第４６回大阪府救急医療対策審議会

日時：平成２６年５月２９日（木）１０：３０～１２：００

場所：大阪赤十字会館４Ｆ　４０１会議室

１　開　　会

２　議　　題

（１）諮　問　事　項

「大阪府傷病者の搬送及び受入れの実施基準」の改正について

（２）関連報告事項

病院前情報と病院後情報が突合された傷病者データの研究・分析について

（３）そ　の　他

３　閉　　会

資料１

「大阪府傷病者の搬送及び受入れの実施基準」の改正について

◆現状・課題

〇各二次医療圏において、地域の実情を踏まえつつ、本府の実施基準に準じたルールを定め運用してきたところではあるが、策定後３年が経過し、現在、下記のような課題が明らかとなっている。

１　実施基準や救急医療体制等の検証や評価には、他圏域や府全域との比較が重要であるが、各圏域によって観察基準や収集項目が異なるため比較が困難である。

２　実施基準の検証・評価のためには膨大な事務作業を要することとなり、一部の圏域を除いて検証の対象とする傷病者の範囲や期間など検証が限定的なものとなっている。

３　実施基準に基づく病院リストを紙媒体で運用しているが、病院検索にかえって手間を要するケースが生じている。

〇現在の観察基準は「病態別」に対応可能な医療機関を検索することになっているが、傷病者を観察する立場で評価基準を設ける必要がある。たとえば、諸外国で行われている病院前救護でのトリアージ手法や日本臨床救急医学会で導入・運用の検討が進められているＪＴＡＳ(※1)などは【主訴】を糸口に、「生理学的徴候」と「症状・徴候」を評価して緊急度を判断するように設計されている。また、平成 25 年度に消防庁にて開催された緊急度判定体系に関する検討会においても、ＣＰＡＳ(※2)を雛形にして「緊急度判定プロトコル Ver. １救急現場」が作成されるなど、我が国でも、今後、生理学的徴候だけでなく「症状・徴候」を加えた緊急度及び病態の判断が標準となっていくことが見込まれる。

※1　JTAS (Japan Triage and Acuity Scale)
　カナダの病院外来のための緊急度判定支援システムである CTAS(Canadian Triage and Acuity Scale)を翻訳した日本版緊急度判定支援システム。
※2　CPAS (Canadian Prehospital Acuity Scale)
　カナダの病院前救護のための緊急度判定支援システム

◆対応策

〇各圏域における観察項目等と収集情報の共通化
　（ＩＣＴの活用による情報の収集・検証にかかる事務作業の軽減も考慮）
〇「症状・徴候」から病院選定を行えるよう観察基準の見直し
〇上記の変更に伴い、「小児の傷病者」も対象として追加

〇実施基準の改正が必要

【大阪府版実施基準の改正内容】
・観察基準（第三号）及び選定基準（第四号）の改正を行うとともに、医療機関分類基準（第一号）を見直す。

【圏域版実施基準の改正内容】
・医療機関分類基準（第一号）、観察基準（第三号）及び選定基準（第四号）については、全圏域統一。医療機関リスト(第二号)については、第一号に基づいて、各圏域において作成。

資料２

傷病者の搬送及び受入れの実施基準
改正案

平成 26 年 5 月

大　阪　府

目　次

はじめに～実施基準改正の背景と目的～・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１

１．実施基準改正にあたっての考え方・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３

２．協議会の設置・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３

３．傷病者の身体的異常による救急搬送に係る実施基準・・・・・・・・・・・・　６
　３－１．第一号に基づく医療機関分類基準・・・・・・・・・・・・・・・・・　６
　３－２．第二号に基づく医療機関リスト・・・・・・・・・・・・・・・・・・　９
　３－３．第三号に基づく観察基準及び第四号に基づく選定基準・・・・・・・１２
　３－４．第五号に基づく伝達基準・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３６
　３－５．第六号に基づく受入れ医療機関の確保・・・・・・・・・・・・・・・３８
　３－６．第七号に基づく府が必要と認める事項・・・・・・・・・・・・・・・４０

４．データ集積に基づく検証・評価と見直しについて・・・・・・・・・・・・・４０

＜資料＞

・資料１－１　救急医療機関リストの枠組み（概念図）
・資料１－２　患者の緊急度・特定の病態による対応可能医療機関リスト
・資料１－３　患者の緊急度・特定の病態による対応可能医療機関リスト（評価追記版）
・資料２　　二次告示医療機関の機能分類リスト
・資料３　　疾病：成人
・資料４　　疾病：小児
・資料５　　外因
・資料６　　外傷
・資料７　　病院後救急患者情報の項目

はじめに～実施基準改正の背景と目的～

消防と医療の連携を推進し、傷病者の症状に応じた救急搬送及びその受入れをより適切かつ円滑に行うため、「消防法の一部を改正する法律（平成 21 年法律第 34 号）」が平成 21 年 10 月 30 日に施行された。

これに伴い、大阪府においては、消防法第 35 条の５第２項各号に規定する「大阪府傷病者の搬送及び受入れの実施基準（以下、「実施基準」という。）」を平成 22 年 12 月に策定し、各二次医療圏において、地域の実情を踏まえつつ、実施基準に準じたルールを定め運用してきたところである。

実施基準を有効に機能させるためには、実施基準がルールどおり運用されているのか、救急患者が適切な医療機関に搬送され適切な医療を受けられたかなど、分析・検証していくことが重要である。

府では、年間 45 万件（平成 24 年中）を超える救急搬送及びその受入れを適切かつ円滑に行い、検証の前提となる府内全域のデータを収集する必要があることから、現場の利便性を高め、負担を最小限にするため、これまで救急隊が紙で行っていた病院選定や救急搬送データの現場での電子化を可能とする、スマートフォン等を活用した「大阪府救急搬送支援・情報収集・集計分析システム（「以下「ORION」という。」）を開発し、平成 25 年 1 月より運用を開始しているところである。

しかしながら、実施基準策定後３年あまりが経過し、救急隊が現場で患者の状態を観察するための基準や医療機関を分類する基準など、個別のルールが府内共通ではないため、他圏域との比較や圏域外への病院選定ができないといった問題が生じてきた。

また、これまでの観察基準は「病態別」に対応可能な医療機関を検索することとしてきたが、昨今では、傷病者を観察する立場で基準を設けることが重要となってきた。例えば、諸外国で行われている病院前救護でのトリアージ手法や日本臨床救急医学会で導入・運用の検討が進められているＪＴＡＳ(※1)などは「主訴」を糸口に、「生理学的徴候」と「症状・徴候」を評価して緊急度を判断するように設計されている。平成 25 年度に消防庁にて開催された緊急度判定体系に関する検討会においても、ＣＰＡＳ(※2)を雛形にして「緊急度判定プロトコル Ver. 1 救急現場」が作成されるなど、我が国でも、今後、生理学的徴候だけでなく「症状・徴候」を加えた緊急度及び病態の判断が標準となっていくことが見込まれる。

※1　JTAS（Japan Triage and Acuity Scale）
　カナダの病院外来のための緊急度判定支援システムである CTAS(Canadian Triage and Acuity Scale)を翻訳した日本版緊急度判定支援システム
※2　CPAS（Canadian Prehospital Acuity Scale）
　カナダの病院前救護のための緊急度判定支援システム

そのため、「症状・徴候」から病院選定を行えるよう観察基準を見直し、各圏域における観察項目等と収集情報の共通化を図る。併せて、これまで具体的な基準を明記していなかった小児の傷病者についても、実施基準の対象として追記する。

消防法改正の骨子

第３５条の５　第２項　（実施基準）
　１．医療機関を分類する基準
　２．医療機関の区分と該当する医療機関名
　３．傷病者の状況を確認するための基準
　４．医療機関を選定するための基準
　５．傷病者の状況を伝達するための基準
　６．合意形成の基準と受け入れ医療機関の確保
　７．都道府県が必要と認める事項
第３５条の６　（国→都道府県：情報提供・援助）
第３５条の７　（実施基準の遵守・尊重）
第３５条の８　（協議会）
　第１項　実施基準に関する協議並びに実施基準に基づく搬送及び受入れの実施に係る連絡調整（調査・分析など）を行うための協議会を組織
　第２項　（構成）
　第３項　関係行政機関に、資料の提供、意見の表明、説明その他の協力を求めることができる。
　第４項　都道府県知事に対する意見具申

１　実施基準改正にあたっての考え方

大阪府においては、「生理学的徴候」だけでなく「症状・徴候」を加えた緊急度及び病態に応じた病院選定から迅速な搬送、迅速な医療の提供ができるよう、成人及び小児の身体的異常のある傷病者について、実施基準を定める。

本実施基準で定める医療機関分類基準（第一号）、観察基準（第三号）及び選定基準（第四号）については、大阪府下全域で統一化し、医療機関リスト(第二号)については、第一号に基づいて、各圏域において作成する。

伝達基準（第五号）については、標準的な基準を示し、これまでどおり、各圏域の救急搬送や医療資源の実態を勘案して、実状にあった基準を各地域のメディカルコントロール協議会（以下「地域 MC 協議会」という。）が策定し、運用する。

受入医療機関確保基準（第六号）及び府が必要と認める事項（第七号）については、大阪府下全域で統一化する。

なお、消防機関が個々の医療機関にフリーでアクセスすることのできない仕組み等により救急医療体制を確保し、搬送・受入れのシステムや基準を運用している以下の特定科目に関しては、本実施基準とさらに連携できるよう今後検討を行う。

- 初期・二次後送体制による眼科・耳鼻咽喉科の救急医療体制
- 産婦人科診療相互援助システム及び産婦人科救急搬送体制確保事業（一次救急医療ネットワーク整備事業）、最重症合併症妊産婦の搬送及び受入れの実施基準による産婦人科救急医療体制
- 新生児診療相互援助システムによる新生児救急医療体制
- 大阪府精神科救急医療体制

２．協議会の設置（図１及び図２参照）

本府における消防法第 35 条の８に基づく実施基準に関する協議並びに実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施に係る連絡調整を行うための協議会は、大阪府知事の附属機関である「大阪府救急医療対策審議会（以下、「審議会」という。)」とする。審議会が、大阪府救急業務高度化推進連絡協議会との密接な連携協力のもとで、実施基準の運用・検証及び改正を行うこととする。

審議会に、大阪府救急業務高度化推進連絡協議会委員である救急医療の専門家である医師及び消防機関の職員を新たに専門委員に加え、実施基準等に関する検討を行うため、「大阪府傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討部会（以下、「実施基準検討部会」という。)」を設ける。

この検討部会において、本府実施基準改正案の標準的なモデルを作成し、審議会に諮った上で、これをもとに、成人及び小児の身体的な異常のある傷病者に関しては、

原則二次医療圏を単位とする各地域において、救急搬送の実態や医療資源の実状を踏まえた具体的な基準の作成を行うこととする。

その後、検討部会において、各地域において作成した基準をとりまとめ、これらを合わせて、審議会において、最終的な大阪府実施基準を策定する。

今後も引き続いて、法改正の趣旨に則り、消防と医療の連携を推進するため、各地域 MC 協議会と保健医療協議会が密接に連携協力することが極めて重要であることから、両協議会の役割と所掌事項を活かしつつ、地域に応じたやり方で実質的な協力体制を構築し、地域における実施基準に関する協議並びに実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施、更には継続的なデータ集積に基づく検証・評価と基準の見直しに係る連絡調整を行っていくこととする。

図１　　大阪府における実施基準改正のスキーム

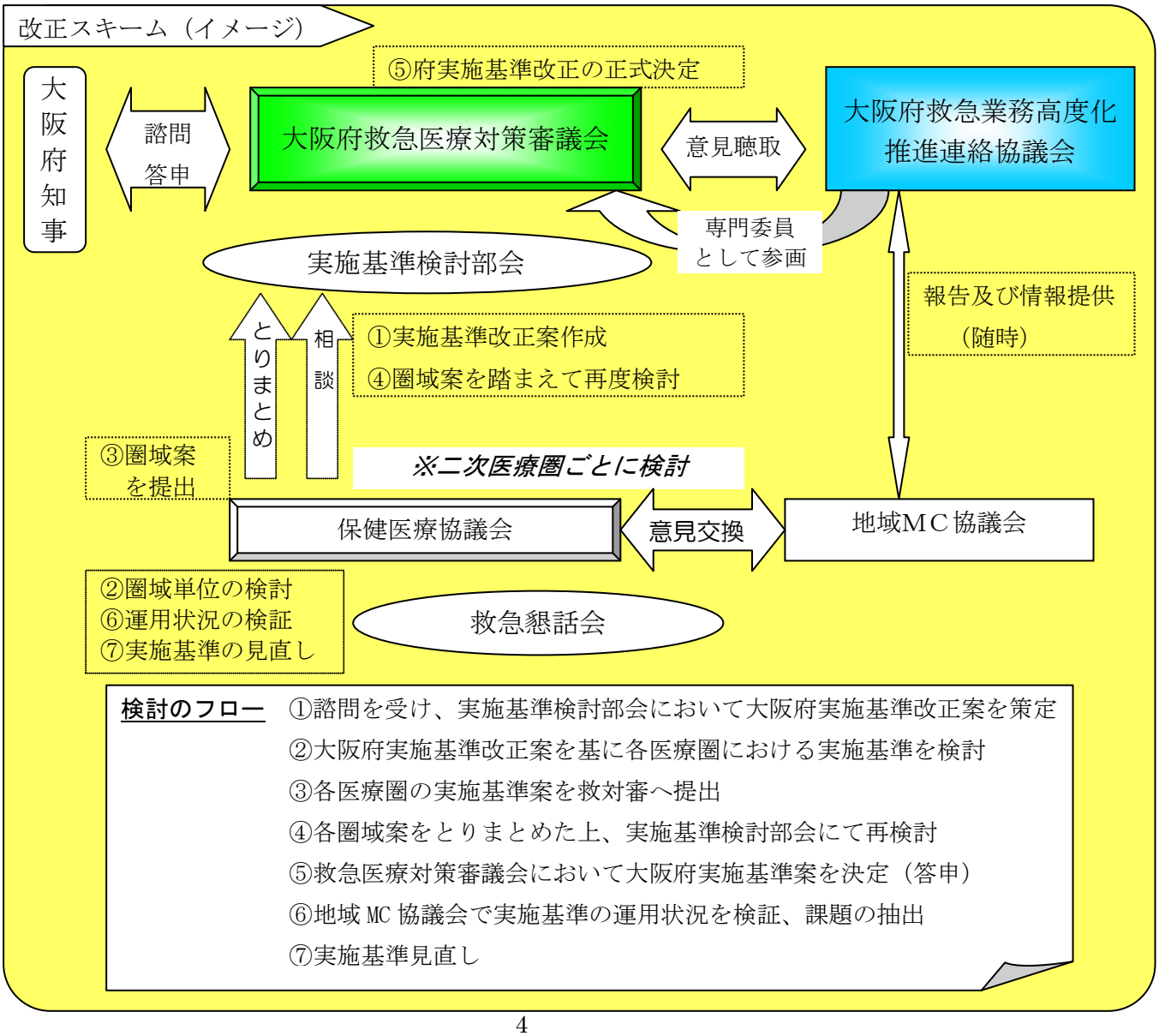
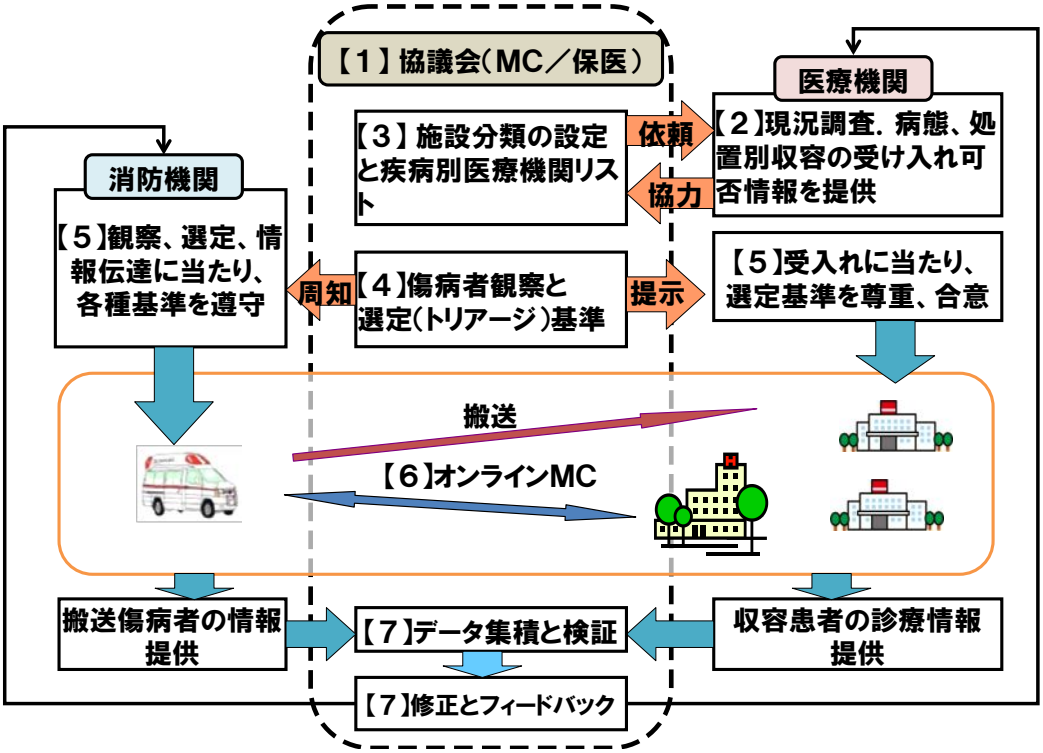


図２

傷病者の搬送及び受入れ実施基準の概念図



３．傷病者の身体的異常による救急搬送に係る実施基準

大阪府域全体で運用する傷病者の救急搬送に係る標準的な実施基準を示す。各二次医療圏においては、本実施基準の医療機関分類基準（第一号）、観察基準（第三号）及び選定基準（第四号）については、全圏域統一とし、医療機関リスト（第二号）については、第一号に基づいて、各圏域において作成する。

以下、医療機関分類基準、医療機関リスト、観察基準、選定基準、伝達基準、受入医療機関確保基準、その他基準について、消防法の条文に沿って記述する。

３－１．第一号に基づく医療機関分類基準

傷病者の心身等の状況に応じた適切な医療の提供が行われる体制を確保するために、傷病者の緊急度と特別な対応を要する病態（以下、「特定病態」という。）に応じて医療機関を以下のとおり６つの大区分に分類する。このうち、特定病態に対する特別な対応が可能な医療機関を「特定機能対応医療機関」と呼び、各病態を中分類、それぞれに対して必要な機能を小分類で示す。また、「重症初期対応医療機関」は、緊急を要するものの、病態が特定できない場合や、ＣＰＡの初期対応が可能な医療機関とする。

また、「初期対応医療機関」には、地域の判断で二次救急告示医療機関以外の医療機関も含めることができる。

なお、傷病者が「透析患者」「精神科合併」「妊婦」のいずれかに該当する場合には、それら単独で搬送先医療機関の選定に影響するため、各医療機関は、「緊急透析」「精神科合併」「妊婦」の受け入れが可能かを明確にする。

本医療機関分類基準の基本枠組み及び各分類区分の医療機関に求められる診療機能は、以下のとおりである。

〔大区分〕

ア　重篤－特定病態	：救命救急センター	（三次告示医療機関）
	特定機能対応医療機関	（二次告示医療機関）
イ　重篤－非特定病態	：救命救急センター	（三次告示医療機関）
	重症初期対応医療機関	（二次告示医療機関）
	重症小児対応医療機関	（二次告示医療機関）
ウ　重症－特定病態	：救命救急センター	（三次告示医療機関）
	特定機能対応医療機関	（二次告示医療機関）
エ　重症－非特定病態	：重症初期対応医療機関	（二次告示医療機関）
	重症小児対応医療機関	（二次告示医療機関）
	初期対応医療機関	（二次告示医療機関）

オ　中等症・軽症－特定病態　：特定機能対応医療機関　（二次告示医療機関）
　　初期対応医療機関　　（二次告示医療機関）
カ　中等症・軽症－非特定病態：初期対応医療機関　　（二次告示医療機関）
　　二次告示医療機関以外の医療機関

初期対応医療機関は、対応可能な診療科別に分類する。二次告示医療機関以外の医療機関に関しては、地域の実状を勘案して、各圏域で必要に応じてリストを作成する。

〔特定機能別分類〕

＜中分類＞		＜小分類＞
ア　脳血管障害	→	ｔＰＡ
		脳外科手術
		ｔＰＡ・脳外科手術
イ　循環器疾患	→	ＰＣＩ等
		心大血管外科手術
ウ　消化器疾患	→	消化管内視鏡
		緊急外科手術
エ　外傷・外因	→	手指・足趾の再接着
		高圧酸素療法

（１）医療機関分類（リスト作成）の目的

緊急度の高い傷病者に対し、迅速かつ適切な搬送及び治療を提供できる体制を確保する。そのために、傷病者の緊急度、症状・徴候及び特定病態に応じた対応医療機関リストを作成する。

（２）緊急度についての考え方

ア　外傷・外因に関しては、緊急度に加えて、重篤な機能障害回避のために緊急処置を必要とする外傷や搬送先の選定に難渋する外傷も加味した定義付け、選定判断が一定可能と考える。

イ　疾病に関しては、生理学的徴候に異常のある傷病者や上記に示した特定病態に該当する傷病者は特に緊急度が高いと判断する。

ウ　すなわち、まず「極めて緊急度の高い」重篤な傷病者を最優先で選り分ける。次に、「緊急度が高く」、専門診療（特定機能対応）が必要な特定病態の傷病者を優先的に選別する。残りの病態が特定できない傷病者に関しては、一定の緊

急度と必要となる対応診療科を見極め、診療科に応じて、病院選定することを前提として、これらに対応する医療機関リストを作成するものである。

（３）医療機関リストの基本枠組み（資料１－１、１－２、資料２）

ア　緊急度・特定病態に応じた分類：重篤－特定病態、重篤－非特定病態、重症－特定病態、重症－非特定病態、中等症・軽症－特定病態、中等症・軽症－非特定病態

イ　救命救急センターは、主に重篤傷病者及び重症傷病者に対応する最終受入れ機関として機能する。また、最重症合併症妊産婦受入医療機関に指定されている救命救急センターは、血管疾患や循環器疾患、外傷などの最重症合併症妊産婦を受入れる。

ウ　二次救急告示医療機関は、告示診療科に該当する救急搬送傷病者全般に対応するが、提供可能な診療機能及び「緊急透析」「妊婦」「精神科合併」の受入れが可能かを明確にする。

エ　二次救急告示医療機関を、有する診療機能に応じて以下のように分類する。

（ア）重症初期対応医療機関

重篤または重症であるが、病態を特定できない疾病傷病者を受入れる医療機関とする。重篤傷病者は、救命救急センターへの搬送を原則とするが、疾病においては、重症初期対応医療機関が受入れるものとする。また、迅速かつ確実な心肺蘇生（ＣＰＲ）を必要とする心肺機能停止（ＣＰＡ）症例を受け入れることも含める。

（イ）重症小児対応医療機関

重篤・重症など、緊急度の高い小児を受入れ可能な医療機関を重症小児対応医療機関とする。

（ウ）特定機能対応医療機関

緊急に専門診療を要する特定の病態に対応可能な医療機関を特定機能対応医療機関とし、各医療機関の緊急処置や手術に関する診療機能を明確にする。外傷・外因による傷病者への対応も特定機能に位置付け、それらの対応が可能な医療機関をリスト化する。

（エ）初期対応医療機関

特定の病態の判断ができない、軽症～重症の傷病者の初期診療（検査、診断、緊急度の判断、一般的な緊急処置等）に対応する医療機関で、原則、特定機能を有さない二次告示医療機関・診療科全てを指す。ここでいう一般的な緊急処置とは、気道の確保、補助換気、輸液、昇圧剤の投与などの呼吸循環のサポート、低血糖や高カリウム血症などに対する初期対応、外来での外科的処置などを意味する。二次告示医療機関以外も含めるかどうかは、各地域の実状に応じて判断し、これら医療機関の対応可能診療科を明らかにする。

オ　各二次告示医療機関は一つのカテゴリーに分類されるのではなく、有する診療機能に応じて、重複してリスト化される。

カ　特定機能対応医療機関は、特定の緊急度・病態の傷病者にのみ対応することを意味せず、可能な限りそれ以外の緊急度・病態の傷病者にも対応する。

キ　各医療機関は、リスト化された診療機能に関して、恒常的に対応可能か、恒常的に対応不可能な場合は、対応可能な曜日・時間帯を明らかにする。

（4）病院リストの運用に関する取り決め

ア　速やかな病病連携

搬送後に、緊急度・特定病態が明らかになった場合や患者が急変した場合には、高次医療機関や特定機能対応医療機関に速やかに転送できる体制を確保する。

イ　オーバートリアージを容認する。ただし、緊急度の高い傷病者に対する病床を確保するために、病状安定後速やかな病病連携による後送体制の構築が望ましい。

ウ　各地域の傷病者の発生数や診療機能を勘案して、必要に応じて当番制や輪番制を導入する。

エ　搬送先医療機関の選定順位などの病院リストの運用に関しては、各地域の取り決めに従う。

オ　搬送にあたって消防機関は、各地域における取り決めを遵守することを原則とし、病院リスト等に従って緊急度の高い傷病者の迅速かつ適切な医療機関への搬送に努める。ただし、かかりつけ医療機関への搬送など患者本人、家族等の強い希望があれば、医療機関選定については柔軟に対応してもよい。

３－２．第二号に基づく医療機関リスト

分類基準に基づき分類された医療機関の区分及び当該区分に該当する医療機関の名称を記載した医療機関リストを作成する。

地域において、前項の分類基準に基づく分類区分に従い、恒常的であるか、曜日や時間帯を限定であるかを含めて、当該区分の医療機関に求められる診療機能を提供できる二次告示医療機関（必要に応じて告示医療機関以外の医療機関を含むこととしてよい。）を特定し、個別の医療機関の名称を具体的に記載したリストを作成する。

各二次告示医療機関を一つの区分にのみ分類するのではなく、各医療機関の有する診療機能に応じて、該当する分類区分すべてに重複してリスト化する。

（１） 各地域で標準的に作成すべき医療機関リスト（資料１－２、資料２）

緊急度・特定病態による対応可能医療機関リストを作成する。

診療科による医療機関リスト及び特定機能に応じた中分類による医療機関リストは公表し、小分類による医療機関リストは公表しないこととする。

また、すべての二次告示医療機関において、「緊急透析」「妊婦」「精神科合併」の受入れが可能かについて明確にしておく必要があるが、公表はしない。

（２）二次告示医療機関の機能分類について（再掲・資料２）

ア　二次告示医療機関は、告示診療科に該当する救急搬送傷病者全般に対応する。

イ　緊急に専門診療を要する特定の病態に対応可能な二次告示医療機関を特定機能対応医療機関とし、各医療機関の緊急処置や手術に関する診療機能を明確にする。手指や足趾の切断や、潜水病（減圧症）も特定病態に位置付け、それらの傷病者に対応可能な医療機関も特定機能対応医療機関とする。

ウ　特定機能を有さない二次告示医療機関のうち、疾病における、緊急度の高い重篤または重症傷病者の受入れが可能な医療機関を重症初期対応医療機関とする。病態の特定ができない重篤傷病者は、救命救急センターへ搬送することを原則とするが、状況に応じて、重症初期対応医療機関へ搬送する。また、心肺機能停止（ＣＰＡ）症例は、本来最も緊急度の高い重篤傷病者であるが、迅速かつ確実な心肺蘇生（ＣＰＲ）を継続することの重要性や、目撃の有無、患者の容態や背景などを勘案して、救命救急センターあるいは直近二次告示医療機関（重症初期対応医療機関）のいずれかを選定する。

エ　特定機能を有さず、重症初期対応医療機関にも該当しない二次告示医療機関を、初期対応医療機関とし、告示診療科に該当する傷病者の初期診療（検査、診断、緊急度の判断、一般的な緊急処置等）に対応する。ここでいう一般的な緊急処置とは、気道の確保、補助換気、輸液、昇圧剤の投与など、呼吸循環のサポート、低血糖や高カリウム血症などに対する初期対応、外来での外科的処置などを意味する。

オ　全ての救急告示医療機関は、対応可能な特定機能や診療科以外に、「緊急透析」「妊婦」「精神科合併」が可能かについても明確にし、各リストに明示する。

カ　各医療機関は、リスト化された診療機能および診療科に関して、恒常的に対応可能か、恒常的に対応不可能な場合は、対応可能な曜日・時間帯を明らかにする。

（３）特定機能対応医療機関に求められる診療機能（資料２）

ア　脳血管障害

（ア）ｔＰＡ

・脳出血合併への対応が必要（院内対応あるいは地域病病連携体制）

（イ）脳外科手術

（ウ）ｔＰＡ・脳外科手術

イ　循環器疾患

（ア）ＰＣＩ等

・冠動脈バイパス術や心大血管手術緊急対応の体制確保が必要（院内対応あるいは地域病病連携体制）

（イ）心大血管手術

ウ　消化器疾患

（ア）消化管内視鏡

・内視鏡的に止血困難な場合を想定して、開腹止血術の緊急対応可能な体制確保が必要（院内対応あるいは地域病病連携体制）

（イ）緊急外科手術

エ　外傷・外因

（ア）手指・足趾の再接着

（イ）高圧酸素療法

３－３．第三号に基づく観察基準及び第四号に基づく選定基準

（１）消防機関の救急隊が、現場で活動する順序に沿って、観察・評価すべき基準及びいずれの分類区分に該当する医療機関のリストから搬送先医療機関を選定すべきかについて以下に示す。

通報内容の確認								
段階	観察	評価1 （生理学的徴候の破綻）	評価2 （第1補足因子、第1段階）	評価3 （第1補足因子、第2段階）	評価4 （第2補足因子）	緊急度	対応・病院選定	
状況評価								
	□感染性						感染防御	
	□危険性						安全確保	
	□傷病者数						応援要請・災害対応	
	原因 ☑疾病						疾病プロトコル採用	
初期評価								
第一印象	反応の有無	CPA					**CPRプロトコル**	
重症感	気道の異常	□気道の閉塞 □気道の狭窄 □いびき □ゴロゴロ音 □異物 □口腔咽頭の浮腫				赤1	気道確保 異物除去 吸引 酸素投与 モニター装着 L&G	疾病L&G ↓ 評価4
	呼吸の異常	□会話不能～単語のみ □過度の努力呼吸 □鼻翼呼吸 □起坐呼吸 □陥没呼吸 □腹式呼吸 □気管の牽引 □チアノーゼ □呼吸数<10 □SpO2<92%（酸素投与下）					酸素投与 補助換気 モニター装着 L&G	
	循環の異常	□皮膚蒼白 □皮膚冷感 □皮膚湿潤 □橈骨動脈脈拍触知不可 □高度の頻脈・徐脈 □制御不可能な外出血					酸素投与 モニター装着 **ショックプロトコル** L＆G	
	切迫する 意識障害	□JCS≧30 □意識レベルの低下 □ヘルニア徴候					酸素投与 モニター装着 ABC対応・L&G	
	体温の異常	□明らかに熱い □明らかに冷たい				赤2	↓先へ進む	
病歴聴取								
主訴					症状・徴候⇒※			
現病歴				□疼痛スコア8-10、急性		赤2		
				□疼痛スコア8-10、慢性 □疼痛スコア5-7、急性		黄		
				□疼痛スコア1-4、急性 □疼痛スコア＜8、慢性		緑		
既往歴				□先天性出血疾患 □抗凝固薬の内服		赤2		
身体観察								
生理学的徴候	呼吸		□努力呼吸 □とぎれとぎれの会話 □重度吸気性喘鳴 □SpO2<95%（酸素投与下）			赤2		
	循環		□血圧＜90mmHg □脈拍>120/分・脈拍<50/分 □循環状態が安定しているとは言えない □止血可能な外出血の持続					
	意識レベル		□JCS 2-20 □GCS 9-13					
	体温		□35℃以下 □40℃以上 □38℃以上で敗血症・免疫不全の疑い					
※に関連した部位					※プロトコル			
		評価1（赤1） ×			呼吸困難/胸痛/動悸/腹痛/消化管出血/下痢/嘔気・嘔吐/産婦人科疾患血尿・側腹部痛/泌尿器科疾患/腰背部痛/意識障害/頭痛/しびれ・麻痺/痙攣/眩暈			
各論　プロトコル			評価2　および	評価3　X			＝搬送先医療機関	

急性発症の頭痛

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤1	**SAH・脳出血による頭痛** □これまでで最悪の頭痛 □視力障害 □片側上肢・下肢の運動麻痺 □片側顔面の運動麻痺 □片側のしびれ感 □言語障害（失語症・構音障害） □片側の失明 □運動失調	赤1	救命救急センター 特定機能対応（脳外科手術）
赤2		赤2	特定機能対応（脳外科手術） 救命救急センター
黄以下		赤2	特定機能対応（脳外科手術） 初期対応（脳外・内科・神経内科）
赤1	その他の頭痛	赤1	救命救急センター 重症初期対応
赤2		赤2	重症初期対応 初期対応（内科・神経内科）
黄以下		黄以下	初期対応（内科・神経内科）

前項は、成人の疾病における基本的な観察基準を簡易的に示してある。詳細は、資料３に示す。

この観察基準は、縦軸に救急隊が活動する順序を示しており、「通報内容の確認」→「状況評価」を行う。「状況評価」で傷病者や現場の汚染の有無、感染暴露のリスク、ＮＢＣの有無などを評価し、必要に応じて感染防御を行う。現場状況より２次災害のリスクを評価し、安全確保を行う。さらに傷病者数を確認し、応援要請や、災害対応の判断を行う。通報の原因が、疾病によるものか、外傷によるものか、外傷以外の外因によるものかを判断する。

疾病及び外傷以外の外因では、「状況評価」のあと、「初期評価」→「病歴聴取及び身体観察」を行い、医療機関を選定する。

外傷では、「状況評価」で受傷機転を確認し、「初期評価」→「全身観察」→「病歴聴取」→「詳細観察及び継続観察」を行い、医療機関を選定する。

横軸には、各段階で評価するべき項目を評価１～評価４（後に詳述する）で示し、その対応とそれぞれ考慮する緊急度を示している。

緊急度はそれぞれ、「赤１」「赤２」「黄」「緑」で表し、その意味するところは以下のとおりである。

赤１；重篤。極めて緊急度が高い。原則Ｌｏａｄ＆Ｇｏの適応と位置付ける。救命救急センターまたはそれに準ずる医療機関に搬送する。

赤２；重症。緊急度が高い。別の評価との掛け合わせにより、重症初期対応医療機関、特定機能対応医療機関などへ搬送する。

黄　；中等症。緊急度はそれほど高くない。別の評価との掛け合わせによるが、

原則、特定機能対応医療機関または初期対応医療機関への搬送を考慮する。
緑　；軽症。緊急度は低い。別の評価との掛け合わせにもよるが、原則、初期対応医療機関への搬送を考慮する。

評価１～評価４は、疾病によるか外傷によるか、外傷以外の外因によるかで、評価の内容が異なる。

評価１～評価４で観察する項目及び、それぞれに応じた搬送医療機関の選定基準を以下に示す。

＜成人（＞１２歳）の疾病＞　（資料３）

評価１；生理学的徴候の破綻

初期評価により、第一印象及び重症感の把握を速やかに行う。ＣＰＡ状態であれば、ＣＰＲプロトコルに則って、直ちにＣＰＲを開始し、速やかに救命救急センターまたは直近の重症初期対応医療機関へ搬送する。

ＣＰＡでない場合、気道・呼吸の異常の有無を観察し、下記の項目が一つでも該当すれば、気道確保・異物除去・吸引・酸素投与・補助換気などを行う。改善がなければ、赤１（Ｌｏａｄ＆Ｇｏ）と判断し、直ちに医療機関へ搬送する。

（１）気道の異常

□気道の閉塞
□気道の狭窄
□いびき
□ゴロゴロ音
□異物
□口腔咽頭の浮腫

（２）呼吸の異常

□会話不能または単語のみ
□過度の努力呼吸
□鼻翼呼吸
□起坐呼吸
□陥没呼吸
□腹式呼吸
□気管の牽引
□チアノーゼ
□呼吸数＜１０
□ＳｐＯ２＜９２％（酸素投与下）

気道・呼吸に異常がない場合または処置により改善を認めた場合、循環の異常および切迫する意識障害の有無を観察し、以下の項目が一つでも該当すれば、赤１と判断し、必要な処置後、直ちに医療機関へ搬送する。赤１では、救命救急センターへの搬送を原則とするが、特定病態を推定できる場合には特定機能対応医療機関を、そうでない場合には重症初期対応医療機関への搬送も考慮する。ただし、体温の異常に関しては、「明らかに熱い」あるいは「明らかに冷たい」場合に赤２と判断し、評価２～評価４での緊急度との掛け合わせで判断する。

（３）循環の異常

□皮膚蒼白
□皮膚冷感
□皮膚湿潤
□橈骨動脈脈拍触知不可
□高度の頻脈・徐脈
□制御不可能な外出血

（４）切迫する意識障害の有無

□JCS≧３０（または、ECS≧２０、GCS≦８）
□目前で急な意識レベルの低下
□ヘルニア徴候
（傾眠以下の意識レベルで、片麻痺、瞳孔不同、クッシング現象、繰り返す嘔吐）

評価２（第１補足因子、第１段階）；生理学的異常の有無

身体観察により、バイタルサイン及び意識レベルを評価し、以下の項目が一つでも該当すれば、赤２と判断する。第２補足因子でも赤２であれば、原則、特定機能対応医療機関へ搬送するが、状況に応じて救命救急センターへ搬送することも考慮する。すべての項目に該当しない場合は、黄以下と判断し、第１補足因子、第２段階と第２補足因子での評価との掛け合わせにもよるが、原則、特定機能対応医療機関または初期対応医療機関へ搬送する。

（１）呼吸の異常

□努力呼吸
□とぎれとぎれの会話
□重度吸気性喘鳴
□ＳｐＯ２＜９５％（酸素投与下）

（２）循環の異常

□血圧＜９０ｍmHg

□脈拍＞１２０/分　あるいは　脈拍＜５０/分
□循環状態が安定しているとは言えない
□止血可能な外出血の持続

（３）意識レベルの異常
□JCS　２－２０
□GCS　９－１３

（４）体温の異常
□３５℃以下
□４０℃以上
□３８℃以上で敗血症・免疫不全の疑い

評価３（第１補足因子、第２段階）；病歴の聴取、疼痛の強さ、出血傾向の有無

現病歴は、その症状が、
（１）何時から起こっているのか
（２）どのような性状か
（３）部位はどこか
（４）緩和や増悪する因子はあるか
（５）放散する痛みの有無と部位
（６）疼痛の程度※はどうか
（７）時間経過による症状の変化はあるか
などのポイントを可能な限り詳細に聴取する。疼痛の程度は以下のスコアを用いて、緊急度を評価する。

※疼痛スコア

痛みがない状態を０、今までにない最悪の痛みを１０として、痛みの程度を表現してもらう。それぞれを、急性か慢性かに分ける。
（1）急性　８～１０　→　赤２
（2）急性　５～７　もしくは 慢性　８～１０　→　黄
（3）急性　１～４　もしくは 慢性　＜　８　　→　緑

その他、随伴症状の有無、アレルギー、服薬内容や既往歴、妊娠の有無、最終の食事摂取時刻、原因などについて、可能な限り詳細に聴取する。以下の２項目のいずれかが該当すれば、赤２と評価する。

（１）先天性出血疾患

（２）抗凝固薬の内服

評価２と同様に、第２補足因子との掛け合わせで、搬送先医療機関を選定する。

評価４（第２補足因子）；症状・徴候

傷病者の訴えや通報の原因となった、症状・徴候から緊急で専門的な処置(特定機能)が必要となる特定病態の有無や必要な初期対応診療科について評価し、第 1 補足因子の緊急度との掛け合わせで搬送先医療機関を選定する。症状・徴候の項目は、以下のとおりである。第１補足因子と第２補足因子との掛け合わせによる、病院選定のイメージは資料１－３に示す。

（１）呼吸困難
（２）胸痛
（３）動悸
（４）意識障害
（５）急性発症の頭痛
（６）急性発症の眩暈
（７）急性発症のしびれ・麻痺
（８）痙攣
（９）腹痛
(10) 吐血・下血
(11) 下痢
(12) 嘔気・嘔吐
(13) 血尿・側腹部痛
(14) 腰背部痛
(15) 産婦人科疾患
(16) 泌尿器科疾患

上記 16 項目に該当しない症状・徴候はその他の症状・徴候として観察する。

なお、頭痛、眩暈、しびれ・麻痺における「急性発症」とは、概ね発症後３時間以内をさす。

また、特定病態とは以下のことを指し、それぞれに必要となる「特定機能」を同時に記す。これら「特定機能」を緊急で行える医療機関を「特定機能対応医療機関」と定義する。

（１）急性くも膜下出血・脳出血　→　脳外科手術
（２）脳卒中(脳梗塞または脳出血)　→　ｔＰＡ
　　→　ｔＰＡ+脳外科手術

（３）急性冠症候群・急性肺動脈血栓塞栓症 →　ＰＣＩ等
（４）急性大動脈解離・大動脈瘤破裂　　→　心臓大血管手術
（５）消化管出血　　→　消化管内視鏡　（緊急外科手術）
（６）急性腹症　　→　緊急外科手術

それぞれの症状・徴候について、上記の特定病態を示唆する補足因子を挙げ、一つでも該当すれば、「特定機能」を有する病院リストから搬送先医療機関を選定する。その際、第１補足因子の緊急度も考慮する。以下に例を２つ示す。

例１）急性発症の頭痛
□これまでで最悪の頭痛
□視力障害
□片側上肢・下肢の運動麻痺
□片側顔面の運動麻痺
□片側のしびれ感
□言語障害（失語症・構音障害）
□片側の失明
□運動失調

を第２補足因子とする。上記のうち、いずれか一つでも該当すれば、急性くも膜下出血または脳出血による頭痛を疑う。ここで、評価１で赤１と判断した場合は、Ｌｏａｄ＆Ｇｏの適応であり、原則、救命救急センターへ搬送するが、上記第２補足因子のいずれか一つでも該当する場合には、状況に応じ、特定機能対応医療機関（脳外科手術）への搬送も考慮する。

評価１で赤１に該当しない場合は、第１補足因子である評価２・評価３の観察を行う。第１補足因子が赤２で、上記第２補足因子のいずれか一つでも該当すれば、特定機能対応医療機関（脳外科手術）を選定するが、状況に応じ、救命救急センターへの搬送を考慮する。第 1 補足因子が黄以下であれば、原則、特定機能対応医療機関(脳外科手術)を選定するが、状況によっては、初期対応医療機関（脳神経外科・内科・神経内科）を選定する。

急性くも膜下出血・脳出血を疑う第２補足因子が一つも該当しなければ、特定病態である可能性は低いと考えられる。ここで、評価１で赤１の場合には原則、救命救急センターへ搬送するが、状況に応じて、重症初期対応医療機関へ搬送する。評価１で赤１には該当せず、第１補足因子が赤２の場合には、重症初期対応医療機関を選定することを原則とするが、状況により、初期対応医療機関(脳神経外科・内科・神経内科)を選定する。第１補足因子でも黄以下である場合には、初期対応医療機関(脳神経外科・内科・神経内科)に搬送する。

例２）胸痛

急性冠症候群による胸痛を疑う第２補足因子

□突然発症し、数分以上続く胸痛

□境界不明瞭（指で指し示すことのできない）胸痛

□心電図上ＳＴ－Ｔ変化

□心電図上ｗｉｄｅＱＲＳ

□心電図上の不整脈（多源性/多発性/連発ＰＶＣ・ＲｏｎＴ・ＶＴ/高度除脈等）

□心疾患（急性冠症候群など）の既往

肺動脈血栓塞栓症による胸痛を疑う第２補足因子

□高度な呼吸困難

急性大動脈解離による胸痛を疑う第２補足因子

□突然発症の背部の激痛（裂ける・引き裂かれる感じ）を伴う

□移動する背部痛（痛みが下肢方向へ移動）を伴う

□上肢の血圧左右差

上記を、各特定病態を疑う第２補足因子とする。評価１で赤１の場合には原則、救命救急センターへ搬送することとするが、上記の第２補足因子のいずれかに該当し、特定病態が疑われる場合には、各病態に応じた特定機能対応医療機関への搬送も考慮する。

評価１で、赤１に該当しなければ、第１補足因子である評価２・評価３の観察を行う。第１補足因子が赤２で、上記第２補足因子がいずれか一つでも該当する場合には、各病態に応じた特定機能対応医療機関へ搬送するが、状況に応じ、救命救急センターへの搬送も考慮する。第１補足因子が黄以下であれば、原則、各病態に応じた特定機能対応医療機関へ搬送するものとするが、状況に応じ、初期対応医療機関への搬送も考慮する。

他の、症状・徴候についても、同様に評価し、搬送先医療機関を選定する。

なお、各症状・徴候において、第１補足因子が赤２で、第２補足因子で特定機能を必要とする所見を認めない場合、原則、重症初期対応医療機関または初期対応医療機関へ搬送するものとしているが、「意識障害」については、緊急度・重症度の高い疾患や特定機能対応を要する疾患が原因であるにも関わらず、病歴聴取が困難で、それらを推測できない場合も多いと考えられるため、第１補足因子が赤２であれば、救命救急センターへの搬送も考慮する。

腹痛においての、流産・子宮外妊娠を疑い、かつ緊急度が高い（評価１で赤１または第１補足因子で赤２）場合及び産婦人科関連の症状における、妊婦の腹痛・意識障

害・痙攣などで、緊急度が高い（第１補足因子が赤２）場合には最重症合併症妊産婦受入医療機関に指定されている救命救急センターへ搬送し、緊急度が高くない場合（第１補足因子が黄以下）は、産科の初期対応医療機関を選定する。

上記１６項目のいずれにも該当しない症状・徴候による場合、「その他の症状・徴候」より緊急度を判断し、搬送先医療機関を選定する。

＜小児（≦１２歳）の疾病＞　（資料４）

小児では、評価１で生理学的徴候の破綻があれば（赤１）、救命救急センターまたは重症小児対応医療機関を選定する。評価１で赤１と評価されなかった場合、第１補足因子・第２補足因子とも赤２であれば、赤１と同等に緊急度は極めて高いと判断し、救命救急センターまたは重症小児対応医療機関を選定する。第１補足因子か第２補足因子のどちらかのみ赤２の場合、緊急度は高いと判断し、重症小児対応医療機関を選定する。第１補足因子でも第２補足因子でも黄以下である場合、初期対応医療機関を選定する。

通報内容の確認								
段階	観察	評価1 （生理学的徴候の破綻）	評価2 （第1補足因子、第1段階）	評価3 （第1補足因子、第2段階）	評価4 （第2補足因子）	緊急度	対応・病院選定	
状況評価								
	□感染性						感染防御	
	□危険性						安全確保	
	□傷病者数						災害対応・応援要請	
	原因 ☑疾病						疾病プロトコル採用	
初期評価								
第一印象	反応の有無	CPA					**CPRプロトコル**	
重症感	気道	□気道の閉塞 □気道の狭窄 □いびき □ゴロゴロ音 □異物 □口腔咽頭の浮腫				赤1	気道確保 異物除去 吸引 酸素投与 モニター装着 L&G	救命救急センター または 重症小児対応医療機関
	呼吸	□会話不能～単語のみ □過度の努力呼吸 □鼻翼呼吸 □陥没呼吸 □起坐呼吸 □腹式呼吸 □気管の牽引 □チアノーゼ □呼吸数※ □SpO2<92%（酸素投与下）					酸素投与 補助換気 モニター装着 L&G	
	循環	□皮膚蒼白 □皮膚冷感 □皮膚湿潤 □橈骨動脈脈拍触知不可 □脈拍※ □制御不可能な外出血					酸素投与 モニター装着 **ショックプロトコル** L&G	
	切迫する意識障害	□JCS≧30 □意識レベルの低下 □ヘルニア徴候					酸素投与 モニター装着 ABC対応・L&G	
	体温	□明らかに熱い □明らかに冷たい				赤2	↓先へ進む	
病歴聴取								
主訴					症状・徴候⇒※			
現病歴				疼痛スコア □急性8~10		赤2		
既往歴				□先天性疾患				
身体観察								
生理学的徴候	呼吸		□努力呼吸 □とぎれとぎれの会話 □重度吸気性喘鳴 □SpO2<95%（酸素投与下）			赤2		
	循環		□脈拍※ □循環状態が安定しているとは言えない □止血可能な外出血の持続					
	意識レベル		□JCS 2-20 □GCS 9-13					
	体温		□35℃以下 □40℃以上 □38℃以上で敗血症・免疫不全の疑い					
※に関連した部位					※プロトコル			
		各論　プロトコル	評価2また	評価3　X	呼吸困難/意識障害/頭痛/腹痛/腰痛/動悸/しびれ・麻痺/痙攣/嘔吐/下痢/発熱		＝搬送先医療機関	

※

	6 か月未満	6 か月～1 歳	1 歳～3 歳	3 歳～6 歳	6 歳以上
呼吸	＜10 回/min.未満				
	＞80 回/min.	＞60 回/min.	＞40 回/min.	＞30 回/min.	＞25 回/min.
脈拍	＜40bpm.				＜30bpm
	＞210bpm.	＞180bpm.	＞165bpm.	＞140bpm.	＞120bpm.

腹痛

<table>
<tr><th>第1補足因子</th><th>第2補足因子</th><th>緊急度</th><th>対応・病院選定</th></tr>
<tr><td>赤2</td><td rowspan="3">□急性の激しい腹痛
□腹壁緊張or圧通
□腹膜刺激徴候
□高度貧血
□グル音消失
□金属製グル音
□吐下血
□腹部の異常膨隆
□頻回の嘔吐</td><td rowspan="2">赤1</td><td rowspan="2">救命救急センター
重症小児対応</td></tr>
<tr><td>黄以下</td></tr>
<tr><td>赤2</td><td rowspan="2">その他の腹痛</td><td rowspan="2">赤2</td><td rowspan="2">重症小児対応</td></tr>
<tr><td>黄以下</td><td>黄以下</td><td>初期小児対応</td></tr>
</table>

前項は簡易版であり、詳細は資料４に示す。

評価１～評価３の内容は概ね成人の場合と同じである。異なる点を以下に示す。

（１）評価１の呼吸数と脈拍、評価２の脈拍は、小児の場合、年齢（月齢）によって正常値が異なるため、テーブル上には※を付し、上記に、各年齢（月齢）に応じた基準を示している。

（２）評価３の疼痛スコアは、小児の場合、評価が年齢や発達の程度により正確性に差があること、乳幼児や年少児では有用性と信頼度が低いことなどを勘案し、

急性　８～１０　→　赤２　　のみとしている。

（３）評価３の既往歴は、以下を第１補足因子としている。

ア　先天性疾患（出血・免疫不全など）

<u>評価４（第２補足因子）；症状・徴候</u>

小児に多い、症状・徴候は以下のとおりである。

（１）呼吸困難
（２）意識障害
（３）頭痛
（４）腹痛
（５）腰痛
（６）動悸
（７）しびれ・麻痺
（８）痙攣
（９）嘔気・嘔吐
（10）下痢
（11）発熱

これらそれぞれについて、緊急度を判断する項目を資料４に列挙する。各症状・

徴候について、一項目でも該当すれば、第２補足因子で赤２と判断する。
第１補足因子との掛け合わせでの、医療機関選定基準は、資料４に示す。
　上記１１項目のいずれにも該当しない症状・徴候による場合、第１補足因子で赤２となる場合、重症小児対応医療機関へ、第１補足因子が黄以下である場合には、初期対応医療機関（小児科）を選定することを基本とする。

＜外傷以外の外因＞　（資料５）

外因では、潜水病・減圧症を特定病態とし、それに対する高圧酸素療法が可能な医療機関を、特定機能対応医療機関とする。

通報内容の確認								
段階	観察	評価1 （生理学的徴候の破綻）	評価2 （第1補足因子、第1段階）	評価3 （第1補足因子、第2段階）	評価4 （第2補足因子）	緊急度	対応・病院選定	
状況評価								
	□感染性						感染防御	
	□危険性						安全確保	
	□傷病者数						応援要請・災害対応	
	原因 ☑外因						**外傷以外外因プロトコル**	
初期評価								
第一印象	反応の有無	CPA					CPRプロトコル	
モニター装着								
重症感	気道の異常	□気道の閉塞 □いびき □ゴロゴロ音 □異物 □口腔咽頭の浮腫				赤1	気道確保 異物除去 吸引 L&G	救命救急センター
	呼吸の異常	□過度の努力呼吸 □鼻翼呼吸 □陥没呼吸 □腹式呼吸 □気管の牽引 □チアノーゼ □呼吸数<10 □SpO2<92%（高濃度酸素投与下）					高濃度酸素投与 補助換気 L&G	
	循環の異常	□皮膚蒼白 □皮膚冷感 □皮膚湿潤 □橈骨動脈脈拍触知不可 □高度の頻脈・徐脈 □制御不可能な外出血					**ショックプロトコル** L&G	
	切迫する意識障害	□JCS≧30 □意識レベルの低下 □ヘルニア徴候					ABCへの対応 L&G	
	体温の異常	□明らかに熱い □明らかに冷たい				赤2	↓先へ進む	
病歴聴取								
主訴				農薬 医薬品 工業用品 家庭用品 毒性のある食物		赤1		救命救急センター
				上記以外の外因	外傷以外外因⇒※			
現病歴				□疼痛スコア8-10、急性		赤2		
				□疼痛スコア8-10、慢性 □疼痛スコア5-7、急性		黄		
				□疼痛スコア1-4、急性 □疼痛スコア<8、慢性		緑		
既往歴				□先天性出血疾患 □抗凝固薬の内服		赤2		
身体観察								
生理学的徴候	呼吸		□努力呼吸 □とぎれとぎれの会話 □重度吸気性喘鳴 □SpO2<95% （高濃度酸素投与下）			赤2		
	循環		□血圧＜90mmHg □脈拍>120/分・脈拍<50/分 □循環状態が安定しているとは言えない □止血可能な外出血の持続					
	意識レベル		□JCS 2-30 □GCS 9-13					
	体温		□35℃以下 □40℃以上 □38℃以上で敗血症・免疫不全の疑い					
※外因に関連した症状・徴候				原因ごとのプロトコル				
			評価2　および	評価3　X	覚醒剤、麻薬/有毒ガス/化学物質暴露（化学損傷）/電撃症/咬・刺傷（マムシ等）/寒冷暴露・低体温/高温暴露・高体温/溺水/異物誤飲/潜水病（減圧症）/アスピリン、アセトアミノフェン、血糖降下薬以外の医薬品大量服用/その他の中毒/原因毒物不明		＝搬送先医療機関	

高温暴露・高体温

第1次補足因子	第2次補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤2	□意識障害 □小脳症状 □痙攣発作 □出血傾向、紫斑	赤1	救命救急センター
赤2	□頭痛 □嘔吐 □倦怠感、虚脱感 □集中力・判断力の低下	赤2	救命救急センター
赤2	□めまい　□大量の発汗 □欠神　□筋肉痛 □筋硬直（こむら返り）		救命救急センター 初期対応（内科）
黄以下	□意識障害 □小脳症状 □痙攣発作 □出血傾向、紫斑		救命救急センター
黄以下	□頭痛 □嘔吐 □倦怠感、虚脱感 □集中力・判断力の低下	黄以下	初期対応（内科）
黄以下	□めまい　□大量の発汗 □欠神　□筋肉痛 □筋硬直（こむら返り）		

前項は簡易版であり、詳細は資料５に示す。評価１及び評価２は疾病に準ずる。

評価３（第１補足因子、第２段階）；原因、疼痛、出血傾向の有無

以下の原因の場合は生理学的異常や症状・徴候の有無にかかわらず、赤１と判断して、すべて救命救急センターへ搬送する。

（１）農薬
（２）医薬品：アスピリン、アセトアミノフェン、血糖降下薬の大量服用
（３）工業用品：強酸、強アルカリ、石油製品、青酸化合物
（４）家庭用品：防虫剤、殺鼠剤
（５）毒性のある食物

疼痛スコア及び出血傾向による緊急度の評価については、疾病に準ずる。

評価４（第２補足因子）；原因

以下の原因の場合は、第１補足因子や症状・徴候との掛け合わせで搬送先医療機関を選定する。

（１）覚醒剤、麻薬

（２）有毒ガス
（３）化学物質暴露（化学損傷）
（４）電撃症
（５）咬・刺傷（マムシ等）
（６）寒冷暴露・低体温
（７）高温暴露・高体温
（８）溺水
（９）異物誤飲
（10）潜水病・減圧症
（11）アスピリン、アセトアミノフェン、血糖降下薬以外の医薬品大量服用
（12）その他の中毒
（13）原因毒物不明

それぞれの原因について、資料５に第２補足因子を示す。搬送先医療機関の選定基準は、疾病の場合と同様である。以下に例を２例示す。

例１）　高温暴露・高体温
□意識障害
□小脳症状
□痙攣発作
□出血傾向、紫斑
上記のうちいずれか一つでも該当すれば、第２補足因子で赤２と判断し、第１補足因子に関わらず、原則、救命救急センターへ搬送する。上記症状には該当せず、
□頭痛
□嘔吐
□倦怠感、虚脱感
□集中力・判断力の低下
これらのうち一つでも該当する場合には、第２補足因子で黄と判断する。ここで、第１補足因子が赤２であれば、救命救急センターへ搬送する。第１補足因子が黄以下であれば、初期対応医療機関（内科）へ搬送する。
赤２にも黄にも該当せず、
□めまい
□大量の発汗
□欠神
□筋肉痛
□筋硬直（こむら返り）
これらの症状を認める場合は、第２補足因子で緑と判断する。第１補足因子が赤２な

ら救命救急センターまたは初期対応医療機関（内科）へ搬送する。第１補足因子でも黄以下なら初期対応医療機関（内科）へ搬送する。

例２）　生物による咬傷・刺傷

□大関節を超える発赤・腫脹

□アナフィラキシー徴候

□マムシ咬傷疑い

のうち、いずれか一つでも該当すれば、第２次補足因子で赤２と判断する。ここで、第１補足因子も赤２であれば、救命救急センターへ搬送する。第１補足因子が黄以下であれば、救命救急センターまたは初期対応医療機関（外科）を選定する。

上記症状・徴候が一つも該当しないが、第１補足因子が赤２または第１補足因子が黄以下であるが、上記症状・徴候のいずれかを認めれば、救命救急センターまたは初期対応医療機関（外科）を選定する。第１補足因子が黄以下で、上記症状も認めなければ、初期対応医療機関（外科）を選定する。

＜外傷＞　（資料６）

外傷では、手指・足趾切断を特定病態とし、それに対する緊急再接着術可能な医療機関を、特定機能対応医療機関とする。

通報内容の確認 段階	観察	評価1 （生理学的徴候の破綻）	評価2 （第1補足因子、第1段階）	評価3 （第1補足因子、第2段階）	評価4 （第2補足因子）	緊急度	対応・病院選定	
状況評価								
	□感染性						感染防御	
	□危険性						安全確保	
	□傷病者数						応援要請・災害対応	
	原因 ☑外傷）						外傷プロトコル（JPTEC） 携行資器材	
初期評価								
第一印象	反応の有無	CPA					CPRプロトコル	
生理学的評価 （Step1）	気道の異常	□気道の閉塞 □気道の狭窄 □いびき □ゴロゴロ音 □異物 □口腔咽頭の浮腫				赤1	L&G 気道確保 異物除去 吸引 高濃度酸素投与 外出血の止血 頸椎固定 バクボード固定 心電図モニター SpO2モニター	救命救急センター
	呼吸の異常	□過度の努力呼吸 □鼻翼呼吸 □陥没呼吸 □腹式呼吸 □気管の牽引 □チアノーゼ □徐呼吸（呼吸数<10）						
	循環の異常	□皮膚蒼白 □皮膚冷感 □皮膚湿潤 □橈骨動脈触知不可 □高度の頻脈・徐脈 □制御不可能な外出血						
	切迫する意識障害	□GCS≦8、または≧30 □急な意識レベルの低下 □ヘルニア徴候（傾眠以下の意識レベルで、片麻痺、瞳孔不同、クッシング現象、繰り返す嘔吐）						
	体温の異常	□明らかに熱い □明らかに冷たい				赤2	↓先へ進む	
解剖学的評価 （Step2）	頭部 顔面 頸部 胸部 腹部 四肢・骨盤 軟部組織 体表・熱傷 麻痺				□頭部の開放骨折・陥没骨折 □顔面頸部の高度な損傷 □皮下気腫 □外頸静脈の著しい怒張 □呼吸音の左右差 □胸郭の動揺・変形・フレイルチェスト □腹部膨隆、腹壁緊張 他（詳細は資料6）	赤1	L&G 気道確保 高濃度酸素投与 外出血の止血 頸椎固定 バクボード固定 心電図モニター SpO2モニター	救命救急センター
病歴聴取								
SAMPLE聴取	受傷機転 ⇒高エネルギー事故か? （Step3）			自動車乗車中 □同乗者死亡 □車の横転 □車外放出 □車の高度損傷 バイク走行中 □バイクと運転者の距離大 他（詳細は資料6）		赤2	L&G 気道確保 高濃度酸素投与 外出血の止血 頸椎固定 バクボード固定 心電図モニター SpO2モニター	救命救急センター または オンラインMC
	どこを、どうされましたか				受傷部位・症状・徴候⇒※			
	患者背景 （Step4） 年齢 アレルギー 内服薬 既往歴・妊娠			□小児：12歳以下 □高齢者：65歳以上 □出血性素因 □20週以降の妊婦 □重症化しそうな印象 他（詳細は資料6）		赤2	緊急度をワンランクアップ 搬送先医療機関選定時に考慮	
身体観察⇒継続観察・詳細観察								
生理学的評価			資料6の別紙2			赤1 赤2 黄以下		
全身観察	※に関連した部位				※搬送先選定プロトコール			
	眼球損傷 眼窩周辺骨					赤2	眼球保護	
	四肢外傷 （13歳以上）						創傷処置、圧迫止血、固定	
	四肢外傷 （12歳以下）						創傷処置、圧迫止血、固定	
	手指・足趾切断						創傷処置、圧迫止血、固定	
	頭部外傷 （13歳以上）						創傷処置、圧迫止血、頸椎固定	
	頭部外傷 （12歳以下）						創傷処置、圧迫止血、頸椎固定	
	その他の外傷						創傷処置、圧迫止血	

損傷部位ごとプロトコル				
眼球損傷・眼窩周辺骨折 四肢外傷（13歳以上） 四肢外傷（12歳以下） 手指・足趾切断 頭部外傷（13歳以上） 頭部外傷（12歳以下） その他の外傷	評価2　および	評価3　X	評価4	＝搬送先医療機関

眼球損傷・眼窩周辺骨折

第1補足因子		第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
第1段階	第2段階			
赤2	赤2	□視力障害 □複視 □眼球偏位 □眼球脱出	赤1	救命救急センター等
赤2	黄以下		赤2	救命救急センター 初期対応医療機関(眼科)
黄以下	赤2		赤2	救命救急センター 初期対応医療機関(眼科)
黄以下	黄以下		黄以下	初期対応医療機関(眼科)

前項は簡易版であり、詳細は資料６に示す。

評価１；生理学的徴候の破綻

疾病の場合と同様、初期評価により第一印象と重症感を速やかに把握する。ＣＰＡであれば、外出血の止血、頸椎固定、バックボードへの全脊柱固定を行うとともに、ＣＰＲプロトコルに則ったＣＰＲを開始し、速やかに救命救急センターまたは特定機能対応医療機関（ＣＰＡ）へ搬送する。

ＣＰＡでない場合、気道・呼吸・循環の異常の有無、切迫する意識障害について観察し、以下の項目が一つでも該当すれば、赤１（Ｌｏａｄ＆Ｇｏ）と判断し、必要な処置後、直ちに救命救急センターに搬送する。外傷では疾病と異なり、評価１では器具を用いた測定は行わない。体温の異常に関しては、「明らかに熱い」あるいは「明らかに冷たい」場合に赤２と判断し、評価２～評価４での緊急度と掛け合わせで判断する。

（１）気道の異常

□気道の閉塞
□気道の狭窄
□いびき
□ゴロゴロ音
□異物
□口腔咽頭の浮腫

（２）呼吸の異常

□過度の努力呼吸
□鼻翼呼吸
□陥没呼吸
□腹式呼吸
□気管の牽引
□チアノーゼ

□徐呼吸（呼吸数＜１０）

（３）循環の異常
□皮膚蒼白
□皮膚冷感
□皮膚湿潤
□橈骨動脈触知不可
□高度の頻脈・徐脈
□制御不可能な外出血
（４）切迫する意識障害
□GCS≦８　または　JCS≧３０
□急な意識レベルの低下
□ヘルニア徴候
（傾眠以下の意識レベルで、片麻痺、瞳孔不同、クッシング現象、繰り返す嘔吐）

なお、体温の異常として、
□明らかに熱い
□明らかに冷たい
のいずれかの場合には、赤２と評価し、評価２以降の観察へ進む。

評価２（第１補足因子、第１段階）；生理学的異常の有無
身体観察により、バイタルサイン及び意識レベルを評価する。ここでは、以下の症状・徴候を認めれば、赤１（Ｌｏａｄ＆Ｇｏ）と判断し必要な処置後、直ちに救命救急センターに搬送する。
（１）気道の異常
□気道の閉塞
□気道の狭窄
□いびき
□ゴロゴロ音
□異物
□口腔咽頭の浮腫

（２）呼吸の異常
□過度の努力呼吸
□鼻翼呼吸
□陥没呼吸
□腹式呼吸

□気管の牽引
□チアノーゼ
□徐呼吸（概ね呼吸数＜１０）
□ＳｐＯ２＜９０％（酸素なし）
□ＳｐＯ２＜９２％（酸素投与下）

（３）循環の異常
□皮膚蒼白
□皮膚冷感
□皮膚湿潤
□橈骨動脈触知不可
□高度の頻脈・徐脈（概ね脈拍＜５０ｂｐｍ　≧１２０ｂｐｍ）
□制御不可能な外出血
□血圧≦９０ｍmHg

（４）意識レベルの異常
□GCS≦８　または　JCS≧３０
□目前での急な意識レベルの低下
□ヘルニア徴候
（傾眠以下の意識レベルで、片麻痺、瞳孔不同、クッシング現象、繰り返す嘔吐）

上記を認めない場合でも、以下の症状・徴候を認めれば、評価２（第１補足因子・第１段階）で赤２と評価する。

（１）呼吸の異常
□努力呼吸
□ＳｐＯ２＜９２％(酸素投与なし)
□ＳｐＯ２＜９５％(酸素投与下)

（２）循環の異常
□ショック徴候を認めた
□循環動態が安定しているとは言えない
□止血可能な外出血が持続
□６５歳以上で血圧＜１１０ｍmHg
（３）意識レベル
□ＪＣＳ　２―２０　または　ＧＣＳ　９－１３

（４）体温
　□明らかに熱い　（＞４０℃）
　□明らかに冷たい（＜３５℃）

評価３（第１補足因子、第２段階）；病歴・既往歴の聴取、受傷機転

受傷機転が以下に示す、高エネルギー事故の場合またはそれを疑う場合、傷病者に評価１で示した項目のような、重篤感を認める症状・徴候がなくとも、急速に重症化する恐れがあり、原則、Ｌｏａｄ＆Ｇｏの適応と考え、必要な処置後、直ちに救命救急センターへ搬送またはオンラインMCで指示を仰ぐ。ただし、緊急度としては、高エネルギー事故という受傷機転単独では、第１補足因子・第２段階で赤２と評価することとする。

（１）自動車乗車中
　□同乗者死亡
　□車の横転
　□車外放出
　□車の高度損傷
（２）バイク走行中
　□バイクと運転者の距離大
（３）歩行者、自転車
　□車に跳ね飛ばされた
　□車に轢過された
（４）高所墜落
　□成人＞６ｍ（３階フロアー以上）
　□小児＞３ｍ（身長の２～３倍）
（５）機械器具に挟まれた
（６）体幹部を挟まれた

次に病歴・既往歴聴取では、
（１）受傷部位
（２）アレルギー
（３）内服薬
（４）既往歴・妊娠の有無
（５）最終食事摂取時刻
（６）受傷状況
（７）年齢

などについて、可及的速やかに聴取する。以下の素因・既往歴に該当すれば、搬送先医療機関を選定する際に、緊急度はワンランク挙げて考慮する必要があり、原則、

第１補足因子・第２段階で赤２と判断する。
□小児：１２歳以下
□高齢者：６５歳以上
□出血性素因
□２０週以降の妊婦
□重症化しそうな印象
□心疾患の既往
□呼吸器疾患の既往
□透析患者
□肝疾患の既往
□糖尿病の既往
□薬物中毒の合併

評価２及び評価３がともに赤２である場合は、赤１（Ｌｏａｄ＆Ｇｏの適応）と同等の緊急度であると考え、必要な処置を行い、直ちに救命救急センターへ搬送する。

評価４（第２補足因子）；症状・徴候

解剖学的評価として、頭部・顔面・頸部・胸部・腹部・骨盤・四肢・軟部組織・体表の損傷や麻痺の有無などを系統的かつ迅速に評価する。外傷傷病者では、評価２や３に先立ち、初期評価の中で評価４（解剖学的評価）を行う。以下に該当する症状・徴候や損傷があれば、他の評価に関わらず、原則、赤１（Ｌｏａｄ＆Ｇｏの適応）と考え、必要な処置後、直ちに救命救急センターに搬送する。
□頭部の開放骨折・陥没骨折
□顔面頸部の高度な損傷
□皮下気腫
□外頸静脈の著しい怒張
□呼吸音の左右差
□胸郭の動揺・変形・フレイルチェスト
□腹部膨隆、腹壁緊張
□腰部骨盤部の激しい疼痛・圧痛、骨盤動揺、下肢長差
□両側大腿骨骨折
□頭頚部・体幹・代替・上腕の穿通性外傷（刺創・銃創・杙創）
□挫滅創・デグロービング損傷
□四肢動脈損傷※
□四肢切断・轢断
□四肢の麻痺
□１５％以上の熱傷を合併した外傷

□Ⅱ度熱傷２０％以上（小児高齢者１０％以上）
□Ⅲ度熱傷１０％以上（小児高齢者５％以上）
□顔面熱傷、気道熱傷

※四肢動脈損傷を疑う症状・徴候を以下に示す。
□急激に増大する腫瘤
□拍動性の腫瘤
□拍動性の外出血
もしくは、末梢阻血症状として、
□疼痛＋蒼白
□疼痛＋冷感
□知覚障害
□運動障害
□脈微弱

これらを認めない場合でも、重篤な機能障害回避のために緊急処置を必要とする外傷として、以下の損傷に対しては、必要な対応・処置を行い、第２補足因子として資料６に示す症状・徴候及び受傷部位と第１補足因子との掛け合わせで、搬送先医療機関を選定する。ただし、評価２及び評価３がともに赤２である場合は、救命救急センターへ搬送する。

＜対応・処置＞

（１）眼球損傷・眼窩周辺骨折　→　眼球保護
（２）四肢外傷（１３歳以上）　→　創傷処置、圧迫骨折、固定
（３）四肢外傷（１２歳以下）　→　創傷処置、圧迫骨折、固定
（４）手指・足趾切断　→　創傷処置、圧迫骨折、固定
（５）頭部外傷（１３歳以上）　→　創傷処置、圧迫止血、頸椎固定
（６）頭部外傷（１２歳以下）　→　創傷処置、圧迫止血、頸椎固定

上記以外は、その他の損傷として、緊急度と損傷部位に応じて搬送先医療機関を選定する。以下に、搬送先医療機関の選定方法を２例示す。

例１）眼球損傷・眼窩周辺骨折
□視力障害
□複視
□眼球偏位
□眼球脱出
を第２補足因子とする。評価２及び評価３がともに赤２である場合は、Ｌｏａｄ＆

Ｇｏの適応である。上記のいずれかを認める場合は、必要な処置（眼球保護）を行い、直ちに救命救急センターへ搬送する。

評価２で赤２、評価３で黄以下の場合に、上記のいずれかを認めれば、必要な処置を行い、救命救急センターまたは初期対応医療機関（眼科）へ搬送する。

評価２で黄以下の場合でも、評価３が高エネルギー事故による受傷のため赤２となる場合には、必要な処置後、救命救急センターへ搬送またはオンライン MC で指示を仰ぐ。評価２で黄以下であり、受傷機転が高エネルギー事故ではない場合は、必要な処置後、初期対応医療機関（眼科）へ搬送する。

例２）頭部外傷（１３歳以上）

□失見当識

□瞳孔異常

□髄液鼻（耳）漏

□バトルサインまたはパンダの目

□激しい鼻出血

□耳出血

□頻回の嘔吐

を第２補足因子とする。評価２及び評価３がともに赤２である場合は、Ｌｏａｄ＆Ｇｏの適応である。上記のいずれかを認める場合は、必要な処置（創傷処置、圧迫止血、頸椎固定）を行い、直ちに救命救急センターへ搬送する。

評価２もしくは評価３のどちらか一方のみが赤２でもう一方が黄以下で、上記のいずれかを認める場合は、必要な処置を行い、救命救急センターまたは初期対応医療機関（脳外科）へ搬送する。ただし、評価３が高エネルギー事故による受傷のため赤２である場合は、救命救急センターへ搬送またはオンライン MC で指示を仰ぐ。

評価２及び評価３とも黄以下で、上記症状を認める場合は、初期対応医療機関（脳外科）へ搬送する。

評価２及び評価３とも黄以下で、上記症状もなく、頭部の打撲や挫創、皮下血腫のみを認める場合には、初期対応医療機関（外科または脳外科）へ搬送する。

消防機関の救急隊が、本実施基準に定めるルールを遵守し、より適切な医療機関を選定して搬送するためには、これまで以上に、救急現場において、傷病の緊急度・重症度、症状、徴候、病態など傷病者の状況を正確に観察し、搬送先医療機関を選定するために必要な根拠を的確に判断することが重要となる。

なお、本実施基準の運用に伴い、大阪府救急業務高度化連絡協議会並びに各地域メディカルコントロール協議会との連携、協力により、救急活動の検証及び教育内容の充実を図り、救急隊員の資質向上に努める必要がある。

（２）傷病者観察基準及び医療機関選定基準に基づく救急隊活動記録票について

救急隊活動記録票として、観察基準（第三号）及び選定基準（第四号）に該当する項目について、搬送先医療機関の選定根拠として記録を残し、救急隊判断の妥当性や地域救急医療体制の適正運用、問題点抽出など、事後検証に活用する。

３－４．第五号に基づく伝達基準

救急隊又は消防機関の通信指令室が、搬送先として選定した医療機関に対して、傷病者の状況を伝達するための基準を作成する。

消防機関からの搬送連絡は、傷病者の受入れ医療機関を円滑に確保するための重要な要素である。このため、消防機関と医療機関の間で、医療機関選定の根拠や病院前の傷病者の情報等受入れの可否を判断するための情報について、必要十分な内容を正確かつ短時間で共有できるよう、両者の間での共通言語・共通認識の構築が不可欠である。なお、この件に関しても、前項と同様、メディカルコントロール体制の下での資質向上が求められる。

実施基準に定めた内容に基づく搬送と受入れを行う場合に、本府で一定の統一ルールとして使用する標準的な伝達基準を示すが、これまでどおり、各圏域の救急搬送や医療資源の実態を勘案して、実状にあった基準を地域 MC 協議会が策定し、運用する。

１　円滑な伝達のための取り決め

（１）情報を適切かつ円滑に伝達するため、消防機関においては、救急医療に関する知識を持ち合わせている救急救命士をはじめとする救急資格のある者が、医療機関への情報伝達にあたることが望ましい。

（２）医療機関においては、伝達を受けて、可能な限り速やかに受入れの可否を判断できる体制を整えることが望ましい。

２　標準的な伝達基準

（１）伝達に際しては、実施基準に基づく搬送連絡であることを明確にする。消防機関と医療機関の双方が、実施基準で取り決めたルールを尊重して搬送と受入れを判断しなければならないことを念頭に伝達を行うようにする。

（２）実施基準に基づく搬送及び受入れが円滑に行われるためには、消防機関は、まず、実施基準に定めのある、いずれの分類区分に該当する医療機関リストから搬送先を選定しようとしているのかを明確に伝える必要がある。その上で、その選定の根拠となった傷病者の緊急度・重症度、症状や徴候、病態等を正確に伝えなければならない。

（３）伝達は、正確かつ簡潔に行う必要があり、そのため以下の点に留意する。

ア　緊急度の高さ（重篤感）を示すバイタルサイン、特定の病態を疑う根拠となる症状や徴候などを優先的に伝える。

イ　観察・聴取事項を羅列して情報を均質に伝えるのではなく、内容の重み付けが伝わるようにする。

ウ　時系列の順に説明する、傷病者本人や家族の訴えをそのまま反復伝達する、周辺の事実関係を丁寧に説明するなどの結果、冗長になり、本来必要な情報が不明確になることがないようにする。

エ　症状（特に痛み）の性質や種類、程度、部位、発症（持続）時間など症状や徴候の性格を具体的に伝えるようにする。また、判断に悩む症状・徴候がある場合や病態が特定できないが緊急度が高いと感じる場合は、その旨を正確かつ端的に伝える。

（４）伝達は以下のスタイルで行う。

ア　傷病者の年齢・性別

イ　現病歴、受傷機転、主訴、バイタルサイン等の観察結果について、観察基準や選定基準に則して、搬送先選定の根拠となる事項を最優先で伝える。

ウ　いずれの分類区分を適用して選定した依頼かを明確にする

✓ 胸痛が突然発症し、数分以上続いているので、ACS が疑われるため、「特定機能（ＰＣＩ）の対応」が必要な傷病者です。

✓ 重篤ではなく、特定機能対応も必要のない傷病者ですので、「初期対応」をお願いする傷病者です。

エ　選定基準に従い何番目の搬送連絡を行っているか、を伝える。

オ　予め伝えておくべき傷病者の背景情報があれば、伝える。

（５）消防機関と医療機関の良き信頼関係の構築・維持の観点から、傷病者の背景情報の伝達については十分配慮する必要がある。ただし、背景による搬送先選定難渋を危惧するあまり、逆に消防機関自身が背景情報にばかり拘泥してはならない。最優先で伝達すべき重要情報は、緊急度・重症度を示す症状・徴候等であることに十分留意する。

３－５．第六号に基づく受入れ医療機関の確保（受入医療機関確保基準）

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

１　合意形成と受入れ医療機関の確保に際して考慮すべき事項

（１）地理的事情、傷病者発生頻度と医療資源のバランスなどを考慮して、各医療機関の診療機能の特性や救急搬送受入れへの意向を踏まえて、地域の医療資源を最大限活かすことができる取り決めを行うよう工夫する。

（２）地域の救急医療体制を持続可能な安定的なものとするため、特定の医療機関に救急搬送が集中し過剰な負担による疲弊を防ぐよう分散搬送の工夫を行う。また、より幅広くより高度な機能を有する医療機関への搬送の集中化により、二次救急医療体制全体のバランスが損なわれないようにする。

（３）医療機関リスト等が、医療機関の評価やランク付けに基づくものであると誤解されないよう十分配慮する。

（４）医療機関が積極的に受入れたいと考える疾患の傷病者がある一方で、受入れに様々な負担や困難が伴う状態の傷病者があることも事実であるため、搬送先医療機関の選定に恣意的な歪みが生じるなど、病院間の公平な競争を阻害するリスクなどにも留意して、基準を作成する。

２　受入れ医療機関を確保するための病院リスト運用基準

（１）緊急度・重症度の高い傷病者について、消防機関が搬送連絡する照会回数が少なくてすみ、適切な診療機能を提供できる医療機関への受入れの確実性が増し、速やかに搬送できるよう基準を作成する。

（２）必要に応じて、分類基準の分類区分別の基準を作成する。

（３）基本的には、当該傷病者に適した分類区分に属する医療機関の中から、搬送距離が短く、最短の時間で搬送できる直近医療機関を優先的に確保することが原則である。

（４）曜日や時間帯も念頭においた基準とする。

（５）複数の搬送連絡が必要な場合を想定し、搬送連絡順序等を決めておく。

（６）緊急度・重症度の高い特定病態の傷病者の受入れ可能な医療機関数が限られている場合は、圏域ごとに曜日別などのローテーションで確実に受入れられるよう当番制をとるなどの工夫をし、当番医療機関とそれ以外の受入れ可能医療機関の間での搬送連絡の順序や受入れへの協力の度合いを決めておく。

（７）救命救急センターの役割や責任について選定基準上の位置づけを明確にする。

（８）搬送連絡にあたっては、大阪府救急医療情報システムを併用する。

3　実施基準における三次救急医療機関コーディネート事業の活用

（１）各地域において、成人の身体的異常による救急搬送に係る実施基準を作成、運用するにあたり、「三次救急医療機関コーディネート事業」を活用することができる。

（２）府内全域を対象として共通の基準に基づき運用する三次救急医療機関コーディネート事業（次項(２)参照）の対象以外に、地域の実状に応じて、受入れ医療機関確保のための基準の一部として地域固有の取り決めを行うことができる。

（３）具体的には、実施基準に基づく搬送及び受入れを実施するにあたって、三次告示医療機関（救命救急センター）によるコーディネートをルールとすることができる。可能であれば、受入れ医療機関の確保に難渋する傷病者の搬送及び受入れの迅速化、円滑化を図ることなどを目的として、地域の関係医療機関間の合意に基づき、三次告示医療機関（救命救急センター）が搬送調整業務等を行い、関係医療機関が受入れに協力するしくみを整えることが望ましい。

【その他傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項】

1　医療機関リストを使用し基準に則って傷病者の搬送及び受入れの実施を試みてもなお、傷病者の受入れ医療機関の確保に難渋する場合に適用する事項

（１）緊急度が高い傷病者について、5 件以上の搬送連絡を行う、或いは、30 分以上現場に滞在して搬送連絡を行っても、受入れ医療機関が確保できない場合、「大阪府広域災害・救急医療情報システム」の緊急搬送要請システムまもって NET を使用することができる。同システムの使用、運用に関しては、別途定める『大阪府広域災害・救急医療情報システム運用要領』のほか、大阪府健康医療部保健医療室医療対策課からの通知等に基づき行う。

（２）緊急度が高く、かつ、重症度が高い（少なくとも入院は必要であると判断される）傷病者について、1 時間以上現場に滞在して搬送連絡を行い、「大阪府広域災害・救急医療情報システム」の緊急搬送要請システムまもって NET を使用しても、受入れ先医療機関を確保できない場合、三次救急医療機関コーディネート事業に協力する三次告示医療機関（救命救急センター）にコーディネートを依頼することができる。同コーディネートの依頼、運用に関しては、別途定める『三次救急医療機関コーディネート事業対象基準』のほか、大阪府健康医療部保健医療室医療対策課からの通知等に基づき行う。

３－６．第七号に基づく府が必要と認める事項

傷病者の搬送及び受入れが迅速かつ円滑にできるよう ICT を活用した ORION の運用を平成 25 年 1 月 1 日から開始している。今後も、消防と医療のより一層の連携を図るため、ORION の活用を推進していく。

４．データ集積に基づく検証・評価と見直しについて

実施基準を有効に機能させるためには、いわゆるＰＤＣＡサイクル（plan－do－check－act　cycle.）の活用による策定、評価、見直しが不可欠であり、消防庁の検討会においても、この点に関して度々言及され、同報告書には、協議会において、実施基準に基づく搬送及び受入れの実施状況を調査・分析し、その結果を実施基準の見直しに反映させることが明記されている。

このため、消防機関と医療機関がそれぞれ保有する搬送と受入れに関わる傷病者についての客観的なデータ・情報を調査・収集し、両者の情報をマッチングさせて分析する必要がある。

この点は極めて重要であり、協議会の役割として法にも位置づけられている（消防法第 35 条の 8 第 1 項に定める「実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施に係る連絡調整」）ところである。

１　継続的な調査・データ集積と検証・評価の実施

実施基準を有効に機能させ、救急医療体制の充実を図っていくためには、実施基準を運用した後、これに基づく搬送及び受入れの実施が迅速かつ円滑に行われているかどうかを、常に把握し、検証・評価し続ける必要がある。

そのためには、病院前救護における傷病者データや搬送選定根拠と、受入れ医療機関での診断・処置などの診療情報や転帰を突き合わせて、救急隊の観察、病院選定が適切であったかどうか、分類基準や医療機関リストが運用しやすい合理的なものとなっているかどうかを確認し、フィードバックしていくことが非常に重要である。

これまで、泉州圏域や堺市圏域などで継続的なデータ収集や事例検証を行ってきたが、事務作業の負担が大きいなど課題が生じていた。そこで、救急隊の搬送支援・情報収集を行うスマートフォンアプリ等を活用した ORION の運用を平成 25 年 1 月から開始した。さらに、平成 26 年 10 月に予定している大阪府救急医療情報システムの改修にあわせて、病院前救護における傷病者データと病院での

診断・治療・転帰などの情報（資料７）を一元化した形で収集することにより、より実態に即したデータの収集及び分析ができるよう取り組んでいく。

ORION の導入及び大阪府救急医療情報システムの改修に伴い、収集する情報の項目が各圏域で異なると、各圏域での経年的な分析は可能であるが、地域比較や府全体の情報収集が不可能であることから、今回の実施基準改正を行い、府内統一化を図ることとした。

今後も引き続いて、各圏域における実施基準運用の検証・評価を継続的に実施するため、冒頭「協議会の設置」において記述したように、地域保健医療協議会と地域 MC 協議会が有機的に連携した体制を確保するとともに、実施基準検討部会等において、統一化した実施基準の妥当性や府全体での検証、圏域間での課題の抽出などについて検証・分析していく。

【検証項目例】

（１）集計データ

ア　病態別・受入れ後の対応、処置内容

イ　医療機関別・病態別・搬送人員数

ウ　搬送先選定困難例の推移（病態別）

エ　病態別、実施基準に基づく搬送か否か（実施基準遵守率）

オ　応需率、不応需の理由

カ　救急隊判断の陽性的中率、感度

キ　医療機関別登録状況　　等

（２）事例検証

ア　救急隊活動の質の検証

（ア）患者観察、緊急度重症度評価、処置内容の適正性

（イ）実施基準を遵守したか

（ウ）医療機関選定の妥当性

（エ）情報伝達の正確性

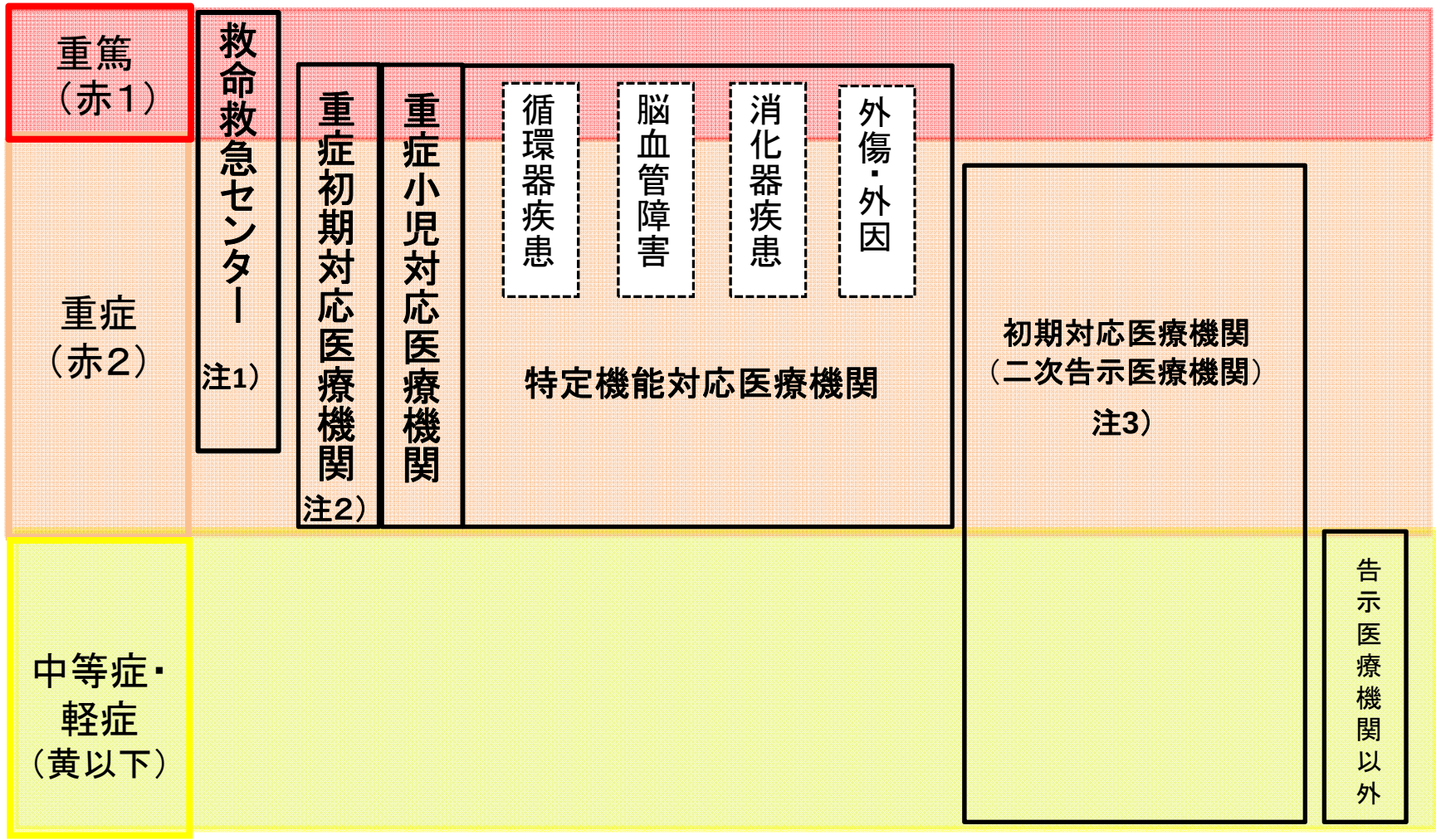
イ　医療機関の対応の検証

ウ　実施基準運用の適正性

エ　実施基準の問題点を抽出

救急医療機関リストの枠組み（概念図）

（資料１－１）



注1）最重症合併妊産婦受入医療機関は、実施基準上では救命救急センターの後ろに＊を付す。
注2）重症初期対応とは、二次医療機関のうちCPAを含む重症疾病への対応が可能な医療機関を指す。
注3）各医療機関は、対応可能な診療科を明記する。

■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。
■地域の実情により、当番制の導入や搬送先医療機関の選定順位を決定する。
■全ての二次告示医療機関は、「緊急透析」「妊婦」「精神科合併」受入可否について、明確にする。

患者の緊急度・特定の病態による対応可能医療機関リスト

（資料1-2）

緊急度判定		医療機関カテゴリー
重　篤	特定病態	救命救急センター 特定機能対応医療機関*
	非特定病態	救命救急センター 重症初期対応医療機関* 重症小児対応医療機関
重症	特定病態	特定機能対応医療機関* 救命救急センター
	非特定病態	重症初期対応医療機関* 重症小児対応医療機関 初期対応医療機関（対応可能診療科別に分類）*
中等症 （軽症）	特定病態	特定機能対応医療機関* 初期対応医療機関（対応可能診療科別に分類）*
	非特定病態	初期対応医療機関（対応可能診療科別に分類）* 二次告示医療機関以外の医療機関**

※各カテゴリーにおける、医療機関リストは、各圏域ごとに作成する。
※特定機能に関しては、資料2を参照。
*「緊急透析」「妊婦」「精神科合併」の受け入れ可否について、明示する。
** 二次告示医療機関以外も含めた体制（救急搬送の実態から各地域での検討課題）
補足：同じ医療機関を複数の医療機関カテゴリーに登録して良い

患者の緊急度・特定病態による対応可能医療機関リスト（評価追記版）

（資料1-3）

緊急度判定（大区分）		医療機関カテゴリー
重篤（赤1）	特定病態	救命救急センター 特定機能対応医療機関*
	非特定病態	救命救急センター 重症初期対応医療機関* 重症小児対応医療機関
評価2・3 生理学的徴候と病歴	評価4 特定病態の有無	
重症（赤2）	特定病態（赤2）	特定機能対応医療機関* 救命救急センター
	非特定病態（黄以下）	重症初期対応医療機関* 重症小児対応医療機関 初期対応医療機関（対応可能診療科別に分類）*
中等症・軽症（黄以下）	特定病態（赤2）	特定機能対応医療機関* 初期対応医療機関（対応可能診療科別に分類）*
	非特定病態	初期対応医療機関（対応可能診療科別に分類）* 二次告示医療機関以外の医療機関**

※各カテゴリーにおける、医療機関リストは、各圏域ごとに作成する。
※特定機能に関しては、資料2を参照。
*「緊急透析」「妊婦」「精神科合併」の受け入れ可否について、明示する。
** 二次告示医療機関以外も含めた体制（救急搬送の実態から各地域での検討課題）
補足：同じ医療機関を複数の医療機関カテゴリーに登録して良い

二次告示医療機関の機能分類リスト（緊急対応が恒常的に可能は〇、それ以外は緊急対応可能曜日および時間帯を記入）

（資料2）

重症初期対応医療機関*
重症小児対応医療機関*

特定機能対応医療機関	脳血管障害			循環器内科	
	tPA	脳外科手術	tPA+脳外科手術	PCI等	心大血管手術
	消化器疾患				
	消化管内視鏡	緊急外科手術			
	外傷・外因				
	手指・足趾の再接着	高圧酸素療法			

初期対応医療機関	対応可能（告示）診療科				
	内科	神経内科	循環器内科	消化器内科	呼吸器内科
	外科	心臓血管外科	呼吸器外科	消化器外科	脳神経外科
	整形外科	形成外科	口腔外科	耳鼻咽喉科	
	産科	婦人科	小児科	小児外科	
	精神科	泌尿器科	皮膚科	眼科	

※すべての医療機関は、「緊急透析」「妊婦」「精神科合併」のそれぞれについて、受入れの可否を明示する。

*: CPAを含む重症疾病の受け入れを可能とする

注）各圏域の実情に合わせて二次告示医療機関以外の医療機関をリストに加えてもよい

通報内容の確認								
段階	観察	評価1 （第1印象） 生理学的徴候の破たん	評価2 （第1補足因子、第1段階） 生理学的徴候の異常	評価3 （第1補足因子、第2段階） 疼痛、出血傾向、受傷機転	評価4 （第2補足因子） 症状・徴候	緊急度	対応・病院選定	
状況評価								
	□汚染 □感染性 □NBC						感染防御	
	□危険性						安全確保	
	□傷病者数 （1、2、3、・・・）						災害対応 応援要請（□DC、□PA、□A）	
	原因 ☑疾病 □外傷 □外因						疾病プロトコル採用	
初期評価								
第一印象	反応の有無	CPA					**CPRプロトコル**	
重症感	気道の異常	□気道の閉塞 □気道の狭窄 □いびき □ゴロゴロ音 □異物 □口腔咽頭の浮腫				赤1	気道確保 （用手的・エアウェイ） 異物除去・吸引 酸素投与 心電図、SpO2モニター 改善しなければL&G	疾病L＆G ↓ 評価4
	呼吸の異常	□会話不能～単語のみ □過度の努力呼吸 □鼻翼呼吸 □起坐呼吸 □陥没呼吸 □腹式呼吸 □気管の牽引 □チアノーゼ □呼吸数<10 □SpO2<92%（酸素投与下）					酸素投与 補助換気 心電図、SpO2モニター 改善しなければL&G	
	循環の異常	□皮膚蒼白 □皮膚冷感 □皮膚湿潤 □橈骨動脈脈拍触知不可 □高度の頻脈・徐脈 □制御不可能な外出血					酸素投与 心電図、SpO2モニター **ショックプロトコル** L＆G	
	切迫する 意識障害	□JCS≧30 （または、ECS≧20、GCS≦8） □目前で急な意識レベルの低下 □ヘルニア徴候（傾眠以下の意識レベルで、片麻痺、瞳孔不同、クッシング現象、繰り返す嘔吐）					酸素投与 心電図、SpO2モニターABCへの対応 L&G	
	体温の異常	□明らかに熱い □明らかに冷たい				赤2	↓先へ進む	
病歴聴取								
主訴 （主要な症候）	どうされました？				症状・徴候⇒※			
現病歴	何時から どんなふうに どこが 緩和や誘発？ 放散する？ 疼痛の評価 時間経過？			□疼痛スコア8-10、急性 （□内臓・深在性）		赤2		
				□疼痛スコア8-10、慢性 □疼痛スコア5-7、急性		黄		
				□疼痛スコア1-4、急性 □疼痛スコア＜8、慢性		緑		
既往歴	症状・徴候（随伴所見・症状） アレルギー 服薬（出血素因） 既往歴・妊娠 食事時刻・原因			□先天性出血疾患 □抗凝固薬の内服		赤2		
身体観察								
生理学的徴候	呼吸		□努力呼吸 □とぎれとぎれの会話 □重度吸気性喘鳴 □SpO2<95%（酸素投与下）			赤2		
	循環		□血圧＜90mmHg □脈拍>120/分 脈拍<50/分 □循環状態が安定しているとは言えない □止血可能な外出血の持続					
	意識レベル		□JCS 2-20 □GCS 9-13					
	体温		□35℃以下 □40℃以上 □38℃以上で敗血症・免疫不全の疑い					
※に関連した部位					※プロトコルごとに表示			

各論　プロトコル	評価1（赤1）　X			呼吸困難 胸痛 動悸 腹痛 吐下血 下痢 嘔気・嘔吐 産婦人科疾患 血尿・側腹部痛 泌尿器科疾患 腰背部痛 意識障害 頭痛 しびれ・麻痺 痙攣、眩暈・ふらつき その他の症状・徴候	＝搬送先医療機関
		評価2　または	評価3　X		

呼吸困難

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤1	**ACSによる呼吸困難** □突然発症し，数分以上続く胸痛 □境界不明瞭な（指で指し示すことのできない）胸痛 □心電図上ST-T変化□心電図上wideQRS □心電図上の不整脈（多源性/多発性/連発PVC・RonT・VT・高度徐脈等） □心疾患（ACS等）の既往	赤1	救命救急センター 特定機能対応（PCI等）
赤2		赤2	特定機能対応（PCI等） 救命救急センター
黄以下		赤2	特定機能対応（PCI等）
赤1	**心不全による呼吸困難** □頸静脈の怒張 □起座呼吸かつ喘鳴 □起座呼吸かつ四肢浮腫 □起座呼吸かつ心疾患・心不全の既往 □起座呼吸かつ高血圧	赤1	救命救急センター 重症初期対応
赤2		赤2	重症初期対応 救命救急センター 初期対応（循環器内科）
黄以下		黄以下	初期対応（内科、循環器内科）
赤1	**肺疾患または気道異物による呼吸困難** □喀血 □著明な喘鳴 □広範囲ラ音 □膿性痰・咳嗽・発熱 □アレルギー・喘息・慢性閉塞性肺疾患(COPD)の既往 □呼吸音の左右差	赤1	救命救急センター 重症初期対応
赤2		赤2	重症初期対応 救命救急センター 初期対応（内科、呼吸器内科）
黄以下		黄以下	初期対応（内科、呼吸器内科）
赤1	その他の呼吸困難	赤1	救命救急センター 重症初期対応
赤2		赤2	重症初期対応 初期対応（内科，呼吸器内科）
黄以下		黄以下	初期対応（内科，呼吸器内科）

胸痛

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤1	**ACSによる胸痛** □突然発症し，数分以上続く胸痛（注1） □境界不明瞭な（指で指し示すことのできない）胸痛（注2） □心電図上ST-T変化 □心電図上wideQRS □心電図上の不整脈（多源性/多発性/連発PVC・RonT・VT・高度徐脈等） □心疾患（ACS等）の既往	赤1	救命救急センター 特定機能対応（PCI等）
赤2		赤2	特定機能対応（PCI等） 救命救急センター
黄以下		赤2	特定機能対応（PCI等）
赤1	**肺動脈血栓塞栓症による胸痛** □高度な呼吸困難	赤1	救命救急センター 特定機能対応（PCI等）
赤2		赤2	特定機能対応（PCI等） 救命救急センター
黄以下		赤2	特定機能対応（PCI等） 初期対応（内科，循環器内科）
赤1	**急性大動脈解離による胸痛** □突然発症の背部の激痛（裂ける・引き裂かれる感じ）と伴う □移動する背部痛（痛みが下肢方向へ移動） □上肢の血圧左右差 □足背動脈の減弱	赤1	救命救急センター 特定機能対応（心大血管手術）
赤2		赤2	特定機能対応（心大血管手術） 救命救急センター
黄以下		赤2	特定機能対応（心大血管手術）
赤1	その他の胸痛	赤1	救命救急センター 重症初期対応
赤2		赤2	重症初期対応 初期対応（内科、循環器内科）
黄以下		黄以下	初期対応（内科、循環器内科）

動悸

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤1	**緊急度の高い動悸** □ショックである □意識消失した □致死的不整脈の既往	赤1	救命救急センター 重症初期対応
赤2		赤2	重症初期対応 救命救急センター
黄以下		赤2	重症初期対応 初期対応（内科，循環器内科）
赤1	**ACSによる動悸** □突然発症し，数分以上続く胸痛 □境界不明瞭な（指で指し示すことのできない）胸痛 □心電図上ST-T変化 □心電図上wideQRS □心電図上の不整脈（多源性/多発性/連発PVC・RonT・VT・高度徐脈等） □心疾患（ACS等）の既往	赤1	救命救急センター 特定機能対応（PCI等）
赤2		赤2	特定機能対応（PCI等） 救命救急センター
黄以下		赤2	特定機能対応（PCI等）
赤1	その他の動悸	赤1	救命救急センター 重症初期対応
赤2		赤2	重症初期対応 初期対応（内科，循環器内科）
黄以下		黄以下	初期対応（内科，循環器内科）

腹痛

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤1	**急性腹症** □突然発症の激しい腹痛 □反跳痛や筋性防御を伴う腹痛	赤1	救命救急センター 特定機能対応（緊急外科手術）
赤2		赤2	特定機能対応（緊急外科手術） 救命救急センター
黄以下		赤2	特定機能対応（緊急外科手術） 初期対応（内科、外科）
赤1	**腹部大動脈瘤** □腹部に拍動性の腫瘤を触知	赤1	救命救急センター 特定機能対応（心大血管手術）
赤2		赤2	救命救急センター 特定機能対応（心大血管手術）
黄以下		赤2	特定機能対応（心大血管手術） 初期対応(内科、外科)
赤1	**消化管出血** □高度貧血	赤1	救命救急センター 特定機能対応（消化管内視鏡） 特定機能対応（緊急外科手術）
赤2		赤2	特定機能対応（消化管内視鏡） 特定機能対応（緊急外科手術） 救命救急センター
黄以下		赤2	特定機能対応（消化管内視鏡） 初期対応（内科、外科）
赤1	**流産・子宮外妊娠** □経膣出血 □妊娠中	赤1	救命救急センター 初期対応（産婦人科）
赤2		赤2	初期対応（産婦人科） 救命救急センター
黄以下		黄以下	初期対応（産婦人科）
赤1	その他の腹痛	赤1	救命救急センター 重症初期対応
赤2		赤2	重症初期対応 初期対応(内科、外科)
黄以下		黄以下	初期対応(内科、外科)

吐下血

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤1	□新鮮な吐下血 □24時間以内の大量吐下血 □高度貧血を伴う吐下血	赤1	救命救急センター 特定機能対応（消化管内視鏡） 特定機能対応（緊急外科手術）
赤2		赤2	特定機能対応（消化管内視鏡） 特定機能対応（緊急外科手術） 救命救急センター
黄以下		黄以下	特定機能対応（消化管内視鏡） 初期対応(内科、外科)
赤1	その他の吐下血	赤1	救命救急センター 重症初期対応
赤2		赤2	重症初期対応 初期対応(内科、外科)
黄以下		黄以下	初期対応(内科、外科)

下痢

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤1	下痢	赤1	救命救急センター 重症初期対応
赤2		赤2	重症初期対応 初期対応(内科)
黄以下		黄以下	初期対応(内科)

嘔吐・嘔気

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤1	**頭蓋内疾患に伴う嘔吐・嘔気** □頭痛やめまいを伴う激しい嘔吐・嘔気 □片側上肢・下肢の運動麻痺 □片側顔面の運動麻痺 □片側のしびれ感 □言語障害(失語症・構音障害) □片側の失明 □運動失調	赤1	救命救急センター 特定機能対応(tPA・脳外科手術)
赤2		赤2	特定機能対応(tPA・脳外科手術) 救命救急センター
黄以下		赤2	特定機能対応(tPA・脳外科手術) 初期対応(内科、神経内科、脳外科)
赤1	その他の嘔吐・嘔気	赤1	救命救急センター 重症初期対応
赤2		赤2	重症初期対応 初期対応(内科)
黄以下		黄以下	初期対応(内科)

産婦人科疾患

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤1	□妊婦の腹痛 □妊婦の意識障害・けいれん □妊婦の呼吸困難	赤1	救命救急センター＊
赤2		赤2	初期対応(産婦人科) 救命救急センター＊
黄以下		黄以下	初期対応(産婦人科)
赤1	その他の産婦人科関連の症状	赤1	救命救急センター 重症初期対応
赤2		黄以下	初期対応(産婦人科)
黄以下			

＊最重症合併症妊産婦受入医療機関

血尿・側腹部痛

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤1	血尿・側腹部痛	赤1	救命救急センター 重症初期対応
赤2		赤2	重症初期対応 初期対応(内科、泌尿器科)
黄以下		黄以下	初期対応(内科、泌尿器科)

泌尿器科疾患

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤1	**フルニエ壊疽** □下腹部、会陰部の発赤、腫脹、握雪感	赤1	救命救急センター 重症初期対応
赤2		赤2	重症初期対応 初期対応(泌尿器科・外科・内科) 救命救急センター
黄以下		黄以下	初期対応(泌尿器科・外科・内科)
赤1	**精巣捻転** □睾丸の激しい疼痛	赤1	救命救急センター 重症初期対応
赤2		赤2	重症初期対応 初期対応(泌尿器科・外科)
黄以下		黄以下	初期対応(泌尿器科・内科)
赤1	その他の泌尿器関連の症状	赤1	救命救急センター 重症初期対応
赤2		赤2	重症初期対応 初期対応(泌尿器科・内科)
黄以下		黄以下	初期対応(泌尿器科・内科)

腰背部痛

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤1	**胸部・腹部大動脈解離による腰背部痛** □急激な発症 □痛みが移動する □上肢血圧の左右差 □足背動脈触知微弱	赤1	救命救急センター 特定機能対応(心大血管手術)
赤2		赤2	特定機能対応(心大血管手術) 救命救急センター
黄以下		赤2	特定機能対応(心大血管手術) 初期対応(内科、循環器内科)
赤1	**胸部・腹部大動脈瘤による腰背部痛** □上肢血圧の左右差 □拍動する腹部腫瘤	赤1	救命救急センター 特定機能対応(心大血管手術)
赤2		赤2	特定機能対応(心大血管手術) 救命救急センター
黄以下		赤2	特定機能対応(心大血管手術) 初期対応(内科、循環器内科)
赤1	その他の腰背部痛	赤1	救命救急センター 重症初期対応
赤2		赤2	重症小児対応 初期対応(内科)
黄以下		黄以下	初期対応(内科)

急性発症の意識障害

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤1	**SAHによる意識障害** □これまでで最悪の頭痛 □視力障害	赤1	救命救急センター 特定機能対応（脳外科手術）
赤2		赤2	特定機能対応（脳外科手術） 救命救急センター
黄以下		赤2	特定機能対応（脳外科手術）
赤1	**脳梗塞または脳出血による意識障害** □片側上肢・下肢の運動麻痺 □片側顔面の運動麻痺 □片側のしびれ感 □言語障害（失語症・構音障害） □片側の失明 □運動失調	赤1	救命救急センター 特定機能対応（tPA・脳外科手術）
赤2		赤2	特定機能対応（tPA・脳外科手術） 救命救急センター
黄以下		赤2	特定機能対応（tPA・脳外科手術） 初期対応（脳外・内科・神経内科）
赤1	**ACS・不整脈による意識障害** □突然発症し，数分以上続く胸痛を伴う □境界不明瞭な（指で指し示すことのできない）胸痛伴う □心電図上ST−T変化 □心電図上wideQRS □心電図上の不整脈（多源性/多発性/連発PVC・RonT・VT・高度徐脈等） □心疾患（ACS等）の既往	赤1	救命救急センター 特定機能対応（PCI等）
赤2		赤2	特定機能対応（PCI等） 救命救急センター
黄以下		赤2	特定機能対応（PCI等） 初期対応（内科・循環器内科）
赤1	その他の意識障害	赤1	救命救急センター 重症初期対応
赤2		赤2	重症初期対応 初期対応（内科・神経内科） 救命救急センター
黄以下		黄以下	初期対応(内科・神経内科)

急性発症の頭痛

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤1	**SAH・脳出血による頭痛** □これまでで最悪の頭痛 □視力障害 □片側上肢・下肢の運動麻痺 □片側顔面の運動麻痺 □片側のしびれ感 □言語障害（失語症・構音障害） □片側の失明 □運動失調	赤1	救命救急センター 特定機能対応（脳外科手術）
赤2		赤2	特定機能対応（脳外科手術） 救命救急センター
黄以下		赤2	特定機能対応（脳外科手術） 初期対応（脳外・内科・神経内科）
赤1	その他の頭痛	赤1	救命救急センター 重症初期対応
赤2		赤2	重症初期対応 初期対応（内科・神経内科）
黄以下		黄以下	初期対応（内科・神経内科）

急性発症のしびれ・麻痺

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤1	**脳梗塞によるしびれ・麻痺** □片側上肢・下肢の運動麻痺 □片側顔面の運動麻痺 □片側のしびれ感 □言語障害（失語症・構音障害） □片側の失明 □運動失調	赤1	救命救急センター 特定機能対応（tPA） 特定機能対応（tPA・脳外科手術）
赤2		赤2	特定機能対応（tPA） 特定機能対応（tPA・脳外科手術） 救命救急センター
黄以下		赤2	特定機能対応（tPA） 特定機能対応（tPA・脳外科手術） 初期対応（内科・神経内科）
赤1	その他のしびれ・麻痺	赤1	救命救急センター 重症初期対応
赤2		赤2	重症初期対応 初期対応（内科・神経内科）
黄以下		黄以下	初期対応（内科・神経内科）

痙攣

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤1	□痙攣重責状態 □痙攣が持続している	赤1	救命救急センター 重症初期対応
赤2		赤2	重症初期対応 初期対応（神経内科・脳外） 救命救急センター
赤1	**脳梗塞または脳出血による痙攣** □片側上肢・下肢の運動麻痺 □片側顔面の運動麻痺 □片側のしびれ感 □言語障害（失語症・構音障害） □片側の失明 □運動失調	赤1	救命救急センター 特定機能対応(tPA・脳外科手術)
赤2		赤2	特定機能対応(tPA・脳外科手術) 救命救急センター
黄以下		赤2	特定機能対応（tPA・脳外科手術） 初期対応（内科・神経内科・脳外）
赤1	**SAHによる痙攣** □これまでで最悪の頭痛 □視力障害	赤1	救命救急センター 特定機能対応（脳外科手術）
赤2		赤2	特定機能対応（脳外科手術） 救命救急センター
黄以下		赤2	特定機能対応（脳外科手術） 初期対応（内科・神経内科・脳外）
赤1	その他の痙攣	赤1	救命救急センター 重症初期対応
赤2		赤2	重症初期対応 初期対応（内科・神経内科・脳外）
黄以下		黄以下	初期対応（内科・神経内科・脳外）

急性発症の眩暈・ふらつき

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤1	**脳梗塞また脳出血による眩暈・ふらつき** □片側上肢・下肢の運動麻痺 □片側顔面の運動麻痺 □片側のしびれ感 □言語障害（失語症・構音障害） □片側の失明 □運動失調	赤1	救命救急センター 特定機能対応（tPA・脳外科手術）
赤2		赤2	特定機能対応（tPA・脳外科手術） 救命救急センター
黄以下		赤2	特定機能対応（tPA・脳外科手術） 初期対応(脳外・内科・神経内科)
赤1	**ACS・不整脈による眩暈・ふらつき** □突然発症し，数分以上続く胸痛を伴う □境界不明瞭な（指で指し示すことのできない）胸痛伴う □心電図上ST−T変化 □心電図上wideQRS □心電図上の不整脈（多源性/多発性/連発PVC・RonT・VT・高度徐脈等） □心疾患（ACS等）の既往	赤1	救命救急センター 特定機能対応（PCI等）
赤2		赤2	特定機能対応（PCI等） 救命救急センター
黄以下		赤2	特定機能対応（PCI等） 初期対応（内科、循環器内科）
赤1	その他の眩暈・ふらつき	赤1	救命救急センター 重症初期対応
赤2		赤2	重症初期対応 初期対応（内科・神経内科・耳鼻科）
黄以下		黄以下	初期対応（内科・神経内科・耳鼻科）

その他の症状・徴候

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤1	**脳梗塞また脳出血による** □片側上肢・下肢の運動麻痺 □片側顔面の運動麻痺 □片側のしびれ感 □言語障害（失語症・構音障害） □片側の失明 □運動失調	赤1	救命救急センター 特定機能対応（tPA・脳外科手術）
赤2		赤2	特定機能対応（tPA・脳外科手術） 救命救急センター
黄以下		赤2	特定機能対応（tPA・脳外科手術） 初期対応(脳外・内科・神経内科)
赤1	**ACS・不整脈による** □突然発症し，数分以上続く胸痛を伴う □境界不明瞭な（指で指し示すことのできない）胸痛伴う □心電図上ST−T変化 □心電図上wideQRS □心電図上の不整脈（多源性/多発性/連発PVC・RonT・VT・高度徐脈等） □心疾患（ACS等）の既往	赤1	救命救急センター 特定機能対応（PCI等）
赤2		赤2	特定機能対応（PCI等） 救命救急センター
黄以下		赤2	特定機能対応（PCI等） 初期対応（内科、循環器内科）
赤1	その他の症状・徴候	赤1	救命救急センター 重症初期対応
赤2		赤2	重症初期対応 初期対応（内科・外科）
黄以下		黄以下	初期対応（内科・外科）

通報内容の確認								
段階	観察	評価1 （第1印象） （生理学的徴候の破綻）	評価2 （第1補足因子、第1段階） 生理学的徴候の異常	評価3 （第1補足因子、第2段階）	評価4 （第2補足因子） 症状・徴候	緊急度	対応・病院選定	
状況評価								
	□汚染 □感染性 □NBC						感染防御	
	□危険性						安全確保	
	□傷病者数（1、2、3、・・・）						災害対応 応援要請（□DC、□PA、□A）	
	原因 ☑疾病 □外傷 □外因						疾病プロトコル採用	
初期評価								
第一印象	反応の有無	CPA					**CPRプロトコル**	
重症感	気道の異常	□気道の閉塞 □気道の狭窄 □いびき □ゴロゴロ音 □異物 □口腔咽頭の浮腫				赤1	気道確保 （用手的・エアウェイ） 異物除去・吸引 酸素投与 心電図・SpO2モニター	救命救急センター または 重症小児対応医療機関
	呼吸の異常	□会話不能～単語のみ □過度の努力呼吸 □鼻翼呼吸 □陥没呼吸 □起坐呼吸 □腹式呼吸 □気管の牽引 □チアノーゼ □呼吸数※ □SpO2<92%（酸素投与下）					酸素投与 補助換気 心電図・SpO2モニター 改善しなければL&G	
	循環の異常	□皮膚蒼白 □皮膚冷感 □皮膚湿潤 □橈骨動脈脈拍触知不可 □脈拍※ □制御不可能な外出血					酸素投与 心電図・SpO2モニター **ショックプロトコル** L&G	
	切迫する意識障害	□JCS≧30 （または、ECS≧20、GCS≦8） □目前で急な意識レベルの低下 □ヘルニア徴候（傾眠以降の意識レベルで、片麻痺、瞳孔不同、クッシング現象、繰り返す嘔吐）					酸素投与 心電図・SpO2モニター ABCへの対応 L&G	
	体温	□明らかに熱い □明らかに冷たい				赤2	↓先へ進む	
病歴聴取								
主訴（主要な症候）	どうされました？				症状・徴候⇒※			
現病歴	何時から どんなふうに どこが 緩和や誘発？ 放散する？ 疼痛の評価 時間経過？			□疼痛スコア 急性8~10		赤2		
既往歴	症状・徴候（随伴所見・症状） アレルギー 服薬・既往歴 食事時刻・原因			□先天性疾患 （出血・免疫不全など）				
生理学的徴候	呼吸		□努力呼吸 □とぎれとぎれの会話 □重度吸気性喘鳴 □SpO2<95%（酸素投与下）					
	循環		□脈拍※ □循環状態が安定しているとは言えない □止血可能な外出血の持続					
	意識レベル		□JCS 2-20 □GCS 9-13					
	体温		□35℃以下 □40℃以上 □38℃以上で敗血症・免疫不全の疑い					
※に関連した部位					※プロトコルごとに表示			

各論　プロトコル	評価2また	評価3　X	※ 呼吸困難 意識障害 頭痛 腹痛 腰痛 動悸 しびれ・麻痺 痙攣 嘔吐 下痢 発熱	＝搬送先医療機関

※

	6か月未満	6か月～1歳	1歳～3歳	3歳～6歳	6歳以上
呼吸	＜10回/min.未満				
	＞80回/min.	＞60回/min	＞40回/min	＞30回/min	＞25回/min.
脈拍	＜40bpm.				＜30bpm
	＞210bpm.	＞180bpm.	＞165bpm.	＞140bpm.	＞120bpm.

呼吸困難

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤2	**気道異物による呼吸困難** □喘鳴 □呼吸音の異常 □呼吸音の左右差	赤1	救命救急センター 重症小児対応
黄以下		赤2	重症小児対応
赤2	その他の呼吸困難	赤2	
黄以下			初期小児対応

意識障害

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤2	その他の意識障害	赤2	重症小児対応
黄以下		黄以下	初期小児対応

頭痛

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤2	□突然発症の激しい頭痛	赤1	救命救急センター 重症小児対応
黄以下		赤2	重症小児対応
赤2	その他の頭痛		
黄以下		黄以下	初期小児対応

腹痛

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤2	□急性の激しい腹痛 □腹壁緊張or圧通 □腹膜刺激徴候 □高度貧血 □グル音消失 □金属製グル音 □吐下血 □腹部の異常膨隆 □頻回の嘔吐	赤1	救命救急センター 重症小児対応
黄以下		赤2	重症小児対応
赤2	その他の腹痛		
黄以下		黄以下	初期小児対応

腰痛

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤2	□しびれ・麻痺を伴う □膀胱直腸障害	赤1	救命救急センター 重症小児対応
黄以下		赤2	重症小児対応
赤2	その他の腰痛		
黄以下		黄以下	初期小児対応

動悸

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤2	□致死性不整脈の既往 □川崎病の既往 □胸痛を伴う	赤1	救命救急センター 重症小児対応
黄以下		赤2	重症小児対応
赤2	その他の動悸		
黄以下		黄以下	初期小児対応

しびれ・麻痺

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤2	その他のしびれ・麻痺	赤2	重症小児対応
黄以下		黄以下	初期小児対応

痙攣

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤2	□痙攣が持続している □痙攣重責状態	赤1	救命救急センター 重症小児対応
赤2	□痙攣が収まっている	赤2	重症小児対応
黄以下		黄以下	初期小児対応

嘔気・嘔吐

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤2	**イレウスを疑う** □頻回 □胆汁様	赤1	救命救急センター 重症小児対応
黄以下		赤2	重症小児対応
赤2	**脱水を疑う** □口腔・舌の乾燥 □ツルゴール低下 □尿量減少	赤1	救命救急センター 重症小児対応
黄以下		赤2	重症小児対応
赤2	その他の嘔気・嘔吐		
黄以下		黄以下	初期小児対応

下痢

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤2	**脱水を疑う** □口腔・舌の乾燥 □ツルゴール低下 □尿量減少	赤1	救命救急センター 重症小児対応
黄以下		赤2	重症小児対応
赤2	その他の下痢		
黄以下		黄以下	初期小児対応

発熱

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤2	□点状出血	赤1	救命救急センター 重症小児対応
黄以下		赤2	重症小児対応
赤2	その他の発熱		
黄以下		黄以下	初期小児対応

通報内容の確認								
段階	観察	評価1 （第1印象） 生理学的徴候の破たん	評価2 （第1補足因子、第1段階） 生理学的徴候の異常	評価3 （第1補足因子、第2段階） 疼痛、出血傾向、受傷機転	評価4 （第2補足因子） 症状・徴候	緊急度	対応・病院選定	
状況評価								
	□汚染 □感染性 □NBC						感染防御	
	□危険性						安全確保	
	□傷病者数（1、2、3、・・・）						災害対応 応援要請（□DC、□PA、□A）	
	原因 □疾病 □外傷 ☑外因）						外傷以外外因プロトコル	
初期評価								
第一印象	反応の有無	CPA					**CPRプロトコル**	
重症感	気道の異常	□気道の閉塞 □気道の狭窄 □いびき □ゴロゴロ音 □異物 □口腔咽頭の浮腫				赤1	気道確保 （用手的・エアウェイ） 異物除去・吸引 酸素投与 心電図、SpO2モニター 改善しなければL&G	救命救急センター
	呼吸の異常	□会話不能～単語のみ □過度の努力呼吸 □鼻翼呼吸 □起坐呼吸 □陥没呼吸 □腹式呼吸 □気管の牽引 □チアノーゼ □呼吸数<10 □SpO2<92%（酸素投与下）					酸素投与 補助換気 心電図、SpO2モニター 改善しなければL&G	
	循環の異常	□皮膚蒼白 □皮膚冷感 □皮膚湿潤 □橈骨動脈脈拍触知不可 □高度の頻脈・徐脈 □制御不可能な外出血					酸素投与 心電図、SpO2モニター **ショックプロトコル** L&G	
	切迫する意識障害	□JCS≧30 （または、ECS≧20、GCS≦8） □目前で急な意識レベルの低下 □ヘルニア徴候（傾眠以下の意識レベルで、片麻痺、瞳孔不同、クッシング現象、繰り返す嘔吐）					酸素投与 心電図、SpO2モニター ABCへの対応 L&G	
	体温の異常	□明らかに熱い □明らかに冷たい				赤2	↓先へ進む	
病歴聴取								
主訴（主要な症候）	どうされました？			**農薬** **医薬品**： アスピリン、アセトアミノフェン、血糖降下薬の大量服用 **工業用品**：強酸、強アルカリ、石油製品、青酸化合物 **家庭用品**：防虫剤、殺鼠剤 **毒性のある食物**		赤1		救命救急センター
				上記以外の外因→外傷以外の外因⇒※				
現病歴	何時から どんなふうに どこが 緩和や誘発？ 放散する？ 疼痛の評価 時間経過？			□疼痛スコア8-10、急性 （□内臓・深在性）		赤2		
				□疼痛スコア8-10、慢性 □疼痛スコア5-7、急性		黄		
				□疼痛スコア1-4、急性 □疼痛スコア＜8、慢性		緑		
既往歴	症状・徴候（随伴所見・症状） アレルギー 服薬（出血素因） 既往歴・妊娠 食事時刻・原因			□先天性出血疾患 □抗凝固薬の内服		赤2		
身体観察								
生理学的徴候	呼吸		□努力呼吸 □とぎれとぎれの会話 □重度吸気性喘鳴 □SpO2<95%（酸素投与下）			赤2		
	循環		□血圧＜90mmHg □脈拍>120/分 脈拍<50/分 □循環状態が安定しているとは言えない □止血可能な外出血の持続					
	意識レベル		□JCS 2-20 □GCS 9-13					
	体温		□35℃以下 □40℃以上 □38℃以上で敗血症・免疫不全の疑い					

				※原因ごとのプロトコル	
各論　プロトコル	評価2　および	評価3　X	覚醒剤、麻薬 有毒ガス 化学物質暴露 （化学損傷） 電撃症 咬・刺傷（マムシ等） 寒冷暴露・低体温 高温暴露・高体温 溺水 異物誤飲 潜水病（減圧症） アスピリン、アセトアミノフェン、血糖降下薬以外の医薬品大量服用 その他の中毒 原因毒物不明	＝搬送先医療機関

有毒ガス吸引

第1次補足因子		第2次補足因子	緊急度	対応・病院選定
第1段階	第2段階			
赤2	赤2	症状の有無にかかわらず	赤1	救命救急センター
赤2	黄以下			
黄以下	赤2	□身体症状あり	赤2	救命救急センター 初期対応（内科）
黄以下	黄以下	□身体症状あり		
黄以下	黄以下	□身体症状なし	黄以下	初期対応（内科）

覚醒剤・麻薬中毒

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤2	症状の如何にかかわらず	赤1	救命救急センター
黄以下	□精神症状のあるもの	赤2	初期対応（精神科）
黄以下	□精神症状なし	黄以下	初期対応（内科、精神科）

化学物質暴露・化学損傷

第1次補足因子	第2次補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤2	□皮膚（化学損傷） □粘膜症状 □呼吸器症状	赤1	救命救急センター
赤2	□上記症状なし	赤2	救命救急センター 初期対応（外科、内科）
黄以下	□皮膚（化学損傷） □粘膜症状 □呼吸器症状		救命センター 初期対応（外科、内科）
黄以下	□上記症状なし	黄以下	初期対応（外科、内科）

電撃傷

第1次補足因子	第2次補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤2	□一過性の意識障害 □不整脈 □胸痛 □運動麻痺・脱力 □しびれ・感覚麻痺 □Ⅲ度以上の電撃熱傷	赤1	救命救急センター
赤2	□上記症状なし		
黄以下	□一過性の意識障害 □不整脈　□胸痛 □運動麻痺・脱力 □しびれ・感覚麻痺 □Ⅲ度以上の電撃熱傷	赤2	救命救急センター
黄以下	□上記症状なし	黄以下	初期対応（内科、外科）

生物による咬傷・刺傷

第1次補足因子	第2次補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤2	□大関節を超える発赤腫脹 □アナフィラキシー徴候 □マムシ咬傷疑い	赤1	救命救急センター
赤2	□上記症状なし	赤2	救命救急センター 初期対応（外科）
黄以下	□大関節を超える発赤腫脹 □アナフィラキシー徴候 □マムシ咬傷疑い		
黄以下	□上記症状なし	黄以下	初期対応（外科）

寒冷暴露・低体温

第1次補足因子	第2次補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤2	□意識障害 （無関心・錯乱・昏睡） □除脈・不整脈 □心電図波形の延長・J波 □筋硬直 □四肢末梢の著しい 冷感と蒼白、壊死	赤1	救命救急センター
赤2	□上記症状なし	赤2	救命救急センター
黄以下	□意識障害 （無関心・錯乱・昏睡） □除脈・不整脈 □心電図波形の延長・J波 □筋硬直 □四肢末梢の著しい 冷感と蒼白、壊死		
黄以下	□上記症状なし	黄以下	初期対応（内科、外科）

高温暴露・高体温

第1次補足因子	第2次補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤2	□意識障害 □小脳症状 □痙攣発作 □出血傾向、紫斑	赤1	救命救急センター
赤2	□頭痛 □嘔吐 □倦怠感、虚脱感 □集中力・判断力の低下	赤2	救命救急センター
赤2	□めまい　□大量の発汗 □欠神　□筋肉痛 □筋硬直（こむら返り）		救命救急センター 初期対応（内科）
黄以下	□意識障害 □小脳症状 □痙攣発作 □出血傾向、紫斑		救命救急センター
黄以下	□頭痛 □嘔吐 □倦怠感、虚脱感 □集中力・判断力の低下	黄以下	初期対応（内科）
黄以下	□めまい　□大量の発汗 □欠神　□筋肉痛 □筋硬直（こむら返り）		

溺水

第1次補足因子	第2次補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤2	□症状の如何に関わらず	赤1	救命救急センター
黄以下	□症状の如何に関わらず	黄以下	初期対応（内科）

異物誤飲

第1次補足因子	第2次補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤2	**気道異物の疑い** □喘鳴 □呼吸音の異常 □呼吸音の左右差	赤1	救命救急センター
赤2	上記症状なし □腐食性（ボタン電池等） □鋭利なもの □中毒性のあるもの（タバコ等）	赤2	救命救急センター 重症小児対応 （12歳以下の場合）
赤2	□上記に該当しない		
黄以下	**気道異物の疑い** □喘鳴 □呼吸音の異常 □呼吸音の左右差		
	上記症状なし □腐食性（ボタン電池等） □鋭利なもの □中毒性のあるもの（タバコ等）		救命救急センター 重症小児 （12歳以下の場合） 初期対応（内科、小児科）
黄以下	□上記に該当しない	黄以下	初期対応（内科、小児科）

潜水病・減圧症

第1次補足因子	第2次補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤2	□呼吸器症状 □関節痛 □神経障害	赤2	救命救急センター 特定機能対応（高圧酸素療法対応施設）
赤2	□上記症状なし		
黄以下	□呼吸器症状 □関節痛 □神経障害		特定機能対応（高圧酸素療法対応施設）
黄以下	□上記症状なし	黄以下	初期対応（内科）

アスピリン、アセトアミノフェン、血糖降下薬以外の医薬品大量服用

第1次補足因子	第2次補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤2	□傾眠　□低血圧 □不整脈 □呼吸抑制 □高体温　□筋硬直	赤1	救命救急センター
赤2	□上記症状を認めず	赤2	救命救急センター 初期対応（内科）
黄以下	□傾眠　□低血圧 □不整脈 □呼吸抑制 □高体温　□筋硬直		
黄以下	□上記症状なし	黄以下	初期対応（内科、精神科）

その他の中毒

第1次補足因子	第2次補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤2	□身体症状あり	赤1	救命救急センター
赤2	□身体症状なし	赤2	救命救急センター 初期対応（内科）
黄以下	□身体症状あり	黄以下	初期対応（内科）
	□身体症状なし		

原因毒物不明

第1次補足因子	第2次補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤2	□身体症状あり	赤1	救命救急センター
赤2	□身体症状なし	赤2	救命救急センター 初期対応（内科）
黄以下	□身体症状あり	黄以下	初期対応（内科）
黄以下	□身体症状なし		

通報内容の確認								
段階	観察	評価1 （第1印象） 生理学的徴候の破綻	評価2 （第1補足因子、第1段階） 生理学的徴候の異常	評価3 （第1補足因子、第2段階） 疼痛、出血傾向、受傷機転	評価4 （第2補足因子） 症状・徴候	緊急度	対応・病院選定	
状況評価								
	□汚染 □感染性 □NBC						感染防御	
	□危険性						安全確保	
	□傷病者数（1、2、3、・・・）						災害対応 応援要請（□DC, □PA、□A）	
	原因 □疾病 ☑外傷 □外因						外傷プロトコル（JPTEC） 携行資器材	
初期評価								
第一印象	反応の有無	CPA					**CPRプロトコル** 外出血の止血 頸椎固定 バクボード固定	
生理学的評価 （Step1）	気道の異常	□気道の閉塞 □気道の狭窄 □いびき □ゴロゴロ音 □異物 □口腔咽頭の浮腫				赤1	L&G 気道確保 異物除去 吸引 高濃度酸素投与 外出血の止血 頸椎固定 バクボード固定 心電図モニター SpO2モニター	救命救急センター
	呼吸の異常	□過度の努力呼吸 □鼻翼呼吸 □陥没呼吸 □腹式呼吸 □気管の牽引 □チアノーゼ □徐呼吸（呼吸数<10）						
	循環の異常	□皮膚蒼白 □皮膚冷感 □皮膚湿潤 □橈骨動脈触知不可 □高度の頻脈・徐脈 □制御不可能な外出血						
	切迫する 意識障害	□GCS≦8、または≧30 □急な意識レベルの低下 □ヘルニア徴候（傾眠以下の意識レベルで、片麻痺、瞳孔不同、クッシング現象、繰り返す嘔吐）						
	体温の異常	□明らかに熱い □明らかに冷たい				赤2	↓先へ進む	
解剖学的評価 （Step2）	頭部 顔面 頸部 胸部 腹部 四肢・骨盤 軟部組織 体表・熱傷 麻痺				□頭部の開放骨折・陥没骨折 □顔面頸部の高度な損傷 □皮下気腫 □外頸静脈の著しい怒張 □呼吸音の左右差 □胸郭の動揺・変形・フレイルチェスト □腹部膨隆、腹壁緊張 □腰部骨盤部の激しい疼痛・圧痛、骨盤動揺、下肢長差 □両側大腿骨骨折 □頭頸部・体幹・代替・上腕の穿通性外傷（刺創・銃創・杙創） □挫滅創、デグロービング損傷 □四肢動脈損傷**（別紙1）** □四肢切断・離断 □四肢麻痺 □15%以上の熱傷を合併した外傷 □Ⅱ度熱傷20%以上（小児高齢者10%以上） □Ⅲ度熱傷10%以上（小児高齢者5%以上） □顔面熱傷、気道熱傷	赤1	L&G 気道確保 高濃度酸素投与 外出血の止血 頸椎固定 バクボード固定 心電図モニター SpO2モニター	救命救急センター
病歴聴取								
SAMPLE聴取	受傷機転 ⇒高エネルギー事故か? （Step3）			自動車乗車中 □同乗者死亡 □車の横転 □車外放出 □車の高度損傷 バイク走行中 □バイクと運転者の距離大 歩行者、自転車 □車に跳ね飛ばされた □車に轢過された 高所墜落 □成人＞6m （3階フロアー以上） □小児＞3m （身長の2～3倍） □機械器具に挟まれた □体幹部を挟まれた		赤2	L&G 気道確保 高濃度酸素投与 外出血の止血 頸椎固定 バクボード固定 心電図モニター SpO2モニター	救命救急センター または オンラインMC
	どこを、どうされましたか				受傷部位・症状・徴候⇒※			
	患者背景 （Step4） 年齢 アレルギー 内服薬 既往歴・妊娠 食事時刻			□小児：12歳以下 □高齢者：65歳以上 □出血性素因 □20週以降の妊婦 □重症化しそうな印象 □心疾患の既往 □呼吸器疾患の既往 □透析患者 □肝疾患の既往 □糖尿病の既往 □薬物中毒の合併		赤2	緊急度をワンランクアップ 搬送先医療機関選定時に考慮	
身体観察⇒継続観察・詳細観察								
生理学的評価	**別紙2**		資料6の別紙2			赤1 赤2 黄以下		
全身観察	※に関連した部位				※搬送先選定プロトコール			
	眼球損傷 眼窩周辺骨折					赤2	眼球保護	
	四肢外傷 （13歳以上）						創傷処置 圧迫止血 固定	
	四肢外傷 （12歳以下）							
	手指・足趾切断							
	頭部外傷 （13歳以上）						創傷処置 圧迫止血 頸椎固定	
	頭部外傷 （12歳以下）							
	その他の外傷						創傷処置 圧迫止血	

損傷部位ごとプロトコル

評価2　および	評価3　X	眼球損傷・眼窩周辺骨折 四肢外傷（13歳以上） 四肢外傷（12歳以下） 手指・足趾切断 頭部外傷（13歳以上） 頭部外傷（12歳以下） その他の外傷	＝搬送先医療機関

四肢動脈損傷を疑う所見　　別紙1

□急激に増大する腫瘤
□拍動性の腫瘤
□拍動性の外出血
末梢阻血症状
　□疼痛＋蒼白　□疼痛＋冷感
　□知覚障害　□運動障害
　□脈微弱

生理学的評価による緊急度判断
：step1で赤1を認めればL&Gで救命センター等に搬送

別紙2

緊急度	赤1 （L&Gとして対応）	赤2	黄以下
気道	気道の閉塞 気道の狭窄 いびき ゴロゴロ音 異物 口腔咽頭の浮腫		
呼吸	過度の努力呼吸 鼻翼呼吸 陥没呼吸 腹式呼吸 気管の牽引 チアノーゼ 徐呼吸（概ね呼吸数<10） SpO_2<90%（酸素なし） SpO2<92%（酸素投与下）	努力呼吸 SpO_2<92%（酸素なし） SpO_2<95%（酸素投与下）	赤1, 2に該当しない
循環	皮膚蒼白 皮膚冷感 皮膚湿潤 橈骨動脈触知不能 高度の頻脈・徐脈 （概ね＜50、≧120） 制御不可能な出血 血圧<90mmHg	ショック徴候を認めた 循環状態が安定しているとは言えない 止血可能な外出血の持続 65歳以上で血圧＜110mmHg	赤1, 2に該当しない
意識	JCS≧30またはGCS≦8 目前での急な意識レベルの低下（GCS2点以上） 意識れべる傾眠以下でかつ下記症状を認める（ヘルニア徴候） 　片麻痺 　瞳孔不同 　クッシング現象 　繰り返す嘔吐 痙攣重積（痙攣の持続）	JCS 2-20、GCS 9-13	赤1, 2に該当しない
体温		明らかに熱い（40℃以上） 明らかに冷たい（35℃以下）	赤1, 2に該当しない

※第1補足因子第2段階が、高エネルギー事故による受傷のために赤2となっている場合は、救命救急センターへ搬送またはオンラインMCで指示を仰ぐ

眼球損傷・眼窩周辺骨折

第1補足因子		第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
第1段階	第2段階			
赤2	赤2	□視力障害 □複視 □眼球偏位 □眼球脱出	赤1	救命救急センター等
赤2	黄以下		赤2	救命救急センター 初期対応（眼科）
黄以下	赤2		赤2	救命救急センター※ 初期対応（眼科）
黄以下	黄以下		黄以下	初期対応（眼科）

四肢外傷（13歳以上）
（単純骨折・脱臼）

第1補足因子		第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
第1段階	第2段階			
赤2	赤2	□激しい疼痛 □変形 □腫脹 □轢音	赤1	救命救急センター
赤2	黄以下		赤2	救命救急センター 初期対応（整形）
黄以下	赤2			
黄以下	黄以下		黄以下	初期対応（整形）

（開放骨折・脱臼）

赤2	赤2	開放創を伴う □激しい疼痛 □変形 □腫脹 □轢音	赤1	救命救急センター
赤2	黄以下		赤2	救命救急センター 初期対応（整形）
黄以下	赤2			
黄以下	黄以下			

四肢外傷（12歳以下） 開放創の有無は問わない

第1補足因子		第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
第1段階	第2段階			
赤2	小児12歳以下	□変形 □腫脹 □轢音 □手足を動かさない	赤1	救命救急センター
黄以下			赤2	救命救急センター 初期対応（整形）

手指・足趾切断

第1補足因子		第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
第1段階	第2段階			
赤2	赤2	□手指・足趾切断	赤1	救命救急センター
黄以下	赤2		赤2	救命救急センター 特定機能対応（再接着）
黄以下	黄以下		黄以下	特定機能対応（再接着）

頭部外傷（13歳以上） 頭部打撲・頭部挫創・頭部皮下血腫

第1補足因子		第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
第1段階	第2段階			
赤2	赤2	□失見当識 □瞳孔異常 □髄液鼻（耳）漏 □バトルサイン □パンダの目 □激しい鼻出血 □耳出血 □頻回の嘔吐	赤1	救命救急センター
赤2	黄以下		赤2	救命救急センター 初期対応（脳外）
黄以下	赤2			
黄以下	黄以下		黄以下	初期対応（脳外）
黄以下	黄以下	上記症状なし	黄以下	初期対応（外科、脳外）

頭部外傷（12歳以下） 頭部打撲・頭部挫創・頭部皮下血腫

第1補足因子		第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
第1段階	第2段階			
赤2	赤2	□失見当識 □瞳孔異常 □髄液鼻（耳）漏 □バトルサイン □パンダの目 □激しい鼻出血 □耳出血 □頻回の嘔吐	赤1	救命救急センター
赤2	黄以下		赤2	救命救急センター 初期対応（脳外）
黄以下	赤2			
黄以下	黄以下			
黄以下	黄以下	上記症状なし	黄以下	初期対応（小児科、外科、脳外）

その他の損傷

第1補足因子		第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
第1段階	第2段階			
赤2	赤2	□損傷の如何にかかわらず	赤1	救命救急センター
赤2	黄以下		赤2	救命救急センター 初期対応（外科、整形、脳外）
黄以下	赤2			
黄以下	黄以下		黄以下	初期対応（外科、整形、脳外）

（資料７）

病院後救急患者情報の項目

名称	具体的項目
患者識別情報	
初診時診療科名	診療科名（選択）
既往歴	病名（選択）
主訴	ＩＣＤ-１０（複数、１０項目まで）
初診時診断名	ＩＣＤ-１０
初診時処置	ＩＣＤ-１０病名から紐付
初診医評価	１次、２次、３次
初診時転帰	帰宅、外来死亡、入院、外来より転送
初診時転送先	転送先病院名、診療科名
初診時メモ	
確定時診療科名	診療科名（選択）
確定診断名	ＩＣＤ-１０
確定処置	ＩＣＤ-１０病名から紐付
２１日後転帰	入院、退院、転院、死亡
転帰年月日	年月日
退院時転帰	入院、退院、転院、死亡
転送先	転送先病院名
確定診断メモ	
CPA の推定原因	心原性、非心原性
病院到着後心拍再開	あり、なし、病院収容時既に再開
１か月予後の回答及び生存	あり、なし、回答待ち、生存の内訳（入院・退院） 死亡日
発症１か月後又は退院時の機能評価	脳機能評価、全身機能評価 （良好、中等度障害、高度障害、昏睡、死亡・脳死）

病院外心肺停止患者のみ

資料３

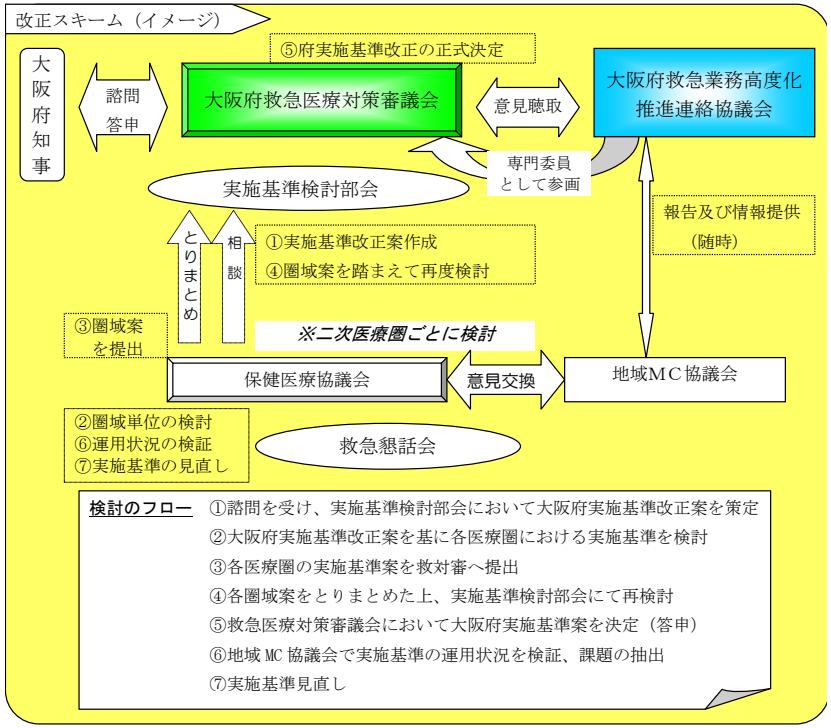
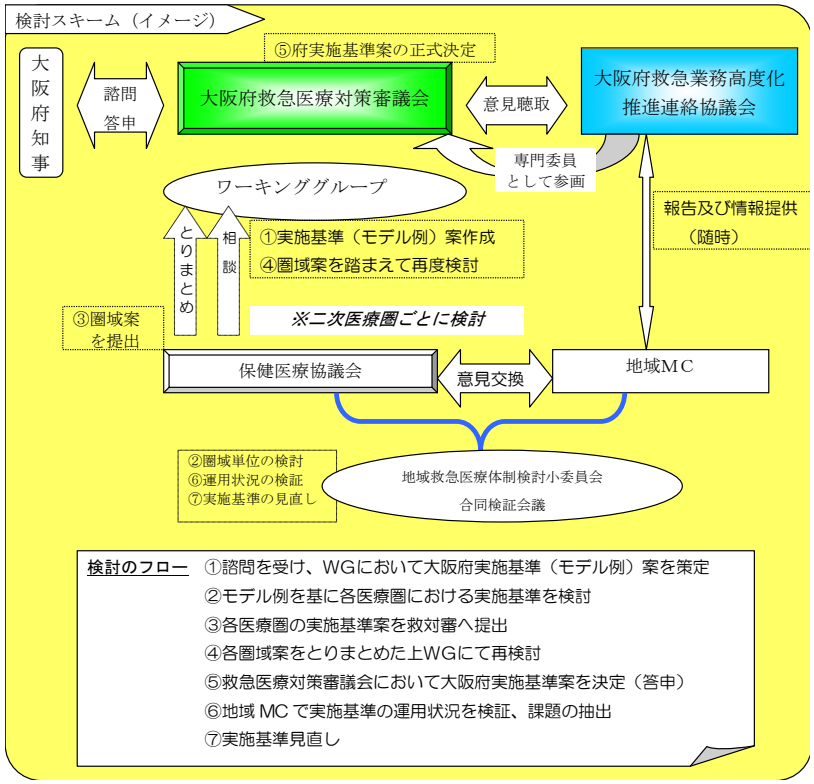
大阪府傷病者の搬送及び受入れの実施基準改正新旧対照表(案)

改　　正　　後	現　　行
はじめに～実施基準改正の背景と目的～ 消防と医療の連携を推進し、傷病者の症状に応じた救急搬送及びその受入れをより適切かつ円滑に行うため、「消防法の一部を改正する法律（平成21年法律第34号）」が平成21年10月30日に施行された。 これに伴い、大阪府においては、消防法第35条の５第２項各号に規定する「大阪府傷病者の搬送及び受入れの実施基準（以下、「実施基準」という。）」を平成22年12月に策定し、各二次医療圏において、地域の実情を踏まえつつ、実施基準に準じたルールを定め運用してきたところである。 実施基準を有効に機能させるためには、実施基準がルールどおり運用されているのか、救急患者が適切な医療機関に搬送され適切な医療を受けられたかなど、分析・検証していくことが重要である。 そのためには、実施基準検証の前提となる府内全域のデータを収集する必要があることから、現場の利便性を高め、負担を最小限にするため、これまで救急隊が紙で行っていた病院選定や救急搬送データの現場での電子化を可能とする、スマートフォン等を活用した「大阪府救急搬送支援・情報収集・集計分析システム（「以下「ORION」という。」）の運用を平成25年１月より開始しているところである。 しかしながら、実施基準策定後３年あまりが経過し、救急隊が現場で患者の状態を観察するための基準や医療機関を分類する基準など、個別のルールが府内共通ではないため、他圏域との比較や圏域外への病院選定ができないといった問題が生じてきた。 また、これまでの観察基準は「病態別」に対応可能な医療機関を検索することとしてきたが、傷病者を観察する立場で基準を設けることが重要となってきた。たとえば、諸外国で行われている病院前救護でのトリアージ手法や日本臨床救急医学会で導入・運用の検討が進められているＪＴＡＳ(※1)など「主訴」を糸口に、「生理学的徴候」と「症状・徴候」を評価して緊急度を判断するように設計されている。 平成25年度に消防庁にて開催された緊急度判定体系に関する検討会においても、ＣＰＡＳ(※2)を雛形にして「緊急度判定プロトコル Ver.１救急現場」が作成されるなど、我が国でも、今後、生理学的徴候だけでなく「症状・	**はじめに～実施基準策定の背景と目的～** 消防と医療の連携を推進し、傷病者の症状に応じた救急搬送及びその受け入れをより適切かつ円滑に行うため、「消防法の一部を改正する法律（平成21年法律第34号）」が平成21年10月30日に施行された。 これに伴い、消防法第35条の５第２項各号に規定する傷病者の搬送及び受入れの実施基準を策定する。 消防法改正の背景には、搬送先医療機関が速やかに決まらない事案があることとともに、発生初期に実施すると効果的な医療技術の発達等により、適切な病院選定から迅速な搬送、迅速な医療の提供の重要性が増していることがある。 大阪府でも、平成19年末から翌20年年始にかけて、複数の病院に受入れを断られた傷病者が結果的に搬送先において死亡する事案が相次いで発生した。大阪は、かねてから関係者による先駆的な救急医療の取り組みが行われ、他府県と比較すれば狭い地域に豊富な医療機関がある恵まれた地域である。しかし、近年、救急搬送件数が増加する一方で、救急医療機関の減少と個々の医療機関の疲弊が一気に進んだことにより状況は極めて深刻であり、体制の確保・充実が最重要課題である。 大阪では、救急医療体制の脆弱な南部の医療圏において、このたびの消防法改正を先取りする取り組みを行い、成果があがっている。救急搬送における問題点や救急医療資源の実態を把握し、脳卒中や吐血・下血（消化管出血）など緊急度・重症度の高い特定の病態の傷病者を血栓溶解療法や緊急開頭手術、内視鏡による止血術や緊急開腹手術ができる医療機関へ搬送するため、受入れ医療機関を当番で確保する体制の整備も図りながら、関係者間でルールを共有して迅速かつ確実な搬送、受入れに努めてきた。 こうした課題と実績を踏まえて策定する本実施基準の目的は、2 点ある。１点は、さらなる救命率の向上や予後の改善を目指すために、医学的観点から、傷病者の状況に応じた、より質の高い、効果的な医療技術を速やかに提供できる医療機関に搬送、受入れる体制を構築することである。 もう１点は、地域における現在の医療資源の状況を前提に、情報やルールの共有など消防機関と医療機関の間の連携を一層強化することにより、救急隊が

改　　正　　後	現　　行
徴候」を加えた緊急度及び病態の判断が標準となっていくことが見込まれる。 ※1　JTAS（Japan Triage and Acuity Scale） カナダの病院外来のための緊急度判定支援システムであるCTAS(Canadian Triage and Acuity Scale)を翻訳した日本版緊急度判定支援システム。 ※2　CPAS（Canadian Prehospital Acuity Scale） カナダの病院前救護のための緊急度判定支援システム そのため、「症状・徴候」から病院選定を行えるよう観察基準を見直し、各圏域における観察項目等と収集情報の共通化を図る。併せて、これまで具体的な基準を明記していなかった小児の傷病者についても、実施基準の対象として追記する。 （図略） **１．　実施基準改正にあたっての考え方** 大阪府においては、「生理学的徴候」だけでなく「症状・徴候」を加えた緊急度及び病態に応じた病院選定から迅速な搬送、迅速な医療の提供ができるよう、成人及び小児の身体的異常のある傷病者について、実施基準を定める。 本実施基準で定める医療機関分類基準（第一号）、観察基準（第三号）及び選定基準（第四号）については、大阪府下全域で統一化し、医療機関リスト(第二号)については、第一号に基づいて、各圏域において作成する。 伝達基準（第五号）については、標準的な基準を示し、これまでどおり、各圏域の救急搬送や医療資源の実態を勘案して、実状にあった基準を各地域のメディカルコントロール協議会（以下「地域MC協議会」という。）が策定し、運用する。 受入医療機関確保基準（第六号）及び府が必要と認める事項（第七号）については、大阪府下全域で統一化する。 なお、消防機関が個々の医療機関にフリーでアクセスすることのできない	できるだけ少ない照会回数で確実に受入れられる医療機関を選定し、搬送先を探すために長時間を要する事案の発生を減少させることである。 救急医療体制をめぐる様々な問題の根底には、財政的支援や診療報酬が十分でないことによる救急医療の不採算性、救急医療に携わる医師の慢性的な不足などのために受入れ能力が脆弱化している構造的な課題があり、一朝一夕には解決できない。しかし、救急搬送とその受入れの場面に焦点を絞って、知恵を絞って速やかに具体化できる対策を実施することにより、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ことは可能である。 府民に救急医療を提供する際の重要なポイントとなる搬送と受入れの実際の現場で、実用的であり、かつ有効に機能する実施基準を策定し、救急医療体制を担う関係者の共通のルールとして効果的に運用することとしたい。 さらに、継続的な調査、分析、検証・評価を実施し、見直しを積み重ねて、医療機関、消防機関、行政が力を合わせて、救急医療体制の充実のために、弛まぬ努力を続けていきたい。 （図略） **１．　本実施基準作成にあたっての考え方** 大阪府においては、症状・病態別の傷病者救急搬送件数と、緊急度・重症度及び徴候や症状に応じて、より適切な診療を提供できる医療資源とのバランス、並びに、診療科間の協力の必要性、保健福祉事業との連携などを考慮して、以下の３つの枠組みで実施基準を定め、運用する。 ・府域全域を対象とするもの ・原則二次医療圏を対象とするもの ・別途受入れ体制の整備について検討し、今後状況に応じて実施基準の作成など 対応を考えるもの 消防機関が個々の医療機関にフリーでアクセスすることのできないしくみにより救急医療体制を確保し、搬送・受入れのシステムを運用している以下の特定科目に関しては、本基準の対象外とする。 ・初期・二次後送体制による眼科・耳鼻咽喉科の救急医療体制 ・産婦人科診療相互援助システムによる産婦人科救急医療体制 ・新生児診療相互援助システムによる新生児救急医療体制

改　　正　　後	現　　行
仕組み等により救急医療体制を確保し、搬送・受入れのシステムや基準を運用している以下の特定科目に関しては、本実施基準とさらに連携できるよう今後検討を行う。 ・　初期・二次後送体制による眼科・耳鼻咽喉科の救急医療体制 ・　産婦人科診療相互援助システム及び産婦人科救急搬送体制確保事業（一次救急医療ネットワーク整備事業）、最重症合併症妊産婦の搬送及び受入れの実施基準による産婦人科救急医療体制 ・　新生児診療相互援助システムによる新生児救急医療体制 ・　大阪府精神科救急医療体制	・大阪府精神科救急医療体制 （1）府域全体を対象とするもの 傷病者の徴候や症状、緊急に専門診療を必要とする特定の病態（以下、「特定病態」という。）に応じて受入れができる医療機関が極端に限られているために、二次圏域内で確実に受入れができる体制の確保が困難であったり、救急搬送以外の診療時間外受診者の影響も考慮した体制の確保が必要であったりする傷病者に関しては、現在運用中の体制を活かしつつ、大阪府内全域を対象とした統一のルールとする。 これに該当するものは、以下の傷病者である。 ① 従来の産婦人科救急医療体制で搬送できない産婦人科領域の傷病者 ②最重症合併症を有する妊産婦 ③小児の傷病者 （2）原則二次医療圏を対象とするもの （1）及び（3）に該当する傷病者を除く、成人の身体的異常のある傷病者に関しては、各二次医療圏において、地域の実状を踏まえつつ、本府の標準的な基準に準じたルールを定め、運用する。 （3）別途受入れ体制の整備などを検討し対応を考えるもの 救急搬送と受け入れについて課題があるが、救急搬送の要因となった身体的異常の診断や治療に際して、既往等を考慮することが必要であるため、複数の専門診療科が協力して対応しなければならない傷病者や、傷病者の背景が搬送先選定に影響している可能性があり保健福祉的な対策を合わせて実施する必要がある傷病者に関しては、別途検討を行い、状況に応じて実施基準の作成などの対応をしていく。 これに該当するものは、以下の傷病者である。 ・精神疾患（の既往）に加えて身体的異常のある傷病者 ・急性アルコール中毒の傷病者 ・飲酒をしている緊急度の低い身体的異常のある傷病者 ・処方薬の大量服用の傷病者
２．協議会の設置（図１及び図２参照） 本府における消防法第 35 条の８に基づく実施基準に関する協議並びに実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施に係る連絡調整を行うため	**２．協議会の設置（図１及び図２参照）** 本府における消防法第 35 条の８に基づく実施基準に関する協議並びに実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施に係る連絡調整を行うための協議

改　　正　　後	現　　行
の協議会は、大阪府知事の附属機関である「大阪府救急医療対策審議会（以下、「審議会」という。）」とする。審議会が、大阪府救急業務高度化推進連絡協議会との密接な連携協力のもとで、実施基準の運用・検証及び改正を行うこととする。 審議会に、大阪府救急業務高度化推進連絡協議会委員である救急医療の専門家である医師及び消防機関の職員を新たに専門委員に加え、実施基準等に関する検討を行うため、「大阪府傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討部会（以下、「実施基準検討部会」という。）」を設ける。 この検討部会において、本府実施基準改正案の標準的なモデルを作成し、審議会に諮った上で、これをもとに、成人及び小児の身体的な異常のある傷病者に関しては、原則二次医療圏を単位とする各地域において、救急搬送の実態や医療資源の実状を踏まえた具体的な基準の作成を行うこととする。 その後、検討部会において、各地域において作成した基準をとりまとめ、これらを合わせて、審議会において、最終的な大阪府実施基準を策定する。今後も引き続いて、法改正の趣旨に則り、消防と医療の連携を推進するため、各地域 MC 協議会と保健医療協議会が密接に連携協力することが極めて重要であることから、両協議会の役割と所掌事項を活かしつつ、地域に応じたやり方で実質的な協力体制を構築し、地域における実施基準に関する協議並びに実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施、更には継続的なデータ集積に基づく検証・評価と基準の見直しに係る連絡調整を行っていくこととする。	会は、大阪府知事の附属機関である「大阪府救急医療対策審議会」とする。同審議会が、大阪府救急業務高度化推進連絡協議会との密接な連携協力のもとで、実施基準の策定並びにこの運用を行っていくこととした。 同審議会に、大阪府救急業務高度化推進連絡協議会委員である救急医療の専門家である医師及び消防機関の職員を新たに専門委員に加え、従来からの委員とともに、実施基準策定等のための実質的な検討作業を行うワーキンググループを設けた このワーキンググループにおいて、検討作業を行い、本府実施基準案の標準的なモデルを作成した。これをもとに、成人（妊産婦を除く）の身体的な異常のある傷病者に関しては、原則二次医療圏を単位とする各地域において、救急搬送の実態や医療資源の実状を踏まえた具体的な基準の作成を行うこととする。 各地域において作成した基準をとりまとめるとともに、従来の産婦人科救急医療体制で搬送できない産婦人科領域の傷病者に関するものなど府域全体を対象とする基準を作成し、これらを合わせて最終的な大阪府実施基準を策定する。 なお、法改正の趣旨に則り、消防と医療の連携を推進するためには、各地域のメディカルコントロール協議会と保健医療協議会が密接に連携協力することが極めて重要であり、両協議会の役割と所掌事項を活かしつつ、地域に応じたやり方で実質的な協力体制を構築して、地域における実施基準に関する協議並びに実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施、更には継続的なデータ集積に基づく検証・評価と基準の見直しに係る連絡調整を行っていくこととする。

改　　正　　後	現　　行
図１　大阪府における実施基準改正のスキーム  	図１　大阪府における実施基準の策定スキーム 
図２　（略）	図２（略）
３．傷病者の身体的異常による救急搬送に係る実施基準 大阪府域全体で運用する傷病者の救急搬送に係る標準的な実施基準を示す。各二次医療圏においては、本実施基準の医療機関分類基準（第一号）、観察基準（第三号）及び選定基準（第四号）については、全圏域統一とし、医療機関リスト（第二号）については、第一号に基づいて、各圏域において作成する。	**３．成人（妊産婦を除く）の身体的異常による救急搬送に係る実施基準** 大阪府域全体で運用する妊産婦を除く成人の身体的以上のある救急搬送に係る実施基準の標準的なモデルを示す。各二次医療圏において、本モデルをたたき台として実態把握並びに検討を行い、地域の救急搬送や医療資源の実態を勘案して、実状にあった基準、医療機関リストを地域毎に作成する。 以下、医療機関分類基準、医療機関リスト、観察基準、選定基準、伝達基準、

<table>
<tr><th>改　　正　　後</th><th>現　　行</th></tr>
<tr><td>以下、医療機関分類基準、医療機関リスト、観察基準、選定基準、伝達基準、受入医療機関確保基準、その他基準について、消防法の条文に沿って記述する。

３－１．第一号に基づく医療機関分類基準
傷病者の心身等の状況に応じた適切な医療の提供が行われる体制を確保するために、傷病者の緊急度と特別な対応を要する病態（以下、「特定病態」という。）に応じて医療機関を以下のとおり６つの大区分に分類する。このうち、特定病態に対する特別な対応が可能な医療機関を「特定機能対応医療機関」と呼び、各病態を中分類、それぞれに対して必要な機能を小分類で示す。
また、「初期対応医療機関」には、地域の判断で二次救急告示医療機関以外の医療機関も含めることができる。
なお、傷病者が「透析患者」「精神科合併」「妊婦」のいずれかに該当する場合には、それら単独で搬送先医療機関の選定に影響するため、各医療機関は、「緊急透析」「精神科合併」「妊婦」の受け入れが可能かを明確にする。
本医療機関分類基準の基本枠組み及び各分類区分の医療機関に求められる診療機能は、以下のとおりである。

〔大区分〕
ア　重篤－特定病態　：救命救急センター　（三次告示医療機関）
特定機能対応医療機関　（二次告示医療機関）
イ　重篤－非特定病態　：救命救急センター　（三次告示医療機関）
重症初期対応医療機関　（二次告示医療機関）
重症小児対応医療機関　（二次告示医療機関）
ウ　重症－特定病態　：救命救急センター　（三次告示医療機関）
特定機能対応医療機関　（二次告示医療機関）
エ　重症－非特定病態　：重症初期対応医療機関（二次告示医療機関）
重症小児対応医療機関　（二次告示医療機関）
初期対応医療機関　（二次告示医療機関）
オ　中等症・軽症－特定病態　：特定機能対応医療機関　（二次告示医療機関）
初期対応医療機関　（二次告示医療機関）
カ　中等症・軽症－非特定病態：初期対応医療機関　（二次告示医療機関）
二次告示医療機関以外の医療機関</td><td>受入医療機関確保基準について、消防法の条文に沿って記述する。

３－１．第一号に基づく医療機関分類基準
傷病者の心身等の状況に応じた適切な医療の提供が行われる体制を確保するために、傷病者の緊急度・重症度に応じて医療機関を以下のとおり４つの大区分に分類する。このうち、「特定病態対応医療機関」は、本府が示す標準的な区分を参考に、特定病態別の小区分に分類する。
ただし、地域の医療資源の状況に応じて、必要性があれば、分類区分を取捨選択すること、或いは、複数の区分を統合した分類区分をつくることが可能である。
また、「軽症・中等症（限定）対応医療機関」には、地域の判断で二次救急告示医療機関以外の医療機関も含めることができる。

〔大区分〕
• 緊急度極めて高－重篤：救命救急センター等（三次救急告示医療機関）
• 緊急度高－重症－専門病態特定不可：重症初期診療医療機関（二次救急告示医療機関）
• 緊急度高－重症－専門病態特定可：特定病態対応医療機関（二次救急告示医療機関）
• 軽症・中等症（限定）対応医療機関（二次救急告示医療機関）
〔特定病態別小区分〕
• 脳血管障害
• 循環器疾患
• 消化管出血
• 急性腹症
• 呼吸不全
• 腎不全
• 外傷全般、熱傷
• 整形外科領域外傷</td></tr>
</table>

改　　正　　後	現　　行
初期対応医療機関は、対応可能な診療科別に分類する。二次告示医療機関以外の医療機関に関しては、地域の実状を勘案して、各圏域ごとに必要に応じてリストを作成する。 〔特定機能別分類〕 ＜中分類＞　　＜小分類＞ ア　脳血管障害　→　ｔＰＡ 脳外科手術 ｔＰＡ・脳外科手術 イ　循環器疾患　→　ＰＣＩ等 心大血管外科手術 ウ　消化器疾患　→　消化管内視鏡 緊急外科手術 エ　外傷・外因　→　手指・足趾の再接着 高圧酸素療法 **（1）　医療機関分類（リスト作成）の目的** ア　緊急度の高い傷病者に対し、迅速かつ適切な搬送及び治療を提供できる体制を確保する。 イ そのために、傷病者の緊急度、症状・徴候及び特定病態に応じた対応医療機関リストを作成する。 **（2）　緊急度についての考え方** ア　外傷・外因に関しては、緊急度に加えて、重篤な機能障害回避のために緊急処置を必要とする外傷や搬送先の選定に難渋する外傷も加味した定義付け、選定判断が一定可能と考える。 イ　疾病に関しては、生理学的徴候に異常のある傷病者や上記に示した特定病態に該当する傷病者は特に緊急度が高いと判断する。 ウ　すなわち、まず「極めて緊急度の高い」重篤な傷病者を最優先で選り分ける。次に、「緊急度が高く」、専門診療（特定機能対応）が必要な特定病態の傷病者を優先的に選別する。残りの病態が特定できない傷病者に関しては、一定の緊急度と必要となる対応診療科を見極め、診療科に応じて、病院選定することを前提として、これらに対応する医療機関リストを作成するものである。	・　毒・薬物中毒 ・　ＣＰＡ 本医療機関分類基準の基本枠組み及び各分類区分の医療機関に求められる診療機能は、以下のとおりである。 ● **医療機関分類（リスト作成）の目的** ➢ 緊急度・重症度の高い傷病者に対し、迅速かつ適切な搬送および治療を提供できる体制を確保する。 ➢ そのために、傷病者の緊急度・重症度、徴候や症状、および特定病態に応じた対応医療機関のリストを作成する。 ● **緊急度・重症度についての考え方** ➢ 外因性傷病者（外傷等）に関しては、緊急度に加えて、重症度も加味した定義付け、選定判断が一定可能と考える。 ➢ 内因性傷病者に関しては、重症の定義付けは困難であり、救急現場での選定判断も非常に難しいため、緊急度に重きを置いて考える。 ➢ すなわち、まず極めて緊急度の高い重篤な傷病者を最優先で選り分ける。次に、「緊急度が高く」、「重症度が高い」傷病者として、専門診療が必要な特定病態の傷病者を優先的に選別する。さらに、残りの病態が特定できない傷病者に関しても、一定緊急度を見極め病院選定することを前提として、これらに対応する医療機関のリストを作成するものである。

改　　正　　後	現　　行
（3）　医療機関リストの基本枠組み（資料１－１、１－２、資料２） ア　緊急度・特定病態に応じた分類：重篤－特定病態、重篤－非特定病態、重症－特定病態、重症－非特定病態、中等症・軽症－特定病態、中等症・軽症－非特定病態 イ　救命救急センターは、主に重篤傷病者及び重症傷病者に対応する最終受入れ機関として機能する。また、最重症合併症妊産婦受入医療機関に指定されている救命救急センターは、血管疾患や循環器疾患、外傷などの最重症合併症妊産婦を受入れる。 ウ　二次救急告示医療機関は、告示診療科に該当する救急搬送傷病者全般に対応するが、提供可能な診療機能及び「緊急透析」「妊婦」「精神科合併」の受入れが可能かを明確にする。 エ　二次救急告示医療機関を、有する診療機能に応じて以下のように分類する。 （ア）重症初期対応医療機関 重篤または重症であるが、病態を特定できない疾病傷病者を受入れる医療機関とする。重篤傷病者は、救命救急センターへの搬送を原則とするが、疾病においては、重症初期対応医療機関が受入れるものとする。また、迅速かつ確実な心肺蘇生（ＣＰＲ）を必要とする心肺機能停止（ＣＰＡ）症例を受け入れることも含める。 （イ）重症小児対応医療機関 重篤・重症など、緊急度の高い小児を受入れ可能な医療機関を重症小児対応医療機関とする。 （ウ）特定機能対応医療機関 緊急に専門診療を要する特定の病態に対応可能な医療機関を特定機能対応医療機関とし、各医療機関の緊急処置や手術に関する診療機能を明確にする。外傷・外因による傷病者への対応も特定機能に位置付け、それらの対応が可能な医療機関をリスト化する。 （エ）初期対応医療機関 特定の病態の判断ができない、軽症～重症の傷病者の初期診療（検査、診断、緊急度の判断、一般的な緊急処置等）に対応する医療機関で、原則、特定機能を有さない二次告示医療機関・診療科全てを指す。ここでいう一般的な緊急処置とは、気道の確保、補助換気、輸液、昇圧剤の投与などの呼吸循環のサポート、低血糖や高カリウム血症などに対する初期対応、外来での外科的処置などを意味する。二次告示医療機関以外も含めるかどうかは、各地域の実状に応じて判断し、これら医療機関の対応可能診療科を	● 医療機関リストの基本枠組み（資料１－１、１－２、資料２） ➢ 緊急度・重症度に応じた分類：CPA、重篤、重症、軽症～中等症 ➢ 心肺機能停止（CPA）症例は、本来最も緊急度の高い重篤傷病者であるが、迅速・確実な心肺蘇生（CPR）継続の重要性や、目撃の有無、患者の容態や背景などを勘案して、救命救急センター等あるいは直近二次救急告示医療機関のいずれを選定するかについては、各地域の取り決めに従う。 ➢ 救命救急センター等は、主に重篤傷病者および重症外因傷病者に対応し、重症内因傷病者に対する最終受入れ機関として機能する。 ➢ 二次救急告示医療機関は、告示診療科に該当する救急搬送傷病者全般に対応するが、提供可能な診療機能、受入れ可能な傷病程度を明確にする。 ➢ 二次告示医療機関を、対応可能な傷病者の緊急度・重症度に応じて分類する。 ✧ 重症傷病者にも対応可能な医療機関 ⇨ 特定病態対応医療機関：緊急に専門診療を要する特定の病態に対応可能な医療機関を特定病態対応医療機関とし、各医療機関の緊急処置や手術に関する診療機能を明確にする。外因やCPAも特定病態に位置付け、それら傷病者に対応可能な医療機関をリスト化する。さらに、特定病態に対する初期対応のみ可能な医療機関もリストに加える。ここで言う初期対応とは、各特定病態に対する検査・診断・緊急度の判定・一般的な緊急処置を意味する。また、呼吸循環管理などの集中治療の可否についても明らかにし、集中治療機能の詳細については別途明確にする。 ⇨ 重症初期診療対応医療機関：重症傷病者の初期診療（検査、診断、緊急度の判断、一般的な緊急処置・等）に対応可能な医療機関で、病態の特定が困難な重症傷病者に対応する。ここでいう一般的な緊急処置とは、気道の確保、補助換気、輸液、昇圧剤の投与などの呼吸循環のサポート、低血糖や高カリウム血症などに対する初期対応、外来での外科的処置などを意味する。また、呼吸循環管理などの集中治療の可否についても明らかにし、集中治療機能の詳細については別途明確にする。 ✧ 軽症・中等症のみに対応可能な医療機関：重症・重篤傷病者に

改　　正　　後	現　　行
明らかにする。 オ　各二次告示医療機関は一つのカテゴリーに分類されるのではなく、有する診療機能に応じて、重複してリスト化される。 カ　特定機能対応医療機関は、特定の緊急度・病態の傷病者にのみ対応することを意味せず、可能な限りそれ以外の緊急度・病態の傷病者にも対応する。 キ　各医療機関は、リスト化された診療機能に関して、恒常的に対応可能か、恒常的に対応不可能な場合は、対応可能な曜日・時間帯を明らかにする。	対応不可能な二次救急告示医療機関。二次救急告示医療機関以外も含めるかどうかは、各地域の実状に応じて判断する。これら医療機関の対応可能診療科を明らかにする。 ➢ 各二次救急告示医療機関は一つのカテゴリーに分類されるのではなく、有する診療機能に応じて、重複してリスト化される。 ➢ 重篤、重症対応二次救急告示医療機関は、特定の緊急度・重症度の傷病者にのみ対応することを意味せず、可能な限りそれ以下の緊急度・重症度の傷病者にも対応する。 ➢ 各医療機関は、リスト化された診療機能に関して、恒常的に対応可能か、恒常的に対応不可能な場合は、対応可能な曜日・時間帯を明らかにする。
（4）　病院リストの運用に関する取り決め ア　速やかな病病連携 搬送後に、緊急度・特定病態が明らかになった場合や患者が急変した場合には、高次医療機関や特定機能対応医療機関に速やかに転送できる体制を確保する。 イ　オーバートリアージを容認する。ただし、緊急度の高い傷病者に対する病床を確保するために、病状安定後速やかな病病連携による後送体制の構築が望ましい。 ウ　各地域の傷病者の発生数や診療機能を勘案して、必要に応じて当番制や輪番制を導入する。 エ　搬送先医療機関の選定順位などの病院リストの運用に関しては、各地域の取り決めに従う。 オ　搬送にあたって消防機関は、各地域における取り決めを遵守することを原則とし、病院リスト等に従って緊急度の高い傷病者の迅速かつ適切な医療機関への搬送に努める。ただし、かかりつけ医療機関への搬送など患者本人、家族等の強い希望があれば、医療機関選定については柔軟に対応してもよい。	● 病院リストの運用に関する取り決め ➢ 速やかな病病連携 ✧ 搬送後に、緊急度・重症度や特定の病態が明らかになった場合や、患者が急変した場合には、高次医療機関や特定病態対応医療機関に速やかに転送できる体制を確保する。 ➢ オーバートリアージ、ブロードトリアージを容認する。ただし、重症傷病者に対する病床を確保するために、病状安定後速やかな病病連携による後送体制の構築が望ましい。 ➢ 各地域の傷病者の発生数や診療機能を勘案して、必要に応じて当番制や輪番制を導入する。 ➢ 搬送先医療機関の選定順位などの病院リストの運用に関しては、各地域の取り決めに従う。 ➢ 搬送にあたって消防機関は、各地域における取り決めを遵守することを原則とし、病院リスト等に従って緊急度・重症度の高い傷病者の迅速かつ適切な医療機関への搬送に努める。ただし、かかりつけ医療機関への搬送など患者本人、家族等の強い希望があれば、医療機関選定については柔軟に対応してもよい。
３－２．第二号に基づく医療機関リスト 分類基準に基づき分類された医療機関の区分及び当該区分に該当する医療機関の名称を記載した医療機関リストを作成する。	３－２．第二号に基づく医療機関リスト 分類基準に基づき分類された医療機関の区分及び当該区分に該当する医療機関の名称を記載した医療機関リストを、作成する。

改　　正　　後	現　　行
地域において、前項の分類基準に基づく分類区分に従い、恒常的であるか、曜日や時間帯を限定であるかを含めて、当該区分の医療機関に求められる診療機能を提供できる二次告示医療機関（必要に応じて告示医療機関以外の医療機関を含むこととしてよい。）を特定し、個別の医療機関の名称を具体的に記載したリストを作成する。 各二次告示医療機関を一つの区分にのみ分類するのではなく、各医療機関の有する診療機能に応じて、該当する分類区分すべてに重複してリスト化する。	地域において、前項の分類基準に基づく分類区分に従い、恒常的であるか、曜日や時間帯を限定であるかを含めて、当該区分の医療機関に求められる診療機能を提供できる救急告示医療機関（必要に応じて救急告示医療機関以外の医療機関を含むこととしてよい。）を特定し、個別の医療機関の名称を具体的に記載したリストを作成する。 各二次救急告示医療機関を一つの区分にのみ分類するのではなく、各医療機関の有する診療機能に応じて、該当する分類区分すべてに重複してリスト化する。
（1）各地域で標準的に作成すべき医療機関リスト（資料１－２、資料２） 緊急度・特定病態による対応可能医療機関リストを作成する。 診療科による医療機関リスト及び特定機能に応じた中分類による医療機関リストは公表し、小分類による医療機関リストは公表しないこととする。 また、すべての二次告示医療機関において、「緊急透析」「妊婦」「精神科合併」の受入れが可能かについて明確にしておく必要があるが、公表はしない。	● **作成すべき医療機関リスト** ➢ 各地域で標準的に作成すべき医療機関リスト（資料１－２、資料２、資料３） • 分類区分別医療機関リスト（公表） • 具体的な運用リスト（非公表） ✓患者の緊急度・重症度による対応可能医療機関リスト（資料１－２） ✓二次救急告示医療機関の機能分類リスト（資料２） ✓特定病態対応医療機関－診療機能別医療機関リスト（資料３） ➢ 上記リストを基本に、地域の必要に応じたリストを作成する。 ➢ 具体的な運用リストは関係機関のみで使用する業務用とし公表しない。
（2）二次告示医療機関の機能分類について（再掲・資料２） ア　二次告示医療機関は、告示診療科に該当する救急搬送傷病者全般に対応する。 イ　緊急に専門診療を要する特定の病態に対応可能な二次告示医療機関を特定機能対応医療機関とし、各医療機関の緊急処置や手術に関する診療機能を明確にする。手指や足趾の切断や、潜水病（減圧症）も特定病態に位置付け、それらの傷病者に対応可能な医療機関も特定機能対応医療機関とする。 ウ　特定機能を有さない二次告示医療機関のうち、疾病における、緊急度の高い重篤または重症傷病者の受入れが可能な医療機関を重症初期対応医療機関とする。病態の特定ができない重篤傷病者は、救命救急センターへ搬送することを原則とするが、状況に応じて、重症初期対応医療機関へ搬送する。また、心肺機能停止（ＣＰＡ）症例は、本来最も緊急度の高い重篤傷病者であるが、迅速かつ確実な心肺蘇生（ＣＰＲ）を継続することの	● **二次救急告示医療機関の機能分類について（再掲・資料２）** ➢ 二次救急告示医療機関は、告示診療科に該当する救急搬送傷病者全般に対応するが、提供可能な診療機能、受入れ可能な傷病程度を明確にする。 ➢ 二次告示医療機関を、対応可能な傷病者の緊急度・重症度に応じて分類する。 ✧ 重症傷病者にも対応可能な医療機関 ⇨ 特定病態対応医療機関：緊急に専門診療を要する特定の病態に対応可能な医療機関を特定病態対応医療機関とし、各医療機関の緊急処置や手術に関する診療機能を明確にする。外因やCPAも特定病態に位置付け、それら傷病者に対応可能な医療機関をリスト化する。さらに、特定病態に対する初期対応のみ可能な医療機関もリストに加える。ここで言う初期対応とは、各特定病態に対する検査・診断・緊

改　　正　　後	現　　行
重要性や、目撃の有無、患者の容態や背景などを勘案して、救命救急センターあるいは直近二次告示医療機関（重症初期対応医療機関）のいずれかを選定する。 エ　特定機能を有さず、重症初期対応医療機関にも該当しない二次告示医療機関を、初期対応医療機関とし、告示診療科に該当する傷病者の初期診療（検査、診断、緊急度の判断、一般的な緊急処置等）に対応する。ここでいう一般的な緊急処置とは、気道の確保、補助換気、輸液、昇圧剤の投与など、呼吸循環のサポート、低血糖や高カリウム血症などに対する初期対応、外来での外科的処置などを意味する。 オ　全ての救急告示医療機関は、対応可能な特定機能や診療科以外に、「緊急透析」「妊婦」「精神科合併」が可能かについても明確にし、各リストに明示する。 カ　各医療機関は、リスト化された診療機能および診療科に関して、恒常的に対応可能か、恒常的に対応不可能な場合は、対応可能な曜日・時間帯を明らかにする。	急度の判定・一般的な緊急処置を意味する。また、呼吸循環管理などの集中治療の可否についても明らかにし、集中治療機能の詳細については別途明確にする。 ⇨　重症初期診療対応医療機関：重症傷病者の初期診療（検査、診断、緊急度の判断、一般的な緊急処置・等）に対応可能な医療機関で、病態の特定が困難な重症傷病者に対応する。ここでいう一般的な緊急処置とは、気道の確保、補助換気、輸液、昇圧剤の投与などの呼吸循環のサポート、低血糖や高カリウム血症などに対する初期対応、外来での外科的処置などを意味する。また、呼吸循環管理などの集中治療の可否についても明らかにし、集中治療機能の詳細については別途明確にする。 ✧　軽症・中等症のみに対応可能な医療機関：重症・重篤傷病者に対応不可能な二次救急告示医療機関。二次救急告示医療機関以外も含めるかどうかは、各地域の実状に応じて判断する。これら医療機関の対応可能診療科を明らかにする。 ➢　各医療機関は、リスト化された診療機能に関して、恒常的に対応可能か、恒常的に対応不可能な場合は、対応可能な曜日・時間帯を明らかにする。 ● **集中治療機能の詳細分類について（資料２）** ➢　集中治療機能の詳細 ✧　人工呼吸 ✧　循環管理 ✧　緊急透析 ✧　血漿交換 ✧　ＥＣＭＯ ✧　ＰＣＰＳ ✧　低体温療法
（３）特定機能対応医療機関に求められる診療機能（資料２） ア　脳血管障害 （ア）ｔＰＡ ・脳出血合併への対応が必要（院内対応あるいは地域病病連携体制） （イ）脳外科手術	● **緊急性が高い特定病態対応医療機関に求められる診療機能（資料３）** ➢　脳血管障害 ✧　脳梗塞：tPA治療→→→<u>脳出血合併への対応が必要（院内対応あるいは地域病病連携体制）</u> ✧　脳出血：緊急血腫除去術

改　　正　　後	現　　行
（ウ）ｔＰＡ・脳外科手術 イ　循環器疾患 （ア）ＰＣＩ等 ・冠動脈バイパス術や心大血管手術緊急対応の体制確保が必要（院内対応あるいは地域病病連携体制） （イ）心大血管手術 ウ　消化器疾患 （ア）消化管内視鏡 ・内視鏡的に止血困難な場合を想定して、開腹止血術の緊急対応可能な体制確保が必要（院内対応あるいは地域病病連携体制） （イ）緊急外科手術 エ　外傷・外因 （ア）手指・足趾の再接着 （イ）高圧酸素療法	✧　くも膜下出血：緊急動脈瘤手術（クリッピング、トラッピング、ラッピング術）、血管内手術 ➢　循環器疾患 ✧　心不全：呼吸循環管理などが可能な医療機関。ただしPCIや心大血管手術への緊急対応可能な体制整備が必要（院内対応あるいは地域病病連携体制） ✧　急性冠症候群：PCI、緊急冠動脈バイパス術 [PCI対応医療機関は、冠動脈バイパス術や心大血管手術緊急対応の体制確保が必要（院内対応あるいは地域病病連携体制）] ✧　大動脈解離、大動脈瘤切迫破裂：緊急心大血管手術 ✧　急性動脈閉塞：血行再建術 ✧　肺塞栓：緊急肺動脈塞栓吸引術・塞栓除去術 ➢　吐下血（消化管出血） ✧　内視鏡的止血術：内視鏡的に止血困難な場合を想定して、開腹止血術の緊急対応可能な体制確保が必要（院内対応あるいは地域病病連携体制） ✧　緊急開腹止血術 ➢　急性腹症：緊急開腹術 ➢　呼吸不全：人工呼吸管理可能な医療機関 ✧　呼吸器疾患によるもの ✧　循環器疾患（心不全）に伴うもの ➢　急性腎不全・慢性腎不全：緊急透析可能な医療機関 ➢　整形外科領域緊急手術 ✧　開放骨折 ✧　四肢動脈損傷：血行再建術 ✧　挫滅肢・切断肢 ✧　手指再接着 ✧　脊椎脊髄損傷手術
３－３．第三号に基づく観察基準及び第四号に基づく選定基準 （１）消防機関の救急隊が、現場で活動する順序に沿って、観察・評価すべき基準及びいずれの分類区分に該当する医療機関のリストから搬送先医療機関を選定すべきかについて以下に示す。	**３－３．第三号に基づく観察基準及び第四号に基づく選定基準** 傷病者の緊急度・重症度、疾病分類・特定病態及び症状・徴候について、観察・評価すべき事項を整理して観察基準を示す。また、いずれの分類区分に該当する医療機関のリストから搬送先医療機関を選定すべきかについて、緊急度・重症度に基づく分類基準・大区分及び緊急に専門診療を要する病態に基づ

改　　正　　後

通報内容の確認								
段階	観察	評価1 （生理学的衝撃の破綻）	評価2 （第1補足因子、第1段階）	評価3 （第1補足因子、第2段階）	評価4 （第2補足因子）	緊急度	対応・病院選定	
状況評価								
	□感染性						感染防御	
	□危険性						安全確保	
	□傷病者数						応援要請・災害対応	
	原因 ☑疾病						疾病プロトコル採用	
初期評価								
第一印象	反応の有無	CPA					CPRプロトコル	
重症感	気道の異常	□気道の閉塞 □気道の狭窄 □いびき □ゴロゴロ音 □異物 □口腔咽頭の浮腫				赤1	気道確保 異物除去 吸引 酸素投与 モニター装着 L&G	疾病L&G ↓ 評価4
	呼吸の異常	□会話不能～単語のみ □過度の努力呼吸 □異常呼吸 □起坐呼吸 □陥没呼吸 □腹式呼吸 □気管の牽引 □チアノーゼ □呼吸数<10 □SpO2<92%（酸素投与下）					酸素投与 補助換気 モニター装着 L&G	
	循環の異常	□皮膚蒼白 □皮膚冷感 □皮膚湿潤 □橈骨動脈脈拍触知不可 □高度の頻脈・徐脈 □制御不可能な外出血					酸素投与 モニター装着 ショックプロトコル L&G	
	切迫する意識障害	□JCS≧30 □意識レベルの低下 □ヘルニア徴候					酸素投与 モニター装着 ABC対応・L&G	
	体温の異常	□明らかに熱い □明らかに冷たい				赤2	1先へ進む	
病歴聴取								
主訴					症状・徴候⇒※			
現病歴				□疼痛スコア8-10、急性		赤2		
				□疼痛スコア8-10、慢性 □疼痛スコア5-7、急性		黄		
				□疼痛スコア1-4、急性 □疼痛スコア<3、慢性		緑		
既往歴				□先天性出血疾患 □抗凝固薬の内服		赤2		
身体観察								
生理学的衝撃	呼吸		□努力呼吸 □とぎれとぎれの会話 □重度吸気性喘鳴 □SpO2<95%（酸素投与下）			赤2		
	循環		□血圧<90mmHg □脈拍>120/分・脈拍<50/分 □循環状態が安定しているとは言えない □止血可能な外出血の持続					
	意識レベル		□JCS 2-20 □GCS 9-13					
	体温		□35℃以下 □40℃以上 □38℃以上で敗血症・免疫不全の疑い					
測に関連した部位					※プロトコル			
		評価1（赤1）×						
各論 プロトコル			評価2 および	評価3 X	呼吸困難/胸痛/動悸/腹痛/消化管出血/下痢/嘔気・嘔吐/産婦人科疾患/血尿・側腹部痛/泌尿器科疾患/腰背部痛/意識障害/頭痛/しびれ・麻痺/痙攣/転倒		=搬送先医療機関	

急性発症の頭痛

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤2	**SAH・脳出血による頭痛** □これまでで最悪の頭痛 □視力障害 □片側上肢・下肢の運動麻痺 □片側顔面の運動麻痺 □片側のしびれ感 □言語障害（失語症・構音障害） □片側の失明 □運動失調	赤2	救命救急センター 特定機能対応（脳外科手術）
黄以下		黄以下	特定機能対応（脳外科手術） 初期対応（脳外・内科・神経内科）
赤2	その他の頭痛	赤2	初期対応（内科・神経内科）
黄以下		黄以下	初期対応（内科・神経内科）

現　　行

く分類基準・特定病態別小区分と対応させて、選定基準として示す。

消防機関の救急隊が、本実施基準に定めるルールを遵守し、より適切な医療機関を選定して搬送するためには、これまで以上に、救急現場において、傷病の緊急度・重症度、症状、徴候、病態など傷病者の状況を正確に観察し、搬送先医療機関を選定するために必要な根拠を的確に判断することが重要となる。

この点に留意し、各地域においては、この標準的な観察基準を元に、当該地域で使用する観察基準を作成する。大阪府救急業務高度化推進連絡協議会が作成した脳卒中や急性心筋梗塞の病院前救護ガイドラインなども参考にして、より詳細にすることも、より簡略にすることも可能であり、医療機関選定の適切性を担保する質を保ちつつ、地域で柔軟に作成してよい。

なお、本実施基準の運用に伴い、大阪府救急業務高度化連絡協議会並びに各地域メディカルコントロール協議会との連携、協力により、救急活動の検証及び教育内容の充実を図り、救急隊員の資質向上に努める必要がある。

- **傷病者緊急度の判断基準と搬送先医療機関**
  - ➢ 重篤：生命の危険が切迫した状態。緊急度が極めて高い。
    - ✧ 重篤患者の判断基準
      - ✓ 第一印象、臨床症状
        - 重篤感がある
        - 容態の急激な悪化・変動
        - ショック症状：皮膚冷感湿潤
        - 明らかなチアノーゼ
        - 重篤な呼吸困難
        - 痙攣重積状態
      - ✓ 心肺機能停止症例
      - ✓ 重篤を疑うバイタルサイン
        - 意識 ：JCS 30 以上*
          *救急振興財団報告書では JCS 100 以上であるが、JCS 100 以上は半～深昏睡状態で極めて重篤な状態であるため、強い刺激でかろうじて覚醒する JCS 30 以上とする。
        - 呼吸 ：気道閉塞、強度の気道狭窄
          ：呼吸回数 10 回／分未満、30 回／分以上
          ：呼吸音の左右差

改　　正　　後	現　　行
前項は、成人の疾病における基本的な観察基準を簡易的に示してある。詳細は、資料３に示す。 この観察基準は、縦軸に救急隊が活動する順序を示しており、「通報内容の確認」→「状況評価」を行う。「状況評価」で傷病者や現場の汚染の有無、感染暴露のリスク、ＮＢＣの有無などを評価し、必要に応じて感染防御を行う。現場状況より２次災害のリスクを評価し、安全確保を行う。さらに傷病者数を確認し、応援要請や、災害対応の判断を行う。通報の原因が、疾病によるものか、外傷によるものか、外傷以外の外因によるものかを判断する。 疾病及び外傷以外の外因では、「状況評価」のあと、「初期評価」→「病歴聴取及び身体観察」を行い、医療機関を選定する。 外傷では、「状況評価」で受傷機転の確認し、「初期評価」→「全身観察」→「病歴聴取」→「詳細観察及び継続観察」を行い、医療機関を選定する。 横軸には、各段階で評価するべき項目を評価１～評価４（後に詳述する）で示し、その対応とそれぞれ考慮する緊急度を示している。 緊急度はそれぞれ、「赤１」「赤２」「黄」「緑」で表し、その意味するところは以下のとおりである。 赤１；重篤。極めて緊急度が高い。原則Ｌｏａｄ＆Ｇｏの適応と位置付ける。救命救急センターまたはそれに準ずる医療機関に搬送する。 赤２；重症。緊急度が高い。別の評価との掛け合わせにより、重症初期対応医療機関、特定機能対応医療機関などへ搬送する。 黄　；中等症。緊急度はそれほど高くない。別の評価との掛け合わせによるが、原則、特定機能対応医療機関または初期対応医療機関への搬送を考慮する。 緑　；軽症。緊急度は低い。別の評価との掛け合わせにもよるが、原則、初期対応医療機関への搬送を考慮する。 評価１～評価４は、疾病によるか外傷によるか、外傷以外の外因によるかで、評価の内容が異なる。 評価１～評価４で観察する項目及び、それぞれに応じた搬送医療機関の選定基準を以下に示す。 ＜成人（＞１２歳）の疾病＞　（資料３）	：異常呼吸** ：SpO2　90%未満（酸素投与なし） **異常呼吸とは、喘ぎ様呼吸、努力様呼吸、起坐呼吸、奇異呼吸など、呼吸困難を強く示唆する呼吸様式をいう。 • 循環 ：脈拍　120 回／分以上または 50 回／分未満 ：収縮期血圧　90 mmHg 未満 • 体温異常 ⇨ 低体温：34 度以下で、意識障害などバイタルサインの異常や不整脈を認める場合 ⇨ 高体温：40 度以上で、意識障害などバイタルサインの異常、四肢強直や痙攣を認める場合 ✧ 重篤患者の搬送先医療機関 ✓ 救命救急センター等 ⇨ 患者の発症様式や症状から、専門病態が特定できれば、搬送時間等を勘案して、後述の特定病態対応医療機関へ搬送しても良い（各地域の取り決めに従う） ⇨ 心肺機能停止症例は、原因の如何に関わらず、目撃の有無、患者の容態や背景などに応じて、救命救急センターや直近二次救急告示医療機関のいずれを選定するかについては、各地域の取り決めに従う。 ➢ 重症：容態の悪化を防ぐために、緊急的な処置や手術を必要とする状態 ✧ 外因性疾患 ✓ 外傷 ⇨ 観察項目、状況評価からロードアンドゴーと判断される場合は、救命救急センター、あるいは集中治療可能な特定病態（外傷全般）対応医療機関 ⇨ 整形外科領域の緊急手術が必要な場合：特定病態（整形外科領域外傷）対応医療機関 ✓ 熱傷：下記の場合は、救命救急センター、あるいは集中治療可能な特定病態（熱傷）対応医療機関

改　　正　　後	現　　行
評価１；生理学的徴候の破綻 　初期評価により、第一印象及び重症感の把握を速やかに行う。ＣＰＡ状態であれば、ＣＰＲプロトコルに則って、直ちにＣＰＲを開始し、速やかに救命救急センターまたは直近の重症初期対応医療機関へ搬送する。 　ＣＰＡでない場合、気道・呼吸の異常の有無を観察し、下記の項目が一つでも該当すれば、気道確保・異物除去・吸引・酸素投与・補助換気などを行う。改善がなければ、赤１（Ｌｏａｄ＆Ｇｏ）と判断し、直ちに医療機関へ搬送する。 （１）気道の異常 □気道の閉塞 □気道の狭窄 □いびき □ゴロゴロ音 □異物 □口腔咽頭の浮腫 （２）呼吸の異常 □会話不能または単語のみ □過度の努力呼吸 □鼻翼呼吸 □起坐呼吸 □陥没呼吸 □腹式呼吸 □気管の牽引 □チアノーゼ □呼吸数＜１０ □ＳｐＯ２＜９２％（酸素投与下） 　気道・呼吸に異常がない場合または処置により改善を認めた場合、循環の異常および切迫する意識障害の有無を観察し、以下の項目が一つでも該当すれば、赤１と判断し、必要な処置後、直ちに医療機関へ搬送する。赤１では、救命救急センターへの搬送を原則とするが、特定病態を推定できる場合には特定機能対応医療機関を、そうでない場合には重症初期対応医療機関への搬送も考慮する。ただし、体温の異常に関しては、「明らかに熱い」あるいは「明らかに冷たい」場合に赤２と判断し、評価２～評価４での緊急度との掛	⇨　熱傷面積20%以上（小児、高齢者：10%以上） ⇨　Ⅲ度熱傷10%以上（小児、高齢者：5%以上） ⇨　化学熱傷 ⇨　気道熱傷 ⇨　電撃傷 ✓　毒・薬物中毒 ⇨　生理学的徴候や身体観察から緊急度（重篤）を判断する。ただし、当初生理学的徴候や身体観察において異常がなくても、適切な初期治療を必要とする毒・薬物や、容態が急激に悪化する危険性のある毒・薬物に関しては、緊急度の高い重症傷病者として対応する。 ⇨　重症として対応する毒・薬物：農薬、有毒ガス、覚醒剤、麻薬、その他毒物摂取 →→→救命救急センター等、あるいは集中治療可能な特定病態（中毒）対応医療機関 ⇨　内服用医薬品の大量服用 ✧　眠剤・向精神薬の大量服用 →→→上記重篤の基準に当てはまる場合は、救命救急センター、あるいは集中治療可能な特定病態（中毒）対応医療機関 →→→上記重篤の基準に当てはまらない場合は、特定病態（中毒）対応医療機関 ✧　その他の内服用医薬品 →→→感冒薬（アスピリン・アセトアミノフェン含有）や糖尿病治療薬の大量服用などは、容態が悪化する危険性があるため、救命救急センター、あるいは集中治療可能な特定病態（中毒）対応医療機関の搬送を考慮する。搬送先医療機関選定の判断に迷う場合は、オンライン MC にて医師の指示を仰ぐ。 ✧　内因性疾患 ⇨　専門病態が特定された場合：各特定病態対応医療機関 ⇨　緊急処置の必要性が疑われるが、特定の病態が明らかでな

改　　正　　後	現　　行
け合わせで判断する。 （３）循環の異常 □皮膚蒼白 □皮膚冷感 □皮膚湿潤 □橈骨動脈脈拍触知不可 □高度の頻脈・徐脈 □制御不可能な外出血 （４）切迫する意識障害の有無 □JCS≧３０（または、ECS≧２０、GCS≦８） □目前で急な意識レベルの低下 □ヘルニア徴候 （傾眠以下の意識レベルで、片麻痺、瞳孔不同、クッシング現象、繰り返す嘔吐） 評価２（第１補足因子、第１段階）；生理学的異常の有無 　身体観察により、バイタルサイン及び意識レベルを評価し、以下の項目が一つでも該当すれば、赤２と判断する。第２補足因子でも赤２であれば、原則、特定機能対応医療機関へ搬送するが、状況に応じて救命救急センターへ搬送することも考慮する。すべての項目に該当しない場合は、黄以下と判断し、第１補足因子、第２段階と第２補足因子での評価との掛け合わせにもよるが、原則、特定機能対応医療機関または初期対応医療機関へ搬送する。 （１）呼吸の異常 □努力呼吸 □とぎれとぎれの会話 □重度吸気性喘鳴 □ＳｐＯ２＜９５％（酸素投与下） （２）循環の異常 □血圧＜９０mmHg □脈拍＞１２０/分　あるいは　脈拍＜５０/分 □循環状態が安定しているとは言えない □止血可能な外出血の持続	い場合 ⇨　重症初期診療対応医療機関 ⇨　適当な二次救急告示医療機関が選定できない場合は救命救急センターを選定 ➢　軽症～中等症：緊急度が低い状態 ✧　中等症：入院による経過観察を必要とする ✧　軽症：入院を必要としない ✧　軽症～中等症患者の搬送先医療機関 ⇨　現場観察にて病態が特定できた場合は、重症病態とみなし、特定病態対応医療機関への搬送を優先する。 ⇨　二次救急告示医療機関 ⇨　対応可能な診療科について、恒常的に可能か曜日時間帯限定かを明確にする。 ⇨　搬送後に病態が特定されて、専門的治療が必要となる可能性が疑われる場合は、特定病態対応医療機関に速やかに転送・転院できる体制とする。 ⇨　搬送後に病態が特定できない場合でも、患者容態の悪化等緊急性がある場合は、救命救急センターに転送・転院できる体制とする。 ⇨　二次救急告示医療機関以外の、外来診療および経過観察入院可能な医療機関を体制に含めるかは、各地域の取り決めに従う。 ● **疾病分類・特定病態別選定基準（資料３・４）** ➢　脳卒中：脳梗塞、脳出血、くも膜下出血 ✧　脳卒中を疑うべき症状・徴候 ⇨　突然発症であること ⇨　患者・家族が異常と認識せず、発症時期が不明な場合もある ⇨　意識障害⇨⇨循環不全によるものもある ⇨　頭痛、麻痺、しびれ、失語・構音障害、視力障害、めまい、ふらつき ⇨　比較的特異的な症状：麻痺、失語・構音障害、視力視野障害

改　　正　　後	現　　行
（3）意識レベルの異常 □JCS ２－２０ □GCS ９－１３ （4）体温の異常 □３５℃以下 □４０℃以上 □３８℃以上で敗血症・免疫不全の疑い 評価３（第１補足因子、第２段階）；病歴の聴取、疼痛の強さ、出血傾向の有無 現病歴は、その症状が、 （1）何時から起こっているのか （2）どのような性状か （3）部位はどこか （4）緩和や増悪する因子はあるか （5）放散する痛みの有無と部位 （6）疼痛の程度※はどうか （7）時間経過による症状の変化はあるか などのポイントを可能な限り詳細に聴取する。疼痛の程度は以下のスコアを用いて、緊急度を評価する。 ※疼痛スコア 痛みがない状態を０、今までにない最悪の痛みを１０として、痛みの程度を表現してもらう。それぞれを、急性か慢性かに分ける。 （1）急性　８～１０　→　赤２ （2）急性　５～７ もしくは 慢性　８～１０　→　黄 （3）急性　１～４ もしくは 慢性　＜　８　　→　緑 その他、随伴症状の有無、アレルギー、服薬内容や既往歴、妊娠の有無、最終の食事摂取時刻、原因などについて、可能な限り詳細に聴取する。以下の２項目のいずれかが該当すれば、赤２と評価する。 （1）先天性出血疾患 （2）抗凝固薬の内服	✧　片側が障害されることが多い ⇨　非特異的な症状：頭痛、しびれ、めまい、ふらつき ✧　突然発症の経験したことのない激しい頭痛は、くも膜下出血を疑う ✧　鑑別のための追加評価 ⇨　瞳孔の異常：左右差、縮瞳（ピンホール大）、対光反射の異常（消失あるいは鈍） ⇨　眼位の異常 ⇨　顔のゆがみ ⇨　構音障害（呂律困難） ⇨　麻痺（片麻痺が多い） ⇨　上肢：バレー徴候 ⇨　下肢：膝立て試験 ⇨　感覚障害 ⇨　痙攣 ✧　閉塞性病変と出血性病変の鑑別⇨⇨困難なことが多い 意識障害のない、片麻痺、感覚障害、構音障害（呂律困難）は、閉塞性病変（脳梗塞）の可能性が高いため、tPA 治療可能な病院へ搬送する。ただし、出血性病変や tPA 投与後の出血の合併を想定して、脳神経外科の緊急対応体制の整備が必要である。 意識障害を認めるものは、出血性病変の可能性が高くなるため、当初より、tPA 治療および血腫除去術や脳動脈瘤手術などの緊急対応が可能な医療機関を選定する。 意識障害の有無にかかわらず、突然発症の経験したことない激しい頭痛や後頸部痛は、くも膜下出血を疑う所見であり、脳動脈瘤手術や脳血管内手術対応医療機関を選定する。 ➢　急性冠症候群 ✧　急性冠症候群を疑うべき症状・徴候 ⇨　突然発症 ⇨　循環不全（ショック） ⇨　呼吸困難・呼吸不全 ⇨　意識障害 ⇨　持続する胸痛 ✧　鑑別のための追加評価

改　　正　　後	現　　行
評価２と同様に、第２次補足因子との掛け合わせで、搬送先医療機関を選定する。 評価４（第２補足因子）；症状・徴候 傷病者の訴えや通報の原因となった、症状・徴候から緊急で専門的な処置(特定機能)が必要となる特定病態の有無や必要な初期対応診療科について評価し、第１補足因子の緊急度との掛け合わせで搬送先医療機関を選定する。症状・徴候の項目は、以下のとおりである。第１補足因子と第２補足因子との掛け合わせによる、病院選定のイメージは資料１－３に示す。 （1）呼吸困難 （2）胸痛 （3）動悸 （4）意識障害 （5）急性発症の頭痛 （6）急性発症の眩暈 （7）急性発症のしびれ・麻痺 （8）痙攣 （9）腹痛 (10) 吐血・下血 (11) 下痢 (12) 嘔気・嘔吐 (13) 血尿・側腹部痛 (14) 腰背部痛 (15) 産婦人科疾患 (16) 泌尿器科疾患 なお、頭痛、眩暈、しびれ・麻痺における「急性発症」とは、概ね発症後３時間以内をさす。 また、特定病態とは以下のことを指し、それぞれに必要となる「特定機能」を同時に記す。これら「特定機能」を緊急で行える医療機関を「特定機能対応医療機関」と定義する。 （1）急性くも膜下出血・脳出血　　→　脳外科手術 （2）脳卒中(脳梗塞または脳出血)　　→　ｔＰＡ	⇨　急性冠症候群を疑うべき胸痛 　⇨　20 分以上持続 　⇨　絞扼痛 　⇨　左肩、左腕に放散 　⇨　労作で増強 　⇨　ニトログリセリンが無効 　⇨　非特異的症状を伴う息切れ、脱力感、発汗、ふらつき感、悪心、嘔吐など ⇨　心電図異常 　⇨　ST-T 変化 　⇨　幅の広い QRS 波形への移行 　⇨　多源性、多発性、連発する心室性期外収縮 　⇨　RonT 　⇨　心室性頻拍 ⇨　背部痛・脈拍血圧の上肢左右差あるいは上下肢差を認めるとき 　⇨　大動脈解離も想定し、緊急大血管手術対応病院へ ➢　大動脈解離 　✧　胸痛を伴うことも、伴わないこともある 　✧　突然の意識障害で発症する場合もある 　✧　背部痛、脈拍血圧の上肢左右差あるいは上下肢差が特徴 ➢　急性動脈閉塞（外傷性を含む） 　✧　四肢疼痛 　✧　四肢蒼白 　✧　四肢脈拍の減弱、消失 　✧　しびれ 　✧　知覚鈍麻や運動麻痺を認めない場合もあり 　✧　脈拍血圧の左右差や上下肢差 ➢　消化管出血 　✧　明らかな吐下血を認めるもの 　✧　明らかな吐下血を認めないが、腹痛、悪心・嘔吐、強度の貧血を認めるもの。

改　　正　　後	現　　行
→　ｔＰＡ+脳外科手術 （３）急性冠症候群・急性肺動脈血栓塞栓症 →　ＰＣＩ等 （４）急性大動脈解離・大動脈瘤破裂　→　心臓大血管手術 （５）消化管出血　→　消化管内視鏡 （６）急性腹症　→　緊急外科手術 　それぞれの症状・徴候について、上記の特定病態を示唆する補足因子を挙げ、一つでも該当すれば、「特定機能」を有する病院リストから搬送先医療機関を選定する。その際、第１補足因子の緊急度も考慮する。以下に例を２つ示す。 例１）急性発症の頭痛 □これまでで最悪の頭痛 □視力障害 □片側上肢・下肢の運動麻痺 □片側顔面の運動麻痺 □片側のしびれ感 □言語障害（失語症・構音障害） □片側の失明 □運動失調 を第２補足因子とする。上記のうち、いずれか一つでも該当すれば、急性くも膜下出血または脳出血による頭痛を疑う。ここで、評価１で赤１と判断した場合は、Ｌｏａｄ＆Ｇｏの適応であり、原則、救命救急センターへ搬送するが、上記第２補足因子のいずれか一つでも該当する場合には、状況に応じ、特定機能対応医療機関（脳外科手術）への搬送も考慮する。 評価１で赤１に該当しない場合は、第１補足因子である評価２・評価３の観察を行う。第１補足因子が赤２で、上記第２補足因子のいずれか一つでも該当すれば、特定機能対応医療機関（脳外科手術）を選定するが、状況に応じ、救命救急センターへの搬送を考慮する。第１補足因子が黄以下であれば、原則、特定機能対応医療機関(脳外科手術)を選定するが、状況によっては、初期対応医療機関（脳神経外科・内科・神経内科）を選定する。 急性くも膜下出血・脳出血を疑う第２補足因子が一つも該当しなければ、特定病態である可能性は低いと考えられる。ここで、評価１で赤１の場合には原則、救命救急センターへ搬送するが、状況に応じて、重症初期対応医療機関へ搬送する。評価１で赤１には該当せず、第１補足因子が赤２の場合には、重症初期対応医療機関を選定することを原則とするが、状況により、初期対	● **症状徴候別医療機関選定基準（資料４）** ➢ 意識障害 ✧ JCS 30 以上→→→救命救急センター等 （病態が特定できる場合は、→→→特定病態対応医療機関） ✧ JCS 30 未満 ⇨ 循環不全（ショック）による →→→救命救急センター等 急性冠症候群、大動脈解離などを疑う場合 →→→緊急 PCI、緊急心大血管手術対応医療機関 消化管出血（吐下血）を疑う場合 →→緊急内視鏡的止血、緊急開腹止血対応医療機関 ⇨ 低酸素血症による →→→救命救急センター等 心不全を疑う場合 →→→心不全対応医療機関 呼吸器疾患による呼吸不全を疑う場合 →→→人工呼吸管理可能な呼吸器疾患対応医療機関 ⇨ 脳卒中を疑う場合→→→脳血管障害対応医療機関 （出血性病変か閉塞性病変かの鑑別が可能であれば、それに応じた医療機関を選定する。(7 頁記載のとおり)） ⇨ 痙攣後：脳卒中を疑う場合は、脳血管障害対応医療機関 ⇨ 代謝性疾患→→→重症初期診療対応医療機関 病院前観察での推定は不可能な場合が多い ⇨ 低血糖 ⇨ 糖尿病性昏睡 ⇨ 電解質異常 ⇨ 臓器不全：腎不全、肝不全など→→→重症初期診療対応医療機関 病院前観察での推定は不可能な場合が多い ⇨ 原因が推定されない場合 →→→重症初期診療対応医療機関 →→→搬送先選定に難渋する場合は救命救急センター等 ➢ 循環不全（ショック） ✧ 皮膚冷感湿潤、頻脈（120 回／分）、収縮期血圧 90mmHg 未満

改　　正　　後	現　　行
応医療機関(脳神経外科・内科・神経内科)を選定する。第１補足因子でも黄以下である場合には、初期対応医療機関(脳神経外科・内科・神経内科)に搬送する。 例２）胸痛 急性冠症候群による胸痛を疑う第２補足因子 □突然発症し、数分以上続く胸痛 □境界不明瞭（指で指し示すことのできない）胸痛 □心電図上ＳＴ－Ｔ変化 □心電図上ｗｉｄｅＱＲＳ □心電図上の不整脈（多源性/多発性/連発ＰＶＣ・ＲｏｎＴ・ＶＴ/高度除脈等） □心疾患（急性冠症候群など）の既往 肺動脈血栓塞栓症による胸痛を疑う第２補足因子 □高度な呼吸困難 急性大動脈解離による胸痛を疑う第２補足因子 □突然発症の背部の激痛（裂ける・引き裂かれる感じ）を伴う □移動する背部痛（痛みが下肢方向へ移動）を伴う □上肢の血圧左右差 上記を、各特定病態を疑う第２補足因子とする。評価１で赤１の場合には原則、救命救急センターへ搬送することとするが、上記の第２補足因子のいずれかに該当し、特定病態が疑われる場合には、各病態に応じた特定機能対応医療機関への搬送も考慮する。 評価１で、赤１に該当しなければ、第１補足因子である評価２・評価３の観察を行う。第１補足因子が赤２で、上記第２補足因子がいずれか一つでも該当する場合には、各病態に応じた特定機能対応医療機関へ搬送するが、状況に応じ、救命救急センターへの搬送も考慮する。第１補足因子が黄以下であれば、原則、各病態に応じた特定機能対応医療機関へ搬送するものとするが、状況に応じ、初期対応医療機関への搬送も考慮する。 他の、症状・徴候についても、同様に評価し、搬送先医療機関を選定する。 なお、各症状・徴候において、第１補足因子が赤２で、第２補足因子で特	→→→救命救急センター等 ✧　専門病態が特定可能な場合 ⇨　循環器疾患→→→心不全、緊急 PCI、緊急心大血管手術対応医療機関 ⇨　消化管出血→→→緊急内視鏡的止血、緊急開腹止血対応医療機関 ➢　呼吸困難（呼吸不全）→→→人工呼吸管理対応医療機関 ✧　明らかなチアノーゼ、SPO2・90%未満、著名な気道狭窄 →→→救命救急センター等 以下の場合は、循環器疾患を疑い→→→心不全、緊急 PCI 対応医療機関 ✧　起坐呼吸、努力呼吸 ✧　著明な喘鳴 ✧　胸痛 ✧　四肢顔面の浮腫 ✧　心筋梗塞、弁膜症、心筋症の治療中、既往 以下の場合は、→→→呼吸器疾患対応医療機関 ✧　喀血 ✧　喘息発作 ✧　膿性痰、発熱、咳 以下の場合は、→→→緊急人工透析対応医療機関 ✧　人工透析治療中 ➢　胸痛 以下の場合は、→→→緊急 PCI、緊急心大血管手術対応医療機関 ✧　20 分以上の持続 ✧　絞扼痛 ✧　左肩、左腕への放散痛 ✧　心電図上、ST-T の変化 ✧　心電図上、不整脈 ⇨　多源性、多発性、連発する心室性期外収縮 ⇨　幅の広い QRS へ移行 ⇨　RonT ⇨　心室性頻拍 ✧　その他 ⇨　チアノーゼ、息切れ

改　　正　　後	現　　行
定機能を必要とする所見を認めない場合、原則、重症初期対応医療機関または初期対応医療機関へ搬送するものとしているが、「意識障害」については、緊急度・重症度の高い疾患や特定機能対応を要する疾患が原因であるにも関わらず、病歴聴取が困難で、それらを推測できない場合も多いと考えられるため、第１補足因子が赤２であれば、救命救急センターへの搬送も考慮する。 腹痛においての、流産・子宮外妊娠を疑い、かつ緊急度が高い（評価１で赤１または第１補足因子で赤２）場合及び産婦人科関連の症状における、妊婦の腹痛・意識障害・痙攣などで、緊急度が高い（第１補足因子が赤２）場合には最重症合併症妊産婦受入医療機関に指定されている救命救急センターへ搬送し、緊急度が高くない場合（第１補足因子が黄以下）は、産科の初期対応医療機関を選定する。 　上記１６項目のいずれにも該当しない症状・徴候による場合、「その他の症状・徴候」より緊急度を判断し、搬送先医療機関を選定する。 ＜小児（≦１２歳）の疾病＞　（資料４） 　小児では、評価１で生理学的徴候の破綻があれば（赤１）、救命救急センターまたは重症小児対応医療機関を選定する。評価１で赤１と評価されなかった場合、第１補足因子・第２補足因子とも赤２であれば、赤１と同等に緊急度は極めて高いと判断し、救命救急センターまたは重症小児対応医療機関を選定する。第１補足因子か第２補足因子のどちらかのみ赤２の場合、緊急度は高いと判断し、重症小児対応医療機関を選定する。第１補足因子でも第２補足因子でも黄以下である場合、初期対応医療機関を選定する。	⇨　脱力感、発汗、ふらつき ⇨　悪心、嘔吐 ✧　背部痛、脈拍血圧の上肢左右差・上下肢差 ⇨　大動脈解離（胸痛のない場合もあり）を疑い→→→緊急心大血管手術対応医療機関 ➢　腹痛 以下の場合は、急性腹症を疑い→→→緊急開腹術対応医療機関 ✧　腹膜刺激症状：筋性防御、反張痛 以下の場合は、消化管出血を疑い、緊急内視鏡止血術および緊急開腹止血術対応医療機関 ✧　悪心、嘔吐 ✧　高度な貧血 ➢　吐下血→→→緊急内視鏡止血術（および緊急開腹止血術）対応医療機関 ➢　頭痛 以下の場合は、くも膜下出血を疑い→→→緊急脳動脈瘤手術対応医療機関 ✧　突然発症するこれまでに経験したことのないような痛み ✧　後頸部痛を伴う ➢　めまい・ふらつき ✧　頭蓋内病変→→→脳血管障害（tPA、緊急開頭術）対応医療機関 ⇨　意識障害有りまたは有った場合（一過性意識障害）→→→アダムストークス発作との鑑別困難→→→循環器疾患にも対応可能な医療機関が望ましい ⇨　収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100mmHg 以上の場合 ⇨　神経学的異常を伴う場合 麻痺、失語、構音障害、瞳孔異常、痙攣など ✧　心原性めまい→→→循環器疾患（緊急 PCI）対応医療機関 ⇨　徐脈性、頻脈性不整脈 ⇨　（一過性）意識障害：アダムストークス発作→→→脳血管

改　　正　　後

通報内容の確認								
段階	観察	評価1 （生理学的徴候の破綻）	評価2 （第1補足因子、第1段階）	評価3 （第1補足因子、第2段階）	評価4 （第2補足因子）	緊急度	対応・病院選定	
状況評価								
	□感染性						感染防御	
	□危険性						安全確保	
	□傷病者数						災害対応・応援要請	
	原因 ☑疾病						疾病プロトコル採用	
初期評価								
第一印象	反応の有無	CPA					CPRプロトコル	
重症感	気道	□気道の閉塞 □気道の狭窄 □いびき □ゴロゴロ音 □異物 □口腔咽頭の浮腫				赤1	気道確保 異物除去 吸引 酸素投与 モニター装着 L&G	救命救急センター または 重症小児対応医療機関
	呼吸	□会話不能～単語のみ □過度の努力呼吸 □鼻翼呼吸 □陥没呼吸 □起坐呼吸 □腹式呼吸 □気管の牽引 □チアノーゼ □呼吸数※ □SpO2<92%（酸素投与下）					酸素投与 補助換気 モニター装着 L&G	
	循環	□皮膚蒼白 □皮膚冷感 □皮膚湿潤 □橈骨動脈脈拍触知不可 □脈拍※ □制御不可能な外出血					酸素投与 モニター装着 **ショックプロトコル** L&G	
	切迫する意識障害	□JCS≧30 □意識レベルの低下 □ヘルニア徴候					酸素投与 モニター装着 ABC対応・L&G	
	体温	□明らかに熱い □明らかに冷たい				赤2	「先へ進む	
病歴聴取								
主訴					症状・徴候⇒※			
現病歴				疼痛スコア □急性≧10		赤2		
既往歴				□先天性疾患				
身体観察								
生理学的徴候	呼吸		□努力呼吸 □とぎれとぎれの会話 □重度吸気性喘鳴 □SpO2<95%（酸素投与下）			赤2		
	循環		□脈拍※ □循環状態が安定しているとは言えない □止血可能な外出血の持続					
	意識レベル		□JCS 2~20 □GCS 9~13					
	体温		□35℃以下 □40℃以上 □38℃以上で敗血症・免疫不全の疑い					
※に関連した部位					※プロトコル			
		各論　プロトコル	評価2また	評価3　X	呼吸困難/意識障害/頭痛/腹痛/腰痛/動悸/しびれ・麻痺/痙攣/嘔吐/下痢/発熱		＝搬送先医療機関	

※

	6 か月未満	6 か月～1 歳	1 歳～3 歳	3 歳～6 歳	6 歳以上
呼吸	＜10 回/min.未満				
	＞80 回/min.	＞60 回/min.	＞40 回/min.	＞30 回/min.	＞25 回/min.
脈拍	＜40bpm.				＜30bpm
	＞210bpm.	＞180bpm.	＞165bpm.	＞140bpm.	＞120bpm.

現　　行

障害との鑑別困難→→→脳血管障害にも対応可能医療機関が望ましい

⇨　胸痛発作を伴う→→→緊急 PCI、緊急心大血管手術対応医療機関

⇨　背部痛や脈拍血圧の上肢左右差・上下肢差→→→大動脈解離→→→緊急心大血管手術対応可能医療機関

✧　消化管出血→→→消化管出血対応医療機関（緊急内視鏡止血、緊急開腹止血）

⇨　腹痛、悪心、嘔吐、高度な貧血

⇨　吐下血

✧　その他→→→軽症・中等症対応医療機関

⇨　回転性のめまいは内耳性由来（回転性であっても、長時間続く激しいめまいは内耳性でない場合も多いため、重症として扱う。）

➢　片麻痺／感覚障害／構音障害（呂律困難）

✧　頭蓋内病変→→→脳血管障害（tPA、緊急開頭術）対応医療機関

⇨　突然発症

⇨　患者・家族が異常を認識していないこともあり、発症時期が不明な場合も多い。一見、突然発症でないような病歴であっても、脳卒中は否定できない。

⇨　その他、前記、脳卒中の項の記載による鑑別

⇨　意識障害なし

⇨　脳梗塞

→→→tPA 治療対応医療機関。ただし、出血性病変や出血の合併に対し、脳神経外科手術緊急対応の体制整備が必要（院内対応あるいは地域病病連携）

✓　意識障害あり、出現・進行性増悪

⇨　脳梗塞／脳出血／脳動脈瘤破裂

→→→tPA・血腫除去・脳動脈瘤手術対応医療機関

改　　正　　後	現　　行

腹痛

第1補足因子	第2補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤2	□急性の激しい腹痛 □腹壁緊張or圧通 □腹膜刺激徴候 □高度貧血 □グル音消失 □金属製グル音 □吐下血 □腹部の異常膨隆 □頻回の嘔吐	赤1	救命救急センター 重症小児対応
黄以下		赤2	重症小児対応
赤2	その他の腹痛		
黄以下		黄以下	初期小児対応

前項は簡易版であり、詳細は資料４に示す。
評価１～評価３の内容は概ね成人の場合と同じである。異なる点を以下に示す。

（1）評価１の呼吸数と脈拍、評価２の脈拍は、小児の場合、年齢（月齢）によって正常値が異なるため、テーブル上には※を付し、上記に、各年齢（月齢）に応じた基準を示している。
（2）評価３の疼痛スコアは、小児の場合、評価が年齢や発達の程度により正確性に差があること、乳幼児や年少児では有用性と信頼度が低いことなどを勘案し、急性　８～１０　→　赤２　　のみとしている。
（3）評価３の既往歴は、以下を第１補足因子としている。
ア　先天性疾患（出血・免疫不全など）
イ　糖尿病（経口血糖降下薬、インスリン使用）

評価４（第２補足因子）；症状・徴候
小児に多い、症状・徴候は以下のとおりである。
（1）呼吸困難
（2）意識障害
（3）頭痛
（4）腹痛
（5）腰痛
（6）動悸
（7）しびれ・麻痺
（8）痙攣

改　　正　　後	現　　行
（9）嘔気・嘔吐 （10）下痢 （11）発熱 これらそれぞれについて、緊急度を判断する項目を資料４に列挙する。各症状・徴候について、一項目でも該当すれば、第２補足因子で赤２と判断する。　第１補足因子との掛け合わせでの、医療機関選定基準は、資料４に示す。 上記１１項目のいずれにも該当しない症状・徴候による場合、第１補足因子で赤２となる場合、重症小児対応医療機関へ、第１補足因子が黄以下である場合には、初期対応医療機関（小児科）を選定することを基本とする。 ＜外傷以外の外因＞　（資料５） 外因では、潜水病・減圧症に対する、高圧酸素療法が可能な医療機関を、特定機能対応医療機関とする。	

改　　正　　後

通報内容の確認								
段階	観察	評価1 （生理学的徴候の破綻）	評価2 （第1補足因子、第1段階）	評価3 （第1補足因子、第2段階）	評価4 （第2補足因子）	緊急度	対応・病院選定	
状況評価								
	□感染性						感染防御	
	□危険性						安全確保	
	□傷病者数						応援要請・災害対応	
	原因 ⊿外因						**外傷以外外因プロトコル**	
初期評価								
第一印象	反応の有無	CPA					**CPRプロトコル**	
モニター装着								
重症感	気道の異常	□気道の閉塞 □いびき □ゴロゴロ音 □異物 □口腔咽頭の浮腫				赤1	気道確保 異物除去 吸引 L&G	救命救急センター
	呼吸の異常	□過度の努力呼吸 □鼻翼呼吸 □陥没呼吸 □腹式呼吸 □気管の牽引 □チアノーゼ □呼吸数<10 □SpO2<92%（高濃度酸素投与下）					高濃度酸素投与 補助換気 L&G	
	循環の異常	□皮膚蒼白 □皮膚冷感 □皮膚湿潤 □橈骨動脈脈拍触知不可 □高度の頻脈・徐脈 □制御不可能な外出血					**ショックプロトコル** L&G	
	切迫する意識障害	□JCS≧30 □意識レベルの低下 □ヘルニア徴候					ABCへの対応 L&G	
	体温の異常	□明らかに熱い □明らかに冷たい				赤2	↓先へ進む	
病歴聴取								
主訴				農薬 医薬品 工業用品 家庭用品 毒性のある食物		赤1		救命救急センター
				上記以外の外因	外傷以外外因⇒※			
現病歴				□疼痛スコア8~10、急性		赤2		
				□疼痛スコア8~10、慢性 □疼痛スコア5~7、急性		黄		
				□疼痛スコア1~4、急性 □疼痛スコア<8、慢性		緑		
既往歴				□先天性出血疾患 □抗凝固薬の内服		赤2		
身体観察								
生理学的徴候	呼吸		□努力呼吸 □とぎれとぎれの会話 □重度吸気性喘鳴 □SpO2<95% （高濃度酸素投与下）			赤2		
	循環		□血圧＜90mmHg □脈拍>120/分・脈拍<50/分 □循環状態が安定しているとは言えない □止血可能な外出血の持続					
	意識レベル		□JCS 2~30 □GCS 8~13					
	体温		□35℃以下 □40℃以上 □38℃以上で敗血症・免疫不全の疑い					
※外因に関連した症状・徴検				原因ごとのプロトコル				

評価2　および	評価3　X	覚醒剤、麻薬/有毒ガス/化学物質暴露（化学損傷）/電撃症/咬・刺傷（マムシ等）/寒冷暴露・低体温/高温暴露・高体温/溺水/異物誤飲/潜水病（減圧症）/アスピリン、アセトアミノフェン、血糖降下薬以外の医薬品大量服用/その他の中毒/原因毒物不明	＝搬送先医療機関

高温暴露・高体温

第1次補足因子	第2次補足因子	緊急度	対応・病院選定
赤2	□意識障害 □小脳症状 □痙攣発作 □出血傾向、紫斑	赤1	救命救急センター
赤2	□頭痛 □嘔吐 □倦怠感、虚脱感 □集中力・判断力の低下	赤2	救命救急センター
赤2	□めまい　□大量の発汗 □欠神　□筋肉痛 □筋硬直（こむら返り）		救命救急センター 初期対応（内科）
黄以下	□意識障害 □小脳症状 □痙攣発作 □出血傾向、紫斑		救命救急センター
黄以下	□頭痛 □嘔吐 □倦怠感、虚脱感 □集中力・判断力の低下	黄以下	初期対応（内科）
黄以下	□めまい　□大量の発汗 □欠神　□筋肉痛 □筋硬直（こむら返り）		

現　　行

改　　正　　後	現　　行
前項は簡易版であり、詳細は資料５に示す。評価１及び評価２は疾病に準ずる。 評価３（第１補足因子、第２段階）；原因、疼痛、出血傾向の有無 以下の原因の場合は生理学的異常や症状・徴候の有無にかかわらず、赤１と判断して、すべて救命救急センターへ搬送する。 （１）農薬 （２）医薬品：アスピリン、アセトアミノフェン、血糖降下薬の大量服用 （３）工業用品：強酸、強アルカリ、石油製品、青酸化合物 （４）家庭用品：防虫剤、殺鼠剤 （５）毒性のある食物 疼痛スコア及び出血傾向による緊急度の評価については、疾病に準ずる。 評価４（第２補足因子）；原因 以下の原因の場合は、第１補足因子や症状・徴候との掛け合わせで搬送先医療機関を選定する。 （１）覚醒剤、麻薬 （２）有毒ガス （３）化学物質暴露（化学損傷） （４）電撃症 （５）咬・刺傷（マムシ等） （６）寒冷暴露・低体温 （７）高温暴露・高体温 （８）溺水 （９）異物誤飲 （10）潜水病・減圧症 （11）アスピリン、アセトアミノフェン、血糖降下薬以外の医薬品大量服用 （12）その他の中毒 （13）原因毒物不明 　それぞれの原因について、資料５に第２補足因子を示す。搬送先医療機関の選定基準は、疾病の場合と同様である。以下に例を２例示す。	

改　　正　　後	現　　行
例１）　高温暴露・高体温 □意識障害 □小脳症状 □痙攣発作 □出血傾向、紫斑 上記のうちいずれか一つでも該当すれば、第２補足因子で赤２と判断し、第１補足因子に関わらず、原則、救命救急センターへ搬送する。上記症状には該当せず、 □頭痛 □嘔吐 □倦怠感、虚脱感 □集中力・判断力の低下 これらのうち一つでも該当する場合には、第２補足因子で黄と判断する。ここで、第１補足因子が赤２であれば、救命救急センターへ搬送する。第１補足因子が黄以下であれば、初期対応医療機関（内科）へ搬送する。 赤２にも黄にも該当せず、 □めまい □大量の発汗 □欠神 □筋肉痛 □筋硬直（こむら返り） これらの症状を認める場合は、第２補足因子で緑と判断する。第１補足因子が赤２なら救命救急センターまたは初期対応医療機関（内科）へ搬送する。第１補足因子でも黄以下なら初期対応医療機関（内科）へ搬送する。 例２）　生物による咬傷・刺傷 □大関節を超える発赤・腫脹 □アナフィラキシー徴候 □マムシ咬傷疑い のうち、いずれか一つでも該当すれば、第２次補足因子で赤２と判断する。ここで、第１補足因子も赤２であれば、救命救急センターへ搬送する。第１補足因子が黄以下であれば、救命救急センターまたは初期対応医療機関（外科）を選定する。 上記症状・徴候が一つも該当しないが、第１補足因子が赤２または第１補足因子が黄以下であるが、上記症状・徴候のいずれかを認めれば、救命救急	

改　　正　　後	現　　行
センターまたは初期対応医療機関（外科）を選定する。第１補足因子が黄以下で、上記症状も認めなければ、初期対応医療機関（外科）を選定する。 ＜外傷＞　（資料６） 　外傷では、手指・足趾切断に対する緊急再接着術可能な医療機関を、特定機能対応医療機関とする。	

通報内容の確認								
段階	観察	評価1 （生理学的徴候の破綻）	評価2 （第1補足因子、第1段階）	評価3 （第1補足因子、第2段階）	評価4 （第2補足因子）	緊急度	対応・病院選定	
状況評価								
	□感染性						感染防御	
	□危険性						安全確保	
	□傷病者数						応援要請・災害対応	
	原因 ☑外傷）						外傷プロトコル（JPTEC） 携行資器材	
初期評価								
第一印象	反応の有無	CPA					CPRプロトコル	
生理学的評価 （Step1）	気道の異常	□気道の閉塞 □気道の狭窄 □いびき □ゴロゴロ音 □異物 □口腔咽頭の浮腫				赤1	L&G 気道確保 異物除去 吸引 高濃度酸素投与 外出血の止血 頭頸固定 バックボード固定 心電図モニター Sp02モニター	救命救急センター
	呼吸の異常	□過度の努力呼吸 □鼻翼呼吸 □陥没呼吸 □腹式呼吸 □気管の牽引 □チアノーゼ □徐呼吸（呼吸数<10）						
	循環の異常	□皮膚蒼白 □皮膚冷感 □皮膚湿潤 □橈骨動脈触知不可 □高度の頻脈・徐脈 □制御不可能な外出血						
	切迫する意識障害	□GCS≦8、または±30 □急な意識レベルの低下 □ヘルニア徴候（傾眠以下の意識レベルで、片麻痺、瞳孔不同、クッシング現象、繰り返す嘔吐）						
	体温の異常	□明らかに熱い □明らかに冷たい				赤2	1先へ進む	
解剖学的評価 （Step2）	頭部 顔面 頸部 胸部 腹部 四肢・骨盤 軟部組織 体表・熱傷 熱傷				□頭部の開放骨折・陥没骨折 □顔面部部の高度な損傷 □皮下気腫 □外頸静脈の著しい怒張 □呼吸音の左右差 □胸郭の動揺・変形・フレイルチェスト □腹部膨隆、腹壁緊張 他（詳細は資料6）	赤1	L&G 気道確保 高濃度酸素投与 外出血の止血 頭頸固定 バックボード固定 心電図モニター Sp02モニター	救命救急センター
病歴聴取								
SAMPLE聴取	受傷機転 →高エネルギー事故か? （Step3）			自動車乗車中 □同乗者死亡 □車の横転 □車外放出 □車の高度損傷 バイク走行中 □バイクと運転者の距離大 他（詳細は資料6）		赤2	L&G 気道確保 高濃度酸素投与 外出血の止血 頭頸固定 バックボード固定 心電図モニター Sp02モニター	救命救急センター または オンライン MC
	どこを、どうされましたか				受傷部位・症状・徴候→※			
	患者背景 （Step4） 年齢 アレルギー 内服薬 既往歴・妊娠			□小児：12歳以下 □高齢者：65歳以上 □出血性素因 □20週以降の妊婦 □重症化しそうな印象 他（詳細は資料6）		赤2	緊急度をワンランクアップ 搬送先医療機関選定時に考慮	
全体観察→継続観察・詳細観察								
生理学的評価			資料6の別紙2			赤1 赤2 黄以下		
全身観察	※に関連した部位				※搬送先選定プロトコール			
	眼球損傷 眼窩周辺骨					赤2	眼球保護	
	四肢外傷 （13歳以上）						創傷処置、圧迫止血、固定	
	四肢外傷 （12歳以下）						創傷処置、圧迫止血、固定	
	手指・足趾切断						創傷処置、圧迫止血、固定	
	頭部外傷 （13歳以上）						創傷処置、圧迫止血、頭頸固定	
	頭部外傷 （12歳以下）						創傷処置、圧迫止血、頭頸固定	
	その他の外傷						創傷処置、圧迫止血	
		損傷部位ごとプロトコル 眼球損傷・眼窩周辺骨折 四肢外傷（13歳以上） 四肢外傷（12歳以下） 手指・足趾切断 頭部外傷（13歳以上） 頭部外傷（12歳以下） その他の外傷	評価2　および	評価3　X	評価4		＝搬送先医療機関	

改　　正　　後	現　　行

眼球損傷・眼窩周辺骨折

第１補足因子		第２補足因子	緊急度	対応・病院選定
第１段階	第２段階			
赤2	赤2	□視力障害 □複視 □眼球偏位 □眼球脱出	赤１	救命救急センター等
赤2	黄以下		赤２	救命救急センター 初期対応医療機関（眼科）
黄以下	赤2		赤２	救命救急センター 初期対応医療機関（眼科）
黄以下	黄以下		黄以下	初期対応医療機関（眼科）

前項は簡易版であり、詳細は資料６に示す。

評価１；生理学的徴候の破綻

疾病の場合と同様、初期評価により第一印象と重症感を速やかに把握する。ＣＰＡであれば、外出血の止血、頸椎固定、バックボードへの全脊柱固定を行うとともに、ＣＰＲプロトコルに則ったＣＰＲを開始し、速やかに救命救急センターまたは特定機能対応医療機関（ＣＰＡ）へ搬送する。

ＣＰＡでない場合、気道・呼吸・循環の異常の有無、切迫する意識障害について観察し、以下の項目が一つでも該当すれば、赤１（Ｌｏａｄ＆Ｇｏ）と判断し、必要な処置後、直ちに救命救急センターに搬送する。外傷では疾病と異なり、評価１では器具を用いた測定は行わない。体温の異常に関しては、「明らかに熱い」あるいは「明らかに冷たい」場合に赤２と判断し、評価２～評価４での緊急度と掛け合わせで判断する。

（１）気道の異常

□気道の閉塞
□気道の狭窄
□いびき
□ゴロゴロ音
□異物
□口腔咽頭の浮腫

（２）呼吸の異常

□過度の努力呼吸
□鼻翼呼吸
□陥没呼吸
□腹式呼吸

改　　正　　後	現　　行
□気管の牽引 □チアノーゼ □徐呼吸（呼吸数＜１０） （３）循環の異常 □皮膚蒼白 □皮膚冷感 □皮膚湿潤 □橈骨動脈触知不可 □高度の頻脈・徐脈 □制御不可能な外出血 （４）切迫する意識障害 □GCS≦８　または　JCS≧３０ □急な意識レベルの低下 □ヘルニア徴候 （傾眠以下の意識レベルで、片麻痺、瞳孔不同、クッシング現象、繰り返す嘔吐） なお、体温の異常として、 □明らかに熱い □明らかに冷たい のいずれかの場合には、赤２と評価し、評価２以降の観察へ進む。 評価２（第１補足因子、第１段階）；生理学的異常の有無 身体観察により、バイタルサイン及び意識レベルを評価する。ここでは、以下の症状・徴候を認めれば、赤１（Ｌｏａｄ＆Ｇｏ）と判断し必要な処置後、直ちに救命救急センターに搬送する。 （１）気道の異常 □気道の閉塞 □気道の狭窄 □いびき □ゴロゴロ音 □異物 □口腔咽頭の浮腫	

改　　正　　後	現　　行
（2）呼吸の異常 □過度の努力呼吸 □鼻翼呼吸 □陥没呼吸 □腹式呼吸 □気管の牽引 □チアノーゼ □徐呼吸（概ね呼吸数＜１０） □ＳｐＯ２＜９０％（酸素なし） □ＳｐＯ２＜９２％（酸素投与下） （3）循環の異常 □皮膚蒼白 □皮膚冷感 □皮膚湿潤 □橈骨動脈触知不可 □高度の頻脈・徐脈（概ね脈拍＜５０ｂｐｍ　≧１２０ｂｐｍ） □制御不可能な外出血 □血圧≦９０mmHg （4）意識レベルの異常 □GCS≦８　または　JCS≧３０ □目前での急な意識レベルの低下 □ヘルニア徴候 （傾眠以下の意識レベルで、片麻痺、瞳孔不同、クッシング現象、繰り返す嘔吐） 上記を認めない場合でも、以下の症状・徴候を認めれば、評価２（第１補足因子・第１段階）で赤２と評価する。 （1）呼吸の異常 □努力呼吸 □ＳｐＯ２＜９２％(酸素投与なし) □ＳｐＯ２＜９５％(酸素投与下)	

改　　正　　後	現　　行
（2）循環の異常 □ショック徴候を認めた □循環動態が安定しているとは言えない □止血可能な外出血が持続 □６５歳以上で血圧＜１１０mmHg （3）意識レベル □ＪＣＳ　2―２０　または　ＧＣＳ　９－１３ （4）体温 □明らかに熱い　（＞４０℃） □明らかに冷たい（＜３５℃） 評価３（第１補足因子、第２段階）；病歴・既往歴の聴取、受傷機転 　受傷機転が以下に示す、高エネルギー事故の場合またはそれを疑う場合、傷病者に評価１で示した項目のような、重篤感を認める症状・徴候がなくとも、急速に重症化する恐れがあり、原則、Ｌｏａｄ＆Ｇｏの適応と考え、必要な処置後、直ちに救命救急センターへ搬送またはオンライン MC で指示を仰ぐ。ただし、緊急度としては、高エネルギー事故という受傷機転単独では、第１補足因子・第２段階で赤２と評価する こととする。 （1）自動車乗車中 　□同乗者死亡 　□車の横転 　□車外放出 　□車の高度損傷 （2）バイク走行中 　□バイクと運転者の距離大 （3）歩行者、自転車 　□車に跳ね飛ばされた 　□車に轢過された （4）高所墜落 　□成人＞６ｍ（３階フロアー以上） 　□小児＞３ｍ（身長の２～３倍） （5）機械器具に挟まれた （6）体幹部を挟まれた	

改　　正　　後	現　　行
次に病歴・既往歴聴取では、 （１）受傷部位 （２）アレルギー （３）内服薬 （４）既往歴・妊娠の有無 （５）最終食事摂取時刻 （６）受傷状況 （７）年齢 などについて、可及的速やかに聴取する。以下の素因・既往歴に該当すれば、搬送先医療機関を選定する際に、緊急度はワンランク挙げて考慮する必要があり、原則、第１補足因子・第２段階で赤２と判断する。 □小児：１２歳以下 □高齢者：６５歳以上 □出血性素因 □２０週以降の妊婦 □重症化しそうな印象 □心疾患の既往 □呼吸器疾患の既往 □透析患者 □肝疾患の既往 □糖尿病の既往 □薬物中毒の合併 評価２及び評価３がともに赤２である場合は、赤１（Ｌｏａｄ＆Ｇｏの適応）と同等の緊急度であると考え、必要な処置を行い、直ちに救命救急センターへ搬送する。 評価４（第２補足因子）；症状・徴候 解剖学的評価として、頭部・顔面・頸部・胸部・腹部・骨盤・四肢・軟部組織・体表の損傷や麻痺の有無などを系統的かつ迅速に評価する。外傷傷病者では、評価２や３に先立ち、初期評価の中で評価４（解剖学的評価）を行う。以下に該当する症状・徴候や損傷があれば、他の評価に関わらず、原則、赤１（Ｌｏａｄ＆Ｇｏの適応）と考え、必要な処置後、直ちに救命救急センターに搬送する。 □頭部の開放骨折・陥没骨折	

改　　正　　後	現　　行
□顔面頸部の高度な損傷 □皮下気腫 □外頸静脈の著しい怒張 □呼吸音の左右差 □胸郭の動揺・変形・フレイルチェスト □腹部膨隆、腹壁緊張 □腰部骨盤部の激しい疼痛・圧痛、骨盤動揺、下肢長差 □両側大腿骨骨折 □頭頚部・体幹・代替・上腕の穿通性外傷（刺創・銃創・杙創） □挫滅創・デグロービング損傷 □四肢動脈損傷※ □四肢切断・轢断 □四肢の麻痺 □１５％以上の熱傷を合併した外傷 □Ⅱ度熱傷２０％以上（小児高齢者１０％以上） □Ⅲ度熱傷１０％以上（小児高齢者５％以上） □顔面熱傷、気道熱傷 ※四肢動脈損傷を疑う症状・徴候を以下に示す。 □急激に増大する腫瘤 □拍動性の腫瘤 □拍動性の外出血 もしくは、末梢阻血症状として、 □疼痛＋蒼白 □疼痛＋冷感 □知覚障害 □運動障害 □脈微弱 　これらを認めない場合でも、重篤な機能障害回避のために緊急処置を必要とする外傷として、以下の損傷に対しては、必要な対応・処置を行い、第２補足因子として資料６に示す症状・徴候及び受傷部位と第１補足因子との掛け合わせで、搬送先医療機関を選定する。ただし、評価２及び評価３がともに赤２である場合は、救命救急センターへ搬送する。	

改　　正　　後	現　　行
＜対応・処置＞ （１）眼球損傷・眼窩周辺骨折　　→　眼球保護 （２）四肢外傷（１３歳以上）　　→　創傷処置、圧迫骨折、固定 （３）四肢外傷（１２歳以下）　　→　創傷処置、圧迫骨折、固定 （４）手指・足趾切断　　→　創傷処置、圧迫骨折、固定 （５）頭部外傷（１３歳以上）　　→　創傷処置、圧迫止血、頸椎固定 （６）頭部外傷（１２歳以下）　　→　創傷処置、圧迫止血、頸椎固定 上記以外は、その他の損傷として、緊急度と損傷部位に応じて搬送先医療機関を選定する。以下に、搬送先医療機関の選定方法を２例示す。 例１）眼球損傷・眼窩周辺骨折 □視力障害 □複視 □眼球偏位 □眼球脱出 を第２補足因子とする。評価２及び評価３がともに赤２である場合は、Ｌｏａｄ＆Ｇｏの適応である。上記のいずれかを認める場合は、必要な処置（眼球保護）を行い、直ちに救命救急センターへ搬送する。 評価２で赤２、評価３で黄以下の場合に、上記のいずれかを認めれば、必要な処置を行い、救命救急センターまたは初期対応医療機関（眼科）へ搬送する。 評価２で黄以下の場合でも、評価３が高エネルギー事故による受傷のため赤２となる場合には、必要な処置後、救命救急センターへ搬送またはオンライン MC で指示を仰ぐ。評価２で黄以下であり、受傷機転が高エネルギー事故ではない場合は、必要な処置後、初期対応医療機関（眼科）へ搬送する。 例２）頭部外傷（１３歳以上） □失見当識 □瞳孔異常 □髄液鼻（耳）漏 □バトルサインまたはパンダの目 □激しい鼻出血 □耳出血 □頻回の嘔吐	

改　　正　　後	現　　行
を第２補足因子とする。評価２及び評価３がともに赤２である場合は、Ｌｏａｄ＆Ｇｏの適応である。上記のいずれかを認める場合は、必要な処置（創傷処置、圧迫止血、頸椎固定）を行い、直ちに救命救急センターへ搬送する。 評価２もしくは評価３のどちらか一方のみが赤２でもう一方が黄以下で、上記のいずれかを認める場合は、必要な処置を行い、救命救急センターまたは初期対応医療機関（脳外科）へ搬送する。ただし、評価３が高エネルギー事故による受傷のため赤２である場合は、救命救急センターへ搬送またはオンラインMCで指示を仰ぐ。 評価２及び評価３とも黄以下で、上記症状を認める場合は、初期対応医療機関（脳外科）へ搬送する。 評価２及び評価３とも黄以下で、上記症状もなく、頭部の打撲や挫創、皮下血腫のみを認める場合には、初期対応医療機関（外科または脳外科）へ搬送する。 消防機関の救急隊が、本実施基準に定めるルールを遵守し、より適切な医療機関を選定して搬送するためには、これまで以上に、救急現場において、傷病の緊急度・重症度、症状、徴候、病態など傷病者の状況を正確に観察し、搬送先医療機関を選定するために必要な根拠を的確に判断することが重要となる。 なお、本実施基準の運用に伴い、大阪府救急業務高度化連絡協議会並びに各地域メディカルコントロール協議会との連携、協力により、救急活動の検証及び教育内容の充実を図り、救急隊員の資質向上に努める必要がある。	
（２）傷病者観察基準及び医療機関選定基準に基づく救急隊活動記録票について 救急隊活動記録票として、観察基準（第三号）及び選定基準（第四号）に該当する項目について、搬送先医療機関の選定根拠として記録を残し、救急隊判断の妥当性や地域救急医療体制の適正運用、問題点抽出など、事後検証に活用する。	● **傷病者観察基準および医療機関選定基準に基づく救急隊活動用シートの作成(資料５)** 救急隊員による迅速かつ的確な搬送先医療機関の選定を可能にするために、傷病者の観察項目や医療機関選定手順などを簡略に整理した救急隊現場活動用シートを各地域で作成することが望ましい。シート作成に当たっては、救急隊判断の妥当性や地域救急医療体制の適正運用、および問題点抽出などの事後検証に利するために、救急隊による傷病者評価や医療機関選定理由、医療機関による不応需の理由、および医療機関の診療情報などを包含した傷病者個票（救急活動記録票）となるように工夫する。 資料５に、参考として堺市消防局にて現在使用中の「疾病救急トリアージシ

改　　正　　後	現　　行
	ート　&　救急活動記録票」を掲載した。このシートの使用方法は、 I.　傷病者観察において、緊急度の極めて高い重篤傷病者を選別し、次に重症傷病者として特異的な処置（例えば PCI など）を要する傷病者を抽出する。迅速・的確な救急隊活動を可能にするために手順をフロー図に整理し、傷病者観察結果や医療機関選定理由も簡便なチェック方式としてある。 II.　搬送医療機関は、①～⑤の特定病態対応医療機関リストを用いて、傷病者の症状や観察結果に従って選定する。 III.　救急隊員によって記載された情報は、搬送先医療機関ではプレホスピタルレコードとして使用する。 IV.　後日、搬送先医療機関によって診療情報が記載されたものを回収する。 V.　本シートを救急活動記録（傷病者個票）として、事後検証に利用する。 である。
３－４．第五号に基づく伝達基準 救急隊又は消防機関の通信指令室が、搬送先として選定した医療機関に対して、傷病者の状況を伝達するための基準を作成する。 消防機関からの搬送連絡は、傷病者の受入れ医療機関を円滑に確保するための重要な要素である。このため、消防機関と医療機関の間で、医療機関選定の根拠や病院前の傷病者の情報等受入れの可否を判断するための情報について、必要十分な内容を正確かつ短時間で共有できるよう、両者の間での共通言語・共通認識の構築が不可欠である。なお、この件に関しても、前項と同様、メディカルコントロール体制の下での資質向上が求められる。 実施基準に定めた内容に基づく搬送と受入れを行う場合に、本府で一定の統一ルールとして使用する標準的な伝達基準を示すが、これまでどおり、各圏域の救急搬送や医療資源の実態を勘案して、実状にあった基準を地域MC協議会が策定し、運用する。 **１　円滑な伝達のための取り決め** （1）情報を適切かつ円滑に伝達するため、消防機関においては、救急医療に関する知識を持ち合わせている救急救命士をはじめとする救急資格のある者が、医療機関への情報伝達にあたることが望ましい。	**３－４．第五号に基づく伝達基準** 救急隊又は消防機関の通信指令室が、搬送先として選定した医療機関に対して、傷病者の状況を伝達するための基準を作成する。 消防機関からの搬送連絡は、傷病者の受入れ医療機関を円滑に確保するための重要な要素である。このため、消防機関と医療機関の間で、医療機関選定の根拠や病院前の傷病者の情報等受入れの可否を判断するための情報について、必要十分な内容を正確かつ短時間で共有できるよう、両者の間での共通言語・共通認識の構築が不可欠である。なお、この件に関しても、前項と同様、メディカルコントロール体制の下での資質向上が求められる。 実施基準に定めた内容に基づく搬送と受入れを行う場合に、本府で一定の統一ルールとして使用する標準的な伝達基準を示す。各地域において、必要に応じて、より具体的なものに変更することができる。 ● **円滑な伝達のための取り決め** ➢ 情報を適切かつ円滑に伝達するため、消防機関においては、救急医療に関する知識を持ち合わせている救急救命士をはじめとする救急資格のある者が、医療機関への情報伝達にあたることが望ましい。

改　　正　　後	現　　行
（2）医療機関においては、伝達を受けて、可能な限り速やかに受入れの可否を判断できる体制を整えることが望ましい。	➢ 医療機関においては、伝達を受けて、可能な限り速やかに受入れの可否を判断できる体制を整えることが望ましい。
２　標準的な伝達基準 （1）伝達に際しては、実施基準に基づく搬送連絡であることを明確にする。消防機関と医療機関の双方が、実施基準で取り決めたルールを尊重して搬送と受入れを判断しなければならないことを念頭に伝達を行うようにする。	● **標準的な伝達基準** ➢ 伝達に際しては、実施基準に基づく搬送連絡であることを明確にする。消防機関と医療機関の双方が、実施基準で取り決めたルールを尊重して搬送と受入れを判断しなければならないことを念頭に伝達を行うようにする。
（2）実施基準に基づく搬送及び受入れが円滑に行われるためには、消防機関は、まず、実施基準に定めのある、いずれの分類区分に該当する医療機関リストから搬送先を選定しようとしているのかを明確に伝える必要がある。その上で、その選定の根拠となった傷病者の緊急度・重症度、症状や徴候、病態等を正確に伝えなければならない。	➢ 実施基準に基づく搬送及び受入れが円滑に行われるためには、消防機関は、まず、実施基準に定めのある、いずれの分類区分に該当する医療機関リストから搬送先を選定しようとしているのかを明確に伝える必要がある。その上で、その選定の根拠となった傷病者の緊急度・重症度、症状や徴候、病態等を正確に伝えなければならない。
（3）伝達は、正確かつ簡潔に行う必要があり、そのため以下の点に留意する。 ア　緊急度の高さ（重篤感）を示すバイタルサイン、特定の病態を疑う根拠となる症状や徴候などを優先的に伝える。 イ　観察・聴取事項を羅列して情報を均質に伝えるのではなく、内容の重み付けが伝わるようにする。 ウ　時系列の順に説明する、傷病者本人や家族の訴えをそのまま反復伝達する、周辺の事実関係を丁寧に説明するなどの結果、冗長になり、本来必要な情報が不明確になることがないようにする。 エ　症状（特に痛み）の性質や種類、程度、部位、発症（持続）時間など症状や徴候の性格を具体的に伝えるようにする。また、判断に悩む症状・徴候がある場合や病態が特定できないが緊急度が高いと感じる場合は、その旨を正確かつ端的に伝える。	➢ 伝達は、正確かつ簡潔に行う必要があり、そのため以下の点に留意する。 ✧ 緊急度の高さ（重篤感）を示すバイタルサイン、特定の病態を疑う根拠となる症状や徴候などを優先的に伝える。 ✧ 観察・聴取事項を羅列して情報を均質に伝えるのではなく、内容の重み付けが伝わるようにする。 ✧ 時系列の順に説明する、傷病者本人や家族の訴えをそのまま反復伝達する、周辺の事実関係を丁寧に説明するなどの結果、冗長になり、本来必要な情報が不明確になることがないようにする。 ✧ 症状（特に痛み）の性質や種類、程度、部位、発症（持続）時間など症状や徴候の性格を具体的に伝えるようにする。また、判断に悩む症状・徴候がある場合や病態が特定できないが緊急度が高いと感じる場合は、その旨を正確かつ端的に伝える。
（4）伝達は以下のスタイルで行う。 ア　傷病者の年齢・性別 イ　現病歴、受傷機転、主訴、バイタルサイン等の観察結果について、観察基準や選定基準に則して、搬送先選定の根拠となる事項を最優先で伝える。 ウ　いずれの分類区分を適用して選定した依頼かを明確にする	➢ 伝達は以下のスタイルで行う。 ✧ 冒頭で、実施基準に基づく搬送連絡であることを告げる ✓「（医療圏名）ルール」（例：泉州ルール）に基づく搬送依頼です（府全体で運用：「大阪ルール」、地域別で運用：「医療圏名＋ルール」と呼称） ✧ いずれの分類区分を適用して選定した依頼かを明確にする

改　　正　　後	現　　行
✓ 胸痛が突然発症し、数分以上続いているので、ACS が疑われるため、「特定機能（ＰＣＩ）の対応」が必要な傷病者です。 ✓ 重篤ではなく、特定機能対応も必要のない傷病者ですので、「初期対応」をお願いする傷病者です。 エ　選定基準に従い何番目の搬送連絡を行っているか、を伝える。 オ　予め伝えておくべき傷病者の背景情報があれば、伝える。	✓「脳血管障害」（・「脳梗塞疑い」）の傷病者です ✓ 病態は特定できませんが、緊急度・重症度が高いと思われますので、「重症初期診療」をお願いする傷病者です ✧ 傷病者の年齢・性別 ✧ 現病歴、受傷機転、主訴、バイタルサイン等の観察結果について、観察基準や選定基準に則して、搬送先選定の根拠となる事項を最優先で伝える。解説を参照し症状・徴候別医療機関選定基準（資料４）にある項目（主訴又は最も顕著な「症状・徴候」→「随伴症状・観察項目・特徴」→「原因・病態・傷病名」）に沿ってキーワードを伝えると分かりやすい。 ✧ 選定基準に従い何番目の搬送連絡を行っているか、を伝える。 ✧ 予め伝えておくべき傷病者の背景情報があれば、伝える。
（５）消防機関と医療機関の良き信頼関係の構築・維持の観点から、傷病者の背景情報の伝達については十分配慮する必要がある。ただし、背景による搬送先選定難渋を危惧するあまり、逆に消防機関自身が背景情報にばかり拘泥してはならない。最優先で伝達すべき重要情報は、緊急度・重症度を示す症状・徴候等であることに十分留意する。	➢ 消防機関と医療機関の良き信頼関係の構築・維持の観点から、傷病者の背景情報の伝達については十分配慮する必要がある。ただし、背景による搬送先選定難渋を危惧するあまり、逆に消防機関自身が背景情報にばかり拘泥してはならない。最優先で伝達すべき重要情報は、緊急度・重症度を示す症状・徴候等であることに十分留意する。
３－５．第六号に基づく受入れ医療機関の確保（受入医療機関確保基準）	**３－５．第六号に基づく受入れ医療機関の確保（受入医療機関確保基準）**
【傷病者の受入れに関する消防機関と医療機関との間の合意を形成するための基準】	（１）傷病者の受入れに関する消防機関と医療機関との間の合意を形成するための基準
１　合意形成と受入れ医療機関の確保に際して考慮すべき事項	● **合意形成と受入れ医療機関の確保に際して考慮すべき事項**
（１）地理的事情、傷病者発生頻度と医療資源のバランスなどを考慮して、各医療機関の診療機能の特性や救急搬送受入れへの意向を踏まえて、地域の医療資源を最大限活かすことができる取り決めを行うよう工夫する。	➢ 地理的事情、傷病者発生頻度と医療資源のバランスなどを考慮して、各医療機関の診療機能の特性や救急搬送受入れへの意向を踏まえて、地域の医療資源を最大限活かすことができる取り決めを行うよう工夫する。
（２）地域の救急医療体制を持続可能な安定的なものとするため、特定の医療機関に救急搬送が集中し過剰な負担による疲弊を防ぐよう分散搬送の工夫を行う。また、より幅広くより高度な機能を有する医療機関への搬送の集中化により、二次救急医療体制全体のバランスが損なわれないようにする。	➢ 地域の救急医療体制を持続可能な安定的なものとするため、特定の医療機関に救急搬送が集中し過剰な負担による疲弊を防ぐよう分散搬送が行われるよう工夫する。また、より幅広くより高度な機能を有する医療機関への搬送の集中化により、二次救急医療体制全体のバランスが損なわれないようにする。
（３）医療機関リスト等が、医療機関の評価やランク付けに基づくものであ	➢ 医療機関リスト等が、医療機関の評価やランク付けに基づくものであ

改　　正　　後	現　　行
ると誤解されないよう十分配慮する。 （4）医療機関が積極的に受入れたいと考える疾患の傷病者がある一方で、受入れに様々な負担や困難が伴う状態の傷病者があることも事実であるため、搬送先医療機関の選定に恣意的な歪みが生じるなど、病院間の公平な競争を阻害するリスクなどにも留意して、基準を作成する。	ると誤解されないよう十分配慮する。 ➢ 医療機関が積極的に受入れたいと考える疾患の傷病者がある一方で、受入れに様々な負担や困難が伴う状態の傷病者があることも事実であるため、搬送先医療機関の選定に恣意的な歪みが生じるなど、病院間の公平な競争を阻害するリスクなどにも留意して、基準を作成する。
2　受入れ医療機関を確保するための病院リスト運用基準 （1）緊急度・重症度の高い傷病者について、消防機関が搬送連絡する照会回数が少なくてすみ、適切な診療機能を提供できる医療機関への受入れの確実性が増し、速やかに搬送できるよう基準を作成する。 （2）必要に応じて、分類基準の分類区分別の基準を作成する。 （3）基本的には、当該傷病者に適した分類区分に属する医療機関の中から、搬送距離が短く、最短の時間で搬送できる直近医療機関を優先的に確保することが原則である。 （4）曜日や時間帯も念頭においた基準とする。 （5）複数の搬送連絡が必要な場合を想定し、搬送連絡順序等を決めておく。 （6）緊急度・重症度の高い特定病態の傷病者の受入れ可能な医療機関数が限られている場合は、圏域ごとに曜日別などのローテーションで確実に受入れられるよう当番制をとるなどの工夫をし、当番医療機関とそれ以外の受入れ可能医療機関の間での搬送連絡の順序や受入れへの協力の度合いを決めておく。 （7）救命救急センターの役割や責任について選定基準上の位置づけを明確にする。 （8）搬送連絡にあたっては、大阪府救急医療情報システムを併用する。	● **受入れ医療機関を確保するための病院リスト運用基準** ➢ 緊急度・重症度の高い傷病者について、消防機関が搬送連絡する照会回数が少なくてすみ、適切な診療機能を提供できる医療機関への受入れの確実性が増し、速やかに搬送できるよう基準を作成する。 ➢ 必要に応じて、分類基準の分類区分別の基準を作成する。 ➢ 基本的には、当該傷病者に適した分類区分に属する医療機関の中から、搬送距離が短く、最短の時間で搬送できる直近医療機関を優先的に確保することが原則である。 ➢ 曜日や時間帯も念頭においた基準とする。 ➢ 複数の搬送連絡が必要な場合を想定し、搬送連絡順序等を決めておく。 ➢ 緊急度・重症度の高い特定病態の傷病者の受入れ可能な医療機関数が限られている場合は、曜日別などのローテーションで確実に受入れられるよう当番制をとるなどの工夫をし、当番医療機関とそれ以外の受入れ可能医療機関の間での搬送連絡の順序や受入れへの協力の度合いを決めておく。 ➢ 救命救急センターの役割や責任について選定基準上の位置づけを明確にする。 ➢ 搬送連絡にあたっては、大阪府救急医療情報システムを併用する。
3　実施基準における三次救急医療機関コーディネート事業の活用 （1）各地域において、成人の身体的異常による救急搬送に係る実施基準を作成、運用するにあたり、「三次救急医療機関コーディネート事業」を活用することができる。 （2）府内全域を対象として共通の基準に基づき運用する三次救急医療機関コーディネート事業（次項(2)参照）の対象以外に、地域の実状に応じて、受入れ医療機関確保のための基準の一部として地域固有の取り決めを行うことができる。	● **実施基準における三次救急医療機関コーディネート事業の活用** ➢ 各地域において、成人（妊産婦を除く）の身体的異常による救急搬送に係る実施基準を作成、運用するにあたり、「三次救急医療機関コーディネート事業」を活用することができる。 ➢ 府内全域を対象として共通の基準に基づき運用する三次救急医療機関コーディネート事業（次項(2)参照）の対象以外に、地域の実状に応じて、受入れ医療機関確保のための基準の一部として地域固有の取り決めを行うことができる。

改　　正　　後	現　　行
（3）具体的には、実施基準に基づく搬送及び受入れを実施するにあたって、三次告示医療機関（救命救急センター）によるコーディネートをルールとすることができる。可能であれば、受入れ医療機関の確保に難渋する傷病者の搬送及び受入れの迅速化、円滑化を図ることなどを目的として、地域の関係医療機関間の合意に基づき、三次告示医療機関（救命救急センター）が搬送調整業務等を行い、関係医療機関が受入れに協力するしくみを整えることが望ましい。	➢　具体的には、実施基準に基づく搬送及び受入れを実施するにあたって、三次救急医療機関（救命救急センター）によるコーディネートをルールとすることができる。可能であれば、受入れ医療機関の確保に難渋する傷病者の搬送及び受入れの迅速化、円滑化を図ることなどを目的として、地域の関係医療機関間の合意に基づき、三次医療機関（救命救急センター）が搬送調整業務等を行い、関係医療機関が受入れに協力するしくみを整えることが望ましい。 ＊　分類区分別に可能な限り確実に受入れる最終的な受入医療機関を当番制などで予め設定し、一定の取り決めのもとに搬送及び受入れを行う場合の例として、堺市地域、泉州地域、南河内地域の取り組みを参照すること。（別添）
【その他傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項】	（2）その他傷病者の受入れを行う医療機関の確保に資する事項
1　医療機関リストを使用し基準に則って傷病者の搬送及び受入れの実施を試みてもなお、傷病者の受入れ医療機関の確保に難渋する場合に適用する事項 （1）緊急度が高い傷病者について、5件以上の搬送連絡を行う、或いは、30 分以上現場に滞在して搬送連絡を行っても、受入れ医療機関が確保できない場合、「大阪府広域災害・救急医療情報システム」の緊急搬送要請システムまもってNETを使用することができる。同システムの使用、運用に関しては、別途定める『大阪府広域災害・救急医療情報システム運用要領』のほか、大阪府健康医療部保健医療室医療対策課からの通知等に基づき行う。 （2）緊急度が高く、かつ、重症度が高い（少なくとも入院は必要であると判断される）傷病者について、1時間以上現場に滞在して搬送連絡を行い、「大阪府広域災害・救急医療情報システム」の緊急搬送要請システムまもってNETを使用しても、受入れ先医療機関を確保できない場合、三次救急医療機関コーディネート事業に協力する三次告示医療機関（救命救急センター）にコーディネートを依頼することができる。同コーディネートの依頼、運用に関しては、別途定める『三次救急医療機関コーディネート事業対象基準』のほか、大阪府健康医療部保健医療室医療対策課からの通知等に基づき行う。	●　**医療機関リストを使用し基準に則って傷病者の搬送及び受入れの実施を試みてもなお、傷病者の受入れ医療機関の確保に難渋する場合に適用する事項** ➢　緊急度が高い傷病者について、5件以上の搬送連絡を行う、或いは、30 分以上現場に滞在して搬送連絡を行っても、受入れ医療機関が確保できない場合、「大阪府広域災害・救急医療情報システム」の緊急搬送要請システムまもってNETを使用することができる。同システムの使用、運用に関しては、別途定める『大阪府広域災害・救急医療情報システム運用要領』のほか、大阪府健康医療部保健医療室医療対策課からの通知等に基づき行う。 ➢　緊急度が高く、かつ、重症度が高い（少なくとも入院は必要であると判断される）傷病者について、10件以上の搬送連絡を行う、或いは、1 時間以上現場に滞在して搬送連絡を行い、「大阪府広域災害・救急医療情報システム」の緊急搬送要請システムまもってNETを使用しても、受入れ先医療機関を確保できない場合、三次救急医療機関コーディネート事業に協力する三次救急医療機関（救命救急センター）にコーディネートを依頼することができる。同コーディネートの依頼、運用に関しては、別途定める『三次救急医療機関コーディネート事業対象基準』のほか、大阪府健康医療部保健医療室医療対策課からの通知等に基づき行う。

改　　正　　後	現　　行
３－６．第七号に基づく府が必要と認める事項 　傷病者の搬送及び受入れが迅速かつ円滑にできるよう ICT を活用した ORION の運用を平成 25 年１月１日から開始している。今後も、消防と医療のより一層の連携を図るため、ORION の活用を推進していく。	**４．妊産婦の救急搬送に係る実施基準** 従来の産科救急医療体制で搬送できない産科領域の傷病者および最重症合併症を有する妊産婦の救急搬送に係る実施基準は、「産婦人科救急搬送体制確保事業（平成 21 年度一次救急医療ネットワーク整備事業）」並びに「大阪府における妊産婦救命救急事案の搬送及び受入れ体制について（最重症合併症妊産婦の搬送及び受入れの実施基準）」に基づき、大阪府全域で運用する。 第一号に基づく分類基準及び第三号に基づく観察基準及び第四号に基づく選定基準は、以下に示すとおりである。 第二号に基づく医療機関リストのほか、医療機関への連絡手順、伝達事項など具体的な運用は、大阪府が作成する「産婦人科救急搬送体制確保事業（平成 21 年度産婦人科一次救急医療ネットワーク整備事業）救急隊用マニュアル」並びに「大阪府における妊産婦救命救急事案の搬送及び受入れ体制について（最重症合併症妊産婦の搬送及び受入れの実施基準）」による。 **４－１．第一号に基づく分類基準** 　妊産婦の状況に応じた適切な医療の提供が行われる体制を確保するために、傷病者の緊急度・重症度に応じて関係の医療機関を以下の区分に分類する。 〔区分〕 ・　産科領域対応医療機関 ・　最重症合併症妊産婦対応医療機関 **４－２．第三号に基づく観察基準及び第四号に基づく選定基準** ● **妊産婦傷病者の観察基準と搬送先医療機関** ➢ 産科領域対象傷病者の判断基準 ✓ 産科領域の異常がある（疑いを含む） ・　妊娠している（疑い例を含む） かつ ・　性器出血 ・　産科領域の疾患を疑う下腹部痛

改　　正　　後	現　　行
	• 破水感 または、 • 分娩直後（墜落分娩、自宅分娩など）で緊急に医療的な処置が必要 ✧ 対象傷病者の搬送先医療機関 ✓ 次項重篤あるいは重症に合致する妊産婦傷病者は、最重症合併症妊産婦対応医療機関に搬送 ✓ 重篤・重症に合致しない妊産婦傷病者で • かかりつけ医のある妊産婦→→→かかりつけ医を優先する • かかりつけ医が無い、遠方または不在の妊産婦→→→産科領域対応医療機関（別紙「産婦人科救急搬送体制確保事業（平成 21 年度産婦人科一次救急医療ネットワーク整備事業）救急隊用マニュアル」による医療機関リスト参照） ➢ **最重症合併症妊産婦の判断基準と搬送先医療機関（別紙、大阪府作成、「最重症合併症妊産婦の搬送および受入れの実施基準」参照）** 下記重篤および重症に合致する妊産婦を、最重症合併症妊産婦と定義する。 ✧ 重篤：生命の危険が切迫した状態。緊急度が極めて高い。 ✓ 第一印象、臨床症状 • 重篤感がある • 容態の急激な悪化・変動 • ショック症状：皮膚冷感湿潤 • 明らかなチアノーゼ • 重篤な呼吸困難 • 痙攣重積状態 ✓ 心肺機能停止症例 ✓ 重篤を疑うバイタルサイン • 意識 ：JCS 30 以上* *救急振興財団報告書では JCS 100 以上であるが、JCS 100 以上は半～深昏睡状態で極めて重篤な状態であるため、強い刺激でかろうじて覚醒する JCS 30 以上とする。 • 呼吸 ：気道閉塞、強度の気道狭窄

改　　正　　後	現　　行
	：呼吸回数 10 回／分未満、30 回／分以上 ：呼吸音の左右差 ：異常呼吸** ：SpO2　90%未満（酸素投与なし） **異常呼吸とは、喘ぎ様呼吸、努力様呼吸、起坐呼吸、奇異呼吸など、呼吸困難を強く示唆する呼吸様式をいう。 • 循環 ：脈拍　120 回／分以上または 50 回／分未満 ：収縮期血圧　90 mmHg 未満 • 体温異常 ⇨ 低体温：34 度以下で、意識障害などバイタルサインの異常や不整脈を認める場合 ⇨ 高体温：40 度以上で、意識障害などバイタルサインの異常、四肢強直や痙攣を認める場合 ✧ 重症：容態の悪化を防ぐために、緊急的な処置や手術、あるいは集中治療を必要とする、または必要となる可能性の高い病態で、かつ周産期医療だけでは対応が困難な場合 ✧ 外因性疾患 ✓ 外傷 ⇨ 観察項目、状況評価からロードアンドゴーと判断される場合 ⇨ ロードアンドゴーの基準に当てはまらない場合でも、開放骨折などで緊急手術の必要性が疑われる場合 ✓ 熱傷 ⇨ 熱傷面積 20%以上 ⇨ Ⅲ度熱傷 10%以上 ⇨ 化学熱傷 ⇨ 気道熱傷 ⇨ 電撃傷 ✓ 毒・薬物中毒 ⇨ 生理学的徴候や身体観察から緊急度（重篤）を判断する。ただし、当初生理学的徴候や身体観察において異常がなくても、適切な初期治療を必要と

改　　正　　後	現　　行
	する毒・薬物や、容態が急激に悪化する危険性のある毒・薬物に関しては、緊急度の高い重症傷病者として対応する。 ⇨　重症として対応する毒・薬物：農薬、有毒ガス、覚醒剤、麻薬、その他毒物摂取 ⇨　内服用医薬品の大量服用 ✧　眠剤・向精神薬の大量服用 →→→上記重篤の基準に当てはまる場合 ✧　その他の内服用医薬品 →→→感冒薬（アスピリン・アセトアミノフェン含有）や糖尿病治療薬の大量服用など ✧内因性疾患 ✓　脳血管障害 ✓　循環器疾患：急性心不全、急性冠症候群、大動脈解離 ✓　呼吸不全 ✓　急性腹症 ✓　重症感染症（敗血症） ✓　播種性血管内凝固症候群（DIC） ✓　多臓器機能障害・機能不全 など救急隊によるこれら病態の観察基準等は、消防法改正に基づき大阪府が作成する「傷病者の搬送及び受入れの実施基準」３－３を参照。ただし、敗血症などの重症感染症、DIC および多臓器機能障害・機能不全は現場観察では判断不可能であるため、重篤の基準に該当しない妊産婦傷病者は、一端産科領域対応医療機関搬送後に、必要に応じて病院間搬送するものとする。 ✧　上記傷病者搬送医療機関 ⇨　本基準５に従い、原則、別紙４に記載する最重症合併症妊産婦受入れ医療機関とする。 ⇨　ただし、心肺機能停止状態にある場合は、妊産婦の救命を優先し、直近救命救急センターへ搬送する。また、心肺機能停止ではないものの、妊産婦のバイタルサインが非常に悪く生命の危機が極めて切迫しており一刻の猶予もない状態で、搬送先の最重症合併症妊産婦受入れ医療機関までの

改　　正　　後	現　　行
	搬送時間が 30 分以上かかる場合も、直近救命救急センターへ搬送する。 ⇨　最重症合併症妊産婦の病院選定および搬送に関しては、別紙の大阪府が作成した「最重症合併症妊産婦の搬送および受入れ実施基準」を参照 ● 補足：婦人科領域の救急搬送に係る実施基準について婦人科領域の対象傷病者 ➢ 妊産婦以外 ➢ 性器出血 ➢ 婦人科領域の疾患を疑う下腹部痛 ● 対象傷病者の搬送先医療機関 ➢ かかりつけ医が有る場合は、かかりつけ医を優先 ➢ かかりつけ医がない、遠方あるいは不在 →→→婦人科領域対応医療機関（別紙「産婦人科救急搬送体制確保事業（平成 21 年度産婦人科一次救急医療ネットワーク整備事業）救急隊用マニュアル」による医療機関リスト参照） ● 婦人科領域の疾患であっても、一般成人と同様に重篤に該当する傷病者は救命救急センターの搬送を優先する。
４．データ集積に基づく検証・評価と見直しについて 実施基準を有効に機能させるためには、いわゆるＰＤＣＡサイクル（plan－do－check－act　cycle.）の活用による策定、評価、見直しが不可欠であり、消防庁の検討会においても、この点に関して度々言及され、同報告書には、協議会において、実施基準に基づく搬送及び受入れの実施状況を調査・分析し、その結果を実施基準の見直しに反映させることが明記されている。 このため、消防機関と医療機関がそれぞれ保有する搬送と受入れに関わる傷病者についての客観的なデータ・情報を調査・収集し、両者の情報をマッチングさせて分析する必要がある。 この点は極めて重要であり、協議会の役割として法にも位置づけられている（消防法第 35 条の８第１項に定める「実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施に係る連絡調整」）ところである。	**５．データ集積に基づく検証・評価と見直しについて** 実施基準を有効に機能させるためには、いわゆるＰＤＣＡサイクル（plan－do－check－act　cycle.）の活用による策定、評価、見直しが不可欠であり、消防庁の検討会においても、この点に関して度々言及され、同報告書には、協議会において、実施基準に基づく搬送及び受入れの実施状況を調査・分析し、その結果を実施基準の見直しに反映させることが明記されている。 このため、消防機関と医療機関がそれぞれ保有する搬送と受入れに関わる傷病者についての客観的なデータ・情報を調査・収集し、両者の情報をマッチングさせて分析する必要がある。 この点は極めて重要であり、協議会の役割として法にも位置づけられている（消防法第 35 条の８第１項に定める「実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施に係る連絡調整」）ところである。 ● **事前調査の実施**

改　　正　　後	現　　行
	➢ 救急搬送実態調査 策定にあたっては、まず、地域の救急搬送の実態を、定性的な印象ではなく、定量的にデータの裏づけのあるものとして把握しなければならない。 ✧ 調査すべき項目としては、症状や徴候、疾患など病態ごとの救急搬送件数・搬送先医療機関別入院外来別件数などのほか、受入れ医療機関への照会回数、搬送時間、搬送先選定難渋事案の状況（照会回数の多い疾患、現場滞在時間の長い疾患）などが考えられる。 ✧ 先行的な調査の実施例である、泉州地域保健医療協議会医療部会救急医療体制検討小委員会や大阪市メディカルコントロール協議会による救急搬送実態調査を参考とし、各地域において、調査を実施する。（参考資料を参照） ✧ 調査結果から、以下のような点を明らかにする。 ✓搬送先・受入れ医療機関の現状、必要な受入れ医療機関の確保状況 ✓搬送・受入れが迅速かつ円滑に行われていない傷病者の実態 ✓搬送先選定・受入れ医療機関確保に難渋する傷病者の背景因子 ➢ 医療資源実状調査（医療機関機能調査） 一方で、地域の救急搬送需要に対応できる医療資源の状況を把握しなければならない。救急告示医療機関の協力診療科では、一部の非固定通年制を除き、原則24時間365日固定通年制であるが、医療機関リストを作成するためには、曜日や時間帯別に、科目という大きな枠組みのレベルでなく、より具体的に病態別にどのような傷病者を受入れることができるのか、どのような診療・処置・治療が提供可能かなどについての情報が必要である。 ✧ 調査すべき項目は、作成する医療機関リストに対応する形で決定する。３－１及び３－２に基づき、各々の分類区分に該当する医療機関に必要とされる診断、検査、処置、手術等の機能の提供の可否を具体的に調査する。 ✧ 医療機関の機能に関する情報は、医療機関リスト作成の基礎となる重要なものである。将来にわたって固定的なものではないため、定期的に情報を更新し、リスト等に速やかに反映するしくみを予め考えておかなければならない。
１　継続的な調査・データ集積と検証・評価の実施 実施基準を有効に機能させ、救急医療体制の充実を図っていくためには、実施基準を運用した後、これに基づく搬送及び受入れの実施が迅速かつ円滑	● **継続的な調査・データ集積と検証・評価の実施** ➢ 実施基準を有効に機能させ、救急医療体制の充実を図っていくためには、実施基準を運用した後、これに基づく搬送及び受入れの実施が迅

改　　正　　後	現　　行
に行われているかどうかを、常に把握し、検証・評価し続ける必要がある。そのためには、病院前救護における傷病者データや搬送選定根拠と、受入れ医療機関での診断・処置などの診療情報や転帰を突き合わせて、救急隊の観察、病院選定が適切であったかどうか、分類基準や医療機関リストが運用しやすい合理的なものとなっているかどうかを確認し、フィードバックしていくことが非常に重要である。 これまで、泉州圏域や堺市圏域などで継続的なデータ収集を行ってきたが、事務作業の負担が大きいなど課題が生じていた。そこで、救急隊の搬送支援・情報収集を行うスマートフォンアプリ等を活用した ORION の運用を平成 25 年 1 月から開始した。さらに、平成 26 年 10 月に予定している大阪府救急医療情報システムの改修にあわせて、病院前救護における傷病者データと病院での診断・治療・転帰などの情報（資料７）を一元化した形で収集することにより、より実態に即したデータの収集及び分析ができるよう取り組んでいく。 ORION の導入及び大阪府救急医療情報システムの改修に伴い、収集する情報の項目が各圏域で異なると、各圏域での経年的な分析は可能であるが、地域比較や府全体の情報収集が不可能であることから、今回の実施基準改正を行い、府内統一化を図ることとした。 今後も引き続いて、各圏域における実施基準運用の検証・評価を継続的に実施するため、冒頭「協議会の設置」において記述したように、地域保健医療協議会と地域 MC 協議会が有機的に連携した体制を確保するとともに、実施基準検討部会等において、統一化した実施基準の妥当性や府全体での検証、圏域間での課題の抽出などについて検証・分析していく。	速かつ円滑に行われているかどうかを、常に把握し、検証・評価し続ける必要がある。 ➢ 実施基準に基づく搬送や受入れに問題が起こっていないかを検証し、状況に応じて必要な見直しやさらなる改良を加えていく必要がある。 ➢ このため、救急隊の観察、病院選定が適切であったかどうか、分類基準や医療機関リストが運用しやすい合理的なものとなっているかどうかを確認するためには、病院前救護における傷病者データや搬送選定根拠と、受入れ医療機関での診断・処置などの診療情報や転帰を突き合わせて、フィードバックしていくことが非常に重要である ➢ 今後、本府においては、救急現場から医療機関までの病院前における傷病者の詳細な情報（プレホスピタルレコード）と、受入れ医療機関における診断名、処置・治療内容や転帰情報を収集して、両者を突き合わせて検証した結果を関係機関等にフィードバックするとともに、実施基準の見直しや救急医療体制の充実に活かしていく。 ➢ 具体的には、先行的な取組みを行ってきた泉州地域、南河内地域、堺市での継続的なデータ収集の例や、長崎県における取組みの例を参考にし、大阪府救急医療情報システムなども活用して、搬送結果のデータ収集と分析を行えるよう検討していく。そのためには、用語の標準化等を図る必要もある上、搬送件数が年間 40 万件に達する大阪では、相当な労力がかかるため、その手段や方法についても十分工夫して検討を進める。 ➢ 調査・データの集積と本実施基準およびその運用の検証・評価を継続的に実施するために、冒頭「協議会の設置」において記述したように、地域保健医療協議会と地域 MC 協議会が有機的に連携した体制の整備が必要である。例えば、地域の実状に合わせて、地域救急医療体制検討小委員会や合同検証会議などを立ち上げて、継続的な運用を図る。

改　　正　　後	現　　行
【検証項目例】 （1）集計データ 　ア　病態別・受入れ後の対応、処置内容 　イ　医療機関別・病態別・搬送人員数 　ウ　搬送先選定困難例の推移（病態別） 　エ　病態別、実施基準に基づく搬送か否か（実施基準遵守率） 　オ　応需率、不応需の理由 　カ　救急隊判断の陽性的中率、感度 　キ　医療機関別救急患者情報の登録状況 （2）事例検証 　ア　救急隊活動の質の検証 　（ア）患者観察、緊急度重症度評価、処置内容の適正性 　（イ）実施基準を遵守したか 　（ウ）医療機関選定の妥当性 　（エ）情報伝達の正確性 　イ　医療機関の対応の検証 　ウ　実施基準運用の適正性 　エ　実施基準の問題点を抽出	

資料４

実施基準の改正にかかるスケジュール

平成２５年

１２月２０日　　大阪府救急医療対策審議会

（諮問）「大阪府傷病者の搬送及び受入れの実施基準」の一部改正について

平成２６年

１月～３月　　大阪府救急業務高度化推進連絡協議会等との調整･協議

５月１５日　　大阪府傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討部会

５月２０日　　大阪府救急業務高度化推進連絡協議会

５月２９日　　大阪府救急医療対策審議会
→大阪府版実施基準改正案の決定

６月～９月頃　　各圏域保健医療協議会
地域メディカルコントロール協議会等
→圏域版実施基準の改正

１１月頃　　大阪府傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討部会

大阪府救急医療対策審議会

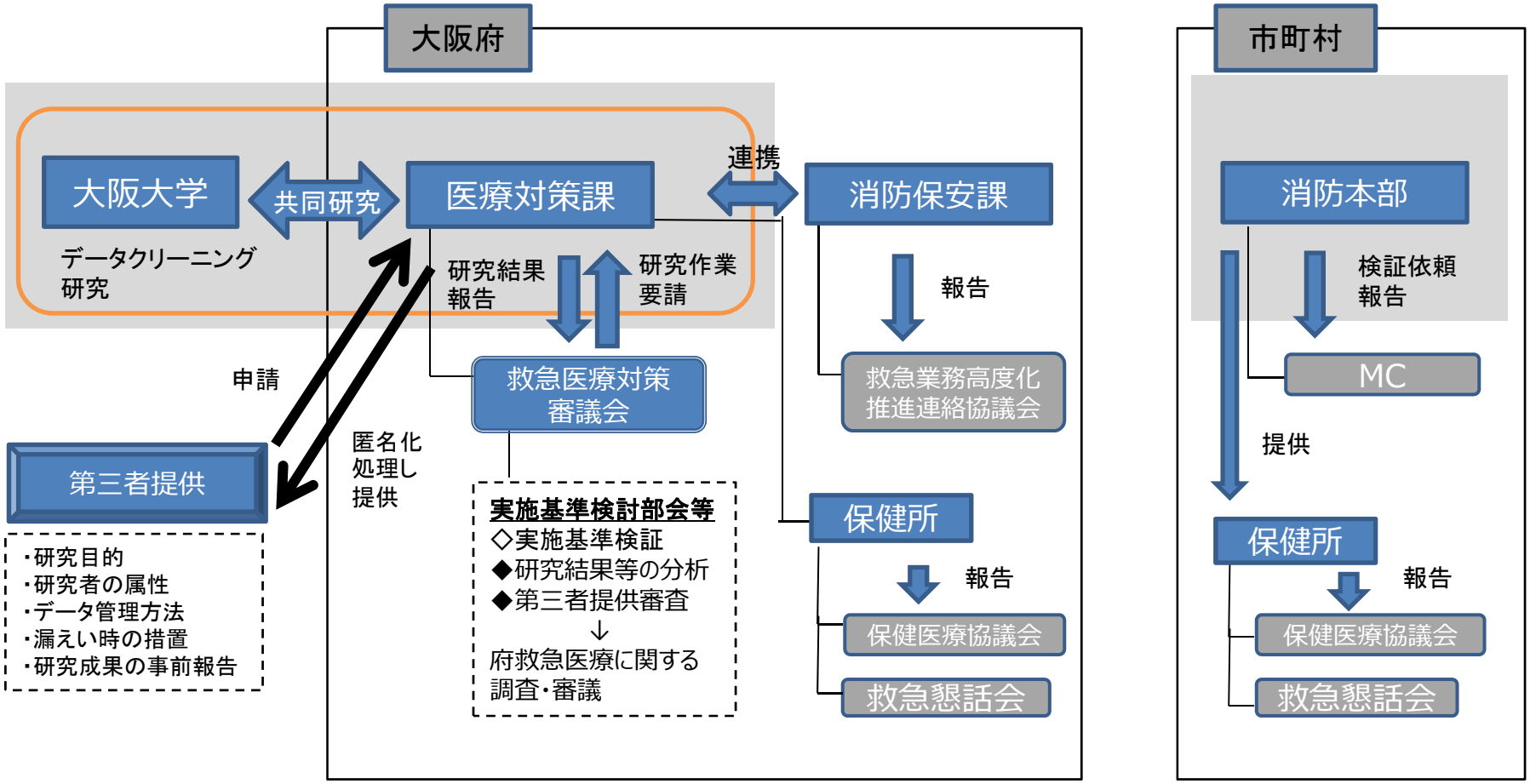
（答申）「大阪府傷病者の搬送及び受入れの実施基準」の一部改正について

改正実施基準運用開始

資料５

病院前情報と病院後情報が突合された傷病者データの研究・分析について

①病院前情報と病院後情報が突合された傷病者データ（以下「データ」という。）については、府の救急医療・搬送体制の充実・促進に活用するため研究・分析を行っていくことが重要。継続性のある研究体制の構築するため、府健康医療部と大阪大学大学院医学系研究科が共同研究を行うこととし、その研究内容については、府救急医療対策審議会等において救急医療に関する調査・審議に資するものとし、その成果については、消防機関やMC、保健所等へフィードバックしていく。
②データは個人情報保護条例に基づく取扱いが必要であるため、第三者へのデータ提供については、研究目的や成果公表、データの管理体制、漏えい時の損害賠償等厳格なルールのもと実施するものとする（現在検討中）。



生データ利用可能範囲
（ORION入力システムCSV出力権限）