

第8回救急・災害医療提供体制等 に関するワーキンググループ	参考 資料
令和6年8月8日	2

医政地発0216第1号
平成30年2月16日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
（ 公 印 省 略 ）

救命救急センターの新しい充実段階評価について

救命救急センターの充実段階評価については、充実度を評価することにより、個々の救命救急センターの機能の強化、質の向上を促し、もって全国の救急医療体制の強化を図る目的で、「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日付け医政指発第0331001号厚生労働省医政局指導課長通知。以下「旧通知」という。）において、評価項目等を示した上で、毎年実施しているところである。今般、「救急医療体制等のあり方に関する検討会」、「医療計画の見直し等に関する検討会」における議論を踏まえ、下記のとおり新しい評価方法を取りまとめたので、その内容について御了知いただくとともに、管下の関係機関に周知をお願いする。

救命救急センターの充実には、当該救命救急センターを設置する病院及び地域の全面的な支援が不可欠であることから、各都道府県におかれては、新しい充実段階評価を参考に、管下の救命救急センターを設置する病院に対して、救命救急センターの機能の強化・質の向上について一層の取組を促すとともに、各病院への格段の支援をお願いする。

なお、旧通知については、平成30年3月31日をもって廃止する。

記

1 評価項目及び配点基準

充実段階評価の見直しにおいては、ストラクチャーを中心とした評価体系から、プロセスも含めた評価体系へ見直しを行い、地域の関係機関との連携の観点からの評価を追加した。

新しい充実段階評価の評価項目及び配点基準は別添1のとおりであり、評価項目の定義等については別添2のとおりである。年間重篤患者

数を記載する別表は、これまでどおり充実段階評価の提出と併せて提出をお願いします。

なお、評価項目には、病院の管理者が担当する評価項目と救命救急センター長が担当する評価項目があるが、最終的には全ての評価項目に関する評価結果について、病院の管理者が確認するよう留意されたい。

2 評価区分

新しい充実段階評価においては、新たにS評価を創設し、S評価、A評価、B評価、C評価の4段階の評価とする。これまでの「是正を要する項目」に加え、S評価には「評価点」を用いた評価を行う。

「是正を要する項目」及び「評価点」のいずれについても改善に向けた不断の取組を求めるため、評価区分については、別添3のとおり今後段階的に評価基準を引き上げることとする。

3 新しい充実段階評価の開始時期

新しい充実段階評価については、平成30年の評価より行う。

平成30年実績（平成30年1月から平成30年12月までの実績）に基づき実施する平成30年の充実段階評価は、平成30年秋頃に調査を依頼し、平成30年度末に結果公表予定である。従来の調査と異なり、各年度の実績ではなく各年の実績に基づき記載することに留意されたい。

4 評価結果の都道府県による確認

新しい充実段階評価の実施に当たっては、各都道府県において、医療法（昭和23年法律205号）第72条の規定に基づく医療審議会を活用するなどして、各病院の評価結果が実態に即しているかどうか、これまで以上に十分に確認するようお願いする。

救命救急センターの「評価項目」及び「是正を要する項目」

求められる機能	番号	区分	評価項目	評価点(配点基準)		是正を要する項目(基準)		実数等記入欄			評価記入欄		
				①救命救急センター(高度救命救急センターを含む)	②地域救命救急センター	左記の①の救命救急センター	左記の②の救命救急センター	※は評価と併せて厚生労働省HPにて公表。			評価点	是正を要する項目	
重篤患者の診療機能	救命救急センター長が担当する評価項目	1	救命救急センター専従医師数	・6人以上:1点 ・10人以上:2点 ・14人以上:3点	・3人以上:1点 ・5人以上:2点 ・7人以上:3点	—	—	※	専従医師数	人	—	—	
		2	1のうち、救急科専門医数	・5人以上:1点 ・7人以上:2点	・2人以上:1点 ・4人以上:2点	・2人以下:1	・1人以下:1	※	救急科専門医数	人	—	—	
		3	3.1 休日及び夜間帯における医師数	・2人:1点 ・3人:2点 ・4人以上:3点	・1人:1点 ・2人以上:3点	—	—	※	休日及び夜間帯における医師数 注)休日と夜間で人数体制が異なる場合は最少人数	人	—	—	
			3.2 休日及び夜間帯における救急専従医師数	・2人以上:2点	・1人以上:2点	—	—	※	休日及び夜間帯における救急専従医師数 注)休日と夜間で人数体制が異なる場合は最少人数	人	—	—	
		4	救命救急センター長の要件	・救命救急センター長が専従医師であり、かつ救急医療に深く関連する学会認定の指導医など客観的に救急医療に関する指導者として評価を受けている、又は専従医師であり、かつ救急科専門医である:1点 ・救命救急センター長が専従医師であり、かつ日本救急医学会指導医である:2点	—	・左記基準のいずれも満たさない。 (実際には救命救急センターにおける業務に日常的に関与し責任をもつ者でない等):1	(基準を満たさない場合のみ記載) 基準を満たさない理由	—	—	—	—	—	
		5	転院及び転棟の調整を行う者の配置	・院内外の連携を推進し、転院及び転棟の調整を行う者が、救命救急センター専任として配置されている:1点 ・院内外の連携を推進し、転院及び転棟の調整を行う者が、平日の日勤帯に救命救急センターに常時勤務している:2点	—	・左記の基準を満たさない:1	(基準を満たさない場合のみ記載) 基準を満たさない理由	—	—	—	—	—	
		6	診療データの登録制度への参加と自己評価	・救命救急医療に関わる疾病別の診療データの登録制度へ参加し、自己評価を行っている:2点	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		7	7.1 年間に受け入れた重篤患者数(来院時)(別表)	・所管人口10万人当たり、100人以上:1点、150人以上:2点、200人以上:3点、250人以上:4点	—	—	—	※	年間重篤患者数(来院時)	人	—	—	—
			7.2 地域貢献度	・地域貢献度(地域内の重篤患者を診察している割合=所管地域人口当たり当該施設に搬送された重篤患者数/全国総人口当たり全国重篤患者数)が0.5以上:2点	—	—	—	※	所管人口	人	—	—	—
		8	救命救急センターに対する消防機関からの搬送受入要請への対応状況の記録及び改善への取組	・救命救急センターに対する消防機関からの電話による搬送受入要請について、受入れに至らなかった場合の理由も含め対応記録を残し、応需率等を確認している:1点 ・上記に加え、応需状況(搬送件数、内訳、応需率や不応需理由)について院内に公表するとともに、院内の委員会で応需状況の改善等に向けた検討を実施している:2点 ・上記2つの内容に加え、調査対象年度の応需状況について院外に公表するとともに、院外の委員会(メディカルコントロール協議会等)で応需状況の改善等に向けた検討を実施している:3点	—	・左記基準のいずれも満たさない:1	(応需率を確認している場合記載) 応需率(年間)	%	—	—	—	—	—
							(基準を満たさない場合のみ記載) 基準を満たさない理由	—	—	—	—	—	
							院外に公表しているHPリンク、広報のPDF等	—	—	—	—	—	
		更新予定時期(調査対象年を掲載していない場合のみ記載)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
9	救急外来のトリアージ機能	・医療機関で事前に定められたトリアージ基準に基づき、救急外来にトリアージを行う看護師又は医師が配置されている:2点	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
10	電子的診療台帳の整備等	・救命救急センターで診療を行った患者の診療台帳を電子化し、その台帳を適切に管理する者を定めている:2点	—	・左記基準を満たさない:1	(基準を満たさない場合のみ記載) 基準を満たさない理由	—	—	—	—	—			
11	内因性疾患への診療体制	・循環器科、脳神経科及び消化器科において夜間・休日の院外オンコール体制が整備されていることにより、循環器疾患、脳神経疾患又は消化管出血を疑う患者が搬送された時に、救急外来から診療を依頼された診療科において迅速に診療できる体制になっている:1点 ・循環器科、脳神経科及び消化器科の全ての診療科の医師が院内に常時勤務していることにより、循環器疾患、脳神経疾患又は消化管出血を疑う患者が搬送された時に、救急外来から診療を依頼された診療科において迅速(来院から治療開始までに60分)に診療できる体制になっている:2点	—	・左記基準のいずれも満たさない:1	(基準を満たさない場合のみ記載) 基準を満たさない理由	—	—	—	—	—			
12	外因性疾患への診療体制	・一般外科、脳神経外科及び整形外科において夜間・休日の院外オンコール体制が整備されていることにより、外傷を疑う患者が搬送された時に、救急外来から診療を依頼された診療科が迅速に診療できる体制になっている:1点 ・一般外科、脳神経外科及び整形外科の全ての診療科の医師が院内に常時勤務していることにより、外傷を疑う患者が搬送された時に、1に該当する専従医師が診察を行い、救急外来から診療を依頼された診療科が迅速(来院から治療開始までに60分)に診療できる体制になっている:2点	—	・左記基準のいずれも満たさない:1	(基準を満たさない場合のみ記載) 基準を満たさない理由	—	—	—	—	—			
13	精神科医による診療体制	・精神的疾患を伴う患者が搬送された時に、院内の精神科医が常時直接診察するか、救命救急センターの医師が常時精神科医(近隣の精神科病院との連携も含む)に相談できる体制になっている:2点 ・上記に加え、精神科医が救命救急センターのカンファレンス等に参加するなど、精神疾患を伴う患者の入院中の治療、退院支援、転院先との連携等に継続的に関わる体制になっている:3点	—	・左記基準のいずれも満たさない:1	(基準を満たさない場合のみ記載) 基準を満たさない理由	—	—	—	—	—			

求められる機能	番号	区分	評価項目	評価点(配点基準)		是正を要する項目(基準)		実数等記入欄		評価記入欄	
				①救命救急センター(高度救命救急センターを含む)	②地域救命救急センター	左記の①の救命救急センター	左記の②の救命救急センター	※は評価と併せて厚生労働省HPにて公表。		評価点	是正を要する項目
重篤患者の診療機能	病院の管理者が担当する評価項目	14	小児(外)科医による診療体制	・小児患者(患児)が搬送された時に、院内の小児(外)科医が常時直接診察するか、救命救急センターの医師が小児(外)科医に常時相談できる体制になっているとともに、小児の救命救急医療に必要な機器等が整備されている:2点		・左記基準を満たさない:1		(基準を満たさない場合のみ記載) 基準を満たさない理由			
		15	産(婦人)科医による診療体制	・産(婦人)科に関する患者が搬送された時に、院内の産(婦人)科医が常時直接診察するか、救命救急センターの医師が産(婦人)科医に常時相談できる体制になっている:2点		・左記基準を満たさない:1		(基準を満たさない場合のみ記載) 基準を満たさない理由			
		16	医師事務作業補助者の有無	・医師事務作業補助者が、平日の日勤帯に、救命救急センターに専従で確保されている:1点 ・医師事務作業補助者が、常時、救命救急センターに専従で確保されている:2点		—		—			—
		17	薬剤師の配置	・薬剤師が、平日の日勤帯に救命救急センターに常時勤務している:2点		—		—			—
		18	臨床工学技士の配置	・臨床工学技士がオンコール体制などにより、緊急透析や人工心肺(PCPSを含む)操作に常時対応できる:1点 ・臨床工学技士が常時院内に待機しており、緊急透析や人工心肺(PCPSを含む)操作に対応している:2点		—		—			—
		19	医師及び医療関係職と事務職員等との役割分担	・医師及び医療関係職と事務職員等との連携・協力方法や役割分担について、具体的な計画を策定し周知している:2点		・左記基準を満たさない:1		(基準を満たさない場合のみ記載) 基準を満たさない理由			
		20	CT・MRI検査の体制	・常時、初療室に隣接した検査室において、マルチスライスCTが直ちに撮影可能であり、かつ、常時、MRIが直ちに撮影可能である:2点		—		—			—
		21	手術室の体制	・麻酔科の医師及び手術室の看護師のオンコール体制により、緊急手術が必要な患者が搬送された際に、直ちに(来院から治療開始までに60分以内)に手術が可能な体制が常時整っている:1点 ・麻酔科の医師及び手術室の看護師が院内で待機しており、緊急手術が必要な患者が搬送された際に、直ちに手術が可能な体制が常時整っている:2点 ・上記2つの内容に加え、30分以内に手術ができ、かつ複数の緊急患者の手術ができる体制が整っている:3点		・左記基準のいずれも満たさない:1		(基準を満たさない場合のみ記載) 基準を満たさない理由			
		22	救命救急センターの機能及び診療体制等に関する会議	・救命救急センターを設置する病院において、救命救急センターの機能に関する評価・運営委員会等を設置し、また、重篤患者への診療体制や院内の連携についての会議を少なくとも6か月毎に開催している:2点		—		—			—
		23	第三者による医療機能の評価	・日本医療機能評価機構・ISOによる医療機能評価において認定を受けている:2点		—		—			—
		24	休日及び夜間勤務の適正化	・管理者等が、3の休日及び夜間の救命救急センターで診療を行う医師の勤務実態を把握し、かつ、労働基準法及び「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」(平成14年3月19日付け厚生労働省労働基準局長通知)等が遵守されているかどうか、四半期毎に点検し改善を行っている:1点 ・上記に加え、3の休日及び夜間の救命救急センターで診療を行う医師の勤務について、交代制勤務を導入している:2点		・左記基準のいずれも満たさない:1		(基準を満たさない場合のみ記載) 基準を満たさない理由			
		25	救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員	・所管地域の人口10万人当たり、400人以上:1点、800人以上:2点		—		※ 年間受入救急車搬送人員 人 ※ 所管人口 ※ 所管人口10万人あたりの年間受入救急車搬送人員 人			—
		26	救命救急センターを設置する病院に対する消防機関からの搬送受入要請への対応状況の記録及び改善への取組	・救命救急センターを設置する病院に対する消防機関からの搬送受入要請について、最初から救命救急センターを設置する病院の医師又は看護師が専用電話で対応、又は救命救急センターの医師がホットラインで対応し、いずれの場合も、受入れに至らなかった場合の理由を含め対応記録を残し、応需率等を確認している:1点 ・上記に加え、応需状況(搬送件数、内訳、応需率や不応需理由)について院内に公表するとともに、院内の委員会で応需状況の改善等に向けた検討を実施している:2点 ・上記に加え、調査対象年度の応需状況について院外に公表するとともに、院外の委員会(メディカルコントロール協議会等)で応需状況の改善等に向けた検討を実施している:3点		・左記基準のいずれも満たさない:1		(応需率を確認している場合記載) 応需率(年間) % (基準を満たさない場合のみ記載) 基準を満たさない理由 院外に公表しているHPリンク、広報のPDF等 更新予定時期(調査対象年を掲載していない場合のみ記載)			
		27	院内急変への診療体制	・院内における急変に対応する体制が整備されている(具体的な対応部署が決まっている):2点		—		—			—
		28	脳死判定及び臓器・組織提供のための整備等	・脳死に関する委員会(脳死判定委員会、倫理委員会等)が組織化されており、脳死判定シミュレーションが年1回以上実施されている。もしくは過去3年以内に実績がある:2点		—		—			—
		29	救急医療領域の人生の最終段階における医療の整備	・明文化された基準・手順が整備され、多職種による患者・家族等の意向を尊重した対応が行われている:2点		—		—			—

求められる機能	番号	区分	評価項目	評価点(配点基準)		是正を要する項目(基準)		実数等記入欄			評価記入欄		
				①救命救急センター(高度救命救急センターを含む)	②地域救命救急センター	左記の①の救命救急センター	左記の②の救命救急センター	※は評価と併せて厚生労働省HPIにて公表。			評価点	是正を要する項目	
	30		救急医療領域の虐待に関する整備	・小児虐待、高齢者虐待、障害者虐待、配偶者からの暴力等を受けた疑いのある場合の対応方針を策定している:2点		—		—				—	
地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能	病院の管理者が担当する項目	31	地域の救急搬送	・平時から、ドクターカー、ドクターヘリ等により、地域のニーズに合わせて現場に医師を派遣できる体制ができている:2点		—		—				—	
		32	地域の関係機関との連携	・地域の関係機関(都道府県、医師会、救急医療機関(初期、第二次、第三次)、消防機関等)と、定期的に勉強会や症例検討会等を開催している:2点		・左記基準を満たさない:1		第二次救急医療機関との開催回数		回			
								消防機関との開催回数		回			
								その他の施設との開催回数		回			
		(該当する場合の対象機関)											
	33	(都道府県メディカルコントロール協議会又は地域メディカルコントロール協議会による評価) 都道府県メディカルコントロール協議会又は地域メディカルコントロール協議会等への参画	(都道府県メディカルコントロール協議会又は地域メディカルコントロール協議会による評価) ・メディカルコントロール協議会、救急医療対策協議会又は救急患者受入コーディネーター確保事業に関わる会議に、常に参加し、地域の救急医療体制の充実に貢献している:2点		・左記基準を満たさない:1		(基準を満たさない場合のみ記載) 基準を満たさない理由						
34	(都道府県による評価) 救急医療情報センター(広域災害・救急医療情報システム)への関与	(都道府県による評価) ・当該救命救急センターを設置する病院が、適切に情報を更新している:2点 ・都道府県では導入されているが、病院に導入できていない:0点 ・都道府県において救急医療情報システムを導入していない(該当する都道府県のみ):2点		・左記基準を満たさない:1		(基準を満たさない場合のみ記載) 基準を満たさない理由							
35	(消防機関による評価) ウツタイン様式調査への協力状況	(消防機関による評価) ・消防機関の実施するウツタイン様式調査に協力している:2点		・左記基準を満たさない:1		(基準を満たさない場合のみ記載) 基準を満たさない理由							
救命救急センター長が担当する項目	36	メディカルコントロール体制への関与	・救命救急センターに勤務する医師又は1に該当する専従医師であって消防司令センター等に派遣されている医師は、救命救急士からの指示要請に対し、適切な指示助言を行い、応答記録を整備している:1点 ・上記に加え、当該医師が事後検証に参加している:2点 ・上記に加え、当該医師が事前プロトコルの作成に携わっている:3点 ・上記に加え、当該医師が救命救急士の再教育(生涯教育)のための調整を行っている:4点		・左記基準のいずれも満たさない:1		(基準を満たさない場合のみ記載) 基準を満たさない理由						
救急医療の教育機能	病院の管理者が担当する項目	37	37.1	救急救命士の挿管実習および薬剤投与実習の受入状況	・救命救急士の挿管実習又は薬剤投与実習を受け入れている:2点		—		挿管実習受入人数(年間)		人	—	
			37.2	救急救命士の病院実習受入状況	・救命救急士の病院実習(挿管実習及び薬剤投与実習を除く)を受け入れている:2点		—		薬剤投与実習受入人数(年間)		人		
		38	臨床研修医の受入状況	(2ヶ月以上研修を行った臨床研修医を対象とし、1ヶ月を1単位として計算する) ・救命救急センター(外来、入院を問わず)で、臨床研修医を年間24単位以上受け入れている:2点		—		臨床研修医受入のべ単位数(年間・月以上)		単位	—		
								1人当たりの標準的救急科研修期間		ヶ月			
		39	専攻医の受入状況	(2ヶ月以上研修を行った専攻医を対象とし、1ヶ月を1単位として計算する) ・救命救急センター(外来、入院を問わず)で、専攻医(臨床研修を終了)を年間24単位以上受け入れている:2点		—		専攻医受入のべ単位数(年間・月以上)		単位	—		
								1人当たりの標準的救急科研修期間		ヶ月			
40	医療従事者への教育	・院内の職員に対して、救急に関する教育コースの受講の推進又は教育コースの提供を行い、その状況を把握している:1点 ・上記に加え、救命救急センターにおいて、対外的にも上記の教育コースを開催している:2点		—		—				—			
災害対策	41	災害に関する教育	・BCPを策定し、BCPに基づいた院内災害訓練及び研修を年1回以上実施している:1点 ・上記に加え、都道府県又は地域での災害訓練に年1回以上参加している:2点		・左記基準のいずれも満たさない:1		(基準を満たさない場合のみ記載) 基準を満たさない理由				—		
	42	災害に関する計画の策定	・BCPを策定し、必要に応じて更新するための見直しを実施している:2点		—		—				—		
<p>配点基準: 一定の水準に達していない:0~1点、適切に行われている:2点、秀でている:3点以上</p>											合計	0	0

調査票における救命救急センターの区分 →
(①~②のいずれに該当するのか選択)

施設名 →
(施設名を入力)

評価項目の定義等

救命救急センターの区分

「救急医療対策事業実施要綱」(昭和52年7月6日付け医発第692号厚生省医務局長通知)の整備基準に基づき、救命救急センター(高度救命救急センターを含む。以下同じ。)、地域救命救急センターに区分する。

評価項目によっては、区分によって基準が異なるものもあるため、区分に対応した基準に基づいて評価をすること。

評価項目1「救命救急センター専従医師数」

「専従医師」とは、常勤(所定労働時間が週32時間以上)で、救命救急センターにおいて搬送等により来院した重篤患者への外来診療及び救命救急センターの病床に入院している患者の診療に係る業務を行う者をいう。一般外来や一般病棟等の他の診療部門が業務の中心である医師は含まない。

雇用契約のない大学院生又は臨床研修医(初期研修医をいう。以下同じ。)は含まない(「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進及び診療に従事する大学院生等の処遇改善について」(平成20年6月30日付け20文科高第266号文部科学省高等教育局長通知)参照)。

評価項目2「1のうち、救急科専門医数」

「救急科専門医」とは、一般社団法人日本救急医学会により認定された救急科専門医又は日本専門医機構救急科専門医をいう。日本救急医学会指導医は、日本救急医学会の救急科専門医を取得所持する者であるため、その数を「救急科専門医」に含めるものとする。

評価項目3. 1「休日及び夜間帯における医師数」

「休日及び夜間帯における医師数」とは、休日及び夜間帯における診療であって、救命救急センターにおいて搬送等により来院した重篤患者への外来診療及び救命救急センターの病床に入院している患者の診療に係る業務を行う医師の数をいう。

※ 休日及び夜間により人員体制が異なる場合は、最少の場合の人数をいう。

評価項目3. 2「休日及び夜間帯における救急専従医師数」

「休日及び夜間帯における救急専従医師数」とは、「休日及び夜間帯における医師数」のうち、一般外来や一般病棟等の他の診療部門が業務の中心である医師を除いた数をいう。

※ 休日及び夜間により人員体制が異なる場合は、最少の場合の人数をいう。

評価項目5「転院及び転棟の調整を行う者の配置」

「転院及び転棟の調整を行う者」とは、救命救急センターに搬送等により来院した患者が他院や一般病棟での診療が可能になった場合に、その患者の転院及び転棟等に係る調整を専らの業務とする者をいう。

「転院及び転棟の調整を行う者」には、救命救急センター以外に勤務している場合であっても、救命救急センター専任として転院及び転棟等の調節を行う事ができる者を含む。

※ 「常時勤務している」とは、複数の者が交替で救命救急センターに常時勤務している場合も含

む。

評価項目 6 「診療データの登録制度への参加と自己評価」

「診療データの登録制度」とは、救命救急医療に関わる疾病の全国的な診療データの登録制度をいう。「診療データの登録制度への参加」とは、救命救急センターで診療を行った A I S 3 以上の外傷症例をすべて「日本外傷データバンク」に登録していることが該当する。今後、他の疾病の診療データの登録制度についても対象とする場合がある。

評価項目 7. 1 「年間に受け入れた重篤患者数（来院時）」

「重篤患者」であるか否かの基準は別表「来院時の年間重篤患者数」を参照すること。「年間に受け入れた重篤患者数（来院時）」には、転院搬送により救命救急センターに入院した患者も含む。

なお、「所管人口」とは、都道府県が救急医療対策協議会等において、各救命救急センターの所管すべき人口として当該都道府県の人口を按分したものをいう。したがって、都道府県内の全ての救命救急センターの「所管人口」の合計は、当該都道府県の人口と一致するものとする。単位については（千人）とし、整数で記載すること。

※ 救命救急センターを設置する病院において入院中に状態が悪化し、救命救急センターで受け入れた患者は除く。

評価項目 7. 2 「地域貢献度」

※ 「地域貢献度」は、全国の重篤患者数の算出が必要であるため、厚生労働省において記入する。したがって、各医療機関で記入する必要はない。

評価項目 8 「救命救急センターに対する消防機関からの搬送受入要請への対応状況の記録及び改善への取組」

「応需率」とは、「当該救命救急センターで受入れに至った年間救急搬送件数」を「消防機関からの電話による搬送受入要請の年間件数」で除したものをいう。「消防機関からの電話による搬送受入要請」の件数は、1つの救急搬送事案につき1件と数える。「救急搬送件数」には、現場からのドクターヘリやドクターカーによる搬送を含む。

「応需状況」とは、応需率、応需できなかった理由等を含んだ応需の状況であり、搬送件数や搬送内訳のみ記載している場合は該当しない。

なお、「院外に公表」とは、病院のホームページなどに掲載し、住民等が閲覧できるようにしていることをいう。調査対象年の期間以前の情報のみ院外に公表しており、かつ調査対象年の情報の更新予定時期が決定している場合は、その時期を記載すること。

評価項目 9 「救急外来のトリアージ機能」

主に院内（救急外来）において、観察・確認項目など緊急度を導くための基準（緊急度判定支援システム（JTAS）等）を事前に定め、当該基準を用いたトリアージを行う専任の看護師又は医師が配置されている場合に評価の対象とする。

評価項目 1 1 「内因性疾患への診療体制」

「内因性疾患への診療体制」とは、「循環器科」、「脳神経科」及び「消化器科」の全ての診療体制

が整備されていることをいう。いずれかの診療体制が整備されていない場合は診療体制が整備されていないものとして考える。「循環器科」、「脳神経科」及び「消化器科」については、内科系か外科系かを問わない。

「迅速に診療できる体制」とは、循環器科においては緊急心カテーテル検査、脳神経科においてはt-P Aの投与、血管内カテーテル手技及び緊急を要する脳神経手術及び消化器科においては消化管出血に対する内視鏡的止血術ができる体制をいう。

評価項目 1 2 「外因性疾患への診療体制」

「外因性疾患への診療体制」とは、「一般外科」、「脳神経外科」及び「整形外科」の全ての診療体制が整備されていることをいう。いずれかの診療体制が整備されていない場合は診療体制が整備されていないものとして考える。

「迅速に診療できる体制」とは、「一般外科」、「脳神経外科」及び「整形外科」において緊急手術（I V Rを含む）ができる体制をいう。

評価項目 1 3 「精神科医による診療体制」

「カンファレンス等」とは、救命救急センターのカンファレンス又はチームミーティングをいう。「精神科医による診療体制」とは、精神科医が週1回程度はカンファレンス等に参加していることをいう。カンファレンス等への参加は、複数の精神科医が交替で参加している場合も含む。

評価項目 1 4 「小児（外）科医による診療体制」

「小児（外）科医」は小児科医か小児外科医かを問わない。「常時相談できる体制」とは、オンコール体制等が整備されており、必要に応じて小児（外）科医の診療が可能な体制をいう。

「必要な機器等」とは、小児用ベッド、小児に対応できる人工呼吸器及び小児に対応できる二次救急蘇生法に必要な器具をいう。

評価項目 1 5 「産（婦人）科医による診療体制」

「産（婦人）科医」は、産科医か婦人科医かを問わない。「常時相談できる体制」とは、オンコール体制等が整備されており、必要に応じて産（婦人）科医の診療が可能な体制をいう。

評価項目 1 6 「医師事務作業補助者の有無」

「医師事務作業補助者」とは、診療報酬上の「医師事務作業補助体制加算」の算定要件にある業務を行う者をいう。

評価項目 1 7 「薬剤師の配置」

「薬剤師の配置」とは、複数の薬剤師が、交替で救命救急センターに常時勤務している場合を含む。業務内容については「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」（平成22年4月30日付け医政発第0430第1号厚生労働省医政局長通知）を参照すること。

評価項目 1 9 「医師及び医療関係職と事務職員等との役割分担」

「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日付け医政発第1228001号厚生労働省医政局長通知）を踏まえ、職務の役割分担についての実態を把握

した上で、書類作成、ベッドメイキング、静脈注射等について、医師、医療関係職、事務職員等の役割分担を計画し、職員に周知していることをいう。

評価項目 2 0 「CT・MRI 検査の体制」

「初療室に隣接した」とは、初療室において通常使用するベッドの位置から、CT室の寝台までの移動距離が 30m以内であることをいう。

評価項目 2 2 「救命救急センターの機能及び診療体制等に関する会議」

救命救急センターを設置する病院により開催され、重篤患者に係る診療体制や院内の連携について検討していることが議事録等で確認できること。なお、当該会議には、救命救急センターに所属するスタッフ以外の者も参加している必要がある。

評価項目 2 4 「休日及び夜間勤務の適正化」

「管理者」とは、病院長のことであり、「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」（平成 14 年 3 月 19 日付け基発第 0319007 号厚生労働省労働基準局長通知）を参照すること。

評価項目 2 5 「救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員」

「受入救急車搬送人員」とは、救命救急センターを設置する病院全体に救急車等（ドクターカー、ドクターヘリ及び病院救急車を含む。）によって搬送された患者数をいう。

なお、「所管人口」とは、都道府県が救急医療対策協議会等において、救命救急センターを設置する各病院の所管すべき人口として当該都道府県の人口を按分したものをいう。したがって、都道府県内の全ての救命救急センターを設置する病院の「所管人口」の合計は、当該都道府県の人口と一致するものとする。単位については（千人）とし、整数で記載すること。

評価項目 2 6 「救命救急センターを設置する病院に対する消防機関からの搬送受入要請への対応状況の記録及び改善への取組」

「救命救急センターを設置する病院に対する消防機関からの搬送受入要請」とは、救命救急センターを設置する病院に対する消防機関からの全ての搬送受入要請のうち、評価項目 8 の「救命救急センターに対する消防機関からの搬送受入要請」を除いたものをいう。

「応需率」とは、「救命救急センターを設置する病院で受入れに至った年間救急搬送件数」を「救命救急センターを設置する病院に対する消防機関からの搬送受入要請」の件数で除したものをいう。

「救命救急センターを設置する病院に対する消防機関からの搬送受入要請」の件数は、1つの救急搬送事案につき 1 件と数えるものとする。「救急搬送件数」には、現場からのドクターヘリやドクターカーによる搬送を含む。

「応需状況」とは、応需率、応需できなかった理由等を含んだ応需の状況であり、搬送件数や搬送内訳のみ記載している場合は該当しない。なお、「院外に公表」とは、病院のホームページなどに掲載し、住民等が閲覧できるようにしていることをいう。調査対象年の期間以前の情報のみ院外に公表しており場合、かつ調査対象年の情報の更新予定時期が決定している場合は、その時期を記載すること。

消防機関からの搬送受入要請を、救命救急センターのみで受け入れている場合は、項目 8 と同じ回

答で良いものとする。

評価項目 2 7 「院内急変への診療体制」

院内急変に対応する際の連絡方法、対応する者及び基本的な対応方針等について、明示されたルールが整備していることをいう。院内における緊急召集のコールサインのみ設定している場合は除く。

評価項目 2 8 「脳死判定及び臓器・組織提供のための整備等」

「脳死判定及び臓器・組織提供のための整備等」とは、脳死判定を行う脳死判定医が少なくとも1人救命救急センターを設置する病院に在籍しており、当該病院として、脳死した者の身体から臓器摘出を行う事について合意しており、主治医だけではなく看護師、臨床検査技師、病院事務職、院内コーディネーターやソーシャルワーカー等が連携できる体制が確保され、体制を構築する者が参加する脳死判定シミュレーションが年1回以上実施されていることをいう。

調査対象年を含む過去3年間において、実際に脳死下臓器提供又は心停止後腎提供が1回でも行われている場合は、その実績を年1回のシミュレーションの実施に代えることができる。その場合、必要に応じて、法的脳死判定の概要の提出を求めることがある。

評価項目 2 9 「救急医療領域の人生の最終段階における医療の整備」

「明文化された基準・手順が整備され」とは、人生の最終段階における医療の在り方、方針の決定手続に関して、ガイドラインに則った対応が行われるよう、関係する職員に周知されている事をいう。

(「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」参照)

「意思を尊重した対応」とは、患者本人の意思が確認できる場合は、繰り返し適切な情報の提供と説明を行い、患者本人による意思決定を行えるよう支援すること、また本人の意思が確認できない場合は、推定意思や本人にとっての最善の方針を家族等と話し合いをすること、本人・家族等や医療・ケアチームとの間で方針の決定ができない場合は、複数の専門家(医療・ケアチーム以外の者を含む)からなる話し合いの場を開催し、検討及び助言を行うことをいう。

評価項目 3 1 「地域の救急搬送」

現場に医師を派遣する際の基本的な対応方針を整備し、事前に各勤務帯における対応者を決めており、持参する物品について日頃より準備・点検している場合に評価の対象とする。

評価項目 3 2 「地域の関係機関との連携」

「勉強会及び症例検討会」とは、地域の関係機関(都道府県、医師会、救急医療機関及び消防機関)の連携体制の構築及びその向上等を目的としたもののうち、基本的に救命救急センターが主催又は主管したものをいう。なお、開催場所は救命救急センターである必要はない。

評価項目 3 3 「都道府県メディカルコントロール協議会又は地域メディカルコントロール協議会等への関与、参画」

当該評価項目については、都道府県メディカルコントロール協議会又は地域メディカルコントロール協議会による評価をうけること。

評価項目 3 4 「救急医療情報センターへの関与」

当該評価項目については、都道府県から評価を受けること。「適切に情報を更新している」とは、1日2回以上の更新を目安とし、地域の実情に応じて更新されているときをいう。

県内または地域内で統一した医療情報システム（タブレット端末を利用している場合を含む。）を使用している場合も含む。

評価項目 35 「ウツタイン様式調査への協力状況」

当該評価項目については、救命救急センターが所在する地域を管轄する消防本部の長による評価を受けること。「ウツタイン様式調査に協力する」とは、「1ヶ月後の生存率」、「脳機能カテゴリー（CPC: cerebral Performance Categories）」、「全身機能カテゴリー（OPC: Overall Performance Categories）」の調査に対して回答し、かつ回答内容に関する疑義照会に対応していることをいう。

評価項目 36 「メディカルコントロール体制への関与」

「メディカルコントロール体制への関与」とは、地域の救急搬送及び救急医療体制を支援することで地域のメディカルコントロール体制に関与していることをいう。

「適切な指示や助言」とは、傷病者の実際の状態を救急救命士より聴取し、処置の認定を受けた救急救命士に対して、法的に許される範囲や地域で定められたプロトコルの範囲で特定行為の実施の指示を行うことをいう。また、「応答記録を整備する」とは、指示を出した医師の氏名、指示を受けた救急救命士の氏名、時刻、指示の内容等を記録した応答記録が作成されていることをいう。適切な指示や助言が行われていても応答記録が作成されていない場合は、「是正を要する項目」として取り扱う。

「事後検証に参加している」とは、救命救急センターの医師が事後検証に検証医として参加していることをいう。

「事前プロトコルの作成に携わっている」とは、救命救急センターの医師がデータ収集解析による統計的な評価、プロトコルや活動要領などの改定の提案などを行っていることをいう。

「救急救命士の再教育（生涯教育）」とは、救急救命士の資格取得後の知識や技能を維持、向上させるために行う教育・研究をいう。「調節を行っている」とは、地域メディカルコントロール協議会において決定した実習内容や時間等の取り決めに従って、救命救急センターが救命救急士の再教育を受け入れる病院を調整していることをいう。

評価項目 37. 2 「救急救命士の病院実習受入状況」

「病院実習」とは、救急救命士の養成課程中に行われるもの、就業前に行うもの、生涯教育として行うものをいい、それぞれ具体的な実習細目に基づき教育していることをいう。

評価項目 39 「専攻医の受入状況」

「専攻医」とは、後期臨床研修医又は救急科専門医等を目指し研修を受ける者をいう。

評価項目 40 「医療従事者への教育」

「救急に関する教育」とは、心肺蘇生に関する教育、外傷対応に関する教育等をいう。

評価項目 41 「災害に関する教育」

「BCPに基づいた院内災害訓練」には、机上訓練も含む。

(別添3)

救命救急センターの充実段階評価の評価区分について

以下の表に基づいて評価を行う。評価基準は段階的に引き上げることとする。
具体的には調査依頼の際に通知する。

○平成30年（平成30年1月～12月実績）

		是正を要する項目			
		s 評価 0	a 評価 1～4	b 評価 5～8	c 評価 9～20
評価点	s 評価 90～100	S	A	B	
	a 評価 72～89	A	A	B	C
	b 評価 36～71	A	A	B	C
	c 評価 0～35	A	A	B	C

S 評価：秀でている
A 評価：適切に行われている
B 評価：一定の水準に達している
C 評価：一定の水準に達していない

○平成31年（平成31年1月～12月実績）

		是正を要する項目			
		s 評価 0	a 評価 1～2	b 評価 3～6	c 評価 7～20
評価点	s 評価 92～100	S	A	B	
	a 評価 72～91	A	A	B	C
	b 評価 36～71	A	A	B	C
	c 評価 0～35	A	A	B	C

○平成32年（平成32年1月～12月実績）

		是正を要する項目			
		s 評価 0	a 評価 1	b 評価 2～4	c 評価 5～20
評価点	s 評価 94～100	S	A	B	
	a 評価 72～93	A	A	B	C
	b 評価 36～71	A	A	B	C
	c 評価 0～35	A	A	B	C

施設名：

来院時の年間重篤患者数(平成30年1月～平成30年12月)

注1) 来院時の患者の状態を基にして記入する。病棟入院中の状態悪化や手術後の集中管理のために救命救急センターで受け入れた患者は除く。

注2) 一つの症例で複数の項目に該当する場合は、最も適切なもの一つのみを選択する。

番号	疾病名	基準(基準を満たすもののみ数えること)	患者数 (人) ※注1	転帰	
				退院・転院 (転棟を含む) (人)	死亡 (人)
1	病院外心停止	病院への搬送中に自己心拍が再開した患者及び外来で死亡を確認した患者を含む。			
2	重症急性冠症候群	切迫心筋梗塞又は急性心筋梗塞と診断された患者若しくは緊急冠動脈カテーテルによる検査又は治療を行った患者			
3	重症大動脈疾患	急性大動脈解離又は大動脈瘤破裂と診断された患者			
4	重症脳血管障害	来院時JCS100以上であった患者、開頭術、血管内手術を施行された患者又はtPA療法を施行された患者			
5	重症外傷	Max AISが3以上であった患者又は緊急手術が行われた患者			
6	重症熱傷	Artzの基準により重症とされた患者			
7	重症急性中毒	来院時JCS100以上であった患者又は血液浄化法を施行された患者			
8	重症消化管出血	緊急内視鏡による止血術を行った患者			
9	重症敗血症	感染性SIRSで臓器不全、組織低灌流又は低血圧を呈した患者			
10	重症体温異常	熱中症又は偶発性低体温症で臓器不全を呈した患者			
11	特殊感染症	ガス壊疽、壊死性筋膜炎、破傷風等と診断された患者			
12	重症呼吸不全	呼吸不全により、人工呼吸器を使用した患者(1から11までを除く。)			
13	重症急性心不全	急性心不全により、人工呼吸器を使用した患者又はSwan-Ganzカテーテル、PCPS若しくはIABPを使用した患者(1から11までを除く。)			
14	重症出血性ショック	24時間以内に10単位以上の輸血が必要であった患者(1から11までを除く。)			
15	重症意識障害	来院時JCS100以上の状態が24時間以上持続した患者(1から11までを除く。)			
16	重篤な肝不全	肝不全により、血漿交換又は血液浄化療法を施行された患者(1から11までを除く。)			
17	重篤な急性腎不全	急性腎不全により、血液浄化療法を施行された患者(1から11までを除く。)			
18	その他の重症病態	重症肺炎、内分泌クリーゼ、溶血性尿毒症性症候群等に対して持続動注療法、血漿交換又は手術療法を施行された患者(1から17までを除く。)			
合 計 (別添1の「7.1. 年間重篤患者数」)					

【背景人口】

※別添1：番号7.1の配点基準データ

救命救急センターの所管人口

(別添2「評価項目の定義等」評価項目7.1を参照。小数点以下切り捨て。)

人