

3. 院内救急（病棟急変時）に対する救命救急センターの役割
 - ・ 救命救急センターが院内救急チームを持っているまたは監督している：○点
 - ・ 組織的には対応していない：○点
4. 院内のAEDのマネージメントをしている。
 - ・ 設置場所を把握しており使用後の検証をしている：1点
 - ・ マネージメントしていない：0点
5. 院内で救急に関する各科から組織される連携会議があり救命救急センターに権限がある
 - ・ ある ○点
 - ・ ない ○点
6. 精神科と常時
 - ・ 常時精神科医が勤務している：○点
 - ・ 依頼により精神科医と連携する：○点
 - ・ 連携がない：○点
7. 小児科と常時
 - ・ 常時精神科医が勤務している：○点
 - ・ 依頼により精神科医と連携する：○点
 - ・ 連携がない：○点
8. 救急外来に専任看護師がいる
 - ・ 救急認定看護師 ○点
 - ・ 専任看護師 ○点
 - ・ いない ○点

III. 受入れ体制

解説；救命救急センターにおいては、依頼を絶対に断らないということが大前提である。ベッドの確保は、救命救急センターの母体病院の業務である。また、救急専用電話には、昼夜問わず救急専従医が対応しなくてはならない。

1. 集中治療室のベット管理は、救命救急センター長の権限である。
 - ・ 権限である：○点
 - ・ 権限下でない：○点

2. 空床確保の病院の協力

- ・ 併設（母体）病院で確保 : ○点
- ・ センターで確保 : ○点

※ 単独センターにおいては、センター確保で加点

3. 空床確保数

- ・ 5床以上 : ○点
- ・ 4床 : ○点
- ・ 3床 : ○点
- ・ 特に確保に努めていない。0～2床 : ○点

※ 確保病床数に幅がある場合は、平均、端数切り上げ

4. 夕方5時に満床の日が何日あるか？（看護日誌等を参照に記入すること）

- ・ 0日/月 : ○点
- ・ 1～3日/月 : ○点
- ・ 4～6日/月 : ○点
- ・ 7日/月以上 : ○点

5. 専用電話による3次救急医療対応

- ・ センター専従医が対応 : ○点
- ・ その他の医師が対応 : ○点

6. 「受け入れ不可」の判断体制

- ・ センター専従医が常に判断 : ○点
- ・ 上記以外 : ○点

7. 院内の一般病床への患者移動の権限

- ・ センター専従医が有する : ○点
- ・ 上記以外 : ○点

8. 消防機関からの救急患者受諾率

- ・ 95%以上 : ○点
- ・ 90%以上 : ○点

- ・ 80%以上： ○点
- ・ 70%以上： ○点
- ・ 70%未満： ○点

IV. スタッフおよび勤務体制

解説；救命救急センターのスタッフは、以下のような人員が必要である。

- 1) 専従救急科専門医6名（内、指導医2名）、
- 2) 各科からの専従医5名（循環器・脳神経の専門家を含む）、
- 3) 集中治療医（重症患者管理と救急医療に精通した医師）3名、
- 4) 救急患者の初期診療に責任を持つ看護師（救急認定看護師）

専従救急科専門医は交代制勤務により24時間体制で重症救急患者の初期診療を担当する。

1. 救命救急センター長の所属

- ・ 救命救急センター専従医である： ○点
- ・ 専従医ではない： ○点

2. 専従医師数

- ・ 14人以上： ○点
- ・ 10人以上： ○点
- ・ 7人以上： ○点
- ・ 5人以上： ○点
- ・ 5人未満： ○点

3. 救急科専門医または日本救急医学会認定医のセンター専従医数

- ・ 6人以上： ○点
- ・ 5-4人： ○点
- ・ 3人： ○点
- ・ 1～2人： ○点
- ・ 0人： ○点

4. 日本救急医学会救急指導医の数

- ・ 2名以上： ○点
- ・ 1名： ○点
- ・ いない： ○点

5. 循環器の専従専門医数

(循環器の専従専門医数とは、心臓血管外科あるいは循環器内科を専門とする専従医師を指す)

- ・ 専従で1名以上： ○点
- ・ 専従ではないが常時勤務： ○点
- ・ いない： ○点

6. 脳神経の専従専門医数

(脳神経の専従専門医とは、脳神経外科あるいは神経内科を専門とする専従医師を指す)

- ・ 専従で1名以上： ○点
- ・ 専従ではないが常時勤務： ○点
- ・ いない： ○点

7. 重症患者のICU管理をする専従専門医数

(初療とは独立して重症患者のICU管理する専従専門医である)

- ・ 3名以上： ○点
- ・ 1-2名： ○点
- ・ いない： ○点

8. 専従医の中に外傷初期診療および心肺蘇生法の研修終了者が何%いるか

- ・ 50%以上： ○点
- ・ 30%以上： ○点
- ・ 30%未満： ○点

9. 救急科専門医の勤務体制

- ・ 救急科専門医が24時間必ず勤務している： ○点
- ・ 救急科専門医が勤務していない時間帯がある： ○点

10. 勤務は、

- ・ 交代勤務制である： ○点
- ・ その他である： ○点

11. 深夜帯におけるセンターの医師数(研修医を除く)

- ・ 3人以上： ○点

- ・ 2人： ○点
- ・ 1人： ○点

V. 診療活動

解説；地域で発生する重症患者をどれだけ効率よく収容しているかが問われる。また、診療した救急患者に対しては、データの集積・分析が重要である。

1. 重症傷病者数

- ・ 1,000人以上： ○点
 - ・ 750人以上、1,000人以下： ○点
 - ・ 500人以上、750人以下： ○点
 - ・ 500人未満： ○点
- ※ 20床未満のセンターのみ、患者数を20床換算する。

2. 救命加算病床の平均在室日数

- | | | |
|--------------|------|----------------------------------|
| ・ 7日以内 | ： ○点 | センター病床40床以上の場合
○点
○点
○点 |
| ・ 7日超、11日以内 | ： ○点 | |
| ・ 11日超、14日以内 | ： ○点 | |
| ・ 14日超 | ： ○点 | |

※ ただし、適用に当たっては、V.2.(2)が80%以上であること。

4. 診療データの集計・分析

- ・ 傷病別患者数（入院、外来、月別）
 - ・ 重症度分類患者数（入院、外来、月別）
- }：（全て揃って）○点
- ・ 上記および Trauma registry, CPA, Stroke 等の登録 に参画： ○点
 - ・ その他： ○点

5. 受け入れ患者の治療成績

解説；受け入れた患者の治療成績は、地域の重症患者の受け入れ率と並んで最も重要な評価項目である。一定以上の診療成績を残せないセンターは、地域にとってむしろ有害である。

○外傷患者における preventable death の発生率（予測死亡率 P_s が 0.5 以上で死亡した

症例の発生率。ただし、80歳以上の症例およびGCS5以下の急性硬膜下出血を除く)

- ・ 20%以下： ○点
- ・ 40%以下： ○点
- ・ 40%以上： ○点

○ ACS（急性冠症候群）の院内死亡率（ただし、CPAOAは除く）

- ・ 2%以下： ○点
- ・ 4%以下： ○点
- ・ 4%以上： ○点

○ 動脈瘤破裂によるくも膜下出血の予後。GOSで転帰を評価する。Grade4と5および75歳以上を除くSAHで、good recoverとmoderate disabilityの率

- ・ 2%以下： ○点
- ・ 4%以下： ○点
- ・ 4%以上： ○点

○ 動脈瘤破裂によるくも膜下出血の予後。GOSで転帰を評価する。Grade5を除くSAHで、good recoverとmoderate disabilityの率がいくつか

- ・ 50%以上： ○点
- ・ 40%以上： ○点
- ・ 30%以上： ○点
- ・ 30%以下： ○点

VI. 災害に対する準備

解説；平常時は重篤救急患者に対する救急医療を提供している救命救急センターは、災害発生時には災害医療の中心として機能する必要がある。そのためには、日常的に災害医療訓練を繰り返すことが必要であり、DMATへの参加が望まれることがこの項目では問われる。

1. 病院の災害対応マニュアルがある。

- ・ ある： ○点
- ・ ない： ○点

2. 病院内に災害医療対策委員会がある。

- ・ 救命救急センター長が責任者： ○点
- ・ 救命救急センター長以外が責任者： ○点
- ・ ない： ○点

3. 病院において災害訓練を年1回以上行なっている

- ・している： ○点
- ・していない： ○点

4. 日本 DMAT に参画している

- ・している： ○点
- ・していない： ○点

5. 災害に対する備蓄がある

- ・ 医薬品、衛生資機材、食料の備蓄がある： ○点
- ・ 医薬品、衛生資機材の備蓄がある： ○点
- ・ 備蓄していない： ○点

6. 救命救急センターの建物は

- ・ 免震構造である： ○点
- ・ 耐震構造である： ○点
- ・ 耐震ではない： ○点

VI. 質の向上、管理体制、その他

1. 貴院における医療事故防止に関するマニュアル

- ・ ある： ○点
- ・ なし： ○点

2. 貴院における医療事故防止・患者をテーマにした研修は年2回以上、又は、各部門（医師、看護師、診療技術、事務）別において年2回以上実施

- ・ 年2回以上している： ○点
- ・ 年1回： ○点
- ・ していない： ○点

3. 救急医療についても検討する倫理委員会の設置状況

- ・ 有： ○点
- ・ 無： ○点

3. 救命救急センターにおける感染管理サーベイランス

- ・ 有： ○点
- ・ 無： ○点

4. 救急救命センターの自己評価機能

○併設（母体）病院内におけるセンター機能の評価委員会の設置状況

解説；センター機能の評価委員会とは、救命救急センターに特化した委員会である。主に救命救急センターの運営状況、医療内容について評価するものであり、その議事録が整理されていること、定期的に行われていること、救命センターのスタッフ以外も参加していることが必要である。

- ・ 有 : ○点
- ・ 無 : ○点

※ 単独センターにおいては、センター内設置で加点

○死亡症例（CPAOA 除く）の検討会

解説；mortality and mobility conference などを行い自己で医療の質の管理をする必要がある。

- ・ 定期的に行っている : ○点
- ・ 行っていない : ○点