

# 拡大MC協議会(仮称)の概要(堺市二次医療圏)

横田(順)委員提出資料

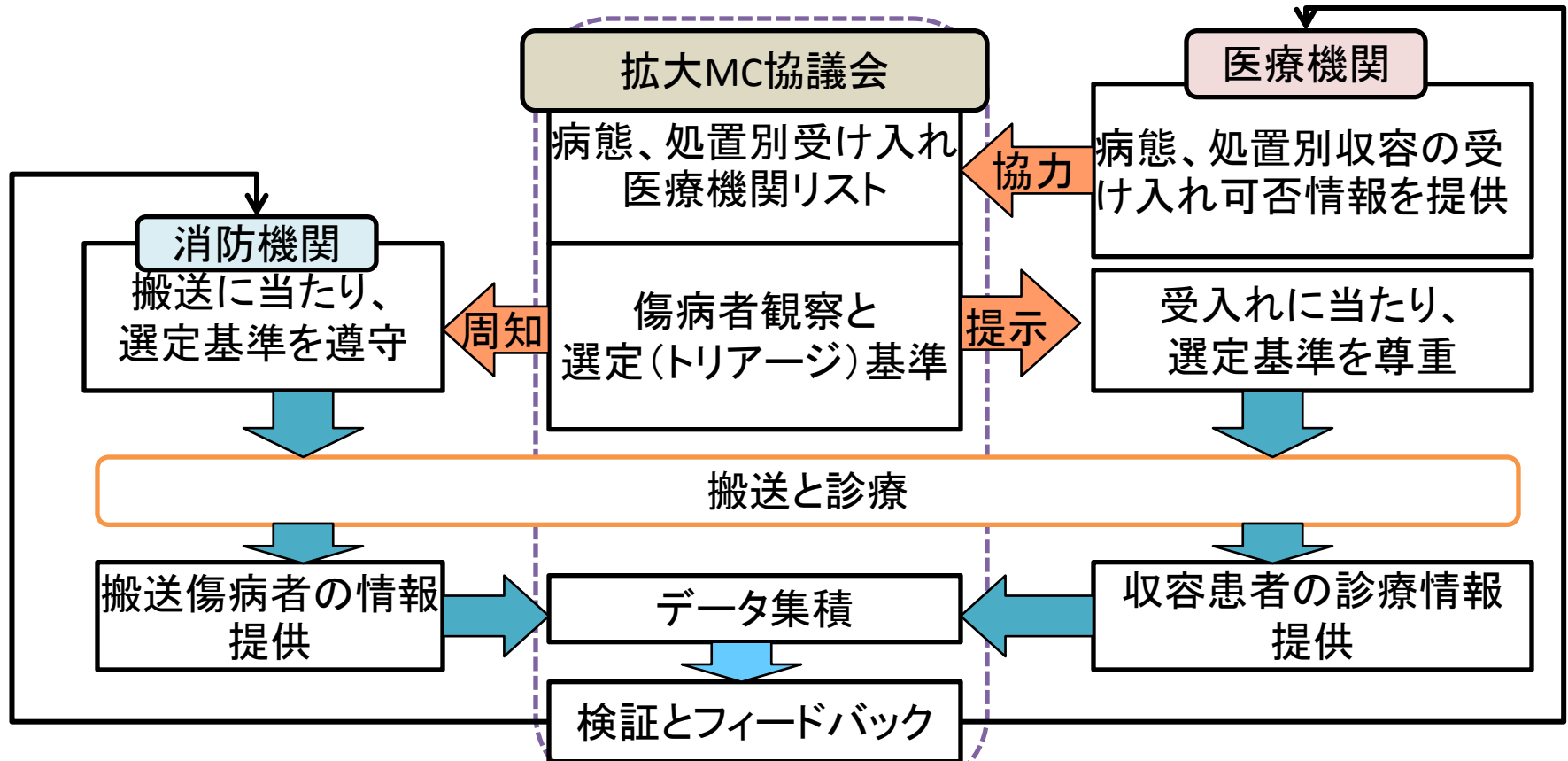
目的: 救急患者の適切な診療の保障と病院前救護の質の向上

調整機関: 堺地域メディカルコントロール協議会、堺市域保健医療協議会

堺市医師会、堺市(健康福祉局、消防局)

主たる業務:

- ① 緊急度・重要度、症候、病態、必要とする処置を考慮した受け入れ医療機関のリスト作成
- ② 傷病者トリアージ基準と病院選定の基準作り
- ③ 病院前救護と診療情報のデータ収集
- ④ 搬送事例の検証と①, ②修正のためのフィードバック



# トリアージ基準および医療機関リストについて(1)

## 医療機関選定基準の作成について

- ・ 緊急度・重症度を優先し、まず、救命救急センター適応を抽出する
- ・ その上で、病態、症候および処置別など病院選定を判断しやすいグループ別基準を設ける
- ・ 二次救急医療機関の負担を軽減するために、曜日時間帯別応需可否を尊重する
- ・ 医療機関の特性を考慮し、得意な診療内容を中心に参画を求める

## 選定先医療機関リストについて

- ・ 消防機関(堺市消防局)と堺市・高石市内の救急医療機関のみの情報とする
- ・ 市民および他の医療圏への公開は行わない
- ・ CPA、ACS(心カテ、PCIが必要)、脳血管障害(t-PAおよび手術療法が必要)については、受け入れ可否情報にとどめる
- ・ 消化管出血(内視鏡的止血術および外科的処置の必要性が予測される場合)および急性腹症(緊急手術が予測される場合)についてのみ、受け入れ可否情報の病院リストに加え、時間外については曜日時間帯別で収容可能な医療機関を2病院指定する(当番病院と呼ぶ)。この場合、病院選定について①直近の医療機関を優先し、その後②当番病院を選定する

## 搬送時および搬送後のデータ収集について(救急活動記録票の扱い)

- ・ 消防機関は収容先医療機関に病院前救護情報とトリアージ根拠を提示する
- ・ 医療機関は、患者の診療経過と転帰を救急活動記録票に記載し、後日、協議会に提供する
- ・ 協議会において救急隊員の判断、処置、病院選定および医療機関の対応等を検証する
- ・ 検証結果を消防および医療機関に報告し、必要に応じ、病院リストとトリアージ基準を修正する

# トリアージ基準および医療機関リストについて(2)

## 医療機関選定(トリアージ)基準策定状況

- ・ 疾病救急トリアージシート & 救急活動記録
- ・ 外傷・熱傷トリアージシート & 救急活動記録
- ・ 小児救急トリアージシート & 救急活動記録 (検討中)
- ・ 妊婦救急トリアージシート & 救急活動記録 (未作成)
- ・ 精神科救急トリアージシート & 救急活動記録 (未作成)

## 選定先医療機関リストと当番制の現況

- ・ CPA: 対応可能医療施設のリスト化
- ・ ACS疑い症例に対する緊急心カテ・PCI施行可能施設: 対応可能医療施設のリスト化①
- ・ 脳血管障害疑い症例に対するt-PA、緊急手術施行可能施設: 対応可能医療施設のリスト化②
- ・ 消化管出血に対する緊急内視鏡施行可能医療施設: 対応可能医療施設のリスト化 + 当番制③
- ・ 消化管出血に対する開腹止血術施行可能医療施設: 対応可能医療機関リスト + 当番制③
- ・ 急性腹症に対して緊急手術が可能な医療施設: 対応可能医療施設のリスト化 + 当番制④

## 搬送時および搬送後のデータ収集について(救急活動記録票の扱い)

- ・ (第1段階) CPA、外傷と疾病救急のうち当番制対象疾患(③④)のデータを回収
- ・ (第2段階) CPA、外傷と疾病救急のうちトリアージ基準作成対象例(①②③④)のデータ回収
- ・ (第3段階) 全救急症例のデータ回収
- ・ 回収は、消防機関

## 疾病救急トリアージシート & 救急活動記録票

救急隊名				覚知日時 平成 年 月 日 時 分			
医療機関到着日時 平成 年 月 日 時 分				搬送先医療機関 ( )			
傷病者氏名: 歳、 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 ID:							
初期評価				無	有	評価せず	
生理学的評価	気道閉塞、無呼吸		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	脈拍触知せず		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			無	有	評価せず		
	GCS 4-5-6 = ( )	8 以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	または JCS = ( )	30 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	呼吸数 = ( )	10 未満 30 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	SpO2 = ( )	90% 未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	脈拍数 = ( )	50 未満 120 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	収縮期血圧 = ( )	90mmHg 未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	体温 = ( )	34℃ 未満 40℃ 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
重症不整脈		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
全身詳細観察、SAMPLE				無	有	評価せず	
主訴、症候、症状	A C S 上	① 40 歳以上	20 分以上の持続する胸痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			肩、下顎(歯)、上腹部、背部の激痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			心臓病+胸部不快感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			心電図モニター(II, CB5, CM2)でSTの上昇	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	MCが示す別の基準 ( )		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	成人対象	② 脳血管障害	片側の麻痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			一側のしびれ感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			言語障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			片側の失明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			めまい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	MCが示す別の基準 ( )		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	吐下血	③ 吐下血	吐血または血性吐物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			下血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			消化器症状+高度な貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			MCが示す別の基準 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
消化器外科	④ 消化器外科	急な発症の腹痛(尿路結石を強く疑う場合は除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		筋性防御、反跳痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		歩行時に響く腹痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		(♂) 鼠径部腫瘍+腹痛+嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		MCが示す別の基準 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

医療機関選定理由 ( A, B, C#, D )

收容決定までの医療機関への依頼回数: ( 回)

#: Cの活用した場合	病院	病院:
③④における当番病院名	病院	病院:
		病院:

状況評価

心肺停止 あり(CPA) なし

初期評価で有にチェック 有り 無し

症候で有に該当 有り 無し

通常救急医療機関へ

隊長コメント

初期診療担当医コメント

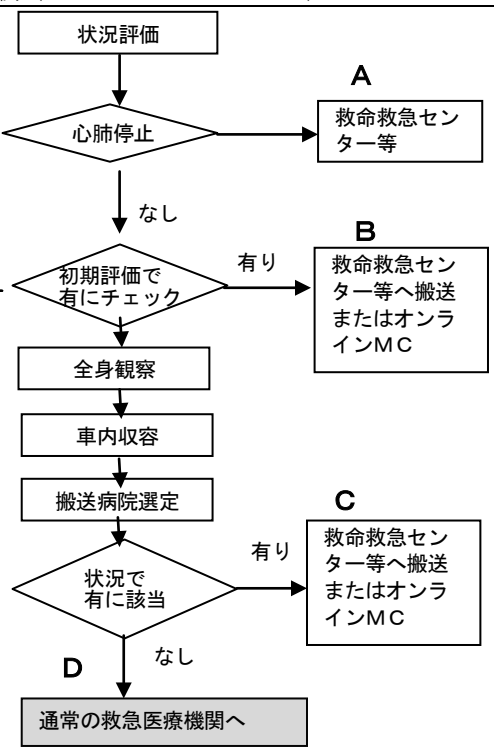
### 搬送先医療機関記載

救急外来	初期診療担当	診療科:	担当医:	
	病態・処置	病態または診断名:	処置:	
	初期診療後の経過	<input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 外来死亡 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 同日転送**		
	**転送先医療機関名			
入院	入院後の担当	診療科:	主治医:	
	確定診断名			
	主たる治療	<input type="checkbox"/> 保存的治療 <input type="checkbox"/> PCI <input type="checkbox"/> t-PA <input type="checkbox"/> 開頭術 <input type="checkbox"/> 開腹術 <input type="checkbox"/> 内視鏡的処置		
	内容	手術療法	所見:	術名:
		心臓カテーテル	所見:	処置:
内視鏡検査と処置		所見:	処置:	
その他				
退院日	年 月 日			
転帰	退院時の状況	<input type="checkbox"/> 自宅退院、 <input type="checkbox"/> 転院、 <input type="checkbox"/> 死亡		
	転院先医療機関名			
回答	回答部署:	回答者:		

連絡欄	連絡欄
消防機関→医療機関	MC協議会検証

## 外傷・熱傷トリアージシート & 救急活動記録票

救急隊名				覚知日時 平成 年 月 日 時 分			
医療機関到着日時 平成 年 月 日 時 分				搬送先医療機関 ( )			
傷病者氏名: 歳、 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 ID:							
初期評価							
生理学的評価	気道閉塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	呼吸異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	ショック症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	意識低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			無	有	評価せず		
	GCS 4-5-6 = ( )	8 以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	または JCS = ( )	30 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	呼吸数 = ( )	10 未満 30 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
脈拍数 = ( )	50 未満 120 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
収縮期血圧 = ( )	90mmHg 未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
全身観察							
開放性頭蓋陥没骨折		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
顔面・頸部の高度な損傷		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
頸部・胸部の皮下気腫		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
外頸静脈の著しい怒張		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
胸部の動揺・フレイルチェスト		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
腹部膨隆、筋性防御		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
骨盤の動揺、下肢長差		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
頭頸部から鼠径部までの鋭的損傷		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
15%以上の熱傷または気道熱傷		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
両大腿骨折		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
デグロービング損傷		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
四肢の離断		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
四肢の麻痺		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
状況評価							
受傷機転	自 同乗者の死亡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	動 車の横転	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	車 車外に放り出された	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	乗 車が高度に損傷している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	車 救出に20分以上要した	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	中 60km/h以上での衝突	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	単 バイクと運転手の距離 大	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	車 30km/h以上で走行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	歩 車に轢過された	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	行 5m以上はねとばされた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
者 衝突部のバンパーに変形あり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
そ 機械器具に巻き込まれた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
の 体幹部が挟まれた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
他 高所墜落 (6m以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
医療機関選定理由 ( <input type="checkbox"/> A, <input type="checkbox"/> B, <input type="checkbox"/> C, <input type="checkbox"/> D )				不応需理由			
収容決定までの医療機関への依頼回数: ( 回 )				病院: 病院:			



隊長コメント

初期診療担当医コメント

### 搬送先医療機関記載

救急外来	初期診療担当	診療科:	担当医:	
	病態・処置	病態または診断名:	処置:	
	初期診療後の経過	<input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 外来死亡 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 同日転送**		
	**転送先医療機関名			
入院	入院後の担当	診療科:	主治医:	
	確定診断名			
	身体区分別 maxAIS	頭頸部 ( )、顔面 ( )、胸部 ( )、腹部 ( )、四肢骨盤 ( )、体表 ( )		
	ISS/Ps	ISS:	予測生存率 (Ps):	
主たる治療		<input type="checkbox"/> 保存的治療 <input type="checkbox"/> 開頭術 <input type="checkbox"/> 開胸開腹術 <input type="checkbox"/> TAE <input type="checkbox"/> 観血的整復固定術 <input type="checkbox"/> その他		
退院日 年 月 日				
転帰	退院時の状況	<input type="checkbox"/> 自宅退院、 <input type="checkbox"/> 転院、 <input type="checkbox"/> 死亡		
	転院先医療機関名			
回答	回答部署:	回答者:		

連絡欄	
消防機関→医療機関	MC協議会検証