

7. 7 集中治療による脳蘇生を実施している。 a b c
- 7.7.1 集中治療室による脳蘇生の診療プロトコルがある。
 a - はい a b c
 b - (－)
 c - いいえ
- 7.7.2 CT、脳波による評価を実施している。
 a - はい a b c
 b - (－)
 c - いいえ
- 7.7.3 脳蘇生中止の判断を開示している。
 a - はい a b c
 b - (－)
 c - いいえ
- 7.7.4 脳死判定臓器提供に関するマニュアルが整備されている。 a b c
 a - はい
 b - (－)
 c - いいえ
- 7.8.2 専任スタッフが退院時の転帰を登録している。 a b c
 a - はい
 b - (－)
 c - いいえ
- 7.8.3 一年後の予後を調査、登録している。 a b c
 a - はい
 b - (－)
 c - いいえ
- 7.8.4 第三者を含んだ登録患者診療の検討の場がある。 a b c
 a - はい
 b - (－)
 c - いいえ

【参考資料】

American Heart Association : Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiopulmonary Care

7. 8 転帰、一年後生存を登録している。 a b c
- 7.8.1 目撃者の有無、バイスタンダーCPR、搬送時間、病院前心電図を記録している。
 a - はい a b c
 b - (－)
 c - いいえ

資料 2

救急医療評価スタンダードの開発とその評価 —第29回日本救急医学会総会のパネルディスカッションより—

救急医療評価スタンダードの開発とその評価

—第29回日本救急医学会総会のパネルディスカッションより—

(1)

目 的

- 東京都内の二次救急医療施設9病院の協力を得て、昨年の本学会パネルディスカッション「救急医療における質の評価」で発表した「救急医療評価スタンダード&スコアリングガイドライン」を評価した

(2)

協力二次救急医療施設

- 東京警察病院
- 河北総合病院
- 板橋中央総合病院
- 秀島病院
- 京葉病院
- 白鬚橋病院
- 鹿浜橋病院
- 町谷原病院
- 第三北品川病院 (順不同)

(3)

方 法

- 対象病院に「救急医療評価スタンダード&スコアリングガイドライン」を送付し、各項目を自己評価で記入してもらい、その結果を集計した
- 救急患者の定義は「時間外受診の者または時間内であっても優先的に救急外来等で診療を受けた者」とした

(4)

調査項目

- 救急に関する年次統計
- 診療件数と予後一覧
- 救急室の運営管理等の総論的事項(51項目)
- 脳神経系疾患(33項目)
- 循環器疾患(20項目)
- 呼吸器疾患(21項目)
- 腹部疾患(20項目)
- 外傷(58項目)
- 中毒(20項目)
- 心肺停止(29項目)

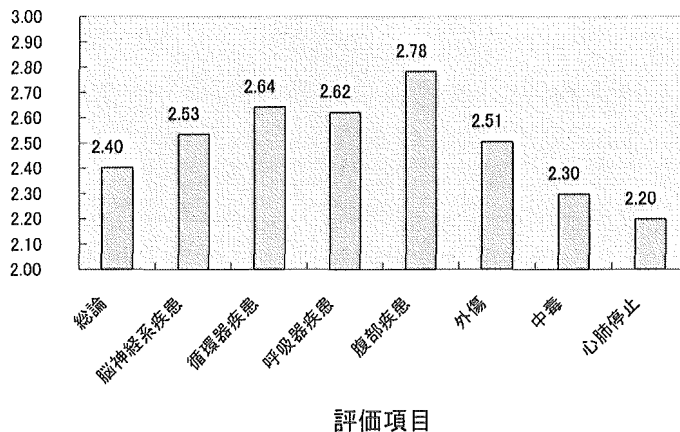
(5)

対象病院の救急年次統計

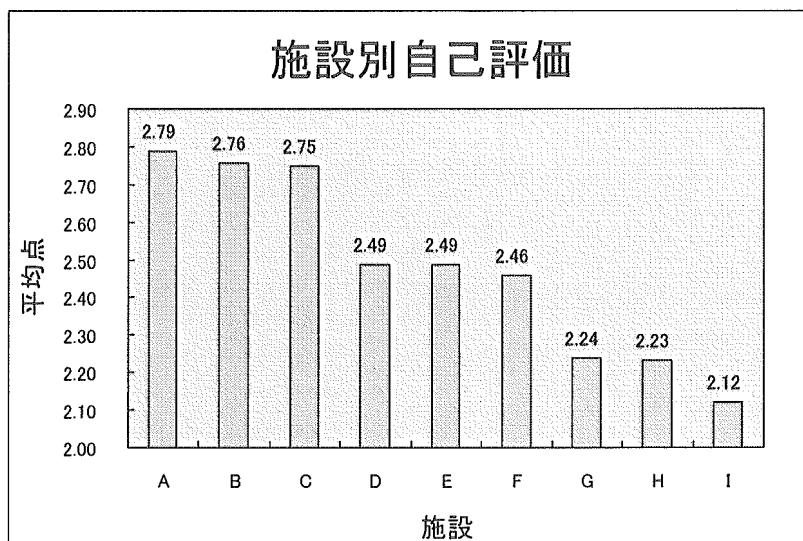
- 病床数 47～545床
242±184床
- 年間救急受診患者数 1880～30158人
9493± 9495人
- 年間救急車台数 591～5371台
3312±1829台
- 年間救急入院患者数 106～2908人
1387±970人

(6)

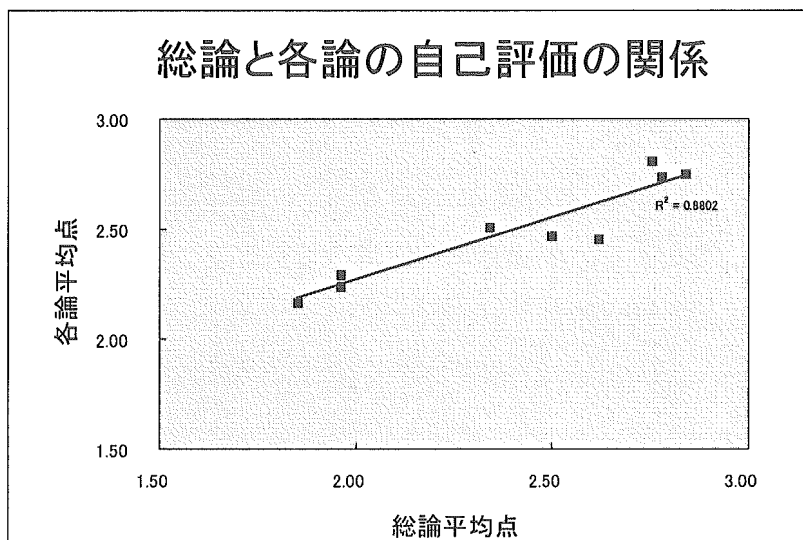
項目別自己評価



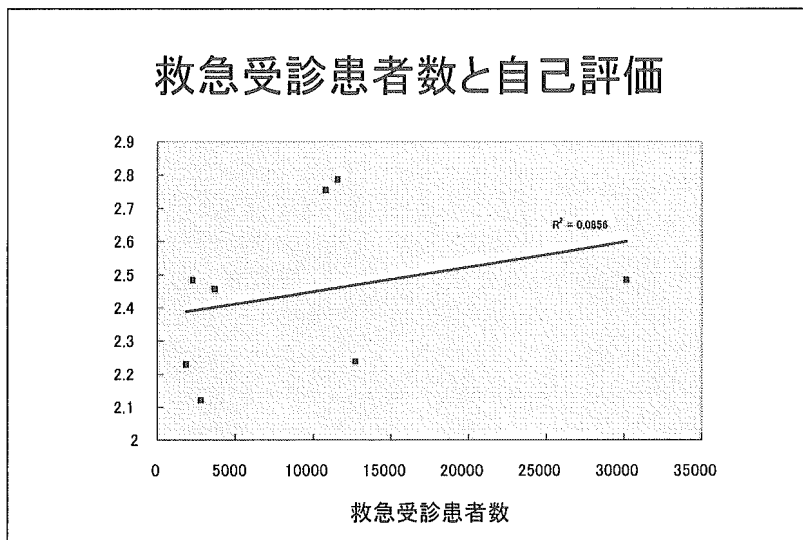
(7)



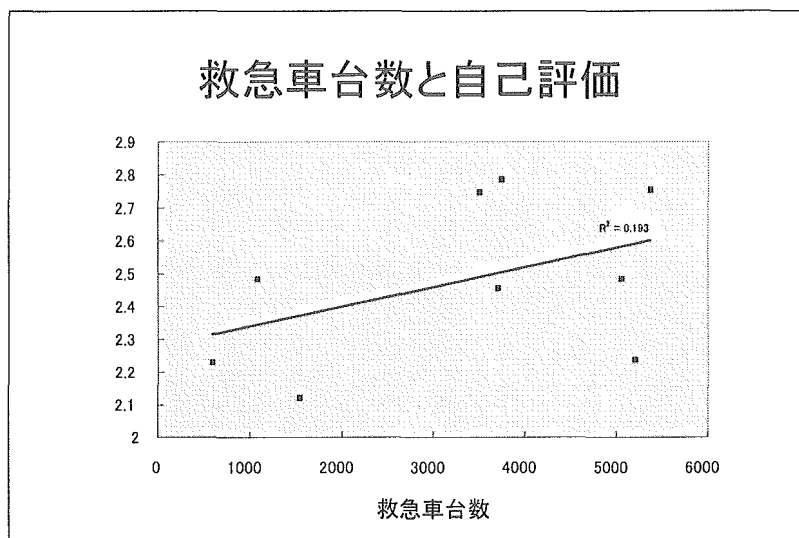
(8)



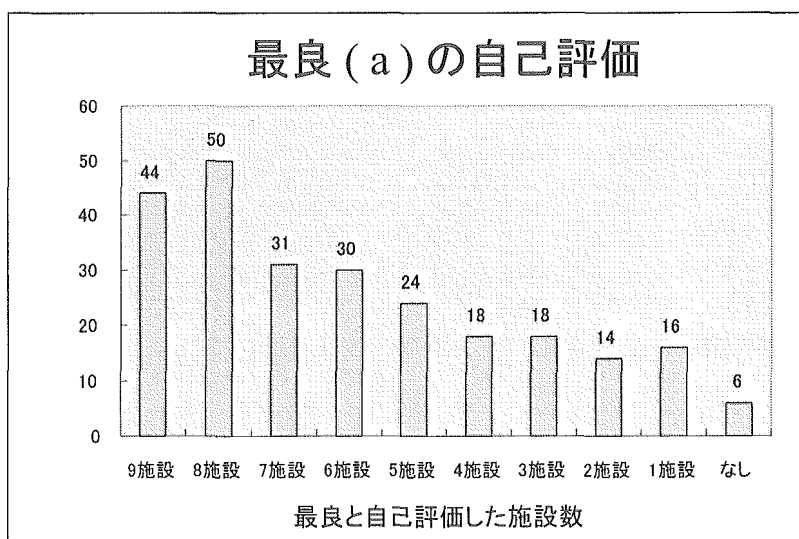
(9)



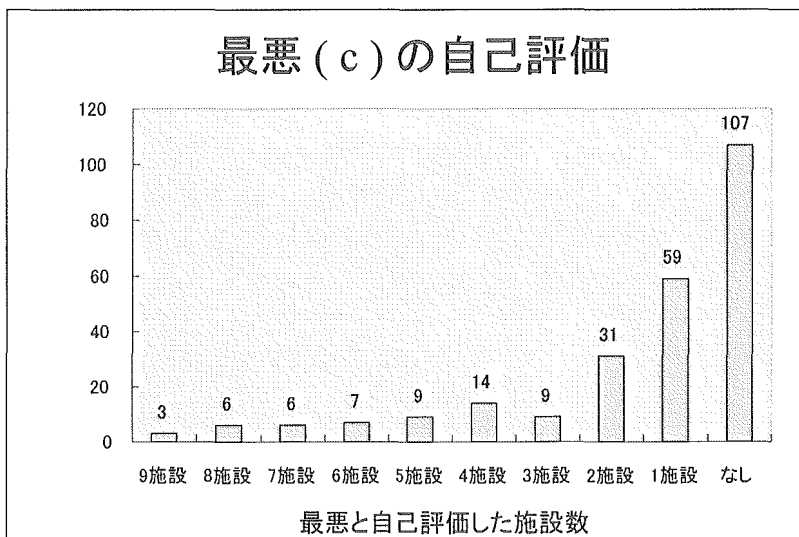
(10)



(11)



(12)



(13)

(c) の評価が多い設問の例 (1)

- 5.5.3 病院間の救急搬送にヘリコプターを使用している(外傷)
- 5.7.1 専任のスタッフが転帰、合併症、一年後生存などを登録しフォローしている(外傷)
- 7.8.4 第三者を含んだ登録患者診療の検討の場がある(心肺停止)
- 救急医療システムや直接の診療以外の問題

(14)

(c) の評価が多い設問の例 (2)

- 5.2.1 初診医に目安となるガイドライン(文書)を示している(外傷)
- 7.3.2 初診医に適切な指導、教育(定められた時間)を実施する(心肺停止)
- 7.7.4 脳死判定/臓器提供に関するマニュアルが整備されている(心肺停止)
- 初診医の教育や診療の標準化の問題

(15)

(c) の評価が多い設問の例 (3)

- 2.2.3 救急室でVFが発生した場合に1分以内に除細動を行える(循環器疾患)
- 5.9.4 穿通性胸部外傷、心電図上PEAでは救急室緊急開胸術を選択できる(外傷)
- 6.1.3.3 N-アセチルシステインが常備され、アセトアミノフェン中毒患者に正しく使用できる(中毒)
- 二次救急では頻度の少ない重症病態への対応

(16)

二次救急医療施設の評価

- 地域における責任を果たしているかを評価
- 得意分野で高度の医療を提供することは大きな貢献となる
- 診療能力を超える症例に関しては、受け入れ能力のある医療施設への転送システムが機能していれば、必ずしも全ての分野を網羅する必要はない(三次救急医療施設との違い)
- その場合でも、救急患者の初期治療を完遂する機能は必要である

(17)

評価における問題点

- 本来評価されるべきは地域の救急医療状況であるが、それに対する二次救急病院の責任を明確にすることは難しい
- 人と金をつぎ込めばよいことは分かっているが採算は無視できない
- 三次救急の視点からだけでは二次救急の果たしている重要な役割を見逃しがちとなる

(18)

結 語

- 腹部疾患、循環器疾患、呼吸器疾患の自己評価が高く、中毒、心肺停止は低かった
- 救急室の運営管理等の総論 (structure) と各論 (process) の自己評価は相関した
- 救急受診患者と救急車台数が多い施設は自己評価が高くなる傾向を認めた
- 有用性を高めるため、試用を重ねて内容をより適切なものに改訂していくべきである

資料 3

シンポジウム「救急医療における質の向上に向けて」

シンポジウム

【テーマ】

救急医療における質の向上に向けて
救急医療評価スタンダード Ver. 1.0

医療の質に関する研究会
救急医療専門部会

目次

開会のご挨拶

日本医科大学常任理事

医療の質に関する研究会（質研）事務局長 岩崎 榮 …………… 56

[基調講演]

（司会：有賀 徹）

我が国の救急医療対策と今後の課題

厚生労働省医政局指導課 救急医療専門官 田中一成 …………… 57

[スタンダード&スコアリングガイドライン]

☆概要および総論の紹介

昭和大学救急医学教授・昭和大学病院副院長

医療の質に関する研究会・救急 PTAC 委員長 有賀 徹 …………… 75

☆各論の紹介

（司会：有賀 徹）

1) 循環器・呼吸器疾患の救急診療

慶應義塾大学医学部救急部助教授 堀 進悟 …………… 79

2) 外傷・院外心肺停止・腹部の救急診療

船橋市立医療センター救急救命センター部長 箕輪良行 …………… 84

3) 脳神経系・中毒の救急診療

東京大学大学院医学系研究科・東京大学医学部附属病院救急部

集中治療部助教授 坂本哲也 …………… 88

[スタンダード&スコアリングガイドラインに関する質疑応答] …………… 95

[スタンダード試用（自己評価）結果の報告について] （司会：堀 進悟）

板橋中央総合病院院長 中村哲也 …………… 96

[全体を通して質疑応答] …………… 101

閉会のご挨拶

聖学院大学総合研究所 教授・質研 研究部長 郡司篤晃 …………… 104

開会のご挨拶

本日のシンポジウム「救急医療における質の向上に向けて」のご案内を差し上げたところ、約90名の方々に事前登録していただきました。また、飛び込みでご参加の方々もおられます。皆様に、お礼申し上げます。

私ども「医療の質に関する研究会」の通称は、質研“しつけん”です。どなたか“しちけん”とおっしゃった方がありましたが、幸い質屋にご厄介になるほどお金を使っておりませんし、皆様からいただいた会費で何とか運営しております。質研は、1990年（平成2年）に設立されました。私どもは、医療の質に関する専門的研究機関として自負しており、またそのように位置付けられています。

現在は日本医療評価機構で病院機能評価が行われていますが、そこで使われているスタンダードの大部分は質研で開発されたものです。日本医療評価機構が病院全体の機能評価を行うようになったため、質研は各種のフォーカス・サーベイを実施し、ターゲットを絞って病院をみるために「感染管理評価スタンダード」を開発し、現在それによっていくつかの病院のサーベイを行っております。また、リハビリテーション医療施設を評価するためのスタンダード開発も行っており、おそらく今年後半にはリハビリテーション施設の機能評価を実施する体制が整うことと承知しております。

今日では、病院全体の評価よりもアウトカムが重視されています。世界中で、在院日数や院内感染率などのアウトカムのインディケータが開発されていますが、インディケータの特定は困難です。しかし、アウトカム志向で評価をする方が、効率性も高く、数値化できるため、評価の質が向上するものと思われま

す。本日のシンポジウムは、アウトカムを志向しつつ、なおかつ私どもが従来から使用している病院全体をサーベイするための評価スタンダードの救急部門という位置付けです。私は、救急医療が“医療の原点”であると思います。そこで働く医師は、総合診療ができることを前提に、臓器別的な救急にも携わっておられます。今日は、全般的な医療のあり方、救急医療のあり方を模索しながら開発した「救急医療評価スタンダード」を皆様方にご披露して、大方のご批判を受けたいと思っております。後ほどのディスカッションの時間に活発なご討論をお願いして、私の挨拶に代えたいと思います。

日本医科大学常任理事
医療の質に関する研究会（質研）事務局長
岩崎 榮

☆基調講演

我が国の救急医療対策と今後の課題

厚生労働省医政局指導課 救急医療専門官
田中一成

先日の省庁再編の結果、厚生省は厚生労働省となりました。また、健康政策局は医政局となりました。しかし、実質的にはほとんど同じで、省庁再編後も救急業務あるいは一般医療についてもこれまで通り当課で仕事をしていくことになっています。

今日は、わが国の救急救命に関してお話いたします。私どもは、現在、救急領域において最もホットな話題の1つである救命救急センターの評価を行っています。先ほど、岩崎先生から、質研は今やっていることを評価し、その結果を何らかのかたちで次のステップに反映させているとご紹介がありました。私どもは、単に救命救急センターの評価をするだけでなく、その結果を最終的に補助金の額に反映させています。また、ご存知のように、情報公開の流れの中で、評価を受ける側だけに結果を示すのではなく、最終的には公表する方向にあります。今日は、この救命救急センターの評価についてお話し、時間があれば小児救急やドクターヘリなどの現在の救急医療の課題についてもお話させていただきます。

1. 評価の目的

私どもの行っている評価は、救命救急センターのレベルアップをはかることを目的にしており、医療技術の高低を評価するものではありません。主として、救命救急センターとしての救急患者の受入れ体制を評価しようとするものです。

私どもは、救命救急については患者が来たときの受け入れを念頭において行政を行っております。特に、私どもが補助している救命救急センターについては、365日24時間、患者を断らない体制にあるかを評価します。一方、受け入れた患

者さんの予後や重傷度別のアウトカムについては評価しません。あくまでも、患者の受入れ体制を評価します。後で問題点としてお話しますが、妙に誤解されてしまう恐れがあるので、今日はこの部分を十分にお話しする必要があると考えております。

2. 評価の方法

旧厚生省は、救命救急センターについて、直接的に運営しておりません。基本的に、各都道府県を通じて補助というかたちで支援しています。したがって、評価についても、都道府県を通じて各センターで自己申告方式による調査を行い、都道府県を通じてデータを回収するかたちをとっています。詳しい内容は、お手元の資料（「救命救急センターの評価について」）をご覧ください。

そして、例えば深夜帯に何人医師を確保しているか、どの程度空床を確保しているかといった申告内容を、一定の基準に照らして数値化し、最終的に合計点数を算定します。

しかしながら、地域の中でのその救命救急センターの必要性を考慮せざるを得ない状況もあることから、合計点数に患者の受け入れ状況などを加味して、最終的にそのセンターの充実段階をA、B、Cの3段階で評価しています。

各救命救急センターからは、一定の基準に基づいてこれだけの補助金をいただきたいということで補助金の要求がくるわけですが、充実段階Aの場合は100%、Bの場合は90%、Cの場合は80%の補助金額を決定しています。この措置が非常に厳しいと言われるのですが、これについては後ほど質疑応答の時間に意見交換をしたいと思います。

3. 救命救急センター強化に向けての評価の視点次に評価の視点について個別に説明します。

①地域の救急医療の現状把握、関係機関との調整を行っているか

体制の評価といいながら、救急医療は消防などの地域の関係機関との関係なしにはやっていけないので、体制評価のうえで関係機関との調整を第一点としています。

②救命救急センターの運営について内部で評価する体制が整っているか

これは非常に大事なポイントであると考えておられます。

③空床確保が病院全体で担保されているか

空床確保は、救命救急センターだけではうまくいかないで、センターを有する親病院全体で確保する体制が担保されているかどうか非常に重要であると考えます。私ども救急医療行政の歴史における非常に苦い思い出は“たらい回し”の問題です。新聞・マスコミをはじめとする社会的批判の時代を経てきたことを考えれば、空床をきちんと確保することは非常に重要なポイントです。

④十分な空床が確保されているか

「病院としてはこういう体制を望んでいます」ということだけではなく、現実の結果として十分な空床確保につながっているかどうか評価のポイントになります。

⑤専任体制がとられているか

これは医療の質の部分にもつながると考えているのですが、専任で救急に従事するスタッフが確保されているかどうかをポイントとしています。

⑥救急専用電話が確保されているか

私どもは、いろいろな機会に病院に電話をかけるのですが、「院長をお願いします」といってから5～10分もたつてつながることがあります。事務的な連絡であればそれでも構わないのですが、1分1秒を争う救命救急センターでは、独自の回線・救急専用の電話が必要です。とくに、夜になると一般の番号からはつながらないので、専用電話が確保されていること、その電話に誰が対応するかが非常に重要なポイントだと思います。

⑦センターの存在意義に係わる「受け入れ不可」の判断を誰が行うか

救命救急センターは、基本的に断ってはいけないということで体制を組んでいただけていますが、事情によってはどうしても受け入れられないこともありえます。では、誰がその受け入れ不可の判断を行っているかがポイントになります。駄目という判断を下すのであれば、責任を持っていただきたいということです。

⑧救急救命士への指示体制はどうなっているか(別な指示体制が確立している地域では、評価の対象としない。)

救命救急センターには、当然ながら心肺停止などの重篤な患者が搬送されてきます。現在は、救急救命士の資格をつくり、救命率の向上をはかっております。救命士への指示体制の確立も救命救急センターの大きな事業であり、きちんと行われていることをポイントとしています。

⑨診療データの集計・分析はどうなっているか

集計結果や分析結果を求めているわけではないのですが、診療データをきちんと集計・分析する体制ができていることをチェックポイントにしています。

⑩独立した倫理委員会があるか

倫理委員会で話している内容まではチェックしていませんが、倫理委員会の存在は重要と考えています。

⑪深夜帯の医療従事者数

救急は、昼ばかりではありません。深夜帯にどの程度の医療従事者を確保しているかも非常に重要な問題です。

⑫併設病院の当直体制が十分確保され、センターの負担となっていないか

救命救急センターを併設するような病院には、重篤な患者が入院していることが考えられます。病院全体としては深夜帯に医療従事者を確保していても、実は併設病院の当直もやっているようでは、受入れ面からみて決して好ましいことではありません。救命救急センターとは別に併設病院にも当直体制がきちんと確保されているかどうか、救命救急センターからの応援を求めるかたちになっていないかどうか、負担になっていないかどうか

かを記入していただきます。

⑬センターの病床として登録された病床が、院外の救急患者用に適切に使用されているか

病院にベッドがないときに、救命救急センターのベッドを使っている事例もあると聞きます。しかし、私どもはあくまでもセンターを中心に考えており、センターに負担がかかっていないかどうかお聞きしたいと考えています。

⑭多くの重症患者を受け入れているか

患者さんを区別するつもりはないのですが、地域における救命救急センターの役割を考えれば、そこに来る必然性のある重症患者さんを受け入れていることが重要であると考えています。

⑮専任の医師がどの程度確保されているか

先ほど、専任体制についてお話しましたが、医師については重点的に確認をします。

⑯適切な病床運営がなされているか

救急だけでなく病院全体としても、1つの病床を適切なレベルの患者さんのために利用する必要があります。医療法の改正等により、病床も様々な機能分化の方向に動いており、患者さんがふさわしい病床を利用しているかどうかを確認しています。

⑰高度な救急医療が提供されているか

非常に難しいのですが、たとえば患者さんの重症度で評価することを考えております。

私どもは、申請主義のかたちで各病院に自己記入をお願いしている以上、上がってきた書類を信用するしかありません。警察のように捜査権があるわけではありませんし、上がってきた書類の真偽を個々に全てを確認することは物理的にも不可能です。したがって、立入り検査等の結果、虚偽の報告が発覚した場合は、一律に充実段階 C の扱いをするという約束のもとに、自己申告方式をとっています。

スコア化の例を示しました。内容はいずれ全て公表することを考えています。たとえば、空床確保については、基本的に5床以上確保されていれば3点、4床では2点、3床では1点を与えます。とくに確保に努めていない(2床)場合は、救命救急センターとしての評価対象にならないため0点になります。ただし、確保病床数に幅が

あって、毎日5床ではなく、平均して5床あればいいことになっています。そのため、平均をとって端数を切り上げるかたちで数値化していただいています。2床で0点というのは厳しいといわれるかもしれませんが、一般の病院ではないということでご理解いただきたいと思います。

深夜帯における救命救急センター以外の医師数の例を示しました。先ほど述べたように、併設病院には、救命救急センターが応援しなくてもいい医療体制をとっていただく必要があります。併設病院に当直医が2名以下(つまり1名)の場合は、センターに応援を求めざるをえない状況が予想されます。急性期の患者で病状が安定している人は少ないと考えられるので、300床以上の大きな病院でセンターを併設している場合は、当直医が2名以下というのはおかしいと判断されます。△印は、マイナスという意味です。スコアリングには、加点だけでなく減点もあるわけです。先ほど申し上げた各項目について、加点・減点する作業をくり返しながら、最終的な評価の目安となる点数をつけていきます。

点数は30点満点です。充実段階の評価には、これ以外の部分も加味して、基本的に16点以上で他の項目について問題がなければAとなります。そして、10~15点でB、9点以下でCという評価になります。くり返しますが、私どもは医療技術の質を評価しているわけではありません。救急医療の質を高めるためには、必要な体制がきちんととられていることが必要条件であると考えて、このような方法をとっているわけです。

平成11年度の評価結果を示しました。新設・閉鎖する施設があるため、対象施設数は流動的です。平成11年度の評価対象施設数は142で、そのうち86施設(約60%)がAの評価を受けました。Bの評価を受けた施設は、28施設(19.7%)でした。Cの評価を受けた施設は、同じく28施設(19.7%)でした。

平成12年度の集計結果については、現在公表する方向で検討しております。

昨年度は、ランク別の病院数のみを公表しました。今年度は、3月中に病院名も公表する予定です。なぜ今の段階で公表しないのかと取材その

他で聞かれますが、先ほどから何度もいっているように、私たちはあくまでも体制の評価をするだけです。そこで危険な医療が行われているとか、そこに行ったら助からないと言うつもりはまったくありません。しかし、字面だけをとらえて、あそこは A ランクの病院、あそこは C ランクの病院とされた場合、地域における影響つまり医療の提供面に影響が出るおそれがあるため、正しく理解していただける土壌をつくっていく必要があります。現在は、病院経営者・自治体などが「評価を受けてこういうことをしました」「こういう対策をとりました」と言えるだけの準備期間も必要だろうし、また、評価の結果に間違いがあってはいけないということでチェックしております。また、各センターごとに公表に向けて準備をしていただくための時間も必要です。

私たちは、病院を「いじめる」つもりはまったくありません。評価の目的は、あくまで地域の救命救急センターのレベルアップです。救命救急センター自身が対策をとり、改善を促進する必要があるため、「あなたの病院はここで減点されています」「あなたの病院はここをがんばれば A ランクになります」といったスコアの標準もあわせて将来的に公表することを考えています。

4. 今後の課題

第一の課題は、評価方法が適正かどうかということです。現在は自己記入方式で虚偽の報告が判明したら「C」ということでやっていますが、それでいいかどうか。

第二の課題は、評価基準が適正かどうかということです。現在は、30点満点で16点（約50%）以上であれば A ランクですが、それが適正かどうか意見もあるかと思えます。

第三の課題は、評価についての誤解はないかということです。私たちはあくまでも体制の評価をしているのであって、B ランクや C ランクは危険かといえば、そんなことはありません。しかし、住民は救急病院を選べるわけではないので、自分たちは医療レベルが B や C のランクの施設に連れて行かれるという誤解があってもいけません。評価結果の取扱い是非常に影響が大きいので、結

果等の証明も含め慎重に行う必要があると考えています。

次に、最近の救急医療の課題について説明します。

小児救急問題については、社会問題化していることから、最優先の課題と位置付けて今後の対策を検討しているところです。

ドクターヘリ事業については、平成 12 年までの 2 年間は、ヘリコプターによる患者の搬送体制構築の試行期間でした。平成 13 年度からは、全国展開をはかるために、都道府県の事業として、国がその 3 分の 2 を補助するかたちで行っていきます。13 年度は、全国に 6 機ヘリコプターを飛ばすことを検討しています。また、病院前救護体制の向上をはかるため、救急救命士による搬送時の医療の質の確保、それに対するメディカルコントロール体制の確立等に本腰を入れ、より一層の向上をはかっていきたいと考えております。

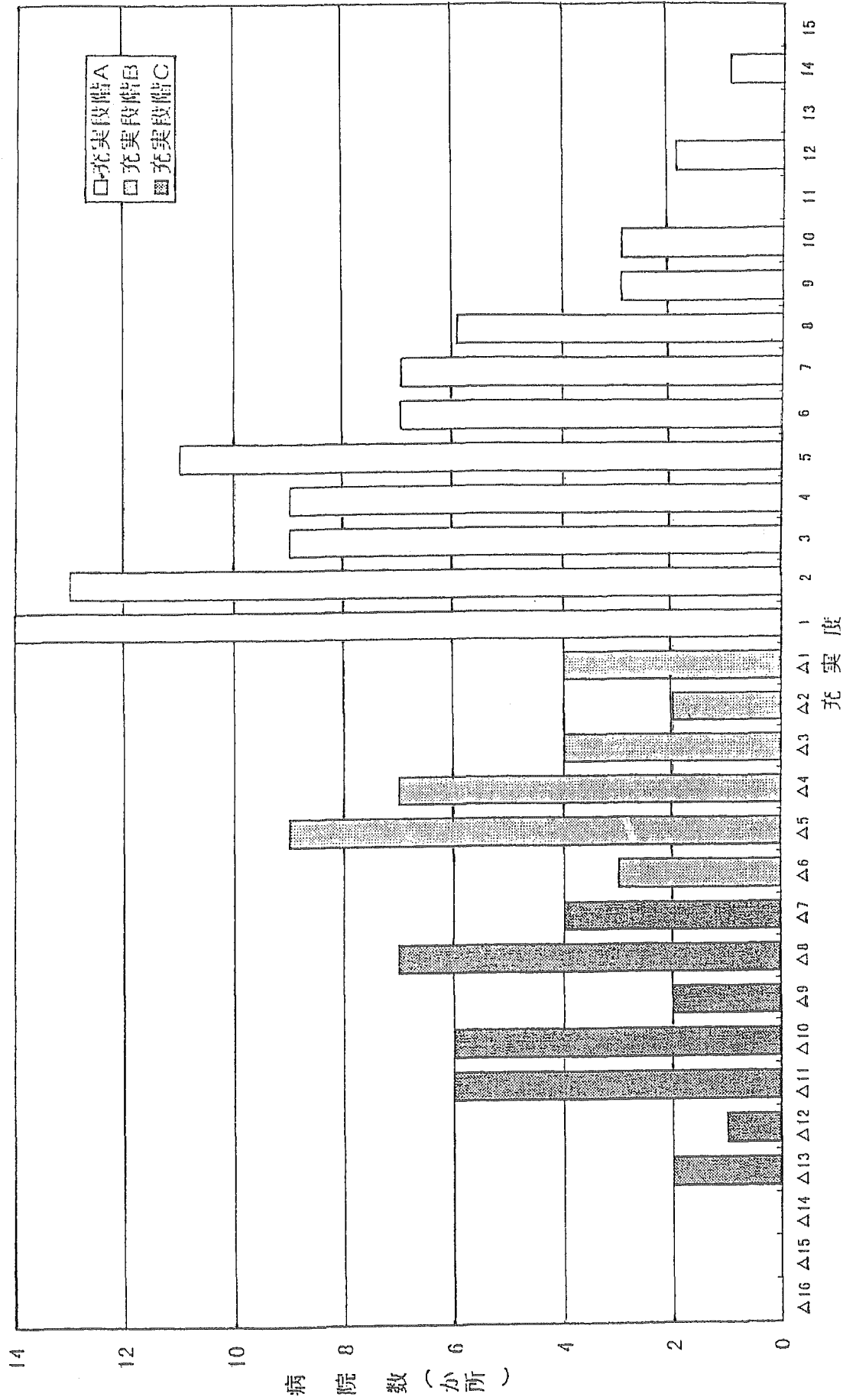
また、救急と直接はリンクしませんが、私どもは災害医療のあり方に関する検討会も行っています。災害発生後の急性期における救急体制—とくに災害拠点病院等の整備について、震災時に本当に動くかという懸念が寄せられており、いずれ報告書に基づいて災害医療に関する検討結果を出したいと思えます。

救命救急センター強化に向けての評価の視点

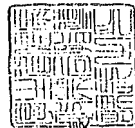
1. 地域の救急医療の現状把握、関係機関との調整を行っているか。
2. 救命救急センターの運営について、内部で評価する体制が整っているか。
3. 空床確保が病院全体で担保されているか。
4. 十分な空床が確保されているか。
5. 専任体制がとられているか。
6. 救急専用電話が確保されているか。
7. センターの存在意義に係わる「受け入れ不可」の判断を誰が行うか。
8. 救急救命士への指示体制はどうなっているか。（別な指示体制が確立している地域では、評価の対象としない。）
9. 診療データの集計・分析はどうなっているか。
10. 独立した倫理委員会があるか。
11. 深夜帯の医療従事者数
12. 併設病院の当直体制が十分確保され、センターの負担となっていないか。
13. センターの病床として登録された病床が、院外の救急患者用に適切に使用されているか。
14. 多くの重症患者を受け入れているか。
15. 専任医師がどの程度確保されているか。
16. 適切な病床運営がなされているか。
17. 高度な救急医療が提供されているか。

平成11年度評価結果

救命救急センターの評価（充実度）



各都道府県衛生主管部(局)長 殿



厚生省健康政策局指導課長

救急医療対策事業等の現況調について

救急医療対策事業、へき地保健医療対策事業の体制の整備については、かねてより種々ご配慮いただいているところであるが、各都道府県の体制の現況を承知し、今後の施策の参考としたいので、別添調査表により、下記期限までに提出願いたい。

また、本調査は各都道府県における体制の全容を把握する目的であるため、補助金の交付の有無にかかわらず、全体制を記載されたい。

なお、救命救急センター(調査表6-1、3及び4)及び救急医療情報センター(調査表7-1及び2)については、今回の調査結果に基づき、各事業の評価を実施し、補助金の執行に反映させていくことになるが、当該調査内容及び評価結果については、今後、厚生省ホームページに掲載したり、マスコミ等に発表するなど公表することを予定しているので御了知願いたい。

記

- 1 調査表6-1、3及び4並びに調査表7-1及び2
(救命救急センター及び救急医療情報センター関係) 5月31日(水)
- 2 調査表12(外国人患者に係る未収金関係) 9月29日(金)
- 3 その他 6月30日(金)

(都道府県名)

救急医療機関番号

電話番号

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---------------------------------|--------|-----------|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1. 施設名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. 開設者 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. 救急病院認定年月日 | 昭和 | 平成 | 昭和 | 平成 | 年月日 | 年月日 | | | | | | | | | |
| 5. センター運営開始年月日 | 昭和 | 平成 | 昭和 | 平成 | 年月日 | 年月日 | | | | | | | | | |
| 6. センター運営形態 | 1. 単独型 2. 独立型 3. 併設型 | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. センター運営方針の有無 | 1. 有 2. 無 | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. 救命救急入院点数承認年月日 | 昭和 | 平成 | 昭和 | 平成 | 年月日 | 年月日 | | | | | | | | | |
| 9. センター運営病床数 | 総 | 数 | 床 | I | C | U | C | C | 床 | 熱傷ベッド | 床 | H | C | U | 等 |
| | 上記運営病床のうち、救命救急入院料の算定対象となっている病床数 | 床 | | | | | | | | | | | | | |
| 10. 併設病院の病床数 | 総 | 数 | 床 | (再掲) | | | | | | | | | | | |
| | 上記のうち、特定集中治療管理の対象となっている病床数 | 床 | | | | | | | | | | | | | |
| 11. センター従事職員数 | 12. 平成11年度センター収容状況 | | | | | | | | | | | | | | |
| | センター勤務者数(12年3月31日現在) | 勤務者数 | 夜間(3:00時) | 夜間(3:00時) | センター | センター | センター | センター | センター | センター | センター | センター | センター | センター | センター |
| 職員総数 | 入院収入 | 給 | 支 | 給 | 支 | 給 | 支 | 給 | 支 | 給 | 支 | 給 | 支 | 給 | 支 |
| 専任 | 外来収入 | 料 | 料 | 料 | 料 | 料 | 料 | 料 | 料 | 料 | 料 | 料 | 料 | 料 | 料 |
| 兼任 | その他収入 | 費 | 費 | 費 | 費 | 費 | 費 | 費 | 費 | 費 | 費 | 費 | 費 | 費 | 費 |
| 医師 | 合計(A) | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 |
| 看護師 | 合計(B) | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 |
| 薬剤師 | 合計(A+B) | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 |
| X線技師 | 合計(A+B) | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 |
| 検査技師 | 合計(A+B) | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 |
| 臨床検査士 | 合計(A+B) | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 |
| 事務士 | 合計(A+B) | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 |
| 事務員 | 合計(A+B) | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 |
| 運転手 | 合計(A+B) | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 |
| 小計 | 合計(A+B) | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 |
| その他 | 合計(A+B) | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 |
| 合計 | 合計(A+B) | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 |
| 16. 平均在院日数 | 13. 平成11年度年間センター患者延数 | 入院患者延数 | 入院患者延数 | 入院患者延数 | 入院患者延数 | 入院患者延数 | 入院患者延数 | 入院患者延数 | 入院患者延数 | 入院患者延数 | 入院患者延数 | 入院患者延数 | 入院患者延数 | 入院患者延数 | 入院患者延数 |
| 17. 病床利用率 | 14. 平成11年度年間センター患者受数 | 入院患者受数 | 入院患者受数 | 入院患者受数 | 入院患者受数 | 入院患者受数 | 入院患者受数 | 入院患者受数 | 入院患者受数 | 入院患者受数 | 入院患者受数 | 入院患者受数 | 入院患者受数 | 入院患者受数 | 入院患者受数 |
| 18. センター患者1人1日当たり | 15. 平成11年度救急自動車搬送受入人数 | 搬送受入人数 | 搬送受入人数 | 搬送受入人数 | 搬送受入人数 | 搬送受入人数 | 搬送受入人数 | 搬送受入人数 | 搬送受入人数 | 搬送受入人数 | 搬送受入人数 | 搬送受入人数 | 搬送受入人数 | 搬送受入人数 | 搬送受入人数 |
| 平均診療点数 | 16. 平均在院日数 | 平均在院日数 | 平均在院日数 | 平均在院日数 | 平均在院日数 | 平均在院日数 | 平均在院日数 | 平均在院日数 | 平均在院日数 | 平均在院日数 | 平均在院日数 | 平均在院日数 | 平均在院日数 | 平均在院日数 | 平均在院日数 |
| 19. ドクターカー保有台数及び運用状況 | 区分 | 所有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 |
| | (1) 所有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 |
| 20. 熱傷ベッドの利用状況 | (2) 保有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 |
| | (3) 整備 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 |
| 21. ヘリポート所有の状況 | (4) 運用 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 |
| | (5) 運用 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 |
| 22. 国庫補助交付状況 | (6) 平成11年度運行件数 | 運行件数 | 運行件数 | 運行件数 | 運行件数 | 運行件数 | 運行件数 | 運行件数 | 運行件数 | 運行件数 | 運行件数 | 運行件数 | 運行件数 | 運行件数 | 運行件数 |
| | (1) 保有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 |
| 23. 救急医療従事者研修受入実績(平成11年度) | (2) 平成11年度診療件数 | 診療件数 | 診療件数 | 診療件数 | 診療件数 | 診療件数 | 診療件数 | 診療件数 | 診療件数 | 診療件数 | 診療件数 | 診療件数 | 診療件数 | 診療件数 | 診療件数 |
| | 1. 有(A, B, C, D, E:記入要請参照) | 2. 無 | 2. 無 | 2. 無 | 2. 無 | 2. 無 | 2. 無 | 2. 無 | 2. 無 | 2. 無 | 2. 無 | 2. 無 | 2. 無 | 2. 無 | 2. 無 |
| 卒業前 | (1) 施設 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 |
| | 年度 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 |
| 卒業後 | 年度 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 |
| | 年度 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 | 設備 |
| 職別 | 研修名等 | 研修名等 | 研修名等 | 研修名等 | 研修名等 | 研修名等 | 研修名等 | 研修名等 | 研修名等 | 研修名等 | 研修名等 | 研修名等 | 研修名等 | 研修名等 | 研修名等 |
| 医師 | 人数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 |
| 看護師 | 人数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 |
| 救急士 | 人数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 |
| 救急士 | 人数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 | 延日数 |

| 24. 日本救急医学会指導施設の有無 | | 1. 有 | | 2. 無 | |
|--------------------------------------|----------------|-------|-----------------|-----------|-----------|
| 25. 日本救急医学会認定施設の有無 | | 1. 有 | | 2. 無 | |
| 26. センターの施設・設備 (センター専用又は優先部分) | 診察室 | 手術室 | 緊急検査室 | 放射線撮影室 | 心電図実習装置 |
| | 緊急室 | 一般室 | 室 | 室 | 1. 有 2. 無 |
| 27. センターにおいて 24時間対応可能な診療科(センター部分) | 重症熱傷患者用備品の有無 | | | | |
| | 1. 救急科(部) | 2. 内科 | 3. 循環器科 | 4. 外科 | 5. 脳神経外科 |
| 28. 平成11年度センター選院(選出)患者数 | 29. センターの | | | | |
| | 軽快選院 | 人 | 責任者 (管理者) | 3. その他() | |
| 内 | 自院内の他病棟への転送 | 人 | 30. 日本救急医学会指導施設 | | 人 |
| | 他病棟への転送 | 人 | 31. 日本救急医学会認定施設 | | 人 |
| 誤 | (他3次施設への転送:再掲) | () | | | |
| 死 | | 人 | | | |

所屬・役職

・ 記入責任者

氏名

所屬・役職

・ センター責任者

氏名

所屬・役職

・ 都道府県担当者

氏名

1. 4. 救急病院認定年月日は、当初認定を受けた年月日を記入すること。

2. 6. センター運営形態は、次によること。

1. 単独型：当該医療施設の前全てが、救命救急センターとしての機能を有している形態
2. 独立型：母体病院の敷地内に救命救急センターが独立した施設としてその機能を有している形態
3. 併設型：母体病院の施設の一部が救命救急センターとしての機能を有している形態

3. 9. センター運営病床数は、救命救急センターの運営承認時のものではなく、現在の実態を反映した数を記入すること。また、再掲欄の合計は、総数と一致すること(虚数等別の再掲数は数と異なっている場合がある)。

4. 10. 併設病院の病床数は、救命救急センターを含めた医療法上の総病床数を記入すること。

5. 13.・14. センターの患者延数及び実数は、救命救急センターにかかるとも「9. センター運営病床数」で記入した、救命救急センターの運営承認病床数にかかるともものについて記入すること。

6. 15. 救急自動車搬送受入人数等の()欄は、初期救急及び第二次救急医療施設からの搬送受入人数を再掲すること。

7. 16. 平均在院日数(X)は、13. 年間センター入院患者延べ数(A)、14. 年間センター入院患者実数(B)とすると、 $X = \frac{A}{B}$ と計算すること。

8. 17. 病床利用率(Y)は、15. 年間センター入院患者延数(A)、9. センター運営病床総数(C)とすると、 $Y = \frac{A}{C} \times 100$ と計算すること。

9. 20. 熱傷ベッドの利用状況は、救命救急センターの運営承認時の熱傷