

滋賀県メディカルコントロール協議会（令和3年度第2回会議） 次第

日 時：令和4年(2022年)3月25日（金）

10時00分～11時00分

場 所：滋賀県危機管理センター1階
プレスセンター

1 開 会

2 議 題

(1) 気管挿管認定の病院実習について【資料④-1、④-2、④-3】

(2) 傷病者の搬送および受入れの実施に関する基準の改正について【資料⑤-1、⑤-2、⑤-3】

(3) その他

3 閉 会

【配布資料】

- 資料① 滋賀県メディカルコントロール協議会設置要綱
- 資料② 滋賀県メディカルコントロール協議会組織図
- 資料③ 滋賀県メディカルコントロール協議会（第6期）委員名簿
- 資料④-1 気管挿管認定に係る病院実習において使用する喉頭鏡について
- 資料④-2 滋賀県気管挿管実習ガイドライン（案）
- 資料④-3 滋賀県気管挿管実習ガイドライン新旧対照表
- 資料⑤-1 令和2年度実施基準の検証結果
- 資料⑤-2 傷病者の搬送および受入れの実施に関する基準の主な改正箇所
- 資料⑤-3 傷病者の搬送および受入れの実施に関する基準（案）

滋賀県メディカルコントロール協議会設置要綱

(目的)

第1条 消防法（昭和23年法律第186号。以下「法」という。）第35条の8第1項の規定に基づき、知事の附属機関として滋賀県メディカルコントロール協議会（以下「協議会」という。）を置く。

(所掌事務)

第2条 協議会は、法第35条の8第1項に規定する事項について調査審議するほか、県内のプレホスピタル・ケア（病院前救護体制）の向上に関する事項について調査審議する。

(委員)

第3条 委員の定数は、30人以内とする。

- 2 委員は、法第35条の8第2項各号に掲げる者のうちから知事が任命する。
- 3 委員の任期は、2年とする。ただし、委員が欠けた場合における補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。
- 4 委員は、再任されることを妨げない。

(会長)

第4条 協議会に会長を置く。

- 2 会長は、委員の互選により選出する。
- 3 会長は、会務を総理し、協議会を代表する。
- 4 会長に事故があるときまたは会長が欠けたときは、あらかじめ会長が指名する委員がその職務を代理する。

(専門委員)

第5条 協議会に専門事項を調査審議させる必要があるときは、専門委員を置くことができる。

- 2 専門委員は、当該専門の事項に関して十分な知識または経験を有する者のうちから会長が任命する。
- 3 専門委員は、当該専門の事項に関する調査審議が終了したときは、解任されるものとする。

(会議)

第6条 協議会の会議（以下「会議」という。）は、会長が招集する。

- 2 会議は、委員の半数以上が出席しなければ開くことができない。
- 3 会長は、会議の議長となる。
- 4 会議の議事は、出席委員の過半数で決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

(部会)

第7条 協議会は、その定めるところにより、部会を置くことができる。

- 2 部会に属すべき委員および専門委員は、会長が指名する。
- 3 部会に部会長を置き、部会長は、委員の互選により選出する。
- 4 部会長は、部会の事務を掌理する。
- 5 部会長に事故があるときまたは部会長が欠けたときは、部会に属する委員のうちからあらかじめ部会長が指名する委員がその職務を代理する。
- 6 前条の規定は、部会について準用する。この場合において、同条第1項および第3項中「会長」とあるのは、「部会長」と読み替えるものとする。

(庶務)

第8条 協議会の庶務は、知事公室防災危機管理局および健康医療福祉部医療政策課において処理する。

(委任)

第9条 この要綱に定めるもののほか、協議会の運営に関し必要な事項は、会長が別に定める。

付 則

この要綱は、平成21年11月18日から施行する。

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

滋賀県メディカルコントロール協議会組織図

(協議会)

【委員】

〈定数〉
30人以内

〈任期〉
2年

〈委員〉

消防法第35条の8第2項各号に掲げる者

【1号】 各消防本部(消防長)

【2号】 各圏域中核病院(院長、救命救急センター長等)

【3号】 診療に関する団体(医師会、病院協会)

【4号】 県担当課長(防災危機管理局、医療政策課、障害福祉課、保健所)

【5号】 学識経験者(滋賀医科大学)

〈会長〉

委員の互選により選出

「知事」が任命

【専門委員】

〈定数〉
定めなし

〈任期〉

任期なし(当該専門事項に関する審議が終了した時に解任)

〈専門委員〉

当該専門事項に関して知識と経験を有する者

・精神科の関係団体

・関係団体(消防長会)

・各消防本部(救急救命士)

・各地域MC協議会

「会長」が任命

(部会)

【実施基準策定部会】

〈所掌事務〉

実施基準の策定、検証に関する事項

〈構成〉

【委員】

・各圏域中核病院(院長、救命救急センター長等)

・学識経験者(滋賀医科大学)

【専門委員】

・精神科の関係団体

・各消防本部(救急救命士)

〈部会長〉

部会委員の互選により選出

【委員】および【専門委員】から
「会長」が指名

【メディカルコントロール部会】

〈所掌事務〉

病院前救護体制の向上に関する事項

〈構成〉

【委員】

・各救命救急センター

・診療に関する団体(医師会、病院協会)

・学識経験者(滋賀医科大学)

【専門委員】

・関係団体(消防長会)

・各地域MC協議会

〈部会長〉

部会委員の互選により選出

滋賀県メディカルコントロール協議会委員(第6期)

任期：令和2年4月1日～令和4年3月31日

区分	氏名	団体名および所属
1号委員	やすい たつじ 安井 達治	大津市消防局 (消防局長)
1号委員	ゆきむら こういち 行村 浩一	湖南広域消防局 (消防局長)
1号委員	ほんだ しゅうじ 本田 修二	甲賀広域行政組合消防本部 (消防長)
1号委員	むらた まさよし 村田 昌由	東近江行政組合消防本部 (消防長)
1号委員	おかだ ひろゆき 岡田 広幸	彦根市消防本部 (消防長)
1号委員	すぎえ のぶゆき 杉江 伸之	湖北地域消防本部 (消防長)
1号委員	なかお まさゆき 中尾 正行	高島市消防本部 (消防長)
2号委員	おがわ おさむ 小川 修	大津赤十字病院 (院長)
2号委員	えちご ただし 越後 整	済生会滋賀県病院 (救命救急センター長)
2号委員	おかぼやし たびと 岡林 旅人	公立甲賀病院 (救急医療部長、内科部長)
2号委員	なかじま まさゆき 中島 正之	近江八幡市立総合医療センター (副院長、救命救急センター長)
2号委員	よしかわ こうへい 吉川 浩平	彦根市立病院 (主任部長)
2号委員	なかむら ともあき 中村 誠昌	長浜赤十字病院 (救命救急センター長)
2号委員	いちかわ まさはる 市川 正春	高島市民病院 (脳神経外科科長)
3号委員	しげなが ひろし 重永 博	滋賀県医師会 (理事)
3号委員	うらべと ゆうこ 卜部 優子	滋賀県病院協会 (淡海医療センター 産婦人科統括部長)
4号委員	のせ ちはる 野瀬 千晴	滋賀県知事公室防災危機管理局 (防災対策室長)
4号委員	きって としひろ 切手 俊弘	滋賀県健康医療福祉部医療政策課 (課長)
4号委員	さけみ きよむ 酒見 浄	滋賀県健康医療福祉部障害福祉課 (課長)
4号委員	くろはし まなみ 黒橋 真奈美	滋賀県草津保健所 (主席参事)
5号委員	しおみ なおと 塩見 直人	滋賀医科大学 (救急・集中治療部 部長)

気管挿管認定に係る病院実習において使用する喉頭鏡について

1 検討の経緯

メディカルコントロール(以下「MC」)部会委員である滋賀医科大学医学部附属病院の北川委員から、気管挿管認定に係る病院実習において、「マックグラス喉頭鏡」を使用可能な喉頭鏡として認めてもらいたい旨の提案があり、MC部会で検討した。

【提案理由】気管挿管認定の病院実習において、直視下での喉頭鏡による気管挿管は新型コロナウイルス感染症のリスクが高くなるため

2 MC部会での検討結果

検討の結果、病院実習を行う救急救命士が、直視下で喉頭鏡を使用できる技術を十分に身につけることを前提に、マックグラス喉頭鏡の使用を認めることとなった。

3 「滋賀県救急救命士気管挿管病院実習ガイドライン」(以下、「ガイドライン」)の改正

現ガイドラインには、使用する喉頭鏡の種類や具体的な使用方法は定めていないため、MC部会での協議結果を踏まえ、ガイドラインに以下の内容を追記することについて、MC部会(第2回:書面開催)に諮った。

【追記内容】

『映像出力機能を有する喉頭鏡の使用にあたっては、喉頭展開、気管挿管の際、映像目視による実施症例は、成功症例に含まないものとする』

4 第2回MC部会の結果

部会委員名のうち、承認16名、非承認0名であり、ガイドライン改正について、部会委員の承認を得た。

滋賀県救急救命士気管挿管病院実習ガイドライン (案)

当ガイドラインは、「病院（手術室）実習ガイドライン」（平成 14 年度厚生労働科学研究「救急救命士による特定行為の再検討に関する研究」（主任研究者：平澤博之・千葉大学医学部教授）、平成 15 年 12 月とりまとめ）および「気管挿管による気道確保の実施のための講習及び実習要領」（平成 16 年 3 月 23 日付け医政指発第 0323049 号、各都道府県衛生主管部（局）長宛、厚生労働省医政局指導課長通知）を踏まえ、滋賀県メディカルコントロール協議会（以下「県MC協議会」という。）は滋賀県救急救命士気管挿管病院実習ガイドラインを作成し、これを各地域メディカルコントロール協議会（以下「地域MC協議会」という。）、実習受入病院および消防本部が病院実習を進めるうえでの指針とする。

病院実習の実施に際しては、原則として、次の条件を満たすものとし、実習受入病院の長は、実習内容について、滋賀県メディカルコントロール協議会（以下「県MC協議会」という。）および地域メディカルコントロール協議会（以下「地域MC協議会」という。）と十分協議すること。

<気管挿管の手術室内実習>

1 方法・内容

① 実習受講資格

救急救命士の資格を有し、県消防学校が実施する気管挿管にかかる基礎研修（座学）を受け、所定の試験に合格し、講習修了証明書を有する者もしくは平成 16 年 4 月 1 日以降に実施される救急救命士試験の合格者または消防大学校で実施される気管挿管に必要な講習の課程の修了者のうち、地域MC協議会または消防本部と調整のうえ、病院長が実習を認めた者。

② 受入病院基準

ア あらかじめ病院長および麻酔科の長が実習受け入れを了承している

イ 日本麻酔科学会が認定する麻酔科専門医（以下「麻酔科専門医」という。）が勤務している

上記ア、イの要件を満たし、当該実習の受入に関する理解や麻酔科専門医の配置状況等を踏まえ、県MC協議会が選定した病院であること。

③ 実習指導の責任者

麻酔科専門医の責任のもとに行うこと。

④ 対象症例

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

2 実習受入方法

① 各消防本部は、実習受入病院との間で病院実習委託契約書（第 1 号様式）を締結する。契約は年度毎に締結するものとする。

② 実習受講資格要件を満たし、病院実習を希望する救急救命士を有する消防本部が地域MC協議会に対し文書（第 2 号様式）で救急救命士を推薦する。

③ 地域MC協議会は実習受講の対象者を承認する。

- ④ 消防本部の長は当該病院長に対し地域MC協議会長の推薦書（第3号様式）を添え、実習受講対象者を書面（第4号様式）により実習の依頼を行う。
- ⑤ 当該病院長は上記③による実習依頼を受けた時は、病院業務に支障がなく、麻酔科の長の同意が得られ、受入が適当と認めた場合は実習を許可することができる。
- ⑥ 当該病院長は実習を許可する時は、これを消防本部の長に対し書面（第5号様式）で通知する。
- ⑦ あらかじめ病院長名で救急救命士実習病院であることを院内に明示しておくこと。
- ⑧ 実習受講者は自らが実習生であることが患者に明確になるよう必ず名札等を付けること。名札の仕様等は受入病院と調整を行うこと。

3 インフォームドコンセントの取り方および実習の記録

- ① 当該病院は、あらかじめ手術予定者に対し、お願い文書（第6号様式）により協力依頼を行うこととする。
- ② ①で同意を得た患者に対し、直接指導をする麻酔科医は実習前日までに救急救命士を伴い、麻酔科医の指導と責任のもとに、患者に実習内容について十分な説明を行ったうえで、文書（第7号様式）による同意を得る。
その際、次の各点は必ず説明をすること。
ア 麻酔科専門医の厳重な指導と責任のもとに行われ、患者の安全が確保されていること
イ 実習者は、救急救命士資格取得者であること
ウ 患者本人が実習を拒否しても、その後の治療等に何らの不利益が生じないこと
- ③ インフォームドコンセントを得た同意書の原簿をカルテに貼り付け保管する。なお、写しを患者に渡すこととする。
- ④ 同意書とは別に医師診療録に説明の内容、患者側の諾否について簡単に記録し、麻酔科医と救急救命士が連名で署名する。
- ⑤ 麻酔科医（手術室で実際に指導に当たった麻酔科医）および救急救命士は、麻酔（手術）終了後、適切な時期に記録内容を提示しながら患者本人へ挿管時の状況について説明する。
- ⑥ 麻酔記録に挿管を担当した救急救命士の氏名を明記するとともに、挿管時の経過を記載する。

4 実習内容

次の①～③の点に留意しながら、実習生1人につき気管挿管の成功症例（成功症例とは、2回以内の試行で気管挿管を完了したものをいう。）を30例以上実施させること。

- ① 気管挿管の試行は2回までとすること。
- ② 救急救命士が行う実習は麻酔導入時マスクによる自発呼吸下酸素吸入、導入後のマスクによる人工呼吸から喉頭展開、気管挿管、管の固定、人工呼吸再開までを原則とすること。
ただし、映像出力機能を有する喉頭鏡の使用にあたっては、喉頭展開、気管挿管の際、映像目視による実施症例は、成功症例に含まないものとする。
- ③ 実際の行為は担当する麻酔科医の指導によるものとする。

5 実習の中断、中止について

実習を開始した後、患者に対し有害事象等が発生するなど当該救急救命士に気管挿管を行わせることは不適切であると麻酔科の長および病院長が判断した場合は実習を中断または中止することができるものとする。この場合、消防本部において再度の検討がなされ、再度推薦が適当とされた場合で、かつ受入病院があれば実習を再開することができる。

なお、一度実習が中止された場合で、再度実習を行う場合は、新規として取り扱うこと。

6 実習記録の保管について

実習生が所属する消防本部は、実習の記録を保管すること。なお、保管の期間は5年以上とする。

7 修了証書

病院長は次の条件がそろった場合に病院長名で修了証書（第8号様式）を発行する。

- ① 30例以上の成功症例を経験した者。
- ② 当該病院の実習指導責任者（麻酔科専門医）が実習態度、挿管技術、倫理観、他の職種との協調性などを総合的に判断し、実習を修了して現場で医師の具体的な指示のもとに気管挿管を行って良いと判断し、書面（第9号様式）により病院長にその旨を申告した者。

8 実習および講習修了者の認定および登録について

県MC協議会は、7の修了証書を有する者に対して、医師の具体的指示下での気管内チューブによる気道確保の実施にかかる認定証（第10号様式）を交付し、また、その認定を受けた救急救命士を登録するための名簿を作成、管理する。

9 医療事故等発生時の責任

- ① 指導内容および指導態度等に起因する注意義務違反については、実際に指導に当たった麻酔科医の責任とする。
- ② 実施にともなう事故の責任は実施者にあるものとする。
- ③ 救急救命士の責任において発生した事故は、救急救命士および実習要請消防本部の責任であるが、医療事故賠償保険の適応については当該病院と実習要請消防本部とで検討するものとする。

10 再教育

- ① 救急救命士は、適切な再教育を3年ごとに受けなければならない。
- ② 再教育が適切に行われなかった場合等については、地域MC協議会は当該救急救命士の気管挿管施行の中止等について検討する。
- ③ 再教育の内容および認定の更新方法等については別に定める。

11 認定の取消および抹消について

- ① 重大な過失等があった場合および再教育が適切に行われなかった場合、県MC協議会は気管挿管にかかる認定を取り消すことができる。
- ② 消防本部の長は、所属する気管挿管認定救急救命士が退職または現場活動に従事する計画がない等の理由により認定を更新する必要がなくなった場合、県MC協議会に

対し、認定証を添えて登録の抹消を申請することができる。

12 実習委託料について

- ① 病院長は実習終了後、実習生の所属する消防本部の長に対し、②に定める実習料を請求するものとし、当該消防本部は定められた期限までに納付しなければならない。
- ② 実習料の金額は、契約書（第1号様式）の中で別途定めるものとする。

付 則

このガイドラインは、平成16年12月1日から施行する。

付 則

このガイドラインは、平成21年10月1日から施行する。

付 則

このガイドラインは、令和 年 月 日から施行する。

滋賀県救急救命士気管挿管病院実習ガイドライン新旧対照表

旧	新
<p><気管挿管の手術室内実習> 1～3 省略</p> <p>4 実習内容 次の①～③の点に留意しながら、実習生1人につき気管挿管の成功症例(成功症例とは、2回以内の試行で気管挿管を完了したものをいう。)を30例以上実施させれこと。</p> <p>① 気管挿管の試行は2回までとすること。 ② 救急救命士が行う実習は麻酔導入時マスクによる自発呼吸下酸素吸入、導入後のマスクによる人工呼吸から<u>咽頭</u>展開、気管挿管、管の固定、人工呼吸再開までを原則とすること。</p> <p>③ 実際の行為は担当する麻酔科医の指導によるものとする。</p> <p>5～12 省略</p> <p>付 則 このガイドラインは、平成16年12月1日から施行する。</p> <p>付 則 このガイドラインは、平成21年10月1日から施行する。</p>	<p><気管挿管の手術室内実習> 1～3 省略</p> <p>4 実習内容 次の①～③の点に留意しながら、実習生1人につき気管挿管の成功症例(成功症例とは、2回以内の試行で気管挿管を完了したものをいう。)を30例以上実施させれこと。</p> <p>① 気管挿管の試行は2回までとすること。 ② 救急救命士が行う実習は麻酔導入時マスクによる自発呼吸下酸素吸入、導入後のマスクによる人工呼吸から<u>喉頭</u>展開、気管挿管、管の固定、人工呼吸再開までを原則とすること。 <u>ただし、映像出力機能を有する喉頭鏡の使用にあたっては、喉頭展開、気管挿管の際、映像目視による実施症例は、成功症例に含めないものとする。</u></p> <p>③ 実際の行為は担当する麻酔科医の指導によるものとする。</p> <p>5～12 省略</p> <p>付 則 このガイドラインは、平成16年12月1日から施行する。</p> <p>付 則 このガイドラインは、平成21年10月1日から施行する。</p> <p><u>付 則</u> このガイドラインは、令和 年 月 日から施行する。</p>

令和３年度 実施基準の検証結果

実施基準の概要（令和４年３月時点）

《策定経過》

- ◇ 平成21年の消防法改正により、各都道府県に協議会の設置と実施基準の策定が義務付けられる。
- ◇ 平成22年２月に「滋賀県メディカルコントロール協議会」、同年３月に「実施基準策定部会」を設置し、そこで実施基準の検討・協議が行われた。
- ◇ 平成23年２月に協議会会長より知事に実施基準の答申がされ、それを踏まえ、本県において平成23年３月25日に「実施基準」を策定し、同年４月１日より運用を開始した。

《実施基準の内容》

◇ 分類基準〔第１号〕

- ・ 緊急性…「重篤」、「脳卒中疑い」、「心筋梗塞（急性冠症候群）疑い」、「外傷」、「中毒」、「熱傷」
- ・ 専門性…「重症度・緊急度が高い妊産婦」、「重症度・緊急度が高い小児」、「心臓・大血管損傷が疑われる外傷」、「切断（不全切断を含む）」
- ・ 特殊性…「精神疾患」

◇ 医療機関リスト〔第２号〕

県内の救急告示病院である31病院について、分類基準の「緊急性」と「専門性」の疾患と、「内科系」と「外科系」の診療科目について、常時対応できるものには「○」、時間帯によって対応できるものには「△」を記載した。

なお、「重症度・緊急度が高い妊産婦」については、周産期医療体制整備計画との整合性を図り、「精神疾患」については、精神科当番病院を別のリストで定めた。

◇ 観察基準〔第３号〕

現状の各消防本部の観察基準やガイドラインを参考に定めた。

◇ 選定基準〔第４号〕

搬送時間が最短の医療機関を選定することを原則とするが、「病院群輪番制の当番医療機関」「かかりつけ医療機関」「救急医療情報システムの応需情報」等から総合的に判断することとした。

◇ 伝達基準〔第５号〕

年齢、性別、受傷機転、観察結果、既往歴、応急処置内容、かかりつけ医などの伝達事項を伝え、それ以外にも状況に応じて必要な情報を伝えることとした。

◇ 受入医療機関確保基準〔第６号〕

搬送先が決定しない状況を避けるために、救急隊は、医療機関の要請により転送に対応することとした。また、搬送先が決まらない場合を「照会回数４回以上」または「現場滞在時間30分以上」とし、そのような場合は、救命救急センター等に搬送することとした。その他、病院群輪番制や救急医療情報システムを活用することとした。

◇ その他基準〔第７号〕

ドクターヘリや防災ヘリの活用について記載した。

1 実施基準の検証の検討経過

実施基準策定部会（令和3年度会議）…令和4年2月8日（火）

2 実施基準の確認・検証項目

実施基準策定部会において、以下の項目の確認および検証を行った。

①医療機関リストの実効的な運用

「医療機関リスト」の記載内容について、各地域メディカルコントロール協議会を通じて確認を行った。

②搬送先選定困難事案等への対応

救急搬送状況（精神疾患を含む）、搬送先選定困難事案（「照会回数4回以上」または「現場滞在時間30分以上」の事案）および全国における本県の救急搬送状況について調査を実施し、その調査結果に基づき検証を行った。

3 医療機関リストの確認

医療機関リストの【緊急性・専門性】（表1）に記載している31の救急告示病院のうち8の医療機関（別添資料②-2記載のとおり）で、対応できる疾患および診療科目を変更した。今後も医師の異動等により対応できる疾患や診療科目の変更が生じることから、随時、地域メディカルコントロール協議会を通じて当協議会に報告いただく。

4 搬送先選定困難事案等の検証

(1) 救急搬送状況調査 <調査期間：4月1日～9月30日>

◇搬送人員・照会数・現場滞在時間

	年	救急搬送人員 a	照会回数 4回以上 b	割合 c(b/a)	現場滞在 30分以上 d	割合 e(d/a)
全搬送数	R3	28,453	47	0.17%	610	2.14%
	R2	25,392	37	0.15%	476	1.87%
重症以上	R3	1,401	2	0.14%	31	2.21%
	R2	1,440	2	0.14%	20	1.39%

◇管内・管外・県外別

7ブロック	年	救急搬送人員 a	管内 b	割合 c(b/a)	管外 d	割合 e(d/a)	県外 f	割合 g(f/a)
全搬送数	R3	28,453	26,027	91.47%	2,258	7.94%	168	0.59%
	R2	25,392	23,581	92.87%	1,646	6.48%	165	0.65%
重症以上	R3	1,401	1,186	84.65%	205	14.63%	10	0.71%
	R2	1,440	1,293	89.79%	135	9.38%	12	0.83%

4ブロック	年	救急搬送人員 a	管内 b	割合 c(b/a)	管外 d	割合 e(d/a)	県外 f	割合 g(f/a)
全搬送数	R3	28,453	26,925	94.63%	1,360	4.78%	168	0.59%
	R2	25,392	24,172	95.20%	1,055	4.15%	165	0.65%
重症以上	R3	1,401	1,307	93.29%	84	6.00%	10	0.71%
	R2	1,440	1,369	95.07%	59	4.10%	12	0.83%

◇受入照会・搬送状況

	年	受入照会 a	搬送数 b	受入率 c(b/a)
全搬送数	R3	30,533	28,453	93.19%
	R2	27,132	25,392	93.59%
重症以上	R3	1,518	1,401	92.29%
	R2	1,538	1,440	93.63%

◇照会するも受入れに至らなかった理由

	年	理由								計
		手術中、 患者対応中	ベッド満床	処置困難	専門外	専門外 (家族等の要望 により照会)	医師不在	初診 (かかりつけ医 なし)	理由不明 その他	
全搬送数	R3	660	140	794	142	80	18	25	221	2,080
	R2	454	79	758	106	107	7	8	221	1,740
重症以上	R3	34	8	63	2	0	0	2	8	117
	R2	22	2	61	1	2	0	0	10	98

(2) 精神疾患等救急搬送状況調査 <調査期間：4月1日～9月30日>

◇搬送人員

	R3		R2	
	搬送数	全搬送数に占める割合	搬送数	全搬送数に占める割合
①全搬送数	28,453	—	25,392	—
②精神疾患搬送数 ※身体合併症を含む	577	2.03%	474	1.87%
③救急病院から精神科病院 への転院搬送数	17	0.06%	14	0.06%
④「目まい」搬送数	14	0.05%	10	0.04%
⑤「呼吸困難」搬送数	101	0.35%	71	0.28%

◇照会数・現場滞在時間

	年	搬送数 a	照会回数 4回以上 b	割合	現場滞在 30分以上 d	割合
				c(b/a)		e(d/a)
②精神疾患搬送数 ※身体合併症を含む	R3	577	3	0.52%	50	8.67%
	R2	474	4	0.84%	57	12.03%
④「目まい」搬送数	R3	14	0	0.00%	0	0.00%
	R2	10	0	0.00%	0	0.00%
⑤「呼吸困難」搬送数	R3	101	0	0.00%	7	6.93%
	R2	71	0	0.00%	5	7.04%

◇搬送先医療機関

	年	救急告示 病院	精神科 当番病院	その他の 医療機関
②精神疾患搬送数 ※身体合併症を含む	R3	82.14%	17.32%	0.54%
	R2	74.13%	21.96%	3.91%
④「目まい」搬送数	R3	71.43%	21.43%	7.14%
	R2	80.00%	20.00%	0.00%
⑤「呼吸困難」搬送数	R3	90.10%	9.90%	0.00%
	R2	83.10%	16.90%	0.00%

(3) 救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査

消防庁と厚生労働省の連名通知により実施された令和2年中の救急搬送における医療機関の受入状況等の実態調査結果。(調査期間：令和2年1月1日～12月31日)

◇重症以上

重症以上	重症以上搬送人員	うち 転院搬送	分析対象搬送人員 c(a-b)	照会回数 4回以上 d	構成比 e(d/c)	全国における 本県の構成比	現場滞在 30分以上 f	構成比 g(f/c)	全国における 本県の構成比
	a	b							
滋賀県 令和2年	3,088	296	2,792	5	0.2%	4番目に低い率	42	1.5%	5番目に低い率
滋賀県 令和元年	2,984	308	2,676	5	0.2%	2番目に低い率	50	1.9%	9番目に低い率
全国 令和2年	535,737	95,601	440,136	12,998	3.0%		26,807	6.1%	
全国 令和元年	562,861	105,888	456,973	11,067	2.4%		23,790	5.2%	

◇産科・周産期

産科・ 周産期	産科・周産 期傷病者 搬送人員	うち 転院搬送	分析対象 搬送人員 c(a-b)	照会回数 4回以上 d	構成比 e(d/c)	全国における 本県の構成比	現場滞在 30分以上 f	構成比 g(f/c)	全国における 本県の構成比
	a	b							
滋賀県 令和2年	424	245	179	0	0.0%	最も低い率	2	1.1%	9番目に低い率
滋賀県 令和元年	386	235	151	3	2.0%	27番目に低い率	4	2.6%	17番目に低い率
全国 令和2年	38,299	24,493	13,806	525	3.8%		1,171	8.5%	
全国 令和元年	39,601	24,686	14,915	532	3.6%		1,107	7.4%	

◇小児

小児	小児 傷病者 搬送人員	うち 転院搬送	分析対象 搬送人員 c(a-b)	照会回数 4回以上 d	構成比 e(d/c)	全国における 本県の構成比	現場滞在 30分以上 f	構成比 g(f/c)	全国における 本県の構成比
	a	b							
滋賀県 令和2年	3,356	189	3,167	1	0.0%	最も低い率	23	0.7%	4番目に低い率
滋賀県 令和元年	5,043	245	4,798	3	0.1%	最も低い率	35	0.7%	7番目に低い率
全国 令和2年	281,815	23,110	258,705	4,977	1.9%		9,680	3.7%	
全国 令和元年	421,565	32,948	388,617	6,702	1.7%		11,532	3.0%	

◇救命救急センター

救命救急 センター	救命救急 センター 搬送人員	うち 転院搬送	分析対象 搬送人員 c(a-b)	照会回数 4回以上 d	構成比 e(d/c)	全国における 本県の構成比	現場滞在 30分以上 f	構成比 g(f/c)	全国における 本県の構成比
	a	b							
滋賀県 令和2年	20,582	1,612	18,970	25	0.1%	2番目に低い率	310	1.6%	4番目に低い率
滋賀県 令和元年	23,342	1,846	21,496	18	0.1%	最も低い率	243	1.1%	3番目に低い率
全国 令和2年	940,878	138,240	802,638	24,253	3.0%		50,988	6.4%	
全国 令和元年	1,040,260	153,661	886,599	24,786	2.8%		47,598	5.4%	

《確認・検証結果》

本県の救急搬送と受入については照会回数4回以上および現場滞在時間30分以上の事案が全国と比較して低い割合であり、概ね迅速な対応がなされていることから、実施基準については医療機関リストのみの修正とする。

傷病者の搬送および受入れに関する実施に関する基準の改正箇所

P 1

I 傷病者の搬送および受入れの実施に関する基準の概要

3 傷病者の搬送および医療機関の受入れの状況

※令和２年の状況を記載

P 16、17

III 医療機関リスト（消防法第35条の5第2項第2号）

3 医療機関リスト

※詳細は別紙のとおり

【専門性】（表2）

（1）重症度・緊急度が高い妊産婦（周産期医療）

総合周産期母子医療センター	
大津赤十字病院	滋賀医科大学医学部附属病院
地域周産期母子医療センター	
近江八幡市立総合医療センター	長浜赤十字病院
周産期協力病院	
大津市民病院 済生会滋賀県病院 <u>草津総合病院→淡海医療センター</u> 公立甲賀病院	
国立病院機構東近江総合医療センター 彦根市立病院 市立長浜病院 高島市民病院	

傷病者の搬送および受入れの実施に関する基準
(案)

令和__年__月

滋 賀 県

目 次

I	傷病者の搬送および受入れの実施に関する基準の概要	1
II	分類基準（消防法第35条の5第2項第1号）	5
III	医療機関リスト（消防法第35条の5第2項第2号）	15
IV	観察基準（消防法第35条の5第2項第3号）	19
V	選定基準（消防法第35条の5第2項第4号）	24
VI	伝達基準（消防法第35条の5第2項第5号）	25
VII	受入医療機関確保基準（消防法第35条の5第2項第6号）	26
VIII	その他基準（消防法第35条の5第2項第7号）	27

I 傷病者の搬送および受入れの実施に関する基準の概要

1 消防法改正の背景等

救急搬送において受入医療機関の選定が困難な事案が全国各地で発生し、社会問題化していることを受け、傷病者の症状等に応じた搬送および受入れの円滑化を図るため、「消防法の一部を改正する法律（平成21年法律第34号）」が平成21年5月1日に公布され、同年10月30日に施行された。

この消防法の改正により、各都道府県に、消防機関や医療機関等が参画する協議会を設置するとともに、傷病者の搬送および受入れの実施に関する基準（以下「実施基準」という。）を策定することが義務付けられた。

それを受けて本県では、「滋賀県メディカルコントロール協議会」を設置し、そのもとに「実施基準策定部会」を置き実施基準の検討・協議を行ない、各医療圏の地域メディカルコントロール協議会等の意見を伺いながら、策定に取り組んだ。

2 本県における救急医療体制

本県の救急医療体制は、初期救急医療体制、二次救急医療体制、三次救急医療体制で構成されており、初期救急医療としては、休日および夜間に比較的軽症の救急患者を受け入れている「休日急患診療所」と地域の開業医師が当番制で休日および夜間に自院で診療を行う「在宅当番医制」がある。二次救急医療は、緊急の手術や入院治療が必要な症例に対応するための医療であり、救急告示病院が担っている。なお、重症患者については、これらの病院が、二次保健医療圏ごとに当番日を決め、当番日に交代で通常の当直体制のほかに重症救急患者の受け入れに対応できる体制をとる病院群輪番制による対応をしている。三次救急医療は、二次救急医療機関で対応できない重篤な救急患者を24時間365日体制で受け入れており、救命救急センターが担っている。

3 傷病者の搬送および医療機関の受入れの状況

総務省消防庁および厚生労働省が実施した令和2年中の「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」の結果によると、本県では、医療機関への受入照会が十数回におよぶ受入医療機関選定困難事案が発生しておらず、重症以上傷病者搬送事案のうち照会回数4回以上の割合は0.2%、現場滞在時間30分以上の割合は1.5%と、いずれも全国平均を大きく下回っている。また、救急隊の現場到着平均時間や病院収容平均時間にあっても、いずれも全国平均時間を下回っている。

本県においては、概ね円滑な傷病者の搬送および受入れが実施されていると考えられるが、受入医療機関の選定が困難な事案が発生しないように、当実施基準の適正な運用を図るものとする。

4 実施基準策定にかかる基本的な考え方

- (1) 本県においては、傷病者の搬送および受入れは概ね円滑に実施されていることから、現状の傷病者の搬送および受入れの体制を基本に策定する。
- (2) 現状の医療資源を前提とし、新たな義務を医療機関に課すものではないものとして策定する。
- (3) 消防機関と医療機関の連携を強化し、救急搬送から救急医療の提供までの迅速かつ適切な実施が図られるよう策定する。
- (4) 医学的知見に基づき、滋賀県保健医療計画との調和を保つように策定する。
- (5) 実施基準は、傷病者を救急搬送する場合に消防機関と医療機関が使用するものであり、医療機関リストは、消防機関が医療機関への受入照会をより円滑に実施できるように使用するものである。また、リストの公表により、特定の医療機関に過度の負担が生じることのないように策定する。

5 留意事項

- (1) 消防機関が実施する救急業務は、消防法により「医療機関へ緊急に搬送する必要がある傷病者」を対象とするものであることから、実施基準は、緊急性、専門性および特殊性の観点から分類した疾患を対象とし、これに該当しない場合については、従来どおりの救急搬送とする。
- (2) 消防機関は、傷病者の救急搬送において、実施基準を遵守するものとする。
- (3) 医療機関は、傷病者の受入れにおいて、実施基準を尊重するよう努めるものとする。
- (4) 実施基準については、運用後もその実施状況を検証し、必要な見直しを行うものとする。

6 実施基準の内容（消防法第35条の5第2項各号）

- (1) 分類基準（第1号）
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) 医療機関リスト（第2号）
分類基準に基づき分類された医療機関の区分および当該区分に該当する医療機関の名称
- (3) 観察基準（第3号）
消防機関が傷病者の状況を確認するための基準
- (4) 選定基準（第4号）
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
- (5) 伝達基準（第5号）
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て傷病者の状況を伝達

するための基準

(6) 受入医療機関確保基準（第6号）

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

(7) その他基準（第7号）

傷病者の搬送および受入れの実施に関し都道府県が必要と認める事項

7 実施基準策定後の経過

(1) 実施基準の策定

平成23年3月25日

(2) 実施基準の運用開始

平成23年4月1日

(3) 実施基準の改正

平成24年3月30日 医療機関リストの一部変更

(4) 実施基準の改正

平成24年11月20日 医療機関リストの一部変更

(5) 実施基準の改正

平成25年3月28日 医療機関リストの一部変更

(6) 実施基準の改正

平成25年11月28日 医療機関リストの一部変更

(7) 実施基準の改正

平成26年2月3日 分類基準、医療機関リスト、観察基準に「精神疾患」にかかる内容を追加、変更

(8) 実施基準の改正

平成27年2月26日 医療機関リストの一部変更

(9) 実施基準の改正

平成28年3月17日 医療機関リストの一部変更、その他の基準に「京滋ドクターヘリ」にかかる内容を追加

(10) 実施基準の改正

平成29年3月22日 医療機関リストの一部変更

(11) 実施基準の改正

平成30年2月19日 医療機関リストの一部変更

(12) 実施基準の改正

平成31年3月5日 医療機関リストの一部変更

(13) 実施基準の改正

令和2年2月14日 医療機関リストの一部変更

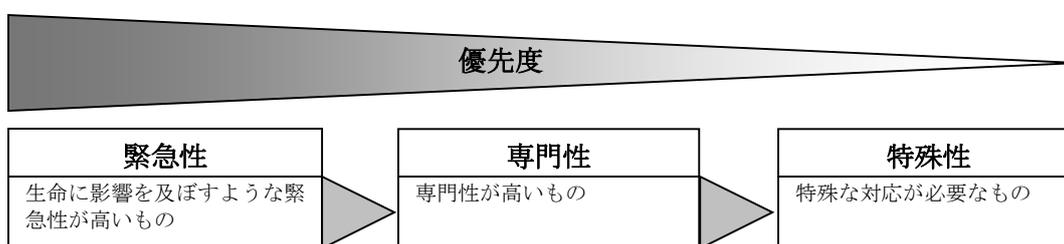
(14) 実施基準の改正

令和 年 月 日 医療機関リストの一部変更

II 分類基準（消防法第35条の5第2項第1号）

「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」（以下「分類基準」という。）を次のとおり定める。

救急搬送は、その症状が著しく悪化するおそれがあり、またはその生命が危険な状態にある傷病者等を搬送するものであることから、この基準は、傷病者の生命の危機の回避および後遺症の軽減などを図るため、優先度の高い順に緊急性、専門性および特殊性の観点から分類する。



1 緊急性

生命に影響を及ぼすような緊急性が高いものとする。

なお、緊急性としては、「重篤」、「症状、病態等によって重症度・緊急度「高」となるもの」に区分する。

(1) 重篤

特に重症度・緊急度が高く、生命への影響が極めて大きいものとし、救命救急センター（三次救急医療機関）または対応可能な二次救急医療機関に搬送する必要がある。（図1）

重篤として考えられる傷病者の症状等として以下のものが考えられる。

- ア 重篤感あり
- イ 心肺機能停止
- ウ 容態の急速な悪化・変動

成人等における重篤と判断するバイタルサイン（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
- ・SpO₂：90%未満
- ・その他：ショック症状

※上記のいずれかが認められる場合

新生児および乳幼児における重篤と判断するバイタルサイン（生理学的評価）

◎ 新生児・乳幼児共通

- ・意識：JCS100以上
- ・SpO₂：90%未満
- ・ショック症状

○ 新生児（生後28日未満）

- ・呼吸：30回／分未満または50回／分以上、呼吸音の左右差、異常呼吸
- ・脈拍：150回／分以上または100回／分未満
- ・血圧：収縮期血圧70mmHg 未満
- ・その他：出生後5分以上のアプガースコア7点以下

○ 乳児（生後28日から1歳未満）

- ・呼吸：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：120回／分以上または80回／分未満
- ・血圧：収縮期血圧80mmHg 未満

○ 幼児（1歳から6歳未満）

- ・呼吸：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：110回／分以上または60回／分未満
- ・血圧：収縮期血圧80mmHg 未満

※上記のいずれかが認められる場合、重篤と判断できる。

救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会報告書（平成16年3月）から

（2）症状、病態等によって重症度・緊急度「高」となるもの

症状、病態等によって重症度・緊急度が高いと判断されるものについては、対応可能な二次救急医療機関または救命救急センター（三次救急医療機関）に搬送する必要がある。（図1）

生命に影響を及ぼすような緊急性が高いものとして、以下の症状、病態が想定される。

ア 脳卒中疑い

脳卒中については、治療が開始されるまでの時間が予後に大きく影響を及ぼすことが考えられる。さらに、脳梗塞については、発症後2時間以内に専門的な治療が受けられる医療機関へ搬送することが重要であるため、t-P[※]Ä適応疑いの分類が必要である。

※脳梗塞における血栓溶解療法で使用する血栓溶解薬

イ 心筋梗塞（急性冠症候群）疑い

心筋の虚血があった場合には、再灌流療法を始めとした治療が開始されるまでの時間が予後に大きく影響を及ぼすことが考えられることから、適切な医療を提供する必要がある。

ウ 外傷

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

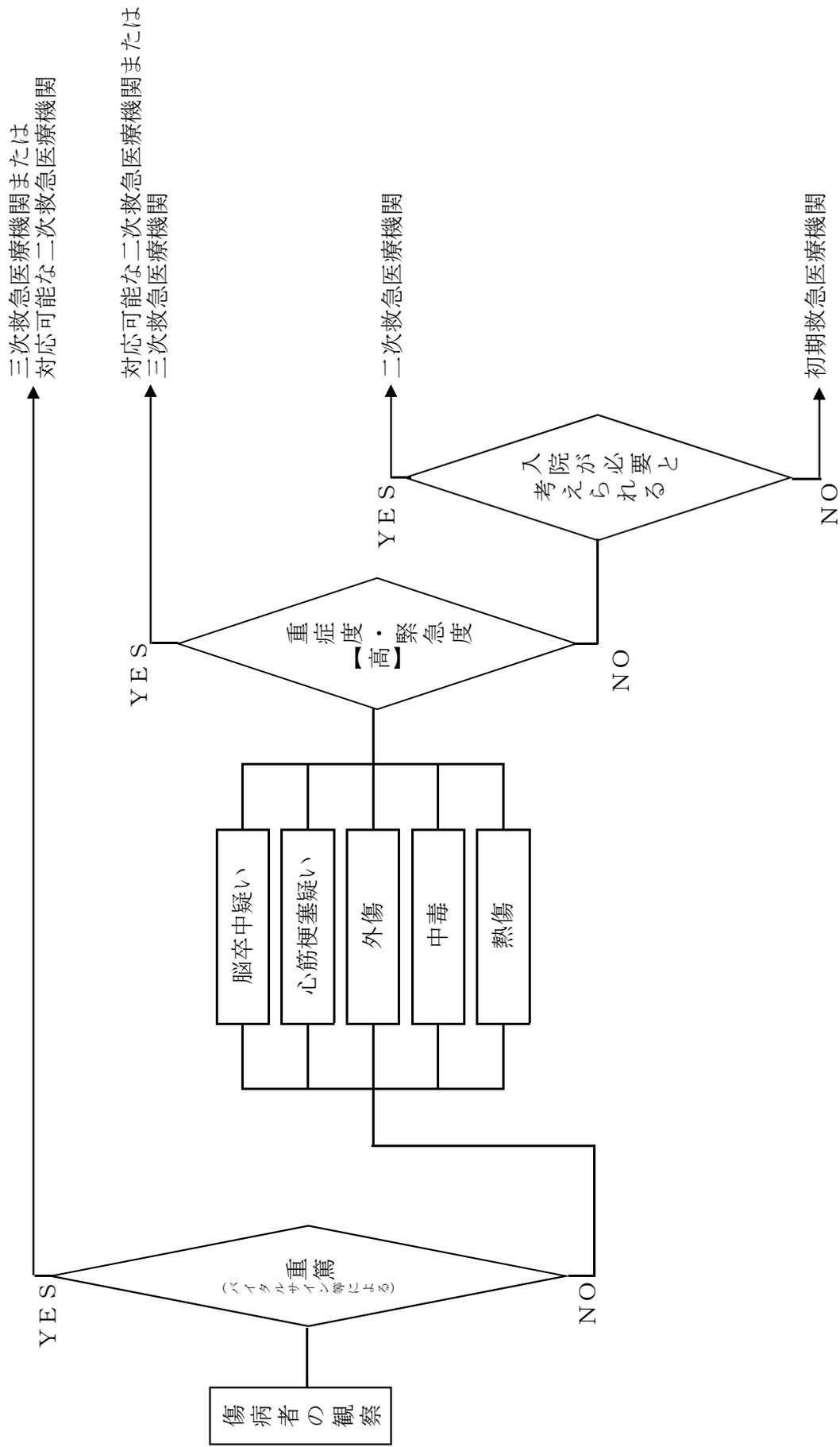
エ 中毒

発生状況から、明らかに誤飲・誤食等が疑われる場合だけでなく、原因がよく分からない意識障害の場合等急性中毒を疑い、適切な医療を提供する必要がある。

オ 熱傷

熱傷の重症度が高い傷病者については、特に適切な医療を提供する必要がある。

○緊急性における搬送先医療機関のフロー図（図1）



※重症度・緊急度等により分類した区分の医療機関において受入れができない場合は、より高次の医療機関へ搬送する場合があります。

2 専門性

専門性が高いものとする。

なお、専門性としては、「重症度・緊急度が高い妊産婦」、「重症度・緊急度が高い小児」、「心臓・大血管損傷が疑われる外傷」および「切断（不全切断を含む。）」に区分し、専門性に対応可能な医療機関に搬送する必要がある。（図2～4）

（1）重症度・緊急度が高い妊産婦

妊婦および胎児の両者に対応する必要がある、また、妊産婦特有の傷病を念頭に置く必要があると考えられる。

ただし、脳卒中疑い等緊急性が高い場合は、まずは緊急性の観点から脳卒中疑いに対応できる医療機関へ搬送することが適当と考えられる。

（2）重症度・緊急度が高い小児

病状が急変する可能性が高いこと、傷病者自身が症状や経過を正確に伝えられないため事態の把握が困難であること、また、後遺症を残す可能性のある髄膜炎や脳炎等の中枢神経系の急性疾患を念頭に置く必要があると考えられる。

ただし、急性腹症等緊急性が高い場合は、まずは緊急性の観点から急性腹症に対応できる医療機関（消化器外科等）へ搬送することが適当と考えられる。

（3）心臓・大血管損傷が疑われる外傷

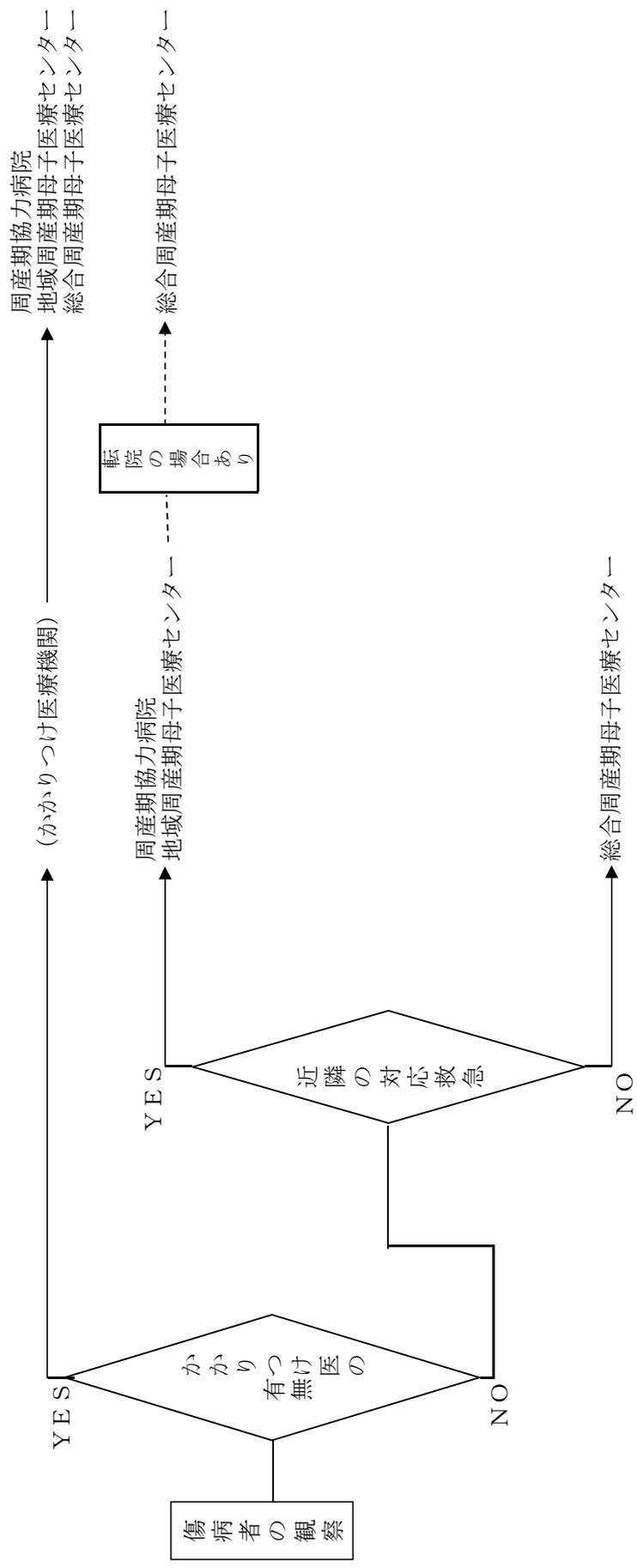
心臓・大血管損傷が疑われる場合は、対応できる医療機関に搬送し、迅速な対応が必要と考えられる。

（4）切断（不全切断を含む。）

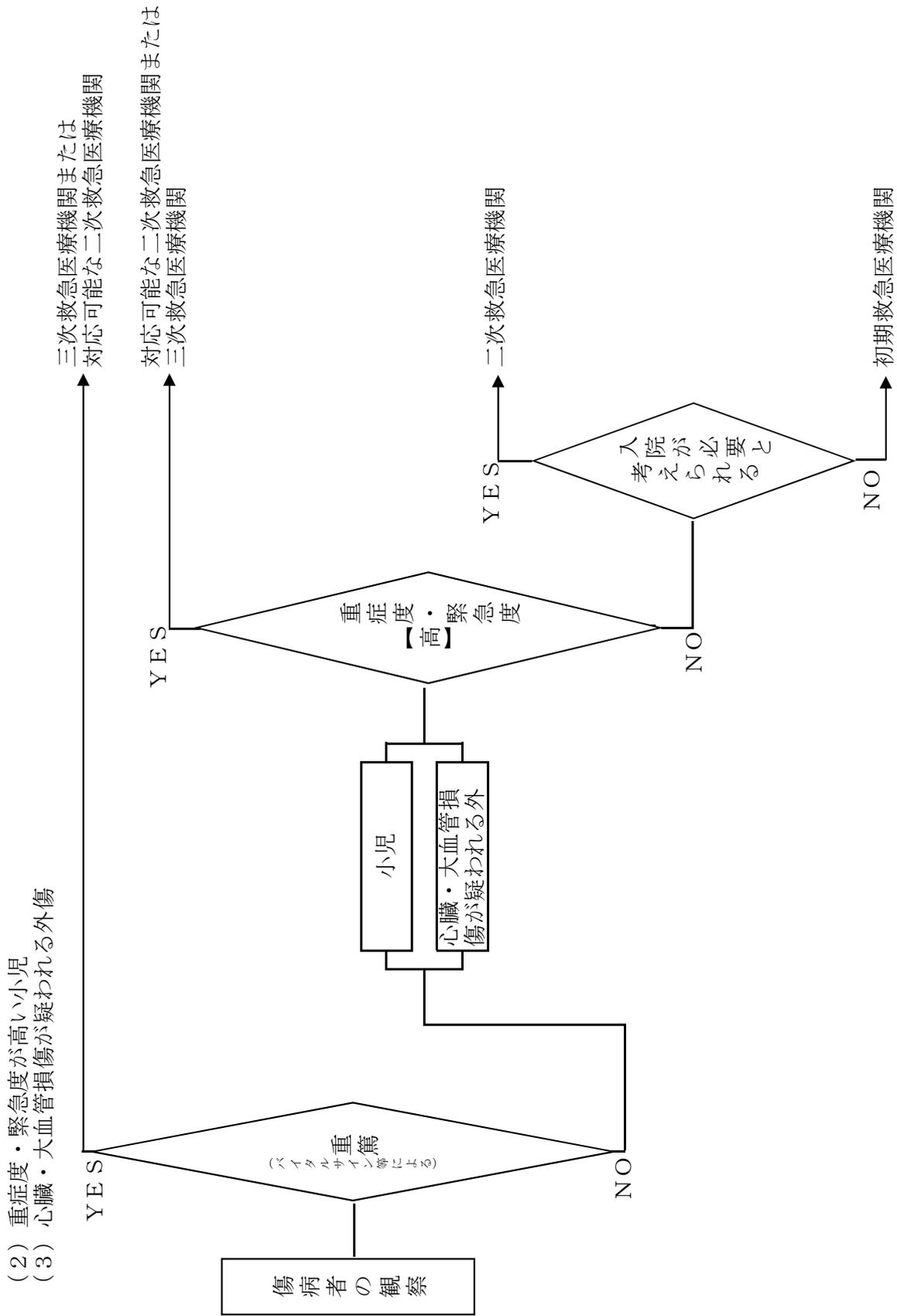
再接着や血管縫合などの処置が行える医療機関に搬送し、迅速な対応が必要と考えられる。

○専門性における搬送先医療機関のフロー図 (図2)

(1) 重症度・緊急度が高い妊産婦 (周産期医療)



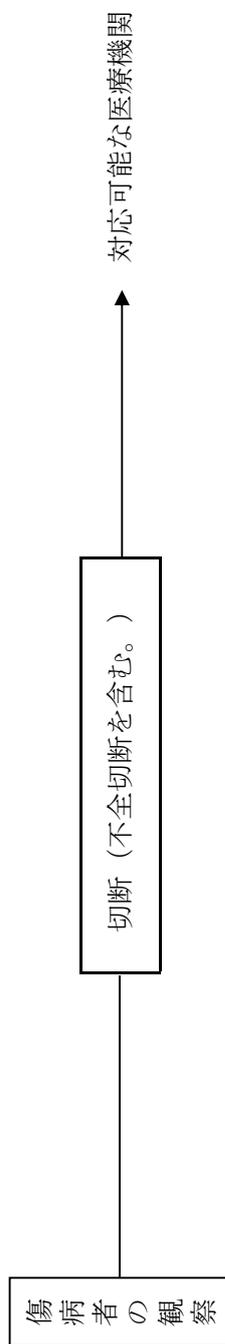
○専門性における搬送先医療機関のフロー図（図3）



※重症度・緊急度等により分類した区分の医療機関において受入れができない場合は、より高次の医療機関へ搬送する場合があります。

○専門性における搬送先医療機関のフロー図（図4）

（4）切断（不全切断を含む。）



3 特殊性

特殊な対応が必要なものとする。

(1) 精神疾患

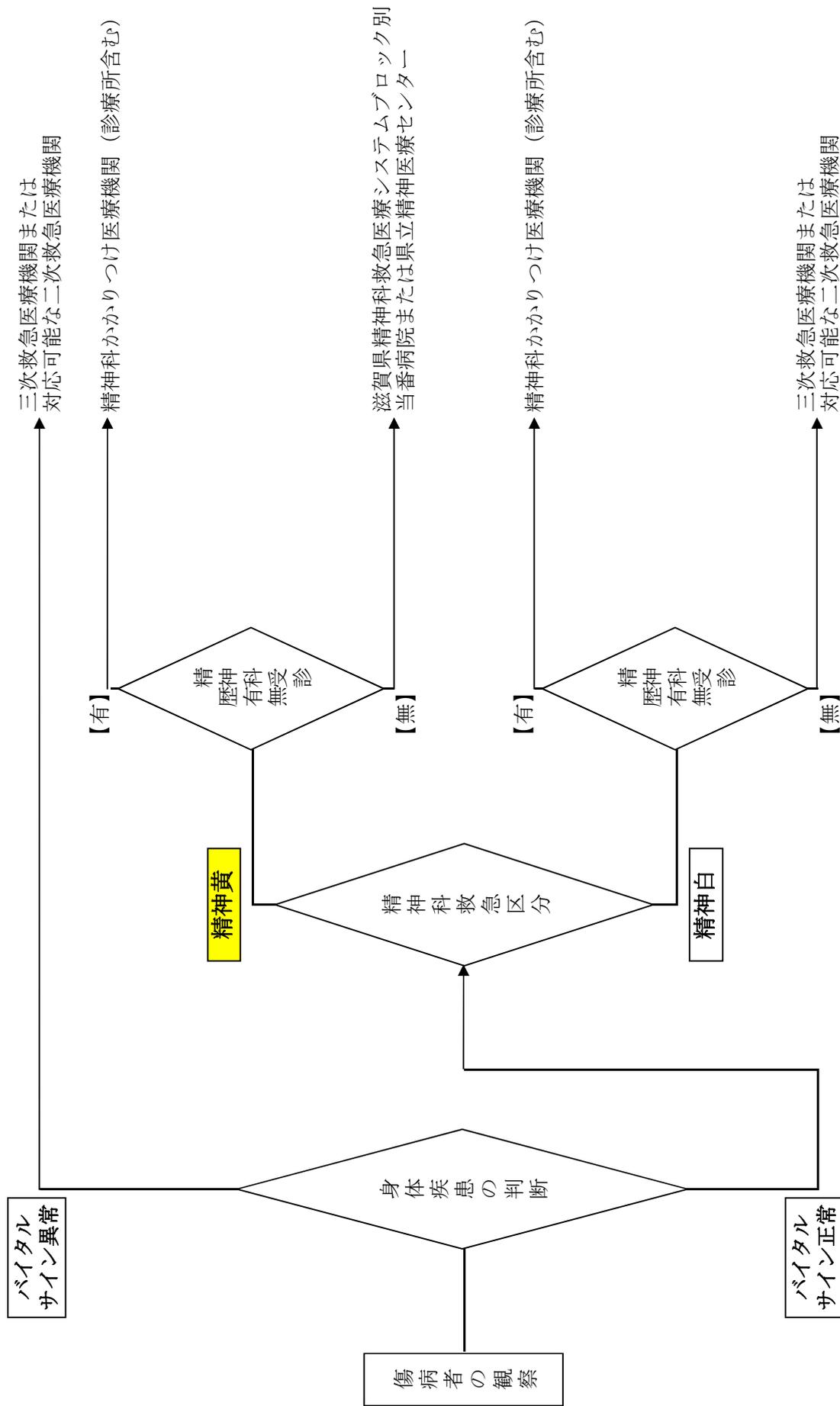
精神疾患が疑われる場合であっても、まず、緊急度区分により判断し、外傷や身体疾患が疑われる場合には、それらに対応できる医療機関に搬送する必要がある。

その上で、バイタルサインに異常がない場合には、精神科の救急分類により判断し、それらに対応できる医療機関に搬送する必要がある。(図5)

※ 精神疾患が疑われる患者の搬送にあたっては、本人の診察において、家族からの情報や受診契約が必要となることから、家族の同行を求めるものとする。

○特殊性における搬送先医療機関のフロー図（図5）

(1) 精神疾患



※ **精神赤** 精神保健福祉法に基づく対応

※ 本人の診察において、家族からの情報や受診契約が必要となることから、家族の同行を求めるとする。

Ⅲ 医療機関リスト（消防法第35条の5第2項第2号）

「分類基準に基づき分類された医療機関の区分および当該区分に該当する医療機関の名称」を以下のとおり定める。

- 1 消防機関は、医療機関へ傷病者を搬送する場合、消防法第35条の5第2項第4号の規定による「医療機関の選定基準」に基づき、このリストに掲載された医療機関（救急告示病院）へ傷病者の受入照会を行うものとする。（表1、2、3）
ただし、かかりつけ医療機関、初期治療を目的とした医療機関および県外の医療機関については、このリストへの掲載の有無に関わらず、受入照会および搬送することができる。
- 2 傷病者の受入照会を受けた医療機関は、消防法第35条の7第2項の規定に基づき、消防機関からの受入照会を尊重し、受入照会に応じるよう努める。

【専門性】（表2）
 (1) 重症度・緊急度が高い妊産婦（周産期医療）

総合周産期母子医療センター	
大津赤十字病院	滋賀医科大学医学部附属病院
地域周産期母子医療センター	
近江八幡市立総合医療センター	長浜赤十字病院
周産期協力病院	
市立大津市民病院	済生会滋賀県病院 淡海医療センター 公立甲賀病院
国立病院機構東近江総合医療センター	彦根市立病院 市立長浜病院 高島市民病院

【特殊性】（表3）
（1）精神疾患

- ア バイタルサインに異常がある場合や精神科受診歴のない**精神白**の場合は、【緊急性・専門性】（表1）のリストを参照する。
- イ 精神科受診歴のない**精神黄**の場合は、以下の医療機関リストを参照する。

圏域	医療機関名
大津・湖西	琵琶湖病院、滋賀里病院、瀬田川病院
東近江・甲賀・湖南	湖南病院、水口病院、滋賀八幡病院
湖北・湖東	◎豊郷病院、セフィロト病院、◎長浜赤十字病院
全圏域	県立精神医療センター

◎印は、救急告示病院の指定を受けている医療機関

IV 観察基準（消防法第35条の5第2項第3号）

「消防機関が傷病者の状況を確認するための基準」（以下「観察基準」という。）を次のとおり定める。

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

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

1 分類基準の「緊急性」に関する症状、病態等

（1）脳卒中疑い

突然、以下のいずれかの症状が発症した場合等

- ・片方の手足・顔半分の麻痺・しびれ（手足のみ、顔のみの場合あり）
- ・ロレツが回らない、言葉が出ない、他人の言うことが理解できない
- ・力はあるのに立てない、歩けない、フラフラする
- ・痛みがないのに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
- ・昏睡で両側縮瞳

※シンシナティ病院前脳卒中スケール等を活用すること。

（2）心筋梗塞（急性冠症候群）疑い

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

(3) 外傷

ア 解剖学的評価

- ・顔面骨骨折
- ・頸部または胸部の皮下気腫
- ・外頸静脈の著しい怒張
- ・胸郭の動揺、フレイルチェスト
- ・腹部膨隆、腹壁緊張
- ・骨盤骨折（骨盤の動揺、圧痛、下肢長差）
- ・両側大腿骨骨折（大腿の変形、出血、腫脹、圧痛、下肢長差）
- ・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、杵創等）
- ・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
- ・デグロービング損傷
- ・多指切断、四肢切断
- ・四肢の麻痺

※上記のいずれかが認められる場合、重症以上と判断できる。

イ 受傷機転

- ・同乗者の死亡
- ・車の横転
- ・車から放り出された
- ・転倒したバイクと運転者の距離：大
- ・車に轢かれた
- ・自動車が行歩者・自転車に衝突
- ・5m以上跳ね飛ばされた
- ・機械器具に巻き込まれた
- ・車が高度に損傷している
- ・体幹部が挟まれた
- ・救出に20分以上要した
- ・高所墜落（6m以上または身長3倍以上）

※上記のいずれかが認められる場合、重症以上と判断できる。

※ J P T E C に則った観察を実施すること。

(4) 中毒

ア 原因物質（周囲の状況を確認）

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

イ 症状

- ・意識障害
- ・皮膚粘膜症状（発汗、かぶれ、発赤、腫脹、鮮紅色等）
- ・眼症状（縮瞳、散瞳、複視、視野狭窄等）
- ・異常呼吸（呼吸抑制、頻呼吸、突然の呼吸停止等）
- ・筋線維性れん縮、痙攣
- ・麻痺
- ・失禁
- ・呼気、吐物の状況（呼気：臭い、吐物：臭い、色）
- ・異臭

(5) 熱傷

- ・広範囲熱傷
- ・化学熱傷
- ・電撃傷
- ・気道熱傷
- ・他の外傷を合併する熱傷

※熱傷面積は、9の法則または手掌法を用いる。

※熱傷重症度は、A r t zの基準（下表参照）を用いる。

熱傷重症度：A r t zの基準

- | |
|---|
| <p>I 重症熱傷（総合病院に転送し入院加療を必要とするもの）</p> <ul style="list-style-type: none">①Ⅱ度熱傷で30%以上のもの②Ⅲ度熱傷で10%以上のもの③顔面広範囲熱傷、手背のⅢ度熱傷、足背のⅢ度熱傷④気道の熱傷が疑われるもの⑤軟部組織の損傷や骨折を伴うもの <p>これらは輸液の絶対的適応であり、しかも特殊な治療を必要とするために、やはり総合病院の十分な設備のもとで加療すべきである。</p> <p>II 中等度熱傷（一般病院に転送し入院加療を必要とするもの）</p> <ul style="list-style-type: none">①Ⅱ度熱傷で15～30%のもの②Ⅲ度熱傷で10%以下のもの <p>これらは輸液の比較的適応のものであり、症状に応じて輸液を施行する症例である。</p> <p>III 軽度熱傷（外来で治療できるもの）</p> <ul style="list-style-type: none">①Ⅱ度熱傷で15%以下のもの②Ⅲ度熱傷で2%以下のもの <p>これらは輸液の必要はなく通院で十分な加療ができるものである。</p> |
|---|

(Artz C. P. : The Treatment of Burns. 2nd ed, W. B. Saunders, Philadelphia. 1969. より)

2 分類基準の「専門性」に関する症状、病態等

(1) 重症度・緊急度が高い妊産婦

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">・大量の性器出血・腹膜刺激症状・呼吸困難・痙攣・出血傾向（血液が固まらない、注射部位よりの出血、紫斑等）・子癇前駆症状 ①中枢神経症状（激しい頭痛またはめまい）
②消化器症状（激しい上腹部痛、激しい嘔気または嘔吐）
③眼症状（眼がちかちかする、視力障害または視野障害） | <ul style="list-style-type: none">・腹部激痛・異常分娩・チアノーゼ |
|---|--|
- ※上記のいずれかが認められる場合、重症以上と判断できる。

(2) 重症度・緊急度が高い小児

- ・分類基準の「緊急性」の観察基準に準じた観察を実施する。
- ・乳幼児については、以下の症状、病態等についても観察する。

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">・ぐったり、または、うつろ・異常な不機嫌・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、紫斑等）・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 | <ul style="list-style-type: none">・異常な興奮 |
|--|--|
- ※上記のいずれかが認められる場合、重症以上と判断できる。

(3) 心臓・大血管損傷が疑われる外傷

- ・重篤（4および5ページ）に準じた生理学的評価を実施する。
- ・外傷（16ページ）に準じた観察を実施する。

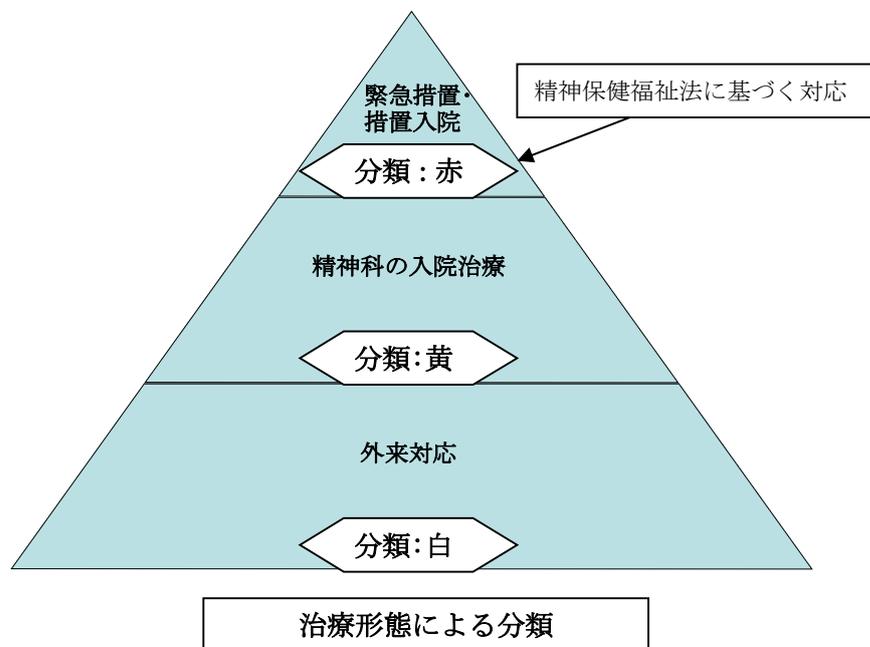
(4) 切断（不全切断を含む。）

- ・重篤（4および5ページ）に準じた生理学的評価を実施する。
- ・外傷（16ページ）に準じた観察を実施する。

3 分類基準の「特殊性」に関する症状、病態等

(1) 精神疾患

ア 精神科患者搬送における緊急度区分



イ 観察基準

(ア) 身体疾患の判断

意識、呼吸、脈拍、血圧、S P O₂、その他のバイタルサインにより判断。
ただし、呼吸異常はS P O₂で判断。(呼吸数は参考値)

(イ) 精神科の救急判断

次の3分類で区分する。

赤	精神保健福祉法に基づき対応するもの ・精神疾患による症状により自傷他害があるもの
黄	精神疾患の急性増悪症状 ・精神症状の悪化（幻覚、妄想）、強い自殺念慮
白	精神疾患の症状が軽症であるもの ・バイタルサインでは異常が無い身体主訴、不眠、不安、うつ症状 ・原因の明らかなパニック症状

V 選定基準（消防法第35条の5第2項第4号）

「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」（以下「選定基準」という。）を次のとおり定める。

搬送先の選定は、傷病者の観察の結果、当該傷病者に適した区分に属する医療機関リストの中から選定することが基本となるが、以下の選定基準から総合的に判断し選定するものとする。（順不同）

- 1 傷病者の状況に適した区分に属する搬送時間が最も短い医療機関を考慮する。
- 2 可能な限り消防機関の所在地が属する二次保健医療圏内の医療機関を考慮する。
- 3 病院群輪番制の当番日の医療機関を考慮する。
- 4 傷病者に、当該疾患のかかりつけ医療機関がある場合は、状況に応じて当該医療機関を考慮する。
- 5 軽症の傷病者については、これまでの搬送実績を踏まえて、救急告示医療機関以外も考慮する。
- 6 滋賀県広域災害・救急医療情報システムの応需情報を考慮する。
- 7 観察の結果、当該傷病者に適した区分に属する医療機関が複数ある場合は、傷病者等の意向を考慮する。
- 8 傷病者の観察結果や搬送所要時間、地理的な状況から、県外の医療機関への搬送が合理的と判断できる場合は、県外の医療機関を考慮する。

VI 伝達基準（消防法第35条の5第2項第5号）

「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て傷病者の状況を伝達するための基準」（以下「伝達基準」という。）を次のとおり定める。

- 1 分類基準で定める症状や選定の根拠となる症状等搬送先医療機関を選定する判断材料となった事項を優先して分かりやすい言葉で伝達すること。
- 2 消防機関側は、救急医療に関する知識を持ち合わせている救急救命士等が情報伝達に当たり、医療機関側は、受入れの判断を行える医師等が直接対応するよう努める。

3 伝達事項

- | | |
|-------------------------------------|------------------------|
| (1) 年齢、氏名、生年月日、性別 | (7) 応急処置の内容 |
| (2) 主訴 | (8) バイタル変化 |
| (3) 観察基準に基づく観察結果
(生理学的評価、主訴、症状等) | (9) 服薬の状況 |
| (4) 受傷機転 | (10) アレルギー |
| (5) 病着までの時間、発生場所 | (11) 最終食事摂取時刻 |
| (6) 既往歴 | (12) かかりつけ医、あれば患者のID番号 |

※上記のすべてを伝達するのではなく、傷病者の状況に応じて必要な事項を選択し、簡潔に伝達する。

- 4 傷病者の状況の伝達は、伝達基準に定められたものだけを伝達すればよいというものでなく、その時の状況に応じて必要な情報も伝達する。

VII 受入医療機関確保基準（消防法第35条の5第2項第6号）

「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」（以下「確保基準」という。）を次のとおり定める。

- 1 傷病者の受入れに関する消防機関と医療機関との間の合意を形成するための基準
分類基準、医療機関リスト、観察基準、選定基準および伝達基準に従って、傷病者の搬送および受入れの実施を試みてもなお、傷病者の受入れに時間がかかるケースが考えられるため、その場合は、次のとおり取り扱うこととする。
 - (1) 搬送先医療機関が速やかに決定しない状況を避けるために、救急隊は状況に応じて、搬送先医療機関の医師の要請により、転送に対応できるように協力するものとする。
なお、この場合の転送先は、医療機関の協力を得て、消防機関が選定するものとする。また、必要な情報は、医療機関同士で連絡するものとする。
 - (2) 傷病者の受入れに時間を要し、搬送先医療機関が速やかに決定しない場合とは、概ね「照会回数4回以上」または「現場滞在時間30分以上」を要する場合をいう。
 - (3) 上記の場合、救急隊は、原則として圏域外も含めた医療機関リストから受入れ要請を行い、搬送先が確定できないときは最寄りの救命救急センターまたは後方支援病院である滋賀医科大学医学部附属病院に搬送することとする。
- 2 その他傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項
 - (1) 病院群輪番制の活用
現在運用されている病院群輪番制により、傷病者の受入れを行う医療機関を確保する。
 - (2) 医療機関の受入可否情報の提供に関する事項
医療機関は、滋賀県広域災害・救急医療情報システムに、診療科目ごとの応需情報を入力し、消防機関は、応需情報を収集するに当たり滋賀県広域災害・救急医療情報システムを活用する。

VIII その他基準（消防法第35条の5第2項第7号）

「傷病者の搬送および受入れの実施に関し都道府県が必要と認める事項」を次のとおり定める。

消防機関が救急現場においてヘリコプターを活用する場合には、救急医療用ヘリコプター（ドクターヘリ）は、「京滋ドクターヘリ運航要領」および「大阪府ドクターヘリ運航要領」に基づき、防災ヘリコプターは、「滋賀県防災ヘリコプター運航管理要綱」、「滋賀県防災ヘリコプター緊急運航要領」および「滋賀県防災ヘリコプター救急活動基準」に基づいて行うものとする。