

令和3年3月2日

病院長各位

鎌倉市医師会会長 山口 泰
救急医療担当理事 高室 暁

救命救急センターの充実段階評価に係る調査について

標記の件につきまして、神奈川県医師会より通知がまいりましたので、お知らせ致します。

神奈川県医師会
理事 田村 哲郎

救命救急センターの充実段階評価に係る調査について

時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、標記の件について、日本医師会常任理事より別添のとおり通知がございました。

つきましては、貴会におかれましても、本件についてご了知いただきますようお願い申し上げます。

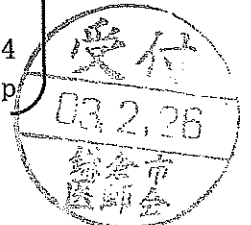
お問い合わせ先

地域保健課 担当：石渡

横浜市中区富士見町3-1

TEL: 045(241)7000 FAX: 045(241)1464

E-mail: r-ishiwata@kanagawa.med.or.jp



令和 3 年 2 月 1 8 日

都道府県医師会

担 当 理 事 殿

公益社団法人 日本医師会常任理事

長 島 公



救命救急センターの充実段階評価に係る調査について

厚生労働省医政局地域医療計画課長より各都道府県等衛生主管部(局)宛に標記の通知が発出されるとともに、本会に対しても了知方依頼がございました。

本評価は、全国における救急医療体制の強化を図る目的で、平成 21 年度より救命救急センターを対象に実施されており、例年、各都道府県に充実段階評価に必要な調査を依頼しているもので、昨年の評価より見直しが行われております。

加えて本評価については、診療報酬点数の救命救急入院料「救急体制充実加算」の算定に係る施設基準の届出において用いられております。

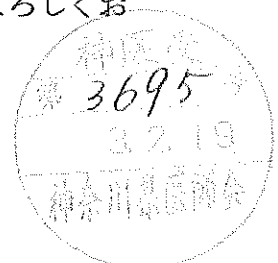
今回の充実段階評価の実施(令和 2 年 1 月 1 日～令和 2 年 1 2 月 3 1 日)に当たっては、新型コロナウイルス感染症の影響があると考えられるため、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」(小職が委員として参画)の議論を踏まえ、評価項目の一部を除外する例外的対応がなされることとされております。また、同検討会において、例外的対応をしても評価が下がる場合は、個別にヒアリング等を行うなどの丁寧な対応をするよう厚生労働省に強く申し入れております。

今回除外される具体的な項目等は、添付資料の「調査票 1_別紙 2」の通りですが、平成 30 年に定められた新たな充実段階評価における、年ごとの評価区分の段階的な引き上げ(令和 2 年実施分)については予定通り行うこととし、次回以降の評価の実施方法の検討等のため、除外項目についても調査自体は実施されます。

また、評価結果については厚生労働省ホームページ上で公表し、救命救急センター運営事業費の補助額等に反映される予定であることから、必要に応じ新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止対策をとった上で、現地調査等を行う場合があるとのことです。

なお、例年実施している「調査票 2」による充実段階評価に関するピアレビューの実施状況に係る調査は、各都道府県及び救命救急センターにおいて新型コロナウイルス感染症対応を行っていただいていることを踏まえ、負担軽減の観点から行わないとされております。

つきましては、貴会におかれましても、本件についてご了知いただきますようよろしくお願い申し上げます。





医政地発0209第1号
令和3年2月9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充実段階評価に係る調査について（依頼）

救命救急センターの充実段階評価につきましては、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実施しており、例年、各都道府県に充実段階評価に必要な調査を依頼しているところです。今回も当該調査を実施するため、下記により調査票を作成いただき、期限までに提出いただくようお願いいたします。

なお、今回の充実段階評価の実施に当たっては、新型コロナウイルス感染症の影響があると考えられるため、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」においてその取扱いを議論し、評価項目の一部を除外する例外的な対応を実施することとしました。

また、救命救急センターの充実段階評価は、その結果を補助金等に反映させていることから、必要に応じ、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止対策をとった上で、現地調査等を行う場合があることを申し添えます。

記

1. 救命救急センターの充実段階評価

調査票1及び調査票1別表（「救命救急センターの新しい充実段階評価について」（平成30年2月16日付け医政地発0216第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）別添1及び別表の内容を記載するもの）について、別紙1を参照の上、原則として管下の救命救急センターを設置する病院において必要事項を記入いただいた上で（やむを得ない場合は都道府県担当者による記入も可）、貴職において取りまとめて提出するようお願いする。

また、調査票の記入に当たっては、通常救命救急センターと地域救命救急センターとで配点が異なる項目があるため、配点についても留意するよう調査票の記入を行う病院に対して周知するとともに、貴職においても、配点を含めた内容の点検をお願いする。

今回の充実段階評価に係る調査自体については、すべての評価項目について実施し、それぞれの項目に係る実数、評価点及び是正を要する項目の該当の有無について、例年通り厚生労働省ホームページ上で公表する予定である。

また、当該調査に基づく充実段階評価に当たっては、新型コロナウイルス感染症の影響を考慮し、評価項目の一部を除外する例外的な対応を行い、具体的には別紙2に基づいて評価を実施することとする。またその評価結果についても厚生労働省ホームページ上で公表し、救命救急センター運営事業費の補助額等に反映させる予定である。

なお、例年実施している調査票2による充実段階評価に関するピアレビューの実施状況に係る調査については、各都道府県及び救命救急センターにおいて新型コロナウイルス感染症対応を行っていただいていることを踏まえ、その負担軽減の観点から、行わないこととする。

2. 調査対象

令和2年12月31日時点で指定を受けている救命救急センター

3. 調査期間

令和2年1月1日～令和2年12月31日

※暦年単位の実績に基づき記載することに留意されたい。

※調査期間途中で指定を受けた救命救急センターについても調査対象となる。その場合の調査対象期間は、「救命救急センターの運営を開始した日から令和2年12月31日まで」とする。

4. 提出期限

令和3年3月9日（火）

※調査票の提出の後、厚生労働省にて内容の精査をし、必要に応じ現地調査等を行った上で評価をとりまとめることとしているため、期限を厳守いただくようお願いする。また、回答に当たり、ご質問等ありましたら担当まで適宜照会願いたい。

5. 提出方法

- ・電子媒体で以下のメールアドレス宛提出すること。
メールアドレス：kyukyu@mhlw.go.jp
- ・必ず今回配布する様式を用いること。
- ・マクロで集計するため、列及び行に関する操作、セルの結合並びにシートの削除及び名称の変更を行わないこと。
- ・調査票ファイルは施設ごとにし、都道府県から提出すること。

6. その他

今回の救命救急センターの充実段階評価に関する例外的な取扱いに関する議論を、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」の以下の回次において行っているため、適宜参考されたい。

- ・第22回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会
※該当資料：資料1-3
- ・第23回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会
※該当資料：資料1

(参考) 救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会ホームページ

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_540690.html

〈照会先〉

厚生労働省 医政局 地域医療計画課
救急・周産期医療等対策室 救急医療係
TEL 03-5253-1111 (代表) (内線2550)

救命救急センターの「評価項目」及び「是正を要する項目」 令和2年様式

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)		実況記入欄		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①の救命救急センター	左記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	
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任医師数	・6人以上:1点 ・10人以上:2点 ・14人以上:3点	・2人以上:1点 ・7人以上:2点 ・10人以上:3点	—	—	※ 専任医師数	人	—	
	2		1のうち、救命科専門医数	・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	—	※ 救命科専門医数	人	—	
	3	31	休日及び夜間科における医師数	・2人:1点 ・3人:2点 ・4人以上:3点	・1人:1点 ・2人以上:3点	—	—	※ 休日及び夜間科における医師数 (注)休日と夜間科で医師数が異なる場合は最少人数	人	—	
	3	32	休日及び夜間科における救急専任医師数	・2人以上:2点	・1人以上:2点	—	—	※ 休日及び夜間科における救急専任医師数 (注)休日と夜間科で医師数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任医師であり、かつ救急医療に深く関連する学識経験のある者であること。1点 ・救命救急センター長が専任医師であり、かつ日本救急医学会指導医であること。2点	・左記基準のいずれも満たさない。1点 (注)左記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。1点	—	—	※ 要件を満たさない場合のみ記載 要件を満たさない理由		—	
	5		院内及び院外の連携の調整を行う者の配置	・院内外の連携を推進し、院内及び院外の調整を行う者が、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、院内及び院外の調整を行う者が、救命救急センターに常駐勤務している。2点	・左記基準のいずれも満たさない。1点	—	—	※ 要件を満たさない場合のみ記載 要件を満たさない理由		—	
	6		診療データの登録制度への参加と自己評価	・救命救急医療に関する医療情報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	71	年間に入け入れられた重篤患者数(来院時)(別添)	・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	72	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/全圏域人口当たり全圏域重篤患者数)が0.5以上:2点	—	—	—	※ 所管人口 ※ 年間重篤患者数(来院時) ※ 全圏域人口10万人単位の年間重篤患者数(推定)	人	—	
	8		救命救急センターに対する周防圏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周防圏からの搬送受入要請について、院内に公表するとともに、院内の委員会で必要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、調査対象年の広域体制について院外に公表するとともに、院外の委員会(メデイカルコンソーシアム等)で広域体制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	—	—	※ 院外に公表している 周防圏からの搬送受入要請 周防圏からの搬送受入要請 周防圏からの搬送受入要請	人	—	
	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	—	—	—	※ 要件を満たさない場合のみ記載 要件を満たさない理由		—	
	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を整備されていることにより、循環器科、脳神経科又は消化器科の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駐勤務していることにより、循環器科、脳神経科又は消化器科の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。2点	・左記基準のいずれも満たさない。1	—	—	※ 要件を満たさない場合のみ記載 要件を満たさない理由		—	
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を整備されていることにより、外傷を搬送した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駐勤務していることにより、外傷を搬送した患者が搬送された時に、1に該当する専任医師が診療を行い、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。2点	・左記基準のいずれも満たさない。1	—	—	※ 要件を満たさない場合のみ記載 要件を満たさない理由		—		
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、院内の精神科医が精神科直轄診療するか、救命救急センターの医師が精神科医(正医師の精神科医との連携も含む)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コンサルタント等に参加するなど、精神科医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	—	—	※ 要件を満たさない場合のみ記載 要件を満たさない理由		—		

評価項目	番号	区分	評価項目	評価点(記号)		取点を要する項目(基準)		取点を要する項目(基準)		取点を要する項目	
				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	取点を要する項目	
重症患者の診療体制	①	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こと、小児の救命救急診療に必要な機器等が整備されている。:2点	②地域救命救急センター	・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こと、小児の救命救急診療に必要な機器等が整備されている。:1点	左記の①の救命救急センター	・左記基準を満たさない:1	※は評価と併せて厚生労働省HPにて公表。			
	②	産(婦人)科医による診療体制	・産(婦人)科医に問う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		・産(婦人)科医に問う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。:1点	左記の②の救命救急センター	・左記基準を満たさない:1				
	16	医師事務作業補助者の有無	・医師事務作業補助者が、平日の日勤時に、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、平日の日勤時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、緊急送付や人工心臓(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、緊急送付や人工心臓(PCPSを含む)操作に対応している。:2点			—					
	③	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						
	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	・外科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(来院から居残り時間まで)60分以内)に手術が可能で体制が常時整っている。:1点 ・外科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、直ちに手術が可能で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						
	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配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、重症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			—					
重症患者の診療体制	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、労働基準法令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日付厚生労働省労働基準局長通知)等が遵守されていること、かつ、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						
	④	救命救急センターを配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								
	⑤	救命救急センターを配置する病院の年間受入救急車搬送人員									
	⑥	救命救急センターを配置する病院の年間受入救急車搬送人員									
院内急変への診療体制	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			—					
	⑦	院内急変への診療体制	・院内に関する委員会(院内急変委員会、倫理委員会等)が組織化されており、臨床判断をコミュニケーションが年1回以上実施されている。もしくは過去5年以内に実施がある。:2点			—					

来院時の年間重篤患者数(令和2年1月～令和2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、各基準に照らし合わせ1～19の項目の中で最も適切と判断されるものを選択する。

注3) 10.「敗血症性ショック」は「敗血症」の内数のため、各人数は敗血症>敗血症性ショックとなる。

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 (転帰を含む) (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。	0		
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	0		
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	0		
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	0		
5	重症外傷 ※注2参照	Max AISが3以上であった患者(緊急手術が行われた症例は含まない)	0		
		緊急手術が行われた患者(Max AISが3以上であった患者は含まない)	0		
		Max AISが3以上かつ緊急手術が行われた患者	0		
6	指肢切断 (四肢もしくは指趾の切断)	四肢もしくは指趾の切断ないし不全切断と診断され、再接合術が実施された患者	0		
7	重症熱傷	Artzの基準により重症とされた患者	0		
8	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	0		
9	重症消化管出血	緊急内視鏡による止血術を行った患者	0		
10 ※注3	敗血症	感染症によって重篤な臓器障害が引き起こされた患者	0		
	敗血症性ショック	敗血症に急性循環不全を伴い、細胞組織障害および代謝異常が重度となる患者	0		
11	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	0		
12	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	0		
13	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12までを除く。)	0		
14	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12までを除く。)	0		
15	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12までを除く。)	0		
16	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12までを除く。)	0		
17	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12までを除く。)	0		
18	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12までを除く。)	0		
19	その他の重症病態	重症肺炎、内臓臓器不全、俗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18までを除く。)	0		
合 計 (調査票1の「7.1. 年間重篤患者数」)			0	0	0

※調査票1:番号7.1の配点基準データ

【背景人口】

救命救急センターの所管人口

人

(参考1「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。)

評価項目の定義等

<調査票 1>

全般

- ・ 時点については、調査期間の最終日である 2020/12/31 とします。(所管人口に関しては、調査期間の初日である 2020/1/1 時点をお願いします。)
- ・ 専任、専従の定義は以下のとおり。
専任：担当者となっていればよいものとし、その他診療を兼任していても差し支えない。少なくとも 5 割以上従事。
専従：専ら担当しており、その他診療を兼任しているものを含まない。就業時間の少なくとも 8 割以上従事。

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ことができる者を含む。

※ 「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（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。

「救急外来」とは、救急診療をしている外来を指し、評価対象は救命救急センターとなる。搬送方法により、入り口や診療場所を分けて対応することは想定されるが、各施設が定めている救命救急センターにおいて、トリアージをしている場合に2点となる。

評価項目 11 「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 12 「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（IVRを含む）ができる体制をいう。

評価項目 13 「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 14 「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 15 「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 16 「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 17 「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 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 20 「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 21 「手術室の体制」

「治療開始」のタイミングは手術開始時刻。血管造影（TAE）であれば血管穿刺時刻となる。

評価項目 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 23 「第三者による医療機能の評価」

日本機能評価機構・ISO のどちらかの認定を受けていれば評価の対象になる。

評価項目 24 「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 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」

「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 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」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 27 「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 28 「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こと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 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」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ことをいう。

（「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 3 5 「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 3 6 「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 38 「臨床研修医の受入状況」

- 臨床研修医の受入状況については、いわゆる救命救急センターへの「専従」の状況（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かかる業務）を確認しており、2ヶ月以上研修を行った臨床研修医のみが対象。
- （前提として）年をまたいで2ヶ月以上回る予定となっている臨床研修医の場合は、調査対象期間に該当する月を1単位として計上すること。
（例：R2.12とR3.1に研修期間であった者を単位計上する場合は1単位）
- 「1人当たりの標準的救急科研修期間」の算出方法は、受入のべ単位数／人数で算出。
（例：3人の専攻医①2ヶ月②6ヶ月③12ヶ月→ $(2+6+12) \div 3=6.7$ ヶ月）

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。（日本救急医学会認定もしくは日本専門医機構認定救急科専門医を取得すべく研修している医師が対象）
- 専攻医の受入状況については、いわゆる救命救急センターへの「専従」の状況（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かかる業務）を確認しており、2ヶ月以上研修を行った専攻医のみが対象。
- （前提として）年をまたいで2ヶ月以上回る予定となっている専攻医の場合は、調査対象期間に該当する月を1単位として計上すること。
（例：R2.12とR3.1に研修期間であった者を単位計上する場合は1単位）
- 救急科専門医等の「等」について、救急科以外でも、救命救急センターにおいて「専従」で業務（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かかる業務）を行っている医師は対象となる。
（対象医師の例：所属は総合内科であるが、一定期間救命救急センターに出向し、救命救急センター業務を行っている後期臨床研修医等）
計算方法については、以下のとおり。
①循環器内科に所属し、救命救急センターに2ヶ月間専従勤務した場合2単位。
②救急科に所属し、救命救急センターに6ヶ月、消化器内科で6ヶ月勤務した場合、6単位。
- 「1人当たりの標準的救急科研修期間」は、受入のべ単位数／人数で算出。
（例：3人の専攻医①2ヶ月②6ヶ月③12ヶ月→ $(2+6+12) \div 3=6.7$ ヶ月）

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 4 1 「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。

<調査票 1 別表>

全般

- ・ 転帰への記入について、対象期間中に入院中の場合は、「退院・転院（転棟を含む）」に計上すること。

5. 重症外傷について

緊急の定義については、文字通りの解釈でお願いします。（広辞苑：事が差し迫って、対策を急がなければならないこと。）

手術については、切創の縫合等、局所麻酔のみの処置は除くこと。（主として手術室で行う全身麻酔を想定している）

10. 「敗血症」、(内数)「敗血症性ショック」について

- ・ 定義

「敗血症」：感染症に帯する制御不能な宿主反応に起因した生命を脅かす臓器障害
(敗血症の診断基準)

I CU患者：感染症が疑われ、SOFA 総スコア 2 点以上の急上昇で診断。

非 I CU患者：quick SOFA (qSOFA) 2 項目以上で敗血症を疑う。最終診断は I CU患者に準じる

*Sepsis-3 の定義と診断基準（日本版敗血症診療ガイドライン 2 0 1 6 参照）

「敗血症性ショック」：死亡率を増加させる可能性のある重篤な循環、細胞、代謝の異常を有する敗血症
(敗血症性ショックの診断基準)

適切な輸液負荷にもかかわらず、平均血圧 ≥ 65 mmHg を維持するために循環作動薬を必要とし、かつ血清乳酸値 > 2 mmol/L (18mg/dL) を認める。

19. 「その他の重症病態」について

(Q) 急性腹症は含まれるか。

(A) 急性腹症は明確な定義はなく、急激に発症した腹痛の中で緊急手術を含む迅速な対応を要する腹部疾患群（急性腹症ガイドライン 2015）であり該当しません。急性腹症のうち、重篤と判断できる（他の重篤疾病の基準と同様に I CU入室が妥当と思われる病態）ような内容については、急性腹症以外の主病名が診断され、1～18のいずれかに該当すると考えられます。

(例) 内因性疾患で急性胆嚢炎、急性閉塞性化膿性胆管炎、汎発性腹膜炎等の緊急手術＋I CU管理を要する場合

→敗血症や敗血症性ショックに該当すると推定されます。早期の絞扼性イレウスや虫垂炎は、重篤という基準に該当しません。

救命救急センターの充実段階評価（令和2年）の評価区分について

救命救急センターの充実段階評価（令和2年）については、新型コロナウイルス感染症の影響を考慮し、以下16項目を充実段階評価の「評価点」及び「是正を要する項目」から除外する例外的な対応を行ったうえで、評価区分の段階的な引き上げ（令和2年実施分）については、予定通り行う。

なお、次回以降の充実段階評価の実施方法の検討等のため、下記項目も含め、各評価項目に係る調査自体はすべて実施する。

- ・項目2 救命救急センター専従医師数のうち、救急科専門医数
- ・項目4 救命救急センター長の要件
- ・項目7.1 年間に受け入れた重篤患者数（来院時）
- ・項目11 内因性疾患への診療体制
- ・項目12 外因性疾患への診療体制
- ・項目14 小児（外）科医による診療体制
- ・項目15 産（婦人）科医による診療体制
- ・項目19 医師及び医療関係職と事務職員等との役割分担
- ・項目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
- ・項目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
- ・項目28 脳死判定及び臓器・組織提供のための整備等
- ・項目32 地域の関係機関との連携
- ・項目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
- ・項目37.2 救急救命士の病院実習受入状況
- ・項目40 医療従事者への教育
- ・項目41 災害に関する教育

上記より、以下の表に基づいて評価を行う。

○令和2年1月～令和2年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 5～10
評価点	s 評価 59～65	S	A	B	
	a 評価 37～58	A	A	B	C
	b 評価 1～36	A	A	B	C
	c 評価 0	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

