

第3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 9月11日（金）
15時00分から17時00分
場所：三田共用会議所
3階大会議室D・E

1 開 会

2 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

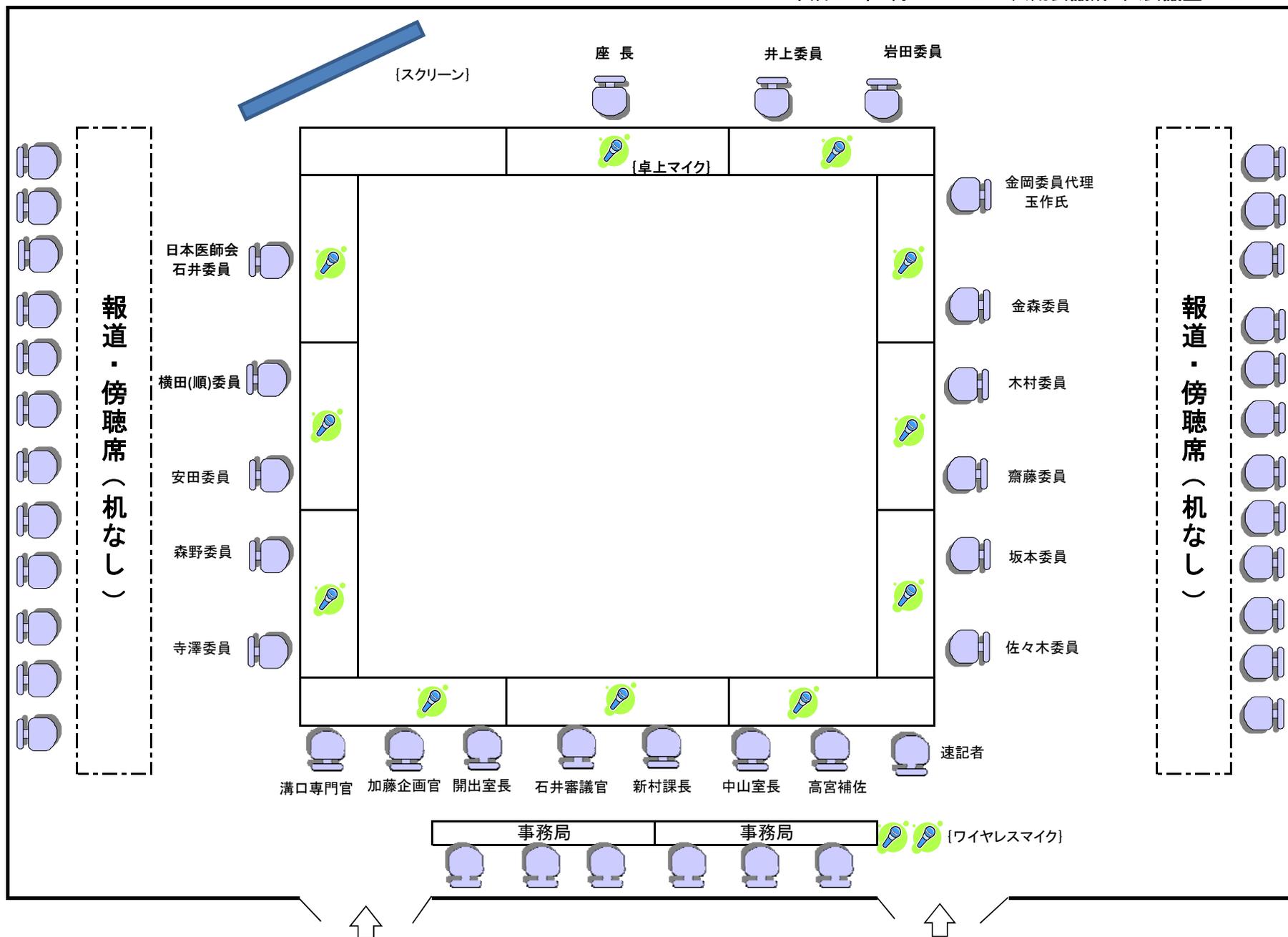
3 閉 会

【配布資料】

- 資 料 1 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
- 資 料 2 傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会作業部会報告書（案）
- 添付資料 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議事録

第3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 席次表

平成21年9月11日 三田共用会議所 大会議室D・E



傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会

作業部会構成員

(五十音順)

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

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9月11日
総務省消防庁救急企画室
厚生労働省医政局指導課

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」での主な意見(1)

○ 基準について

- 今まで診療科目別に分類されていた医療資源を、症状の緊急度・重症度で再分類していく、という考え方になる。こうした搬送先医療機関の区分は、救急においてふさわしいのではないか。
- 医療機関選定基準について、地域ごとの受け皿となる病院や医師からも積極的に意見を求めることが必要ではないか。
- 病院選定についてのガイドライン策定については、明らかに救命救急センターに搬送すべき傷病者や専門治療が必要な傷病者を見逃さないよう留意しなければならない。
- 搬送先医療機関のリスト作成について、詳細な分類を作成することは、理解しやすい部分もあるが、短時間で行う救急活動の中で活用することを考えると、複雑なものよりも、ある程度シンプルなものに集約していかなければ運用が難しいのではないか。
- 救急隊がどのように観察を行い、どのような根拠で病院を選定したのか、医療機関と相互の認識理解が必要。「共通言語」としての基準の策定が重要である。
- 救急隊が基準に基づき重症度・緊急度が高いものを搬送した後に、医療機関内でもトリアージを実施することで、医療が緊急的に必要な者に対する迅速な対応につながっていくのではないか。
- ガイドラインは、救急隊への教育・患者やその関係者に対する説明などに利用できるメリットがあるが、県外搬送や複数の既往がある高齢者の搬送など、整理が難しいものについては、かえって現在の搬送体制を混乱させるのではないかという危惧もある。

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」での主な意見(2)

○ メディカルコントロールとの関係等について

- ・ 地域におけるメディカルコントロールは、病院前救護の観点から日ごろの検証などを通じて育成されてきた文化であり、病院選定基準についてもメディカルコントロールに関する活動における財産を引き継ぐべきである。
- ・ 既存のメディカルコントロール協議会では、病院前を主体とする立場からの分析評価を行っているが、医療機関側の視点に立った分析についても織り込んでいくべきではないか。
- ・ メディカルコントロールを十分理解している医療機関と、理解しているとはいえない医療機関も存在することから、地域において十分な議論が必要である。

○ 都道府県間の調整について

- ・ 医療資源の乏しい地域においては、県域外への搬送に依存しながら協力して救急業務を行っている。改正消防法のために都道府県完結ということになり、協力体制が崩壊しては意味がない。地方の裁量で県域外搬送についてのルール策定ができるように配慮が必要。

○ その他

- ・ 基準を作るにあたっては、現在行っている患者や家族の希望をとるといったこともくみ取れるものが必要ではないか。
- ・ いわゆる「救急カレンダー」を公表することによって、他の実施基準の整備が十分ではない地域からの救急搬送が予測され、体制が整備されている地域にとってマイナスとなる可能性がある。
- ・ 実施基準の運用にあたっては、地域の住民の協力が必要不可欠であり、住民に強く理解を求めることも重要である。
- ・ 搬送困難事例が発生した場合に、なぜ発生したのかを検証できる体制の構築が必要である。

傷病者の搬送及び受入れの
実施基準等に関する検討会
作業部会報告書（案）

平成 2 1 年 9 月 〇 日

目 次

はじめに

1 消防法について

(1) 協議会について

(2) 傷病者の搬送及び受入れの実施基準について

2 傷病者の搬送及び受入れの実施基準の策定について

第1号（分類基準）

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

第2号（医療機関リスト）

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

第3号（確認基準）

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

第4号（選定基準）

消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関を選定するための基準

第5号（伝達基準）

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

第6号（合意形成基準、確保基準）

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

第7号（その他基準）

傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関し都道府県が必要と認める事項

（号数は消防法第35条の5第2項各号を指す。）

3 傷病者の搬送及び受入れに関する調査・分析について

4 都道府県間の調整について

1 消防法について

傷病者の心身等の状況（以下「傷病者の状況」という。）に応じた適切な医療が提供される医療機関への搬送及び当該医療機関における受入れの円滑化を図るため、総務省消防庁と厚生労働省が共同で国会に法案を提出し、「消防法の一部を改正する法律（平成21年法律第34号）」が平成21年5月1日に公布され、同年10月30日に施行されることとなった。

これにより、都道府県は、既存の医療資源を活用しつつ、地域として、より適切な救急搬送及び受入れを実施するため、消防機関と医療機関等が参画する協議会を設置するとともに、救急搬送及び受入れの実施に関するルールの策定を行うこととなった。

（1）協議会について

都道府県が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協議会を設置する。

協議会の構成メンバー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

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
 - ・ 衛生主管部局
- 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、構成員としては一定の責任を有する者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状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。

なお、協議会は、実施基準策定のために必要となる資料の提供や、意見表明等の協力を、関係行政機関に対し要請することができ、また、実施基準や傷病者の搬送及び受入れの実施に関して必要な事項を、都道府県に対して提言することができる。

（２）傷病者の搬送及び受入れの実施基準について

都道府県が、傷病者の状況に応じた搬送及び医療機関による受入れの実施に関する基準を策定し公表することとなった。

消防法では、実施基準については医学的見地に基づき、かつ、都道府県の医療計画と調和が保たれることを求めている。これは、各都道府県の医療計画に定められている救急医療に関する医療連携体制（医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制）との調和が保たれていることをいうものである。医療計画においては、初期救急医療（軽度の救急患者に対する外来診療）、二次救急医療（緊急手術や入院を必要とする救急患者に対する救急医療）、三次救急医療（脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷などの生命に関わる重篤な救急患者に対する救命医療）を担う医療機関を定め、救急医療に関した各医療機関の機能の分担及び連携を図っている。

消防法改正(1):協議会について

協議会

都道府県に設置

○ 構成メンバー

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

○ 役割

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



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
）

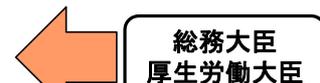
消防法改正(2):実施基準(ルール)について

実施基準(ルール)

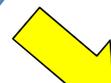
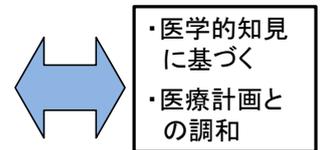
都道府県が策定・公表

- ① 傷病者の状況に応じた適切な医療の提供が行われる医療機関のリスト
- 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

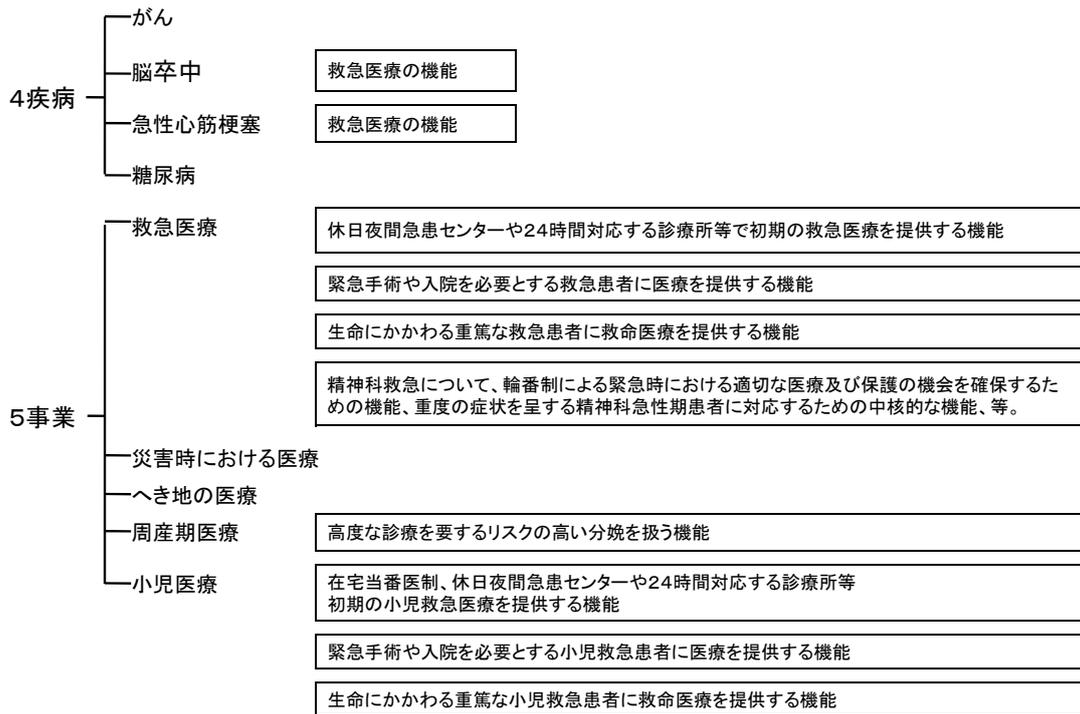
消防法（昭和23年法律第186号）（抄）

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。

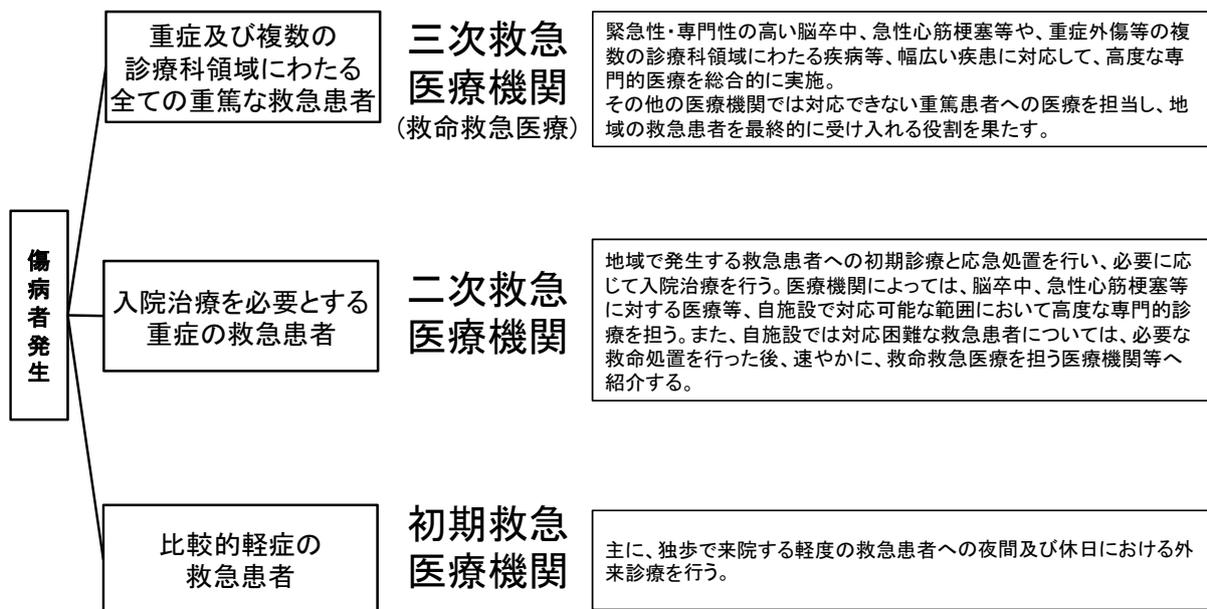
- 一 傷病者の心身等の状況（以下この項において「傷病者の状況」という。）に応じた適切な医療の提供が行われることを確保するために医療機関を分類する基準
- 二 前号に掲げる基準に基づき分類された医療機関の区分及び当該区分に該当する医療機関の名称
- 三 消防機関が傷病者の状況を確認するための基準
- 四 消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関を選定するための基準
- 五 消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関に対し傷病者の状況を伝達するための基準
- 六 前二号に掲げるもののほか、傷病者の受入れに関する消防機関と医療機関との間の合意を形成するための基準その他傷病者の受入れを行う医療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



「医療提供体制の確保に関する基本方針」(厚生労働省告示)

医療計画における救急医療提供体制



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

救急医療提供体制の整備の例

(救命救急センター運営事業、管制塔機能を担う救急医療機関に対する支援事業、救急患者受入コーディネーター確保事業)

救急患者が症状に応じて円滑に適切な医療を受け入れられるよう、救急医療体制を構築

管制塔機能を担う医療機関の機能

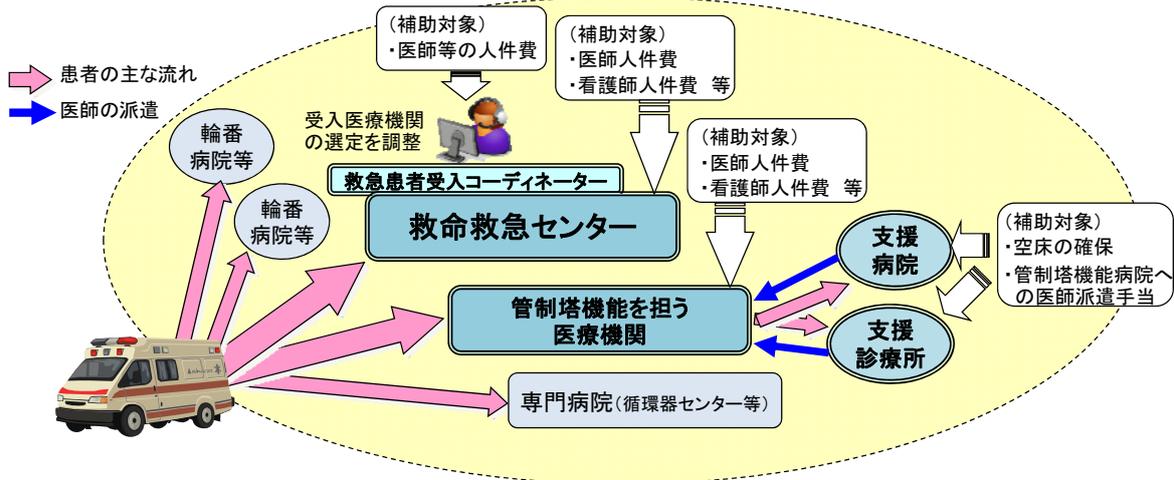
- 都道府県と協力し、地域において救急患者搬送が円滑に受け入れられる二次救急医療体制を構築するにあたり中心的役割を担う(調整機能を有する)
- 必要に応じ、患者を処置の上、支援医療機関や救命救急センター等に紹介
- 地域の医師の応援派遣を受け入れ

支援医療機関の機能

- 管制塔機能を担う医療機関からの受入要請に対応する医療機関
- 必要に応じ、空床を確保
- 必要に応じ、管制塔機能を担う医療機関に医師を派遣

救急患者受入コーディネーターの機能

- 受入先が容易に見つからない場合等に、救急患者の症状に応じ、医学的な判断も踏まえ、受入医療機関の選定を調整



2 傷病者の搬送及び受入れの実施基準の策定について

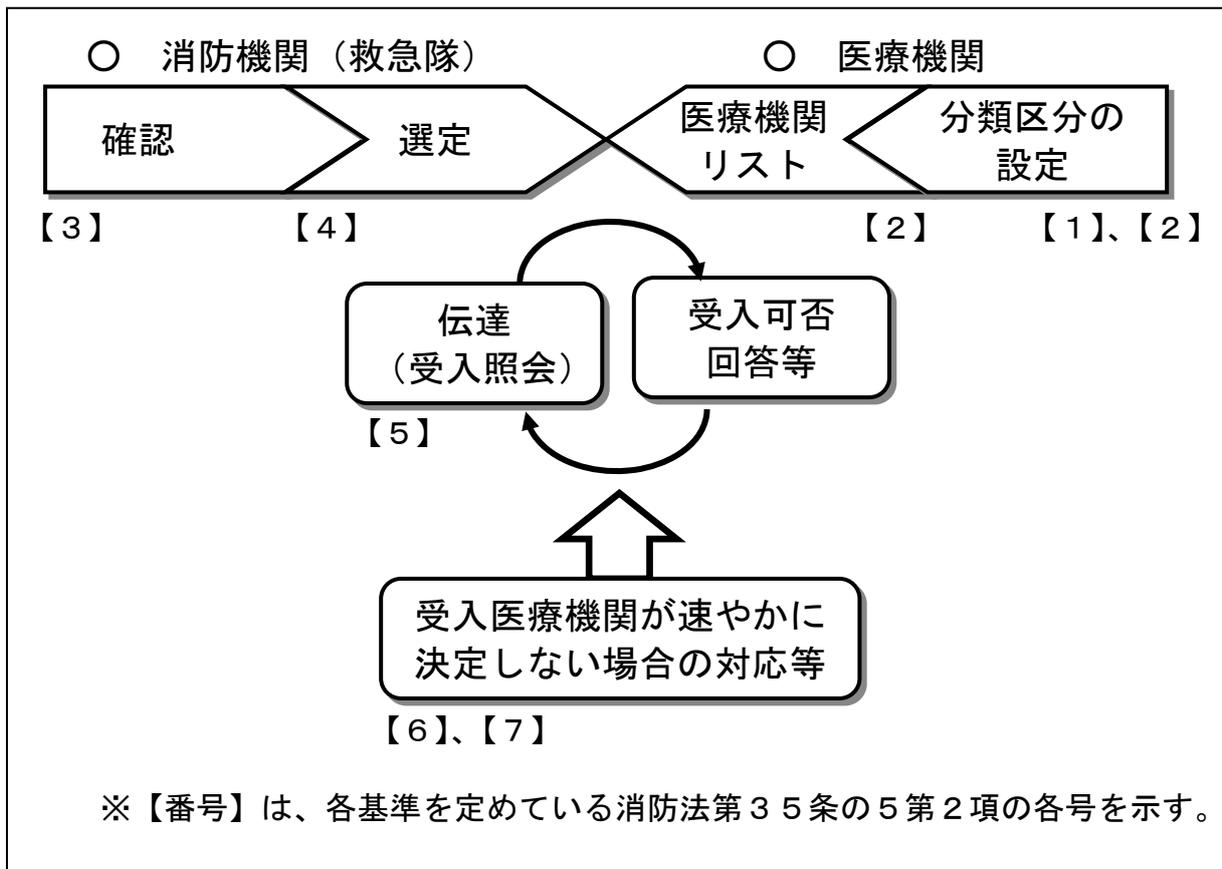
都道府県は、消防機関や医療機関等が連携する協議会における協議を経て、消防法第35条の5第2項各号に規定する傷病者の搬送及び受入れの実施基準を策定していくこととなる。

当該実施基準の策定は、現状の医療資源等を活用し、傷病者の搬送及び受入れをどのように行っていくべきか、消防機関及び医療機関等が共通の認識の下で、当該都道府県における対応方策を決定していくことを意味するものである。

傷病者の搬送及び受入れの実施基準を、実際に機能するものとするためには、救急隊が、エックス線撮影やエコー検査、血液検査等を現場で実施できるわけではないことから、どのような傷病者の状況が確認（観察）された場合に、どの医療機関で受け入れるかという、一連の対応を考える必要がある。各都道府県において、傷病者の状況を設定し、それらの状況に対応する医療機関を明らかにしていく必要がある。また、医療機関に適切に傷病者が搬送されるよう、救急隊の対応基準を決めるとともにこれらの基準だけでは対応出来ない場合の対応について、さらに基準を策定する必要がある。

傷病者の搬送及び受入れの実施基準について、以下に全体の概念図を示す。

傷病者の搬送及び受入れの実施基準概念図



以下、消防法第35条の5第2項各号について整理する。

第1号（分類基準）

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

1 総論

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

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

（1）緊急性

生命に影響を及ぼすような、緊急性が高い傷病に対応するもの。

（2）専門性

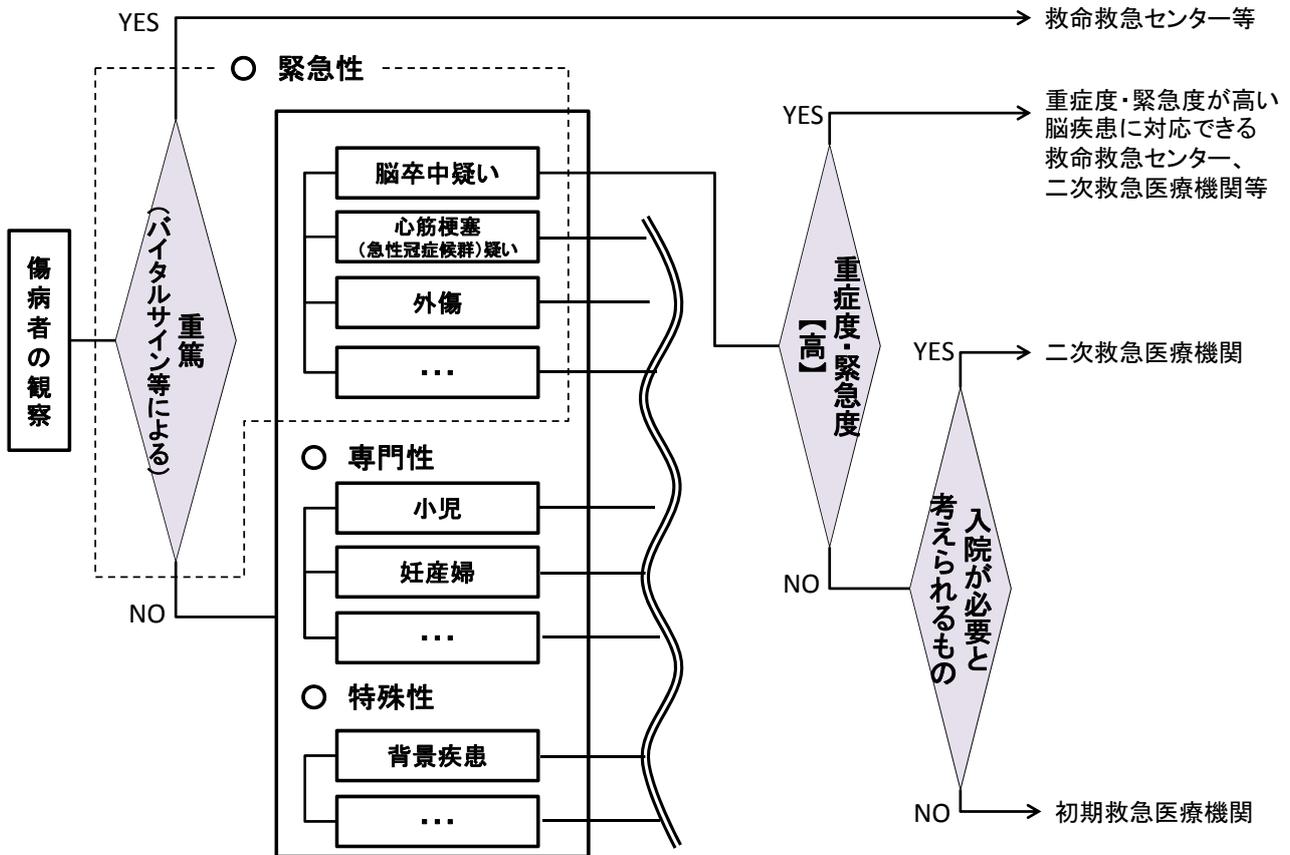
専門的な医療が必要なもの。

（3）特殊性

搬送に時間を要している傷病への対応等、特殊な対応が必要なものの。

優先度

緊急性	専門性	特殊性
緊急性が高いもの	専門性が高いもの	その他、特殊な対応が必要なもの



2 具体的内容

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

(1) 緊急性

生命に影響を及ぼすような、緊急性が高い傷病に対するもの。

(ア) 重篤

特に重症度・緊急度が高く、生命への影響が極めて大きいもの。医療資源を特に投入できる救命救急センター等の医療機関に搬送する必要があるものについて分類することが考えられる。

- ・ 重篤感あり
- ・ 心肺機能停止
- ・ 容体の急速な悪化・変動

重篤を示すバイタルサイン参考値

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

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

(イ) 症状・病態等によって重症度・緊急度「高」となるもの

重症度・緊急度が高く、救命救急センター等の医療機関とともに、状況に対応できる医療機関に搬送することが必要なもの。

① 脳卒中疑い

- ・ 脳卒中については、治療が開始されるまでの時間が、予後に大きく影響を及ぼすことから、**脳卒中疑い**を分類することが考えられる。
- ・ さらに、脳梗塞について、**t-PA適応疑い**を分類することも考えられる。

② 心筋梗塞（急性冠症候群）疑い

- ・ 心筋の虚血があった場合には、再灌流療法を始めとした治療が開始されるまでの時間が、予後に大きく影響を及ぼすことから、**心筋梗塞（急性冠症候群）疑い**を分類することが考えられる。

③ 重症度・緊急度が高い胸痛

- ・ 胸痛は、心筋梗塞（急性冠症候群）を疑う主な症状の一つであるが、必ずしも心筋梗塞（急性冠症候群）を疑う典型的な所見がない胸痛もあり、その中には大動脈解離等、緊急性の高い傷病が含まれる。そのため、**重症度・緊急度が高い胸痛**を分類することが考えられる。
- ・ なお、**心筋梗塞（急性冠症候群）疑い**は、**重症度・緊急度が高い胸痛**の中に含めると整理も考えられる。

④ 重症度・緊急度が高い外傷

- ・ 高エネルギー外傷等、受傷機転から重症化を予測し、適切な医療を提供する必要があるため、**重症度・緊急度が高い外傷**を分類することが考えられる。

⑤ 重症度・緊急度が高い熱傷

- ・ 熱傷の重症度判定基準（A r t zの分類）等による、重症度が高い傷病者については特に、適切な医療を提供する

必要があるため、**重症度・緊急度が高い熱傷**を分類することが考えられる。

⑥ **重症度・緊急度が高い中毒**

- ・ 発生状況から明らかに誤飲・誤食等が疑われる場合だけでなく、原因がよく分からない意識障害の場合等、急性中毒を疑って、適切な医療を提供する必要があるため、**重症度・緊急度が高い中毒**を分類することが考えられる。

⑦ **痙攣**

⑧ **喘息**

- ・ 意識障害や呼吸困難は、重要な症状であるが、様々な要因により起こる症状であり、特に、他の症状等とあわせて総合的に判断する必要がある症状である。そのため、意識障害や呼吸困難を分類するのではなく、**脳卒中疑い**や**心筋梗塞（急性冠症候群）疑い**等、その他の分類で対応することが考えられる。
- ・ ただし、重積発作がある等、重症度・緊急度が高い**痙攣**及び**喘息**については、傷病者の生命の危機に関連することから、別途分類することも考えられる。

⑨ **消化管出血**

- ・ 消化管出血（吐血・下血と血便）については、急変する場合も念頭に、緊急内視鏡検査が可能な医療を提供する必要があるため、**消化管出血**を分類することが考えられる。

⑩ 重症度・緊急度が高い腹痛

- ・ 重症度・緊急度が高い腹痛については、緊急手術が必要な場合もあることを念頭に医療を提供する必要があるため、重症度・緊急度が高い腹痛を分類することが考えられる。

2 専門性

専門的な医療が必要なもの。専門性が高い医療機関で対応が必要なもの。

① 重症度・緊急度が高い小児

- ・ 小児では、病状が急変する可能性が高いことを念頭に、重症度・緊急度が高い小児への対応を検討することが必要であると考えられる。

<参考>

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。

② 重症度・緊急度が高い妊産婦

- ・ 妊産婦では、妊婦とともに胎児への対応を念頭におき、重症度・緊急度が高い妊産婦への対応を検討することが必要であると考えられる。

<参考>

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

3 特殊性

搬送に時間を要している傷病への対応等、特殊な対応が必要なものの。

消防法第35条の8に定められる協議会の役割である「実施基準に係る連絡調整」の一環として、実施基準に関する調査・分析を行い、定性的に把握している実情を、定量的に把握し、その調査・分析結果に応じて分類を策定していくことが考えられる。

搬送先の選定が困難な例として

- ① 必要な医療を提供できる医療機能が限られるもの
 - ・ 開放骨折
 - ・ 吐血・下血
- ② 傷病者背景があるもの
 - ・ 透析
 - ・ 精神疾患
 - ・ 急性アルコール中毒
 - ・ 未受診の妊婦

等があると指摘されているが、これらの項目について実際に問題となっているかは、地域によって異なっており、分類として設定するかどうかは、地域の実情に応じて検討していくこととなる。

なお、精神疾患への対応は、現在厚生労働省で検討中である「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書」を参考に体制を構築していくことが考えられる。

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。

第3号（確認基準）

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

第3号の基準（確認基準）は、救急隊が傷病者の状況を確認（観察）することに関する基準である。特に緊急性、専門性、特殊性等に関する事項や、搬送先医療機関を選定する判断材料となる事項について基準を設定するものである。

なお、確認（観察）基準として設定されているものだけ行えばいいというのではなく、確認基準に基づく確認のほか、傷病者の状況に関する総合的な確認（観察）が必要である。

<参考例>

脳卒中疑い

- ・ 突然に以下いずれかの症状が発症した場合等

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

社団法人日本脳卒中協会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)

※ こうしたスケールを用いるかどうかは、1号基準でどこまでの分類を設定するかによる。

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、動かずに保持できる	0点	0点
	手を挙上するが、保持できず下垂する	1点	1点
	手を挙上することができない	2点	2点
	患者に目を閉じて、両下肢をベットから挙上するように 口頭、身ぶり手ぶり、パントマイムで指示	右足	左足
	左右の両下肢は動揺せず保持できる	0点	0点
	下肢を挙上できるが、保持できず下垂する	1点	1点
	下肢を挙上することができない	2点	2点
言語	患者に「今日はいいい天気です」を繰り返して言うように指示		
	はっきりと正確に繰り返して言える	0点	
	言語は不明瞭(呂律がまわっていない)、もしくは異常である	1点	
	無言。黙っている。言葉による理解がまったくできない	2点	
計	_____点		

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（ニトログリセリン服用）、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、その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 C				
外見	状態	歩行可能・不能(仰・側・腹・坐・その他)	虚脱	
	顔色	正常	黄・紅潮 土気色 蒼白・チアノーゼ	
	表情	正常	興奮・不安・苦悶 無表情・うつろ	
	嘔吐・失禁	なし	嘔気・嘔吐・吐血・咯血 失禁(大・小)	
	皮膚体温等	正常	乾燥・発熱・湿潤・発汗・浮腫 冷汗・冷感	
瞳孔	正常	正常	正常	
バイタルサイン	意識	清明	1 2 3 10 20 30 100 200 300	
	呼吸	性状	正常	浅・深・喘鳴・異常(呼吸)
	呼吸	数(回/分)	成人 16~19 20~29 10~15 10未満または30以上	乳幼児 24~30 31~34 15~23 15未満または35以上
	呼吸	呼吸音	正常	左右差(なし・あり) 乾性ラ音・湿性ラ音 狭音
	脈	緊張度	正常	強・弱 左右差(なし・あり) 微 弱
	脈	リズム	正常	不整() 総頸触れず
	脈	数(回/分)	成人 50~100 101~119 50未満または120以上	乳幼児 80~120 121~149 80未満または150以上
	血圧	測定値	正常	左右差(なし・あり)
	血圧	収縮期血圧	140~90 mmHg	141~199 90未満 200以上 測定不能
	SpO ₂		93~97%	90~92% 80%未満() %
瞳孔	大きさ	正常	縮小(両側)・不同(左>右>) 散大	
瞳孔	反射	正常	にぶい なし	
瞳孔	偏視	なし	右・左・上・下・右斜め・左斜め・共同偏視	
左()	右()	1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5 ● 6 ● 7 ● 8 ●		
※1 赤色の項目が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	局所状態	創傷等	骨折	随伴症	受傷機転(重症)		薬剤使用歴	最終救済時刻
					受傷機転	重症		
意識等	なし	ふるえ・弛緩・痙攣 { 局所・全身, 間代・強直 }			頭部刺創	車の横転		
麻痺	なし	しびれ・悪寒・めまい・耳鳴り・動悸・耐力感・顔面苦悶			胸部刺創・銃創	車が高度に損傷している		
部位	なし	言語・知覚 運動 { 上肢・下肢・片・左・右, 上半身・下半身・全麻痺 }			高所落下(約5m以上の場合)	車にひかれた		
痛み	なし	顔・顔・鼻・口・耳・頸・肩・胸・腕・膝・背・膝・陰			機械器具に巻き込まれた	5m以上高所にはさまれた		
出血	なし	前額 前胸部 上腹部 上肢左(肩・上腕・肘・前腕・手) 前腕 創胸部 下腹部 右(肩・上腕・肘・前腕・手) 側頭 背部 側腹部 下肢左(大腿・膝・下腿・足) 後頭 頸部 右(右腕・大腿・膝・下腿・足)			頭、顔、体幹部が挟まれた	受傷機転(転倒したバイクと運転者の接触、大・自動車が発着者、自転車に衝突等)から重症と疑える場合		
創傷等	なし	頭・顔・胸・腹・手足部への穿通性外傷、フレイルチエスト			同乗者の死亡	救出に、20分以上要した		
骨折	なし	頭・顔・胸・腹・手足部への穿通性外傷、フレイルチエスト			同乗者の死亡	救出に、20分以上要した		

活動記録票における工夫

参考：堺市域二次医療圏(拡大メディカルコントロール協議会(仮称))

疾病救急トリアージシート & 救急活動記録票												
救急隊名					覚知日時 平成 年 月 日 時 分							
医療機関到着日時 平成 年 月 日 時 分					搬送先医療機関:							
傷病者情報		氏名:			□男・□女、M, T, S, H			年 月 日生 (歳)		ID:		
初期評価												
生理学的評価	気道閉塞、無呼吸		無	有	評価せず	状況評価 心肺停止 あり(CPA) → A 直近の医療機関等 リスト① なし → B 救命救急センタ ー等 初期評価で 有にチェック 有り → B 無し → C 症候で 有に該当 有り → C 無し → D 通常の救急医療機関へ	GCS 4-5-6 = ()		8以下	□	□	□
	脈拍触知せず		□	□	□		または JCS = ()		30以上	□	□	□
	呼吸数 = ()		10未満	30以上	□		SpO2 = ()		90%未満	□	□	□
	脈拍数 = ()		50未満	120以上	□		収縮期血圧 = ()		90mmHg 未満	□	□	□
	体温 = ()		34℃未満	40℃以上	□		重症不整脈			□	□	□
	全身詳細観察、SAMPLE		無	有	評価せず		② 循環器疾患		20分以上の持続する胸痛	□	□	□
	③ 脳血管障害		□	□	□		④ 消化管		胸、下顎(歯)、上腹部、背部の激痛	□	□	□
	⑤ 急性腹痛		□	□	□		⑤ 急性腹痛		心臓病+胸部不快感	□	□	□
	⑥ 出血		□	□	□		⑥ 出血		心電図モニター(II, CB5, CM2)でSTの上昇	□	□	□
	⑦ 急な発症		□	□	□		⑦ 急な発症		MCが示す別の基準 ()	□	□	□
⑧ 筋性防御、反跳痛		□	□	□	⑧ 筋性防御、反跳痛			□	□	□		
⑨ 歩行時に響く腹痛		□	□	□	⑨ 歩行時に響く腹痛			□	□	□		
⑩ (♀) 鼠径部腫脹+腹痛+嘔吐		□	□	□	⑩ (♀) 鼠径部腫脹+腹痛+嘔吐			□	□	□		
⑪ MCが示す別の基準 ()		□	□	□	⑪ MCが示す別の基準 ()			□	□	□		
医療機関選定理由 (□A, □B, □C#, □D)					取容決定までの医療機関への依頼回数: (回)							
# : Cの活用した場合					病院: □依頼せず/□収容可/□収容不可; 不応理由→							
③④における当番病院名					病院: □依頼せず/□収容可/□収容不可; 不応理由→							

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

連絡欄	
消防機関→医療機関	MC協議会検証

外傷・熱傷トリアージシート & 救急活動記録票									
救急隊名					覚知日時 平成 年 月 日 時 分				
医療機関到着日時 平成 年 月 日 時 分					搬送先医療機関 ()				
傷病者情報 氏名: □男・□女、M, T, S, H					年 月 日生 (歳)		ID:		
生理学的評価	初期評価			無	有	評価せず	状況評価 心肺停止 初期評価で有にチェック 全身観察 車内収容 搬送病院選定 状況で有に該当 通常の救急医療機関へ	A 救命救急センター等 B 救命救急センター等へ搬送またはオンラインMC C 救命救急センター等へ搬送またはオンラインMC D	
	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	全身観察			無	有	評価せず			
	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"/>					
	胸部の動揺・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"/>					
	1.5%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"/>						
受傷機転	状況評価			無	有	評価せず			
	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:		

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:
入院	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):
退院	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	
転送先医療機関名			
回答	回答部署:		回答者:

連絡欄	
消防機関→医療機関	MC協議会検証

第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、救急隊が医療機関リストの中から搬送先医療機関を選択する基準を設定するものである。

○ 搬送先の選定にあたっては

- ・ 搬送時間
- ・ 傷病者のかかりつけ医療機関の有無
- ・ 医療機関の受入可否状況

等を考慮し、総合的に判断することが必要である。

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、選定基準によって選定を行った医療機関に対して、傷病者の状況を伝達する基準を設定するものである。

特に緊急性、専門性、特殊性等に関する事項や、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、伝達基準として設定されている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（合意形成基準、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（合意形成基準、確保基準）は、傷病者の受入れについて、消防機関と医療機関とが合意を形成するための基準及び、その他、傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項について基準を設定するものである。

（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

○ 搬送先の医療機関の選定に時間を要することで、受入れまでに時間を要し、傷病者の予後に影響する可能性も否定できないことから、一定以上の照会回数や時間がかかっている事案について、受入医療機関を確保していく必要があると考えられる。

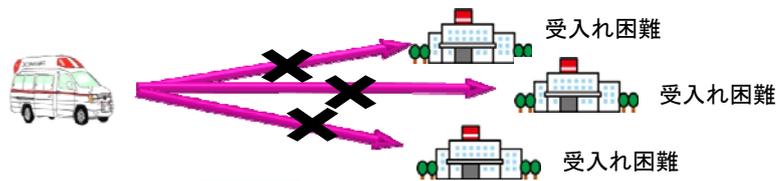
① 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合

- ・ 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（地域の実情に応じて設定）

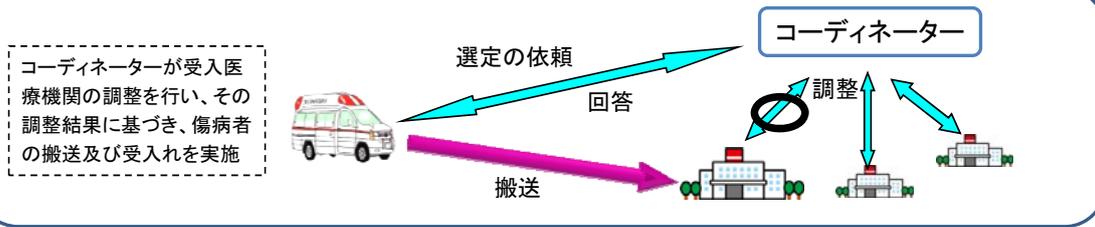
② 受入医療機関を確保する方法例

- ・ 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予め設定

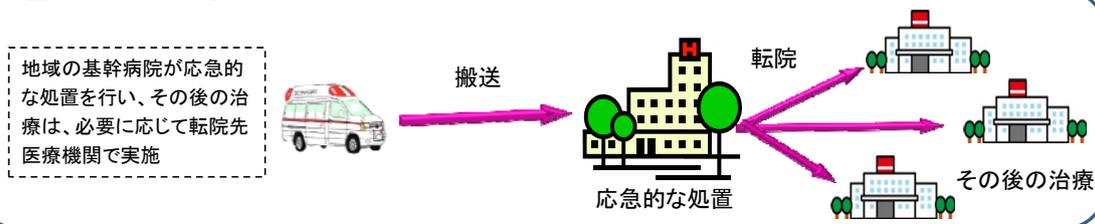
搬送先医療機関が速やかに決定しない場合



(例) コーディネーターによる調整



基幹病院による受入れ



(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

○ 輪番制等の運用に関する基準

※ 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、救急カレンダーを活用し医療機関を調整・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-PA投与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

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
	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)	(月)	(火)	(水)
日勤帯															
夜勤帯															
A病院	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○
B病院															
C病院															
D病院															
E病院															
F病院															

以下、同様に、日勤帯・夜勤帯において、患者の受入が可能か○×で表記

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
	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)	(月)	(火)	(水)
日勤帯	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×
夜勤帯	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○
A病院															
B病院															
C病院															
D病院															
E病院															
F病院															
G病院															
H病院															
I病院															
J病院															

以下、同様に、日勤帯・夜勤帯において、患者の受入が可能か○×で表記

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

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

○ 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

- ・ 表示項目を診療科から傷病者の状況に応じたものへの変更等

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、傷病者の搬送及び受入れの実施に関して、その他必要な基準を設定するものである。

- 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）
- 災害時における搬送及び受入れの基準

3 傷病者の搬送及び受入れに関する調査・分析について

- 実際に策定した、搬送及び受入れに関する実施基準について、適切に機能しているかどうか評価するために、現場滞在時間や照会回数等について、調査・分析し、実施基準を不断に見直す必要がある。

4 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。
- 都道府県を越えた搬送については、
 - (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が考えられる。
 - (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、合意形成基準において位置づける方法が考えられる。
 - (3) 例えばヘリコプターの要請基準等とあわせて、その他基準で位置づける方法も考えられる。

<参考>

【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。