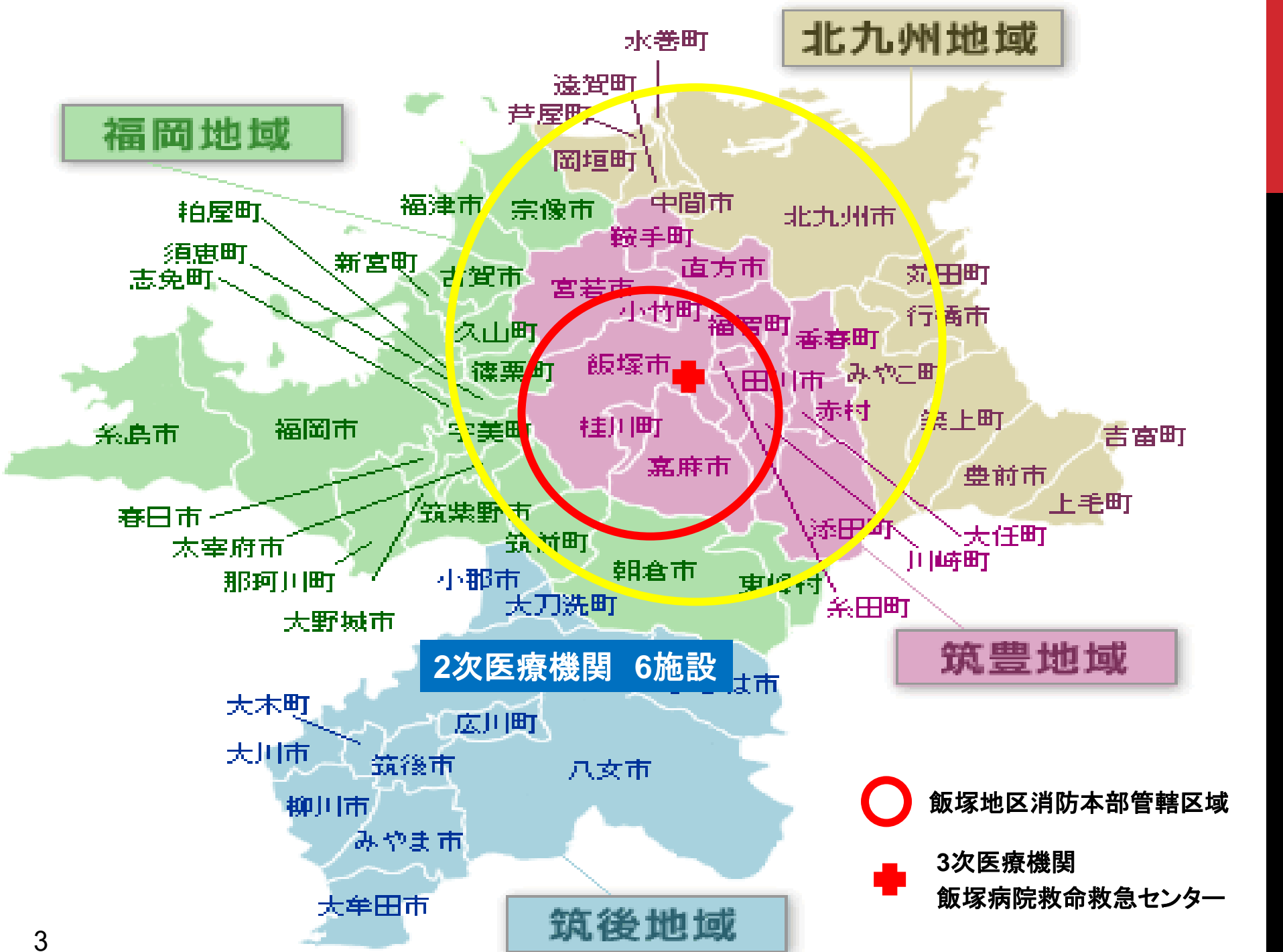


救急行政の取り組みと 救急業務総合支援システム(ATAS)の紹介について

Ambulance service
Total Assist System

2013/8/30
飯塚地区消防本部
消防司令補 松岡修司

飯塚地区消防本部及び管轄地域の概要



飯塚地区消防本部の救急活動の現状と問題点

(H24年:1/1~12/31)

人口	救急車台数	出動件数	1台あたりの出動件数	搬送患者数
185,103人	6台	9,097件	1,516件	8,511人

1日の平均出動件数

24.9件

3次医療機関搬送患者数

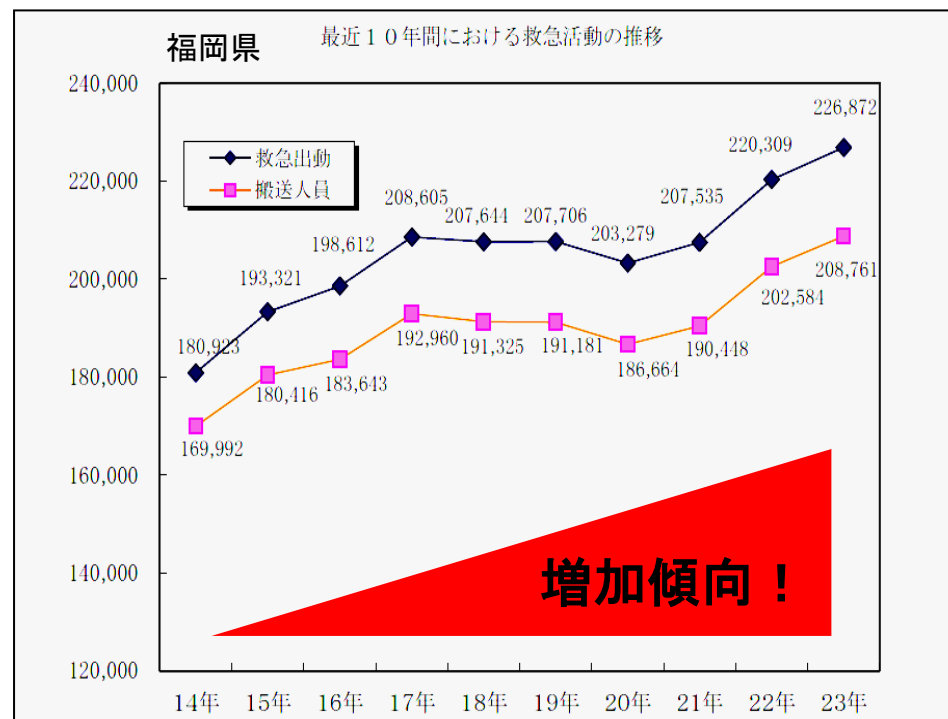
5,066人 (59.5%)

2次医療機関搬送患者数

2,461人 (28.9%)

2次3次医療機関

88.4%



救急行政の取り組み

できることから直に

Let's perform the possible act immediately

1 救急隊の増隊

非常用救急車



2 『PA出動』 救急隊＋消防隊

時間とチャンスを無駄にしないために



救命のチャンスを逃さないように
救急隊員だけでなく消防隊員も力を発揮

正確な情報伝達をめざす

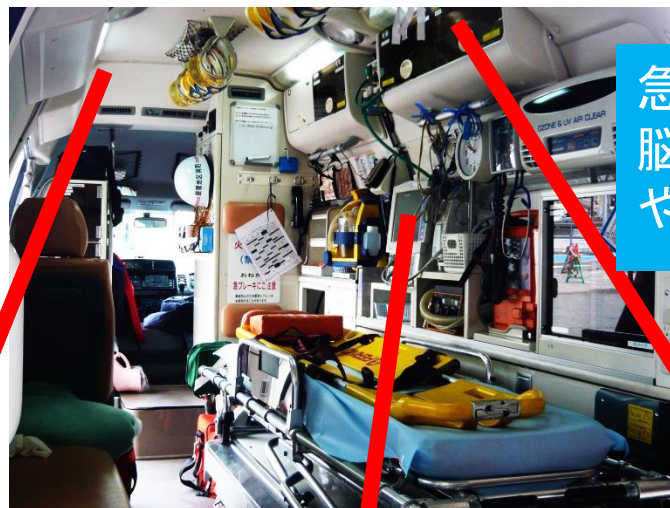
I aim at the accurate communication

3-1 ICT:画像伝送システム(車載カメラ・心電図)

平成22年度 飯塚地区消防本部 全救急車内設置

正確な患者情報！！

急性冠症候群、熱傷(範囲)
脳血管障害が疑われる場合
や重症外傷等に活用



患者頭側
カメラ

心電図

患者足側
カメラ



3-2 ICT:画像伝送システム(イメージ図)

現場救急隊が携帯電話を使って、口頭で情報を伝えるより
画像で送る方が正確で速い

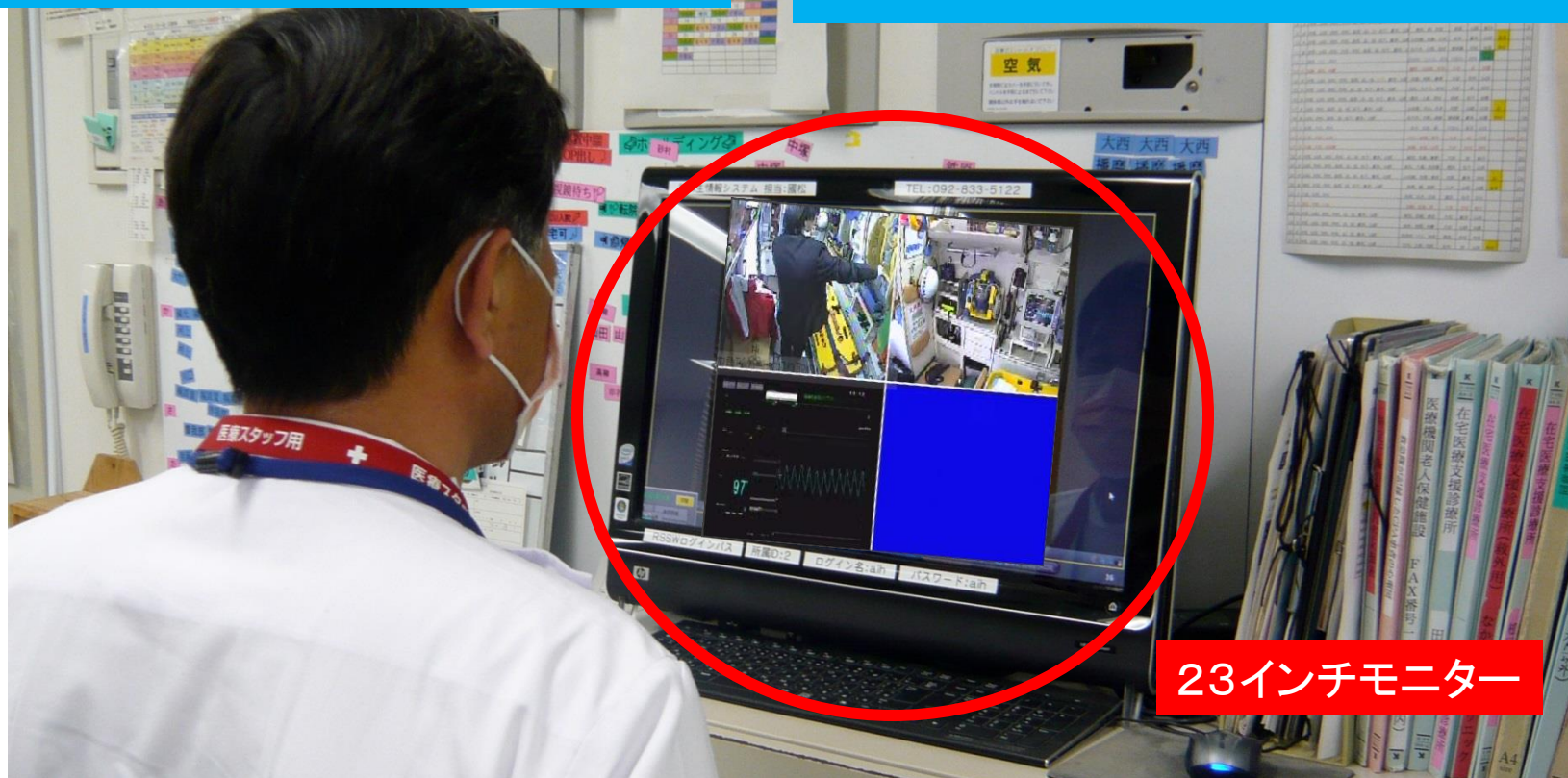


救急車内に收容した患者の状態や心電図を
救命センターにいる医師が同時に見ることができる

3-3 ICT:画像伝送システム(飯塚病院救命救急センター)

検査・治療内容を速く決める
ことができる

使う薬剤や輸液などを前もって
準備できる



23インチモニター

大画面表示のため1人の医師だけでなく、他の医師や看護師が
同時に見て把握することができる

予防救急

Before you call an ambulance

4 救急車適正利用啓発ポスター

年間出動件数
約10000件

救急車、
もう限界
です…。



不必要な救急車の利用が
増えています。
大切な人の命が
救えないかもしれません。

5 地域住民に対する説明会開催

老健福祉施設職員
訪問介護員
民生委員
行政区長など
主に地域の世話役を対象に実施

第7回地域医療サポーター養成講座

救急活動の現状と課題について

— 上手に使おう救急車 —

飯塚地区消防本部¹⁾
飯塚病院救命救急センター²⁾
松岡 修司¹⁾ 鮎川 勝彦²⁾

2011/3/15

第7回地域医療サポーター養成講座

救急活動の現状と課題について

— 上手に使おう救急車 —

2011/3/15

地域住民約370名対象

飯塚地区消防本部
松岡 修司

内容

1 救急の仕組みについて

救急車の数は？ 救急救命士って？

2 救急活動の現状

地域の状況はどうなっているの？

3 救急活動の問題点

今、何が問題になっているの？

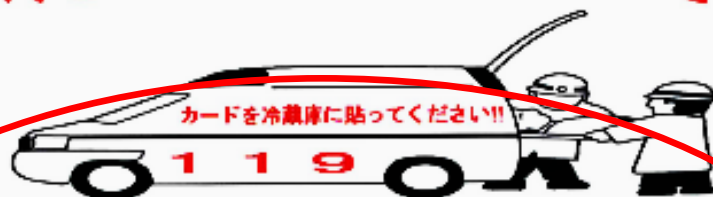
4 救急車の上手な利用法について

119番通報から病院まで

5 質疑応答

分からないことがあれば、何でも聞いてみよう！

救急安心カード



※困ったときの救急医療情報サービス

★救急車を呼ぶかどうか迷ったときは？ → 消防署に問合せください。(☎22-7600)

★小児の急病などで相談したいときは？ → 夜間小児科相談電話(☎#8000)

開設時間19時～翌朝7時(年中無休)

★休日、祝日に開いている病院は？ → 救急医療情報センター(☎092-471-0099)

(地デジNHK総合をリモコンの「d」ボタンを押してデータオンラインでも確認できます。)

※ 休日在宅医については、できるだけ最新のデータを入力しておりますが、当日の新聞紙面(筑豊版)で今一度ご確認をお願いします。

記入例	記入年月日 平成 21 年 11 月 9 日
氏名	い い づ か た かつ 飯 塚 太 郎 (男・女)
生年月日	明・大・ 昭 ・平 20 年 11 月 9 日 血液型 A 型
住所	飯塚市片島三丁目16番8号 電話 0948-22-7600
持病(病院)	高血圧(嘉麻市立病院)、狭心症(筑豊医院)
常用薬	降圧剤、糖尿病薬、喘息の薬
アレルギー	あり (特定の薬名、卵、そば、小麦など)・なし
手術歴	平成15年 心臓バイパス手術
その他 (伝えたいこと)	

もし救急車を呼ぶような時にこのカードを持っていれば安心です!! 救急隊は病院へ患者の名前、持病、常用薬などの情報を伝えなければなりません。あらかじめこのカードに記入していれば的確に情報を伝えることができるので安心です。

記入年月日 平成 年 月 日	
フリガナ 氏名	(男・女)
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	血液型 型
住所	電話
持病(病院)	
常用薬	
アレルギー	あり()・なし
手術歴	
その他 (伝えたいこと)	

記入年月日 平成 年 月 日	
フリガナ 氏名	(男・女)
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	血液型 型
住所	電話
持病(病院)	
常用薬	
アレルギー	あり()・なし
手術歴	
その他 (伝えたいこと)	

緊急連絡先	①氏名 (続柄) 番 - -
	②氏名 (続柄) 番 - -

【お問い合わせ先】 飯塚消防署 救急係 (☎ 0948-22-7602) 山田消防署 救急係 (☎ 0948-52-1285)
 桂川消防署 救急係 (☎ 0948-65-0321) ※ 最寄りの消防署へお問い合わせ下さい。

必要事項を記入し
 冷蔵庫など、
 目立つ場所に
 貼っておいてもらう

さて効果は

By the way, the effect?

福岡県各消防本部別

平成24年4月1日現在

医療機関数							人口10万人 当たりの救急医療機関数	現場到着 平均所要 時間 (分)	收容平均 所要時間 (分)	救急出場件数			区分
合計	救急告示医療機関					その他の 医療機関				平成23年中	平成22年中	対前年 増減率 (%)	
	小計	国公立	公的	私 的 病 院	診療所								
4,988	142	20	8	111	3	4,846	2.8	7.7	29.2	226,872	220,309	3.0	県計
1,065	18	4	1	13	-	1,047	1.8	8.1	29.8	51,076	49,646	2.9	北九州市
1,531	39	4	2	33	-	1,492	2.7	7.2	27.2	64,418	62,405	3.2	福岡市
165	9	1	1	6	1	156	7.3	7.4	30.4	5,918	5,698	3.9	大牟田市
66	3	-	1	2	-	63	5.1	7.4	31.6	3,077	2,881	6.8	直方市
68	3	-	-	3	-	65	4.2	7.0	30.5	2,651	2,619	1.2	柳川市
45	1	1	-	-	-	44	2.0	6.8	26.3	1,721	1,654	4.1	筑後市
32	3	-	-	2	1	29	8.0	6.2	21.9	1,325	1,217	8.9	大川市
62	1	-	-	1	-	61	1.4	7.6	29.6	3,176	3,087	2.9	行橋市

	35	1	1	-	-	-	34	2.2	5.9	26.3	2,506	2,411	3.9	中 間 市
	33	1	-	-	1	-	32	2.4	7.6	30.1	1,590	1,508	5.4	み や ま 市
												3,416	2.8	糸 島 市
												1,396	6.4	苅 田 町
												3,808	0.8	八 女 地 区
												6,313	4.3	筑 紫 野 太 宰 府
												9,755	△3.1	飯 塚 地 区
												8,672	3.6	春日大野城那珂川
												7,964	3.2	田 川 地 区
												15,978	3.9	久 留 米 広 域
												4,195	△2.8	京 築 広 域
												2,807	0.5	直 方 鞍 手 広 域
												3,560	8.2	甘 木 朝 倉 広 域
												7,273	1.0	粕 屋 南 部
	119	3	-	-	3	-	116	2.0	8.1	30.3	5,307	4,981	6.5	宗 像 地 区
	64	1	1	-	-	-	63	1.2	7.0	24.2	2,798	2,760	1.4	粕 屋 北 部
23	74	4	1	-	3	-	70	4.1	7.6	29.4	4,546	4,305	5.6	遠 賀 中 間 広 域

平成23年 — 327件
平成24年 — 421件
計 — 748件

救急車出動1回当たり約4万円として
約3千万円コスト削減！！

救急業務の高度化

時間短縮と救急隊員の負担軽減を目指して

平成25年度からの取組み

For time shortening and burden reduction

1-1 救急業務総合支援システム(ATAS)について

救急活動連絡票印刷用モバイルプリンター

モバイルルーター

救急隊員携行モバイル端末

1-2 救急業務総合支援システム(ATAS)を使用した活動イメージ



1-3 システム構成イメージ

入電

指令

出動

現着

選定

搬送

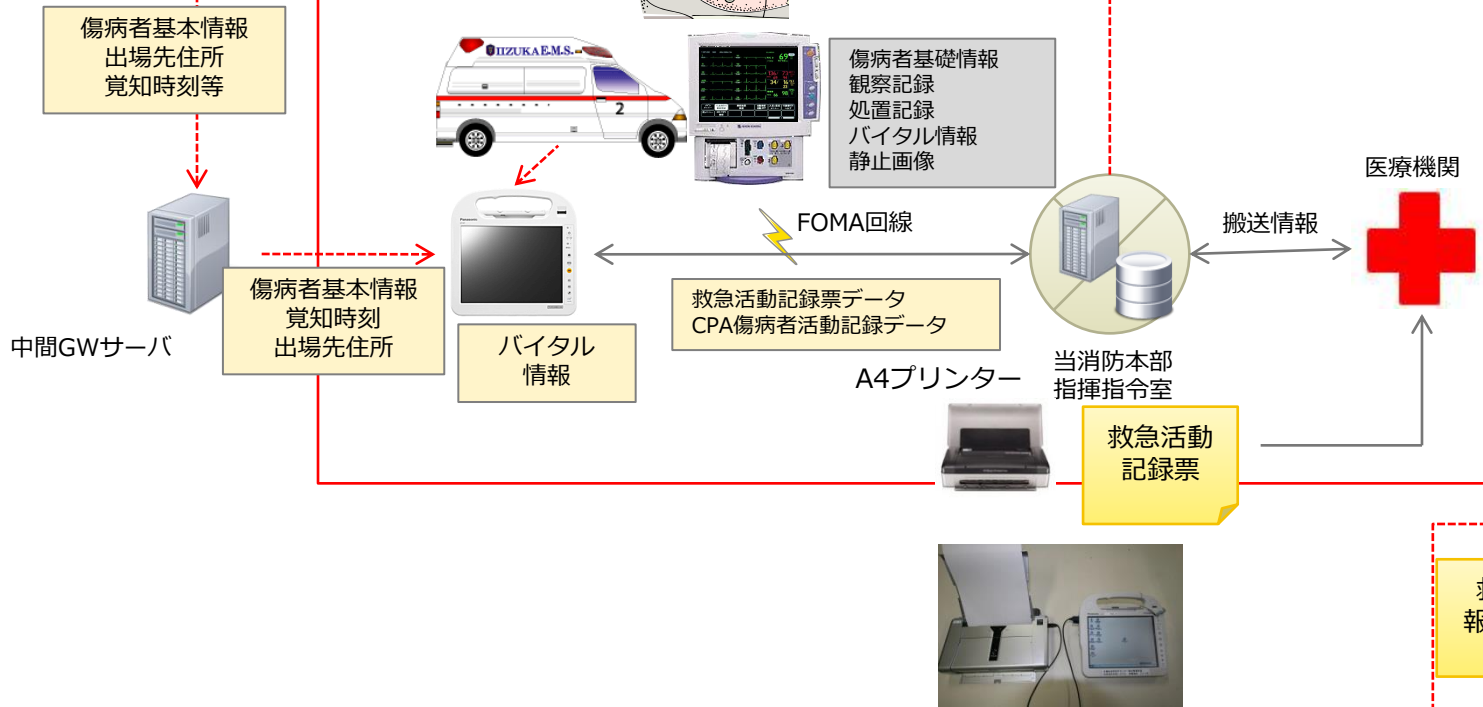
收容

帰署

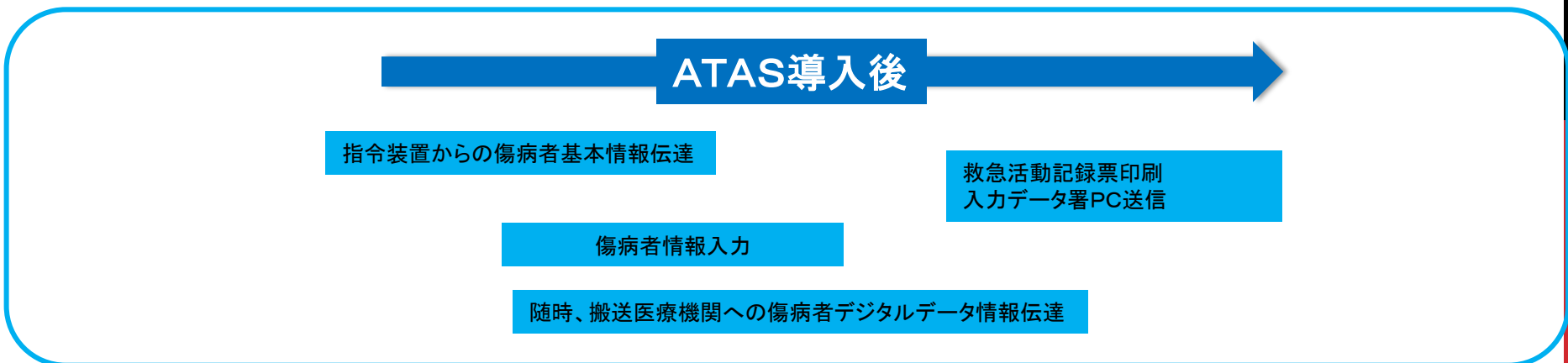
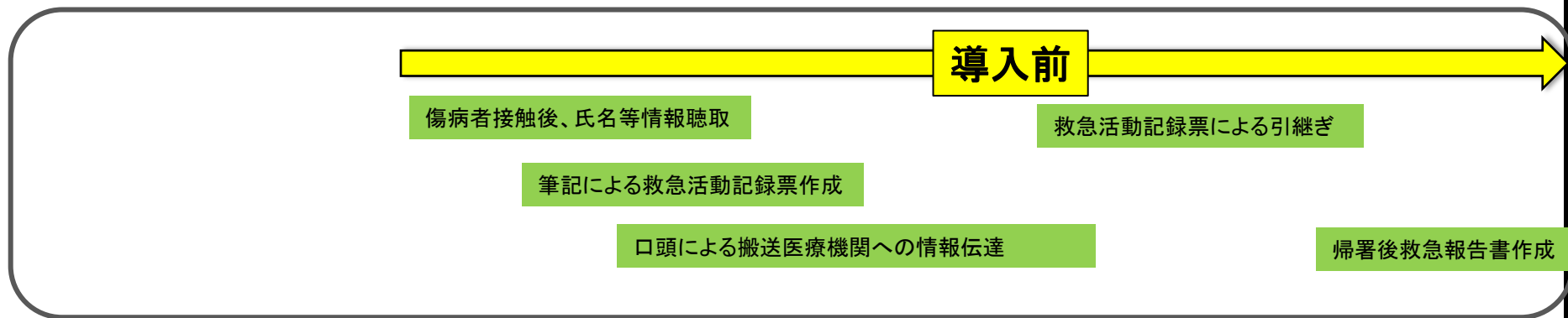
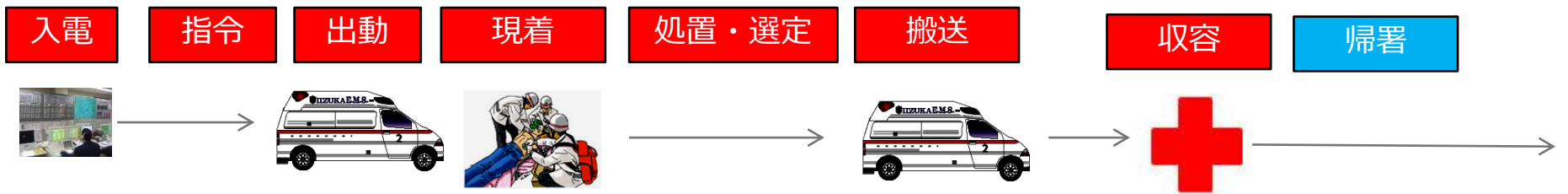


指令システム

署内パソコン



1-4 運用フロー比較



時間・労力の短縮

システム機能 ①

救急搬送時の傷病者情報(活動記録票入力情報等)を、救急隊員から、消防OAシステムや医療機関側へ迅速且つ正確に伝達

救急隊員



傷病者氏名
傷病の程度
応急処置内容
初期観察結果
静止画像(事故概要、12誘導心電図)等

消防機関



消防OAシステム

医療機関



医療機関設置PCに表示
救急隊員のファーストコールを
事前に送られた情報を観ながら確認

システム機能 ② 搬送医療機関での閲覧

医療機関にて閲覧するWebサイト(搬送医療機関側23インチモニター)



救急1号車

救急2号車

救急3号車

救急4号車

救急5号車

救急1号車

胸痛

到着まであと 10分



飯塚 太郎(37歳) 男性
昭和50年1月23日生

氏名表示

<バイタル> [11:20]

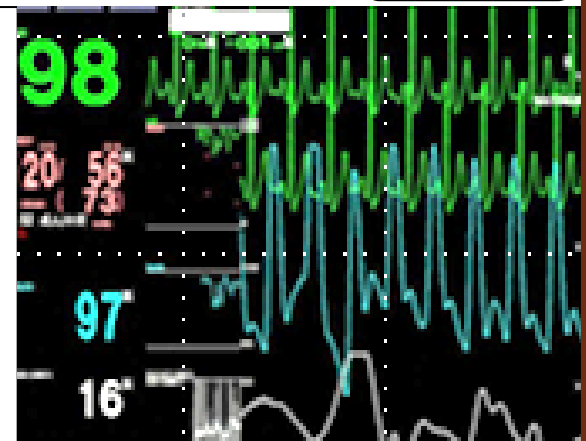
PR: 98 HR: 98 RR: 16 BP: 120/56 BT: 36.5
JCS: 1 ECG: 頻脈性不整脈

<主訴>

呼吸苦あり、前胸部痛あり、苦悶様表情あり、チアノーゼあり、
冷汗あり 他

<処置>

酸素投与(10.0Lリザーバー付)、頸椎カラー

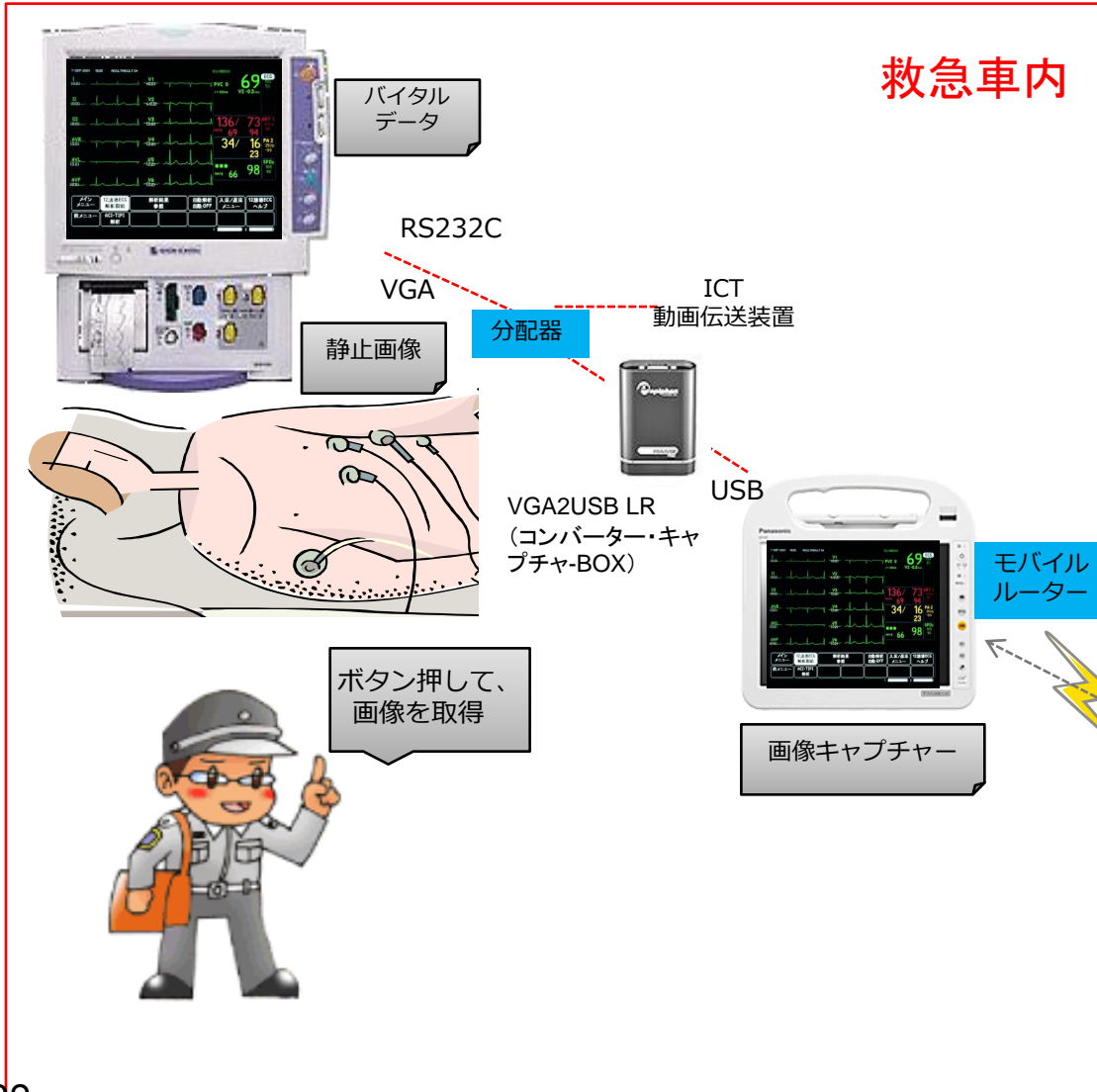


入電・発生時刻: 2013/8/30 14:20

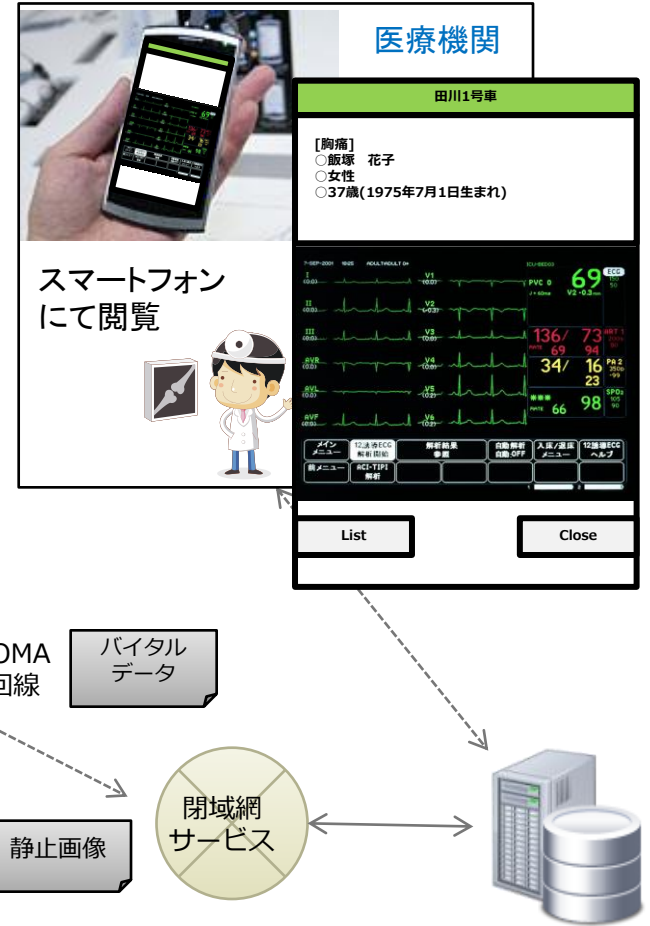
印刷

システム機能 ③ 救急搬送システム+心電図モニター(12誘導)連携

救急搬送支援システムにバイタル情報を取込み、医療機関へ伝送可能



※循環器科 医師携帯



1-4 救急活動における所要時間の検証

(4月1日～7月31日)

	平成24年 (ATAS導入前)	平成25年 (ATAS導入後)	比較結果
現発～病着	8.34分	8.13分	21秒短縮
覚知～病着	31.00分	30.29分	31秒短縮

※ 表内の時間は、平均値とする。

※ 転院搬送を除いて計上する。

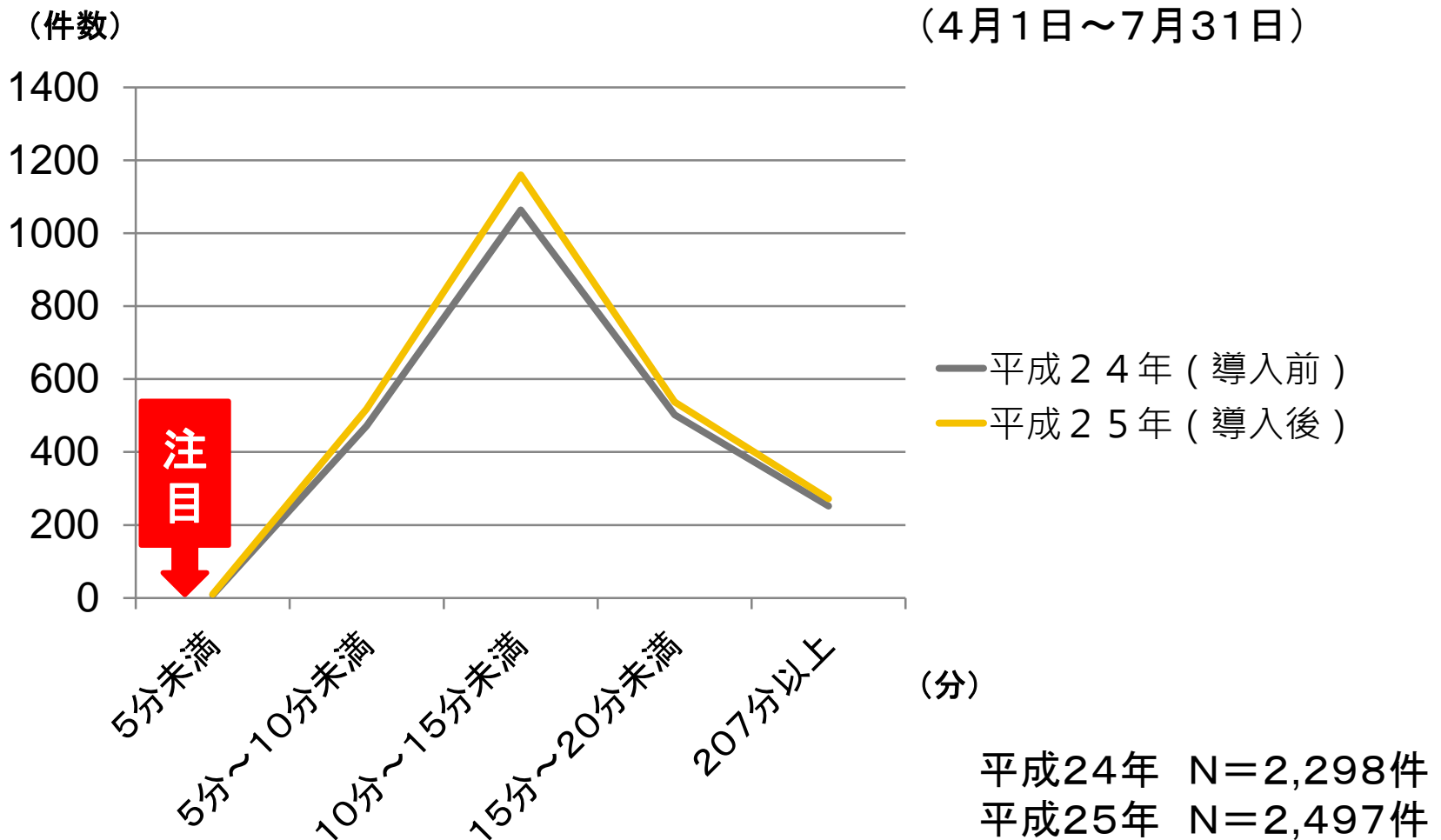
平成24年 N=2,298件

平成25年 N=2,497件

覚知～病着 全国平均 38.1分(平成23年中)

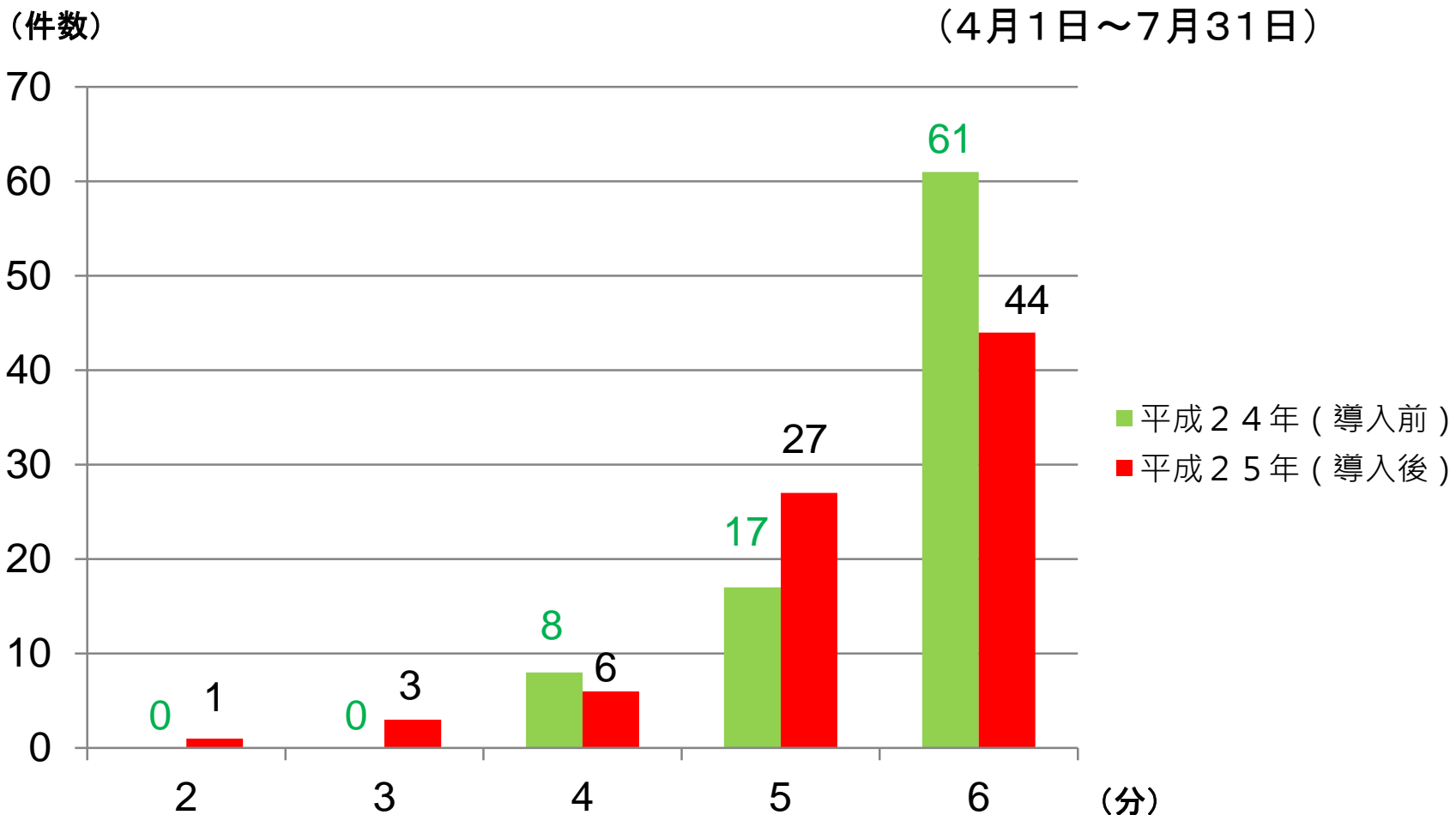
ATAS導入後3ヶ月間の平均救急活動時間が導入前の前年平均から短縮した！

1-5 現場到着から現発までの所要時間の件数比較



ATAS導入前と導入後での所要時間は全体的にみると大差ない...が

1-5 現場到着から現発6分以内での件数比較



※ 転院搬送を除いて計上する。

ATAS導入後3ヶ月間は、導入前の前年と比較して短時間で活動できた件数が増えている！

1-6 ATASの使用による負担軽減の検証

ATAS導入前後、救急隊員延べ20名を対象とした帰署後、OAシステムによる報告書作成にかかる所要時間の比較

ATAS導入前の帰署後、OAシステムでの救急報告書作成所要時間

年代		急病	一般負傷	交通事故	転院搬送	平均
50歳代	A 隊員	15:35	15:54	15:06	13:33	14:59
	B 隊員	18:42	20:03	19:58	18:30	19:18
	C 隊員	16:39		18:11	15:21	16:44
	D 隊員	17:04	18:10			17:37
40歳代	E 隊員	16:00	17:27	18:13	16:13	16:58
	F 隊員	18:01	18:19		17:06	17:49
	G 隊員	15:00	15:55		14:21	15:05
30歳代	H 隊員	15:27	17:08	15:21	14:40	15:39
	I 隊員	17:45			15:01	16:23
20歳代	J 隊員	18:02				18:02
平均		16:49	17:34	17:22	15:36	16:51

各隊員の作成平均時間

16分51秒に対し...

ATAS導入後の帰署後、OAシステムでの救急報告書作成所要時間

年代		急病	一般負傷	交通事故	転院搬送	平均
50歳代	A 隊員	6:23	8:20	5:14	7:58	6:59
	B 隊員	12:36	13:00		15:44	13:47
	C 隊員	9:17	8:43			9:00
	D 隊員	8:11				8:11
40歳代	E 隊員	6:48	8:39	10:56		8:48
	F 隊員	12:02	10:48		8:04	10:18
	G 隊員	6:51			6:10	6:30
30歳代	H 隊員	6:56	6:55			6:56
	I 隊員	10:20			5:30	7:55
20歳代	J 隊員	9:44				9:44
平均		8:37	9:24	8:05	8:41	8:07

各隊員の作成平均時間

8分07秒(8分44秒時間短縮)

1-4 ATASの使用による負担軽減の検証

救急隊員への聞き取り調査

ATASを導入して・・・

調査結果

<メリット>

- ・ 正確な傷病者情報を医療機関へ伝達できるようになった。
- ・ 救急報告書の作成が容易になった。
- ・ 他の業務に割く時間が確保できるようになった。

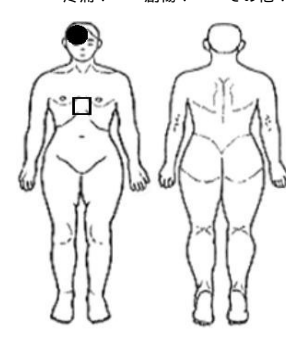
<デメリット>

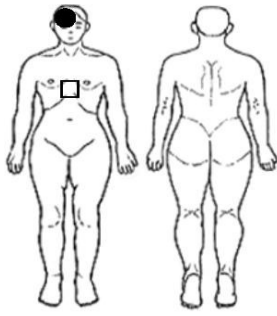
- ・ 現場から搬送先医療機関への距離が短い場合、入力が間に合わない場合がある。
- ・ 処置を最優先すべき場合、入力できない場合がある。

デメリットを考慮しアップデートしていかなくてはいけない！

結論

- 現場救急活動時間が短縮した。
- 搬送医療機関へ正確なデジタルデータの情報伝達ができ、救急隊がスムーズな業務遂行ができている。
- 急性幹症候群の傷病者を搬送後、病院内において短時間でPCIを施術できる方向に貢献できている。
- 救急隊員の事務処理等の負担軽減になっている。

消防本部名	飯塚地区消防本部	所属	飯塚救急1分隊	救急救命士	有	文書確認者氏名	松岡 修司	標救・救命士
救急番号		他隊連携		搬送方法				
覚知(指令)	平成25年8月30日(金)	医療機関選定理由	適応					
事故種別	交通事故							
出場先住所	飯塚市片島3丁目 国道200号片島交差点	発生場所	道路					
傷病者情報	[住所] 飯塚市片島3丁目 16番8号			[Tel]				
	[氏名] 飯塚 太郎		[性別] 男	[生年月日] 昭和40年1月1日	(48)歳			
AMP L 既往現病歴	A:() M:() P:(高血圧) L:()							
	受診医療機関名(飯塚病院) 病名(高血圧) 時期()							
	発症前の状況(無) ADL(良好)							
現場傷病判断	外因性 交通事故							
指令内容	軽自動車と普通自動車の事故 40代男性が軽自動車運転席で苦しそうにしている。					市民処置		
現場状況(発生機序)	交差点内で普通自動車とオフセット衝突。傷病者会話可能 顔蒼白苦悶様							
接触時評価				バイタルサイン・観察結果・救急処置等の時間経過				
意識	JCS 1-1	時間・場所	14:05	接触時				
気道閉塞	無	意識	JCS 1-1					
呼吸	頻呼吸	意識	GCS E(4) V(5) M(6)					
循環	機骨: 触知(正)(強)(整) 総頸: 触知(正)(強)(整) 顔色: 蒼白	呼吸	24 回/分	回/分	回/分			
		S p O 2	92 % (RA)	%	%			
体位	座位	脈拍	80 回/分	回/分	回/分			
		血圧	160 / 90	/	/			
症状	自覚症状有 痛み(胸部(前胸部): 体動により増強) 出血無 気分不良、嘔気、痙攣無、失禁無	E C G	整(洞調律)					
		瞳孔	右 2 mm : 左 2 mm	右 : 左	右 : 左			
		眼位	右 正中 : 左 正中	右 : 左	右 : 左			
		体温						
		体位	座位					
時間経過	【部位】骨折: x 打撲: 出血: 疼痛: 創傷: その他:	様態変化	無 (:)					
発生または最終安全確認	13:50		観察結果		救急処置			
入電	14:00		頭部: 視診、触診	異常: 有(前額部血腫)	・酸素投与(RM)			
覚知(指令)	14:01		頸部: 触診	異常: 無	・固定(頸椎カラー、全脊柱固定)			
出場	14:02		胸部: 視診、触診、聴診	異常: 有(シートベルト痕)				
現着	14:05		腹部: 触診、聴診	異常: 無				
接触	14:05		背面: 視診、触診	異常: 無				
現発	14:08		骨盤: 触診	異常: 無				
病着	14:20		四肢: 触診	異常: 無				
引継	14:31							
引揚	14:30							
帰署	14:50							
発生~医療機関引継までの所要時間		41分						
収容医療機関名	飯塚病院		同乗者	有 (1名: 家族)				
初診医師氏名			指導・助言	医療機関名・医師名: 指導・助言内容:				
初診時の傷病名	軽症(入院必要なし) 中等症(重症, 軽症以外) 重症(3週間以上入院) 死亡(初診時死亡)		検証医師への連絡事項	救急活動中に留意した病態(検証希望) 急性冠症候群 脳卒中 CPA 外傷 急性腹症 代謝異常 意識障害 循環不全 呼吸不全 ショック その他()				
初診医師から救急隊への意見(検証希望)				救急隊・消防本部(検証希望)				
G C S	開眼(E)	発語(V)	運動(M)	【救急活動(不搬送等)に係る特記事項】				
	自発的 4 呼びかけ 3 痛み刺激 2 無反応 1	見当識あり 5 会話混乱 4 言葉混乱 3 理解不可 2 無反応 1	命令に従う 6 疼痛部認識 5 四肢逃避 4 異常屈曲 3 異常伸展 2 無反応 1					
救急隊員名	記載者 松岡 修司		標救・救命士	標救・救命士	標救・救命士	標救・救命士	標救・救命士	標救・救命士

消防本部名	飯塚地区消防本部	所属	飯塚救急1分隊	救急救命士 有	文書確認者氏名	松岡 修司	標 救・救命士
救急番号		他隊連携			搬送方法		
覚知(指令)	平成25年8月30日(金)	医療機関選定理由	適応				
事故種別	交通事故						
出場先住所	飯塚市片島3丁目 国道200号片島交差点	発生場所	道路				
傷病者情報	[住所] 飯塚市片島3丁目 16番8号			[Tel]			
	[氏名] 飯塚 太郎		[性別] 男	[生年月日] 昭和40年1月1日	(48) 歳		
AMP L 既往現病歴	A:() M:() P:(高血圧) L:()						
	受診医療機関名(飯塚病院)		病名(高血圧)		時期()		
	発症前の状況(無)		ADL(良好)				
現場傷病判断	外因性 交通事故						
指令内容	軽自動車と普通自動車の事故 40代男性が軽自動車運転席で苦しそうにしている。				市民処置		
現場状況 (発生機序)	交差点内で普通自動車とオフセット衝突。傷病者会話可能 顔蒼白苦悶様						
接触時評価			バイタルサイン・観察結果・救急処置等の時間経過				
意識	JCS 1-1	時間・場所	14:05	接触時			
気道閉塞	無	意識	JCS 1-1				
呼吸	頻呼吸	GCS	E(4) V(5) M(6)				
循環	機骨: 触知(正)(強)(整) 総頸: 触知(正)(強)(整) 顔色: 蒼白	呼吸	24 回/分	回/分	回/分	回/分	
体位	座位	SpO2	92% (RA)	%	%	%	
症状	自覚症状有 痛み(胸部(前胸部): 体動により増強) 出血無 気分不良、嘔気、痙攣無、失禁無	脈拍	80 回/分	回/分	回/分	回/分	
		血圧	160 / 90	/	/	/	/
		ECG	整(洞調律)				
		瞳孔	右 2 mm : 左 2 mm	右 : 左	右 : 左	右 : 左	右 : 左
		眼位	右 正中 : 左 正中	右 : 左	右 : 左	右 : 左	右 : 左
		体温					
体位	座位						
様態変化	無 (:)						
時間経過	【部位】骨折: x 打撲: 出血: 疼痛: 創傷: その他:		観察結果				
発生または 最終安全確認	13:50		頭部: 視診、触診 異常: 有(前額部血腫)			・酸素投与(RM)	
入電	14:00		頸部: 触診 異常: 無			・固定(頸椎カラー、全脊柱固定)	
覚知(指令)	14:01		胸部: 視診、触診、聴診 異常: 有(シートベルト痕)				
出場	14:02		腹部: 触診、聴診 異常: 無				
現着	14:05		背面: 視診、触診 異常: 無				
接触	14:05		骨盤: 触診 異常: 無				
現発	14:08		四肢: 触診 異常: 無				
病着	14:20						
引継	14:31						
引揚	14:30						
帰署	14:50						
発生~医療機関引継までの所要時間	41 分						
収容医療機関名 飯塚病院	同乗者		有 (1名: 家族)				
初診医師氏名	指導・助言		医療機関名・医師名: 指導・助言内容:				
初診時の傷病名	検査医師への 連絡事項		救急活動中に留意した病態(検証希望) 急性冠症候群 脳卒中 CPA 外傷 急性腹症 代謝異常 意識障害 循環不全 呼吸不全 ショック その他()				
初診医師から救急隊への意見(検証希望)	救急隊・消防本部(検証希望)						
GCS	開眼(E) 自発的 4 呼びかけ 3 痛み刺激 2 無反応 1	発語(V) 見当識あり 5 会話混乱 4 言葉混乱 3 理解不可 2 無反応 1	運動(M) 命令に従う 6 疼痛部認識 5 四肢逃避 4 異常屈曲 3 異常伸展 2 無反応 1	【救急活動(不搬送等)に係る特記事項】			
救急隊員名	記載者 松岡 修司		標 救・救命士	標 救・救命士	標 救・救命士	標 救・救命士	標 救・救命士

消防本部名	飯塚地区消防本部	所属	飯塚救急1分隊	救急救命士 有	文書確認者氏名	松岡 修司	標 救・救命士
救急番号		他隊連携			搬送方法		
覚知(指令)	平成25年8月30日(金)	医療機関選定理由	適応				
事故種別	交通事故						
出場先住所	飯塚市片島3丁目 国道200号片島交差点	発生場所	道路				
傷病者情報	[住所] 飯塚市片島3丁目 16番8号			[Tel]			
	[氏名] 飯塚 太郎		[性別] 男	[生年月日] 昭和40年1月1日	(48) 歳		
AMP L 既往現病歴	A:() M:() P:(高血圧) L:()						
	受診医療機関名(飯塚病院) 病名(高血圧) 時期()						
	発症前の状況(無) ADL(良好)						
現場傷病判断	外因性 交通事故						
指令内容	軽自動車と普通自動車の事故 40代男性が軽自動車運転席で苦しそうにしている。				市民処置		
現場状況 (発生機序)	交差点内で普通自動車とオフセット衝突。傷病者会話可能 顔貌蒼白苦悶様						
接触時評価				バイタルサイン・観察結果・救急処置等の時間経過			
意識	JCS 1-1	時間・場所	14:05	接触時			
気道閉塞	無	意識	JCS 1-1				
呼吸	頻呼吸	GCS	E(4) V(5) M(6)				
循環	機骨: 触知(正)(強)(整) 総頸: 触知(正)(強)(整) 顔色: 蒼白	呼吸	24 回/分	回/分	回/分		
		SpO2	92% (RA)	%	%		
体位	座位	脈拍	80 回/分	回/分	回/分		
		血圧	160 / 90	/	/		
症状	自覚症状有 痛み(胸部(前胸部): 体動により増強) 出血無 気分不良、嘔気、痙攣無、失禁無	E C G	整(洞調律)				
		瞳孔	右 2 mm : 左 2 mm	右 : 左	右 : 左		
		眼位	右 正中 : 左 正中	右 : 左	右 : 左		
		体温					
		体位	座位				
時間経過	【部位】骨折: x 打撲: 出血: 疼痛: 創傷: その他:	様態変化	無 (:)				
発生または最終安全確認	13:50		観察結果		救急処置		
入電	14:00		頭部: 視診、触診	異常: 有(前額部血腫)	・酸素投与(RM)		
覚知(指令)	14:01		頸部: 触診	異常: 無	・固定(頸椎カラー、全脊柱固定)		
出場	14:02		胸部: 視診、触診、聴診	異常: 有(シートベルト痕)			
現着	14:05		腹部: 触診、聴診	異常: 無			
接触	14:05		背面: 視診、触診	異常: 無			
現発	14:08		骨盤: 触診	異常: 無			
病着	14:20		四肢: 触診	異常: 無			
引継	14:31						
引揚	14:30						
帰署	14:50						
発生~医療機関引継までの所要時間		41分					
収容医療機関名	飯塚病院	同乗者	有 (1名: 家族)				
初診医師氏名		指導・助言	医療機関名・医師名: 指導・助言内容:				
初診時の傷病名	軽症(入院必要なし) 中等症(重症, 軽症以外) 重症(3週間以上入院) 死亡(初診時死亡)	検証医師への 連絡事項	救急活動中に留意した病態(検証希望) 急性冠症候群 脳卒中 CPA 外傷 急性腹症 代謝異常 意識障害 循環不全 呼吸不全 ショック その他()				
初診医師から救急隊への意見(検証希望)			救急隊・消防本部(検証希望)				
G C S	開眼(E)	発語(V)	運動(M)	【救急活動(不搬送等)に係る特記事項】			
	自発的 4 呼びかけ 3 痛み刺激 2 無反応 1	見当識あり 5 会話混乱 4 言葉混乱 3 理解不可 2 無反応 1	命令に従う 6 疼痛部認識 5 四肢逃避 4 異常屈曲 3 異常伸展 2 無反応 1				
救急隊員名	記載者 松岡 修司		標 救・救命士	標 救・救命士	標 救・救命士	標 救・救命士	標 救・救命士

救急報告書

署長	副署長	主幹補	係長	係

事故発生年月日	平成 25 年 8 月 30 日 (金)	覚知時刻 (入電)	14 時 0 分	出動番号	1234	出場隊	飯塚 署 飯塚救急1分隊			
出場場所	飯塚市片島3丁目 国道200号片島交差点					報告者氏名 (隊長)	松岡 修司 印			
転院元機関		事故種別	交通事故							
連携活動	<input type="checkbox"/> 消防隊連携 <input type="checkbox"/> ドクターカー <input type="checkbox"/> その他 ()	覚知区分	119		搬送者数	1	隊員	松岡 一郎		
概要/備考	軽自動車と普通自動車の事故 40代男性が軽自動車運転席で苦しそうにしている。(指令) 受傷機転:指令のとおり。傷病者は軽自動車運転手 シートベルト:装着あり(傷病者から聴取) フロント部:大破 エアバック作動:あり(救急隊現認)					発生場所	道路 隊員 松岡 二郎			
入電	指令	出場	現場到着	車内収容	現場出発	病院到着	帰 署			
14:00	14:01	14:02	14:05	14:06	14:08	14:20	14:50			
傷病者氏名	イツカ タロウ 男 飯塚 太郎		生年月日	昭和 40 年 1 月 1 日		年齢	48 歳 ヶ月 日			
住 所	飯塚市片島3丁目16番地8号					傷病程度	中等症 疾病分類			
現場状況 主訴・現病歴等 主訴等	交差点内で普通自動車とオフセット衝突。傷病者会話可能 顔貌蒼白苦悶様 意識レベル:JCS-I A・B・C:良好 頭部外傷(前額部血腫+出血-) 前胸部痛(+) シートベルト痕(+) 末梢冷感湿潤(-) 活動性出血(-) 車内 収容後全身観察実施:その他明らかな外傷(-) 症状:神経学的所見(-) 処置:全脊柱固定・酸素投与									
収容機関	飯塚病院		診療科目	整形外科		選定者	救急隊		選定理由	適応
病院問合せ	1	回	病院問合せ	1	2	3	4	5		
転送元機関1			病院到着	時 分		病院出発	時 分			
転送元機関2			病院到着	時 分		病院出発	時 分			

バイタルサイン・応急処置の時間経過等																						
観察時点	接触時 14 時 5 分				車内収容時 14 時 6 分				搬送中 14 時 15 分													
意識	JCS	JCS 1			JCS	JCS 0			JCS	JCS 0												
	GCS	E	V	M	計	GCS	E	V	M	計	GCS	E	V	M	計							
	<input type="checkbox"/> 不穏	<input type="checkbox"/> 失禁	<input type="checkbox"/> 自発性喪失		<input type="checkbox"/> 不穏	<input type="checkbox"/> 失禁	<input type="checkbox"/> 自発性喪失		<input type="checkbox"/> 不穏	<input type="checkbox"/> 失禁	<input type="checkbox"/> 自発性喪失		<input type="checkbox"/> 不穏	<input type="checkbox"/> 失禁	<input type="checkbox"/> 自発性喪失							
	<input type="checkbox"/> 除脳硬直	<input type="checkbox"/> 除皮質硬直			<input type="checkbox"/> 除脳硬直	<input type="checkbox"/> 除皮質硬直			<input type="checkbox"/> 除脳硬直	<input type="checkbox"/> 除皮質硬直			<input type="checkbox"/> 除脳硬直	<input type="checkbox"/> 除皮質硬直								
呼吸	24 回 / 分 聴診				24 回 / 分 聴診				20 回 / 分 聴診													
	呼吸性状 頻呼吸				呼吸性状 頻呼吸				呼吸性状													
脈 拍	80 回 / 分 性状 正常				82 回 / 分 性状 正常				80 回 / 分 性状 正常													
血 圧	聴診法 160 / 90				聴診法 160 / 90				聴診法 160 / 90													
SpO2	92 % ⇒ 10.0 l 99 %				99 % ⇒ 6.0 l 98 %				99 % ⇒ 6.0 l 99 %													
体 温	℃				36.6 ℃				36.6 ℃													
瞳 孔	右	2.5	mm	対光	正常	右	2.5	mm	対光	正常	右	2.5	mm	対光	正常							
	左	2.5	mm	対光	正常	左	2.5	mm	対光	正常	左	2.5	mm	対光	正常							
	<input type="checkbox"/> 縮瞳	<input type="checkbox"/> 散大	<input type="checkbox"/> 結膜出血		<input type="checkbox"/> 縮瞳	<input type="checkbox"/> 散大	<input type="checkbox"/> 結膜出血		<input type="checkbox"/> 縮瞳	<input type="checkbox"/> 散大	<input type="checkbox"/> 結膜出血		<input type="checkbox"/> 縮瞳	<input type="checkbox"/> 散大	<input type="checkbox"/> 結膜出血							
	<input type="checkbox"/> 瞳孔不同右>	<input type="checkbox"/> 瞳孔不同左>			<input type="checkbox"/> 瞳孔不同右>	<input type="checkbox"/> 瞳孔不同左>			<input type="checkbox"/> 瞳孔不同右>	<input type="checkbox"/> 瞳孔不同左>			<input type="checkbox"/> 瞳孔不同右>	<input type="checkbox"/> 瞳孔不同左>								
	<input type="checkbox"/> 右共同偏視	<input type="checkbox"/> 左共同偏視			<input type="checkbox"/> 右共同偏視	<input type="checkbox"/> 左共同偏視			<input type="checkbox"/> 右共同偏視	<input type="checkbox"/> 左共同偏視			<input type="checkbox"/> 右共同偏視	<input type="checkbox"/> 左共同偏視								
E C G	洞調律 ST変化				洞調律 ST変化				洞調律 ST変化													
その他所見	医療機関到着まで容態の変化なし																					
応 急 処 置	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							
	止 血	固 定	被 覆	保 温	人工呼吸	(心マッサイジ (自動))	(心マッサイジ (以外))	(心肺蘇生 (以外))	(心肺蘇生 (以外))	酸素吸入 (エアウェイ)	(気道確保 (喉頭))	(気道確保 (ラリソグアル))	(気道確保 (以外))	除細動	(在宅療法 (静脈))	(在宅療法 (切開法))	(在宅療法 (以外))	静脈路確保	シヨック パンツ	その他処置	(伝送)	(心電図 (以外))
C P A 時間経過	心肺停止時刻(推定)		心肺停止目撃		現場到着		接触時刻		CPR開始		初回除細動		器具での気道確保									
	時	分	時	分	時	分	時	分	時	分	時	分	時	分								
	静脈路確保		現場出発		心拍再開(橈骨充実)		病院到着		同乗者数		同乗者関係		家族									
時	分	14 時	8 分	時	分	14 時	20 分	1														

事務連絡

平成23年9月12日

各都道府県・指定都市教育委員会学校安全主管課
各都道府県私立学校主管課
各国公私立大学担当課
各国公私立高等専門学校担当課 御中
構造改革特別区域法第12条第1項の認定を
受けた各地方公共団体の学校設置会社担当課
大学を設置する各学校設置会社担当課

文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課

応急手当の普及啓発活動の推進について（依頼）

この度、標記について、消防庁次長から各都道府県知事に対し、別添の文書が発出されました。

これによれば、応急手当の普及啓発活動について、これまで救命講習の対象者を概ね中学生以上としていましたが、この度、新たに短時間の講習制度を設けその対象を小学生中高学年（概ね10歳）以上としたこと、普通救命講習に、主として小児、乳児、新生児を対象とした普通救命講習を追加したこと、e-ラーニングの導入、講習時間の分割を可能とするなど、より講習を受けやすい環境を整備したことから、効果的な応急手当の普及啓発活動の実施が図られるよう、各都道府県知事に依頼されています。

については、各都道府県教育委員会学校安全主管課においては、域内の市区町村教育委員会に対し、各都道府県私立学校主管課においては、所管の私立学校等に対し、構造改革特別区域法第12条第1項の認定を受けた各地方公共団体の学校設置会社担当課においては、所管の学校設置会社の設置する学校に対しても周知するようお取り計らい願います。

【問い合わせ】

文部科学省スポーツ・青少年局
学校健康教育課学校安全係

tel : 03-5253-4111 (内線 2917)

fax : 03-6734-3794

消 防 救 第 2 3 9 号
平 成 2 3 年 8 月 3 1 日

各 都 道 府 県 知 事 殿

消 防 庁 次 長

応急手当の普及啓発活動の推進に関する実施要綱の一部改正について

住民に対する応急手当の普及啓発については、「応急手当の普及啓発活動の推進に関する実施要綱」（平成5年3月30日付消防救第41号。以下「要綱」という。）に基づき実施されているところですが、先般、ILCOR（国際蘇生連絡協議会）のCoSTR（心肺蘇生に関わる科学的合意と治療勧告）の発表に伴い、日本蘇生協議会（JRC）と日本救急医療財団（心肺蘇生法委員会）で構成されたガイドライン作成合同委員会から心肺蘇生に関する「JRC（日本版）ガイドライン2010」（以下「ガイドライン」という。）が示されました。

平時のみならず大規模な災害が発生した場合において、少しでも多くの国民が応急手当の技術を身につけることで、救命率が向上し、傷病者の症状の悪化防止が図られるものと考えられます。

消防庁では、救急業務高度化推進検討会において、ガイドラインで示された内容を基に住民に対する応急手当普及講習の指導要領等について検討を行うとともに、東日本大震災の経験も踏まえ、より国民のニーズに応じ、専門性を高めつつ受講機会の拡大等を図るため、別紙のとおり要綱の一部を改正しました。

つきましては、下記事項に十分配慮するとともに、本通知における留意事項について、別途通知しますのでこちらについても参照の上効果的な応急手当の普及啓発活動の実施が図られるようお願いいたします。また、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。）にも、この旨周知願います。

記

- 1 住民に対する標準的な普及講習に、主に小児、乳児、新生児を対象とした普通救命講習Ⅲを追加したこと。

- 2 住民に対する応急手当の導入講習を新たに追加し、名称を「救命入門コース」、主な普及項目を「胸骨圧迫及びAEDの取扱い」とし、講習時間を従来の普通救命講習より短時間に設定したこと。
- 3 住民に対する普及講習の実施方法については、e-ラーニングを活用した講習や普及時間を分割した講習を可能としたこと。
- 4 新たな普及講習等に関しては、要綱改正の内容を踏まえ、地域の実情に応じた普及啓発活動を実施すること。
- 5 新たな普及講習等への移行時期については、地域の実情に合わせ準備を進め、整ったところから実施すること。

消 防 救 第 2 4 8 号
平 成 2 3 年 8 月 3 1 日

各都道府県消防・防災主管部（局）長 殿

消防庁救急企画室長

応急手当の普及啓発活動の推進に関する実施要綱の一部改正に伴う
留意事項について

このたび、「応急手当の普及啓発活動の推進に関する実施要綱の一部改正について（平成23年8月31日付消防救第239号消防庁次長通知）」（以下「次長通知」という。）により、応急手当の普及啓発活動の推進に関する実施要綱の一部を改正したところでありますが、当該次長通知についての留意事項を別紙のとおりまとめましたので、参照の上、効果的な応急手当の普及啓発活動の実施が図られるようお願いいたします。また、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。）にも、この旨周知願います。

なお、本件に関しては、新たに短時間の講習制度を設け、その対象を小学生中高学年（概ね10歳）以上としたこと、普通救命講習に主として小児、乳児、新生児を対象とした普通救命講習Ⅲを追加したこと、eラーニングの導入、講習時間の分割を可能とするなど、より講習を受けやすい環境を整備したことに伴い、文部科学省から、各都道府県及び各指定都市教育委員会等に対して、別途周知依頼が発出される予定であることを申し添えます。

消防庁救急企画室
長谷川・鮫島・渡邊(俊)
電話 03-5253-7529
FAX 03-5253-7539

救急医療体制等のあり方に関する検討会 中間取りまとめ（案）

平成 25 年 7 月 17 日

第 1. はじめに

救急医療については、昭和 38 年の消防法の一部を改正する法律（昭和 38 年 4 月 15 日法律第 88 号）により救急搬送業務が法制化され、昭和 39 年の救急病院等を定める省令（昭和 39 年 2 月 20 日厚生省令第 8 号）により救急病院・救急診療所の告示制度が始まり、昭和 52 年の救急医療対策の整備事業について（昭和 52 年 7 月 6 日医発第 692 号厚生省医務局長通知）により初期・二次・三次救急医療機関の整備が行われてきた。また、平成 3 年には救急救命士制度が創設され、救急搬送体制の充実が図られた。

平成 9 年には、第 3 次医療法改正により、医療計画において救急医療の確保に関する事項が必要的記載事項となり、平成 9 年 12 月に、将来の我が国における良質かつ効率的な救急医療体制のあり方について基本的な方向性を示すものとして、「救急医療体制基本問題検討会報告書」がとりまとめられた。この中で、救命救急センターの要件も示された。

平成 12 年 5 月には、救急救命士制度の運用に際し、病院前救護における医療の質を確保する観点から、メディカルコントロール（MC）体制の確立や救急救命処置の効果評価に基づく業務内容の検討及び教育体制のあり方について、「病院前救護体制のあり方に関する検討会報告書」がとりまとめられた。

また、平成 20 年 7 月には、救命救急センターの整備のあり方を中心として、「救急医療の今後のあり方に関する検討会中間とりまとめ」が示され、平成 11 年度以降行ってきた救命救急センターの充実段階評価を新しいものに変更した。

さらに、平成 21 年には、消防法の一部を改正する法律（平成 21 年 5 月 1 日法律第 34 号）により、各都道府県において傷病者の搬送及び受入れの実施基準を定めるとともに実施基準に関する協議等を行うための協議会を設置することとなり、傷病者の円滑な搬送及び受入れが推進されている。

一方で、救急出動件数は 10 年前と比較して 3 割以上増加し、平成 23 年には過去最多となっている。また、病院前救護では、MC 体制の整備が進められてきたが、救急救命士による特定行為件数の増大等に伴い、MC に従事する医師は通常診療を行いながら特定行為の指示や検証作業を行うため負担が増大している。

このような経過及び最近の救急医療を取り巻く状況を踏まえ、また今後来るべき高齢社会を見据え、本検討会においては、地域における救急医療確保に向けた対応について、病院前救護から救急患者の医療機関での受入体制などについて検討を行い、わが国における今後の救急医療体制等のあり方について、取りまとめるものである。

第2. 救急医療の現状及び課題

(略)

第3. 検討事項

1. 救急患者搬送・受入体制の機能強化について

(1) メディカルコントロール (MC) 体制の充実強化について

- 増大する救急活動の事後検証や搬送困難事例への対応等、MC 協議会に求められている役割を果たすため、MC 協議会の法的な位置付けを明確化し、人的及び経済的に必要な措置を講じ、さらに体制を充実させる必要がある。
- MC 協議会は、行政機関・消防機関・医療機関等と連携をとりながら、救急医療体制の構築に努めていくべきである。
- 地域の救急医療体制を構築していくためには、小児科、産婦人科、精神科等の救急医以外の医師についても MC 協議会に参画しやすい環境を整備するべきである。
- MC 体制を充実させるためには、MC に従事する医師が MC に関する業務を集中して行うことができる環境を整備するとともに、MC に従事する医師に対して求められる適切な教育体制を構築する必要がある。

(2) 救急医療情報について

- 救急医療情報キットは救急医療等で適切な対応ができるために必要な情報の活用が行われており、救急搬送時間の短縮等の効果が期待される。ただし臨床情報の更新など、かかりつけ医との普段からの関係性が重要であるため、地域住民・行政機関・消防機関・医療機関・介護福祉施設等との連携に努め、MC 協議会等での情報の活用を図っていくべきである。
- 地域の救急医療の状況の可視化による救急搬送の受入体制の円滑化を目指

し、地域の実情に応じて ICT を用いた救急医療搬送システムの導入を進めるべきである。

- 医療機関は救急患者の受入れ状況などの情報を地域でリアルタイムに共有できるように、速やかに更新を行うべきである。
- ICT を用いた救急医療搬送システムで得られたデータは、地域の救急医療体制の改善に向けて PDCA サイクルに取り組むべきであり、事後検証のツールや医療機関の現状を把握し改善のための項目として活用するべきである。

(3) #8000について

- 応需不能時間帯の縮小や育児相談機能等の充実強化のために、全国センター化をはかるべきである。また既存の体制を維持するためには、地域との綿密な連携をとれる体制の構築をはかるべきである。
- 相談員の質の担保のため、事例収集や事後検証の実施体制の整備を進めるとともに、年1回実施されている相談員教育研修を強化するべきである。

(4) 院内トリアージについて

- 院内トリアージは、医療機関において夜間等の救急外来での多数患者受診時に円滑な診療を行うために実施されているが、今後さらに効果を上げるために、事後検証等を行い、トリアージの標準化を含め、質の担保をするべきである。
- 医療従事者によるトリアージを、医療機関において患者に指導することは、自宅での対応力育成や救急医療体制の適正利用につながる為、勧めるべきである。

2. 救急医療体制の充実強化について

(1) 救命救急センター（高度救命救急センター）の充実強化について

- 一定数以上の専従医の配置や交替制勤務等の要件を厳格化し、救命救急センター本来の機能として求められる「すべての重篤な救急患者を24時間体制で必ず受け入れる体制」を、都道府県や救命救急センターは構築するべきである。
- 救命救急センター（高度救命救急センター）の適正な評価のために、充実段階評価の再考が必要である。具体的には地域における役割機能の評価や第三

者による評価（都道府県 MC 協議会や救急医療対策協議会等で救命救急センターの関係者が集まり評価し合うといったピア・レビュー等）の導入を検討するべきである。

- 救命救急センター（高度救命救急センター）は、地域 MC 協議会に対し指導的立場として積極的に参画し、行政、消防機関とともに地域の状況に応じた救急医療体制を検討し、医療計画の要件を満たしつつも医療機関の機能を活かした役割分担（疾患ごとの集約化：例 外傷、熱傷等）を図ったり、ER 型救急施設を進めたりするなど、地域に求められる三次救急医療体制を構築するべきである。

（2）二次救急医療機関の充実強化について

- 二次救急医療機関は、地域で発生する救急患者への初期診療を行い、必要に応じて入院治療を行うといった機能を果たすものであるため、身体合併症を伴う精神患者（認知症、アルコール依存症等）の受入れや三次救急医療機関からの患者受入れ等を行う観点から、都道府県や二次救急医療機関は地域の高齢化や疾病構造の変化を把握し、より適切な体制の構築を行うべきである。
- 増加する高齢者搬送患者については、二次救急医療機関が対応すべきであるので、そのための地域でのコンセンサスが必要である。また三次救急医療機関が二次救急医療機関のバックアップ体制をとるといったシステム作りも同時に必要である。
- 二次救急医療機関の機能や地域で果たしている役割を客観的に把握し、質の担保とその向上を図るための指標を作成するべきである。
- 二次救急医療機関は、地域の救急医療の担い手として、地域 MC 協議会に積極的に参画し、実施基準の策定や実施に協力するべきである。
- 救急告示医療機関と二次救急医療機関について、これまでも一元化の必要性を指摘されながら未だ両制度が存続している。救急告示医療機関の制度のあり方を含め、両制度の一元化に向けていくべきである。

(3) 初期救急医療体制の充実強化について

- 初期救急医療機関は、独歩で来院する軽度の救急患者への診療が空白時間なく行えるよう夜間及び休日に診療を行う、といった機能を果たすものであるため、市町村は医師会等と連携しながら、ER 型の診療体制や集約化なども考慮し地域の実情に合わせた体制を構築するべきである。
- 初期救急医療機関の形態として、休日夜間急患センターや在宅当番医制に加え、高次医療機関内に医師会等の協力による初期救急医療部門を併設することを検討すべきである。
- 救急搬送における実施基準については、初期救急医療機関も一定の役割を担うべく、入院を要さない軽症な救急搬送患者を受け入れてもらうなどの取組を地域 MC 協議会等で検討するべきである。

3. 救急患者の搬送等について

(1) ドクターヘリについて

- 近年、要請件数の増加に伴う応需不可件数が増加しているため、都道府県は、応需不可件数を減少させるために、実情に応じ隣接都道府県と協定を結び相互応援や共同運用体制を構築するべきである。また国は都道府県が協定を結びやすくするために指針を出すべきである。
- ドクターカーについても一刻も早い医師による診療という点についてはドクターヘリと同様であることから、まずその実態を把握し、その効果について検証するべきである。

(2) 高次医療機関からの転院搬送等について

- 高次医療機関が受入困難となる原因の一つとして、症状が安定した患者を他の医療機関に転院させる際の移動手段に対する費用を患者もしくは医療機関が負担するため転院が進まず、空床の確保に困難を要することがあげられる。
- 病院の機能分化が進む中、途切れのない医療を提供するためには、高次医療機関からの転院搬送等に対して、医療保険や補助金等による適切な支援の仕組みが必要である。

4. 小児における救急医療機関との連携について

- 小児救急医療は、小児科のみならず他科の医師も協力して行われていること、そうでないと成立しない現状を国民に理解してもらう必要がある。
- 小児救急医療に参画する他科の医師に対する小児医療の研修や、小児医療に携わる医師の環境整備が必要である。
- 永続的な小児救急医療体制を確保するために、行政機関や医療機関は国民に対して、救急医療体制と適正利用するために必要な知識を啓発することによって、受診の必要性を自ら判断できるように支援するべきである。
- 医療従事者は、患者家族の努力だけでは対応できない社会環境の存在を理解する必要がある。
- 小児の救命救急患者に対する診療については、救命救急センター内の小児救命救急センター併設、又は小児救命救急センターと救命救急センターの連携等が必要である。また、患者数に変動が見られることから、病床の使用方法に関する工夫が必要である。
- 先天性疾患の急病など、患者数は少ないものの高度な小児救命医療や専門医療が求められる場合についても、医療資源を確保し、医療の質を担保する必要がある。それらを両立するために、小児がん拠点病院のようにブロック別の拠点化を図る必要がある。

5. 母体救命事案における救急医療機関との連携について

- #### 6. 緊急性の高い身体合併症があり、精神疾患をもつ患者の受入れ体制の構築について

第4. その他

- 本検討会における報告事項の検証や評価を行う体制を構築するべきである。