

## 実施基準に対する意見等について

### 1 分類基準について、新たに必要な疾患・病態

特に意見なし

### 2 医療機関リストについて、掲載、非掲載の変更

意見
<p>県立吉田病院の実情にそぐわない。 ・循環器、外傷、脳卒中（t-PA適応なし）等専門外で断られる。</p>
<p>「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」P8（1） 下越圏域において</p> <p>○「脳卒中t疑い」⇒「t-PA適応なしの疑い」 t-PA適応なしの脳卒中疑い患者では、血栓回収可能な症例があること、また、MRIのない病院で脳卒中診療は困難なことからリストから外してほしい。</p> <p>○「心筋梗塞疑い」 心筋梗塞疑いは時間との闘いであることから、当院を経由すべきでないと思われるのでリストから外してほしい。</p> <p>○「重症度・緊急度の高い小児」⇒「重症」 現在、小児科常勤医が1名在籍しているが、平日の日中でも対応が困難であるためリストから外してほしい。</p>
<p>高エネルギー外傷が疑われる事案についてご連絡をいただくことがございますが、当院では十分な対応が困難でございます。</p> <p>つきましては、当該事案につきましては他院等へのご対応をご検討いただくなど、ご配慮賜りますようお願い申し上げます。</p>

### 3 「選定基準」について、搬送先医療機関の選定に際し不都合な点

特に意見なし

#### 4 「受入医療機関確保基準」について、設定内容の不都合

意見
受け入れ確保基準を適用した場合、原則として最寄りの救命救急センターにおいて一時受け入れを行うこととされているが、実際には収容先が決定しない場合がある。

#### 5 「受入医療機関確保基準」該当搬送事案に係る課題（※）解決のための意見

意見
受け入れ確保基準による軽傷～中等症患者の受け入れ困難は医療機関内伝達の問題から病院経営の問題に移行している。令和6年度の医療看護必要度の評価において緊急入院評価期間の短縮が行われた（「救急搬送後の入院」を1日または2日に短縮）が、これは転送先が見つからず入院となった場合2日間以内に転院させないと病院経営に著しい悪影響を与えることを示している。すなわち、受け入れが進むか否かは、2日間以内の転院が速やかに進むかどうか大きく依存している。青森県で行われているように毎日webで診療連携室が会議を行い転院先を決めるなどの仕組みや、仙台市で行われているように転院依頼のweb化（KINTON使用）など、新しい仕組みを先進地区に学んで実施してほしい。
確保基準が、重症患者の救命を目的とした本来の意味での実施基準の延長線上ではなく、救命センターでの積極的治療対象とならない、しかし二次病院も取らないような看取りに近い超高齢者を「重篤」として収容を強制する制度となってしまうっており、救命センター搬送後も長期に病床を占有するなど、本来業務に支障をきたす原因となっている。
軽症・中等症でも二次救急医療機関がファーストタッチせずに確保基準を利用して搬送されてくるので、地域完結型の医療提供が必要。 よって、三次救急医療機関にしわ寄せがきている。

#### 6 「その他基準」について、新たに設けるべき事項

特に意見なし

## 7 その他の意見

### 【消防機関】

意見
受け入れ確保基準適用例で搬送先が決定しない場合があるため、救命センターが一時的に受け入れた後、地域内での調整を実施し、最終的な受け入れ医療機関を決定できるように医療機関同士の相互理解が必要である。
確保基準を使い断られるケースがある。受け入れ困難事案に繋がることが多い。 病院内で受入実施基準が周知されていないことがある。事務局からの再周知をお願いしたい。
魚沼地域MC圏域では、2次病院、3次病院の役割分担が概ね明確になっているため、実施基準を活用する事自体があまりないのが現状です。

### 【医療機関】

意見
当院は重症患者の受入に比較的余裕あり。
急性期医療の高度化により、脳卒中・急性冠症候群・重症外傷など初期対応より高度医療機関での診療が必要な傷病が増加してきています。2次医療圏を超えた広域搬送を初期より想定することが患者さんの予後改善につながることから、とくにドクターヘリが活動困難な夜間悪天候時を含めた広域搬送のありかたを整理する必要があると思います。
上記のような高次医療の対象とならなそうなの確保基準該当例は救命センター以外での受け入れ（確保輪番？、救命センターからの即日下り搬送？）も検討すべき
実施基準は医師、看護師に周知されているが、各診療科の体制の違いにより受入状況に差が生じている。
判断に迷う場合は医師に直接電話してください。
年は実施基準に該当していても医師の考え方の違いでファーストタッチさえ困難な状況が生じている。各疾患のガイドラインも改正されているのでそれに沿った基準の見直しが必要だと思う

他地域の医療機関の場合、救急隊からの依頼の50%～60%しか引き受けていないのかもしれないが、他地域と異なり、当院の場合、救急隊からの依頼のほぼ全数を受け入れている。そのため、受入時に「実施基準該当の搬送事案」「受入確保基準該当の搬送事案」等を、救急隊から連絡してもらう必要性はない。

受け入れ可能施設が実際の状況と違う施設があると思います。また、平日日中かそれ以外かでも受け入れ可否は変わると思うので、そちらも検討したらよいと考えます。

上越地域では、実施基準という言葉を使用せずとも、搬送医療機関の選定に著しい困難が生じることが少ない為（上越地域特有の救急患者の搬送ルールが別に決まっているため、そのルールに従うと自ずから収容医療機関が決まることが多い）

佐渡では救急車を受け入れられる病院が2病院しかなく、現状では大きな課題があります。特に、専門的な治療が可能な総合病院であっても、救急車の受け入れを断ることが多く、その結果、小規模病院へ搬送されるケースが目立ちます。救急隊が現場で総合病院への搬送が適切と判断しても、受け入れが断られるために対応に苦慮しているのが現状です。救急搬送の実施基準について、医療機関間での共通認識を明確にし、地域全体で協力し無駄のない判断と選択ができるよう体制づくりをお願いしたいと思います。

#### 【医師会】

今回意見なし

8 実施基準の運用上の観点での消防機関の取組（個別の搬送事案における活動内容の検証）

意見
受け入れ確保基準を適用しても収容先が決定しなかった場合は報告を求めている。
2か月に1回長岡地域の病院及び消防本部と搬送困難症例を各病院と共有を図っている。
傷病者の観察、評価、医療機関の選定、傷病者情報の伝達等について署内で検証を実施して問題を抽出している。
地域の基幹病院との受入実施基準該当事案の受け入れ状況を共有している。
検討事案が発生した事案については、署内事後検証会等で取り上げているが、実施基準運用上観点からの個別の検証は行っていない。
必要により署内検証会で検証を行っている。また、地域救急懇談会において、収容困難症例等の検証を行っている。
地域メディカルコントロール協議会幹事会にて、応需困難症例について、月1回検証を実施している。
実施基準の運用上問題がないため。
実施基準に該当すると思われる事案で観察内容や病院照会で気になる事案があった場合、救急担当係等が救急隊に内容を確認しフィードバックしている。
指導救命士が全該当症例に対して検証を行っている。
当本部では管轄の収容先病院が限られており、円滑な病院選定ができているため。
地域MCによる事後検証会を活用し定期的に事案の検証を実施している。
実施基準を基にではなく、プレホスピタルレコードや指導救命士、検証担当者などのフィードバックによって検証を実施している。
指導救命士もしくは救急係が個別事案に対して検証を実施。検討が必要な事案については症例検討会等で実施。

実施基準運用症例で、かつ新潟県メディカルコントロール・ガイドライン～事後検証について…II-3 事後検証の対象症例…で示される対象症例については検証を行っています。
実施基準該当事案に関わらず、基幹病院とは定期的に症例検討会を実施しているため。
全症例を指導救命士が検証している。必要に応じて二次検証を実施する。
指導救命士が、全該当症例に対して検証を行っている。