

G. 参考文献

- 1) 井田三郎：救急救命士への長い道のり：近代消防社 2004； 1； 14-29.
- 2) Peter Symons, Michael Shuster: International EMS Systems: Canada. Resuscitation 2004;63;119-122
- 3) Hay HI: EMS in New Zealand. Emergency Medical Service 2000 Jul;29(7);95-97. 109.
- 4) S. Trevithick, A. Flabouris, G. Tall, et al.: International EMS Systems: New South Wales, Australia. Resuscitation 2003;59;165-170
- 5) John J.M. Blacka, Gareth D. Davies: International EMS Systems: United Kingdom. Resuscitation 2005;64;21-29
- 6) Fatimah Lateef, V. Anantharaman: Emergency medical services in Singapore. CJEM · JCMU 2000; 2 (4)
- 7) Wen-Chu Chiang, Patrick Chow-In Ko, Hui-Chih Wang et al: EMS in Taiwan: Past, present, and future. Resuscitation 2009; 80 : 9-13
- 8) Sung-Hyuk Choi, Yun-Sik Hong, Ung-Woo Lee et al: Prehospital and emergency department care in South Korea. 2007;9;
- 9) Dick WF. Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. Prehosp Disaster Med 2003 Jan-Mar;18(1):29-35, discussion 35-37.
- 10) EMS Practical Guide
救急救命士標準テキスト編集委員会：救急救命士標準テキスト追補版II 2005;140. 表VII-2.
- 11) Moore L. : Measuring quality and effectiveness of prehospital EMS. Prehospital Emergency Care 1999 Oct-Dec;3(4):325-331. Review.
- 12) Peter Symons, Michael Shuster: International EMS Systems: Canada.

Resuscitation 2004;63: 119-122

- 13) 田中 秀治: プレホスピタルMOOK シリーズ8 消防組織における生涯教育と医学的知識 2009;121-125

H. 健康診断情報

特記すべきことなし。

I. 研究発表

- 1) Hideharu Tanaka : A Newly approaches of CPR education in Japan. 6th Asian Conference for Emergency Medicine July 2011. Thailand
- 2) Hideharu Tanaka: How can we measure the optimal CPR during ambulance transport ? Summer Symposium; Korean Council EMS Physician. Aug 2011. Korea
- 3) Hideharu Tanaka; Increasing Layperson CPR & Defibrillation : Japan's Experience. AED Symposium; Taiwan Society for Emergency medicine. 2011. Nov, Taiwan
- 4) Hideharu Tanaka.: Who knows quality of layperson CPR. -Effects of CPR couch with prompt voice and video feedback on layperson CPR. European Resuscitation Council 2011, Marta

J. 知的所有権の出願・発行物販

特記すべきことなし。

平成 23 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)
(総括・分担) 研究報告書

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あり方

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	札幌医科大学医学部 救急集中治療医学講座	講師
同	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
同	徳本史郎	浜松医科大学健康社会医学講座	特任助教

研究要旨

近年の医師不足や救急患者の受入困難に対する救急医療体制の確保のためには、効率性も考慮した上でその体制の強化・充実を図らなければならない。そのためには高度救命救急センターとその他の救命救急センターの役割分担に関する議論も必要である。よって本研究は高度救命救急センターの現状を昨年度に引き続き調査した。研究方法：新しく作成された救命救急センターの充実度評価法を用いた平成 22 年度現況報告の結果をもとに高度救命救急センターとその他の救命救急センターの比較、および平成 22 年度と 21 年度の高度救命救急センターのデータ比較を行い、高度救命救急センターの現状について検討した。研究結果：高度救命救急センターの設置状況は都道府県ごとに異なり、いわゆる診療機能以外の役割が推測された。一方、その他の救命救急センターでは病院への年間受入救急車搬送人員が有意に多く、診療機能に係る役割が多いことが推測された。ただし評価項目の比較では救命救急センターに求められる機能として、①重症・重篤患者に係る診療機能、②地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能、③救急医療に関する教育機能、④災害医療への対応機能のいずれにおいても総じて高度救命救急センターで充実した体制であると考えられた。結語：より詳細な検討のためには引き続き高度救命救急センターのあり方について検討すべきである。

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、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、指肢切断、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、すべての都道府県に設置されているわけではない。また地域における役割分担の明瞭ではなく、いわゆる救命救急センターにおける最後の砦というわけでもない。

よって本研究は高度救命救急センターのあり方を検討するため現状を調査した。

B. 研究方法

救命救急センターの新しい充実度評価について(医政指発第 0331991 号、平成 21 年 3 月 21 日)を用いた平成 22 年度の救命救急センターの「評価項目」及び「是正を要する項目」(別添 1)における現況報告の結果をもとに

高度救命救急センターと従来型の各項目における比較を行った（同報告時点では、高度救命救急センター25施設、その他の救命救急センター210施設）。連続変数データに関しては統計的解析を加えた（SPSS Ver18.0）。また平成21年度と平成22年度の高度救命救急センターにおける同項目の比較を行い年次推移について検討した。

C. 研究結果

高度救命救急センターの整備の概要(資料1)

全国25か所（平成23年3月31日現在）の高度救命救急センターが設置されている。和歌山県立医科大学付属病院及び日本赤十字社和歌山医療センターは平成23年4月1日に高度救命救急センターに指定されたため今回の検討データはそれ以前のものであることから除外した。

複数指定された都道府県として、東京都、神奈川県では2か所、大阪府では3か所が指定されている。未指定の県は26県（和歌山を含む）で、四国、九州にはそれぞれ1か所のみ指定であった。また、大学病院が主体となっているものが20施設、自治体は3施設、公的機関は2施設であった。ドクターヘリを運航しているは10施設であった。

救命救急センター充実度評価結果(資料2)

平成22年度の調査結果を示す。専従医師数は高度救命救急センターでは14人以上(5点)が76%に対して従来型では20%と、高度救命救急センターでは明らかに多く人員配置されていた ($p=0.01$ 以下 資料1)。専従医師数に占める救急科専門医数においても、7人以

上(5点)が高度救命救急センターで84%、従来型では25%と、高度救命救急センターで多かった ($p=0.01$ 以下)。同じく、救命救急センター長が専従医であり、かつ、日本救急医学会指導医である(3点)は、92%に対して従来型では45%であった。

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(2点)では、高度救命救急センターで80%、従来型では48%、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)のは、高度救命救急センターで84%、従来型では66%、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)のは、高度救命救急センターで96%、従来型では90%とそれぞれ高度救命救急センターにおいて充実した体制であった。

年間に受け入れた重篤患者数では、その分布に有意差はなかった ($p=0.533$ 資料1)。しかし、各疾患別では、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)が、高度救命救急センターで88%、従来型では56%、同様に脳神経疾患への診療体制では、高度救命救急センターで88%、従来型では48%、整形外科医による診療体制では、高度救命救急センターで84%、従来型では33%、精神科医による診療体制では、高度救命救急センターで88%、従来型では71%と高度救命救急センターにおいて充実した体制であった。小児(外)科医、および産(婦人)科医による診療体制に大きな差は

なかった。

その他の特筆すべきところとしては、医師事務作業補助者の有無で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)が高度救命救急センターで64%、従来型では52%、CT・MRI検査の体制でマルチスライス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)が高度救命救急センターで84%、従来型では76%、手術室の体制(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)が、高度救命救急センターで92%、従来型では54%、休日及び夜間勤務の適正化(管理者等が、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)において高度救命救急センターで44%、従来型では29%が交代勤務を導入していた。

年間受入救急車搬送人員では、7,000人以上受け入れている施設の割合が同程度なもの(高度救命救急センター12%、その他の救命救急センター11%)、実数および人口比においてもその他救命救急センターの方が搬送件数が有意に多かった($p=0.011$, $p=0.001$ 資料1)。

都道府県MC協議会又は地域MC協議会等

への関与、参画、救急救命士に対するMC体制への関与、救急医療情報システムへの関与、救急救命士の病院実習受入状況、ウツタイン様式調査への協力状況、災害拠点病院の認定などに明らかな差はなかった。

臨床研修医の受入状況(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、一人当たりの期間が合計2か月以上である:2点)では高度救命救急センターで76%、従来型では66%、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)では、高度救命救急センターで100%、従来型では86%と高度救命救急センターにおいて充実していた。

評価項目すべての合計のヒストグラムでは、高度救命救急センターでは高い点数に分布しており、逆に是正を要する項目の合計では高度救命救急センターでは有意に低く($p=0.027$ 資料1)、全体として高度救命救急センターの方が充実した体制であることが明らかとなった。

平成21年度および平成22年度の高度救命救急センターの充実度評価結果の比較(資料3)

平成22年度では21年度に比べ一施設増加している。専従医数、救急科専門医数に明らかな差は認めないものの、休日及び夜間帯における医師数では平成22年度において若干体制が後退した。逆に感染症の管理においては体制ありが19施設から21施設へと増加した。重篤患者数の比較では、実数および所管人口当たりにおいても平成22年において有意に増加している($p=0.005$, $p=0.007$ 資料1)。救急外来のトリアージ機能では実施施設が平

成 22 年度において 2 施設増加した。診療態勢においては、循環器疾患、整形外科、整形外科、医師事務作業補助者の配置において態勢の強化がみられた。CT・MRI 検査の体制、第三者による医療機能の評価、医師の負担軽減に資する計画の策定等、搬送受入要請への対応、ウツタイン様式調査への協力、DMAT 指定において施設数の増加が認められた。

救急車の搬送人員については平成 21 年において実数を得ることができなかつたため統計学的検討を加えることはできなかつた。是正を要する項目の合計では年次における有意差はなかつた ($p=0.257$ 資料 1)

D. 考察

高度救命救急センターの概要では、設置状況、都道府県ごとの指定施設数、設立母体、ドクターヘリ運航施設に関して、都道府県における状況が様々であることがわかつた。これは高度救命救急センターの指定は都道府県が行うためそれぞれその指定理由が異なることにも起因すると考えられる。高度救命救急センターは、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、指肢切断、急性中毒等の特殊疾患を受け入れる施設として平成 5 年に整備が開始されたものの現在の医療機関の状況が変化しており、また各地域の状況は一様ではなく診療機能として高度救命救急センターを定義することは難しくなっているのが現状である。一方、80%が大学機関であり、各都道府県における救命医療システムを大学機関がリードしているようにも見受けられる。救命医療における基幹病院としての役割を今後定義付けることも考慮すべきと

考える。

また、昨年度の本研究に引き続き高度救命救急センターの実態を充実度評価の評価項目を詳細に検討した。さらに今年度は平成 22 年度データと 21 年度データの比較が可能でありこれについても詳細に検討した。

専従医師の配置や救急科専門医数では有意に高度救命救急センターで多く配置されおり、地域によっては基幹的役割を果たしていると考えられる。重篤患者の診療機能、救急医療に関する教育機能、災害医療への対応機能に関しても高度救命救急センターにおいて充実した体制がとられていた。一方、病院への年間受入救急車搬送人員はその他の救命救急センターで有意に多く、診療機能に係る役割が多いことが推測される。高度救命救急センターの平成 22 年度データと 21 年度データの比較では、総じて体制が充実している傾向を認めた。よって救命救急センターに求められる機能として、①重症・重篤患者に係る診療機能、②地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能、③救急医療に関する教育機能、④災害医療への対応機能のいずれにおいても総じて高度救命救急センターで充実した体制であると考えられる。

今回の検討における問題点として、診療機能を図る上で、高度救命救急センターに求められている 3 疾患に関するデータが得られなかつたことである。特に指肢切断に関しては年間重篤患者数の調査対象となっていない。また、昨年度の本研究では高度救命救急センター長会議（仮称）における議論が重要であることがわかつたが、本年は日程の調整がつかないことから実施しなかつた。

E. 結論

高度救命救急センターとその他の救命救急センターに求められる機能について比較した。高度救命救急センターでより充実した体制であることが推測されたが、引き続き高度救命救急センターのあり方についてより詳細な検討すべきである。

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

資料 1. 高度救命救急センターの整備の概要と救命救急センターにおけるデータ解析

資料 2. 高度救命救急センターとその他の救命救急センターの充実度評価項目の比較

資料 3. 高度救命救急センター評価項目の年次比較

高度救命救急センターの整備の概要とデータ解析

I. 高度救命救急センターの整備の概要

1. 都道府県別の施設の状況

(ア) 複数指定された都道府県 (括弧内は施設数)

東京都(2)	神奈川(2)	大阪(3)
--------	--------	-------

※ 日本赤十字社和歌山医療センター、和歌山県立医科大学附属病院は H23 年 4 月以降の指定のため除外した。

(イ) 未指定 26 県

秋田	福島	山形	茨城	栃木	富山	石川
福井	山梨	静岡	三重	滋賀	京都	(和歌山)
鳥取	島根	香川	愛媛	高知	佐賀	長崎
熊本	大分	宮崎	鹿児島	沖縄		

2. 設立母体別の施設数

大学(20)	自治体(3)	公的機関(2)	国立(0)	民間(0)
--------	--------	---------	-------	-------

3. ドクターヘリ運航機関 10 施設

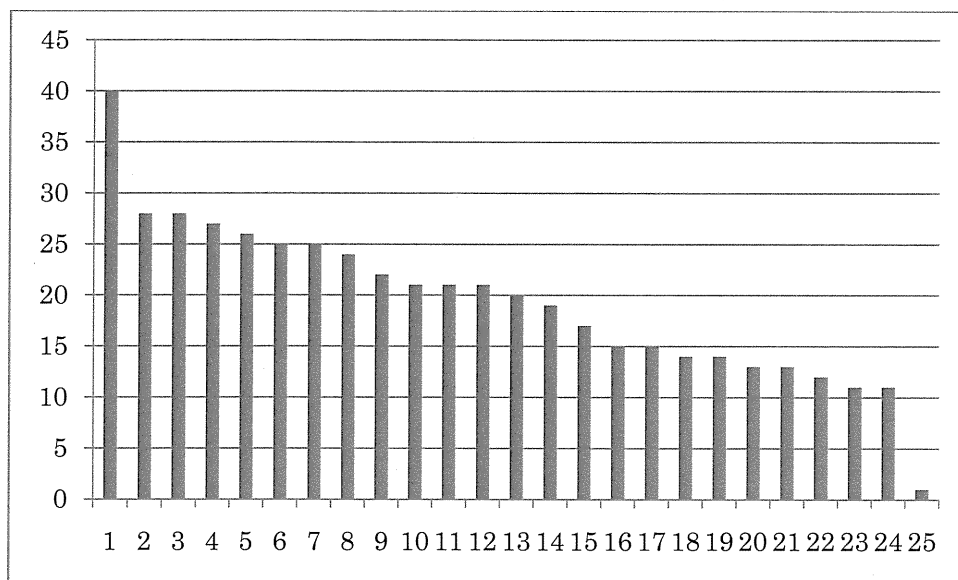
大学(9)	自治体(0)	公的機関(1)	国立(0)	民間(0)
-------	--------	---------	-------	-------

※ 和歌山県立医科大学附属病院は H23 年 4 月以降の高度救命救急センター指定のため除外した。

II. 救命救急センターの評価（別添1）における連続変数データ解析
（平成22年度現況報告）

1. 各施設の専従医数

（縦軸は専従医数、横軸は専従医数が多い順から並べた施設）



中央値 20 名、最大 40 名、最小 1 名

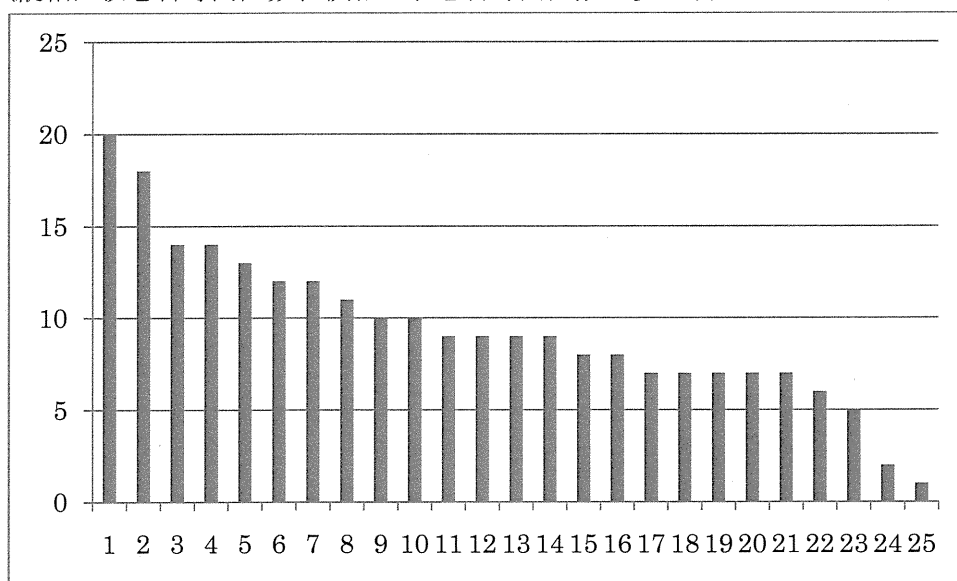
高度救命救急センター(n=25)とその他の救命救急センター(n=210)の比較では、 $p=0.01$ 以下で有意に高度救命救急センターが充実していた（Mann-Whitney 検定）。

専従医数の多い施設（上位 5 施設）

千葉県救急医療センター	40 名
兵庫県災害医療センター	28 名
岐阜大学医学部附属病院	28 名
久留米大学病院	27 名
埼玉医科大学総合医療センター	26 名

2. 専従医数に占める救急科専門医数

(縦軸は救急科専門医数、横軸は救急科専門医数が多い順から並べた施設)



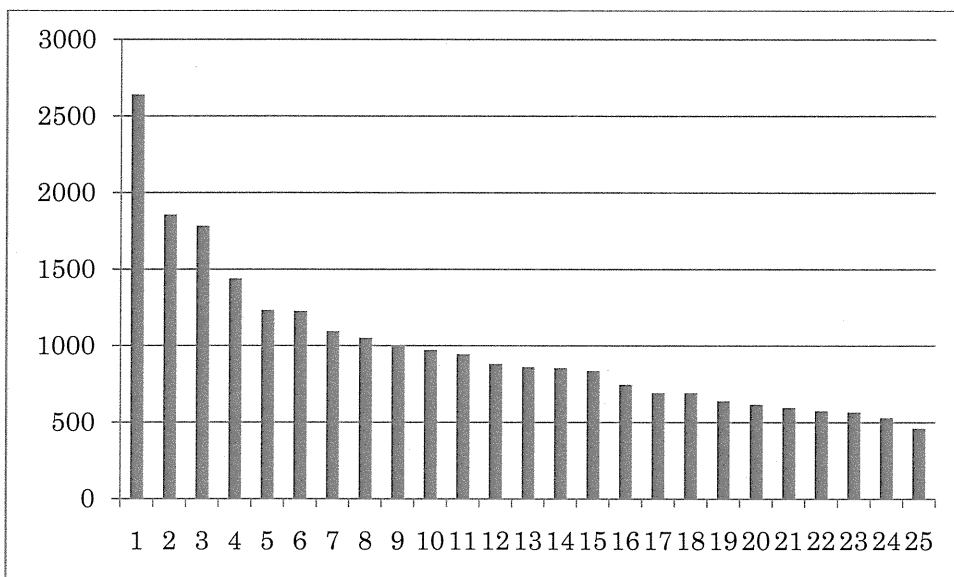
中央値 9 名、最大 20 名、最小 1 名

高度救命救急センター(n=25)とその他の救命救急センター(n=210)の比較では、 $p=0.01$ 以下で有意に高度救命救急センターが充実していた (Mann-Whitney 検定)。

専従医数の多い施設 (上位 5 施設)

大阪大学医学部附属病院	20 名
兵庫県災害医療センター	18 名
岐阜大学医学部附属病院	14 名
東海大学医学部附属病院	14 名
日本医科大学附属病院	13 名

3. 年間に受けた重篤患者数



中央値 862 名、最大 2,640 名、最小 460 名

高度救命救急センター(n=25)とその他の救命救急センター(n=210)の比較では、 $p=0.533$ で有意差なしであった (Mann-Whitney 検定)。

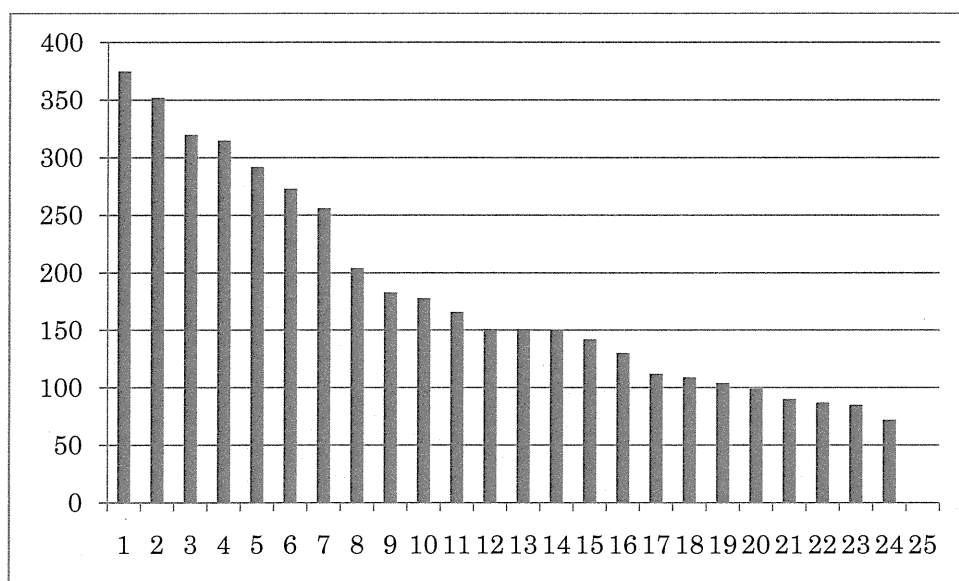
平成 21 年度および平成 22 年度における高度救命救急センターの比較では、 $p=0.005$ で重篤患者数が有意に増加した (Wilcoxon の符号付き順位検定)。

	H21 年	H22 年
重篤患者数 (Median, IQR)	810 (566.5 - 1170.0)	872 (653.0 - 1192.5)

年間に受けた重篤患者数の多い施設 (上位 5 施設)

東海大学医学部附属病院	2,640 名
杏林大学医学部附属病院	1,856 名
前橋赤十字病院	1,783 名
日本医科大学附属病院	1,439 名
千葉県救急医療センター	1,233 名

4. 年間に受け入れた重篤患者数（所管人口 10 万人あたり）



中央値 151 名、最大 375 名、最小 72 名

高度救命救急センターとその他の救命救急センターの比較では $p=0.483$ で有意差なしであった（Mann-Whitney 検定）。

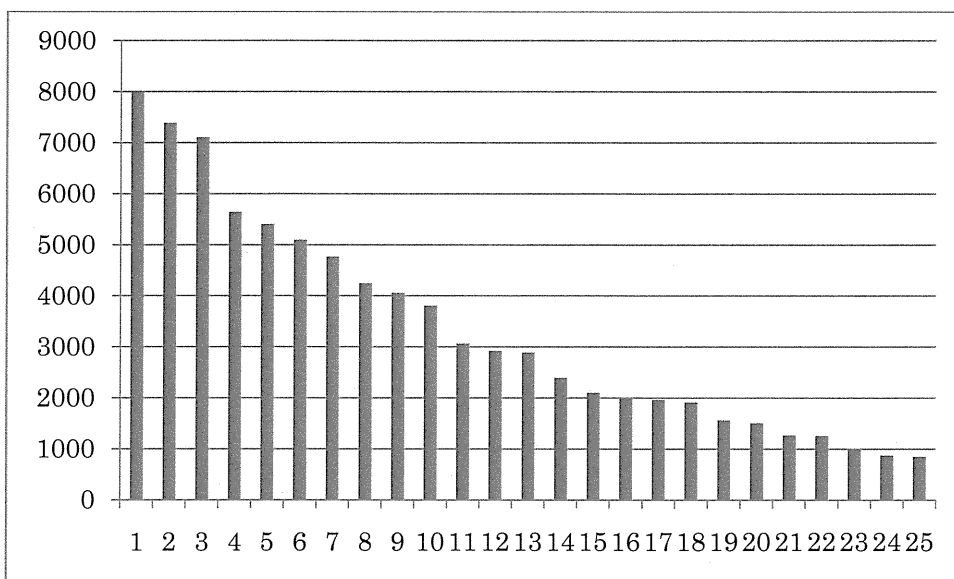
平成 21 年度および平成 22 年度における高度救命救急センターの比較では、 $p=0.007$ で人口当たりの重篤患者数が有意に増加した（Wilcoxon の符号付き順位検定）。

	H21 年	H22 年
重篤患者数 (Median, IQR)	150 (98.5 - 259.5)	151 (105.3 - 268.8)

所管人口 10 万人あたり年間に受けた重篤患者数の多い施設（上位 5 施設）

愛知医科大学病院	375 名
杏林大学医学部附属病院	352 名
信州大学医学部附属病院	320 名
徳島赤十字病院	315 名
山口大学医学部附属病院	292 名

5. 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



中央値名 2,889、最大 8,011 名、最小 853 名

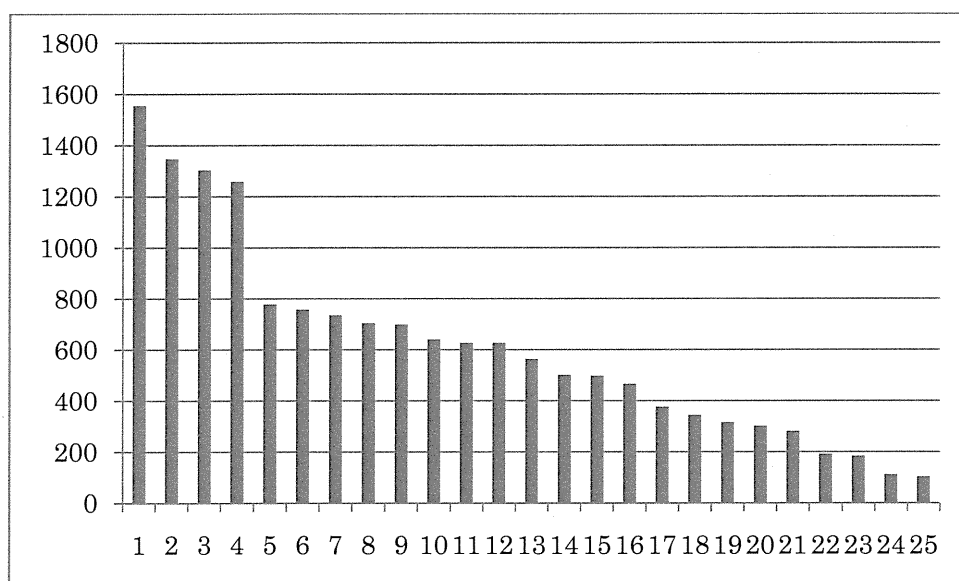
高度救命救急センターとその他の救命救急センターの比較では $p=0.011$ で有意差がありその他の救命救急センターの方が搬送件数が多い (Mann-Whitney 検定)。

年次比較は H21 年における実数を得られなかったため実施しなかった。

年間受入救急車搬送人員の多い施設 (上位 5 施設)

東海大学医学部附属病院	8,011 名
杏林大学医学部附属病院	7,384 名
日本医科大学附属病院	7,104 名
前橋赤十字病院	5,643 名
徳島赤十字病院	5,402 名

6. 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)



中央値名 564、最大 1,555 名、最小 103 名

高度救命救急センターとその他の救命救急センターの比較では $p=0.001$ で有意差があり、その他の救命救急センターの方が搬送件数が多い (Mann-Whitney 検定)。

所管人口 10 万人あたり年間受入救急車搬送人員の多い施設 (上位 5 施設)

徳島赤十字病院	1,555 名
日本医科大学付属病院	1,347 名
杏林大学医学部付属病院	1,303 名
愛知医科大学病院	1,258 名
東海大学医学部付属病院	778 名

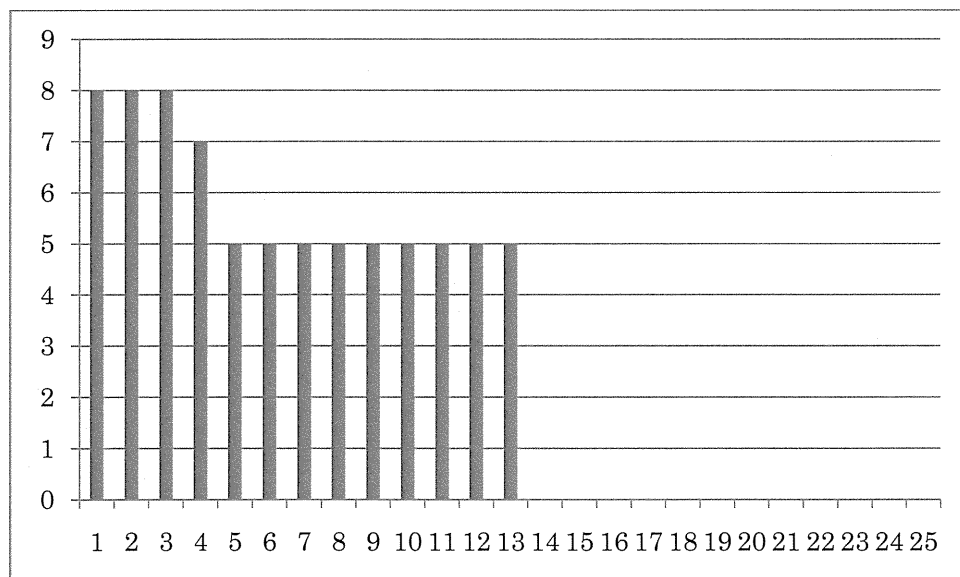
7. 是正合計

H21 年度から実施されている新しい充実段階評価においては、それまでの評価区分を改め、是正を要する項目の点数を基にした評価区分とされている。
各項目における是正を要する配点基準は別添 1 の通りである。

救命救急センター充実度評価の区分

評価方法	
分類	要件
A	B・C 以外
B	是正を要する項目の合計が 22 点以上のまま、2 年間継続している。
C	是正を要する項目の合計が 22 点以上のまま、3 年以上継続している。

高度救命救急センターにおける各施設の是正合計（縦軸は合計点数、横軸は施設）



中央値 5、最大 8、最小 0

高度救命救急センターとその他の救命救急センターの比較では $p=0.027$ で有意差があり、高度救命救急センターの方が低い (Mann-Whitney 検定)。

平成 21 年度および平成 22 年度における高度救命救急センターの比較では、 $p=0.257$ で是正合計に有意差はない (Wilcoxon の符号付き順位検定)。

	H21 年	H22 年
是正合計 (Median, IQR)	5 (0 - 5.0)	2.5 (0 - 5.0)

是正合計がゼロ (12 施設)

岩手医科大学附属病院	埼玉医科大学総合医療センター	杏林大学医学部附属病院
東海大学医学部附属病院	横浜市立大学附属市民総合医療センター	信州大学医学部附属病院
岐阜大学医学部附属病院	大阪府立急性期・総合医療センター	関西医科大学附属滝井病院
兵庫県災害医療センター	山口大学医学部附属病院	久留米大学病院

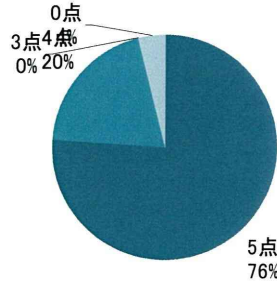
高度救命救急センターとその他の救命救急センターの評価項目の比較

n=235（施設）：高度25、その他210

1. 専従医師数

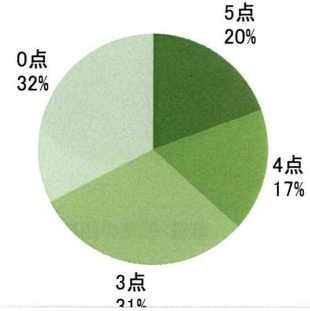
5点	19
4点	5
3点	0
0点	1

高度救命救急センター



5点	41
4点	36
3点	65
0点	68

その他の救命救急センター

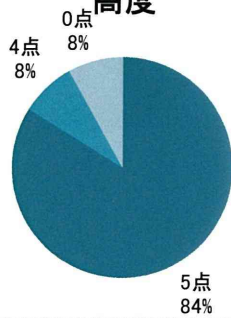


- ①一般の救命救急センター
・14人以上:5点 ・10人以上:4点
・6人以上:3点
- ②所管人口の少ない救命救急センター
・10人以上:5点 ・7人以上:4点 ・5人以上:3点
- ③所管人口が少なく、遠方まで別の施設のない救命救急センター
・7人以上:5点 ・5人以上:4点 ・3人以上:3点

2. 専従医師数に占める救急科専門医数

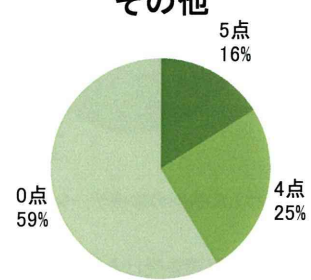
5点	21
4点	2
0点	2

高度



5点	34
4点	53
0点	123

その他

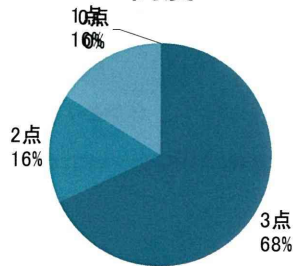


- ①一般の救命救急センター
・7人以上:5点 ・5人以上:4点
- ②所管人口の少ない救命救急センター
・5人以上:5点 ・3人以上:4点
- ③所管人口が少なく、遠方まで別の施設のない救命救急センター
・4人以上:5点 ・2人以上:4点

3. 休日及び夜間帯における医師数

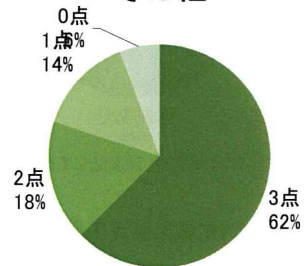
3点	17
2点	4
1点	4
0点	0

高度



3点	131
2点	37
1点	30
0点	12

その他

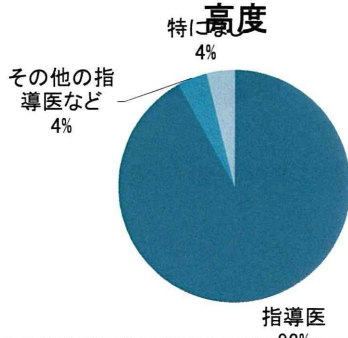


- ①一般の救命救急センター
・4人以上:3点 ・3人以上:2点 ・2人以上:1点
- ②所管人口の少ない救命救急センター
・3人以上:3点 ・2人以上:1点
- ③所管人口が少なく、遠方まで別の施設のない救命救急センター
・2人以上:3点 ・1人以上:1点

4. 救命救急センター長の要件

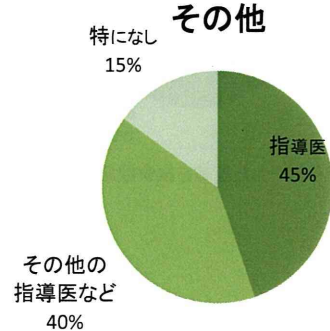
3点	23
1点	1
0点	1

高度



3点	93
1点	84
0点	31

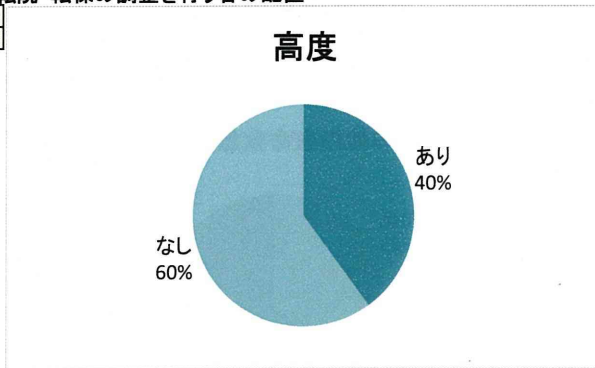
その他



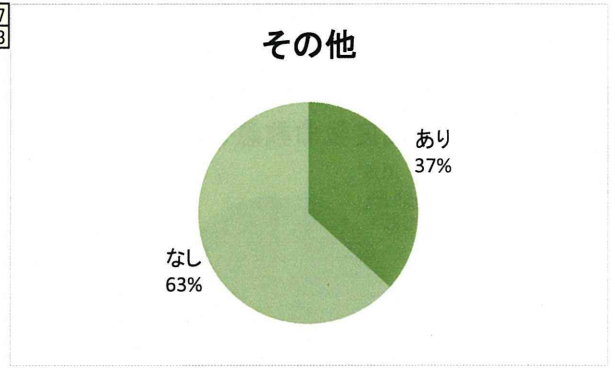
- ・1の専従医師であり、かつ、日本救急医学会指導医である: 3点
- ・1の専従医師であり、かつ、「救急医療に深く関連する学会認定の指導医など客観的に救急医療に関する指導者として評価を受けている」又は「救急科専門医である」: 1点

5. 転院・転棟の調整を行う者の配置

2点	10
0点	15



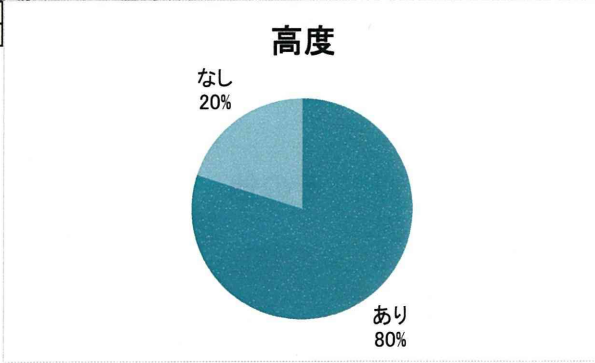
2点	77
0点	133



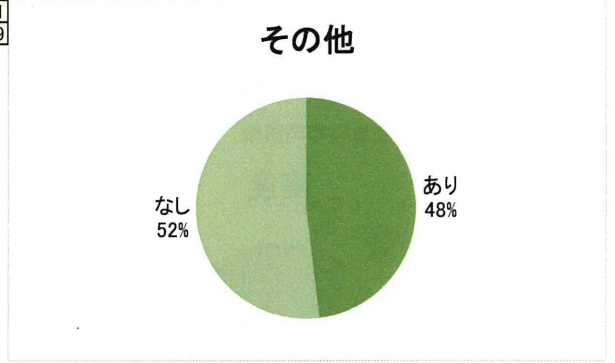
・院内外の連携を推進し、転院・転棟の調整を行う者を救命救急センターに専従で配置している:2点

6. 診療データの登録制度への参加と自己評価

2点	20
0点	5



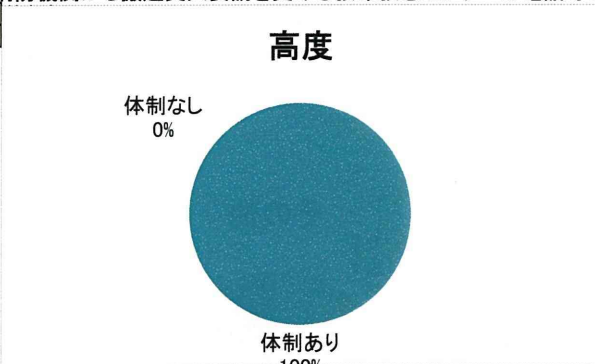
2点	101
0点	109



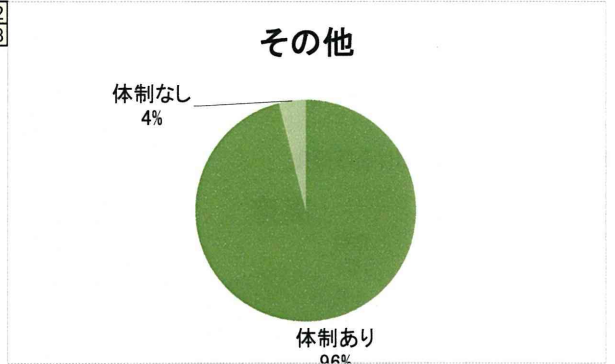
・救命救急医療に関わる疾病別の診療データの登録制度へ参加し、自己評価を行っている:2点

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点	25
-5点	0



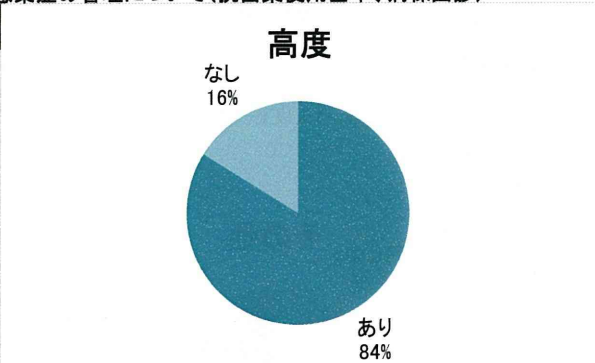
0点	202
-5点	8



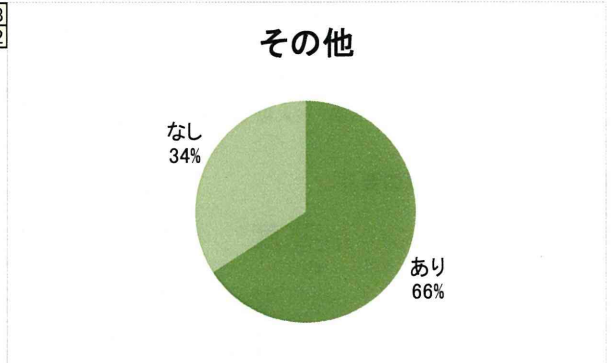
・専用の電話(ホットライン)があり、原則として最初から救命救急センターの医師が応答し、直ちに受入可否等の判断を行う体制になっている:0点

8. 感染症の管理について(抗菌薬使用基準、病棟回診)

2点	21
0点	4



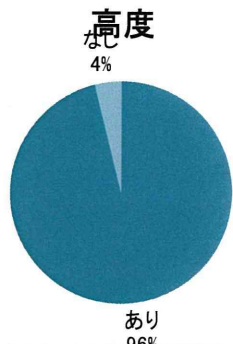
2点	138
0点	72



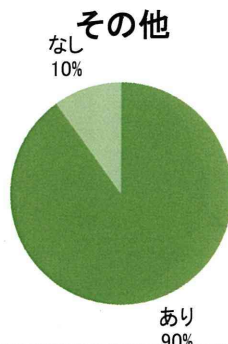
・抗菌剤使用に関する統一した基準を救命救急センター内で定め、院内感染対策委員による病棟回診を週に1回以上実施している:2点

9. 医療事故防止への対応(専従スタッフの研修参加)

2点	24
0点	1



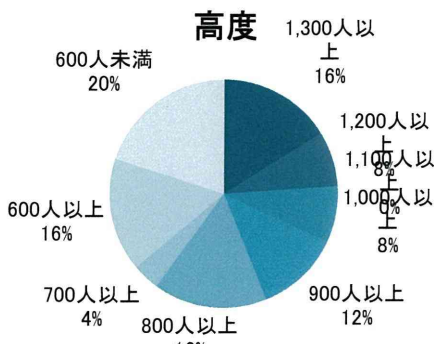
2点	189
0点	21



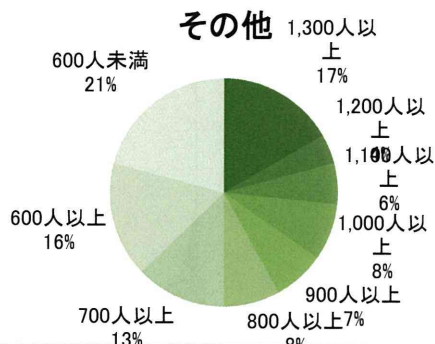
・医療事故・患者をテーマにした研修に、救命救急センター専従の医師・看護師が基本的に年2回以上参加している:2点

10. 年間に受け入れた重篤患者数

8点	4
7点	2
6点	0
5点	2
4点	3
3点	4
2点	1
1点	4
0点	5

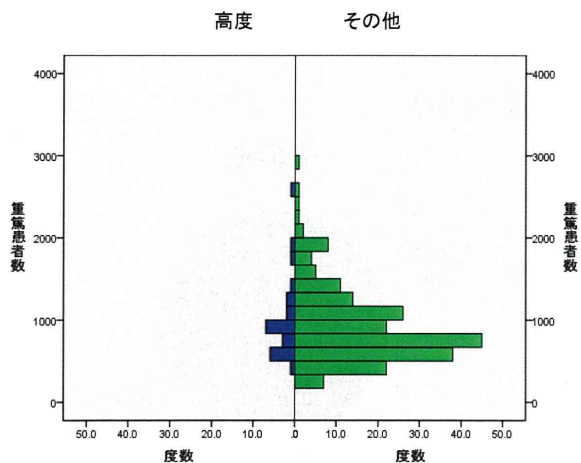


8点	35
7点	9
6点	12
5点	17
4点	15
3点	17
2点	27
1点	34
0点	44



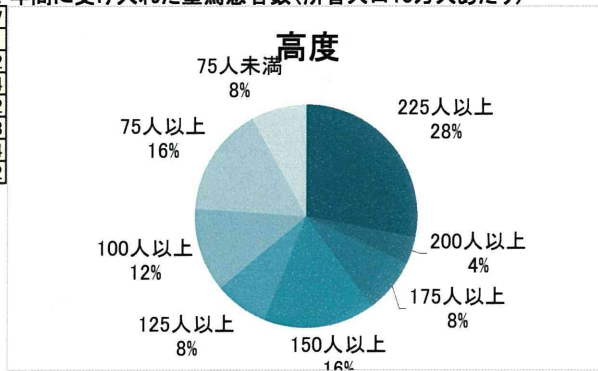
・600人以上:1点、700人以上:2点、800人以上:3点、900人以上:4点、1000人以上:5点、1100人以上:6点、1200人以上:7点、1300人以上:8点

ヒストグラム

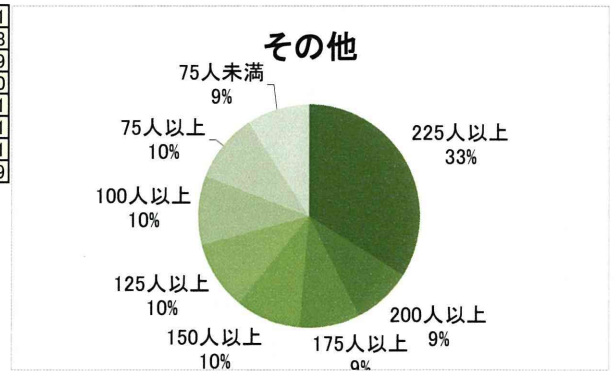


10. 年間に受け入れた重篤患者数(所管人口10万人あたり)

7点	7
6点	1
5点	2
4点	4
3点	2
2点	3
1点	4
0点	2

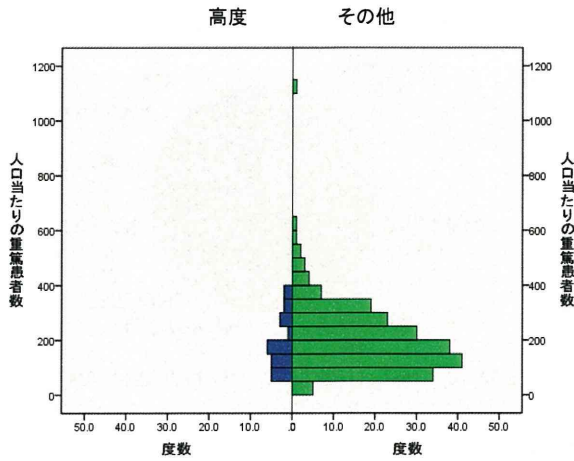


7点	71
6点	18
5点	19
4点	20
3点	21
2点	21
1点	21
0点	19



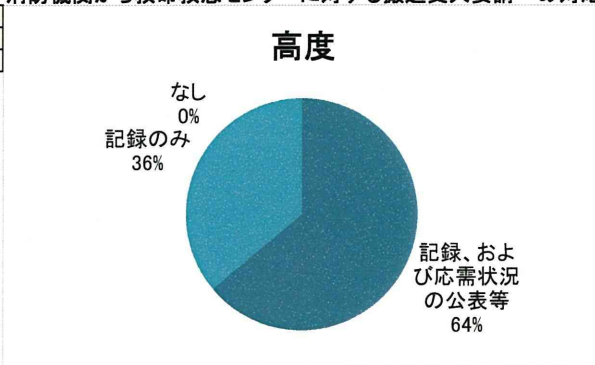
・所管人口10万人当たり、75人以上:1点、100人以上:2点、125人以上:3点、150人以上:4点、175人以上:5点、200人以上:6点、225人以上:7点

ヒストグラム

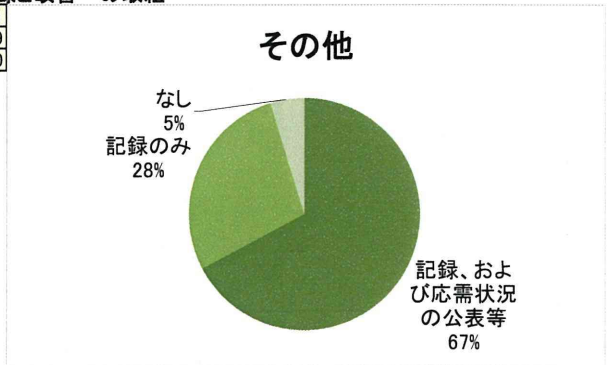


11. 消防機関から救命救急センターに対する搬送受入要請への対応状況の記録と改善への取組

5点	16
0点	9
-5点	0



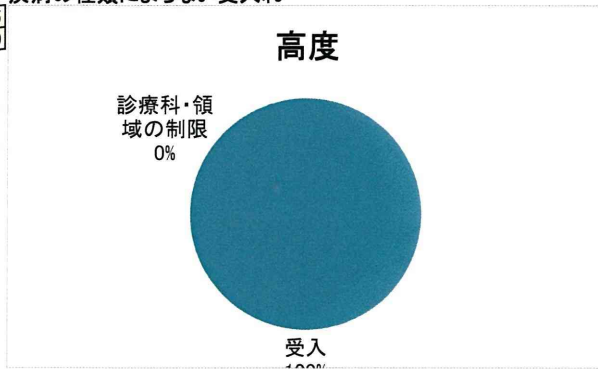
5点	141
0点	59
-5点	10



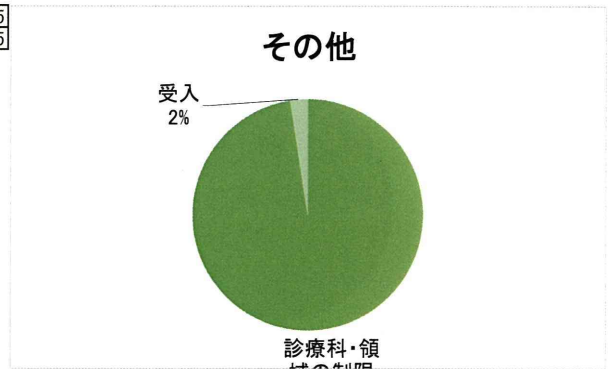
- ・消防機関から救命救急センターへの電話による搬送受入要請について、受入れに至らなかった場合の理由も含め対応記録を残し、応需率等を確認している。かつ、応需状況について院内外に公表するとともに、院外の委員会(メディカルコントロール協議会等)や院内の委員会で応需状況の改善等に向けた検討を実施している。 :5点
- ・消防機関から救命救急センターへの電話による搬送受入要請について、受入れに至らなかった場合の理由も含め対応記録を残し、応需率等を確認している:0点

12. 疾病の種類によらない受入れ

0点	25
-10点	0



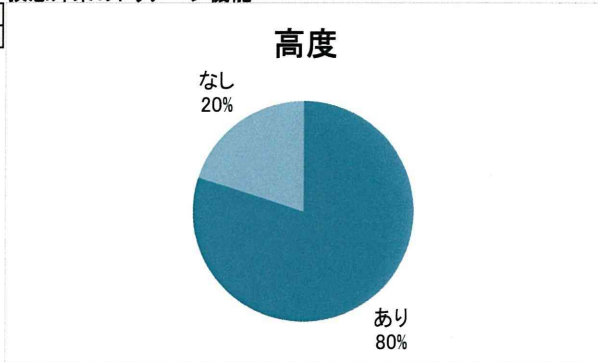
0点	205
-10点	5



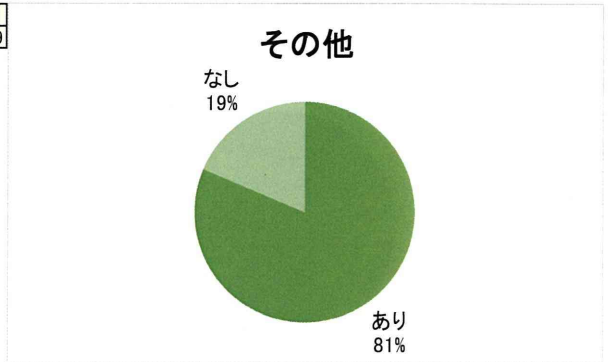
・救命救急医療が必要と考えられる重篤搬送患者については、基本的に疾病の種類によらず受け入れている:0点

13. 救急外来のトリアージ機能

2点	20
0点	5



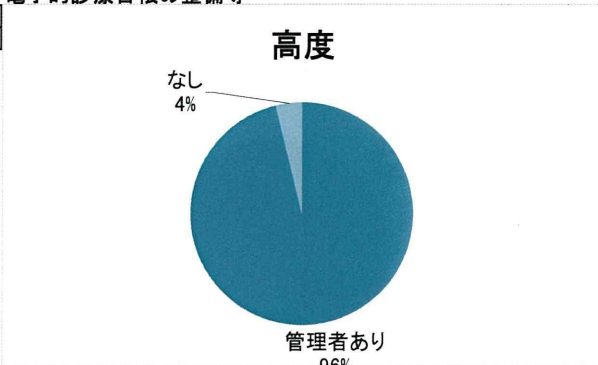
2点	171
0点	39



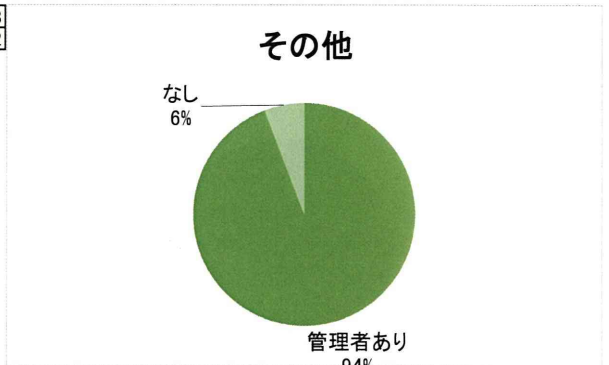
・救急外来にトリアージを行う看護師又は医師が、基本的に配置されている:2点

14. 電子的診療台帳の整備等

0点	24
-5点	1



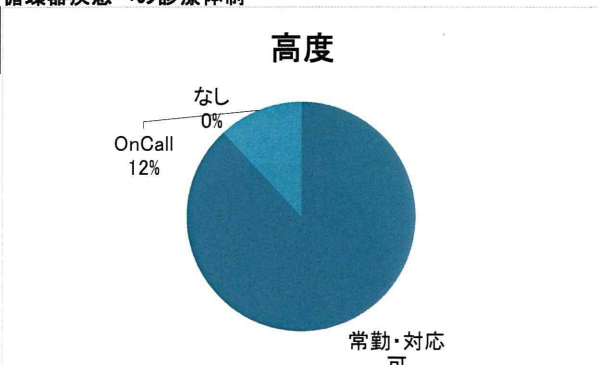
0点	198
-5点	12



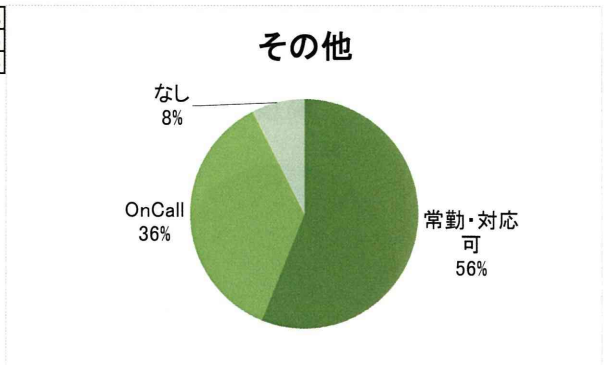
・救命救急センターで診療を行った患者の診療台帳を電子的に整備し、その台帳を適切に管理する者を定めている:0点

15. 循環器疾患への診療体制

1点	22
0点	3
-5点	0



1点	118
0点	76
-5点	16



・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