資料

救命救急センターの機能･規模･医師数について

救命救急センターについて

○　救命救急センターの種類、設置基準等（国救急医療対策実施要綱）

	高度救命救急センター	救命救急センター	地域救命救急センター
設置基準等	○救命救急センターのうち特殊疾患患者の医療確保 ※設置基準なし。	○当初人口100万人に1か所 ※平成19年7月20日厚生労働省医政局指導課長通知	○救命救急センターまで時間を要する地域 ※H15～19まで新型救命救急センターとして整備
診療機能等	○24時間体制で特殊疾病患者に対応 （広範囲熱傷・指肢切断・急性中毒等）	○24時間体制で重症及び複数の診療科領域にわたるすべての重篤な救急患者に対応	
	○臨床研修医、救急救命士等に対する臨床教育を実施		
病床数		○概ね２０床以上	○１０床以上２０床未満
主な医師配置基準等	○常時高度救命救急医療に対応できる体制の確保 ・特に麻酔科等の手術に必要な要員を待機	○日本救急医学会認定医等専任の医師を適当数配置 ○循環器科、脳神経外科、麻酔科等複数科の医師を適時確保できる体制を整備　等 ○ＩＣＵ(集中治療室)、ＣＣＵ(心臓病専用病室)等の専用病室を設置	
全国施設数	23	182	22
県内設置数 ※ （　）は病床数	1	4	(1)
	・新潟大学医歯学総合病院(20(うちICU4 CCU4))	・県立新発田病院(20(うちICU10 CCU3)) ・新潟市民病院(50(うちICU8 CCU4)) ・長岡赤十字病院(40(うちICU2 CCU2)) ・県立中央病院(20(うちICU8 CCU4))	・(予定)魚沼基幹病院(14(うちICU6 CCU2))

地域救命救急センターの病床数

1　全国の地域(新型)救命救急センターの病床数

番号	当道府県名	救命救急センター名	医療圏人口	救命救急センターが所管する医療圏人口（注１）	センター病床数	備　　考
1	宮城県	独立行政法人国立病院機構仙台医療センター	1,654,418	551,473	18	同一圏内に仙台市立病院36床あり
2	千葉県	順天堂大学医学部附属順天堂浦安病院	1,662,553	429,971	15	同一圏内に船橋市立医療センター43床あり
3	北海道	医療法人渓仁会　手稲渓仁会病院	2,310,015	371,952	19	同一圏内に北海道がんセンター30床、市立札幌病院38床、札幌医科大附属病院高度救命センター31床あり
4	東京都	独立行政法人国立病院機構東京医療センター	1,308,563	305,898	18	同一圏内に都立広尾病院36床、赤十字医療センター23床あり
5	島根県	松江赤十字病院	276,957	276,957	17	
6	大分県	大分県立病院	981,892	274,016	12	同一圏内にアルメイダ病院21床、大学付属病院10床あり
7	鳥取県	国立大学法人鳥取大学医学部附属病院	247,110	247,110	10	
★ 8	新潟県	県央救命救急センター	238,899	238,899		
9	滋賀県	近江八幡市立総合医療センター	234,639	234,639	12	
★ 10	新潟県	魚沼基幹病院(仮称)救命救急センター	224,632	224,632	14	
11	大分県	国家公務員共済組合連合会新別府病院	224,282	224,282	10	
12	宮城県	石巻赤十字病院	221,282	221,282	10	
13	島根県	独立行政法人国立病院機構　浜田医療センター	220,817	220,817	10	
14	和歌山県	独立行政法人国立病院機構南和歌山医療センター	219,817	219,817	14	
15	長野県	諏訪赤十字病院	210,885	210,885	10	
16	長野県	昭和伊南総合病院	192,703	192,703	10	
17	長野県	特定・特別医療法人慈泉会　相澤病院	531,379	177,126	10	同一圏内に信州大学附属病院高度救命救急センター20床あり
18	長野県	飯田市立病院	175,523	175,523	10	
19	沖縄県	特定医療法人仁愛会浦添総合病院	688,706	172,177	10	同一圏内に南部医療センター30床あり
20	神奈川県	日本医科大学　武蔵小杉病院	558,834	159,667	10	同一圏内に川崎市立川崎病院25床あり
21	福井県	杉田玄白記念公立小浜病院救命救急センター	148,196	148,196	12	
22	佐賀県	唐津赤十字病院	146,216	146,216	15	
23	静岡県	沼津市立病院	861,750	123,107	10	同一圏内に順天堂大学医学部附属静岡病院60床あり
24	徳島県	徳島県立三好病院救命救急センター	96,016	96,016	10	

注１）　同一医療圏内に複数の救命救急センターがある場合はセンターの病床数により所管する人口を按分。

注２）県央二次医療圏人口はＨ１８～２０の３ヶ年平均である239,042人により算出。

2　県立中央病院及び県立新発田病院をモデルとした病床数の試算

県央医療圏と同程度である両医療圏に設置されている救命救急センターの所管人口、救急車搬送実績等から必要病床数を試算(H18～H20のデータによる)

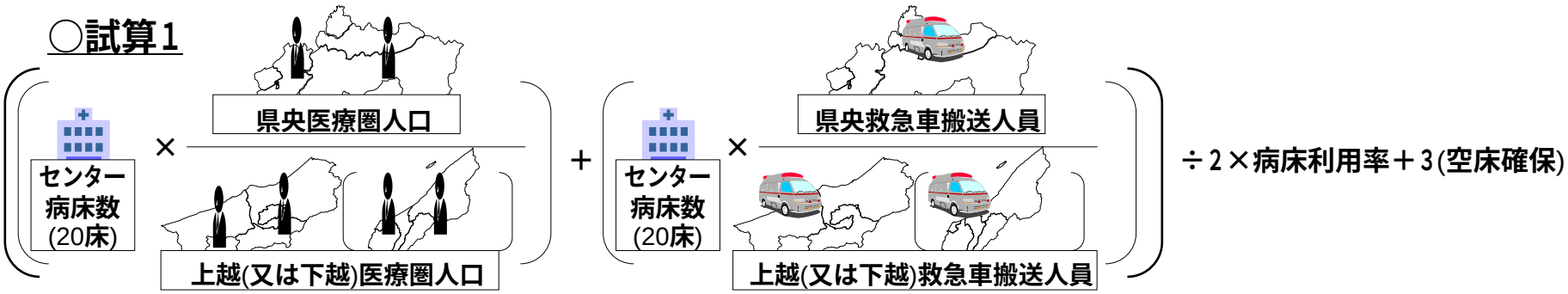
【試算結果】

(単位：床)

	試算1	試算2
県立中央病院	18	18
県立新発田病院	15	16

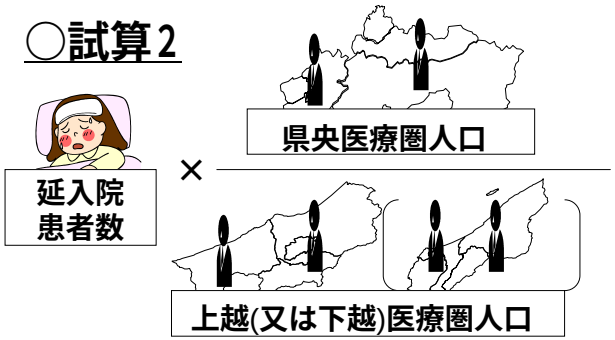
(試算根拠)

○試算1



÷2×病床利用率＋3(空床確保)

○試算2



÷365＋3(空床確保)

3　県央圏域に設置する救命救急センターに必要な病床数(案)

案	病床数	摘　　要
A	２０床	・　一般型の救命救急センターで最も小規模
B	１９床	・　地域救命救急センターで最も大規模
C	１８床	・　県立中央病院救命救急センターの人口当たりの病床数、搬送数などから算出。
D	１５～ １６床	・　新発田病院救命救急センターの人口当たりの病床数、搬送数などから算出。
E	１０～ １４床	・　全国の地域救命救急センターの医療圏人口、病床数から算出。

地域救命救急センターの運営モデル

1　医師の配置に関する基本的な考え方

基本的な考え方	国充実段階評価(※)の基準
(1) 救命救急センターに昼夜を問わず診療できる相当数の医師を配置 ○　センター専任医師及び併設病院医師のローテーションによる昼夜診療体制の確保	○　専従医3名以上配置すること。 ○　うち2名以上は救急専門医であること。 ○　センター長は、専従医かつ日本救急医学会専門医であること。 ※　昼夜それぞれに配置すべき医師数は示されていない。
(2) 救命救急センターを支援する病院内医師診療体制の確保 ○　疾病の種類によらない受入体制の確保	特に ○　循環器科、脳神経医、整形外科医 ・院内勤務又は迅速に対応できる医師の確保 ○　精神科医、小児(外)科医、産婦人科医 ・直接診療又は相談できる医師の確保 ○　麻酔科医 ・常時緊急手術が可能な体制の確保(常時院内待機)

※国充実段階評価：救命救急センターの新しい充実段階評価について(平成21年3月31日厚生労働省医政局指導課長通知)

2　津山中央病院救命救急センターの事例

(1)　概要

○　所在地
　岡山県津山市川崎１７５６

○　圏域人口
　約２５万人

○　救命救急センター病床数　２０床

(2)　救命救急センターに配置される医師の状況

	センター専従医師	専従医師のうち救急専門医	救命救急センターの医師の配置			備　　考
			専任医師	兼任	計	
総数	8	2	8	58		
昼間			6	2	8	・専任6名の他に兼任で内科系・外科系各1名がローテーションで従事
夜間			1	6	7	・専任1名の他に兼任6名がローテーションで当直

(3)　救命救急センターを支援する体制

救命救急センターを支援する体制				その他の診療科（呼吸器科、消化器科、心臓血管外科、皮膚科など）
診療機能	循環器、脳神経、整形外科	麻酔科	精神科、小児科、産婦人科	
厚労省が求める体制	・院内に常時勤務 又は ・迅速に診療できる体制	・院内に常時待機	・院内に常時勤務 又は ・昼夜を問わず相談できる体制	・必要によりオンコール体制により対応
病院の体制	・上記の体制を取っている （院内に不在の時でもオンコールにより迅速な対応が可能。）	・上記の体制を取っている	・上記の体制を取っている	

救命救急センターの配置医師数

1　他県における救命救急センターの実態調査

救命救急センターに必要な医師数について検討するため、全国の救命救急センターの医師配置状況について調査を行った。

【調査対象】
- 大学病院併設の救命救急センターを除く20床以下の救命救急センター(医療圏人口40万人未満)
- 地域救命救急センター
- 単独型救命救急センター

上記の合計46センターを調査対象とし、25センターから回答を得た。

2　25救命救急センターの分類化

(1) 医師の配置状況による分類

救命救急センター医師の配置状況から5つに分類

A	昼間8～12名、夜間3～7名
B	昼間概ね2～4名、夜間概ね2～4名
C	昼間2名、夜間2名
D	昼間1～2名、夜間1～2名
E	昼間1名、夜間1名

(2) 救命救急センターを支援する体制による分類

国評価基準を参考として、救命救急センターを支援する院内体制から5つに分類

a	救命救急センターを支援する必要な体制が取られている。
b	救命救急センターを支援する必要な体制が概ね取られているが、麻酔科医が常時待機する体制が取られていない。
c	小児科、産婦人科について専門医が診断、又は救急医が相談できる体制が取られていない。
d	循環器疾患、脳神経疾患、整形外科疾患の重症患者について迅速に対応できる医師の配置をしていない。
e	受け入れることが出来ない診療科・診療領域がある。

3　救命救急センターの分類一覧

整理番号	救命救急センター名	医療圏人口計	センター病床数	病院病床数合計	一般病床数	医師総数	センター専従医師数	センター専従医師のうち救急科専門医師数	センターに従事する職員総数		①センターの実際の配置人員									②救命救急センターを支援する体制									備　考
											昼　間					夜　間				ランク	疾病の種類によらない受入が可能	循環器医が常勤、又は迅速に診療可能	脳神経医が常勤、又は迅速に診療可能	整形外科医が常勤、又は迅速に診療可能	常時、精神科医の診療可能、又はセンター医師が相談可能	常時、小児(外)医の診療可能、又はセンター医師が相談可能	常時、産(婦人)科医の診療可能、又はセンター医師が相談可能	麻酔科医師が常時、院内で待機	ランク	
											センター常駐の医師数			兼任、当番等により必要に応じてセンター対応する医師	その他院内オンコール	センター常駐の医師数			オンコール										
									専任	兼任	専任	その他	計			専任	その他	計											
1	A病院	740,770	20	520	520	254.4	12	5	20	4	12		12	5	各科	3		3	4	A	○	常勤	オン	オン	○	○	○	○	a	他に2センターあり
2	B病院	255,222	20	525	487	137.7	8	2	8	58	6	2	8		各科	1	6	7	各科		○	オン	オン	オン	○	○	○	○	a	
3	C病院	688,706	10	302	302	101.0	10	3	12	33	7	1	8		各科	3	3	6	各科		○	オン	オン	オン	○	×	○	×	b	他に1センターあり
4	D病院	1,308,563	18	780	730	251.5	8	4	8	6	8		8	6	各科	2	1	3	2		○	常勤	オン	オン	×	○	○	×	b	他に2センターあり
5	E病院	210,885	10	463	425	96.2	5	3	5	27	4		4	2	各科	1	3	4	各科	B	○	オン	常勤	オン	○	○	○	×	b	
6	F病院	968,714	20	821	737	144.0	5	3	4	4	2	2	4		各科	1	1	2	各科		○	常勤	常勤	常勤	○	○	○	○	a	他に1センターあり
7	G病院	317,938	10	402	398	89.8	4	2	3	6	3	1	4		各科		2	2	各科		○	常勤	オン	オン	×	○	○	×	b	
8	H病院	187,845	20	500	431	93.0	5	2	3	61	3		3		各科		3	3	各科		○	オン	オン	オン	○	○	○	○	a	
9	I病院	238,788	20	520	496	76.5	3	2	3	64	3		3		各科		2	2	各科		○	オン	オン	オン	○	○	○	×	b	
10	J病院	219,817	14	316	316	43.2	3	1	3	26	3		3		各科		2	2	各科		○	オン	オン	オン	○	○	○	○	a	
11	K病院	981,892	12	626	610	138.0	5	1	5	12	1	2	3		各科	1		1	各科		○	オン	オン	オン	○	○	○	○	a	他に2センターあり
12	L病院	318,971	20	549	430	82.0	3	1	3	69	2		2	4	各科		4	4	各科		○	オン	オン	オン	○	○	○	○	a	
13	M病院	234,639	12	407	403	71.7	3	1	7	62	2		2	2	各科	1	2	3	各科		○	オン	オン	オン	×	○	○	○	a	
14	N病院	276,957	17	730	670		2	1	4	105	2		2		各科		3	3	各科		○	×	×	×	○	×	○	×	d	
15	O病院	225,649	20	478	429	81.0			1	69	1	1	2		各科		3	3	各科		○	×	×	×	○	○	○	×	d	
16	P病院	291,851	20	534	524	86.5	1	1	2	94	1	1	2		各科		2	2	各科	C	○	×	×	×	×	○	○	×	d	
17	Q病院	278,932	20	479	370	52.4	1		1	40	1	1	2		各科		2	2	各科		○	オン	オン	オン	○	○	○	○	a	
18	R病院	192,703	10	300	300	28.1	2	1	2	22	2		2	1	各科		1	1	各科	D	×	オン	オン	オン	×	×	×	×	e	
19	S病院	231,924	20	342	295	53.0	2	2	2	44		1	1		各科		2	2	各科		○	×	×	×	○	×	○	×	d	
20	T病院	301,915	20	559	490	88.0			7	71	1		1		各科		2	2	各科		○	オン	オン	オン	×	×	×	○	c	
21	U病院	220,817	10	354	350	45.5			1	41	1		1	2	各科		2	2	各科		○	×	×	×	×	○	○	×	d	
22	V病院	96,016	10	220	206	26.0			3	22	1		1		各科		2	2	各科		○	×	×	×	×	×	×	×	d	
23	W病院	246,722	20	431	417	83.3	3	1	3	54	1		1	2	各科		1	1	各科	E	○	×	×	×	○	○	○	○	d	
24	X病院	175,523	10	407	403	83.1	1	1	2	20	1		1	1	各科		1	1	各科		○	オン	オン	オン	×	○	○	×	b	
25	Y病院	330,177	20	339	300	38.1			6	31	1		1		各科		1	1	各科		×	オン	オン	×	×	○	○	×	e	

※医療圏人口が40万人以上の場合でも、医療圏内に複数の救命救急センターがあり、人口を各センターの病床数で按分し対象となる人口が40万人未満の場合は調査の対象とした。

4　望ましい救命救急センターの診療体制

救命救急センターに求められる体制

救命救急センターの医師数

●救命救急センターに昼夜を問わず診療可能な相当数の医師の確保

(参考)
〇センター専従医師３人以上
〇うち救急専門医２人以上

小規模救命救急センターにおける医師の配置等の状況

	センター数	センターの実際の配置人員	
		昼間	夜間
A	4	8～12名程度	3～7名程度
B	11	2～4名程度	2～4名程度
C	2	2名程度	2名程度
D	5	1～2名程度	1～2名程度
E	3	1名程度	1名程度

※参考

センター専従職員数	うち救急専門医数
8～12名程度	2～5名程度
3～5名程度	1～2名程度
1名程度	0～1名程度
0～2名程度	0～2名程度
0～1名程度	0～1名程度

救命救急センターを支援する病院内医師診療体制

●疾病によらない受け入れ態勢の確保

循環器、脳神経、整形外科
〇院内に常時勤務、又は
〇迅速に診療できる体制

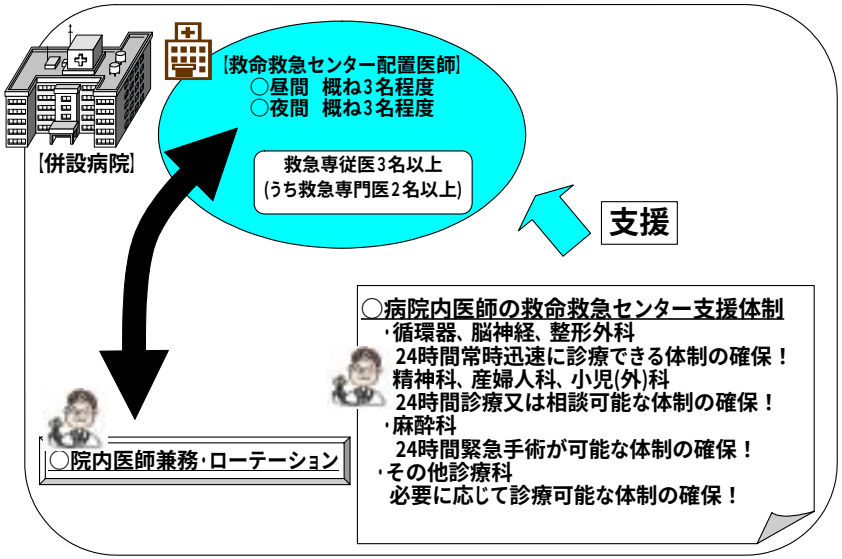
麻酔科
〇院内に常時待機

精神科、小児（外）科、産婦人科
〇院内に常時勤務、又は
〇昼夜を問わず相談できる体制

	センター数	救命救急センターを支援する体制							
		疾病の種類によらない受入が可能	循環器医 常勤又は迅速な対応可能	脳神経 常勤又は迅速な対応可能	整形外科 常勤又は迅速な対応可能	精神科 常時診察可、又は医師が相談可能	小児科 常時診察可、又は医師が相談可	産婦人科 常時診察可、又は医師が相談可能	麻酔科 院内に常時待機
a	9	9	9（常勤 2 オンコール 7）	9（常勤 1 オンコール 8）	9（常勤 1 オンコール 8）	8	9	9	9
b	6	6	6（常勤 2 オンコール 4）	6（常勤 1 オンコール 5）	6（オンコール 6）	3	5	6	0
c	1	1	1（オンコール 1）	1（オンコール 1）	1（オンコール 1）	0	0	0	1
d	7	7	0	0	0	4	4	6	1
e	2	0	2（オンコール 2）	2（オンコール 2）	1（オンコール 1）	0	1	1	0

結論(たたき台)

1　病床数(案)
　１８床程度を基本とする。



2　地域救命救急センターの医師数の考え方(案)

●　地域救命救急センターの配置医師数
　○　昼間　概ね3名程度
　○　夜間　概ね3名程度
　※専従医師は3名以上(うち、救急専門医2名以上)
　　が望ましい。

●　救命救急センターへの併設病院医師の支援体制
　○　循環器、脳神経、整形外科
　　オンコール等により24時間、常時迅速に診療できる体制の構築
　○　精神科、産婦人科、小児(外)科
　　オンコール等により24時間、診療又は相談できる体制の構築
　　※特に県央医療圏における小児の高い域外搬送率に鑑み、充実の必要あり
　○　麻酔科医
　　当直等により24時間、緊急手術が可能な体制の構築
　○　その他診療科
　　必要に応じてオンコール等により24時間対応可能な体制の構築

【参考】県央圏域における平成20年中の救急搬送の状況について

1　二次医療圏別圏域外搬送の状況

単位：%

	下越	新潟	県央	中越	魚沼	上越	佐渡
全　　日	3.8	5.4	19.3	1.7	10.9	1.1	0
休日・夜間	3.0	5.4	19.5	1.1	9.8	0.6	0
平日昼間	4.9	5.5	19.0	2.4	11.9	1.6	0

※平成20年救急患者搬送先医療機関調査より

2　心疾患・脳疾患等の搬送状況及び小児救急患者の搬送状況

	計		死亡		重症		中等症		軽症		その他	
	搬送数	うち圏外搬送	搬送数	うち圏外搬送	搬送数	うち圏外搬送	搬送数	うち圏外搬送	搬送数	うち圏外搬送	搬送数	うち圏外搬送
疾病	4,226	665 *(15.7)*	179	10 *(5.6)*	550	80 *(14.5)*	1,559	332 *(21.3)*	1,937	243 *(12.5)*	1	0 —
脳疾患*(再掲)*	673	127 *(18.9)*	11	2 *(18.2)*	232	24 *(10.3)*	281	66 *(23.5)*	149	35 *(23.5)*	0	0 —
心疾患*(再掲)*	358	49 *(13.7)*	60	1 *(1.7)*	61	11 *(18.0)*	121	35 *(28.9)*	116	12 *(10.3)*	0	0 —
交通事故・一般負傷・その他(外因性外傷)	3,340	772 *(23.1)*	47	4 *(8.5)*	582	236 *(40.5)*	1,055	386 *(36.6)*	1,656	146 *(8.8)*	0	0 —
計	7,566	1437 *(19.0)*	226	14 *(6.2)*	1,132	316 *(27.9)*	2,614	718 *(27.5)*	3,593	389 *(10.8)*	1	0 —

※医務薬事課調べ

(別掲)

小児救急患者	256	104 *(40.6)*	1	1 *(100.0)*	20	17 *(85.0)*	55	38 *(69.1)*	179	48 *(26.8)*	1	0 *(0.0)*

上段：搬送数
下段：圏外搬送率

※平成20年救急患者搬送先医療機関調査より

参考資料

これまでの検討結果について

○ 県央地域における救命救急センターの整備に関する共通認識

平成22年7月23日

1 救命救急センターの整備の必要性

【共通認識】
- 県央医療圏には、救命救急センターが必要であること。
- 設置すべき救命救急センターは、「地域救命救急センター」であること。

2 救命救急センターに必要な機能

【共通認識】
- 地域救命救急センターには、24時間体制ですべての重篤な救急患者に対応するという、国の定める地域救命救急センターと同等の機能が必要であること。
- 地域救命救急センターは、同センターの運営に必要な医師の確保、危機を脱した患者の引き受けなどの観点から、「病院併設型」とすること。

＜議論の経過＞
- 救命救急センターの病床数については、12床から18床程度を基本とすること。 ただし、20床が必要との意見あり。

(※) 加茂市長から、次の意見があり、救命救急センターの病床数については、現段階で「共通認識」とすることができなかったことから、「議論の経過」とした。
(加茂市長の意見)
○ 救命救急センターの病床数については、現在の県央2次医療圏における不十分な救急体制の実情にかんがみ、国の救急医療対策実 施要綱の範囲内で最多の20床とすること。

3 救命救急センター併設病院の規模･機能等

＜議論の経過＞
- 合同会議では、併設病院の規模･機能等について、県央医療圏に設置が想定される地域救命救急センターの規模･機能及び医師確保の観点等から、次のとおりの意見に集約された。
  ① 併設病院の病床数については、500床程度を基本として今後検討を進めること。ただし、300床から500床程度と幅を持たせた案も検討すること。
  ② 併設病院の機能については、高度救急医療機能以外の機能も検討すること。
- 併設病院の規模･機能等については、引き続き地域救命救急センターの規模･機能等の議論を踏まえ検討を進める。

(※) 加茂市長から、次の意見があり、併設病院の規模･機能等については、現段階で「共通認識」とすることができなかったことから、「議論の経過」とした。
(加茂市長の意見)
○ 厚生労働省の新しい政策に基づき建設される救命救急センターは、同省が「地域救命救急センター」と名づける比較的小規模のものであって、既存の病院を廃止して大規模の併設病院を建設することを前提とするものでは全くないこと。
○ 併設病院の病床数及び医師の構成と数等については、まず以って、救命救急センターの規模、機能、医師の構成と数等のすべてを決定した後に、決められるべきものであること。従って、併設病院の病床数をあらかじめ決めてかかることは適当でなく、建設する救命救急センターの規模、機能、医師の構成と数等のすべてが決められた後に、併設病院の病床数及び医師の構成と数等がおのずから決まるものであること。

○ 第2回救命救急センター及び併設病院等のあり方検討会議における合意事項

1 今後の議論の進め方について

● 救命救急センター及び併設病院等のあり方について、以下の順序で「あり方検討会議」及び「合同会議」で検討すること。
① まず、救命救急センターの規模・機能・医師数等について検討し、結論を出すこと。
② 救命救急センターの規模・機能・医師数等について検討し、結論を出した上で、同センターの医師の確保、危機を脱した患者の引き受けなどの観点から、併設病院の規模・機能・医師数等について検討すること。

● 1日でも早く安心できる医療体制を構築するため、迅速な会議の開催に努めること。

2 会議の名称について

● 会議の名称を「救命救急センター及び併設病院等のあり方検討会議」としたこと。

＜名称変更の趣旨＞
① 「基幹病院」を削除したこと。
② 「基幹病院」をつくることを前提として検討するものではないこと。
③ まず、救命救急センターの規模・機能・医師数等について検討し、結論を出すこと。
④ 救命救急センターの規模・機能・医師数等について検討し、結論を出した上で、同センターの医師の確保、危機を脱した患者の引き受けなどの観点から、併設病院の規模・機能・医師数等について検討すること。