

問 5. ドクターカーの運転手についてお知らせください。

1. ドクターカー専属運転手
2. 院内職員が兼務している
3. 救急隊員が兼務している
4. その他 ()

問 6. ドクターカーの稼働曜日と稼働時間帯についてお知らせください。

【稼働曜日】 1. 毎日 2. 平日のみ 3. その他 ()

【稼働時間帯】 1. 24 時間 2. 日勤帯のみ 3. その他 ()

問 6-2 「毎日 24 時間稼働」していない場合には、その理由をお知らせください。

(例：夜間は運転手不在のため、週末は医師数が少ないため)

問 7. ドクターカーの運用経費負担についてお知らせください。

1. 病院負担
2. 行政負担
3. 消防本部（局）負担
4. 混合型 (大まかな内わけ：)

問 8. ドクターカーとしての年間運用件数についてお知らせください。

1. 出動件数 件/年 (平成 26 年度 ・ 平成 26 年)
2. ドクターカー以外の用途と混合的に運用しており、特化した件数は集計していない。

問 9. 貴センターの年間救急車受け入れ件数についてお知らせください。

救急車の受け入れ件数 件/年

問 10. 院内のドクターカー症例検討会についてお知らせください。

1. 院内検討会あり
2. 院内検討会はないが、MC 関連の検討会等で実施
3. 院内検討会、MC 関連の検討会等ともに実施していない

ドクターカー車両は、ドクターカー以外の診療関連行為（救急隊からの要請がない病院間患者搬送や、医師の同乗しない病院間患者搬送など。）と混合的に運用されることがあります。その現状を把握するため、以下の問11. では、ドクターカーとしての出場ではなく、「ドクターカーに使われる車両」の運用状況についてお答えください。

問11. 「ドクターカーに利用される車両」の運用状況についてお知らせください。

どちらかの形式でご記入ください

運用状況		年間件数	割合（全体を10）
現場等への駆けつけ	医師同乗あり		
現場等への駆けつけ	医師同乗なし		
病院間患者転送	医師同乗あり		
病院間患者転送	医師同乗なし		
その他（ ）	医師同乗あり		
その他（ ）	医師同乗なし		
※ 運用がない形態については0を記入			10（割合合計）
年間の全運用件数（概数も可） →			

問12. ドクターカー運用にあたってお困りの点についてお知らせください。（複数回答可）

1. 特に問題点はない
2. 同乗する医師の確保
3. 同乗する看護師の確保
4. 運転手の確保
5. 人件費
6. 運行経費
7. その他（自由記載）

問13. その他、ご意見や補足がございましたらご記入ください。

【ご回答、誠にありがとうございました。】

調査票は同封の切手つき封筒にてご返送ください

（茶封筒の調査票は同封しないでください）

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 27 年度 総合研究報告書

発行 平成 28 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

〒164-0001 東京都中野区中野 2-2-3 TEL 03-3384-8155

印刷・製本 株式会社メイク 〒162-0801 東京都新宿区山吹町 350



201520028A・B (資料)

平成27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、271施設（平成27年3月31日現在）、人口47万人あたり、およそ1か所が整備されるに至った。

(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に続いて、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 27 年度 厚生労働科学研究補助金事業
救命救急センターの推進に関する研究
主任研究者 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
分担研究者 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27年3月現在）

表 1 施設数等

① 救命救急センター数	271 施設
・人口 100 万人あたり	2.1 施設
・1 施設あたりの人口	468940 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	34 施設(12.5%)
③ 地域救命救急センター数	11 施設(4.1%)
④ ドクターヘリ基地施設数	45 施設(16.6%)

図 1 年次ごとの整備状況（縦軸：整備数、横軸：年度）

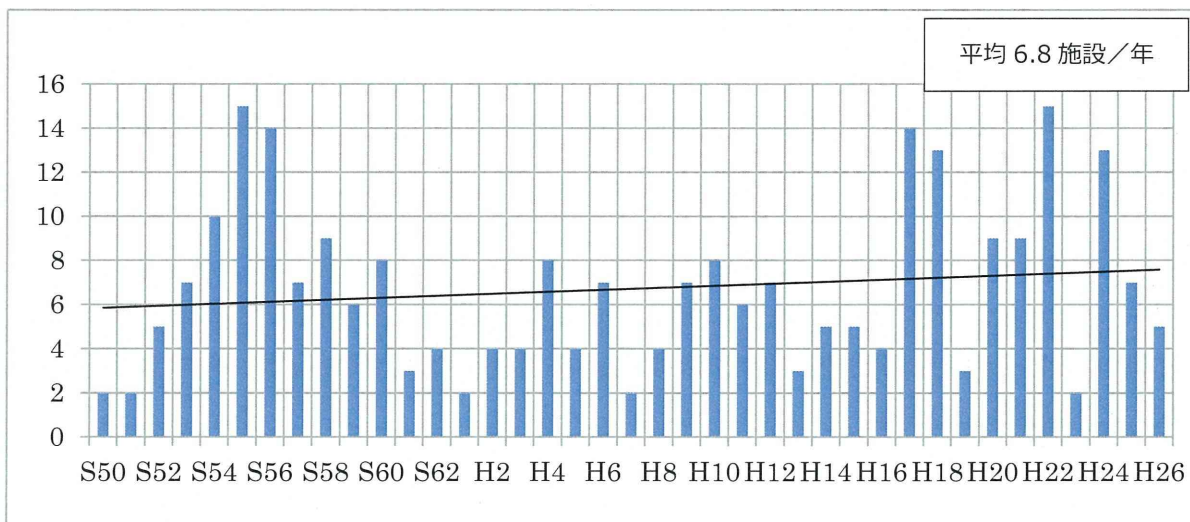


図 2 設立母体別の施設数（縦軸 設立母体、横軸 施設数）

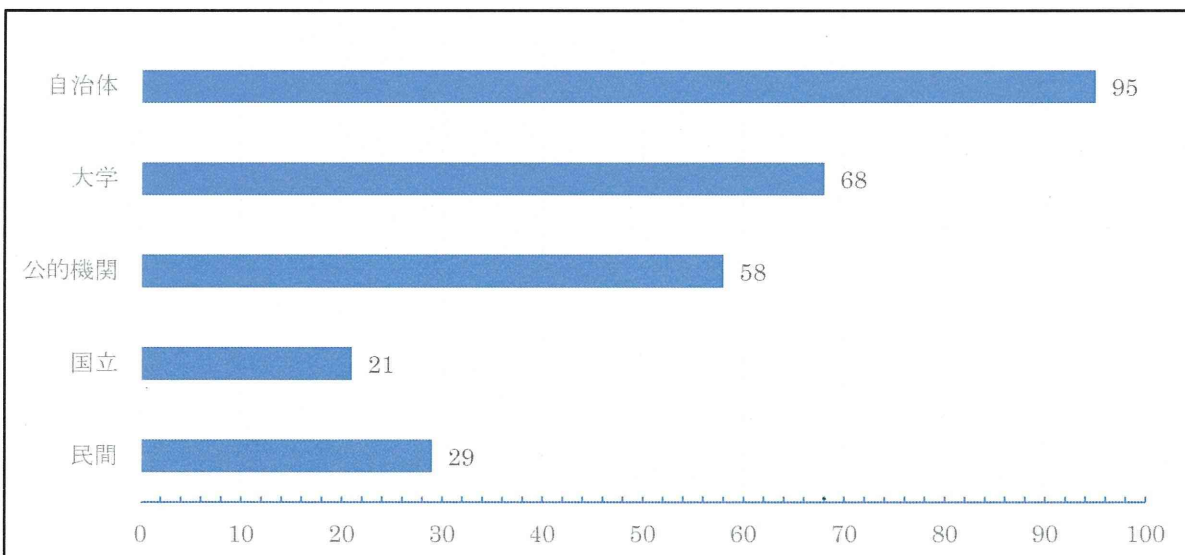
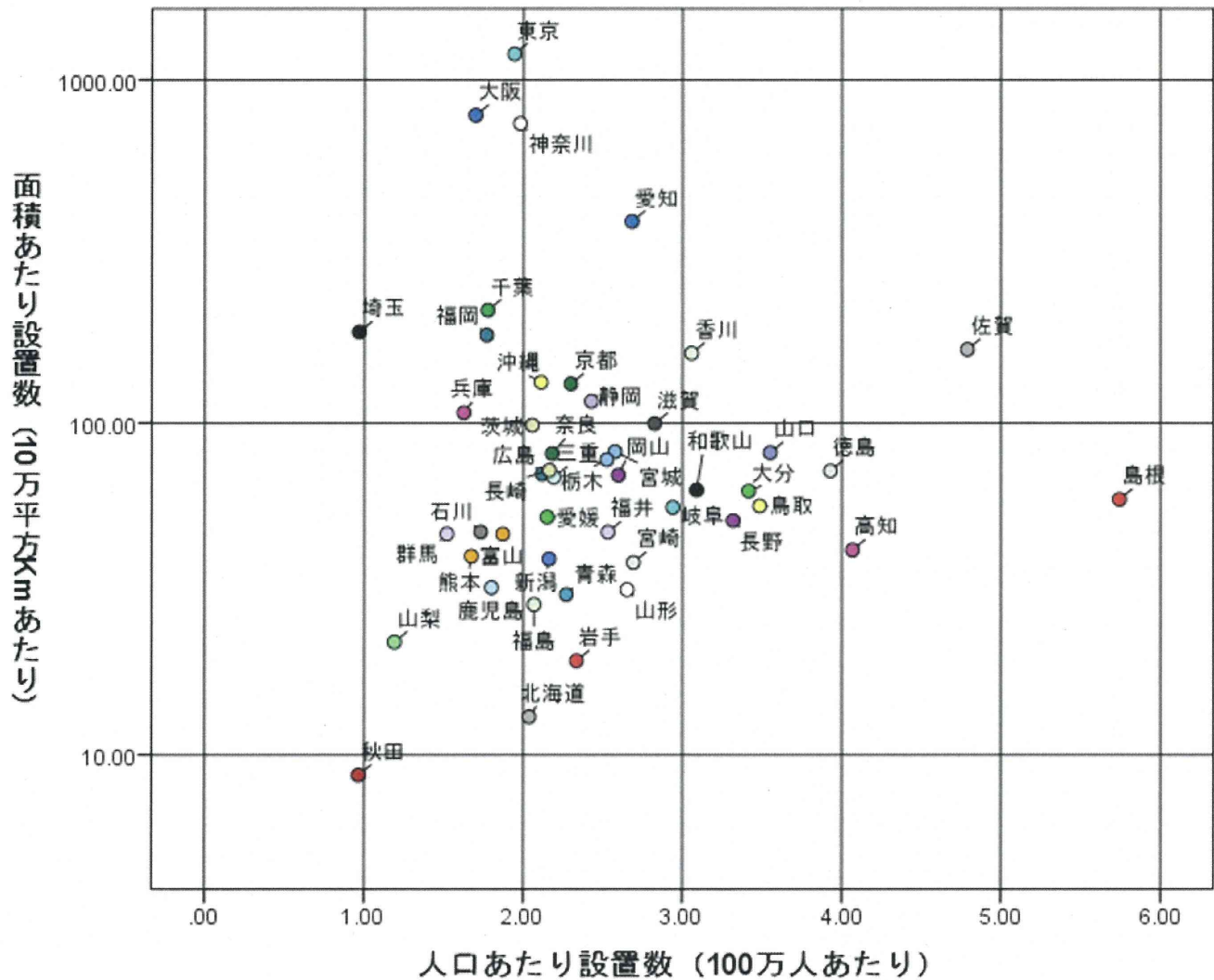


図3 人口あたり、面積あたりの施設数の状況



<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。

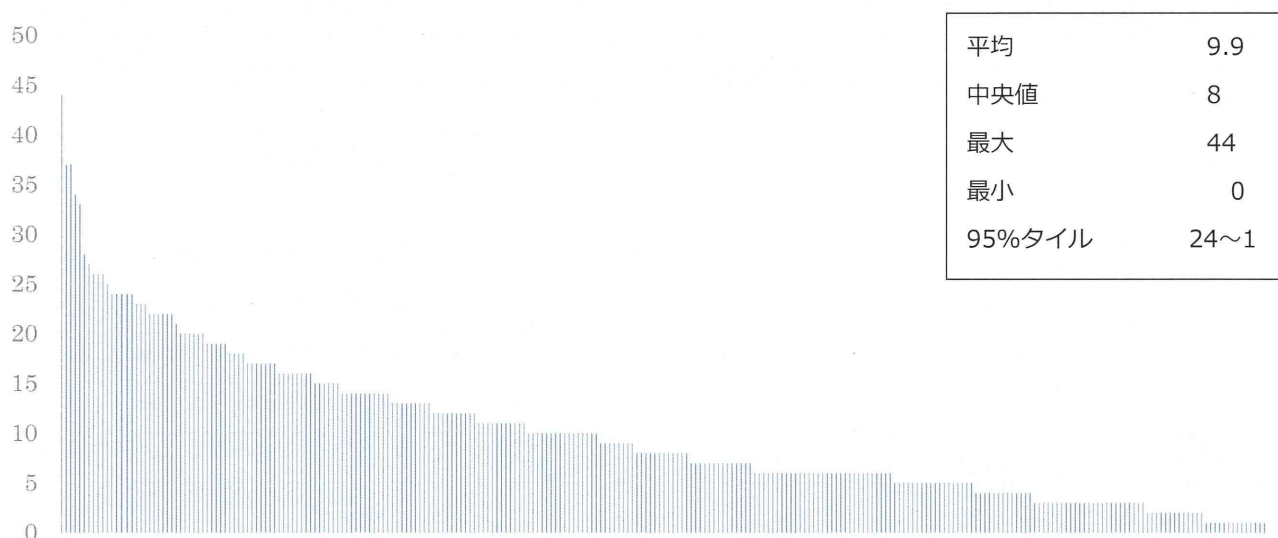
II. 救命救急センターの評価からみた整備の概要

1. 専従医師数

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○評価項目の定義等：「専従医師」とは、毎週常態として勤務しており、救命救急センターにおいて搬送等により来院した救急患者への外来診療と救命救急センター病床の入院患者への診療に係る業務（救命救急センターにおける業務）を行う所定労働時間が週32時間以上の者をいう。雇用契約のない大学院生、臨床研修医は含まない（「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進及び診療に従事する大学院生等の処遇改善について」（平成20年6月30日付け文部科学省高等教育局長通知）参照）。また、一般外来や一般病棟等の他の診療部門や他の病棟での診療等が業務の中心である医師は含まない。なお、救命救急センターは、専従医師を核として、各診療科との協力により運営されること。

第1-1図 各施設の専従医数

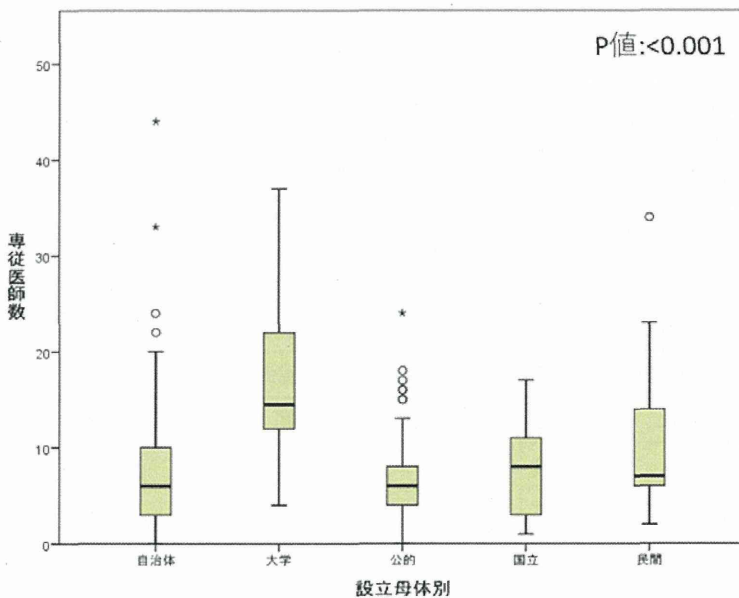
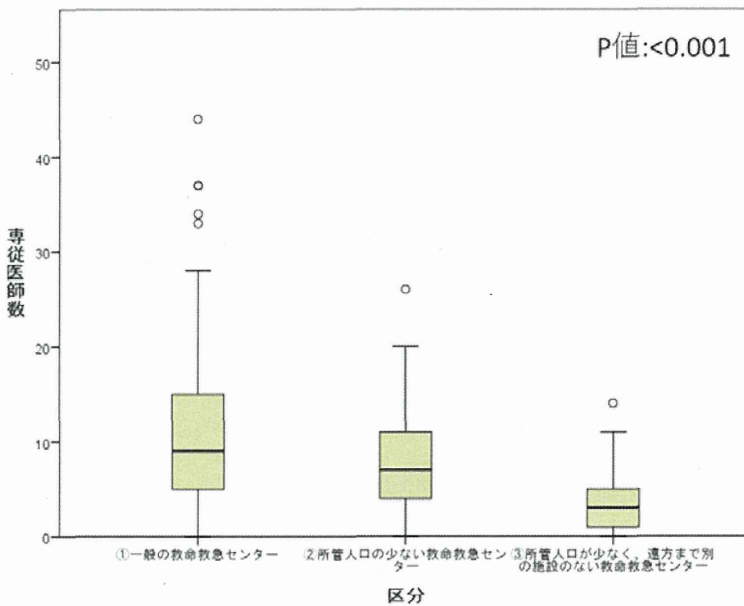
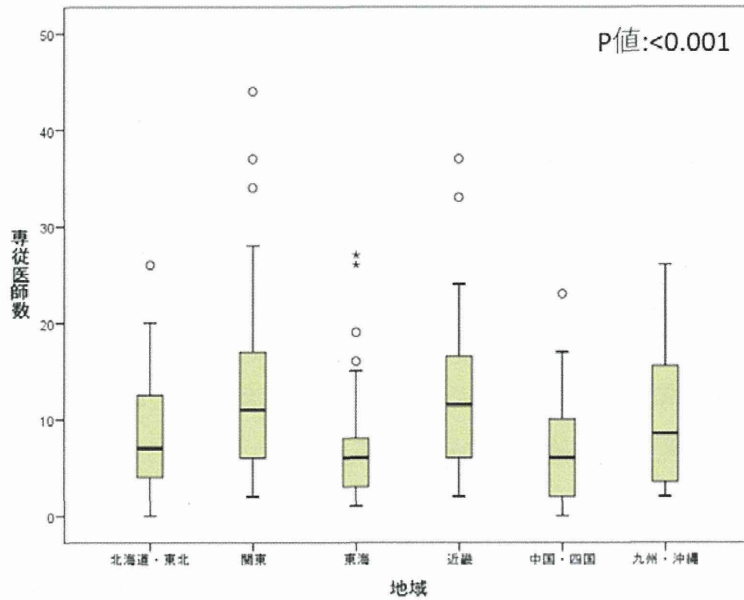


（縦軸 専従医数、横軸 専従医数が多い順から並べた施設）

第1-2表 専従医の多い施設（多い30施設）

	施設名	数		施設名	数		施設名	数
1	千葉県救急医療センター	44	11	日本医科大学千葉北総病院	25	20	杏林大学医学部付属病院	22
2	埼玉医科大学総合医療センター	37	12	獨協医科大学病院	24		東京都立墨東病院	22
	和歌山県立医科大学附属病院	37		前橋赤十字病院	24		北里大学病院	22
4	聖路加国際病院	34		東京女子医科大学病院	24		福岡大学病院	22
5	兵庫県災害医療センター	33		りんくう総合医療センター	24		九州大学病院	22
6	東海大学医学部付属病院	28		大阪大学医学部附属病院	24	26	大阪府三島救命救急センター	21
7	岐阜大学医学部附属病院	27	17	帝京大学医学部附属病院	23	27	八戸市立市民病院	20
8	岩手医科大学附属病院	26		横浜市立大学附属市民総合医療センター	23		東北大学病院	20
	藤田保健衛生大学病院	26		倉敷中央病院	23		日本大学医学部附属板橋病院	20
	久留米大学病院	26	20	日本医科大学付属病院	22		東京医科歯科大学医学部附属病院	20

第1-3図 各施設の専従医数（地域別・属性別・設立母体別）



○ 箱ひげ図

代表値を中央値で、データの変動を上ヒンジ・下ヒンジからの「ひげ」でそれぞれ表示したもの

上ヒンジ：第3四分位（75 percentile）値

下ヒンジ：第1四分位（25 percentile）値

外れ値：他のデータと比較して極端に大きい（または小さい）値

箱の長さの1.5倍以上3倍以下の範囲内の個体は○で表示

箱の長さの3倍より大きい値を示す個体は「極値」として*で表示

地域別、区分別、設立母体別で群間の比較には Kruskal-Wallis 検定を用い、有意水準 5% ($p < 0.05$) をもって有意差ありと判断した。

○ 設立母体の別

「大学」は、国立、公立、市立の大学の附属病院に設置された施設が含まれる。（防衛医科大学校病院も含まれる）「国立」は、主に独立行政法人国立病院機構の病院に設置された施設が含まれる。「公的」には、日本赤十字社、恩賜財団済生会、厚生連などにより設置された施設が含まれる。

○ 救命救急センターの区分

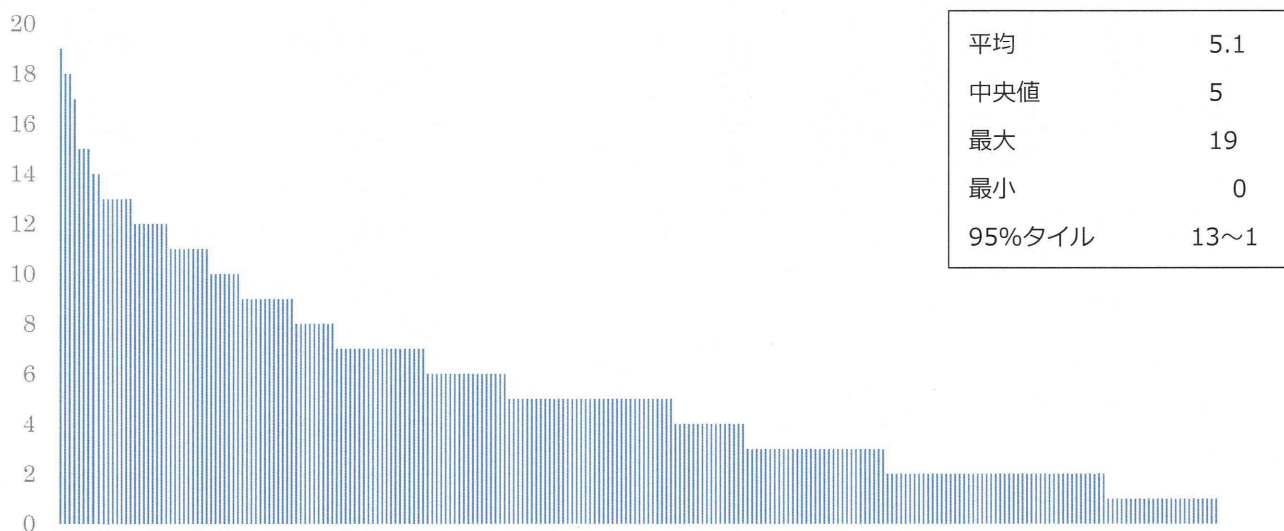
「①一般の救命救急センター」とは、②及び③以外の救命救急センターをいう。「②所管人口の少ない救命救急センター」とは、当該救命救急センターの所管する地域の人口が30万人未満の救命救急センターをいう。「③所管人口が少なく、遠方まで別の施設のない救命救急センター」とは、②であって、最寄りの救命救急センターまで自動車でも60分以上を要する救命救急センターをいう。なお、「所管人口」とは、都道府県が、救急医療対策協議会等において按分したものをいい、都道府県内のすべての救命救急センターの「所管人口」の合計は、原則として、当該都道府県の人口と一致する。

2. 1に占める救急科専門医数

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○評価項目の定義：「救急科専門医」とは、日本救急医学会により認定された、日本救急医学会指導医、救急科専門医及び日本救急医学会認定医をいう。

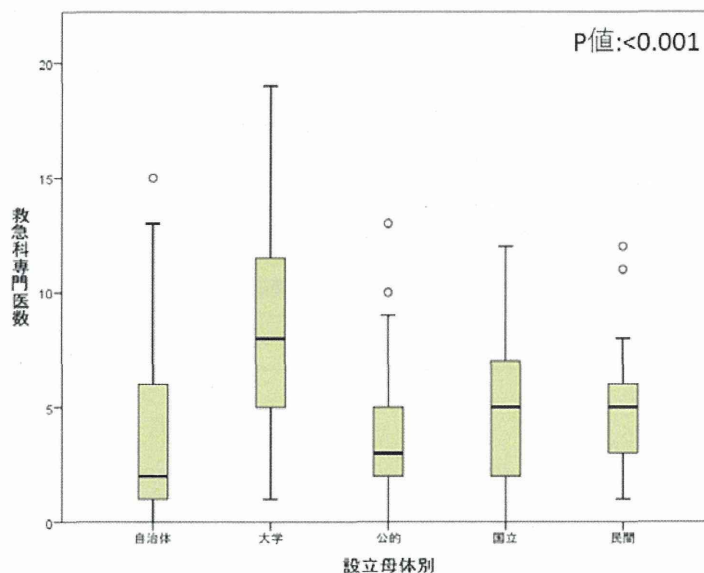
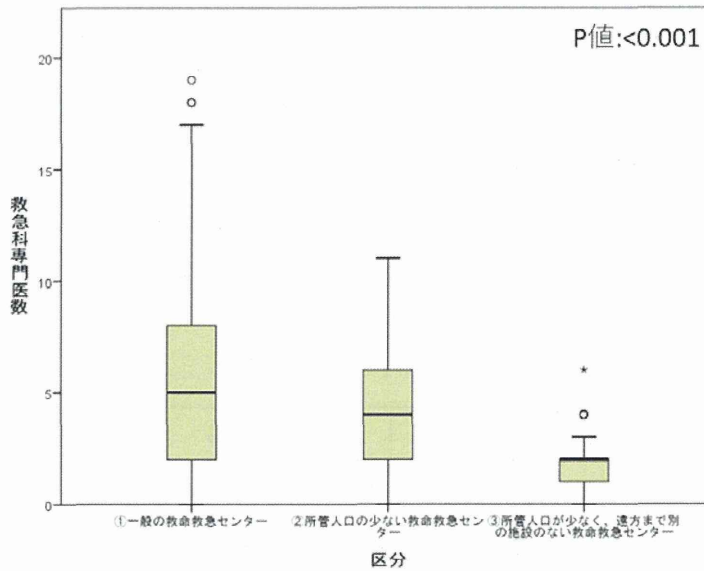
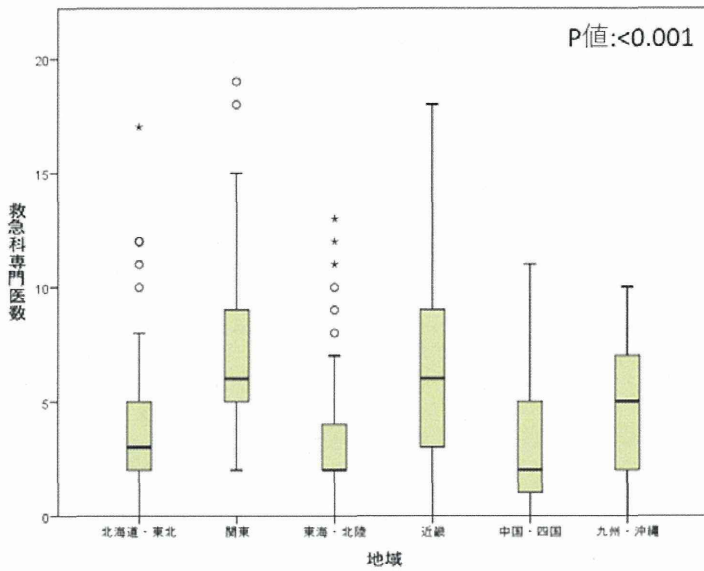
第2-1図 各施設の専従医数にしめる救急科専門医数



第2-2表 救急科専門医の多い施設（多い30施設）

	施設名	数		施設名	数		施設名	数
1	東海大学医学部附属病院	19	10	帝京大学医学部附属病院	13		新潟市民病院	12
2	東京女子医科大学病院	18		東京医科歯科大学医学部附属病院	13		独立行政法人国立病院機構大阪医療センター	12
	大阪大学医学部附属病院	18		横浜市立大学附属市民総合医療センター	13		大阪府三島救命救急センター	12
4	岩手医科大学附属病院	17		岐阜大学医学部附属病院	13		兵庫医科大学病院	12
5	日本医科大学千葉北総病院	15		大阪府済生会千里病院	13	25	八戸市立市民病院	11
	日本医科大学附属病院	15		奈良県立医科大学附属病院	13		杏林大学医学部附属病院	11
	りんくう総合医療センター	15	17	札幌医科大学附属病院	12		独立行政法人国立病院機構災害医療センター	11
8	埼玉医科大学総合医療センター	14		東北大学病院	12		東京大学医学部附属病院	11
	近畿大学医学部附属病院	14		獨協医科大学病院	12		北里大学病院	11
10	千葉県救急医療センター	13		川崎市立川崎病院	12		国立大学法人信州大学医学部附属病院	11

第2-3図 各施設の救急科専門医数（地域別・属性別・設立母体別）



○ 箱ひげ図

代表値を中央値で、データの変動を上ヒンジ・下ヒンジからの「ひげ」でそれぞれ表示したもの

上ヒンジ：第3四分位（75 percentile）値

下ヒンジ：第1四分位（25 percentile）値

外れ値：他のデータと比較して極端に大きい（または小さい）値

箱の長さの1.5倍以上3倍以下の範囲内の個体は○で表示

箱の長さの3倍より大きい値を示す個体は「極値」として*で表示

地域別、区分別、設立母体別で群間の比較にはKruskal-Wallis検定を用い、有意水準5%($p < 0.05$)をもって有意差ありと判断した。

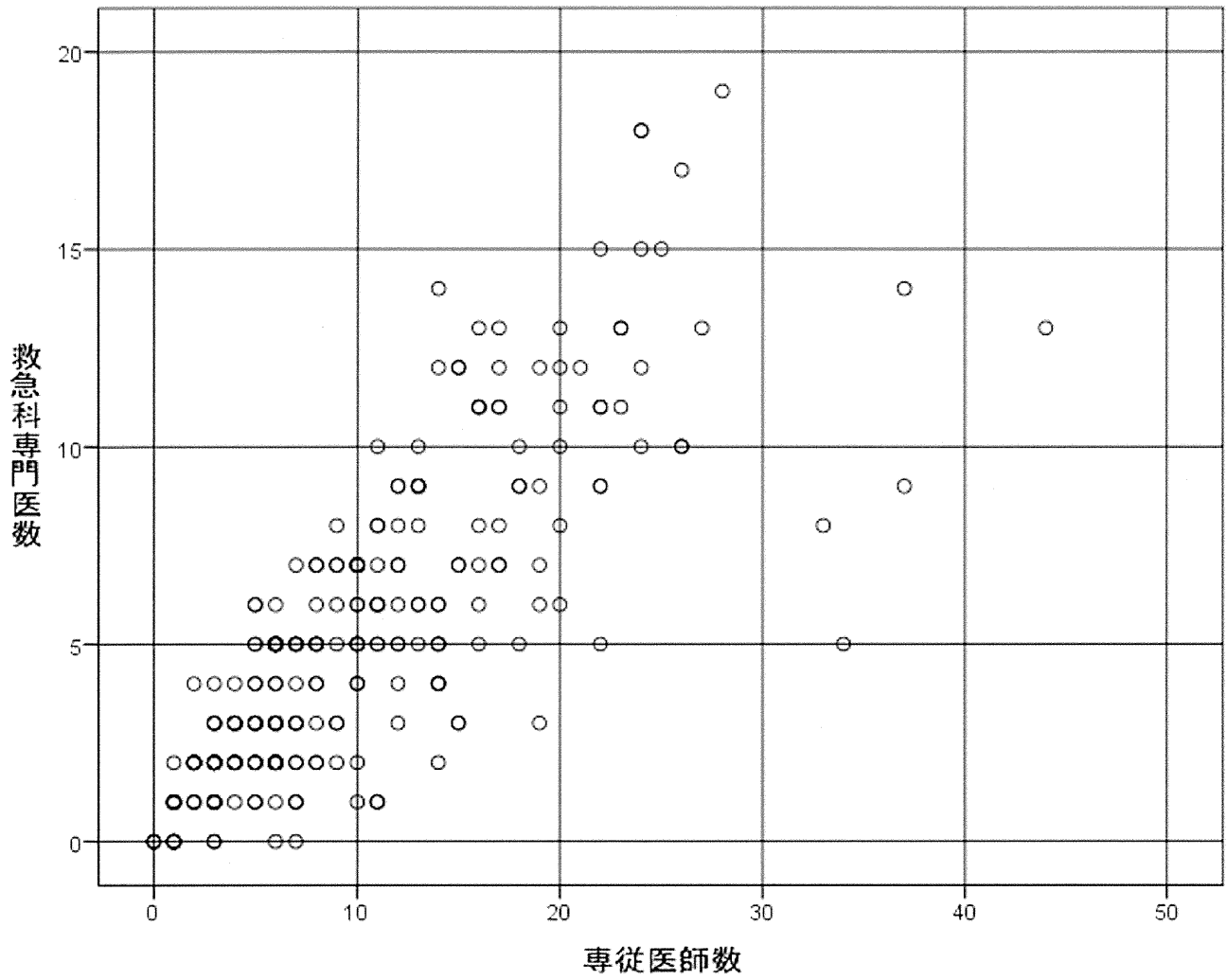
○設立母体の別

「大学」は、国立、公立、市立の大学の附属病院に設置された施設が含まれる。（防衛医科大学校病院も含まれる）「国立」は、主に独立行政法人国立病院機構の病院に設置された施設が含まれる。「公的」には、日本赤十字社、恩賜財団済生会、厚生連などにより設置された施設が含まれる。

○救命救急センターの区分

「①一般の救命救急センター」とは、②及び③以外の救命救急センターをいう。「②所管人口の少ない救命救急センター」とは、当該救命救急センターの所管する地域の人口が30万人未満の救命救急センターをいう。「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」とは、②であって、最寄りの救命救急センターまで自動車で60分以上を要する救命救急センターをいう。なお、「所管人口」とは、都道府県が、救急医療対策協議会等において按分したものをいい、都道府県内のすべての救命救急センターの「所管人口」の合計は、原則として、当該都道府県の人口と一致する。

第2-4図 専従医師にしめる救急科専門医の状況

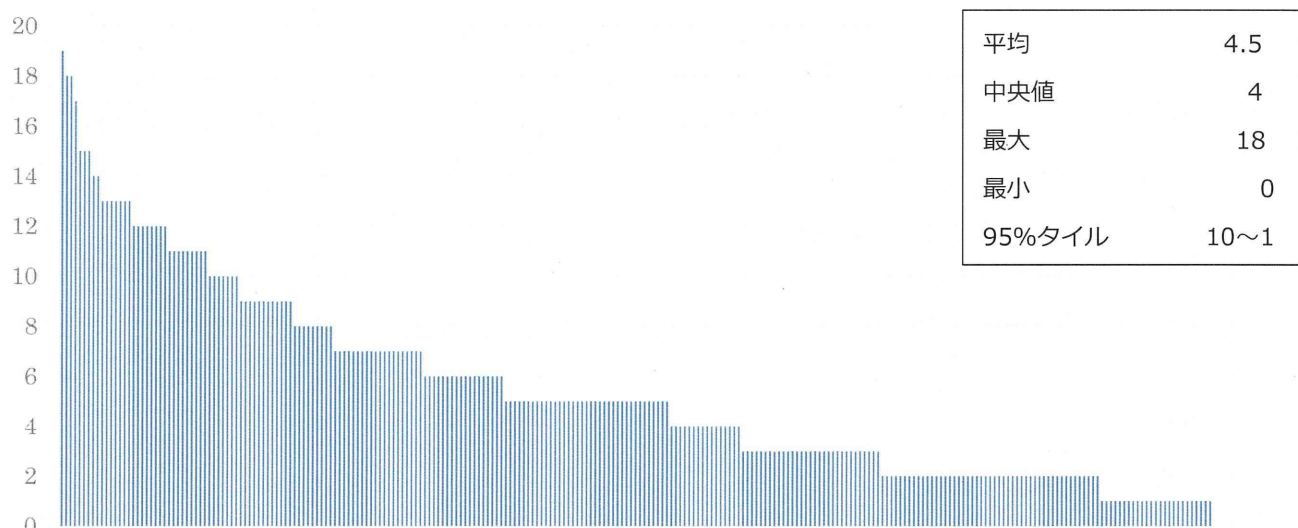


3. 休日及び夜間帯における医師数

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○評価項目の定義：「休日及び夜間帯における医師数」とは、休日及び夜間帯において、救命救急センターにおける業務を勤務の中心とする医師の数をいう。救急搬送された重篤患者への診療を基本的には行わない医師は含まない。

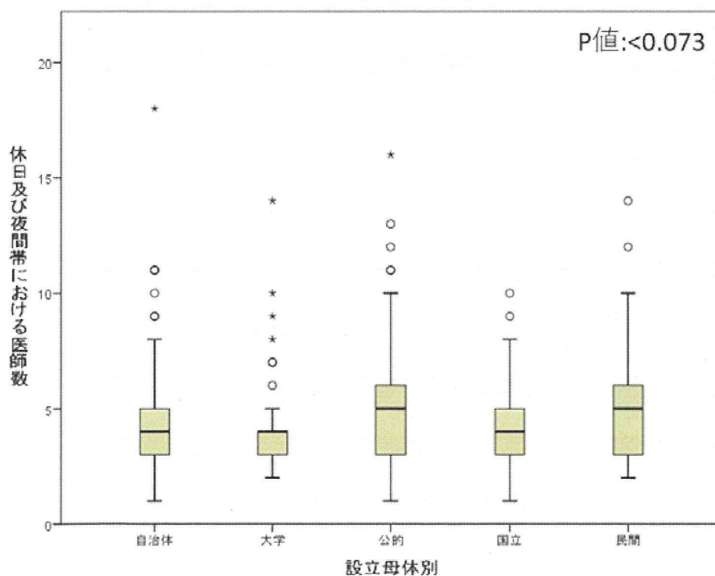
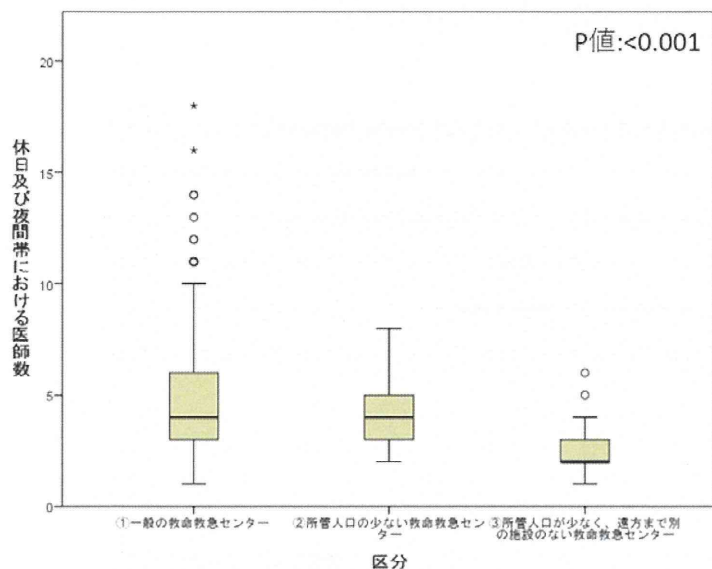
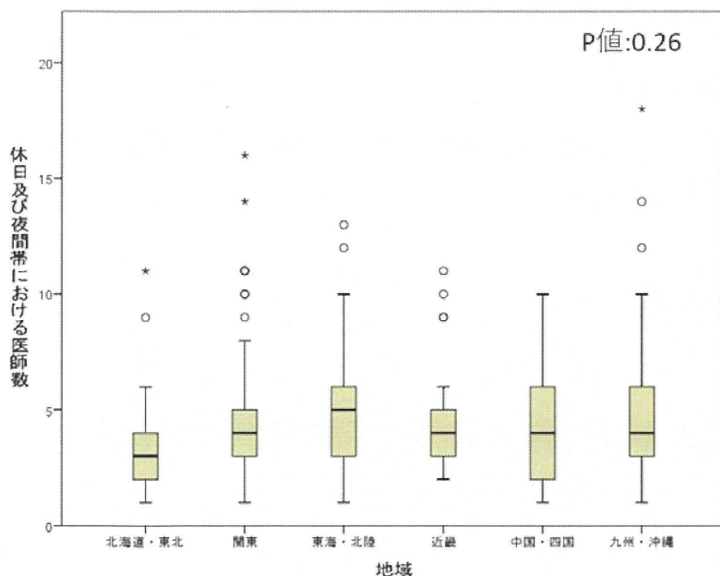
第3-1図 休日及び夜間帯における医師数



第3-2表 休日及び夜間帯における医師数の多い施設（多い30施設）

	施設名	数		施設名	数		施設名	数
1	沖縄県立中部病院	18	11	横浜市立市民病院	11	20	船橋市立医療センター	9
2	日本赤十字社医療センター	16		京都第二赤十字病院	11		順天堂大学医学部附属静岡病院	9
3	昭和大学藤が丘病院	14	13	さいたま赤十字病院	10		大津赤十字病院	9
	飯塚病院	14		独立行政法人国立病院機構横浜医療	10		独立行政法人国立病院機構京都医療セ	9
5	安城更生病院	13		石川県立中央病院	10	25	国保直営総合病院君津中央病院	8
6	名古屋第二赤十字病院	12		総合病院 聖隷浜松病院	10		小田原市立病院	8
	聖マリア病院	12		京都第一赤十字病院	10		大垣市立病院	8
8	仙台市立病院	11		川崎医科大学附属病院	10		愛知医科大学病院	8
	総合病院土浦協同病院	11		済生会福岡総合病院	10		公立陶生病院	8
	横浜市立みなと赤十字病院	11	20	いわき市立総合磐城共立病	9		岡山赤十字病院	8

第3-3図 各施設の休日及び夜間帯における医師数（地域別・区分別・設立母体別）



○ 箱ひげ図

代表値を中央値で、データの変動を上ヒンジ・下ヒンジからの「ひげ」でそれぞれ表示したもの

上ヒンジ：第3四分位（75 percentile）値

下ヒンジ：第1四分位（25 percentile）値

外れ値：他のデータと比較して極端に大きい（または小さい）値

箱の長さの1.5倍以上3倍以下の範囲内の個体は○で表示

箱の長さの3倍より大きい値を示す個体は

「極値」として*

地域別、区分別、設立母体別で群間の比較にはKruskal-Wallis検定を用い、有意水準5%($p < 0.05$)をもって有意差ありと判断した。

○ 設立主母体の別

「大学」は、国立、公立、市立の大学の附属病院に設置された施設が含まれる。（防衛医科大学校病院も含まれる）「国立」は、主に独立行政法人国立病院機構の病院に設置された施設が含まれる。「公的」には、日本赤十字社、恩賜財団済生会、厚生連の病院に設置された施設が含まれる。

○ 救命救急センターの区分

「①一般の救命救急センター」とは、②及び③以外の救命救急センターをいう。「②所管人口の少ない救命救急センター」とは、当該救命救急センターの所管する地域の人口が30万人未満の救命救急センターをいう。「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」とは、②であって、最寄りの救命救急センターまで自動車でも60分以上を要する救命救急センターをいう。なお、「所管人口」とは、都道府県が、救急医療対策協議会等において按分したものをいい、都道府県内のすべての救命救急センターの「所管人口」の合計は、原則として、当該都道府県の人口と一致する。

4. 救命救急センター長の要件

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

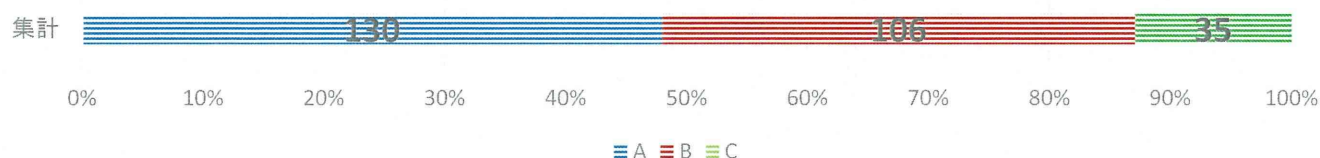
○評価項目の定義：

A：1の専従医師であり、かつ、日本救急医学会指導医である

B：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」

C：それ以外

第4-1図 救命救急センター長の要件（全施設）



第4-2図 救命救急センター長の要件（地域別・属性別・設立母体別）

