

	施設 A	施設 B	施設 C	施設 D	施設 E	施設 F	補遺
1. 現況調査にかかる問題点抽出	調査項目が多く、他レジストリとの重複をなくせないか。判断に苦慮する項目もあり、実態に沿った記載を心がけたが拡大解釈も可能。記載マニュアルあるいは注意書きが必要	小児を担当している診療科が複数に及ぶため、医療従事者の人数の記載が困難。選任、兼任の基準がない。新規項目は不要	窒息、溺水があると良い専従などの数字は書きにくい 病態での症例数調査は実態を把握しやすい。 DPCの病名コードも、この現況調査と同様に、診断名ではなく『病態』によるコーディングができるようになれば良、例えば、「細気管支炎」や「肺炎」ではなく、「重症急性呼吸不全」など。「複雑型熱性けいれん重積」などもDPCだと「熱性けいれん」になってしまう	小児専門が常に対応するわけではなく、専任、兼任ふくめて数が出しづらい。地域との連携を評価する方法は？医療圏で全ての傷病に対応しているか、その中で小児救命センターの位置付けを評価する方法が必要	N/A	N/A	・調査したいのは、平時（あるいは当直時）の医師一人あたりの患者数か（どの程度厚いケアを行っているか）、最大瞬間風速か？ ・救命救急センターと一体的に運営している場合の評価方法をどのように行うか
2. 小児救命センターのミッションと要解決課題	転院搬送、集約化に対応する。初療も行う、直送＋転送両者への対応。PICU(管理料)との住み分けは？	24時間、内因外因を問わない受け入れ態勢	小児の救命率向上及び、救命後の質の向上しかし、そのためのアウトカム設定が難しいことは理解している	搬送医療と特殊医療の提供(ECMO等)、地域連携と集約化をすすめる必要あり	自施設での対応だけでなくコーディネーターとしての役割も果たすべき	救命救急センターと同様(対象年齢の相違のみ)、MCへの関与、災害医療への関与	直送＋転送両者に対応する医療モデルと捉えられているが、PICUとの住み分けが必要？
3. 補助金の使途の把握状況	不明、使用用途は自由にできない	小児科医、看護師人権費、施設整備に使用されている実感あり。詳細は不明	把握できていない	人権費、赤字補填か？詳細不詳	使途不明、救急やICUで機器が不足しているも補助金を充てられない現状がある	まったく不明確	小児救命救急センターを明確に区別できる体制を敷いている施設は少ないのが現状
4. 各施設からの、政策提言にむけた自由意見	人員配置に対する補助、搬送チームを自院で組むとなると、多数の医師が必要。1-3次すべてに対応しなくても、病院群という形で患者の受け皿があればよい。小児来院経路と重症度が一致しない事が成人よりも多い。病院前、災害医療への関与も必要	ヘリで30分が一つの目安。行政区分を超えた医療対応が必要でソフトの整備をすすめる必要あり。小児人口25万人で、年間200例程度の緊急入室。より集約化をすすめて安定した症例数を蓄積することが課題	小児救命救急センターとして、集約化を掲げるのであれば、 ・行政からのアプローチが必要(集約すべき疾患や状態などの提示) ・家族支援も含めた体制の整備が必要だと考える。 PICUの出口問題への対策が必要	小児救命センター間、救命救急センターとの人的交流を図る必要性。医療提供体制の地域格差は、不明であるが、小児救命センターがどの程度貢献しているか不明。出口問題に対する対応も必要	重症症例の集約化が必要である一方、急性期を脱した症例及び長期化した症例の戻り施設の確保、そのコーディネートが医師が担っているという現状については行政の介入が必要と考える	施設基準尾なかに、救急対応のみならず、小児にかかるMCへの関与・救急救命士の指導、災害医療への対応などを求めるべき。また、症例登録レジストリへの登録を義務づける一方で、専属秘書が必要である。上記とあわせて、それら費用の補填が必要。実際には、使途が現場には不明確であるため、使用目的として専属秘書雇用、救急救命士指導、災害対応準備などの使用枠の指定を定めることは、現予算のなかで可能であろう	県をまたぐ広域搬送に関する都道府県の関与が必要ではないか 県内あるいは、地域内での役割を明確にすべきではないか。その中には、病院群として機能するという形もあって良いのではないかと。PICU加算について、直送で重症な小児を受け入れた際の評価が必要ではないか

	施設 A'	施設 B'	施設 C'	施設 D'	施設 E'	施設 F'	補遺
5. その他、各論							
ア) 救急外来部門							
医師シフト、他科医師協力体制	救急車:救命救急センター医師(6-7名) walk in:小児救命センター医師(日勤2、夜/休日1+on call) 別に、PICU勤務医師(日勤2、夜/休日1) 高E外傷は、PICU+小児外科+救命センター	夜間:救急科と総合診療科当直で対応 日中:救急科で対応 外傷などはICUと連携する。 外傷コールはない IVRは循環器が対応するかもしれない 眼外傷は他院から応援がもらえる	ER/ICUが一体。日勤6-8名、夜勤5-7。脳神経外科と形成外科がoncall体制。あとは院内に常駐	専従なし、外来担当1名がERも担当。On call1名。救急医の関与は、CPA等のみ	常勤医9名、フェロー3名、総合診療部ローター3名程度。日勤7-8名、準夜3名、深夜2名。院内当直は、小児科2、循環器1、外科1、N2、P4、麻酔1のみ。他はon call	専従 常勤医7、フェロー10-12名、夜間休日 常勤医1-2名、フェロー2-3名 関連諸機関との連携良好	
受け入れ場所、初療室、PICU等の動線	救急車6台、広い初療室と観察室 初療室横に透視室とCT室 手術室、PICUは3階	救急車1台が横付け可能 初療室にはすぐ。 CTには扉3枚ほど隔てた放射線科部門内	初療室3、観察室あり。CT室は扉2枚隔てるが近い。透視室は遠方で5分程度?手術室、PICUは3階で直通EVあり	救急車4台、初療ベッド4と、手術可能な部屋が1つ。 CT/MRI室は扉1枚隔てて近い。透視室も同じ一画。直送EVあるが、ストレッチャーでギリギリのサイズ	初療室1、診察室5、CT室まで30-40m程度、IVRは手術室まで移動必要、on callで可能なことも	初療室1、CT室直ぐ横ではない、PICU 3階	
画像検査体制	夜間、休日でもCT、MRI、IVR可能	夜間、休日でもCT、MRI、IVR可能 MRIは技師が撮影できるかどうかに依存	CT/MRI可能。IVRは呼び出し必要	夜は頭部単純CTまで。日中はMRIも可能。IVRは呼び出し。 頭部単純CT以外の撮影は放射線科医師へのコンサルトが必須	CT可能、MRI/IVRは比較的困難。夜間も同様でCT以外はon call。	CT、IVR(On Call)は可能	
検体検査体制	夜間、Gram染色は医師施行	夜間、Gram染色は医師施行	夜間、Gram染色は医師施行	夜間、Gram染色は医師施行、髄液は検査室	夜間、Gram染色は医師施行	夜間、Gram染色は医師施行	
イ) 集中治療部門							
医師シフト、他科医師協力体制	医師:2交代、日中2、夜間1 看護師:2交代、18人/勤務 小児科専門医6、集中治療専門医2	医師:2交代、日中3-4名、1名が「管理医」という名の責任者、夜間は2名、シフトの2名とは別に「管理医」は落ち着いた時点で自宅待機 看護師:2交代、36人程/勤務	ER/ICUが一体。日勤6-8名、夜勤5-7。脳神経外科と形成外科がoncall体制。あとは院内に常駐。看護師は2:1、成人と原則別単位	ICU専従なし、open管理	医師:2交代、日勤12名程度、当直4名 看護師:3交代、日勤20名程度、他10名	セル13列との違い不明 看護 3交代、平日日中約20名、平日夜勤 8、休日日中約15名	
医療機器	ECMO3(Terumo2+Maquet1)、血液浄化器2 ME24h常駐、体外循環管理はME	ECMO 1、血液浄化器 1 ME5名はオンコール体制で30分以内に来院	ECMO(ローラー3、遠心4)血液浄化器6 ME管理	ECMO(泉工遠心3)、ACTは医師が採血	ECMO/PCPS3台、血液浄化器7台、MEは平日日勤のみ	ECMO他十分量あり	
画像検査体制	同上	同上	同上	同上	同上	同上	
検体検査体制	同上	同上	同上	同上	同上	同上	
ウ) 麻酔手術部門							
医師シフト	医師1+ on call1	医師1+ on call1	院内当直あり	夜3人当直	夜1名、Oncall1名	夜間3-4名	
緊急手術受け入れ体制	緊急対応可能	緊急対応可能	緊急手術可能	夜間でも緊急手術可能	夜間でも緊急可能	対応可	
気道緊急への協力体制	麻酔科医による応援はいつでも可能、小児用DAMマニュアルなし、外科的気道確保は小児外科医	麻酔科医による応援はいつでも可能、小児用DAMマニュアルなし、カート整備はあり。外科的気道確保は小児外科医	基本的に救急で完結。応援要請することもあるが、対応可能。外科系医師が外科的気道確保	可能	麻酔科協力可能	麻酔科と協働可	

	施設 A"	施設 B"	施設 C"	施設 D"	施設 E"	施設 F"	補遺
5. その他、各論							
エ)モデルケース	すべてに対応するのは困難な可能性、地域医療機関内での住み分け？ 一元化？ 地域に合ったモデルでよいが、連携の評価は？ 搬送は？						
頭部外傷	応需可能、小児科、小児外科、脳神経外科、救急、整形外科が参集。県に多重傷病者の搬送基準あり	ORで開頭/ICP可能	応需可能。外因系に小児科の関与は少なく、救急+必要な診療科。低年齢であれば、全身管理に小児科が関与	応需可能、小児科、小児外科、脳神経外科、救急、整形外科が参集。県に多重傷病者の搬送基準あり	応需可能	応需可能、必要あれば、緊急開頭/ICP可能	
腹部外傷	応需可能	外傷コードはないが、自院で完結可能。外科医が初期から関与。IVRはon call。輸血はリンクロスで15分程度	小児外科で対応可能だが、近隣の救命救急センターで初療し、集中治療を当施設で行うスタイルがよさそう	応需可能	応需可能	応需可能だが、外傷の緊急開腹はまれ、IVRはon callで可能なことも。外傷コードあり。RCCIは5分で到着する	
呼吸不全	応需可能、ECMOカニューレシオンは心臓血管外科	応需可能、ECMOは心臓血管外科あるいは小児外科がカニューレシオン、管理はPICU	応需可能、ECMOは心臓血管外科カニューレシオン	応需可能、ECMOカニューレシオンは心臓血管外科	応需可能	応需可能、集中治療医管理	
循環不全	応需可能、ただし、緊急手術必要であれば、他院搬送が必要。小児ECMO/VAD対応可能施設は県内で一箇所、ECMO搬送は未経験だが、救急車への搭載は可能	心臓血管外科も対応可能	応需可能	応需可能、ECMOになる場合はCCUI入室して対応すると思われる	応需可能	応需可能。ECMO/ECPRも可能(コードあり)。小児用VAD対応可能	
転院搬送範囲と安全確保	隣県、体重別搬送セットあり。迎え搬送70例/年(ヘリ、救急車あり)	搬送チームなし。前医搬送が基本	県内のみ。救急車で1-1.5時間、ヘリで15-20分。前医搬送が基本で搬送チームなし	隣県から搬送は有る。100例/年の県内搬送、4-5例/年は県外。迎え搬送は50-70例/年。ヘリは40-50例/年	必要あれば県外可	県外でもドクターカーでの迎え搬送あり	搬送チームまで整備するのは困難？
オ)災害対応	災害対応まで広げられるほどのマンパワーが備わっていないのが現状。小児救命救急センターとしてではなく、病院所属の医師として関与しており、小児への特化はない						
DMAT	災害対応チームあり	救急に3(小児0)、看護師6、ロジ2	院内5(小児1)、看護師5、ロジ3	なし	隊員 4名、チーム0	隊員:医師4、看護師2、ロジ1、チーム0	
院内災害対策への関与	災害拠点病院で定期訓練あり。全体訓練の一部として小児も参加	ない	地域災害拠点病院、院内訓練へ参加	ICU医師が中心となり、100名ほど参加した訓練を実施した	あり	災害拠点連携病院。定期訓練あり	
カ)教育体制							
研修事業	院内は講義とシナリオシミュレーション、院外は不定期に講義	講義とシナリオシミュレーション1回/月、手技はOnJTのみ。PALSコース開催1回/年、院内で症例検討会	講義1回/週とNs向けのシナリオシミュレーション、院外は小児医療期間と1回/月のカンファレンス(救急以外も)	院内は講義とシナリオシミュレーション、院外は不定期に講義	あり	院内:フェローおよび院内全体に向けた研修会。院外:救急集中治療研修会開催	
研修派遣	麻酔研修を他院へ3-4ヶ月	来年度から他院小児科と人事交流開始予定	なし	あり	複数施設にあり	あり	
研修受け入れ	大学救急部より1年間の受け入れ実績あり	なし	医師なし	医師:短期研修はなし 看護師:不定期だがあり	あり	あり	
キ)病院前救護							
	施設内に救急ワークステーションあり、MCは、小児の問題症例があった際に不定期に参加	施設内に救急ワークステーションあり、MCは、事後検証会に1回/月	MC関与なし。消防要請で不定期に事後検証会(1回/2-3年)	救急医師がMCに積極的に関与 不定期の症例検討会も実施している	救急ワークステーションなし	MC関与なし、救急WSなし	

小児救命救急センターについて

趣旨

重篤な小児救急患者の医療を確保することを目的として、都道府県が小児救命救急センターの指定を行う。

役割

- 診療科領域を問わず、すべての小児救急患者を、原則として24時間体制で必ず受け入れる
- 医学生、臨床研修医等に対する小児救急医療の臨床教育を行う

指定要件

- 小児集中治療室の人員体制
 - ・ 集中治療専門医、小児科専門医などの指導的立場にある人を含む専従の医師を常時確保すること
 - ・ 専従の看護師を患者2人に対し1人以上の割合で常時確保すること
 - ・ 診療放射線技師及び臨床検査技師等を院内に常時確保すること
 - ・ 24時間診療体制を確保するために必要な職員を配置すること
- 救急患者の受入体制
 - ・ 小児集中治療室病床については、年間概ね300例以上の入院を取り扱うこと
 - ・ 救急搬送を相当数受け入れること
- 施設
 - ・ 専用の小児集中治療室病床を6床以上有し、独立した看護単位を有すること
 - ・ 診察室(救急蘇生室)を設けること
 - ・ 緊急検査室、放射線撮影室、手術室等については、優先して使用できる体制を確立しておくこと
 - ・ 診療に必要な施設は耐震構造であること(併設病院を含む。) 等

※小児救命救急センター数(平成23年11月1日現在)・・・4施設(県から国庫補助申請のあったもの)

