

F. 診療

46	院内で医師・看護師に救急蘇生法の教育・訓練を行っている	はい	いいえ
47	救急外来で心室細動が発生した場合、常に1分以内に除細動が実施できる	はい	いいえ
48	胸痛を訴える患者では来院後10分以内に心電図を記録できる	はい	いいえ
49	急性心筋梗塞では再灌流療法を行うか、あるいは施行可能な施設へ転送している	はい	いいえ
50	腹痛ないし急性腹症の患者を受け入れている	はい	いいえ
51	頸髄損傷が否定されるまで頸椎固定している	はい	いいえ
52	意識、瞳孔所見を定期的に観察・記録している	はい	いいえ
53	小児薬用量の本が置いてあり、すぐ参照できる	はい	いいえ
54	中毒に関する教科書が直ちに见れる場所に常備している	はい	いいえ
55	日本中毒情報センターに問い合わせを迅速にできる	はい	いいえ

○質問事項は以上です。

○次ページに自己評価表を作成いたしました。過去の二次救急医療機関の調査で概算すると概ね7～8割の達成率でした。ご回答いただきました各医療機関の現状がある程度反映できるかと考えていますので、恐れ入りますが、ご記入のほど、よろしくお願いいたします。

★自己評価表の使い方

2～4ページの「二次救急医療機関の調査用紙2」のA～Fの各セッションの「YES」の数を数え、その数値を下記の「自己評価表」の右端の「計」の欄にご記載ください。次にその値を表中の中央欄の該当する点数に○印を付け、その○印を縦に結んでください。最後に右端欄のA～Fの各セッションの「計」の数値を全て合計し、最下段の全体評価の右端欄に合計として記載してください。その点数を表の最下段の中央の該当する数値に丸印を付けてください。

以上より、二次救急医療機関に期待されている項目の貴施設での達成度を大まかに把握することができると思います。

《自己評価表》

	0	50					(%) 100					計
A. 医師・看護師の 勤務体制	0	1	2	3	4	5						
B. 救急外来の 施設・設備	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
C. 救急外来の 管理・運営	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
D. 救急外来での 検査	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
E. 医療安全と 感染対策	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
F. 診療	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
全体評価	0 11 22 33 44 55											

厚生労働科学研究費補助金 (地域医療基盤開発推進研究事業)

「救急医療体制の推進に関する研究」

研究代表者 一般財団法人救急振興財団 山本 保博

分担研究報告書

救急医療体制の推進に関する研究

分担研究 二次救急医療機関の現状と評価についての研究

研究分担者 織田 順 東京医科大学 救急・災害医学分野 准教授

研究協力者 田邊晴山 財団法人救急振興財団 救急救命東京研修所 教授

研究要旨

高齢者、比較的軽症～中等症者の救急搬送傷病者数が増加しており、救急需給を考える際には地域の高齢者人口を勘案する必要がある。また、軽症～中等症者の多くを受け入れることになる二次救急医療機関の体制を検討する必要がある。本研究班により、平成 24 年度救急医療提供体制現況調べ(厚生労働省実施)ならび公開されている二次医療圏データベースを用いて、特に救急搬送数、高齢化率に注目して二次救急医療機関の分析を行った。344 の二次医療圏における 3,498 施設を解析対象とした。二次医療圏を都心型(52)、地方都市型(172)、過疎型(120)別では、救急搬送総数はそれぞれ 161 万件、151 万件、32 万件、独歩の救急患者はそれぞれ 420 万件、550 万件、156 万件であった。病床数と救急搬送数は相関したが、都市部でよりばらつきが多かった。人口あたりの救急搬送数は高齢化率によって大きく変化しなかったものの、入院割合は高齢化率の上昇と共に緩やかに上昇し、これは平成 22 年度の同現況調べと同様の傾向であった。

A. 研究目的

救急搬送傷病者数が増え続けることが想定される中、その大半を受入れる二次救急医療機関の体制強化はわが国にとって喫緊の課題である。平成 24 年 3 月 30 日に発出された「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(厚生労働省医政局指導課長通知)では、二次救急医療機関は入院を要する救急医療を担う医療機関として、24 時間 365 日救急搬送の受け入れに応じ、傷病者の状態に応じた適切な救急医療を提供することが目標として求められている。平成 25 年 2 月から「救急医療体制等のあり方に関する検討会」においても、「二次救急医療機関の質の充実強

化」が議論されることとなった。より詳細な二次医療機関の現状把握と評価方法の開発が求められている。地域で役割を果たしている医療機関がより適切に評価される環境の整備等についての検討に資するよう、平成 22 年度分につき、平成 24 年度医療機関現況調査データ(厚生労働省実施)について、本年度は二次医療圏の類型別の高齢化率と救急搬送、救急入院患者数に注目した分析を行った。

B. 研究方法

平成 24 年度救急医療提供体制現況調べ(厚生労働省実施)のデータについて、病床規模、時間内外の救急搬送受け入れ数、当番日

の状況に注目して分析を行った。対象は全国の二次救急医療機関であり、これには救命救急センターが設置されている施設は含まれない。解析可能な施設は 3,498 施設であった。

C. 研究結果

(1) 二次医療圏の類型別概観

344 の二次医療圏を、都市型、地方都市型、過疎型に区分して、病院数、病床数、救急患者数を示した(表 1)。二次医療圏の類型区分は高橋らの区分に従った。救急搬送数と救急患者数の比は都市部ほど大きい。

(2) 各医療機関の病床数と救急患者数の関係について

病院の規模として、病床数を横軸に、年間の救急搬送数を縦軸にとり、都市区分ごとに関係を見たものが図 1 である。過疎地域型の二次医療圏では多数の病床を持つ医療機関で救急搬送受け入れが少ない施設は見当たらない。病床数に応じて救急搬送を受け入れていることが示唆される。一方、都市部では、病床規模の小さい病院の中にも非常に多数の救急搬送を受け入れている施設が少なからず見受けられる。

(3) 二次医療圏ごとの高齢化率と救急搬送数の関係

各二次医療圏(n=344)における、高齢化率、と人口あたりの時間外救急患者数(上から 1 段目)、人口あたりの救急搬送数(2 段目)、救急患者のうち入院となった割合(3 段目)、救急搬送のうち入院となった割合(4 段目)の関係を図 2 に示す。各点はそれぞれの医療圏を表す。救急患者数、救急搬送数、救急搬送後入院

数は高齢化率の上昇とともに緩徐に上昇する。しかし walk-in 救急患者の入院割合は高齢化率と共に上昇しない。

D. 考察

救急搬送総数が増加しており、特に軽症～中等症の高齢者搬送数が増加している。これに対して二次救急医療機関で対応しきれなくなると、病院選定困難となった一部の事例は救命救急センター(三次施設)で受け入れざるを得なくなり、三次施設の病床が占有される可能性がある。加えて、慢性的な出口問題の悪循環により、二次救急医療機関、救命救急センターが共に負担感を増している。

過疎地域型の二次医療圏の中では、施設の規模すなわち病床数に応じた救急搬送の受け入れを行っていることが図 1 から読み取れる。これらは地域のメディカルコントロール耐性を考える上で重要である。地域によっては、どの施設も応分の負担を行わなければ救急システムが成り立たないのかもしれない。

人口あたりの救急搬送数は高齢化率によって大きく変化しなかったものの、入院割合は高齢化率の上昇と共に緩やかに上昇した。これは 2 年前の解析結果と同様の傾向である。今後さらに高齢化率が上がる地域が増えるにあたって、セーフティーネットとして必要な医療リソースが増加することが予想される。

E. 結論

- (1) 解析可能な 3,498 施設において現況調による解析を行った。
- (2) 都市部ほど、独歩救急受診者数に対する救急搬送患者数の割合が大きかった。
- (3) 過疎地域では病床数に応じた救急搬送患

者受け入れが行われていた。

(4) 人口あたりの救急搬送数は高齢化率によって大きく変化しなかったものの、入院割合は高齢化率の上昇と共に緩やかに上昇した。

F. 研究発表

1. 論文発表

・織田順. 二次救急医療機関と高齢化率の現状. *Current Therapy*. 32(8): 722-727, 2014

G. 知的財産権の出願・登録状況

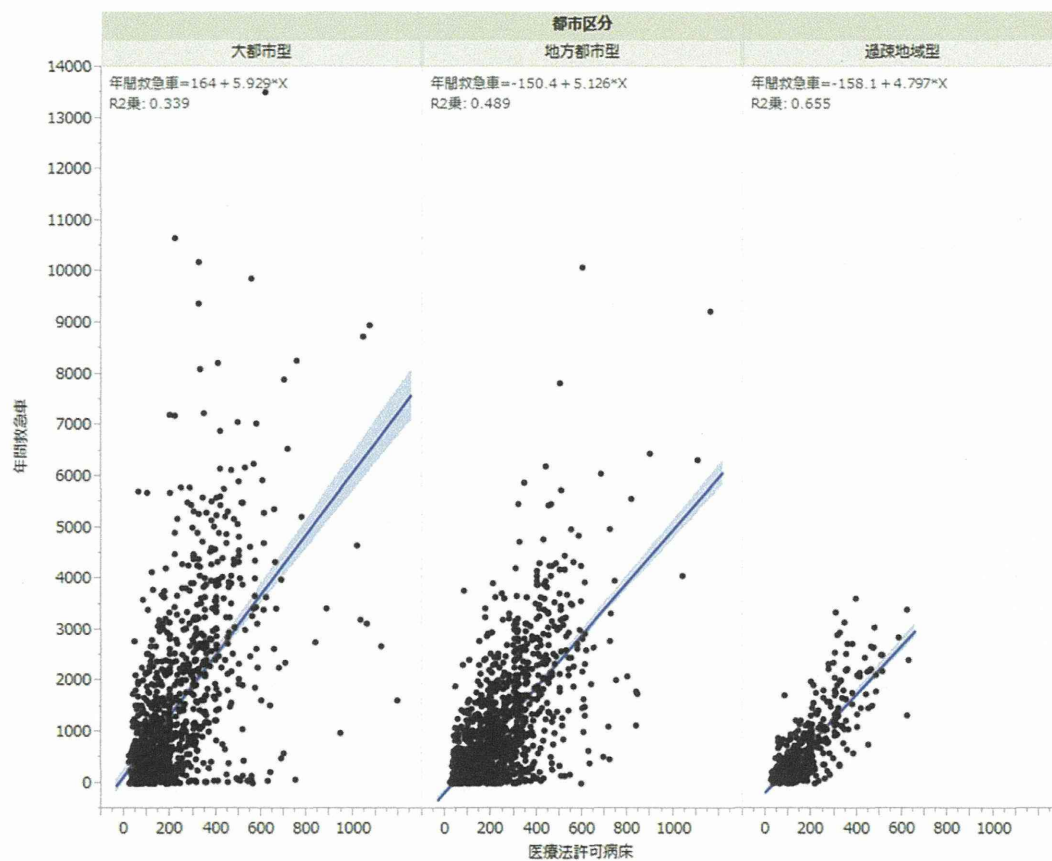
なし

(表 1) タイプ別二次医療圏ごとの病院数、病床数、救急患者数、高齢化率

二次医療圏類型	二次医療圏	二次救急医療機関	病床数	救急搬送患者数(/年)	独歩救急患者数(/年)	高齢化率(%)
都心型	52	1,152	241,489	1,614,234	4,202,076	20.6
地方都市型	172	1,818	352,139	1,519,971	5,503,630	23.6
過疎地域型	120	528	84,762	322,550	1,560,093	29.7
計	344	3,498	678,390	3,456,755	11,265,799	22.8

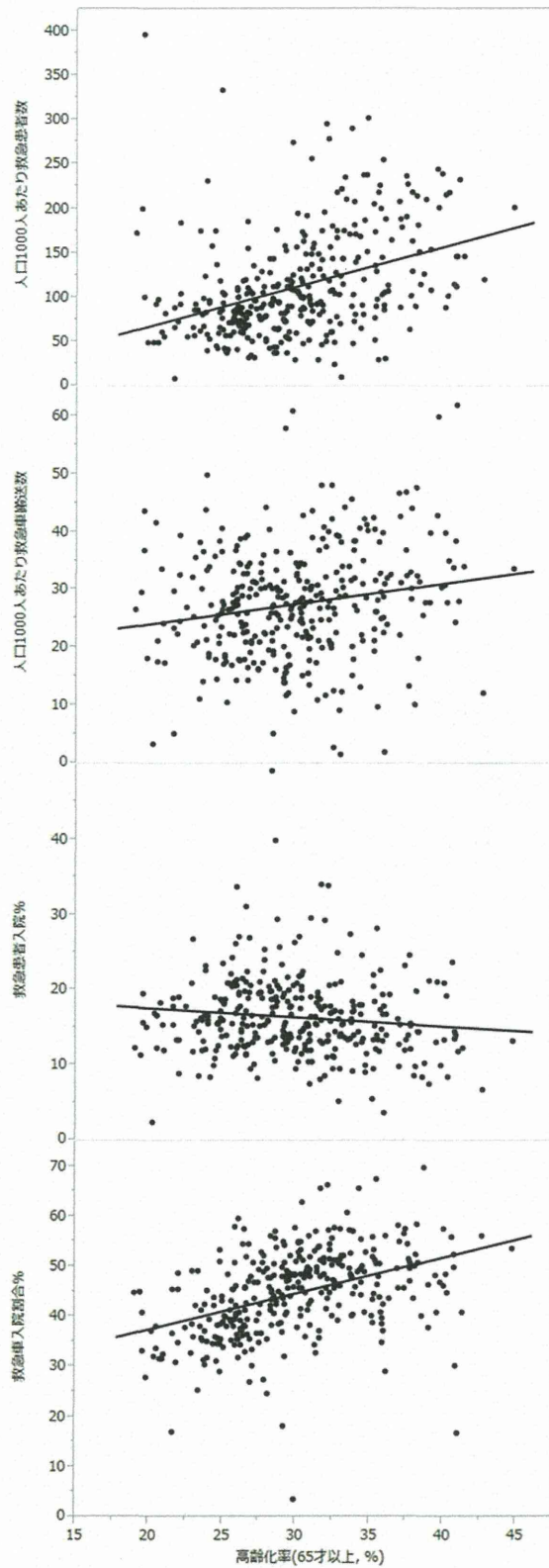
(図 1) 都市区分ごとに見た、各医療機関の病床数と年間救急車台数の関係
 病床数と救急搬送数に相関が認められる。

病床数と救急搬送数の相関は、大都市型より地方都市型、さらに過疎地域型の方が強いと思われる。



(図 2) 2次医療圏ごとの、高齢化率と救急患者数の各指標

高齢化率の上昇と共に、救急患者数、救急車搬送数はゆるやかに増加していくが、walk-in で来院した場合より、救急車で来院した患者の方が入院割合が高くなる。



平成26年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「救急医療体制の推進に関する研究」

研究代表者 一般財団法人救急振興財団 山本 保博

分担研究報告書

救命救急センターの現状と評価についての研究

研究分担者	坂本哲也	帝京大学医学部救急医学	教授
研究協力者	森村尚登	横浜市立大学医学部救急医学	教授
	藤田 尚	帝京大学医学部救急医学	講師
	丹野克俊	札幌医科大学医学部	救急医学講座 講師
	片山洋一	札幌医科大学医学部	救急医学講座
	田邊晴山	財団法人救急振興財団	救急救命東京研修所 教授

研究要旨

（背景・目的）平成11年度より厚生労働省は施設ごとの充実度評価を開始した。平成23年より、「救急医療のあり方に関する検討会」での議論を踏まえて、充実度評価の方法を新たなものに改訂し、また、これらの評価結果について詳細な情報を公表することになった。この研究の目的は、この一般に公表された新しい充実度評価の施設ごとの詳細な情報を経年的にとりまとめ、分析を加え、全国の救命救急センターの状況を明らかにするものである。また、各施設から報告される自己評価が必ずしも実態に即していないとの指摘がある中、評価の質の向上を図るための方策について提言するものである。

（方法）①全国の救命救急センターの状況について これまで整備された救命救急センターについて、年毎の整備の状況、設立母体による整備の状況などについて調査した。「救命救急センターの新しい充実度評価について」に基づいて、平成26年に行った結果（平成25年4月から平成26年3月までの実績）について、評価項目ごとに結果の概要を取りまとめた。さらには、5年間の評価結果の推移について取りまとめた。②救命救急センターの充実度評価の質の向上を図るための方策について 厚生労働省で実施し公表された救命救急センターの評価結果と、施設の実態を比較、検証することによって、より適切な評価方法、評価の検証方法について検討した。

（結果）平成26年4月までに、266施設（6.8施設/年）（前年比+7施設）の救命救急センターが整備された。平成17年頃より高いペースでの施設数の増加が続いている。施設ごとの合計点の平均は、71点で昨年より2点上昇した。項目ごとにみると、「5 転院・転棟の調整を行う者の配置」（55%）、「2 救急科専門医数」（47%）、「23 手術室の体制」（41%）などが比較的多くの施設で加点されていなかった。施設ごとの合計点の平均は5年間で年々上昇し、点数にして8点上昇（63→71）した。救命救急センターの充実度評価の質の向上を図るための方策として、各都道府県における救命救急センター長間での評価結果のピアレビュー（同分野の専門家による検証）の方法の一例を示した。

（考察）充実度評価は、基本的には救命センター長等による自己申告によって行われているが、施設の規模や各施設の所管する人口などからすると不釣り合いな程の重篤患者数を報告している施設が散見されるなどの正確性の課題がある。各施設から、“背伸び”をした報告が多く上がると、全体として救命救急センターのみせかけの充実度が高くなり、救命救急センターへの補助が減ることにもつながる。それゆえ評価は各施設の実態に即して適切に行われる必要がある。そのため取り組みとして、ピアレビューの実施が望まれる。「救命救急センターの充実段階評価の検証方法の一例」によりピアレビューや都道府県による検証が促され、もって各施設のデータの入力上の誤解やブレが減り、評価の客観的がより高まることを期待している。

（おわりに）救命救急センターの評価結果をもとに、詳細な情報をとりまとめ、分析を加え、全国の救命救急センターの状況を明らかにした。今後も、このような評価の仕組みを活用した各施設の体制の一層の充実が期待される。

A. 背景・目的

(救命救急センターの整備の経緯)

我が国の救急医療体制の本格的整備は、昭和39年度の救急病院・救急診療所の告示制度の創設に始まる。昭和52年度からは、全国において、初期、二次、三次の救急医療機関の階層的整備が開始された。これに先立ち、昭和50年より、三次救急医療機関としての救命救急センターの整備が、国、地方自治体により開始された。当初は、量的な目標として、概ね100万人に1か所を目標に整備が進められたが、現在では、全国に、266施設(平成26年3月30日現在)、人口48万人あたり、およそ1か所が整備されている。

(救命救急センターの評価制度の開始)

救命救急センターの量的な充実が続いて、平成10年頃になると、各施設の質的な充実が強く求められるようになり、平成11年度より、厚生労働省によって施設ごとの充実度評価が開始された。これは、前年の一年間の実績を各施設から報告を受け点数化し、充実度段階A・B・Cとして3段階に区分するものであり、当初の評価項目は、施設の救急専用電話の有無、空床の確保数、診療データの集計の有無、専任医師数といった施設の診療体制が中心であった。この評価結果は公表されるとともに、施設に対する運営費補助金や診療報酬の加算に反映されるため、高評価を得ようとする施設の取組が促進される仕組みになっていた。その結果、評価開始当初は評価の低い施設もあったものの、平成18年度及び19年度においては、すべての施設が最高段階の評価を得るに至った。

(救命救急センターの評価の改定)

全施設が最高段階の評価を得るに至った状況をふまえて、三次救急医療機関(救命救急センター)の一層の質的向上を図るために、厚生労働省は「救急医療の今後のあり方に関する検討会」での議論を踏まえて、充実度評価の方法を新たなものに改訂した。その際、「救命救急センターの機能、質の向上のための取組等について国民の理解を深めるために、これらの評価結果については、今後、できる限り詳細な情報を公表していく」という提言がなされた。「救急医療のあり方に関する検討会 中間とりまとめ」

(目的)

この研究は、この提言を踏まえて一般に公表された

新しい充実度評価の施設ごとの詳細な情報を、経年的にとりまとめ、分析を加え、全国の救命救急センターの状況を明らかにするものである。

また、各施設から報告される自己評価が必ずしも実態に即していないとの指摘がある中、評価の質の向上を図るための方策について提言するものである。

B. 研究方法

①全国の救命救急センターの状況について

これまで整備された救命救急センターについて、年毎の整備の状況、設立母体による整備の状況などについて調査した。

また、平成21年より、厚生労働省医政局指導課長より各都道府県衛生主管部(局)長宛に通知された「救命救急センターの新しい充実度評価について」に基づいて、平成26年に行った結果(平成25年4月から平成26年3月までの実績)について、評価項目ごとに結果の概要を取りまとめた。

さらには、新しい充実度評価が開始されて5カ年が経過しており、5年間の評価結果の推移について取りまとめた。

②救命救急センターの充実度評価の質の向上を図るための方策について

厚生労働省で実施し公表された救命救急センターの評価結果と、施設の実態を比較、検証することによって、より適切な評価方法、評価の検証方法について検討した。具体的には、当研究の分担研究者の施設について、他の分担研究者が実地検証を行い(参考資料)、その過程で得られた知見を元に、充実度評価の質の向上を図るための方策について取りまとめた。

C. 研究結果

①全国の救命救急センターの状況について

<救命救急センターの整備の状況の概観>

昭和52年より平成26年4月までに、266施設(6.8施設/年)(前年比+7施設)の救命救急センターが整備された。「救命救急センターの新しい充実度評価について」で評価を実施した施設に限る)平成17年ごろ高いペースでの施設数の増加が続いている。

わが国の総人口を救命救急センター数で除した数値を単純にセンターあたりの担当人口とすると、約478,563人となる。

高度救命救急センターに位置づけられているのが

32 施設 (12%) (前年比+3 施設) であり、地域救命救急センターとして位置づけられているのが 10 施設 (3.8%) (前年比+1 施設) であった。救命救急センターのうち、ドクターヘリが配備されている施設が 43 施設 (16.2%) であった。前年比で 1 施設増加した。

都道府県別施設数でみると、東京都 (26 施設)、愛知県 (20 施設)、神奈川県 (18 施設)、大阪府 (15 施設) の順に多く、鹿児島県、秋田県、山梨県で 1 施設であった。都道府県あたり平均 5.7 施設が整備されていた。これを人口比でみると、島根県、佐賀県、高知県、徳島県、山口県の順に人口あたり施設数が多く、鹿児島県、秋田県、埼玉県、山梨、群馬県の順に人口比あたり施設数が少なかった。また、面積比でみると、東京都、大阪府、神奈川県、愛知県、千葉県の前年面積あたり施設数が多く、秋田県、鹿児島県、北海道、岩手県の順に面積あたりの施設数が少なかった。

<救命救急センターの充実度評価項目ごとの状況>

項目ごとに、全施設、地域別 (北海道・東北、関東、東海北陸、近畿、中国四国、九州・沖縄)、設立主体別 (大学、国立、公的、自治体立、民間等)、施設の属性別 (一般の施設、所管人口の少ない (30 万人未満) 施設、所管人口が少なくかつ、遠方まで別の施設がない施設) での状況を明らかにした。

施設ごとの合計点の平均は、71 点で昨年より 2 点上昇していた。最高値は 101 点、最低値は 28 点であった。是正を要する項目の点数 (点数が高いほど充実度は低い) は、平均 4 点であった。

項目ごとにみると、「5 転院・転棟の調整を行う者の配置」(55%)、「2 救急科専門医数」(47%)、「23 手術室の体制」(41%) などが、比較的多くの施設で加点されていなかった。反対に、「30 (都道府県による評価) 都道府県メディカルコントロール (MC) 協議会又は地域 MC 協議会等への関与、参画」(0.4%)、「32 (消防機関による評価) ウツタイン様式調査への協力状況」(0.4%)、「14 電子的診療台帳の整備等」(1.9%) については、加点されていない施設は、ほとんどなかった。

(※詳細は、「救命救急センターの現況」(別添) を参考のこと

<5 年間の評価結果の推移>

5 年間で、施設ごとの合計点の平均は、年々上昇し、

点数にして 8 点上昇 (63→71) した。60 点未満の施設が 21.7%減少し、80 点以上の施設が、18.3%増加した。是正を要する項目の点数 (点数が高いほど充実度は低い) の平均は、徐々に低下し、点数にして 3 点低下した。

項目ごとにみると、「26 医師の負担軽減に資する計画の策定等」、「21 医師事務作業補助者の有無」での改善が目立った。

(※詳細は、(資料 1) を参考のこと

②救命救急センターの充実度評価の質の向上を図るための方策について

救命救急センター長間、所管する都道府県等における救命救急センターの充実段階評価の検証方法の一例として、資料 2 を作成した。これは、各都道府県における救命救急センター長間での評価結果のピアレビュー (同分野の専門家による検証) の方法の一例を示したものである。(ピアレビューにかわって、所管の都道府県による評価の検証にも利用可能)

D. 考察

1. 救命救急センターの整備の状況

救命救急センターの施設数について、本年度に 7 施設増加するなど、5 年間で 20%増加している。救急車による重症傷病者数 (死亡も含む) が、この 5 年ほとんど増加していないことを考えると、緊急度・重症度の高い傷病者を受け入れる役割である三次救急医療機関である救命救急センターは、対象とする傷病者ののびを上回って整備が進められたことになる。しかしながら、このことは 1 施設で受け入れる重症患者数の減少を意味し、重症患者の診療経験の少ない施設が増える側面がある。このため施設数の上昇は、必ずしも医療体制の充実を意味しない場合があり、今後の救命救急センターの整備の量的な目標について検討が必要であろう。

救命救急センターの質について、充実度評価の結果を見てみると、5 年間で確実に改善している。個別項目ごとに見てみると、95%の施設が満たしている項目もおよそ 4 割となっている。厚生労働省の発表する全体評価としては、A 評価が 265 ケ所、B 評価が 0 ケ所、C 評価が 1 ケ所となっていることを考えると、評価基準の改定についての議論が必要かもしれない。

2. アウトカム指標について

充実度評価には、ストラクチャー指標、プロセス指標、アウトカム指標がある。救命救急センターの大きな役割は、重症・重篤患者に係る診療機能であることを考えると、アウトカム指標は、重症・重篤患者の受け入れ実績となる。その点で、評価項目の一つとなっている重篤患者数のみならず、今後は、救急車の受け入れ要請に対する応需率についての評価も必要かもしれない。重篤患者数と応需率の関係について資料3のとおり整理した。

3. データの信頼性

充実度の評価結果は、診療報酬の増加や補助金の増加に直接反映されるが、充実度評価は、基本的には救命センター長や救命センターの属する医療機関の長により自己申告によって行われている。そのため、ややもすると実態を反映していない“背伸び”をした報告となる。実際に、施設の規模や、各施設の所管する人口などからすると不釣り合いな程の重篤患者数を報告している施設が散見されるなどの正確性の課題がある。各施設から、“背伸び”をした報告が多く上がると、全体として救命救急センターのみせかけの充実度が高くなり、救命救急センターへの補助が減ることにもつながる。また、診療報酬に反映されるものであるため、報告内容によっては診療報酬の不正請求等との指摘のなされるおそれがある。それゆえ、評価は各施設の実態に即して適切に行われる必要がある。そのための取り組みとして、国への報告の前に、救命救急センター長を集めた会議を開催するなどして、センター間で互いの施設のデータを確認するピアレビューの実施が望まれる。「救命救急センターの充実段階評価の検証方法の一例」として、資料2によって、ピアレビューや都道府県による検証が促され、もって各施設のデータの入力上の誤解やブレが減り、評価の客観的がより高まることを期待している。

E. 結論、おわりに

救命救急センターの評価結果をもとに、全国の救命救急センターの状況を明らかにするとともに、充実度評価の質の向上を図るための方策について取りまとめた。

F. 研究発表

なし

G. 知的所有権

なし

H. その他

本研究の成果としてとりまとめた「救命救急センターの現況」は、平成25年に厚生労働省で開催された、「救急医療体制等のあり方に関する検討会」の複数回において資料として活用された。

救命救急センターの評価の検証について（案）

○背景

厚生労働省は、平成11年度より救命救急センターの質的充実を目的に、「救命救急センター充実度評価」を実施している。各施設の評価結果は、一般に公表されるとともに、施設に対する運営費補助金や診療報酬の加算に反映される。このため、高評価を得ようとする施設の取組が促進される仕組みとなっている。

ところで、評価の方法は、厚生労働省の定めた評価基準にしたがって、各施設が自己評価を行い、その結果を、都道府県を通じて厚生労働省が取りまとめることを基本としている。しかしながら、評価基準の定義が明確でないなどの理由により、各施設から報告される自己評価が、必ずしも実態に即していないとの指摘がある。

○目的

厚生労働省で実施し公表された救命救急センターの評価結果と、施設の実態を比較、検証することにより、より適切な評価方法、評価の検証方法を確立することを目的とする。

○方法

1. 研究の担当者の施設の訪問調査

- ・対象：帝京大学救命救急センター（坂本哲也センター長）
- ・日時：調整中（3時間程度）
- ・参加者：次の者を予定
（山本班の研究分担者で救命救急センターの長である者）
横田裕行、谷川攻一、森野一真、織田順、浅利靖、高山隼人
（研究協力者）
片山洋一、田邊晴山

・調査手順

- ①平成26年度に実施した「救命救急センターの充実度評価」の当該施設の結果の詳細確認（参加者）
- ②項目ごとの評価結果を証明する資料の提出（坂本センター長）
- ③評価結果の資料に基づいた検証（参加者）
- ④資料で確認できない項目についての施設の視察調査などによる検証（参加者）
- ⑤他の施設での検証に応用するためのマニュアルの検討（参加者）

2. 山本班の研究分担者間での相互検証（ピアレビュー）

- ・対象：山本班の研究分担者が救命救急センターの長である施設（7施設）
- ・日時：第二回山本班会議の開催日に併せて開催（3時間程度）

- ・参加者：次の者を予定

（山本班の研究分担者で救命救急センターの長である者）

坂本哲也、横田裕行、谷川攻一、坂本哲也、森野一真、織田順、浅利靖、
高山隼人

（研究協力者）

片山洋一、田邊晴山

- ・検証手順

①平成26年度に実施した「救命救急センターの充実度評価」の当該施設の
結果の詳細確認（対象となるすべての施設）

②項目ごとの評価結果を証明する資料の提出（対象となるすべての施設か
ら）

③評価結果についての資料による検証（相互確認）（1. ⑤で検討したマ
ニュアルを活用）

④マニュアルのブラッシュアップについて検討

※ なお、1の調査と2の検証は、より適切な評価方法、評価の検証方法を確
立することを目的としている。調査対象となった施設が、この調査と検証
によって不利益を被ることはないという前提で、調査、検証を行う。

救命救急センターの充実段階の評価

5年間の推移

平成26年度厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

「救急医療体制の推進に関する研究」(山本班)

「救命救急センターの現状と評価に関する研究」(坂本哲也分担研究)

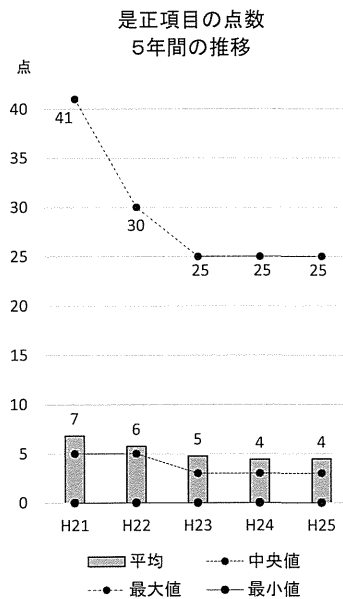
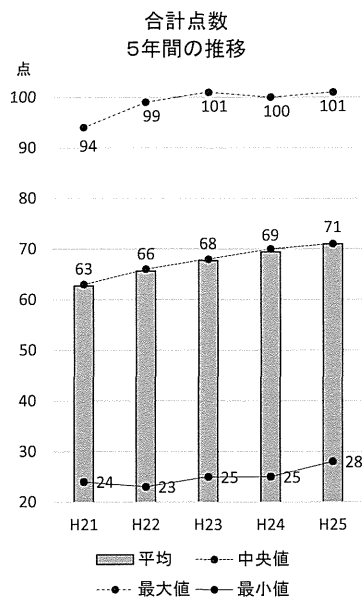
1

救命救急センターの整備の状況

	2010	2011	2012	2013	2014	5年の変化
	H22	H23	H24	H25	H26	
○救命救急センター	221	244	246	259	266	+45 (+20%)
人口100万人あたり(施設数)	1.7	1.9	1.9	2	2.1	+0.4
1施設あたりの人口(人)	579,185	524,590	518,565	491,710	478,563	-100,622
都道府県あたり(施設数)	4.7	5.2	5.2	5.5	5.7	+1.0
・高度救命センター(施設数)	24	27	28	29	32	+8
・地域救命センター(施設数)	2	5	6	9	10	+8
・ドクターヘリ施設(施設数)	24	26	34	42	43	+19

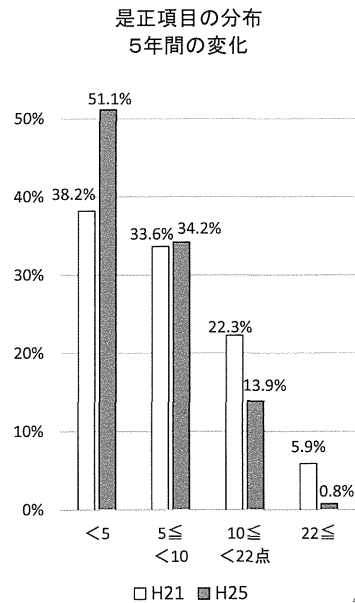
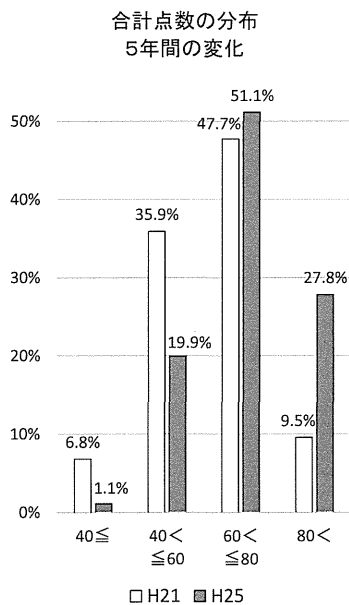
2

救命救急センターの充実段階の評価



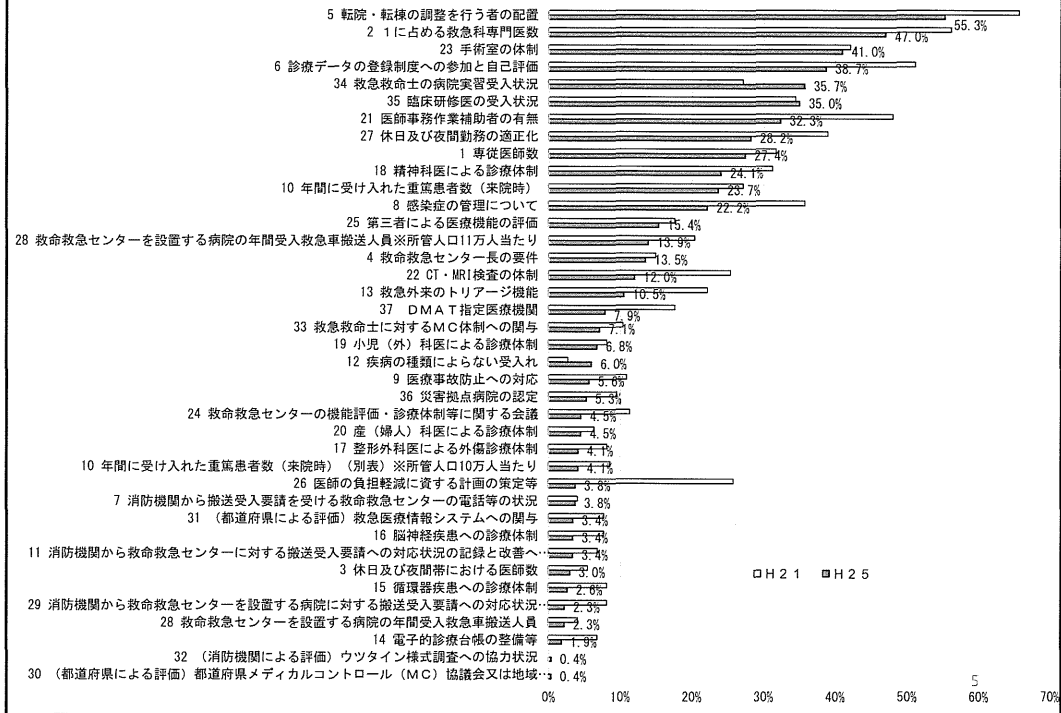
3

救命救急センターの充実段階の評価

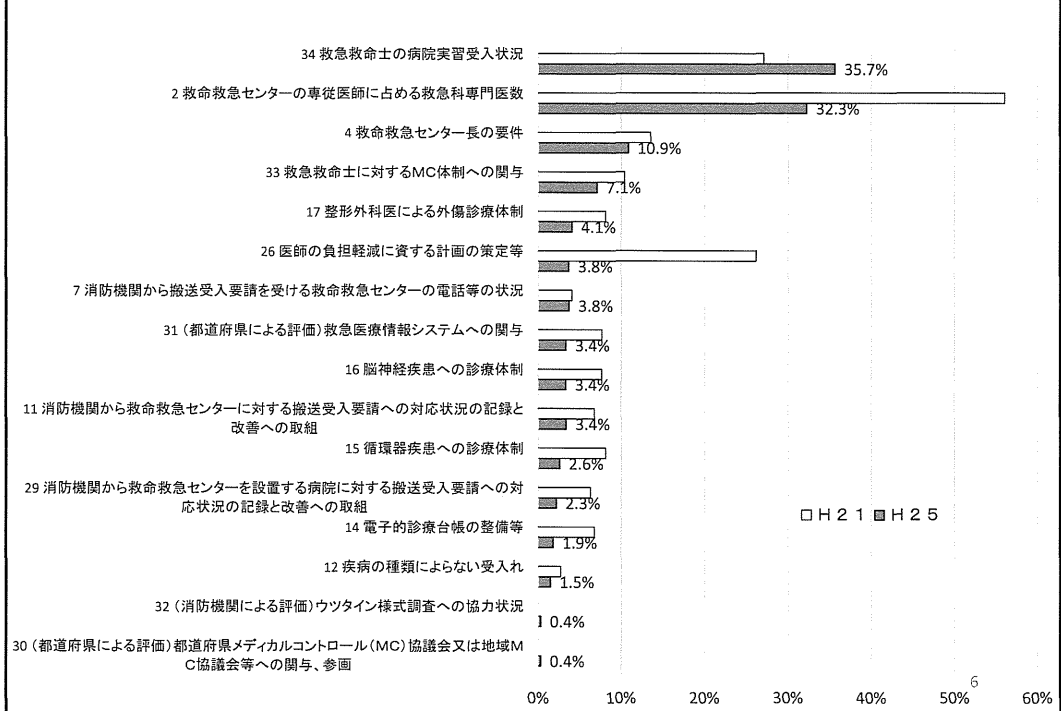


4

評価項目が配点なしの施設割合（上位順）



「是正を要する項目」に該当する施設割合（上位順）



救命救急センター長間、所管する都道府県等における 救命救急センターの充実段階評価の検証方法の一例

この検証方法の一例は、各都道府県における救命救急センター長間での評価のピアレビュー（同分野の専門家による検証）などの際の方法の一例を示したものです。ピアレビューにかわって、所管の都道府県による評価の検証にも利用可能です。これにより、ピアレビューや都道府県による検証が促され、もって各施設のデータの入力上の誤解やブレが減り、評価の客観的がより高まることを期待しています。

求められる機能	No	評価項目	検証方法の一例
			所管人口
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	専従医師数	最小基準となる6名(5名)(4名)について、病院のホームページ(HP)などにおいて、他科に所属している医師となっていないか確認する。
	2	1に占める救急科専門医数	最小基準となる2名(1名)について、日本救急医学会のHPなどにおいて専門医名簿に掲載されているか確認する。
	3	休日及び夜間帯における医師数	救命救急センターの当直表やシフト表(医師の個別の名前が記載されたもの)を確認し、一年を通じて、最も少ない日、時間帯の医師数を確認する。
	4	救命救急センター長の要件	センター長が、病院のHPにおいて他科に所属している医師になっていないか確認する。日本救急医学会HPの指導医名簿に掲載されているか確認する。
	5	転院・転棟の調整を行う者の配置	調整を行う者の資格、職種、業務内容について確認する。
	6	診療データの登録制度への参加と自己評価	「年間重篤患者数」(調査票3 別紙1)の「重症外傷」での報告数と、日本外傷データバンクへの登録数とに大きな乖離がないか確認する。
	7	消防機関から搬送受入要請を受ける救命救急センターの電話等の状況	消防本部に状況を確認する。(消防本部の評価にする) 都道府県の担当局よりホットラインに発信し、医師が直ちに電話に回答するか確認をする。(予め説明した上で実施する。)
	8	感染症の管理について	院内感染対策委員による病棟回診の記録を確認する。
	9	医療事故防止への対応	診療報酬における「医療安全対策加算」の算定状況を確認する。
	10	年間に受け入れた重篤患者数(来院時)(別表)	「年間重篤患者数」(調査票3 別紙1)について、全施設の平均受け入れ数(絶対数と所管人口10万人当たり)、全施設の平均死亡率と比較するなどして、重篤患者の定義が適切になっているか確認する。
	11	消防機関から救命救急センターに対する搬送受入要請への対応状況の記録と改善への取組	応需率を公表していれば、それを確認する。搬送受入要請への対応記録を確認する。受入れに至らなかった場合の理由の統計データを確認する。
	12	疾病の種類によらない受入れ	「年間重篤患者数」(調査票3 別紙1)について、他施設と比べて大きな偏りがないか確認する。
	13	救急外来のトリアージ機能	診療報酬での算定状況を確認する。
	14	電子的診療台帳の整備等	実際の台帳を確認する。
	15	循環器疾患への診療体制	循環器疾患に対応する医師の個別の名前が記載された当直表、オンコール表等を確認する。
	16	脳神経疾患への診療体制	脳神経疾患に対応する医師の個別の名前が記載された当直表、オンコール表等を確認する。
	17	整形外科医による外傷診療体制	整形外科医の個別の名前が記載された当直表、オンコール表等を確認する。

重篤患者の診察機能（続き）	病院の管理者が担当する評価項目	18	精神科医による診療体制	精神科医の個別の名前が記載された当直表、オンコール表等を確認する。
		19	小児(外)科医による診療体制	小児(外)科医の個別の名前が記載された当直表、オンコール表等を確認する。
		20	産(婦人)科医による診療体制	産(婦人)科医の個別の名前が記載された当直表、オンコール表等を確認する。
		21	医師事務作業補助者の有無	医師事務作業補助者の資格、職種、業務内容について確認する。
		22	CT・MRI検査の体制	視察や施設の配置図によって、確認する。
		23	手術室の体制	手術室の麻酔の担当医等の当直表、オンコール表等を確認する。
		24	救命救急センターの機能評価・診療体制等に関する会議	会議の議事録を確認する。
		25	第三者による医療機能の評価	医療機能評価による認定証、救急部門の評価結果を確認する。
		26	医師の負担軽減に資する計画の策定等	具体的な計画を記したものを確認する。
		27	休日及び夜間勤務の適正化	救命救急センターの個別の名前が記載された当直表、オンコール表、シフト表を確認する。
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	30	(都道府県による評価) 都道府県メディカルコントロール(MC)協議会又は地域MC協議会等への関与、参画	都道府県が基準を作成するなどして、客観的に評価できる仕組みが望ましい。
		31	(都道府県による評価) 救急医療情報システムへの関与	都道府県が基準を作成するなどして、客観的に評価できる仕組みが望ましい。
		32	(消防機関による評価) ウンタイン様式調査への協力状況	消防機関が基準を作成するなどして、客観的に評価できる仕組みが望ましい。
救急医療の教育機能	救命救急センター長が担当する項目	33	救急救命士に対するMC体制への関与	救急救命士へのオンラインでの指示記録を確認する。
		34	救急救命士の病院実習受入状況	都道府県の所管部局に確認する。
対応機能	病院の管理者が担当する項目	35	臨床研修医の受入状況	研修医のローテーション表を確認する。
		36	災害拠点病院の認定	都道府県での位置づけを確認する。(都道府県による評価項目としてよい)
		37	DMAT指定医療機関	都道府県での位置づけを確認する。(都道府県による評価項目としてよい)

各施設から、「背伸び」をした報告が多く上がると、全体として救命救急センターのみせかけの充実度が高くなり、救命救急センターへの補助が減ることにもつながる。また、診療報酬に反映されるものであるため、報告内容によっては診療報酬の不正請求等との指摘のなされるおそれがある。それゆえ、評価は各施設の実態に即して適切に行われる必要がある。

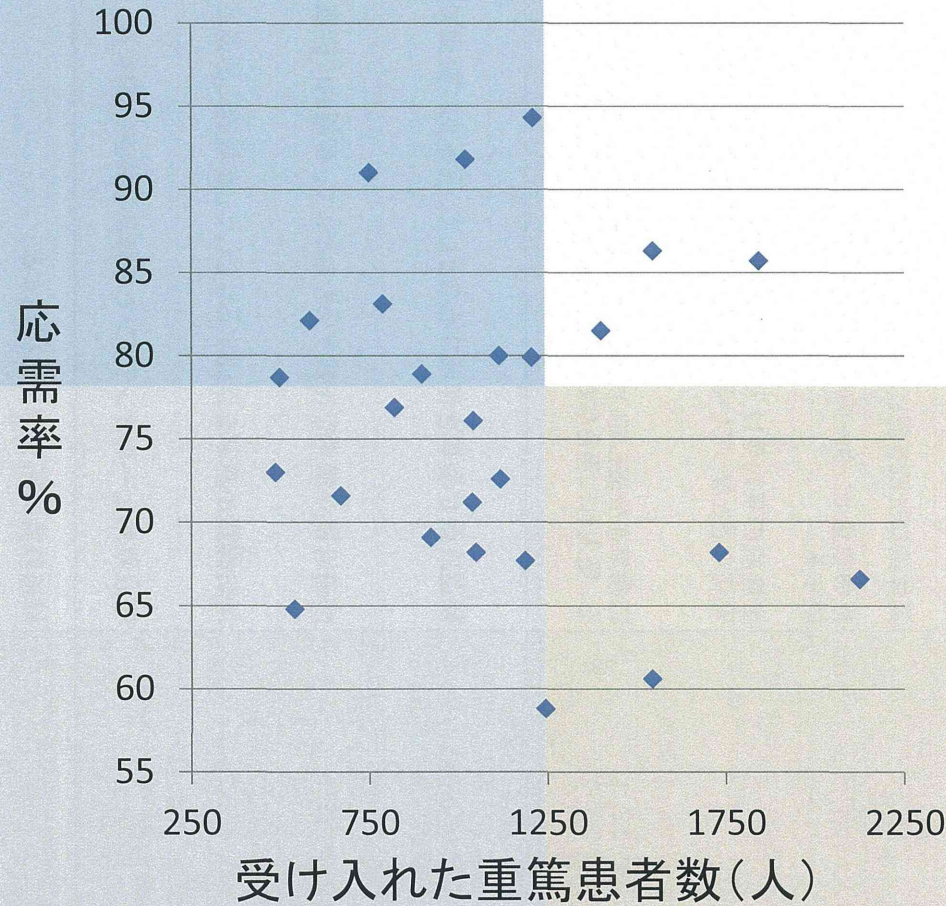
救命救急センターの年間に受け入れた重篤患者数と応需率との関係

Zone II

施設の重篤患者受入容量に比べ
地域の重篤患者受入需要が少ない

Zone III

施設の重篤患者受入容量は大きく
地域の重篤患者受入需要と均衡している



Zone I

施設の重篤患者受入容量が少なく
地域の重篤患者の受入需要を満たせていない

Zone IV

施設の重篤患者受入容量は大きいものの
地域にそれ以上の重篤患者受入需要がある