平成22年度
第1回　全国メディカルコントロール協議会連絡会

平成22年6月2日

総務省消防庁

消防と医療の連携の推進について

平 成 ２ ２ 年 ６ 月 ２ 日
総務省消防庁救急企画室

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）

→ 都道府県知事

意見具申

- 実施基準
- 搬送・受入れの実施に関し必要な事項

→ 関係行政機関

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ように分類された医療機関のリスト

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。

総務大臣
厚生労働大臣

情報提供
等の援助

・医学的知見に基づく
・医療計画との調和

基準策定時に意見聴取

協議会

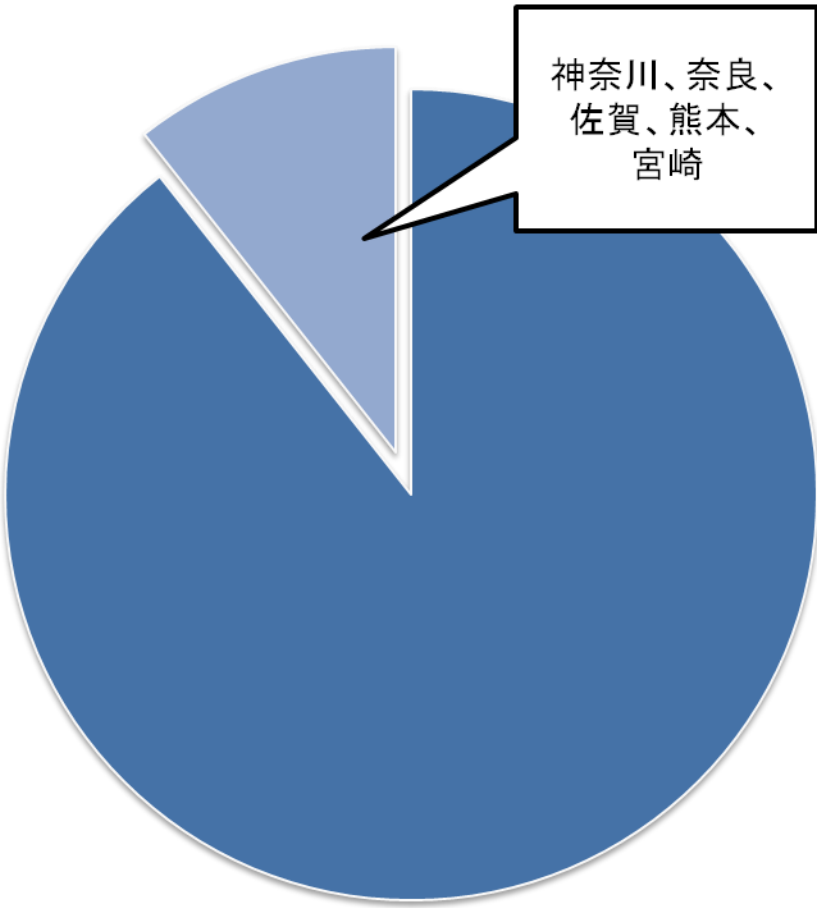
消防機関
搬送に当たり、実施基準を遵守

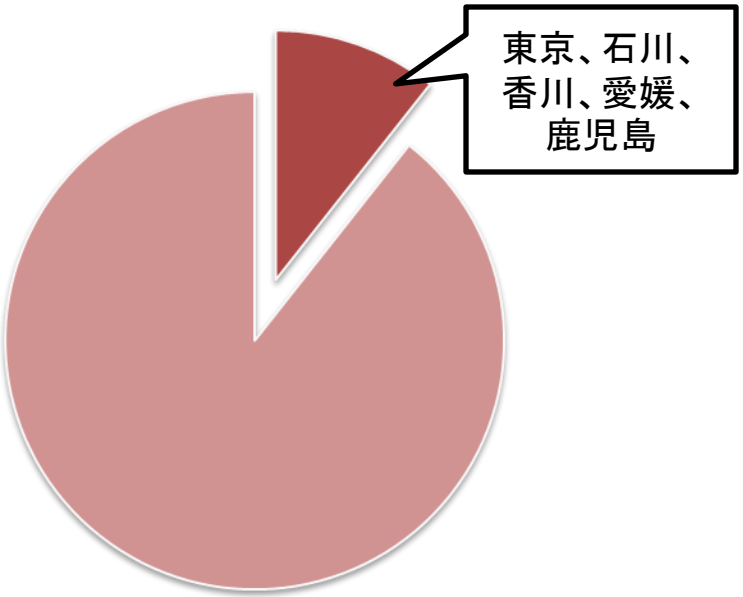
医療機関
受入れに当たり、実施基準の尊重に努める

改正消防法の施行状況について

（協議会の設置状況及び実施基準の策定状況調査）

（平成22年5月17日現在）



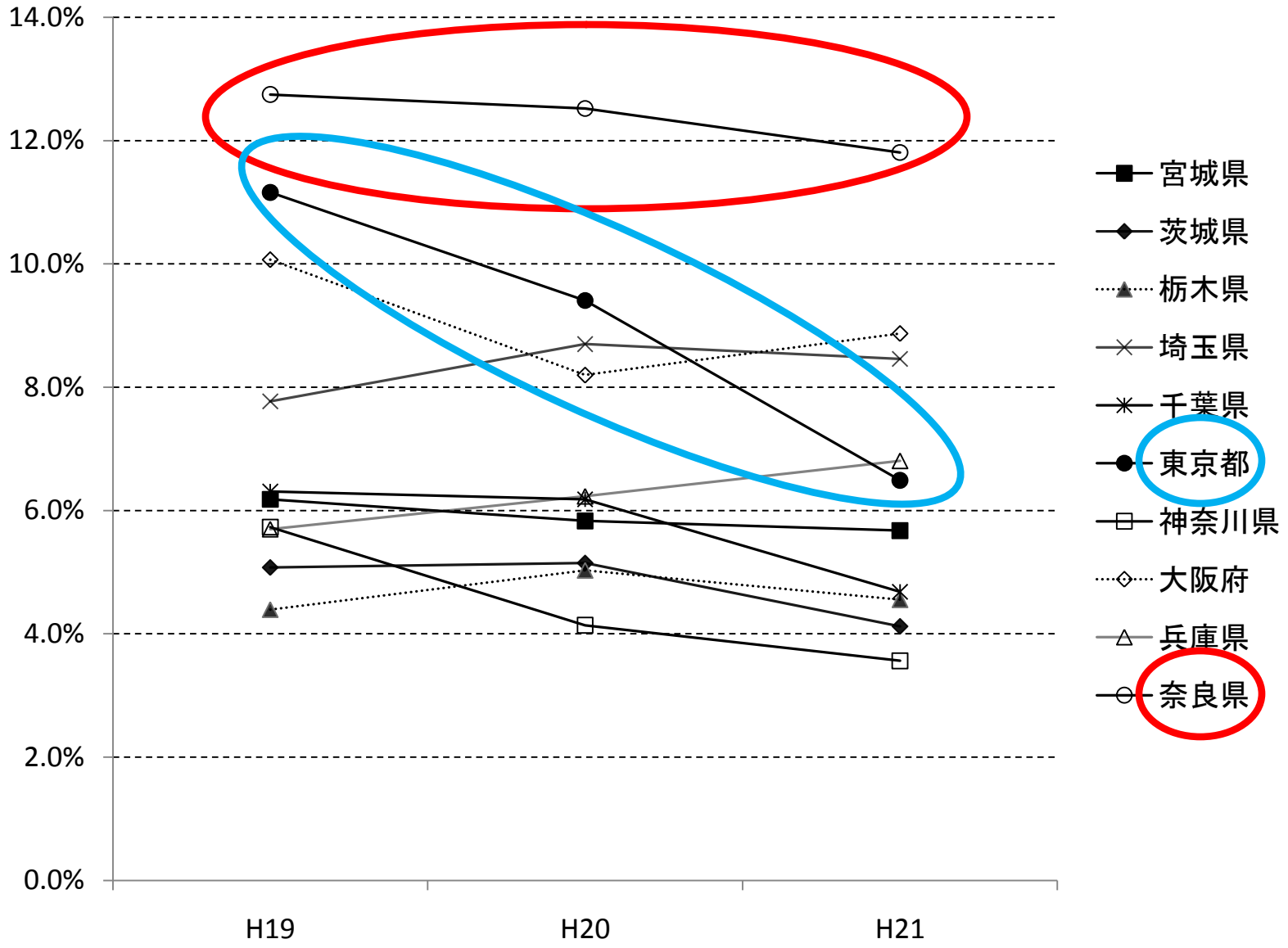


未策定団体の策定見込時期

2010年4月～10月	17
2010年11月～12月	11
未定	14
計	42

議論のための基本データ紹介

照会回数4回以上の事案の占める割合（重症以上傷病者）



「平成21年中の救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査」（平成22年3月　総務省消防庁・厚生労働省）等

調査

①全国調査

心肺機能停止傷病者を対象とした調査

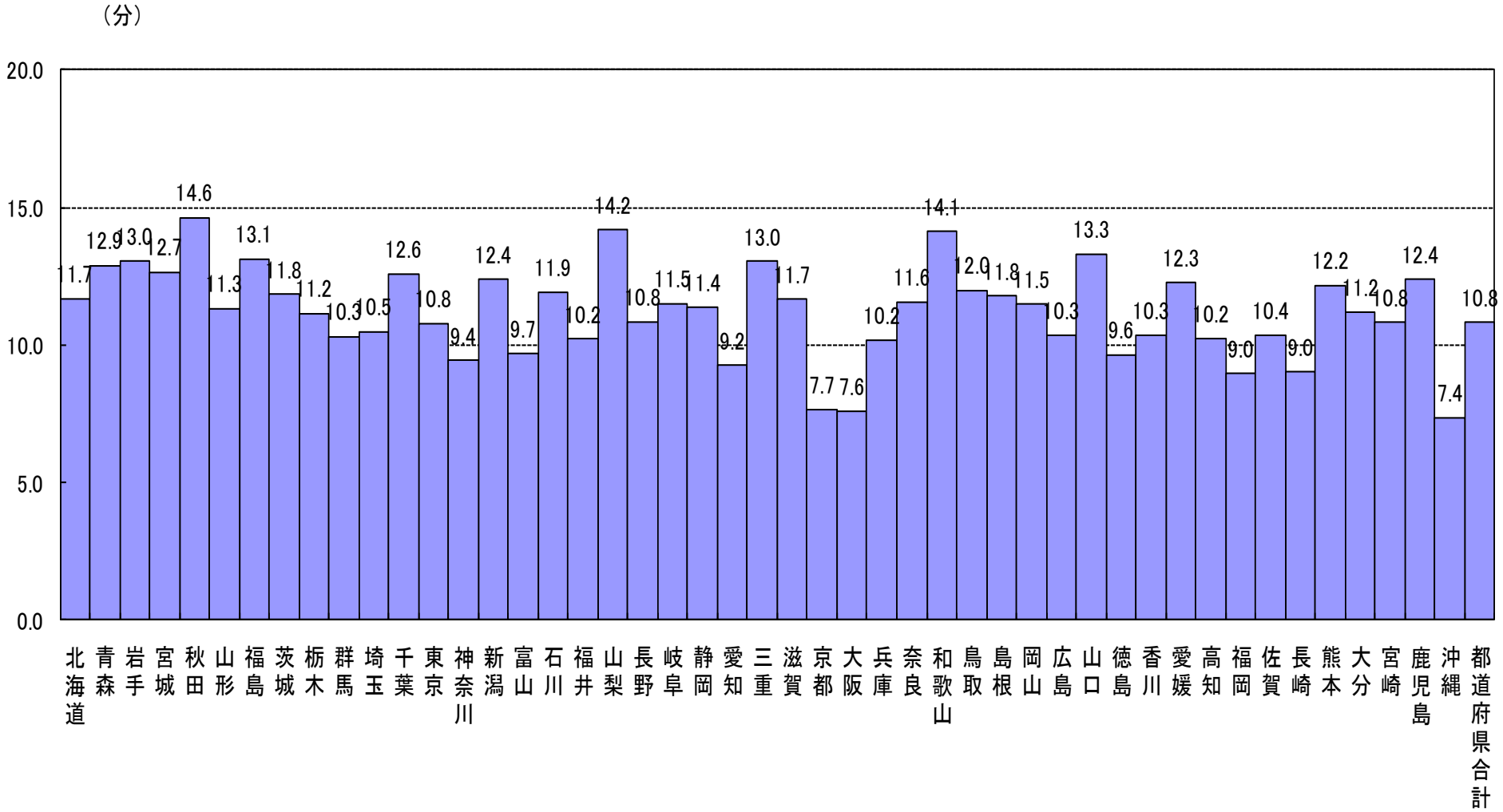
救急搬送された心肺機能停止傷病者

（既存のウツタイン様式に基づく調査に項目付加）

期間：平成２１年１２月１日～平成２１年１２月３１日

（予後等は1ヶ月後）

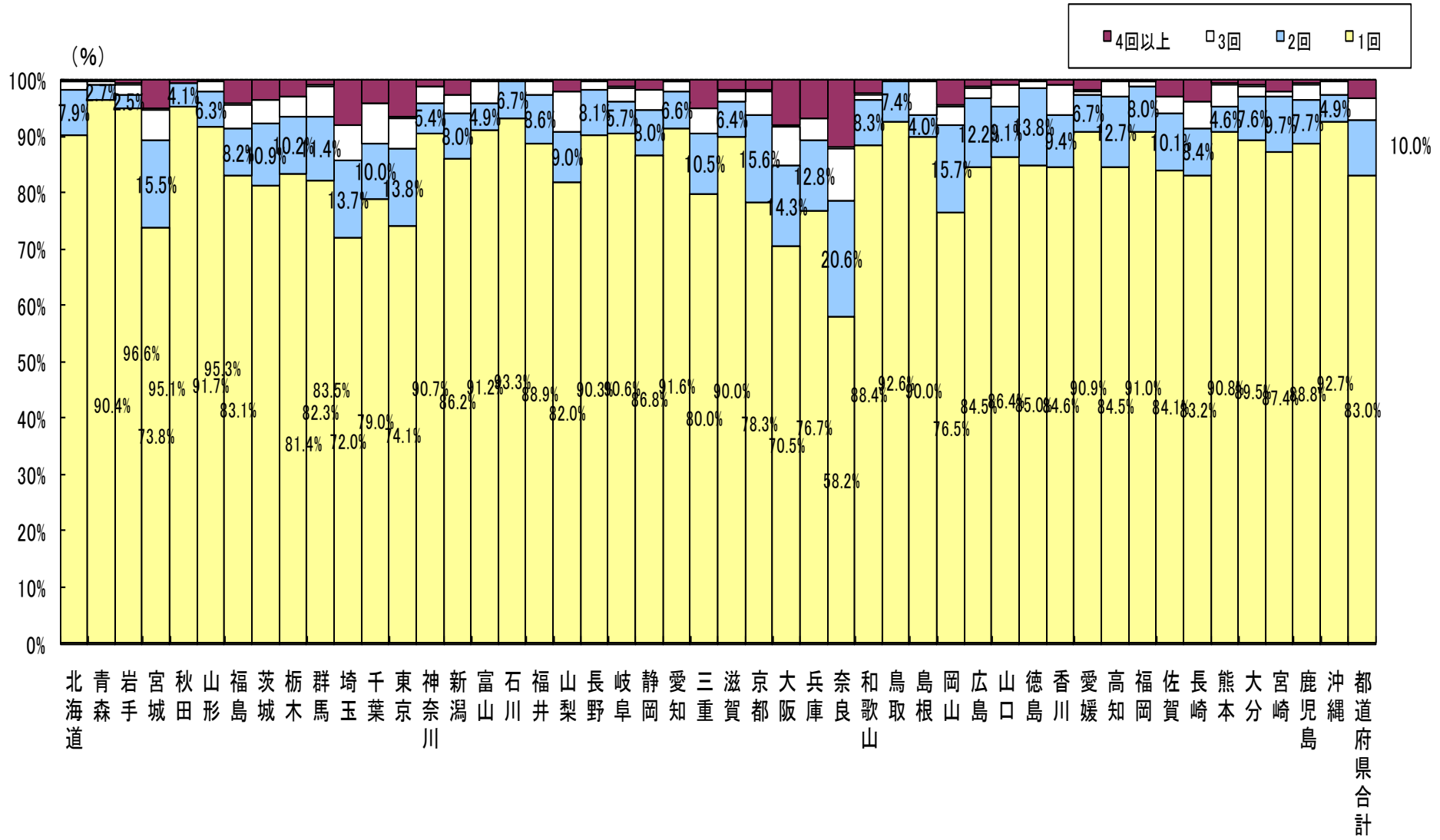
現場出発時刻から病院収容時刻までの時間



全国平均１０．８分

心肺機能停止傷病者（平成21年12月1か月間）：平成22年度救急業務高度化推進検討会より

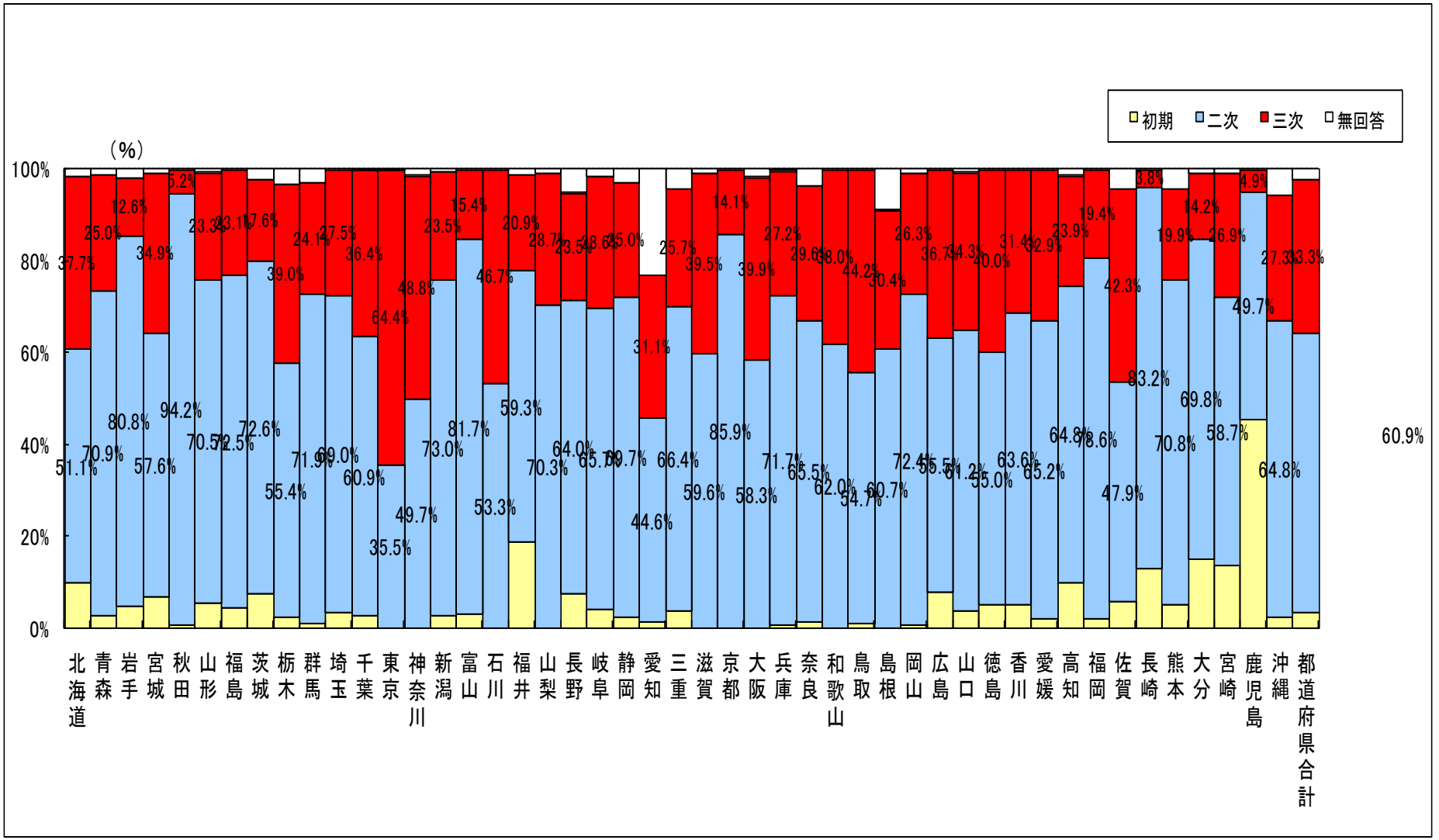
都道府県別　照会回数別の構成比（割合）



全国平均：３回以内の照会で９６．８％決定

心肺機能停止傷病者（平成21年12月1か月間）：平成22年度救急業務高度化推進検討会より

都道府県別　搬送先（初期、二次、三次救急医療機関）の構成比（割合）



心肺機能停止傷病者（平成21年12月1か月間）：平成22年度救急業務高度化推進検討会より

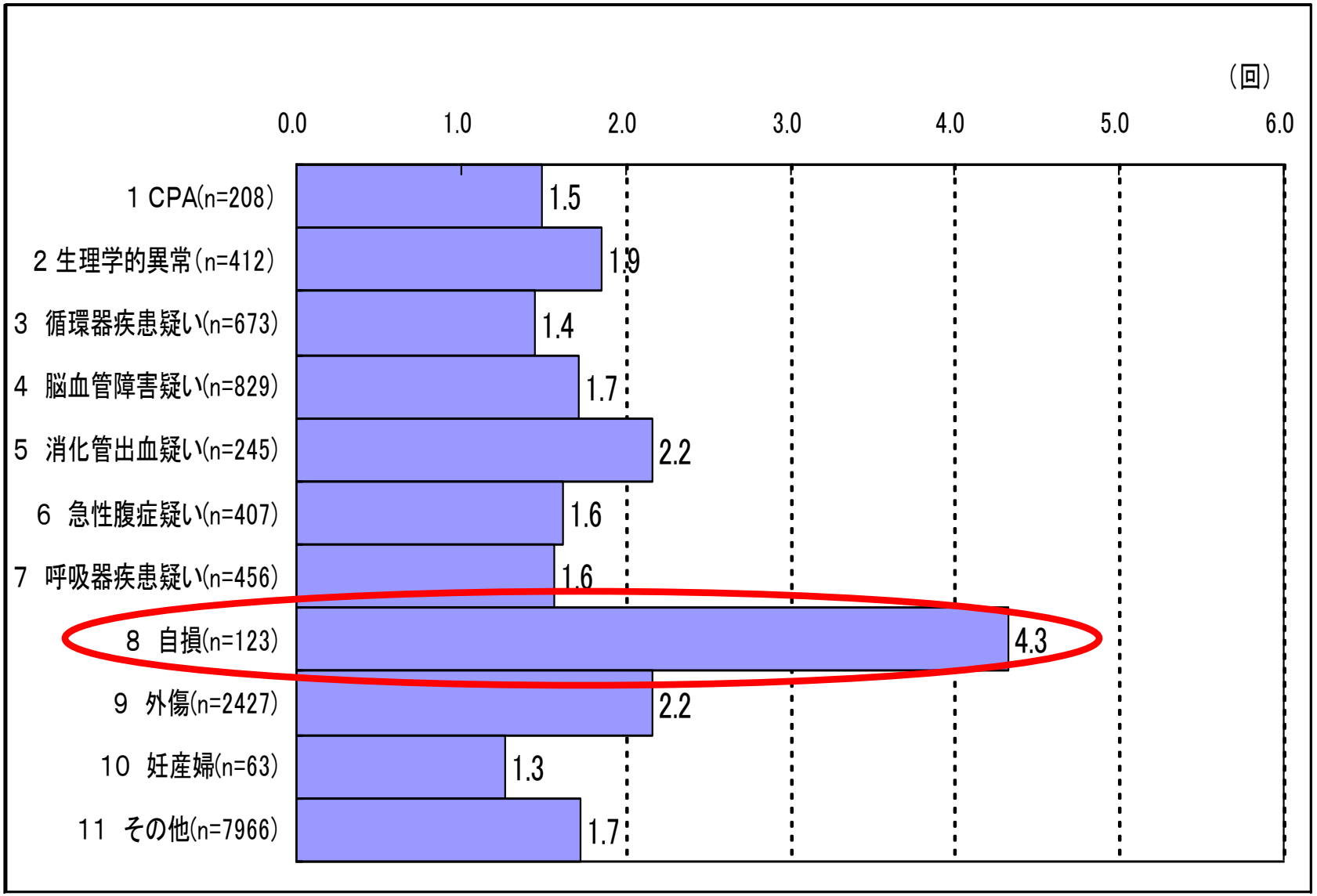
調査

②地域調査
大阪府大阪市10880件
栃木県小山・芳賀地区　1050件

調査期間内に救急搬送された全傷病者

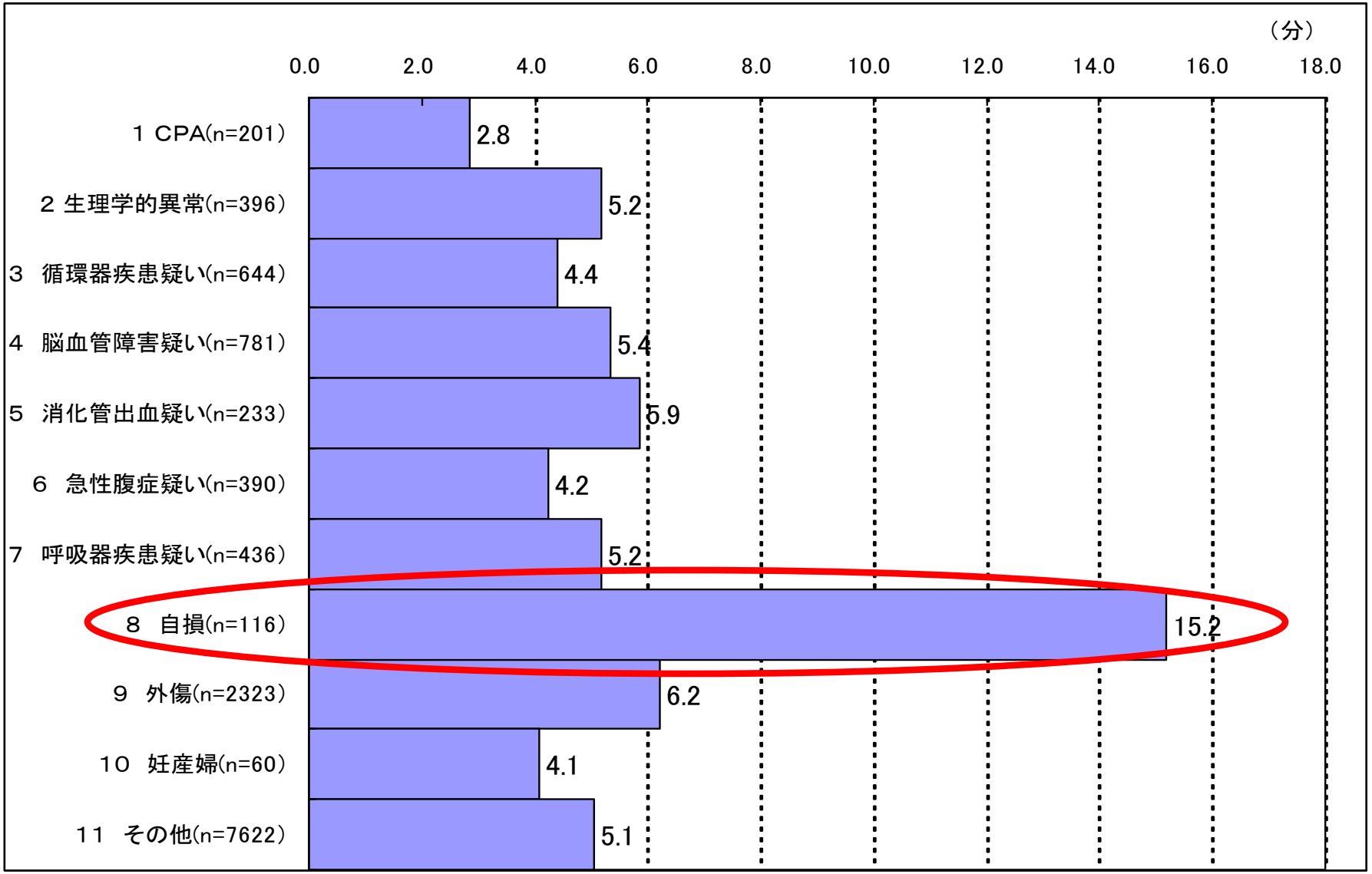
期間：平成21年12月1日～平成21年12月31日
（予後等は1週間後）

搬送先根拠別　照会回数（地域調査　大阪市）



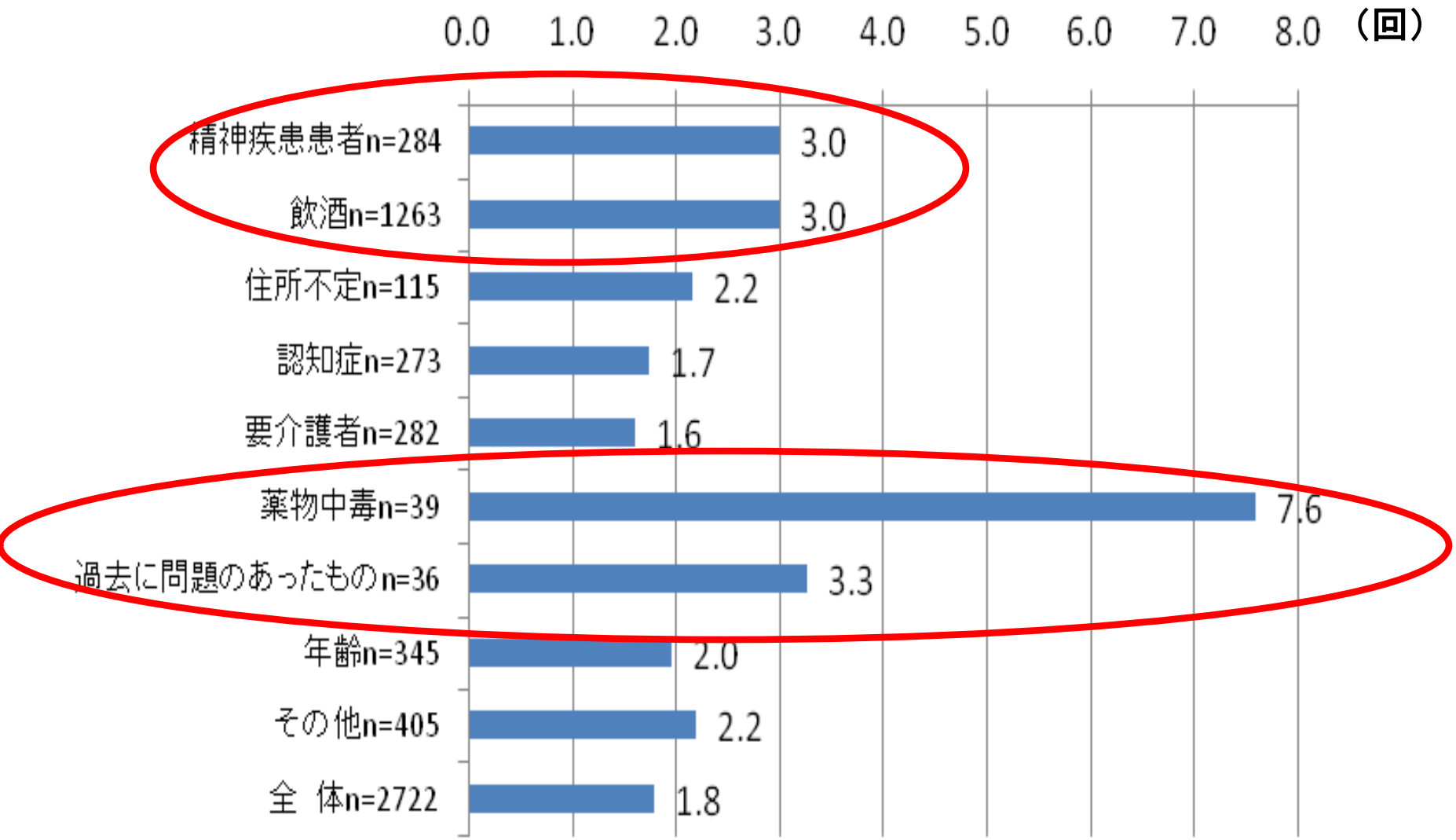
大阪市全数調査（平成21年12月1か月間）：平成22年度救急業務高度化推進検討会より

搬送先根拠別　搬送先決定までに要した時間（地域調査　大阪市）



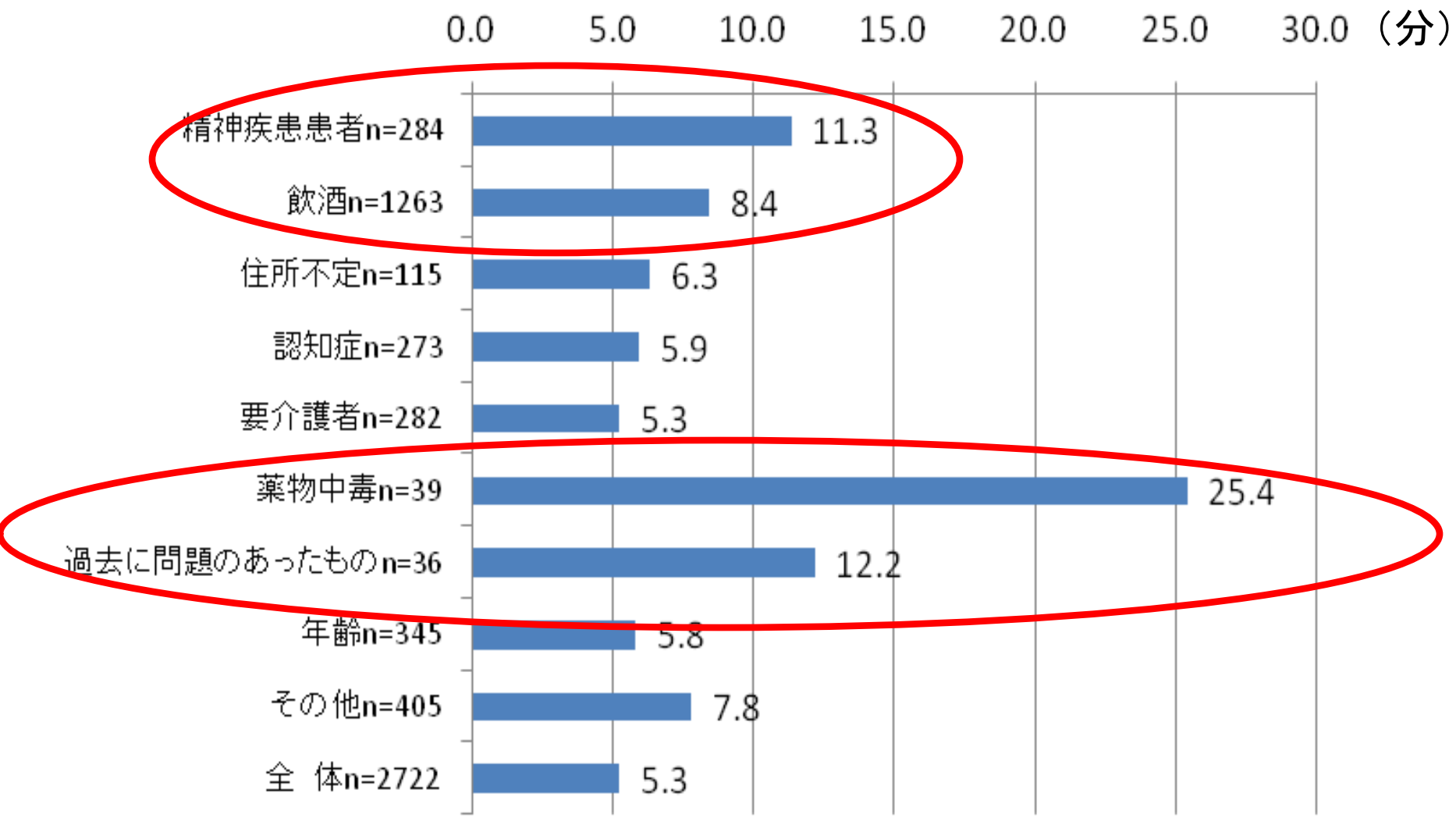
大阪市全数調査（平成21年12月1か月間）：平成22年度救急業務高度化推進検討会より

傷病者背景別　照会回数（地域調査　大阪市）



大阪市全数調査（平成21年12月1か月間）：平成22年度救急業務高度化推進検討会より

傷病者背景別　搬送先決定までに要した時間（地域調査　大阪市）



大阪市全数調査（平成21年12月1か月間）：平成22年度救急業務高度化推進検討会より

救急隊による判断と救急外来における医師の評価について

大阪市

		救急隊による判断											
		初期対応が適当		二次対応が適当		三次対応が適当		回答数		無回答		合　計	
救急外来における医師の評価	初期対応が適当	1,615	71.5%	2,625	37.3%	6	3.9%	4,246	44.9%	464	303.3%	4,710	45.4%
	二次対応が適当	637	28.2%	4,272	60.7%	30	19.6%	4,939	52.3%	443	289.5%	5,382	51.9%
	三次対応が適当	7	0.3%	139	2.0%	117	76.5%	263	2.8%	22	14.4%	285	2.7%
回答数		2,259	100.0%	7,036	100.0%	153	100.0%	9,448	100.0%	929	100.0%	10,377	100.0%
無回答		59		363		21		443		60		503	
合　計		2,318		7,399		174		9,891		989		10,880	

大阪市全数調査（平成21年12月1か月間）：平成22年度救急業務高度化推進検討会より

救急隊による判断と救急外来における医師の評価（大阪市）

循環器疾患疑い		救急隊による評価									
		初期対応が適当		二次対応が適当		三次対応が適当		無回答		合　計	
医療機関	初期対応が適当	22	66.7%	101	25.1%	0	0.0%	17	340.0%	140	29.2%
	二次対応が適当	10	30.3%	272	67.5%	0	0.0%	18	360.0%	300	62.5%
	三次対応が適当	1	3.0%	30	7.4%	5	100.0%	4	80.0%	40	8.3%
回答数		33	100.0%	403	100.0%	5	100.0%	39	100.0%	480	100.0%
無回答		1		23		3		3		30	
合　計		34		426		8		42		510	

急性腹症疑い		救急隊による評価								
		初期対応が適当		二次対応が適当		三次対応が適当		無回答		合
医療機関	初期対応が適当	37	78.7%	95	37.5%	0	0.0%	6	600.0%	138
	二次対応が適当	10	21.3%	156	61.7%	0	0.0%	8	800.0%	174
	三次対応が適当	0	0.0%	2	0.8%	1	100.0%	0	0.0%	3
回答数		47	100.0%	253	100.0%	1	100.0%	14	100.0%	315
無回答		0		7		0		1		8
合　計		47		260		1		15		323

脳血管障害疑い		救急隊による評価									
		初期対応が適当		二次対応が適当		三次対応が適当		無回答		合　計	
医療機関	初期対応が適当	15	34.9%	130	24.1%	0	0.0%	14	350.0%	159	24.9%
	二次対応が適当	28	65.1%	395	73.3%	0	0.0%	36	900.0%	459	71.8%
	三次対応が適当	0	0.0%	14	2.6%	4	100.0%	3	75.0%	21	3.3%
回答数		43	100.0%	539	100.0%	4	100.0%	53	100.0%	639	100.0%
無回答		4		37		0		3		44	
合　計		47		576		4		56		683	

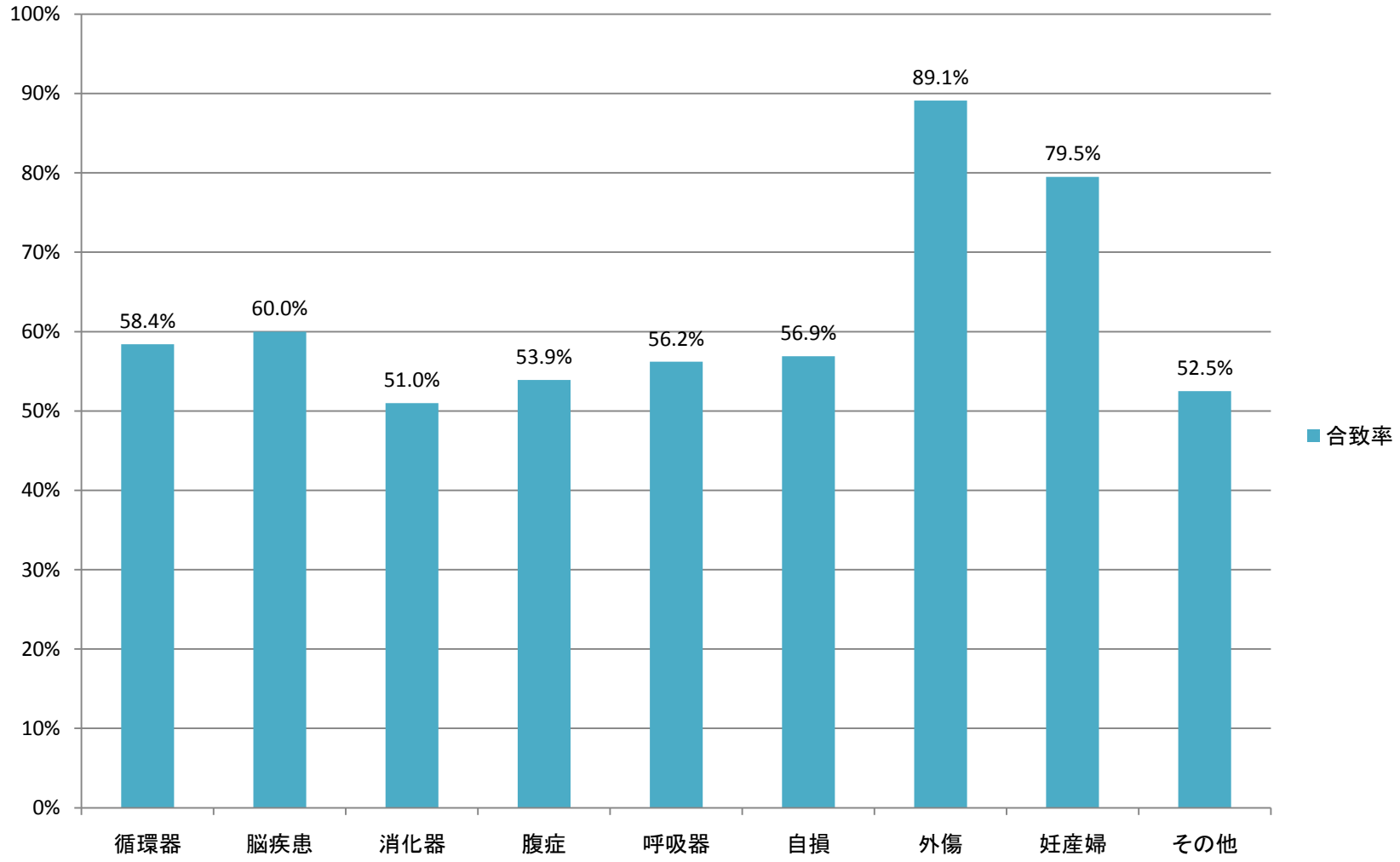
呼吸器疾患疑い		救急隊による評価								
		初期対応が適当		二次対応が適当		三次対応が適当		無回答		合
医療機関	初期対応が適当	25	64.1%	83	30.7%	0	0.0%	6	200.0%	114
	二次対応が適当	14	35.9%	183	67.8%	0	0.0%	15	500.0%	212
	三次対応が適当	0	0.0%	4	1.5%	3	100.0%	0	0.0%	7
回答数		39	100.0%	270	100.0%	3	100.0%	21	100.0%	333
無回答		3		20		2		1		26
合　計		42		290		5		22		359

消化管出血疑い		救急隊による評価									
		初期対応が適当		二次対応が適当		三次対応が適当		無回答		合　計	
医療機関	初期対応が適当	6	85.7%	16	10.3%	0	0.0%	4	133.3%	26	14.8%
	二次対応が適当	1	14.3%	132	85.2%	0	0.0%	7	233.3%	140	79.5%
	三次対応が適当	0	0.0%	7	4.5%	3	100.0%	0	0.0%	10	5.7%
回答数		7	100.0%	155	100.0%	3	100.0%	11	100.0%	176	100.0%
無回答		0		13		1		1		15	
合　計		7		168		4		12		191	

外傷		救急隊による評価								
		初期対応が適当		二次対応が適当		三次対応が適当		無回答		合
医療機関	初期対応が適当	357	74.2%	572	42.8%	1	3.2%	78	251.6%	1,008
	二次対応が適当	124	25.8%	749	56.1%	8	25.8%	84	271.0%	965
	三次対応が適当	0	0.0%	15	1.1%	22	71.0%	3	9.7%	40
回答数		481	100.0%	1,336	100.0%	31	100.0%	165	100.0%	2,013
無回答		10		61		4		7		82
合　計		491		1,397		35		172		2,095

大阪市全数調査（平成21年12月1か月間）：平成22年度救急業務高度化推進検討会より

救急隊選定根拠と初期診断の合致率



大阪市

大阪市全数調査（平成21年12月1か月間）：平成22年度救急業務高度化推進検討会より

救急隊による判断と救急外来医師による評価について（栃木県小山・芳賀地区）

		救急隊による判断											
		初期対応が適当		二次対応が適当		三次対応が適当		回答数		無回答		合　計	
救急外来における医師の評価	初期対応が適当	194	68.1%	154	28.6%	8	9.1%	356	39.1%	6	50.0%	362	39.2%
	二次対応が適当	88	30.9%	343	63.8%	40	45.5%	471	51.7%	4	33.3%	475	51.5%
	三次対応が適当	3	1.1%	41	7.6%	40	45.5%	84	9.2%	2	16.7%	86	9.3%
回答数		285	100.0%	538	100.0%	88	100.0%	911	100.0%	12	100.0%	923	100.0%
無回答		47		77		1		125		2		127	
合　計		332		615		89		1,036		14		1,050	

栃木県小山・芳賀地区全数調査（平成21年12月1か月間）：平成22年度救急業務高度化推進検討会より

救急隊による疾患等疑い種類別　救急隊判断と医療機関評価（初期対応適当、二次対応適当、三次対応適当）の関係（栃木県小山・芳賀地区）

循環器疾患疑い

医療機関	救急隊による評価	一次対応が適当		二次対応が適当		三次対応が適当		回答数		無回答	合　計
	一次対応が適当	2	50.0%	10	32.3%	0	0.0%	12	24.5%	0	12
	二次対応が適当	2	50.0%	17	54.8%	5	35.7%	24	49.0%	0	24
	三次対応が適当	0	0.0%	4	12.9%	9	64.3%	13	26.5%	0	13
	回答数	4	100.0%	31	100.0%	14	100.0%	49	100.0%	0	49
	無回答	1		5		0		6		1	7
	合　計	5		36		14		55		1	56

急性腹症疑い

医療機関	救急隊による評価	一次対応が適当		二次対応が適当		三次対応が適当		回答数		無回答	合　計
	一次対応が適当	3	75.0%	7	30.4%	0		10	37.0%	0	10
	二次対応が適当	1	25.0%	14	60.9%	0		15	55.6%	0	15
	三次対応が適当	0	0.0%	2	8.7%	0		2	7.4%	0	2
	回答数	4	100.0%	23	100.0%	0		27	100.0%	0	27
	無回答	0		1		0		1		0	1
	合　計	4		24		0		28		0	28

脳血管障害疑い

医療機関	救急隊による評価	一次対応が適当		二次対応が適当		三次対応が適当		回答数		無回答	合　計
	一次対応が適当	6	75.0%	5	9.4%	1	16.7%	12	17.9%	0	12
	二次対応が適当	2	25.0%	45	84.9%	2	33.3%	49	73.1%	0	49
	三次対応が適当	0	0.0%	3	5.7%	3	50.0%	6	9.0%	0	6
	回答数	8	100.0%	53	100.0%	6	100.0%	67	100.0%	0	67
	無回答	2		11		0		13		0	13
	合　計	10		64		6		80		0	80

呼吸器疾患疑い

医療機関	救急隊による評価	一次対応が適当		二次対応が適当		三次対応が適当		回答数		無回答	合　計
	一次対応が適当	4	57.1%	3	15.8%	0	0.0%	7	25.0%	0	0.0%	7	25.0%
	二次対応が適当	2	28.6%	14	73.7%	1	50.0%	17	60.7%	0	0.0%	17	60.7%
	三次対応が適当	1	14.3%	2	10.5%	1	50.0%	4	14.3%	0	0.0%	4	14.3%
	回答数	7	100.0%	19	100.0%	2	100.0%	28	100.0%	0		28	100.0%
	無回答	0		3		0		3		0		3	
	合　計	7		22		2		31		0		31	

消化管出血疑い

医療機関	救急隊による評価	一次対応が適当		二次対応が適当		三次対応が適当		回答数		無回答	合　計
	一次対応が適当	0		1	7.7%	0	0.0%	1	6.7%	0	0.0%	1	6.7%
	二次対応が適当	0		11	84.6%	1	50.0%	12	80.0%	0	0.0%	12	80.0%
	三次対応が適当	0		1	7.7%	1	50.0%	2	13.3%	0	0.0%	2	13.3%
	回答数	0		13	100.0%	2	100.0%	15	100.0%	0		15	100.0%
	無回答	0		0		0		0		0		0	
	合　計	0		13		2		15		0		15	

外傷

医療機関	救急隊による評価	一次対応が適当		二次対応が適当		三次対応が適当		回答数		無回答	合　計
	一次対応が適当	72	74.2%	48	43.6%	2	8.3%	122	52.8%	1	4.2%	123	52.8%
	二次対応が適当	23	23.7%	59	53.6%	8	33.3%	90	39.0%	1	4.2%	91	39.1%
	三次対応が適当	2	2.1%	3	2.7%	14	58.3%	19	8.2%	0	0.0%	19	8.2%
	回答数	97	100.0%	110	100.0%	24	100.0%	231	100.0%	2	100.0%	233	100.0%
	無回答	19		17		0		36		1		37	
	合　計	116		127		24		267		3		270	

栃木県小山・芳賀地区全数調査（平成21年12月1か月間）：平成22年度救急業務高度化推進検討会より

救急隊による判断と救急外来における医師の評価（栃木県小山・芳賀地区）

		救急隊の搬送先選定根拠																																					
		1 CPA				2 生理学的異常				3 循環器疾患疑い				4 脳血管障害疑い				5 消化管出血疑い				6 急性腹症疑い				7 呼吸器疾患疑い				8 自損				9 外傷				10 妊産婦				11 小児				12 患者・家族の希望				13 その他				回答数				無回答
確定診断	1. 脳疾患	2	50.0%			4	28.6%			1	5.6%			22	73.3%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			1	2.1%			0	0.0%			3	100.0%			7	23.3%			10	19.2%			50	21.9%			3
	2. 循環器疾患	1	25.0%			1	7.1%			14	77.8%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			4	28.6%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			1	3.3%			6	11.5%			26	11.4%			4
	3. 呼吸器疾患	0	0.0%			2	14.3%			1	5.6%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			8	57.1%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			4	13.3%			6	11.5%			21	9.2%			0
	4. 消化器疾患	0	0.0%			1	7.1%			1	5.6%			0	0.0%			6	100.0%			5	71.4%			1	7.1%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			5	16.7%			6	11.5%			25	11.0%			5
	5. その他	0	0.0%			3	21.4%			1	5.6%			5	16.7%			0	0.0%			2	28.6%			1	7.1%			1	33.3%			1	2.1%			1	100.0%			0	0.0%			7	23.3%			14	26.9%			36	15.8%			5
	6. 外傷	0	0.0%			1	7.1%			0	0.0%			2	6.7%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			4	8.5%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			7	3.1%			0
	7. 骨折	0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			22	46.8%			0	0.0%			0	0.0%			5	16.7%			6	11.5%			33	14.5%			0
	8. その他1	1	25.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			5	10.6%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			6	2.6%			0
	9. その他2	0	0.0%			2	14.3%			0	0.0%			1	3.3%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			2	66.7%			14	29.8%			0	0.0%			0	0.0%			1	3.3%			4	7.7%			24	10.5%			0
	回答数	4	100.0%			14	100.0%			18	100.0%			30	100.0%			6	100.0%			7	100.0%			14	100.0%			3	100.0%			47	100.0%			1	100.0%			3	100.0%			30	100.0%			52	100.0%			228	100.0%			17
	無回答	29				15				38				50				9				21				17				2				223				0				66				66				253				782				23
	合　計	33				29				56				80				15				28				31				5				270				1				69				96				305				1,010				40

		救急隊の搬送先選定根拠																																					
		1 CPA				2 生理学的異常				3 循環器疾患疑い				4 脳血管障害疑い				5 消化管出血疑い				6 急性腹症疑い				7 呼吸器疾患疑い				8 自損				9 外傷				10 妊産婦				11 小児				12 患者・家族の希望				13 その他				回答数				無回答
確定診断	1. 脳疾患	2	4.0%			4	8.0%			1	2.0%			22	44.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			1	2.0%			0	0.0%			3	6.0%			7	14.0%			10	20.0%			50	100.0%			3
	2. 循環器疾患	1	3.8%			1	3.8%			14	53.8%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			4	15.4%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			1	3.8%			6	23.1%			26	100.0%			4
	3. 呼吸器疾患	0	0.0%			2	9.5%			1	4.8%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			8	38.1%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			4	19.0%			6	28.6%			21	100.0%			0
	4. 消化器疾患	0	0.0%			1	4.0%			1	4.0%			0	0.0%			6	24.0%			5	20.0%			1	4.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			5	20.0%			6	24.0%			25	100.0%			5
	5. その他	0	0.0%			3	8.3%			1	2.8%			5	13.9%			0	0.0%			2	5.6%			1	2.8%			1	2.8%			1	2.8%			1	2.8%			0	0.0%			7	19.4%			14	38.9%			36	100.0%			5
	6. 外傷	0	0.0%			1	14.3%			0	0.0%			2	28.6%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			4	57.1%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			7	100.0%			0
	7. 骨折	0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			0	0.0%			22	66.7%			0	0.0%			0	0.0%			5	15.2%			6	18.2%			33	100.0%			0
	8. その他1	1				0				0				0				0				0				0				0				5				0				0				0				0				6				0
	9. その他2	0				2				0				1				0				0				0				2				14				0				0				1				4				24				0
	回答数	4				14				18				30				6				7				14				3				47				1				3				30				52				228				17
	無回答	29				15				38				50				9				21				17				2				223				0				66				66				253				782				23
	合　計	33				29				56				80				15				28				31				5				270				1				69				96				305				1,010				40

栃木県小山・芳賀地区全数調査（平成21年12月1か月間）：平成22年度救急業務高度化推進検討会より

消防救第289号
平成21年12月25日

各都道府県消防防災主管部長　殿

消防庁救急企画室長

救急蘇生統計に関するデータの提供について

心肺機能停止傷病者の救命率等の状況については、消防組織法（昭和22年法律第226号）第40条に基づき、「救急事故等報告要領に基づく年報報告について（依頼）」（平成21年4月22日付け消防救第94号・消防参第113号）等により、ご報告いただいているところです。今般、平成20年分のデータを取りまとめ、平成17年からの3か年分のデータと合わせて、「救急蘇生統計」として公表いたしました。また、消防庁に設置した統計活用検討会において、種々の検討を行っております。
http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/houdou/2112/01_houdoushiryou-2.pdf
http://www.fdma.go.jp/html/intro/form/kikaku-kyukyu_toukei.html
上記で公表している分析の他、都道府県又は市町村として、地域の救急業務の高度化に資するべく、より詳細な分析を行うこと等を希望する場合には、当該ウツタイン様式に基づく調査統計のデータベースを還元させていただきます。下記事項に留意の上、総務省消防庁救急企画室まで申請下さい。
貴職におかれましては、貴都道府県内市町村（消防の事務を処理する組合を含む。）へこの旨を御連絡いただきますとともに、貴都道府県内市町村からの申請につきましては、貴職をとおしてご提出下さいますようお願いいたします。

記

1　申請にあたっては以下の内容を含む申請書を、市町村等の場合には、都道府県をとおして総務省消防庁救急企画室にご提出下さい。
（1）　申請者（担当課室（長）等）
（2）　利用目的
（3）　分析結果の公表の有無（公表を予定している場合にはその内容及び時期）
（4）　担当者・連絡先（担当者所属・役職、担当者名、電話番号、ファックス番号、E-mailアドレス）
2　申請を受理した後、当方担当より1（4）の担当者に、その後の対応等についてご連絡いたしますので指示に従って下さい。データ量の関係上、データベースはCDROM等の媒体により送付することとなりますので、空のCDROM等とCDROM等を郵送可能な返信用封筒（宛先を記入したもの）を当室まで送付いただくようお願いする予定です。

二次救急医療機関への助成に係る地方財政措置の創設について

○救急搬送において重要な役割を担っている二次救急医療機関については、その約8割が公立以外の医療機関となっている。近年、二次救急医療機関数が大きく減少しており、受入困難事案の発生も増加している。

○今般、消防法が改正され、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準に基づく救急搬送が実施されることを踏まえ、平成22年度から、地方公共団体の私的二次救急医療機関に対する助成に係る経費について新たに特別交付税措置を講じる。

※私的医療機関とは、国公立医療機関及び公的医療機関（病院事業を実施していない市町村が一定の公的医療機関（日本赤十字病院、済生会病院等）に財政支援を行う場合の当該公的医療機関）以外の医療機関。

○具体的な算定方法については、私的二次救急医療機関に対する地方公共団体の助成額、当該医療機関における救急患者の受入実績等を踏まえ検討予定。

（参考　平成20年度助成実績：180億円程度）

（参考） 救急医療機関に対する財政措置の状況

	三次救急医療機関	二次救急医療機関
公立	救命救急センターに対する特別交付税 救急告示病院に対する普通交付税	救急告示病院に対する普通交付税
公的※1	救命救急センターに対する特別交付税	救急告示病院に対する特別交付税
私的	救命救急センター運営事業補助金 （厚生労働省補助金）	新規に措置する部分

※1　病院事業を実施していない市町村が、公立病院と同等の医療機能を提供しているものとして助成している公的医療機関

救急安心センターモデル事業について

Ⅰ　目的

○　全国的に救急相談窓口の設置を促進するために、平成21年度に開始した「救急安心センターモデル事業」を平成22年度においても引き続き実施し、3ヶ所程度で同事業を実施する。
○　救急相談サービスの提供には、救急相談に従事する医師等の確保、緊急性のある相談に対する救急車の出動との連携、救急相談プロトコルの標準化の課題があり、実際の検証に基づく効果的な仕組みを構築する。
○「救急安心センターモデル事業」を実施し、市民の救急相談に応じる窓口の設置を全国的に促進するための課題を整理する。

救急安心センターモデル事業（3ヶ所程度）

Ⅱ　事業の内容

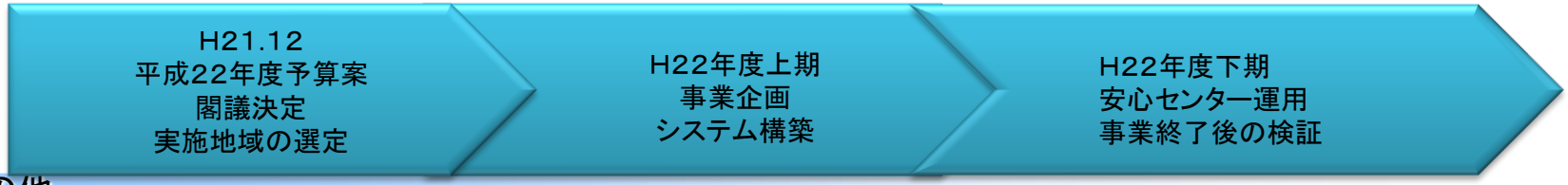
○　救急安心センターモデル事業においては、実施地域ごとに、都道府県、消防機関、医師会等から構成される協議会を設置し、実施するものとする。ただし政令市等が実施主体となる場合は当該団体が実施するものとする。
○　全国的に展開するにあたっての課題の抽出、具体的な対応策の確立を図る。

Ⅲ　救急安心センターモデル事業実施地域の要件、スケジュール

要件

1　事業内容が、以下の要件を満たすこと。
①　原則として、都道府県単位でモデル事業を実施すること。ただし、政令市が所属する団体、面積が広大な団体、将来的に都道府県下全域に地域拡大することを検討している団体など、都道府県単位による実施が困難な場合は別途相談すること。なお、既に救急安心センターモデル事業を実施している団体で、地域拡大する場合においても別途相談すること。
②　救急相談窓口を24時間365日体制で実施すること。ただし、医師の確保が困難である等の理由により実施が困難な場合は別途相談すること。
③　相談内容に緊急性がある場合には、直ちに救急車を出動させる体制を構築すること。
④　救急相談窓口には、医師、看護師、相談員を配置すること。
⑤　設置場所については、消防機関の指令センターとすること。ただし、地域において、既に医療相談事業等を実施しており、当該事業の実施場所を設置場所とすることが適当である等の特別の事由がある場合は別途相談すること。
2　救急安心センターモデル事業の実施期間は、平成22年単年度に限る。
3　モデル事業終了後、課題の抽出、対応策の検討等、事業の検証を行うこと。

スケジュール（例）



Ⅳ　その他

1　1地域あたりの事業実施予定額は、約100,000千円（100%国費）。

大阪府 Osaka Prefectural Government

大阪府における搬送・受入れに関する調査・分析と実施基準の策定について

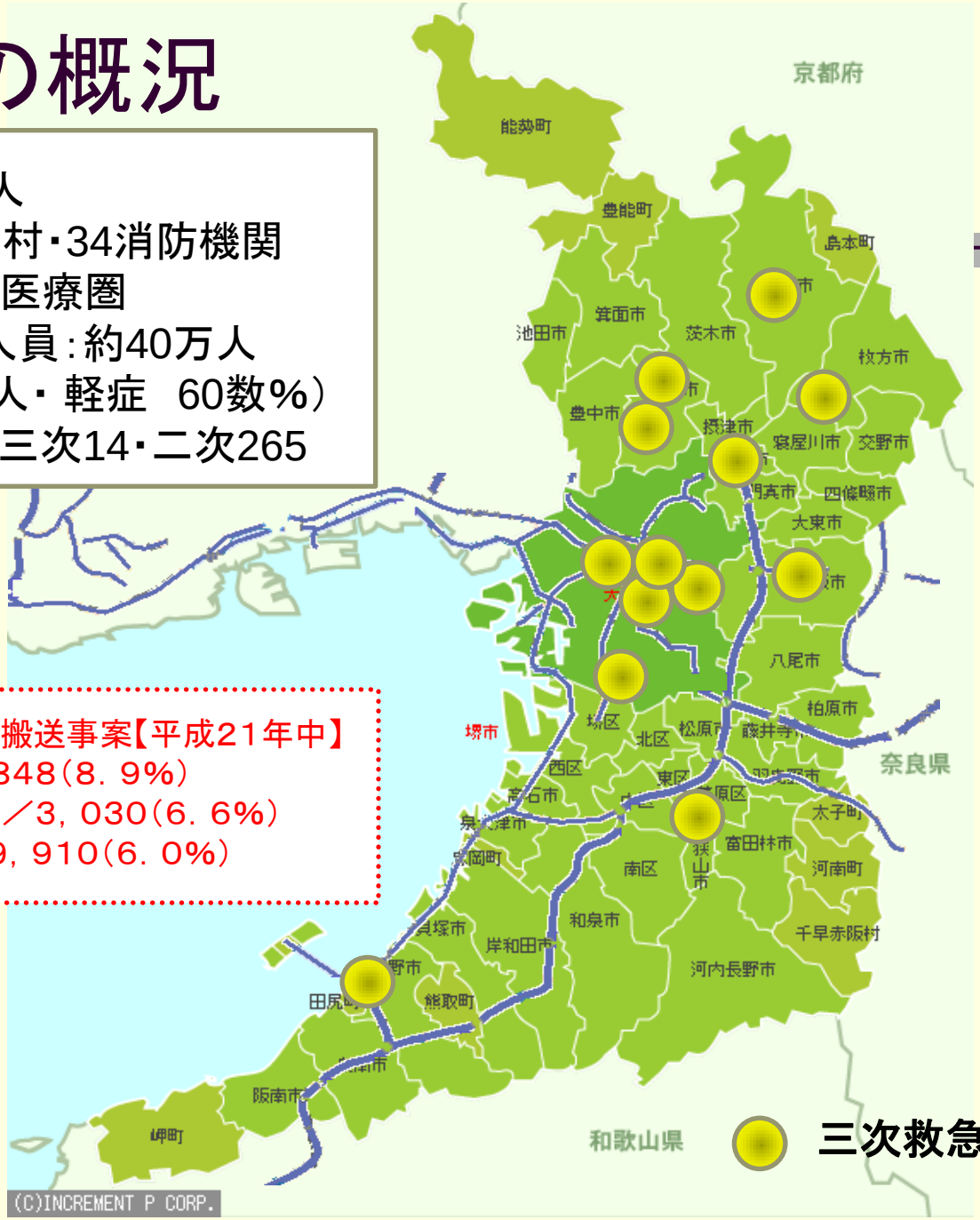
2010年6月2日　全国メディカルコントロール協議会連絡会

大阪府健康医療部保健医療室医療対策課
金森　佳津

大阪府の概況

人口：約880万人
行政区：43市町村・34消防機関
8二次医療圏
年間救急搬送人員：約40万人
（急病　約30万人・軽症　60数%）
救急告示病院：三次14・二次265

照会件数4回以上の搬送事案【平成21年中】
重症：963／11，848（8．9%）
産科・周産期：107／3，030（6．6%）
小児：2，223／39，910（6．0%）



傷病者の搬送及び受入れ実施基準の概念図（市立堺病院横田先生資料より）

大阪府救急医療対策審議会

大阪府救急業務高度化連絡協議会

【１】協議会（MC/保医）

医療機関

【２】現況調査．病態、処置別収容の受け入れ可否情報を提供

依頼

協力

【３】施設分類の設定と疾病別医療機関リスト

消防機関

【５】観察、選定、情報伝達に当たり、各種基準を遵守

周知

【４】傷病者観察と選定（トリアージ）基準

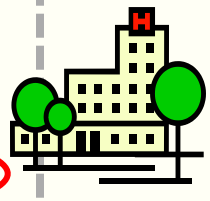
提示

【５】受入れに当たり、選定基準を尊重、合意

実態調査

搬送

【６】オンラインMC



救急医療情報システム活用

搬送傷病者の情報提供

【７】データ集積と検証

収容患者の診療情報提供

【７】修正とフィードバック

実施基準の守備範囲

- 原則二次医療圏単位の基準とするもの
  - 成人の身体的異常のある傷病者 ⇨ **共通モデル案提示**
- 大阪府内全体の基準とするもの
  - 産婦人科領域の傷病者
    （かかりつけ医に搬送できない、最重症合併症有り）
  - 小児の傷病者

既往等を考慮した複数の専門診療科の連携や傷病者背景を含め保健福祉的対応も視野に関係者と協議・検討し状況に応じて対応

例えば・・・

精神疾患既往のある身体的症状の傷病者、大量服薬・自殺未遂者　等

関係者の認識共有

ポイント1

目　標

搬送と受入れの場面に焦点を絞り、現在の医療資源を前提に知恵を絞ることで、患者さんにとってより良い救急医療を提供できるよう、地域の救急医療体制を改善していく

- 救急搬送の実態と課題をリアルに把握
- 救急医療に係る医療資源の実状と情報を共有

⇒　問題意識の共有

関係者の認識共有

ポイント2

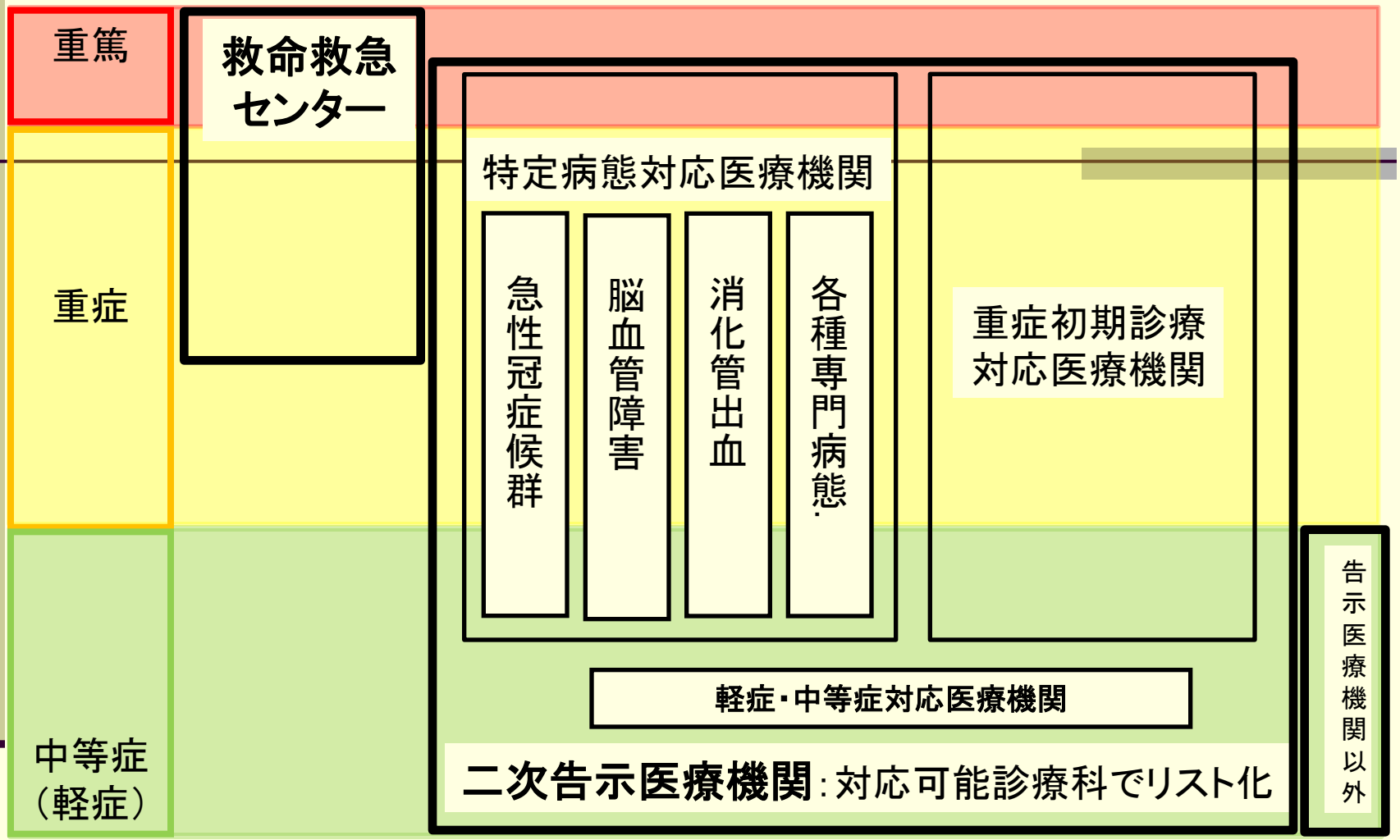
- 各医療機関が提供できる診療（内容や定期・不定期）を集約し、地域の医療機関を一つの集合体と考えた救急医療体制を構築
  - ✓各医療機関の診療機能の特性を活かし、
  - ✓受入れへの意向を踏まえつつ、
  - ✓不足するところを補完し合い、
  - ✓受入れへの見込みを立てて体制を整備する

⇒　病・病連携の強化

実施基準策定のための事前調査

- 救急搬送の実態を知る“搬送実態調査の実施”
  - ✓専門診療を要する特定病態の傷病者の発生数
  - ✓搬送先選定と受入れの実状
  - ✓搬送困難症例、搬送困難事案の背景因子　　など
- 医療資源の実状を知る“医療機関機能調査の実施”
  - ✓重篤、重症、中等症～軽症の傷病者への対応可否
  - ✓専門診療を要する特定病態に対する検査、診断、緊急処置や手術等の提供並びにそうした病態の傷病者の受入れの可否（曜日・時間帯別）　　など

救急医療機関リストの枠組み（概念図）



■各地域の医療資源の状況に応じて、分類カテゴリーの取捨選択、統合を行うことは可能である。
■各医療機関は、恒常的に対応可能か、対応可能な曜日時間帯を明確にする。
■地域の実状により、当番制の導入や搬送先医療機関の選定順位を決定する。
■重症初期診療対応医療機関は、専門診療が必要な病態特定不能時に重症患者の初期診療を提供可能な医療機関とし、患者の緊急度や病態により、救命救急センター・特定病態対応医療機関への速やかな病々連携が可能な体制を構築する。

継続的な調査・分析・評価のイメージ

救急事案発生

【病院前傷病者情報①】
救急活動記録
ウツタイン記録

【病院前傷病者情報②】
病院選定判断根拠データ

【医療機関側情報】
受入れ医療機関側診療情報
○救急外来時情報
- 診療科
- 診断名（病態）
- 選定評価
- 帰宅、外来死亡、入院
  同日転送（転送先）

○入院情報
- 診療科
- 確定診断名
- 主たる治療内容等
- 転帰

救急医療情報システム

分析・検証・評価

- 観察の的確性
- 選定の適切性
- 受入れの確実性
- 受入れ困難実態

↓

ルールやリストは
合理的で有効に運用
されているか？

↓

救急隊活動の質向上
救急医療体制の充実

栃木県における搬送・受入に関する調査・分析と実施基準の策定について

栃木県
小山・芳賀地区分科会
（地域メディカルコントロール協議会）
自治医科大学　救命救急センター

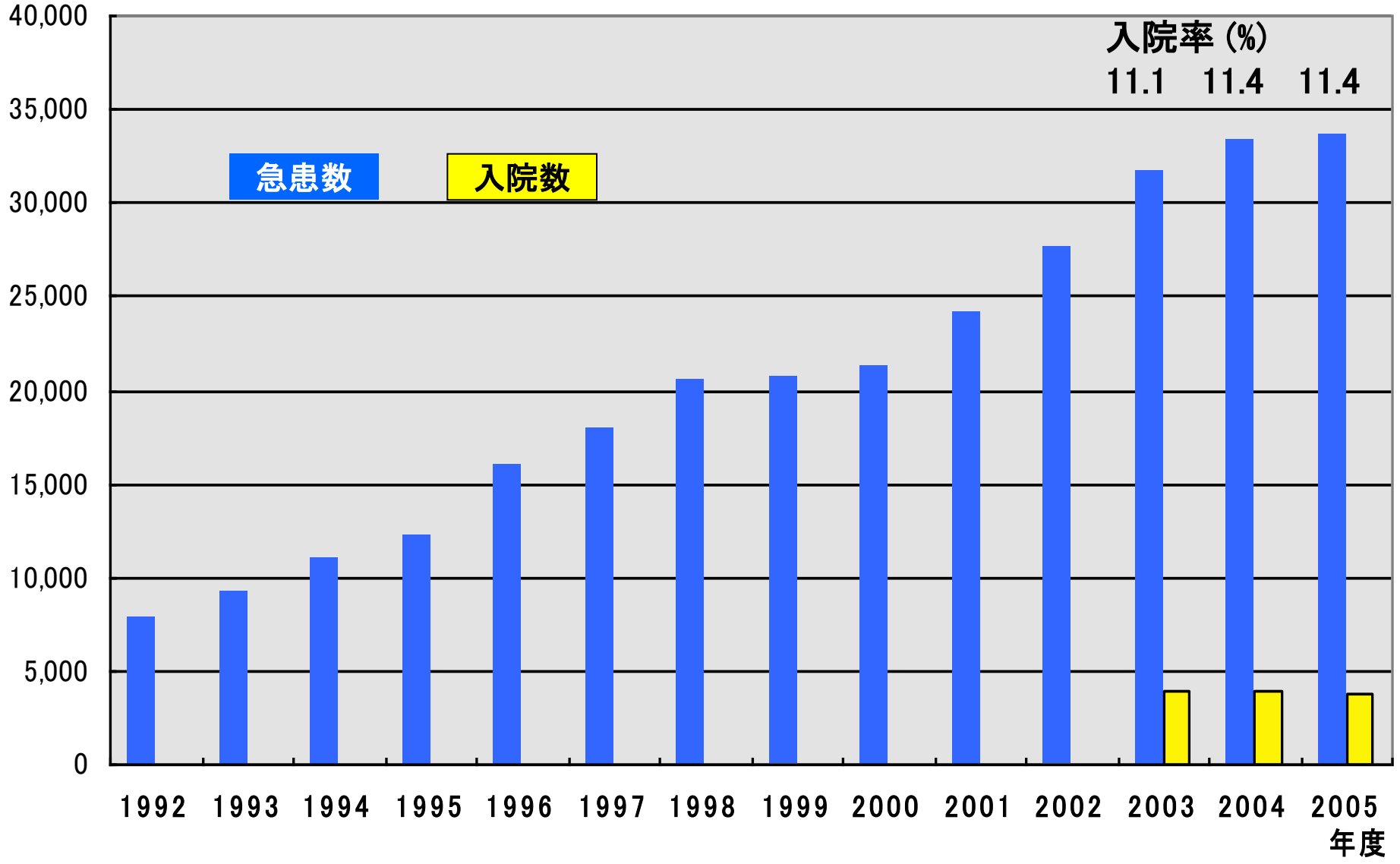
【はじめに】

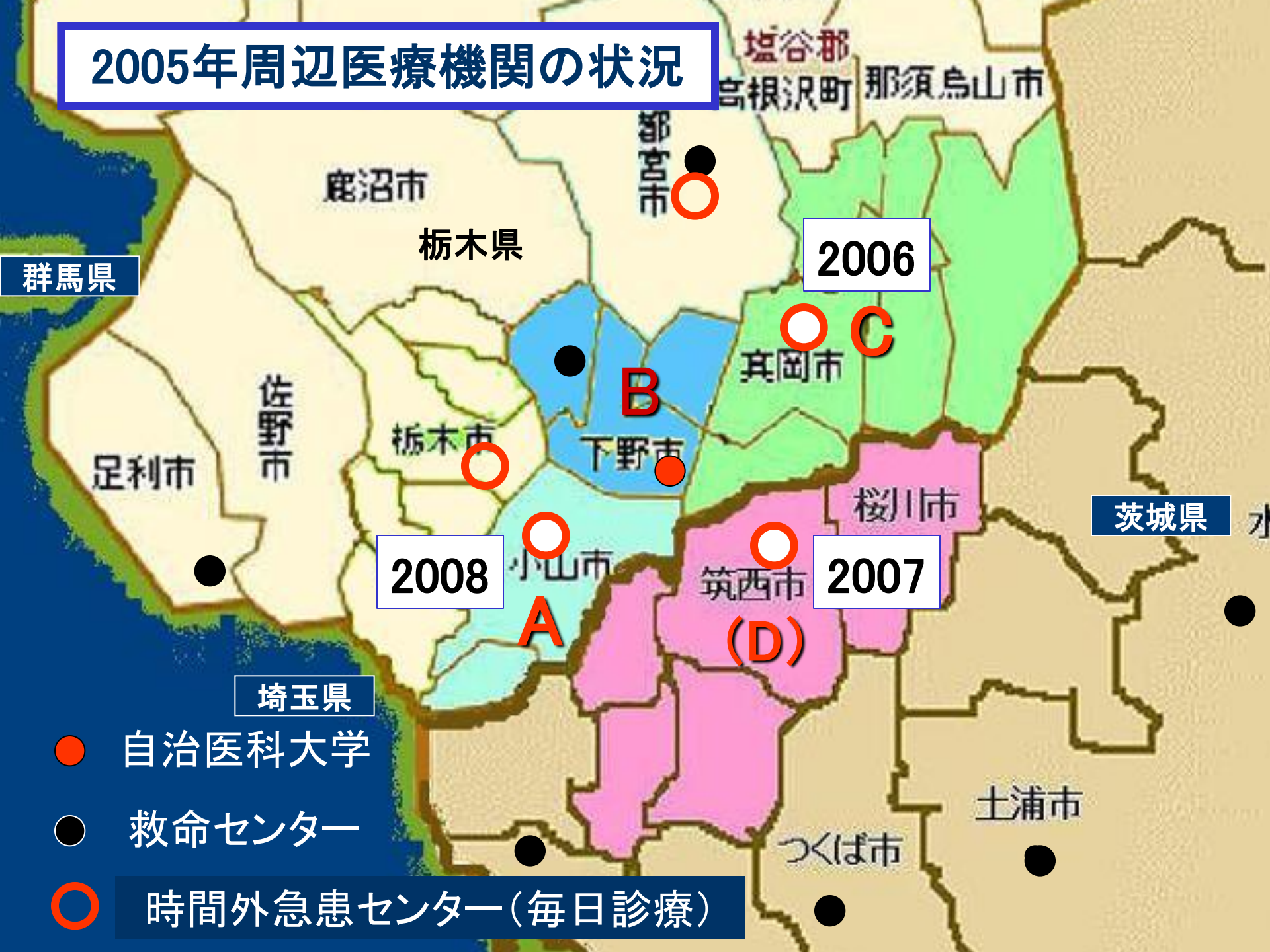
・　栃木県MC協議会・小山・芳賀地区分科会、自治医大救命救急センターにおいては、周辺地域の一次から三次までの急患を適正な診療を確保することを基本方針としてきた。

・　周辺地域の医療機関は救急医療から離れていく傾向にあり、一次救急患者を中心に急患数が2004年までの10年間で約3倍に増加した。

・　我々は当センターの門戸を狭めずに、地域医療機関と連携して救急医療システムを構築する方法を模索してきた。

自治医科大学1992～2005年度時間外救急患者数推移




2005年周辺医療機関の状況
塩谷郡
高根沢町
那須烏山市
都宮市
鹿沼市
栃木県
群馬県
2006
C
宮岡市
B
佐野市
栃木市
下野市
足利市
桜川市
茨城県
2008
小山市
筑西市
2007
A
(D)
埼玉県
土浦市
つくば市
自治医科大学
救命センター
時間外急患センター（毎日診療）

救急医療に関するパンフレット（2008年3月）

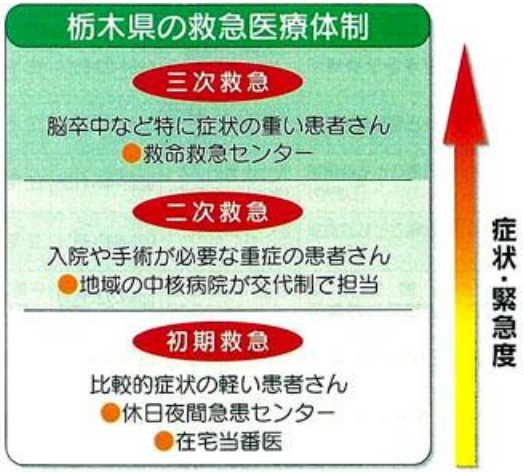
栃木県からのお願い

安心して救急医療を受診するために

救急医療の現状

全国的に**医師不足**が社会問題となっていますが、栃木県も例外ではありません。地域の中核病院における**勤務医不足**が深刻な問題となっています。

一方で、休日や夜間に二次救急や三次救急を担う病院の救急外来に患者さんが**集中**し、その病院に勤務する医師からは、**限界**との声も聞こえてきます。



このままでは、県民の皆様に適切な救急医療を提供することができなくなる恐れがあります。そうならないためには、**救急医療を適正に利用するという県民一人ひとりの心がけと協力が必要です。**

医療機関を受診する際のお願い

なるべく医療機関の

通常の診療時間内 に受診しましょう。

救急医療は、あくまで緊急事態に備えるためのもので限られた医療スタッフで運営されています。

通常の診療時間内の方が検査などを含めた診療体制が整っています。なるべく通常の診療時間内に受診しましょう。

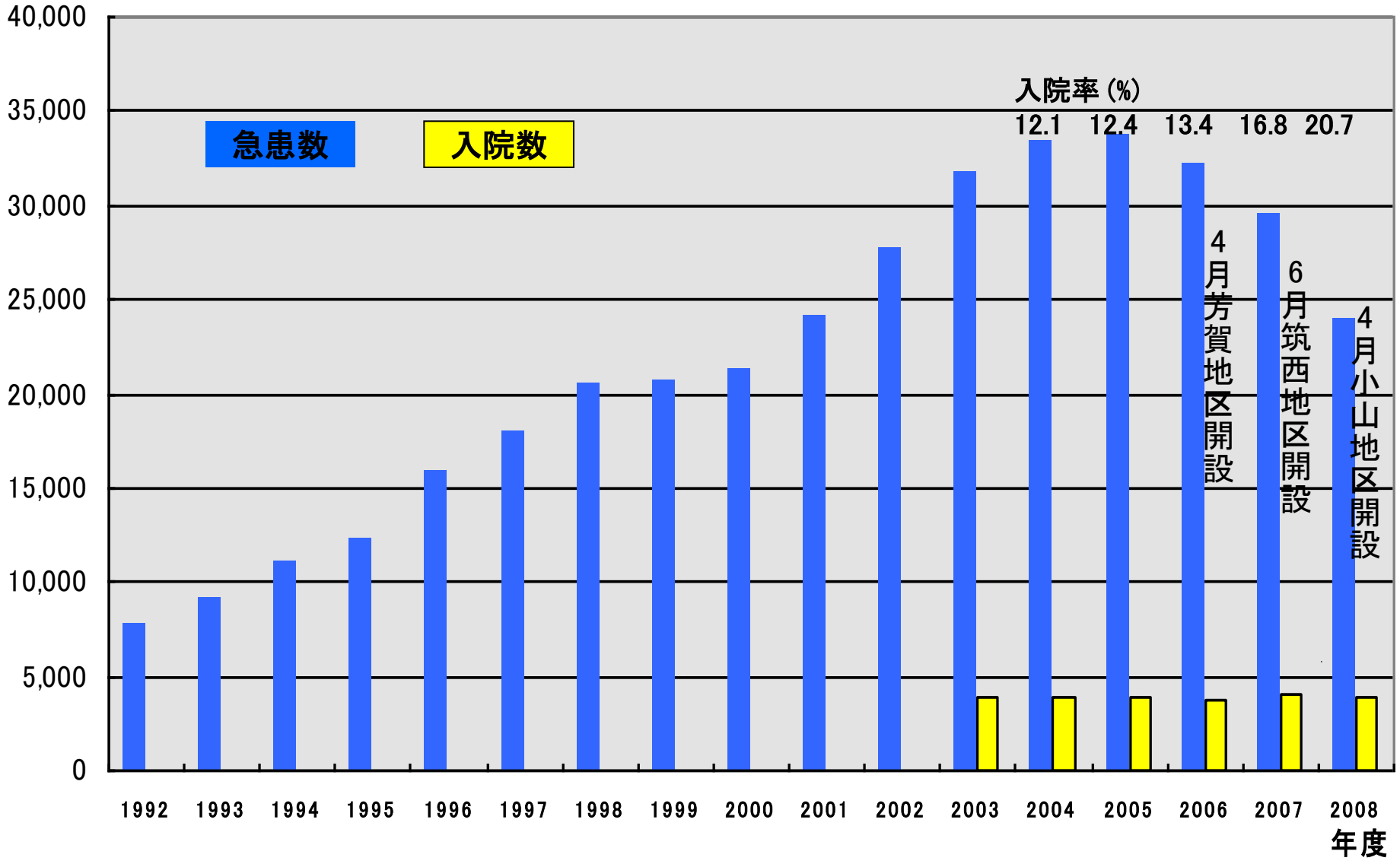
休日や夜間で比較的症状の軽い方は、

地域の **休日夜間急患センター** や

在宅当番医 をご利用ください。

なお、これらの初期救急医療機関で受診され、入院や手術の必要があると認められる場合は、直ちに二次・三次救急医療機関と連携して診療してもらえますのでご安心ください。

自治医科大学　　救急患者数推移



まとめ　1

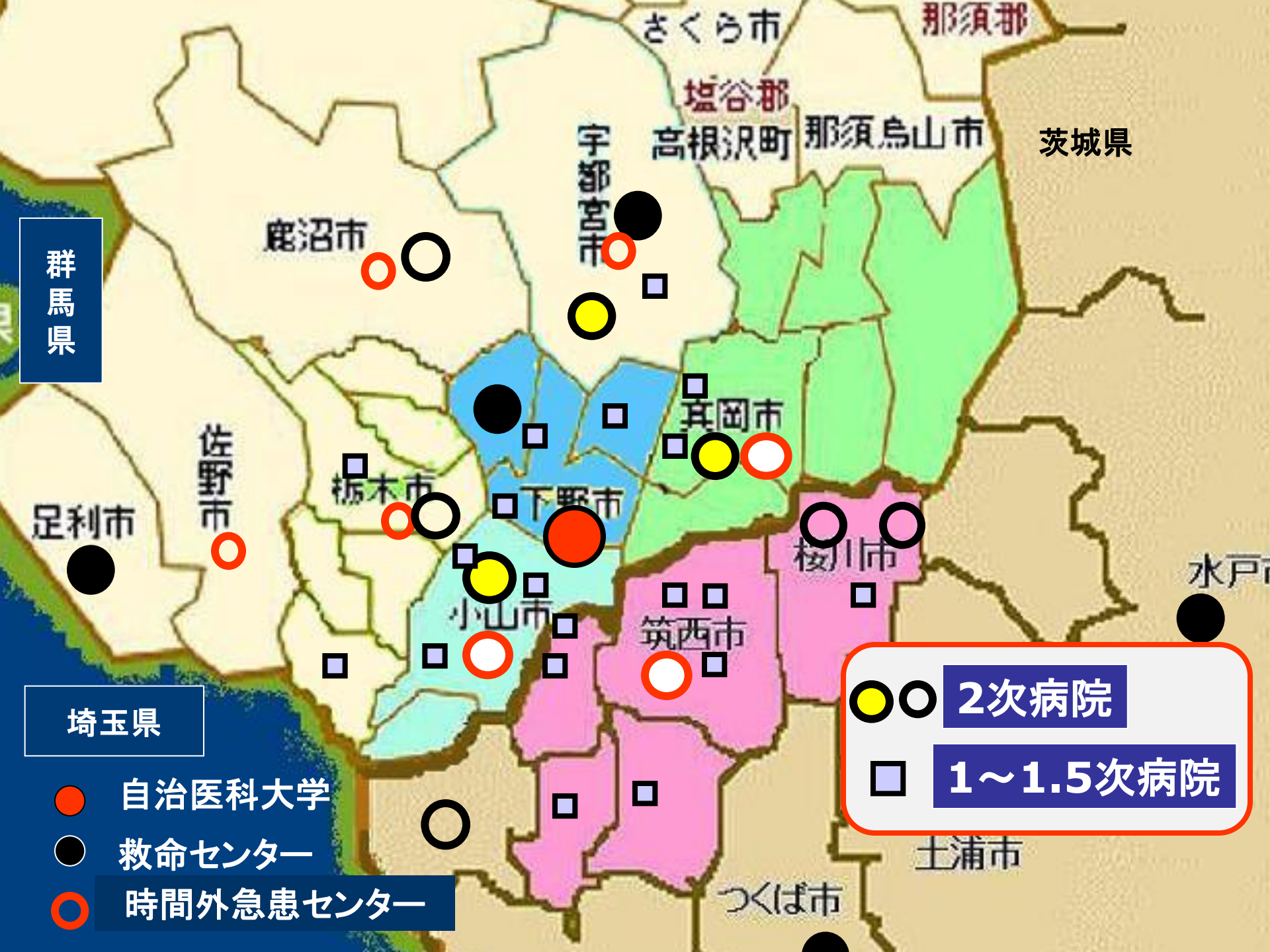
・毎日営業する時間外急患センターの開設

・広報等による救急医療機関適正利用の呼びかけ

等によって、当センターの門戸を狭めることなく
一次救急患者の三次受診減少が可能となった。

各診療所の運営状況は継続可能なレベル

救急搬送の問題は未解決のまま残った。

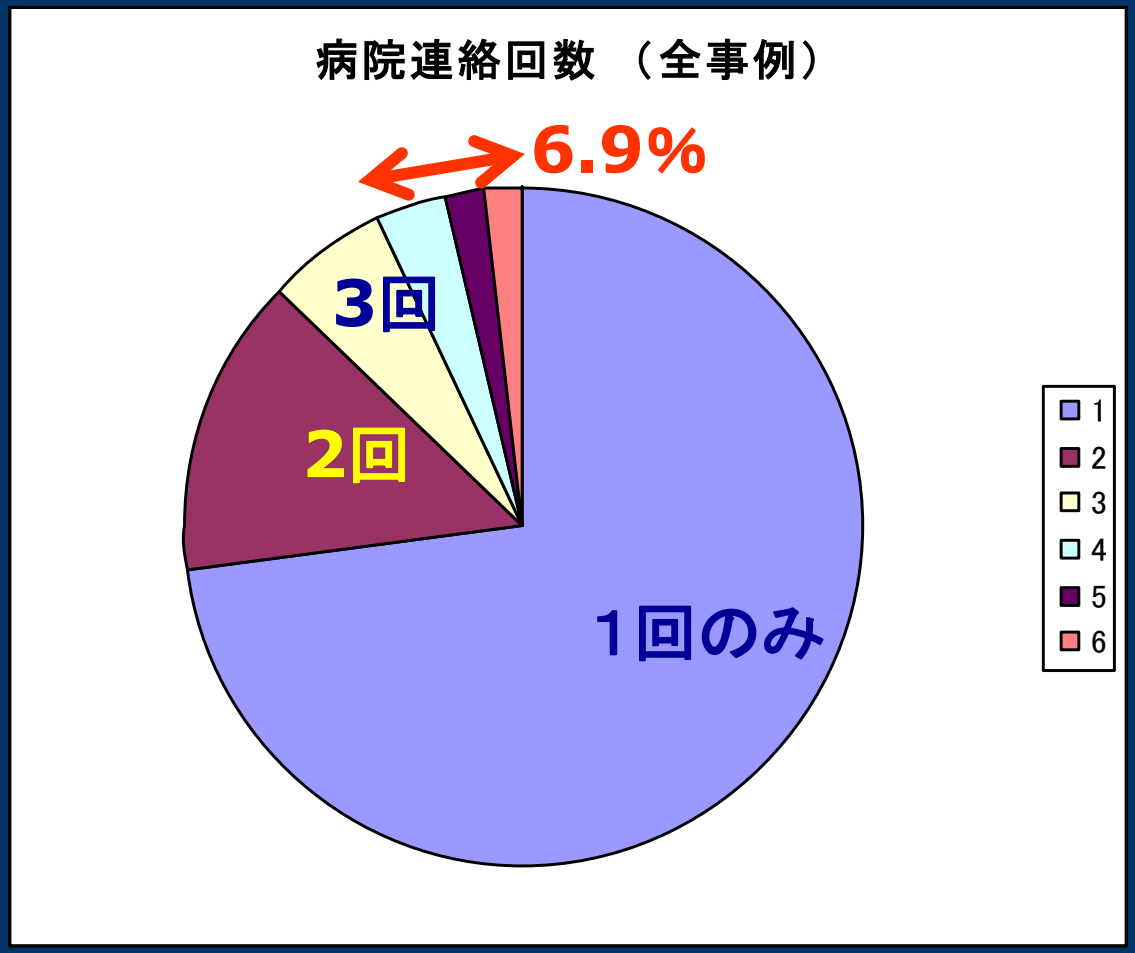

群馬県
埼玉県
さくら市
那須郡
塩谷郡
高根沢町
那須烏山市
茨城県
宇都宮市
鹿沼市
真岡市
佐野市
栃木市
下野市
足利市
桜川市
小山市
筑西市
水戸市
土浦市
つくば市
2次病院
1～1.5次病院
自治医科大学
救命センター
時間外急患センター

救急搬送調査結果　1　　2008年　7月

病院連絡回数

回数	件数	%
1	1116	72.7
2	221	14.4
3	92	6.0
4	51	3.3
5	30	2.0
6以上	25	1.6
合計	1535	100

6	17	
7	2	
8	2	
9	1	
10	1	
11	1	
12	1	80分要



重症例	総件数	4回以上	
栃木県	6397	281	4.39%
（消防庁資料）		全国平均	4.00%

重症度別連絡回数

初診時程度で評価

軽症

回数	件数	%
1	561	69.7
2	135	16.8
3	54	6.7
4以上	55	6.9
合計	805	100

中等症

回数	件数	%
1	439	75.8
2	64	11.1
3	33	5.7
4以上	43	8.4
合計	579	100

重症

回数	件数	%
1	118	78.1
2	20	13.2
3	5	3.3
4以上	8	5.3
合計	151	100

全国調査	総件数	4回以上	
栃木県	6397	281	4.39%
（重症以上）		全国平均	4.00%

バイタルサインを基準にした連絡回数

CPA

回数	件数	%
1	28	84.8
2	3	9.1
3	0	0.0
4以上	2	6.0
合計	33	100

低血圧

回数	件数	%
1	122	78.7
2	18	11.6
3	8	5.2
4以上	7	4.5
合計	155	100

現場収縮期血圧　100mmHg　以下

頻脈

回数	件数	%
1	424	78.5
2	62	11.5
3	26	4.8
4以上	28	5.2
合計	540	100

正常

回数	件数	%
1	642	70.8
2	138	15.2
3	58	6.4
4以上	69	7.7
合計	907	100

病態別連絡回数　A　外因

異物

（誤嚥等）

回数	件数	%
1	4	50.0
2	2	25.0
3	1	12.5
4以上	0	12.5
合計	8	100

骨折

件数	%
45	52.9
17	20.0
11	12.9
12	14.2
85	100

打撲

件数	%
158	64.8
48	19.7
14	5.7
24	9.8
244	100

創･傷

件数	%
85	72.6
20	17.1
7	6.0
5	4.3
117	100

病態別連絡回数　A　内因

内科領域			小児科領域（外傷以外）		精神科関連（過換気、てんかん）（アル中、薬中等　）		精神疾患加療・既往あり	
回数	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
1	64	74.4	623	76.5	67	69.1	22	52.4
2	12	14.0	104	12.8	11	11.3	6	14.3
3	6	7.0	41	5.0	10	10.3	7	16.7
4以上	4	4.7	46	5.7	9	9.3	7	16.7
合計	86	100	814	100	97	100	42	100

病態別受入不能理由のべ数　A　内因

	小児科		内科領域		精神科関連	
理由	件数	%	件数	%	件数	%
満床	0	0.0	42	11.9	3	5.5
多忙	3	9.1	96	27.2	18	32.7
手術中	0	0.0	13	3.7	1	1.8
処置困難	2	6.1	55	15.6	17	30.9
専門外	25	75.8	102	28.9	10	18.2
2次、かかりつけへ	3	9.1	34	9.6	1	1.8
医師不在	0	0.0	11	3.1	5	9.1
合計	33	100	353	100.0	55	100.0

（過喚気、薬物中毒、痙攣、アル中を含む）

病態別受入不能理由のべ数　B　外因

理由	異物		骨折		打撲		創・傷	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
満床	0	0.0	4	5.1	5	3.1	1	2.2
多忙	0	0.0	14	17.9	37	23.1	14	30.4
手術中	0	0.0	14	17.9	23	14.4	1	2.2
処置困難	0	0.0	5	6.4	14	8.8	8	17.4
専門外	8	100.0	40	51.3	74	46.3	21	45.7
2次、かかりつけへ	0	0.0	1	1.3	7	4.4	1	2.2
医師不在	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
合計	8	100	78	100	160	100	46	100

まとめ　２

- 軽症例で受入れ照会回数が多い傾向
- 重症例は比較的速やかに受入れが決定
- 外因性・背景疾患（特に精神疾患）がある場合に受入れ決定まで照会回数が多い。
- 受入れ不能理由は　満床は少なく、一部傷病で専門外、処置困難が突出して多い。

搬送依頼を行った医療機関拒否の理由（複数回答）

		回答数	
1.	手術中患者対応中	134	57.3%
2.	ベッド満床救急用ベッド	6	2.6%
3.	ベッド満床集中治療室	1	0.4%
4.	ベッド満床一般病床	27	11.5%
5.	ベッド満床その他	2	0.9%
6.	処置困難設備、資機材不足	9	3.8%
7.	処置困難手術スタッフ不足	4	1.7%
8.	処置困難高次医療機関での対応	25	10.7%
9.	処置困難検査スタッフ不在	44	18.8%
10.	専門外	90	38.5%
11.	医師不在	39	16.7%
12.	初診（かかりつけ医なし）	5	2.1%
13.	理由不明その他	44	18.8%
	回答数	234	100.0%
	無回答	815	
	合　計	1,049	
	回答合計	430	

（消防庁まとめ）

考察　2

- 救急隊は軽症では近隣一次、二次医療機関から照会して、三次を温存している。

- 救急隊は近隣医療機関の特性、当直医を把握しているが、リアルタイムの情報ではない。
  （手術中、患者対応中、当直変更など）

- 救急隊と病院との重症度認識にズレがある。

救急隊は二次対応判断
病院医師は　“うちでは無理、三次に行った方がいい”

2009年12月の調査概要

栃木県小山・芳賀地区における救急搬送に関する情報と救急搬送後の転帰情報等を合わせた調査・分析

総務省消防庁の依頼、栃木県の協力により同地区において12月1日より1ヶ月間、 大阪市と同時に行う

① 救急隊による傷病者、搬送、受入れ可否の情報
② 受入れ医療施設による受入れ後の転帰調査

これらを総務省消防庁で集計し分析する。

＊目的＊

① 迅速な搬送が行われているか　？

問合せ回数を少なく

問合せに要する時間を少なく

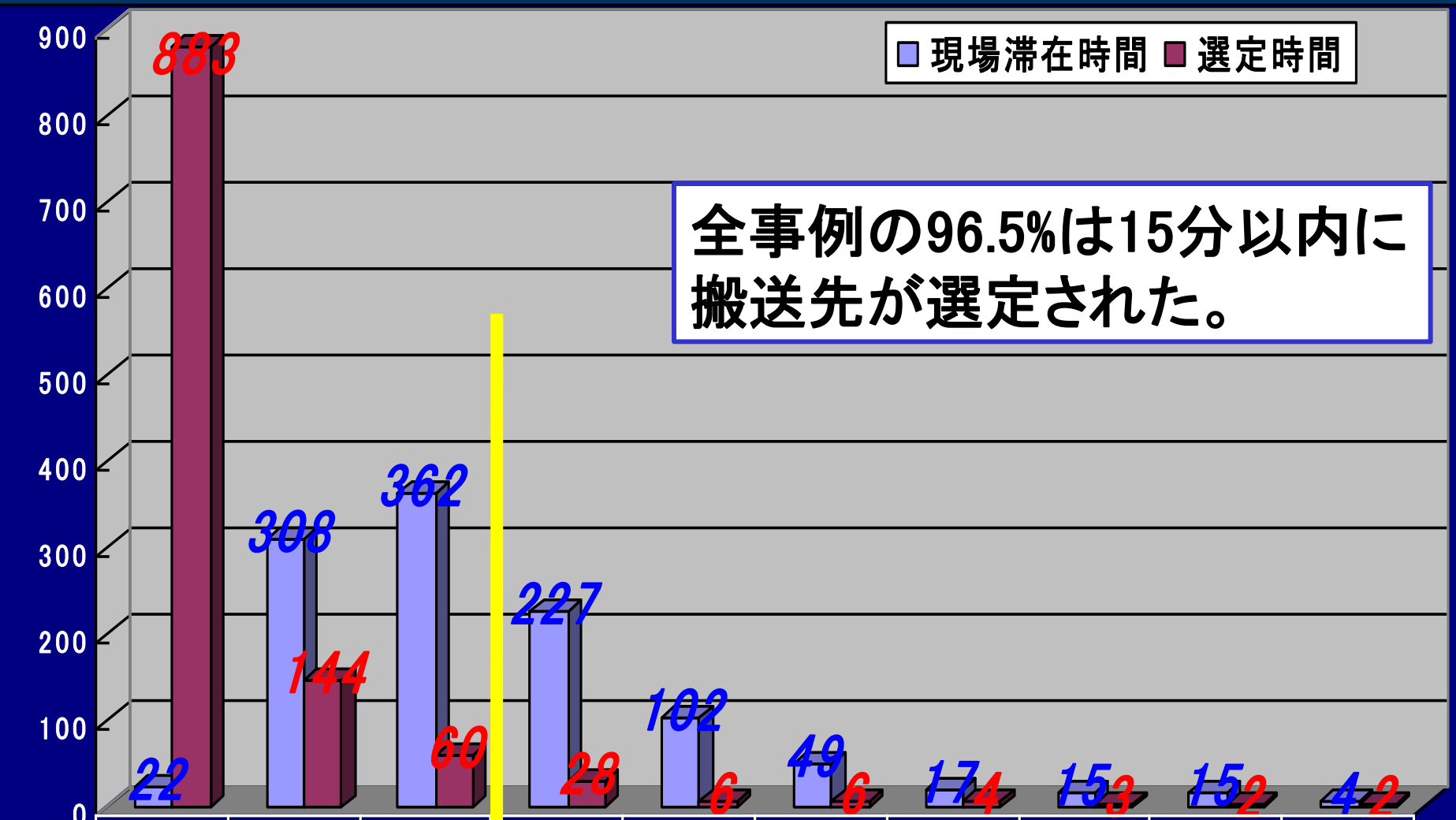
② 適切な搬送が行われているか　？

アンダートリーアージをなくす

重症度に合った医療施設に搬送

検証

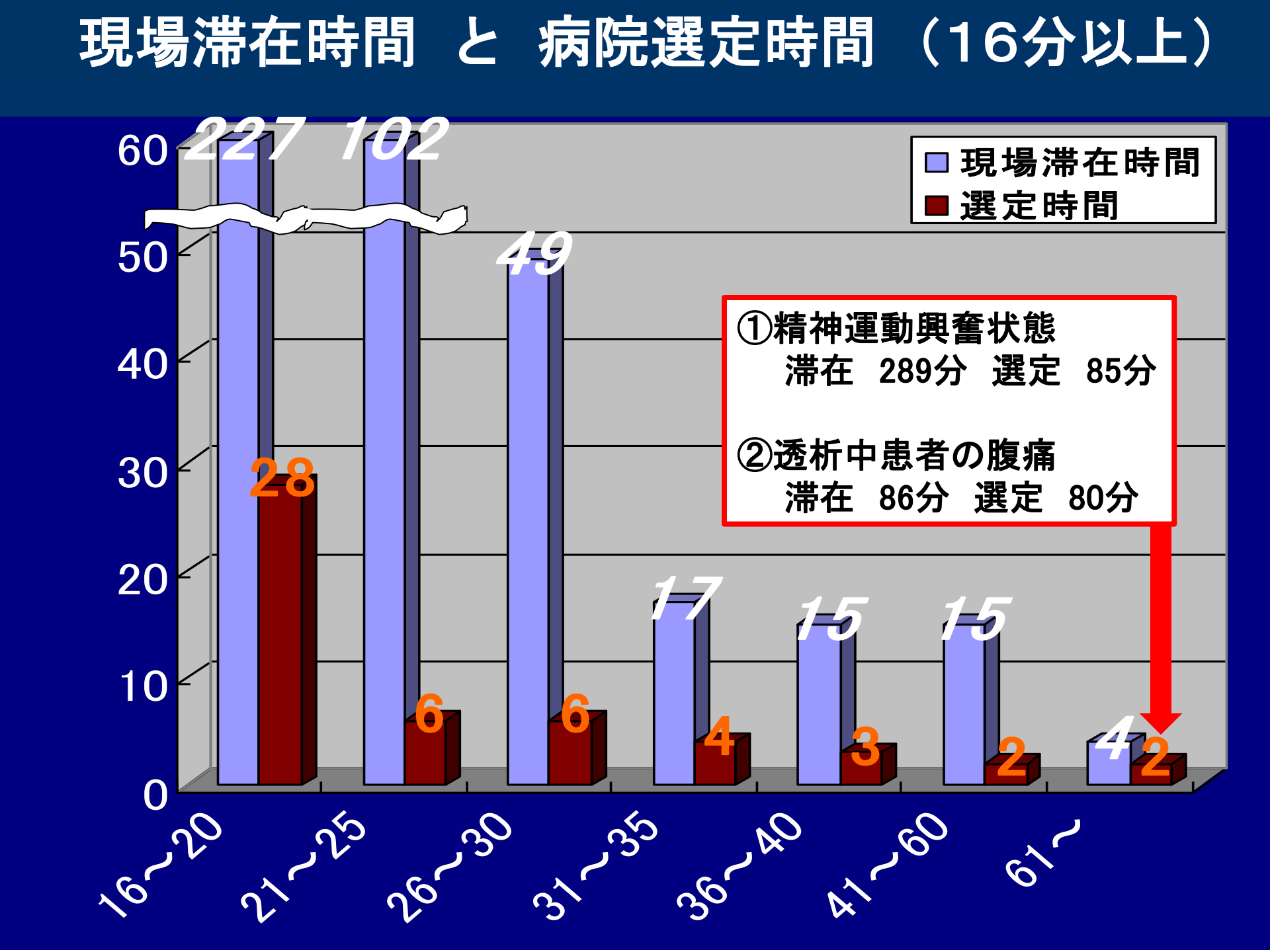
現場滞在時間 と 病院選定時間 （全事例）

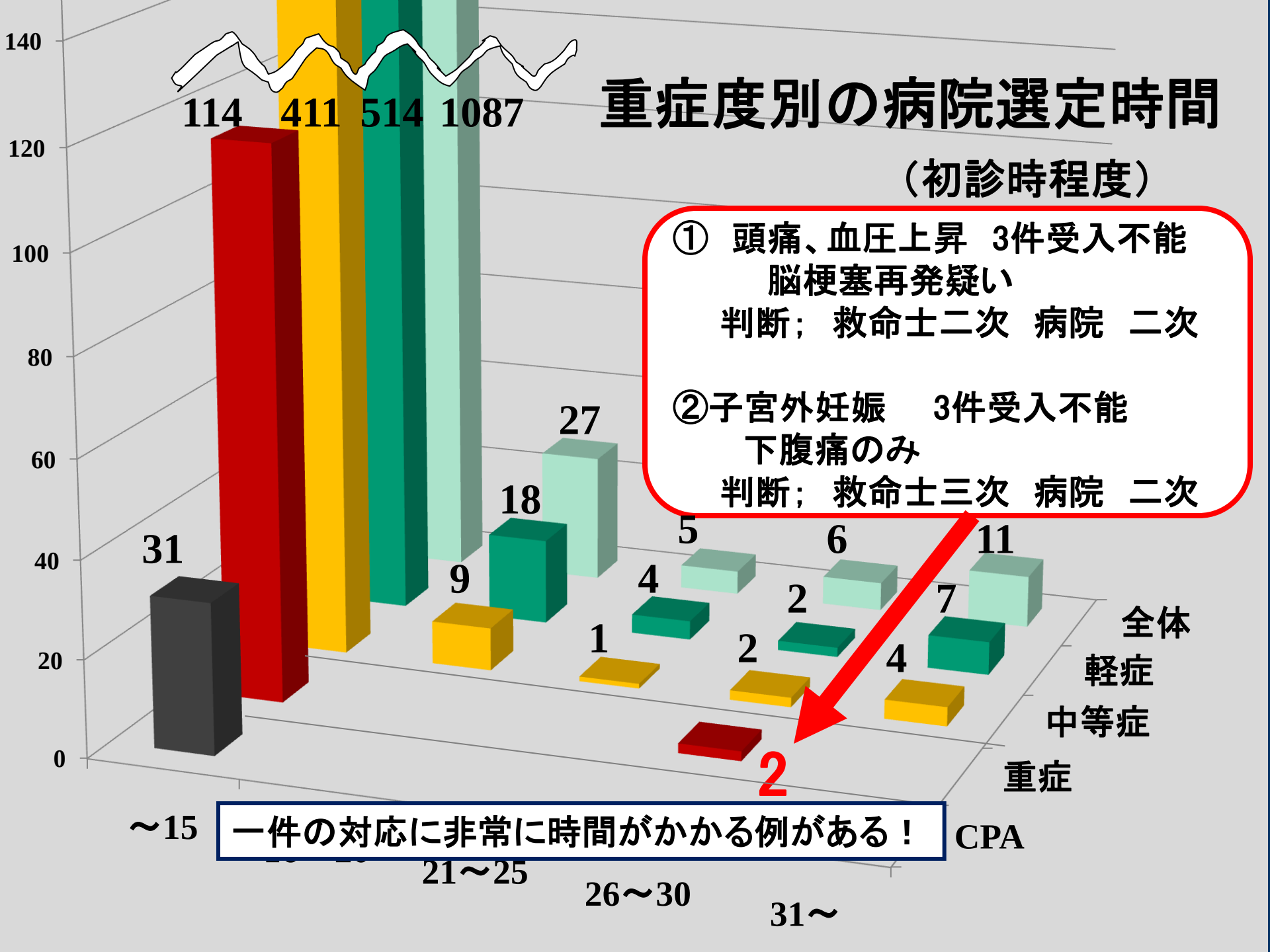


	～5	5～10	11～15	16～20	21～25	26～30	31～35	36～40	41～60	61～
現場滞在時間	22	308	362	227	102	49	17	15	15	4
選定時間	883	144	60	28	6	6	4	3	2	2

（分）

現場滞在時間 と 病院選定時間 （16分以上）

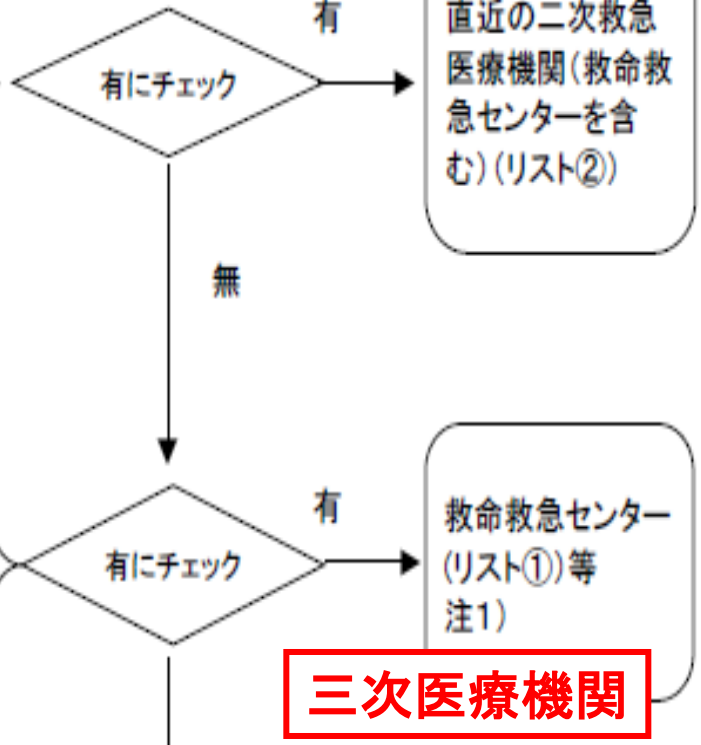



重症度別の病院選定時間
（初診時程度）
① 頭痛、血圧上昇 3件受入不能
脳梗塞再発疑い
判断； 救命士二次 病院 二次
②子宮外妊娠 3件受入不能
下腹痛のみ
判断； 救命士三次 病院 二次
114 411 514 1087
140
120
100
80
60
40
20
0
31
9
18
27
1
4
5
2
2
6
4
7
11
2
全体
軽症
中等症
重症
CPA
～15
21～25
26～30
31～
一件の対応に非常に時間がかかる！

疾病救急観察基準　栃木県傷病者搬送・受入基準

			無	有
生理学的評価	初期評価		無	有
	心肺停止		□	□
			無	有
	GCS	8以下	□	□
	またはJCS	30以上	□	□
	＊呼吸数	10未満又は30以上	□	□
	＊脈拍数	50未満又は120以上	□	□
	＊収縮期血圧	90mmHg未満	□	□
	＊体温	34℃未満（測定不能を含む）又は40℃以上	□	□
	＊SpO2	90%未満	□	□
	ショック徴候	冷汗、皮膚蒼白、意識レベル低下等	□	□

＊数値のみでなく重症度を総合的に判断し、重症度が高い場合は、「救命救急センター（リスト①）等」に進む。



重度の外傷
重度の熱傷

重症度等による選定時間の評価

重症度＼選定時間	～15	16～20	21～25		
選定基準三次（A）	64			1 △	
A＋重症の徴候 ACS、吐下血、 脳卒中、呼吸困難、 急性腹症、重症外傷	260	4		1	1 X
救命士判断三次	81	2	1	1	1
病院医師判断三次	96				3

30歳の男性、JCS100
急性アルコール中毒
30分

83歳の女性、呼吸困難、喘鳴あり
救命士判断三次　6件断られ　45分
中等症、判断二次　→　転院挿管

① 妊婦のインフルエンザ　軽症
② 透析中患者の腹痛　軽症
③ 右母指切断　　中等症

救急隊の判断と医師の評価の相関

総事例数　1175 選定判断に関する回答 1050		救急隊による判断							
		初期対応が適当		二次対応が適当		三次対応が適当		回答数	
救急外来における医師の評価	初期対応が適当	194	68.1%	154	28.6%	8	9.1%	356	39.1%
	二次対応が適当	88	30.9%	343	63.8%	40	45.5%	471	51.7%
	三次対応が適当	3	1.1%	41	7.6%	40	45.5%	84	9.2%
	回答数	285	100%	538	100%	88	100%	911	100.0%

アンダートリアージ率　；　132／911　14．6%

適正トリアージ率　；　577／911　63．3%

（消防庁まとめ）

無回答　救急隊　14　（1.3%）　救急外来医師　127　（12.1%）　有効回答率　86.8%

救急隊の判断と医師の評価の相関 （大阪市との比較）

大阪市 （消防庁まとめ）

救急外来における医師の評価	救急隊による判断：初期対応が適当		二次対応が適当		三次対応が適当		回答数	
初期対応が適当	1615	71.5%	2825	37.3%	6	3.9%	4246	44.9%
二次対応が適当	637	28.2%	4272	60.7%	30	19.6%	4939	52.3%
三次対応が適当	7	0.3%	139	2.0%	117	76.5%	263	2.8%
回答数	2259	100%	7036	100%	153	100%	9448	100%

アンダートリアージ率；8．3%

栃木県　小山・芳賀地区 （消防庁まとめ）

救急外来における医師の評価	救急隊による判断：初期対応が適当		二次対応が適当		三次対応が適当		回答数	
初期対応が適当	194	68.1%	154	28.6%	8	9.1%	356	39.1%
二次対応が適当	88	30.9%	343	63.8%	40	45.5%	471	51.7%
三次対応が	3	1.1%	41	7.6%	40	45.5%	84	9.2%
回答数	285	100%	538	100%	88	100%	911	100%

アンダートリアージ率；14．6%

病院医師判断三次事例　概要

救急隊判断　三次			40
救急隊判断 一次　二次	三次要件	JCS　30以上	1
	重症の徴候	ACS、心不全	4
		大動脈解離	2
		脳卒中	7
		重症外傷	4
		急性腹症、吐下血	4
		呼吸困難	6
	その他	CPA	2
		軽微な外傷	4
		意識障害	3
		がん関連	2
		その他　急性薬物中毒 など	5
	救急隊判断　一次　二次　計		44
病院医師判断三次　　計			84

くも膜下出血 3

急性硬膜下血腫

まとめ　３

１．病院選定時間は重症事例では概ね良好

★ 注意すべき事例が隠れている。
★ 軽症では時に時間をかけざるを得ない。
　地域性

２．　救急隊の定義上のアンダートリアージは少ないが、改善の余地有。

病態が分かりにくい、　急変する危険性が高い、
（SAH、大動脈解離、肺炎など）
は要注意

考察と今後の展望

1. トリアージのレベルの向上は必要
   トリアージが転機に影響を与えたかを検証

2. 二次医療機関は役割分担を明確にして、可能な範囲で救急医療に協力していただくことが必要。

3. 地域の三次医療機関は三次要件の傷病者だけではなく重症二次適応傷病者もスムースに受け入れる努力を。

救急隊の判断と医師の評価の相関 （大阪市との比較）

大阪市		救急隊による判断							
		初期対応が適当		二次対応が適当		三次対応が適当		回答数	
救急外来における医師の評価	初期対応が適当	1615	71.5%	2825	37.3%	6	3.9%	4246	39.1%
	二次対応が適当	637	28.2%	4272	60.7%	30	19.6%	4939	51.7%
	三次対応が適当	7	0.3%	139	2.0%	117	76.5%	263	9.2%
回答数		2259	100%	7036	100%	153	100%	9448	100%

栃木県　小山･芳賀地区		救急隊による判断							
		初期対応が適当		二次対応が適当		三次対応が適当		回答数	
救急外来における医師の評価	初期対応が適当	194	68.1%	154	28.6%	8	9.1%	356	39.1%
	二次対応が適当	88	30.9%	343	63.8%	40	45.5%	471	51.7%
	三次対応が適当	3	1.1%	41	7.6%	40	45.5%	84	9.2%
回答数		285	100%	538	100%	88	100%	911	100%

全国MC協議会連絡会20100602

東京都における救急相談事業
東京消防庁救急相談センター（#7119）の
現況と今後の課題

東京都救急相談センター運営協議会
森村尚登　有賀　徹　石原　哲

東京都重点事業　救急相談センター

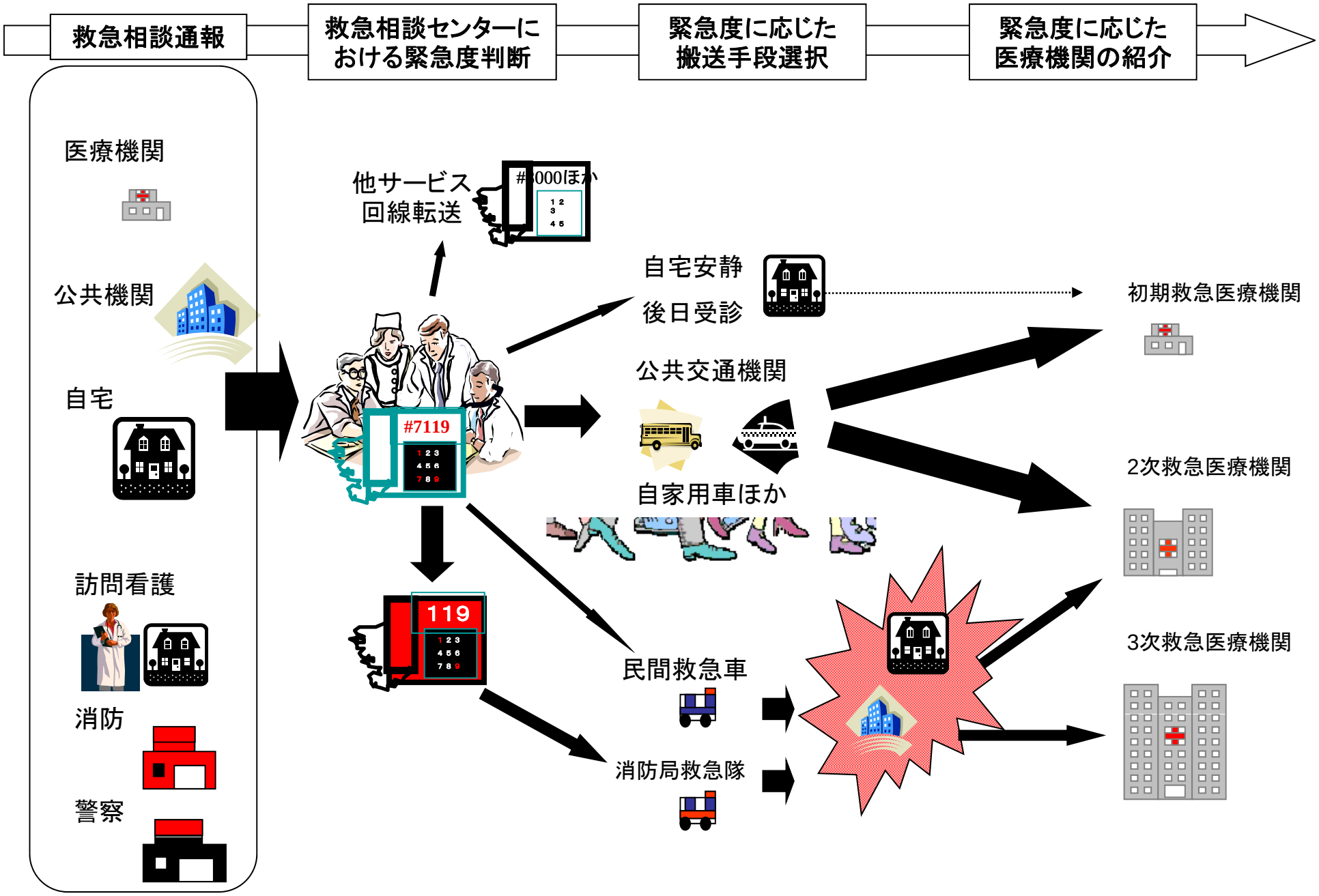
東京都医師会

東京都福祉保健局

東京消防庁

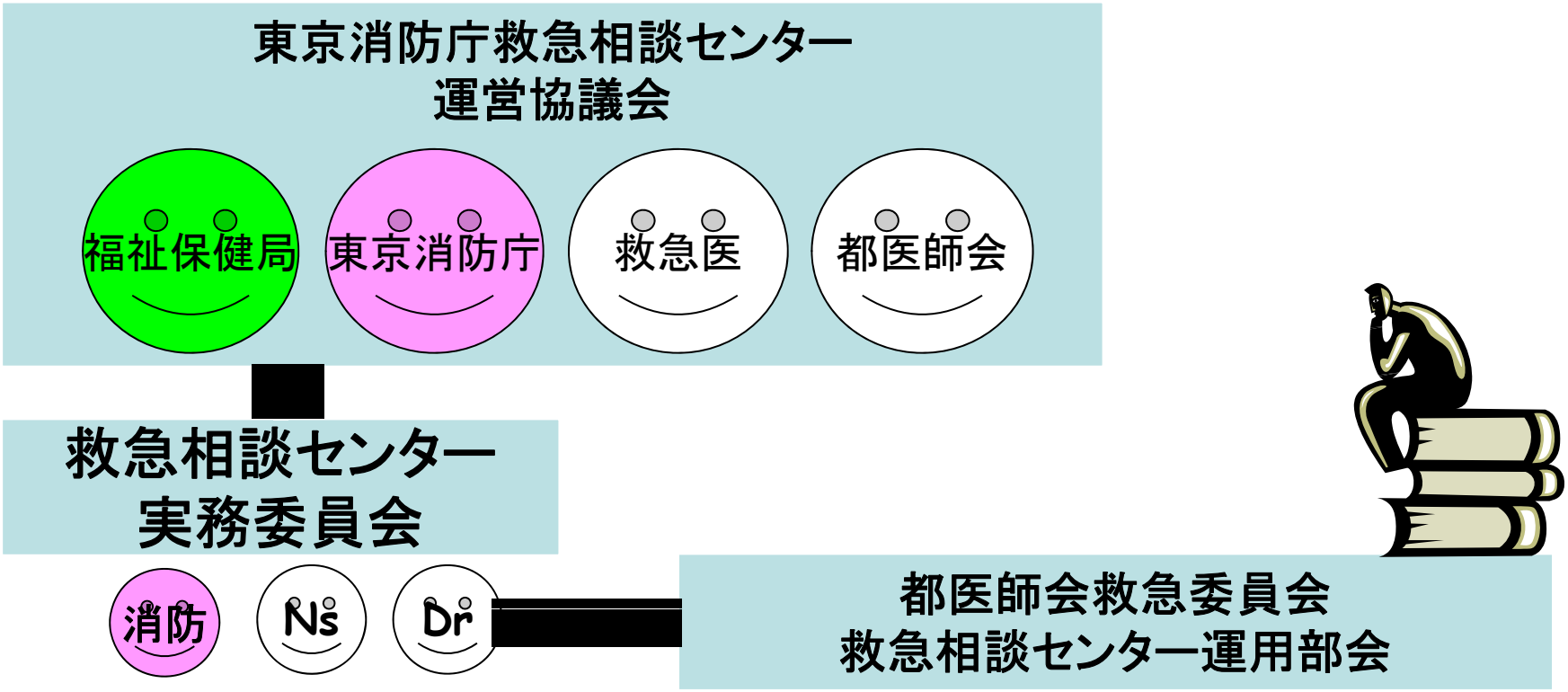
救急医学に関する専門医

2007.6.1開設


救急相談通報
救急相談センターにおける緊急度判断
緊急度に応じた搬送手段選択
緊急度に応じた医療機関の紹介
医療機関
公共機関
自宅
訪問看護
消防
警察
他サービス回線転送
#8000ほか
#7119
119
自宅安静
後日受診
公共交通機関
自家用車ほか
民間救急車
消防局救急隊
初期救急医療機関
2次救急医療機関
3次救急医療機関

常勤医師がいない状況で
どのように質を担保するか

特に、非救急車対応における
過小評価をどう防ぐか



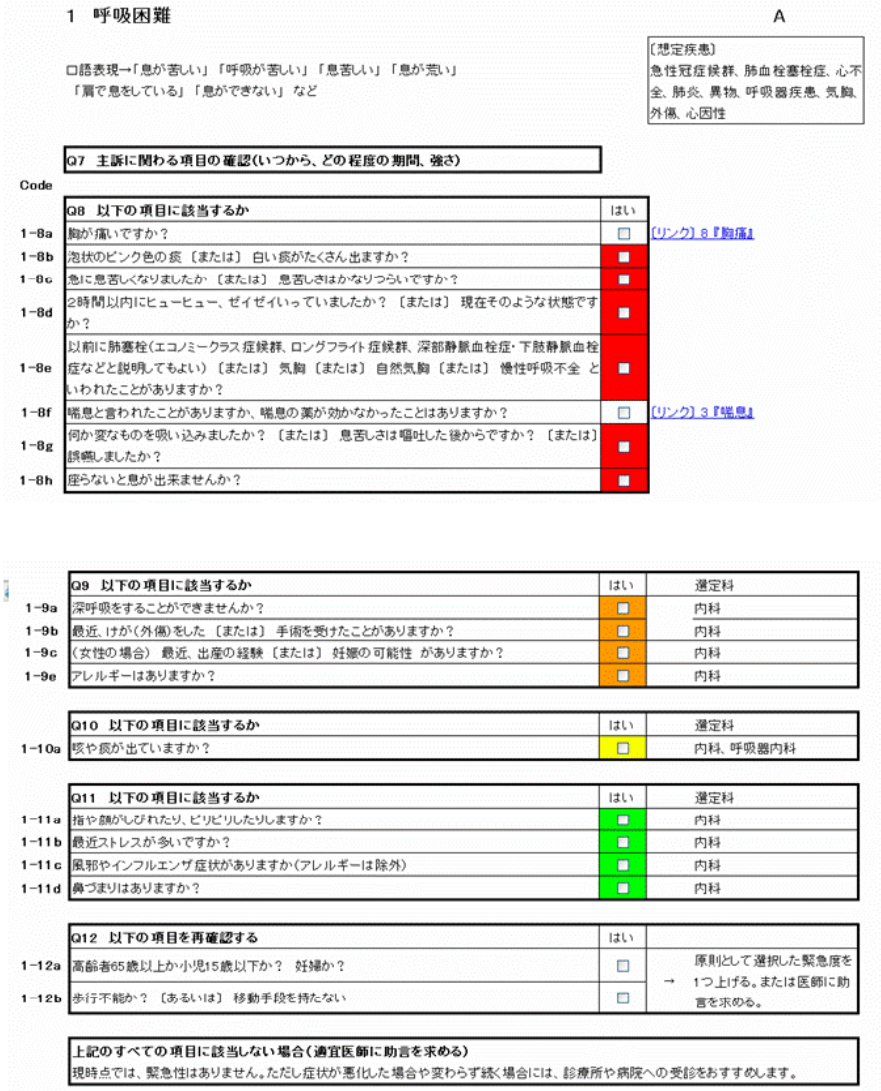
東京都医師会救急委員会　救急相談センター運用部会

98の各主訴・症候別プロトコール

- 緊急度を図るための箇条書きの質問項目

提供する内容

- 緊急度判断カテゴリー（赤・橙・黄・緑）に従った
  - 受診手段
  - 受診時期
- 紹介科目
- 口頭指導内容



1　呼吸困難　　A

〔想定疾患〕
急性冠症候群、肺血栓塞栓症、心不全、肺炎、異物、呼吸器疾患、気胸、外傷、心因性

口語表現→「息が苦しい」「呼吸が苦しい」「息苦しい」「息が荒い」「肩で息をしている」「息ができない」など

Q7　主訴に関わる項目の確認(いつから、どの程度の期間、強さ)

Code	Q8　以下の項目に該当するか	はい	
1-8a	胸が痛いですか？	□	(リンク) 8『胸痛』
1-8b	泡状のピンク色の痰〔または〕白い痰がたくさん出ますか？	□	
1-8c	急に息苦しくなりましたか〔または〕息苦しさはかなりつらいですか？	□	
1-8d	2時間以内にヒューヒュー、ゼイゼイいっていましたか？〔または〕現在そのような状態ですか？	□	
1-8e	以前に肺塞栓(エコノミークラス症候群、ロングフライト症候群、深部静脈血栓症・下肢静脈血栓症などと説明してもよい)〔または〕気胸〔または〕自然気胸〔または〕慢性呼吸不全 といわれたことがありますか？	□	
1-8f	喘息と言われたことがありますか、喘息の薬が効かなかったことはありますか？	□	(リンク) 3『喘息』
1-8g	何か変なものを吸い込みましたか？〔または〕息苦しさは嘔吐した後からですか？〔または〕誤嚥しましたか？	□	
1-8h	座らないと息が出来ませんか？	□	

	Q9　以下の項目に該当するか	はい	選定科
1-9a	深呼吸をすることができませんか？	□	内科
1-9b	最近、けが(外傷)をした〔または〕手術を受けたことがありますか？	□	内科
1-9c	(女性の場合) 最近、出産の経験〔または〕妊娠の可能性 がありますか？	□	内科
1-9e	アレルギーはありますか？	□	内科

	Q10　以下の項目に該当するか	はい	選定科
1-10a	咳や痰が出ていますか？	□	内科、呼吸器内科

	Q11　以下の項目に該当するか	はい	選定科
1-11a	指や顔がしびれたり、ピリピリしたりしますか？	□	内科
1-11b	最近ストレスが多いですか？	□	内科
1-11c	風邪やインフルエンザ症状がありますか(アレルギーは除外)	□	内科
1-11d	鼻づまりはありますか？	□	内科

	Q12　以下の項目を再確認する	はい	
1-12a	高齢者65歳以上か小児15歳以下か？　妊婦か？	□	→ 原則として選択した緊急度を1つ上げる。または医師に助言を求める。
1-12b	歩行不能か？〔あるいは〕移動手段を持たない	□	

上記のすべての項目に該当しない場合(適宜医師に助言を求める)
現時点では、緊急性はありません。ただし症状が悪化した場合や変わらず続く場合には、診療所や病院への受診をおすすめします。

緊急度カテゴリー

赤	119
橙	119以外緊急受診
黄	6時間以内を目安とした早期受診
緑	当日or翌日日勤帯受診
青	経過観察

医療機関情報の主なリソース

A) 救急病院情報端末（東京消防庁）

B) 夜間休日診療所情報（地域医師会）

C) ひまわり（東京都福祉保健局）

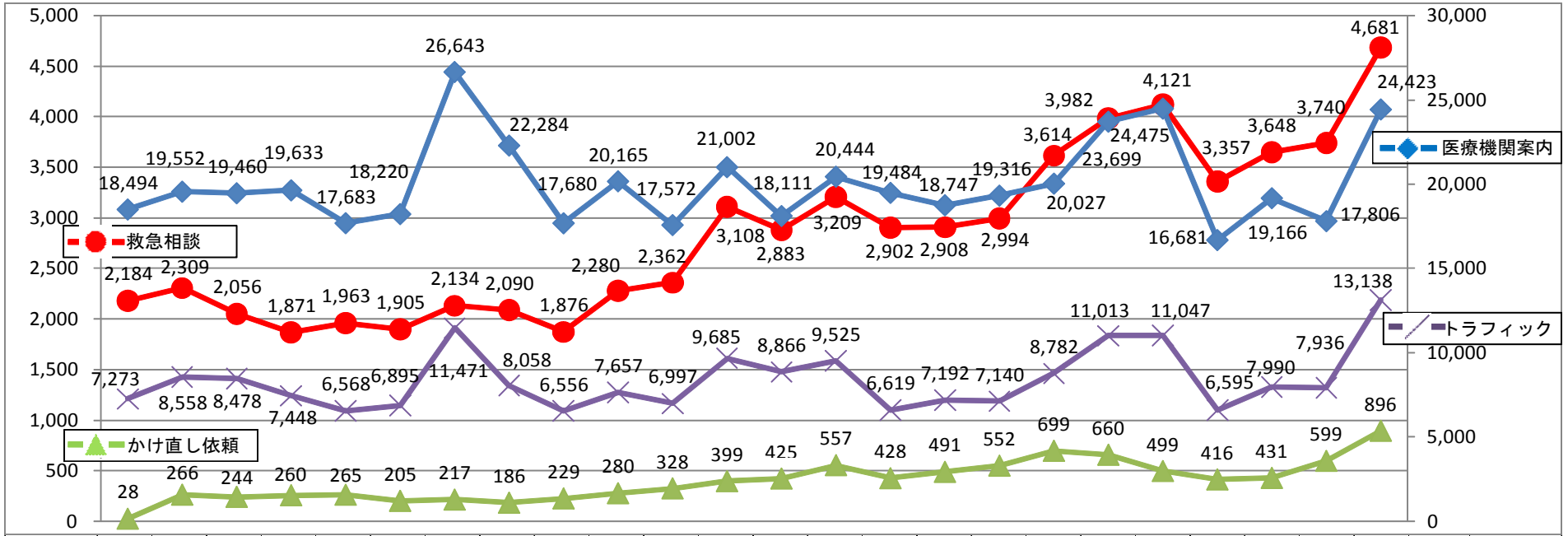
研修体制

- 新任看護師
  - 83時間/4週間（座学・シミュレーション他）
  - On-job training 4週間
  - 上記後フォローアップ面接（Dr、Ns）
- 新任通信員
  - 95時間（座学他）
- 新任監督員
  - 40時間（座学他）
- 現任看護師
  - カテゴリーA、頻繁に使用されるプロトコールを題材とした座学：1回/月

救急相談（2007/6/1～2009/5/31） 68,177件

一日平均93件(1年目：71件→2年目：115件）

月別推移(2007/6-2009/5)　● 救急相談件数

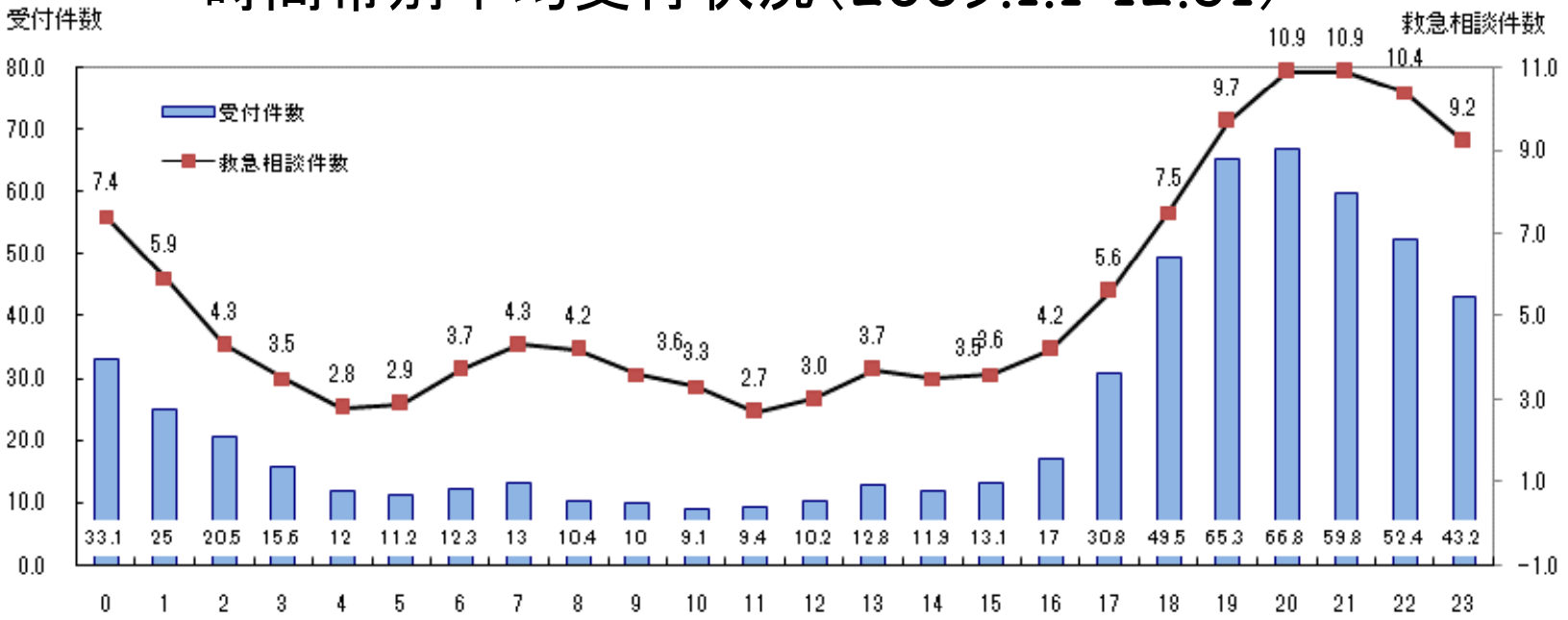


年	2007	2007	2007	2007	2007	2007	2007	2008	2008	2008	2008	2008	2008	2008	2008	2008	2008	2008	2008	2009	2009	2009	2009	2009		年
月	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	計	月
医療機関案内	18,494	19,552	19,460	19,633	17,683	18,220	26,643	22,284	17,680	20,165	17,572	21,002	18,111	20,444	19,484	18,747	19,316	20,027	23,699	24,475	16,681	19,166	17,806	24,423	480,767	医療機関案内
救急相談	2,184	2,309	2,056	1,871	1,963	1,905	2,134	2,090	1,876	2,280	2,362	3,108	2,883	3,209	2,902	2,908	2,994	3,614	3,982	4,121	3,357	3,648	3,740	4,681	68,177	救急相談
*かけ直し依頼	28	266	244	260	265	205	217	186	229	280	328	399	425	557	428	491	552	699	660	499	416	431	599	896	9,560	*かけ直し依頼
トラフィック	7,273	8,558	8,478	7,448	6,568	6,895	11,471	8,058	6,556	7,657	6,997	9,685	8,866	9,525	6,619	7,192	7,140	8,782	11,013	11,047	6,595	7,990	7,936	13,138	201,487	トラフィック
看護師総数	12	12	12	12	12	12	12	13	13	13	17	16	16	16	16	16	20	20	20	20	20	18	19	19		看護師総数
通信員総数	30	30	29	28	28	28	28	28	28	28	31	31	31	31	32	32	32	32	32	32	32	32	36	36		通信員総数

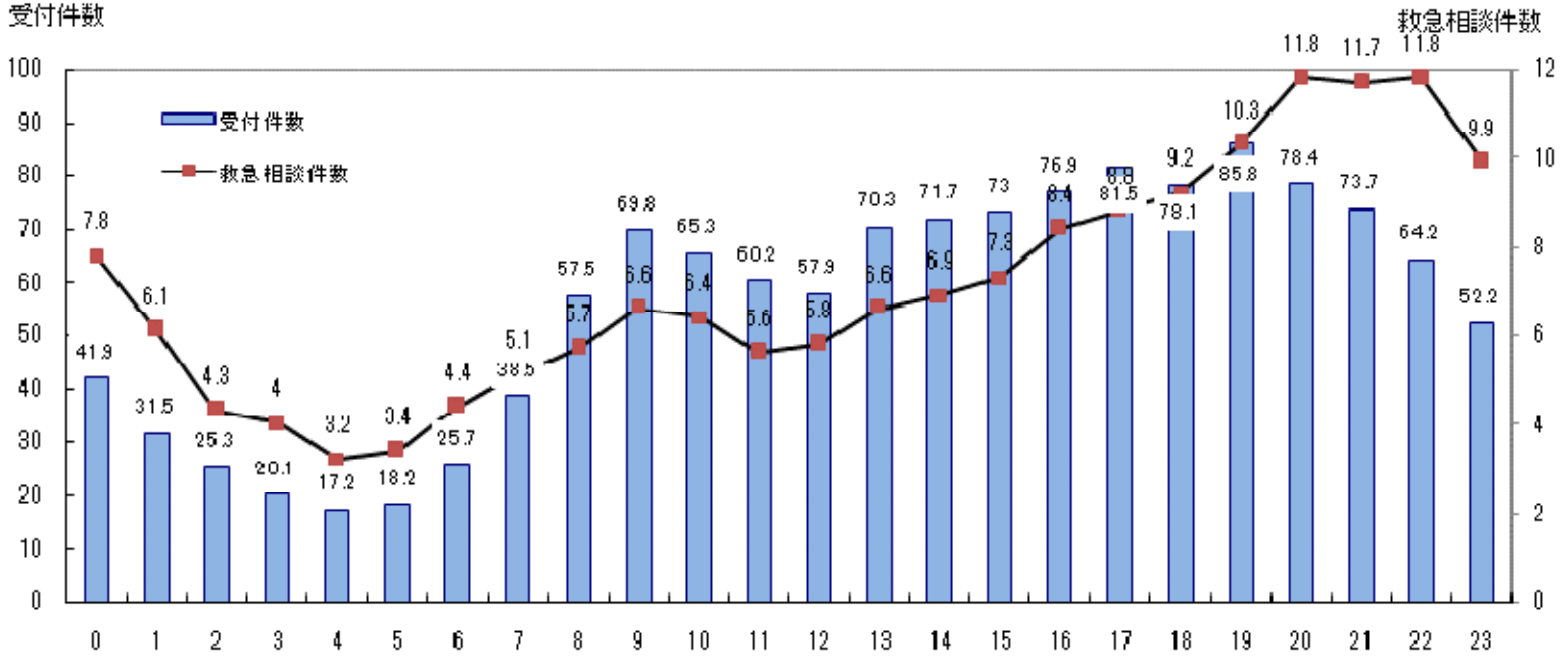
*かけ直し依頼は、平成19年6月27日からカウント

時間帯別平均受付状況（2009.1.1-12.31）

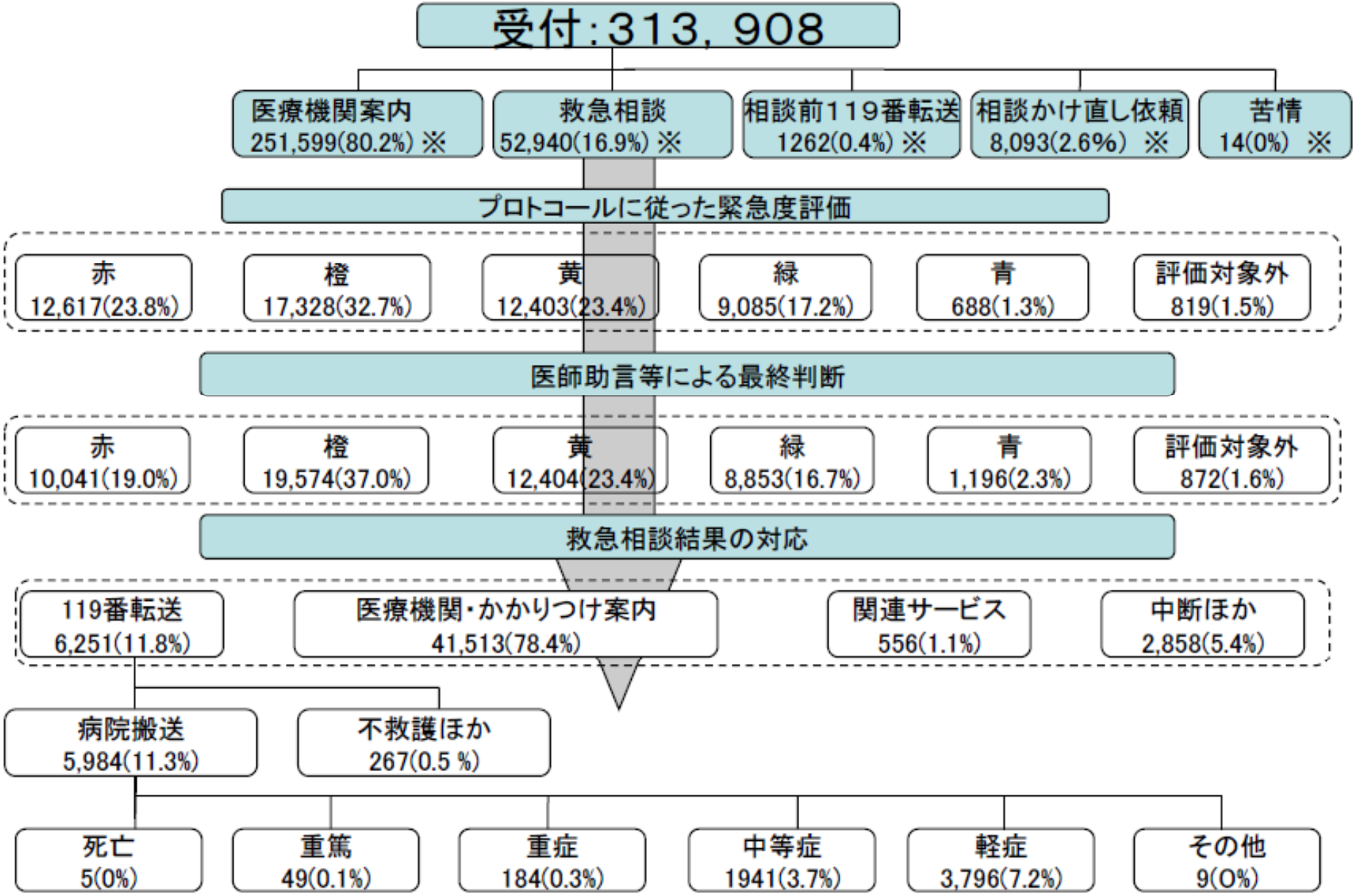
平日



休日



全受付相談に対する過程の評価と転帰
（%：全救急相談を分母とする。ただし、※は全受付件数を分母とした。）（2009.1.1-12.31）



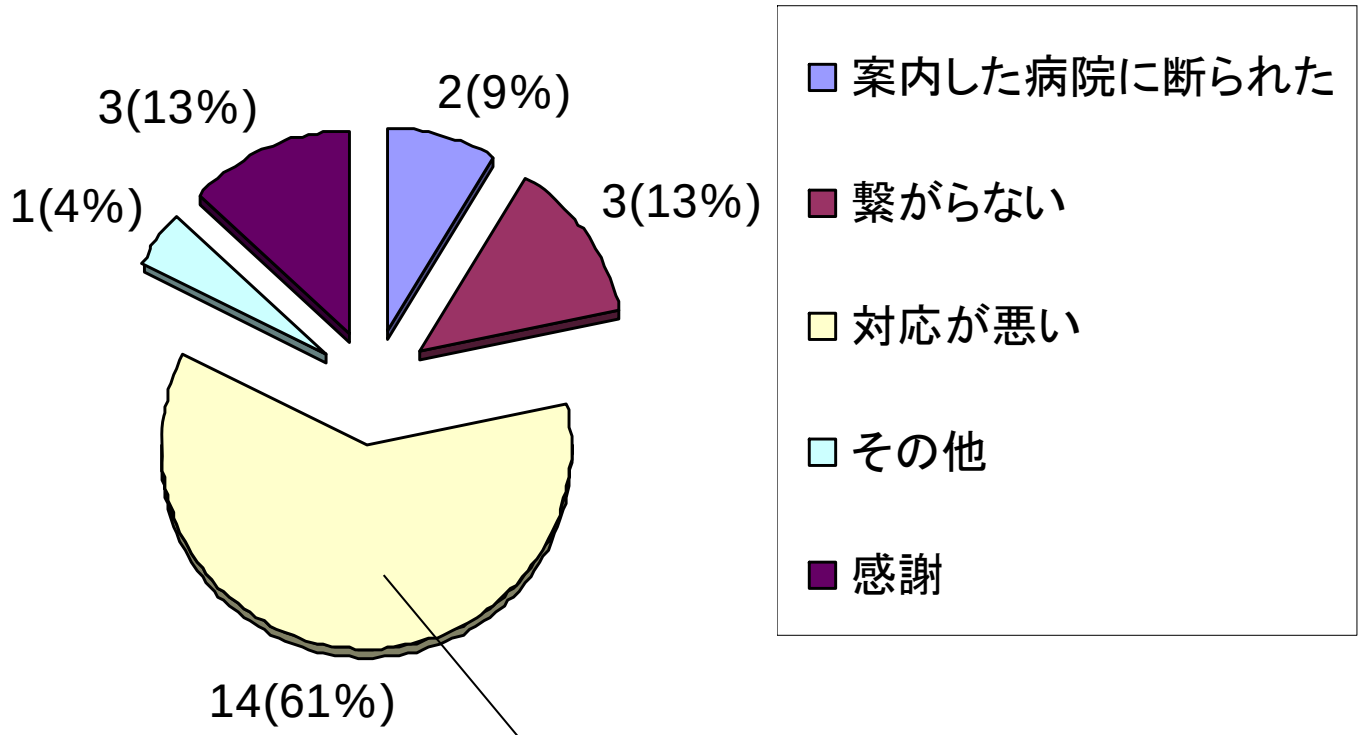
検証対象

- Structure（プロトコール構造）：不足は？
  - プロトコールのアルゴリズム
  - プロトコールのタイトル
  - プロトコールのコード
- Process（プロトコール使用方法）：守っている？
  - 遵守の程度・逸脱の理由とその対応
  - 各カテゴリー到達までの迅速性
  - 関連するタイトル間の整合性
- Outcome（プロトコール精度）：類型化は妥当？
  - プロトコール判断と医療チーム最終判断との差を減らす
  - プロトコールの赤カテゴリーの緊急入院症例の予測

Processの評価の流れ

- **1次検証**：各勤務帯、勤務看護師による
  - 勤務帯ごとに全記録票を検証、下記①-⑤に該当したものを2次検証へ
  - ① プロトコール外（医師の助言の有無を問わない）
  - ② プロトコールコードに該当なし（医師の助言の有無を問わない）
  - ③ 青判断かつ医師の助言なし
  - ④ カテゴリーのランクダウンかつ医師の助言なし
  - ⑤ その他の問題症例
- **2次検証**：定期的（1回/月程度）、検証担当看護師4名のSGDによる
- **3次検証**：定期的（1回/月程度）、検証担当看護師、相談医医長による。2次検証後のシートを検討。音声記録の必要性も併せて判断。Feedbackの方法のカテゴリー化は今後の課題

クレームと感謝



看護師　8

通信員　5

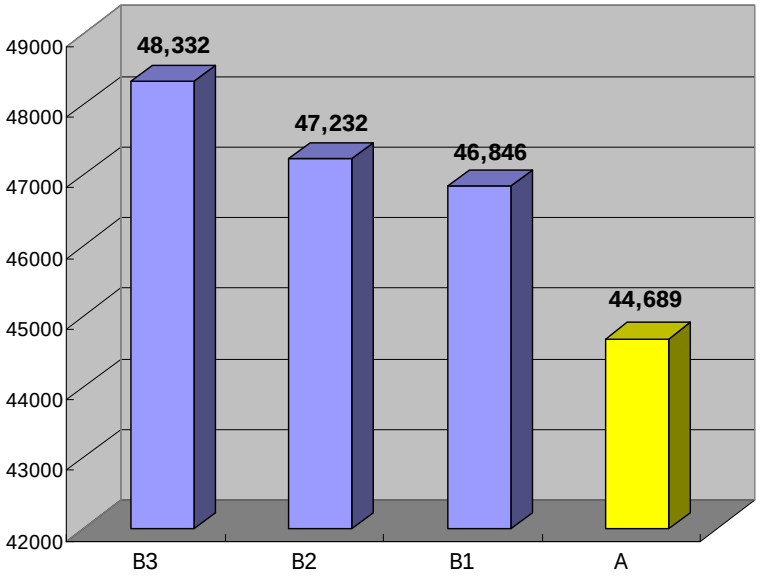
システム　1

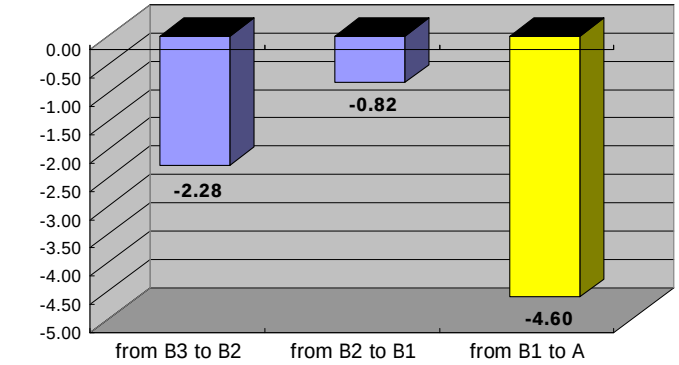
2009.1-12　data

#7119導入の効果

- 市民からの視点
  - 多くの選択肢を提供
  - 小さな子供を持つ親に寄与
  - 119を躊躇する市民に対する“第二の篩い”
- EMSからの視点
  - 救急車利用の減少
  - 時間外診療負担の軽減
  - 救急車・救急医療機関の有効な運用
  - コスト削減

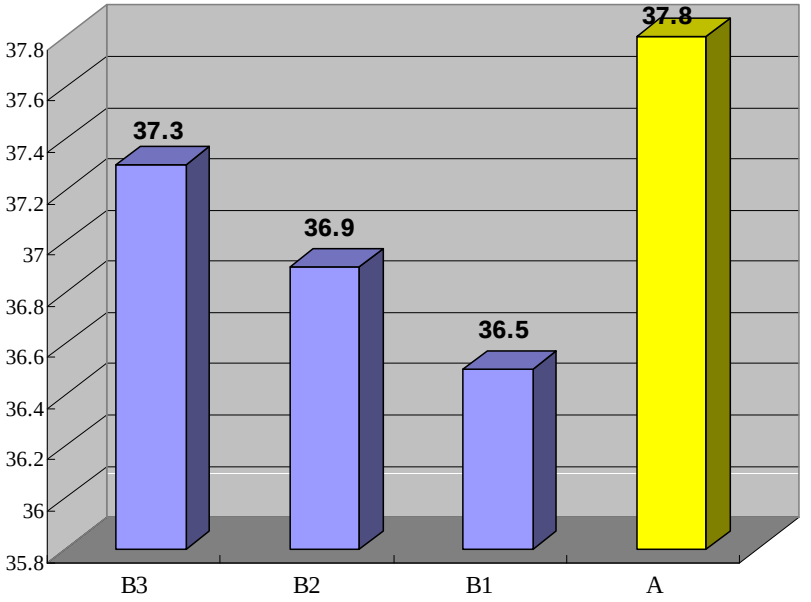
年間救急車利用数の年次推移
（人口100万人当たり）





救急車利用数の変化率 (%)

救急車搬送緊急入院率の年次推移 (%)



A::2007.6-2008.5
B1: 2006.6-2007.5
B2: 2005.6-2007.5
B3: 2004.6-2005.5

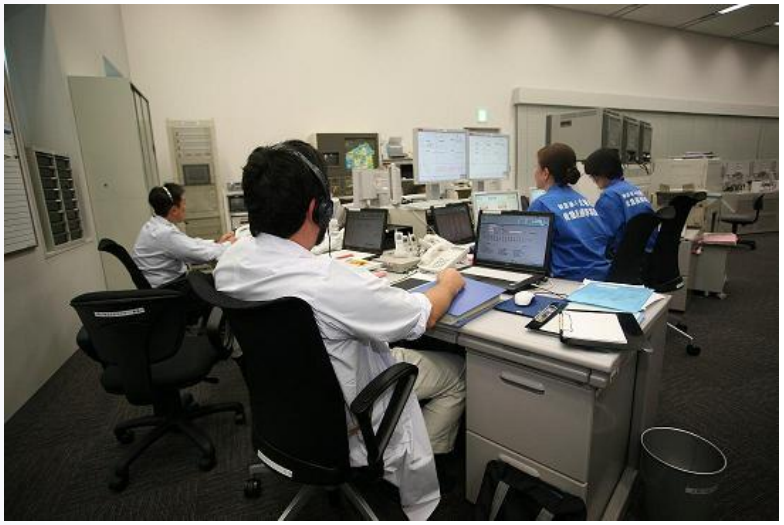
課題

- 同時多数通報への対応
- 登録医師の研修体制
- プロトコール検証のための軽症判断症例の転帰調査
- 紹介先医療機関情報の充実
- 通信員接遇訓練
- 他地域との連携
- 既存の他回線との整合

まとめ

- 救急相談業務の医学的質は、定期的かつ継続的なメディカルコントロールによって担保される。

救急安心センターおおさか



大阪市消防局

大阪市の「救急安心センター」は
消防庁のモデル事業として、
消防局指令情報センター内に
平成21年10月開始

◆事業開始の経緯

平成10年から救急病院を24時間・年中無休で案内する「大阪市救急情報サービス」を実施

対応者が消防職員であるため

“診療科目ではなく、症状での問い合わせ”に対して「病院に行くべきか」「救急車を呼ぶべきか」といった医学的見地から助言を行うことが出来なかった。

救急安心センターおおさか

○病院に行ったほうがいいの？

○救急車を呼んだほうがいいの？

○応急手当をしたいがわからない

…など

市　民

#7119

または

06-6582-7119

相談する人が身近にいない
救急車を呼ぶまえに相談ができたら

24時間365日対応

（大阪市消防局指令情報センター内に設置）

医師・看護師・相談員が救急医療相談に対応

- 病気や怪我の状態から緊急性について助言します
- 病気や怪我の状態から応急処置について助言します
- 症状に応じた適切な医療機関を案内します
- 救急医療相談から救急車の出場まで1本の電話で対応します

救急出場

緊急性の高い相談には救急車が直ちに出場

迅速な救急車の出場

<u>○○市への救急出場は</u>

ホットライン機能を使用し、該当消防本部に症状等を伝え、
『救急出場』を依頼します。

事業のコンセプト

緊急性や救急車の要否について悩む

⇒医学的見地からアドバイスを行うことで
一人でも多くの市民に安心感を与える。

救急搬送における軽症者率の低減

緊急性のある潜在的重症者の救護

⇒医学的見地から判断し救急出場

均一な相談体制の維持

⇒ﾌﾟﾛﾄｺｰﾙを使用（レベルの平準化）

大阪府内に展開

平成22年度は大阪府内16市で実施
（堺市、東大阪市、吹田市など）

対象人口
約266万

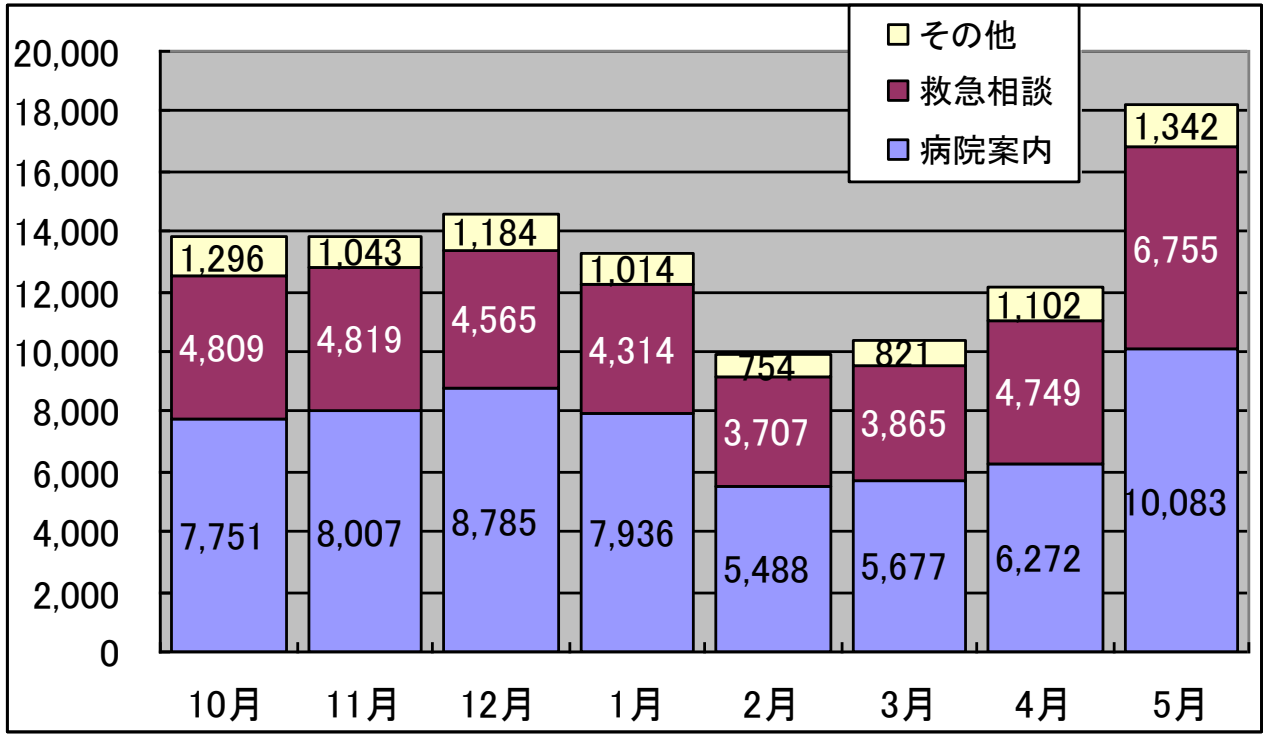
対象人口
約600万

着信件数とその内訳

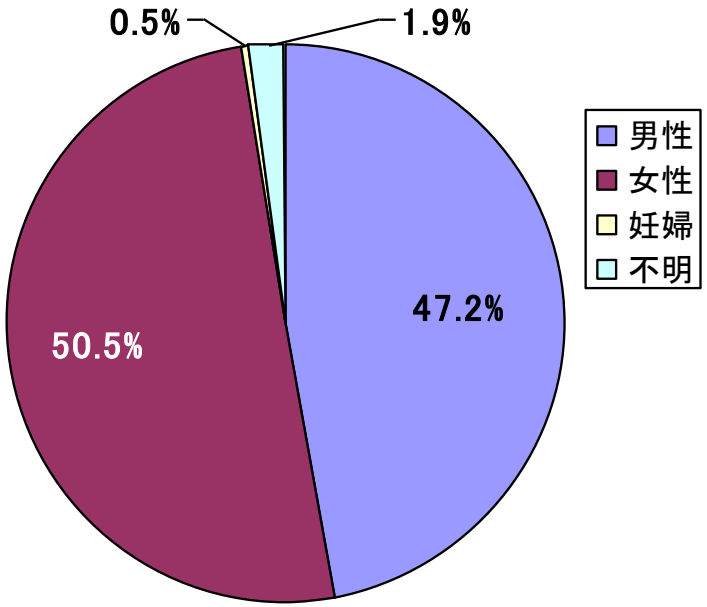
（平成21年10月1日～平成22年5月31日）

- 総着信件数　　105,426件
- うち　救急相談件数　　37,583件

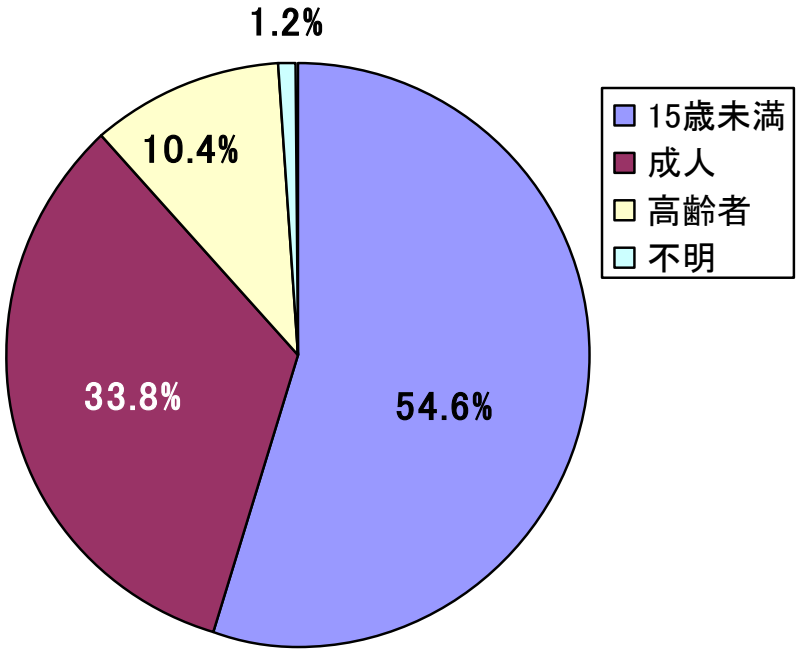
約35%が救急医療相談



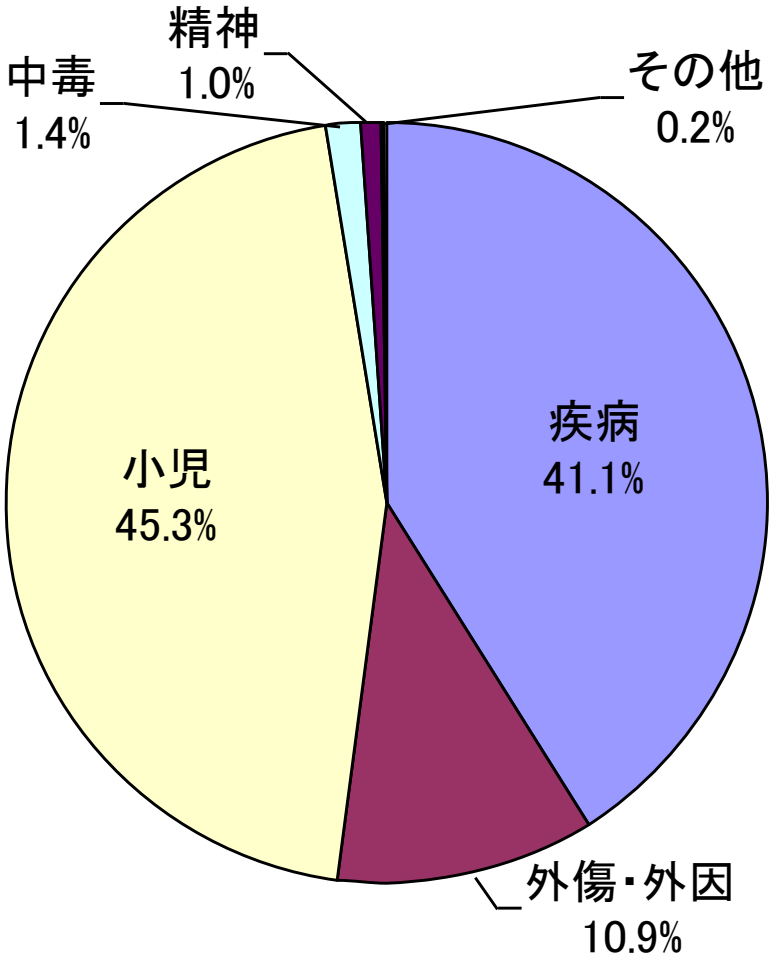
相談対象者の内訳



高齢者とは65歳以上をいう



相談内容別内訳



救急搬送後の奏功例について

- **奏功例の定義**

  搬送の結果、入院加療が必要でかつ緊急手術等を行い入院期間が3週間未満のもの。

奏功症例　　32件（H21.10～H22.4末）

【内容】
- **75歳　男性　　胸が気持ち悪いと相談　心筋梗塞**
- **27歳　女性　　深夜　妊娠27週不正出血　切迫早産**
- **6歳　　女児　　便秘と発熱で相談　　腸閉塞（腹膜炎）**

他　29件

相談内容から「救急の要あり」と判断した事案

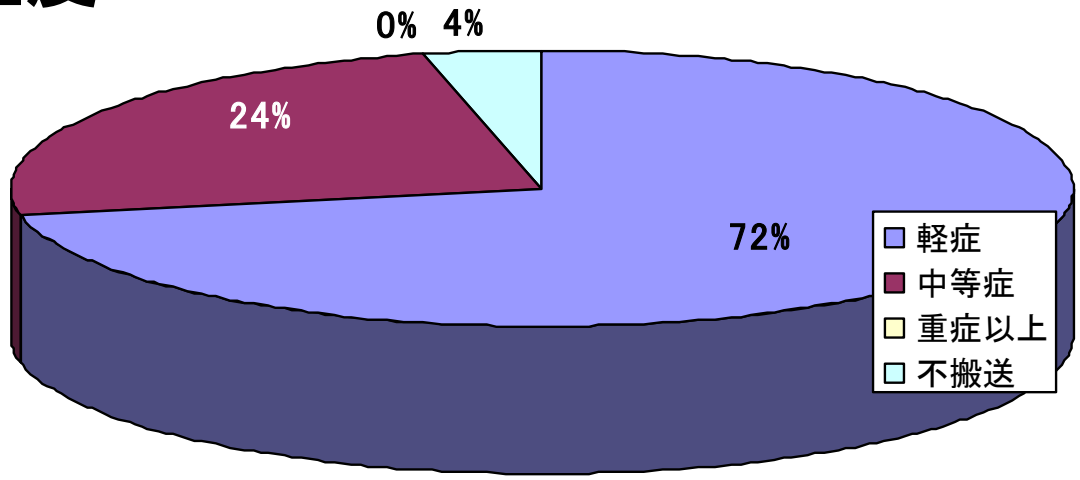
- 大阪市内　　1，869件
- 大阪市以外　　217件

（他府県も含む）

救急出場後の傷病程度

軽　症72%

中等症24%



プロトコールについて

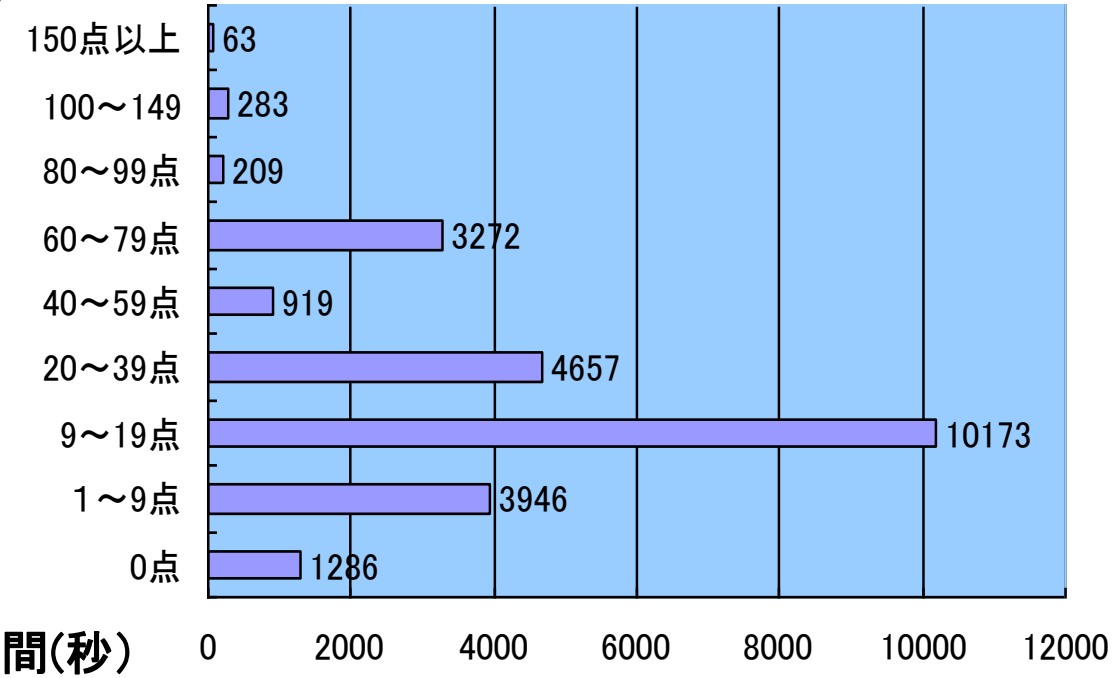
プロトコール作成検討委員会
（医師等で設置）

- 点数制を採用
- 「システム化」ではなく「ファイル化」を採用

  プロトコールの変更を簡便化・季節性の疾患に対応
- 検証体制の実施
- 統計結果の自動集計プログラムを付加

プロトコール点数及び相談時間

- プロトコール点数結果

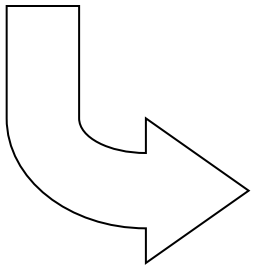


プロトコール結果による平均相談時間(秒)

0点	322	60～79点	618
1～9点	323	80～99点	430
9～19点	324	100～149	422
20～39点	349	150点以上	384
40～59点	367	合計平均	393

今後の展開

○　対象地域の拡充



大阪府内全域へ

○　事業の検証

2010年6月2日水曜日

総務省　消防庁

第一回　全国メディカルコントロール協議会　連絡会

奈良県救急安心センター
モデル事業実績

奈良県　医療政策部

部長　武末文男

平成21年度　奈良県における救急搬送実態

重症以上・照会回数4回以上：全国3.2%　奈良県11.8%	（全国47位）
重症以上・現場滞在時間30分以上の事案：全国4.3%　奈良県9.4%	（全国45位）
産科・周産期・照会回数4回以上：全国3.2%　奈良県3.0%	（全国34位）
産科・周産期・現場滞在時間30分以上：全国6.1%　奈良県6.0%	（全国38位）
小児傷病者・照会回数4回以上：全国2.8%　奈良県4.1%	（全国44位）
小児傷病者・現場滞在時間30分以上：全国2.0%　奈良県2.8%	（全国43位）
救命救急センター・照会回数4回以上：全国3.2%　奈良県28.4%	（全国47位）
救命救急センター・現場滞在時間30分以上：全国4.5%　奈良県21.9%	（全国47位）
救命救急センターにおける救急患者受入率：全国93.2%　奈良県79.3%	（全国45位）

奈良県　医療政策部

奈良県の市町村消防の現状

- できるだけ　早く
  - できるだけ近くに搬送を！（直近搬送文化が強い）

- できるだけ、照会は少なく
  - 二次で断られたら、救命救急センターに照会

（背景）

市町村合併が進まないため、規模の小さな市町村消防が、戦略なき搬送で迷走？している

※　二村では、消防もなく、役場の職員で対応

奈良県　医療政策部

奈良県の目的と特徴

（目的）

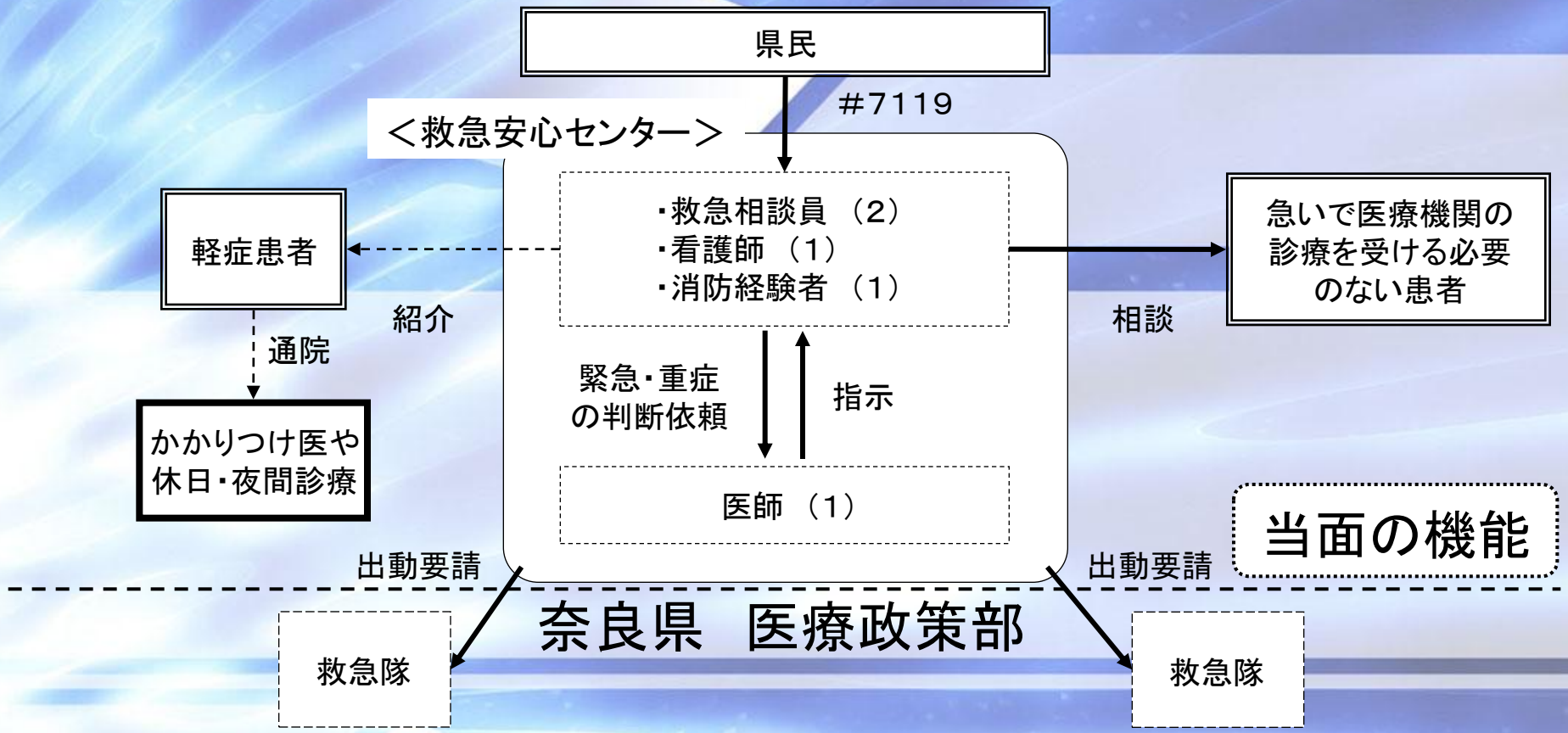
1.　受診をするまでもない患者への電話相談での対応
2.　高次救急医療機関でのウォークイン減少

- 　１１９番での救急医療相談が多い
  - 消防指令で、医療的な相談は困難
- 公開されていない二次輪番に、軽傷患者がくる
  - 消防指令が患者に輪番を教えているという医療機関側の不信感

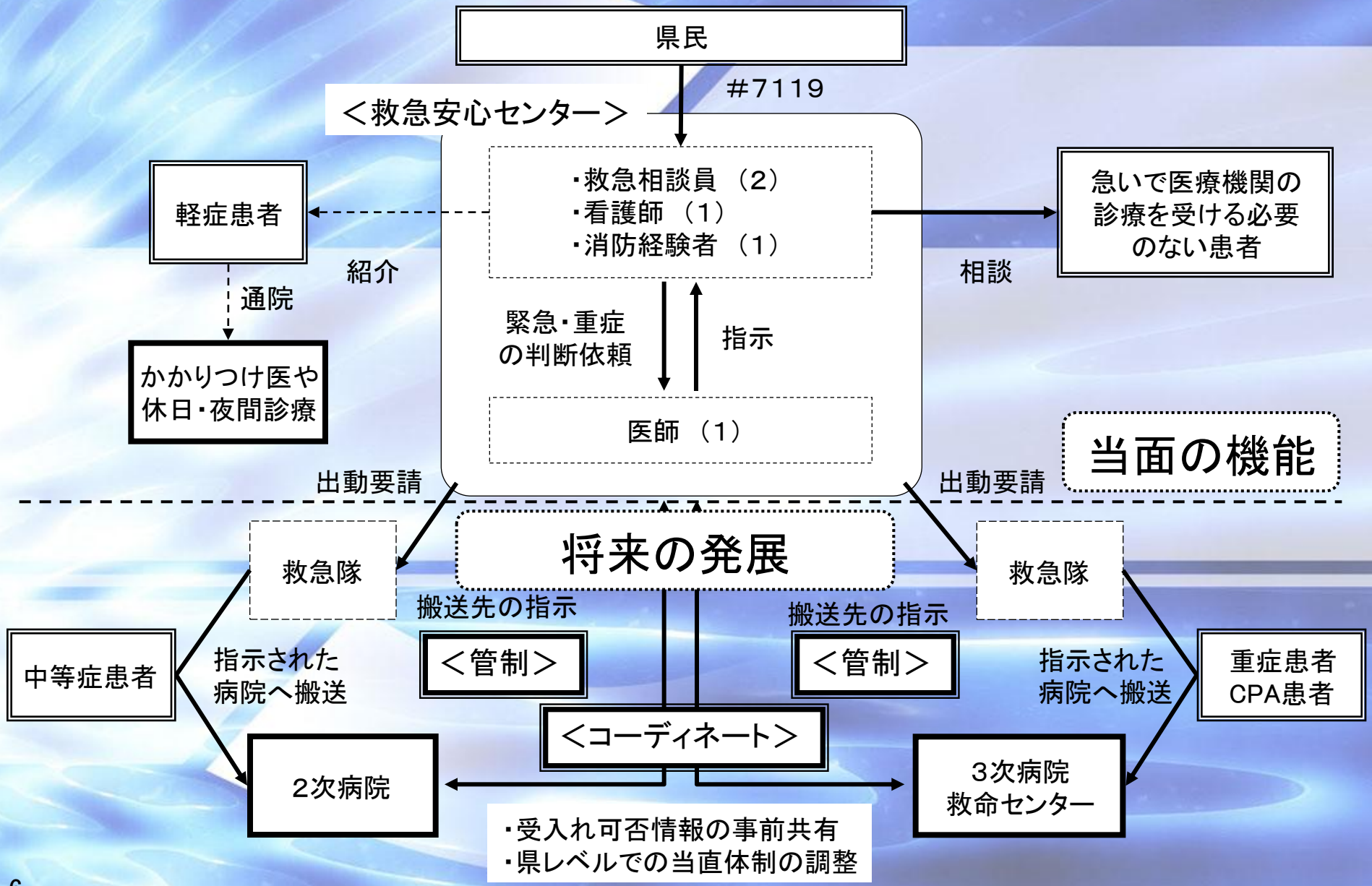
（特徴）

＃７１１９を、病院協会等**医療関係機関**に設置

奈良版　救急安心センター事業　（平成21年度）

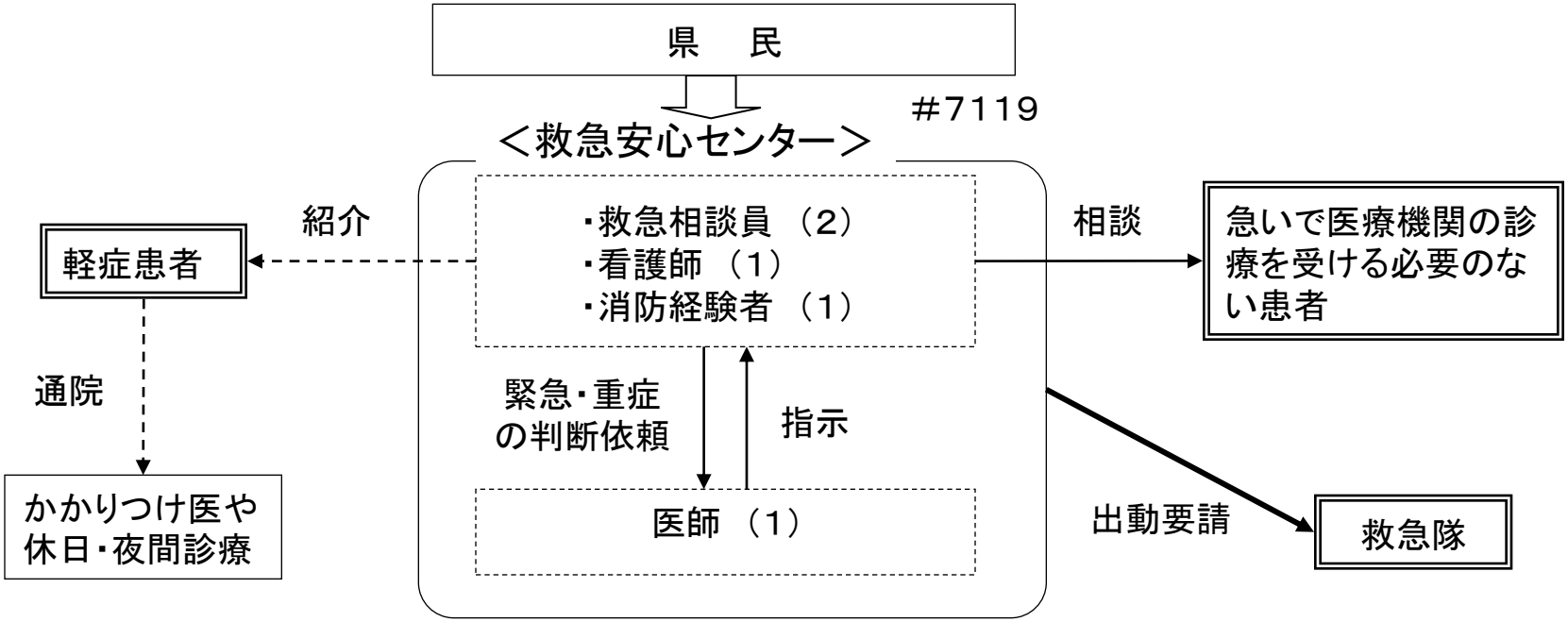


奈良版　救急安心センター事業　（平成21年度）



奈良県救急安心センターの概要

奈良県　医療政策部

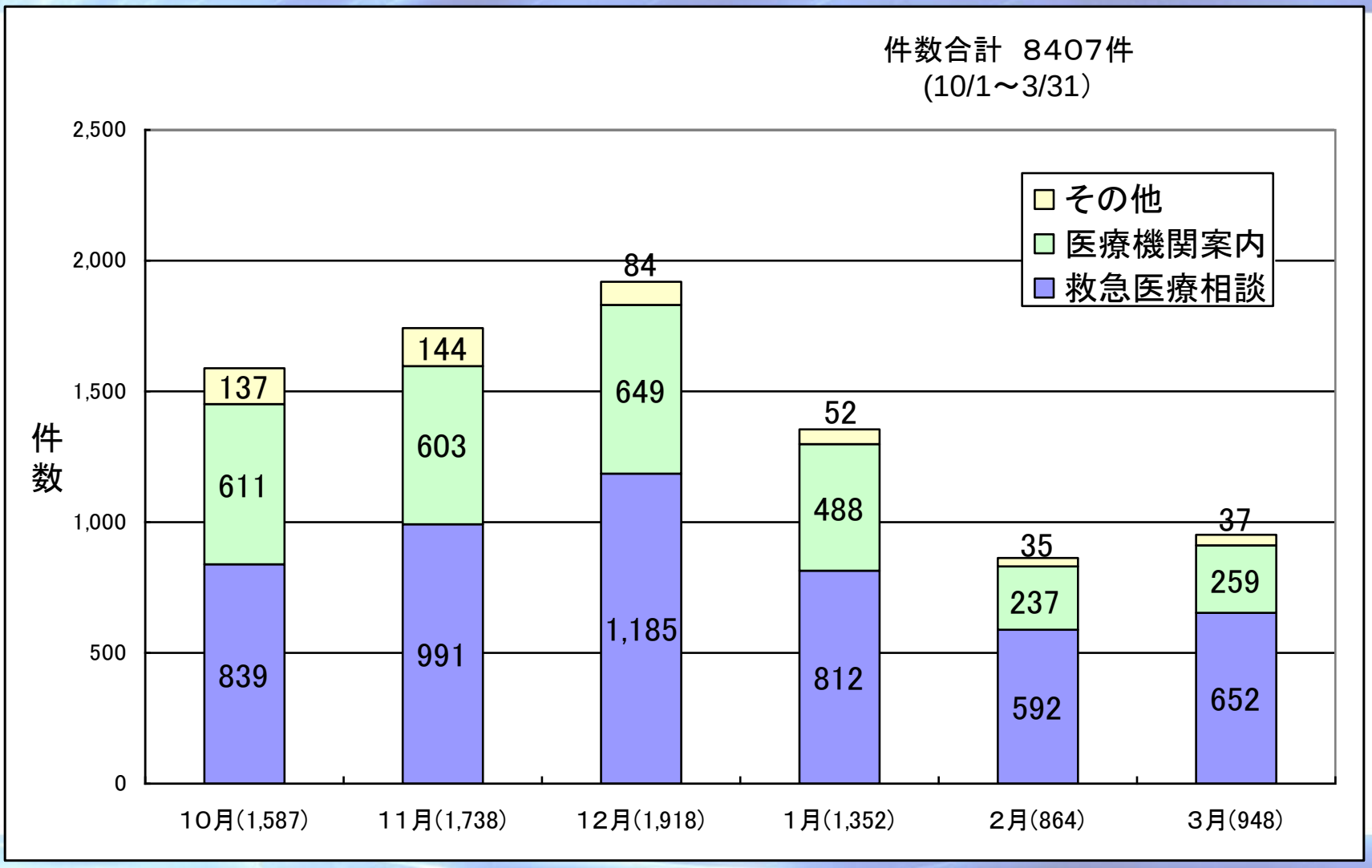


- 実施主体　奈良県救急安心センター運営協議会
- 期　　間　平成21年10月1日～平成22年3月31日
- 相談時間　毎日 24時間　　・実施地域　奈良県全域
- 相談実績　8，407件（1日平均　46．2件）
- 事　業　費　約7千万円

広報関係(ポスター・チラシ)

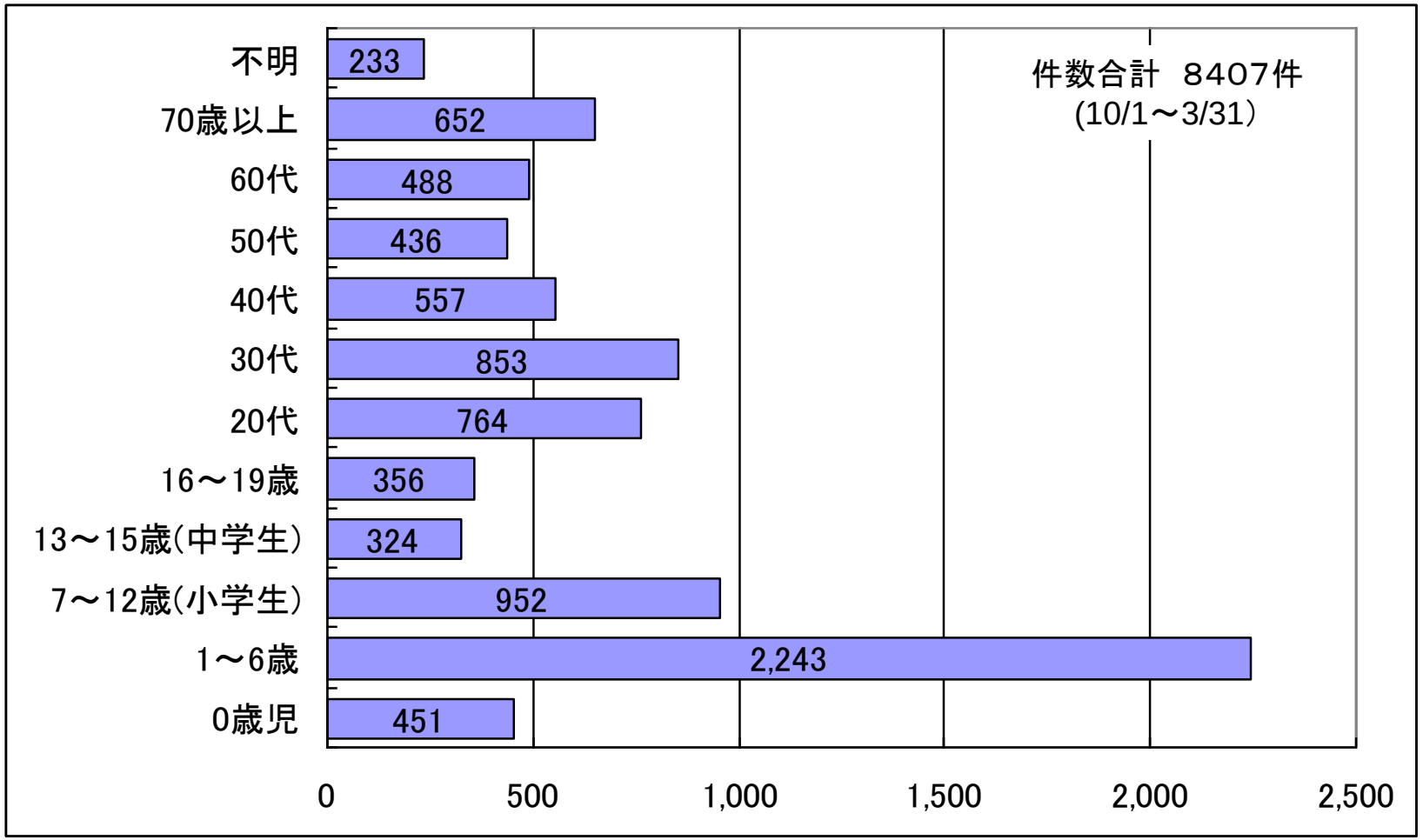
※10月と3月に新聞折り込みにより全戸配布

相談件数の推移



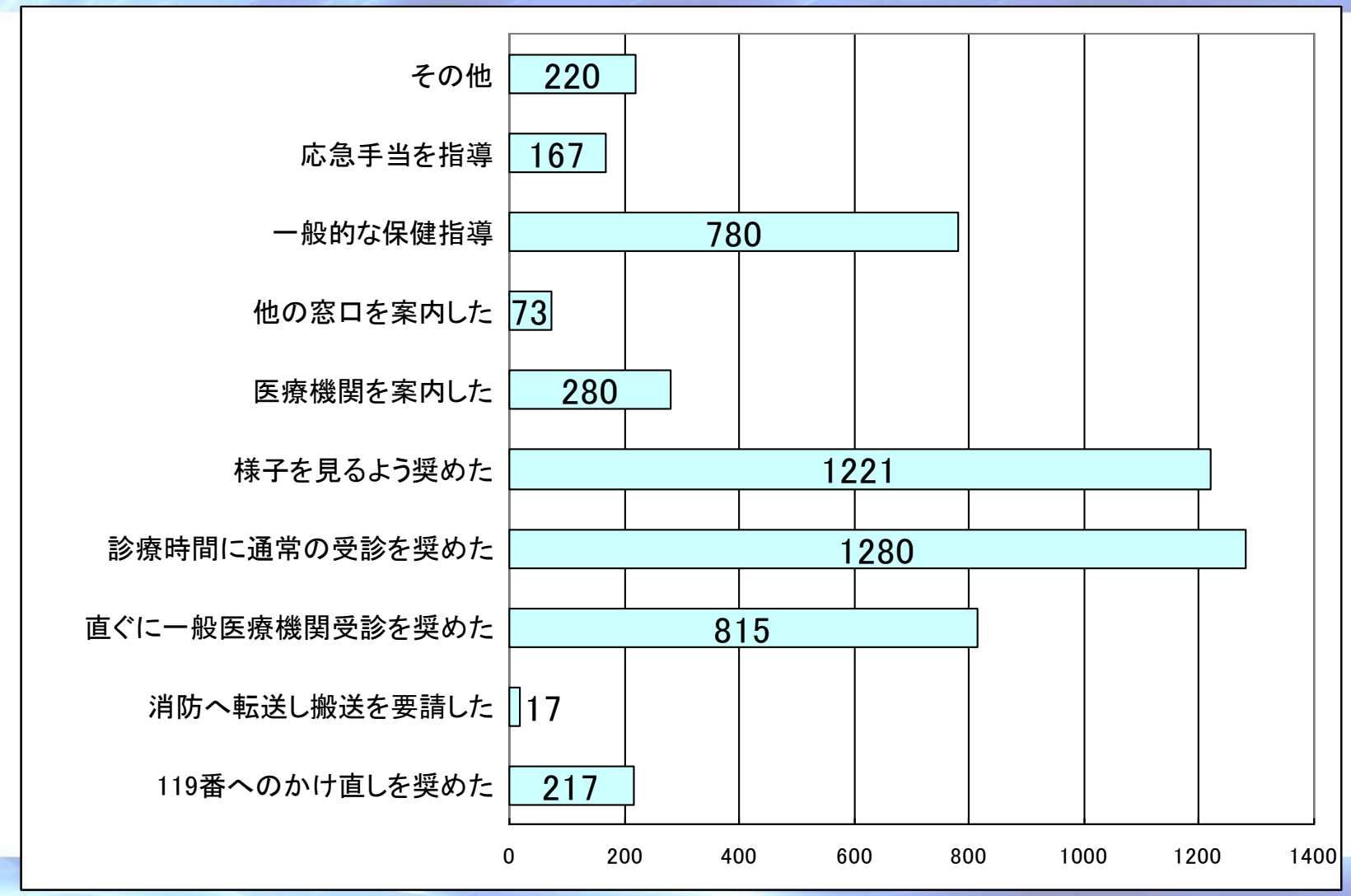
※10月～12月は、新型インフルエンザの流行の影響により相談件数が多かった

年齢別相談者の内訳



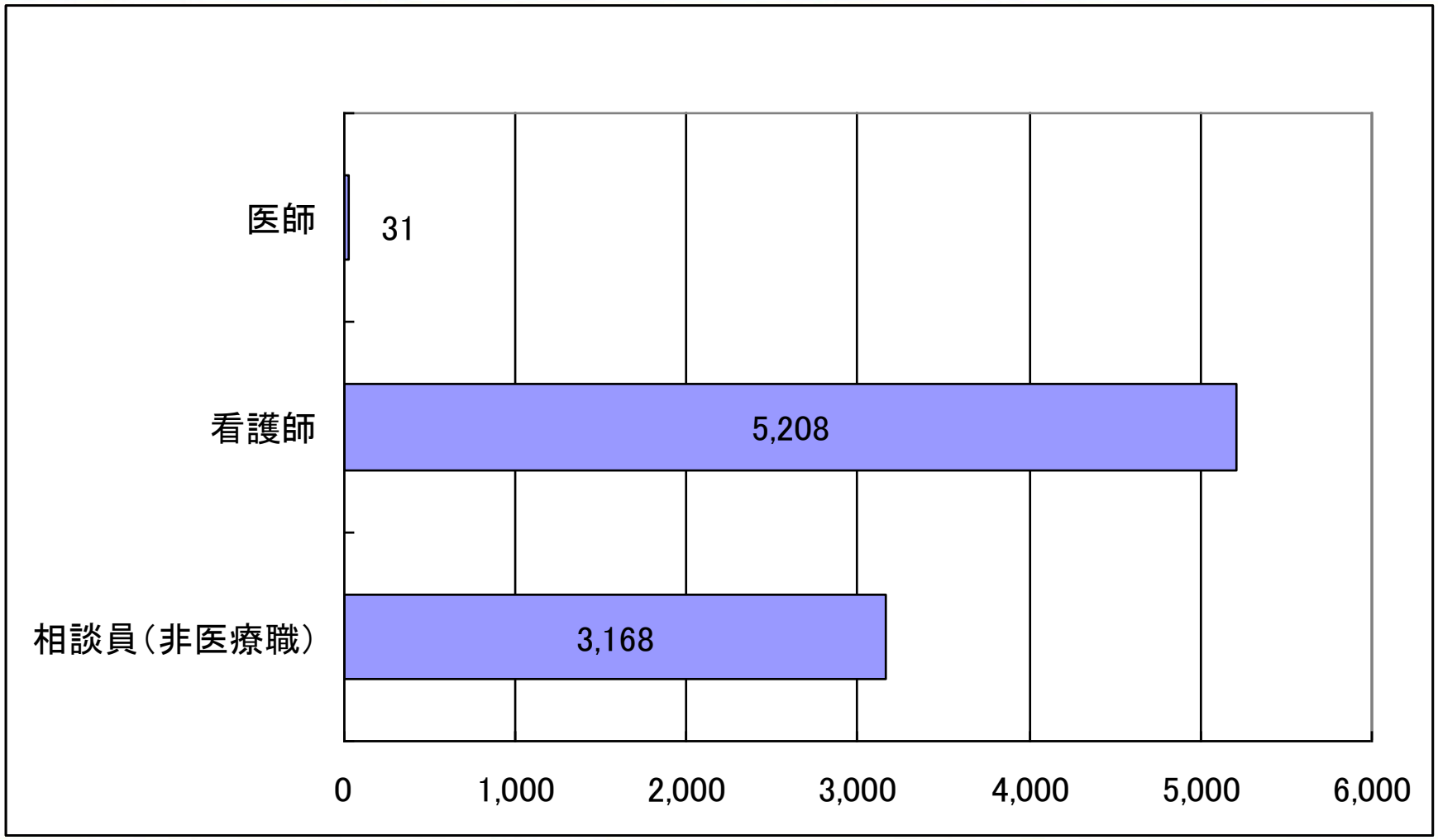
※　新型インフルエンザの流行の影響か、1～6歳の相談件数が多かった

救急医療相談内容



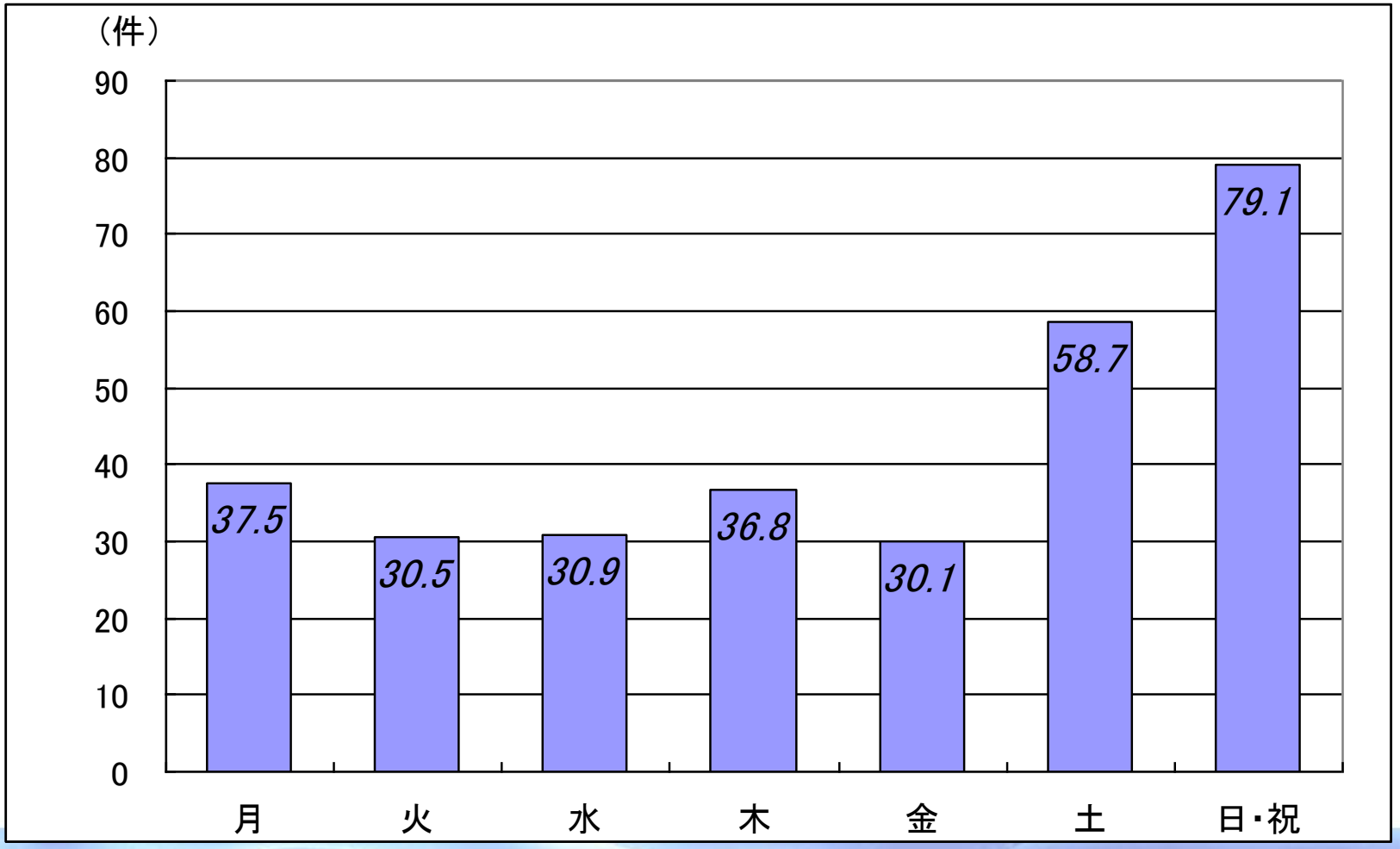
※ 搬送の要請・指示を行ったのは 234件のみ

最終対応者の内訳



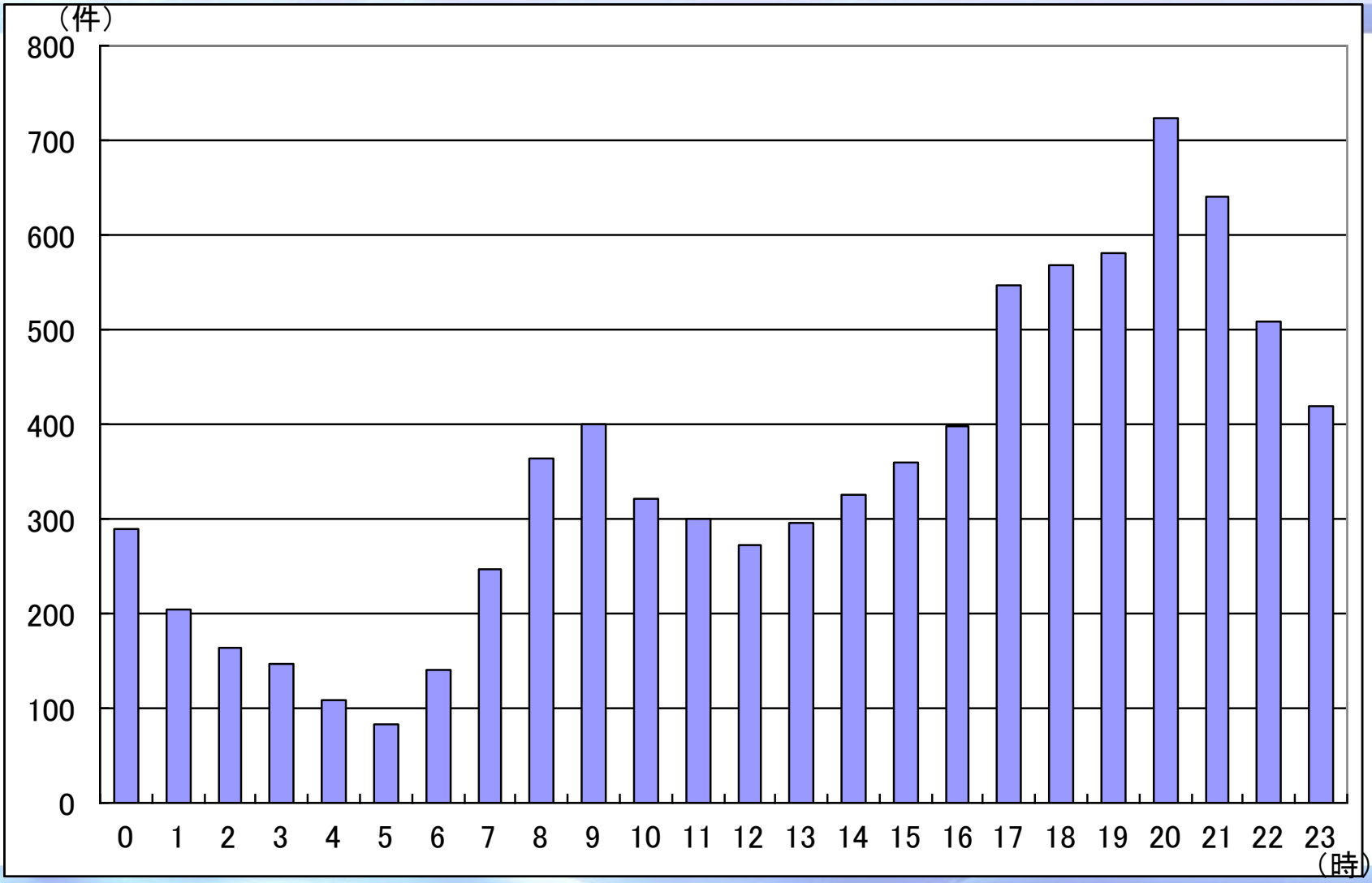
※始めてから間もなく、相談員の経験不足からか、看護師の対応が多かった

曜日別相談件数



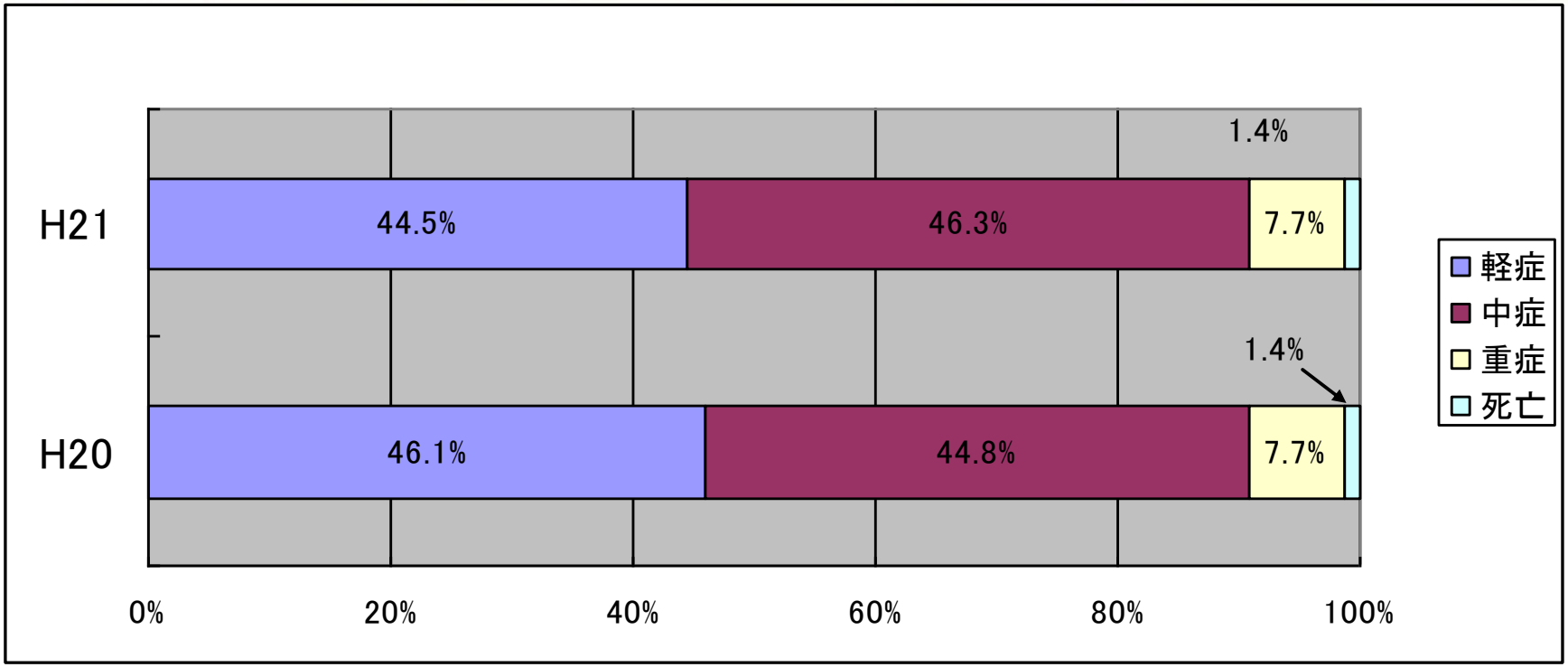
※土曜、日・祝の相談件数が多かった

時間帯別相談件数　（全日：　平日+祝祭日）



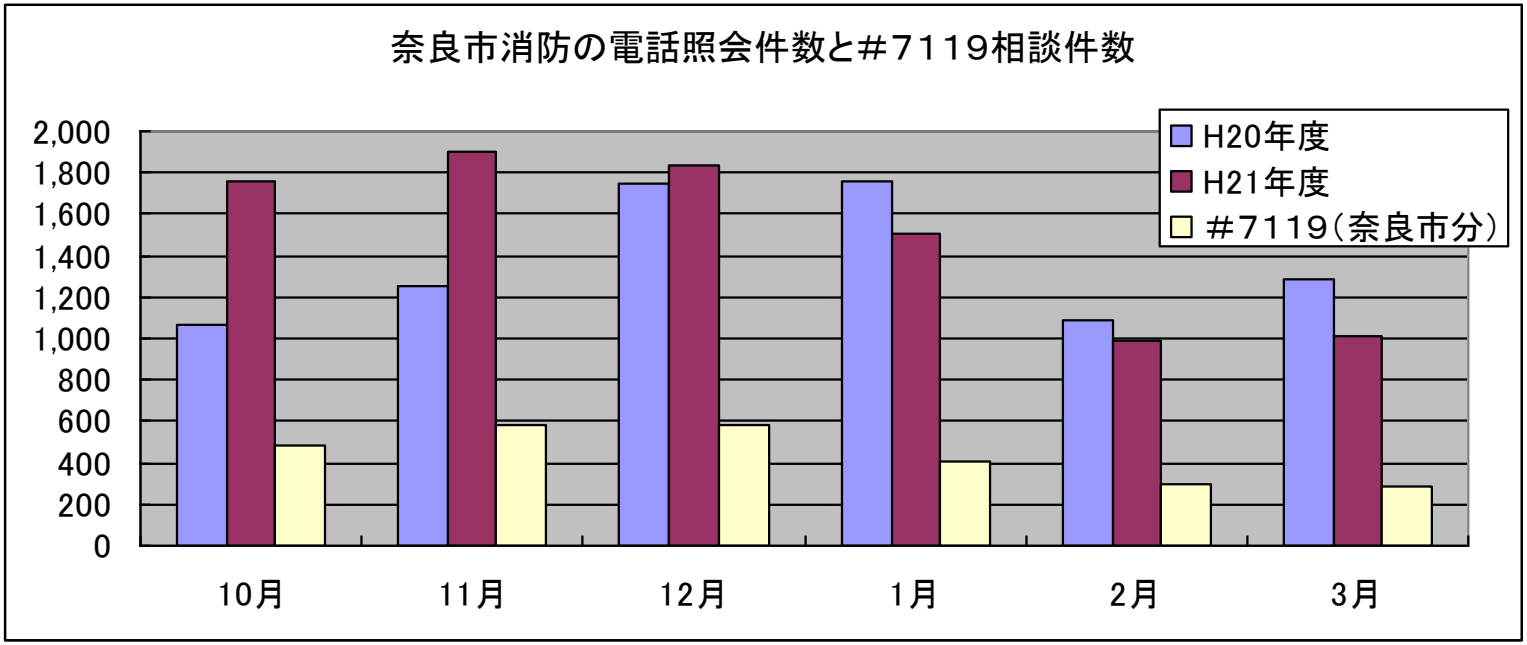
※ 朝は6時～9時台、夕方は13時～20時台にかけて増加傾向がある
また、17時～22時台は500件台と相談件数が多かった

【効果検証1】救急搬送重傷度比較（奈良市）



・軽症の比率が少し減り、中症の比率が少し上昇しているが、僅かな変化であり
　＃7119の影響で軽症者の救急車要請が減ったとは現時点ではいえない。
・今後、＃7119の効果検証の1つの指標として注視したい。

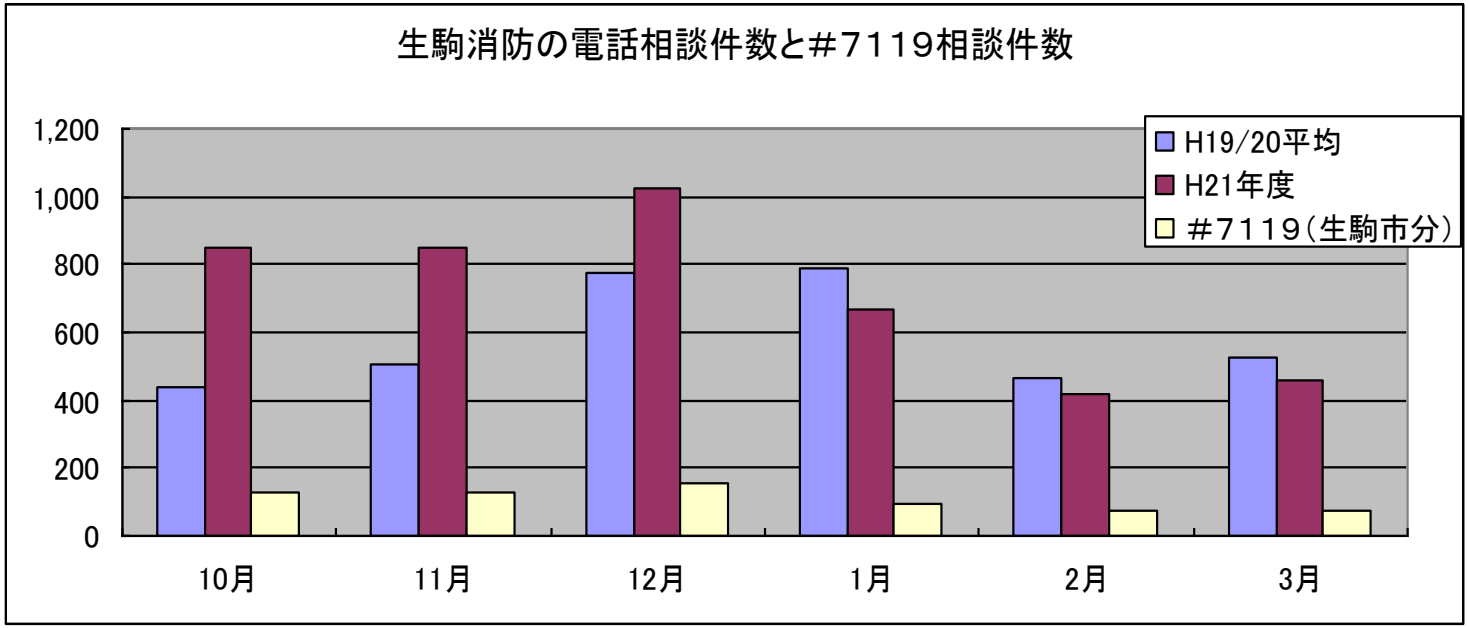
【効果検証２－１】
奈良市消防と#７１１９相談件数



		10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
奈良市消防	H20年度	1,067	1,249	1,742	1,757	1,090	1,285	8,190
	H21年度	1,760	1,898	1,837	1,505	989	1,006	8,995
	差引	*693*	*649*	*95*	*Δ 252*	*Δ 101*	*Δ 279*	*805*
#7119（奈良市分）		483	578	582	409	297	288	2,637

※ 実施期間中、H20年度の同時期と比べて、相談件数は合計で805件増加
ただし、新型インフルエンザの流行が沈静化した１月以降はいずれも減少

【効果検証２－２】
生駒消防と#７１１９相談件数



		10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
生駒市消防	H19/20平均	437	503	775	786	467	529	3,496
	H21年度	850	849	1,028	669	418	459	4,273
	差引	*413*	*346*	*254*	*Δ 117*	*Δ 49*	*Δ 70*	*777*
#７１１９(生駒市分)		128	128	155	95	77	72	655

※ 奈良市消防と同様、新型インフルエンザの流行が沈静化した１月以降は減少

【効果検証3】
県立医科大学における時間外患者数

奈良県　医療政策部

（効果検証　3）

取扱注意

県立医科大学附属病院における時間外患者数

●平成20年度、平成21年度　救急延患者数表（※確定データではありません。）

	10月			11月			12月		
	H20	H21	差	H20	H21	差	H20	H21	差
救急延患者総数	1,059	1,071	12	1,155	1,026	▲ 129	1,325	1,187	▲ 138
うち、救急車等来院延患者数	253	245	▲ 8	245	260	15	248	264	16
差引延患者数	806	826	20	910	766	▲ 144	1,077	923	▲ 154

	1月			2月			3月		
	H20	H21	差	H20	H21	差	H20	H21	差
救急延患者総数	1,283	1,143	▲ 140	1,017	906	▲ 111	1,073	1,007	▲ 66
うち、救急車等来院延患者数	300	294	▲ 6	252	215	▲ 37	251	231	▲ 20
差引延患者数	983	849	▲ 134	765	691	▲ 74	822	776	▲ 46

合計			前年比
H20	H21	差	
6,912	6,340	▲ 572	92%
1,549	1,509	▲ 40	97%
5,363	4,831	▲ 532	90%

※「救急延患者総数」には、予約患者を含むほか、同日に複数科受診した患者は延べ数で計上。
※「うち、救急車等来院延患者数」には、ドクターカー、ドクターヘリによる来院患者を含む。

県立医科大学附属病院への時間外ウオーク･イン患者数が減少

結語

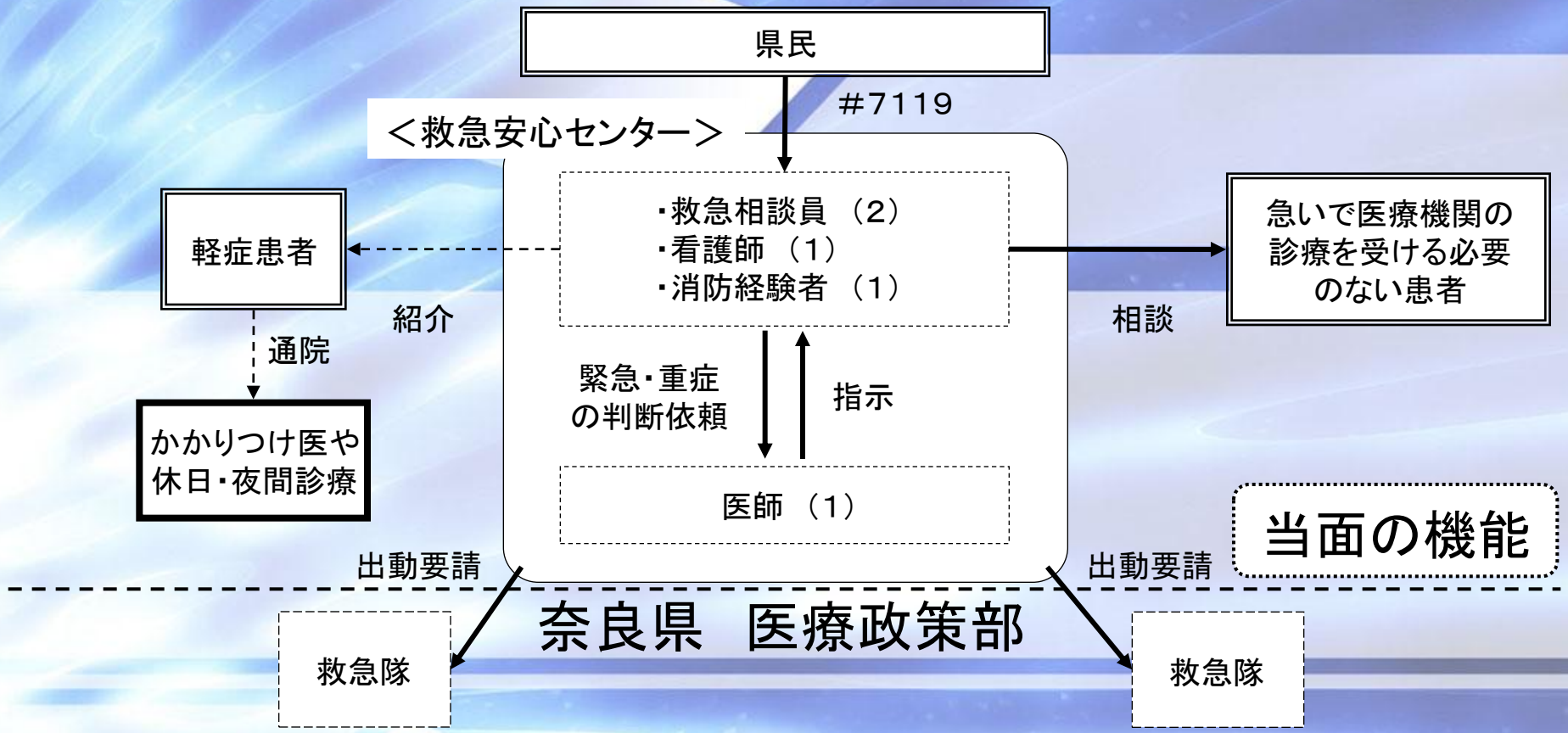
- 新型インフルエンザ流行により相談件数が増加したため、効果検証については、モデル事業実施期間のデータでは困難
- 新型インフルエンザ流行が落ち着いた1月以降では、
  - 消防への問い合わせ件数は減少
  - 県立医科大学附属病院への時間外ウオーク・イン患者数が減少
- 救急搬送患者の重症度については、大きな変化は見られなかった

→　＃7119で、軽症者の救急搬送が、減少する事が期待される

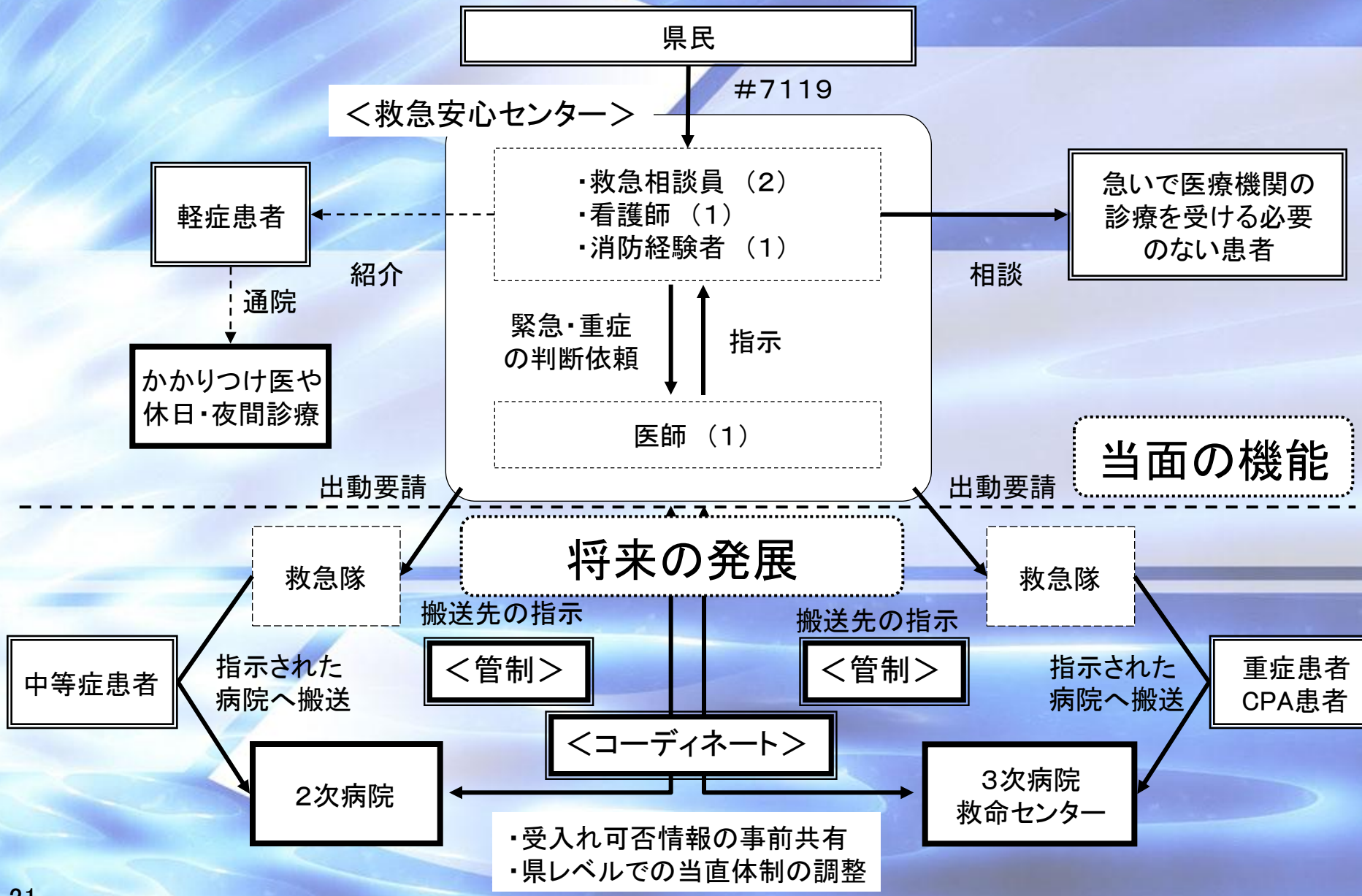
- 県民の認知度が低く、消防への医療機関についての問い合わせは減少せず
- ＃8000との役割分担が明確でなく、小児関連の一般相談が多かった

→　県民に十分な周知をする必要がある

奈良版　救急安心センター事業　（平成21年度）



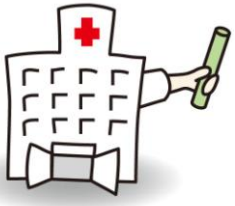
奈良版　救急安心センター事業　（平成21年度）



救急におけるバトンリレー

住民

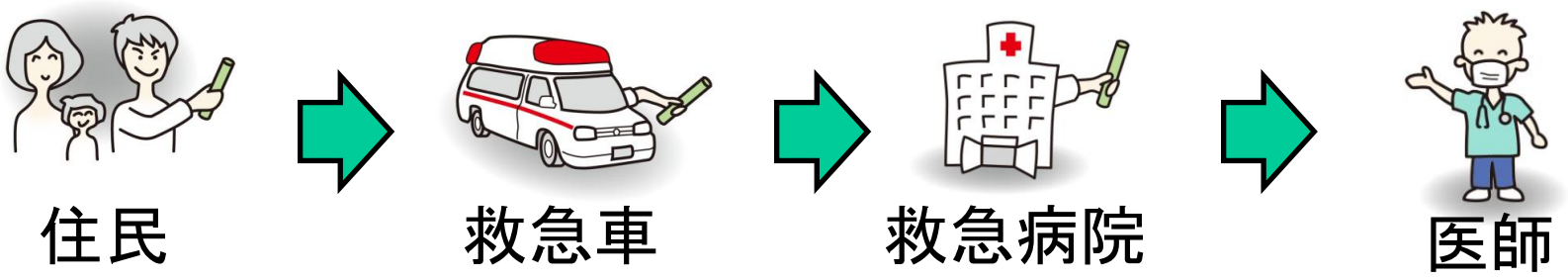
救急車



救急病院

治療する医師

バトンリレーで重要なもの



救急車を呼ぶまで

救急隊による処置・搬送

病院到着から治療開始まで

発症から治療開始まで

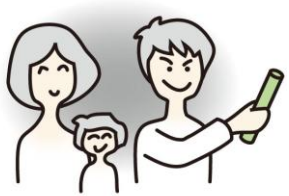
- 個々の走者のラップタイムではなく、スタートからゴールまでの合計を考える

  ゴール＝「治療開始」までの時間が重要

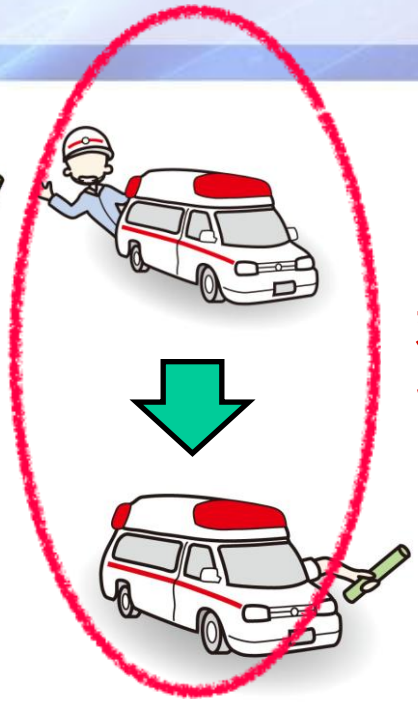
- バトンパスが上手くいけば、個々の走者の合計時間よりも早いタイムが出る

  連携の重要性

救急医療の評価



住民



救急車

救急車の搬送に目がいってしまうが・・・

救急病院

治療する医師

本当に重要なこと

住民

救急車

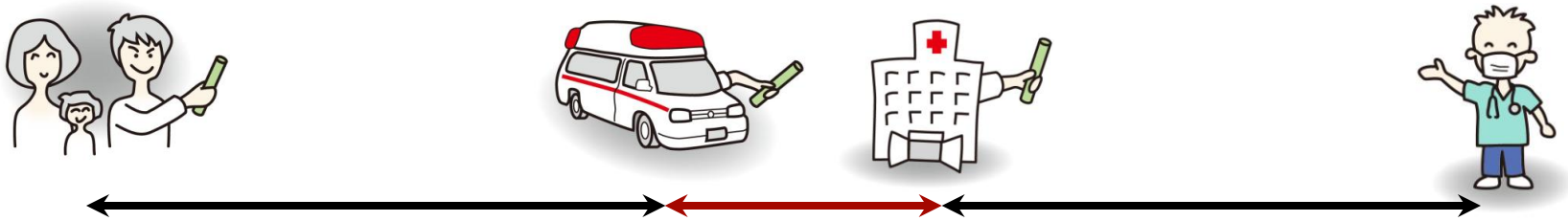
救急病院

治療する医師

発症してから治療開始までの
トータルの時間が重要

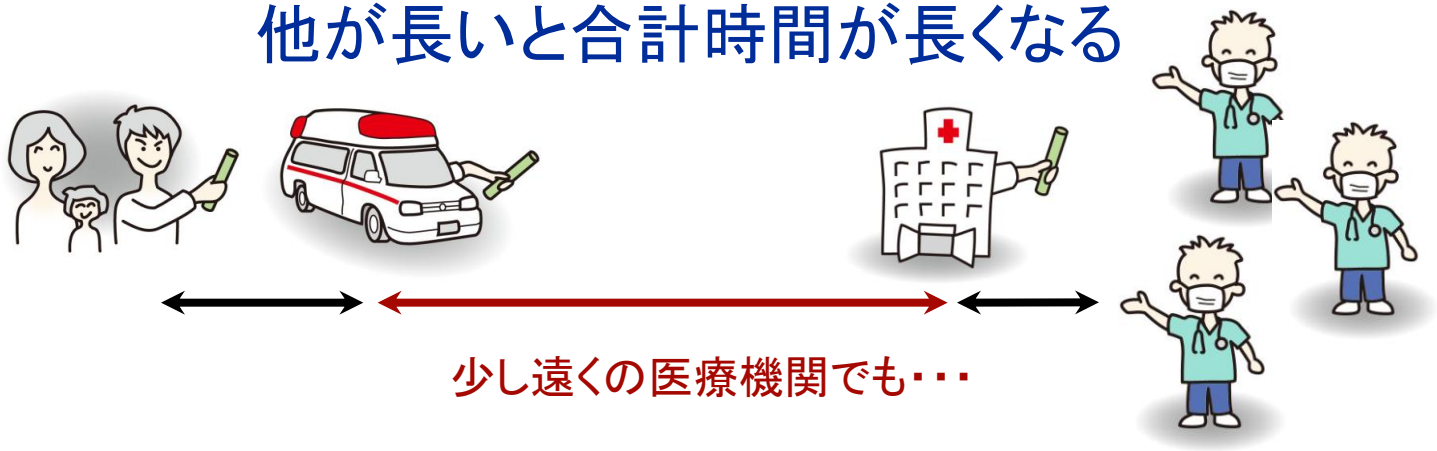
救急医療を「全体」として
捉える

全体最適化の視点



近くの医療機関に行けても

他が長いと合計時間が長くなる



少し遠くの医療機関でも・・・

どんな状況にでも対応できるように、医師が揃っている方が
結果的に治療までの時間が短いかもしれない

それぞれが出来る事

1) 住民から救急隊へのバトンパス

- 救急車の適正利用（呼ぶべき時に素早く呼ぶ）
- 自分達でもできる救急処置を覚える

2) 救急隊の搬送時間の短縮

- 違法駐車をしない、救急車が来たら道を空ける

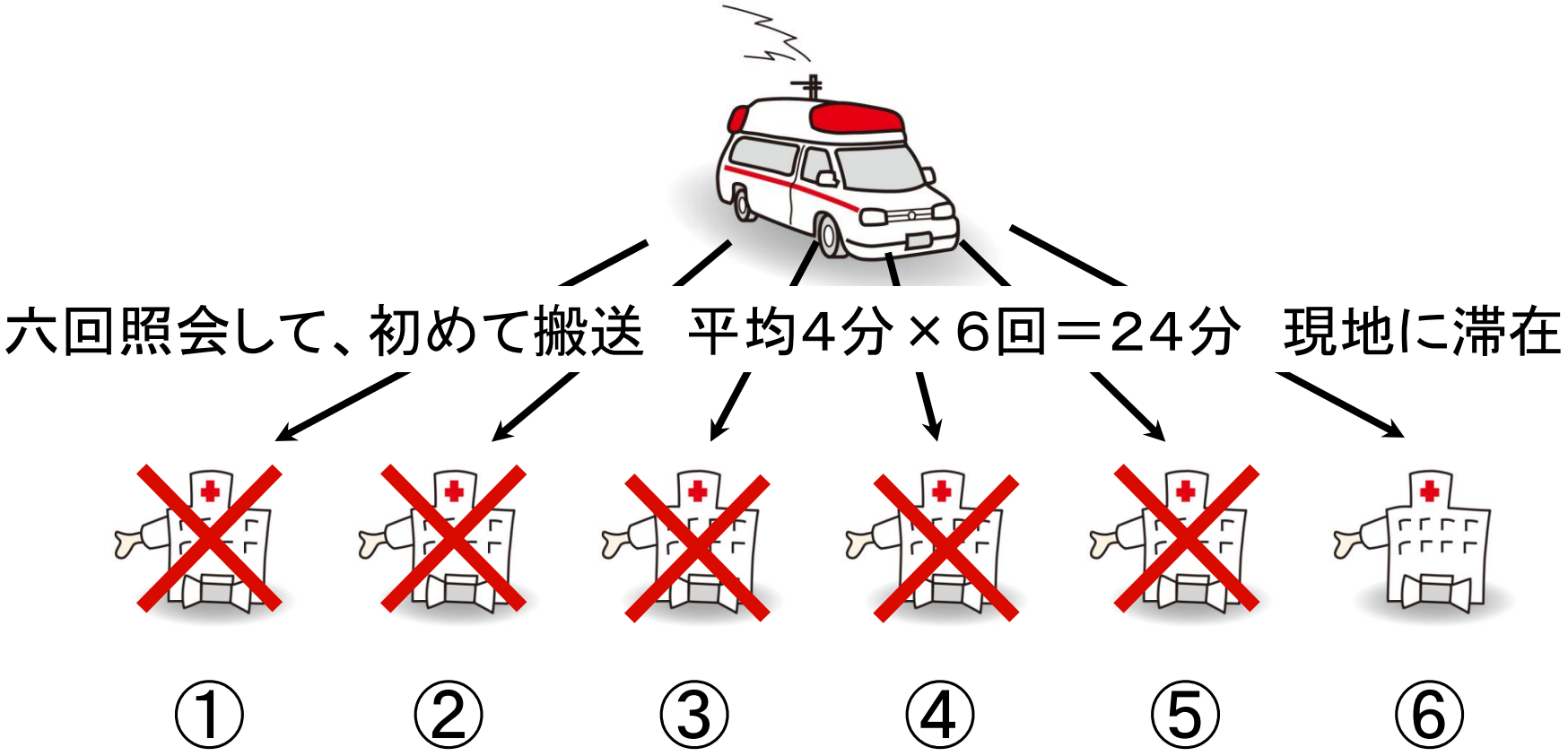
3) 救急隊から病院へのバトンパス

- できるだけ早く「治療ができる」施設に搬送する

4) 病着から治療開始までの時間の短縮

- 医療体制の集約化と効率化

現在の救急システム



個別に搬送可能な病院を探す

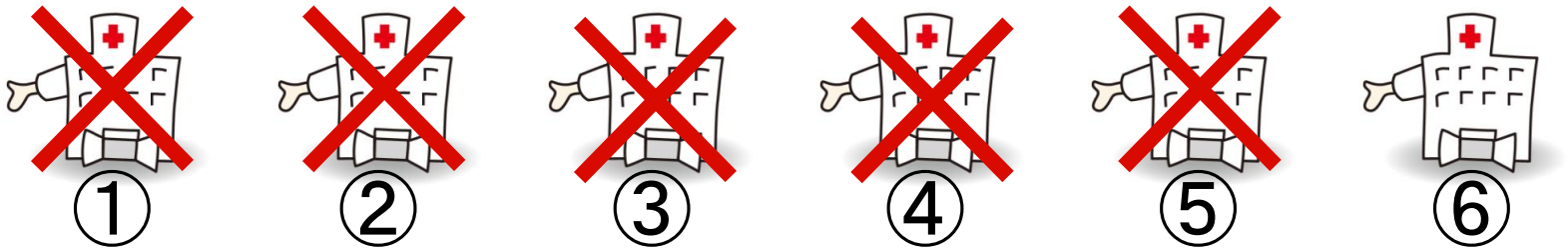
管制塔機能

救急車256号
6番病院に搬送せよ！

救急車256号

対　応　不　可

予め状況把握



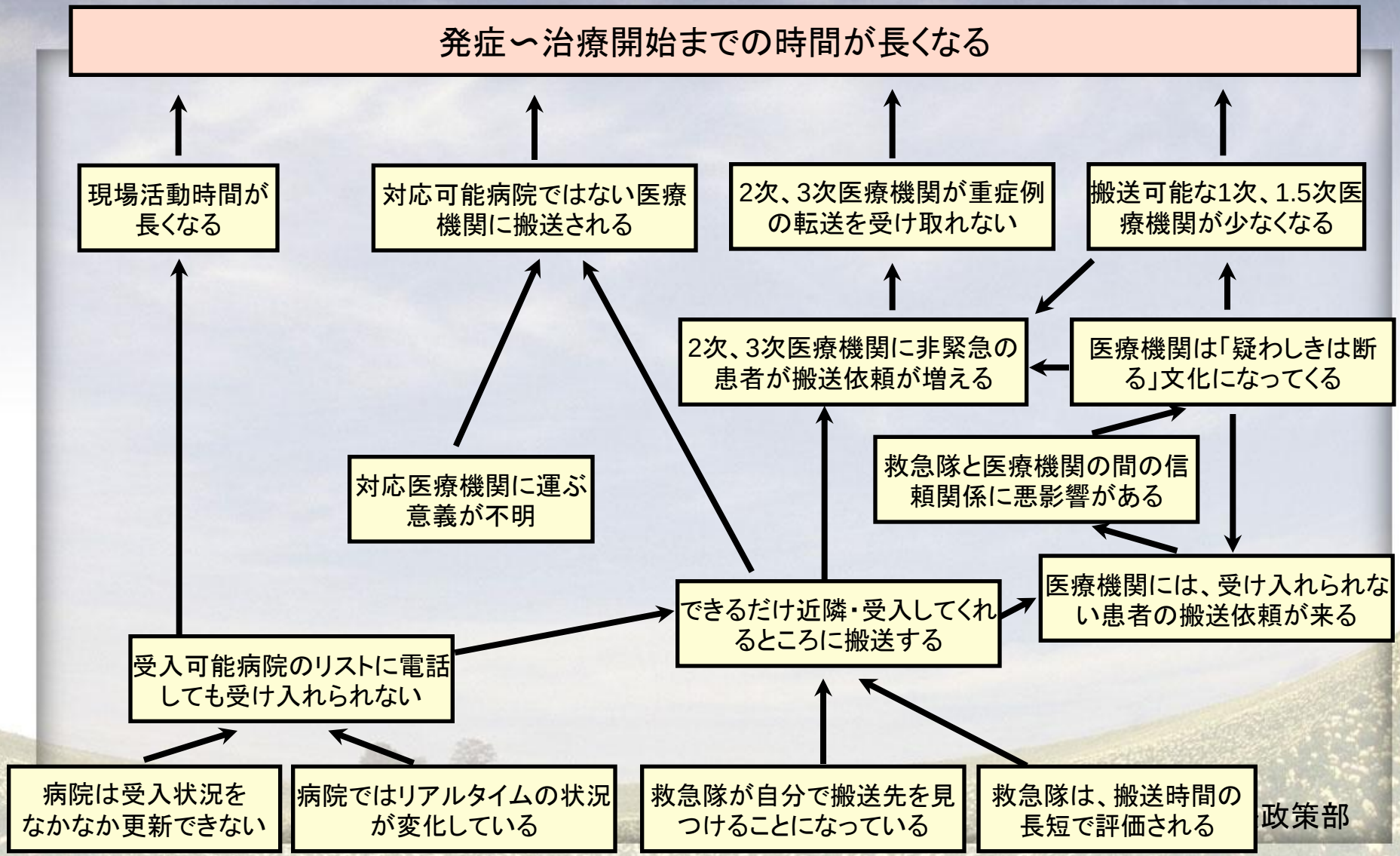
「管制塔」が患者の状態と各病院の状況に考慮して
搬送先のアレンジを行う

管制塔と各医療機関のヒューマンネットワークが重要

平成21年度　奈良県における救急搬送実態

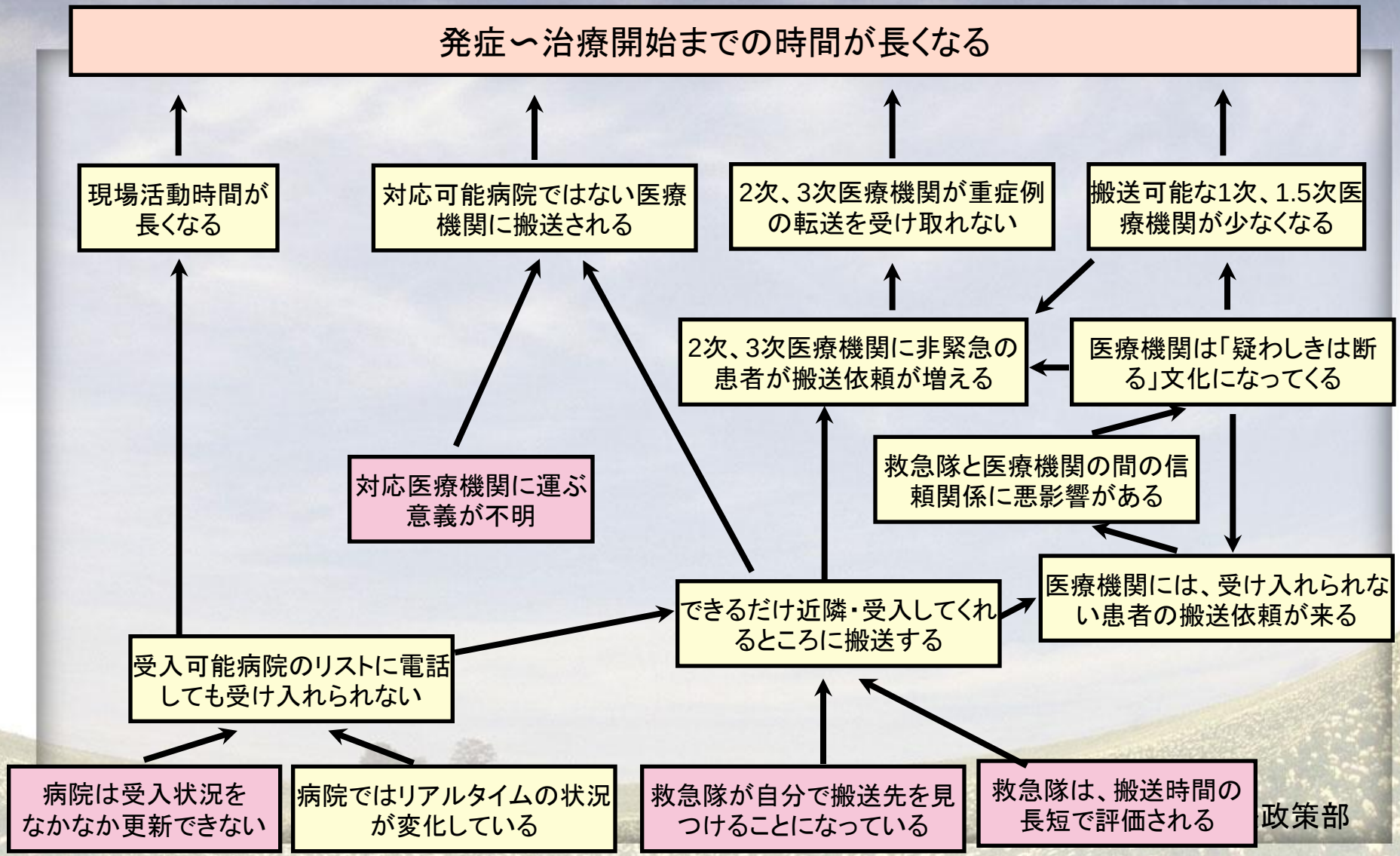
重症以上・照会回数4回以上：全国3.2%　奈良県11.8%	（全国47位）
重症以上・現場滞在時間30分以上の事案：全国4.3%　奈良県9.4%	（全国45位）
産科・周産期・照会回数4回以上：全国3.2%　奈良県3.0%	（全国34位）
産科・周産期・現場滞在時間30分以上：全国6.1%　奈良県6.0%	（全国38位）
小児傷病者・照会回数4回以上：全国2.8%　奈良県4.1%	（全国44位）
小児傷病者・現場滞在時間30分以上：全国2.0%　奈良県2.8%	（全国43位）
救命救急センター・照会回数4回以上：全国3.2%　奈良県28.4%	（全国47位）
救命救急センター・現場滞在時間30分以上：全国4.5%　奈良県21.9%	（全国47位）
救命救急センターにおける救急患者受入率：全国93.2%　奈良県79.3%	（全国45位）

救急不全症候群の病態生理



政策部

救急不全症候群の病態生理



政策部

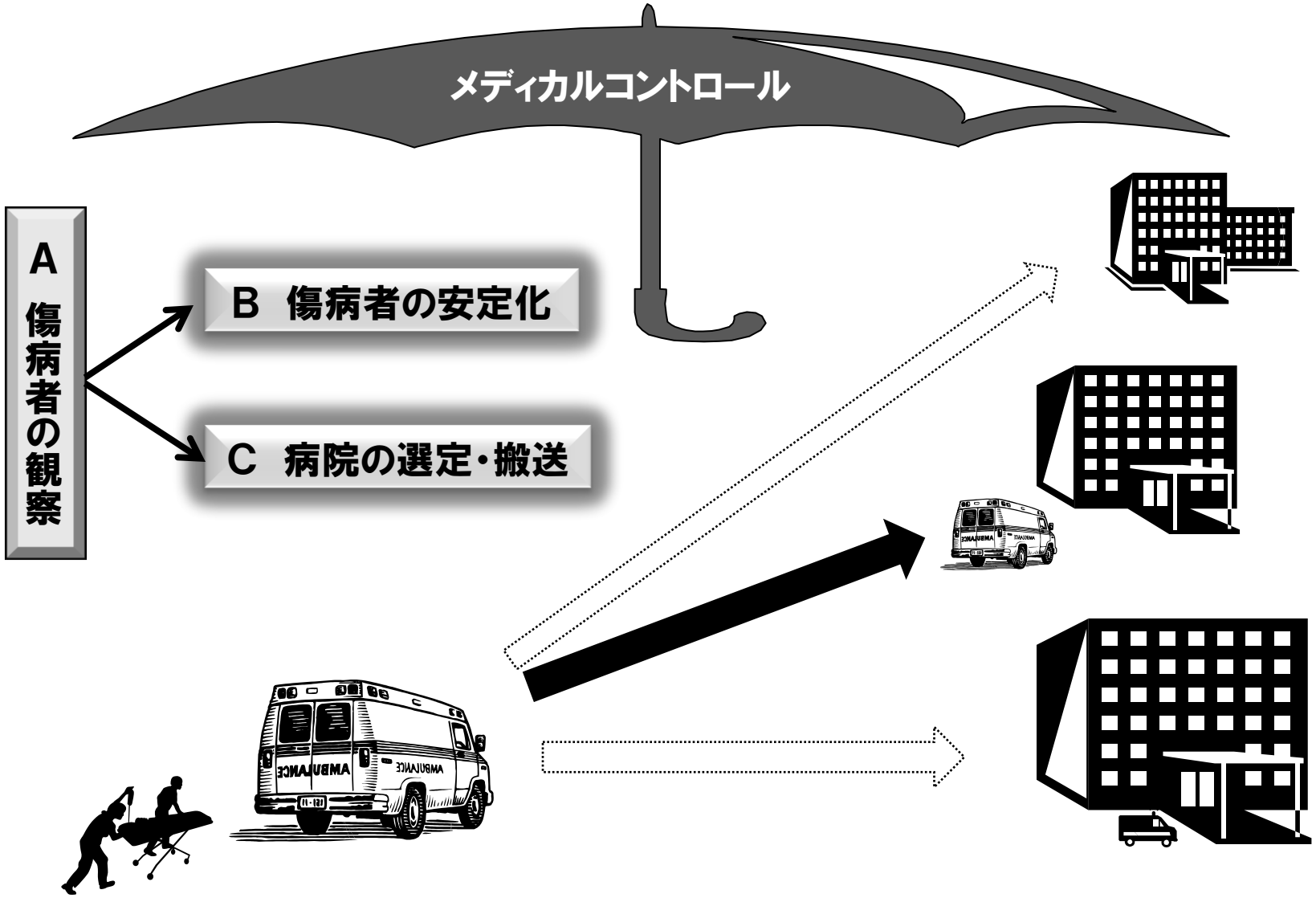


図2　救急隊員の使命とメディカルコントロール体制

救急隊員は傷病者の観察を基本（A）に、状態の安定化（B）と適正な病院選定を行うこと使命とする。これに対して医学的な視点からその質と安全を保障する仕組みをMC体制という。

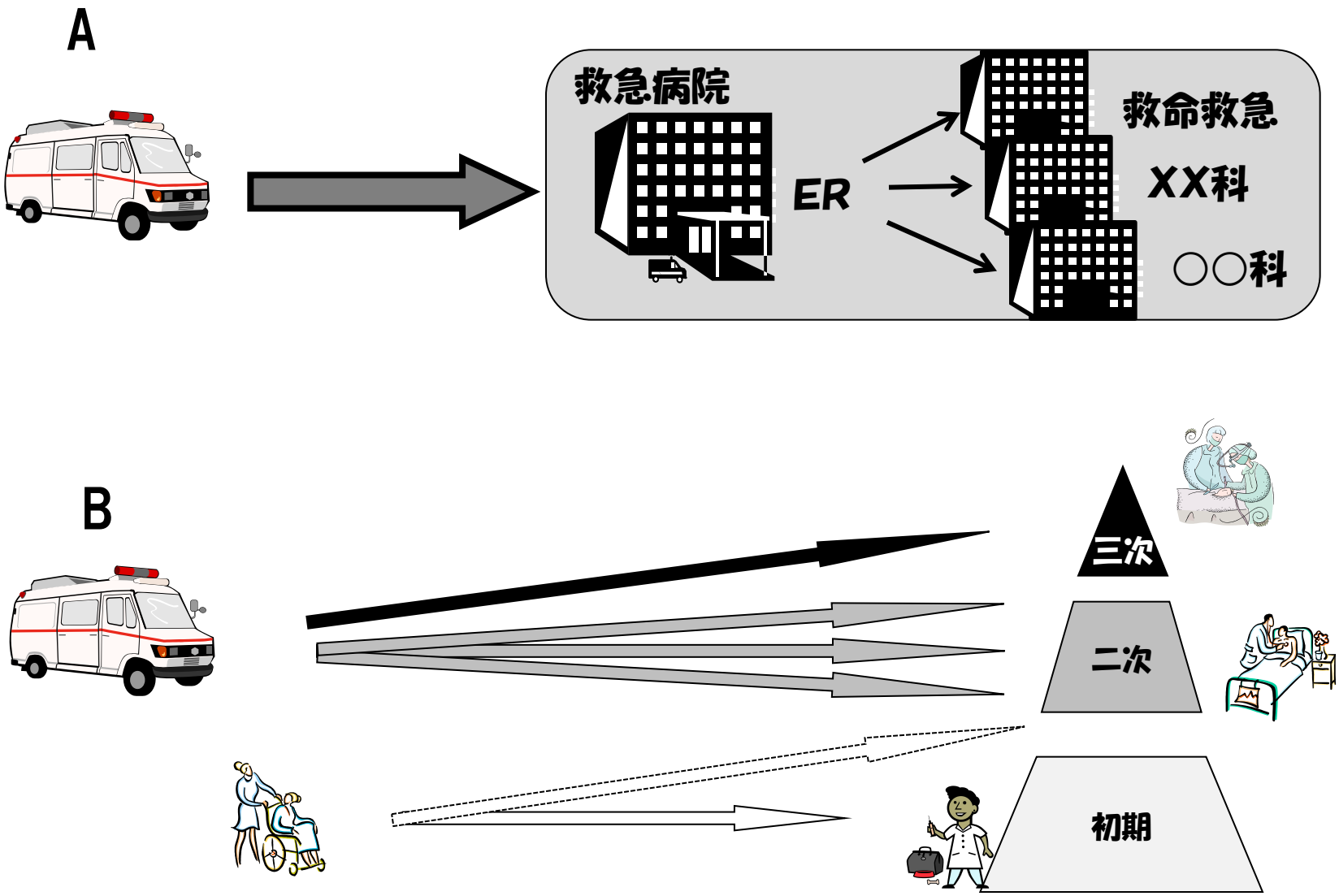


図1　救急隊は病院外でのER的役割を果たしている

ER部門を有する救急病院では、診察後に適切な診療科に振り分けることができる（A）。しかし、多くの救急病院には診療科に偏りがあり、対応できる重症度にも格差がある。したがって、多くの地域では病院前で適切な振り分けが求められる（B）。

消防機関におけるAEDの不具合について

消防庁救急企画室
救急専門官　長谷川　学

総務省消防庁
Fire and Disaster Management Agency

写

消防救第８６号
医政指発0330第１号
平成２２年３月３０日

各都道府県消防・防災主管部（局）長 殿
衛生主管部（局）長 殿

消防庁救急企画室長

厚生労働省医政局指導課長

消防機関における自動体外式除細動器（ＡＥＤ）の取扱いについて

今般、平成２１年度厚生労働科学研究費補助金事業である「循環器疾患等の救命率向上に資する効果的な救急蘇生法の普及啓発に関する研究」（主任研究者丸川征四郎・医誠会病院院長補佐）において、消防機関においてＡＥＤ(注)の不具合が疑われた事案について、医学的見地から分析が行われ、別添のとおり「消防機関においてＡＥＤの不具合が疑われた事例に関する研究（中間報告）」（以下「中間報告」という。）がとりまとめられたところです。

貴職におかれては、下記の事項についてご了知の上、貴都道府県内市町村（消防の事務を処理する一部事務組合を含む。）及びメディカルコントロール体制に関連する関係団体等に対し周知するとともに、ＡＥＤの適切な使用がなされるようご指導願います。

なお、本通知は、消防組織法（昭和２２年法律第２２６号）第３７条の規定及び地方自治法（昭和２２年法律第６７号）第２４５条の４第１項の規定に基づく技術的助言として発出するものであることを申し添えます。

（注）自動体外式除細動器（ＡＥＤ）には、解析のタイミングを選ぶことができる半自動体外式除細動器と、いわゆる狭義の自動体外式除細動器があり、ここでは双方を含む概念として用いています。

FDMA 住民とともに 総務省消防庁 Fire and Disaster Management Agency

記

1　消防機関におけるＡＥＤの使用に関する留意点について

（１）救急救命士は、心電図波形が確認できるＡＥＤを使用し、傷病者の脈や呼吸状態を必要に応じて確認するとともに、心電図の最終波形を確認した上で除細動を実施することが求められること。

（２）救急救命士は、解析のタイミングを選ぶことができる半自動体外式除細動器を使用し、傷病者の状況に応じて解析が必要か否か及び解析可能なタイミングであるか否かを判断して解析を行い、除細動を実施することが望ましいこと。

（３）胸骨圧迫や外部環境に起因する振動をＡＥＤが感知し、除細動の適応がキャンセルされることがあることから、原則としてＡＥＤが除細動のために充電中である場合には胸骨圧迫を行わないこと。ただし、充電中に解析を行わない機能を有する機種であることが分かっている場合には、この限りでないこと。

（４）アーチファクトが出ている場合において、その原因が特定でき、回避出来るものである場合には、極力回避すること。電気毛布、電動ベッド等の電化製品は、特に注意が必要であること。

（５）中間報告を参考に、機器の特性等を踏まえＡＥＤを使用すること。

2　事後検証体制の強化等について

（１）救急救命士の処置に関する事後検証体制の確保については、従前より「メディカルコントロール体制の充実強化について」（平成１５年３月２６日付け消防救第７３号・医政指発第０３２６００２号）等によりお願いしているところであるが、救急隊が傷病者にＡＥＤを使用した場合には、実施者が救急救命士か否かにかかわらず、また、除細動が実施されたか否かにかかわらず、心電図を確認し、実施者の活動内容と照らし合わせてＡＥＤの機能についても検証する等により、事後検証を行う体制の強化に努められたいこと。

（２）非医療従事者によるＡＥＤを用いた除細動については、「非医療従事者による自動体外式除細動器（ＡＥＤ）の使用について」（平成１６年７月１日付け医政発第０７０１００１号）及び「『非医療従事者による自動体外式除細動器（ＡＥＤ）の使用のあり方検討会報告書』を踏まえた消防機関の対応について」

FDMA 住民とともに 総務省消防庁 Fire and Disaster Management Agency

（平成１６年７月１日付け消防救第１６１号）により、メディカルコントロール体制の事後検証の仕組みの中で、的確に把握し、検証するよう努めることとしているところであるが、当該事案が発生した場合には、ＡＥＤの設置者や製造販売業者から心電図情報を取り寄せ、除細動の実施状況について検証するよう努められたいこと。

（３）事後検証の結果、ＡＥＤの不具合が疑われた場合には、製造販売業者に直ちに通報するとともに、別添の調査票により都道府県を通して消防庁救急企画室及び厚生労働省医政局指導課に情報提供すること。

問い合わせ先

消防庁救急企画室
担当：溝口専門官・梅澤係長
TEL：03-5253-7529
mail：t.umezawa@soumu.go.jp

厚生労働省医政局指導課
担当：中野専門官
TEL：03-3595-2194
mail：nakano-kousuke@mhlw.go.jp

FDMA 住民とともに 総務省消防庁 Fire and Disaster Management Agency

平成22年度第1回　全国メディカルコントロール協議会連絡会

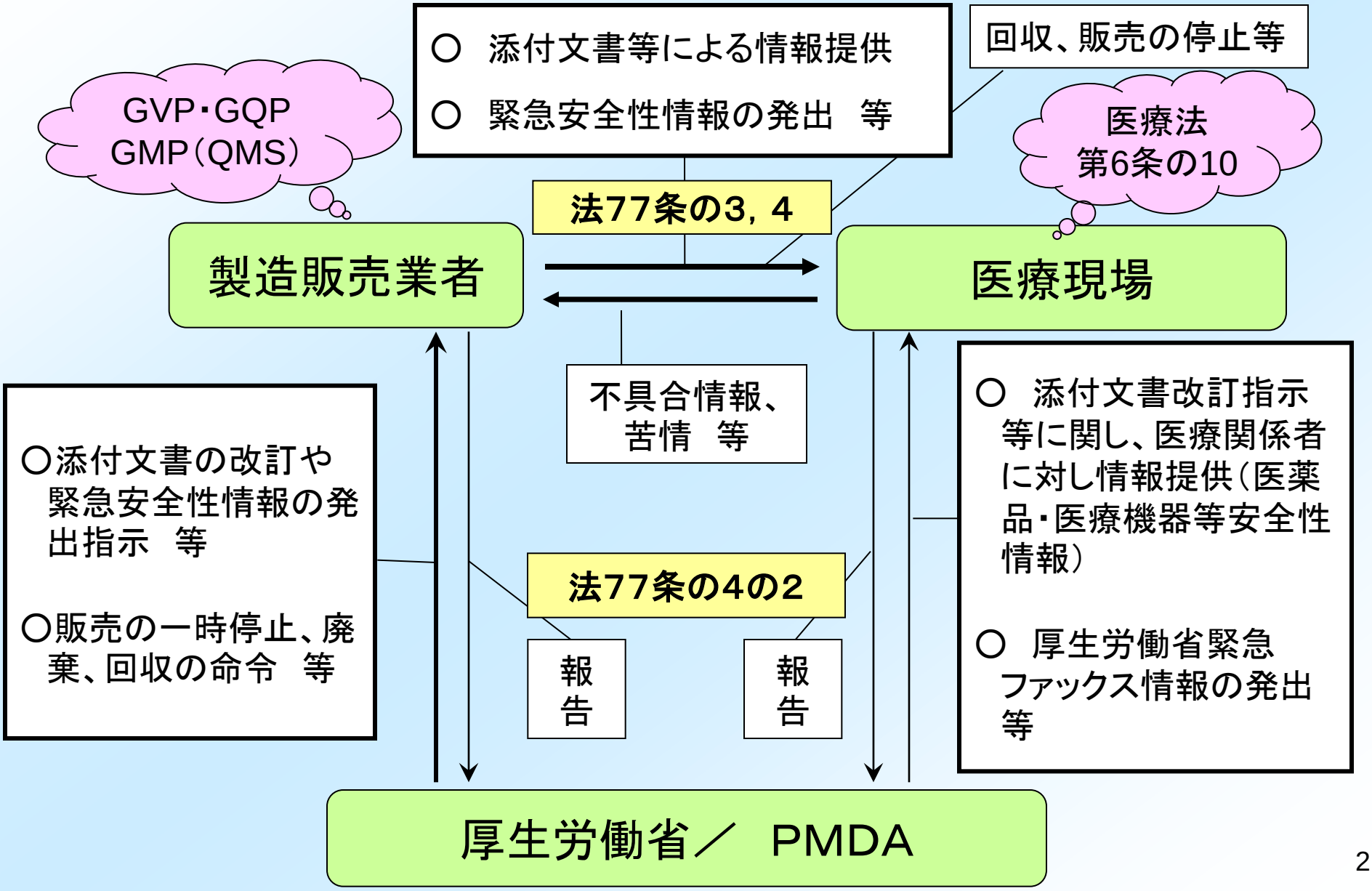
テーマ2
「AEDの適正管理・使用について」

AED不具合事例への対応

平成22年6月2日（水）

厚生労働省　医薬食品局　安全対策課
安全使用推進室　室長補佐
飯村　康夫

市販後安全対策に関わる国・製造販売業者・医療現場の関係



いわゆるAEDの呼称について

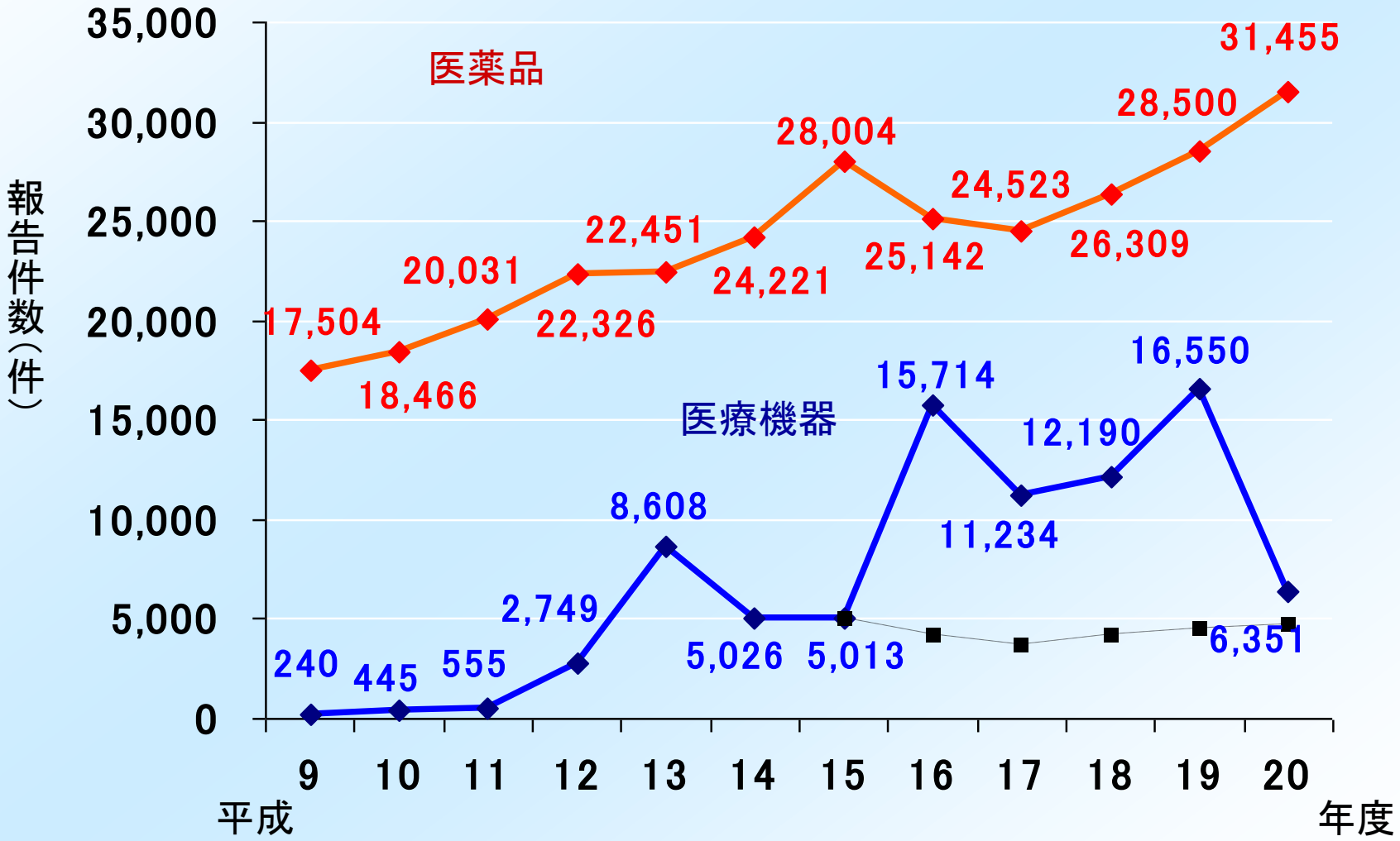
解析開始	除細動実施		種　類
自動	自動	→	全自動除細動器 ※国内未承認
自動	手動	→	非医療従事者向けAED **（狭義のAED；PAD）** ※駅等に設置されているAED
手動	手動	→	医療従事者向けAED **（半自動式AED）** ※救急車に搭載されているAED

薬事法上の「半自動除細動器」**（広義のAED）**

※　救急隊が使用している半自動式AEDも、駅等に設置されている狭義のAED（PAD）と同一のものと一般には誤解されている。

※　PAD；Public Access Defibrillator

医薬品・医療機器の企業からの報告件数の推移
（薬事法第77条の4の2第1項）



AEDに関する不具合報告の状況

（独）薬品医療機器総合機構のホームページにおいて公開しているAED（半自動式＋PAD）の不具合報告の件数等は、以下のとおり。

○　一般的名称「半自動除細動器」の不具合報告

合　　計　　75件（転帰死亡24件）

（平成16年4月～平成21年9月報告分まで）

注）転帰死亡として報告されたいずれの事例も、当該不具合により除細動が実施できなかった事例であり、不整脈の誘発等の直接的に死亡の原因となった事例はない。死亡例のほとんどは、半自動式。

【参考】
（独）医薬品医療機器総合機構ホームページ
「不具合が疑われる症例報告に関する情報について」
URL；http://www.info.pmda.go.jp/fuguai/menu_fuguai_new_attention.html

自主回収（改修）について

平成21年度の自主回収（改修） クラス分類別

	クラスⅠ	クラスⅡ	クラスⅢ	合計
医薬品	114＊1	49	20	183
医療機器	11	308	54	373
医薬部外品	0	7	12	19
化粧品	0	53	30	83
合計	125	417	116	658

＊1: 医薬品のクラスⅠ回収114件は、全てロットを構成しない医薬品であって同種他製品に不良が及ばず、かつ、当該医薬品が使用されないことが確実なもの（血液製剤の献血後情報等に基づく投与前の事前回収）。

・平成21年度の医療器機のクラスⅠ（死亡や重篤な健康被害のおそれ）回収11件のうち、5件が非医療従者向けのAED（PAD）であった。

○AED（半自動式＋PAD）の回収（改修）状況

平成20年度以降、17件（うち、クラスⅠが10件）の自主回収（改修）がなされている。非医療従事者向けのPADが、14件と多くを占めている。

主なこれまでの対応

〇平成16年7月
　非医療従事者によるAED（自動体外式除細動器）の取扱いについて提示。（以降、駅等の公共施設を中心にAEDの設置が進む。）
（AED普及台数）　平成16年末　7,151台 →　平成20年末　206,995台

〇平成21年4月　（平成22年5月に再周知依頼）
AEDの日常点検の実施と消耗品の適切な管理を呼びかけを実施。
・都道府県、関係団体等を通じた設置者への点検等に関する周知の依頼
・AEDの各製造販売業者に対して、設置者等への情報提供等の依頼
・厚生労働省ホームページへの情報掲載

〇平成22年2月
　総務省消防庁が、消防機関における救急隊用AED（主に半自動式）での不具合疑い事例を公表。
（過去3年間分を中心として、計328事例）

〇平成22年3月
　厚生労働科学研究における消防機関での救急隊用AEDの不具合疑い事例に関する調査報告を受けて、AED製造販売業者あてに、消防機関との連携強化、性能改善に向けた迅速な対応を依頼。

〇平成22年4月
　AED製造販売業者、業界団体、厚生労働省、総務省消防庁、医薬品医療機器総合機構の関係者間で集まり、今後のAED（半自動式及びPAD）の管理等の徹底に向けた取組み等について、協議。

お願いしたい事項等

○ 不具合の疑い事例発生時の製造販売業者への連絡の徹底

不具合であれば　　・・・・　自主回収（回収）の必要性の検討。
使用法に問題であれば　・・・・　情報提供の実施の検討。
性能限界であれば　　・・・・　企業による性能改善の検討。

○ 保守管理等の徹底

・日常点検、定期点検、消耗品管理の適切な実施。
・バッテリの使用期限内であっても、本体との接触部位に劣化があれば、交換。
・消耗品（バッテリ、パッド、ケーブル）は予備品の持参。

○ 使用する半自動式AEDの特性の認識

・解析のタイミングは、手動か自動か（自動の場合、タイミングは？）。
・チャージ開始後も心電図を解析しているか（除細動実施まで、胸骨圧迫が可能か）

○ AEDの呼び方（半自動式とPADの使い分け）

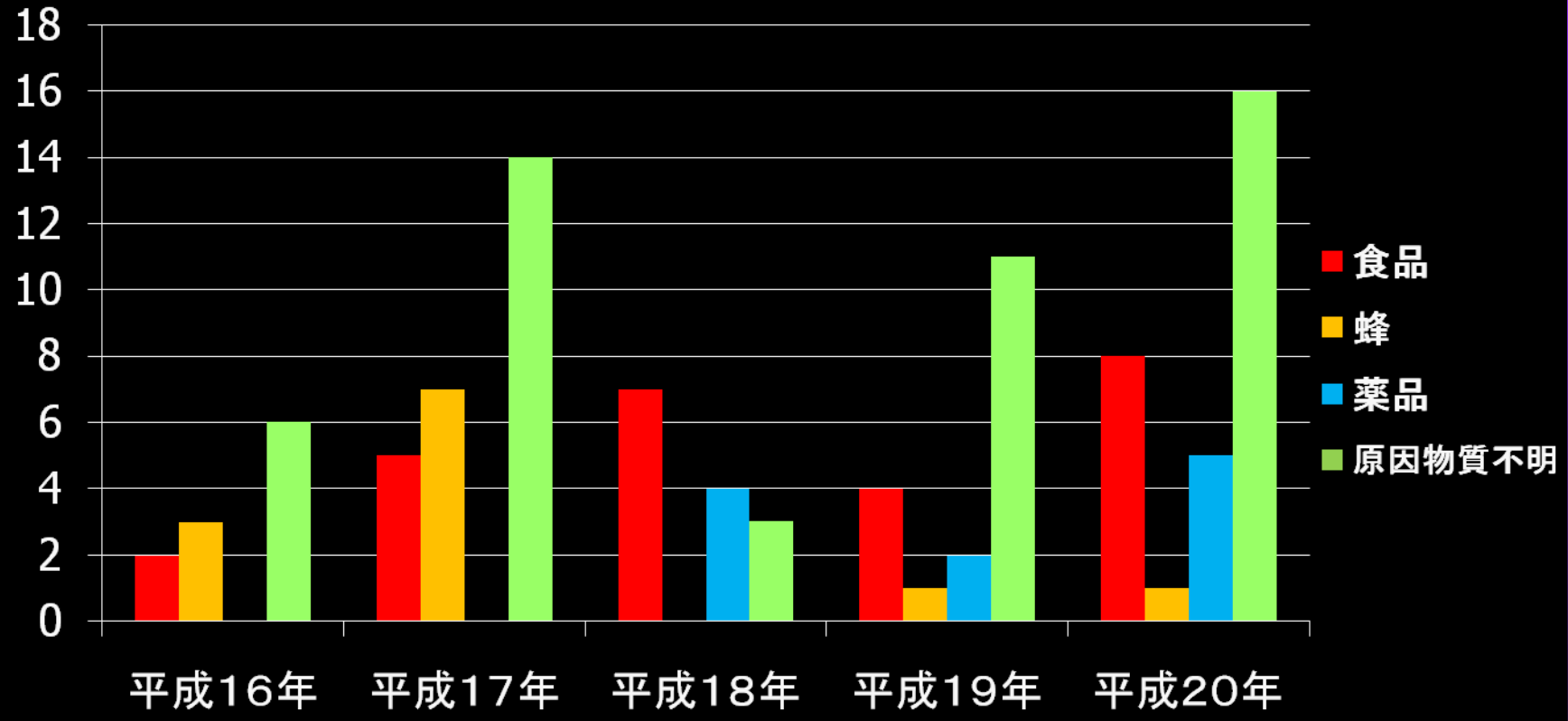
半自動式AED　・・・・　半自動式除細動器、救急隊用AED　など
PAD※　　・・・・　（単に）AED、市民用AED　など
（※Public　Access Defibrillator ）

救急救命士がエピペン投与を行った事例

東京消防庁救急部救急指導課

アナフィラキシー該当事案（東京消防庁）

原因別（重症以上）



エピペン導入に至る諸経過

1　「救急救命処置の範囲等について」の一部改正について

厚生労働省医政局指導課長より

総務省消防庁救急企画室長及び各都道府県衛生主管局長あて（平成21年3月2日）

2　「救急救命処置の範囲等について」の一部改正について消防庁救急企画室長より

各都道府県消防防災主管局長あて（平成21年3月4日）

3　文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育長より

学校等（大学、高等学校、教育委員会等）あて

「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」（平成20年3月31日）

東京消防庁における検討経過

１　東京都メディカルコントロール協議会救急処置基準員会にて審議（平成２１年８月３日）

２　ワーキングで検討開始（平成２１年８月１９日）

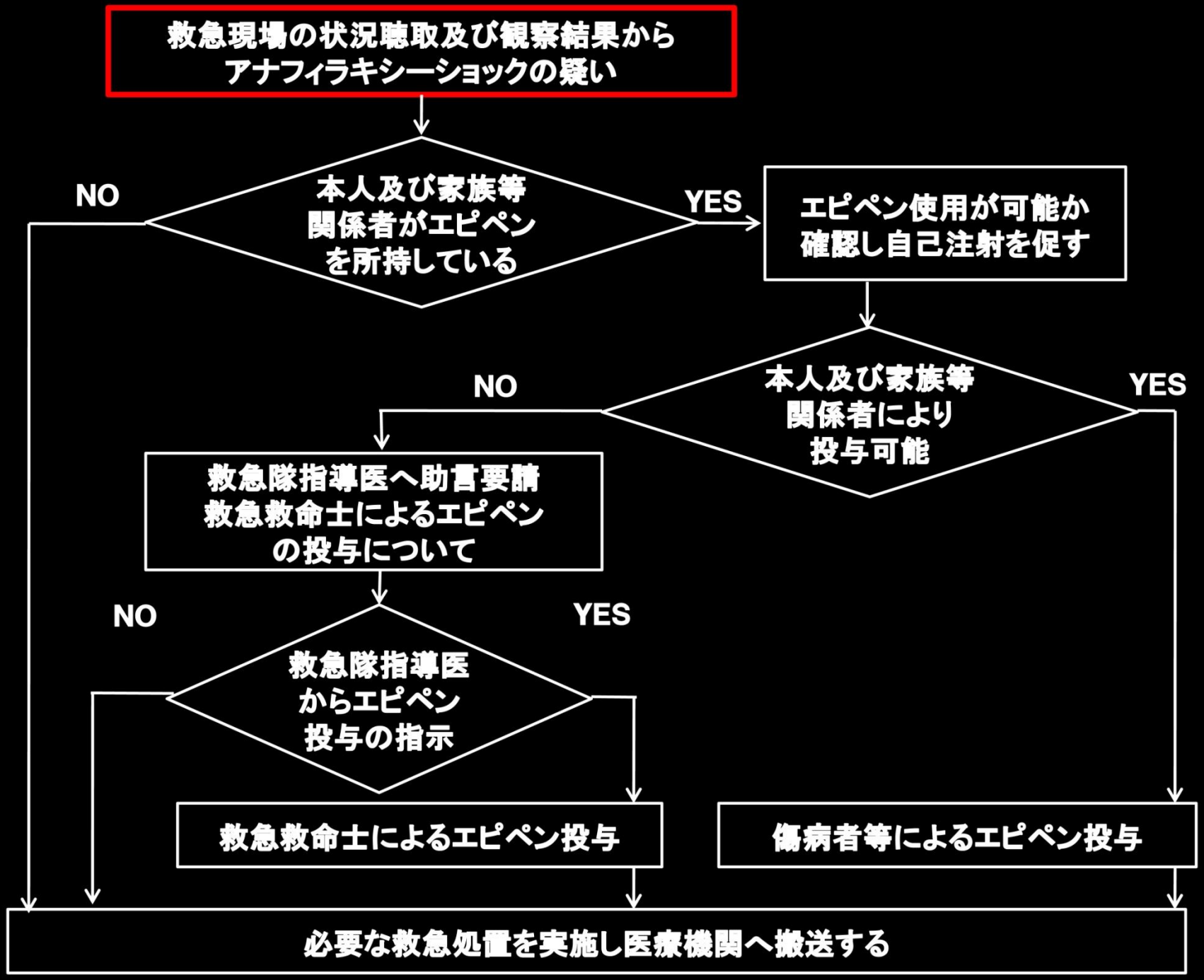
３　救急処置基準委員会にてワーキング検討結果の審議、了承（平成２１年１０月２１日）

４　救急隊員の教育に関する委員会で審議
（平成２１年１２月１０日）

５　平成２１年１２月２８日運用開始

エピペン投与実施者の優先順位

１　傷病者本人
２　家族等関係者
３　学校教職員
４　救急救命士


救急現場の状況聴取及び観察結果から
アナフィラキシーショックの疑い
本人及び家族等
関係者がエピペン
を所持している
NO
YES
エピペン使用が可能か
確認し自己注射を促す
本人及び家族等
関係者により
投与可能
NO
YES
救急隊指導医へ助言要請
救急救命士によるエピペン
の投与について
NO
YES
救急隊指導医
からエピペン
投与の指示
救急救命士によるエピペン投与
傷病者等によるエピペン投与
必要な救急処置を実施し医療機関へ搬送する

医療機関選定

１　三次医療機関での対応とし、救命救急センター等への搬送を原則とする

２　傷病者又は家族等関係者に説明したにも関わらず救命救急センター等への搬送を拒否した場合は、救急隊指導医の助言を求める

救急救命士がエピペン投与を行った事例

１　覚知日時

平成22年4月22日（木）　19時06分覚知

２　要請の概要

エピペンを処方されている5歳の男児が、自宅でコロッケを食べた後、アレルギー症状を発症したため、祖父が孫を連れ近医を受診したところ医師から「救急車を要請し投与を依頼しなさい。」と指示され、帰宅後救急要請となったものである

３　出場途上の情報収集（PHSにより祖父から聴取）

「5歳の小麦アレルギーを持っている孫が、コロッケを食べた後に咳込み、アレルギー症状が出てきた。エピペンを持っています。」

４　観察結果

意識：清明（JCS)、呼吸：24回/分（左肺の狭窄音）

脈拍：144回/分、血圧：100㎜Hg（触診）、

$SpO_2$86% 体温：36.6℃、心電図：洞性頻脈、その他：発赤（－）、咳（－）、悪心(－）、呼吸苦（－）、咳込みなし、酸素吸入6･/分

５　救急処置等

(1)　酸素吸入、心電図モニターの実施

使用方法を知らないと申し出あったため、エピペンを受領し、有効期限、薬剤の濁り等を確認

(2)　その後、咳込み、悪心を訴え、酸素飽和度の低下が認められたため、救急隊指導医へ助言要請を実施

(3)　傷病者の左大腿前外側にエピペン投与

(4)　かかり付け病院へ搬送（大学病院）

６　傷病名・程度

アナフィラキシーショック（中等症）

時間経過

19:06 覚知
19:11 現場到着
19:12 傷病者接触
19:14 救急車内収容
19:21 症状変化
19:25 助言要請
19:26 エピペン投与
19:36 現場出発
19:45 病院到着

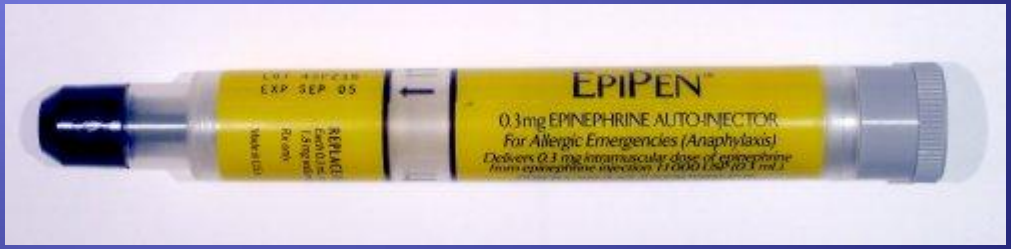
教　訓　等

１　MC協議会で策定したプロトコール及び教育方策により、確実な対応が図られた

２　エピペンは、家族などであっても投与方法等を知らなかったり、投与を躊躇することが予想され、救命士が投与する可能性が高い

３　対象症例が少ないことから、プロトコールを携行しておくなどして迅速確実な対応が必要である

アドレナリン自己注射（エピペン）の処方を受けている児童生徒の情報に関する教育委員会と当市消防局との連携について



千葉市消防局　警防部救急課

救急救命士によるエピペン投与

平成21年3月4日付消防救第60号消防庁救急企画室長通知

「救急救命処置範囲等について（平成4年3月13日付指発第17号厚生省健康政策局指導課長通知）」の一部改正

↓

救急救命士によるエピペンの投与

消防局

エピペン使用プロトコールを策定
千葉市救急業務検討委員会にて承認
↓
プロトコール策定ともに研修会を実施
↓
救急救命士によるエピペン投与が可能

文科省からの通知内容は把握

教育委員会

平成21年7月30日付文部科学省スポーツ・
青少年局学校健康教育課長通知

救急救命処置の範囲等について

「・・・事前に地域の消防機関に当該児童生徒の情報を提供するなど消防機関と連携を図ること・・・」

↓

消防機関（千葉市消防局）へ相談

教育委員会

教育委員会は、保健体育課が所管

↓

エピペン処方児童・生徒が在校している学校の教職員（養護教員）は、以前から市医師会に依頼し、エピペンの使用方法について研修会を行っていた。

表 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前＿＿＿＿＿＿＿＿ 男・女 平成＿年＿月＿日生（＿歳） ＿＿＿＿＿＿＿＿学校＿年＿組 提出日 平成＿年＿月＿日

気管支ぜん息（あり・なし）

病型・治療

A．重症度分類（発作型）
1．間欠型
2．軽症持続型
3．中等症持続型
4．重症持続型

B-1．長期管理薬（吸入薬）
1．ステロイド吸入薬
2．長時間作用性吸入ベータ刺激薬
3．吸入抗アレルギー薬
（「インタール®」）
4．その他
（　　）

B-2．長期管理薬
（内服薬・貼付薬）
1．テオフィリン徐放製剤
2．ロイコトリエン受容体拮抗薬
3．ベータ刺激内服薬・貼付薬
4．その他
（　　）

C．急性発作治療薬
1．ベータ刺激薬吸入
2．ベータ刺激薬内服

D．急性発作時の対応（自由記載）

学校生活上の留意点

A．運動（体育・部活動等）
1．管理不要
2．保護者と相談し決定
3．強い運動は不可

B．動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動
1．配慮不要
2．保護者と相談し決定
3．動物へのアレルギーが強いため不可
動物名（　　）

C．宿泊を伴う校外活動
1．配慮不要
2．保護者と相談し決定

D．その他の配慮・管理事項（自由記載）

【緊急時連絡先】

★保護者
電話：

★連絡医療機関
医療機関名：
電話：

記載日 年 月 日
医師名 ㊞
医療機関名

アトピー性皮膚炎（あり・なし）

病型・治療

A．重症度のめやす（厚生労働科学研究班）
1．軽症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。
2．中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。
3．重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。
4．最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。
＊軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変
＊強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変

B-1．常用する外用薬
1．ステロイド軟膏
2．タクロリムス軟膏
（「プロトピック®」）
3．保湿剤
4．その他〈　　〉

B-2．常用する内服薬
1．抗ヒスタミン薬
2．その他
〔　　〕

C．食物アレルギーの合併
1．あり
2．なし

学校生活上の留意点

A．プール指導及び長時間の紫外線下での活動
1．管理不要
2．保護者と相談し決定

B．動物との接触
1．配慮不要
2．保護者と相談し決定
3．動物へのアレルギーが強いため不可
動物名〔　　〕

C．発汗後
1．配慮不要
2．保護者と相談し決定
3．（学校施設で可能な場合）
夏季シャワー浴

D．その他の配慮・管理事項（自由記載）

記載日 年 月 日
医師名 ㊞
医療機関名

アレルギー性結膜炎（あり・なし）

病型・治療

A．病型
1．通年性アレルギー性結膜炎
2．季節性アレルギー性結膜炎（花粉症）
3．春季カタル
4．アトピー性角結膜炎
5．その他〈　　〉

B．治療
1．抗アレルギー点眼薬
2．ステロイド点眼薬
3．免疫抑制点眼薬
4．その他〈　　〉

学校生活上の留意点

A．プール指導
1．管理不要
2．保護者と相談し決定
3．プールへの入水不可

B．屋外活動
1．管理不要
2．保護者と相談し決定

C．その他の配慮・管理事項（自由記載）

記載日 年 月 日
医師名 ㊞
医療機関名

財日本学校保健会 作成

学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン

財団法人 日本学校保健会

監修 文部科学省スポーツ・青少年局
学校健康教育課

ワンポイント「エビペン®」について

①開発の経緯

血圧が下がり、意識障害などがみられるいわゆる「ショック」の状態にある患者の救命率は、アドレナリンを30分以内に投与できるか否かで大きく異なります。アナフィラキシーショックは屋外などでの発症が多く、速やかに医療機関を受診することができないことが多いため、アドレナリン自己注射薬「エビペン®」が開発されました。

②アドレナリンの作用

アドレナリンはもともと人の副腎から分泌されるホルモンで、主に心臓の働きを強めたり、末梢の血管を収縮させたりして血圧を上げる作用があります。エピペン®はこのアドレナリンを注射の形で投与できるようにしたものです。

③副作用

副作用としては効果の裏返しとして血圧上昇や心拍数増加に伴う症状（動悸、頭痛、振せん、高血圧）が考えられます。動脈硬化や高血圧が進行している高齢者などでは脳血管障害や心筋梗塞などの副作用も起こりえますが、一般的な小児では副作用は軽微であると考えられます。

④「エビペン®」の使用について

「エビペン®」は本人もしくは保護者が自ら注射する目的で作られたもので、注射の方法や投与のタイミングは医師から処方される際に十分な指導を受けています。

投与のタイミングとしては、アナフィラキシーショック症状が進行する前の初期症状（呼吸困難などの呼吸器の症状が出現したとき）のうちに注射するのが効果的であるとされています。

アナフィラキシーの進行は一般的に急速であり、「エビペン®」が手元にありながら症状によっては児童生徒が自己注射できない場合も考えられます。「エビペン®」の注射は法的には「医行為」にあたり、医師でない者（本人と家族以外の者である第３者）が「医行為」を反復継続する意図をもって行えば医師法（昭和23年法律第201号）第17条に違反することになります。しかし、アナフィラキシーの救命の現場に居合わせた教職員が、「エビペン®」を自ら注射できない状況にある児童生徒に代わって注射することは、反復継続する意図がないものと認められるため、医師法違反にならないと考えられます。また、医師法以外の刑事・民事の責任についても、人命救助の観点からやむをえず行った行為であると認められる場合には、関係法令の規定によりその責任が問われないものと考えられます。

「エビペン®」の使用手順

①黒い先端を下に向けてエピペン®を片手でしっかりと握る

②もう片方の手で灰色の安全キャップを外す

③太ももの前外側に垂直になるように黒い先端を強く押し付ける。押し付けたまま数秒間待つ

④緊急の場合は衣服の上からでも注射できる

連携の方法

市教育委員会から連携申し入れがあった場合

↓

どのような連携方法かを事前に検討

↓

入電時の対応？現着時の対応？

↓

処方されている児童・生徒の情報を事前に
入手することは可能かどうか？

- 入電時の対応

　あらかじめ、エピペン処方児童生徒の情報を総合指令情報システムサーバに登録

↓

　該当児童生徒からの通報の場合、情報を出動救急隊に提供する

- 現場での対応

　本人がエピペン使用が困難な場合、教職員によりエピペンを使用する（救急隊の到着を待たない）

↓

教職員に事前に徹底

教育委員会から消防局へのエピペン連携に関する依頼

平成２１年８月１８日

千葉市消防局救急救助課長　様

千葉市教育委員会保健体育課長

アドレナリン自己注射薬の処方を受けている児童生徒の情報に関する
消防局との連携について（依頼）

「救急救命処置の範囲等について」の一部改正に伴い、文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課長より別添写しのとおり通知がありました。

ついては、アナフィラキシーショックで生命が危険な状態にある児童生徒に対し、迅速かつ適切な対応を行い、アレルギー疾患をもつ児童生徒が、学校生活を安心して送ることができるよう、下記の事項について消防局との連携が図れるようお願いします。

記

１　アドレナリン自己注射薬の処方を受けている児童生徒が在籍している学校においては、保護者の同意を得た上で、事前に地域の消防機関に当該児童生徒の情報を提供するなど、日ごろから消防機関など地域の関係機関と連携すること。

２　アドレナリン自己注射薬の処方を受けている児童生徒がアナフィラキシーショックとなり、救急搬送を依頼（１１９番通報）する場合は、アドレナリン自己注射薬が処方されていることを消防機関に伝えること。

学校長会議時に教育委員会（保健体育課長）から連携内容の説明

平成２１年９月　　日

千葉市立学校長　様

保健体育課長

アドレナリン自己注射薬（商品名「エピペン®」）の処方を受けている
児童生徒の情報に関する消防機関との連携について（依頼）

このとについて、平成２１年９月１日付文書『『救急救命処置の範囲等について』の一部改正について」で消防機関との連携の必要性については通知したところですが、相互連携の具体的な方策について、消防機関との協議がまとまりました。

ついては、アナフィラキシーショックで生命が危険な状態にある児童生徒に対し、迅速かつ適切な対応を行い、アレルギー疾患をもつ児童生徒が、学校生活を安心して送ることができるよう、下記の事項について教職員への周知をお願いします。

記

１　目　的

アナフィラキシーショックで生命が危険な状態にある児童生徒に対し、迅速かつ適切な対応を行い、アレルギー疾患をもつ児童生徒が、学校生活を安心して送ることができるよう、消防機関との連携を図る。

２　内　容

（１）消防機関への情報提供

エピペン®の処方を受けている児童生徒が在籍している学校においては、保護者の同意を得た上で、事前に地域の消防機関に当該児童生徒の情報を提供し、消防機関など地域の関係機関と連携を図る。（※ 情報は毎年４月末に更新する。）

（２）総合指令情報システムの活用

エピペン®の処方を受けている児童生徒がアナフィラキシーショックとなり、救急搬送が要請された場合、基幹情報ネットワークに登録された当該児童生徒の対象者情報をオンラインで、救急隊へ伝達する。

同時に、119 番指令センターに常駐している医師が、対象者情報等から救急隊に関して的確な指導及び助言を行う。

（３）救急搬送時の連絡

未登録者への対応と確実な情報伝達を目的として、エピペン®の処方を受けている児童生徒がアナフィラキシーショックとなり、救急搬送を依頼（119 番通報）する場合は、確実にアドレナリン自己注射薬が処方されていることを消防機関に伝えるよう校内救急体制を整えておく。

３　方　法

（１）保護者への説明と同意

エピペン®の処方を受けている児童生徒が在籍している学校は、連携の趣旨を説明し、保護者の同意を得る。☛別紙１、別紙２

（２）消防局への情報提供

○エピペン®の処方を受けている児童生徒の情報をファイル（別紙３）に入力し、保健体育課へCHAINSメール（hokentaiiku.EDS@city.chiba.lg.jp）で送信する。

※個人情報のため、CHAINS メール以外での送信は不可。なお、宛先検索を利用した場合には、「学校教育部保健体育課(U)」であることを確認する。

提出期限：平成２１年１０月５日（月）　※別紙３のみ提出

○別紙１・別紙２・別紙３は、CHAINES 全庁フォルダの保健体育課内に提示してあります。（N:¥71_教育委員会事務局¥71204000_学校教育部保健体育課¥保健係¥Ⅲ保健管理¥４エピペンが処方されている児童生徒の情報について）

○別紙２「消防機関への情報提供同意書」は各学校で保管（　年間）してください。

（３）総合指令情報システムの運用

○提出された情報を総合指令情報システムに登録し、１０月１４日（水）より運用を開始する。新たな情報の追加がある場合は、保健体育課担当に電話連絡の上、情報をCHAINSメールにて送付してください。

○登録された情報に関しては、自宅からの 119 番通報にも対応する。

４　その他

（１）相互連携を円滑にするため、119 番通報時に正確な情報を伝達する。通報内容に「エピペン®の処方を受けている児童生徒」であることを必ず付加する。

（２）アナフィラキシーショックで生命が危険な状態にある児童生徒に対しては、早急な対応が求められるため、救急隊の到着まで接種を待つのではなく、救命の現場に居合わせた教職員が迅速な対応を図る。

（３）その他ご不明な点は、担当までお問合せください。

保健体育課　保健係
担当：佐々木清美　Tel245-5943

各学校において、エピペン処方児童生徒の保護者に対して説明会を開催

［アドレナリン自己注射薬の処方を受けている児童生徒の保護者の方へ］

（別紙１）

平成２１年　月　　日

年　組

保護者　様

千葉市立　　学校長
千葉市教育委員会保健体育課長

アドレナリン自己注射薬（商品名「エピペン®」）の処方を受けている
児童生徒の情報に関する消防機関との連携について

日頃より学校保健につきましてご理解、ご協力いただき厚く感謝申し上げます。
本市では、日頃より食物アレルギーの児童生徒が、安全に学校生活を送れるよう対応しているところですが、万一、食物アレルギーの児童生徒がアナフィラキシーショックを発現した場合に、迅速かつ適切な対応を行うことができるよう、消防機関との連携を図る取り組みを推進しております。
つきましては、下記の事項について御理解いただいた上で、別紙１「消防機関への情報提供同意書」の提出に御協力をお願いします。

記

１　目　的

アナフィラキシーショックで生命が危険な状態にある児童生徒に対し、迅速かつ適切な対応を行い、アレルギー疾患をもつ児童生徒が、学校生活を安心して送ることができるよう、学校と消防機関との連携を図る。

２　対象者

アドレナリン自己注射薬（商品名「エピペン®」）の処方を受けている児童生徒

３　連携内容

（１）消防機関への情報提供

エピペン®の処方を受けている児童生徒の情報（別紙２に記載された情報）を提供し、消防機関との連携を図る。
※ 情報の更新については、毎年４月末に行うものとする。

（２）総合指令情報システムの活用

エピペン®の処方を受けている児童生徒がアナフィラキシーショックとなり、救急搬送が要請された場合、基幹情報ネットワークに登録された当該児童生徒の対象者情報をオンラインで、救急隊へ伝達する。
同時に、119 番指令センターに常駐している医師が、対象者情報等から救急隊に関して的確な指導及び助言を行う。

（３）救急搬送時の連絡

未登録者への対応と確実な情報伝達を目的として、エピペン®の処方を受けている児童生徒がアナフィラキシーショックとなり、学校が救急搬送を依頼（119 番通報）する場合は、エピペン®を処方されていることを消防機関に伝えるよう校内救急体制を整えておく。

３　その他

（１）総合指令情報システムの適用

同意書を提出されたお子さんの情報を総合指令情報システムに登録し、１０月１４日（水）より適用を開始します。
情報の追加や変更が生じたある場合は、学級担任へ御連絡をお願いします。学校からの変更情報を受け、登録の変更を行います。
なお、情報の更新は毎年年度当初に行います。

（２）接種の迅速性について

アナフィラキシーショックで生命が危険な状態にあるお子さんに対しては、早急な対応が求められるため、救急隊の到着するまで接種を待つというものではありません。

（３）問い合わせ先

その他ご不明な点は、学校の養護教諭までお問合せください。

エピペン処方児童生徒の保護者に対して、消防局への情報提供の同意書

（別紙２）

消防機関への情報提供同意書

千葉市立　　学校長　様

児童（生徒）＿＿＿＿＿＿＿＿は、アドレナリン自己注射薬（商品名「エピペン®」）が処方されていますので、今後、学校でアナフィラキシーショックが発現時した場合、救急隊が迅速かつ適切な対応を行うため、下記に記載された内容を消防局に情報提供することに同意します。

緊急時処方薬（商品名「エピペン®」）：有

氏名（フリガナ）	
生年月日	
学年・組	
自宅住所	
自宅電話番号	
緊急時連絡先（携帯等）	
病　名	食物アレルギー（原因：　　）
既往歴	アナフィラキシーショックを発現したことがありますか。 無 ・ 有｛いつ頃： 状況：
かかりつけの医療機関	
かかりつけ医の指示等	

平成２１年　　月　　日

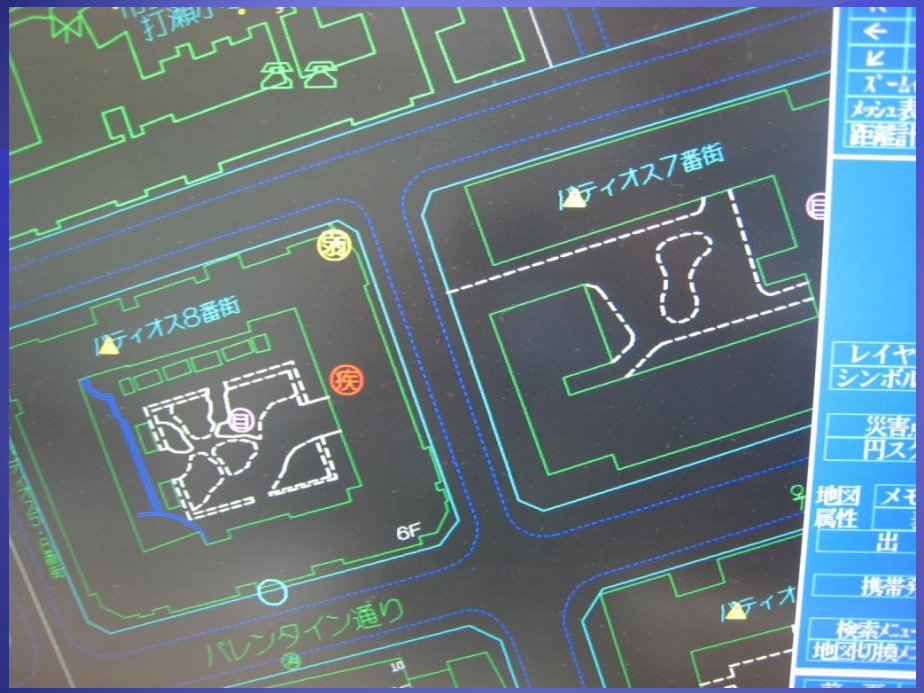
保護者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

児童生徒から提供された情報一覧（指令サーバへの登録内容）

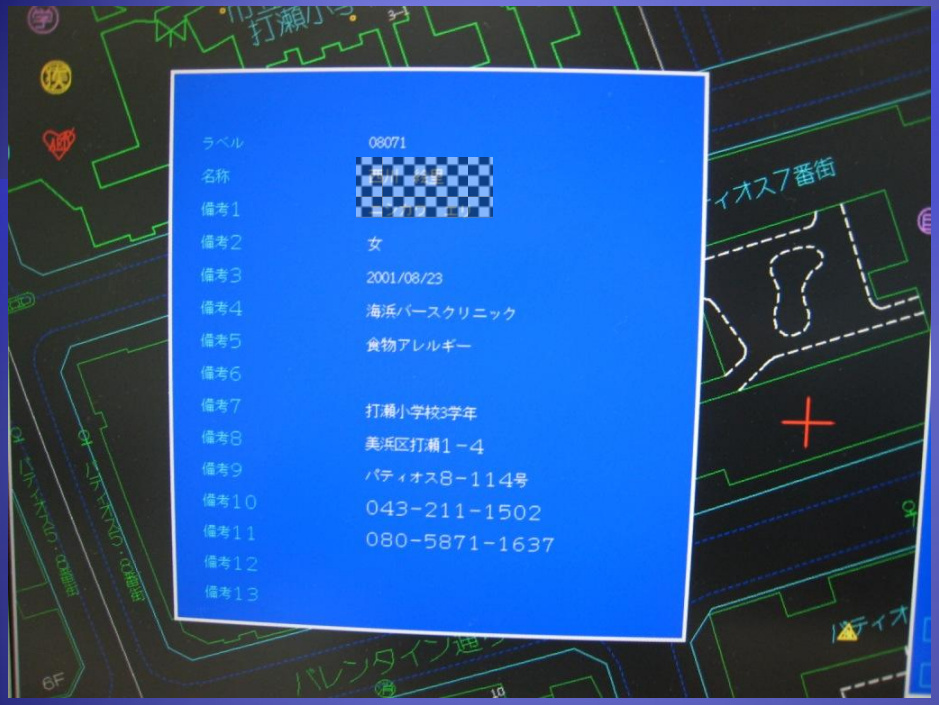
アドレナリン自己注射薬を処方されている児童生徒の情報一覧

No.	氏名	シメイ	性別	生年月日	かかりつけ医療機関	病名	既往歴	学校名 学年	自宅住所	自宅電話番号	保護者携帯番号	その他
1	●● ●●●	●●● ●●●●	男	200●/2/8	千葉大学医学部附属病院	食物アレルギー	アナフィラキシーショック	●●小学校２学年	●●区●●町252-●	●●●-●●●●-●●●●	●●●-●●●●-●●●●	※11/08に引越し●●区●●-●●-●※母親携●●●-●●●●
2	● ●●●	●●● ●●●●	女	19●●/11/21	千葉大学医学部附属病院	食物アレルギー	アナフィラキシーショック	●小学校６学年	●●区●●町2-7-5-●●●●	●●●-●●●●-●●●●	●●●-●●●●-●●●●	アナフィラキシーと思われる症状が出現したらためらわずエピペン
3	●● ●●●	●●● ●●●●	男	1999/●/4	千葉大学医学部附属病院	食物アレルギー ピーナッツ	アナフィラキシーショック	●●小学校４年生	●●区●●●町●●●−60	●●●-●●●●-●●●●	●●●-●●●●-●●●●	呼吸器症状が出たらエピペンを使用
4	●● ●●	●●● ●●●●	男	2002/11/●	つばきこどもクリニック	食物アレルギー	アナフィラキシーショック	●小学校１年生	●●川区●●町2−●●−1	●●●-●●●●-●●●●	●●●-●●●●-●●●●	緊急時は近隣の病院へ行くこと
5	● ●●	●●● ●●●●	女	2001/●●/13	千葉県こども病院	食物アレルギー	アナフィラキシー	●●小学校２学年	●●区●●●3-7-21-407	●●●-●●●●-●●●●	●●●-●●●●-●●●●	
6	●● ●●	●●● ●●●●	男	19●●/12/6	千葉大学医学部附属病院	食物アレルギー	アナフィラキシーショック無	●●小学校５年生	●●区●●町1269-●●-401	●●●-●●●●-●●●●	●●●-●●●●-●●●●	魚介類、エビ、カニ
7	●● ●●	●●● ●●●●	男	2002/●/4	千葉大学医学部附属病院	食物アレルギー	アナフィラキシーショック	●小学校 2学年	●●区●●町5-6-3-104	●●●-●●●●-●●●●	●●●-●●●●-●●●● (母)●●●-●●●●	(毎食前)インタール10%1P服用 (頓服)プレドニゾロン1%
8	●● ●●●	●●● ●●●●	男	2000/2/●	千葉大学医学部附属病院	食物アレルギー	アナフィラキシーショック	●●小学校４学年	●●区●●町1278−●	●●●-●●●●-●●●●	●●●-●●●●-●●●●	少しでも症状が出たら、早急に使用するように支持されている
9	● ●●●	●● ●●●●	男	2000/●●/23	千葉大学医学部附属病院	食物アレルギー	アナフィラキシーショック	●●小学校４学年	●●区●●町2-19-12-●●●	●●●-●●●●-●●●●	●●●-●●●●-●●●●	ｴﾋﾟﾍﾟﾝ注射後、病院へ
10	●● ●●	●●● ●●●●	男	2001/3/●	国立下志津病院	食物アレルギー	アナフィラキシーショック	●●小 3年生	●●区●●1-●●-15	●●●-●●●●-●●●●	●●●-●●●●-●●●●	給食でエビ・カニ注意
11	● ●●●	●●● ●●●●	男	200●/●/19	国立療養所下志津病院	食物アレルギー	アナフィラキシーショック【H18年あじのフライ】・アレルギー性鼻炎	●●小学校●学年	●●区●●町●●−2●●●10番館●号	●●●-●●●●-●●●●	●●●-●●●●-●●●●	除去食を行う
12	●● ●●	●●● ●●●●	男	1998/●/16	国立療養所下志津病院	食物アレルギー	アナフィラキシーショック【H20年生人参】・アレルギー性鼻炎 ・喘息	●●小学校４学年	●●区●町●−2●●9番館●号	●●●-●●●●-●●●●	●●●-●●●●-●●●●	除去食を行う
13	●● ●●	●●● ●●●●	男	1998/●/22	国立療養所下志津病院	食物アレルギー	アナフィラキシープレショック 【H19年小麦ビスケット+運動】・【H20生卵】	●●●●小学校４学年	●●区●●●●4−●●−18	●●●-●●●●-●●●●	●●●-●●●●-●●●●	エピペン注射後ただちに病院に来るように
14	●● ●●●	●●● ●●●●	男	1999/6/●●	千葉大学医学部附属病院	食物アレルギー	アナフィラキシーショック	●●●●小学校 4学年	●●区●●5-●-1-●●	●●●-●●●●-●●●●	●●●-●●●●-●●●●	緊急時は市立海浜病院対応可
15	●● ●●	●●● ●●●●	男	200●/4/4	千葉市立海浜病院小児科	食物アレルギー	アナフィラキシーショック	●●小学校1年生	●●区●●4−●●−4	●●●-●●●●-●●●●	●●●-●●●●-●●●●	ショック発現時エピペン接種、救急車要請
16	●● ●●	●●● ●●●●	男	199●/3/●	①千葉県こども病院②おゆみのクリニック	運動誘発アナフィラキシー疑い		●●小学校 5学年	●区●●●●−1９−●	●●●-●●●●-●●●●	●●●-●●●●-●●●●	主治医により食後に激しい運動をしないこと

指令システム上での情報抽出内容



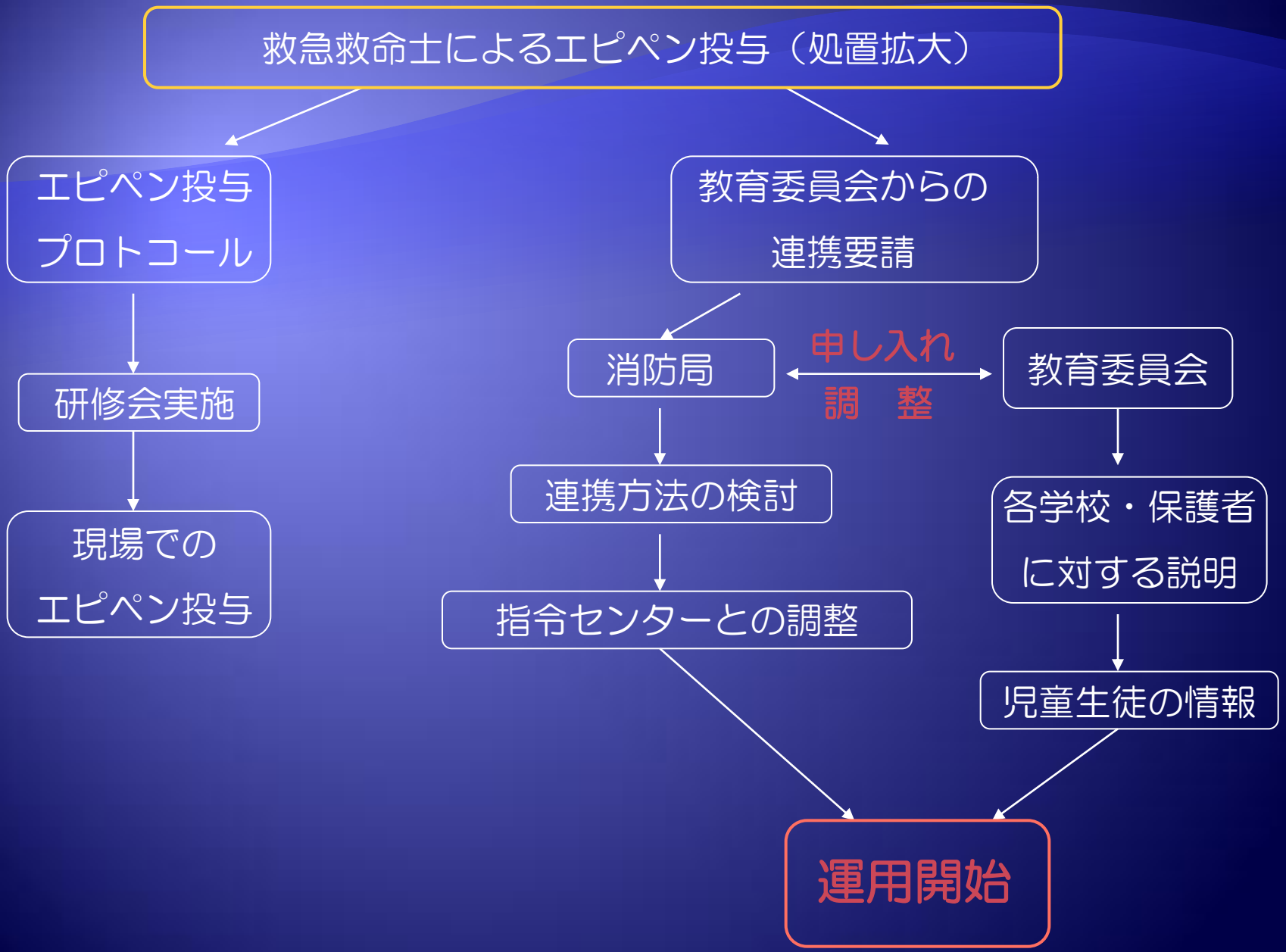
指令システム上での情報抽出内容



2010/06/01 PAGE : 01

項目名	データ
ラベル	08071
名称	[redacted]
備考1	[redacted]
備考2	女
備考3	2001/08/23
備考4	海浜バースクリニック
備考5	食物アレルギー
備考6	
備考7	打瀬小学校3学年
備考8	美浜区打瀬1−4
備考9	パティオス8−114号
備考10	043-211-1502
備考11	080-5871-1637
備考12	
備考13	

千葉市における消防局と教育委員会のエピペン連携



平成22年度第1回全国メディカルコントロール協議会連絡会

「救急救命士の処置範囲拡大について」

日時：平成22年6月2日（水）13時～15時30分
場所：三田共用会議所　講堂

厚生労働省医政局指導課
救急・周産期医療等対策室
救急医療専門官　中野公介

「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」報告書について

1 概要

○「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」（座長：島崎修次杏林大学救急医学教授）において、次の三行為（以下「三行為」という。）について救急救命士の処置範囲に追加することが適当か否かを検討してきた。

① **血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与**
② **重症喘息患者に対する吸入β刺激薬の使用**
③ **心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実施**

2 報告書のポイント

○ 三行為ともに、
- まずは、厚生労働科学研究班が中心となり、医療関係者と消防関係者が共同で実証研究を行い、
- その結果を踏まえ、本検討会においてさらに検討することが適当である。

○ 実証研究においては、救急救命士の教育体制、医師の具体的な指示体制等が十分に確保された地域において、必要な教育を受けた救急救命士が、個々の事案ごとの医師の個別具体的な指示を受けた場合に、三行為を実施する。

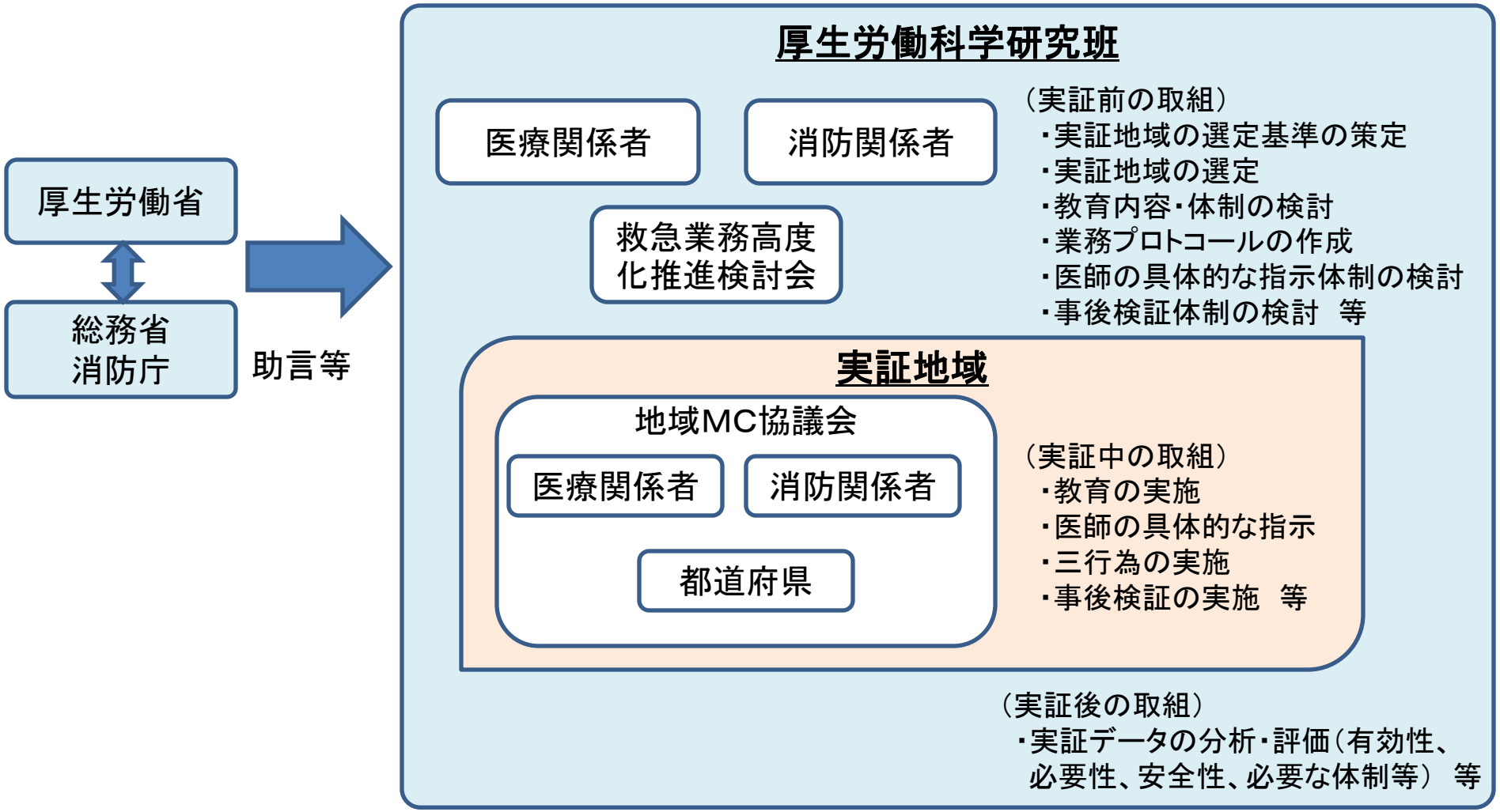
3 今後の予定

○ 今後は、本報告書を踏まえ、総務省消防庁と相談しながら、実証研究に向けた検討を行い、厚生労働科学研究班（分担研究者：野口宏 藤田保健衛生大学教授）を中心に、平成22年度から実証研究を行う予定。

救急救命士の処置範囲の拡大に関する実証研究 （イメージ）

次の三行為について、メディカルコントロール体制が十分に確保された地域において、厚生労働科学研究班が中心となって、医療関係者と消防関係者が共同で実証研究を行い、救急救命士による実施の有効性、必要性、安全性、必要となる体制等を分析・評価する。

① 血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与
② 重症喘息患者に対する吸入β 刺激薬の使用
③ 心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実施



＜現在の進捗状況＞

・厚生労働科学研究特別研究を申請中。
　→　平成22年6月中旬頃より、研究班による検討開始予定。

・費用については、現在調整中。

＜実証地域について＞

・基本的には、三行為とも実証研究していただきたい。
（いろいろなご要望等をいただいているが、できれば三行為一緒に・・・。）

・実証地域の選定については、研究班で検討する予定である。
（可能であれば、各地域メディカルコントロール協議会にアンケート調査等を行うことも検討。）

ご質問、ご要望等あれば、**中野**までご連絡ください。

（ nakano-kousuke@mhlw.go.jp ）

今後とも、ご指導、ご協力の程、どうぞよろしくお願いいたします。