

## 第7 トリアージ、治療、広域搬送

### 1 トリアージ (START・PAT)

#### (1) トリアージについて

災害の種類を問わず、災害発生時には多数傷病者が発生する可能性がある。このような状況で、一人でも多くの傷病者を救うためには救命の可能性が高く、且緊急処置が必要な人から順に治療を行っていくことが重要である。またその対極で、今すぐ治療を必要としない軽症患者、その状況で救命困難な重症患者は待機治療となる。特に、災害時の混乱状況の中で限られた人材・器材を有効活用し、最大多数の傷病者を救命するためにこれらのことは大変重要な考え方である。これら一連の傷病者の治療優先順位付けの作業がトリアージであり、その状況下での最大多数の人命救助を目指すことができる。

トリアージでは、緊急度や重症度に応じて、傷病者を4段階に分類し色で表示する。赤は最優先治療群で救命可能であり直ちに治療の必要性があるもの、黄は待機的治療群で多少治療を遅らせても生命に危険がないもの、緑は軽症群で軽症外傷や通院加療が可能なもの、黒は死亡群で生命徴候がないものである。

#### (2) 一次トリアージ

発災現場や病院で行う最初のトリアージを一次トリアージといい、手順として START (Simple Triage and Rapid Treatment) 式がある。START 式トリアージは「歩行可否」「呼吸」「循環」「意識レベル」の順番で評価していく。

##### ① 歩行の評価

発災現場や病院入り口などで、歩行ができるか否かで分類し、歩行可能な傷病者は緑と判断する。しかし中には歩行可能な傷病者であっても、必ずしも軽症とは限らないので、再トリアージは必ず行っていく。

##### ② 呼吸の評価

自発呼吸の有無で分類する。気道確保して自発呼吸がなければ黒と判断する。呼吸数が10回/分未満や30回/分以上の場合は赤とする。10~29回/分の場合は次の評価へ進む。

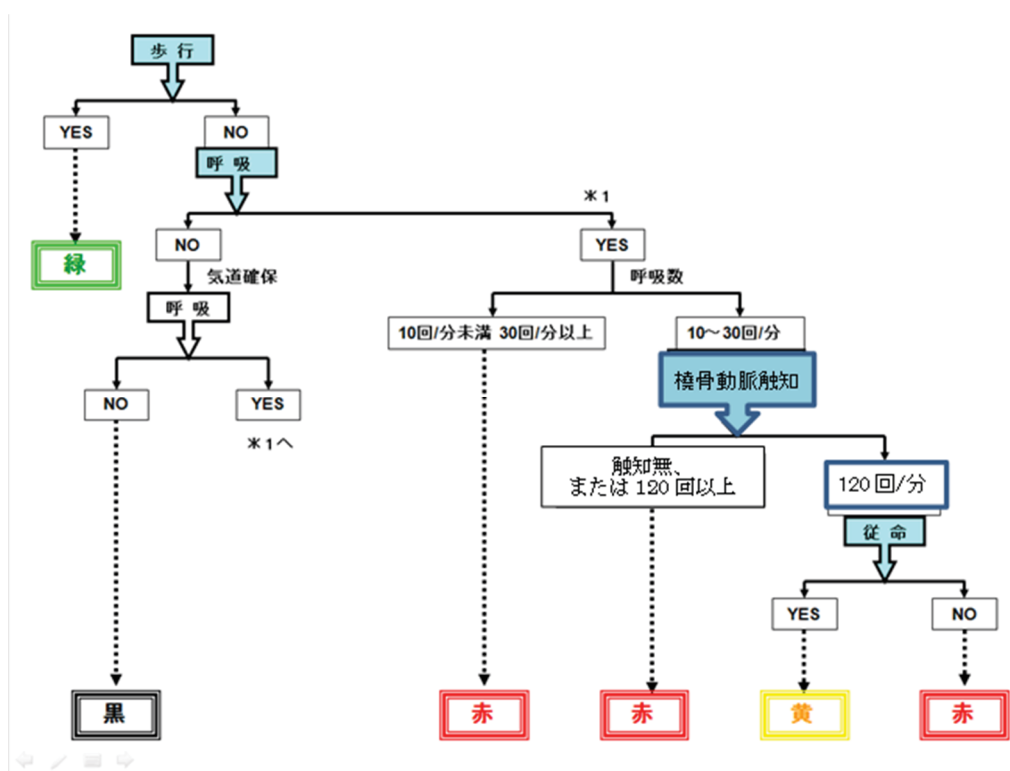
##### ③ 循環の評価

橈骨動脈で脈拍触知の有無で分類する。脈拍が頸動脈で触知できるのに橈骨動脈で触知できないもしくは脈拍数120回/分以上の場合は赤とする。脈拍数120回/分未満の場合は次の評価へ進む。

##### ④ 意識の評価

従命の可否で分類する。簡単な命令に従えない場合は赤とし、従える場合には黄とする。

図2 START法



(3) 二次トリアージ

一次トリアージを行ったあと、より正確な基準を用い、生理学的評価、解剖学的評価、受傷機転の評価、災害弱者の評価を行っていく。これを二次トリアージといい、トリアージ・ソートとも呼ばれる。

① 生理学的評価

呼吸の有無を確認し、気道確保しても呼吸がない場合は黒とする。呼吸数 10 回/分未満もしくは 30 回/分以上、収縮期血圧 90mmHg 未満もしくは 200mmHg 以上、SpO<sub>2</sub>90%未満、脈拍数 50 回/分未満もしくは 120 回/分以上、意識レベル JCS30 以上もしくは GCS12 以下を基準に、どれかひとつでも項目に当てはまっていれば赤とする。生理学的評価ですべて基準値内であれば、次の評価へ進む。

② 解剖学的評価

理学所見や受傷部位により評価を行う。JPTEC の場合のように全身観察を行っている時間はないので、生理学的評価の項目指標が悪化しやすい重要臓器もしくは致命的病態に陥りやすい外傷や臓器から確認を行っていく。以下の所見を認めた場合には赤とする。

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| ・ 開放性頭蓋骨陥没骨折         | ・ 両側大腿骨骨折            |
| ・ 外頸静脈の著しい怒張         | ・ 四肢切断               |
| ・ 頸部または胸部の皮下気腫       | ・ 四肢麻痺               |
| ・ 胸郭動揺 フレイルチェスト      | ・ 挟圧外傷               |
| ・ 開放性気胸              | ・ 穿通性外傷              |
| ・ 腹部膨隆 腹壁緊張          | ・ テグロービング損傷          |
| ・ 骨盤骨折（骨盤動揺、圧痛、下肢長差） | ・ 15%以上の熱傷 顔面気道熱傷の合併 |

③ 受傷機転の評価

生理学評価も基準値内であり解剖学的評価も所見が認めない場合、受傷機転の把握により今後起こりえる病態の予測が可能となる。以下の項目が受傷機転に当てはまれば黄とする。

- |                  |           |
|------------------|-----------|
| ・ 体幹部の挟圧         | ・ 異常温度環境  |
| ・ 1肢以上の挟圧（4時間以上） | ・ 有毒ガス発生  |
| ・ 爆発             | ・ 汚染（NBC） |
| ・ 高所墜落           |           |

④ 災害弱者の評価

最終段階の評価として、災害時における要援護者（災害弱者）であるか否かで判断する。5歳以下もしくは55歳以上、妊婦、循環器・呼吸器・血液疾患など治療中、後に専門医の診療を要する外傷、歩行できないなどのものは黄とする。

(4) トリアージタグの記載

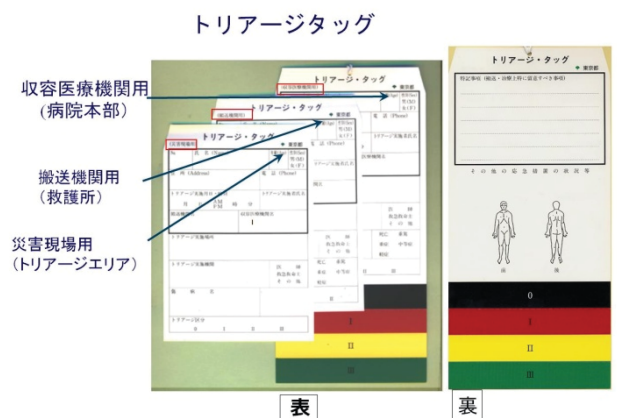
トリアージエリア、各救護所では各患者のトリアージ後の区分、経時的変化を視覚的に表示するためにトリアージタグを記載する。

トリアージタグ記載はトリアージ判定者とトリアージタグ記載者2名1組を原則とし、記載後のトリアージタグは患者右手首（負傷していた場合には左手首→左足首→右足首→首の順）に装着し、服や靴の上には装着しない。

① トリアージタグの構成と保管

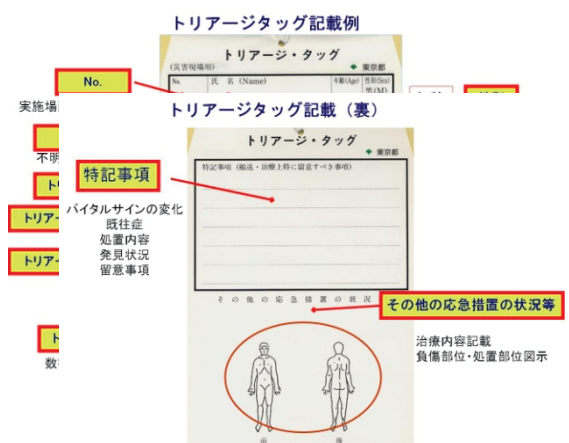
トリアージタグは3枚複写の記載部分とトリアージ区分をもぎる部分がある。

3枚複写記載部分は病院外で使用した場合は災害現場、搬送期間、收容医療機関で保管するが、病院内で使用した場合はトリアージエリア、各救護所、病院災害対策室となる。



② トリアージタグ記載例

- ・ No欄は患者IDとなることから単純な通し番号ではなく、所属連番、実施場所連番等他で記載された番号と重複しないようにする。
- ・ 黒い油性ボールペン強い筆圧で記載する。
- ・ 氏名欄、トリアージ実施者、トリアージ実施場所



等変更追記の可能性がある部分は追記できるよう枠内上詰で記載する。

- ・ 氏名が不明の場合は不詳と記載する。
- ・ もぎり部分が破損する場合があるのでトリアージ区分は必ず記載する。
- ・ 裏面の特記事項にはバイタルサインの変化、既往歴、処置内容、発見状況、留意事項等を記載
- ・ 裏面下段には負傷部位、処置部位、処置内容を記載する。

③ 記載内容の訂正・追記

【訂正】

- ・ 旧記載が誤記の場合は二重線で抹消（氏名の誤り、診断名の訂正など）

【追記】

- ・ トリアージ区分の変化、様態変化は追加追記する。
- ・ 追記の場合は前の記載を抹消する必要はない。

④ トリアージ区分の変更

【重症化の場合】

- ・ トリアージ区分の変更は前の記載を×をつけ訂正し、変更者の氏名と時刻を追記するとともにもぎり追加

【軽症化の場合】

- ・ 新たなタグを追加し、重ねて沿い装着し廃棄はしない。
- ・ 旧タグには大きく×をつけ変更者の氏名と時刻を追記する。

2 治療

(1) 災害時治療の考え方

現有する人員・医薬品・資器材で最大多数の患者の救命・良好な予後を求め、個々の患者の治療は制限するなど状況に応じて臨機応変に治療レベルを変更する必要がある。

- ① A B C D E を中心とした安定化のための治療（処置）をまず優先する。
- ② 根本治療 は手術による止血等は可能な限り行うものとするが、当院の被災状況によって困難な場合は他施設へ転院する。

(2) A B C D E の主な安定化処置例

A 気道

気道確保、気管挿管、外科的気道確保

B 呼吸

酸素投与、緊急脱気・胸腔ドレナージ、（陽圧）換気、気管吸引

C 循環

止血（圧迫、エスマルヒ緊縛）、骨盤簡易固定（シーツラッピング）、静脈路確保、輸液、薬剤投与、気管挿管

D 中枢神経

酸素投与、気管挿管、薬剤投与

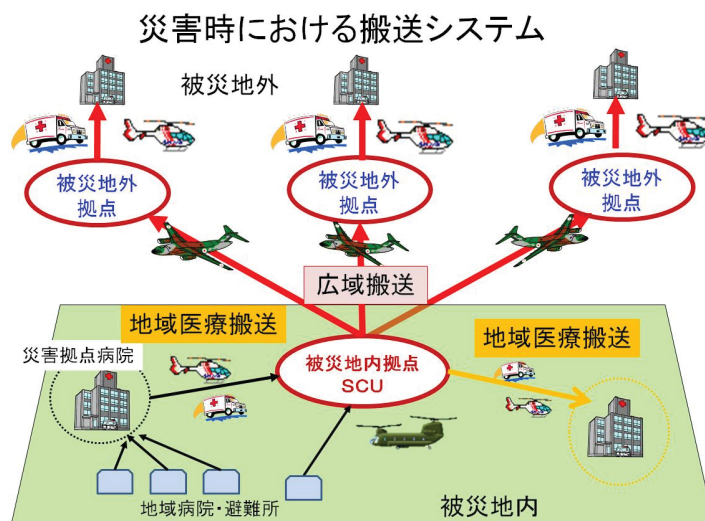
E 体温管理

### 3 搬送

被災患者は一旦災害拠点病院に搬送され、災害拠点病院で対応が困難な患者については被災地内の搬送拠点場所（SCU）に搬送される。

また、避難所・一般病院から直接SCUへ搬送されることもある。

SCU搬送後は被災地外の医療機関へ搬送される広域搬送と被災地内の医療機関へ搬送される地域医療搬送がある。



#### (1) SCU (Staging Care Unit)

広域搬送または地域医療搬送される患者は搬送拠点場所に隣接して設置される医療施設（SCU）に搬送される。

SCU での患者対応は容態安定化及び広域搬送か地域医療搬送かの選別となる。

搬送拠点場所は被災内搬送ヘリコプター及び広域搬送自衛隊機が同時着陸可能な自衛隊基地、空港、大規模空地等を都道府県が事前に指定し、SCU は被災地内の都道府県が設置することとしている。

東日本大震災においても岩手県花巻空港、宮城県霞目駐屯基地、福島県福島空港に SCU が設置されたが、東南海・南海地震での設置場所は次のとおりとなっている。

（東南海・南海地震における SCU 設置場所）

愛知県：名古屋飛行場（小牧基地）、中部国際空港（代替拠点）

静岡県：浜松基地、静岡基地（代替拠点）

三重県：独立大学法人三重大学、御菌ラブリバー公園、四日市市中央緑地（代替拠点）

#### (2) 広域搬送

大規模災害時被災地では、重症を含む多数の負傷者が発生するほか、医療施設自体の被災や、医療従事者の負傷などにより、十分な医療を確保できないことが予測される。

そこで、重傷者の救命と被災地内医療の負担を軽減するため、災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team：DMAT）や救護班を被災地外から派遣し、重症患者を被災地外の災害拠点病院などへ搬送する。

##### (ア) 広域搬送トリアージ（広域航空搬送適応基準）

大規模災害時に、被災地外病院での救命が必要と判断された場合に、被災地外の病院へ航空機による傷病者の広域搬送を行う場合に用いる。広域搬送の適応は、クラッシュシンドローム、広範囲熱傷、重症体幹・四肢外傷、重症頭部外傷などである。

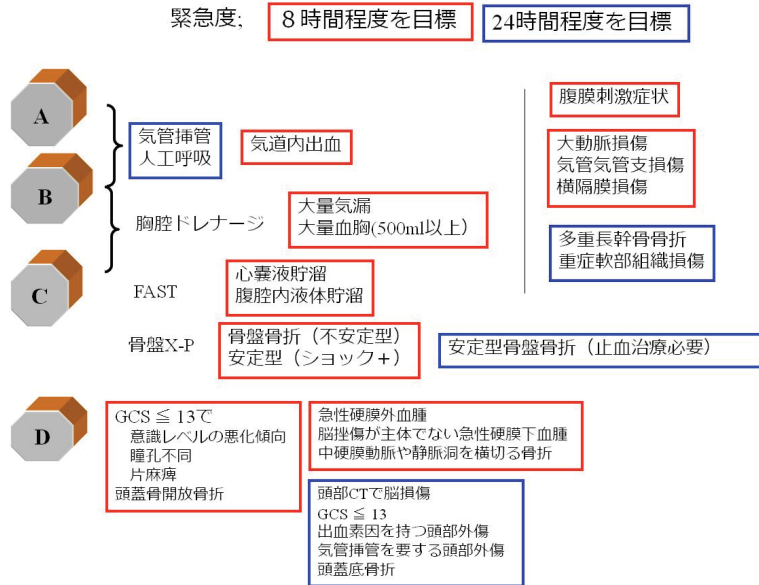
（日本 DMAT で使用されている広域航空搬送基準）

搬送する患者	不搬送基準
--------	-------



クラッシュ症候群 広範囲熱傷 20 ≤ BI ≤ 50 体幹・四肢外傷 頭部外傷 集中治療を要する患者	(四肢体幹外傷) ・ FiO2 1.0 以下の人工呼吸で SpO2 95% 未満 ・ 急速輸液 1,000mL 後に収縮期血圧 60mmHg 以下 (頭部外傷) ・ 意識が GCS ≤ 8 または JCS 3 桁で、かつ両側瞳孔散大 ・ 頭部 CT で中脳周囲脳槽が喪失
---	--

(災害時広域搬送適応基準と優先順位判断基準)



(イ) 広域搬送カルテ (別紙)

災害拠点病院では患者診療カルテにより記載されるが、広域搬送となれば患者情報を災害拠点病院、SCU、搬送時等に把握する必要がある、共通様式の広域搬送カルテを作成する。

1 ページ

**広域医療搬送カルテ**

患者氏名: _____		出発病院: _____ (病院・センター)	
性別: M F 年齢 歳( 年 月 日 生)		病院出発日時: 月 日 時 分	
緊急連絡先: _____		院内搬送先: _____	
家族氏名 (姓): _____ (連絡) 連絡 済・未		域内搬送先: _____	
広域搬送適応根拠 (該当する根拠にチェック、かつ○で囲むこと)			
緊急度をチェックする <input type="checkbox"/> 緊急:A (8時間程度) <input type="checkbox"/> 準緊急:B (24時間程度)			
<input type="checkbox"/> 圧挫症候群 輸液1L投与後 <input type="checkbox"/> 利尿なし...A <input type="checkbox"/> 利尿あり...B			
<input type="checkbox"/> 広範囲熱傷 (20 ≤ 熱傷指数(BI) ≤ 50) BI: _____			
<input type="checkbox"/> 体幹四肢外傷		<input type="checkbox"/> 頭部外傷	
(A) <input type="checkbox"/> 気管挿管 <input type="checkbox"/> 気道内出血		<input type="checkbox"/> 腹膜刺激症状	
(B) <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 大量気漏 <input type="checkbox"/> 大量血胸(500ml以上)		<input type="checkbox"/> 大動脈損傷 <input type="checkbox"/> 気管気管支損傷 <input type="checkbox"/> 横隔膜損傷	
(C) <input type="checkbox"/> 心嚢液貯溜 <input type="checkbox"/> 腹腔内液体貯溜		<input type="checkbox"/> 多重長幹骨折 <input type="checkbox"/> 重症軟部損傷(開放骨折含む) <input type="checkbox"/> 安定型骨盤骨折(止血治療必要)	
(D) <input type="checkbox"/> GCS ≤ 13で意識レベルの悪化傾向 <input type="checkbox"/> 瞳孔不同 <input type="checkbox"/> 片麻痺 <input type="checkbox"/> 頭蓋骨開放骨折		<input type="checkbox"/> 頭部CTで脳挫傷 <input type="checkbox"/> GCS ≤ 13 <input type="checkbox"/> 出血素因などの高度危険因子を持つ <input type="checkbox"/> 頭蓋底骨折	
以下の診断もしくは強い疑い <input type="checkbox"/> 急性硬膜外血腫 <input type="checkbox"/> 脳挫傷が主体でない急性硬膜下血腫 <input type="checkbox"/> 中硬膜動脈や静脈洞を横切る骨折			
<input type="checkbox"/> その他(集中治療が必要な患者等)			
搬送可能か? "不搬送基準"の項目に該当するか		緊急度: _____ 緊急度: _____	
頭部外傷 ① FiO2 1.0 以下の人工呼吸で SpO2 95% 未満 ② 急速輸液 1000mL 後に、収縮期血圧 60mmHg 以下 ③ 意識が GCS ≤ 8 以下または JCS 3 桁で、かつ両側瞳孔散大 ④ 頭部 CT 検査で中脳周囲脳槽が喪失		搬送決定 <input type="checkbox"/> 不搬送決定 <input type="checkbox"/> レビュー <input type="checkbox"/> チェックする <input type="checkbox"/>	
搬送時間経過: 搬送開始 搬送終了		収容病院: _____	
搬入時刻: _____		搬出時刻: _____	
MATTS入力 <input type="checkbox"/> ID _____		決定時刻: _____	

2 ページ・3 ページ (中面)

### 病院での検査結果

拠点病院検査所見(最終) <span style="float: right;">【既往歴】 <input type="checkbox"/> なし</span> Xp 胸部レントゲン検査 CT 胸部CT検査 FAST 腹部超音波検査 血液検査 WBC Hb Ht PLT pH PaO2 PaCO2 BE (p.a.) Na K Cl Ca CK	【内服薬等】 <input type="checkbox"/> なし 【アレルギー】 <input type="checkbox"/> なし
--	---

SCUから搬出前に確認せよ  挿管カブ(蒸留水に置換)  点滴内の空気抜き  胃管挿入

### 病院での身体所見と処置

処置 気道確保 気管挿管 (mm cm cc) エアウェイ 胸腔ドレーン (Fr cm) 静脈路確保 輸液確保 留置カブ	酸素投与 (L マスク カマシ) 人工呼吸器 (換気条件: MV L RR /分 FiO2) 胃管 (Fr cm) 胸腔ドレーン (Fr cm)
---	---

### 病院でのバイタルサイン、所見

確認時刻	拠点病院 (出発時最終)		域内搬送中		SCU(1) (到着時)		SCU(2)		SCU(3) (出発直前)		広域搬送中		域外緊急搬送		確認時刻
	(E V M)	(E V M)	(E V M)	(E V M)	(E V M)	(E V M)	(E V M)	(E V M)	(E V M)	(E V M)	(E V M)	(E V M)	(E V M)		
意識レベル(GCS)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
瞳孔径(右/左)(mm)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
対光反射(+/-)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
呼吸回数(回/分)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
血圧(mmHg)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
心拍数(回/分)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
SpO2(%)/条件	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体温(℃)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
点流量(投与量/通算量)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
尿量(増加 ml/全ml)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
胃管(増加 ml/全ml)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
頸動脈	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )
腸鳴音	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )
腸管蠕動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )
皮下気腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )
呼吸音変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )
腹部膨満	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )
腹部圧痛・嚕性防痙	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )
疼痛(運動/感覚)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )
ポットサイン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( )

(3) 地域医療搬送

東日本震災の経験から被災地内から SCU に搬送されてくる傷病者は必ずしも上記広域搬送適応患者とは限らない。

病院入院患者の一次避難、避難所からの避難として患者が SCU に集結することもあり、都道府県と厚生労働省が調整を図り、被災地内における対応可能な医療機関を選定し、搬送される。

(4) 東南海・南海連動地震における新たな広域搬送の考え方

東南海・南海連動地震では、一次計画での広域搬送計画では沿岸部の SCU が使用不能御なることが予測される。

そのため、新たな広域搬送の考え方として被災地内の傷病者は内科・外科、重症度に関係なく一旦は近隣の SCU に搬送され、SCU にて被災地内、被災地外への搬送選別がされること計画されている。

