

- a. 救命センター内に
1. 専従医
2. 兼任医 が () 名
b. 施設内に (センター外) に
1. 常勤医
2. 非常勤医 が () 名
③ その他 ()
- 10, 小児の外科系疾患に対応できる医師は夜間
休日、貴施設内にいますか。
① いない
② いる
a. その専門分野に○をして下さい。
ア. 救急科
イ. 小児科
ウ. 小児外科
エ. 成人一般外科
オ. 整形外科
カ. 脳神経外科
キ. 形成外科
ク. 耳鼻咽喉科
ケ. 眼科
コ. その他 : ()
- 11, ドクターカー (ラピッドレスポンスカー)
はありますか。
① ない
② ある
(稼働時間は ____ 時から ____ 時まで)
③ その他 ()
- 12, ドクターヘリはありますか。
① ない
② ある
(稼働時間は、 ____ 時から ____ 時まで)
③ その他 ()
- 13, ヘリポートは施設・敷地内にありますか。
① ない
- ② ある
(稼働時間は、 ____ 時から ____ 時まで)
③ その他 ()
- 14, 半径 20km 圏内に自施設以外に救命救急
センターはありますか？
a. ない
b. ある (1 件)
c. ある (2 件以上)
- 15, 貴センター常勤医に下記資格の取得者はい
らっしゃいますか。(いれば人数を)
① PALSプロバイダー
a. いない
b. いる () 名
② 小児科学会専門医
a. いない
b. いる () 名
③ 小児外科学会専門医
a. いない
b. いる () 名
④ その他“小児系”学会の専門医
a. いない
b. いる
(専門名 _____ 医が _____ 名)
- 16, 貴センター内に小児用観察病床 (外来扱い)
はありますか。
① ある
a. _____ 床
b. 数は決めていない (最大 _____ 床)
② ない
③ その他 ()
- 17, 小児用救急カートは“成人用と別に”常備
されていますか。
① いる
② いない
③ その他 ()

18. 貴救急科が利用可能な救急患者用重症病床数はありますか。ただし診療報酬算定可能病床。

- ① ない
② ある
a. センター内に（_____床）
b. ICU 内に（_____床）
c. 院内に（センター・ICU 外）（_____床）

③ その他（_____）

重症病床の管理は、どの体制ですか？

- a. オープン（主科管理）
b. セミクローズ（主科＋専従医）
c. クローズ（専従医管理）

19. 優先的に小児が利用可能な救急患者用重症病床はありますか。

- ① ない
② ある
a. センター内に（_____床）
b. ICU 内に（_____床）
c. 小児 ICU 内に（_____床）
d. 院内に（センター・ICU・小児 ICU 外）（_____床）

③ その他（_____）

重症病床の管理は、どの体制ですか？

- a. オープン（主科管理）
b. セミクローズ（主科＋専従医）
c. クローズ（専従医管理）

20. 重症小児に対する搬送プロトコールがありますか。

- ① ない
② ある
③ その他（_____）

21. 小児特有の難病、あるいはより高度な小児専門医療を要する症例の場合、小児専門病院

- a. 全くない
b. ほとんどない（年数例）
c. ある（月数例）
d. 日常的にある（ほぼ全例）
e. その他（_____）

22. 地域での小児救急カンファランスのような小児救急に特化した勉強会がありますか？その際、センタースタッフは参加していますか？

① ない

- a. あれば参加する
b. あっても参加しないだろう

② ある

- a. 参加している
b. 参加できていない

23. 救急隊から下記のような小児の受入要請があった場合を想定し、貴施設の対応を選択して下さい。（5 症例あります）

I) 8カ月の女儿、ベビーベッドから畳の上に転落、数時間後に意識障害。（注：頭蓋内出血例、虐待疑い、緊急開頭手術が必要）

① 救急隊からの受け入れ要請に対し電話を受ける職種はどちらですか。

- a. 事務
b. 看護師
c. 救急医
d. 小児科医
e. その他（_____）

② この事例では、次のどの対応が選択されることが多いでしょうか。

- a. 受け入れ拒否はない
b. 年齢で拒否
c. 手術室の都合で拒否
d. 外科医の都合で拒否

- e. 麻酔科医の都合で拒否
 - f. 病室の都合で拒否
 - g. ICU の都合で拒否
 - h. その他 (_____)
- ③ 収容後の入院病床はどこですか。
- a. センター内
 - b. ICU
 - c. 小児 ICU
 - d. 小児科病床
 - e. その他 (_____)
- ④ 入院後の主科は下記どちらですか。
- a. 救急科
 - b. 小児科
 - c. 脳外科
 - d. 集中治療科 (小児集中治療科含む)
 - e. その他 (_____)
- ⑤ 虐待疑いの場合、保護者への対応が可能な体制はありますか。
- a. なし
 - b. ある
 - c. その他 (_____)
- ⑥ ご意見：
- _____
- _____
- _____
- _____
- a. 受け入れ拒否はない
 - b. 年齢で拒否
 - c. 手術室の都合で拒否
 - d. 外科医の都合で拒否
 - e. 麻酔科医の都合で拒否
 - f. 病室の都合で拒否
 - g. ICU の都合で拒否
 - h. その他 (_____)
- ③ 収容後の入院病床はどこですか。
- a. センター内
 - b. ICU
 - c. 小児 ICU
 - d. 小児科病床
 - e. その他 (_____)
- ④ 入院後の主科は下記どちらですか。
- a. 救急科
 - b. 小児科
 - c. 脳外科
 - d. 集中治療科 (小児集中治療科含む)
 - e. その他 (_____)
- ⑤ ご意見：
- _____
- _____
- _____
- _____

Ⅱ) 2歳の男児、自宅浴槽で浮かんでいるのが発見された、溺水によるCPAOA。

- ① 救急隊からの受け入れ要請に対し電話を受ける職種はどちらですか。
- a. 事務
 - b. 看護師
 - c. 救急医
 - d. 小児科医
 - e. その他 (_____)
- ② この事例では、次のどの対応が選択されることが多いでしょうか。

Ⅲ) 3歳女児、高熱を伴う痙攣重積、意識障害、かかりつけ医なし。

- ① 救急隊からの受け入れ要請に対し電話を受ける職種はどちらですか。
- a. 事務
 - b. 看護師
 - c. 救急医
 - d. 小児科医
 - e. その他 (_____)
- ② この事例では、次のどの対応が選択されることが多いでしょうか。
- a. 受け入れ拒否はない

- b. 年齢で拒否
- c. 手術室の都合で拒否
- d. 外科医の都合で拒否
- e. 麻酔科医の都合で拒否
- f. 病室の都合で拒否
- g. ICU の都合で拒否
- h. その他 (_____)
- c. 手術室の都合で拒否
- d. 外科医の都合で拒否
- e. 麻酔科医の都合で拒否
- f. 病室の都合で拒否
- g. ICU の都合で拒否
- h. その他 (_____)

③ 収容後の入院病床はどこですか。

- a. センター内
- b. ICU
- c. 小児 ICU
- d. 小児科病床
- e. その他 (_____)

④ 入院後の主科は下記どちらですか。

- a. 救急科
- b. 小児科
- c. 脳外科
- d. 集中治療科 (小児集中治療科含む)
- e. その他 (_____)

⑤ ご意見：

③ 収容後の入院病床はどこですか。

- a. センター内
- b. ICU
- c. 小児 ICU
- d. 小児科病床
- e. その他 (_____)

④ 入院後の主科は下記どちらですか。

- a. 救急科
- b. 小児科
- c. 内科
- d. 集中治療科 (小児集中治療科含む)
- e. その他 (_____)

⑤ ご意見：

IV) 6歳男児、喘息重積発作、酸素需要あり、意識混濁。貴施設の小児科に通院している

① 救急隊からの受け入れ要請に対し電話を受ける職種はどちらですか。

- a. 事務
- b. 看護師
- c. 救急医
- d. 小児科医
- e. その他 (_____)

② この事例では、次のどの対応が選択されることが多いでしょうか。

- a. 受け入れ拒否はない
- b. 年齢で拒否

V) 8歳男児、自転車と乗用車の衝突による事故。外傷なし、意識あるも腹痛あり。(骨盤骨折、出血性ショック)

① 救急隊からの受け入れ要請に対し電話を受ける職種はどちらですか。

- a. 事務
- b. 看護師
- c. 救急医
- d. 小児科医
- e. その他 (_____)

② この事例では、次のどの対応が選択されることが多いでしょうか。

- a. 受け入れ拒否はない
- b. 年齢で拒否

- c. 手術室の都合で拒否
- d. 外科医の都合で拒否
- e. 麻酔科医の都合で拒否
- f. 病室の都合で拒否
- g. ICU の都合で拒否
- h. その他（_____）

③ 収容後の入院病床はどこですか。

- a. センター内
- b. ICU
- c. 小児 ICU
- d. 小児科病床
- e. その他（_____）

④ 入院後の主科は下記どちらですか。

- a. 救急科
- b. 小児科
- c. 外科
- d. 小児外科
- e. 集中治療科（小児集中治療科含む）
- f. その他（_____）

⑤ ご意見：

○アンケートに関するご意見がございましたらご記入下さい：

ご協力ありがとうございました。

本アンケートに関する問い合わせ先
諏訪赤十字病院 救急部 西山和孝
0266-52-6111(代表)
k-nishiyama@suwa.jrc.or.jp

平成27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
「小児救急・集中治療提供体制構築およびアクセスに関する研究
(H27-医療-一般-004)」

平成27年度 分担研究報告書

小児集中治療・小児救急医療体制、小児救命救急センターの普及方法/代換方法

研究分担者：清水直樹	東京都立小児総合医療センター救命・集中治療部
研究協力者：太田邦雄	金沢大学医学部小児科
松本 尚	日本医科大学千葉北総病院救命救急センター
八木貴典	日本医科大学千葉北総病院救命救急センター
竹内宗之	大阪府立母子保健総合医療センター集中治療科
六車 崇	横浜市立大学市民総合医療センター救命救急センター
伊藤友弥	あいち小児保健医療総合センター救急科
松本正太郎	国立成育医療研究センター集中治療科

研究要旨

【研究目的】小児救命救急センター事業は、平成23年開始以来8施設が指定・運用されてきたが、その実績や有効性について十分には評価されてこなかった。今年度分担研究では、施設要件や補助金使途のあり方を含めた事業再評価と改善提言を目的とする研究を実施した。【研究方法】厚生労働省地域医療計画課において小児救命救急センターのアンケート調査が昨年実施された。この結果を基盤として、小児救命救急センター8施設の現地調査を行い、現状把握と課題抽出を行うこととした。調査内容は1. 厚生労働省現況調査票にかかる問題点抽出 2. 小児救命救急センターのミッションと要解決課題 3. 補助金の使途の把握状況 4. 各施設からの政策提言に向けた自由意見 5. その他各論調査（救急外来・集中治療・麻酔手術部門、モデルケース対応フロー、教育体制、病院前救護、災害対応等）とした。【研究結果】小児救命救急センター事業としてのビジョンを明確化する必要があった。地域ごとに求められる救急体制に差異はあるものの、直送モデルか搬送・集約モデルかの明確化が必要であった。ストラクチャー、プロセス、アウトカムの評価には、症例登録システムが必要であった。都道府県の枠を越えた重篤小児診療体制・教育体制の構築を行政からも支援する必要があった。【考察】小児救命救急センターの直送症例に対する超急性期医療（初療）の充実度評価のためには、集中治療とは切り分けて別途評価するのが妥当である。さらに、搬送手段・搬送医療等を含めたストラクチャーのみならず、診療のプロセスとアウトカムを含めた包括的な再評価の基盤が必要である。ことに小児特有の環境を加味したプロセスと、長期的視点に立脚したアウトカムの指標設定が必要である。小児救命救急センター施設評価と品質保証のためには、症例登録制度の整備が必要となる。その際には専任事務員の施設配置が必須となるが、補助金使途としてこれに充てられることが望ましく、制度化が望まれる。地域特性を勘案した地域化が求められるが、既存施設を有効利用した施設間連携が有効である。初療に特化した施設と集中治療に特化した施設との連携が有効と報告されており、医療圏はもとより行政区分を超えた広域連携など、医療提供体制の柔軟な運用・施策が望まれる。また、転送元における重篤小児患者に対する初期対応から転送判断・搬送方法についての医療レベル向上が望まれる。小児救命救急センター側でも小児に比較的稀な重症多発外傷や病院前救護・災害医療に対する経験値を向上させる努力が求められる。その為にも、転送元（救命救急センター・特定集中治療室）・転送先（小児救命救急センター）両施設間の双方向性の人事交流を背景とした教育研修体制の確保が望ましく、一部施設においてはその実効性も確認されている。こうした教育研修体制等に対しては、国からの財政的支援が制度化されることが望ましいと考えられた。

【結論】小児救命救急センターにおける医療品質の評価基盤構築のための症例登録事務員確保や、医療従事者の施設間での連携研修等に対して、国からの支援が望ましい。

見出し語：医療品質評価、症例登録（レジストリ）、小児外傷、初療、連携

A. 研究目的

小児救命救急センター事業は、平成 23 年から開始された厚生労働省の補助金事業である。これまでに 8 施設が指定され、数年にわたって運用されてきたが、その実績や有効性について十分には評価されてこなかった。

一方、東京都で同年度から開始された東京都子ども救命センター事業においては、当初から症例登録制度が整えられており、事業の有効性が報告されつつある。

今年度分担研究では、小児救命救急センターの施設要件や補助金使途のあり方等を含めた事業再評価と改善提言を行うことを目的とし、各施設の実態にかかる現地調査を実施した。

B. 研究方法

厚生労働省から小児救命救急センターあて、昨年度末にアンケート調査が実施された（別添資料 1）。この結果を基盤として、現地調査の計画を立案した。

小児救命救急センター事業参加 8 施設において現地調査を行い、実質的な現場責任者との意見交換を介して、現状把握と課題抽出を行うこととした。

調査期間は平成 27 年度内として、現地調査実施要領を作成した（別添資料 2）。調査要領にもとづいて各施設からの意見聴取を行った。

調査内容は、1. 厚生労働省現況調査票にかかる問題点抽出、2. 小児救命救急センターのミッションと要解決課題、3. 補助金の使途の把握状況、4. 各施設からの政策提言に向けた自由意見、5. その他各論調査（救急外来部門、集中治療部門、麻酔・手術部門、モデルケースへの対応フロー呈示、教育体制、病院前救護、災害対応、等）とした。

以上の調査結果をもとに、分担班会議で分析と議論を重ね、政策提言につなげることにした。

C. 研究結果

2018 年 2 月 12 日現在、6 施設に対する現地調査が完了した。残り 2 施設に対しても年度内を含めて調査を継続完了させる予定である。

1. 厚生労働省現況調査票にかかる問題点抽出
 - ・ 定義を明確に記載する、あるいは記載例を充実させる必要がある。
 - ・ 地域との連携を評価する方法がない。
 - ・ 医師数の調査につき、専任と兼任の区別が困難。小児を主に担当する医師が成人にも対応し、成人を主に診療する医師が小児を担当する現況もある。
 - ・ 充実段階評価に加えて、あるいは代替して小児特有の評価項目が必要ではないか。
 - ・ ストラクチャーが中心の評価項目であり、プロセスやアウトカムを含む調査が必要。また、重症度の補正を行う必要がある。
 - ・ 小児特有の項目を上げるとすると、窒息、溺水なども検討が必要。
2. 小児救命救急センターのミッションと要解決課題
 - ・ 24 時間体制で、内因外因を問わない全ての重篤小児の受け入れ。
 - ・ 搬送医療と特殊医療の提供。
 - ・ 地域連携と集約化をすすめる必要がある。
 - ・ 直送に対する初療に加えて、転送への対応が必要。
 - ・ PICU とのすみ分けをどうするかが課題。
 - ・ 新たなアウトカム設定が必要。
3. 補助金の使途の把握状況
 - ・ 把握していない。
 - ・ 人件費、施設整備に使用されている実感がなく（その実感がある施設もある）。

4. 各施設からの政策提言に向けた自由意見
- ・ 医療圏小児人口 25 万人で緊急入室 200 人 (0.01%)、年間入室 300 人程度を確保するとなると、九州には 2 箇所程度で充分か。ヘリコプター搬送で 30 分以内がひとつの目安になるのでは。箱の増加よりも運用（行政区を跨いだ搬送を行いやすくする）の改善が必要。
 - ・ 小児救命救急センター間、救命救急センターとの連携を、より図ってゆくべき。
 - ・ 出口問題への対応が必要である。
 - ・ 医療地域格差を測定する方法がなく、不明。
 - ・ 搬送チームを自院で組むことになると、多数の医師が必要となり、経済的補助が必要。
 - ・ 単一病院での完結ではなくとも、病院群として地域の重篤小児の受け皿があればよいのではないか。
 - ・ 集約化モデルを目標とするのなら、ある程度の強制力が必要。行政主導で搬送基準（疾患あるいは病態）を明示することも、解決策の一つとなる可能性。
 - ・ 家族支援の体制整備の必要性を忘れないでほしい（宿泊施設補助、交通費補助等）。

5. その他、各論的な現況調査

詳細は別添資料 3 を参照のこと。なお、別添資料 3 においては施設が特定されないように、地域・施設特性が明確に示される情報は削除、または修正する配慮をした。また A-E, A'-E', A''-E'' の各列は、同一施設を意味しない。

- ・ 全ての施設で講義、シナリオシミュレーションなどの院内教育が行われていた。
- ・ 医師同乗の搬送（迎え搬送）に対応可能な施設は、4 施設であった。
- ・ 救命救急センターとの人的交流は 4 施設（研修受入 4 箇所、派遣 3 箇所）で行われていた。施設内に成人診療リソースのない全ての施設で行われていた。研修にかかる経費は各施設負担での自己努力であった。
- ・ 病院前救護体制への参画の一面としての、MC 協議会への参加にはばらつきがあり、数年に一度の不定期参加の施設もあれば、

全く関与のない施設も存在した。

- ・ 小児救命救急センターとしての災害対策でなく、病院全体としての災害訓練に参加する施設が多い。DMAT 隊員がいない施設もあるが、隊員がいても派遣可能なチームが編成できる施設は存在しなかった。
6. 調査総括
- ・ 小児救命救急センター事業としてのビジョンを明確化する必要がある。
 - ・ 地域ごとに求められる救急体制に差異はあるものの、直送モデルか搬送・集約モデルかの明確化が必要である。
 - ・ ストラクチャー、プロセス、アウトカムの評価には、症例登録システムが必要である。
 - ・ 都道府県の枠を越えた重篤小児診療体制の構築を行政からも支援する必要がある。

以上をもとに分担研究班で議論・総括とした。

- 1) 施設のみならず地域小児救急医療の品質評価のため、全国規模の症例登録制度・体制を整えることが望ましい（症例登録を実現するためには、専任の医療秘書等事務員の施設配置が必須である）。
- 2) 各施設臨床指標は「初療」と「集中治療」に分けて規定・評価することが望ましい（とくに重症小児外傷では重要となる）。
- 3) 地域特性を勘案した地域化が求められるが、既存の施設を有効利用した施設間連携が有効である。
- 4) 初療に特化した施設と集中治療に特化した施設との連携が有効と報告されており、都道府県を越えた広域連携が必要となる。
- 5) 重篤小児の転送元・転送先の複数施設を跨いだ臨床研修により、初療と集中治療の両面における小児救命救急対応能力を向上することが可能となるが、そのような教育研修体制はまだ整備されていない。

D. 考察

重篤小児に対する小児救急・集中治療提供体制構築およびアクセスに関する研究・議論は、過去これまでに数多く行われてきた。

重篤小児の患者集約が治療成績を改善することは、平成9年に海外で報告された¹⁾。国内では平成20年、救命救急センターの初療後にPICU*へ転送する体制において、良好な成績が報告された²⁾ (PICU: paediatric intensive care unit、保険診療上の範疇としては小児を専らとする「特定集中治療室」あるいは「小児特定集中治療室」を指す)。

以後、厚生労働科学研究において、平成22年度(宮坂班)PICU設置基準が再検討され³⁾、その後のPICU設置基準改定につながった⁴⁾。平成23年度(保科班)には救命救急センターに対するアンケート調査が実施され、救命救急センター単独では重篤小児対応能力が整備されているとは限らない状況が示された⁵⁾。

平成24年度(松裏班)ならびに平成25-26年度(阪井班)には集約効果の単施設・多施設研究が実施され、わが国においても重篤小児の拠点集約により治療成績が上がり、症例ボリューム・アウトカム関係が示された⁶⁾⁷⁾⁸⁾。この際、東京都こども救命事業で整えられていた重篤小児の症例登録制度が、地域小児救命救急医療の品質評価に有効であることも実証された⁸⁾。

一方、上記の研究や議論において、小児救命救急センターと小児特定集中治療室・PICUの議論が混在し、混乱を招いてきたことも指摘された。当研究では、既に議論されてきたPICUにかかる議論は区別し、小児救命救急センターについての検討に特化することとした。

小児救命救急センターは、重篤小児救急患者に対する医療を確保することを趣旨とし、都道府県が指定する。都道府県または都道府県知事の要請を受けて病院開設者が整備・運営するにあたり、厚生労働大臣が適切と認められた施設に、平成23年より国からの補助金事業が実施されている(別添資料4)。

事業初年度には、国立成育医療研究センター、長野県立こども病院、静岡県立こども病院、東京都立小児総合医療センターの4施設が指定された。その後、四国こどもとおとなの医療センター、熊本赤十字病院、九州大学病院、筑波大学附属病院が指定された。さらに最近では、埼玉医科大学総合医療センター

が全国9番目の施設として指定に至った。

小児救命救急センターは、原則として診療科領域を問わず、すべての重篤な小児救急患者を24時間体制で必ず受け入れる役割が明記されている。また、医師のみならず臨床研修医・医学生・看護師・看護学生および救急救命士等に対する小児救急医療の臨床教育を行うものと規定されている。さらに、外部からの患者応需実績・治療実績・その他の運用状況を集計し、厚生労働省医政局指導課に毎年度報告するものとされている。

指定要件として、独立看護単位を有した小児を専らとする特定集中治療病床もしくは小児特定集中治療病床が6床以上確保されていることとされている。それに相応しい医師・看護師の配置はいうまでもないが、薬剤師をユニット内に、社会福祉士を院内に確保することが望ましいとされている。

患者数としては年間約300例以上の入室を取り扱うこととし、うち相当数が救急外来からの入院または他院からの搬送入院であることとされている。ヘリポートの整備、ドクターカーの配備も望ましいとされている。

上記の運営方針は、直送症例への対応を多く想定して作成されている。しかしながら、現行の小児救命救急センター群の中には、初療後の集中治療を主たる目的とした集約拠点として機能している施設が少なからず存在している。直送症例に対する超急性期医療すなわち初療の充実度評価のためには、集中治療の評価とは切り分けて別途評価することが肝要と考えられた。これはことに重症小児外傷で重要な観点となる。さらに、搬送手段・搬送医療等を含めたストラクチャーのみならず、診療のプロセスとアウトカムを含めた包括的な再評価基盤が必要である。ことに小児特有の環境を加味したプロセスと、長期的視点に立脚したアウトカムの指標設定が必要である。

小児救命救急センター施設評価と品質保証のためには、以上のとおり、応需症例に対する症例登録制度の整備が必要となる。その際には、専任の医療秘書等事務員の施設配置が必須となるが、補助金の使途としてこれに充てられることが望ましく、その制度化が望まれる。

今回の調査において、厚生労働省調査票別紙（救命救急センターの充実段階評価に相当）に該当する重篤小児の発生率は、小児人口 10 万人あたり 17-20 人であった。小児救命救急センターの要綱に示される年間 300 例の症例数を確保しようとする、小児人口 150-170 万人に 1 施設が一つの目安となる可能性がある。これは、全人口 1,154-1,308 万人あたりに 1 施設に相当する。すなわち、医療圏はもとより行政区分を超えた、医療提供体制の柔軟な運用が前提となるような施策が望まれる。

そもそも人口比が少なく、重篤症例比率も少ない小児において、直送可能な医療圏内に 1 カ所の小児救命救急センター配備は、症例数と医療従事者の分散につながり、現実的ではない。小児救命救急センターの事業として、「救命救急センターへの重篤な小児患者の直送体制整備」だけでなく、「都道府県を超えた地域での重篤な小児患者の搬送・集約体制整備」の両者を含める必要がある可能性がある。

小児救命救急センターは、既存の救命救急センターや特定集中治療室からの転送症例に対する対応で効果が高まる可能性が報告されている²⁾⁸⁾。従って、転送元における重篤小児患者に対する初期対応から転送判断・搬送方法についての医療レベル向上が望まれる。また、小児救命救急センター側においても、比較的小児に稀な重症多発外傷（おもに体幹部外傷等）や病院前救護・災害医療に対する経験値を向上させる努力も求められる。

そのためにも、転送元（救命救急センター・特定集中治療室）・転送先（小児救命救急センター）両施設間の、双方向性の人事交流を背景とした双方向性の研修体制確保が望ましい。

小児救命救急センター群の一部ではすでに、こうした研修体制の模索が自発的に始まっていることも確認された。一部施設においては、その実効性も確認されていた（別添資料 5：救命救急センター・特定集中治療室等への研修出向により、小児救命救急センター医師の多発外傷・病院前救護等に対する経験値が統計学的有意に改善した）。

しかし、これらに対する財政的な補助はなく、各施設の自助努力に依存しているのが現状であった。こうした教育研修体制等に対しては、国からの財政的支援が制度化されることが望ましいと考えられた。

来年度研究としては以上の考察をふまえて、1. 重篤小児患者の初期対応・転送基準・転送方法、2. 施設連携研修の指導要領提案と上記の組み込み、3. 重篤小児患者の症例登録制度の素案作成と提言、4. 地域小児救命救急医療の評価指標作成と提言、などを検討対象とすることとしている（別添資料 6）。

E. 結論

小児救命救急センターにおける医療品質の評価基盤構築のための症例登録事務員確保や、医療従事者の施設間での連携研修等に対して、国からの支援が望ましいと考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

平成 28 年度には、救急医学、集中治療医学、小児科学領域等の学会雑誌へ投稿予定。

2. 学会発表

- 1) Shimizu N, Regionalization of Neonatal and Paediatric ECMO in Japan. [Invited Lecture; Regionalization / Centralization of ECMO service]. World Congress of Asia-Pacific Extracorporeal Life Support Organization, 2015.07.18, Kyoto
- 2) Shimizu N, Transport of Critically Ill Children. [Invited Lecture; Emergency Medicine and Transport]. World Congress of World Federation of Society of Intensive and Critical Care Medicine, 2015.08.31, Seoul
- 3) 清水直樹ら, 重篤小児集約拠点にかかる小児救急医療体制のあり方に関する研究報告. 「ワークショップ 3: 小児救急医療のビジョンを語ろう」. 第 43 回日本救急医学会総会・学術集会, 2015.10.22,

東京

- 4) 本村誠ら，当院 ECMO 患者の短期転帰についての検討. 第 43 回日本集中治療医学会学術集会，2016.02.11，神戸
- 5) 宮下徳久ら，当院 ECMO 患者の長期フォローの現状と課題. 第 43 回日本集中治療医学会学術集会，2016.02.11，神戸

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

謝辞

小児救命救急センターの現地調査に御協力頂きました、静岡県立こども病院川崎達也先生、長野県立こども病院松井彦郎先生、筑波大学附属病院榎本有希先生、九州大学病院賀来典之先生、熊本赤十字病院平井克樹先生、ならびに、国立成育医療研究センター、東京都立小児総合医療センター、四国こどもとおとなの医療センター関係者各位に御礼申し上げます。

参考文献

- 1) Pearson G, et al., Should paediatric intensive care be centralized? Trent versus Victoria. Lancet 1997; 349: 1213-7
- 2) 武井健吉ら, 小児重症患者の救命には小児集中治療施設への患者集約が必要である. 日救急医学会誌 2008; 19: 201-7
- 6) 清水直樹ら, 小児集中治療室(PICU)設置基準にかかる研究. 「小児医療、産科・周産期医療、精神科医療領域と一般救急医療との連携体制構築のための具体的方策に関する研究(宮坂班)」。平成22年度厚生労働科学研究報告書 2011
- 7) 日本集中治療医学会小児集中治療委員会, 小児特定集中治療室管理料の算定対象となるPICU(pediatric ICU)のあり方. 日集中医誌 2014; 21: 297-9
- 8) 植田育也ら, 小児救命救急センターのあり方に関する基礎調査研究. 「小児救急電話相談の実施体制および相談対応の充実に関する研究(保科班)」。平成23年度厚生労働科学研究報告書 2012
- 9) 清水直樹ら, 重篤小児集約拠点のあり方研究. 「小児救急医療体制のあり方に関する研究: こどもの救急モバイルサイトの構築と小児救急電話相談事業(#8000)情報の有機的活用の研究(松裏班)」。平成24年度厚生労働科学研究報告書 2013
- 10) 清水直樹, 松本尚, 太田邦雄ら, 重篤小児集約拠点における人的医療資源要件と計画的養成・配置にかかる研究, ヘリコプター等による緊急患者搬送体制と重篤小児集約拠点にかかる研究, 重篤小児集約拠点未設置地域における拠点設置にむけた医療政策にかかる研究. 「重篤小児集約拠点にかかる小児救急医療体制のあり方に関する研究」。平成25年度厚生労働科学研究報告書 2014
- 11) 清水直樹ら, 重篤小児集約拠点における人的医療資源要件と計画的養成・配置にかかる研究. 「重篤小児集約拠点にかかる小児救急医療体制のあり方に関する研究」。平成26年度厚生労働科学研究報告書 2015

別添資料

- 1) 厚生労働省アンケート調査票
(厚生労働省地域医療計画課調べ)
- 2) 現地調査実施要領
- 3) 現地調査結果1-3
- 4) 小児救命救急センター要件
- 5) 救命救急センター・特定集中治療室との間の双方向研修の実効性について
- 6) 研究要約

小児救急医療体制の整備状況

回答欄に○または数字を記入してください。

(H26. 4. 1現在)

問1. 小児科標榜の有無についてお答えください。	標榜あり		標榜なし	
--------------------------	------	--	------	--

(問1で「標榜あり」と回答した医療機関のみ、下記について御回答ください。)

問2. 小児科医師数についてお答えください。	常勤医師数		人		非常勤医師数 (常勤換算数)		人	
------------------------	-------	--	---	--	-------------------	--	---	--

問3. 常勤医師の内訳について、性別毎の年齢構成についてお答えください。	男性	29歳以下	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70歳以上	
	人	人	人	人	人	人	人	人
	女性	29歳以下	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70歳以上	
	人	人	人	人	人	人	人	人

問4. 小児科の看護師数についてお答えください。	常勤看護師数		人		非常勤看護師数 (常勤換算数)		人	
--------------------------	--------	--	---	--	--------------------	--	---	--

問5. 小児看護専門看護師がいますか。いる場合、小児患者の転院・退院支援への関与についてお答えください。(複数回答可)	小児看護専門看護師の有無	いる	いない	小児看護専門看護師の人数	人	転院・退院支援業務への関与について	地域との連携構築	
							院内調整	
							患者家族の支援	
							その他()	

問6. 夜間・休日に小児初期救急患者を診療するために、診療体制を整備していますか。実施している場合、1週間あたりの実施日数と、診療点数の算定状況をご回答ください。	小児初期救急医療体制の有無	あり	なし	実施日(1週間あたり)	日	診療点数について	地域連携小児夜間・休日診療科1	
							地域連携小児夜間・休日診療科2	
							請求していない	

問7. 小児科の救急外来にトリアージナースを配置していますか。配置している場合、平均配置人数と、診療点数の算定状況をご回答ください。	配置の有無	あり	なし	平均配置人数	人	診療点数について	院内トリアージ実施科	
							算定していない	
				(うち小児科専任)	人			

問8. 入院を要する患者の受入について該当する方に○を記入してください。	あり		なし	
--------------------------------------	----	--	----	--

(問7で入院患者の受入が「あり」と回答した医療機関のみ、下記について御回答ください。)

問10. 小児科病床数についてお答えください。	専用病床①	床	混合病床 (うち小児科分)②	床	許可病床数 ①+②	床
-------------------------	-------	---	-------------------	---	--------------	---

問11. 平成26年度の小児科一般病棟の病床利用率をご回答ください。	%	問12. 平成26年度の小児科一般病棟の平均在院日数をご回答ください。	日
------------------------------------	---	-------------------------------------	---

問13. 時間外選定俸給(※)を設定している場合は、金額と設定時間帯をご回答ください。	金額	円	時間帯
---	----	---	-----

※告示8 第3-4号医療機関が表示する診療時間以外の時間における診療に係る費用

(以下の項目は平成27. 4. 1時点で御記入ください。)

問14. PALS(※)研修の受講者の有無について該当する方に○を記入してください。	あり		なし	
--	----	--	----	--

問15. PALS(※)研修について、小児救急患者に関わる医師・看護師の未受講者数を記入してください。(小児科、救急科、小児外科等)※有期研修明けの方を除く	小児科	医師	人	看護師	人	救急科	医師	人	看護師	人
	小児外科	医師	人	看護師	人	その他	医師	人	看護師	人

問16. 小児救急に関連する研修(PALS(※)研修以外)で受講している研修名をご回答ください。	
--	--

(※)Pediatric Advanced Life Support

※問2の常勤換算数の算出については、別紙「非常勤医師の常勤換算の方法」を参照ください。

※問11の病床利用率、問12の平均在院日数については、別紙「病床利用率及び平均在院日数の算出方法」を参照ください。

施設名	
所属	
氏名	
連絡先	電話
	FAX
	E-mail

小児(三次・二次)救急医療提供体制調べ

(H26.4.1現在)

1. 下表に入力をお願いします。

施設名	施設種別 (その他の内容 (施設番号 214.19.22 を業別上 書きのみ))	小児救急医療提供体制の種類				診療科目 (平成25年度実績)		救急当番体制の提供体制(平成25年度の体制状況)															小児救急患者数 別表あり (平成25年度実績)																						
		二次救急体制				内訳		平日夜間					土曜					日曜、休日					内訳		内訳		内訳		内訳		備考 (電話 相談 回数 等)														
		1 小児科 救急 センター 等	2 小児科 救急 センター 等	3 小児科 救急 センター 等	4 その他	小児科 救急 センター 等	小児科 救急 センター 等	平日夜間					土曜					日曜、休日					内訳		内訳		内訳																		
								オンコール		専任医		専任医		オンコール		専任医		専任医		オンコール		専任医		オンコール		専任医		専任医		専任医															
小児科 救急 センター 等	小児科 救急 センター 等							小児科 救急 センター 等	小児科 救急 センター 等	小児科 救急 センター 等	小児科 救急 センター 等	小児科 救急 センター 等	小児科 救急 センター 等	小児科 救急 センター 等	小児科 救急 センター 等	小児科 救急 センター 等	小児科 救急 センター 等	小児科 救急 センター 等	小児科 救急 センター 等	小児科 救急 センター 等	小児科 救急 センター 等	小児科 救急 センター 等	小児科 救急 センター 等	小児科 救急 センター 等	小児科 救急 センター 等	小児科 救急 センター 等	小児科 救急 センター 等	小児科 救急 センター 等																	
(記載例) 厚生労働病院	1		○	△		110	100	70	70	2		2	■	400	1	800	○	○	8		2	■	600	1	800	○	4		1	800	○	300	150	150	250	300	100	100	100	250	150	40	20	25	10

※別表
小児救急患者数(平成25年度実績)年間受入患者の診療科別内訳を
下表に入力します。

診療科	患者数
小児科	
内科系	
救急処置科系	
外科系	
その他	

2. 今後、都から小児救急医療に関する連絡等を行う場合、担当となる方の連絡先等をご記入ください。

	所属・職	氏名	氏名(よみがな)	直連又は内線の電話番号	メールアドレス
(1) 休日・全夜間診療事業(小児科)について					
(2) 小児救急に関する研修事業について					
(3) 小児救急医療に係る各種調査について					

施設名	
所属	
氏名	
連絡先	電話
	FAX
	E-mail

平成26年度小児救命救急センターの状況

(都道府県名)

1. 施設名			保険医療機関番号			
2. 所在地			電話番号			
3. 開設者						
4. 救急病院認定年月日(当初)	昭和・平成 年 月 日 ※当初年月日を記載すること					
5. センター運営開始年月日(当初)	昭和・平成 年 月 日 ※当初年月日を記載すること					
6. センター運営形態						
7. センター運営方針の有無						
8. 救命救急入院点数承認年月日	平成 年 月 日					
9. センター運営病床数	総数	床		(内 訳)		
	医療保険上の施設基準別	床	特定集中治療管理料1, 2, 3, 4加算のICU 小児特定集中治療室管理料加算のPICU 新生児集中治療室管理料1, 2加算のNICU 小児科病床			
10. 病院全体の病床数 (センター運営病床を含む)	総数	床		(再 掲)		
		一般病床	療養病床	精神病床	感染症病床	結核病床
11. センター従事職員数(人) (上段は非常勤職員数再掲)			12. 平成26年度センター収支状況			
職種別	センター		勤務者数(平成27年3月1日 現在)		収入	支出
	職員総数		昼 間(15:00現在)	夜 間(3:00現在)		
医師	専任	兼任	専任	兼任	外来収入	材料費
	()	()	()	()	その他の収入	経 費
看護師	()	()	()	()	合計(A)	0 千円
薬剤師	()	()	()	()	合計(B)	0 千円
X線技師	()	()	()	()	収支差(A-B)	0 千円
検査技師	()	()	()	()	国庫補助額	千円
救急救命士	()	()	()	()	13. 平成27年度運営費補助申請の有無(予定含む)	
事務員	()	()	()	()	14. 平成26年度センター患者延数(平成26年4月～平成27年3月)	
運転手	()	()	()	()	入院患者延数	人
MSW	()	()	()	()	(うち、1日平均入院患者数(再掲))	人
小計	0	0	0	0	※記入要綱を、十分に確認の上、記入(入力)すること	
その他	()	()	()	()	15. 平成26年度センター患者実数(平成26年4月～平成27年3月)	
合計	0	0	0	0	外来患者実数	人
18. 平均在院日数			日	19. 病床利用率		
20. 小児救命救急センターにおける勤務医師に対する負担軽減措置等(病院全体として実施している場合も含む)			<input type="checkbox"/> 1. 長時間勤務にならないような配慮(交代勤務制等) <input type="checkbox"/> 2. 院内ドリアージを実施			
21. センター患者1人一日当たり平均診療点数			入院診療点数	外来診療点数		
22. 小児救命救急センターの時間外の外来受診について、時間外選定療養費として患者の自己負担分を徴収している場合、その徴収状況			(1) 時間外の患者自己負担額(単価)			
			(2) 徴収開始時期			
			(3) 平成26年度徴収総額(平成26年4月～平成27年3月)	千円		
23. ドクターカー保有台数及び運用状況			区分 / 所有者	小児救命救急センター		消防機関
			(1) 車両型	救急車型	乗用車型	救急車型
			(1) 所有台数	台	台	台
			(2) 保管場所			
			(3) 平成26年度運行件数(平成26年4月～平成27年3月)	件	件	件
			うち、救急現場への運行件数	件	件	件

調査票3続き

平成26年度小児救命救急センターの状況

(都道府県名)

24. ヘリポート所有の状況 ()にはヘリポートの名称又は設置場所を記載		(1) 所有の状況 ()		(2) 平成26年度搬送受入実績(平成26年4月～平成27年3月) 回 人	
25. 国庫補助交付状況		(1) 施設整備費		(2) 設備整備費	
		年度	金額	年度	金額
		年度	千円	年度	千円
		年度	千円	年度	千円
		年度	千円	年度	千円
備考 (書ききれない場合)					
26. 救急医療従事者研修受入実績(平成26年4月～平成27年3月)					
	職種別	年間研修サイクル	年間実人数	年間延べ日数	研修名等
卒業前	医学生	回	人	日	
	看護学生	回	人	日	
	救急救命士	回	人	日	
卒業後	臨床研修医	回	人	日	
	後期研修医	回	人	日	
	看護師	回	人	日	
27. 日本小児科学会専門医研修施設の有無					
28. センター専用の施設・設備 (センター優先の施設は、上段()別掲)		診察室(処置室)	手術室		緊急検査室
		()	緊急	一般	放射線撮影室
		室	室	室	室
		重症熱傷患者用備品の有無			
29. センターにおいて24時間対応可能な診療科 (小児病院であればそれぞれ小児の専門と読み替える)		<input type="checkbox"/> 1.救急科(部) <input type="checkbox"/> 2.内科 <input type="checkbox"/> 3.循環器科 <input type="checkbox"/> 4.外科 <input type="checkbox"/> 5.脳神経外科 <input type="checkbox"/> 6.整形外科 <input type="checkbox"/> 7.心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 8.形成外科 <input type="checkbox"/> 9.小児科 <input type="checkbox"/> 10.眼科 <input type="checkbox"/> 11.耳鼻科 <input type="checkbox"/> 12.産科 <input type="checkbox"/> 13.婦人科 <input type="checkbox"/> 14.麻酔科 <input type="checkbox"/> 15.精神科 <input type="checkbox"/> 16.その他()			
30. オンコール体制で24時間対応可能な診療科 (小児病院であればそれぞれ小児の専門と読み替える)		<input type="checkbox"/> 1.救急科(部) <input type="checkbox"/> 2.内科 <input type="checkbox"/> 3.循環器科 <input type="checkbox"/> 4.外科 <input type="checkbox"/> 5.脳神経外科 <input type="checkbox"/> 6.整形外科 <input type="checkbox"/> 7.心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 8.形成外科 <input type="checkbox"/> 9.小児科 <input type="checkbox"/> 10.眼科 <input type="checkbox"/> 11.耳鼻科 <input type="checkbox"/> 12.産科 <input type="checkbox"/> 13.婦人科 <input type="checkbox"/> 14.麻酔科 <input type="checkbox"/> 15.精神科 <input type="checkbox"/> 16.その他()			
31. センター退院(退出)患者数(平成26年4月～平成27年3月)		32. センターの責任者(管理者)		↓その他の場合は資格等を記入すること	
内訳	軽快退院	人			
	併設一般病床への転棟	人			33. 救急科専門医数 人
	他病院への転送(他三次施設への転送:再掲)	()人			34. 小児科専門医指導医数 人
	死亡	人			35. 小児科専門医数 人
36. 初期救急体制、二次救急体制への参加状況					
37. 病院全体の耐震整備状況		38. 災害拠点病院の指定		指定年月日	
新耐震基準		39. 病院全体の防災・災害の対応状況		非常用電源設備	
未耐震割合		防災マニュアルの策定		非常用医薬品の備蓄	
小児救命救急センターの未耐震割合		災害対応訓練の実施		非常用給水設備	

記入者

所属・役職

氏名

センター長

所属・役職

氏名

都道府県担当者

所属・役職

氏名

施設名 : _____

来院時の年間重篤小児患者数(平成26年4月～平成27年3月)

注1) 来院時の小児患者数であり、病棟入院中の状態悪化や手術後の集中管理のための治療により小児救命救急センターで受け入れた患者を診療した例は除く。

注2) 一つの症例で複数の項目に該当する場合は、最も適切なもの一つのみを選択する。

番号	疾病名	基準(基準を満たすもののみ数えること)	患者数 (人) ※注1	転帰	
				退院・転院 (転院を含む) (人)	死亡 (人)
1	病院外心停止	病院前心拍再開例、外来での死亡確認例を含む			
2	重症心血管系障害	不整脈(PSVT等)、新生児を除く先天性心疾患症例(増悪を含む)			
3	重症脳血管障害	来院時JCS 100以上又は開頭術、神経集中治療実施例			
4	重症外傷	Max AISが3以上又は緊急手術(IVR含む)施行例			
5	重症熱傷	Artzの基準による			
6	重症急性中毒	来院時JCS 100以上又は血液浄化法施行例			
7	重症消化管出血	輸血実施例または、緊急内視鏡施行例			
8	重症敗血症	感染性SIRSで臓器不全、組織低灌流又は低血圧を呈する例 (救急において約 60 ml/kg以上の細胞外液負荷が必要だった症例)			
9	重症体温異常	熱中症又は偶発性低体温症で臓器不全を呈する例			
10	特殊感染症	ガス壊疽、壊死性筋膜炎、破傷風等(8を除く)			
11	重症呼吸不全	人工呼吸器管理症例(1から10までを除く。)			
12	重症急性心不全	人工呼吸器管理症例又は、PCPS若しくはECMO使用症例 (1から10までを除く。)			
13	重症出血性ショック	出血性ショックとして対応した症例			
14	重症意識障害	JCS 100以上が24時間以上持続又は急性脳炎・脳症症例 (1から10までを除く。)			
15	重篤な肝不全	血漿交換又は血液浄化療法施行例(1から10までを除く。)			
16	重篤な急性腎不全	血液浄化療法施行例(1から10までを除く。)			
17	その他の重症病態	重症肺炎、内分泌クリーゼ、糖尿病性ケトアシドーシスなどで持続 動注療法、血漿交換又は手術療法を実施した症例(1から16までを 除く。)			
18	ECMO実施件数	入院後に呼吸、循環いずれか、あるいは両方の適応で実施した ECMO症例			
19	重症搬送症例	他院等からの重症搬送症例(挿管管理などの集中治療を実施)			
合 計			0	0	0

※最後に未入力セル(黄色セル)がないか確認すること。

施設名：

来院時の年間重篤小児患者数(平成26年4月～平成27年3月)

注1 東京都こども救命のセンター案件の患者数をご記入ください。

注2) 一つの症例で複数の項目に該当する場合は、最も適切なもの一つのみを選択する。

番号	疾病名	基準(基準を満たすもののみ数えること)	患者数 (人) ※注1	転帰	
				退院・転院 (転院を含む) (人)	死亡 (人)
1	病院外心停止	病院前心拍再開例、外来での死亡確認例を含む			
2	重症心血管系障害	不整脈(PSVT等)、新生児を除く先天性心疾患症例(増悪を含む)			
3	重症脳血管障害	来院時JCS 100以上又は開頭術、神経集中治療実施例			
4	重症外傷	Max AISが3以上又は緊急手術(IVR含む)施行例			
5	重症熱傷	Artzの基準による			
6	重症急性中毒	来院時JCS 100以上又は血液浄化法施行例			
7	重症消化管出血	輸血実施例または、緊急内視鏡施行例			
8	重症敗血症	感染性SIRSで臓器不全、組織低灌流又は低血圧を呈する例 (救急において約 60 ml/kg以上の細胞外液負荷が必要だった症例)			
9	重症体温異常	熱中症又は偶発性低体温症で臓器不全を呈する例			
10	特殊感染症	ガス壊疽、壊死性筋膜炎、破傷風等(8を除く)			
11	重症呼吸不全	人工呼吸器管理症例(1から10までを除く。)			
12	重症急性心不全	人工呼吸器管理症例又は、PCPS若しくはECMO使用症例 (1から10までを除く。)			
13	重症出血性ショック	出血性ショックとして対応した症例			
14	重症意識障害	JCS 100以上が24時間以上持続又は急性脳炎・脳症症例 (1から10までを除く。)			
15	重篤な肝不全	血漿交換又は血液浄化療法施行例(1から10までを除く。)			
16	重篤な急性腎不全	血液浄化療法施行例(1から10までを除く。)			
17	その他の重症病態	重症肺炎、内分泌クリーゼ、糖尿病性ケトアシドーシスなどで持続 動注療法、血漿交換又は手術療法を実施した症例(1から16までを 除く。)			
18	ECMO実施件数	入院後に呼吸、循環いずれか、あるいは両方の適応で実施した ECMO症例			
19	重症搬送症例	他院等からの重症搬送症例(挿管管理などの集中治療を実施)			
合 計			0	0	0

※最後に未入力セル(黄色セル)がないか確認すること。

小児救命救急センター実地調査実施要領

I 調査の概要

【調査の目的】

本調査は小児救命救急センターに調査員が赴き、関係者との質疑や施設の現状を把握することにより、小児救命救急センターの抱える問題点等を明らかにし、小児救命救急センターのあり方等の提言を行うこと。

【調査の主体】

平成 27 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）
「小児救急・集中治療提供体制構築及びアクセスに関する研究」（研究代表者：北九州市立八幡病院小児救急センター 市川光太郎）

【対象となる部門】

小児救命救急センターの外来部門、病棟部門、麻酔・手術室部門等

【実施方法】

厚生労働省が平成 26 年度末に実施依頼をした小児救命救急センター現況調査集計結果をもとに現地調査を行う。同時に、小児救命救急センター事業に対する要望、問題点なども確認する。

【期間】

現地調査当日の 2 時間ほど

【調査項目と内容】

1. 現況調査票にかかる問題点抽出
2. 小児救命救急センターのミッションと、要解決課題の抽出
3. 事業補助金の使途と、現場の把握状況
4. 各施設からの、政策提言にむけた各種自由意見の聴取
5. その他、各論

(ア) 救急外来部門

- ・ 医師・スタッフのシフト体制、各科医師の協力体制、医療機器
- ・ 救急車受け入れ場所、初療室、エレベーター等の動線
- ・ 画像検査体制（超音波、CT 室、透視室等までの距離）

- ・ 検体検査体制（各種培養検査、迅速検査等）
- (イ) 集中治療部門
 - ・ 医師・スタッフのシフト体制、各科医師の協力体制
 - ・ PICU（あるいはICU）のフロア運営方法
 - ・ 医療機器（ECMO、血液浄化の体制）
 - ・ 画像検査体制（夜間、早朝の検査応需体制）
 - ・ 検体検査体制（夜間、早朝の検査応需体制）
- (ウ) 麻酔・手術室部門
 - ・ 医師・スタッフのシフト体制
 - ・ 緊急手術受け入れ体制
 - ・ 気道緊急への協力体制
- (エ) モデルケースの標準的な対応フローと他院との連携体制
 - ・ 外傷症例（頭部外傷、腹部実質臓器損傷）
 - ・ 呼吸不全症例（ECMO 症例）
 - ・ 循環不全症例（心筋炎症例）
 - ・ 転院搬送症例（カバー範囲等）
- (オ) 災害対応
 - ・ 日本 DMAT 隊員・日本 DMAT 隊の存在
 - ・ 院内災害対策への関与
- (カ) 教育体制
 - ・ 各部門研修実施状況
 - ・ 研修受け入れ状況（医師、看護師、救急救命士等）

II 調査実施後

【公表の予定】

調査結果は研究班報告書として公表する。

その際、個別施設の結果としても公表するが、施設名は符号等にして表記する。

【政策提言】

調査結果をもとに、今後の小児救命救急センターのあり方を政策提言としてまとめ、厚生労働省医政局地域医療計画課に提言する予定である。