療機関への搬送については「重症度・緊急度判断基準」によることとし、今回の各項目のプロトコールにおいては「速やかに適切な医療機関へ搬送」として統一的に表記している。

ただし、症状によって搬送医療機関を特定する必要がある場合についてはその旨、特記している。

(4) 必要なものについては、各プロトコール項目に別途説明を付している。

#### 3 用語の取り扱い

「高濃度酸素投与」とは、リザーバーマスクを用いて10ℓ/分以上の酸素投与を行うことをいう。

ただし、新生児については3ℓ/分程度からの酸素投与（流量は症状により適宜増減）を行うことをいう。

#### 4 「周産期」「乳幼児」プロトコールの取り扱い

「周産期」「乳幼児」のプロトコールについては、「処置に関するプロトコール項目一覧」のどおり、項目の最後にまとめている。

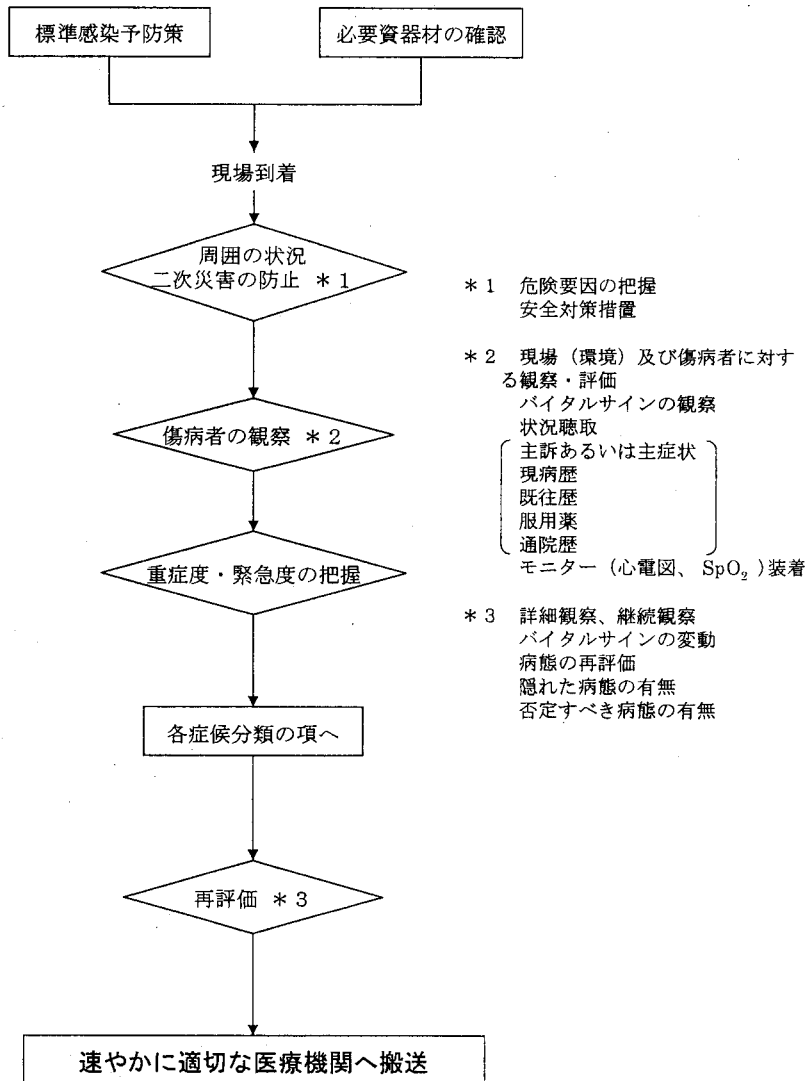
## II 処置に関するプロトコール（26項目）

処置に関するプロトコール項目一覧

整理番号	項 目
1	救急活動全般の活動基準
2	心肺機能停止
3	ショック
4	意識障害
5	頭痛
6	めまい
7	麻痺
8	けいれん
9	呼吸困難-喘息発作を含む-
10	胸痛
11	動悸、不整脈
12	腰、背部痛
13	腹痛
14	消化管出血
15	性器出血
16	鼻出血
17	外傷
18	熱傷
19	気道閉塞、異物
20	中毒
21	溺水
22	熱中症
23	偶発性低体温症
24	在宅医療処置継続中の傷病者に対する処置
25	周産期 1 性器出血 2 分娩 ① 分娩前の母体に対する処置 ② 分娩介助 ③-I 新生児の観察 ③-II 母体の観察 3 異常分娩・産科合併症
26	乳幼児 1 心肺機能停止 2 ショック 3 呼吸困難 4 けいれん 5 意識障害 6 新生児救急 7 高熱 8 脱水 9 急性腹症

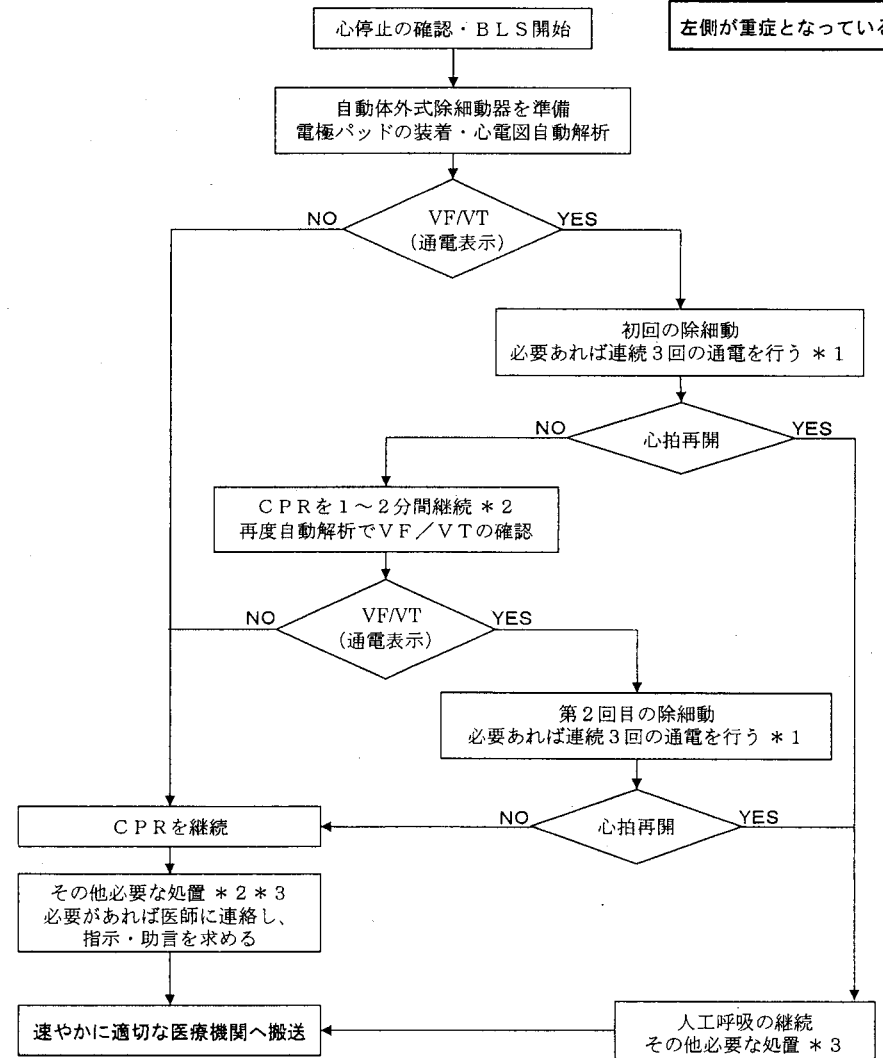


# 1 救急活動全般の活動基準



# 2 心肺機能停止

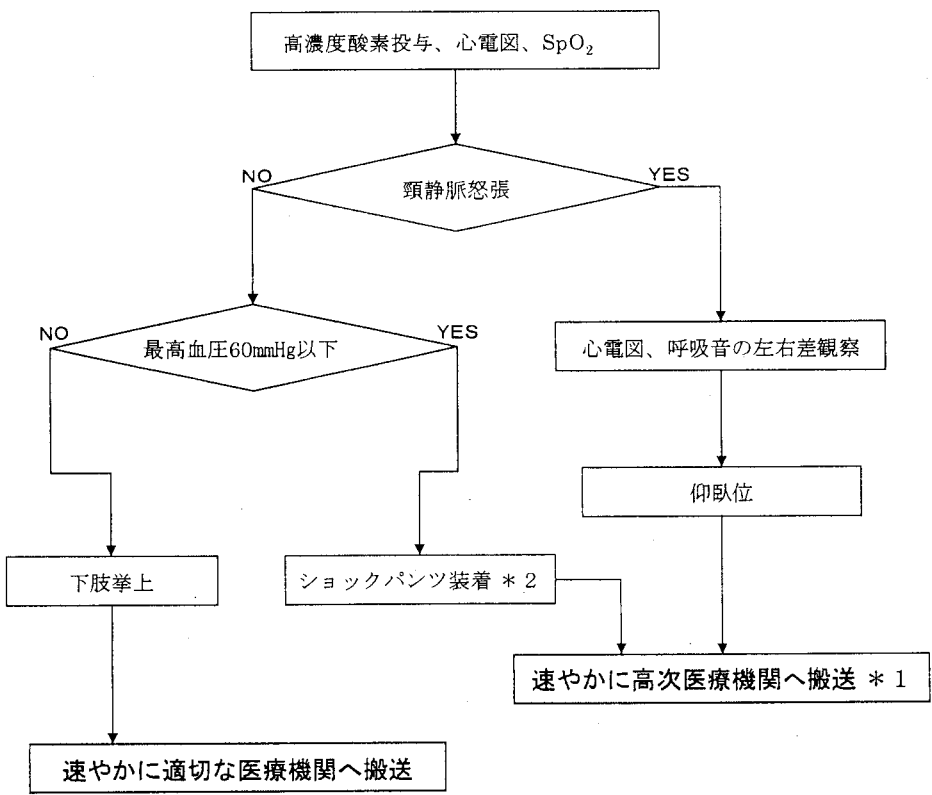
注  
左側が重症となっている



\*1 使用する機種により設定(推奨)される通電量。  
 \*2 器具による気道確保も考慮。  
 \*3 静脈路確保は、時間を要さず速やかに行える場合のみ実施。

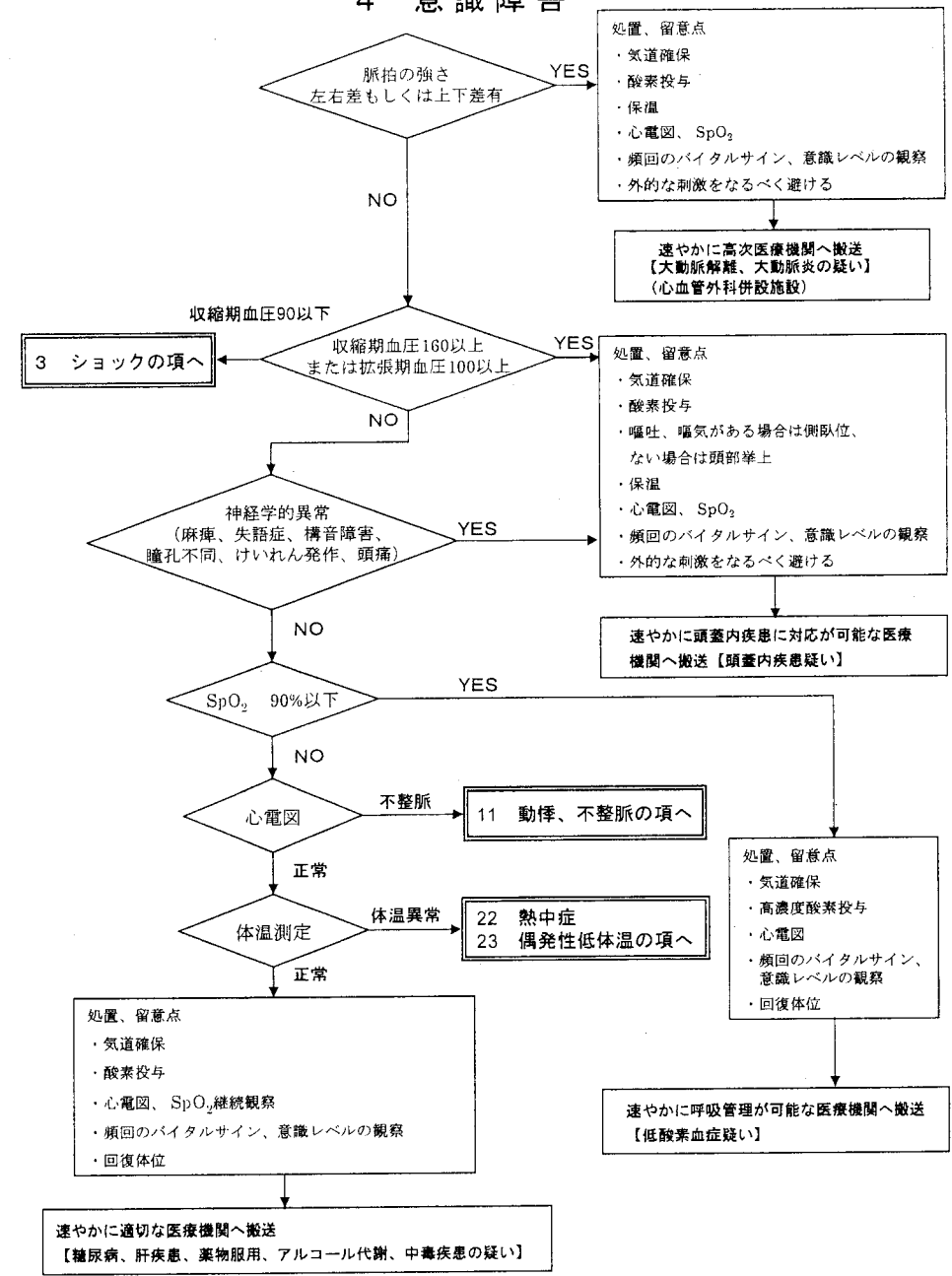
### 3 ショック

**注**  
 最高血圧90mmHg以下で蒼白、虚脱、冷汗、脈拍触知不能、呼吸困難などを伴う場合のプロトコール

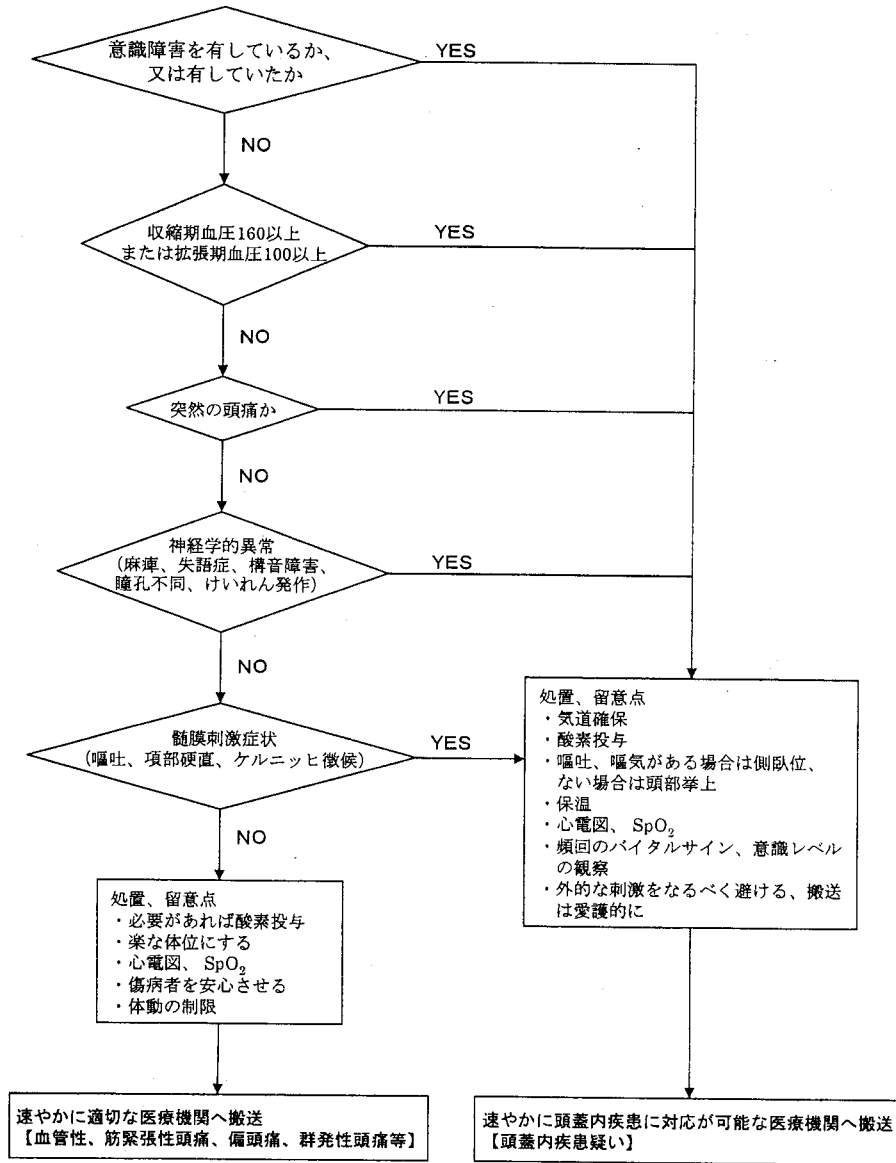


\* 1 心原性ショック、閉塞性ショックを疑い、救命センターまたは循環器専門医のいる医療機関へ。  
 \* 2 ショックパンツ装着に要する時間内に病院到着可能であれば装着せず、下肢挙上にて搬送する。

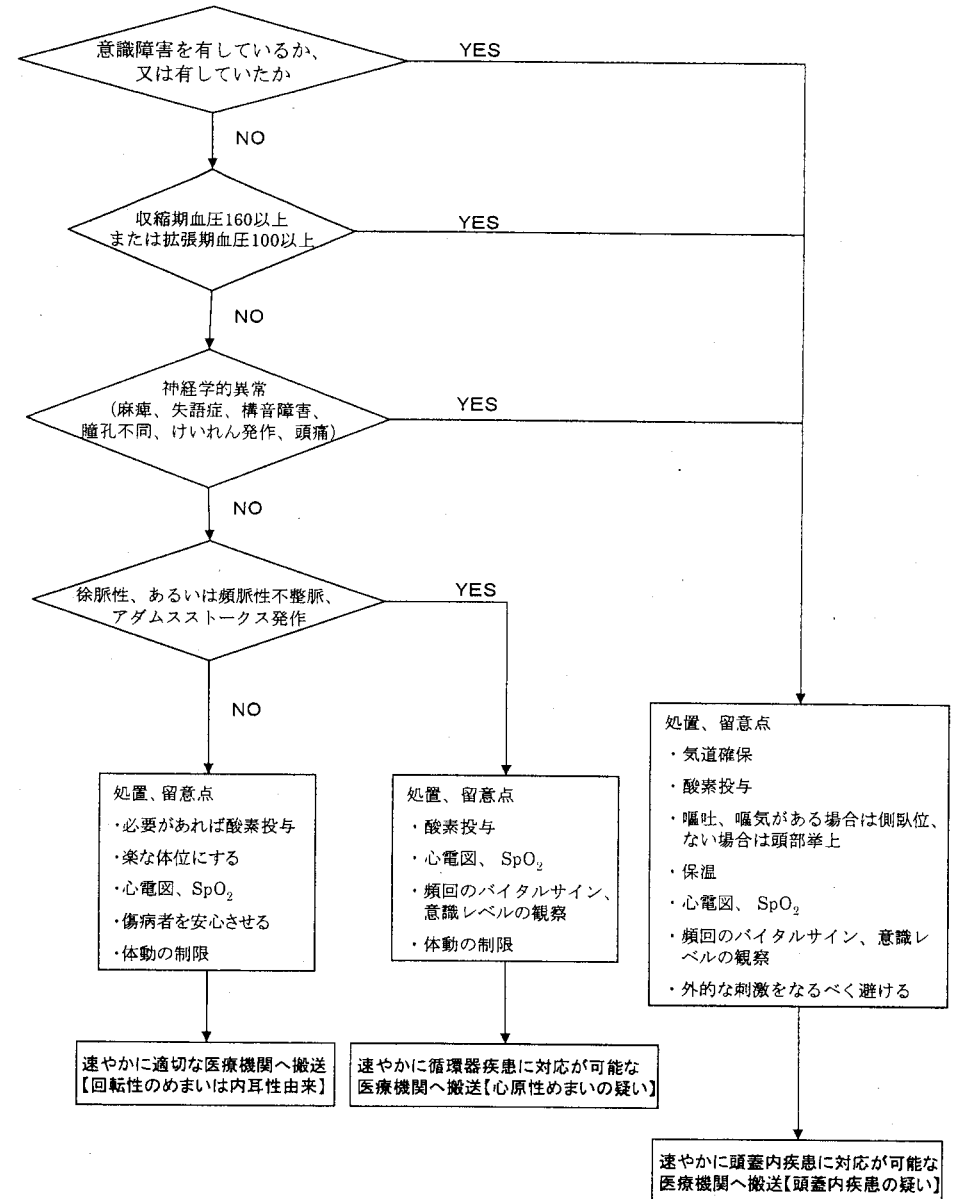
### 4 意識障害



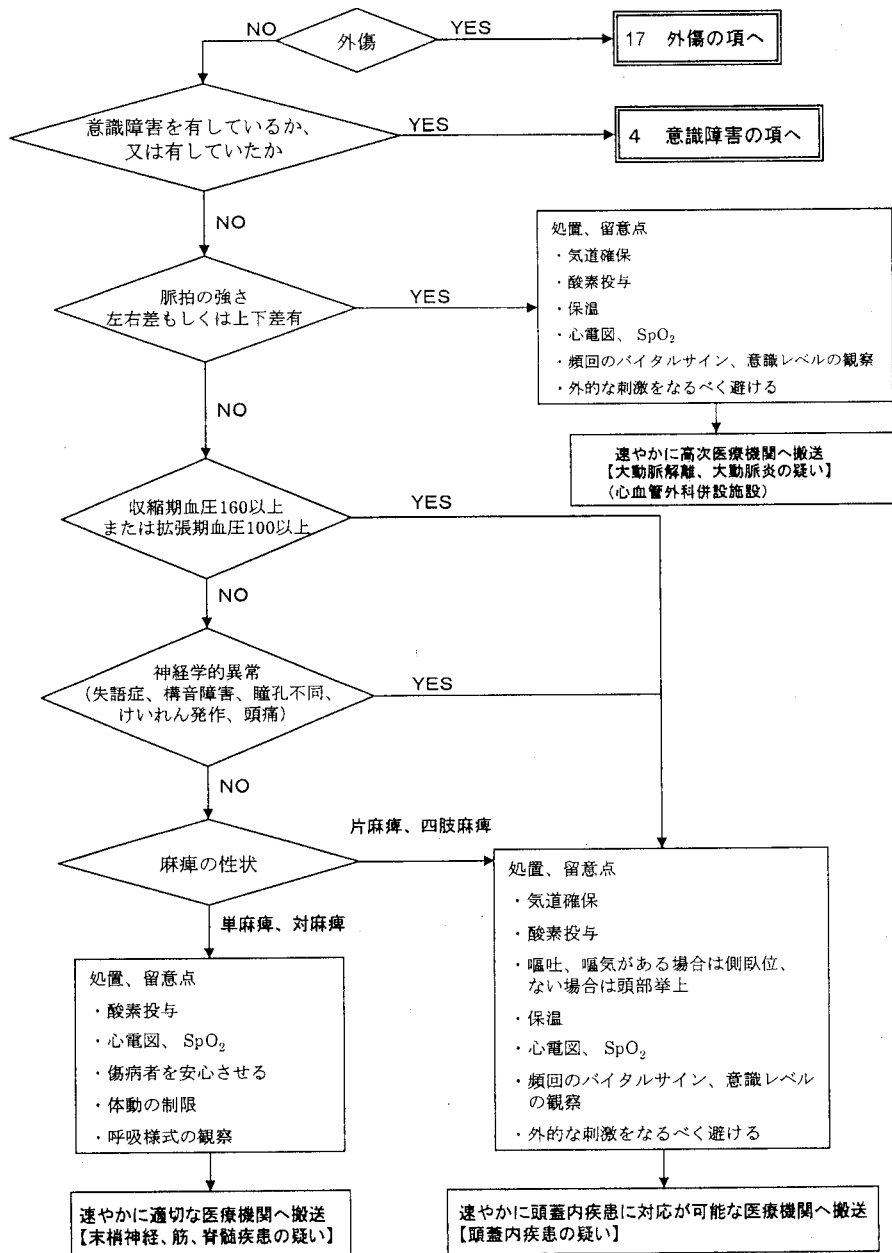
## 5 頭痛



## 6 めまい

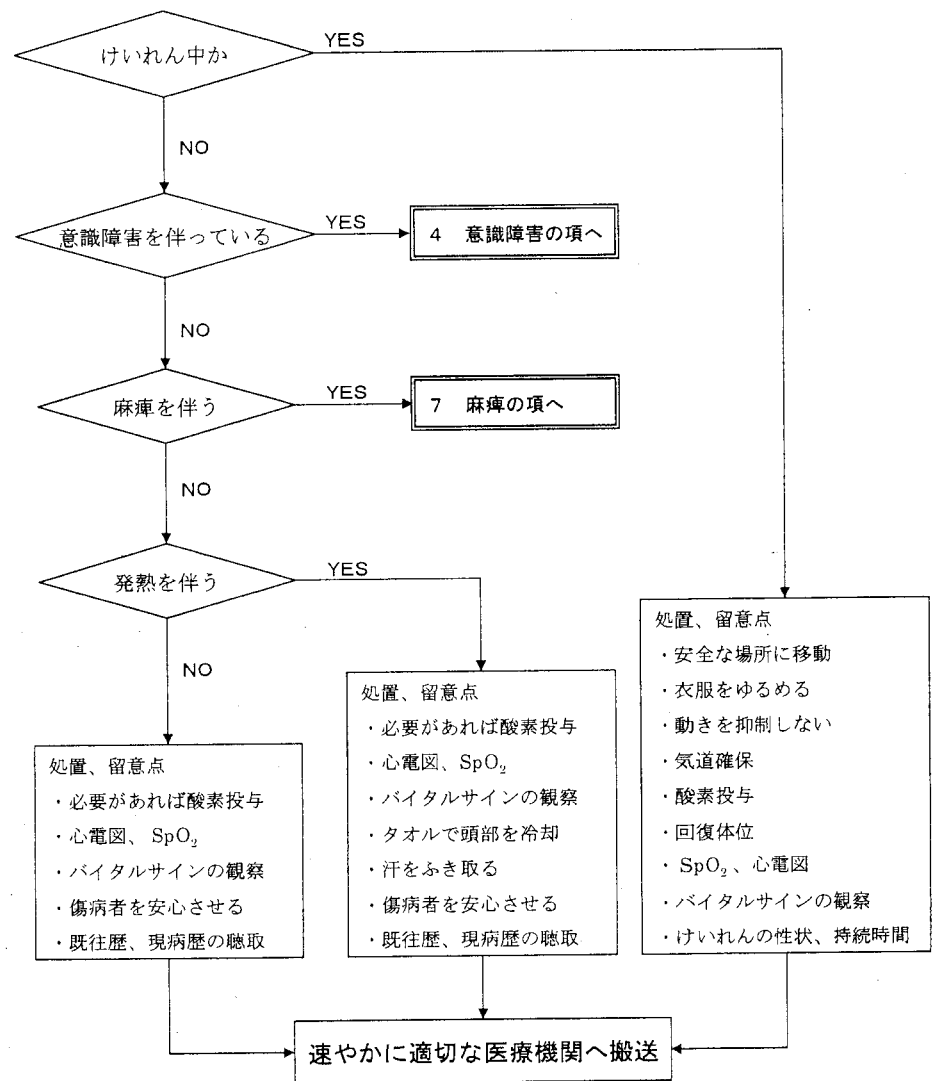


## 7 麻痺



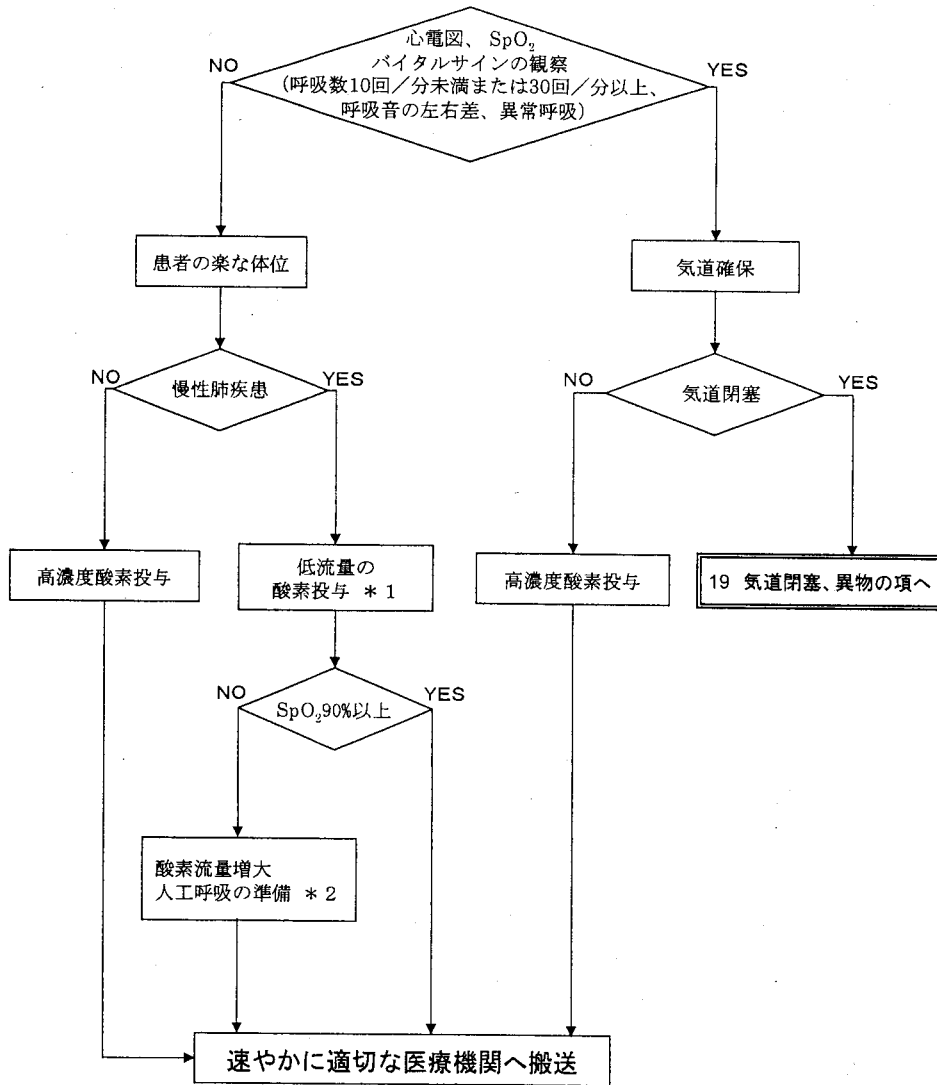
## 8 けいれん

注  
なお、子癇が疑われるときは、25-3  
異常分娩・産科合併症の項へ



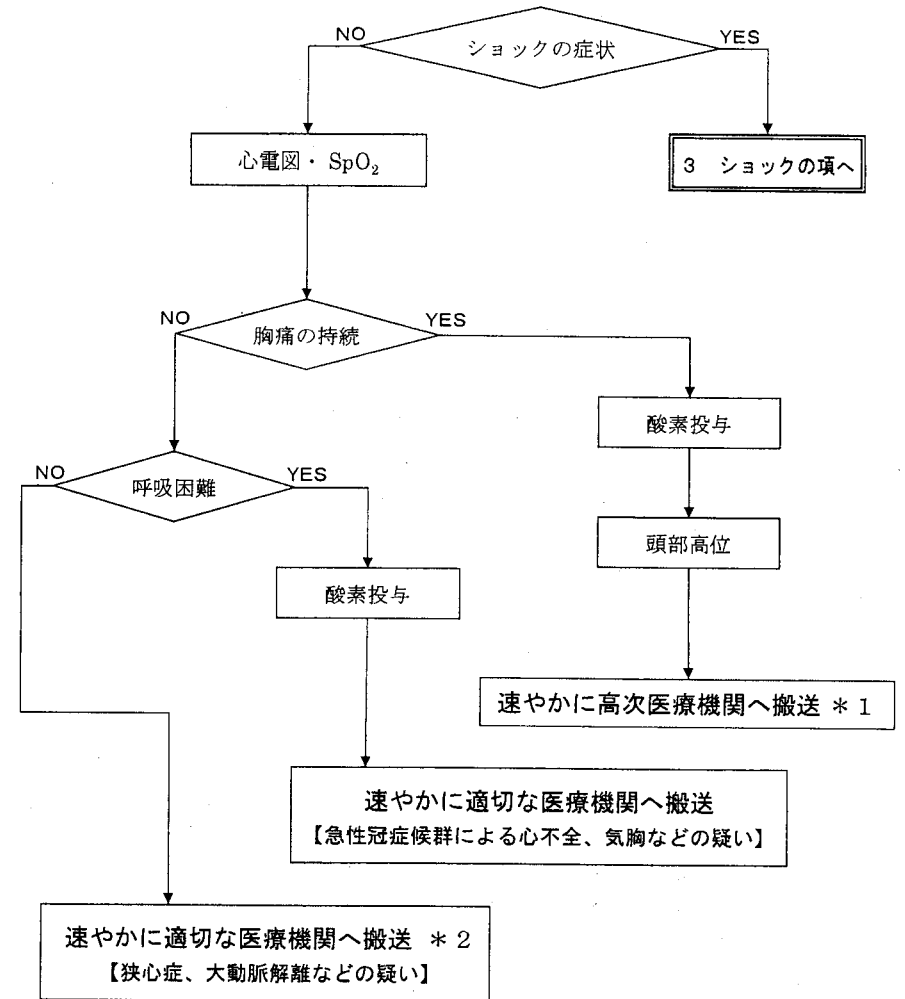
## 9 呼吸困難

— 喘息発作を含む —



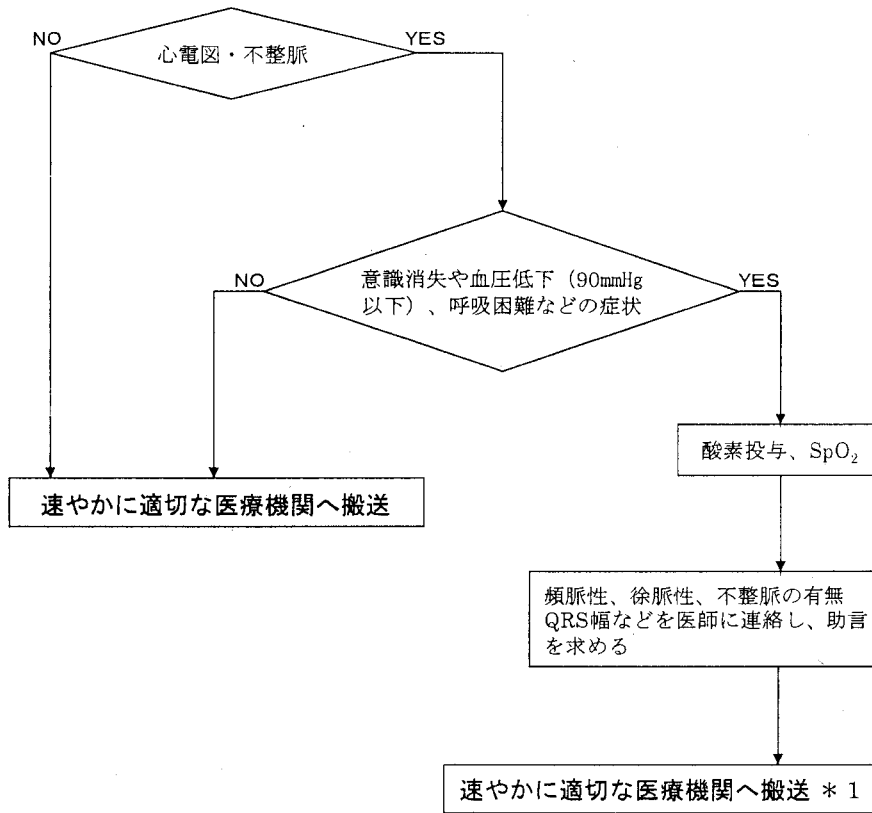
- \* 1 1~2 l/分で開始、人工呼吸の準備。
- \* 2 スクイジングなど呼吸介助を行う場合もある。

## 10 胸痛



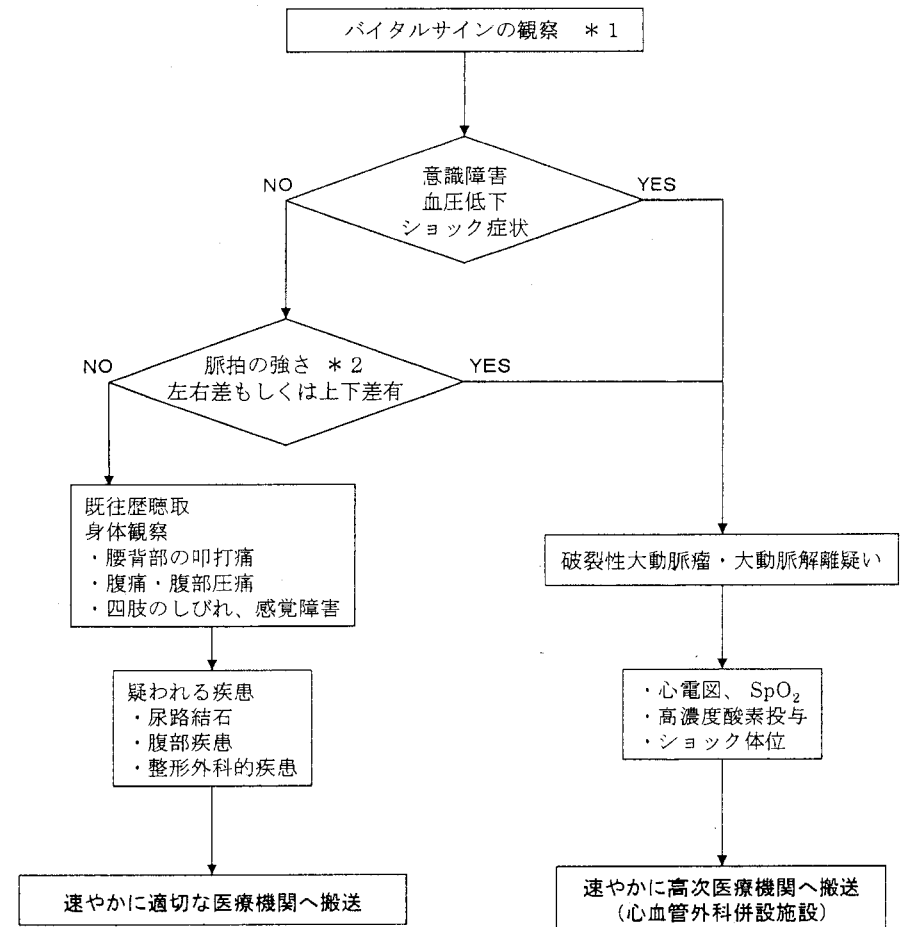
- \* 1 急性心筋梗塞などによる心原性ショック、大動脈解離、肺血栓塞栓症などを疑い救命救急センターまたは循環器専門医のいる医療機関へ。
- \* 2 狭心症、大動脈解離などの鑑別可能な医療機関へ搬送。

## 11 動悸、不整脈



\* 1 循環器専門医のいる医療機関が望ましい。

## 12 腰、背部痛



\* 1 突然の強い腰、背部痛には十分な注意が必要。

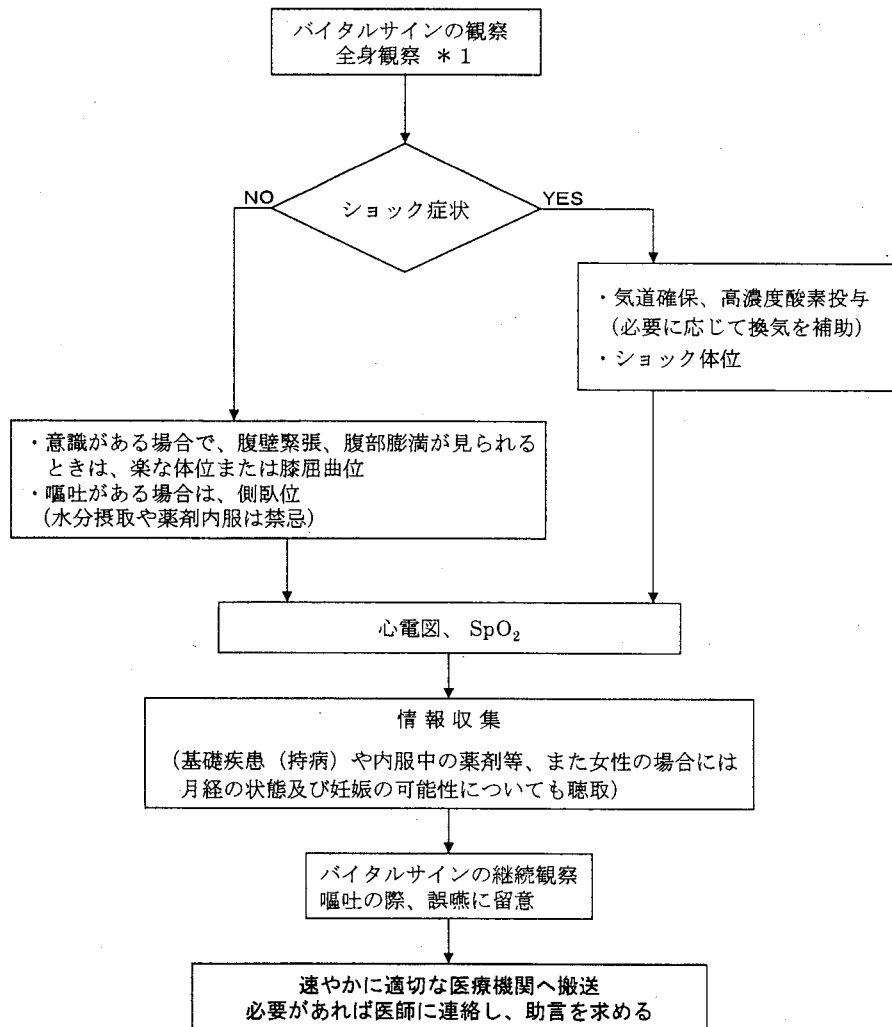
\* 2 脈拍と同時に、血圧の左右差を測定することが望ましい。

### 参考

#### 腰、背部痛評価のポイント

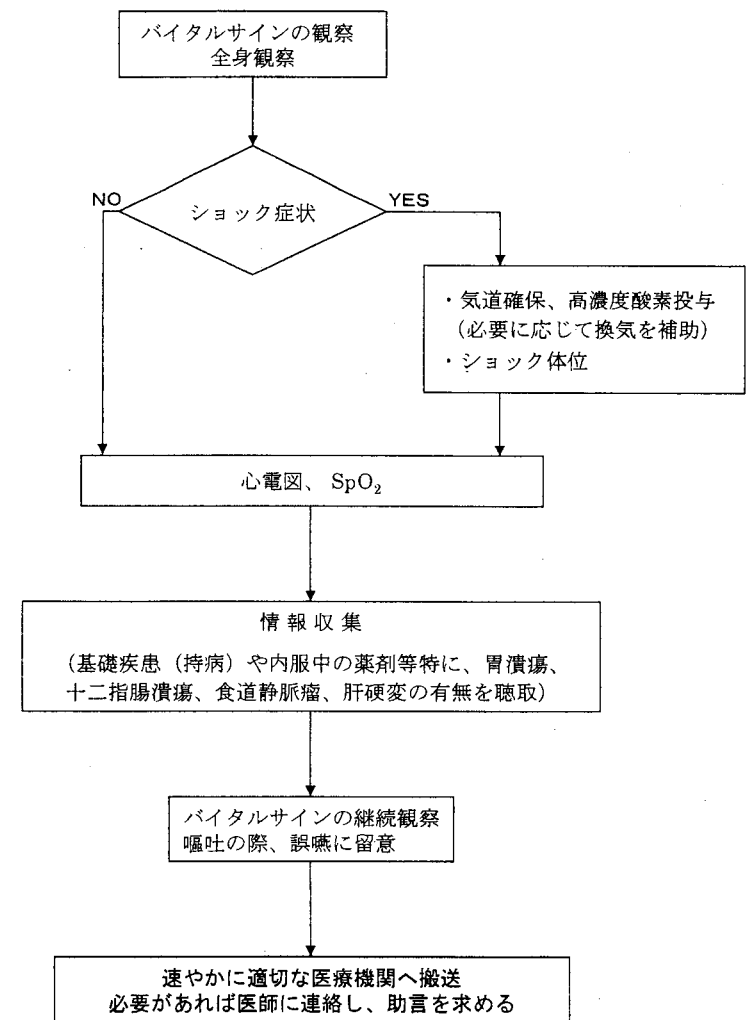
- ・腰、背部痛の発症経過と程度、疼痛部位と随伴症状、運動時の増強。
- ・腰、背部痛が強く、ショック症状あるいは脈拍・血圧の左右上下差があれば大動脈解離を疑う。
- ・破裂性大動脈瘤・大動脈解離の進展部位により、意識障害、胸痛、腹痛、下肢痛を合併することがある。

### 13 腹 痛

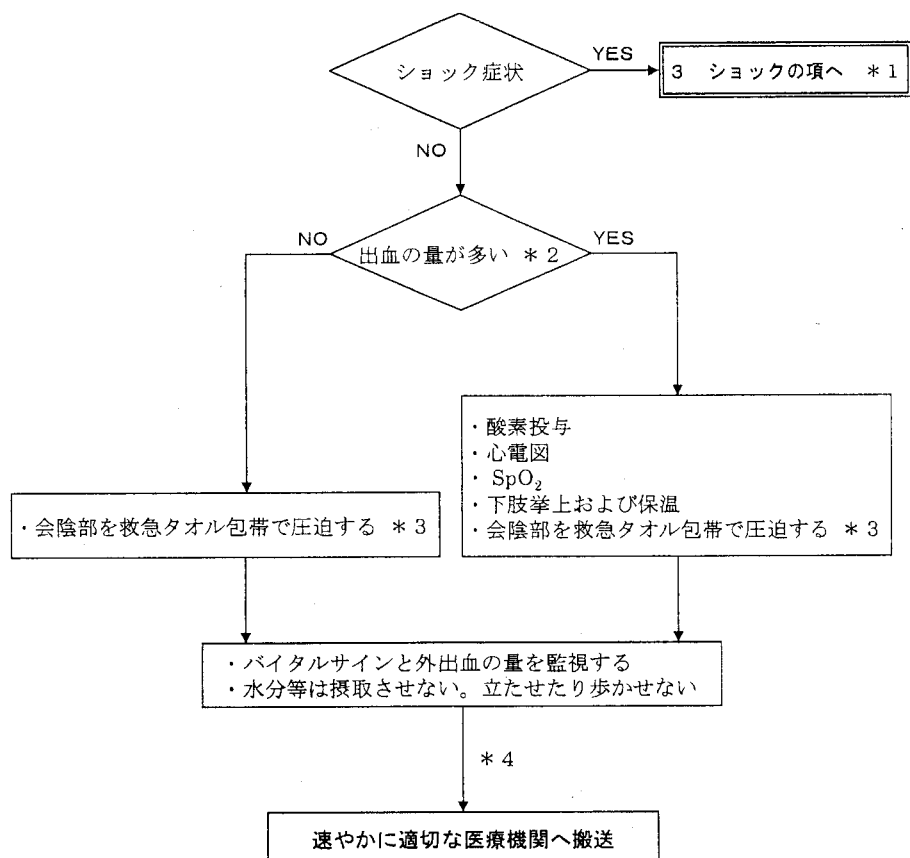


\*1 腹部の観察では、腹部膨満、筋性防御（デファンス）、ブルンベルグ徴候及び腸雑音の異常に注意する。

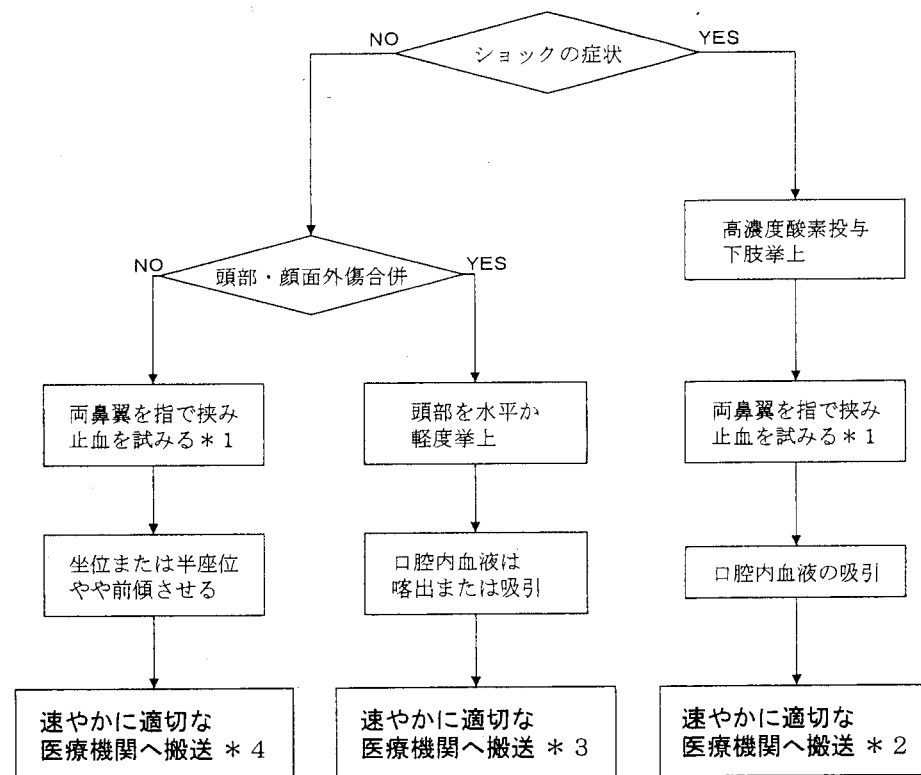
### 14 消化管出血



## 15 性器出血



## 16 鼻出血



- \*1 出血を伴う場合は、本プロトコルを考慮すること。
- \*2 出血の量が多いとは、肉眼的に明らかに多い出血、あるいは通常の月経時の出血より多い状態を指す。
- \*3 患者自身で圧迫できる場合は患者が、できない場合は救急隊が行なう。
- \*4 搬送中に、可能であれば、下腹部痛や外陰部痛の有無、外陰部の打撲や外傷の有無、妊娠の有無について問診する。

- \*1 滅菌ガーゼで塞栓止血してもよい。
- \*2 ショックの管理と耳鼻科医など止血可能な医師のいる医療機関へ。
- \*3 頭蓋底骨折なども疑い脳神経外科医のいる医療機関へ。
- \*4 耳鼻科医など止血可能な医師のいる医療機関へ。

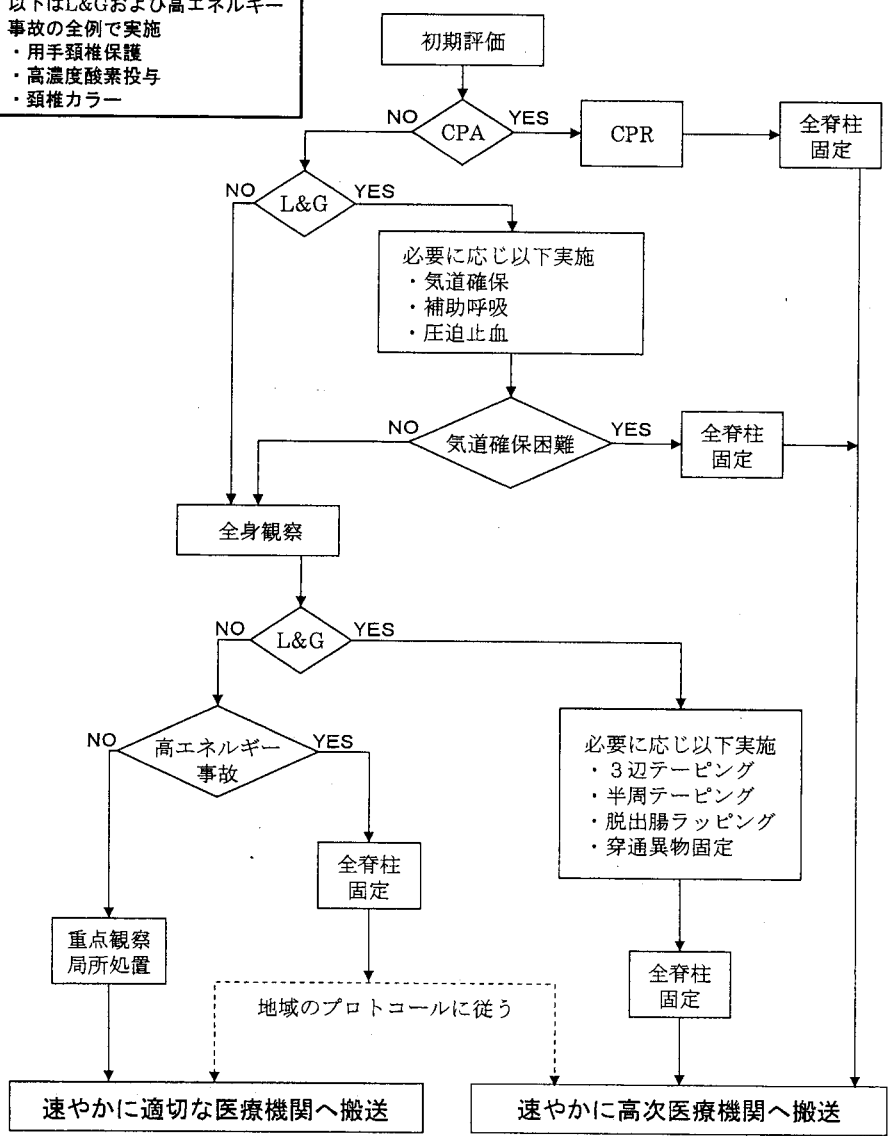


注

以下はL&Gおよび高エネルギー事故の全例で実施

- ・ 用手頸椎保護
- ・ 高濃度酸素投与
- ・ 頸椎カラー

### 17 外傷 [解説を参照のこと]

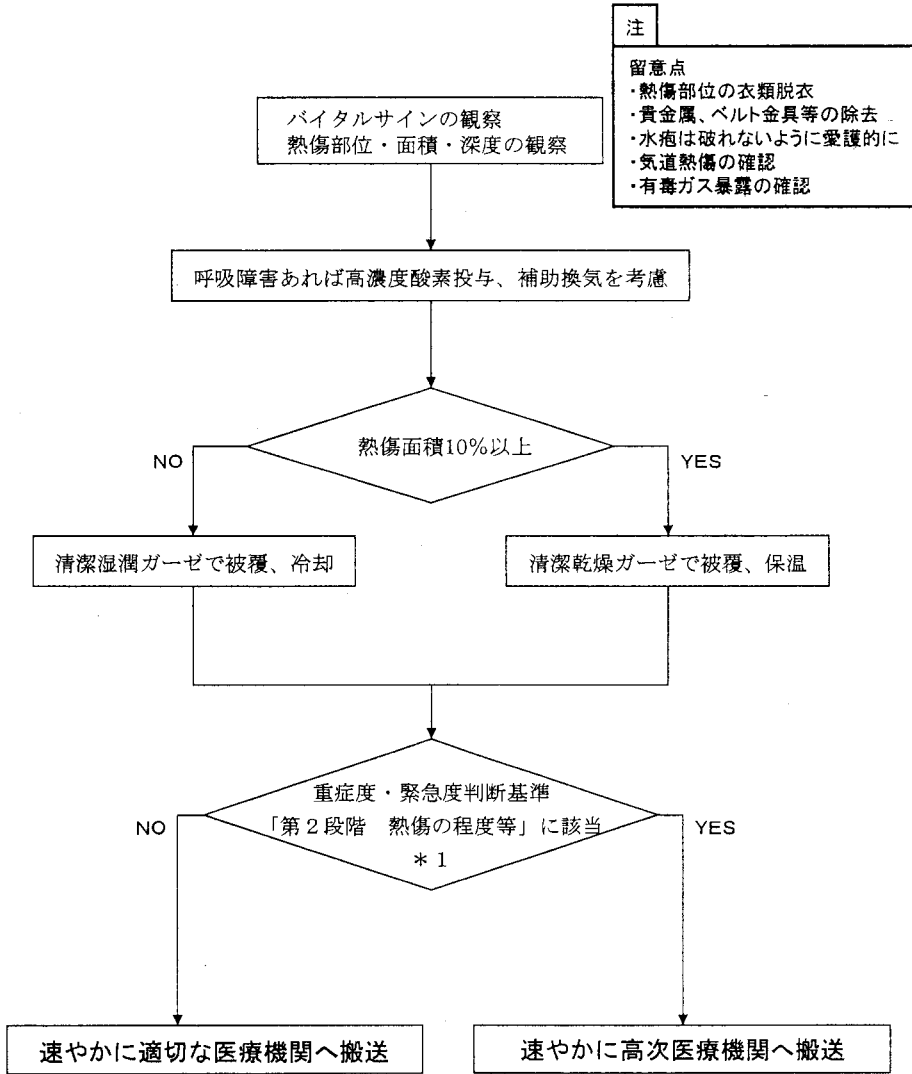


※ L&G →ロードアンドゴー

### 外傷プロトコール解説

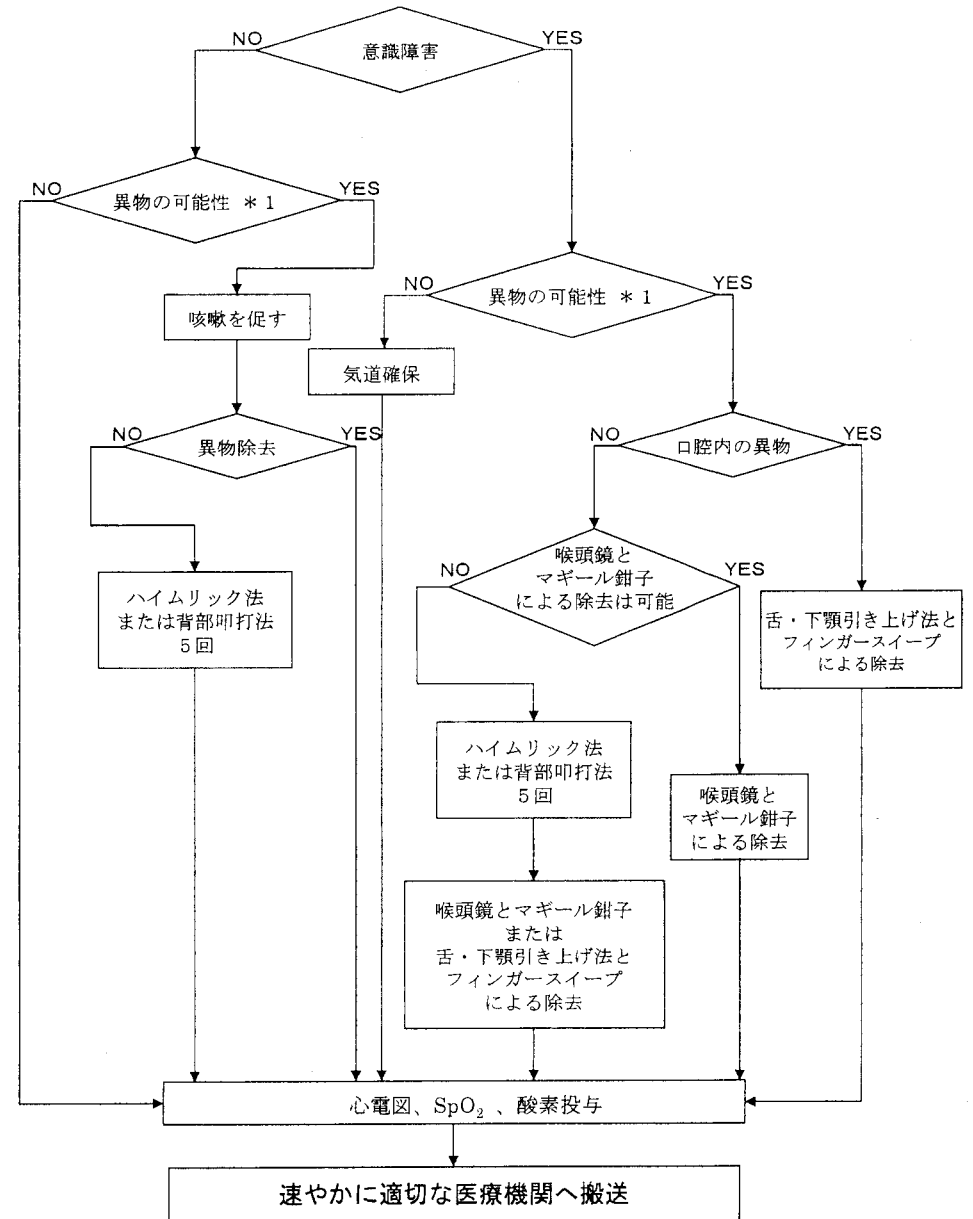
- 外傷のプロトコールはJPTEC(Japan Prehospital Trauma Evaluation and Care)に準拠している。
- JPTEC は日本救急医学会が作成し、JPTEC 協議会（日本救急医学会、日本臨床救急医学会、救急振興財団、日本救急医療財団、全国消防長会、東京消防庁、救急救命士養成施設連絡協議会からの委員で構成）が普及促進にあたっている、わが国の外傷現場活動のスタンダードである。
- L&G (Load and Go : ロードアンドゴー) : 生命の危険の可能性が少しでも疑われる傷病者への対応方針をいう。
- 高エネルギー事故 : 本報告書5ページの「第3段階：受傷機転」に掲げられた事故を高エネルギー事故といい、それらに該当する傷病者は「生命の危機に陥っている可能性」を念頭におく。
- 高濃度酸素投与 : L&G 適応症例では全例リザーバマスクを用いて 10 l/分以上の酸素を投与する。これを「高濃度酸素投与」という。
- L&G の適応判断
  - ① 状況評価で高エネルギー事故、②初期評価（意識、気道、呼吸、循環）の異常、③全身評価でJPTEC が定める損傷（本報告書5ページの「第2段階：解剖学的評価」に掲げられた状態と同じ）のいずれかがあれば、L&G の適応と判断するが、その重みは 初期評価 > 全身評価 > 状況評価 の順序である。
 高エネルギー事故のみに該当し、初期評価、全身観察にまったく異常がみられない傷病者の取り扱いについては地域毎のプロトコールに従うか、あるいは医師に連絡して助言を求める。

# 18 熱 傷



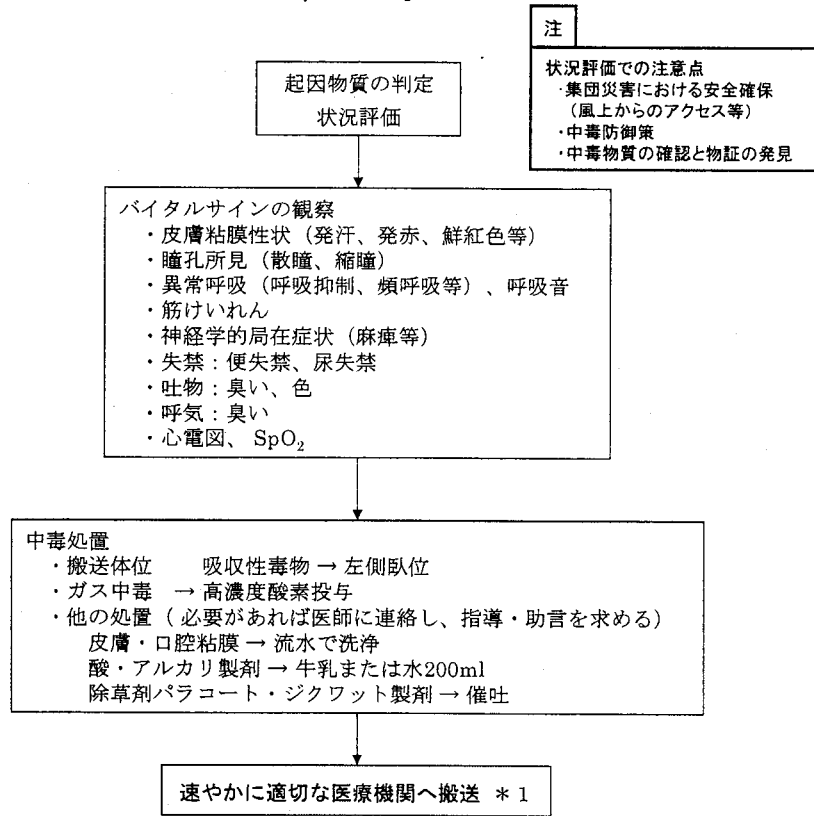
\*1 「第2段階 熱傷の程度等」に該当する場合は、重症以上と判断。  
 ・Ⅱ度熱傷 20%以上  
 ・Ⅲ度熱傷 10%以上  
 ・化学熱傷  
 ・電撃傷  
 ・気道熱傷  
 ・顔、手、足、陰部、関節の熱傷  
 ・他の外傷を合併する熱傷  
 ・小児 } Ⅱ度熱傷 10%以上  
           Ⅲ度熱傷 5%以上  
           高齢者 }

# 19 気道閉塞、異物



\*1 発熱、発声異常はあるか。

## 20 中毒



\* 1 急性一酸化炭素中毒は、高気圧酸素治療施設に搬送することが望ましい。

### 参考

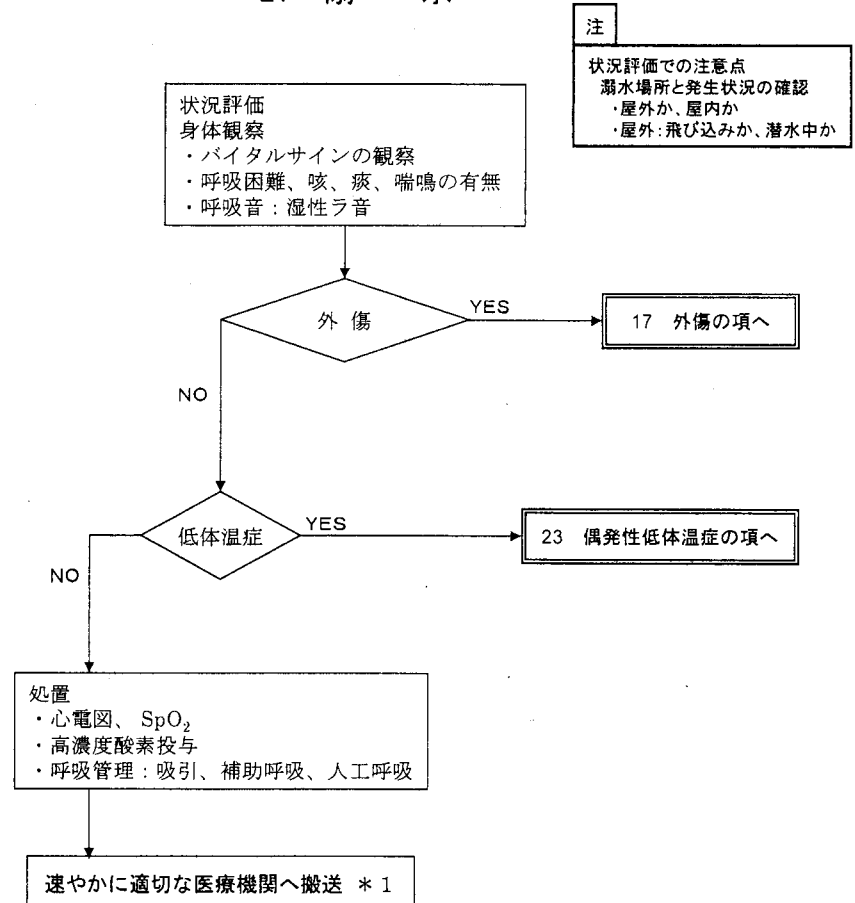
#### 酸素投与の適用と禁忌

- ・意識障害、呼吸困難、ショック症状 → 高濃度酸素
- ・急性一酸化炭素中毒 → 高濃度酸素
- ・パラコート・ジクワット中毒 → 高濃度酸素は禁忌

#### 中毒症状・徴候が重要

- ・有機リン・カーバメイトは縮瞳・発汗・失禁・筋痙攣・刺激臭が特徴
- ・パラコート製剤は着色剤を含有しているため、嘔吐した際の液体や口腔内、口唇が青緑色を呈する
- ・急性一酸化炭素中毒は皮膚紅潮

## 21 溺水



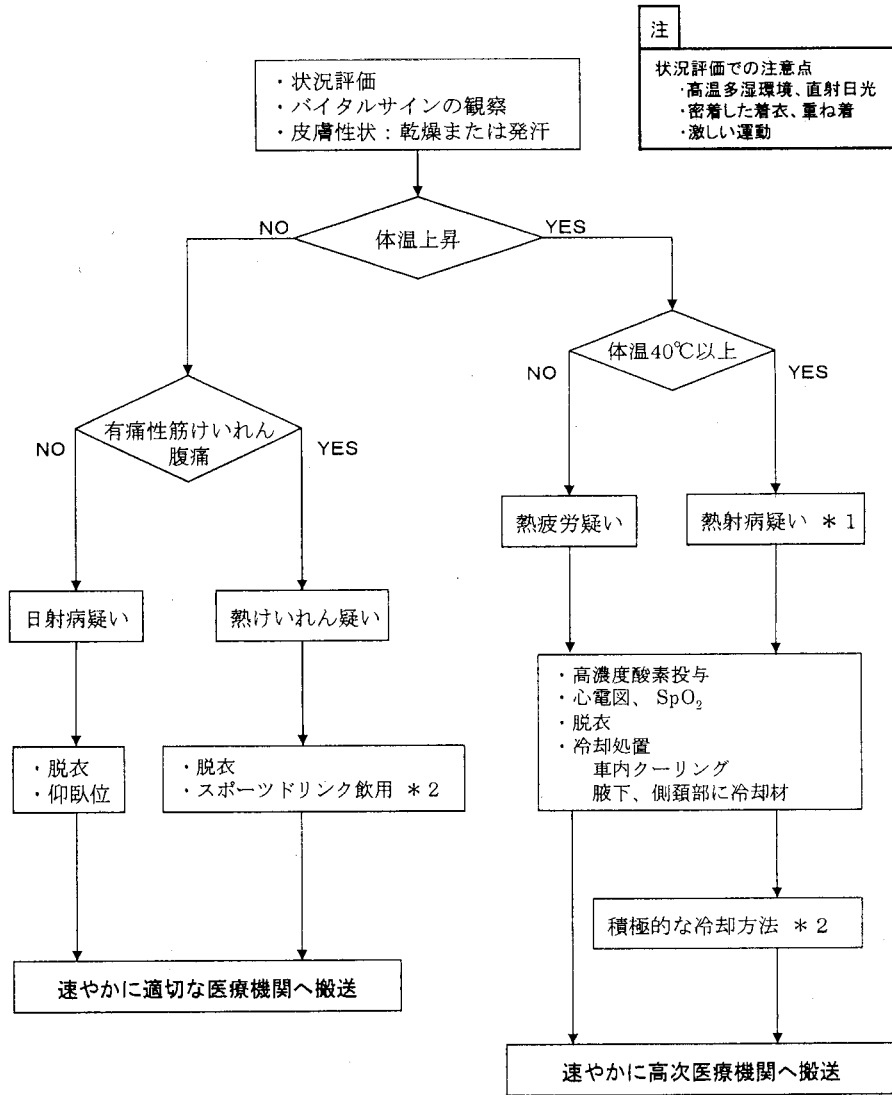
\* 1 必要があれば医師に連絡し、指導・助言を求める。

### 参考

スキューバダイビング中の溺水の場合は、減圧障害の発生を疑う

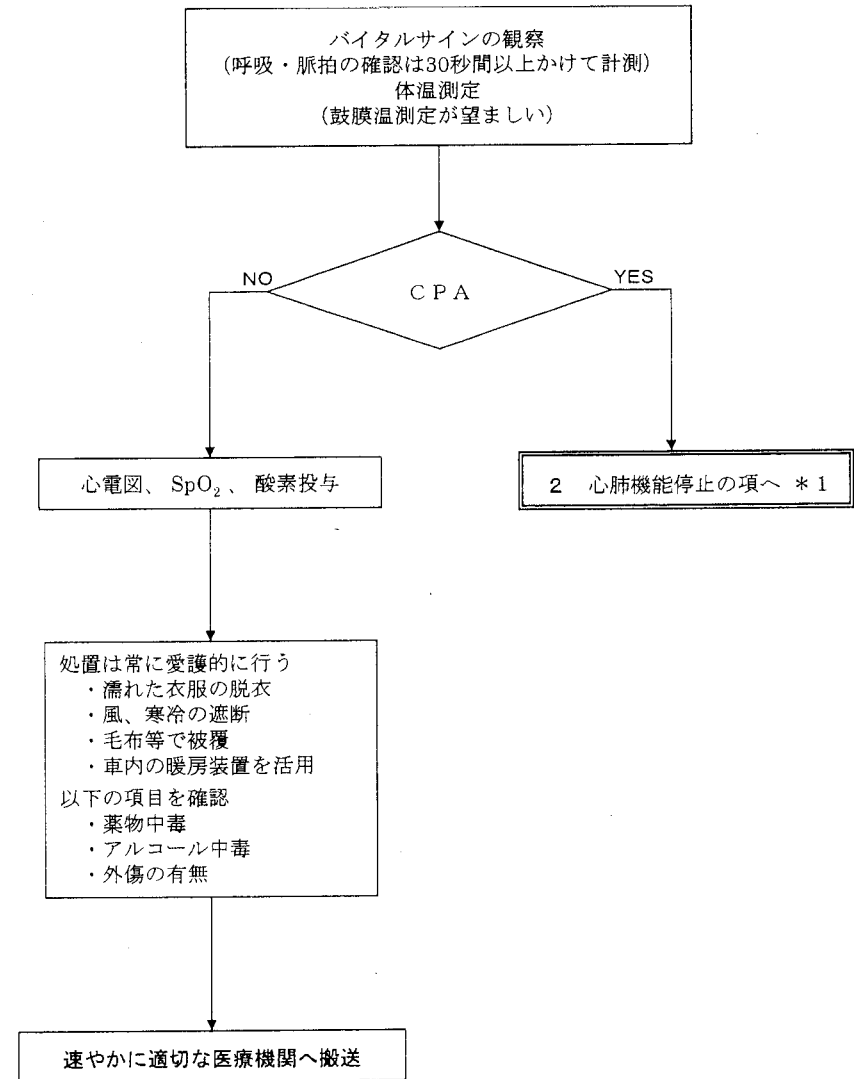
- ・減圧障害の症候
  - CPA、呼吸困難、胸痛、咳、痰、喘鳴、湿性ラ音、意識障害、運動麻痺、感覚障害、筋痛、関節痛、めまい、耳鳴、悪心・嘔吐
- ・必須処置：高濃度酸素投与、心電図、SpO<sub>2</sub>
- ・緊急再圧治療実施施設への搬送手段を検討
- ・高所移動禁忌（高度300メートル以下）

## 22 熱中症



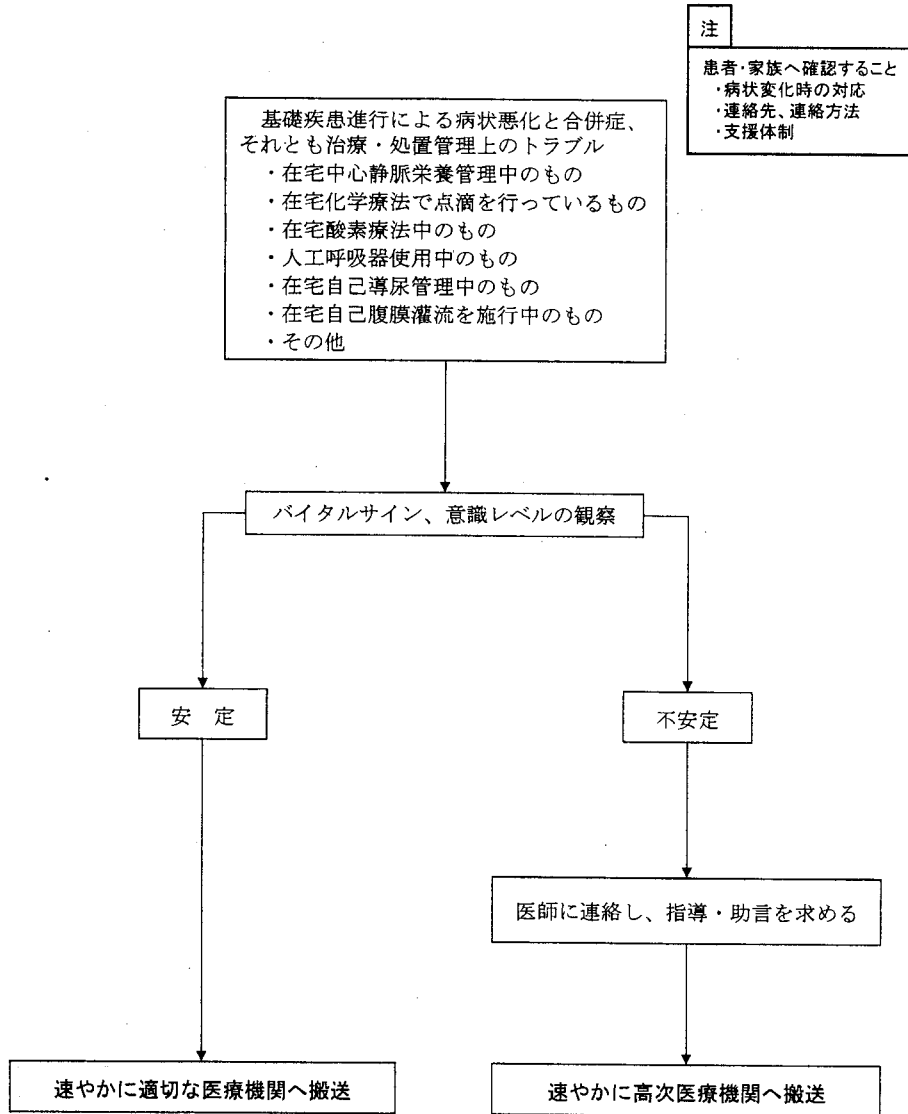
- \* 1 熱射病の随伴症状
- ・皮膚乾燥
  - ・意識障害
  - ・血圧低下
  - ・頻呼吸
  - ・頻脈
- \* 2 必要があれば医師に連絡し、指導・助言を求める。

## 23 偶発性低体温症



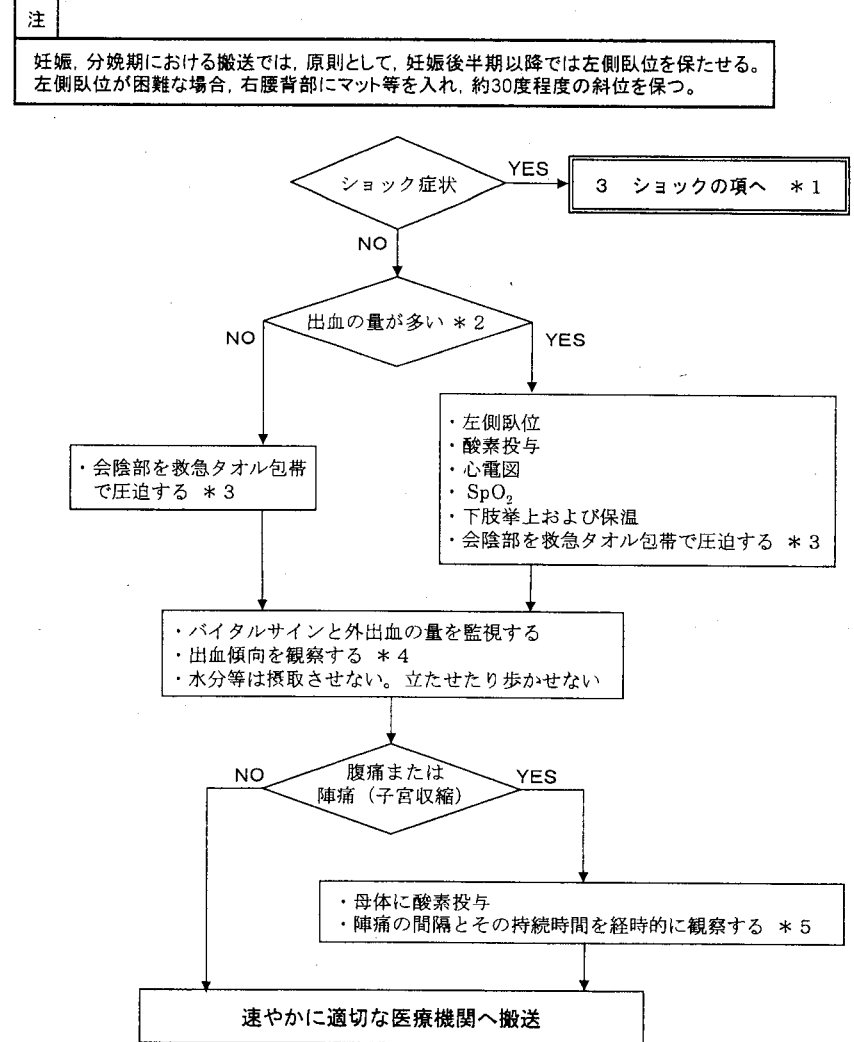
- \* 1 低体温症では特殊な場合があるため、医師に連絡し、指示・助言を求める。

## 24 在宅医療処置継続中の傷病者に対する処置



## 25-1 周産期

－性器出血－

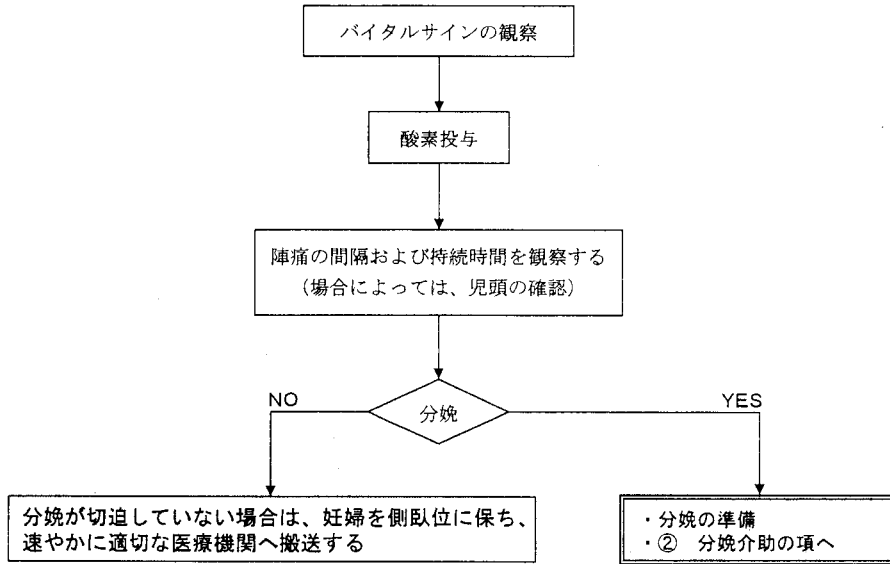


- \*1 出血を伴う場合は、本プロトコルを考慮すること。
- \*2 出血の量が多いとは、肉眼的に明らかに多い出血、あるいは通常の月経時の出血より多い状態を指す。
- \*3 患者自身で圧迫できる場合は患者が、できない場合は救急隊が行なう。
- \*4 産科DIC（播種性血管内凝固症候群）の併発の有無：出血した血液が固まらない、血尿、皮下出血など。
- \*5 激しい持続的な下腹部痛を認める場合には、高次医療機関あるいはそれに準ずる施設へ搬送。

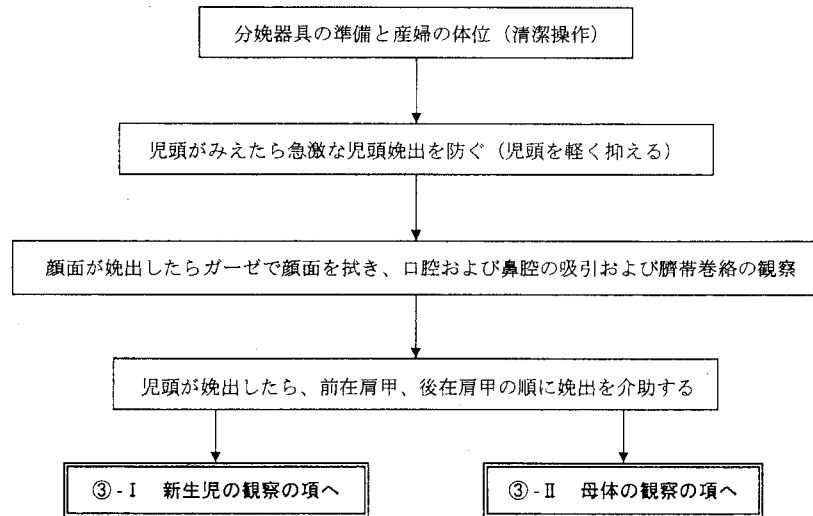
## 25-2 周産期

－分娩－

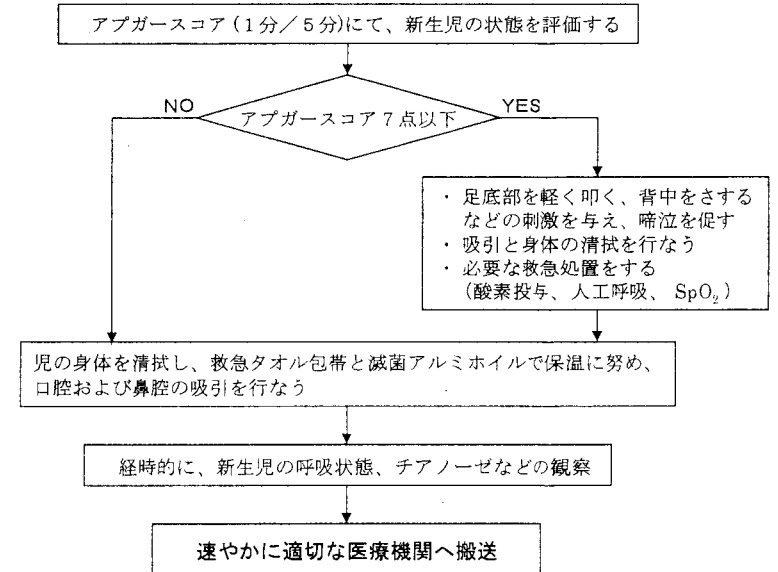
### ① 分娩前の母体に対する処置



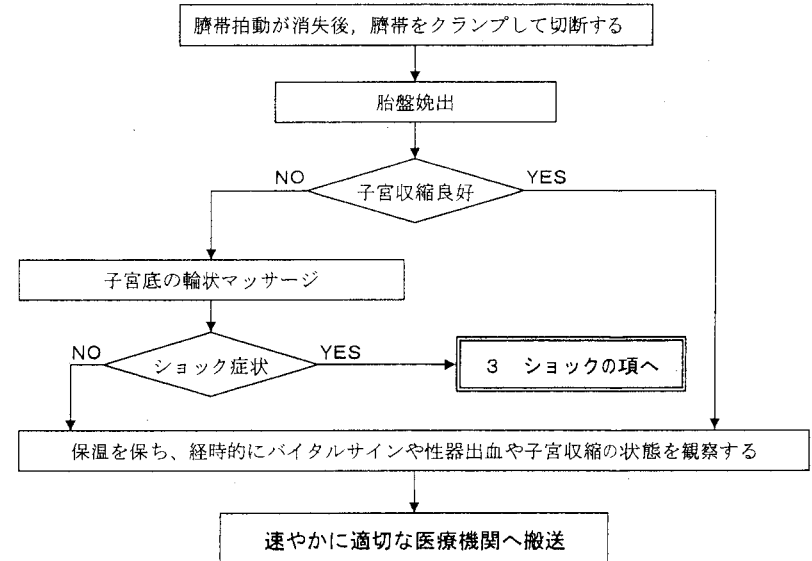
### ② 分娩介助



### ③-I 新生児の観察



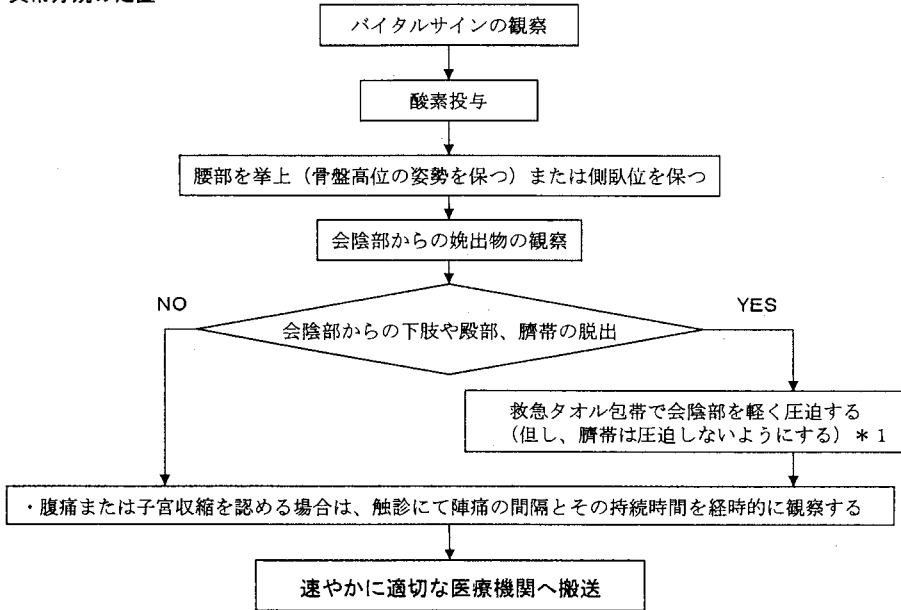
### ③-II 母体の観察



## 25-3 周産期

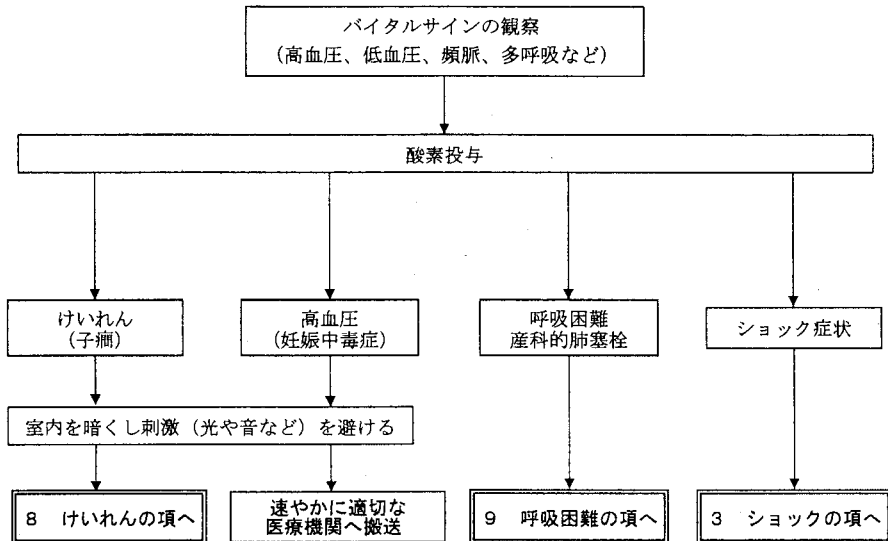
— 異常分娩、産科合併症 —

異常分娩の処置



\* 1 必要があれば医師に連絡し、指導・助言を求める。

産科合併症の処置

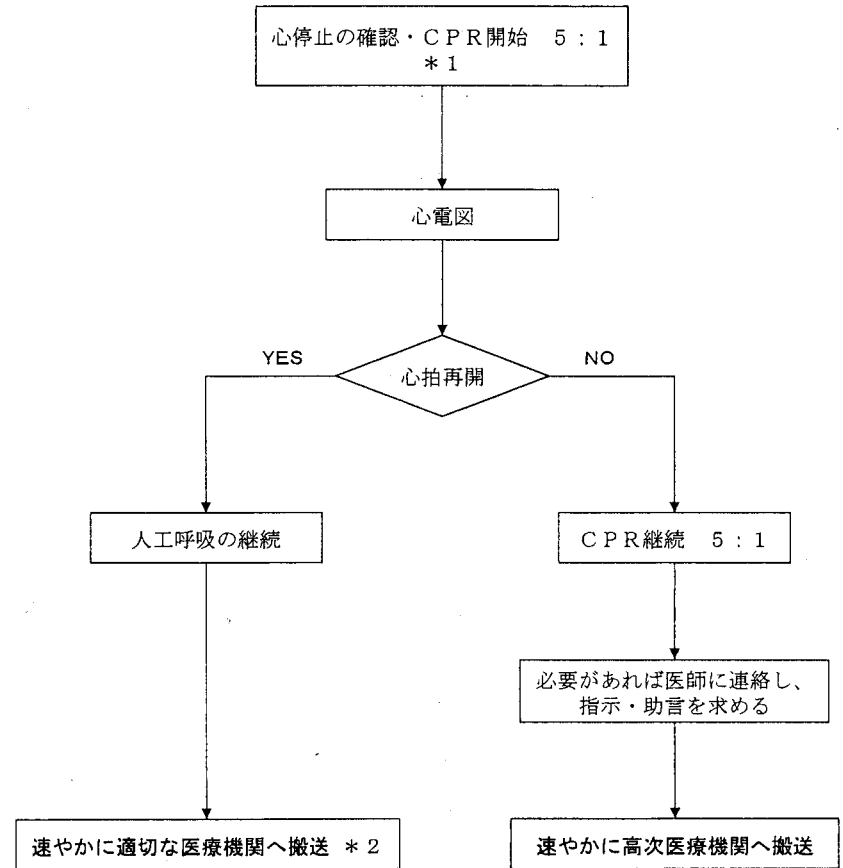


## 26-1 乳幼児

— 心肺機能停止 —

注

外傷・栄養状態などの異常(虐待の疑い)が見られた場合、医師に報告するとともに関係機関への連絡についても考慮する。



\* 1 体温低下に留意する。

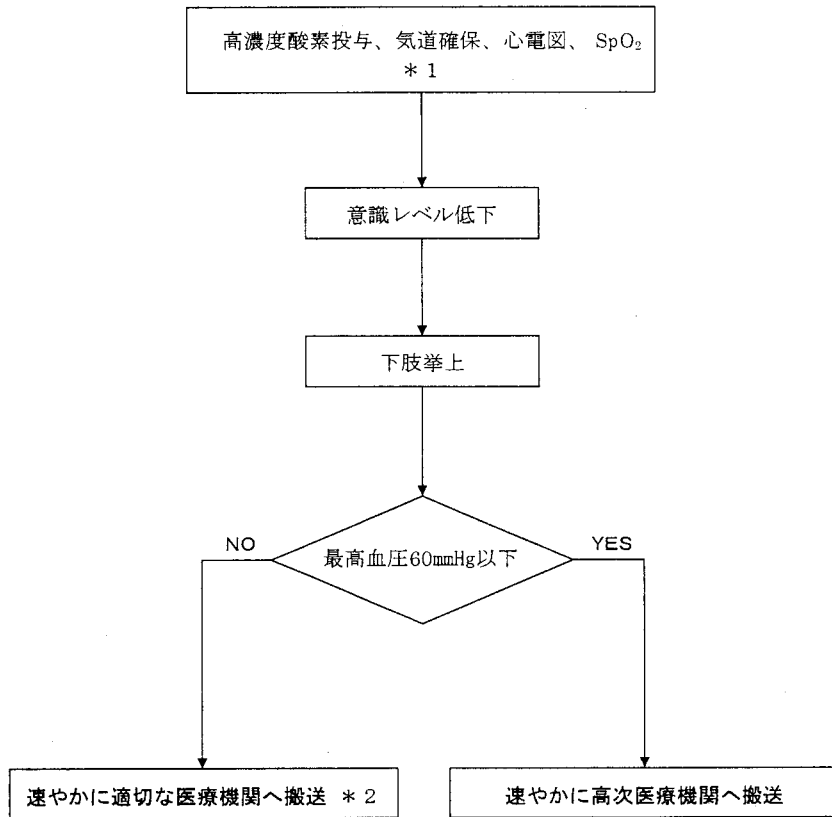
\* 2 小児科医の常駐する医療機関が望ましい。

## 26-2 乳 幼 児

－ ショック －

注

外傷・栄養状態などの異常(虐待の疑い)が見られた場合、医師に報告するとともに関係機関への連絡についても考慮する。



\* 1 体温低下に留意する。

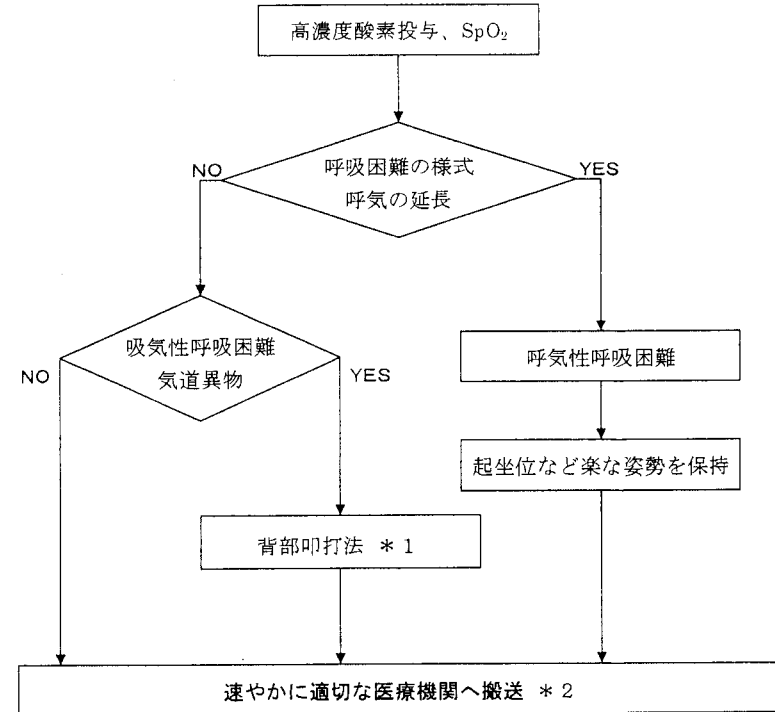
\* 2 小児科医の常駐する医療機関が望ましい。

## 26-3 乳 幼 児

－ 呼吸困難 －

注

外傷・栄養状態などの異常(虐待の疑い)が見られた場合、医師に報告するとともに関係機関への連絡についても考慮する。



\* 1 器具による異物除去も考慮。

\* 2 小児科医の常駐する医療機関が望ましい。

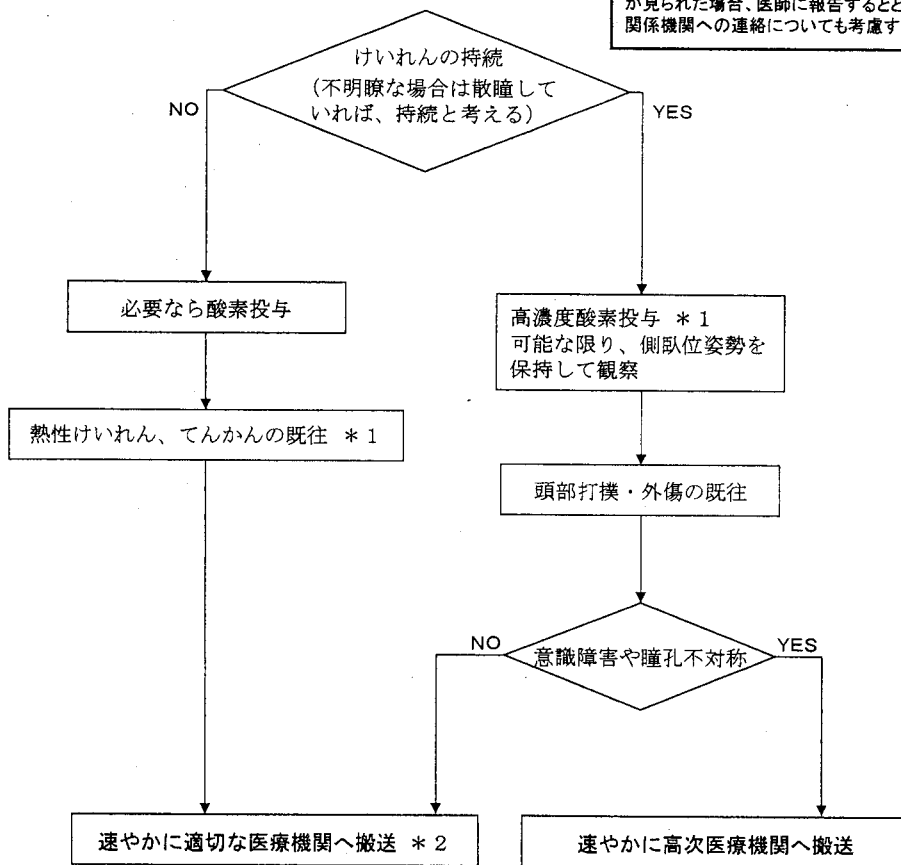


## 26-4 乳 幼 児

－ けいれん －

注

外傷・栄養状態などの異常(虐待の疑い)が見られた場合、医師に報告するとともに関係機関への連絡についても考慮する。



\* 1 熱性けいれんは冷却する。

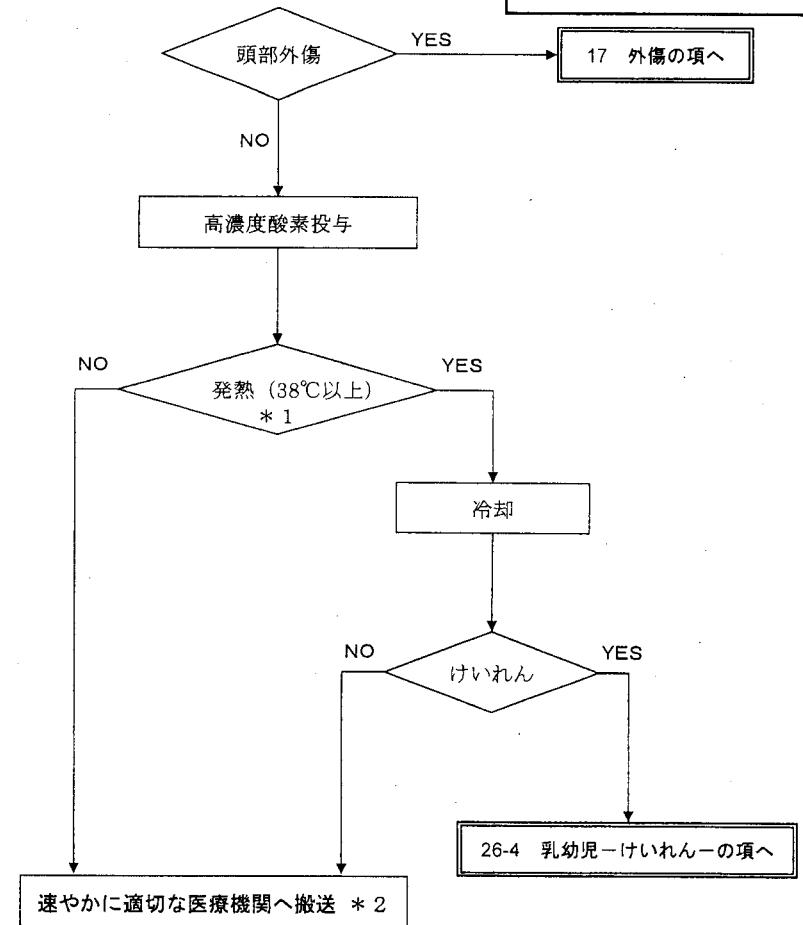
\* 2 小児科医の常駐する医療機関が望ましい。

## 26-5 乳 幼 児

－ 意識障害 －

注

外傷・栄養状態などの異常(虐待の疑い)が見られた場合、医師に報告するとともに関係機関への連絡についても考慮する。



\* 1 低体温にも留意する。

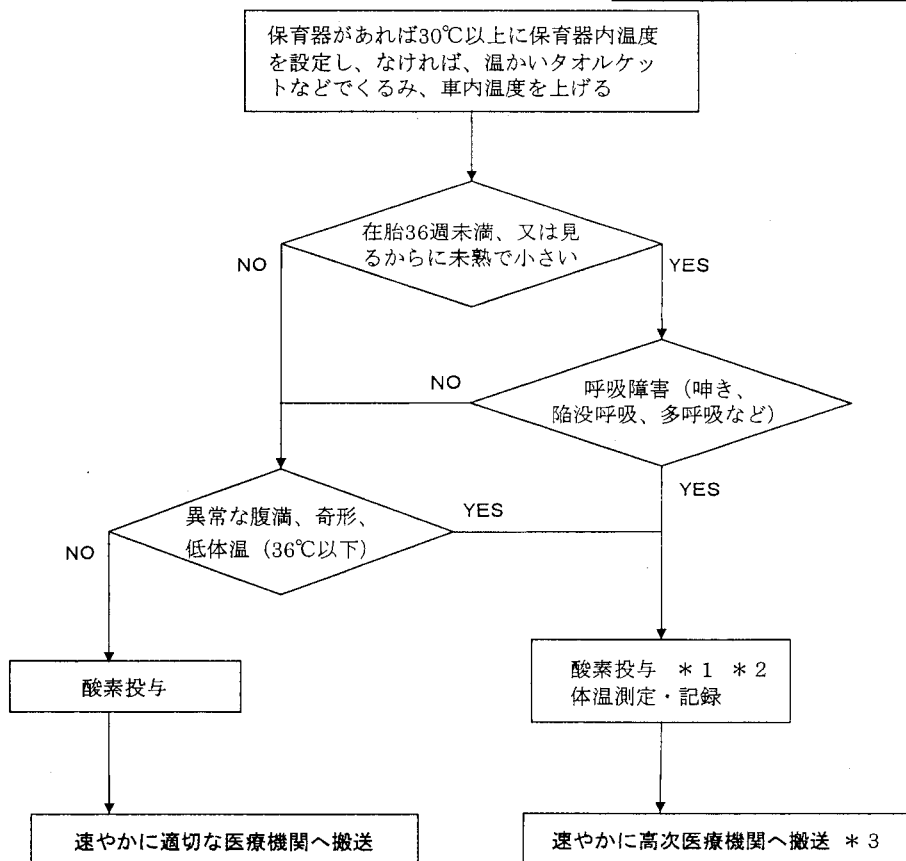
\* 2 小児科医の常駐する医療機関が望ましい。

## 26-6 乳 幼 児

— 新生児救急 —

注

外傷・栄養状態などの異常(虐待の疑い)が見られた場合、医師に報告するとともに関係機関への連絡についても考慮する。



\* 1 愛護的な人工換気も考慮する。

\* 2 必要があれば医師に連絡し、指導・助言を求める。

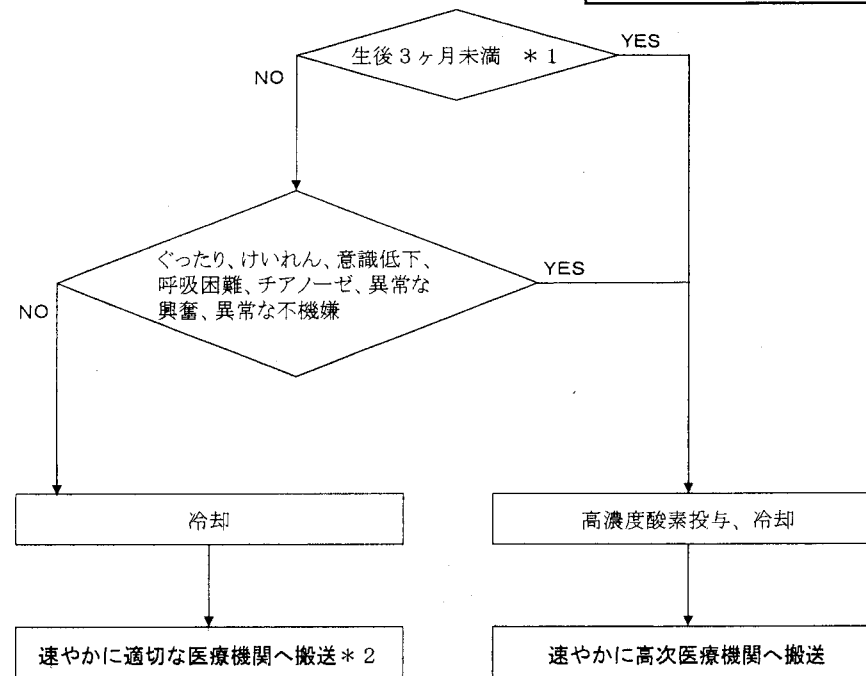
\* 3 新生児科医の常駐する高次医療機関が望ましい。

## 26-7 乳 幼 児

— 高熱 (39℃以上) —

注

外傷・栄養状態などの異常(虐待の疑い)が見られた場合、医師に報告するとともに関係機関への連絡についても考慮する。



\* 1 細菌感染症の頻度が高い。

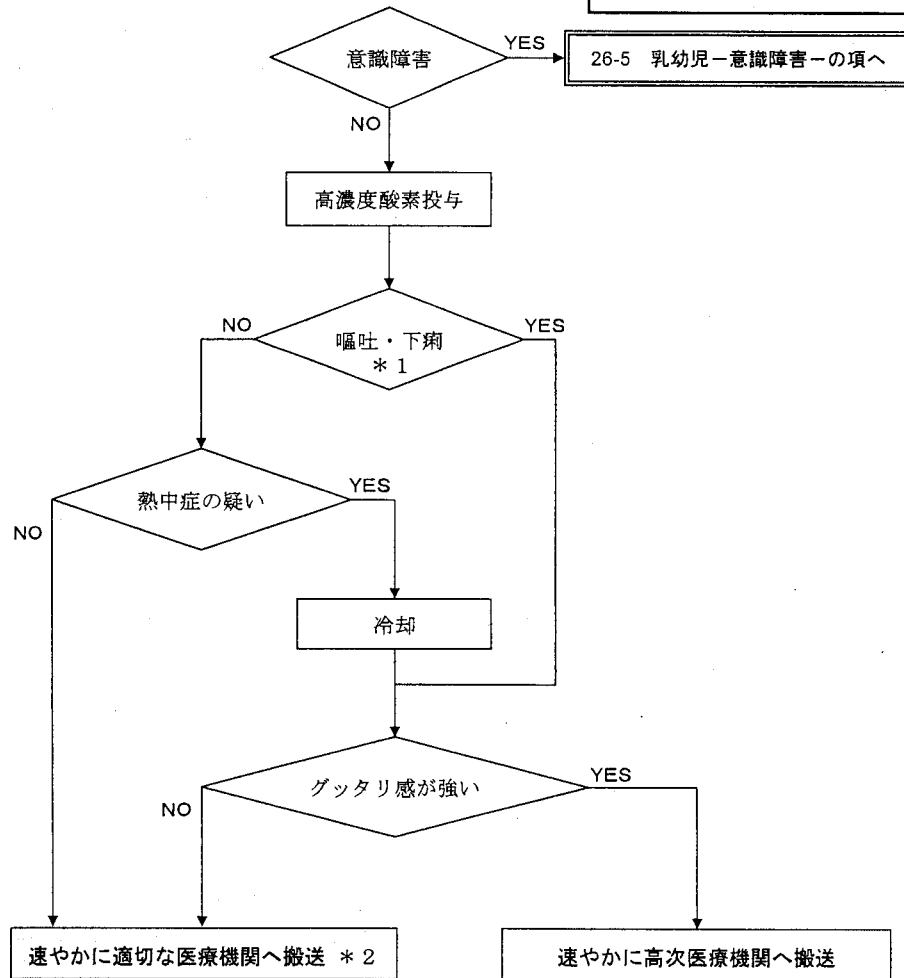
\* 2 小児科医の常駐する高次医療機関が望ましい。

## 26-8 乳 幼 児

－ 脱 水 －

注

外傷・栄養状態などの異常(虐待の有無)が見られた場合、医師に報告するとともに関係機関への連絡についても考慮する。



\* 1 体温低下に留意する。

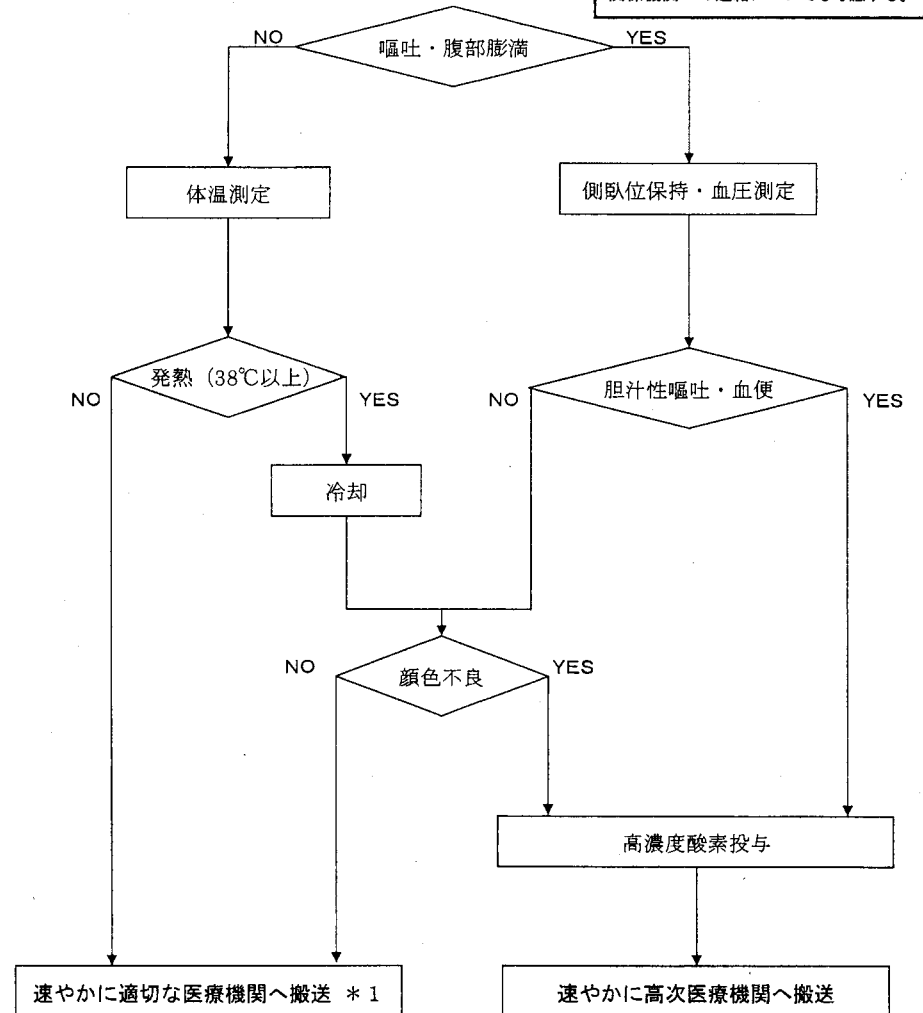
\* 2 小児科医の常駐する医療機関が望ましい。

## 26-9 乳 幼 児

－ 急性腹症 －

注

外傷・栄養状態などの異常(虐待の有無)が見られた場合、医師に報告するとともに関係機関への連絡についても考慮する。



\* 1 小児科医の常駐する医療機関が望ましい。

## 参 考

### 「救急搬送における重症度・緊急度判断基準に関する準備委員会」設置要綱

#### 1 準備委員会の設置

救急搬送時における高次医療機関とそれ以外の医療機関の選定に係わる重症度・緊急度の判断基準を作成し、救急隊員の病院選定の適正化及び観察判断の資質の向上を図ることを目的として、今後「(仮称)重症度・緊急度判断基準作成委員会(以下、「委員会」という。)」を設立する予定である。

前記委員会の円滑な運営を図ることを目的として「救急搬送における重症度・緊急度判断基準に関する準備委員会(以下、「準備委員会」という。)」を設置する。

#### 2 準備委員会の任務

準備委員会は、今後設立される委員会において必要となる重症度・緊急度判断基準の考案、基礎資料の収集、検証方法及び調査対象地域の選定等を検討する。

#### 3 準備委員会の構成

(1) 準備委員会は、委員10名以内をもって構成する。

(2) 委員は、消防機関及び学識経験者等の中から、財団法人救急振興財団理事長が委嘱する。

#### 4 委員長

(1) 準備委員会に委員長を置き、委員の互選によりこれを定める。

(2) 委員長は、準備委員会の会務を統括する。

#### 5 任期

委員長及び各委員の任期は、委嘱通知日から委員会が設立される日までとする。

#### 6 庶務

準備委員会に関する庶務は、財団法人救急振興財団事務局総務部企画調査課が行う。

#### 7 補 則

この要綱に定めるもののほか、準備委員会の運営等に関し、必要な事項は委員長が定める。

#### 附 則

この要綱は、平成13年8月30日から施行する。

### 「救急搬送における重症度・緊急度判断基準に関する準備委員会」委員名簿

(順不同・敬称略)

○ 益 子 邦 洋	日本医科大学付属千葉北総病院救命救急センター長
石 原 晋	県立広島病院救命救急センター部長
松 原 泉	市立札幌病院救命救急センター部長
山 本 五十年	東海大学医学部付属病院高度救命救急センター次長
青 山 忠 幸	総務省消防庁救急救助課救急専門官併任国際協力官併任課長補佐
赤 羽 基 臣	東京消防庁救急部救急指導課長
沼 倉 勝 則	仙台市消防局警防部救急課長
岡 田 勇	神戸市消防局救急救助課長
オブザーバー	
佐々木 昌 一	厚生労働省医政局指導課課長補佐
郡 山 一 明	(平成13年1月30日まで)

※ ○印は委員長を示す。なお、準備委員会委員の所属及び役職等については、委嘱当時のものです。

14年度「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会」設置要綱

1 目的

救急搬送時における高次医療機関とそれ以外の医療機関の選定に係わる重症度・緊急度判断基準を作成し、救急隊員の病院選定の適正化及び観察判断の資質の向上を図ることを目的とする。

2 研究事項

委員会は、次に掲げる事項について研究を行う。

- (1) 救急搬送における高次医療機関とそれ以外の医療機関の選定に係わる重症度・緊急度判断基準の作成について
- (2) 傷病者の重症度分類の見直しについて
- (3) その他

3 委員会の構成

- (1) 委員会は、20名以内の委員をもって構成する。
- (2) 委員は、消防機関及び学識経験者等の中から、財団法人救急振興財団理事長が委嘱する。

4 運営

- (1) 委員会に委員長を置き、委員の互選によりこれを定める。
- (2) 委員長は、委員会の会務を統括する。

5 作業部会

委員会の審議事項を事前に整理する等、委員会を円滑に運営するため、作業部会を設置する。作業部会の委員は、財団法人救急振興財団理事長が委嘱する。

6 任期

委員長及び各委員の任期は、委嘱された日の属する年度末日までとする。

7 庶務

委員会に関する庶務は、財団法人救急振興財団が行う。

8 補則

この要綱に定めるもののほか、委員会の運営等に関し、必要な事項は委員長が定める。

附則

この要綱は、平成14年5月7日から施行する。

14年度「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会」委員名簿

(順不同・敬称略)

◎ 島崎修次	杏林大学医学部救急医学教室教授
山本保博	日本医科大学救急医学科主任教授
野口宏	愛知医科大学医学部附属病院高度救命救急センター教授
小濱啓次	川崎医科大学救急医学教授
益子邦洋	日本医科大学付属千葉北総病院救命救急センター長
石原晋	県立広島病院救命救急センター部長
中澤誠	東京女子医科大学日本心臓血管研究所循環器小児科教授
竹田省	埼玉医科大学総合医療センター産婦人科教授
羽生田俊	社団法人日本医師会常任理事
吉崎賢介	総務省消防庁救急救助課長
朝日信夫	財団法人救急振興財団副理事長
林栄太郎	東京消防庁救急部参事
森正志	仙台市消防局警防部長
辻井章	神戸市消防局警防部長

オブザーバー

渡延忠	厚生労働省医政局指導課長
石塚栄	(平成14年8月30日まで)

※ ◎印は委員長を示す。なお、委員会委員の所属及び役職等については、委嘱当時のものです。

14年度「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会」  
作業部会委員名簿

(順不同・敬称略)

○ 益子 邦洋	日本医科大学付属千葉北総病院救命救急センター長
石原 晋	県立広島病院救命救急センター部長
山本 五十年	東海大学医学部付属病院高度救命救急センター次長
中川 隆	愛知医科大学医学部附属病院高度救命救急センター助教授
市川 光太郎	北九州市立八幡病院小児科主任部長
斉藤 正博	埼玉医科大学総合医療センター総合周産期母子医療センター講師
恩田 馨	総務省消防庁救急救助課救急専門官兼課長補佐
赤羽 基臣	東京消防庁救急部救急指導課長
沼倉 勝則	仙台市消防局警防部救急課長
岡田 勇	神戸市消防局救急救助課長
オブザーバー	
佐々木 昌一	厚生労働省医政局指導課課長補佐

※ ○印は作業部会長を示す。なお、作業部会委員の所属及び役職等については、委嘱当時のものです。

15年度「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会」設置要綱

1 目的

救急搬送時における高次医療機関とそれ以外の医療機関の選定に係わる重症度・緊急度判断基準を作成し、救急隊員の病院選定の適正化及び観察判断の資質の向上を図ることを目的とする。

2 研究事項

委員会は、次に掲げる事項について研究を行う。

- (1) 傷病別プロトコールの作成について
- (2) その他

3 委員会の構成

- (1) 委員会は、20名以内の委員をもって構成する。
- (2) 委員は、消防機関及び学識経験者等の中から、財団法人救急振興財団理事長が委嘱する。

4 運営

- (1) 委員会に委員長を置き、委員の互選によりこれを定める。
- (2) 委員長は、委員会の会務を統括する。

5 作業部会

委員会の審議事項を事前に整理する等、委員会を円滑に運営するため、作業部会を設置する。作業部会の委員は、財団法人救急振興財団理事長が委嘱する。

6 任期

委員長及び各委員の任期は、委嘱された日の属する年度末日までとする。

7 庶務

委員会に関する庶務は、財団法人救急振興財団が行う。

8 補則

この要綱に定めるもののほか、委員会の運営等に関し、必要な事項は委員長が定める。

附則

この要綱は、平成15年4月18日から施行する。

15年度「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会」委員名簿

(順不同・敬称略)

◎ 島崎修次	杏林大学医学部救急医学教室教授
石原晋	県立広島病院救命救急センター部長
小濱啓次	川崎医科大学救急医学教授
竹田省	埼玉医科大学総合医療センター産婦人科教授
中澤誠	東京女子医科大学日本心臓血管研究所循環器小児科教授
野口宏	愛知医科大学医学部附属病院高度救命救急センター教授
羽生田俊	社団法人日本医師会常任理事
益子邦洋	日本医科大学付属千葉北総病院救命救急センター長
山本保博	日本医科大学救急医学科主任教授
武居丈二	総務省消防庁救急救助課長
吉崎賢介	(平成16年1月5日まで)
森正志	仙台市消防局警防部長
林栄太郎	東京消防庁救急部参事
辻井章	神戸市消防局警防部長
朝日信夫	財団法人救急振興財団副理事長
オブザーバー	
渡延忠	厚生労働省医政局指導課長

※ ◎印は委員長を示す。なお、委員会委員の所属及び役職等については、委嘱当時のものです。

15年度「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会」

作業部会委員名簿

(順不同・敬称略)

○ 益子邦洋	日本医科大学付属千葉北総病院救命救急センター長
明石勝也	聖マリアンナ医科大学病院 救命救急センター長
石原晋	県立広島病院救命救急センター部長
市川光太郎	北九州市立八幡病院小児科主任部長
斉藤正博	埼玉医科大学総合医療センター総合周産期母子医療センター講師
相馬一亥	北里大学医学部救命救急医学教授
中川隆	愛知医科大学医学部附属病院高度救命救急センター助教授
山本五十年	東海大学医学部附属病院高度救命救急センター次長
横田裕行	日本医科大学救急医学助教授
藤井比早之	総務省消防庁救急救助課救急専門官兼課長補佐
恩田馨	(平成15年7月4日まで)
沼倉勝則	仙台市消防局警防部救急課長
横山正巳	東京消防庁救急部救急指導課長
松山雅洋	神戸市消防局救急救助課長
オブザーバー	
中田勝巳	厚生労働省医政局指導課主査
内田玄祥	厚生労働省医政局指導課主査 (平成15年8月31日まで)
佐藤陽次郎	厚生労働省医政局指導課長補佐 (平成15年7月1日まで)

※ ○印は作業部会長を示す。なお、作業部会委員の所属及び役職等については、委嘱当時のものです。

委員会実施経過

平成 13 年度

9月17日 第1回救急搬送における重症度・緊急度判断基準に関する準備委員会  
(於：全国町村会館)

- ・重症度及び緊急度の定義について
- ・現状の実態調査について

11月28日 第2回救急搬送における重症度・緊急度判断基準に関する準備委員会  
(於：都市センターホテル)

- ・現状の実態調査について
- ・判断基準の種類について
- ・判断基準の観察項目について
- ・判断基準の検証方法について
- ・判断基準の検証を依頼する候補地について

3月20日 第3回救急搬送における重症度・緊急度判断基準に関する準備委員会  
(於：都市センターホテル)

- ・判断基準の観察項目について
- ・判断基準の検証方法について
- ・委員会及び作業部会の設置形態並びに委員候補について

平成 14 年度

7月8日 第1回救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会  
(於：都市センターホテル)

- ・重症度及び緊急度の定義について
- ・判断基準の種類について
- ・判断基準の観察項目について
- ・傷病者の重症度分類の見直しについて

8月20日 第1回「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会」作業部会  
(於：全国町村会館)

- ・重症度及び緊急度の定義について
- ・判断基準の観察項目について

10月29日 第2回「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会」作業部会  
(於：都市センターホテル)

- ・判断基準の観察項目について
- ・JATECにおける重症度評価と病院選別の基準との関連について
- ・傷病者の重症度分類の見直しについて

12月6日 第2回救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会  
(於：全国町村会館)

- ・重症度及び緊急度の定義について
- ・判断基準の観察項目について
- ・傷病者の重症度分類の見直しについて

3月17日 第3回「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会」作業部会  
(於：全国町村会館)

傷病者の重症度分類の見直しについて

平成 15 年度

5月9日 第1回救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会  
(於：東京ガーデンパレス)

- ・処置に関するプロトコルの作成について

6月20日 第1回「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会」作業部会  
(於：都市センターホテル)

- ・処置に関するプロトコルの項目について
- ・処置に関するプロトコルの作成内容について

8月5日 第2回「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会」作業部会  
(於：都市センターホテル)

- ・処置に関するプロトコル作成(案)について

9月30日 第3回「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会」作業部会  
(於：全国町村会館)

- ・処置に関するプロトコル作成(案)について

11月10日 第2回救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会  
(於：都市センターホテル)

- ・処置に関するプロトコル作成(案)について

12月18日 第4回「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会」作業部会  
(於：全国町村会館)

- ・処置に関するプロトコル(案)最終調整について

2月25日 第3回救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会  
(於：都市センターホテル)

- ・処置に関するプロトコル(案)最終調整について
- ・「救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会」報告書について



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月発行

編集・発行 財団法人 救急振興財団企画調査課  
〒192-0364 東京都八王子市南大沢四丁目6番地  
TEL 0426-75-9931  
FAX 0426-75-9050  
印刷 株式会社 プリント永山

営利目的の使用を禁ずる。

## 第1回

## 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

## 議事録

I 日時 平成21年7月30日(木) 9時30分～11時30分

II 場所 銀座会議室 三丁目会議室

III 出席者 有賀委員、井上委員、岩田委員、玉作氏(金岡委員代理)、  
金森委員、木村委員、西原氏(齋藤委員代理)、坂本委員、  
佐々木委員、森野委員、安田委員、横田(順)委員、  
石井委員(日本医師会)  
長瀬氏(山崎委員代理 日本精神科病院協会)

## IV 次第

## 1 開会

## 2 委員紹介

## 3 座長選出

## 4 議題

- (1) 傷病者の搬送及び受入れの実施基準等について  
(2) その他

## 5 閉会

## V 会議経過

事務局 それでは、定刻となりましたので、第1回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を開催させていただきます。本日の司会は、総務省消防庁救急企画室、救急専門官を拝命しております、私、溝口が務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

では、第1回の作業部会の開催に当たりまして、事務局といたしまして、総務省、そして厚生労働省からそれぞれごあいさつをさせていただきたいと思えます。まず、総務省消防庁救急企画室長、開出よりごあいさつをさせていただきます。

開出室長 おはようございます。消防庁の救急企画室長の開出と申します。どうぞよろしくお願いたします。

本日は、本作業部会に、朝早い時間設定で大変恐縮でございますけれども、お集まりいただきまして、大変ありがとうございます。既にご案内のとおり、さきの国会におきまして消防法の一部を改正する法律が通りまして、5月1日に公布されたところでございます。施行は6カ月以内ということで、今のところ10月30日を念頭に政府内の調整を行っておりますけれども、いずれにいたしましても10月末にこの法律が施行されるということになります。

法律の内容につきましては、都道府県に消防、医療の関係者から構成される協議会を設置いたしまして、救急搬送に係る実施基準を策定していくということでございますけれども、この実施基準、都道府県が具体的に地域の医療事情を考慮して決めていくということでございますけれども、国としてもガイドラインを示していきたいということでございます。そのため、総務省と厚生労働省で合同の検討会を設置しまして、親会につきましては、去る6月29日に1回目ということでございますが、その中でも議論がございましたが、具体的な内容につきましては作業部会で中身をもんでいただきまして、親会でご了承ということで考えている次第でございます。

この実施基準、今の救急搬送が当面している問題に対しても、国民の期待といえますか、どういうものになるかという関心も高いところでございますし、より救急搬送における質の向上ということで、救命率や予後の向上ということにも資する内容ということでございますので、国民的な関心も非常に高いところでございます。この作業部会でそれぞれの専門の先生方からアドバイスをいただきまして、いいものにまとめていきたいと思っておりますので、ぜひよろしくお願いいたします。どうぞよろしくお願いいたします。

事務局 次に、厚生労働省医政局指導課、指導課長、新村よりごあいさつをさせていただきます。

新村課長 ただいまご紹介いただきました新村と申します。7月24日付で交代したばかりでございますので、今後よろしくお願いいたします。

会の趣旨については、今ごあいさつがあったとおりですけれども、厚生労働省でもやはり救急の問題、ずうっと大きな問題としてありましたが、昨年、一昨年など社会的問題になったといったこともありまして、引き続き搬送件数も非常に多いという中で、医療機関の負担をどうするかということが大きな問題だろうと思っております。そういう意味で、この消防サイドと救急サイドの現場の調整ということも非常に大事なことでございますので、こういった消防法改正に基づいた取り組みというのも非常に大きな意味があるのではないかと考えていますし、消防庁と厚生労働省と一致協力して対応したいと思っておりますので、先生方もぜひよろしくお願したいと思えます。

以上、簡単ですけれども、よろしくお願いいたします。

事務局 ありがとうございます。よろしくお願いいたします。  
さて、当作業部会を進めていくに当たりまして、まず座長の選出でございますが、事務局といたしまして、事務局案でございますが、有賀委員にお願いしてはどうかと考えておりますが、いかがでございますでしょうか。

(拍手)

ありがとうございます。では、席を移動していただいた後に一言ごあいさつをいただければと思います。よろしくお願いいたします。

座長 今、事務局から座長を、ということで選出されました。おそらく平成20年度救急業務高度化推進検討会の消防機関と医療機関の連携に関する作業部会の座長をしていたという話があるのだと思いますので、それらの流れを踏みながら、本件、消防法の改正に伴うさまざまな諸問題を議論していきたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

以上です。

事務局 よろしく申し上げます。

では、座長に以降の議事進行をお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

座長 では、ここにあります議題1、傷病者の搬送及び受入れの実施基準等についてとあります。その後にはその他とありますが、何はともあれ、最初から実施基準、その話になるのかどうか分かりませんが、資料がありますので、とりあえずそれをご説明いただくのが先だと思いますので、よろしくお願いいたします。

事務局 それでは、事務局より資料の確認と資料の説明をさせていただきたいと思っております。

お手元に、委員の皆様のところには作業部会の資料一式と、あと、1枚のものになっておりますが、こういう形の、参考資料ということでは書いておりませんが、「消化器疾患救急トリアージシート&救急活動票(案)」という形で、委員より提出いただいた資料を配付させていただいております。あと、参考といたしまして、親会に当たります第1回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ほうも、これは委員の皆様限りにはなりますが、親会の資料も参考として配付させていただいております。

では、資料の確認といたしまして、作業部会の資料をお手元にご準備いただければと思います。作業部会の資料でございますが、作業部会の構成員名簿、親会を含めました開催要綱、座席表、横書きの資料になっております、資料と題しました厚目のものが一部。そしてもう1つは、右肩に参考資料と打っているA4縦のものになりますが、これは委員より提出いただきました資料という構成になっております。不足等ございましたら、事務局にお申しつけいただければと思います。よろしくお願いいたします。

なお、資料の説明に入る前に事務局から確認させていただきますが、本検討会の進め方としましては、特に委員からのご意見があった場合を除きまして公開ということで進めたいと思います。なお、撮影はここまでで終了とさせていただきます。記者の方はご了解ください。ありがとうございます。

では、資料の説明からさせていただきたいと思っております。横書きの資料、「資料」という形で入っておりますスライドの資料をお手元にご準備いただければと思います。「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資料」でございます。

1枚おめくりいただきまして、親会でこういった意見が出たのかというものを事務局でまとめさせていただきました。最初でございますが、搬送・受入れの基準ということについて、地方や都市部では選択肢が限られている、医療資源が限られているということから、ガイドライン、このガイドラインというのは都道府県が実際に実施基準をつくるに当たってのガイドラインというイメージになりますが、ガイドラインは柔軟性のあるものでなければ機能しないのではないかとといったご意見。あるいは、医療機関側が対応できる体制をとれるかどうかというのが非常に重要だと。そしてあわせてですが、特に昨年、コモンディージーズを扱う2次救急医療機関が非常に弱くなってきたというのが1つの問題ではないかといったご指摘をいただいております。そして、医療的なことは少し別の理由で受入れが難しい患者さんが発生しているということは、医学的なことは大事だけれども、そういうところも整理して対策を考えていく必要があるといったご意見。あるいは、医療提供体制側における慢性期の部分といったような議論にまで発展するのではないか。あるいは、少しネガティブな形のご発言ということ、警鐘を鳴らす意味のご発言ということでございますと、医療機関のリストといったような公表の仕方も、やり方をきちんと考えなければ、ウォークインの患者さんが殺到して、逆にうまく回らなくなってしまうといったような危惧もあるのではないかとご指摘もいただいております。そしてまた、下から2つ目ですけれども、精神障害あるいは、特に認知症といったことでの救急搬送体制というのが非常に問題になっている。一番下でございますが、コーディネーターということでの役割というのが非常に大きいのではないかとといったご意見もいただいております。

2ページ目でございます。こういうルールをつくる、基準をつくるに当たっての協議会でございますが、協議会は現存の資源を生かすといったような形で、メディカルコントロール協議会や救急対策協議会といったものを生かすという運営もあるのではないかとご指摘をいただいております。そして調査、分析ということに関しましては、基準をつくって、それを見直すに当たりましては調査、分析ということが当然必要になってくるかと思いますが、特に悪いケースばかりク

ローズアップされる傾向にあります。成功した事例の分析を行うということも重要ではないか。あるいは、今回消防機関と医療機関の連携ということですので、情報の連結、マッチングというのが重要ではないかというご指摘もいただいております。3つ目の大きな丸でございますけれども、医療機関に対する支援ということでも、親会で非常に指摘をいただいております。財政支援が重要である。特に公立、公的医療機関ということだけではなく、民間の病院に対しても財政支援が重要ではないかといったご指摘をいただいております。一番下の丸のその他でございますが、これが親会のメッセージの統括的なことになろうかと思えますけれども、地域によって資源や協議会のレベルというのは非常にさまざまで、結局最後は地域の実情に合わせていかないといけないという部分がございますが、患者さんの状況をどう判断して、どういった医療機関に搬送すればいいのかということについては、とにかくしっかりつくる必要があります。親会からも作業部会に期待するといったご意見をいただいております。

3ページ目でございますが、以上のような親会での意見を踏まえまして、本作業部会の目的は2つにまとまるのかなと思うことで提示させていただいております。すなわち消防法改正に伴います、都道府県がつくることになりますガイドラインの具体的な検討、そして2つ目でございますが、調査、分析の方法あるいは都道府県が設置する協議会の役割に関する事項というのが検討事項かと考えております。

4ページ目、5ページ目でございますが、消防法改正の概要をつけさせていただいております。4ページ目、都道府県が、消防関係や医療関係の方々を構成メンバーとして協議会を都道府県に設置することになります。役割としては、傷病者の搬送及び受入れの実施基準に関する協議、そして調査、分析を行うということになります。そして都道府県知事に対して意見具申あるいは関係行政機関に協力要請をするというのが消防法改正の一つの要約された内容になります。

5ページ目でございますが、では、消防法改正の中で、実際にどんな実施基準をつくるということがうたわれているかということになりますと、4つでございます。改めてご説明させていただきますと、①でございますが、医療機関のリスト。どういった形のものを受けられるかということで、医療機関側の体制を踏まえての医療機関のリストがあり、そして2番目でございますが、消防機関側はそのリストに応じて医療機関を絞り込み、そしてどこに照会をかけるのか、どういう形で、その中から医療機関を選定していくのかというルールがあり、そして3つ目でございますが、消防機関からは、医療機関に対して照会をかける際に傷病者の状況を伝達するわけですが、伝達でそごが起きないように一つのルールが必要だろう。そして4番目、搬送先医療機関が速やかに決定しない場合

にも、どうい対応をするのかというのをあらかじめルールとして決めておきましょう。そういったものを都道府県が調整を行いまして、策定、公表をしていくというのが消防法改正の概要でございます。そして、現在我々の立ち位置は、この5ページ目の右上になります総務大臣、厚生労働大臣から情報提供等の援助という部分がございますが、この部分で都道府県が実際に実施基準をつくっていくに当たってのガイドラインといったものを示していきたいということで、今、我々の作業部会を開催させていただいているという立ち位置にあります。

6ページ目をお願いいたします。実際にガイドラインの内容に入っていくと思いますが、傷病者の観察からディシジョンツリーになっておりまして、重篤という形で救命救急センター等に流れる部分、そして四角で囲った部分になっておりますけれども、いろいろな医療機関に、そこから分かれていくという部分を医療機関のリストということでのイメージとして提示させていただいております。特に、ここの四角の枠で囲みました、疑われる疾患、症状・主訴、診療科といったものを、ガイドラインとしてどう示していくかという部分が議論する部分になるかと考えております。

こういったガイドラインをつくるに当たりまして、皆様方それぞれの立場から、都道府県としては、実際につくるとき、どう調整するような場合にどういった内容があればいいのか、あるいは医療機関側からすると、受け入れるに当たってはどういった内容が実際に入っていればいいのか、消防関係の方は、搬送する際にはどういった分類がの中で具体的にガイドラインとして示されていけば、実際に地域でこういったルールをつくれるのか、そして全体に係ることですけれども、こういったガイドラインに示すことによって、地域住民にとって、そして傷病者にとってよりよいものになるのかという、それぞれの立場を念頭に置きながら、実際に自分の地域でつくるといことを想定しながらガイドラインの議論をしていただければと思います。

7ページ目でございます。医療機関のリストを、先ほどのディシジョンツリーを表の形にしますと、こういった形になろうかと考えておりますが、一番下に米印で書いておりますけれども、あくまでガイドラインですので、例示ということですが、柔軟性を確保するという意味では、地域の実情に応じて、こういった表もどこまでの粒度になるのかといったものが決定されていくということになるかと思っております。

8ページ目でございます。実際この医療機関リストをガイドラインとしてつくっていくに当たりまして、幾つか話をまとめさせていただいております。医療機関リストを策定することについて、幾つか議論を進めていくに当たりまして、検討を行う上で軸を3本立てさせていただきました。緊急性、特殊性、地域性といったようなものが検討の際の一つの判断軸になろうかと思っております。提示

させていただいております。そしてこの中で、ガイドラインとして提示する分類項目を作業部会として設定していきたいと考えております。そして医療機関リストを策定しまして、その後医療機関の選定ルール、医療機関リストで、いろいろな医療機関、幾つかの医療機関群と申しましょうか、群に絞り込めた後、さらにその中からどの医療機関に優先的に照会をかけていくのかといったような選定ルール、搬送時間ですとか、かかりつけの有無といったようなものが上げられるかと思いますが、そういったところもガイドラインに示していきたいと思っております。

次のページからは、医療機関リストを策定するに当たっての参考資料ということで始まっておりますが、医療機関リストを策定するに当たっては、次のページでございますが、日本臨床救急医学会の資料を載せておりますけれども、これとは別に親会の資料では出させていただいておりますので、お配りした資料を適宜参考にしていただければと思いますけれども、医療計画の中で4疾病5事業というところも一つ枠組みとしてある中で、そのほかの参考資料をご提示させていただいております。1つは日本臨床救急医学会で各種出ている標準コースと呼ばれるものを提示させていただきましたが、この中でも症状という形だけの分け方ではなく、意識障害という症状という分け方だけではなく、心疾患ですとか脳疾患ですとか、多軸と申しましょうか、いろいろな分け方によってコースが決まっているという形になっております。

10ページ目は、その中で幾つか、意識障害と脳卒中の中のものを取り出してありますけれども、意識障害という症状の中でも脳卒中というアルゴリズムを別につくっているということでの参考資料です。

11ページ目も同じくアルゴリズムを少し詳しくしたのですが、意識障害や脳卒中によってつくられているというものを参考資料として提示させていただいております。

12ページ目は、これが現時点では一番網羅的にまとめた資料ということになるかと思いますが、杏林大学・島崎先生がかつてまとめられました重症度、緊急度の判断基準ということになります。それを1枚の表にまとめたものになります。報告書の中では、救急隊員が活用しやすいように、心疾患や脳血管障害といったような疾患ではなく、症状を中心にまとめているということでもまとめられております。ただ、10種類の症状、外傷から始まりまして腹痛まで、そして周産期、乳幼児という10種類になっておりますが、最後の2つ、周産期、乳幼児のところは症状ではなく、違う周産期と乳幼児という分類で10種類の分類で示されております。

13ページは、報告書で示された分類の中の1つ、胸痛というものを参考として提示させていただいております。委員の皆様方のお手元の親会資料の中に実際

の報告書をそのまますべてつけさせていただいております。

14ページ、そして15ページも参考資料でございますが、14ページは東京都の脳卒中救急搬送体制ということで、東京都がまとめられたツリーでございます。15ページ目は、実際に東京都の脳卒中急性期医療機関ということでリスト化されて、東京都のホームページには既にアップされているものを参考資料としてつけさせていただいております。

16ページ目をお願いいたします。ここからまさに議論ということになるかと思いますが、事務局として提示させていただきました3つの軸をベースにまとめておりますけれども、緊急性、医療の提供等が、特に生命や予後に影響を及ぼすものということでまとめておりますが、重篤あるいは致死的な疾患、これは疾患別に分けると脳疾患や心疾患、あるいは重症度、緊急度が高い症状、主訴といったような切り口でさらに例示させていただいております。この辺の例示、具体的にガイドラインとしてこういうものについて医療機関リストをつくってくださいますというものを示すに当たって、こういった分類が適切かどうか、あるいは多いか、あるいは少ないかといったことを、実際にガイドラインをもとに実施基準をつくるということを想定しながら議論いただければと思います。

17ページ目をお願いいたします。先ほどの緊急性という軸だけではなく、少し特殊な小児、産婦人科といったものは別につくる必要があるかもしれないということで提示させていただいております。ただし、こういう特出して診療科別というものをつくった場合に、先ほどの緊急性の項目と当然オーバーラップする部分がございます。小児で意識障害の場合にはどうするか、小児で消化管出血の場合にはどうするかといったところの交通整理といったものは、ガイドラインの中でもある程度つけていかないといけないかと思っております。もともと基準自体が交通整理をしていくということが前提ですので、ガイドラインの中でもその辺は議論していかねばいけないかと思っております。

18ページ目でございますが、今までの2つの軸は、どちらかというと、今ある医療資源をもとに適切な形で患者さん、地域住民に今の医療資源を活用していかう、医学的な観点から活用していかうという部分でございましたが、18ページ目は、特に搬送に困るといったような観点から、医学的に迅速性、緊急性が非常に高いということとは別に、搬送に時間を要している、搬送が困難といったようなものもルール化していく必要があるという考え方もあるのではないかと考えて提示させていただいております。症状、主訴でいいますと、開放骨折ですとか吐血、下血、あるいは傷病者背景ということになった場合には透析患者さんですとか、あるいは親会でも指摘のありました精神疾患の患者さん、そして急性アルコール中毒、未受診の妊婦といったようなものも、この辺をどこまでガイドラインとして示していくかということは議論になるかと思っております。

19ページ目をお願いいたします。先ほどは医療機関のリストというところでもございましたが、医療機関をある程度絞り込んだ後、消防から医療機関に照会をかけますが、その際に重要になるポイントといたしまして、傷病者をどのように確認、観察するのかということ。そして伝達するに当たっては、何から医療機関に伝達するのか。この辺の話は、もともとプロフェッショナルとして消防機関側はやっている話ではございますので、ガイドラインとしてどこまで書くのか、地域としてどういったものを全体として共有すべきなのかということをご議論いただければと思っております。

後ろのページからは参考資料になりますが、例えば東京消防庁の場合ですと、外傷観察カード、このほかにも幾つかカードがございまして、どういったものを重症と判断するか、どういったものを観察しなければいけないかといったことがあらかじめまとめられておりまして、こういった情報は医療機関の方も救命救急センターの方などはご存じであるというような状況になっております。

21ページは、例えば病院前の中でいろいろ観察していく事項ということで、脳卒中の中で現在言われているような内容としまして、シンシナティの病院前脳卒中スケールですとか倉敷のスケールといったものもございまして、参考として提示させていただいております。

22ページをお願いいたします。22ページは、また別の切り口での基準、先ほどまとめさせていただいております4ページ、5ページの消防法の概要からいたしますと5ページの④になりますけれども、うまく医療機関が決まらなかった場合に、どういう形で医療機関を確保していくのかということでのルールというイメージ図でございます。これも、どういう形でセーフティーネットをしいていくかということもガイドラインの中で書き込むということが必要になってこようかと思っております。

23ページでございますが、今回の消防法改正の中では、そのほかにももう少し幅広くいろいろなことを決めることができます。これを例示にとどめるのか、あるいはこの中でもガイドラインとして、特に地域で書き込むべきという話にするかというのは判断ございますが、一応紹介させていただきますと、例えば「(例)」という枠囲みの中の①、上のほうの①でございますが、救急医療情報システムに関すること、運用基準といったことを、この消防法の基準の中で読み込んでいくということも可能でございます。あるいは②でございますが、これは、通報を受けた時点で医療機関を決めていく、現在事前管制と呼ばれたりしますが、通報を受けた時点で指令センターが医療機関を、とにかく患者さんからの電話だけで決めていこうという基準を決めるということも可能でございますし、あるいは災害時の搬送受入れの基準をあらかじめ決めておくといったことも読み込むことは可能です。そして下の事例でございましてけれども、枠囲みでござ

いまして、ヘリコプターを使う場合の搬送の手段に関する基準を決めることも可能ですし、医師に現場への同乗を要請するための基準、すなわち搬送受入れに関する非常に幅広い内容を、さらにこういったことについても消防法改正の中で、消防法の基準の中で読み込んでいくことが可能だということを示させていただいております。

24ページから26ページは、参考としての資料でございます。これは、現場滞在時間と照会回数がどういう関係にあるのかということのを都道府県別に見た、重症以上、そして産科・周産期、小児ということで見たものになりますけれども、47都道府県を見てみますと、現場滞在時間30分以上の割合、照会回数4回以上の割合というのを見てみますと、当たり前というご指摘を受けるかもしれませんが、やはり消防側が医療機関にいろいろ相談をしてというような割合が非常に高いところでは現場滞在時間が長くなっているのかなど。この辺のところ、いい病院を決めるために照会をかけるというステップが大事という状況はもちろんございますが、時間ということを考えますと、やはりあまりにも照会回数が多いようなところというのは、そこをできるだけスムーズに円滑に決まるようにして、できるだけ早い搬送というのが重要であろうということ、そしてこういったデータというのが大事であろうということで提示させていただいております。これが、相関をかけますと直線になるということで、重症、そして産科・周産期、小児というのを1つのデータとしてご提示させていただいております。

最後でございますが、今後のスケジュールでございます。消防法改正の公布を5月1日に行いまして、これを実際に施行するというのが6カ月以内ということになっておりますので、10月末を念頭に置いております。その間、皆様方のお知恵をいただきましてガイドラインを発出していきたいという状況で動いております。

以上でございます。

座長 どうもありがとうございます。

最初に少し確認しておきたいのですが、この作業部会、この会議は、作業部会で議論したことを、検討会、先ほど来言われている親会に報告するというような位置づけでよろしいわけですよね。

事務局 はい。親会に報告をさせていただきます。

座長 というようなことになりますので、委員の先生方におかれましては、親会のほうも適宜頭に入れながら議論するという話になるのだと思います。

それから、事務局からしばしばフレーズとして「実施基準策定のためのガイドライン」という言葉をおっしゃっている。具体的には、脳卒中でいえば14ページとか、心臓でいえば13ページというような話を資料としてお使いになりながら、究極的には6ページのような、そういうリストを携えながら運ぶのだという

ようなことを、各地域で決めてくれという話になるのだと理解はするのですが、そういう議論に行く前にもうちょっと確認しておきたいことがあります。これは多分委員の方たちも同じだと思いますが、27ページの右側のページに「協議会成立準備」とございますよね。昨年度、委員がメディカルコントロール作業部会の座長で、僕も消防機関と医療機関の連携に関する作業部会の座長でというようなどころで行われていた総務省の議論では、もともとあるMC協議会について、その役割を議論していくそのプロセスで、搬送という業務そのものも、つまり現場で救急隊員が質の高い作業をしたとしても、その瞬間に行く病院を決めて、そこに速やかに運ばないと、何やっているかわからないという話があるわけで。そういう意味では、搬送先を決めるというようなこともMC協議会の重要なテーマであるはずだという話で議論があったのだと記憶していますが。

そうはいっても、例えば東京でそれらの議論と同時進行で脳卒中の搬送に関する議論をしていたときには、MC協議会側の守備範囲と、それから、どこかのページにありましたけれども、救対協、救急医療対策協議会、つまりどちらかという医療提供側の病院会側ということになるのでしょうか、東京でいうと東京都医師会を軸にする病院、医療提供側との間で情報を行ったり来たりさせたというようなことがあって、そういう意味では、27ページに書いてある協議会というのはどのようなことを想定したらいいのかというようなことも重要だと思います。つまり、地域にこの手の話がまかれるときに、おそらく比較的重要な案件になるのではないかと、実は想像するのですよ。

そうなってきたときに、これも確認なのですが、こういうようなことでやろうねというように作業部会で決まったことを親会で報告したと仮定して、親会から全国のだれに、何を言うということになるのですか。総務省にしても厚生労働省にしても、2人の大臣は、だれに対して何かをやれと言うことになるのだというように理解すればいいのですか。これが、協議会の、MC協議会でもいいでしょうし、救対協でもいいでしょうし、極めてベシックなところをもう一回確認しておきたいと思って、質問しています。ちょっとお願いします。

事務局

ガイドラインについては、最終的にどういう形で出すのかというのは、これから厚生労働省と詰めるのですけれども、一般的には両省の通知のような形で、役所から実施基準をつくるに当たっての留意点とございますか、お示しするというようなことになるかと思いますが、それは役所として各都道府県に通知するというような形になると思います。この作業部会と親会については、役所に対して、そのためのアドバイスをいただく、知見をいただくというような位置づけになると思います。

だれに対してというのは、おそらく総務省と厚生労働省から各都道府県に、都道府県がこれから協議会を設置して実施基準をつくっていくということになり

ますので、それに際しての方向性とございますか、留意点をお示しする。それをガイドラインというように呼んでいますけれども、そういったことになっていくと思います。

協議会のあり方については、親会でもご議論がございましたが、今いろいろ、地域においてMC協議会でやったり、救対協ベースでやっているところもあると思いますけれども、それと別にこの消防法の法定の協議会というのをつくりたいといけないのか。それは、地域の取り組みをまた無駄な、といいますか、二重行政的なことになるので、既存の組織を生かしてというようなご議論が多かったと思いますけれども、私どもも、今、一番近い仕事をしているのはMC協議会だと思いますので、MC協議会がそのまま法定の協議会に位置づけられて、そこでしっかりした基準をつくっていくということが一番典型的なパターンかと思えます。ただ、申し上げたように、救対協など、衛生部局サイドでやっておられる協議会の中でMCの仕事もやっている地域も、あるみたいですので、そちらをベースに今回は消防法の協議会を位置づけたいということが合理的であれば、そちらでもいいことを思っております。そここのところは実情に応じてということですが、協議会のあり方についても、どういう形が考えられるかということも示していきたいと思っております。

ただ、実はこの作業部会で主にご議論いただきたいと思っておりますのは、実施基準の搬送のルールのところをお話いただくということで、協議会の組織のあり方については親会で主にやっていたかという考えでございましたけれども、実際にご議論いただく中で、そこもやはり両方ディスカッションしたいということがございましたら、作業部会でもご議論いただければと思います。

座長

実際問題、10種類のテーマ別に考えていくにしても、何にしても、ある程度目次立てが決まれば、多分それは地域にそのまま振ったと仮定しても、例えば脳卒中について、東京都に考えろといえ、1年かけてそれなりに考えてきたという経緯がありますので、おそらく目次立てさえそれなりのものを投げれば、それはそれで、局地的にはそれなりの知恵が地域にはあるわけですから、例えば山形県でやれと言えば、山形県の先生方が集まって、脳卒中をどうしようという話だってできるわけですし、心臓をどうしようという話だってできるわけです。ひな形的なものを示すという話では、示すことができれば、それはそれでいいのですけれども、むしろ、例えば、では、「山形県で議論しろ」といったときに、例えば山形県の消防、つまりMC協議会側だけが、おれたちがリストをつくるぞといっても、実を言うと、それはつくれるはずもないわけなのです。東京都の経験からすると、医療提供側がそれなりの情報を整理整頓しながら、MC協議会のほうへ投げたということがあるので、だから、協議会をどのように地域で考えていくかということをしておかないと、例えば京都府でMC協議会のほうで

リストをつくれと言ったって、MC協議会だけでリストがつかれるはずもないわけなのですよね。

ですから、そういうようなことを考えないと。多分つまり先生たちがおつくりになったようなものをもう一回つくるのかという話で、それはそれでいいのですけれども、例えば東京都のMC協議会が、そのままMC協議会として医療提供側の情報を握るといような形で搬送のルールを決められるかという、おそらく決められませんよね。受け手のカレンダーをどうしようにつくるかという話。東京都は医療機関がたくさんあるではないかと言うかもしれませんが、人口割にしたら、実は下から数えたほうが早いすよね。ですから、そういう意味では、ある意味、過疎なのすよね。砂漠みたいなのがありますから。だから、その辺の議論を少ししておかないといけないかなというのが、僕の個人的な意見なのすけれども。

委員 最初から座長がいろいろな意見を提出しておりますけれども、この作業部会で受入れの基準をついたり、あるいはどういう形でそれを運用していくのかというようにこの議論の中で、おそらく先生のお話が出てくるのかなと思います。そもそもメディカルコントロールの活動をしていけば、今、座長がおっしゃったように、救急隊員の個人の技能の質の向上のためにいろいろな教育をしたり、あるいは実業務の中で助言や指導をしたりしているということの延長線上に、最終的に適切な医療機関に運んだのかというところが、要するに彼らのアウトカムなのすよね。そのときに、最後のところのコネクションが悪いので、やはりMC活動を通してそういうところをはっきりなってきたということがわかったということがあります。具体的に今おっしゃるようなことを進めようとする、従来のMC活動の協議会の体力では少し力不足だねと。最終的に受入れを、あるいは病院側の情報をきちんと出してほしいです、あるいは出しましょうという話のときは、少なくとも別途につくるというのではなくて、そういう事情をよくわかっている、おそらくMCの活動をしてきた人たちを軸にして、行政と消防がしっかりと絡まないでだめなのだろうと思います。

一例を挙げますと、例えば私は堺市という2次の医療圏でありますけれども、メディカルコントロール協議会では日々いろいろな活動をしてありますが、中期的に見たときに、どういった医療機関にどういった傷病者を運びましょうかという調整をするには、あと2つ協力を求めないといけませんでした。1つは、やはり地元の医師会です。医師会のいわゆる会長名なりのことで、具体的に病院関係者が動いてくれる。いわゆる主要病院長と一緒に入って、イエスをくれる。2番目は、大きな調整役は行政です。医療主管部局の、地域保健医療計画にのっとっている作業を進めようとしているところ、私どものところですやはり健康福祉局長の名前。結局、今こういう作業を進めようとするときに、MCを膨らます方

法として、MC会長名と医師会長名と行政の、本来なら市長とか、そういうトップの名前でいくべきなのでしょうけれども、具体的な作業を進めるという意味では医療主管のところ名前を出す。そして本当にそういうところで先に枠をつくと、今度は、また後で言いますけれども、現場が非常に動きやすくなるということがあると思います。

だから、別途につくるのではなくて、足場が組んでいるMCの母体は、僕は活用すべきだろうと思います。

以上です。

事務局 本日の資料でいきますと4ページ、5ページになりますけれども、今度の消防法の中で、実施基準を定める主体というのは都道府県でございます。条文を申し上げますと、都道府県は実施基準を定めるときは、あらかじめ協議会の意見を聞かなければならないものとするということになっていまして、これまでMC協議会などが主体でいろいろなものをつくってきたといった部分もちろんいろいろございますが、今回の実施基準に関しては都道府県が定めるということになります。ですので、メッセージの送り先は都道府県でして、その都道府県が定める協議会として、条件としてはこういう構成メンバーにしてくださいねということを経理上は定めています。

その前提があった上で既存のものも使えるような枠組みで組んでいまして、例えば〇〇協議会といったような名前なども縛ったりはしていませんよということなのです。ですので、イメージは都道府県がつくるに当たってというイメージですので、そこは、我々としては、都道府県がどういった協議会をつくるのがベターというのを、今の資源を見て考えるという、それは都道府県が考えるということになるかと思っております、1つの選択肢としては、先ほど委員からも指摘がありましたけれども、今、活発に動いている、そして処置から搬送が大事だというような話も発展しているMC協議会を活用するという枠組みもあるのではないですかというご提示をさせていただいているということでございまして、都道府県がつくるということを念頭に置いて議論を進めていただければと思っております。

座長 いや、話をませ返すために言っているわけではなくて、具体的に、例えばきのうは私、大阪に日帰りしてきたのですけれども、川崎医科大学の先生方と脳卒中の話をして少しやりました。いずれ消防法の改正にあつては、この秋にこんなことが起こるのだよねという話題を言ったのですけれども、都道府県といったって、では、具体的には県のMC協議会がどんなことができるのかねという話になるわけです。例えばね。言葉は悪いのですけれども、提供側の医師会の先生方の顔色をうかがいながら仕事をしているような地元の消防の仕事ぶりから見れば、簡単に法律どおりいくなどということさらさら考えられないと思うのですね。



だから、東京においてすら、と言ったらおかしいでしょうけれども、東京のMC協議会は全県1区で、島まで入れてかなり強力にやっているというように、皆さんお思いになっていると思いますけれども、それは、消防との関係においては極めて強力にやっていますけれども、医療提供側から見れば、それは単にMC協議会がやっているというだけの話で、提供側からすれば、やはり脳卒中に関していえば、もう十二分に彼ら医師会側の、提供側の一致団結の中でこそこの手の話は成り立つわけで、消防側から話を持っていっても、ああ、そうですかということにならざるを得ない。

だから、僕はMC協議会の一員ではありましたが、医療提供側という意味では救対協の傘下の脳卒中の医療連携協議会の立場で医師会の先生方と議論しながら、どのような情報を消防側に出すかという話をした。結局行ったり来たりしているのですよね。だから、パントマイムではないですけども、白い顔と黒い顔をこういうようにしながら仕事をしている。それは、極めて現実的に言えば、要は今の委員の話の延長線上で言えば、もし協議会ができるのだとすれば、それぞれの会の、ここで言うような作業部会、ワーキンググループみたいなものをそれぞれのひもつきでつくってしまっ、行ったり来たりしなくてもいいようにしてくれればいいというのが、僕の体験上のイメージなのです。

だから、例えばMC協議会側と救対協側があったと仮定して、こちらの議論をどちらかがのみ込むような形でやっていくというような話ではなくて、こちらの子供とこちらの子供が一緒の子とか。そういうようなイメージで、こちらの価値規範とこちらの価値規範の整合性を持たせながら議論していくというようなことをしないと、この手の話はどうも成り立たないのではないかなと。これは、そういう意味では、結構苦労するのです。同じ検証という言葉を使っても、こちらで言う検証とこちらで言う検証は違ったりしますのでね。だから、こちらで検証したいといった話を、こちら側と違うではないかということで、島崎先生などはこちらの会長ですから、島崎先生に、こちらで言っている検証というのはこういうことを言っているのですと、翻訳しながらやっているというようなことが起こるわけです。

事務局　そういうイメージはあるものですから、消防法の中でも医療計画との調和が保たれるように、そういう……。

座長　うん。だから、僕が言っているのは、今言ったみたいに、岡山県にしても、大阪府全体はどうかはよくわかりませんが、例えば何ページかの脳卒中みたいな、こういうようなものをつくってくださいというようなものを、もし出すとすれば、考える場の設定も、例えばこういうようなことをして、そういう場をおつくりなさいましていうようにしていかないと。結局消防は、実は中規模、小規模の消防が全国にばらまかれているわけですよね。県でまとめるといったところ

で、実は十分まとまらなかったから、MC協議会だっでこぼこができたわけですね。だから、都道府県でやれと、霞が関から言うのは簡単なんですけれども、どこまでそれを言うかは別にしても、結局は当事者がやらなければ、どうにもなりませんから。だから、箸の上げおろしまで言うかどうかは別にしても、大枠の部分は、考える場はこういうような場でもってというところぐらひは少なくとも示さないと、結局今までMC協議会のでこぼこができたのと全く同じことが、またここでもでこぼこが起こるというようなことを、自分の頭の中では少し考えた次第なのです。

だから、事務局と、例えば委員のどなたかが2人で疾病ごとのものを三日三晩どこかにこもってつくれば、おそらく4つか5つ、すぐにできますよ。時間さえかければ。たき台ですからね。だって、それは地域に投げるわけですから。地域に投げたら、もっと細かなことをやるわけです。例えば東京では、脳卒中に関しては、急性期に関してはいろいろな議論があったけれども、今のところ24時間以内、第1病日だと、t-PAが使えるところに運ぶようになっているのです。第1病日ですよ。だから、12時間でも18時間でも、そこへ運ぶわけですよ。その時間であれば、もうt-PAも何もありませんからね。だけど、ぼくらはt-PAのために働いているわけではなくて、脳卒中全体のためにやるのだから、それでいいではないかという議論になって、そのようになった。おそらくバージョンアップしていくときに、第1病日の中の12時間以内なら、とか、これからはそういうような形になっていくと思う。それは、こちらで言う検証をしながら進んでいくだろう。

だから、そういう意味では、地域に投げたときにはいろいろなことが起こっていいのですけれども、そういうような場についての議論をしないまま同じことをやれば、またMC協議会みたいになってしまうのではないかということを少しおそれているという話です。その点について、丁寧な議論をしておかないと、空中分解するかもしれません。

事務局　場について、こういうように、こういう場がどうですかというのは、そこは法律に書いてあるので。この資料でいうと4ページ、5ページが今回の法律の内容ということで、4ページが協議会の組織のあり方、5ページが基準ということで、ここは法定事項なので、どういったメンバーがというのは、4ページにございます消防機関の職員と救急医療の現場を持っておられる医療機関の管理者または医師、あと、診療に関する学識経験者の団体の推薦する者というのは、地域の医師会を念頭に置いているということと、あと、都道府県の職員と、その他の学識経験者ということですが、今回の作業をするためにどうしても必要なのは、医療提供側のご意見を踏まえないと、今回のリストというのも意味がありませんので、消防が主体とか医療が主体とかではなくて、まさに共同の、

座長  
事務局

両者が相まって参画する協議会が必要だということになります。

総論はね。僕は、総論を理解した上で言っているのですよ。

はい。座長がおっしゃっているのは総論ではなくて、具体的なということだと思のですが、今回の法律まで改正して、総務省と厚生労働省の共管の法律でということになったのは、まさに地域の消防側とすると、救急搬送を行うという問題があるけれども、なかなかそれがうまくいかない。で、医療と連携をとっていかねばいけない。細かい連携の話と、また医療提供体制についても消防側としても考えるところがあるということがあって、そこをうまく接点を設けなければいけないわけですが、その両方のいわゆる接着剤になる搬送から受入れに至るところの部分についても、調整なり取り組みをもう少ししっかりやるべきではないかということで、今回の仕組みができたということです。

そのために、作業部会、検討会を含めて、国の役所という総務省と厚生労働省の共管事業ということでやっているわけですが、都道府県においては、国よりはもっとクリアで、同じ都道府県知事が医療も消防も両方所管するということになるわけですから、そのところは、国よりもっと動きやすいと思うのですけれども、現実にはやはり消防防災部局所管のMC協議会という実態と、衛生行政が持っている医療審議会の系統の救対協というのと別々に、なかなかキャッチボールがうまくいかなかったというようなところもあるとは思いますが。

どういった組織体を使うかということについては、また新しい第3の協議会を立ち上げてやるよりは、既存の組織を使ったほうがより現実だろうということで、先ほどMC協議会をベースにということで申し上げましたけれども、ただ、これから果たしていく機能というのは、先ほど座長がおっしゃったような、両方の協議会の一部の子供同士が合体してやるというような、そんなことだと思うのですけれども、そのところはエネルギーがかなり必要なので、各県にも頑張っていたきたいし、特に我々からすると、消防本部のほうもなかなかばらばらになっていたところがありますので、そこは頑張っていたきたいと思っています。そのところは、まさに最低限満たさなければいけない条件というのは法律の中に仕組みができていますので、そこをどうやって実際ワークさせていくかというのは、現場のご努力がかなり必要かと思っていますけれども、我々はそちらの組織のあり方も含めて、両省共同で、うまいやり方についてアドバイスしていきたいと思っています。

座長

ですから、例えば14ページを見ていただけますか。この脳卒中の一番下の青いところ、ありますね。この青いところについては、今言った救対協側で議論して、自分たちをラインアップしたわけですよ。ピンクのところはMC協議会側で、キャッチャーの様子を途中で情報を得ながら、ピッチャーとしてどういうように患者を投げるかというようなことを議論しているわけなのですね。今のお話のよ

うに、これはたまたま脳卒中ですけれども、でき上りはこういうような、地域の病院のリストがあって、そしてその地域の病院のリストの中から、困った状況のときにはこうしましょうねというようなことを決めていくことを含めて搬送の全体像を円滑にしていきたいと思いますというのは、ここで議論する中核的な話になるのだと、私は思うのですけれども。

結局、地域に行きますと、このピンクの部分と青い部分とが現にあって、ピンクがそのまま青の面倒を見切れないということを、私は言っているわけです。だから、そういう意味では、今、委員が言うみたいに、結局医師会なり衛生行政の方たちとの合作作業はポイントになりますよということにおっしゃっているわけ。総務省の、4ページにあるような、そういうような法律ができたので、その法律に従って協議会をつくれという話は、新しい人造国家をこれからつくるのであれば、私はそのとおりに従ってやればいいのではないかと思うのです。けれども、そうではなくて、既存のアクティビティーがあって、それなりにやっている。岡山県の状況は、県のMC協議会が、医師会側を含めてイニシアチブがとれるとはとても思えないと、大学病院の脳卒中と救急の教授達が言うわけですよ。だから、そういうようなことを考えると、やはり先ほど言った子供の産み方みたいな部分を、ここで議論しておかないと。会長さんたちはいいかもしれませんが、現場の人たちはやはりもう少し具体的なことを欲しいのではないかなと思ったので、言っているのです。おわかりですよ。

委員

私、多分唯一健康医療部局側から、参加させていただいていると思うのですが、大阪は、先ほど委員がおっしゃったように、堺市でもやっていますし、泉州地域や南河内地域でもやっています。ただ、先ほど来、座長は問題提起をされつつ、多分ご自分の中に、おっしゃっていることに答えがあると思うのです。二面性があって、実際は幾らガイドラインやここの部会でどういう子供の産み方をしろと言っても、都道府県においてはやはりMCのアクティビティーの差もありますし、医療側の協議会との関係もばらばらですし、また地域メディカルコントロールレベルになるとさまざまだと思うのです。

だから、結局は、先ほど東京でもとおっしゃったように、2つの側面から絶対に離れられないので、あとはもうテクニカルな行政の実務的な問題で、どちらを器というか、もとの土台にして、そこに組み込むのか。全く2つとは新しい別個のものをつくるのか、MCが非常に有効であればMCであるのかというのが、ここでいろいろ、やりやすいようにと考えたところで、最終的には一つずつの医師会を説得したりとか、そういうことのレベルにもうなってしまうのではないかと思うのです。

その議論をし始めると、そちらにすごく時間がかかりかねないと思いますし、そういうことも含めて実施基準を、絵にかいた餅にせずにつくるには、こういう

ことに留意して、こういうメンバーとこういう議論をすべきだという、やはりガイドラインの本体の議論をここでしていただくほうが、都道府県としても動きやすいのかなと。

大阪などは、最終的にどちらになるかまだ決まっていなくても、おそらくどちらでもできるのです。MCを中心にしてもできるでしょうし、保健医療部局のほうでも。ただ、どちらが中心になっても、中心になった側ともう一方側を取り込むというか、一部のメンバーを入れるとか、あるいはそこの間でやりとりは不可欠なのですが、そこはもう行政の実務的な問題もありますので、行政側が条例なり要綱で、どちらをどう位置づけるかというようなことは、やりやすいほうでやる。県によって消防防災課と衛生部局側の行政のスタンスとか熱心さもばらばらだと思いますので、そんな感じで、私は、ここで、今おっしゃっている作業部会の位置づけとか、都道府県側に具体的にあまりお示しいただかなくても、時間がかかるところもあるかもしれないですけども、それは結局示していただいても、時間がかかるのではないかとというのが、実際に行政やっている人間の感覚なのです。

座長 そういう意味では、いわゆる地方自治というか、自治のオートノミーがある程度育っている場所については、ほったらかしにしても、私はいいと思うのですよ。でも、東京ですら、と言ったのは、結局仕組みが既にそれぞれあって、言葉は悪いですけども、それぞれに気を遣いながら行ったり来たりしたという経験があるので。だとすれば、1足す1を2にするような、でかい協議会などということはありません。3分の1足す3分の1、大きさからすれば、せいぜいそのぐらいのものが機能的に存在すれば、おそろくいいのではないかと。新しい協議会をつくる必要はないだろう。MC協議会の子供かもしれないし、救対協の子供かもしれないみたいなの、というようなものをベースにしながら、こういうようなものをつくるといふようなことをある程度は言ってあげないと、岡山県みたいところが山ほどあるのではないかと、僕は心配しているわけですよ。

委員 1つのモデルを示してあげたほうがいいのではないかとおっしゃるのは、わからないでもないです。

座長 そういう意味では、ここでの議論を別にまとめる必要はないわけで、公開されているわけですから、僕が言ったみたいに、10足す10の20をつくるのではなくて、3足す3の6みたいなもので、それぞれのワーキンググループみたいなものの位置づけで、救対協側から見てもワーキンググループですし、MC協議会側から見てもワーキンググループみたいなものがあるって、医師会は、どちらかというと救対協側で従来頑張ってきたという歴史があって、消防側は、どちらかというとMC協議会側で頑張ってきたという歴史があって、それぞれに子供がいるというような形にしないと、行ったり来たりしたのがえなかったというだけの話

なのです。

委員 わかります。

オブザーバ 医師会という言葉が何回か出ていますけれども。

座長 先生がしゃべってくれないから。(笑)

オブザーバ 座長がおっしゃるような医師会というイメージというのは、それは座長の医師会のイメージであって、医師会というのは基本的に全員参加型の、ほとんどボランティア活動の仕事ですから、あまり限定的に言っていたかでないいいのではないかと思いますよ。例えば先生が医師会の大幹部になって、何かを言ったりすることは一向に可能なので。行政と医師会は当然違うものですけども、話し合いはするチャンスはあるということは言えますけれども、それと、例えば救急の現場とが乖離しているという図式にする必要は別にないのではないかと。

座長 いや、乖離なんかしていないのですよ。現にできていたわけですから。

オブザーバ もう1つは、聞いていますと、先生のおっしゃっていることの大きな論点の一つは、今、地方分権と言われていたことの実態が、考えていくと結構大変だという話。これは、いろいろところで聞こえるのですが、その一つなのではないかと思うのです。基本的に、僕も地方にずうっといましたので、そこで感じたのは、結局3割自治というのがまさにその段階なので。従来は予算もその程度、関与もその程度で済んだわけです。だから、逆に言うと、本庁はどう言っているのだということによって決まっていたわけですよ。逆に言えば、取り返しは今までできなかったわけです。独自の立ち上げとか、独自の試みというものはやりにくかったわけです。幾ら盛り上がりしても、最後に本庁の意向でこうだということ、全部それは無くなったわけですけども、今回の話は、それとまた違うのだと思うのですよ。

入り口の話をつまみ切っていますので、僕なりの入り口の話をするので、消防法改正、これによって今の会議が行われているわけですが、その議論の中にも、救対協、MC、さまざまな地方のばらつきとか、いろいろな話が含まれていたのです。その上で、一緒に、この線でもう一つ試みようということでもまわったと思うのですが、実はその前振りがあるって、それはこの資料の中にもありますが、地域医療計画をつくるということは、医療法改正というのが、まず先にありまして、それで4疾病5事業を含めて、4疾病5事業の中に救急その他雑多に入っていますが、そういうもので地域医療計画をつくりなさいと。で、地域で運営しなさいということ、まず都道府県に振ったわけですよ。そのラインの上にこの消防法改正がありますので、都道府県単位というのが出てくるのはなぜかというと、その前振りがあるからだと、僕は思います。ですから、その時点でこの2つがシンクロして、さあ、どうするのだと。で、10月だとなりますと、そんなに時間の猶予はないので、そんなに大変な中身の煮詰まったものを、例えばこ

こちらからお出しできる状態というのは、それはなかなか難しいのだろうと一応思っているのですが。

その上で、4疾病5事業の医療法改正の中を読みますと、雑多なところを取り去っていきますと、救急関連でいえば、一般救急がまず1つ、これは頑張っやりましょうということが書かれているわけですね。その次に小児と妊産婦と、それから脳卒中、心疾患、それに精神救急、こういうことも書かれていたと思います。それぞれのところを、要するに専門救急をどうやって……。一般救急のネットワークは、とりあえずできた。で、今、この10年、大分痛めつけられて、ほころびが出たり、大変な状況も起きています。その上で、まず、その上に専門救急をどうやって乗っけるかという話だと思うのですよ。そうしますと、この検討会でやるべきことの中に織り込まれることは、いずれそういうものが必要になるのかなと。ただ、先ほど言ったように、この会議でそれを全部、それぞれのガイドラインをつくって、10月にお出しするという形になるかどうか、いささか疑問だなと思いつながり来たのです。

それともう1つは、災害対策などで問題になるのは、透析の患者さんの扱いですね。これはまたカテゴリーが少し変わりますが、その方々のサポートは、透析プラス何々ということが必要になって、これもまた地域で、アクティブなところは透析のネットワークの中で災害時対応をどうしようかとかやっていらっしゃるとうところがありますね。そういうものをまた広げる必要は出てくると思うのです。

あともう1点だけ。救急情報システムのバージョンアップ化というのを、この間から経済産業省と厚生労働省ベースでやって、今年トライアル、来年各地に配るといことがあります。おそらく医療計画、消防法改正、救急情報システムのバージョンアップ、この3つは来年にまたがって地域医療の現場に入ってくる非常に大きなアイテムで、それをそれぞればらばらにやっていけば、それこそ予算のむだ遣い、それからリソースが断片化していく。そうではなくて、何とかそれを都道府県単位で統合する方向に持っていけば、とりあえず数少ないリソースでどうやって国民のニーズにこたえるか、住民のニーズにこたえるかという形になるのかなと。今ちょうど胸突き八丁だと思うのですが、そう言っても、そんなに簡単ではないと思っていますので、基本はこうかなと思うことを申し上げたので、もし何かご意見がありましたら、その辺からまた、ぜひそういう視点からの議論もしたいなと思っています。

以上です。

座長 全体状況というようなことをしっかり頭に入れておけという話だと思いますが、話をずうっとズームアップというか、高いところから見ようとしていきますと、それはそれでこの作業部会の一つの方向性みたいなことも見えてくるのかも

しれません。けれども、逆に、話がものすごく大きくなっていて、一体どうしましょうという話になってしまいますので、オブザーバとして状況の監査役というか、学会でいうと監事というのですかね、そういうようなところで、時々ご意見をいただきたいとは思っています。

そうすると、むしろ少し具体的にイメージを地域に振ろうという意味においては、前半の話を議事録にとっておけば、その議事録を読んでもらえば各地域は各地域で考えることができるだろうというようなことでよろしいと思います。例えば3分の1足す3分の1みたいなことを無理やり押しつける話ではないはずだと思います。ただ、そういうような議論を地域でしておかないと、あそこで何をやっているの？ という話になってしまって、消防の人たちも、おそらくリストをつくれと言われたって、つくれないよねという話で、空中に舞上がった途端にそのまま止まっているというような話が起りかねないので、よろしくをお願いします。

では、事務局のイメージからすると、先ほどから臨床救急医学会のアルゴリズムなどの話が出てきていますので、多分こういうようなことに関して、先ほどの話だと目次立てみたいなものをつくってしまったほうが早いのではないかなというように提議があるのだと思いますけれども、この辺は委員に皆様、意見ございますか。委員は、島崎先生のやっておられた仕事の延長線上におそらくある仕事を請け負っていますよね。

委員 はい。

座長 地域のMCプラス救対協のピッチャーとキャッチャーのスキームを考えていく中で、今の話でいけば、脳卒中だとか心臓だとかという大きな時間軸で物事をきちんとしておかないと、患者にそのまま不利益が来るような場合と、それから、必ずしもそうではなさそうだけれども、やはり専門的なところへ持っていかないとどうにもならない。精神科救急などは、その最たるものだと思いますけれども。その辺で、どのような目次立てで地域に考えろというように振っていくというのがいいか、意見ありますか。

委員 今、座長がおっしゃったように、やはり時間軸というのは、緊急性というのがかなり大きな問題だと思います。受け取り手が一発で決まらなと、病院間を転送しているようではもう間に合わないというようなものと、一旦、どこか2次救急というか、救急に行つて、そこで診断がついてから専門施設に行つても間に合うようなものというようなところが、おそらく重症度というのは緊急性の違いだと思います。

今、緊急性ということで、発症から治療開始までの時間が明らかに予後に悪くなるということがわかっているものは、いわゆる心肺停止と、今お話があった脳卒中、それから急性心筋梗塞をはじめとする冠症候群、それからおそらく重症外

傷。これらのものは、やはり決定的な治療が開始されるまでの時間が長くても3時間とか数時間の単位ですから、どこかでワンクッション入っていると間に合わない。場合によってはヘリコプターの搬送も必要である。これらに関しては、もう現場でその可能性があるものを見つけて、それが治療できるところに運ばなければいけないというようにくりで、現場でもそういうように探さなければいけないですし、受け取り側も、そういう面では、現場でそうだと言われれば、オーバートリアージでも受け取らなくてはならないようなものになるのではないかと思います。

一方で、もうちょっと時間的な余裕があるけれども、専門的なものとしては、妊婦というのは少し特殊なのですけれども、精神科であるとか、小児であるとか、あるいはさまざまな消化器の救急であるとかというようなものについては、おそらく一旦2次救急で受けて、そこで治療ができればいいし、できなければさらに必要なところに運ぶというようなことでいけますので、そういうものについては、例えばお腹が痛いという人を、手術が必要な急性腹症なのか、あるいは経過観察で抗生剤だけをやればよくなるような腸炎なのかというようなことを、救急隊のレベルや現場のレベルで判断する必要はないですね。彼らは何を見なければいけないかという、その人の呼吸や循環の状態が非常に危険で、差し迫って全身を補助するような治療が必要であるか、あるいはそうでないかということだけであって、結果として、お腹が痛いという人が運ばれたところで、医療機関で診断を受けて、その上で手術ができる場所に運んだり、そうでないところで診たりというようなことの見分けができるか。

ですから、あまり細かく、さまざまな疾病、疾患に対して搬送先を細かく決めるようなルールをつくるのは負担が多くなるので、もちろん現場の救命士のレベルがどんどん上がっていけば、将来的にはいいかもしれませんが、当座ということであれば、そこはあまり細かくいわずに、主にバイタルサインをきちっと見て、バイタルサインで緊急を要するもの、これは、先ほど出てきた重篤から救命救急センターに行くという諸般の個別の疾患の前どころで、重篤ということで救命救急センターに行く線なのかと思って、一応そんな形で、島崎先生のもを実際に現場で使うルールという形で、当面必要なものとしては、そういうように考えております。

座長 そうすると、大きなしつらえで作業部会が出発はしていますけれども、直感的にわかるというのはおかしいですけれども、脳とか心臓とか心臓肺停止、外傷に関しては都道府県で搬送のルールをきちっと決めると。

委員 受入れ側のリストと搬送ルールをきちん決めたいほうがいいだろうと。

座長 受け手を含めた、キャッチャーのリスティングを含めたピッチャーのあり方をきちん決めると。これがまず1点ですね。

委員 はい、そのとおりです。

座長 それから、その他のものも含めて重篤なもの、重症なもの、これを緊急性が高いと呼ぶのか、重症以上と呼ぶのか、よくわかりませんが、そういうようなものに関する搬送のルール、今言ったキャッチャーを含めた搬送のルールを決めると。これが2つ目ですね。だから、この辺に関しては、そういうようなものを決めるべきだというようなことは、メッセージとして出す必要があるだろうと。それでいいですね。

委員 それでいいと思います。

委員 大きな枠組みというか考え方というのは、今、委員がおっしゃったように、生命に危険が及んでいるかどうかということの中で、まず分かれます。そうでなければ、病態とか、あるいは疾患別といった、今度はその選択肢の中でどの病院を選定するか。おそらく国がこういうガイドラインを示すときには、あまり事細やかなことを言っても、それは地域のリソースがかなり偏在していますので、あるいは格差がありますので、かえって混乱というか、議論のもとになってしまうと思うんですね。ですから、はっきり示すのであれば、今ある医療体制の中で、救命救急センターと重症が受けられるところがある程度核になっているという前提で話をすれば、そういうバイタルサインと生命の兆候が悪いですねといえ、まずはそういった基幹病院にまず選定しなさい。その次の段階で、少し一息置いて、しっかり観察できるよねということになれば、今言った病態別、あるいは疾患別、あるいはそういったことで病院の選定を決めましょう。こういった程度のことを示せばいいのだろうということが1点。

もう1つ、今の話の中で、例えばきょうの資料の7ページを見てほしいのですが、選定先の病院のリストをつくっておきましょうというとき、ここでもちょっと注意しないと、現場の感想から言いますと、かつて救急告示病院の手を挙げて下さいというときに、内科系であれ外科系であれ、いや、うち、大丈夫ですよというようなことで、リストは簡単にできました。しかしながら、実態はというと、実は土曜日の晩、外科系なのだけれども、耳鼻科の先生しか泊っていないので、別のところへ行って下さいというようなのが現実だったんですね。ですから、この病院のリストづくりのところについては、やはり少しノウハウを言うべきだろう。

どういうノウハウを言うべきかを議論したらいいと思うのですけれども、少し簡単な意見を言いますと、病院側の事情を考えますと、救急医療に対応できる当直体制といいますか、それはもう非常にばらばらです。しかし、救急を受けるときに、それぞれの専門性を生かせるような当直体制を組むことは不可能ではないのです。言いかえますと、消化管出血の患者さんが来たら、内視鏡をやって、場合によっては血をとめないといけないよねということになると、24時間365

日消化器内科、内視鏡ができる先生を、その病院が確保するという事は不可能です。とすれば、地域で医療機関が10個あれば、10個の中の先生がどの時間帯、どの曜日におおむね集中的にオンコールなり当直に入ってくださいというこの調整は可能なはずですよ。可能なのです。

もう少し細かく言うと、消化器内科の先生に言わせれば、血がとまらないときはすぐに手術できるように、外科の先生との連携も要るよね。今度は、外科医は、僕は手術をやってもいいけれども、麻酔科医がいない。だから、手術も少し困難ということになってくると、どうもその病態を整理しようとするときは、消化器内科医、外科医、麻酔科医といったものが比較的集中的に曜日、時間帯を通してできるようなことを、地元、地域で調整したほうがいいでしょうというような言い方になると、僕は思うのです。

座長 全くそのとおりで。だから、先ほど言った医療提供側では、今言った脳卒中の面倒をずうっと見られるわけではないので、この日のこの時間帯はいいとか、この日のこの時間帯は勘弁してねとかという話を、東京の地域ごとにつくって、それを出してもらおうというようなことで搬送のルールをつくっていく。だから、病態別に、面として、そこに住んでいる人が困らないようなカレンダーをきつと作ってくださいというような話を出さないと、全部の病院が全部四六時中やってくれと言ったら、もうどうにもならないので。

委員 ですから、8ページのところになりますと、今、委員がおっしゃった、上のリストづくりのところでは、例えば選ぶ側からすれば、まず、緊急性のプライオリティーが一番高く振り分けてください。これはいいですよ。特殊性があります小児、周産期、あるいは精神科といった、それはそれでカテゴリーは少し分けないとだめでしょう。これもいいですよ。問題は3番のところ、これ、今、搬送に時間を要している傷病等と書いていますけれども、こういう問題は、実は病院の地域のリソースをもう少し有効に利用できるような提言というところを示してやらないとだめ。この(3)のところを少し議論して、ある程度のガイドラインの作成の指針を示す。あとは、どういかにそれを咀嚼して、自分たちのところ、予算が少ないところもあるし、多いところもあるのでしょうか、それは都道府県の責任で、足りなければ病院1個つくれよくらいのこともやらないといけないのかもしれませんが、その程度の議論にとどめておく。その骨格の考え方を示すのがいいのではないか。

例えば、どうしてもそれで例を挙げろというのであれば、こういういろいろな地域のやり方を示せばいいのだけれども、後ろにあるような資料をポンと、「これが国のひな形ですよ」などという、大阪府ではこんなことはやっていないよとか、それこそ岡山県では浜側と山間部とでは医療資源が全然違うので、こんなのはできないよということになるのだろうと思うのです。

ですから、私たちが、作業部会ですから、親会議の検討会でやるような、ちょっと大きなことはさておいて、もう少し作業部会でこの作業工程や目標を決めて、どこまで、何を示すかぐらいは、座長から委員に。せっかく……。

座長 僕も聞いてから言おうと思っ

委員 投げかけてもらったほうがいいのかという気はしますけれどもね。

座長 せっかく消防の方たちがおられるので、ぜひご発言を賜りたいと思いますが。

委員 今のカレンダーのお話も、私も賛成だと言おうとしたことと、それから、今の委員の話聞いて、僕も地域性の問題は非常に大事だと思います。その中で、18ページを見ますと、事務局のほうから地域性ということで例示してくれているのですけれども、実は2つある丸は、ある意味ではおそらくベクトルが全く正反対で、上の丸のほうは、今言った手術であるとか、あるいは緊急内視鏡であるとかというような、かなり医学的にきちん議論して、医学的なことで地域として解決しなければいけない。これは救急搬送ということではなくて、歩いて来るこういう方もおそらくたくさんいるわけなので、そういう面では救急車の搬送にかかわらず、地域の救急医療のリソースとして、こういうようなカレンダー機能というものは、医療機関の間での照会も含めてきちんとつくらなければいけないだろうと思います。

一方で、下のほうの問題というのは、実際には今の救急医療にもっと大きいのしかかっている負担なのですけれども、これはそういうようなルールではおそらく解決できないので、これはまた別途議論しなければいけない問題だなと思って見ておりました。

座長 この地域性のところのこの下の半分は、地域の景色があまりにも違い過ぎて、東京の議論をそのまま岡山に持っていくことは全くできない問題なのですよ。だから、僕もこのところはどういうように料理するのかなとは思っていたのですけれども、とりあえず切り離すという話で、最後の余った時間でこれを議論するというようなことしておいたほうが安全かもしれませんね。

委員 山形県は、今、メディカルコントロールのエリアと救対協のエリアが一致していないのです。あとは、田舎ですと医療のリソースが非常に偏在しています。

座長 救対協のエリアというのは全県1区でしょう？ 違うのですか。2次医療圏があるということ？

委員 2次医療圏の中に都市医師会の中に幾つかの救対協を立ち上げているところと、あと、エリアが狭くて、そこしかないところがあって、幾つか集まっているところは、うちには脳外がないからということで、何でもかんでも別の市町村にどんどん運んでいるというような、市町村消防の域を越えてMC単位で消防は動いているのですけれども、実際の受入れ側としては、先生が先ほどおっしゃっていますように、救対協で受入れ側のいろいろな話し合いがやはり必要に

なってくるということで、地域性を考えると、どうしてもそのあたりをまとめ上げるような議論がないと、とてもではないけれども、なかなか難しい。

委員 それは非常に重要で、もう一度5ページに戻っていただいて、ルールづくりのときに、①からずうっと書いていますけれども、実はこの①、②、③、④、基本的によくできていると思います。ただ、1つ落ちているのは、医療需要と医療供給の地域のバランスがどうなっているのかというデータがないのです。要は、今、おっしゃったように、脳卒中だったら、どこへ行っているか。県を越えて行っているよとか、医療圏を越えて行っているよ。要するに、うちのある一定の医療圏であるとか地域ではどうも確保できていないという実態がわからない。ということで、例えばきょう金森委員も来られていますけれども、大阪で消化管出血をとってくれるところはないよねという話が出たときに、では、人口80万、90万程度のところで、一体年間どれぐらい消化管出血で受け入れてもらわないといけないのか。その数がある程度わかっていると、医療機関のリストをつくってもらって、〇〇病院にお願いねといっても、1日に10人も20人も来るようだったら、今の数ではどうもやっていけない。だけど、その医療圏で1日で大体1人ペースだよということになれば、そうだったら当番制でやったって何とかなるよねというような話にもなります。

ということで、何を言いたいかというと、①、②、③、④の、本来は①の前にゼロがあって、いわゆる需要と供給のバランスはどうなっているのだというデータをしっかりと取りましょうね。で、①、②、③、④と順次やっていったときに、今度は結果として取用先にしる、またデータどうなったか、そういったことをもう一度振り返って、需要と供給のバランスで、地域では何の病態の何を受け入れるのが足りないのだということで、悪いけど、都道府県の知事さん、こういうところにはこんな病院をつくってくれないとだめだよということはきちんと言えるのかなと思うのですね。

そういう意味では、僕はこの検証、実施基準のルールづくりの中に、後でも時間があつたら言おうと思ったのは、今、消防の搬送される傷病者のデータというのを、医療機関のある程度の、親会でも少し言いましたけれども、マッチングさせるというか、しっかりと共有できるようなことも、ぜひガイドラインの中には入れるべきだろうと思いますけれどもね。

座長 事務局の説明に、今の話、どこかにあつたよね。

委員 親会の意見の中にあつたよということ。

事務局 親会の意見としてあつたということで。

座長 そうか、そっちな。失礼しました。

事務局 2ページの調査、分析のところ、親会の中でも連結の話があつたということです。

委員 その親会でもやはりマッチングの話は非常に重要で、考え方としては、1つは500万件の搬送全部に関して、長崎の医師会などがやっているような、すべて最終的な診断名を上げてちゃんとマッチングをしてできるかということもありますけれども、それよりも、まず、先ほどの脳卒中とか心筋梗塞とか、今の消化管出血とか、今回まさに緊急性が高くて、きちんとしたリストをつくらなければいけないと考えているものは、少なくともそれについては事前にきちんと調査をして、まず、心肺停止は既にウツタインである程度行われているわけですから、それに準じたような形である程度調査をして、その上できちんと需給がどうなっているかということを見た上で考えるという委員の意見に全く賛成です。

座長 テーマ別に決めていくという話は、話としてはそのとおりでもいいのですよ。ただ、東京の脳卒中でいくと、100件運んだうち脳卒中だったというのは70件ですよ。この間のデータで、で、脳卒中でないと思って運んだ中に脳卒中があるかもしれないのですよね。結局全部やらないと、つまるところテーマは完結しないのですよね。だから、500万件が大変なのか、東京の60万件が大変なのか、私は知りませんが、大変なのは大変でいいから、委員が言うみたいに、全部マッチングさせるといような話でいかないと、結局どこか食い足りないというか、片手落ちになるというか、消化不良というか、吐血ではないですが、食ったものがそのまま出ていってしまうというように、そういう何か一つ足りないところが出てしまう。その辺は、委員はできるところからやっつけていこうという現実的な対応だとは思いますが、長崎のようなことをみんなでやろうではないかという話は無理なのですかね。

委員 ぜひ500万件と思います。それから、ただ、すべてを、例えばちょっとした捻挫で搬送したというのと急性心筋梗塞を、同じ調査項目で同じ濃度でやるわけにはおそろしくないないので、いわゆるそういう面で重点的に調べなければいけない項目がやはり少し違ってくるとしますので、そういう意味で濃淡をつけていけばいいのだと思います。

座長 そういう意味では、入院したものに関してはやるかという話でいけば、濃淡はできるわけですよ。わかりました。どちらにしても、ガイドラインとして出さなくてはならないという話でいけば、委員が丸のゼロとおっしゃいましたけれども、そういうような意味での地ならしの部分をきちんとやろうではないかという話が1点ある。

それから、地域で、先ほどお話しした搬送を急げという話のものについては、それなりの搬送、キャッチャーを含めた搬送のルールをつくれ。それから、時間に関していえば、脳と心臓と、心肺停止は当たり前ですけれども、外傷と吐血などについてもつくれと。こういう話ですね。小児とか妊産婦も、結局何だかんだいいながら、やはり重要なテーマになっていくのではないかと、私、思うので

すけれども、妊産婦はまだ何となくイメージがわくんですけれども、子供というのは一体どうように考えればいいのかですね。

委員 小児の問題、おそらく小児の中のいわゆる重症、内因性及び外因性の重症の子供をどうやって集約して見ていかなければいけないかという話と、それから、実際には小児のほうで搬送例の中で軽症例が非常に多くて、非常に軽くて、医療機関に負担がかかっている部分をどうしたらいいか。これを分けて議論しないといけないのではないかと。後者のほうに関しては、おそらく小児科の専門施設へすべて搬送する必要があるのかどうかというような話になっていくと思いますし、前者に関しては、救命救急センターと小児科もしくは子供病院との役割分担をどうしようかというような、厚生労働省があちこちでやっているような議論を、やはりきちんと取り込まないといけないのかなと思います。

オブザーバ ゼロの話で、別な視点でこういうこともということを1つ申し上げると、救急のニーズそのものが伸び縮みしているのです。要するに、例えば大半が軽症例であるという統計が出たり。ということは、いわゆるコアの救急の患者さんの部分と、それからその周辺部分と、それから、時間が経過したり、いろいろな合併症があることによって、最終的に救急に入っていくとか、いろいろな要因がありまして。

例えば、前に聞いたデンマークの話などをすれば、デンマークではゲートキーパー制度が非常によく発達している。ですから、そこを通らなければ、決して病院に行けない。そういう制度を国内全部に普及したそうです。そうすると、全部ウェイティングリストに入りまして、必要な医療のところまでなかなかアクセスできない。で、どうなったかという、とりにあらず救急車を呼んでしまう。そうすると、とりにあらずどこかの病院にもぐり込めると言うことで、救急のニーズの掘り起こしになったのだそうです。

だから、よかれと思ってやったことが、逆にそういう別な流れをつくったり、そういうものというのはあるので、救急にインセンティブをつけるとか、いろいろな話が医療保険の評価の中にもありますが、あまりつけ過ぎると、今度はそちらがメインになって、一般医療を減らしてでもそっちとか、別の流れが起きますので、入り口の話は、結果としてとりにあらず全体をどうするかから始まるのがどうだという、座長の考えには賛成なのです。ただし、別な面を考えながらやっていく。結果的に、そういう軽症例はこうしたらどうかというのは、地域なら言えるのですよ。国レベルで、そのルール、こういうのは取り除くべきだとかということとは難しいのですけれども、除外は。それは地方になるべくやってもらって、そういうデータづくりは賛成です。

もう1つは、軽症が10人いて、重症が1人いたら、救急隊はどれをどう対応するべきかというようなのは、ほんとは大事な命題ですね。軽症例をおくらせ

ても重症例をマッチングさせる。結果的に数字的には見えが悪いかもしれないけれども、パフォーマンスは上がっているかもしれないですね。だから、そういうことを考えながら、ぜひ考えて行ければと思います。

座長 各地で、場合によってはやろうとしていて、うまくいくかもしれない。救急外来におけるトリアージとか、救急隊員そのものが119番通報を受けたときにやっているトリアージだとか、いろいろな選別の話は、今、先生がおっしゃったように、救急患者って、何？ という話に結構そのまま議論が移っていきますので、大事な話ではあるのですよ。だから、今言ったゼロの話で、片端からデータをとるのかという話もありますけれども、とりにあらず救急車が搬送するという話でこのテーマが発効していますので、救急車が搬送したものについては、そういう意味ではデータをマッチングさせようというようなところが、出発点ではないかと思うのです。ただ、委員が言うみたいに、捻挫までとるのかといいますが、捻挫までとる余裕があればとっていいのかもしれない。そういう意味では、ほんとうの救急患者さんを救急隊はこのようにして運ぶべきだという話に議論は結着するわけですから。

救急隊の方たちから比較的発言が少ないですけれども、東京消防庁からいきますか。今の議論を聞きながら、ここで出さなくてはいけないガイドラインの目次立てみたいな話で。

委員 先ほどから話を伺っていて、私なりにイメージしているのは、多分消防側から見ると、この協議会なり何なりで話をしていくというのは、究極の現場合わせをどうしたらいいかという話をしようとしている協議会だろうという理解でいるのです。先ほど座長から、東京都の事例で話しました tPA の表でいくと、青の部分に軸足を置いて、その置きつつも、赤の部分に、ちゃんとここでコネクタを用意してやりましょうよということで、保健衛生部局側からの参加者を募って、消防側としての現場合わせをどうするかというのを、少なくとも医療に責任を持つ都道府県レベルで、共通認識を持つ場でやらなければ勝負できないという状況が今まで続いてきて、それを何とか、例えば今、消防本部があるのは800ぐらいですかね、800ぐらいの消防本部がそれぞれの消防本部の中でやってきたのが今までの風景で、それはちょっともう勝負できないでしょう、お互い医療と消防、搬送するピッチャーとキャッチャーの中で勝負できないから、まず、ここでは消防側の現場合わせという軸足を置きつつという、先ほどの話の考えで、私は話を受け取っております。

ここで話すメニュー立てのイメージとしては、まず、消防側の視点からいうと、どんな評価基準で消防側が見ているのですよというのを、医療側に知ってもらおう。それを、どういうスタンダードを示しましょうかという項目立ての話で、例えばここで例があるのですけれども、東京消防庁としてはこういう観察カードで



何種類かそろえて、まず、見た目の疾病で、外傷なら外傷の観察カードで重症だと判断したら、それはもう救命に行きますとかというルート、これは医療提供側と共通認識を持ってやっています。そういったルールをつくっていく元となるのは、救急隊が現場で何を基準に判断しているか。それを、まずスタンダードをつくりましょう。そういった話。その次に来るのが、こういったスタンダードで投げてくるのであれば、キャッチャー側としてどういった受けをつくらなければならない、もしくは今つくらなければならない。これは、先ほどの赤側、東京都でいえば救対協側の話なので、今の中でどういった受け口があるのですよというのをつくっていかなければならない。

多分私なりの理解でいうと、一旦リストをつくるということというのは、過去にもされたし、例えば救急医療計画の中でもある程度、何とか医療機関とか、基幹医療機関というのはそろっているのだと思います。一番のネックは、日々動いていて、その場その場の瞬間断面でそういった医療機関がどういう動きをしているかという情報が、救急隊の中にない。それを今どうやっているかという、約800の消防本部がそれぞれ何らかの工夫でとっている。

座長 そういう意味では、地域の実情に合わせて、救急隊が困らないようにカレンダーをつくりましょうというような話をどういうようにうまくやるようにするかという話だね。

委員 その2つが軸だと思います。

座長 ピッチャーとキャッチャーでいけば、とりあえず患者はピッチャーが持っていますから、ピッチャー側からメッセージはガンガン出さないといけないだろうという話でいいのですよね。

委員 はい。

座長 札幌はいかがですか。

委員 今の議論の中で、緊急性をまず見ながら、で、その後の専門性だとかということとはよくわかると思うのです。例えば札幌市も190万の都市で、その中で札幌市の救急医療体制というのがきちんとつくられていまして、初期、2次、3次と。札幌も大きな町ですから、救命センターも5つありますし、2次の医療機関も各科でもう指定がされていて、その辺はでき上がっていますので、札幌市内の救急医療体制が今回のこれで大きく変わるとは思えないのですけれども。

ただ、私も札幌市内しかよくわからないという部分がありますけれども、北海道はかなり広くて、地域に救命センターのあるところというのはそんなにたくさんありません。もしかすると、その地域に1つの病院とか1つの診療所しかないとかというところも結構あるのだと思うのです。そういう中で、例えばこういう基準をつくりましたということで、北海道にポンと投げられたときに、北海道の各地域でものすごい格差がありますから、そこの中で同じように3次医療機関ま

でのピラミッドというような形の医療体制って、ほんとにつくれるのかなというところが非常に心配なのですけれどもね。

座長 北海道に関していうと、2つ質問がございまして、1つは都道府県と言うけれども、道ときた日には、2次医療圏が1個の県みたいな、そんなような景色で考えたほうが、北海道はむしろわかりやすいのではないかなと思ったことがある。

委員 そうですね。

座長 もう1つは、消防本部ごとというのか、市町村ごとというのか、私、よく知りませんが、隣の町にはヘリコプターが頻繁に来るけれども、こちらの町にはヘリコプターが来ないと。どうしてですかと聞いたら、いや、協定していないからだ、堂々とおっしゃるとい話は、ほんとにそれでいいのだろうかというのがあって。ここにもありましたけれども、ヘリを使うという話は、それは消防のヘリであれ、ドクターヘリであれ、北海道のようなところではもう少し普遍的にヘリを使って、先ほど言った緊急性などについての議論をしてもいいのではないかと思うのですけれども、そこら辺の温度差というのは、北海道の地域にまだあるのですか。

委員 北海道全体としてはさまざまなことを考えているはずなのです。今、ドクターヘリに関して、札幌に1機だったのが、今年度中に旭川という北海道の真ん中ぐらいと、釧路という道東のほうに2機入るといことになりましたけれども、それでもまだカバーできないところがたくさんありますし。

座長 いや、僕が聞いているのは、ヘリを呼ぶという、そのパフォーマンスが消防本部ごとに違うのではないですか、大丈夫ですかということを知っているわけです。だから、そういう意味では、今言った地域に投げるにしても、規範として、どの地域にあっても、北海道であればヘリをきちんと使いましょうねという話は、これに関連して出してもいいのかなと思ったから。

委員 なるほど。

委員 いつもそうやって、都会と地域でのあり方が違うので、同じ土俵で論じるのは厳しいですよという意見は、救急をやっていると毎回出てくるのですけれども、1つ基本的なことを提言したいのは、例えばここにこういう1枚物の資料があります。これは、まさしく今、現場でいろいろ勉強会をやりながら、地域の医療圏で使いましょうというシートなのですから。

座長 消化器疾患というものです。

委員 消化器疾患。これは、本来はすべての疾患を落とす込むプロトタイプなのですが、要するにバイタルサインとか生命危機があれば、どうしましょう、いや、それは特に問題ないけれども、主要な症候として、ある疾患群を想定させるような場合はどうしましょうというのを現場でわかるようにして、それでその結果、下半分は搬送先の救急搬送通知書としてデータをマッチングさせるために回

収めようというのでやっています。

それで、全部説明する時間がありませんが、その右手の上のフローチャートを見ていただきたいのです。私も衛星都市ぐらいになりますと、例えば心肺停止だったら、直近の医療機関はほとんどとってきますので、直近の医療機関へ運んでいいですよと。心肺停止にはならないけれども、非常にバイタルが悪いですよということになると、我々の地域ですと救命救急センター等へ運んでいいですよと。ある一定の症候群が明確で、消化管出血だとか何だとかいうことになれば、それは2次の当番のリスト、これは細かく作っています。では、そのリストを使ってください。1個もヒットしなければ、それ以外の救急というか、通常の方法でやりましょう。

これを北海道の過疎地域に当てるとすると、上から、心肺停止だ、心肺停止は、どう考えたって遠くへ運べないわけだから、直近の診療所を含めて心肺蘇生をすということでは決めますか。バイタルサインが非常に悪いですよ。これについても、搬送にある程度限定があるというのであれば、その地域では今度は搬送手段も考えて、ある一定の医療機関のリストづくりをしませんか。もう一息置ける、30分、1時間は置けるのだ、よく見てみると、消化管出血が続いているので、消化器内科、どこか探しませんか。だから、このCのリストづくりをしませんかというのは、私に言わせれば、このストーリーさえしっかり守っていれば、A、B、C、Dのリストづくりというのは、地域に合わせて、搬送手段も含めて議論していただければいいのですよ。

いつも都会側から、ここへ救命救急センター等と入ってくるから、北海道の旭川あたりにいる先生たちは、うちはこんなに近くに救命センターはないので行けませんということになって、議論がかみ合わないのですけれども、これは地域で、長崎の離島であれば、違う、それぞれの緊急度の高い流れの中で、どう医療資源を活用していくかということを協議されてはどうですかというのが、僕は国のガイドラインだろうと思っています。

座長 そのときに、市町村消防という形で消防が分断されていて、隣の消防とこちらの消防のパフォーマンスが、同じ病態にあっても違うということを経験した。それは、地域の救急医療体制についての、救急医学会の研究の一環として、少し田舎のほうの消防本部を二つ三つ訪ねながら研究したときに、そういうようなことがあった。おそらく地域といったところで、ヘリについてはやはりこういうように考えればいいのではないですかという話を投げれば、先生の言ったようなところになるのだと思うのです。そうしていかないと、結局、先ほどの話ではありませんが、地方に投げるのは、それはそれで構わないけれども、いや、うちはヘリを使いませんからと言うような消防本部があるときに、話としてはどうにもならないというようなことになる。それで、ちょっとお聞きした。それだけの話で

す。

委員 確かに消防本部ごとの救急隊ごとに考え方が違うというのはちょっと。

座長 この町に住んでいる人と隣町に住んでいる人と、ヘリで運んでもらえるかどうかで差があるということもあるわけですね。そういうようなことがあったので。だから、やはり国がそれなりのものを示すというときには、そういう意味では普遍的なものをやはり出さないといけない。そういう意味では、北海道という一つの五角形のあの島をそのままボンと持ってきたところで、やはり2次医療圏ごとに考えないと、きめの細かいことはいかないのかなと思ったのも、僕の実感だったのです。

こちらはいかがですか。

委員 委員が先ほどおっしゃいましたように、石川県もかなり温度差がございます。2次医療圏、4つに分かれておまして、奥能登のほうと能登、やはり中央地区のほうには医療がすごく充実しておまして、南加賀のほうになりますと、どうしても隣の県の搬送が多くなっております。ですから、このような形で医療機関のリストをつくっていただくのはすごくありがたいことなのですが、ただ、消防側から、として、そういうリストと搬送ルールをつくっていただくわけになります。医療機関にお願いしたら、ある程度受け側がしっかりとその約束どおり受けていただけるかどうかということが、かなり問題になってくるのではないかなと、私は思っております。

あと、消防法の改正で、正直言いまして、消防組織法、消防法、目的任務が、第1条が救急搬送の適切な搬送ということで、第1条でうたわれたということになりますと、消防職員としてかなり重いものがございます。ですから、そういう責任重大な立場になりましたことを、今、すごく実感しているわけでございまして、こういうルールづくりが適正にいくには、やはり医療機関の受け側もある程度しっかりとした形で受けていただけるような体制づくりも、この中に織り込んでいただければなど、消防からの思いで。

座長 そうですね。最初お話ししたように、提供側の顔色を見ながらという話は、地域においてはあり得るわけですからね。

委員 ええ、そうですね。やはり地方になると、そういうことが色濃く出てくるようなことが多いかなと思います。

座長 京都はいかがですか。

委員 京都は今、医療圏としては6つで、そしてまた消防本部は15あるのです。全体としては、各地から病院搬送までも、統計的には全国でも非常に短い時間で患者さんを運んでいるという状況なのですけれども、個々に見ていきますと、やはり地域のリソース、医療機関の状況も違いますし、そしてまた消防本部でのそれぞれの力も違いますので、そしてまた消防本部ではそれぞれやり方が、本部によ

って個々に違うのですね。現場で救急隊のほうで医療機関の調整をするところもあれば、指令のところで調整しているところもあるということで、その辺で一律に都道府県として基準づくり当たっても、今までのそれぞれのやり方というのをどうマッチングさせて、それを生かしていくのが非常に難しいことは出てくるのではないかと考えています。今、既に大体ある程度統計的には非常に短い搬送時間でやっているところにとっては、新たに都道府県が決めたルールがかえって遅延を招くようなこともあり得るのではないかとというような、今までのルールどおりやらせてもらったほうが早く運べるのではないかとということも出てくるのではないかと、そんな声も聞いておりますし、その辺は非常に地域差というのか、地域の実情を踏まえてルールをつくるのは難しいところかなと思っております。

座長 先ほど、箸の上げおろしでみたいなお話はおそらくあり得ないわけで、すごく総論的な、参照するとすれば、概論に当たるようなテキストブックみたいなガイドラインだと、私は思います。そのようであれば、地域の邪魔をするとは思えないのです。ただ、地域が、もしデッドロックに当たれば、それを参照すれば、少しは先へ進むだろうと、多分そういうようなものをつくっていかなければいけないのだと思う。うまくいっているところを邪魔するなどという話はさらさらないわけです。ただ、うまくいっているという話が、究極の人間関係みたいな、例えば大阪の妊産婦のあのシステムは、偉い先生の、あなたの病院で取ってもらえますね……。

委員 コーディネート事業ですか。

座長 やっていますよね。

委員 はい。

座長 あれば、一見うまくいっているけれども、ほんとにシステムと呼べるのだろうかみたいな話をすることがあります。そういう意味では、今うまくいっているところが、これからは未来永劫うまくいくような基本的な骨格をつくることに資するようなものはやはりつくっていかなければいけないのではないかなとは思っています。

香川県はいかがですか。

委員 大体皆さんがおっしゃったことと同じようなことになるのですけれども、今回医療機関のリストというのをつくっていきますよね。そこから症状などに合わせて選定していくということになるのですが、やはり消防現場の意見を聞いてみないと、リストというの、今、医療情報ネットなどを運用していますから、そのリストにかわるようなものは、今でもあるわけですよね。ただ、そういう中から検索していても、実際に電話で照会かけると断られるケースもあるということなので、こういうように法律の上でリストをつくるということにしているわけ

すから、リストに登載するための手続みたいなものが必要なかもしれませんが、リストに登載したからには、それなりに救急搬送したときにはできるだけ受け入れするような位置づけといいますか、そういうようにしていただきたいということと、あとは、リストをつくっても日々状況が変わるようなこともあるかと思っておりますので、更新はどういうようにしていくのかというようなことと、それが管理するののかというようなことも考えておく必要があるのではないかと。

座長 それは、先ほどオブザーバがおっしゃった情報のネットワークを、国としてどういうように考えて、地域でやっていってもらうかという話と……。

委員 今は、香川県にもそういう医療情報ネットはあるのですけれども。

座長 例えば心筋梗塞で面倒を見なくてはいけない患者さんが、1人目やっていると、まさに30分後に2人目が来た。2人目は、もう運が悪いとしか言いようがありませんよね。だから、人の命も、そういう意味では運が左右するということとをどの程度容認するか、しないかという話になってくるわけで。それをここで示すことが適当かどうか知りませんが、医療とはそもそもそういうものなのだと、どうするかです。

死ぬためだけだったら面倒を見てもいいよということであれば、2人目の心筋梗塞が来て、その場で死ぬということもあるかもしれませんが、けれども、ただ、病院に連れていけばいいというだけの話でもないことも事実です。そのときにはもっと遠くへ連れていかうという話でいけば、東京の脳卒中でいけば、とりあえずここで探せ、でも、だめなときはもうちょっと向こうへ行け、もっとだめなら、うんと向こうへ行けという話でやるわけですよ。そういうようなことも、リストの中には多分入るだろう。

次城県の西南医療センターでしたか、あそこは次城県と埼玉県と千葉県が一緒にメディカルコントロール協議会をつくっていますよね。だから、そういうようなこともありますので、おそらくここでいろいろな議論をしていって、行き着く先は結局地域の当事者たちになってくると思っていますので、そこら辺は、今言っただけに、リストに上げたら絶対にとれよな、とか言っただけ、そんなものはけんかが起こるだけです。

委員 まあ、それはいろいろな事情はあるのでしょうけれども。

座長 それは、東京だってそうですよね。だから、更新をどういうようにして円滑にしていこうという話になりますから。

委員 現実に大阪で一部やっている中で、消防さん側の期待もよくわかるのです。もちろん確実にしてほしいと。だけど、冒頭で座長がおっしゃったように、このもとの発想が消防と医療の連携という作業部会から出てきたように、結局お互い、今ある資源でしかよくできないという状況ですので、絶対にとってもらえないと困りますということになれば、だれも協力しないというのが、今の2次医

療機関の現状なので、やはりそういう実情を消防さんも実感として知っていたいて、互いのコミュニケーションと情報共有の密度を濃くするものだとこのことを、まず、地域で理解していただかないと、決してうまくいいものがないというのが根本にあると思うのです。

リストを綿密につくれば、今よりは必ずよくなる。内科としか書いていないところでは、ほんとうに消化管出血に対応できるのかどうかというようなカレンダーがわかれば、これは間違いなくよくなりますし。リストをつくると、受入れ側が明確になって、よくなる部分があると同時に、今度はまた医療機関側からは、消防さんに観察とか判断的的確性への期待値が上がるのですね。それが両方進んでいくうちに、救急活動の判断とか観察もよくなり、医療機関側の体制を整える、待ち構える状態もよくなりということが、それぞれの地域で実施基準をつくって、体制を整えていくということになるので、そこの足場を、お互い大変な者同士なので、理解するというのが根本にあるので、相手方への期待値は上がるのは仕方がないのですが、向こうの実情をお互い知るといい機会でもあるのではないかと思います。

大阪でやってみると、やはりそういうことが進むと、それこそ先ほどのうちのコーディネート事業ではないですけども、今までいわゆるベテランの救急隊長が人間関係でとってもらっていたというだけではなくて、消防と医療のシステムとしての連携ができるようになるというように、やはり消防サイドもお考えいただけたらありがたいなという感じがします。

座長 東京でも、意識100の脳卒中は、何で脳卒中の専門施設に持ってこないのという話も出てきていますよね。基本的な骨格の部分に抵触する話が出ていて。そうするともう、救急隊はもっと脳卒中を脳卒中らしくきちんと表現する必要が出てくるわけですよね。今は、100点だったら救命センターに連れていけばいいところを、脳卒中らしい100点だったらこちらへ連れていかなくてはならない。だから、救急隊のレベルが上がるまでちょっと待ってくれというのが、脳卒中医療連携協議会の会長の立場なのですね。つまり医療提供側の病院がそういうような意見を言ってきているので、ピッチャー側がまだそこまで高まっていなからちょっと待っていてくれという話をしているわけです。だから、これはおそらくピッチャー側の技量の水準に合わせて、受け手側の水準も連動しているという話になります。いいですよね。

委員 はい。

委員 今回の議論の中で、やはり消防機関側から見たら、断らずにとってほしい。それはわかるのですが、医療機関側から見れば、先ほど言ったように、なぜ連れてこなかったのだという話もあれば、どうして立て続けに集中的に連れてくるのだという話もある。やはり病院と消防機関の情報共有というところが一つの大きなテ

ーマなですね。例えば市町村消防が7つほどあって、医療圏を構成している。主たる医療機関が3つぐらいしかないというようなときには、Aという病院に複数の市町村消防が連れていった連携ができていない。要は、先ほどはA市の消防が来た。もうそのほとんど数珠つなぎで、後ろにB市の消防も来ているというようなことが現実には起こっているのです。ところが、東京消防庁ぐらいの1つの大きな管轄で見ていると、それでも起こっているかもしれませんが、ある一定の広域の情報を管轄が、あるいは隊がやはり消防機関も努力して、先ほどどこの病院へ連れていったのだということは感知していないと、それは病院でけんかになるのは当たり前なのです。受けられないとか。

そういったことも含めて、やはり受入れをよくしようとすれば、コーディネーターとか、人のことも大事ですけども、双方がどういう情報を共有するか、それはやはり一つのひな形あるいはガイドラインを示して。自治体消防があまりにも細切れになっているという欠陥も出ているのだから、そこは広域で……。先ほど委員がおっしゃいましたけれども、それぞれの消防がやっているので、都道府県から言っても、果たしてとおっしゃいますけれども、そこは強く指導力を発揮しないと、いつまでたっても解決しないのかなというところはありますけれどもね。

座長 東京だって、そうですね。僕ら、東久留米と東京消防庁の端境にいましたからね。

というわけで、時間が少し延びてしまっただけで、でも、エッセンスになるような議論は出てきて、そちらでメモしていただいていますので、いけると思います。あと、今見ましたけれども、こんなのが。これ、まだ作業部会をやるよという話ですよ。だから、これをファクスいただければ、また次のことになると思います。

委員 委員に締めをさせていただいて、終わりにしたいと思います。

委員 何といいますが、2次救急病院が減っているのが、東京も相当減っていますけれども、地方も公的な病院、医者がいないということがありますから、この会は国レベルでやって、都道府県に指導するのだと思いますけれども、心臓だったら、こういう流れで助かるべき命を助けるのですよ、脳梗塞だったら、こうやってtPAを早くやって助けるのですよと、その流れを示して、それがすべての人に行き渡るようにちゃんと整えるのですよということを指導すべきだと思うのです。いろいろなことがあるかと思いますが、それに補助金を出してみたり、いろいろなことをしながら、24時間365日助けられる体制をとるようには指導すべき会だと思えるのです。それを示していくことが大切だと思います。

それから、判断に迷う狭間の病気、症状があるのです。何科に入るかわからない。意識がないけれども、低血糖なのか、脳疾患なのか、ほかの病気なのかかわからないような患者さんを、どこが診るかということは、地域によって違うと思

うのですけれども、やはりすべてそれを救命センターが診る地域もあるかもしれませんが、それを全部救急センターで見たら、やはりオーバーワークになってしまうので、そういうことを診ることができる2次救急。2次と3次の中間をどちらが診るかというところがありますけれどもね。やはり東京などでは2次救急病院がどんどんつぶれていっていますけれども、2.5次と申しますか、そのような患者さんを診られる……。

座長  
委員

10年間で20%減。

そうなのですね。ものすごい減少で、さらに減少しそうですからね。それで、そういう2次救急病院を守っていくということをしなければ、大病院だけでこの多くの患者さんを診ていくことは難しいかと思えます。

それから、座長も言っていましたけれども、地域性の中の精神疾患とかホームレスの問題。東京では受入れ困難症例が大体6%ぐらいありますけれども、多くはホームレスであるとか、あるいは精神的に不安定な患者とか、そういう患者さんがいて、それをどうするかという問題がありまして、地域救急医療センターというのをつくらうと申して、今、動きでやっていますけれども。一般の病院が、そのような患者さんをとることは非常に大変ですね。現実として、そのような患者さんをとると、ほかの患者さんへの影響が非常に強いのですね。言動が粗暴な患者さんで、医療従事者がけがをしたり、そういうことも非常に大きくて、やはりそれを地域で解決しなさいというのは無理があるので、それは大きな国あるいは都道府県レベルで、そういう患者さんにはどうするかというところの指針を示さなければいけないのではないかと思います。

以上です。

座長

指針を示すよりも、もちろん指針は示さなければいけないのだとは思いますが、そういう人がいなくなるような社会をつくってほしいですね。実際問題。

というようなことで、もう時間が来てしまいましたので、これで終わりにしたいと思います。次回は、先ほど言った、これを事務局に出していただければ、次の会の設営をお考えくださると思います。

では、少し延びてしまいどうも失礼しました。どうもありがとうございます。終わります。

— 了 —

# 拡大MC協議会(仮称)の概要(堺市二次医療圏)

横田(順)委員提出資料

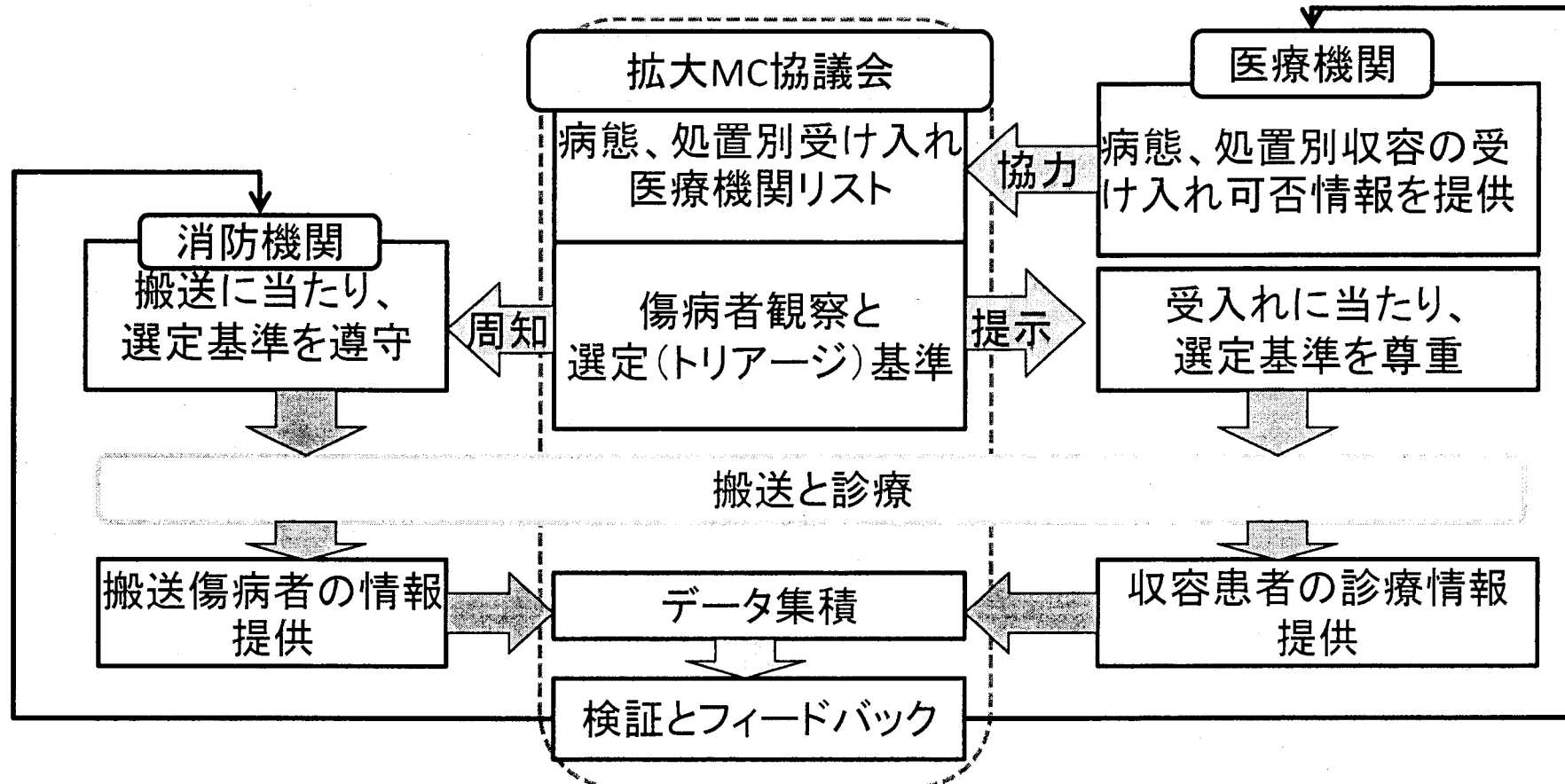
目的: 救急患者の適切な診療の保障と病院前救護の質の向上

調整機関: 堺地域メディカルコントロール協議会、堺市域保健医療協議会

堺市医師会、堺市(健康福祉局、消防局)

主たる業務:

- ① 緊急度・重要度、症候、病態、必要とする処置を考慮した受け入れ医療機関のリスト作成
- ② 傷病者トリアージ基準と病院選定の基準作り
- ③ 病院前救護と診療情報のデータ収集
- ④ 搬送事例の検証と①, ②修正のためのフィードバック



# トリアージ基準および医療機関リストについて(1)

## 医療機関選定基準の作成について

- ・ 緊急度・重症度を優先し、まず、救命救急センター適応を抽出する
- ・ その上で、病態、症候および処置別など病院選定を判断しやすいグループ別基準を設ける
- ・ 二次救急医療機関の負担を軽減するために、曜日時間帯別応需可否を尊重する
- ・ 医療機関の特性を考慮し、得意な診療内容を中心に参画を求める

## 選定先医療機関リストについて

- ・ 消防機関(堺市消防局)と堺市・高石市内の救急医療機関のみの情報とする
- ・ 市民および他の医療圏への公開は行わない
- ・ CPA、ACS(心カテ、PCIが必要)、脳血管障害(t-PAおよび手術療法が必要)については、受け入れ可否情報にとどめる
- ・ 消化管出血(内視鏡的止血術および外科的処置の必要性が予測される場合)および急性腹症(緊急手術が予測される場合)についてのみ、受け入れ可否情報の病院リストに加え、時間外については曜日時間帯別で収容可能な医療機関を2病院指定する(当番病院と呼ぶ)。この場合、病院選定について①直近の医療機関を優先し、その後②当番病院を選定する

## 搬送時および搬送後のデータ収集について(救急活動記録票の扱い)

- ・ 消防機関は収容先医療機関に病院前救護情報とトリアージ根拠を提示する
- ・ 医療機関は、患者の診療経過と転帰を救急活動記録票に記載し、後日、協議会に提供する
- ・ 協議会において救急隊員の判断、処置、病院選定および医療機関の対応等を検証する
- ・ 検証結果を消防および医療機関に報告し、必要に応じ、病院リストとトリアージ基準を修正する

## トリアージ基準および医療機関リストについて(2)

### 医療機関選定(トリアージ)基準策定状況

- ・ 疾病救急トリアージシート & 救急活動記録
- ・ 外傷・熱傷トリアージシート & 救急活動記録
- ・ 小児救急トリアージシート & 救急活動記録 (検討中)
- ・ 妊婦救急トリアージシート & 救急活動記録 (未作成)
- ・ 精神科救急トリアージシート & 救急活動記録 (未作成)

### 選定先医療機関リストと当番制の現況

- ・ CPA: 対応可能医療施設のリスト化
- ・ ACS疑い症例に対する緊急心カテ・PCI施行可能施設: 対応可能医療施設のリスト化①
- ・ 脳血管障害疑い症例に対するt-PA、緊急手術施行可能施設: 対応可能医療施設のリスト化②
- ・ 消化管出血に対する緊急内視鏡施行可能医療施設: 対応可能医療施設のリスト化+当番制③
- ・ 消化管出血に対する開腹止血術施行可能医療施設: 対応可能医療機関リスト+当番制③
- ・ 急性腹症に対して緊急手術が可能な医療施設: 対応可能医療施設のリスト化+当番制④

### 搬送時および搬送後のデータ収集について(救急活動記録票の扱い)

- ・ (第1段階) CPA、外傷と疾病救急のうち当番制対象疾患(③④)のデータを回収
- ・ (第2段階) CPA、外傷と疾病救急のうちトリアージ基準作成対象例(①②③④)のデータ回収
- ・ (第3段階) 全救急症例のデータ回収
- ・ 回収は、消防機関



## 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 ( )				
傷病者氏名: 歳、 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 ID:							
初期評価			無	有	評価せず		
生理学的評価	気道閉塞、無呼吸		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	脈拍触知せず		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	GCS 4-5-6 = ( )		無	有	評価せず		
	または JCS = ( )		8 以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	呼吸数 = ( )		30 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	SpO2 = ( )		10 未満 30 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	脈拍数 = ( )		90% 未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	収縮期血圧 = ( )		50 未満 120 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	体温 = ( )		90mmHg 未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	重症不整脈		34℃ 未満 40℃ 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
全身詳細観察、SAMPLE			無	有	評価せず		
主訴、症候、症状	A C S	① 40 歳以上	20 分以上の持続する胸痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		C	肩、下顎（歯）、上腹部、背部の激痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			心臓病+胸部不快感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			心電図モニター（II, CB5, CM2）で ST の上昇	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		MC が示す別の基準 ( )		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	② 成人対象	S	脳血管障害	片側の麻痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			一側のしびれ感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			言語障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			片側の失明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			めまい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			失調	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	MC が示す別の基準 ( )		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	③ 吐血	S	吐血または血性吐物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			下血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			消化器症状+高度な貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			MC が示す別の基準 ( )		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ 消化器外科	S	急な発症の腹痛（尿路結石を強く疑う場合は除く）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			筋性防御、反跳痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			歩行時に響く腹痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			(♂) 鼠径部腫瘤+腹痛+嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MC が示す別の基準 ( )			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

医療機関選定理由 ( A, B, C#, D )

#: C の活用した場合 病院

③④における当番病院名 病院

不応理由 病院

病院

収容決定までの医療機関への依頼回数: ( ) 回

状況評価

心肺停止 あり(CPA) → A 直近の医療機関等へ搬送

なし → 初期評価で有にチェック 有り → B 救命救急センター等

なし → 症候で有に該当 有り → C 症候別医療機関リストを活用

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

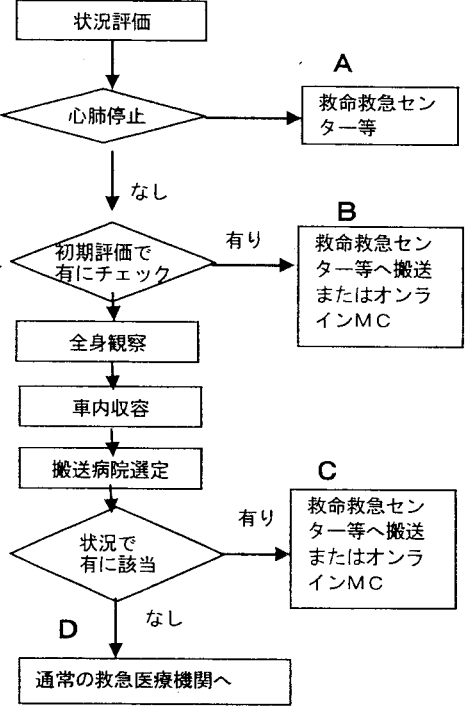
### 搬送先医療機関記載

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	<input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 外来死亡 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 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			
	主たる治療	<input type="checkbox"/> 保存的治療 <input type="checkbox"/> PCI <input type="checkbox"/> t-PA <input type="checkbox"/> 開頭術 <input type="checkbox"/> 開腹術 <input type="checkbox"/> 内視鏡的処置		
	内容	手術療法	所見:	術名:
		心臓カテーテル	所見:	処置:
内視鏡検査と処置		所見:	処置:	
その他				
退院日	年 月 日			
転帰	<input type="checkbox"/> 自宅退院、 <input type="checkbox"/> 転院、 <input type="checkbox"/> 死亡			
転院先医療機関名				
回答	回答部署:	回答者:		

連絡欄	MC 協議会検証
消防機関→医療機関	

## 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 ( )		
傷病者氏名: 歳、□男・□女 ID:					
初期評価			無	有	評価せず
生理学的評価	気道閉塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	呼吸異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ショック症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	意識低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	GCS 4-5-6 = ( )	8 以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	または JCS = ( )	30 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	呼吸数 = ( )	10 未満 30 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	脈拍数 = ( )	50 未満 120 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	収縮期血圧 = ( )	90mmHg 未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	全身観察			無	有
受傷機転	開放性頭蓋陥没骨折	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	顔面・頸部の高度な損傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	頸部・胸部の皮下気腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	外頸静脈の著しい怒張	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	胸郭の動揺・フレイルチェスト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	腹部膨隆、筋性防御	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	骨盤の動揺、下肢長差	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	15%以上の熱傷または気道熱傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	両大腿骨折	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	デグロービング損傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	四肢の離断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	四肢の麻痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
状況評価			無	有	評価せず
受傷機転	自 同乗者の死亡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	動 車の横転	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	車 車外に放り出された	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	乗 車が高度に損傷している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	車 救出に20分以上要した	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	中 60km/h以上での衝突	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	単 バイクと運転手の距離 大	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	車 30km/h以上で走行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	歩 車に轢過された	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	行 5m以上はねとばされた	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	そ 機械器具に巻き込まれた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	の 体幹部が挟まれた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
他 高所墜落 (6m以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
医療機関選定理由 ( □A , □B, □C, □D )			不応需理由		病院:
収容決定までの医療機関への依頼回数: ( 回)					病院:



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	<input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 外来死亡 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 保存的治療 <input type="checkbox"/> 開頭術 <input type="checkbox"/> 開胸開腹術 <input type="checkbox"/> TAE <input type="checkbox"/> 観血的整復固定術 <input type="checkbox"/> その他				
退院日	年 月 日			
転帰	退院時の状況	<input type="checkbox"/> 自宅退院、 <input type="checkbox"/> 転院、 <input type="checkbox"/> 死亡		
	転院先医療機関名			
回答	回答部署:	回答者:		

連絡欄	連絡欄
消防機関→医療機関	MC協議会検証