

平成28年

救命救急センターの現況

厚生労働科学研究 救急医療体制の推進に関する研究

はじめに

(救命救急センターの整備の経緯)

本邦の救急医療体制の本格的な整備は、昭和 39 年の救急病院・救急診療所の告示制度の創設にはじまる。昭和 50 年からは、国、地方自治体に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開始され、昭和 52 年より、全国において初期・二次・三次救急医療機関の階層的な整備が続いた。

三次救急医療機関については、当初、量的な目標として、概ね 100 万人に一か所を目処に整備が開始された。その後、着実に整備がすすみ、現在では全国に 279 施設（平成 28 年 3 月 31 日現在）、人口約 46 万人あたり 1 か所の認定がなされている。

(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とともに、平成 10 年頃より各施設の質的な充実が求められるようになった。厚生労働省は平成 11 年より施設ごとの充実度評価を開始した。これは、各施設の前年の体制や診療実績を点数化し、充実度段階 A・B・C として 3 段階に区分するものである。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診療体制が中心であった。充実度段階は公表され、また、それが各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仕組みとなっていた。そのこととも相まって高評価を得ようとする施設の取組が促進され、開始当初は充実度の低い施設もあったものの、平成 18 年度より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充実度を得るに至った状況を踏まえて、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」での議論の後、充実度の評価方法を新たなものに改訂した。新しい評価項目は、次の基本的な考え方に基いて改訂された。（「救急医療の今後のあり方に関する検討会 中間とりまとめ」より）

①求められる機能の明確化

救命救急センターに求められる機能を明確にする。具体的には、救命救急センターに求められる機能として、下記の各点を 4 本柱とする。

- ・重症・重篤患者に係る診療機能
- ・地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能
- ・救急医療に関する教育機能
- ・災害医療への対応機能

②第三者の視点・検証が可能な評価

これまでの充実度評価においては実態と乖離した評価がなされている施設があるとの指摘があり、このことから、それぞれの施設からの報告に基づく評価を基本とするが、第三者の視点による評価項目も加える。また、報告内容についての検証が可能な項目を取り入れる。

③地域特性の勘案

評価項目によっては、施設の所在地の状況や周辺人口等の状況に応じて、求められる水準を調整する。周辺人口が少ない地域であっても、最寄りの救命救急センターへの搬送に長時間を要する地域（地理的空白地域）であるために設置された救命救急センターについては、患者受入数や医師数等の評価項目で求められる水準を一段低く設定する。

また、上記に加えて、昨今の救急医療を担う病院勤務医の過酷な勤務状況の改善を促す項目も加える。

④評価の公表

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。

（この資料の目的）

この資料は、上記④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とりまとめ、分析を加えたものである。その目的は、地域の救急医療機関、消防機関、行政機関など、救急医療の整備に取り組む関係者に、全国や地域の救命救急センターの現況を伝えるためであり、これにより、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ためである。

なお、機能の強化、質の向上を図るためには、救命救急センターに所属する医師などの医療従事者による取組が重要であるが、そのみでは対処できる範囲にはおのずから限界がある。人員の配置や、施設設備の充実などについては救命救急センターを有する病院の管理者による支援、取組がより重要となる。人員、予算の確保、初期・二次救急医療体制の整備、救命救急センターの適切な配置や認定などに強く関与する地方自治体の支援や取組もまた重要となる。併せて地域住民による理解、支援も必要であろう。この資料が、その一助になることを心より期待する。

平成 28 年度 厚生労働科学研究補助金事業
救急医療体制の推進に関する研究
主任研究者 山本保博
救命救急センターの実態と評価についての研究
分担研究者 坂本哲也

資料を取り扱う上でのお願い

○施設ごとのデータは、各施設からの報告を、都道府県を通じて、厚生労働省に報告されたものを基としている。しかしながら、それぞれのデータについては、次の問題があることを予めご留意いただきたい。

・厚生労働省より各項目の定義、基準が示されてはいるものの、これが各施設の担当者までには十分に周知されていないなどの理由により、**項目の定義、基準からすると、実態に即していないデータも含まれている**可能性がある。また、各項目の定義、基準が、担当者に十分に周知されていたとしても、その解釈が施設ごとに異なっているため、施設間のデータの差が、必ずしも実態の差を反映していない可能性がある。これらについては、今後、各項目の定義、基準が各施設の担当者に周知されることで、また、この資料を通じて自施設と他施設とのデータを比較するなどの過程を経て定義、基準の解釈が一定となることで改善されることを期待している。

・データのとりまとめにおいて、例えば、「○～△人」や「○○人以上」等の報告について、その実数を用いる際には△人や○○人として解析を行ったため、一部主観的なデータの取り扱いとなった部分がある。また、データを取りまとめる手順の中で、**集計上の誤りなどが含まれている**可能性がある。これについては、気がついた方からご指摘を願いたい。いただいた指摘は今後のとりまとめ、分析の際に参考といたしたい。

○この資料は、個々の救命救急センターの機能の強化、質の向上への取りくみとそのための支援を、各救命救急センター、救命救急センターを有する病院、地方自治体などの関係者に促すためのものである。**各救命救急センターの相対的位置づけを示すことを目的とはしておらず**、そのような目的での本資料の活用はご遠慮願いたい。

I. 救命救急センターの整備の状況

○ 整備状況（平成28年3月現在）

表 1 施設数等

① 救命救急センター数	279 施設
・人口 100 万人あたり	2.2 施設
・1 施設あたりの人口	455,538 人
・都道府県あたり（平均）	5.9 施設
② 高度救命救急センター数	36 施設(12.9%)
③ 地域救命救急センター数	15 施設(5.3%)
④ ドクターヘリ基地施設数	50 施設(17.9%)

図 1 年次ごとの整備状況（縦軸：整備数、横軸：年度）

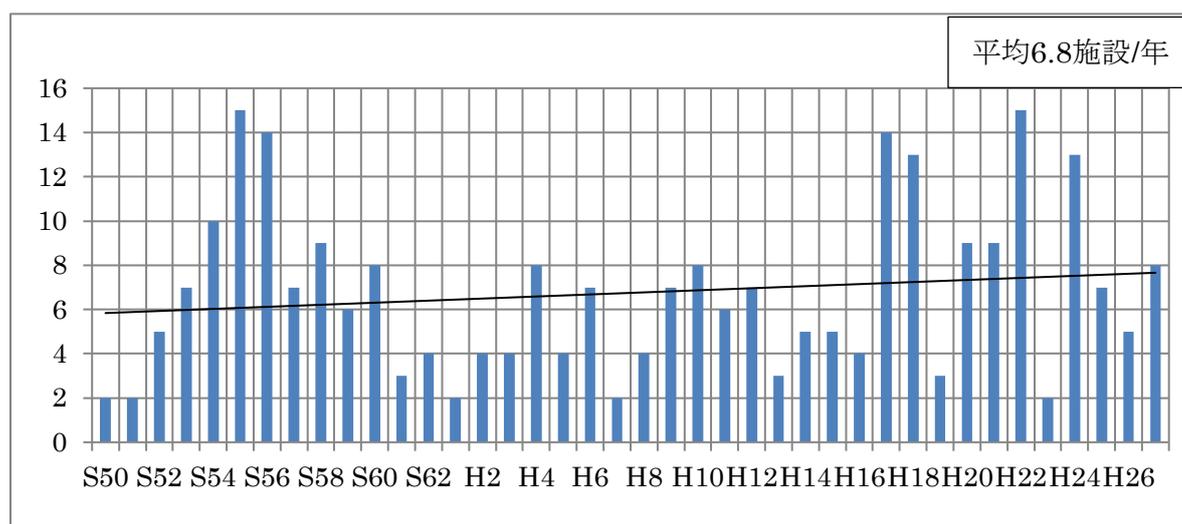


図 2 設立母体別の施設数（縦軸 設立母体、横軸 施設数）

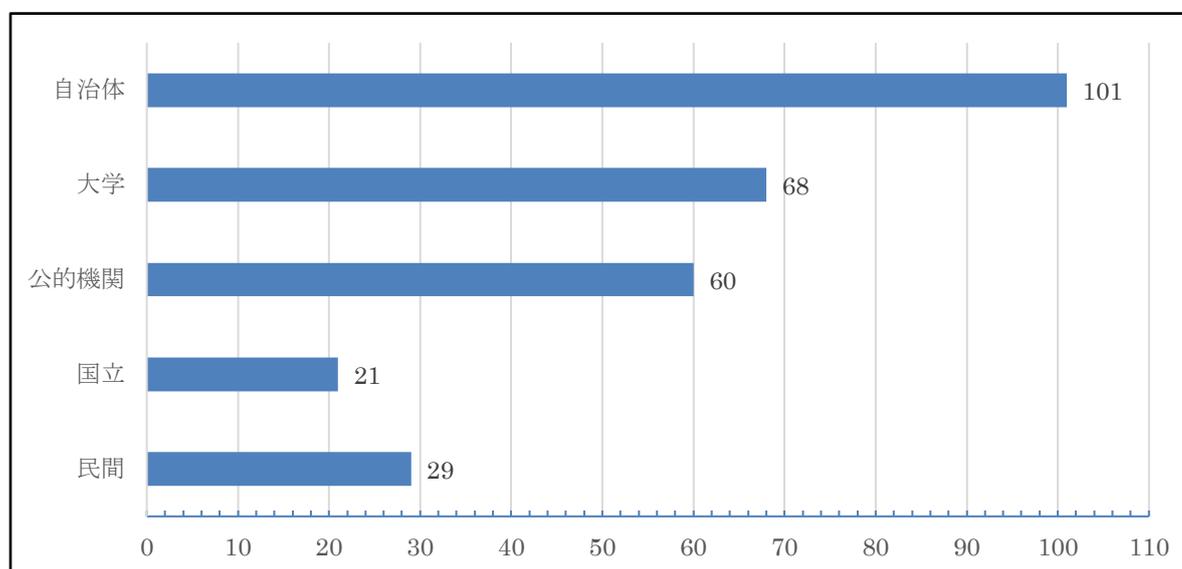


表 2 都道府県別の施設数の状況

(ア) 都道府県別施設数

1	東京	26
2	愛知	22
3	神奈川	18
4	大阪	16
5	北海道	12
6	千葉	11
7	静岡	10
	兵庫	10
9	福岡	9
10	埼玉	7
10	長野	7
	広島	7
13	宮城	6
	茨城	6
	新潟	6
	岐阜	6
	京都	6
18	栃木	5
	岡山	5
	山口	5
21	福島	4
	三重	4
	滋賀	4
	島根	4
	佐賀	4
	大分	4
27	青森	3
	岩手	3
	山形	3
	群馬	3
27	奈良	3
	和歌	3
	徳島	3
	香川	3
	愛媛	3
	高知	3
	長崎	3
	熊本	3
	宮崎	3
	鹿児島	3
27	沖縄	3
42	富山	2
	石川	2
	福井	2
	鳥取	2
46	秋田	1
	山梨	1

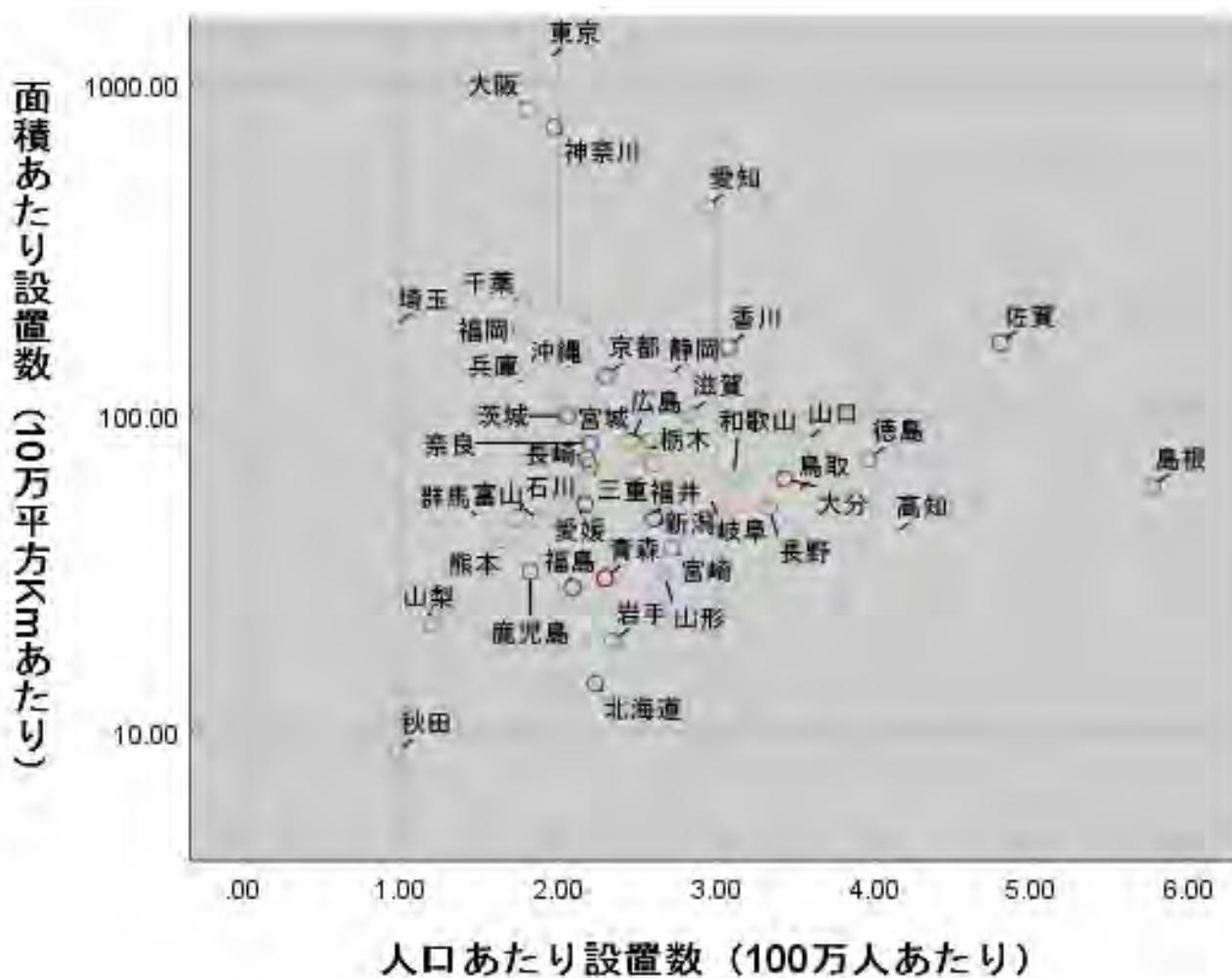
(イ) 人口100万人あたり施設数

1	島根	5.8
2	佐賀	4.8
3	高知	4.1
4	徳島	4.0
5	山口	3.6
6	鳥取	3.5
7	大分	3.4
8	長野	3.3
9	和歌	3.1
10	香川	3.1
11	岐阜	3.0
12	愛知	2.9
13	滋賀	2.8
14	宮崎	2.7
15	静岡	2.7
16	山形	2.7
17	新潟	2.6
18	岡山	2.6
19	宮城	2.6
20	福井	2.5
21	栃木	2.5
22	広島	2.5
23	岩手	2.3
24	京都	2.3
25	青森	2.3
26	北海道	2.2
27	三重	2.2
28	奈良	2.2
29	長崎	2.2
30	愛媛	2.2
31	沖縄	2.1
32	福島	2.1
33	茨城	2.1
34	神奈川	2.0
35	東京	1.9
36	富山	1.9
37	鹿児島	1.8
38	大阪	1.8
39	兵庫	1.8
40	千葉	1.8
41	福岡	1.8
42	石川	1.7
43	熊本	1.7
44	群馬	1.5
45	山梨	1.2
46	秋田	1.0
47	埼玉	1.0

(ウ) 面積10万平方Kmあたり施設数

1	東京	11
2	大阪	84
3	神奈川	74
4	愛知	42
5	千葉	21
6	埼玉	18
7	福岡	18
8	佐賀	16
9	香川	16
10	沖縄	13
11	京都	130
12	静岡	129
13	兵庫	119
14	滋賀	100
15	茨城	98
16	広島	83
17	宮城	82
18	山口	82
19	奈良	81
20	栃木	78
21	長崎	73
22	徳島	72
23	岡山	70
24	三重	69
25	和歌山	63
26	大分	63
27	島根	60
28	鳥取	57
29	岐阜	56
30	愛媛	53
31	長野	52
32	石川	48
33	福井	48
34	新潟	48
35	群馬	47
36	富山	47
37	高知	42
38	熊本	40
39	宮崎	39
40	鹿児島	33
41	山形	32
42	青森	31
43	福島	29
44	山梨	22
45	岩手	20
46	北海道	14
47	秋田	9

図3 人口あたり、面積あたりの施設数の状況



<留意点>

面積あたり設置数が少ない場合、一般的に救命救急センターへのアクセスが課題となる。ドクターヘリ、道路環境の整備などにより迅速に診療を受けられる体制の充実が求められる。

人口あたりの設置数が多いことは、救急医療体制が充実していることを必ずしも意味しない。重症患者が多数の施設に分散されることにより、1施設で受け入れる重症患者数が減少し、重症患者の診療経験の少ない施設が増えることになる。

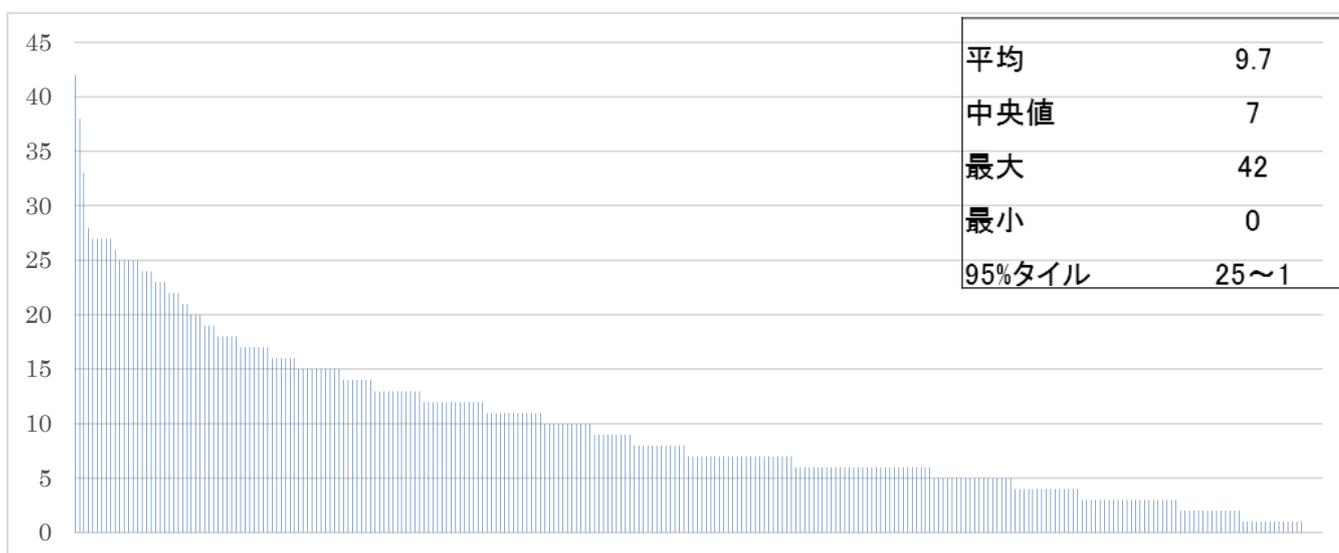
II. 救命救急センターの評価からみた整備の概要

1. 専従医師数

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○評価項目の定義等：「専従医師」とは、毎週常態として勤務しており、救命救急センターにおいて搬送等により来院した救急患者への外来診療と救命救急センター病床の入院患者への診療に係る業務（救命救急センターにおける業務）を行う所定労働時間が週32時間以上の者をいう。雇用契約のない大学院生、臨床研修医は含まない（「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日付け文部科学省高等教育局長通知）参照）。また、一般外来や一般病棟等の他の診療部門や他の病棟での診療等が業務の中心である医師は含まない。なお、救命救急センターは、専従医師を核として、各診療科との協力により運営されること。

第1-1図 各施設の専従医数

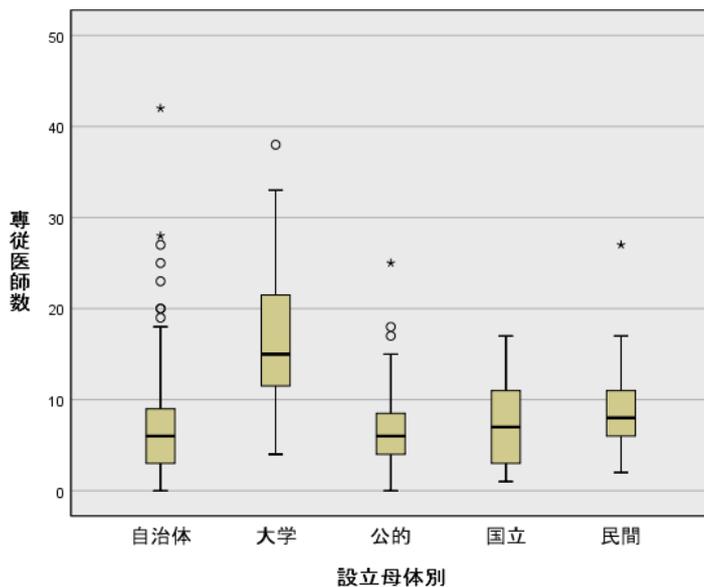
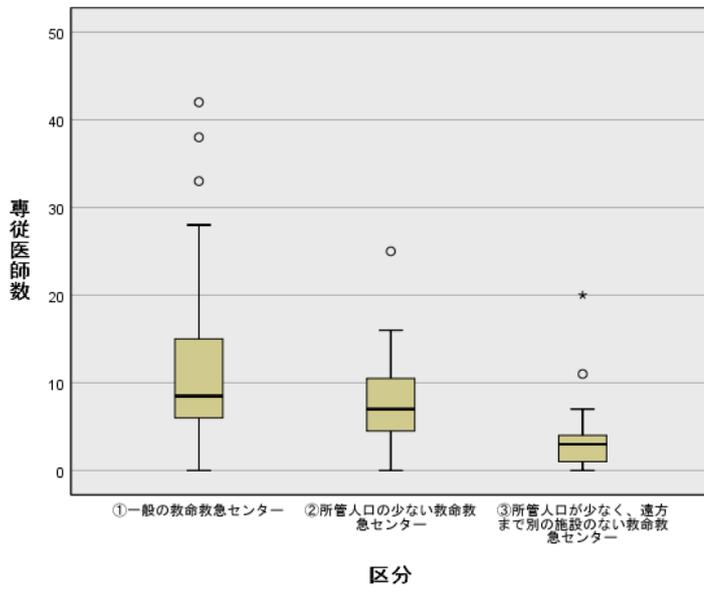
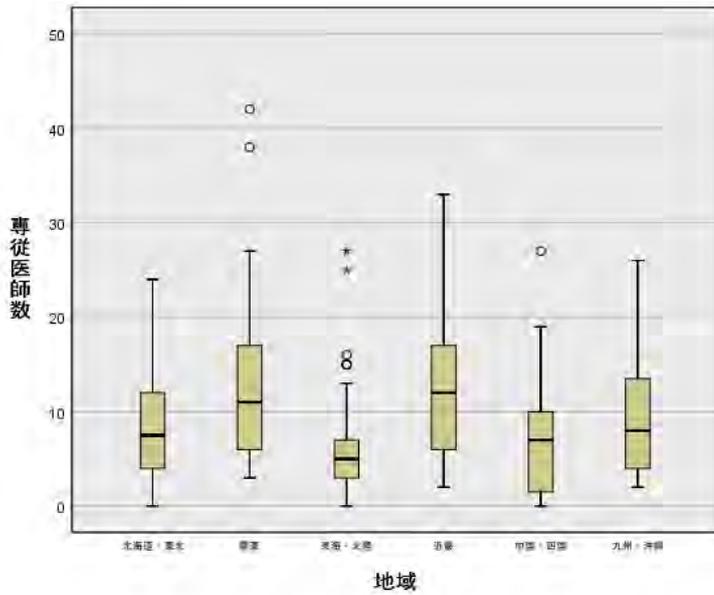


（縦軸 専従医数、横軸 専従医数が多い順から並べた施設）

第1-2表 専従医の多い施設（多い30施設）

	施設名	数		施設名	数		施設名	数
1	千葉県救急医療センター	42	11	前橋赤十字病院	25		東京都立墨東病院	23
2	埼玉医科大学総合医療センタ	38		日本医科大学千葉北総病院	25	22	東京女子医科大学病院	22
3	和歌山県立医科大学附属病院	33		藤田保健衛生大学病院	25		東京医科歯科大学医学部附属病院	22
4	兵庫県災害医療センター	28		りんくう総合医療セン	25		横浜市立大学附属市民総合医療セ	22
5	獨協医科大学病院	27		九州大学病院	25	25	北里大学病院	21
	東海大学医学部附属病院	27	16	岩手医科大学附属病院	24		宮崎大学医学部附属病院	21
	岐阜大学医学部附属病院	27		大阪大学医学部附属病院	24	27	日本医科大学付属病院	20
	兵庫県立尼崎総合医療センタ	27		兵庫医科大学病院	24		神戸市立医療センター中央市民病	20
	倉敷中央病院	27	19	東北大学病院	23		公立豊岡病院	20
10	久留米大学病院	26		帝京大学医学部附属病院	23	30	八戸市立市民病院	19

第1-3図 各施設の専従医数（地域別・属性別・設立母体別）



○ 箱ひげ図
 代表値を中央値で、データの変動を上ヒンジ・下ヒンジからの「ひげ」でそれぞれ表示したもの
 上ヒンジ：第3四分位（75 percentile）値
 下ヒンジ：第1四分位（25 percentile）値
 外れ値：他のデータと比較して極端に大きい（または小さい）値
 箱の長さの1.5倍以上3倍以下の範囲内の個体は○で表示
 箱の長さの3倍より大きい値を示す個体は「極値」として*で表示

○設立母体の別
 「大学」は、国立、公立、市立の大学の附属病院に設置された施設が含まれる。（防衛医科大学校病院も含まれる）「国立」は、主に独立行政法人国立病院機構の病院に設置された施設が含まれる。「公的」には、日本赤十字社、恩賜財団済生会、厚生連などにより設置された施設が含まれる。

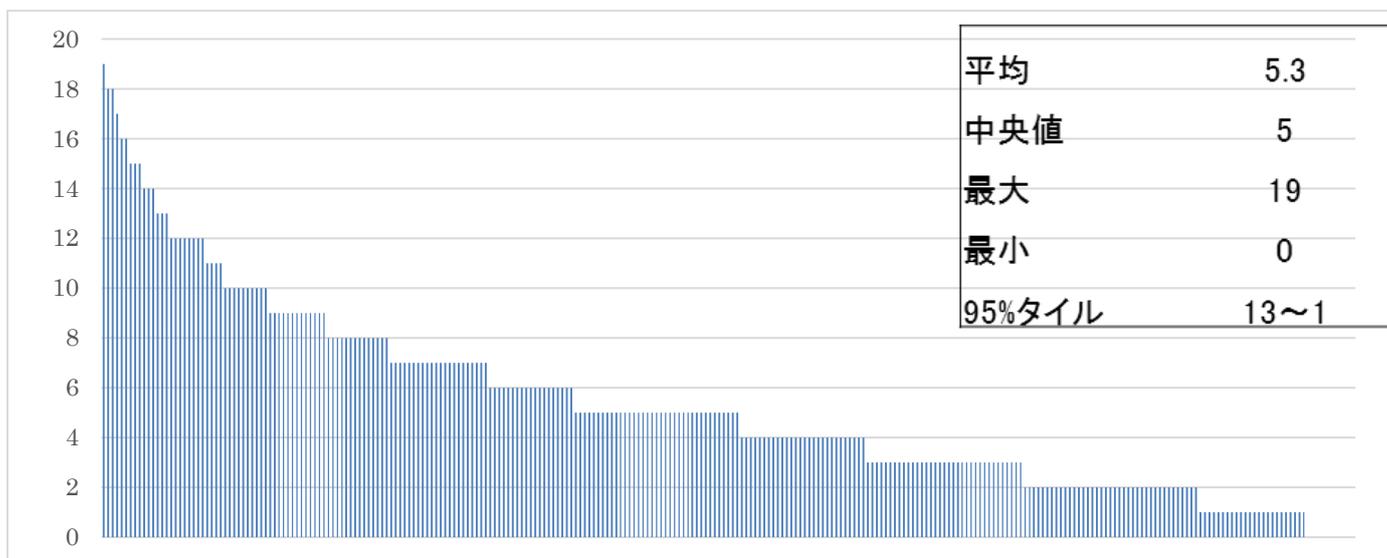
○救命救急センターの区分
 「①一般の救命救急センター」とは、②及び③以外の救命救急センターをいう。「②所管人口の少ない救命救急センター」とは、当該救命救急センターの所管する地域の人口が30万人未満の救命救急センターをいう。「③所管人口が少なく、遠方まで別の施設のない救命救急センター」とは、②であって、最寄りの救命救急センターまで自動車で60分以上を要する救命救急センターをいう。なお、「所管人口」とは、都道府県が、救急医療対策協議会等において按分したものをいい、都道府県内のすべての救命救急センターの「所管人口」の合計は、原則として、当該都道府県の人口と一致する。

2. 1に占める救急科専門医数

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○評価項目の定義：「救急科専門医」とは、日本救急医学会により認定された、日本救急医学会指導医、救急科専門医及び日本救急医学会認定医をいう。

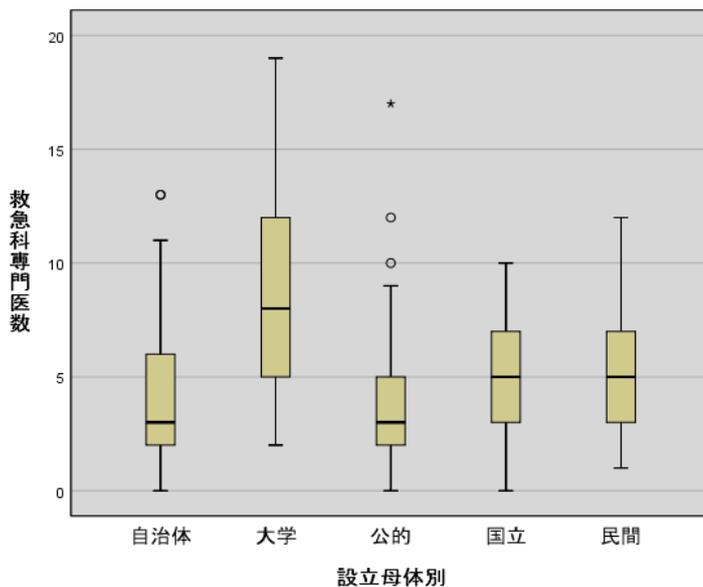
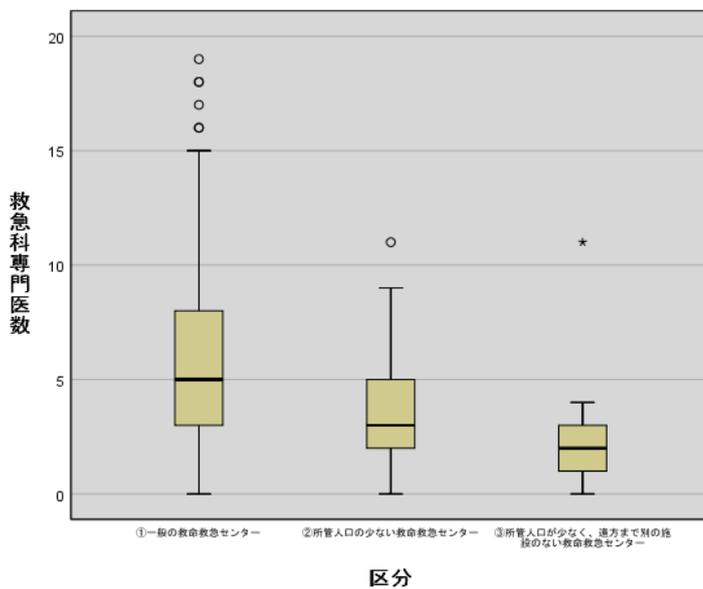
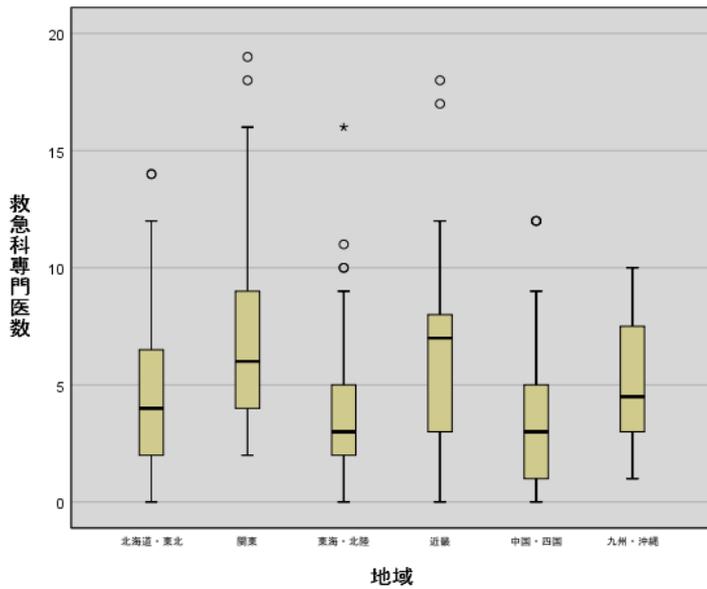
第2-1図 各施設の専従医数にしめる救急科専門医数



第2-2表 救急科専門医の多い施設（多い30施設）

	施設名	数		施設名	数		施設名	数
1	埼玉医科大学総合医療	19	10	東北大学病院	14		倉敷中央病院	12
2	東京女子医科大学病院	18		日本医科大学千葉北総病院	14		広島大学病院	12
	大阪大学医学部附属病院	18	13	千葉県救急医療センター	13		山口大学医学部附属病院	12
4	大阪府済生会千里病院	17		順天堂大学医学部附属浦安病	13	24	北里大学病院	11
5	東海大学医学部付属病	16		川崎市立川崎病院	13		横浜国立大学附属市民総合医療	11
	岐阜大学医学部附属病院	16	16	札幌医科大学附属病院	12		信州大学医学部附属病院	11
7	日本医科大学付属病院	15		前橋赤十字病院	12		公立豊岡病院	11
	帝京大学医学部附属病院	15		聖マリアンナ医科大学	12	28	市立札幌病院	10
	東京医科歯科大学医学部附属病院	15		近畿大学医学部附属病院	12		獨協医科大学病院	10
10	岩手医科大学附属病院	14		兵庫医科大学病院	12		埼玉医科大学国際医療センター	10

第2-3図 各施設の救急科専門医数（地域別・属性別・設立母体別）



○ 箱ひげ図

代表値を中央値で、データの変動を上ヒンジ・下ヒンジからの「ひげ」でそれぞれ表示したもの

上ヒンジ：第3四分位（75 percentile）値

下ヒンジ：第1四分位（25 percentile）値

外れ値：他のデータと比較して極端に大きい（または小さい）値

箱の長さの1.5倍以上3倍以下の範囲内の個体は○で表示

箱の長さの3倍より大きい値を示す個体は「極値」として*で表示

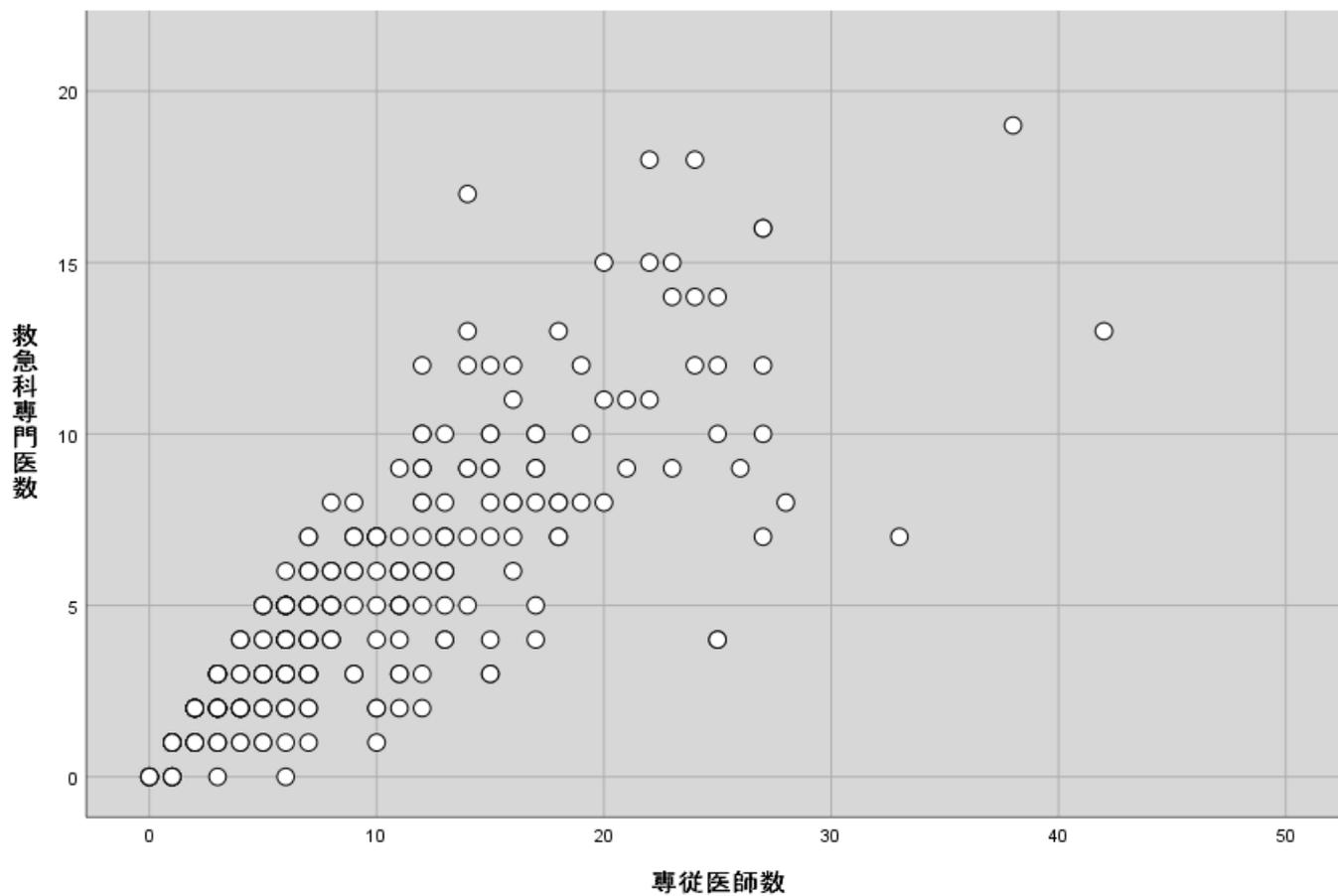
○ 設立母体の別

「大学」は、国立、公立、市立の大学の附属病院に設置された施設が含まれる。（防衛医科大学校病院も含まれる）「国立」は、主に独立行政法人国立病院機構の病院に設置された施設が含まれる。「公的」には、日本赤十字社、恩賜財団済生会、厚生連などにより設置された施設が含まれる。

○ 救命救急センターの区分

「①一般の救命救急センター」とは、②及び③以外の救命救急センターをいう。「②所管人口の少ない救命救急センター」とは、当該救命救急センターの所管する地域の人口が30万人未満の救命救急センターをいう。「③所管人口が少なく、遠方まで別の施設のない救命救急センター」とは、②であって、最寄りの救命救急センターまで自動車でも60分以上を要する救命救急センターをいう。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按分したものをいい、都道府県内のすべての救命救急センターの「所管人口」の合計は、原則として、当該都道府県の人口と一致する。

第2-4図 専従医師にしめる救急科専門医の状況

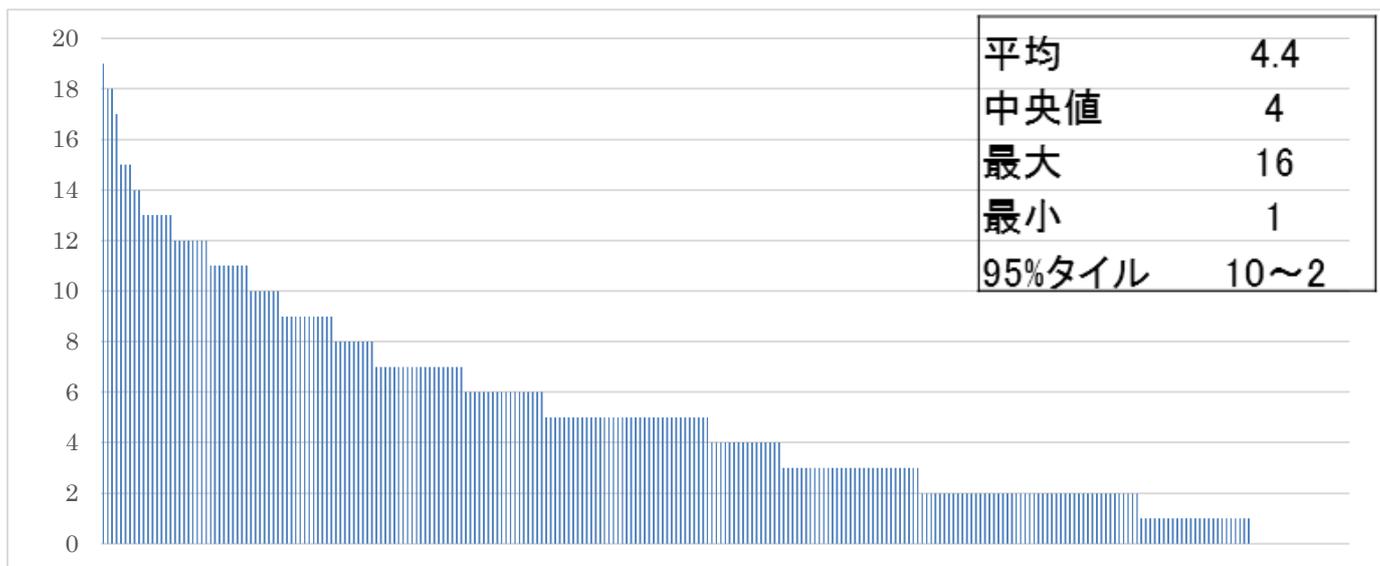


3. 休日及び夜間帯における医師数

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○評価項目の定義：「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いて、救命救急センターにおける業務を勤務の中心とする医師の数をいう。救急搬送された重篤患者への診療を基本的には行わない医師は含まない。

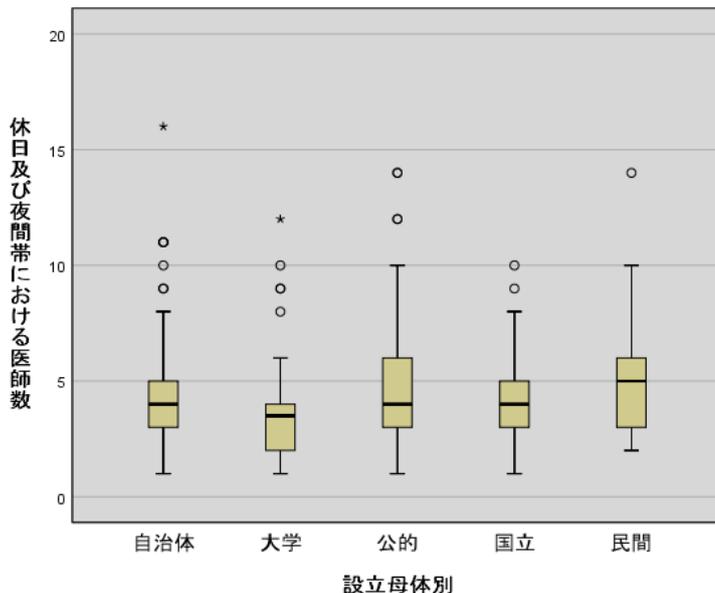
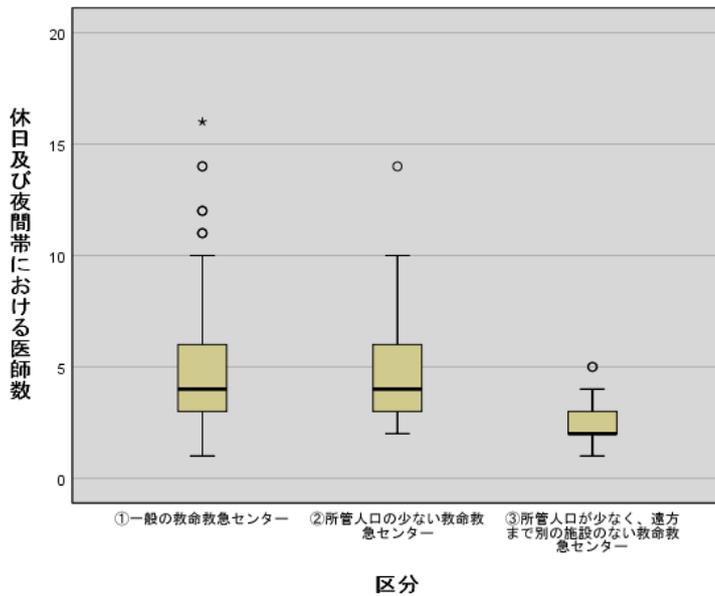
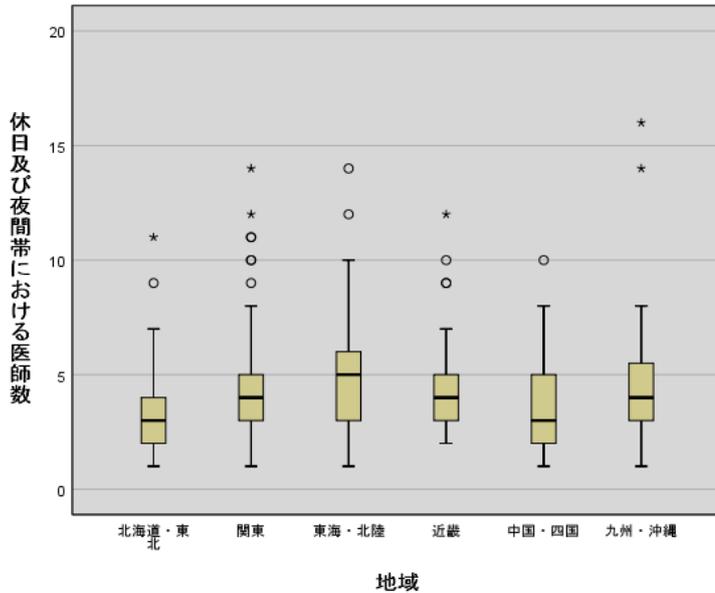
第3-1図 休日及び夜間帯における医師数



第3-2表 休日及び夜間帯における医師数の多い施設（多い30施設）

	施設名	数		施設名	数		施設名	数
1	沖縄県立中部病院	16	11	さいたま赤十字病院	10	18	春日井市民病院	9
2	総合病院土浦協同病院	14		独立行政法人国立病院	10		大津赤十字病院	9
	名古屋第二赤十字病院	14		石川県立中央病院	10		京都医療センター	9
	聖マリア病院	14		総合病院 聖隷浜松病院	10	24	国保直営総合病院君津中央病院	8
5	昭和大学藤が丘病院	12		江南厚生病院	10		船橋市立医療センター	8
	安城更生病院	12		京都第一赤十字病院	10		小田原市立病院	8
	京都第二赤十字病院	12		川崎医科大学附属病院	10		愛知医科大学病院	8
8	仙台市立病院	11	18	いわき市立総合磐城共立病院	9		岡山赤十字病院	8
	横浜市立みなと赤十字病院	11		埼玉医科大学国際医療センター	9		呉医療センター	8
	横浜市立市民病院	11		順天堂大学医学部附属静岡病院	9		済生会福岡総合病院	8

第3-3図 各施設の休日及び夜間帯における医師数（地域別・区分別・設立母体別）



○ 箱ひげ図
 代表値を中央値で、データの変動を上ヒンジ・下ヒンジからの「ひげ」でそれぞれ表示したもの
 上ヒンジ：第3四分位（75 percentile）値
 下ヒンジ：第1四分位（25 percentile）値
 外れ値：他のデータと比較して極端に大きい（または小さい）値
 箱の長さの1.5倍以上3倍以下の範囲内の個体は○で表示
 箱の長さの3倍以上大きい値を示す個体は「極値」として*

○ 設立主母体の別
 「大学」は、国立、公立、市立の大学の附属病院に設置された施設が含まれる。（防衛医科大学学校病院も含まれる）「国立」は、主に独立行政法人国立病院機構の病院に設置された施設が含まれる。「公的」には、日本赤十字社、恩賜財団済生会、厚生連の病院に設置された施設が含まれる。

○ 救命救急センターの区分
 「①一般の救命救急センター」とは、②及び③以外の救命救急センターをいう。「②所管人口の少ない救命救急センター」とは、当該救命救急センターの所管する地域の人口が30万人未満の救命救急センターをいう。「③所管人口が少なく、遠方まで別の施設のない救命救急センター」とは、②であって、最寄りの救命救急センターまで自動車で60分以上を要する救命救急センターをいう。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按分したものをいい、都道府県内のすべての救命救急センターの「所管人口」の合計は、原則として、当該都道府県の人口と一致する。

4. 救命救急センター長の要件

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

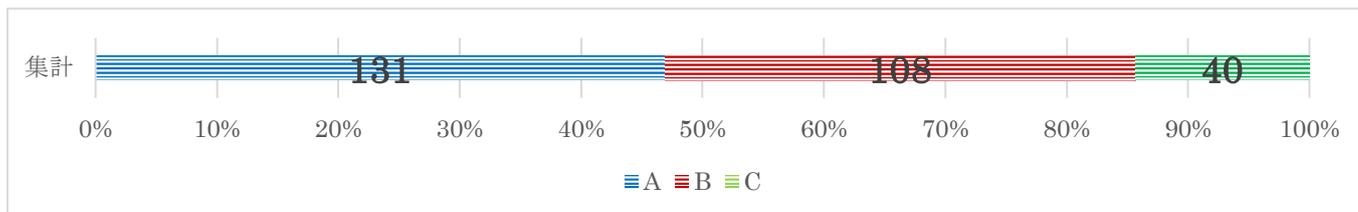
○評価項目の定義：

A：1の専従医師であり、かつ、日本救急医学会指導医である

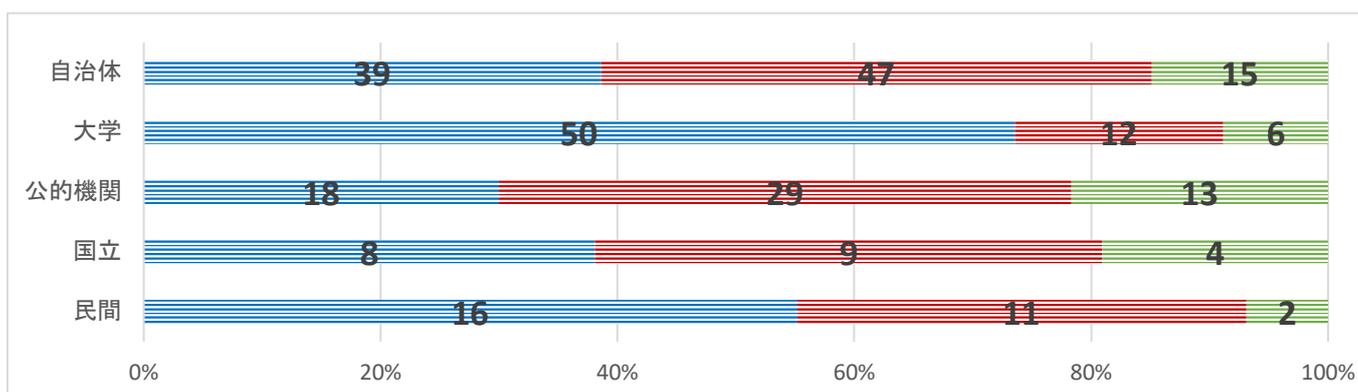
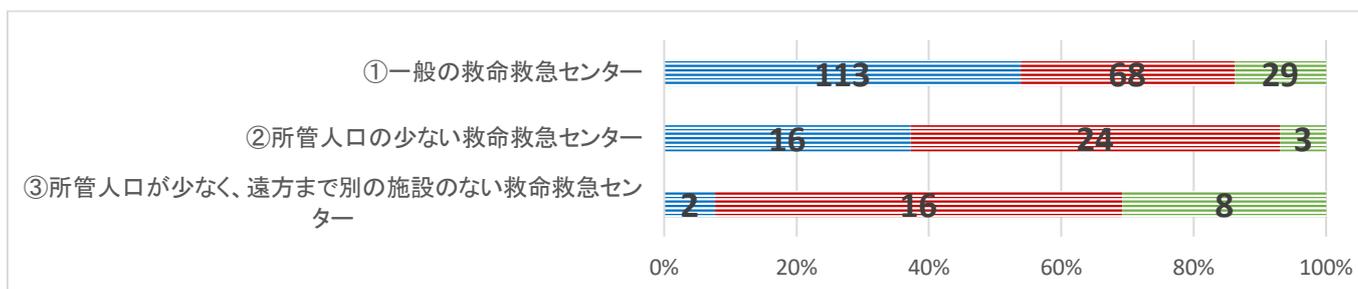
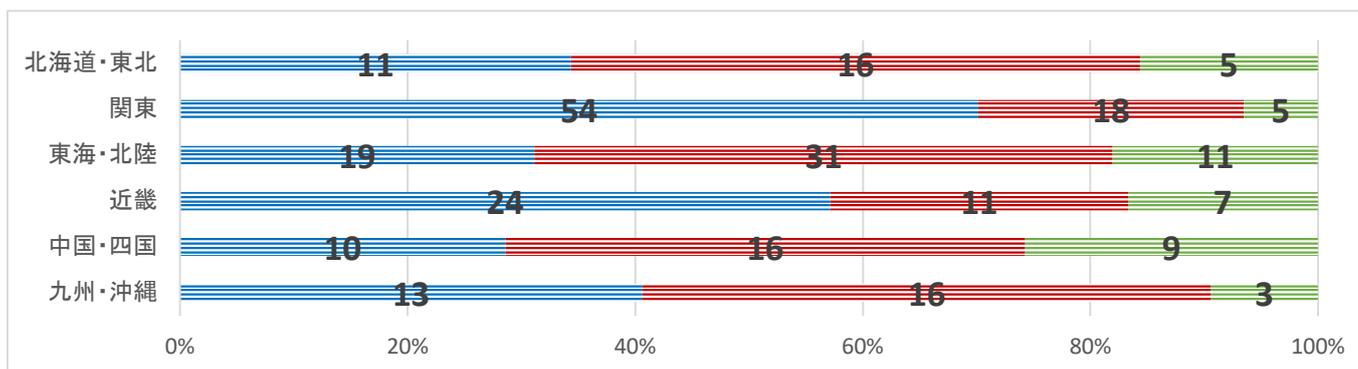
B：1の専従医師であり、かつ、「救急医療に深く関連する学会認定の指導医など客観的に救急医療に関する指導者として評価を受けている」又は「救急科専門医である」

C：それ以外

第4-1図 救命救急センター長の要件（全施設）



第4-2図 救命救急センター長の要件（地域別・属性別・設立母体別）



5. 転院・転棟の調整を行う者の配置

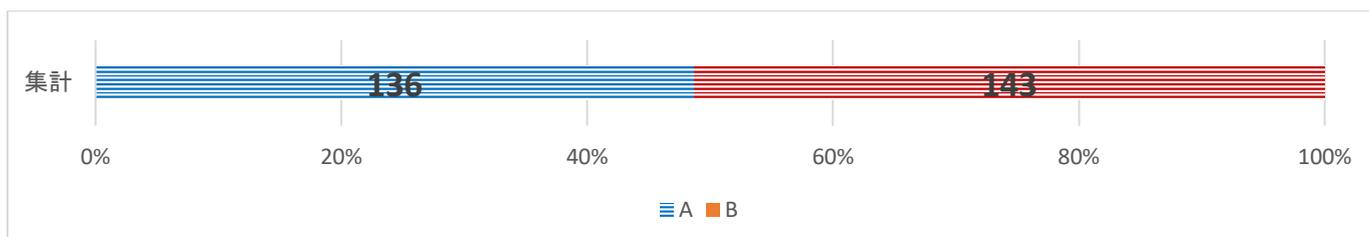
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○評価項目の定義：「転院・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の病態が一般病棟や他院での診療が可能な状態になった場合に、その患者の転棟や転院等に係る調整を行うことを専らの業務とする者をいう。

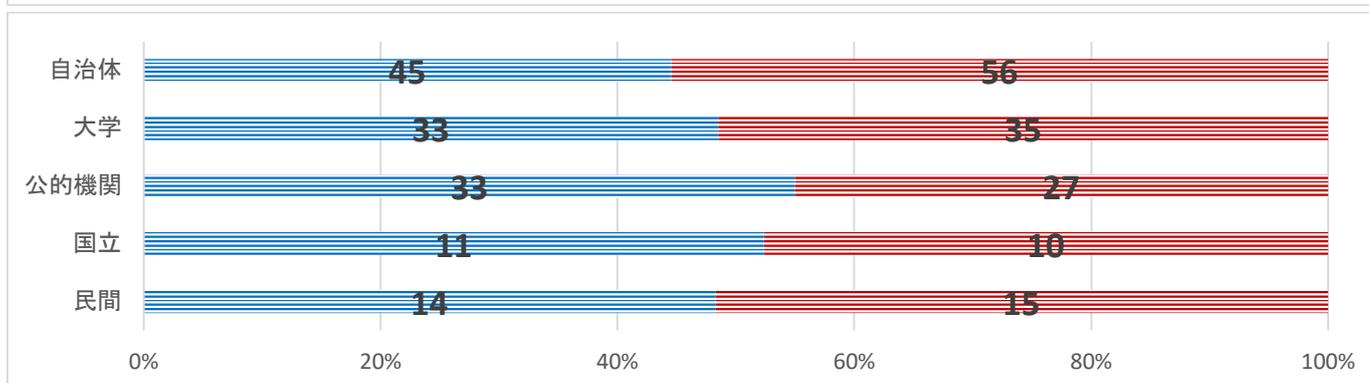
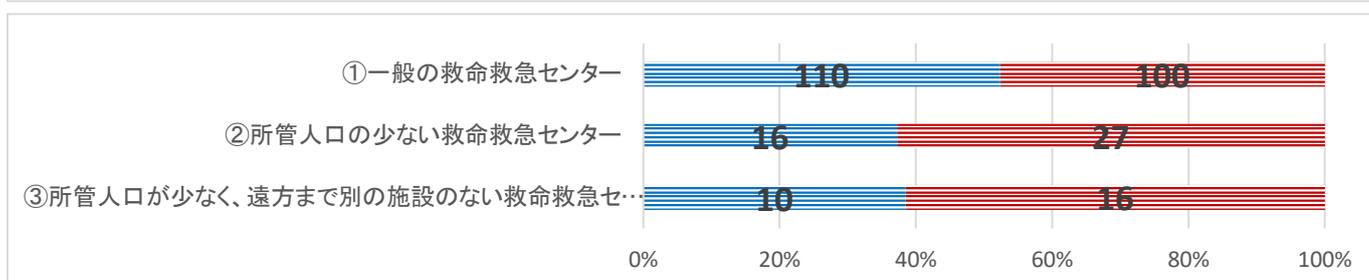
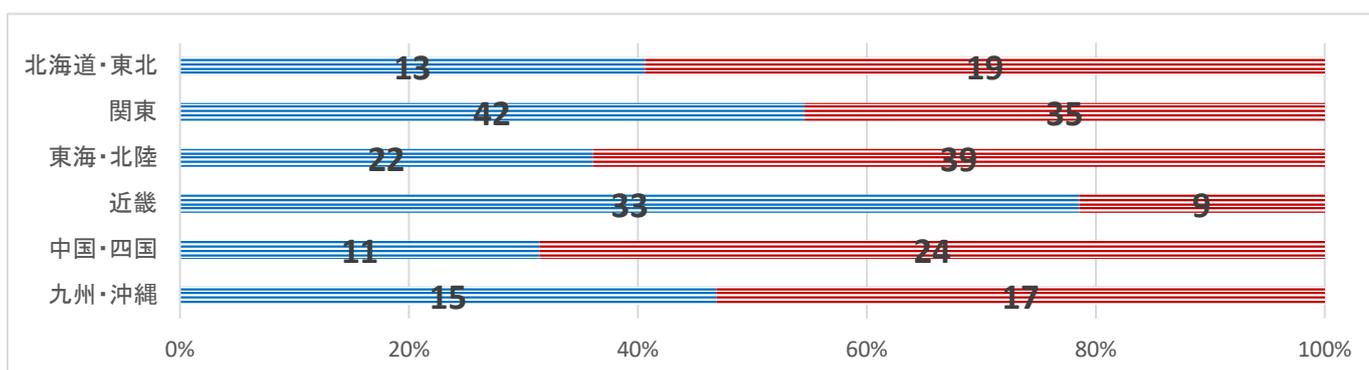
A: 院内外の連携を推進し、転院・転棟の調整を行う者を救命救急センターに専従で配置している

B: それ以外

第5-1図 転院・転棟の調整を行う者の配置（全施設）



第5-2図 転院・転棟の調整を行う者の配置（地域別・属性別・設立母体別）



6. 診療データの登録制度への参加と自己評価

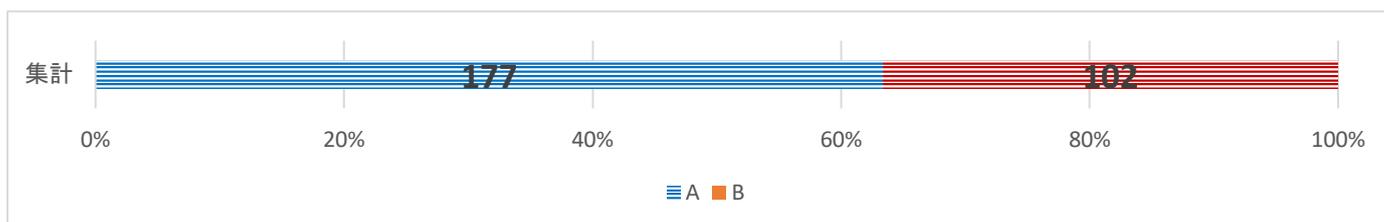
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○評価項目の定義：「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のことをいい、これまでのところ、日本外傷データバンクが該当する。救命救急センターで診療を行ったA I S 3以上の外傷をすべて日本外傷データバンクに登録している場合に、「診療データの登録制度へ参加」していることとする。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。

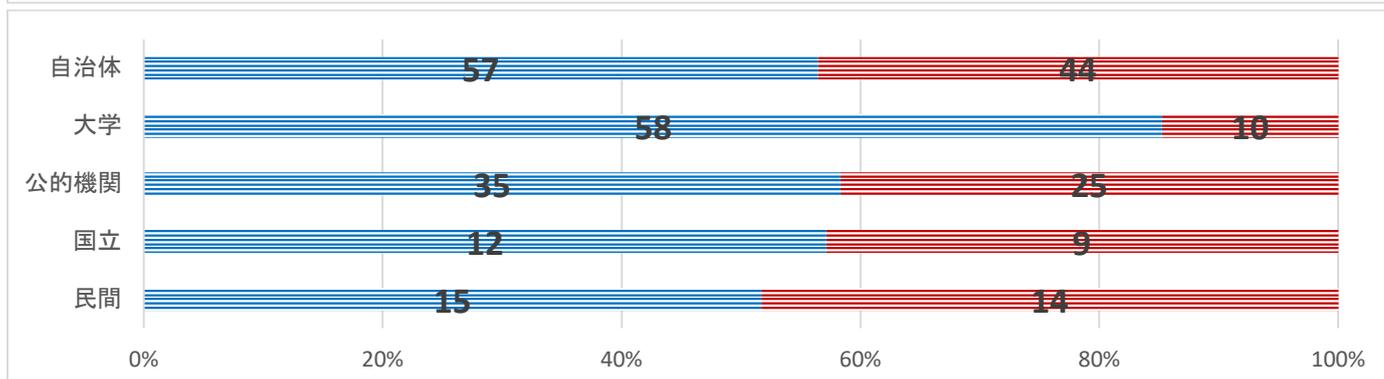
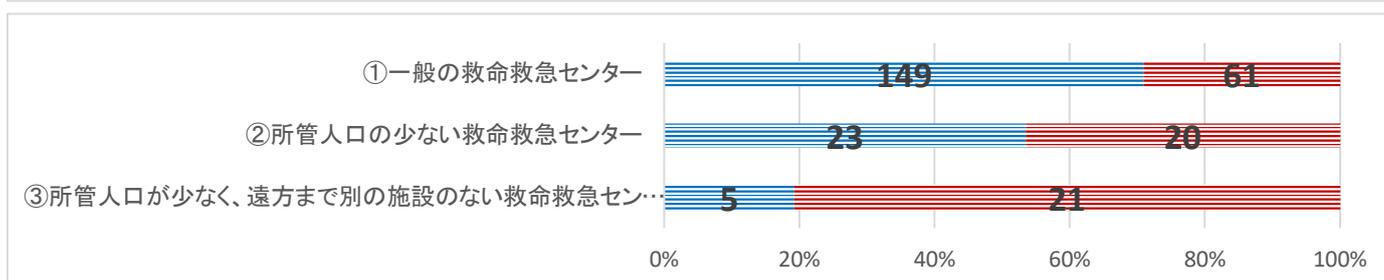
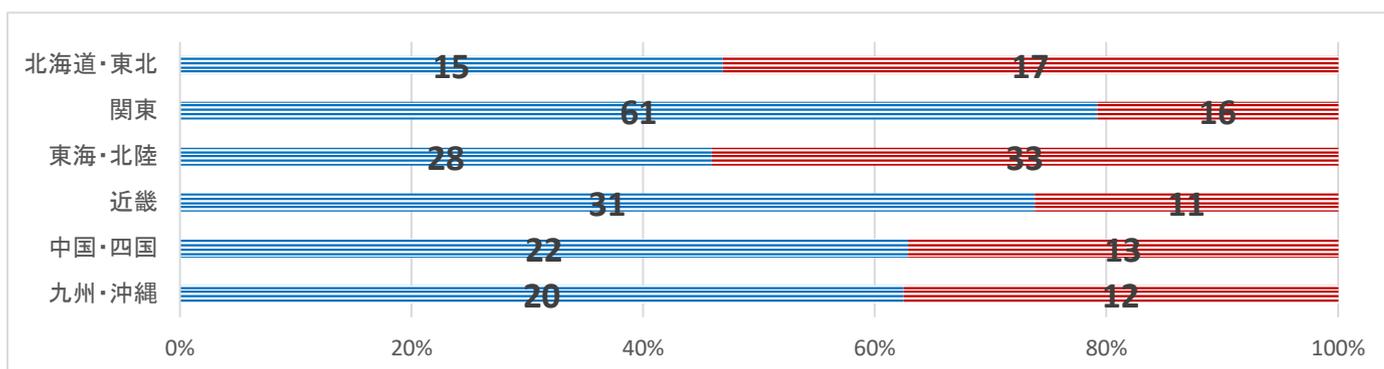
A：救命救急医療に関わる疾病別の診療データの登録制度へ参加し、自己評価を行っている

B：それ以外

第6-1図 診療データの登録制度への参加と自己評価（全施設）



第6-2図 診療データの登録制度への参加と自己評価（地域別・属性別・設立母体別）



7. 消防機関からの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

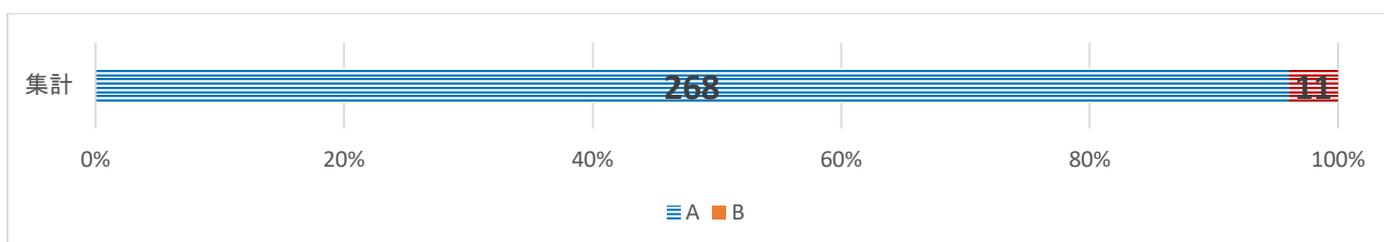
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○評価項目の定義：救命救急センターにおいては、消防機関から搬送受入要請を受けるため、専用の電話を設置し、原則として最初から救命救急センターの医師が応答することが求められる。このため、「専用の電話（ホットライン）があり、原則として最初から救命救急センターの医師が応答し、直ちに受入可否等の判断を行う体制になっている」という基準について、当該基準を満たす場合であっても「評価項目」に加点されないが、当該基準を満たさない場合は「是正を要する項目」に5点が計上される。

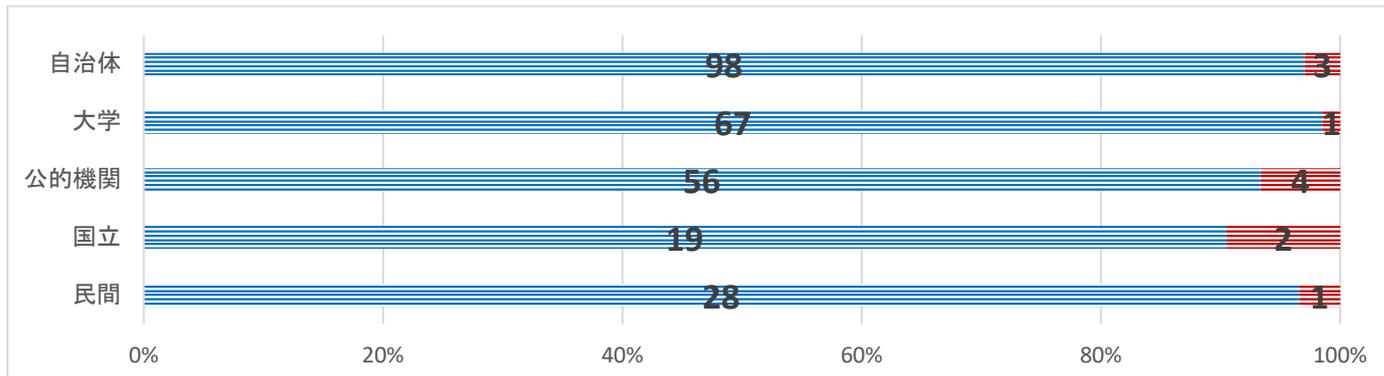
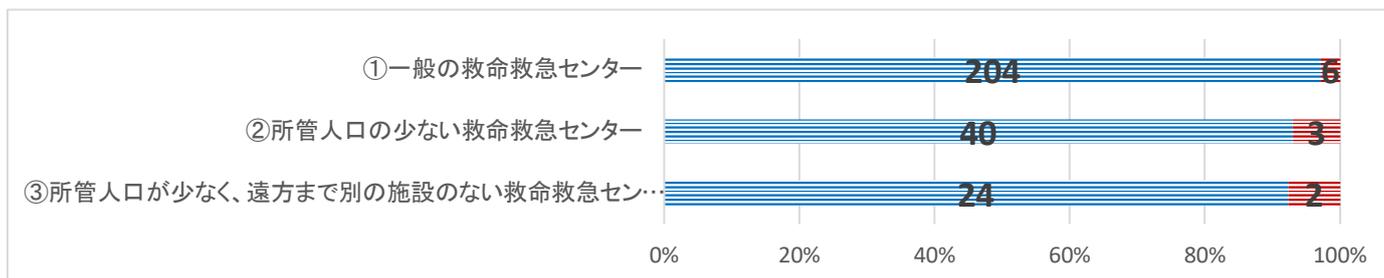
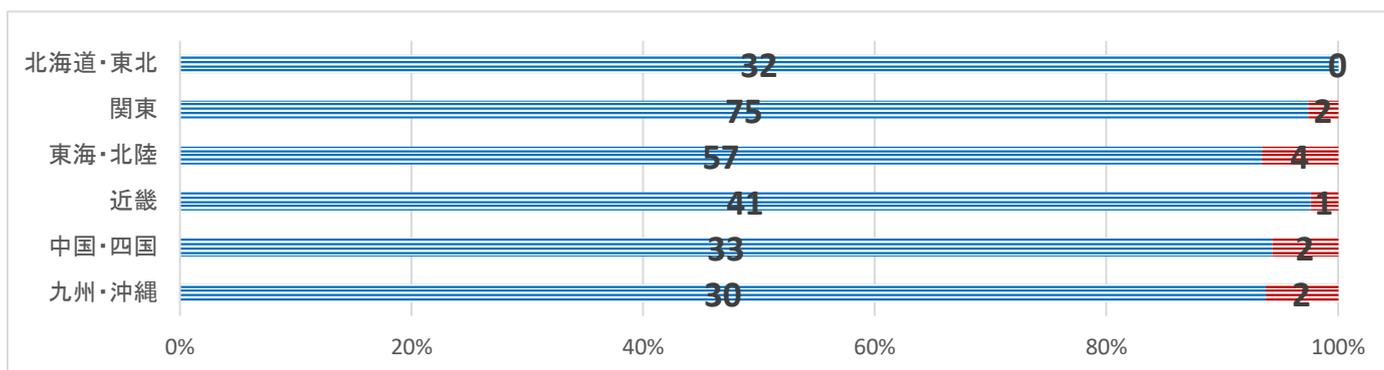
A: 専用の電話（ホットライン）があり、原則として最初から救命救急センターの医師が応答し、直ちに受入可否等の判断を行う体制になっている

B: それ以外

第7-1図 消防機関からの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（全施設）



第7-2図 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（地域別・属性別・設立母体別）



8. 感染症の管理について

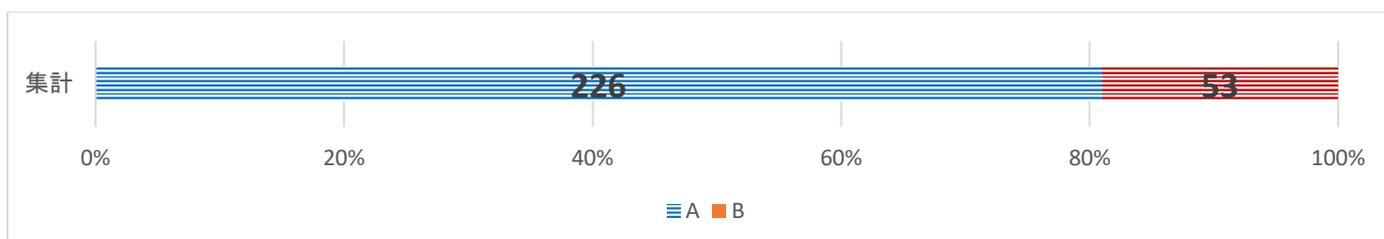
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○評価項目の定義：

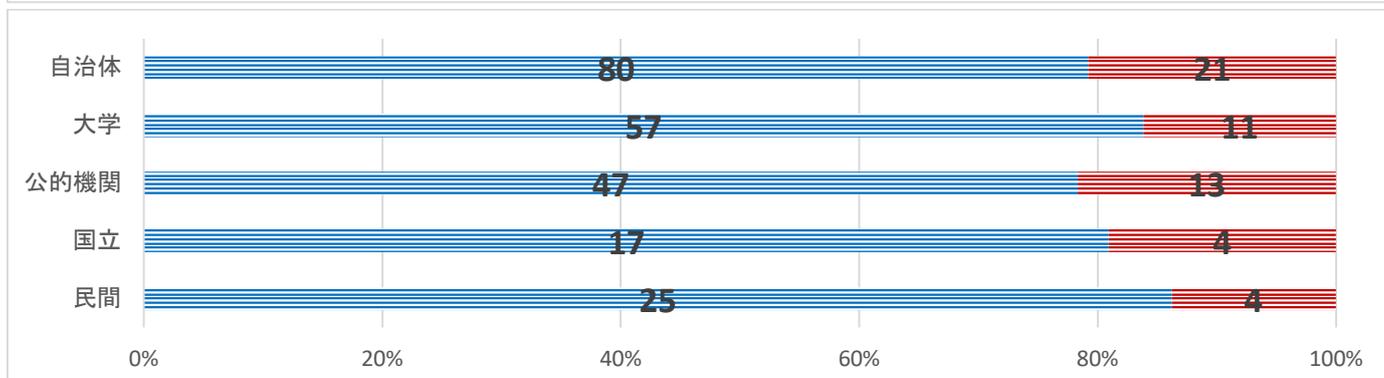
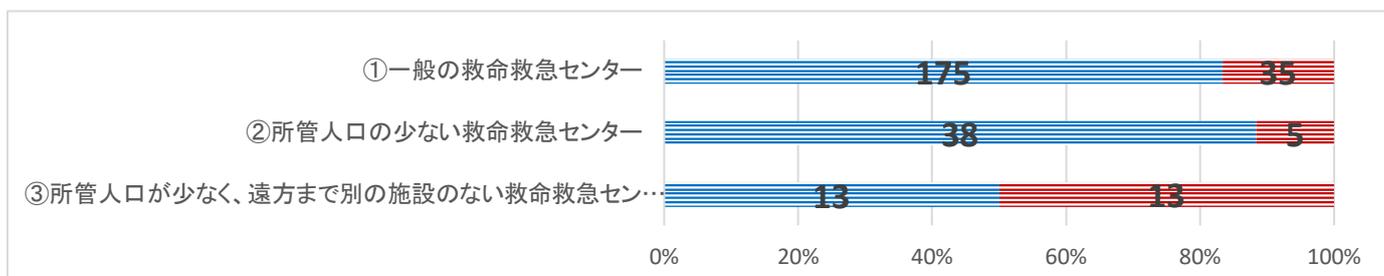
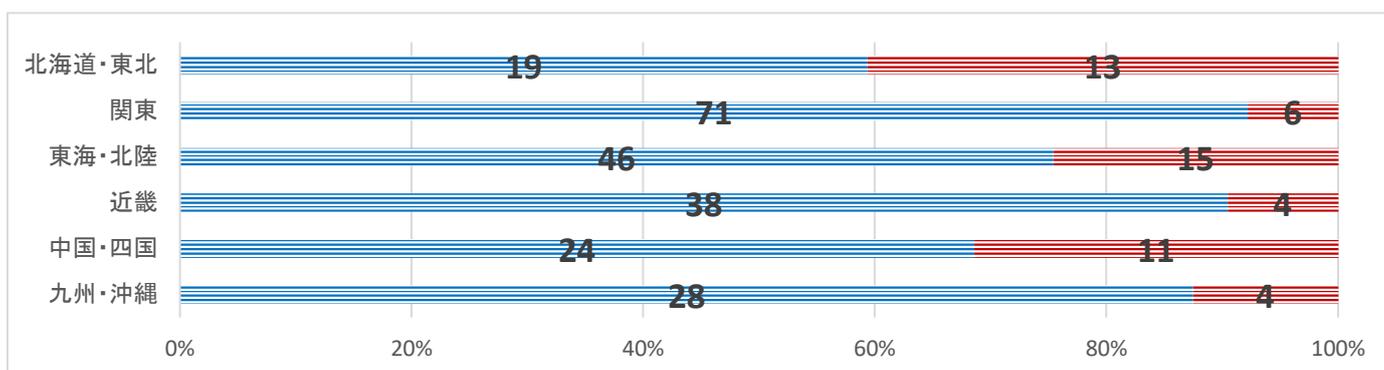
A: 抗菌剤使用に関する統一した基準を救命救急センター内で定め、院内感染対策委員による病棟回診を週に1回以上実施している

B: それ以外

第8-1図 感染症の管理について（全施設）



第8-2図 感染症の管理について（地域別・属性別・設立母体別）



9. 医療事故防止への対応

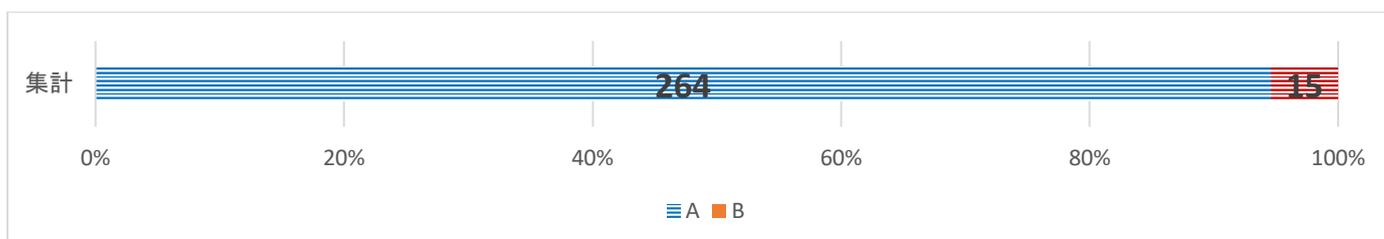
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○評価項目の定義：

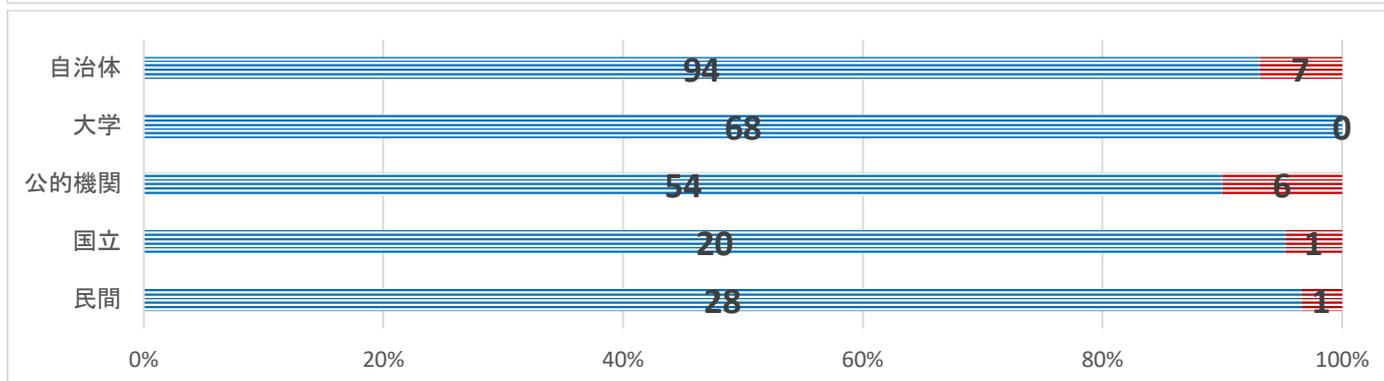
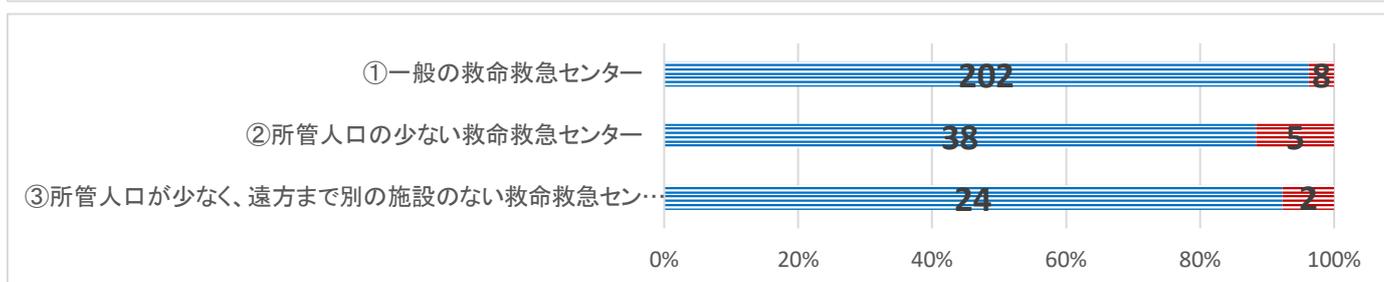
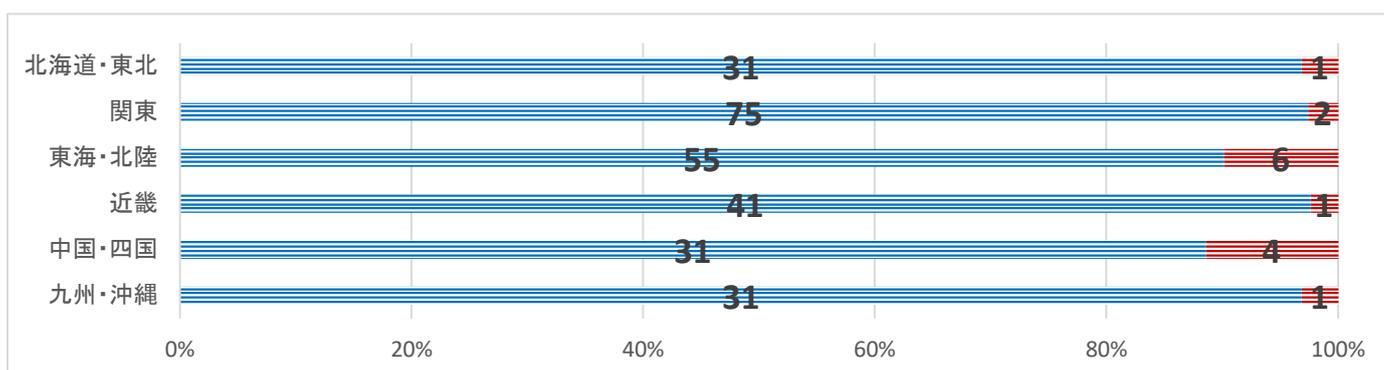
A: 医療事故・患者をテーマにした研修に、救命救急センター専従の医師・看護師が基本的に年2回以上参加している

B: それ以外

第9-1図 医療事故防止への対応（全施設）



第9-2図 医療事故防止への対応（地域別・属性別・設立母体別）



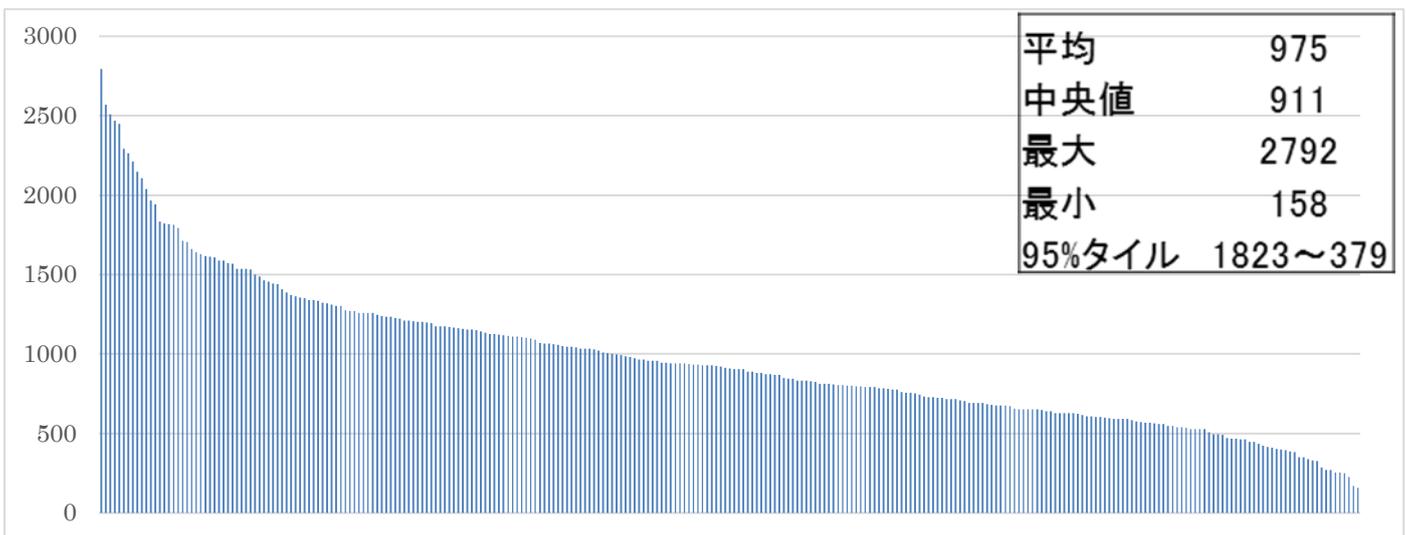
10. 年間に受け入れた重篤患者数（来院時）

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○評価項目の定義：「重篤患者」の基準は別表（次項）による。

（必要に応じて重篤患者リストの概要の提出を求められることがあるとされている）

第10-1図 各施設の年間に受け入れた重篤患者数



（縦軸 年間に受け入れた重篤患者数、横軸 年間に受け入れた重篤患者数が多い順から並べた施設）

第10-2表 年間に受け入れた重篤患者数の多い施設（多い30施設）

	施設名	重篤患者数		施設名	重篤患者数		施設名	重篤患者数
1	総合病院国保旭中央病院	2792	11	飯塚病院	2037	21	岐阜県総合医療センター	1659
2	熊本赤十字病院	2569	12	新潟市民病院	1965	22	帝京大学医学部附属病院	1642
3	東海大学医学部附属病院	2508	13	順天堂大学医学部附属静岡病	1943	23	旭川赤十字病院	1630
4	高崎総合医療センター	2468	14	倉敷中央病院	1832	24	富山県立中央病院	1617
5	さいたま赤十字病院	2448	15	広島市立広島市民病院	1823	25	静岡県立総合病院	1611
6	小牧市民病院	2292	16	前橋赤十字病院	1817	26	東京都立墨東病院	1609
7	済生会熊本病院	2262	17	聖マリア病院	1813	27	東京医科大学病院	1589
8	伊勢赤十字病院	2210	18	近森病院	1795	28	和歌山県立医科大学附属病院	1588
9	神戸市立医療センター	2145	19	済生会横浜市東部病院	1711	29	済生会福岡総合病院	1573
10	八戸市立市民病院	2106	20	大垣市民病院	1703	30	北里大学病院	1567

(参考) 重篤患者の定義と調査票

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。

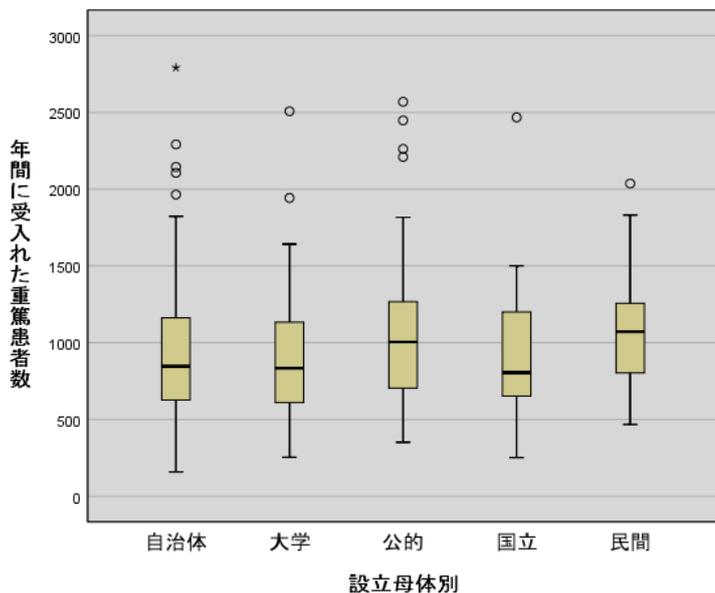
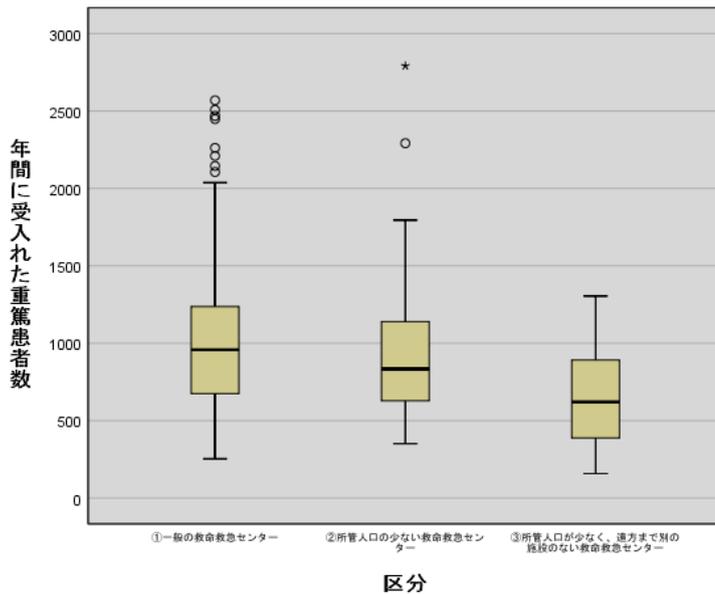
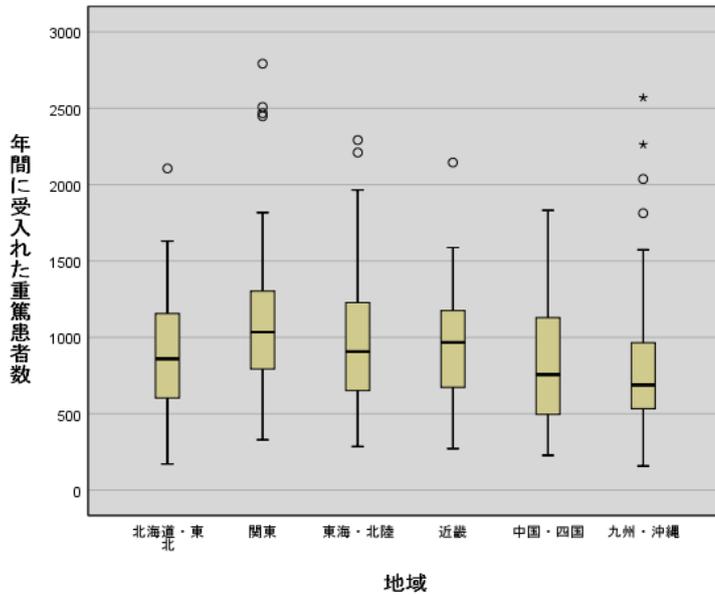
番号	疾病名	基準(基準を満たすもののみ数えること)	患者数 (人)	退院・転院 (転棟を含む) (人)	死亡 (人)
1	病院外心停止	病院前心拍再開例、外来での死亡確認例を含む			
2	重症急性冠症候群	切迫心筋梗塞、急性心筋梗塞又は緊急冠動脈カテーテル施行例			
3	重症大動脈疾患	急性大動脈解離又は大動脈瘤破裂			
4	重症脳血管障害	来院時JCS 100以上、開頭術、血管内手術施行例又はtPA療法施行例			
5	重症外傷	Max AISが3以上又は緊急手術施行例			
6	重症熱傷	Artzの基準による			
7	重症急性中毒	来院時JCS 100以上又は血液浄化法施行例			
8	重症消化管出血	緊急内視鏡施行例			
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する例			
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する例			
11	特殊感染症	ガス壊疽、壊死性筋膜炎、破傷風等			
12	重症呼吸不全	人工呼吸器管理症例(1から11までを除く。)			
13	重症急性心不全	人工呼吸器管理症例又はSwan-Ganzカテーテル、PCPS若しくはIABP使用症例(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単位以上の輸血必要例(1から11までを除く。)			
15	重症意識障害	JCS 100以上が24時間以上持続(1から11までを除く。)			
16	重篤な肝不全	血漿交換又は血液浄化療法施行例(1から11までを除く。)			
17	重篤な急性腎不全	血液浄化療法施行例(1から11までを除く。)			
18	その他の重症病態	重症膵炎、内分泌クリーゼ、溶血性尿毒症性症候群などで持続動注療法、血漿交換又は手術療法を実施した症例(1から17までを除く。)			
合計 (評価の「10. 年間重篤患者数」) →			0	0	0

【背景人口】

救命救急センターの所管人口 人
 (複数の施設で所管人口を算定している場合は、その所管人口を施設数で割った人口とする。)

※重篤患者数については、救命救急センターの評価における配点項目であり、診療報酬上の加算と関連している。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り正確な報告が求められるデータである。

第10-3図 各施設の年間に受け入れた重篤患者数（地域別・区分別・設立母体別）

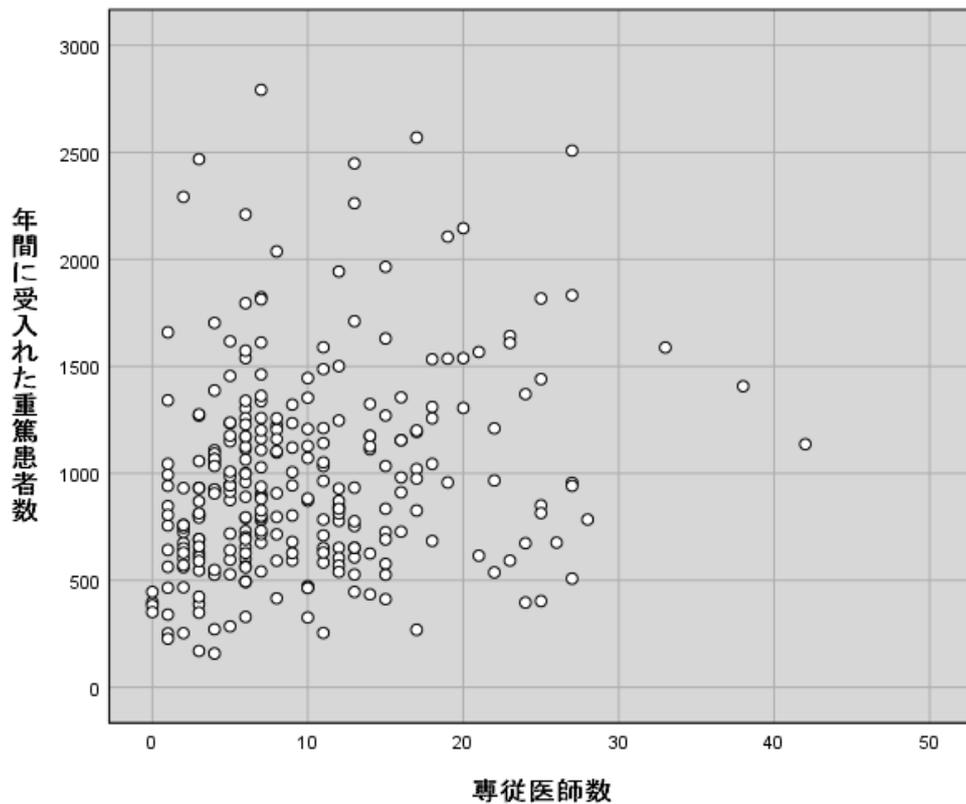


○ 箱ひげ図
 代表値を中央値で、データの変動を上ヒンジ・下ヒンジからの「ひげ」でそれぞれ表示したもの
 上ヒンジ：第3四分位（75 percentile）値
 下ヒンジ：第1四分位（25 percentile）値
 外れ値：他のデータと比較して極端に大きい（または小さい）値
 箱の長さの1.5倍以上3倍以下の範囲内の個体は○で表示
 箱の長さの3倍より大きい値を示す個体は「極値」として*表示

○設立母体の別
 「大学」は、国立、公立、市立の大学の附属病院に設置された施設が含まれる。（防衛医科大学校病院も含まれる）「国立」は、主に独立行政法人国立病院機構の病院に設置された施設が含まれる。「公的」には、日本赤十字社、恩賜財団済生会、厚生連の病院に設置された施設が含まれる。

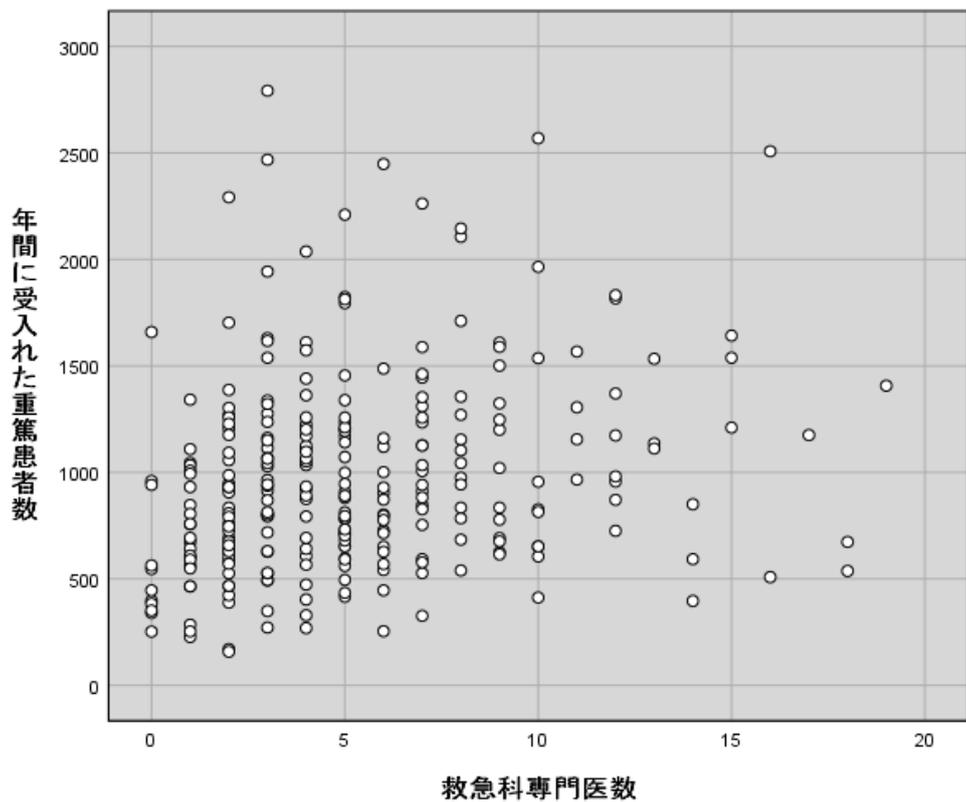
○救命救急センターの区分
 「①一般の救命救急センター」とは、②及び③以外の救命救急センターをいう。「②所管人口の少ない救命救急センター」とは、当該救命救急センターの所管する地域の人口が30万人未満の救命救急センターをいう。「③所管人口が少なく、遠方まで別の施設のない救命救急センター」とは、②であって、最寄りの救命救急センターまで自動車で60分以上を要する救命救急センターをいう。なお、「所管人口」とは、都道府県が、救急医療対策協議会等において按分したものをいい、都道府県内のすべての救命救急センターの「所管人口」の合計は、原則として、当該都道府県の人口と一致する。

第10-4図 年間に受入れた重篤患者数来院時実数と専従医師数



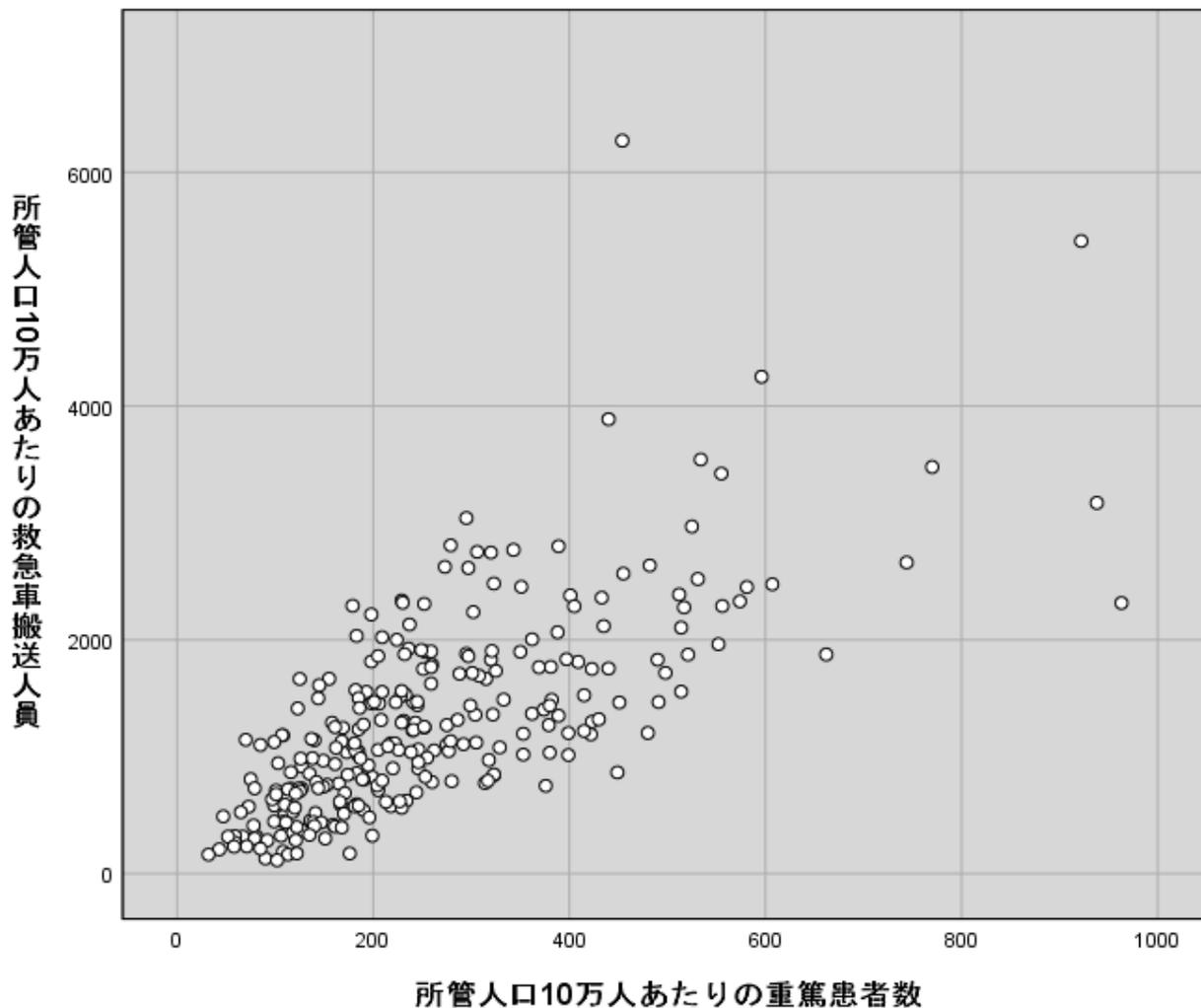
(縦軸 年間に受け入れた重篤患者数、横軸 専従医師数)

第10-5図 年間に受入れた重篤患者数来院時実数と専従医にしめる救急科専門医師数



(縦軸 年間に受け入れた重篤患者数、横軸 専従医にしめる救急科専門医師数)

第10-6図 所管人口10万人あたりの年間受入救急車搬送人員と重篤患者数



(縦軸 所管人口10万人あたりの年間受入救急車搬送人員、横軸 所管人口10万人あたりの重篤患者数)

<留意点>

所管人口10万人あたりの重篤患者数が著しく多い施設は、次の場合などが考えられる。

- ・他の救命救急センターの担当する地域からの重篤患者が、域外搬送されている
- ・正確でない所管人口が報告されている
- ・正確でない重篤患者数が報告されている（重篤患者の定義に沿って算定されていないなど）

所管人口10万人あたりの重篤患者数が著しく少ない施設は、次の場合などが考えられる。

- ・地域で発生した重篤患者が、他の施設に搬送されている
- ・正確でない所管人口が報告されている
- ・正確でない患者数が報告されている（重篤患者の定義に沿って算定されていないなど）

※なお、救命救急センターの評価結果は、診療報酬等の増減に直接反映されており、各施設の担当者、都道府県には正確な記載が求められている。

※重篤患者数については、救命救急センターの評価における配点項目であり、診療報酬上の加算と関連している。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り正確な報告が求められるデータである。他の施設の状況とかけ離れている数値である各施設の担当者、都道府県は確認が必要である。

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

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○評価項目の定義：「応需率」とは、「最終的に当該救命救急センターで受入れに至った年間救急搬送人員」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」には、ホットラインによる当該救命救急センターへの搬送受入要請すべてを含めるが、搬送受入要請の件数は、一つの救急搬送事案につき1件と数えるものとする。

A: 消防機関から救命救急センターへ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。かつ、応需状況について院内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）や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。

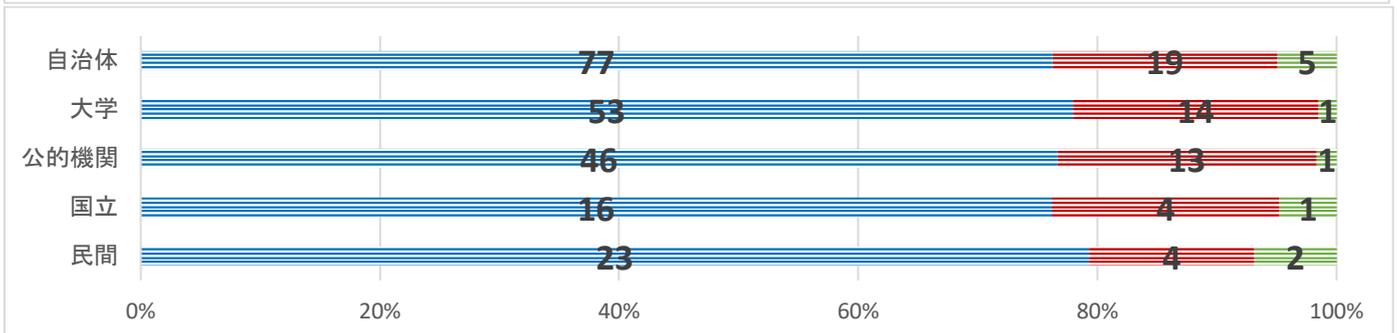
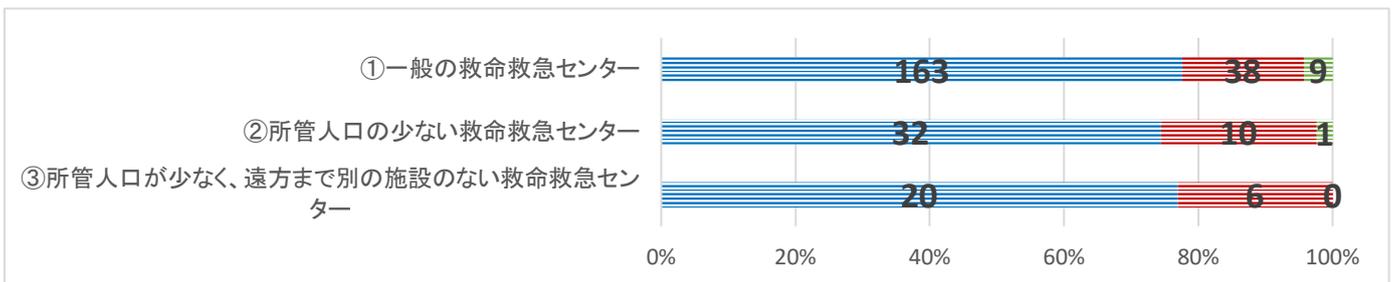
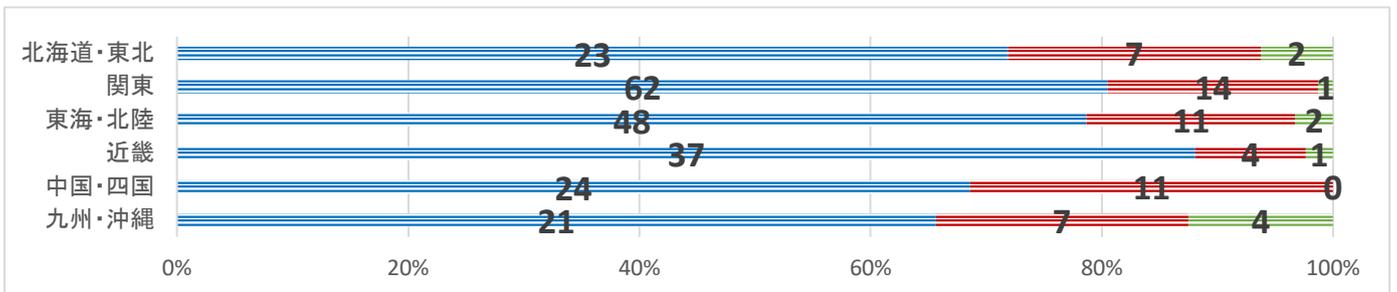
B: 消防機関から救命救急センターへの電話による搬送受入要請について、受入れに至らなかった場合の理由も含め対応記録を残し、応需率等を確認している

C: それ以外

第11-1図 救命救急センターに対する搬送受入れ要請への対応状況の記録と改善への取組（全施設）



第11-2図 救命救急センターに対する搬送受入れ要請への対応状況の記録と改善への取組（地域別・区分別・設立母体別）



12. 疾病の種類によらない受入れ

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

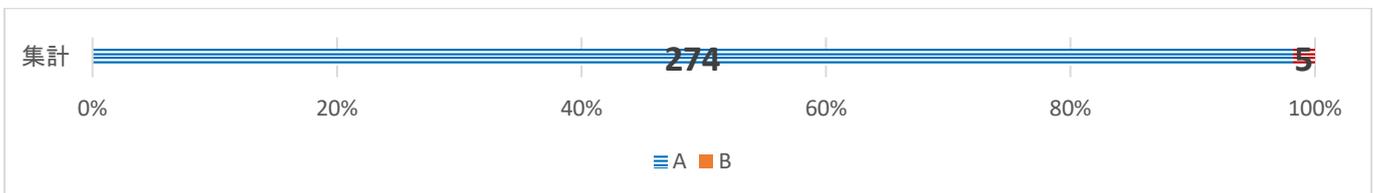
○評価項目の定義など：救命救急センターにおいては、救命救急医療が必要と考えられる重篤搬送患者については、基本的に疾病の種類によらず受け入れることが求められる。このため、「救命救急医療が必要と考えられる重篤搬送患者については、基本的に疾病の種類によらず受け入れている」という基準を満たす場合であっても、「評価項目」に加点されない。他方、「基本的に特定の診療科・診療領域に限って救急搬送を受け入れている」場合は、「是正を要する項目」に10点が計上される。

なお、ここでは、実態として、当該救命救急センターが特定の診療科や診療領域に限定して診療を行っていないかどうかを確認しており、必要に応じて重篤患者リストの概要の提出を求めることがある。

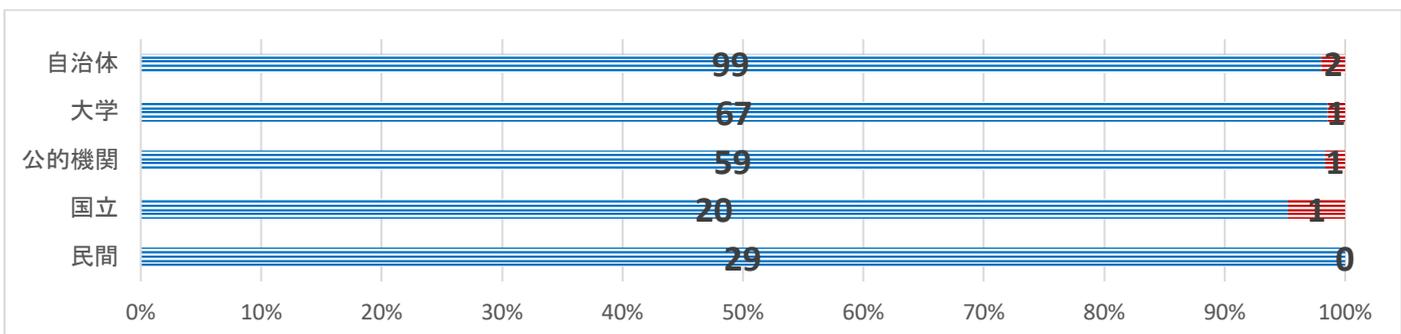
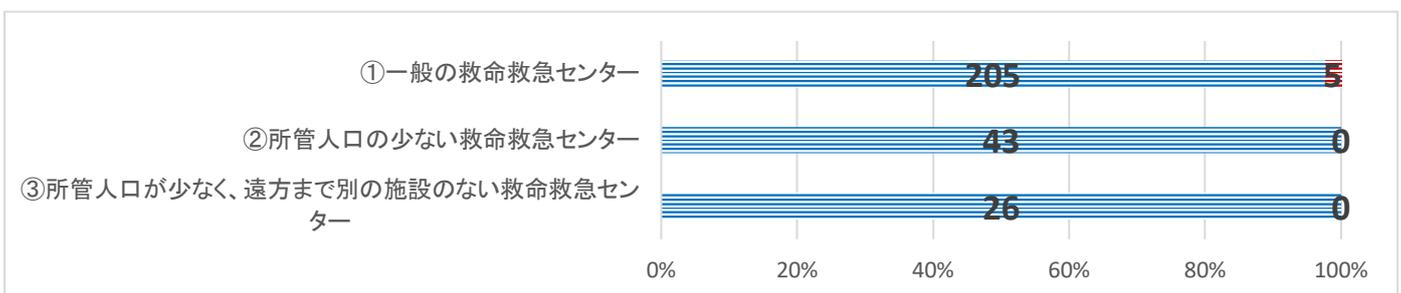
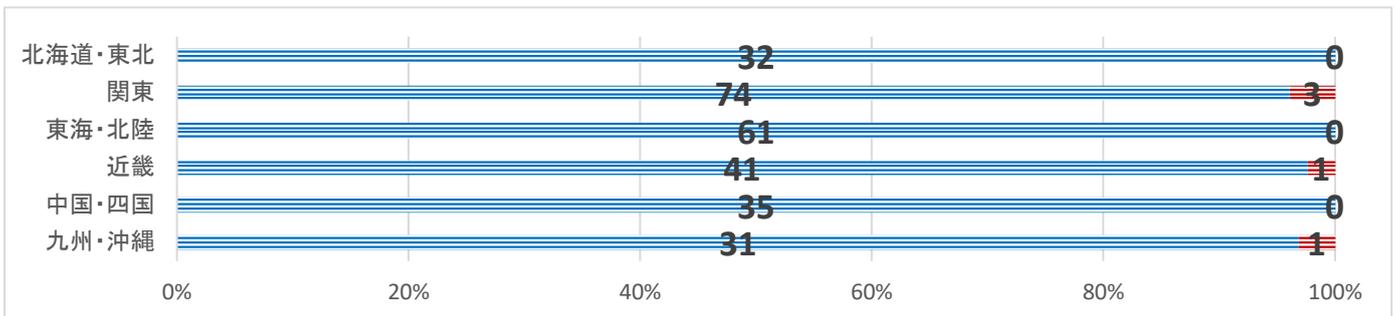
A: 救命救急医療が必要と考えられる重篤搬送患者については、基本的に疾病の種類によらず受け入れている

B: それ以外

第12-1図 疾病の種類によらない受入れ（全施設）



第12-2図 疾病の種類によらない受入れ（地域別・区分別・設立母体別）



13. 救急外来のトリアージ機能

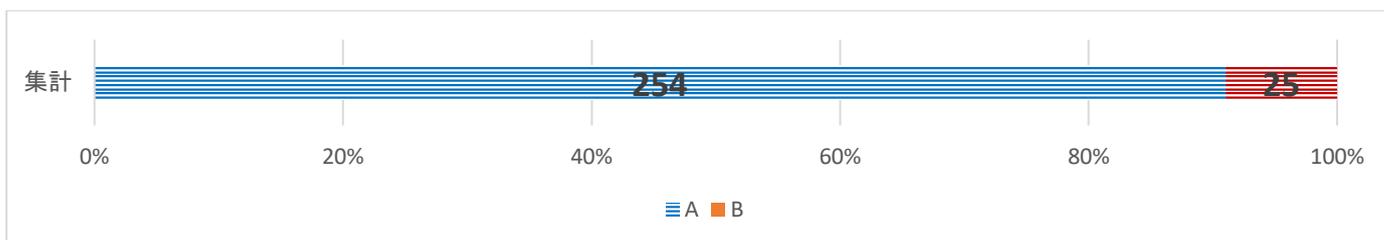
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○評価項目の定義など：救命救急センターにおいては、重篤化する患者を適確にトリアージするなどして、来院したすべての救急患者に適切で質の高い診療を行うことが求められる。

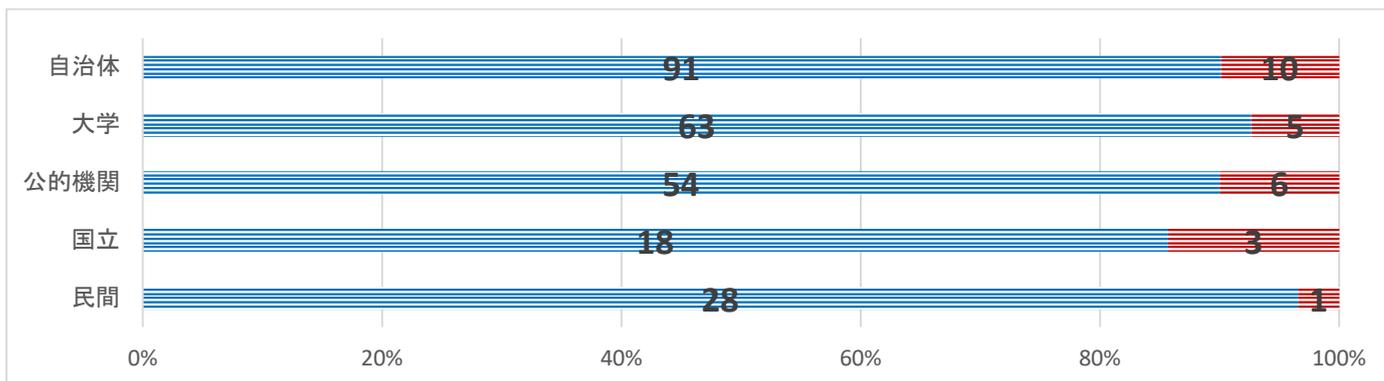
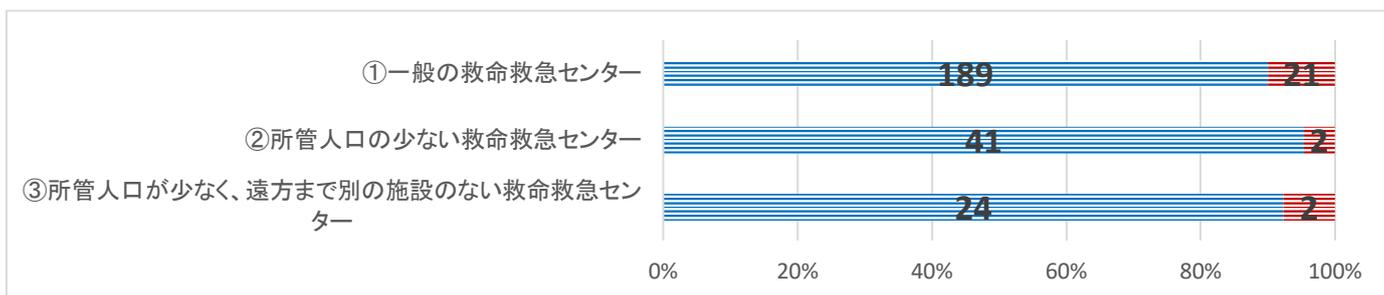
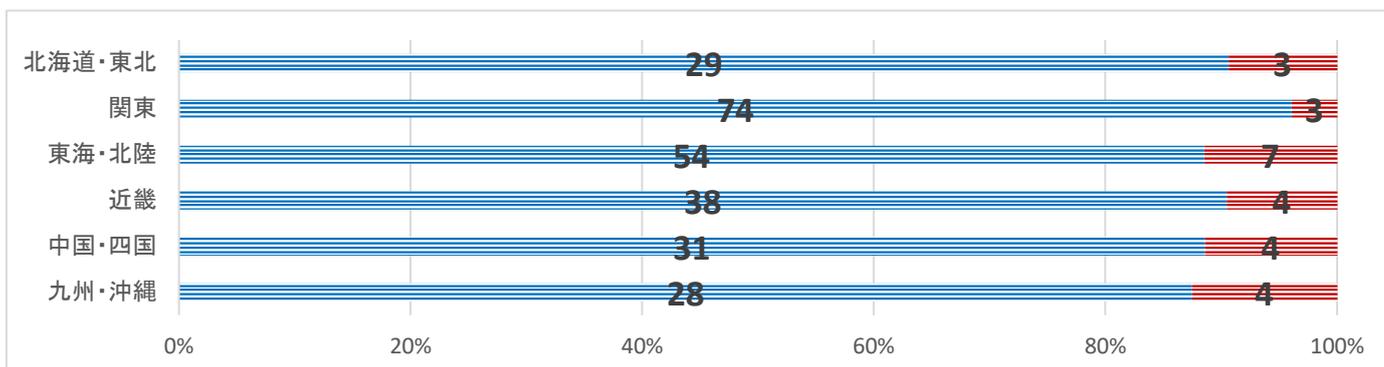
A: 救急外来にトリアージを行う看護師又は医師が、基本的に配置されている

B: それ以外

第13-1図 救急外来のトリアージ機能（全施設）



第13-2図 救急外来のトリアージ機能（地域別・区分別・設立母体別）



14. 電子的診療台帳の整備等

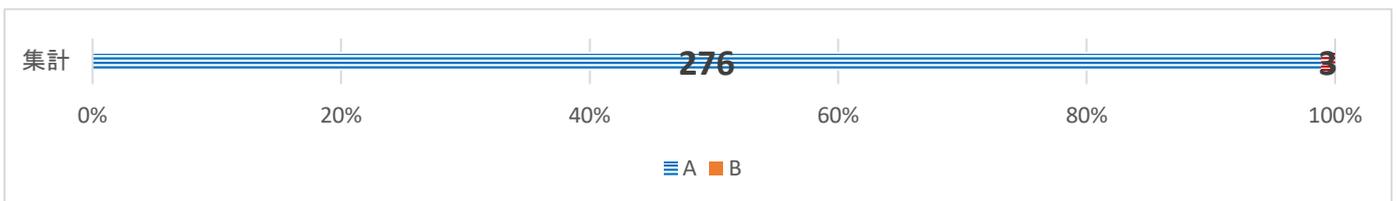
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義など：救命救急センターにおいては、診療を行ったすべての重篤患者の診療台帳を電子的な方法で整備し、その管理者を選定し、台帳を適切に管理することが求められる。このため、「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的に整備し、その台帳を適切に管理する者を定めている」という基準について、当該基準を満たす場合であっても「評価項目」に加点されないが、当該基準を満たさない場合は「是正を要する項目」に5点が計上される。

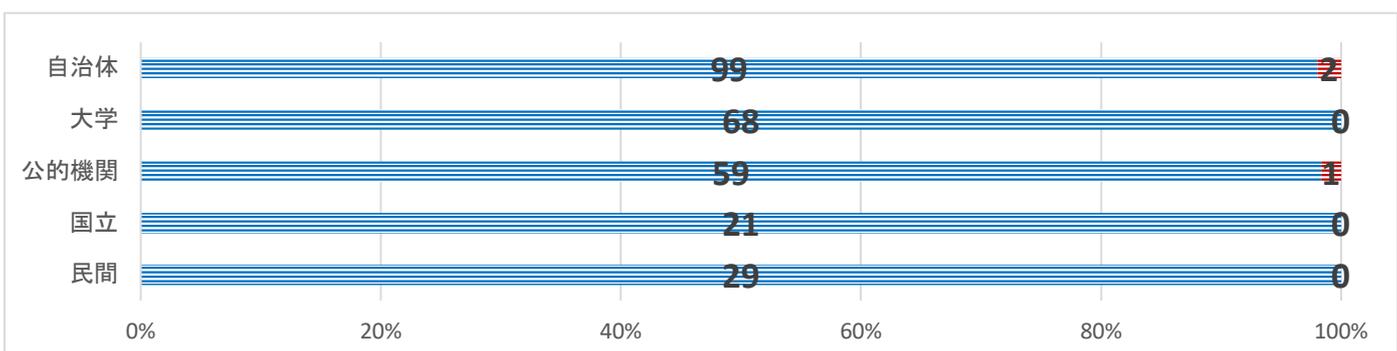
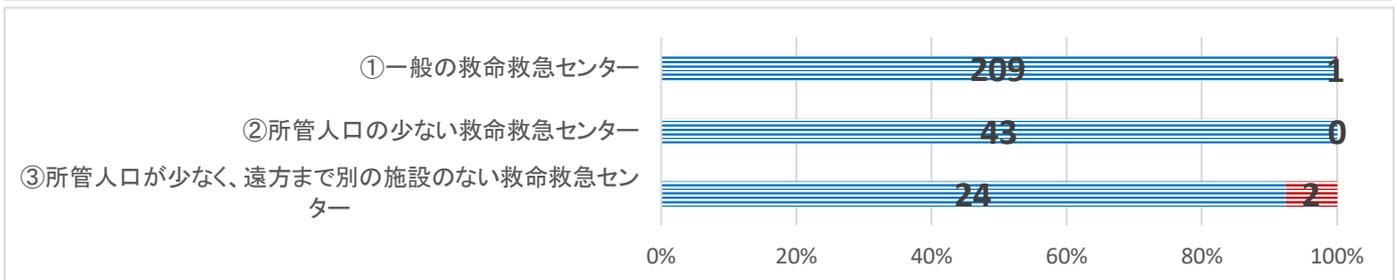
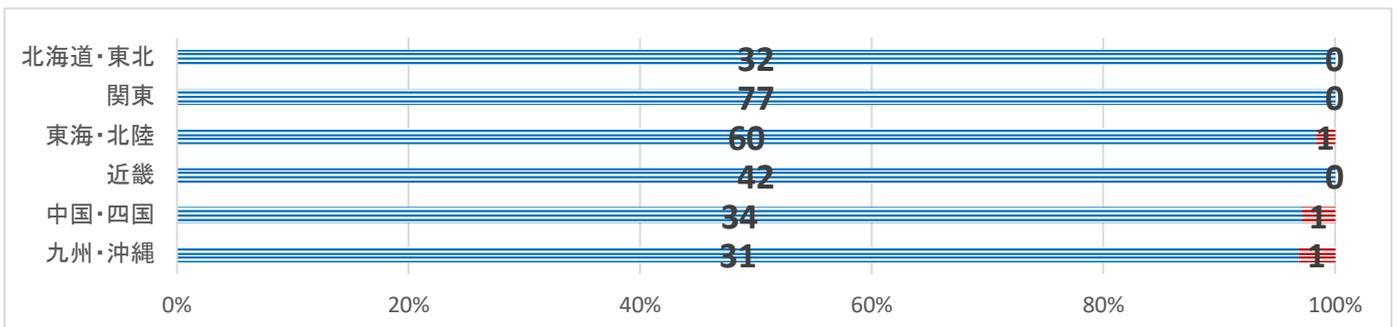
A: 救命救急センターで診療を行った患者の診療台帳を電子的に整備し、その台帳を適切に管理する者を定めている

B: それ以外

第14-1図 電子的診療台帳の整備等（全施設）



第14-2図 電子的診療台帳の整備等（地域別・区分別・設立母体別）



15. 循環器疾患への診療体制

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

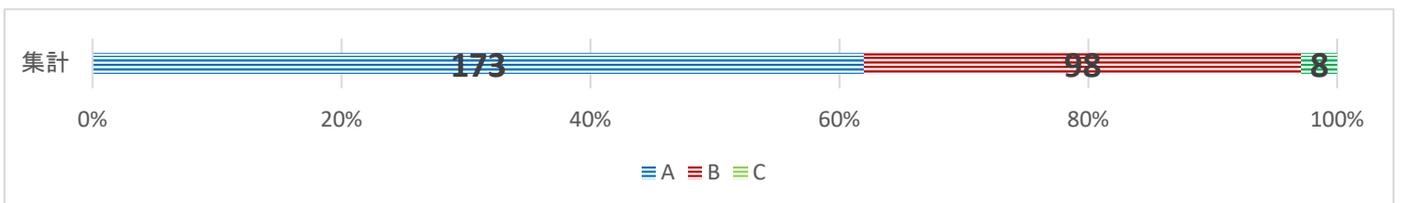
○評価項目の定義など：「循環器医」は、内科系か外科系かを問わない。「迅速に診療できる体制」とは、昼夜を問わず、患者の搬入時刻から60分以内に緊急心カテーテル検査が開始できる体制をいう。

A: 救急医の診療依頼に応じる循環器医が院内に常時勤務しており、循環器疾患を疑う患者が搬送された時に迅速に診療できる体制になっている

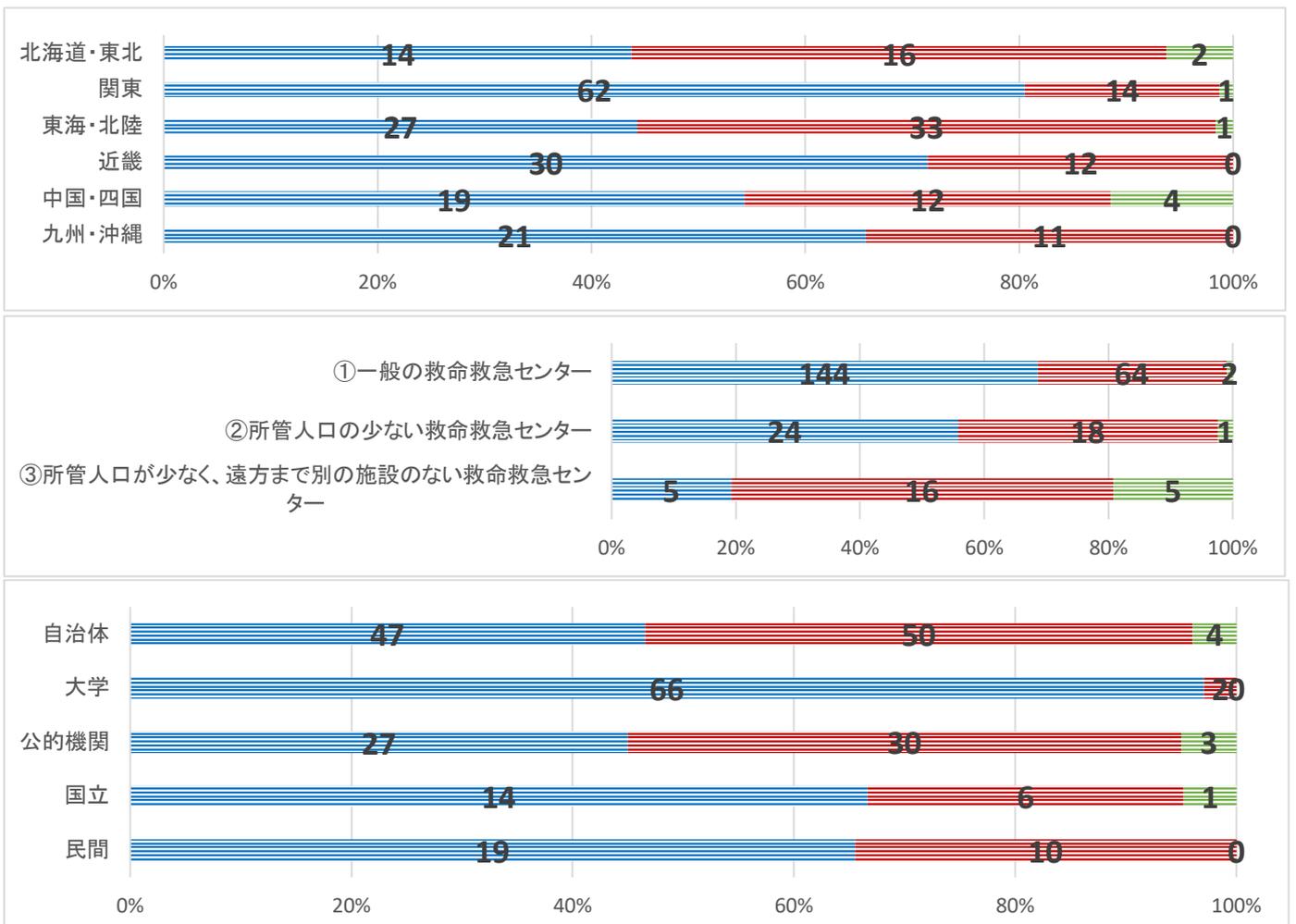
B: 循環器疾患を疑う患者が搬送された時に、1の専従医師が診察を行い、循環器医が迅速に診療できる体制になっている

C: それ以外

第15-1図 循環器疾患への診療体制（全施設）



第15-2図 循環器疾患への診療体制（地域別・区分別・設立母体別）



16. 脳神経疾患への診療体制

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

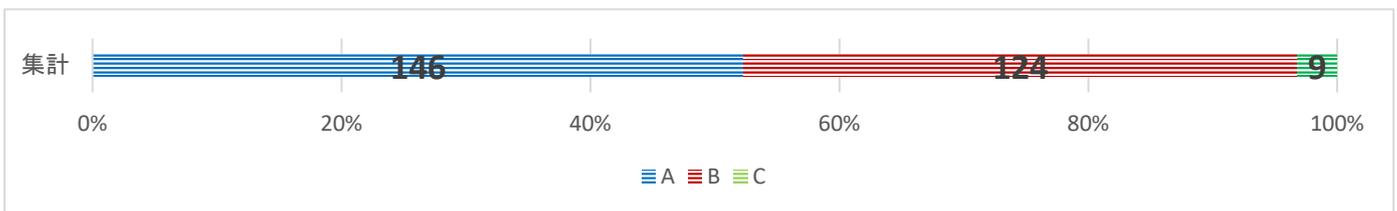
○評価項目の定義など：「脳神経医」は、内科系か外科系かを問わない。「迅速に診療できる体制」とは、昼夜を問わず、患者の搬入時刻から60分以内にtPAの投与や緊急を要する脳神経外科手術がいずれも開始できる体制をいう。

A：救急医の診療依頼に応じる脳神経医が院内に常時勤務しており、脳神経疾患を疑う患者が搬送された時に迅速に診療できる体制になっている

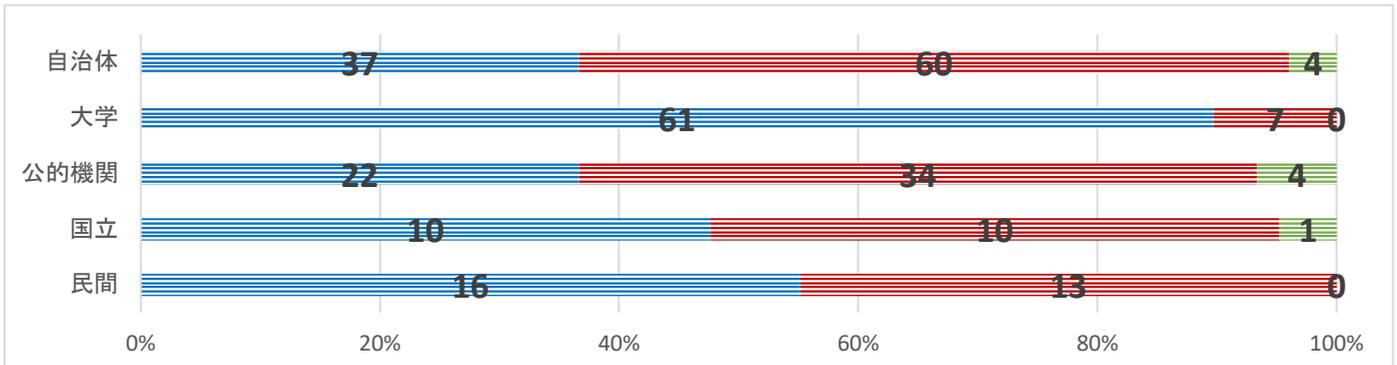
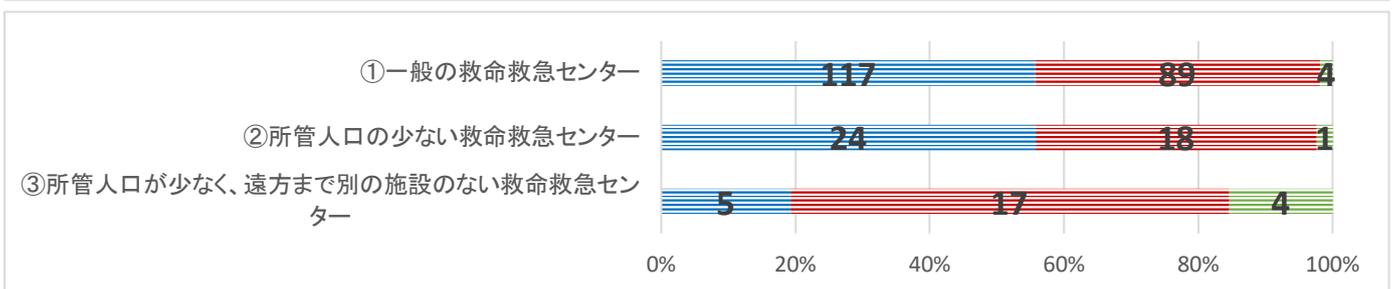
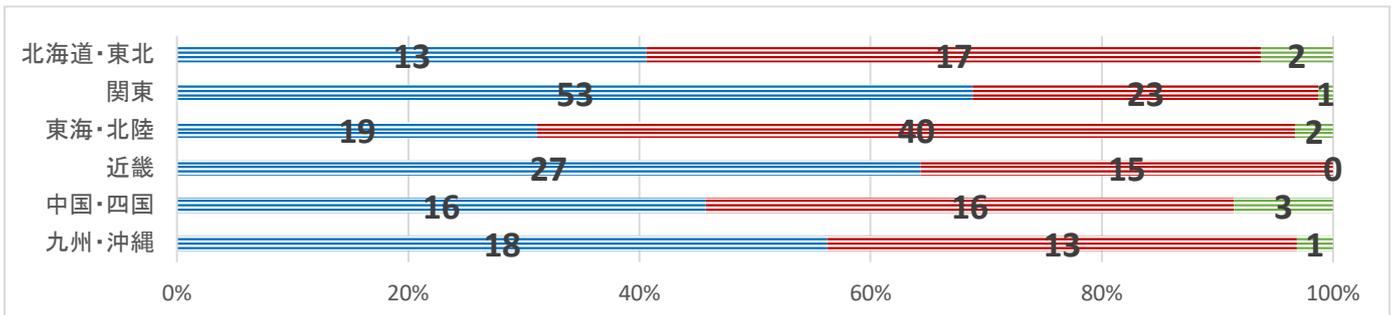
B：脳神経疾患を疑う患者が搬送された時に、1の専従医師が診察を行い、脳神経医が迅速に診療できる体制になっている

C：それ以外

第16-1図 脳神経疾患への診療体制（全施設）



第16-2図 脳神経疾患への診療体制（地域別・区分別・設立母体別）



17. 整形外科医による外傷診療体制

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

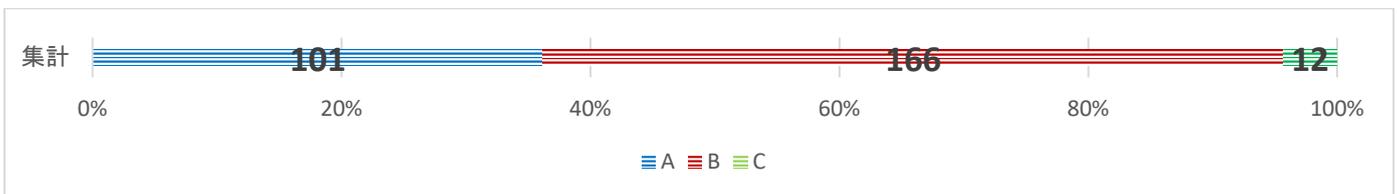
○評価項目の定義など：「迅速に診療できる体制」とは、昼夜を問わず、緊急を要する整形外科の手術が開始できる体制をいう。

A：救急医の診療依頼に応じる整形外科医が院内に常時勤務しており、外傷を疑う患者が搬送された時に迅速に診療できる体制になっている

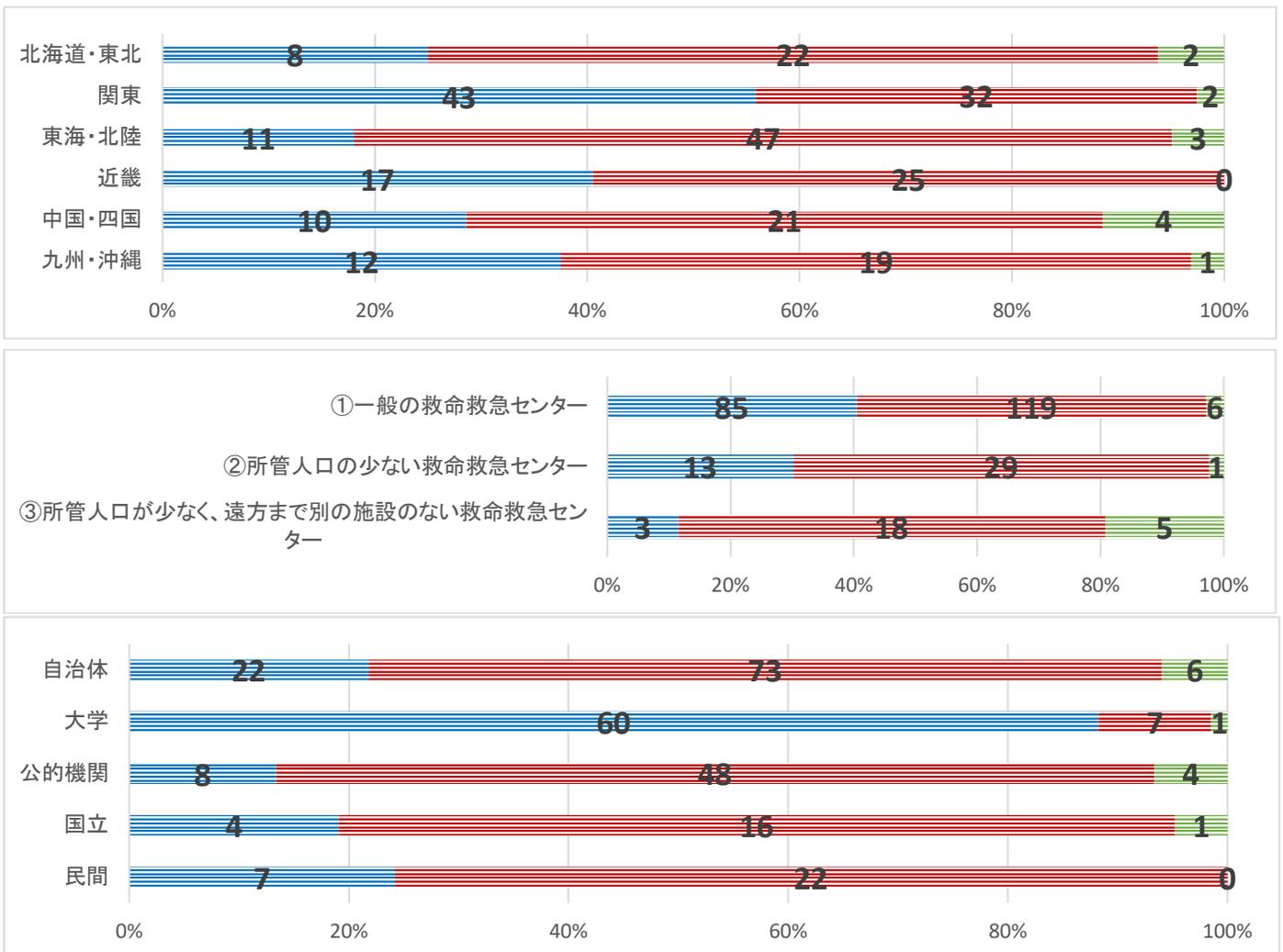
B：外傷を疑う患者が搬送された時に、1の専従医師が診察を行い、整形外科医が迅速に診療できる体制になっている

C：それ以外

第17-1図 整形外科医による外傷診療体制（全施設）



第17-2図 整形外科医による外傷診療体制（地域別・区分別・設立母体別）



18. 精神科医による診療体制

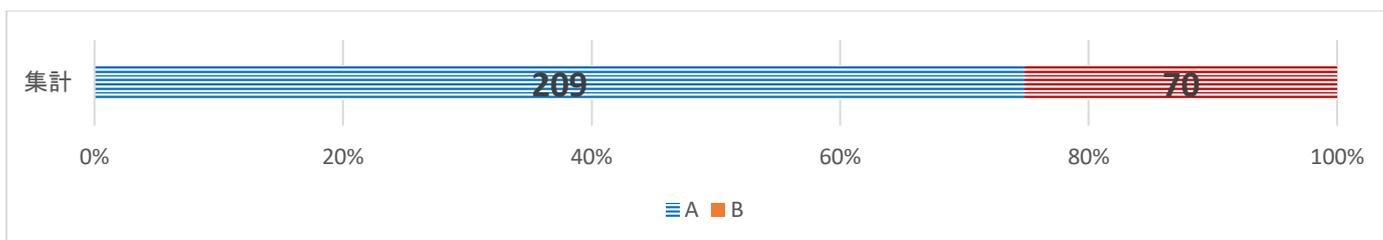
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義など：

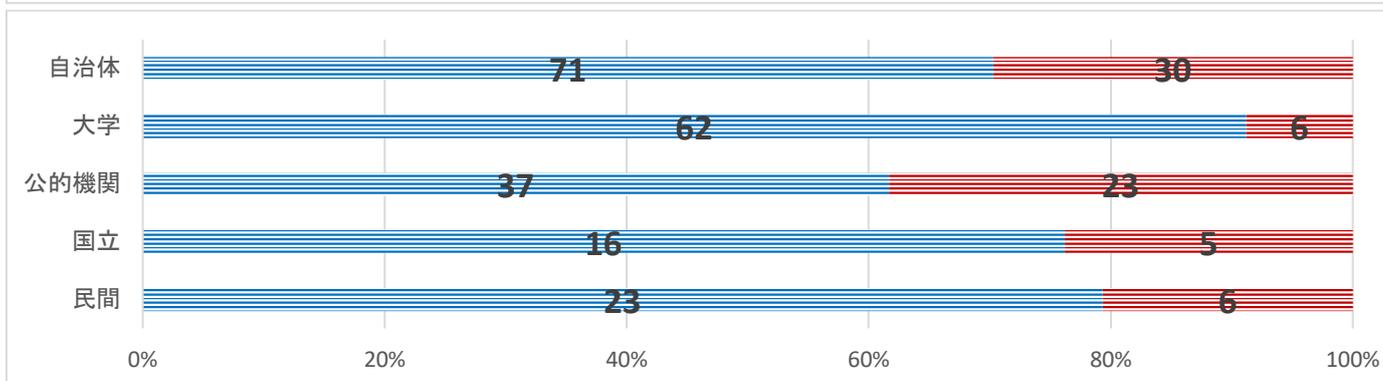
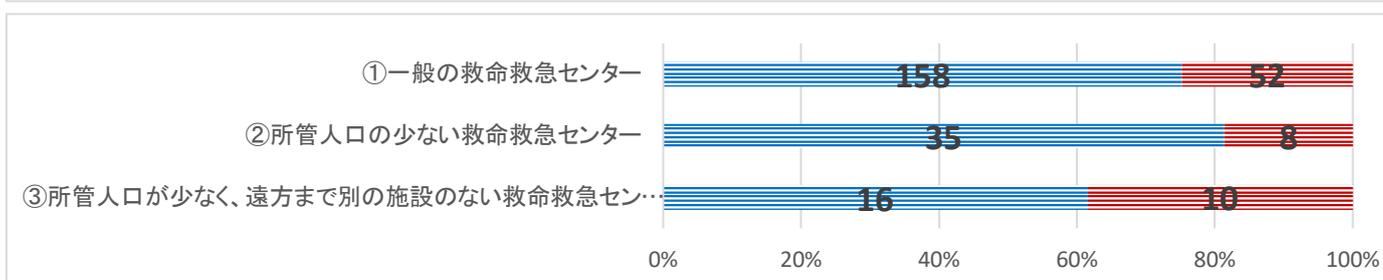
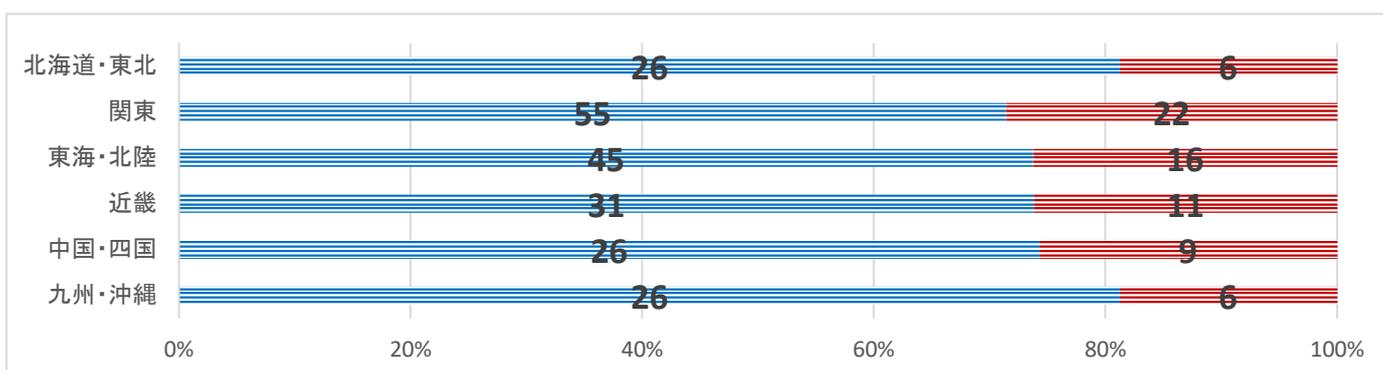
A：精神的疾患を伴う患者が搬送された時に、常時院内の精神科医が直接診察するか、救命救急センターの医師が昼夜を問わず精神科医に相談できる体制になっている

B：それ以外

第18-1図 精神科医による診療体制（全施設）



第18-1図 精神科医による診療体制（地域別・区分別・設立母体別）



19. 小児（外）科医による診療体制

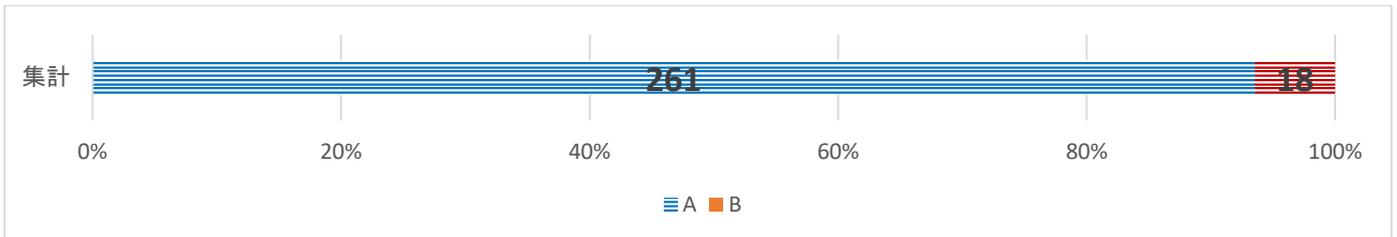
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義など：「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、小児に対応できる二次救急蘇生法に必要な器具をいう。

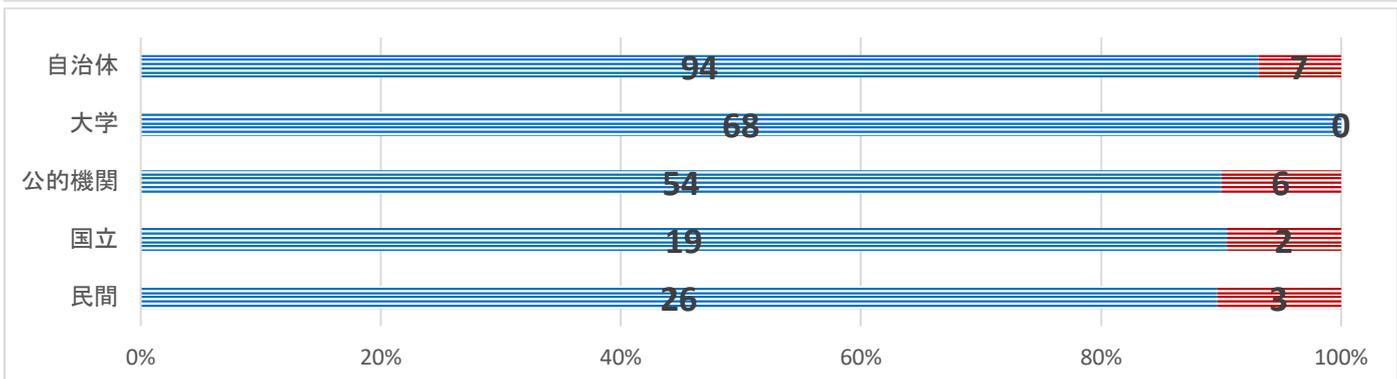
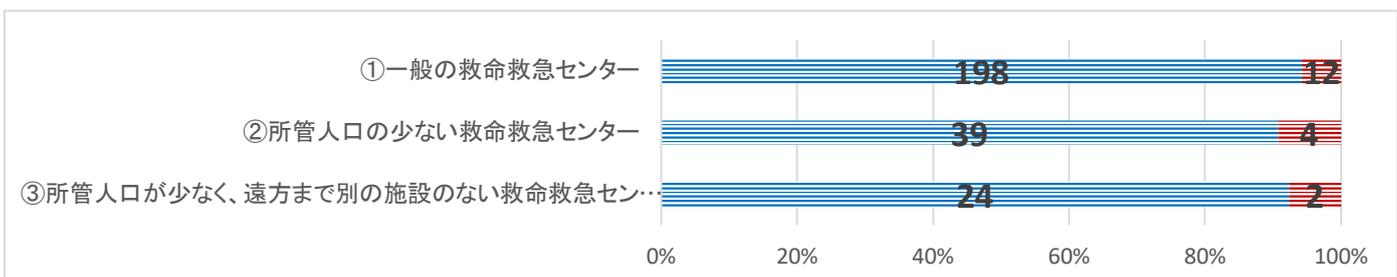
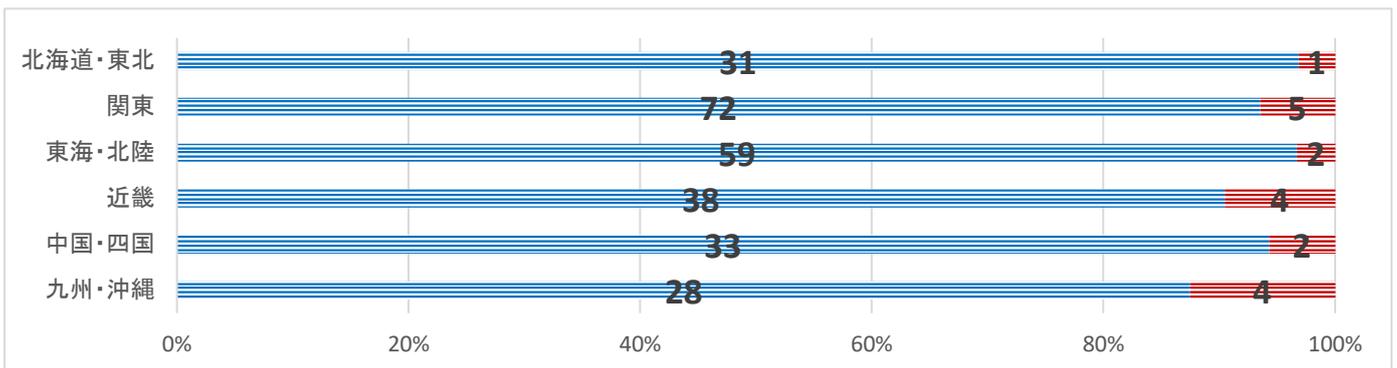
A: 小児患者（患児）が搬送された時に、常時院内の小児（外）科医が直接診察するか、救命救急センターの医師が昼夜を問わず小児（外）科医に相談できる体制になっているとともに、小児の救命救急医療に必要な機器等が整備されている

B: それ以外

第19-1図 小児（外）科医による診療体制（全施設）



第19-2図 小児（外）科医による診療体制（地域別・区分別・設立母体別）



20. 産（婦人）科医による診療体制

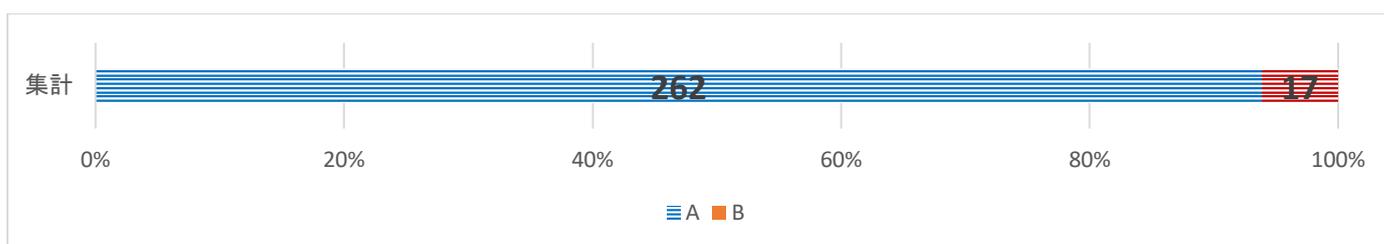
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義など：

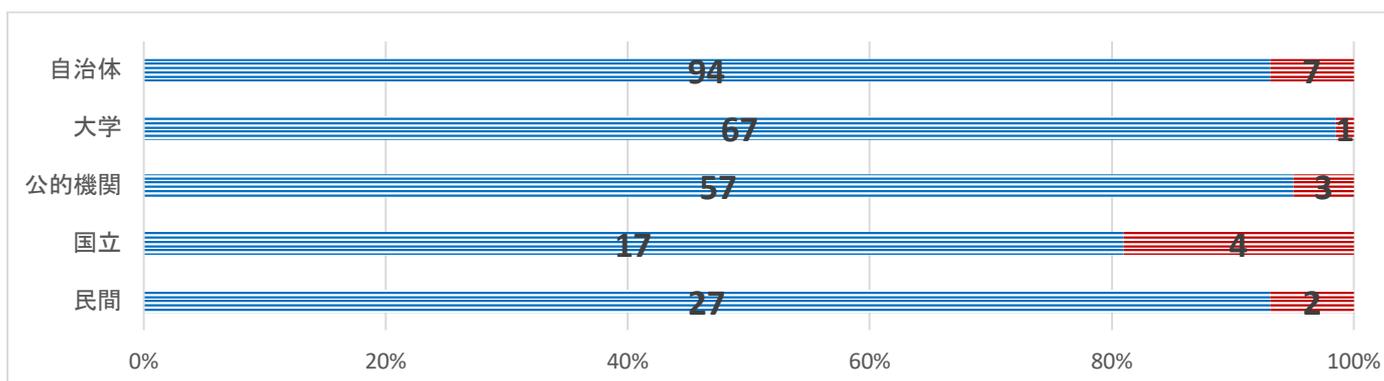
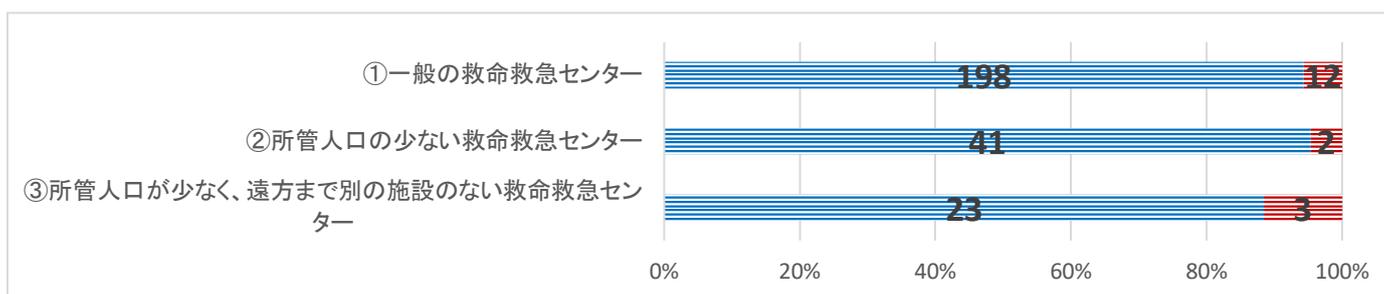
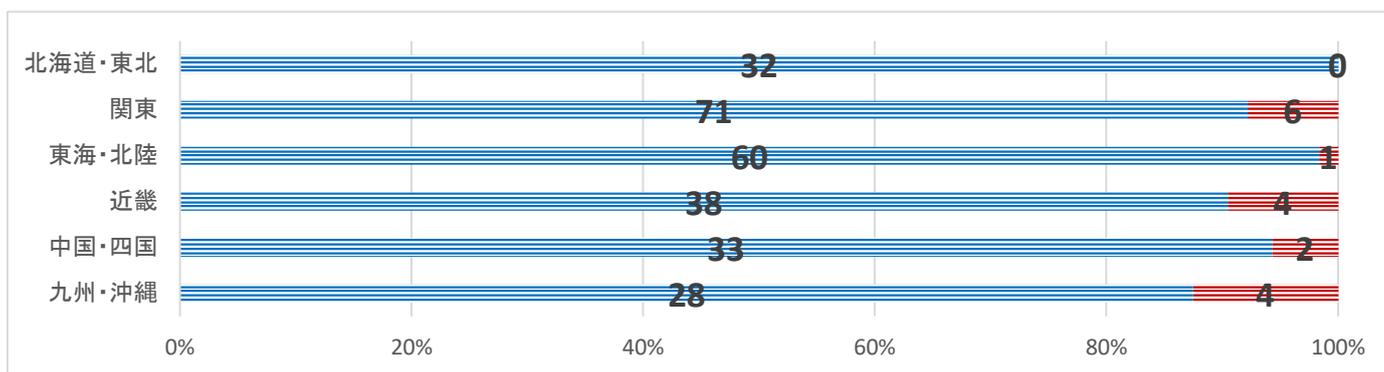
A: 産（婦人）科に関する患者が搬送された時に、常時院内の産（婦人）科医が直接診察するか、救命救急センターの医師が昼夜を問わず産（婦人）科医に相談できる体制になっている

B: それ以外

第20-1図 産（婦人）科医による診療体制（全施設）



第20-2図 産（婦人）科医による診療体制（地域別・区分別・設立母体別）



21. 医師事務作業補助者の有無

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

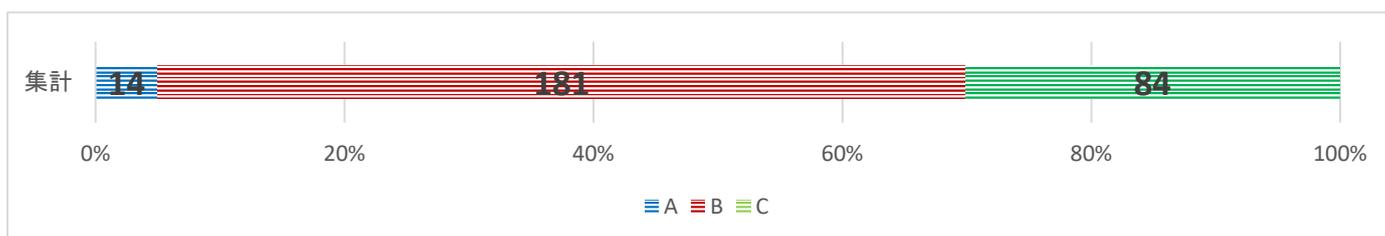
○評価項目の定義など：「医師事務作業補助者」とは、診療報酬上の「医師事務作業補助体制加算」の算定要件にある業務を行う者をいう。

A: 24時間常時、救命救急センターに専従で確保されている

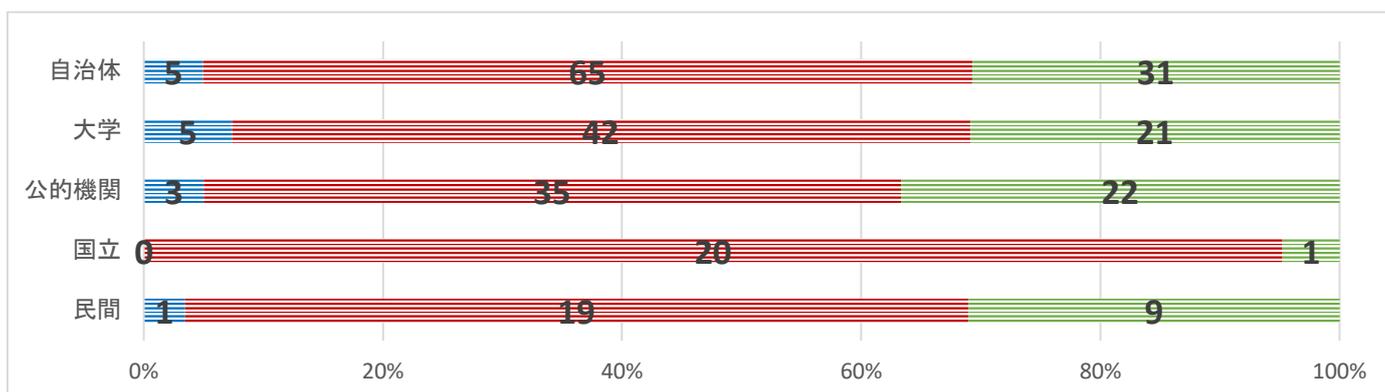
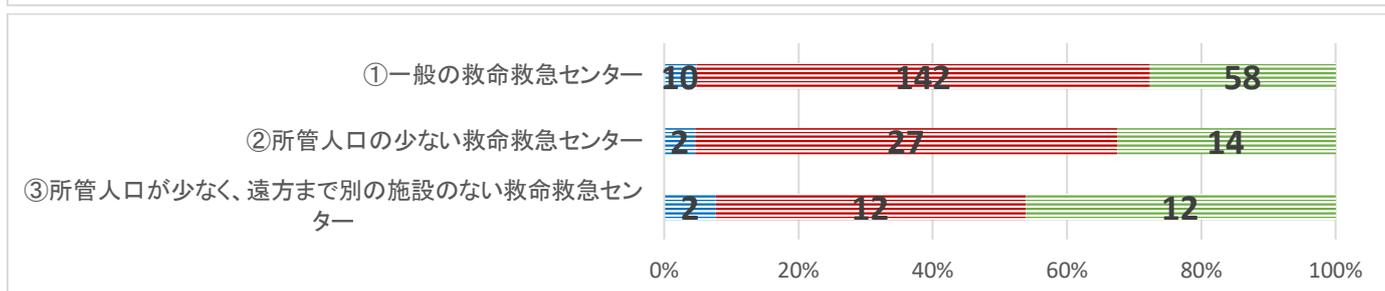
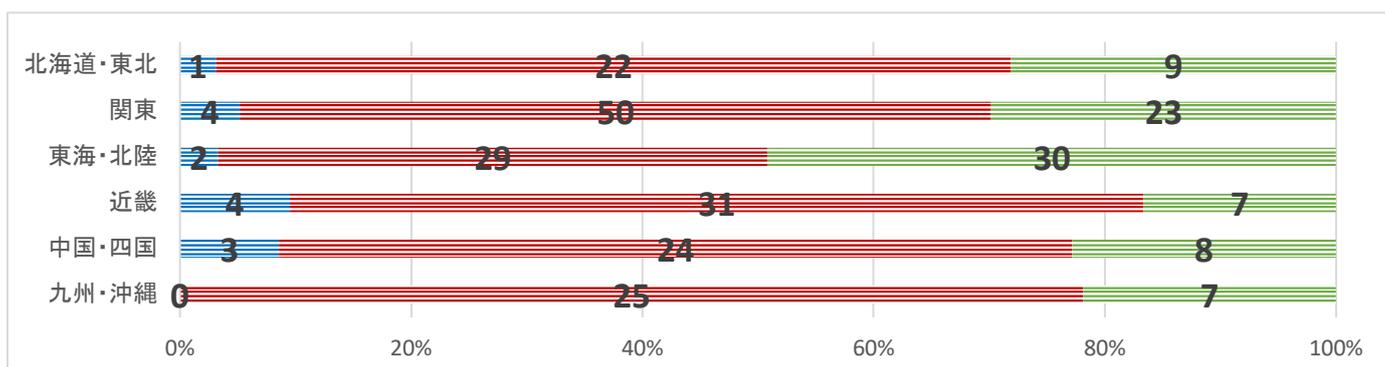
B: 救命救急センターに専従で確保されている

C: それ以外

第21-1図 医師事務作業補助者の有無（全施設）



第21-2図 医師事務作業補助者の有無（地域別・区分別・設立母体別）



22. CT・MRI 検査の体制

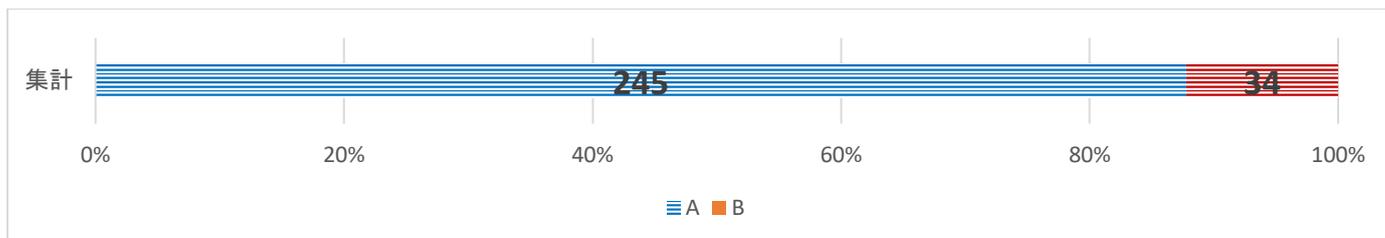
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義など：「初療室に隣接した」とは、初療室の通常使用するベッドの位置から、CTのベッドまでの移動距離が30m以内であることをいう。

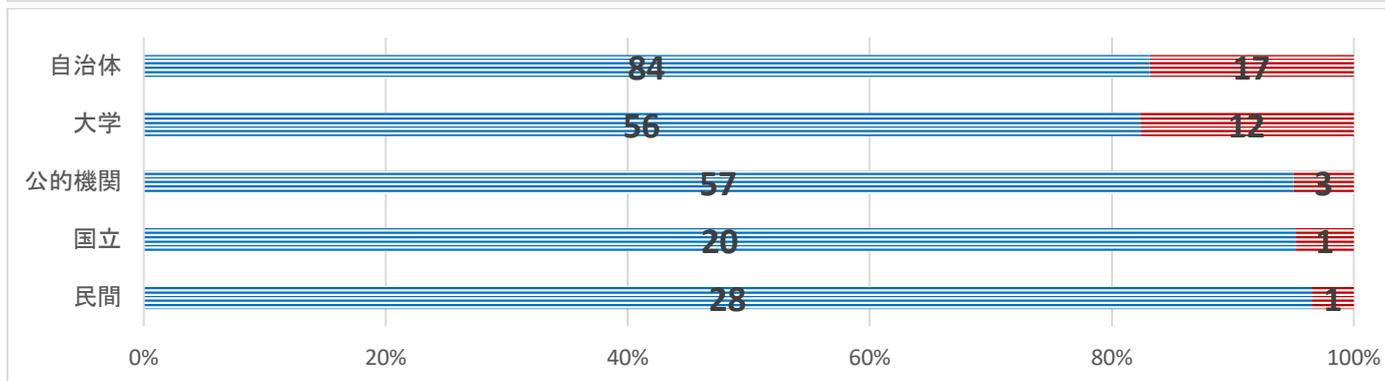
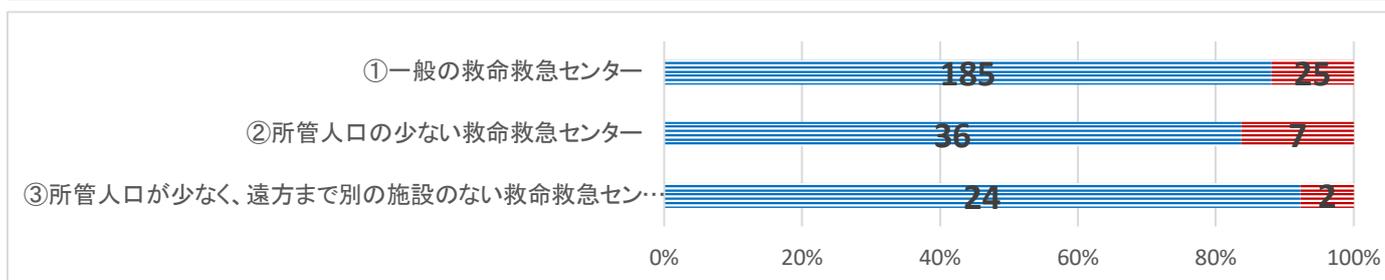
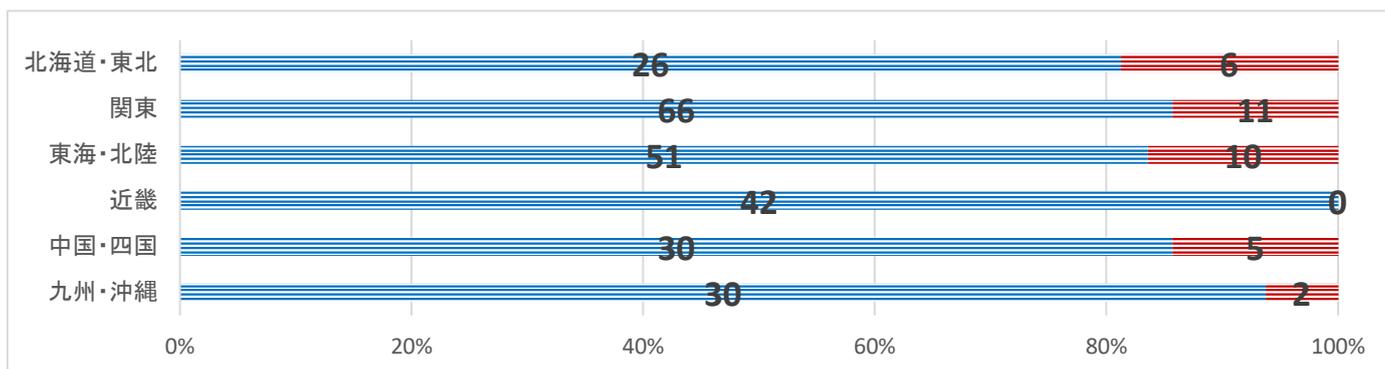
A: マルチスライスCTが、常時、初療室に隣接した検査室で直ちに撮影可能であり、かつ、MRI（1.5テスラー以上）も常時、直ちに撮影可能である

B: それ以外

第22-1図 CT・MRI 検査の体制（全施設）



第22-2図 CT・MRI 検査の体制（地域別・区分別・設立母体別）



23. 手術室の体制

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

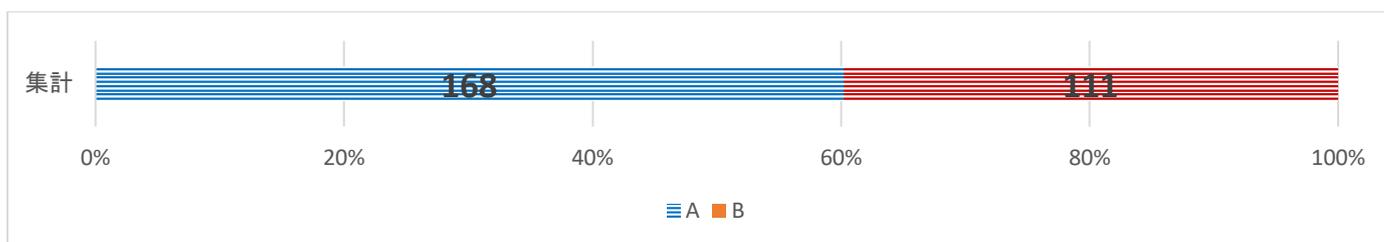
○評価項目の定義など：

A：常時、麻酔科の医師、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、

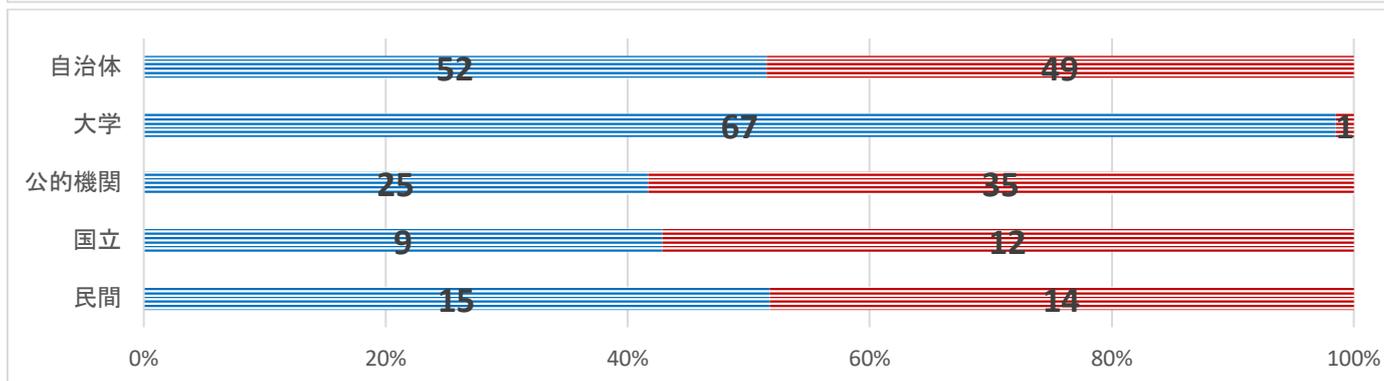
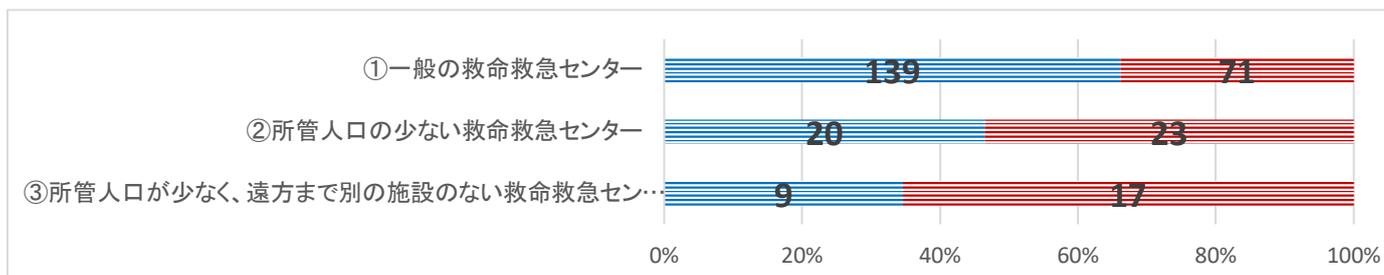
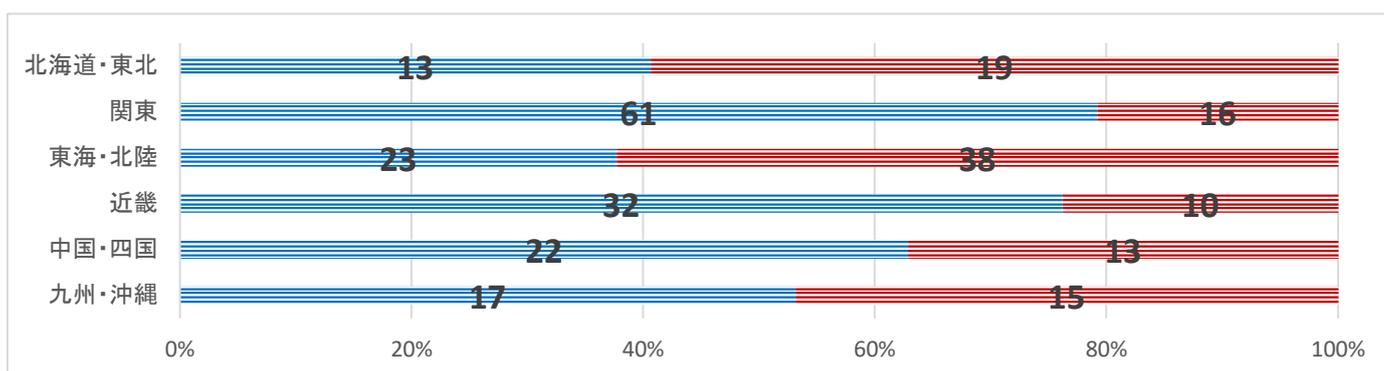
直ちに手術が可能な体制が整っている

B：それ以外

第23-1図 手術室の体制（全施設）



第23-2図 手術室の体制（地域別・区分別・設立母体別）



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

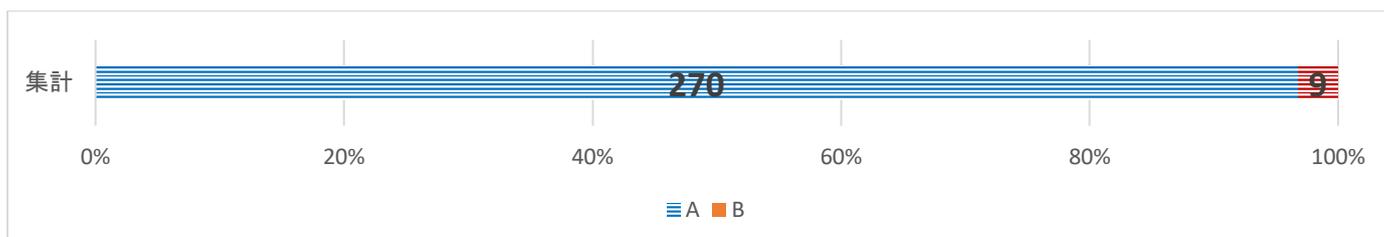
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義など：定期的な会議の開催が、議事録等で確認できる必要がある。また、救命救急センター所属スタッフ以外の者も参加している必要がある。

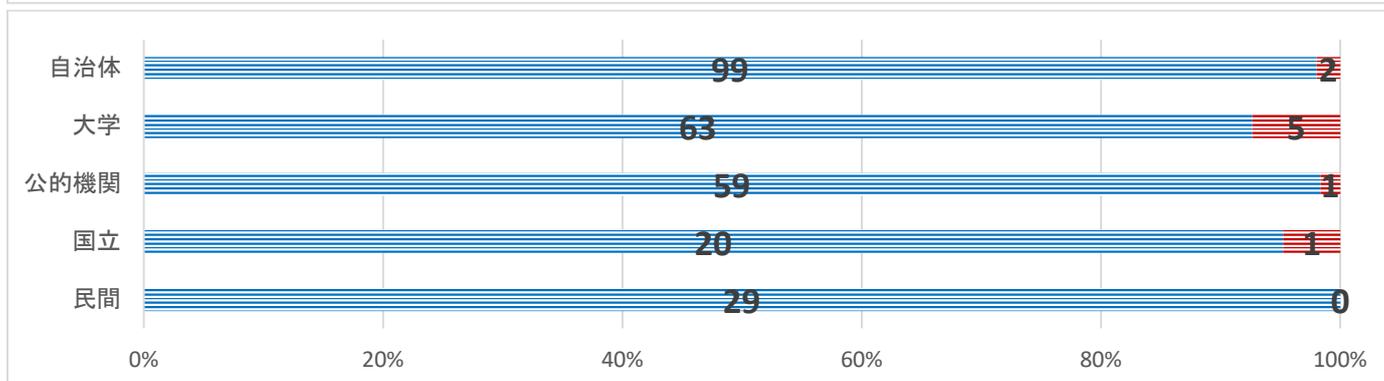
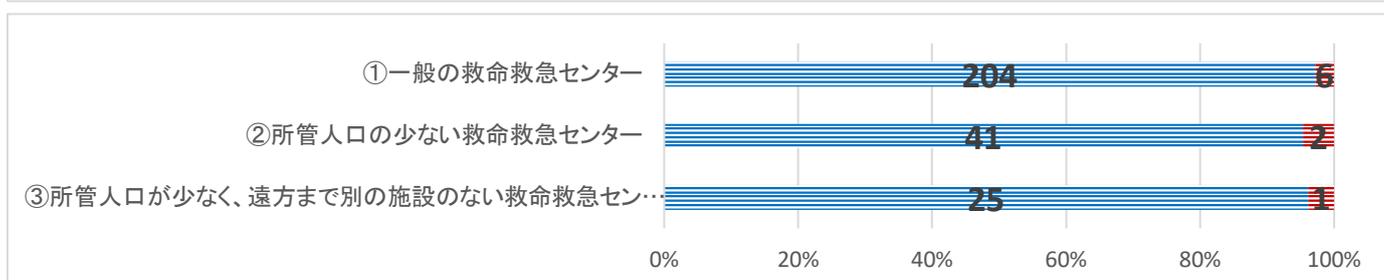
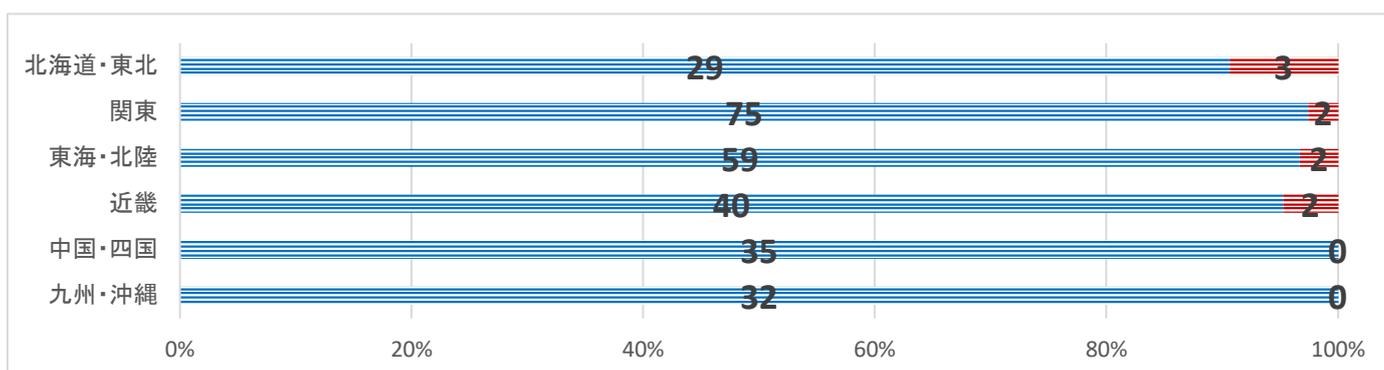
A: 救命救急センターを設置する病院において、センター機能の評価・運営委員会を設置し、また、重篤患者への診療体制や院内の連携についての会議を少なくとも半期毎に開催している

B: それ以外

第24-1図 救命救急センターの機能評価・診療体制等に関する会議（全施設）



第24-2図 救命救急センターの機能評価・診療体制等に関する会議（地域別・区分別・設立母体別）



25. 第三者による医療機能の評価

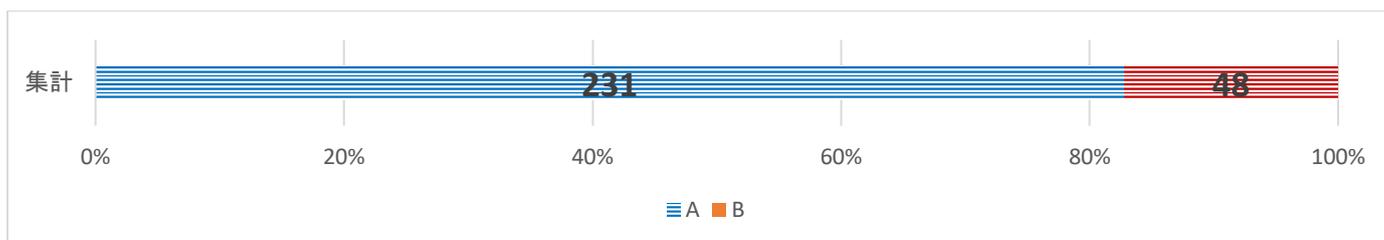
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義など：

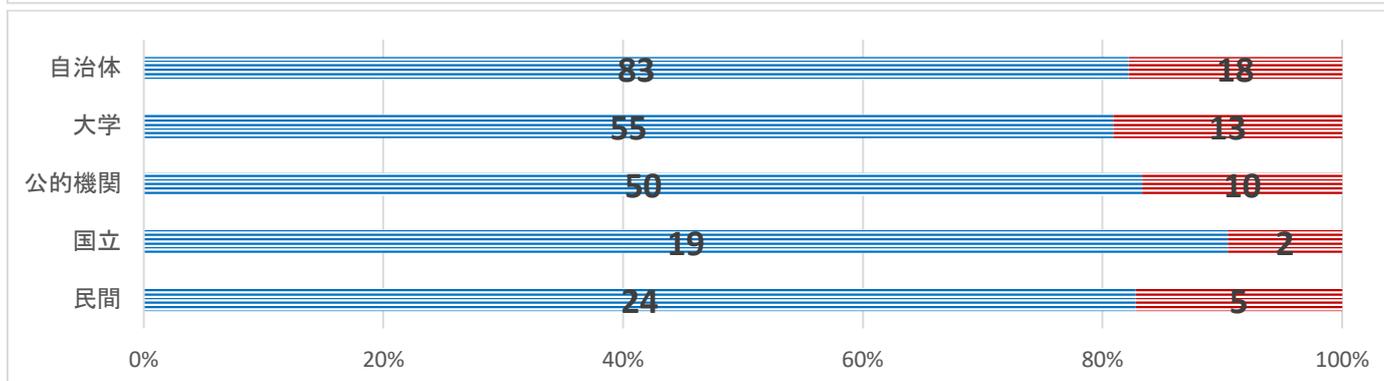
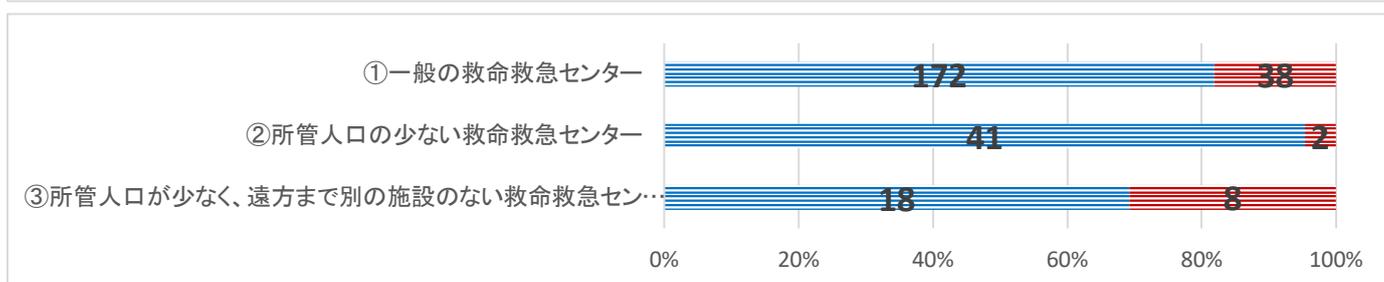
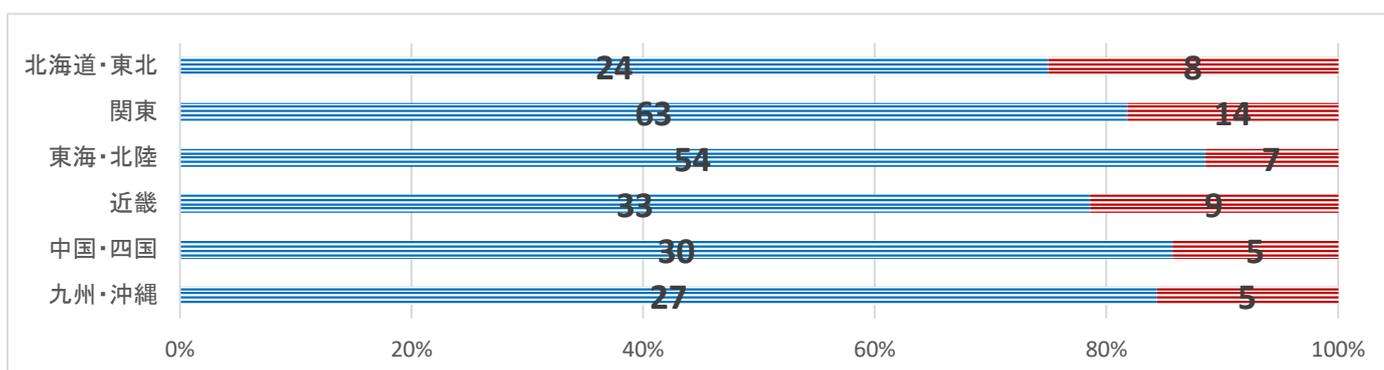
A：日本医療機能評価機構・ISOによる医療機能評価において認定を受けている

B：それ以外

第25-1図 第三者による医療機能の評価（全施設）



第25-2図 第三者による医療機能の評価（地域別・区分別・設立母体別）



26. 医師の負担軽減に資する計画の策定等

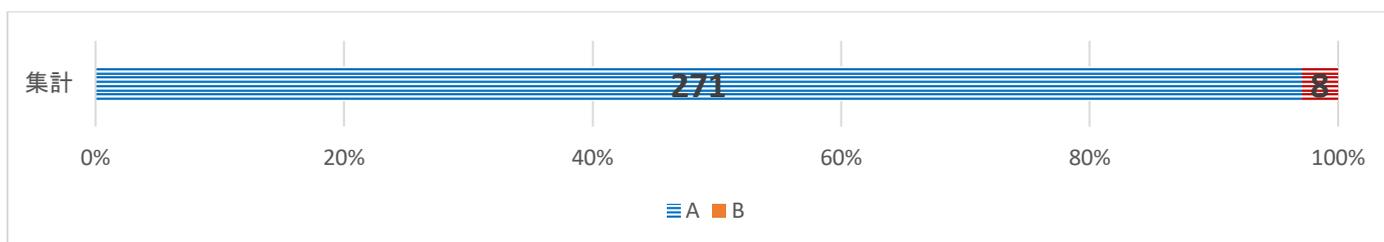
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義など：「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日付け厚生労働省医政局長通知）を参照すること。

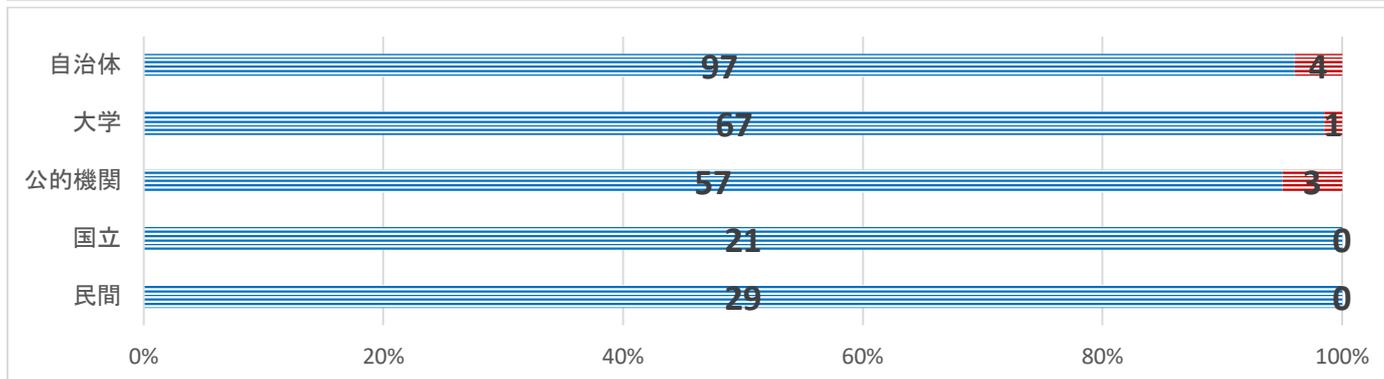
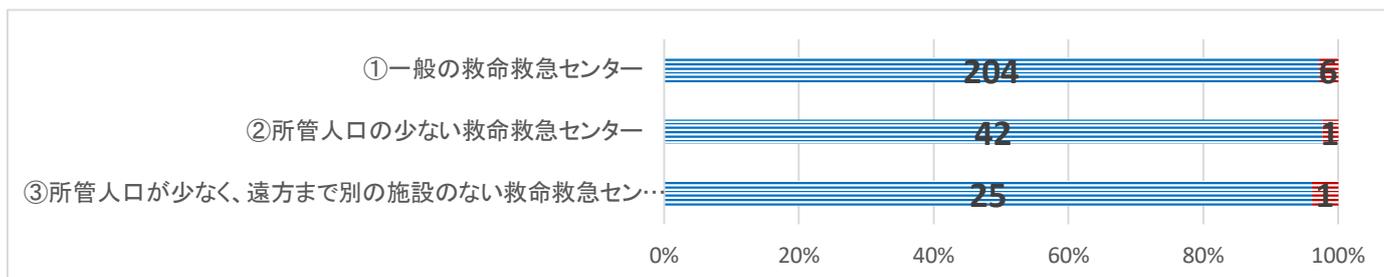
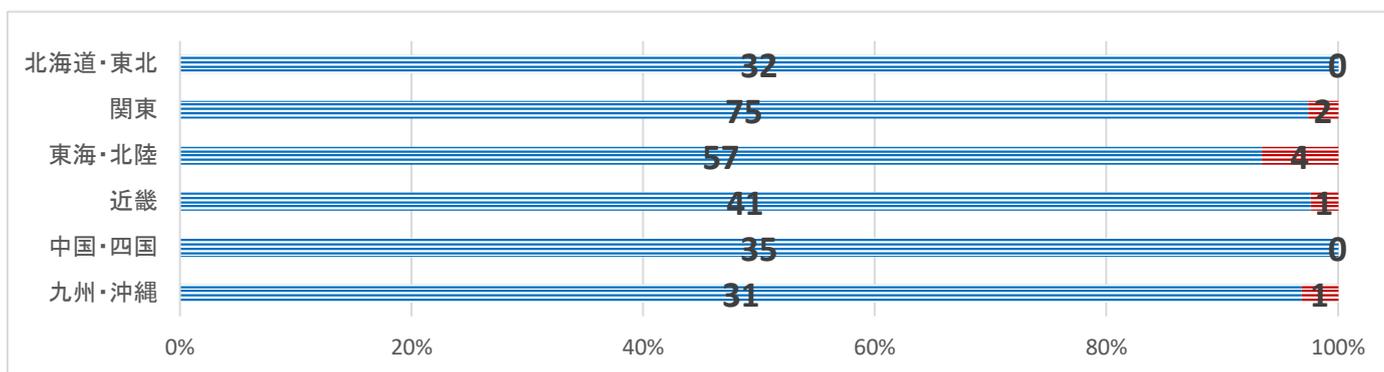
A：専従医師の負担の軽減に資する具体的計画を策定し、職員等に周知している

B：それ以外

第26-1図 医師の負担軽減に資する計画の策定等（全施設）



第26-2図 医師の負担軽減に資する計画の策定等（地域別・区分別・設立母体別）



27. 休日及び夜間勤務の適正化

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

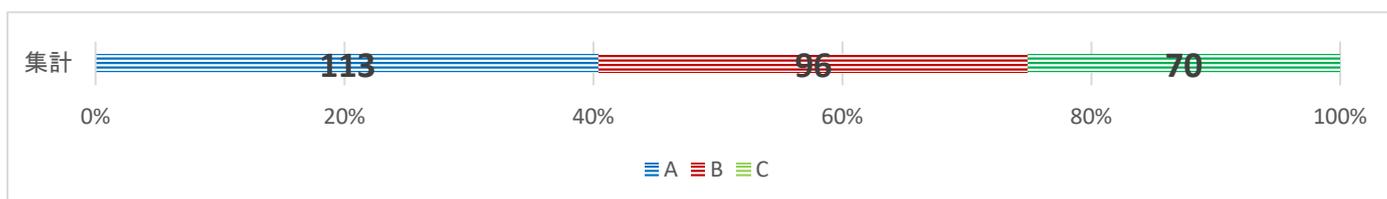
○評価項目の定義など：「管理者」とは、労働基準法の管理監督者をいう。「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」（平成14年3月19日付け厚生労働省労働基準局長通知）を参照すること。

A：管理者等が、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かどうか、四半期毎に点検し改善を行っている

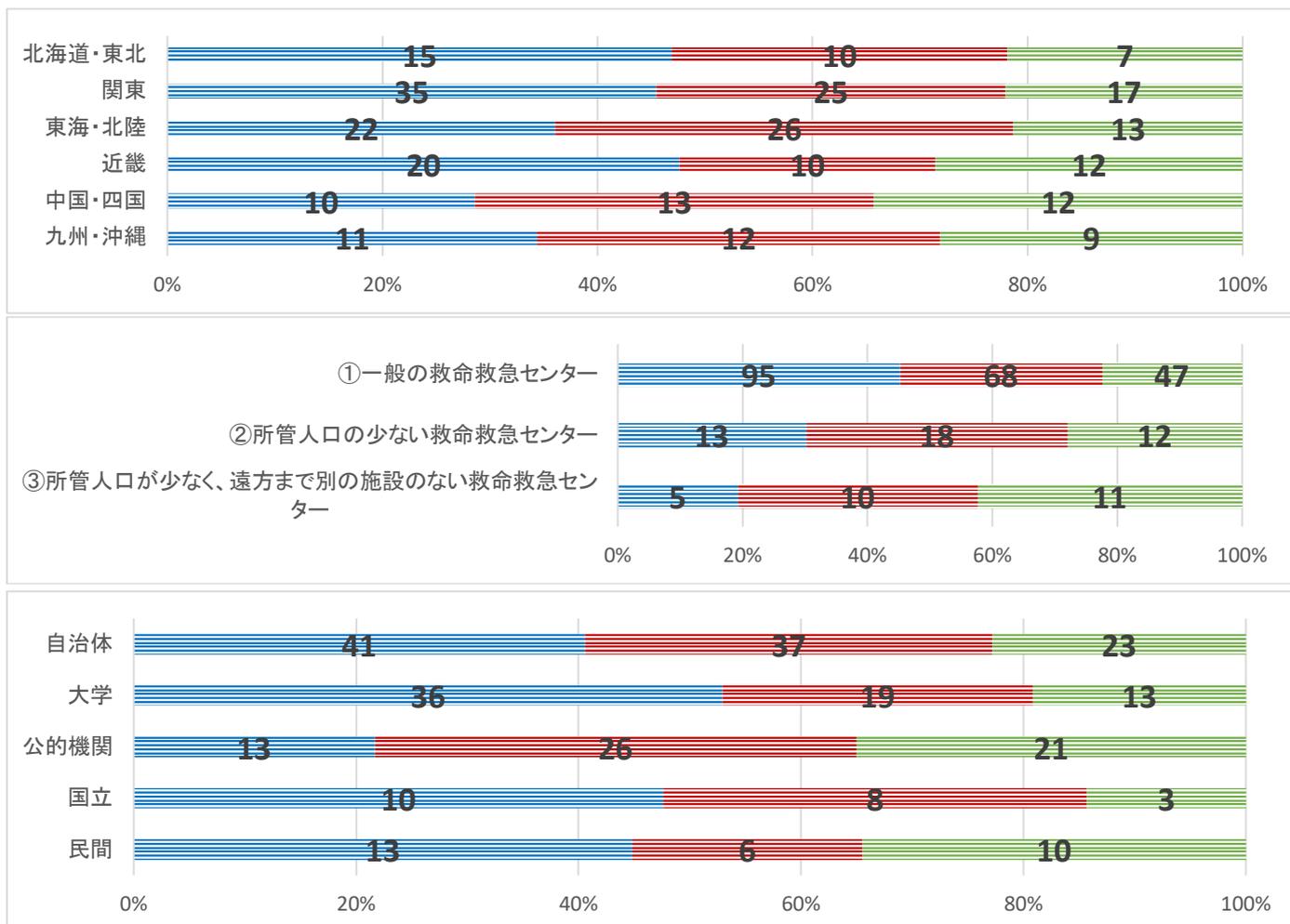
B：上記に加え、休日及び夜間の救命救急センターで診療を行う医師の勤務について、交代制勤務を導入している

C：それ以外

第27-1図 休日及び夜間勤務の適正化（全施設）



第27-2図 休日及び夜間勤務の適正化（地域別・区分別・設立母体別）



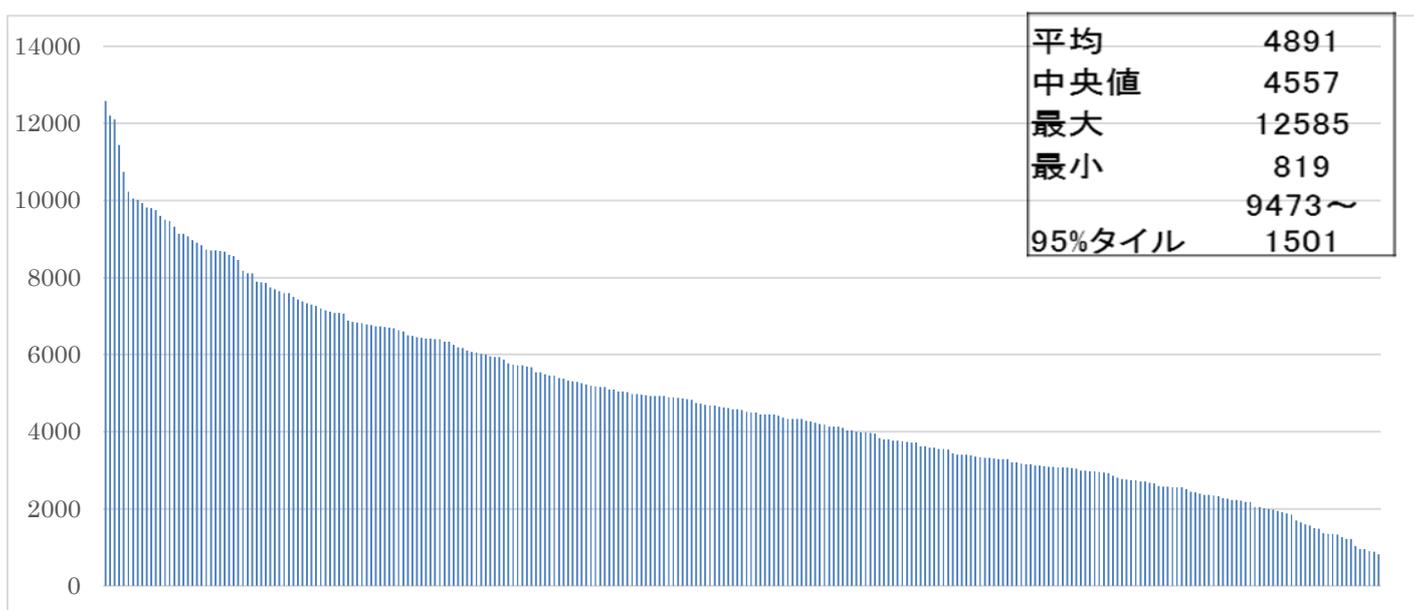
28. 救命救急センターを設置する病院の年間受入れ救急車搬送人員

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義など

「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（ドクターカーやヘリコプターを含む。）によって搬送された人員をいう。

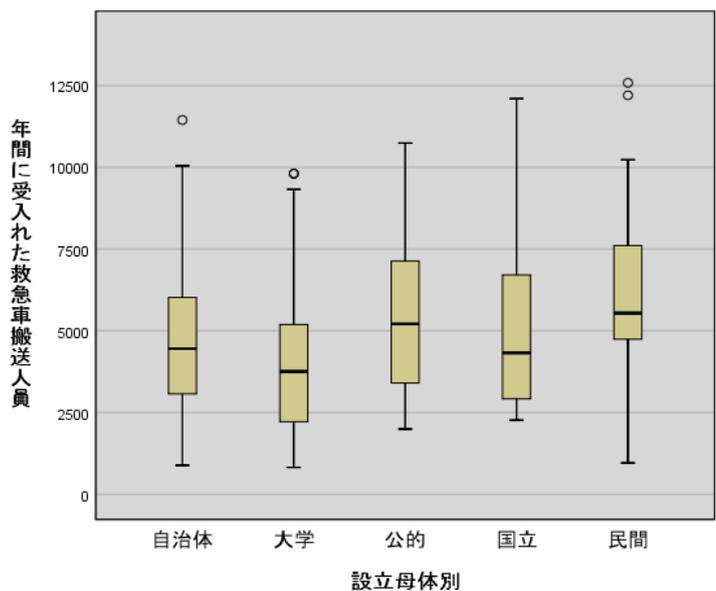
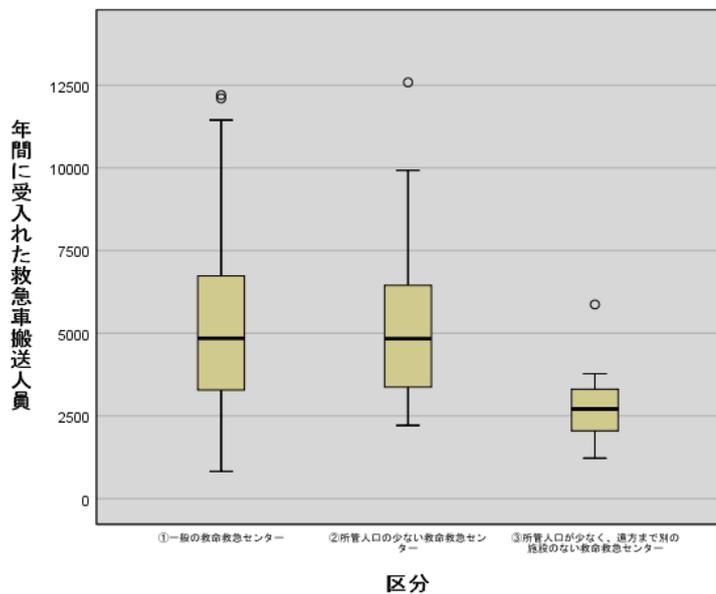
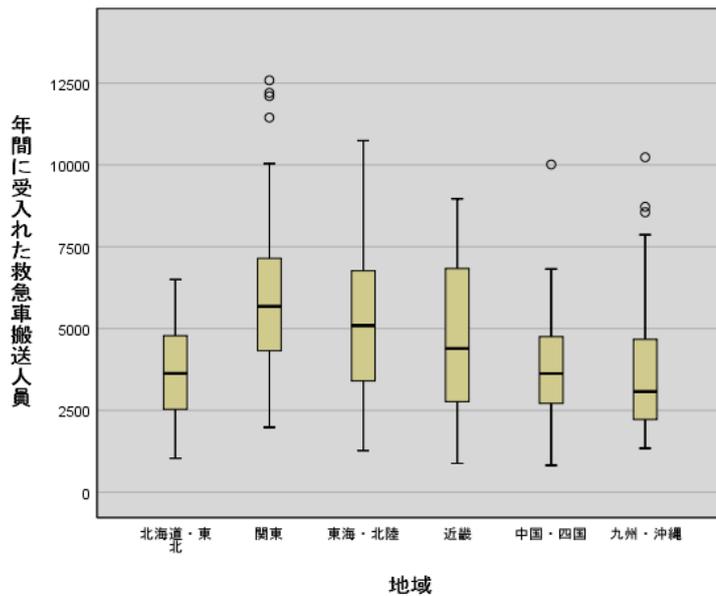
第28-1図 各施設の年間に受け入れた救急車搬送人員



第28-2表 年間に受け入れた救急車搬送人員の多い施設（多い30施設）

	施設名	搬送人数		施設名	搬送人数		施設名	搬送人数
1	湘南鎌倉総合病院	12585	11	東京医科歯科大学医学部附属	9802	21	藤沢市民病院	8898
2	聖路加国際病院	12202	12	岡崎市民病院	9754	22	東京都立墨東病院	8834
3	国立国際医療研究センタ	12101	13	大垣市民病院	9597	23	熊本医療センター	8722
4	横浜市立みなと赤十字病院	11447	14	刈谷豊田総合病院	9496	24	帝京大学医学部附属病院	8699
5	名古屋第二赤十字病院	10741	15	武蔵野赤十字病院	9470	25	神戸市立医療センター中央市民	8698
6	聖マリア病院	10233	16	杏林大学医学部付属病院	9327	26	公立昭和病院	8690
7	東京都立多摩総合医療センタ	10043	17	伊勢赤十字病院	9139	27	大阪赤十字病院	8668
8	倉敷中央病院	10015	18	日本大学医学部附属板橋病院	9135	28	堺市立総合医療センター	8584
9	横須賀共済病院	9927	19	安城更生病院	9073	29	済生会熊本病院	8553
10	日本医科大学付属病院	9814	20	岸和田徳洲会病院	8964	30	藤田保健衛生大学病院	8455

第28-3図 各施設の年間に受け入れた救急車搬送人員（地域別・区分別・設立母体別）



○ 箱ひげ図

代表値を中央値で、データの変動を上ヒンジ・下ヒンジからの「ひげ」でそれぞれ表示したもの

上ヒンジ：第3四分位（75 percentile）値

下ヒンジ：第1四分位（25 percentile）値

外れ値：他のデータと比較して極端に大きい（または小さい）値

箱の長さの1.5倍以上3倍以下の範囲内の個体は○で表示

箱の長さの3倍より大きい値を示す個体は「極値」として*で表示

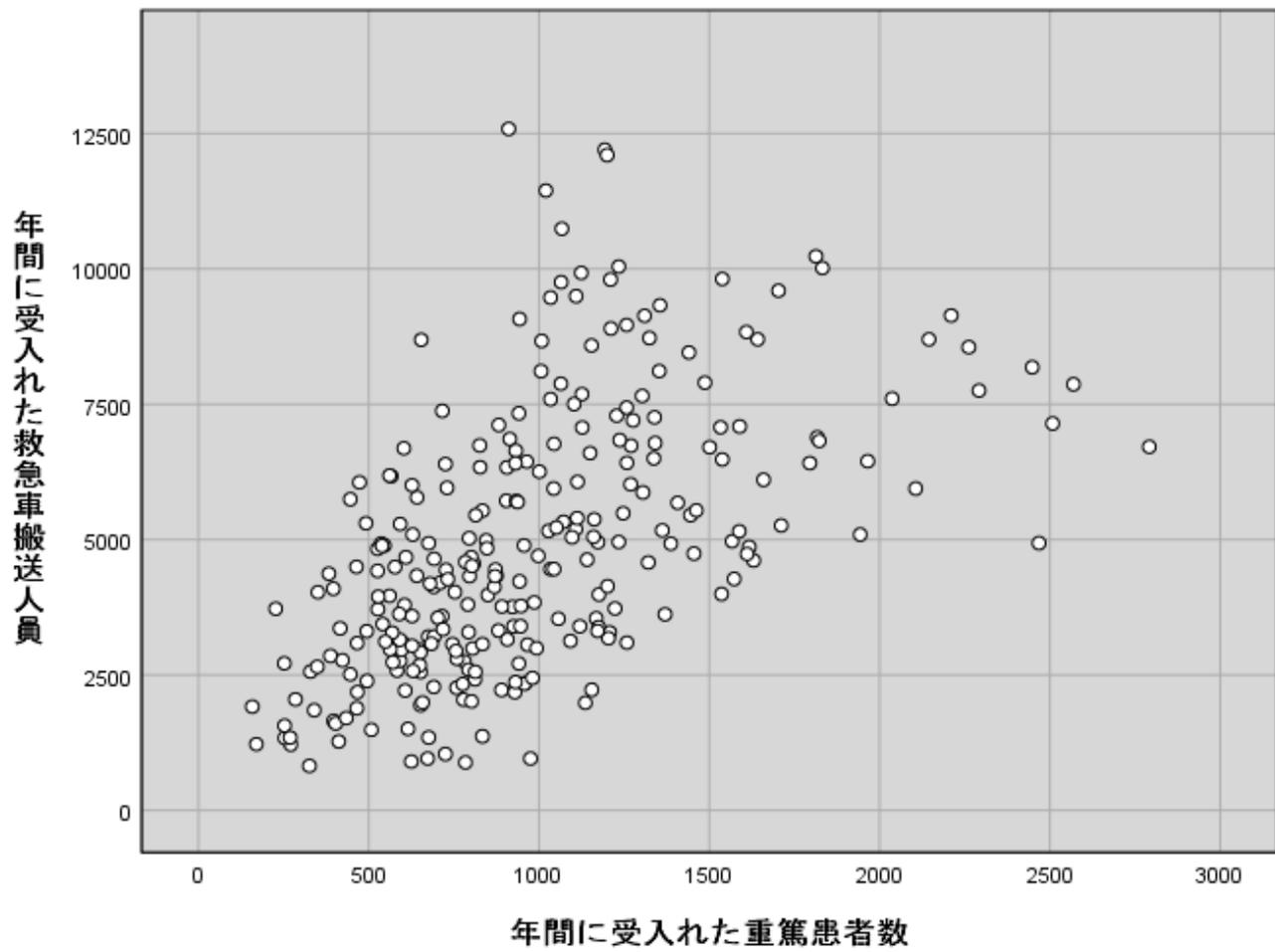
○設立母体の別

「大学」は、国立、公立、市立の大学の附属病院に設置された施設が含まれる。（防衛医科大学校病院も含まれる）「国立」は、主に独立行政法人国立病院機構の病院に設置された施設が含まれる。「公的」には、日本赤十字社、恩賜財団済生会、厚生連の病院に設置された施設が含まれる。

○救命救急センターの区分

「①一般の救命救急センター」とは、②及び③以外の救命救急センターをいう。「②所管人口の少ない救命救急センター」とは、当該救命救急センターの所管する地域の人口が30万人未満の救命救急センターをいう。「③所管人口が少なく、遠方まで別の施設のない救命救急センター」とは、②であって、最寄りの救命救急センターまで自動車でも60分以上を要する救命救急センターをいう。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按分したものをいい、都道府県内のすべての救命救急センターの「所管人口」の合計は、原則として、当該都道府県の人口と一致する。

第28-4図 年間に受け入れた救急車搬送人員と年間に受け入れた重篤患者数



29. 消防機関から救命救急センターを設置する病院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

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

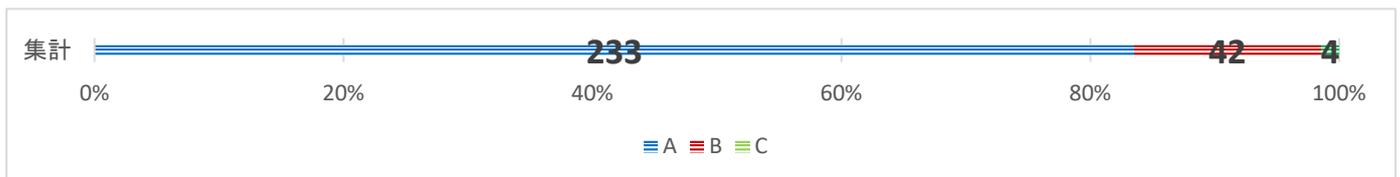
○評価項目の定義など：「消防機関から救命救急センターを設置する病院への電話による搬送受入要請」とは、消防機関から救命救急センターを設置する病院に対するすべての搬送受入要請のうち、評価項目11の「救命救急センターに対する搬送受入要請」を除いたものをいう。

A：「消防機関から救命救急センターを設置する病院への電話による搬送受入要請について、消防機関からの連絡を受ける専用電話があり、最初から医師か看護師が電話を受け、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ている。かつ、応需状況について院内外に公表するとともに、応答までに要する時間の短縮や応需状況の改善等に向けた検討を院内で行っている」又は「救命救急センターを設置する病院への消防機関からの搬送受入要請について、すべて救命救急センターのホットラインで受け付け、則として最初から救命救急センターの医師が応答し、直ちに受入可否等の判断を行う体制となっている」

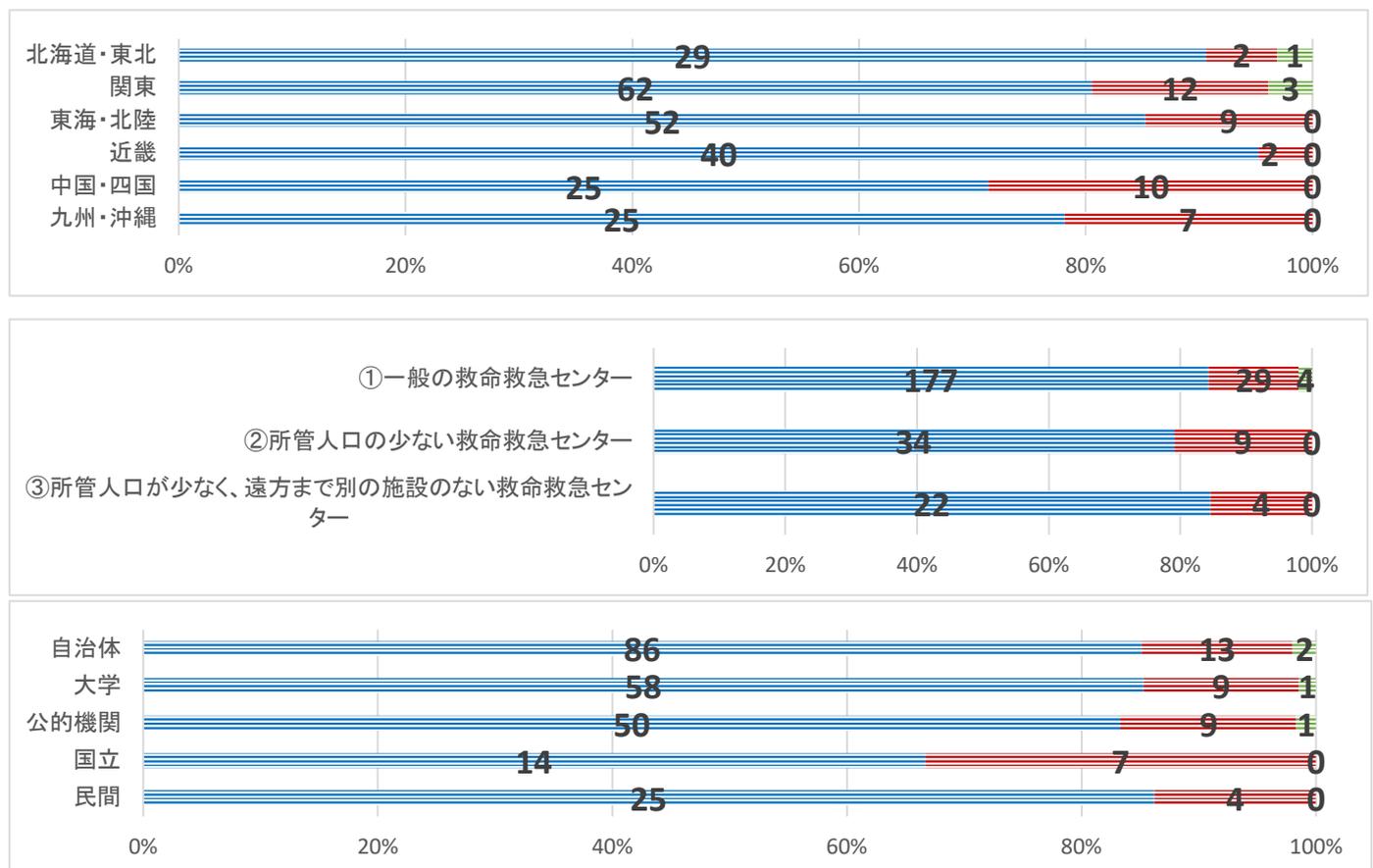
B：消防機関から救命救急センターを設置する病院への電話による搬送受入要請について、受入れに至らなかった場合の理由も含め対応記録を残し、応需率等を確認している

C：それ以外

第29-1図 病院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（全施設）



第29-2図 病院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（地域別・区分別・設立母体別）



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

議会等への関与、参画

○評価分野：地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能

○評価の担当：都道府県による評価

○評価項目の定義など：評価項目30については、都道府県による評価項目であり、救命救急センターにおいては、都道府県から評価を得ること。

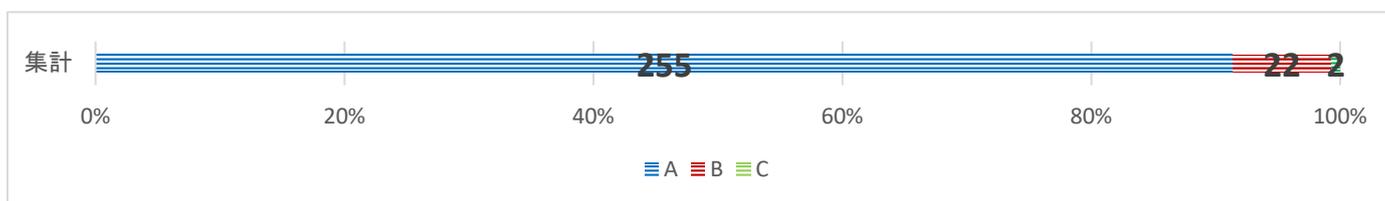
「救急医療対策協議会」とは、都道府県の医療審議会（医療法第71条の2）又は医療対策協議会（同法第30条の12）の下に、救急医療について協議する場（「作業部会」）として設置されたものをいう。

A：都道府県において模範的な水準である

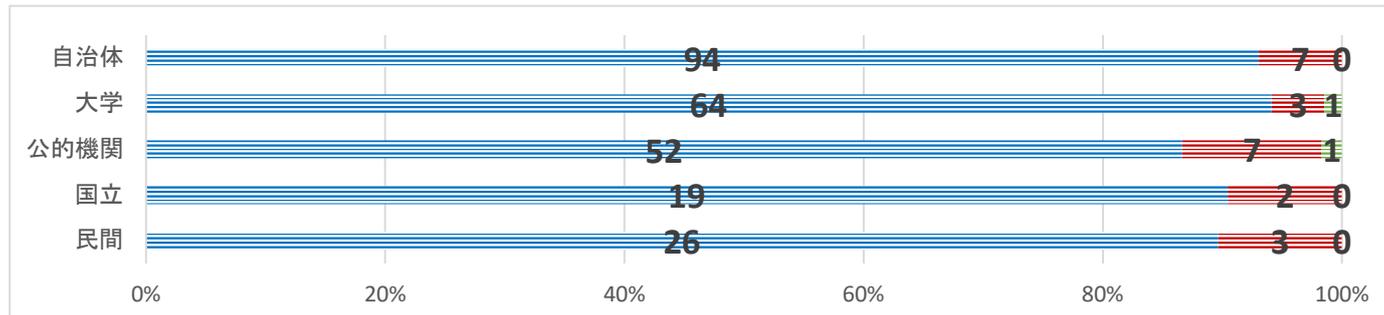
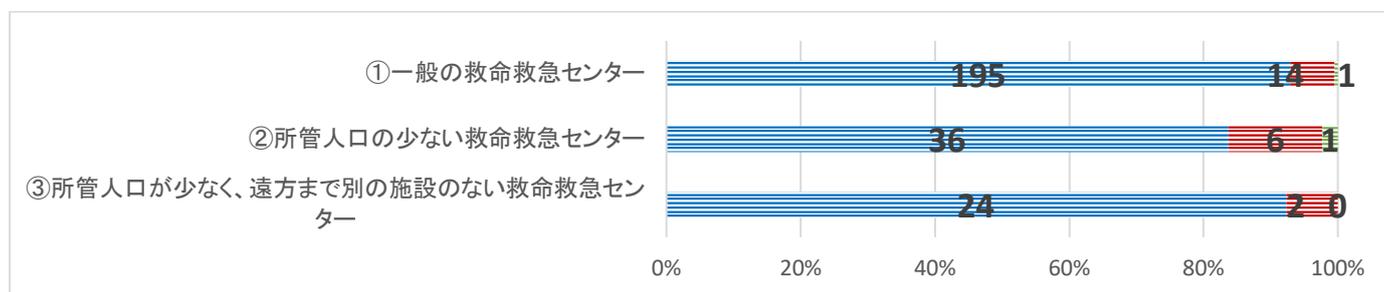
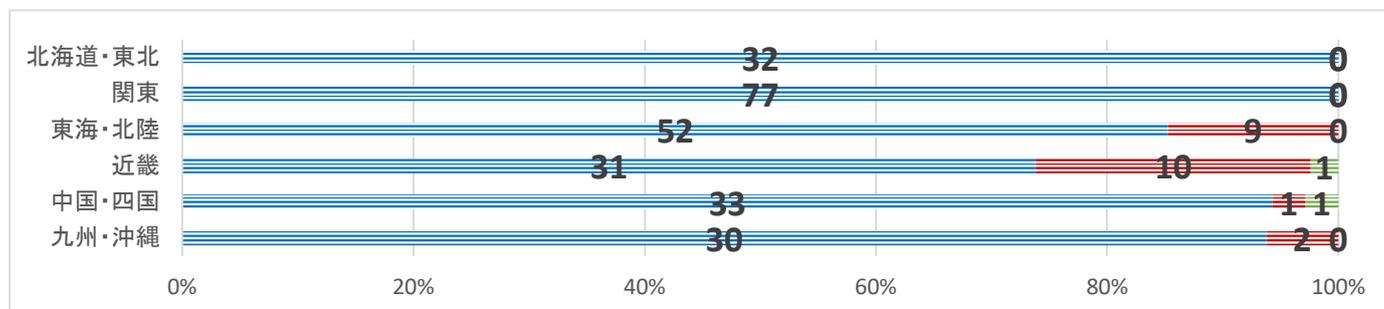
B：標準的な水準である

C：それ以外

第30-1図 都道府県 MC 協議会又は地域 MC 協議会等への関与、参画（全施設）



第30-2図 都道府県 MC 協議会又は地域 MC 協議会等への関与、参画（地域別・区分別・設立母体別）



31. (都道府県による評価) 救急医療情報システムへの関与

○評価分野：地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能

○評価の担当：都道府県による評価

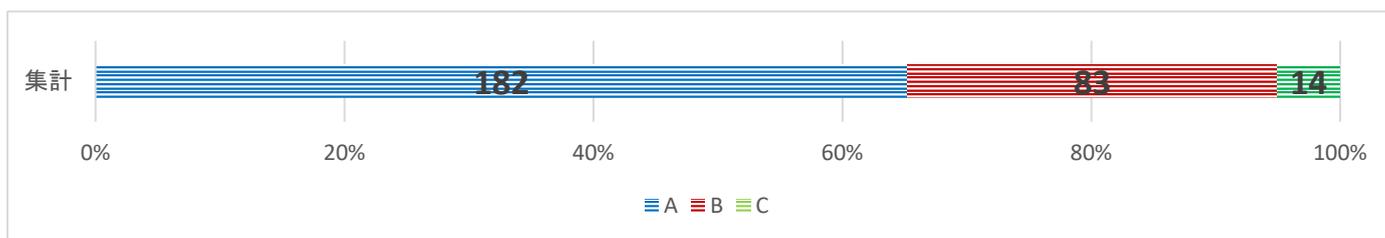
○評価項目の定義など：評価項目31については、都道府県による評価項目であり、救命救急センターにおいては、都道府県から評価を得ること。

A：都道府県において模範的な水準である

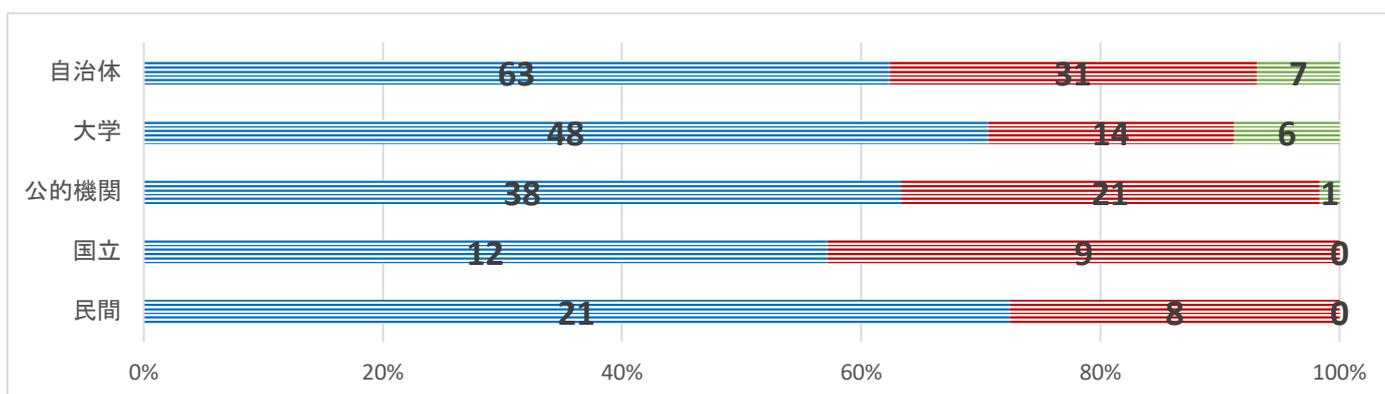
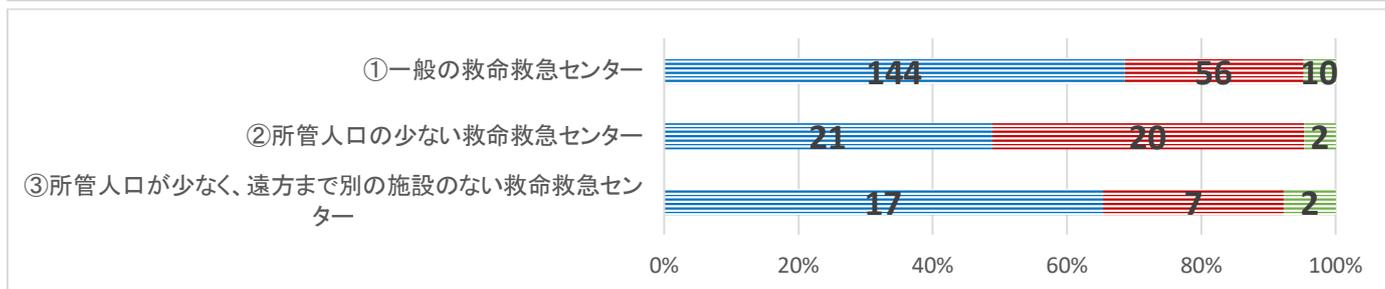
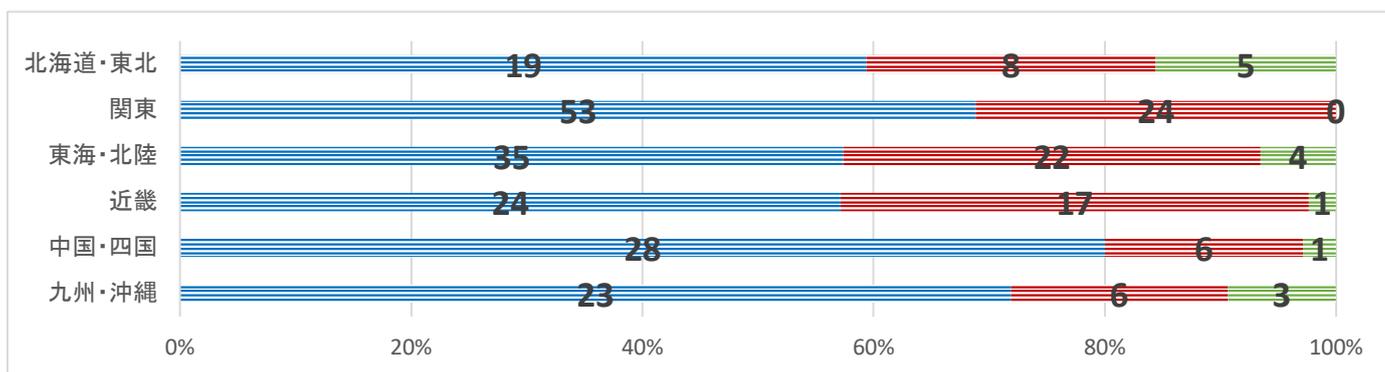
B：標準的な水準である

C：それ以外

第31-1図 救急医療情報システムへの関与（全施設）



第31-2図 救急医療情報システムへの関与（地域別・区分別・設立母体別）



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

○評価分野：地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能

○評価の担当：消防機関による評価

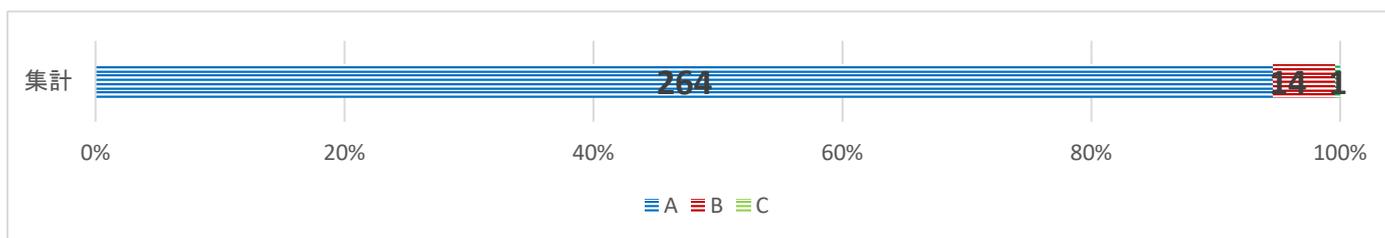
○評価項目の定義など：評価項目32については、消防機関による評価項目であり、救命救急センターにおいては、管轄消防本部の長から評価を得ること。

A：都道府県において模範的な水準である

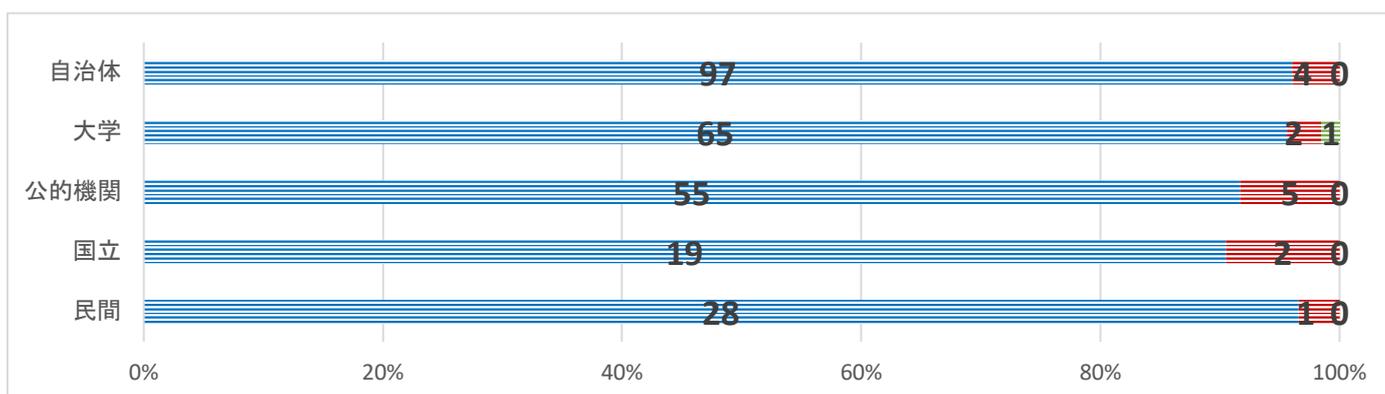
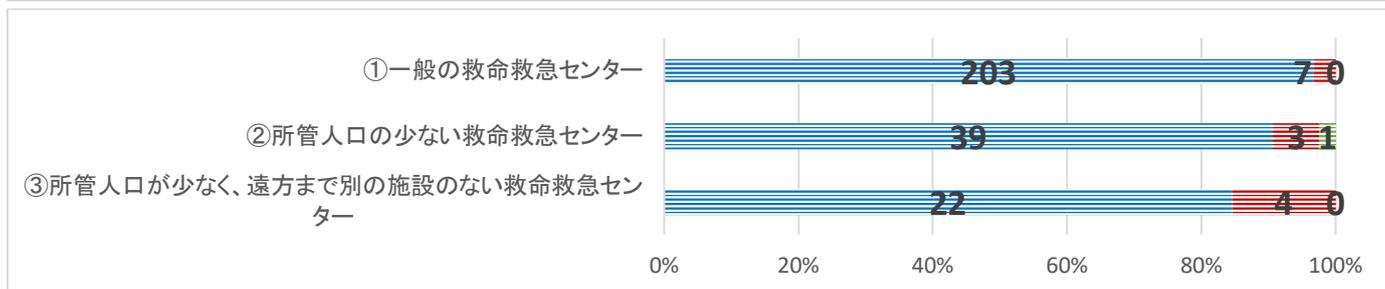
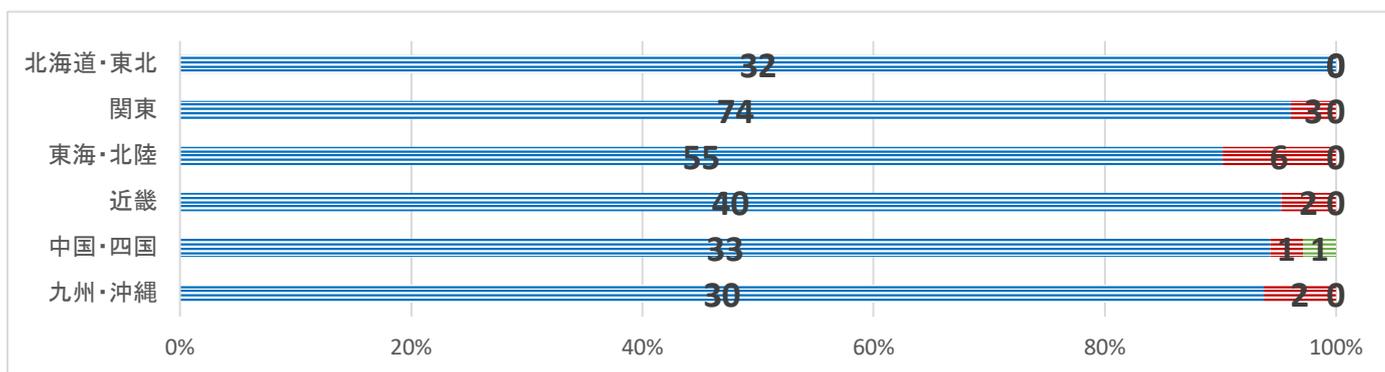
B：標準的な水準である

C：それ以外

第32-1図 ウツタイン様式調査への協力状況（全施設）



第32-2図 ウツタイン様式調査への協力状況（地域別・区分別・設立母体別）



33. 救急救命士に対する MC 体制への関与

○評価分野：地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能

○評価の担当：救命救急センター長

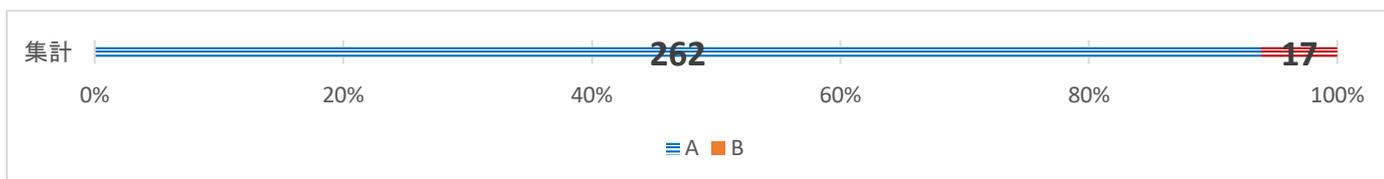
○評価項目の定義など：救命救急センターにおいては、救急救命士に対するメディカルコントロール体制に関与し、地域の救急搬送・救急医療体制を支援することが求められる。このため、「救急救命士からの指示助言要請に、救命救急センターに勤務する医師が常時、専用電話で応答し、応答記録を整備している」又は「消防司令センター等に1の専従医師を派遣し、救急救命士に適切に指示助言を行い、応答記録を整備している」という基準については、当該基準を満たす場合であっても「評価項目」に加点されないが、当該基準を満たさない場合は「是正を要する項目」に3点が計上される。

なお、「専用電話」については、ホットラインとの兼用でも差し支えない。

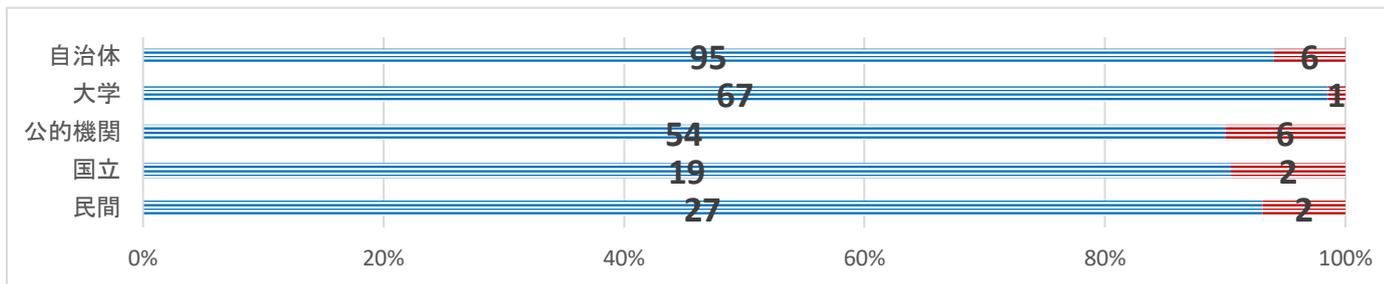
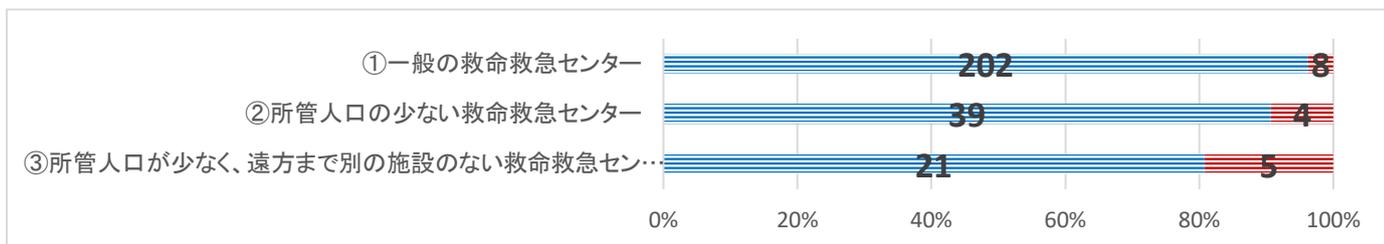
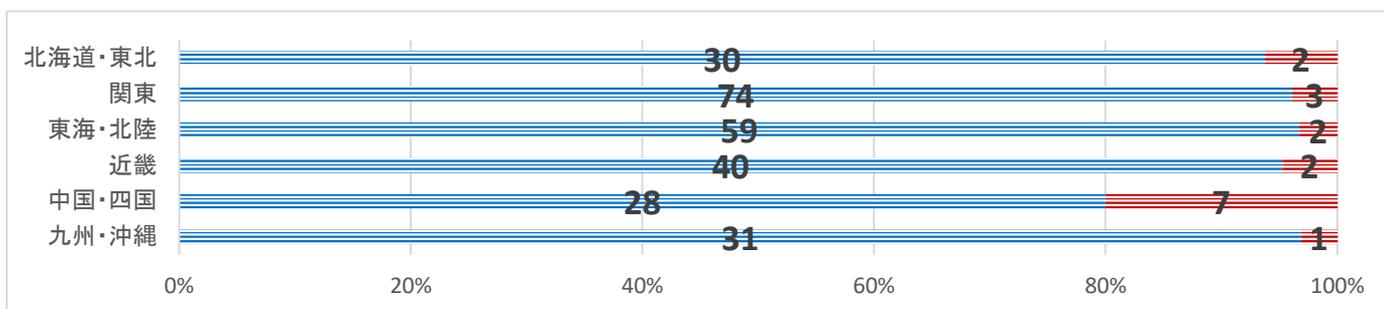
A: 「救急救命士からの指示助言要請に、救命救急センターに勤務する医師が常時、専用電話で応答し、応答記録を整備している」又は「消防司令センター等に1の専従医師を派遣し、救急救命士に適切に指示助言を行い、応答記録を整備している」

B: それ以外

第33-1図 救急救命士に対する MC 体制への関与（全施設）



第33-2図 救急救命士に対する MC 体制への関与（地域別・区分別・設立母体別）



34. 救急救命士の病院実習受入状況

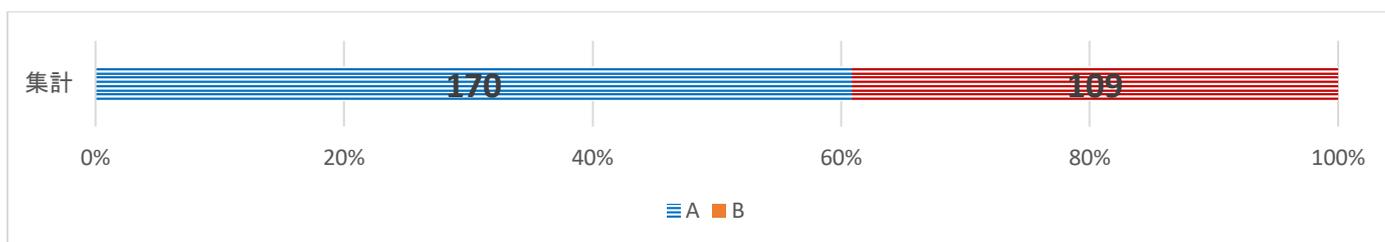
○評価分野：救急医療の教育機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○評価項目の定義など：救命救急センターにおいては、救急医療の教育機能を担うことが求められる。このため、救急救命士の病院実習について、「挿管実習受入人数が1名以上であり、かつ、薬剤投与実習受入人数が1名以上である」という基準については、当該基準を満たす場合であっても「評価項目」に加点されないが、当該基準を満たさない場合は「是正を要する項目」に5点が計上される。

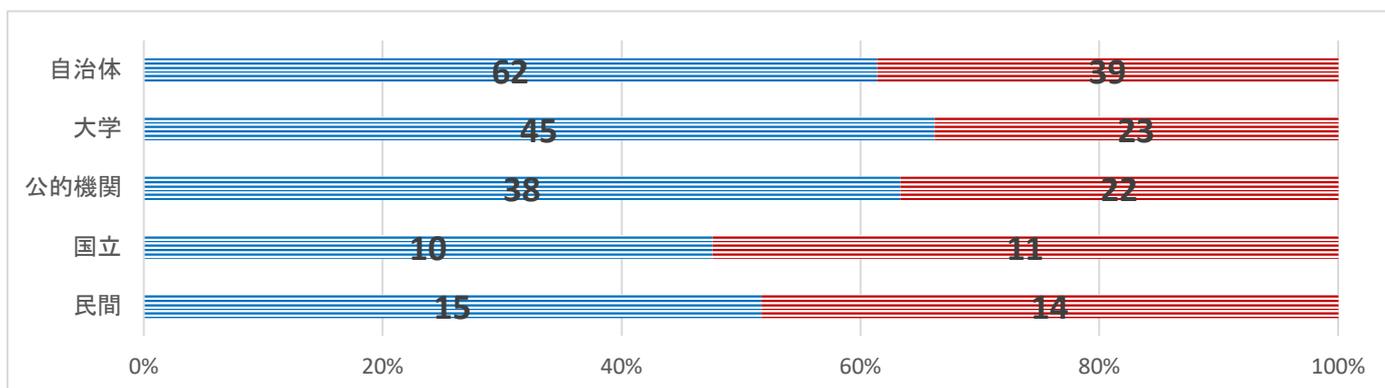
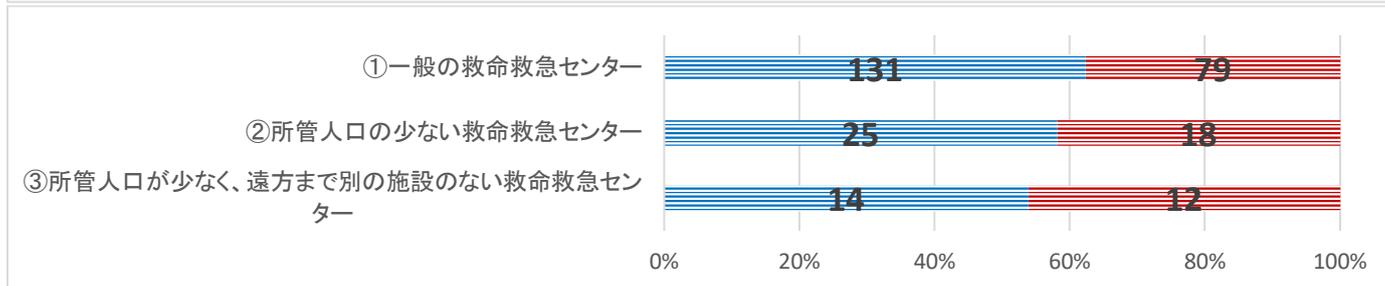
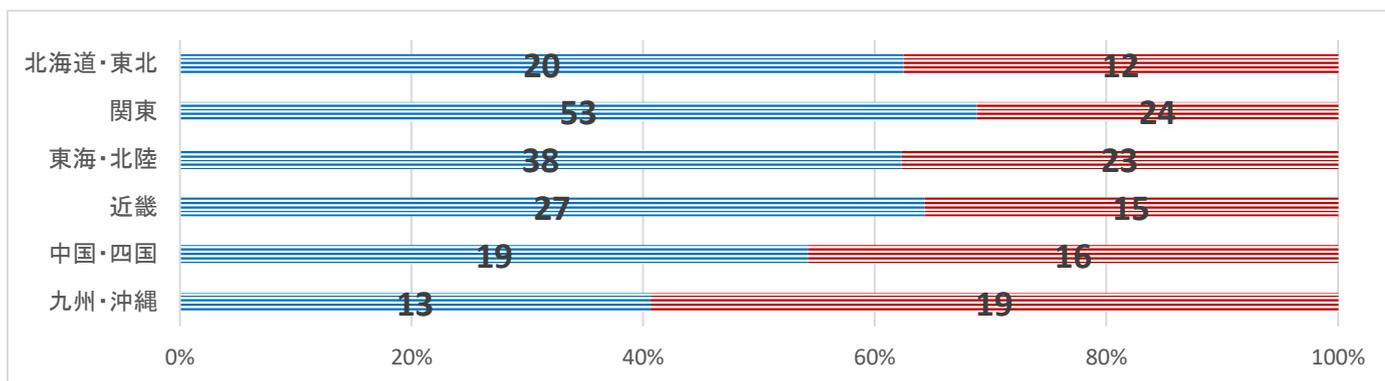
A: 挿管実習受入人数が1名以上であり、かつ、薬剤投与実習受入人数が1名以上である

B: それ以外

第34-1図 救急救命士の病院実習受入状況（全施設）



第34-2図 救急救命士の病院実習受入状況（地域別・区分別・設立母体別）



35. 臨床研修医の受入状況

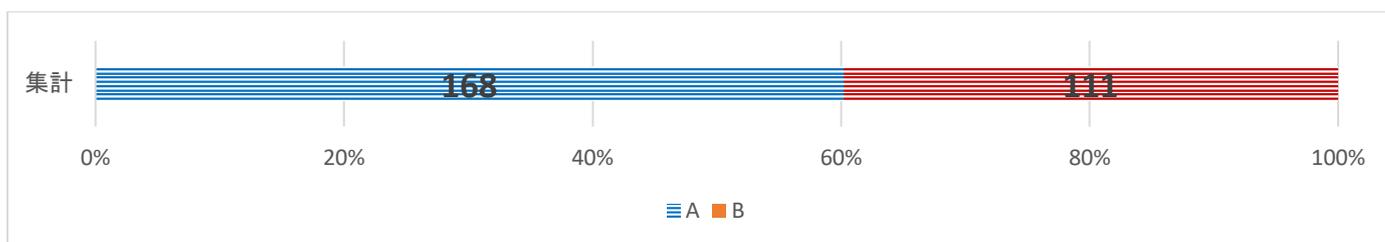
○評価分野：救急医療の教育機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○評価項目の定義など：「人・月」とは、臨床研修医一人当たりの研修月数の合計をいう（人×月の合計）。

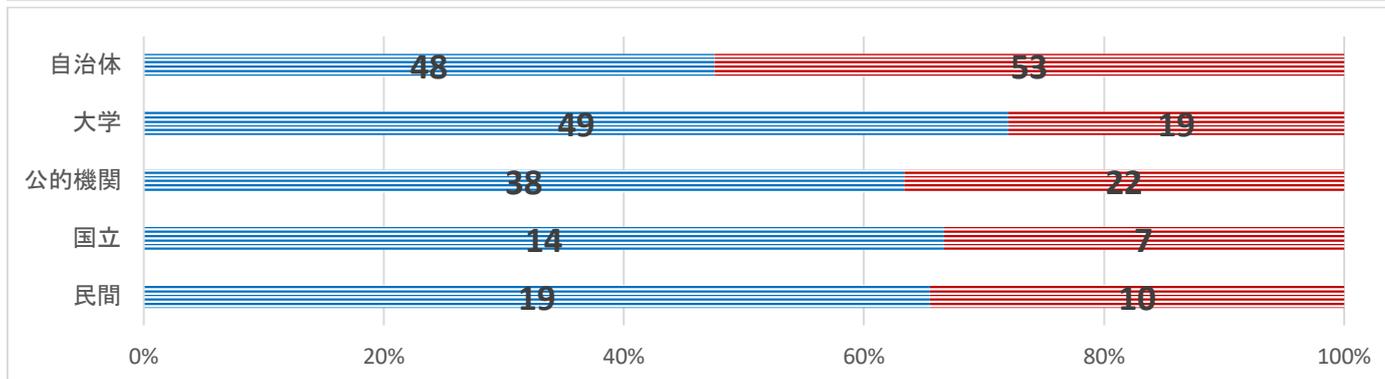
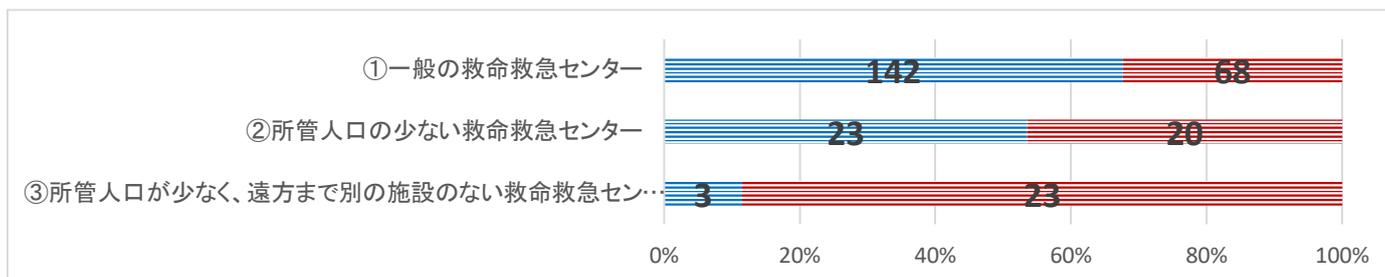
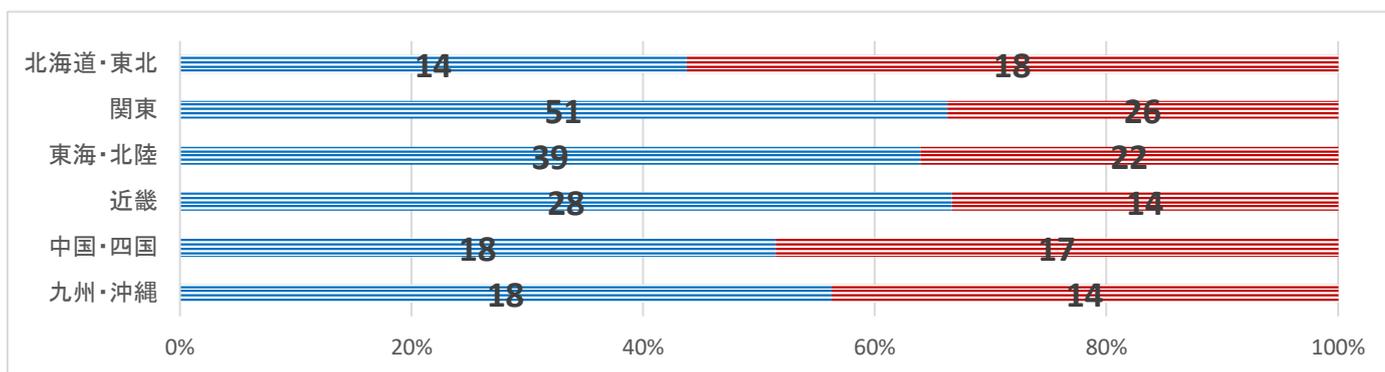
A：救命救急センター（救命救急センターの救急外来を含む。）で、臨床研修医を年間24人・月以上受け入れ、かつ、一人当たりの期間が合計2か月以上である

B：それ以外

第35-1図 臨床研修医の受入状況（全施設）



第35-2図 臨床研修医の受入状況（地域別・区分別・設立母体別）



36. 災害拠点病院の認定

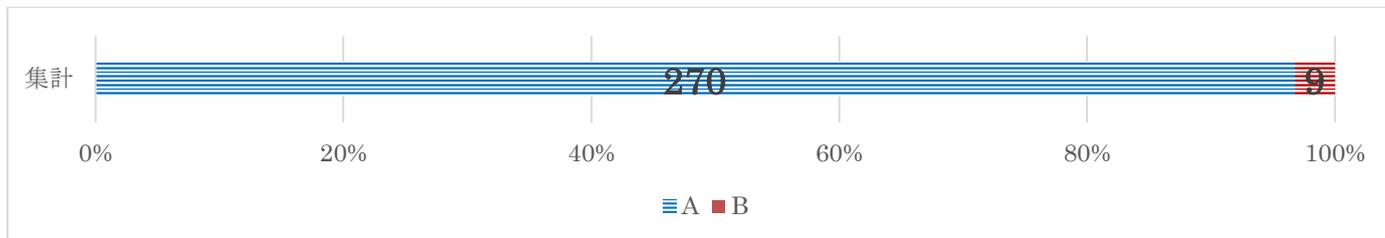
○評価分野：災害時対応機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義など：

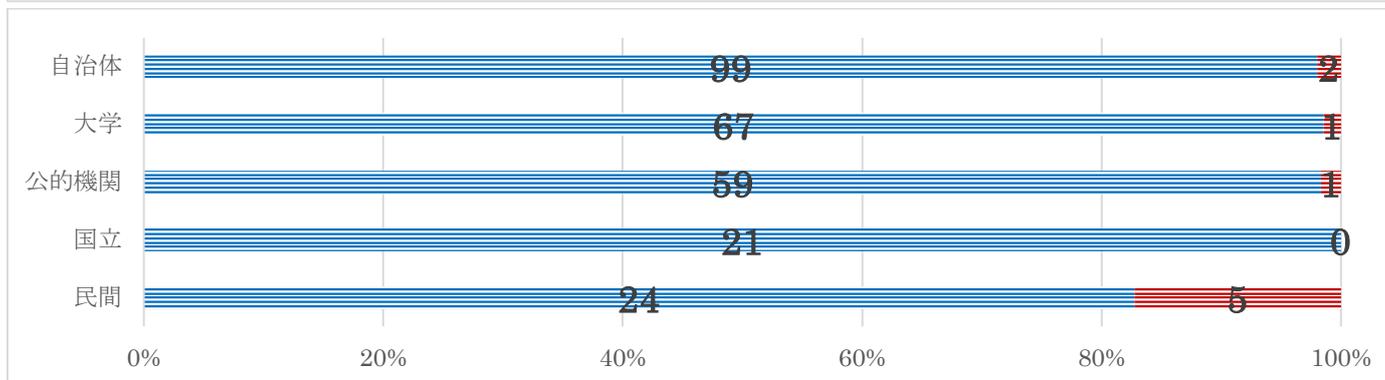
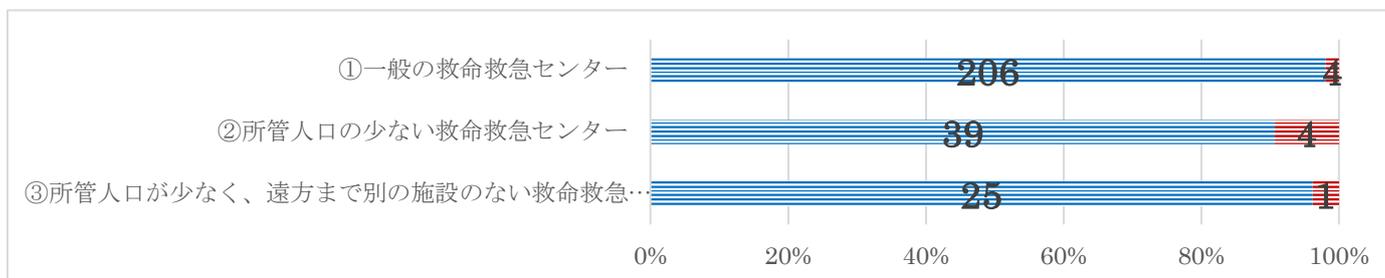
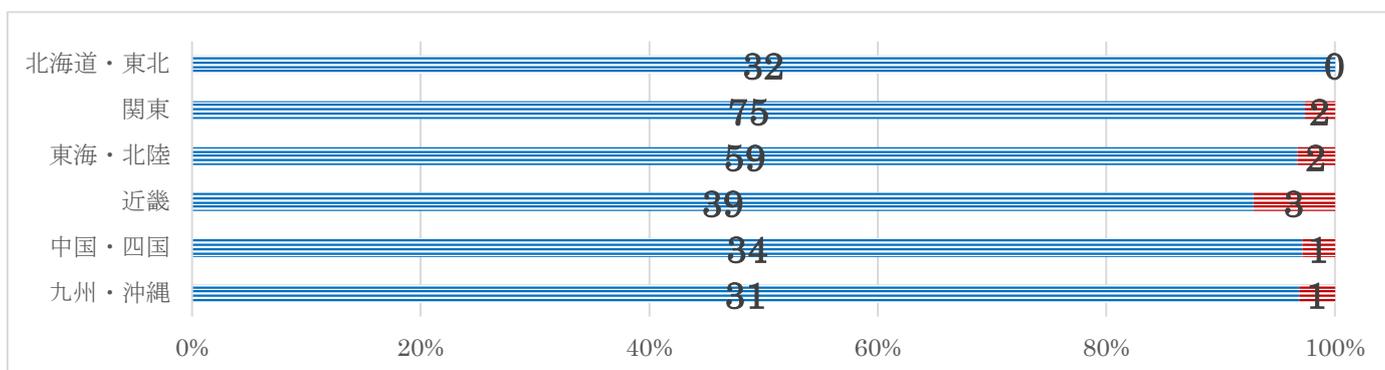
A: 災害拠点病院として認定されている

B: それ以外

第36-1図 災害拠点病院の認定（全施設）



第36-2図 災害拠点病院の認定（地域別・区分別・設立母体別）



37. DMAT 指定医療機関

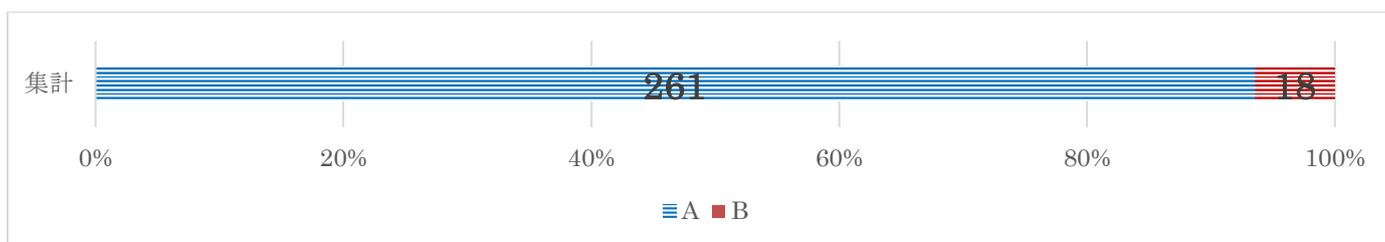
○評価分野：災害時対応機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義など：

A: DMAT 指定医療機関であり、かつ、1 の専従医師に厚生労働省の認定するDMAT研修を修了した者がいる

B: それ以外

第37-1図 DMAT 指定医療機関（全施設）



第37-2図 DMAT 指定医療機関（地域別・区分別・設立母体別）

