

4. 特定の診療領域を専門とする医療機関の位置付けについて

本検討会においては、当初、脳血管疾患、小児疾患等の特定の診療領域を専門とする医療機関が救急医療に果たす役割やその効果的な活用に必要な体制等についても議論を進める予定としていた。しかしながら、救急搬送患者の受入先医療機関の選定に時間を要した事例の報道が相次ぎ、また総務省消防庁の調査でも、受入先医療機関の選定が円滑に進んでいない状況が明らかになったため、特定の診療領域に対して高い診療能力を有する医療機関に関する議論よりも、幅広い傷病に対応できる受入先医療機関の体制を整備するという観点から第三次救急医療機関、第二次救急医療機関のあり方についての議論を優先することとなった。今後、改めて特定の診療領域を専門とする医療機関のあり方や、特定の領域に焦点を当てた救急医療体制の整備について、議論を進める必要がある。

5. 救急搬送における課題と円滑な受入れの推進について

(1) 医療機関と消防機関の連携

いうまでもなく、医療機関が救急搬送患者を円滑に受け入れるためには、医療機関と消防機関との連携が欠かせない。二次医療圏内の連携は、日常的に医療機関と消防機関が情報を交換することにより得られるが、広域搬送に関わる連携のためには都道府県単位の救急医療情報システムの活用が必要となる。本検討会においても、例えば、救急医療機関の診療情報が的確に消防機関に伝わる体制を構築するための救急医療情報システムについて、医療機関の診療情報が適切に更新されていない等の理由により、必ずしも有効に活用されていないとの指摘があった。これについては、前述の救命救急センターの新しい評価において、情報の更新状況等を新たに項目として加える等の対応や、救急医療情報システムによる医療機関の診療情報を地域の救急医療機関同士でリアルタイムに共有できる体制や消防機関からも情報入力できる体制についても考えるべきである。

この他にも、今後、第二次救急医療機関も含め、救急医療情報システムへの地域の救急医療機関の入力状況等についてメディカルコントロール協議会等で検証を進める必要があり、この点については、本検討会と同時期に総務省消防庁において開催された救急業務高度化推進検討会においても指摘されたところである。

また、今後は、患者を病状に応じて適切な医療を提供できる受入先医療機関・診療科に振り分ける等の調整（管制塔機能）を行うシステムを整備するとともに、地域の実情に精通した救急医等を救急患者受入コーディネーターとして配置することを推進すべきであり、併せて、こういった役割を担う救急医等の育成を図っていく必要がある。加えて、小児救急電話相談事業（#8000）の対象について、高齢者を含む成人へ広げるなど、同事業

を拡充することも必要である。

(2) 「出口の問題」について

かねてから、救急医療機関に搬送された患者が、急性期を乗り越えた後も、救急医療用の病床からの転床・転院が停滞し、結果的に救急医療用の病床を長期間使用することによって、救急医療機関が新たな救急患者を受け入れることが困難になるという、いわゆる救急医療機関の「出口の問題」が指摘されてきた。

総務省消防庁は、医療機関の受入照会回数が多数に及ぶ事案に関し、平成19年度に救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査を行った。

これによると、救急搬送において受入れに至らなかった理由として、「処置困難」、「ベッド満床」、「手術中・患者対応中」、「専門外」、「医師不在」等が挙げられた。特に、救命救急センター等(*)においては、「ベッド満床」が第1の理由として挙げられている。

* 本調査において、「救命救急センター等」とは、救命救急センター、地域で救命救急センターに準じて取り扱われる施設(大学病院救急部など)をいう。

救急医療機関での受入れを確実なものとするため、急性期を脱した患者を受け入れる病床を確保する観点から、入院している患者の退院、同一医療機関内での転床、他の病院等への転院の促進など、救急医療機関の「出口」を確保することが必要である。

本検討会において、救急医療機関と、転院を受け入れる病院の双方からヒアリングを行った際には、急性期を乗り越えたものの救急医療用の病床から移動できない具体的な例として、いわゆる植物状態等の重度の意識障害がある患者や、合併する精神疾患によって一般病棟では管理が困難である患者、さらには人工呼吸管理が必要である患者、院内感染の原因となる細菌の保菌者等が挙げられた。

また、身寄りがない患者や独居の患者、未収金の発生可能性がある患者等については、転床・転院が困難であるとの指摘があった。さらに、患者と家族の求める医療水準と転床・転院先の状況との乖離や、転床・転院しても家族の経済的負担が軽減されないことも、転床・転院を妨げる大きな要因になるとの指摘があった。一方、転院先の医療機関においても、救急医療機関からの転院を受け入れられない理由の多くは、当該医療機関も満床で、救急医療機関と同様の「出口の問題」であるとの指摘があった。救急医療機関の「出口の問題」だけでなく、さらに転院先の「出口の問題」といった玉突き型の問題もあることから、医療・介護システム全体の問題とも考えられる。

また、大学病院等の高度専門医療を担う医療機関については、各々の専門性や診療科間の連携の不足が院内転床を困難にしている要因の一つではないかと考えられる。

患者と家族の求める医療水準と転床・転院先の状況との乖離については、救急医療用の病床からの転床・転院についての国民的理解を形成していくことが重要であり、社会全体で理解を深められるような取組を進めていく必要がある。さらに、円滑な転床・転院の促進や、施設内、施設間の連携の構築を図るための専任者を配置する等の救急医療機関自身

の取組と、急性期を乗り越えた患者が円滑に救急医療用の病床から転床・転院できる地域の体制の確保が必要不可欠であり、医療界と協力しつつ、国や都道府県が支援を行うことが重要であると考えられる。

(3) 円滑な受入れ推進に向けた対応

今後は、上述の対策に加えて、次のような方策を推進することが重要であると考えられる。

- ・救急医療機関と地域の他の医療機関との間で、地域全体の各医療機関の専門性や、効率的な患者の振り分け方策について情報を共有するための地域の取組を支援する。
- ・来院する多数の救急患者に対して、効果的・効率的に医療を提供するため、院内でのトリアージを適切に行い得る医療従事者の育成とその配置を推進する。
- ・夜間・休日等における診療所医師の外来診療の推進など、診療所医師の救急医療への参画を進める。
- ・地域全体の医療機関に関する救急医療情報について、情報を一元化するとともに、消防機関との共有を進める。
- ・救急医療機関の情報を住民に対して開示し、救急医療の体制や転床・転院について国民の理解を求める。
- ・家庭等での緊急時の対応方法に関する普及啓発を図る。

(4) いわゆるER型救急医療機関の課題について

救命救急センターを設置する医療機関等において、ER型救急医療機関と称される施設がある。その状況を概括してみると、

- ・軽症から重症まで、疾患、年齢、搬送手段を問わず、救急室（ER）を受診するすべての救急患者を受け入れる。
- ・その救急患者すべてにER型救急医と呼ばれる医師が救急初期診療を行い、入院治療や手術が必要な患者を母体病院の該当診療科に振り分ける。
- ・その医師は入院診療や手術等を行わない体制を確保している。

というものであるが、ER型救急医療機関といってもその実態は様々であり、すべての施設が上述の体制を確保しているわけではない。

また、各診療科の医師が当直医として労働を提供することにより維持されてきた時間外外来業務を、現時点でも不足しているER型救急医と呼ばれる医師のみに委ねることは不可能であり、無理に行えば重症患者の治療を担う医師の不足を招く恐れがある。

仮に、我が国においてER型救急医療機関を普及させるとした場合、地域や医療機関の状況に応じて、救命救急センターではないが活発に救急医療を担っている第二次救急医療機関や、救命救急センターを設置する医療機関において、ER型救急医療機関に関心をもつ施設が、徐々にER型救急医療機関へ移行することを促すといった対応が考えられるが、

いずれにしても、厚生労働省として、一部地域（救急医療機関）での試行事業を実施する等の前に、まずは以下の点等について正確な実態把握を行う必要があり、その上で、その必要性等を検討することが妥当である。

- ・ E R型救急医の負担
- ・ 救急搬送患者の受入れ
- ・ 診療待ち時間
- ・ 専門診療科との連携
- ・ 入院担当科との連携

第4 おわりに

本検討会において、救命救急センターの新しい評価方法、救命救急センターの整備のあり方については、一応の議論を終えた。一方、E R型救急医療機関、第二次救急医療機関については議論を行ったが、方向性を十分に示すところまでには至らなかった。高度救命救急センターのあり方についても重要な課題であり、引き続き、議論を行っていく必要がある。また、平成3年度に発足した救急救命士制度についても、すでに20年近くが経過し制度が定着してきたが、今後は、メディカルコントロール協議会の位置付けや、救急救命士の一層の活用方法についても検討すべきである。

この他にも、議題としては取り上げなかったものの、本検討会の中で、度々、患者・家族等地域住民と医療従事者の双方における「救急医療の公共性に関する認識の必要性」について発言があった。

医療は国民生活の基盤を支える公共性の高い営みであり、患者・家族など、地域住民と医療従事者の双方にそれを支える努力が必要であること、特に救急医療は限られた医療資源を有効に活用する必要性が高いこと等を広く社会が認識する必要がある。「安心と希望の医療確保ビジョン」において述べられているとおり、軽症患者による夜間の救急外来利用や、不適切な救急車の利用により、救急医療機関の負担を不必要に増加させ、真に必要な場合に救急医療を受けられないことがないようにしなければならない。このため、地域の各医療機関の機能や専門性について地域住民に適切に情報提供を行うとともに、適切な受診行動等についての積極的な普及・啓発を行うことが求められる。また患者・家族等が、特に救急医療にはリスクや不確実性が伴うことを認識した上で、疾病や治療について主体的な理解に努めつつ、医療従事者と協働する姿勢が必要であり、そのための支援が重要である。

人口構成の高齢化、救急搬送患者の急増、医療の質等に対する国民の期待の高まりなど、救急医療を巡る環境は大きく変化している。医療は、人々が地域で安心して生活していく

上で欠かすことができない、国民生活の基盤を支える営みであり、とりわけ救急医療は、地域のセーフティーネットを確保するという観点からその根本をなすものである。本検討会においては、引き続き、救急医療体制を取り巻く状況の変化に対応した、あるべき救急医療体制の構築に向けた議論を行っていく必要がある。

「救急医療の今後のあり方に関する検討会」

<メンバー>

- | | |
|-------|-----------------------------|
| 石井 正三 | 日本医師会常任理事 |
| 染谷 意 | 茨城県保健福祉部次長 |
| 坂本 哲也 | 帝京大学医学部救命救急センター教授 |
| 篠崎 英夫 | 国立保健医療科学院長 |
| 島崎 修次 | (財)日本救急医療財団理事長 / 杏林大学救急医学教授 |
| 豊田 一則 | 国立循環器病センター 内科脳血管部門 医長 |
| 野々木 宏 | 国立循環器病センター 心臓血管内科 部長 |
| 藤村 正哲 | 大阪府立母子保健総合医療センター 総長 |
| 前川 剛志 | 山口大学医学部長 |
| 松下 隆 | 帝京大学医学部整形外科主任教授 |
| 山本 保博 | 東京臨海病院長 |

<オブザーバー>

- | | |
|-------|-------------|
| 溝口 達弘 | 総務省消防庁救急企画室 |
|-------|-------------|

これまでの検討の経緯

(第1回の議題)

準備会の概要について

今後の救命救急センターの整備について

高度救命救急センターのあり方について

救命救急センターの評価のあり方について

(第2回の議題)

救命救急センターの充実度評価の見直しについて

・有賀参考人からの説明

・坂本委員からの説明

今後の救命救急センターの整備について

高度救命救急センターのあり方について

(第3回の議題)

救命救急センターの充実度評価の見直しについて

今後の救命救急センターの整備について

高度救命救急センターのあり方について

(第4回の議題)

今後の救命救急センターの整備について

・救急医療機関の出口の問題について

第二次救急医療機関について

・第二次救急医療機関の状況について

・ER型救急医療機関について

(第5回の議論)

これまでの議論について

救急搬送において受入れに至らなかった理由について（出口の問題など）

第二次救急医療機関のあり方について

中間取りまとめの骨子（案）について

(第6回の議論)

中間取りまとめ（案）について

別添

新しい充実段階評価（案） 様式

救命救急センターの新しい充実段階評価(案)

求められる機能・番号	設問	実施者	点数	記点基準 (試行調査を踏まえて調整予定)(その後も経年的に適宜見直し見込み)	備考 (設問の意味や、言葉の定義をより明確にするために適宜修正予定)	
				一般の救命救急センター	遠方まで別の施設のないセンター(※)	
1	専従医師数	人		・14人以上: +5点 ・10人以上: +4点 ・6人以上: +3点	・7人以上: +5点 ・5人以上: +4点 ・3人以上: +3点	ここでいう専従の医師数は、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時間以上である者をいう。大学院生、臨床研修医、一般外来診療や一般病棟など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数えない。
2	1にしめる救急科専門医数	人		・7人以上: +5点 ・5人以上: +4点 ・2人以下: -2点	・4人以上: +5点 ・2人以上: +4点 ・1人以下: -2点	救急科専門医とは、日本救急医学会の認定するもの。(救急医学会指導医・認定医も含む)
3	休日及び夜間帯におけるセンターの医師数	人		・4人以上: +3点 ・2人以上: +1点	・2人以上: +3点 ・1人以上: +1点	休日及び夜間の救命救急センターにおける業務を前掲の中心とする医師を数える。救急搬送された重症患者への診療を基本的には行わない医師は含まない。
4	救命救急センター長の要件			・1の専従医であり、かつ、救急医学会指導医である: +3点 ・1の専従医であり、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か救急科専門医である。: +1点 ・1の専従医でない。: -3点		センター長が、実際に救命救急センターにおける業務に日常的に関与し責任をもつ者でない場合は、-3点。
5	医師事務作業補助者の有無			・24時間常時、救命救急センター専従で確保されている。: +3点 ・救命救急センターに専従で確保されている。: +2点		医師事務作業補助者の業務内容については、診療報酬上の「医師事務作業補助体制加算」の算定要件を参照
6	転院・転棟等の院内外の連携を推進する調整員を救命救急センターに専従で配置している。			・転院・転棟等の院内外の連携を推進する調整員を救命救急センターに専従で配置している。: +2点		ここで言う「調整員」とは、救命救急センターに搬送等により来院した患者の病歴が一般病棟や他院での診療が可能な状態になった場合に、その患者の転院や転棟に係る調整を行うことを専ら業務とする者をいう。
7	入院台帳の整理等			・救命救急センターで診療を行った患者の診療台帳を整備せず、または、その台帳を適切に管理する者を定めていない。: -5点		救命救急センターで診療を実施した全ての重症患者の診療台帳を電子的な方法で整備し、その管理者を選定し、台帳を適切に管理することが求められる。
8	診療登録制度への参加と自己評価			・救命救急医療に係る疾病別の診療登録制度へ参加し、自己評価を行っている。: +2点		ここで言う「診療登録制度」は、救命救急医療に係る疾患の全体的なデータ登録制度のことであり、これまでのところ日本外傷データベース登録が該当する。救命救急センターで診療を行ったAIS3以上の外傷をすべて登録している場合に算定する。
9	救命救急センターの消防機関から搬送要請を受ける電話等の状況			・専用の電話(ホットライン)があり、原則として最初から医師が応答し、直ちに受入可否等の判断を行う体制になっている。: 0点 ・上記を満たさない。: -5点		
10	循環器疾患への診療体制			・循環器疾患を疑う患者が搬送された時に、常時院内の循環器医が、直接診察するか、いつでも院内にいる循環器医に相談できる体制になっている。: 0点 ・上記を満たさない。: -5点		ここで言う「循環器医」には、内科系か外科系かを問わない。オンコールは含まない。
11	脳神経疾患への診療体制			・脳神経疾患を疑う患者が搬送された時に、常時院内の脳神経医が、直接診察するか、いつでも院内にいる脳神経医に相談できる体制になっている。: 0点 ・上記を満たさない。: -5点		ここで言う「脳神経医」には、内科系か外科系かを問わない。オンコールは含まない。
12	整形外科疾患への診療体制			・整形外科的な診療を必要とする患者が搬送された時に、常時院内の整形外科医が、直接診察するか、いつでも整形外科医に相談できる体制になっている。: 0点 ・上記を満たさない。: -5点		
13	精神科医による診療体制			・精神的疾患を伴う患者が搬送された時に、常時院内の精神科医が、直接診察するか、いつでも相談できる体制になっている。: +2点 ・平日日中のみ可能である。: 0点		
14	小児(外)科医による診療体制			・小児患者(患児)が搬送された時に、常時院内の小児科(小児外科)医が、直接診察するか、いつでも相談できる体制になっているとともに、小児の救命救急医療に必要な機器等が整備されている。: +2点 ・上記を満たさない。: 0点		ここでいう「必要な機器等」には、小児用ベッド、小児に対応できる人工呼吸器、小児に対応できる二次救命蘇生法に必要な器具をいう。
15	産(婦人)科医による診療体制			・産(婦人)科に関する患者が搬送された時に、常時院内の産(婦人)科医が、直接診察するか、いつでも相談できる体制になっている。: +2点 ・平日日中のみ可能である。: 0点		
16	CT・MRI検査の体制			・マルチスライスCTが、24時間常時、初療室に隣接した検査室で直ちに撮影可能であり、MRI(1.5テスラー以上)も24時間常時、直ちに撮影可能である。: +3点 ・どちらかでも欠ける。: 0点		ここでいう「初療室に隣接した」とは、初療室の最も使用するベッドの位置から、CTのベッドまでの移動距離が30m以内であることをいう。
17	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。: +3点		
18	院内連携に関する会議			・重症患者への診療や、院内の連携についての会議が半期毎に開催されている。: +2点		定期的な会議の開催が、議事録等で確認できる必要がある。
19	第三者による医療機能の評価			・日本医療機能評価機構、ISOによる医療機能評価において認定を受けている。: +2点		
20	感染症の管理について			・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、院内感染対策委員会による病棟回診を週に1回以上実施している。: +2点		
21	医療事故防止への対応			・医療事故・患者をテーマにした研修へ、救命救急センター専従医師・看護師がすべて年2回以上参加している。: +2点		
22	倫理委員会の設置状況			・救命救急医療についても検討する倫理委員会が院内に設置されていない。: -5点		

救命救急センターの新しい充実段階評価(案)

求められる機能(番号)	設問	実数等	点数	配点基準(試行調査を踏まえて調整予定)(その後も経年的に通覧見直す見込み)		備考(設問の意味や、言葉の定義をより明確にする等のために適宜修正予定)
				一般の救命救急センター	遠方まで別の施設のないセンター(※)	
重症・重篤患者の診療機能	23	医師の負担軽減の体制		<ul style="list-style-type: none"> ・1の専任医の勤務負担軽減及び医療安全の向上に資するための計画を策定し、職員等に周知している。:+5点 ・管理者等が、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性化について(平成14年3月19日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、4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 		平成19年12月28日厚生労働省医政局長通知「医師及び医療関係職と事務職員等との間で役割分担の推進について」を参照すること。
	24	休日及び夜間勤務の適性化		<ul style="list-style-type: none"> ・500人以上:+1点(以後、50人増すごとに+1点)(上限は1200人以上:+15点まで) ・250人以上:+1点(以後、25人増すごとに+1点)(上限は600人以上:+15点まで) 		管理者とは労働基準法の管理監督者を指す。平成14年3月19日厚生労働省労働基準局長通知「医療機関における休日及び夜間勤務の適性化について」を参照すること
	25	年間重篤患者数	人	<ul style="list-style-type: none"> ・1000人以上:+1点(以後、1000人増すごとに+1点)(上限は5000人以上:+5点まで) ・500人以上:+1点(以後、500人増すごとに+1点)(上限は2500人以上:+5点まで) 		重篤患者の定義は別添の定義による。(別添参照)必要に応じて重篤患者リストの概要提出を求めることがある。(実態を踏まえて基準の調整)
	26	救命救急センターを有する病院の年間救急車搬送人員	人	<ul style="list-style-type: none"> ・消防機関からの当該センターへの電話による救急搬送受入要請について、受入に至らなかった場合の理由も含め対応記録を残し、応答率等の応答状況について院内外に公表するとともに、院外の委員会(MC協議会等)や院内の委員会で応答状況の改善等に向けて検討を実施している。:+7点 ・対応記録が応答率をどちらか一方でも記録していない。:-5点 		救命救急センターを有する病院全体へ、救急車(ドクターカーやヘリコプターも含む)によって搬送された人員を数える。(実態を踏まえて基準の調整)
	27	救命救急センターの救急搬送要請への対応		<ul style="list-style-type: none"> ・消防機関からのセンターを有する病院への電話による救急搬送受入要請について、消防機関からの連絡を受ける専用電話があり、最初から医師か看護師が電話を受け、対応記録を残し、応答までに要する時間の短縮や応答率などの改善に向けての対策について院内で検討を行っている。:+3点 ・応答状況を記録していない。:-3点 		ここでいう「応答率」は、(応答率=最終的に当該センターで受入に至った年間救急搬送人員/消防機関からの電話による救急搬送受入要請の年間件数)「消防機関からの電話による救急搬送受入要請」には、直程度にかかわらず、ホットラインへの救急搬送要請すべてを含む。救急搬送受入要請回数:1救急搬送事案につき1回と数える。
	28	救命救急センターの所属する病院の救急搬送要請への対応		<ul style="list-style-type: none"> ・救命救急医療が必要と考えられる重症・重篤搬送患者については、疾病の種類によらず原則として受け入れている。:0点 ・基本的に特定の診療科・診療領域に限って救急搬送を受け入れている。:-10点 		ここでいう「消防機関からの電話による救急搬送受入要請」には、当該センターを有する病院への消防機関からの26の受入要請を除く全ての救急搬送受入要請を指す。センターを有する病院への消防機関からの救急搬送要請は全てのホットラインで受けて入れている場合は3点を配点。ただしで減点の対象は0点。
	29	疾病の種類によらない受入		<ul style="list-style-type: none"> ・救命救急医療が必要と考えられる重症・重篤搬送患者については、疾病の種類によらず原則として受け入れている。:0点 ・基本的に特定の診療科・診療領域に限って救急搬送を受け入れている。:-10点 		ここでは、実態として、当該センターが特定の診療科や診療領域に限定して診療を行っていないかどうかを確認している。(別添による重症患者数と整合性があること)
	30	救急外来のトリアージ機能		<ul style="list-style-type: none"> ・救急外来にトリアージナースもしくはトリアージ医師が、基本的に配置されている。:+2点 ・配置されていない、あるいは、医師、看護師以外が対応している。:0点 		重症重篤化する患者を的確にトリアージするなどして、来院した全ての救急患者に適切で質の高い診療が求められる。救急外来がない施設は配点しない。
	31	救命救命士のメディカルコントロール(MC)体制への関与		<ul style="list-style-type: none"> ・救命救命士からの指示助言要請に、救命救急センターに勤務する医師が24時間常時、専用電話で応答し、応答記録を整備している。:0点 ・上記を満たさない。:-3点 		消防司令センター等へ1の専任医を派遣し、救命救命士に適切に指示助言を行い、応答記録を整備している場合は減点しない。専用電話のホットラインとの共有は可。
	地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能	32	(都道府県による評価)都道府県・地域MC協議会への関与、救急患者受入コーディネータへの参画		<ul style="list-style-type: none"> ・(都道府県の評価) ・都道府県MC協議会もしくは地域MC協議会に積極的に参画し、かつ都道府県の救急患者受入コーディネーター確保事業等へ参画するなどして地域の救急医療体制の充実に十分に貢献している。:+3点 ・都道府県MC協議会もしくは地域MC協議会に積極的に参画している。:+2点 ・概ね参画し、貢献しているが、より積極的な関与が期待される。:+1点 ・参画、貢献が不十分:-3点 	
33		(都道府県による評価)救急医療情報システムへの関与		<ul style="list-style-type: none"> ・(都道府県の評価) ・当該センターの属する病院は、適切に情報を更新している。かつ人員状況について院内外の委員会(MC協議会等)で検証・検討を行っている。:+3点 ・概ね良いが改善の余地がある。:+1点 ・不適切:-3点 		都道府県による評価(都道府県から評価を得ること。)
34		(消防機関による評価)ウツタイン様式調査への協力状況		<ul style="list-style-type: none"> ・(消防機関の評価) ・消防機関の実施するウツタイン様式調査に積極的に協力している。:+2点 		救急医療情報システムの整備がなされていないなどにより当該医療機関が、県から救急医療情報システムへの情報発信(入力)を求められていない場合は3点を配点。
35		救急医療の教育機能	救急救命士の病院実習受入状況 挿管実習受入人数 薬剤投与受入人数	人	<ul style="list-style-type: none"> ・挿管実習受入人数10以上かつ薬剤投与受入人数10以上:0点 ・どちらかでも満たさない。:-5点 	
災害時対応機能	36	臨床研修医の受入状況	人	<ul style="list-style-type: none"> ・救命救急センターもしくは救急外来で、臨床研修医を年間8名(1名につき3ヶ月)以上受け入れている。:+2点 		
	37	災害拠点病院の認定の有無		<ul style="list-style-type: none"> ・災害拠点病院として認定されていない。:-5点 		
	38	DMAT指定医療機関の是非		<ul style="list-style-type: none"> ・救命救急センターの専任医(1)に厚生労働省の実施するDMAT研修を終了した者がいる。:+2点 		
合計			0	<ul style="list-style-type: none"> ○救命救急センター施設状況 (1)最寄りの救命救急センター名を下の枠に記入すること (2)最寄りの救命救急センターまでに車両で60分以上を要し、所管人口が30万人未満の施設である。 		
評価結果						

※ 最寄りの救命救急センターまでに車両で60分以上を要し、所管人口が30万人未満の施設 (実態を踏まえて調整)

年間重篤患者数(平成19年1月～12月)

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)	退院・転院 (転棟を含む) (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	重症急性冠症候群	切迫心筋梗塞、急性心筋梗塞または緊急冠動脈カテーテル施行例				
3	重症大動脈疾患	大動脈解離もしくは大動脈瘤破裂				
4	重症脳血管障害	来院時JCS 100以上または開頭術もしくは血管内手術施行例、あるいはtPA療法施行症例				
5	重症外傷	Max AISが3以上または緊急手術施行例				
6	重症熱傷	Artzの基準による				
7	重症急性中毒	来院時JCS 100以上または血液浄化法施行例				
8	重症消化管出血	緊急内視鏡施行例				
9	重症敗血症	感染性SIRSで臓器不全、組織低灌流または低血圧を呈する例				
10	重症体温異常	熱中症または偶発性低体温症で臓器不全を呈する例				
11	特殊感染症	ガス壊疽、壊死性筋膜炎、破傷風等				
12	重症呼吸不全	人工呼吸器管理症例(1～10を除く)				
13	重症急性心不全	人工呼吸器管理症例もしくはSwan-Ganzカテーテル、PCPSまたはIABP使用症例(1～10を除く)				
14	重症出血性ショック	24時間以内に10単位以上の輸血必要例(1～10を除く)				
15	重症意識障害	JCS 100以上が24時間以上持続(1～10を除く)				
16	重篤な肝不全	血漿交換または血液浄化療法施行例(1～10を除く)				
17	重篤な急性腎不全	血液浄化療法施行例(1～10を除く)				
18	その他の重症病態	重症肺炎、内分泌クリーゼ、溶血性尿毒症性症候群などで持続動注療法、血漿交換または手術療法を実施した症例(1～16を除く)				
合計			(評価(案)の「25. 年間重篤患者数」) →	0	0	0

※試行調査においては、必ずしも入力を求めない。わかれば入力してください。

【背景人口】

救命救急センターの所管人口

人

(複数の施設で所管人口を算定している場合は、その所管人口を施設数で割った人口とする。)

(注) 試行調査をふまえ、基準等の変更があり得る。