



平成 23 年度 第 2 回 横浜市救急医療検討委員会 次第

平成 24 年 2 月 17 日 (金) 19:00~
横浜市救急医療センター 3 階 研修室

1 開 会

2 第 1 回議事録要旨の確認

3 議 事

(1) 報告事項

① 新たな二次救急医療体制の検証について 【資料 1】 【資料 2】 【資料 3】

② 横浜市救急医療情報システムの体制整備について 【資料 4】

③ 救急搬送受入病院連携支援モデル事業について 【資料 5】

(2) 横浜市外傷診療状況調査の結果について 【資料 6】

4 その他

5 閉 会

平成23年度 横浜市救急医療検討委員会 委員名簿

	氏名	選出区分	現職・履歴等
1	いまい 今井 みつお 三男	医療関係者	横浜市医師会会長
2	おんだ 恩田 きよみ 清美	有識者	東京海上日動メディカルサービス(株) メディカルリスクマネジメント室 上席研究員
3	きとう 鬼頭 ふみひこ 文彦	医療関係者	横浜市立市民病院長
4	こおり 郡 たけお 建男	医療関係者	横浜労災病院周産期センター長
5	たかい 高井 かえこ 佳江子	有識者	弁護士
6	たぐち 田口 すすむ 進	医療関係者	昭和大学横浜市北部病院病院長
7	てんみょう 天明 みほ 美穂	市民	よこはま一人子育てフォーラム 世話人
8	ねがみ 根上 しげはる 茂治	医療関係者	横浜市医師会常任理事
9	ひらもと 平元 まこと 周	医療関係者	横浜市病院協会理事
10	もりむら 森村 なおと 尚登	医療関係者	横浜市立大学附属 市民総合医療センター 高度救命救急センター部長
11	よしい 吉井 ひろし 宏	医療関係者	横浜市病院協会会長
12	わたなべ 渡邊 まゆみ まゆみ	有識者	ジャーナリスト (株)プラネット代表取締役

(敬称略 五十音順)

※任期は、平成23年7月1日から平成25年3月31日までとなります。

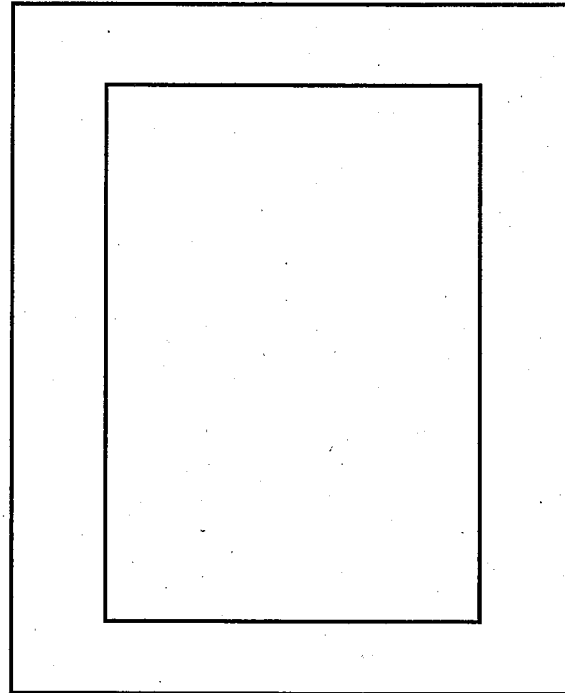
平成 23 年度 第 2 回 横浜市救急医療検討委員会 席次表

今井委員長 吉井副委員長

○ ○

傍
聴
席

恩田委員 ○
鬼頭委員 ○
郡 委員 ○
高井委員 ○



○ 渡邊委員
○ 森村委員
○ 平元委員
○ 根上委員
○ 田口委員

記
者
席

事 務 局

健康福祉局 医療政策室

消 防 局

医療政策室長	増住 敏彦	警防部長	高松 益樹
医療政策室担当部長	修理 淳	救急課長	平中 隆
医療政策課長	田中 靖	救急課	芥田 真樹
医療政策課担当課長	八嶋 良輔		
救急・災害医療課長	山田 裕之		
地域医療課長	藤井 裕久		
医療政策課担当係長	吉田 憲弘		
救急・災害医療課担当係長	小松 利行		
救急・災害医療課担当係長	吉田 茂男		
地域医療課担当係長	鈴木 秀明		
救急・災害医療課	中嶋 理恵		

健康福祉局 医療政策室
救急・災害医療課
TEL : 045-671-2465
FAX : 045-664-3851

横浜市救急医療検討委員会設置要綱

制 定 平成 17 年 7 月 13 日（市長決裁）

一部改正 平成 23 年 6 月 17 日（局長決裁）

（設置目的）

第 1 条 横浜市の救急医療体制のより一層の充実を図るため、救急医療体制の現状を把握するとともに、救急医療体制の課題や解決策等を話し合い、その意見や提案を横浜市の救急医療行政に反映していくため、横浜市救急医療検討委員会（以下「本会」という。）を設置する。

（協議事項）

第 2 条 本会は、次の内容を協議し、協議結果を市長に報告する。

- (1) 横浜市の救急医療の充実に関すること
- (2) その他、本会において調査・検討が必要とされる事項

（構成）

第 3 条 本会は、次の各号に掲げる者の中から市長が委嘱した者（以下「委員」という。）20 人以内をもって構成する。

- (1) 市民
- (2) 医療関係者
- (3) 有識者
- (4) 前各号に掲げる者のほか、市長が必要と認める者

（委員の任期）

第 4 条 委員の任期は、2 年以内とする。ただし、再任は妨げない。

2 委員が欠けた場合は、補欠の委員を委嘱することができる。ただし、その任期は、前任者の残任期間とする。

（委員長及び副委員長）

第 5 条 本会に、委員長及び副委員長をそれぞれ 1 人置く。

2 委員長は、委員の互選により定め、副委員長は、委員長が指名する。

3 委員長は、本会を主宰し、会議を統括する。

4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故あるとき又は委員長が欠けたときは、その職務を代理する。

（会議）

第 6 条 本会は、必要に応じ委員長が招集する。

2 委員長は、第 1 条の目的を達成するため、必要と認めるときは、会議に関係者の出席を求め、その意見を聴くことができる。

（部会）

第 7 条 本会に特定の分野の救急医療体制について専門的に検討を行うため、専門部会（以下「部会」という。）を設置することができる。

2 部会に関し必要な事項は、委員長が定める。

(会議の公開)

第8条 本会の会議は、原則として公開とする。

- 2 会議の傍聴を希望する者（以下「傍聴者」という。）は、会場の受付で氏名及び住所を記入し、係員の指示により、傍聴席に入らなければならない。
- 3 傍聴者の定員は、委員長が定めることとし、申込み先着順とする。
- 4 傍聴者は、委員長の指示に従い、委員長はこれに違反する者に、会場からの退去等必要な命令を行うことができる。

(会議の非公開)

第9条 横浜市の保有する情報の公開に関する条例（平成12年2月横浜市条例第1号）

第31条ただし書きの規定により会議を非公開とするときは、委員長はその旨を宣告するものとする。

- 2 委員長は、委員の発議により会議を非公開とするときは、各委員の意見を求めるものとする。
- 3 会議を非公開とする場合において、会場に傍聴者がいるときは、委員長は、その指定する者以外の者及び傍聴者を会場から退去させるものとする。

(謝金)

第10条 委員の謝金は、14,000円とする。

(庶務)

第11条 本会の庶務は、健康福祉局医療政策室救急・災害医療課において処理する。

(その他)

第12条 この要綱に定めるもののほか、本会に関し必要な事項は、市長が定める。

附則（制定 平成17年7月13日 衛医政第121号 市長決裁）

この要綱は、平成17年7月13日から施行する。

附則（平成18年3月29日衛医政第10549号 局長決裁）

（施行期日）

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

附則（平成20年5月16日健医政第188号 局長決裁）

（施行期日）

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附則（平成22年6月29日健医政第350号 局長決裁）

（施行期日）

この要綱は、平成22年6月29日から施行する。

附則（平成23年6月17日健救第57号局長決裁）

（施行期日）

この要綱は、平成23年6月17日から施行する。

平成 23 年度 第 1 回 横浜市救急医療検討委員会 議事録

議 題	<p>1 報告事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療政策室の概要について ・23 年度予算概要等について <p>2 検討項目及びスケジュール</p> <p>3 横浜市救急医療体制の取り組むべき課題及び方向性</p>
日 時	平成 23 年 7 月 15 日(金) 19 時から 21 時まで
場 所	横浜市救急医療センター3 階研修室
議 事	<p>1 報告事項</p> <p>【主な意見及び提案】</p> <p>(委員)「産科拠点病院事業」について、神奈川県には、「周産期救急医療システム」があるが、横浜市が検討している「産科拠点病院」との関係を教えて欲しい。</p> <p>(事務局)神奈川県が運用している「周産期救急システム」において、市内には 3 つの基幹病院と 11 か所の中核協力病院がある。基本的には現在の県のシステムの枠組みと整合をとりつつ、対象病院を選定していく。</p> <p>(委員)「救急搬送受入病院連携支援モデル事業」について、病病連携で連携先の病院に転院させる際の受入病院の能力について正確な情報を知りたい。搬送困難な患者は、なんらかの慢性的医療が必要な患者が多いので、感染症なども含めてどの程度対処できるか正確な情報を知りたい。</p> <p>(事務局)対象となる連携先病院の選定も含め調整中である。基本的には、モデル事業実施病院が、現在も連携を取っている病院をベースに、ご指摘頂いた意見も含めて、連携病院を決める必要があると考えている。</p> <p>(委員)現状では、患者を受け入れていただいても、問題があるとすぐに戻される事が多いので、受入に責任を持てる病院でないと難しいのではないかと感じている。</p> <p>(事務局)モデル事業が機能するだけでは、搬送困難事案の根本的な解決はしないと思っている。連携受入病院も、そこから先に移す際に苦労しているという話も聞いているので、更に後方の福祉施設との連携や在宅支援なども含めて検討しないと解決しないと考えている。</p> <p>(委員)複数の連携病院を指定して始める場合のフローは確認できるが、モデル事業の評価はどのように考えているのか。実際に搬送困難事案が減ったかどうか</p>

は、横浜市全体で実施しないとわからないのではないかと。

(事務局) モデル事業の目的として、搬送困難事案の受入れが促進されて、受入を5回以上断られるケースが減る事が一番大事だと考えている。今のモデル事業ですぐに効果がでるかについては、難しいと考えている。ただし、本モデル事業を実施することで、救急搬送の受入れ病院と後方の受入れ病院との連携が促進されることがアウトプットになると考える。

(委員) 連携受入病院はどのくらいの数を考えているか。

(事務局) モデル事業の中心となる病院毎に調整してもらっている。病院によっては数多くの後方受入病院と連携している。

(委員) 救急搬送受入れ病院が連携先の受入れ病院を探すのか。

(事務局) 行政としても一緒に探していくが、病院によっては現在でも付き合いがある病院があるので、まずは日頃から連携している病院を中心に受入病院となっていくのではないかと考えている。

(委員) モデル事業は、救急患者受入後の出口問題の解消が議論のスタートとなっているが、受入困難事案自体も大きな問題であり、患者さんの滞りが減れば、受入れ易くなるという点ではリンクしている。モデル事業を成功させるためには、受入れ病院をいかに確保するか、また、その病院がいかに協力してくれるかが非常に大切なので、行政と3つのモデル事業実施病院が、連携受入れ候補となる病院としっかりと協議をしながら、意義を理解してもらいながら進めて欲しい。

(委員) 中小の病院や療養型の病院もたくさんあり、本来であれば、療養型の病院が1床でも空けておいてくれれば病病連携がスムーズになる。ところが、去年の診療報酬改定で大病院は潤ったが、中小病院は経営に苦しんでいる。療養型の中小病院に対して、空床確保のための補助が必要ではないか。

(委員) 三次救急病院の話を知ると、空床がないと救急を受け入れられない。救急受入病院には空床確保に対して補助をするなどの発想が必要。

(委員) 今回のモデル事業を実施する3病院は救命救急センターなので、重症度を考慮せずに議論ができる。しかし、今後、他の病院にこの事業を広げる場合、搬送対象を中等症以下に限るべき。緊急性が高いものは現行の3次救急に搬送する必要があるため、重症度と搬送困難を分けて考えなければならない。

東京では搬送困難の性格が大きく2つに分かれている。一つは、夜間の開放骨折かつ慢性透析患者を受け入れられる病院は限られているなど、重症のため救急隊の病院照会回数も増えるケース。もう一つは、それほど重症ではないが、社会的なトラブルなどで受け入れてくれないケースがある。

(事務局) 現状、重症度が高い場合の救急搬送は、救命救急センターが受け入れてくれるのでそれほど困っていない。実際に搬送困難事案となるのは、軽症で社会的要因のケースが多い。

(委員) 年間で中等症以上の患者は、1,074件となっているが、この方々をどう受け入れるのかを考える必要があるのではないかと。

(委員) 中規模病院の搬送困難事案は、精神科疾患が絡んでいるケース、アルコール依存及び、独居の高齢者などとなっているが、それほど重症でない患者が、これらのモデル事業の病院に運ばれるということなのか。

(事務局) 全ての搬送困難事案を3病院で受け入れるのは難しい。そこで、3病院毎に搬送対象エリアを絞って、地区を限定した救急隊からの受入とするよう調整しながら実施する。

(委員) 受入困難な患者の出口の滞りを、行政も含め医療機関、関係者がアイデアをだして協力して解決していくことが、この事業の大きな目的と理解している。

(委員) 受入れ病院の医療資源が重要であり、病病連携のポイントになる。今後、重症度別、疾患別の搬送方法などについても検討して欲しい。

(委員) 市民感覚としては、病院に補助金を出すのであれば、療養型介護施設も視野に入れて、そこまでの支援も含めて考える必要があると感じた。

(委員) 連携受入病院を重症度によって分けて考える必要があるのではないかと。病院だけでの努力だけでは限界もあるので、行政も協力して欲しい。

(委員) 精神疾患合併症など、搬送困難事案となる疾病の対象を決めるという点について、まだ議論が足りていないのではないかと。例えば、精神疾患がベースにあって他の疾患がある場合に、精神型と療養型の境目の事案の搬送先をどのように考えていくのか。また、本モデル事業を1年間実施した後に、数値で評価する場合の評価基準を明確にしておく必要がある。

(事務局) 参加病院と調整しながら搬送対象を決めていく必要があるが、可能な範囲で検討していく。精神疾患についても病院毎に調整していく。評価については、困難件数の減少と連携について成果を見える形で評価していきたい。

(委員) 連携受入病院は公表するのか。

(事務局) 現在、まだ決めていない。

(委員) 病病連携のコーディネート支援とあるが、行政としてどの程度関与していくのか。

(事務局) 各病院の地域連携担当と相談し調整している。行政も本気を出しているということが連携先の病院に伝わるようにして欲しいと言われている。

(委員) どのようなケースがこのモデル事業の搬送困難事案になったのか報告して欲しい。

(委員) 何日くらいで後方連携病院に送るのか。病病連携の調整支援については、調整センターのような場所を設置して行うのか。具体的な運用案がないと、すぐに受入枠が埋まり、運用できなくなってしまう。

(事務局) 調整センターまでは考えていない。

(委員) 転院してもらい際に本人や家族が納得しないケースがある。モデル事業にはそのような視点が欠けている。調整支援では患者の説得もしてくれるのか。

(委員) 事案を受ける二次救急拠点病院の負担は確実に増えるので、調整は大変な話である。いかに空床を確保するかということに大きな戦力を注ぎ、ルール化することが必要と考える。

2 検討項目及びスケジュール

【主な意見及び提案】

事務局案のとおり了承される。

3 横浜市救急医療体制の取り組むべき課題及び方向性

【主な意見及び提案】

●防ぎえる外傷死をゼロにするための体制整備に関して

(委員) 不慮の事故の割合が増加しているから若い命を救うために防ぎ得る外傷

死をゼロにするための体制整備というが、横浜市の不慮の事故数については、若者より老人の方が多いのではないか。

(事務局) 平成 21 年の不慮の事故数 951 件の内、60 才以上が 85%を占めている。しかし、高齢化社会が進んでいる中で、これからの社会基盤を支えていく若い世代の命を救うという意味で若い世代をターゲットとして取り上げた。

(委員) 疫学をベースにした物事の考え方には賛同する。今日の資料で、心肺停止への処置は他都市より実績が良いが本当なのか。心原性で一般市民が除細動を実施した場合は 8 割近い蘇生率となっているが、全体数からみると 2.7%しかない。全国ではどうかというと 3%程度である。このデータからすると、本委員会の次の検討目標は、AED をやればこんなに助かるのだから、AED を普及させようという視点になる。一方、外傷診療については横浜市のデータがないので、良いのか悪いのか裏付けがなく、苦しい答弁になる。心肺停止のデータと同様に、今後は横浜市の外傷診療のデータを増やしていく必要がある。

(委員) 横浜市の心肺停止による死亡 951 人の内、39 才以下は 76 人、その中には、交通事故や火傷などもあるが、実際に防ぎえる外傷死のケースはどれくらいあるのかの数字がない。

(委員) 外傷死の中に自殺は入っているのか。

(事務局) 除いている。

(委員) 防ぎえる外傷死とあるが、実際に防ぎえなかった原因はなにか。

(事務局) 現在、外傷に関するデータがなく分析、検討ができる状況にない。去年夏に二次救急拠点病院の救急担当医療スタッフにヒアリングを行った際、いくつかの病院から「横浜市は外傷診療の体制が弱いのでは」という指摘があった。

(委員) 整形の救急のシステムは構築しているのか。

(事務局) 平成 22 年 4 月から外傷(整形外科)の疾患別診療体制としてスタートしたが、主に中等症以下の外傷を対象としている。

(委員) 参加病院数が多いが、うまく機能しているのか。また、問題点があれば教えて欲しい。

(事務局) 現時点では具体的な成果を確認できる段階にない。

(委員) 外傷死について、外傷の症例は年間2,000から3,000件くらいあると思うが、外傷学会でも大きなテーマとなっている。森村先生を中心にメンバーを集めて、横浜市の外傷診療に関するデータを収集してまとめ、今後の方向性の検討材料として欲しい。

(委員) 確かに外傷診療については、医療機関ごとに得意、不得意がある。市内の救命救急センターの中でも外傷診療を不得意としている病院がある。外傷の得意な病院に外傷診療の症例を集中させて診療機能を高めるためにも、市内のどこかに外傷センターを作る必要なども検討すべきではないか。

(委員) 防ぎえる外傷死については、不慮の事故のデータで説明をしていたが、外傷死ゼロを目標とするのか、不慮の事故全体ゼロを目標とするのか、どちらに焦点をあてるかで方向性が変わらと思う。不慮の事故に焦点をあてるのであれば、外傷以外のデータも必要となる。防ぎえる外傷死をゼロにするための体制整備は、若い命を救うことをターゲットにした施策とあるが、本当に重要なものなのかのデータを示して欲しい。

(事務局) 今後、森村先生に調査・分析方法等に関する協力をお願いして、横浜市の外傷診療の状況調査を行いたい。その調査結果を次回の委員会で報告するので、その結果を踏まえて、防ぎ得る外傷死をゼロにするための体制整備について御議論をお願いしたい。

●家庭内トリアージシステムの整備・普及に関して

(委員) 家庭内トリアージに関して、小児救急電話相談は、何人で対応していて、どのくらいの相談件数を受けているのか。また苦情等はあるのか。

(事務局) 小児救急電話相談については、18年から年々右方上がりで件数が増えている。21年は36,968件の相談に対応しているが、同じくらいの件数、話中で電話に出られなかったため、オペレーターの増員と翌朝9時まで延長という取組みを22年の10月に行った。その結果、相談対応件数は、22年上半期では19,553件、体制拡充後の下半期では35,284件と、右肩上がりになった。

(委員) 東京都では4年間で、102件のメールや手紙のクレームがあり、5割が接遇の不備のケース、3割は電話が繋がらないケースであった。

(委員) 家庭内トリアージについては、壮年期・高齢者向けのトリアージと小児

の電話相談が2つの大きなコアと考えていいのか。

(事務局) 現在は小児限定の電話相談を行っている。本市としても必要であれば、幅広い年代層に向けて電話相談を行うなどの対応を検討していく。家庭でICTを利用していくことも方策の一つと考えている。

(委員) 救急の3分の1は受診の必要がない。救急外来が疲弊している。是非とも何らかの形で実のある成果を出して欲しい。救急の疲弊がピークになっている。

(委員) 一般的には救急搬送が増えているからなるべく救急車を使わないように啓発しているが、例えば、脳卒中協会は脳梗塞へのt-PA治療の有効性から、すぐに救急車を呼ぶように啓発している。このような整合性が取れない部分について、一般市民への丁寧な啓発をお願いしたい。

(委員) 救急相談について、単に軽症者の利用抑制ではなく、いかに重症者を早く見つけるかという視点も持って欲しい。正しい救急利用の啓発を進める事で、119番への電話を躊躇してしまう人も増える。よくタクシー利用と言われているが、実際の割合はそれほど多くはない。自分で重症度の判断ができないから呼んでしまう。適正利用という話は分かるが、救急相談では、いかに重症度が高い人を早く見つけるかが大切になる。そうすることで必然的に軽症者は後回しになる。

●心肺停止傷病者に対し一般市民による除細動(AED)が行われたものの横浜市と全国の生存率比較に関して

(委員) 本市の電話相談、救急医療体制について、市民への啓発をしっかりと行って欲しい。その一環として小・中学校で教育を行うべきである。教育委員会のメディカルコントロールという発想を元に救急医療の教育を進めて欲しい。

(委員) 就学前の子供に対して、地域子育て支援拠点で救急についての勉強会を行った。参加した人の評判はよく、就学前の児童についても有効である。

(事務局) 小中学生への啓発として、横浜市大の学生がそのような取組みをしている。

(委員) 具体的にすぐ行って頂きたい。中学生にAED教育をして欲しい。

(委員) 裾野を広げる事は大事である。どの学年で教育するのが大事。現状の人たちに重要さを訴える事も重要である。

以上

平成 23 年度横浜市救急医療検討委員会

検討スケジュール（案）

今回の横浜市救急医療検討委員会は、23 年度から 24 年度の 2 か年に渡り、救急医療体制の更なる充実に向けて必要な協議を行っていただきます。

協議結果については、24 年度に最終報告を第 5 次提言として取りまとめていただきたいと思います。

1 検討項目

市民の「横浜市で暮らすことの満足度（救急医療の面で実感する安全・安心）」を向上させるため、今後横浜市が取り組むべき救急医療体制として、以下を検討

- ① 市内の疾病構造に着眼するなど、新たな視点を加えた課題の抽出
- ② 本市の救急医療体制を面的に捉え、全体的な視点から強化すべき方向性

2 検討スケジュール(23 年度～24 年度)

【平成 23 年度】

23 年 7 月 15 日 第 1 回救急医療検討委員会

- ① 本市の疾病構造の分析結果等についての説明
- ② 課題の抽出及び検討

23 年 10 月 6 日 第 1 回横浜市外傷診療状況調査ワーキンググループ

24 年 1 月 26 日 第 2 回横浜市外傷診療状況調査ワーキンググループ

24 年 2 月 15 日 第 3 回横浜市外傷診療状況調査ワーキンググループ

24 年 2 月 17 日 第 2 回救急医療検討委員会

- ① 新たな二次救急医療体制の検証報告
(統計資料、ヒアリング・アンケート調査結果)
- ② 横浜市救急医療情報システム体制整備案報告
- ③ 救急搬送受入病院連携支援モデル事業状況報告
- ④ 横浜市外傷診療状況調査の結果（中間報告）

24 年 3 月 横浜市外傷診療状況調査の結果報告（委員へ配布）

(裏面 24 年度スケジュール)

【平成 24 年度】

- 24 年 6 月頃 第 1 回救急医療検討委員会
① 中間報告のとりまとめ
- 24 年 9 月頃 第 2 回救急医療検討委員会
① 中間報告を基に個別の課題ごとの充実強化策の検討
- 24 年 10 月頃 第 3 回救急医療検討委員会
① 第 5 次提言のとりまとめ
- 24 年 12 月頃 第 5 次提言提出
① 第 5 次提言を市長に提出
- 25 年 2 月頃 第 4 回救急医療検討委員会

表1 救急車搬送件数の医療機関比較 【夜間・休日の重症度別】

【平成20年～23年の各年4月～11月】

*医療機関カテゴリーは、平成23年11月現在

- ①「増減（23年対20年比）」の、上段は増減比、下段（%）は増減の重症度別構成比を表す
- ②重症度の判定は、各医療機関の医師による初見時の判定（救急隊収容書）による
- ③この表の夜間、休日の定義（＝救急患者受入実績加算の積算根拠となる時間）
 - ・夜間：午後5時から翌日午前9時まで
 - ・休日：午前9時から午後5時まで

(単位：件)

医療機関カテゴリー	夜間・休日の救急車搬送件数 合計					重症度別内訳															
						軽症・その他					中等症					重症以上					
	20年	21年	22年	23年	増減(23年対20年比)	20年	21年	22年	23年	増減(23年対20年比)	20年	21年	22年	23年	増減(23年対20年比)	20年	21年	22年	23年	増減(23年対20年比)	
全体	53,873	55,087	57,713	60,723	6,850 12.7% (100.0%)	31,814	33,312	33,871	34,790	2,976 9.4% (43.4%)	16,731	16,842	18,512	20,087	3,356 20.1% (49.0%)	5,328	4,933	5,330	5,846	518 9.7% (7.6%)	
二次救急拠点病院 合計	34,518	36,898	37,837	37,409	2,891 8.4% (100.0%)	21,646	23,472	23,123	21,984	338 1.6% 11.7%	9,819	10,489	11,497	11,955	2,136 21.8% 73.9%	3,053	2,937	3,217	3,470	417 13.7% 14.4%	
二次救急拠点病院 A	22,974	24,410	23,740	23,071	-97 -0.4% (100.0%)	13,599	14,704	13,197	11,962	-1,637 -12.0% ▲1687.6%	6,845	7,250	7,905	8,192	1,347 19.7% (138.7%)	2,530	2,456	2,638	2,917	387 15.3% (39.0%)	
A病院平均	2,297	2,441	2,374	2,307	10 0.4%	1,360	1,470	1,320	1,196	▲164 -12.0%	685	725	791	819	135 19.7%	253	246	264	292	39 -	
二次救急拠点病院 B	11,544	12,488	14,097	14,338	2,794 24.2% (100.0%)	8,047	8,768	9,926	10,022	1,975 24.5% (70.7%)	2,974	3,239	3,592	3,763	789 26.5% (28.2%)	523	481	579	553	30 5.7% (1.1%)	
B病院平均	1,443	1,561	1,762	1,792	349 24.2%	1,006	1,096	1,241	1,253	247 24.5%	372	405	449	470	99 26.5%	65	60	72	69	4 -	
輪番病院 (A、B病院以外)	6,014	5,823	6,469	7,466	1,452 24.1% (100.0%)	3,525	3,557	3,994	4,680	1,155 32.8% (79.5%)	2,185	1,963	2,162	2,433	248 11.4% (17.1%)	304	303	313	353	49 16.1% (3.4%)	
輪番病院平均	273	265	294	339	66 24.1%	160	162	182	213	53 32.8%	99	89	98	111	11 11.4%	14	14	14	16	2 16.1%	
その他の病院等 (A、B、輪番病院以外)	13,341	12,366	13,407	15,848	2,507 18.8% (100.0%)	6,643	6,283	6,754	8,126	1,483 22.3% (59.2%)	4,727	4,390	4,853	5,699	972 20.6% (38.8%)	1,971	1,693	1,800	2,023	52 2.6% (2.1%)	
救命救急センター (A病院除く)	1,239	1,362	1,355	1,480	241 19.5%	77	143	159	198	121 157.1%	330	400	346	420	90 27.3%	832	819	850	862	30 3.6%	
救命救急センター平均	413	454	452	493	80 19.5%	26	48	53	66	40 157.1%	110	133	115	140	30 27.3%	277	273	283	287	10 3.6%	
その他の病院及び診療所	7,819	6,800	7,348	9,409	1,590 20.3%	4,534	4,121	4,241	5,433	899 19.8%	2,528	2,201	2,594	3,233	705 27.9%	757	478	513	743	▲14 ▲1.8%	
市外の病院及び診療所	4,283	4,204	4,704	4,959	676 15.8%	2,032	2,019	2,354	2,495	463 22.8%	1,869	1,789	1,913	2,046	177 9.5%	382	396	437	418	36 9.4%	

* 輪番病院は、小児科二次輪番のみの参加医療機関を除く

【再掲】

(単位：件)

輪番当番日			輪番当番日以外	
総数	当番日割合	1当番日あたり患者数	総数	当番日以外の割合
1,026	13.7%	-	6,440	86.3%
43	-	5	280	-

表2 救急車搬送割合の医療機関比較 【夜間・休日、重症度別】

※ 本市の救急搬送件数に占める、各医療機関カテゴリー別の割合

【平成20年～23年の各年4月～11月】

*医療機関カテゴリーは、平成23年11月現在

医療機関カテゴリー	夜間・休日の救急車搬送件数 合計					重症度別内訳															
						軽症					中等症					重症以上					
	20年	21年	22年	23年	増減(23年対20年比)	20年	21年	22年	23年	増減(23年対20年比)	20年	21年	22年	23年	増減(23年対20年比)	20年	21年	22年	23年	増減(23年対20年比)	
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	0.0P	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	0.0P	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	0.0P	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	0.0P	
二次救急拠点病院 合計	64.1%	67.0%	65.6%	61.6%	▲2.5P	68.0%	70.5%	68.3%	63.2%	▲4.8P	58.7%	62.3%	62.1%	59.5%	0.8P	57.3%	59.5%	60.4%	59.4%	2.1P	
二次救急拠点病院 A	42.6%	44.3%	41.1%	38.0%	▲4.7P	42.7%	44.1%	39.0%	34.4%	▲8.4P	40.9%	43.0%	42.7%	40.8%	▲0.1P	47.5%	49.8%	49.5%	49.9%	2.4P	
二次救急拠点病院 B	21.4%	22.7%	24.4%	23.6%	2.2P	25.3%	26.3%	29.3%	28.8%	3.5P	17.8%	19.2%	19.4%	18.7%	1.0P	9.8%	9.8%	10.9%	9.5%	▲0.4P	
輪番病院 (A、B病院以外)	11.2%	10.6%	11.2%	12.3%	1.1P	11.1%	10.7%	11.8%	13.5%	2.4P	13.1%	11.7%	11.7%	12.1%	▲0.9P	5.7%	6.1%	5.9%	6.0%	0.3P	
その他の病院等 (A、B、輪番病院以外)	24.8%	22.4%	23.2%	26.1%	1.3P	20.9%	18.9%	19.9%	23.4%	2.5P	28.3%	26.1%	26.2%	28.4%	0.1P	37.0%	34.3%	33.8%	34.6%	▲2.4P	
救命救急センター (A病院除く)	2.3%	2.5%	2.3%	2.4%	0.1P	0.2%	0.4%	0.5%	0.6%	0.3P	2.0%	2.4%	1.9%	2.1%	0.1P	15.6%	16.6%	15.9%	14.7%	▲0.9P	
その他の病院及び診療所	14.5%	12.3%	12.7%	15.5%	1.0P	14.3%	12.4%	12.5%	15.6%	1.4P	15.1%	13.1%	14.0%	16.1%	1.0P	14.2%	9.7%	9.6%	12.7%	▲1.5P	
市外の病院及び診療所	8.0%	7.6%	8.2%	8.2%	0.2P	6.4%	6.1%	6.9%	7.2%	0.8P	11.2%	10.6%	10.3%	10.2%	▲1.0P	7.2%	8.0%	8.2%	7.2%	▲0.0P	

* 輪番病院は、小児科二次輪番のみの参加医療機関を除く

(消防局救急統計データにもとづき、健康福祉局医療政策室が作成)

表3 救急車搬送件数の医療機関比較【内科・外科のみ 夜間・休日、重症度別】

【平成20年～23年の各年4月～11月】

*医療機関カテゴリーは、平成23年11月現在

- ① 「増減（23年対20年比）」の、上段は増減比、下段（%）は増減の重症度別構成比を表す
- ② 重症度の判定は、各医療機関の医師による初見時の判定（救急隊収容書）による
- ③ この表の夜間、休日の定義（=救急患者受入実績加算の積算根拠となる時間）
 - ・夜間：午後5時から翌日午前9時まで
 - ・休日：午前9時から午後5時まで

(単位：件)

医療機関カテゴリー	夜間・休日の救急車搬送件数 合計					重症度別内訳														
						軽症・その他					中等症					重症以上				
	20年	21年	22年	23年	増減(23年対20年比)	20年	21年	22年	23年	増減(23年対20年比)	20年	21年	22年	23年	増減(23年対20年比)	20年	21年	22年	23年	増減(23年対20年比)
全体	51,688	53,365	55,646	58,683	6,995 13.5% (100.0%)	29,782	31,515	31,997	32,580	2,798 9.4% (40.0%)	15,606	15,936	17,314	18,767	3,161 20.3% (45.2%)	4,888	4,804	5,011	5,510	622 12.7% (8.9%)
二次救急拠点病院 合計	33,508	36,119	37,080	36,942	3,434 10.2% (100.0%)	21,033	22,879	22,702	21,702	669 3.1% (19.5%)	9,532	10,325	11,237	11,835	2,303 24.2% (67.1%)	2,943	2,915	3,141	3,405	462 15.7% (13.6%)
二次救急拠点病院 A	20,914	22,614	21,975	21,473	559 2.7% (100.0%)	12,237	13,509	12,127	10,970	▲1,267 ▲10.4% (▲226.7%)	6,291	6,753	7,326	7,711	1,420 22.6% (254.0%)	2,386	2,352	2,522	2,792	406 17.0% (72.6%)
A病院平均	2,091	2,261	2,198	2,147	56 2.7%	1,224	1,351	1,213	1,097	▲127 ▲10.4%	629	675	733	771	142 22.6%	239	235	252	279	41 -
二次救急拠点病院 B	12,594	13,505	15,105	15,469	2,875 22.8% (100.0%)	8,796	9,370	10,575	10,732	1,936 22.0% (67.3%)	3,241	3,572	3,911	4,124	883 27.2% (30.7%)	557	563	619	613	56 10.1% (1.5%)
B病院平均	1,145	1,228	1,373	1,406	261 22.8%	800	852	961	976	176 22.0%	295	325	356	375	80 27.2%	51	51	56	56	5 -
輪番病院 (A・B病院以外)	5,466	5,338	5,784	6,637	1,171 21.4% (100.0%)	3,152	3,192	3,536	4,109	957 30.4% (81.7%)	2,043	1,813	1,985	2,221	178 8.7% (15.2%)	271	333	263	307	36 13.3% (3.1%)
輪番病院平均	288	281	304	349	62 21.4%	166	168	186	216	50 30.4%	108	95	104	117	9 8.7%	14	18	14	16	2 13.3%
その他の病院等 (A、B、輪番病院以外)	12,714	11,908	12,782	15,104	2,390 18.8% (100.0%)	5,597	5,444	5,759	6,769	1,172 20.9% (49.0%)	4,031	3,798	4,092	4,711	680 16.9% (28.5%)	1,674	1,556	1,607	1,798	124 7.4% (5.2%)
救命救急センター (A病院除く)	1,020	1,317	1,268	1,429	409 40.1%	58	134	143	179	121 208.6%	269	373	321	408	139 51.7%	693	810	804	842	149 21.5%
救命救急センター平均	340	439	423	476	136 -	19	45	48	60	40 -	90	124	107	136	46 -	231	270	268	281	50 -
その他の病院及び診療所	7,819	6,800	7,348	9,409	1,590 20.3%	3,697	3,499	3,548	4,504	807 21.8%	2,071	1,797	2,072	2,499	428 20.7%	639	394	404	590	▲59 ▲9.2%
市外の病院及び診療所	3,875	3,791	4,166	4,266	391 10.1%	1,842	1,811	2,068	2,086	244 13.2%	1,691	1,628	1,699	1,804	113 6.7%	342	352	399	376	34 9.9%

【再掲】

(単位：件)

輪番当番日			輪番当番日以外	
総数	当番日割合	1当番日あたり患者数	総数	当番日以外の割合
905	13.6%		5,732	86.4%
48	-	4.4	302	-

表4 救急車搬送割合の医療機関比較【内科・外科のみ 夜間・休日、重症度別】

※本市の救急搬送件数に占める、各医療機関カテゴリー別の割合

【平成20年・21年・22年・23年の各年4月～11月】

*医療機関カテゴリーは、平成23年11月現在

医療機関カテゴリー	夜間・休日の救急車搬送件数 合計					重症度別内訳														
						軽症					中等症					重症以上				
	20年	21年	22年	23年	増減(23年対20年比)	20年	21年	22年	23年	増減(23年対20年比)	20年	21年	22年	23年	増減(23年対20年比)	20年	21年	22年	23年	増減(23年対20年比)
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	0.0P	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	0.0P	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	0.0P	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	0.0P
二次救急拠点病院 合計	64.8%	67.7%	66.6%	63.0%	▲1.9P	70.6%	72.6%	71.0%	66.6%	▲4.0P	61.1%	64.8%	64.9%	63.1%	2.0P	60.2%	60.7%	62.7%	61.8%	1.6P
二次救急拠点病院 A	40.5%	42.4%	39.5%	36.6%	▲3.9P	41.1%	42.9%	37.9%	33.7%	▲7.4P	40.3%	42.4%	42.3%	41.1%	0.8P	48.8%	49.0%	50.3%	50.7%	1.9P
二次救急拠点病院 B	24.4%	25.3%	27.1%	26.4%	2.0P	29.5%	29.7%	33.0%	32.9%	3.4P	20.8%	22.4%	22.6%	22.0%	1.2P	11.4%	11.7%	12.4%	11.1%	▲0.3P
輪番病院 (A・B病院以外)	10.6%	10.0%	10.4%	11.3%	0.7P	10.6%	10.1%	11.1%	12.6%	2.0P	13.1%	11.4%	11.5%	11.8%	▲1.3P	5.5%	6.9%	5.2%	5.6%	0.0P
その他の病院等 (A、B、輪番病院以外)	24.6%	22.3%	23.0%	25.7%	1.1P	18.8%	17.3%	18.0%	20.8%	2.0P	25.8%	23.8%	23.6%	25.1%	▲0.7P	34.2%	32.4%	32.1%	32.6%	▲1.6P
救命救急センター (A病院除く)	2.0%	2.5%	2.3%	2.4%	0.5P	0.2%	0.4%	0.4%	0.5%	0.4P	1.7%	2.3%	1.9%	2.2%	0.5P	14.2%	16.9%	16.0%	15.3%	1.1P
その他の病院及び診療所	15.1%	12.7%	13.2%	16.0%	0.9P	12.4%	11.1%	11.1%	13.8%	1.4P	13.3%	11.3%	12.0%	13.3%	0.0P	13.1%	8.2%	8.1%	10.5%	▲2.5P
市外の病院及び診療所	7.5%	7.1%	7.5%	7.3%	▲0.2P	6.2%	5.7%	6.5%	6.4%	0.2P	10.8%	10.2%	9.8%	9.6%	▲1.2P	7.0%	7.3%	8.0%	6.8%	▲0.2P

*輪番病院は、小児科二次輪番のみの参加医療機関を除く

(消防局救急統計データにもとづき、健康福祉局医療政策室が作成)

表5 救急平均活動時間 (指令～病院到着まで)

年(平成)	①指令～ ②現場到着	③現場到着～④搬送開始	⑤搬送開始～ ⑥病院到着	①指令～ ⑥病院到着
20年【平均】	6.0分	16.2分	9.0分	31.2分
1月	5.9分	16.4分	9.0分	31.3分
2月	6.2分	16.6分	9.4分	32.3分
3月	6.0分	16.3分	9.3分	31.6分
4月	5.9分	16.1分	9.0分	31.0分
5月	5.9分	16.1分	9.0分	31.0分
6月	5.8分	15.7分	8.7分	30.4分
7月	6.0分	15.8分	8.8分	30.6分
8月	6.0分	15.8分	8.7分	30.6分
9月	6.0分	15.9分	9.0分	30.9分
10月	6.1分	16.1分	9.0分	31.2分
11月	6.2分	16.4分	9.1分	31.7分
12月	6.3分	16.4分	9.1分	31.8分

増減				
		③～④	対20年	
22年【平均】	6.4分	18.1分	1.9分	9.4分
1月	6.4分	18.1分	1.7分	9.5分
2月	6.3分	18.3分	1.7分	9.6分
3月	6.3分	18.1分	1.8分	9.5分
4月	6.4分	18.1分	2.0分	9.5分
5月	6.3分	18.0分	1.9分	9.5分
6月	6.4分	17.9分	2.2分	9.4分
7月	6.6分	17.9分	2.1分	9.5分
8月	6.5分	18.2分	2.4分	9.2分
9月	6.6分	17.8分	1.9分	9.3分
10月	6.4分	18.2分	2.1分	9.4分
11月	6.4分	18.4分	2.0分	9.5分
12月	6.6分	18.7分	2.3分	9.6分

増減				
		③～④	対20年	対22年
23年【平均】	6.5分	19.1分	2.9分	1.0分
1月	6.6分	19.3分	2.9分	1.2分
2月	6.6分	19.3分	2.7分	1.0分
3月	6.6分	19.1分	2.8分	1.0分
4月	6.3分	18.8分	2.7分	0.7分
5月	6.3分	18.6分	2.5分	0.6分
6月	6.4分	18.7分	3.0分	0.8分
7月	6.6分	18.9分	3.1分	1.0分
8月	6.7分	19.1分	3.3分	0.9分
9月	6.7分	19.3分	3.4分	1.5分
10月	6.5分	19.6分	3.5分	1.4分
11月	6.5分	19.6分	3.2分	1.2分

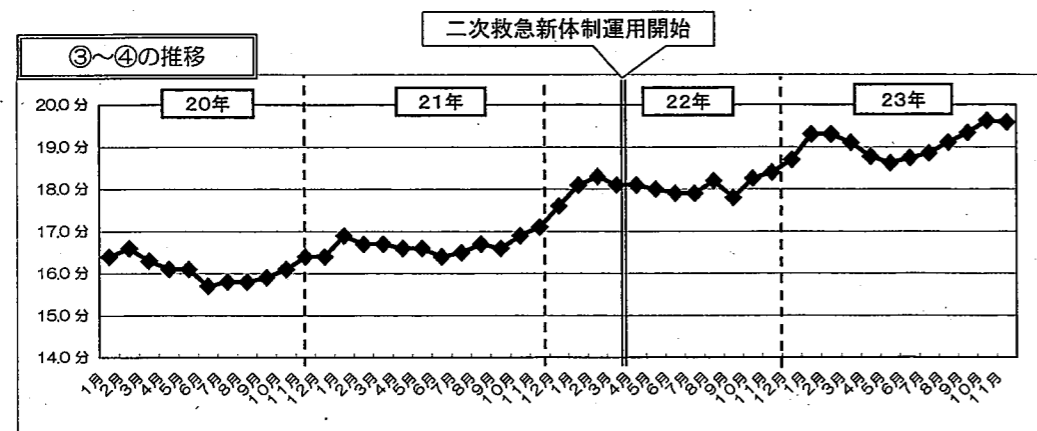
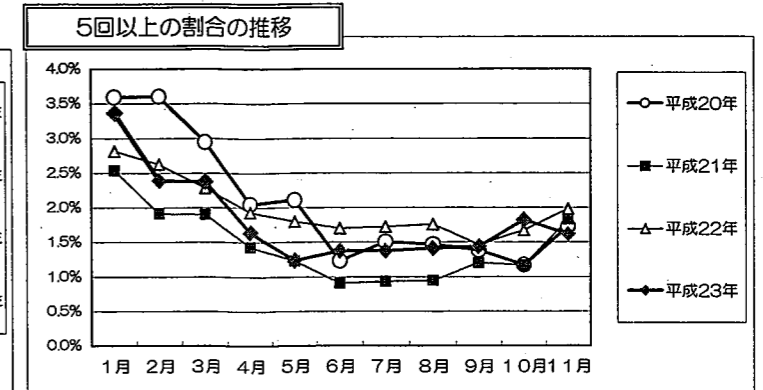
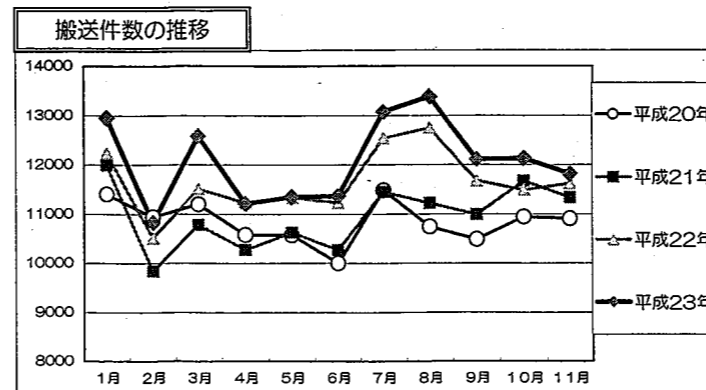


表6 医療機関への受入照会回数

平成20年	搬送件数	搬送受入までの照会回数					
		1回	2回	3回	4回	5回以上	5回以上割合
1月	11,404件	8,541件	1,521件	613件	319件	410件	3.6%
2月	10,935件	8,187件	1,398件	610件	346件	394件	3.6%
3月	11,199件	8,289件	1,566件	663件	351件	330件	2.9%
4月	10,580件	8,206件	1,432件	501件	224件	217件	2.1%
5月	10,570件	8,109件	1,431件	574件	233件	223件	2.1%
6月	10,002件	8,048件	1,218件	440件	173件	123件	1.2%
7月	11,481件	9,180件	1,403件	539件	186件	173件	1.5%
8月	10,744件	8,545件	1,352件	490件	199件	158件	1.5%
9月	10,482件	8,561件	1,207件	411件	158件	145件	1.4%
10月	10,947件	8,855件	1,343件	450件	171件	128件	1.2%
11月	10,902件	8,720件	1,331件	474件	189件	188件	1.7%
20年【計】	119,246件	93,241件	15,202件	5,765件	2,549件	2,489件	2.1%
【月平均】	10,841件	8,476件	1,382件	524件	232件	226件	2.1%

平成22年	搬送件数	搬送受入までの照会回数					
		1回	2回	3回	4回	5回以上	5回以上割合
1月	12,243件	9,295件	1,606件	675件	322件	345件	2.8%
2月	10,513件	8,077件	1,317件	609件	234件	276件	2.6%
3月	11,518件	8,795件	1,545件	650件	265件	263件	2.3%
4月	11,224件	8,688件	1,534件	548件	237件	217件	1.9%
5月	11,332件	8,774件	1,526件	592件	236件	204件	1.8%
6月	11,234件	8,846件	1,461件	528件	208件	191件	1.7%
7月	12,535件	9,681件	1,718件	652件	268件	216件	1.7%
8月	12,750件	9,790件	1,807件	651件	278件	224件	1.8%
9月	11,680件	9,176件	1,553件	545件	235件	171件	1.5%
10月	11,486件	8,879件	1,611件	580件	224件	192件	1.7%
11月	11,621件	8,926件	1,592件	619件	254件	230件	2.0%
22年【計】	128,136件	98,927件	17,270件	6,649件	2,761件	2,529件	2.0%
【月平均】	11,649件	8,993件	1,570件	604件	251件	230件	2.0%

平成23年	搬送件数	搬送受入までの照会回数						増減	
		1回	2回	3回	4回	5回以上	5回以上割合	対20年	対22年
1月	12,954件	9,565件	1,793件	783件	377件	436件	3.4%	0.8P	0.5P
2月	10,826件	8,139件	1,547件	609件	272件	259件	2.4%	0.5P	▲0.2P
3月	12,583件	9,506件	1,776件	688件	314件	299件	2.4%	0.5P	0.1P
4月	11,213件	8,768件	1,492件	556件	213件	184件	1.6%	0.2P	▲0.3P
5月	11,350件	8,932件	1,528件	514件	236件	140件	1.2%	0.0P	▲0.6P
6月	11,361件	8,995件	1,472件	523件	215件	156件	1.4%	0.5P	▲0.3P
7月	13,073件	10,231件	1,795件	628件	239件	180件	1.4%	0.4P	▲0.3P
8月	13,385件	10,421件	1,838件	664件	273件	189件	1.4%	0.5P	▲0.3P
9月	12,111件	9,548件	1,521件	609件	259件	174件	1.4%	0.2P	▲0.0P
10月	12,131件	9,402件	1,579件	621件	308件	221件	1.8%	0.7P	0.2P
11月	11,814件	9,245件	1,520件	618件	240件	191件	1.6%	▲0.2P	▲0.4P
23年【計】	132,801件	102,752件	17,861件	6,813件	2,946件	2,429件	1.8%	▲0.3P	▲0.1P
【月平均】	12,073件	9,341件	1,624件	619件	268件	221件	1.8%	▲0.3P	▲0.1P



(消防局救急統計データにもとづき、健康福祉局医療政策室が作成)

表7 救急平均活動時間 (指令～病院到着まで)
【内科・外科のみ、かつ重症以上】

年(平成)	①指令～ ②現場到着	③現場到着～④搬送開始	⑤搬送開始～ ⑥病院到着	①指令～ ⑥病院到着
20年【平均】	6.0分	15.6分	9.4分	31.0分
1月	5.8分	15.9分	9.1分	30.7分
2月	6.0分	15.7分	9.6分	31.4分
3月	5.9分	15.9分	10.1分	31.9分
4月	5.8分	15.8分	9.4分	31.0分
5月	5.8分	15.8分	9.3分	30.8分
6月	5.8分	15.5分	9.3分	30.6分
7月	6.0分	15.1分	9.5分	30.5分
8月	5.9分	15.3分	8.9分	30.1分
9月	6.0分	15.1分	9.1分	30.2分
10月	5.9分	15.2分	9.7分	30.8分
11月	6.2分	16.3分	9.4分	31.9分
12月	6.3分	16.1分	9.5分	31.9分

増減

22年【平均】	6.4分	③～④		9.9分	33.3分
		17.0分	対20年 1.4分		
1月	6.4分	16.9分	1.0分	9.6分	32.8分
2月	6.3分	17.1分	1.4分	10.4分	33.7分
3月	6.3分	16.6分	0.7分	9.8分	32.8分
4月	6.5分	17.0分	1.2分	10.1分	33.5分
5月	6.3分	17.0分	1.2分	10.3分	33.6分
6月	6.3分	17.0分	1.5分	10.0分	33.2分
7月	6.5分	16.7分	1.6分	9.6分	32.7分
8月	6.4分	17.1分	1.8分	9.7分	33.2分
9月	6.4分	16.8分	1.7分	9.6分	32.8分
10月	6.4分	17.4分	2.2分	9.5分	33.4分
11月	6.3分	17.5分	1.2分	9.9分	33.8分
12月	6.6分	17.4分	1.3分	10.3分	34.4分

増減

23年【平均】	6.5分	③～④		9.6分	33.7分
		17.5分	対22年 0.5分		
1月	6.6分	17.5分	1.1分	10.4分	34.5分
2月	6.4分	17.0分	1.0分 ▲0.1分	9.6分	33.0分
3月	6.6分	17.8分	2.0分	9.6分	34.0分
4月	6.3分	17.0分	1.4分	9.4分	32.8分
5月	6.2分	17.2分	1.4分	9.3分	32.7分
6月	6.4分	17.1分	1.2分	9.5分	33.0分
7月	6.6分	17.9分	1.7分	9.7分	34.2分
8月	6.7分	17.9分	1.8分	9.7分	34.3分
9月	6.7分	17.9分	2.0分	9.7分	34.4分
10月	6.4分	17.9分	1.6分	9.6分	34.0分
11月	6.5分	17.6分	1.4分	9.4分	33.6分

③～④の推移

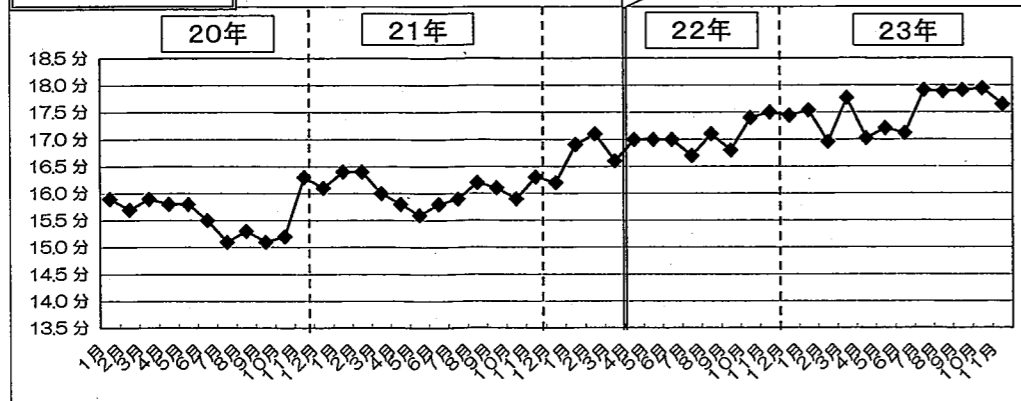


表8 医療機関への受入照会回数
【内科・外科のみ、かつ重症以上】

20年	搬送件数	搬送受入までの照会回数					
		1回	2回	3回	4回	5回以上	5回以上割合
1月	1,332件	1,026件	161件	64件	31件	50件	3.8%
2月	1,214件	962件	118件	60件	31件	43件	3.5%
3月	1,111件	826件	160件	56件	31件	38件	3.4%
4月	1,077件	849件	133件	52件	16件	27件	2.5%
5月	1,223件	824件	123件	57件	196件	23件	1.9%
6月	884件	741件	82件	39件	13件	9件	1.0%
7月	1,014件	875件	82件	28件	19件	10件	1.0%
8月	966件	824件	83件	32件	11件	16件	1.7%
9月	985件	859件	73件	25件	13件	15件	1.5%
10月	1,089件	948件	84件	31件	14件	12件	1.1%
11月	1,134件	960件	84件	45件	18件	27件	2.4%
20年【計】	12,029件	9,694件	1,183件	489件	393件	270件	2.2%
【月平均】	1,094件	881件	108件	44件	36件	25件	2.2%

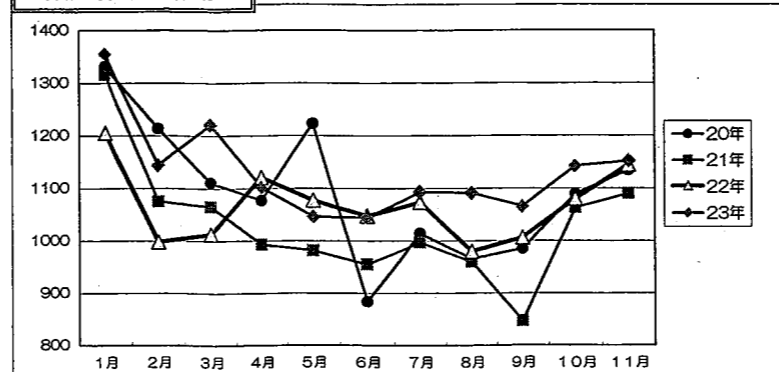
22年	搬送件数	1回	2回	3回	4回	5回以上	5回以上割合
1月	1,206件	981件	109件	47件	31件	38件	3.2%
2月	998件	827件	85件	40件	25件	21件	2.1%
3月	1,013件	846件	81件	48件	18件	20件	2.0%
4月	1,121件	941件	103件	33件	16件	28件	2.5%
5月	1,077件	890件	97件	41件	24件	25件	2.3%
6月	1,047件	887件	84件	48件	9件	19件	1.8%
7月	1,073件	908件	103件	30件	10件	22件	2.1%
8月	980件	820件	99件	33件	16件	12件	1.2%
9月	1,006件	866件	89件	24件	14件	13件	1.3%
10月	1,080件	907件	100件	41件	14件	18件	1.7%
11月	1,145件	933件	114件	45件	22件	31件	2.7%
22年【計】	11,746件	9,806件	1,064件	430件	199件	247件	2.1%
【月平均】	1,068件	891件	97件	39件	18件	22件	2.1%

23年	搬送件数	1回	2回	3回	4回	5回以上	5回以上割合
1月	1,355件	1,109件	96件	62件	33件	55件	4.1%
2月	1,144件	955件	108件	43件	23件	15件	1.3%
3月	1,221件	1,011件	103件	55件	26件	26件	2.1%
4月	1,102件	961件	73件	41件	12件	15件	1.4%
5月	1,046件	908件	78件	24件	24件	12件	1.1%
6月	1,044件	901件	83件	30件	20件	10件	1.0%
7月	1,093件	907件	112件	44件	15件	15件	1.4%
8月	1,091件	922件	105件	36件	12件	16件	1.5%
9月	1,066件	916件	86件	33件	21件	10件	0.9%
10月	1,142件	963件	97件	39件	21件	22件	1.9%
11月	1,152件	987件	100件	32件	11件	22件	1.9%
23年【計】	12,456件	10,540件	1,041件	439件	218件	218件	1.8%
【月平均】	1,132件	958件	95件	40件	20件	20件	1.8%

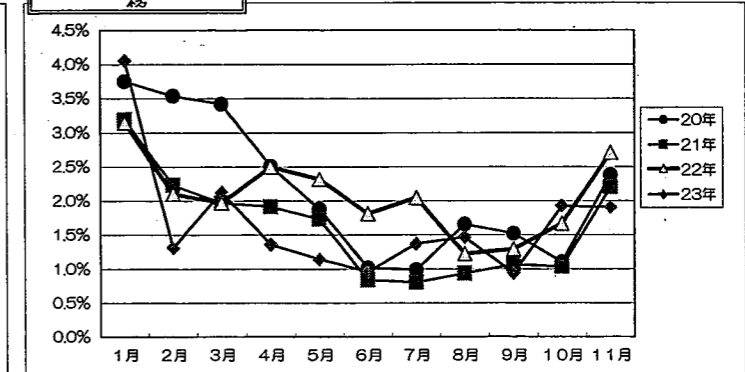
増減

20年比較	22年比較
0.3P	0.9P
▲2.2P	▲0.8P
▲1.3P	0.2P
▲1.1P	▲1.1P
▲0.7P	▲1.2P
▲0.1P	▲0.9P
0.4P	▲0.7P
▲0.2P	0.2P
▲0.6P	▲0.4P
0.8P	0.3P
▲0.5P	▲0.4P
▲0.5P	▲0.4P

搬送件数の推移



5回以上の割合の推移



(消防局救急統計データにもとづき、健康福祉局医療政策室が作)

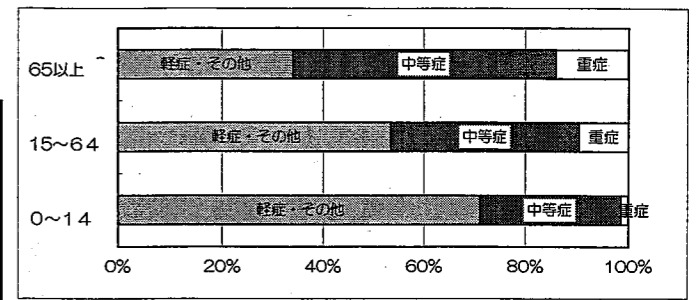
表9 医療機関への受入照会回数【年齢区分別、重症度別】（各年4月～11月で比較）

平成20年

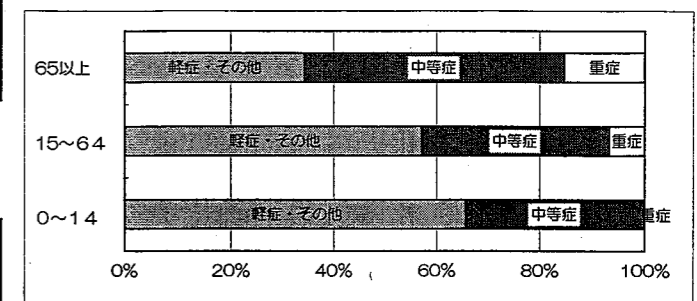
医療機関照会回数		1回			2回			3回			4回			5回以上					
重症度		軽症・その他	中等症	重症	軽症・その他	中等症	重症	軽症・その他	中等症	重症	軽症・その他	中等症	重症	軽症・その他		中等症		重症	
年齢区分	救急搬送件数																		
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
0～14才	7,919	5,308	1,119	128	799	126	6	233	47	6	57	20	1	49	3.6%	19	1.4%	1	0.1%
15～64才	39,435	19,918	7,988	2,259	4,032	1,407	280	1,329	568	118	495	265	48	389	28.7%	270	19.9%	69	5.1%
65才以上	38,354	12,149	14,257	5,095	1,919	1,651	502	692	682	203	249	325	73	189	14.0%	290	21.4%	78	5.8%
計	85,708	37,375	23,364	7,482	6,750	3,184	788	2,254	1,297	327	801	610	122	627	46.3%	579	42.8%	148	10.9%

(単位：件)

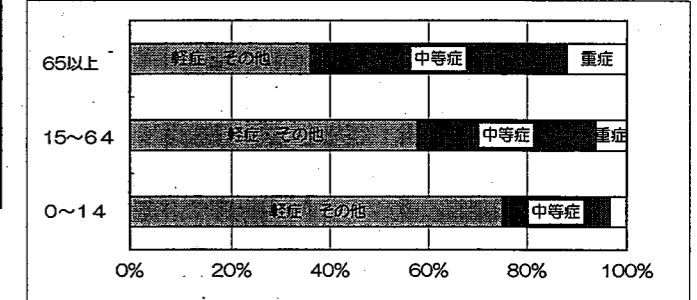
☆ 20年 5回以上の年齢区分別重症度割合



☆ 22年 5回以上の年齢区分別重症度割合



☆ 23年 5回以上の年齢区分別重症度割合



平成22年

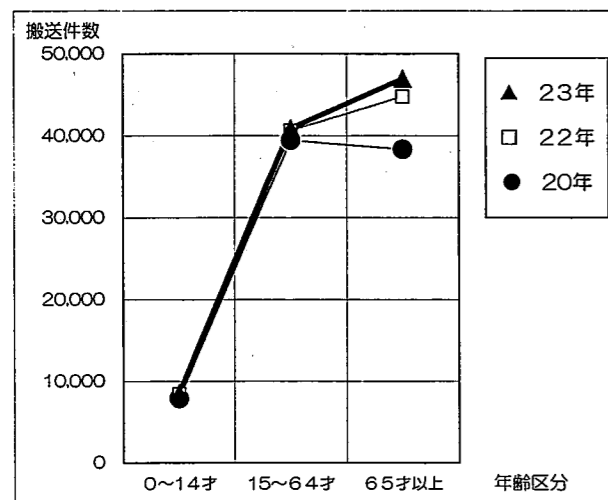
医療機関照会回数		1回			2回			3回			4回			5回以上					
重症度		軽症・その他	中等症	重症	軽症・その他	中等症	重症	軽症・その他	中等症	重症	軽症・その他	中等症	重症	軽症・その他		中等症		重症	
年齢区分	救急搬送件数																		
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
0～14才	8,443	5,305	1,328	148	970	185	14	274	56	3	84	14	1	40	2.4%	21	1.3%	0	0.0%
15～64才	40,650	20,046	8,072	2,109	4,499	1,594	286	1,598	633	110	609	286	39	439	26.7%	278	16.9%	52	3.2%
65才以上	44,769	13,813	16,393	5,546	2,485	2,251	520	928	912	199	391	427	89	279	17.0%	411	25.0%	125	7.6%
計	93,862	39,164	25,793	7,803	7,954	4,030	820	2,800	1,601	312	1,084	727	129	758	46.1%	710	43.2%	177	10.8%

平成23年

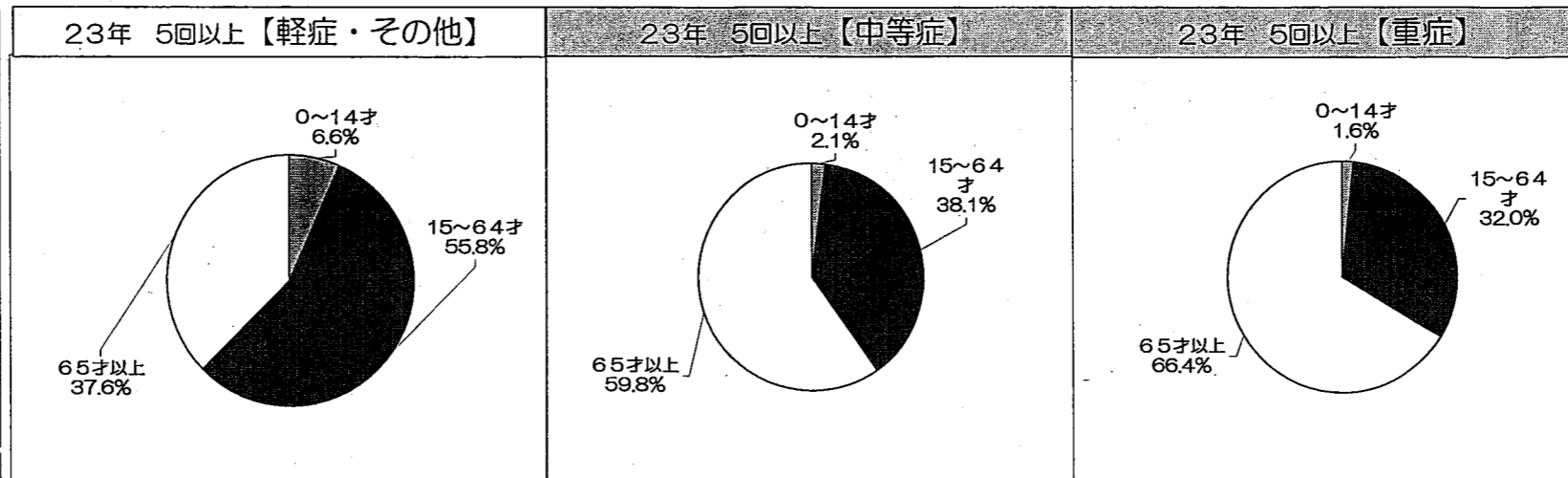
医療機関照会回数		1回			2回			3回			4回			5回以上					
重症度		軽症・その他	中等症	重症	軽症・その他	中等症	重症	軽症・その他	中等症	重症	軽症・その他	中等症	重症	軽症・その他		中等症		重症	
年齢区分	救急搬送件数																		
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
0～14才	8,571	5,467	1,325	149	965	157	11	266	60	2	87	21	1	45	3.1%	13	0.9%	2	0.1%
15～64才	40,902	20,141	8,524	2,191	4,317	1,553	242	1,617	629	84	565	332	47	381	26.6%	238	16.6%	41	2.9%
65才以上	46,965	14,610	17,382	5,753	2,707	2,291	502	922	952	201	385	453	92	257	17.9%	373	26.0%	85	5.9%
計	96,438	40,218	27,231	8,093	7,989	4,001	755	2,805	1,641	287	1,037	806	140	683	47.6%	624	43.5%	128	8.9%

5回以上【23年・20年比較】			5回以上【23年・22年比較】		
軽症・その他	中等症	重症	軽症・その他	中等症	重症
▲0.5P	▲0.5P	0.1P	0.7P	▲0.4P	0.1P
▲2.2P	▲3.4P	▲2.2P	▲0.1P	▲0.3P	▲0.3P
4.0P	4.6P	0.2P	0.9P	1.0P	▲1.7P
0.0P	0.7P	▲2.0P	1.5P	0.3P	▲1.8P

年齢区分別救急搬送件数の推移



23年 5回以上の重症度別 年齢割合



(消防局救急統計データにもとづき、健康福祉局医療政策室が作成)

表10 外傷（整形外科）救急車搬送件数比較

【平成20年、23年の各年4月～11月】

● 外傷（整形外科）関係搬送件数における照会回数5回以上の割合
※表11の網掛け部分の計

年	外傷（整形外科）関係搬送件数	外傷（整形外科）関係5回以上の照会	外傷（整形外科）関係5回以上の割合
平成20年4～11月	16,408件	342件	2.1%
平成23年4～11月	17,721件	355件	2.0%
増減（23年-20年）	1,313件	13件	▲0.1P

● 照会回数5回以上の事案における外傷（整形外科）関係の割合

年	5回以上の照会を要した件数 *表11の全件の計	外傷（整形外科）関係5回以上の照会 *表11の網掛け部分の計	外傷（整形外科）関係5回以上の割合
平成20年4～11月	1,355件	342件	25.2%
平成23年4～11月	1,435件	355件	24.7%
増減（23年-20年）	80件	13件	▲0.5P

（消防局救急統計データにもとづき、健康福祉局医療政策室が作成）

表11 疾病分類・負傷分類別救急車搬送件数

【平成20年、23年の各年4月～11月】

◆ 搬送先医療機関決定まで5回以上の照会を要したもの

* 網掛けは外傷（整形外科）関係

（単位：件）

疾病分類	20年4～11月搬送件数			23年4～11月搬送件数			負傷分類	20年4～11月搬送件数			23年4～11月搬送件数		
	5回以上照会件数	(割合)		5回以上照会件数	(割合)			5回以上照会件数	(割合)		5回以上照会件数	(割合)	
感染症及び寄生虫症	1,706	14 (0.8%)		2,125	29 (1.4%)		頭部損傷	8,896	159 (1.8%)		10,048	127 (1.3%)	
新生物	1,346	4 (0.3%)		1,355	8 (0.6%)		頸部損傷	1,421	20 (1.4%)		1,471	23 (1.6%)	
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	195	1 (0.5%)		200	1 (0.5%)		胸部<郭>損傷	924	19 (2.1%)		929	25 (2.7%)	
内分泌、栄養及び代謝疾患	1,592	27 (1.7%)		1,875	35 (1.9%)		腹部、下背部、腰椎及び骨盤部の損傷	1,984	32 (1.6%)		2,268	42 (1.9%)	
精神及び行動の障害	2,542	47 (1.8%)		2,428	60 (2.5%)		肩及び上腕の損傷	1,156	29 (2.5%)		1,328	26 (2.0%)	
神経系の疾患	1,840	26 (1.4%)		1,899	19 (1.0%)		肘及び前腕の損傷	1,068	24 (2.2%)		1,152	31 (2.7%)	
眼及び付属器の疾患	111	3 (2.7%)		104	2 (1.9%)		手首及び手の損傷	1,527	37 (2.4%)		1,389	24 (1.7%)	
耳及び乳様突起の疾患	482	9 (1.9%)		553	10 (1.8%)		股関節部及び大腿の損傷	1,878	46 (2.4%)		2,248	48 (2.1%)	
循環器系の疾患	9,357	93 (1.0%)		10,405	81 (0.8%)		膝及び下腿の損傷	1,991	36 (1.8%)		2,010	35 (1.7%)	
呼吸器系の疾患	4,567	53 (1.2%)		5,578	91 (1.6%)		足首及び足の損傷	1,078	20 (1.9%)		1,142	14 (1.2%)	
消化器系の疾患	4,644	80 (1.7%)		5,238	96 (1.8%)		多部位の損傷	1,450	30 (2.1%)		1,592	33 (2.1%)	
皮膚及び皮下組織の疾患	295	7 (2.4%)		350	7 (2.0%)		部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷又は部位不明の損傷	197	6 (3.0%)		233	4 (1.7%)	
筋骨格系及び結合組織の疾患	2,356	54 (2.3%)		2,531	68 (2.7%)		自然開口部からの異物侵入の作用	567	14 (2.5%)		508	6 (1.2%)	
尿路性器系の疾患	2,121	21 (1.0%)		2,350	31 (1.3%)		体表面の熱傷及び腐食、明示された部位	110	2 (1.8%)		117	3 (2.6%)	
妊娠、分娩及び産じょく<瘻>	569	23 (4.0%)		455	8 (1.8%)		眼及び内臓に限局する熱傷及び腐食	43	3 (7.0%)		25	0 (0.0%)	
周産期に発生した病態	146	5 (3.4%)		140	0 (0.0%)		多部位及び部位不明の熱傷及び腐食	50	0 (0.0%)		51	0 (0.0%)	
先天奇形、変形及び染色体異常	36	0 (0.0%)		33	0 (0.0%)		薬物、薬剤及び生物学的製剤による中毒	925	66 (7.1%)		765	53 (6.9%)	
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	25,380	327 (1.3%)		29,763	377 (1.3%)		薬用を主としない物質の毒作用	158	3 (1.9%)		150	5 (3.3%)	
							外因のその他及び詳細不明の作用	887	11 (1.2%)		1,502	12 (0.8%)	
疾病分類+負傷分類 総計	85,705	1,355		96,433	1,435		外傷の早期合併症	7	1 (14.3%)		7	0 (0.0%)	
疾病分類+負傷分類 網掛け部分計	16,408	342		17,721	355		外科的及び内科的ケアの合併症、他に分類されないもの	60	0 (0.0%)		67	0 (0.0%)	
							損傷、中毒及びその他の外因による影響の続発・後遺症	43	3 (7.0%)		49	1 (2.0%)	

（消防局救急統計データにもとづき、健康福祉局医療政策室が作成）

横浜市の新たな二次救急医療体制に関する
アンケート調査結果

<実施期間> 平成23年9月16日～平成23年9月28日

<対象病院> 二次救急医療体制参加病院 43病院
(内訳) ・二次救急拠点病院 20病院
(拠点病院 A 10病院、B 10病院)
・二次救急輪番病院 23病院

<回答率> 100% (43病院回答/43病院配付)

横浜市健康福祉局医療政策室

アンケート調査結果要旨

1 救急隊搬送患者の受入状況について

- (1) 問1の救急隊の搬送患者数の増減については、増加したと回答する病院の割合が多い(39.5%)。A病院は増加と減少の回答が同数のため、全体としての傾向は読み取れないが、B病院は増加したとの回答が多く、輪番病院は減少したとの回答がやや多い。
- (2) 問2の傷病程度の変化については、変化はないと回答する病院の割合が多い(39.5%)。A病院は重症患者が増加したと回答した病院が多く、B病院は、重症患者が増えたとする回答よりも、軽症患者が増えたとする回答の方が多く、輪番病院は、変化はないとする回答が多い。
- (3) 問3の意識の変化については、意識の変化はないと回答する病院の割合が多い(65.1%)。A病院は意識が向上したとの回答が多く、B病院は意識の変化はないと回答する病院が多く、輪番病院は意識の変化はないとの回答が多い。
- (3) いずれの質問もA病院、B病院、輪番病院といった病院カテゴリーによって回答傾向に差がみられ、救急隊搬送患者の受入状況の感覚に差が出てきていると思われる。

2 横浜市の新たな二次救急医療体制について

- (1) 問4の二次救急医療体制の見直しによる、改善効果があったかどうかといった設問については、全体では、思う・やや思うを合わせた回答が、思わない・あまり思わないを合わせた回答より多い。病院カテゴリー別にみると、A病院、B病院、輪番病院の順に、改善効果があったと思うという回答が多い。
- (2) 問5の二次救急医療体制の見直しにより生じた課題として、次のような意見があった。
 - ①一次救急など軽症患者を受け入れる医療機関の確保が必要。
 - ②在宅で生活が困難な患者等の退院先の確保が必要。
- (3) 問6の参加基準については、B病院の人員体制緩和の必要性や、医師確保についての医師の診療科や医師数を指定するのではなく、対応出来る手技や処置を限定すべきという意見があった。
- (4) 問7の補助金の体系に、救急搬送受入実績加算を導入したことについては、どちらともいえないとする回答数が多く、導入効果があったと思う、やや思うとする回答数が、効果があったと思わない、あまり思わないとする回答数とほぼ同数であり、A病院、B病院、輪番病院の順で効果ありと回答する医療機関の割合が高い。
- (5) 問9の二次救急と三次救急の機能分担ができていると思うかということについては、機能分担ができていると思う、やや思うとする病院数が、機能分担ができていないと思わない、あまり思わないとする回答数より多い。
- (6) 問10の初期救急の夜間急病センターや救急医療センターとの連携がとれていると思うかということについては、連携がとれていると思わない、あまり思わないとする病院数が、機能分担ができていると思う、やや思うとする回答数より多い。
- (7) 問11の二次救急を実施することで、三次救急に影響があると思うかということについては、影響があると思う、やや思うとする回答が多く、二次救急を受け入れることによりスタッフの負担が増すといった意見があった。

3 ウォークイン患者の受入状況について

- (1) 問15のウォークイン患者数及び傷病程度の変化については、変化はないという意見が大半を占めている。
- (2) 問16の深夜隊、準夜帯のウォークイン患者の受入に対しては、救急隊搬送に支障がない範囲で受け入れたいとする病院が多い。

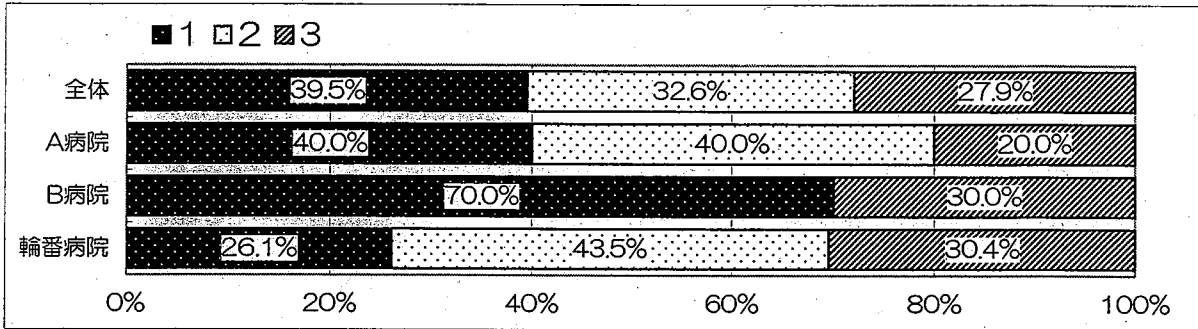
(事務局所見)

- ・A病院、B病院、輪番病院ごとに、救急隊搬送患者の受入状況の感覚に変化が生じてきたと思われる。ただし、変化の内容については、統計上の結果と乖離が見られた。
- ・A病院、B病院、輪番病院の順で意識が向上し、体制改善の効果が得られていると思われる。
- ・参加基準について、B病院の人員体制緩和が必要であるという意見があり、今後の課題と考える。

1 救急隊搬送患者の受入状況

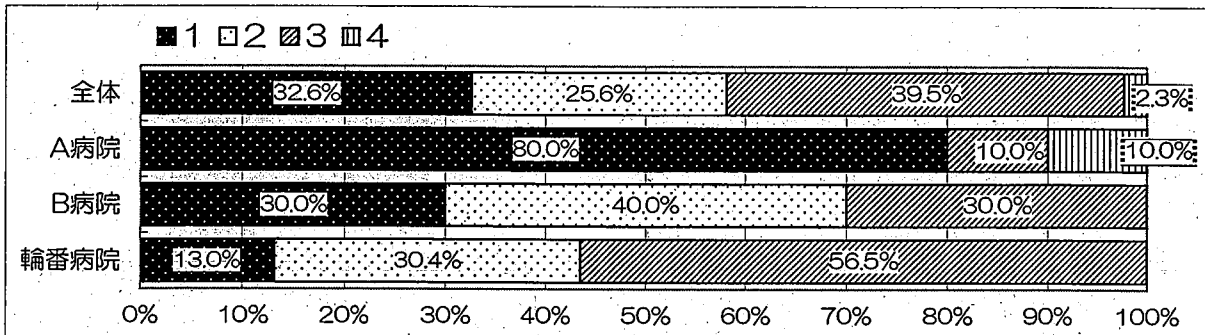
問1 二次救急医療体制見直し前と後では、救急隊の搬送患者数の変化がありましたか。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 搬送患者数（総数）が増えた	17	4	7	6
2 搬送患者数（総数）が減少した	14	4	0	10
3 搬送患者数（総数）に変化はない	12	2	3	7



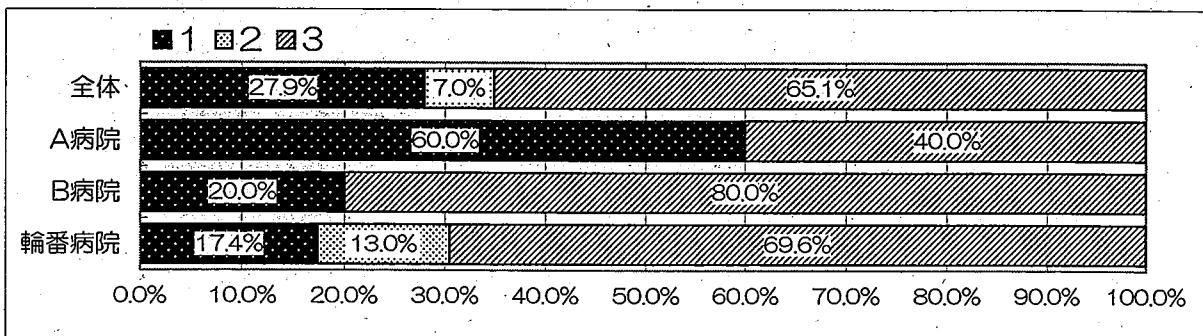
問2 二次救急医療体制見直し前と後では、救急隊の搬送患者の傷病程度に変化がありましたか。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 重症患者が増えた	14	8	3	3
2 軽症患者が増えた	11	0	4	7
3 変化はない	17	1	3	13
4 その他	1	1	0	0



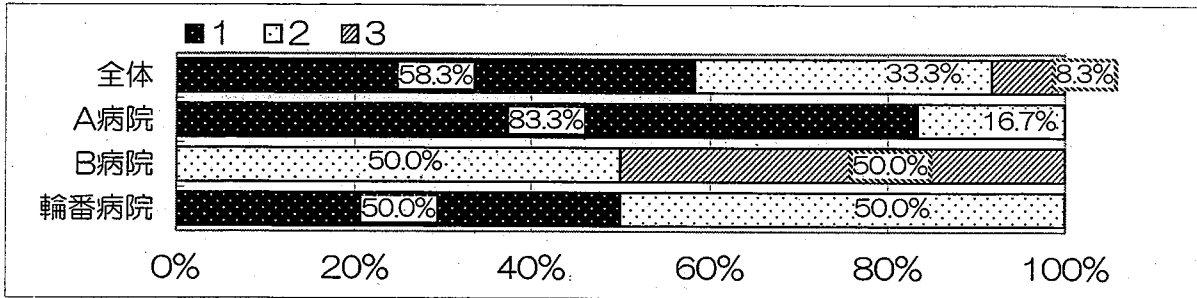
問3 新たな体制になったことにより、救急隊搬送患者の受入れに関して意識の変化はありましたか。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 意識が向上した	12	6	2	4
2 意識が低下した	3	0	0	3
3 意識の変化はない	28	4	8	16



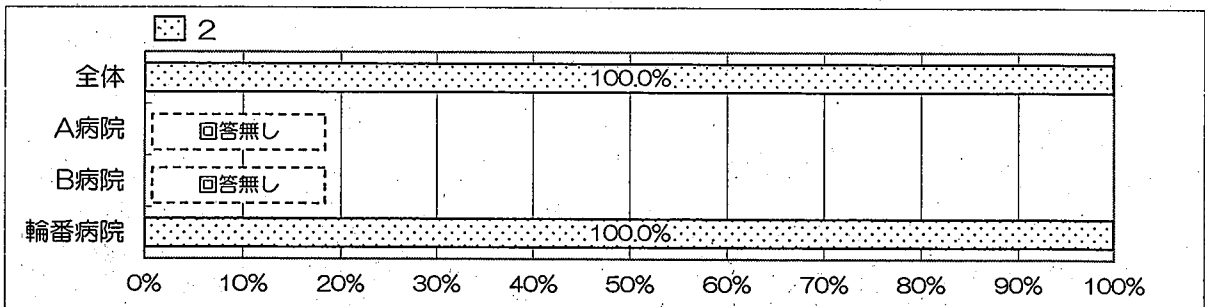
問3-1 意識向上の主な要因についてお答えください。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 新たな体制に位置づけられたことにより、医療スタッフの意識が向上した	7	5	0	2
2 補助金の仕組みが改善された（インセンティブになっている）	4	1	1	2
3 その他	1	0	1	0



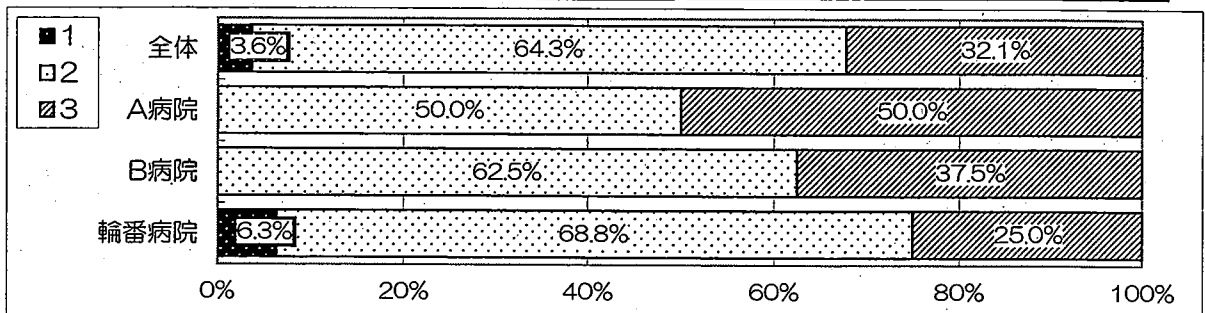
問3-2 意識低下の主な要因についてお答えください。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 受入について負担感が増した	0	0	0	0
2 ウォークイン患者が増えて、救急隊搬送の受入が困難になった	3	0	0	3
3 新しい補助金の体系に魅力を感じない	0	0	0	0
4 その他	0	0	0	0



問3-3 意識の変化がないと思う理由についてお答えください

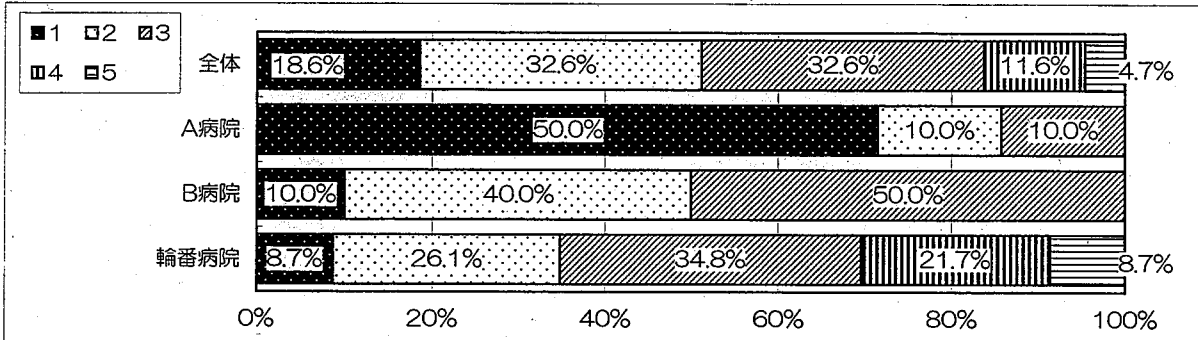
	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 補助金の仕組みが改善されたことを知らなかった	1	0	0	1
2 補助金の支出先が医療機関になっているため、現場の医療スタッフの待遇の変化が感じられない	18	2	5	11
3 その他	9	2	3	4



2 横浜市の新たな二次救急医療体制について

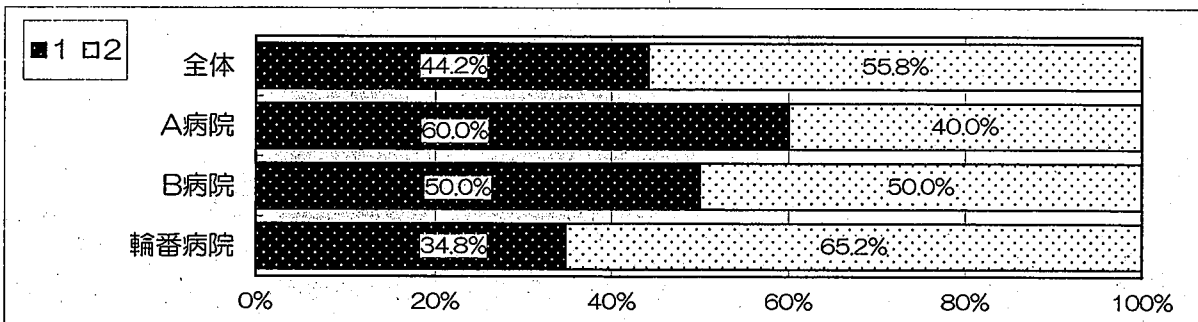
問4 二次救急医療体制の見直しによる、改善効果はあったと思いますか。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 思う	8	5	1	2
2 やや思う	14	4	4	6
3 どちらとも言えない	14	1	5	8
4 あまり思わない	5	0	0	5
5 思わない	2	0	0	2



問5 二次救急医療体制の見直しにより、生じた課題がありますか。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 ある	19	6	5	8
2 ない	24	4	5	15

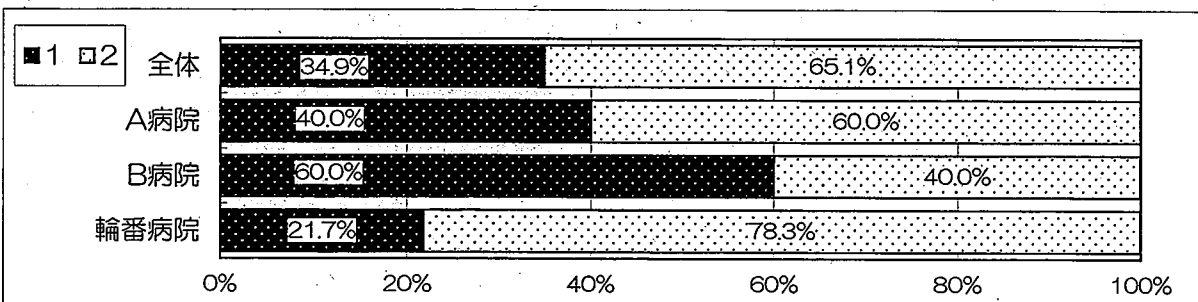


問5-1 どのような課題がありますか。

別紙のとおり

問6 参加基準について見直した方が良いと思う事はありますか。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 ある	15	4	6	5
2 ない	28	6	4	18

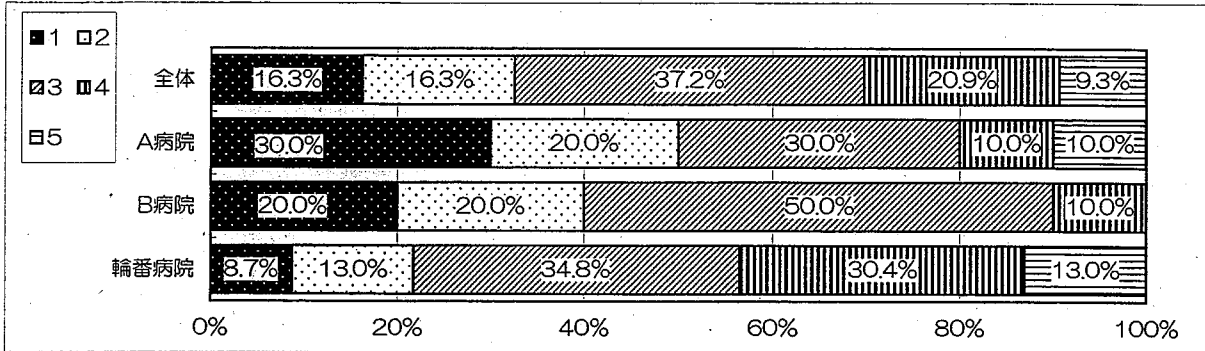


問6-1 見直した方が良いと思う事項を記載してください。

別紙のとおり

問7 補助金の体系について、救急搬送受入実績加算の導入効果はあったと思いますか。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 思う	7	3	2	2
2 やや思う	7	2	2	3
3 どちらとも言えない	16	3	5	8
4 あまり思わない	9	1	1	7
5 思わない	4	1	0	3

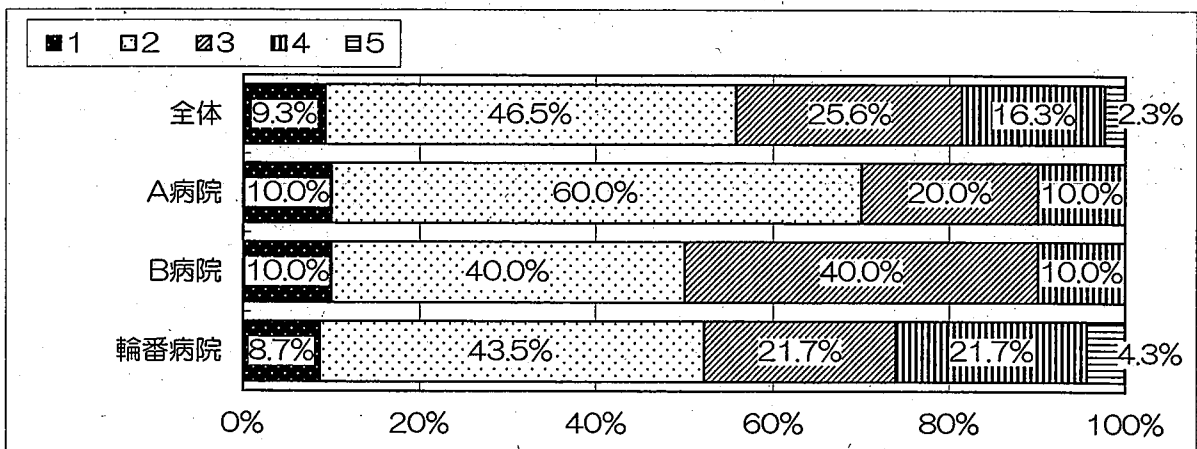


問8 更に有効と考えられる補助金の体系がありましたら、記載してください。

別紙のとおり

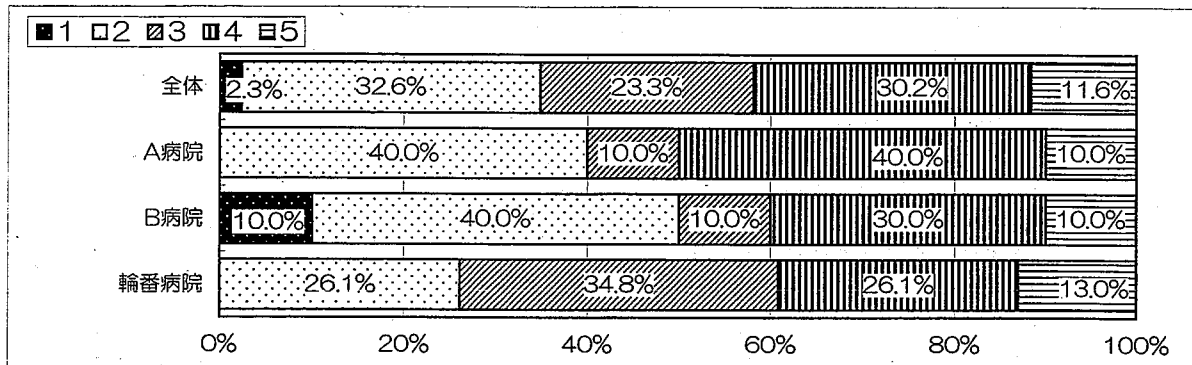
問9 二次救急と三次救急の機能分担はできていると思いますか。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 思う	4	1	1	2
2 やや思う	20	6	4	10
3 どちらとも言えない	11	2	4	5
4 あまり思わない	7	1	1	5
5 思わない	1	0	0	1



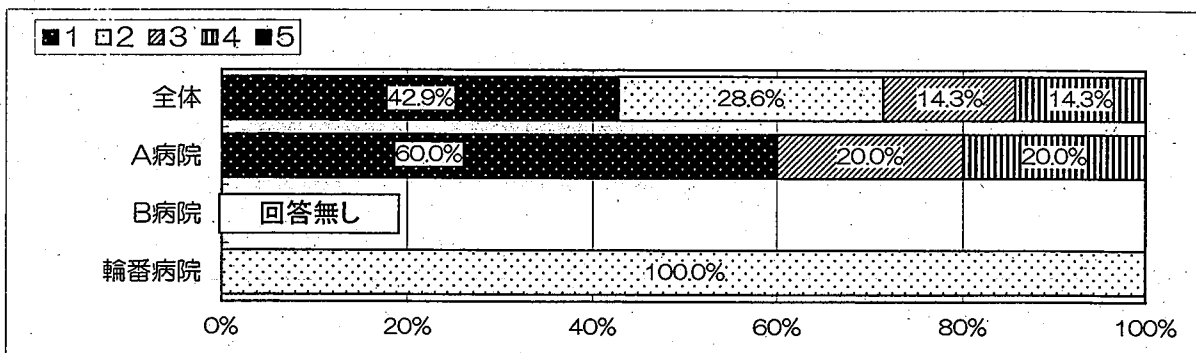
問10 初期救急の夜間急病センターや救急医療センターとの連携がとれていると思いますか。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 思う	1	0	1	0
2 やや思う	14	4	4	6
3 どちらとも言えない	10	1	1	8
4 あまり思わない	13	4	3	6
5 思わない	5	1	1	3



問11 二次救急を実施することで、三次救急に影響があると思いますか。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 思う	3	3	0	0
2 やや思う	2	0	0	2
3 どちらとも言えない	1	1	0	0
4 あまり思わない	1	1	0	0
5 思わない	0	0	0	0

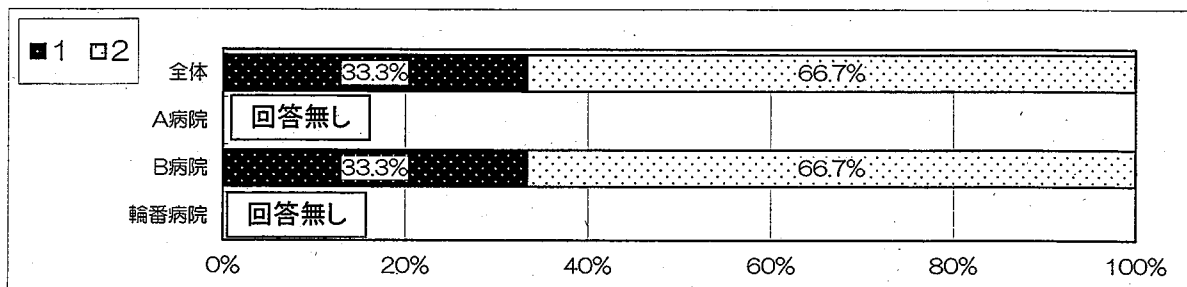


問11-1 どのような影響がありますか、記載をお願いします。

別紙のとおり

問12 体制参加にあたって、新たに医師の増員を行いましたか。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 増員した	1	0	1	0
2 増員しない	2	0	2	0



問12-1 増員した医師の診療科と人数をお答えください。

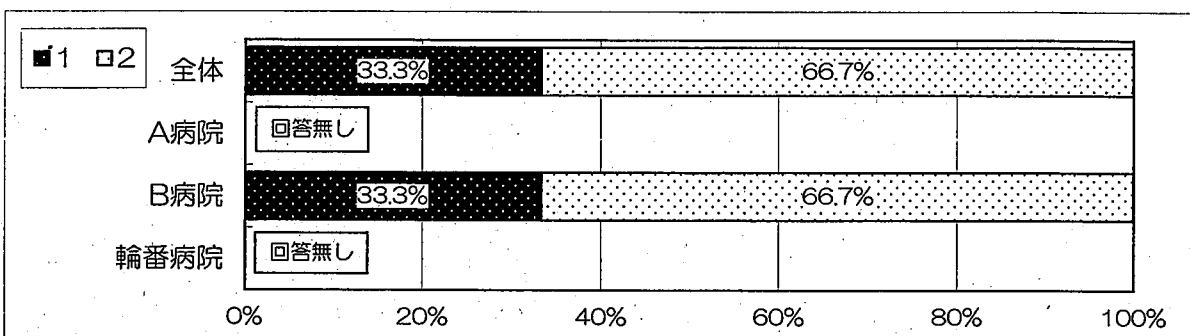
別紙のとおり

問13 体制参加にあたって、医師が不足していると感じる診療科がありましたら記載してください。

別紙のとおり

問14 体制参加にあたって、新たに看護師の増員を行いましたか。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 増員した	1	0	1	0
2 増員しない	2	0	2	0



問14-1 増員した看護師の人数をお答えください。

別紙のとおり

3 ウォークイン患者の受入状況について

問15 二次救急医療体制見直し前と後では、ウォークイン患者数及び傷病程度の変化はありましたか。準夜帯、深夜帯別に回答をお願いします。

①内科・外科・救急科等

		全体	A	B	輪番			全体	A	B	輪番			全体	A	B	輪番
準夜帯	1増加した	9	2	2	5	2減少した	8	1	1	6	3変化はない	26	7	7	12		
深夜帯	1増加した	7	1	2	4	2減少した	8	1	1	6	3変化はない	28	8	7	13		
傷病程度	1重症化した	5	2	1	2	2軽症化した	9	0	3	6	3変化はない	29	8	6	15		

②小児科

		全体	A	B	輪番			全体	A	B	輪番			全体	A	B	輪番
準夜帯	1増加した	1	1	0	0	2減少した	7	1	1	5	3変化はない	15	7	2	6		
深夜帯	1増加した	2	1	0	1	2減少した	6	1	1	4	3変化はない	15	7	2	6		
傷病程度	1重症化した	1	0	0	1	2軽症化した	2	1	0	1	3変化はない	20	8	3	9		

※診療科の区分けが分かる医療機関の回答（31医療機関の再掲）

内科系

		全体	A	B	輪番			全体	A	B	輪番			全体	A	B	輪番
準夜帯	1増加した	8	2	3	3	2減少した	9	1	1	7	3変化はない	14	3	2	9		
深夜帯	1増加した	5	1	2	2	2減少した	8	1	1	6	3変化はない	18	4	3	11		
傷病程度	1重症化した	6	3	1	2	2軽症化した	5	0	0	5	3変化はない	20	3	5	12		

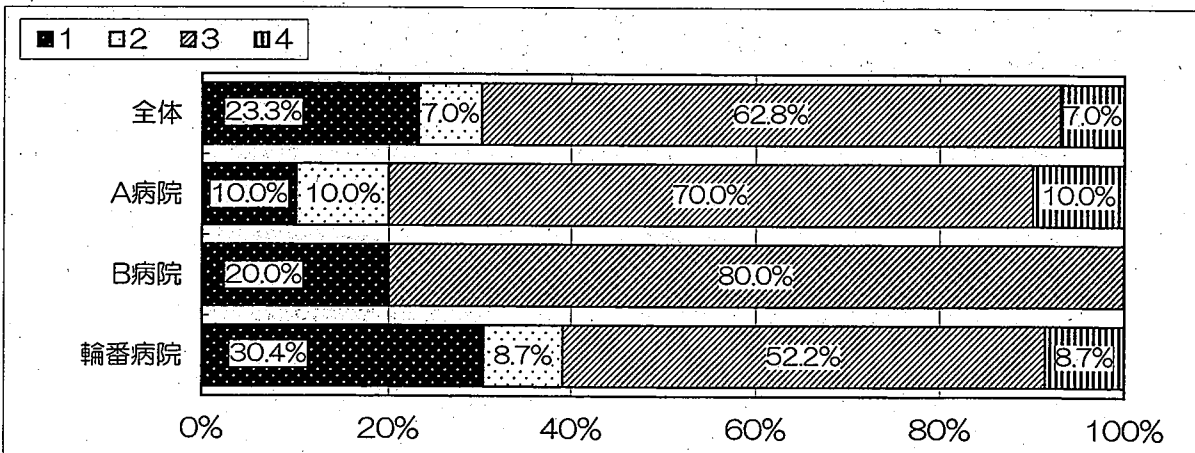
外科系

		全体	A	B	輪番			全体	A	B	輪番			全体	A	B	輪番
準夜帯	1増加した	7	2	1	4	2減少した	7	1	1	5	3変化はない	17	3	4	10		
深夜帯	1増加した	5	1	1	3	2減少した	8	1	1	6	3変化はない	18	4	4	10		
傷病程度	1重症化した	4	2	1	1	2軽症化した	7	0	0	7	3変化はない	20	4	5	11		

問16 深夜帯、準夜帯のウォークイン患者の受入に対しては、医療機関としてはどのように考えますか。

別紙のとおり

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 積極的に受け入れたい	10	1	2	7
2 積極的には受け入れたくない	3	1	0	2
3 救急隊搬送に支障がない範囲で受け入れたい	27	7	8	12
4 その他	3	1	0	2



問17 消化管内視鏡検査及び処置が可能な体制(緊急呼出体制も可。)を有していますか。

	全体	A病院	B病院	輪番病院
1 ある	35	10	9	16
2 ない	8	0	1	7

問17-1 消化管内視鏡検査及び処置が応需可能な時間帯について、下の枠に○を記入してください。

病院名		月	火	水	木	金	土	日	特殊な体制をとっている場合、その体制について記入して下さい。	
拠点病院 A	A	午前	○	○	○	○	○	○	○	
		午後	○	○	○	○	○	○	○	
		夜間	○	○	○	○	○	○	○	
	B	午前								
		午後								
		夜間	○			○				
	C	午前								
		午後								
		夜間			○					
	D	午前	○	○	○	○	○	△	△	
		午後	○	○	○	○	○	△	△	
		夜間	△	△	△	△	△	△	△	
E	午前							第2.4○		
	午後							第2.4○		
	夜間	○			○		第1.3○	第2.4○		
F	午前	○	○	○	○	○				
	午後	○	○	○	○	○				
	夜間	○	○	○	○	○				
G	午前	○	○	○	○	○	○	○		
	午後	○	○	○	○	○	○	○		
	夜間	○	○	○	○	○	○	○		
H	午前	○	○	○	○	○	○	○		
	午後	○	○	○	○	○	○	○		
	夜間	○	○	○	○	○	○	○		
I	午前	○	○	○	○	○	○	第2○		
	午後	○	○	○	○	○	○	第2○		
	夜間	○	○	○	○	○	○	第2○		
J	午前									
	午後									
	夜間									
拠点病院 B	K	午前	○	○	○	○	○			
		午後	○	○	○	○	○			
		夜間	○	○	○	○	○			
	L	午前	○	○	○	○	○	○	○	
		午後	○	○	○	○	○	○	○	
		夜間	○	○	○	○	○	○	○	
	M	午前	○	○	○	○	○			
		午後	○	○	○	○	○			
		夜間	○	○	○	○	○			
	N	午前								
		午後								
		夜間								
O	午前	○	○	○	○	○	○	○		
	午後	○	○	○	○	○	○	○		
	夜間	○	○	○	○	○	○	○		
P	午前	○	○	○	○	○	○	○		
	午後	○	○	○	○	○	○	○		
	夜間	○	○	○	○	○	○	○		
Q	午前	○	○	○	○	○	○	△		
	午後	○	○	○	○	○	△	△		
	夜間	○	○	△	△	○	△	△		
R	午前	○	○	○	○	○	○	○		
	午後	○	○	○	○	○	○	○		
	夜間	○	○	○	○	○	○	○		
S	午前	○	○	○	○	○	○	○		
	午後	○	○	○	○	○	○	○		
	夜間	○	○	○	○	○	○	○		
輪番病院	T	午前	○	○	○	○	○	○	○	
		午後	○	○	○	○	○	○	○	
		夜間	○	○	○	○	○	○	○	
	U	午前	○	○	○	○	○	○	○	
		午後	○	○	○	○	○	○	○	
		夜間	○	○	○	○	○	○	○	
	V	午前	○	○	○	○	○			
		午後	○	○	○	○	○			
		夜間	○	○	○	○	○			
	W	午前	○	○	○	○	○	○		
		午後	○	○	○	○	○	○		
		夜間	○	○	○	○	○	○		
X	午前	○	○	○	○	○	○	○		
	午後	○	○	○	○	○	○	○		
	夜間	○	○	○	○	○	○	○		
Y	午前		○	○	○	○	○	○		
	午後		○	○	○	○	○	○		
	夜間		○	○	○	○	○	○		
Z	午前	○	○	○	○	○				
	午後	○	○	○	○	○				
	夜間	○	○	○	○	○				
AA	午前									
	午後									
	夜間									
AB	午前	○	○	○	○	○	○	○		
	午後	○	○	○	○	○	○	○		
	夜間	○	○	○	○	○	○	○		
AC	午前	○	○	○	○	○	○	○		
	午後	○	○	○	○	○	○	○		
	夜間	○	○	○	○	○	○	○		
AD	午前	○	○	○	○	○	○	○		
	午後	○	○	○	○	○	○	○		
	夜間	○	○	○	○	○	○	○		
AE	午前	○	○	○	○	○	○	○		
	午後	○	○	○	○	○	○	○		
	夜間	○			第2.4○					
AF	午前									
	午後									
	夜間									
AG	午前	○	○	○	○	○	○	○※		
	午後	○	○	○	○	○	○	○※		
	夜間	○※	○※	○※	○※	○※	○※	○※		
AH	午前	○	○	○	○	○				
	午後	○	○	○	○	○				
	夜間	○	○	○	○	○				

問2 二次救急医療体制見直し前と後では、救急隊の搬送患者の傷病程度に変化がありましたか。

4. その他(1)

A	重症、軽症ともに減少。
---	-------------

問3-1 意識向上の主な要因についてお答えください。

3. その他(1)

B	救急受け入れの重要性について、職員へ意識付けを行なった。
---	------------------------------

問3-3 意識の変化がないと思う理由についてお答えください

3. その他(18)

A	1次から3次までを受ける院内体制に変化がないため 救急搬送の患者の受入については、最初から全て受けるつもりでいるので、特別な意識の変化はない。
B	常に受入体制をとっているので変化なし。 以前同様、受け入れを行なっているから。 当院体制が二次医療体制見直し前後で大きな変化がなかったため。 意識の変化がない事が困る。
輪	補助金が減った。 補助金等ではなく、当院の救急受入体制を強化した。 来院患者にさしたる変更はない。

問5-1 二次救急医療体制の見直しにより、生じた課題

A	二次病院が少ない。 二次救急拠点病院Bが不足している。拠点病院Aの2倍の数が必要。 内視鏡ができる医師の確保。 一次救急患者を受ける医療機関の確保。重症患者の退院後の受入医療機関の確保。 在宅で生活が困難な重症患者等の退院先等を調整する業務が増加した。 (老健)施設患者、精神疾患患者等々の受入体制の確保が重要。
B	医療の未収問題。無保険者、支払不能者の増加。 救急隊がA→B→一般輪番の順で患者を選別している印象がある。 精神科系疾患の患者が二次救急病院に多く搬送されているように感じる。 AとB病院の違いが不明瞭。 当院としては、より重症患者の対応すべく体制を構築している。軽症例多数の受け入れのみでは、存在意義が問われかねない。
輪	見直しに伴い中等症の要請が多くなったため、病床確保が困難になっている。病床のコントロール。 長期入院に繋がり易い寝たきり高齢者の受け入れが多くなってきた。 認知症の患者が増えた。 かかりつけ医の患者に関しては当院が選定されるので問題とは言えないが、二次と三次の選定の曖昧さが残る。 多くの搬入を受け入れ、地域に貢献できるか。 救急搬送数の減少。 金沢区では軽症患者の受入先が少ない。二次救急病院が一次救急など軽症患者の受入を行なわないケースが増加していると感じる。

問6-1 参加基準について見直した方が良くと思う事項

A	<p>B病院の人員配置基準の緩和。 横浜市として病院を指名すべき。 A病院では救急科専門医が専従する必要があると考える。 "内科医2名の確保"という条件、オンコール体制があれば1名でもよいのでは。</p>
B	<p>参加病院の基準を緩和、数を増やす。 AとB病院の違いが不明瞭。 3名体制を2名体制。 受け入れ側の意見が全く反映されず、一方的に決められた制度である事。関係者の総意に基づくものとするべきであろう。現場の環境は大変なのだから。 その病院のレベルに対応する搬送を救急隊と地域中核病院の連携で決められるように重視した方が良い。 補助金の助成で、横浜市だけでなく近隣までの受け入れも認めていただきたい(横浜市の制度と理解しておりますが、病院の急患を診る状況の中では、区別できない。)</p>
輪	<p>医師数を限定するのではなく、対応出来る手技や処置を限定すべき。医師の配置には施設ごとの裁量が必要と考える。 外傷救急は、当番病院が機能していないように感じる。 拠点Aの検査・処置の基準②は厳しい。医師確保について特定の診療科を定める理由はない。医師確保に支障を生じる。 横浜市の中でも地域による差がある。 拠点病院Bの基準を緩和してほしい。</p>

問8 更に有効と考えられる補助金の体系

A	<p>実績加算を500人単位にする(1日あたり1件ぐらいなら受入を増やそうとインセンティブがはたらく) 上限を廃止する。あるいは、緩和する。 受入実績に対する補助額の配分に対する細分化。 救急車で搬送される患者に対し、保険点数を加算する。 全体の補助金アップ</p>
B	<p>インセンティブの度合いを上げる。 救急患者全体に占める救急車搬送人員は約30%にすぎず、病院の対応としては、ウォークインを含めた全体であることから、補助金の体系も救急患者全体で考えるべきである。 月間単位で毎月ほしい。 2,000件未満でも、1,000件で100万円、1,500件で150万円と、小刻みにしてはいかがでしょう。 夜間・休日帯以外の日中も加算対象としてはどうか。</p>

問11-1 二次救急を実施することで、三次救急にどのような影響があるか

A	<p>スタッフの負担増(二次受入中に三次を受け入れる場合など) 三次に比較して二次の患者が多く、その分診療に手間がかかるため、医師が疲弊し、より重症な三次の患者の診療に影響がある。 軽症二次が多くなれば、診療ブースが埋まり、三次救急の受け入れに支障が生じる。</p>
輪	<p>三次から二次への転送は、現時点では不能。 二次救急選定した傷病者が三次扱いとなる事案が多い。</p>

問12-1 体制参加にあたって増員した医師の診療科と人数

B	救急科 1名
---	--------

問13 体制参加にあたって、医師が不足していると感じる診療科

A	麻酔科、産婦人科 救急総合診療科 消化器内科、呼吸器内科 内科全般、消化器内科 救急科、整形外科
B	内科 全ての診療科(救急を行うため、病院全体での増員が必要であろう)。 内科 外科、内科
輪	整形外科、小児科 内科 内科、外科、小児科 内科、外科、整形外科

問14-1 体制参加にあたって増員した看護師の人数

B	20名
---	-----

問16 深夜帯、準夜帯のウォークイン患者の受入に対しては、医療機関としてはどのように考えますか。

4. その他

A	再来患者はウォークインでも受け入れている。 今後、深夜帯の受入体制を変更する予定(来年度より)
B	当直医の専門分野であれば、近隣の患者さんであれば可能な限り受け入れたいと考えています。
輪	状態による。 かかりつけ患者については受入する。

◆新たな二次救急医療体制についての意見・要望等

A	<p>重症二次救急患者は、少々遠方からでも当院へ搬送してください。</p> <p>高齢の重症患者が増加しており、退院後の受入医療機関の確保に、各拠点病院は難渋していると思います。是非とも、横浜市として、これらの医療機関確保のシステムを構築してください。</p> <p>救命センターになることで、施設の保険点数は加算された。しかし、救急医を常時備えるには、救急医へのメリットとして救急医への加算を考える必要がある。救急医が救急車の患者を診療する方針を国として考えてほしい。救急科専門医への加算は、特に臨床研修医施設では必要と考える。</p> <p>平成22年度からの新しい二次救急体制となり、救急医療の量と質が増加したが、医師不足等により、内科を中心に救急を担当する医師が減少したのが、当院のこの2年の実情である。現在のままでは、救急診療体制を現状のまま維持するのも困難となることが見込まれる。 (担当科の医師の疲労により、救急患者を断るケースが増えてきている。)</p> <p>救急内視鏡処置を施行できる医師は、各病院で数人程度です。全てのIIA病院が数人の医師で全日内視鏡待機を実施するのは困難です。市にリーダーシップをとって頂いて、輪番体制が構築されることを希望します。</p>
B	<p>輪番病院の体制から二次救急拠点病院の制度は良い面もあるが、Aが重症、Bが中等から軽症という区分を分けるのはいかなものかと思います。病院によって得意分野があるので、そこをもっと表に出すべきかと考えます。</p> <p>内科・外科となっておりますが、当院(他院は需要があるかも)では一般外科の患者様の搬送が少ない傾向が続いております。需要が高いのは、脳外・整形です。消化器内視鏡検査のための外科なら、必要性に疑問を感じます。患者さんが求める診療科の設定の再考を求めます。</p> <p>救急車の受入を優先して行なう為に、ウォークイン患者を一次へ受け入れてほしい。その代わりに、一次からの救急依頼について、二次での受入を必ず行なうようにする。同様に、二次から三次への受入体制も必ず受け入れてほしい。</p> <p>救急患者の情報を詳細に提供してほしい。来院されてからでは、受入困難、又、未収金につながるケースがある。</p> <p>自賠は受け入れたくない支払側、患者側ともに質が悪化、互いの紛争で病院本来の診療に支障をきたす。特に、支払側は病院を悪と見ているような気配あり。</p>

ヒアリング調査結果要旨

<ヒアリング期間> 平成23年8月18日～10月17日

<訪問医療機関> 20病院 (内訳) 拠点病院A 10病院
拠点病院B 10病院

<ヒアリング対応者> 救急担当医師、救急担当看護師、事務

<ヒアリング実施者> 健康福祉局医療政策室

医療機関ヒアリング内容

1 強み、弱みについて

- (1) 特に対応に力をいれている診療科 (疾病)
- (2) 体制が弱い診療科
- (3) 小児のCPAの受入状況 (※CPA受入病院のみ質問。)

2 外傷診療について

- (1) 外傷診療で対応が困難なもの
- (2) 対応困難な外傷患者に対応するために有効だと思われる取組み
- (3) 外傷診療に関するデータについて、データの管理状況

3 二次救急医療体制について

- (1) 新たな二次救急医療体制の運用開始から1年が経過して、気づいたこと、困った点

4 その他意見・提案等

主な意見 ※ () 内は病院数。同一病院が、複数項目回答している場合あり。

1 強み、弱みについて

(1) 特に対応に力をいれている診療科・疾病

・ A病院

循環器系(4)、整形外科(3)、脳神経外科(3)、心臓血管外科(3)、特になし(2)、
外傷(1)、消化器科(1)、内科(1)、小児科(1)

・ B病院

脳神経外科(6)、循環器系(3)、整形外科(3)、救急(2)、外傷(2)、
心疾患(1)、消化器外科(1)、腹部外科(1)、耳鼻咽喉科(1)、内科(1)、
外科(1)、その他(4)

(2) 体制が弱い診療科

・ A病院

消化器系(2)、小児科(2)、脳外科(1)、呼吸器系(1)、泌尿器科(1)、精神
科(1)、その他(6)

・ B病院

外傷(4)、精神科(3)、整形外科(2)、脳外科(2)、心臓外科(2)、呼吸器内
科(1)、小児科(1)、その他(2)

(3) 小児のCPAの受入状況

なかなか難しい(4)、問題ない(3)、体制整備中(1)

2 外傷診療について

(1) 外傷診療で対応が困難なもの

・ A病院

多発外傷、高エネルギー外傷(4)、開放骨折(2)、小児外傷(2)、熱傷(2)、夜
間帯等の対応(2)、四肢切断(1) その他(4)

・ B病院

多発外傷、高エネルギー外傷(9)、開放骨折(2)、脳外科関係(2)、骨盤骨折(1)
小児外傷(1)、熱傷(1)、四肢切断(1)、その他(4)

(2) 対応困難な外傷患者に対応するために有効だと思われる取り組み

・ A病院

バックアップ体制(3)、外傷センター体制(2)、教育(2)、その他(1)

・ B病院

バックアップ体制(5)、外傷センター体制(1)、教育(1)、その他(2)

(3) 外傷診療に関するデータについて、データの管理状況

・ A病院

協力可能(4)、データを取っていない(2)、その他(3)

・ B病院

協力可能(5)、データを取っていない(2)、その他(2)

3 二次救急医療体制について

(1) 新たな二次救急医療体制の運営開始から1年が経過して、気づいたこと、困った点

A病院

(体制について)

体制については、評価するという意見が多かった。B病院について、貢献度が高いことを評価し、B病院の人員体制の緩和をした方が良いとする声があった。

(救急隊搬送患者の受入状況について)

増加した病院もあれば、減少した病院もあったが、重症患者が増加した、入院率が上がったとする意見が多かった。

(課題について)

ウォークイン患者への対応、深夜帯の応需体制の充実、後方病院の充実、夜間の精神疾患合併症患者への対応等を課題とする声があった。

B病院

(体制について)

新たにB病院になった病院からは、人員体制を充実させたり、スタッフの意識が向上しているといった声が聞かれた。一方で、A病院とB病院の位置づけに対して、B病院でも、重症患者に対応できる分野があるので、位置づけだけで判断するのではなく、個々の病院の強みと弱みを把握し、強みを活かして欲しいとする意見も聞かれた。

また、CPAの受入を行っていない病院から、病院付近で発生したCPA患者への対応に協力したいとする声があった。

(救急隊搬送患者の受入状況について)

(課題について)

ウォークイン患者への対応、未集金への対応、透析患者への対応、精神疾患合併症患者への対応、眼科・耳鼻咽喉科・泌尿器科・皮膚科の対応、救急隊との交流を図る方法等を課題とする声があった。

4 その他意見・提案等(1から3までの質問以外に対する意見)

A病院

・ウォークイン患者への対応、精神疾患合併症患者への対応、後方病院の確保、福祉施設との連携を課題とする声が多かった。

B病院

・後方病院の確保、福祉施設との連携を課題とする声が多かった。

(結果要旨のまとめ)

本市の二次救急医療体制については、一定の評価をいただいているが、今後は、さらに個々の病院の強みを活かせるような運用が必要。

A病院、B病院ともに、ウォークイン患者への対応、精神疾患合併症患者への対応、後方病院の確保を課題とする声が多く聞かれた。

新たな二次救急医療体制に関するヒアリング調査結果

ヒアリング項目 (A: 拠点病院A、B: 拠点病院B)	主な意見 ※()内は病院数
1 強み、弱みについて	
(1) 特に対応に力をいれている診療科・疾病	
A	<p>①循環器系(4) ②整形外科(3) ③脳神経外科(3) ③心臓血管外科(2) ⑤外傷系(1) ・重症外傷搬送先を集約して欲しい。外傷センター的な意味合いを持たせ、外傷を得意としてやりたいという病院と色分けしていいのではないかと。</p> <p>⑥消化器科(1)、⑦内科(1)、⑧小児科(1)</p> <p>⑨特になし(2) ・全般的にやっていて、門戸を広げている。とれないところはチェックして欲しい。救命センターでもとっていないところ多い。 ・機動力が高いところ。科の壁がほとんどないところ。色々な科の間に入るような人を入院までシームレスにもっていける。ある数(の医師)が来て、救急科が出来て、各科との乗り継ぎがうまくいっている。もちすぎない、もたせすぎないということが出来上がっている。</p>
B	<p>①脳神経外科(6) ・脳外科は24時間体制とし、脳卒中ホットラインを23.7から開始した。その結果、重症例と軽傷例と救急搬送が二極化してきた。</p> <p>①循環器系(3) ・医師49人のうち7人が循環器系医師で、質・良共に力を入れている。</p> <p>②整形外科(3) ・骨盤骨折</p> <p>③救急(2) ・救急であれば、外科・内科・循環器・整形・小児科等の6科当直にしているのが強み。どれかが突出しているわけではない。</p> <p>④外傷(2)</p> <p>⑤心疾患(1)、⑦消化器外科(1)・ただし、消化器内科がなし。 ⑧腹部外科(1)、⑨耳鼻咽喉科(1)・鼓室形成が得意 ⑩内科(1)、⑪外科(1)・外科も開腹OK。</p> <p>⑫その他 ・リュウマチ、膠原病。(1) ・消化器(外科・内科)の吐下血対応(2) ・24時間365日、緊急内視鏡対応。外科医増員。 ・肝臓(1)</p>

ヒアリング項目 (A: 拠点病院A、B: 拠点病院B)	主な意見 ※()内は病院数
(2) 体制が弱いと思われる診療科	
A	<p>①消化器系(2) ・入院制限をしている。 ・内視鏡対応が困難 ・医師が少ない。緊急手術になると、他に手が回らない。</p> <p>②小児科(2) ・5才以下は小児科医が必要。喘息のひどい小児の対応は厳しい。</p> <p>①脳外科(1)</p> <p>③呼吸器系(1) ・結核患者の受診が多い。</p> <p>④泌尿器科(1) ・人工透析患者</p> <p>⑤産婦人科(1)</p> <p>⑦精神科(1)</p> <p>⑧その他 ・熱傷 ・夜間は放射線科の血管造影がすぐ出来ない。 ・多発外傷、胸部疾患が弱い、フィールドトリアージがかかっていて重症搬送はこない。 ・呼吸器センター、消化器センターは、一般患者が多く救急患者を受けられない。救急科に対する、院内の後ろ盾がないのが問題。吐下血に関しても、内視鏡センターは、救急患者をほとんど受けてくれない。これは、マンパワーはあるのだが、一般患者が多くベッドが無いため、スタッフの問題ではない。 ・スタッフが少なく、疲弊しているのが弱み。多発外傷なども受けられるが、出来ればスタッフの多い病院に搬送して欲しい。</p>
B	<p>①外傷(4) ・外傷は得意としていない。 ・多発外傷 ・胸部外傷</p> <p>②整形外科(2) ・バックアップが必要。 ・当直医師がいない日の対応が困難。また、開放骨折、脊椎損傷への対応は出来ない。</p> <p>③脳外科(2) ・バックアップが必要。 ・整形と頭など両方は見れない。 ・妊婦の脳卒中は対応困難。</p> <p>④心臓外科(2) ・手術時には、別病院に医師が来て行うので緊急の乖離は無理。 ・ペースメーカー及び不整脈の対応は可能だが、月に1例くらい循環器で転送しなければならない案件がある。</p> <p>⑤呼吸器内科(1)、⑥小児科(1)</p> <p>⑦精神科(3) ・自殺、薬物加療専門の精神科医がいないので受けられない。</p> <p>⑧マイナー科(皮膚科・泌尿器科・眼科・耳鼻科・婦人科)(2)</p>

ヒアリング項目 (A: 拠点病院A、B: 拠点病院B)	主な意見 ※()内は病院数
(3) 小児のCPAの受入状況はどうか(CPA受入病院のみ)	
A	<p>①問題ない(3)</p> <p>②なかなか難しい(4)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・休日、夜間は難しい。平日昼間はOK。 ・小児救急拠点病院に医師を集約化しているので、マンパワーが不足している。CPAを受け入れる病院が整備された後、小児救急拠点病院が整備されたという経緯があったので。今は小児救急拠点病院中心で受けているのではないかと。 ・現実小児のCPAは難しい。年1回くらい受ける程度。日中帯、開腹して他に運んだが、死亡した。小児科医師がいないと難しい。 ・小児科医師がない場合、受入が難しい。かかりつけ以外受けない原則がある。 ・搬送に10分かかっても慣れたところの方がいい。CPAなので。 <p>③体制整備中(1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・弱かったが、現在小児科CPAを受け入れられるように院内整備中。9月からは、Cライン(小児専用)も作るので、受け入れられるようになると思う。
2 外傷診療について	
(1) 外傷診療で対応が困難なもの	
A	<p>①開放骨折(2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・整形外科医が当直していても、専門分野が手・足など医師により異なるため全ての整形疾患には対応できない。 ・内臓の外傷、開放性骨折は、整形外科が手術中の場合は受けられない。 <p>②多発外傷、高エネルギー外傷(4)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多発外傷については対応できない。 ・あきらかに骨盤損傷、腹腔内損傷してるもの。 ・多発外傷に関しては色々な教育がある。高エネルギーと聞いただけで、当院ではないと判断してしまう。本人の状況ではなく、高エネルギーに反応してしまう。高エネルギーだと3次救急に運ぶのか高エネルギーでも2次から3次に運ぶのか、救急隊も分かっていないようだ。例えば病院の前で事故を起こした人を他院へ運ばせるのかという問題がある。 <p>③熱傷(2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・熱傷も少しずつ体制を整えている。形成が強いので、皮膚科のコントロールが出来れば対応可能。 <p>④四肢切断(1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・少しずつ受けている。 <p>⑤小児外傷(2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子供の外傷は横浜医療センターにいつてる。 <p>⑥夜間帯等の対応(2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・整形外科医が救急にいなくなったので、夜間は、整形外科が当直している日以外は外傷の受入は困難。 ・夜間は診療科が単科になるので、難しい。 ・外科医が対応する疾患は厳しい。24時まで、整形外科医師がいるが、その後はオンコールとなる。

ヒアリング項目 (A: 拠点病院A、B: 拠点病院B)	主な意見 ※()内は病院数
	<p>⑦その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・場所柄、朝の交通外傷の搬送が多いが、8時にスタッフの交代があるため、対応に困ることが多い。 ・外科医はいるが、外傷が出来る医師がいない。外傷の医師は定着しない。 ・救急患者の整形外科手術に関しては、当院の整形外科医は日中の予約手術の対応で精一杯のため、予約外となる救急患者の緊急手術は医師の体力的に実施が困難となっている。 ・他の医療圏の3次救急に転送させる事例もある。緊急蘇生は出来るので、初期治療は可能だが、患者のためを思えば、最初から市大センターに搬送した方が良いのではと思う事例もある。
B	<p>①開放骨折(2)</p> <p>②多発外傷、高エネルギー外傷(9)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ただし、日中帯は、多発外傷も受入可能。手術室がタイトなので緊急手術を要する外傷は受入困難な場合が多い。 ・胸部・腹部は外科の先生に確認している。 ・高エネルギー外傷であればなるべく次に回している。 <p>③熱傷(1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設の整備整わないため。 <p>④四肢切断(1)</p> <p>⑤小児外傷(1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・小児の外傷が夜中たくさんくる。 <p>⑥脳外科関係(2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・脳外科は毎日宿泊していないので、当直の先生の判断でタイムラグが生じる。自信がないと断っている。救急医、脳外科いない病院でどの程度できるか難しい。 <p>⑦骨盤骨折(1)</p> <p>⑧精神科関係(1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設の整備が整わないため。 <p>⑨その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・顔面の外傷、鼻出血など形成外科領域、耳鼻咽喉科領域、口腔外科領域は対応不可。(2) ・救急車を受けようとしているが、救急医療情報センターから軽症の人が来てしまう。1次、2次、3次をもう少しクリアーにして欲しい。2次の中で3次の手前がとれるのに、軽症が来ているため、マンパワーを使ってしまっている。 ・開放骨折は大丈夫だが、背骨で緊急にあけなければならないものは対応困難。 ・オートバイの骨折は少なくなってきた。生きるか死ぬかは(救命)センターに運んでいる。

ヒアリング項目 (A: 拠点病院A、B: 拠点病院B)	主な意見 ※()内は病院数
(2) 対応困難な外傷患者に対応するために有効だと思われる取組み	
A	<p>①バックアップ体制(3)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・搬送できない時のシステムを作って欲しい。例えば、大学病院を中心とした、バックアップ体制をとるなど。 ・対応困難な場合は、市大センター病院または、東部病院に相談する事でほとんど解決している。 ・転送先医療機関や後方医療機関へのつなぎは整形外科医がいないと困難。外傷患者をうまく転移先病院へつなげることが出来る仕組みがあると良い。 <p>②外傷センター体制(2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外傷に対応できる整形外科医がいる病院を外傷センターなどとして救急搬送を受けてもらえると思う。 <p>③教育(2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員の教育をしています。JATECの会場になっている。 ・トリアージという点では救命士の教育が重要。 <p>④その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ER構想は良いが、そこでずばっとみて後方病院を用意するのがいいが、うまくいっているところを日本で知らない。
B	<p>①バックアップ体制(5)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・夜間帯の精神科の後方病院があれば転送したい。 ・バックアップ体制が大切。市大、市民このあたりのバックアップ体制が構築出来ればいいが、最後のところでストップがかかることが多い。バックアップ体制を作ってくれれば、地域の救急車がうまくながれる。夜間と休日はほとんど大丈夫。日中は外傷は来ているが軽症が多い。 ・頭部外傷やお酒が入っていると、転送かけてもどこも引き受けてくれない。 ・上位転送(3次救急への転送)がスムーズに行くようにしてほしい。 ・救命救急センター(3次)まで行かなくても、専門性の高い医師がいる病院に搬送できるように、病院間の情報交換が出来るシステムがあると、連絡がしやすい。 ・交通事故等の外傷は、救命センターがしっかりやってくれれば良い。 ・バックアップ体制があり国立横浜が受けてくれるのであれば、もう少し積極的になれるが、外傷はゴールデンタイムがあるので、患者のことを思うと悩む。 ・3次救急への搬送が夜間帯になると決まらないこともある。国立横浜、みなと、湘南鎌倉はお願いするとたいいてい引き受けてくれるので安心感がある <p>②外傷センター体制(1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外傷センターの場所を決めてしまい、重症外傷、多発性外傷はここと決めるべき。 ・症例を集積しないと、知識、技術が習得できない。外傷をやりたいところはあるので、そこをトラウマセンターとして集中させればよい。患者、救急隊、病院が喜ぶ。 ・外傷センターに救急隊の重症判断を集約化する。分散化するより効率的だ。救命ネットワークがポイント。横浜の場合、外傷が得意な病院と不得意な病院がある。また、ほとんどの病院が多発外傷みていない。集約的させた方がベター。そういう意味では、市大センターは3次のみで特化しても良いと思う。それぞれの特徴を活かしたネットワーク作りが必要。 <p>③教育(1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外傷の勉強をするのに、外傷で定評のある病院に勉強しに行った。 <p>④その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多発外傷は、処置が困難な場合、すぐに3次救急が転院を受けてくればいいが、100%保障がない中、対応して訴訟になっては困る。救急が受けた患者の訴訟は免責対応するなどの仕組みを作らないと無理だと強く思う。 ・1度受けて転送は厳しい。疾患別センターを作っても、曜日によって出来ないなどあり、なかなか運用できない。かえって複雑になる。24時間365日対応の方がいいかもしれないが、機材、人員もそろえないといけない。

ヒアリング項目 (A: 拠点病院A、B: 拠点病院B)	主な意見 ※()内は病院数
(3) 外傷診療に関するデータについて、データの管理状況	
A	<p>①協力可能(4)</p> <ul style="list-style-type: none"> これから実施するなら協力できるかもしれないが、過去にさかのぼっては無理。 外傷患者データ登録項目のデータを登録することは可能。カルテから拾うことも可能。 データを収集することには賛成。MCで感じたのは東京都と違ってデータがとられていないところ。横浜市も過渡期という感じがする。 <p>②データを取っていない(2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ターゲットをどこに絞るかで違ってくる。多発外傷(重症の)だけにするか、もっと軽症の外傷も含めたものにするか。市民病院は軽症が多すぎて、外傷データバンクのデータ登録システムには入力していない。全部抽出するとなると、3割から4割程度の症例になり困難。どのスタンスで外傷をきっていくかある意味では、山のようにデータがあるのでやっていない。
B	<p>①協力可能(5)</p> <ul style="list-style-type: none"> 実質的に該当件数は0件だが、調査項目への対応は可能。 コンピューターのフォーマットを使ってくれれば問題なくできると思う。 救急搬送の外傷での死亡した例はほとんど無いが、データ収集については協力可能。 何日以内に送ってくださいというように依頼頂ければ可能。 <p>②データを取っていない(2)</p> <ul style="list-style-type: none"> 病院として外傷データはとっていない。登録していない。消防で全部登録して、この患者がどうなったか聞いてもらえばよい。 外傷データはない。
3 二次救急医療体制について	
(1) 新たな二次救急医療体制の運用開始から1年が経過して、気づいたこと、困った点	
A	<p>①体制について</p> <ul style="list-style-type: none"> 非常に評価している。B病院が頑張っている。 補助金のシステムとして良い。全国に報告した方が良い。 B病院の敷居が高すぎるんじゃないか？当直医が3人必要となるとかなりの規模が必要。 深夜帯が弱いので来年からしっかり受けられるようにしたい。 後方病院の充実化の問題がある。

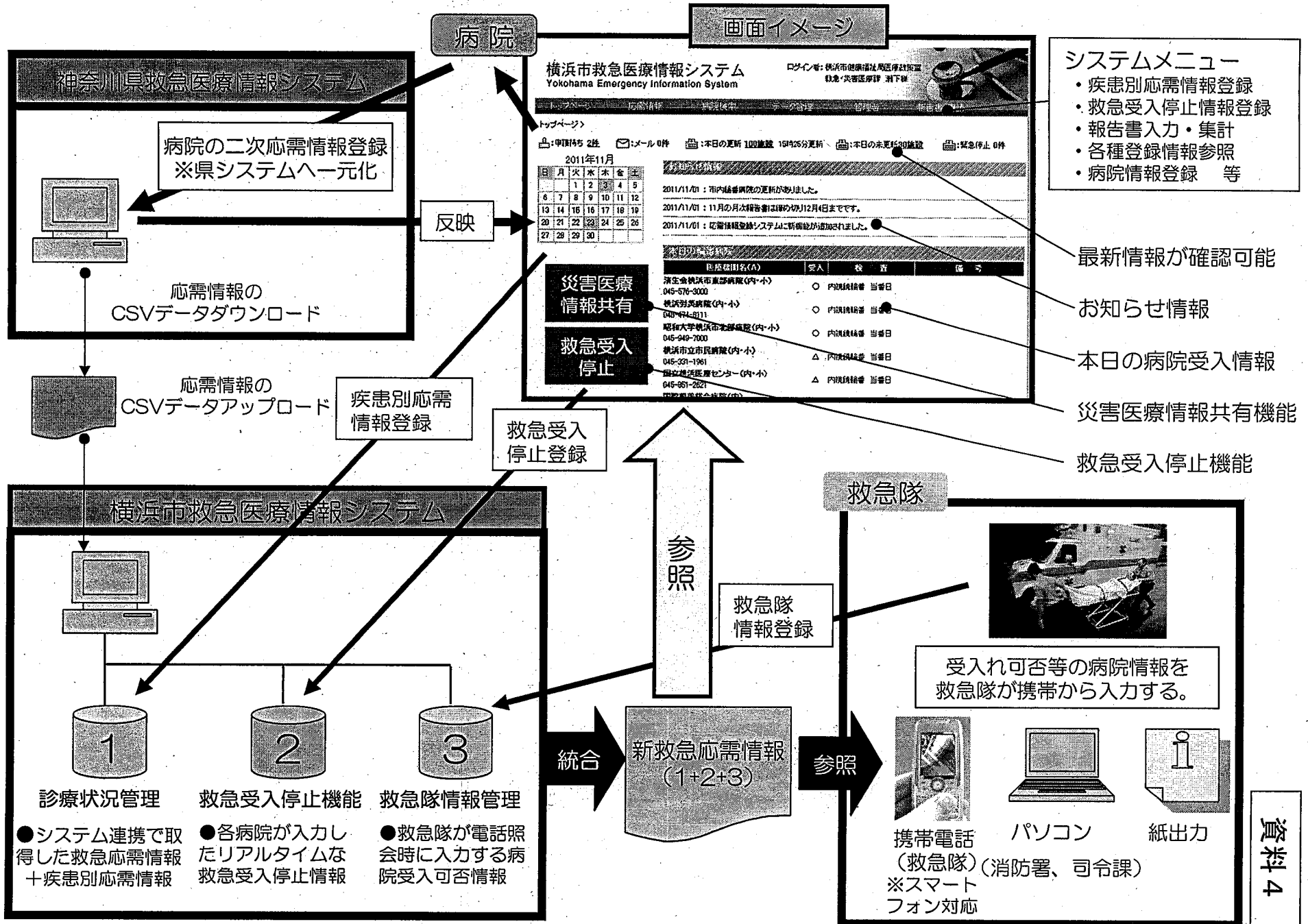
ヒアリング項目 (A: 拠点病院A、B: 拠点病院B)	主な意見 ※()内は病院数
	<p>②患者状況について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重症の人が増えた。入院につながっている。 ・救急の重症度が変わり、入院率が上がった。 ・救急車台数減。入院率は減っていない。 ・3割くらい救急搬送件数が減った。ただし、救急搬送患者の軽傷が減少し、重症化している。入院適用患者と重い外傷患者が増えている。 ・時間外の小児科のウォークイン患者が増加している(60人/日)。受診に関する啓発活動を推進して欲しい。 ・受診者数に変化はないが、内訳として救急車の数が増え(今年に入ってから減っている。)、ウォークイン患者が減った。 ・患者数が10%から20%増えている。心疾患は24時間体制を開始したので良いが、中には老健施設から送られてくる人がいて、取り扱いについて問題。それ以外は救急隊も搬送をしっかりとやっているのOK。 ・急性期の治療が終了して退院させても、しばらくすると、クリニックで受診可能な方が戻ってきてしまう。 ・ウォークイン患者が救急隊の受入の邪魔になる。ウォークイン患者は収入増になるが、救急車を受け入れた方が入院になるし、PAYできるから、よいとする声もある。 ・日中に、早く受診したくて救急車で来る患者がいる。 <p>③その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現場で働ける看護師をどう育成するかという問題がある。 ・病院に来た患者に、救急医療情報センターを案内しているが、情報センターで1次の病院を案内されても、案内された病院に断られてまた戻ってくる患者さんがいる。 ・精神は日中帯はOKだが、夜間の合併症が厄介。 ・精神疾患合併症の対応が困難。 ・内視鏡輪番以外の日は受けられないと断っている。
B	<p>①体制について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・拠点になる前から20~30名毎夜間患者を受けている。思ったより数は増えていないと感じている。変化はないが、ウォークインの負担は大きい。 ・深夜帯のウォークインは大丈夫。 ・軽症、重症の境が難しい。中等症が全体で増えている。 ・数、内容ともに、特別変化なし。夜間のレントゲン検査が増えている。症状が重くなった。 ・軽症患者が増加した。ウォークイン患者が減少して、その分救急車搬送の受入が増加した。 ・救急搬送受入患者の入院率が高くなっている。今まで超えなかった30%を超えている。 ・輪番時と負担は変わっていないが、スタッフの士気が上がった。 ・去年は医師が不足していたが、4月からは内科医を補充し、消化器センターを充実させ、吐血血に対応している。 ・A病院が重症患者中心、B病院が軽傷患者中心というコンセプトに疑問。 ・各病院の強み、弱みを把握して強みを活用するのが大事。そのためには、救急隊と病院が年に数回話し合いをするということがあってもよいと思う。 ・CPA受入れ、脳梗塞、心臓などの時間外の受入れをやってもいいと思う。独居老人のCPA案件が増えている。もし供給不足があれば、手をあげてもいいと思っている。 ・入院率高くなり、重症度が上がった。 ・脳外+整形については、診れるネットワークがないと専門化してしまっているので、対応が困難。小児系が厳しい。

ヒアリング項目 (A: 拠点病院A、B: 拠点病院B)	主な意見 ※()内は病院数
	<ul style="list-style-type: none"> ・転送にも先生をとられて大変。救命センター8病院がしっかりまわってくれればいいのだが。 ・二次救急拠点病院Bになって、広い範囲の救急隊が搬送してくれてくれるようになり、搬送患者の内容も良くなっており、スタッフも喜んでいる。救急搬送件数も助成の加算対象になるよう目標をたて、達成できるよう頑張っている。それも励みになっている。月40件くらい救急搬送患者を受けている。レントゲン検査技師など、人員体制もあつくれた。 ②患者状況について <ul style="list-style-type: none"> ・入院率は平均20%くらい。軽傷が多い。 ・自力で来る人が多い。救急車は全体の20%。 ・情報センターに教えてもらったからきましたという人がパラパラいる。来る人のエリアは広く、横須賀から高速を使ってきた人などもある。 ・眼科がいるところが少なくなっているの、たくさん患者がきてしまう。 ・整形外科患者が土日にくる。南部方面の病院が受入れをしてくれると、いい感じで分散されるが。 ・救急車の受入件数は増加したが、軽傷患者が増加している感じがする。 ・救急搬送された患者の入院率は変わっていない。 ・夜間診療を行っているかかりつけの病院があるのに、ウォークインで当院にこられる方が多い。かかりつけ医にまず連絡するように言っている。 ③その他 <ul style="list-style-type: none"> ・眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、皮膚科の輪番などくめないのか。 ・軽症患者の有料化は見送った。お金をとってしまうと怖いのが、強気な患者が出てくる懸念があったため。 ・以前、透析患者が中区から旭区まで来たことがあるがモチベーションが下がる。透析患者の行き先ない。 ・救急隊が情報をとっていない。ある程度の準備をしておきたいので、きちんと情報欲しい。対応できないケースはでてくる。 ・タクシー代わりの常習者。横浜市の保険証なしや生活保護等あやふやな患者も多いのが困る。お金なしの患者に対してのバックアップはないのか。他都市で医師会がやっていたが。 ・交通事故にうちて、被害者の方は被害者意識があり、お金を出さない。打開策ないか。 ・一般患者(独居・精神科)の搬送件数で時間をみると良い。精神科をもっている病院が核になってやっていかなければならない。 ・MC協議会以外で救急の医者が話し合える場所があるとよい。 ・救急隊に言っているが、〇〇件断られたからお願いしますと頼まれるが、そういうケースばかりだと困る。救急隊が、いかに上手くコミュニケーションをとるかが大事。救急隊との連絡会は1年に2回やるが、1~2年で隊長が変わってしまう。何の連絡もなしに変わってしまうので困る。 ・精神科にかかっているだけで断ろうとする傾向がある。精神輪番で送るところがあつて欲しい。 ・外国人が多く、言葉が通じなかったり、未集金が発生している。 ・どのくらい断っているかというデータについて、全部とっている、他の病院は全部とっているのか。看護師がとっているため一本化している。

ヒアリング項目 (A: 拠点病院A、B: 拠点病院B)	主な意見 ※()内は病院数
4 その他	
A	<p>・精神疾患はバックアップ体制がとれる病院が担うべき。重症は氷山の一角で、軽傷でも理由があつて帰りたくても帰れない症例などがある。</p> <p>・APECなどで市内の医療機関に声かけしてもらい、看護師を外の人と交流させてもらうのはありがたかった。院内だけでなく外で活動出来れば、広く色々なことが経験できて良い。使命感もてるので市から要請されることは嬉しい。</p> <p>・神奈川県やDMATとの関係を考えなくてはならない。DMATはきちんと募集して研修しているが、DMATはYMATに所属していないところから優先して選んでいるようだ。</p> <p>・瀬谷救急、若葉台について聖マリは断っている。断った時にどういふ場合は断っているか詳細に確認してフィードバックすべき。</p> <p>・件数をみても患者をとっていないところがある。救急部門は大変だと思う。みなとは診療科関係なく、救急の病床を10床あけている。当直の師長が権限を持っている。</p> <p>・後方病院の確保。在宅でも受けられるところへの支援。</p> <p>・病病連携について、次のステップは福祉。出先を確保しないと。</p> <p>・生活保護の人々があまりにも簡単に救急車使いすぎ。</p> <p>・精神病の人を精神病院に入れることをしっかりして欲しい。</p> <p>・医療と福祉の連携について、ケースワーカーとの夜間・休日の連携が大事。</p> <p>・救急医療情報センターに、みななどに行けば入院させてもらえると言われたと言う人がおり、みなとの看護師が救急医療情報センターに注意すると、逆ざれしてくる人がいる。</p> <p>・小児のウォークインは減っているが、軽傷で受診する小児患者が多く、受診行動の啓発が必要。今の母親は、すり傷程度でも病院に連れてくる。</p> <p>・電話で小児の受診相談を受けることが多く、看護師がとられることが厳しい。</p> <p>・精神科医師がいないため、精神科疾患を持つ患者の受入が困る。付き添いの家族がいないと、治療後に帰すことが出来ない。また、勝手にいなくなり、捜索することもある。</p> <p>・外傷関係の中等症以上はうちがみなくてはならない。昼間はいいが夕方以降が問題。</p> <p>・藤沢市の北部も大和も含めやらねばならない。中長期的には、いずれドクターカーが必要になるだろうと思っている。高齢者の足がない人、本当はそういう人のところに行ってあげたい。往診などを若いドクターや救急をかじっている人にやらせたい。戸塚区は規模的にも向いている気がする。</p> <p>・うちは困ったときの頼みの綱だと思っている。本当は人数がいればERが良いと思っている。救急車をすべてみて、頼りになる立場になろうと思う。</p> <p>・救命救急センター長の集まりだけでなく、こうしてヒアリングで来てもらうのではなく、こちらから出向いて話す機会があれば良い。距離感が近くなると良い。</p> <p>・精神科CPAは100%受ける。リストカットをしている患者のリストを縫えといったら縫う。胃洗浄やれと言われたらやる。ただし、また自殺するという人は困る。意識レベルがまったくくない人は大丈夫。他に転送する場合、精神科の先生を通じて探す。</p> <p>・大動脈乖離についてはみなと赤十字からくるが、ダイレクトに運ばれた方が良い。心外については土日しか動いていない。平日もやってもらえれば良い。</p> <p>・横浜市の脳血管疾患体制についてはt-PAだけなので、西部地区の、t-PAだけでなく、脳血管疾患全体をやっている体制を見習ってほしい。</p> <p>・(脳血管疾患の体制の)アンケートにも書いておいたが、脳出血の重傷者、くも膜下がどこにいったか分からない。</p> <p>・外傷で手術が必要な場合でも、手術室が一杯で断るケースが多い。</p> <p>・時間外も、選定療養費を徴収し、ウォークイン患者を減らしたい。医師が疲弊している。</p> <p>・小児のCPAの場合、蘇生後脳症になるケースが多く、転院調整が課題となっている。市内で転院先を確保できるようにケアしてもらえないか。</p> <p>・老健施設に、入所時(病院に来る前)に延命措置を望むか否か確認をとることを老健施設を管理している部署から指導してもらえないか。</p> <p>・外傷関係は不得意なので、内科系疾患で横浜市の救急医療に貢献する方向にしてもらえるとうれしい。</p>

ヒアリング項目 (A:拠点病院A、B:拠点病院B)	主な意見 ※()内は病院数
B	<ul style="list-style-type: none"> ・特に問題はないがメディカルコントロール(消防の方)、DNRの取り扱いがきちんとしていない。脳幹の末期を家で死亡診断した時、DNRということで死体の搬送は救急隊はできない。形式で心臓マッサージをして搬送するのがナンセンス。 ・夜はアルコール中毒が多い。タクシー代わりが多い。生活保護を受けている人に関して、最初から行ってほしい。それで差別をする人はいないので。 ・どこの病院にも好ましくない患者はいる。どこかの病院、救急隊がかぶらなければならないので、皆が平等に受けなければならない。 ・産婦人科の当直は一人。何年か前は医師がいなくて断っていたが、ここ数年は常勤の先生を増えてとっている。 ・どこにもかかっていない妊産婦をきちんと受けている。 ・奈良、大阪等、未受診妊婦の問題がある。自分が知らない人は怖くてとれない。どんな基礎疾患があるかわからないので、失敗すると訴えられる。 ・独居の高齢者、精神疾患を持つ患者及び、結核患者(特に寿町)が増加している。市内に転院先医療機関が少ない。 ・福祉施設から搬送されてくる高齢者を、治療後福祉施設に戻せなくなり、大きな問題となっている。当院では、MSW5人がフル稼働で転院先を探している。 ・横浜市は、全国一療養型病床が少ないと言われている。 ・困難だと思うが、救急の現場の医師の集まる場を作ってほしい。 ・アルコール関連、精神科疾患などで、入院不要な患者の受入が困難。 ・福祉施設から救急搬送されてきた患者を入院させると、治療後に引き取ってもらえなくなり困っている。 ・療養型の病院や施設は、月に30万から40万円かかり、急性期の病院にいた方が負担が少ないので転院したがる。例えば、施設の月費の公的援助を行い、急性期病院と同額の患者負担に出来ないか。

横浜市救急医療情報システム概要（案）



救急搬送受入病院連携支援モデル事業の実施状況について

1 目的

- 救急搬送患者を受け入れる二次救急病院と救急治療後の患者を受け入れる後方病院との病病連携構築の支援及び受入実績に応じた助成をすることにより、救急搬送困難事案の医療機関の受入促進を図ります。

2 搬送困難事案

- 救急隊が救急現場において搬送先医療機関選定の際、「電話照会回数が5回以上」を要している事案（4回以上受入照会をしても受入れに至らない事案）を対象とします。

（なお、消防法に基づき、神奈川県が平成23年4月30日に策定した「神奈川県傷病者の搬送及び受入れの実施基準 VI 受入医療機関確保基準」では、「4回以上受入照会しても受入れに至らない場合」又は「現場到着後30分以上経過した場合」に適用するとしています。

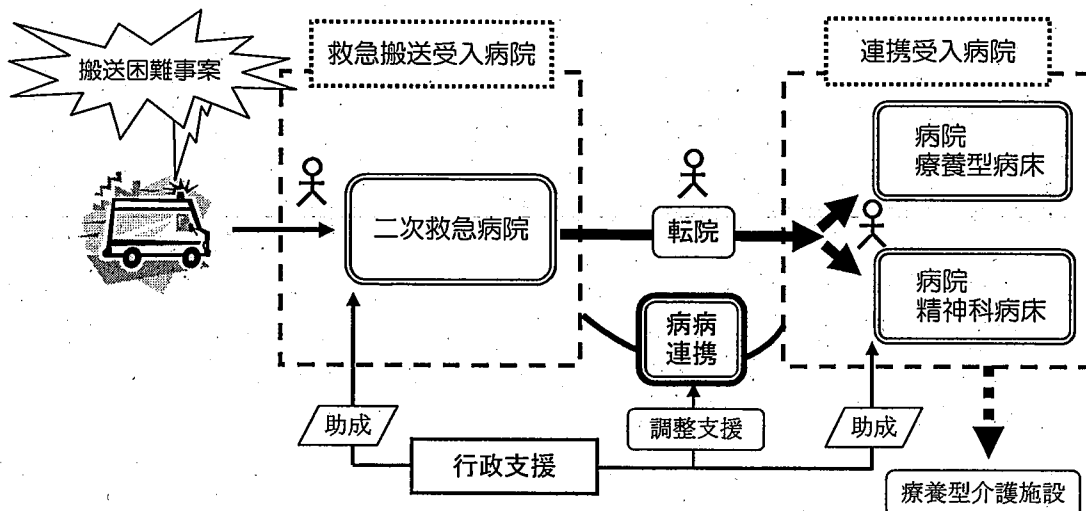
3 モデル事業実施病院の選定

- 救急搬送を多数受入れており、また、照会回数5回以上の受入件数が多く、病病連携に熱心に取り組んでいる以下の病院をモデル事業実施病院と選定します。

- 済生会横浜市東部病院（鶴見区）
- 横浜市立市民病院（保土ケ谷区）
- 昭和大学横浜市北部病院（都筑区）

※ なお、連携受入病院については、モデル事業実施病院ごとに定めます。

4 救急搬送受入病院連携支援事業のイメージ図



5 救急搬送受入病院連携支援事業の概要

支援の内容

① 搬送困難事案の受入実績に応じた助成金支援

- ・ 救急患者受入病院助成 (5,000円) / 件
- ・ 連携受入病院助成 (10,000円) / 件
- ・ 転院及び受入の期限は、救急病院入院後14日以内を基本とします。ただし、30日以内で転院及び受入をしたものについても助成対象とします。
- ・ 救急搬送受入助成金は、受入患者が転院できなかった場合でも助成対象とします。

② 病病連携のコーディネート支援

- ・ 救急搬送受入病院それぞれが、連携病院と病病連携関係を強化するにあたり、その調整（コーディネート）を支援し、救急患者の受入の円滑化を図ります。

救急搬送連携支援モデル事業実績(平成23年11月～平成24年1月)

【救急搬送受入病院】 済生会横浜市東部病院
 【連携受入病院】 汐田総合病院・佐々木病院・徳田病院・生麦病院・平和病院
 【モデル対象救急隊】 消防局鶴見消防署所屬救急隊(鶴見・生麦・矢向・岸谷・寺尾・駒岡)
 【事業開始年月日】 平成23年11月14日(月)

【事案概要】

番号	発生日	曜日	時間帯	年齢	性別	傷病程度	概要	入院有無	転院先
1	11月	平日	18時台	60代	女	中等症	傷病名:鼻出血 既往症:高血圧症。 概要:鼻出血が止血されない。	外来	
2	12月	土	8時台	30代	女	中等症	傷病名:腰痛 既往症:なし。 概要:出産以降、腰部の激痛が改善しない。	外来	
3	12月	平日	7時台	80代	男	中等症	傷病名:呼吸不全 既往症:脳梗塞、高血圧症、肺炎。 概要:発熱が続き、改善されない(ヘルパー同乗)。	転送	連携病院
4	12月	平日	6時台	70代	女	中等症	傷病名:急性腹症 既往症:骨粗鬆症。 概要:左側腹部痛と嘔気。	外来	
5	12月	平日	5時台	90代	女	重篤	傷病名:意識障害 既往症:脳梗塞。 概要:呼吸が荒く発汗が見られたため往診医に電話連絡したが、つながらなかった。	外来	
6	12月	平日	8時台	70代	女	中等症	傷病名:ショック症状 既往症:糖尿病。 概要:通院しようとした際に、意識状況が悪くなり、歩行出来なくなった。	入院	
7	12月	土	4時台	60代	男	中等症	傷病名:うっ血性心不全 既往症:糖尿病、うっ血性心不全。 概要:歩行困難が続き、息苦しさが発症	入院	連携病院
8	12月	平日	6時台	30代	男	軽症	傷病名:肩関節骨折の疑い 既往症:なし。 概要:交通事故。	外来	
9	12月	平日	19時台	30代	女	中等症	傷病名:右尿管結石の疑い 既往症:なし。 概要:右下腹部から右腰背部にかけ痛み。	外来	
10	12月	平日	13時台	80代	男	中等症	傷病名:肺炎 既往症:認知症。 概要:チアノーゼ、呼吸困難(福祉施設からの要請)。	外来	
11	12月	土	9時台	70代	男	中等症	傷病名:脱力発作 既往症:不明。 概要:歩道上に座って動けない。	入院	連携病院
12	1月	土	21時台	70代	女	中等症	傷病名:末梢性めまい症 既往症:高血圧症、眩暈症。 概要:回転性の眩暈及び嘔吐。	外来	
13	1月	祝	1時台	50代	男	中等症	傷病名:脱水症 既往症:不明。 概要:男性が倒れているのを発見。	入院	連携病院
14	1月	祝	14時台	70代	男	中等症	傷病名:腰痛 既往症:前立腺癌。 概要:腰痛が続き、歩行困難。	転送	かかりつけ
15	1月	平日	10時台	80代	男	中等症	傷病名:腰椎圧迫骨折 既往症:肺気腫。 概要:転倒、背部打撲。歩行できない(施設からの要請)。	転送	かかりつけ
16	1月	平日	21時台	80代	男	中等症	傷病名:発熱 既往症:脳梗塞。 概要:全身の震え。	転送	かかりつけ
17	1月	平日	22時台	40代	男	中等症	傷病名:呼吸苦 既往症:結核。 概要:風邪症状が改善されず呼吸苦。	転送	その他
18	1月	平日	20時台	80代	男	重症	傷病名:敗血症 既往症:高血圧、脳梗塞、認知症。 概要:喘鳴、発熱。	転送	その他

番号	発生月	曜日	時間帯	年齢	性別	傷病程度	概要	入院有無	転院先
19	1月	平日	14時台	40代	男	中等症	傷病名:脱水 既往症:なし。 概要:布団の上で動けなくなった(飢餓状態)。	転送	その他
20	1月	平日	11時台	50代	男	中等症	傷病名:食欲不振 既往症:椎間板ヘルニア。 概要:全身脱力で動けない。	外来	
21	1月	平日	23時台	70代	男	重症	傷病名:発熱 既往症:前立腺癌、糖尿病。 概要:傾眠傾向で発熱症状あり(医師からの要請)。	転送	連携病院
22	1月	土	13時台	90代	女	中等症	傷病名:吐血 既往症:逆流性食道炎。 概要:黒色の吐血。	外来	
23	1月	土	16時台	70代	男	中等症	傷病名:偶発性低体温 既往症:不明。 概要:動けず発語がおかしい(宿泊施設管理人)。	入院	連携病院
24	1月	日	22時台	90代	女	軽症	傷病名:発熱 既往症:肺炎で入院歴。 概要:発熱	外来	
25	1月	平日	11時台	70代	男	中等症	傷病名:頸椎症の疑い 既往症:腹部大動脈瘤、心臓バイパス手術。 概要:全身の痛みが発症。	転送	連携病院
26	1月	平日	16時台	80代	男	中等症	傷病名:発熱 既往症:脳梗塞、食道がん。 概要:身体の脱力感。	転送	その他
27	1月	平日	1時台	20代	女	中等症	傷病名:急性虫垂炎の疑い 既往症:子宮内膜剥離症。 概要:臍部周辺の痛みを発症、嘔吐・下痢。	外来	
28	1月	平日	7時台	40代	女	中等症	傷病名:交通外傷 既往症:高血圧症。 概要:バイクで転倒。	転送	その他
29	1月	平日	14時台	50代	女	軽症	傷病名:アナフィラキシーショック 既往症:なし。 概要:薬を服用した後、全身の発赤及び呼吸苦。	外来	
30	1月	日	19時台	70代	男	軽症	傷病名:陰のう水腫 既往症:大腸癌、脳梗塞、心不全。 概要:陰のう腫脹があり、痛みが発症。	外来	
31	1月	平日	17時台	60代	女	中等症	傷病名:左下腿挫創 既往症:なし。 概要:バイクと乗用車の交通事故。	入院	

救急搬送連携支援モデル事業実績(平成23年12月～平成24年1月)

【救急搬送受入病院】 横浜州市市民病院
 【連携受入病院】 佐藤病院・新戸塚病院・西横浜国際病院・ふれあい東戸塚ホスピタル
 【モデル対象救急隊】 消防局保土ヶ谷消防署所属救急隊(保土ヶ谷・西谷・今井・権太坂)
 【事業開始年月日】 平成23年12月12日(月)

【事案概要】

番号	発生月	曜日	時間帯	年齢	性別	傷病程度	概要	入院有無	転院先
1	12月	平日	23時台	80代	女	中等症	傷病名:吐血 既往症:胃潰瘍。 概要:吐血。	入院	
2	12月	平日	6時台	70代	男	重症	傷病名:上部消化管出血 既往症:高血圧症、糖尿病、肝硬変。 概要:起床時に少量の吐血痕(施設関係者から通報)。	入院	
3	1月	日	10時台	70代	女	中等症	傷病名:発熱 既往症:パーキンソン病。 概要:発熱と嘔吐。医師に相談し救急要請。	入院	
4	1月	平日	21時台	70代	女	中等症	傷病名:発熱 既往症:認知症、糖尿病。 概要:発熱及び嘔吐症状。看護師と医師の相談により救急要請。	入院	
5	1月	平日	16時台	70代	女	中等症	傷病名:腰椎圧迫骨折 既往症:腰痛、認知症、リウマチ。 概要:前日、腰痛再発	外来	
6	1月	日	17時台	70代	男	中等症	傷病名:全身打撲 既往症:椎間板ヘルニア。 概要:オートバイの交通事故。	外来	
7	1月	日	22時台	90代	男	中等症	傷病名:一過性脳虚血発作 既往症:心筋梗塞、糖尿病。 概要:胸苦しさ。	外来	
8	1月	平日	17時台	80代	女	軽症	傷病名:感冒疑い 既往症:脳出血、胆のう炎。 概要:施設内で呼吸苦。	外来	

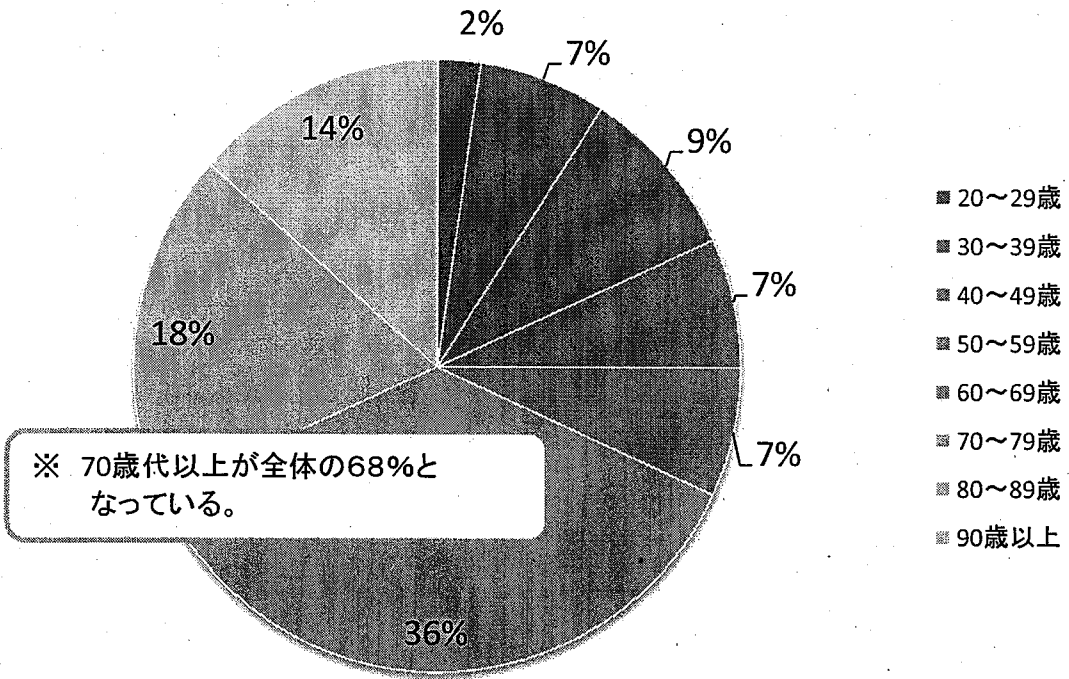
救急搬送連携支援モデル事業実績(平成23年12月～平成24年1月)

【救急搬送受入病院】 昭和大学横浜市北部病院
 【連携受入病院】 青葉さわい病院・高田中央病院・長津田厚生総合病院・山本記念病院
 【モデル対象救急隊】 消防局都筑消防署所属救急隊(都筑・川和)
 【事業開始年月日】 平成23年12月22日(木)

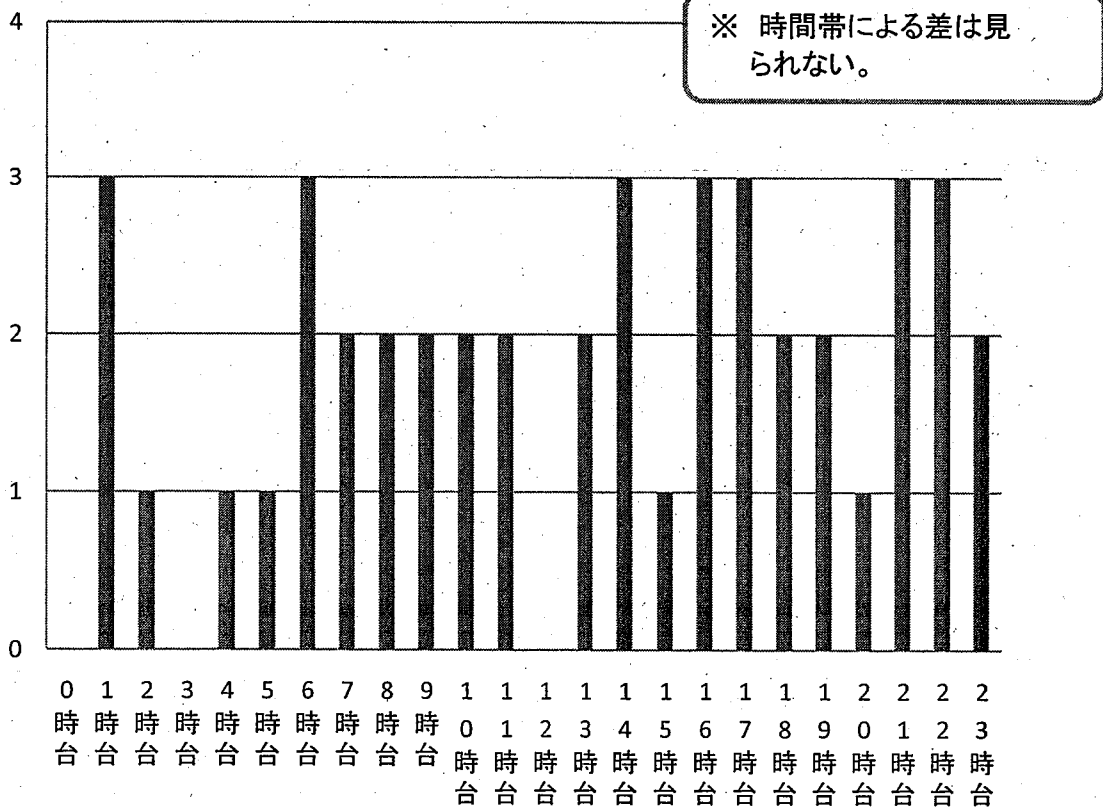
【事案概要】

番号	発生月	曜日	時間帯	年齢	性別	傷病程度	概要	入院有無	転院先
1	12月	日	1時台	40代	男	中等症	傷病名:大量服薬 既往症:不眠症。 概要:飲酒後、睡眠薬を過量服薬。	入院	
2	12月	平日	9時台	70代	男	重症	傷病名:意識障害 既往症:糖尿病、高血圧、慢性心不全。 概要:意識状態の低下。	入院	
3	1月	土	15時台	90代	男	中等症	傷病名:発熱 既往症:硬膜下血腫、認知症。 概要:ベッド脇で起き上がれない。	転送	連携病院
4	1月	平日	18時台	90代	女	中等症	傷病名:心不全 既往症:不整脈、心不全、認知症。 概要:呼吸苦、嘔吐。	外来	
5	1月	土	2時台	70代	女	中等症	傷病名:高血圧 既往症:高血圧症。 概要:両肩の痛み。	外来	

モデル事業対象者年齢区分別割合



搬送時間帯別件数



横浜市救急搬送連携支援モデル事業の概要

(事業開始 平成 23 年 11 月 14 日)

○事業の目的 (横浜市資料から抜粋)

救急搬送患者を受け入れる二次救急病院と救急治療後の患者を受け入れる後方病院との病病連携構築の支援及び受入実績に応じた助成をすることにより、「救急搬送困難事案」の医療機関の受入促進を図ります。(横浜市助成事業)

※助成内容 (診療報酬と併給可)

- ・ 救急搬送受入病院への助成 5,000 円/件
- ・ 連携受入病院への助成 10,000 円/件

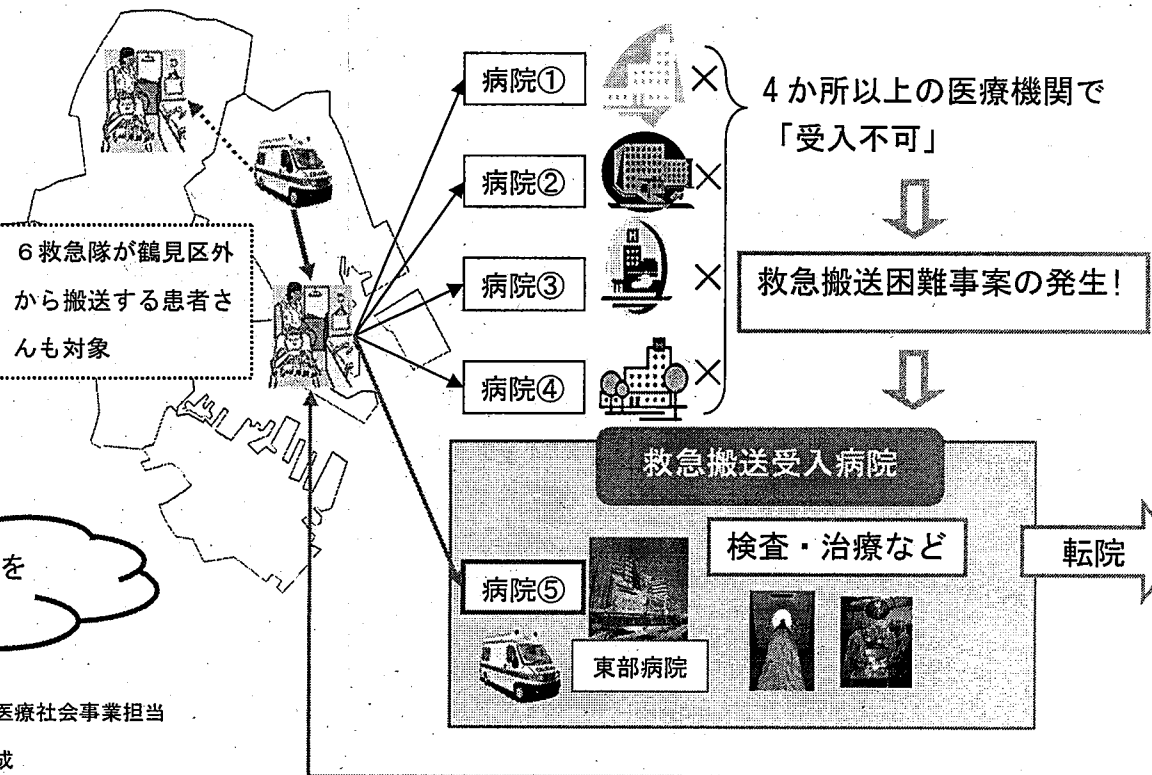
○鶴見区での事業内容

鶴見区では、救命救急センター機能をもつ東部病院が「救急搬送受入病院」として救急搬送困難事案を受け入れ、ひと通りの検査・診断などの後、区内の 5 病院 (汐田総合病院、佐々木病院、徳田病院、生麦病院、平和病院) が輪番 (順番) で転院を受け入れるという連携により事業を行います。

この事業をきっかけとして、高齢化の進展に伴って増加していくと思われる区内の在宅高齢者の救急搬送事案に対応するための「超急性期病院 → 一般 (急性期) 病院 → 診療所・訪問看護ステーション・ヘルパーなど」という超急性医療から在宅に至るまでの地域完結型システムの強化に活かしていくことを目的としています。

○モデル事業の対象

(「救急搬送困難事案」とは) 鶴見区内の 6 救急隊 (鶴見・生麦・矢向・岸谷・寺尾・駒岡) が搬送する患者で、満床や重症者対応中などで、4 回以上電話照会しても受入に至らない中等症以上の患者さんが対象です。



連携受入病院 (5 病院)

※50 音順で順番に転院を受入 (原則)

- 汐田総合病院 No.001
- 佐々木病院 No.002
- 徳田病院 No.003
- 生麦病院 No.004
- 平和病院 No.005

退院

詳しくは、「マニュアル」を
ごらんください!!

済生会横浜市東部病院 医療社会事業担当
平成 23 年 12 月 15 日作成

Q このモデル事業で、これまでの転院調整はどう変わりますか？

① 東部病院に入院したとき

これまで同様、退院調整室の看護師又は療養福祉相談室の MSW が退院調整を行いますので、電子カルテで依頼してください。

区内の連携先 5 病院を転院先候補の一つとして、転院調整を行います。

② 東部病院に入院せず、他院へ転送するとき

これまで同様、神奈川県救急医療中央情報センター等を利用して Dr to Dr で調整してください。区内の連携先 5 病院だけでは転送先を確保することが困難なため、転送事案はモデル事業の転院調整の対象外としています。

※転送事案の助成金の取扱い

- ・救急搬送受入病院（東部病院）…助成の対象（入院しなくても、受け入れた場合は助成対象）
- ・転送先病院…助成の対象外（結果的に、区内の連携 5 病院が受け入れた場合は助成対象）

横浜市外傷診療状況調査報告（案）

1 調査目的

横浜市では、平成22年4月に、市内6方面の地域中核病院整備計画が終了し、医療基盤のインフラが整うと同時に、二次救急拠点病院と輪番病院を併用した本市独自の新たな二次救急医療体制の整備・運用を開始しました。救急医療体制の整備が進み、救急車の受入件数が伸びる一方、救急で受け入れる疾患に関しては、医療機関毎に得意・不得意の分野があるとの声も耳にします。

こうした中、23年度第1回の救急医療検討委員会では、市民の「横浜で暮らすことの満足度(救急医療の面で実感する安全・安心)」を向上させるために、市内の疾病構造に着眼するなどの視点も加え、今後本市として取り組むべき課題及び方向性について検討を行いました。

委員会では、「本市全体としては、外傷診療の分野が弱いのではないか」という御意見をいただきましたが、外傷を含めた不慮の事故死の本市の状況（東京都及び政令指定都市19都市の中で、平成22年はワースト2位）以外、本市に関する外傷診療個別のデータはありません。

そこで、本市の外傷診療の実態を把握し、今後の救急医療体制の検討に役立てることを目的として、森村委員を中心とした、横浜市における外傷診療状況調査のワーキンググループを作り、調査方法の検討等を行った後、各医療機関の御協力をいただいて、本市として初めて「横浜市外傷診療の状況調査」を行いました。

なお、同様の調査を行っている自治体は、今のところ確認できていません。

2 調査対象

(1) 調査対象期間

2か年（平成21年1月～平成22年12月）

(2) 調査対象事案

51症例

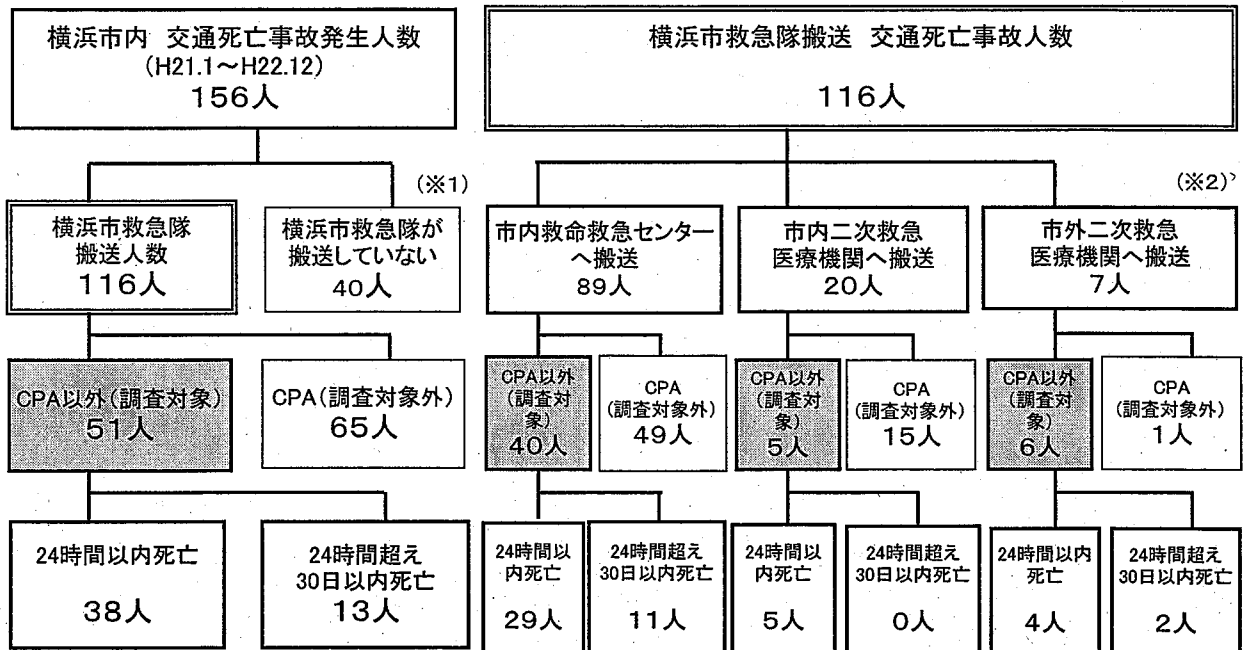
- * 横浜市内の交通事故による死亡事故（30日以内死亡）のうち、横浜市消防局が搬送したCPA(心肺停止)以外の事案（以下「外傷死亡症例」という。）が対象。
- * 神奈川県警から提供された交通事故死に関する情報と、横浜市消防局から提供された救急搬送情報のうち、発生場所（行政区）、日時、性別、年代を突き合わせて、調査対象事案を抽出。

(3) 調査対象医療機関数

11医療機関

- * 横浜市救急隊の調査対象事案の搬送先医療機関は、市内救命救急センター及び二次救急医療機関、市外二次救急医療機関（以下「調査対象病院」という。）であった。

(4) 横浜市内（高速道路等含む）死亡事故（30日以内）発生状況 【平成21年1月～平成22年12月】



※1 現場で死亡等、救命救急指導医の指示により横浜市救急隊が救急搬送しなかった事案

※2 搬送先医療機関については、平成22年度の横浜市救急医療体制でカテゴリー分け

※3 横浜市救急隊の搬送については、全て直接療機関に搬送されており、転送情報はなし。

3 調査方法

次の手順で調査を実施し結果をまとめた。

- ① 本市から調査対象病院に、「調査対象事案一覧」を個人情報を除く外傷死亡症例に関する情報【別紙1】を提供。
- ② 「調査対象事案一覧」を基に、調査対象病院が症例を特定し、「横浜市内外傷診療状況調査データ登録項目」を回答。
* 回答は、本市作成の「調査回答入力用ソフト」に調査対象病院が入力し、入力済データのみ本市に提出。
- ③ 調査対象病院からの回答情報を元に、RTS及びISSを計算し、TRISS法に則して予測生存率【別紙3】(Ps)を算出。
- ④ 外傷死亡症例のうち、予測生存率が、 $Ps=0.5$ (50%) 以上の症例を抽出し、「予測外死亡症例」とする。
- ⑤ 外傷死亡症例のうち、予測外死亡症例の占める割合を算出し、その高低を結果にまとめる。
- ⑥ 予測外死亡症例のうち、「GCS5以下の急性硬膜下血腫」及び「80歳以上」の症例を除外した症例を、「修正予測外死亡症例」として算出。
- ⑦ 予測生存率 (Ps) 算出可能な外傷死亡症例のうち、修正予測外死亡症例の占める割合を算出。

<参考>

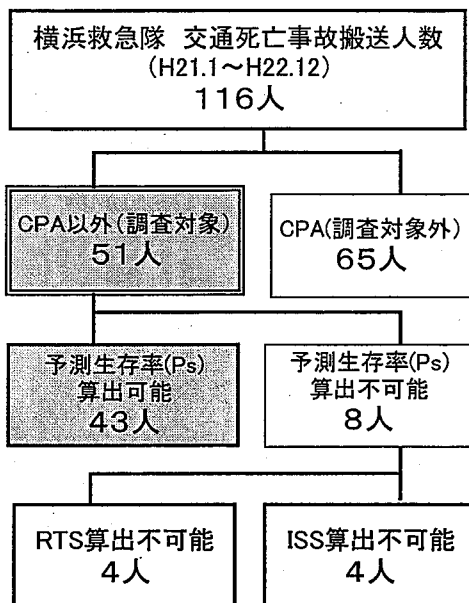
- RTS (Revised Trauma Score) : 外傷重症度の生理学的指標
- ISS (Injury Severity Score) : 外傷重症度の解剖学的指標
- TRISS(Trauma Injury Severity Score) : RTS、ISS、年齢の3つの要素を基に、予測生存率(Ps)を算出する方法
- Ps (Probability of survival) : 予測生存率
- GCS (Glasgow Coma Scal) : 頭部外傷の意識レベル評価

4 調査結果

(1) 調査対象病院からの回答状況

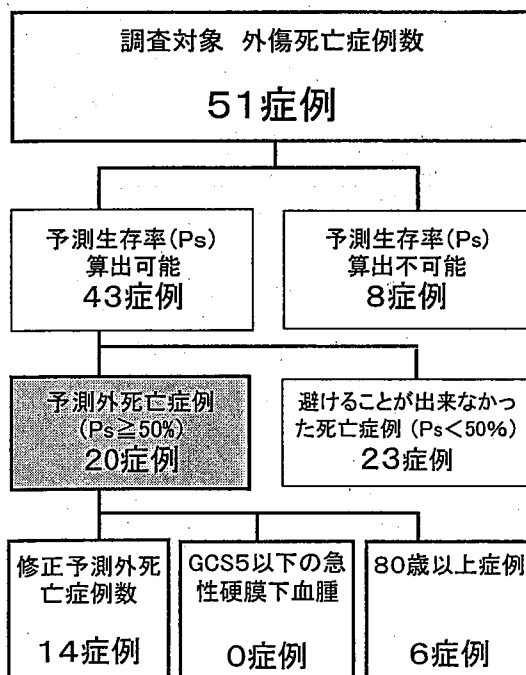
ア 回答率 100% (調査対象全11病院から回答)

イ 調査対象症例 51症例



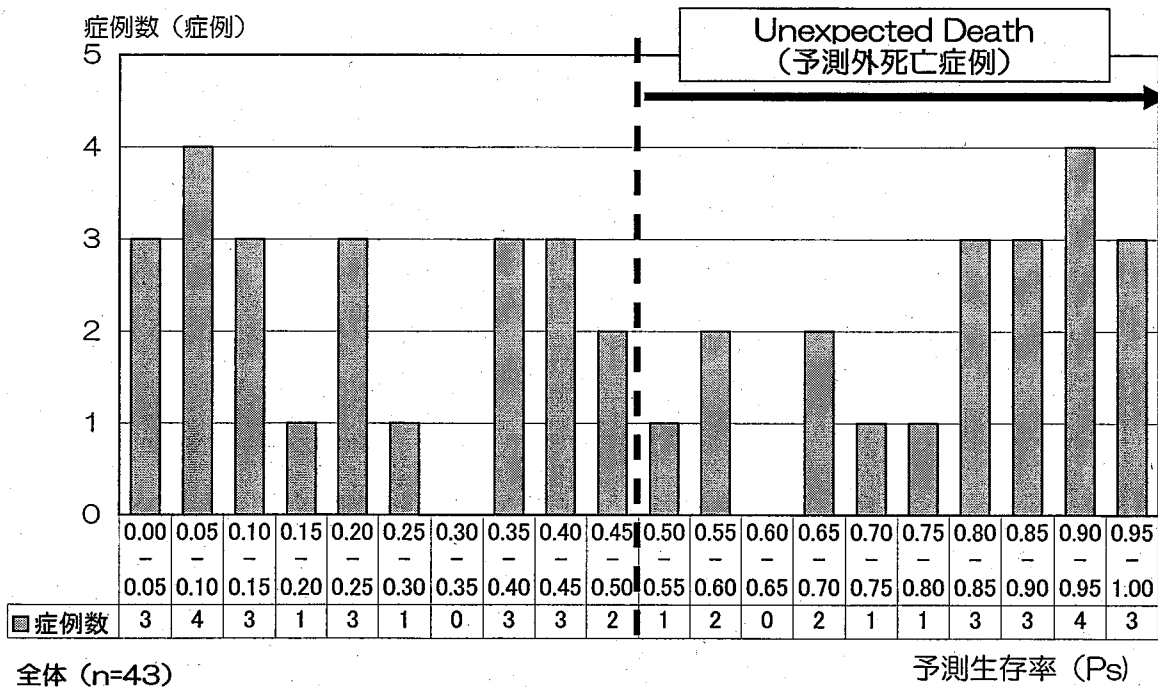
	症例数
調査対象 外傷死亡症例	51
予測生存率 (Ps) 算出可能	43
予測生存率 (Ps) 算出不可能	8
RTS算出不可能	(4)
ISS算出不可能	(4)

(2) 調査結果のまとめ



	症例数	割合
調査対象 外傷死亡症例	51	-
予測生存率 (Ps) 算出可能	43	100.0%
予測生存率 (Ps) 50%以上=予測外死亡	20	46.5%
修正予測外死亡症例	(14)	(32.6%)
GCS5以下の急性硬膜下血腫	(0)	(0.0%)
80歳以上症例	(6)	(14.0%)
予測生存率 (Ps) 50%未満	23	53.5%
予測生存率 (Ps) 算出不可能	8	-

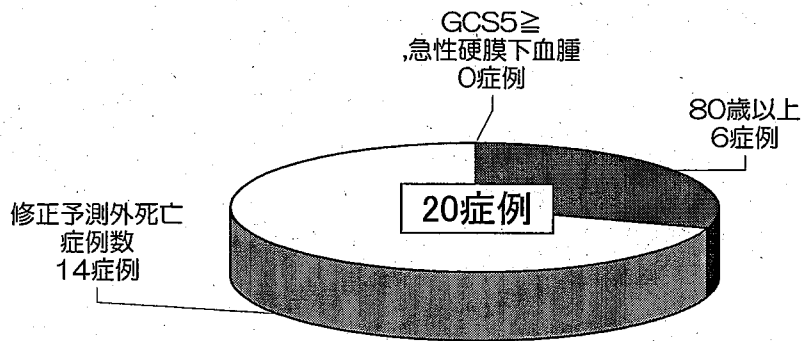
(3) 横浜市調査における外傷死亡症例の予測生存率 (Ps) の分布



予測外死亡症例数 (予測生存率 (Ps) 0.5以上)
 外傷死亡症例 (予測生存率 (Ps) 算出可能) 43例の内
20症例 46.5%

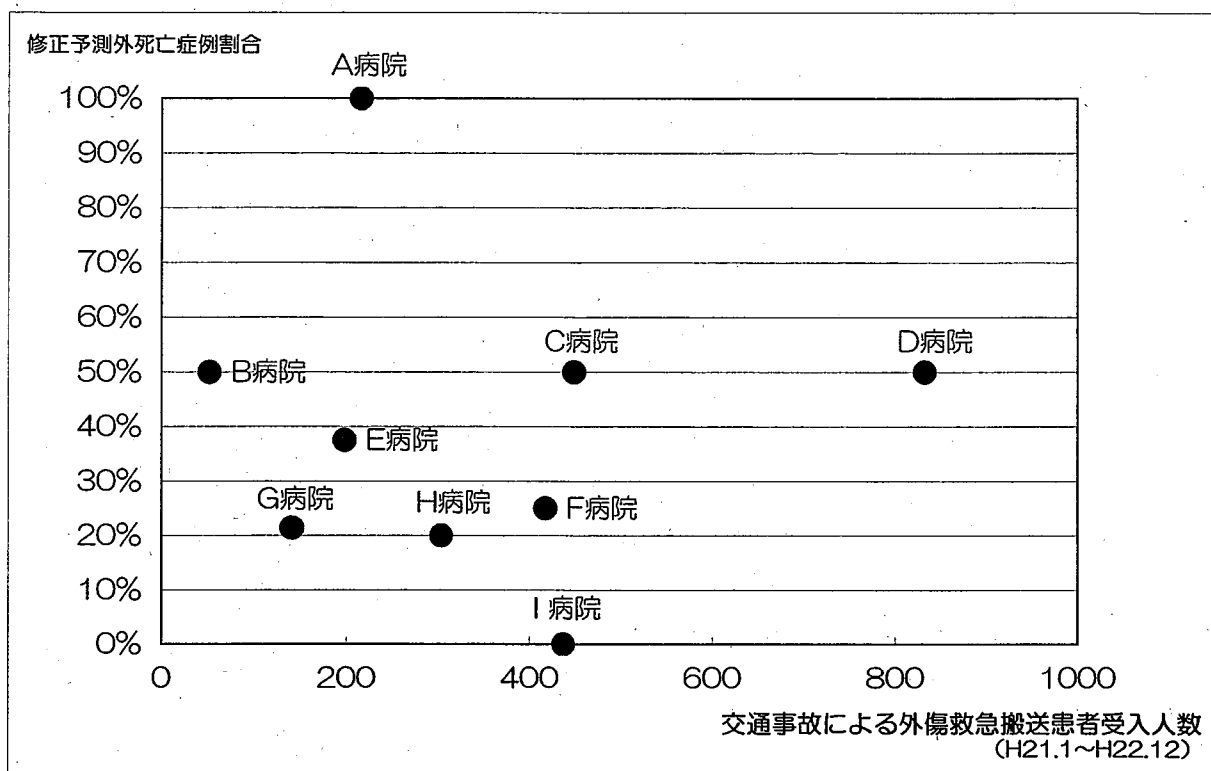
(4) 修正予測外死亡症例数

修正予測外死亡症例数
 外傷死亡症例 (予測生存率 (Ps) 算出可能) 43例の内
14症例 32.6%



予測生存率 (Ps) 算出可能	43例
予測外死亡症例 (予測生存率 (Ps) 0.5以上)	20例
修正予測外死亡症例	14例
GCS5以下の急性硬膜下血腫の症例	0例
80歳以上症例	6例

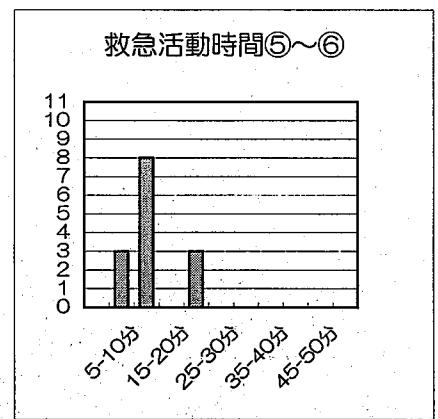
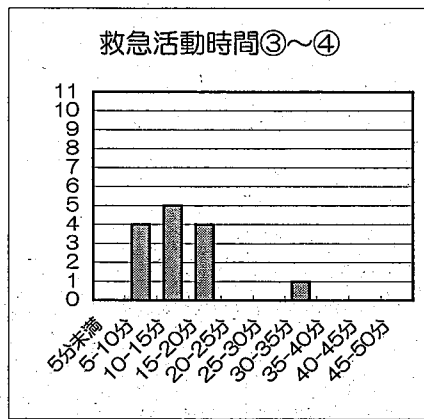
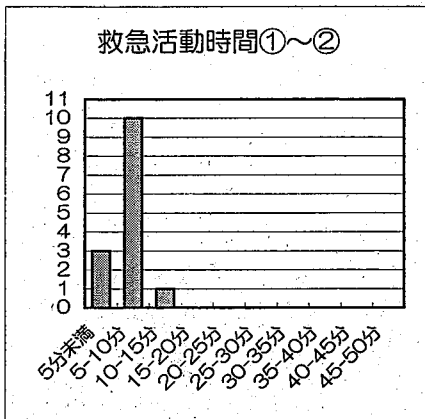
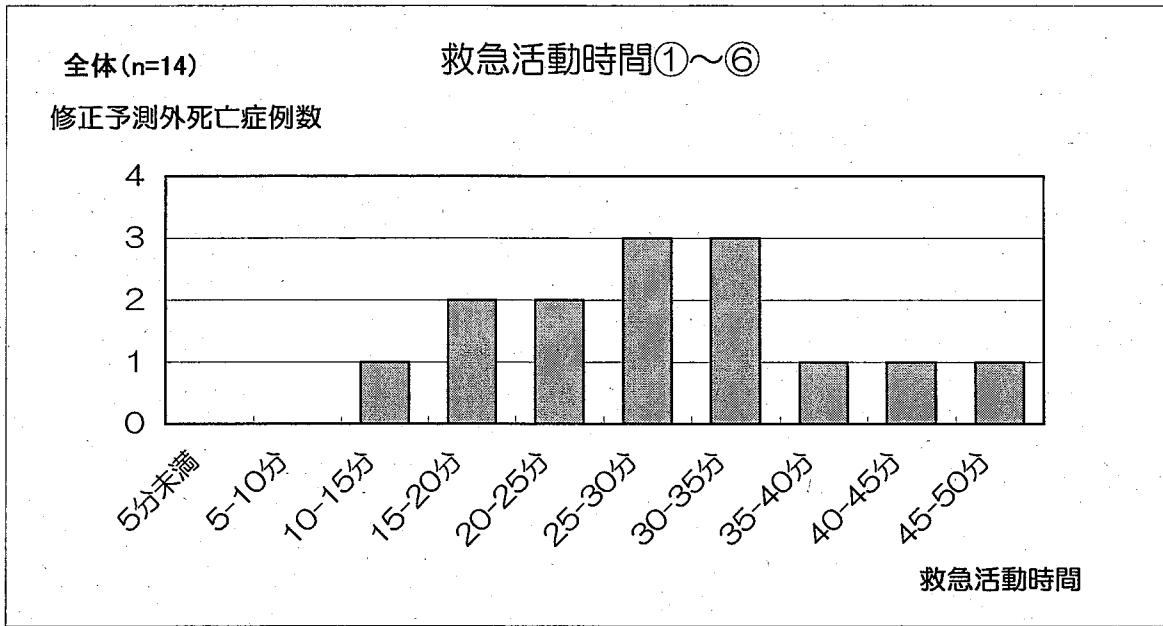
(5) 修正予測外死亡症例割合と交通事故による
外傷救急搬送人員受入人数の分布図



※ 修正予測外死亡症例割合 = 修正予測外死亡数 / Ps算出可能外傷死亡症例

病院	交通事故による外傷救急搬送患者受入人数		平均受入人数	外傷死亡症例 (CPA除く)	Ps算出可能外傷死亡症例	Ps ≥ 0.5	修正予測外死亡症例	修正予測外死亡症例割合	修正理由等
	21年	22年							
A病院	222	210	216	2	1	1	1	100.0%	
B病院	57	47	52	4	4	3	2	50.0%	
C病院	533	365	449	4	4	3	2	50.0%	
D病院	864	801	833	3	2	1	1	50.0%	
E病院	222	174	198	8	8	3	3	37.5%	
F病院	469	366	418	4	4	2	1	25.0%	
G病院	147	135	141	16	14	4	3	21.4%	
H病院	334	272	303	6	5	2	1	20.0%	
I病院(*)	498	376	437	1	1	1	0	0.0%	症例が80歳以上のため、修正予測外死亡症例対象除外
J病院(*)	680	598	639	2	0	-	-	-	調査対象症例全例がPs算出不可能
K病院(*)	670	793	732	1	0	-	-	-	
計	4,696	4,137	4,417	51	43症例	20症例	14症例	32.6%	

(6) 修正予測外死亡症例と救急活動時間の関係 (指令～病院到着まで)

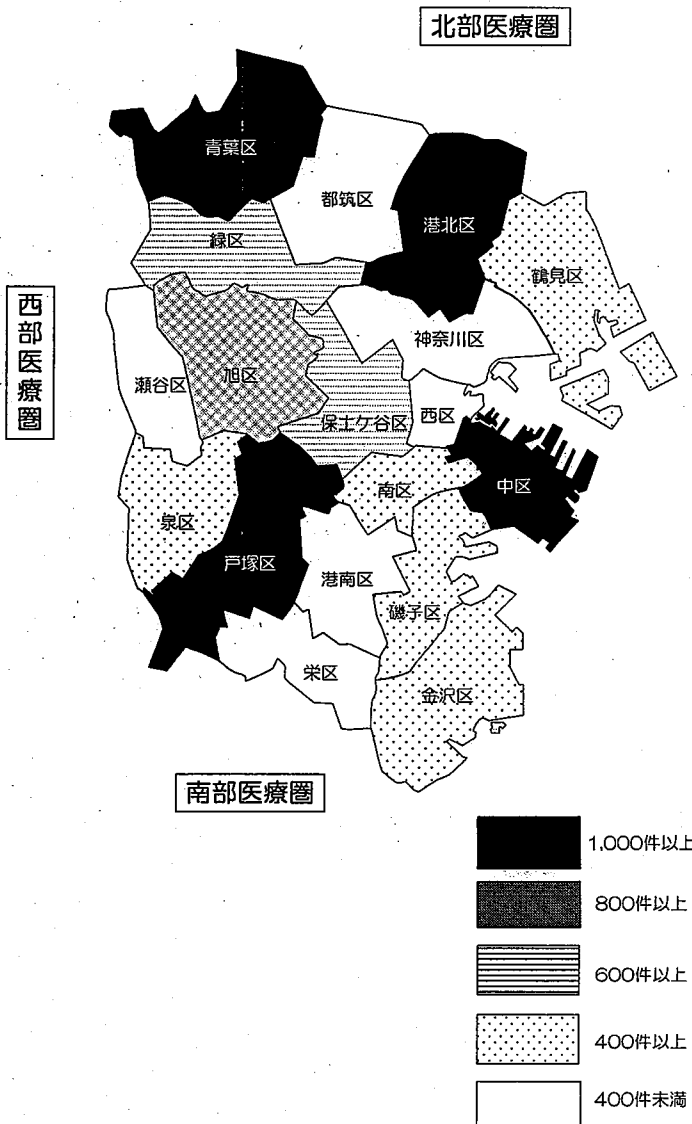
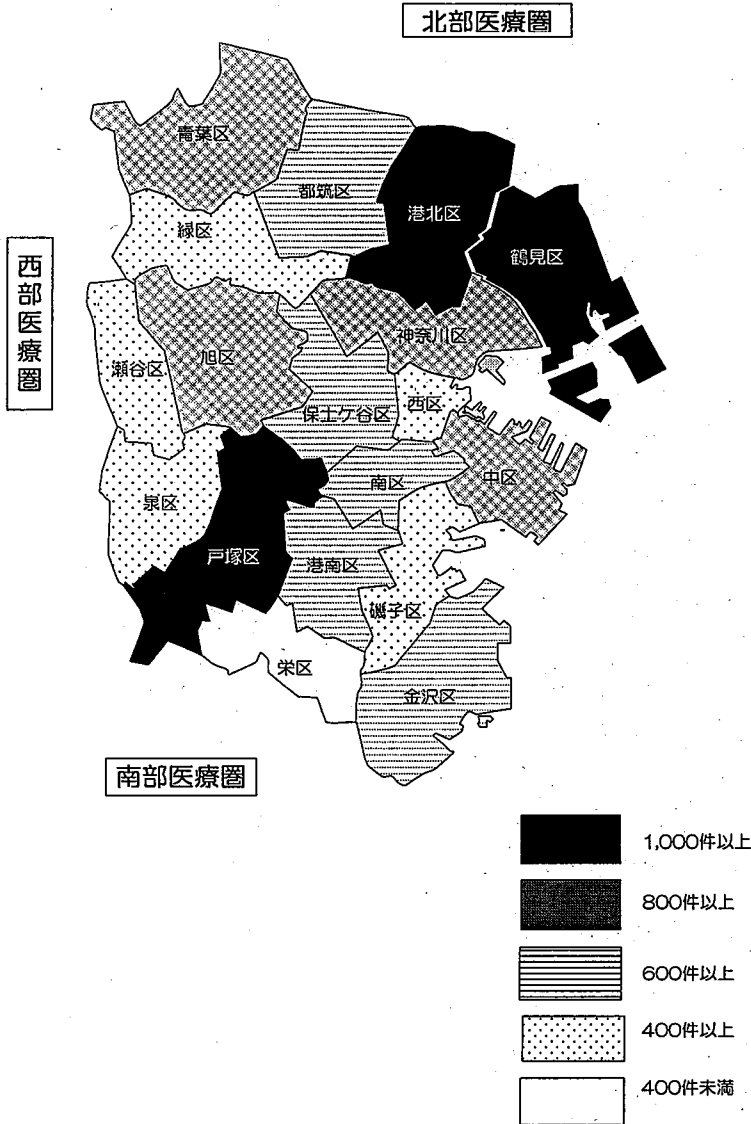


病院	Ps値	①指令 ～ ②現場到着	③現場到着 ～ ④搬送開始	⑤搬送開始 ～ ⑥病院到着	救急 活動時間 (①～⑥)	修正予測外死亡症例数				
						救急活動時間				
						①～②	③～④	⑤～⑥	①～⑥	
B病院	97.1%	5.0分	5.0分	1.0分	11.0分	5分未満	3	0	3	0
E病院	95.7%	5.0分	6.0分	5.0分	16.0分	5-10分	10	4	8	0
A病院	67.7%	2.0分	13.0分	4.0分	19.0分	10-15分	1	5	0	1
G病院	87.1%	5.0分	9.0分	9.0分	23.0分	15-20分	0	4	3	2
C病院	92.1%	4.0分	12.0分	8.0分	24.0分	20-25分	0	0	0	2
E病院	93.3%	5.0分	15.0分	5.0分	25.0分	25-30分	0	0	0	3
G病院	66.8%	10.0分	8.0分	7.0分	25.0分	30-35分	0	1	0	3
F病院	91.8%	3.0分	14.0分	9.0分	26.0分	35-40分	0	0	0	1
D病院	58.0%	7.0分	15.0分	8.0分	30.0分	40-45分	0	0	0	1
C病院	89.4%	7.0分	16.0分	9.0分	32.0分	45-50分	0	0	0	1
B病院	84.1%	6.0分	12.0分	16.0分	34.0分	計	14	14	14	14
H病院	96.8%	8.0分	13.0分	16.0分	37.0分					
E病院	73.2%	7.0分	19.0分	15.0分	41.0分					
G病院	83.6%	6.0分	33.0分	8.0分	47.0分					

平成22年 横浜市内発生交通事故による外傷救急搬送人員数比較 (要請場所行政区別/受入医療機関行政区別)

【要請場所行政区別】

【受入医療機関行政区別】



	外傷救急搬送人員数 (要請場所行政区別)	外傷救急搬送人員数 (受入医療機関行政区別)
横浜市全域	12,978	12,122
北部医療圏	5,153	4,213
鶴見区	1,046	554
神奈川区	823	97
港北区	1,038	1,648
緑区	594	641
青葉区	905	1,056
都筑区	747	217
西部医療圏	3,992	4,503
西区	460	171
保土ヶ谷区	711	754
旭区	826	882
戸塚区	1,013	1,905
泉区	487	425
瀬谷区	495	366
南部医療圏	3,833	3,406
中区	885	1,256
南区	668	490
港南区	694	290
磯子区	524	440
金沢区	729	590
栄区	333	340

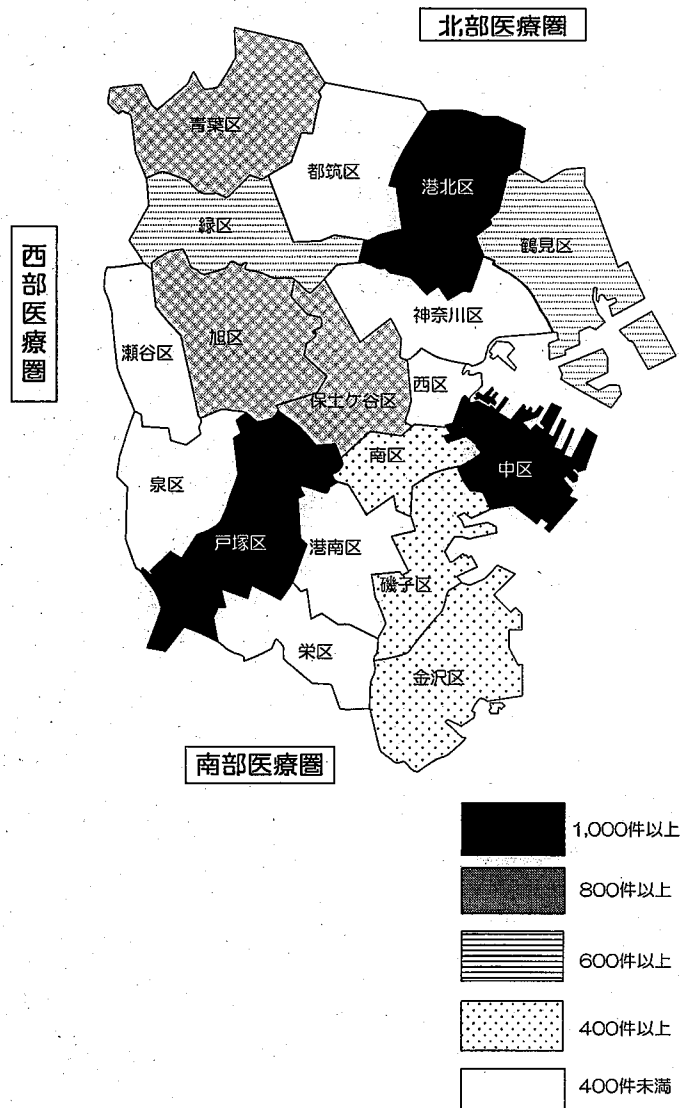
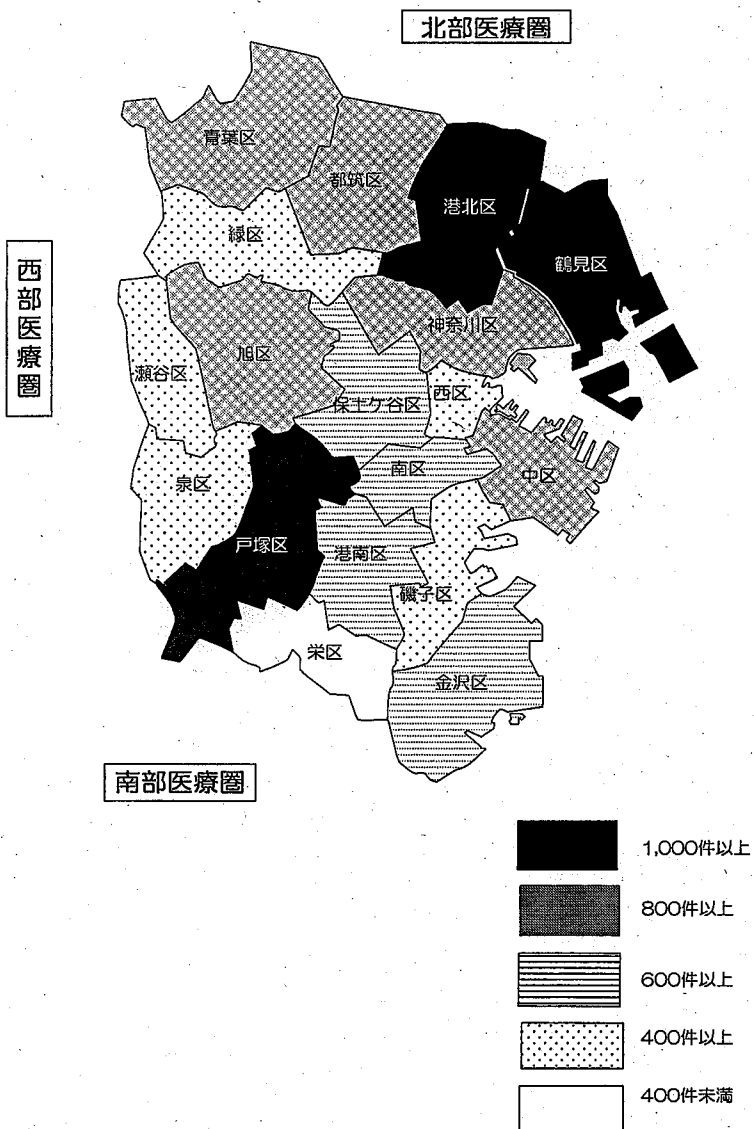
参考

市外	856
----	-----

平成21年 横浜市内発生 of 交通事故による外傷救急搬送人員数比較 (要請場所行政区別/受入医療機関行政区別)

【要請場所行政区別】

【受入医療機関行政区別】



	外傷救急搬送人員数 (要請場所行政区別)	外傷救急搬送人員数 (受入医療機関行政区別)
横浜市全域	13,039	12,171
北部医療圏	5,029	4,261
鶴見区	1,001	657
神奈川区	835	87
港北区	1,022	1,661
緑区	557	702
青葉区	802	881
都筑区	812	273
西部医療圏	4,051	4,503
西区	445	157
保土ヶ谷区	777	879
旭区	845	828
戸塚区	998	1,923
泉区	503	323
瀬谷区	483	393
南部医療圏	3,959	3,407
中区	881	1,255
南区	670	551
港南区	711	367
磯子区	562	465
金沢区	766	497
栄区	369	272

参考

市外		868
----	--	-----

調査対象事案一覧

※平成21年（2009年）、平成22年（2010年）の横浜市内で発生した交通事故による死亡事案（事故発生から24時間以内死亡及び24時間経過後30日以内死亡）のうち横浜市消防局が搬送した、CPA以外の事案

搬送先医療機関名：〇〇病院 病院コード：〇〇〇

事案NO	患者基本情報								搬送元 消防機関名	交通事故情報		
	傷病 程度	病院到着日	病院到 着時刻	死亡日	年齢	性別	傷病名	部位分類		状態	発生場所 (行政区 名)	発生日

横浜市外傷診療状況調査データ登録項目

※横浜市外傷診療状況調査回答入力用ソフトの項目に対応

1 ユーザー情報登録

- (1) 病院名
 (2) 病院コード
 (3) パスワード
 (4) パスワードの確認

2 患者基本情報

- (1) 事案NO
 (2) 年齢(月齢)
 (3) 性別 男 女
 (4) 病院到着日 20__年__月__日
 (5) 受傷日時 20__年__月__日__時__分 推定 不明
 (6) 外傷原因 不慮の事故 自損(自殺企図) 傷害 労災 他 不明
 (7) 外傷分類 未入力 鈍的 鋭的 熱傷 他 不明

3 受傷機転

- (1) 鈍的外傷の場合
 ア交通事故 四輪車両運転者 四輪車助手席同乗 四輪車後部座席同乗
自動二輪車運転者 自動二輪車同乗者 自転車走行中 歩行者
その他の車両乗車中

4 病院前情報

- (1) 搬送経路 現場から直接救急搬送 医療機関から転送 救急車以外で 他 不明
 (2) 搬送方法 救急車 ドクターカー 自家用車 ヘリ 独歩 他 不明
 (3) 消防機関名
 (4) 病院到着日時 20__年__月__日__時__分 推測 不明

5 来院時情報

- (1) 収縮期血圧 __mmHg *心拍あるも血圧測定不能時は「40」、脈拍触れずは「0」
 (2) 呼吸数 __/分 不明
 (3) 来院時 JCS __ 不明
 (4) 来院時 GCS E__ 不明 V__ 不明 M__ 不明 合計__(自動計算)

6 診断名

- (1) 損傷区分
 (2) 解剖学上の構造
 (3) 損傷内容

7 入院退院情報

- (1) 死亡時刻 20__年__月__日__時__分 推測 不明

予測生存率 (Ps) の算出方法について

調査対象病院の回答情報から、RTS、ISS、を計算し、TRISS法に即して予測生存率(Ps)を算出。

RTS (Revised Trauma Score): 外傷重症度の生理学的指標
 ISS (Injury Severity Score): 外傷重症度の解剖学的指標
 TRISS(Trauma Injury Severity Score):
 RTS、ISS、年齢の3つの要素を基に、予測生存率(Ps)を算出する方法
 Ps (Probability of survival): 予測生存率

1 「Ps」の算出方法

$$Ps = 1 / (1 + e^{-b})$$

$$b = b_0 + b_1 \times RTS + b_2 \times ISS + b_3 \times A$$

※A: Age (54才以下=0、55才以上=1)

e: 自然対数 (2.71828)

	b0(定数)	b1(RTS)	b2(ISS)	b3(Age)
鈍的外傷	-1.2470	0.9544	-0.0768	-1.9052
鋭的外傷	-0.6029	1.1430	-0.1516	-2.6676

2 「RTS」の算出方法 (来院時情報)

$$RTS = 0.9368 \times GCS \text{ 点数} + 0.7326 \times SBP \text{ 点数} + 0.2908 \times RR \text{ 点数}$$

RTSのコード表

コード(点数)	意識レベル (GCS)	収縮期血圧 (SBP)	呼吸数 (RR)
4	13~15	90以上	10~29
3	9~12	76~89	30以上
2	6~8	50~75	6~9
1	4~5	1~49	1~5
0	3	0	0

GCS (Glasgow Coma Scal)
 SBP (Systolic Blood Pressure)
 RR (Respiratory Rate)

3 「ISS」の算出方法 (重症度評価法)

損傷を、6部位(ISS部位)に割り当てたうえで、各部位のAIS(Abbreviated Injury Scale)スコアの最大値に注目し、上位3部位までのスコア最大値を二乗して足した値をISSと定義する。

下表のISSの算出例では、最大AISの上位3つは頭頸部と胸部、四肢の3部位であり、それぞれの二乗値を足した29がISSとなる。

【ISSの算出例】

ISS部位	損傷	AISコード	最大AIS	(AIS) ²	ISS
頭頸部	頭蓋骨骨折	150402.2	2		
	急性硬膜下血腫	140652.4	4	16	
顔面	鼻骨骨折	251000.1	1		
胸部	肋骨骨折(2本)	450220.2	2	4	
腹部					
四肢	大腿骨開放骨折	851801.3	3	9	
	脛骨骨折	853402.2	2		
体表	顔面裂傷	210600.1	1		
					29

* AISの重症度スコア(6段階評価)

1: Minor(軽傷) 2: Moderate(中等症) 3: Serious(重症)
 4: Severe(厳しい) 5: Critical(臨界状態) 6: Maximum(致命的)