

傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準

平成23年3月

福岡県

目 次

	頁
第1章 消防法の改正	1
1 背景	1
2 改正の内容	2
第2章 本県の救急搬送の現状	3
1 出動件数と救急隊数の推移	3
2 救急隊の活動時間の推移	4
3 救急搬送における医療機関の受入れ状況	5
第3章 本県の救急医療の現状	7
1 初期救急医療	7
2 二次救急医療	7
3 三次救急医療	7
4 周産期医療	7
5 小児救急医療	7
6 精神科救急医療	7
第4章 傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準	8
1 分類基準（法第35条の5第2項第1号）	8
2 医療機関リスト（法第35条の5第2項第2号）	14
3 観察基準（法第35条の5第2項第3号）	24
4 選定基準（法第35条の5第2項第4号）	28
5 伝達基準（法第35条の5第2項第5号）	29
6 受入医療機関確保基準（法第35条の5第2項第6号）	29
7 その他基準（法第35条の5第2項第7号）	30

第1章 消防法の改正

傷病者の搬送及び医療機関による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5月1日に公布され、同年10月30日から施行されました。

1 背景

平成18年及び平成19年に奈良県で、平成20年に東京都で発生した妊婦の救急搬送事案など、救急搬送において受入れ医療機関の選定が困難な事案が全国各地で発生し、社会問題化しました。

こうした事態を受け総務省消防庁と厚生労働省が合同で行った救急搬送における医療機関の受入れ状況等に関する実態調査によると、平成20年において、重症以上の傷病者の救急搬送約41万件のうち約1万7千件（約4.1%）の事案において、また、産科・周産期傷病者の救急搬送約1万6千件のうち、約1千件（約6.3%）の事案において、救急隊が現場に到着してから医療機関の選定を終え現場を出発するまでに30分以上を要するなど、傷病者の搬送及び受入れは大変厳しい状況になっていることがわかりました。

これらの選定困難問題を解決するためには、救急医療に携わる十分な医師の確保、勤務条件の改善などの構造的な問題を解決しなければならないことが指摘されていますが、当面の対策として、現状の医療資源を前提に消防機関と医療機関の連携を強化するための対策を講じることが必要となっています。

このような状況に加え、近年の医療の進歩とともに、傷病の発生初期に実施すると効果的な医療技術が発達しているところであり、傷病者の救命率の向上、予後の改善等の観点から、救急搬送における病院選定から医療機関における救急医療の提供までの一連の行為を迅速かつ適切に実施することの重要性が増しているところです。

今回の消防法（昭和23年法律第186号。以下「法」という。）の改正は、地域における現状の医療資源を前提に、消防機関と医療機関の連携体制を強化し、受入れ医療機関の選定困難事案の発生をなくすとともに、医学的観点から質の高い、傷病者の状況に応じた適切な搬送及び受入れの体制を構築することを目指しています。

なお、選定困難事案の解決を主な目的として、今般の法改正が行われたことは事実ですが、仮に医療資源が充実しており、選定困難事案が発生していなかったとしても、傷病者の救命率向上のため、地域の実情を踏まえ傷病者の状況に応じた、より適切な傷病者の搬送及び受入れを実現していくことは極めて重要な課題です。関係者は、このことを十分認識した上で、適切な者に適切な医療資源が配分されるよう、傷病者の搬送及び受入れの体制構築に取り組むことが重要となっています。

2 改正の内容

今回の法改正により、各都道府県に消防機関や医療機関が参画する協議会（法第35条の8第1項に規定する協議会。以下「協議会」という。）の設置とともに、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（以下「実施基準」という。）の策定が義務づけられました。

実施基準においては、傷病者の状況に応じた適切な医療の提供が行われるように分類された医療機関のリスト、救急隊による観察基準、搬送先医療機関が速やかに決定しない場合に受入れ医療機関を確保するためのルール等を定めることとされました。

また、都道府県は、実施基準を定めるときは、あらかじめ、協議会の意見を聴かなければならないこととされ、この場合において、都道府県は、実施基準の原案を策定し、原案を協議会へ諮問して意見を聴くだけでなく、原案の作成段階から協議会の意見を聴くことが考えられるものとされました。

本県においては、国の示したメディカルコントロール協議会等の既存の協議会組織を協議会として位置づけることも可能であるとの方針に基づき、保健医療介護部が設置する「福岡県救急医療協議会」（以下「救急医療協議会」という。）を実施基準策定に関する協議会として位置づけました。

実施基準（案）の策定に当たっては、救急医療協議会の下部組織である「福岡県救急業務メディカルコントロール協議会」（以下「県MC協議会」という。）が付託を受け、検討を行うこととなりました。

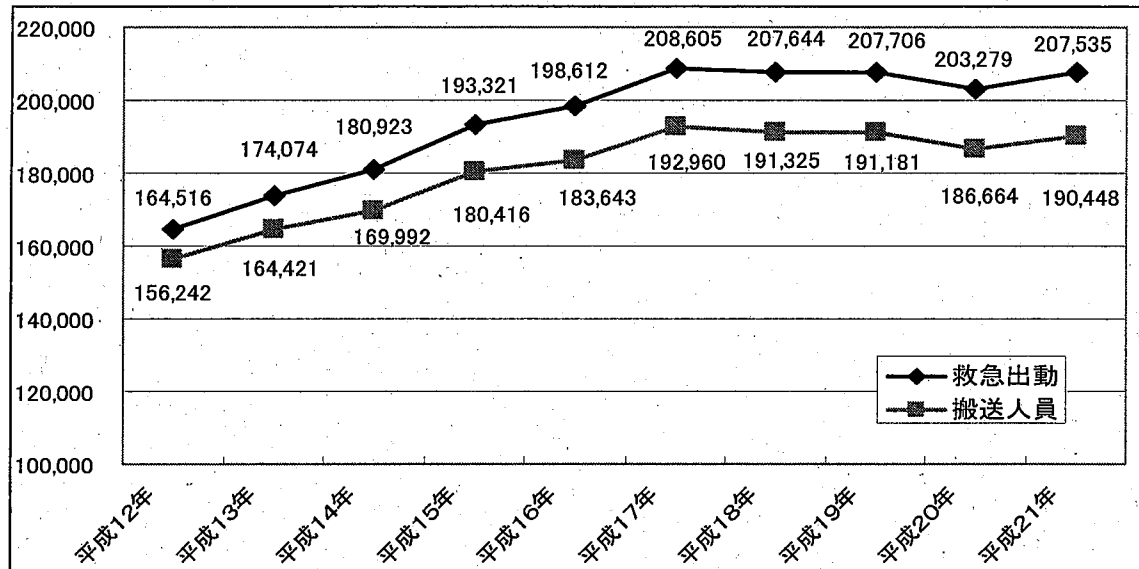
付託を受けた県MC協議会は、消防関係検討委員会及び医療関係検討委員会を設置し、現状調査・分析から関係者が一体となって検討をすすめました。

第2章 本県の救急搬送の現状

1 出動件数と救急隊数の推移

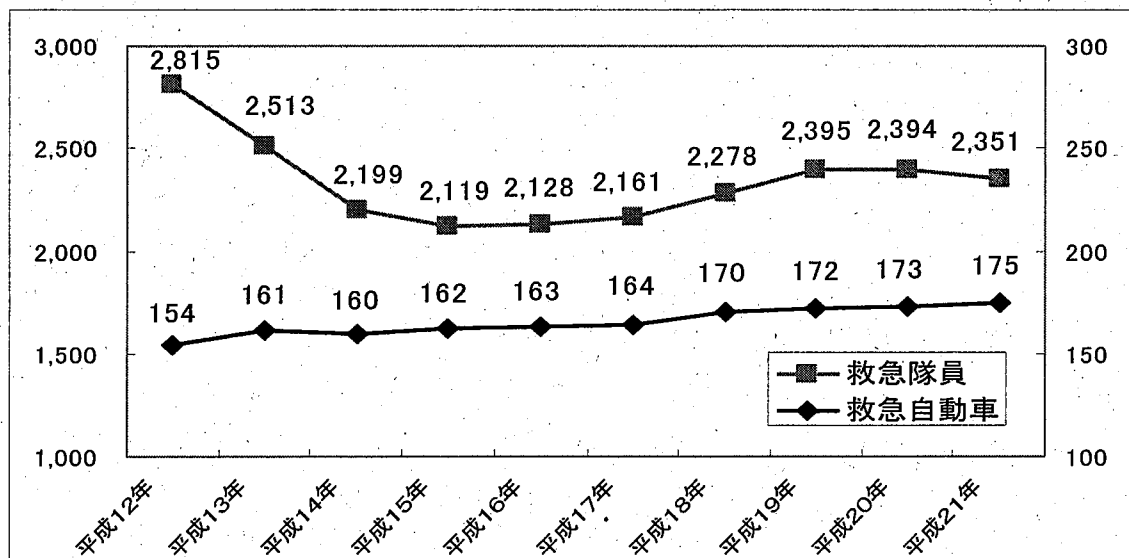
- 救急出動件数は、平成21年が207,535件で、平成12年と比べ、約43,000件（約26%）増加しています（グラフ1）。

グラフ1 平成12年から平成21年における救急活動の推移



- 救急隊数は、平成21年が175隊で、平成12年と比べ、21隊（約8%）増加しています（グラフ2）。

グラフ2 平成12年から平成21年における救急隊の推移

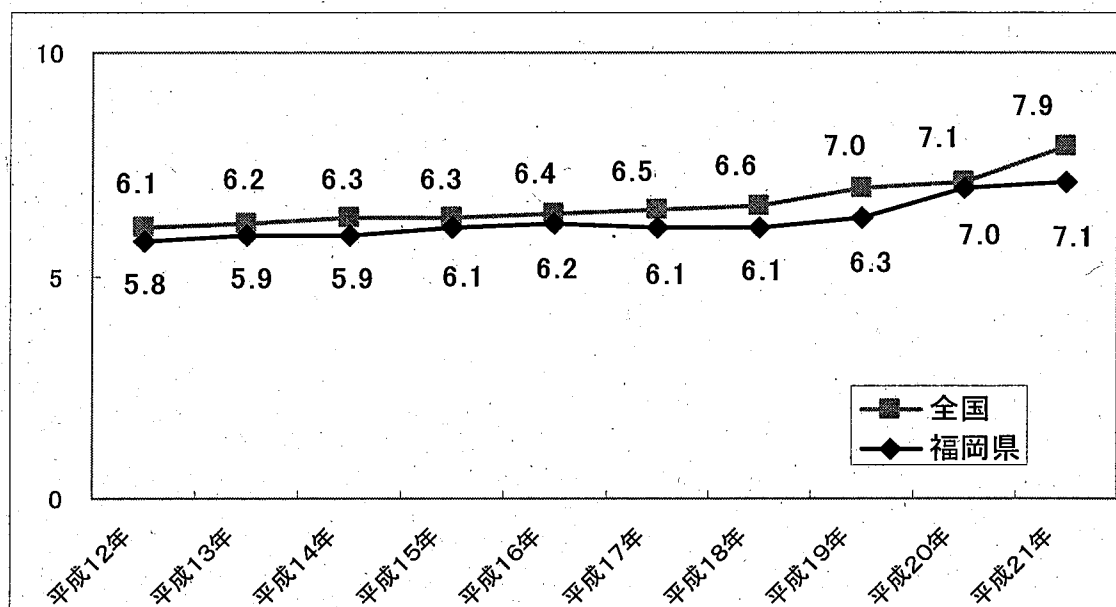


- 救急隊1隊あたりの救急出動件数は、平成21年が1,185件で、平成12年と比べ、117件（約11.0%）増加しています（グラフ1・グラフ2）。
- 救急隊数は増加していますが、1隊あたりの出動件数は減少していません。

2 救急隊の活動時間の推移

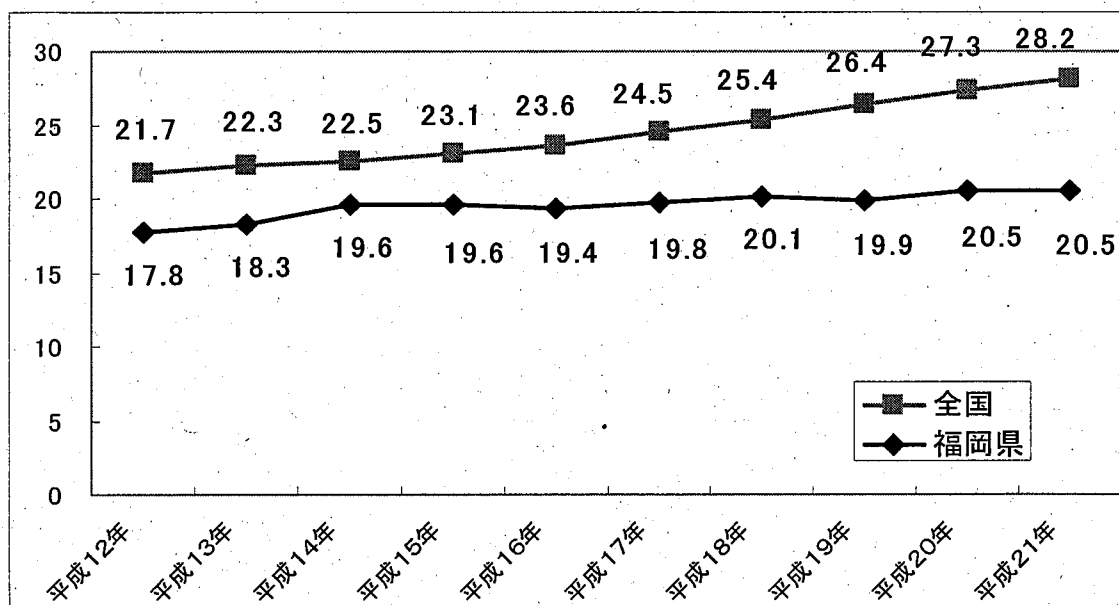
- 救急車の現場到着時間は、平成21年が平均7.1分で、平成12年と比べて1.3分長くなっています（グラフ3）。（全国平均は、平成21年が7.9分で、平成12年と比べて1.8分長くなっています。）

グラフ3 救急車の覚知から現場到着までの所要時間

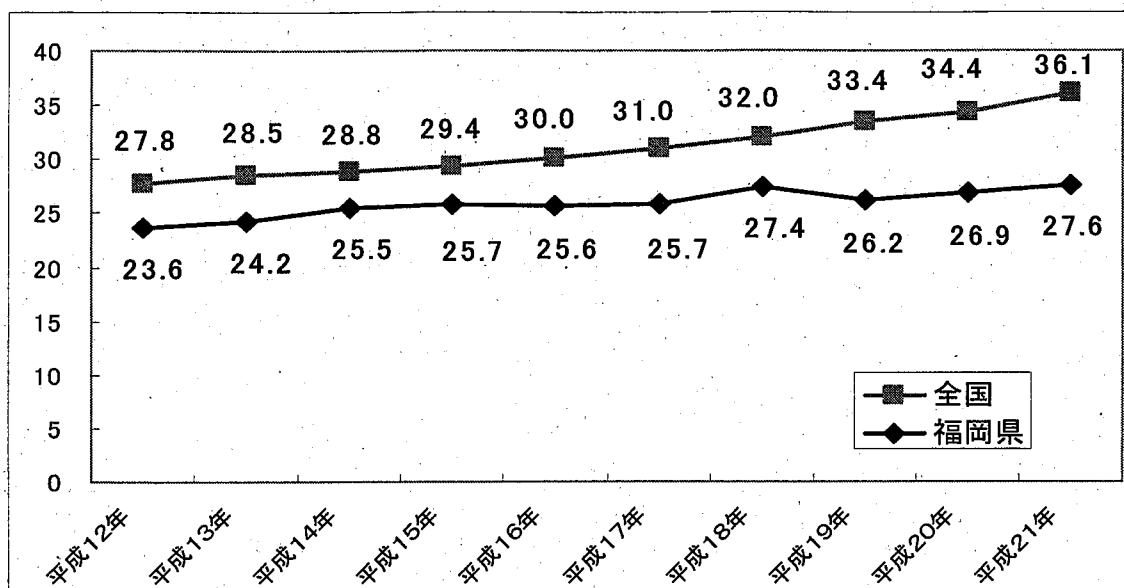


- 救急車の現場到着から病院収容までの時間は、平成21年が平均20.5分で、平成12年と比べて2.7分長くなっています（グラフ4）。（全国平均は、平成21年が28.2分で、平成12年と比べて6.5分長くなっています。）

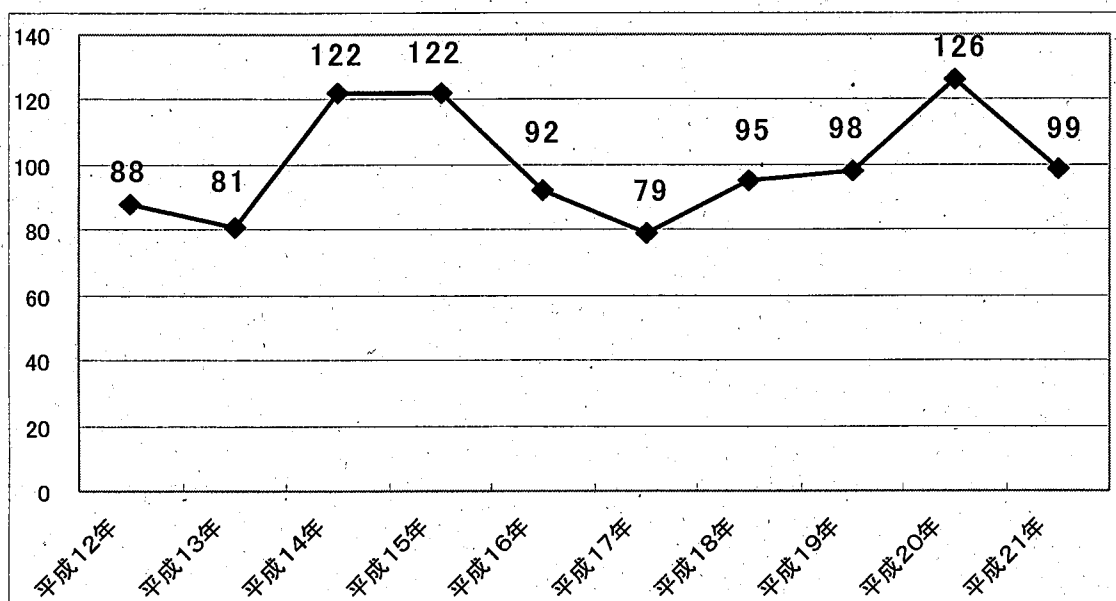
グラフ4 救急車の現場到着から病院収容までの所要時間



グラフ5 救急車の覚知から病院収容までの所要時間



グラフ6 覚知から医療機関に収容するまでに2時間以上を要した件数



3 救急搬送における医療機関の受入れ状況

「平成20年中の救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査」によれば、本県の重症以上傷病者搬送事案（転院搬送を除く。）は13,928件となっています。

このうち集計可能なデータ13,645件（集計不能の2消防本部分283件を除いた件数。県内の全消防本部数は25。）のうち、医療機関への照会回数が4回以上の事案は96件で、全体の約0.7%となっており、全国平均に比べて2.9ポイント低くなっています（表1）。

なお、照会回数1回で受け入れられた者は、全体の90.6%であり、全国平均に比べて6.3ポイント高くなっています（表1）。

また、現場滞在時間を把握できている重症以上傷病者搬送事案は13,601件（集計不能の1消防本部分327件を除いた件数）で、このうち現場滞在時間が30分以上かかった事案は135件で、全体の1.0%となっており、全国平均に比べて3.1ポイント低く、現場滞在時間が15分未満の事案は、全体の85.3%であり、全国平均に比べて22.5ポイント高くなっています（表2）。

医療機関が受入れに至らなかった主な理由としては、ベッド満床（20.0%）、手術中・患者対応中（18.5%）、処置困難（15.9%）等の理由が挙げられており、全国平均に比べ、理由不明・その他の割合が13.1ポイント高くなっています。

表1 平成20年中の重症以上傷病者照会回数件数（転院搬送を除く。）

地域 (ブロック)	消防 本部 数	1回	2～3回	4～5回	6～10回	11回 以上	計	照会回数 4回以上	最大照 会回数
北九州地域 MC	5	2,645	204	8	1	0	2,858	0.31%	8
福岡地域 MC	6	4,823	539	42	6	2	5,412	0.92%	20
筑豊地域 MC	4	1,275	133	10	2	0	1,420	0.85%	7
筑後地域 MC	8	3,618	312	22	3	0	3,955	0.63%	6
県計 (割合)	23	12,361	1,188	82	12	2	13,645	0.68%	20
		90.6%	8.7%	0.6%	0.1%	0.0%	100.0%		
全国 (割合)	803	344,778	49,680	9,594	4,235	903	409,190	3.60%	49
		84.3%	12.1%	2.3%	1.0%	0.2%	100.0%		

※ 集計不能の2消防本部（北九州地域×1・福岡地域×1）分のデータを除いた件数

【出典】平成20年中の救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査（総務省消防庁・厚生労働省）

表2 平成20年中の重症以上傷病者現場滞在時間区分（転院搬送を除く。）

地域 (ブロック)	消防 本部 数	15分 未満	15分 ～	30分 ～	45分～	60分～	90分～	120分～	150分～	計
北九州地域 MC	6	2,646	343	10	6	0	0	0	2	3,007
福岡地域 MC	7	4,794	691	30	10	14	4	2	1	5,546
筑豊地域 MC	4	1,122	274	16	6	1	0	1	0	1,420
筑後地域 MC	7	3,034	562	22	4	6	0	0	0	3,628
県計 (割合)	24	11,596	1,870	78	26	21	4	3	3	13,601
		85.26%	13.75%	0.57%	0.19%	0.15%	0.03%	0.02%	0.02%	100%
全国 (割合)	803	257,503	135,481	12,540	2,777	1,251	252	87	73	409,964
		62.81%	33.05%	3.06%	0.68%	0.31%	0.06%	0.02%	0.02%	100%

※ 集計不能の1消防本部（筑後地域×1）分のデータを除いた件数

【出典】平成20年中の救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査（総務省消防庁・厚生労働省）

第3章 本県の救急医療の現状

1 初期救急医療

- ・ 外来診察によって救急患者の医療を担当しています。
- ・ 休日夜間急患センターと在宅当番医制（地区医師会を実施単位として、医師会員が当番日に自らの診療所で診察を行うもの。）で対応しています。

2 二次救急医療

- ・ 入院治療を必要とする重症救急患者の医療を担当しています。
- ・ 24時間体制で救急患者に必要な検査、治療に協力をする旨の申し出があった病院等を認定し、県知事が告示を行った救急病院等と病院群輪番制病院（一定地域内の複数の医療機関が、交代で当番日に診療を行うもの。）があります。

3 三次救急医療

- ・ 複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者の医療を担当しています。
- ・ 県内に8カ所の「救命救急センター」を指定しています。そのうち久留米大学病院は、広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者も受け入れる高度救命救急センターとなっています。

4 周産期医療

- ・ 5カ所の総合周産期母子医療センター及び5カ所の地域周産期母子医療センターを中心として高度な周産期（妊娠満22週以降から出生後7日未満の期間）医療を確保しています。

○総合周産期母子医療センター（5施設）

（北九州圏） 北九州市立医療センター

（福岡圏） 福岡大学病院 九州大学病院

（筑後圏） 久留米大学病院 聖マリア病院

○地域周産期母子医療センター（5施設）

（北九州圏） 九州厚生年金病院 国立病院機構小倉医療センター

（福岡圏） 国立病院機構九州医療センター 福岡徳洲会病院

（筑豊圏） 飯塚病院

5 小児救急医療

- ・ 初期救急医療は小児科医の在宅当番や休日夜間急患センターで、二次救急医療は小児科標榜病院の病院群輪番制などで体制を整備しています。なお、初期・二次救急医療体制が未整備な二次保健医療圏についても、隣接する二次保健医療圏で小児救急医療体制をカバーするなどして対応しています。

6 精神科救急医療

- ・ 夜間及び休日に精神疾患が急発、急変した者に対し、速やかに医療及び保護を提供することを目的として、平成10年度から精神科救急医療システムを整備し、県内の4ブロックごとに精神科病院の当番制により、システムを運用しています。

第4章 傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準

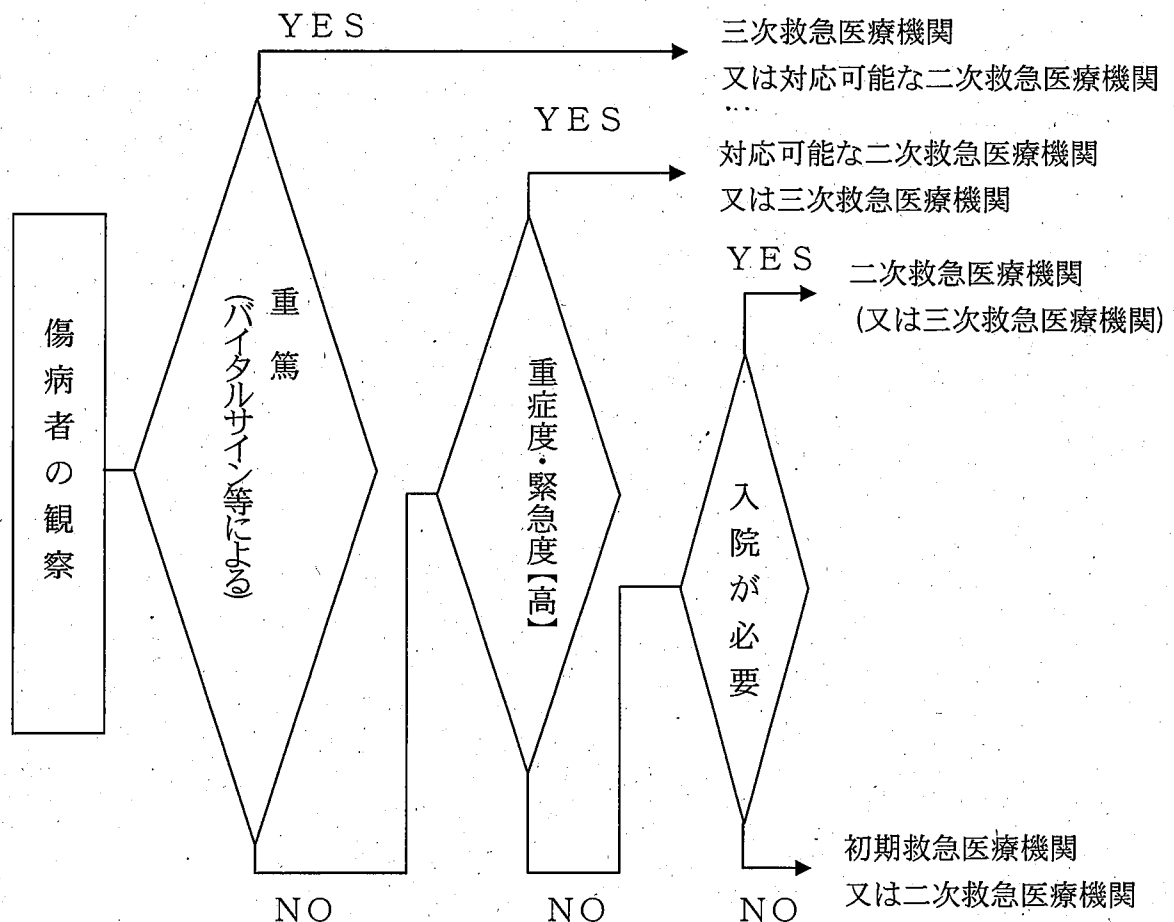
現状の医療資源を前提に、消防機関と医療機関の連携を強化し、受入医療機関の選定困難事案の発生をなくすとともに、医学的観点から質の高い、傷病者の状況に応じた適切な搬送及び受入体制を構築することを目指し、本県の実情を踏まえ、法第35条の5第2項に基づく実施基準を、次のとおり定めるものとします。

1 分類基準（法第35条の5第2項第1号）

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

(1) 緊急性

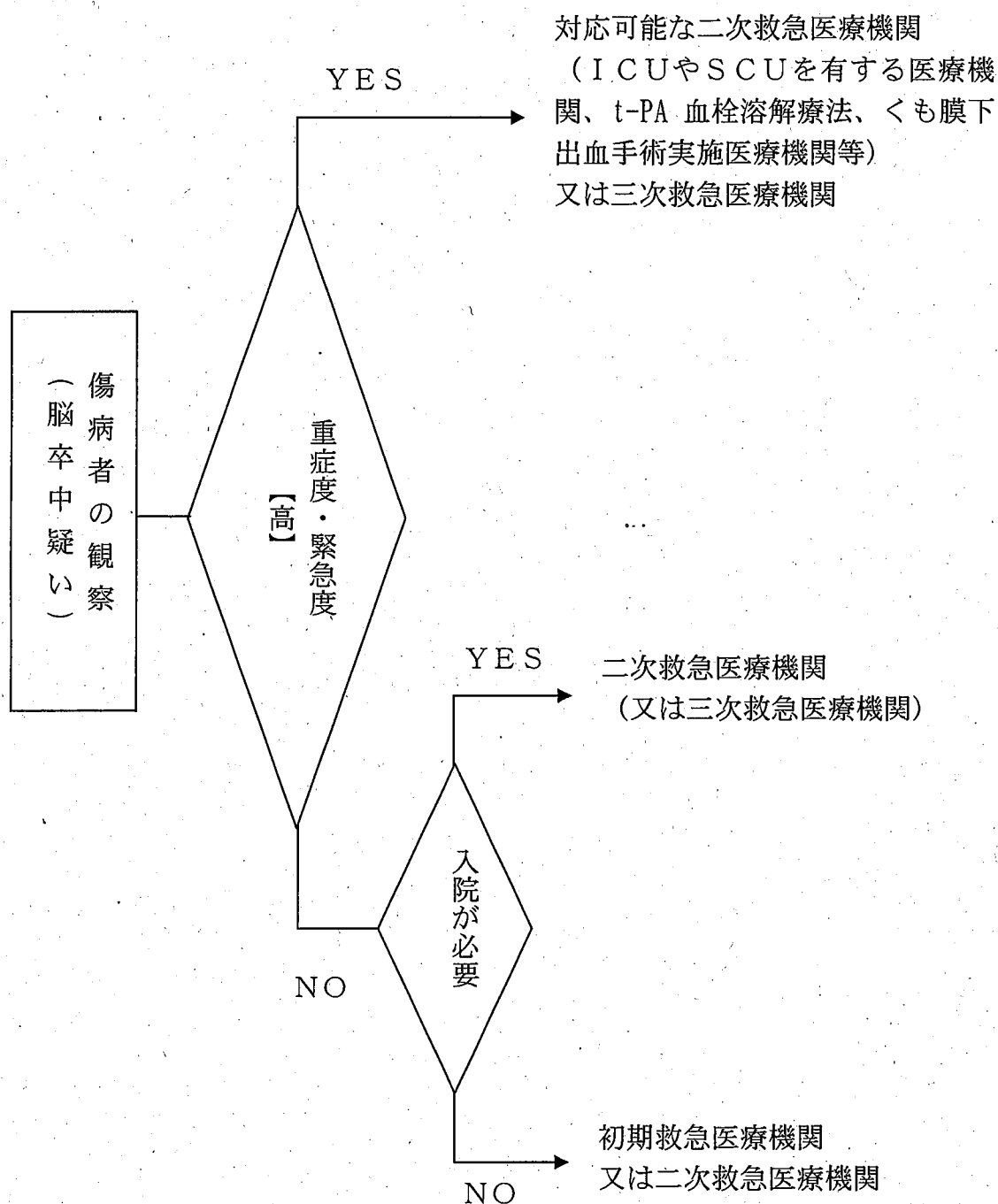
ア 重篤（バイタルサイン等による）



(注1) 後記の「1分類基準(2) 専門性」及び「1分類基準(3) 特殊性」に該当する症状・病態であっても生命に影響を及ぼす緊急性の高い場合は、「1分類基準(1) 緊急性 ア 重篤」により判断する。

(注2) 重症度・緊急度等により分類した区分の医療機関において受入れできない場合は、より高次の医療機関へ搬送する場合がある。

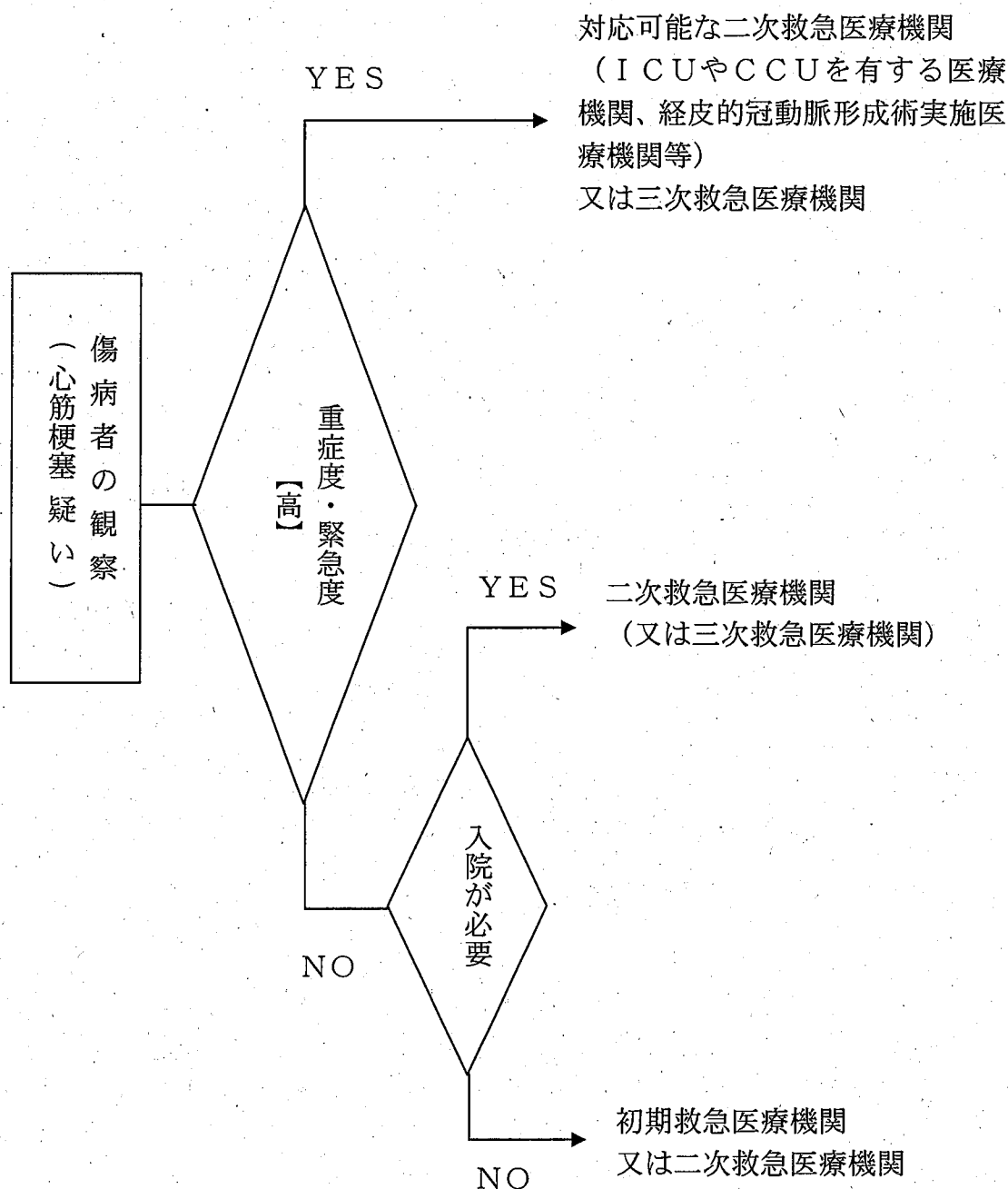
イ 脳卒中疑い



(注1) 「1分類基準(2) 専門性」及び「1分類基準(3) 特殊性」に該当する症状・病態であっても生命に影響を及ぼす緊急性の高い場合は、「1分類基準(1) 緊急性 ア 重篤」により判断する。

(注2) 重症度・緊急性等により分類した区分の医療機関において受入れできない場合は、より高次の医療機関へ搬送する場合がある。

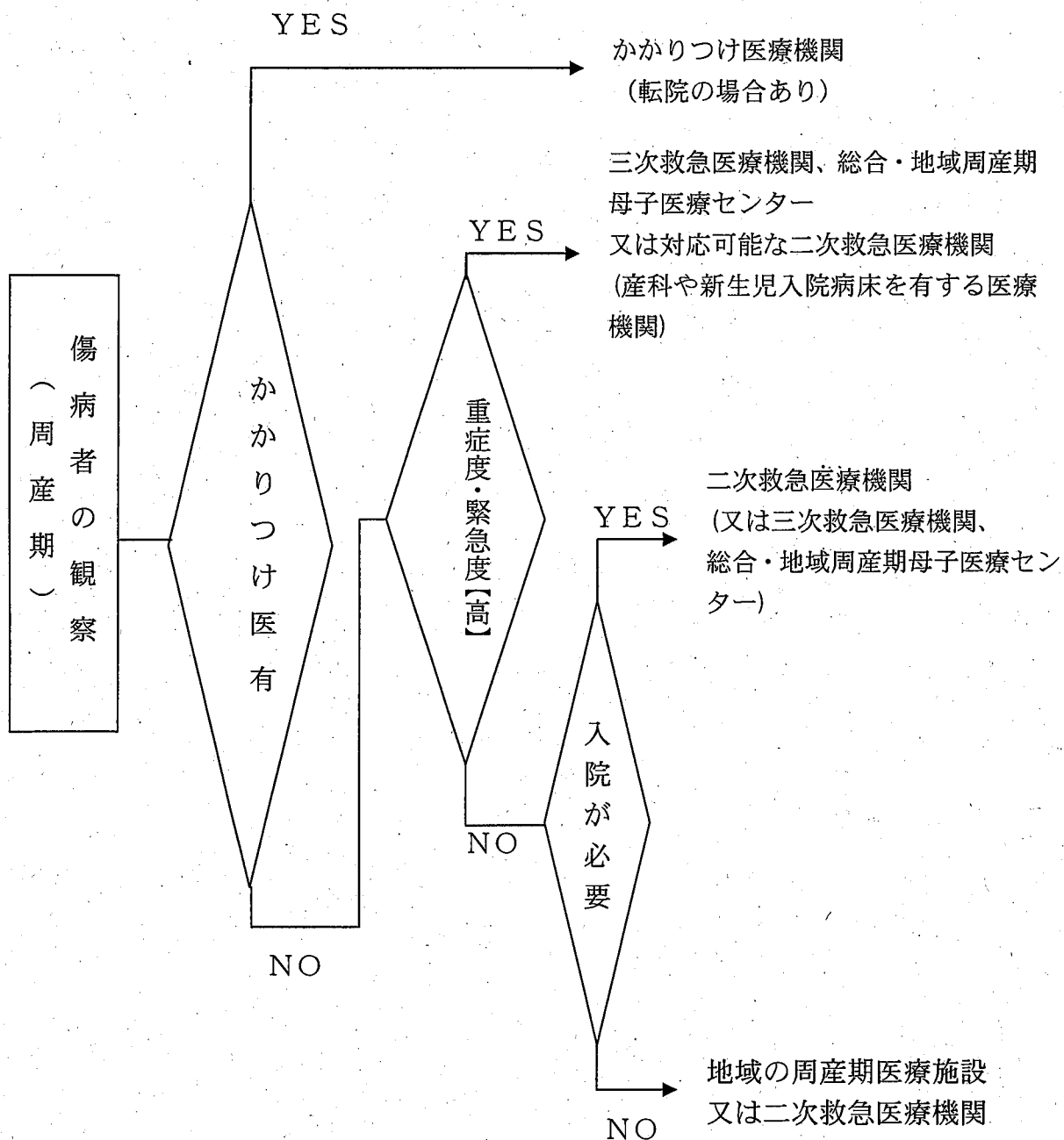
ウ 心筋梗塞（急性冠症候群）疑い



(注1) 「1分類基準(2) 専門性」及び「1分類基準(3) 特殊性」に該当する症状・病態であっても生命に影響を及ぼす緊急性の高い場合は、「1分類基準(1) 緊急性 ア 重篤」により判断する。

(注2) 重症度・緊急度等により分類した区分の医療機関において受入れできない場合は、より高次の医療機関へ搬送する場合がある。

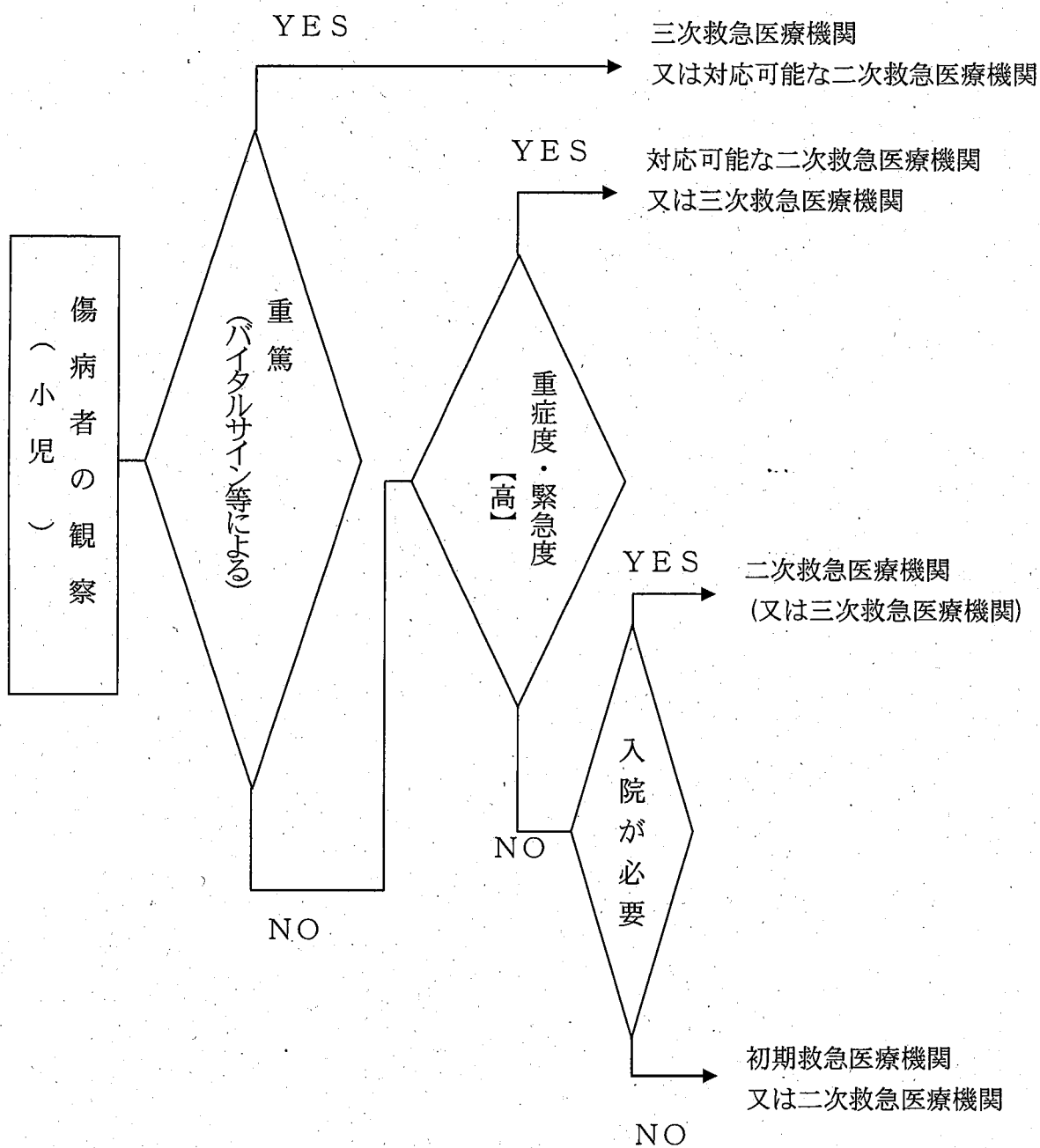
(2) 専門性
ア 周産期



(注1) 専門性の高い「周産期」、「小児」であっても生命に影響を及ぼす緊急性の高い場合は、「1分類基準(1) 緊急性 ア 重篤」により判断する。

(注2) 重症度・緊急度等により分類した区分の医療機関において受入れできない場合は、より高次の医療機関へ搬送する場合がある。

イ 小児

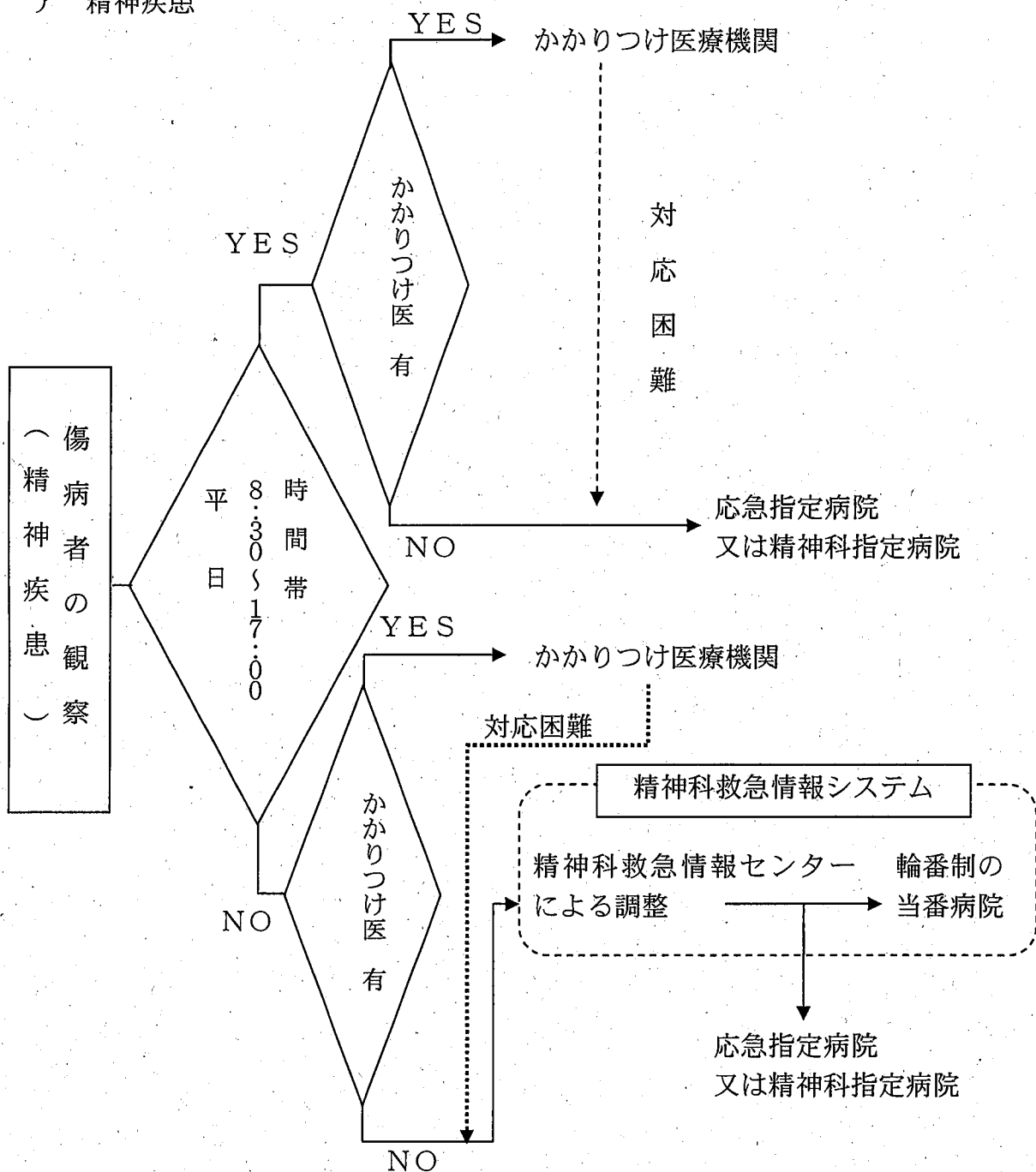


(注1) 専門性の高い「周産期」、「小児」であっても生命に影響を及ぼす緊急性の高い場合は、「1分類基準(1) 緊急性 ア 重篤」により判断する。

(注2) 重症度・緊急度等により分類した区分の医療機関において受入れできない場合は、より高次の医療機関へ搬送する場合がある。

(3) 特殊性

ア 精神疾患



(注1) 「1分類基準(3)特殊性」の分類基準による場合でも、身体合併症を有し、緊急性が高い場合は、まずは「1分類基準(1)緊急性」の分類基準により判断し、対応できる医療機関へ搬送することが適当である。

(注2) 単なる酩酊者や精神症状のないアルコール依存症者は、精神科救急対象とならない。ただし、精神症状が認められ緊急性な治療が必要と判断される者は対象となるが、その診断は酒気が退いた後となる。

(注3) 地域の実情等により、休日・夜間において精神科救急情報センターを経由せずに応急指定病院又は精神科指定病院に搬送することもあり得る。

2 医療機関リスト（法第35条の5第2項第2号）

- ・ 分類基準に基づき分類された医療機関の区分ごとに、当該区分に該当する医療機関の名称

○分類基準と医療機関リストの関係

分類基準			医療機関リスト
傷病者の状況		担当する医療機関	
緊急性・専門性	重篤（バイタルサイン等による）	三次救急医療機関 対応可能な二次救急医療機関	福岡県保健医療計画に基づく、三次、二次救急医療機関
	重症度	脳卒中疑い 対応可能な二次救急医療機関 三次救急医療機関	
	・緊急度【高】	心筋梗塞（急性冠症候群）疑い 対応可能な二次救急医療機関 三次救急医療機関	
		周産期 対応可能な二次救急医療機関 三次救急医療機関	
		小児 対応可能な二次救急医療機関 三次救急医療機関	
	入院治療が必要な症状	二次救急医療機関 （三次救急医療機関）	
特殊性	精神疾患（注）	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）第33条の4に基づく応急指定病院、同法第19条の8に基づく指定病院	

（注） 休日夜間は、精神疾患の急発、急変により、速やかな医療を必要とする者に対し、迅速かつ適切な医療及び保護を行うため、精神科救急情報センターを経由して、精神科救急医療システムの当番病院が輪番制で対応しています。

※ 本リストは、消防機関から医療機関への傷病者の受入照会を行うために使用するものです。

3 観察基準（法第35条の5第2項第3号）

- 救急隊が、傷病者の状況を確認するための基準

(1) 留意事項

傷病者の観察実施にあたっては、各観察基準に基づき、傷病者の症状にあわせて必要な観察を行うものとする。

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

ただし、救急現場において、救急隊員は現場到着後、限られた資器材により短時間の傷病者観察で、適切な緊急度・重症度判断を行わなければならない、その判断の的確性にはおのずと限界が生じる。

多くのオーバートリアージ（過大評価）より、1例のアンダートリアージ（過小評価）を発生させることのないようにすることを前提に策定している。

(2) 基準

ア 生理学的評価

① 乳幼児

意識	JCS (Japan Coma scale) 2桁以上
呼吸	新生児(生後28日未満) ⇒ 30回/分未満又は60回/分以上 乳児(生後28日から1歳未満) ⇒ 20回/分未満又は40回/分以上 幼児(1歳から6歳未満) ⇒ 20回/分未満又は30回/分以上 呼吸音の左右差 異常呼吸(陥没呼吸・シーソー呼吸)
脈拍	新生児(生後28日未満) ⇒ 160回/分以上又は100回/分未満 乳児(生後28日から1歳未満) ⇒ 140回/分以上又は80回/分未満 幼児(1歳から6歳未満) ⇒ 110回/分以上又は60回/分未満
血圧	新生児(生後28日未満) ⇒ 収縮期血圧60mmHg未満 乳児(生後28日から1歳未満) ⇒ 収縮期血圧80mmHg未満 幼児(1歳から6歳未満) ⇒ 収縮期血圧80mmHg未満
SpO ₂	90%未満
その他	ショック症状 仮死出生児

【出典】救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会報告書

② 成人

意識	JCS (Japan Coma scale) 2桁以上
呼吸	10分/未満、30/分以上 SpO ₂ 90%未満
循環	脈拍数 120/分以上、50/分未満 リフィリングタイム2秒を超える
血圧	s B p 90mmHg未満 200mmHg以上
体温	35℃以下

【出典】福岡県医師会災害医療プログラム

(注) 定められた観察基準に拠っても、フィールドトリアージにおける重症度・緊急度判断が困難又は不明確である場合、各地域MC体制の下、積極的に医師のオンライン指示、指導・助言を受けることを原則とする。

イ 内因性

(7) 分類基準の「緊急性」に関する症状、病態等

① 脳卒中疑い

突然に以下のいずれかの症状が発症した場合等

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

【出典】社団法人日本脳卒中協会

② 心筋梗塞（急性冠症候群）疑い

- 20 分以上の胸部痛、絞扼痛
- 心電図上の ST-T 変化、持続性の心室頻拍 等
- 放散痛（肩、腕、頸部、背中等）
- 随伴症状（チアノーゼ、冷感、嘔気・嘔吐、呼吸困難 等）
- 既往症（狭心症（ニトロ製剤服用）、心筋梗塞、糖尿病、高血圧 等） 等

【出典】傷病者の搬送及び受入の実施基準等に関する検討会報告書（傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会）

(i) 分類基準の「専門性」に関する症状、病態等

① 周産期の重症度・緊急度判断基準

- 大量の性器出血
- 腹部激痛
- 腹膜刺激症状
- 異常分娩
- 呼吸困難
- チアノーゼ
- 痙攣
- 高血圧
- 浮腫（全身浮腫）
- 出血傾向（血液が固まらない、注射部位よりの出血、紫斑など）
- 子癇前駆症状
 - 一 中枢神経症状（激しい頭痛あるいはめまい）
 - 二 消化器症状（激しい上腹部痛、激しい嘔気あるいは嘔吐）
 - 三 眼症状（目がちかちかする、視力障害あるいは視野障害）
- かかりつけ医のない妊婦、母子健康手帳未発行の妊婦

【出典】救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会報告書（財団法人救急振興財団 救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会）

④ 乳幼児の重症度・緊急度判断基準

- ぐったり 又は うつろ
- 異常な不機嫌
- 異様（異常）な興奮
- 妊娠 36 週未満の新生児
- 頻回の嘔吐あるいは胆汁性の嘔吐
- 低体温
- 先天性疾患又は外観上奇形を認める新生児
- チアノーゼ
- 著しいいそう
- 出血傾向（血液が固まらない、注射部位よりの出血、紫斑など）
- 高度の黄疸
- 脱水症状（皮膚乾燥、弾力なし）
- 瞳孔異常（散瞳、縮瞳）
- 痙攣の持続

【出典】救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会報告書（財団法人救急振興財団 救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会）

(f) 分類基準の「特殊性」に関する症状、病態等

① 精神疾患

- 精神病状態（幻覚、妄想、つじつまの合わない言動など）
- 興奮状態（興奮、情緒不安定、支離滅裂な言動など）
- 攻撃性（安全性を最優先し警察への通報等を考慮）
- もうろう状態・錯乱状態（明らかな意識障害の時は救急病院、アルコール臭、薬物の有無など）
- 自殺未遂（意識障害がある時は救急病院、焦燥、不安、妄想など）
- 周囲の状況の確認や家族等からの既往歴の聴取（アルコール、薬物の有無、過去の精神科治療歴など）

【出典】精神科救急医療ガイドライン（1～3）2009年版（日本精神科救急学会）

〔参考〕

○ 精神保健福祉法に定められた入院形態

- * 自傷他害のおそれがある精神障害者の人権擁護のために、専門家等の判定により入院措置が講じられる。これは基本として保健所等保健福祉部門で対応している。

（任意入院）

- ・ 患者本人の同意による自発性の入院

（医療保護入院）

- ・ 精神障害があり、病識や判断力に低下又は欠如が認められ患者本人の同意が得られない場合の非自発性入院
- ・ 保護者又は市町村長（保護者に該当する者がいない場合）の同意による
- ・ 精神保健指定医の診察により判定

（応急入院）

- ・ 精神障害があり、病識や判断力に低下又は欠如が認められ、患者本人の同意が得られない場合の非自発性入院
- ・ 身元不明若しくは保護者に該当する者との連絡がとれない場合
- ・ 精神保健指定医の診察により判定
- ・ 72時間まで
- ・ 応急入院指定病院のみ

（措置入院）

- ・ 精神障害に基づく自傷他害のおそれが続く場合の非自発性入院
- ・ 都道府県知事または政令指定都市の長の命令による
- ・ 精神保健指定医2名の判定の一致を要する
- ・ 国都道府県立精神病院、その他の指定病院のみ

（緊急措置入院）

- ・ 精神障害に基づく自傷他害のおそれが続く場合の非自発性入院
- ・ 手続きが間に合わない場合
- ・ 精神保健指定医1名の判定の一致を要する
- ・ 72時間まで
- ・ 国都道府県立精神病院、その他の指定病院のみ

○ 関係法令の規定

◇精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

（警察官の通報）

第二十四条 警察官は、職務を執行するに当たり、異常な挙動その他周囲の事情から判断して、精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認められる者を発見したときは、直ちに、その旨を、もよりの保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならない。

◇警察官職務執行法

（保護）

第三条 警察官は、異常な挙動その他周囲の事情から合理的に判断して次の各号のいずれかに該当することが明らかであり、かつ、応急の救護を要すると信ずるに足る相当な理由のある者を発見したときは、取りあえず警察署、病院、救護施設等の適当な場所において、これを保護しなければならない。

- 一 精神錯乱又は泥酔のため、自己又は他人の生命、身体又は財産に危害を及ぼすおそれのある者

ウ 外因性

病 態	所 見	可能性が疑われる損傷
脊髄損傷	下 and/or 上下肢麻痺	
	その他	
気道の損傷	頸部皮下気腫、気管変形	気管損傷 開放性気胸
	嚔声、鼻周囲のすす	気道熱傷
呼吸器の損傷	胸郭動揺。奇異性呼吸	
	胸部創より気泡まじりの出血	開放性気胸
	肺胞呼吸音左右差	気胸 血胸
	外頸静脈の著しい怒張	緊張性気胸
	その他	
循環器の損傷	外頸静脈の著しい怒張	
	その他	
出血の可能性	腹部膨隆、腹壁怒張	腹腔内臓器損傷
	骨盤動揺、下肢長差	骨盤骨折
	下肢変形、下肢長差	大腿骨骨折
	その他	

第2段階では、循環不全、呼吸不全、出血による危険性について緊急度と重症度及び脊髄損傷の評価を行う

【出典】福岡県医師会災害医療プログラム

〔参考〕

○ 観察基準の例示

・ 脳卒中疑い

「シンシナティ病院前脳卒中スケール」

(CPSS:Cincinnati Prehospital Stroke Scale)

- ・顔のゆがみ(歯を見せるように、あるいは笑ってもらう)
 正常— 顔面が左右対称
 異常— 片側が他側のように動かない。図では右顔面が麻痺している
 - ・上肢挙上(閉眼させ、10秒間上肢を挙上させる)
 正常— 両側とも同様に挙上、あるいはまったく挙がらない
 異常— 一側が挙がらない、または他側に比較して挙がらない
 - ・構音障害(患者に話させる)
 正常— 滞りなく正確に話せる
 異常— 不明瞭な言葉、間違った言葉、あるいはまったく話せない
- 解説:3つの徴候のうち1つでもあれば、脳卒中の可能性は72%である



シンシナティ病院前脳卒中スケール(CPSS)

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

4 選定基準（法第35条の5第2項第4号）

- ・ 救急隊が、傷病者の搬送を行おうとする医療機関を選定するための基準

(1) 留意事項

消防機関は、法第35条の5第2項第2号に基づき定める医療機関リストに掲げられた医療機関へ、すべての事案を搬送するものではなく、地域の実情等を考慮して、医療機関を選定し、迅速かつ適切な傷病者の搬送に努めることに留意する必要がある。

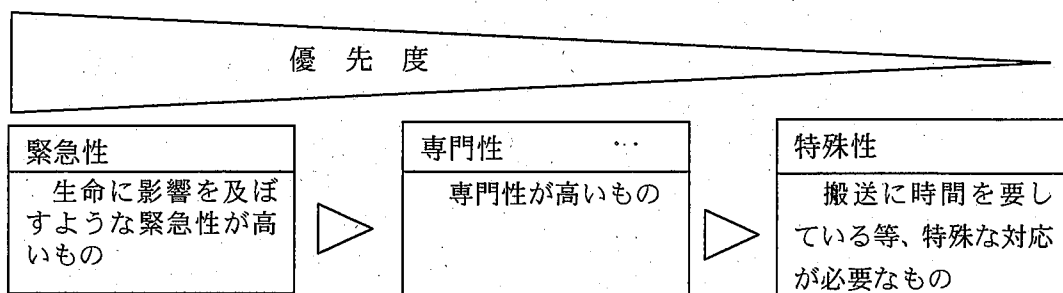
(2) 基準

ア 医療機関リストに基づく搬送（分類基準に基づく優先度の高い順）

搬送先医療機関の選定は、原則として、医療機関リストの中から傷病者の症状・病態に適応した医療（初期治療を含む。）が速やかに施し得る医療機関を選定するものとする。

〔参考〕

- 分類基準に基づく優先度の高い順の内容



イ 直近医療機関への搬送

救急隊員は、医療機関リストに基づく搬送先医療機関の選定を行う際、傷病者を速やかに医師の管理下に置くため、直近の医療機関への搬送を選定するものとする。

ウ メディカルコントロール体制下での搬送

本県においては、救急業務メディカルコントロール体制の下、医療機関と消防機関が連携を図り、円滑かつ適切な傷病者の搬送及び受入れが行われていることに鑑み、現在の消防機関と医療機関で実施されている傷病者の搬送及び受入れ体制を尊重するものとする。

エ かかりつけ医療機関への搬送

傷病者又は家族等からかかり付け医療機関などの特定の医療機関へ搬送を依頼された場合は、傷病者の症状、病態等並びに救急業務上の支障の有無を判断し、傷病者本人又は家族等の関係者と協議の上、可能な範囲において依頼された医療機関へ搬送することができるものとする。

オ 県外医療機関への搬送

このほか、次に掲げる場合には、隣接各県の医療機関に傷病者の受入れ照会を行い搬送することができるものとする。

- ① 当該医療圏域内の医療機関への傷病者の受入れが困難な場合
- ② 県内医療圏域内の医療機関への傷病者の受入れが困難な場合
- ③ ①～②に掲げる医療機関への搬送に長時間を要すると見込まれる場合
- ④ ①～②に掲げる医療機関では対応できない症状・病態であると思われる場合

5 伝達基準（法第35条の5第2項第5号）

- ・ 救急隊が、観察基準に基づき、傷病者の状況を確認し、搬送先として選定した医療機関に対し、傷病者の状況を伝達するための基準

(1) 留意事項

- ア 基準に掲げられている事項は、網羅的に伝達しなければならないものではなく、傷病者の状況に応じて特に伝達すべき内容を選定できるものであること。
- イ オンラインメディカルコントロールによる医師からの情報提供指示があった場合は、可能な限り優先して報告するように努めること。
- ウ 現場で判断に迷う場合は、積極的に医師の指示・助言を得ること。

(2) 基準

- ア 医師への報告には、MIST(※)を用いること。
※MIST…（M－受傷機転 I－受傷部位 S－バイタルサイン T－処置）
I（解剖学的機能評価）S（生理学的機能評価）

イ MIST以外の伝達事項は、次によること。

- ① 年齢・性別
- ② 現病歴
- ③ 主訴
- ④ 既往歴
- ⑤ 応急処置内容

ウ 周産期の伝達事項は、次によること。

- ① かかりつけ医のない妊婦、母子健康手帳未発行の妊婦か否か
（理由）この情報でハイリスク妊婦と推定することが可能
- ② 仮死出生児であるか否か
（理由）この情報でハイリスク新生児と推定することが可能

6 受入医療機関確保基準（法第35条の5第2項第6号）

- ・ 1～5までの基準に従って、傷病者の搬送及び受入れの実施を試みても、なお、傷病者の受入れに時間がかかる場合における受入医療機関を確保するための基準

(1) 基準

県が実施する「救急患者受入医療機関支援事業」により、受入困難事案の傷病者を受け入れることとなった医療機関において傷病者を受け入れる。

7 その他基準（法第35条の5第2項第7号）

- ・ 法第35条の5第2項第1号から第6号までの基準以外に本県において必要と認める基準

(1) ドクターヘリ出動基準ガイドラインについて

ア ドクターヘリ出動基準ガイドラインの取扱い

久留米大学病院高度救命救急センターで運行されているドクターヘリは、救急統計上の医療機関として区分されているため、その出動ガイドラインをその他基準として定める。

イ 基準（久留米大学病院高度救命救急センタードクターヘリ出動基準ガイドライン） 症例等

自動車事故

- ・ 自動車からの放出・同乗者の死亡・自動車の横転
- ・ 車が概ね50cm以上つぶれた事故・客室が概ね30cm以上つぶれた事故
- ・ 歩行者若しくは自転車が、自動車にはねとばされ、又は引き倒された事故

オートバイ事故

- ・ 時速35km程度以上で衝突した事故
- ・ ライダーがオートバイから放り出された事故

転落事故

- ・ 3階以上の高さからの転落・山間部での滑落

窒息事故

- ・ 溺水・生き埋め

列車衝突事故

航空機墜落事故

船舶事故（火災、転覆、沈没等）

爆発事故

傷害事件（撃たれた事件、刺された事件）

重傷が疑われる中毒事故

要救助者の現在の状況

バイタルサイン

- ・ 目を開けさせる（覚醒させる）ためには、大声で呼びかけつつ、傷み刺激（つねる）を与えることを繰り返す必要がある
（ジャパンコーマスケールで30以上）
- ・ 脈拍が弱くてかすかしかふれない、全く脈がない状態
- ・ 自動車の横転
- ・ 呼吸が弱くて止まりそうな状態 遠く、浅い呼吸をしている状態 呼吸停止
- ・ 呼吸障害、呼吸がだんだん苦しくなっている状態

外傷

- ・ 頭部、頸部、軀幹又は、肘若しくは膝関節より近位の四肢の外傷性出血
- ・ 2ヵ所以上の四肢変形又は四肢（手指、足趾を含む）の切断
- ・ 麻痺を伴う肢の外傷
- ・ 広範囲の熱傷（体のおおむね1/3を超えるやけど、気道熱傷）
- ・ 意識障害を伴う電撃症（雷や電線事故で意識がない）
- ・ 意識障害を伴う外傷

疾病

- ・ けいれん発作
- ・ 不穏状態（酔っぱらいのように暴れる）
- ・ 新たな四肢麻痺の出現
- ・ 強い痛みの訴え（頭痛、胸痛、腹痛）

その他

- ・ 毒蛇と思われる蛇による咬傷
- ・ 毒虫、クラゲ等による刺傷によるショック状態等
- ・ 減圧症（潜水病・高山病等の圧力の急激な変化によっておこる疾病）による加圧治療が必要な者

(2) 傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準の災害時の運用について

災害時においては、実施基準を尊重しつつ、災害時の医療救護体制について定められている福岡県地域防災計画及び福岡県保健医療計画に則り、救急業務及び医療救護活動に従事するものであること。

(3) 傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準の見直しについて

ア 趣旨

実施基準を有効に機能させるためには、実施基準に関する協議を行うための消防機関、医療機関等を構成員とする協議会において実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施状況等を調査・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必要とされていることから、その見直しについて定めるもの。

イ 内容

策定した実施基準を有効に継続するためには、実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施状況を検証し、実施基準の適切な見直しを行うことが重要である。

このため、今後、実施基準の実施状況について総合的な調査・分析を行い、必要に応じて見直しを行うこととする。

なお、見直しについては、法第35条の8に定められた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として、救急医療協議会を位置づけていることから、同協議会から具申された意見を反映しながら進めていくこととなる。

具体的な見直し作業については、実施基準（案）の策定にあたって、県MC協議会に、その検証も併せて付託されていることから、毎年開催している県MC協議会において、議論・検討を行い、その結果を救急医療協議会へ報告し、それを受けた、救急医療協議会が検討を行い、県へ意見を具申することとする。

8 実施基準の策定及び運用開始について

本実施基準は、平成23年3月31日策定

なお、運用の開始については、今回の消防法改正が、地域における現状の医療資源を前提に、消防機関と医療機関の連携体制を強化し、受入医療機関の選定困難事案の発生をなくすとともに、医学的観点から質の高い、傷病者の状況に応じた適切な搬送及び受入体制を構築することが目指されていることに鑑み、本実施基準に対し消防機関及び医療機関等の関係者が共通認識を持つことが不可欠であると考えられる。

については、運用にあたり、一定の周知・連絡調整期間が必要となるため、その開始日を平成23年6月1日と定める。