

年間重篤患者数(平成19年1月～12月)

一つの症例で複数の項目に該当する場合は、最も適切なもの一つのみを選択する。

番号	疾病名	基準(基準を満たすもののみ数えること)	患者数 (人)	退院・転院 (転院を含む) (人)	死亡 (人)
1	病院外心停止	病院前心拍再開例、外来での死亡確認例を含む		※	※
2	重症急性冠症候群	切迫心筋梗塞、急性心筋梗塞または緊急冠動脈カテーテル施行例			
3	重症大動脈疾患	大動脈解離もしくは大動脈瘤破裂			
4	重症脳血管障害	来院時JCS 100以上または開頭術もしくは血管内手術施行例、あるいはtPA療法施行症例			
5	重症外傷	Max AISが3以上または緊急手術施行例			
6	重症熱傷	Artzの基準による			
7	重症急性中毒	来院時JCS 100以上または血液浄化法施行例			
8	重症消化管出血	緊急内視鏡施行例			
9	重症敗血症	感染性SIRSで臓器不全、組織低灌流または低血圧を呈する例			
10	重症体温異常	熱中症または偶発性低体温症で臓器不全を呈する例			
11	特殊感染症	ガス壊疽、壊死性筋膜炎、破傷風等			
12	重症呼吸不全	人工呼吸器管理症例(1-10を除く)			
13	重症急性心不全	人工呼吸器管理症例もしくはSwan-Ganzカテーテル、PCPSまたはIABP使用症例(1-10を除く)			
14	重症出血性ショック	24時間以内に10単位以上の輸血必要例(1-10を除く)			
15	重症意識障害	JCS 100以上が24時間以上持続(1-10を除く)			
16	重篤な肝不全	血漿交換または血液浄化療法施行例(1-10を除く)			
17	重篤な急性腎不全	血液浄化療法施行例(1-10を除く)			
18	その他の重症病態	重症肺炎、内分泌クレーゼ、溶血性尿毒症性症候群などで持続動注療法、血漿交換または手術療法を実施した症例(1-16を除く)			
合計			(評価(案)の「25. 年間重篤患者数」)	0	0

※試行調査においては、必ずしも入力求めない。わかれば入力してください。

【背景人口】

救命救急センターの所管人口

(複数の施設で所管人口を算定している場合は、その所管人口を施設数で割った人口とする。)

人

(注) 試行調査をふまえ、基準等の変更があり得る。

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業
「救急医療体制の推進に関する研究」

高度救命救急センターの役割

分担研究者	浅井康文	札幌医科大学医学部	救急集中治療医学講座	教授
研究協力者	丹野克俊	同		助教

研究要旨

平成 5 年に高度救命救急センターの整備がなされ 16 年になる。また現在(平成 20 年度)は全国で 21 施設が指定されている。救命救急センターに収容される患者のうち、特に広範囲熱傷、四肢切断、急性中毒等の特殊疾患を受け入れる施設として整備されたものの、実際に受け入れている傷病者に関して、通常の救命救急センターとの役割分担は曖昧であるのが現状である。よって本研究は現状を踏まえ、高度救命救急センターの役割を再考するための基礎資料を作成することを目的とした。研究班の議論により高度救命救急センターの活動実績に関する基礎調査票を作成し、全国 21 か所の高度救命救急センターにアンケート調査を行った。その結果、従来型救命救急センターとの違いは明確ではなく地域の実情に応じている現状があった。また上記三傷病に加え重症患者への対応を主とするべきとの意見も多いものの、地域事情や病院の体制により一律に総合的な高度医療機関として整備することは難しいと考えられた。一方、専門性をもった高度医療機関としてどのようにあるべきかについては今回調査から結論づけることはできなかった。地域における指導的救命救急センターとして教育・研修を行うことも重要な役割と考えられ今後さらなる検討が必要である。本研究において明らかとなった基礎資料をもとに高度救命救急センターの役割の再考と、機能的な高度救命救急センターとしての質向上に貢献できると考えられる。

A. 研究目的

平成 5 年に高度救命救急センターの整備がなされ 16 年になる。また現在(平成 20 年度)は全国で 21 施設が指定されている。救命救急センターに収容される患者のうち、特に広範囲熱傷、四肢切断、急性中毒等の特殊疾患を受け入れる施設として整備されたものの、実際に受け入れている傷病者に関して、通常の救命救急センターとの役割分担は曖昧であるのが現状である。よって本研究は現状を踏まえ、高度救命救急センターの役割を再考するための基礎資料を作成することを目的とする。

B. 研究方法

研究班の議論により高度救命救急センターの

活動実績に関する基礎調査票を作成し、全国 21 か所の高度救命救急センターにアンケート調査を行った。

C. 研究結果

高度救命救急センター 21 施設のうち、大学病院は 18 施設、ドクターヘリ事業を運営しているのは 6 施設あった。病院全体の病床数の平均は 841 床であったが、千葉県救急医療センター(100床)および兵庫県災害医療センター(30床)は、単独型として位置づけられていた。

アンケートに回答があった 13 施設について結果を示す。高度救命救急センターの病床数は平均 25.0 床(20-100 床)、専従医師数は平均 22.5 名であった。専従医師で、救急科専門医は平均 9.5 名(4-14 名)、日本救急医学会指導医

は平均 3.2 名(1-5 名)、熱傷専門医(日本熱傷学会)は平均 1.3 名(0-3 名)、切断肢の対応医は平均 1.4 名(0-5 名)、中毒患者の対応医は平均 3.0 名(5-21 名)であった。専従医に切断肢対応医がいない 2 施設では、非専従医が対応を行う体制となっていた。専従医のもつ専門医資格としては上記の他に外科専門医が多く 3.2 名(1-6 名)、次いで脳神経外科専門医 1.7 名(0-6 名)、麻酔科専門医 1.3 名(0-5 名)、循環器専門医 1.2 名(0-4 名)、集中治療専門医 1.2 名(0-4 名)と多かった。専門看護師・認定看護師については、急性・重症患者看護師が平均 0.2 名(0-1 名)、救急看護認定看護師が平均 1.4 名(0-4 名)、集中ケア認定看護師が平均 0.6 名(0-3 名)であった(回答 12 施設)。

受け入れ重篤患者数については、平均 826 名/年であった(回答 11 施設)。救急車による搬送患者は平均 2,214 名(回答 12 施設)、ヘリコプターによる搬送人員は 40 名(0-191 名)であった。

重症熱傷患者の受け入れは平均 23 名/年(4-41 名、回答 12 施設)、重症急性中毒は平均 66 名/年(8-192 名、回答 12 施設)、切断肢は平均 17 名/年(0-50 名、回答 11 施設)であった。従来型または新型救命救急センターからの搬入は平均 12 名/年(回答 11 施設)で、うち重症熱傷は平均 2 名/年(0-15 名)、同重症急性中毒は平均 1 名/年(0-5 名)、同切断肢は平均 1 名/年(0-5 名)であった。2 施設は、従来型または新型救命救急センターからの搬入実績がなかった。

年間の CPA 症例数は平均 166 名/年(32-381 名、回答 11 施設)、外傷患者のうち Injury Severity Score 15 以上は平均 85 名/年(44-182 名、回答 8 施設)、PCPS 施行は平均 9 名/年(0-14 名、回答 9 施設)、熱傷では Burn Index 50 以上が平均 5 名/年(0-13 名、回答 9 施設)であった。

高度救命救急センターで優先的に治療すべき疾患では、重症度の高い疾患や病態を挙げる施設が多いものの、重症熱傷、重症急性中毒、切断肢のみを従来型救命救急センターとの違い

として挙げる施設はなかった。地域の事情に依存するという意見もあった。

先進医療に取り組んでいる高度救命救急センターは 2 施設あった。臨床研究と基礎研究の割合は約 8 対 2 であった。また人手不足から研究が十分にできないとする施設もあった。

高度救命救急センターにおける教育・研修については、高度として特別なわけではないが、重症患者に対する実践が重要という意見が多かった。

D. 考察

本邦では昭和 52 年に救命救急センターの整備が開始されて以降、高度救命救急センター(平成 5 年)、新型救命救急センター(平成 16 年)が設置されてきた。新型救命救急センターは対象となる人口や病床数の規模から従来型の救命救急センターとの住み分けが期待される。しかし今回の調査からも明らかのように、高度救命救急センターに関しては特殊疾患の受け入れについて、従来型救命救急センターとの違いはそれほど明瞭ではない。

高度救命救急センターのあるべき姿として、三傷病(広範囲熱傷、重症急性中毒、切断肢)の受け入れが挙げられているが、患者の流れは地域の事情に影響されており、同疾患群の治療を従来型救命救急センターで完結しているところも多数ある。今回調査でも従来型救命救急センターからの転送実績は平均年 12 名とそれほど多くはない。よって初期から 3 次救急医療体制のように、新型→従来型→高度といったヒエラルキーは難しく、3 次救急医療施設の中で何らかの役割分担を持つといった方が自然と思える。

役割分担としては、三傷病に関わらず重症度の高い疾患を対象とするという意見が多かった。しかし現状の高度救命救急センターにおいてセンター病床数、専従医数、その専門性、受け入れ患者数など地域の実情や病院の体制等の問題から施設間で違いが認められる。これらを大きく変えることは難しく、よって高度救命救急センターのあるべき姿としては、一律に総合的な高度

医療機関というよりは、それぞれに専門性をもった高度医療機関と位置づけることが望ましいと考えられる。

では、従来型救命救急センターとの違いとして専門性はどうあるべきかについては今回調査から結論付けることは難しく、今後さらに調査を行う必要がある。

専従医師数は平均 22.5 名と比較的多いようにみえるが、給与体系については今回調査しなかったため、実際にフルタイムで働いていない医員等が多数いることが考えられ、そのため人員不足を指摘しているものと推察される。また、交代制勤務のもとで臨床を担当し、かつ教育、研究を行うには十分な人員とはいえないといえる。

現在、救命救急センターでは医学生教育や救急救命士の病院実習など様々な研修が行われているが、十分な指導体制にないとも言われている。他の従来型救命救急センターとの違いとして、地域における指導的救命救急センターとして教育・研修を行っていくことも重要な役割と考える。そのためにも人員と財源の確保が必要である。

E. 結論

本研究において高度救命救急センターの役割の再考するための基礎資料を作成した。さらに検討を加えることによって機能的な高度救命救急センターとしての質向上に貢献できると考えられる。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

H. 図表

なし

高度救命救急センターの役割に関するアンケート調査

1. 病床数についてお答えください。

(ア) 病院全体		_____	床
(イ) 高度救命救急センター	ICU	_____	床
(ウ) 同	HCU	_____	床
(エ) 同	一般	_____	床

2. 高度救命救急センターの専従医師数^{※1)}についてお答えください (重複可)。

(ア) 全体	_____	名
(イ) 熱傷専門医 (日本熱傷学会)	_____	名
(ウ) 切断肢の執刀医	_____	名
(エ) 中毒患者の対応医	_____	名
(オ) (エ) のうち日本中毒学会会員	_____	名
(カ) 救急科専門医	_____	名
(キ) 日本救急医学会指導医	_____	名

※1 専従医師数

毎週常勤として勤務しており、救命救急センターにおいて搬送等により来院した救急患者への外来診療と救命救急センター病床の入院患者への診療に係る業務を行う所定労働時間が週32時間以上のものである。大学院生や研修医は含まない。一般外来診療等の他の診療部門や他の病棟での診療等が業務の中心である医師は数えない。

3. 非専従医における専門医数についてお答えください。ただし高度救命救急センターにおける協力体制がある医師数としてお願いいたします。

(ア) 熱傷専門医 (日本熱傷学会)	_____	名
(イ) 切断肢の執刀医	_____	名
(ウ) 中毒患者の対応医	_____	名
(エ) (ウ) のうち日本中毒学会会員	_____	名
(オ) 救急科専門医	_____	名
(カ) 日本救急医学会指導医	_____	名

4. 高度救命救急センターの専従医師のもつ専門医資格をお答えください（重複可）

総合内科専門医	_____名	アレルギー専門医	_____名
小児科専門医	_____名	感染症専門医	_____名
皮膚科専門医	_____名	老年病専門医	_____名
精神科専門医	_____名	神経内科専門医	_____名
外科専門医	_____名	心臓血管外科専門医	_____名
整形外科専門医	_____名	小児外科専門医	_____名
産婦人科専門医	_____名	小児神経科専門医	_____名
眼科専門医	_____名	心身医学専門医	_____名
耳鼻咽喉科専門医	_____名	リウマチ専門医	_____名
泌尿器科専門医	_____名	消化器内視鏡専門医	_____名
脳神経外科専門医	_____名	気管食道科専門医	_____名
放射線科専門医	_____名	大腸肛門病専門医	_____名
麻酔科専門医	_____名	周産期（新生児）（母体・胎児）専門医	_____名
病理専門医	_____名		
臨床検査専門医	_____名	集中治療専門医	_____名
救急科専門医	_____名	超音波専門医	_____名
形成外科専門医	_____名	核医学専門医	_____名
リハビリテーション科専門医	_____名		
		病態栄養専門医	_____名
消化器外科専門医	_____名	透析専門医	_____名
循環器専門医	_____名	総合病院精神医学専門医	_____名
呼吸器外科専門医	_____名	アフェレシス専門医	_____名
呼吸器専門医	_____名	ペインクリニック専門医	_____名
血液専門医	_____名	脳卒中専門医	_____名
内分泌代謝科（内科・小児科）専門医	_____名	心療内科専門医	_____名
糖尿病専門医	_____名	頭痛専門医	_____名
腎臓専門医	_____名	IVR 専門医	_____名
肝臓専門医	_____名	脳血管治療専門医	_____名

5. 高度救命救急センターの専門看護師数・認定看護師数についてお答えください。

- (ア)急性・重症患者看護専門看護師 _____ 名
 (イ)救急看護認定看護師 _____ 名
 (ウ)集中ケア認定看護師 _____ 名
 (エ)小児救急看護認定看護師 _____ 名

6. 受け入れ患者数についてお答えください（直近の集計済み1年間の統計）。

- (ア)全体 _____ 名
 (イ)年間重篤患者数^{*2)} _____ 名
 (ウ)救急車搬送人員 _____ 名
 (エ)ヘリコプターによる搬送人員 _____ 名
 (オ)重症熱傷 _____ 名
 (カ)重症急性中毒 _____ 名
 (キ)切断肢 _____ 名
 (ク)従来型救命救急センターあるいは新型救命救急センターからの転送 _____ 名
 ① うち重症熱傷 _____ 名
 ② うち重症急性中毒 _____ 名
 ③ うち切断肢 _____ 名

※ 2 重篤患者数

番号	疾病名	基準（基準を満たすもののみ数えること）	—
1	病院外心停止	病院前心拍再開例、外来での死亡確認例を含む	
2	重症急性冠症候群	切迫心筋梗塞、急性心筋梗塞または緊急冠動脈カテーテル施行例	
3	重症大動脈疾患	急性大動脈解離もしくは大動脈瘤破裂	
4	重症脳血管障害	来院時 JCS100 以上または開頭術もしくは血管内手術施行例、あるいは tPA 療法施行症例	
5	重症外傷	Max AIS が 3 以上または緊急手術施行例	
6	重症熱傷	Artz の基準による	
7	重症急性中毒	来院時 JCS100 以上または血液浄化法施行例	
8	重症消化管出血	緊急内視鏡施行例	
9	重症敗血症	感染性 SIRS で臓器不全、組織低灌流または低血圧を呈する例	
10	重症体温異常	熱中症または偶発性低体温症で臓器不全を呈する例	
11	特殊感染症	ガス壊症、壊死性筋膜炎、破傷風等	
12	重症呼吸不全	人工呼吸器管理症例（1-11 を除く）	
13	重症急性心不全	人工呼吸器管理症例もしくは Swan-Ganz カテーテル、PCPS または IABP 使用症例（1-11 を除く）	
14	重症出血性ショック	24 時間以内に 10 単位以上の輸血必要例（1-11 を除く）	
15	重症意識障害	JCS100 以上が 24 時間以上持続（1-11 を除く）	
16	重篤な肝不全	血漿交換または血液浄化療法施行例（1-11 を除く）	
17	重篤な急性腎不全	血液浄化療法施行例（1-11 を除く）	
18	その他の重症病態	重症肺炎、内分泌クリーゼ、溶血性尿毒症症候群などで持続動注療法、血漿交換または手術療法を実施した症例（1-17 を除く）	

7. 以下についてお答えください。集計していないものに関しては未記入としてください。

- (ア)年間のCPA患者の搬入数 _____ 名
① うち目撃ありVF・VT症例数 _____ 名
 1. うち退院時CPC 1または2の症例 _____ 名
- (イ)ISS 15以上の患者数 _____ 名
① うち生存退院数 _____ 名
- (ウ)AMIでKillip分類IVの患者数 _____ 名
① うち生存退院数 _____ 名
- (エ)PCPS試行数 _____ 名
- (オ)BI 50以上の患者数 _____ 名
① うち生存退院数 _____ 名

8. 高度救命救急センターで優先的に治療すべき疾患とはどのようなものかについて自由記載ください。

9. 高度救命救急センターのために必要な保険制度について自由記載ください。

10. 貴高度救命救急センターがかかわっている高度先進医療があればお答えください。

11. 貴高度救命救急センターにおける臨床の特色についてお答えください。

12. 高度救命救急センターにおける教育・研修についてどのようにすべきかお答えください。

13. 研究についてお答えください。

(ア)臨床研究と基礎研究の割合 臨床___% 対 基礎___%

(イ)貴施設における研究の特色についてお答えください(自由記載)。

14. 行政への要望について何かあれば記載ください。

ご協力ありがとうございました。

●高度救命救急センター……21施設

	都道府県	施設名	DH
1	北海道	札幌医科大学医学部附属病院	
2	岩手県	岩手医科大学附属病院	
3	宮城県	東北大学病院	
4	群馬県	前橋赤十字病院	
5	埼玉県	埼玉医科大学総合医療センター	DH
6	千葉県	千葉県救急医療センター	
7	東京都	日本医科大学付属病院	
8		杏林大学医学部附属病院	
9	神奈川県	公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター	
10		東海大学医学部附属病院	DH
11	長野県	信州大学医学部附属病院	
12	岐阜県	岐阜大学医学部附属病院	
13	愛知県	愛知医科大学病院	DH
14	大阪府	関西医科大学附属滝井病院	
15		大阪大学医学部附属病院	DH
16	兵庫県	兵庫県災害医療センター	
17	奈良県	奈良県立医科大学附属病院	
18	岡山県	川崎医科大学附属病院	DH
19	広島県	広島大学病院	
20	山口県	山口大学医学部附属病院	
21	福岡県	久留米大学病院	DH

救急医療機関の役割の検証

分担研究者 浅利 靖 弘前大学大学院医学研究科救急・災害医学講座 教授

研究要旨

二次医療機関の役割の検証のために、青森県、山形県、長崎県にて調査を実施し、51 施設より回答を得た。地方 3 県の二次救急医療機関は、初期救急医療の役割をも常に担っている施設が 78.8%あった。来院する患者の平均 73.0%が帰宅し、入院を要したのは平均 15%程度であった。救命救急センターなどへ依頼する頻度が高いのは手術を必要とする心疾患・脳卒中などであった。また、救命救急センターへの搬送に時間がかかる場合、近くの専門的治療を実施できる医療機関に依頼していた。その搬送時間は救命救急センターへ搬送する場合の約半分であった。地方 3 県と東京都の状況を比較したところ専任看護師の配置、救急病床の管理医師の有無などは東京のほうが良好であったが、救急外来の設備、検査内容、緊急処置は地方 3 県の方が良好であった。地方 3 県と東京の両方で 75%以上の施設で実施可能な事項を「出来ているべき事項(29 項目)」、どちらか一方で 75%以上の事項を「出来ていることが望ましい事項(11 項目)」、両方で 50%以上 75%未満の事項を「二次医療機関が目標とすべき事項 A(15 項目)」、一方で 50%以上の事項を「二次医療機関が目標とすべき事項 B(12 項目)」と分類した。これは二次救急医療機関の質の向上に寄与できる指標と考えた。

研究協力者: 森野 一真(山形県立中央病院救命救急センター長)、高山隼人(長崎医療センター救命救急センター長)、石原 哲(白髭橋病院院長)、矢口慎也(弘前大学大学院医学研究科救急・災害医学講座)、山内真弓(弘前大学医学部附属病院救急看護認定看護師)、成田亜紀子(弘前大学医学部附属病院救急看護認定看護師)

A. 研究目的

わが国では救命救急センターを中心とする救急医療体制が整備され、救急専門医は三次救急医療施設に集中している。しかし、市中の多くの救急患者は二次救急医療機関を受診している。近年、救急外来のコンビニ化、医師不足、医師の偏在などにより二次救急医療体制の危機に直面している地域もある。救命救急センターは機能評価の制度が定着し質の管理が行われている。しかし、二次救急医療に関してはそのようなシステムはない。平成 15 年度に東京都医師会は二次救急医療機関の質の向上を目的に調査を実施した。今回、青森県、山形県、長崎県の地方 3 県の二次救急医療機関に対して東京都医師会の調査に準じたアンケート調査を実施し、その結果の分析

と東京都の結果との比較から、二次救急医療機関の役割の検証と質の向上に寄与できる指標の算出を研究の目的とした。

B. 研究方法

青森県、山形県、長崎県の 3 県の二次救急医療機関に対してアンケート調査(参考資料として調査用紙を添付)を実施し、この 3 県における二次救急医療機関の現状を分析し、患者の流れ、その役割などを検証した。さらに、平成 15 年の東京都における二次救急医療機関の調査結果と今回の地方 3 県の調査結果とを比較し、わが国の二次救急医療の実情を分析し、理想的な二次救急医療機関が「出来ているべき事項」、「出来ていることが望ましい事項」、「二次医療機関が目標とす

べき事項 A)、「二次医療機関が目標とすべき事項 B)」を考察した。なお、地方 3 県については A 県、B 県、C 県として表記した。これは具体的に県名を記載すると地方と東京都の格差・優劣をつけることにつながり、これは本研究の主旨とは異なるためである。

C. 研究結果

1.1. 救急医療体制

アンケート調査は、青森県では 20 施設に対して実施し、16 施設 80%から回答があった。山形県では 32 施設に対して実施し 17 施設 53.1%から回答を得た。長崎県では 35 施設に実施し 19 施設 54.3%から回答を得た。全体で 3 県 87 施設に対してアンケート調査を実施し、51 施設 58.6%から回答を得た。

1.1.1 調査医療機関の役割

アンケート調査は県の医療計画などで二次医療機関の役割を担っている施設に対して実施し、その医療機関が地域における役割を調査した。その結果、下図のように常に初期救急医療と二次救急医療とを担っている医療機関は A 県、B 県、C 県で、85.7%、70.6%、89.5%であった。

	A 県	B 県	C 県
二次救急のみ担当	0	0	0
時間帯によって初期救急も兼務	0	3	2
休日、祝祭日は初期救急を兼務	0	2	1
常に初期救急と二次救急を担当	12	12	17

1.1.2 最寄りの救命救急センターまでの時間

最寄りの救命救急センターまでの平均時間を調べたところ、A 県、B 県、C 県で、41.8 分、31.5 分、60 分(一部病院ではヘリコプター使用)であった。平素から救命救急センター以外の専門的治療が行える医療機関に依頼している場合、その施設までの平均搬送時間を調べたところ、A 県、B 県、C 県で、16.6 分、17.7 分、36.4 分であった。

救命救急センターまでの平均時間

分	A 県	B 県	C 県
	41.8	31.5	60

平素から依頼している医療施設までの平均時間

	A 県	B 県	C 県
	16.6	17.7	36.4

1.1.3. 三次救急医療施設および救命救急センターに依頼する頻度の高い疾患

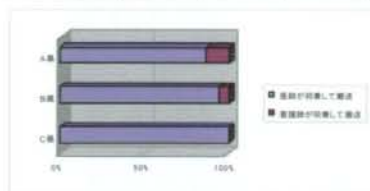
三次救急医療施設および救命救急センターに依頼する頻度の高い疾患は以下のような結果であった。

(%)	A 県	B 県	C 県
心肺停止	12.5	0.0	0.0
脳卒中(手術不要)	12.5	11.8	5.3
脳卒中(要手術)	56.3	64.7	63.2
心大血管の疾患(内科)	31.3	58.8	63.2
心疾患(外科系)	68.8	70.6	73.7
血管系の疾患(外科系)	43.8	64.7	57.9
呼吸器疾患	18.8	23.5	5.3
消化器肝胆膵疾患(内科系)	6.3	23.5	5.3
腎疾患	25.0	41.2	15.8
産科婦人科疾患	31.3	35.3	52.6
眼科・耳鼻科の疾患	37.5	52.9	26.3
頭部外傷	50.0	35.3	63.2
胸部外傷	31.3	23.5	42.1
腹部外傷(含む腎尿路・婦人科)	31.3	23.5	26.3
四肢外傷	18.8	35.3	21.1
骨盤外傷	18.8	29.4	52.6
頸部外傷	25.0	35.3	42.1
顔面外傷(含む眼・耳鼻)	37.5	52.9	52.6
その他外傷	18.8	17.6	5.3

算出方法＝三次施設に依頼すると答えた施設数 / その県の回答施設数

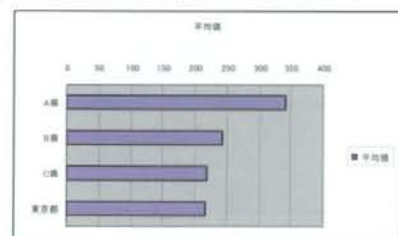
1.1.4. 搬送に医師が同乗するか、看護師が同乗するか

	A県	B県	C県
医師同乗	13	16	18
看護師同乗	2	1	0



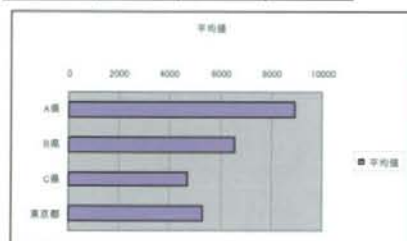
1.2. 救急に関する年次統計(平成19年度) 総病床数

数	A県	B県	C県	東京
平均値	342.6	244	220	217
最大値	705	585	594	
最小値	84	50	60	
個数	16	17	19	



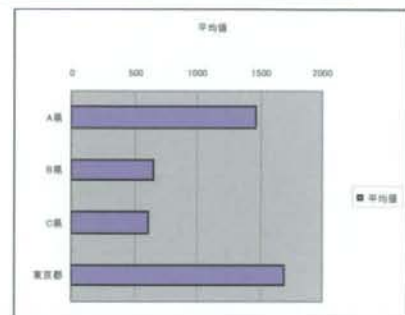
1.3. 救急受診患者数(人/施設)

患者数	A県	B県	C県	東京
平均値	8926	6572.3	4730.9	5330
最大値	20049	25480	13993	
最小値	412	539	405	
個数	16	16	19	



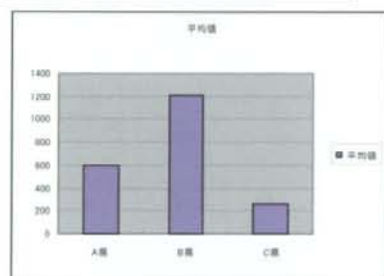
1.4. 救急車台数(台/施設)

	A県	B県	C県	東京
平均値	1470	648.4	616.6	1697
最大値	3603	3578	1351	
最小値	29	1	0	
個数	15	15	11	



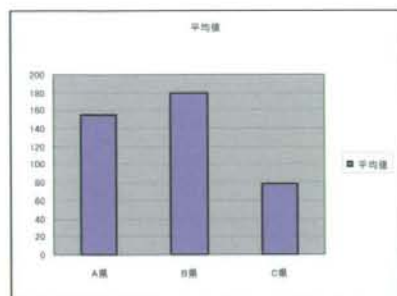
1.5. 初期救急医療機関からの依頼件数(件/施設)

	A県	B県	C県
平均値	592.3	1214.5	266.7
最大値	2238	3670	1351
最小値	3	29	0
個数	12	6	11



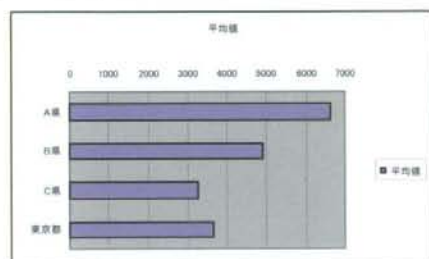
1.6. 初期救急医療機関からの来院で救急車による搬入(件/施設)

	A県	B県	C県
平均値	155.2	180	77.6
最大値	635	725	173
最小値	2	5	0
個数	12	6	9



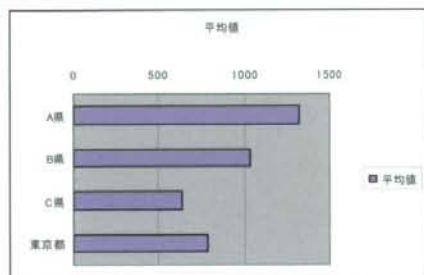
1.7. 外来転帰: 帰宅

帰宅	A県	B県	C県	東京
平均値	6607	4905.8	3256.8	3653
最大値	18043	20100	10353	
最小値	273	15	52	
個数	15	15	12	



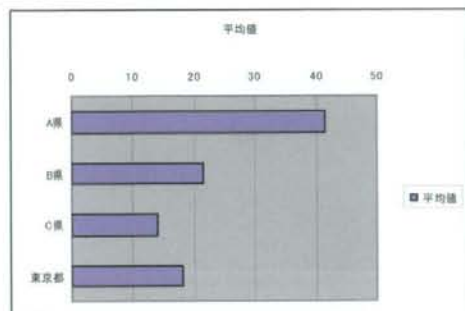
入院

入院	A県	B県	C県	東京
平均値	1318	1031.6	639.1	789
最大値	4561	5183	1362	
最小値	83	0	77	
個数	15	17	14	



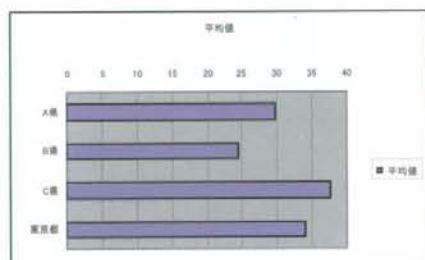
外来死亡

	A県	B県	C県	東京
平均値	41.6	21.5	14.1	18
最大値	133	121	34	
最小値	0	0	0	
個数	15	15	10	



転送

転送	A県	B県	C県	東京
平均値	29.6	24.5	37.6	34
最大値	130	76	131	
最小値	2	0	0	
個数	14	15	12	

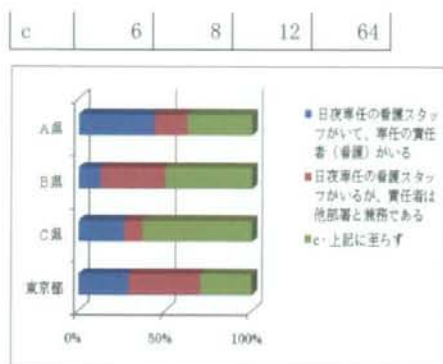


2.1 救急受入れ部門の状況

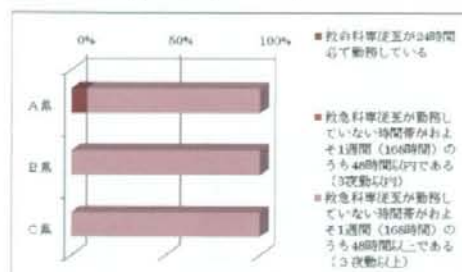
救急室に専任の看護婦がいるか

- 日夜専任の看護スタッフがいて、専任の責任者(看護)がいる
- 日夜専任の看護スタッフがいて、責任者は他部署と兼務である
- 上記に至らず

	A県	B県	C県	東京
a	7	2	5	62
b	3	6	2	89



a	1	0	0
b	0	0	0
c	11	12	13



2.2 当直体制について

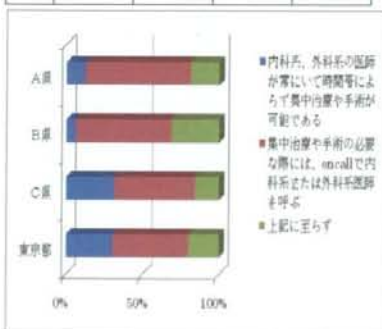
2.2.1-1 医師の当直体制があるか

a - 内科系、外科系の医師が常にいて時間帯によらず集中治療や手術が可能である

b - 集中治療や手術の必要な際には、on call で内科系または外科系医師を呼ぶ

c - 上記に至らず

	A県	B県	C県	東京
a	2	1	6	65
b	11	10	10	106
c	3	5	3	43



2.2.1-2 貴院には全ての勤務時間帯（24 時間体制）で救急科専従医が勤務しているか

a - 救命科専従医が 24 時間必ず勤務している

b - 救急科専従医が勤務していない時間帯がおよそ 1 週間（168 時間）のうち 48 時間以内である（3 夜勤以内）

c - 救急科専従医が勤務していない時間帯がおよそ 1 週間（168 時間）のうち 48 時間以上である（3 夜勤以上）

	A県	B県	C県
a	2	1	6
b	11	10	10
c	3	5	3

2.2.1-3 救急科専従医のいる場合、救急科専門医、指導医の数

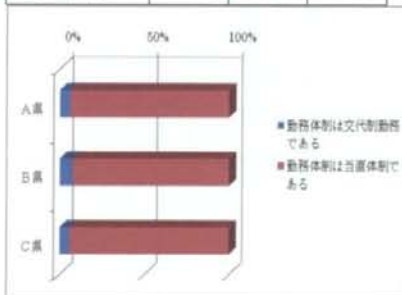
	A県	B県	C県
救急科専従医数	17	0	1
救急専門医数	4	0	6
救急指導医数	1	0	0

2.2.1-4 勤務体制は浩体制勤務か当直勤務か

a - 勤務体制は交代制勤務である

b - 勤務体制は当直体制である

	A県	B県	C県
交代制勤務	1	1	1
当直体制	15	12	16



2.2.1-6 勤務体制が当直体制の場合、翌日の体制は？

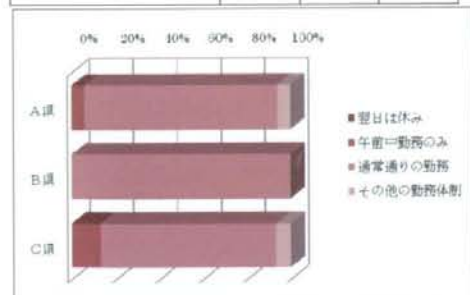
a - 当直の翌日は休みである

b - 当直の翌日は午前中の勤務のみである

c - 当直の翌日は通常通りの勤務である

d - 当直の翌日は、その他の勤務体制がある

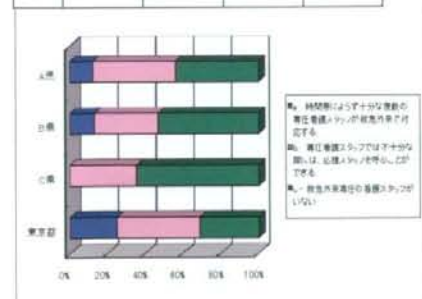
	A県	B県	C県
翌日は休み	0	0	0
午前中勤務のみ	1	0	2
通常通りの勤務	15	15	12
その他の勤務体制	1	0	1



2.2.2 救急専任の看護婦の当直体制があるか

- a - 時間帯によらず十分な複数の専任看護スタッフが救急外来で対応する
- b - 専任看護スタッフでは不十分な際には、応援スタッフを呼ぶことができる
- c - 救急外来専任の看護スタッフがいない

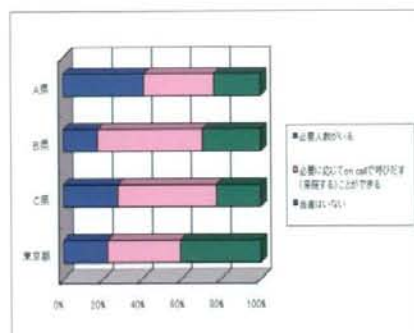
	A県	B県	C県	東京
a	2	2	0	54
b	7	5	6	94
c	7	8	11	67



2.2.3 薬剤師の当直体制があるか

- a - 必要人数がいる
- b - 必要に応じて on call で呼び出す
- c - 当直はいいない

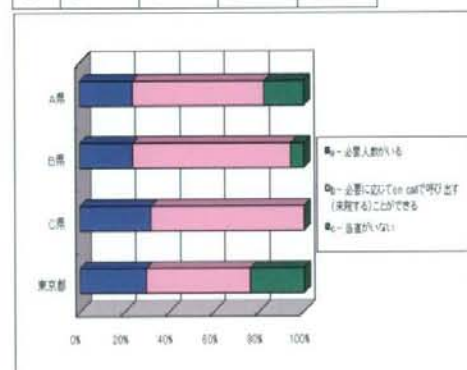
	A県	B県	C県	東京
a	7	3	5	48
b	6	9	9	80
c	4	5	4	88



2.2.4 臨床検査技師の当直体制はあるか

- a - 必要人数がいる
- b - 必要に応じて on call で呼び出す(来院することができる)
- c - 当直がない

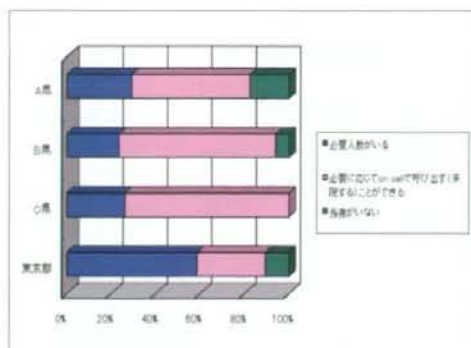
	A県	B県	C県	東京
a	4	4	6	64
b	10	12	13	100
c	3	1	0	52



2.2.5 放射線技師の当直体制があるか

- a - 必要人数がいる
- b - 必要に応じて on call で呼び出す(来院することができる)
- c - 当直がない

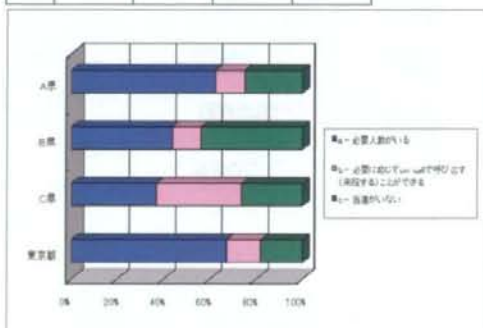
	A県	B県	C県	東京
a	5	4	5	127
b	9	12	14	66
c	3	1	0	23



2.2.6 事務職員の当直体制があるか

- a - 必要人数がいる
 b - 必要に応じて on call で呼び出す(来院する)ことができる
 c - 当直がない

	A県	B県	C県	東京
a	10	7	7	144
b	2	2	7	31
c	4	7	5	39

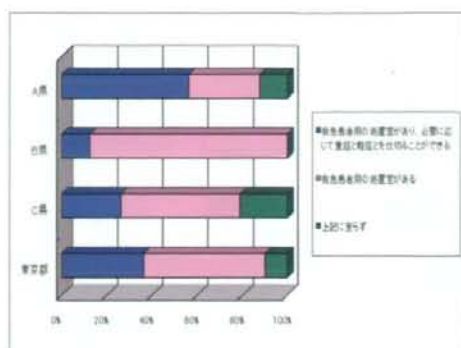


2.3 救急医療のための施設・設備が整備されているか

2.3.1 救急処置室があるか

- a - 救急患者用の処置室があり、必要に応じて重症と軽症とを仕切ることができる
 b - 救急患者用の処置室がある
 c - 上記に至らず

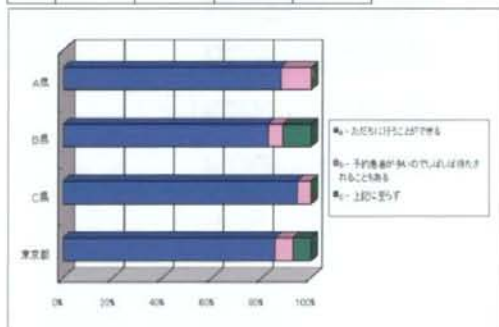
	A県	B県	C県	東京
a	9	2	5	79
b	5	14	10	116
c	2	0	4	22



2.3.2 レントゲン撮影、CT スキャンをただちに行うことができるか

- a - ただちに行うことができる
 b - 予約患者が多いのでしばしば待たされることもある
 c - 上記に至らず

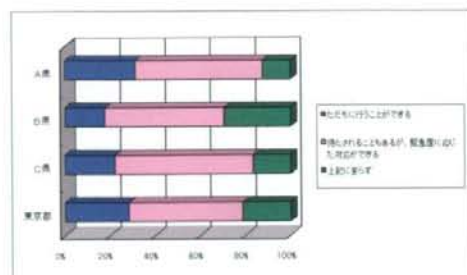
	A県	B県	C県	東京
a	14	14	17	185
b	2	1	1	16
c	0	2	0	16



2.3.3 緊急手術が可能か

- a - ただちに行うことができる
 b - 待たされることもあるが、緊急度に応じた対応ができる
 c - 上記に至らず

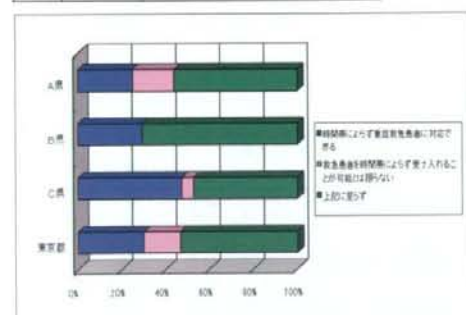
	A県	B県	C県	東京
a	5	3	4	61
b	9	9	11	109
c	2	5	3	46



2.3.4 ICUがあるか

- a - 時間帯によらず重症救急患者に対応できる
 b - 救急患者を時間帯によらず受け入れることが可能とは限らない
 c - 上記に至らず

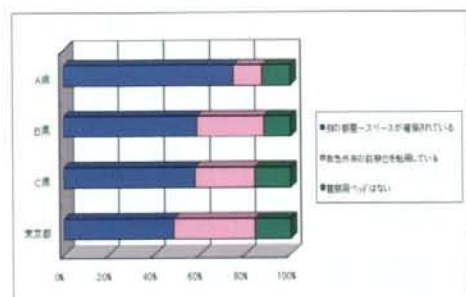
	A県	B県	C県	東京
a	4	5	9	65
b	3	0	1	36
c	9	12	9	115



2.3.5 救急外来に付属する観察用ベッドがあるか

- a - 別の部屋～スペースが確保されている
 b - 救急外来の診察台を転用している
 c - 観察用ベッドはない

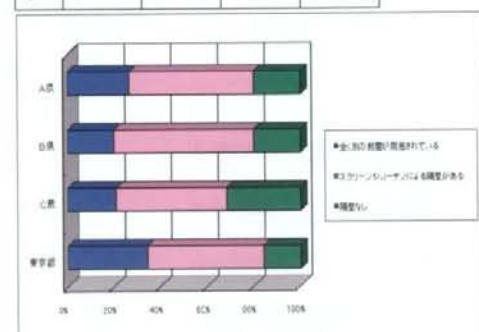
	A県	B県	C県	東京
a	12	10	11	105
b	2	5	5	77
c	2	2	3	34



2.3.6 重症救急患者と軽症患者(時間外診療的)を別々に処置できるように配慮されているか

- a - 全く別の部屋が用意されている
 b - スクリーンやカーテンによる隔壁がある
 c - 隔壁なし

	A県	B県	C県	東京
a	4	3	4	74
b	8	9	9	107
c	3	3	6	34



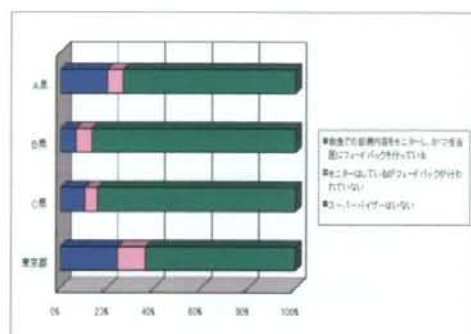
2.4 救急部門の運営に関する規則があるか

2.4.1 救急医療の質管理の責任者(スーパーバイザー)がいるか

*スーパーバイザーとは、病院の救急医療全体を把握しており、質管理(Quality Management)をしている医師である

- a - 救急での診療内容をモニターし、かつ担当医にフィードバックを行っている
 b - モニターはしているがフィードバックが行われていない
 c - スーパーバイザーはいない

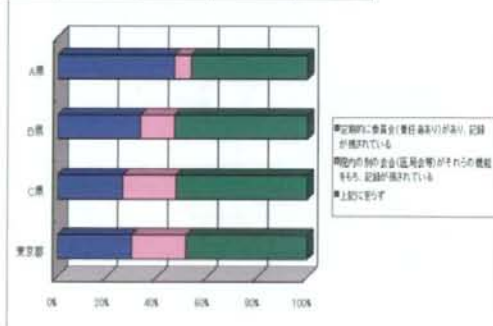
	A県	B県	C県	東京
a	3	1	2	52
b	1	1	1	25
c	11	13	16	135



2.4.2 救急部門の運営に関する委員会(または責任者)があるか

- a - 定期的に委員会(責任者あり)があり、記録が残されている
- b - 院内の別の会合(医局会等)がそれらの機能をもち、記録が残されている
- c - 上記に至らず

	A県	B県	C県	東京
a	7	5	5	64
b	1	2	4	46
c	7	8	10	104



2.4.3 救急患者専用病棟(または病床)の責任者がいるか

- a - 入退床を管理する責任者(医師)がいる
- b - 責任者(医師)がいる
- c - 上記に至らず～責任者はいない

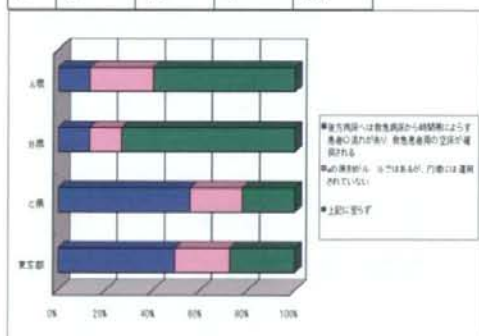
	A県	B県	C県	東京
a	2	0	1	54
b	1	0	1	47
c	13	14	17	110



2.4.4 救急患者の入院にともなって、後方病床と救急病棟(または病床)の連携機能があるか

- a - 後方病床へは救急病床から時間帯によらず患者の流れがあり、救急患者用の空床が確保可能
- b - aの原則がルールではあるが、円滑には運用されていない
- c - 上記に至らず

	A県	B県	C県	東京
a	2	2	10	104
b	4	2	4	49
c	9	11	4	58



2.4.5 受診記録体制が整えられているか

- a - 台帳管理がなされており、患者氏名、年齢、性別、受診理由、受診形態、入室時刻、退室時刻、診断、外来転帰などの内容が十分である
- b - 台帳管理はなされているが、内容に不足がある
- c - 受診記録体制はない

	A県	B県	C県	東京
a	6	7	7	98
b	9	4	7	90
c	1	3	3	23