

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

救命救急センターの現状と評価に関する研究

研究分担者 坂本 哲也 帝京大学医学部救急医学講座
研究協力者 藤見 聡 大阪急性期・総合医療センター救急診療科
片山 洋一 札幌医科大学医学部救急医学講座
浅香えみ子 日本救急看護学会
佐藤 憲明 日本救急看護学会
橋本 聡 国立病院機構熊本医療センター精神科
日野 耕介 沼津中央病院精神科
田邊 晴山 救急救命東京研修所
野口 航 東海大学医学部総合診療学系救命救急医学
富田 啓介 千葉大学大学院医学研究院救急集中治療医学

研究要旨

(背景)救命救急センターについては、1999年より厚生労働省が施設ごとの充実度評価を行っている。現行の充実段階評価は2017年に見直されたものである。2020年からの新型コロナウイルス感染症の流行は救命救急センターの体制等にも大きな影響を与えた。

(目的)新型コロナウイルス感染症の流行等を経て、今後の救命救急センターを評価するためのより適切な充実段階評価のあり方について検討する。また、厚生労働省が公表した施設ごとの充実度評価についての詳細な情報を、経年的にとりまとめ分析することで全国の救命救急センターの現況を明らかにする。

(方法)①現行の充実段階評価に関して、全国の救命救急センターを対象に、各評価項目の見直しの必要性有無やその理由等についてアンケート調査を実施した。②救命救急センターについて、全国での年毎の整備状況等について調査した。また、2023年に実施された評価(2022年実績(令和4年1月から12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。

(結果)①213施設から291の回答が得られ、現行の救命救急センター充実段階評価について、全体を通して「見直しが必要」と回答したのが63.9%だった。②2022年12月時点で、300施設の救命救急センターが整備されていた。令和4年の充実段階評価は、新型コロナウイルス感染症の影響については個別にヒアリングが実施され評価から除外されるなどして行われた。

(考察)救命救急センターが置かれている現状を鑑みて、充実段階評価のあり方を検討することが求められているものと思われた。また救命救急センターは、令和4年に2施設増加し、10年間で41施設、15.8%の増加となった。整備については各都道府県においてメリット・デメリットを勘案しながら引き続き検討される必要があるものと考えられた。

(結語)全国の救命救急センターを対象にアンケート調査を実施し、現行の充実段階評価に関する認識を明らかにした。また、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した。

A. 背景・目的

(背景)

救命救急センターの充実段階評価については、充実度を評価することにより、個々の救命救急センターの機能の強化、質の向上を促し、もって全国の救急医療体制の強化を図る目的で 1999 年より厚生労働省が毎年施設ごとに行っている。この評価は、各施設の前年の診療実績、診療体制を項目ごとに点数化し、その評価点と是正を要する項目への該当数によって、充実度を数段階に区分するものである。評価結果は公表され、各救命救急センターの運営費補助金や診療報酬における救命救急入院料の充実段階評価に係る加算に反映される仕組みである。評価結果の詳細は厚生労働省から公開されている。

充実段階評価は 1999 年から開始されたが、救急医療体制の課題と方向性について厚生労働省が実施する検討会、審議会を経て 2010 年、2017 年に見直されている。2020 年からの新型コロナウイルス感染症の流行は、地域の医療提供体制に大きな影響があり、救命救急センターにも大きな影響を与えた。同年以降の充実段階評価においては例年同様の評価を行うことが困難であり、評価項目のうち影響を受けたと考えられた評価項目は評価項目から除外されて実施されている。

(目的)

新型コロナウイルス感染症の流行等を経

て、今後の救命救急センターを評価するための充実段階評価のあり方について検討する。また、厚生労働省が公表した施設ごとの充実段階評価についての詳細な情報を、経年的にとりまとめ分析することで全国の救命救急センターの現況を明らかにする。

B. 研究方法

現行の充実段階評価に関して、全国の救命救急センターを対象に、各評価項目の見直しの必要性の有無やその理由、新たに追加が必要と考えられる内容についてアンケート調査を実施した。また救命救急センターの現況については、厚生労働省が救命救急センターの充実段階評価とともにデータを経年的に調査しており、当該データを用いた検討を前年度に引き続き行った。したがって研究の方法、考察などは、背景、目的と同様に、前年度の報告を踏襲している。

① 充実段階評価に関するアンケート調査

全国の救命救急センターを対象として、現行の充実段階評価の各評価項目に関して、見直しの必要性の有無やその理由、新たに追加が必要と考えられる内容について、Web アンケートフォーム (Google Forms®) を用いてアンケート調査を実施した (別添 1)。なお、充実段階評価に関しては、救命救急センター長が回答する評価項目と、救命救急センターを有する施設の管理者が回答する評価項目に分かれているため、アンケート調査においても評価項目によって救

命救急センター長が回答する項目と施設管理者が回答する項目とに分けてアンケートを作成し、すべての施設で救命救急センター長及び施設管理者から回答するように依頼した。

②全国の救命救急センターの状況

これまで整備された救命救急センターについて、全国での年毎の整備の状況などについて調査した。また「救命救急センターの新しい充実度評価について」(厚生労働省医政局指導課長通知)に基づいて、2023年に実施された評価(2022年実績(令和4年1月から12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。

C. 研究結果

①充実段階評価に関するアンケート調査について

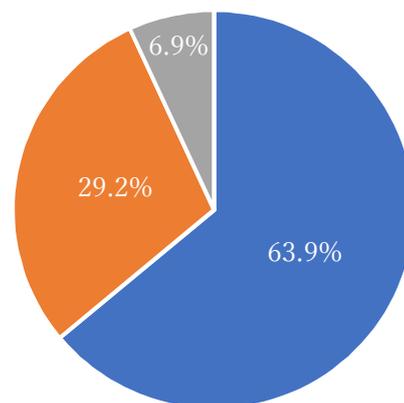
全国の救命救急センター300施設に対してアンケート調査を実施し、213施設から291の回答が得られた。救命救急センター長及び施設管理者の両者から回答が得られたのは78施設、救命救急センター長のみから回答が得られたのは129施設、施設管理者のみから回答が得られたのは6施設だった。

回答が得られた施設の令和3年充実段階評価の結果は、S評価が38.5%(82施設)、A評価が58.7%(125施設)、B評価が0.9%(2施設)、施設の統合や新設により令和3年の評価を実施していない施設が

1.9%(4施設)であった。

現行の救命救急センター充実段階評価について、全体を通して「見直しが必要」と回答したのが63.9%(n=186)、「見直しは不要」が29.2%(n=85)、「評価困難」が6.9%(n=20)という結果だった(図1)。各回答を選択した理由については別添2に掲載する。

図1 現行の充実段階評価について見直しの必要性に関するアンケート調査結果



■ 見直しが必要 ■ 見直しは不要 ■ 評価困難

各評価項目別に見てみると、多くの評価項目で「項目、内容共に妥当」の回答が60%を越えており、45項目中33項目では70%を越えていた。「項目、内容共に妥当」の回答が60%を下回った項目としては、「1. 救命救急センター専従医師数」(52.6%)、「2.1.1.のうち、救急科専門医数」(54.6%)、「7.2. 地域貢献度」(55.6%)、「7.1. 年間に受け入れた重篤患者数(来院時)」(58.3%)が挙げられる。各評価項目における回答の詳細な

内訳については別添3に掲載する。

②全国の救命救急センターの状況

＜救命救急センターの整備の状況＞

2022年12月時点で、全国で300施設の救命救急センターが整備されている。2005年ごろから、高いペースでの施設数の増加が続いていたが、徐々に増加ペースは下がり、本年は3施設の増加であった。本邦の総人口を救命救急センター数で除した数値、つまり施設あたりの担当人口は、416,490人となる。

救命救急センターのうち、高度救命救急センターに位置づけられているのが46施設（前年同）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18施設（前年比+1施設）であった。また、ドクターヘリ基地施設が62施設であった。

都道府県別施設数でみると、東京都（26施設）、愛知県（24施設）、神奈川県（21施設）、大阪府（16施設）の順に多く、山梨県で少なく1施設、秋田県、富山県、石川県、福井県、鳥取県で各2施設であった。都道府県あたり平均6.4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100万人あたり施設数が多く、山梨県、埼玉県、熊本県の順に人口あたり施設数が少なかった。また、面積比でみると、東京都、神奈川県、大阪府、愛知県、埼玉県、千葉県順に面積10万平方kmあたり施設数が多く、北海道、秋田県、山梨県、岩手県、福島県の順に面積

あたりの施設数が少なかった。（別添4「I.救命救急センターの整備の概要」）

この10年間での救命救急センターの整備状況等の推移については別添5図表1に示す。

＜救命救急センター充実段階評価から見た整備の概要＞

今年度の調査の対象となった300施設のうちで、評価Cが0施設（昨年1施設）、評価Bが8施設（昨年5施設）あった。評価Aが206施設（昨年196施設）、S評価が86施設（昨年96施設）であった。充実段階評価結果の経年的な推移については別添5図表2に示す。

また評価項目ごとに、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）、設立母体別（大学、国立、公的、自治体立、民間等）、施設の属性別（一般の救命救急センター、高度救命救急センター）での状況を明らかにした。

各施設の専従医数は、平均11.3人（最大42人、最小0人）であった。各施設の専従医数にしめる救急科専門医数は、平均6.4人（最大22人、最小0人）であった。平均値については、いずれも、近年は徐々に増加傾向にある。

各施設の年間に受け入れた重篤患者数は、平均1063人（最大2,595人、最小192人）であった。平均値は、2021年に引き続き増加傾向となっている。また、2019年に比べれば約2%増加している。各施設の年間に受

け入れた救急車搬送人員は、平均 5,350 人（最大 22,355 人、最小 446 人）であった。平均患者数は前年に比べ 12%増加、2019 年と同水準となっている。これらの経年的な状況を別添 5 図表 3 に示す。

その他の調査項目の詳細を、別添 4 「Ⅱ. 救命救急センター充実段階評価からみた整備の概要」に示す。なお、令和 2 年以降、新規に設置された救命救急センターとデータ欠損していた救命救急センターを除外した 287 施設について、令和元年と令和 4 年とで、実数ないしは「評価点」の比較を行った。

D. 考察

①充実段階評価に関するアンケート調査

現行の充実段階評価全体を通しての評価は、6 割以上の回答者が「見直しが必要」と回答した。見直しが必要な理由は様々挙げられた。その一つは、設置されている地域により各救命救急センターが求められている役割や状況が異なることが項目や評価に反映されていない点が指摘された。救急医療提供体制は、各地域の実情に応じて都道府県が医療計画を策定し整備している。個々の救命救急センターに求められる機能や役割はその地域によって様々である一方で、救命救急センターの充実段階評価については、個々の救命救急センターの機能の強化や質の向上を促すことを目的として、全国一律の評価基準で評価が実施されているため、このような見直しが必要との意見が挙げられたと考えられる。しかしながら各

評価項目別の回答内訳を見てみると、多くの評価項目で、6 割以上の回答者が「項目、内容共に妥当」と回答しており、現行の充実段階評価が、評価基準として一定の役割を果たしているものと考えられる。ただし、本アンケート調査は充実段階評価を受ける救命救急センターを対象に実施したものであり、評価される側の都合での回答となっている可能性がある。評価方法の妥当性については、救命救急センターを利用する患者、消防機関、あるいは地域の医療体制の提供を担う地方自治体等の視点での評価も反映させるのが望ましい。

他の理由としては、医師の働き方改革の点が指摘された。医師の働き方改革により医師の労働時間等に制限がかかることで、診療体制の整備を求める評価項目において現行の評価基準を満たすことができなくなる懸念があるため、意見が挙げられたと考えられる。

さらに、2020 年からの COVID-19 の流行が、救命救急センターに求められる役割等に影響を与えた点が指摘された。令和 6 年から施行される第 8 次医療計画より、従来の 5 疾病・5 事業及び在宅医療に加えて、6 事業目として新興感染症対応が医療計画に加わることとされている。COVID-19 の流行においては、多くの救命救急センターが COVID-19 患者を受け入れてきた実績があるが、今後の感染症対応において救命救急センターがどのような役割を担うべきであるのかについては議論があるところであ

る。現在、厚生労働省においては医療計画作成指針に関して議論が行われているところであり、その内容についても踏まえた検討が必要であるとする。

このように、時代背景の変化や地域の状況から見直しが必要との意見があることから、救命救急センターが置かれている現状を鑑みて、充実段階評価のあり方を検討することが求められているものと思われる。

②全国の救命救急センターの状況

<救命救急センター整備の状況>

救命救急センターは、令和4年さらに2施設増加し、2014年からの10年間で41施設、15.8%の増加となった。救命救急センターの整備については、当初100万人あたり1施設を目処とされていたが、現在は人口100万人あたり2.4施設となっている。地域によって周囲の救急医療提供体制や地理的条件、交通アクセス等が異なることから、適切な施設数を全国一律に論じることは難しい。

施設数の増加に関するメリット・デメリットについてはこれまでも論じられてきたところであるが、施設数が増加することの最大のメリットは救命救急センターへのアクセスの改善である。緊急性の高い傷病者にとっては、アクセスの改善が生命予後、機能予後に直結するため、アクセスの改善は大きなメリットとなる。

一方、施設数増加のデメリットとして挙げられるのは、1施設あたりの症例数の減

少による診療の質の低下や、救命救急センターで勤務する医師も含めた医療資源分散化である。

救命救急センターの整備については、各都道府県が地域の実情に応じて検討するものであり、上述したようなメリット・デメリットを勘案しながら医療計画等において引き続き検討される必要がある。

<救命救急センター充実段階評価から見た整備の概要>

令和3年は新型コロナウイルス感染症の影響を受けたことが示唆された9項目を除外項目として評価が実施された。令和4年においては、全ての項目を原則除外せずに評価が行われたうえで、地域の実情によって新型コロナ診療に特化するなどの役割を担うことによって、救命救急センターが本来担うべき機能の一部を十分に果たすことができなかつた医療機関を想定し、全300施設の内、希望する48施設に対しては、令和3年の評価において除外対象とした9項目について、都道府県を通して、当該施設の役割や貢献度等を含めて個別に新型コロナウイルスの影響に関してヒアリングが実施され、その結果に応じて各項目について改めて評価を実施した。

新型コロナウイルス感染症の影響もあり令和2年の救急搬送人員数は約529.6万人と令和元年(約598.0万人)に比べ減少したものの、令和3年には約549.4万人と再び増加傾向

となっており¹、傷病者数の増加を受けて各救命救急センターの救急車受入れ数等が2019年の水準まで増加してきたものと考えられる。高齢化等を背景に今後も救急搬送人員数は増加することが見込まれており、救命救急センターでの受け入れ患者数は引き続き増加することが想定される。

2023年5月8日には新型コロナウイルス感染症は感染症法上5類感染症の位置付けとなり、2020年より始まった新型コロナ感染症も一定の区切りを迎えることとなる。しかしながら、新型コロナ感染症患者は引き続き発生するため、今しばらくは救命救急センターを含めた救急医療提供体制への影響を注視していく必要があるものと考えられる。

E. 結論、おわりに

全国の救命救急センターを対象にアンケート調査を実施し、現行の充実段階評価に関する認識を明らかにした。また、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した。

F. 研究発表

なし

G. 知的所有権

なし

¹ 総務省消防庁「令和4年版 救急救助の現況」

【別添1】

R4 充実段階評価項目に関するアンケート

救命救急センター 関係者様各位

毎年厚生労働省が実施している救命救急センターの充実段階評価の項目に関するアンケート調査を実施します。この調査の結果は、救命救急センター充実段階評価について、今後の厚生労働省における議論の基本資料となる重要な調査となりますので、是非ご協力をお願いいたします。

アンケート入力フォームは、設問の内容に応じて、救命救急センター長様、施設の管理者様に分けて作成してあります。

本アンケートフォームは救命救急センター長様に回答いただく内容になります。

各項目について回答をお願いします。回答を確認する場合がありますので、回答者のメールアドレスの記載をお願いいたします。

R4 厚労科研横田班(地域医療)坂本分担研究班

メールアドレス: _____

都道府県: _____

医療機関名: _____

各項目について1つ選択してください。また、理由も記載してください

本項目は救命救急センター長が回答する項目です

【別添1】

1. 救命救急センター専従医師数*

- ①救命救急センター 6人以上:1点/10人以上:2点/14人以上:3点
- ②地域救命救急センター 3人以上:1点/5人以上:2点/7人以上:3点

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

2. 1.のうち、救急科専門医数*

- ①救命救急センター 5人以上:1点/7人以上:2点
- ②地域救命救急センター 2人以上:1点/4人以上:2点

【是正を要する項目】①2人以下 ②1人以下

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

3.1 休日および夜間帯における医師数*

- ①救命救急センター 2人:1点/3人:2点/4人以上:3点
- ②地域救命救急センター 1人:1点/2人以上:3点

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

【別添1】

3.2 休日および夜間帯における救急専従医師数*

①救命救急センター 2人以上:2点

②地域救命救急センター 1人以上:2点

(1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)

(2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要

(3)項目として不要

(4)評価困難

選択した理由について: _____

4. 救命救急センター長の要件*

・救命救急センター長が専従医師であり、かつ救急医療に深く関連する学会認定の指導医など客観的に救急医療に関する指導者として評価を受けている、又は専従医師であり、かつ救急科専門医である:1点

・救命救急センター長が専従医師であり、かつ日本救急医学会指導医である:2点

【是正を要する項目】上記の基準を満たさない場合

(1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)

(2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要

(3)項目として不要

(4)評価困難

選択した理由について: _____

5. 転院および転棟の調整を行う者の配置*

・院内外の連携を推進し、転院及び転棟の調整を行う者が、救命救急センター専任として配置されている:1点

・院内外の連携を推進し、転院及び転棟の調整を行う者が、平日の日勤帯に救命救急センターに常時勤務している:2点

【是正を要する項目】上記の基準を満たさない場合

(1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)

(2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要

(3)項目として不要

(4)評価困難

選択した理由について: _____

【別添1】

6. 診療データの登録制度への参加と自己評価*

- ・救命救急医療に関わる疾病別の診療データの登録制度へ参加し、自己評価を行っている:2点

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

7.1 年間に受け入れた重篤患者数(来院時)*

- ・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

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

7.2 地域貢献度*

- ・地域貢献度(地域内の重篤患者を診察している割合＝所管地域人口当たり当該施設に搬送された重篤患者数/全国総人口当たり全国重篤患者数)が
0.5 以上:2 点

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

【別添1】

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および改善への取組*

- ・救命救急センターに対する消防機関からの電話による搬送受入要請について、受入れに至らなかった場合の理由も含め対応記録を残し、応需率等を確認している:1点
- ・上記に加え、応需状況(搬送件数、内訳、応需率や不応需理由)について院内に公表するとともに、院内の委員会で応需状況の改善等に向けた検討を実施している:2点
- ・上記2つの内容に加え、調査対象年の応需状況について院外に公表するとともに、院外の委員会(メディカルコントロール協議会等)で応需状況の改善等に向けた検討を実施している:3点

【是正を要する項目】上記の基準を満たさない場合

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

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
- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
 - (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
 - (3)項目として不要
 - (4)評価困難

選択した理由について: _____

【別添1】

36. メディカルコントロール体制への関与*

- ・救命救急センターに勤務する医師又は1に該当する専従医師であって消防司令センター等に派遣されている医師は、救急救命士からの指示要請に対し、適切な指示助言を行い、応答記録を整備している:1点
- ・上記に加え、当該医師が事後検証に参加している:2点
- ・上記に加え、当該医師が事前プロトコルの作成に携わっている:3点
- ・上記に加え、当該医師が救急救命士の再教育(生涯教育)のための調整を行っている:4点

【是正を要する項目】上記の基準を満たさない場合

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

全体質問 1)全体を通して、現在実施している充実段階評価の見直しについて*

- (1)見直しが必要
- (2)見直しは不要
- (3)評価困難
- (4)その他:

(全体質問 2)(前の問いを)選択した理由について

回答: _____

(全体質問 3)仮に、今後充実段階評価の評価項目等を見直すことになった場合、項目として追加した方がいい内容等についてご意見ください(自由記載)*

回答: _____

【別添1】

R4 充実段階評価項目に関するアンケート

救命救急センター 関係者様各位

毎年厚生労働省が実施している救命救急センターの充実段階評価の項目に関するアンケート調査を実施します。この調査の結果は、救命救急センター充実段階評価について、今後の厚生労働省における議論の基本資料となる重要な調査となりますので、是非ご協力をお願いいたします。

アンケート入力フォームは、設問の内容に応じて、救命救急センター長様、施設の管理者様に分けて作成してあります。

本アンケートフォームは施設の管理者様に回答いただく内容になります。

各項目について回答をお願いします。回答を確認する場合がありますので、回答者のメールアドレスの記載をお願いいたします。

R4 横田班(地域医療)坂本分担研究班

メールアドレス: _____

都道府県: _____

医療機関名: _____

各項目について1つ選択ください。また、理由も記載してください
本項目は病院の管理者が回答する項目です

【別添1】

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

【是正を要する項目】上記の基準を満たさない場合

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

11. 内因性疾患への診療体制*

- ・循環器科、脳神経科及び消化器科において夜間・休日の院外オンコール体制が整備されていることにより、循環器疾患、脳神経疾患又は消化管出血を疑う患者が搬送された時に、救急外来から診療を依頼された診療科において迅速に診療できる体制になっている:1点

- ・循環器科、脳神経科及び消化器科の全ての診療科の医師が院内に常時勤務していることにより、循環器疾患、脳神経疾患又は消化管出血を疑う患者が搬送された時に、救急外来から診療を依頼された診療科において迅速(来院から治療開始までに60分)に診療できる体制になっている:2点

【是正を要する項目】上記の基準を満たさない場合

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

【別添1】

12. 外因性疾患への診療体制*

- ・一般外科、脳神経外科及び整形外科において夜間・休日の院外オンコール体制が整備されていることにより、外傷を疑う患者が搬送された時に、救急外来から診療を依頼された診療科が迅速に診療できる体制になっている:1点
- ・一般外科、脳神経外科及び整形外科の全ての診療科の医師が院内に常時勤務していることにより、外傷を疑う患者が搬送された時に、1に該当する専従医師が診察を行い、救急外来から診療を依頼された診療科が迅速(来院から治療開始までに60分)に診療できる体制になっている:2点

【是正を要する項目】上記の基準を満たさない場合

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

13. 精神科医による診療体制*

- ・精神的疾患を伴う患者が搬送された時に、院内の精神科医が常時直接診察するか、救命救急センターの医師が常時精神科医(近隣の精神科病院との連携も含む)に相談できる体制になっている:2点
- ・上記に加え、精神科医が救命救急センターのカンファレンス等に参加するなど、精神疾患を伴う患者の入院中の治療、退院支援、転院先との連携等に継続的に関わる体制になっている:3点

【是正を要する項目】上記の基準を満たさない場合

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

【別添1】

14. 小児(外)科医による診療体制*

- ・小児患者(患児)が搬送された時に、院内の小児(外)科医が常時直接診察するか、救命救急センターの医師が小児(外)科医に常時相談できる体制になっているとともに、小児の救命救急医療に必要な機器等が整備されている:2点

【是正を要する項目】上記の基準を満たさない場合

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

15. 産婦人科医による診療体制*

- ・産(婦人)科に関する患者が搬送された時に、院内の産(婦人)科医が常時直接診察するか、救命救急センターの医師が産(婦人)科医に常時相談できる体制になっている:2点

【是正を要する項目】上記の基準を満たさない場合

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

16. 医師事務作業補助者の有無*

- ・医師事務作業補助者が、平日の日勤帯に、救命救急センターに専従で確保されている:1点
- ・医師事務作業補助者が、常時、救命救急センターに専従で確保されている:2点

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

【別添1】

17. 薬剤師の配置*

・薬剤師が、平日の日勤帯に救命救急センターに常時勤務している:2点

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

18. 臨床工学技士の配置*

・臨床工学技士がオンコール体制などにより、緊急透析や人工心肺(PCPSを含む)操作に常時対応できる:1点

・臨床工学技士が常時院内に待機しており、緊急透析や人工心肺(PCPSを含む)操作に対応している:2点

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

19. 医師及び医療関係職と事務職員等との役割分担*

・医師及び医療関係職と事務職員等との連携・協力方法や役割分担について、具体的な計画を策定し周知している:2点

【是正を要する項目】上記の基準を満たさない場合

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

【別添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

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

21. 手術室の体制*

- ・麻酔科の医師及び手術室の看護師のオンコール体制により、緊急手術が必要な患者が搬送された際に、直ちに(来院から治療開始までに60分以内)に手術が可能な体制が常時整っている:1点
- ・麻酔科の医師及び手術室の看護師が院内で待機しており、緊急手術が必要な患者が搬送された際に、直ちに手術が可能な体制が常時整っている:2点
- ・上記2つの内容に加え、30分以内に手術ができ、かつ複数の緊急患者の手術ができる体制が整っている:3点

【是正を要する項目】上記の基準を満たさない場合

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

【別添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設置する病院において、救命救急センターの機能に関する評価・運営委員会等を設置し、また、重篤患者への診療体制や院内の連携についての会議を少なくとも6か月毎に開催している:2点

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

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

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

24. 休日及び夜間勤務の適性化*

・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日付け厚生労働省労働基準局長通知)等が遵守されているかどうか、四半期毎に点検し改善を行っている:1点

・上記に加え、3の休日及び夜間の救命救急センターで診療を行う医師の勤務について、交代制勤務を導入している:2点

【是正を要する項目】上記の基準を満たさない場合

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

【別添1】

25. 救命救急センターを設置する病院の年間受け入れ救急車搬送人員*

・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

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

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および改善への取組*

- ・救命救急センターを設置する病院に対する消防機関からの搬送受入要請について、最初から救命救急センターを設置する病院の医師又は看護師が専用電話で対応、又は救命救急センターの医師がホットラインで対応し、いずれの場合も、受入れに至らなかった場合の理由を含め対応記録を残し、応需率等を確認している:1点
- ・上記に加え、応需状況(搬送件数、内訳、応需率や不応需理由)について院内に公表するとともに、院内の委員会で応需状況の改善等に向けた検討を実施している:2点
- ・上記に加え、調査対象年の応需状況について院外に公表するとともに、院外の委員会(メディカルコントロール協議会等)で応需状況の改善等に向けた検討を実施している:3点

【是正を要する項目】上記の基準を満たさない場合

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

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

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

【別添1】

選択した理由について: _____

28. 脳死判定および臓器・組織提供のための整備等*

・脳死に関する委員会(脳死判定委員会、倫理委員会等)が組織化されており、脳死判定シミュレーションが年1回以上実施されている。もしくは過去3年以内に実績がある:2点

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

29. 救急医療領域の人生の最終段階における医療の整備*

・明文化された基準・手順が整備され、多職種による患者・家族等の意向を尊重した対応が行われている:2点

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

30. 救急医療領域の虐待に関する整備*

・小児虐待、高齢者虐待、障害者虐待、配偶者からの暴力等を受けた疑いのある場合の対応方針を策定している:2点

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

31. 地域の救急搬送*

・平時から、ドクターカー、ドクターヘリ等により、地域のニーズに合わせて現場に医師を派遣できる体制ができている:2点

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要

【別添1】

(3)項目として不要

(4)評価困難

選択した理由について: _____

32. 地域の関係機関との連携*

- ・地域の関係機関(都道府県、医師会、救急医療機関(初期、第二次、第三次)、消防機関等)と、定期的に勉強会や症例検討会等を開催している:2点

【是正を要する項目】上記の基準を満たさない場合

(1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)

(2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要

(3)項目として不要

(4)評価困難

選択した理由について: _____

33. 都道府県メディカルコントロール協議会または地域メディカルコントロール協議会等への参画*

(都道府県メディカルコントロール協議会又は地域メディカルコントロール協議会による評価)

- ・メディカルコントロール協議会、救急医療対策協議会又は救急患者受入コーディネーター確保事業に関わる会議に、常に参加し、地域の救急医療体制の充実に貢献している:2点

【是正を要する項目】上記の基準を満たさない場合

(1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)

(2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要

(3)項目として不要

(4)評価困難

選択した理由について: _____

34. 救急医療情報センターへの関与*

(都道府県による評価)

- ・当該救命救急センターを設置する病院が、適切に情報を更新している:2点
- ・都道府県では導入されているが、病院に導入できていない:0点
- ・都道府県において救急医療情報システムを導入していない(該当する都道府県のみ):2点

【是正を要する項目】上記の基準を満たさない場合

【別添1】

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

35. ウツタイン様式調査への協力状況*

(消防機関による評価)

- ・消防機関の実施するウツタイン様式調査に協力している:2点

【是正を要する項目】上記の基準を満たさない場合

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

37.1 救急救命士の挿管実習および薬剤投与実習の受入状況*

- ・救急救命士の挿管実習又は薬剤投与実習を受け入れている:2点

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

37.2 救急救命士の病院実習受入状況*

- ・救急救命士の病院実習(挿管実習及び薬剤投与実習を除く)を受け入れている:2点

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

【別添1】

選択した理由について: _____

38. 臨床研修医の受入状況*

(2ヶ月以上研修を行った臨床研修医を対象とし、1ヶ月を1単位として計算する)

・救命救急センター(外来、入院を問わず)で、臨床研修医を年間24単位以上受け入れている:2点

(1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)

(2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要

(3)項目として不要

(4)評価困難

選択した理由について: _____

39. 専攻医の受入状況*

(2ヶ月以上研修を行った専攻医を対象とし、1ヶ月を1単位として計算する)

・救命救急センター(外来、入院を問わず)で、専攻医(臨床研修を終了)を年間24単位以上受け入れている:2点

(1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)

(2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要

(3)項目として不要

(4)評価困難

選択した理由について: _____

40. 医療従事者への教育*

・院内の職員に対して、救急に関する教育コースの受講の推進又は教育コースの提供を行い、その状況を把握している:1点

・上記に加え、救命救急センターにおいて、対外的にも上記の教育コースを開催している:2点

(1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)

(2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要

(3)項目として不要

(4)評価困難

選択した理由について: _____

【別添1】

41. 災害に関する教育*

- ・BCPを策定し、BCPに基づいた院内災害訓練及び研修を年1回以上実施している:1点
- ・上記に加え、都道府県又は地域での災害訓練に年1回以上参加している:2点

【是正を要する項目】上記の基準を満たさない場合

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

42. 災害に関する計画の策定*

- ・BCPを策定し、必要に応じて更新するための見直しを実施している:2点

- (1)項目、内容ともに妥当(見直しの必要なし)
- (2)項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- (3)項目として不要
- (4)評価困難

選択した理由について: _____

(全体質問1)全体を通して、現在実施している充実段階評価の見直しについて*

- (1)見直しが必要
- (2)見直しは不要
- (3)評価困難
- (4)その他:

(全体質問2)(前の問いを)選択した理由について

回答: _____

(全体質問3)仮に、今後充実段階評価の評価項目等を見直すことになった場合、項目として追加した方がいい内容等についてご意見ください(自由記載)*

回答: _____

【別添2】充実段階評価全体へのコメント

<全体を通して「見直しが必要」と回答した理由>

地域により、地域性(都市部か非都市部か等)や救命センターに求められる役割(ER型か重症特化型か等)が異なること、医師(専攻医や専門医等)の偏在があることが考慮されるべき。
現実に即していない項目があり、見直しが必要。COVIDの流行により救命センターの役割も変化していると思う。
働き方改革により時間外労働の削減が求められており、実情に合わせた評価をしてほしい。各診療体制の院内滞在(24時間)を要求する項目について、医師の働き方改革への対応等で難しくなる事が予想される。
現時点で救急医療を支えている中規模の救命センターもA評価は確保できるようにするべき。
評価項目のハードルを下げて欲しい。加算ありきでの評価は、過大報告になるのではないか。
地方の救命救急センターに十分な指導医や専門医を派遣してもらえない環境を理解してもらい、一方で地域を守るためになくならない救命救急センターが今後も維持できるようお願いしたい。場合によっては県を超えた救急医の医師派遣についても学会が主導して働きかけなどをしてもらいたい。
施設の努力だけでS評価を得ることができない状況は問題ではないか。
特に所管人口に左右される項目の見直しが必要と考える。現在の定義における当救命救急センターの所管人口は74万人となり、項目番号7区分7.1で1点を獲得するために受け入れなければならない重篤患者数は740人である。これは南北600kmに県土が広がる鹿児島県において現実的な数字ではない。
地域の連携体制や取り組みのプロセスを視野に入れて評価するべき。
ハードとソフトが混在している。
中規模病院において、地域の重症患者を高い応需率で受けていても(受けるように院内で組織をしていても)点数としては、あまり評価されるような評価項目になっていないように思う。
中等症までを多く受け入れ、各科へ入院を依頼する施設が加点される傾向にあると感じる。
要件を満たしてなくても相応以上のパフォーマンスを出している施設も評価されるべきである。
より実績を重んじるべきだと思う。施設が整っていても応需率の低い施設が高評価を受けることには納得できない
充実している施設に保険点数を手厚く配分するという考え方自体が、医療資源の乏しい地域の足かせになってないかどうか評価が必要と思う。
全国の救命救急センターは、各施設の事情を抱えながらも実業務で頑張っていると思うので、センター間での格付けをあえてするような細部の項目は削ってもいいのではと考える。
ある項目の点を確保するために会議等が開かれるといった本末転倒なことが起きやすい。

【別添2】充実段階評価全体へのコメント

診療体制の充実のために「コスト」が発生するものに対し、「診療報酬」で報いるという基本的な形の方が良いのではないかと思う。
診療実績については、地域ごとの事情や運用形態にも左右されるので、別の形での評価とすべき。誰にとって充実しているかだと思う。
資格を取りたくても人数の関係で取れないこともある。資格なくても持っている人より臨床的に活躍できる人もいる。
国、県、市がどのようなものを目指しているか、地域の救命センターからは先が見えない。働き方改革含め、求められているもの、そのために行政単位で必要なことと、病院単位で頑張らなければならないことを踏まえたものが必要。医療計画や地域医療構想を踏まえた議論が必要。
人員配置や対応すべき数、体制などについて、これまでの充実段階評価の結果や現状把握を通して、どのくらいが妥当なのか、必要なかを評価して見直しを検討すると良い。
評価の基軸やアウトカムの評価がよくわからない。人数の根拠を示してほしい。
事務職員に関することは対応が困難である。
やや回答に難がある質問や、もう少し具体的にした方が答えやすく一貫した回答ができそうな質問がある。答えやすい内容に整理してもらえると良い。
単独の救命センターの評価だけで、いろいろ回答、コメントするのは難しく、地域の医療事情やアクセスの問題等、院外ファクターが多数あるなかでは難しい。
A基準の最低点数が低すぎる。Aのなかでの差がありすぎると思う。

<全体を通して「見直しが不要」と回答した理由>

現状でおおむね妥当な評価と感じている。自院で達成困難な項目があるが、それも目標となっているのでよい。
細かい修正は必要と思うが、項目としては妥当ではないかと考える。
現時点では不要と思うが、今後働き方改革が実施されれば、それに応じて勤務している救急医の負担を何らかの形で評価できればと思う。
マンパワー不足で、どうしても満たせない項目が今後増加する可能性があり、特に働き方改革の実施後は想像がつかない。従って、充実評価は継続していく必要がある。
「救命救急センターの充実段階評価」は低いですが、地域医療として頑張っている医療機関は多いと思う。この評価でその頑張りを駄目には避けるべきだと考える。
単に要件を厳しくしていただくだけではなく、その理由も明示していただきたい。
スタッフ数については病院規模による差異が大きいため、地域性含めた配慮が必要と思うが、その他の項目については問題ないと思う。

【別添 2】 充実段階評価全体へのコメント

<「評価困難」と回答した理由>

地域によって救命救急センターの役割はそれぞれ異なるため評価困難。

機能していない救命救急センターの抽出には必要かと思う。

人数についてや、人口当たりの患者数、地域貢献度は根拠が分からないため評価困難。

現実と評価が必ずしも一致していないため評価困難。

サイトビジットをするのであれば、評価がきちんとできるようになる。

Sを増やす目的か、B以下を減らす目的なのかがより明確になるといい。

【別添3】アンケート調査結果詳細

<評価項目別回答結果の詳細>

1. 救命救急センター専従医師数

216件の回答



項目、内容共に妥当	52.6%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	41.4%
項目として不要	2.8%	評価困難	3.2%

2. 1.のうち、救急科専門医数

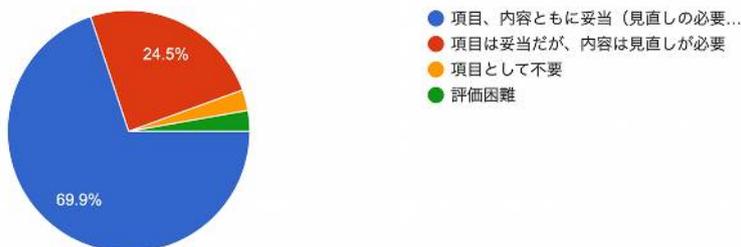
216件の回答



項目、内容共に妥当	54.6%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	38.4%
項目として不要	4.2%	評価困難	2.8%

3.1 休日および夜間帯における医師数

216件の回答

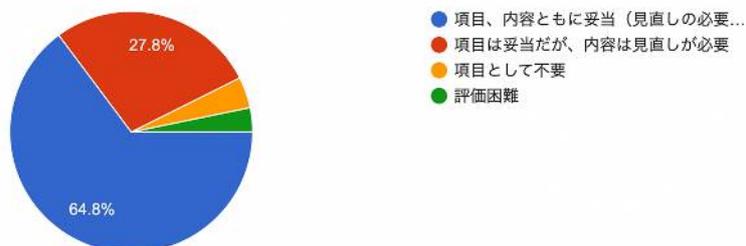


項目、内容共に妥当	69.9%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	24.5%
項目として不要	2.8%	評価困難	2.8%

【別添3】アンケート調査結果詳細

3.2 休日および夜間帯における救急専従医師数

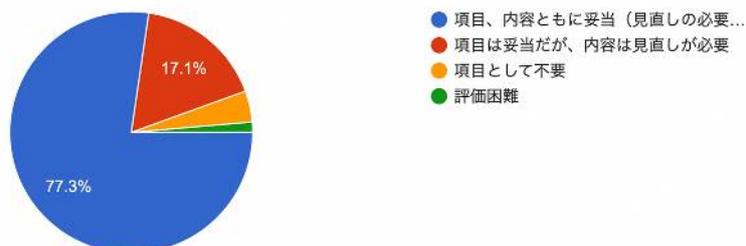
216件の回答



項目、内容共に妥当	64.8%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	27.8%
項目として不要	4.2%	評価困難	3.2%

4. 救命救急センター長の要件

216件の回答



項目、内容共に妥当	77.3%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	17.1%
項目として不要	4.2%	評価困難	1.4%

5. 転院および転棟の調整を行う者の配置

216件の回答

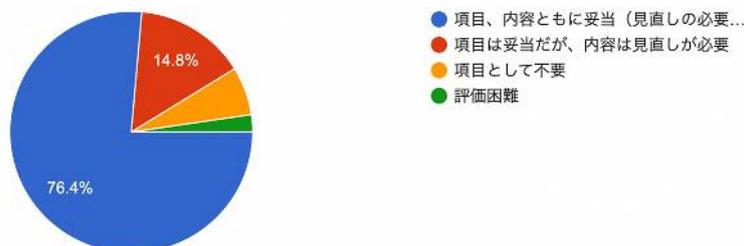


項目、内容共に妥当	62.5%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	22.7%
項目として不要	11.1%	評価困難	3.7%

【別添3】アンケート調査結果詳細

6. 診療データの登録制度への参加と自己評価

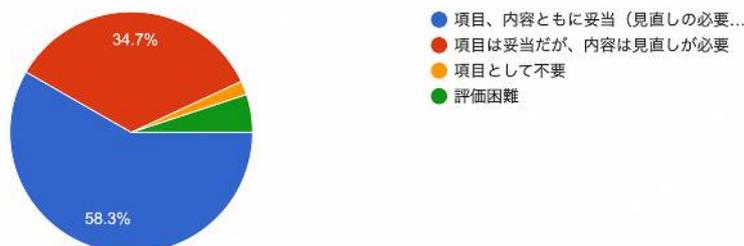
216件の回答



項目、内容共に妥当	76.4%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	14.8%
項目として不要	6.5%	評価困難	2.3%

7.1 年間に受け入れた重篤患者数 (来院時)

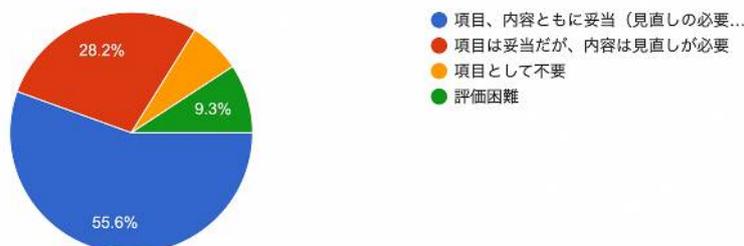
216件の回答



項目、内容共に妥当	58.3%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	34.7%
項目として不要	1.9%	評価困難	5.1%

7.2 地域貢献度

216件の回答



項目、内容共に妥当	55.6%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	28.2%
項目として不要	6.9%	評価困難	9.3%

【別添3】アンケート調査結果詳細

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および改善への取組 216件の回答



項目、内容共に妥当	83.8%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	13.0%
項目として不要	2.3%	評価困難	0.9%

9. 救急外来のトリアージ機能 216件の回答



項目、内容共に妥当	79.6%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	12.0%
項目として不要	6.9%	評価困難	1.4%

10. 電子的診療台帳の整備等 85件の回答



項目、内容共に妥当	92.9%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	3.5%
項目として不要	2.4%	評価困難	1.2%

【別添3】アンケート調査結果詳細

11. 内因性疾患への診療体制

85件の回答



項目、内容共に妥当	65.9%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	30.6%
項目として不要	2.4%	評価困難	1.2%

12. 外因性疾患への診療体制

85件の回答



項目、内容共に妥当	63.5%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	32.9%
項目として不要	2.4%	評価困難	1.2%

13. 精神科医による診療体制

85件の回答



項目、内容共に妥当	83.5%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	15.3%
項目として不要	1.2%	評価困難	0%

【別添3】アンケート調査結果詳細

14. 小児（外）科医による診療体制

85件の回答



項目、内容共に妥当	91.8%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	7.1%
項目として不要	0%	評価困難	1.2%

15. 産婦人科医による診療体制

85件の回答



項目、内容共に妥当	89.4%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	7.1%
項目として不要	3.5%	評価困難	0%

16. 医師事務作業補助者の有無

85件の回答



項目、内容共に妥当	67.1%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	26.2%
項目として不要	2.4%	評価困難	2.4%

【別添3】アンケート調査結果詳細

17. 薬剤師の配置

85件の回答



項目、内容共に妥当	76.5%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	20.0%
項目として不要	2.4%	評価困難	1.2%

18. 臨床工学技士の配置

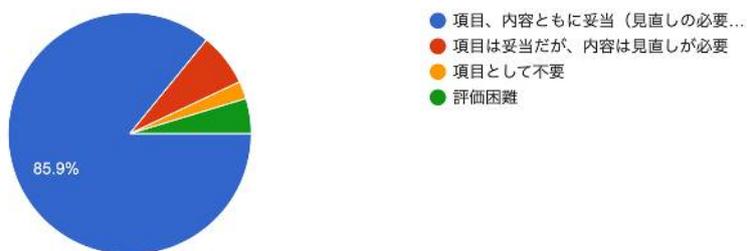
85件の回答



項目、内容共に妥当	88.2%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	10.6%
項目として不要	1.2%	評価困難	0%

19. 医師及び医療関係職と事務職員等との役割分担

85件の回答

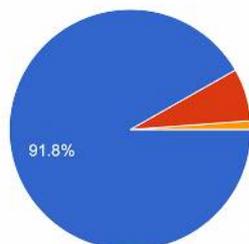


項目、内容共に妥当	85.9%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	7.1%
項目として不要	2.4%	評価困難	4.7%

【別添3】アンケート調査結果詳細

20. CT・MRI検査の体制

85件の回答

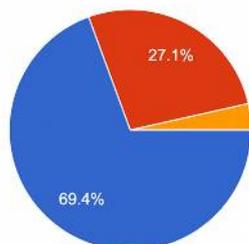


- 項目、内容ともに妥当（見直しの必要...
- 項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- 項目として不要
- 評価困難

項目、内容共に妥当	91.8%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	7.1%
項目として不要	1.2%	評価困難	0%

21. 手術室の体制

85件の回答

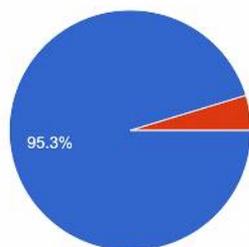


- 項目、内容ともに妥当（見直しの必要...
- 項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- 項目として不要
- 評価困難

項目、内容共に妥当	69.4%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	27.1%
項目として不要	3.5%	評価困難	0%

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

85件の回答



- 項目、内容ともに妥当（見直しの必要...
- 項目は妥当だが、内容は見直しが必要
- 項目として不要
- 評価困難

項目、内容共に妥当	4.7%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	30.6%
項目として不要	0%	評価困難	0%

【別添3】アンケート調査結果詳細

23. 第三者による医療機能の評価

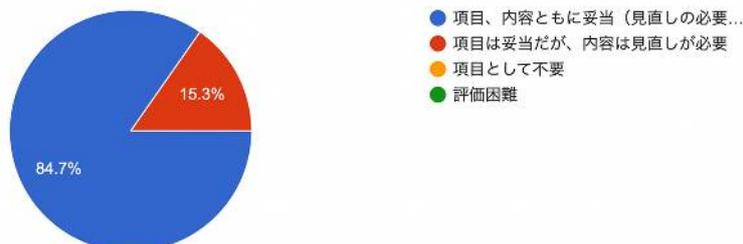
85件の回答



項目、内容共に妥当	91.8%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	5.9%
項目として不要	2.4%	評価困難	0%

24. 休日及び夜間勤務の適性化

85件の回答



項目、内容共に妥当	84.7%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	15.3%
項目として不要	0%	評価困難	0%

25. 救命救急センターを設置する病院の年間受け入れ救急車搬送人員

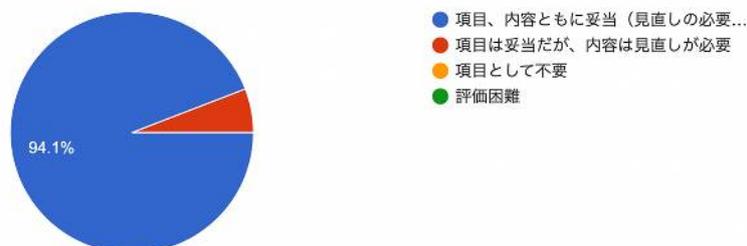
85件の回答



項目、内容共に妥当	69.4%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	25.9%
項目として不要	2.4%	評価困難	2.4%

【別添3】アンケート調査結果詳細

26. 救命救急センターを設置する病院に対する...送受入要請への対応状況の記録および改善への取組
85件の回答



項目、内容共に妥当	94.1%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	5.9%
項目として不要	0%	評価困難	0%

27. 院内急変への診療体制

85件の回答



項目、内容共に妥当	91.8%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	8.2%
項目として不要	0%	評価困難	0%

28. 脳死判定および臓器・組織提供のための整備等

85件の回答



項目、内容共に妥当	87.1%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	8.2%
項目として不要	1.2%	評価困難	3.5%

【別添3】アンケート調査結果詳細

29. 救急医療領域の人生の最終段階における医療の整備

85件の回答



項目、内容共に妥当	90.6%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	7.1%
項目として不要	1.2%	評価困難	1.2%

30. 救急医療領域の虐待に関する整備

85件の回答



項目、内容共に妥当	98.8%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	1.2%
項目として不要	0%	評価困難	0%

31. 地域の救急搬送

85件の回答



項目、内容共に妥当	84.7%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	12.9%
項目として不要	1.2%	評価困難	1.2%

【別添3】アンケート調査結果詳細

32. 地域の関係機関との連携

85件の回答



項目、内容共に妥当	97.6%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	2.4%
項目として不要	0%	評価困難	0%

33. 都道府県メディカルコントロール協議会または地域メディカルコントロール協議会等への参画

85件の回答



項目、内容共に妥当	98.8%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	1.2%
項目として不要	0%	評価困難	0%

34. 救急医療情報センターへの関与

85件の回答

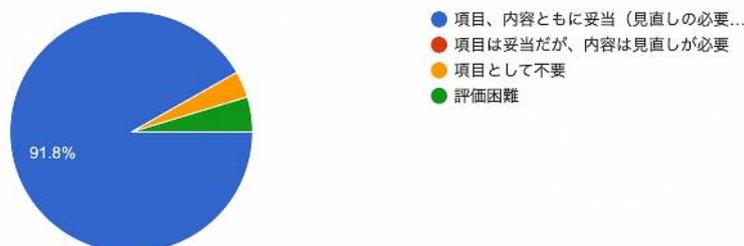


項目、内容共に妥当	89.4%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	3.5%
項目として不要	3.5%	評価困難	3.5%

【別添3】アンケート調査結果詳細

35. ウツタイン様式調査への協力状況

85 件の回答



項目、内容共に妥当	91.8%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	0%
項目として不要	3.5%	評価困難	4.7%

36. メディカルコントロール体制への関与

216 件の回答



項目、内容共に妥当	84.7%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	13.9%
項目として不要	0.5%	評価困難	0.9%

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

85 件の回答

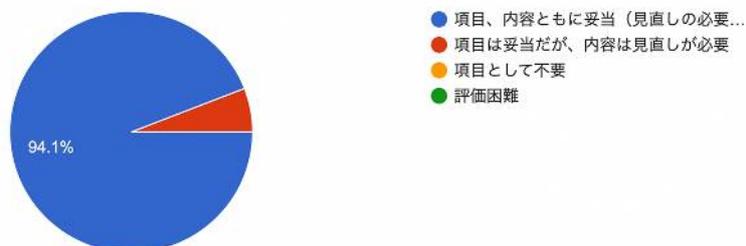


項目、内容共に妥当	91.8%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	8.2%
項目として不要	0%	評価困難	0%

【別添3】アンケート調査結果詳細

37.2 救急救命士の病院実習受入状況

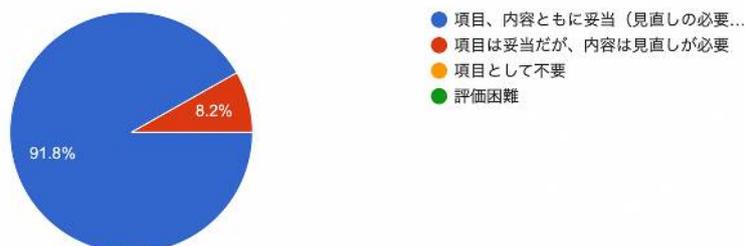
85件の回答



項目、内容共に妥当	94.1%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	5.9%
項目として不要	0%	評価困難	0%

38. 臨床研修医の受入状況

85件の回答



項目、内容共に妥当	91.8%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	8.2%
項目として不要	0%	評価困難	0%

39. 専攻医の受入状況

85件の回答



項目、内容共に妥当	72.9%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	22.4%
項目として不要	3.5%	評価困難	1.2%

【別添3】アンケート調査結果詳細

40. 医療従事者への教育

85 件の回答



項目、内容共に妥当	92.9%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	7.1%
項目として不要	0%	評価困難	0%

41. 災害に関する教育

85 件の回答



項目、内容共に妥当	92.9%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	3.5%
項目として不要	3.5%	評価困難	0%

42. 災害に関する計画の策定

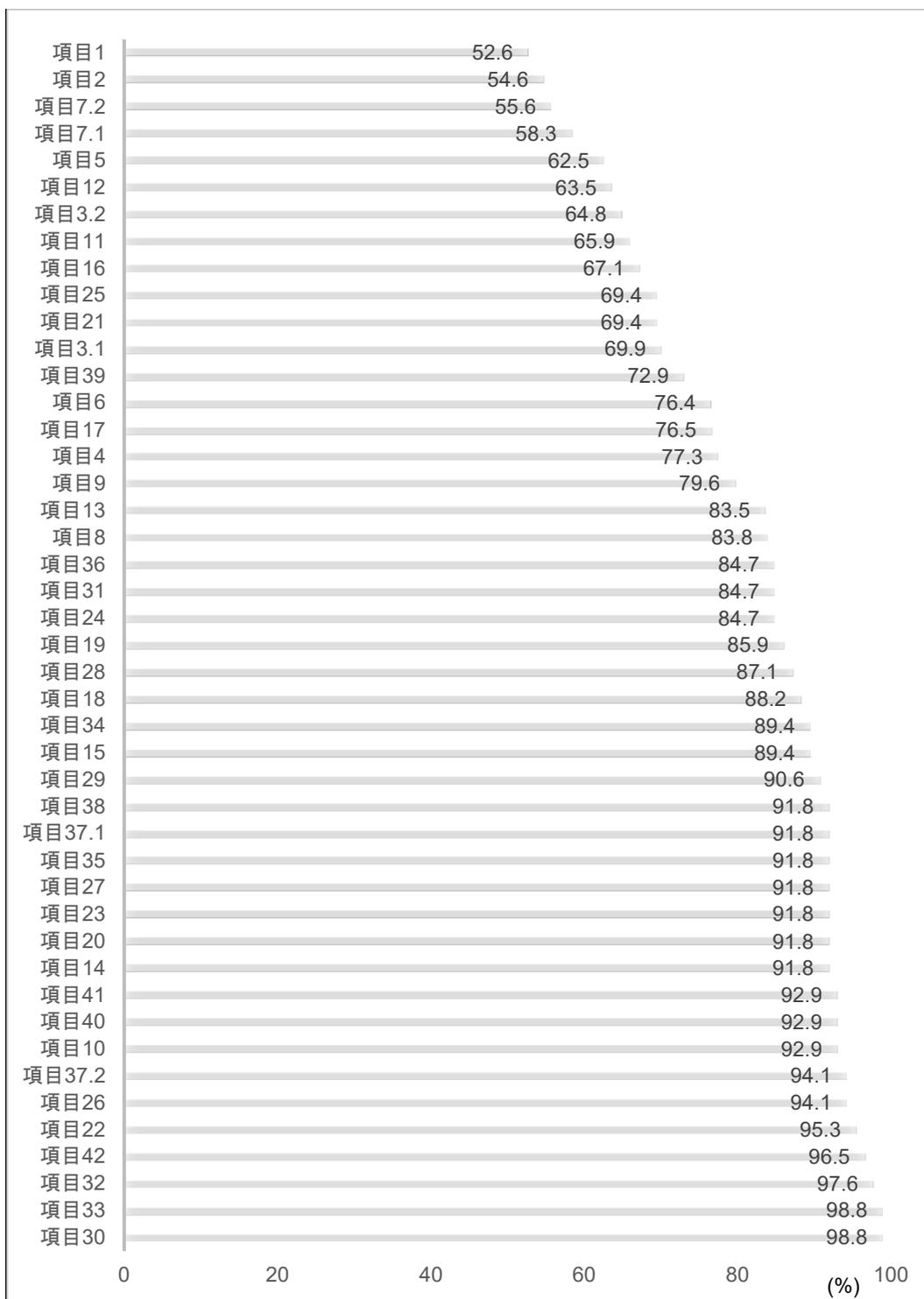
85 件の回答



項目、内容共に妥当	96.5%	項目は妥当だが、内容は見直しが必要	1.2%
項目として不要	2.4%	評価困難	0%

【別添3】アンケート調査結果詳細

<評価項目別「項目、内容ともに妥当」回答率>



令和4年

救命救急センターの現況

厚生労働行政推進調査事業費補助金

(地域医療基盤開発推進研究事業)

地域医療構想を踏まえた救急医療提供体制の充実にに関する研究

はじめに

（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 万人に一か所を目標に整備が進められたが、現在では、全国に、300 施設（令和 4 年 12 月 31 日現在）、人口 41 万人あたり、およそ 1 か所が整備されるにいたった。

（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、充実段階評価 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、近年は多くの施設が最高評価を得ており、平成 28 年度においては、すべての施設が最高段階の評価を得ていた。

（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、充実段階評価の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づいて改訂された。（「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）これによって、充実段階評価は S・A・B・C の 4 段階に区分するものとなった。また、年毎に評価の基準となる点数を増加させることとなった。

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、一般に公表された充実段階評価の施設ごとの詳細な情報を取りまとめ、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、行政機関などの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、これにより個々の施設の機能の強化、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り組みが重要であるが、それ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、取り組みがより重要となる。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り組みもまた重要となる。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。

令和4年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金

（地域医療基盤開発推進研究事業）

地域医療構想を踏まえた救急医療提供体制の充実に関する研究

研究代表者 横田 裕行

救命救急センターの現況と評価に関する研究

研究分担者 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。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部分がある。また、データをと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や分析の際に参考としたい。

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概要

○ 整備状況（令和4年12月現在）

表1 施設数等

① 救命救急センター数	300 施設
・人口100万人あたり	2.4 施設
・1施設あたりの人口	416,490 人
・都道府県あたり（平均）	6.4 施設
② 高度救命救急センター数	46 施設(15.3%)
③ 地域救命救急センター数	18 施設(6.0%)
④ ドクターヘリ基地施設数	62 施設(20.7%)

図1 年次ごとの整備状況（縦軸：整備数、横軸：年度）

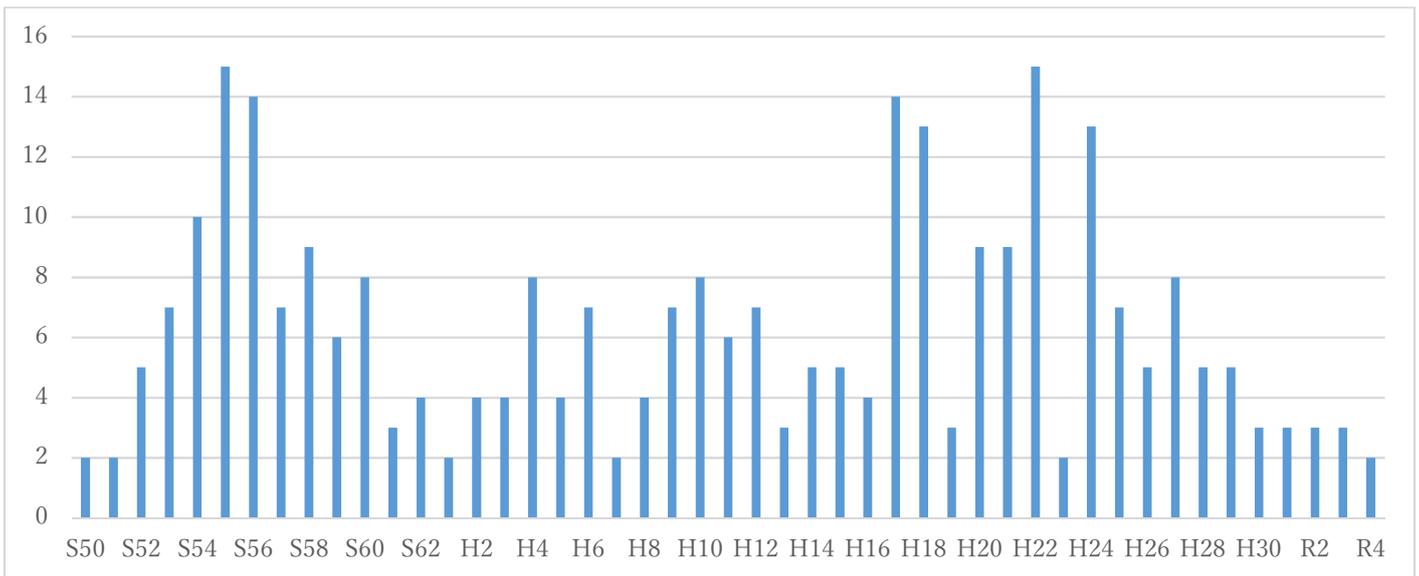


図2 設立母体別の施設数（縦軸 設立母体、横軸 施設数）

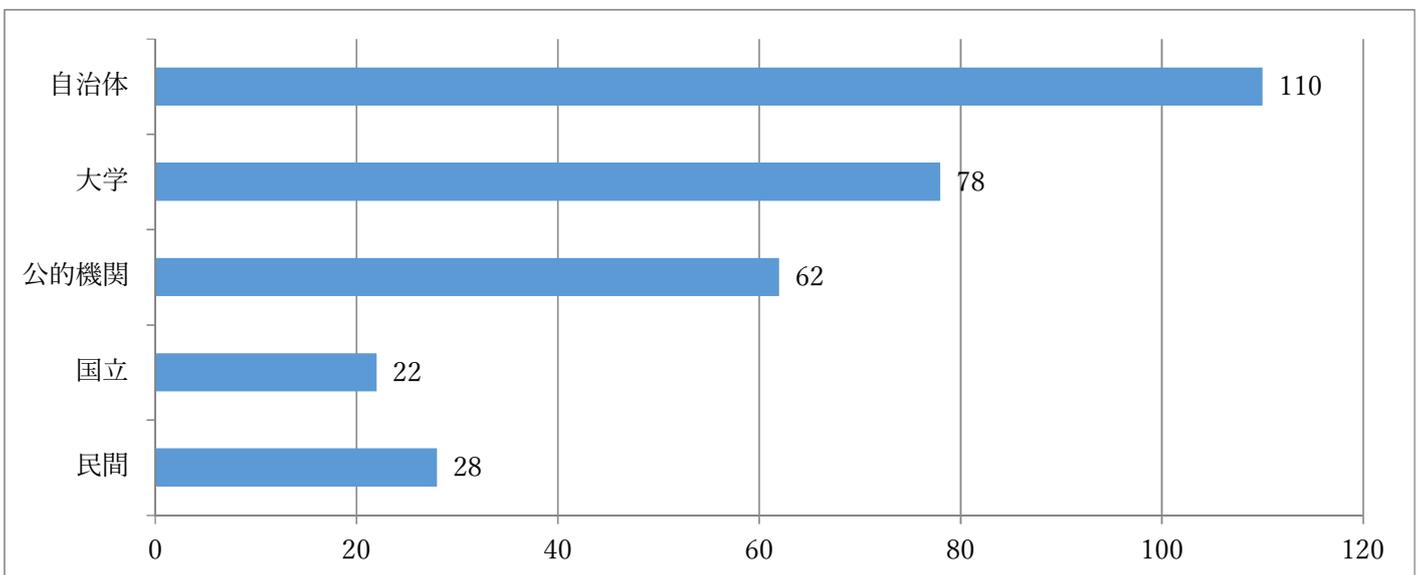


表2 都道府県別の施設数の状況

(ア) 都道府県別施設数

1	東京都	26
2	愛知県	24
3	神奈川	21
4	大阪府	16
5	千葉県	14
6	北海道	13
7	埼玉県	11
	静岡県	11
9	兵庫県	10
	福岡県	10
11	茨城県	7
	長野県	7
	広島県	7
14	宮城県	6
	新潟県	6
	岐阜県	6
	京都府	6
18	栃木県	5
	岡山県	5
	山口県	5
21	岩手県	4
	福島県	4
	群馬県	4
	三重県	4
	滋賀県	4
	島根県	4
	佐賀県	4
	長崎県	4
	大分県	4
30	青森県	3
30	山形県	3
	奈良県	3
	和歌山	3
	徳島県	3
	香川県	3
	愛媛県	3
	高知県	3
	熊本県	3
	宮崎県	3
	鹿児島	3
30	沖縄県	3
42	秋田県	2
	富山県	2
	石川県	2
	福井県	2
	鳥取県	2
47	山梨県	1

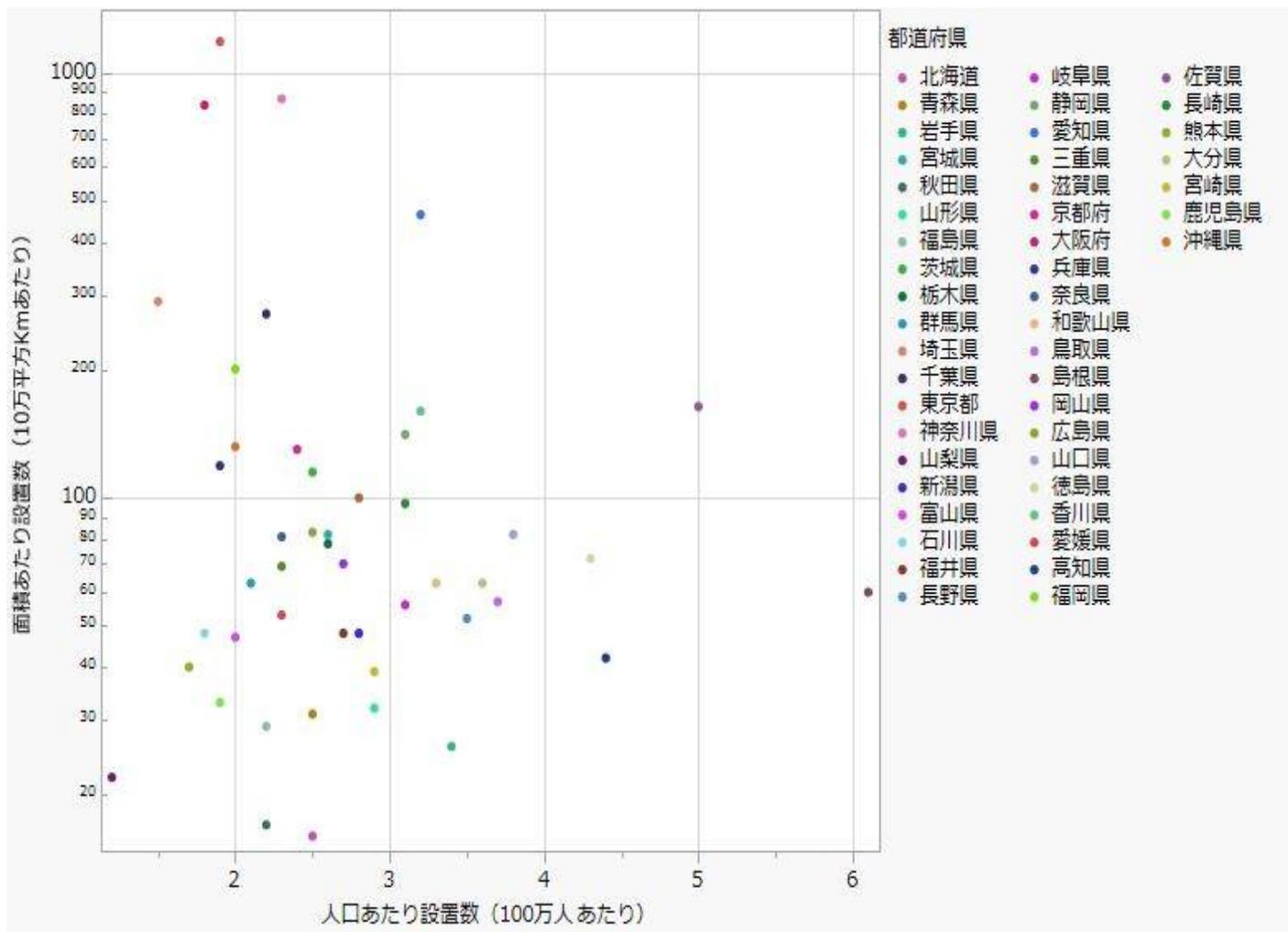
(イ) 人口100万人あたり施設数

1	島根県	6.1
2	佐賀県	5.0
3	高知県	4.4
4	徳島県	4.3
5	山口県	3.8
6	鳥取県	3.7
7	大分県	3.6
8	長野県	3.5
9	岩手県	3.4
10	和歌山県	3.3
11	香川県	3.2
12	愛知県	3.2
13	長崎県	3.1
14	岐阜県	3.1
15	静岡県	3.1
16	山形県	2.9
17	宮崎県	2.9
18	滋賀県	2.8
19	新潟県	2.8
20	岡山県	2.7
21	福井県	2.7
22	宮城県	2.6
23	栃木県	2.6
24	広島県	2.5
25	北海道	2.5
26	青森県	2.5
27	茨城県	2.5
28	京都府	2.4
29	奈良県	2.3
30	愛媛県	2.3
31	三重県	2.3
32	神奈川県	2.3
33	福島県	2.2
34	千葉県	2.2
35	秋田県	2.2
36	群馬県	2.1
37	沖縄県	2.0
38	富山県	2.0
39	福岡県	2.0
40	鹿児島県	1.9
41	東京都	1.9
42	兵庫県	1.9
43	大阪府	1.8
44	石川県	1.8
45	熊本県	1.7
46	埼玉県	1.5
47	山梨県	1.2

(ウ) 面積10万平方Kmあたり施設数

1	東京都	1185
2	神奈川県	869
3	大阪府	840
4	愛知県	464
5	埼玉県	290
6	千葉県	271
7	福岡県	201
8	佐賀県	164
9	香川県	160
10	静岡県	141
11	沖縄県	132
12	京都府	130
13	兵庫県	119
14	茨城県	115
15	滋賀県	100
16	長崎県	97
17	広島県	83
18	宮城県	82
19	山口県	82
20	奈良県	81
21	栃木県	78
22	徳島県	72
23	岡山県	70
24	三重県	69
25	和歌山県	63
26	大分県	63
27	群馬県	63
28	島根県	60
29	鳥取県	57
30	岐阜県	56
31	愛媛県	53
32	長野県	52
33	石川県	48
34	福井県	48
35	新潟県	48
36	富山県	47
37	高知県	42
38	熊本県	40
39	宮崎県	39
40	鹿児島	33
41	山形県	32
42	青森県	31
43	福島県	29
44	岩手県	26
45	山梨県	22
46	秋田県	17
47	北海道	16

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. 救命救急センター充実段階評価からみた整備の概要

令和3年においては新型コロナウイルス感染症の影響を受けたことが示唆された9項目を除外項目として評価を実施している。令和4年においては、全ての項目を原則除外せずに評価を行うことしたが、地域の実情によっては、新型コロナ診療に特化するなどの役割を担うことによって、救命救急センターが本来担うべき機能の一部を十分に果たすことができなかつた医療機関も想定されるため、全300施設の内、希望する48施設に対しては、令和3年の評価において除外対象とした9項目について、都道府県を通して、当該施設の役割や貢献度等を含めて個別に新型コロナの影響に関してヒアリングを実施し、その結果を持って各施設、各項目を個別に評価から除外している。除外された項目を含めて全項目について、令和元年と令和4年とで実数ないしは「評価点」の比較を行っている。令和2年以降、新規に設置された救命救急センターとデータ欠損していた救命救急センターを除外した287施設について比較を行っている。

○令和4年 救命救急センター充実段階評価において一部の施設において評価から除外された9項目

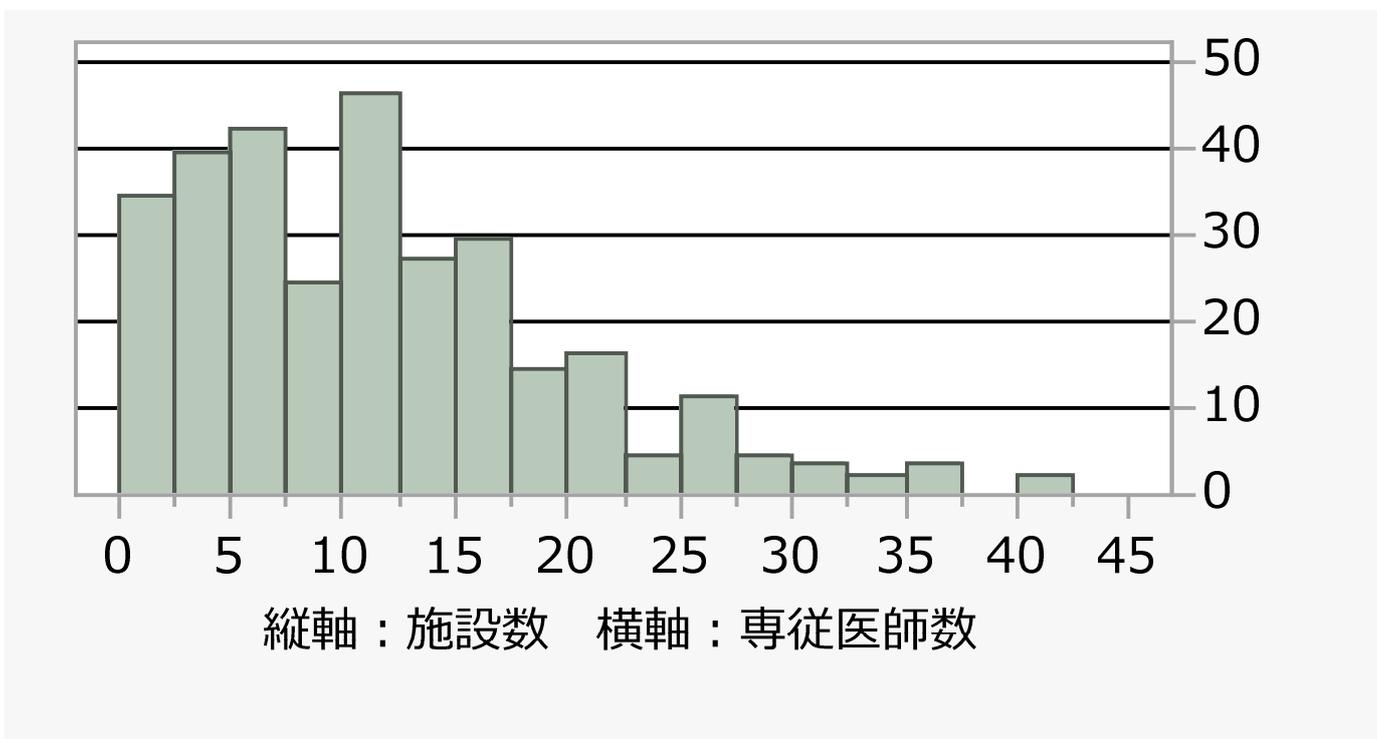
7.1	年間に受け入れた重篤患者数（来院時）
7.2	地域貢献度
25	救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員
28	脳死判定及び臓器・組織提供のための整備等
32	地域の関係機関との連携
37.1	救急救命士の挿管実習および薬剤投与実習の受入状況
37.2	救急救命士の病院実習受入状況
40	医療従事者への教育
41	災害に関する教育

1. 救命救急センター専従医師数

○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、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）。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。

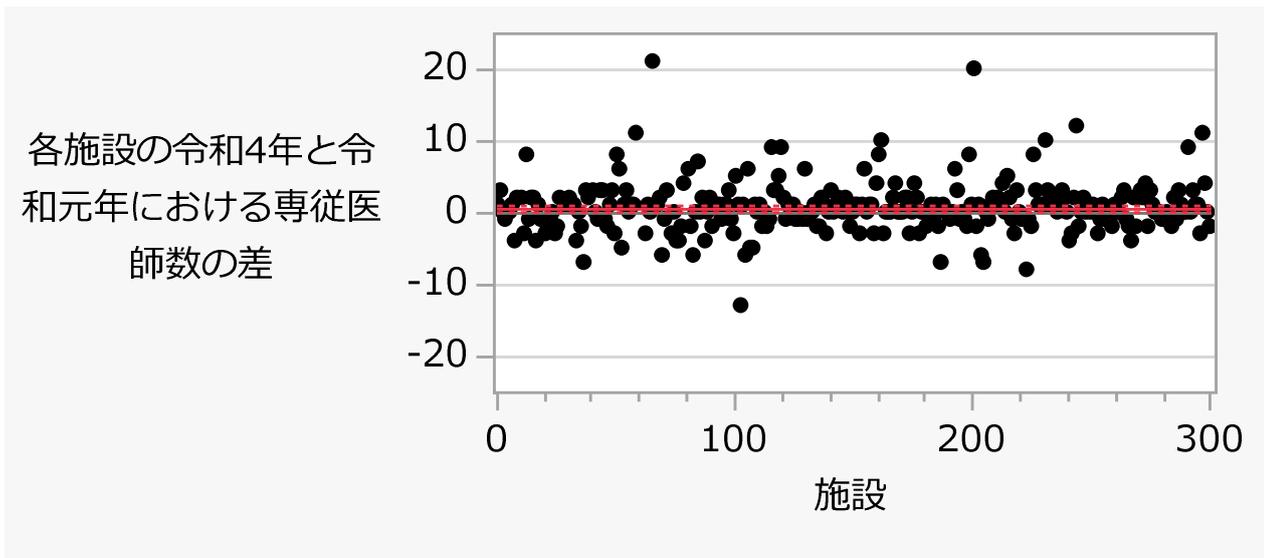
第 1 - 1 図 各施設の専従医数



第 1 - 2 表 専従医の多い施設 (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 埼玉医科大学総合医療センター	29	18 大阪大学医学部附属病院	26
2 和歌山県立医科大学附属病院	40	12 国立大学法人筑波大学附属病院	28	神戸市立医療センター中央市	26
3 奈良県総合医療センター	36	前橋赤十字病院	28	福岡大学病院	26
4 藤田医科大学病院	35	公立大学法人横浜市立大学附属市民総合	28	24 横浜市立みなと赤十字病院	25
兵庫県災害医療センター	35	15 神戸大学医学部附属病院	27	熊本赤十字病院	25
6 倉敷中央病院	34	広島大学病院	27	26 自治医科大学附属さいたま医	24
7 久留米大学病院	33	九州大学病院	27	都立墨東病院	24
8 さいたま赤十字病院	31	18 医療法人鉄蕉会亀田総合病院	26	28 東京医科歯科大学病院	23
9 東海大学医学部付属病院	30	北里大学病院	26	聖マリアンナ医科大学病院	23
岐阜大学医学部附属病院	30	医療法人徳州会湘南鎌倉総合病院	26	30 大阪市立総合医療センター	22

第 1-3 図 各施設の令和 4 年と令和元年における救命救急センター専従医師数の差(全施設)

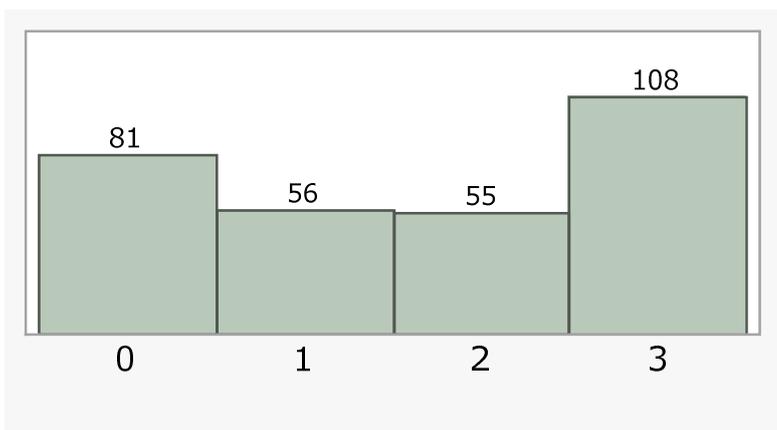


専従医師数（令和 4 年 vs 令和元年）の差 0.550 (95%信頼区間: (0.088-1.012) p=0.007
Wilcoxon符号付き順位和検定を用いて比較した。

○評価項目の定義等：

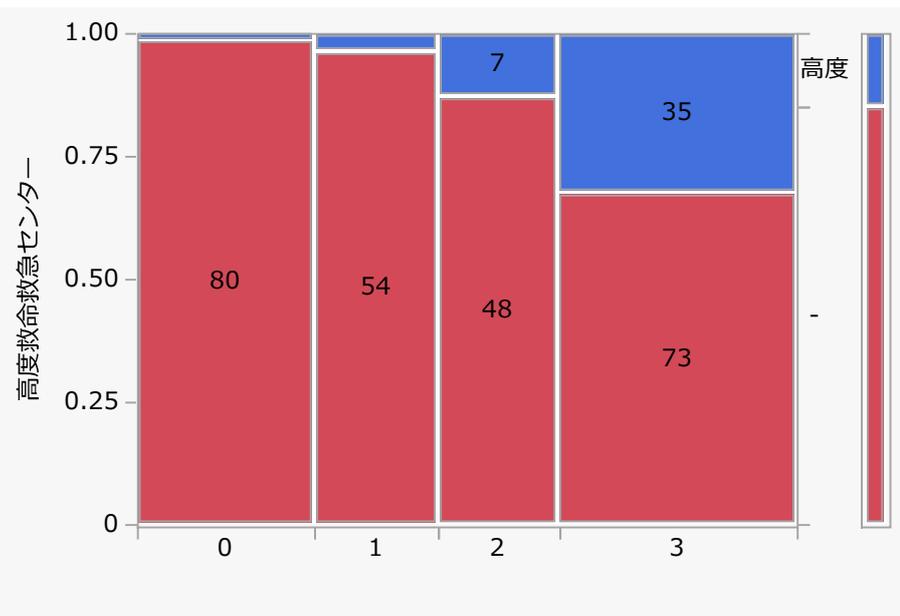
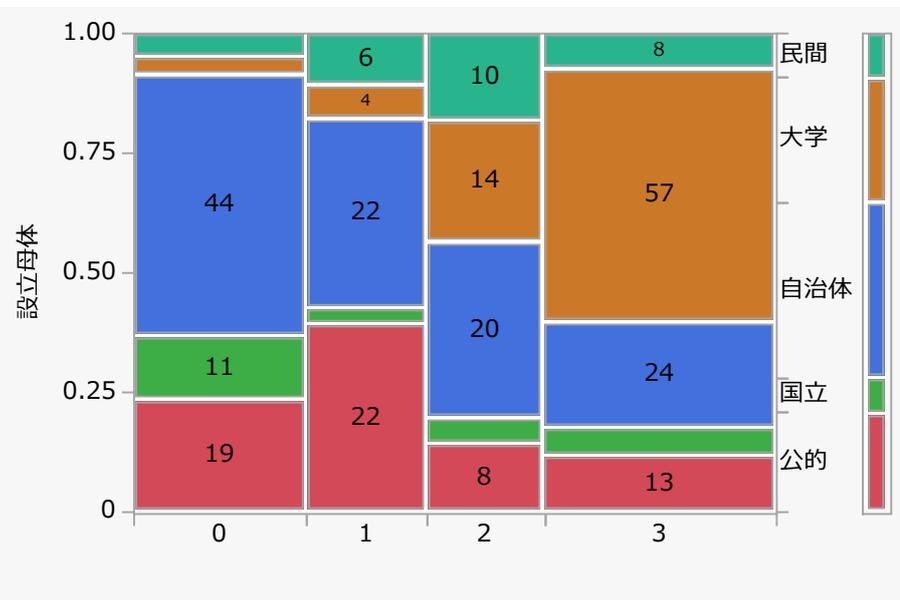
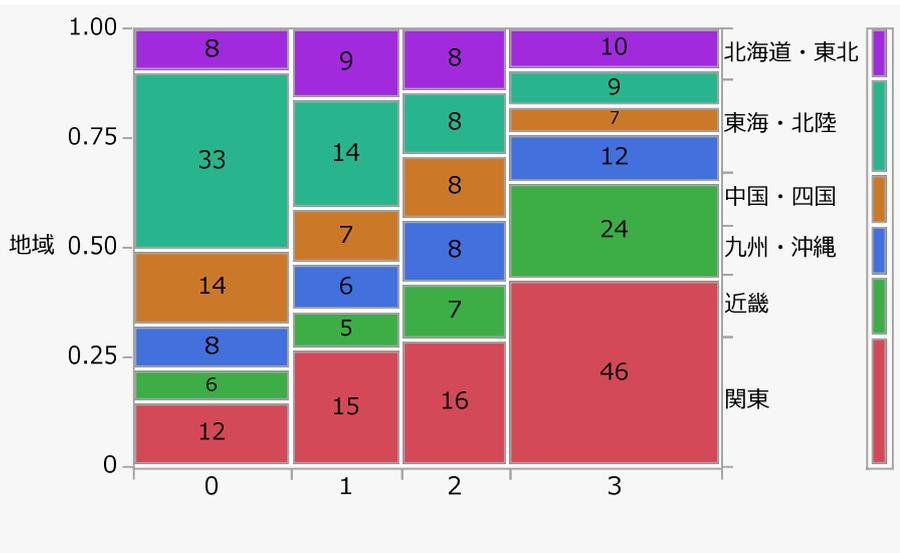
- 3: 14 人以上(救命救急センター), 7 人以上(地域救命救急センター)
- 2: 10 人以上(救命救急センター), 5 人以上(地域救命救急センター)
- 1: 6 人以上(救命救急センター), 3 人以上(地域救命救急センター)
- 0: 上記基準のいずれも満たさない

第 1-4 図 救命救急センター専従医師数（全施設）



水準	度数	割合
0	81	0.27
1	56	0.19
2	55	0.18
3	108	0.36
合計	300	1.00

第 1-5 図 救命救急センター専従医師数（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）

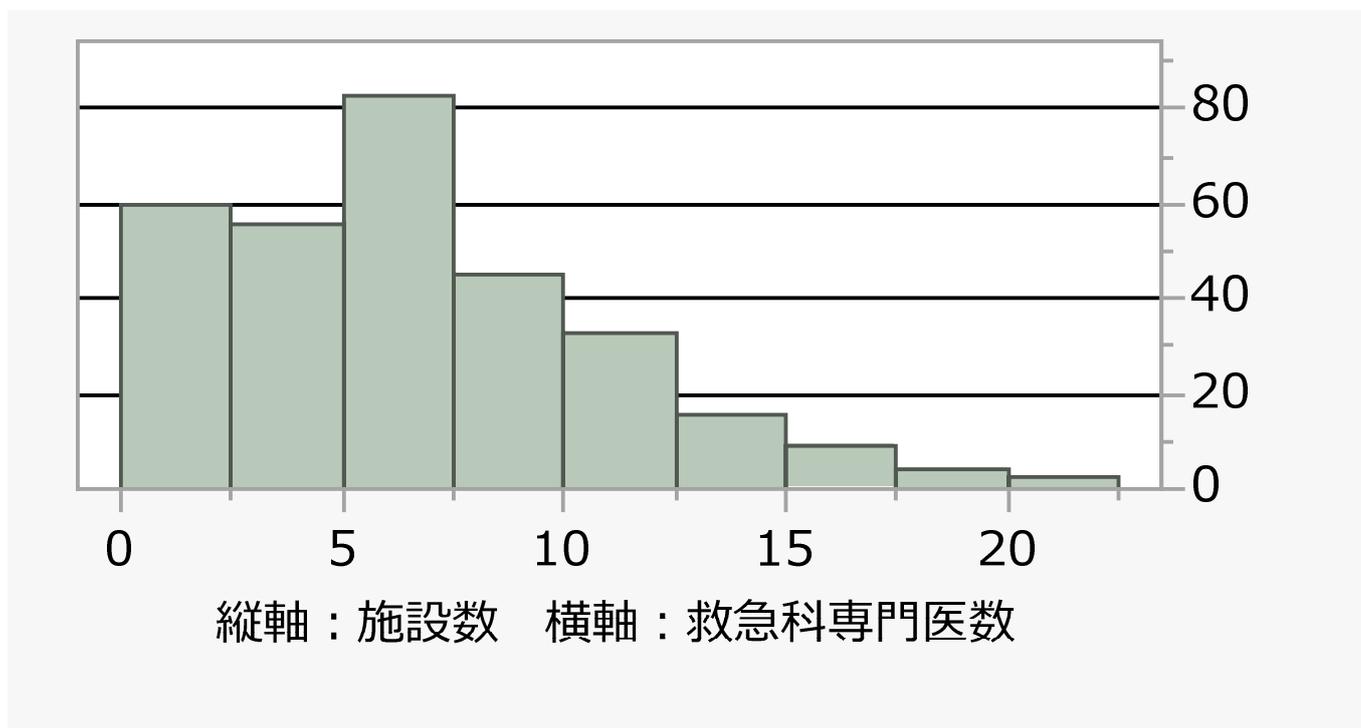


2. 救命救急センター専従医師数のうち、救急科専門医数

○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

○評価項目の定義等：「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。

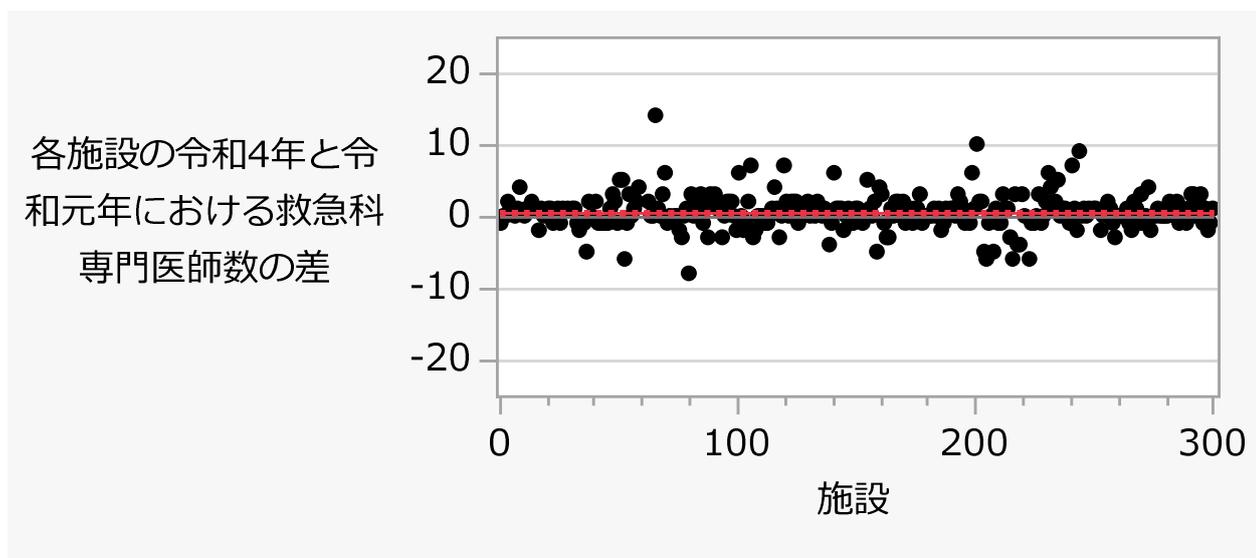
第2-1図 各施設の専従医師数にしめる救急科専門医数



第2-2表 救急科専門医の多い施設（30施設）

施設名	数	施設名	数	施設名	数
1 大阪大学医学部附属病院	22	11 順天堂大学医学部附属浦安病院	15	20 日本医科大学付属病院	13
2 倉敷中央病院	21	東京医科歯科大学病院	15	東京医科大学病院	13
3 岐阜大学医学部附属病院	19	北里大学病院	15	帝京大学医学部附属病院	13
4 日本医科大学千葉北総病院	18	14 札幌医科大学附属病院	14	医療法人徳州会湘南鎌倉総	13
広島大学病院	18	獨協医科大学病院	14	独立行政法人国立病院機構	13
6 医療法人鉄蕉会亀田総合病院	17	公立大学法人横浜市立大学附属市民総合	14	奈良県総合医療センター	13
7 前橋赤十字病院	16	大阪市立総合医療センター	14	島根大学医学部附属病院	13
さいたま赤十字病院	16	兵庫県災害医療センター	14	久留米大学病院	13
東海大学医学部付属病院	16	熊本赤十字病院	14	29 埼玉医科大学総合医療センタ	12
信州大学医学部附属病院	16	20 千葉大学医学部附属病院	13	千葉県救急医療センター	12

第2-3図 各施設の令和4年と令和元年における救急科専門医師数の差(全施設)



専門医師数（令和4年 vs 令和元年）の差 0.543 (95%信頼区間: 0.259-0.827) $p < 0.0001$
 Wilcoxon符号付き順位和検定を用いて比較した。

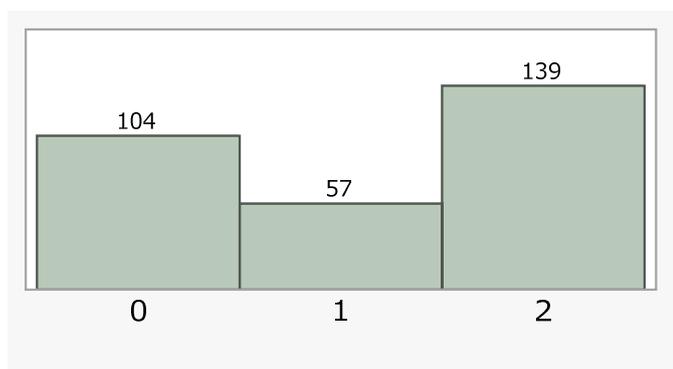
○評価項目の定義等：

2: 7人以上(救命救急センター), 4人以上(地域救命救急センター)

1: 5人以上(救命救急センター), 2人以上(地域救命救急センター)

0: 上記基準のいずれも満たさない

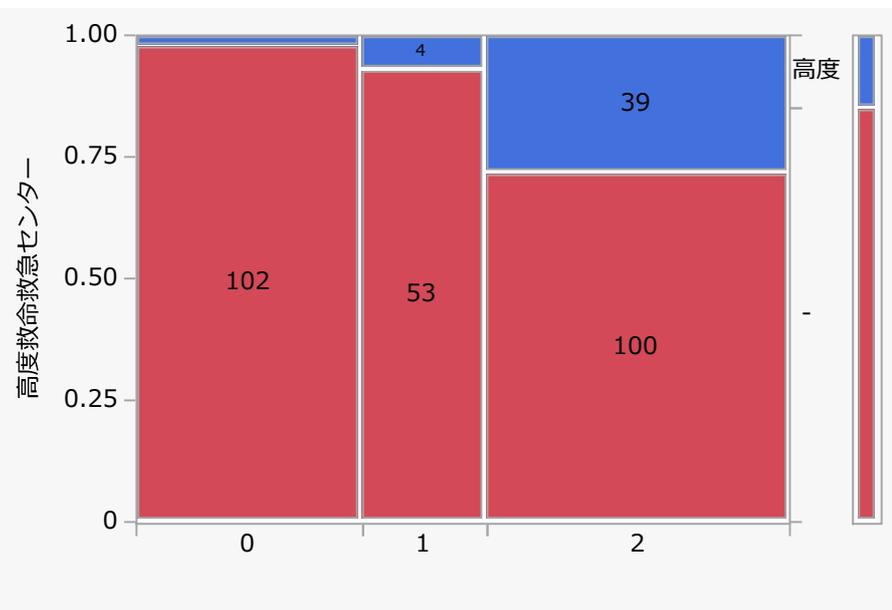
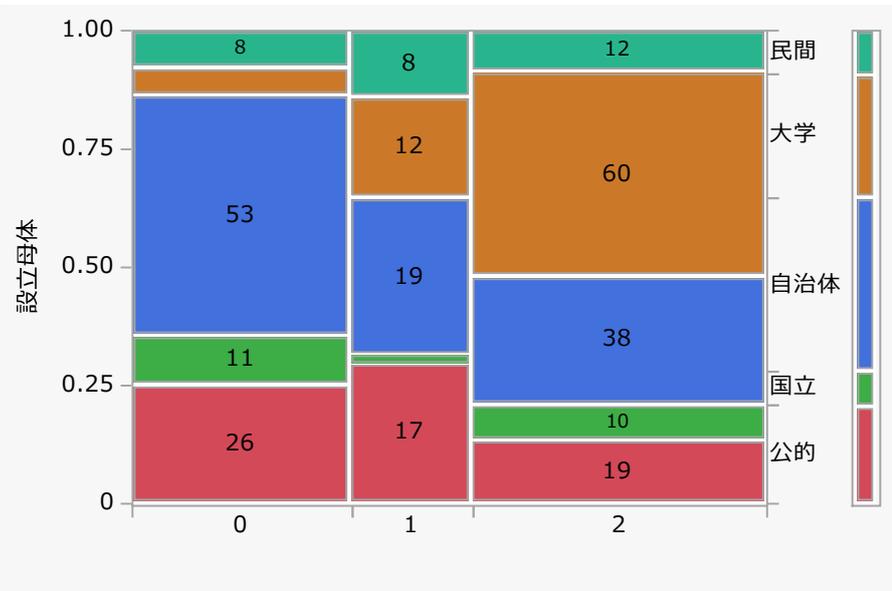
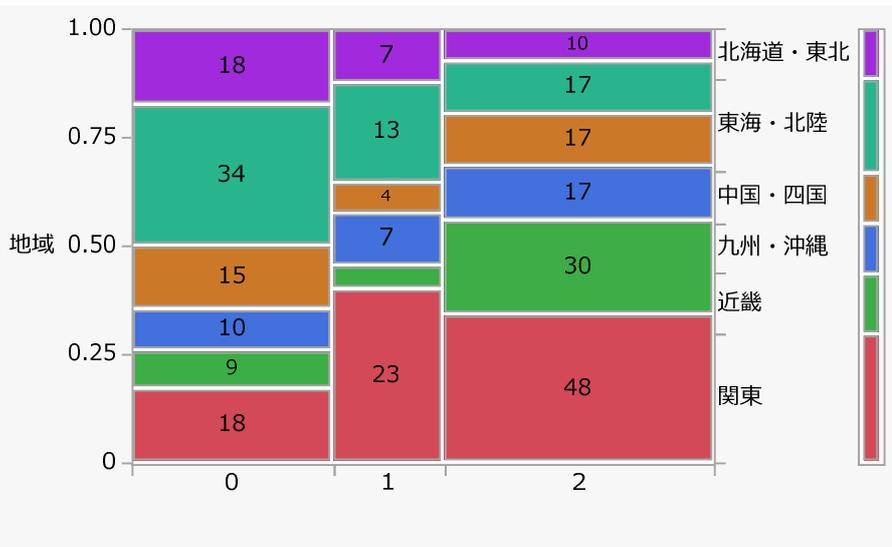
第2-4図 救命救急センター専従医師数のうち、救急科専門医数(全施設)



水準	度数	割合
0	104	0.35
1	57	0.19
2	139	0.46
合計	300	1.00

第 2-5 図 救命救急センター専従医師数のうち、救急科専門医数（地域別・設立母体別・高度救命救

急センター別)



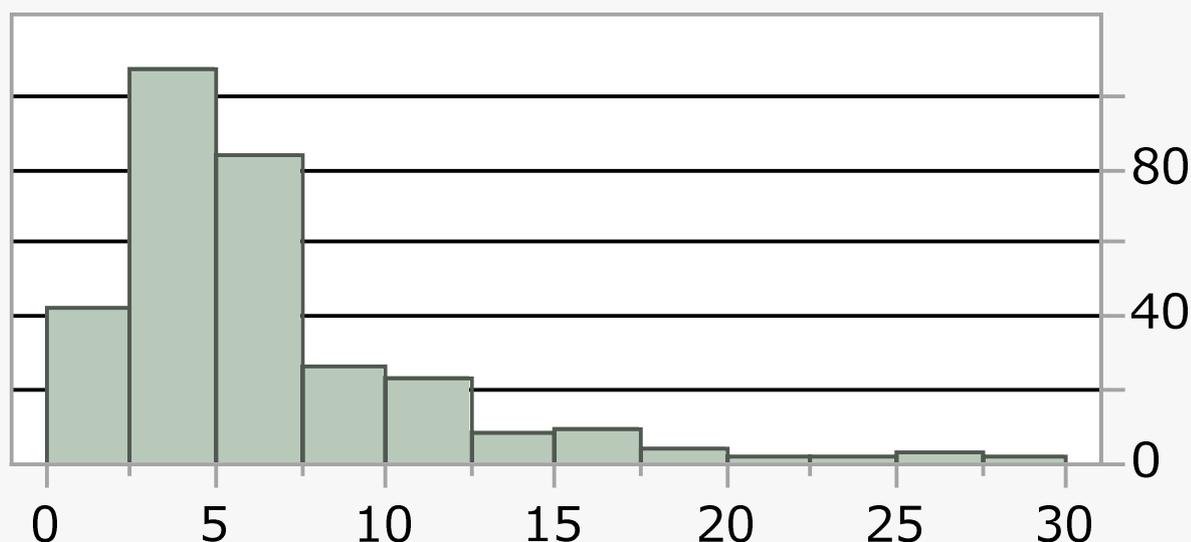
3.1.休日及び夜間帯における医師数

○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

○評価項目の定義等：「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。

第3.1-1図 休日及び夜間帯における医師数

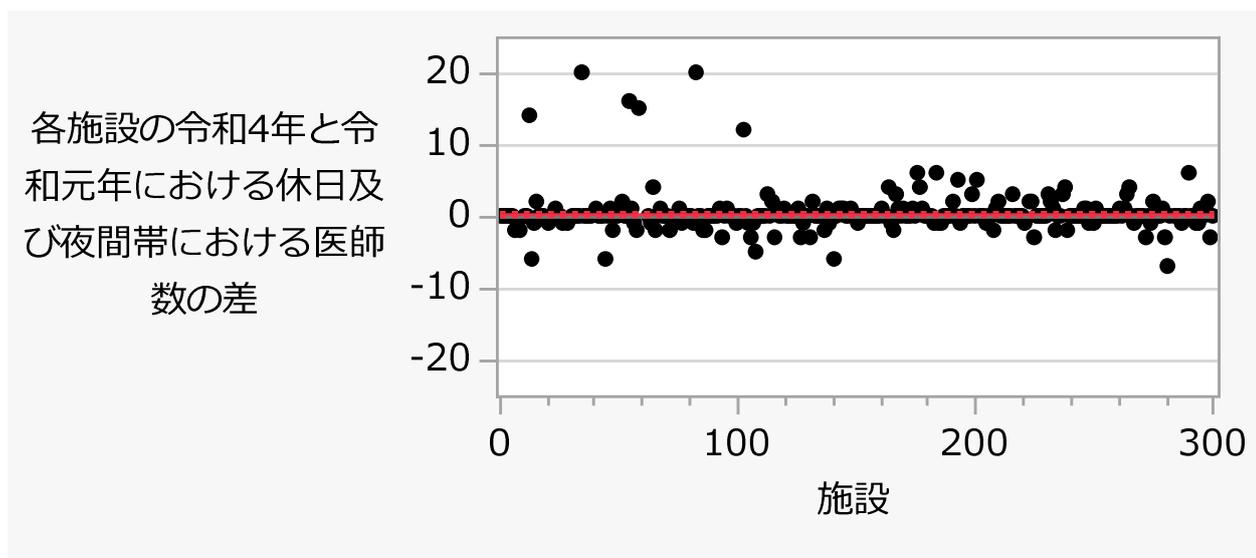


縦軸：施設数 横軸：休日及び夜間帯における医師数

第3.1-2表 休日及び夜間帯における医師数の多い施設（30施設）

	施設名	数		施設名	数		施設名	数
1	名古屋市立大学病院	28	9	長崎大学病院	16	21	国保直営総合病院君津中央	13
2	昭和大学病院	27	12	旭川医科大学病院	15		昭和大学藤が丘病院	13
3	聖マリアンナ医科大学病院	25		総合病院土浦協同病院	15		愛知県厚生農業協同組合連	13
4	福島県立医科大学附属病院	23		都立広尾病院	15	24	横浜市立市民病院	12
5	防衛医科大学校病院	20		島根大学医学部附属病院	15		愛知医科大学病院	12
6	自治医科大学附属さいたま医療セン	19		川崎医科大学附属病院	15		小牧市民病院	12
	医療法人徳洲会宇治徳洲会病院	19	17	さいたま赤十字病院	14		独立行政法人国立病院機構	12
8	倉敷中央病院	18		信州大学医学部附属病院	14		大阪赤十字病院	12
9	日本赤十字社医療センター	16		日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二	14		岡山赤十字病院	12
	新潟大学医歯学総合病院	16		沖縄県立中部病院	14	30	仙台市立病院	11

第 3.1-3 図 各施設の令和 4 年と令和元年における休日及び夜間帯における医師数の差(全施設)



休日及び夜間帯における医師数（令和 4 年 vs 令和元年）の差 0.376 (95%信頼区間: 0.046-0.705) p=0.29
Wilcoxon符号付き順位和検定を用いて比較した。

○評価項目の定義等：

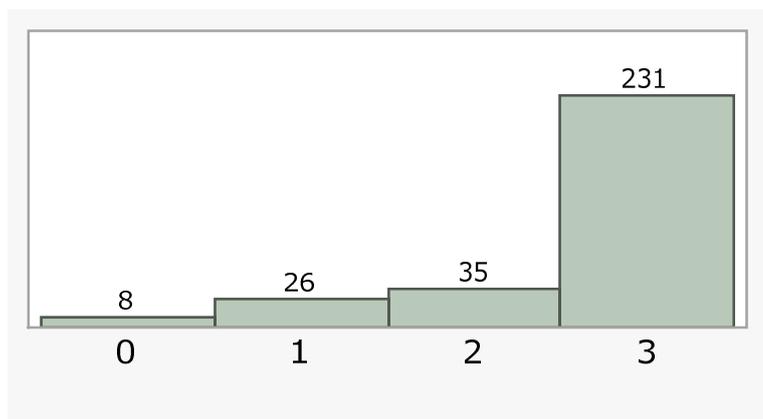
3: 4人以上(救命救急センター), 2人以上(地域救命救急センター)

2: 3人以上(救命救急センター)

1: 2人以上(救命救急センター), 1人以上(地域救命救急センター)

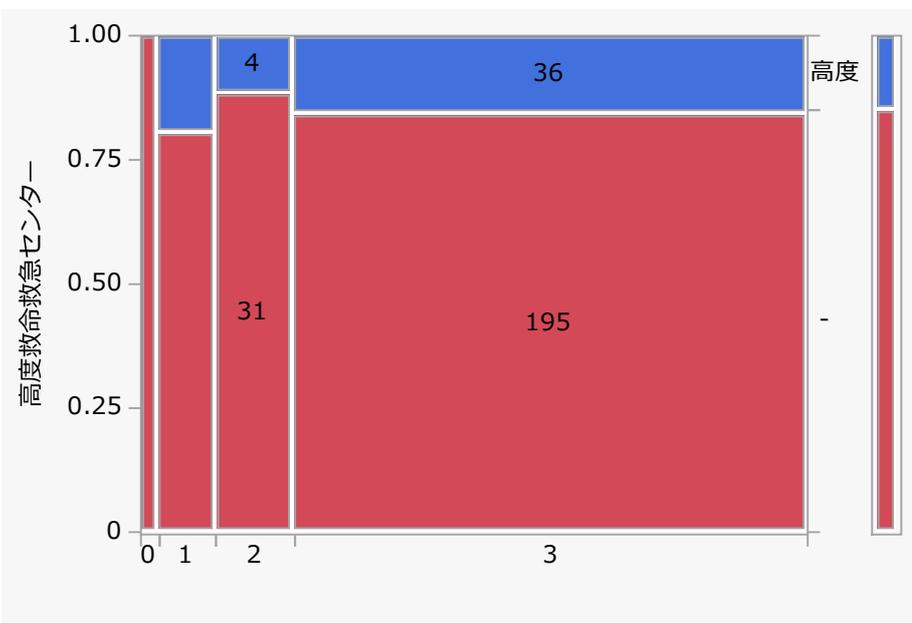
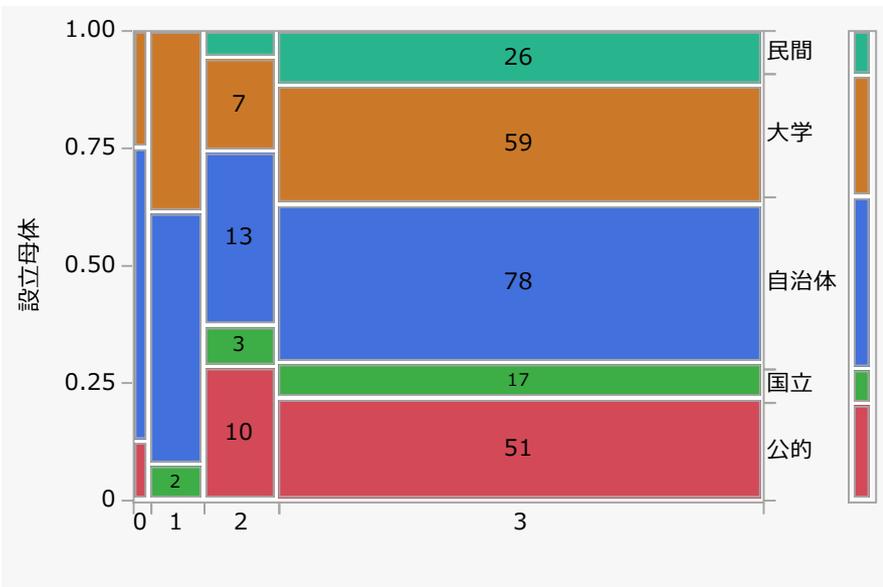
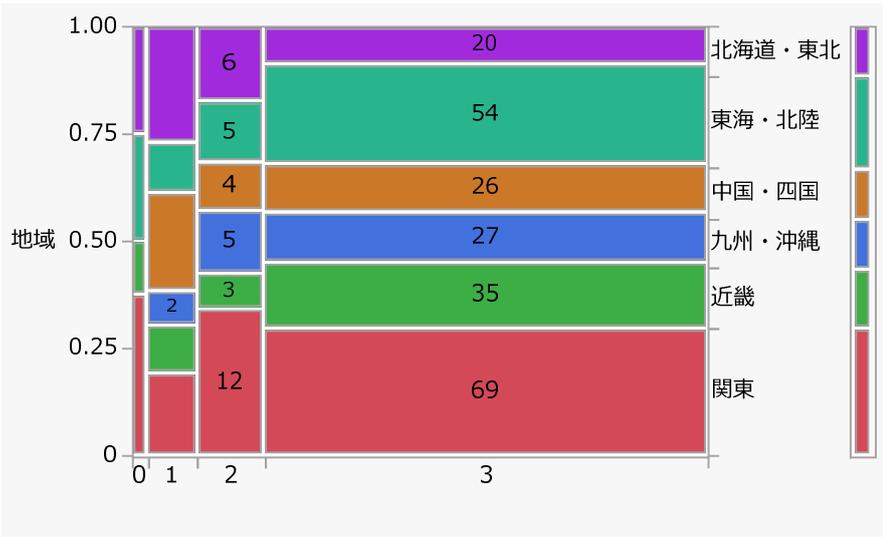
0: 上記基準のいずれも満たさない

第 3.1-4 図 休日及び夜間帯における医師数(全施設)



水準	度数	割合
0	8	0.03
1	26	0.09
2	35	0.12
3	231	0.77
合計	300	1.00

第3.1-5図 休日及び夜間帯における医師数（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



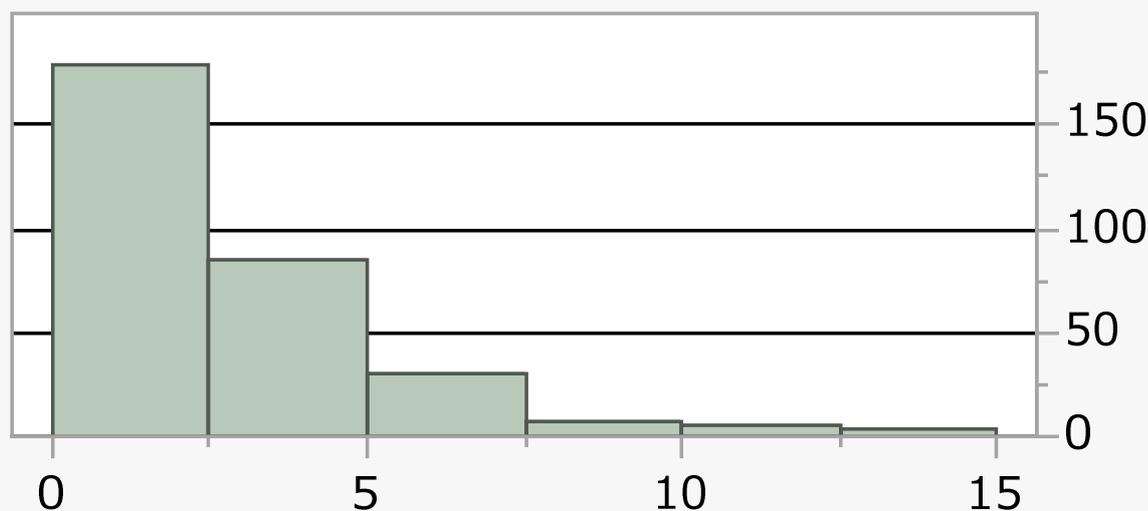
3.2.休日及び夜間帯における救急専従医師数

○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：「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。

第3.2-1図 休日及び夜間帯における救急専従医師数

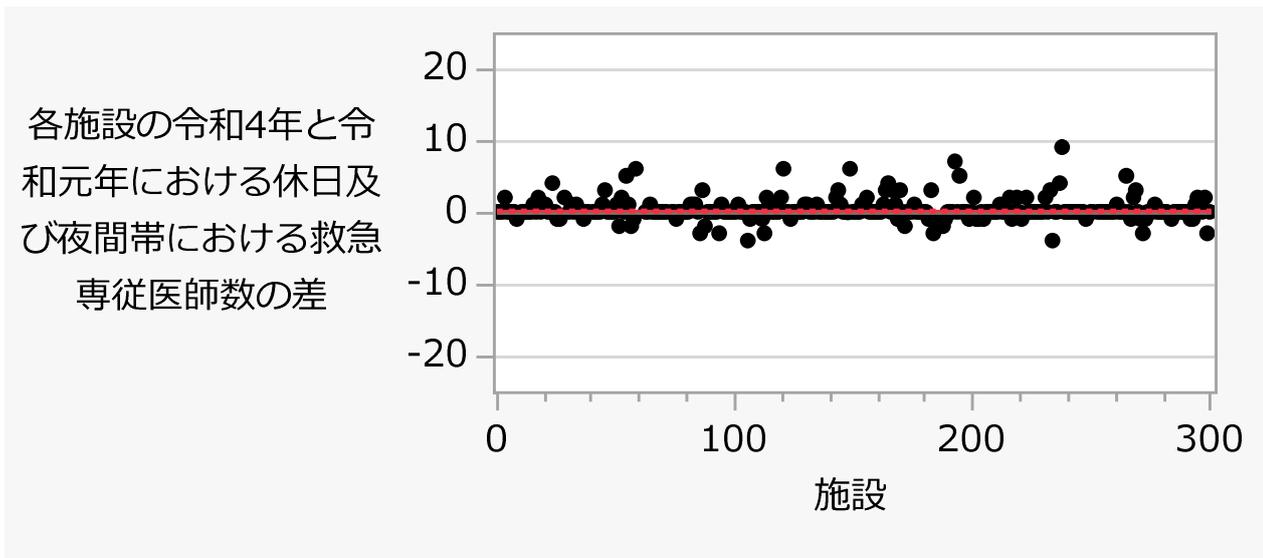


縦軸：施設数 横軸：休日と夜間帯における救急専従医師数

第3.2-2表 休日及び夜間帯における救急専従医師数の多い施設（多い30施設）

施設名	数	施設名	数	施設名	数
1 日本赤十字社愛知医療セン	14	11 大垣市民病院	7	14 京都第一赤十字病院	6
2 京都第二赤十字病院	11	中東遠総合医療センター	7	川崎医科大学附属病院	6
3 兵庫県立尼崎総合医療セン	10	公立豊岡病院	7	高知県・高知市病院企業団立	6
岡山赤十字病院	10	14 山形県立中央病院	6	鹿児島市立病院	6
5 医療法人徳洲会宇治徳洲会	9	日本医科大学付属病院	6	25 さいたま赤十字病院	5
奈良県総合医療センター	9	日本赤十字社医療センター	6	千葉県救急医療センター	5
7 岩手県立中央病院	8	国家公務員共済組合連合会	6	平塚市民病院	5
防衛医科大学校病院	8	長野赤十字病院	6	岐阜大学医学部附属病院	5
自治医科大学附属さいたま医	8	名古屋掖済会病院	6	愛知医科大学病院	5
小牧市民病院	8	名古屋市立大学病院	6	中京病院	5

第 3.2-3 図 各施設の令和 4 年と令和元年における休日及び夜間帯における救急専従医師数の差(全施設)



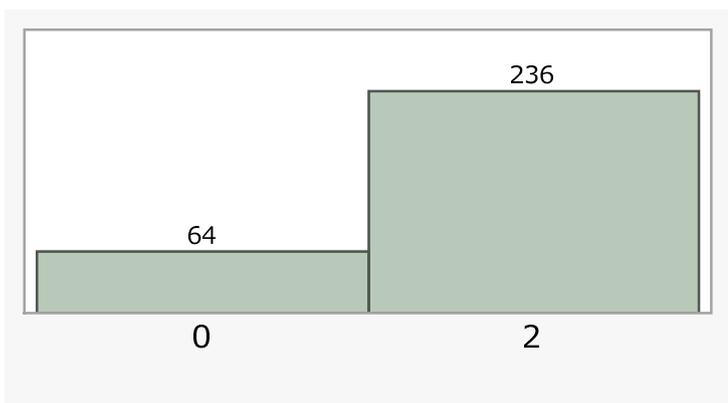
休日及び夜間帯における救急専従医師数（令和4年vs令和元年）の差 0.289(95%信頼区間：0.114-0.463)
 p=0.015 Wilcoxon符号付き順位和検定を用いて比較した。

○評価項目の定義等：

2：2人以上(救命救急センター),1人以上(地域救命救急センター)

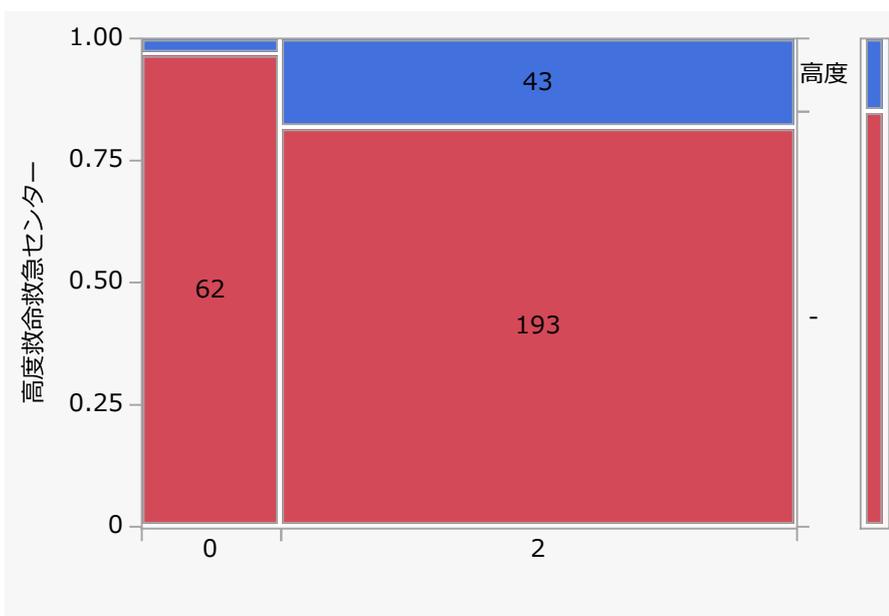
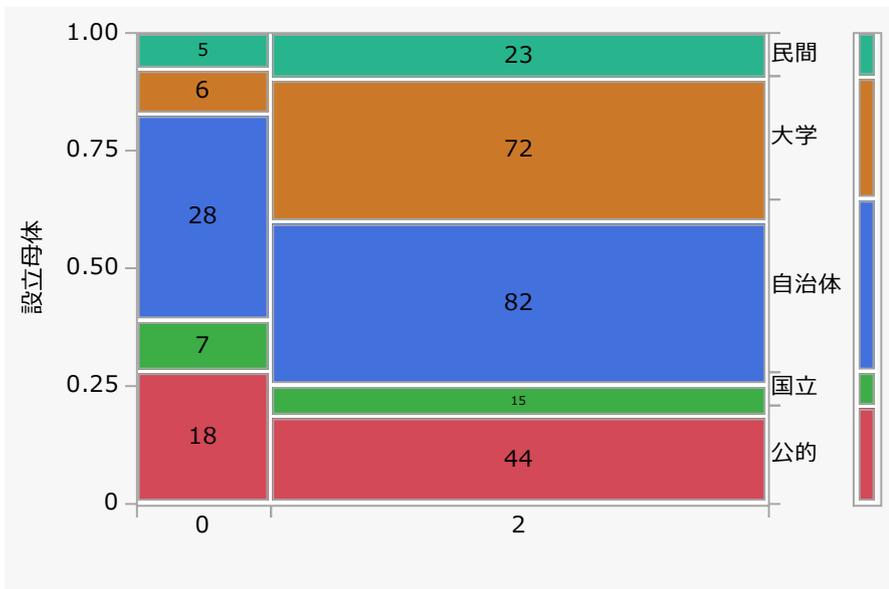
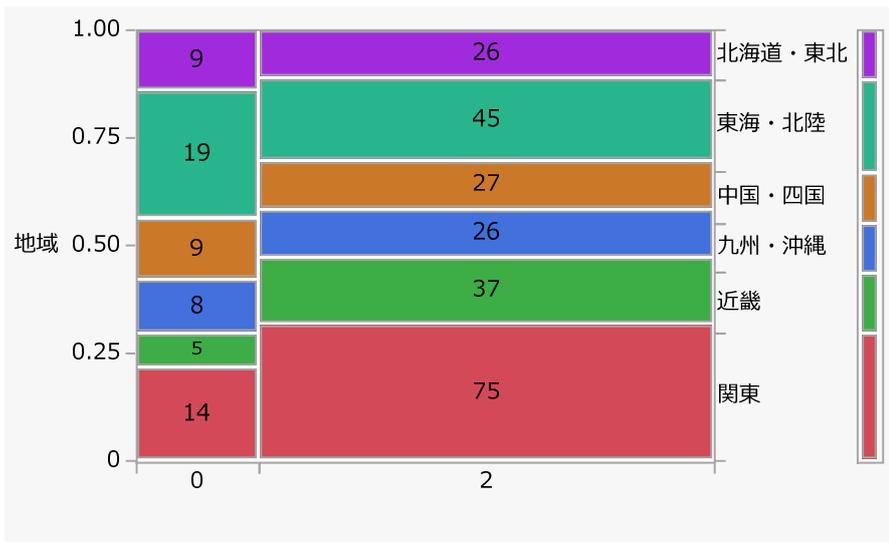
0：上記基準のいずれも満たさない

第 3.2-4 図 休日及び夜間帯における救急専従医師数(全施設)



水準	度数	割合
0	64	0.21
2	236	0.79
合計	300	1.00

第3.2-5図 休日及び夜間帯における救急専従医師数（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



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

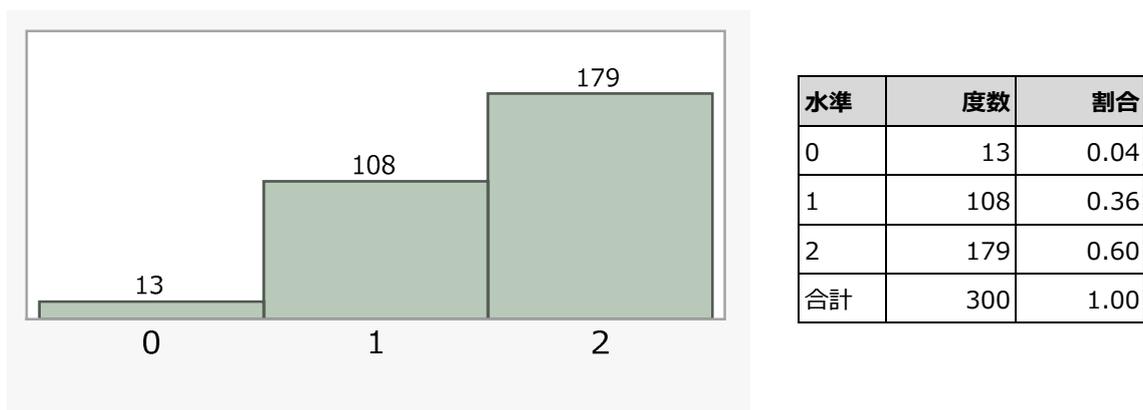
○評価項目の定義等：

2: 1の専従医師であり、かつ、日本救急医学会指導医である

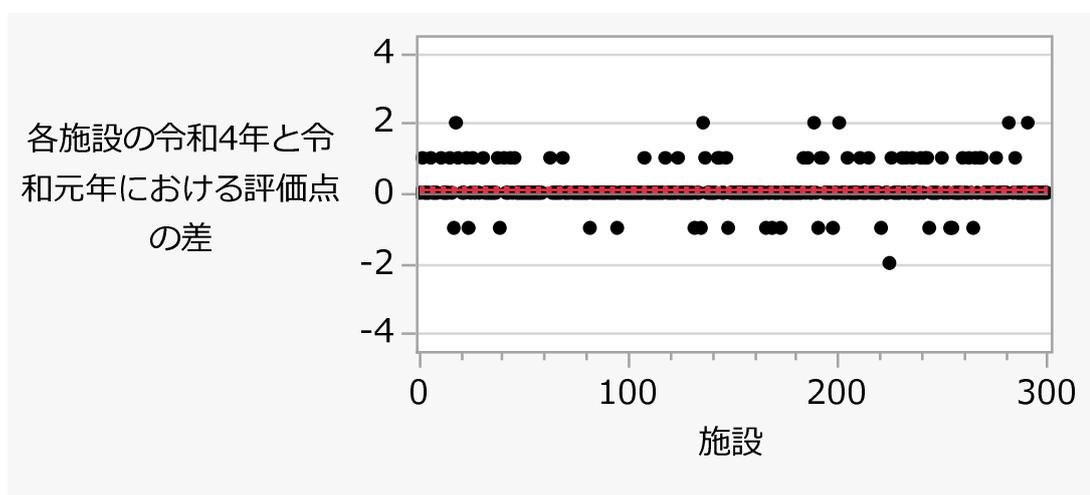
1: 1の専従医師であり、かつ救急医療に深く関連する学会認定の指導医など客観的に救急医療に関する指導者として評価を受けている、又は専従医師であり、かつ救急科専門医である

0: 上記基準のいずれも満たさない（実際には救命救急センターにおける業務に日常的に関与し責任をもつ者でない等）

第4-1図 救命救急センター長の要件（全施設）



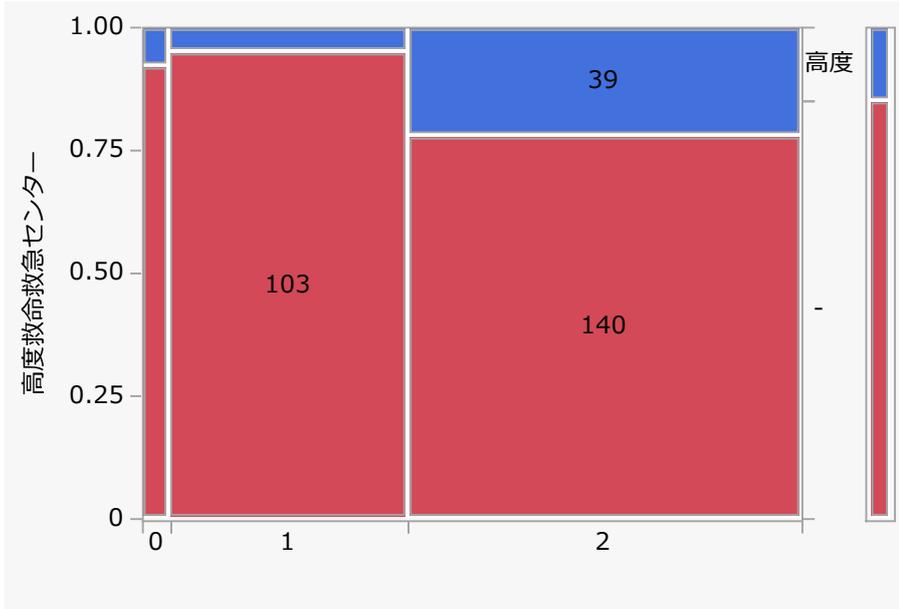
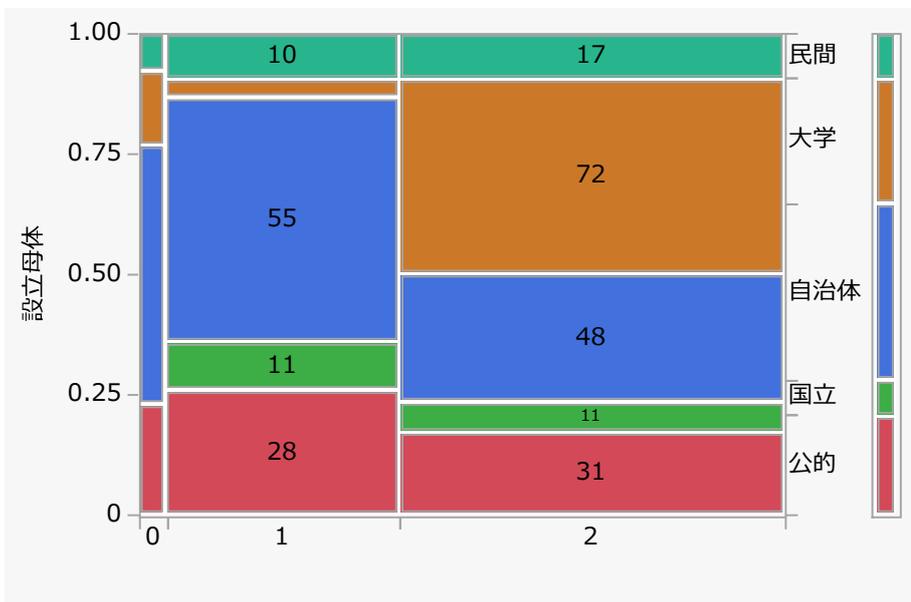
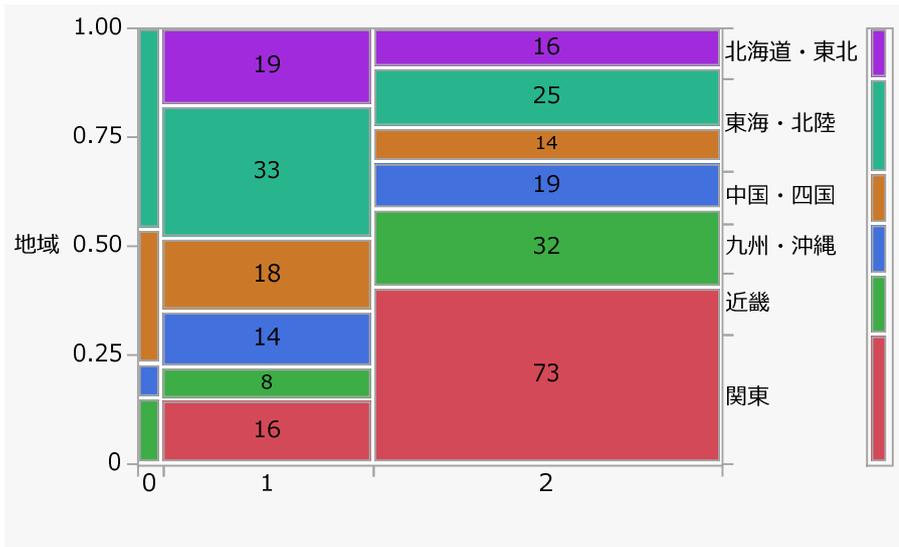
第4-2図 各施設の令和4年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和4年 vs 令和元年）の差 0.121 (95%信頼区間: 0.058-0.185) $p < 0.001$

Wilcoxon符号付き順位和検定を用いて比較した。

第4-3図 救命救急センター長の要件（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



5. 転院及び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

○評価項目の定義等：「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整を行うことができる者を含む。

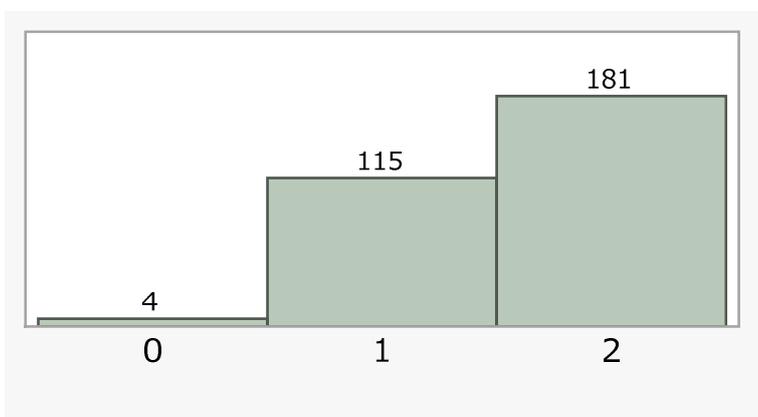
※ 「常時勤務している」とは、複数の者が交替で救命救急センターに常時勤務している場合も含む。

2: 院内外の連携を推進し、転院及び転棟の調整を行う者が、平日の日勤帯に救命救急センターに常時勤務している

1: 院内外の連携を推進し、転院及び転棟の調整を行う者が、救命救急センター専任として配置されている

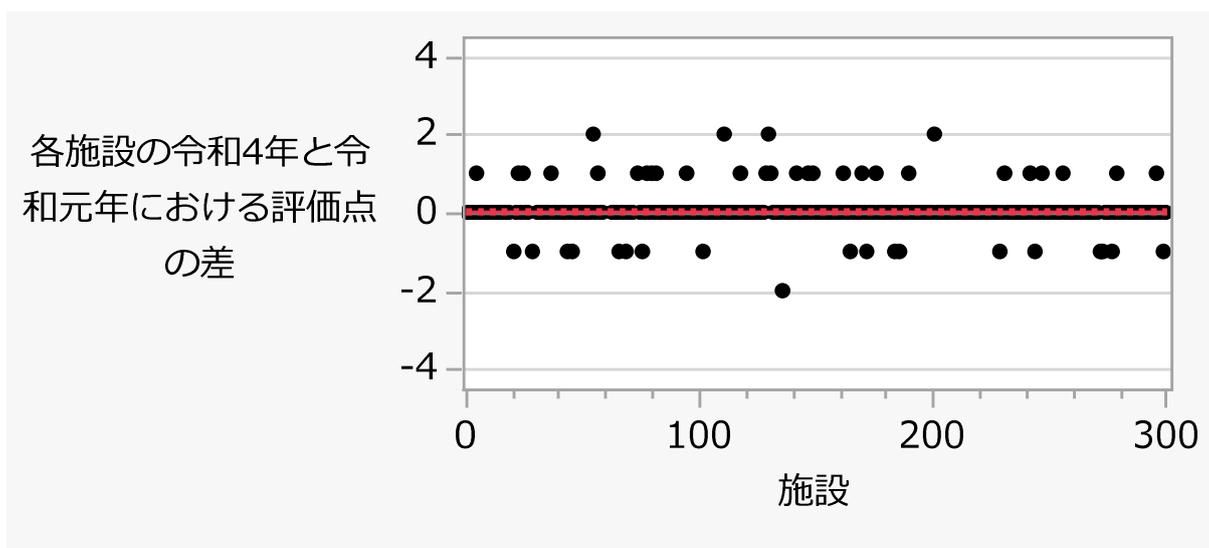
0: 上記の基準を満たさない

第5-1図 転院・転棟の調整を行う者の配置 (全施設)



水準	度数	割合
0	4	0.01
1	115	0.38
2	181	0.60
合計	300	1.00

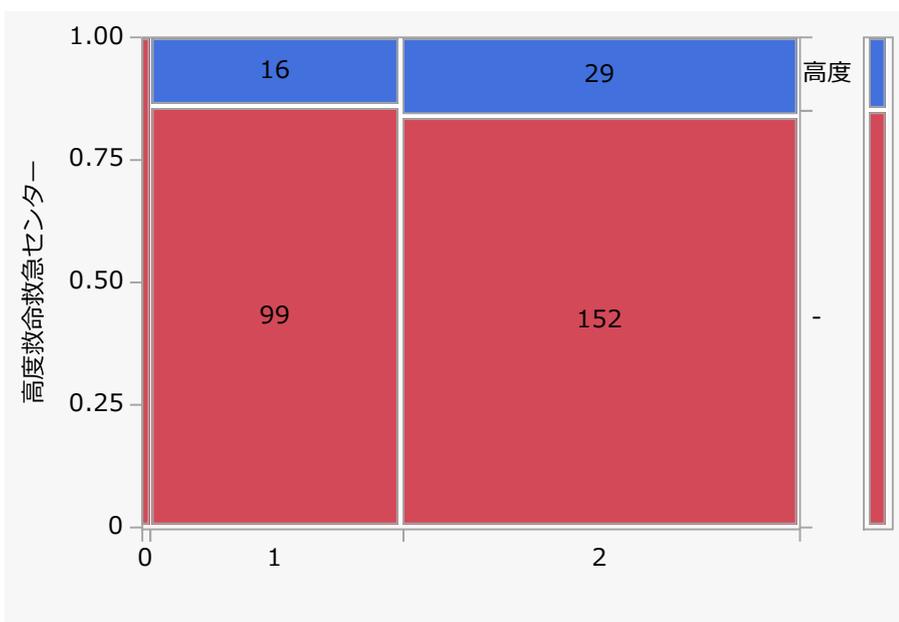
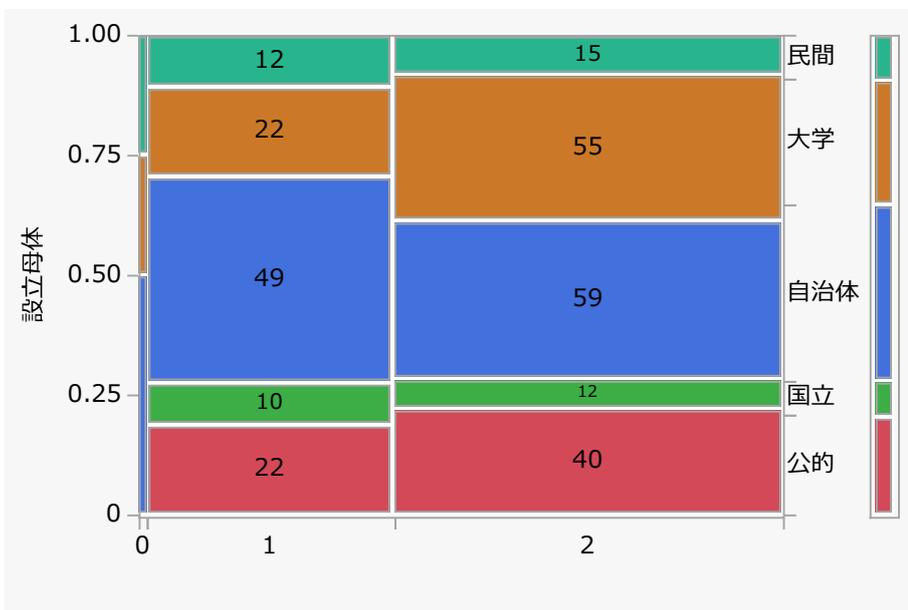
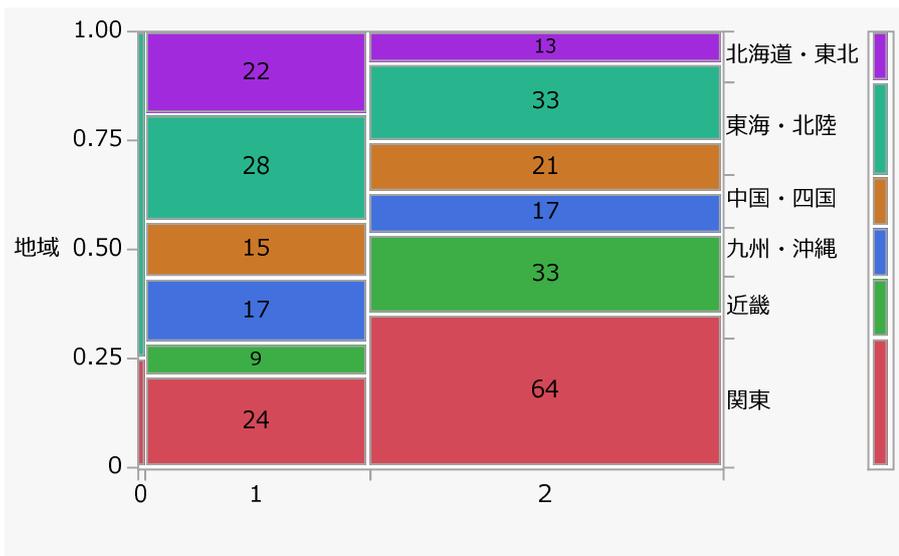
第5-2図 各施設の令和4年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点 (令和4年 vs 令和元年) の差 0.048 (95%信頼区間: (-0.006) - 0.103) p=0.110

Wilcoxon符号付き順位和検定を用いて比較した。

第5-3図 転院・転棟の調整を行う者の配置（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



6. 診療データの登録制度への参加と自己評価

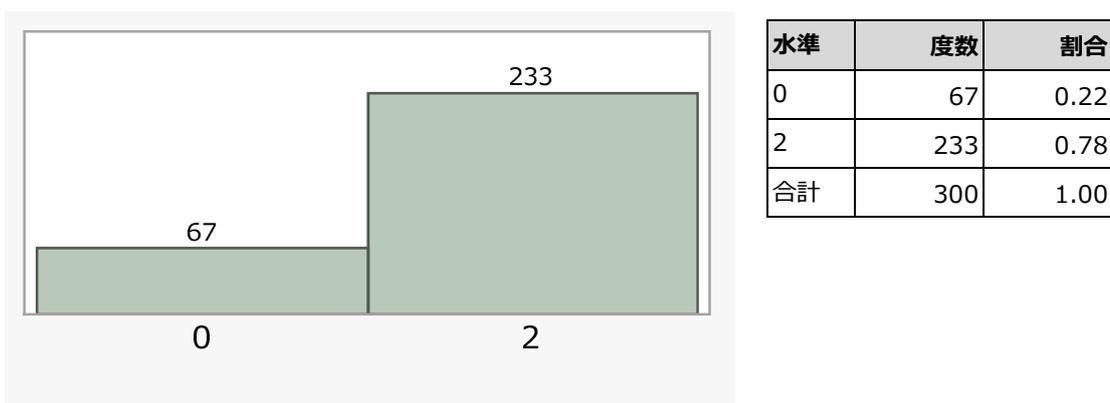
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○評価項目の定義等：「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。

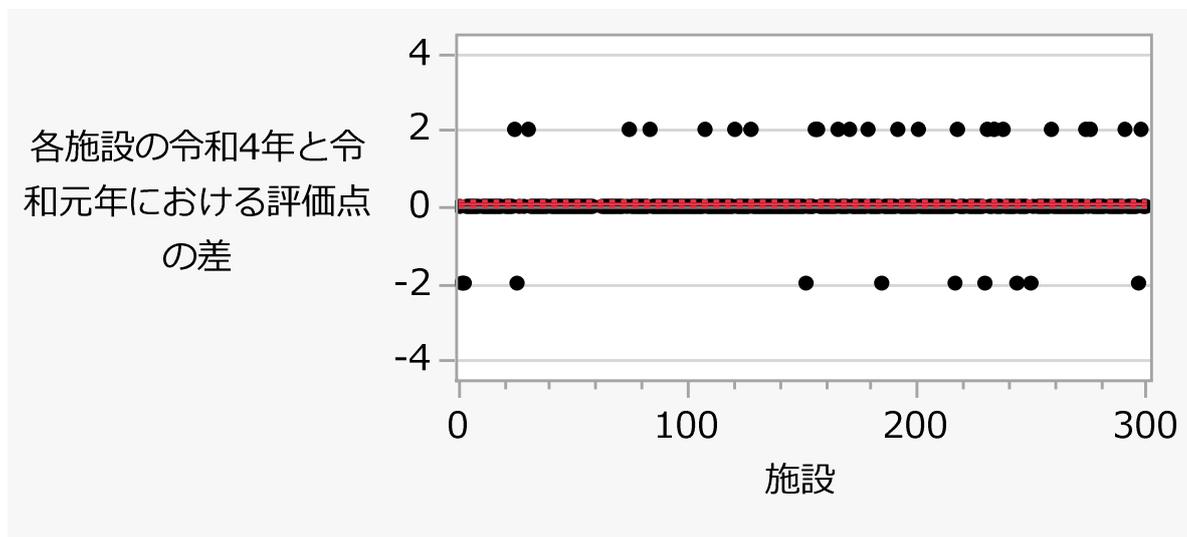
2: 救命救急医療に関わる疾病別の診療データの登録制度へ参加し、自己評価を行っている

0: 上記の基準を満たさない

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）



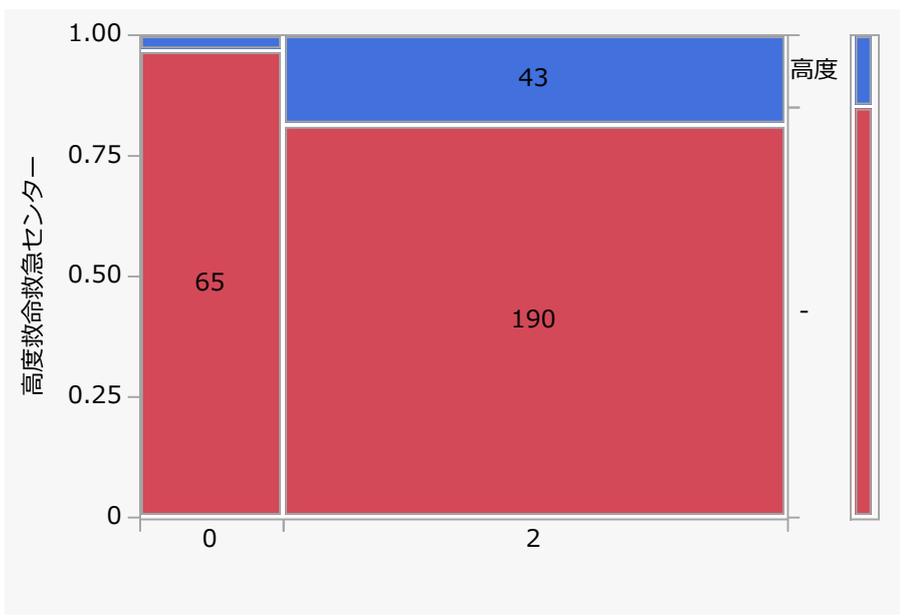
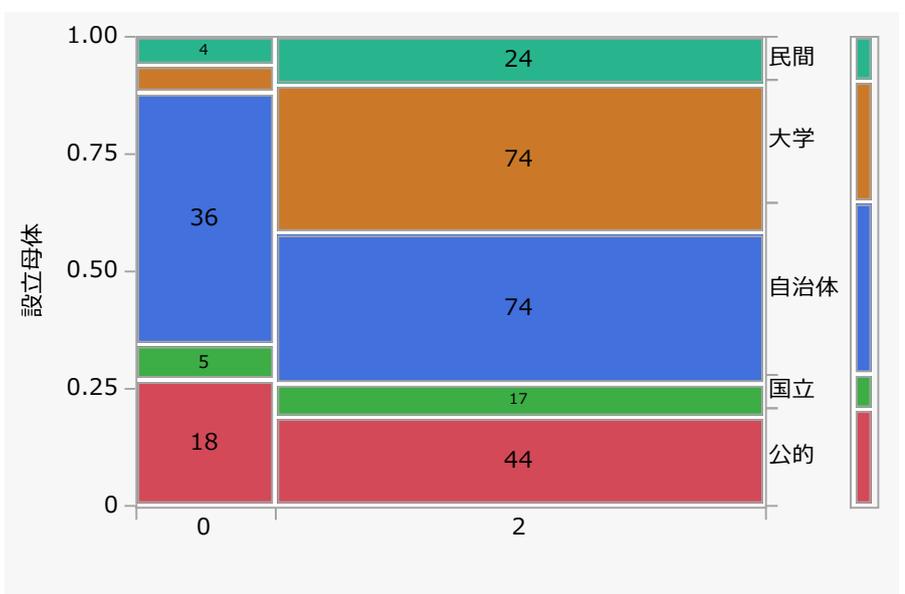
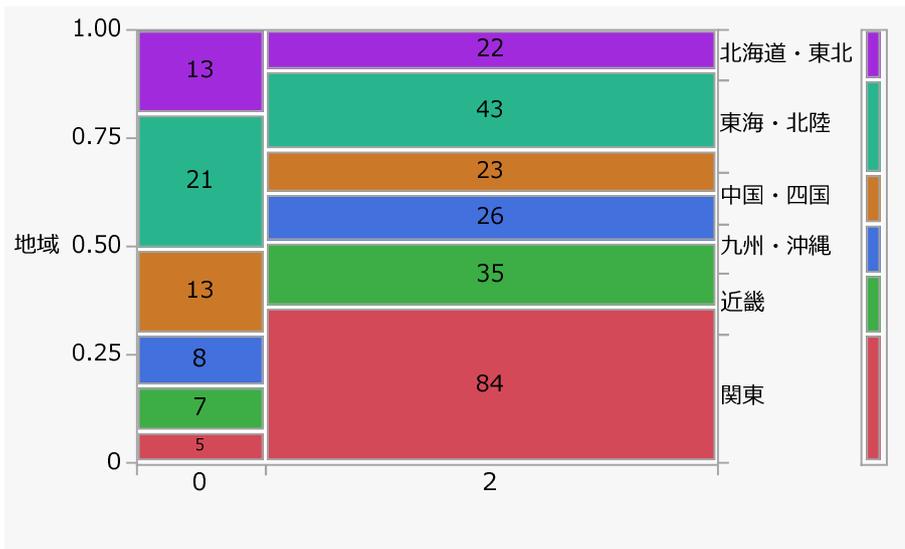
第6-2図 各施設の令和4年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和4年 vs 令和元年）の差 0.090 (95%信頼区間: 0.012- 0.168) p=0.023

Wilcoxon符号付き順位和検定を用いて比較した。

第6-3図 診療データの登録制度への参加と自己評価（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



7.1 年間に受け入れた重篤患者数（来院時）

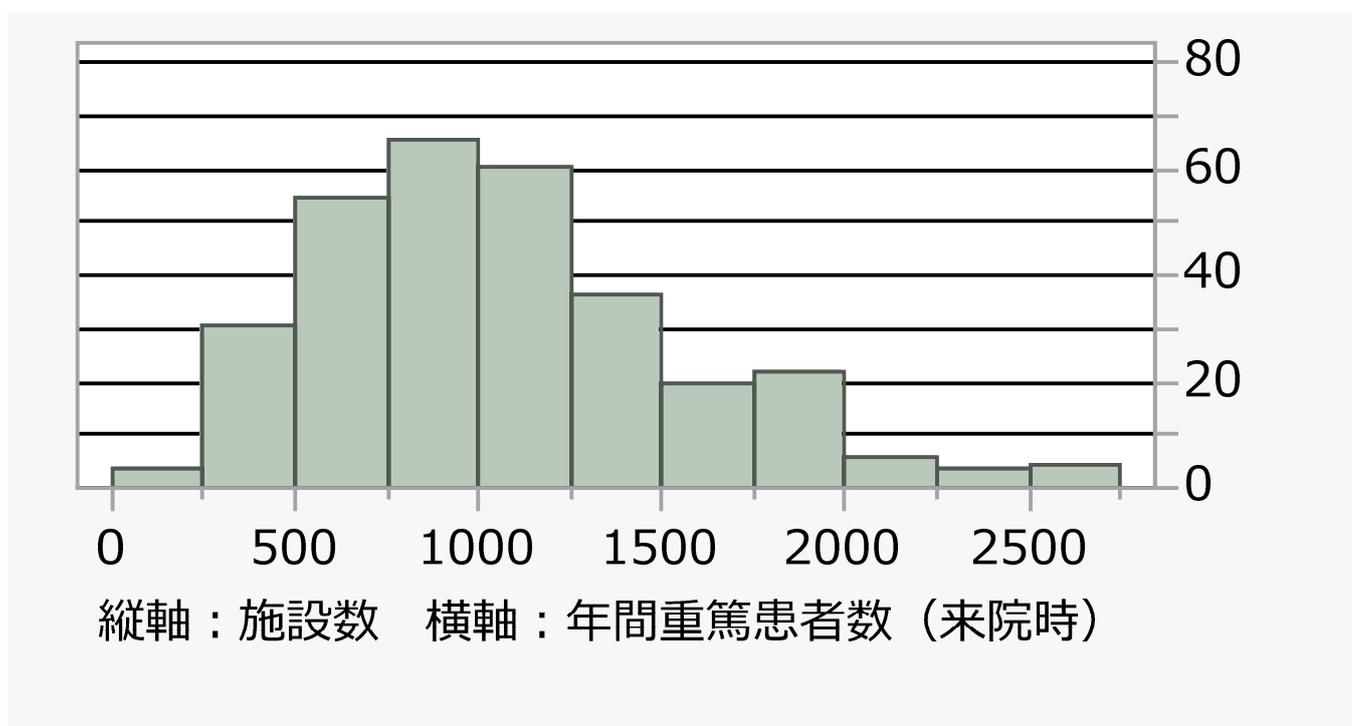
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○評価項目の定義等：「重篤患者」であるか否かの基準は別表（次項）「来院時の年間重篤患者数」による。

「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。

※ 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。（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）

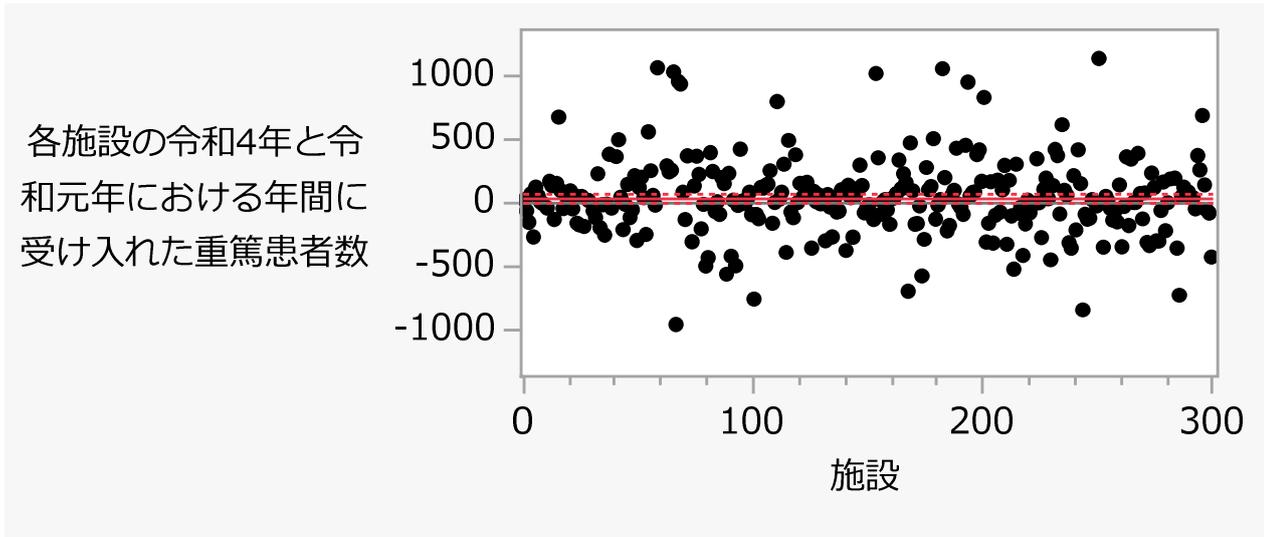
第 7.1-1 図 各施設の年間に受け入れた重篤患者数



第 7.1-2 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	数	施設名	数	施設名	数
1 済生会熊本病院	2595	11 愛媛県立中央病院	2093	21 聖マリア病院	1853
2 前橋赤十字病院	2582	12 医療法人徳洲会宇治徳洲	2088	22 恩賜財団済生会横浜市東部	1846
3 自治医科大学附属さいたま	2533	13 倉敷中央病院	1963	23 独立行政法人国立病院機構	1831
4 地方独立行政法人静岡県	2533	14 昭和大学病院	1959	24 伊勢赤十字病院	1824
5 熊本赤十字病院	2437	15 岐阜県総合医療センター	1950	25 医療法人鉄蕉会亀田総合病	1822
6 さいたま赤十字病院	2342	16 北里大学病院	1910	26 和歌山県立医科大学附属病	1807
7 東海大学医学部附属病院	2284	17 藤沢市民病院	1902	27 独立行政法人国立病院機構	1783
8 鹿児島市立病院	2206	18 済生会宇都宮病院	1888	28 京都第二赤十字病院	1779
9 神戸市立医療センター中央	2119	19 海老名総合病院	1882	29 埼玉医科大学総合医療センタ	1777
10 船橋市立医療センター	2103	20 名古屋済済会病院	1865	30 国立研究開発法人 国立国	1774

第 7.1-3 図 各施設の令和 4 年と令和元年における年間に受け入れた重篤患者数の差(全施設)



年間に受け入れた重篤患者数（令和 4 年 vs 令和元年）の差 32.6(95%信頼区間：(-2.19)-67.4) p=0.066 対応のある t 検定を用いて比較した。

○評価項目の定義等：

所管人口 10 万人あたり

4: 250 人以上

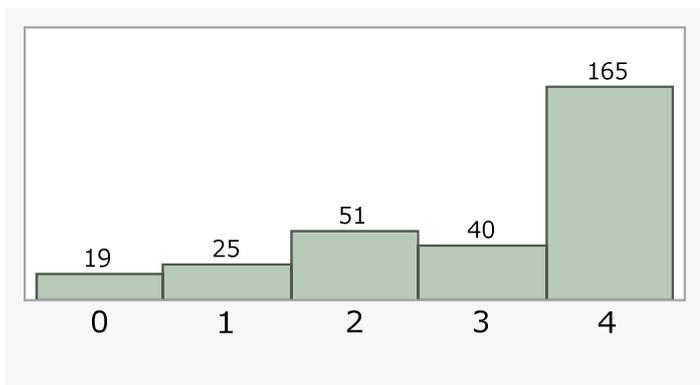
3: 200 人以上

2: 150 人以上

1: 100 人以上

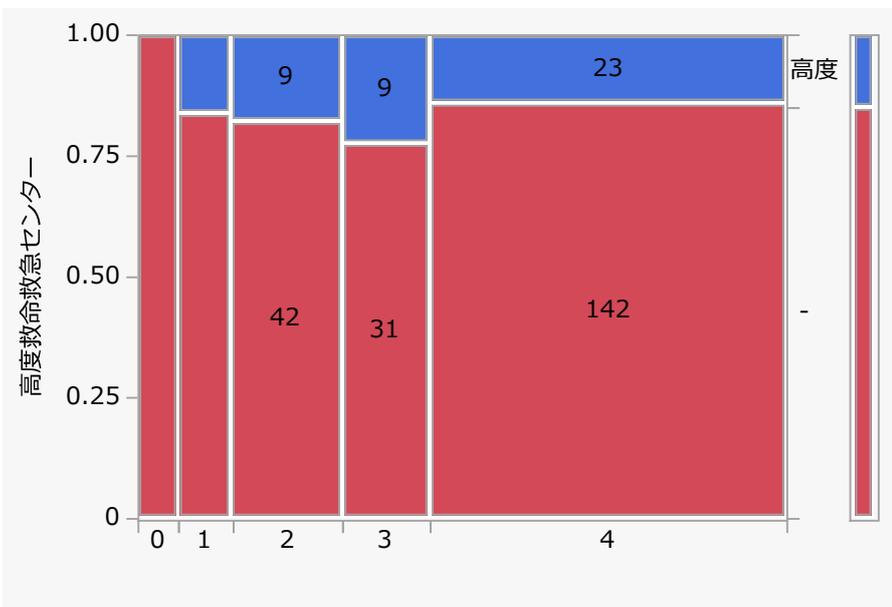
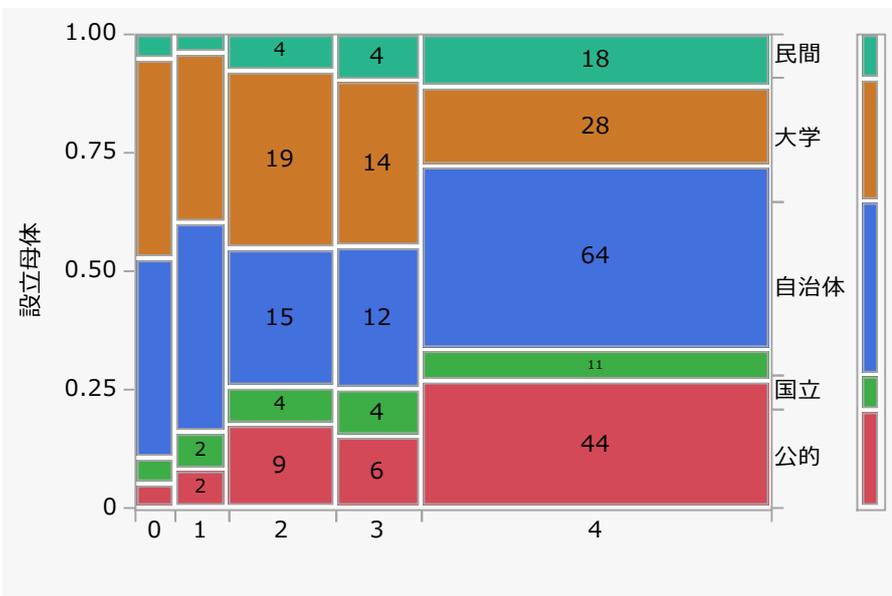
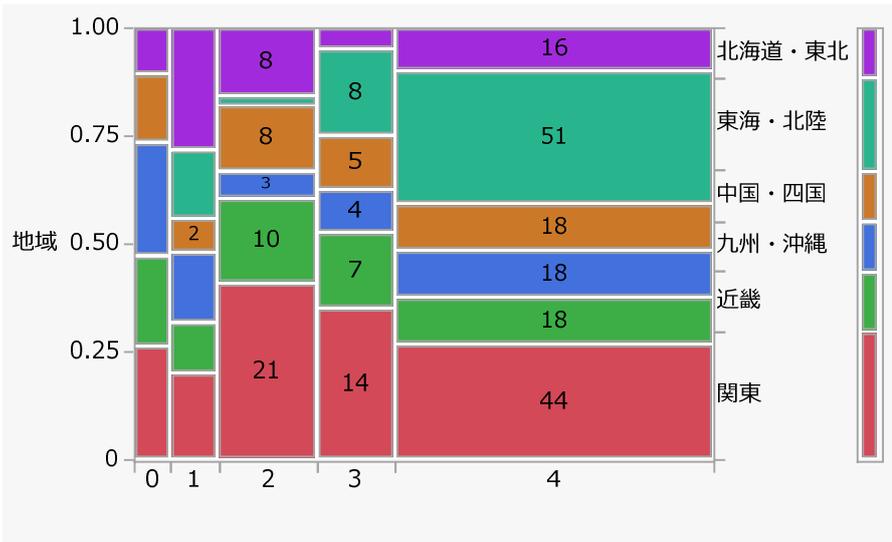
0: 100 人未満

第 7.1-4 図 年間に受け入れた重篤患者数(全施設)



水準	度数	割合
0	19	0.06
1	25	0.08
2	51	0.17
3	40	0.13
4	165	0.55
合計	300	1.00

第 7.1-5 図 年間に受け入れた重篤患者数（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



(参考) 重篤患者の定義と調査票

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治療管理のために救命救急センターで受け入れた患者は除く。

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

番号	疾病名	基準(基準を満たすもののみ数えること)	患者数 (人) ※注1	転帰	
				退院・転院 (転機を含む) (人)	死亡 (人)
1	病院外心停止	病院への搬送中に自己心拍が再開した患者及び外来で死亡を確認した患者を含む。			
2	重症急性冠症候群	切迫心筋梗塞又は急性心筋梗塞と診断された患者若しくは緊急冠動脈カテーテルによる検査又は治療を行った患者			
3	重症大動脈疾患	急性大動脈解離又は大動脈瘤破裂と診断された患者			
4	重症脳血管障害	来院時JCS100以上であった患者、開頭術、血管内手術を施行された患者又はtPA療法を施行された患者			
5	重症外傷	Max AISが3以上であった患者			
		緊急手術が行われた患者			
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			
7	重症熱傷	Artzの基準により重症とされた患者			
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			
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			
10	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			
	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			
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			
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			
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11までを除く。)			
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11までを除く。)			
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11までを除く。)			
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11までを除く。)			
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11までを除く。)			
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11までを除く。)			
19	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。)			
合 計 (調査票1の「7.1. 年間重篤患者数」) →					

※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。

7.2 地域貢献度

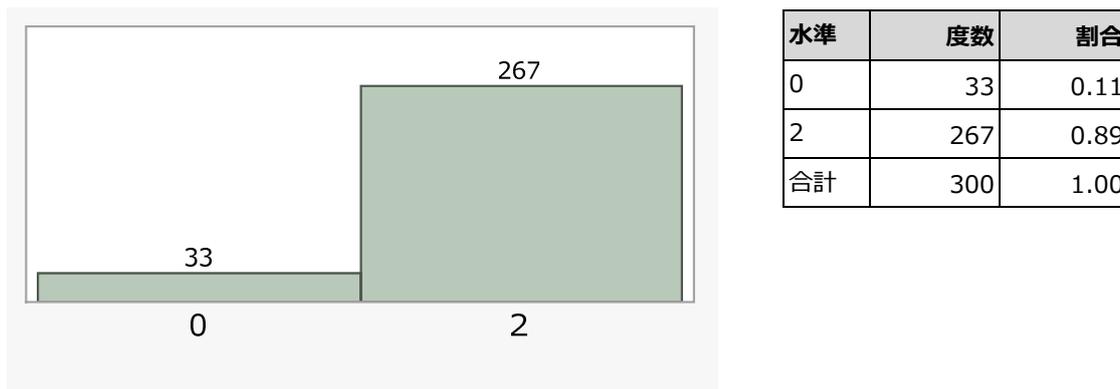
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○評価項目の定義等：「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。

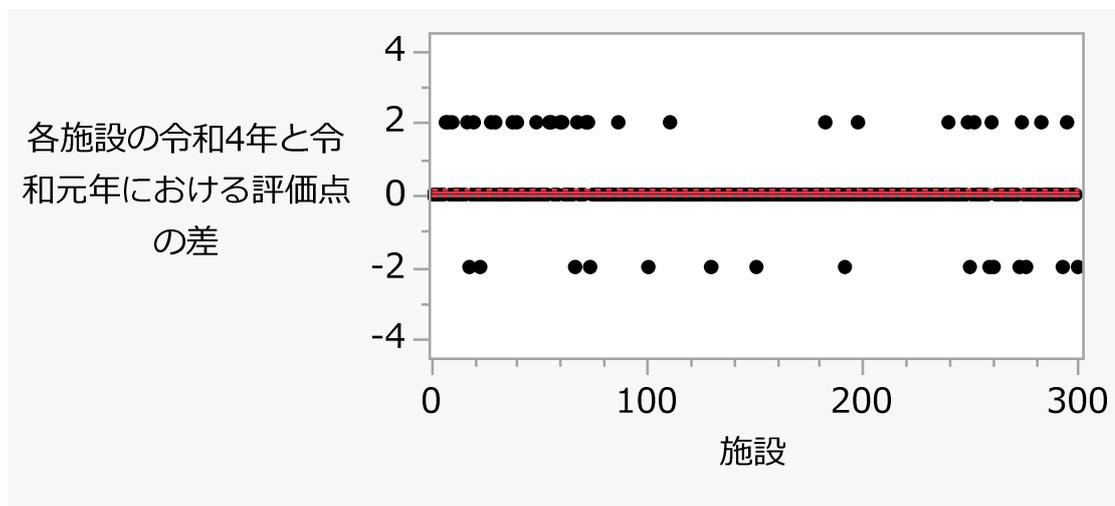
2: 地域貢献度（地域内の重篤患者を診察している割合＝所管地域人口当たり当該施設に搬送された重篤患者数/全国総人口当たり全国重篤患者数）が0.5以上

0: 上記の基準を満たさない

第 7.2-1 図 地域貢献度（全施設）



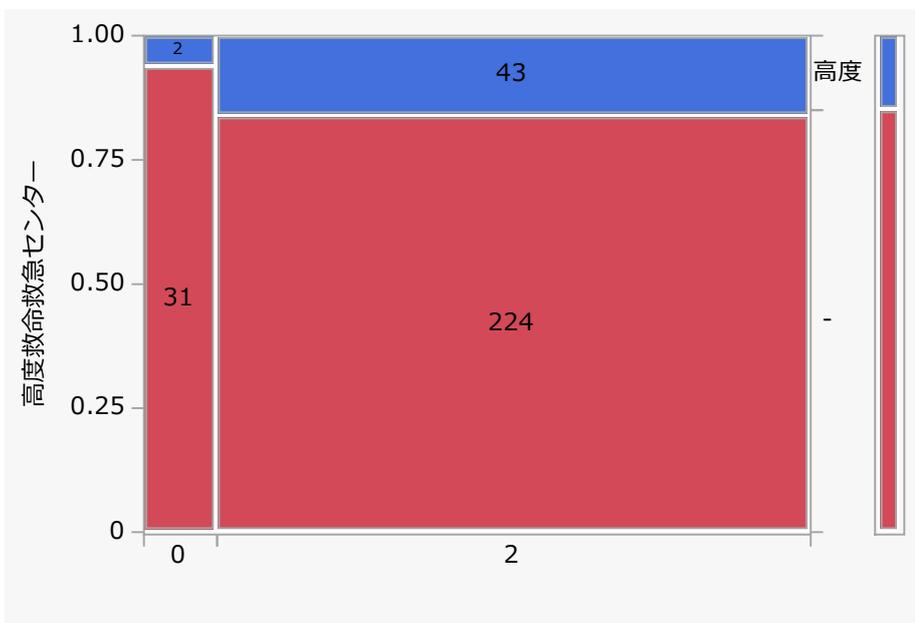
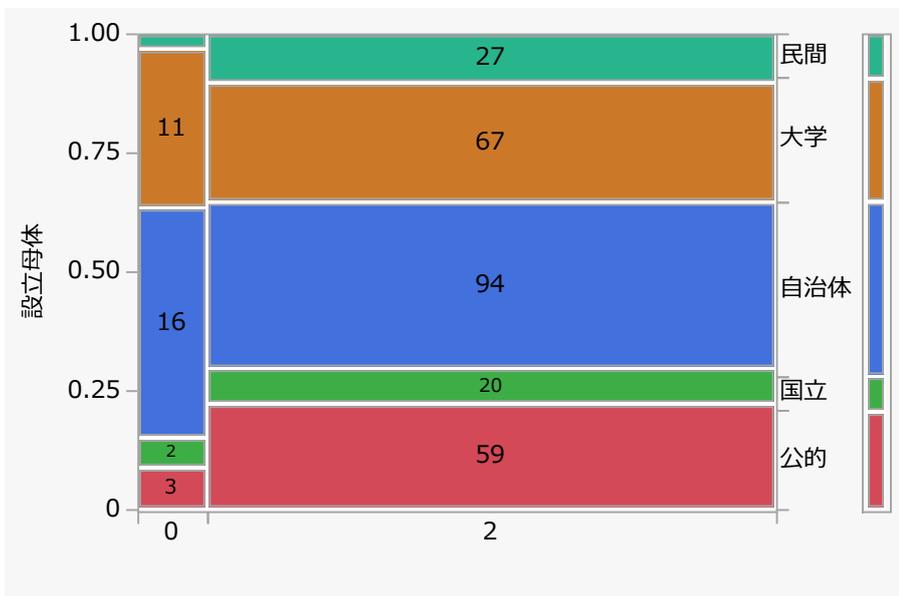
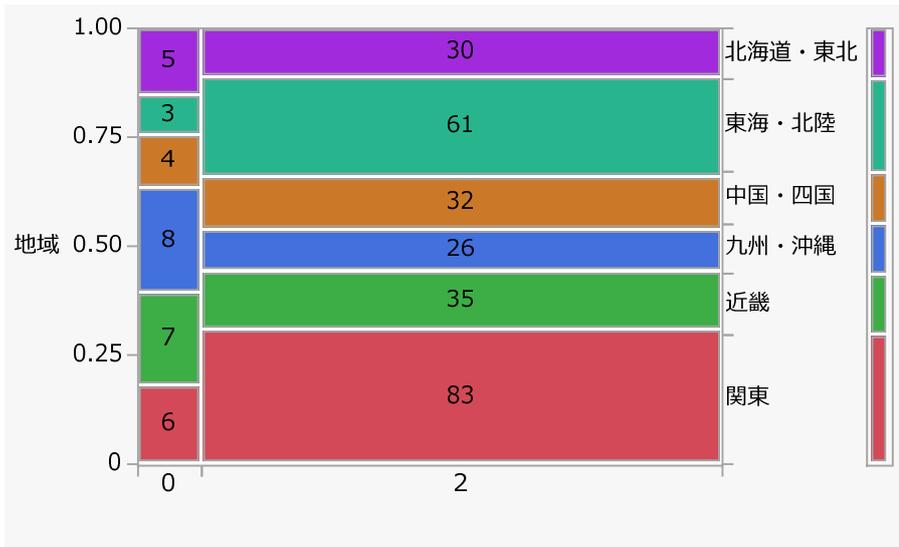
第 7.2-2 図 各施設の令和4年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和4年 vs 令和元年）の差 0.086 (95%信頼区間:0.001- 0.172) p=0.047

Wilcoxon符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 7.2-3 図 地域貢献度（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



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

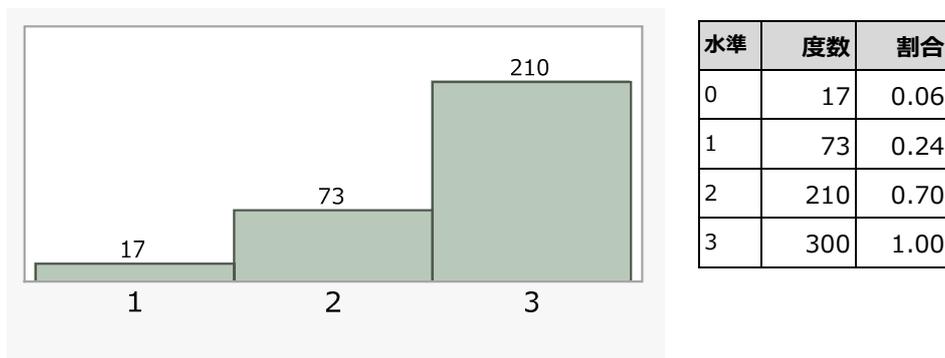
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○評価項目の定義等：「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。

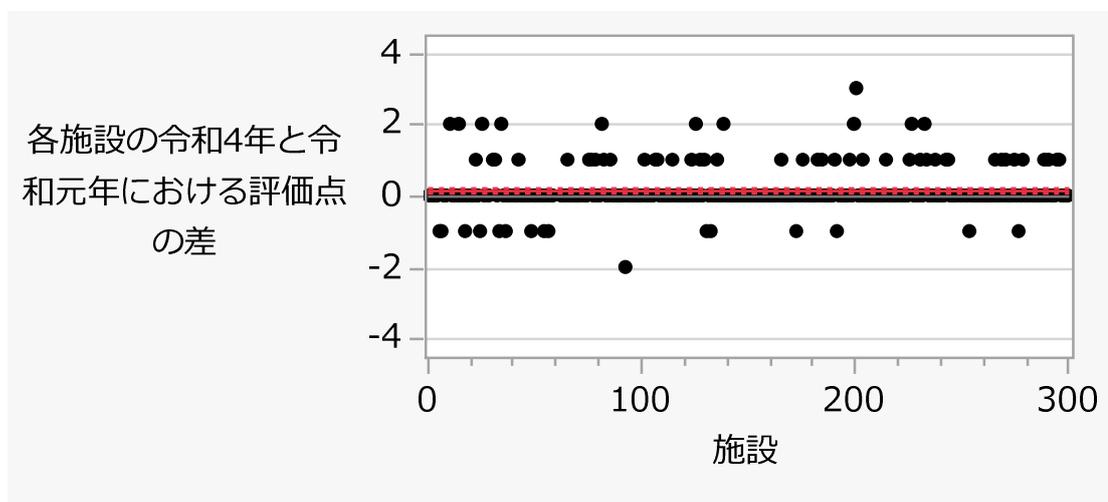
なお、「院外に公表」とは、病院のホームページなどに掲載し、住民等が閲覧できるようにしていることをいう。調査対象年の期間以前の情報のみ院外に公表しており、かつ調査対象年の情報の更新予定時期が決定している場合は、その時期を記載すること。

- 3: 下記2つの内容に加え、調査対象年の応需状況について院外に公表するとともに、院外の委員会（メディカルコントロール協議会等）で応需状況の改善等に向けた検討を実施している
- 2: 下記に加え、応需状況（搬送件数、内訳、応需率や不応需理由）について院内に公表するとともに、院内の委員会で応需状況の改善等に向けた検討を実施している上記の基準を満たさない
- 1: 救命救急センターに対する消防機関からの電話による搬送受入要請について、受入れに至らなかった場合の理由も含め対応記録を残し、応需率等を確認している
- 0: 上記の基準を満たさない

第8-1図 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（全施設）



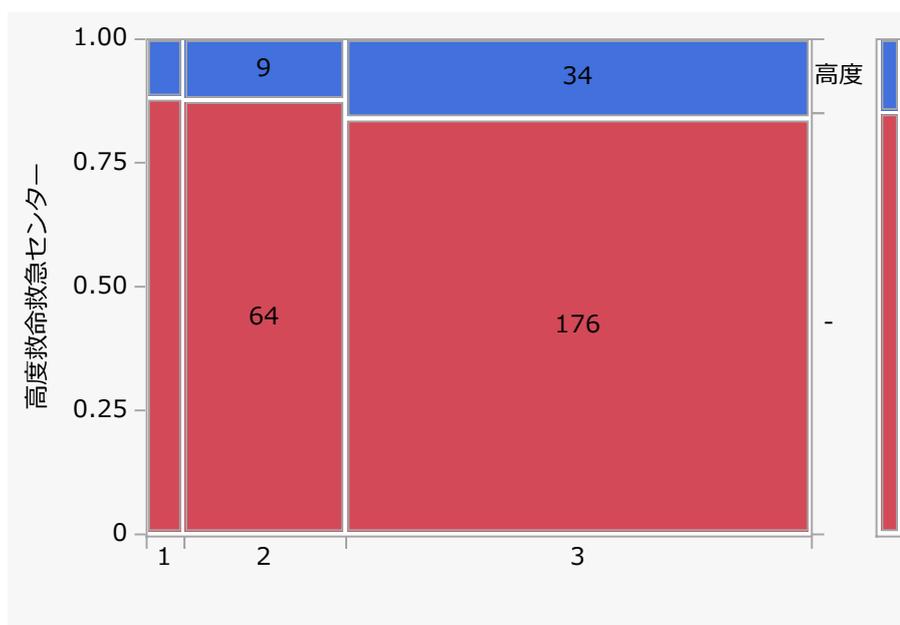
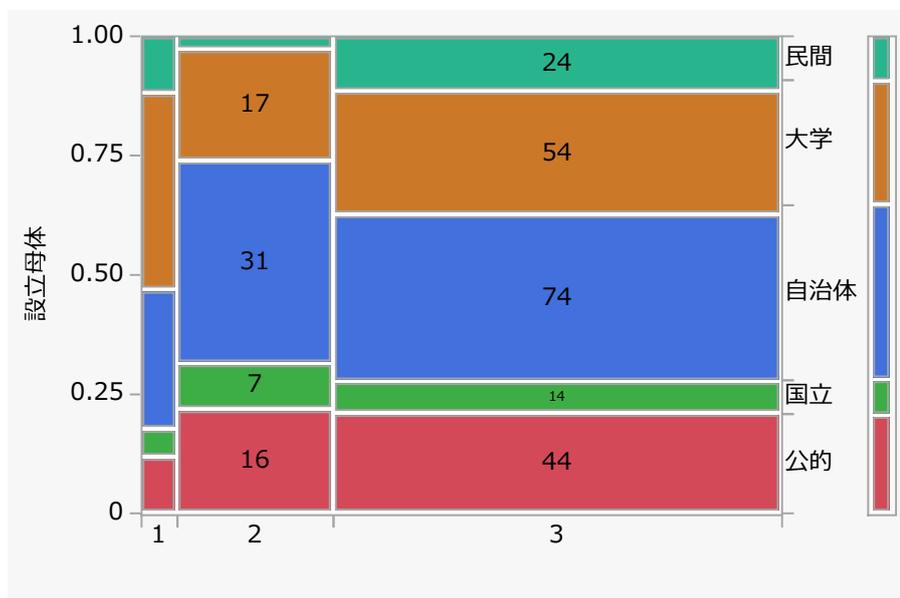
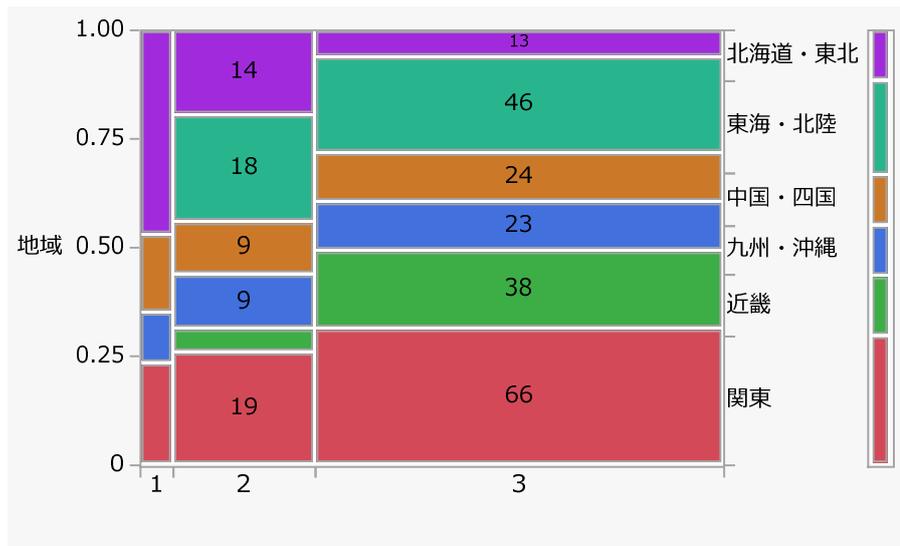
第8-2図 各施設の令和4年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和4年 vs 令和元年）の差 0.163 (95%信頼区間 0.094- 0.232) $p < 0.001$

Wilcoxon符号付き順位和検定を用いて比較した。

第8-3図 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（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



9. 救急外来のトリアージ機能

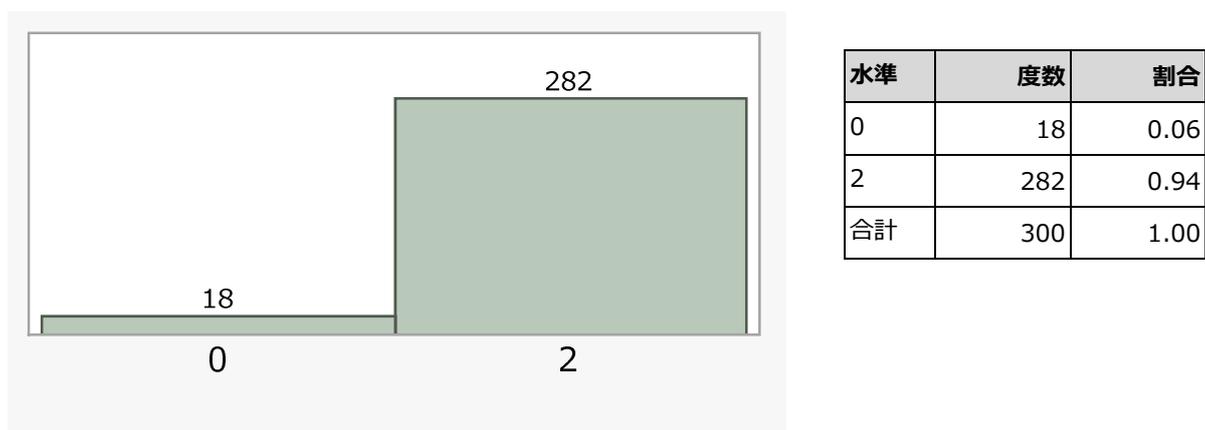
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○評価項目の定義等：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。

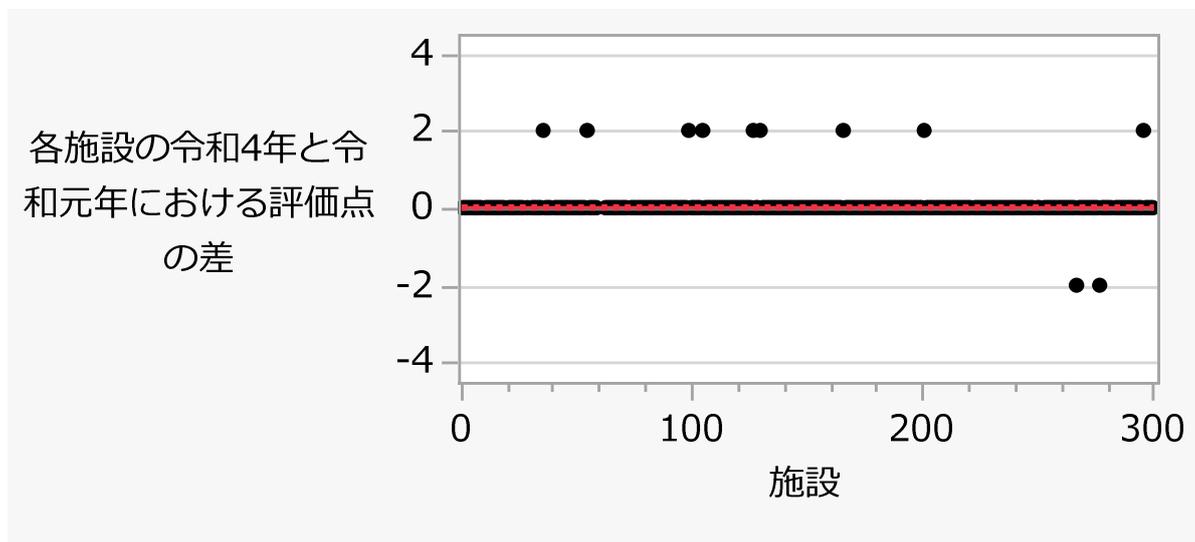
2: 医療機関で事前に定められたトリアージ基準に基づき、救急外来にトリアージを行う看護師又は医師が配置されている

0: 上記の基準を満たさない

第9-1図 救急外来のトリアージ機能（全施設）



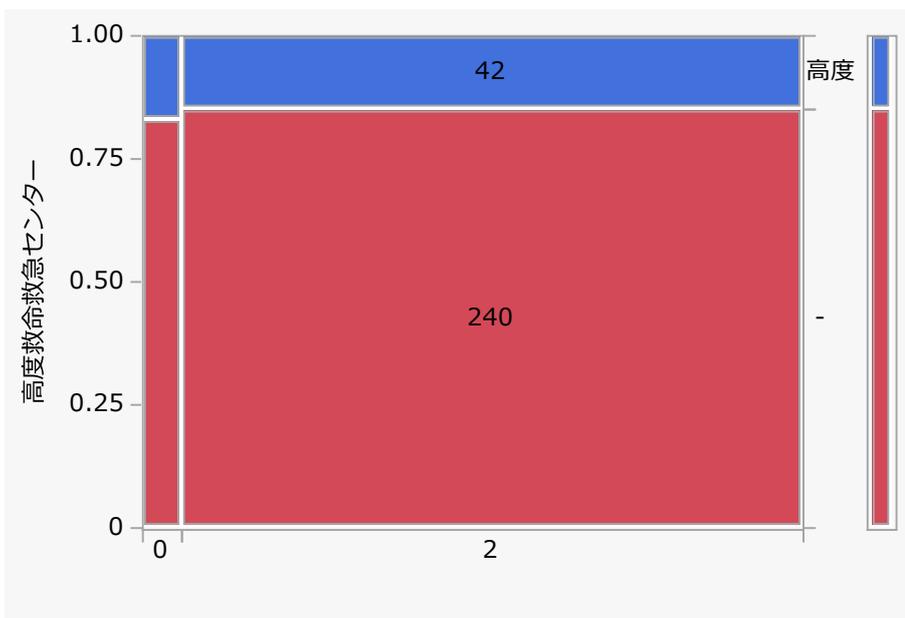
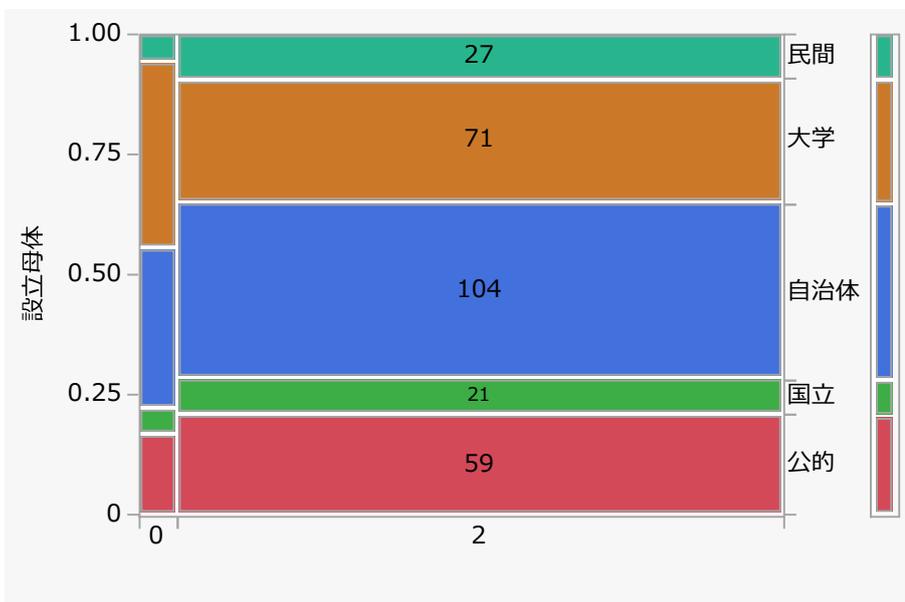
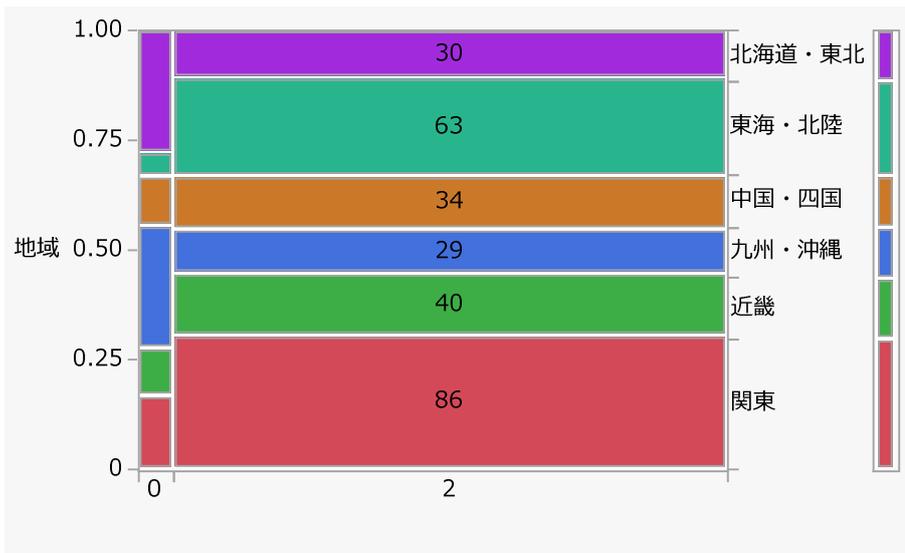
第9-2図 各施設の令和3年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和4年 vs 令和元年）の差 0.048 (95%信頼区間: 0.003- 0.094) p=0.034

Wilcoxon 符号付き順位和検定を用いて比較した。

第9-3図 救急外来のトリアージ機能（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



10. 電子的診療台帳の整備等

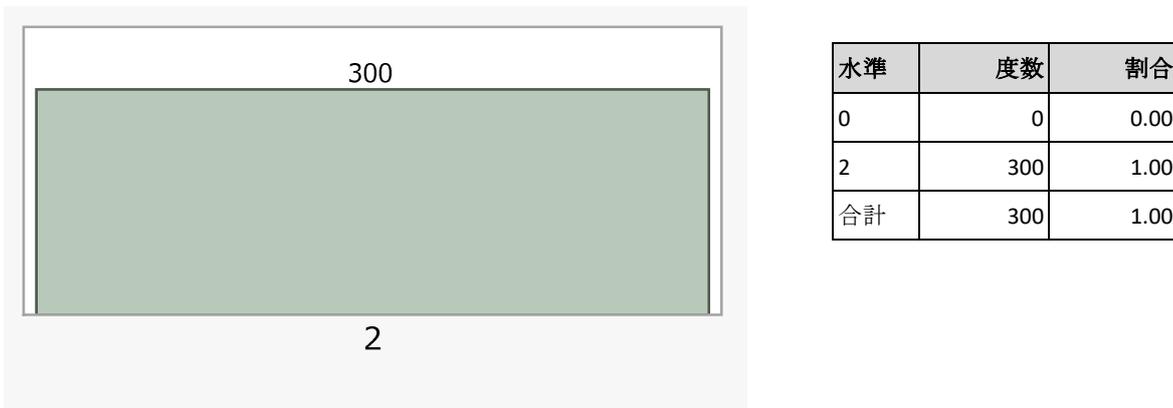
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義等：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。

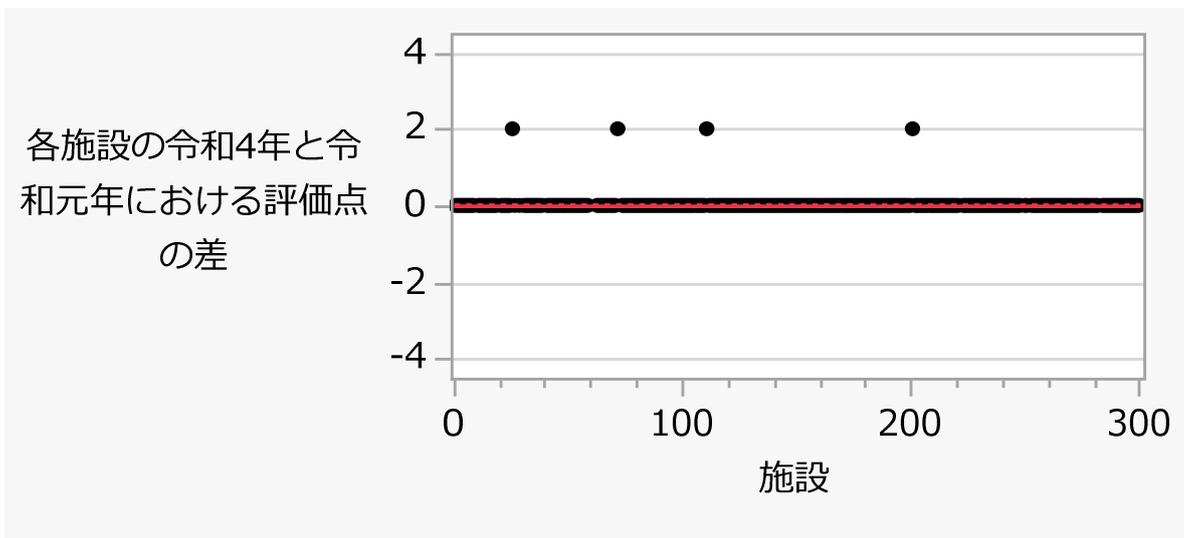
2: 救命救急センターで診療を行った患者の診療台帳を電子化し、その台帳を適切に管理する者を定めている

0: 上記の基準を満たさない

第 10-1 図 電子的診療台帳の整備等 (全施設)



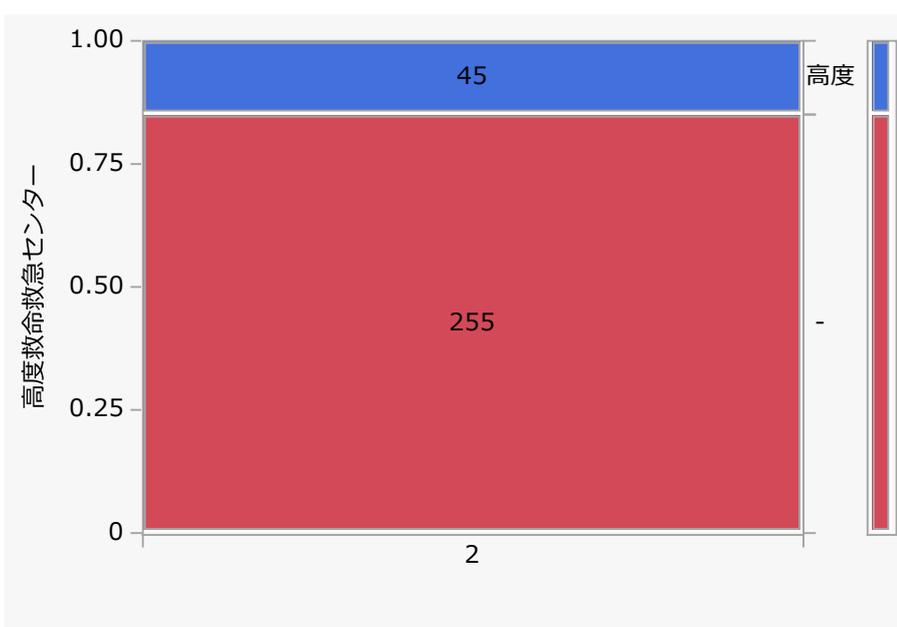
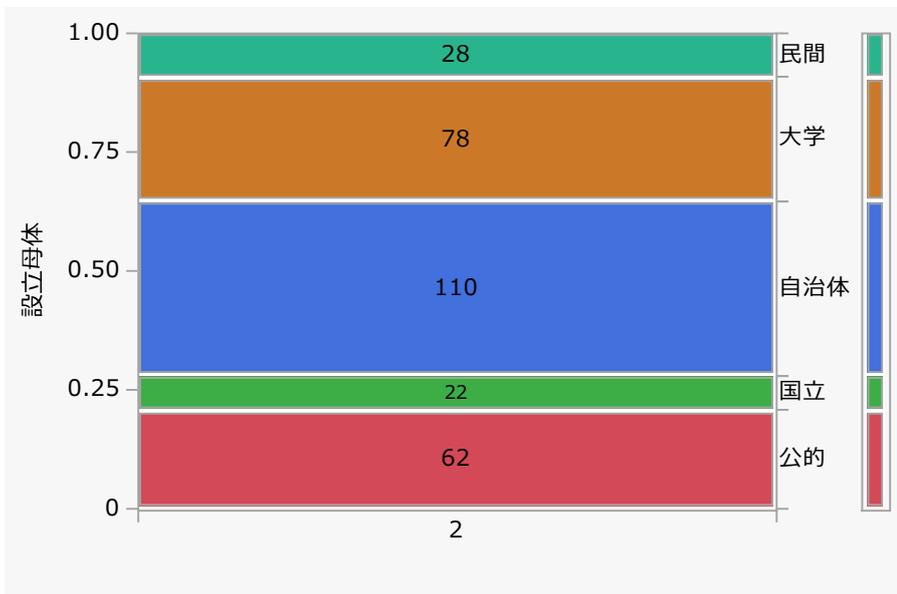
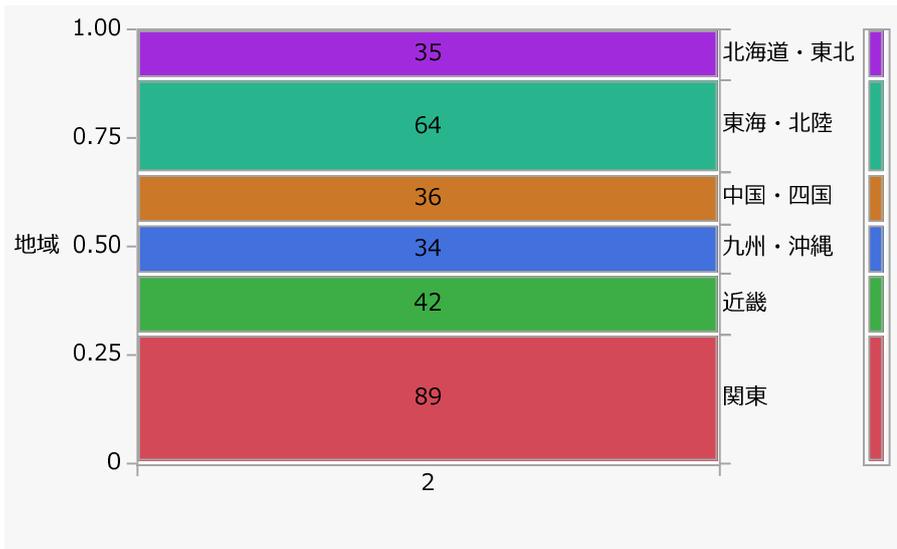
第 10-2 図 各施設の令和 4 年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点 (令和 4 年 vs 令和元年) の差 0.013 (95%信頼区間: 0.001- 0.055) p=0.045

Wilcoxon 符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 10-3 図 電子的診療台帳の整備等（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



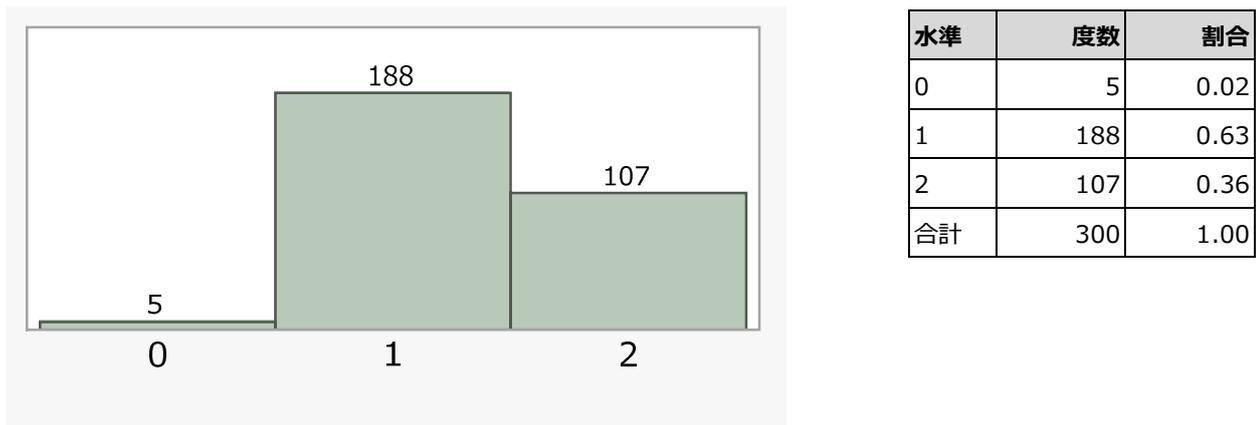
11. 内因性疾患への診療体制

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

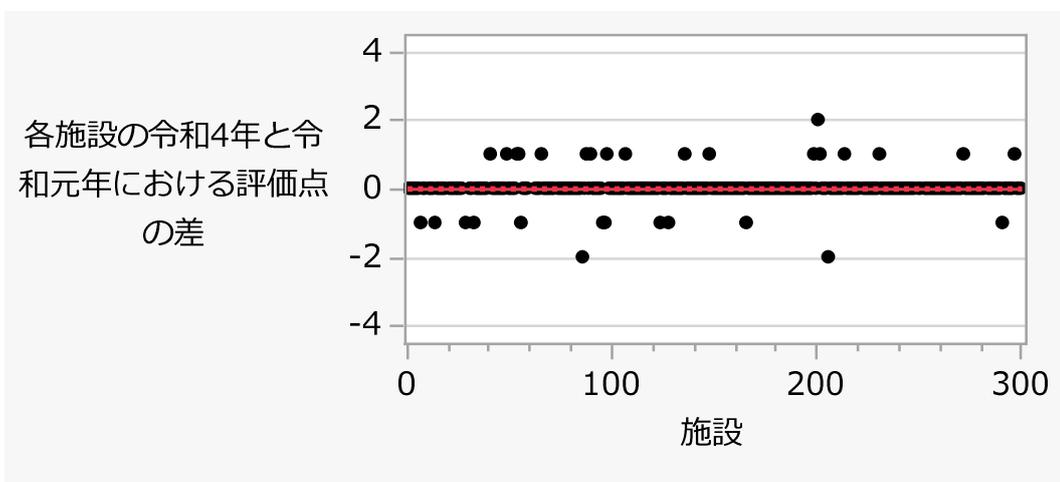
○評価項目の定義等：「内因性疾患への診療体制」とは、「循環器科」、「脳神経科」及び「消化器科」の全ての診療体制が整備されていることをいう。いずれかの診療体制が整備されていない場合は診療体制が整備されていないものとして考える。「循環器科」、「脳神経科」及び「消化器科」については、内科系か外科系かを問わない。「迅速に診療できる体制」とは、循環器科においては緊急心カテーテル検査、脳神経科においてはt-PAの投与、血管内カテーテル手技及び緊急を要する脳神経手術及び消化器科においては消化管出血に対する内視鏡的止血術ができる体制をいう。

- 2: 循環器科、脳神経科及び消化器科の全ての診療科の医師が院内に常時勤務していることにより、循環器疾患、脳神経疾患又は消化管出血を疑う患者が搬送された時に、救急外来から診療を依頼された診療科において迅速（来院から治療開始までに60分）に診療できる体制になっている
- 1: 循環器科、脳神経科及び消化器科において夜間・休日の院外オンコール体制が整備されていることにより、循環器疾患、脳神経疾患又は消化管出血を疑う患者が搬送された時に、救急外来から診療を依頼された診療科において迅速に診療できる体制になっている
- 0: 上記の基準を満たさない

第 11-1 図 内因性疾患への診療体制（全施設）

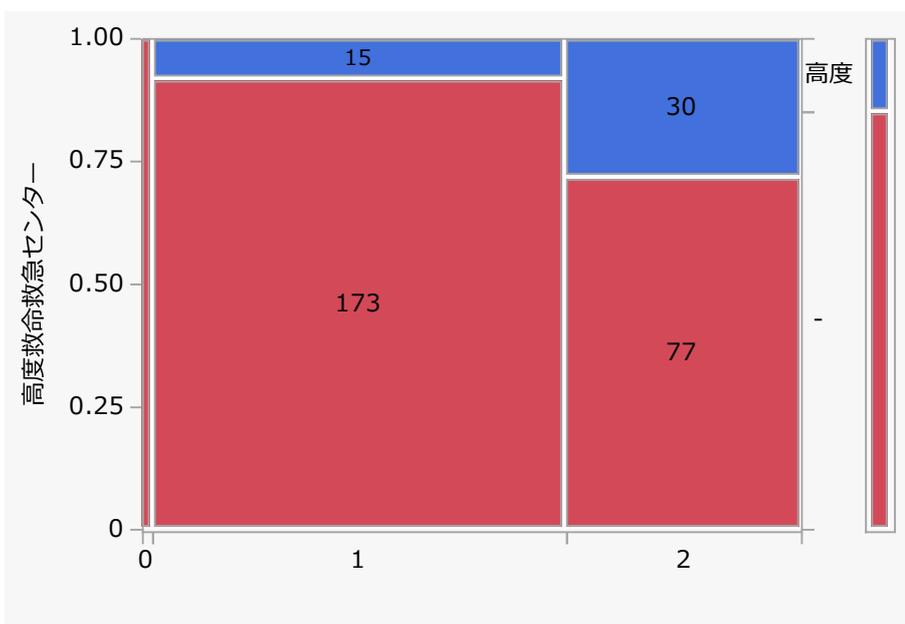
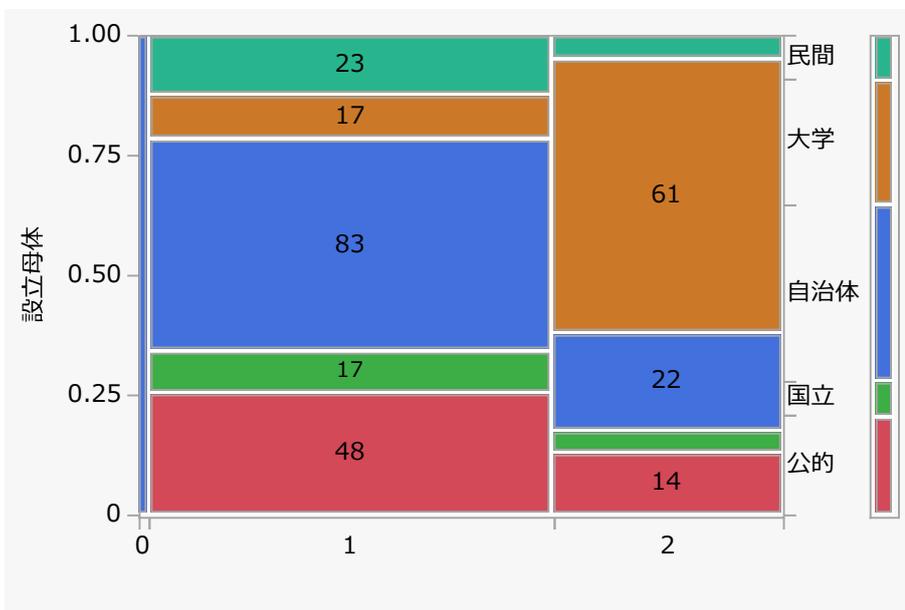
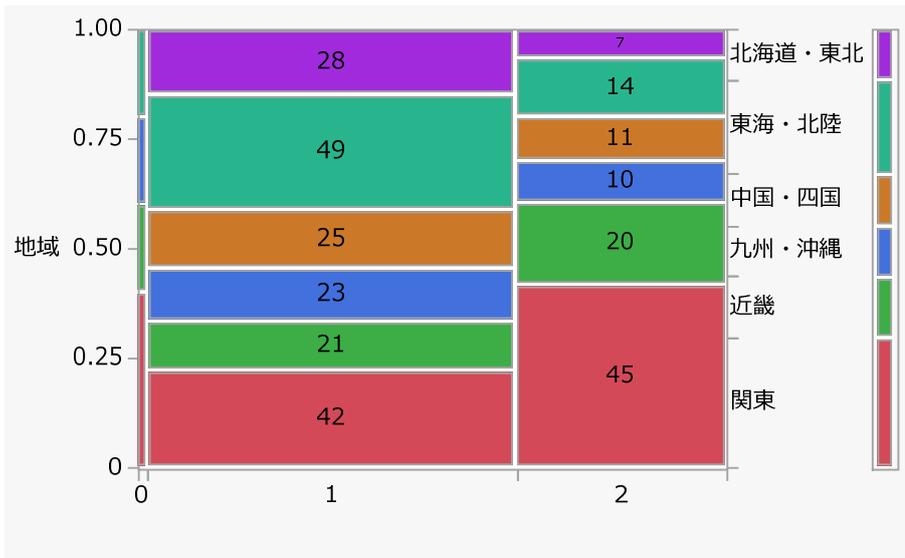


第 11-2 図 各施設の令和4年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和4年 vs 令和元年）の差 0.014 (95%信頼区間: (-0.029) - 0.057) p=0.378
 Wilcoxon符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 11-3 図 内因性疾患への診療体制（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



12. 外因性疾患への診療体制

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

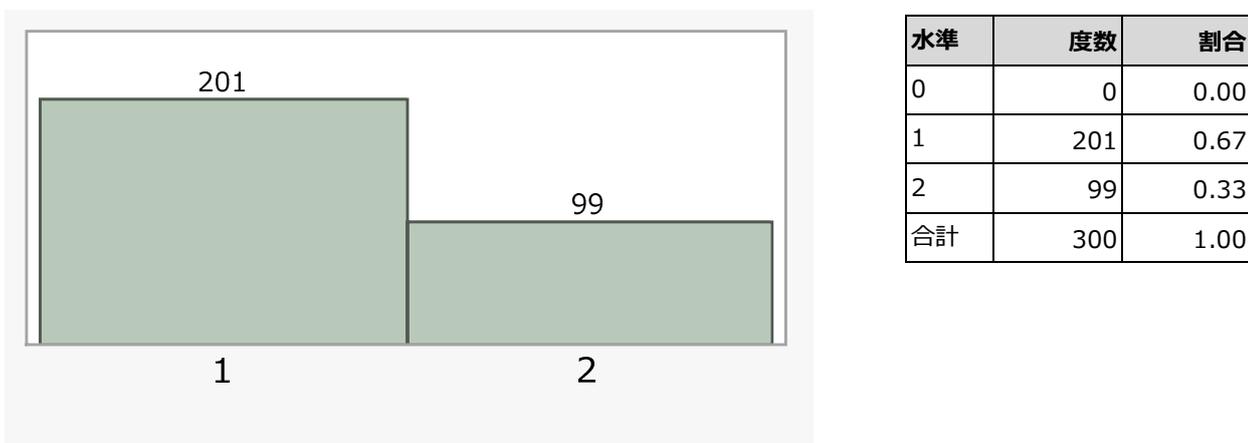
○評価項目の定義等：「外因性疾患への診療体制」とは、「一般外科」、「脳神経外科」及び「整形外科」の全ての診療体制が整備されていることをいう。いずれかの診療体制が整備されていない場合は診療体制が整備されていないものとして考える。「迅速に診療できる体制」とは、「一般外科」、「脳神経外科」及び「整形外科」において緊急手術（IVRを含む）ができる体制をいう。

2: 一般外科、脳神経外科及び整形外科の全ての診療科の医師が院内に常時勤務していることにより、外傷を疑う患者が搬送された時に、1に該当する専従医師が診察を行い、救急外来から診療を依頼された診療科が迅速（来院から治療開始までに60分）に診療できる体制になっている

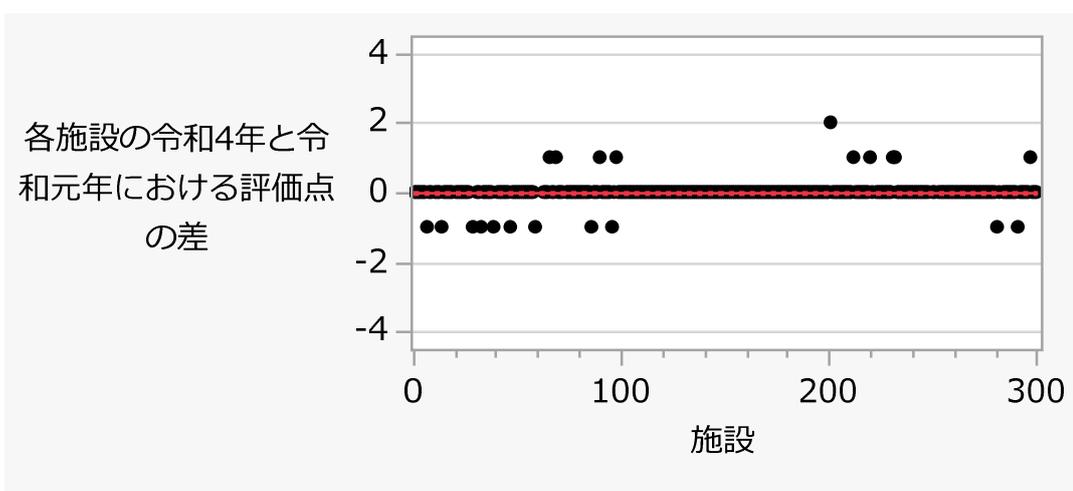
1: 一般外科、脳神経外科及び整形外科において夜間・休日の院外オンコール体制が整備されていることにより、外傷を疑う患者が搬送された時に、救急外来から診療を依頼された診療科が迅速に診療できる体制になっている

0: 上記の基準を満たさない

第12-1図 外因性疾患への診療体制（全施設）

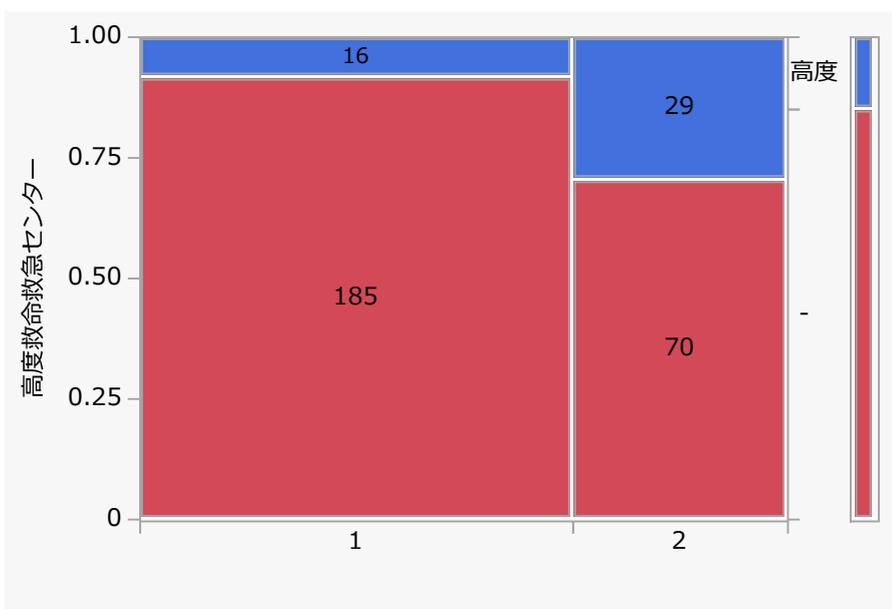
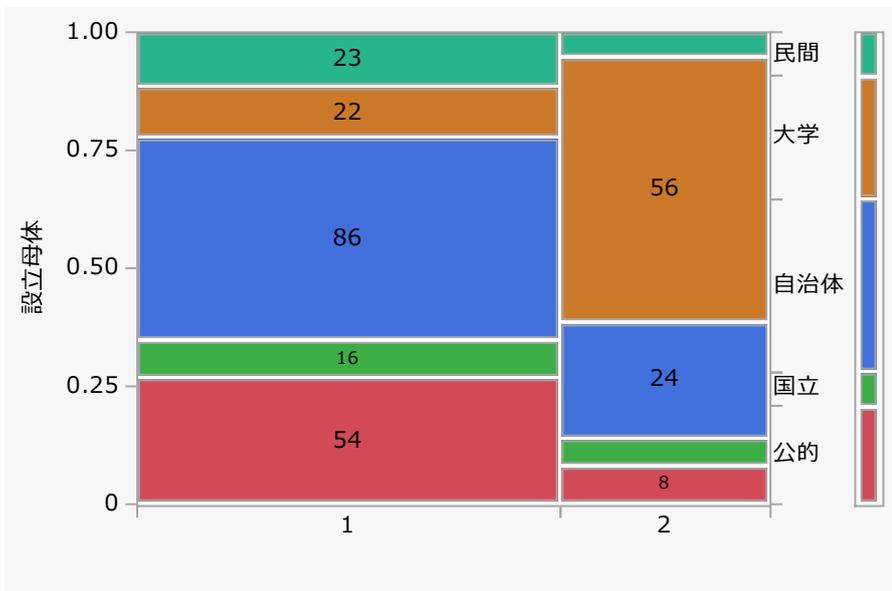
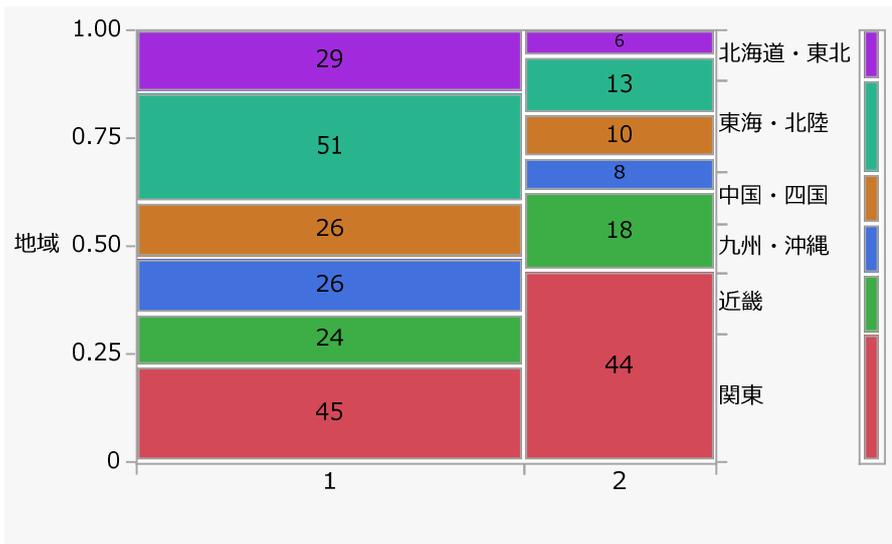


第12-2図 各施設の令和4年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和4年 vs 令和元年）の差 0(95%信頼区間: (-0.033) - 0.033) p=0.834
 Wilcoxon符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 12-3 図 外因性疾患への診療体制（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



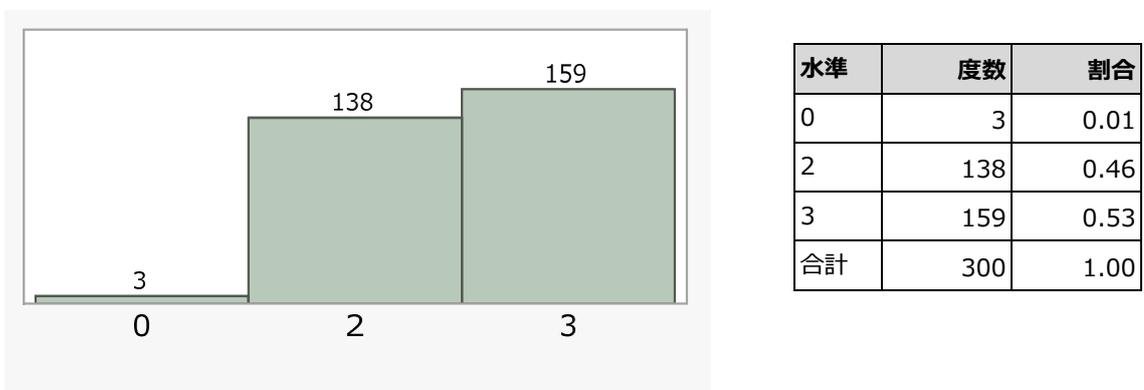
13. 精神科医による診療体制

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

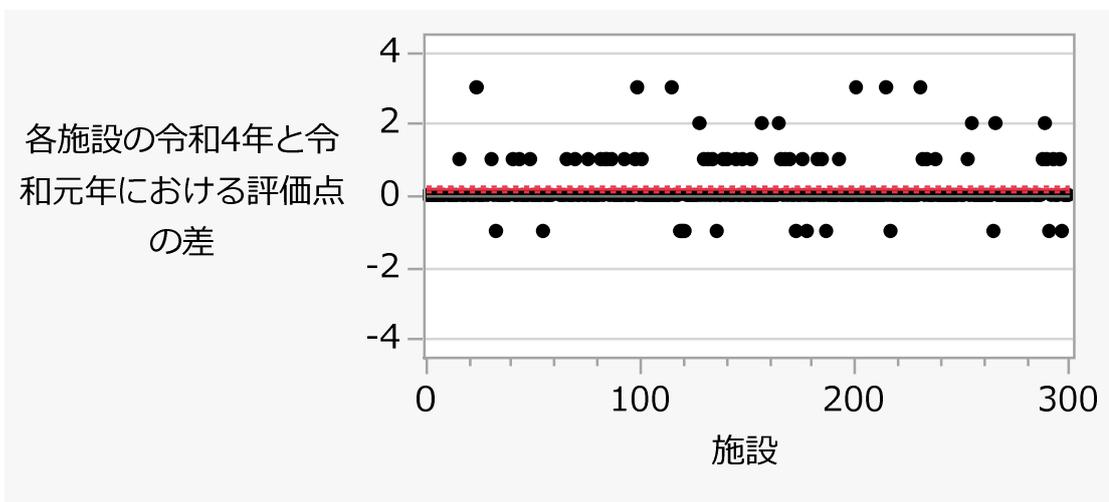
○評価項目の定義等：「カンファレンス等」とは、救命救急センターのカンファレンス又はチームミーティングをいう。「精神科医による診療体制」とは、精神科医が週1回程度はカンファレンス等に参加していることをいう。カンファレンス等への参加は、複数の精神科医が交替で参加している場合も含む。

- 3: 下記Bに加え、精神科医が救命救急センターのカンファレンス等に参加するなど、精神疾患を伴う患者の入院中の治療、退院支援、転院先との連携等に継続的に関わる体制になっている
- 2: 精神的疾患を伴う患者が搬送された時に、院内の精神科医が常時直接診察するか、救命救急センターの医師が常時精神科医（近隣の精神科病院との連携も含む）に相談できる体制になっている
- 0: 上記の基準を満たさない

第13-1図 精神科医による診療体制（全施設）

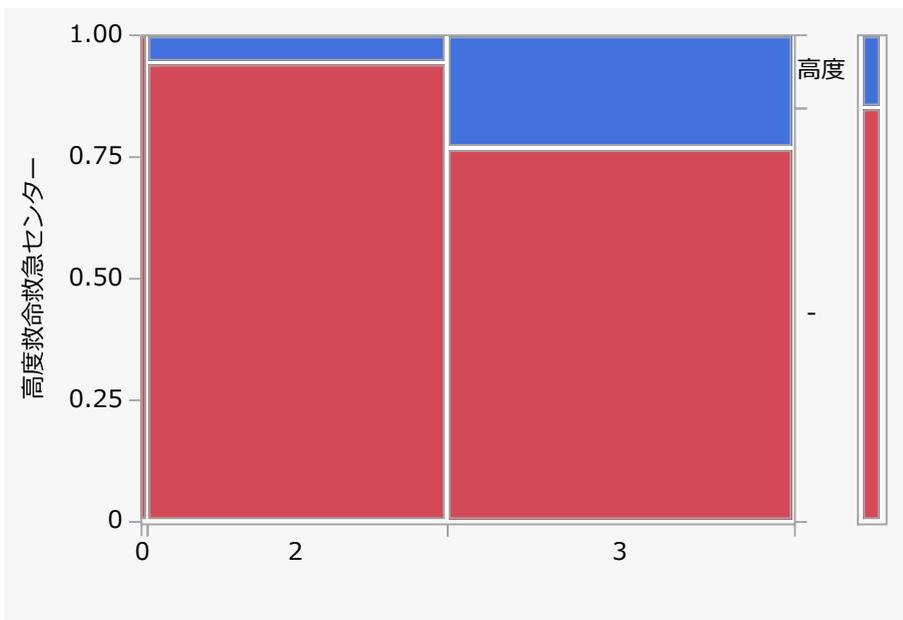
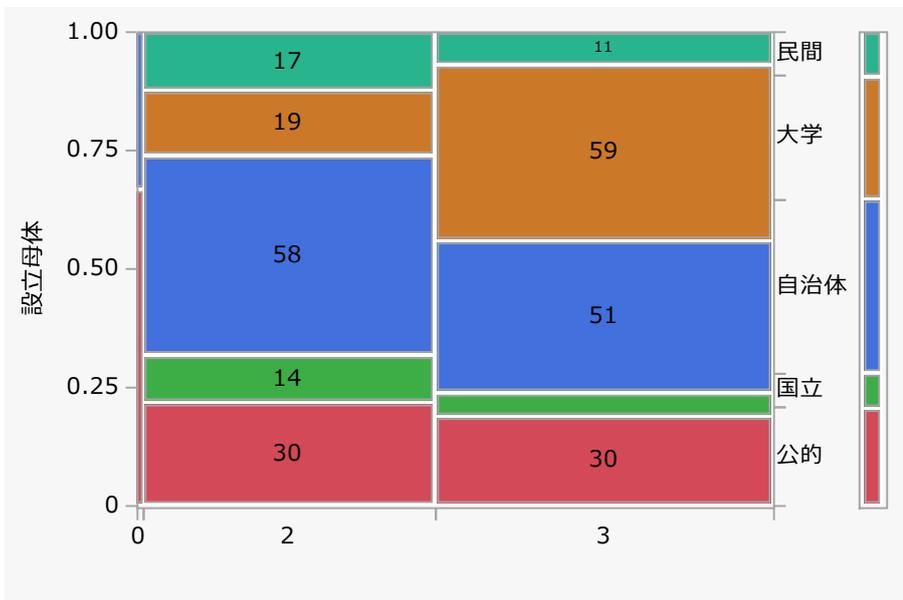
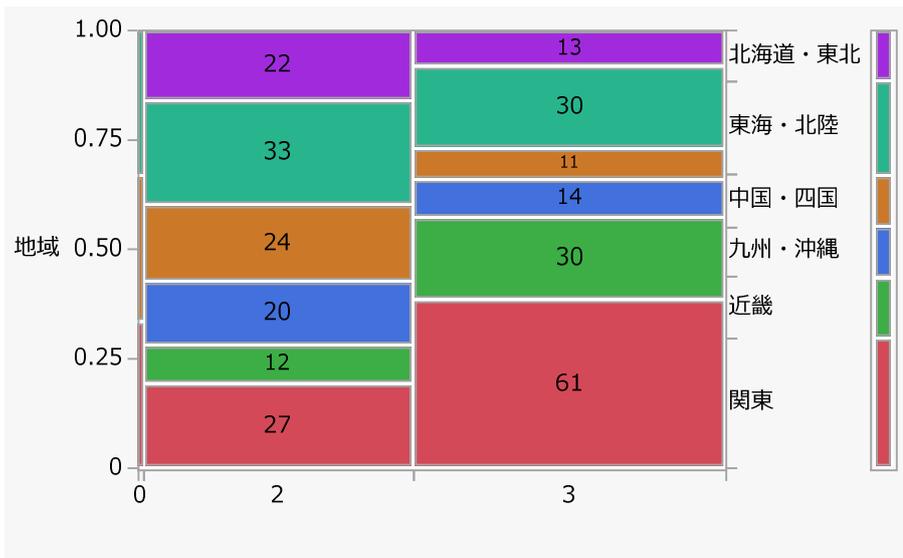


第13-2図 各施設の令和4年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和4年 vs 令和元年）の差 0.191 (95%信頼区間: 0.116- 0.266) $p < 0.001$
 Wilcoxon 符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 13-3 図 精神科医による診療体制（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



14. 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

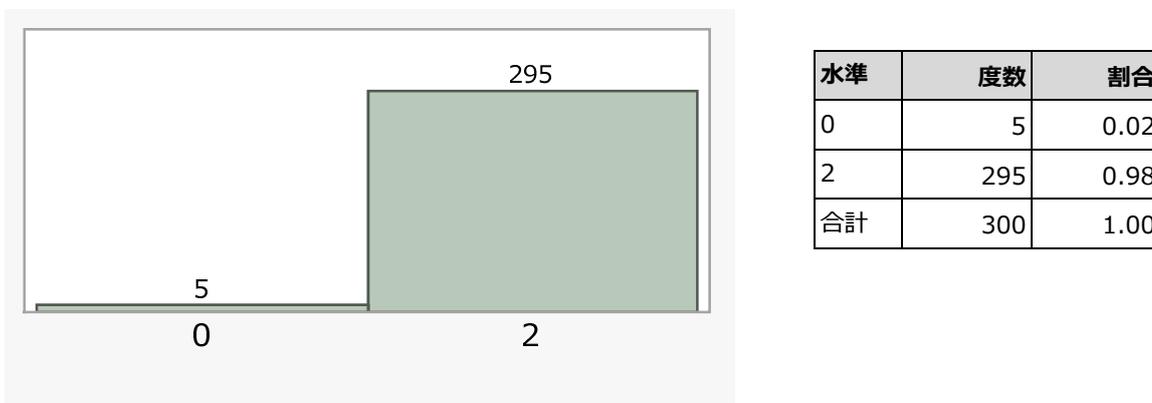
○評価項目の定義等：「小児（外）科医」は小児科医か小児外科医かを問わない。「常時相談できる体制」とは、オンコール体制等が整備されており、必要に応じて小児（外）科医の診療が可能な体制をいう。

「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。

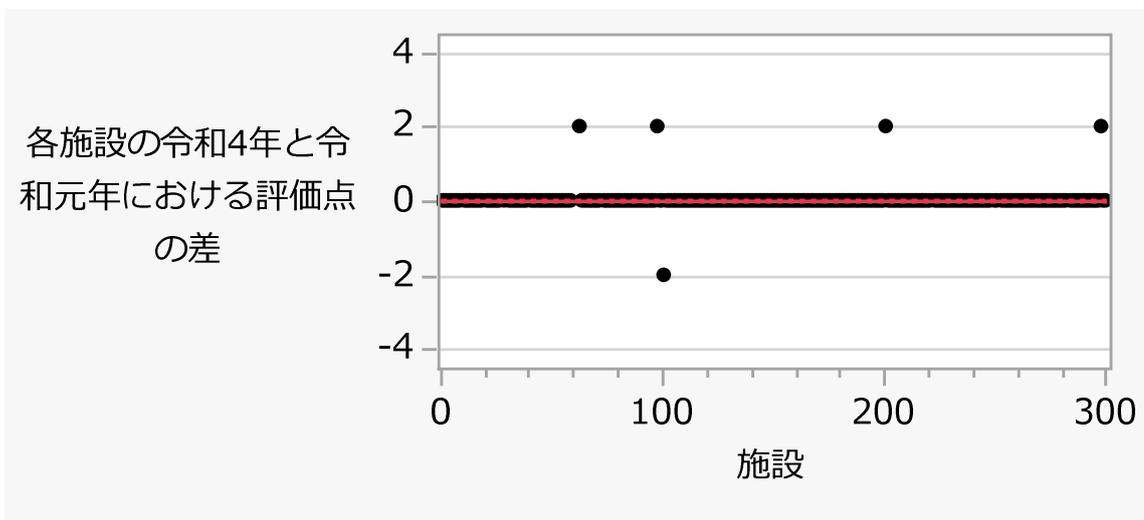
2: 小児患者（患児）が搬送された時に、院内の小児（外）科医が常時直接診察するか、救命救急センターの医師が小児（外）科医に常時相談できる体制になっているとともに、小児の救命救急医療に必要な機器等が整備されている

0: 上記の基準を満たさない

第 14-1 図 小児(外)科医による診療体制（全施設）



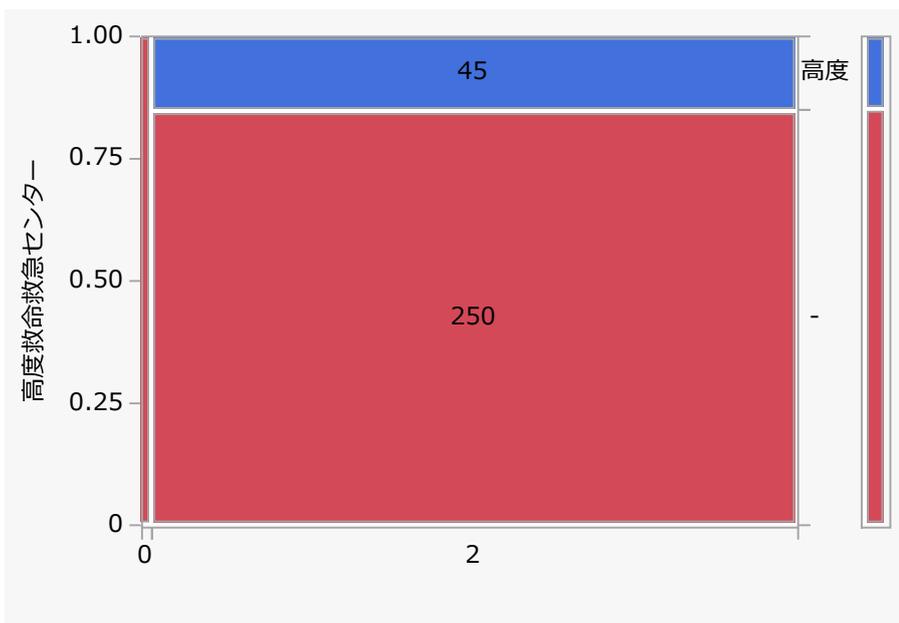
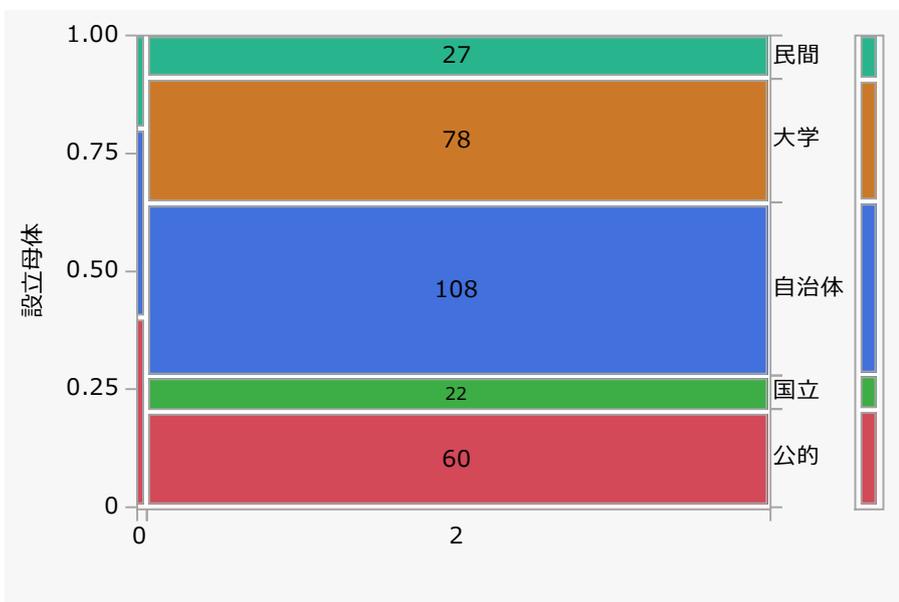
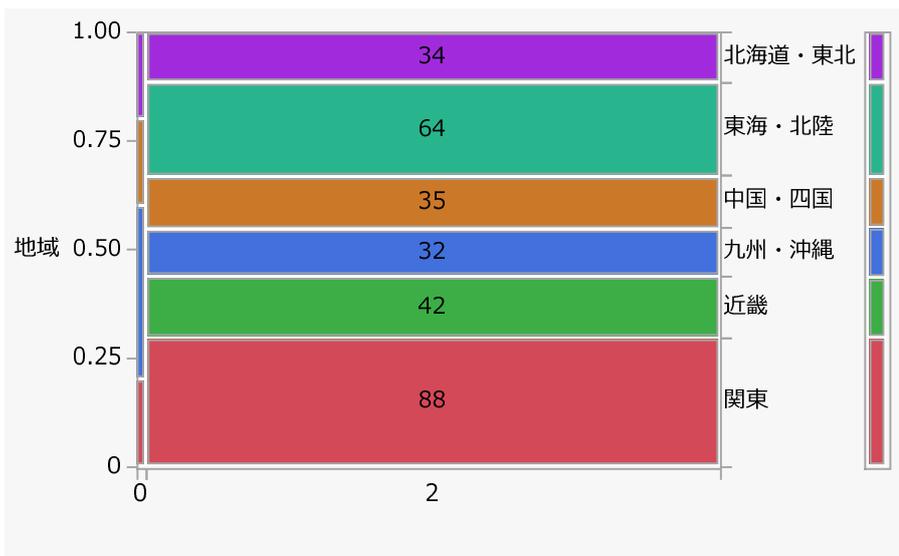
第 14-2 図 各施設の令和4年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和4年 vs 令和元年）の差 0.20 (95%信頼区間: (-0.009) - 0.051) p=0.180

Wilcoxon符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 14-3 図 小児(外)科医による診療体制（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



15. 産（婦人）科医による診療体制

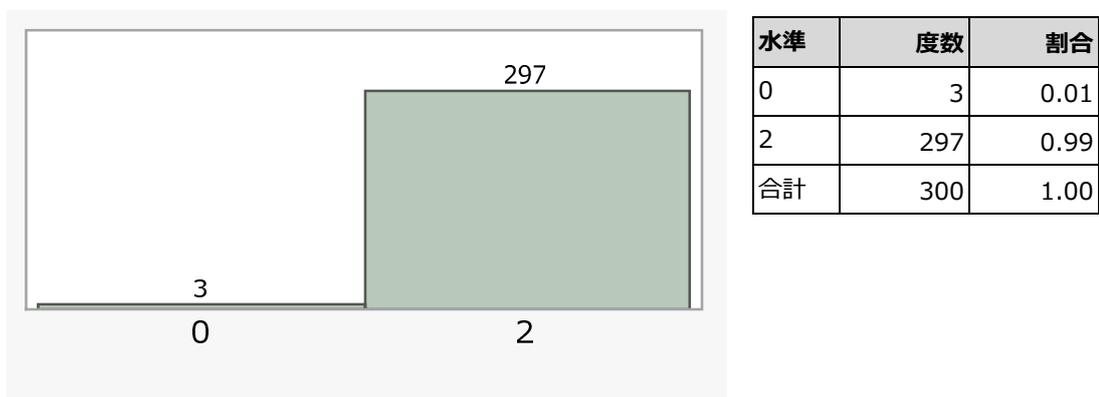
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義等：「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。

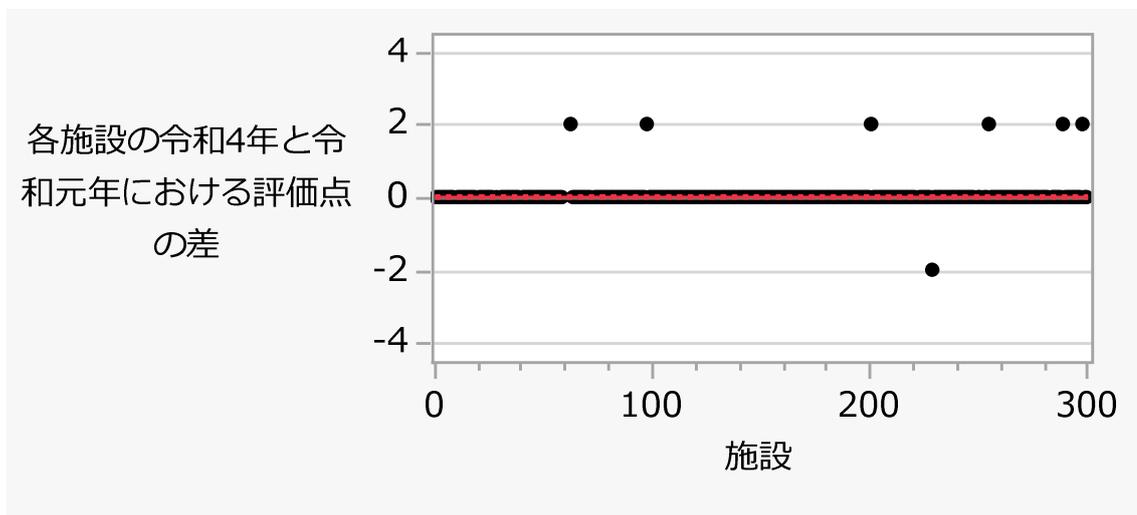
2: 産（婦人）科に関する患者が搬送された時に、院内の産（婦人）科医が常時直接診察するか、救命救急センターの医師が産（婦人）科医に常時相談できる体制になっている

0: 上記の基準を満たさない

第 15-1 図 産（婦人）科医による診療体制（全施設）



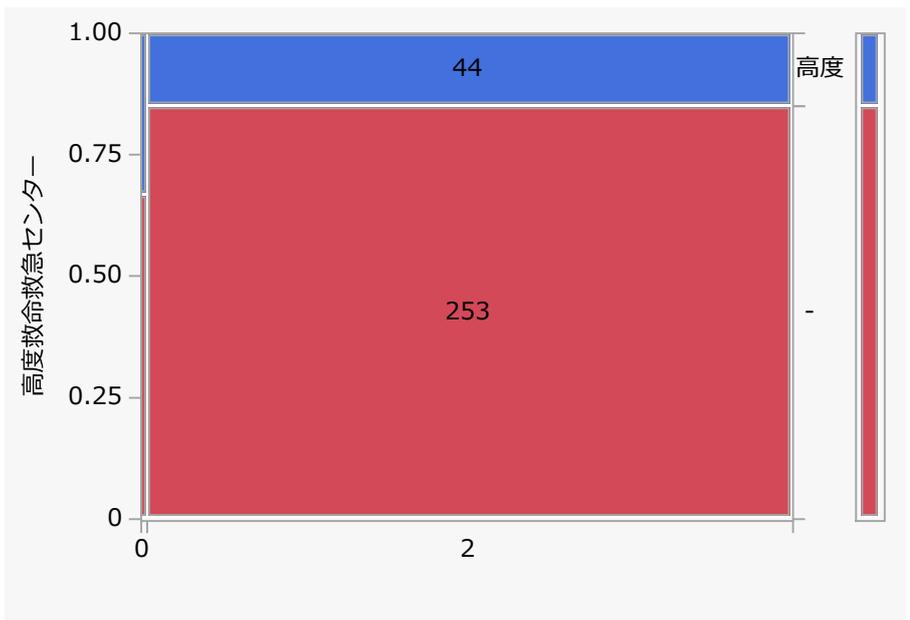
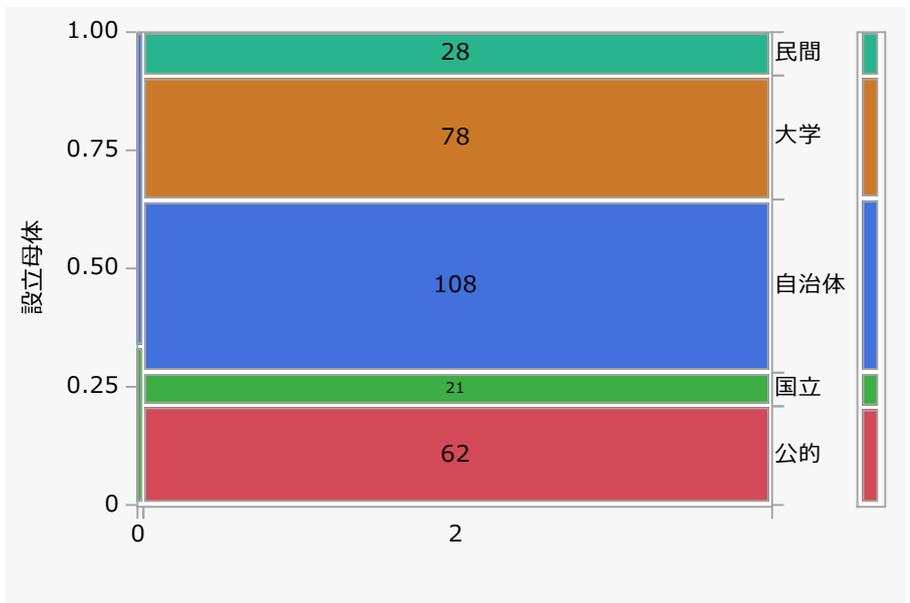
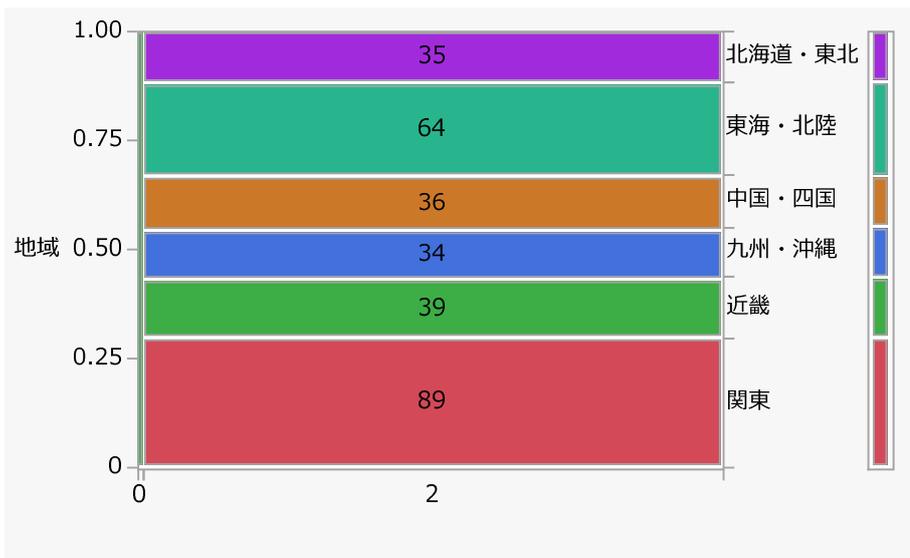
第 15-2 図 各施設の令和 4 年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和 4 年 vs 令和元年）の差 0.034 (95%信頼区間: (-0.001) - 0.018) p=0.058

Wilcoxon 符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 15-3 図 産（婦人）科医による診療体制（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



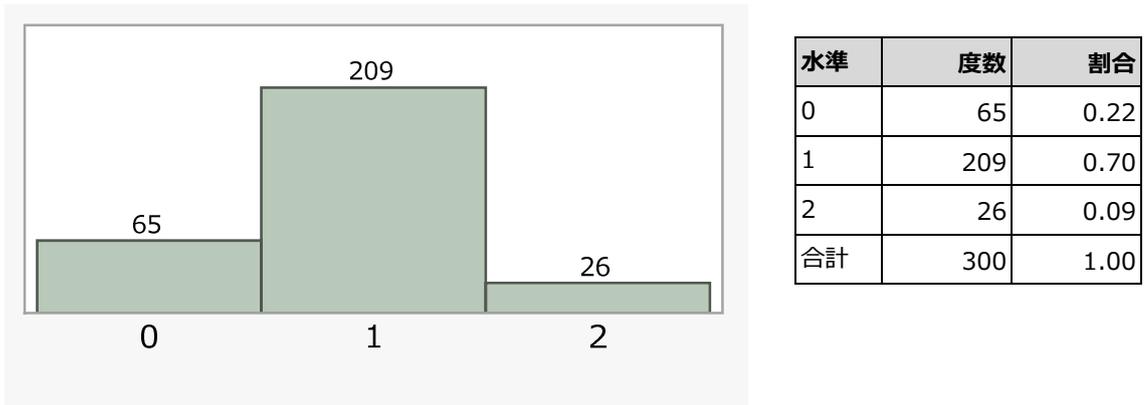
16. 医師事務作業補助者の有無

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

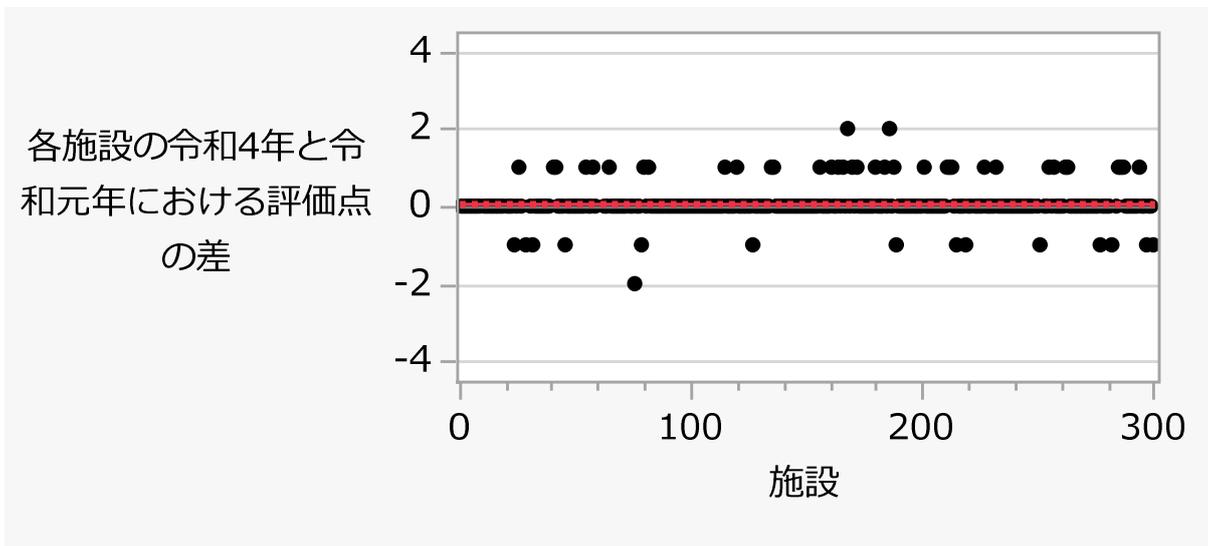
○評価項目の定義等：「医師事務作業補助者」とは、診療報酬上の「医師事務作業補助体制加算」の算定要件にある業務を行う者をいう。

- 2: 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
- 1: 医師事務作業補助者が、平日の日勤帯に、救命救急センターに専従で確保されている
- 0: 上記の基準を満たさない

第 16-1 図 医師事務作業補助者の有無（全施設）

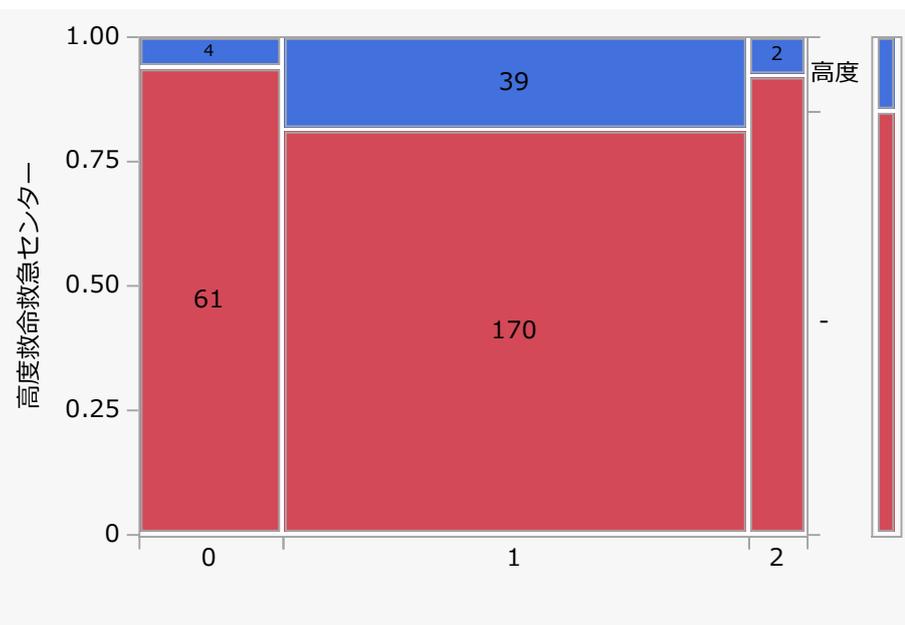
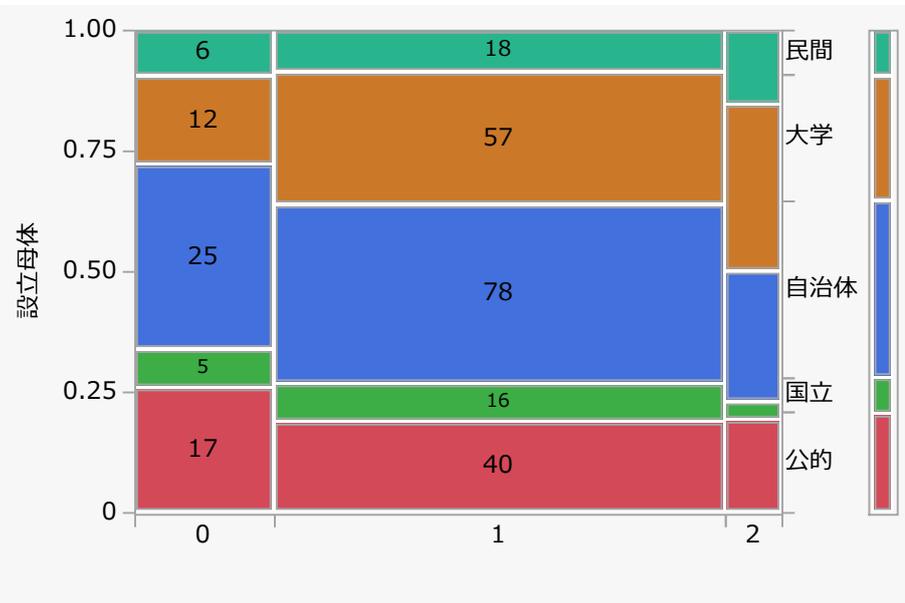
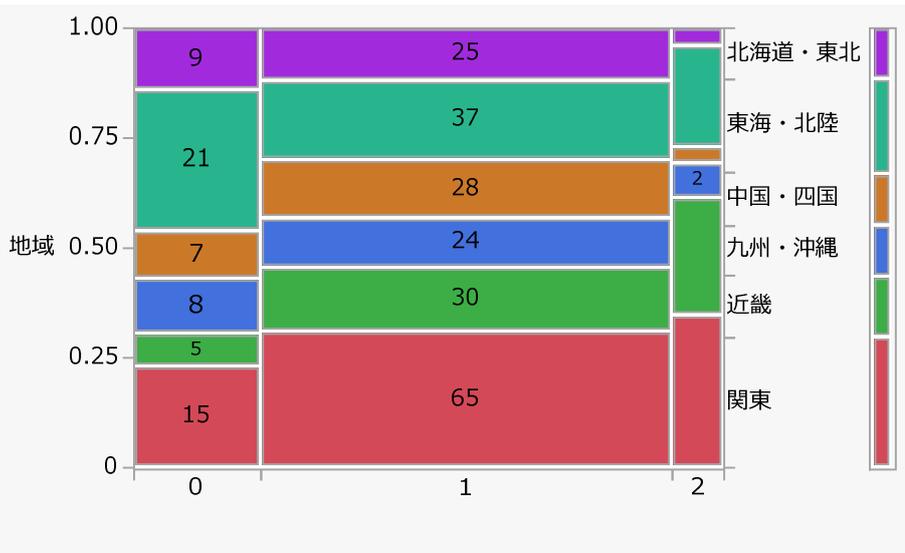


第 16-2 図 各施設の令和 4 年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和 4 年 vs 令和元年）の差 0.080 (95%信頼区間:0.027- 0.132) p=0.002
 Wilcoxon 符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 16-3 図 医師事務作業補助者の有無（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



17. 薬剤師の配置

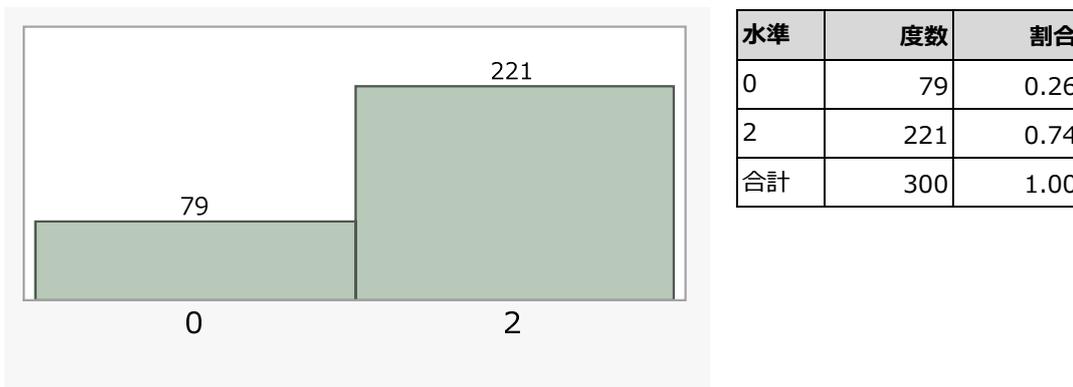
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義等：「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。

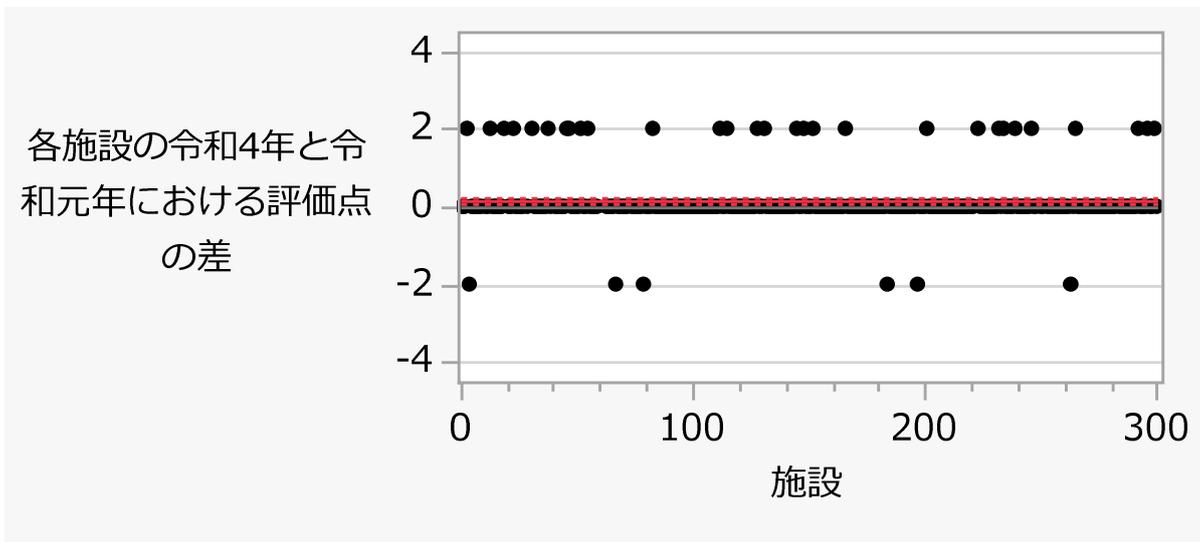
2：薬剤師が、平日の日勤帯に救命救急センターに常時勤務している

0：上記の基準を満たさない

第17-1図 薬剤師の配置（全施設）



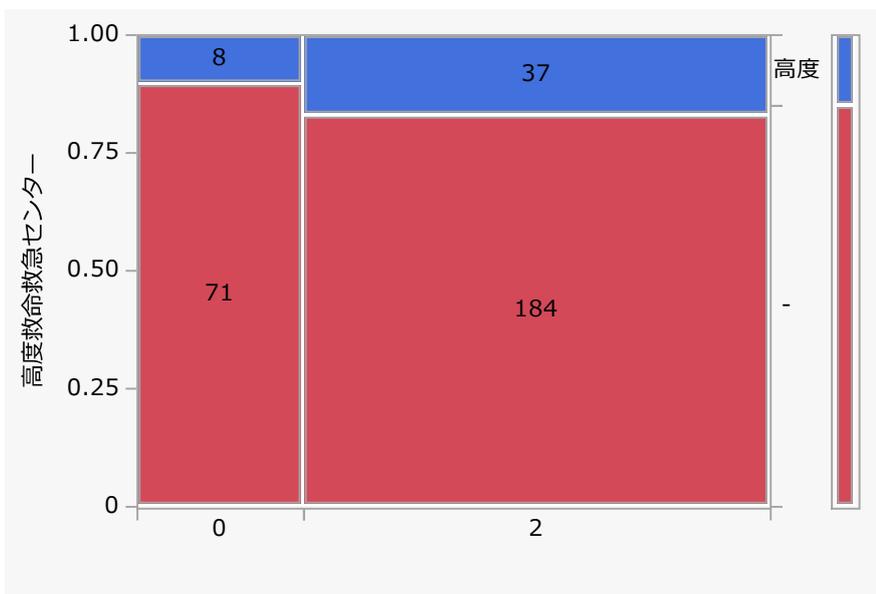
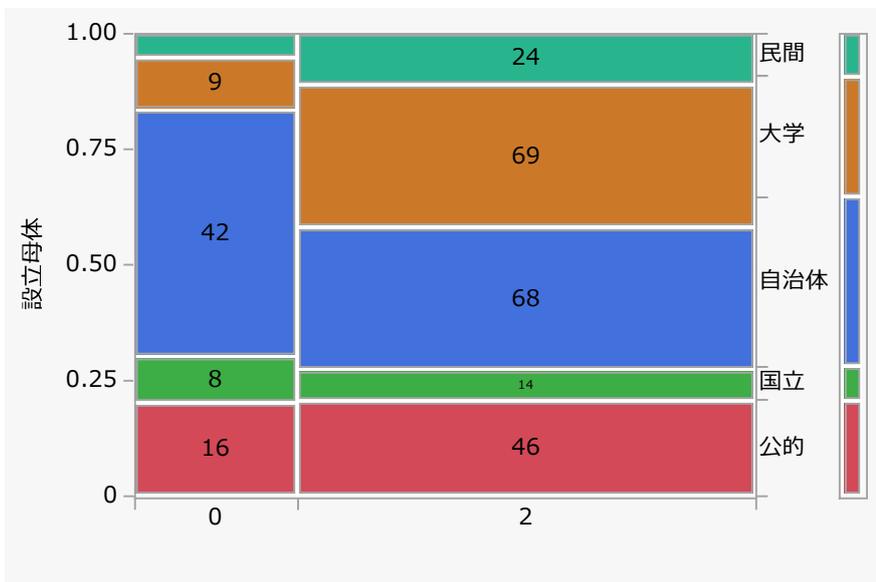
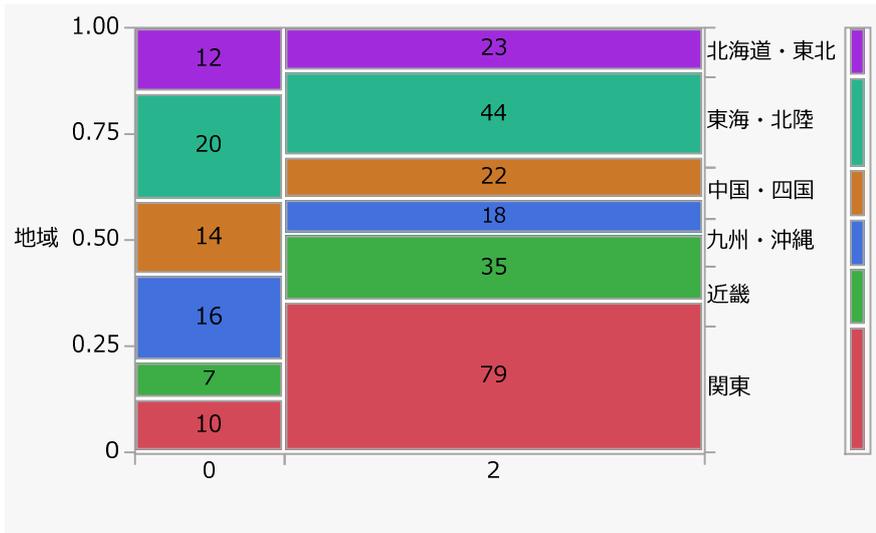
第17-2図 各施設の令和4年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和4年 vs 令和元年）の差 0.160（95%信頼区間:0.081- 0.239） $p < 0.001$

Wilcoxon 符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 17 - 3 図 薬剤師の配置 (地域別・設立母体別・高度救命救急センター別)



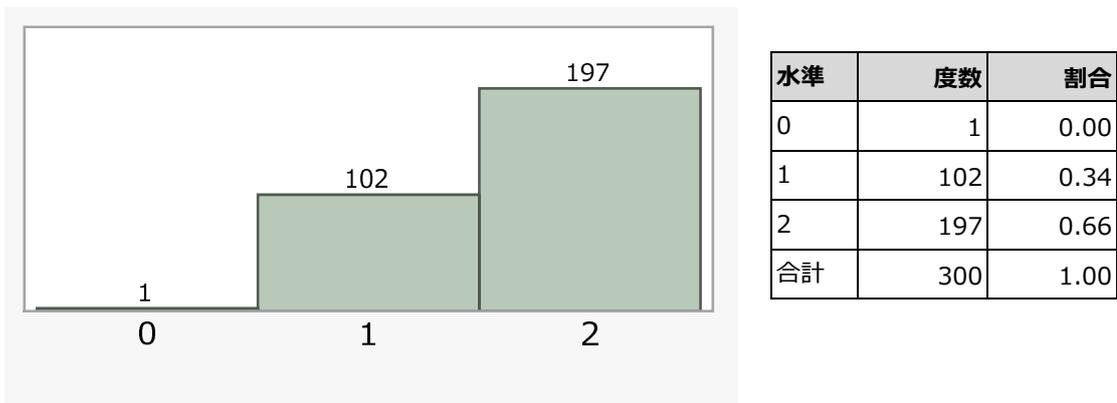
18. 臨床工学技士の配置

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

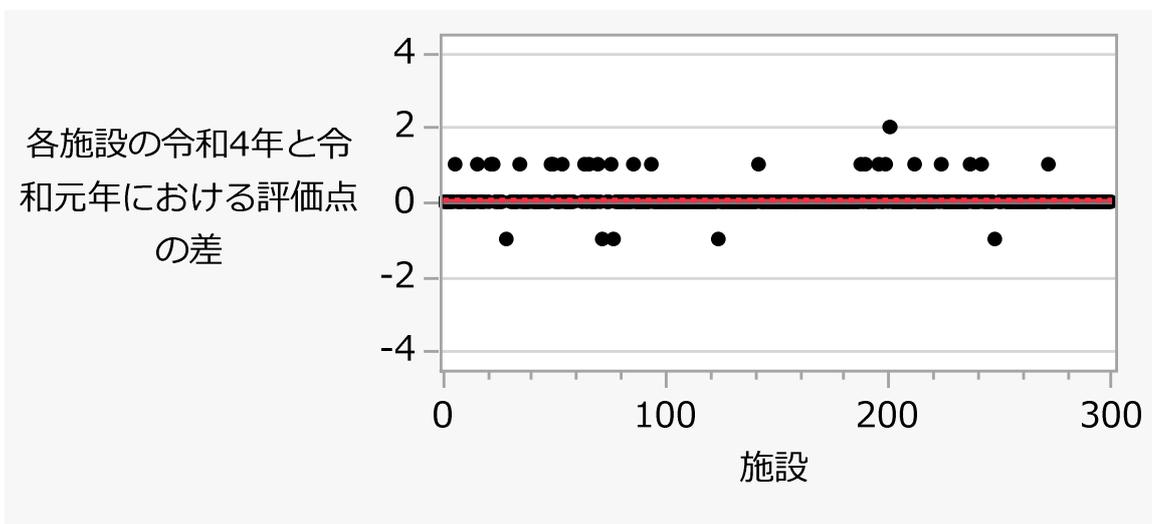
○評価項目の定義等：

- 2: 臨床工学技士が常時院内に待機しており、緊急透析や人工心肺（PCPSを含む）操作に対応している
- 1: 臨床工学技士がオンコール体制などにより、緊急透析や人工心肺（PCPSを含む）操作に常時対応できる
- 0: 上記の基準を満たさない

第 18-1 図 臨床工学技士の配置（全施設）



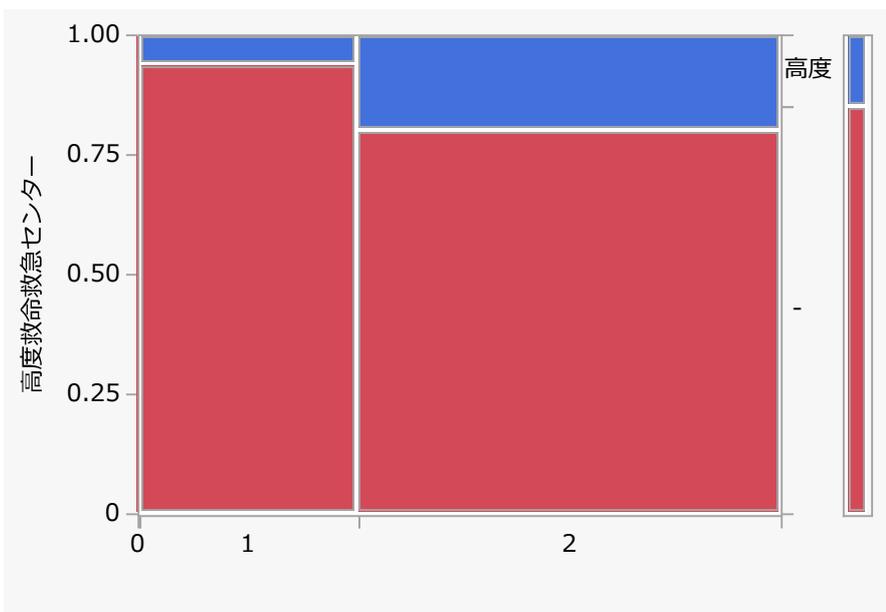
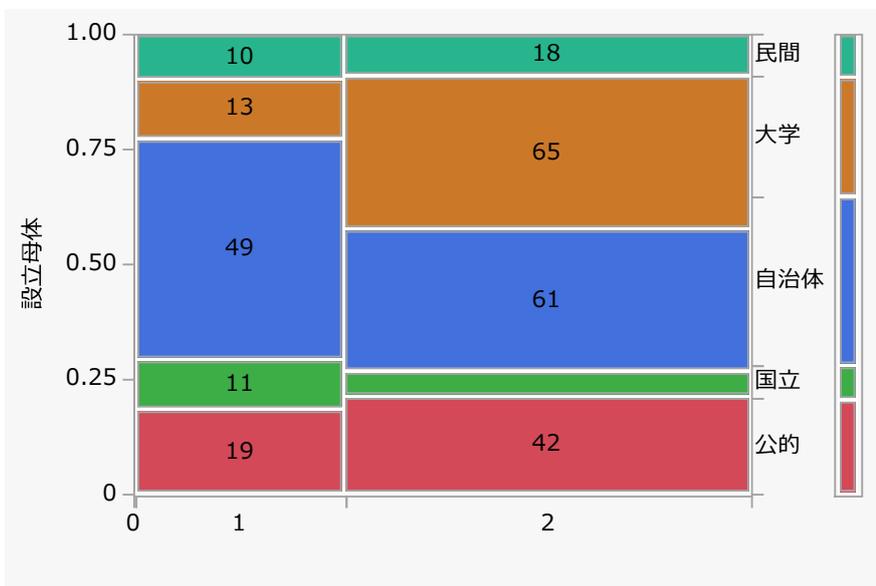
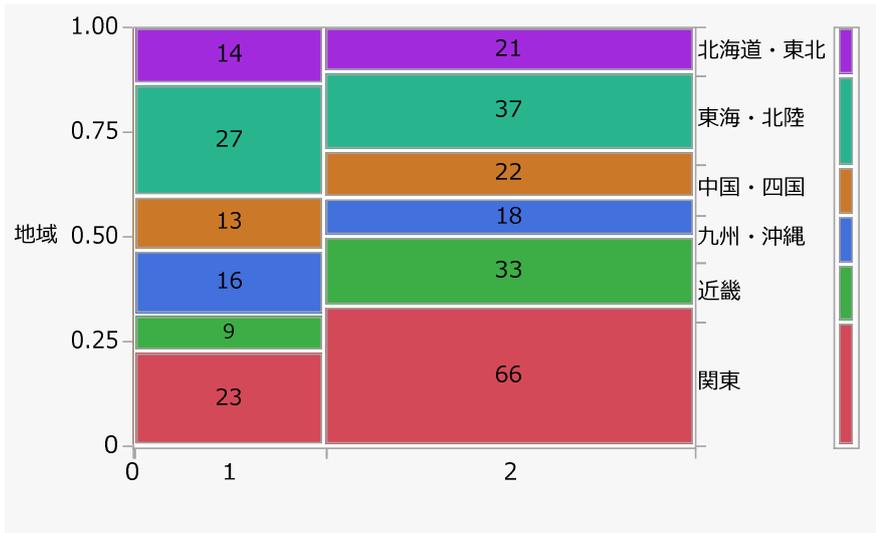
第 18-2 図 各施設の令和4年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和4年 vs 令和元年）の差 0.073 (95%信頼区間 0.034- 0.111) $p < 0.001$

Wilcoxon 符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 18-3 図 臨床工学技士の配置（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



19. 医師及び医療関係職と事務職員等との役割分担

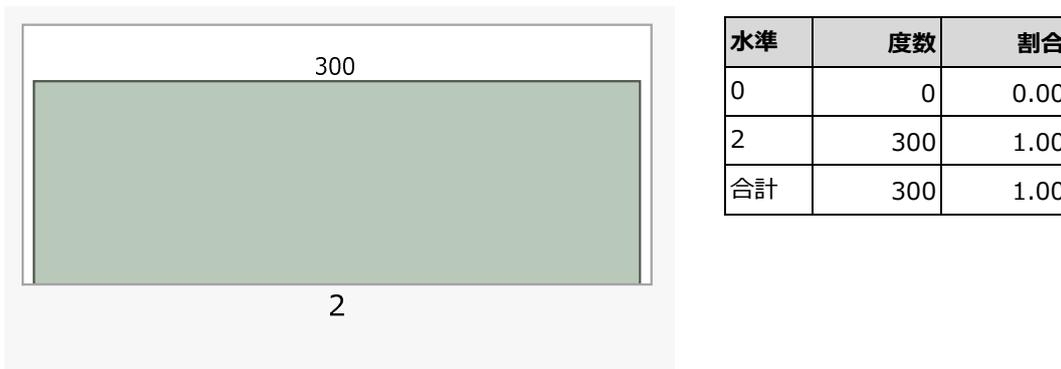
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義等：「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。

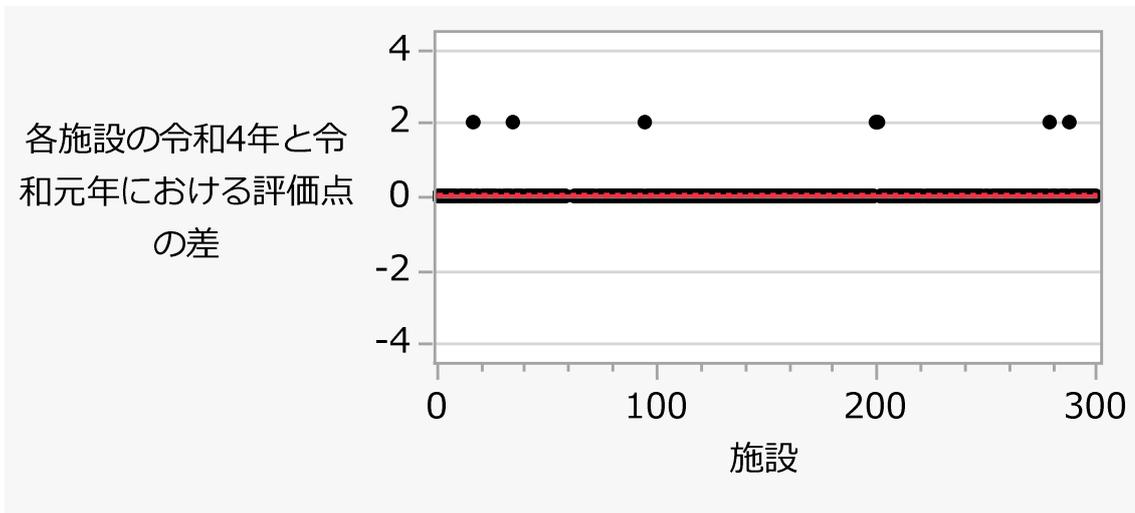
2: 医師及び医療関係職と事務職員等との連携・協力方法や役割分担について、具体的な計画を策定し周知している

0: 上記の基準を満たさない

第19-1図 医師及び医療関係職と事務職員等との役割分担（全施設）



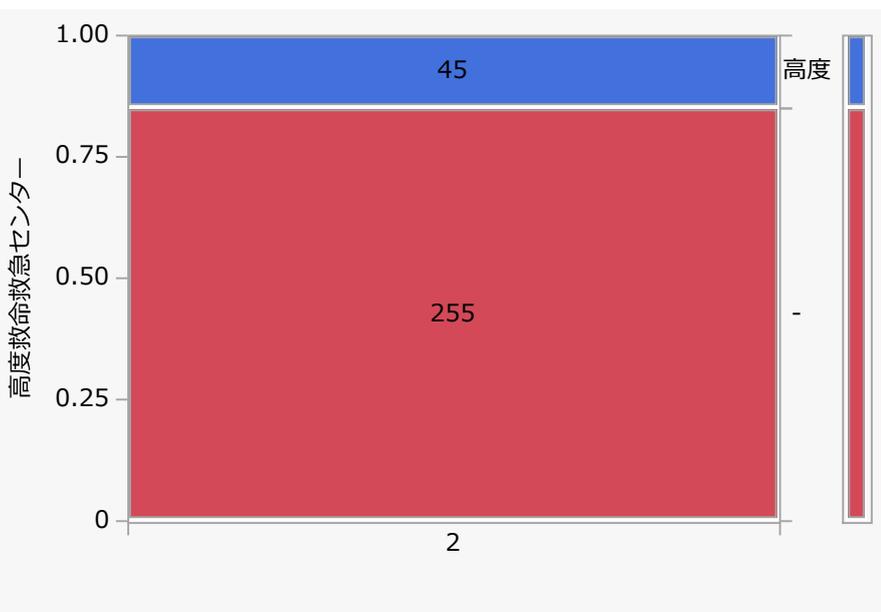
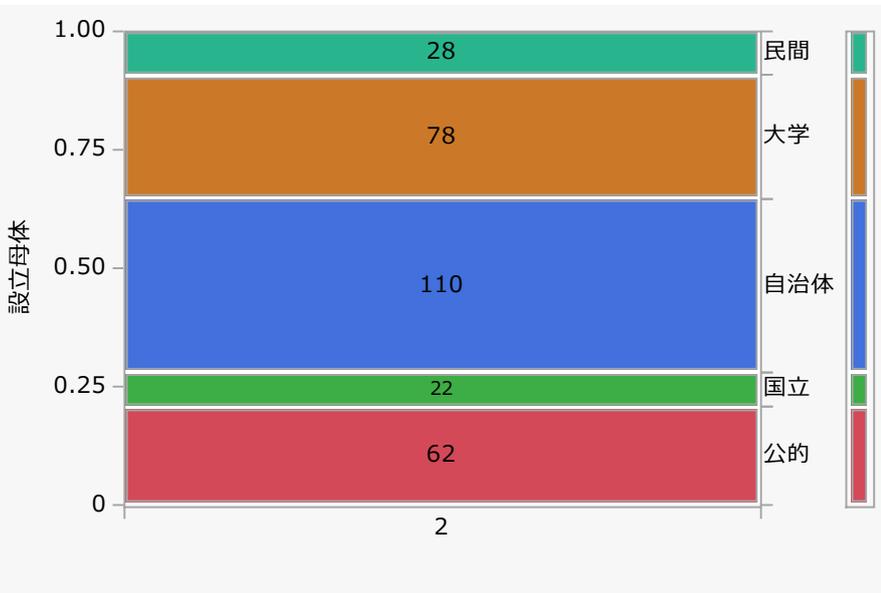
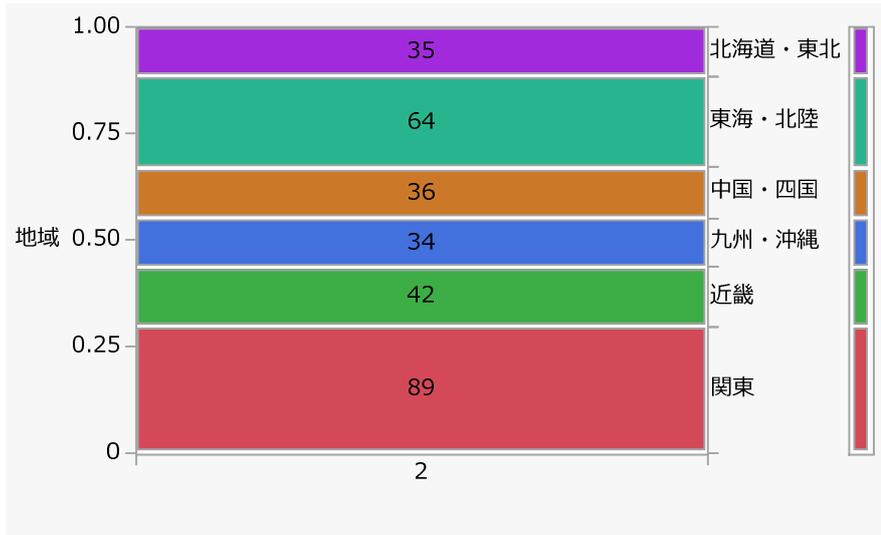
第19-2図 各施設の令和4年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和4年 vs 令和元年）の差 0.048 (95%信頼区間: 0.012- 0.084) p=0.007

Wilcoxon符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 19-3 図 医師及び医療関係職と事務職員等との役割分担 (地域別・設立母体別・高度救命救急センター別)



20. CT・MRI 検査の体制

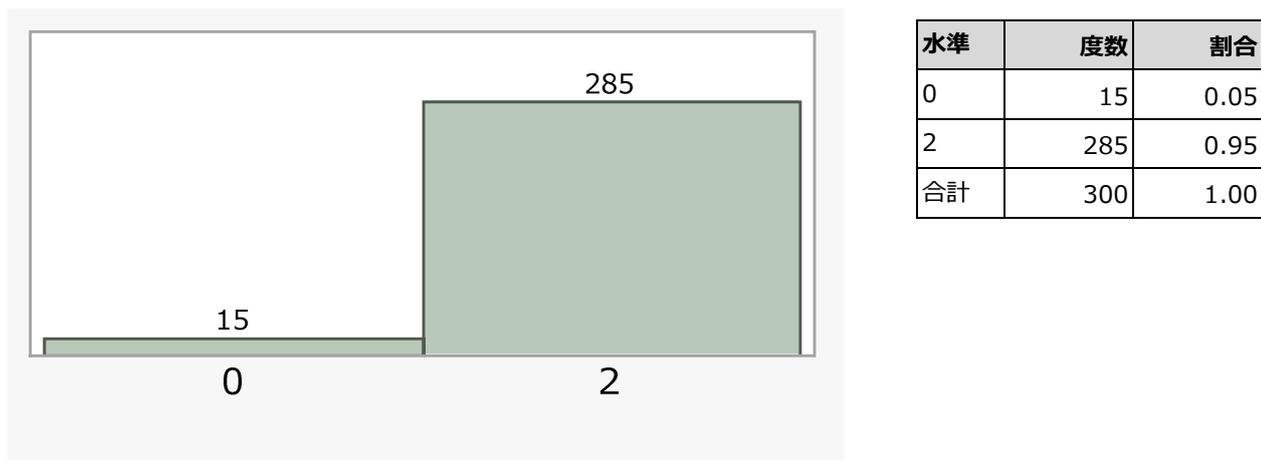
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義等：「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。

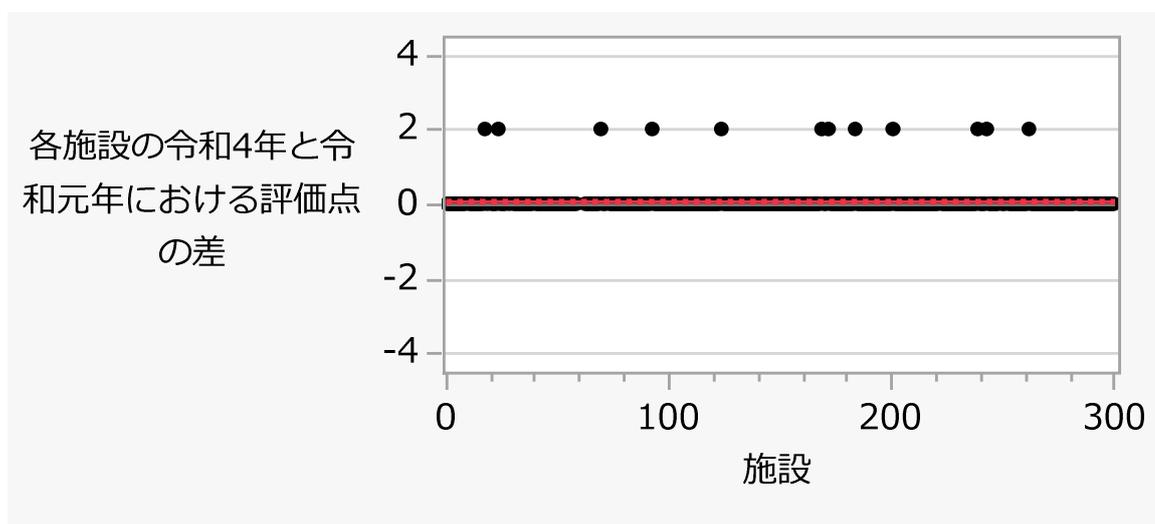
2: 常時、初療室に隣接した検査室において、マルチスライスCTが直ちに撮影可能であり、かつ、常時、MRIが直ちに撮影可能である

0: 上記の基準を満たさない

第20-1図 CT・MRI 検査の体制 (全施設)



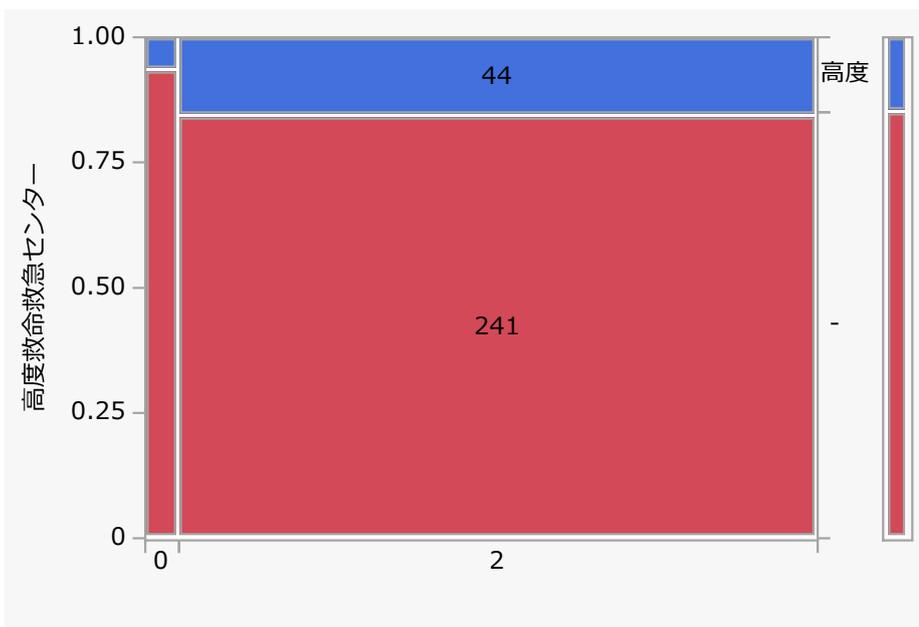
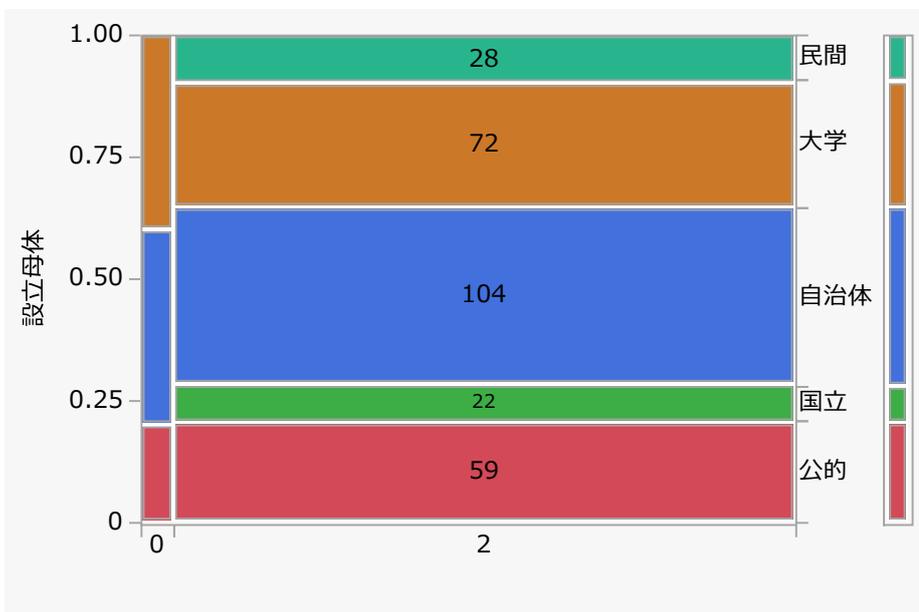
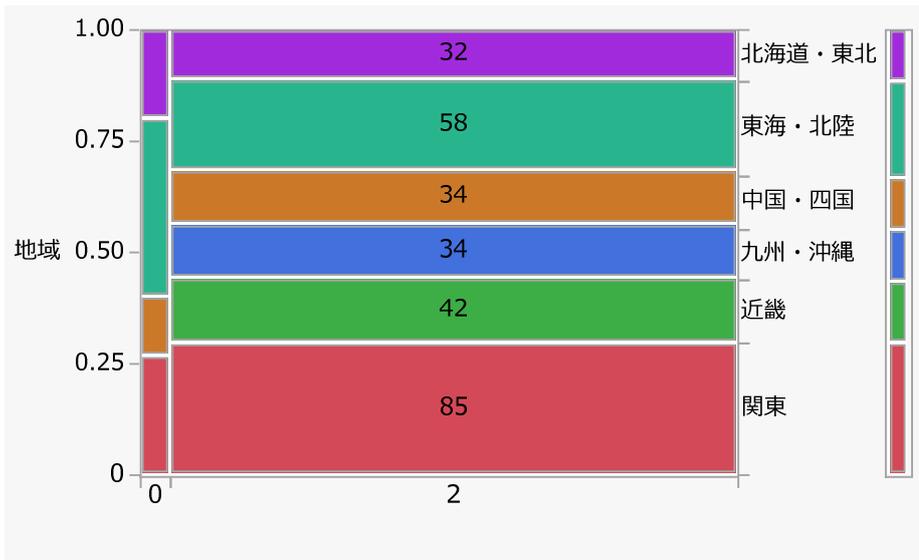
第20-2図 各施設の令和4年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点 (令和4年 vs 令和元年) の差 0.083 (95%信頼区間: 0.037- 0.130) $p < 0.001$

Wilcoxon 符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 20-3 図 CT・MRI 検査の体制（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



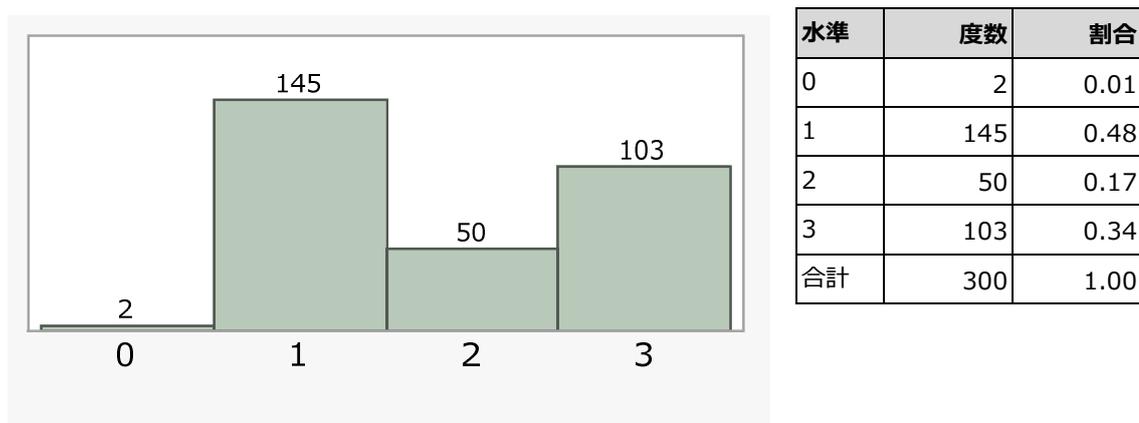
21. 手術室の体制

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

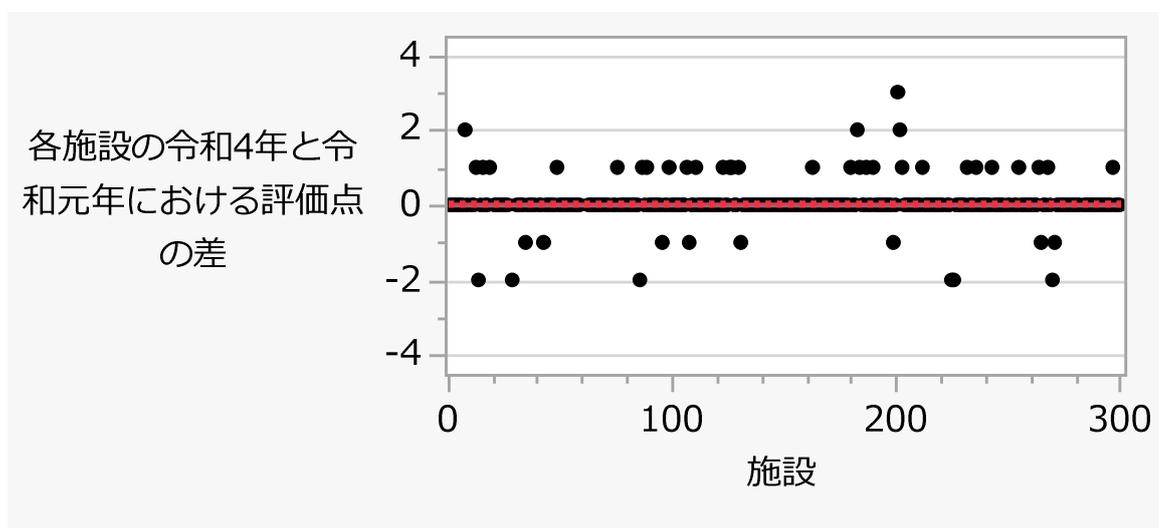
○評価項目の定義等：

- 3: 下記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
- 2: 麻酔科の医師及び手術室の看護師が院内で待機しており、緊急手術が必要な患者が搬送された際に、直ちに手術が可能な体制が常時整っている
- 1: 麻酔科の医師及び手術室の看護師のオンコール体制により、緊急手術が必要な患者が搬送された際に、直ちに（来院から治療開始までに60分以内）に手術が可能な体制が常時整っている
- 0: 上記の基準を満たさない

第21-1図 手術室の体制（全施設）



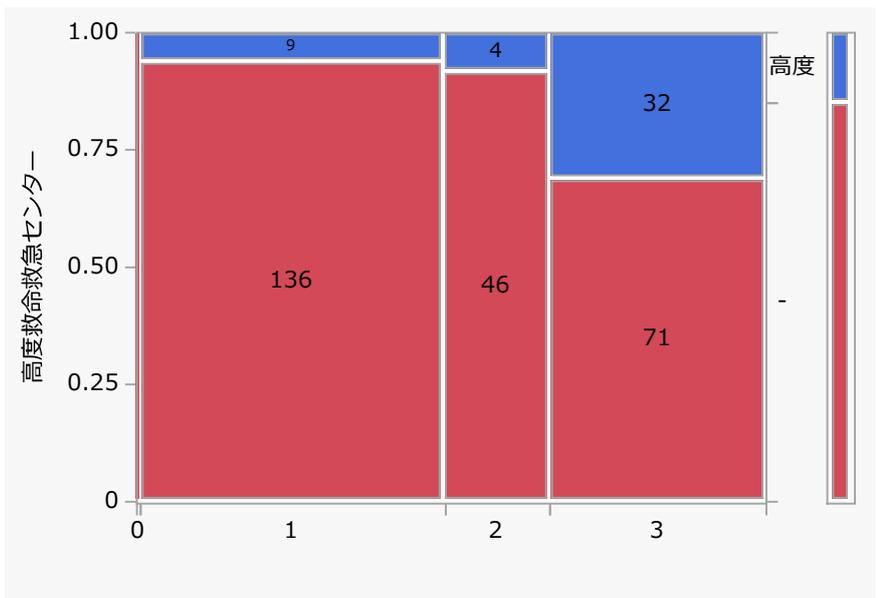
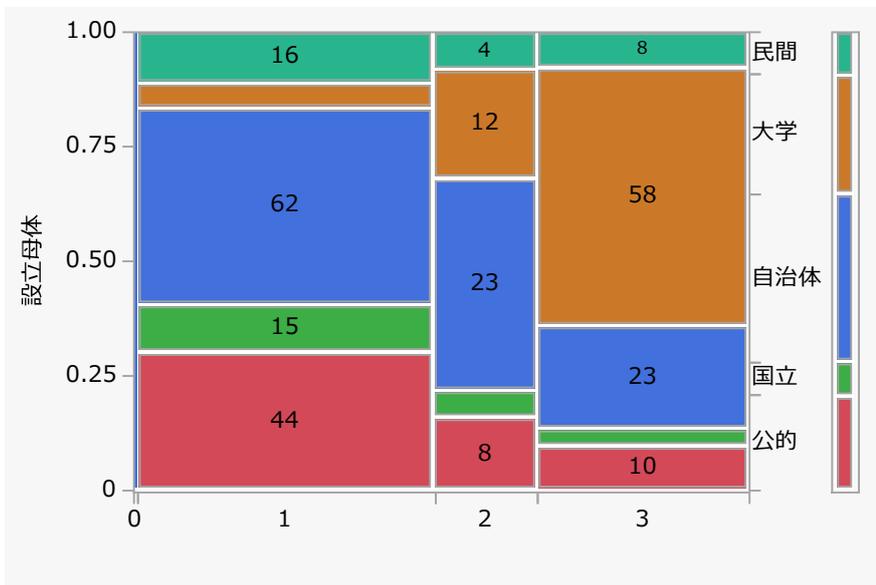
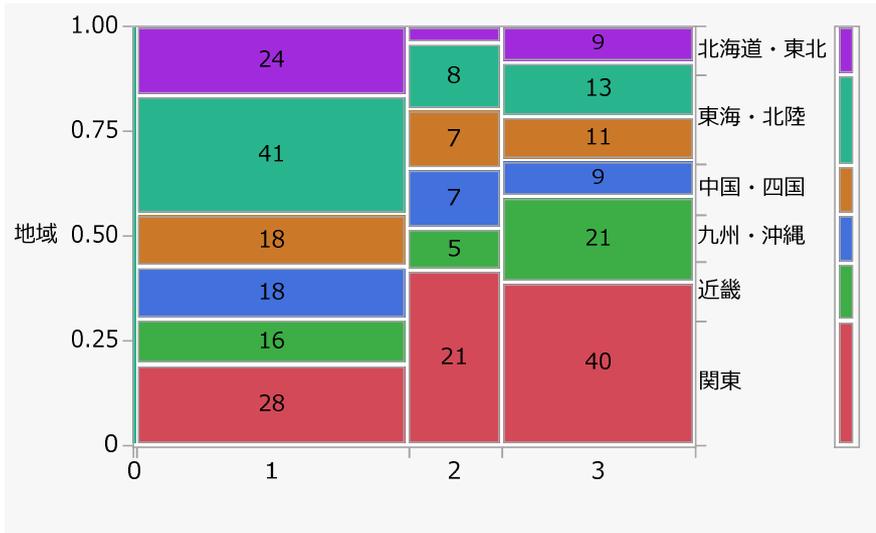
第21-2図 各施設の令和3年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和4年 vs 令和元年）の差 0.059 (95%信頼区間(-0.002) - 0.120) p=0.058

Wilcoxon符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 21-3 図 手術室の体制（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



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

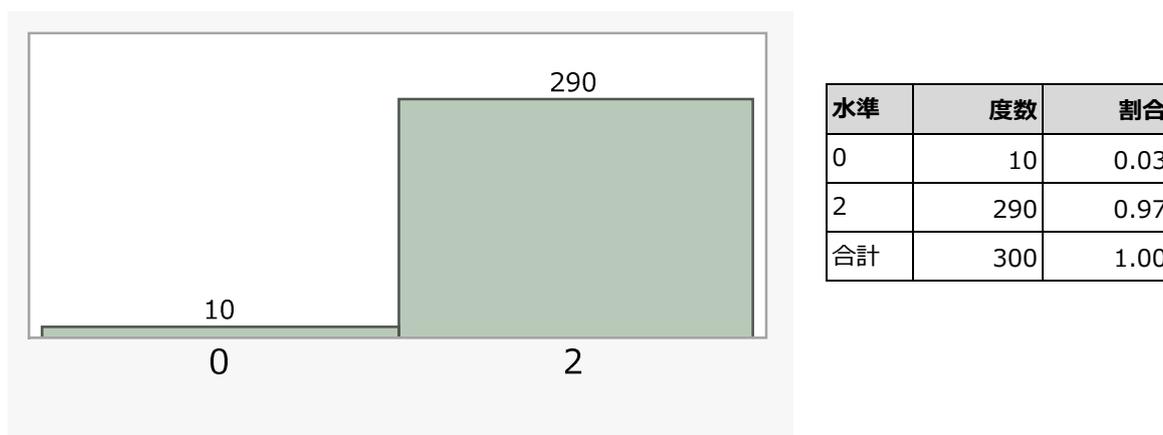
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義等：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。

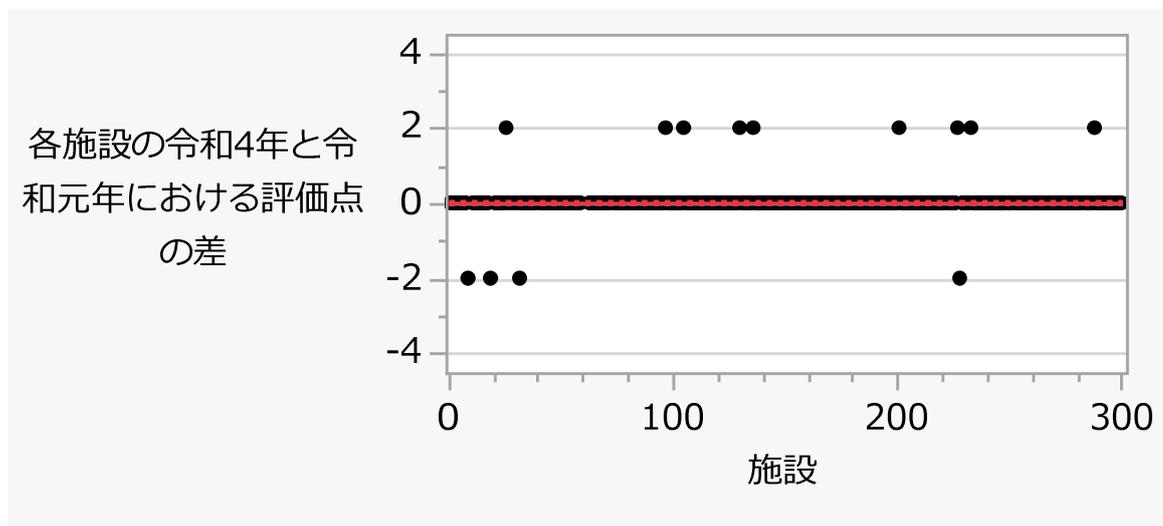
2: 救命救急センターを設置する病院において、救命救急センターの機能に関する評価・運営委員会等を設置し、また、重篤患者への診療体制や院内の連携についての会議を少なくとも6か月毎に開催している

0: 上記の基準を満たさない

第 22-1 図 CT・MRI 検査の体制（全施設）



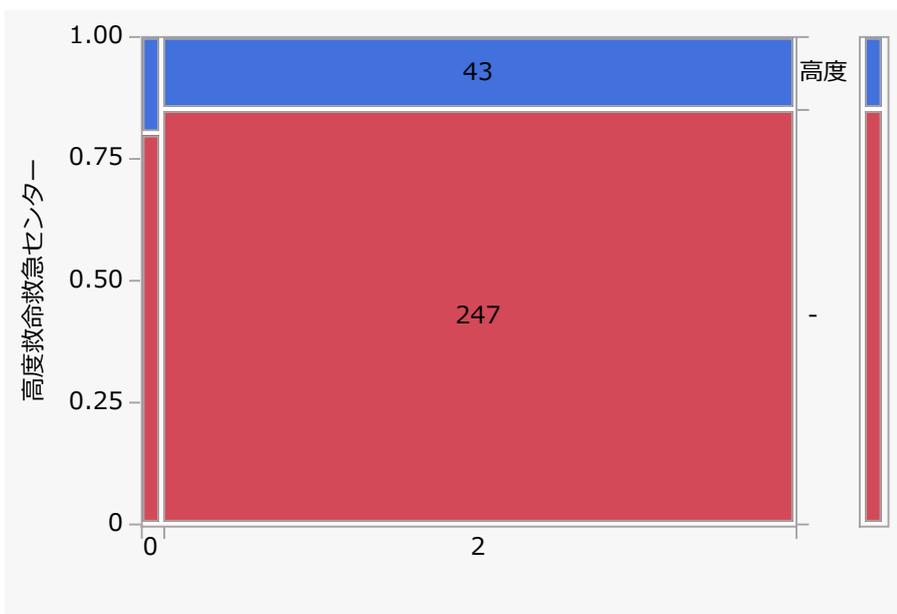
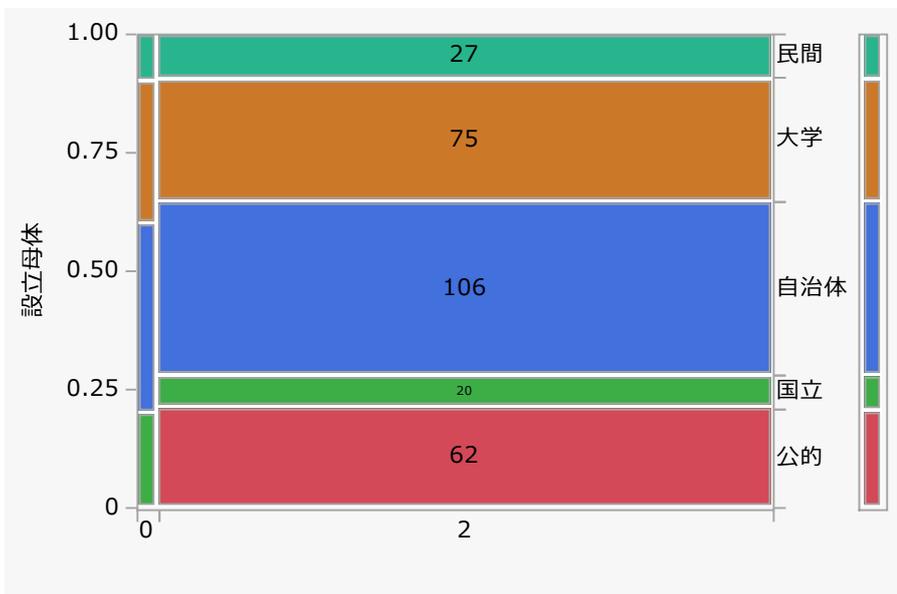
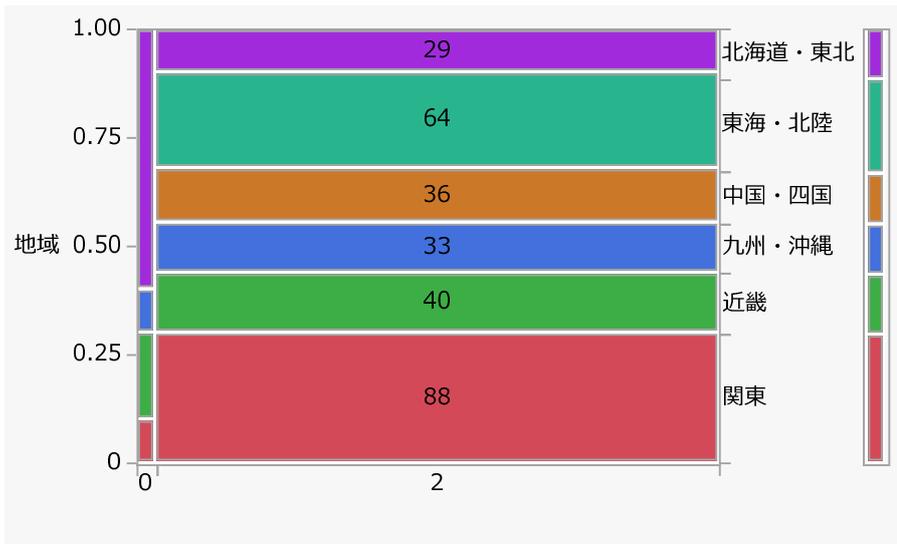
第 22-2 図 各施設の令和3年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和4年 vs 令和元年）の差 0.034 (95%信頼区間(-0.014) - 0.084) p=0.165

Wilcoxon符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 22-3 図 CT・MRI 検査の体制（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



23. 第三者による医療機能の評価

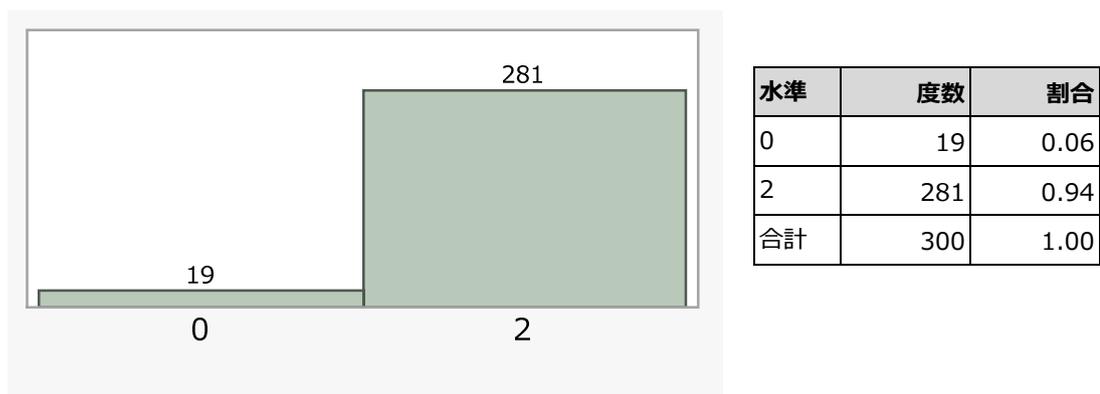
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義等：

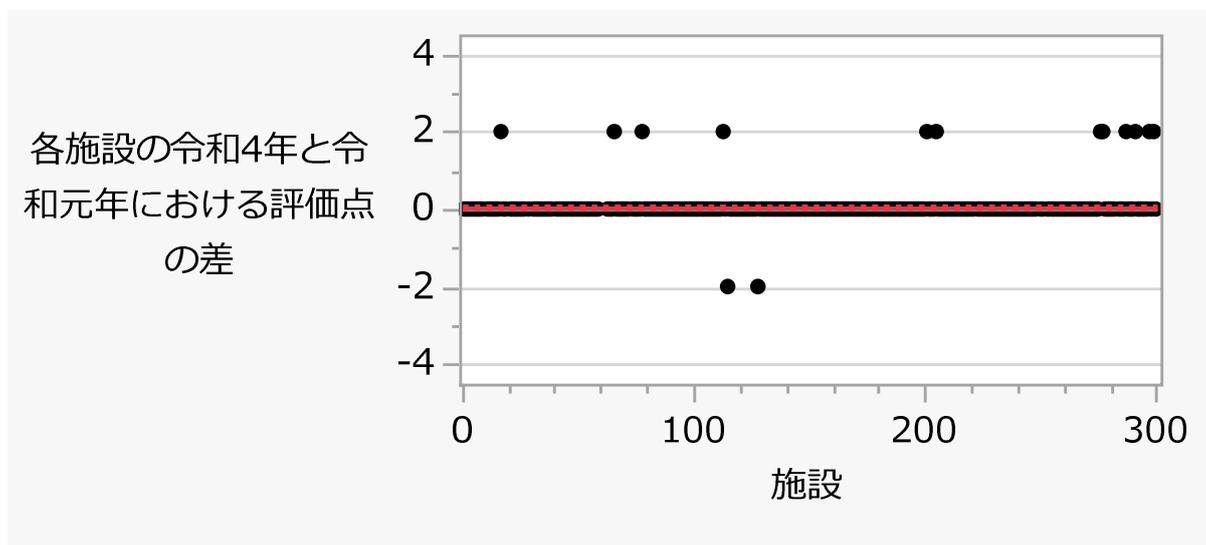
2: 日本医療機能評価機構・ISOによる医療機能評価において認定を受けている

0: 上記の基準を満たさない

第 23-1 図 第三者による医療機能の評価（全施設）



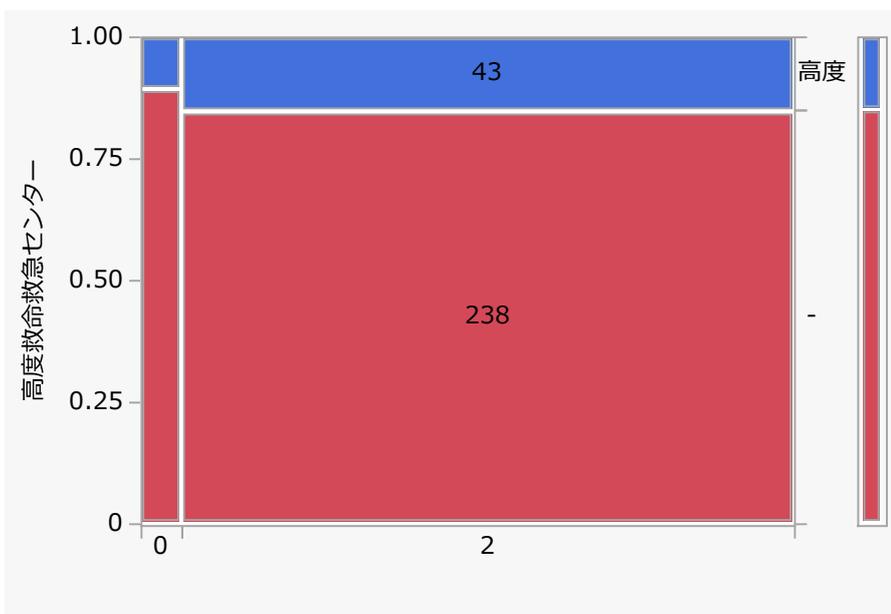
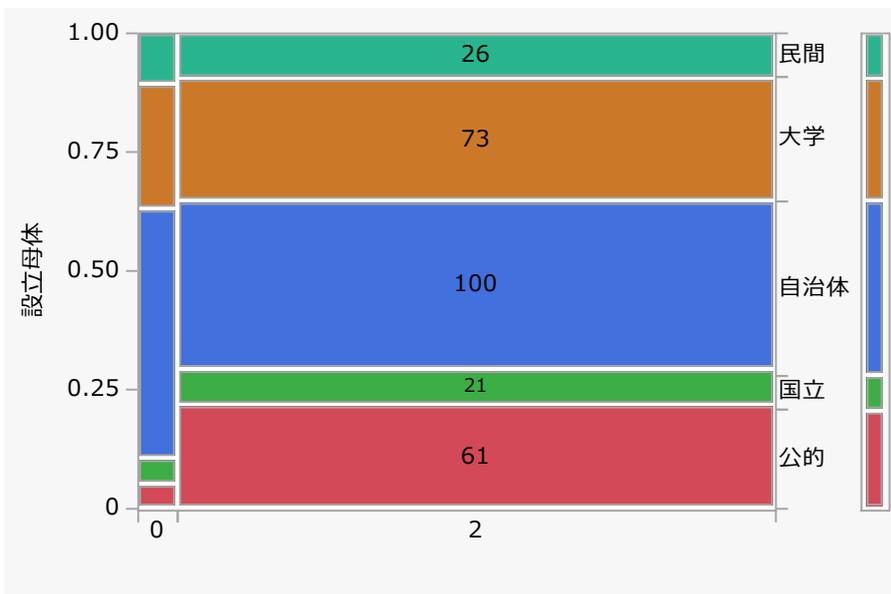
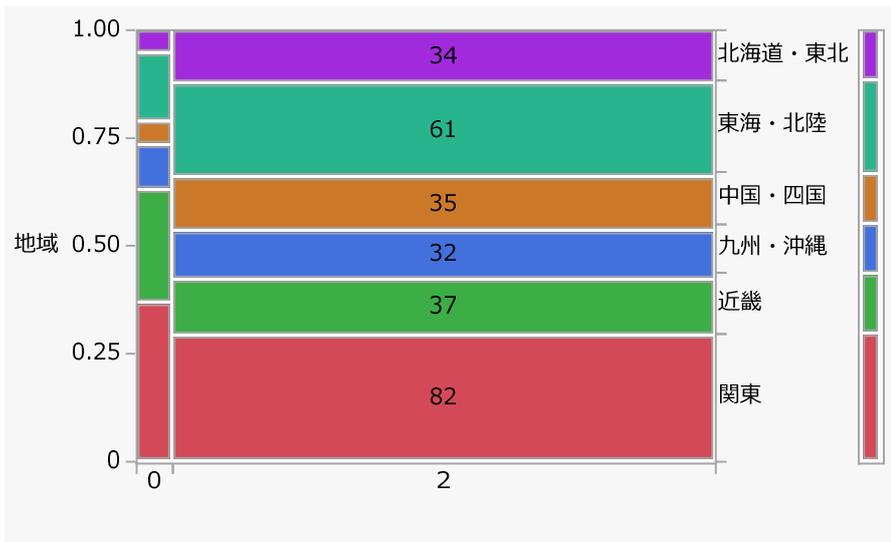
第 23-2 図 各施設の令和 3 年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和 4 年 vs 令和元年）の差 0.069 (95%信頼区間: 0.018- 0.120) p=0.007

Wilcoxon 符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 23-3 図 第三者による医療機能の評価（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



24. 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

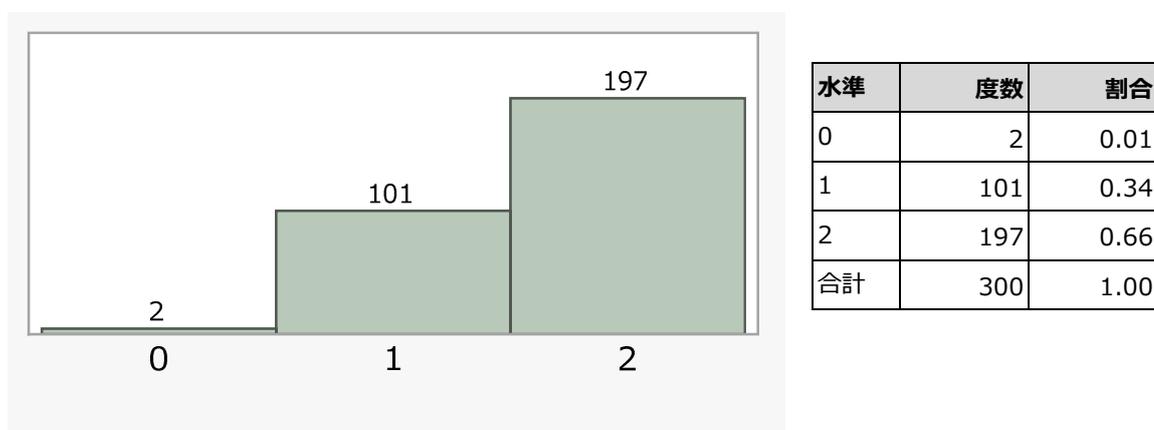
○評価項目の定義等：「管理者」とは、病院長のことであり、「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」（平成14年3月19日付け基発第0319007号厚生労働省労働基準局長通知）を参照すること。

2: 下記に加え、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

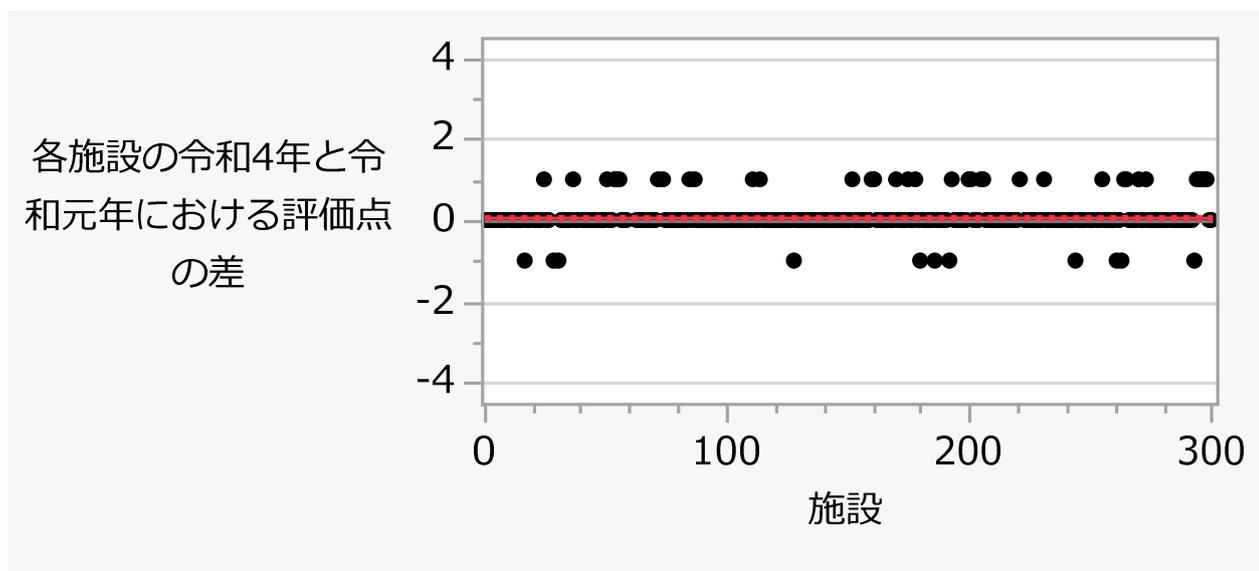
1: 管理者等が、3の休日及び夜間の救命救急センターで診療を行う医師の勤務実態を把握し、かつ、労働基準法令及び「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」（平成14年3月19日付け厚生労働省労働基準局長通知）等が遵守されているかどうか、四半期毎に点検し改善を行っている

0: 上記の基準を満たさない

第24-1図 休日及び夜間勤務の適正化（全施設）



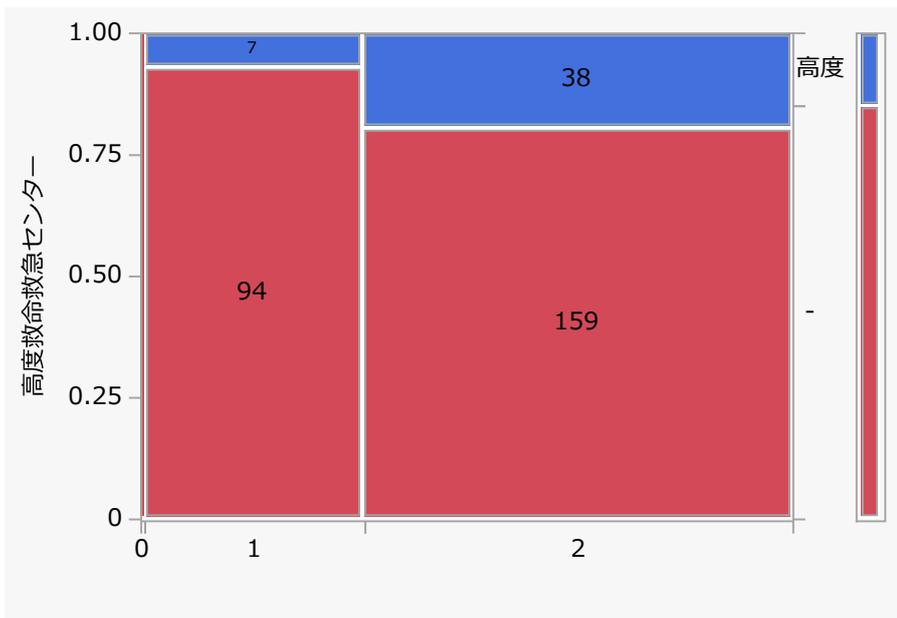
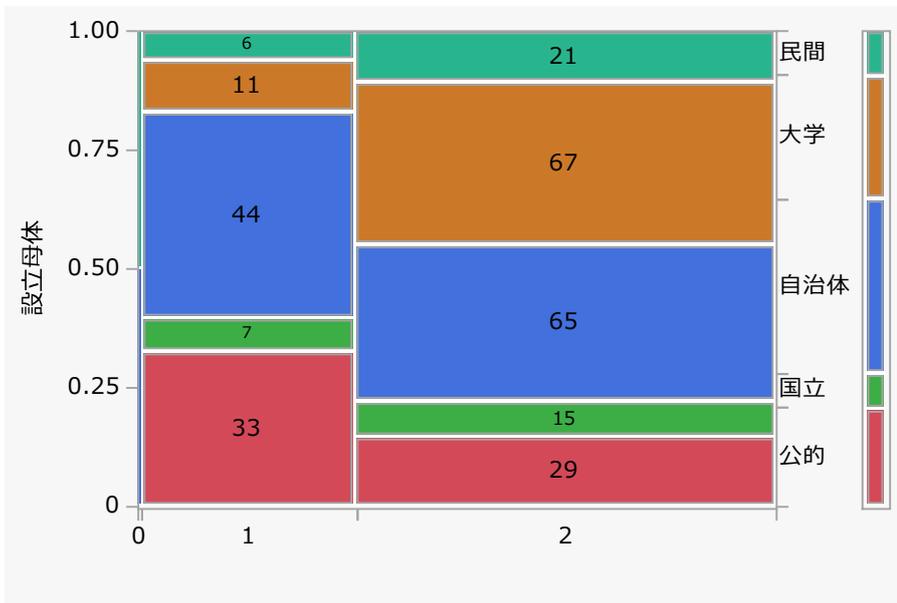
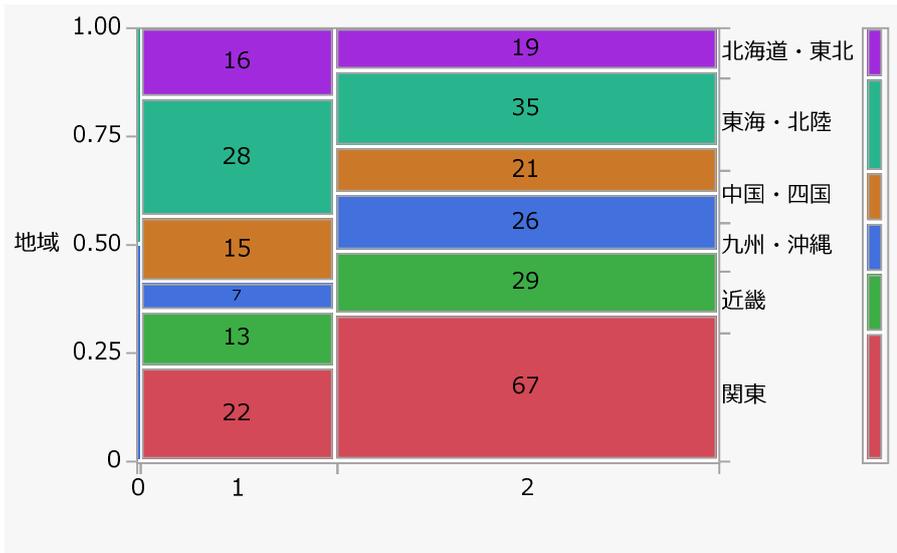
第24-2図 各施設の令和3年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和4年 vs 令和元年）の差 0.083 (95%信頼区間: 0.038- 0.129) $p < 0.001$

Wilcoxon符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 24-3 図 休日及び夜間勤務の適正化（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）

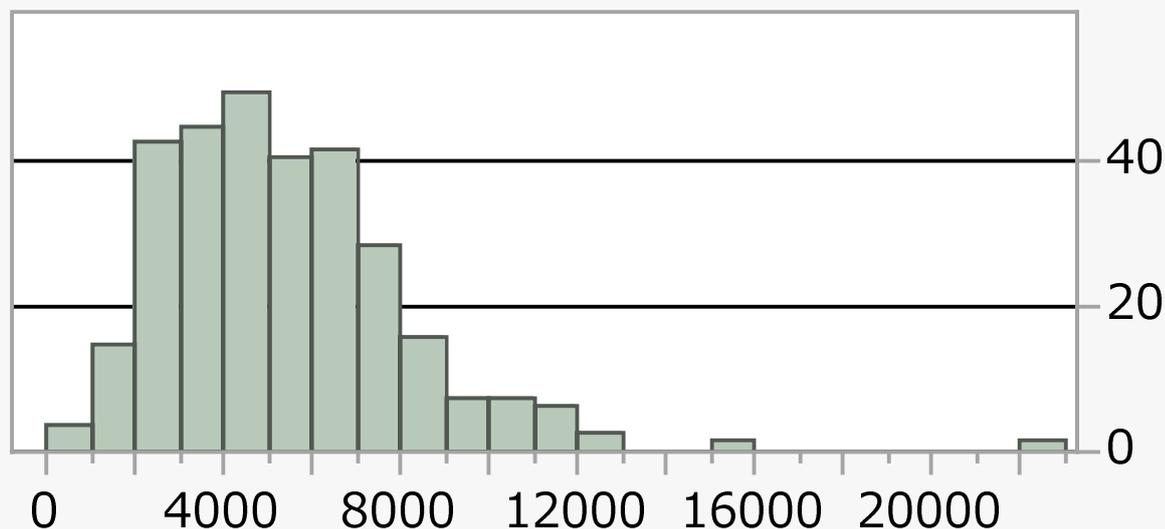


25. 救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義等：「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 25-1 図 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



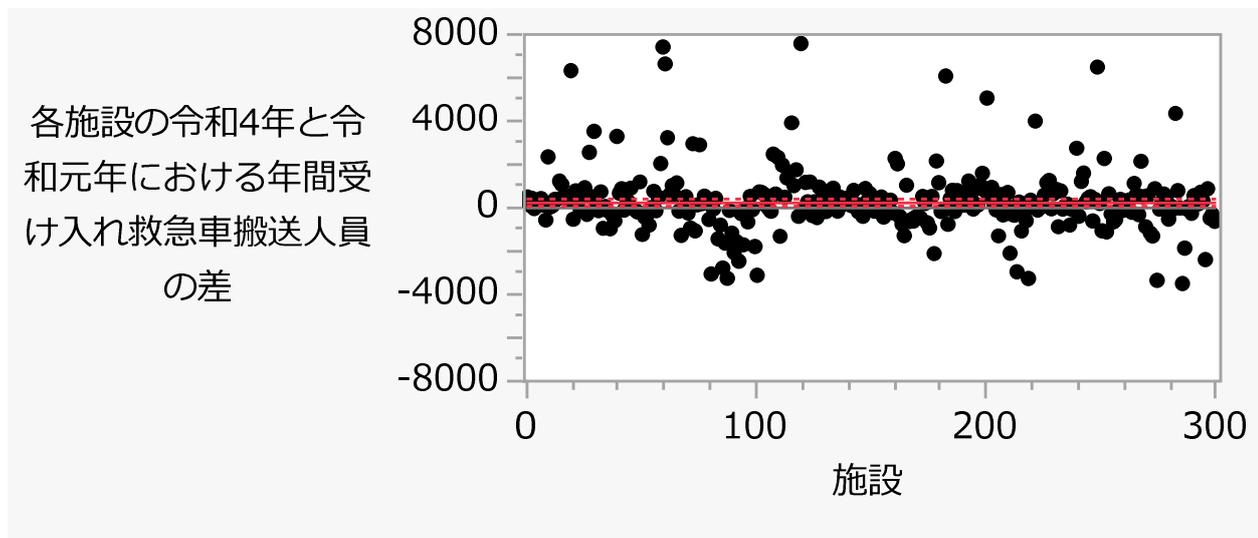
縦軸：施設数 横軸：救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員

第 25-2 表 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（多い30施設）

	施設名	数		施設名	数		施設名	数
1	医療法人徳州会湘南鎌倉総	22355	11	平塚市民病院	10680	21	愛知県厚生農業協同組合	9466
2	横浜市立みなと赤十字病院	15153	12	伊勢赤十字病院	10545	22	独立行政法人国立病院機	9370
3	国家公務員共済組合連合会	12673	13	武蔵野赤十字病院	10390	23	愛知厚生連海南病院	9078
4	名古屋掖済会病院	12552	14	国立研究開発法人 国	10354	24	岡崎市民病院	9054
5	兵庫県立尼崎総合医療センタ	11671	15	医療法人徳洲会宇治徳	10095	25	海老名総合病院	8818
6	日本赤十字社愛知医療センタ	11632	16	岸和田徳洲会病院	10078	26	愛知県厚生農業協同組合	8775
7	聖マリア病院	11604	17	自治医科大学附属さい	10038	27	さいたま赤十字病院	8759
8	大垣市民病院	11288	18	倉敷中央病院	9869	28	独立行政法人労働者健康	8722
9	聖路加国際病院	11287	19	藤沢市民病院	9598	29	総合病院国保旭中央病院	8700
10	藤田医科大学病院	11253	20	春日井市民病院	9561	30	昭和大学病院	8653

第 25-3 図 各施設の令和 3 年と令和元年における救命救急センターを設置する病院の年間受入救急

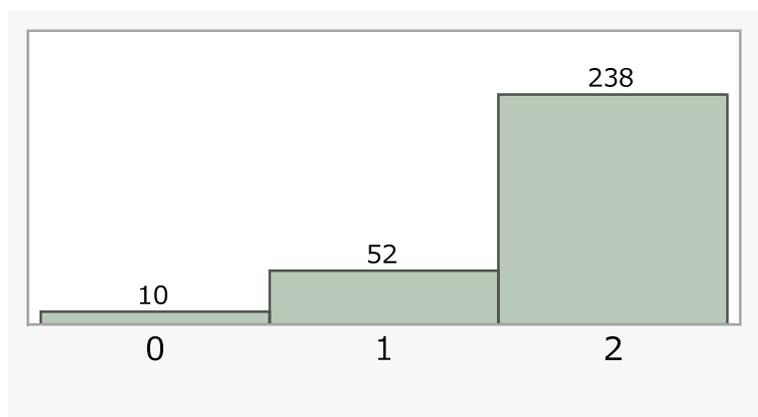
車搬送人員の差(全施設)



年間受入救急車搬送人員（令 4 年 vs 令和元年）の差 240.8 (95%信頼区間:71.7-409.9) p=0.005 対応のある t 検定を用いて比較した。

- 評価項目の定義等：
 所管人口 10 万人あたり
 2: 800 人以上
 1: 400 人以上
 0: 400 人未満

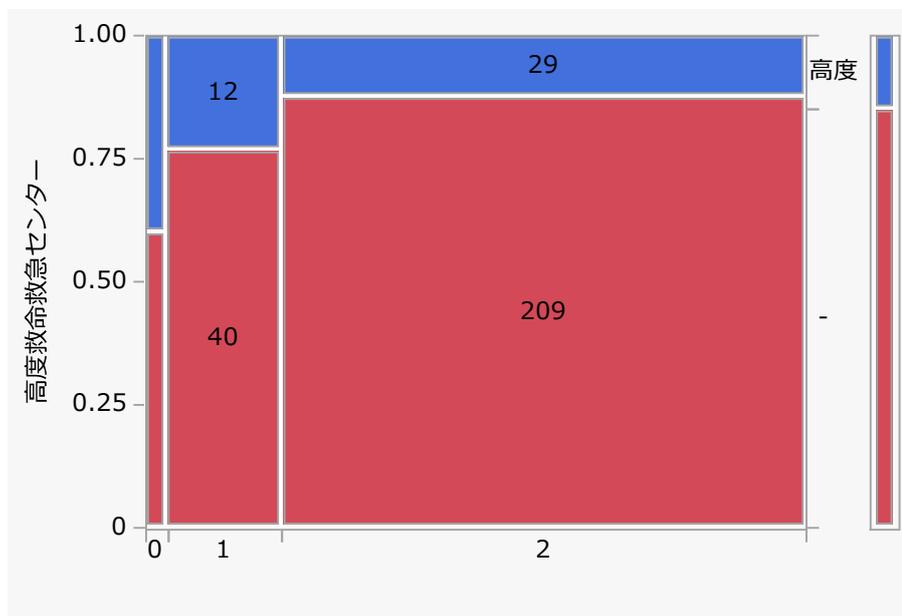
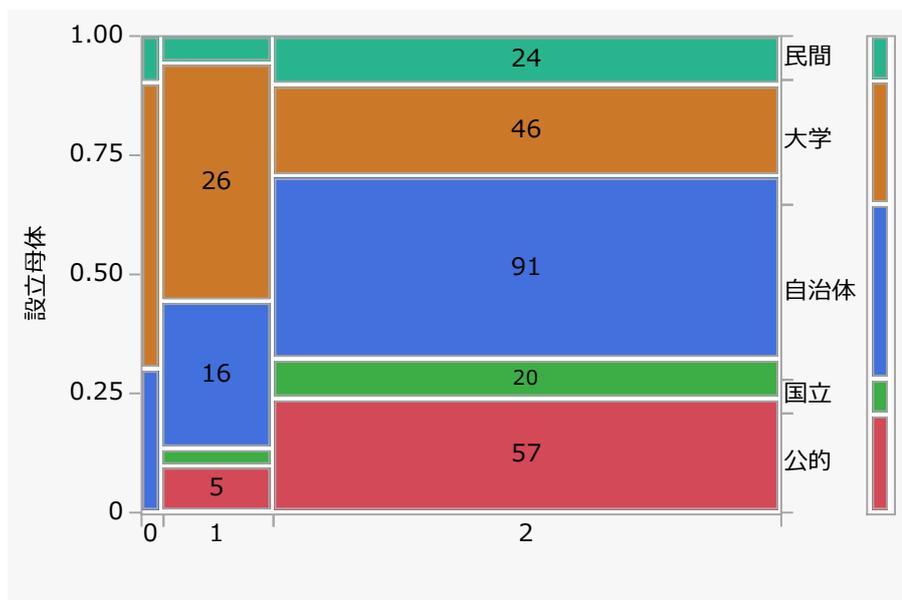
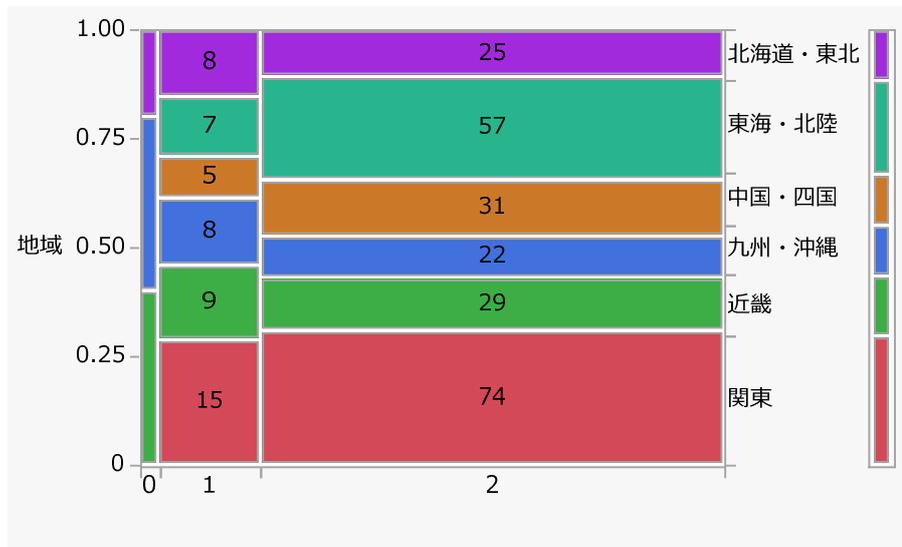
第 25-4 図 救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員(全施設)



水準	度数	割合
0	10	0.03
1	52	0.17
2	238	0.79
合計	300	1.00

第 25-5 図 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（地域別・設立母体別・高度

救命救急センター別)



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

記録及び改善への取組

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義等：「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。

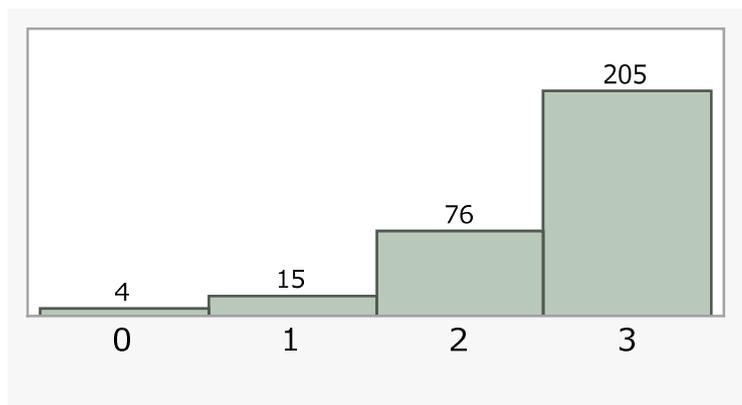
「応需状況」とは、応需率、応需できなかった理由等を含んだ応需の状況であり、搬送件数や搬送内訳のみ記載している場合は該当しない。なお、「院外に公表」とは、病院のホームページなどに掲載し、住民等が閲覧できるようにしていることをいう。調査対象年の期間以前の情報のみ院外に公表しており、かつ調査対象年の情報の更新予定時期が決定している場合は、その時期を記載すること。

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。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。

- 3: 下記に加え、調査対象年の応需状況について院外に公表するとともに、院外の委員会（メディカルコントロール協議会等）で応需状況の改善等に向けた検討を実施している
- 2: 下記に加え、応需状況（搬送件数、内訳、応需率や不応需理由）について院内に公表するとともに、院内の委員会で応需状況の改善等に向けた検討を実施している
- 1: 救命救急センターを設置する病院に対する消防機関からの搬送受入要請について、最初から救命救急センターを設置する病院の医師又は看護師が専用電話で対応、又は救命救急センターの医師がホットラインで対応し、いずれの場合も、受入れに至らなかった場合の理由を含め対応記録を残し、応需率等を確認している
- 0: 上記の基準を満たさない

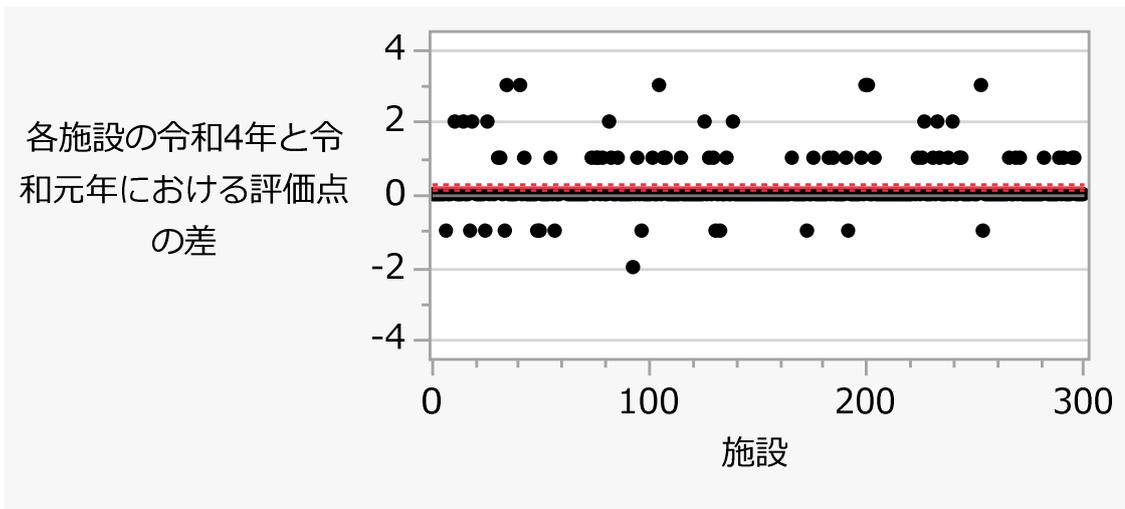
第26-1図 救命救急センターを設置する病院に対する消防機関からの搬送受け入れ要請への対応

状況の記録及び改善への取組み（全施設）



水準	度数	割合
0	4	0.01
1	15	0.05
2	76	0.25
3	205	0.68
合計	300	1.00

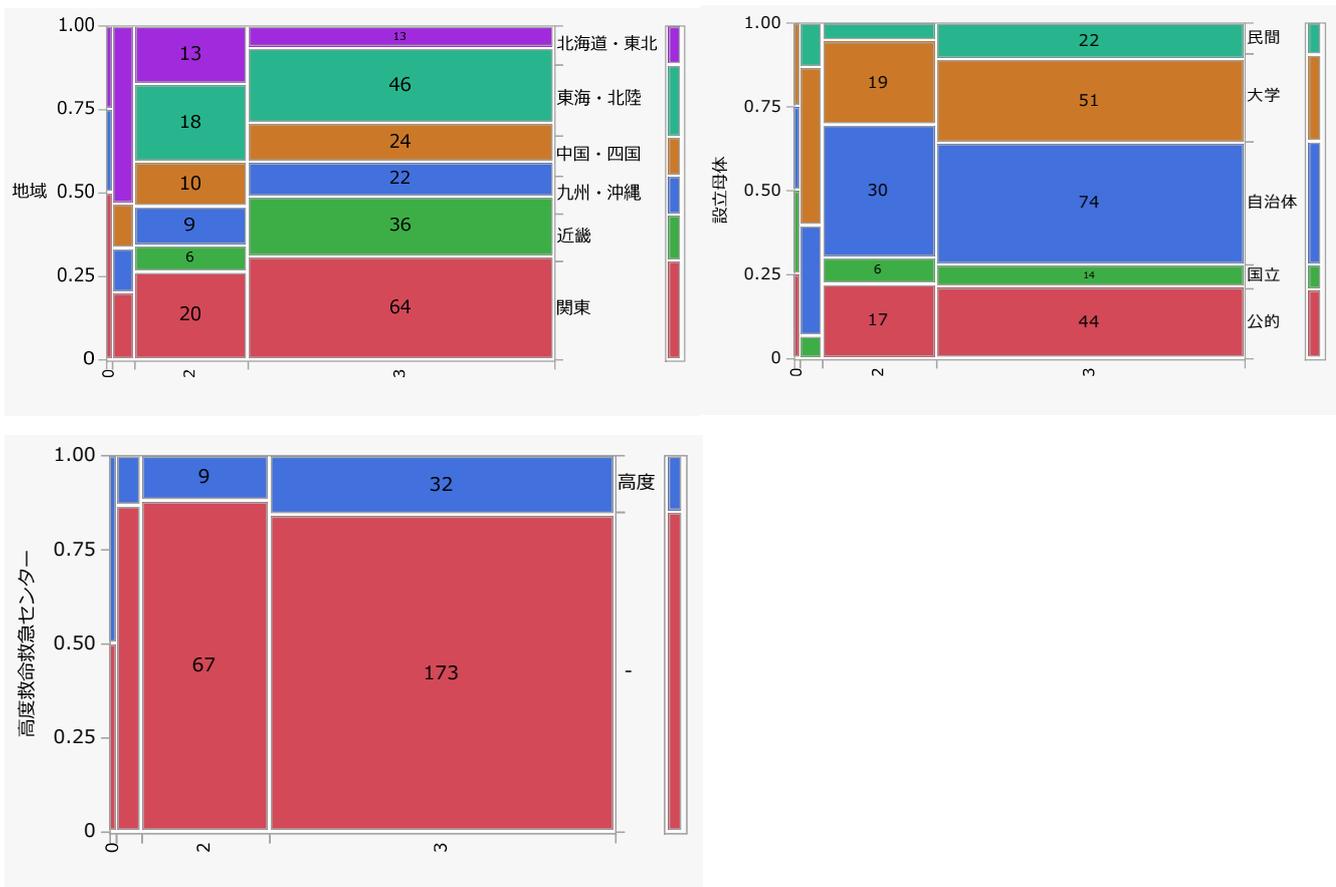
第 26-2 図 各施設の令和 3 年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和 4 年 vs 令和元年）の差 0.219(95%信頼区間: 0.139- 0.299) $p < 0.001$
 Wilcoxon 符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 26-3 図 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け入れ要請への対応

状況の記録及び改善への取り組み（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



27. 院内急変への診療体制

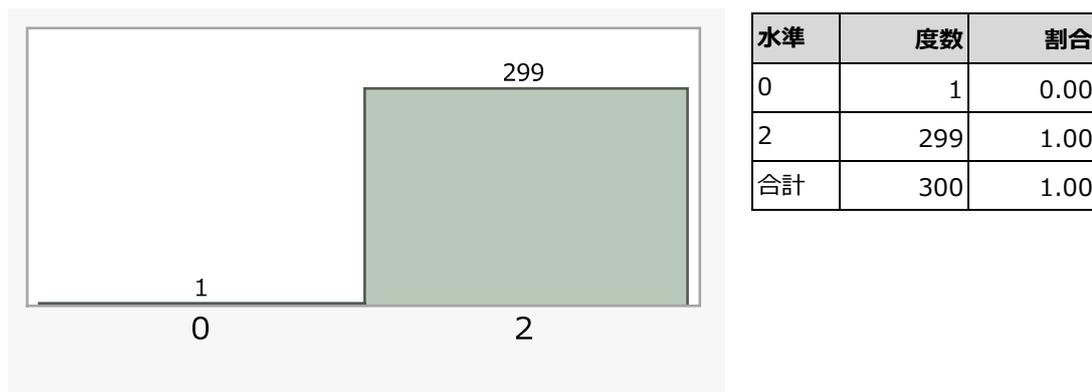
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義等：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。

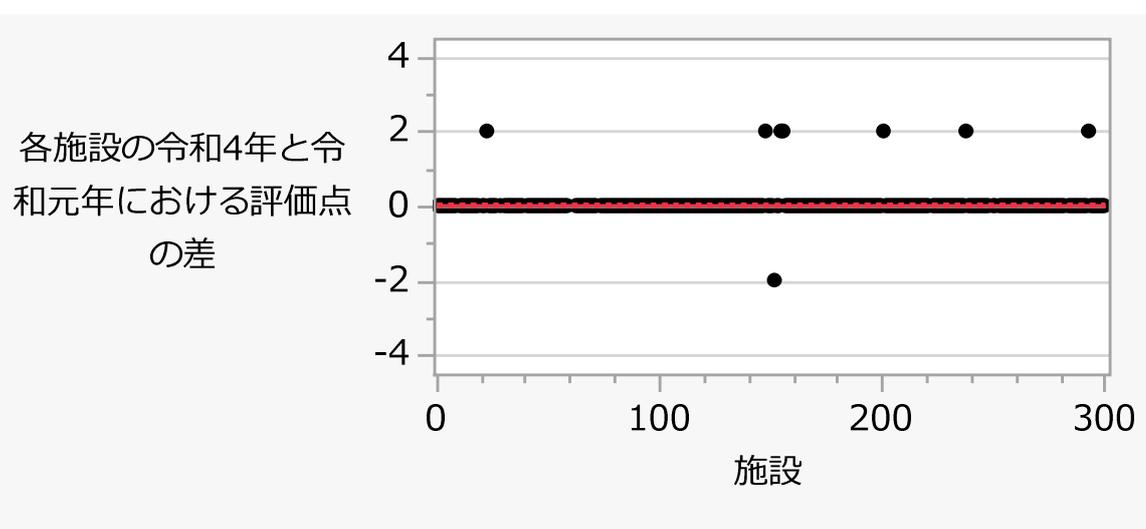
2: 院内における急変に対応する体制が整備されている（具体的な対応部署が決まっている）

0: 上記の基準を満たさない

第 27-1 図 院内急変への診療体制（全施設）



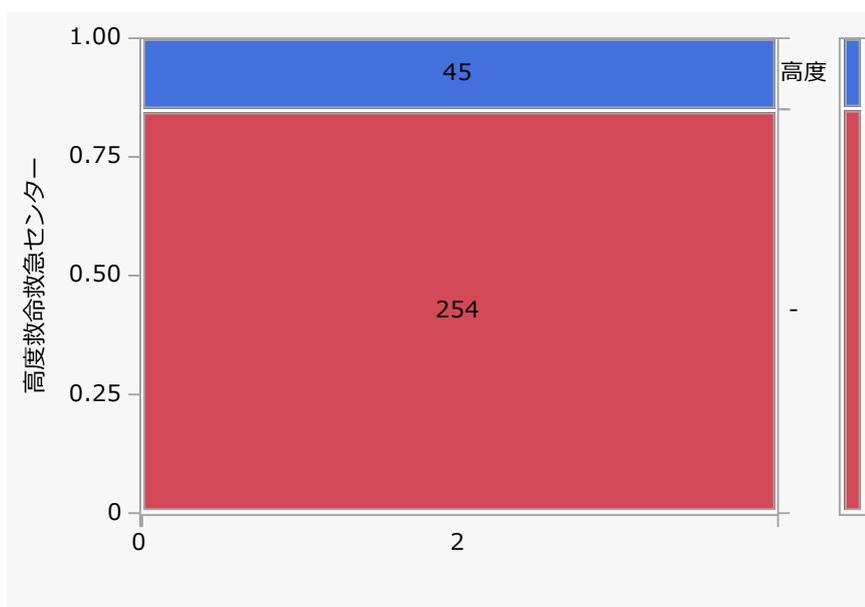
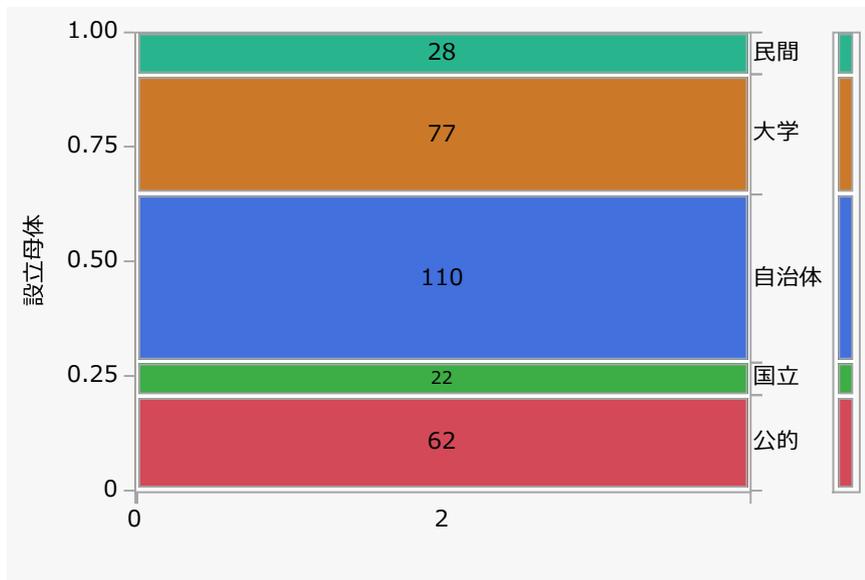
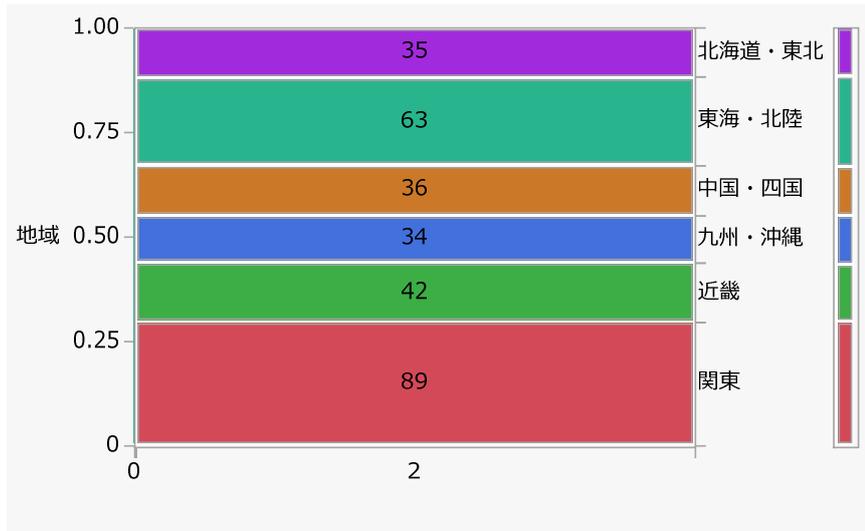
第 27-2 図 各施設の令和 3 年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和 4 年 vs 令和元年）の差 0.041 (95%信頼区間:0.003- 0.080) p=0.033

Wilcoxon 符号付き順位和検定を用いて比較した。

第27-3図 院内急変への診療体制（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



28. 脳死判定及び臓器・組織提供のための整備等

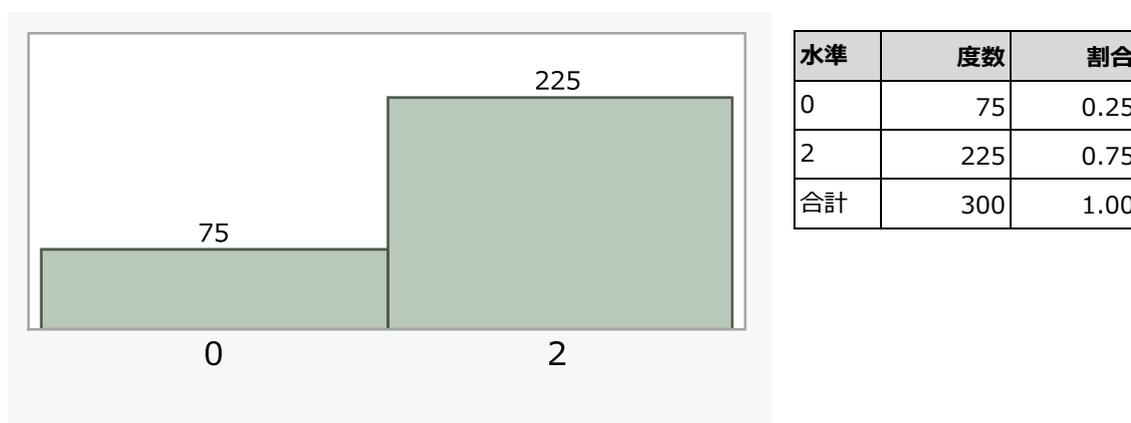
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○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人は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。

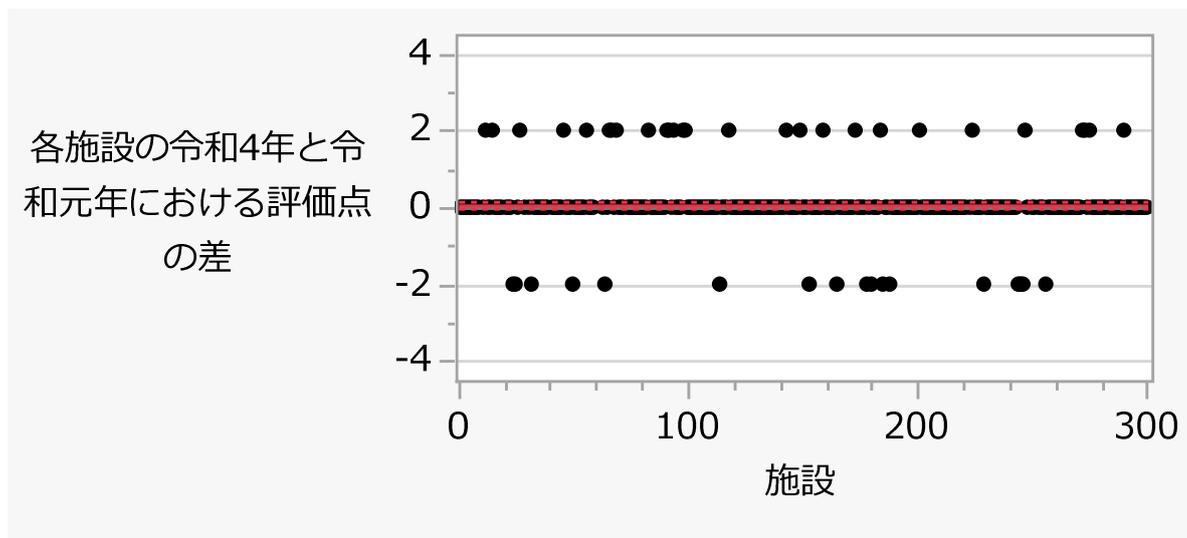
2: 脳死に関する委員会（脳死判定委員会、倫理委員会等）が組織化されており、脳死判定シミュレーションが年1回以上実施されている。もしくは過去3年以内に実績がある

0: 上記の基準を満たさない

第28-1図 脳死判定及び臓器・組織提供のための整備等（全施設）

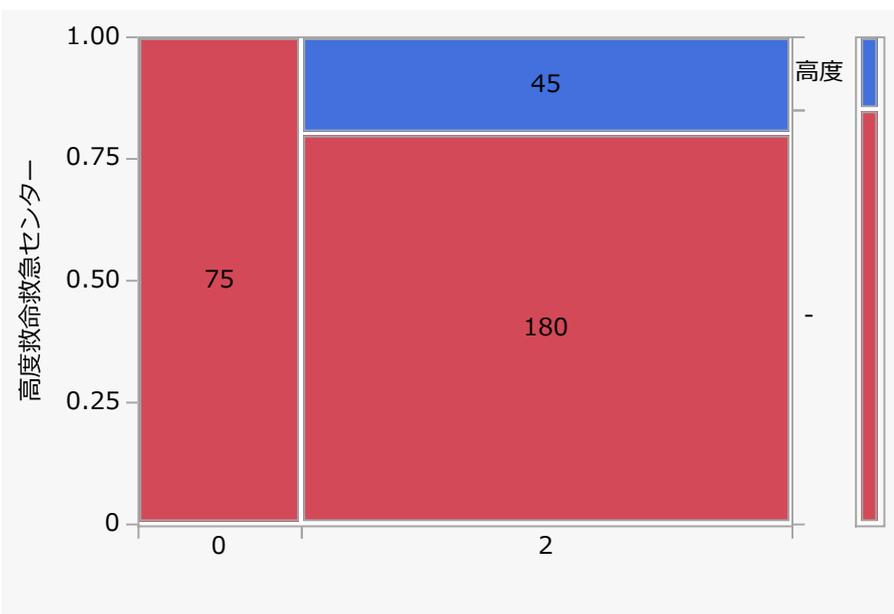
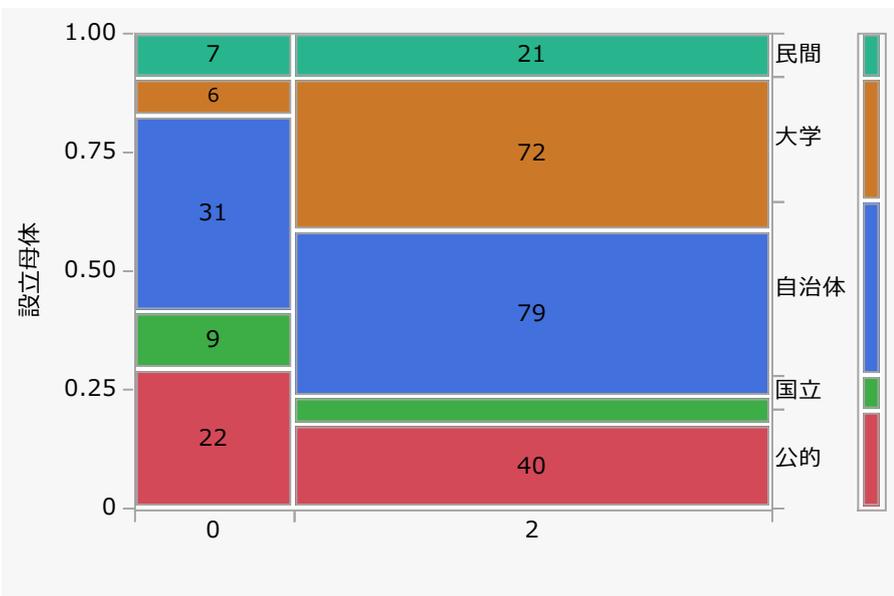
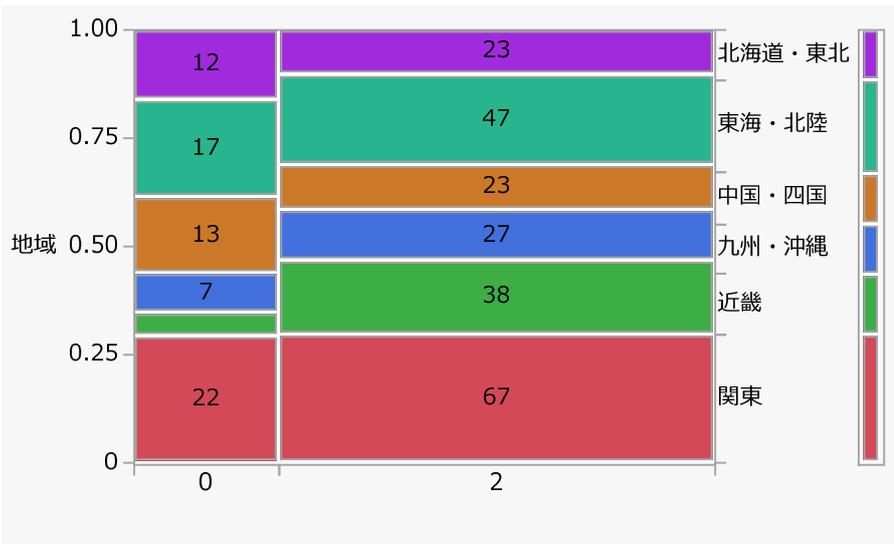


第28-2図 各施設の令和3年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和4年 vs 令和元年）の差 0.069 (95%信頼区間: (-0.021) - 0.160) p=0.131
Wilcoxon 符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 28-3 図 脳死判定及び臓器・組織提供のための整備等（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



29. 救急医療領域の人生の最終段階における医療の整備

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

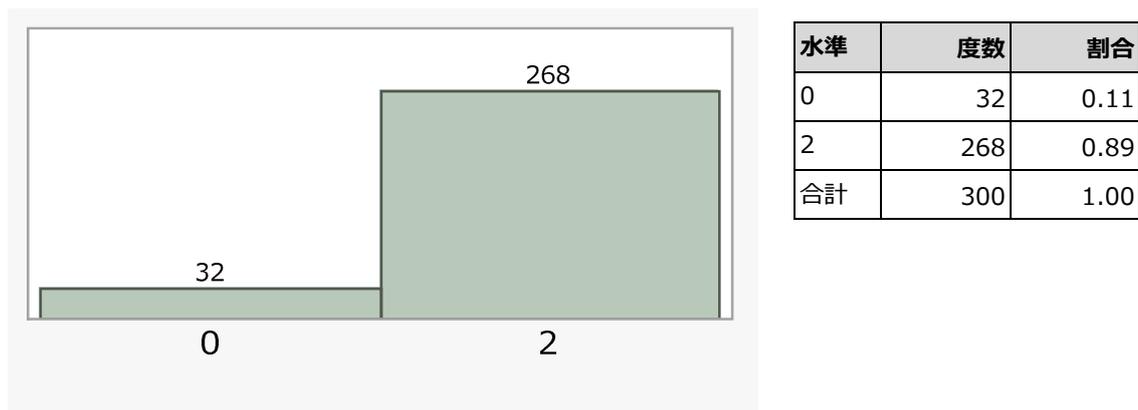
○評価項目の定義等：

2: 明文化された基準・手順が整備され、多職種による患者・家族等の意向を尊重した対応が行われている

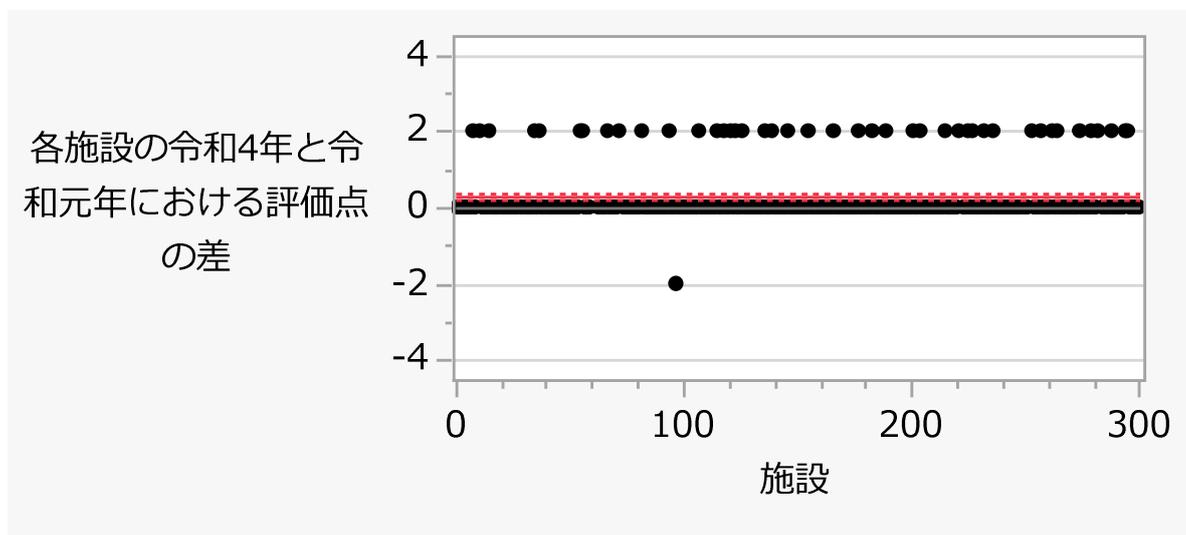
0: 上記の基準を満たさない

※「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。

第 29-1 図 救急医療領域の人生の最終段階における医療の整備（全施設）



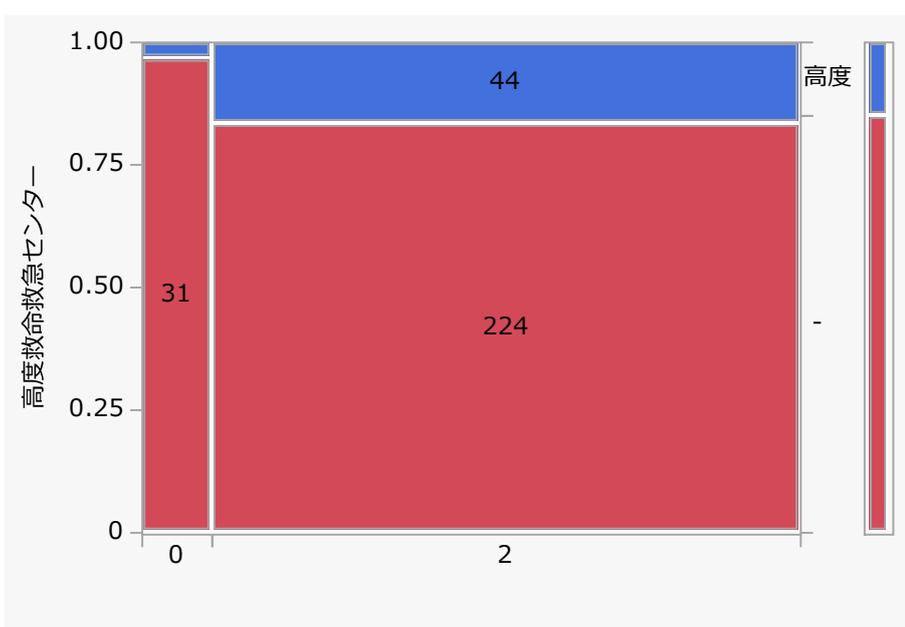
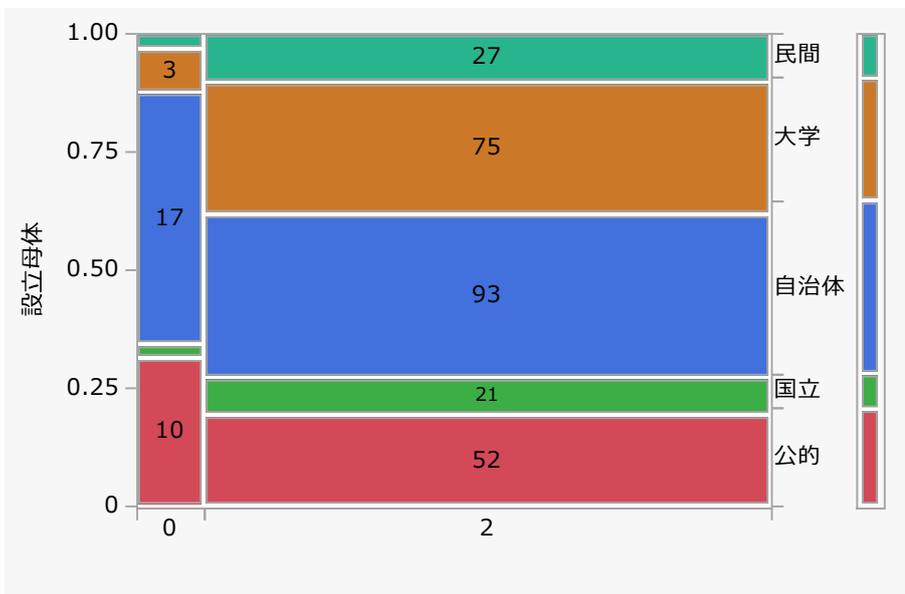
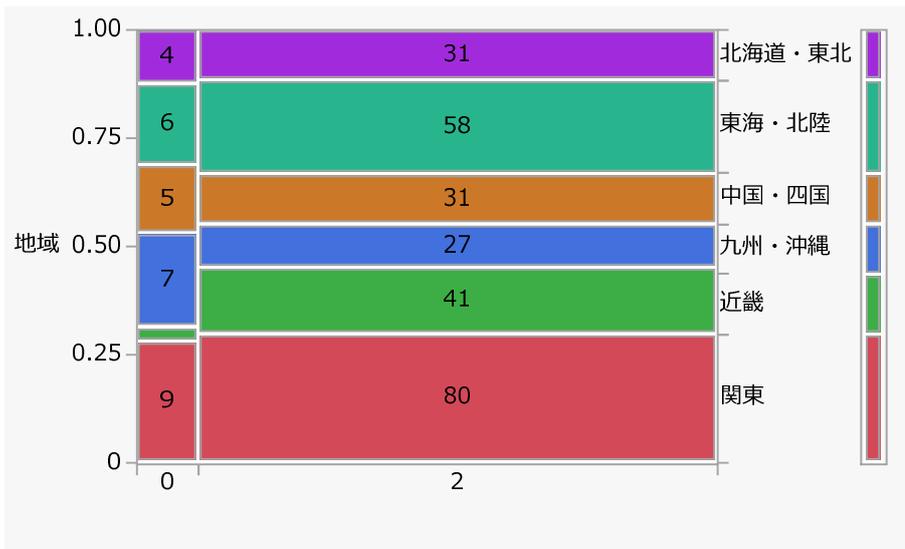
第 29-2 図 各施設の令和 3 年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和 4 年 vs 令和元年）の差 0.292 (95%信頼区間:0.208- 0.377) $p < 0.001$

Wilcoxon 符号付き順位和検定を用いて比較した。

第29-3図 救急医療領域の人生の最終段階における医療の整備 (地域別・設立母体別・高度救命救急センター別)



30. 救急医療領域の虐待に関する整備

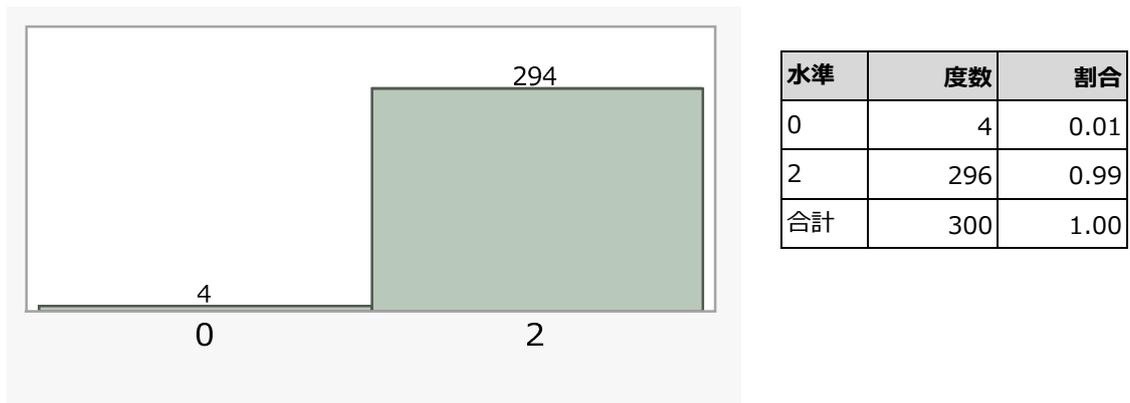
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義等：

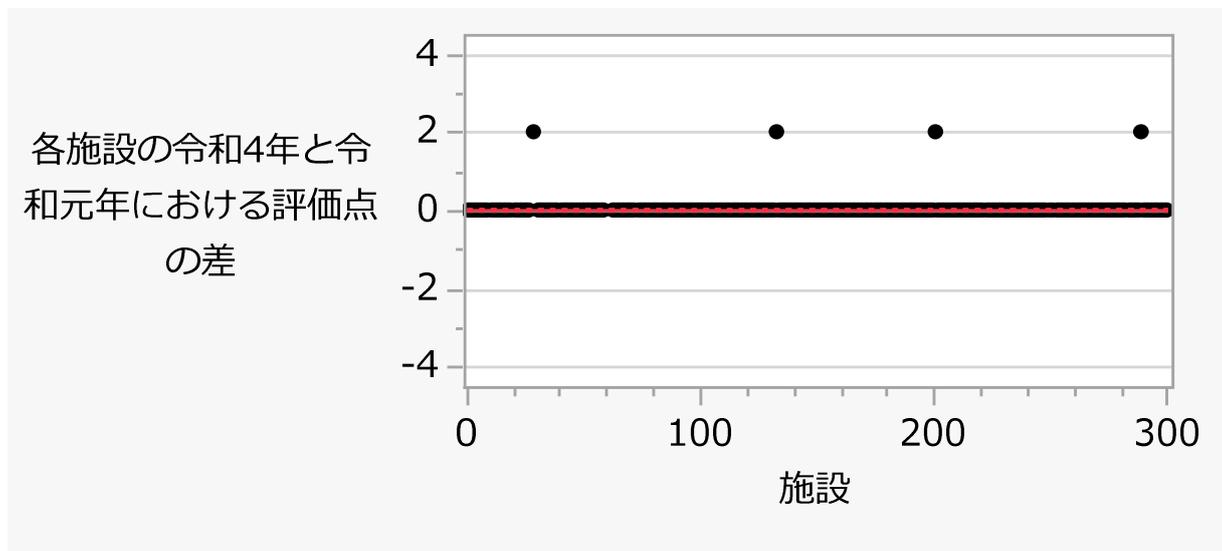
2: 小児虐待、高齢者虐待、障害者虐待、配偶者からの暴力等を受けた疑いのある場合の対応方針を策定している

0: 上記の基準を満たさない

第 30-1 図 救急医療領域の虐待に関する整備（全施設）



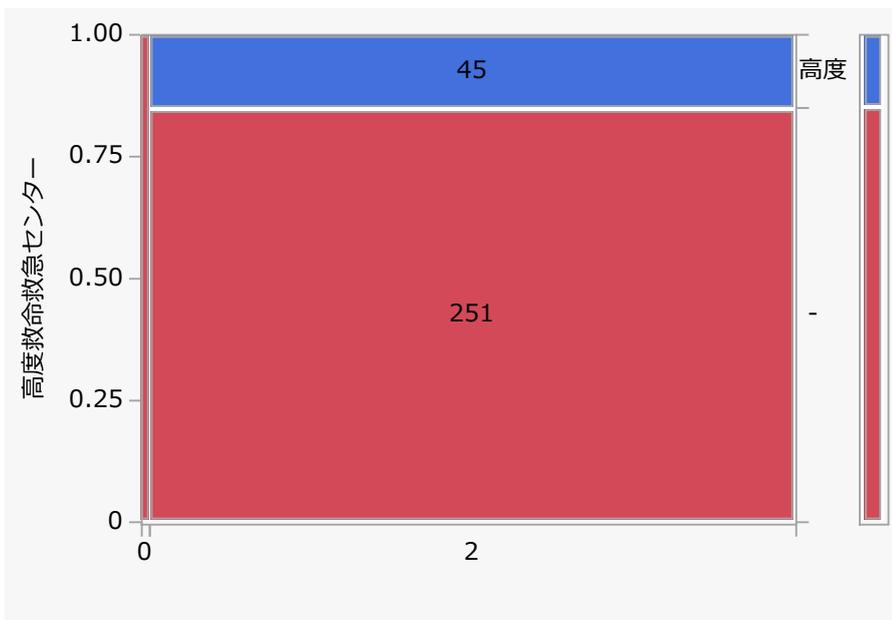
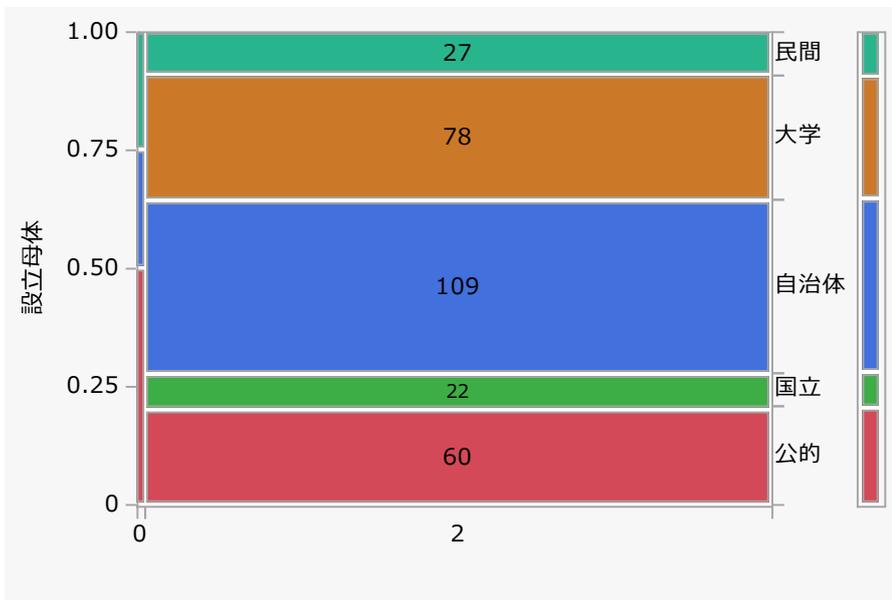
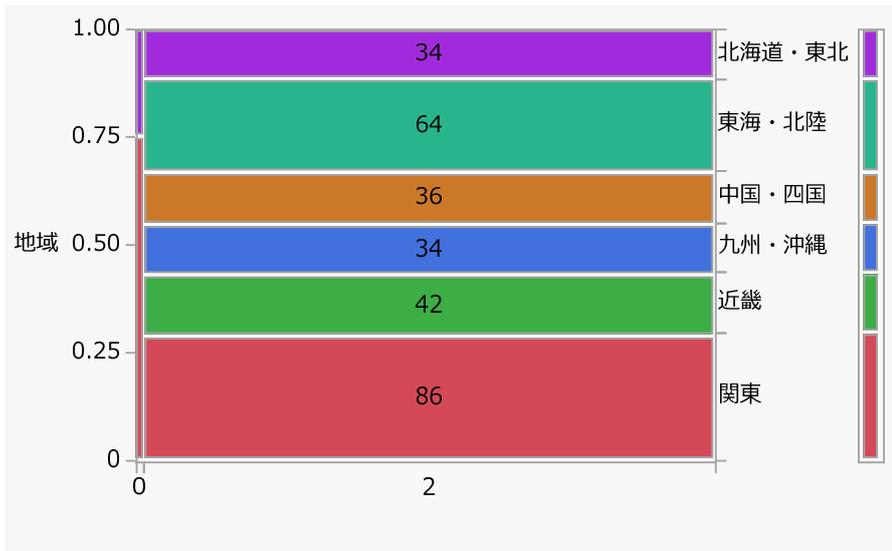
第 30-2 図 各施設の令和 3 年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和 4 年 vs 令和元年）の差 0.027 (95%信頼区間:0.000- 0.055) p=0.045

Wilcoxon符号付き順位和検定を用いて比較した。

第30-3図 救急医療領域の虐待に関する整備（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



31. 地域の救急搬送

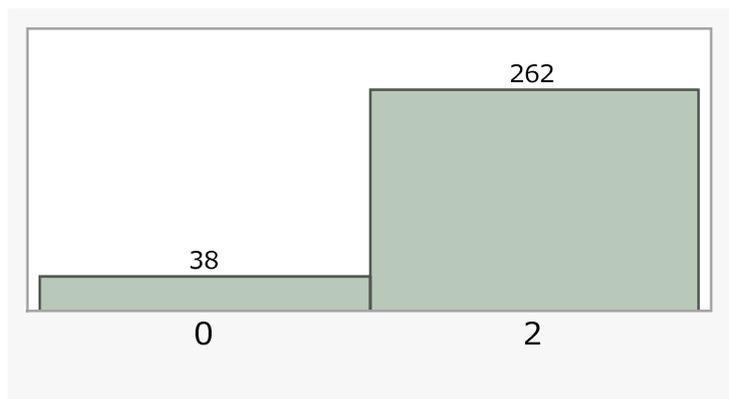
○評価分野：地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義等：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。

2: 平時から、ドクターカー、ドクターヘリ等により、地域のニーズに合わせて現場に医師を派遣できる体制ができている

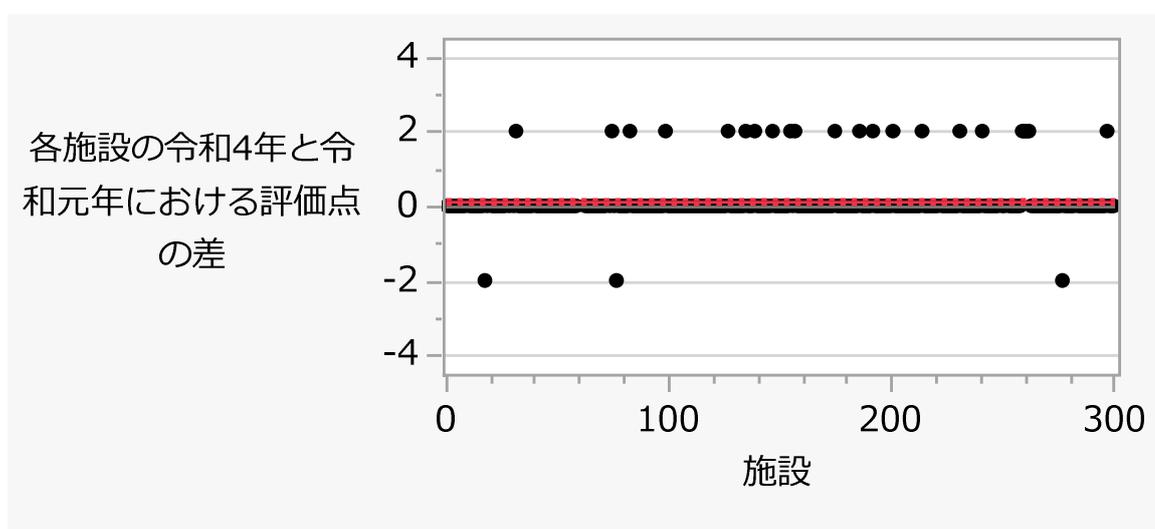
0: 上記の基準を満たさない

第 31-1 図 地域の救急搬送 (全施設)



水準	度数	割合
0	38	0.13
2	262	0.87
合計	300	1.00

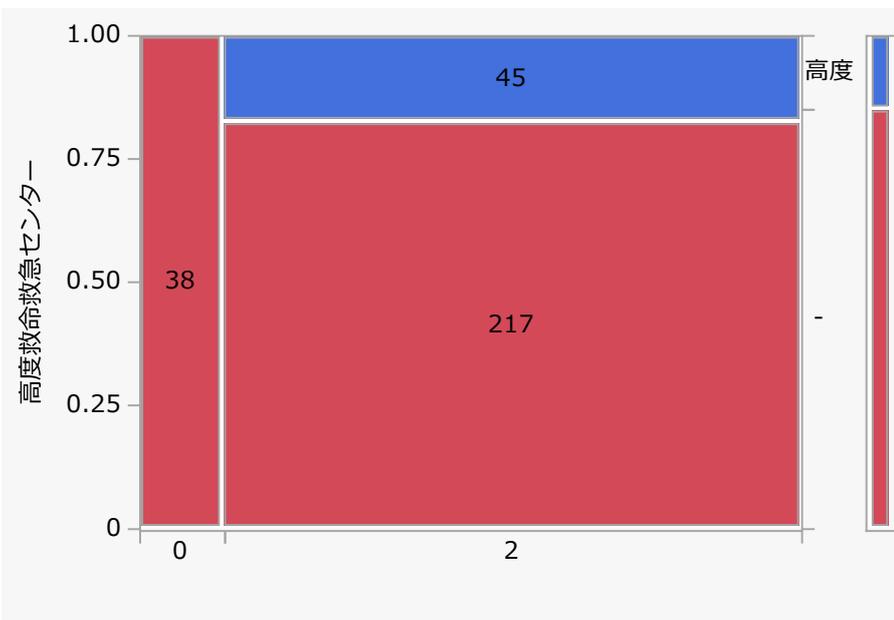
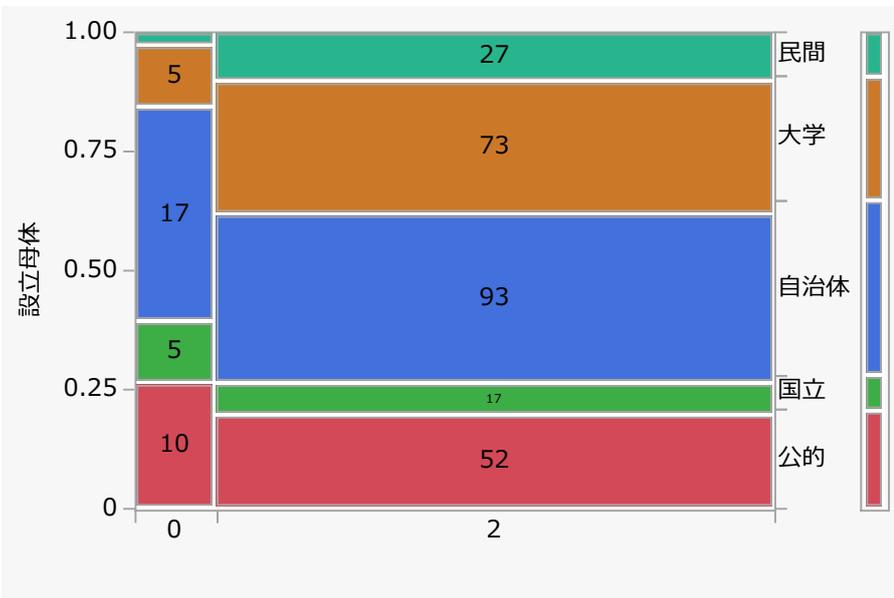
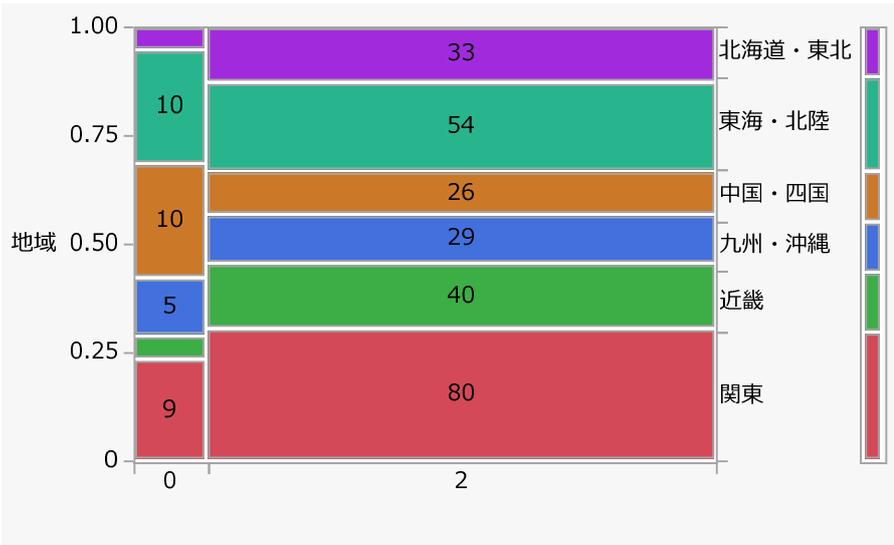
第 31-2 図 各施設の令和 3 年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点 (令和 4 年 vs 令和元年) の差 0.132 (95%信頼区間:0.065- 0.199) $p < 0.001$

Wilcoxon符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 31-3 図 地域の救急搬送（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



32. 地域の関係機関との連携

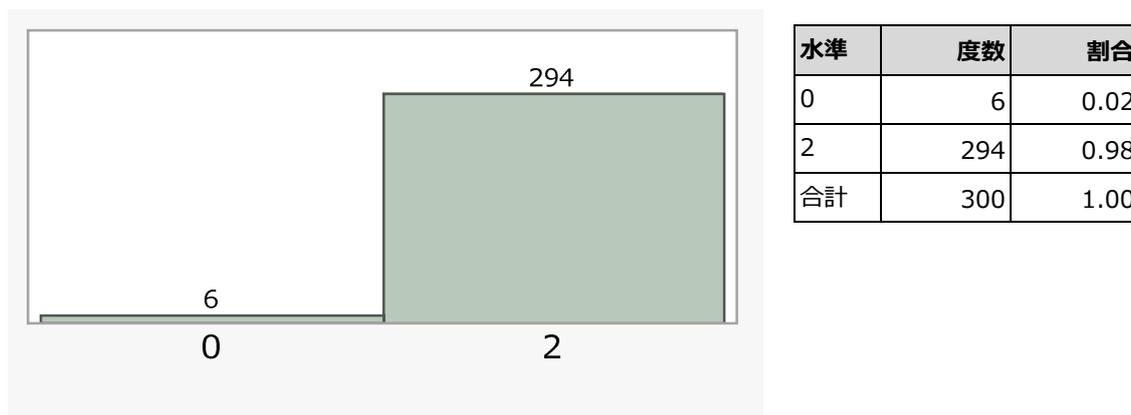
○評価分野：地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義等：「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。

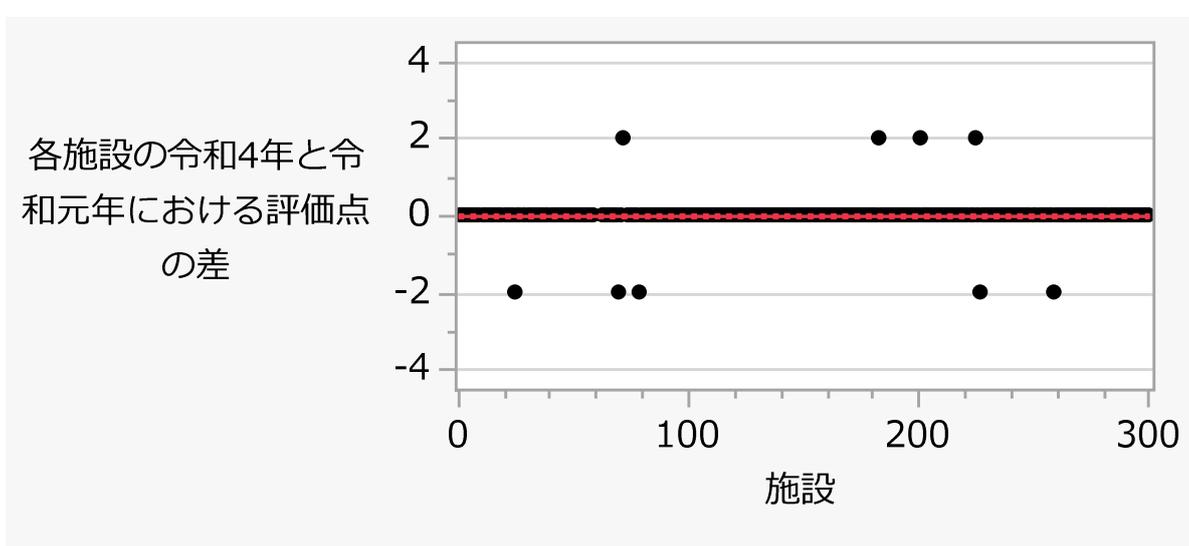
2: 地域の関係機関（都道府県、医師会、救急医療機関（初期、第二次、第三次）、消防機関等）と、定期的に勉強会や症例検討会等を開催している

0: 上記の基準を満たさない

第32-1図 地域の関係機関との連携（全施設）



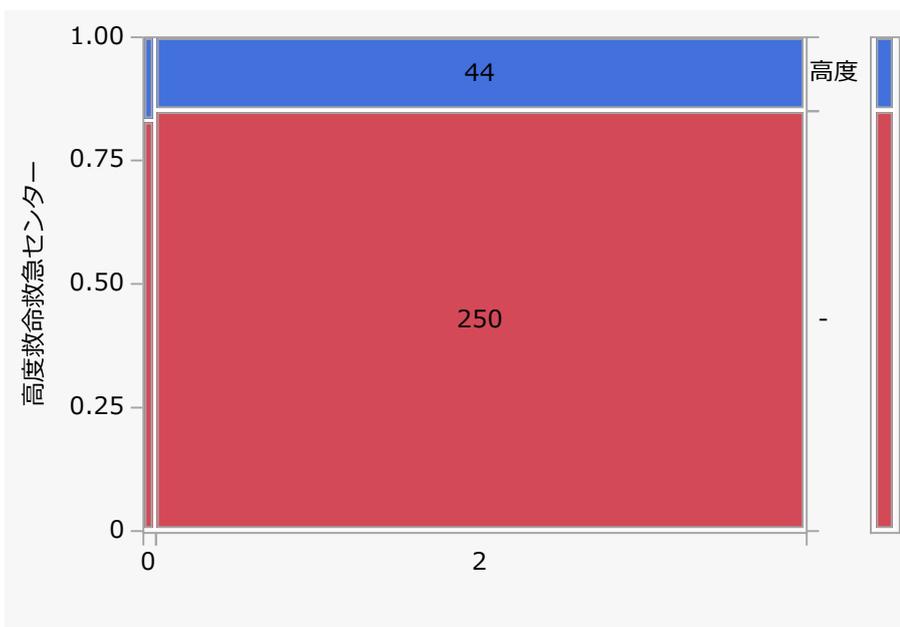
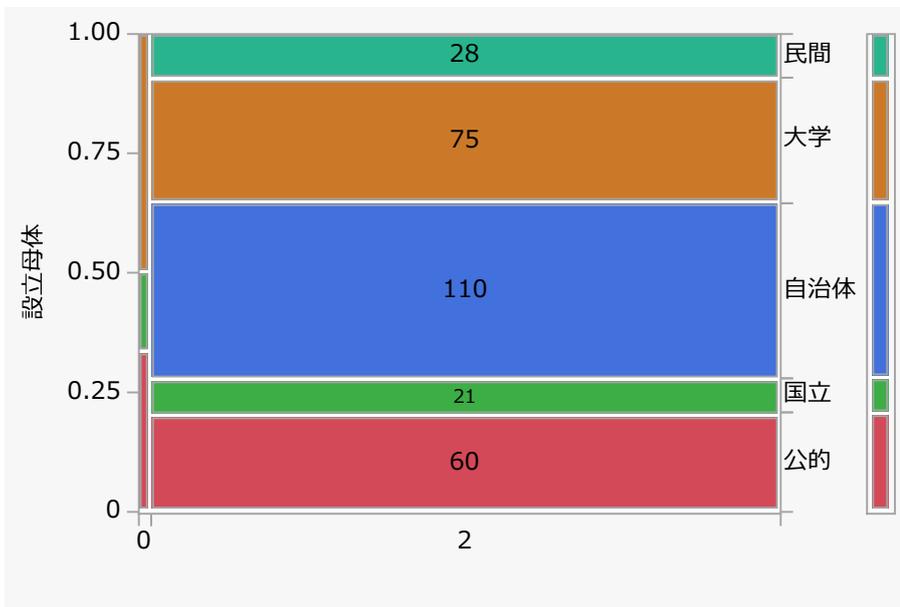
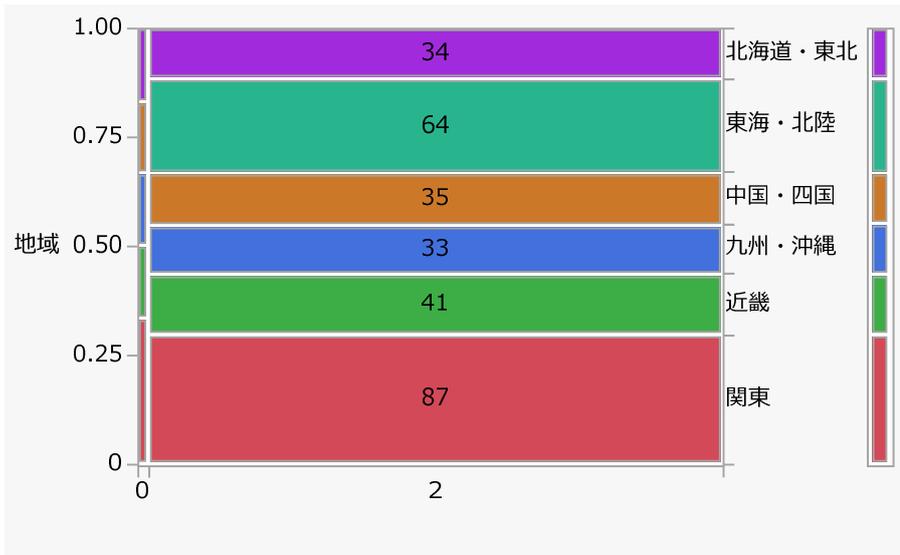
第32-2図 各施設の令和3年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和4年 vs 令和元年）の差 -0.007 (95%信頼区間: $(-0.048) - (0.034)$) $p=0.739$

Wilcoxon 符号付き順位和検定を用いて比較した。

第32-3図 地域の関係機関との連携（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



33. 都道府県メディカルコントロール協議会又は地域メディカルコントロール協議会等への参画

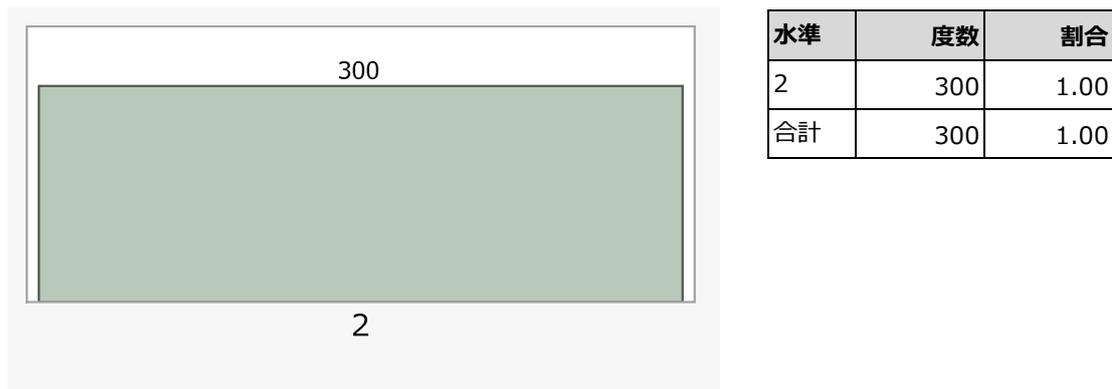
○評価分野：地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能 ○評価の担当：都道府県メディカルコントロール（以下、MC）協議会又は地域 MC 協議会

○評価項目の定義等：

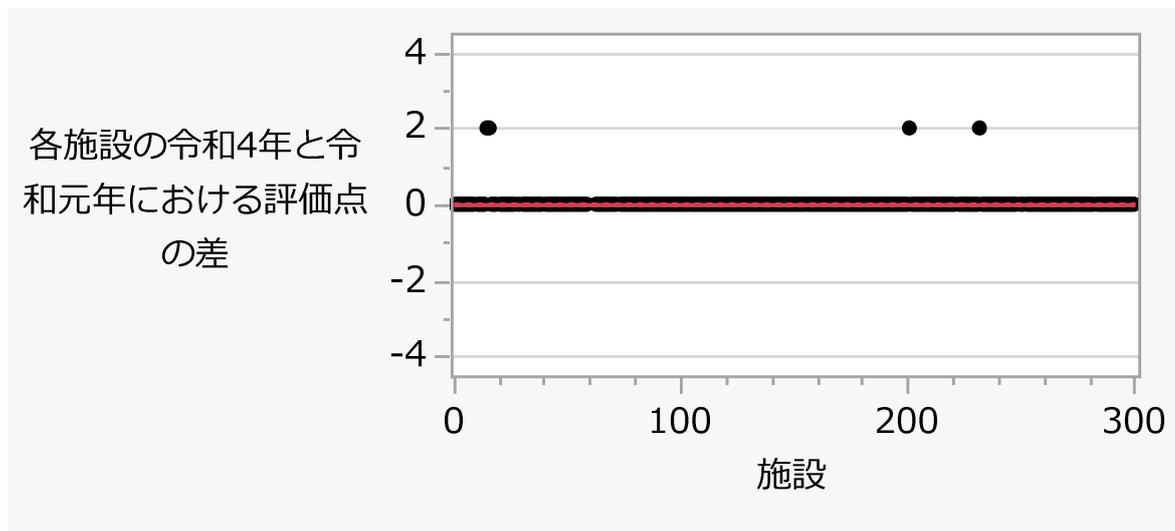
2: MC 協議会、救急医療対策協議会又は救急患者受入コーディネーター確保事業に関わる会議に、常に参加し、地域の救急医療体制の充実に貢献している

0: 上記の基準を満たさない

第 33-1 図 都道府県 MC 協議会又は地域 MC 協議会等への参画（全施設）



第 33-2 図 各施設の令和 3 年と令和元年における評価点の差(全施設)

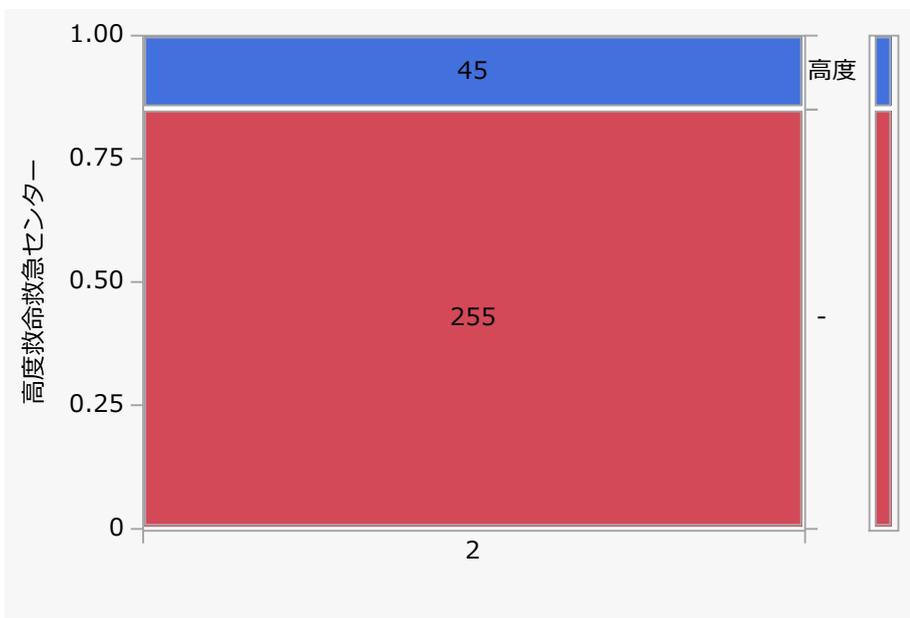
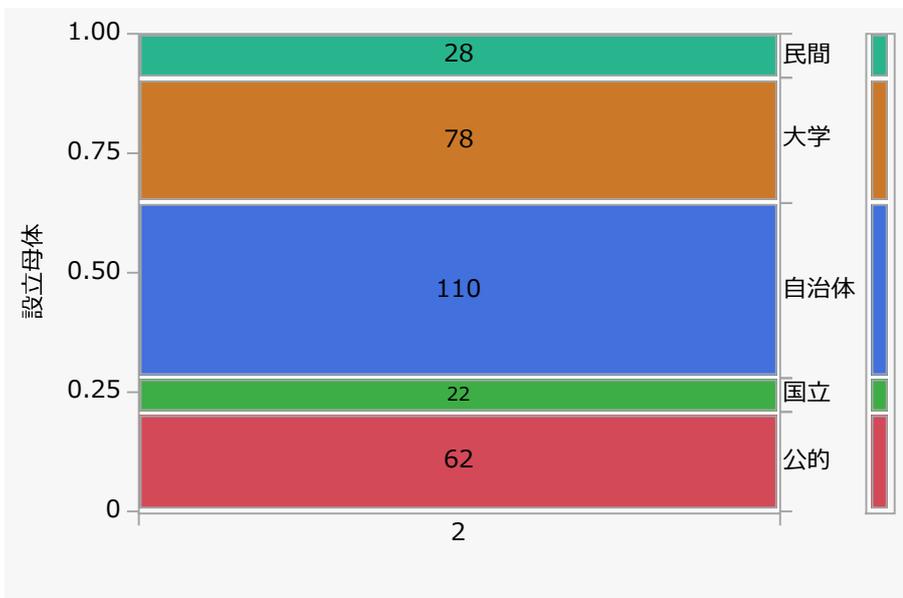
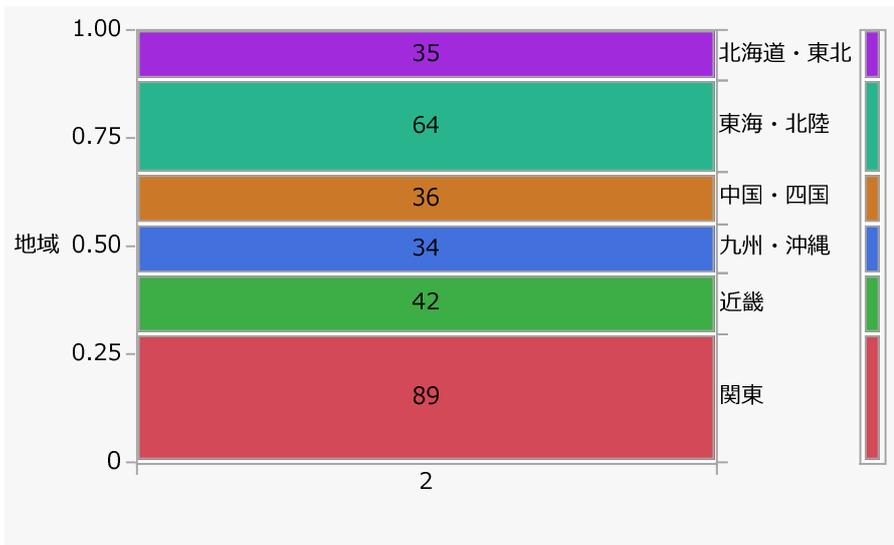


評価点（令和 4 年 vs 令和元年）の差 0.027(95%信頼区間:0.001- 0.055) p=0.045

Wilcoxon符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 33-3 図 都道府県メディカルコントロール協議会又は地域メディカルコントロール協議会等への参画

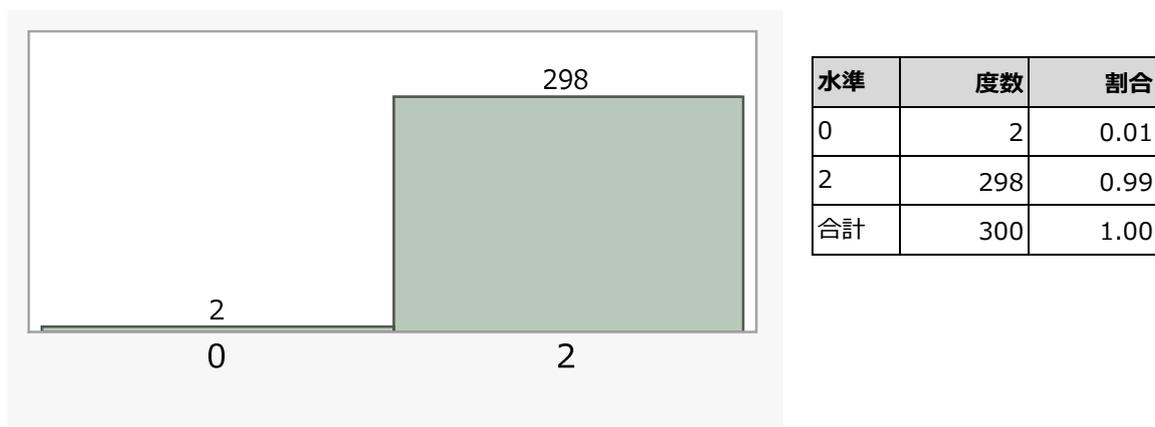
(地域別・設立母体別・高度救命救急センター別)



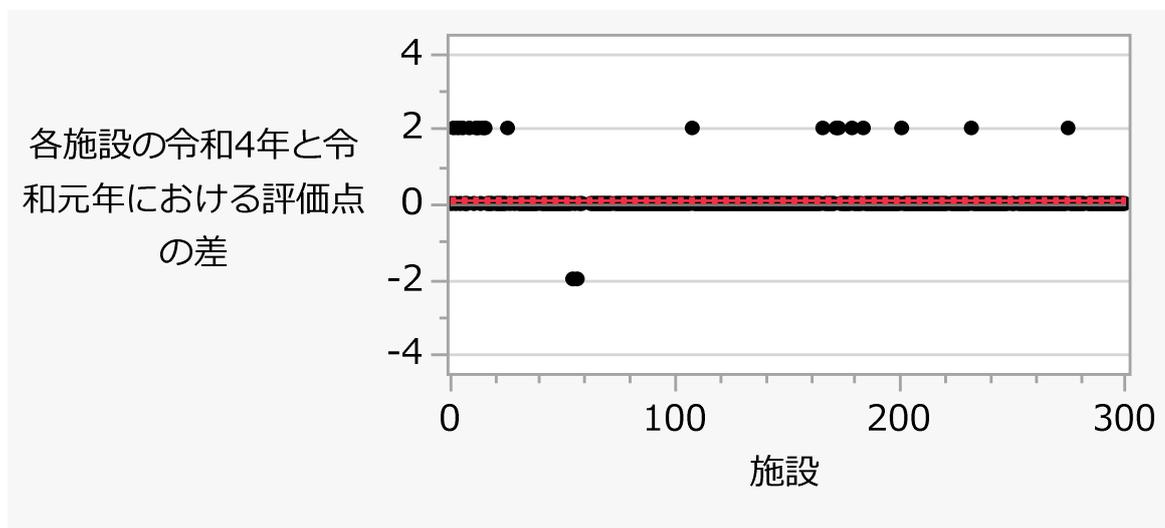
34. 救急医療情報センター（広域災害・救急医療情報システム）への関与

- 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
- 評価項目の定義等：「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。
- 2: 当該救命救急センターを設置する病院が、適切に情報を更新している、又は都道府県において救急医療情報システムを導入していない（該当する都道府県のみ）
- 0: 都道府県では導入されているが、病院に導入できていない

第 34-1 図 救急医療情報センター（広域災害・救急医療情報システム）への関与（全施設）



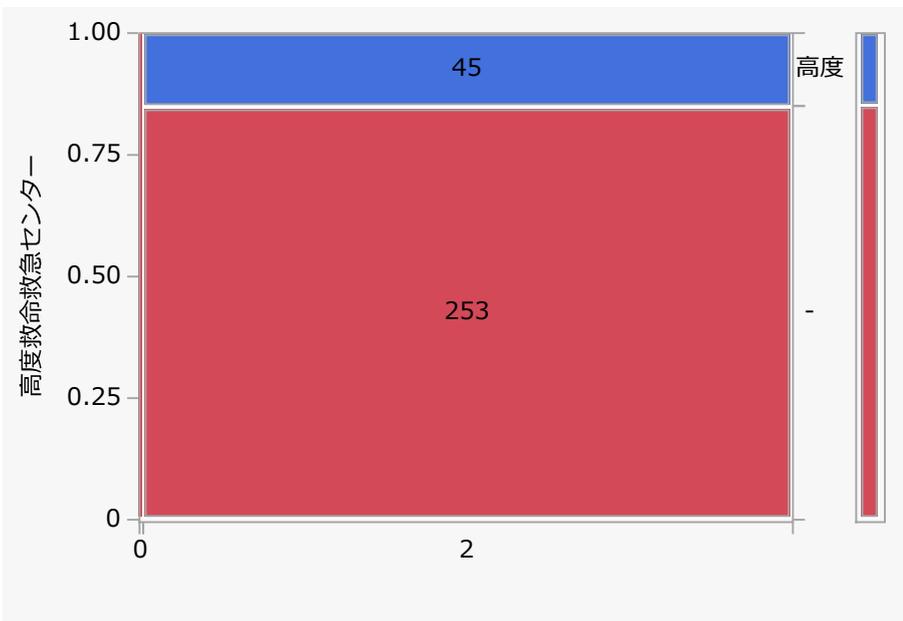
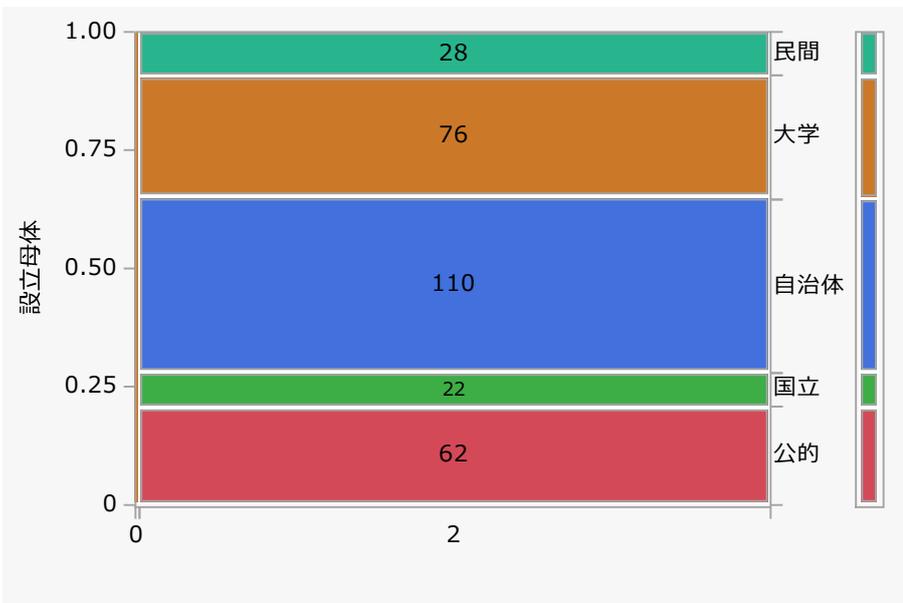
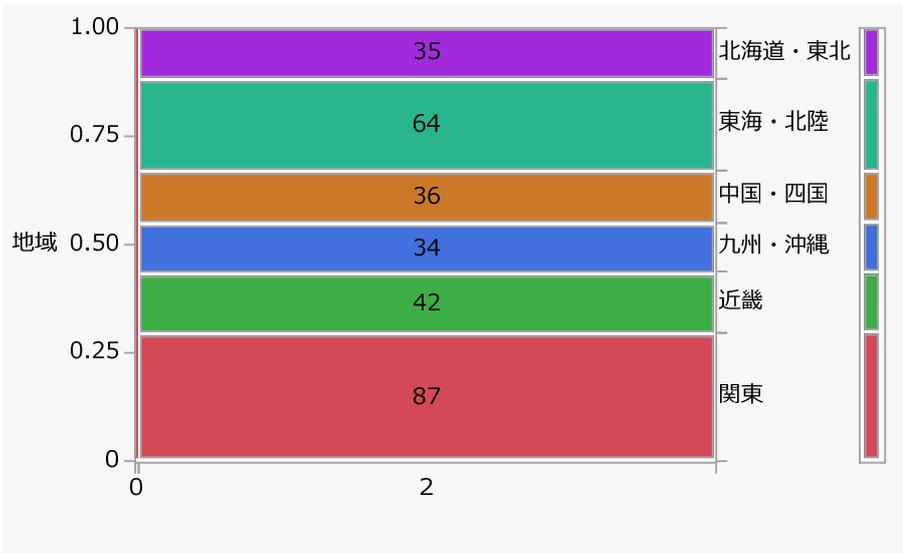
第 34-2 図 各施設の令和 3 年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和 4 年 vs 令和元年）の差 0.111 (95%信頼区間:0.051- 0.171) p<0.001
 Wilcoxon符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 34-3 図 救急医療情報センター（広域災害・救急医療情報システム）への関与

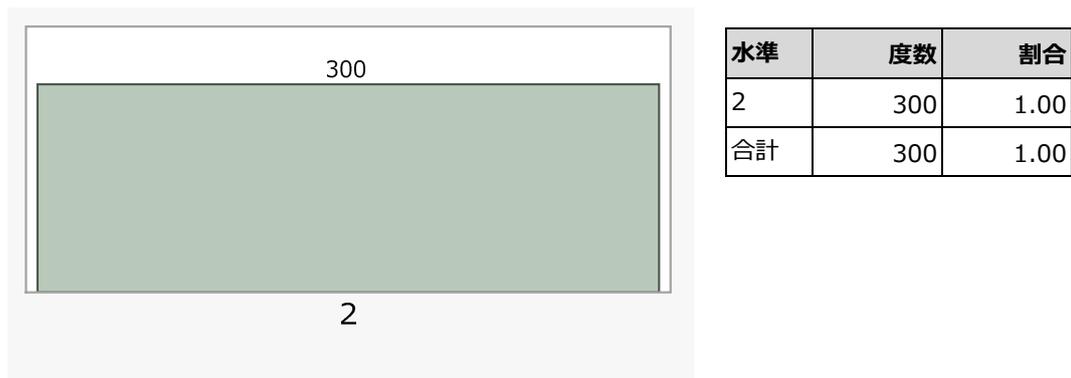
（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



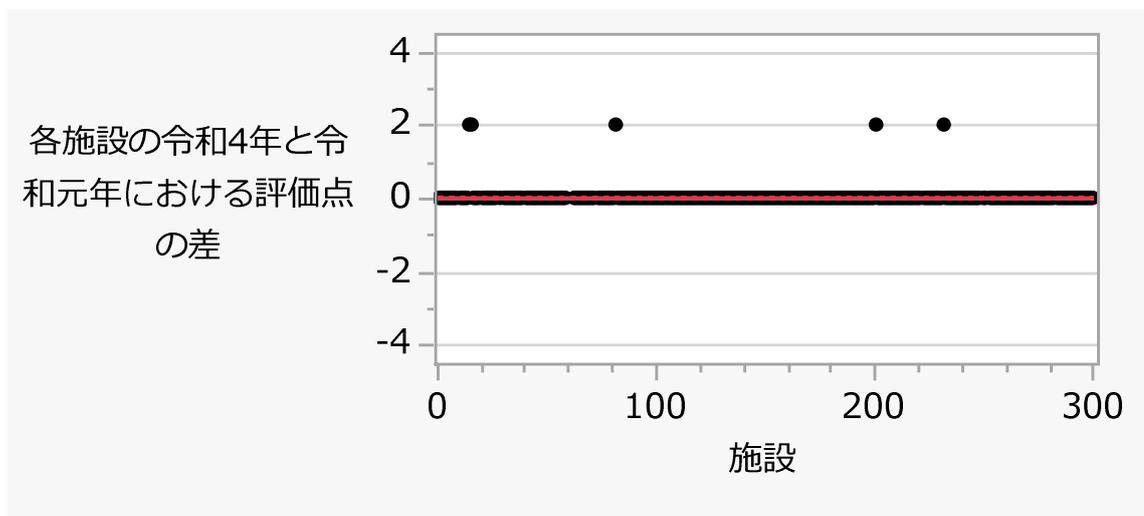
35. ウツタイン様式調査への協力状況

- 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
- 評価項目の定義等：「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。
- 2: 消防機関の実施するウツタイン様式調査に協力している
- 0: 上記の基準を満たさない

第 35-1 図 ウツタイン様式調査への協力状況（全施設）

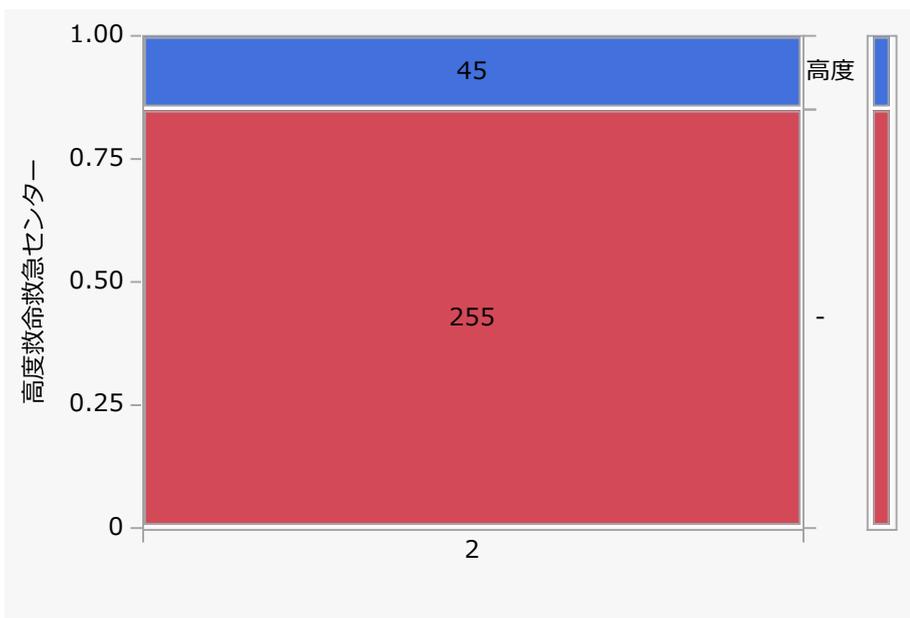
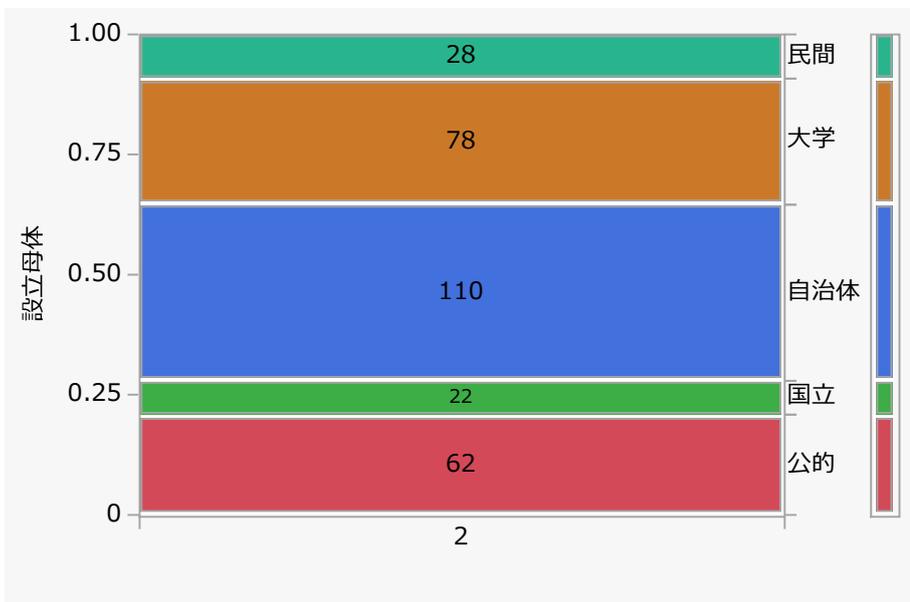
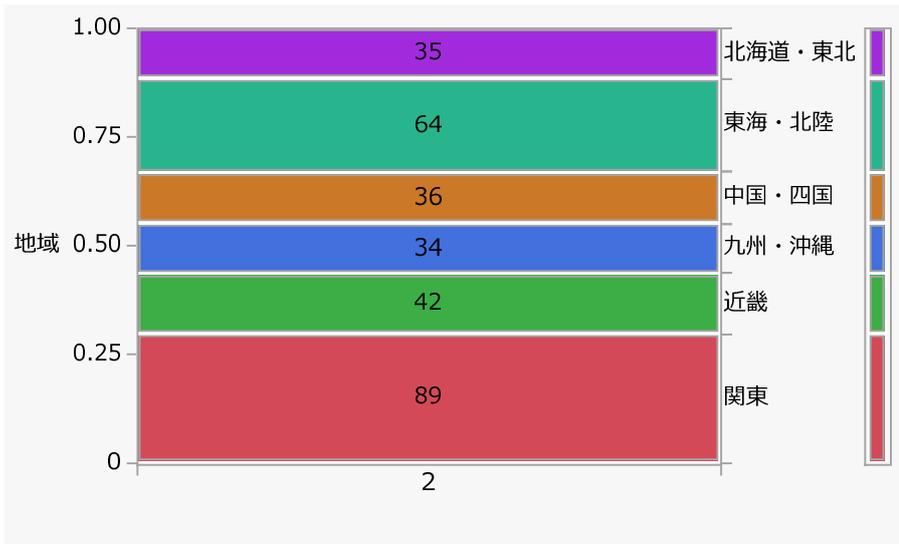


第 35-2 図 各施設の令和 3 年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和 4 年 vs 令和元年）の差 0.034 (95%信頼区間: 0.004- 0.065) p=0.025
 Wilcoxon符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 35-3 図 ウツタイン様式調査への協力状況（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



36. メディカルコントロール体制への関与

○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

○評価項目の定義等：

4: 下記 3, 2, 1 に加え、当該医師が救急救命士の再教育（生涯教育）のための調整を行っている

3: 下記 2, 1 に加え、当該医師が事前プロトコルの作成に携わっている

2: 下記 1 に加え、当該医師が事後検証に参加している

1: 救命救急センターに勤務する医師又は 1 に該当する専従医師であって消防司令センター等に派遣されている医師は、救急救命士からの指示要請に対し、適切な指示助言を行い、**応答記録を整備**している

0: 上記 4, 3, 2, 1 の基準を満たさない

※

「MC 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によって地域の MC 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。

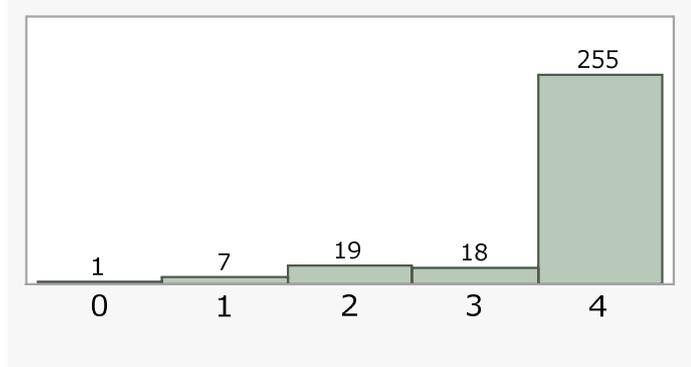
「応答記録を整備する」とは、指示を出した医師の氏名、指示を受けた救急救命士の氏名、時刻、指示の内容等を記録した応答記録が作成されていることをいう。適切な指示や助言が行われていても応答記録が作成されていない場合は、「是正を要する項目」として取り扱う。

「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。

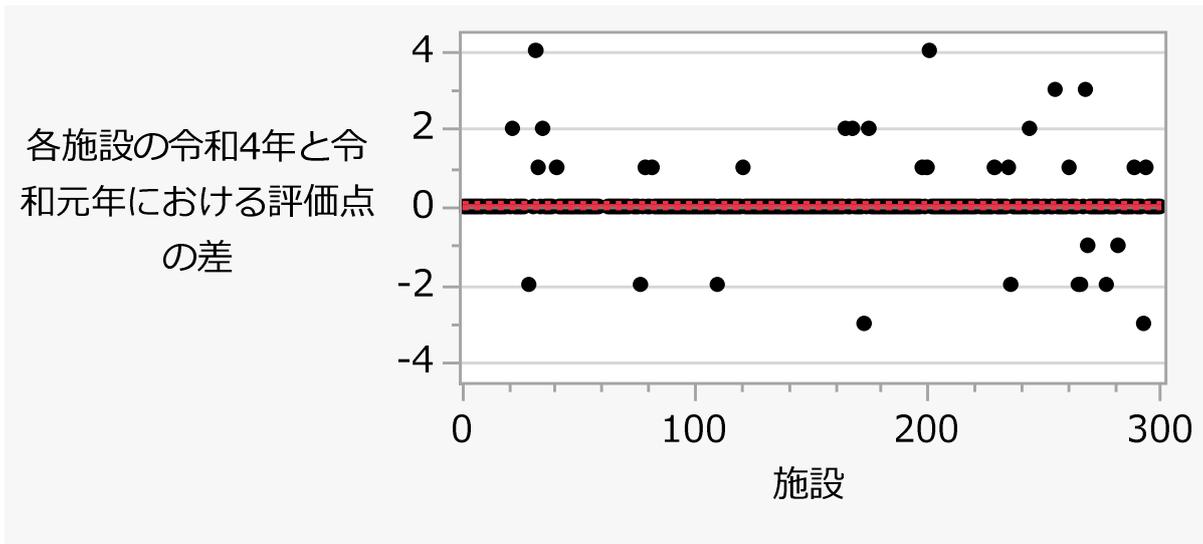
「救急救命士の再教育（生涯教育）」とは、救急救命士の資格取得後の知識や技能を維持、向上させるために行う教育・研究をいう。「調節を行っている」とは、地域 MC 協議会において決定した実習内容や時間等の取り決めに従って、救命救急センターが救急救命士の再教育を受け入れる病院を調整していることをいう。

第 36-1 図 メディカルコントロール体制への関与（全施設）



水準	度数	割合
0	1	0.00
1	7	0.02
2	19	0.06
3	18	0.06
4	255	0.85
合計	300	1.00

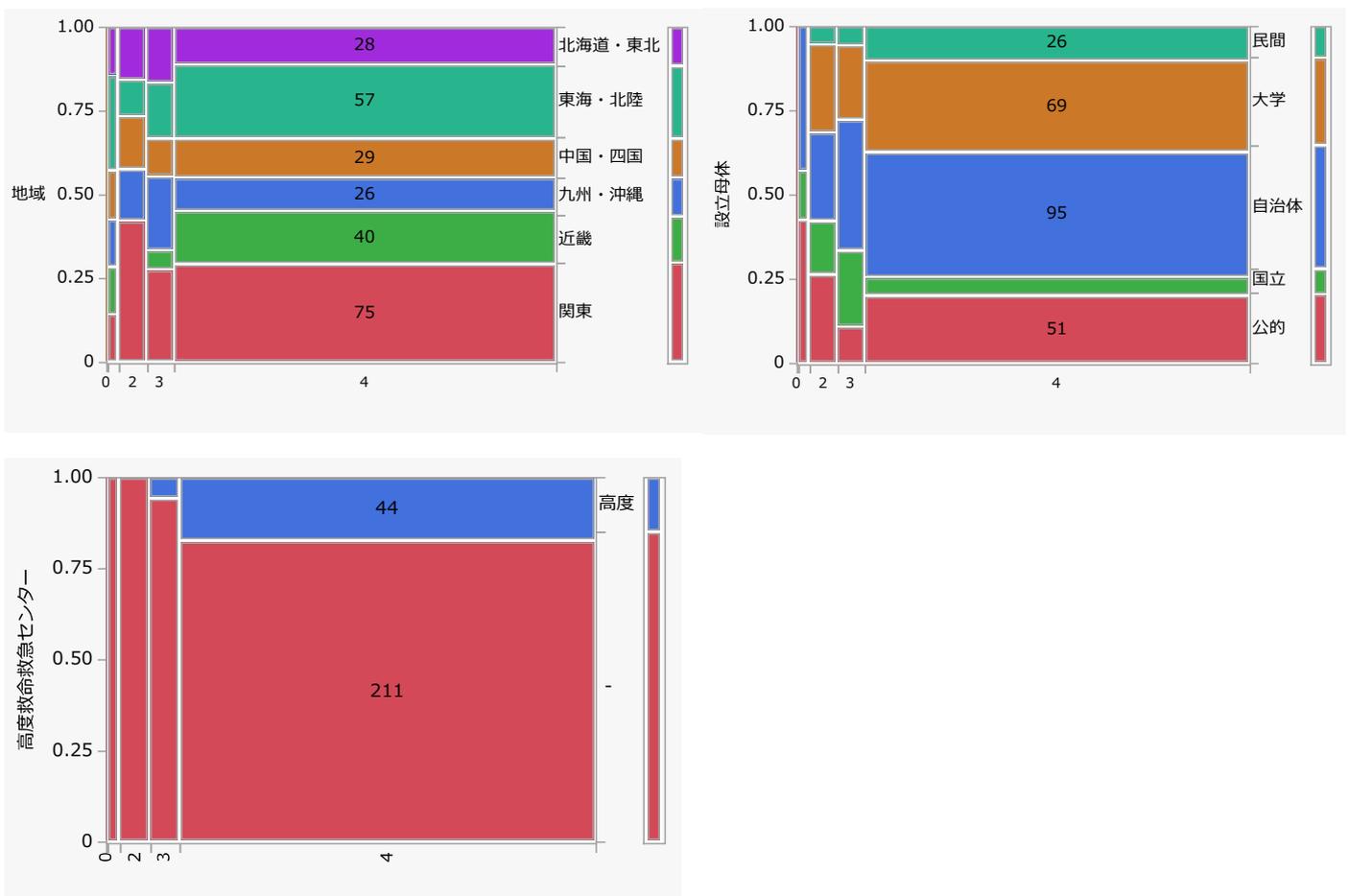
第 36-2 図 各施設の令和 3 年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和 4 年 vs 令和元年）の差 0.055(95%信頼区間: (-0.023)- 0.135) p=0.061

Wilcoxon符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 36-3 図 メディカルコントロール体制への関与（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



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

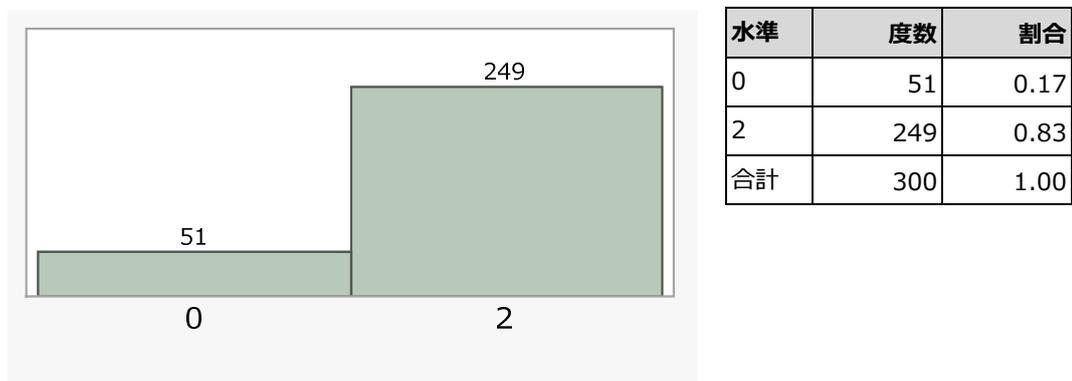
○評価分野：救急医療の教育機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義等：

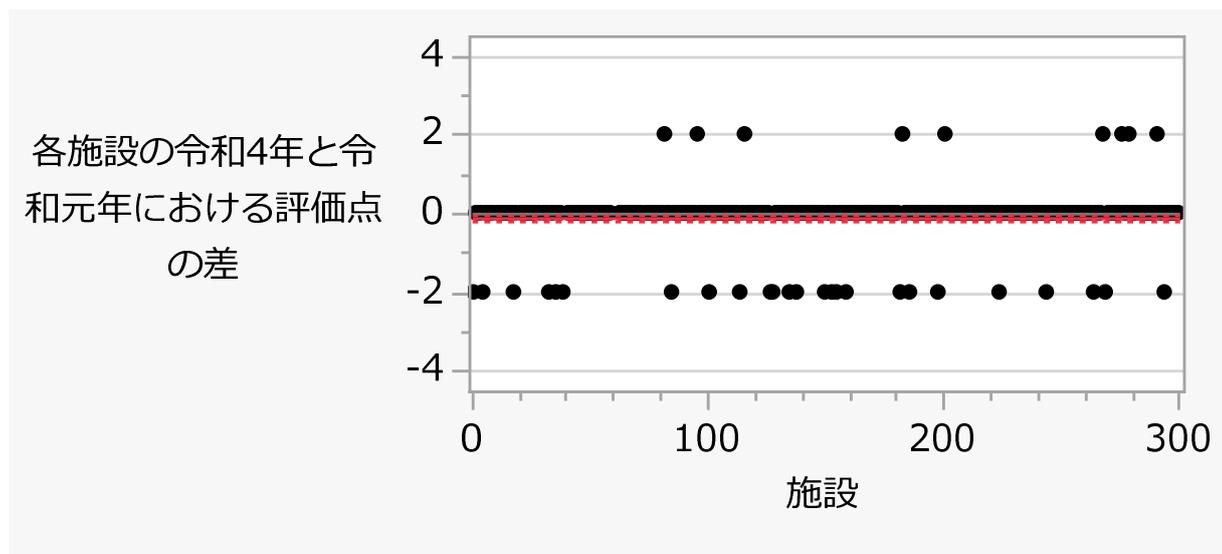
2: 救急救命士の挿管実習又は薬剤投与実習を受け入れている

0: 上記の基準を満たさない

第 37.1 – 1 図 救急救命士の挿管実習及び薬剤投与実習の受入状況（全施設）

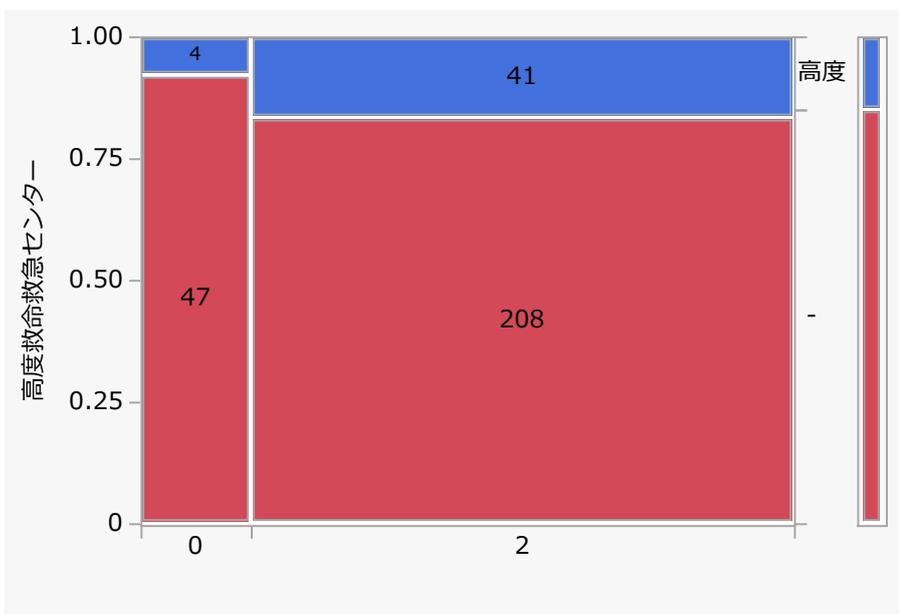
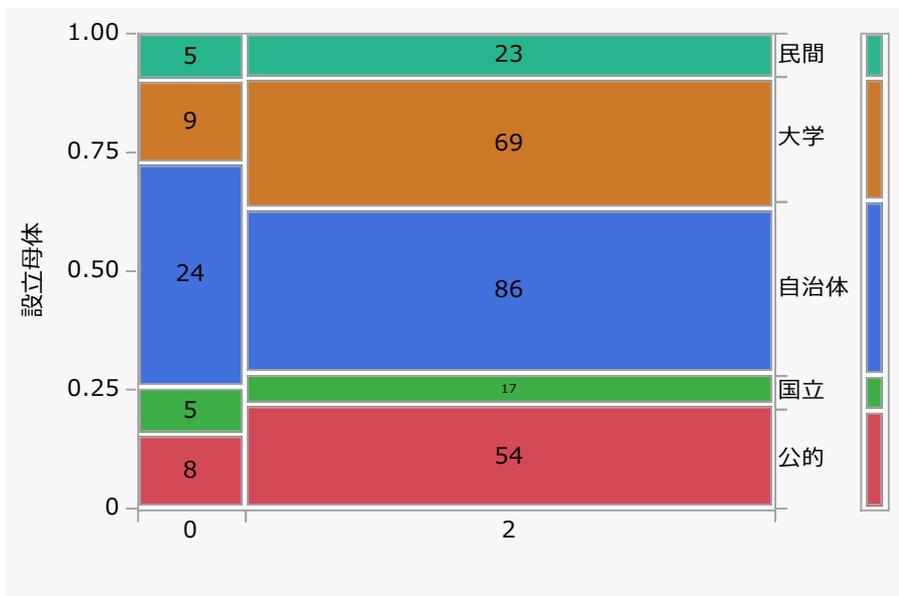
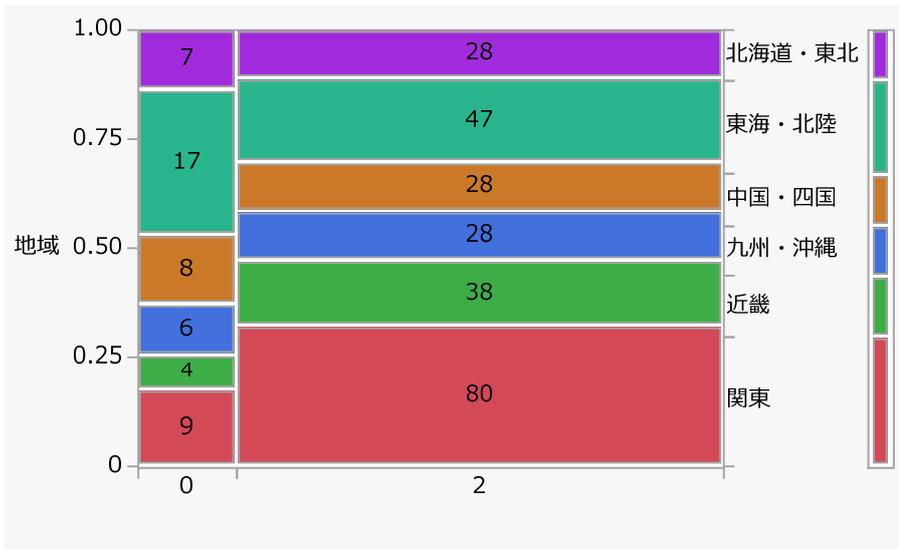


第37.1 – 2図 各施設の令和3年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和4年 vs 令和元年）の差 -0.111 (95%信頼区間: $(-0.190) - (-0.032)$) $p=0.005$
 Wilcoxon 符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 37.1-3 図 救急救命士の挿管実習及び薬剤投与実習の受入状況（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



37.2. 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：病院の管理者

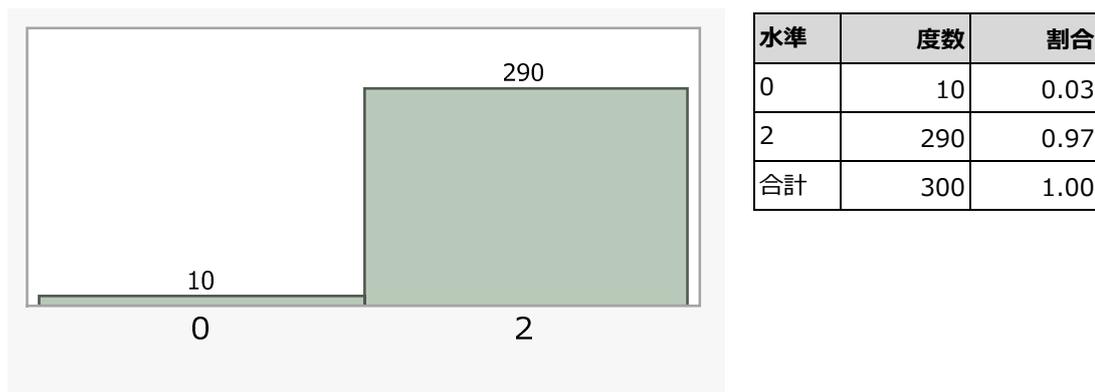
○評価項目の定義等：

2: 救急救命士の病院実習（挿管実習及び薬剤投与実習を除く）を受け入れている

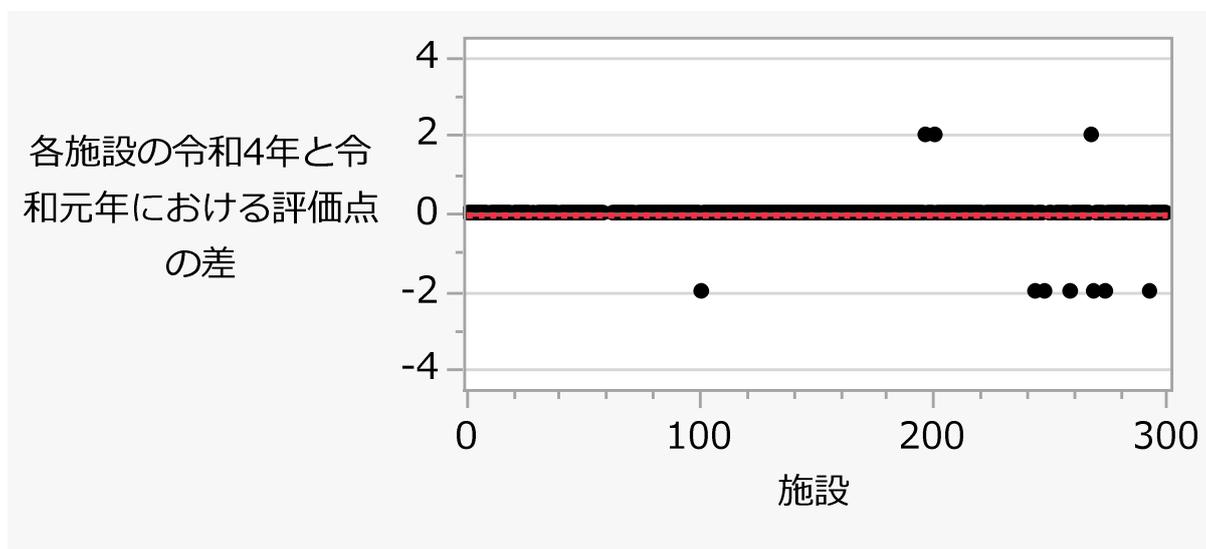
0: 上記の基準を満たさない

※「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。

第 37.2-1 図 救急救命士の病院実習受入状況（全施設）

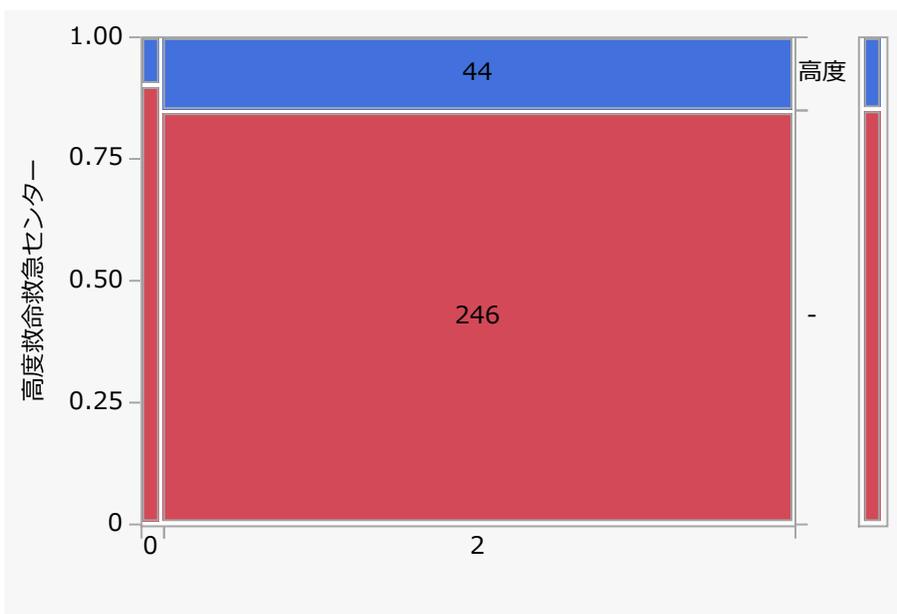
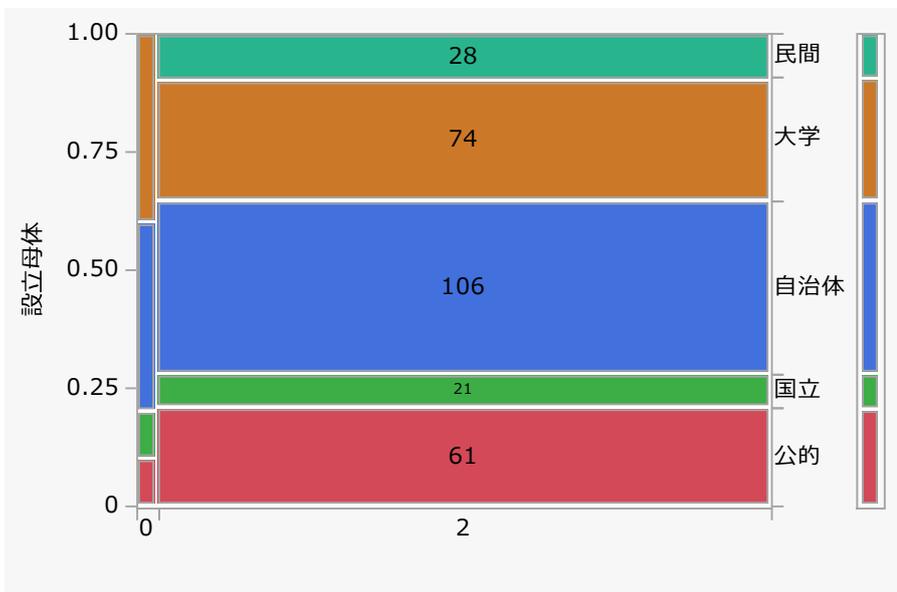
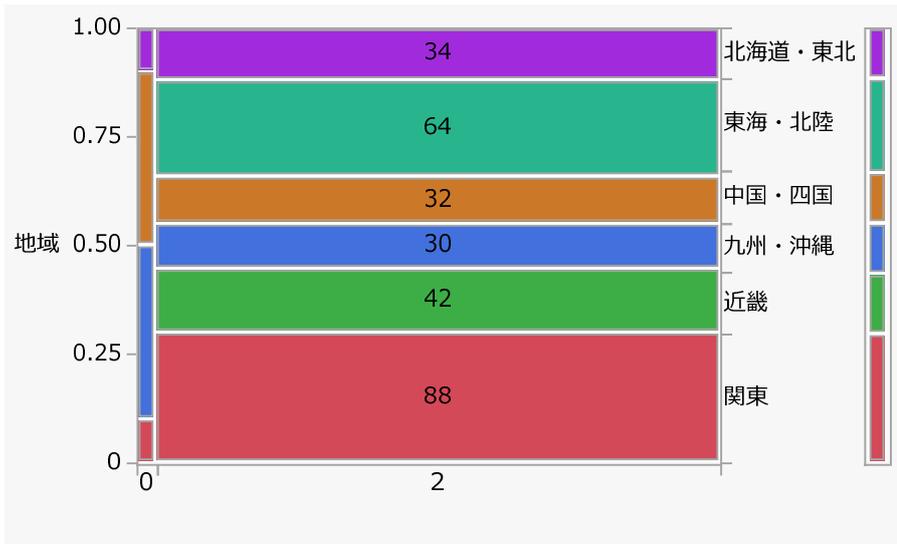


第37.2-2図 各施設の令和3年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和4年 vs 令和元年）の差 -0.027 (95%信頼区間: $(-0.071) - 0.015$) $p=0.206$
 Wilcoxon 符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 37.2-3 図 救急救命士の病院実習受入状況（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



38. 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：病院の管理者

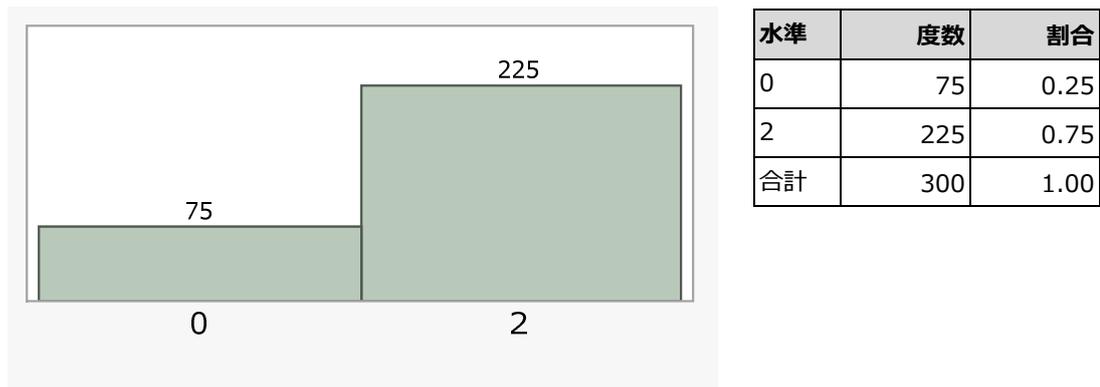
○評価項目の定義等：

2: 救命救急センター（外来、入院を問わず）で、臨床研修医を年間24単位以上受け入れている

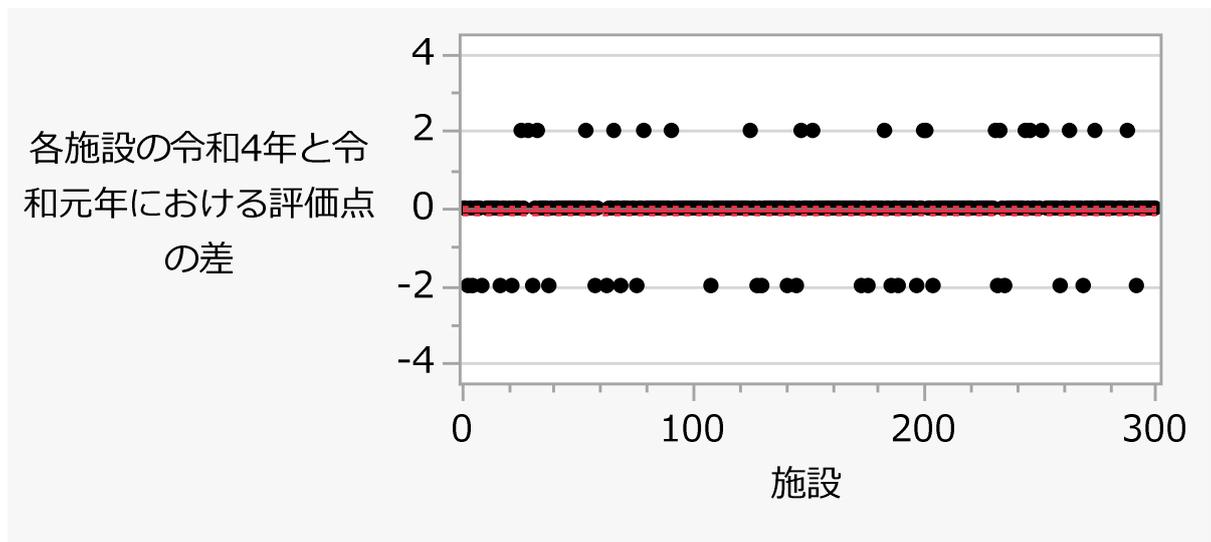
0: 上記の基準を満たさない

※2ヶ月以上研修を行った臨床研修医を対象とし、1ヶ月を1単位として計算する。

第38-1図 臨床研修医の受入状況（全施設）



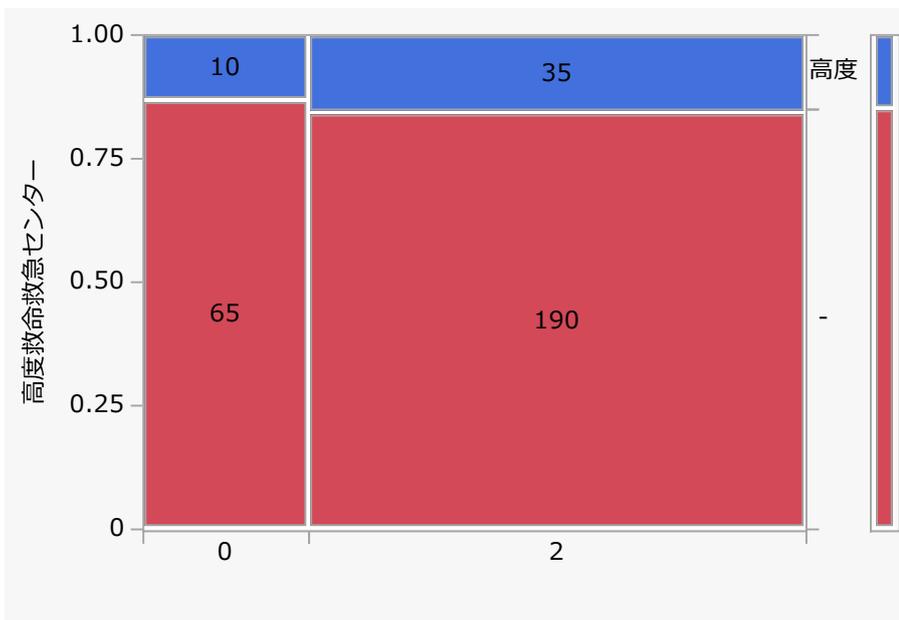
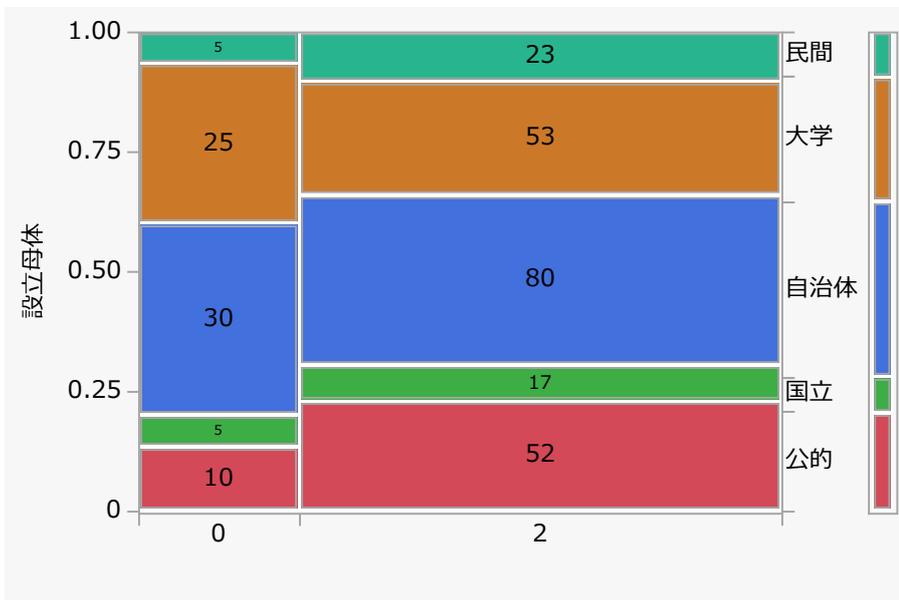
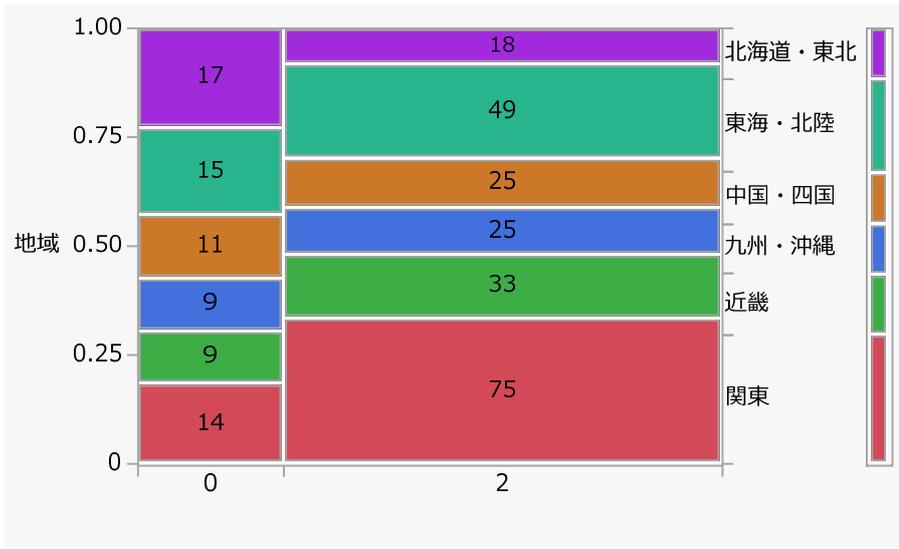
第38-2図 各施設の令和3年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和4年 vs 令和元年）の差 -0.041 (95%信頼区間: $(-0.137) - 0.053$) $p=0.387$

Wilcoxon符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 38-3 図 臨床研修医の受入状況（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



39. 専攻医の受入状況

○評価分野：救急医療の教育機能 ○評価の担当：病院の管理者

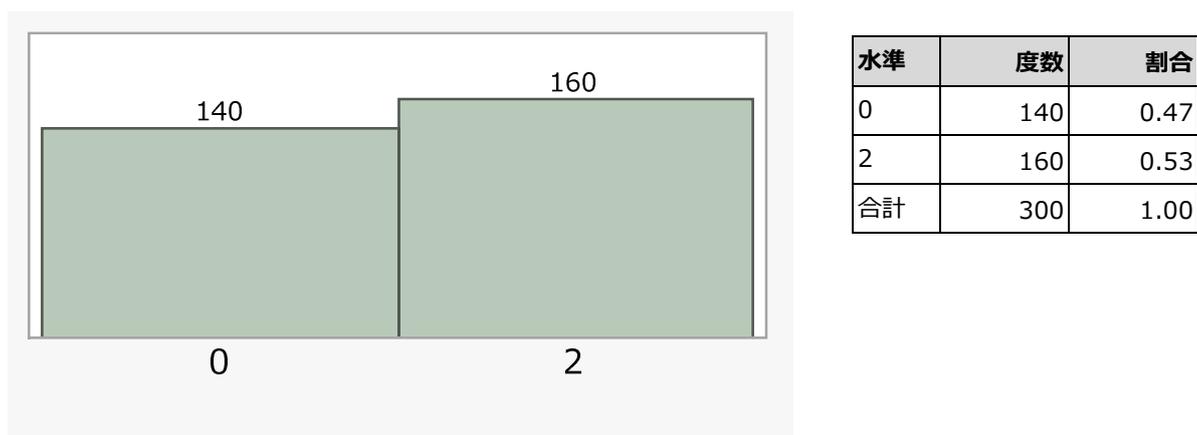
○評価項目の定義等：

2: 救命救急センター（外来、入院を問わず）で、専攻医（臨床研修を終了）を年間 24 単位以上受け入れている

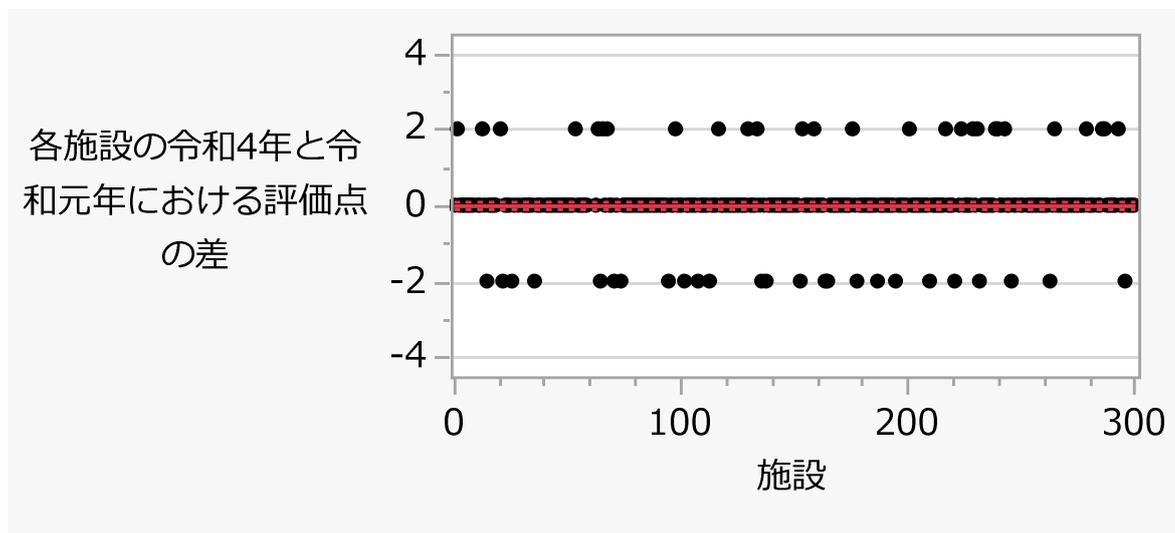
0: 上記の基準を満たさない

※「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。2ヶ月以上研修を行った専攻医を対象とし、1ヶ月を1単位として計算する。

第 39-1 図 専攻医の受入状況（全施設）



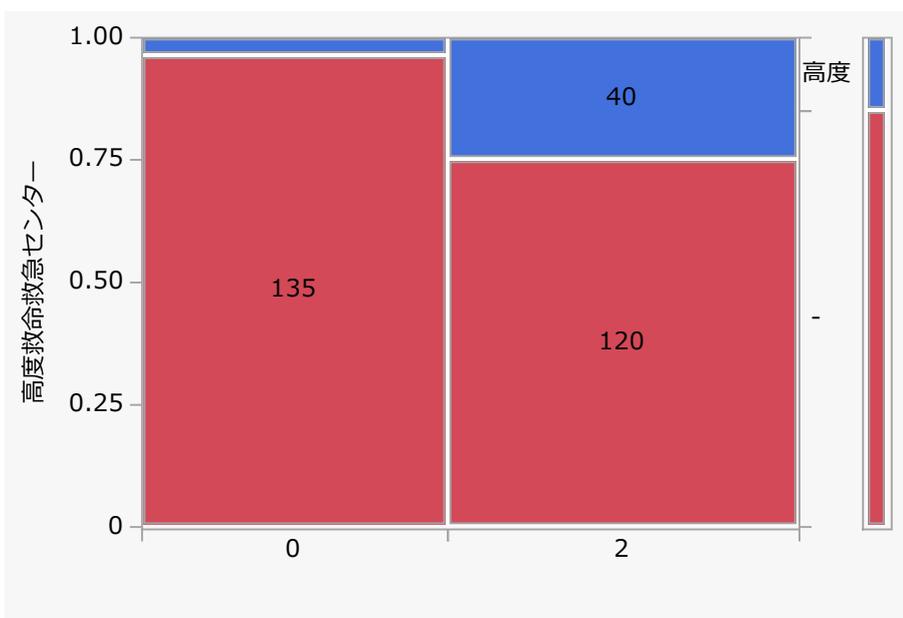
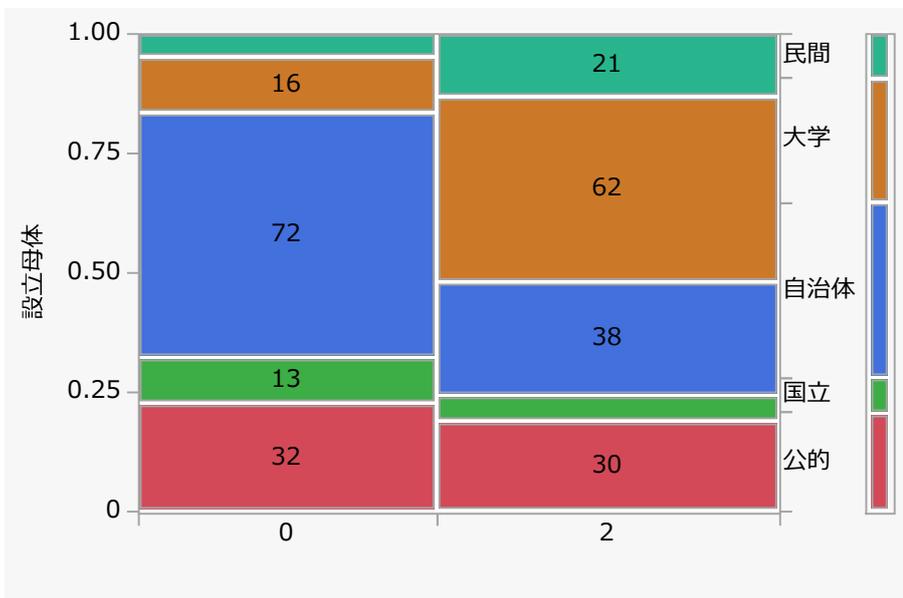
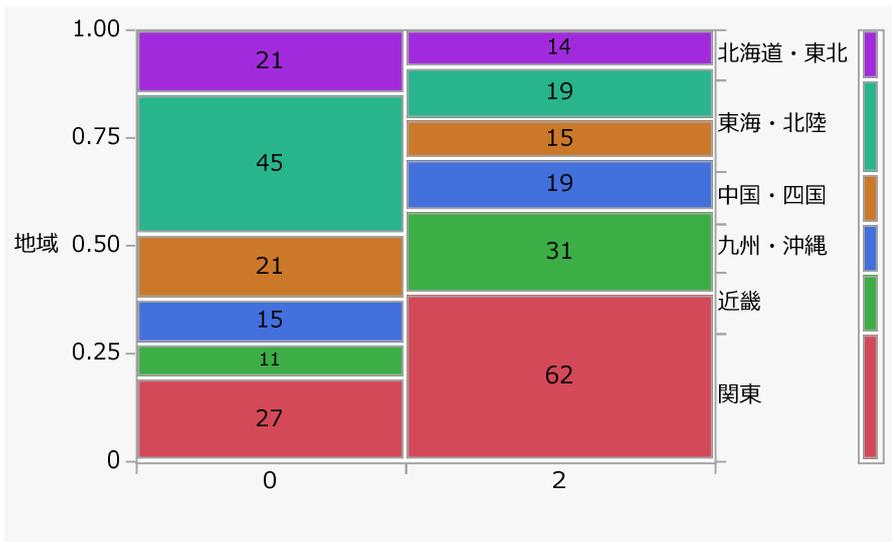
第 39-2 図 各施設の令和 3 年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和 4 年 vs 令和元年）の差 0.013 (95%信頼区間(-0.085) - 0.113) p=0.782

Wilcoxon 符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 39-3 図 専攻医の受入状況 (地域別・設立母体別・高度救命救急センター別)



40. 医療従事者への教育

○評価分野：救急医療の教育機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義等：

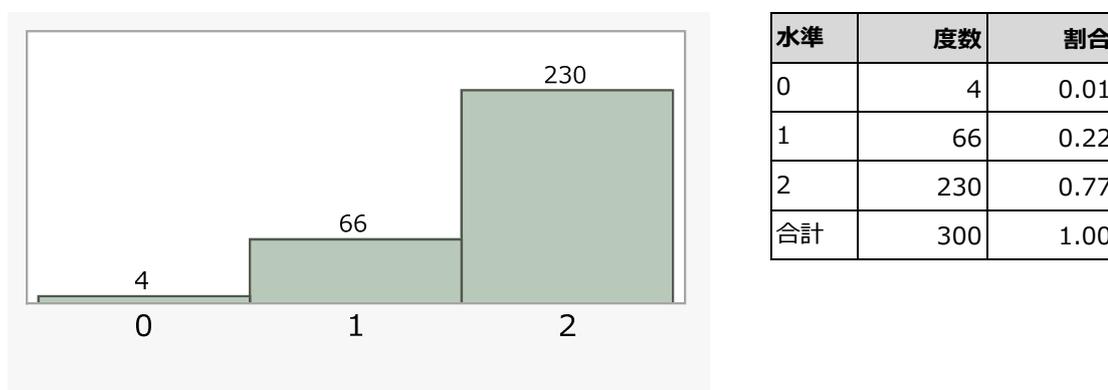
2: 下記に加え、救命救急センターにおいて、対外的にも上記の教育コースを開催している

1: 院内の職員に対して、救急に関する教育コースの受講の推進又は教育コースの提供を行い、その状況を把握している

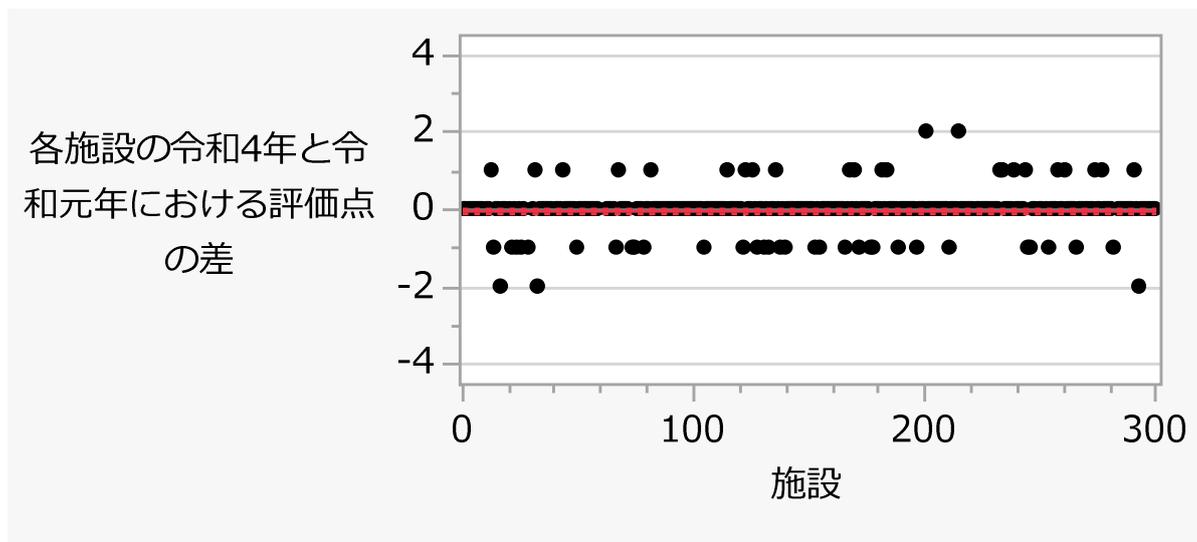
0: 上記の基準を満たさない

※「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。

第40-1図 医療従事者への教育（全施設）

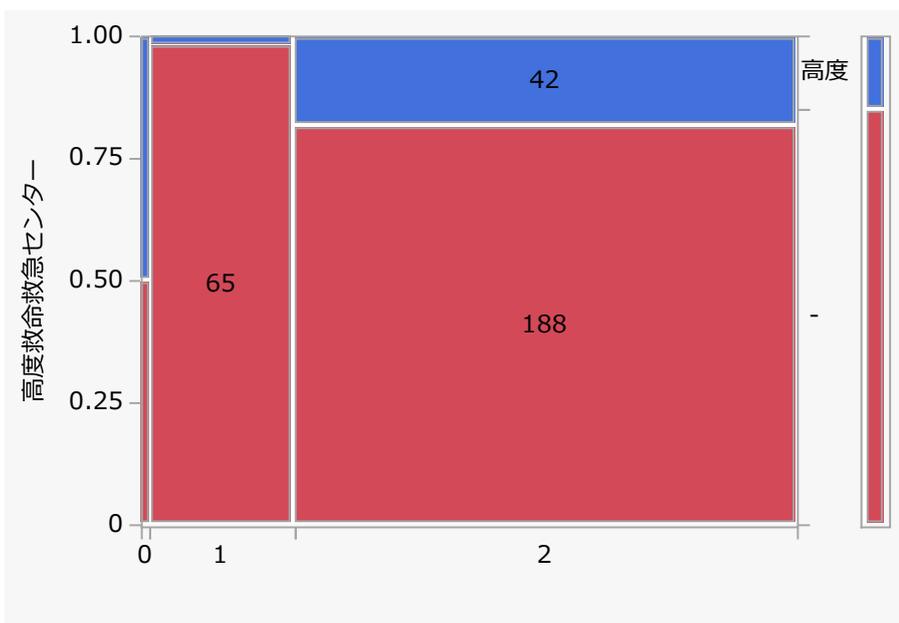
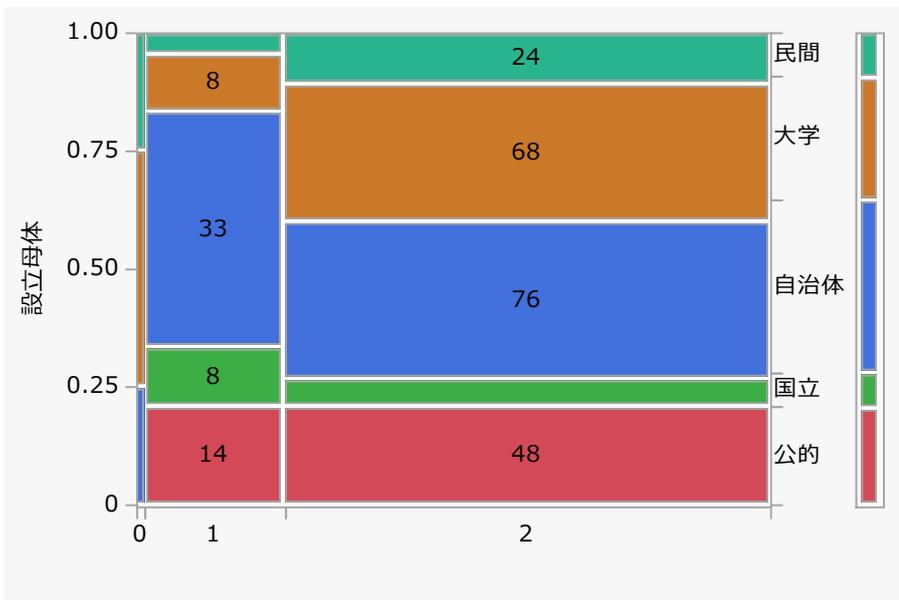
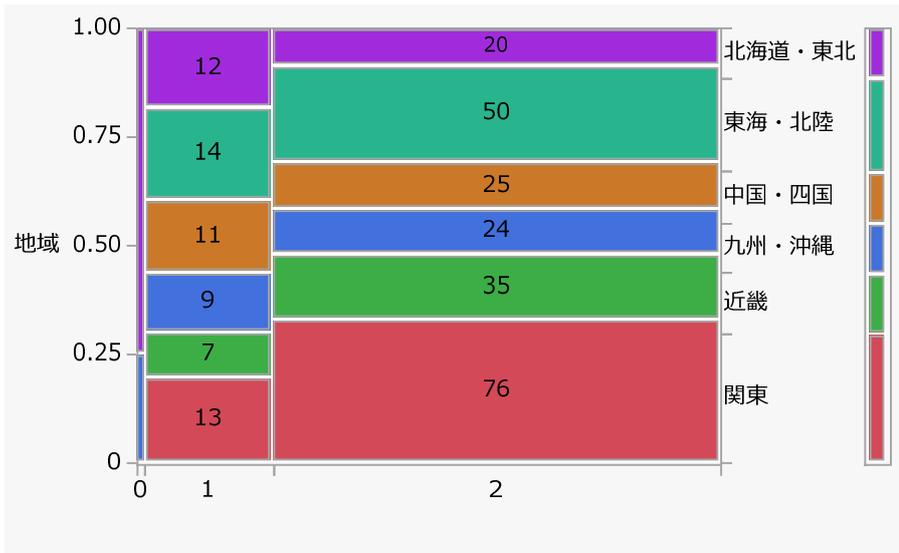


第40-2図 各施設の令和3年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和4年 vs 令和元年）の差 -0.038 (95%信頼区間: $(-0.096) - 0.020$) $p=0.189$
 Wilcoxon 符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 40-3 図 医療従事者への教育（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



41. 災害に関する教育

○評価分野：災害対策 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義等：

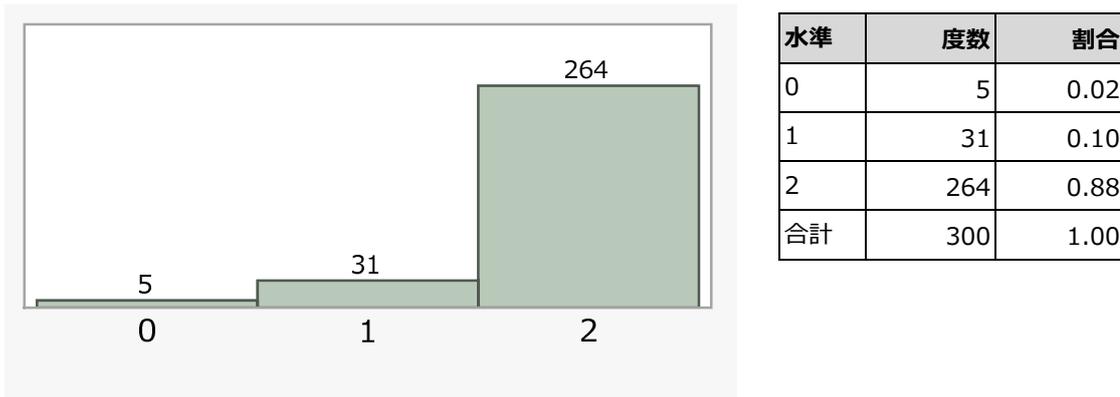
2: 下記に加え、都道府県又は地域での災害訓練に年1回以上参加している

1: BCPを策定し、BCPに基づいた院内災害訓練及び研修を年1回以上実施している

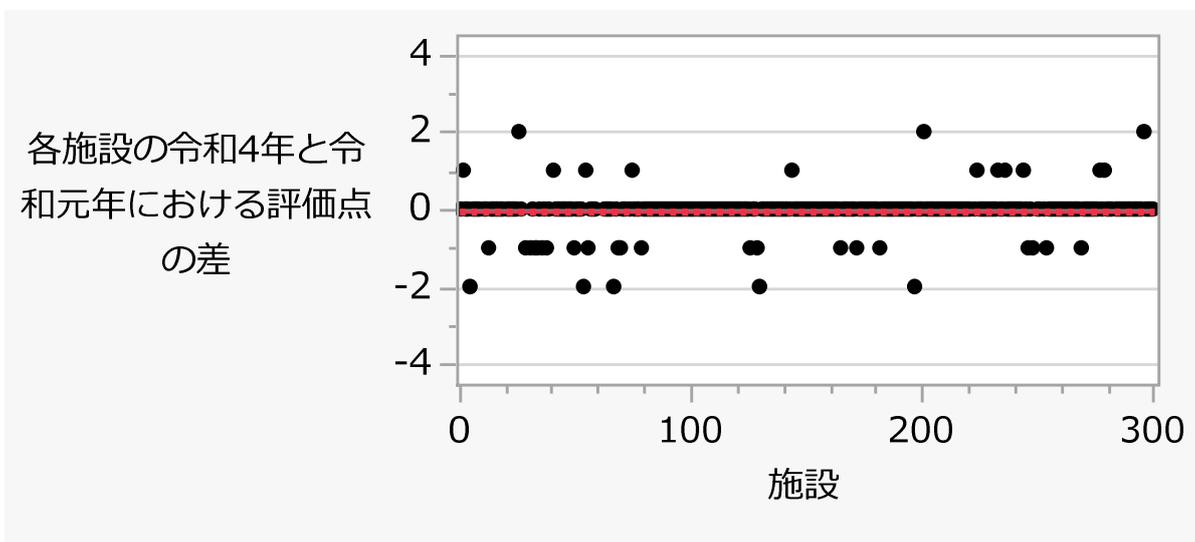
0: 上記の基準を満たさない

※「BCPに基づいた院内災害訓練」には、机上訓練も含む。

第41-1図 災害に関する教育（全施設）



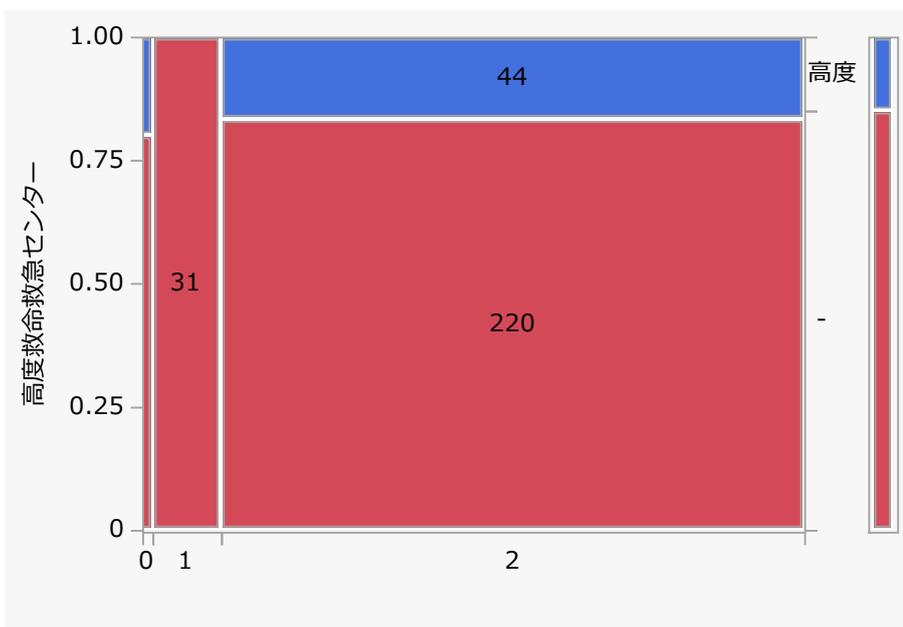
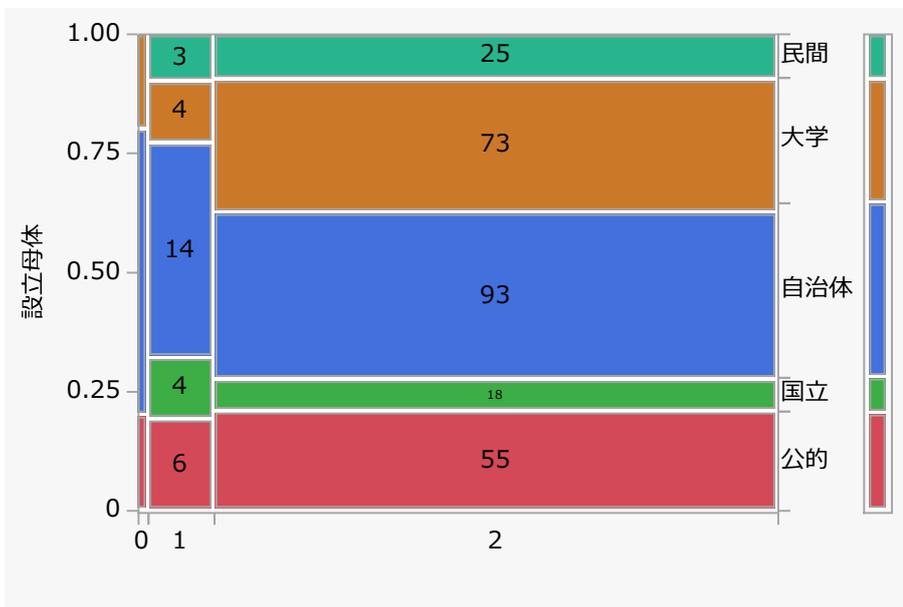
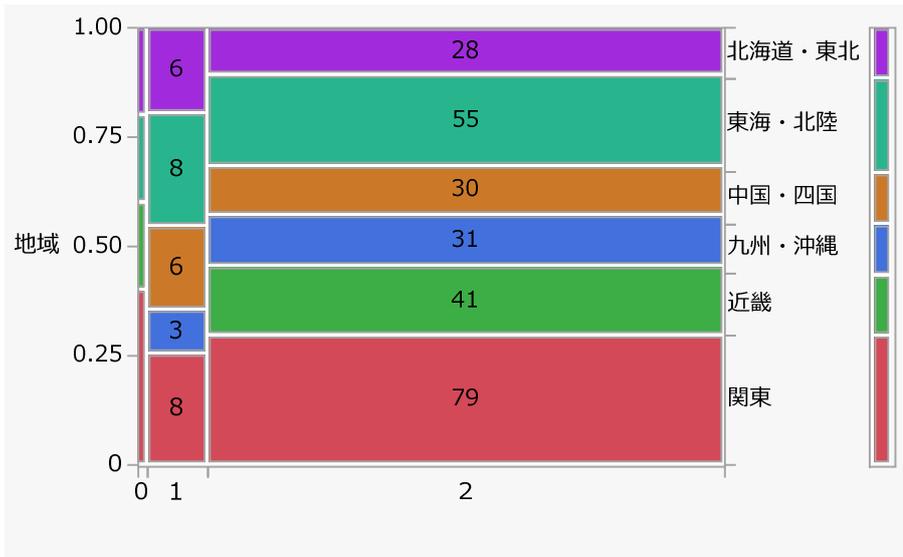
第41-2図 各施設の令和3年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点（令和4年 vs 令和元年）の差 -0.048 (95%信頼区間: $(-0.103) - 0.005$) $p=0.058$

Wilcoxon 符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 41-3 図 災害に関する教育（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



42. 災害に関する計画の策定

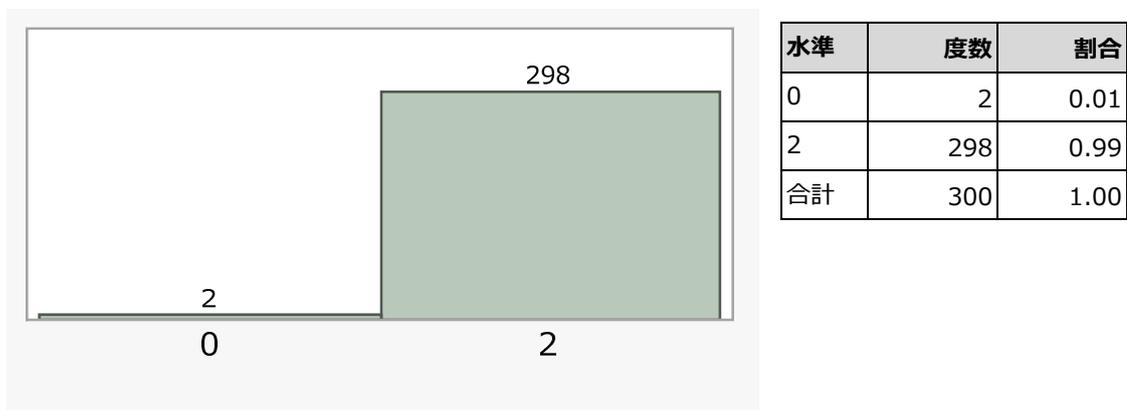
○評価分野：災害対策 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義等：

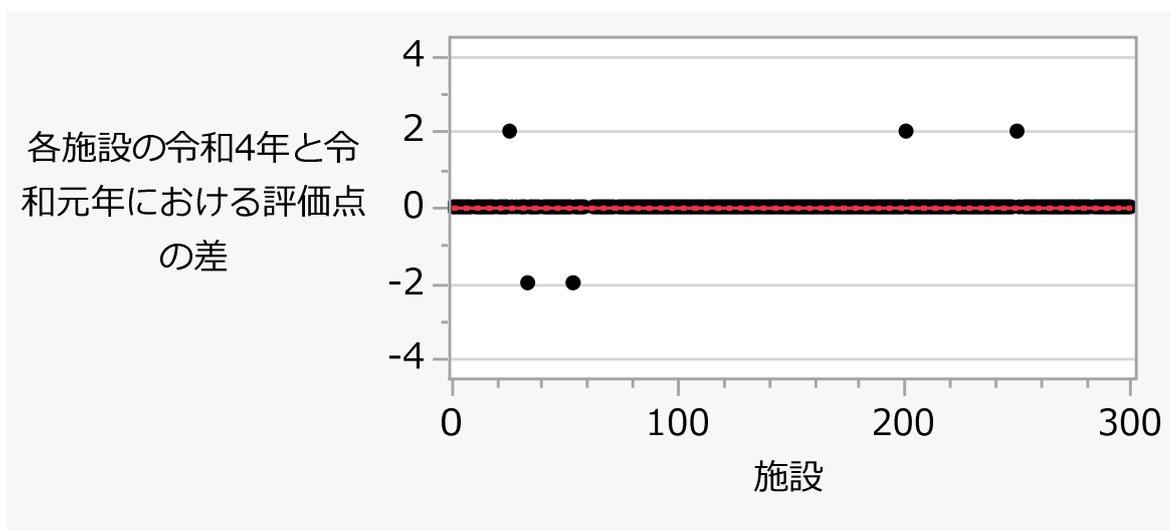
2: BCP を策定し、必要に応じて更新するための見直しを実施している

0: 上記の基準を満たさない

第 42-1 図 災害に関する計画の策定 (全施設)



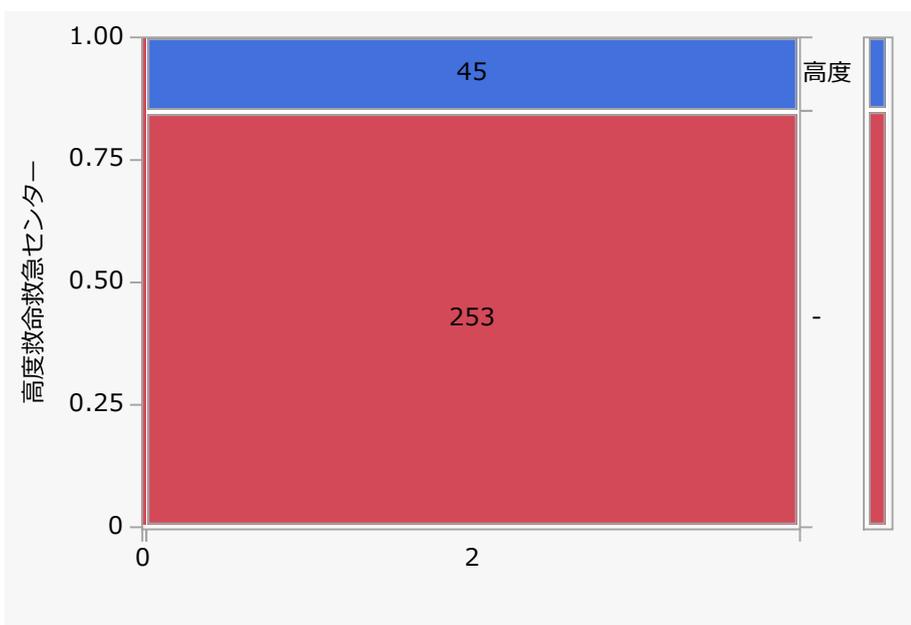
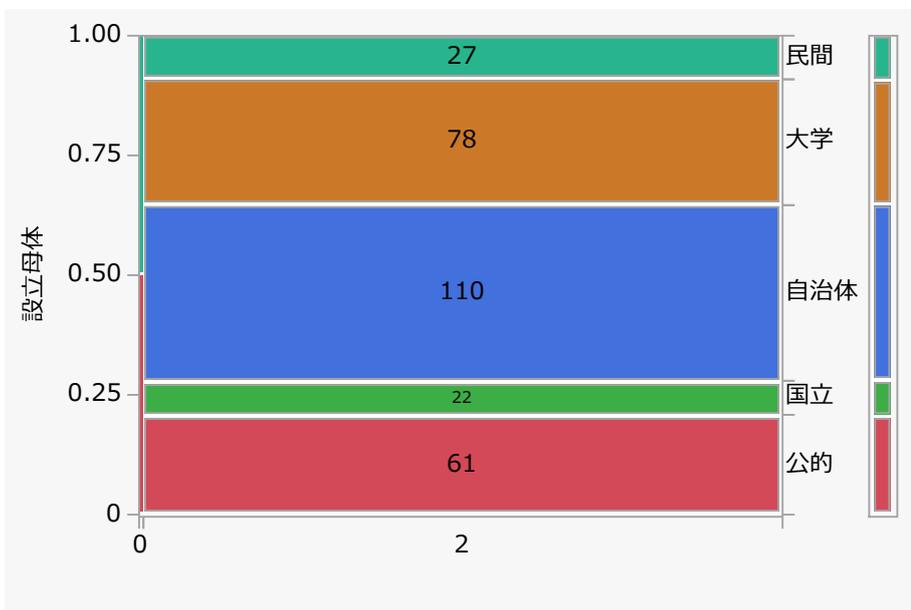
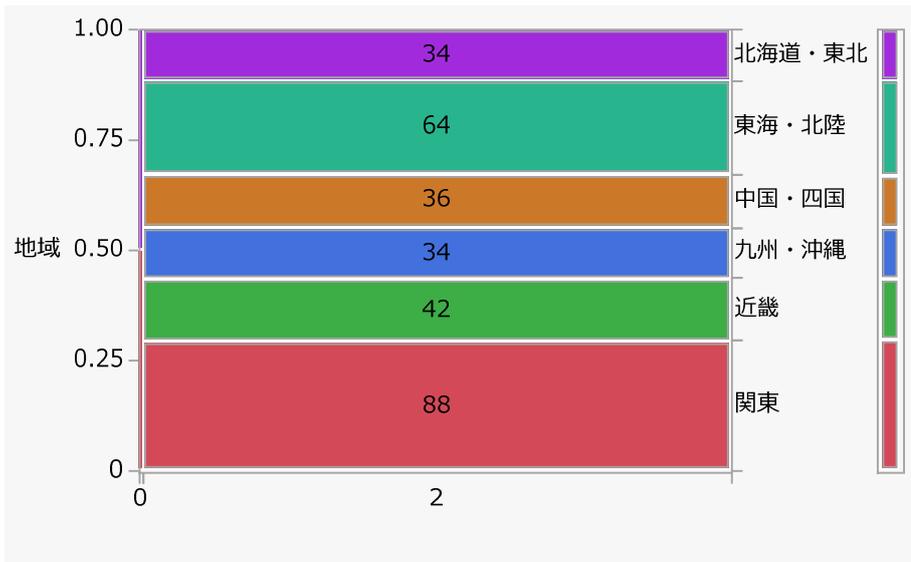
第 42-2 図 各施設の令和 3 年と令和元年における評価点の差(全施設)



評価点 (令和 4 年 vs 令和元年) の差 0.069 (95%信頼区間(-0.023) - 0.037) p=0.655

Wilcoxon符号付き順位和検定を用いて比較した。

第 42-3 図 災害に関する計画の策定（地域別・設立母体別・高度救命救急センター別）



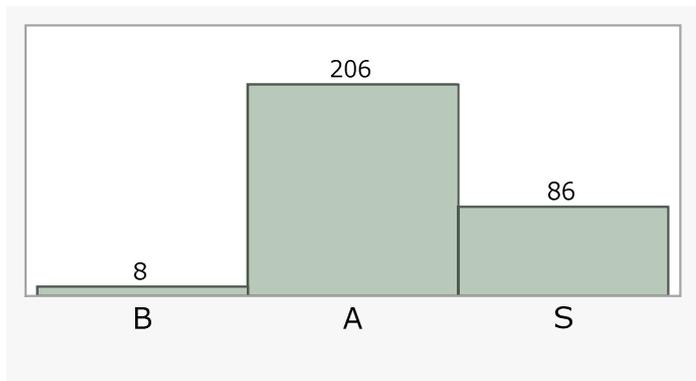
III. 救命救急センター充実段階評価区分

○令和4年 評価区分の定義

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

令和4年の救命救急センター充実段階においては新型コロナウイルス感染症の影響を受けたことが示唆された9項目に関して、希望する48施設に対しては、都道府県を通して、当該施設の役割や貢献度等を含めて個別に新型コロナの影響に関してヒアリングを実施し、その結果を持って各施設、各項目を個別に評価から除外している。

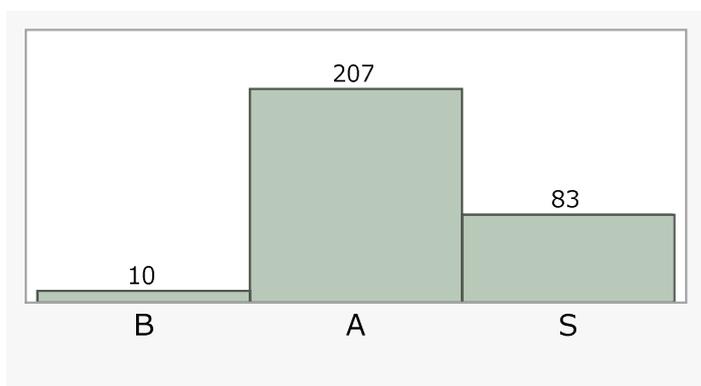
図1 評価区分



水準	度数	割合
C	0	0.00
B	8	0.03
A	206	0.69
S	86	0.29
合計	300	1.00

縦軸:施設数, 横軸:評価区分

図2 評価区分 (ヒアリング結果を考慮しなかった場合)



水準	度数	割合
C	0	0.00
B	10	0.03
A	207	0.69
S	83	0.28
合計	300	1.00

縦軸:施設数, 横軸:評価区分

図表 1

救命救急センターの整備の状況

	2014 H26	2015 H27	2016 H28	2017 H29	2018 H30	2019 R1	2020 R2	2021 R3	2022 R4	2023 R5	10年の 変化数	10年の 変化率
施設数	259	266	271	279	284	289	292	295	298	300	+ 41	15.8%
(100万人あたり)	2.0	2.1	2.1	2.2	2.2	2.3	2.3	2.3	2.4	2.4	+ 0.4	20%
(施設あたり人口)	491,710	478,563	468,940	455,538	446,947	436,782	428,435	426,240	418,696	416,490	- 75,220	-15.3%
(都道府県あたり)	5.5	5.7	5.7	5.9	6	6.3	6.2	6.3	6.4	6.4	+ 0.9	16.4%
・高度救命センター	29	32	34	36	38	42	43	45	46	46	+ 17	58.6%
・地域救命センター	9	10	11	15	16	16	16	17	17	18	+ 9	100%

令和4年度厚生労働省地域医療基盤開発推進研究事業「地域医療構想を踏まえた救急医療提供体制の充実にに関する研究」（研究代表 横田裕行）
 分担研究「救命救急センターの現状と評価に関する研究」（坂本哲也担当）

図表 2

救命救急センターの充実度段階評価 結果の推移

	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
評価	R4	R3	R2	R1	H30	H29	H28	H27	H26	H25	H24	H23	H22	H21	H20	H19	H18	H17	H16	H15	H14	H13	H12
S	86	96	104	76	68																		
A	206	196	189	209	217	284	284	278	269	265	257	244	231	221	214	204	201	189	170	163	159	156	146
B	8	5	2	7	4	0	0	1	1	0	0	0	4	0	0	0	0	0	4	7	6	4	12
C	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	0										
合計	300	298	295	292	289	284	284	279	271	266	259	246	235	221	214	204	201	189	174	170	165	160	158

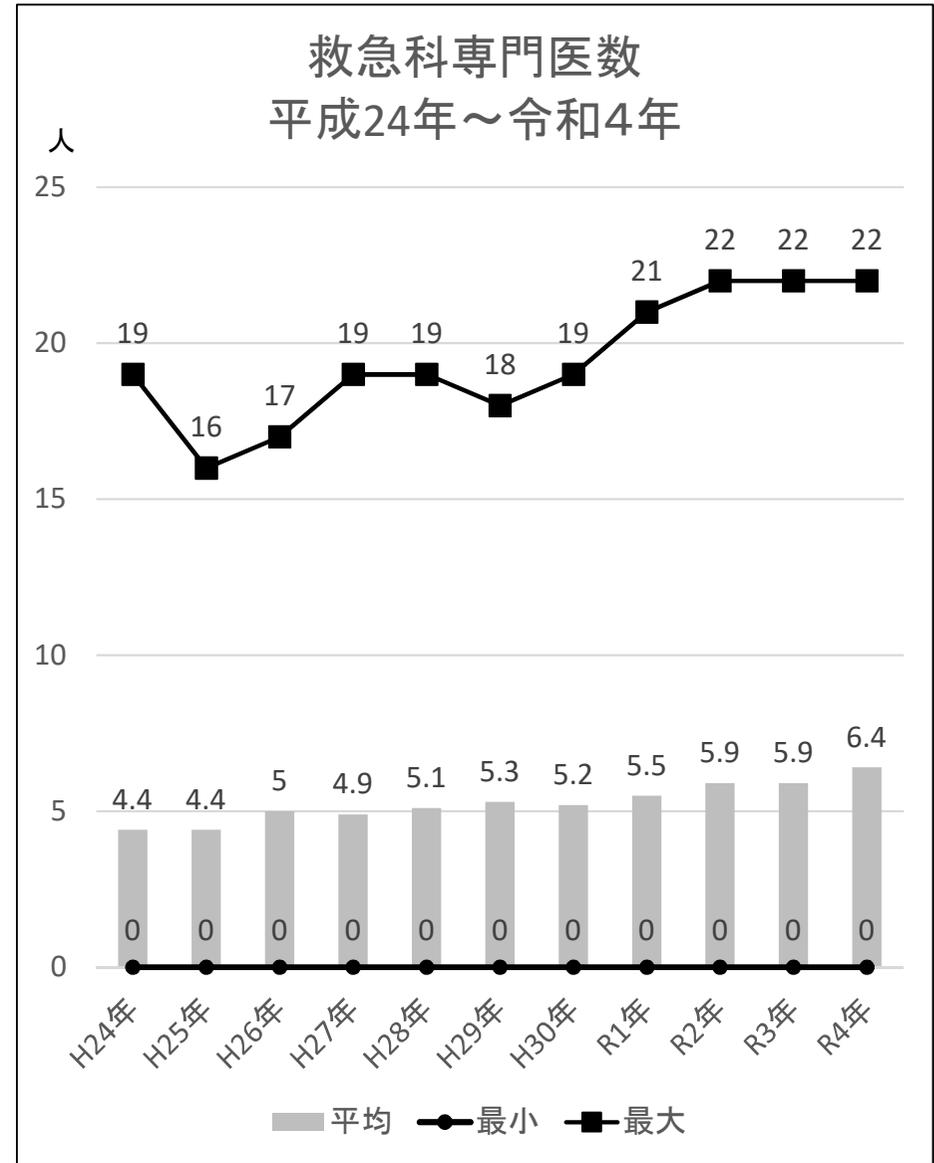
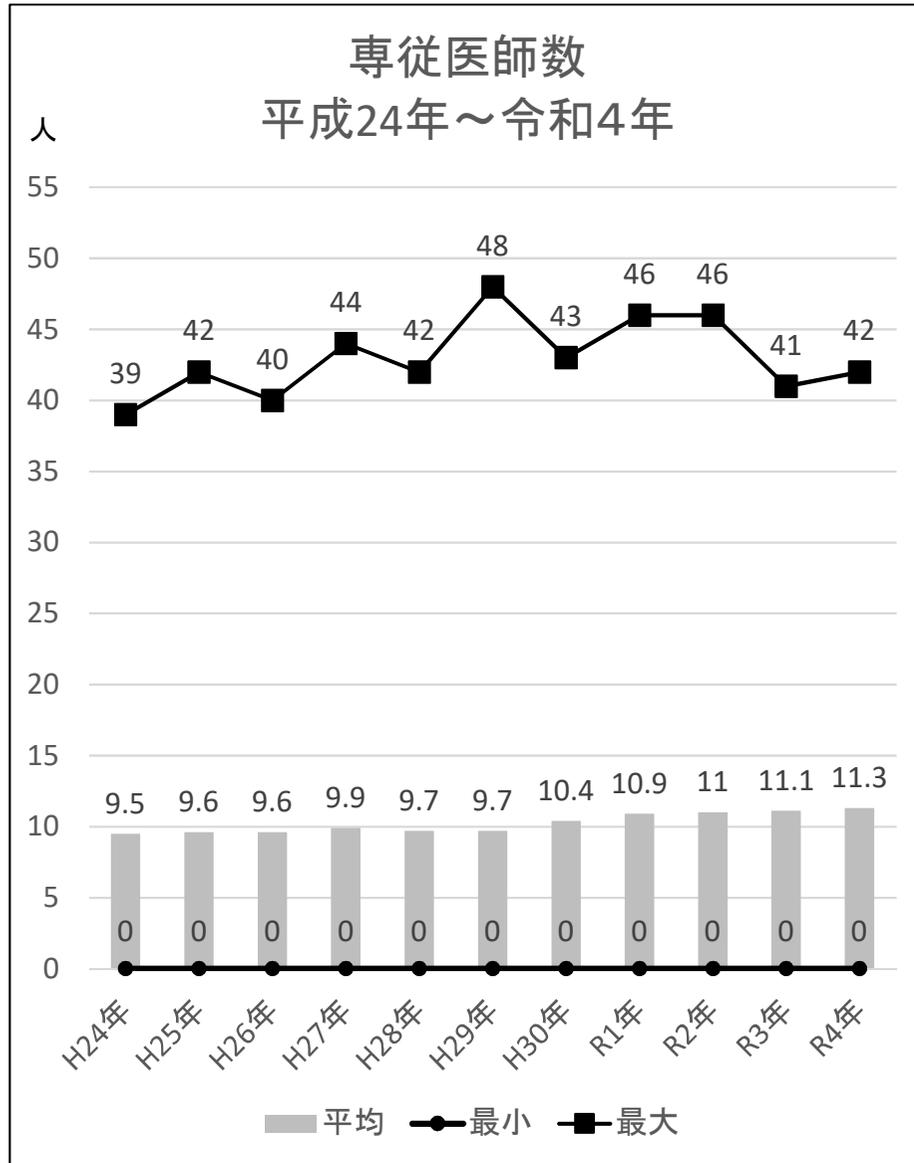
※評価基準の変更

※評価基準の変更

令和4年度厚生労働省地域医療基盤開発推進研究事業「地域医療構想を踏まえた救急医療提供体制の充実に関する研究」（研究代表 横田裕行）
 分担研究「救命救急センターの現状と評価に関する研究」（坂本哲也担当）

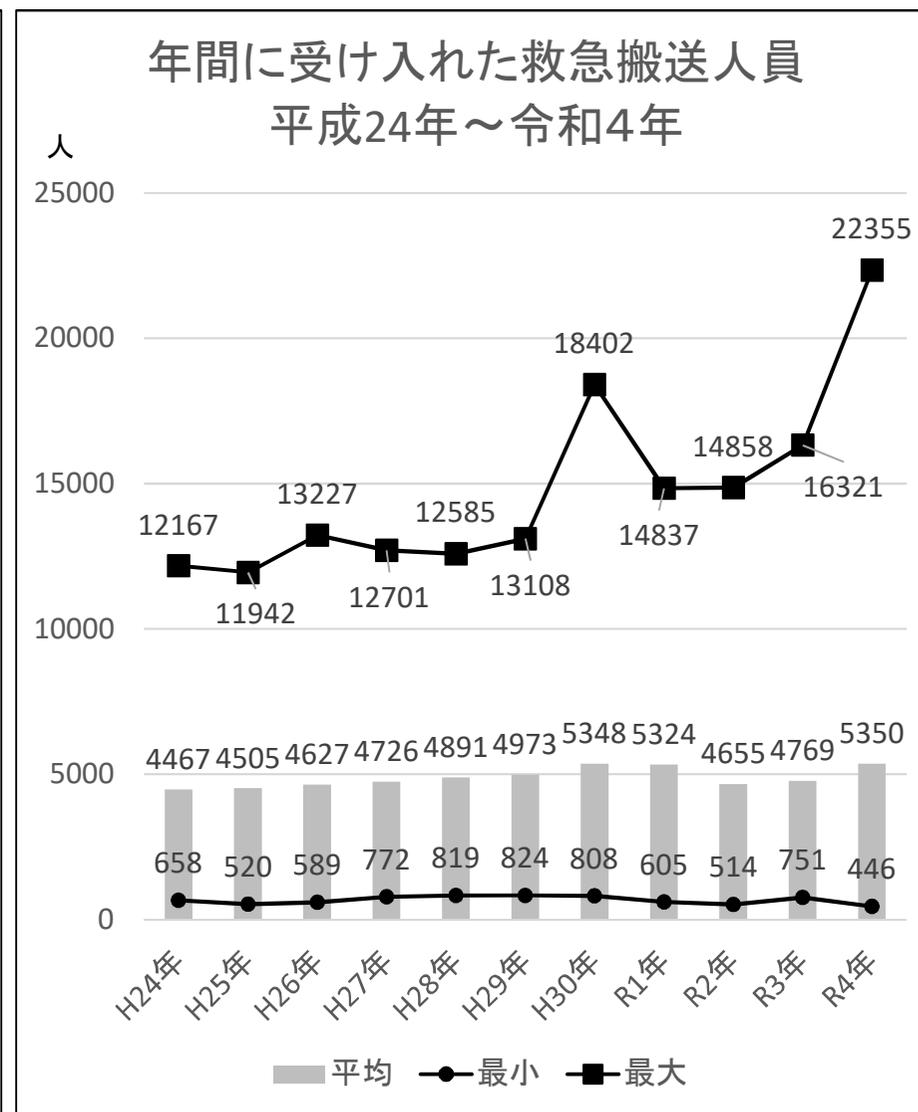
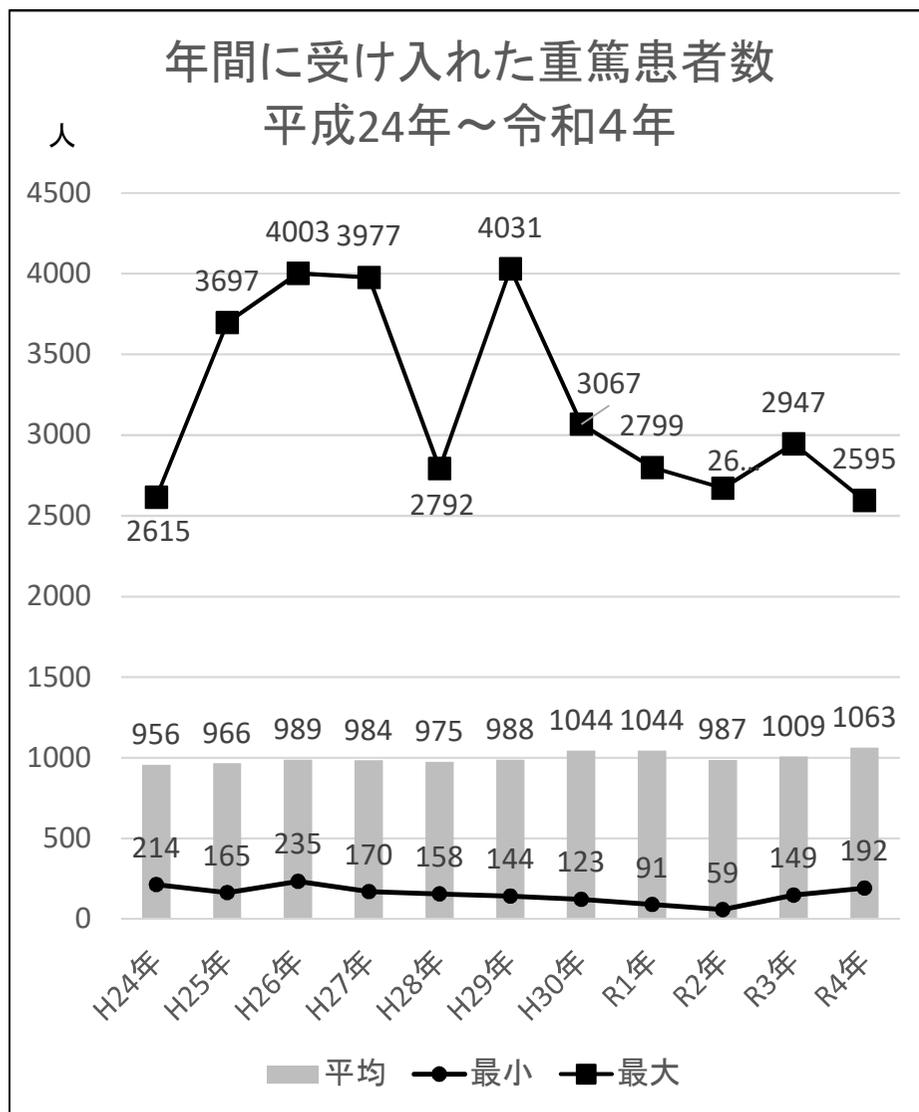
図表 3-1

救命救急センターの医師の状況



令和4年度厚生労働省地域医療基盤開発推進研究事業「地域医療構想を踏まえた救急医療提供体制の充実に関する研究」（研究代表 横田裕行）
 分担研究「救命救急センターの現状と評価に関する研究」（坂本哲也担当）

図表3-2 救命救急センターの傷病者の受け入れ状況



令和4年度厚生労働省地域医療基盤開発推進研究事業「地域医療構想を踏まえた救急医療提供体制の充実にに関する研究」（研究代表 横田裕行）
 分担研究「救命救急センターの現状と評価に関する研究」（坂本哲也担当）