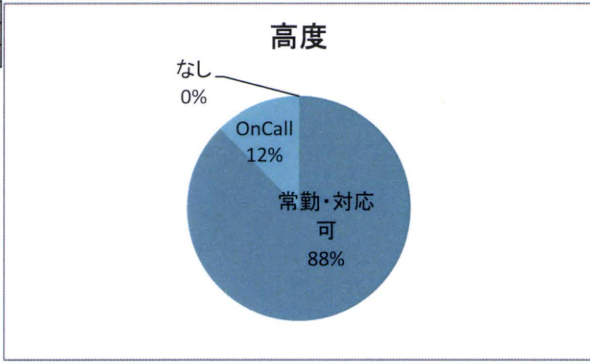
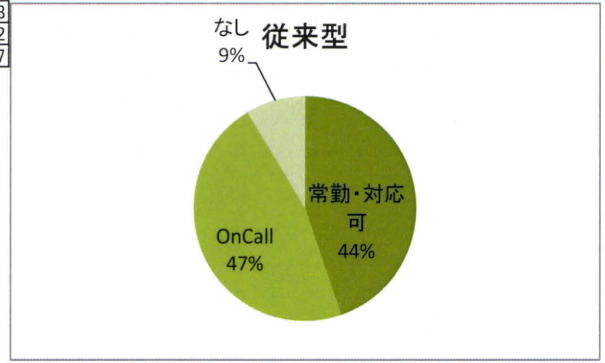


16. 脳神経疾患への診療体制

| | |
|----|----|
| 1 | 21 |
| 0 | 3 |
| -5 | 0 |



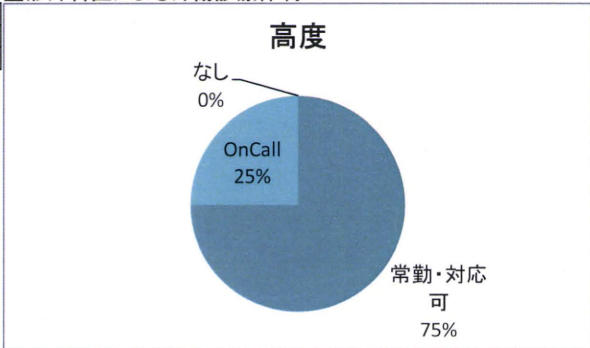
| | |
|----|----|
| 1 | 88 |
| 0 | 92 |
| -5 | 17 |



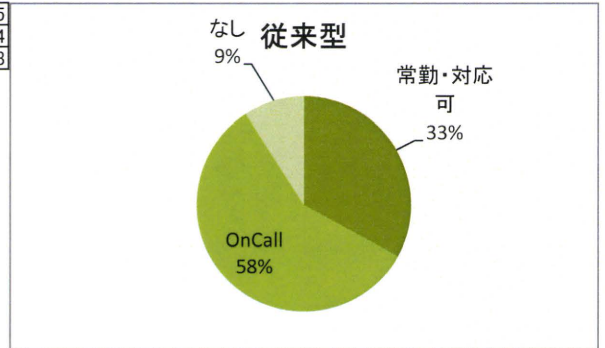
・救急医の診療依頼に応じる脳神経医が院内に常時勤務しており、脳神経疾患を疑う患者が搬送された時に迅速に診療できる体制になっている: 1点
 ・脳神経疾患を疑う患者が搬送された時に、1の専従医師が診察を行い、脳神経医が迅速に診療できる体制になっている: 0点

17. 整形外科医による外傷診療体制

| | |
|----|----|
| 1 | 18 |
| 0 | 6 |
| -5 | 0 |



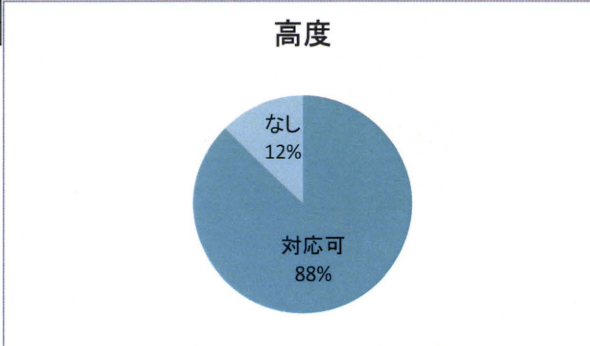
| | |
|----|-----|
| 1 | 65 |
| 0 | 114 |
| -5 | 18 |



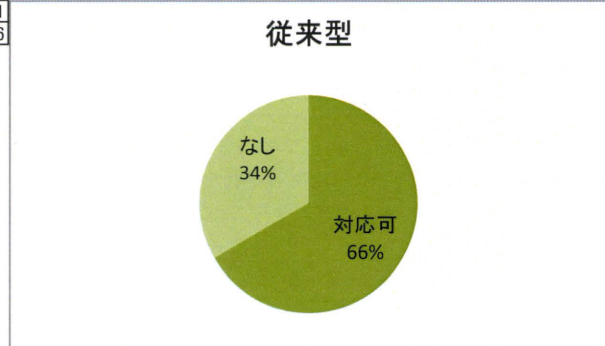
・救急医の診療依頼に応じる整形外科医が院内に常時勤務しており、外傷を疑う患者が搬送された時に迅速に診療できる体制になっている: 1点
 ・外傷を疑う患者が搬送された時に、1の専従医師が診察を行い、整形外科医が迅速に診療できる体制になっている: 0点

18. 精神科医による診療体制

| | |
|---|----|
| 2 | 21 |
| 0 | 3 |



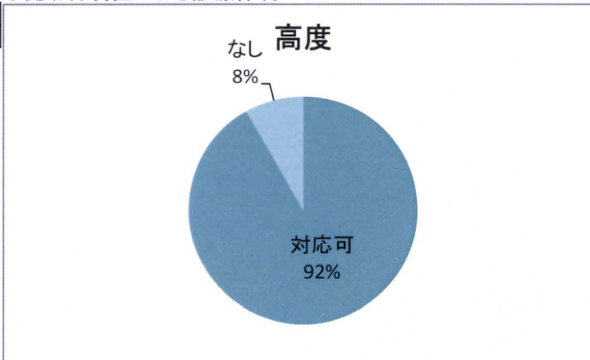
| | |
|---|-----|
| 2 | 131 |
| 0 | 66 |



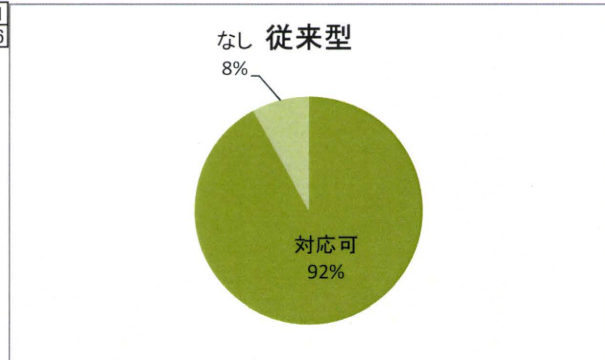
・精神的疾患を伴う患者が搬送された時に、常時院内の精神科医が直接診察するか、救命救急センターの医師が昼夜を問わず精神科医に相談できる体制になっている: 2点

19. 小児(外)科医による診療体制

| | |
|---|----|
| 2 | 22 |
| 0 | 2 |



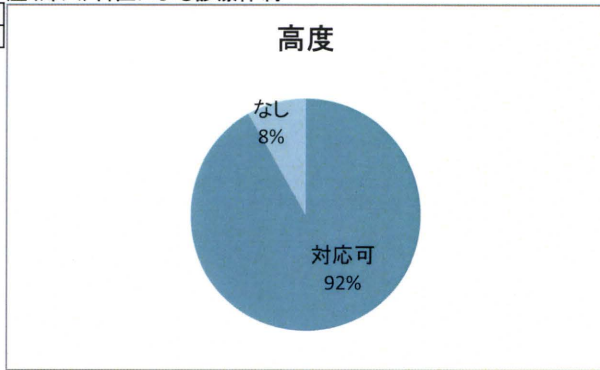
| | |
|---|-----|
| 2 | 181 |
| 0 | 16 |



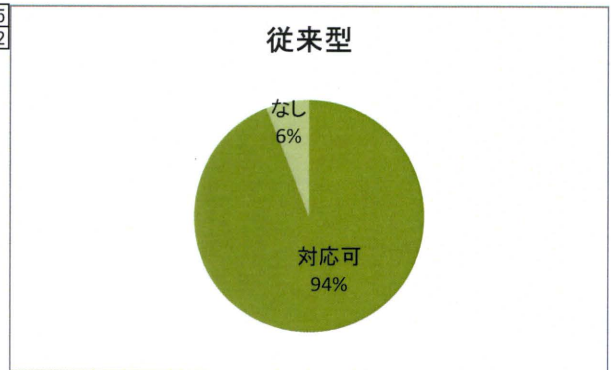
・小児患者(患儿)が搬送された時に、常時院内の小児(外)科医が直接診察するか、救命救急センターの医師が昼夜を問わず小児(外)科医に相談できる体制になっているとともに、小児の救命救急医療に必要な機器等が整備されている: 2点

20. 産(婦人)科医による診療体制

| | |
|---|----|
| 2 | 22 |
| 0 | 2 |



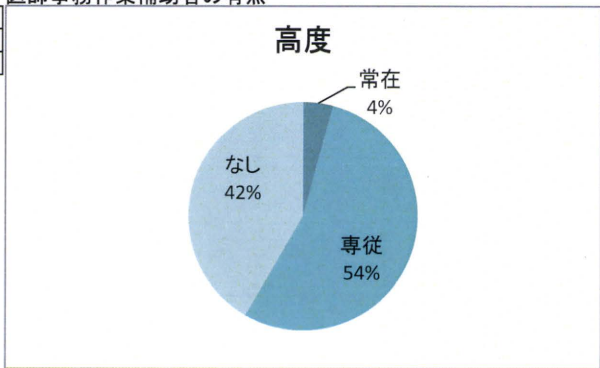
| | |
|---|-----|
| 2 | 185 |
| 0 | 12 |



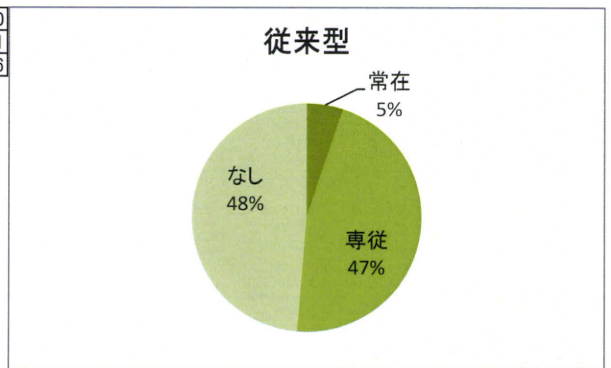
・産(婦人)科に関する患者が搬送された時に、常時院内の産(婦人)科医が直接診察するか、救命救急センターの医師が昼夜を問わず産(婦人)科医に相談できる体制になっている:2点

21. 医師事務作業補助者の有無

| | |
|---|----|
| 3 | 1 |
| 2 | 13 |
| 0 | 10 |



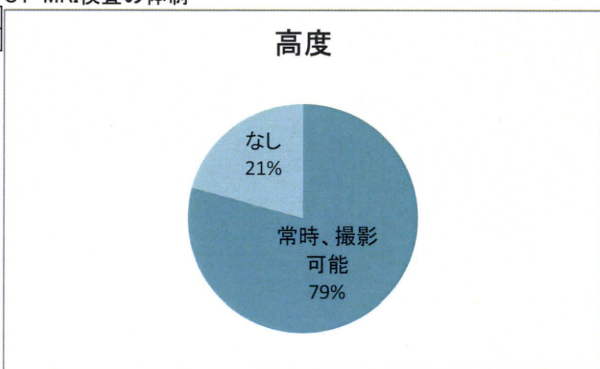
| | |
|---|----|
| 3 | 10 |
| 2 | 91 |
| 0 | 96 |



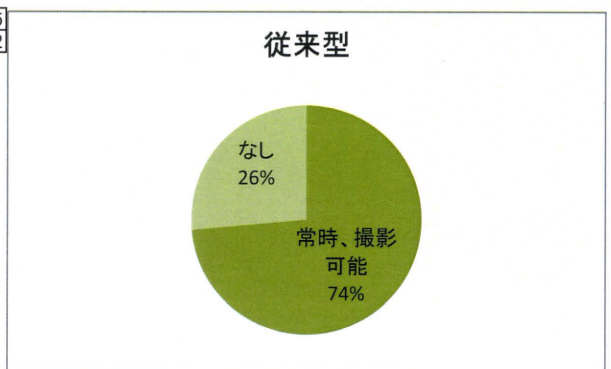
・24時間常時、救命救急センターに専従で確保されている:3点
 ・救命救急センターに専従で確保されている:2点

22. CT・MRI検査の体制

| | |
|---|----|
| 2 | 19 |
| 0 | 5 |



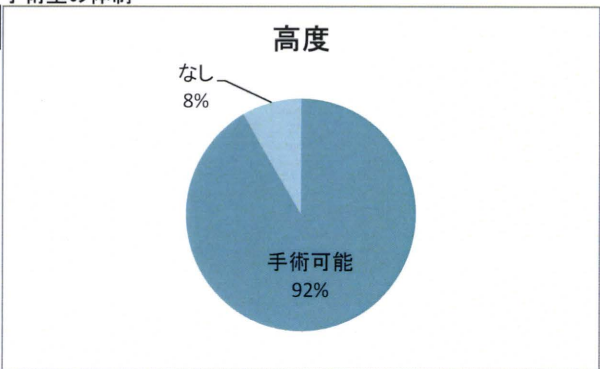
| | |
|---|-----|
| 2 | 145 |
| 0 | 52 |



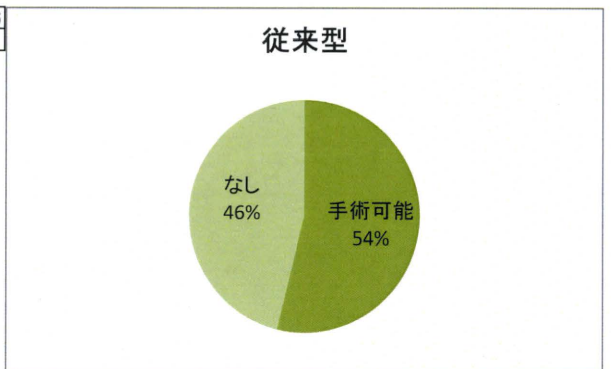
・マルチスライスCTが、常時、初療室に隣接した検査室で直ちに撮影可能であり、かつ、MRI(1.5テスラー以上)も常時、直ちに撮影可能である:2点

23. 手術室の体制

| | |
|---|----|
| 2 | 22 |
| 0 | 2 |



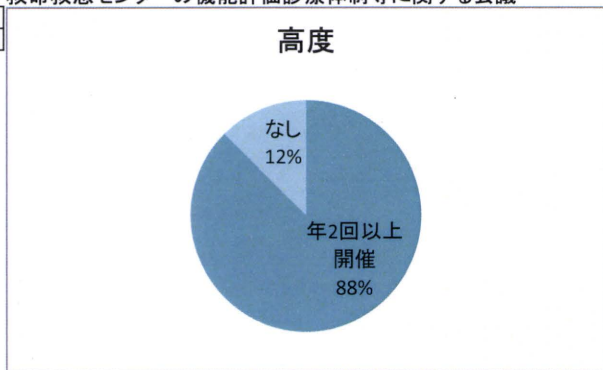
| | |
|---|-----|
| 2 | 106 |
| 0 | 91 |



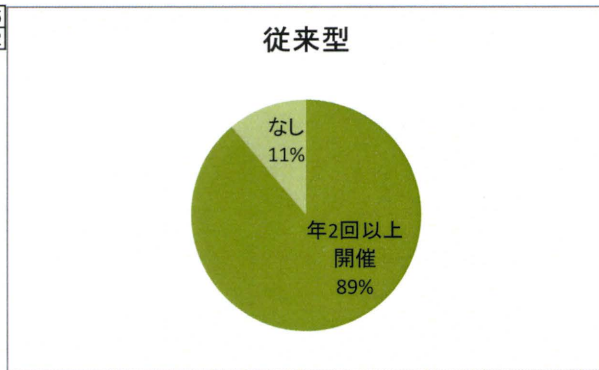
・常時、麻酔科の医師、手術室の看護師が院内で待機しており、緊急手術が必要な患者が搬送された際に、直ちに手術が可能な体制が整っている:2点

24. 救命救急センターの機能評価診療体制等に関する会議

| | |
|---|----|
| 2 | 21 |
| 0 | 3 |



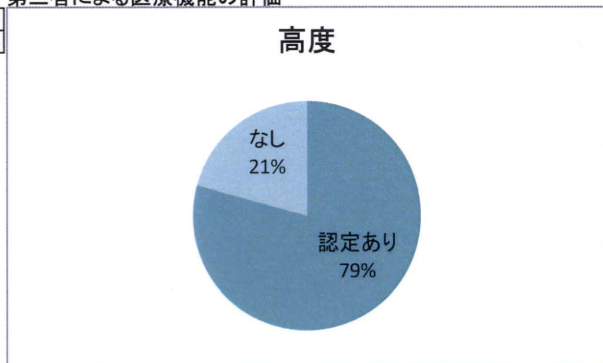
| | |
|---|-----|
| 2 | 175 |
| 0 | 22 |



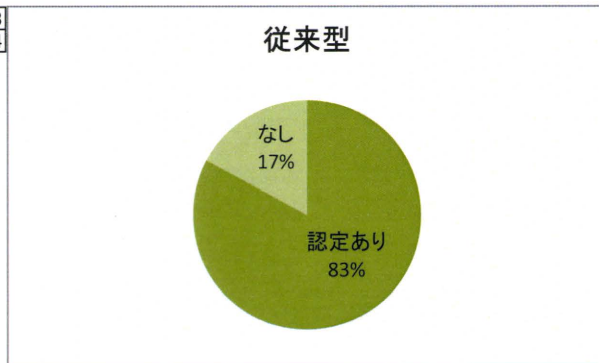
・救命救急センターを設置する病院において、センター機能の評価・運営委員会を設置し、また、重篤患者への診療体制や院内の連携についての会議を少なくとも半期毎に開催している：2点

25. 第三者による医療機能の評価

| | |
|---|----|
| 2 | 19 |
| 0 | 5 |



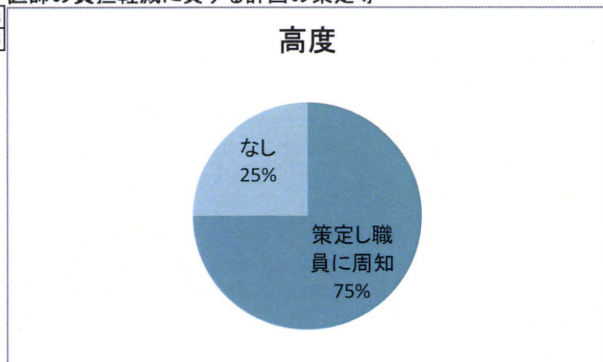
| | |
|---|-----|
| 2 | 163 |
| 0 | 34 |



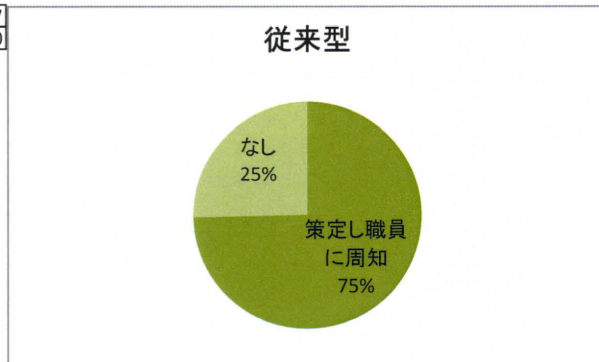
・日本医療機能評価機構・ISOによる医療機能評価において認定を受けている：2点

26. 医師の負担軽減に資する計画の策定等

| | |
|----|----|
| 5 | 18 |
| -5 | 6 |



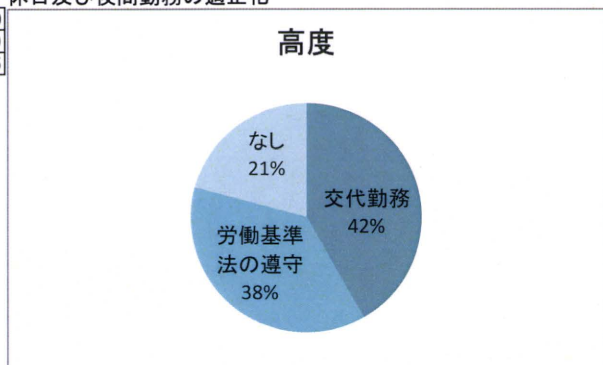
| | |
|----|-----|
| 5 | 147 |
| -5 | 50 |



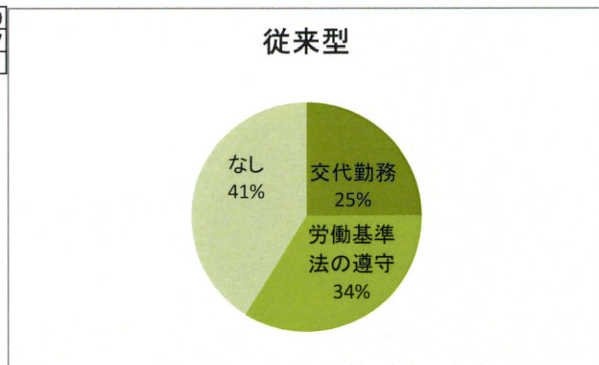
・1の専従医師の負担の軽減に資する具体的計画を策定し、職員等に周知している：5点

27. 休日及び夜間勤務の適正化

| | |
|---|----|
| 8 | 10 |
| 4 | 9 |
| 0 | 5 |



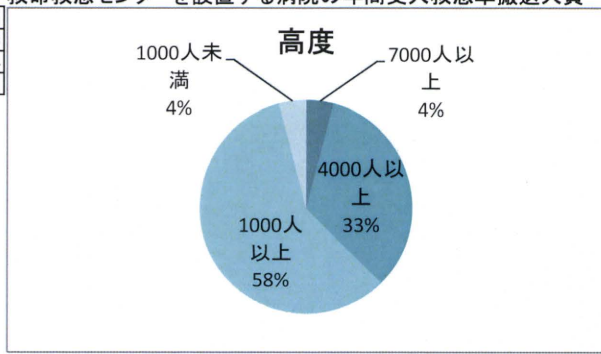
| | |
|---|----|
| 8 | 49 |
| 4 | 67 |
| 0 | 81 |



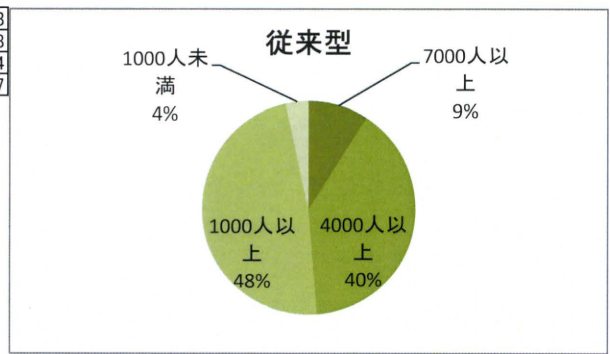
・管理者等が、3の休日及び夜間の救命救急センターで診療を行う医師の勤務実態を把握し、かつ、労働基準法令及び「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」(平成14年3月19日付厚生労働省労働基準局長通知)等が遵守されているかどうか、四半期毎に点検し改善を行っている：4点
 ・上記に加え、3の休日及び夜間の救命救急センターで診療を行う医師の勤務について、交代制勤務を導入している：さらに4点

28. 救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員

| | |
|---|----|
| 3 | 1 |
| 2 | 8 |
| 1 | 14 |
| 0 | 1 |



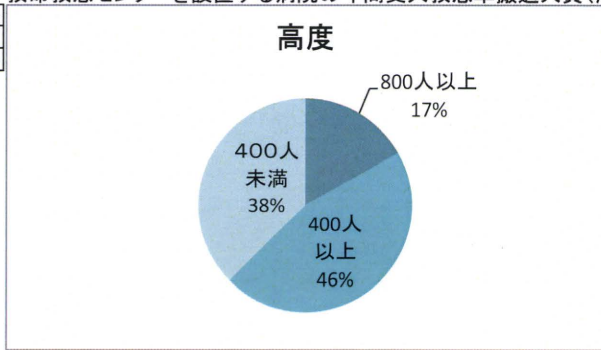
| | |
|---|----|
| 3 | 18 |
| 2 | 78 |
| 1 | 94 |
| 0 | 7 |



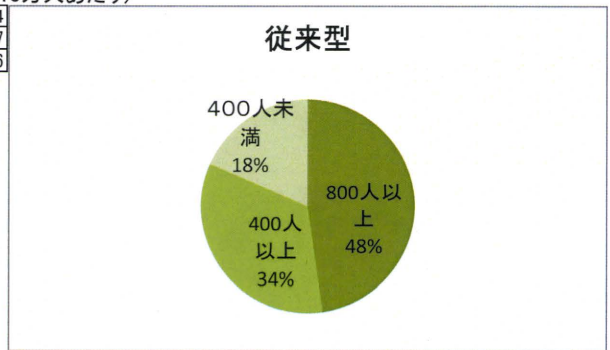
・1000人以上:1点、4000人以上:2点、7000人以上:3点

28. 救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員(所管人口10万人あたり)

| | |
|---|----|
| 2 | 4 |
| 1 | 11 |
| 0 | 9 |



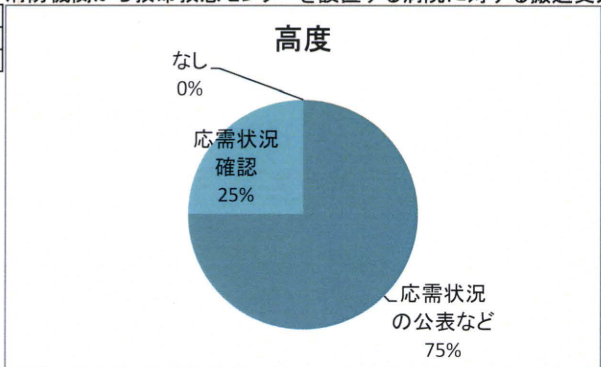
| | |
|---|----|
| 2 | 94 |
| 1 | 67 |
| 0 | 36 |



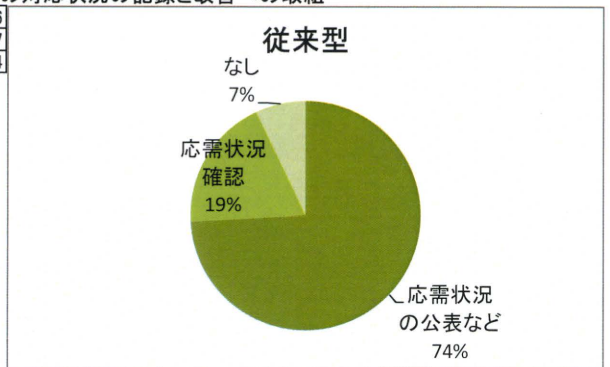
・所管人口10万人当たり、400人以上:1点、800人以上:2点

29. 消防機関から救命救急センターを設置する病院に対する搬送受入要請への対応状況の記録と改善への取組

| | |
|----|----|
| 3 | 18 |
| 0 | 6 |
| -3 | 0 |



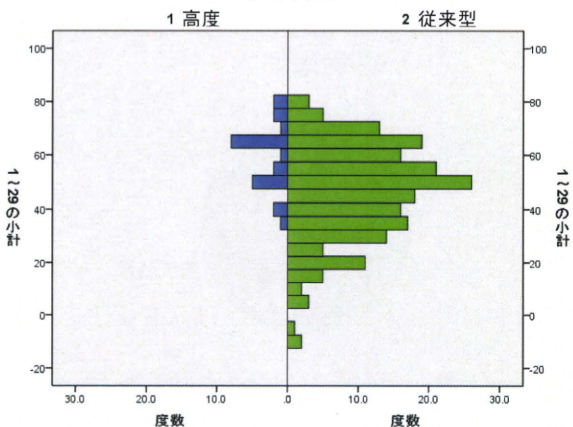
| | |
|----|-----|
| 3 | 146 |
| 0 | 37 |
| -3 | 14 |



- ・「消防機関から救命救急センターを設置する病院への電話による搬送受入要請について、消防機関からの連絡を受ける専用電話があり、最初から医師か看護師が電話を受け、受入れに至らなかった場合の理由も含め対応記録を残している。かつ、応需状況について院内外に公表するとともに、応答までに要する時間の短縮や応需状況の改善等に向けた検討を院内で行っている」又は「救命救急センターを設置する病院への消防機関からの搬送受入要請について、すべて救命救急センターのホットラインで受け付け、原則として最初から救命救急センターの医師が応答し、直ちに受入可否等の判断を行う体制となっている」:3点
- ・消防機関から救命救急センターを設置する病院への電話による搬送受入要請について、受入れに至らなかった場合の理由も含め対応記録を残し、応需率等を確認している:0点

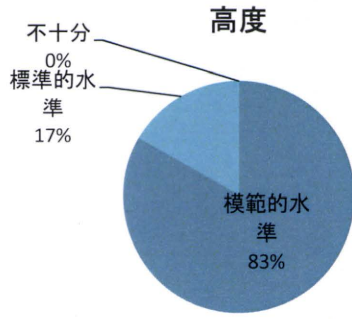
(小計)重篤患者の診療機能 上記1-29

ヒストグラム

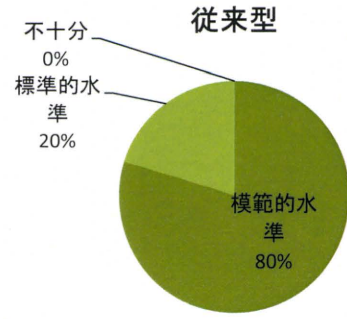


30. (都道府県による評価) 都道府県MC協議会又は地域MC協議会等への関与、参画

| | |
|----|----|
| 3 | 20 |
| 1 | 4 |
| -3 | 0 |



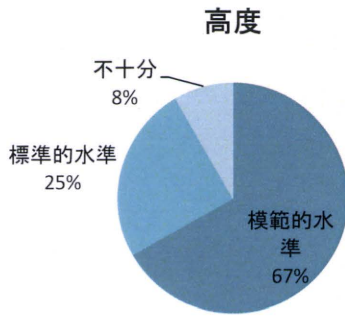
| | |
|----|-----|
| 3 | 157 |
| 1 | 40 |
| -3 | 0 |



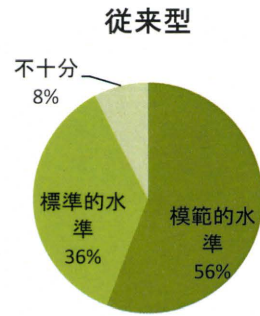
MC協議会、救急医療対策協議会又は救急患者受入コーディネーター確保事業に積極的にに関わり、地域の救急医療体制の充実に貢献している。
 ・都道府県において模範的な水準である: 3点
 ・標準的な水準である: 1点

31. (都道府県による評価) 救急医療情報システムへの関与

| | |
|----|----|
| 3 | 16 |
| 1 | 6 |
| -3 | 2 |



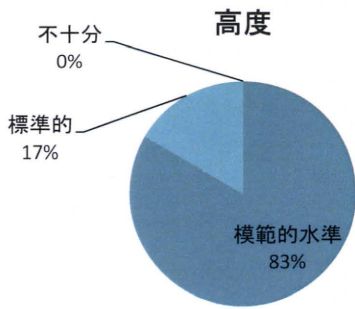
| | |
|----|-----|
| 3 | 110 |
| 1 | 72 |
| -3 | 15 |



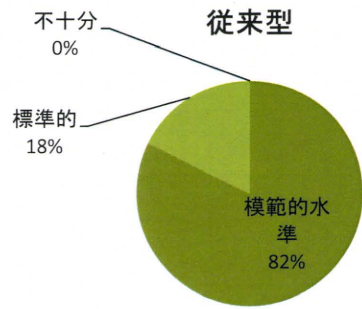
当該救命救急センターを設置する病院は、適切に情報を更新している。
 ・都道府県において模範的な水準である: 3点
 ・標準的な水準である: 1点

32. (消防機関による評価) ウツタイン様式調査への協力状況

| | |
|----|----|
| 3 | 20 |
| 1 | 4 |
| -3 | 0 |



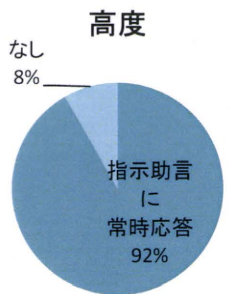
| | |
|----|-----|
| 3 | 162 |
| 1 | 35 |
| -3 | 0 |



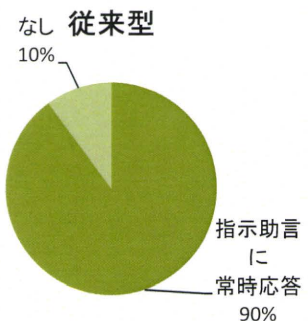
消防機関の実施するウツタイン様式調査に協力している。
 ・都道府県において模範的な水準である: 3点
 ・標準的な水準である: 1点

33. 救急救命士に対するMC体制への関与

| | |
|----|----|
| 0 | 22 |
| -3 | 2 |



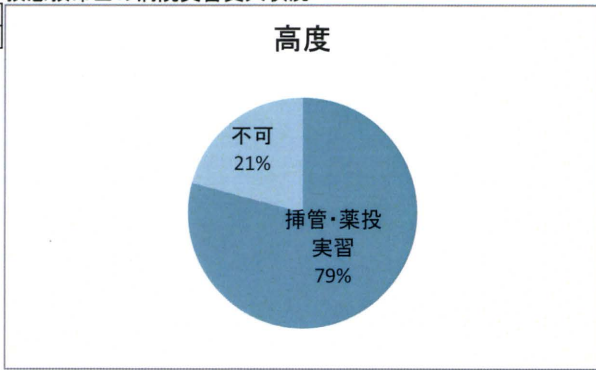
| | |
|----|-----|
| 0 | 177 |
| -3 | 20 |



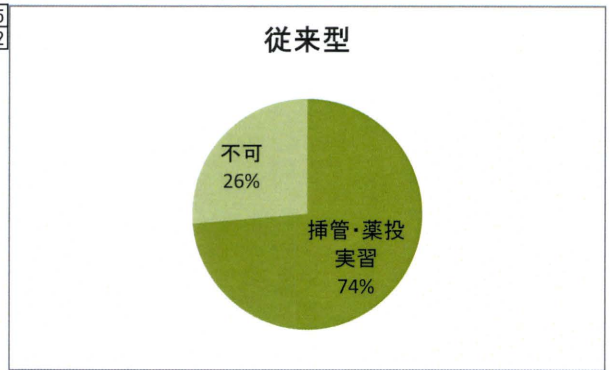
「救急救命士からの指示助言要請に、救命救急センターに勤務する医師が常時、専用電話で応答し、応答記録を整備している」又は「消防司令センター等に1の専任医師を派遣し、救急救命士に適切に指示助言を行い、応答記録を整備している」: 0点

34. 救急救命士の病院実習受入状況

| | |
|----|----|
| 0 | 19 |
| -5 | 5 |



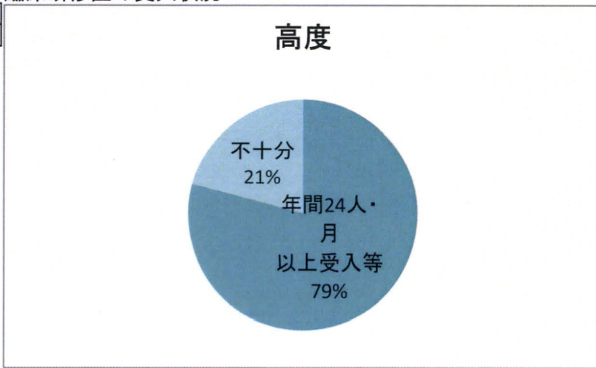
| | |
|----|-----|
| 0 | 145 |
| -5 | 52 |



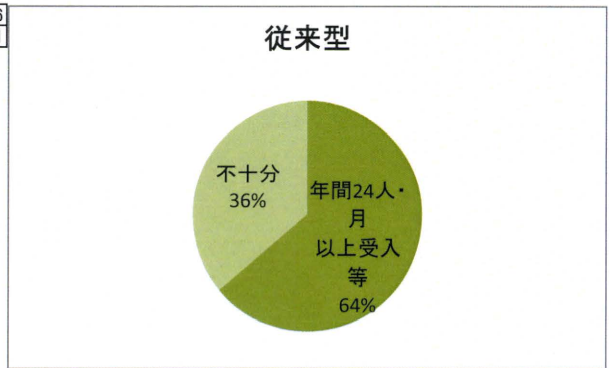
・挿管実習受入人数が1名以上であり、かつ、薬剤投与実習受入人数が1名以上である:0点

35. 臨床研修医の受入状況

| | |
|---|----|
| 2 | 19 |
| 0 | 5 |



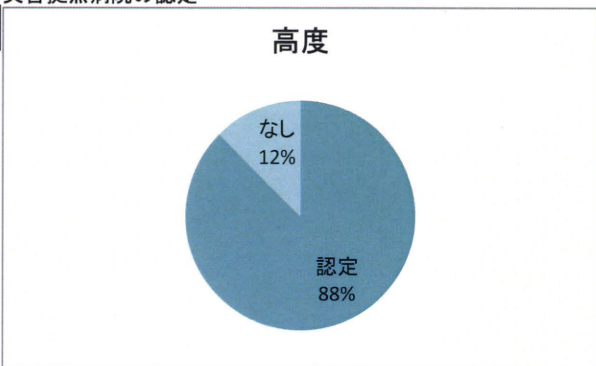
| | |
|---|-----|
| 2 | 126 |
| 0 | 71 |



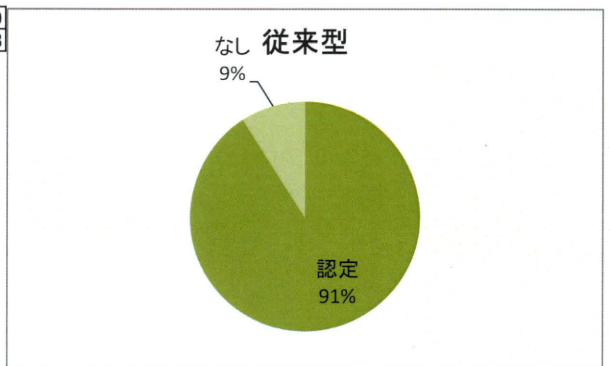
・救命救急センター(救命救急センターの救急外来を含む。)で、臨床研修医を年間24人・月以上受け入れ、かつ、一人当たりの期間が合計2か月以上である:2点

36. 災害拠点病院の認定

| | |
|---|----|
| 1 | 21 |
| 0 | 3 |



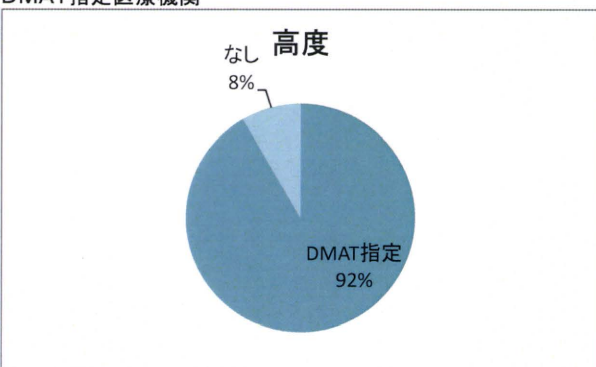
| | |
|---|-----|
| 1 | 179 |
| 0 | 18 |



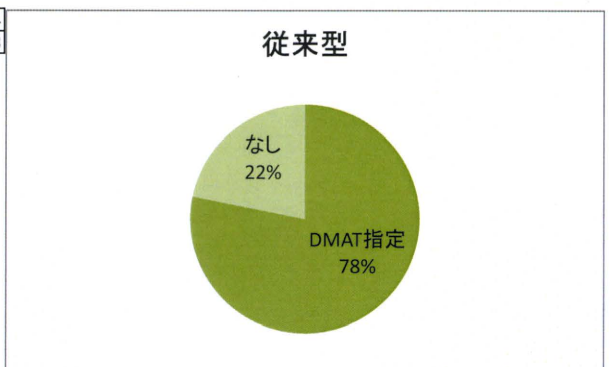
・災害拠点病院として認定されている:1点

37. DMAT指定医療機関

| | |
|---|----|
| 2 | 22 |
| 0 | 2 |

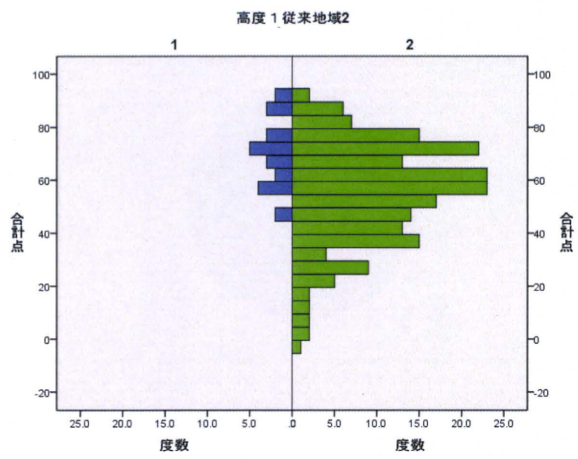


| | |
|---|-----|
| 2 | 154 |
| 0 | 43 |

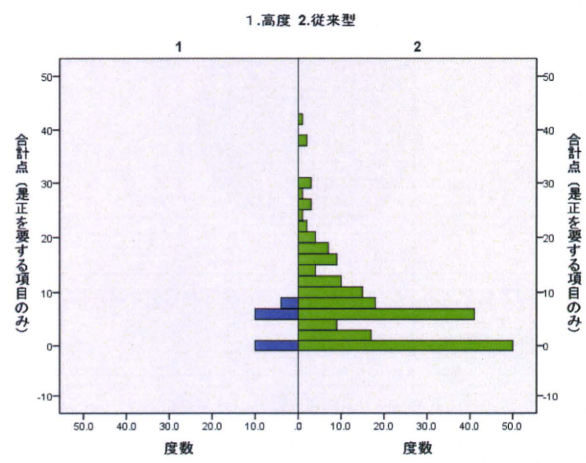


・DMAT指定医療機関であり、かつ、1の専従医師に厚生労働省の認定するDMAT研修を修了した者がいる:2点

合計点



合計点(是正を要する項目)



平成22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」

分担研究報告書

「救命救急センターの実態と評価についての研究」

| | | | |
|-------|----------------|---------------------|-----|
| 研究分担者 | 坂本哲也 | 帝京大学医学部救急医学 | 教授 |
| 研究協力者 | 丹野克俊 | 札幌医科大学救急集中治療部 | 講師 |
| | 田邊晴山 | 財団法人救急振興財団救急救命東京研修所 | 教授 |
| | 森村尚登 | 横浜市立大学医学部救急医学 | 教授 |
| | 藤田 尚 | 帝京大学医学部救急医学 | 講師 |
| | 青木則明 | ヘルスサービス R&D センター | 理事長 |
| | 太田祥子、酒井未知、錢谷聖子 | ヘルスサービス R&D センター | |

研究要旨；第三次救急医療体制の中核を担う救命救急センターは平成22年10月1日現在で234施設が設置されている。平成11年度より、救命救急センターの質の向上を目的に、救命救急センターの充実度評価が毎年度実施されてきたが、高評価を得ようとする施設の取組が促進された結果、平成18年度よりすべての施設が最高段階の評価を得るに至った。本研究では、平成21年3月31日に、厚生労働省より通知された「救命救急センターの新しい充実度評価について」に基づいて取りまとめられた平成21年度実績について、施設名について匿名化されたデータを各評価項目について、結果の概要を取りまとめ、救命救急センターに求められる機能ごとに分析を行った。重症・重篤患者に係る診療機能では、救命救急センター及びそれを設置する病院の救急診療体制と診療実績を評価した。救命救急センターの所管人口及び、当該センターから遠方まで別の施設があるか否かで補正したが、施設間に一定の格差を認めた。地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能については、救命救急センターやそれを設置する病院の自己評価ではなく、都道府県及び消防機関による客観的な評価とし、MC協議会、救急医療対策協議会等への関与、ウツタイン様式による心肺停止傷病者の調査への貢献などでは大半の救命救急センターが模範的な水準にあり、ほとんどの救命救急センターが地域の救急搬送・救急医療体制の核として機能していることが判明した。但し、救急医療情報システムの情報を適切に更新し、模範的な水準であると評価された病院は約半数に留まった。救急医療に関する教育機能については、多くの救命救急センターが救急救命士の挿管実習、薬剤投与実習、臨床研修医を受け入れて教育を行っていた。災害医療への対応機能は、9割の病院が災害拠点病院として認定され、8割の病院がDMAT指定医療機関で専従医師がDMAT研修を修了していた。平成21年度の本研究として行った「救急外来（ER）のあり方」に関するアンケート調査の詳細分析によると、救命救急センターとそれ以外の救急科専門医施設では、当直前後の日勤免除、日当直の代休、救急認定看護師の有無に有意な差があり、一般に救命救急センターを設置する病院の規模が大きいためだけでなく、救命救急センターに労働基準法の遵守を求めている効果が伺えた。また、救急疾患常時受入可能率については、救命救急センターとそれ以外の救急科専門医施設では全ての病態について、有意に救命救急センターのほうが可能率が高く、救急医療の最後の砦として患者を断らないという役割が重視されていた。新しい充実度評価は、救命救急センターだけでなく、それを設置する医療機関の救急医療機能を含めて評価されるものになっている。新しい充実度評価は、より質の高い救急医療を提供するための目標であり、この充実度評価を満足する体制を具現化するため、病院だけでなく地域住民の生命と健康に責任を持つ各都道府県及びその衛生主管部局が努力し、厚生労働省は適切な法制整備、政策誘導を行う必要がある。また、この充実度評価は現時点におけるものであり、今後も経時的に検証を行い、数値目標等については必要な改正を加えていくべきである。

A. はじめに

救命救急センターについては、昭和52年の「救急医療対策事業実施要項」（厚生省）の発表以来、重症度・緊急度の高い傷病者の受入医療機関である第三次救急医療体制の中核を担う施設として全国において整備が進められ、これまでに234施設（平成22年10月1日現在）が設置されるに至った。

この間、厚生省（厚生労働省）は、救命救急センターの質の向上を目的に、平成11年度以降、救命救急センターの充実度評価を、それぞれの施設のレベルアップを目的に毎年度実施してきた。評価方法は、施設の救急専用電話の有無、空床の確保数、診療データの集計の有無、専任医師数といった施設の診療体制について、各施設から報告される前年の一年間の実績を点数化し、充実度段階A・B・Cとして3段階に区分するものであった。

この評価結果は公表されるとともに、施設に対する運営費補助金や診療報酬の加算に反映されるため、高評価を得ようとする施設の取組が促進される仕組みになっていた。そのため、評価開始当初は評価の低い施設もあったものの、平成18年度よりすべての施設が最高段階の評価を得るに至った。このような状況をふまえて、平成20年度に厚生労働省において実施された「救急医療のあり方に関する検討会 中間取りまとめ」をふまえて、これまでの評価方法を大幅に見直し、平成21年に「新しい充実度評価」が公表され、平成22年度から新しい評価方法によって、各救命救急センターの評価が実施された。

本研究は、これまでの救命救急センターの整備の状況を概観するとともに、この新しい充実度評価によって初めて実施された救命救急センターの評価について、その内容を分析することで現在の救命救急センターを取り巻く状況について明らかにするものである。

B. 研究方法

<救命救急センターの整備の状況の概観>

これまで整備された救命救急センターについて、年毎の整備の状況、設立母体による整備の状況などについて、分析した。

<救命救急センターの充実度評価の分析>

平成21年3月31日に、厚生労働省医政局指導課長より各都道府県衛生主管部（局）長宛に通知された「救命救急センターの新しい充実度評価について」に基づいて、平成22年度に行う評価として各施設より都道

府県を經由して取りまとめられた平成21年度実績（平成21年4月から平成22年3月までの実績）について、施設名について匿名化されたデータを各評価項目について、結果の概要を取りまとめるとともに結果を視覚的に捉えられるようグラフ化した。分析にあたっては、救命救急センターに求められる機能ごとに分析をおこなった。具体的には、救命救急センターに求められる機能として、

- ・重症・重篤患者に係る診療機能
- ・地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能
- ・救急医療に関する教育機能
- ・災害医療への対応機能

の4つの柱ごとに分類を行った。

また、平成21年度の本研究として行った「救急外来（ER）のあり方」に関するアンケート調査を用いて、施設因子をER型、中間型、非ER型に類型するとともに、救命救急センター、救急科専門医指定施設（救命救急センターを除く）、救急告示病院（救命救急センター及び救急科専門医指定施設を除く）に分類し、それぞれの救急診療体制と救急疾患常時受入可能率について比較検討した。

なお、分析にあたっては、高度救命救急センターのあり方に関する研究（研究分担者 浅井康文）と協力しながら実施した。

C. 研究結果

<救命救急センターの整備の状況の概観について>

昭和52年より平成22年10月までに、234施設（4.9施設/県）の救命救急センターが整備された。平成21年中には9施設が新たに救命救急センターと認定、整備された。また平成22年（1月～9月中）には13施設が整備された。これまでで平均7.1施設/年の認定、整備が進められている。わが国の総人口を救命救急センター数で除した数値を単純にセンターあたりの担当人口とすると、約547,000人となる。

救命救急センターの設置母体の状況をみると、国立（国が設置母体のもの、国立病院機構を含む）20施設（9%）、公立（地方公共団体が設置母体のもの）77施設（33%）、公的医療機関（日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、社会福祉法人北海道社会事業協会、全国厚生農業協同組合連合会、国家公務員共済組合連合会）69施設（29%）、大学法人60施設（国立、公立、私立の医学部付属病院）（26%）、私的病院8施設（3%）であった。

高度救命救急センターに位置づけられているのが 225 施設 (11%) であり、地域救命救急センターとして位置づけられているのが 3 施設 (1%) である。

また、救命救急センターのうち、ドクターヘリが配備されている施設が 24 施設 (10%) であった。(※茨城県については、2つの基地病院でドクターヘリ 1機)

<救命救急センターの充実度評価項目ごとの状況について>

(1) 重症・重篤患者に係る診療機能

重症・重篤患者を診療するためには、救命救急センターに一定数以上の専従医師が必要となる。専従医師に過剰な負担がかからないように配慮しながら、夜間も含めて 24 時間体制で対応するためには 14 人 (所管人口が少ないセンターは 10 人：かつ遠方まで別の施設のないセンターは 7 人) 以上の専従医師数を理想としたが、これを満たした施設は 23% であった (図 1)。また、救命救急センターには、24 時間体制で診療の核となるべく救急科専門医が専従で勤務していることが望ましく、その為には 7 人 (5 人：4 人) 以上の救急科専門医が求められ、これを満たした施設は 22% であった (図 2)。24 時間体制を維持するためには、特に休日及び夜間帯が手薄となりがちであり、これらの時間帯でも重症患者の初期診療と集中治療の双方に対応できるよう 4 人 (3 人：2 人) 以上の医師数を確保している施設は 59% であった (図 3)。救命救急センター長が日本救急医学会指導医である施設は 49%、その他の救急医療に深く関連する学会認定の指導医など客観的に救急医療に関する指導者として評価を受けているか、あるいは救急科専門医である施設は 36% であった (図 4)。院内外の連携を推進し、転院・転棟の調整を行うものを救命救急センターに専従で配置している施設は 34% であった (図 5)。また、救命救急医療に関わる疾病別の診療データの登録制度へ参加し、自己評価を行っている施設は 49% であった (図 6)。消防機関から搬送受入要請を受ける専用の電話には 96% の施設で原則として医師が最初から応答し、直ちに受入可否等の判断を行う体制となっていた (図 7)。抗菌薬使用に関する統一した基準を救命救急センター内で定め、院内感染対策委員による病棟回診を週に 1 回以上行っている施設は 64% であった (図 8)。89% の施設で、医療事故・患者をテーマにした研修に、救命救急センター専従の医師・看護師が年 2 回以上参加していた (図 9)。

年間に受け入れた重篤患者数が 1300 人以上の施設が 16% であるのに対し、600 人以下の施設は 27% であった (図 10)。所管人口 10 万人当たりの年間受け入れ重篤患者数は、225 人以上の施設が 28% であるのに対し、75 人未満の施設が 10% であった。消防機関から救命救急センターに対する搬送受入要請について、受入に至らなかった場合の理由も含めて対応記録を残し、応需率等を確認するだけでなく、応需状況を員内外に公表し、改善に向けた検討を実施している施設は 64% であった (図 11)。98% の救命救急センターは疾病の種類によらない受入を実施しており (図 12)、78% の救命救急センターは救急外来にトリアージを行う看護師又は医師を配置して (図 13)、94% の救命救急センターでは患者の診療台帳を電子的に整備し、その台帳を適切に管理する者を定めていた (図 14)。

各専門分野について診療体制が十分に確保できている救命救急センターは、循環器疾患 58%、脳神経疾患 49%、整形外科医による外傷診療 38%、精神科医 69%、小児 (外) 科医 92%、産 (婦人) 科医 94% であった (図 15-20)。

医師事務作業補助者を 24 時間常時、救命救急センターに専従で確保しているのは 5%、常時ではないが専従であるのは 47% であった (図 21)。マルチスライス CT が初療室に隣接し、1.5 テスラー以上の MRI とともに常時撮影可能である救命救急センターは 74% であった (図 22)。麻酔科の医師、手術室の看護師が常時、院内で待機していて、直ちに手術が可能な体制が整っている救命救急センターは 58% であった (図 23)。89% の救命救急センターで、所属する病院においてセンター機能の評価・運営委員会を設置して少なくとも半期毎に会議を開催していた (図 24)。82% の病院が日本医療機能評価機構・ISO において認定を受けていた (図 25)。医師の負担軽減に資する具体的計画を策定し、職員等に周知している救命救急センターは 75% (図 26)、交代制勤務の導入により休日及び夜間勤務の適正化を行っている救命救急センターは 27%、交代制勤務には至らないが労働基準法の遵守を徹底している救命救急センターは 34% であった (図 27)。

救命救急センターを設置する病院全体の年間受入救急車搬送人員数が 7000 人以上の病院は 8%、4000 人以上の病院は 39% であり、1000 人未満の病院は 4% であった (図 28)。所管人口 10 万人当たりの年間受

入救急車搬送人員数は、800人以上が44%、400人以上が35%、400人未満が21%であった(図28)。消防機関から病院に対する搬送受入要請への対応状況を受入に至らなかった場合の理由も含めて記録を残し、応需状況を院内外に公表し、応需状況の改善等に向けた検討を院内で行っているのは74%であった(図29)。

(2) 地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能
都道府県による評価でMC協議会、救急医療対策協議会等に積極的に関わり、地域の救急医療体制の充実に貢献し、都道府県において模範的な水準な救命救急センターは80%であった(図30)。同様に、救急医療情報システムの情報を適切に更新し、都道府県から模範的な水準であると評価された病院は57%であった(図31)。

消防機関による評価で、ウツタイン様式による心肺停止傷病者の調査に模範的な水準で協力している救命救急センターは82%であった(図32)。90%の救命救急センターが、救急救命士に対する指示助言を適切に行い、応答記録も整備していると評価された(図33)。

(3) 救急医療に関する教育機能
救急救命士の挿管実習受入人数が1名以上であり、かつ、薬剤投与実習受入人数が1名以上である病院は74%であった(図34)。救命救急センターで臨床研修医を年間24人・月以上受け入れ、かつ、1人当たりの機関が合計2カ月以上であるのは66%であった(図35)。

(4) 災害医療への対応機能
90%の病院が災害拠点病院として認定され(図36)、80%の病院がDMAT指定医療機関であり、かつ、専従医師がDMAT研修を修了していた(図37)。

<「救急外来のあり方」調査の詳細分析について>

平成21年度の本研究として行った「救急外来(ER)のあり方」に関するアンケート調査の結果を詳細分析した。ER型129施設、中間型120施設、非ER型146施設の3種類の救急診療体制において、ER型と中間型で有意な差はトリアージナースの有無であった。中間型と非ER型は、救急認定看護師の有無で有意な差があった。これらに加えて、ER型と非ER型との間では、当直前後の日勤免除の有無、トリアージ基準の有無に有意な差があった。救急疾患常時受入可能率については、ER型と中間型では全ての病態について差が無かったが、非ER型は精神疾患を除く全ての病態で有意に可能率が低かった(表1)。

同様に、救命救急センター、救急科専門医指定施設(救命救急センターを除く)、救急告示病院(救命救急センター及び救急科専門医指定施設を除く)の3種類の救急診療体制では、救命救急センターとそれ以外の救急科専門医施設では、当直前後の日勤免除、日当直の代休、救急認定看護師の有無に有意な差があった。救急科専門医施設とそれ以外の救急告示病院ではトリアージナースの有無に有意な差があった。救急疾患常時受入可能率については、救命救急センターとそれ以外の救急科専門医施設では全ての病態について、有意に救命救急センターの可能率が高かった。救急科専門医施設とそれ以外の救急告示病院では、頭部手術を要する重症外傷、心肺停止、急性中毒の可能率が救急科専門医施設で有意に高かった(表2)。

D. 考察

重症度・緊急度の高い傷病者の受入医療機関である第三次救急医療体制の中核を担う救命救急センターは全国において整備が進められ、平成22年10月1日現在で234施設が設置されている。平成11年度より、救命救急センターの質の向上を目的に、救命救急センターの充実度評価が毎年度実施されてきたが、高評価を得ようとする施設の取組が促進された結果、平成18年度よりすべての施設が最高段階の評価を得るに至った。本研究では、平成21年3月31日に、厚生労働省医政局指導課長より各都道府県衛生主管部(局長宛)に通知された「救命救急センターの新しい充実度評価について」に基づいて、平成22年度に行う評価として各施設より都道府県を経由して取りまとめられた平成21年度実績(平成21年4月から平成22年3月までの実績)について、施設名について匿名化されたデータを各評価項目について、結果の概要を取りまとめ、救命救急センターに求められる機能ごとに分析を行った。重症・重篤患者に係る診療機能では、救命救急センター及びそれを設置する病院の救急診療体制と診療実績を評価した。救命救急センターの所管人口及び、当該センターから遠方まで別の施設があるか否かで補正したが、施設間に一定の格差を認めた。これらの評価は自己申告によるものであり、客観的な第三者評価ではないという限界を持っているが、救命救急センターに勤務する職員の努力により解決する問題だけではなく、救命救急センターを設置する病院の責任者の救急医療に対する姿勢を反映するものであると考えられる。更に、医師の偏在や救急医療に要

する予算の逼迫など、病院の努力のみでは解決できない課題については、地域住民の生命と健康に責任を持つ各都道府県及びその衛生主管部局の役割が問われることになる。

地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能については、救命救急センターやそれを設置する病院の自己評価ではなく、カウンターパートである都道府県及び消防機関に客観的な評価を依頼した。MC 協議会、救急医療対策協議会等への関与、ウツタイン様式による心肺停止傷病者の調査への貢献などでは大半の救命救急センターが模範的な水準にあり、ほとんどの救命救急センターが地域の救急搬送・救急医療体制の核として機能していることが判明した。但し、救急医療情報システムの情報を適切に更新し、模範的な水準であると評価された病院は約半数に留まった。

救急医療に関する教育機能は、救急救命士の挿管実習、薬剤投与実習については四分の三の病院で両方も受け入れていて、年間 24 人・月以上の臨床研修医を受け入れて教育を行っているのは三分の二の救命救急センターであった。

災害医療への対応機能は、9 割の病院が災害拠点病院として認定され、8 割の病院が DMAT 指定医療機関で専従医師が DMAT 研修を修了していた。

平成 21 年度の本研究として行った「救急外来 (ER) のあり方」に関するアンケート調査の詳細分析によると、救命救急センターとそれ以外の救急科専門医施設では、当直前後の日勤免除、日当直の代休、救急認定看護師の有無に有意な差があり、一般に救命救急センターを設置する病院の規模が大きいためだけでなく、救命救急センターに労働基準法の遵守を求めている効果が伺えた。また、救急疾患常時受入可能率については、救命救急センターとそれ以外の救急科専門医施設では全ての病態について、有意に救命救急センターのほうが可能率が高く、救急医療の最後の砦として患者を断らないという役割が重視されていた。

E. 結論

平成 11 年度からの救命救急センターの充実度評価は、公表されるとともに、施設に対する運営費補助金や診療報酬の加算に反映されるため、高評価を得ようとする施設の取組が促進される仕組みとなり、それぞれの施設のレベルアップに一定の役割を果たしてきた。平成 21 年 3 月 31 日に、厚生労働省医政局指導課長より各都道府県衛生主管部 (局) 長宛に通知された

「救命救急センターの新しい充実度評価について」では、救命救急センターだけでなく、それを設置する医療機関の救急医療機能を含めて評価されるものになっている。これらの評価は自己申告によるものであり、客観的な第三者評価ではないという限界を持っているが、救命救急センターに勤務する職員の努力により解決する問題だけではなく、救命救急センターを設置する病院の責任者の救急医療に対する姿勢を反映する。更に、医師の偏在や救急医療に要する予算の逼迫など、病院の努力のみでは解決できない課題については、地域住民の生命と健康に責任を持つ各都道府県及びその衛生主管部局の役割が問われる。

診療の質を改善するための評価は、本来、他施設の達成状況と自施設を比べて、自施設を改善するために用いるべきものである。救命救急センターの新しい充実度評価も、より質の高い救急医療を提供するための目標であるので、現時点でこれを満たしていないとの理由のみで安易に運営費補助金や診療報酬の加算を減らすべきではない。逆に、この充実度評価を満足する体制を具現化するため、病院だけでなく地域住民の生命と健康に責任を持つ各都道府県及びその衛生主管部局が努力し、厚生労働省は適切な法制整備、政策誘導を行うなど、十分な配慮が必要となる。また、この充実度評価は現時点におけるものであり、今後も経時的に検証を行い、数値目標等については必要な改正を加えていくべきである。

F. 研究発表

なし

G. 知的所有権

なし

H. その他

参考にした文献は以下の通りである。

- 1) 有賀 徹、井上徹英、上嶋権兵衛、坂本哲也、益子邦洋、山本修三、梅里良正、鈴木荘太郎、伊藤弘人、前田幸宏・救急医療における質の評価・病院・2000・59 (690-696)
- 2) 病院医療の質に関する研究会・病院機能評価スタンダードおよびスコアリングガイドライン Ver5.0・日本医科大学医療管理学教室・1995・(73-77)
- 3) 財団法人日本医療機能評価機構・平成 11 年度版評価判定指針—一般病院・精神病院・1998 (12-15)
- 4) 日本救急医学会診療の質評価指標に関する委員

会・クリニカルインディケータの開発に関する研究・平成11年度クリニカルインディケータ調査結果・2000

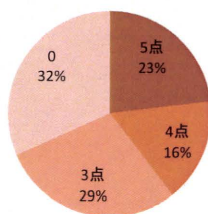
5) 梅里良正、有賀 徹、伊藤弘人、井上徹英、上嶋権兵衛、坂本哲也、鈴木荘太郎、前田幸宏、益子邦洋、山本修三・救急医療領域におけるクリニカル・インディケータの開発に関する研究・病院管理・38・2001・(301-310)

6) 益子邦洋、有賀 徹、上嶋権兵衛、山本修三、坂本哲也、井上徹英、鈴木荘太郎、梅里良正、伊藤弘人、前田幸宏・三次救急医療機関の機能を評価する指標の開発と今後の課題・日本救急医学会雑誌・2002・13(769-778)

1. 専従医師数

| | |
|---|----|
| 5 | 51 |
| 4 | 36 |
| 3 | 64 |
| 0 | 70 |

1. 専従医師数

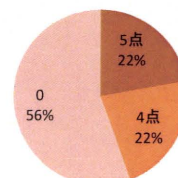


- ①一般の救命救急センター
 - ・14人以上:5点 ・ 10人以上:4点 ・ 6人以上:3点
- ②所管人口の少ない救命救急センター
 - ・10人以上:5点 ・ 7人以上:4点 ・ 5人以上:3点
- ③所管人口が少なく、遠方まで別の施設のない救命救急センター
 - ・7人以上:5点 ・ 5人以上:4点 ・ 3人以上:3点

2. 専従医師数に占める救急科専門医数

| | |
|---|-----|
| 5 | 49 |
| 4 | 49 |
| 0 | 123 |

2. 専従医師数に占める救急科専門医数

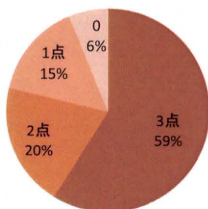


- ①一般の救命救急センター
 - ・7人以上:5点 ・ 5人以上:4点
- ②所管人口の少ない救命救急センター
 - ・5人以上:5点 ・ 3人以上:4点
- ③所管人口が少なく、遠方まで別の施設のない救命救急センター
 - ・4人以上:5点 ・ 2人以上:4点

3. 休日及び夜間帯における医師数

| | |
|---|-----|
| 3 | 130 |
| 2 | 44 |
| 1 | 33 |
| 0 | 14 |

3. 休日及び夜間帯における医師数

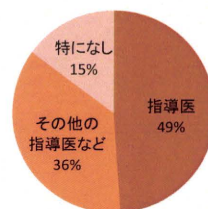


- ①一般の救命救急センター
 - ・4人以上:3点 ・ 3人以上:2点 ・ 2人以上:1点
- ②所管人口の少ない救命救急センター
 - ・3人以上:3点 ・ 2人以上:1点
- ③所管人口が少なく、遠方まで別の施設のない救命救急センター
 - ・2人以上:3点 ・ 1人以上:1点

4. 救命救急センター長の要件

| | |
|---|-----|
| 3 | 108 |
| 1 | 80 |
| 0 | 33 |

4. 救命救急センター長の要件

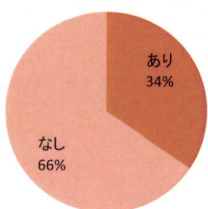


- ・1の専従医師であり、かつ、日本救急医学会指導医である:3点
- ・1の専従医師であり、かつ、「救急医療に深く関連する学会認定の指導医など客観的に救急医療に関する指導者として評価を受けている」又は「救急科専門医である」:1点

5. 転院・転棟の調整を行う者の配置

| | |
|---|-----|
| 2 | 76 |
| 0 | 145 |

5. 転院・転棟の調整を行う者の配置

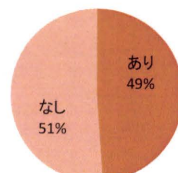


- ・院内外の連携を推進し、転院・転棟の調整を行う者を救命救急センターに専従で配置している:2点

6. 診療データの登録制度への参加と自己評価

| | |
|---|-----|
| 2 | 108 |
| 0 | 113 |

6. 診療データの登録制度への参加と自己評価

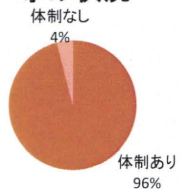


- ・救命救急医療に関わる疾病別の診療データの登録制度へ参加し、自己評価を行っている:2点

7. 消防機関から搬送受入要請を受ける救命救急センターの電話等の状況

| | |
|----|-----|
| 0 | 212 |
| -5 | 9 |

7. 消防機関から搬送受入要請を受ける救命救急センターの電話等の状況

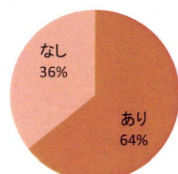


- ・専用の電話（ホットライン）があり、原則として最初から救命救急センターの医師が応答し、直ちに受入可否等の判断を行う体制になっている:0点

8. 感染症の管理について（抗菌薬使用基準、病棟回診）

| | |
|---|-----|
| 2 | 142 |
| 0 | 79 |

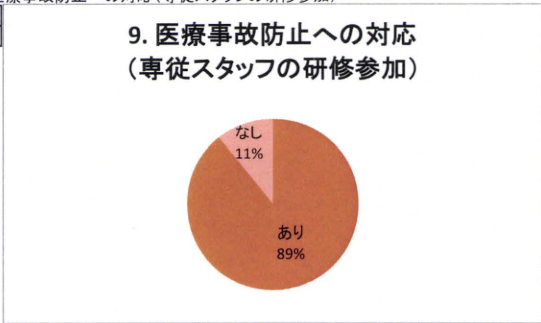
8. 感染症の管理について（抗菌薬使用基準、病棟回診）



- ・抗菌剤使用に関する統一した基準を救命救急センター内で定め、院内感染対策委員による病棟回診を週に1回以上実施している:2点

9. 医療事故防止への対応(専従スタッフの研修参加)

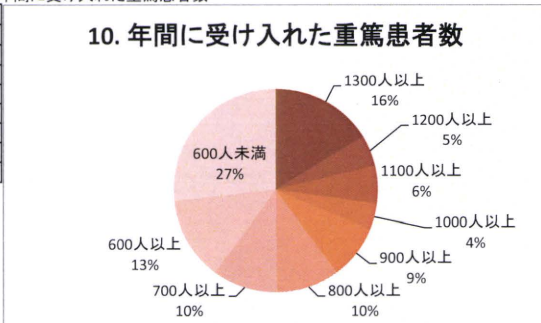
| | |
|---|-----|
| 2 | 197 |
| 0 | 24 |



・医療事故・患者をテーマにした研修に、救命救急センター専従の医師・看護師が基本的に年2回以上参加している:2点

10. 年間に受け入れた重篤患者数

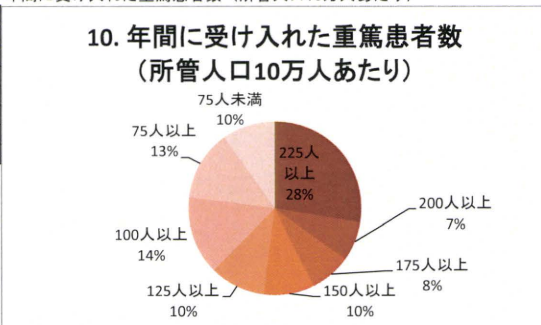
| | |
|---|----|
| 8 | 36 |
| 7 | 11 |
| 6 | 13 |
| 5 | 9 |
| 4 | 19 |
| 3 | 22 |
| 2 | 23 |
| 1 | 29 |
| 0 | 59 |



・600人以上:1点、700人以上:2点、800人以上:3点、900人以上:4点、1000人以上:5点、1100人以上:6点、1200人以上:7点、1300人以上:8点

10. 年間に受け入れた重篤患者数(所管人口10万人あたり)

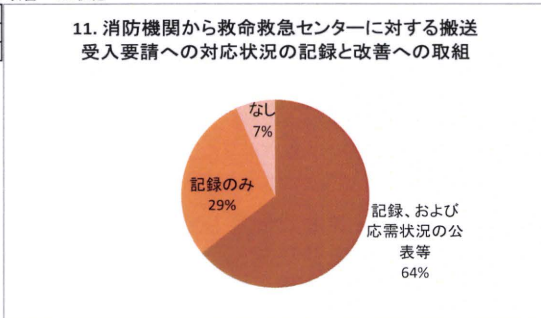
| | |
|---|----|
| 7 | 61 |
| 6 | 16 |
| 5 | 17 |
| 4 | 21 |
| 3 | 23 |
| 2 | 32 |
| 1 | 29 |
| 0 | 22 |



・所管人口10万人当たり、75人以上:1点、100人以上:2点、125人以上:3点、150人以上:4点、175人以上:5点、200人以上:6点、225人以上:7点

11. 消防機関から救命救急センターに対する搬送受入要請への対応状況の記録と改善への取組

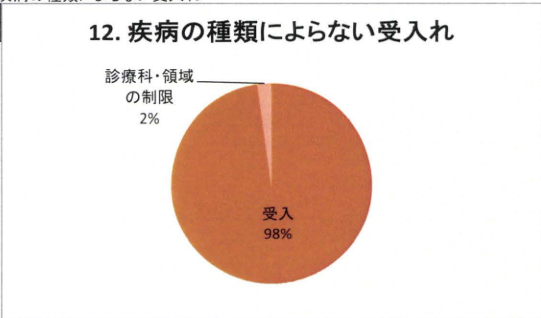
| | |
|----|-----|
| 5 | 142 |
| 0 | 64 |
| -5 | 15 |



・消防機関から救命救急センターへの電話による搬送受入要請について、受入れに至らなかった場合の理由も含め対応記録を残し、応需率等を確認している。かつ、応需状況について院内外に公表するとともに、院外の委員会(メディカルコントロール協議会等)や院内の委員会で応需状況の改善等に向けた検討を実施している。:5点
・消防機関から救命救急センターへの電話による搬送受入要請について、受入れに至らなかった場合の理由も含め対応記録を残し、応需率等を確認している:0点

12. 疾病の種類によらない受入れ

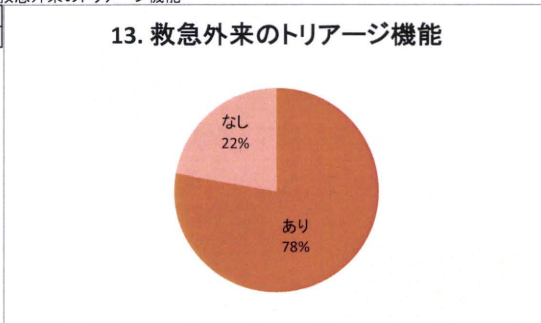
| | |
|----|----|
| 0 | ## |
| ## | 5 |



・救命救急医療が必要と考えられる重篤搬送患者については、基本的に疾病の種類によらず受け入れている:0点

13. 救急外来のトリアージ機能

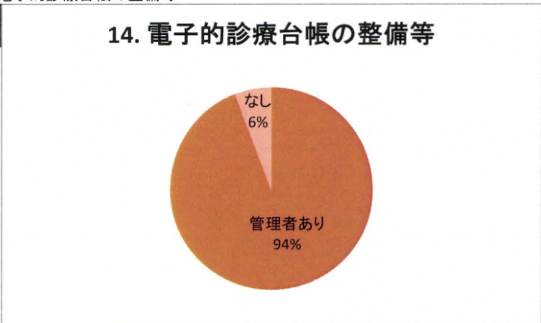
| | |
|---|-----|
| 2 | 172 |
| 0 | 49 |



・救急外来にトリアージを行う看護師又は医師が、基本的に配置されている:2点

14. 電子的診療台帳の整備等

| | |
|----|----|
| 0 | ## |
| -5 | 13 |



・救命救急センターで診療を行った患者の診療台帳を電子的に整備し、その台帳を適切に管理する者を定めている:0点

15. 循環器疾患への診療体制

| | |
|----|-----|
| 1 | 128 |
| 0 | 75 |
| -5 | 18 |

15. 循環器疾患への診療体制



- ・救急医の診療依頼に応じる循環器医が院内に常時勤務しており、循環器疾患を疑う患者が搬送された時に迅速に診療できる体制になっている：1点
- ・循環器疾患を疑う患者が搬送された時に、1の専従医師が診察を行い、循環器医が迅速に診療できる体制になっている：0点

16. 脳神経疾患への診療体制

| | |
|----|----|
| 1 | ## |
| 0 | 95 |
| -5 | 17 |

16. 脳神経疾患への診療体制



- ・救急医の診療依頼に応じる脳神経医が院内に常時勤務しており、脳神経疾患を疑う患者が搬送された時に迅速に診療できる体制になっている：1点
- ・脳神経疾患を疑う患者が搬送された時に、1の専従医師が診察を行い、脳神経医が迅速に診療できる体制になっている：0点

17. 整形外科医による外傷診療体制

| | |
|----|----|
| 1 | 83 |
| 0 | ## |
| -5 | 18 |

17. 整形外科医による外傷診療体制

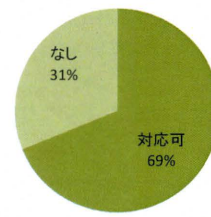


- ・救急医の診療依頼に応じる整形外科医が院内に常時勤務しており、外傷を疑う患者が搬送された時に迅速に診療できる体制になっている：1点
- ・外傷を疑う患者が搬送された時に、1の専従医師が診察を行い、整形外科医が迅速に診療できる体制になっている：0点

18. 精神科医による診療体制

| | |
|---|-----|
| 2 | 152 |
| 0 | 69 |

18. 精神科医による診療体制

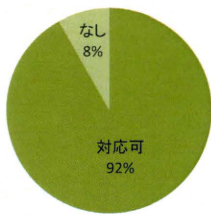


- ・精神的疾患を伴う患者が搬送された時に、常時院内の精神科医が直接診察するか、救命救急センターの医師が昼夜を問わず精神科医に相談できる体制になっている：2点

19. 小児（外）科医による診療体制

| | |
|---|-----|
| 2 | 203 |
| 0 | 18 |

19. 小児（外）科医による診療体制

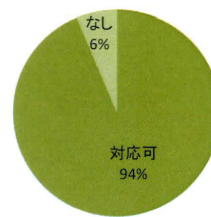


- ・小児患者（患児）が搬送された時に、常時院内の小児（外）科医が直接診察するか、救命救急センターの医師が昼夜を問わず小児（外）科医に相談できる体制になっているとともに、小児の救命救急医療に必要な機器等が整備されている：2点

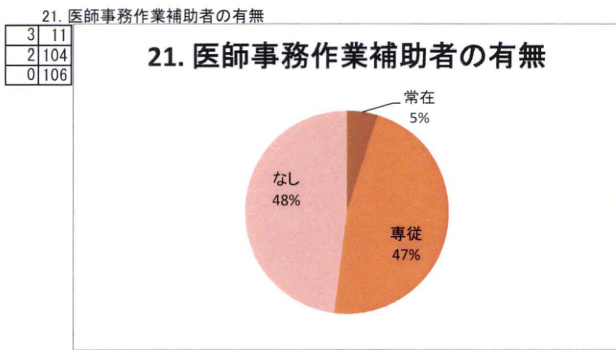
20. 産（婦人）科医による診療体制

| | |
|---|-----|
| 2 | 207 |
| 0 | 14 |

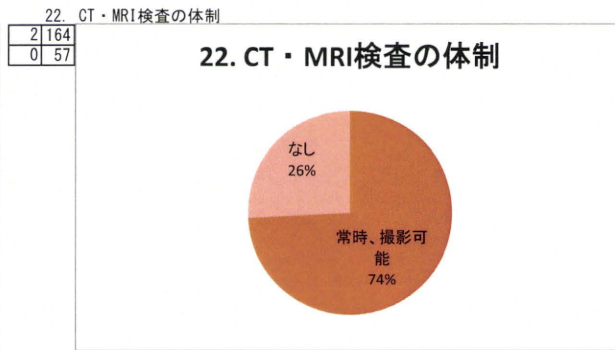
20. 産（婦人）科医による診療体制



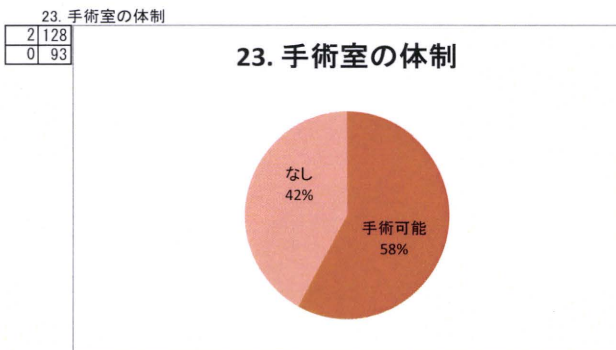
- ・産（婦人）科に関する患者が搬送された時に、常時院内の産（婦人）科医が直接診察するか、救命救急センターの医師が昼夜を問わず産（婦人）科医に相談できる体制になっている：2点



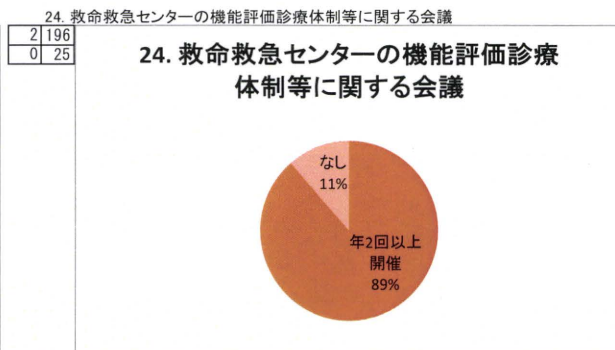
- ・24時間常時、救命救急センターに専従で確保されている：3点
- ・救命救急センターに専従で確保されている：2点



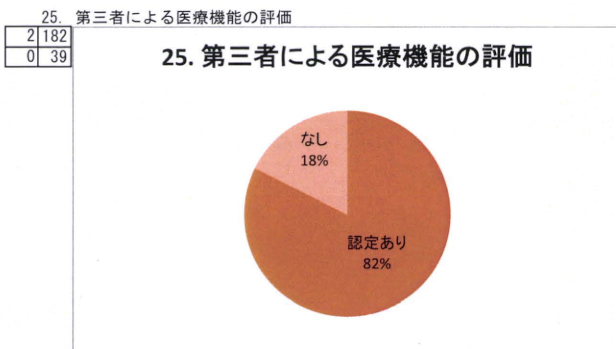
- ・マルチスライスCTが、常時、初療室に隣接した検査室で直ちに撮影可能であり、かつ、MRI(1.5テスラー以上)も常時、直ちに撮影可能である：2点



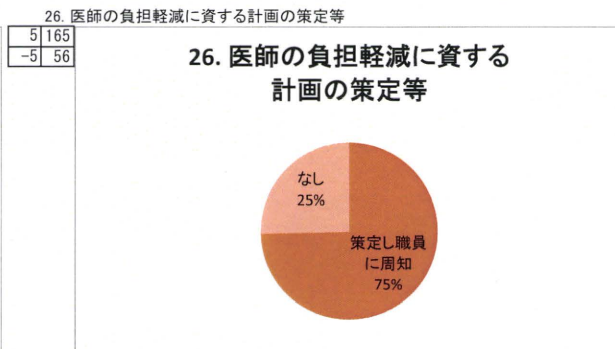
- ・常時、麻酔科の医師、手術室の看護師が院内で待機しており、緊急手術が必要な患者が搬送された際に、直ちに手術が可能な体制が整っている：2点



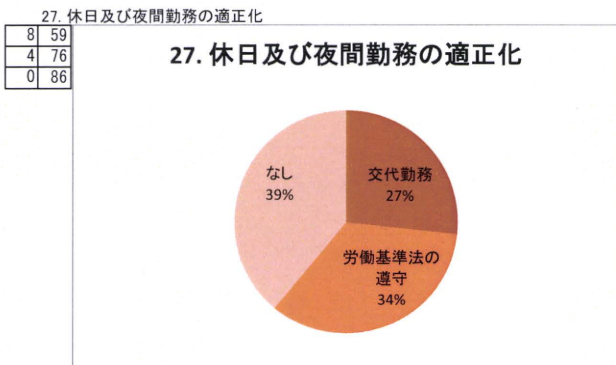
- ・救命救急センターを設置する病院において、センター機能の評価・運営委員会を設置し、また、重篤患者への診療体制や院内の連携についての会議を少なくとも半期毎に開催している：2点



- ・日本医療機能評価機構・ISOによる医療機能評価において認定を受けている：2点



- ・1の専従医師の負担の軽減に資する具体的計画を策定し、職員等に周知している：5点

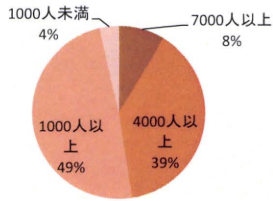


- ・管理者等が、3の休日及び夜間の救命救急センターで診療を行う医師の勤務実態を把握し、かつ、労働基準法令及び「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」(平成14年3月19日付厚生労働省労働基準局長通知)等が遵守されているかどうか、四半期毎に点検し改善を行っている：4点
- ・上記に加え、3の休日及び夜間の救命救急センターで診療を行う医師の勤務について、交代制勤務を導入している：さらに4点

28. 救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員

| | |
|---|-----|
| 3 | 19 |
| 2 | 86 |
| 1 | 108 |
| 0 | 8 |

28. 救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員

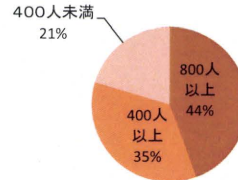


・1000人以上：1点、4000人以上：2点、7000人以上：3点

28. 救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員(所管人口10万人あたり)

| | |
|---|----|
| 2 | 98 |
| 1 | 78 |
| 0 | 45 |

28. 救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員(所管人口10万人あたり)

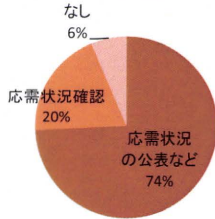


・所管人口10万人当たり、400人以上：1点、800人以上：2点

29. 消防機関から救命救急センターを設置する病院に対する搬送受入要請への対応状況の記録と改善への取組

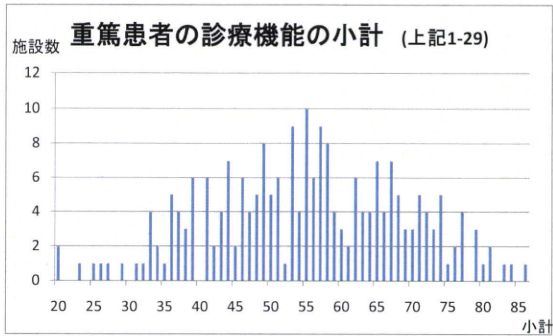
| | |
|----|----|
| 3 | ## |
| 0 | 43 |
| -3 | 14 |

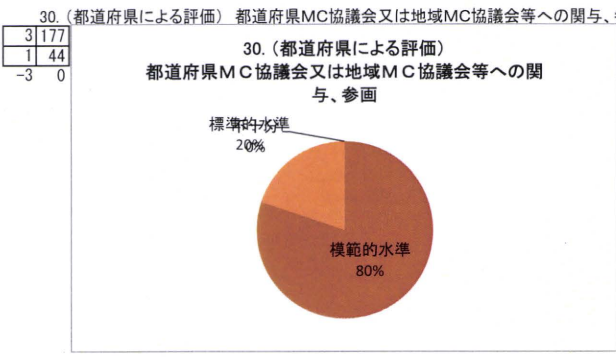
29. 消防機関から救命救急センターを設置する病院に対する搬送受入要請への対応状況の記録と改善への取組



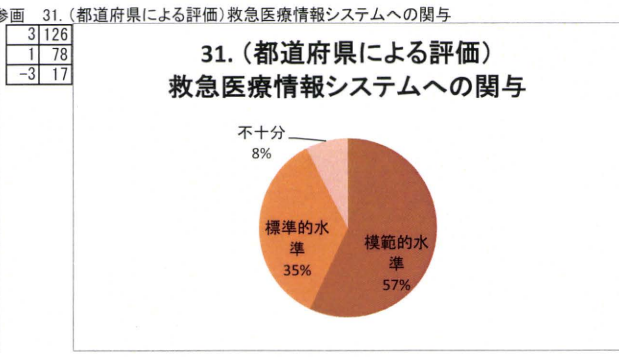
- ・「消防機関から救命救急センターを設置する病院への電話による搬送受入要請について、消防機関からの連絡を受ける専用電話があり、最初から医師か看護師が電話を受け、受入れに至らなかった場合の理由も含め対応記録を残している。かつ、応需状況について院内外に公表するとともに、応答までに要する時間の短縮や応需状況の改善等に向けた検討を院内で行っている」又は「救命救急センターを設置する病院への消防機関からの搬送受入要請について、すべて救命救急センターのホットラインで受け付け、原則として最初から救命救急センターの医師が応答し、直ちに受入可否等の判断を行う体制となっている」：3点
- ・消防機関から救命救急センターを設置する病院への電話による搬送受入要請について、受入れに至らなかった場合の理由も含め対応記録を残し、応需率等を確認している。0点

重篤患者の診療機能(小計)

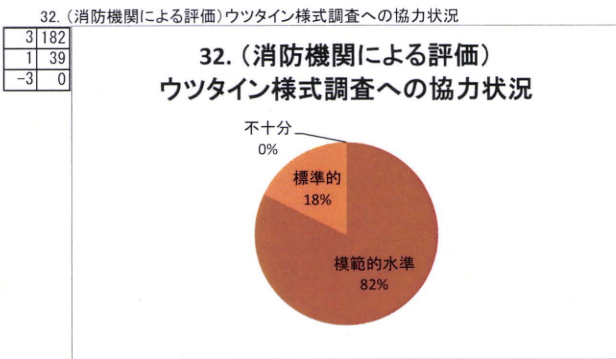




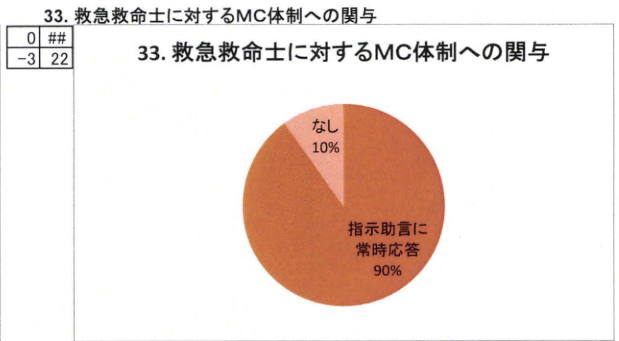
MC協議会、救急医療対策協議会又は救急患者受入コーディネーター確保事業に積極的にに関わり、地域の救急医療体制の充実に貢献している。
 ・都道府県において模範的な水準である：3点
 ・標準的な水準である：1点



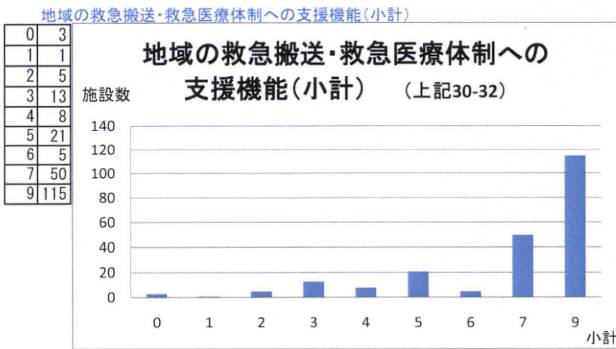
当該救命救急センターを設置する病院は、適切に情報を更新している。
 ・都道府県において模範的な水準である：3点
 ・標準的な水準である：1点



消防機関の実施するウツタイン様式調査に協力している。
 ・都道府県において模範的な水準である：3点
 ・標準的な水準である：1点



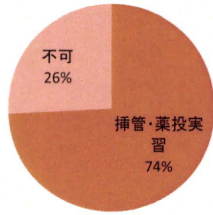
「救急救命士からの指示助言要請に、救命救急センターに勤務する医師が常時、専用電話で応答し、応答記録を整備している」又は「消防司令センター等に1の専従医師を派遣し、救急救命士に適切に指示助言を行い、応答記録を整備している」：0点



34. 救急救命士の病院実習受入状況

| | |
|----|-----|
| 0 | 164 |
| -5 | 57 |

34. 救急救命士の病院実習受入状況

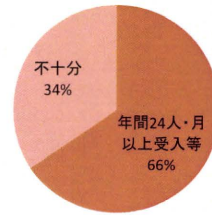


・挿管実習受入人数が1名以上であり、かつ、薬剤投与実習受入人数が1名以上である：0点

35. 臨床研修医の受入状況

| | |
|---|-----|
| 2 | 145 |
| 0 | 76 |

35. 臨床研修医の受入状況

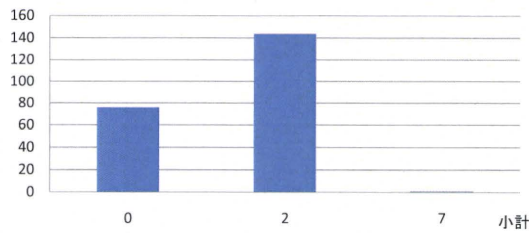


・救命救急センター(救命救急センターの救急外来を含む。)で、臨床研修医を年間24人・月以上受け入れ、かつ、一人当たりの期間が合計2か月以上である：2点

救急医療の教育機能の小計

| | |
|---|-----|
| 0 | 76 |
| 2 | 144 |
| 7 | 1 |

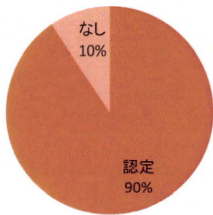
救急医療の教育機能の小計 (上記34-35)



36. 災害拠点病院の認定

| | |
|---|-----|
| 1 | 200 |
| 0 | 21 |

36. 災害拠点病院の認定

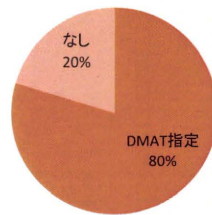


・災害拠点病院として認定されている：1点

37. DMAT指定医療機関

| | |
|---|-----|
| 2 | 176 |
| 0 | 45 |

37. DMAT指定医療機関

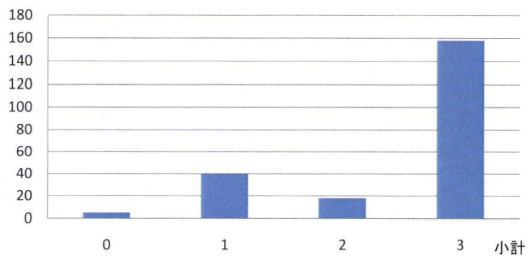


・DMAT指定医療機関であり、かつ、1の専従医師に厚生労働省の認定するDMAT研修を修了した者がいる：2点

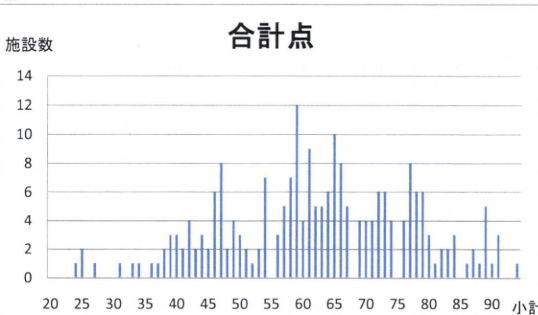
災害時対応機能の小計

| | |
|---|-----|
| 0 | 5 |
| 1 | 40 |
| 2 | 18 |
| 3 | 158 |

災害時対応機能の小計 (上記36-37)



合計点



合計点2 (是正を要する項目)

