

包括的脳卒中センターの整備に向けた

脳卒中の救急医療に関する研究

平成23年度 第1回班会議 議事録

日 時：平成23年6月24日（金） 12:30～16:00

場 所：京都大学東京オフィス 品川インターシティA棟27階 会議室3

出席者（敬称略）

氏名	所属	
飯原 弘二	国立循環器病研究センター 脳血管部門長 脳神経外科部長	研究代表者
中川原 譲二	中村記念病院 診療本部長 脳卒中センター長	分担研究者
塩川 芳昭	杏林大学 脳神経外科 教授	分担研究者
小野 純一	千葉県循環器病センター センター長	分担研究者
宮地 茂	名古屋大学 脳神経外科 准教授	分担研究者
尾原 知行 (代 豊田 一則)	国立循環器病研究センター 脳血管内科	分担研究者
永田 泉	長崎大学 脳神経外科 教授	分担研究者
西村 邦宏	国立循環器病研究センター EBM リスク情報解析室 室長	分担研究者
嘉田 晃子	国立循環器病研究センター研究開発基盤センター 先進医療・治験推進部	分担研究者
宮本 恵宏	国立循環器病研究センター 予防医学・疫学情報部 部長	研究協力者
石川ベンジャミン光一	国立がん研究センター がん対策情報センター	研究協力者
鈴木 明文	秋田県立脳血管研究センター センター長	研究協力者
松浦 秀樹	岩手医科大学 救急医学	研究協力者
森 久恵	国立循環器病研究センター 脳神経外科	事務局
中江 卓郎	国立循環器病研究センター 脳神経外科	事務局
石床 亜里沙	国立循環器病研究センター 脳神経外科	事務担当
重村 愛	国立循環器病研究センター 教育研修部	事務担当

13:00

1. 挨拶

- 研究代表者 飯原 弘二
- 厚生労働省医政局指導課 救急専門官 熊田 恵介
- 総務省消防庁救急企画室 救急専門官 長谷川 学

13:20

2. J-ASPECT Study I 「脳卒中診療施設調査」

・包括的脳卒中センターの推奨要件（飯原）

2005年Stroke誌にて包括的脳卒中センターについて提言がなされており（別途配布）、これをもとに日本固有の事情を考慮しつつ包括的脳卒中センターの要件を定めた。医療スタッフの人員構成や、必要年間症例数、病棟の種類、Strokeのレジストリがあるかなど。活動を評価するための統計処理についても定めた。

・結果中間報告（事務局）

DPC調査データを基に、010060（脳梗塞）、010020（SAH）、010040（脳内出血）のいずれかが月1.6件以上（半年の調査で10件以上）の病院をpick upし、アンケートを送付した。現時点での回収率は50%強であるが、今後催促をかけることで増加が見込まれる。またDPC非加入病院に対してもアンケートを送付することを検討している。

個々のアンケート結果については別紙配布資料に沿って説明。各種専門医の人数度数分布や、動脈瘤クリッピング術、コイル塞栓術、脳内血腫除去術の件数度数分布を供覧。tPAや外科手術については、一方では集中的に行っている病院も存在するものの、他方では症例の少ない病院が多数存在し、症例が分散している現状が確認された。

中川原「SCU加算をとっているかと実際機能しているかは別問題では」

塩川「今のSCU要件では5年以上の経験というしぼりが妨げになっているのでは」

（平均当直回数について）

塩川「内勤が4回、外勤が4回」

小野「月5回。明けは原則帰ってよい。」

永田「2人ずつ当直しているので月7~8回。裁量制で給与には反映されない。人不足の1つの問題として、神経内科にまかせようとしても変性疾患しかみないところは、脳卒中講座を作らないと脳卒中医が育たない」

宮地「大学では専門医と非専門医1人ずつで当直。外病院ではそうはいかない。SAHは大学から人を派遣して手術する。未破裂については大学に紹介してもらう。」

松浦「脳卒中は救命医が診て、脳卒中はオンコール体制。遠隔カンファは週1回で、脳卒中のような緊急症例を対象としたものではない。」

・消防法改正の対応の進捗状況（長谷川）

実施基準の策定状況については、現在41都道府県で策定が済んでいる。CPA症例では1か月後生存率に地域差があり、脳卒中についても同様の検討をしたいと考えている。地域の成績を出すことで、救急搬送に対するモチベーションアップを図りたい。救急搬送票については、医療機関コードと年齢を追加す

ることで、後から追跡調査することもある程度可能になった。搬送状況と搬送後の予後を突合してfeedbackすることで、搬送基準や観察基準の改善につなげたい。

小野「脳卒中に関しては、専門性の高い施設に搬送した方がよいと思う。さきの表では救急医が前面に出ているように見えたので。千葉では救急医は2%しかみていない。」「都道府県への指導をしっかりとお願いしたい。千葉では形だけで、現場に生かされていないと思う。」

長谷川「地方自治を侵してはならないので、意見交換という形で奨励している。強制することはできず、第一段階として実施基準をつくってもらっているところ。今後、評価の仕組みも整備してゆくので、地域間の取り組みの差が客観的なデータとして見えるようになることで、良い方向へモチベーションが働くことを期待している。」

宮地「模範的な基準はありますか。」

長谷川「直接に模範例を示すことはできないが、多くの自治体において東京の例を参考にして作っている。」

鈴木「MC協議会と県の協議会が並立しているが、両者の位置づけは？」

長谷川「都道府県主体ですすめるべきである（消防＝地方自治）という意見があって、今回の消防法改正ではMC協議会の位置づけを明記することはならなかったが、今後の取り組みにあたってMC協議会がどこにも法律上にするされていないというのはよろしくないので次回の法改正の際の検討事項と考えている。」

・研究班ホームページの立ち上げ（飯原）

Comprehensive Stroke Center; CSCスコアを各施設に対し公開する予定。各施設とも自施設のスコアのみ閲覧可能とする。スコアをfeedbackすることで、施設に協力してもらうための動機づけとしたい。

・地理的解析 —雇用圏をもちいて—（飯原）

2次医療圏はGold standardとして、これとは別に都市圏（居住人口および通勤による人口流動）を考慮して、区分けを考えていきたい。国勢調査のデータを使って、DIND(densely inhabited district)という概念で統計的に分析できる。たとえば札幌市に注目すると、人口集中域が占める面積の割合や、DINDに住む人口が占める割合が算出される。通勤による流出・流入人口の占める割合によって、都市、郊外を区別する。

・救急搬送との突合モデル地域の設定（飯原）

救急搬送を集める地域の候補としては、その医療圏内の病院の協力が得やすいところを設定したい。具体的には、今回アンケート調査の回答を得られた病院が占める割合が高い地域を選びたいと考えている。今までのアンケートの結果からいくつか候補が挙げられる。救急搬送のデータをもらう場合にどの地域を対象を設定するか、皆さんの意見を伺いたい。後日班員の先生方に当該地区のデータをお送りする予定。

14:20

3. J-ASPECT Study II 「脳卒中診療担当医の勤務状況と疲労度について」

・疲労度の尺度と計測法について（西村）

2009年アメリカ外科学会の調査では66000名に対して7205名の回答があった（最大の規模）。医療過誤との関連が指摘されたことが重要な結果であった。欧米では医師対象のアンケートでは28~40%が

burn out syndromeであった。Risk factorも出ていて、21歳以下の子を持つ、当直が週1回以上、経験年数、労働時間、領域（外傷、血管、整形外科）であった。

本研究では、震災で直接被災した3県を除いて約10000人の脳卒中担当医師にMBIおよびSF-36の一部の設問をアンケートした。現状の回答数は、2423であり、すでに世界2位の規模に達している。日本では医師対象で1000人以上の規模を対象にした論文はない。脳卒中専門医を関連しての論文は世界にもない。今回は施設調査とひもづけ可能であり、都市部の医師と郊外の医師にわけることができ、興味深い調査となりうる。

・100例の予備的解析の結果（西村）

現時点でわかっている結果としては、46%がburn out syndromeに該当した。やりがいに関しては平均3.6（基準 2.2）であった。被調査者の平均睡眠時間 5.74 時間で、6時間以下の睡眠時間はburn out syndromeになるリスク因子でありodds ratio 3.69 (1.62~8.63)であった。逆に睡眠時間が1時間増加することでリスクは半分になるという結果であった。当直の回数でもリスクが変化するようである。

もしかすると最初にアンケートが返ってくる人ほど、疲弊した人たちであるという可能性もあるかもしれない。

今後の予定としてはリスク因子をより詳細に調査すること、リスクをスコアリングできるようにすることを考えている。

塩川「過剰労働が医療安全に支障を来すということを訴えれば、病院管理者にも訴求力があると思われる。」

小野「トータルのデータはいつごろ出ますか」

西村「2か月くらいで詳細も含めていろいろ検討できると思います。」

小野「現状で起きていることを世の中に知ってもらおうということが、必要だと思います。このデータは貴重なものになります。」

15:00

4. J-ASPECT study-III「DPC 情報もちいた脳卒中救急疫学調査」

1. ・第1次調査計画の概要（飯原）

・第2次検証調査（J-ASPECT Study Report Card）の策定（飯原）

DPC 参加病院も非参加病院も対象にしようと考えている。現在病院長あてに手紙を書いている。後ろ向き研究で去年1年間のデータを調査する。病院のすべてのDPCデータはもらえないと思うので、ICD-10のコードで脳卒中に関連したデータをpick upするツールを開発してもらっている。それを配布して、一部のデータを提供してもらおうと考えている。そのツールは匿名化も行う。DPC非参加病院に関してはレセプトを調査することになり、協力の見込みが不透明だが、くも膜下出血や脳梗塞については特定の医療行為のコードをキーにして症例をpick upできるのでと考えている。

中川原「地域によって急性期から慢性期の連携がよいところと、ひとつの病院で完結してしまうところがあると思うが、アウトカム調査に関してそのあたりがどうなるのか、在宅でみられるようになったかなど、細かいところまではDPCに反映されないと思うのですが。」

飯原「当初の目的としては、脳卒中センターの適正配置、人的配置を決めること。より詳しいことに関しては追加調査という形で対応したい。それはすなわち、対象を絞り、質問項目を絞ることだ

が、そのあたり皆さんのお知恵を拝借したい。」

中川原「救急搬送されたかは DPC でわかるのですか。」

飯原「わかります。また、入院後の処置の DPC データから疾患名を特定することも可能と考えている。」

石川「診断時点、発症時点の病名ではあるが、電子的にみられるところがメリットである。DPC データから症例の選定を行っておいて、半年などある程度経過した段階で担当医に症例調査票に記入してもらい、データの収集自体は診療情報管理士に任せられるような形が、医療施設側の負担としては少なくなると思う。がん登録に関してはこのような形で行うことを検討している。」

・ 2次医療圏ごとのDPC加入率 (石川)

石川「最近調査しているデータで、DPC加入病院が2次医療圏の中で占める割合をデータベースにし、DPC加入率によって地図を色分けした。DPC病床が100%は長野など。0%のところもある。DPCだけではわからない部分がどれくらいあるのかを把握できる。重心の病床も含めているので(DPCには入らない)実態から少し離れている可能性はある。各市町村について、その人口をカバーできる数の医療機関が、30分以内に確保できているか、60分以内に確保できているか、などの検討も行っている。」

「交通事情はどのように計算しているのか？」

「高速道路は平均時速50km/h交差点6秒、など一定のルール。カーナビと同じ。地方では救急車が到着するまでの時間も大きくなる。」

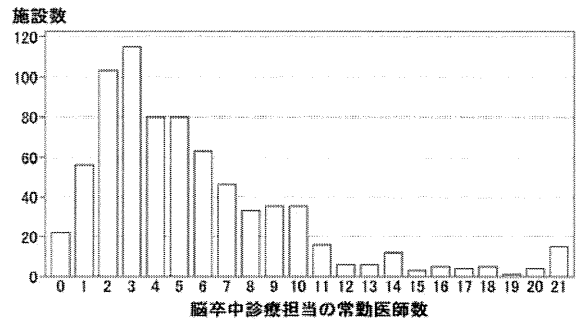
「くも膜下出血については、人口のかなり密集しているところでない、(15分以内など一定の時間内で)カバーできる人口が少なく、年間20例をクリアするのが難しいという実情がわかる。がんに関しては、15分以内に到達可能な病院で診療されるが、困難な症例については60分以内の圏内の病院で専門的な医療が行われているという実情がある。」

16:00 終了

J-ASPECT 脳卒中診療施設調査 結果中間報告

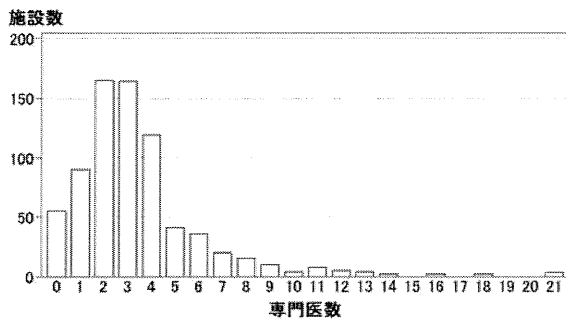
J-ASPECT Study 事務局
2011年6月24日

脳卒中診療担当の常勤医師



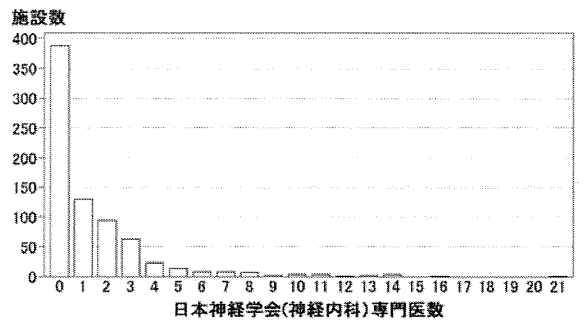
21:21~67人

日本脳神経外科学会専門医



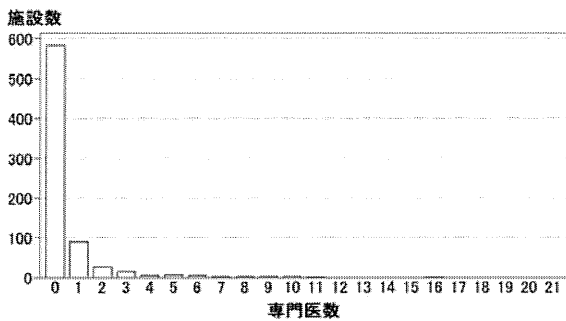
21:21~33人

日本神経学会専門医

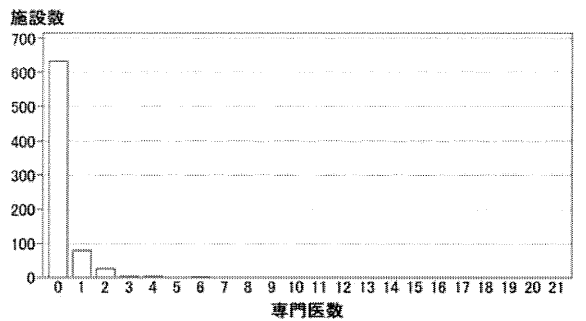


21:21~45人

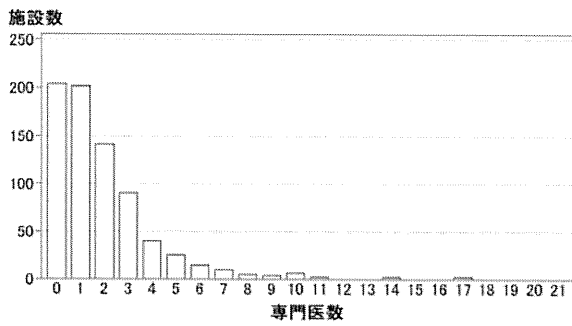
日本救急医学会専門医



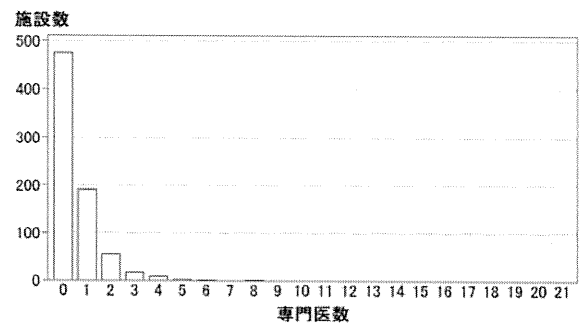
日本リハビリテーション医学会専門医



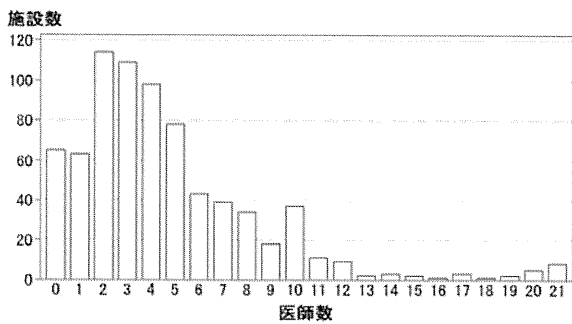
日本脳卒中学会専門医



日本脳神経血管内治療学会専門医

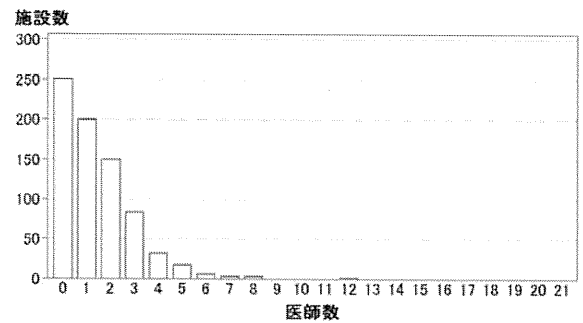


t-PA静注療法実施医師

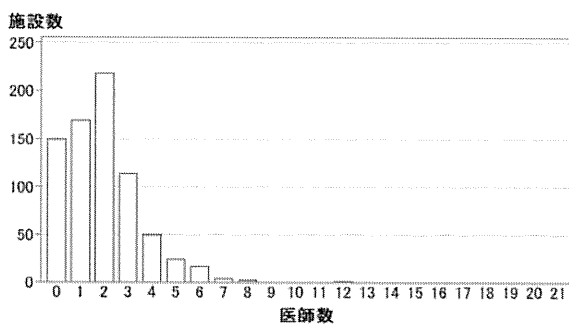


21:21~40人

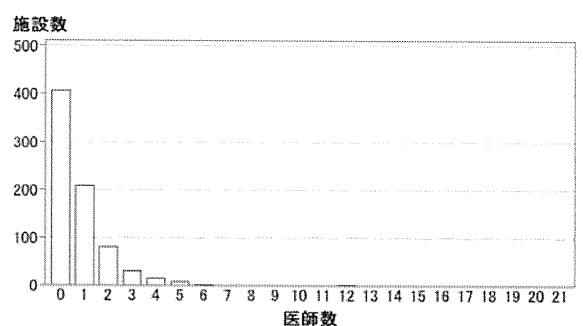
頸動脈の血栓溶解術/ 経皮的血管形成術実施医師



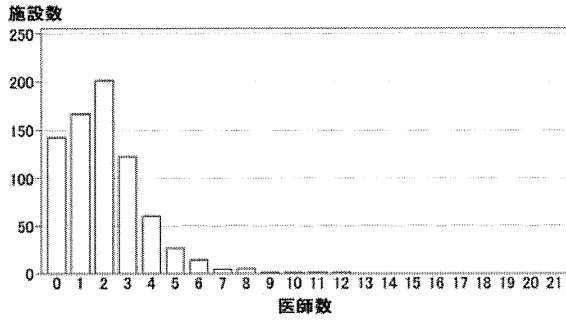
頸動脈内膜剥離術実施医師



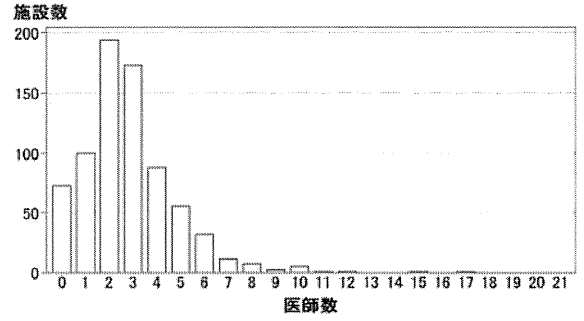
頸動脈ステント留置術実施医師



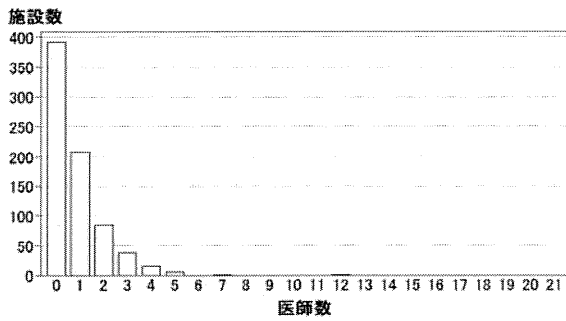
頭蓋内外バイパス術実施医師



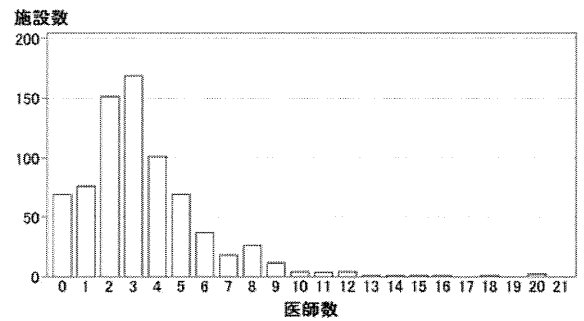
脳動脈瘤クリッピング術実施医師



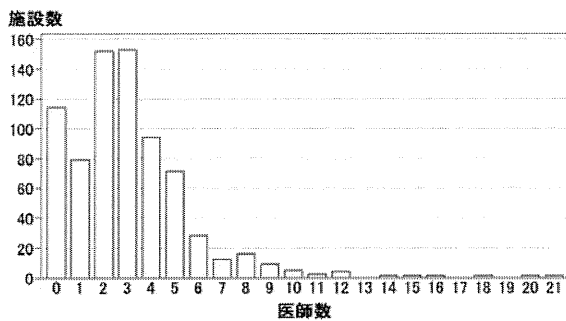
脳動脈瘤コイル塞栓術実施医師



開頭脳内血腫除去術実施医師

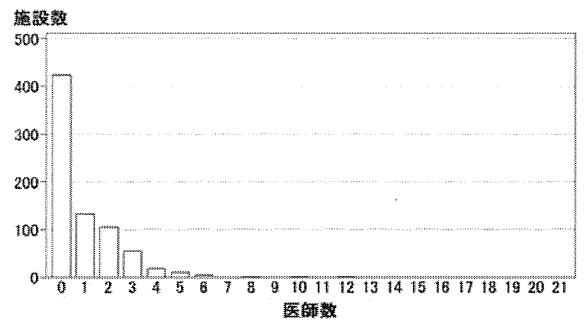


定位的脳内血腫除去術実施医師

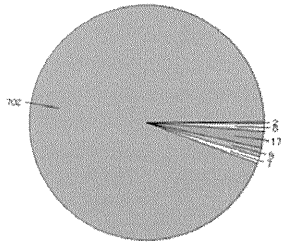


21:21~25人

内視鏡下脳内血腫除去術実施医師

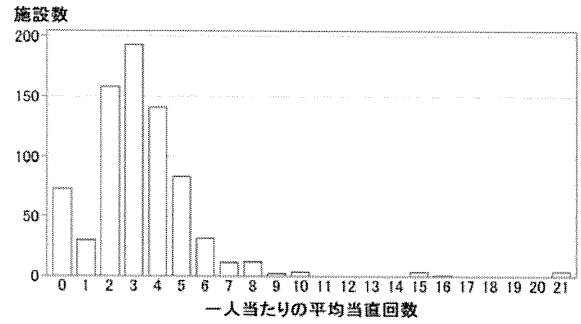


日勤時間内の脳卒中救急搬送の受け入れ



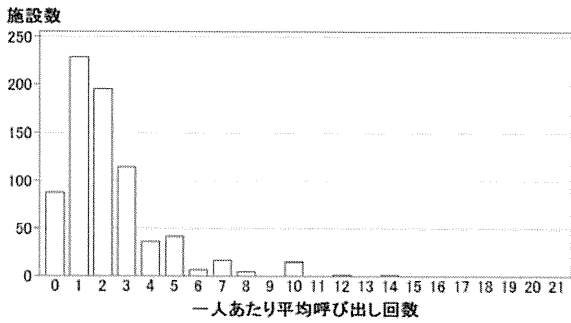
- q21
- 無回答
 - 原則として常時受け入れ可能
 - 病院群輪番制にて担当日のみ受け入れ可能
 - カレンダー方式
 - なかりつけ患者のみ
 - その他

脳卒中診療担当医の1か月間の一人当たりの平均当直回数

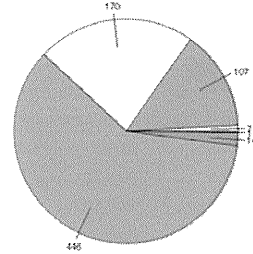


21:21~80回

脳卒中診療担当医の1週間の一人当たりの時間外呼び出し回数

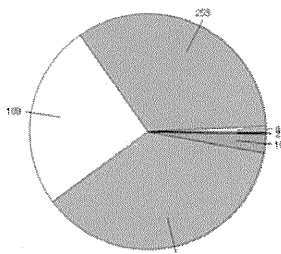


脳卒中急性期症例で高度な外科治療を要する場合



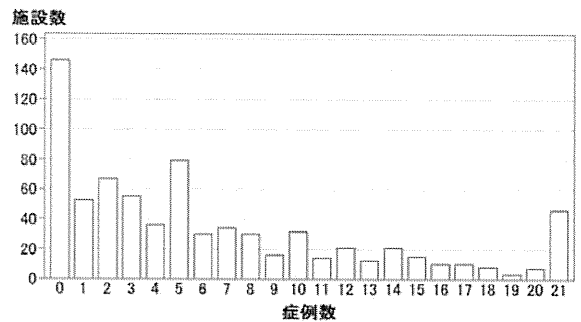
- q44
- 無回答
 - 患者を近隣の専門施設に搬送
 - 専門医を外部から招聘
 - 全て自施設で対応
 - 専門医招聘または近隣施設に搬送
 - その他

脳卒中急性期症例で血管内治療を要する場合



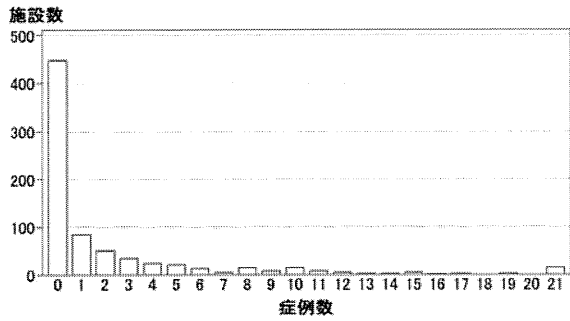
- q45
- 無回答
 - 患者を近隣の専門施設に搬送
 - 日本脳神経血管内治療学会専門医を招聘
 - 全て自施設で対応
 - 専門医招聘または近隣施設に搬送
 - その他

t-PA静注療法実施症例



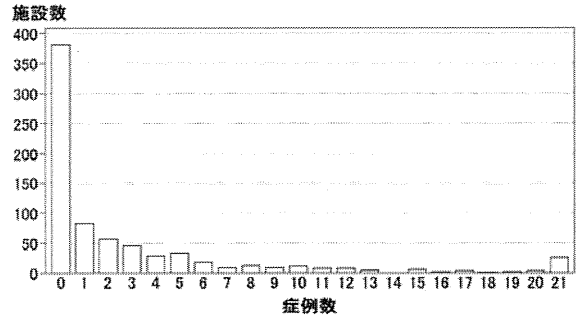
21:21~60例

頸動脈の血栓溶解術/ 経皮的血管形成術実施症例



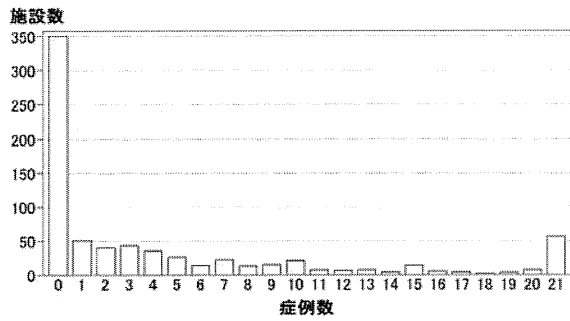
21:21~41例

頸動脈内膜剥離術実施症例



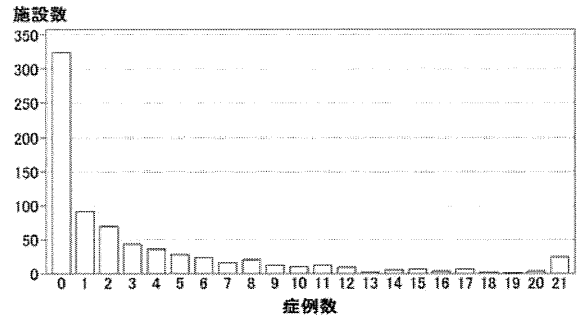
21:21~51例

頸動脈ステント留置術実施例数



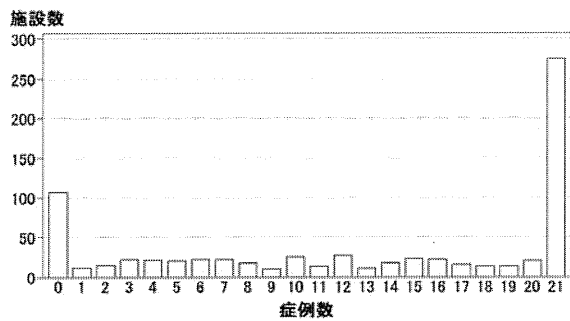
21:21~164例

頭蓋内外バイパス術実施症例



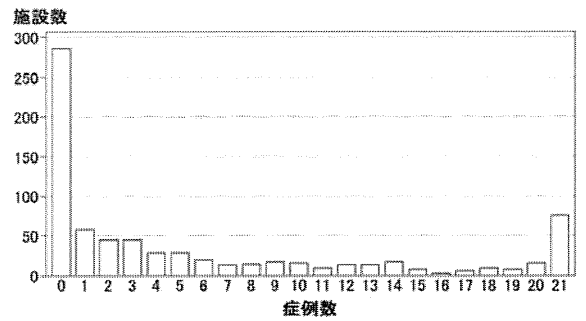
21:21~89例

脳動脈瘤クリッピング術実施症例



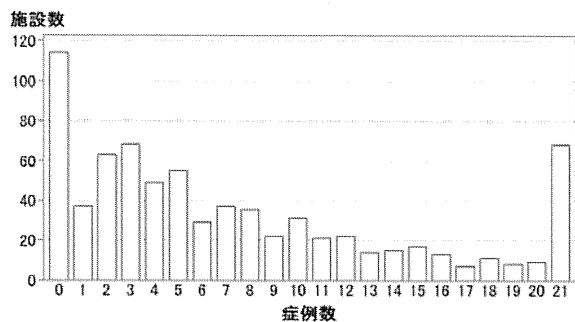
21:21~356例

脳動脈瘤コイル塞栓術実施症例



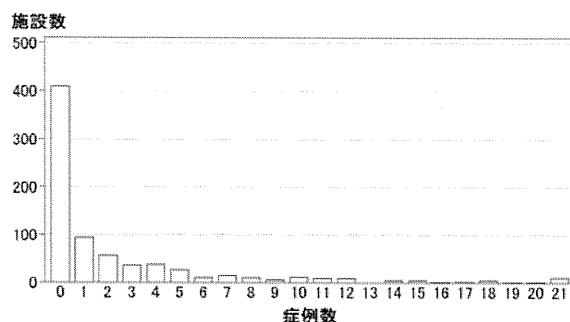
21:21~116例

開頭脳内血腫除去術実施症例



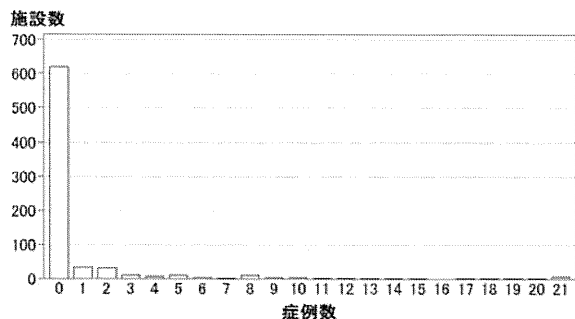
21:21~85例

定位的脳内血腫除去術実施症例



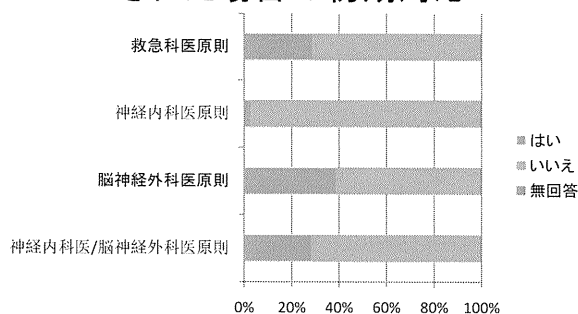
21:21~43例

内視鏡下脳内血腫除去術実施症例

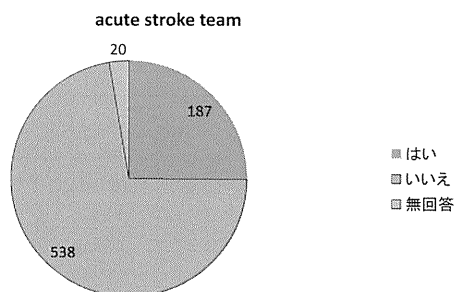


21:21~41例

問22 日勤時間内に脳卒中患者搬送された場合の初期対応



問13 Acute stroke teamの有無



改正消防法への対応

平成23年6月4日
消防庁救急企画室長
松元照仁

改正消防法の背景

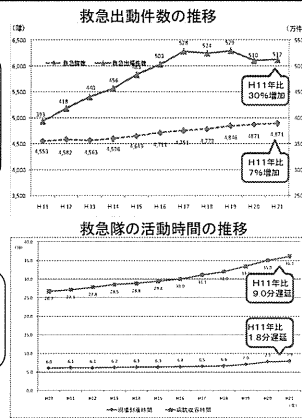
救急搬送の現状(1)

救急搬送の現状

- 救急出動件数は10年間で30%増加。
- 救急搬送における受入医療機関の選定に長時間を要する事案が多発している。



- 平成21年中の救急車の現場到着時間は7.9分で、10年間で1.8分遅延している。
- 病院収容までの時間は36.1分で、10年間で9.0分遅延している。



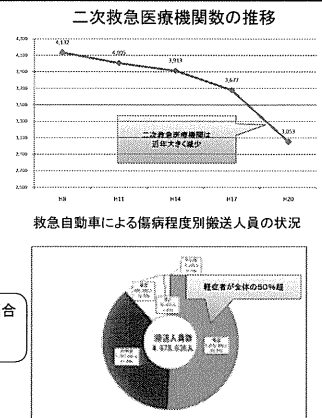
救急搬送の現状(2)

救急搬送の現状

- 二次救急医療機関は近年大きく減少している。



- 救急搬送における軽症者が占める割合は、全体の50%を超えている。



平成21年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果

傷病者搬送の状況(平成21年)

	搬送人員 (a)	総搬送人員に 対する割合	転院搬送人員 (b)	転院搬送割合 (b/a)	分析対象 搬送人員 (a-b)
総搬送人員	4,684,701人		444,409人	9.5%	
重症以上傷病者	525,843人	11.2%	114,664人	21.8%	411,179人
産科・周産期傷病者	40,791人	0.9%	24,846人	60.9%	15,945人
小児傷病者	378,210人	8.1%	34,125人	9.0%	344,085人
救命救急センター等 搬送傷病者	571,965人	12.2%	90,953人	15.9%	481,012人

平成21年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果

照会回数4回以上の事案の推移

	H19		H20		H21	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
重症以上傷病者搬送事案	14,387	3.9%	14,732	3.6%	13,164	3.2%
産科・周産期傷病者搬送事案	1,084	4.8%	749	4.6%	517	3.2%
小児傷病者搬送事案	8,905	2.8%	9,146	2.8%	9,569	2.8%
救命救急センター等搬送事案	-	-	16,721	3.7%	15,618	3.2%

現場滞在時間30分以上の事案の推移

	H19		H20		H21	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
重症以上傷病者搬送事案	15,656	4.0%	16,980	4.1%	17,826	4.3%
産科・周産期傷病者搬送事案	1,335	5.7%	1,029	6.3%	970	6.1%
小児傷病者搬送事案	5,112	1.5%	5,905	1.8%	6,853	2.0%
救命救急センター等搬送事案	-	-	19,876	4.4%	21,837	4.5%

平成21年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果

医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数

		1回	2~3回	4~5回	6~10回	11回~	計	4回以上	6回以上	11回以上	最大照会回数
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	
重症以上傷病者	件数	348,233	49,624	8,880	3,607	677	411,021	13,164	4,284	677	40
	割合	84.7%	12.1%	2.2%	0.9%	0.2%	100%	3.2%	1.0%	0.2%	
産科・周産期傷病者	件数	13,551	1,865	373	133	11	15,933	517	144	11	24
	割合	85.0%	11.7%	2.3%	0.8%	0.1%	100%	3.2%	0.9%	0.1%	
小児傷病者	件数	283,313	51,023	7,044	2,275	250	343,905	9,569	2,525	250	33
	割合	82.4%	14.8%	2.0%	0.7%	0.1%	100%	2.8%	0.7%	0.1%	
救命救急センター等搬送傷病者	件数	407,589	57,582	10,403	4,212	1,003	480,789	15,618	5,215	1,003	40
	割合	84.5%	12.0%	2.2%	0.9%	0.2%	100%	3.2%	1.1%	0.2%	

平成21年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果

現場滞在時間区分ごとの件数

		15分未満	15分以上30分未満	30分以上45分未満	45分以上60分未満	60分以上120分未満	120分以上	計	30分以上	45分以上	60分以上
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	割合	割合
重症以上傷病者	件数	253,249	139,990	13,313	2,803	1,545	165	411,065	17,826	4,513	1,710
	割合	61.6%	34.1%	3.2%	0.7%	0.4%	0.04%	100%	4.3%	1.1%	0.4%
産科・周産期傷病者	件数	9,901	5,061	724	162	80	4	15,932	970	246	84
	割合	62.1%	31.8%	4.5%	1.0%	0.5%	0.03%	100%	6.1%	1.5%	0.5%
小児傷病者	件数	260,090	76,885	5,603	927	309	14	343,928	6,953	1,150	323
	割合	75.6%	22.4%	1.7%	0.2%	0.1%	0.004%	100%	2.0%	0.3%	0.1%
救命救急センター等搬送傷病者	件数	310,969	147,951	16,170	3,550	1,975	142	480,697	21,837	5,667	2,117
	割合	64.7%	30.8%	3.4%	0.7%	0.4%	0.03%	100%	4.5%	1.2%	0.4%

救急搬送における医療機関の受入状況(重症以上傷病者)

医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数

		1回	2~3回	4~5回	6~10回	11回~	計	4回以上	6回以上	11回以上	最大照会回数
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	
重症以上傷病者	件数	344,776	49,603	9,596	4,235	903	409,113	14,732	5,138	903	40
	割合	84.3%	12.1%	2.3%	1.0%	0.2%	100%	3.6%	1.3%	0.2%	

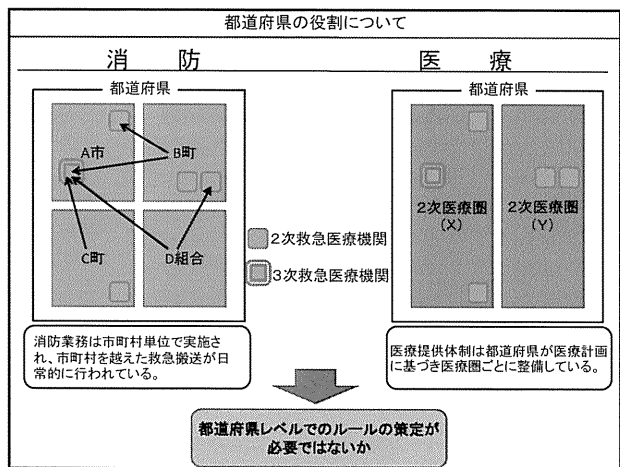
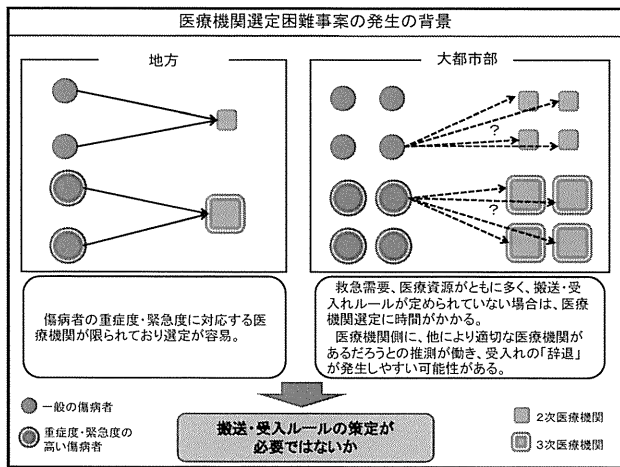
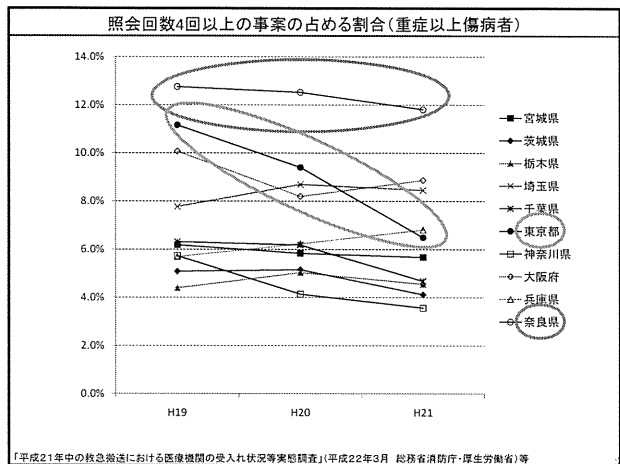
現場滞在時間(現場到着から現場出発までの時間)区分ごとの件数

		15分未満	15分以上30分未満	30分以上45分未満	45分以上60分未満	60分以上120分未満	120分以上	計	30分以上	45分以上	60分以上
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	割合	割合
重症以上傷病者	件数	257,562	135,461	12,542	2,777	1,504	160	409,946	16,900	4,442	1,662
	割合	62.8%	33.0%	3.1%	0.7%	0.4%	0.04%	100%	4.1%	1.1%	0.4%

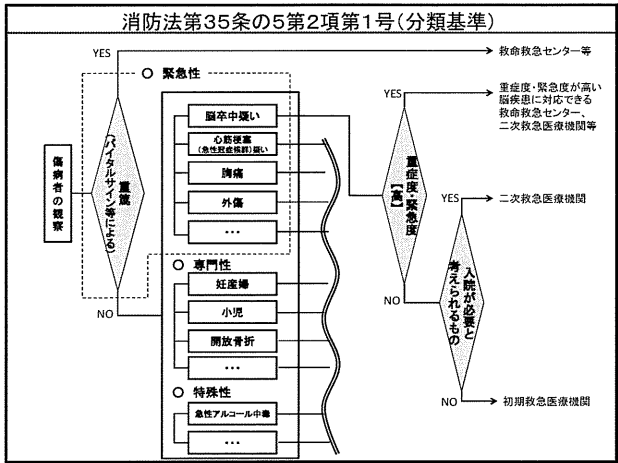
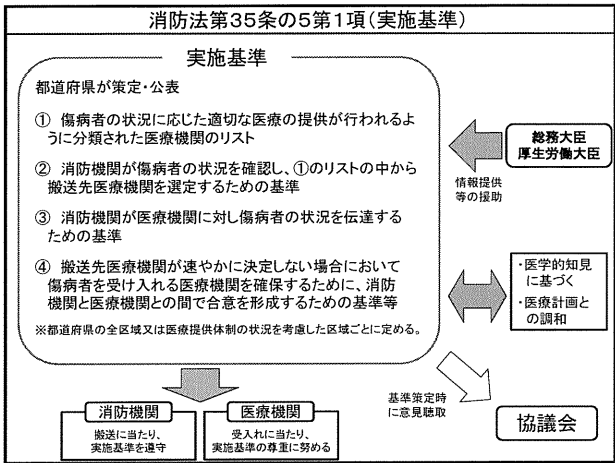
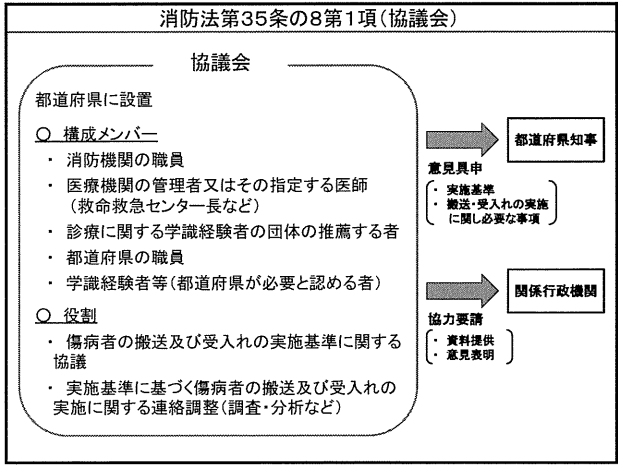
○ 医療機関の照会回数4回以上の事案が14,732件(全体の3.6%)あり、現場滞在時間30分以上の事案が16,980件(4.1%)ある。

○ 首都圏、近畿圏等の大都市部において、照会回数の多い事案の比率が高い。

都道府県	4回以上	30分以上
宮城県	5.3%	6.4%
茨城県	5.3%	6.4%
栃木県	5.1%	5.0%
埼玉県	5.0%	4.5%
千葉県	8.1%	12.5%
東京都	6.2%	9.4%
神奈川県	9.4%	9.3%
大阪府	4.1%	6.9%
兵庫県	6.2%	5.1%
奈良県	12.5%	8.4%
全国平均	3.6%	4.1%



改正消防法の概要



消防法第35条の5第2項第2号(医療機関リスト)

傷病者の状況		医療機関のリスト	
緊急性	重篤(バイタルサイン等による)	A救命救急センター、B救命救急センター	
	脳卒中疑い	t-PA適応疑い	B救命救急センター、D病院
		その他	C病院、E病院
	心筋梗塞(急性冠症候群)疑い	A救命救急センター、E病院	
	胸痛	A救命救急センター、B救命救急センター、D病院	
	外傷	多発外傷	A救命救急センター、B救命救急センター
		その他	C病院
...	...		
専門性	妊娠婦	B救命救急センター、F病院、G病院	
	小児	B救命救急センター、J病院、K病院	
	開放骨折	B救命救急センター、H病院	
...	...		
特殊性	急性アルコール中毒	C病院、D病院、E病院	
	

※ 上記の基準は例示であり、分類基準をどう策定するかは地域の実情に応じて決定されるものである。

消防法第35条の5第2項第3号(観察基準)①

観察基準(脳卒中に関するもの)(1)

参考: 脳卒中に関するもの(どの基準を用いるかは地域の医療資源の状況等による)

突然に以下いずれかの症状が発症した場合等

- 片方の手足・顔半分の麻痺・しびれ(手足のみ、顔のみの場合あり)
- ロゼツが回らない、言葉が出ない、他人の言うことが理解できない
- 力はあるのに、立てない、歩けない、フラフラする
- 片方の目が見えない、物が二つに見える、視野の半分が欠ける
- 経験したことのない激しい頭痛がする

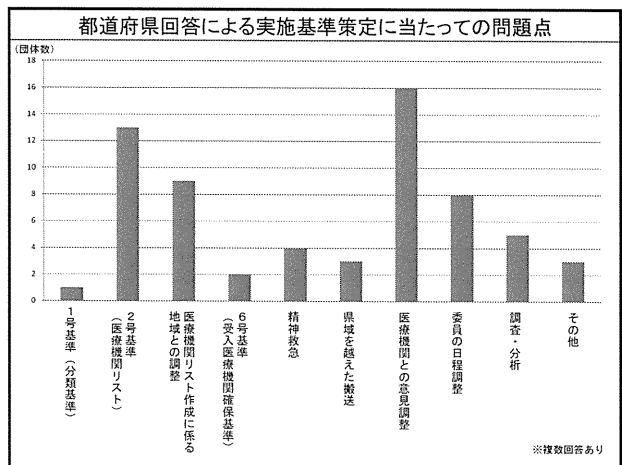
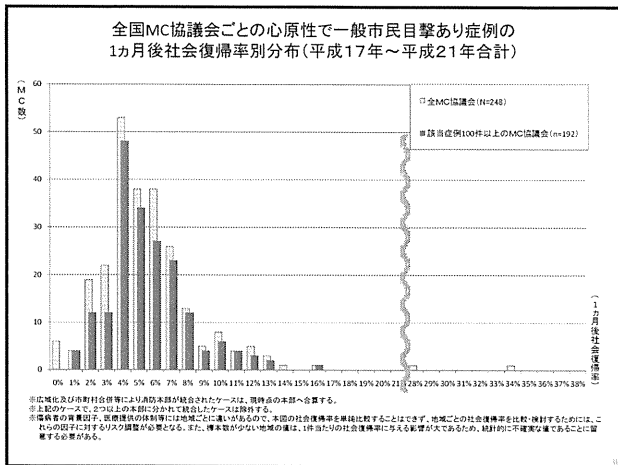
シシナティ病院前脳卒中スケール(OPSS)

- 顔のゆがみ(歯を見せるように、あるいは笑ってもらう)
 - 正常→顔面が左右対称
 - 異常→片側が弛緩のように陥まない、顔では右顔面が麻痺している
- 上肢挙上(閉眼させ、1秒間上肢を挙上させる)
 - 正常→両側とも同時に挙上、あるいは片側だけ挙上できない
 - 異常→片側が挙がらない、または他側に比較して挙がらない
- 構音障害(患者に話をさせる)
 - 正常→誤りなく正確に話せる
 - 異常→不明瞭な発音、間違った言葉、あるいはまったく話せない

結果: 3つの領域のうち1つでもあれば、脳卒中の可能性は72%である

社団法人日本脳卒中協会

脳卒中病院前救護ガイドライン(脳卒中病院前救護ガイドライン検討委員会(日本臨床救急医学会・日本救急医学会・日本神経救急学会))



都道府県回答による実施基準策定に当たっての問題点(各論)

<医療機関リストの作成について>

- 医療機関側との合意形成に苦慮

<都道府県域を越えた搬送について>

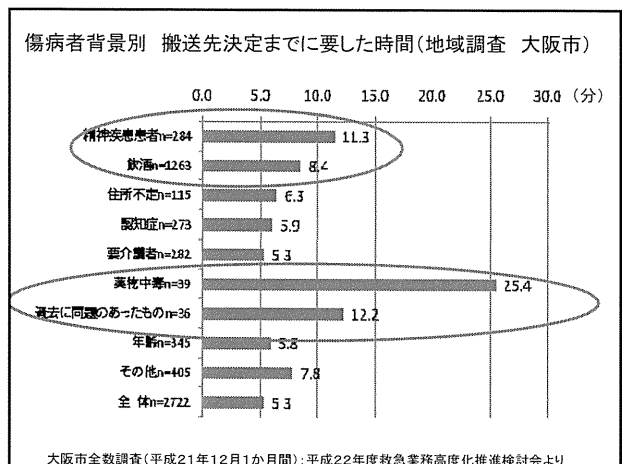
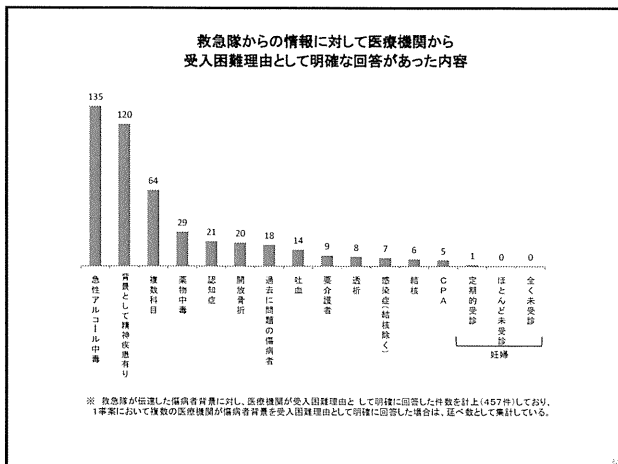
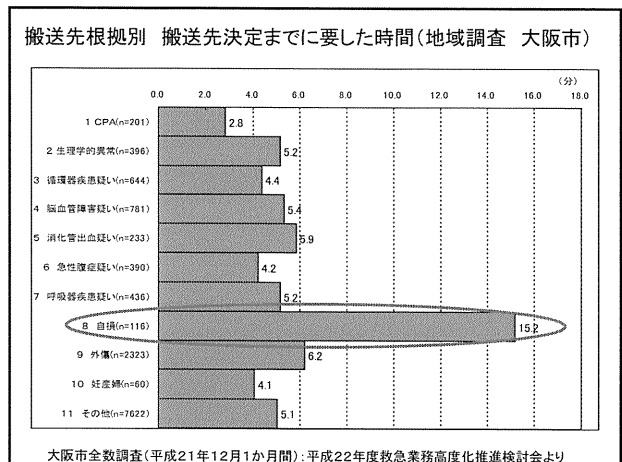
- 受入医療機関(努力義務)と搬送側(遵守義務)の基準の調整について

<地域との調整について>

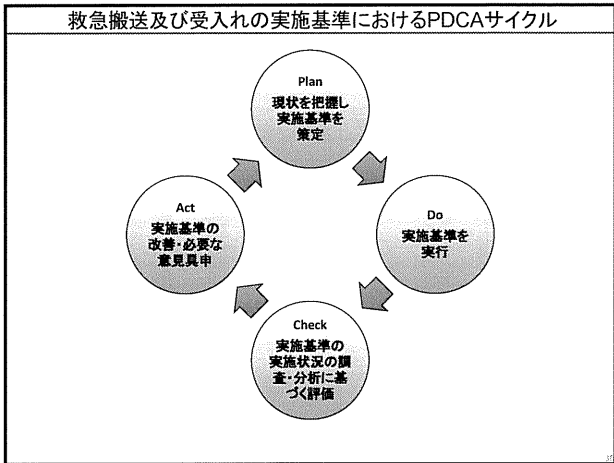
- 医療圏ごとに医療資源が異なるため、基準の策定に時間を要している。

<その他>

- 精神科事案にかかる基準の策定について、搬送する消防機関側の努力には限界がある。国から実効性のある働きかけを望む。
- 根本的な医療提供体制の改善を望む。



救急搬送及び受入れの実施基準におけるPDCAサイクル



(資料 2)

第 2 回班会議

議事録

発表スライド

平成23年度 厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等対策総合研究事業）

包括的脳卒中センターの整備に向けた

脳卒中の救急医療に関する研究

平成23年度 第2回班会議 議事録

日時：平成23年3月2日（金） 11:00～15:00

場所：パシフィコ横浜 会議室413

出席者（敬称略）

氏名	所属	
飯原 弘二	国立循環器病研究センター 脳血管部門長・脳神経外科部長	研究代表者
中川原 譲二	中村記念病院脳神経外科 診療本部長	研究分担者
小笠原 邦昭	岩手医科大学医学部脳神経外科 教授	研究分担者
塩川 芳昭	杏林大学医学部脳神経外科 教授	研究分担者
永田 泉	長崎大学脳神経外科 教授	研究分担者
松田 晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学 教授	研究分担者
豊田 一則	国立循環器病研究センター脳血管内科 部長	研究分担者
嘉田 晃子	国立循環器病研究センター先進医療・治験推進部 室員	研究分担者
西村 邦宏	国立循環器病研究センターEBM リスク情報解析室 室長	研究分担者
福原 俊一	京都大学大学院医学研究科医療疫学分野 教授	研究協力者
石川ベンジャミン光一	国立がん研究センター がん医療費調査研究室 室長	研究協力者
尾原 知行	国立循環器病研究センター脳血管内科	研究協力者
竹上 未紗	国立循環器病研究センター予防医学・疫学情報部	研究協力者
松重 俊憲	国立循環器病研究センター脳神経外科	研究協力者
森 久恵	国立循環器病研究センター脳神経外科 医長	事務局
片岡 大治	国立循環器病研究センター脳神経外科 医長	事務局
中江 卓郎	国立循環器病研究センター脳神経外科	事務局
石床 亜里沙	国立循環器病研究センター脳神経外科	事務担当