

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
	葛西 毅彦	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、平成 11 年より厚生労働省が施設ごとの充実段階評価を行っている。現行の充実段階評価は平成 29 年に見直されたものである。令和2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。

（方法）①現行の充実段階評価に関して、前年度に実施した全国の救命救急センターを対象としたアンケート調査や本分担研究班内での議論、救命救急センターに求められている機能等に関する既存の資料や厚生労働省の公表資料をもとに、充実段階評価の改定案を作成した。また、②全国の救命救急センターにおいて、年ごとの整備状況等を調査し、令和 6 年に実施された評価（令和 5 年実績（令和 5 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）①充実段階評価に関して新規評価項目案を3つ、また、現行の評価項目に関する改定案を2つ作成した。②令和 5 年 12 月時点で、304 施設の救命救急センターが整備されていた。令和 5 年の充実段階評価は、S:97 施設、A:201 施設、B:6 施設、C:0 施設であった。

（考察）今回作成した救命救急センター充実段階評価の改定案については、充実段階評価の評価項目に取り入れるかについて今後も議論を重ねる必要がある。また、令和5年の充実段階評価の結果については、現行の評価基準に変更された令和元年と比較し S 評価が増加していた。今後も救命救急センターに求められる基本的な機能の維持・向上を図りながら、時代にあわせた対応が求められるものと考ええる。

（結語）前年度のアンケート調査結果や、本研究班内での議論、また救命救急センターに求められている機能等に関する既存の資料や厚生労働省の公表資料を元に、充実段階評価の改定案を作成した。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平成 11 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が公開している。

充実段階評価は平成 11 年から開始され、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、審議会を経て平成 22 年、平成 29 年に見直されている。令和 2 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については評価項目から除外するなどの対応がとられたうえで実施されている。

(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改定案について検討す

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

前年度、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等についてアンケート調査を実施した。今年度は、前年度に実施したアンケート調査結果や、本研究班内での議論等を踏まえ、充実段階評価の評価項目に関する改定案を作成した。

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 充実段階評価の改定案の作成

充実段階評価の改定案を作成するにあたり、前年度に実施した全国の救命救急センターを対象とした充実段階評価の各評価項目に関するアンケート調査結果、本研究班内での議論、また救命救急センターに求められている機能等に関する既存の資料や厚生労働省の公表資料を参考にした。改定案の検討にあたっては、分担研究班会議をオンラインで全 3 回実施したことに加え、適宜メールで議論を行い検討を重ねた。なお、各評価項目案におけ

る配点については、便宜的に付しているものであり、実際には厚生労働省の担当部局等において改めて検討されるものである。

② 全国の救命救急センターの状況

これまで整備された全国の救命救急センターにおいて、年ごとの整備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段階評価について」(平成 30 年 2 月 16 日付厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)に基づいて、令和 6 年に実施された評価(2023 年実績(令和 5 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 充実段階評価の改定案の作成

研究班においては新規評価項目案として3つ、また現行の評価項目の変更案を2つ作成した。

＜新規評価項目案＞

1. 救急外来における専従看護師の配置に対する評価

- ・救急外来に常に専従の看護師を配置している:1点
- ・上記に加え、救急医療に関する専門性が高い看護師を配置している:2点

2. 充実段階評価に関する peer review の実施

- ・自施設の充実段階評価の妥当性について第三者による peer review を受けている

:2点

3. 重症外傷に対する診療体制整備に関する評価

- ・大量輸血プロトコール(Massive Transfusion Protocol)を整備している:1点
- ・上記に加え、施設内に外傷外科医等養成研修等の受講者がいる:2点

＜現行の評価項目変更案＞

4. 第三者による医療機能の評価

(現行)

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

(変更案)

日本医療機能評価機構・ISO・JCI(Joint Commission International)による評価を受けている:2点

5. 診療データ登録制度への参加と自己評価

(現行)

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、自己評価を行なっている:2点

(改定案)

- ・救命救急センターで診療を行った AIS3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:1点
- ・上記に加え、救命救急センターで診察を行った自傷・自殺未遂者をすべて「自傷・自殺未遂レジストリ」に登録している:2点

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＞

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 304 施設（令和 5 年 12 月 31 日現在）、人口 40 万人あたり、およそ 1 か所が整備されるにいたった。都道府県別の設置状況では、人口 100 万人あたり、最高：6.1 施設 最低：1.3 施設 平均値：2.8 施設 中央値：2.6 施設であった。

（別添 1「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 2 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＞

今年度の調査は、新規整備の 4 病院を加えた 304 施設で全項目においての評価がなされた。令和 5 年の充実段階評価は 3 年ぶりの特例なしでの評価となった。評価区分は S、A、B、C の 4 段階であるが、S：97 施設、A：201 施設、B：6 施設、C：0 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 2 図表 2 に示す。

各施設の専従医師数は、最低人数 0 人、最高人数 66 人、平均値 12 人、中央値 10 人であった。各施設の救急科専門医数は最低人数 0 人、最高人数 22 人、平均値 7 人、中央値 6 人であった。

年間受入救急車搬送人員は、最低人数 460 人、最高人数 22,387 人、平均値 5,637 人、中央値 5,253 人であった。年間に受け入れた重篤患者数は最低人数 152 人、最高人数 3092 人、平均値 1098 人 中央値 1021 人であった。これらの経年的な状況を別添 2 図表 3 に示す。

その他の調査項目の詳細を、別添 1「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。

D. 考察

①充実段階評価の改定案の作成

前年度本研究班で実施したアンケート調査では、全国の救命救急センターを対象に、現行の充実段階評価の見直しの必要性等を調査し、6割以上の回答者が「見直しが必要」であると回答した。今年度の研究では当該アンケート調査結果や研究班内での議論、および、厚労省の救急医療に関連するワーキンググループ等の公表資料をもとに、改定案を作成した。

1. 救急外来における専従看護師の配置に対する評価

救急外来には特化した看護配置基準が定められておらず、医療法上に定められている、外来看護師の「人員配置標準 30 対 1」に基づく

き各医療機関が配置を行なっているのが現状である。令和 6 年 4 月から医師の働き方改革の新制度が施行されるにあたり、医師から看護師へのタスクシフトも進められる中、救急医療の質の向上のために救命救急センターの救急外来には常に専従の看護師が配置されていることが望ましい。加えて、救急外来全体の管理や教育を行うことができる、救急医療に専門性が高い看護師を配置していることを評価できる項目案とした。なお、本項目案における「救急医療に関する専門性が高い看護師を配置」とは、救急看護認定看護師、集中ケア認定看護師、クリティカルケア認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師など、救急医療に専門性のある人員を養成している機関による認定等を受けている看護師を、当該部署に週 40 時間以上配属していることを指している。

2. 充実段階評価に関する peer review の実施

現行の充実段階評価の実施にあたっては、各救命救急センター内で評価項目に関するデータを収集し、各都道府県に調査票を提出する形式となっているが、評価点の裏付けとなる資料の提出などは求められていない。そのため、充実段階評価の妥当性を保証するような仕組みの構築が必要ではないかとの指摘があり、自施設の充実段階評価の妥当性について第三者による peer review を受けていることを評価する項目案を作成した。ここでいう第三者とは、自施設以外の救命救急センター職員、当該施設が所在する消防機関の職員、各

都道府県の職員のことを指しており、この三者全てが reviewer となる必要がある。また、peer review の方法としては、各施設が充実段階評価の妥当性を確認するうえで必要な資料を提出し、reviewer となる第三者と当該施設職員が一堂に会する場(Web meeting を含む)で内容を確認し、質疑応答に応じるような形式を想定している。なお、充実段階評価の妥当性を確認するうえで必要な資料については、国または都道府県において予め様式を定めておくことが望ましい。本項目の設定における懸念点としては、救命救急センター職員や地域の消防機関、都道府県の業務負担が増加することが挙げられるため、実行性等については検討を要する。

3. 重症外傷に対する診療体制整備に関する評価

昨今の国際情勢や、国際的イベントの開催を控えている状況を鑑みると、我が国においてもテロ災害等の発生が懸念されている。テロ災害等による重症外傷への医療提供体制整備の一環として、これまで厚生労働省は外傷外科医等養成研修事業を実施するなどの対策を実施してきた。

本項目案における「外傷外科医等養成研修事業等受講者」は、厚生労働省の委託事業である外傷外科医等養成研修事業や、一般社団法人 SSTT 運営協議会が運営する SSTT コースを受講した者もしくはインストラクターとして参加している者を想定しており、そのほか、コース内容に診療体制の整備に関する座学が含まれず外傷外科手技の習熟に特化し

たコースについては対象外とすることを考えている。

第8次医療計画に向けた「救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ」においては、その意見の取りまとめの中で、「重症外傷等の特に高度で専門的な知識や技術を要する患者へ対応可能な医師・看護師等の人材の育成・配置、院内の体制整備を行い、地域における重篤患者を集中的に受け入れる役割」を、高度救命救急センター等に求める役割としている¹。外傷診療の質には多様な因子が関与することが報告されており、重症外傷患者の死亡率は high volume center で低下することも報告されている²。このため、外傷診療の質の維持には一定程度の重症外傷症例数が必要であることに異論はない。一方、令和5年12月1日現在、高度救命救急センターは全国で47施設となっており、特に夜間や悪天候時などのドクターヘリ等が対応不能な場合には、高度救命救急センター等へのアクセスに懸念が残る。そのため、高度救命救急センター以外の救命救急センターにおいても重症外傷に対する一定の診療体制整備は必要であろうと考え本項目案を作成した。当研究班においても、減少傾向にある重症外傷症例の集約化という観点からは、本項目案の評価内容を全ての救命救急センターに求める

ことの妥当性については議論があったところであり、本評価項目案を充実段階評価に組み入れることの是非については更なる検討を要するものとする。

4. 第三者による医療機能の評価

現行の充実段階評価においては、医療機能の評価機構を日本医療機能評価機構及びISO(国際標準化機構: International Organization for Standardization)に限定しているが、特定機能病院の第三者評価における主な第三者として JCI (Joint Commission International) が挙げられているため³、充実段階評価においても JCI による認証を含めることを変更案として提示した。

一方、本項目は医療機関全体として医療機能評価を受けていることを評価するものであり、すでに「特定機能病院」などの機能として別途評価されているため、救命救急センターとしての充実段階評価に本項目における評価を継続するかについては検討の余地がある。

5. 診療データ登録制度への参加と自己評価

平成10年以降、自殺者数が年間3万人を超える状況が続いていることを受け、平成18年10月に自殺対策基本法が施行され、以降政府としての自殺対策に関する取り組みが進

¹ 厚生労働省医政局 救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ「救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループにおける意見のとりまとめ」(令和4年10月25日)

² Sewalt C.A., et al. J. Trauma Acute Care Surg. 2018;85:810-9.

³ 厚生労働省医政局 第18回特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会「特定機能病院の第三者評価について」(令和元年6月26日)

められてきた。その後平成 28 年に自殺対策基本法が改正され、各都道府県及び市町村が自殺対策計画を策定することが義務付けられている。このような取り組みの中で平成 24 年に年間自殺者数が 3 万人を下回り、近年は 2 万人人台で推移しているものの⁴、世界保健機関(WHO)のデータによれば、日本は主要先進7カ国の中で最も自殺死亡率(人口 10 万人あたりの自殺者数)が高い⁵。また、令和2年の年齢階級別の死因順位をみると、10歳から 39 歳までの死因第1位が「自殺」となっている。令和4年 10 月には、政府が推進すべき自殺対策の指針として「自殺総合対策大綱」が閣議決定され、総合的な自殺対策の更なる推進・強化が進められている。

自傷・自殺未遂の経験は将来の自殺死亡に関連する重要な単一の予測因子であることが報告されており⁶、世界保健機関(WHO)では、自傷・自殺未遂症例に関する情報を集積するシステムの構築を推奨しているが、日本では自傷・自殺未遂者に関する継続的な調査の仕組みが確立されていない。近年、日本臨床救急医学会及び一般社団法人いのちを支える自殺対策推進センターにより「自傷・自殺未遂レジストリ」が構築され運用が開始されている。救命救急センターには自傷・自殺未遂者が救急搬送され集約される可能性が高く、

同レジストリへの症例登録を評価するため本項目案を作成した。

以上、3つの新規評価項目案と、2つの修正案を作成した。これらの項目案が充実段階評価の評価項目として適しているかについては更なる検討が必要である。また、各評価項目に付される配点についても、財政影響等を考慮した議論が必要である。

②全国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 5 年さらに 4 施設増加し、平成 13 年からの 10 年間で 38 施設、14.3%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 2.5 施設、およそ 40 万人に 1 施設が整備されている。

地域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く、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整備を進めている。

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

⁴ 警察庁ホームページ 令和5年中における自殺の状況

<https://www.npa.go.jp/publications/statistics/safetylife/jisatsu.html> (Accessed April 3, 2024)

⁵ 厚生労働省ホームページ 自殺対策について <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bun>

[ya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/sesakugaiyou.html](https://www.hukushi-kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/sesakugaiyou.html) (Accessed April 3, 2024)

⁶ Owens D, et al. Br J Psychiatry. 2002; 181:193-9.

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の分散化が挙げられる。

令和6年4月より医師の働き方改革が施行され、これまでのような医師の長時間労働を前提とした救急医療提供体制が成り立たなくなることは想像に難くない。医師の労働時間が制限される中、救命救急センターの整備をはじめ、どのような救急医療提供体制を整備していくかについては、上述したようなメリット・デメリットを勘案しながら各都道府県の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。また、令和4年においても、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い、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っ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、その結果を以て各施設、各項目を個別に評価から除外し充実段階評価が実施された。

令和5年は、5月8日に新型コロナウイルス感染症が感染症法上5類感染症へと移行したこともあり、令和4年と同様にヒアリングが実施されたものの、結果的には救命救急センター充実段階評価のすべての評価項目が全304施設で評価の対象とされた。充実段階評価の結果としては、S評価が98施設、A評価が200施設、B評価が6施設、C評価が0施設となり、現行の評価基準へと変更された令和元年と比べるとS評価が22施設増加している点からは、各施設において救急医療体制の整備が進められてきたことがわかる。

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、また医師の働き方改革の影響も考慮すると、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。専従医師数の推移をみると、令和5年は専従医師数の最大が66人であり、過去10年をみても最も多い。一時的な上振れであるのか、医師の働き方改革に備えた人員確保によるものであるのかなど、今後も注視していく必要がある。加えて、令和6年度の診療報酬改定において新たに「救急患者連携搬送料」が設立された⁷。これは、救命救急センター等の高次救急病院が地域のERとして救急搬送患者を一旦受け入れ、できるだけ早期に転院搬送させるという仕組みを

⁷ 厚生労働省保険局 令和6年度診療報酬改定の概要【重点分野Ⅰ（救急医療、小児・周

産期医療、がん医療）】（令和6年3月5日版）

構築するよう促しているものと解釈することができる。

救急医療の状況や、救命救急センターに求められる役割は社会背景とともに変化するものであり、充実段階評価での評価に代表される救命救急センターとしての基本的な機能は維持・強化しながらも、各施設が時代の変化にあわせて対応することが求められていると考えられる。

E. 結論、おわりに

前年度のアンケート調査結果や、本研究班内での議論、また救命救急センターに求められている機能等に関する既存の資料や厚生労働省の公表資料を元に、充実段階評価の改定案を作成した。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

令和 5 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

地域医療構想を見据えた救急医療提供体制の構築に関する研究

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、304 施設（令和 5 年 12 月 31 日現在）、人口 40 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に続いて、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段階評価が開始された。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

これまでの充実段階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とりまとめ、分析を加えたものである。その目的は、地域の救急医療機関、消防機関、行政機関など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、そのみで対処できる範囲には限界がある。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 5 年度 厚生労働行政推進調査事業費
地域医療構想を見据えた救急医療提供体制の構築に関する研究
研究代表者 横田 裕行
救命救急センターの現況と評価についての研究
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、質の向上への取り組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り、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 5 年 12 月現在）

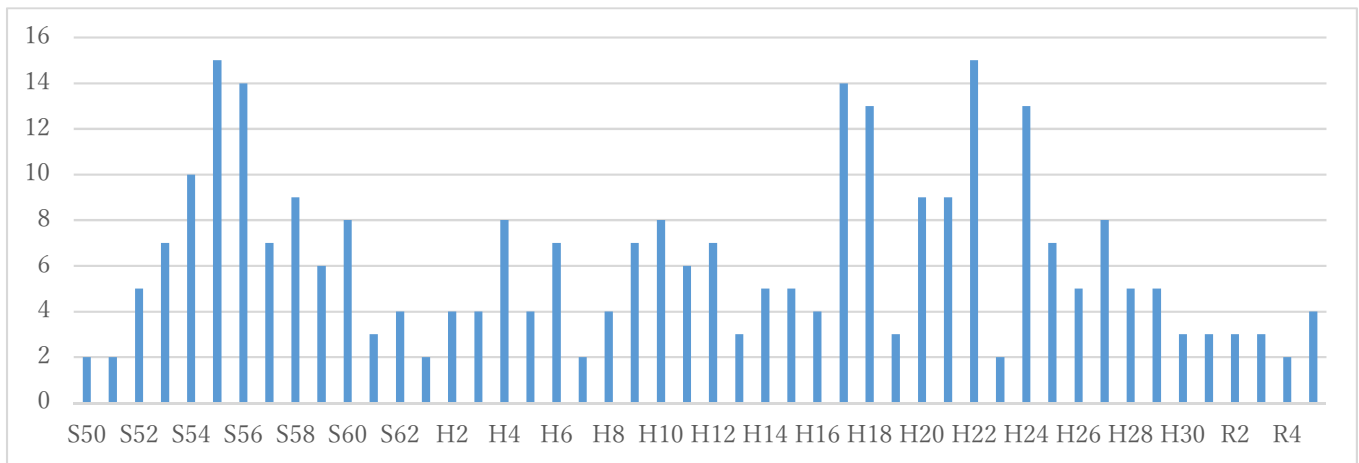
表 1 施設数等

① 救命救急センター数	304 施設
・人口 100 万人あたり	2.5 施設
・1 施設あたりの人口	401,416 人
・都道府県あたり（平均）	6.5 施設
② 高度救命救急センター数	47 施設(15.5%)
③ 地域救命救急センター数	19 施設(6.3%)
④ ドクターヘリ基地施設数※	56 施設(18.4%)

※人口は人口動態速報令和 5 年 12 月分を使用（総人口 122,030,523 人）。

※ドクターヘリ基地施設数は、厚生労働省ホームページを参照：令和 5 年 12 月 1 日現在の値。

図 1 年次ごとの整備状況（縦軸：整備数、横軸：年度）



- ・ 令和 5 年の新規整備は 4 病院。

図 2 設立母体別の施設数（縦軸：設立母体、横軸：施設数）

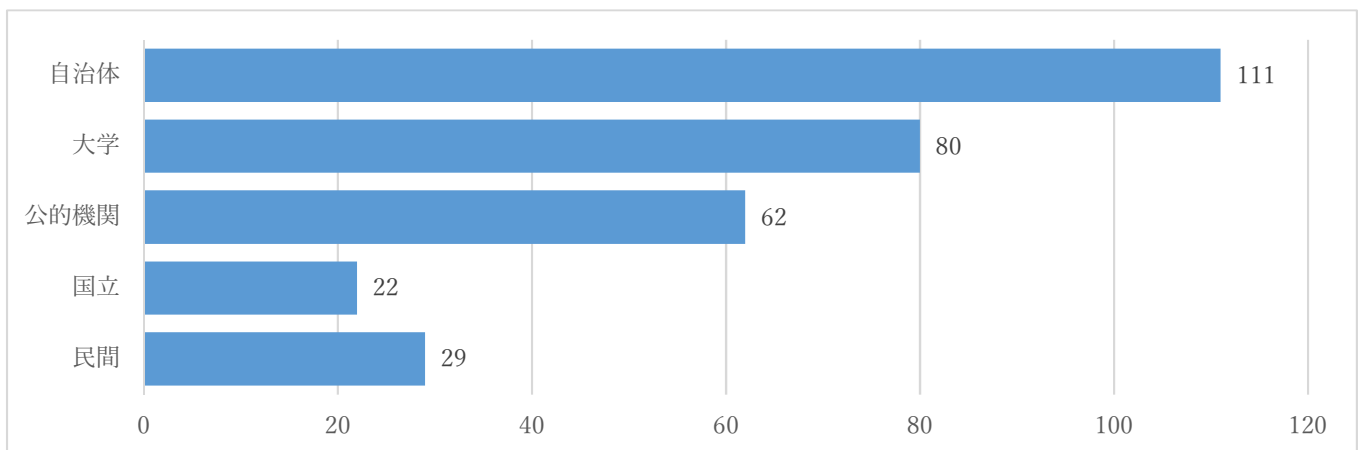


表 2 都道府県別の施設数の状況

（ア）都道府県別施設数

		数			数			数			数			数
1	東京都	28	11	茨城県	7	21	岩手県	4	31	青森県	3	31	沖縄県	3
2	愛知県	24		長野県	7		福島県	4		奈良県	3	42	秋田県	2
3	神奈川県	21		広島県	7		群馬県	4		和歌山県	3		富山県	2

4	大阪府	16	14	宮城県	6		三重県	4		徳島県	3		石川県	2
5	千葉県	15		新潟県	6		滋賀県	4		香川県	3		福井県	2
6	北海道	13		岐阜県	6		島根県	4		愛媛県	3		鳥取県	2
7	埼玉県	11		京都府	6		佐賀県	4		高知県	3	47	山梨県	1
	静岡県	11	18	栃木県	5		長崎県	4		熊本県	3			
9	兵庫県	10		岡山県	5		大分県	4		宮崎県	3			
	福岡県	10		山口県	5		山形県	4		鹿児島県	3			

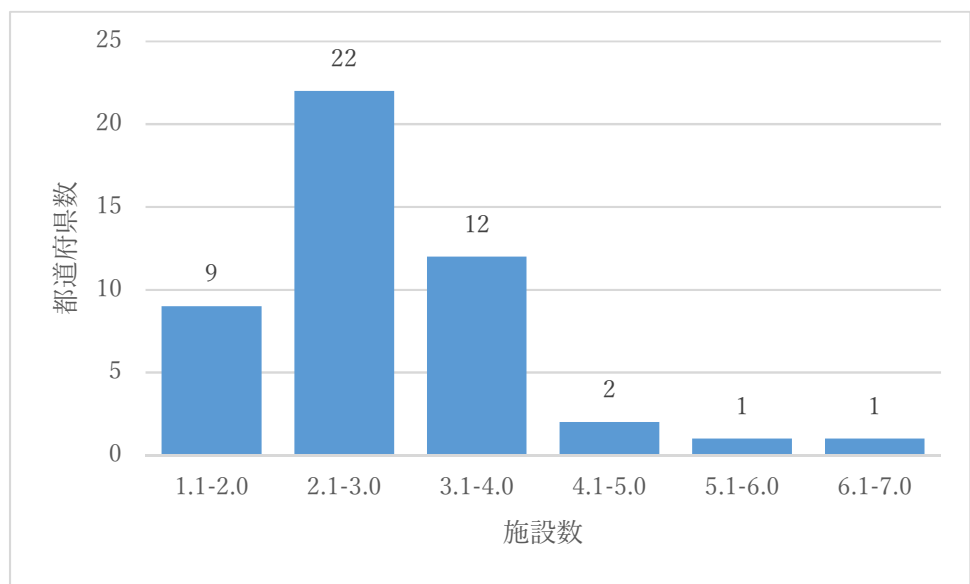
(イ) 人口100万人あたり施設数

		数			数			数			数			数
1	島根県	6.2	11	和歌山県	3.3		福井県	2.7	30	奈良県	2.3	41	大阪府	1.9
2	佐賀県	5.0		愛知県	3.3		宮城県	2.7		神奈川県	2.3		兵庫県	1.9
3	高知県	4.5		香川県	3.3		栃木県	2.7		福島県	2.3		鹿児島県	1.9
4	徳島県	4.3	14	岐阜県	3.2	24	広島県	2.6		愛媛県	2.3	44	石川県	1.8
5	山口県	3.9		静岡県	3.2		北海道	2.6	35	秋田県	2.2		熊本県	1.8
	山形県	3.9	16	長崎県	3.1	26	青森県	2.5		群馬県	2.2	46	埼玉県	1.5
7	鳥取県	3.7	17	宮崎県	2.9		茨城県	2.5	37	東京都	2.1	47	山梨県	1.3
	大分県	3.7		滋賀県	2.9		千葉県	2.5		沖縄県	2.1			
9	長野県	3.5	19	新潟県	2.8	29	京都府	2.4	39	富山県	2.0			
10	岩手県	3.4	20	岡山県	2.7		三重県	2.4		福岡県	2.0			

(ウ) 面積10万平方Kmあたり施設数

		数			数			数			数			数
1	東京都	1276	11	沖縄県	132	21	栃木県	78	31	愛媛県	53	41	鹿児島県	33
2	神奈川県	869	12	京都府	130	22	徳島県	72	32	長野県	52	42	青森県	31
3	大阪府	840	13	兵庫県	119	23	岡山県	70	33	石川県	48	43	福島県	29
4	愛知県	464	14	茨城県	115	24	三重県	69	34	福井県	48	44	岩手県	26
5	千葉県	291	15	滋賀県	100	25	和歌山県	63	35	新潟県	48	45	山梨県	22
6	埼玉県	290	16	長崎県	97	26	大分県	63	36	富山県	47	46	秋田県	17
7	福岡県	201	17	広島県	83	27	群馬県	63	37	山口県	43	47	北海道	16
8	佐賀県	164	18	宮城県	82	28	島根県	60	38	高知県	42			
9	香川県	160	19	山口県	82	29	鳥取県	57	39	熊本県	40			
10	静岡県	141	20	奈良県	81	30	岐阜県	56	40	宮崎県	39			

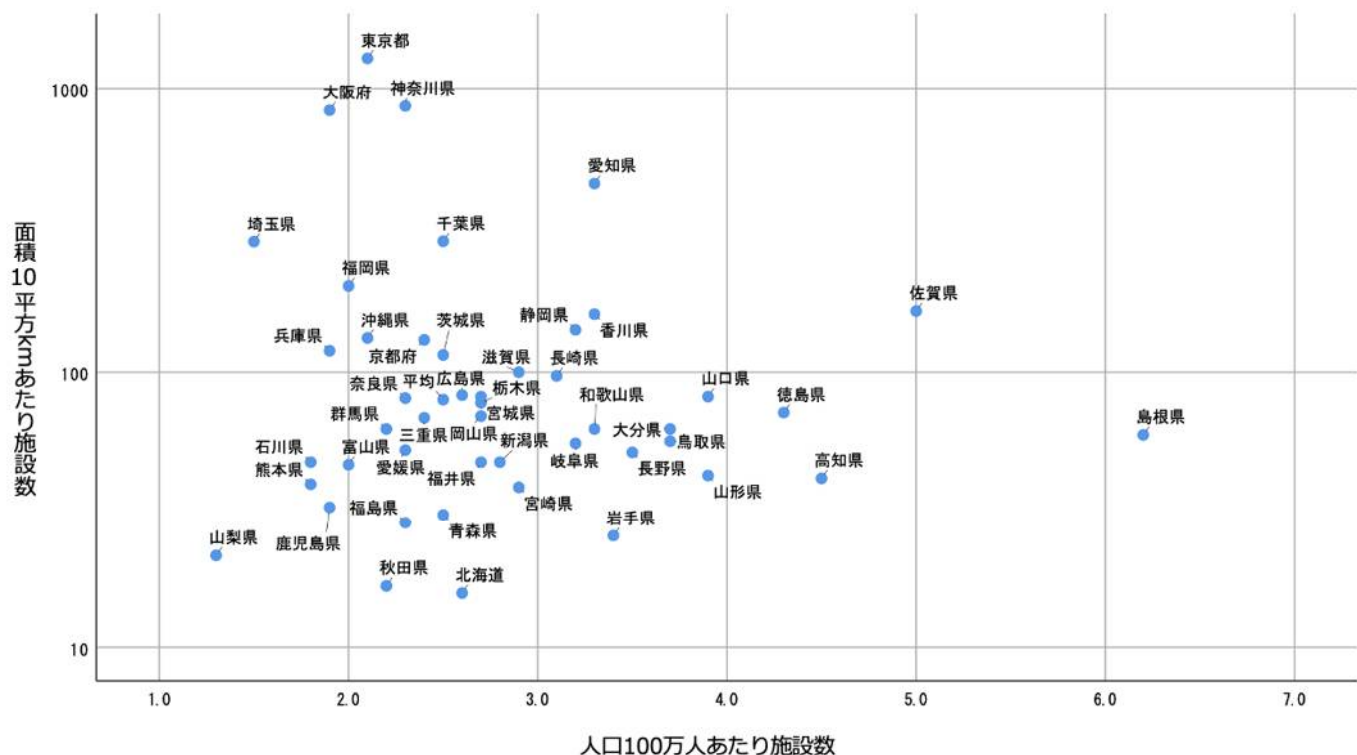
図3 人口100万人あたりの施設数の内訳（縦軸：都道府県数 横軸：100万人あたりの施設数）



・ 最高：6.1 施設 最低：1.3 施設 平均値：2.8 施設 中央値：2.6 施設

図4 人口あたり、面積あたりの施設数の状況

(縦軸：面積 10 万平方 km あたり施設数 横軸：人口 100 万人あたりの施設数)



<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5年は救命救急センター充実段階評価のすべての項目が全304施設で評価の対象とされた。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。ま

た、令和 4 年においても、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い、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っ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た。

本報告では、令和 3 年、令和 4 年に除外された項目を含めて全項目について、令和 3 年から令和 5 年の 3 年間の実数ないしは「評価点」の比較を行っている。

<参考>

- 令和 3 年 救命救急センター充実段階評価で全ての施設において評価から除外された 9 項目
- 令和 4 年 救命救急センター充実段階評価で一部の施設において評価から除外された 9 項目

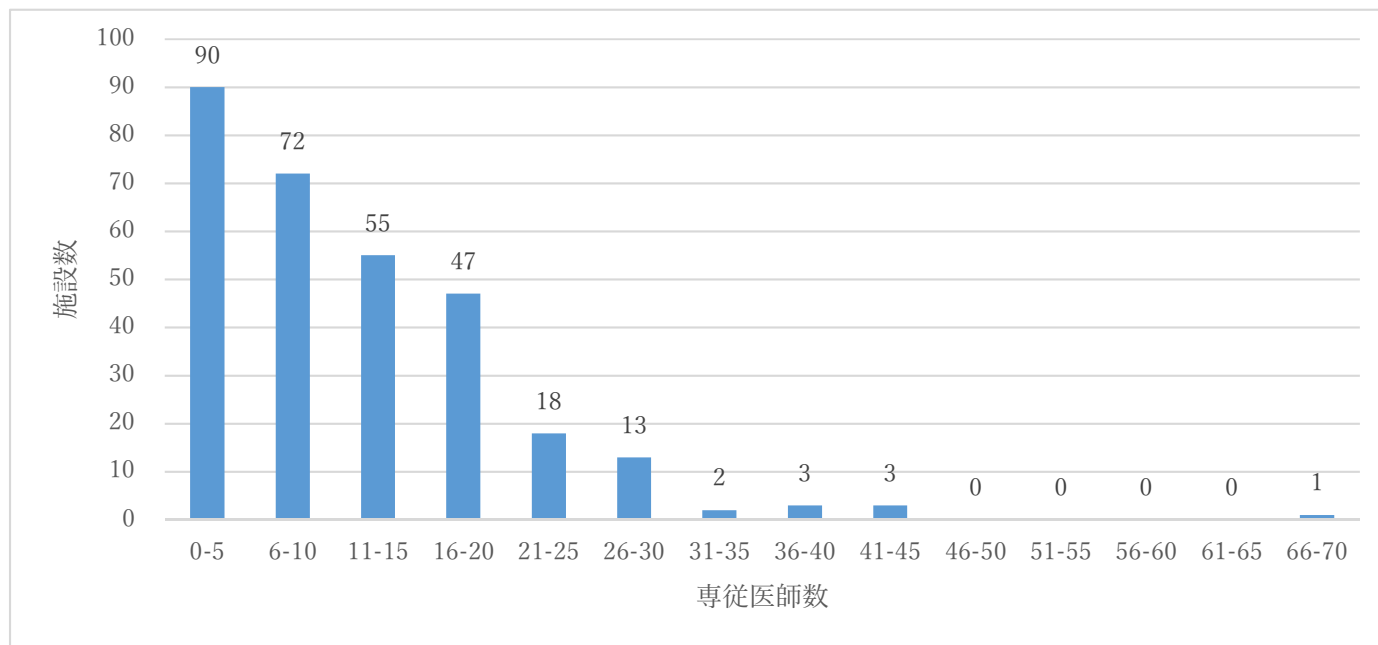
7.1	年間に受け入れた重篤患者数（来院時）
7.2	地域貢献度
25	救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員
28	脳死判定及び臓器・組織提供のための整備等
32	地域の関係機関との連携
37.1	救急救命士の挿管実習および薬剤投与実習の受入状況
37.2	救急救命士の病院実習受入状況
40	医療従事者への教育
41	災害に関する教育

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 各施設の専従医師数



- ・ 各施設の専従医師数：最低人数 0 人、最高人数 66 人、平均値 12 人、中央値 10 人

第 1－2 表 専従医師の多い施設（30 施設）

	施設名	数		施設名	数		施設名	数
1	千葉県総合救急災害医療センタ	66	11	熊本赤十字病院	29	18	東京都立墨東病院	26
2	和歌山県立医科大学附属病院	45		兵庫県立尼崎総合医療センター	29		医療法人鉄蕉会亀田総合病院	26
3	久留米大学病院	42		前橋赤十字病院	29	23	医療法人徳州会湘南鎌倉総合病	25
4	倉敷中央病院	41	14	広島大学病院	28		福岡大学病院	25
5	兵庫県災害医療センター	39		岐阜大学医学部附属病院	28		埼玉医科大学総合医療センター	25
6	奈良県総合医療センター	36	16	九州大学病院	27	26	東北大学病院	24
	国立大学法人筑波大学附属病院	36		藤田以下大学病院	27		聖マリアンナ医科大学病院	24
8	さいたま赤十字病院	33	18	浦添総合病院	26		北里大学病院	24
9	東海大学医学部付属病院	31		神戸市立医療センター中央市民病院	26		飯塚病院	24
10	横浜市立大学附属市民総合医療センタ	30		横浜市立みなと赤十字病院	26	30	日本医科大学千葉北総病院	23

第 1－3 図 専従医師数の評価項目点数毎の施設数

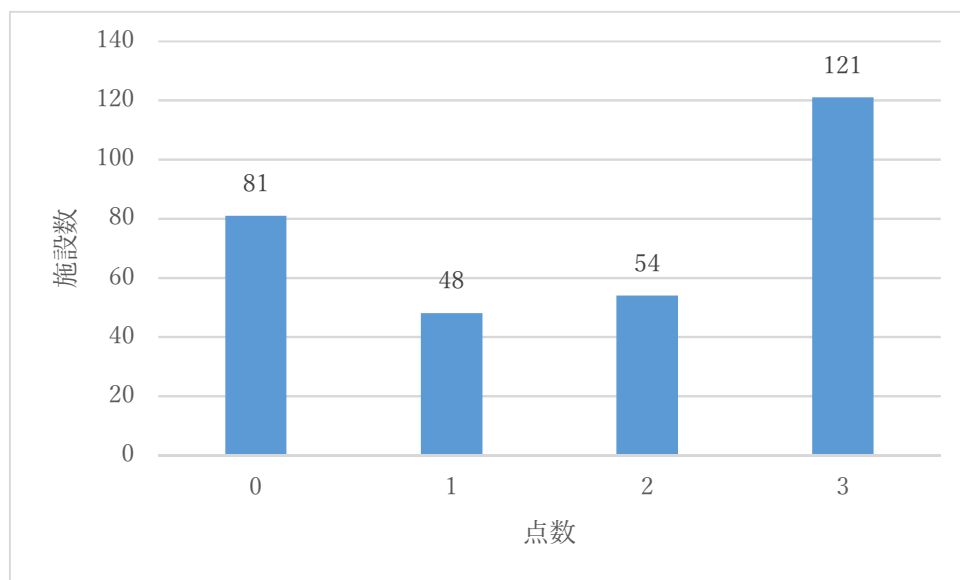
○評価項目の定義等：

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)

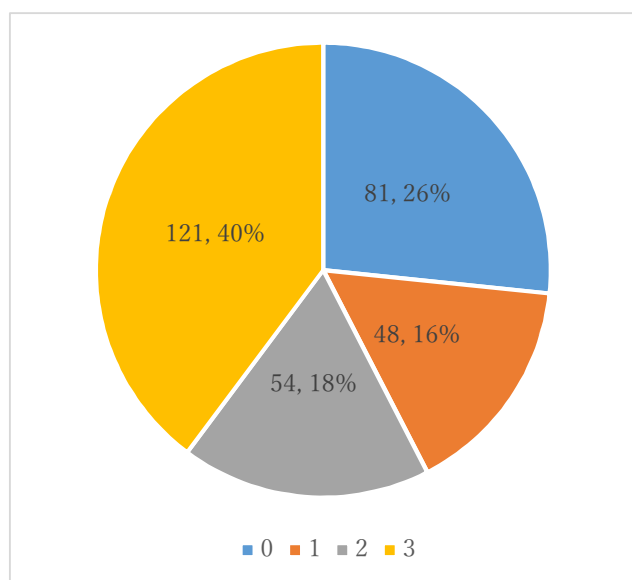
2: 10 人以上(救命救急センター),5 人以上(地域救命救急センター)

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

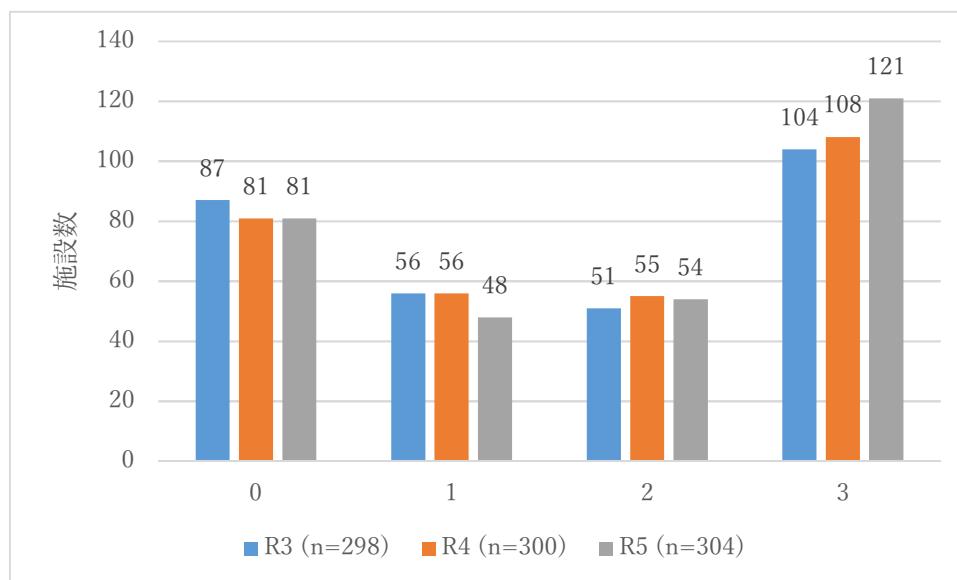


第 1－4 図 専従医師数の評価項目点数における割合



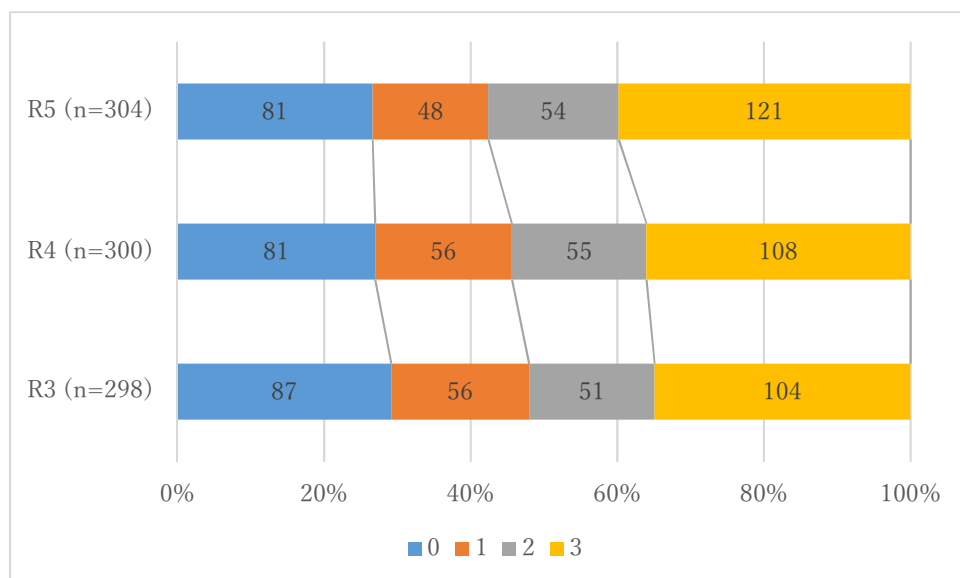
水準	度数	割合
0	81	0.26
1	48	0.16
2	54	0.18
3	121	0.40
合計	304	1.00

第 1－5 図 専従医師数の評価項目点数毎の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 1—6 図 専従医師数の評価項目点数の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

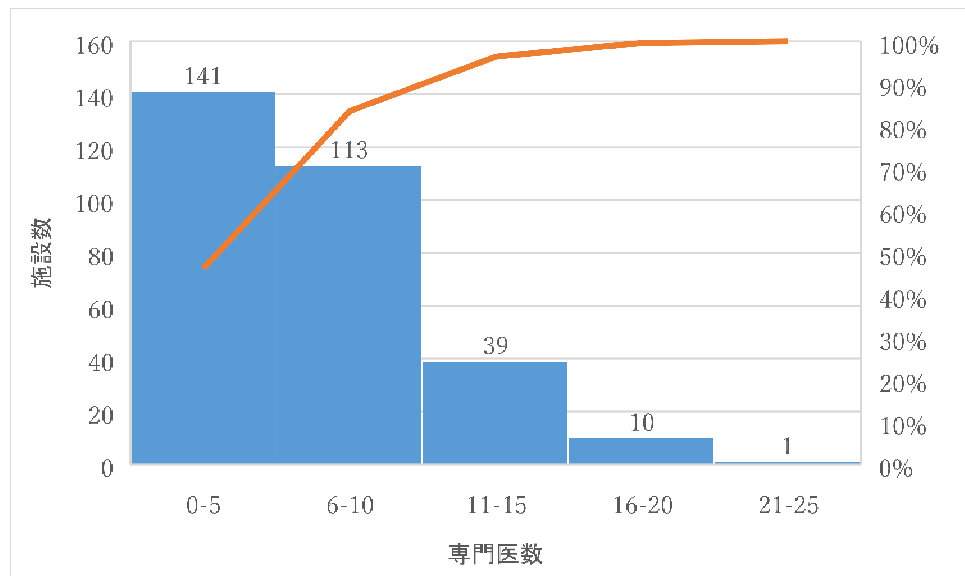
- ・ 評価項目点数 3 の施設数が増加しており、専従医師の多い施設は増加傾向と言えるが、専従医師が少ない評価項目点数 0 の施設数は変わっておらず、専従医師が少ない施設の現状は変わらないと言える。

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のめる救急科専門医数



- ・ 専門医数：最低人数 0 人（5 施設） 最高人数 22 人 平均値 7 人 中央値 6 人
- ・ 専門医数 11 名以上の施設：16%

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	倉敷中央病院	22	10	日本医科大学付属病院	16	11	千葉県総合救急災害医療センタ	15
2	千葉大学医学部附属病院	20	11	熊本赤十字病院	15		埼玉医科大学総合医療センター	15
	さいたま赤十字病院	20		兵庫県立尼崎総合医療センター	15		獨協医科大学病院	15
4	広島大学病院	19		兵庫県災害医療センター	15		札幌医科大学附属病院	15
5	奈良県総合医療センター	18		大阪市立総合医療センター	15	25	佐久総合病院佐久医療センター	14
	大阪大学医学部附属病院	18		北里大学病院	15		横浜市立大学附属市民総合医療センター	14
	日本医科大学千葉北総病院	18		聖マリアンナ医科大学病院	15		医療法人徳州会湘南鎌倉総合病院	14
	前橋赤十字病院	18		東京都立墨東病院	15		国立病院機構災害医療センター	14
9	東海大学医学部附属病院	17		東京医科歯科大学病院	15		帝京大学医学部附属病院	14
10	岐阜大学医学部附属病院	16		医療法人鉄蕉会亀田総合病院	15		済生会宇都宮病院	14

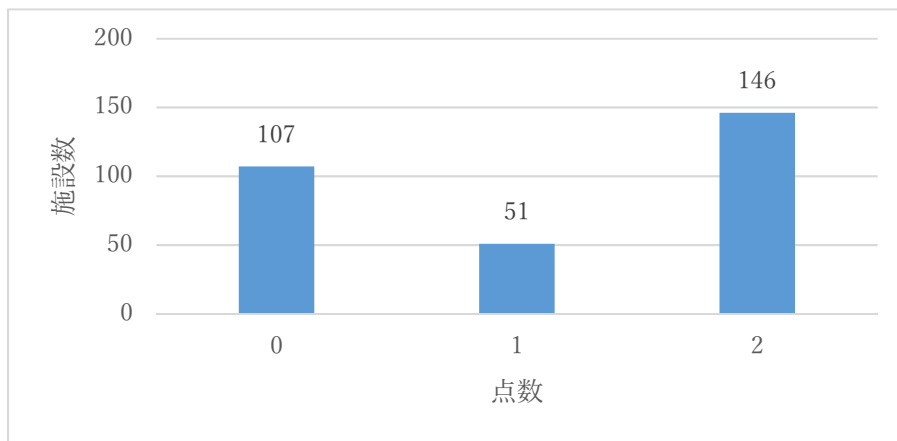
第2-3図 救急科専門医数の評価項目点数毎の施設数

○評価項目の定義等：

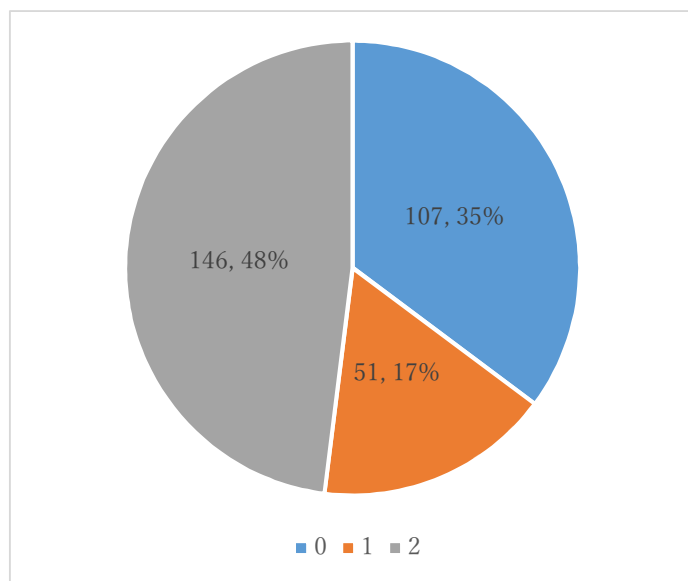
2: 7人以上(救命救急センター),4人以上(地域救命救急センター)

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

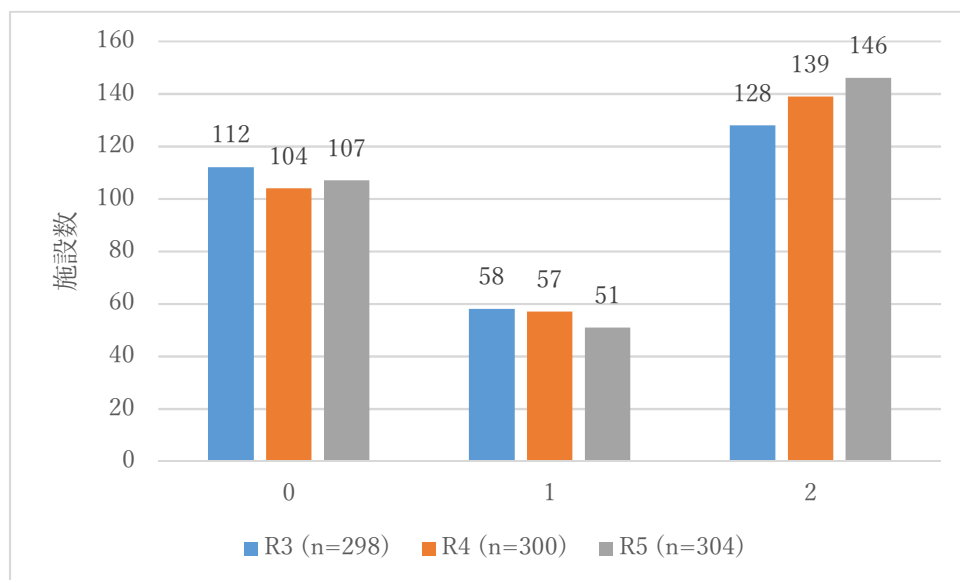


第 2—4 図 救急科専門医数の評価項目点数における割合



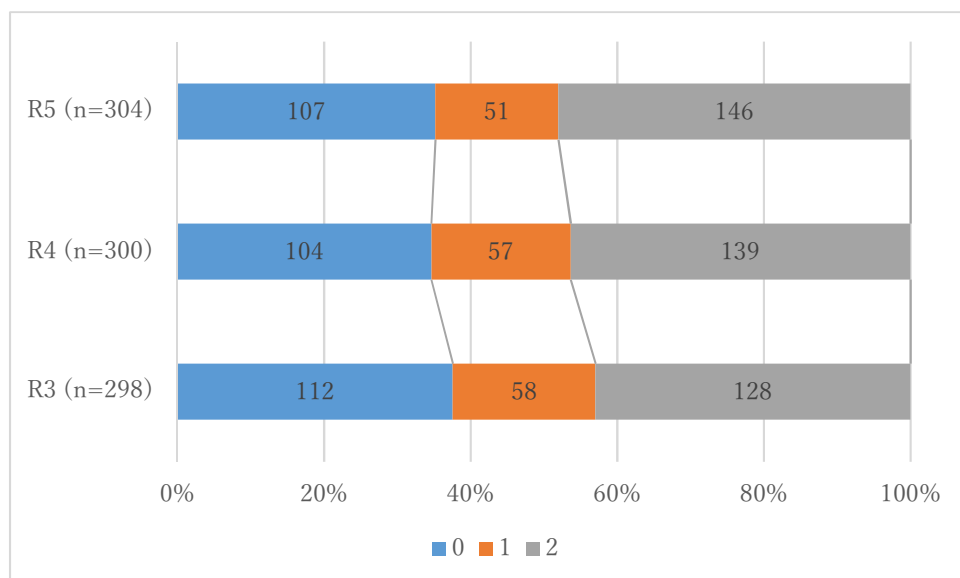
水準	度数	割合
0	107	0.35
1	51	0.17
2	146	0.48
合計	304	1.00

第 2—5 図 救急科専門医数の評価項目点数毎の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 2－6 図 救急科専門医数の評価項目点数の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

- ・ 評価項目点数 2 の施設数が増加、点数 1 の施設数が減少、点数 0 施設数が増加しており、もともと専門医数が多い施設は増加したが、専門医数の少ない施設の増加している。

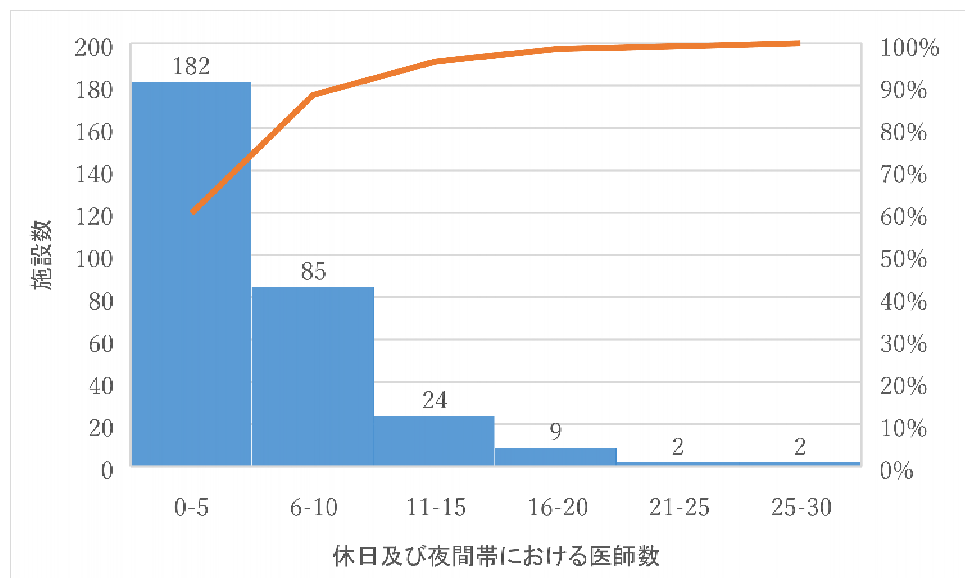
3.1.休日及び夜間帯における医師数

○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



- ・ 休日及び夜間帯における医師数：最低人数 1 人（9 施設） 最高人数 30 人 平均値 6 人 中央値 5 人
- ・ 専門医数 11 名以上の施設：12%

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	東京慈恵会医科大学附属病院	30	10	長崎大学病院	16	17	国保直営総合病院君津中央病院	13
2	名古屋市立大学病院	29		倉敷中央病院	16	22	国立病院機構 京都医療センタ	12
3	昭和大学病院	25		日本赤十字社医療センター	16		愛知医科大学病院	12
4	福島県立医科大学附属病院	21	14	総合病院土浦協同病院	15		順天堂大学医学部附属練馬病院	12
5	防衛医科大学校病院	20	15	さいたま赤十字病院	14		沖縄県立中部病院	12
	川崎医科大学附属病院	20		島根大学医学部附属病院	14		順天堂大学医学部附属静岡病院	12
7	自治医科大学附属さいたま医療センター	19	17	国立病院機構災害医療センター	13		横浜市長市民病院	12
	医療法人徳洲会宇治徳洲会病院	19		信州大学医学部附属病院	13		旭川医科大学病院	12
9	昭和大学藤が丘病院	17		松戸市立総合医療センター	13		小牧市民病院	12
10	新潟大学医歯学総合病院	16		国保直営総合病院君津中央病院	13		大阪赤十字病院	12

第3.1－3図 休日および夜間帯における医師数の評価項目点数毎の施設数

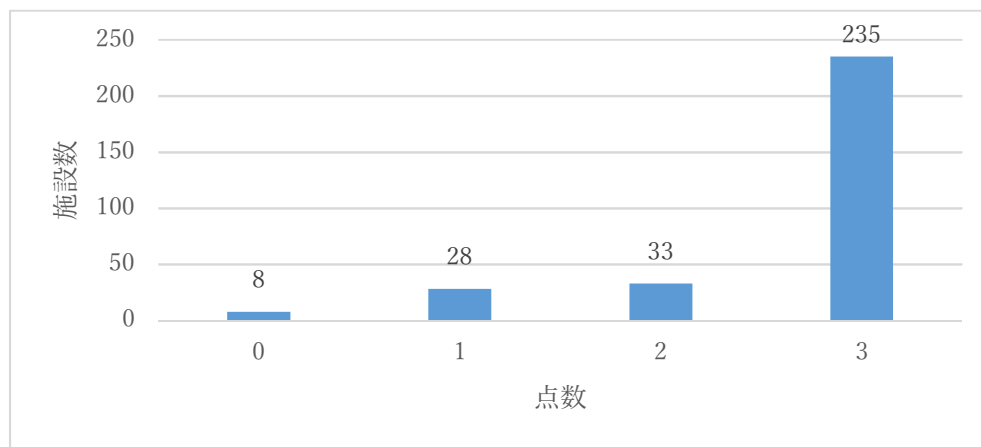
○評価項目の定義等：

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)

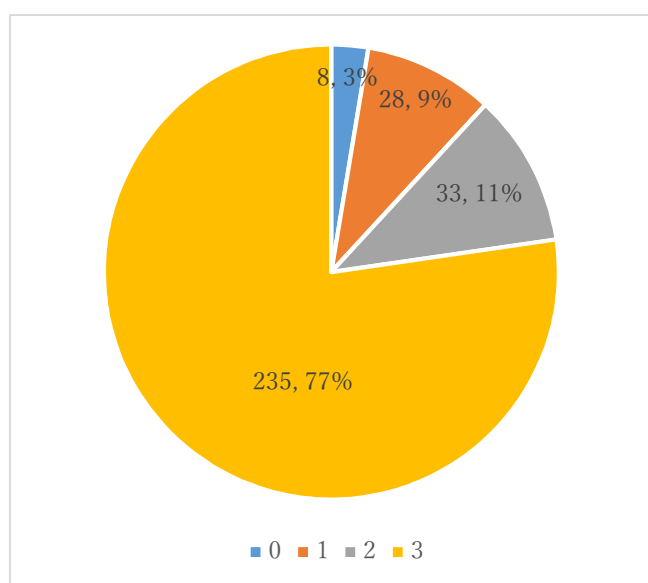
2: 3人以上(救命救急センター)

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

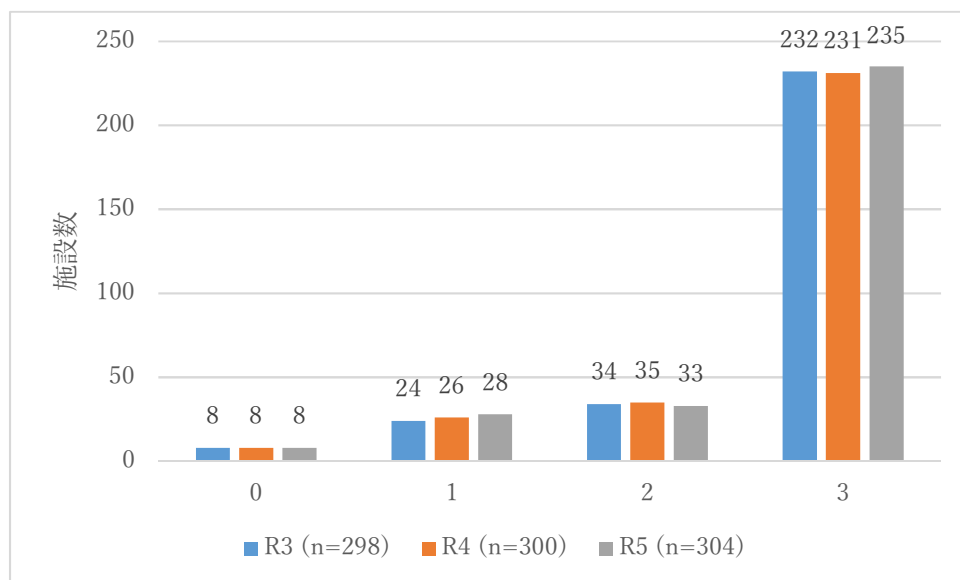


第 3.1－4 図 休日及び夜間帯における医師数の評価項目における割合



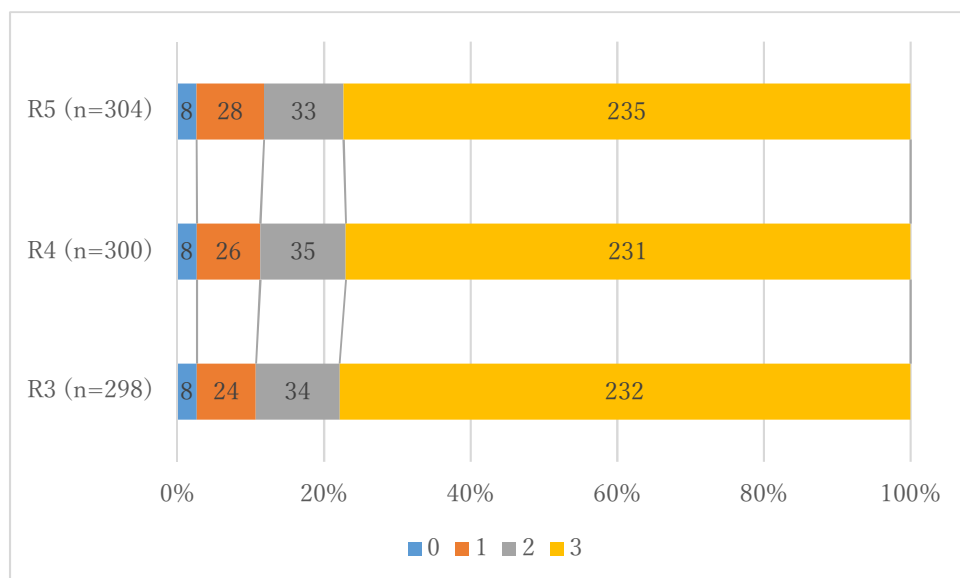
水準	度数	割合
0	8	0.03
1	28	0.09
2	33	0.11
3	235	0.77
合計	304	1.00

第 3.1－5 図 休日及び夜間帯における医師数の評価項目点数毎の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 3.1－6 図 休日及び夜間帯における医師数の評価項目点数の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

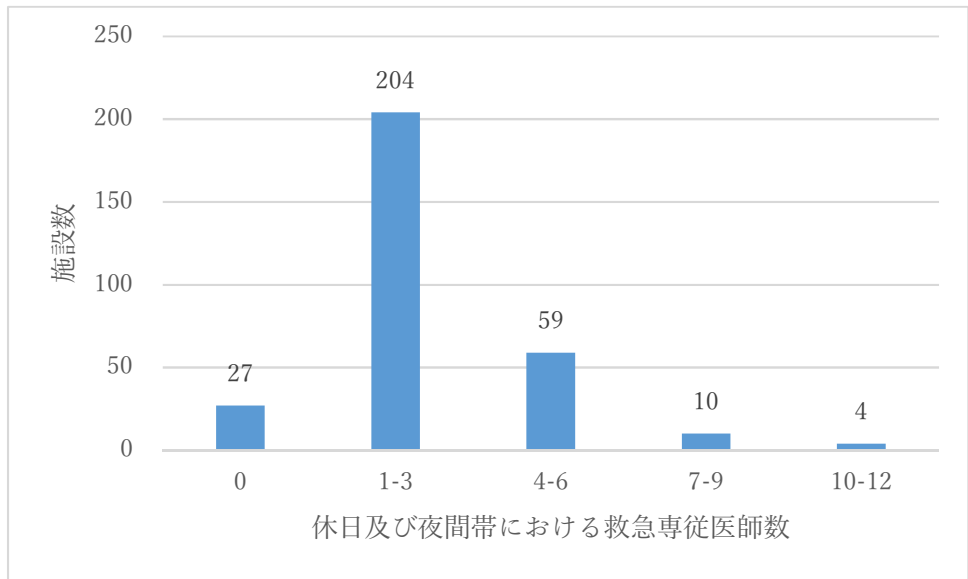
3.2.休日及び夜間帯における救急専従医師数

○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



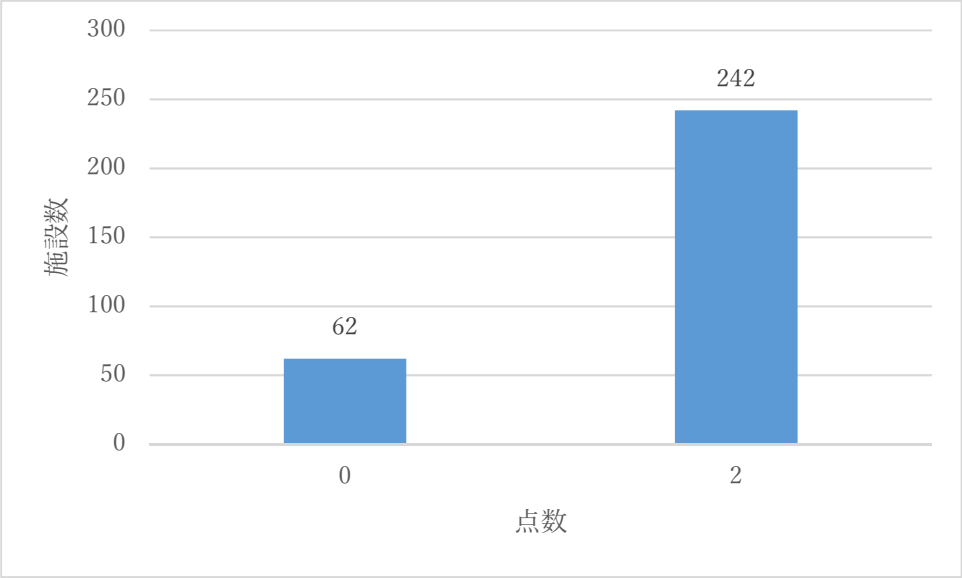
・ 休日及び夜間帯における救急専従医師数：最低人数 0 人 最高人数 11 人 平均値 3 人 中央値 2 人

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 23 施設）

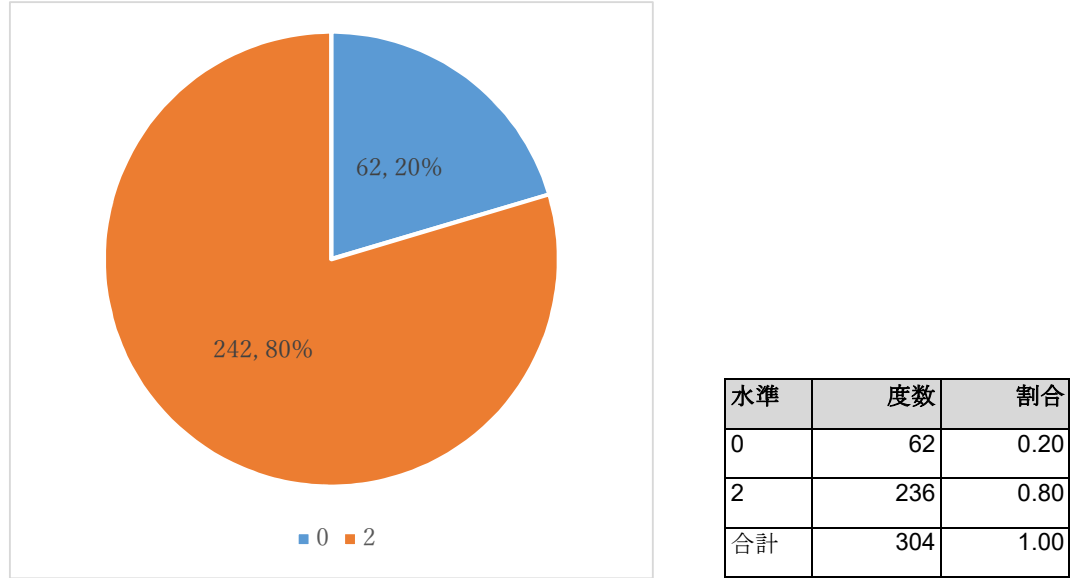
	施設名	数		施設名	数		施設名	数
1	愛知医療センター名古屋第二病院	11	6	岩手県立中央病院	8	15	国家公務員共済組合連合会横浜南共済病院	6
	京都第二赤十字病院	11	12	医療法人徳洲会宇治徳洲会病院	7		日本赤十字社医療センター	6
	兵庫県立尼崎総合医療センター	11		名古屋掖済会病院	7		日本医科大学付属病院	6
	川崎医科大学附属病院	11		中東遠総合医療センター	7			
5	奈良県総合医療センター	9	15	鹿児島市立病院	6			
6	岡山赤十字病院	8		高知県・高知市病院企業団立高知医療センター	6			
	小牧市民病院	8		公立豊岡病院	6			
	大垣市民病院	8		京都第一赤十字病院	6			
	自治医科大学附属さいたま医療センター	8		愛知医科大学病院	6			
	防衛医科大学校病院	8		名古屋市立大学病院	6			

第 3.2－3 図 休日及び夜間帯における救急専従医師数の評価項目点数毎の施設数

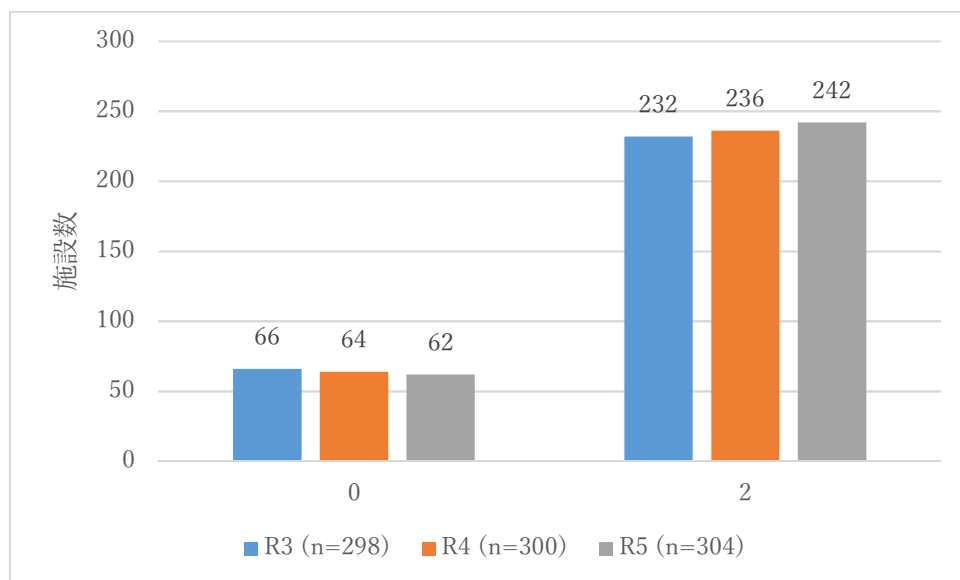
- 評価項目の定義等：
- 2: 2 人以上(救命救急センター),1 人以上(地域救命救急センター)
- 0: 上記基準のいずれも満たさない



第 3.2－4 図 休日及び夜間帯における救急専従医師数の評価項目における割合

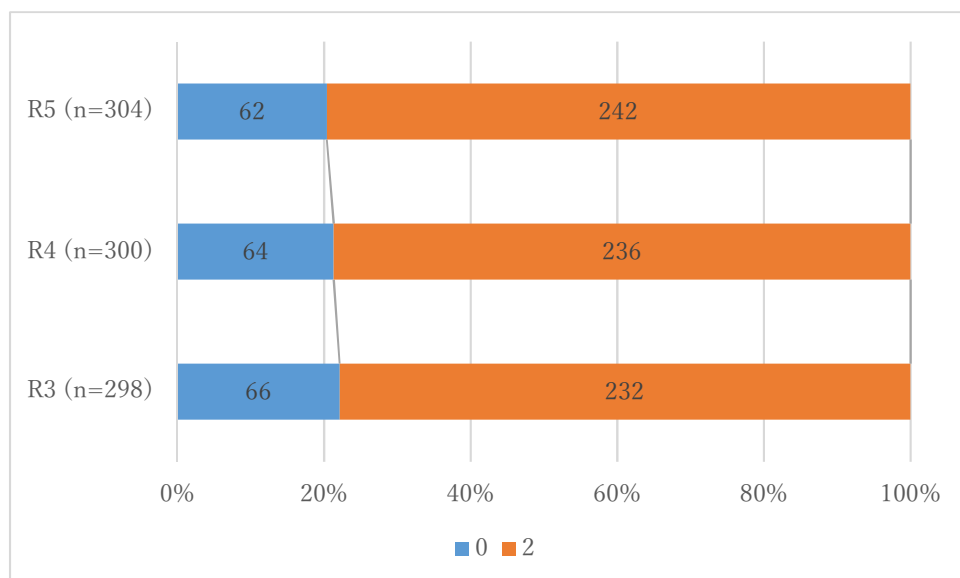


第 3.1－5 図 休日及び夜間帯における救急専従医師数の評価項目点数毎の施設数の比較 (令和 3 年から令和 5 年)



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 3.1－6 図 休日及び夜間帯における救急専従医師数の評価項目点数の割合の変化 (令和 3 年から令和 5 年)



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

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：

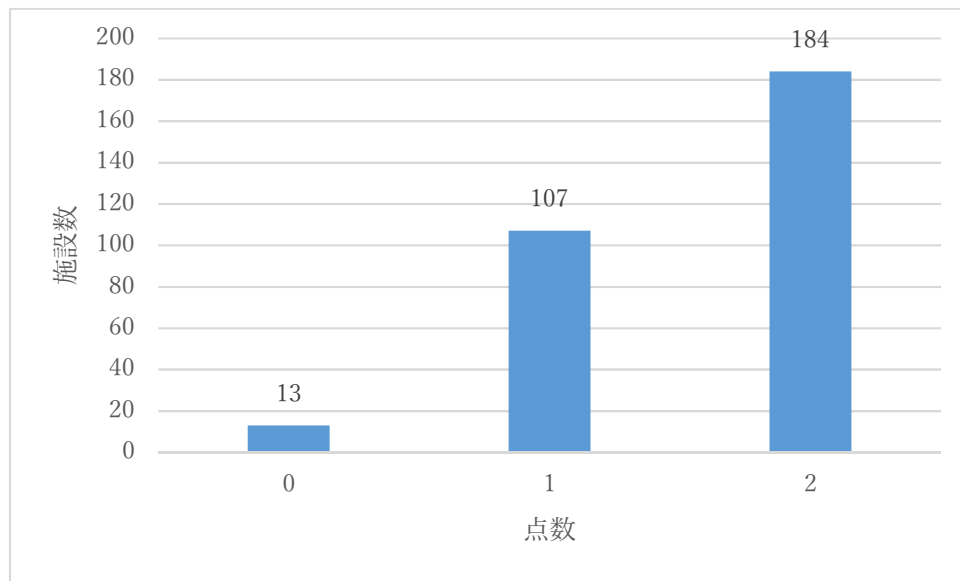
2: 1 の専従医師であり、かつ、日本救急医学会指導医である

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

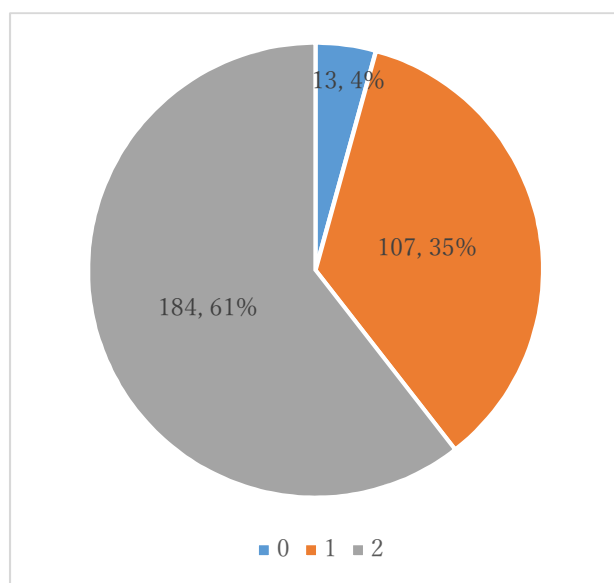
0: 上記基準のいずれも満たさない（実際には救命救急センターにおける業務に日常的に関与し責任をもつ

者でない等)

第4－1図 救命救急センター長の要件の評価項目点数における施設数

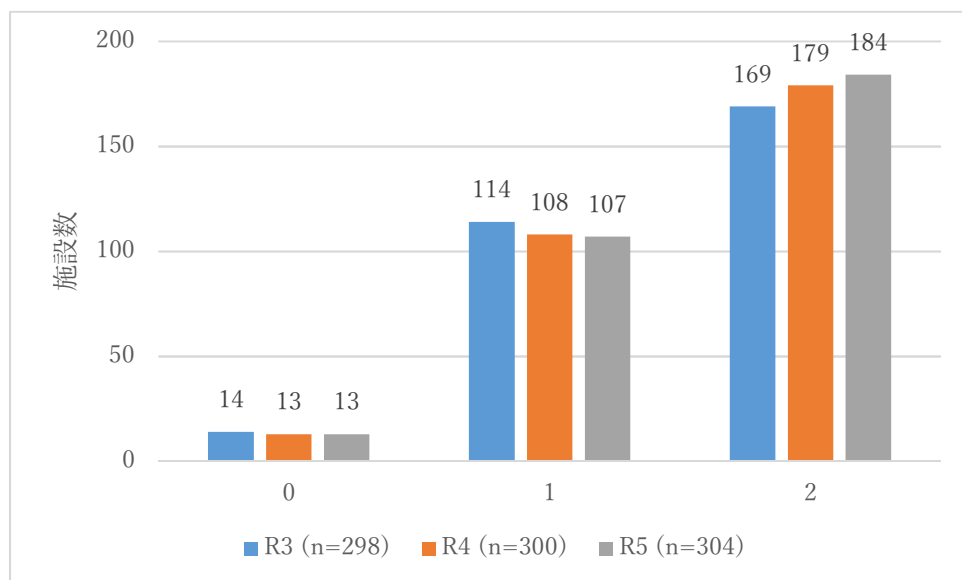


第4－2図 救命救急センター長の要件の評価項目点数における割合



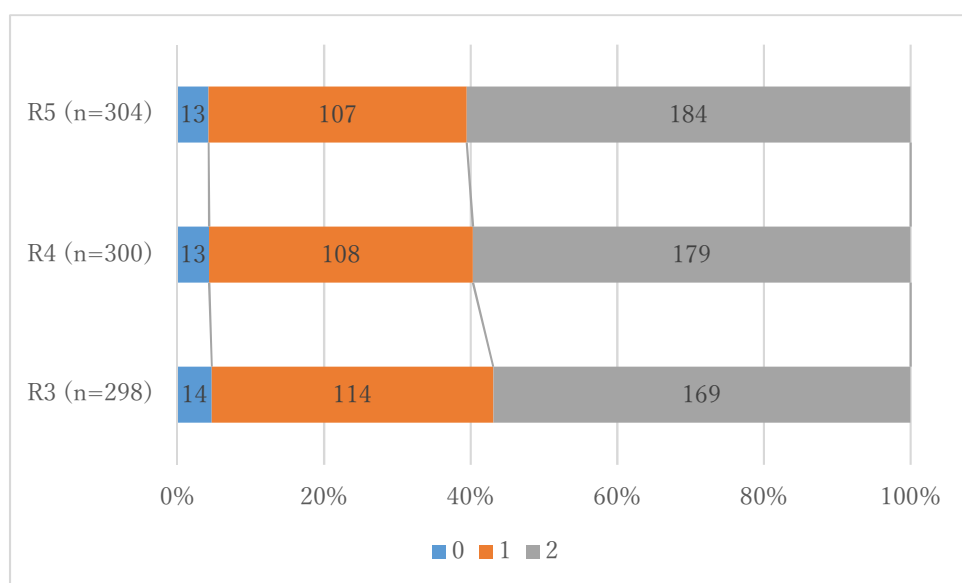
水準	度数	割合
0	13	0.04
1	107	0.35
2	184	0.61
合計	304	1.00

第4－3図 救命救急センター長の要件の評価項目点数毎の施設数の比較（令和3年から令和5年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 4-4 図 救命救急センター長の要件の評価項目点数の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

5. 転院及び転棟の調整を行う者の配置

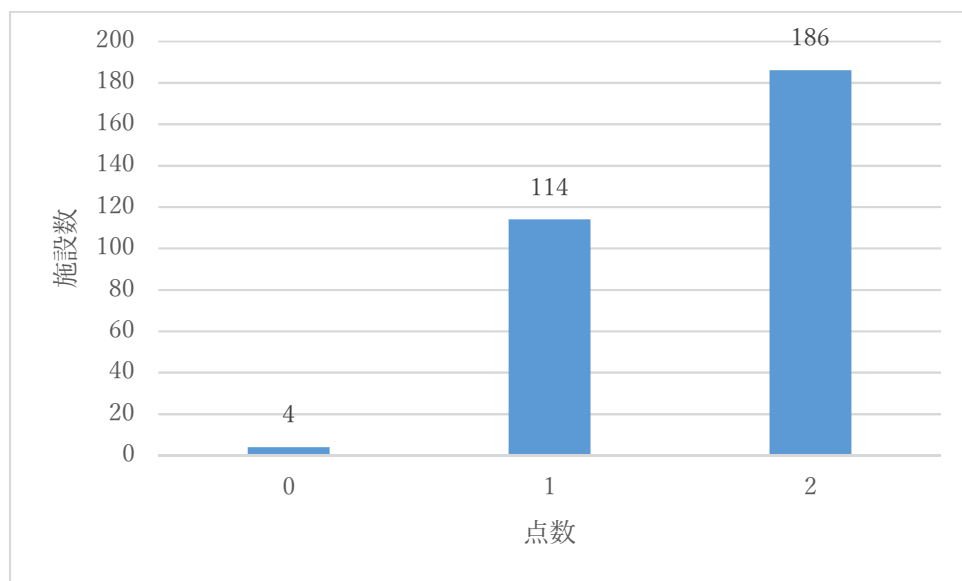
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○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節を行うことができる者を含む。

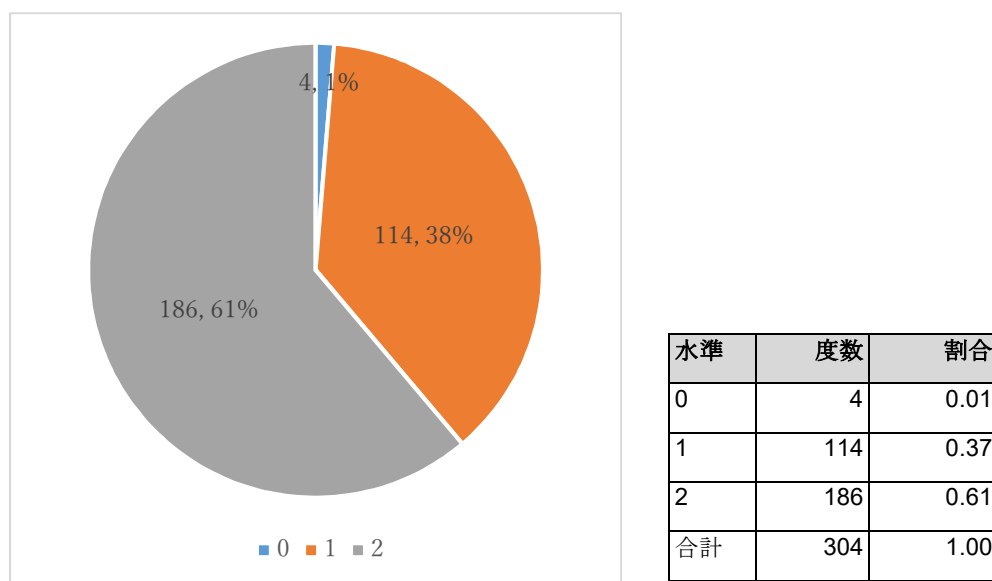
※ 「常時勤務している」とは、複数の者が交替で救命救急センターに常時勤務している場合も含む。

- 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

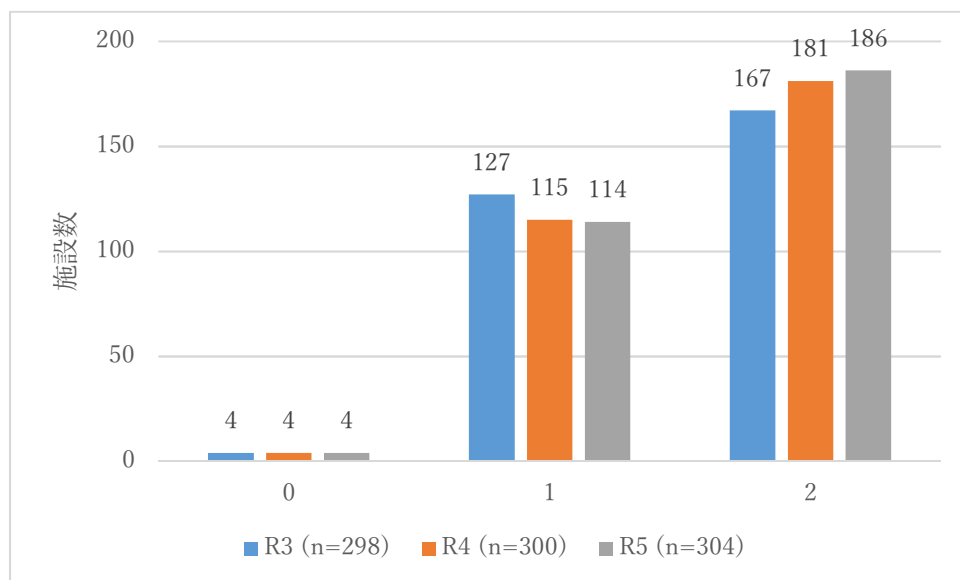
第5－1図 転院・転棟の調整を行う者の配置の評価項目点数における施設数



第5－1図 転院・転棟の調整を行う者の配置の評価項目点数における割合

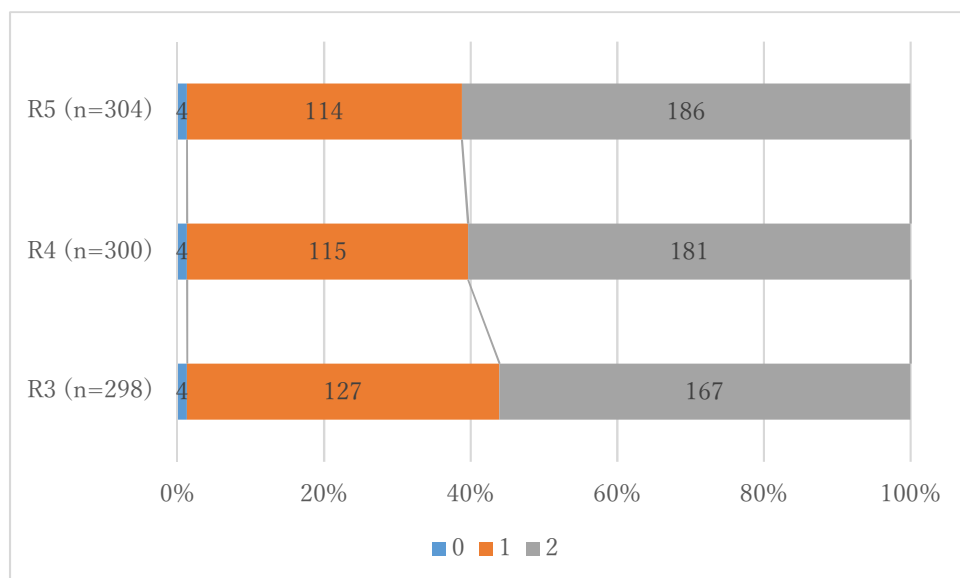


第5－3図 転院・転棟の調整を行う者の配置の評価項目点数毎の施設数の比較（令和3年から令和5年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 5—4 図 転院・転棟の調整を行う者の配置の評価項目点数の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

6. 診療データの登録制度への参加と自己評価

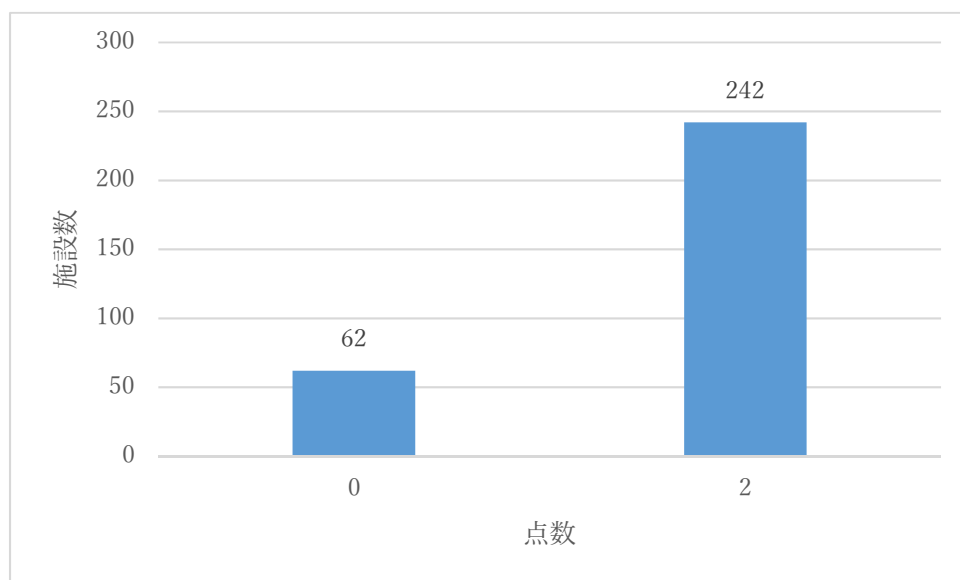
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○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。

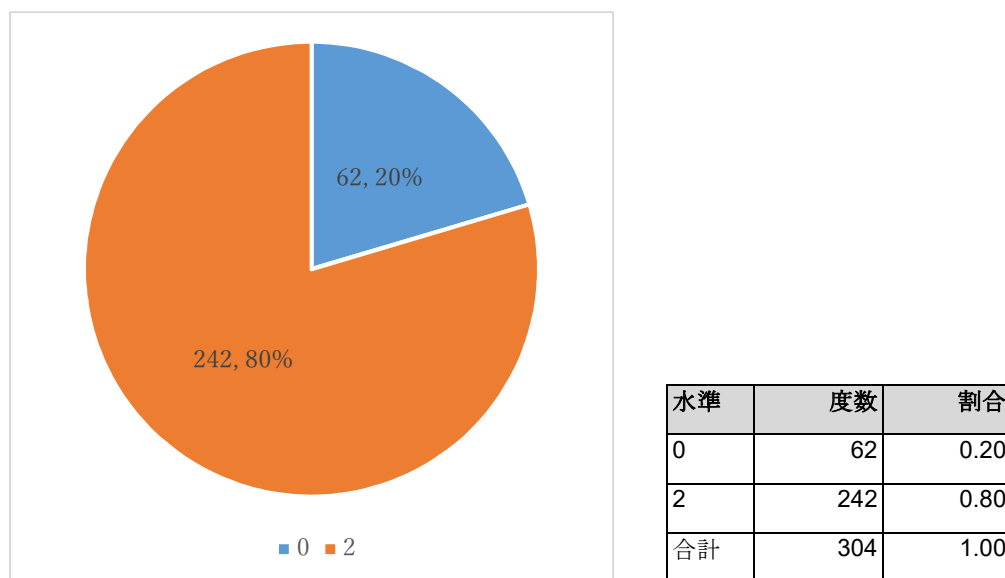
2: 救命救急医療に関わる疾病別の診療データの登録制度へ参加し、自己評価を行っている

0: 上記の基準を満たさない

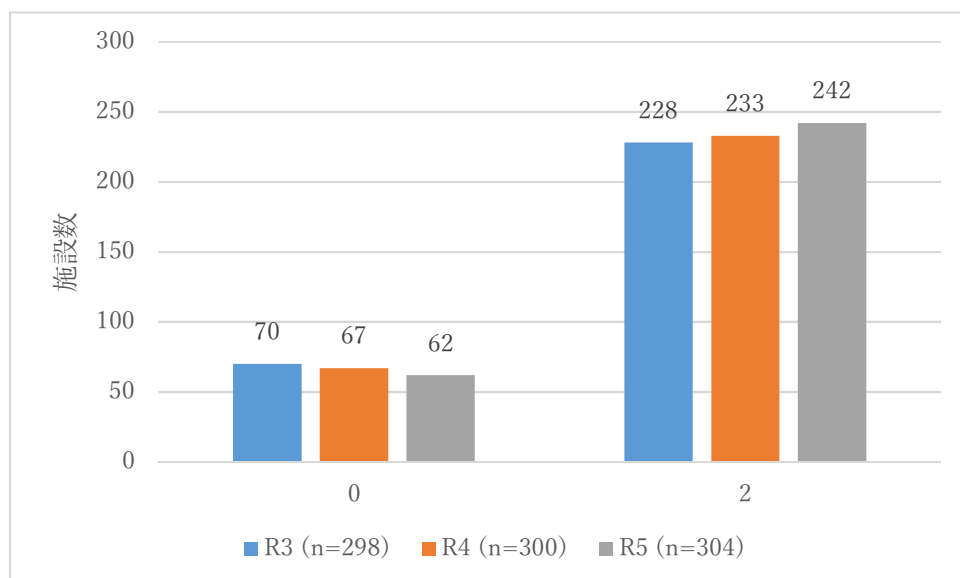
第 6－1 図 診療データの登録制度への参加と自己評価の評価項目点数における施設数



第 6－2 図 診療データの登録制度への参加と自己評価の評価項目点数における割合

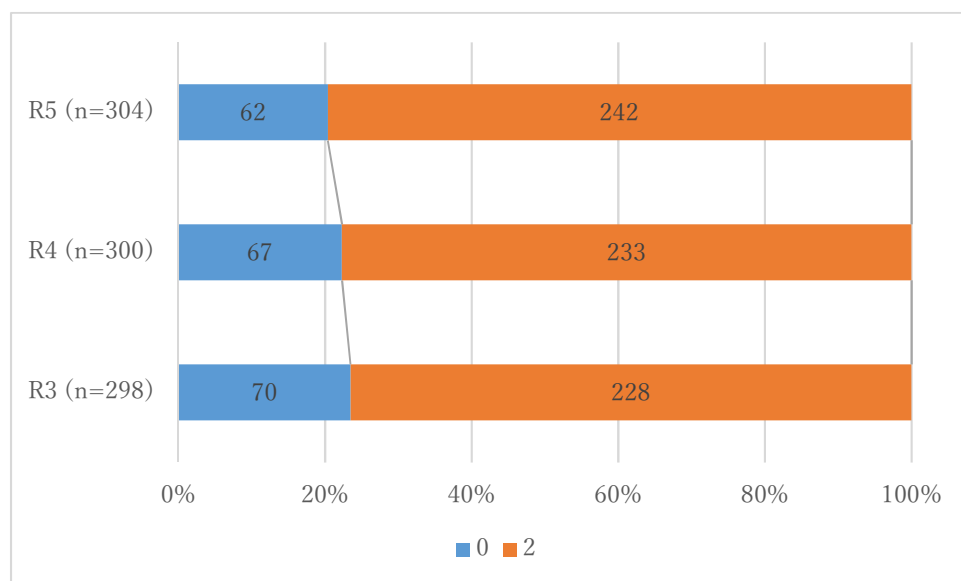


第 6－3 図 診療データの登録制度への参加と自己評価の評価項目点数毎の施設数の比較 (令和 3 年から令和 5 年)



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 6－4 図 診療データの登録制度への参加と自己評価の評価項目点数の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）

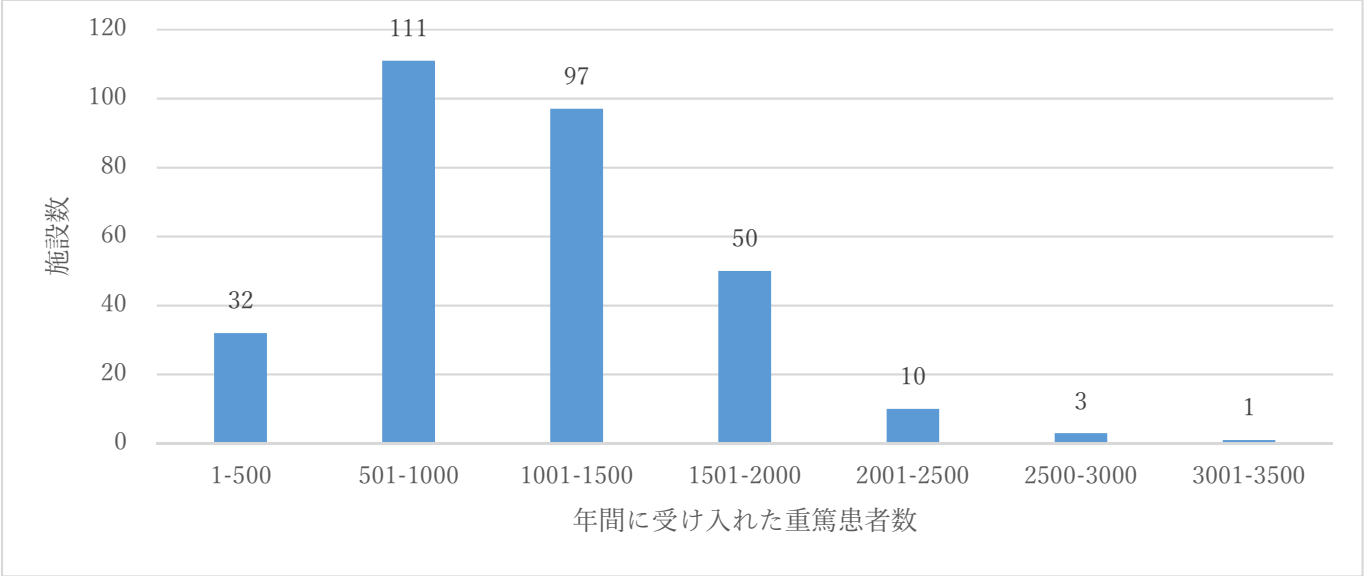


※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

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



・ 年間に受け入れた重篤患者数：最低人数 152 人 最高人数 3092 人 平均値 1098 人 中央値 1021 人

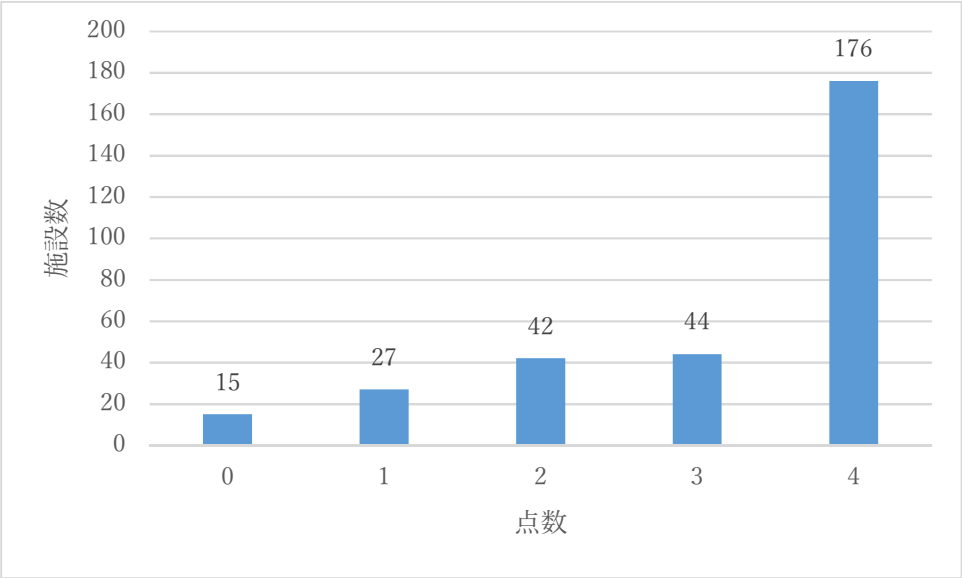
第 7.1－2 表 年間に受け入れた重篤患者数の多い施設（多い 30 施設）

	施設名	数		施設名	数		施設名	数
1	徳州会湘南鎌倉総合病院	3092	11	愛媛県立中央病院	2130	21	藤沢市民病院	1932
2	前橋赤十字病院	2872	12	沖縄県立中部病院	2050	22	岐阜県総合医療センター	1929
3	済生会熊本病院	2807	13	愛媛県立中央病院	2049	23	聖マリア病院	1914
4	自治医科大学附属さいたま医療センター	2736	14	京都医療センター	2008	24	医療法人鉄蕉会亀田総合病院	1905
5	熊本赤十字病院	2471	15	高崎総合医療センター	1991	25	日本医科大学付属病院	1895
6	静岡県立病院機構静岡県立総合病院	2468	16	半田市立半田病院	1952	26	春日井市民病院	1882
7	神戸市立医療センター中央市民病院	2444	17	海老名総合病院	1950	27	飯塚病院	1876
8	東海大学医学部付属病院	2323	18	医療法人徳洲会宇治徳洲会病院	1941	28	聖マリアンナ医科大学病院	1844
9	さいたま赤十字病院	2260	19	済生会宇都宮病院	1940	29	和歌山県立医科大学附属病院	1843
10	船橋市立医療センター	2186	20	昭和大学病院	1935	30	北里大学病院	1821

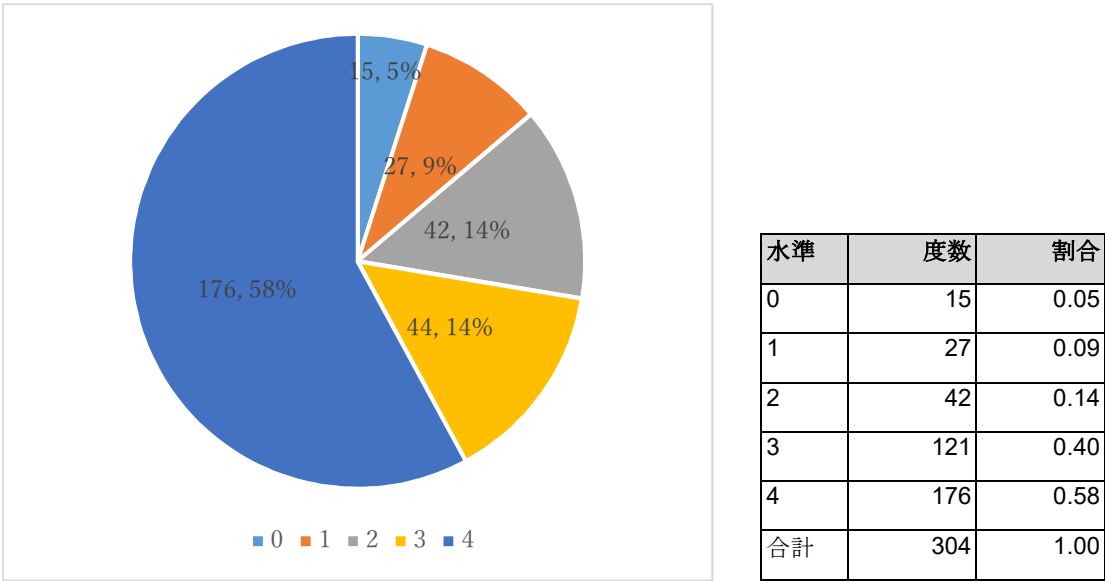
第 7.1－3 図 年間に受け入れた重篤患者数の評価項目点数における施設数

- 評価項目の定義等：
所管人口 10 万人あたり
4: 250 人以上

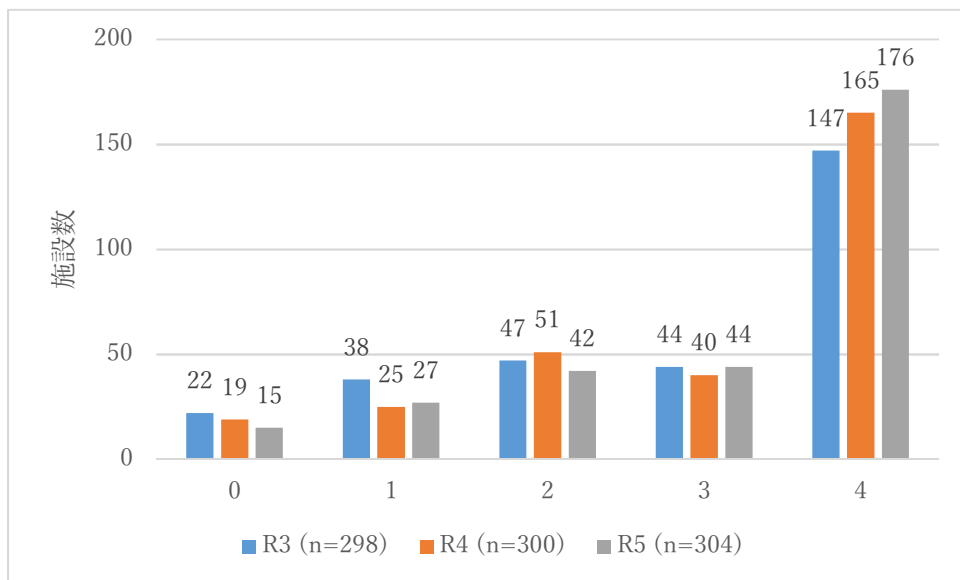
- 3: 200 人以上
- 2: 150 人以上
- 1: 100 人以上
- 0: 100 人未満



第 7.1－4 図 年間に受け入れた重篤患者数の評価項目点数における割合

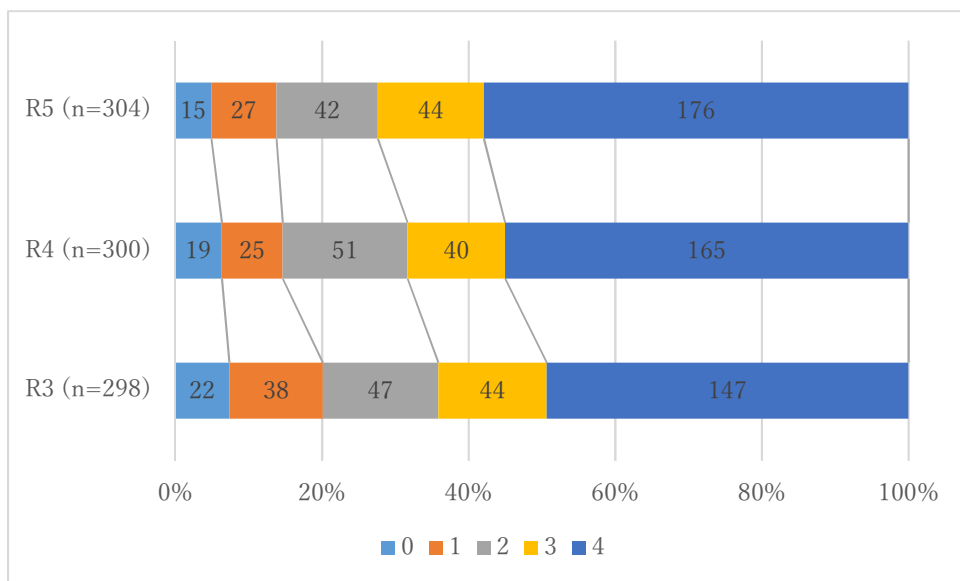


第 7.1－5 図 年間に受け入れた重篤患者数の評価項目点数毎の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 7.1－6 図 年間に受け入れた重篤患者数の評価項目点数の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

- ・ 年間の受入重篤患者数は増加傾向にある。

（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 (転帰を含む) (人)	死亡 (人)
1	病院外心停止	病院への搬送中に自己心拍が再開した患者及び外来で死亡を確認した患者を含む。			
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	重症肺炎、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

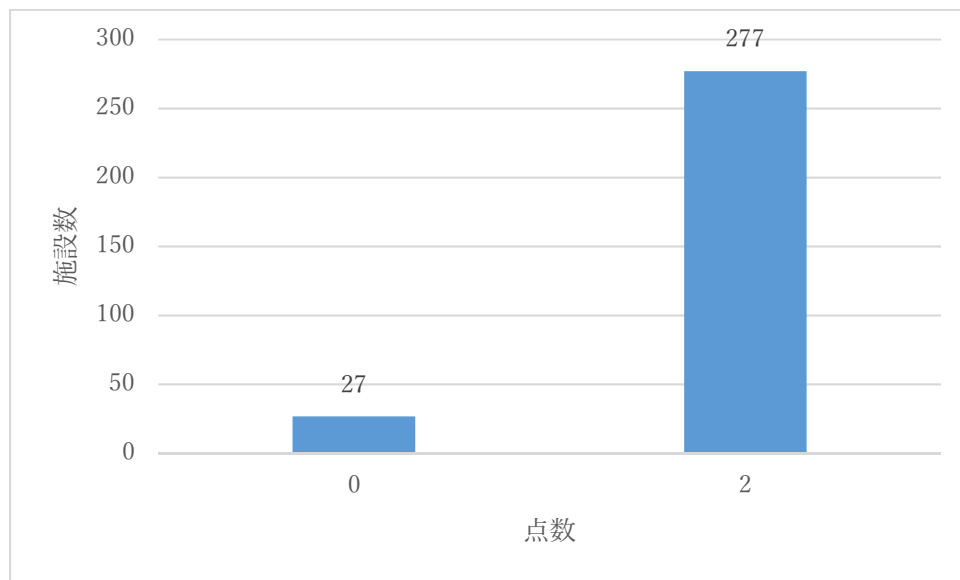
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○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。

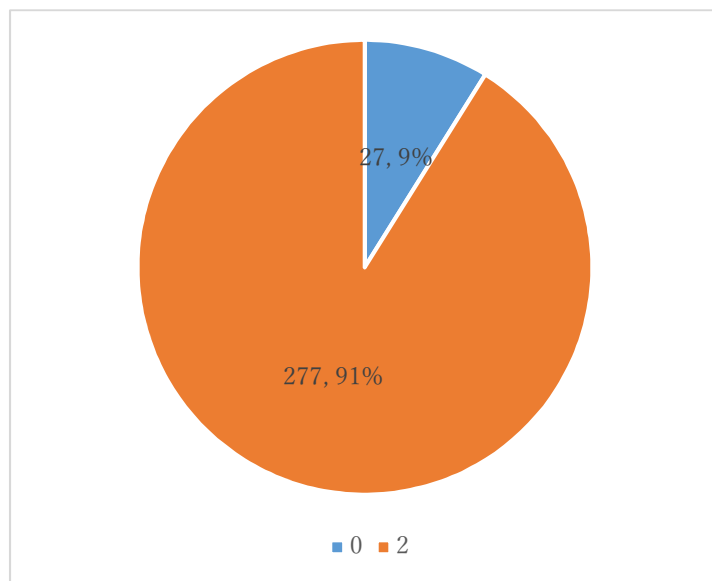
2: 地域貢献度（地域内の重篤患者を診察している割合＝所管地域人口当たり当該施設に搬送された重篤患者数/全国総人口当たり全国重篤患者数）が 0.5 以上

0: 上記の基準を満たさない

第 7.2－1 図 地域貢献度の評価項目点数における施設数

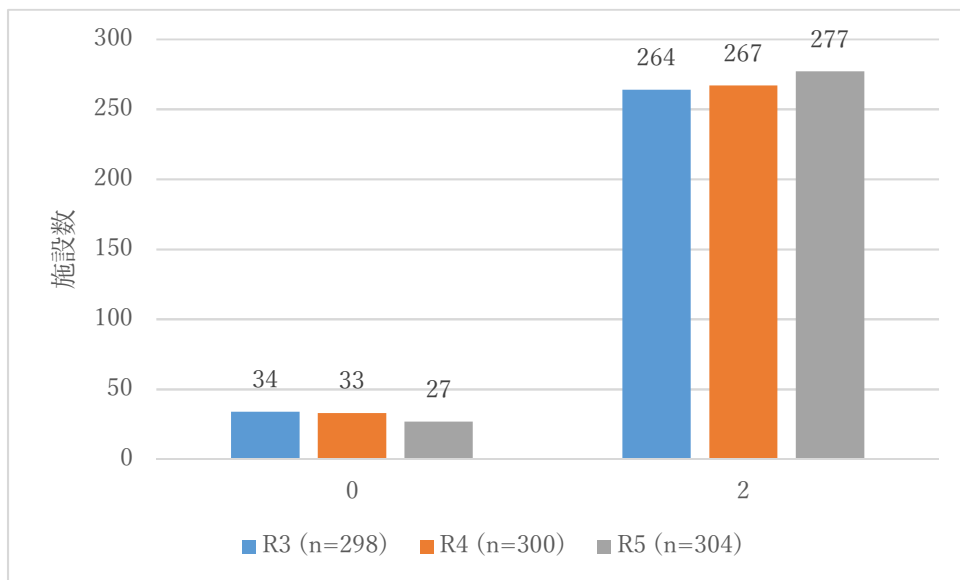


第 7.2－2 図 地域貢献度の評価項目点数における割合



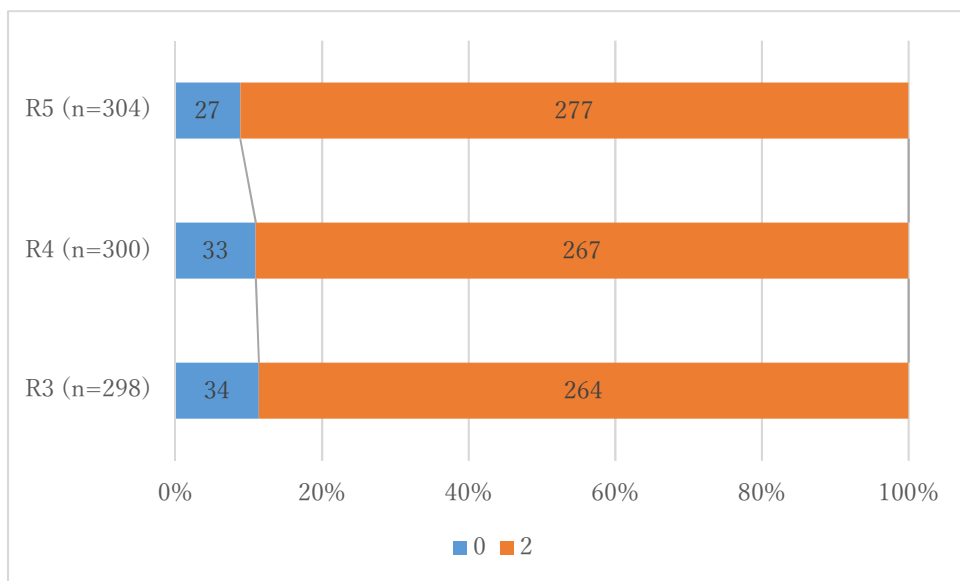
水準	度数	割合
0	27	0.09
2	277	0.91
合計	304	1.00

第 7.2－3 図 地域貢献度の評価項目点数毎の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 7.2-4 図 地域貢献度の評価項目点数の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

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

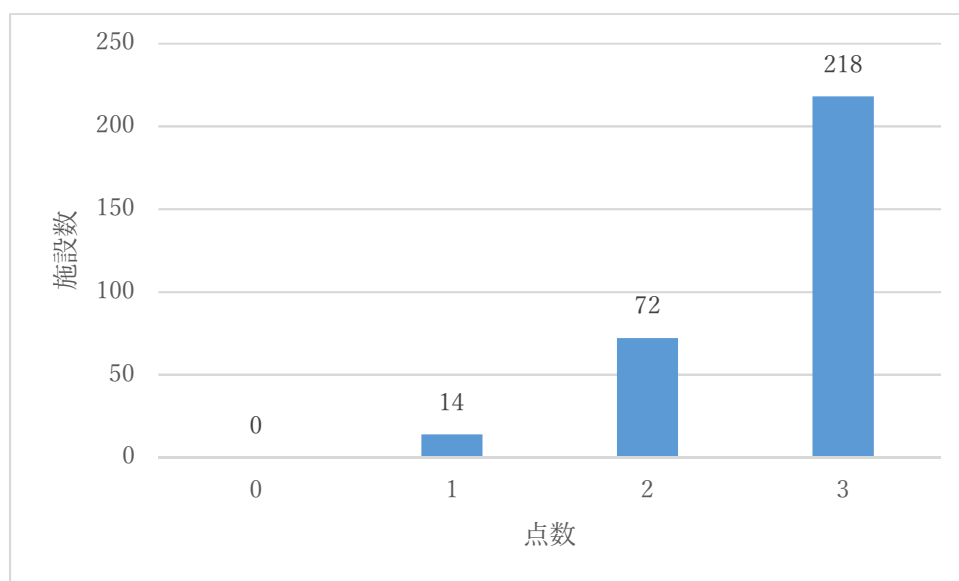
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○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。

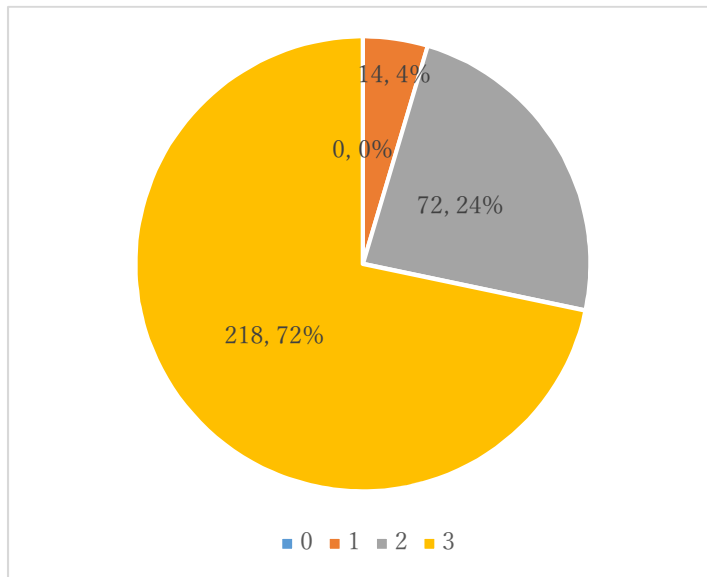
なお、「院外に公表」とは、病院のホームページなどに掲載し、住民等が閲覧できるようにしていることをいう。調査対象年の期間以前の情報のみ院外に公表しており、かつ調査対象年の情報の更新予定時期が決定している場合は、その時期を記載すること。

- 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の評価項目点数における施設数

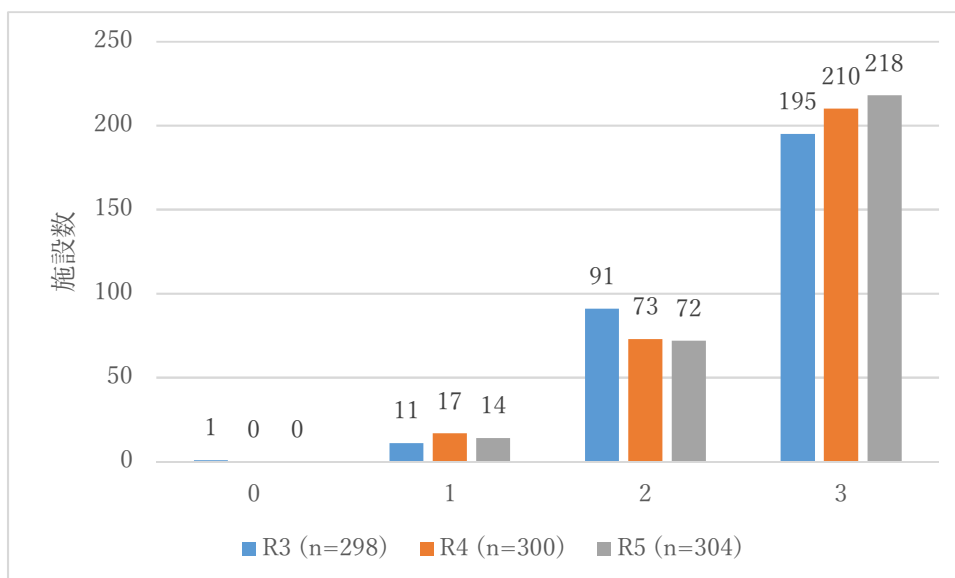


第8-2図 救命救急センターに対する消防機関からの搬送受入要請への対応状況の記録及び改善への取組の評価項目点数における割合



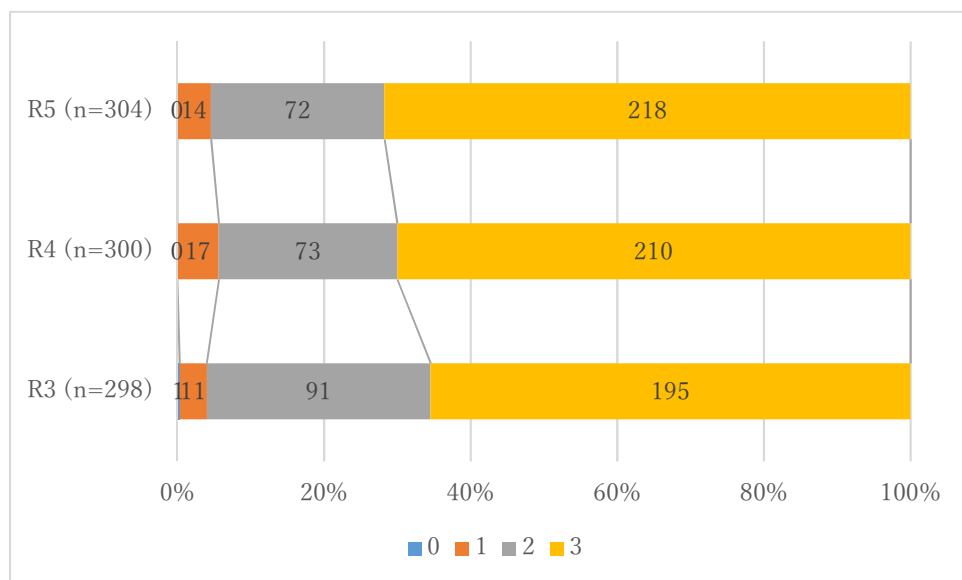
水準	度数	割合
0	0	0.00
1	14	0.05
2	72	0.24
3	218	0.82
合計	304	1.00

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の評価項目点数毎の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 8-4 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の評価項目点数の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

9. 救急外来のトリアージ機能

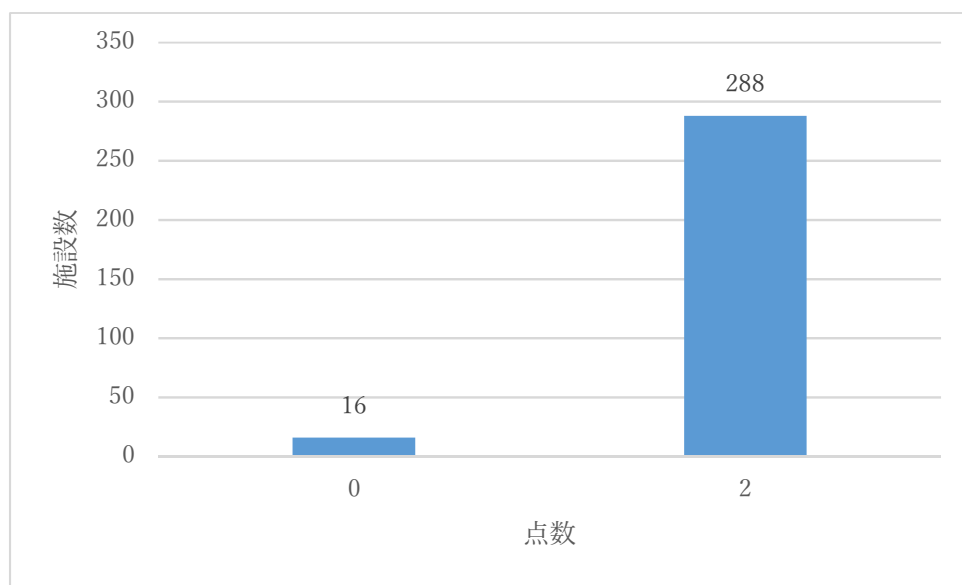
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○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。

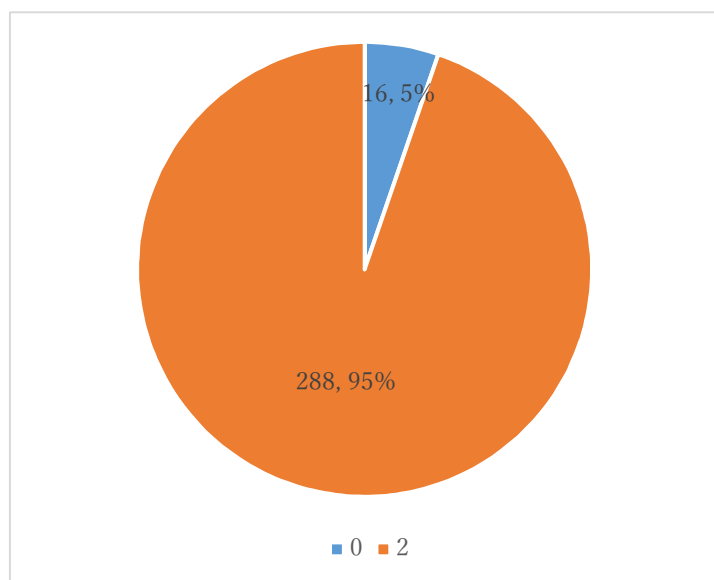
2: 医療機関で事前に定められたトリアージ基準に基づき、救急外来にトリアージを行う看護師又は医師が配置されている

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の評価項目点数における施設数

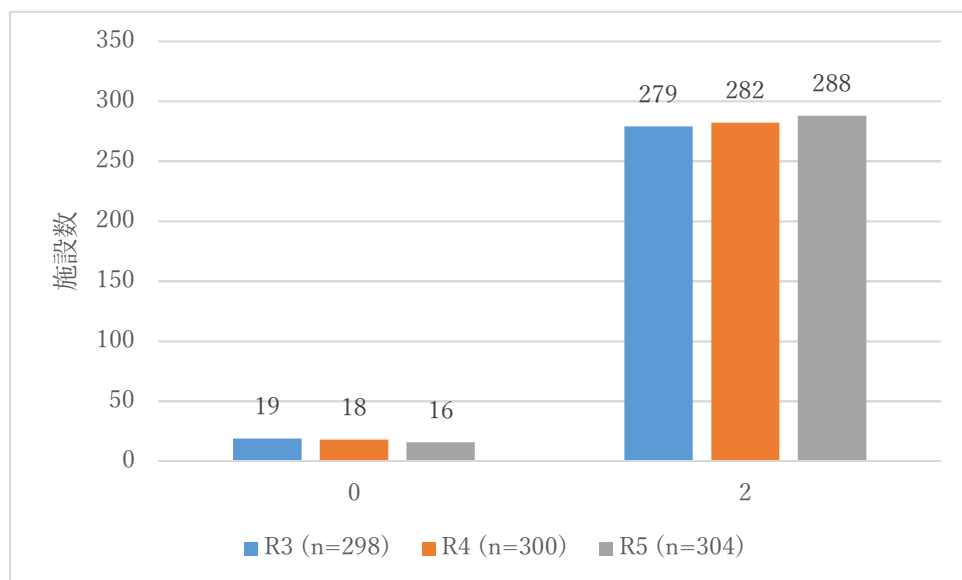


第9-2図 救急外来のトリアージ機能の評価項目点数における割合



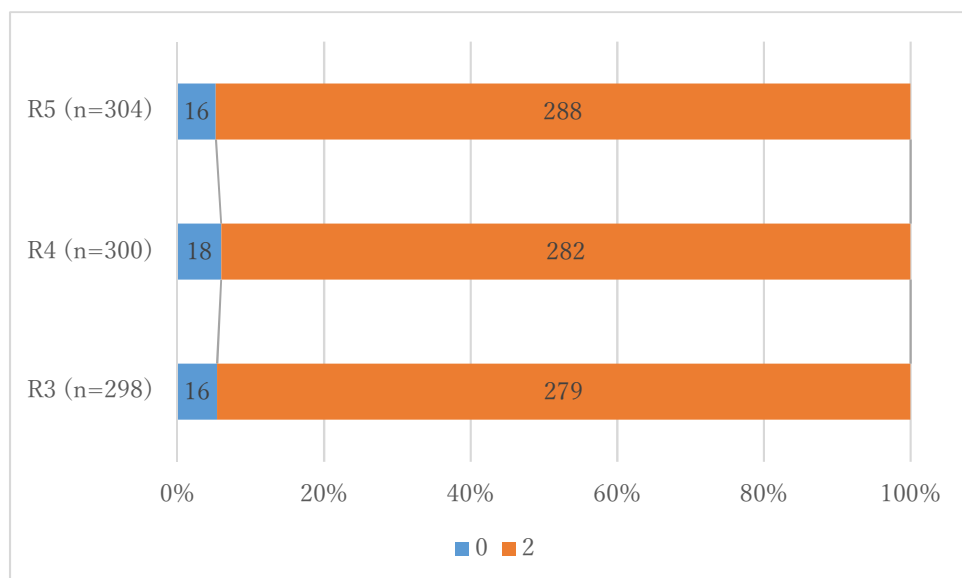
水準	度数	割合
0	18	0.06
2	282	0.94
合計	304	1.00

第9-3図 救急外来のトリアージ機能の評価項目点数毎の施設数の比較（令和3年から令和5年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 9-4 図 救急外来のトリアージ機能の評価項目点数の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

10. 電子的診療台帳の整備等

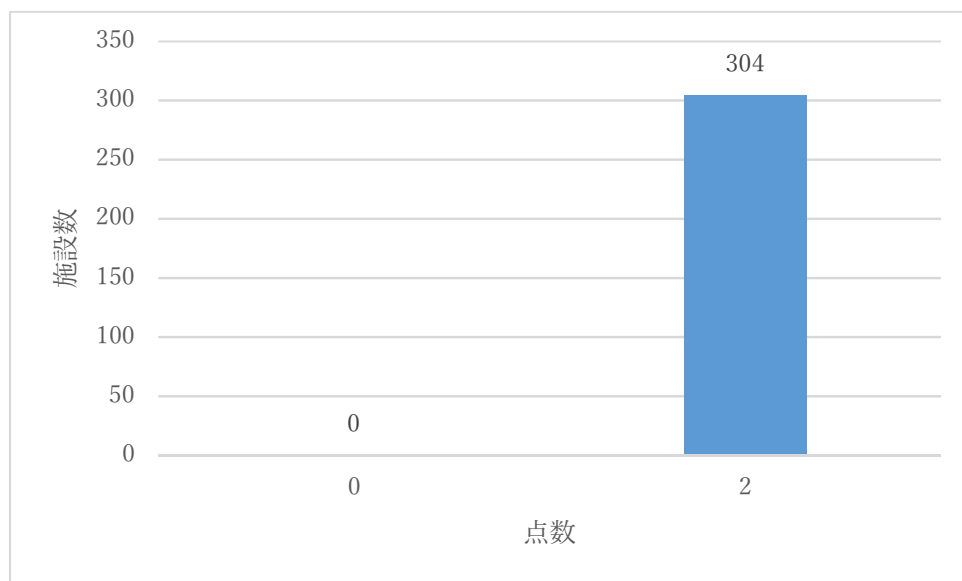
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○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。

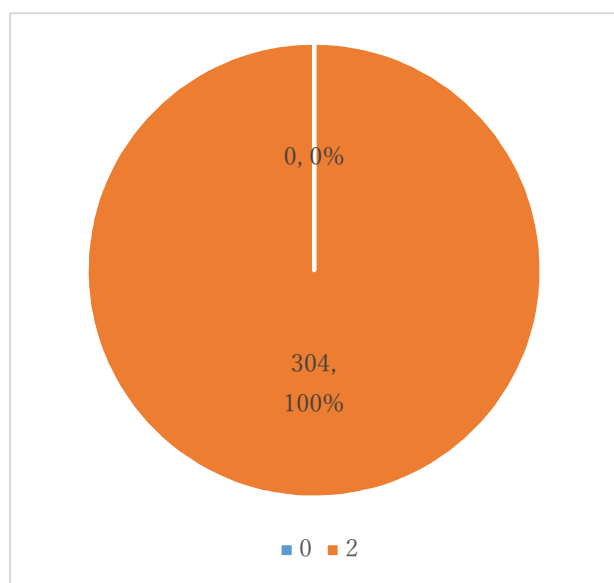
2: 救命救急センターで診療を行った患者の診療台帳を電子化し、その台帳を適切に管理する者を定めている

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の評価項目点数における施設数

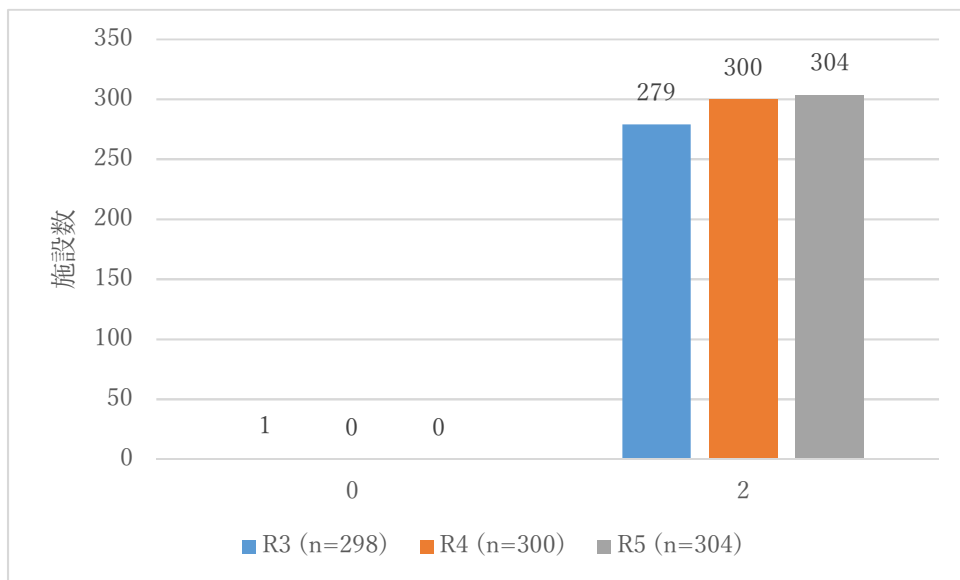


第 10－2 図 電子的診療台帳の整備等の評価項目点数における割合



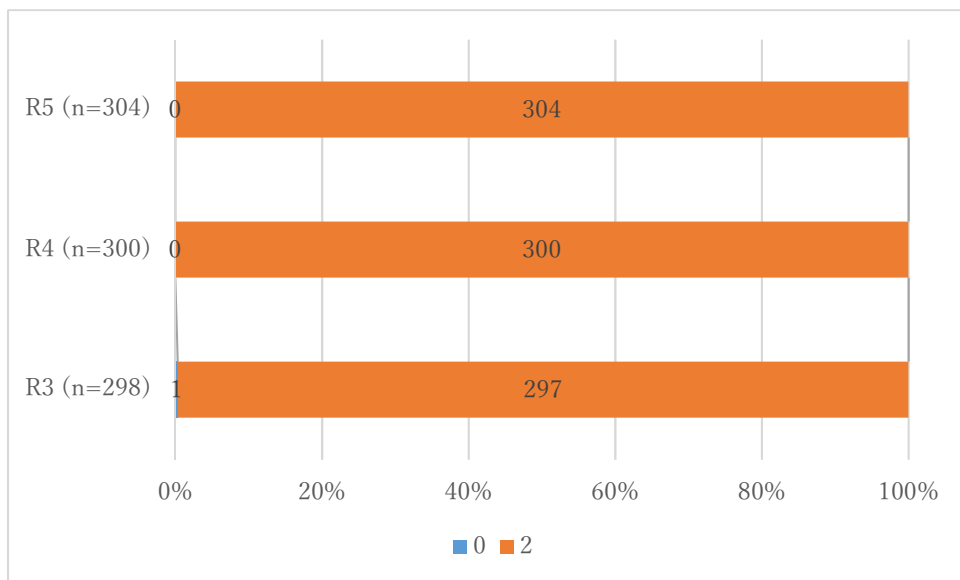
水準	度数	割合
0	0	0.00
2	304	1.00
合計	304	1.00

第 10－3 図 電子的診療台帳の整備等の評価項目点数毎の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 10－4 図 電子的診療台帳の整備等の評価項目点数の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

- ・ 2 年連続で全施設が評価基準を満たした。

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

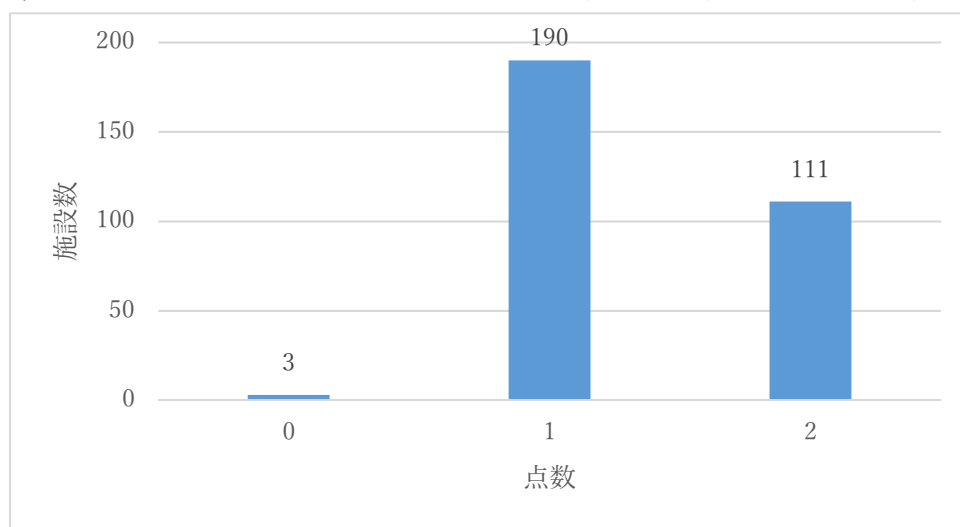
かを問わない。「迅速に診療できる体制」とは、循環器科においては緊急心カテーテル検査、脳神経科においてはt-PAの投与、血管内カテーテル手技及び緊急を要する脳神経手術及び消化器科においては消化管出血に対する内視鏡的止血術ができる体制をいう。

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

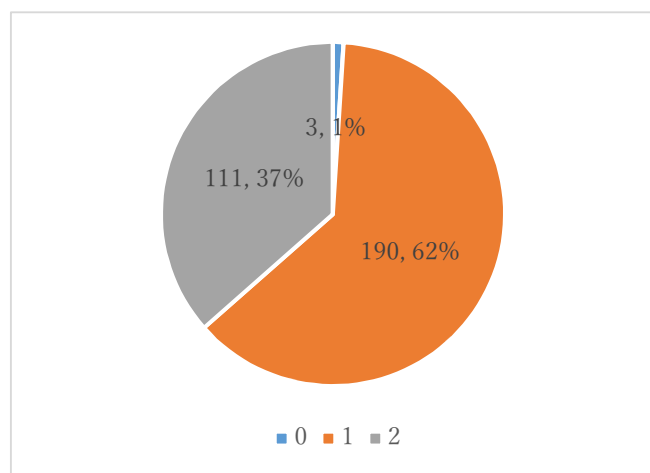
1: 循環器科、脳神経科及び消化器科において夜間・休日の院外オンコール体制が整備されていることにより、循環器疾患、脳神経疾患又は消化管出血を疑う患者が搬送された時に、救急外来から診療を依頼された診療科において迅速に診療できる体制になっている

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の評価項目点数における施設数

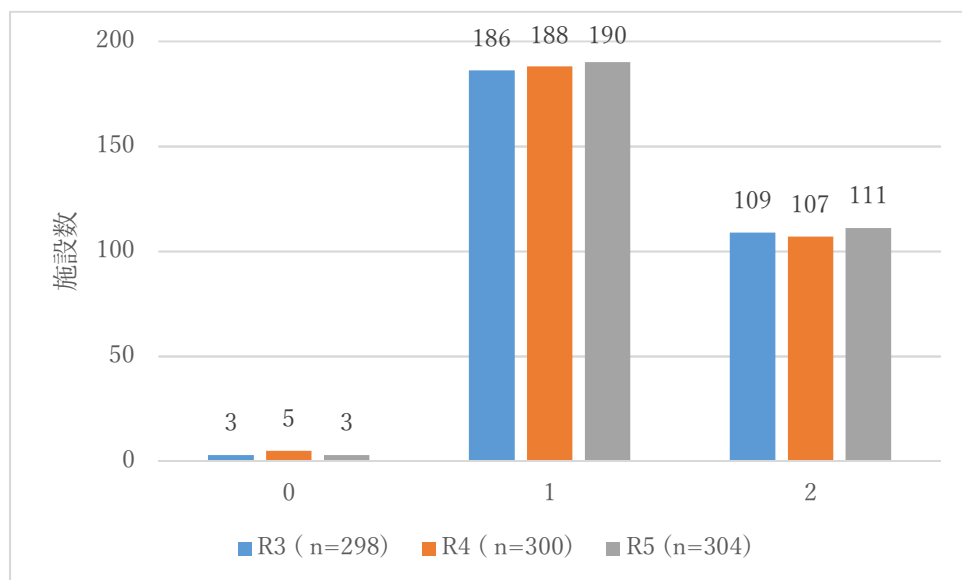


第11-2図 内因性疾患への診療体制の評価項目点数における割合



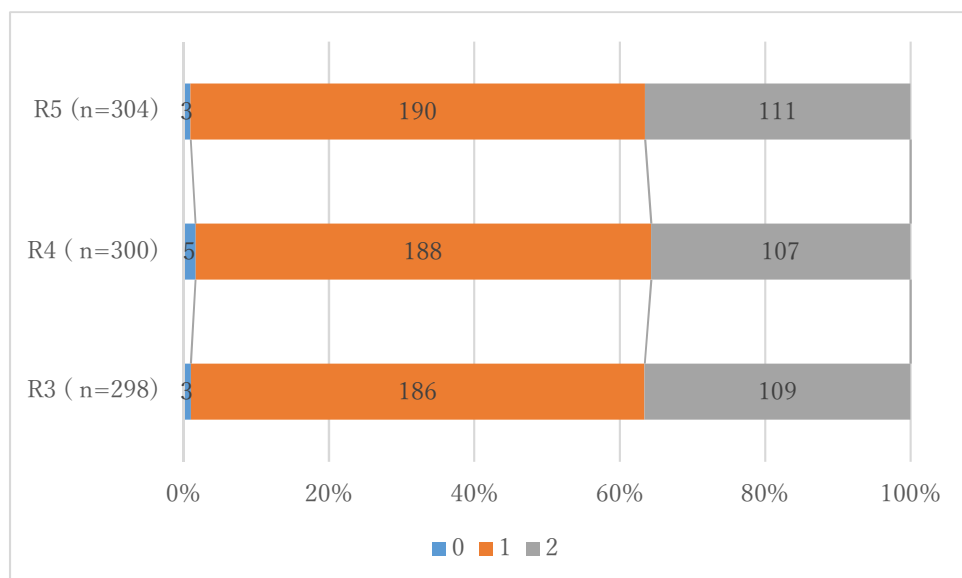
水準	度数	割合
0	3	0.01
1	190	0.63
2	111	0.36
合計	304	1.00

第11-3図 内因性疾患への診療体制の評価項目点数毎の施設数の比較（令和3年から令和5年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 11－4 図 内因性疾患への診療体制の評価項目点数の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

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。

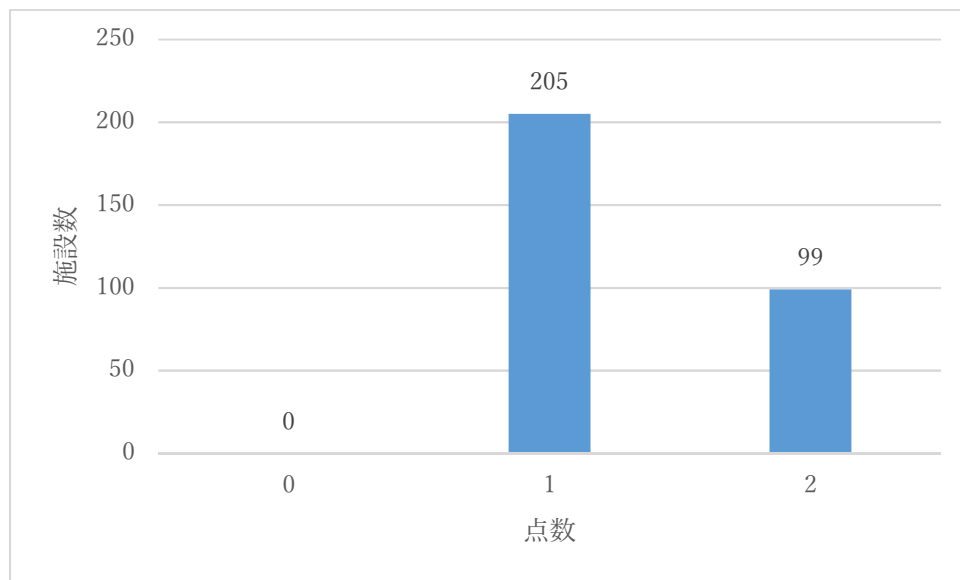
2: 一般外科、脳神経外科及び整形外科の全ての診療科の医師が院内に常時勤務していることにより、外傷を疑う患者が搬送された時に、1に該当する専従医師が診察を行い、救急外来から診療を依頼された診療

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

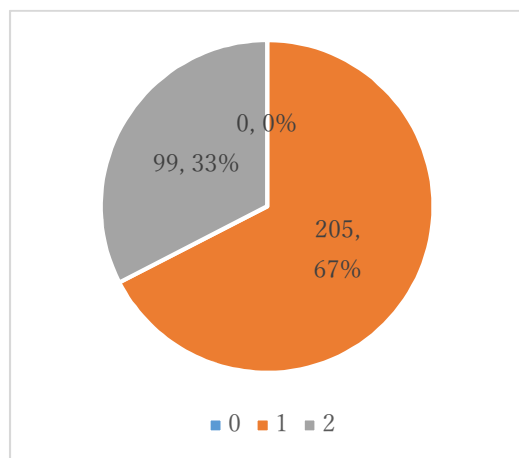
- 1: 一般外科、脳神経外科及び整形外科において夜間・休日の院外オンコール体制が整備されていることにより、外傷を疑う患者が搬送された時に、救急外来から診療を依頼された診療科が迅速に診療できる体制になっている

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の評価項目点数における施設数

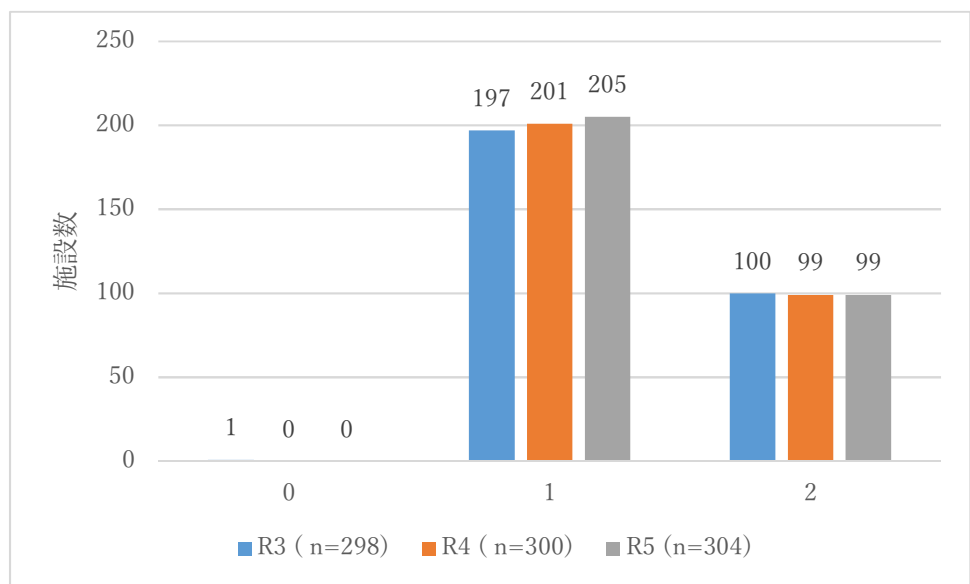


第12-2図 外因性疾患への診療体制の評価項目点数における割合



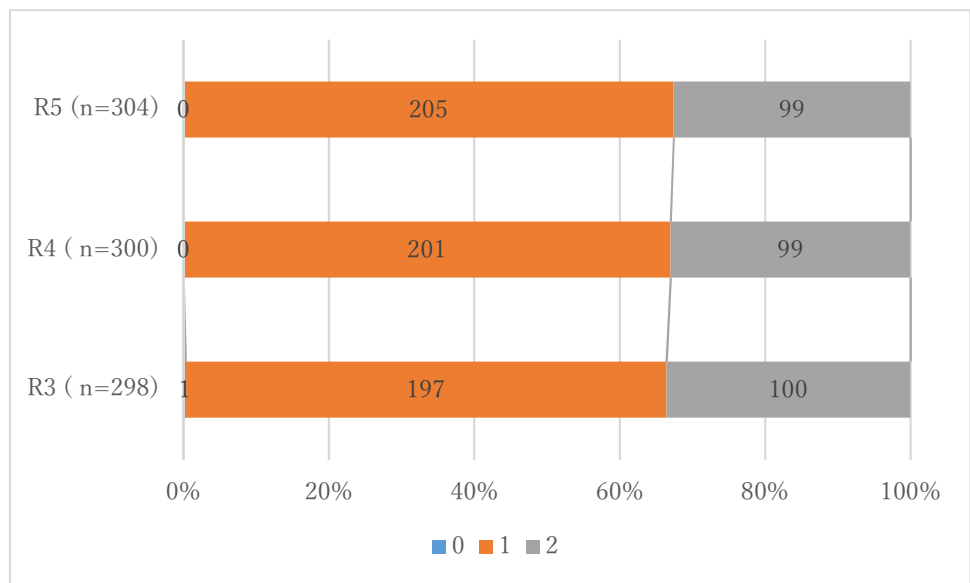
水準	度数	割合
0	0	0.00
1	205	0.67
2	99	0.33
合計	304	1.00

第12-3図 外因性疾患への診療体制の評価項目点数毎の施設数の比較（令和3年から令和5年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 12-4 図 外因性疾患への診療体制の評価項目点数の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

- ・ 施設内に一般外科、脳外科、整形外科のすべての医師が常駐している施設割合が年々減少している。

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

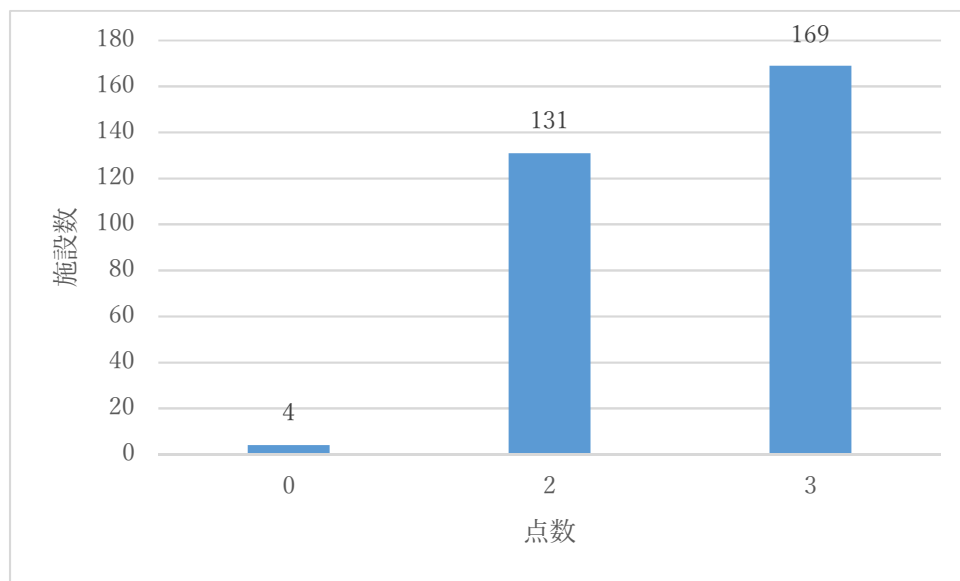
○評価項目の定義等：「カンファレンス等」とは、救命救急センターのカンファレンス又はチームミーティングをいう。「精神科医による診療体制」とは、精神科医が週 1 回程度はカンファレンス等に参加していることをいう。カンファレンス等への参加は、複数の精神科医が交替で参加している場合も含む。

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

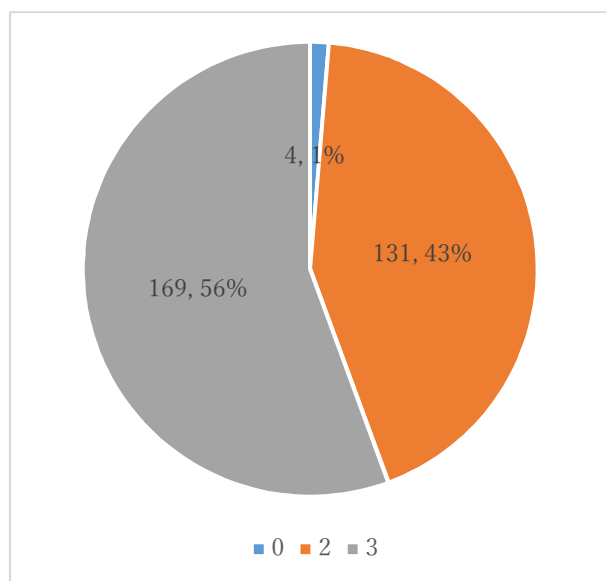
2: 精神的疾患を伴う患者が搬送された時に、院内の精神科医が常時直接診察するか、救命救急センターの医師が常時精神科医（近隣の精神科病院との連携も含む）に相談できる体制になっている

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の評価項目点数における施設数

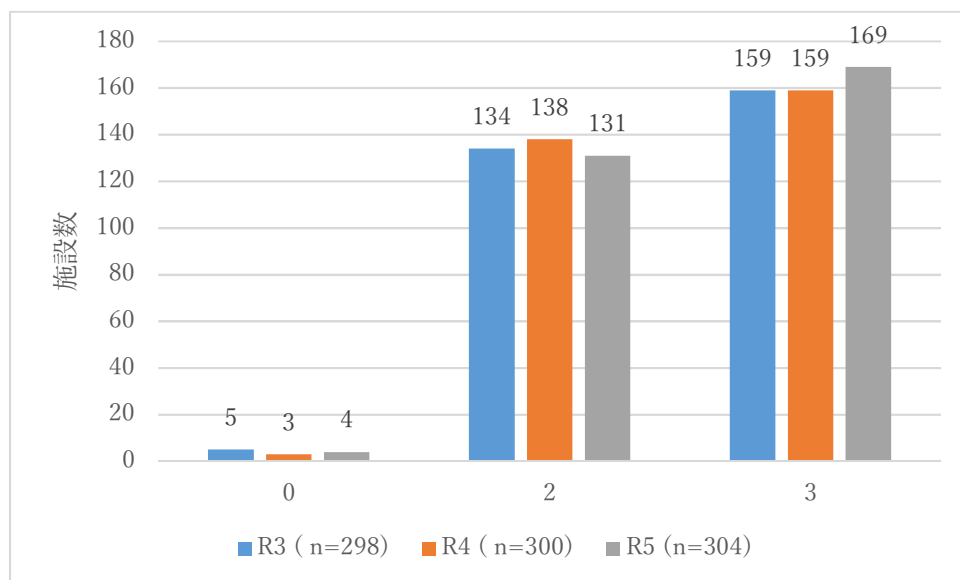


第13-2図 精神科医による診療体制の評価項目点数における割合



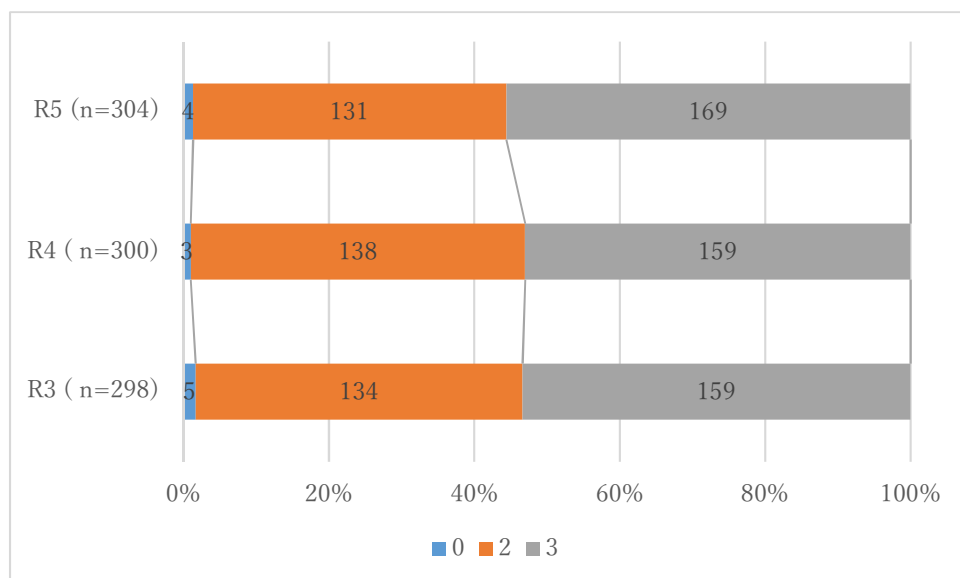
水準	度数	割合
0	4	0.01
2	131	0.43
3	169	0.56
合計	304	1.00

第13-3図 精神科医による診療体制の評価項目点数毎の施設数の比較（令和3年から令和5年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 13－4 図 精神科医による診療体制の評価項目点数の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和3年：298施設 令和4年：300施設 令和5年：304施設

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

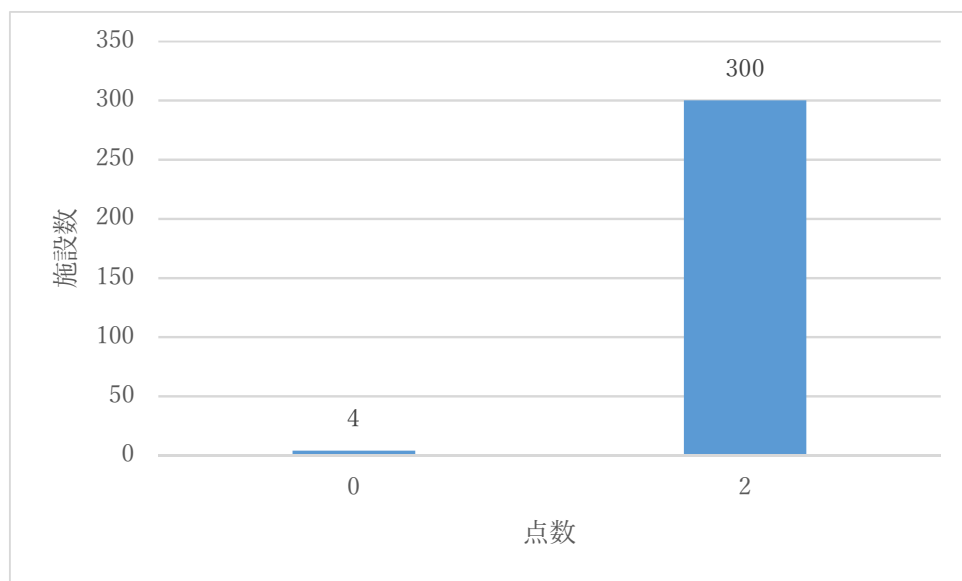
○評価項目の定義等：「小児（外）科医」は小児科医か小児外科医かを問わない。「常時相談できる体制」とは、オンコール体制等が整備されており、必要に応じて小児（外）科医の診療が可能な体制をいう。

「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。

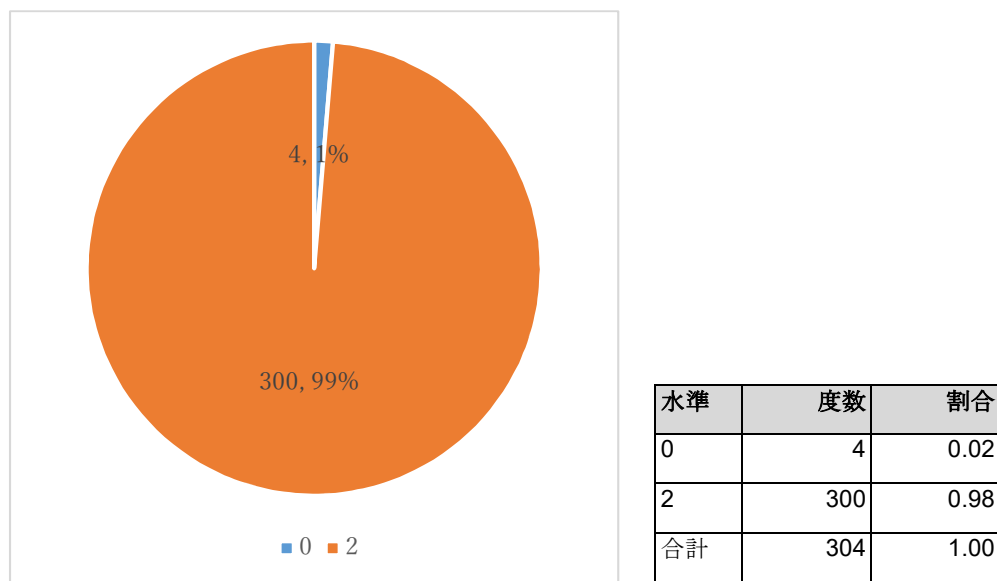
2: 小児患者（患児）が搬送された時に、院内の小児（外）科医が常時直接診察するか、救命救急センターの医師が小児（外）科医に常時相談できる体制になっているとともに、小児の救命救急医療に必要な機器等が整備されている

0: 上記の基準を満たさない

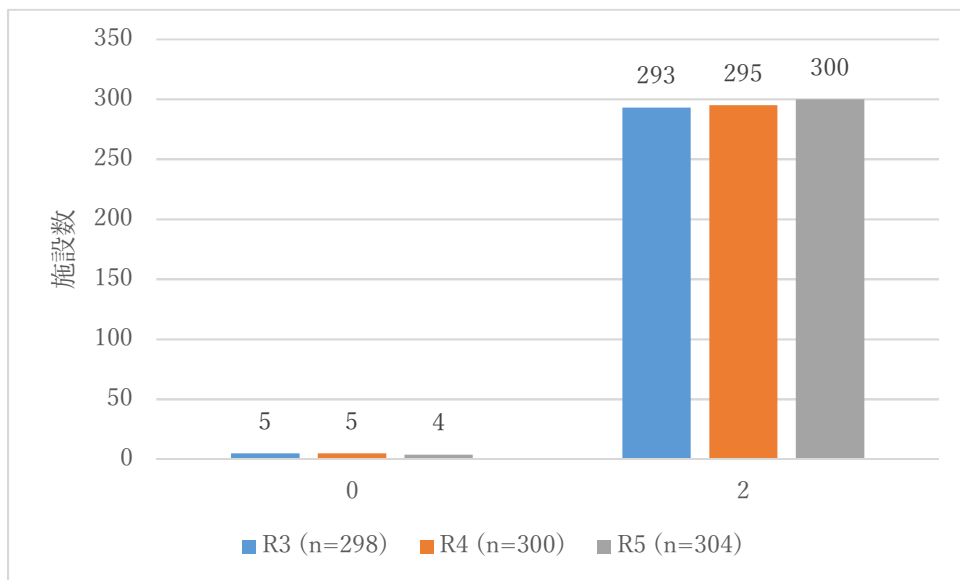
第 14－1 図 小児(外)科医による診療体制評価項目点数における施設数



第 14－2 図 小児(外)科医による診療体制の評価項目点数における割合

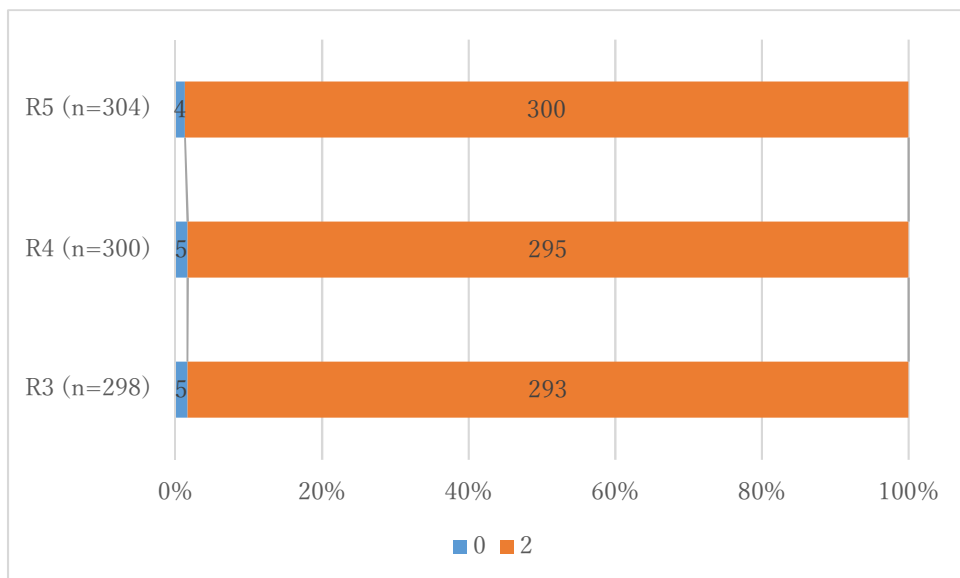


第 14－3 図 小児(外)科医による診療体制の評価項目点数毎の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 14－4 図 小児(外)科医による診療体制の評価項目点数の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）

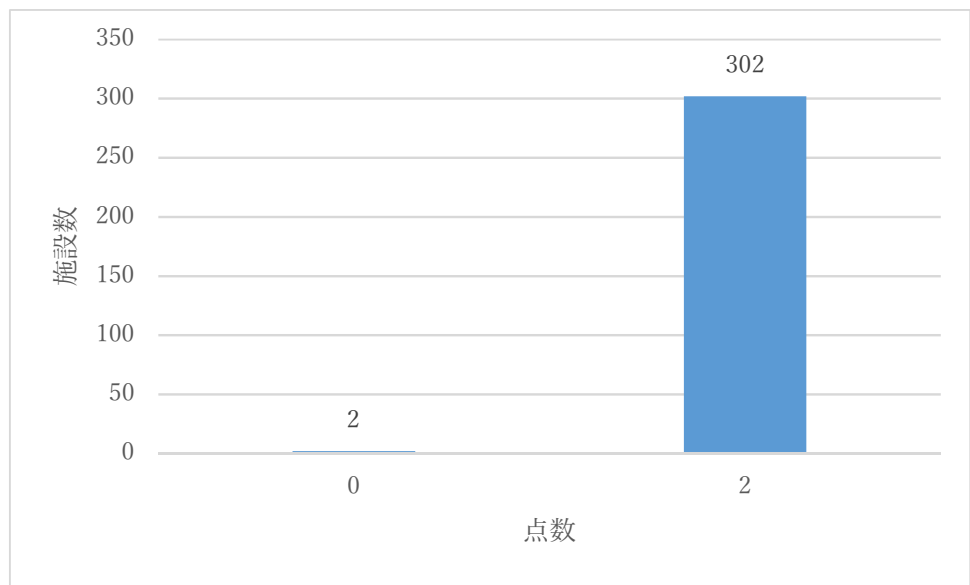


※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

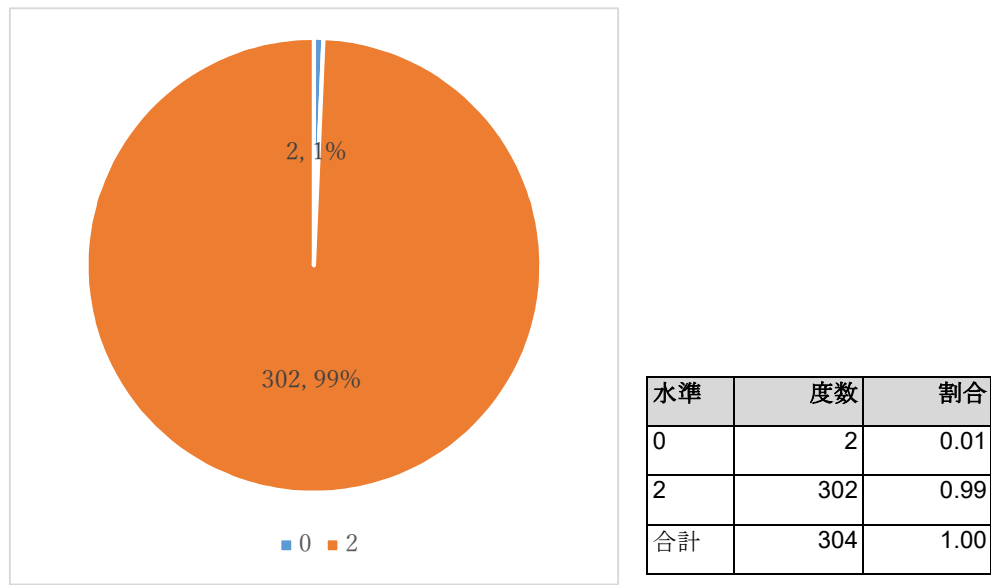
15.産（婦人）科医による診療体制

- 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

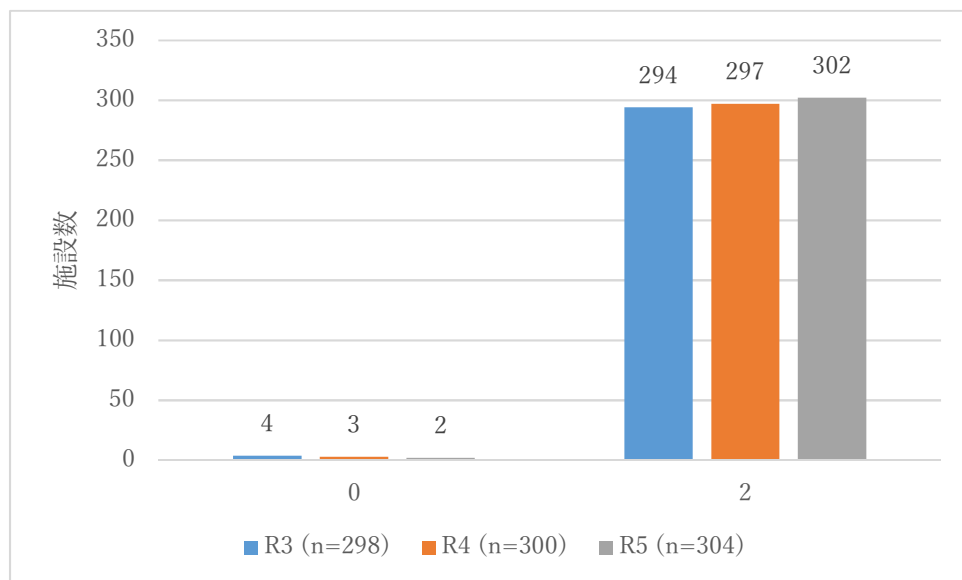
第 15－1 図 産（婦人）科医による診療体制の評価項目点数における施設数



第 15－2 図 産（婦人）科医による診療体制の評価項目点数における割合

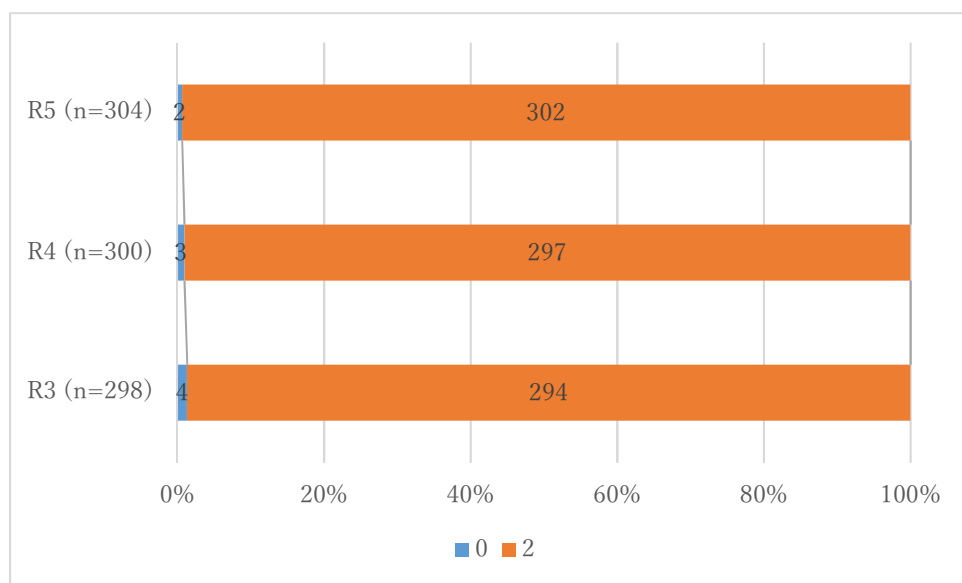


第 15－3 図 産(婦人)科医による診療体制の評価項目点数毎の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 15－4 図 産(婦人)科医による診療体制の評価項目点数の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）

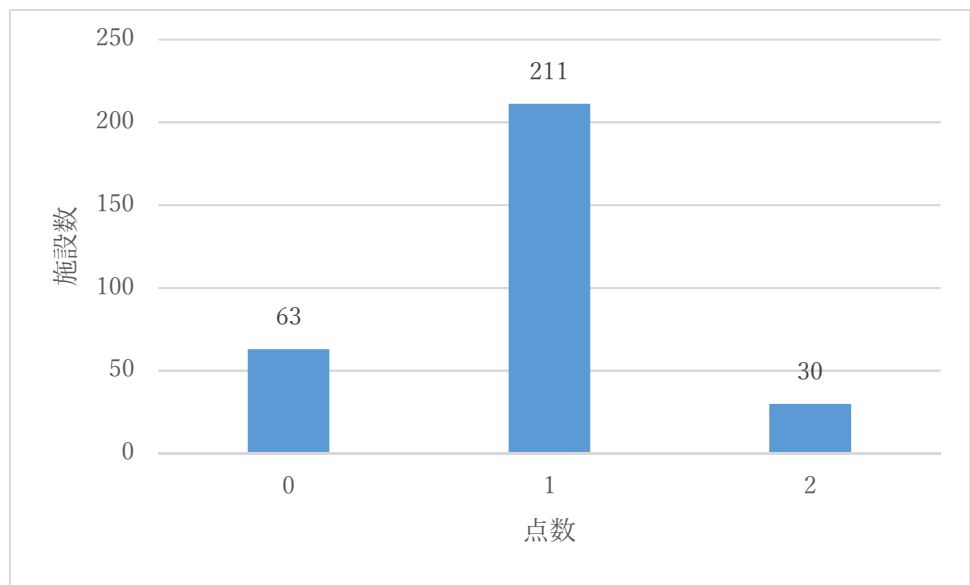


※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

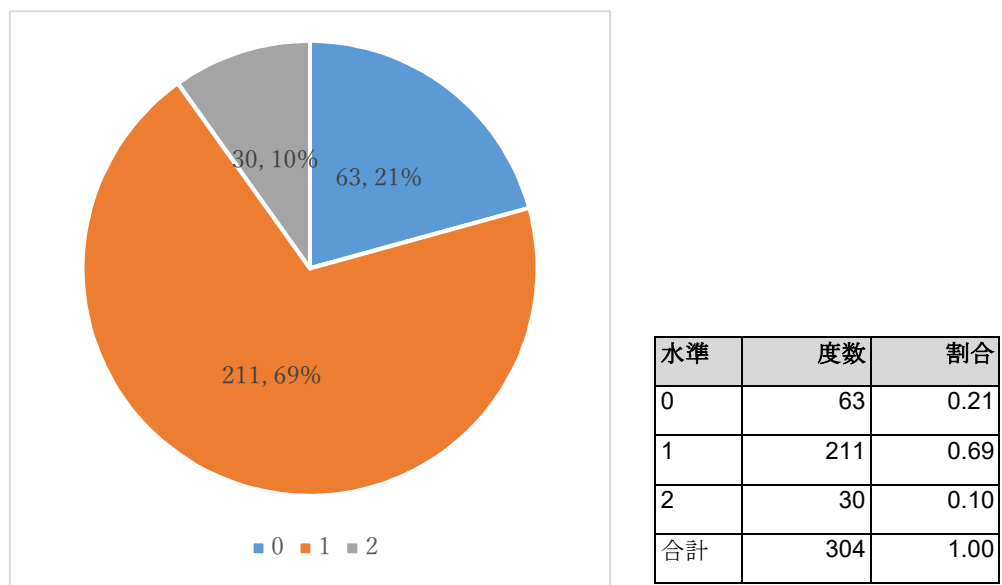
16. 医師事務作業補助者の有無

- 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

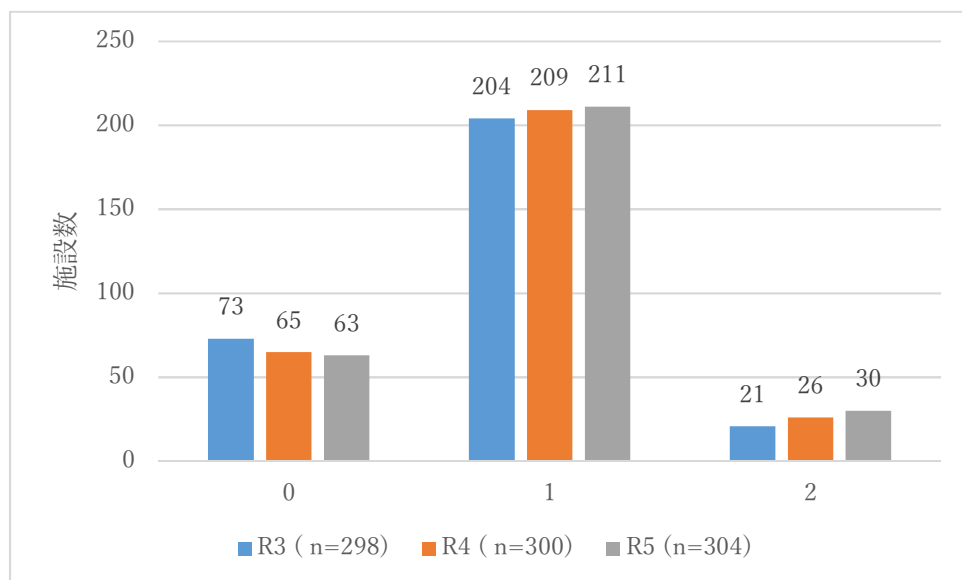
第 16－1 図 医師事務作業補助者の有無の評価項目点数における施設数



第 16－2 図 医師事務作業補助者の有無の評価項目点数における割合

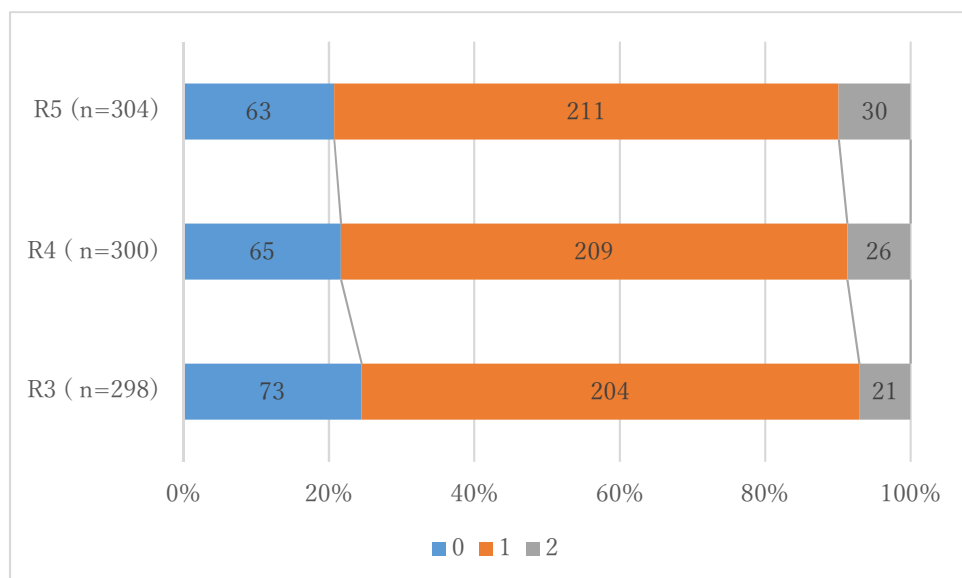


第 16－3 図 医師事務作業補助者の有無の評価項目点数毎の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 16－4 図 医師事務作業補助者の有無の評価項目点数の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

17. 薬剤師の配置

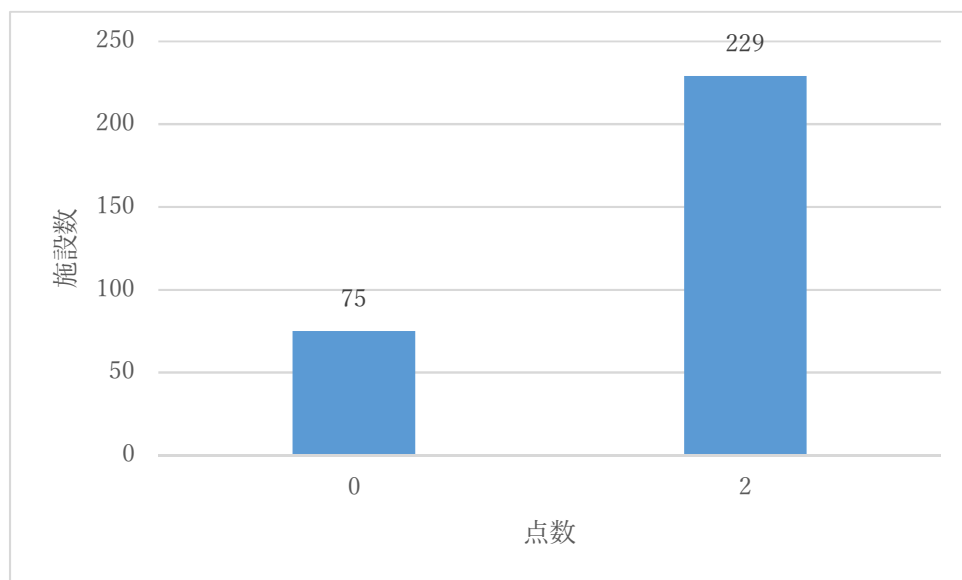
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○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。

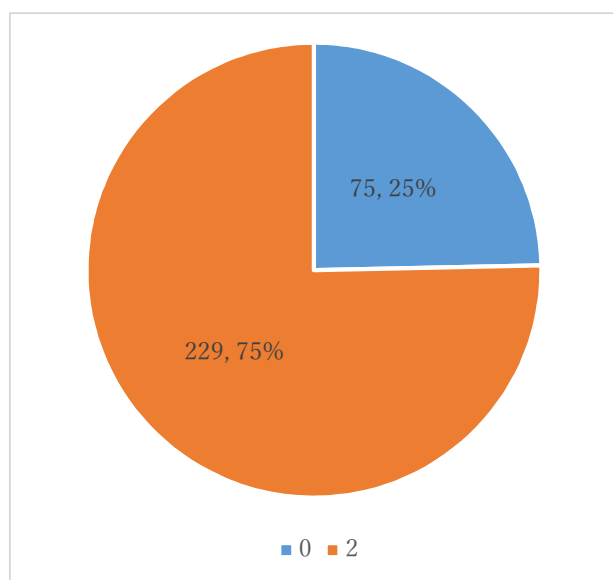
2: 薬剤師が、平日の日勤帯に救命救急センターに常時勤務している

0: 上記の基準を満たさない

第 17－1 図 薬剤師の配置の評価項目点数における施設数

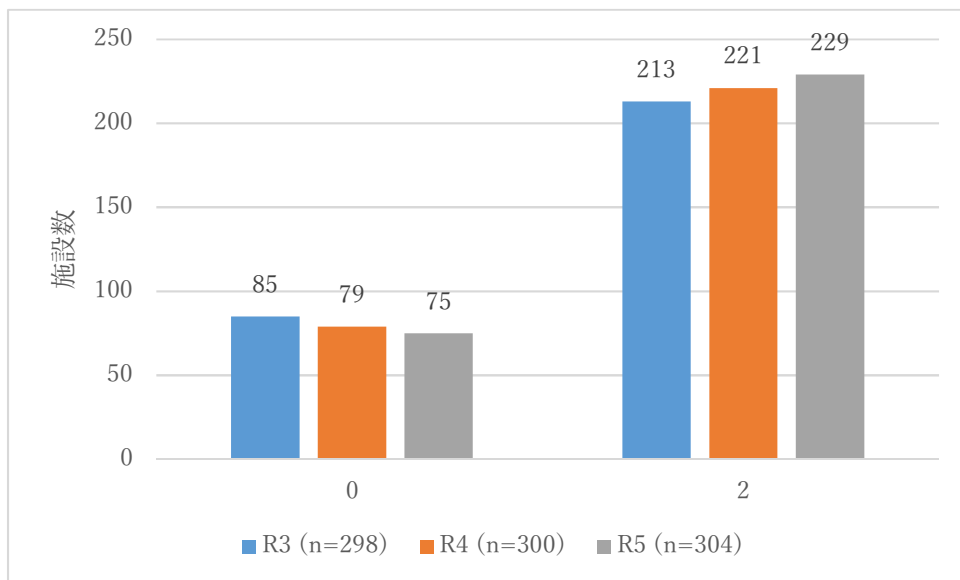


第 17－2 図 薬剤師の配置の評価項目点数における割合



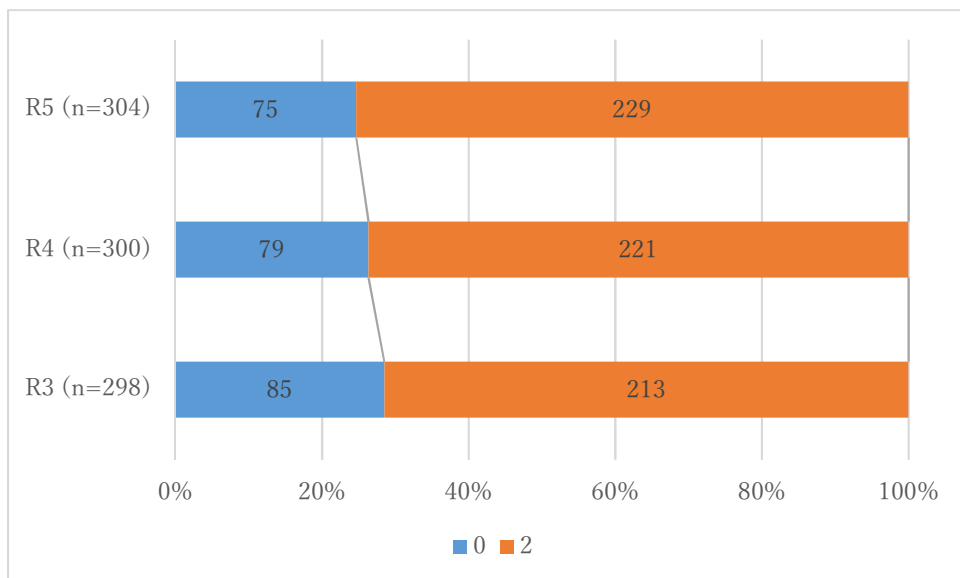
水準	度数	割合
0	75	0.25
2	229	0.75
合計	304	1.00

第 17－3 図 薬剤師の配置の評価項目点数毎の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 17－4 図 薬剤師の配置の評価項目点数の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

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

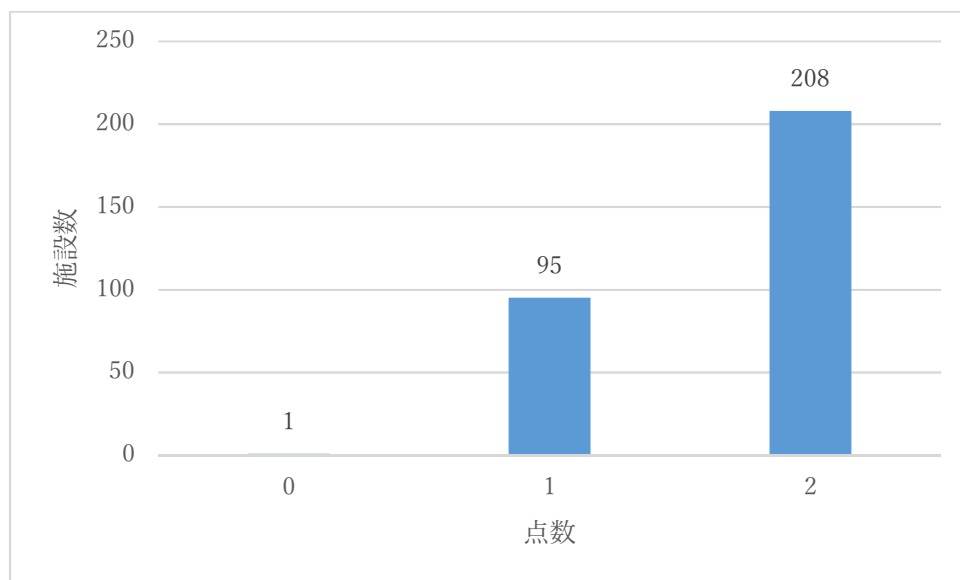
○評価項目の定義等：

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

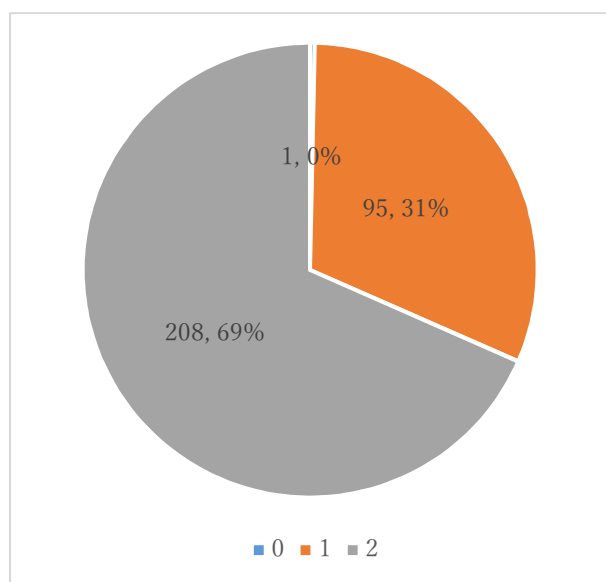
1: 臨床工学技士がオンコール体制などにより、緊急透析や人工心肺（PCPS を含む）操作に常時対応できる

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の評価項目点数における施設数

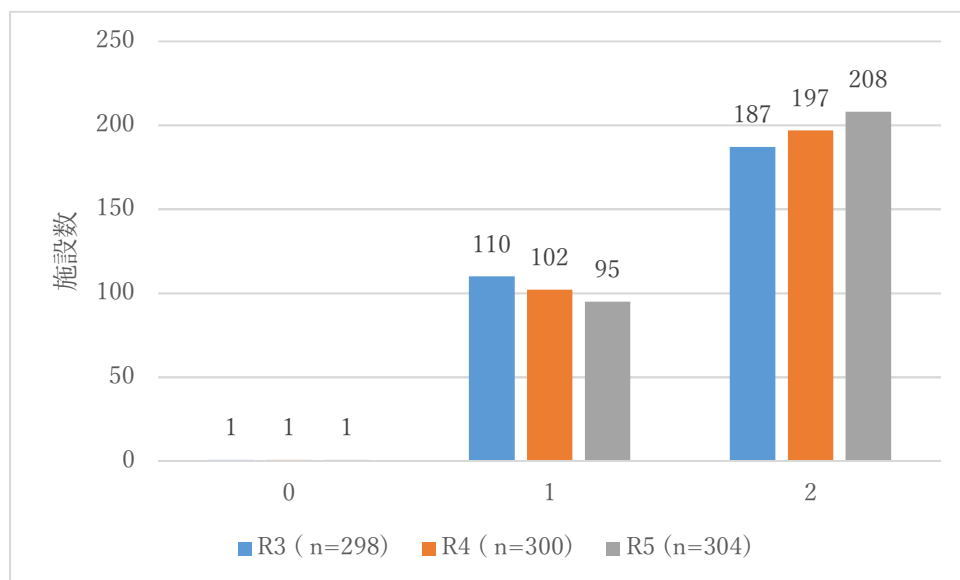


第 18－2 図 臨床工学技士の配置の評価項目点数における割合



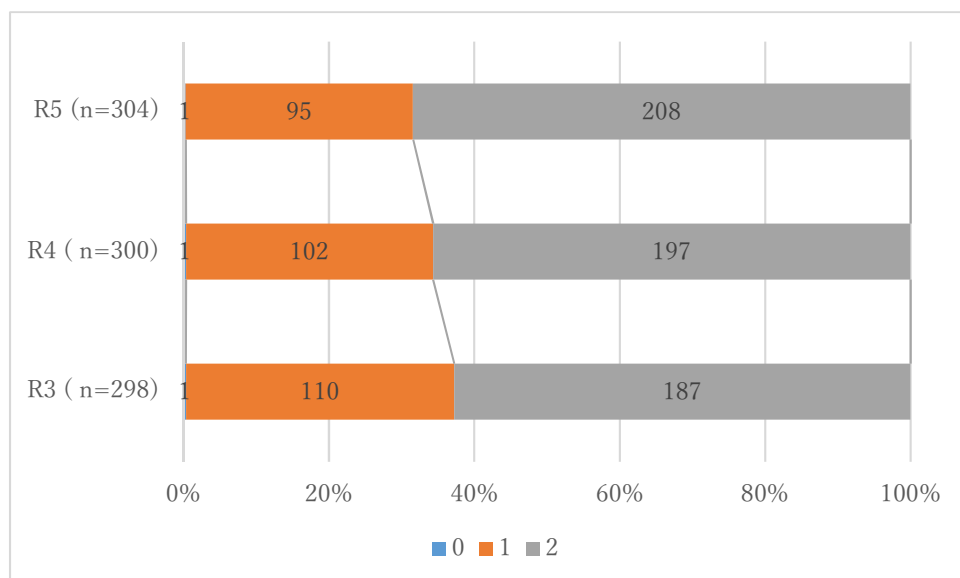
水準	度数	割合
0	1	0.01
1	95	0.31
2	208	0.68
合計	304	1.00

第 18－3 図 臨床工学技士の配置の評価項目点数毎の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 18－4 図 臨床工学技士の配置の評価項目点数の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

19. 医師及び医療関係職と事務職員等との役割分担

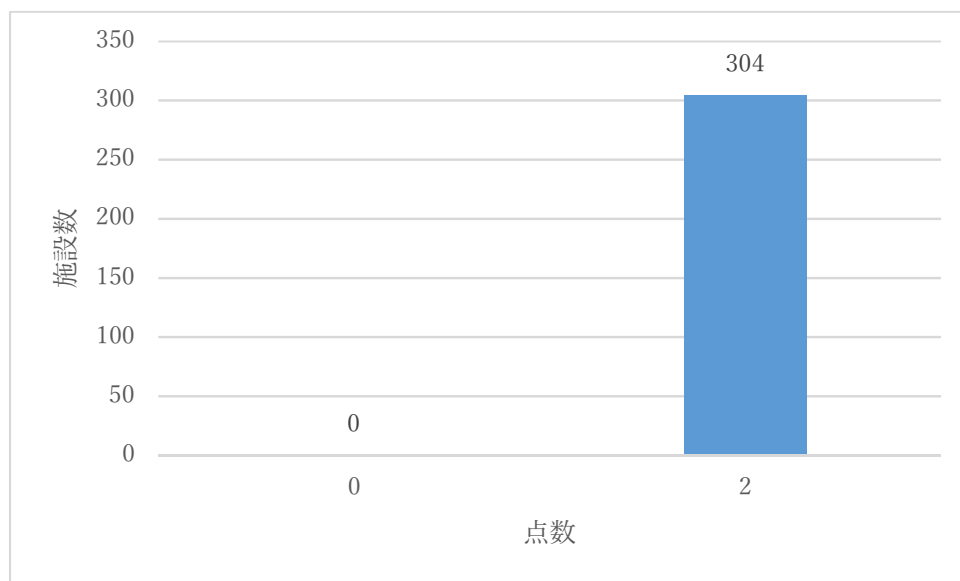
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○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。

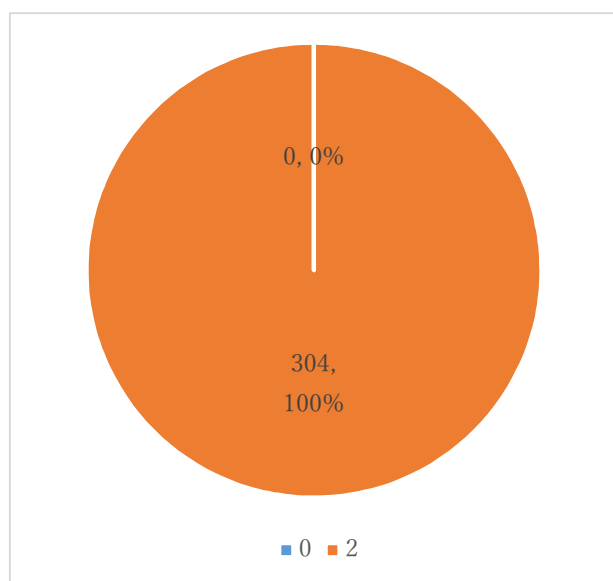
2: 医師及び医療関係職と事務職員等との連携・協力方法や役割分担について、具体的な計画を策定し周知している

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の評価項目点数における施設数

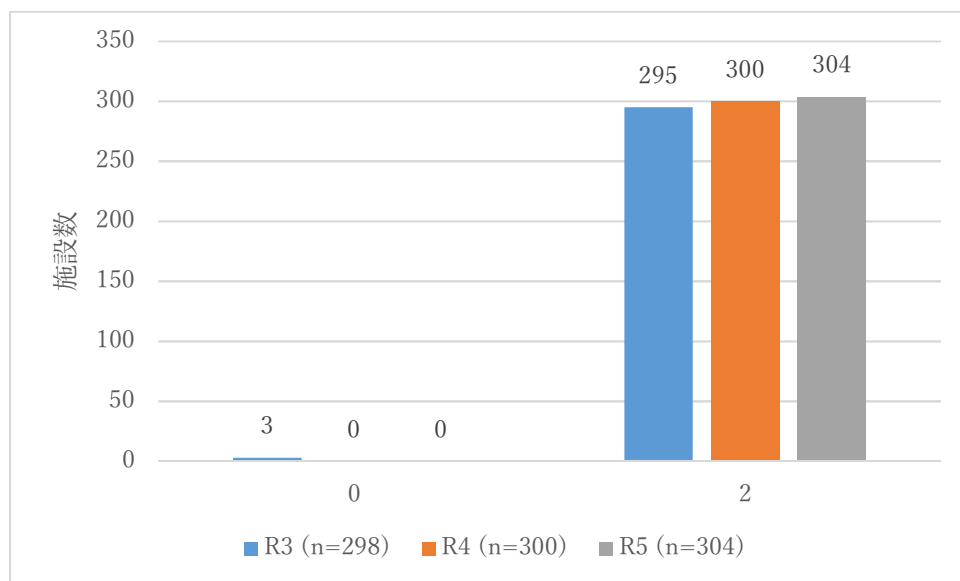


第19－2図 医師及び医療関係職と事務職員等との役割分担の評価項目点数における割合



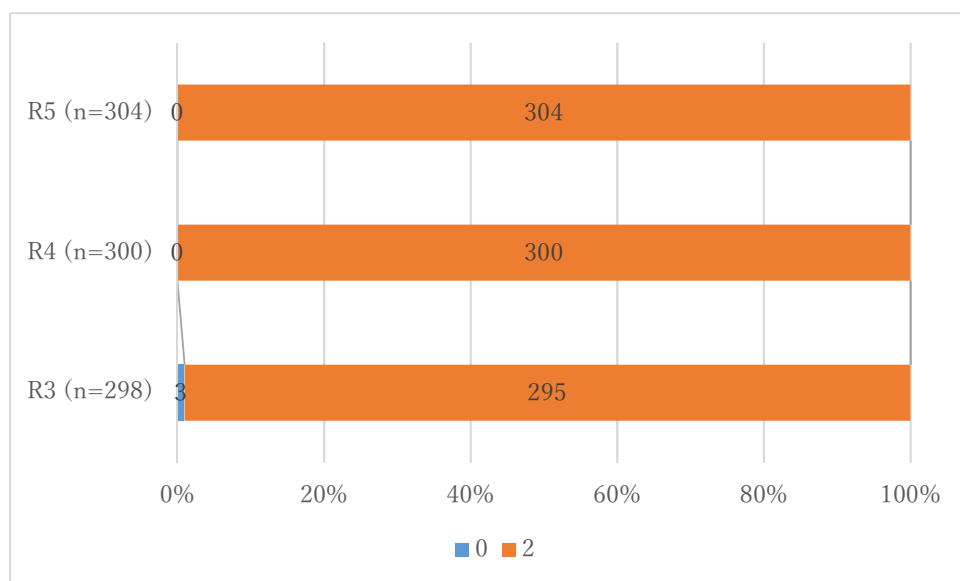
水準	度数	割合
0	0	0.00
2	304	1.00
合計	304	1.00

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の評価項目点数毎の施設数の比較
(令和 3 年から令和 5 年)



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 19－4 図 医師及び医療関係職と事務職員等との役割分担の評価項目点数の割合の変化
(令和 3 年から令和 5 年)



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

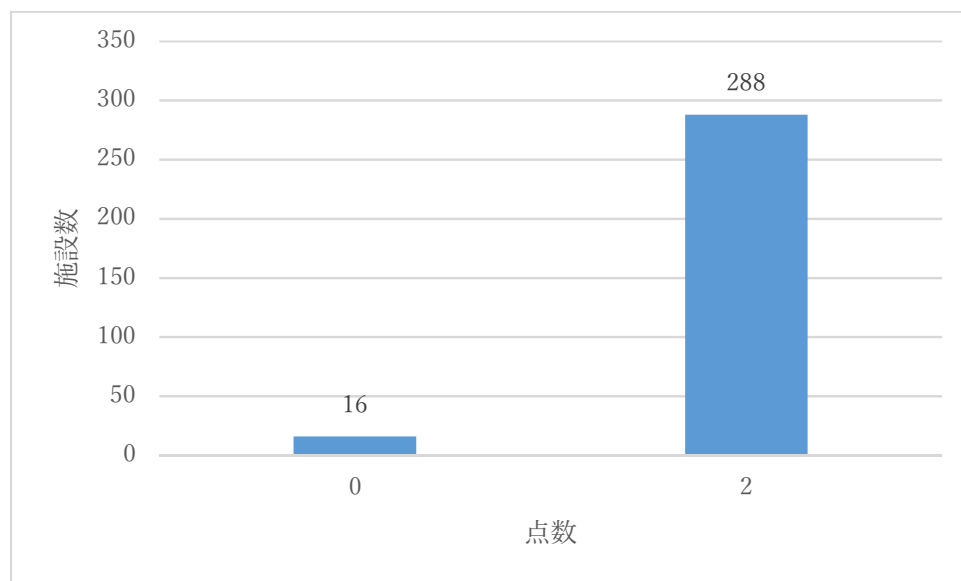
- ・ 2 年連続で全施設が評価基準を満たした。

20.CT・MRI 検査の体制

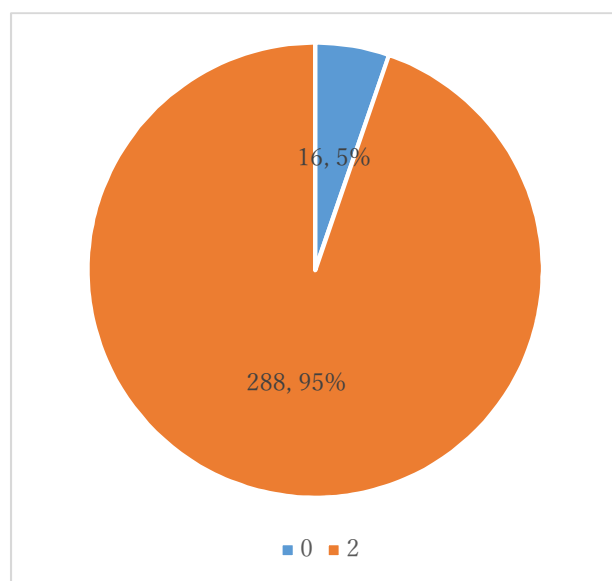
- 評価分野：重篤患者の診療機能
- 評価の担当：病院の管理者
- 評価項目の定義等：「初療室に隣接した」とは、初療室において通常使用するベッドの位置から、CT 室の寝台までの移動距離が 30m 以内であることをいう。
- 2: 常時、初療室に隣接した検査室において、マルチスライス CT が直ちに撮影可能であり、かつ、常時、MRI が直ちに撮影可能である

0: 上記の基準を満たさない

第 20－1 図 CT・MRI 検査の体制の評価項目点数における施設数

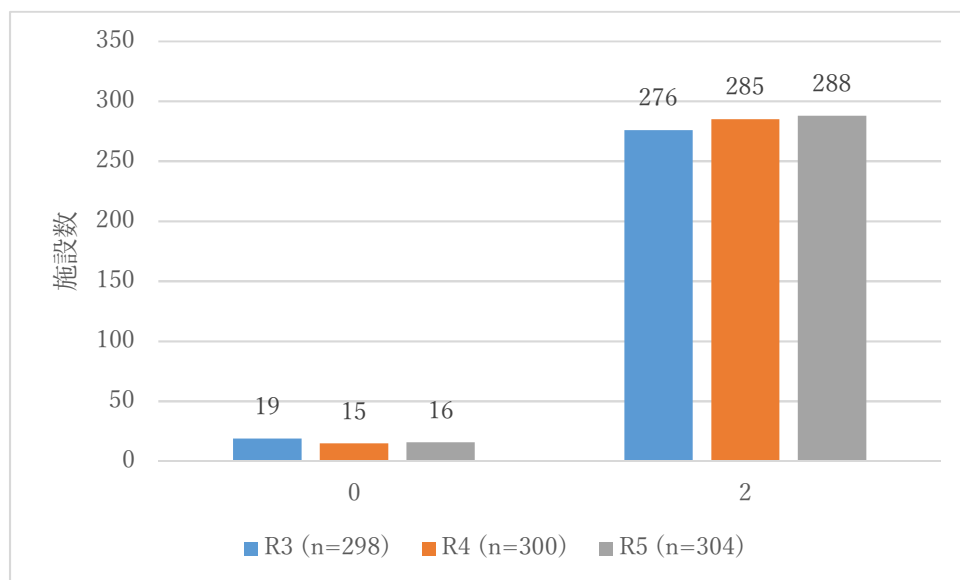


第 20－2 図 CT・MRI 検査の体制の評価項目点数における割合



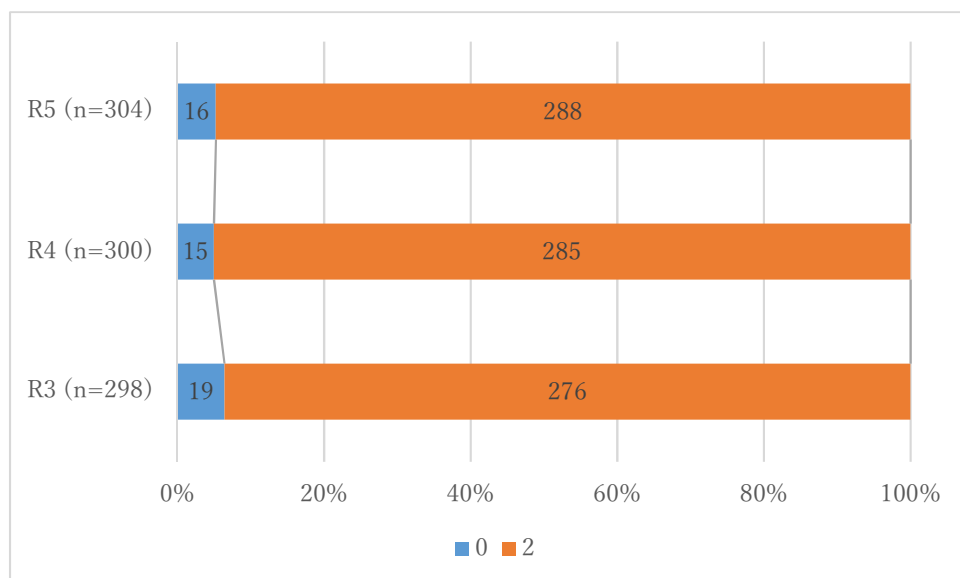
水準	度数	割合
0	16	0.05
2	288	0.95
合計	304	1.00

第 20－3 図 CT・MRI 検査の体制の評価項目点数毎の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 20－4 図 CT・MRI 検査の体制の評価項目点数の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

21. 手術室の体制

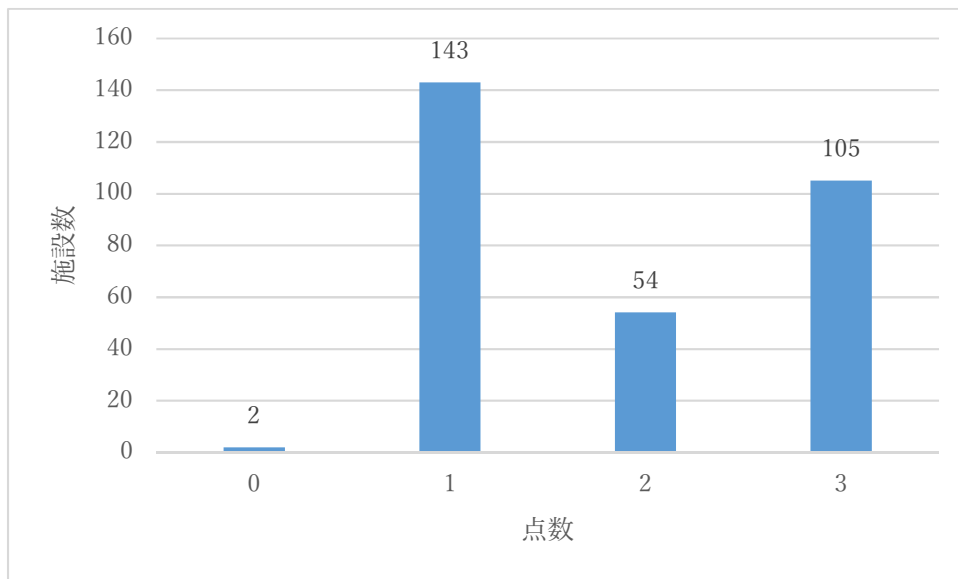
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義等：

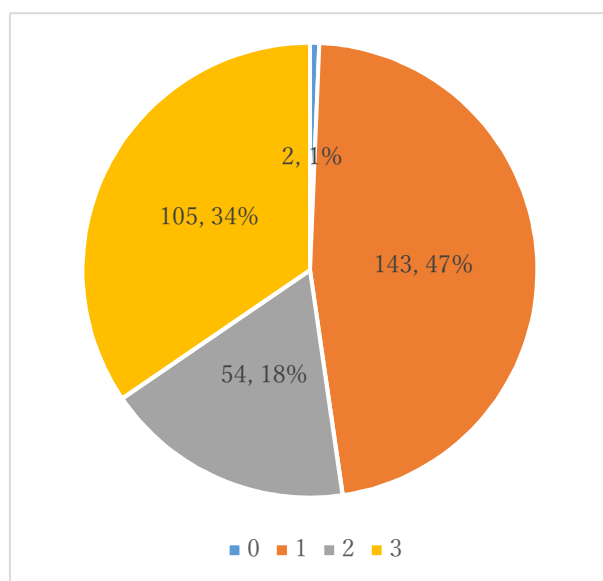
- 3: 下記 2 つの内容に加え、30 分以内に手術ができ、かつ複数の緊急患者の手術ができる体制が整っている
- 2: 麻酔科の医師及び手術室の看護師が院内で待機しており、緊急手術が必要な患者が搬送された際に、直ちに手術が可能な体制が常時整っている

- 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 手術室の体制の評価項目点数における施設数

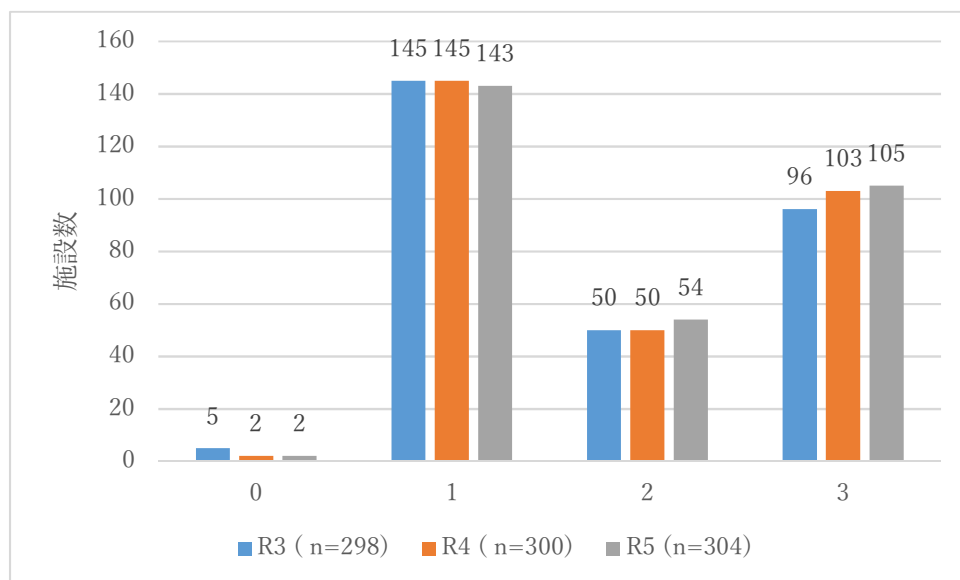


第 21－2 図 手術室の体制の評価項目点数における割合



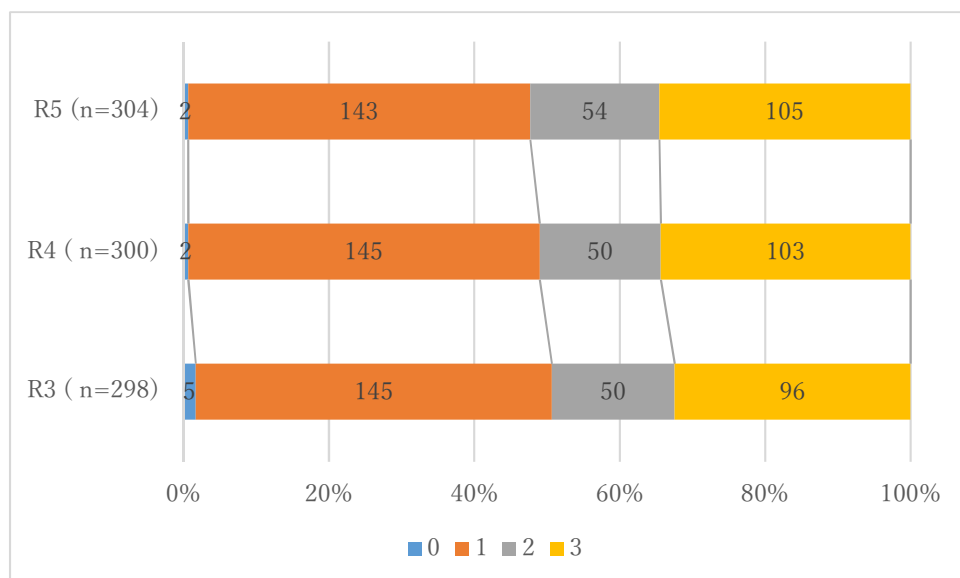
水準	度数	割合
0	2	0.01
1	143	0.47
2	54	0.18
3	105	0.35
合計	304	1.00

第 21－3 図 手術室の体制の評価項目点数毎の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 21－4 図 手術室の体制の評価項目点数の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

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

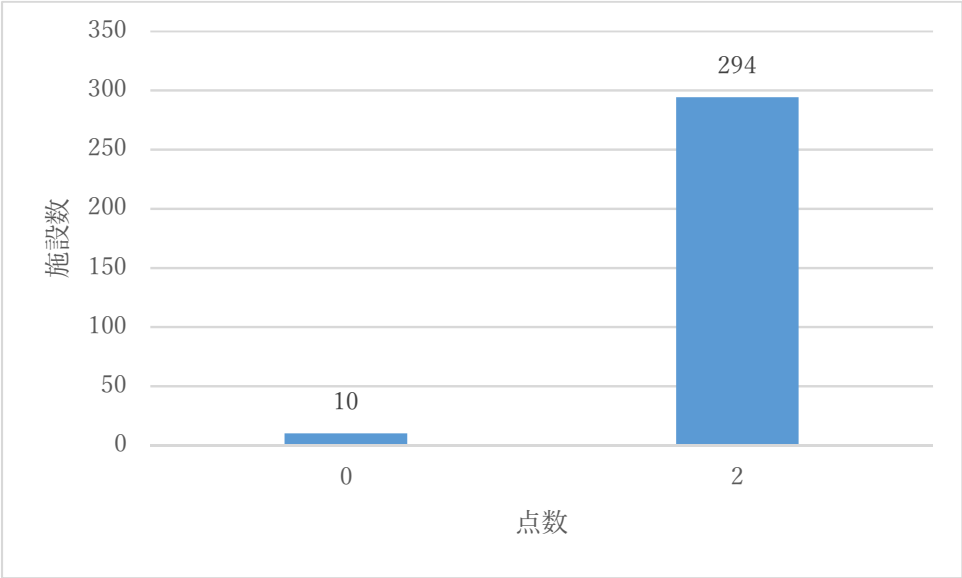
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○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。

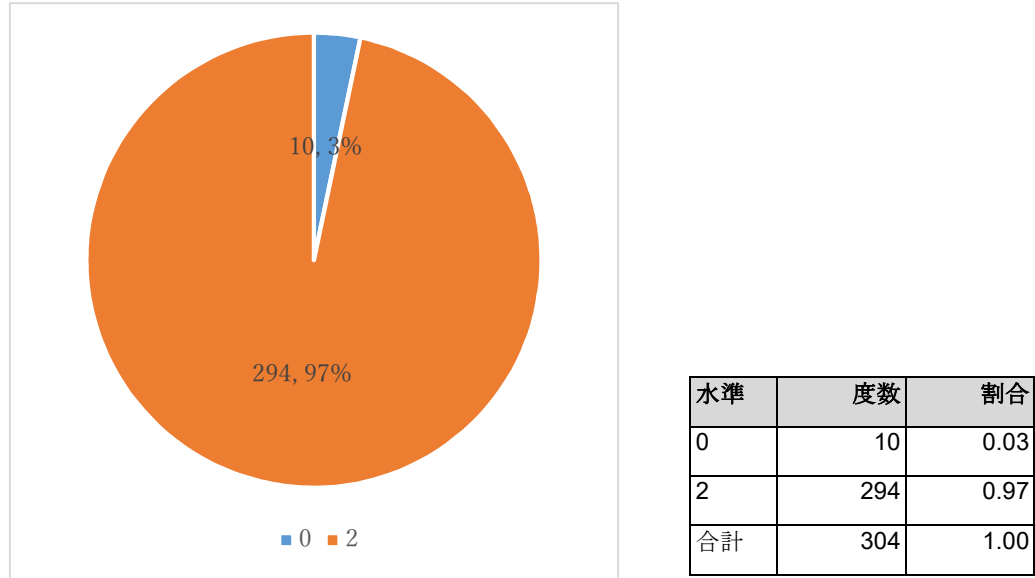
2: 救命救急センターを設置する病院において、救命救急センターの機能に関する評価・運営委員会等を設置し、また、重篤患者への診療体制や院内の連携についての会議を少なくとも 6 か月毎に開催している

0: 上記の基準を満たさない

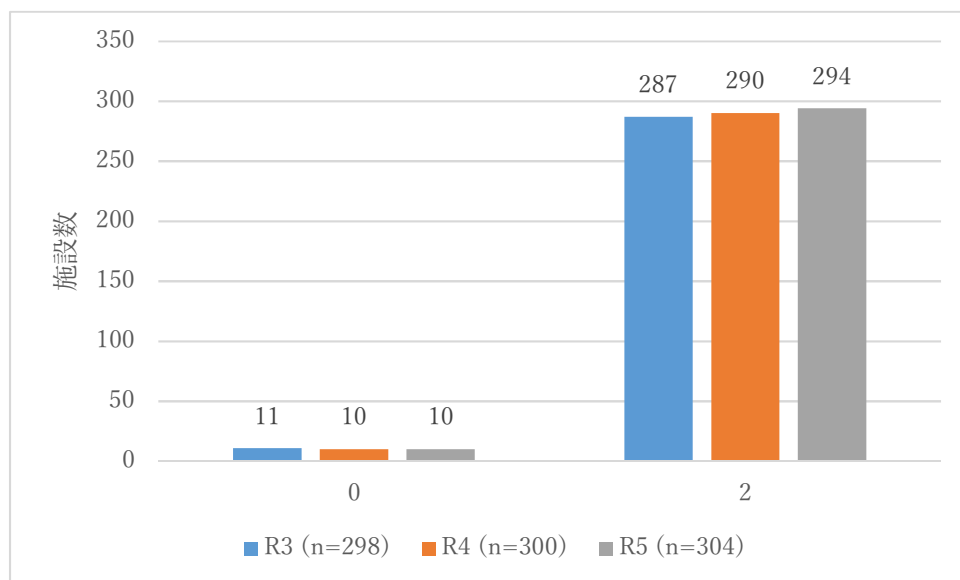
第 22－1 図 救命センターの機能及び診療体制等に関する会議の評価項目点数における施設数



第 22－2 図 救命センターの機能及び診療体制等に関する会議の評価項目点数における割合

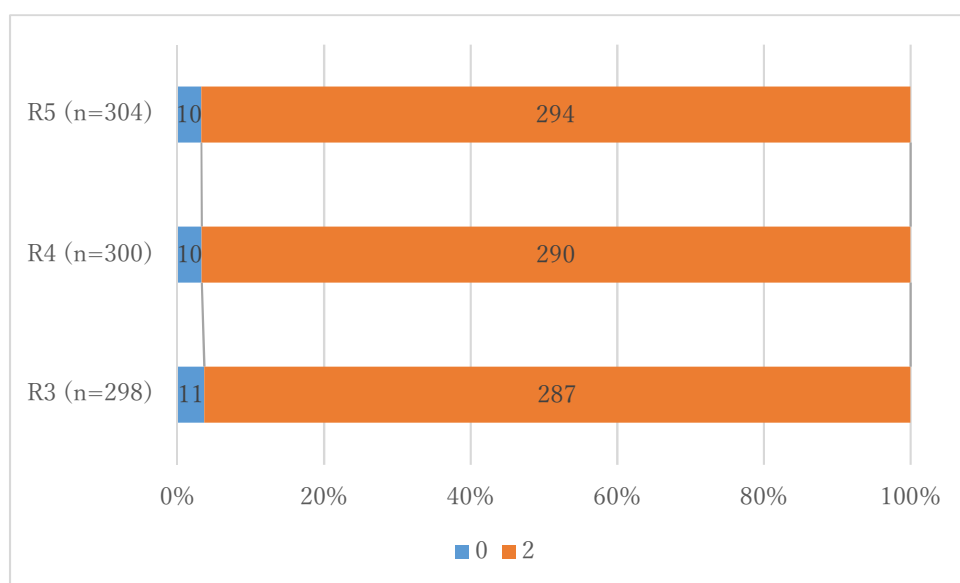


第 22－3 図 救命センターの機能及び診療体制等に関する会議の評価項目点数毎の施設数の比較
(令和 3 年から令和 5 年)



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 22－4 図 救命センターの機能及び診療体制等に関する会議の評価項目点数の割合の変化
(令和 3 年から令和 5 年)



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

23. 第三者による医療機能の評価

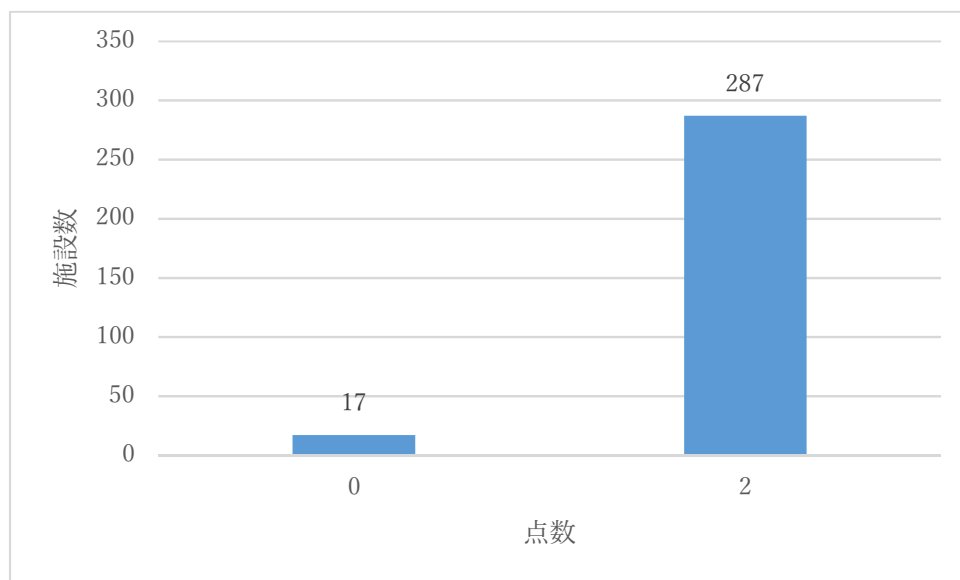
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義等：

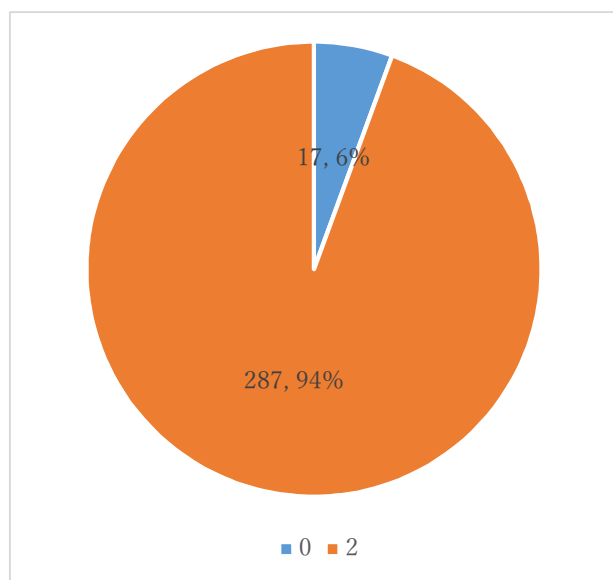
2: 日本医療機能評価機構・ISO による医療機能評価において認定を受けている

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の評価項目点数における施設数

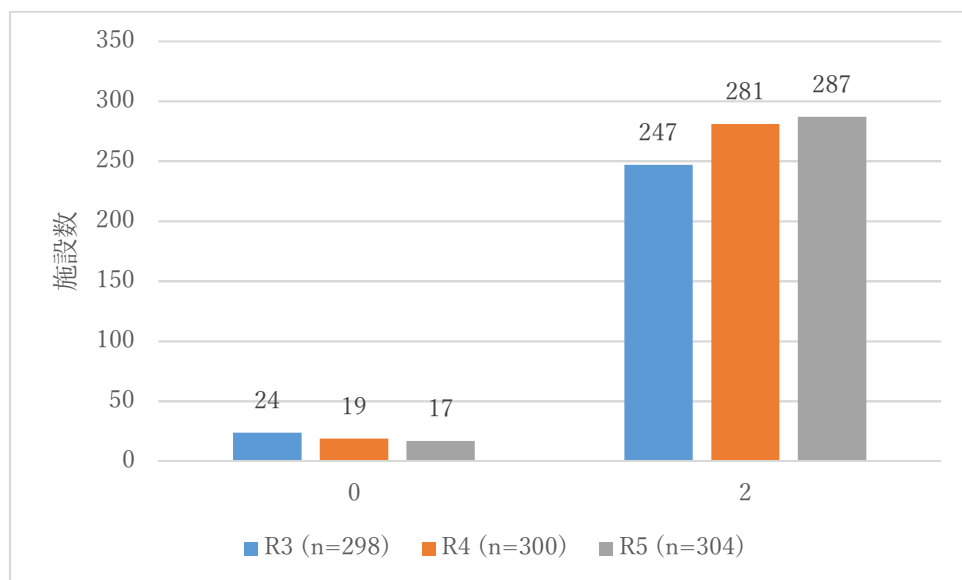


第 23－2 図 第三者による医療機能の評価の評価項目点数における割合



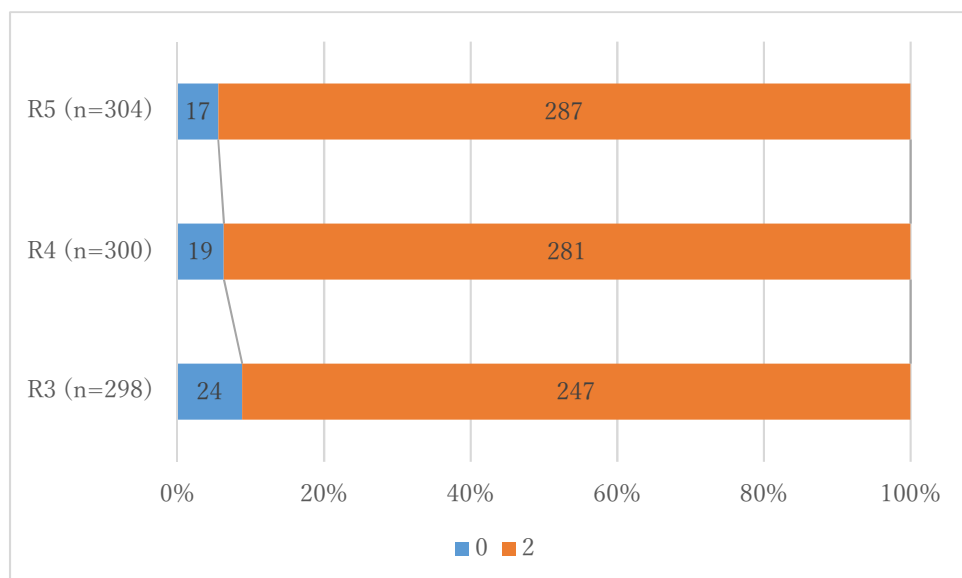
水準	度数	割合
0	17	0.06
2	287	0.94
合計	304	1.00

第 23－3 図 第三者による医療機能の評価の評価項目点数毎の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 23-4 図 第三者による医療機能の評価の評価項目点数の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

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。

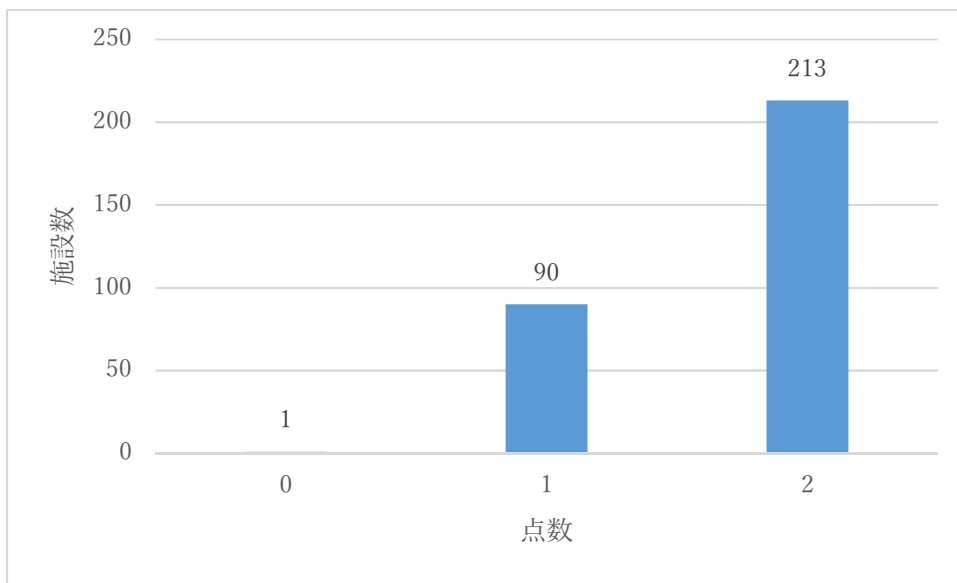
2: 下記に加え、3 の休日及び夜間の救命救急センターで診療を行う医師の勤務について、交代制勤務を導入している

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

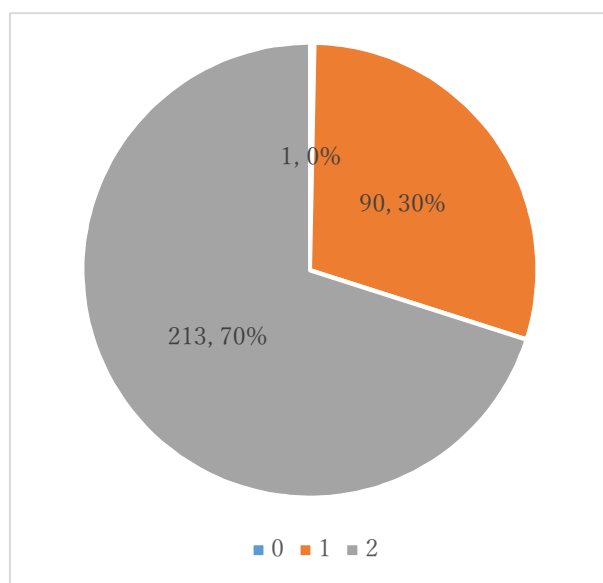
労働省労働基準局長通知）等が遵守されているかどうか、四半期毎に点検し改善を行っている

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の評価項目点数における施設数

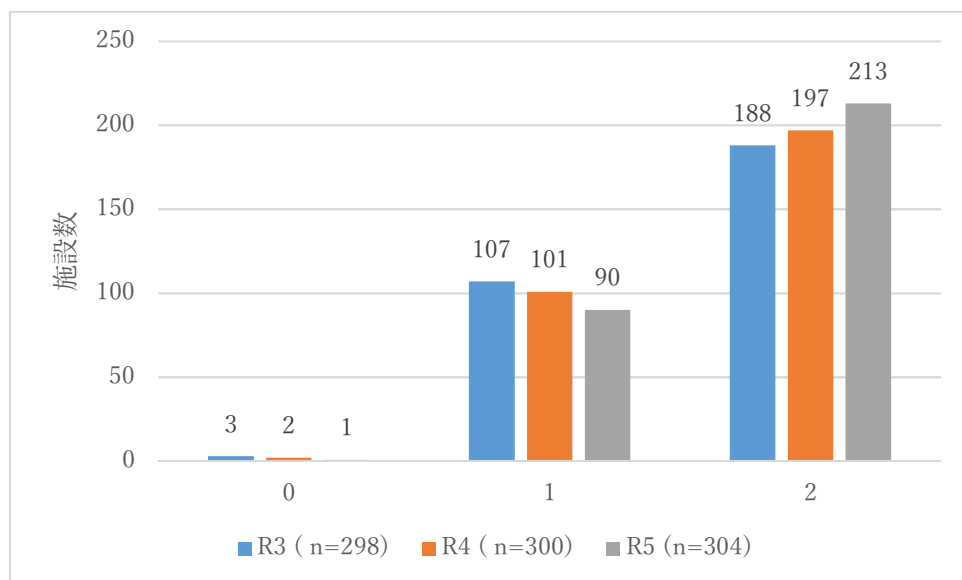


第 24－2 図 休日及び夜間勤務の適正化の評価項目点数における割合



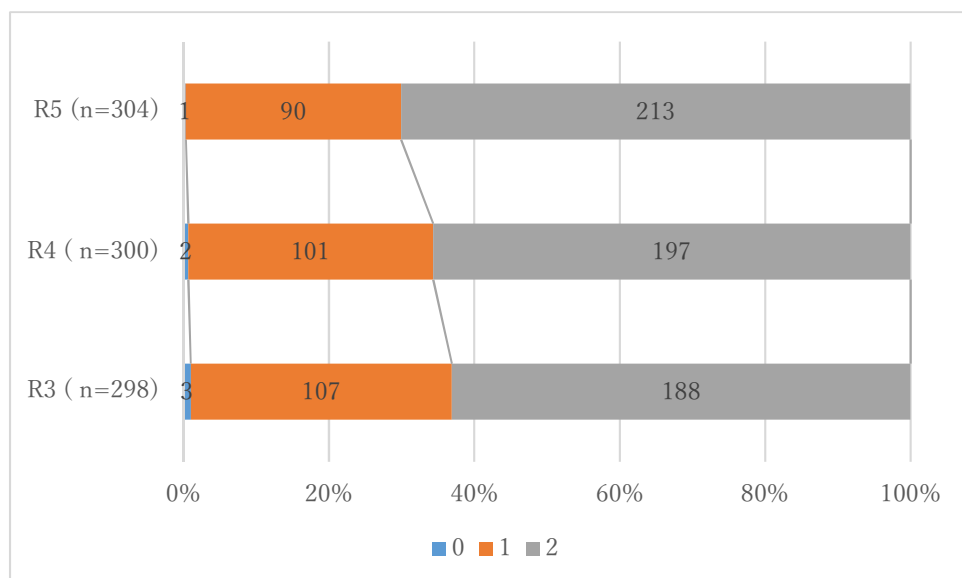
水準	度数	割合
0	1	0.01
1	90	0.30
2	213	0.69
合計	304	1.00

第 24－3 図 休日及び夜間勤務の適正化の評価項目点数毎の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 24－4 図 休日及び夜間勤務の適正化の評価項目点数の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



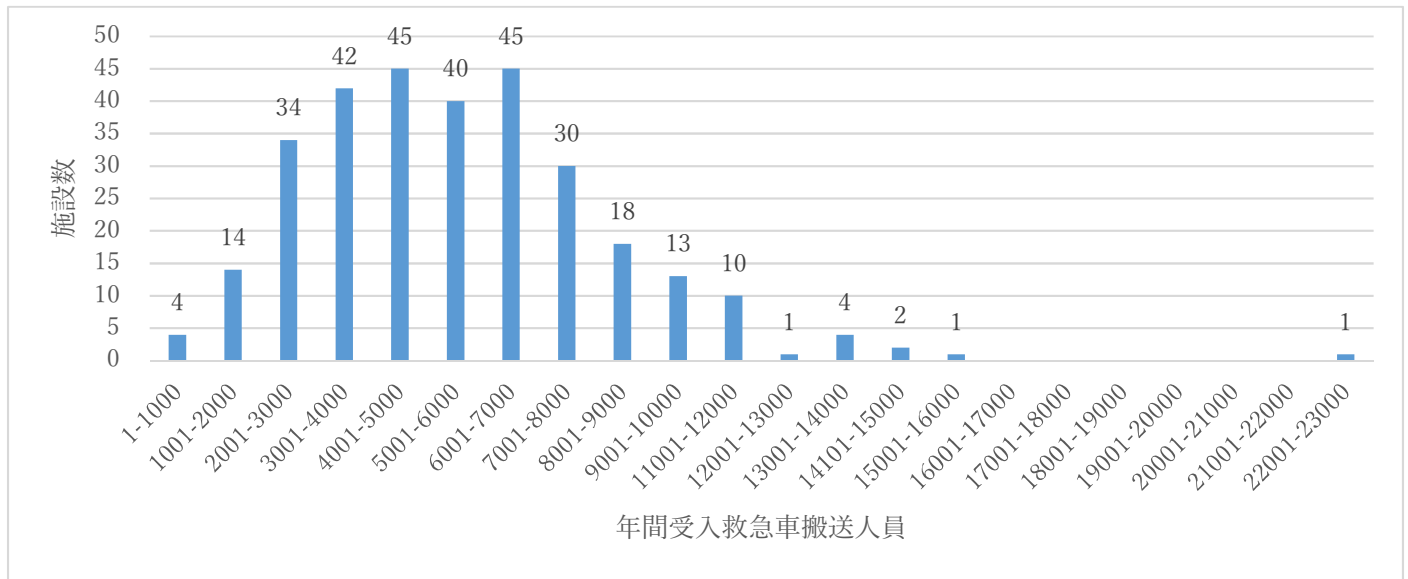
※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

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



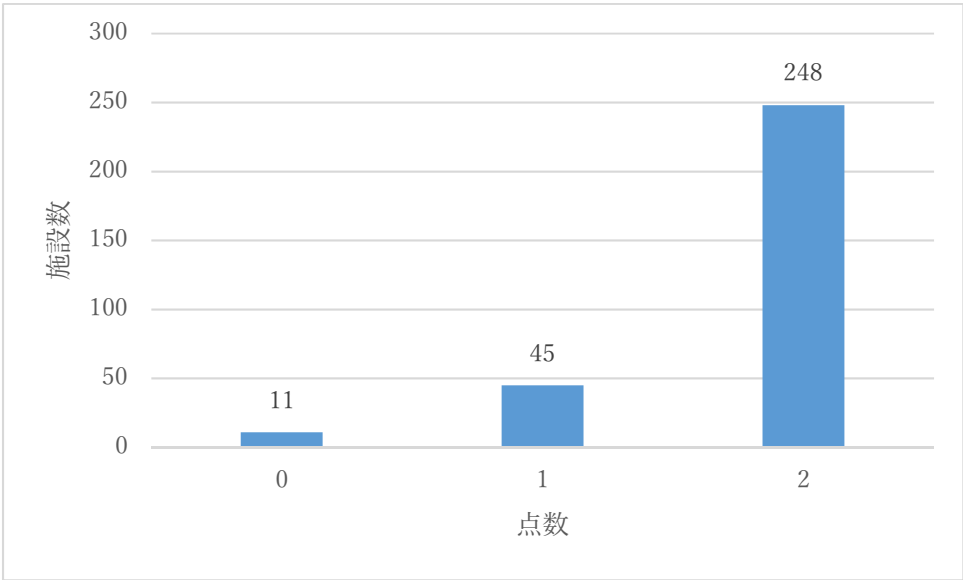
- 年間受入救急車搬送人員：最低人数 460 人 最高人数 22,387 人 平均値 5,637 人 中央値 5,253 人

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）

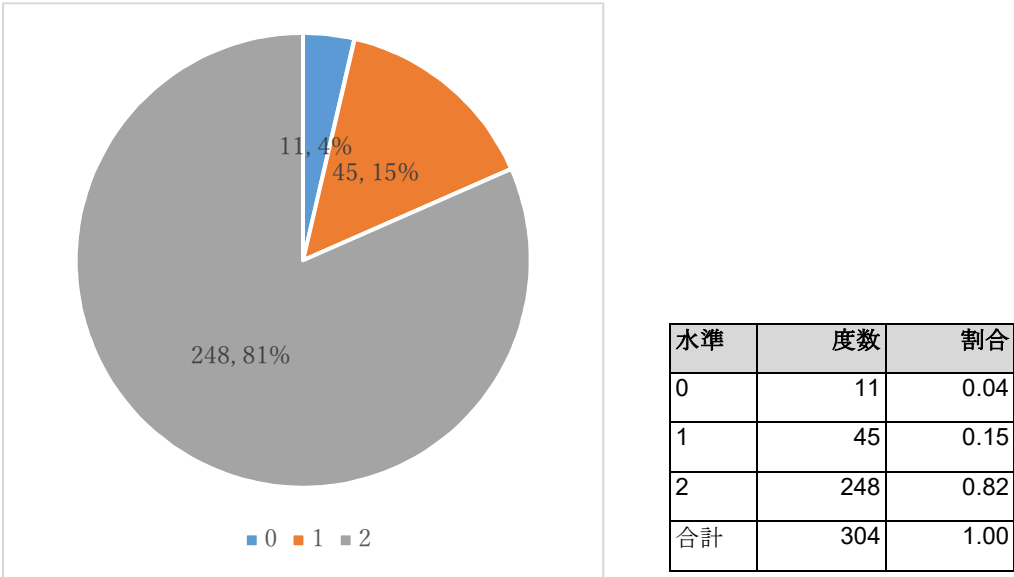
	施設名	数		施設名	数		施設名	数
1	医療法人徳州会湘南鎌倉総合病院	22,387	1	大垣市民病院	10,982	2	独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター	9,874
2	横浜市立みなと赤十字病院	14,553	2	春日井市民病院	10,792	2	堺市立総合医療センター	9,830
3	国家公務員共済組合連合会横須賀共済病院	13,702	3	岸和田徳洲会病院	10,679	3	大阪赤十字病院	9,752
4	兵庫県立尼崎総合医療センター	13,414	4	藤沢市民病院	10,438	4	愛知県厚生農業協同組合連合会安城更生病院	9,747
5	藤田医科大学病院	12,667	5	平塚市民病院	10,260	5	倉敷中央病院	9,706
6	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院	12,402	6	愛知厚生連海南病院	10,173	6	愛知県厚生農業協同組合連合会豊田厚生病院	9,658
7	聖マリア病院	12,371	7	海老名総合病院	10,089	7	伊勢赤十字病院	9,620
8	聖路加国際病院	12,235	8	国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院	10,062	8	総合病院国保旭中央病院	9,336
9	武蔵野赤十字病院	11,047	9	独立行政法人労働者健康安全機構横浜労災病院	10,017	9	医療法人徳洲会宇治徳洲会病院	9,303
10	名古屋掖済会病院	10,999	0	自治医科大学附属さいたま医療センター	9,917	0	半田市立半田病院	9,167

第 25－3 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の評価項目点数における施設数

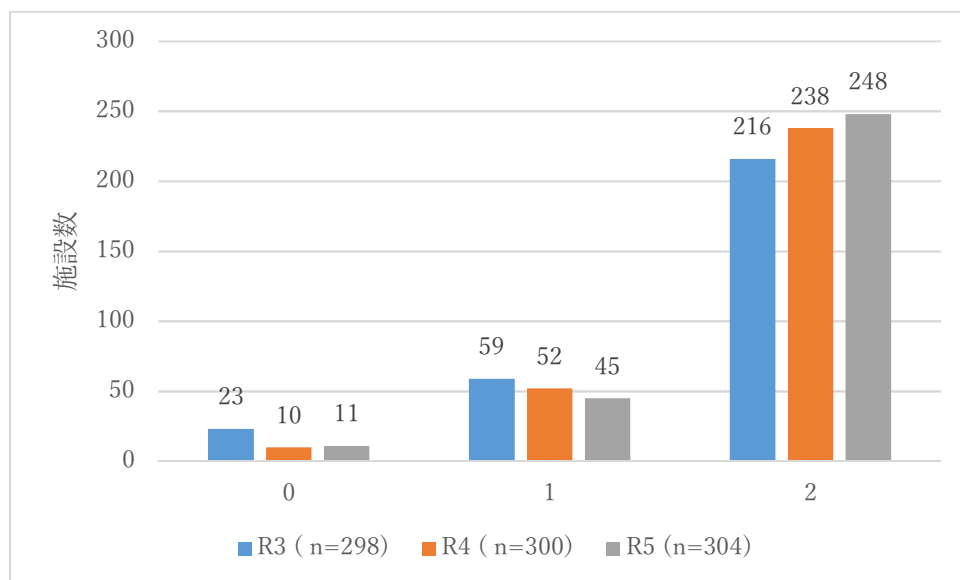
○評価項目の定義等：
所管人口 10 万人あたり
2: 800 人以上
1: 400 人以上
0: 400 人未満



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の評価項目点数における割合

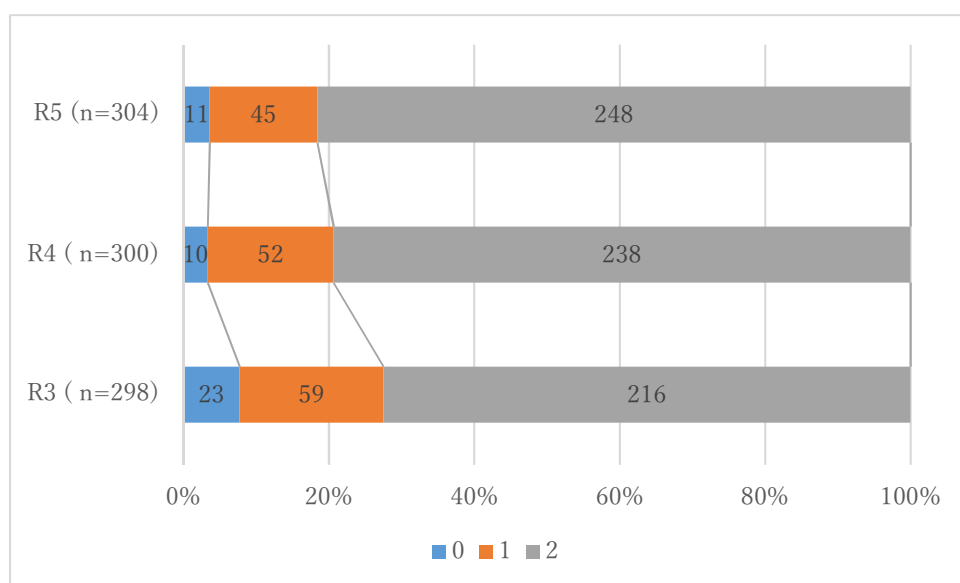


第 25－5 図 救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員の評価項目点数毎の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 25—6 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の評価項目点数の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

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

○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

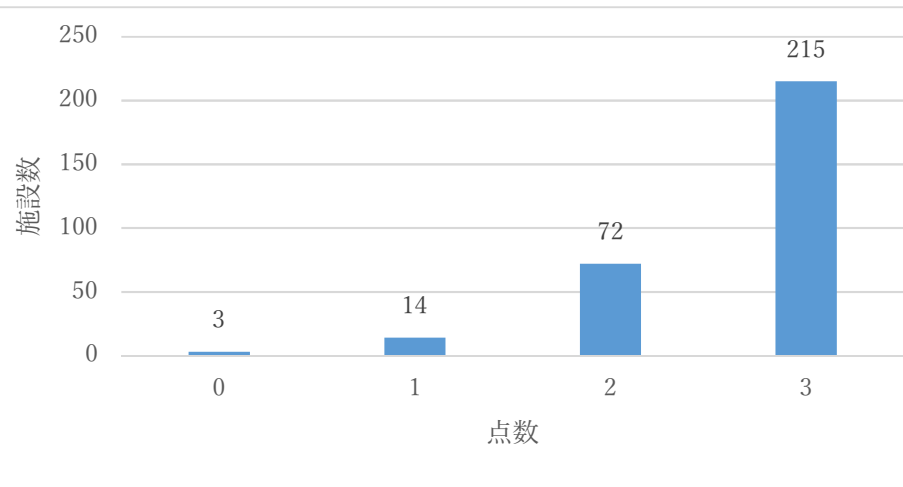
ーを設置する病院に対する消防機関からの搬送受入要請」の件数は、1つの救急搬送事案につき1件と数えるものとする。「救急搬送件数」には、現場からのドクターヘリやドクターカーによる搬送を含む。

「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。

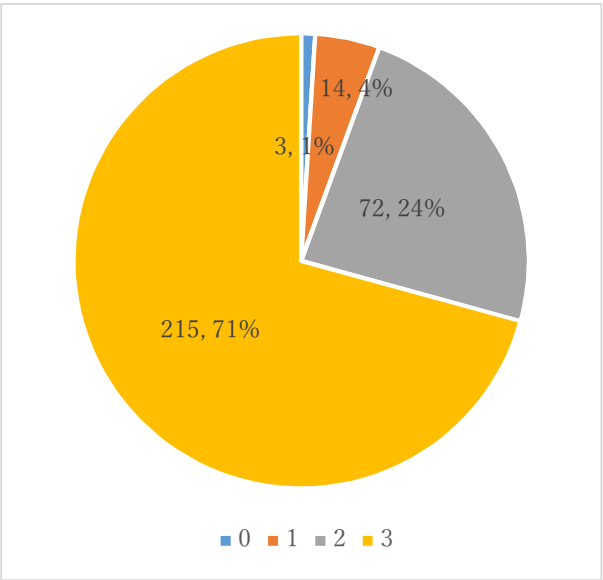
- 3: 下記に加え、調査対象年の応需状況について院外に公表するとともに、院外の委員会（メディカルコントロール協議会等）で応需状況の改善等に向けた検討を実施している
- 2: 下記に加え、応需状況（搬送件数、内訳、応需率や不応需理由）について院内に公表するとともに、院内の委員会で応需状況の改善等に向けた検討を実施している
- 1: 救命救急センターを設置する病院に対する消防機関からの搬送受入要請について、最初から救命救急センターを設置する病院の医師又は看護師が専用電話で対応、又は救命救急センターの医師がホットラインで対応し、いずれの場合も、受入れに至らなかった場合の理由を含め対応記録を残し、応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



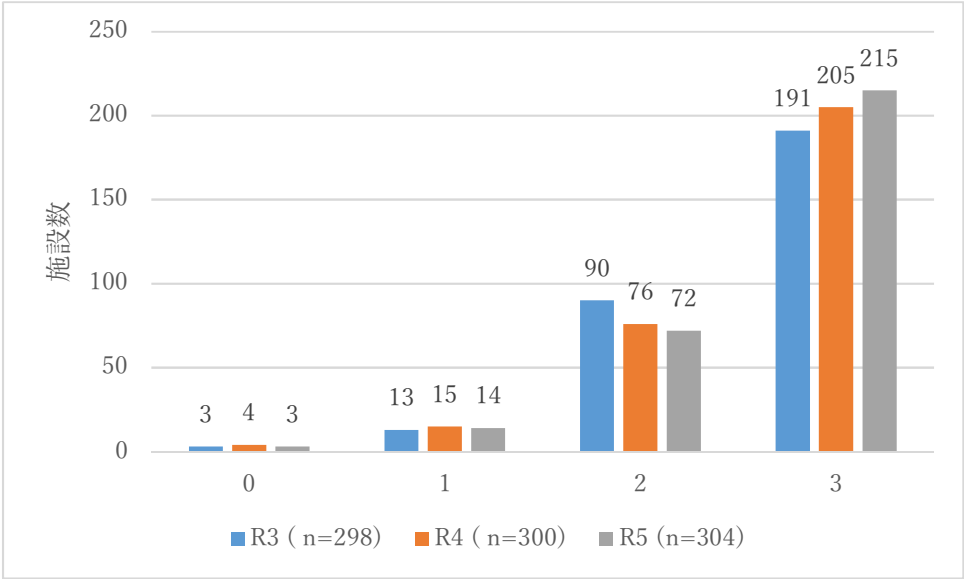
第 26－2 図 救命救急センターを設置する病院に対する消防機関からの搬送受け入れ要請への対応状況の記録及び改善への取り組みの評価項目点数における割合

水準	度数	割合
0	3	0.01



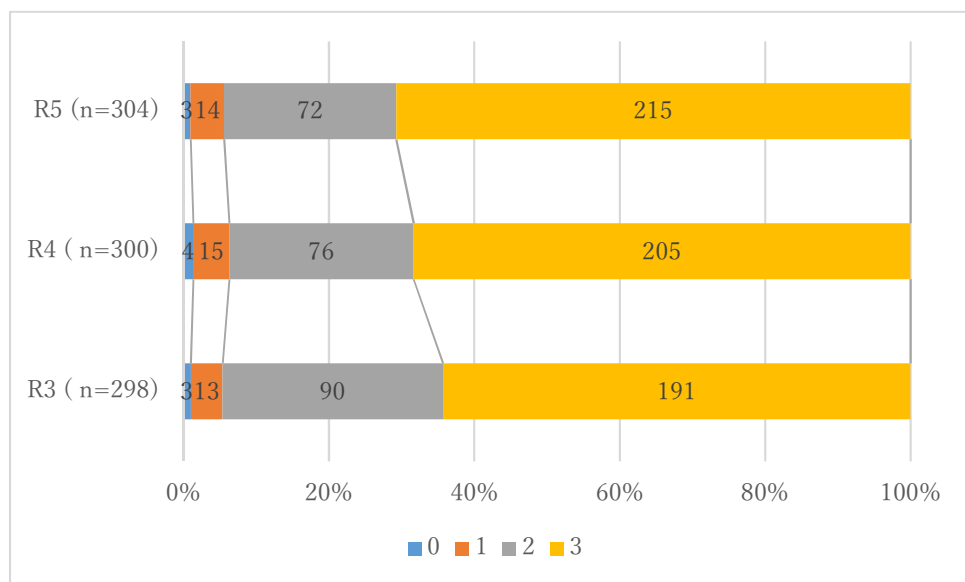
1	14	0.04
2	72	0.24
3	215	0.71
合計	304	1.00

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の評価項目点数毎の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 26—4 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の評価項目点数の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

27. 院内急変への診療体制

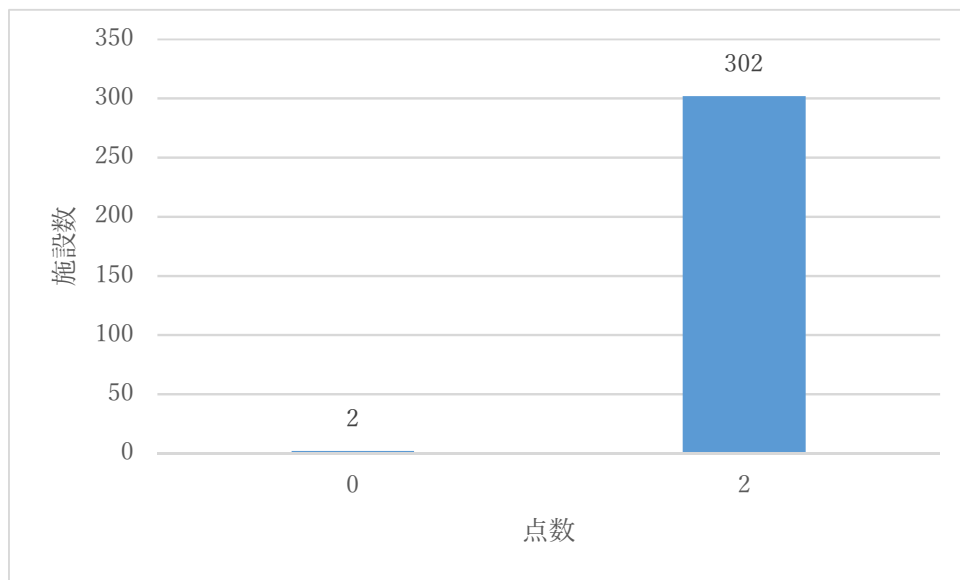
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○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。

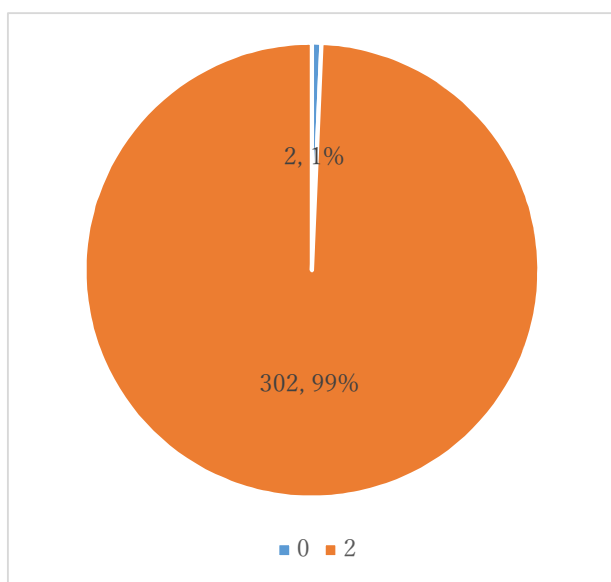
2: 院内における急変に対応する体制が整備されている（具体的な対応部署が決まっている）

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の評価項目点数における施設数

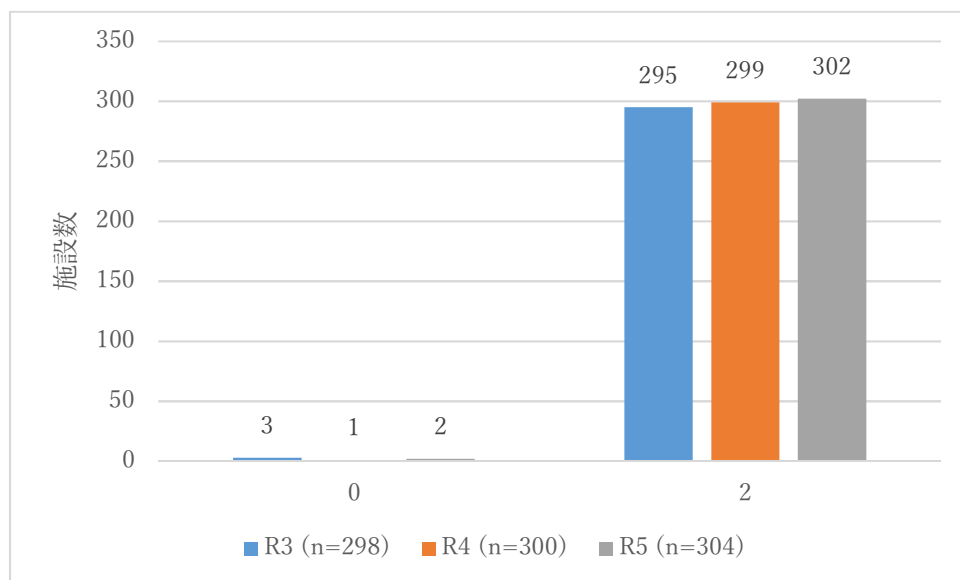


第 27－2 図 院内急変への診療体制の評価項目点数における割合



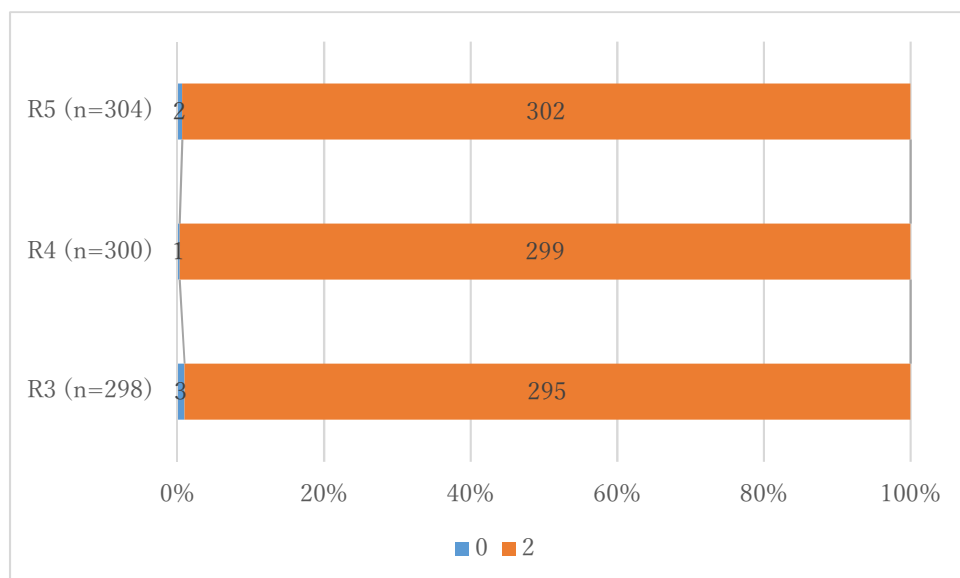
水準	度数	割合
0	1	0.01
2	302	0.99
合計	304	1.00

第27－3図 院内急変への診療体制の評価項目点数毎の施設数の比較（令和3年から令和5年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第27-4図 院内急変への診療体制の評価項目点数の割合の変化（令和3年から令和5年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

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

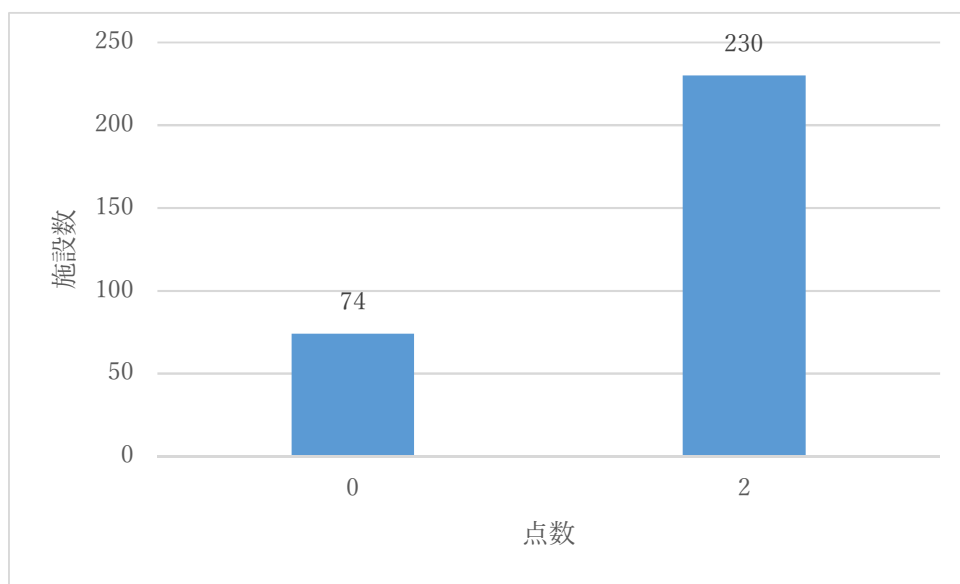
○評価項目の定義等：「脳死判定及び臓器・組織提供のための整備等」とは、脳死判定を行う脳死判定医が少なくとも 1 人は救命救急センターを設置する病院に在籍しており、当該病院として、脳死した者の身体から臓器摘出を行うことについて合意しており、主治医だけではなく看護師、臨床検査技師、病院事務職、院内コーディネーターやソーシャルワーカー等が連携できる体制が確保され、体制を構築する者が参加する脳死判定シミュレーションが年 1 回以上実施されていることをいう。

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

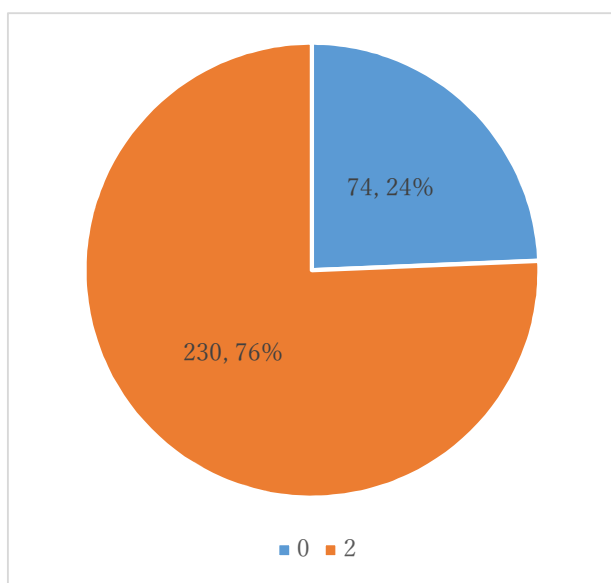
ンが年1回以上実施されている。もしくは過去3年以内に実績がある

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の評価項目点数における施設数

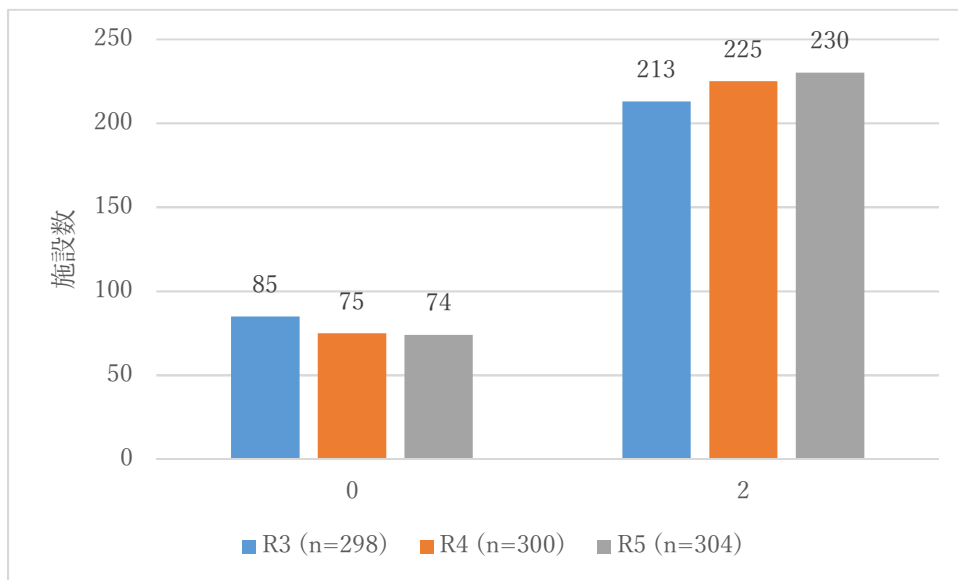


第28－2図 脳死判定及び臓器・組織提供のための整備等の評価項目点数における割合



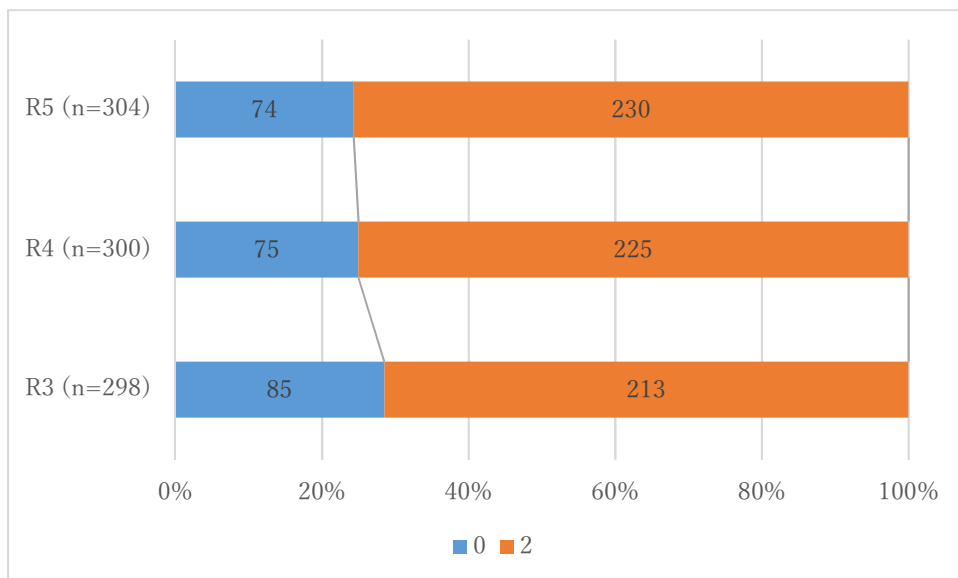
水準	度数	割合
0	74	0.24
2	230	0.76
合計	304	1.00

第28－3図 脳死判定及び臓器・組織提供のための整備等の施設数の比較（令和3年から令和5年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 28－4 図 脳死判定及び臓器・組織提供のための整備等の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

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

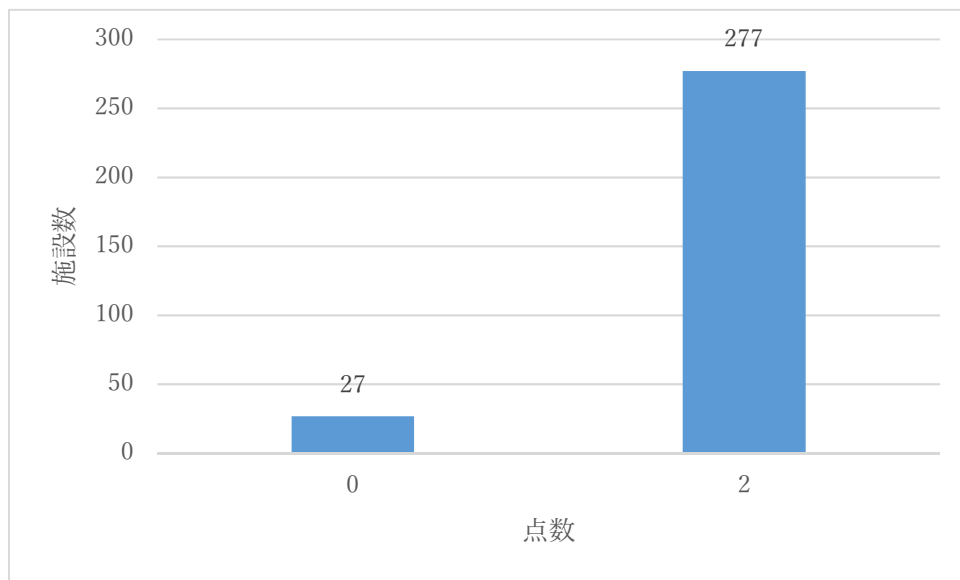
○評価項目の定義等：

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

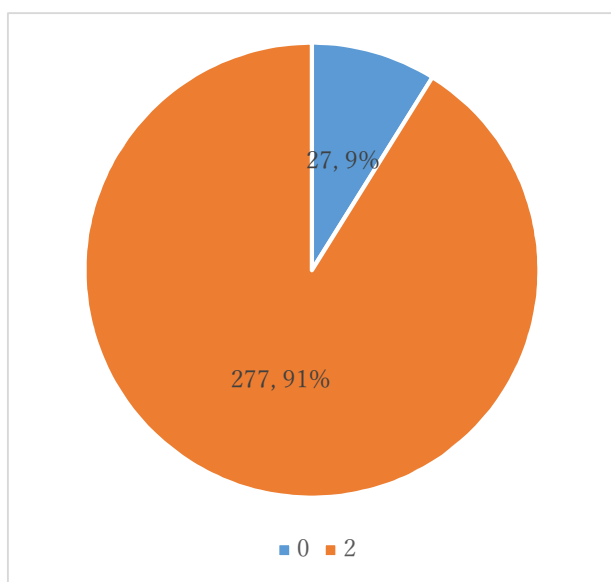
0: 上記の基準を満たさない

※「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の評価項目点数における施設数

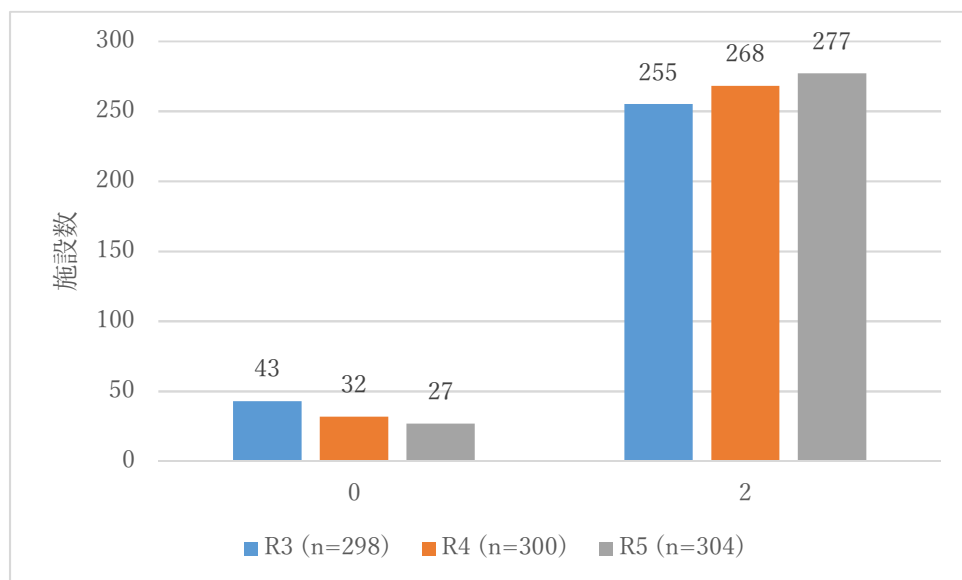


第 29—2 図 救急医療領域の人生の最終段階における医療の整備の評価項目点数における割合



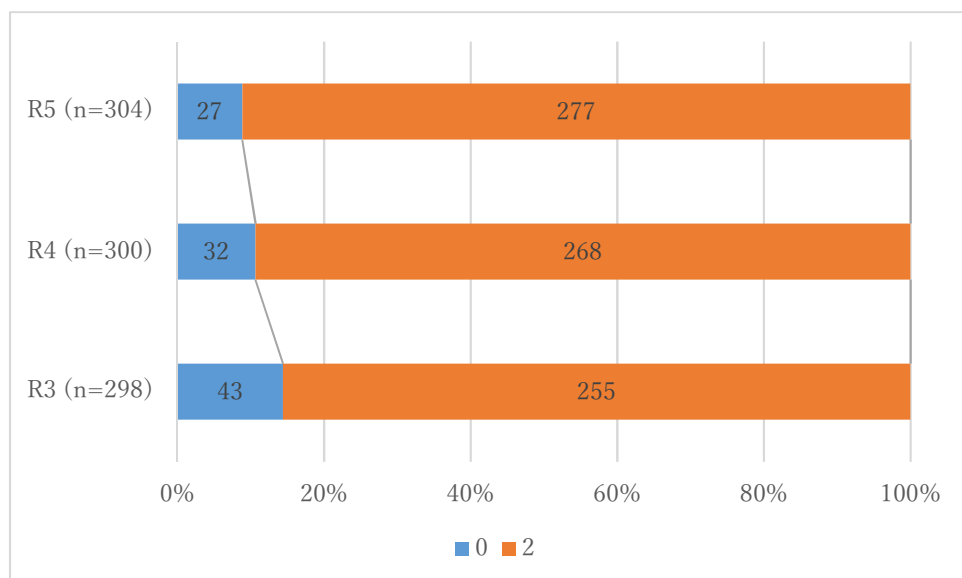
水準	度数	割合
0	27	0.09
2	277	0.91
合計	304	1.00

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の施設数の比較（令和3年から令和5年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第29－4図 救急医療領域の人生の最終段階における医療の整備の割合の変化（令和3年から令和5年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

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

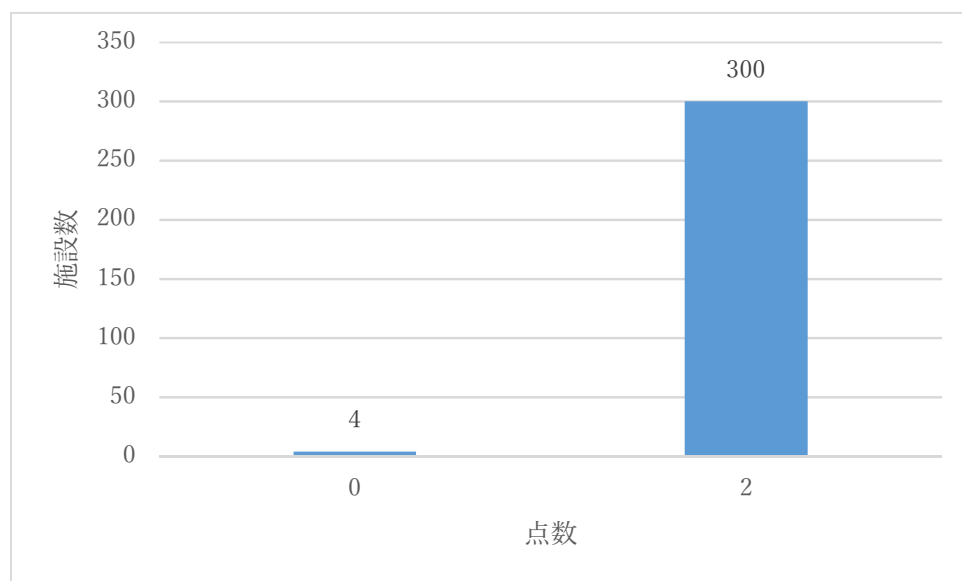
○評価項目の定義等：

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

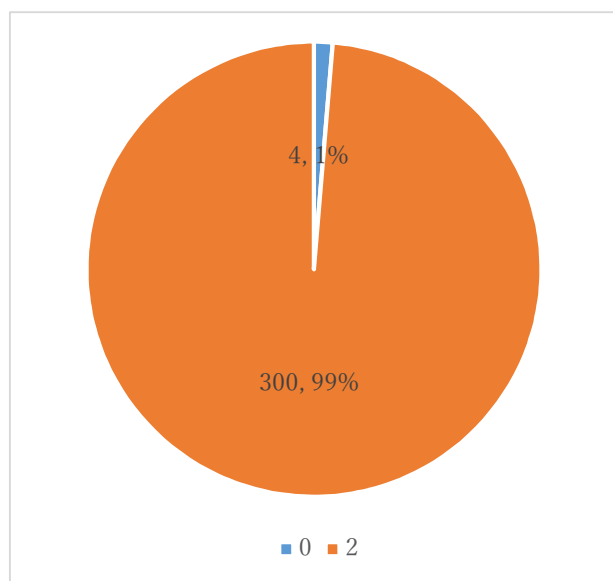
ている

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の評価項目点数における施設数

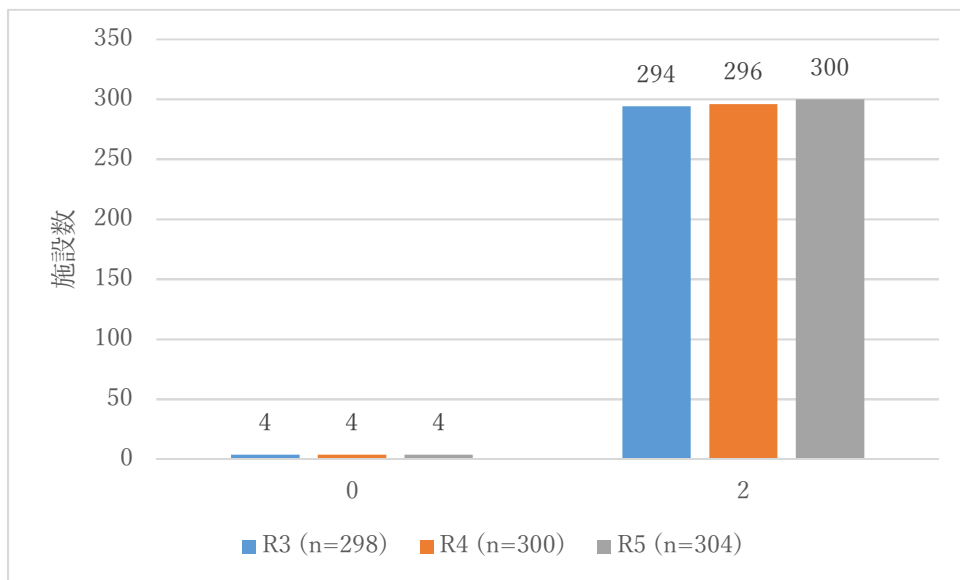


第30－2図 救急医療領域の虐待に関する整備の評価項目点数における割合



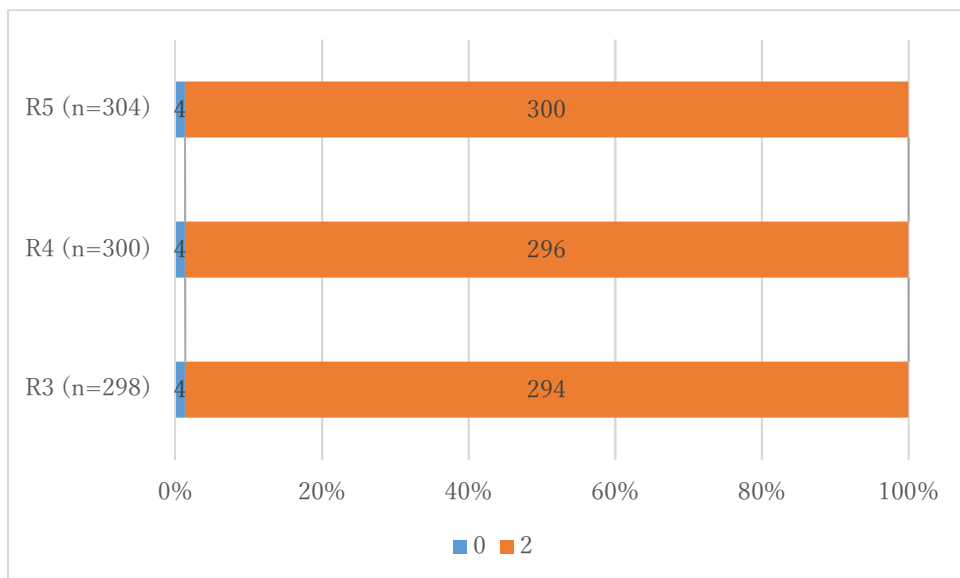
水準	度数	割合
0	4	0.01
2	300	0.99
合計	304	1.00

第30－3図 救急医療領域の虐待に関する整備の施設数の比較（令和3年から令和5年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第30－4図 救急医療領域の虐待に関する整備の割合の変化（令和3年から令和5年）

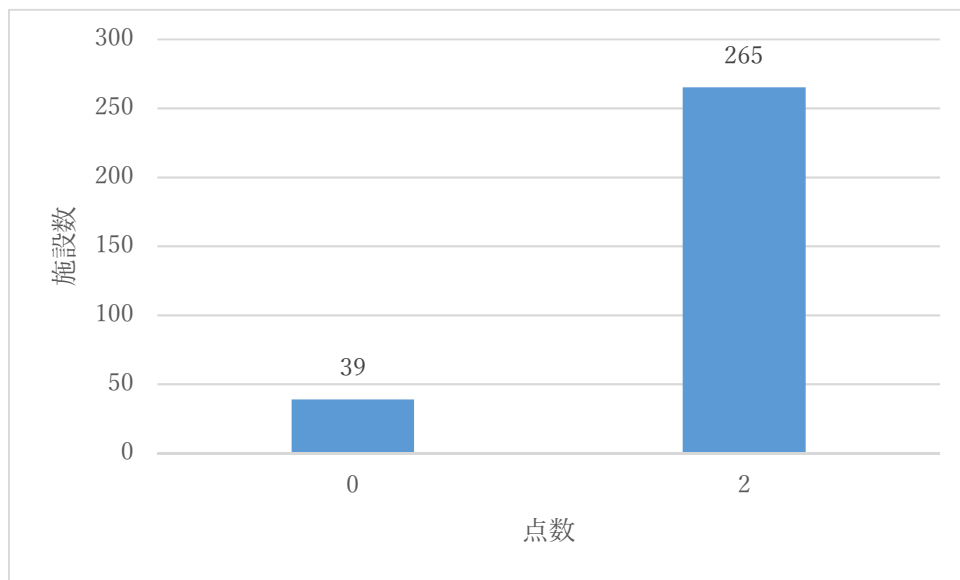


※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

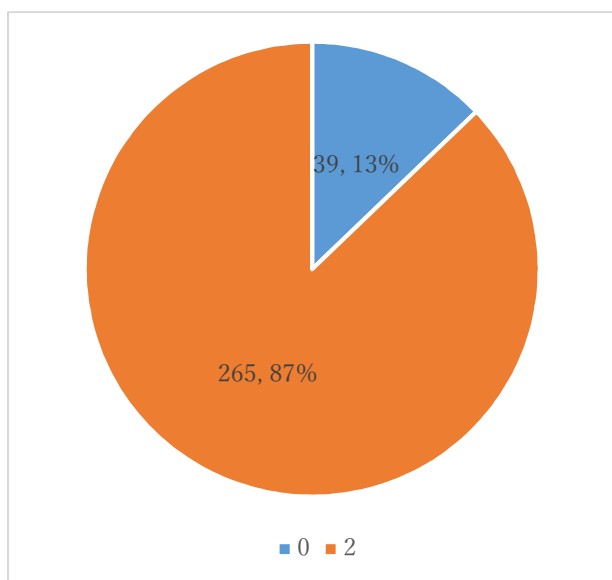
31. 地域の救急搬送

- 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 地域の救急搬送の評価項目点数における施設数

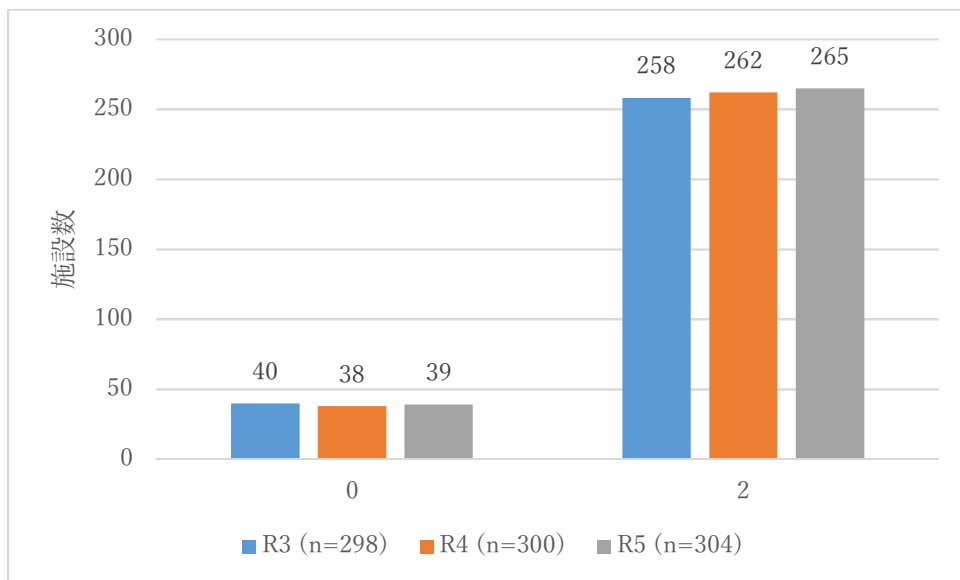


第 31－2 図 地域の救急搬送の評価項目点数における割合



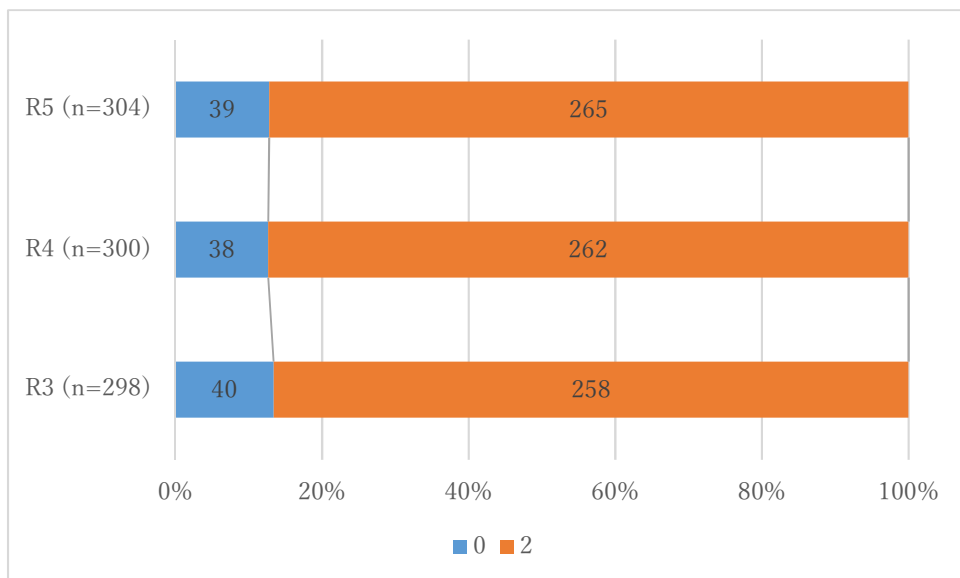
水準	度数	割合
0	39	0.13
2	265	0.87
合計	304	1.00

第 31－3 図 地域の救急搬送の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 31—4 図 地域の救急搬送の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

32. 地域の関係機関との連携

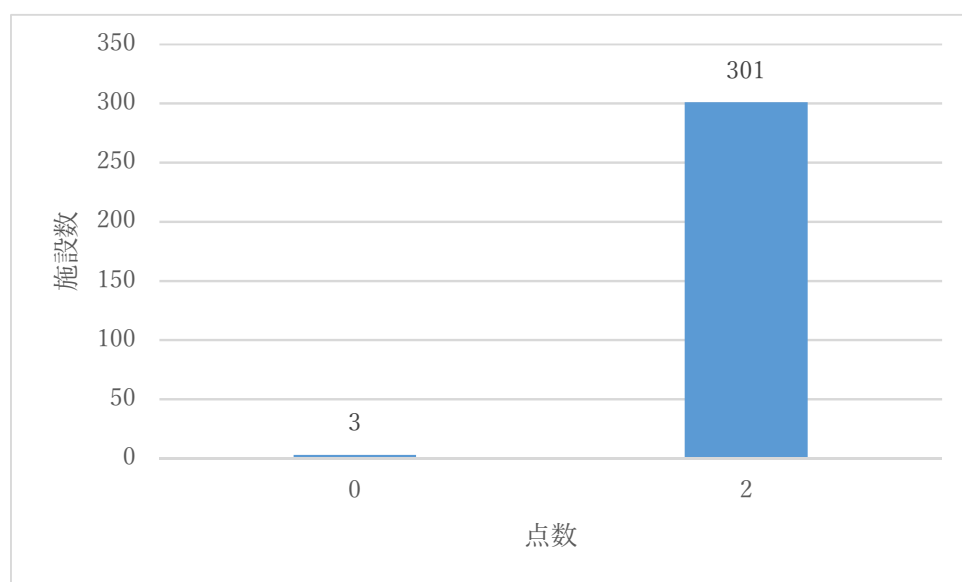
○評価分野：地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能 ○評価の担当：病院の管理者

○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。

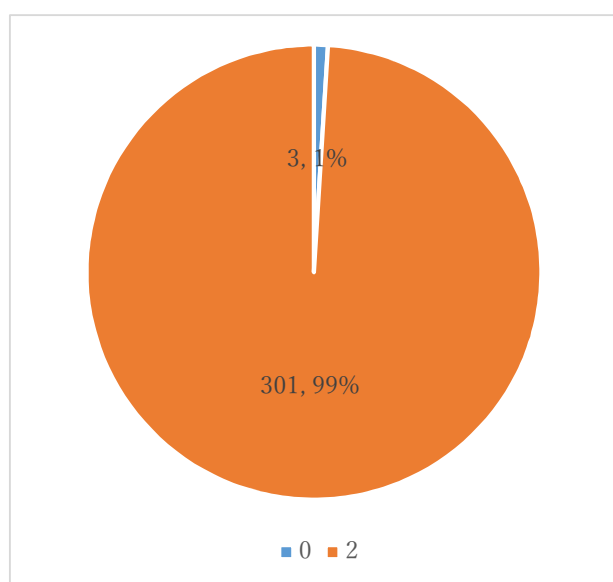
2: 地域の関係機関（都道府県、医師会、救急医療機関（初期、第二次、第三次）、消防機関等）と、定期的に勉強会や症例検討会等を開催している

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の評価項目点数における施設数

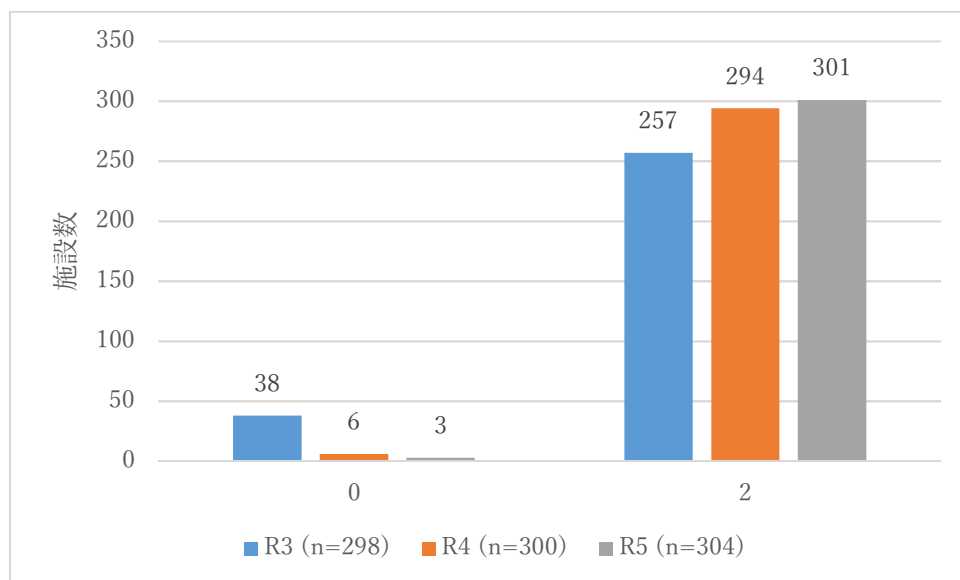


第32－2図 地域の関係機関との連携の評価項目点数における施設数の評価項目点数における割合



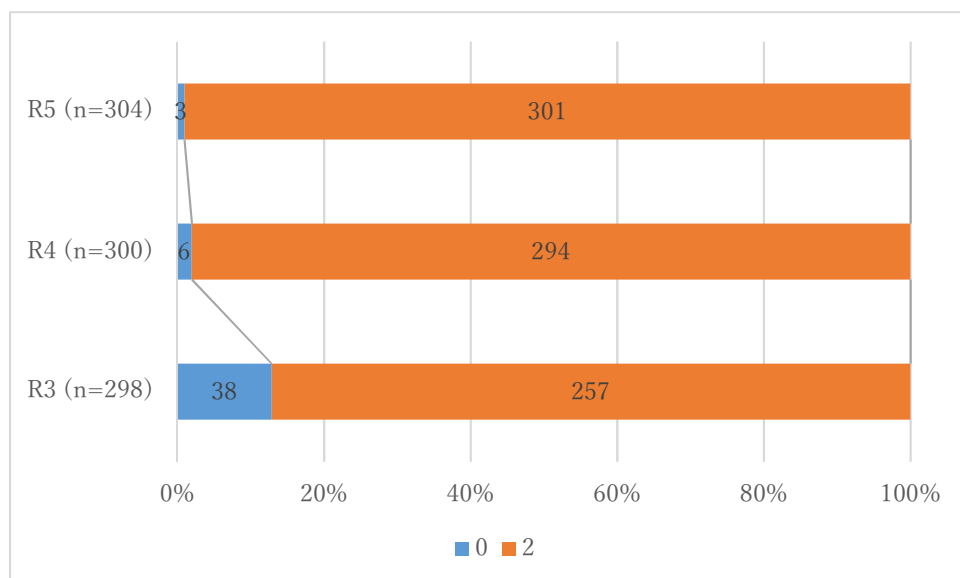
水準	度数	割合
0	3	0.01
2	301	0.99
合計	304	1.00

第 32－ 3 図 地域の関係機関との連携の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 32-4 図 地域の関係機関との連携の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

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

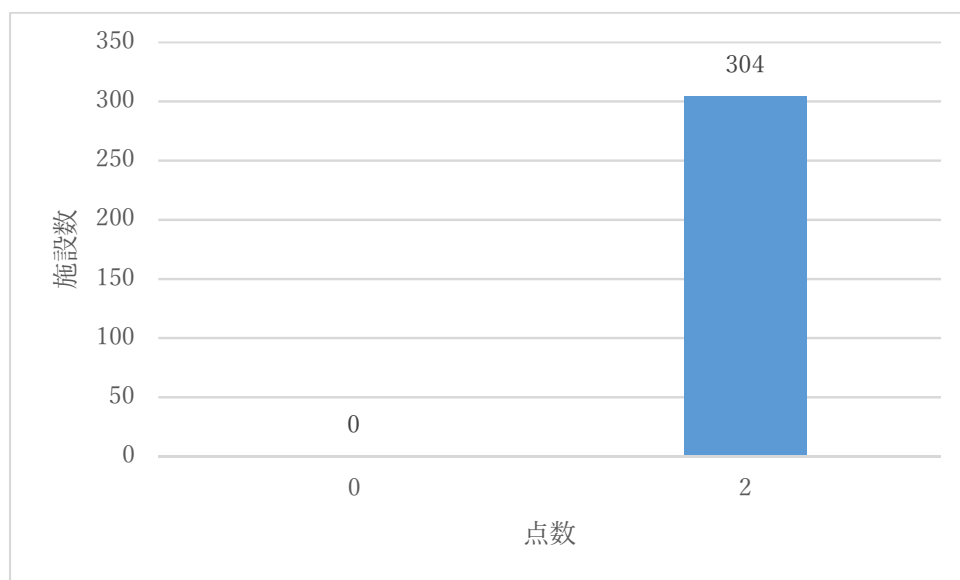
○評価項目の定義等：

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

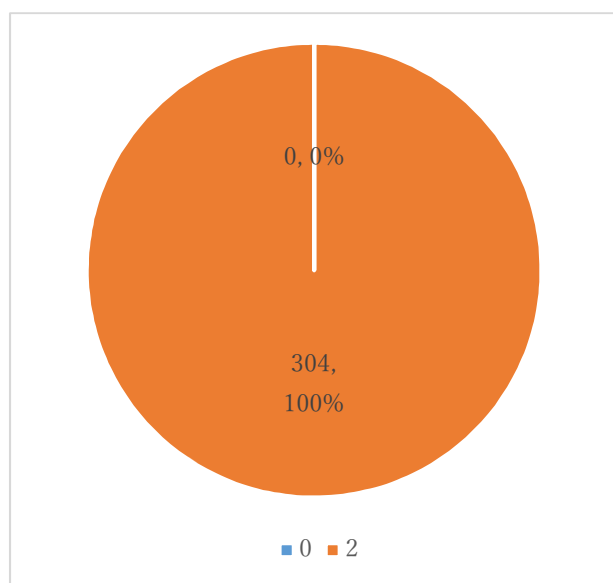
0: 上記の基準を満たさない

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

参画の評価項目点数における施設数

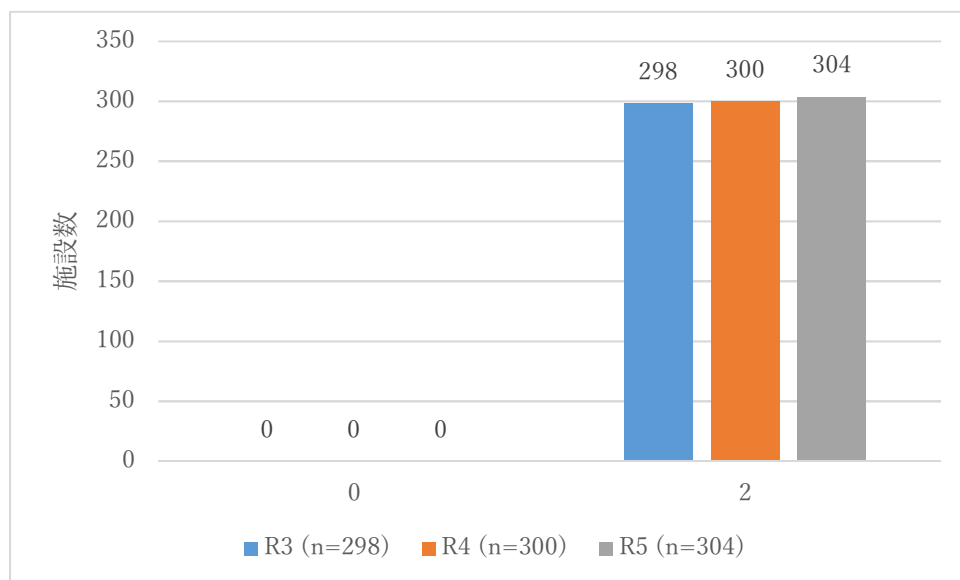


第 33-2 図 都道府県メディカルコントロール協議会又は地域メディカルコントロール協議会等への参画の評価項目点数における割合



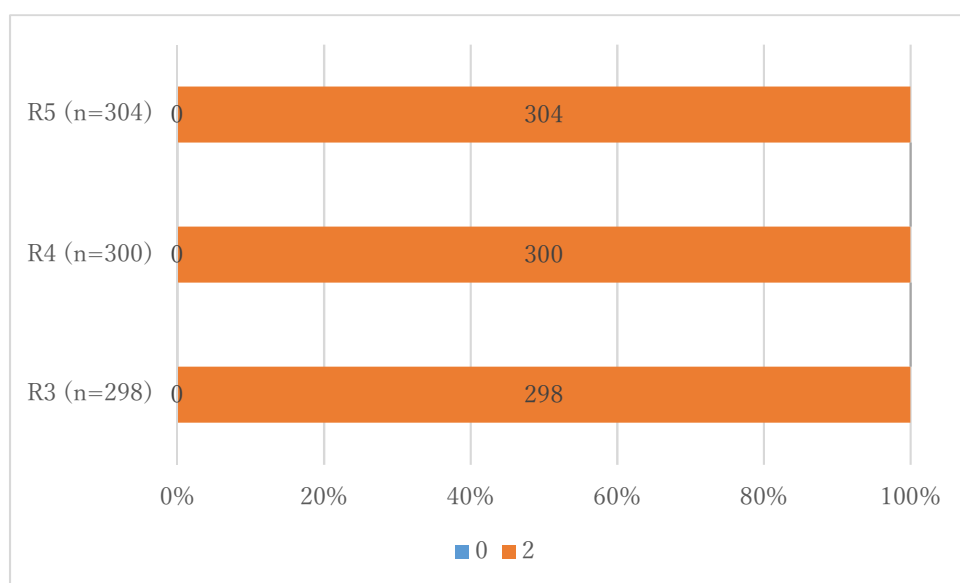
水準	度数	割合
0	0	0.00
2	304	1.00
合計	304	1.00

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の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 33-4 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の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

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

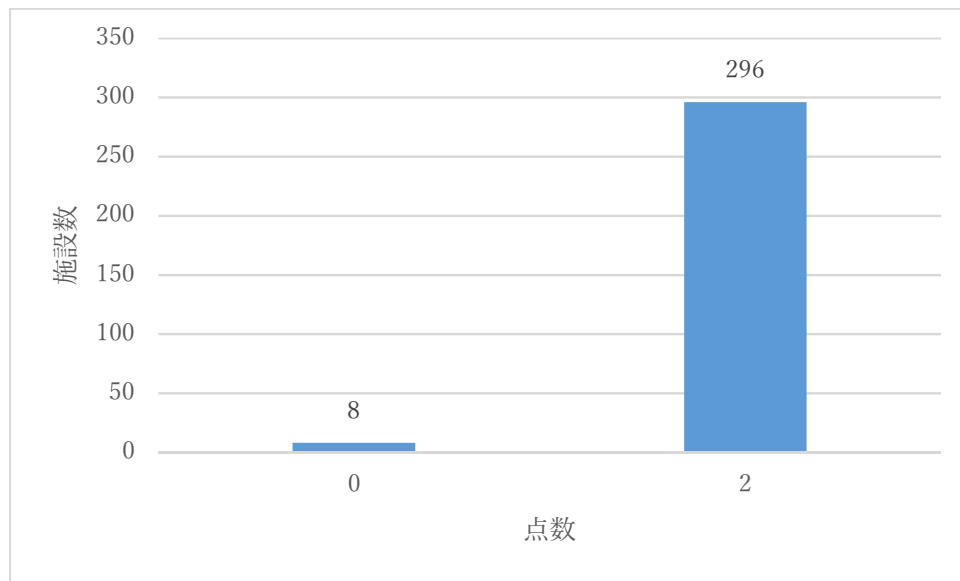
○評価項目の定義等：「適切に情報を更新している」とは、1 日 2 回以上の更新を目安とし、地域の実情に応じて更新されているときをいう。県内または地域内で統一した医療情報システム（タブレット端末を利用している場合を含む。）を使用している場合も含む。

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

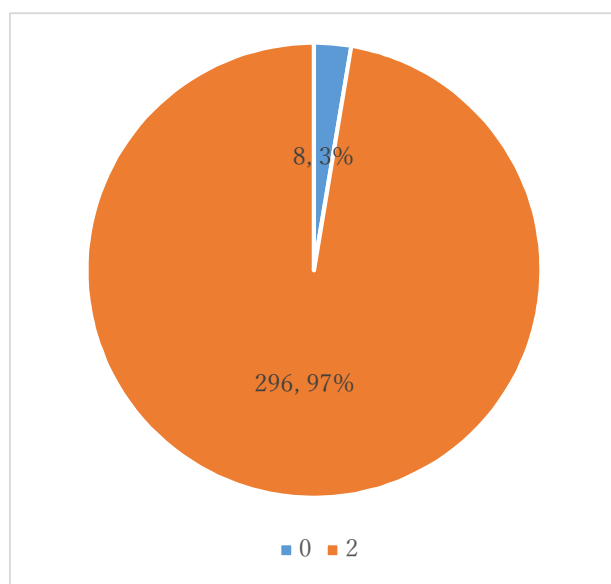
情報システムを導入していない（該当する都道府県のみ）

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）への関与の
評価項目点数における施設数

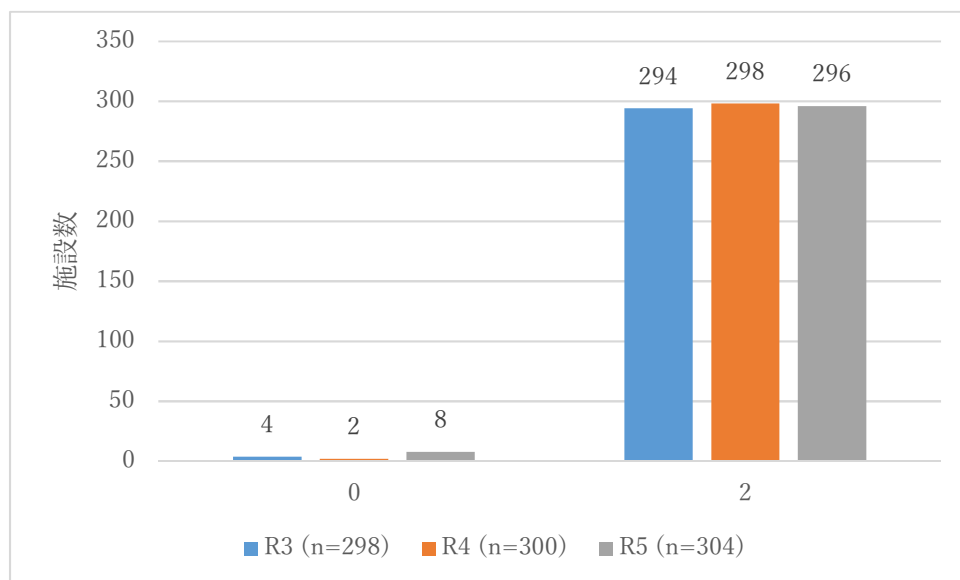


第 34－2 図 救急医療情報センター（広域災害・救急医療情報システム）への関与施設数の
評価項目点数における割合



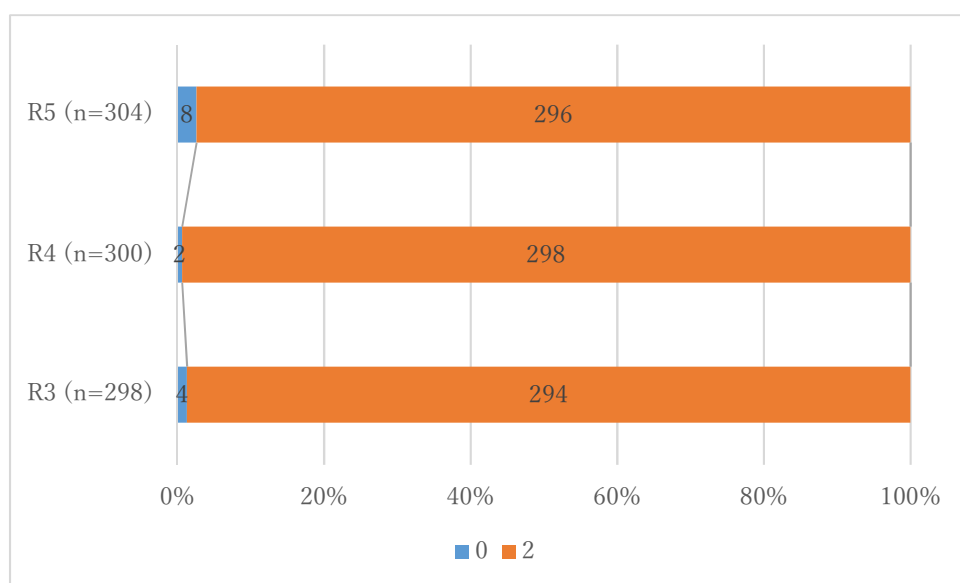
水準	度数	割合
0	8	0.03
2	296	0.97
合計	304	1.00

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）への関与の
施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 34-4 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）への関与の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）

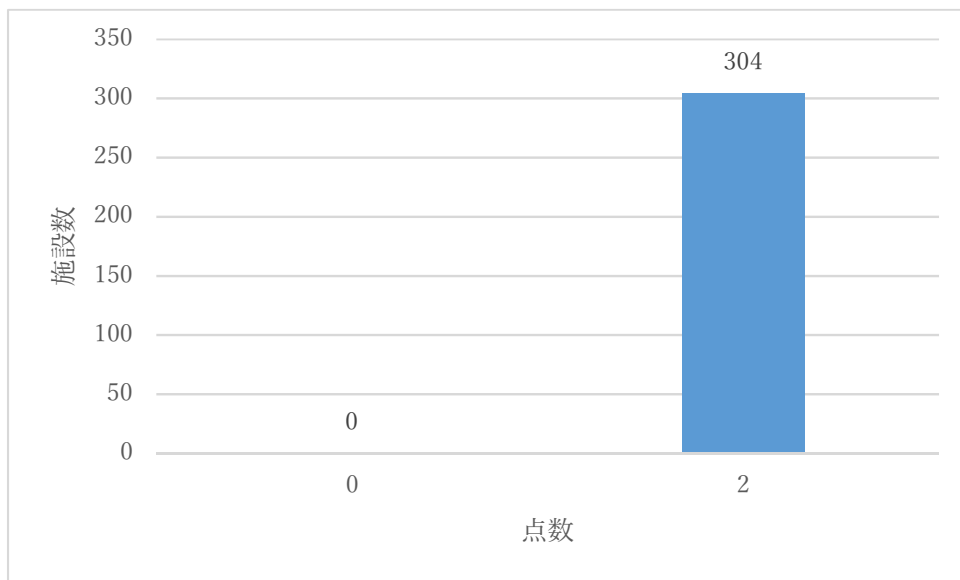


※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

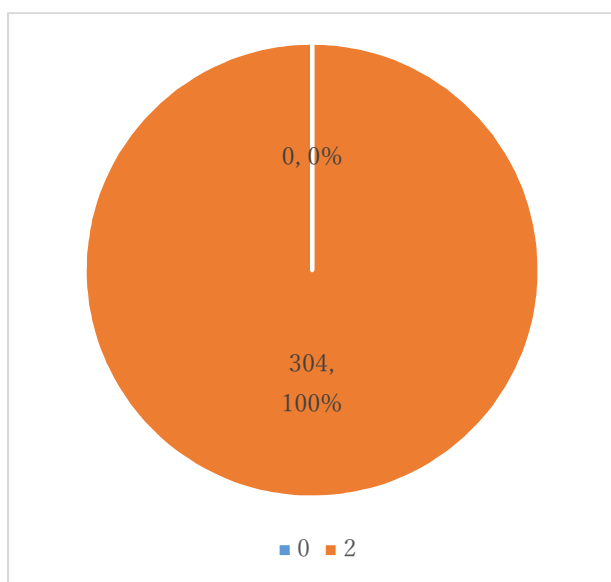
35. ウツタイン様式調査への協力状況

- 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の評価項目点数における施設数

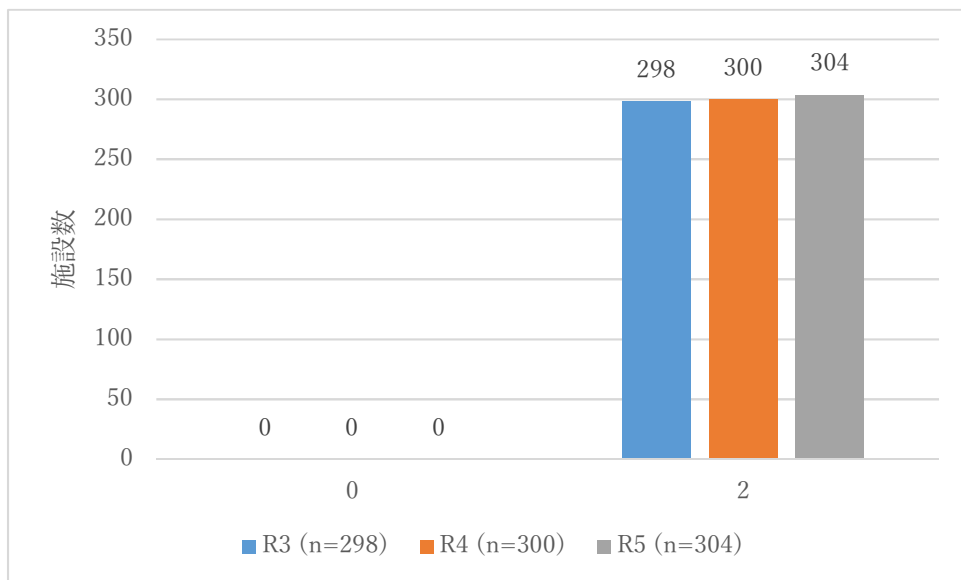


第 35－2 図 ウツタイン様式調査への協力状況の評価項目点数における割合



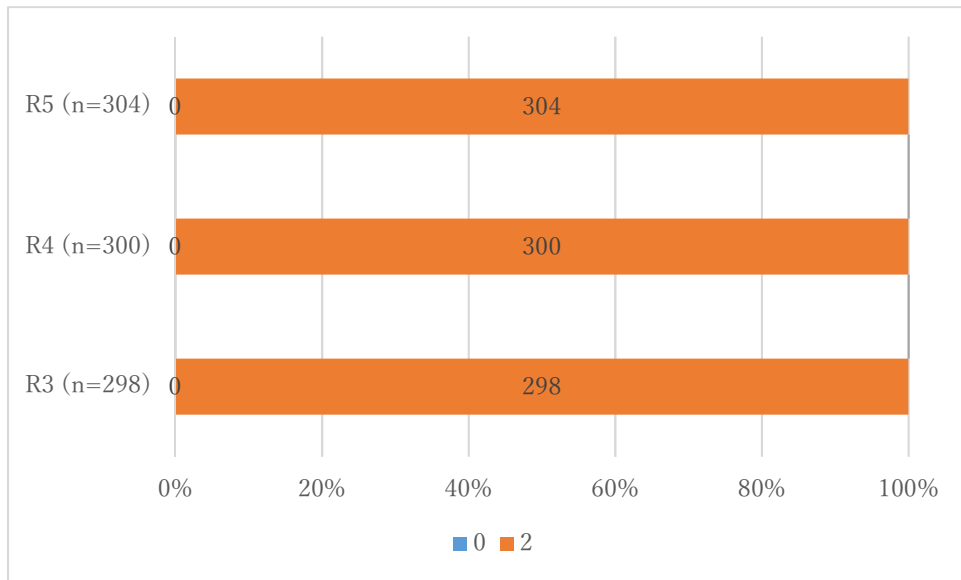
水準	度数	割合
0	0	0.00
2	304	1.00
合計	304	1.00

第 35－3 図 ウツタイン様式調査への協力状況の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 35－4 図 ウツタイン様式調査への協力状況の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

- ・ 3 年連続で全施設が評価基準を満たした。

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。

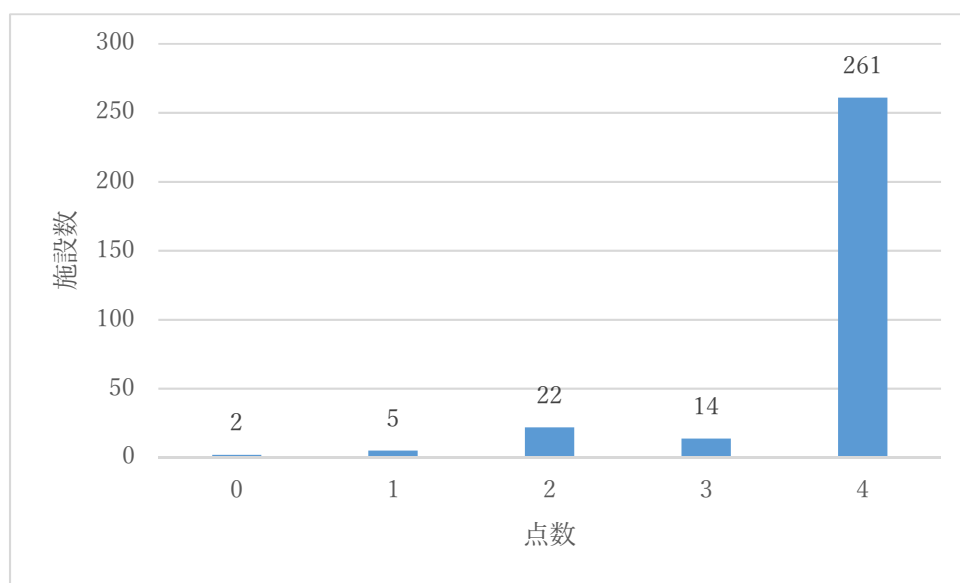
「応答記録を整備する」とは、指示を出した医師の氏名、指示を受けた救急救命士の氏名、時刻、指示の内容等を記録した応答記録が作成されていることをいう。適切な指示や助言が行われていても応答記録が作成されていない場合は、「是正を要する項目」として取り扱う。

「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。

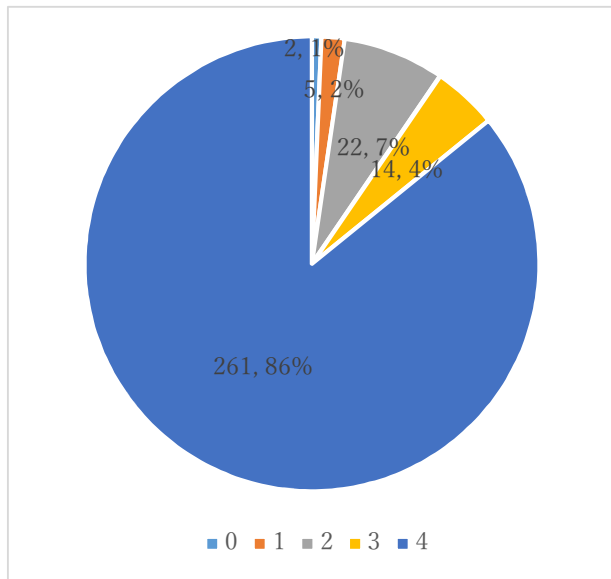
「救急救命士の再教育（生涯教育）」とは、救急救命士の資格取得後の知識や技能を維持、向上させるために行う教育・研究をいう。「調節を行っている」とは、地域 MC 協議会において決定した実習内容や時間等の取り決めに従って、救命救急センターが救急救命士の再教育を受け入れる病院を調整していることをいう。

第 36－1 図 メディカルコントロール体制への関与の評価項目点数における施設数



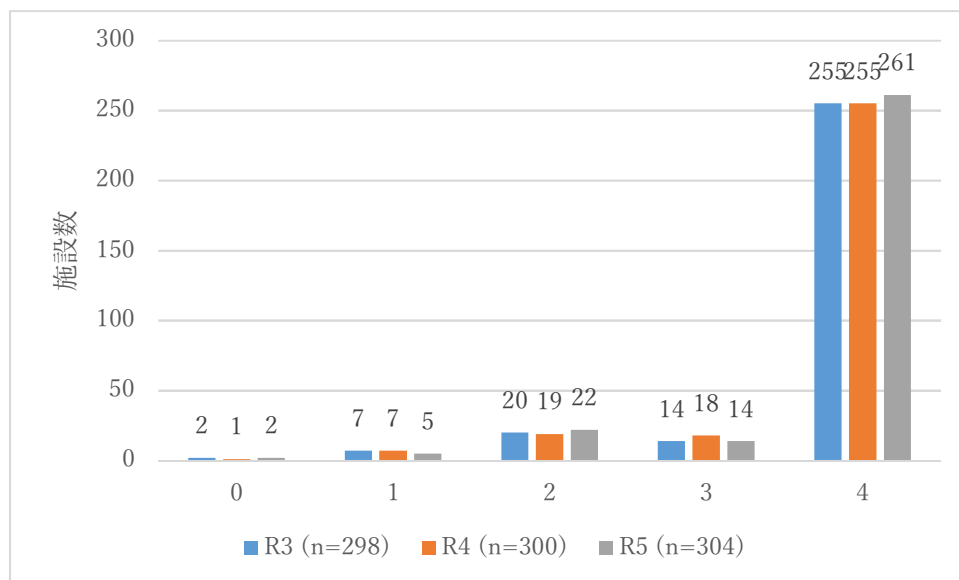
第 36－2 図 メディカルコントロール体制への関与の評価項目点数における割合

水準	度数	割合
0	2	0.01



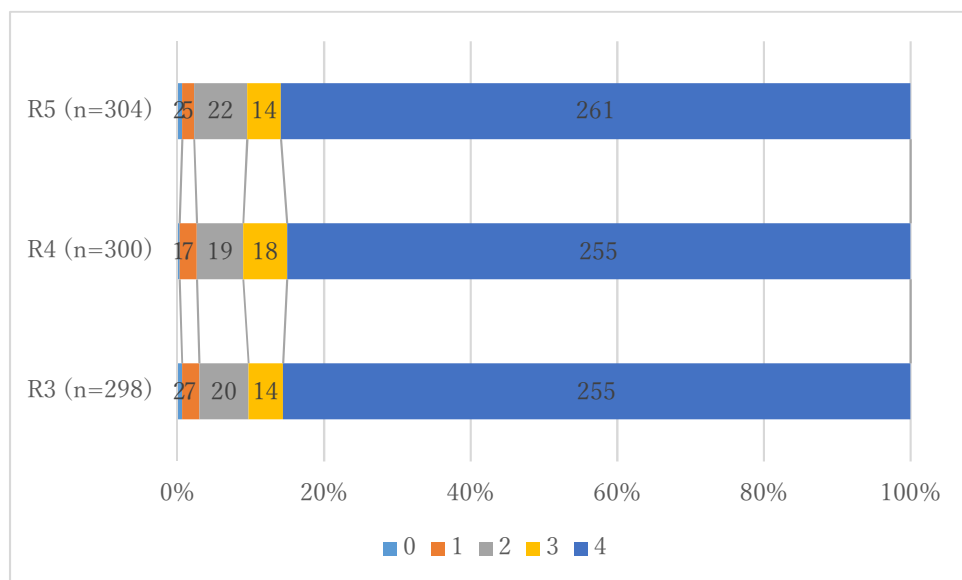
1	5	0.02
2	22	0.07
3	14	0.04
4	261	0.86
合計	304	1.00

第 36－3 図 メディカルコントロール体制への関与の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 36－4 図 メディカルコントロール体制への関与の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

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

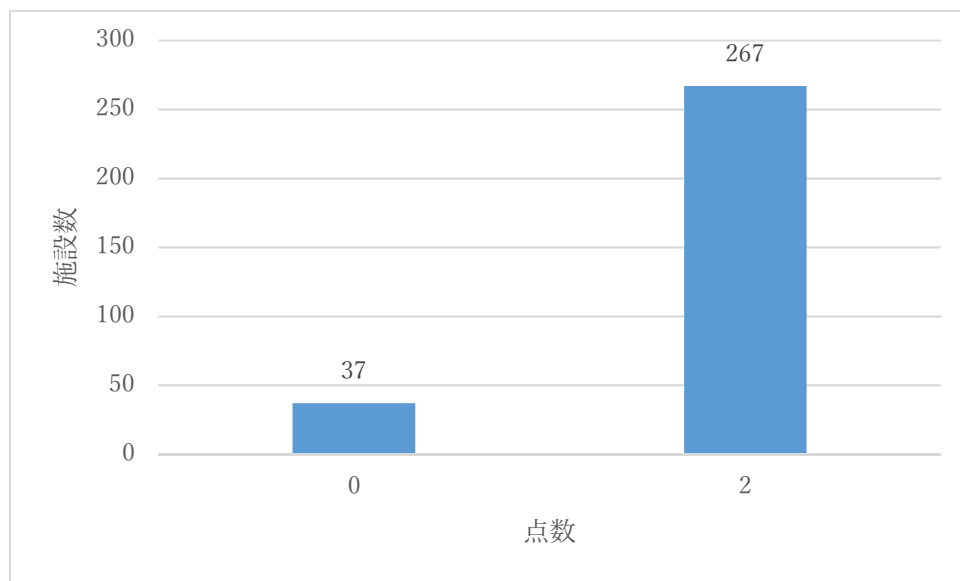
○評価分野：救急医療の教育機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義等：

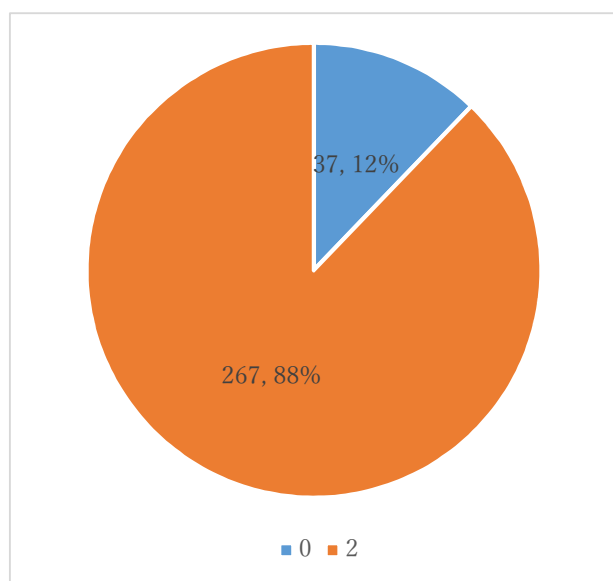
2: 救急救命士の挿管実習又は薬剤投与実習を受け入れている

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の評価項目点数における施設数

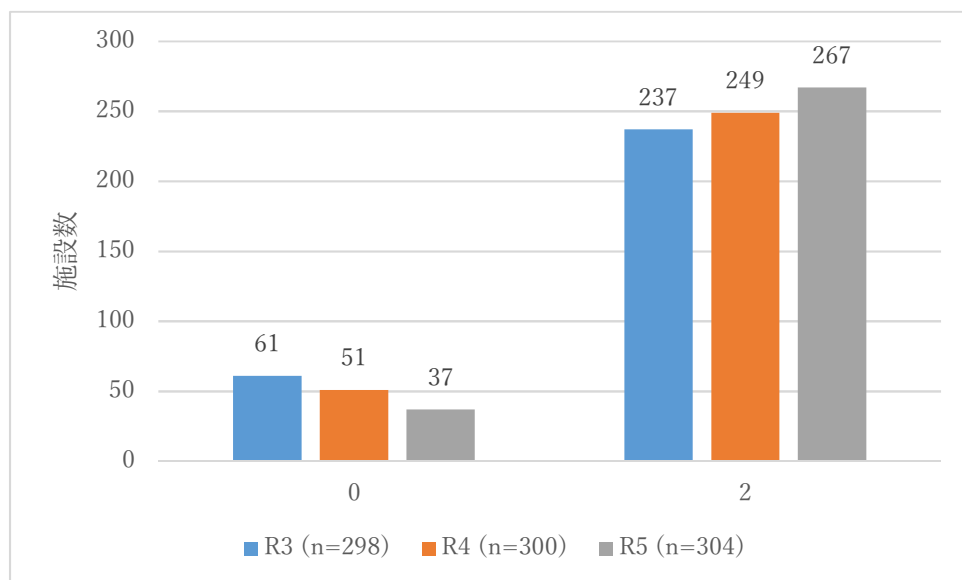


第37.1－2図 救急救命士の挿管実習及び薬剤投与実習の受入状況の評価項目点数における割合



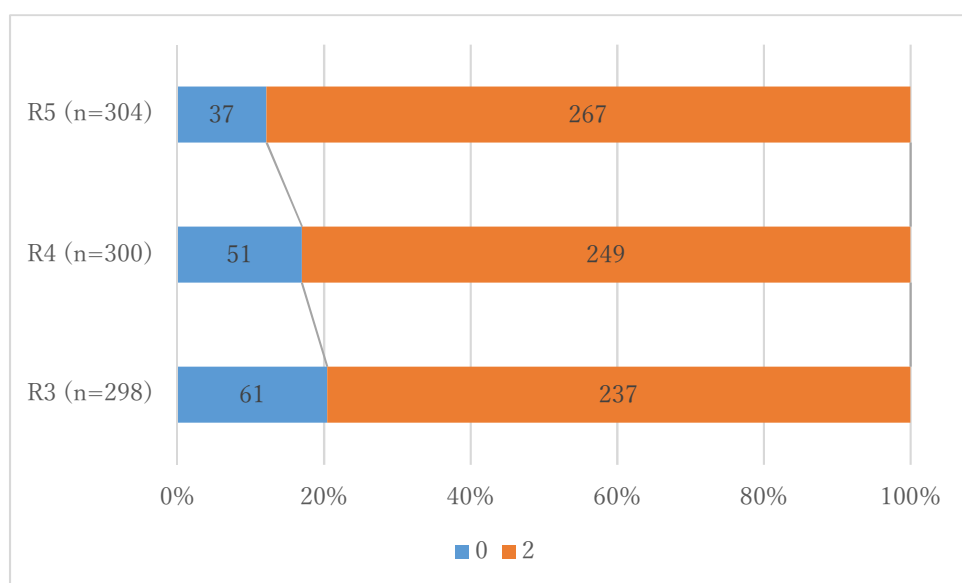
水準	度数	割合
0	37	0.12
2	267	0.88
合計	304	1.00

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の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 37.1－4 図 救急救命士の挿管実習及び薬剤投与実習の受入状況の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

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

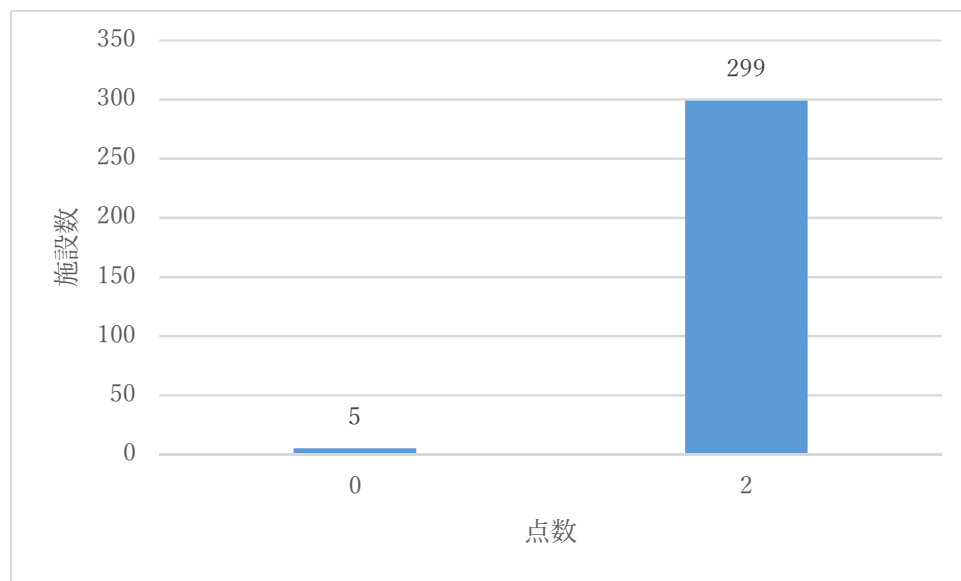
○評価項目の定義等：

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

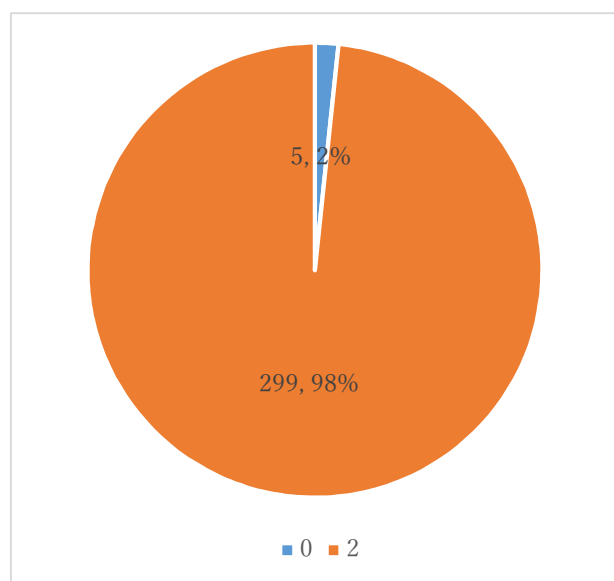
0: 上記の基準を満たさない

※「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の評価項目点数における施設数

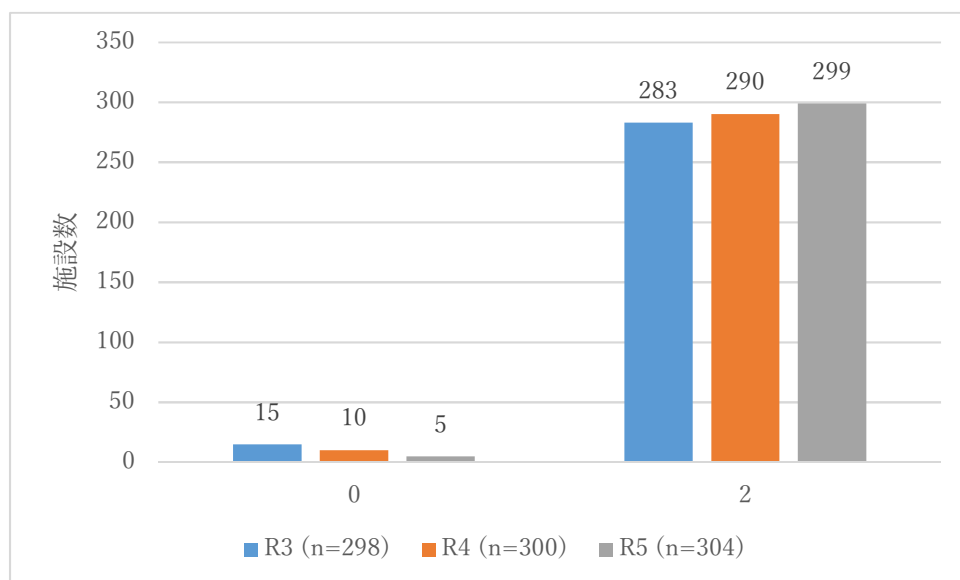


第37.2－2図 救急救命士の病院実習受入状況の評価項目点数における割合



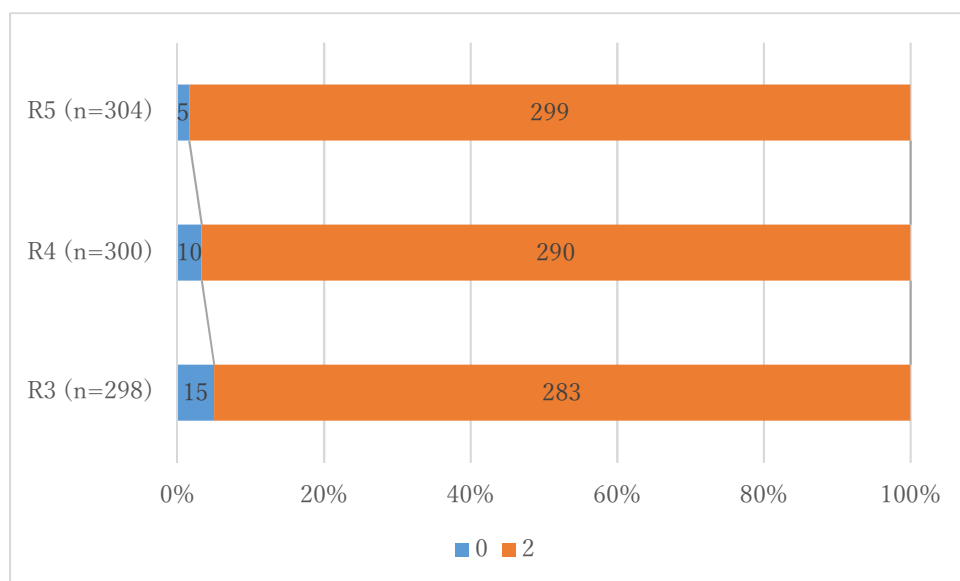
水準	度数	割合
0	5	0.02
2	299	0.98
合計	304	1.00

第 37.2－3 図 救急救命士の病院実習受入状況の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 37.2－4 図 救急救命士の病院実習受入状況の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

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

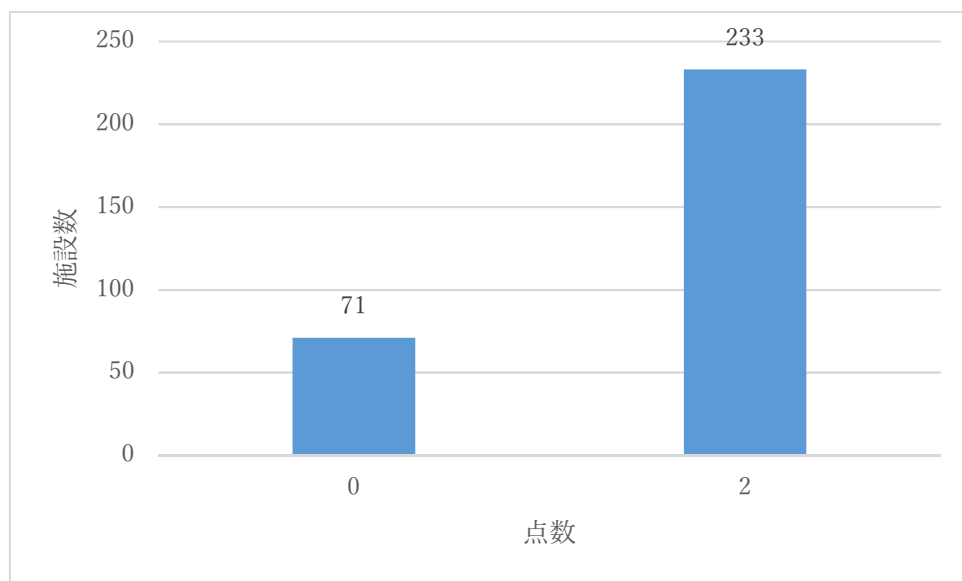
○評価項目の定義等：

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

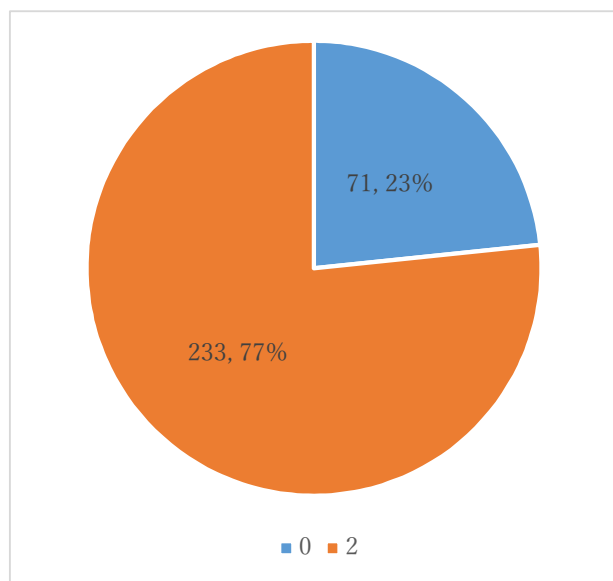
0: 上記の基準を満たさない

※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の評価項目点数における施設数

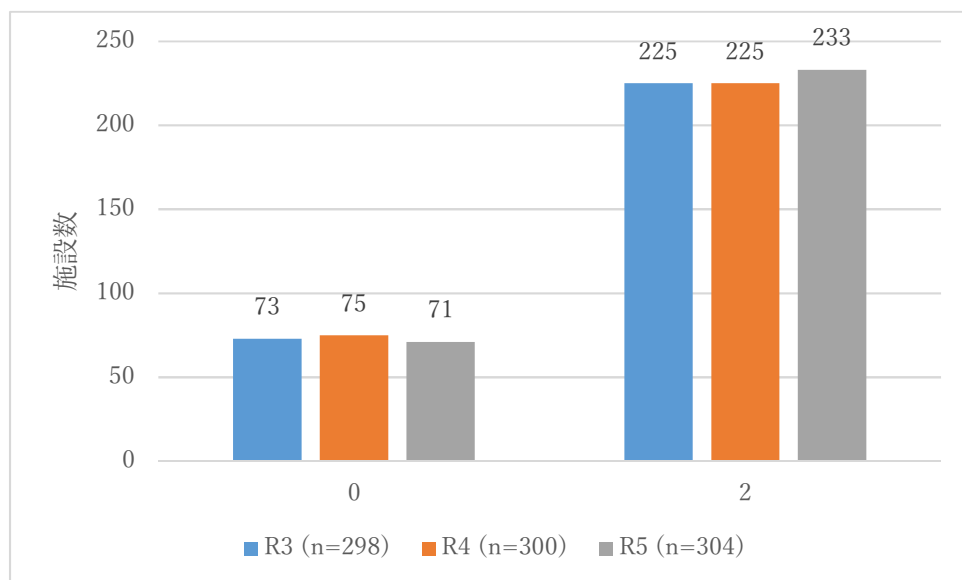


第38－2図 臨床研修医の受入状況の評価項目点数における割合



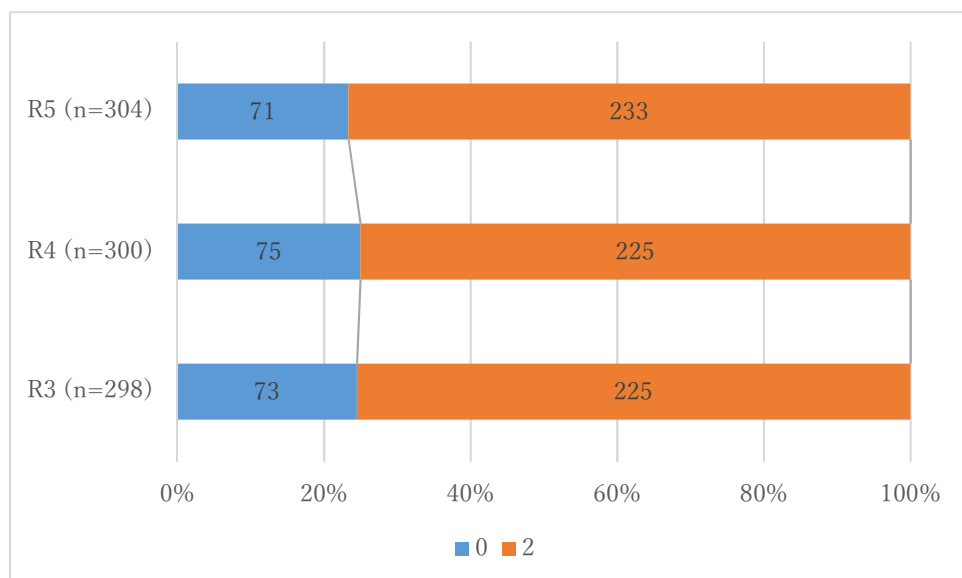
水準	度数	割合
0	71	0.23
2	233	0.77
合計	304	1.00

第38－3図 臨床研修医の受入状況の施設数の比較（令和3年から令和5年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 38—4 図 臨床研修医の受入状況の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

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：

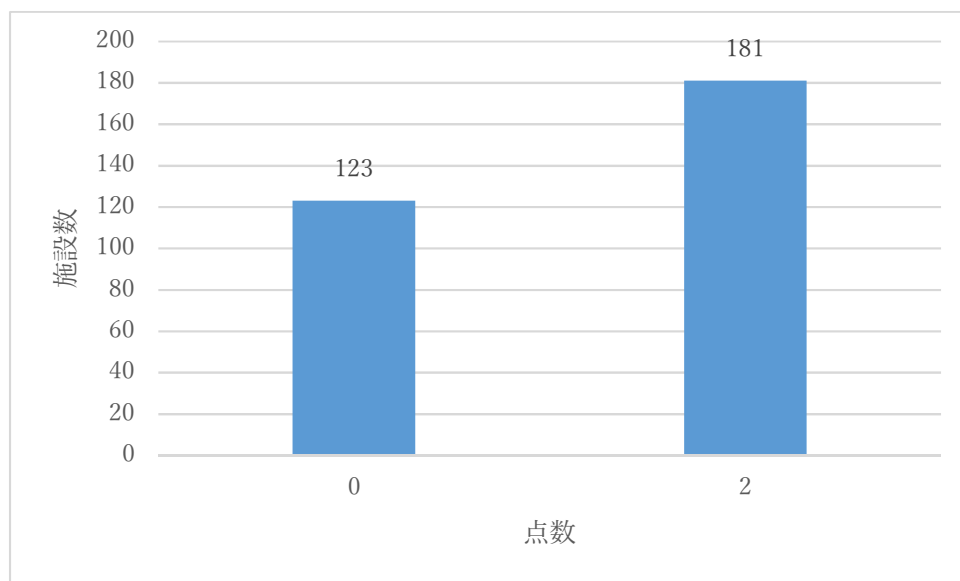
2: 救命救急センター（外来、入院を問わず）で、専攻医（臨床研修を終了）を年間 24 単位以上受け入れ

ている

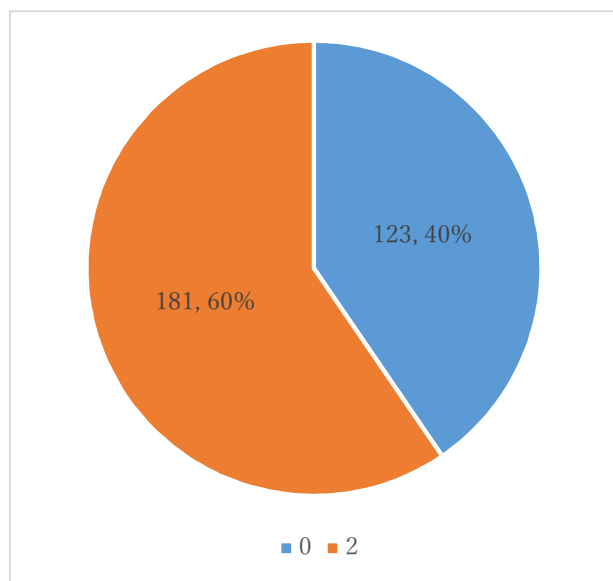
0: 上記の基準を満たさない

※「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 専攻医の受入状況の評価項目点数における施設数

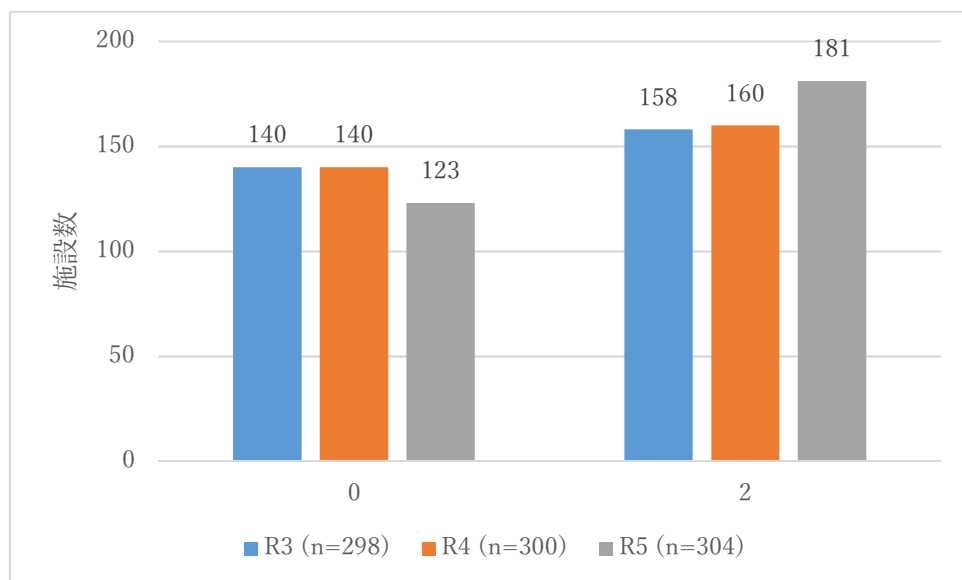


第 39－2 図 専攻医の受入状況の評価項目点数における割合



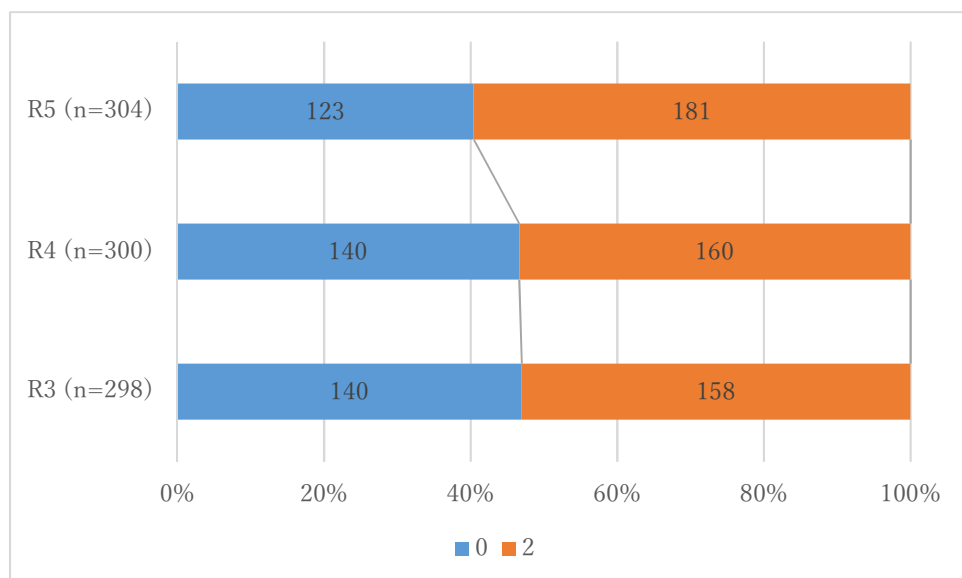
水準	度数	割合
0	123	0.40
2	181	0.60
合計	304	1.00

第 39－3 図 専攻医の受入状況の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 39—4 図 専攻医の受入状況の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

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：

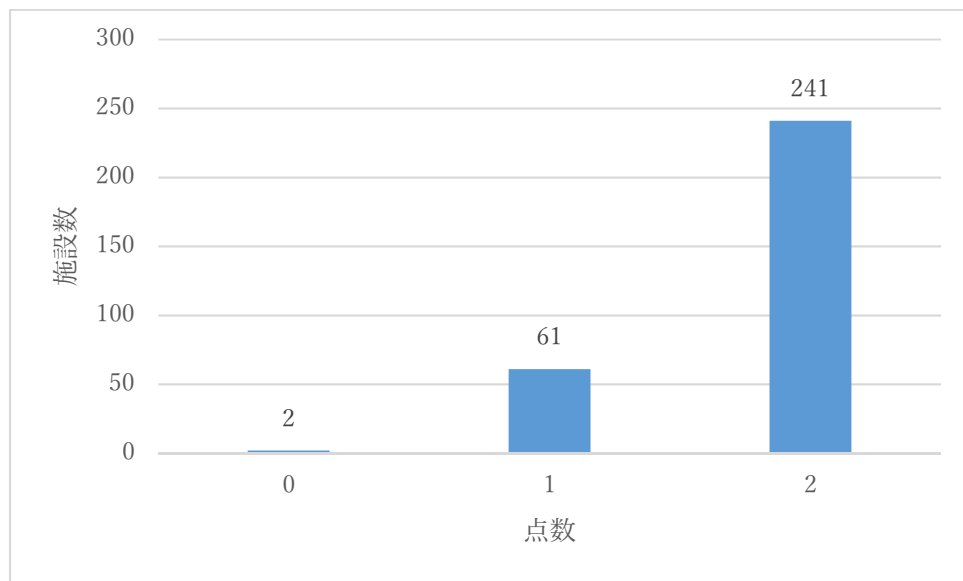
2: 下記に加え、救命救急センターにおいて、対外的にも上記の教育コースを開催している

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

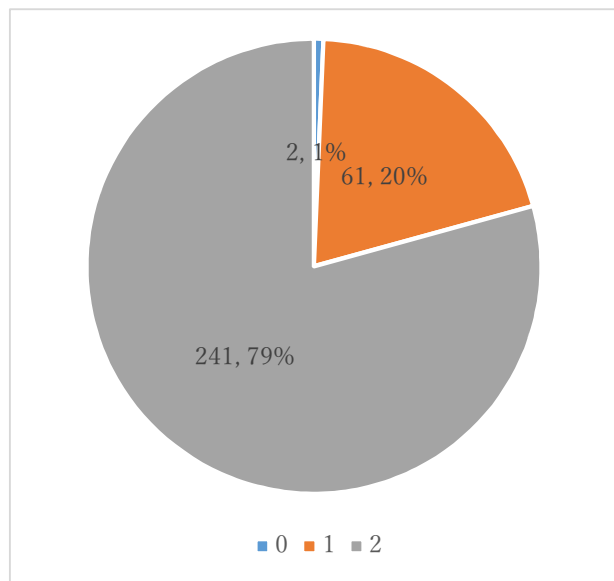
0: 上記の基準を満たさない

※「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の評価項目点数における施設数

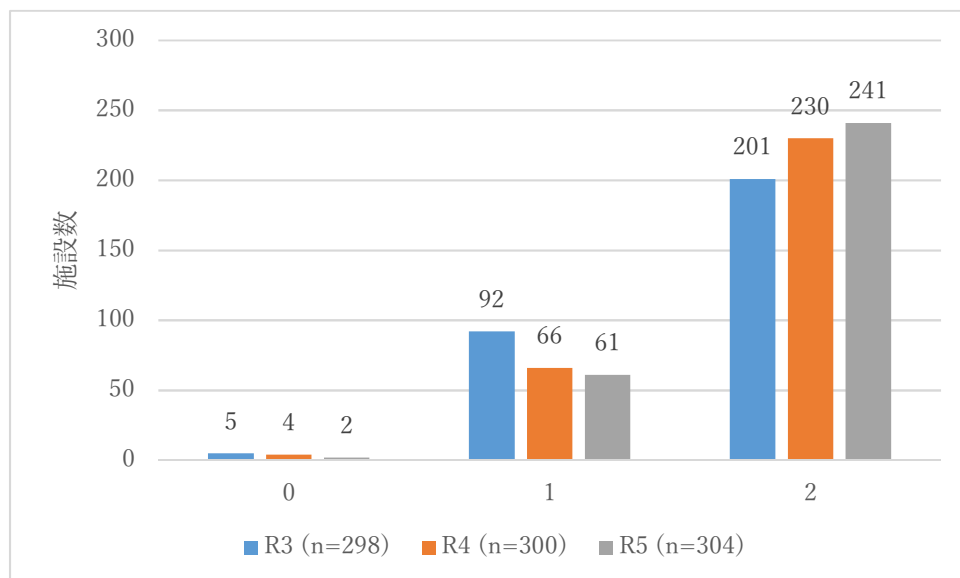


第40－2図 医療従事者への教育の評価項目点数における割合



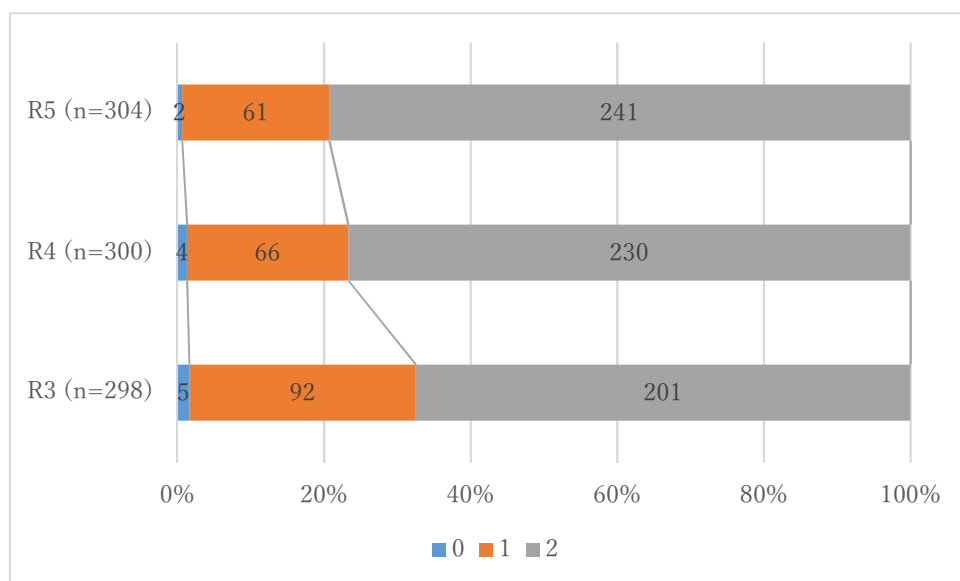
水準	度数	割合
0	2	0.01
1	61	0.20
2	241	0.79
合計	304	1.00

第 40－3 図 医療従事者への教育の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 40－4 図 医療従事者への教育の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

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：

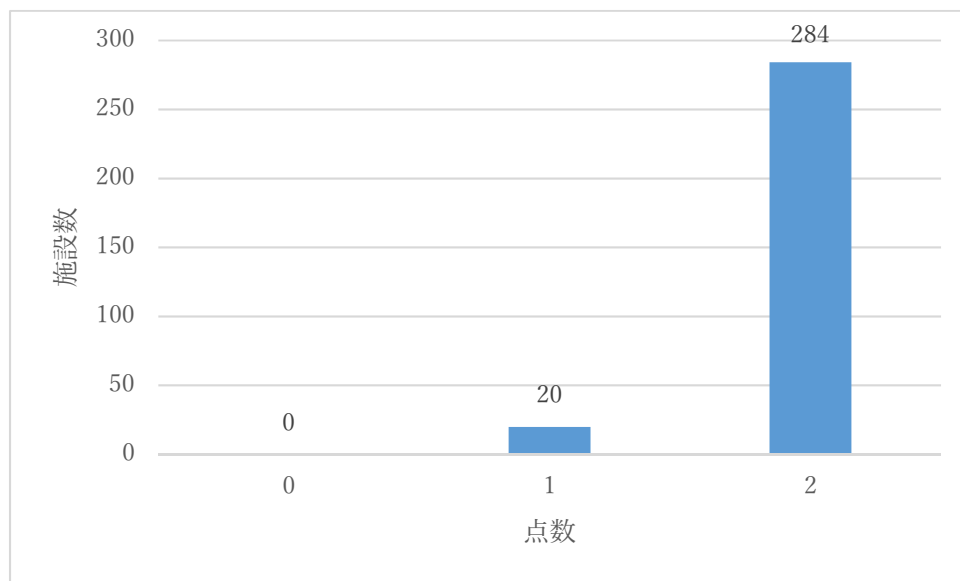
2: 下記に加え、都道府県又は地域での災害訓練に年 1 回以上参加している

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

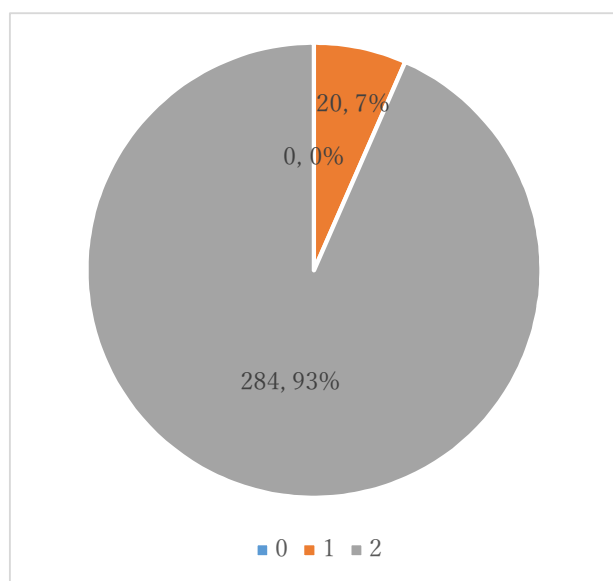
0: 上記の基準を満たさない

※「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 災害に関する教育の評価項目点数における施設数

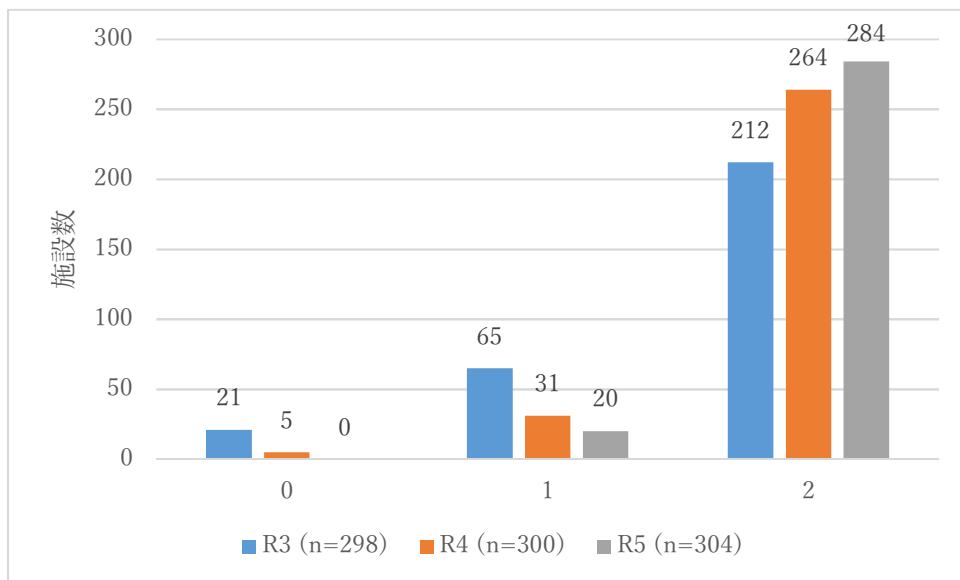


第 41－2 図 災害に関する教育の評価項目点数における割合



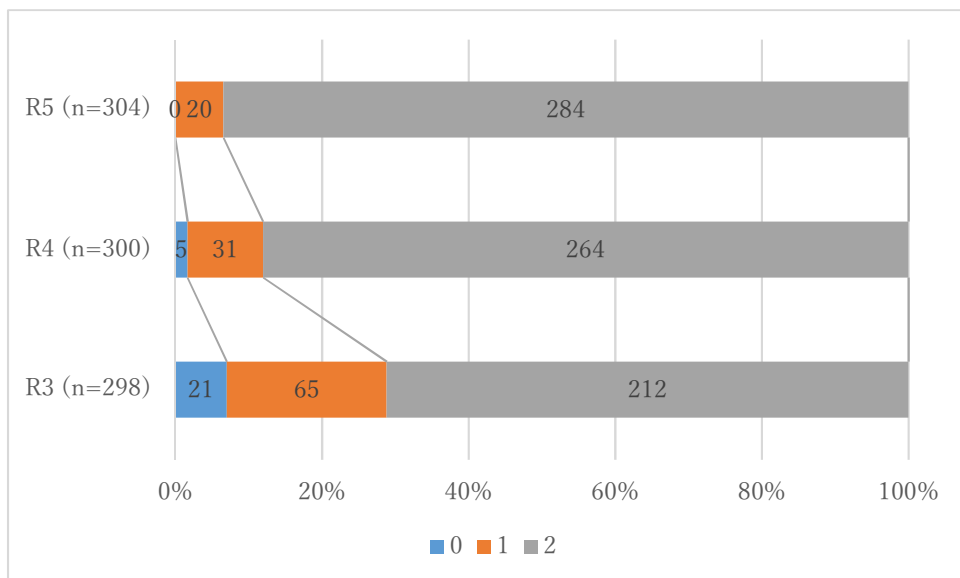
水準	度数	割合
0	0	0.00
1	20	0.07
2	284	0.93
合計	304	1.00

第 41－3 図 災害に関する教育の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 41－4 図 災害に関する教育の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

42. 災害に関する計画の策定

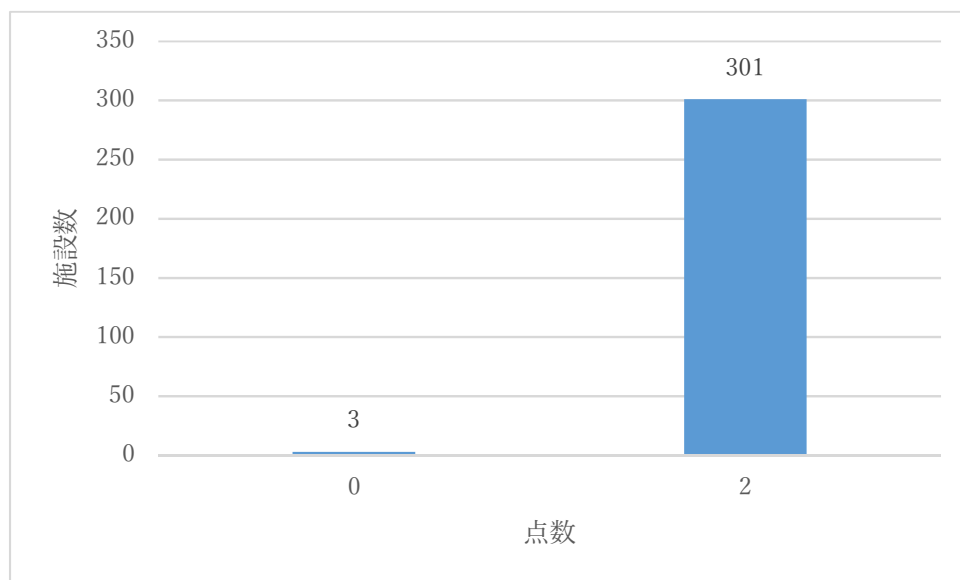
○評価分野：災害対策 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義等：

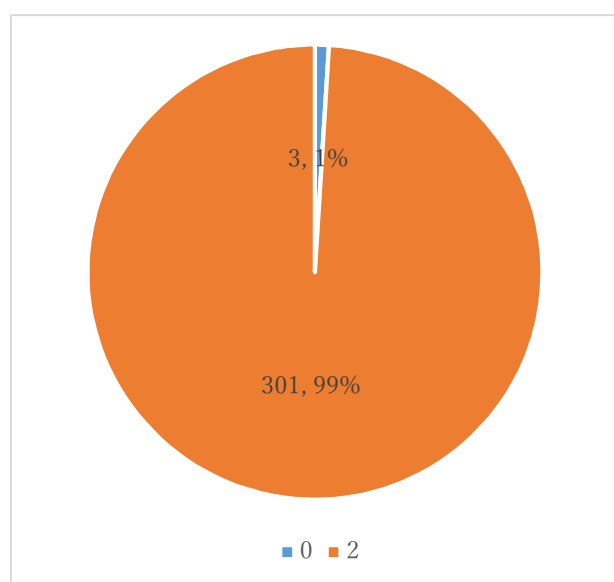
2: BCP を策定し、必要に応じて更新するための見直しを実施している

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の評価項目点数における施設数

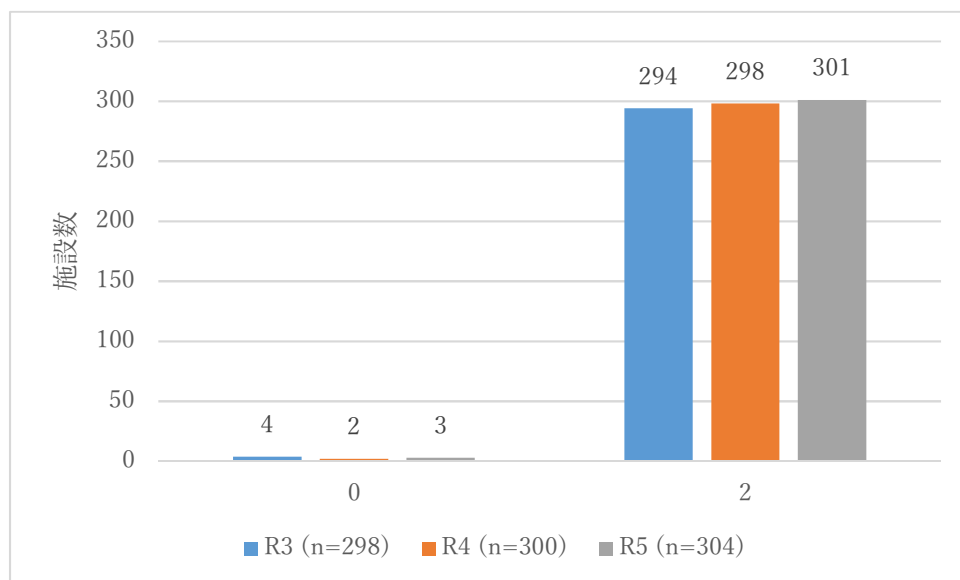


第 42－2 図 災害に関する計画の策定の評価項目点数における割合



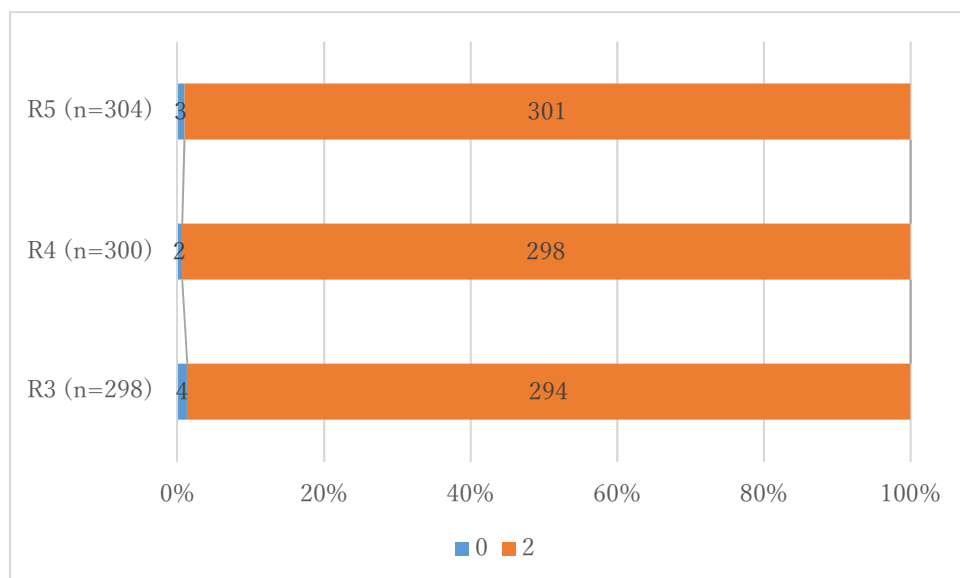
水準	度数	割合
0	3	0.01
2	301	0.99
合計	304	1.00

第 42－3 図 災害に関する計画の策定の施設数の比較（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

第 42—4 図 災害に関する計画の策定の割合の変化（令和 3 年から令和 5 年）



※令和 3 年：298 施設 令和 4 年：300 施設 令和 5 年：304 施設

Ⅲ. 救命救急センター充実段階評価区分

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。また、令和 4 年においても、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い、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っ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された。令和 5 年は令和 4 年同様にヒアリングが実施されたが、結果的に救命救急センター充実段階評価のすべての項目が全 304 施設で評価の対象とされた。

○令和 5 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

S 評価：秀でている
A 評価：適切に行われている
B 評価：一定の水準に達している
C 評価：一定の水準に達していない

図 1 評価区分の施設数（全 304 施設）

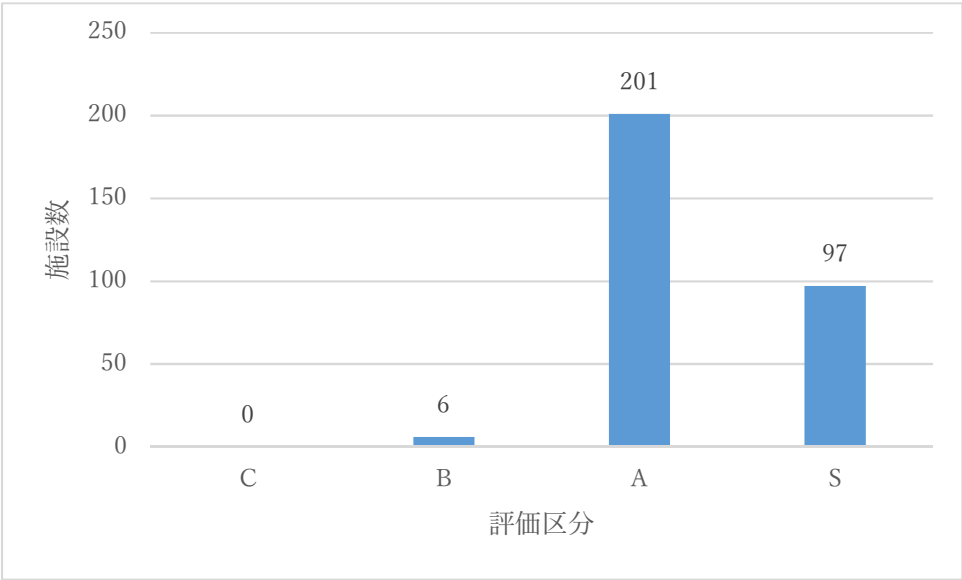
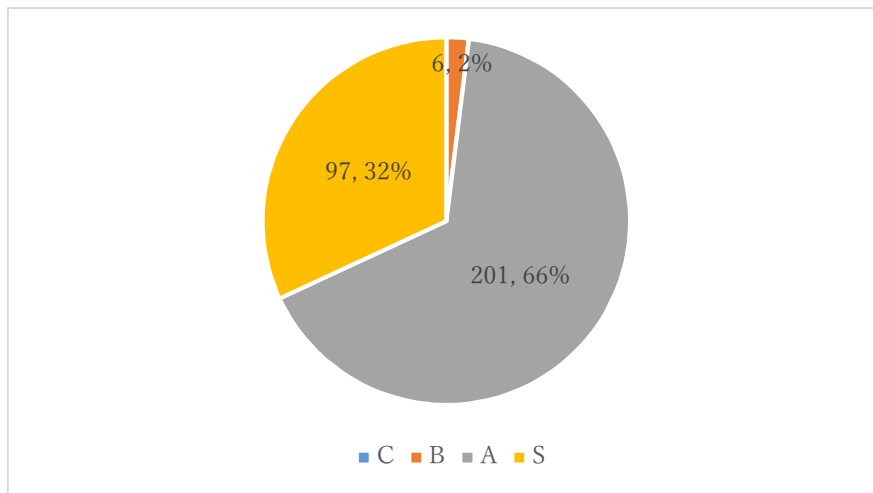


図 2 評価区分の施設の割合（全 304 施設）



水準	度数	割合
C	0	0.00
B	6	0.02
A	201	0.66
S	97	0.32
合計	304	1.00

図 3 評価区分の施設数の比較（令和元年から令和 5 年）

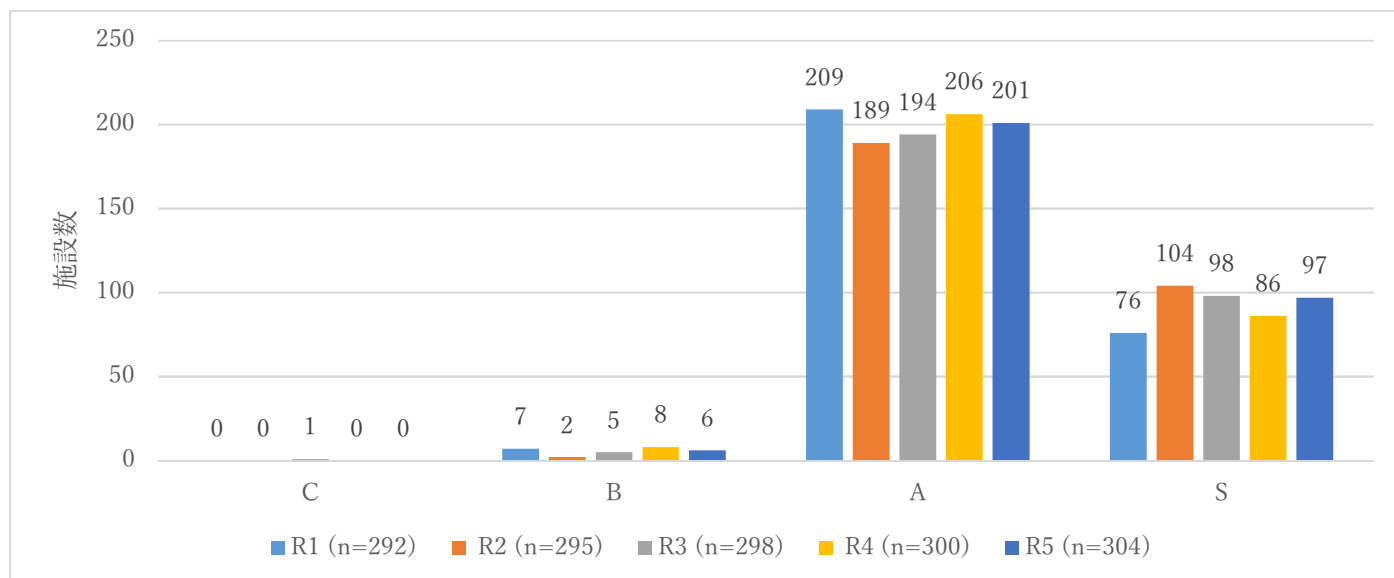
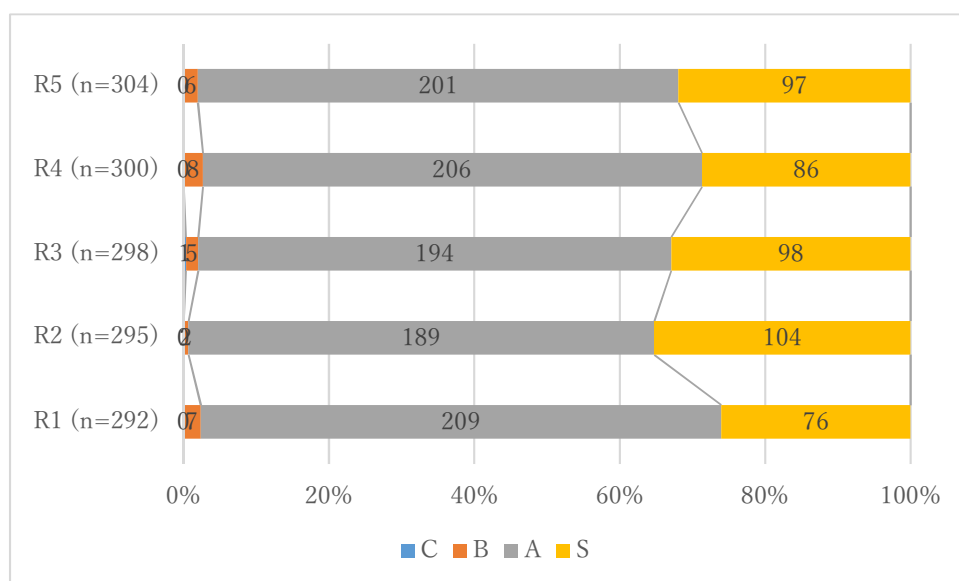


図 4 評価区分の割合の変化（令和元年から令和 5 年）



図表 1

救命救急センターの整備の状況

	H26	H27	H28	H29	H30	R 1	R2	R 3	R4	R5	10年の 変化数	10年の 変化率
施設数	266	271	279	284	289	292	295	298	300	304	+ 38	14.3%
(100万人あ たり)	2.1	2.1	2.2	2.2	2.3	2.3	2.3	2.4	2.4	2.5	+ 0.4	19.0%
(施設あた り人口)	478,563	468,940	455,538	446,947	436,782	428,435	426,240	418,696	416,490	401,416	- 77,147	-16.1%
(都道府県 あたり)	5.7	5.7	5.9	6	6.3	6.2	6.3	6.4	6.4	6.5	+ 0.8	14.0%
・高度救命 センター	32	34	36	38	42	43	45	46	46	47	+ 15	46.9%
・地域救命 センター	10	11	15	16	16	16	17	17	18	19	+ 9	90%

令和5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

評価	R5	R4	R3	R2	R1	H30	H29	H28	H27	H26	H25	H24	H23	H22	H21	H20	H19	H18	H17	H16	H15	H14	H13
S	97	86	96	104	76	68																	
A	201	206	196	189	209	217	284	284	278	269	265	257	244	231	221	214	204	201	189	170	163	159	156
B	6	8	5	2	7	4	0	0	1	1	0	0	0	4	0	0	0	0	0	4	7	6	4
C	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	304	300	298	295	292	289	284	284	279	271	266	259	246	235	221	214	204	201	189	174	170	165	160

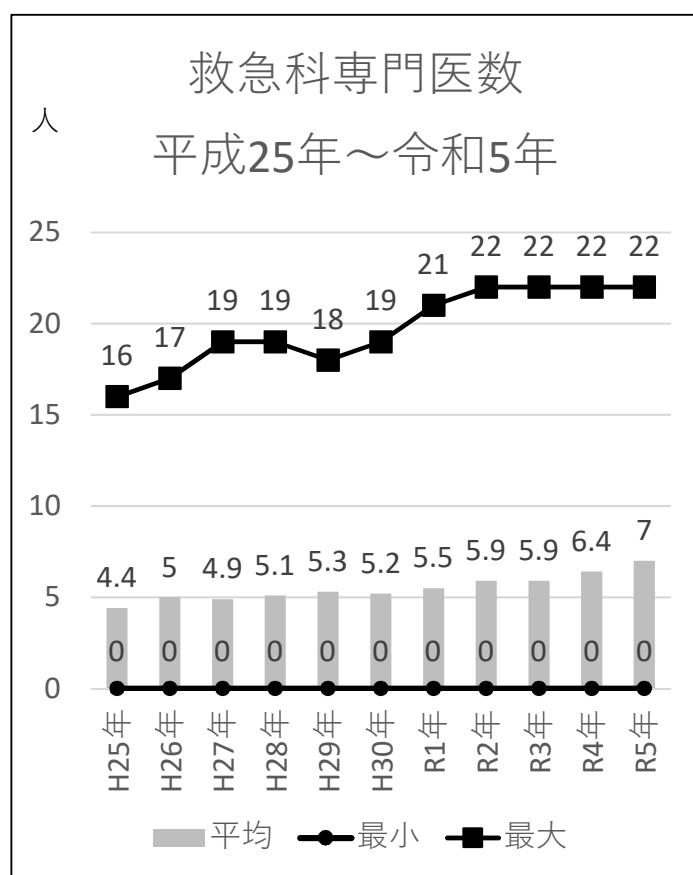
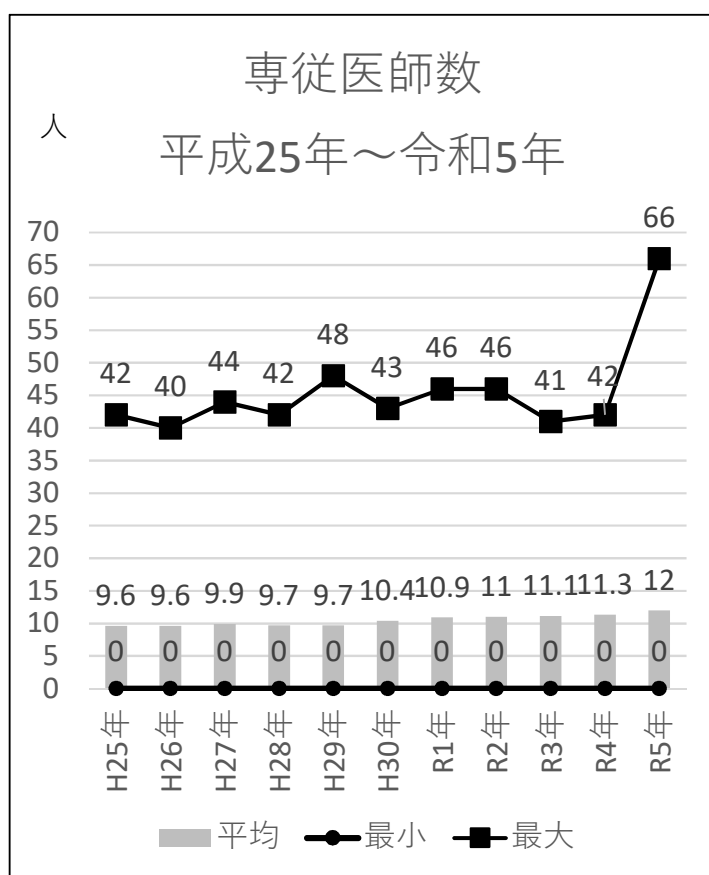
※評価基準の変
更

※評価基準の変
更

令和5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

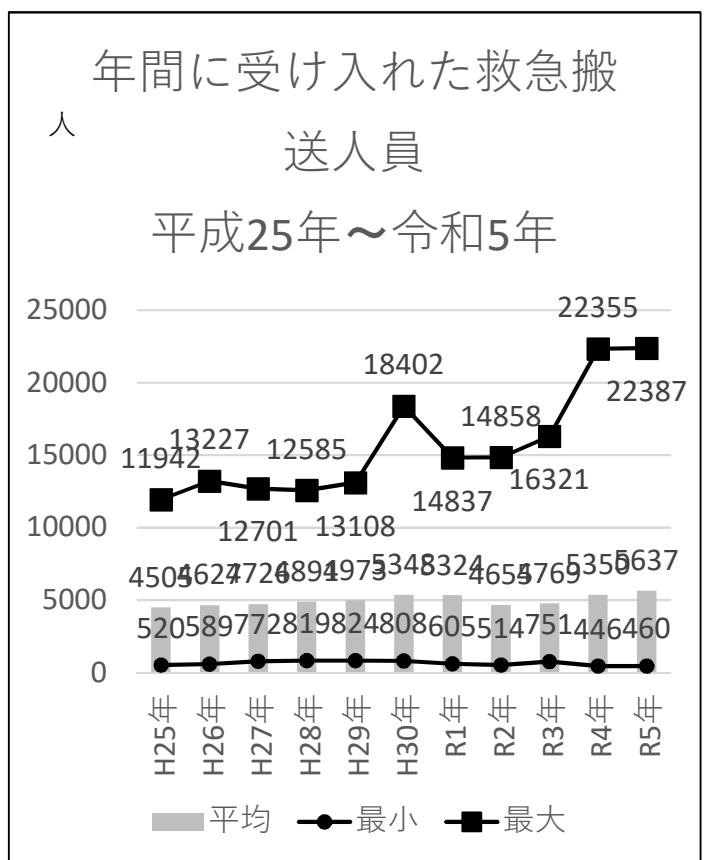
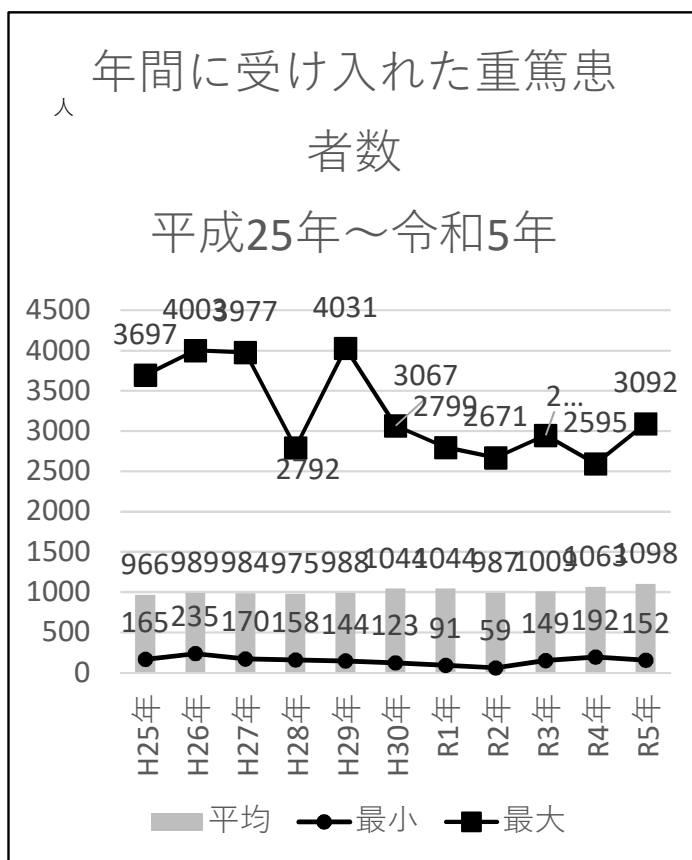
救命救急センターの医師の状況



令和5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 3-2

救命救急センターの傷病者の受け入れ状況



令和5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）