

1 小児救急患者の搬送と受入体制の整備について

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

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

2 小児の救命救急医療を担う救命救急センターの整備について

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

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

3 小児の救命救急医療を担う小児専門病院・中核病院等の整備について

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

4 小児集中治療室の整備について

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

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

(3) 改革の具体像

① 地域生活を支える医療機能の充実・強化

ア 精神科救急医療体制の確保

○ 地域の実情を踏まえつつどの地域でも適切な精神医療を受けられる体制の確保を図る観点から、都道府県による精神科救急医療体制の確保等について、制度上位位置付けるべきである。

○ 精神科救急医療システムの基礎的な機能について、都道府県等がモニタリングを行い、適切にシステムを運用できるよう、国が指標を設定し評価を行うとともに、都道府県等が基礎的な機能を超えた優れたシステムを構築する際にも、財政的な支援の充実を図るべきである。

○ 精神科救急情報センターが、精神科救急と一般救急との連携・調整や、精神・身体合併症患者の紹介の機能を果たすよう、機能強化及び医療関係者への周知を図るべきである。

○ 都道府県において救急患者の搬送・受入ルールを策定することとする消防法の改正（平成21年）が行われたことを踏まえ、当該ルールにおいて、精神・身体合併症患者も対象とするよう促すことについて検討すべきである。

○ さらに、一般病床における身体合併症患者の診療体制を確保する観点から、精神疾患と急性期の身体疾患を併せ持つ患者に対する精神科リエゾン診療の充実について検討すべきである。（再掲）

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

イ 精神科医療施設の精神科救急医療体制における機能

○ 再診や比較的軽症の外來患者への対応など、一次的な救急医療について、診療所を含めた地域の精神科医療施設が自ら役割を担うとともに、情報窓口の整備・周知等を図り、夜間休日を含めた精神医療へのアクセスの確保を図るべきである。

○ 常時対応型施設については、救命救急センターを参考に、施設の機能評価を行い、機能の向上を図るべきである。そのための指標の作成を進めるべきである。

○ 総合病院精神科における精神病床の確保とともに、その機能の充実を図るための方策について検討すべきである。（再掲）

第2号（医療機関リスト）

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

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

表示の仕方は任意であるが一般に理解しやすい表示方法の例を以下に示す。

		傷病者の状況	医療機関のリスト	
緊急性	重症度・緊急度【高】	重篤（バイタルサイン等による）	A救命救急センター、B救命救急センター	
		脳卒中 疑い	t-PA適応疑い	B救命救急センター、D病院
			その他	C病院、E病院
		心筋梗塞（急性冠症候群）疑い	A救命救急センター、E病院	
		胸痛	A救命救急センター、B救命救急センター、D病院	
		外傷	多発外傷	A救命救急センター、B救命救急センター
			その他	C病院
		...	...	
		専門性	妊産婦	B救命救急センター、F病院、G病院
			小児	B救命救急センター、Jセンター、K病院
...	...			
特殊性	開放骨折	A救命救急センター、B救命救急センター、F病院		
	四肢断裂	B救命救急センター		
	...	...		

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

○ 参考：東京都における脳卒中の例

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	○
せんげん堂葛飾病院	港区高輪3-10-11	○

### 第3号（観察基準）

#### 消防機関が傷病者の状況を確認するための基準

第3号の基準（観察基準）は、救急隊が症状等傷病者の心身等の状況を観察（確認）するためのものである。この基準は、受入医療機関を選定するために、傷病者の状況を正確に把握するためのものであり、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、正確に観察することを中心と定めるものである。

例えば、脳卒中疑いについては、一般に救急車を呼ぶべきと啓発されている内容から、シンシナティ病院前脳卒中スケール、さらには倉敷プレホスピタル脳卒中スケールといった観察基準がある。これらのうちどの基準を用いるかは、地域の医療資源の状況等によるものであり、第1号の分類基準による分類による。

t-PA療法を活用する場合、

- ① 脳卒中が疑わしいものを全てt-PA実施可能な医療機関に集める
- ② 脳卒中が疑われる中でも特にt-PA適応の疑いがあるものを救急隊で絞り込んでt-PA実施可能な医療機関に搬送する
- ③ 脳卒中が疑われた場合には一旦、診断可能な医療機関に搬送し、必要に応じてt-PA実施可能な医療機関に転院搬送する、

等、種々の対応方策が考えられるが、どういった対応方策で実施するか協議した上で、観察基準が決定されることとなる。

心筋梗塞（急性冠症候群）疑いについても同様であり、心筋梗塞（急性冠症候群）が疑われる症状等は、いくつかあるが、例えば堺市の場合では、循環器疾患という形でまとめ、まずは「40歳以上」を前提とし「20分以上の持続する胸痛」、「肩、下顎（歯）、上腹部、背部の激痛」、「心臓病＋胸部不快感」、「心電図モニターでのST上昇」を基準として採用し、メディカルコントロール協議会が示す別の基準を付け加えるという形で整理を行っている（参考（分類基準に関するもの）参照）。

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

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

参考（観察基準に関するもの）

脳卒中疑い

- 突然に以下いずれかの症状が発症した場合等

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

社団法人日本脳卒中協会HPより一部改変

- シンシナティ病院前脳卒中スケール

(CPSS : Cincinnati Prehospital Stroke Scale)

**シンシナティ病院前脳卒中スケール(CPSS)**



---

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

---

解釈: 3つの徴候のうち1つでもあれば、脳卒中の可能性は72%である

---

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

- 倉敷プレホスピタル脳卒中スケール

(K P S S : Kurashiki Prehospital Stroke Scale)

倉敷病院前脳卒中スケール(KPSS) Fig. 4		全障害は13点	
意識水準	完全覚醒	0点	
	刺激すると覚醒する	1点	
	完全に無反応	2点	
意識障害	患者の名前を聞く		
	正解	0点	
	不正解	1点	
運動麻痺	患者に目を閉じて、両手掌を下にして両腕を伸ばすように		
	口頭、身ぶり手ぶり、パントマイムで指示	右手	左手
	左右の両腕は並行に伸ばし、動かずに保持でき	0点	0点
	手を挙上するが、保持できず下垂する	1点	1点
	手を挙上することができない	2点	2点
	患者に目を閉じて、両下肢をベットから挙上するように		
口頭、身ぶり手ぶり、パントマイムで指示	右足	左足	
左右の両下肢は動揺せず保持できる	0点	0点	
下肢を挙上できるが、保持できず下垂する	1点	1点	
下肢を挙上することができない	2点	2点	
言語	患者に「今日はいいい天気です」を繰り返して言うように指示		
	はっきりと正確に繰り返して答える	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))

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

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
- ・ 放散痛（肩、腕、頸部、背中）
- ・ 随伴症状（チアノーゼ、冷感、嘔気・嘔吐、呼吸困難）
- ・ 既往歴（狭心症（ニトロ服用）、心筋梗塞、糖尿病、高血圧）等

○ 確認の実効性を高める工夫について

特に重要な事項等について、観察カードの策定や活動記録票等を工夫し、関係者間で共通認識を図り、実効性を高めることが有効である。

- ・ 参考：東京消防庁観察カード

外傷観察カード <東京消防庁>	
総合判断 A B	
外傷	状態 歩行可能・不能、仰・側・腹・背・その他
	顔色 正常 黄・紅潮
	脈博 正常 興奮・不安・蒼白
	嘔吐・失禁 なし 嘔気・嘔吐・吐血・痔血
	皮膚体温等 正常 乾燥・発熱・濡潤・発汗・浮腫
	瞳孔 正常
	四肢末梢
	意識 清明 1 2 3 10
	呼吸 性状 正常 速・遅・喘鳴
	呼吸音 正常 左右差（なし）
バイタルサイン	リズム
	脈拍 成人 50~100 101~118
	幼少児 80~120 121~140
	測定値
	収縮期血圧 140~90
	拡張期血圧 90~60
	SpO <sub>2</sub> 93~97% 80~92%
	大きさ 正常 縮小（高熱）・不同（左>・右>）
	反射 正常 にない
	麻痺 なし
左( ) 右( )	
1 ● 2 ● 3 ● 4 ●	
※1 赤色の項目が1つでもあれば、重症と判断する ※2 緑色の項目は総合的に重症度を判断する	

主訴	呼吸器	なし	ふるえ・発熱・発汗（発汗） しびれ・感覚の麻痺・浮腫・乾性皮膚
	循環器	なし	重篤・知覚
	消化器	なし	咽・舌・喉・鼻・口・舌・咽・喉・嚥・嘔・吐
	泌尿器	なし	尿量・尿色・尿回数 尿閉・頻尿・尿失禁 尿量・尿色・尿回数 尿閉・頻尿・尿失禁
	神経系	なし	意識・覚醒・昏倒・昏睡・痙攣・けいこ
	皮膚	なし	出血・創傷・腫脹・発赤・発熱・浮腫
	その他	なし	その他
	既往歴	なし	既往歴
	家族歴	なし	家族歴
	その他	なし	その他

第4号（選定基準）

消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関を選定するための基準

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

搬送先の選定には、傷病者の観察の結果、医療機関リストのうち当該傷病者に適した区分に属する医療機関の中から最も搬送時間が短いものを選定することが基本であるが、当該医療機関の受入可否状況や搬送すべき傷病者のかかりつけ医療機関の有無等を考慮し、総合的に判断することが必要であり、あらかじめルール化できるものを基準として定めておくことが考えられる。

第5号（伝達基準）

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

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

分類に当てはまる症状、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について優先して伝達する。

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

第6号（受入医療機関確保基準）

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

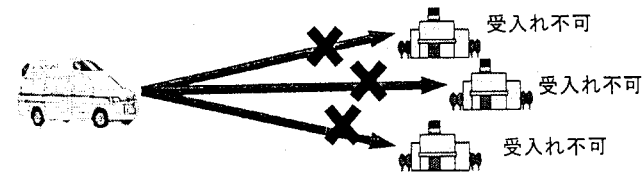
第6号の基準（受入医療機関確保基準）は、傷病者の受入れに関する消防機関と医療機関との間の合意を形成するための基準及びその他傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項についての基準を策定するものである。

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

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

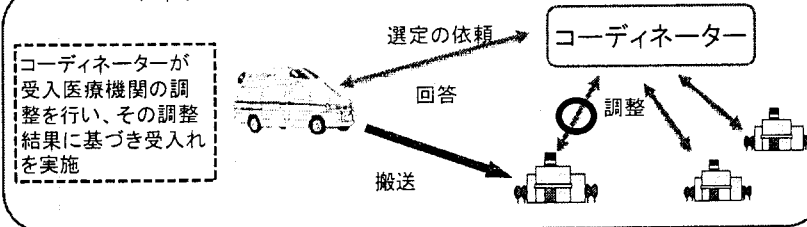
- ① 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合の設定
  - ・ 当該ルールを適用すべき場合について、照会回数\_\_回以上、現場滞在時間（or 医療機関の選定に要している時間）\_\_分以上等を設定
- ② 受入医療機関を確保する方法の設定例
  - ・ コーディネーターによる調整
  - ・ 基幹病院による一時受入れ
  - ・ 機能別に最終的な受入医療機関をあらかじめ設定

受入医療機関が速やかに決定しない場合

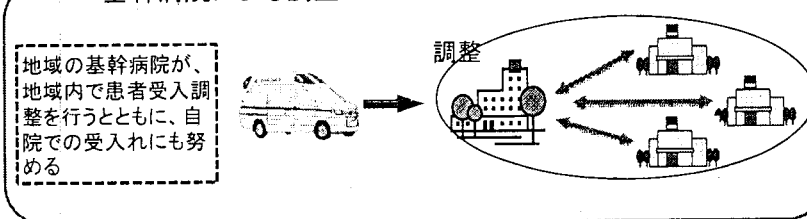


(例)

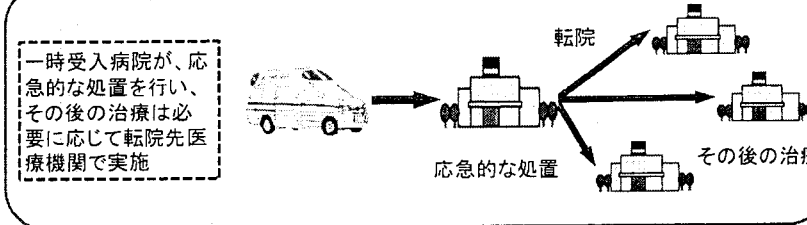
コーディネーターによる調整



基幹病院による調整



一時受入れ・転院



(2) その他傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項

① 受入医療機関に関する輪番制等の運用に関する基準

受入医療機関に関して、輪番制を組むことで、対応する方法がある。医療機関として、体制を継続的に強化することは困難でも、週に数回であれば可能等、それぞれの医療機関の対応能力を考慮し、地域全体として医療機能の確保を行う。救急全般に対応する輪番や、t-P A診療など、特定の医療機能を継続的に維持するための輪番がある。

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

(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)																															
A. t-P A診療可能な時間帯 ※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る																															
医療機関名	<table border="1"> <tr><th>1日</th><th>2日</th><th>3日</th><th>4日</th><th>5日</th><th>6日</th><th>7日</th><th>8日</th><th>9日</th><th>10日</th><th>11日</th><th>12日</th><th>13日</th><th>14日</th><th>15日</th></tr> <tr><td>○</td><td>×</td><td>○</td><td>×</td><td>○</td><td>×</td><td>○</td><td>×</td><td>○</td><td>×</td><td>○</td><td>×</td><td>○</td><td>×</td><td>○</td></tr> </table>	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	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○
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																	
○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○																	
A領域	○ × ○ × ○ × ○ × ○ × ○ × ○ × ○ × ○ × ○ × ○ × ○ ×																														
B領域																															
C領域																															
D領域	以下、同様に、日勤帯・夜勤帯において、患者の受入が可能か○×で表記																														
E領域																															
F領域																															
G領域																															
H領域																															
I領域																															
J領域																															
B. t-P A以外の診療可能な時間帯 ※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る																															
医療機関名	<table border="1"> <tr><th>1日</th><th>2日</th><th>3日</th><th>4日</th><th>5日</th><th>6日</th><th>7日</th><th>8日</th><th>9日</th><th>10日</th><th>11日</th><th>12日</th><th>13日</th><th>14日</th><th>15日</th></tr> <tr><td>×</td><td>○</td><td>×</td><td>○</td><td>×</td><td>○</td><td>×</td><td>○</td><td>×</td><td>○</td><td>×</td><td>○</td><td>×</td><td>○</td><td>×</td></tr> </table>	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	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×
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																	
×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×																	
A領域	× ○ × ○ × ○ × ○ × ○ × ○ × ○ × ○ × ○ × ○ × ○ ×																														
B領域																															
C領域																															
D領域	以下、同様に、日勤帯・夜勤帯において、患者の受入が可能か○×で表記																														
E領域																															
F領域																															
G領域																															
H領域																															
I領域																															
J領域																															

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

② 医療機関の受入可否情報の提供に関する事項

救急医療情報システムにおける更新頻度に関する運用を実施基準として、1日定時2回、当直体制の変更時、手術室がふさがる等の受入れに重大な影響を及ぼす事態が生じた際の当該情報等、決めておくことができる。

また、傷病者の搬送及び受入れの実施基準を機能させるべく、表示項目を傷病者の状況に応じたものにするのが考えられる。

第7号（その他基準）

傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関し都道府県が必要と認める事項

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

以下に例を示す。

○ 搬送手段の選択に関する基準

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

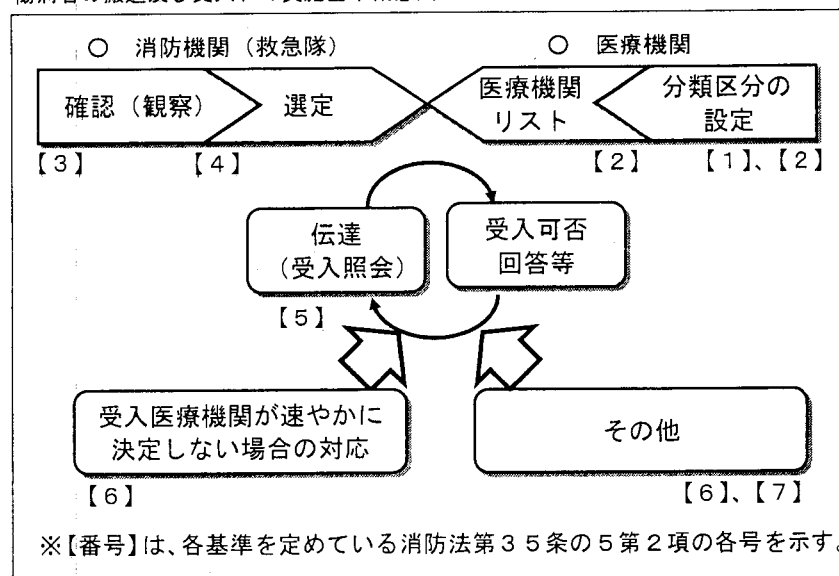
○ 災害時における搬送及び受入れの基準

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

参考（第1号～第7号の実施基準）

消防法第35条の5第2項の各号について、以下に概念図としてまとめる。

傷病者の搬送及び受入れの実施基準概念図



- 【1】 第1号（分類基準）
  - 傷病者の状況に応じた分類の策定
- 【2】 第2号（医療機関リスト）
  - 分類に応じ医療機関の名称を具体的に記載
- 【3】 第3号（観察基準）
  - 傷病者の状況の観察の基準
- 【4】 第4号（選定基準）
  - 医療機関の選定の基準
- 【5】 第5号（伝達基準）
  - 観察に基づいた傷病者の状況の伝達の基準
- 【6】 第6号（合意形成基準、確保基準）
  - 医療機関の選定が困難な場合の対応
  - その他医療機関を確保するための基準
- 【7】 第7号（その他基準）
  - その他必要な基準



### 3 協議会について

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

協議会の構成メンバーについてその一例を以下に示す。

#### ① 消防機関の職員

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

等

#### ② 医療機関の管理者又はその指定する医師（救命救急センター長等）

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

等

#### ③ 診療に関する学識経験者の団体の推薦する者

#### ④ 都道府県の職員

- ・ 消防防災部局の職員
- ・ 衛生主管部局の職員

#### ⑤ 学識経験者等（都道府県が必要と認める者）

消防機関と医療機関等との間の意見調整や傷病者の搬送及び受入れに関する合意の形成を行うことから、こうした関係機関における一定の責任を有する者が協議会の構成員となることが望ましいと考えられる。しかし、同時に、実施基準を現場の実情に即したものとするため、現場の意見を反映させることも不可欠である。そのための対応として、協議会の構成に現場の消防職員や救急医療に携わる医師を加えることや、協議会にこれらの者からの意見陳述の場を設けること等も考えられる。

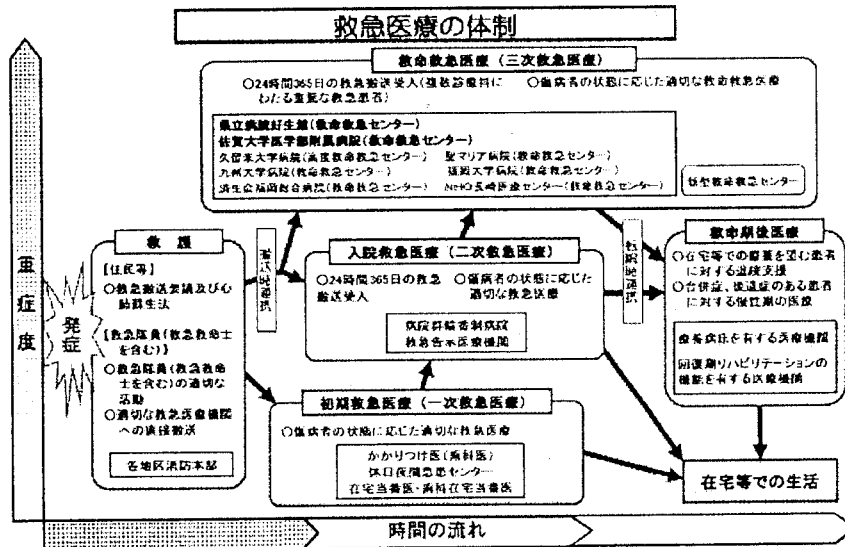
### 4 傷病者の搬送及び受入れに関する調査・分析について

- 協議会の機能である「実施基準に基づく傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に係る連絡調整」（消防法第35条の8）として、傷病者の搬送及び受入れの状況についての調査・分析が含まれている。
- 消防機関が有する搬送に関する情報と、医療機関が有する救急搬送後の傷病者の転帰情報等をあわせて、その地域での救急の状況を分析することが、傷病者の状況に応じた適切な医療を提供するための実施基準の策定とその見直しを行うために重要である。
- まず、地域において、どういった傷病者が救急搬送されているのか、対応するために、どの程度の医療提供体制が必要なのか、需要状況を把握する必要がある。その上で、現時点で地域における医療の供給体制を踏まえ、手術等が出来る体制をどの程度確保しておくべきか等、データを元に実施基準を検討していく必要がある。
- また、救急隊の搬送及び処置が適切であったか、そして、医療機関の受入れは適切であったか、それぞれのデータをもって客観的に把握し、フィードバックさせることで、実際に機能する実施基準にしていく必要がある。
- さらに、救急隊の搬送と処置と、どちらを優先させることが傷病者の救命や予後の向上の観点から適切か、また、各地域における救急がどうあるべきか、検討していくことが望ましい。
- 実施基準を策定し、検証に基づいて実施基準の見直しを行い、より有効な実施基準を、状況に応じて適宜策定していく必要があるため、少なくとも、年に一回は調査・分析に基づき、実施基準全体を見直す必要があると考えられる。

## 5 都道府県間の調整について

- 傷病者の状況に応じた適切な医療機関について、都道府県で確保していくことが原則ではあるが、医療資源の状況等によっては、都道府県を超えて広域的な対応が必要となることが考えられる。
- また、医療計画においても、都道府県は、当該都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし必要があると認めるときは、関係都道府県と連絡調整を行うものとされている。
- 例えば、佐賀県は、救命救急センターへの搬送において、福岡県や長崎県等との連携し対応を行っている。

参考：佐賀県保健医療計画（平成20年4月）



○ 都道府県を越えた搬送については、隣接都道府県及び隣接都道府県の医療機関と連携し、以下の方法を調整することが考えられる。

- (1) 医療機関リストに、隣接都道府県の医療機関をリストアップする方法
- (2) 受入医療機関選定困難事案発生時等、医療機関を確保できない場合の対応として、隣接都道府県の医療機関を合意形成基準において位置づける方法

## 参考（都道府県間の調整に関するもの）

### 【消防法一部改正法案採決時に付された附帯決議】

- 衆議院総務委員会（平成21年4月17日）（抄）
  - ・ 大都市圏を中心に救急搬送が広域的に行われている現状にかんがみ、都道府県が策定する実施基準が都道府県の区域を越えた広域的な連携に十分配慮した実効的なものとなるよう、必要に応じ、情報の提供、助言、その他の援助を通じ、都道府県間の調整を図ること。
- 参議院総務委員会（平成21年4月23日）（抄）
  - ・ 大都市圏を中心に救急搬送が広域的に行われている現状にかんがみ、都道府県が策定する実施基準については、都道府県間の調整が図られ、区域を越えた広域的な連携に十分配慮した、実効的なものとなるよう、必要に応じ、情報の共有、助言、その他の援助を行うこと。

### 【医療計画】

#### 「医療法」（昭和23年第205号）（抄）

- 第30条の4第9項  
都道府県は、医療計画を作成するに当たつて、当該都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし必要があると認めるときは、関係都道府県と連絡調整を行うものとする。

#### 「医療提供体制の確保に関する基本方針」（厚生労働省告示）（抄）

- 救急医療において、高度救命救急センターを医療計画に明示する場合
  - ・ 広域的に対応する隣接都道府県のセンターを医療計画に記載することも可能
- 周産期医療
  - ・ 周産期医療体制の整備を進める中で、隣接都道府県との連携体制を必要に応じて確保することや救急医療との連携体制を確保することが重要
- 救急医療や災害時における医療
  - ・ 患者の緊急度、重症度等に応じた適切な対応が求められるため、救急用自動車はも

とより、ドクターカー、ヘリコプター（ドクターヘリ、消防防災ヘリ等）等の搬送手段を活用することにより救急医療の確保を図ることが重要

### 【ドクターヘリ】

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

- 第5条（略）
  - 2 都道府県は、前項の場合において、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療が、隣接し又は近接する都道府県にまたがって確保される必要があると認めるときは、あらかじめ、当該都道府県と連絡調整を行うものとする。