

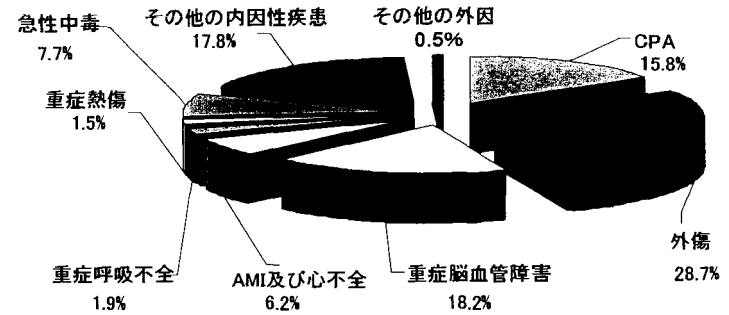
### 救命救急センター不応需件数増加の要因 —とくに患者の出口側(転出)からみた問題点—

国立病院機構大阪医療センター  
救命救急センター

定光 大海

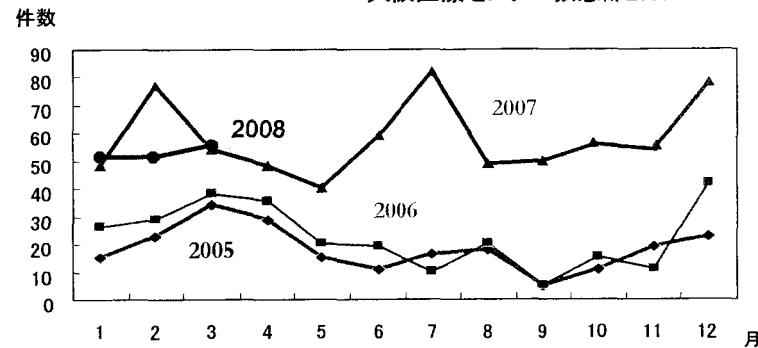
### 入院患者傷病分類

大阪医療センター救命救急センター  
2007年度、総数:1083例



### 不応需件数の推移

大阪医療センター救急部2005~2007



### 不応需の理由

- ・処置中で手が離せない
- ・収容病床がない
- ・三次救急の適応外

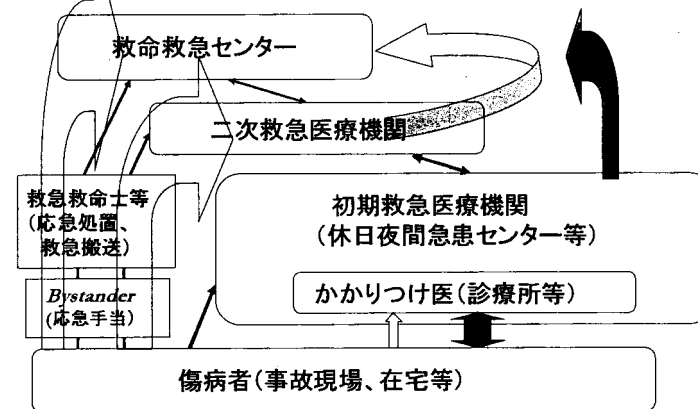
## 不応需の要因

### 要請数と収容能力の不均衡

1. 要請件数の増加
2. 病院の対応能力の低下  
人的、物的資源の不足  
転棟・転院の停滞

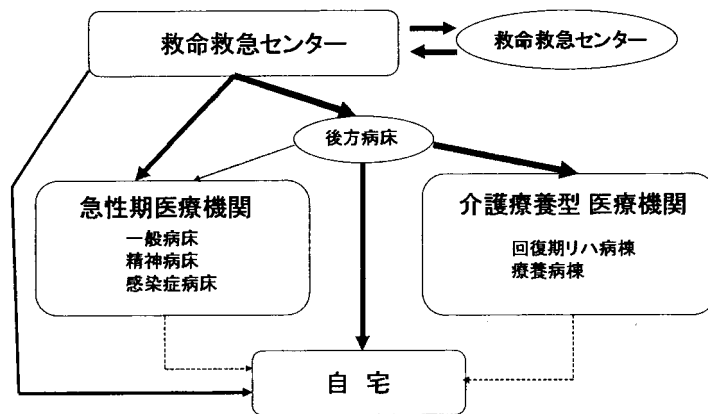
5

## 傷病者搬送の流れ



6

## 傷病者転院の流れ



7

## 依頼件数増加に対して求められる対策

### 病院での対応

- ・業務量増加への対応
- ・医師・看護師数確保
- ・後方病床確保
- ・診療科後方支援

### 病院間連携(転院)

8

### 救命救急センター病床と看護師数

総数:30床 看護師数:45名

ICU 8床 夜勤 4名

HCU 22床 夜勤 2名

HCUを重症患者の初期集中治療に利用できない!

9

### 救命救急センター長期入院患者数

(総患者数1083例、平均在院日数8.8日、2007年度)

期間	症例数
1ヶ月以上3ヶ月未満	15
3ヶ月以上6ヶ月未満	5
6ヶ月以上	2
計	22

10

### 救命救急センター長期入院のキーワード

- ・重症
- ・遷延する意識障害
- ・精神障害
- ・隔離を要する感染症



転棟だけでなく転院も難しい

11

### 救急部担当長期入院患者

生存退院・転院総例475例、2007年度

期間	症例数
1ヶ月以上3ヶ月未満	100
3ヶ月以上6ヶ月未満	22
6ヶ月以上	5
計	127 (26.7%)

12

## 転院困難の要因

1. 入院の原因・患者の病態
  - ・自殺企図による外傷
  - ・脊椎損傷
  - ・人工呼吸器・気管切開
  - ・医療依存度の低い寝たきり状態
2. 社会背景
  - ・受け入れ医療機関側の対応の変化  
(回復期リハビリ転院の制限、リスク回避等)
  - ・独居
  - ・困窮者(身寄りなし、ホームレス、外国人等)
3. 患者・家族の希望との解離
  - ・回復までの医療継続;とくに若年者
  - ・転院先での同じケアや急変時対応

13

## 精神疾患をもつ外傷患者の受け入れ先

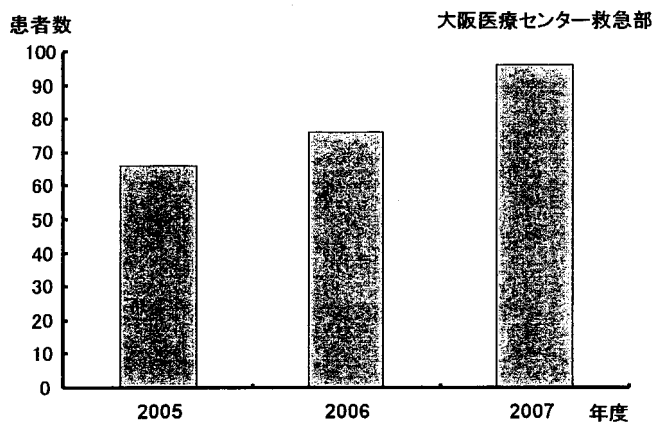
大阪府、2007

総病院数 : 538病院

- ・療養型病棟、精神病棟、  
回復期リハビリテーション病棟のいずれかを持つ  
: 279病院 (52%)
- ・標榜科:
  - 整形外科+リハビリ科+精神科  
: 24病院 (4.5%)
  - 整形外科+精神科  
: 2病院 (0.4%)
  - リハビリ科+精神科  
: 7病院 (1.3%)

14

## 治療費未払い患者数の推移



15

## まとめ

患者の転出を阻む要因は救命救急センターの不応需に影響する。

救命救急センターの長期入院患者の増加は直接入院制限につながる。

後方病床での長期入院患者の増加は間接的にセンター稼働に影響する。

救急患者の長期入院には、

受け入れ機関の対応、困窮者増加などの社会背景、患者・家族の考え方の変容など様々な要因が絡んでいる。

16

救急医療を支える療養病床で  
今、何が起きているのか  
～命のバトンをつなぐために～

医療法人社団康明会  
事務局長 遠藤正樹  
info@komei-mc.or.jp

## 救急医療における療養病床の機能

急性期病院の後方支援として  
急性期治療後の受入先となっている

- 24時間体制での継続的な医学管理が必要
- 継続したリハビリテーションが必要
- 医療の必要性は高くないが、そのまま在宅復帰することが難しい(例:経管栄養、認知症、単身)  
※患者・家族の病気への理解、社会復帰に向けての気持ちや環境を整える時間

## 当院医療療養病床(48床)の 2・3次救急からの入院要請・受入実績

(H18.6以前)	平均入院要請数	28件/月	⇒	入院9.5件(34%)
				医療区分開始 ↓
(H18.7以後)	平均入院要請数	22件/月	⇒	入院4.5件(20%)

※「医療区分」開始後、入院数(比率)は、14%減

## 受入要請を断った主な理由

- 1) 満床
- 2) 地域性(地元優先である当院の特性)
- 3) 専門医がない(透析、呼吸器等の重症例)
- 4) 単身高齢者等、身寄りがない(後見人不在)
- 5) 医療コストが高い

※ 5) のコスト高を理由に受入を断ったケースは、  
「医療区分」導入後、顕著

## 「医療区分」とは何か

### 逼迫する医療費削減の目的のために;

「社会的入院の解消」という大義名分のもと、

入院患者数の大幅な削減のために行われたことは・・・

①ベッド数の削減(06年6月国会で可決された療養病床再編)

◆25万床(医療)+13万床(介護)を

6年間で15万床(医療)に

◆介護療養は全廃(H24.3末まで)

②医療の必要度が低いとみなした患者の入院抑制

⇒ 医療区分の導入

(06年診療報酬改定で同年7月開始)

◆患者を医療の内容・身体機能(ADL)によって区別し、  
診療報酬に差をつける

5

## 医療区分・ADL区分と報酬

(H20.4)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分1	885点	1320点	1709点
ADL区分2	750点	1320点	1709点
ADL区分3	750点	1198点	1709点

2・3次救急からの典型的な受け入れ患者像

脳血管疾患／重度の後遺症(マヒ、失語、  
認知症)／経管栄養／体動ほぼ無し  
(体位交換を含む全介助 要介護度5)

財政面で受け入れられない療養病床が多い

医療区分1・ADL区分3 ⇒ 点数 885点/日

国は、区分1は医療必要度が低いため在宅・施設で対応可というが・・・

⇨ では、救急からの受入先はどこへ?

6

## 2・3次救急からの受入患者の行き先

救急からの受入患者の在宅退院率(施設含む): 28%

○手厚い在宅復帰・支援体制でも、これが限界

↳ { 訪問診療、訪問看護、居宅介護支援、  
重度対応可能な訪問介護・通所サービス等 }

○在宅体制の整備できない地方部ではほとんど不可

○帰れない患者の大半は介護療養型医療施設が受け皿

国は、介護療養型医療施設の全廃を決めたが・・・

⇨ では、救急から受けた患者の次の療養の場は?

7

## 受け皿としての療養病床の直面する問題

○救急病院から療養病床で受入れてきた患者は、

これまで、これからも、療養病床でなければ

受け入れられない患者である

○療養病床の機能(量と質)が継続できなければ

救急医療の機能不全もさらに悪化。



問題① 現状の医療区分と報酬では、ますます受入不可に。

問題② 療養病床を持つ病院は、減収と人員配置で経営破たん。  
社会的資本としての受け皿機能が消失

問題③ 病院側の介護療養病床がなくなれば、在院日数が伸び、  
病床でさらに受入不可に。

8


救急医療の機能不全を防ぐために

提案 療養病床での受入れを促進する  
医療区分の見直し


◎2・3次救急病院から受入れた患者は  
入院から6ヶ月間、医療区分2とする

(必要な医学管理・投薬・リハビリの実施、  
および在宅を含む社会復帰支援のため)

これが救急医療から療養病床が受けた  
「命のバトン」をつなぐ  
真のセーフティネットとなる



加納総合病院 300床(一般151床、回復期リハ66床、完全療養型53床/内、医療保険対応29床、介護保険対応24床)  
日本救急医学会救急専門医指定施設 認定番号150号

社会医療法人化を目指しています

大阪市  
昨年3倍増 救急医療減響く?

病院着後2人死亡

2月15日 金曜日

朝日新聞

「搬送要請20回」320件

GDP 1年率3.7%成長のスピード

中国残留邦人、救急医療は1割

大阪市搬送

現場疲弊 ドミノ式

62回断られる 収容15時間

親身 死亡

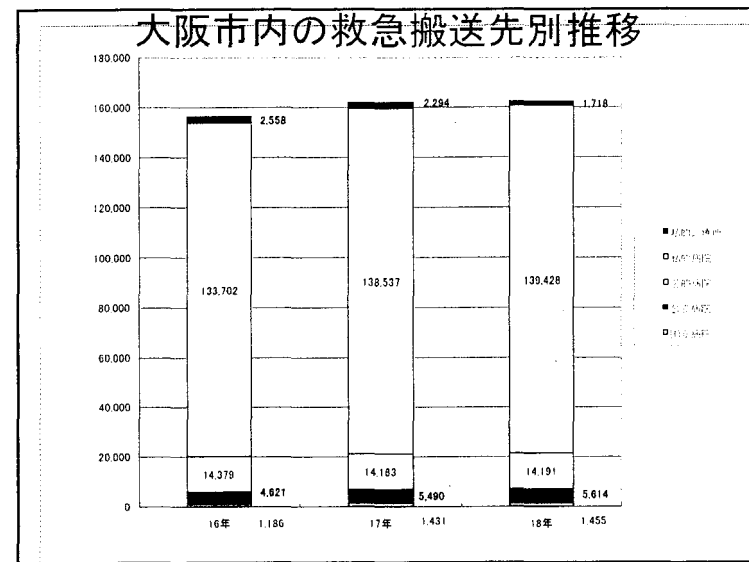
放酒薬物対応苦慮

大阪市救急

63回搬送要請も

市長救急体制ピンチ

外米は存続へ 救急体制





### 大阪における救急病院・診療所(協力科目)一覧

(平成19年3月末現在 / 大阪府医師会)

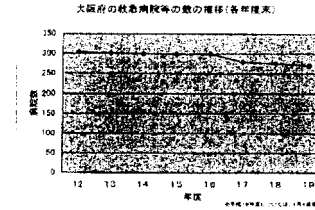
(平成17年11月1日 寝屋川市・寝屋川サテライト 所在地変更 → 寝屋川公園2370-8)  
 (平成18年2月21日 豊中市・市立豊中病院 小児科(輪番) 本棟の協力科追加、土曜の協力科追加)  
 平成18年4月1日 道明市・市立道明病院 小児科(輪番) 本棟の協力科追加  
 平成18年4月1日 救急協力の科追加  
 江原川区・東横病院、淀川区・東横八幡病院、江原川区・市立病院  
 平成18年4月1日 東大阪府・東大阪第一病院 小児科(輪番) 本棟の協力科追加  
 平成18年4月1日 富田町・市立富田病院 外科(輪番) 本棟の協力科追加  
 平成18年4月1日 城東区・大田病院 各科目及び内科(輪番) 城東区中央1-3-17 → (西之宮病院)西之宮2-1  
 平成18年4月1日 茨木市・大塚第二豊南病院 各科(輪番) → 北大阪豊南病院  
 平成18年4月1日 和泉市立病院 内科の協力科追加  
 平成18年4月1日 堺市立総合病院 救急科(救急科)変更  
 平成18年5月1日 高槻市・北原総合病院 所在地変更 北原町18-23 → 北原町8-24  
 平成18年5月1日 大東市・野崎総合病院 所在地変更 深野2-1-1 → 野川2-10-50  
 平成18年5月1日 東成区・市立東成病院 救急協力の科追加  
 平成18年5月1日 津波区・津波病院 名称変更 → 通達生野病院  
 平成18年5月22日 茨木市・北大阪豊南病院 救急協力の科追加  
 平成18年5月30日 東大塚市・市立東大塚病院 救急協力の科追加  
 平成18年6月30日 西区・大野記念病院 整形外科の科追加  
 平成18年7月1日 羽曳野市・城山病院 所在地変更 → 羽曳野市ほびきの2-0-1  
 平成18年7月1日 岸和田市・岸和田総合病院 所在地変更 → 岸和田2-0-8  
 平成18年7月1日 東大塚市・東大塚病院 所在地変更 → 岸和田4-0-8  
 平成18年7月13日 茨木市・東部神経サテライト 救急協力の科追加  
 平成18年9月3日 岸和田市・東部病院 名称変更 → 岸和田豊通病院  
 平成18年10月1日 守口市・守口総合病院 名称及び所在地変更 → (守口生野記念病院)塩本市町8-17-1  
 平成18年10月4日 藤原川市・松島病院 救急協力の科追加  
 平成18年10月7日 堺成区・山本第一病院 救急協力の科追加  
 平成18年11月20日 津波区・東成豊南病院 救急協力の科追加  
 平成18年12月1日 東大塚市・市内総合病院 眼科(輪番) 第3号棟の協力科追加、耳鼻咽喉科(輪番)  
 平成18年12月15日 守口市・松平記念病院 小児科(輪番) 第1・2・3号棟の協力科追加  
 平成18年12月18日 網走区・東横総合(1)病院 内科、外科の協力科追加、救急協力の科追加、救急科(輪番) 内科の協力科追加  
 平成18年12月18日 藤原川市・長山病院 外科の科追加  
 平成18年12月18日 津波区・藤原川病院 呼吸器科の協力科追加、形成外科の協力科追加  
 平成18年12月20日 津波区・津波総合病院 内科の協力科追加  
 平成18年12月20日 吹田市・岸上病院 救急協力の科追加  
 平成18年12月31日 茨木市・東大塚病院 外科の科追加  
 平成19年1月1日 堺市・東大塚病院 外科の科追加  
 平成19年1月1日 東成区・東成生野総合病院 脳神経外科の科追加  
 平成19年2月28日 堺市・南港病院 外科の協力科追加  
 平成19年2月28日 東大塚市・東大塚市立総合病院 小児科(輪番) 本棟の協力科追加  
 平成19年2月28日 岸和田市・岸和田総合病院 救急協力の科追加  
 平成19年3月28日 茨木市・サンタマリア病院 救急協力の科追加

5

### 大阪府下の救急病院数の推移

年度	救急病院等の数
12	304
13	301
14	299
15	298
16	299
17	279
18	275
19	270

大阪府の救急病院等の数の推移



平成19年度については、1月4日現在

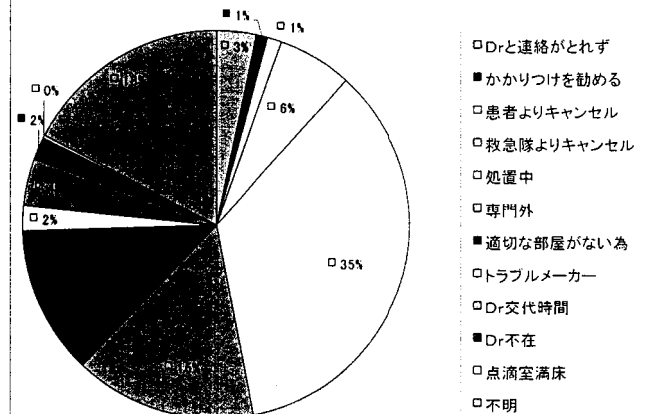
6

### 平成19年救急搬送連絡数、受入数、(内、入院数)

	搬送連絡件数	受け入れ	受け入れ不能	内、入院
H19 4月	678件	277件	401件	50件
H19 5月	691件	253件	438件	40件
H19 6月	722件	269件	453件	54件
H19 7月	748件	305件	443件	74件
H19 8月	846件	365件	481件	78件
H19 9月	762件	311件	451件	61件
H19 10月	725件	329件	396件	78件
H19 11月	794件	397件	397件	80件
H19 12月	1037件	446件	591件	101件
H20 1月	899件	389件	510件	87件
H20 2月	963件	399件	564件	83件
H20 3月	1042件	424件	618件	80件
合計	9907件	4164件	5743件	866件
H19 5月 ~ H20 3月	9229件	3887件	5342件	816件

7

### 救急受け入れ不能理由(H19.4月)



処置中が多く次に適切な部屋が無い為又は専門外

8

### 救急隊別受け入れ状況(H20.1月分)

救急隊	○	×	救急隊	○	×	救急隊	○	×
旭	20	20	城東第1	13	17	西	5	4
阿倍野第1	2	4	城東第2	9	3	西浜路	7	24
浜路	0	1	消防本部	0	1	西成	1	2
生野	0	1	水上	1	2	西淀川	3	5
● 茨木	1	0	● 吹田	0	4	● 羽曳野	0	1
上町	7	14	● 吹田岸辺	0	1	● 飯南	1	0
浮田	62	35	● 吹田南	2	2	● 東大阪	0	1
江戸堀	9	13	住之江第1	0	5	東住吉第1	0	4
海老江	2	6	住吉	1	1	東成	4	7
恵比須	5	5	箕	0	1	東野田	20	24
天王寺	9	11	中央	11	18	東淀川	6	17
大塚町	12	21	津守	0	1	平野第1	1	1
海道	0	2	鶴見第1	2	7	平野第2	0	2
加島	1	13	鶴見第2	2	7	福島	1	4
岸辺	1	1	道頓堀	7	14	不明	0	1
北	47	43	● 豊中	1	2	港	1	2
喜連	1	1	● 豊中北	0	1	南森町	37	31
香芝	0	1	中川	1	2	都島	38	32
此花	3	6	中浜	8	9	● 八尾	0	1
小松	5	11	長吉	0	1	淀川第1	13	20
			浪速	2	13	淀川第2	4	6

○ 受け入れ × 受け入れ不能  
● 大阪市内 ● 大阪市外

大阪市場外、かなり遠方よりの依頼増加!

合計	432	519
----	-----	-----

### 救急受け入れ時間帯別状況別(H20.3月)

時間	時間別		時間帯別			
	○	×	○	×	○×計	
9時台	10	9	日勤帯	124	81	205
10時台	15	8				
11時台	28	7				
12時台	22	13				
13時台	16	14				
14時台	17	15	準夜帯	184	221	405
15時台	16	15				
16時台	23	19				
17時台	16	16				
18時台	27	30				
19時台	20	35	深夜帯	136	320	456
20時台	31	40				
21時台	30	36				
22時台	37	45				
23時台	27	45				
0時台	24	43				
1時台	17	42				
2時台	15	37				
3時台	7	26				
4時台	8	36				
5時台	9	32				
6時台	7	31				
7時台	9	18				
8時台	13	10				
合計	444	622				1066

深夜帯がやはり受け入れ不能率が高くなる?

### 加納総合病院における夜間救急医療に係る領域に関する人件費(2007.6~2008.3の月平均)

部門別	
人件費の合計	13,247,548
内訳 職種ごと	
医師 総合計	8,328,230
看護師 総合計	1,837,579.8
技師 総合計	1,913,500.1
事務員総合計	1,168,237.8

人件費だけで月間約一千三百万円

人件費だけで年間約一億六千万円

### 外来未収 預り金 救急搬送患者の約一割が未収

	件数	金額	預り金
平成19年4月分	15	¥ 205,458	¥ 80,000
平成19年5月分	30	¥ 543,861	¥ 128,000
平成19年6月分	16	¥ 249,984	¥ 79,000
平成19年7月分	17	¥ 228,938	¥ 84,000
平成19年8月分	29	¥ 427,931	¥ 86,000
平成19年9月分	36	¥ 519,587	¥ 106,000
平成19年10月分	28	¥ 356,707	¥ 164,000
平成19年11月分	27	¥ 471,152	¥ 87,000
平成19年12月分	34	¥ 574,738	¥ 156,000
平成20年1月分	36	¥ 484,293	¥ 177,000
平成20年2月分	30	¥ 467,854	¥ 133,000
平成20年3月分	44	¥ 598,023	¥ 214,000
総合計	342	¥5,128,526	¥1,494,000

### 二次救急体制に於ける問題 その一

- 未曾有の看護師さん不足⇒一部病棟閉鎖、7対1入院基本料や集中治療室加算等取れない⇒忙しいのに収入が上がらない
- 二次救急医療には十分な診療報酬が付かない
- 地方自治体も財政破綻⇒救急行政に補助金等が十分には付かない
- 深刻な医師不足(特に救急医、外科系等の急性期医師のなり手の減少)
- DPC(急性期病院必須?)の救急患者への対応が不十分⇒特に高齢者救急(急増中)搬送

13

### 二次救急体制に於ける問題 その二

- 未収金の増加(外国人、急性アルコール中毒患者に多い?昨今の不払い患者の増加?)=救急搬送患者の約一割も
- いわゆるモンスターペーシェントとも言われる(暴力や暴言を吐いたり、不当な検査、診察等を要求する等)患者の増加
- 医療事故(と称する?)訴訟の増加
- マスコミの病院バッシング(医療現場を理解なしでの報道、発言)

14

### 都市救急砂漠化緊急対策

- 救急搬送加算の新設(せめて東京都実施済補助金等:一施設千五百万円+一例八千円(の迷惑料?)並みへ)⇒救急医療を懸命に担っている病院へ直接効果あり
- 財政破綻の地方自治体も補助金等の代わりに例えば救急病院の固定資産税の減免を!(特に都会等の土地などが高い地域では)
- 高齢者救急搬送患者への診療報酬上の評価(特養や高齢者専用賃貸住宅入居者の急変時対応加算?)⇒入院がどうしても長期化しやすいので
- 未収金問題への保険者の対応や行政の補助
- 医師・看護師不足対策⇔待遇改善!
- マスコミ対策⇔「診療拒否」⇒診療受け入れ不能、「たらい回し」⇒頻回な受診依頼

15

### 救急医療の今後のあり方に関する検討会

厚生労働省 2008. 4. 30.

## ER型救急について



福井大学 医学部 付属病院  
救急部・総合診療部  
寺沢秀一

## ER型救急医を始めたのは---

- 昭和51~55年：沖縄県立中部病院にて初期研修  
ER受診患者：100人受診/日  
ER診療は研修医主体でER専門の指導者無し
- 昭和54年：トロント大学救急部教授の教育訪問  
「このERにはER型救急医が3, 4人は必要」
- 昭和55年：北米でのER研修



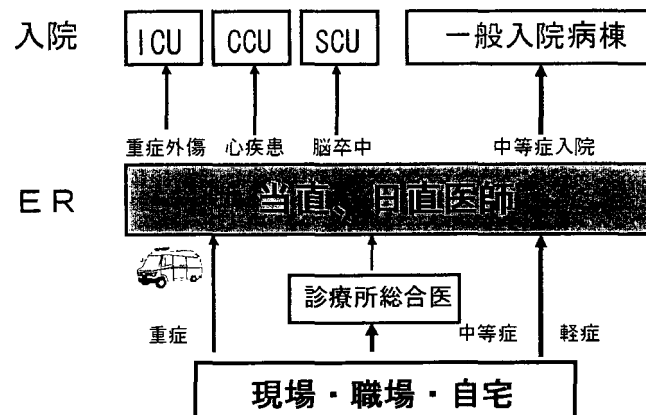
## ER型救急とは

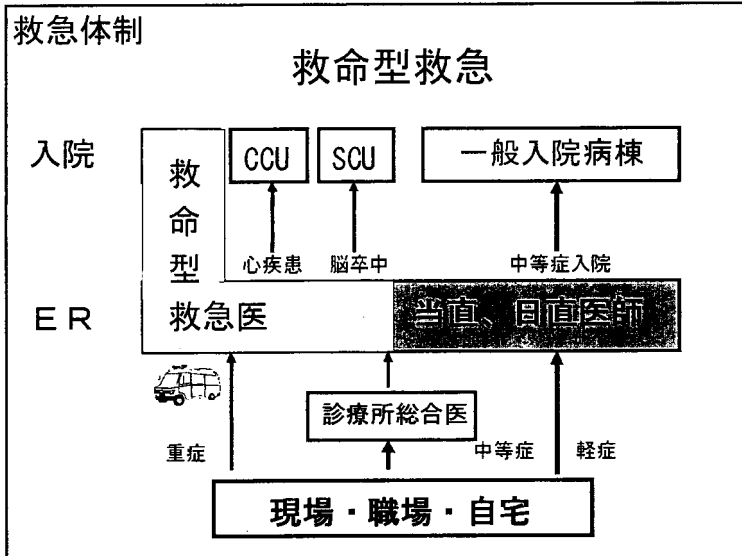
- 軽症から重症まで、ER（救急室）に受診する全ての科の救急患者を受け入れる。
- ERに受診した全ての患者にER型救急医が救急初期診療を行なう。
- ER型救急医は入院治療や手術が必要な患者を該当科に振り分ける。ER型救急医は入院治療や手術を行わない。
- 自家用車等で受診した患者はトリアージ看護師が緊急性の判断を行う。



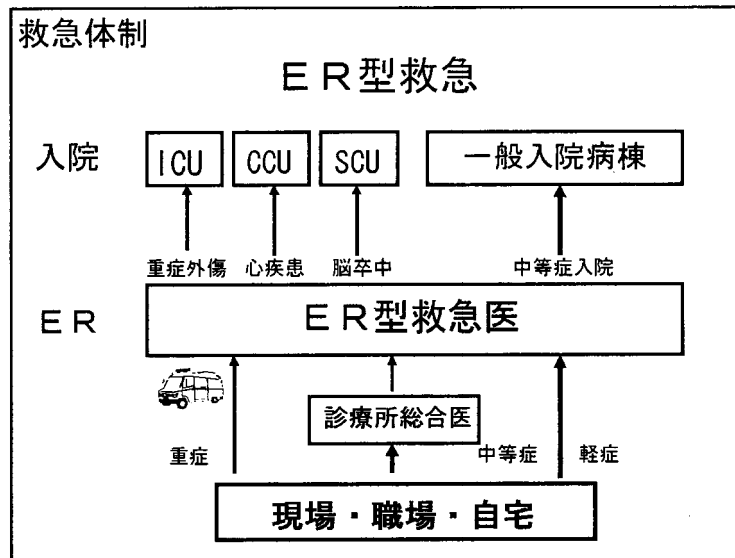
## 救急体制

### 各科協力型






5



6

### ER型救急


- ERだけで働く医師をER型救急医と呼ぶ。
- ER型救急医が交代勤務でERにおける初期診療を行なっているのをER型救急体制と呼ぶ。
- ER型救急医はER受診患者を最初に全て自分で診療する。
- ER型救急医は必要に応じて各科専門医をERに呼び、パトタッチして入院治療や手術を行っていただく。



7

### ER型救急の利点

- 救急車の受け入れ拒否が発生しない。
- ERにおける初期診療の質が標準化できる。
- ERにおける医事紛争が防止できる。
- 各科専門医がそれぞれの専門診療に専念できる。
- ERにおける初期研修医の教育が充実する。



8

## 日本におけるER型救急の現状

救急科専門医指定施設408施設へのアンケート調査 2007. 11-12.  
アンケート回収率：283/408施設 (69.3%)

- ・ ER型救急体制の施設：180施設
  - 24時間ER型救急体制：99施設
  - 一部の時間帯だけER型救急体制：81施設
- ・ ER型救急医（後期研修医を含む）：500人
  - 1-3人のER型救急医が勤務している施設が最多
- ・ ER型救急医の養成コース
  - 養成コース有り：82施設
  - 養成コース準備中：49施設
  - ER型救急医を目指して研修中の医師：150名

日本救急医学会、ER検討特別委員会



9

## ER型救急体制の問題

- 救命救急科、総合内科がないと主治医が決まるのに時間がかかり、診療の質の維持が困難になる。
- 入院治療、手術を行う各科専門医が疲弊する。
- 入院ベッド回転に特別な力が必要となる。
- 各科専門医とER型救急医との関係が悪化する。
- 軽症救急受診が増え、待ち時間が長くなる。



10

## ER型救急の課題

- ER型救急体制の有効性の証明
- ER型救急医の養成と質の保証
- ER型救急体制の啓蒙



11

ER型救急医による診療の質

24時間以内に救急外来を再診した小児例の検討  
名古屋エキ済会病院救命救急センター、岩田充英ら

- ・ ER型救急医+研修医による初期診療
- ・ 年末年始休暇期間 2006. 12. 29-2007. 1. 3.
- ・ 内因性疾患の小児；334例
- ・ 24時間以内の再診；40例 (12%)
- ・ 再診時入院；4例 (1.2%)
- ・ 初診時の判断が妥当でない再診入院；1例 (0.3%)



ER型救急医による小児初期対応は可能

(第21回日本小児救急医学会、2007年、鹿児島)

12

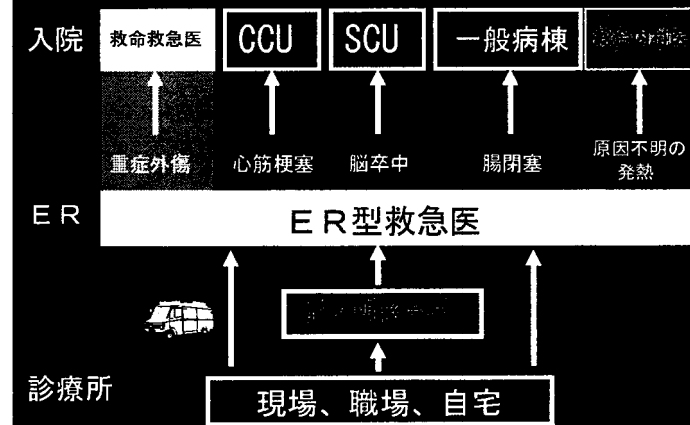
## ER型救急が定着する条件

- 救急に熱心な病院で、自然発生的にER型救急医が出現していること。
- その病院で育った医師がER型救急医になっていること。
- ER型救急医が少しずつ増えていくこと。
- 病院管理職、各科専門医がER型救急医を理解し、支援体制が整っていること。
- 臨床研修病院であり、初期研修医がいること。



13

## 理想的な救急体制



14

第4回 救急医療の今後のあり方に関する検討会

## 〜東京ER・墨東の実際〜



東京都立墨東病院救命救急センター

濱邊 祐一

1

## ER型救急とは

対象：来院するすべての救急患者

軽症から重症まで

自力来院から救急車による搬送まで

役割：初期診療（診断、初期治療）

アドバンスト・トリアージ

入院加療、手術には関与せず

2

## 東京ER・墨東 開設前

三次救急 → 救命救急センター

初期・二次救急 → 各科病棟当直医  
(内科・外科・小児科・  
産科・整形外科など)

3

## 東京ER・墨東 開設当初

三次救急 → 救命救急センター専従医師

初期・二次救急

(初療) → ER診療医

(専門治療・入院治療)

→ 各科病棟当直医

4



## ER開設当初の問題点

- (1) ER診療医と病棟当直医との連携が不十分
- (2) 複数が関わる患者に対する責任の所在が不明確
- (3) そもそも、病棟当直医の業務に救急対応は含まれていないという認識

5

## 東京ER・墨東（現在）

三次救急 → 救命救急センター専従医師

初期・二次救急

ERコーディネーター

↓ 全体の指揮・統括

(初療) → ER診療医

(専門治療・入院治療)

→ 各科病棟当直医

6

## 東京ER・墨東



7

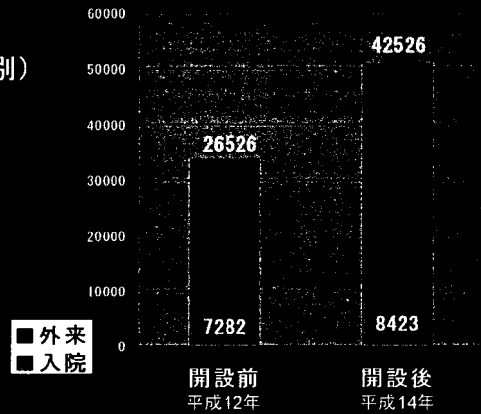
## 東京ER・墨東



8

## E R開設前後の年間救急患者数

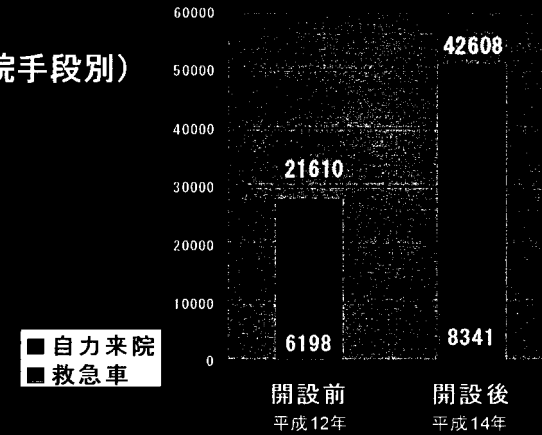
(外来・入院別)



9

## E R開設前後の年間救急患者数

(来院手段別)



10

## 墨東病院 救命救急センター

専従スタッフ：16名

(救急科5名、外科2名、整形外科4名、内科4名、脳外科1名)

研修医、レジデント：8～16名

ベッド数：センター病床 24床

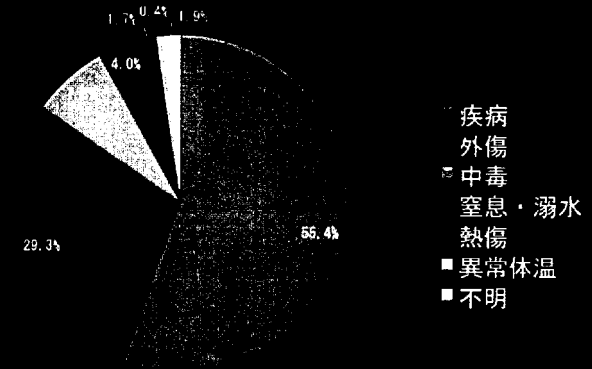
後方病床 45床

入院患者：1908名（平成18年）

(CPA：604名を含む)

11

## 平成18年度疾患別収容割合



12

## 墨東病院 当直体制

ERコーディネータ	岡田	
ER疾病系	中村	川崎
ER外傷系	稲田	松本
ER小児系	玉本	
内科①	木下	
内科②	大和田	
内科③	伊元	
小児科	宇田川	
外科	真栄城	
脳外科	高須	
整形外科	中山	
混合科	片山	
神経科	青島	
産婦人科	根岸	井上
新生児科	高野	
麻酔科	田川	竹内
救命救急センター	黒木	嶋田
	藤原	杉山
	佐藤	高野

13



区東部医療圏と  
東京ER・墨東

14

## 救急医療体制の比較

ER型救急 → 病院内体制  
(hospital base)

初期, 二次, 三次 → 病院間体制  
(area base)

15

## まとめ

1. 都立墨東病院の初期・二次救急はER型のシステムを採用している。
2. ER型システムを有効に運用するためには、既存の救命救急センターの存在が不可欠である。

16