

つの自治体で稼働中、1つの自治体で導入予定の延長が認められた。現場滞在時間の延長については端末の使用に係る影響(医療機関検索や入力に要する時間等)によるものなのか、今後の検証が必要である。

### ③ 病院、診療所による応需情報入力状況(表2、図)

期間中の応需情報入力状況は、県全体で33%であり、病院が37%であったのに対して診療所では14%と低い傾向にあった。一方、システム導入後の応需情報入力経過では病院では昨年10月の32%台から今年2月には44%まで上昇しており、E-AXSに関する啓発が功を奏しているものと考えられる。これに対して診療所では低下傾向にあり、更なる啓発活動が必要であると同時に、診療所にとっての本システムそのもののメリットなど、その背景について検討が求められる。

### D. 考察

現在まで指摘されている課題としては、タブレット端末のスペックの制約(スムーズな動き)、入力に係る業務負荷(データの入力や修正等、取り扱い上の煩雑さ)、医療機関の応需情報入力不履行、一斉受入要請件数の減少、情報量の制約などがあげられている。特に救急隊員の現場入力の負担軽減策としては重複入力の回避が大きな課題として明らかとなった。また、医療機関の応需情報入力率は低く、引き続き本システムに関する啓発を行うと同時に、救急隊、医療機関双方にとってのメリットを明確にすべきであると考ええる。

### 参考文献

1. 総務省消防庁 平成26年度版 救急救助の現状
2. 谷川攻一。広島市の救急医療体制: ICTを取り入れた新たな試み アスカ21 2012:81:6-7
3. 谷川攻一、貞森拓磨。平成25年度地域医療基板開発推進研究事業「救急医療体制の推進に関する研究」分担研究報告書

ったが、平均現場滞在時間(現着~現発)は0.7分

### E. 結論

端末の小型化、通信の高速化により部分的には以前に比べ格段に便利になったが、今回のシステム機能は入力支援と参照が主であるため、将来的には報告業務や統計処理など異なるシステムとシームレスに情報を受け渡すことで入出力の負担を軽減できる仕組みにすべきである。それには使用されるデータのルールを定義することなども必要であるが、なにより現場の声を柔軟かつ積極的に取り入れることが大前提となる。

### F. 健康危険情報

特になし

### G. 研究発表

特になし

### H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

別表

消防本部	救急出動件数・システム登録件数			交渉回数																								搬送時間	
	出動件数	システム登録件数	システム登録率	照会回数(平成25年10~12月)								照会回数(平成26年10~12月)								照会回数(平成25年と26年の差)								H25.10~12	H26.10~12
				総搬送人員	%転院搬送	調査対象	1回	2~3回	4~10回	11回	最大	総搬送人員	%転院搬送	調査対象	1回	2~3回	4~10回	11回	最大	総搬送人員	%転院搬送	調査対象	1回	2~3回	4~10回	11回	最大		
広島市	14,801	14,429	97.5%	11,693	1,218	10,475	7,553	2,303	598	21	22	12,446	1,384	11,062	8,008	2,331	696	27	24	753	166	587	455	28	98	6	20.6分	21.6分	
呉市	2,727	2,672	98.0%	2,415	258	2,157	1,735	350	72	0	7	2,524	279	2,245	1,840	352	52	1	13	109	21	88	105	2	-20	1	16.8分	17.8分	
三原市	1,332	1,285	97.2%	1,169	137	1,032	944	80	8	0	4	1,250	115	1,135	1,031	101	3	0	4	81	-22	103	87	21	-5	0	11.6分	11.3分	
尾道市	1,861	1,672	89.8%	1,642	276	1,366	1,284	77	5	0	6	1,721	298	1,423	1,341	78	4	0	5	79	22	57	57	1	-1	0	13.1分	13.4分	
大竹市	346	346	100.0%	326	67	259	220	31	8	0	5	293	56	237	186	46	5	0	7	-33	-11	-22	-34	15	-3	0	17.8分	17.8分	
東広島市	2,292	2,161	94.3%	1,890	289	1,601	1,400	190	11	0	9	2,074	300	1,774	1,557	200	17	0	10	184	11	173	157	10	6	0	13.0分	14.1分	
廿日市市	1,412	1,319	93.4%	1,143	205	938	716	177	42	3	15	1,248	196	1,053	804	202	45	2	13	105	-9	115	88	25	3	-1	22.2分	22.1分	
安芸高田市	363	363	100.0%	347	57	290	268	20	2	0	5	348	59	289	273	15	1	0	4	1	2	-1	5	-5	-1	0	12.5分	12.8分	
江田島市	400	424	106.0%	382	102	280	231	39	10	0	7	386	86	300	250	38	9	0	7	4	-16	20	22	-1	-1	0	14.7分	13.9分	
府中町	531	540	101.7%	443	63	380	275	76	29	0	9	475	49	426	328	59	38	1	13	32	-14	46	53	-17	9	1	24.7分	22.7分	
北広島町	257	263	102.3%	244	47	197	148	38	10	1	11	234	41	193	136	44	12	1	12	-10	-6	-4	-12	6	2	0	12.6分	14.2分	
備北地区	1,056	1,047	99.1%	1,039	144	895	795	85	15	0	8	998	131	867	766	95	6	0	7	-41	-13	-28	-29	10	-8	0	11.3分	11.9分	
福山地区	5,563	5,403	97.1%	4,922	751	4,171	3,281	772	118	0	10	5,167	799	4,368	3,555	710	103	0	9	245	48	197	274	-02	-15	0	14.1分	14.4分	
合計	32,941	31,934	96.9%	27,655	3,614	24,041	18,850	4,238	928	25	22	28,164	3,793	25,372	20,078	4,271	991	32	24	1,509	179	1,331	1,228	33	63	7	17.3分	18.0分	

表1 救急搬送支援システム利用状況調査 集計結果

区分	10月~2月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
全体	32.8%	29.2%	32.2%	33.1%	32.8%	37.9%	0.0%
病院	37.4%	32.6%	36.2%	37.4%	37.4%	43.8%	0.0%
診療所	13.9%	15.1%	14.4%	13.8%	12.4%	13.5%	0.0%

表2 病院、診療所による応需情報入力状況

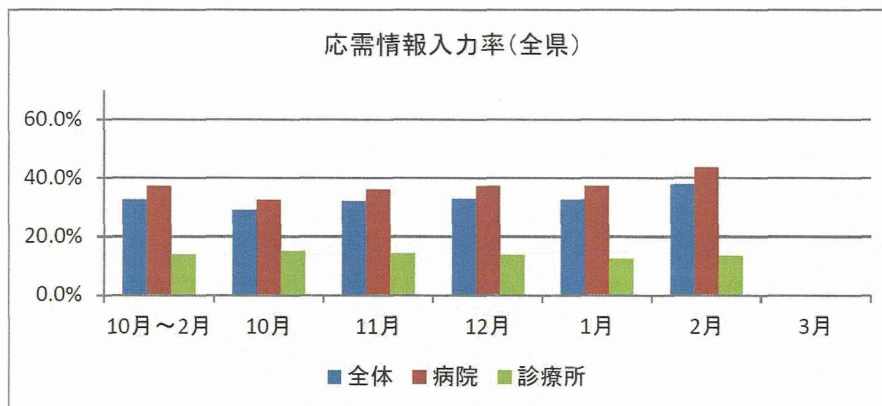


図 応需情報入力率の経時変化

【E-AXS の主な機能】

以下に E-AXS の主な機能画面を紹介する。

1. 救急隊による入力

- ・ 出動記録：種別項目入力、動態情報管理、位置情報

【現着】3. 現地到着時間・位置情報登録



覚知 出動 現着 接触 観察 交渉 搬送 病者 引継 帰着

現地到着時、現場に到着した際の到着時間・位置情報を登録する。(操作の省略が可能)

※本操作は運用上、省略可能。(省略した場合は、データとして記録が残らない。)

※到着時刻は、現地到着「未完了」ボタンをタップした日時が初期表示される。

動態情報入力画面へ

- ・ 傷病者情報：年齢、性別、実施基準項目、観察項目、写真、メモ（人体図、フリーハンド）、処置の記録

【観察】5. 傷病者情報登録(実施基準情報)



【観察】5. 傷病者情報登録(観察内容)



覚知 出動 現着 接触 観察 交渉 搬送 病者 引継 帰着

覚知 出動 現着 接触 観察 交渉 搬送 病者 引継 帰着

傷病者の情報(実施基準情報)を登録する。(操作の省略が可能)

傷病者情報(観察内容)を登録する。(操作の省略が可能)

※該当する実施基準の情報を変更。

<b>意識性</b> ・意識障害・昏倒・意識 ・瞳孔 ・呼吸 ・脈博 ・血圧 ・SpO2 ・体温 ・血中酸素 ・吐下量	<b>瞳孔性</b> ・瞳孔切縮 ・瞳孔散大 ・瞳孔不等大 ・瞳孔対称性の有無	<b>特殊性</b> ・精神状態を 観察する ・アルコール中毒 ・薬物 ・怪我 ・骨折 ・脱臼 ・熱中症
--	---	--

※項目の変更が可能

傷病者一覧画面へ

※本操作は運用上、省略可能。  
 ※観察情報項目(意識レベル、呼吸、脈博、血圧、SpO2、Primary Survey)について登録する。  
 ※変更レベル、呼吸、脈博、血圧の変更可能

傷病者一覧画面へ

- ・ 医療機関検索：かかりつけ、条件指定、一斉受入要請、ドクターヘリ、医療機関の受け入れ状況、医療機関地図、搬送実績登録

【交渉】6. 医療機関検索(地図画面)



【交渉】6. 医療機関検索(一斉受入要請)



覚知 出動 現着 接触 観察 交渉 搬送 病者 引継 帰着

覚知 出動 現着 接触 観察 交渉 搬送 病者 引継 帰着

一覧画面から地図画面への切り替え、地図から検索することが可能。

交渉先が決まらない場合、または早急に交渉先を決めたい場合、複数の医療機関に一斉に受入要請を行うことができる。

※医療機関一覧画面で表示されている該当先の医療機関の位置が番号アイコンで地図上に表示される。

※地図上の番号アイコンをタップすると、医療機関の情報が表示される。

※二次医療機関は複数の設定が可能。  
 ※科目は、応急科目が設定される。表示は略称名で表示される。  
 ※その他の条件指定は「受入拒否権限除外」(受入交渉の結果、指定された機関へは要請しない)2次機関「3次機関」(輪番)から選択できる。(輪番は検索した時点で輪番対応している医療機関が対象)

※応急科目の変更可能

一斉受入要請・情報画面へ

一斉受入要請条件指定画面へ



・救急隊間にて共有すべき情報の投稿

【その他】メッセージ



救急隊間にて、引継情報など関係者と連携したい情報を投稿、閲覧できる

**メニュー画面**

**メッセージ画面**

※メッセージは、自消防本部内の救急隊から投稿された内容のみ閲覧可能。  
(他消防本部の内容は閲覧できない。)

※投稿されたメッセージは、過去2日以内(今日と昨日)の情報が閲覧可能。

※自救急車名は ■ 他救急車名は ■ で表示される。

2. 医療機関による参照 (図 27-33)

受け入れ状況一覧確認、傷病者情報詳細確認 (観察項目、写真メモなど)、予後管理

A. 救急受入状況一覧



自機関に搬送先が決定した傷病者の情報が一覧で表示される。

**救急受入状況一覧画面(受入決定)**

※「受入決定(自機関)」タブをクリックすると、自機関で受け入れた傷病者が一覧表示される。

※他機関で受け入れた傷病者の一覧は参照できない。

B. 予後情報登録



傷病者の予後情報を登録する。

**予後情報登録画面**

※病院患者IDは、自機関で任意の管理番号を登録することが可能。

※予後情報として以下を登録できる。

- ・年齢
- ・性別
- ・重症度
- ・主傷病(検索機能を用いて登録)
- ・転送日時
- ・転送区分:「外未帰宅」、「入院中」、「死亡」、「後方病院へ」、「高次・専門病院へ」(後方病院、高次・専門病院は検索機能を用いて登録)

※引継書とシステムで登録された傷病者情報は、年齢・性別・発症日時(自動日時)で統合が可能。

予後情報一覧画面へ

3. 消防本部による参照

搬送情報、患者情報詳細画面

搬送情報一覧



搬送情報一覧



現在搬送中の傷病者情報が一覧で表示される。

**搬送情報一覧画面(活動中)**

※「活動中」タブをクリックすると、現在搬送中の傷病者が一覧表示される。

※一覧表示される情報は救急隊がタブレット端末から登録された情報となる。

※「傷病者」をクリックすると、傷病者の詳細情報画面へ遷移する。

傷病者情報詳細画面へ

傷病者の詳細情報が表示される。

**傷病者情報詳細画面**

**写真・メモ画面**

※救急隊がタブレットから登録した傷病者の詳細情報(実施基準情報、観察内容、処置内容)が参照できる。

※カメラ・メモ画像をクリックすると、救急隊からアップロードされた写真やメモ画像が参照できる。

搬送情報一覧



搬送完了した傷病者の情報が一覧で表示される。

**搬送情報一覧画面(完了)**

※「完了」タブをクリックすると、自機関で受け入れた傷病者が一覧表示される。

分担研究報告書

救急患者搬送受入の実態と実施基準の効果についての研究

研究分担者 森野一真 山形県立中央病院・山形県立救命救急センター  
研究協力者 山形県生活環境部 危機管理・くらし安心局 危機管理課

研究要旨

平成 21 年 10 月の消防法の一部改定において傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の策定後の山形県村山二次医療圏に搬送困難事例（照会回数 4 回かつ重症、または照会回数 5 回以上）について検討した。搬送件数の増加に伴い照会回数が増加する傾向を認めた。傷病者受入れの実施基準策定後、搬送困難事例の数は減少傾向にあるものの、より多い照会回数の出現や、心肺停止症例の増加を認めた。「実施基準」による病院選定の頻度の最も高い消防本部に最も多い応需不能事例が発生しており、その原因究明が必要である。

A 研究目的

平成 21 年 10 月の消防法の一部改定において傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の策定後の状況の継続的な調査を行い、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準のあり方を検討する。

B 研究方法

村山二次医療圏（対象人口 563,300 人、H22 年現在）には 7 つの消防本部と 16 の救急告示病院がある。これまでの本研究において、県庁所在地にある医療機関への救急搬送の増加を認め、それに伴い応需不能の件数の上昇を認めていた。傷病者の搬送及び受け入れに関し、平成 23 年から 26 年までの 4 月～9 月の 6 ヶ月間における、搬送困難事例を調査する。今回、照会回数 4 回以上かつ重症、または照会回数 5 回以上を搬送困難事例とした。

C 研究結果

1) 消防本部別救急搬送件数

救急搬送件数の推移は、漸増もしくは横ばいであるが、A 消防本部は H26 年に急増した（図表 1）。

2) 搬送困難事例の推移

これまで、D 消防本部が飛び抜けて多く、26 年に減少に転じたものの、依然として最も多い。一方、搬送件数が増加傾向を示す A と C 消防本部は増加した。（図表 2）。また、H25 年と H26 年とで照会回数を比較したところ、総数は H25 年 83 件から H26 年 69 件に減少したものの、H26 年はそれまで無かった照会回数 10 回、11 回が出現した。

3) 搬送困難事例の重症度

搬送困難事例の件数の減少を認めたものの、心肺停止（CPA）は増加し、重症例が約 3 割を占める傾向は続いている（図表 4-1、4-2）。CPA7 例の応需不能の理由は患者対応中が 9 件と最も多く、次いで処置困難 7、その他 6、病床満床 1 であった。うち、病床満床は「超早産児、新生児仮死」の症例であった。

CPA を除く重症例を検討すると、20 例中 11 例（55%）が整形外科関連で、特に高齢者の転倒による骨折が目立つ。

4) 病院選定の状況

H26 年の搬送困難事例 69 例における病院選定理由をみると、実施基準 16、ついで二次医療機関 15 であった（表 3）。また、事例の背景を検討

すると、「その他」を除くと「85歳以上の超高齢者」の占める割合が多かった（表4）。

#### 5) 搬送困難事例における初回病院選定理由

H26年の搬送困難事例における消防ごとの初回病院選定理由を検討すると、「実施基準」をもとにした選定は7消防本部のうち3つのみであった。このうち、搬送困難事例の最も多いD消防本部は24件のうち14件と最も多かった。

#### D 考察

今回の検討では、搬送困難事例（照会回数4回かつ重症、または照会回数5回以上）の数は減少傾向にあるものの、より多い照会回数の出現や、心肺停止症例の増加を認めた。重症例では高齢者の転倒による骨折が目立つとともに、搬送困難事例の背景としての85歳以上の高齢者（超高齢者）が多く、CPA事例においても7例中3例は85歳以上であり、救急搬送が少子高齢化の影響を受けている事が推測された。

一方、病床不足を理由に「超早産児、新生児仮死」への応需不能が生じており、地域における対応を再度確認刷る必要がある。また、CPAへの応需不能の理由として、「処置困難」が23回中7回（30.4%）を占め、救急告示病院の心肺蘇生法

の習熟に関する評価が必要であろう。

H26年のみであるが、初回病院選定において、「実施基準」の使用は69件中16件（23.2%）と低く、また、消防本部間での乖離を認めた。最も使用頻度の高い消防本部に最も多い応需不能事例が発生しており、その原因究明が必要である。

#### E 結論

傷病者受入れの実施基準策定後、搬送困難事例（照会回数4回かつ重症、または照会回数5回以上）の数は減少傾向にあるものの、より多い照会回数の出現や、心肺停止症例の増加を認めた。「実施基準」による病院選定の頻度の最も高い消防本部に最も多い応需不能事例が発生しており、その原因究明が必要である。

#### F. 健康危険情報

特になし

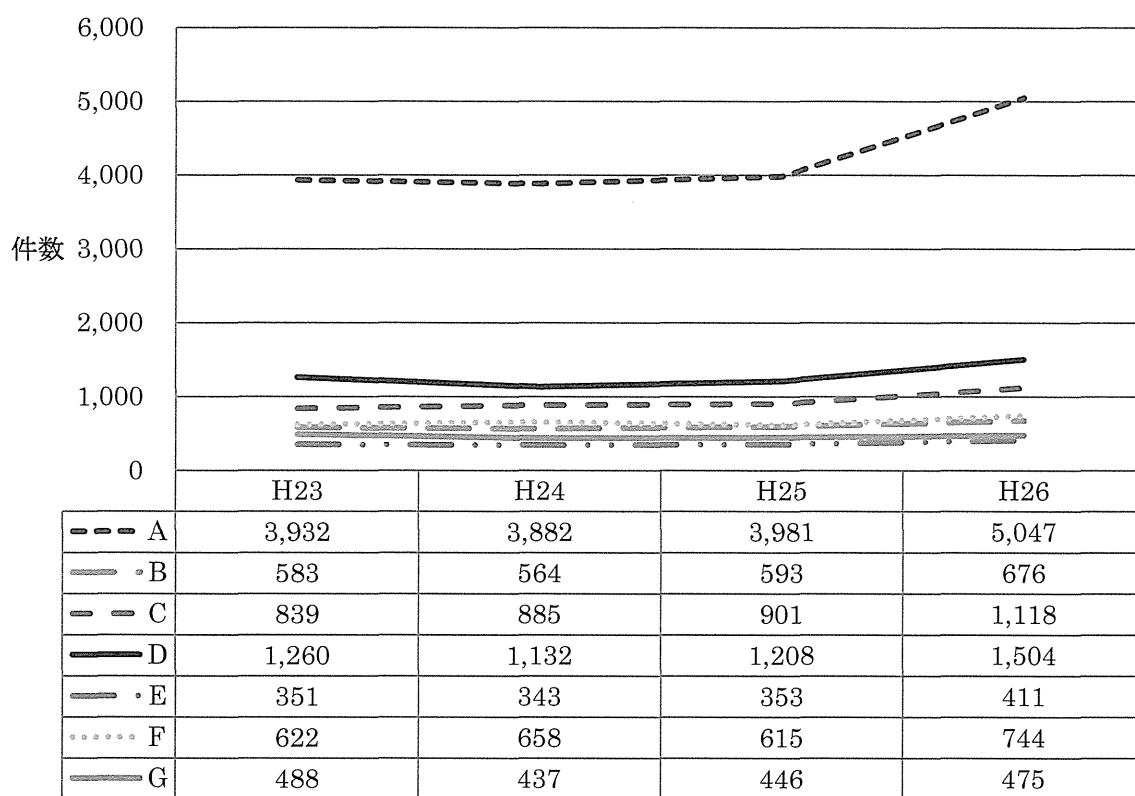
#### G 研究発表

特になし

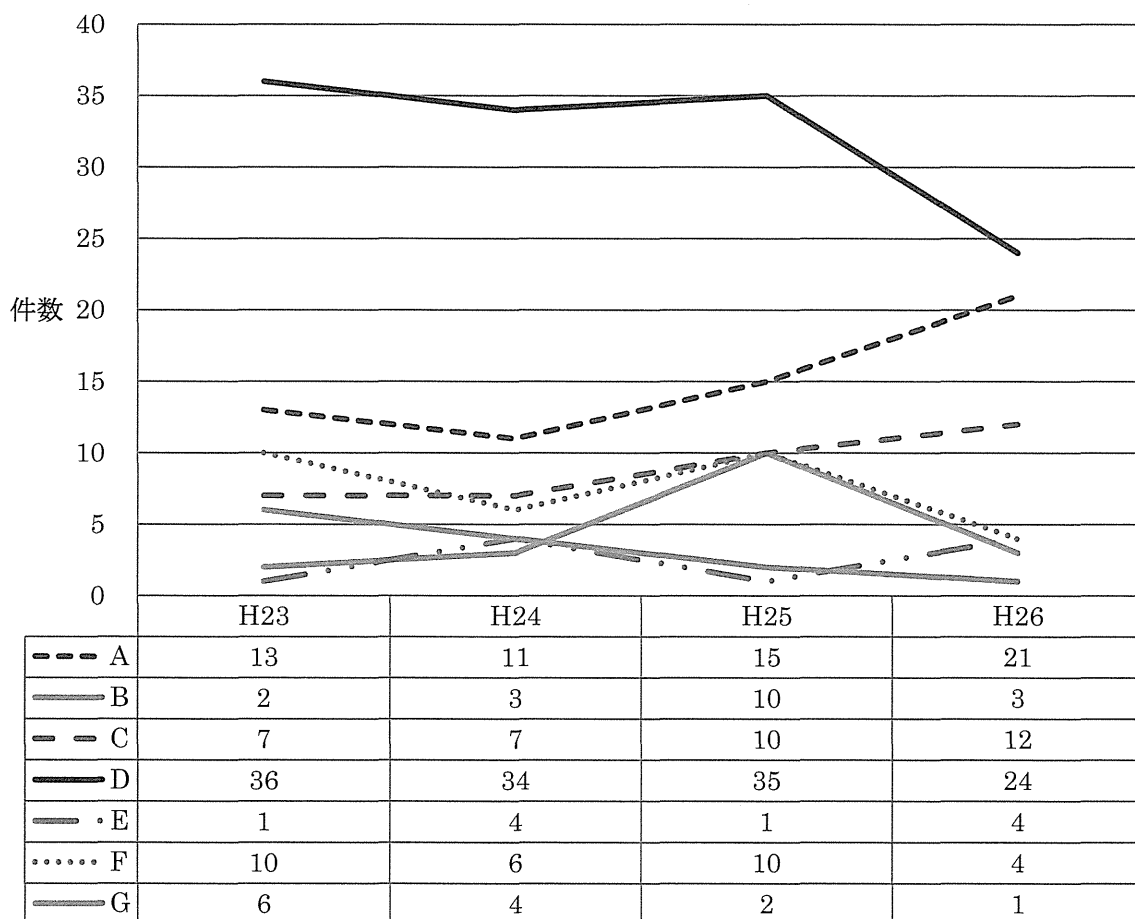
#### H 知的財産権の出願・登録状況

特になし

図表 1 村山二次医療圏内消防本部別搬送件数の推移（アルファベットは消防本部）

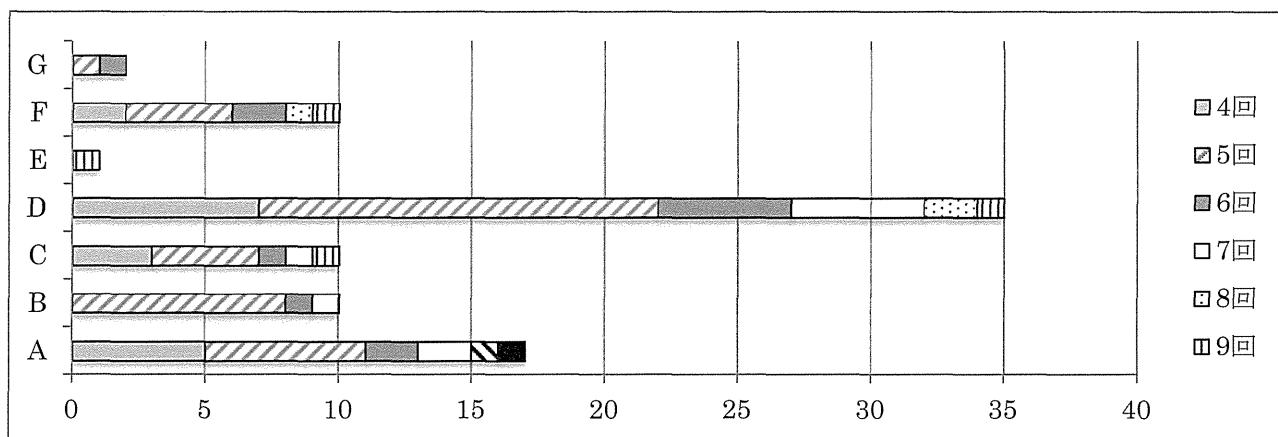


図表 2 村山地域二次医療圏内消防本部別搬送困難事例数の推移（アルファベットは消防本部）



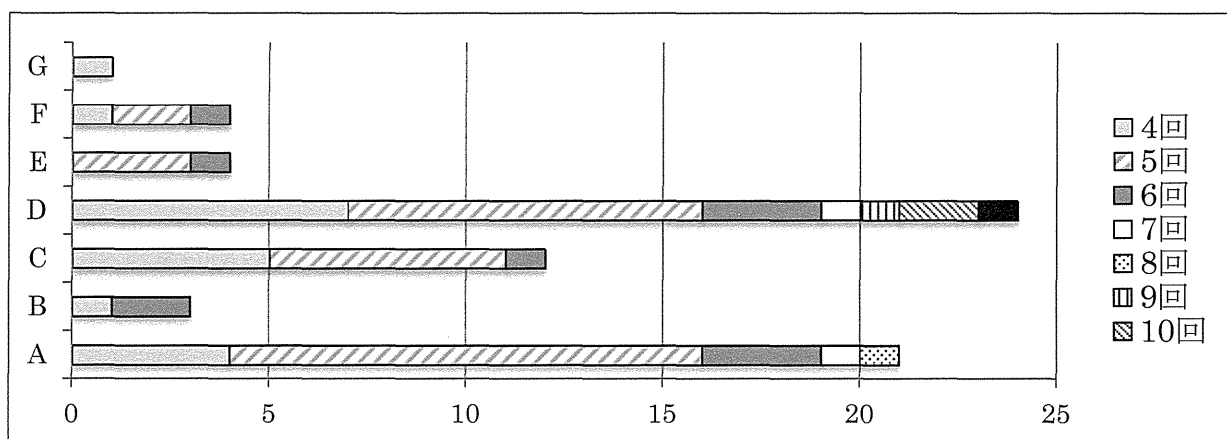
図表 3-1 H25 年の消防本部別搬送困難事例照会回数（総数 83、アルファベットは消防本部）

	4回	5回	6回	7回	8回	9回
A	5	6	2	2	0	0
B	0	8	1	1	0	0
C	3	4	1	1	0	1
D	7	15	5	5	2	1
E	0	0	0	0	0	1
F	2	4	2	0	1	1
G	0	1	1	0	0	0



図表 3-2 同 H26 年（総数 69）

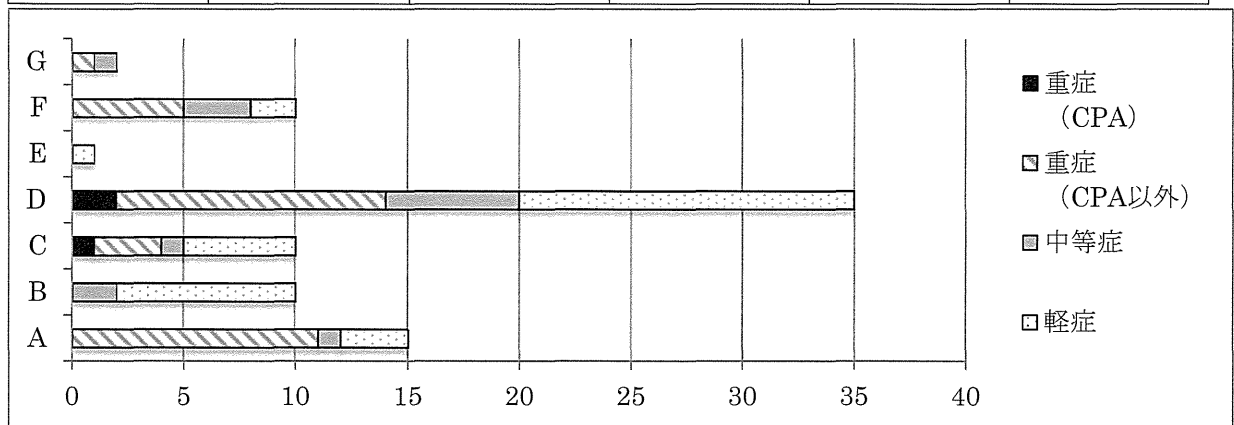
	4回	5回	6回	7回	8回	9回	10回	11回
A	4	12	3	1	1	0	0	0
B	1	0	2	0	0	0	0	0
C	5	6	1	0	0	0	0	0
D	7	9	3	1	0	1	2	1
E	0	3	1	0	0	0	0	0
F	1	2	1	0	0	0	0	0
G	1	0	0	0	0	0	0	0





図表 4-1 H25 年消防別搬送困難症の重症度（アルファベットは消防本部）

	重症 (CPA)	重症 (CPA 以外)	中等症	軽症	計
A		11	1	3	15
B			2	8	10
C	1	3	1	5	10
D	2	12	6	15	35
E				1	1
F		5	3	2	10
G		1	1		2
合計	3	32	14	34	83



図表 4-2 同 H26 年

	重症 (CPA)	重症 (CPA 以外)	中等症	軽症	計
A	1	8	4	8	21
B		1		2	3
C	3	2	1	6	12
D	2	6	9	7	24
E		3		1	4
F	1	1	2		4
G		1			1
合計	7	22	16	24	69

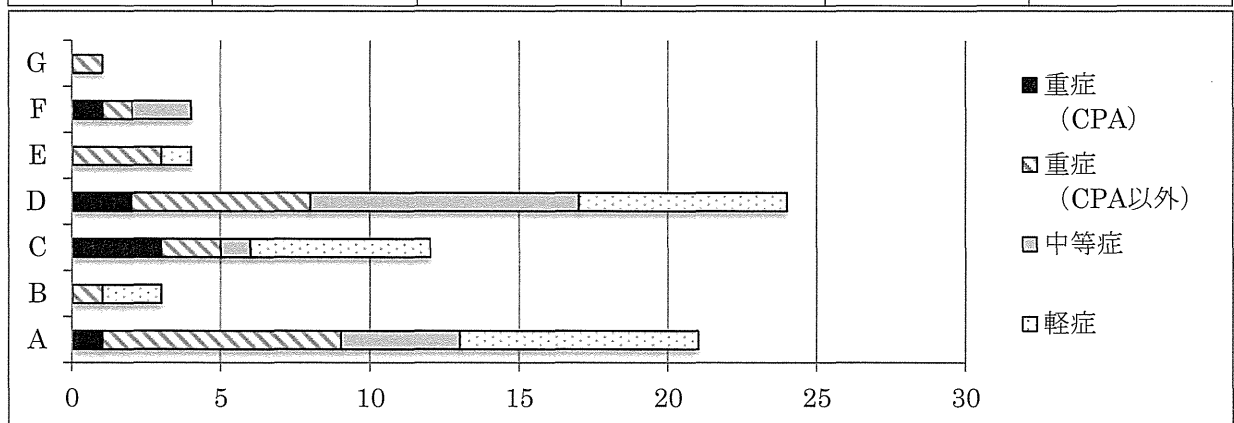


表1 搬送困難事例におけるCPA事例と応需不能の理由（H26年）

消防本部	年齢	初診時診断名	照会回数	応需不能理由別件数					
				床満床	入院病	心中	患者対応	処置困難	その他
A	91	心肺停止状態	4				3		
C	64	CPAOA	5					1	3
C	17	CPAOA(ガス中毒)	4					2	1
C	88	CPA	4					3	
D	92	肺炎、来院時心肺停止	5				3		1
D	62	CPAOA、縊頸	4				3		
F	0	超早産児、新生児仮死	4	1				1	1

表2 重症とされた搬送困難事例と応需不能の理由（H26年）

消防本部	年齢	初診時診断名	照会回数	応需不能理由別件数											
				(内訳)					専門外	医師不在	患者対応中	処置困難	初診	その他	
				満床	病床	病床外来	入院病	不明種別							
A	87	大腿骨骨幹部骨折	6						2				3		
A	87	左大腿骨転子部骨折	4	1									2		
A	89	右大腿骨転子部骨折	4						1		2				
A	83	骨盤骨折疑	5						1		1	1			1
A	49	筋膜症	4												3
A	62	左大腿骨頸部骨折	5	2							1	1			
B	92	呼吸不全	4						1						2
C	71	左足趾骨折 等	4						2						1
C	32	肺塞栓	4								2	1			
D	89	頸髄損傷、頭部挫創、頭部打撲	4								1	2			
D	76	肺炎(両側)	4							1		1			1
D	64	脳梗塞	4								2		1		
D	58	頸髄損傷	4									3			
D	68	急性心筋梗塞	4	1								2			
D	43	くも膜下出血	4								1	2			
E	87	大腿骨転子部骨折	5								3				1
E	82	肺炎	5	2					2	2					
E	78	脳梗塞	5	1					1	1		1	1		
F	93	肺炎、除脈、腎不全	5	3			3							1	
G	86	頸損	4									3			

表 3 搬送困難事例における病院選定理由 (H26 年)

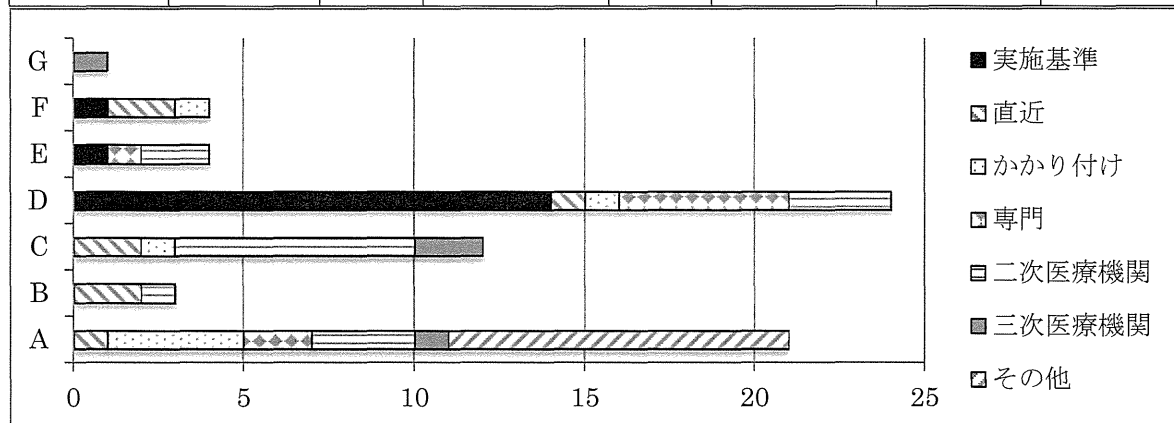
選定理由	件数
実施基準	16
直近	8
かかり付け	7
専門	8
二次医療機関	15
三次医療機関	5
その他	10
合計	69

表 4 搬送困難事例の背景 (H26 年)

区分	件数
周産期	1
小児	3
85 歳以上の超高齢者	20
精神疾患	4
その他	41
合計	69

図表 5 搬送困難事例における初回病院選定理由 (H26 年)

消防本部	実施基準	直近	かかり付け	専門	二次医療機関	三次医療機関	その他
A	0	1	4	2	3	1	10
B	0	2	0	0	1	0	0
C	0	2	1	0	7	2	0
D	14	1	1	5	3	0	0
E	1	0	0	1	2	0	0
F	1	2	1	0	0	0	0
G	0	0	0	0	0	1	0



---

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) 研究報告書

救急医療体制の推進に関する研究

平成 26 年度 総括・分担研究報告書

発行 平成 27 年 3 月 31 日

研究代表者 山本 保博

一般財団法人 救急振興財団事務局 会長

〒192-0364 東京都八王子市南大沢 4 丁目 6 番 TEL 042-675-9931

---

制作 株式会社へるす出版事業部

〒164-0001 東京都中野区中野 2-2-3 TEL 03-3384-8177

印刷・製本 株式会社メイク 〒162-0801 東京都新宿区山吹町 350







201424034A (資料)

平成26年

# 救命救急センターの現況

厚生労働科学研究 救急医療体制の推進に関する研究



# はじめに

## （救命救急センターの整備の経緯）

我が国の救急医療体制の本格的整備は、昭和39年度の救急病院・救急診療所の告示制度の創設に始まる。昭和52年度からは、全国において、初期、二次、三次の救急医療機関の階層的整備が開始された。これに先立ち、昭和50年より、三次救急医療機関としての救命救急センターの整備が、国、地方自治体により開始された。当初は、量的な目標として、概ね100万人に一か所を目標に整備が進められたが、現在では、全国に、266施設（平成26年3月30日現在）、人口48万人あたり、およそ1か所が整備されている。

## （救命救急センターの評価制度の開始）

救命救急センターの量的な充実が続いて、平成10年頃になると、各施設の質的な充実が強く求められるようになり、平成11年度より、厚生労働省によって施設ごとの充実度評価が開始された。これは、前年の一年間の実績を各施設から報告を受け点数化し、充実度段階A・B・Cとして3段階に区分するものであり、当初の評価項目は、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が中心であった。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。その結果、評価開始当初は評価の低い施設もあったものの、平成18年度及び19年度においては、すべての施設が最高段階の評価を得るに至った。

## （救命救急センターの評価の改定）

全施設が最高段階の評価を得るに至った状況をふまえて、三次救急医療機関（救命救急センター）の一層の質的向上を図るために、厚生労働省は「救急医療の今後のあり方に関する検討会」での議論を踏まえて、充実度評価の方法を新たなものに改訂した。新しい評価項目は、次の基本的な考え方に基づいて改訂された。（「救急医療の今後のあり方に関する検討会中間とりまとめ」より）

### ①求められる機能の明確化

救命救急センターに求められる機能を明確にする。具体的には、救命救急センターに求められる機能として、下記の各点を4本柱とする。

- ・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

## ②第三者の視点・検証が可能な評価

これまでの充実度評価においては実態と乖離した評価がなされている施設があるとの指摘があり、このことから、それぞれの施設からの報告に基づく評価を基本とするが、第三者の視点による評価項目も加える。また、報告内容についての検証が可能な項目を取り入れる。

## ③地域特性の勘案

評価項目によっては、施設の所在地の状況や周辺人口等の状況に応じて、求められる水準を調整する。周辺人口が少ない地域であっても、最寄りの救命救急センターへの搬送に長時間を要する地域（地理的空白地域）であるために設置された救命救急センターについては、患者受入数や医師数等の評価項目で求められる水準を一段低く設定する。

また、上記に加えて、昨今の救急医療を担う病院勤務医の過酷な勤務状況の改善を促す項目も加える。

## ④評価の公表

救命救急センターの機能、質の向上のための取組等について国民の理解を深めるために、これらの評価結果については、今後、できる限り詳細な情報を公表していく。

## （この資料の目的）

この資料は、上記④の提言を踏まえて、一般に公表された新しい充実度評価の施設ごとの詳細な情報をとりまとめ、分析を加えたものである。その目的は、地域の救急医療機関、消防機関、行政機関など、救急医療の整備に取り組む関係者に、全国や地域の救命救急センターの現況を伝えるためであり、これにより、個々の救命救急センターの機能の強化、質の向上を促し、もって全国の救急医療体制の強化を図るためである。

なお、機能の強化、質の向上を図るためには、救命救急センターに所属する医師などの医療従事者による取り組みが重要であるが、それのみでは対処できる範囲にはおのずから限界がある。人員の配置や、施設設備の充実などについては救命救急センターを有する病院の管理者による支援、取り組みがより重要となる。人員、予算の確保、初期・二次救急医療体制の整備、救命救急センターの適切な配置や認定などに強く関与する地方自治体の支援や取り組みもまた重要となる。併せて地域住民による理解、支援も必要であろう。この資料が、その一助になることを心より期待する。

平成 26 年度 厚生労働科学研究補助金事業

「救急医療体制の推進に関する研究」

研究代表者 山本保博

「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

## 資料を取り扱う上でのお願い

○施設ごとのデータは、各施設からの報告を、都道府県を通じて厚生労働省に報告されたものを基としている。しかしながら、それぞれのデータについては、次の問題があることを予めご留意いただきたい。

・厚生労働省より各項目の定義、基準が示されてはいるものの、これが各施設の担当者までには十分に周知されていないなどの理由により、**項目の定義、基準からすると、実態に即していないデータも含まれている**可能性がある。また、各項目の定義、基準が、担当者に十分に周知されていたとしても、その解釈が施設ごとに異なっているため、施設間のデータの差が、必ずしも実態の差を反映していない可能性がある。これらについては、今後、各項目の定義、基準が各施設の担当者に周知されることで、また、この資料を通じて自施設と他施設とのデータを比較するなどの過程を経て定義、基準の解釈が一定となることで改善されることを期待している。

・データのとりまとめにおいて、例えば、「○～△人」や「○○人以上」等の報告について、その実数を用いる際には「△人」や「○○人」として解析を行ったため、一部主観的なデータの取り扱いとなった部分がある。また、データをとりまとめる手順の中で、**集計上の誤りなどが含まれている**可能性がある。これについては、気がついた方からご指摘を願いたい。いただいた指摘は今後のとりまとめ、分析の際に参考といたしたい。

○この資料は、個々の救命救急センターの機能の強化、質の向上への取りくみとそのための支援を、各救命救急センター、救命救急センターを有する病院、地方自治体などの関係者に促すためのものである。**各救命救急センターの相対的位置づけを示すことを目的とはしておらず**、そのような目的での本資料の活用はご遠慮願いたい。

# I. 救命救急センターの整備の状況

## ○ 整備状況（平成26年3月現在）

表 1 施設数等

① 救命救急センター数	266 施設
・人口 100 万人あたり	2.1 施設
・1 施設あたりの人口	478,563 人
・都道府県あたり（平均）	5.7 施設
② 高度救命救急センター数	32 施設(12.0%)
③ 地域救命救急センター数	10 施設(3.8%)
④ ドクターヘリ基地施設数	43 施設(16.2%)

図 1 年次ごとの整備状況（縦軸：整備数、横軸：年度）

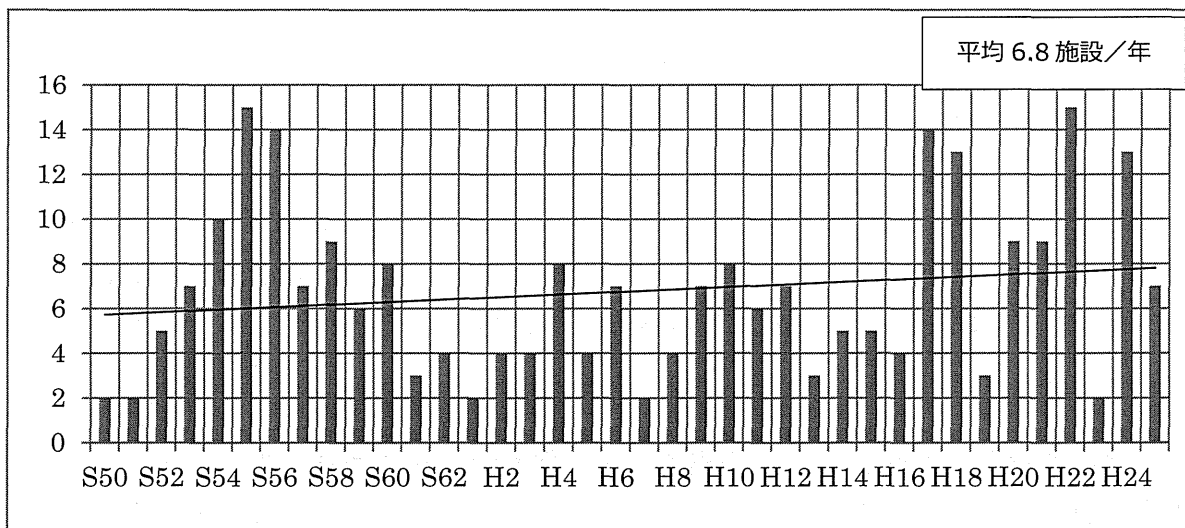
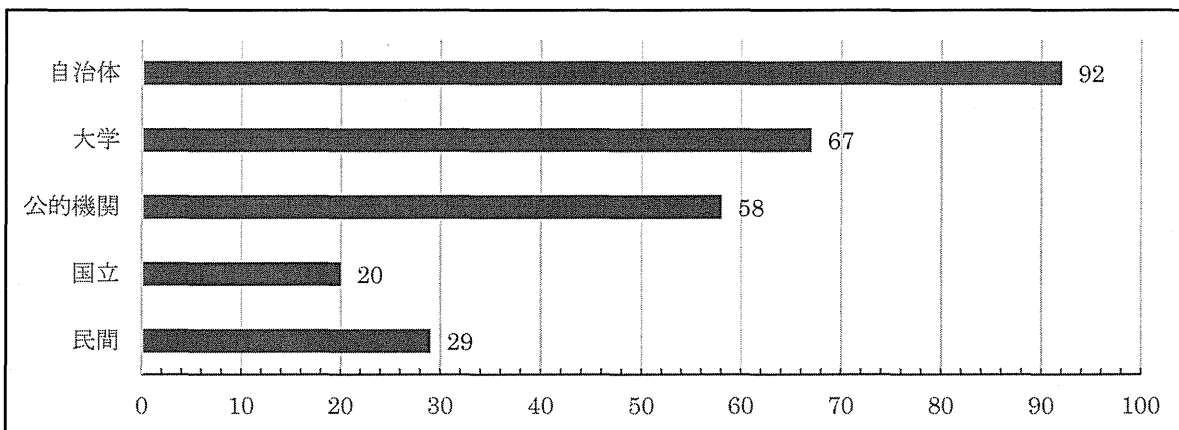


図 2 設立母体別の施設数（縦軸 設立母体、横軸 施設数）



※本報告書より設立母体の区分を一部変更した。項目ごとの設立母体別の分析の区分も同様に変更している。



表 2 都道府県別の施設数の状況

(ア) 都道府県別施設数

1	東京	26
2	愛知	20
3	神奈川	18
4	大阪	15
5	北海道	11
6	千葉	10
7	静岡	9
	兵庫	9
9	福岡	8
10	埼玉	7
10	長野	7
12	茨城	6
	岐阜	6
	京都	6
	広島	6
16	宮城	5
	栃木	5
	新潟	5
	岡山	5
	山口	5
21	福島	4
	三重	4
	滋賀	4
	島根	4
	佐賀	4
	大分	4
27	青森	3
	岩手	3
	山形	3
	群馬	3
27	奈良	3
	和歌	3
	徳島	3
	香川	3
	愛媛	3
	高知	3
	長崎	3
	熊本	3
	宮崎	3
	沖縄	3
41	富山	2
	石川	2
	福井	2
	鳥取	2
45	秋田	1
	山梨	1
	鹿児島	1

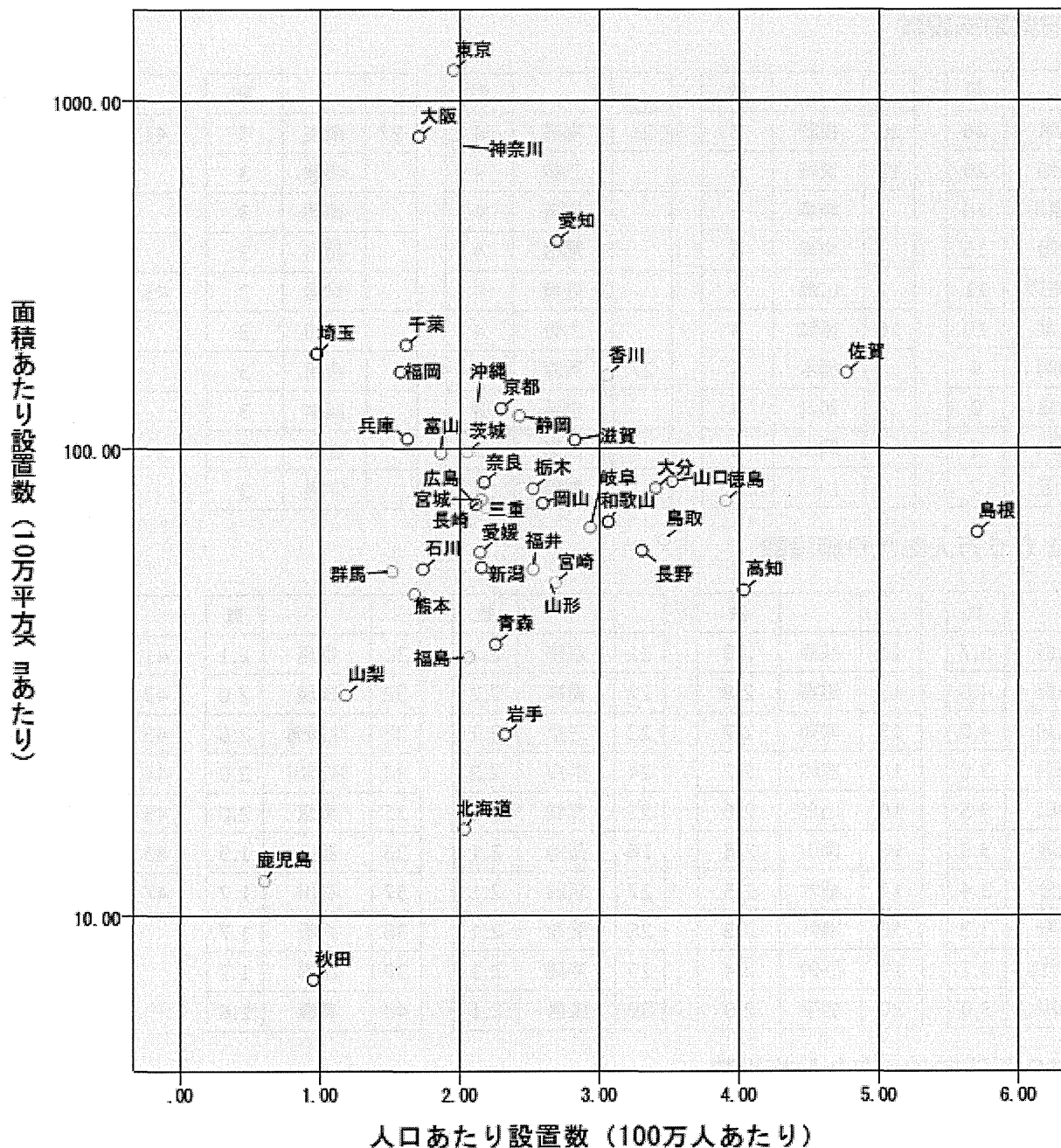
(イ) 人口100万人あたり施設数

1	島根	5.7
2	佐賀	4.8
3	高知	4.0
4	徳島	3.9
5	山口	3.5
6	鳥取	3.5
7	大分	3.4
8	長野	3.3
9	和歌山	3.1
10	香川	3.0
11	岐阜	2.9
12	滋賀	2.8
13	愛知	2.7
14	宮崎	2.7
15	山形	2.6
16	岡山	2.6
17	栃木	2.5
18	福井	2.5
19	静岡	2.4
20	岩手	2.3
21	京都	2.3
22	青森	2.2
23	三重	2.2
24	奈良	2.2
25	宮城	2.1
26	長崎	2.1
27	新潟	2.1
28	愛媛	2.1
29	沖縄	2.1
30	広島	2.1
31	福島	2.1
32	茨城	2.0
33	北海道	2.0
34	神奈川	2.0
35	東京	2.0
36	富山	1.9
37	石川	1.7
38	大阪	1.7
39	熊本	1.7
40	兵庫	1.6
41	千葉	1.6
42	福岡	1.6
43	群馬	1.5
44	山梨	1.2
45	埼玉	1.0
46	秋田	1.0
47	鹿児島	0.6

(ウ) 面積10万平方Kmあたり施設数

1	東京	1236
2	大阪	789
3	神奈	745
4	愛知	391
5	千葉	197
6	埼玉	186
7	福岡	165
8	佐賀	164
9	香川	161
10	沖縄	132
11	京都	130
12	静岡	124
13	兵庫	107
14	滋賀	106
15	茨城	98
16	富山	98
17	山口	82
18	奈良	81
19	大分	78
20	栃木	78
21	長崎	73
22	宮城	73
23	徳島	72
24	岡山	71
25	広島	71
26	三重	69
27	和歌山	63
28	岐阜	61
29	島根	60
30	鳥取	57
31	長野	53
32	愛媛	53
33	新潟	48
34	石川	48
35	福井	48
36	群馬	47
37	山形	45
38	宮崎	44
39	高知	42
40	熊本	41
41	青森	31
42	福島	29
43	山梨	24
44	岩手	20
45	北海道	13
46	鹿児島	11
47	秋田	9

図3 人口あたり、面積あたりの施設数の状況



(縦軸 面積 10 万平方 Km あたり施設数 (対数表示)、横軸 人口 100 万人あたり施設数)

<留意点>

面積あたり設置数が少ない場合、一般的に救命救急センターへのアクセスが課題となる。ドクターヘリ、道路環境の整備などにより迅速に診療を受けられる体制の充実が求められる。

人口あたりの設置数が多いことは、救急医療体制が充実していることを必ずしも意味しない。重症患者が多数の施設に分散されることにより、1施設で受け入れる重症患者数が減少し、重症患者の診療経験の少ない施設が増えることになる。