資料３－①　参考資料２

傷病者の搬送及び受入れの実施基準（本則）

新旧対照表

新＜改正案＞	旧＜現行基準＞
目次（略）	目次（略）
１．はじめに ～傷病者の搬送及び受入れの実施基準策定の背景と目的～ （１）～（２）（略） （３）本府における実施基準の策定及び改正の経緯 本府においては、実施基準検討部会等において、実施基準に関する検討を重ね、救対審での諮問・答申を経て、平成 22 年 12 月に消防法第 35 条の５の規定に基づき、「大阪府実施基準」（以下「府実施基準」という。）を策定した。 また、各圏域[*7]においては、地域の実情を踏まえつつ、府実施基準に準じた各圏域版の実施基準を策定した。その後、平成 26 年 11 月、令和２年 12 月に府実施基準を以下のように改正した。 ～ 平成 26 年 11 月の改正について ～ 府実施基準策定後４年が経過し、救急隊が現場で傷病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等に地域間の格差が生じ、他圏域との比較や圏域外への医療機関選定ができないといった問題が生じていた。 また、それまでの医療機関選定基準は、病態[*8]や診療機能[*9]ごとに対応可能な医療機関を選定することとしていたが、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おり、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[*10]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[*11]等は主訴[*12]を糸口に、生理学的徴候[*13]と症状[*14]・徴候[*15]を評価して緊急度[*16]を判定するように設計されている。 平成 25 年度に総務省消防庁（以下「消防庁」という。）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[*17]を雛形にして「緊急度判定プロトコル（救急現場）」が作成される等、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定が標準となっていくことが見込まれる。そのため、症状・徴候から医療機関選定を行えるよう傷病者観察基準を見直し、各圏域における観察項目等と収集情報の共通化を図るとともに、それまで具体的な基準を明記していなかった小児[*18]の傷病者についても、府実施基準の対象として追記した。 ～ 令和２年 12 月の改正について ～ 平成 26 年 11 月の改正から６年が経過し、より迅速かつ適切な救急搬送及び受入れ体制の整備を目的として実施基準の改正を行った。 まず消防法で規定される実施基準に定める事項のうち骨格となる基本的な基準を本則として定め、医学の進歩及び医療資源の変化等に柔軟に対応できるよう、具体的かつ詳細な基準を細則として定めることとした。細則では傷病者初期対応の行動規範を具体的に記載し、救急隊員に対する事前指示書（プロトコル）に準用できるよう配慮した。医療機関選定に必要な知識、特に緊急度の判断や病態の類推に必要な評価方法は、社会情勢の変化や医学の進歩に応じて修正する必要があり、以下の点について改正を	１．はじめに ～傷病者の搬送及び受入れの実施基準策定の背景と目的～ （１）～（２）（略） （３）本府における実施基準の策定及び改正 本府においては、実施基準検討部会等において、実施基準に関する検討を重ね、救対審での諮問・答申を経て、平成 22 年 12 月に消防法第 35 条の５の規定に基づき、「大阪府実施基準」（以下「府実施基準」という。）を策定した。 また、各圏域[*7]においては、地域の実情を踏まえつつ、府実施基準に準じた各圏域版の実施基準を策定した。その後、平成 26 年 11 月に府実施基準を以下のように改正した。 ～ 平成 26 年 11 月の改正について ～ 府実施基準策定後４年が経過し、救急隊が現場で傷病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等に地域間の格差が生じ、他圏域との比較や圏域外への医療機関選定ができないといった問題が生じていた。 また、それまでの医療機関選定基準は、病態[*8]や診療機能[*9]ごとに対応可能な医療機関を選定することとしていたが、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おり、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[*10]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[*11]等は主訴[*12]を糸口に、生理学的徴候[*13]と症状[*14]・徴候[*15]を評価して緊急度*[16]を判定するように設計されている。 平成 25 年度に総務省消防庁（以下「消防庁」という。）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[*17]を雛形にして「緊急度判定プロトコル（救急現場）」が作成される等、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定が標準となっていくことが見込まれる。そのため、症状・徴候から医療機関選定を行えるよう傷病者観察基準を見直し、各圏域における観察項目等と収集情報の共通化を図るとともに、それまで具体的な基準を明記していなかった小児[*18]の傷病者についても、府実施基準の対象として追記した。

行った。

・「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法（平成 30 年法律第 105 号）」の施行等を受け、循環器疾患及び脳卒中等に係る傷病者観察基準等を改正した。

・小児に係る緊急度判定の基準等を改正した。

２．今回の大阪府実施基準改正について

令和２年 12 月の改正以降、府実施基準に基づく医療機関選定の検証が行われ、いくつかの課題が抽出されてきた。この課題を改善するために以下の点について改正を行った。

・医療機関分類基準における特定病態（心停止）および特定機能[*19]（ECPR[*20]）の追加

・緊急度が高い傷病者での特定機能対応医療機関の選定基準の見直し

・２次補足因子の症状・徴候についての見直し

・外因カテゴリーにおける初期対応医療機関[*21]（小児科）の追加

２．今回の大阪府実施基準改正について

平成 26 年 11 月の府実施基準改正から６年が経過し、より迅速かつ適切な救急搬送及び受入体制を整えるため、主に以下の点について改正した。

（１）本則と細則との分割

消防法で規定される実施基準に定める事項のうち骨格となる基本的な基準を本則として定め、医学の進歩及び医療資源の変化に柔軟に対応できるよう、具体的かつ詳細な基準は細則として定めることとした。

（２）初期活動の基本となる傷病者観察ととるべき行動の明文化

実施基準に規定される傷病者の観察と医療機関選定は、病院前救護活動での中核業務であり、これに救急救命処置を加えたものは傷病者初期対応の行動規範となる。従って、細則ではこの行動規範を具体的に記載し、救急隊員に対する事前指示書（プロトコル）に準用できるよう配慮した。

（３）社会情勢の変化や医学の進歩による変更

医療機関選定に必要な知識、特に緊急度の判断や病態の類推に必要な評価方法は、社会情勢の変化や医学の進歩に応じて修正する必要がある。今回、主に次に示す修正を行った。

ア　循環器疾患及び脳卒中等に係る傷病者観察基準等を改正

循環器病に対する社会の関心が高まっており、「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法（平成 30 年法律第 105 号）」の施行、「脳卒中治療ガイドライン 2015（追補 2019）」（日本脳卒中学会）の公表及び「消防庁検討会[*19]」の報告を踏まえ、以下のとおり改正した。

（ア）循環器疾患及び脳卒中が疑われる症状について、より適切な搬送先医療機関が選定できるように専門領域において推奨される症候学[*20]を参考に、症状・徴候等を改正した。

（イ）「脳血栓回収術[*21]」を特定機能として追加するとともに、「t-PA[*22]」「脳外科手術[*23]」に加えて「脳血栓回収術」を含む脳卒中全般に対応できる医療機関を搬送先医療機関に追加した。

なお、「t-PA」の処置のみ可能な医療機関へ搬送した場合は、「脳外科手術」や「脳血栓回収術」が対応可能な医療機関[*24]への転送[*25]・転院[*26]が迅速かつ適切に行われるよう連携の強化を図ることとした。

イ　小児に係る緊急度判定の基準等の改正

（ア）小児のバイタル基準が緊急度判定プロトコルと乖離しているため、国際的基準を参考にバイタル基準値を策定した。

（イ）小児の病態を的確に観察できるようにするため、小児特有の症状・徴候の見直しを行った。

（ウ）小児、特に乳幼児における軽症外傷が受入れ困難事案となっていることを鑑み、その対策として受入れ可能な初期対応医療機関[*27]の充実を目的として診療機能（救急協力診療科目[*28]）に「小児軽傷[*29]」を加

３．（略）

３－１．医療機関分類基準（第１号）

（１）医療機関分類基準の原則

本文（略）

（図表５）　緊急度

「赤１」　：極めて緊急度が高く、直ちに救命処置を必要とする
「赤２」　：緊急度が高く、救命処置を必要とすることがある
「黄以下」：緊急度はそれほど高くない［緑（緊急度は低い）を含む］

本文（略）

（図表６）　診療機能分類

〔緊急度・特定病態分類〕（略）

〔特定病態・機能別分類〕

中分類（特定病態）		小分類（特定機能）
ア　循環器疾患	急性冠症候群	PCI[*26]等
	肺動脈血栓塞栓症	
	急性大動脈解離	心大血管手術
	大動脈瘤切迫破裂	
イ　脳卒中	脳梗塞	t-PA[*27]
		t-PA・脳外科手術[*28]
		t-PA・脳血栓回収術[*29]・脳外科手術
	脳出血	脳外科手術
		t-PA・脳外科手術
		t-PA・脳血栓回収術・脳外科手術
	くも膜下出血	脳外科手術
		t-PA・脳外科手術
		t-PA・脳血栓回収術・脳外科手術
ウ　消化器疾患	消化管出血	内視鏡的止血術
		消化器外科手術
	急性腹症	消化器外科手術
エ　外因又は外傷	潜水病	高圧酸素療法
	減圧症	
	手指切断	手指又は足趾の再接着
	足趾切断	
オ　心停止	致死性不整脈等	ECPR

えた。

（４）医療機関リスト[*30]作成と運用の充実

医療機関リストの統一フォーマットを作成するとともに、定期的な医療機関リストの更新等について明記した。

３．（略）

３－１．医療機関分類基準（第１号）

（１）医療機関分類基準の原則

本文（略）

（図表５）　緊急度

「赤１」　：極めて緊急度が高く、直ちに救命処置を必要とする
「赤２」　：緊急度が高く、救命処置を必要とすることがあるが、
　　病態を類推することが許される
「黄以下」：緊急度はそれほど高くない［緑（緊急度は低い）を含む］

本文（略）

（図表６）　診療機能分類

〔緊急度・特定病態分類〕（略）

〔特定病態・機能別分類〕

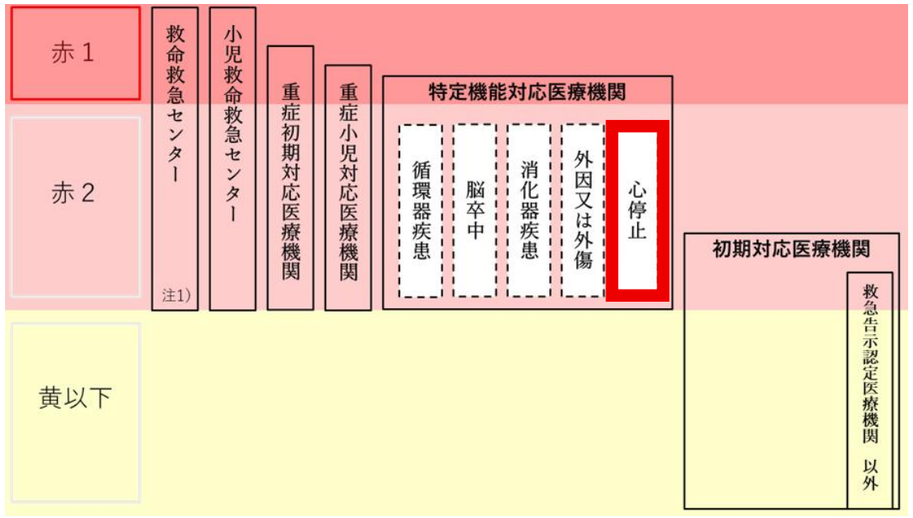
中分類（特定病態）		小分類（特定機能）
ア　循環器疾患	急性冠症候群	PCI[*35]等
	肺動脈血栓塞栓症	
	急性大動脈解離	心大血管手術
	大動脈瘤切迫破裂	
イ　脳卒中	脳梗塞	t-PA
		t-PA・脳外科手術
		t-PA・脳外科手術・脳血栓回収術
	脳出血	脳外科手術
		t-PA・脳外科手術
		t-PA・脳外科手術・脳血栓回収術
	くも膜下出血	脳外科手術
		t-PA・脳外科手術
		t-PA・脳外科手術・脳血栓回収術
ウ　消化器疾患	消化管出血	内視鏡的止血術
		消化器外科手術
	急性腹症	消化器外科手術
エ　外因又は外傷	潜水病	高圧酸素療法
	減圧症	
	手指切断	手指又は足趾の再接着

（２）医療機関分類の基本枠組み

ア　救命救急センター、小児救命救急センター

本文（略）

（図表７）　救急医療機関分類の枠組み（概念図）



注１）　最重症合併症妊産婦受入医療機関は、府実施基準の「プロトコル　テーブル版２：成人疾病　別紙２－１」

（症候学*36的指標、緊急度及び対応医療機関選定）では、救命救急センターの後ろに＊を表記。

３－２～６（略）

用語の定義

●*1～●*19（略）

●*20 E　C　P　R　……Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation の略で、心停止傷病者に対する膜型人工肺(ECMO: Extracorporeal Membrane Oxygenation)を用いての心肺蘇生法(CPR)を指す。

●*21～●*56（略）

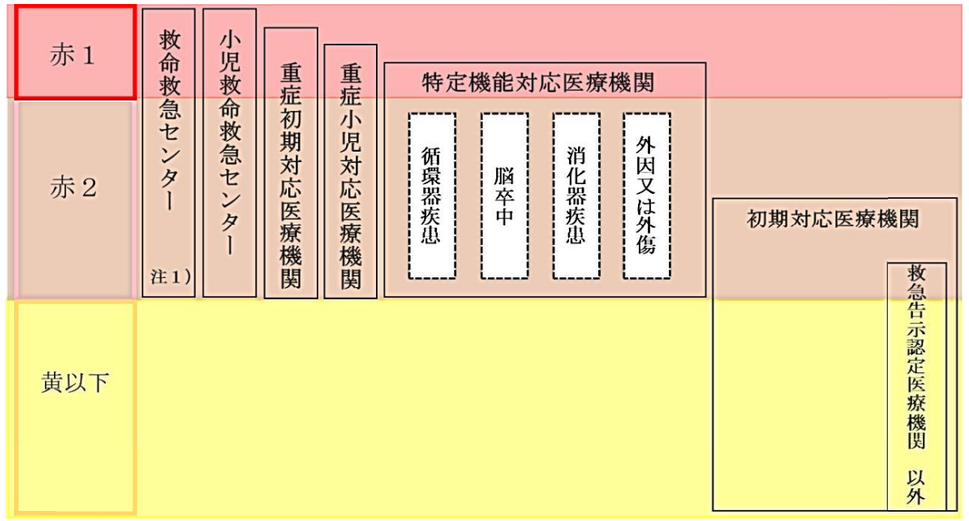
平成 22 年 12 月　策定
平成 26 年 11 月　改正
令和２年 12 月　改正
令和８年　改正
大阪府

（２）医療機関分類の基本枠組み

ア　救命救急センター、小児救命救急センター

本文（略）

（図表７）　救急医療機関リストの枠組み（概念図）



注１）　最重症合併症妊産婦受入医療機関は、府実施基準の「プロトコル　テーブル版２：成人疾病　別紙２－１」

（症候学的指標、緊急度及び対応医療機関選定）では、救命救急センターの後ろに＊を表記。

３－２～６（略）

用語の定義

●*1～●*57（略）

平成 22 年 12 月　策定
平成 26 年 11 月　改正
令和２年 12 月　改正
大阪府