

令和元年

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1か所を目標に整備が進められたが、現在では、全国に、292施設（令和元年12月31日現在）、人口43万人あたり、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。

令和元年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金
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 山本保博
救命救急センターの現状と評価についての研究
研究分担者 坂本哲也

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ため、一部主観的なデータの取り扱いとなった部分がある。また、データを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状況

○ 整備状況（令和元年12月現在）

表 1 施設数等

① 救命救急センター数	292 施設
・人口 100 万人あたり	2.3 施設
・1 施設あたりの人口	433023 人
・都道府県あたり（平均）	6.2 施設
② 高度救命救急センター数	42 施設(14.4%)
③ 地域救命救急センター数	19 施設(6.5%)
④ ドクターヘリ基地施設数	53 施設(18.2%)

図 1 年次ごとの整備状況（縦軸：整備数、横軸：年度）

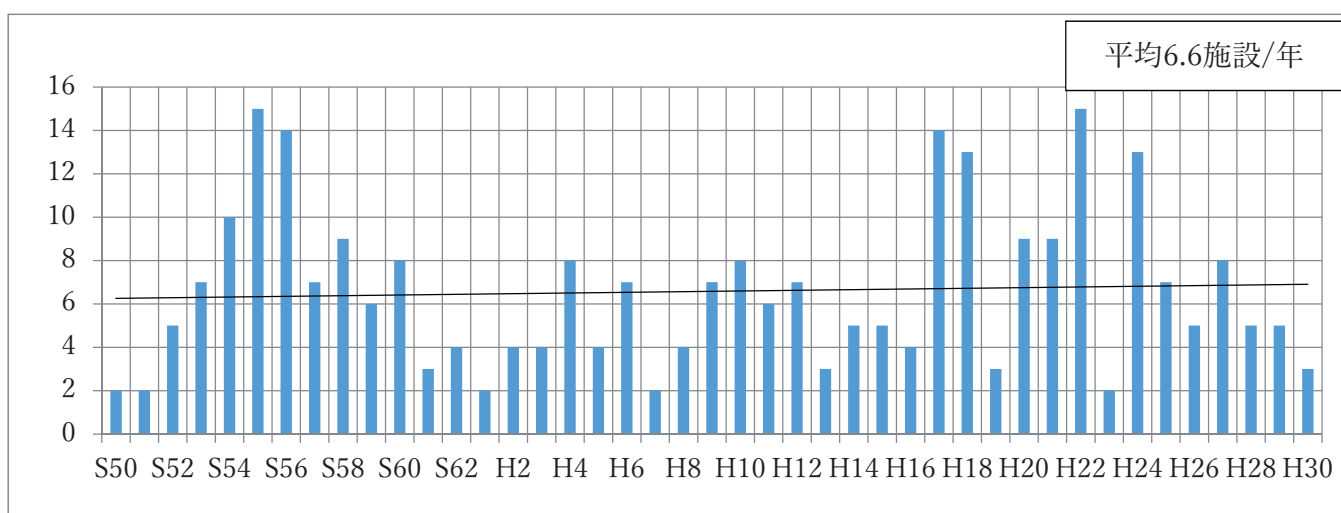


図 2 設立母体別の施設数（縦軸 設立母体、横軸 施設数）

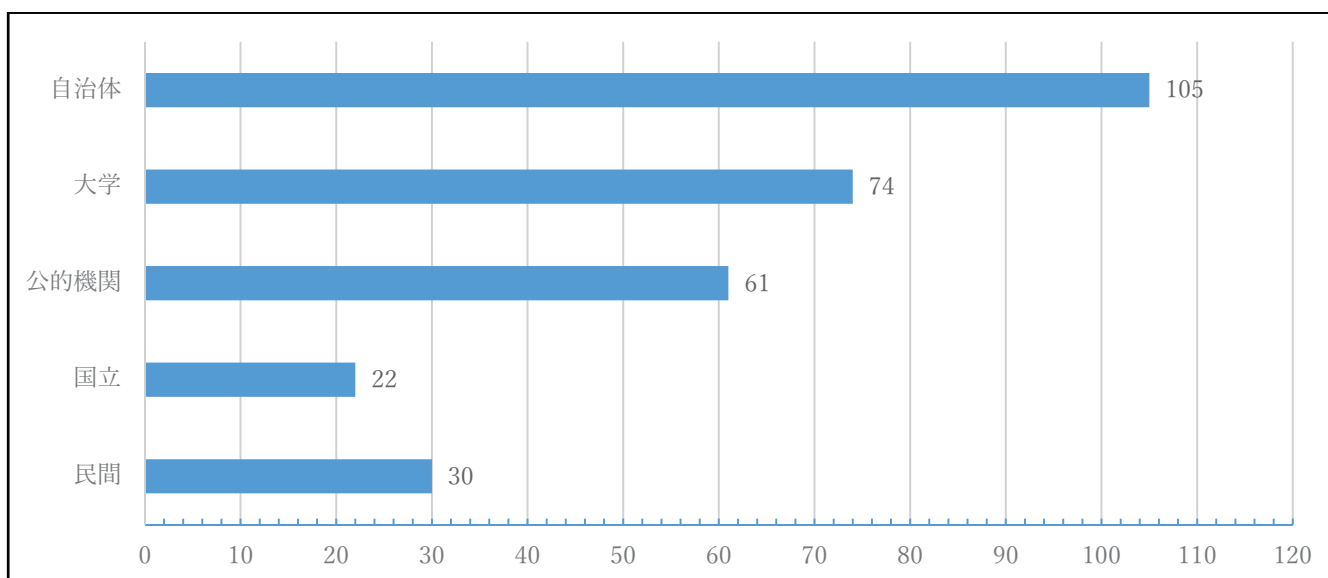


表 2 都道府県別の施設数の状況

(ア) 都道府県別施設数

		数			数			数			数			
1	東京	26	11	長野	7	21	福島	4	28	奈良	3	28	沖縄	3
2	愛知	24		広島	7		群馬	4		和歌山	3	42	富山	2
3	神奈川	21	13	宮城	6		三重	4		徳島	3		石川	2
4	大阪	16		茨城	6		滋賀	4		香川	3		福井	2
5	千葉	14		新潟	6		島根	4		愛媛	3		鳥取	2
6	北海道	12		岐阜	6		佐賀	4		高知	3	46	秋田	1
7	静岡	11		京都	6		大分	4		長崎	3		山梨	1
8	兵庫	11	18	栃木	5	28	青森	3		熊本	3			
	福岡	10		岡山	5		岩手	3		宮崎	3			
10	埼玉	8		山口	5		山形	3		鹿児島	3			

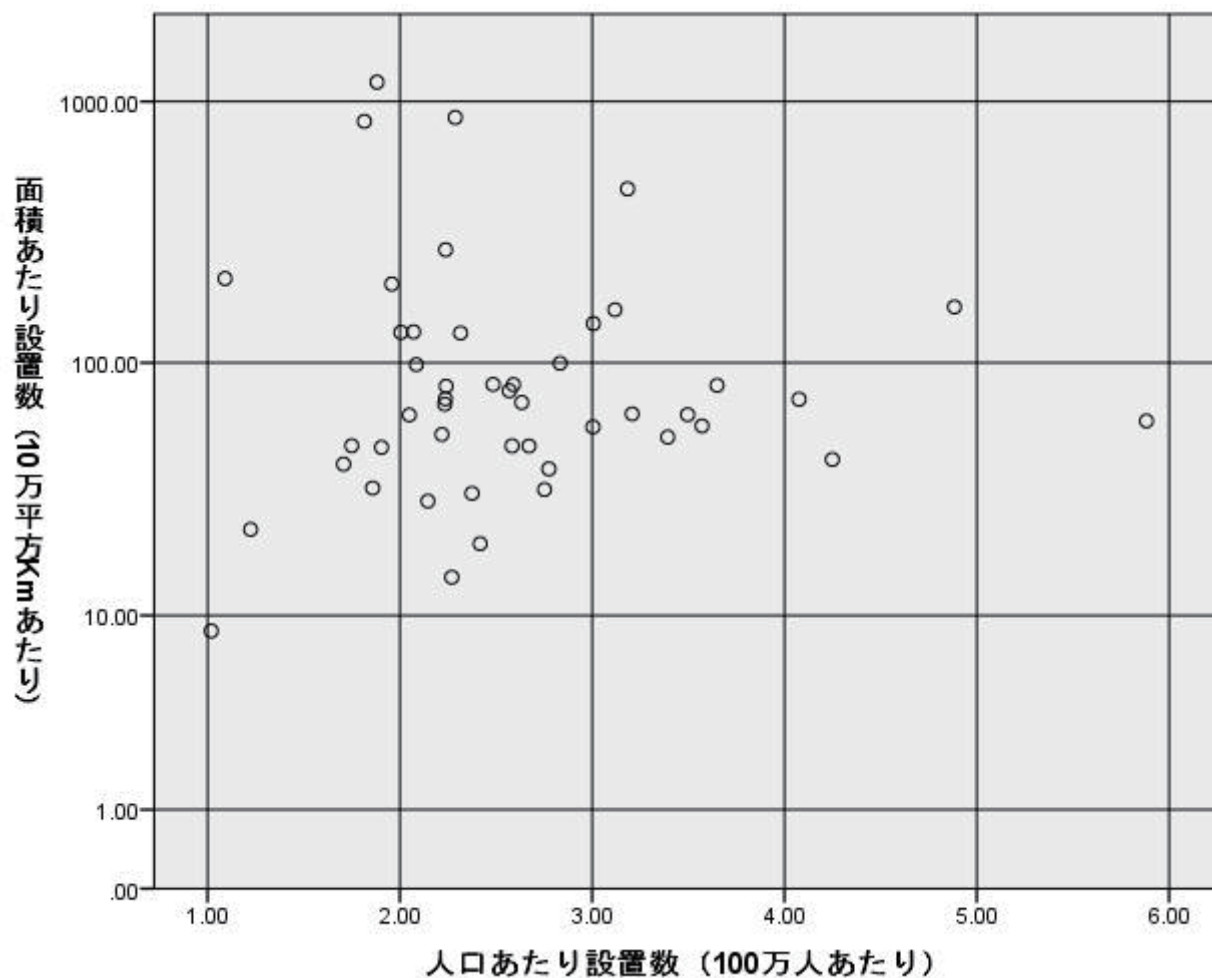
(イ) 人口100万人あたり施設数

		数			数			数			数			数
1	島根	5.9	11	香川	3.1	21	栃木	2.6	31	三重	2.2	41	鹿児島	1.9
2	佐賀	4.9	12	静岡	3.0	22	広島	2.5	32	愛媛	2.2	42	大阪	1.8
3	高知	4.2	13	岐阜	3.0	23	岩手	2.4	33	福島	2.1	43	石川	1.7
4	徳島	4.1	14	滋賀	2.8	24	青森	2.4	34	茨城	2.1	44	熊本	1.7
5	山口	3.6	15	宮崎	2.8	25	京都	2.3	35	沖縄	2.1	45	山梨	1.2
6	鳥取	3.6	16	山形	2.8	26	神奈川	2.3	36	群馬	2.0	46	埼玉	1.1
7	大分	3.5	17	新潟	2.7	27	北海道	2.3	37	兵庫	2.0	47	秋田	1.0
8	長野	3.4	18	岡山	2.6	28	奈良	2.2	38	福岡	2.0			
9	和歌山	3.2	19	宮城	2.6	29	千葉	2.2	39	富山	1.9			
10	愛知	3.2	20	福井	2.6	30	長崎	2.2	40	東京	1.9			

(ウ) 面積10万平方Kmあたり施設数

		数			数			数			数			数
1	東京	1185	11	沖縄	132	21	長崎	73	31	愛媛	53	41	山形	32
2	神奈川	869	12	兵庫	131	22	徳島	72	32	長野	52	42	青森	31
3	大阪	840	13	京都	130	23	岡山	70	33	石川	48	43	福島	29
4	愛知	464	14	滋賀	100	24	三重	69	34	福井	48	44	山梨	22
5	千葉	271	15	茨城	98	25	和歌山	63	35	新潟	48	45	岩手	20
6	埼玉	211	16	広島	83	26	大分	63	36	富山	47	46	北海道	14
7	福岡	201	17	宮城	82	27	群馬	63	37	高知	42	47	秋田	9
8	佐賀	164	18	山口	82	28	島根	60	38	熊本	40			
9	香川	160	19	奈良	81	29	鳥取	57	39	宮崎	39			
10	静岡	141	20	栃木	78	30	岐阜	56	40	鹿児島	33			

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

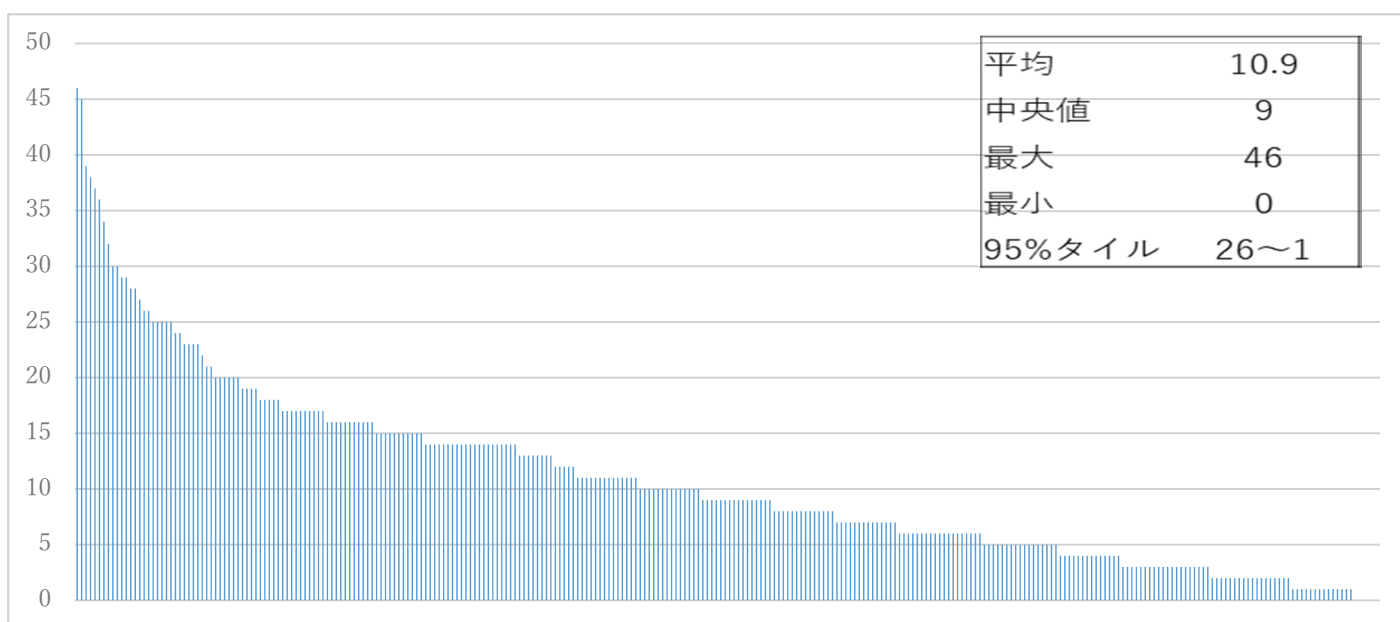
1. 救命救急センター専従医師数

○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

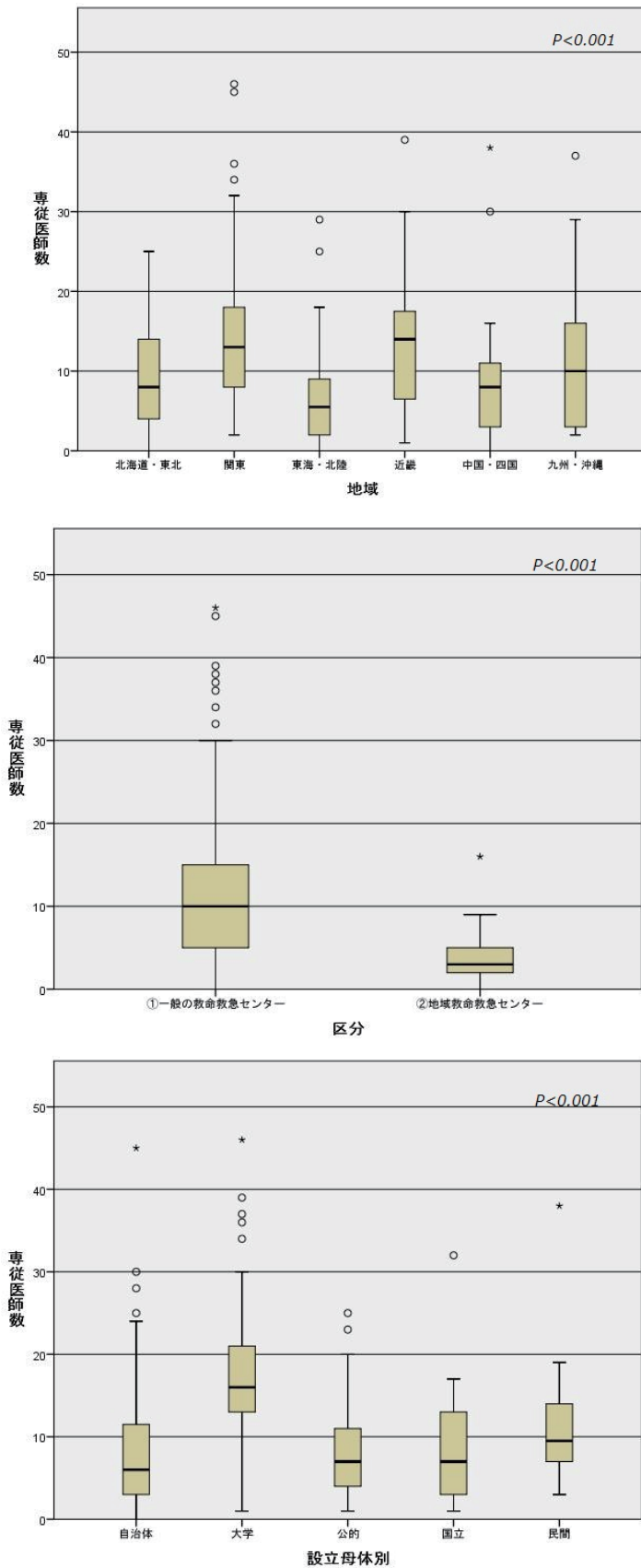


（縦軸 専従医数、横軸 専従医数が多い順から並べた施設）

第 1 - 2 表 専従医の多い施設（多い 30 施設）

	施設名	数		施設名	数		施設名	数
1	日本医科大学付属病院	46	11	岐阜大学医学部附属病院	29	18	大阪大学医学部附属病院	25
2	千葉県救急医療センター	45		九州大学病院	29		公立豊岡病院組合立豊岡病院	25
3	和歌山県立医科大学附属病院	39	13	神戸大学医学部附属病院	28	23	東海大学医学部附属病院	24
4	倉敷中央病院	38		奈良県総合医療センター	28		神戸市立医療センター中央市民病院	24
5	久留米大学病院	37	15	横浜国立大学附属市民総合医療センタ	27	25	獨協医科大学病院	23
6	聖マリアンナ医科大学病院	36	16	日本医科大学千葉北総病院	26		東京都立墨東病院	23
7	埼玉医科大学総合医療センター	34		昭和大学藤が丘病院	26		兵庫県立尼崎総合医療センター	23
8	北里大学病院	32	18	岩手医科大学附属病院高度救命救	25		熊本赤十字病院	23
9	兵庫県災害医療センター	30		さいたま赤十字病院	25	29	福岡大学病院	22
	広島大学病院	30		藤田医科大学病院	25	30	帝京大学医学部附属病院	21

第1-3図 各施設の救命救急センター専従医師数（地域別・区分別・設立母体別）



○ 箱ひげ図

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

上ヒンジ：第3四分位（75 percentile）値
下ヒンジ：第1四分位（25 percentile）値
外れ値：他のデータと比較して極端に大きい（または小さい）値

箱の長さの1.5倍以上3倍以下の範囲内の個体は○で表示

箱の長さの3倍より大きい値を示す個体は「極値」として*で表示

○設立母体の別

「大学」は、国立、公立、市立の大学の附属病院に設置された施設が含まれる。（防衛医科大学校病院も含まれる）「国立」

は、主に独立行政法人国立病院機構の病院に設置された施設が含まれる。「公的」には、日本赤十字社、恩賜財団済生会、厚生連などにより設置された施設が含まれる。

○救命救急センターの区分

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

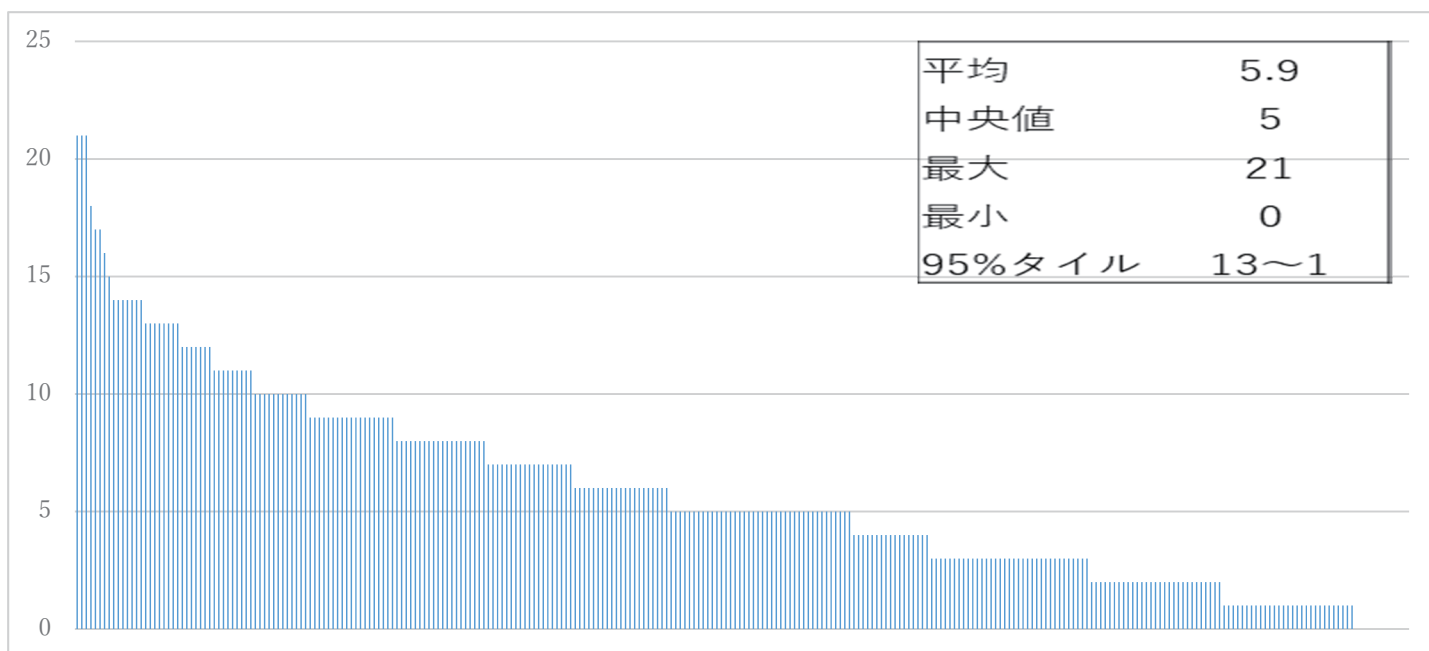
○地域別、設立母体別について Kruskal Wallis 検定を用いて比較、区分別については Mann-Whitney 検定を用いて比較した。有意水準は0.05とした。

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 各施設の専従医数にしめる救急科専門医数

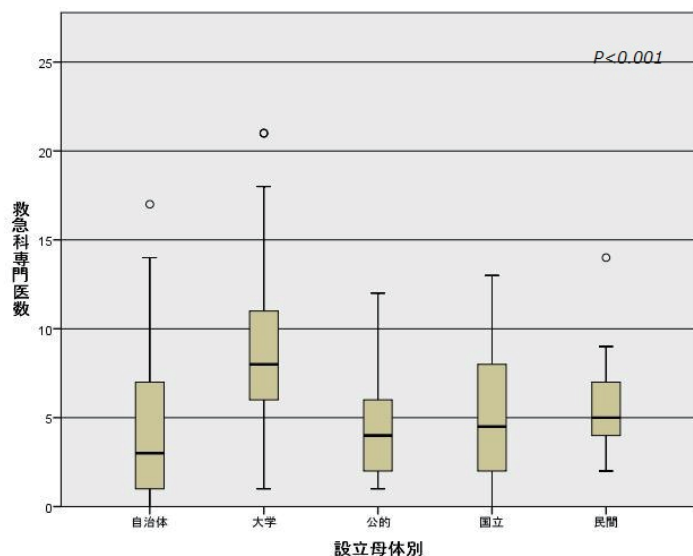
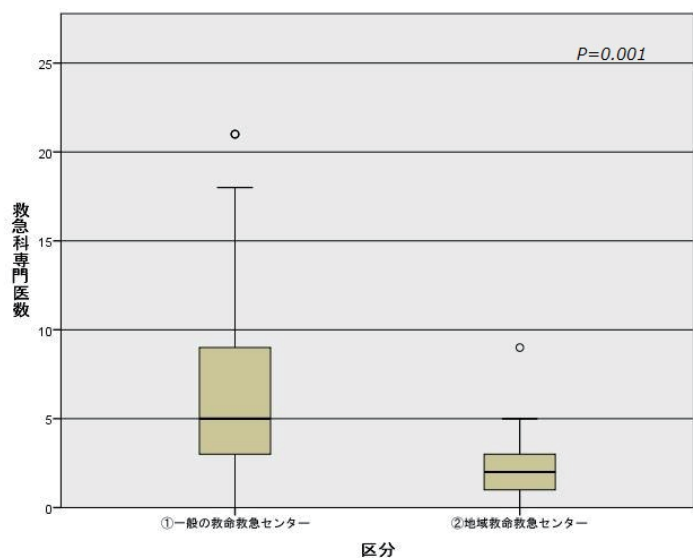
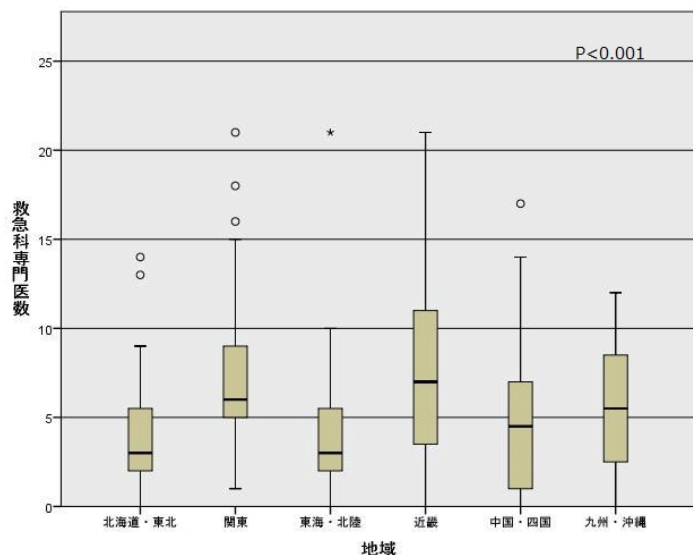


(縦軸 専門医数、横軸 専門医数が多い順から並べた施設)

第2-2表 救急科専門医の多い施設 (多い30施設)

	施設名	数		施設名	数		施設名	数
1	日本医科大学付属病院	21		聖マリアンナ医科大学病院	14		地方独立行政法人りんくう総合医	13
	岐阜大学医学部附属病院	21		横浜市立大学附属市民総合医療セ	14		兵庫県立尼崎総合医療センター	13
	大阪大学医学部附属病院	21		神戸市立医療センター中央市民病	14		奈良県総合医療センター	13
4	埼玉医科大学総合医療センター	18		公立豊岡病院組合立豊岡病院	14	24	栃木県済生会宇都宮病院	12
5	兵庫県災害医療センター	17		公益財団法人大原記念倉敷中	14		日本医科大学千葉北総病院	12
	広島大学病院	17	16	岩手医科大学附属病院高度救	13		東京医科歯科大学医学部附属病院	12
7	順天堂大学医学部附属浦安病院	16		獨協医科大学病院	13		兵庫県立加古川医療センター	12
8	千葉大学医学部附属病院	15		杏林大学医学部附属病院	13		和歌山県立医科大学附属病院	12
9	札幌医科大学附属病院	14		北里大学病院	13		山口大学医学部附属病院	12
	東京都立墨東病院高度救命	14		大阪市立総合医療センター	13		熊本赤十字病院	12

第2-3図 各施設の救急科専門医数（地域別・区分別・設立母体別）



○ 箱ひげ図

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

上ヒンジ：第3四分位（75 percentile）値

下ヒンジ：第1四分位（25 percentile）値

外れ値：他のデータと比較して極端に大きい（または小さい）値

箱の長さの1.5倍以上3倍以下の範囲内の個体は○で表示

箱の長さの3倍より大きい値を示す個体は「極値」として*で表示

○ 設立母体の別

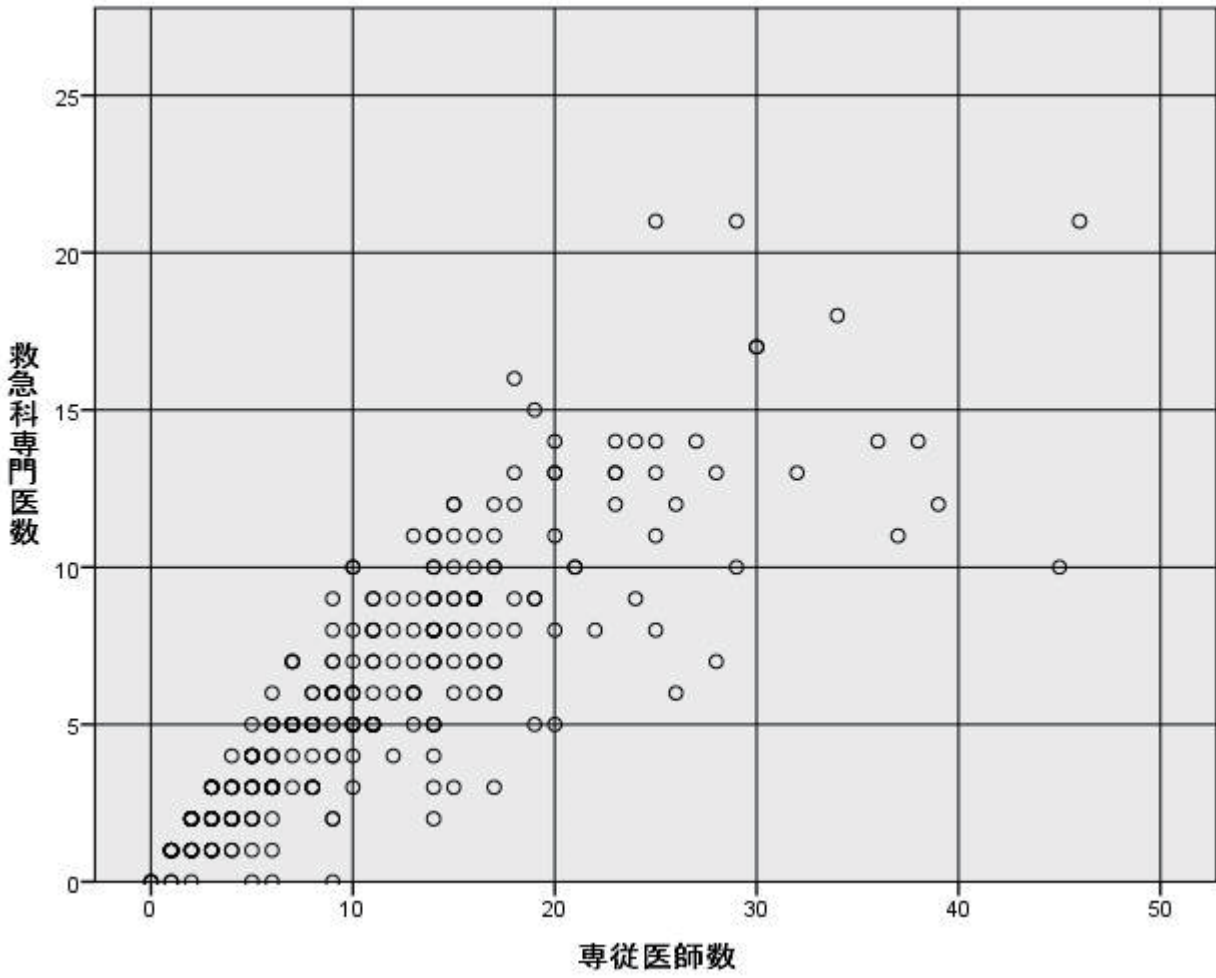
「大学」は、国立、公立、市立の大学の附属病院に設置された施設が含まれる。（防衛医科大学校病院も含まれる）「国立」は、主に独立行政法人国立病院機構の病院に設置された施設が含まれる。「公的」には、日本赤十字社、恩賜財団済生会、厚生連などにより設置された施設が含まれる。

○ 救命救急センターの区分

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

○地域別、設立母体別について Kruskal Wallis 検定を用いて比較、区分別については Mann-Whitney 検定を用いて比較した。有意水準は0.05とした。

第2-4図 救命救急センター専従医師にしめる救急科専門医の状況



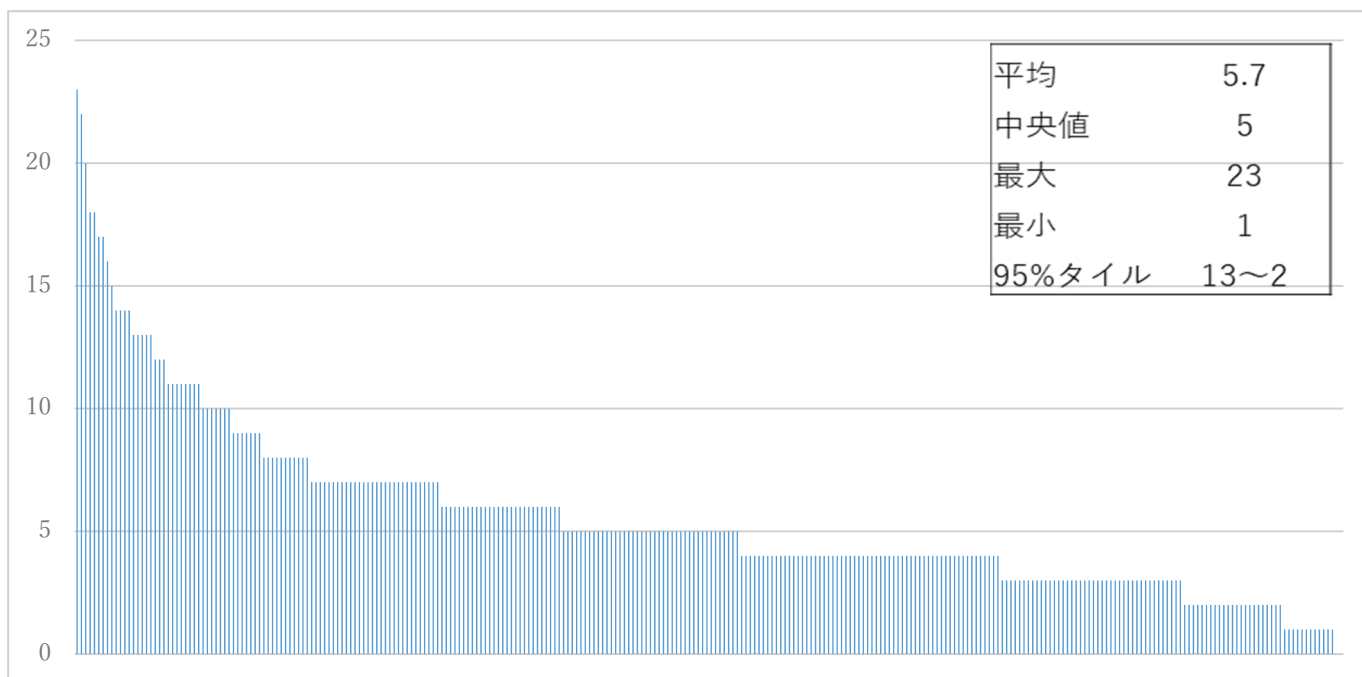
3.1.休日及び夜間帯における医師数

○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

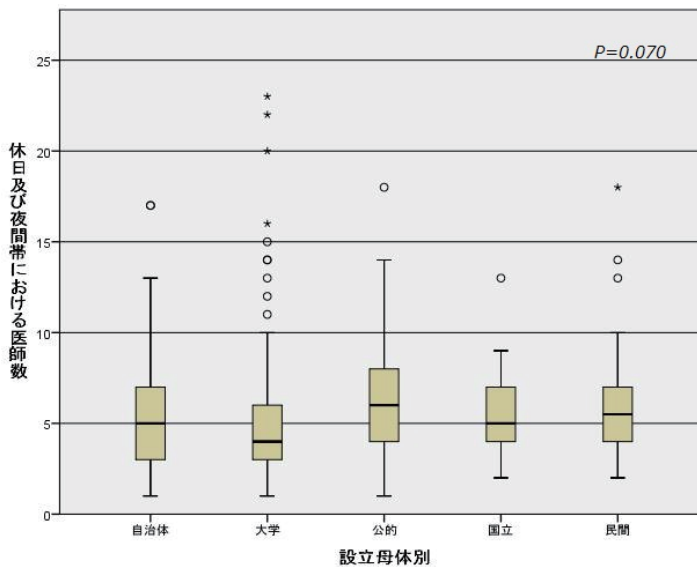
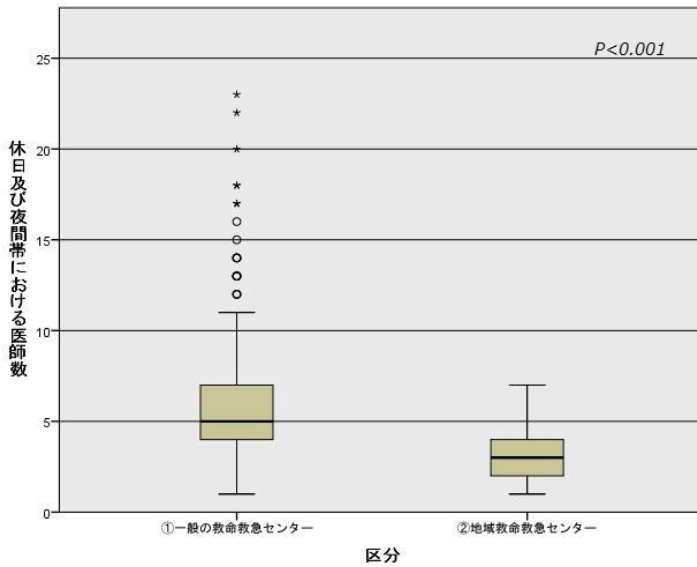
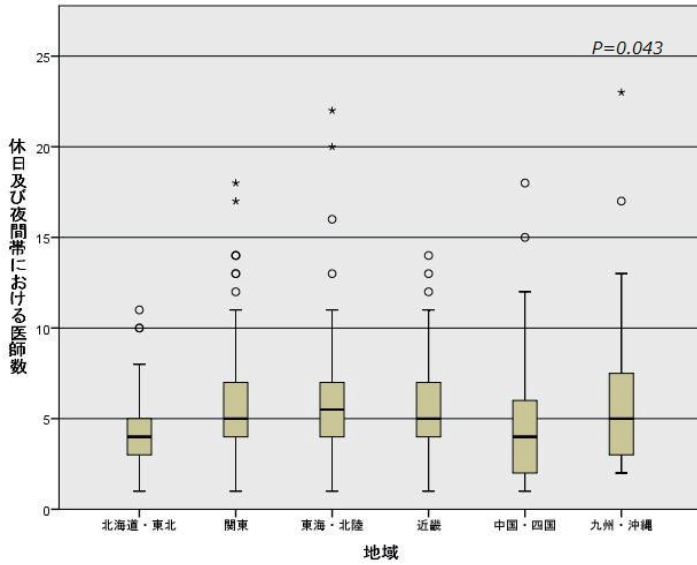


(縦軸 休日及び夜間帯における医師数、横軸 休日及び夜間帯における医師数が多い順から並べた施設)

第3.1-2表 休日及び夜間帯における医師数の多い施設 (多い30施設)

	施設名	数		施設名	数		施設名	数
1	長崎大学病院	23	10	昭和大学藤が丘病院	14	19	川崎医科大学附属病院	12
	名古屋市立大学病院	22		聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院	14	22	仙台市立病院	11
	信州大学医学部附属病院	20		宇治徳洲会病院	14		栃木県済生会宇都宮病院	11
4	日本赤十字社医療センター	18	14	聖マリアンナ医科大学病院	13		自治医科大学附属病院	11
	倉敷中央病院	18		横浜市立みなと赤十字病院	13		横浜市立市民病院	11
6	東京都立広尾病院	17		安城更生病院	13		石川県立中央病院	11
	沖縄県立中部病院	17		京都医療センター	13		名古屋第二赤十字病院	11
8	新潟大学医歯学総合病院	16		飯塚病院	13		小牧市民病院	11
9	島根大学医学部附属病院	15	19	さいたま赤十字病院	12		京都第二赤十字病院	11
10	総合病院 土浦協同病院	14		大阪赤十字病院	12	30	手稲溪仁会病院	10

第 3.1-3 図 各施設の休日及び夜間帯における医師数（地域別・区分別・設立母体別）



○ 箱ひげ図

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

上ヒンジ：第3四分位（75 percentile）値

下ヒンジ：第1四分位（25 percentile）値

外れ値：他のデータと比較して極端に大きい（または小さい）値

箱の長さの1.5倍以上3倍以下の範囲内の

個体は○で表示

箱の長さの3倍以上大きい値を示す個体は

「極値」として*

○ 設立主母体の別

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

○ 救命救急センターの区分

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

○地域別、設立母体別について Kruskal Wallis 検定を用いて比較、区分別については Mann-Whitney 検定を用いて比較した。有意水準は0.05とした。

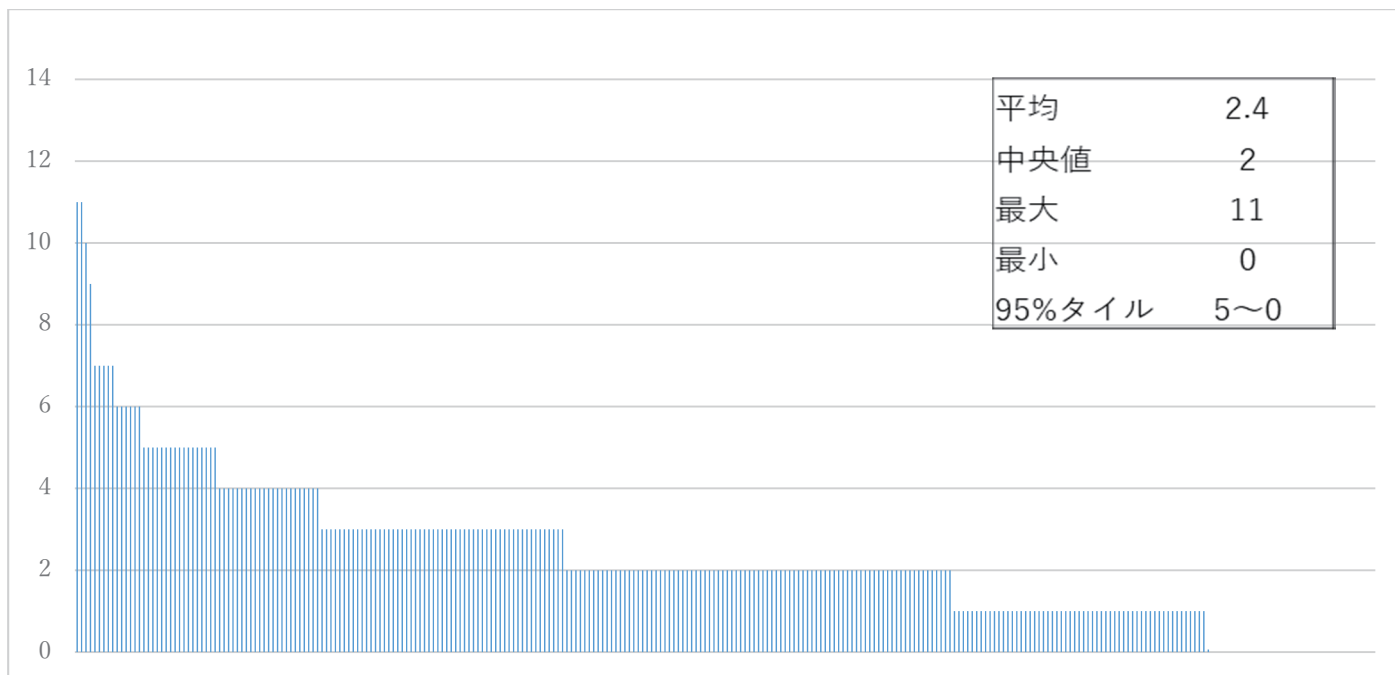
3.2.休日及び夜間帯における救急専従医師数

○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

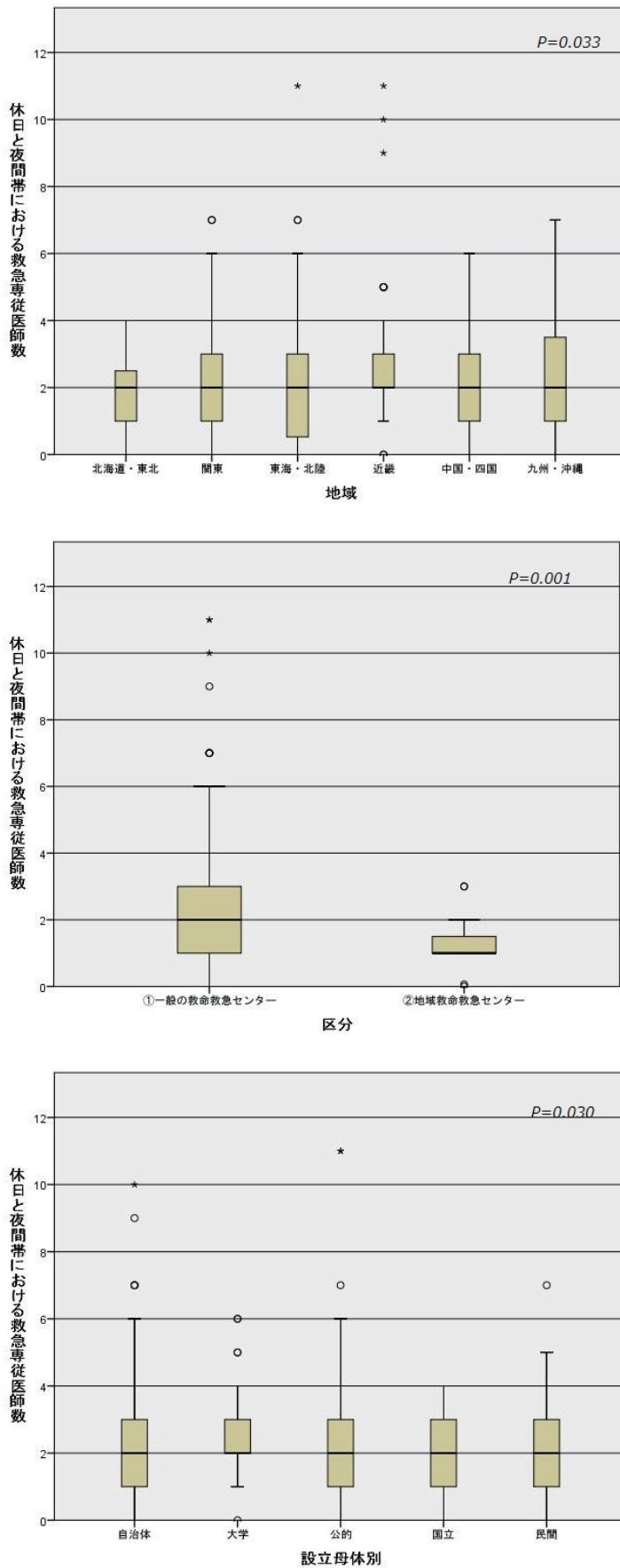


(縦軸 休日及び夜間帯における医師数、横軸 休日及び夜間帯における医師数が多い順から並べた施設)

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	名古屋第二赤十字病院	11	9	東京都立広尾病院	6	16	トヨタ記念病院	5
	京都第二赤十字病院	11		東海大学医学部付属病院	6		伊勢赤十字病院	5
3	兵庫県立尼崎総合医療センター	10		名古屋掖済会病院	6		千里救命救急センター	5
4	奈良県総合医療センター	8		春日井市民病院	6		大阪赤十字病院	5
	鹿児島市立病院	8		島根県立中央病院	6		豊岡病院	5
6	都立墨東病院	7	16	千葉県救急医療センター	5		日本赤十字社和歌山医療センター	5
	中東遠総合医療センター	7		藤沢市民病院	5		倉敷中央病院	5
	島根県立中央病院	7		平塚市民病院	5		徳山中央病院	5
9	日本医科大学付属病院	6		安城更生病院	5		香川県立中央病院	5
	都立広尾病院	6		名古屋市立大学病院	5		久留米大学病院	5

第3.2-3図 各施設の休日及び夜間帯における救急専従医師数（地域別・区分別・設立母体別）



○ 箱ひげ図

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

上ヒンジ：第3四分位（75 percentile）値

下ヒンジ：第1四分位（25 percentile）値

外れ値：他のデータと比較して極端に大きい（または小さい）値

箱の長さの1.5倍以上3倍以下の範囲内の個体は○で表示

箱の長さの3倍以上大きい値を示す個体は「極値」として*

○ 設立主母体の別

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

○ 救命救急センターの区分

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

○地域別、設立母体別について Kruskal Wallis 検定を用いて比較、区分別については Mann-Whitney 検定を用いて比較した。有意水準は0.05とした。

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

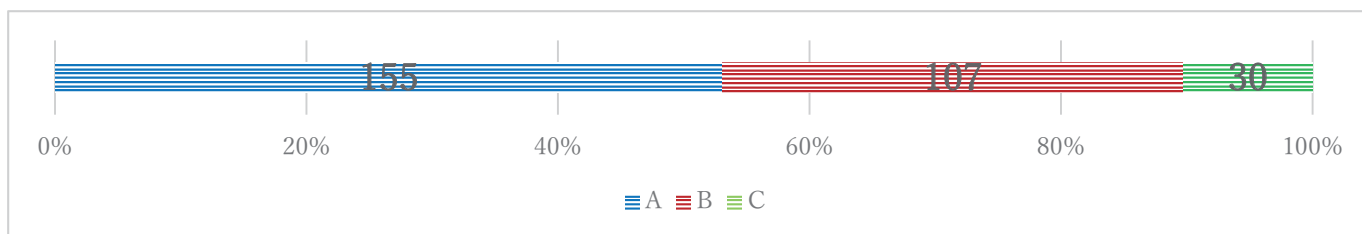
○評価項目の定義等：

A：1の専従医師であり、かつ、日本救急医学会指導医である

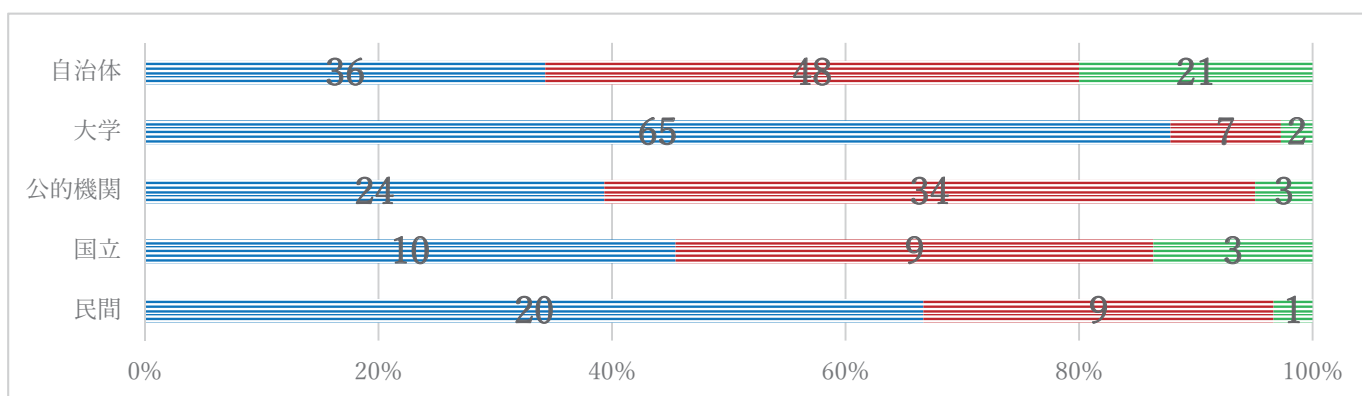
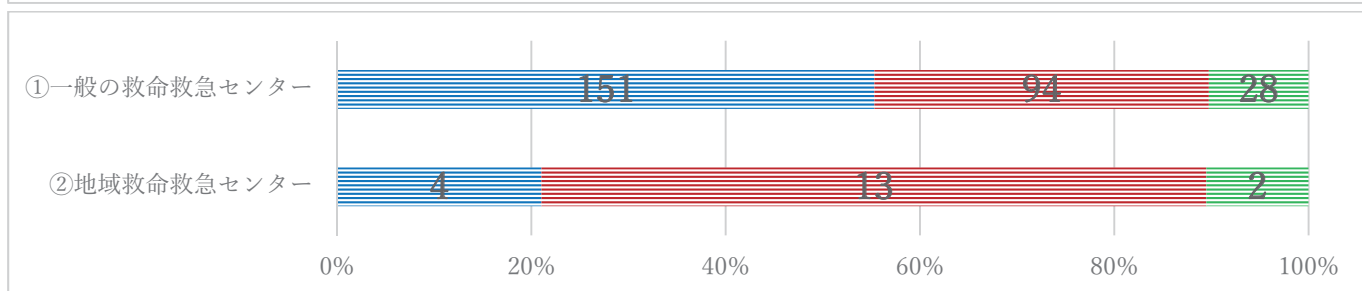
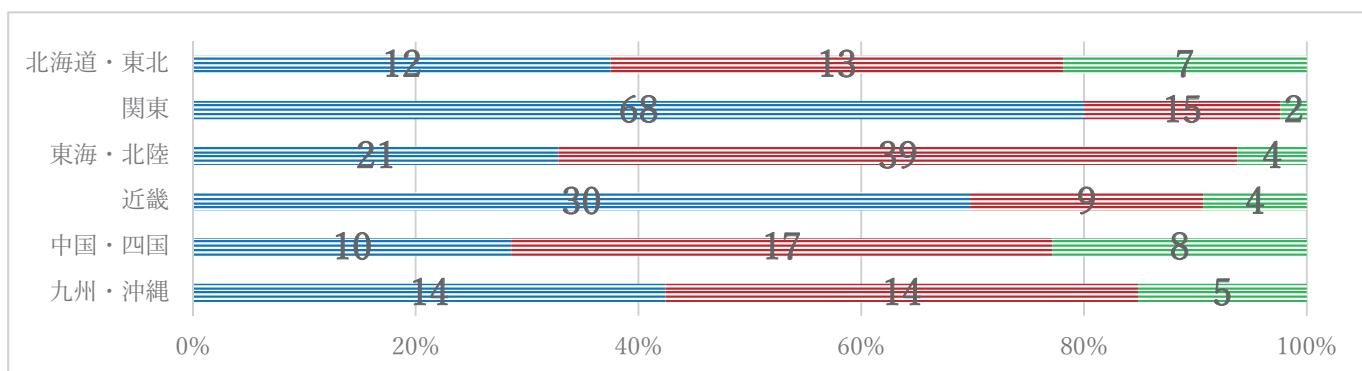
B：1の専従医師であり、かつ救急医療に深く関連する学会認定の指導医など客観的に救急医療に関する指導者として評価を受けている、又は専従医師であり、かつ救急科専門医である

C：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 救命救急センター長の要件（地域別・区分別・設立母体別）



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。

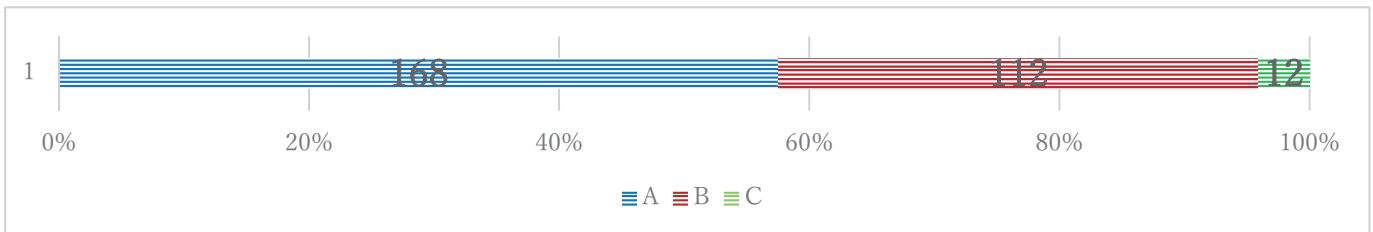
※ 「常時勤務している」とは、複数の者が交替で救命救急センターに常時勤務している場合も含む。

A: 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

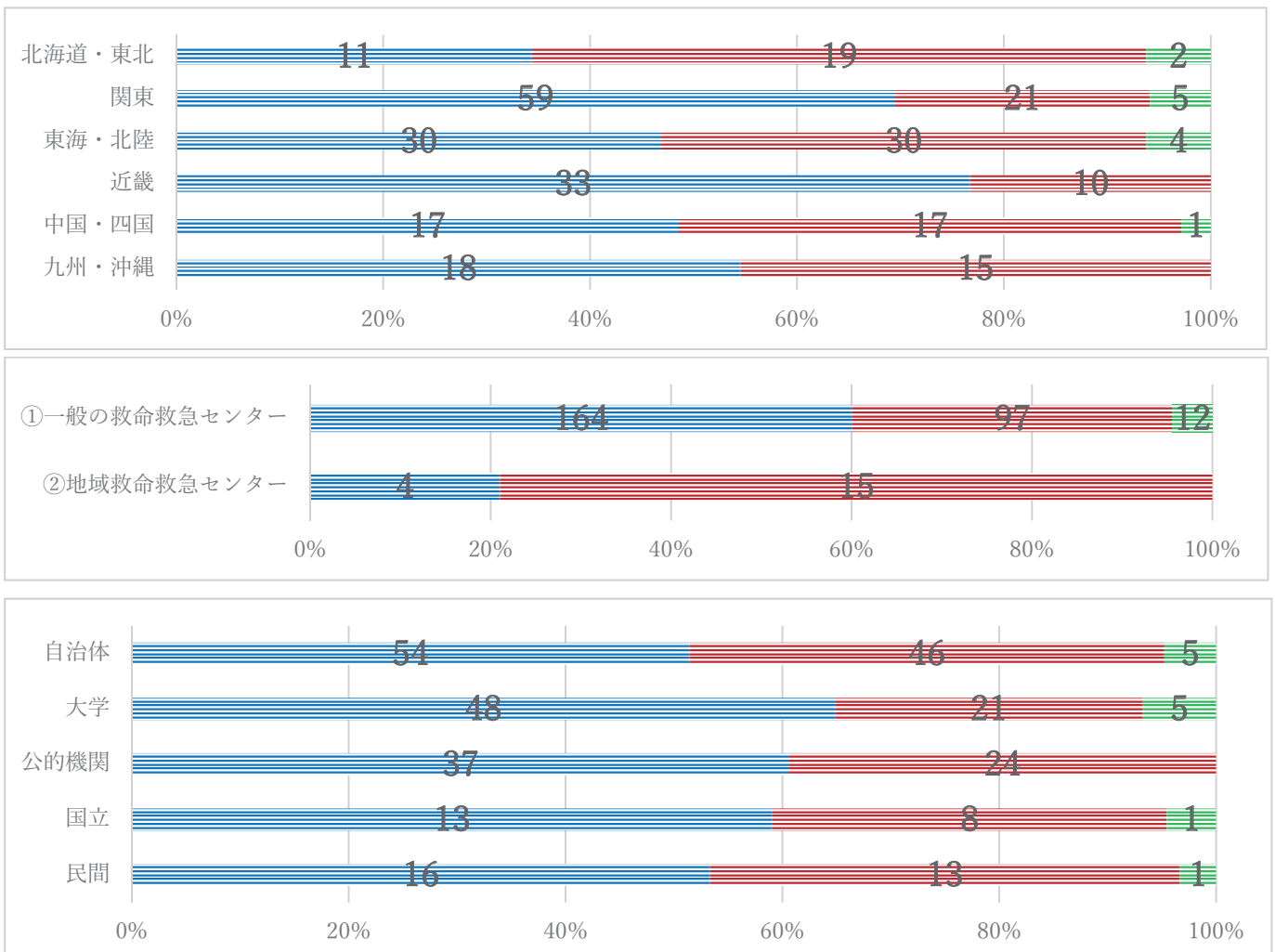
B: 院内外の連携を推進し、転院及び転棟の調整を行う者が、救命救急センター専任として配置されている

C: 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）



第5-2図 転院・転棟の調整を行う者の配置（地域別・区分別・設立母体別）



6. 診療データの登録制度への参加と自己評価

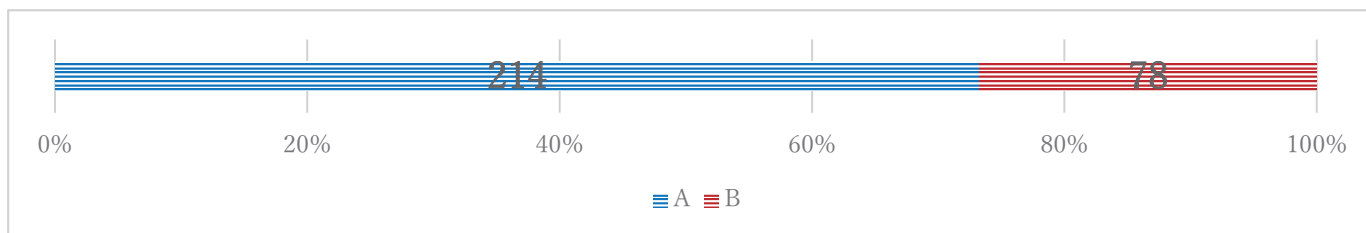
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○評価項目の定義等：「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。

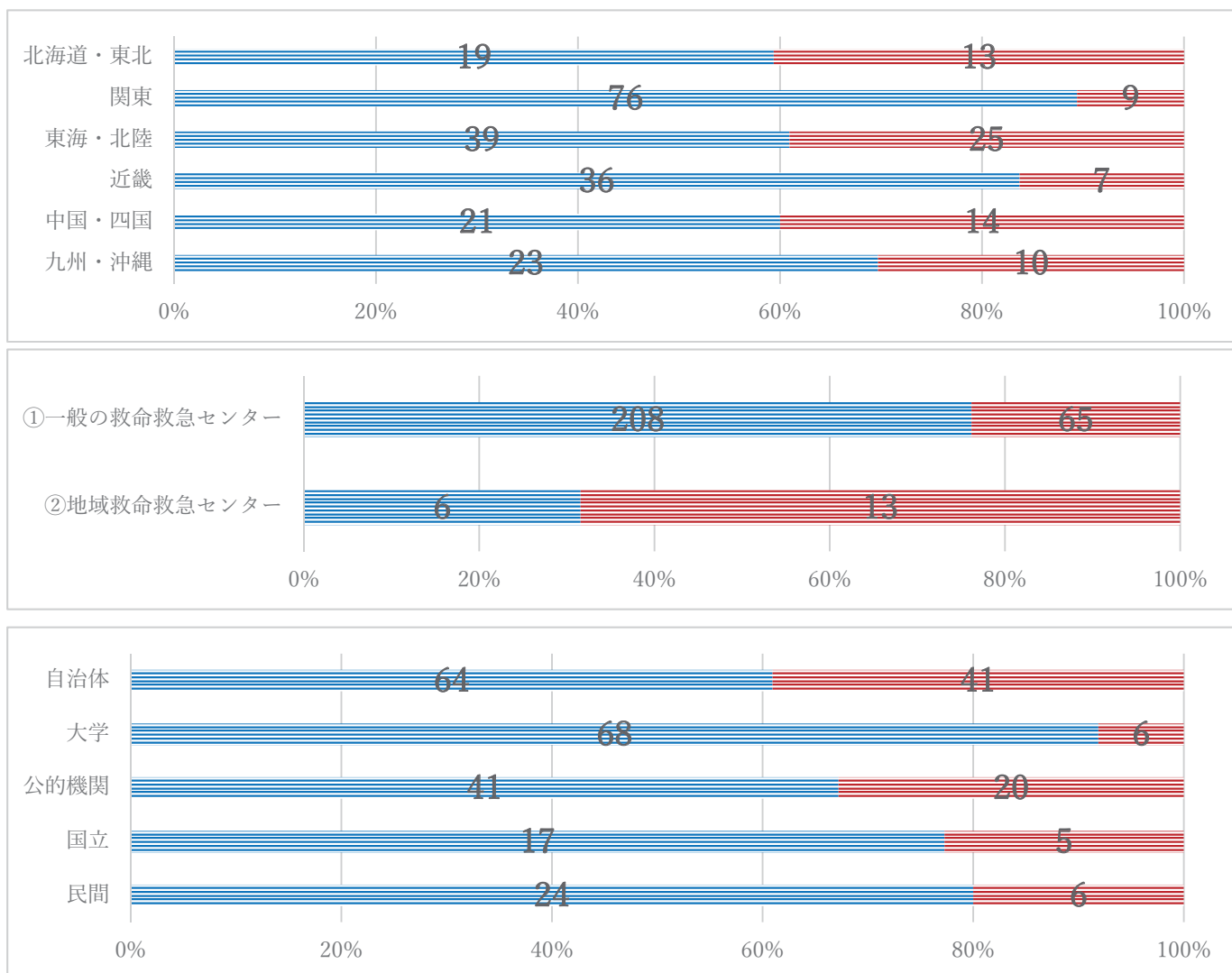
A: 救命救急医療に関わる疾病別の診療データの登録制度へ参加し、自己評価を行っている

B: 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 診療データの登録制度への参加と自己評価（地域別・区分別・設立母体別）



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

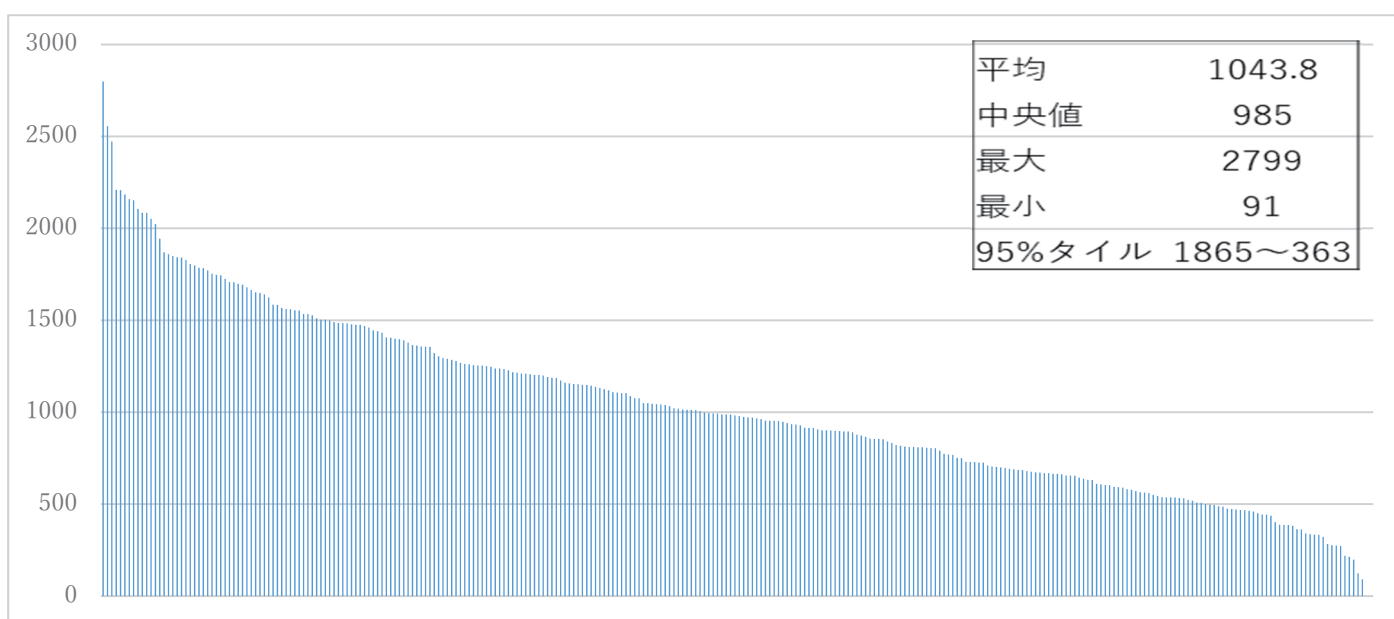
○評価項目の定義等：「重篤患者」であるか否かの基準は別表（次項）「来院時の年間重篤患者数」による。

「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

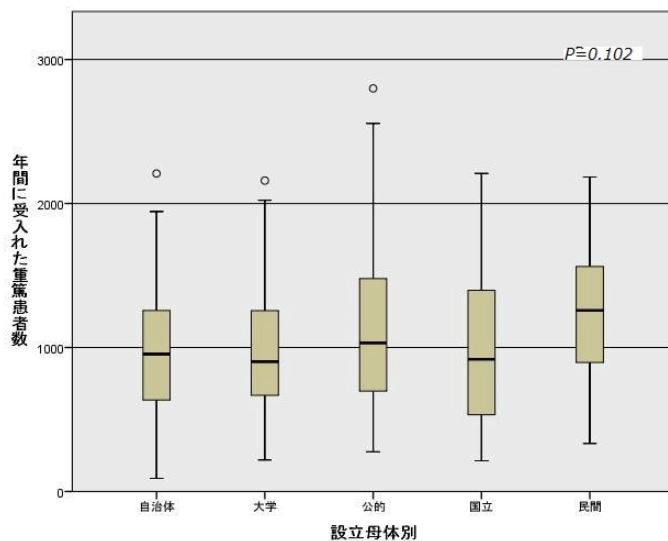
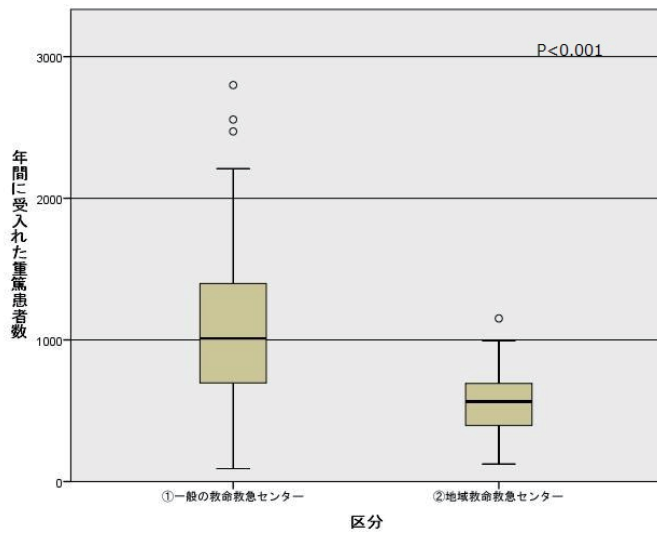
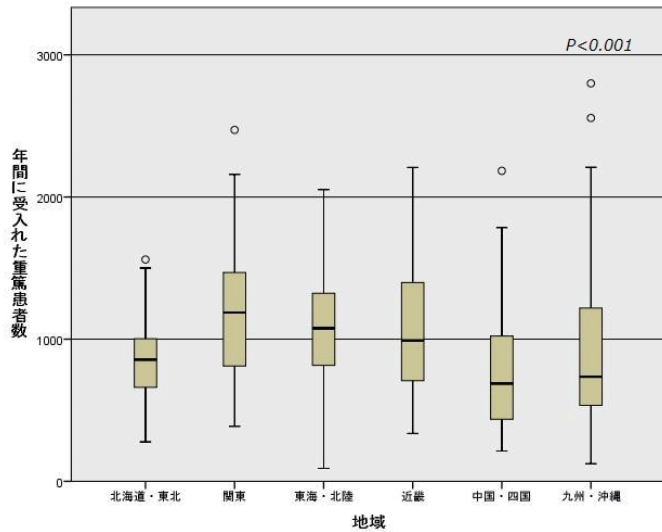


（縦軸 年間に受け入れた重篤患者数、横軸 年間に受け入れた重篤患者数が多い順から並べた施設）

第 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	重篤患者数		施設名	重篤患者数		施設名	重篤患者数
1	熊本赤十字病院	2799	11	飯塚病院	2084	21	北里大学病院	1806
2	済生会熊本病院	2556	12	伊勢赤十字病院	2052	22	東京医科大学病院	1798
3	前橋赤十字病院	2472	13	日本医科大学付属病院	2023	23	近森病院	1785
4	熊本医療センター	2209	14	半田市立半田病院	1944	24	聖マリア病院	1784
5	神戸市立医療センター中央	2208	15	小牧市民病院	1870	25	海老名総合病院	1771
6	倉敷中央病院	2184	16	兵庫県立尼崎総合医療セン	1859	26	大阪急性期・総合医療センター	1753
7	東海大学医学部付属病院	2159	17	岐阜県総合医療センター	1850	27	埼玉医科大学総合医療センター	1747
8	さいたま赤十字病院	2153	18	聖マリアンナ医科大学病院	1843	28	愛媛県立中央病院	1744
9	栃木県済生会宇都宮病院	2106	19	名古屋掖済会病院	1841	29	昭和大学病院	1725
10	高崎総合医療センター	2085	20	藤沢市民病院	1828	30	京都第二赤十字病院	1708

第 7.1- 2 図 各施設の年間に受け入れた重篤患者数（地域別・区分別・設立母体別）



○ 箱ひげ図

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

上ヒンジ：第 3 四分位（75 percentile）値

下ヒンジ：第 1 四分位（25 percentile）値

外れ値：他のデータと比較して極端に大きい（または小さい）値

箱の長さの 1.5 倍以上 3 倍以下の範囲内の個体は○で表示

箱の長さの 3 倍以上大きい値を示す個体は「極値」として*

○ 設立主母体の別

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

○ 救命救急センターの区分

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

○地域別、設立母体別について Kruskal Wallis 検定を用いて比較、区分別については Mann-Whitney 検定を用いて比較した。有意水準は 0.05 とした。

(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 (転棟を含む) (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

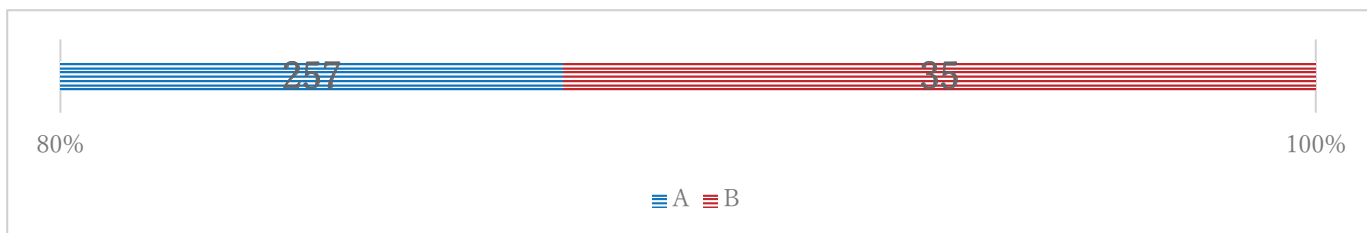
○評価分野:重篤患者の診療機能 ○評価の担当:救命救急センター長

○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。

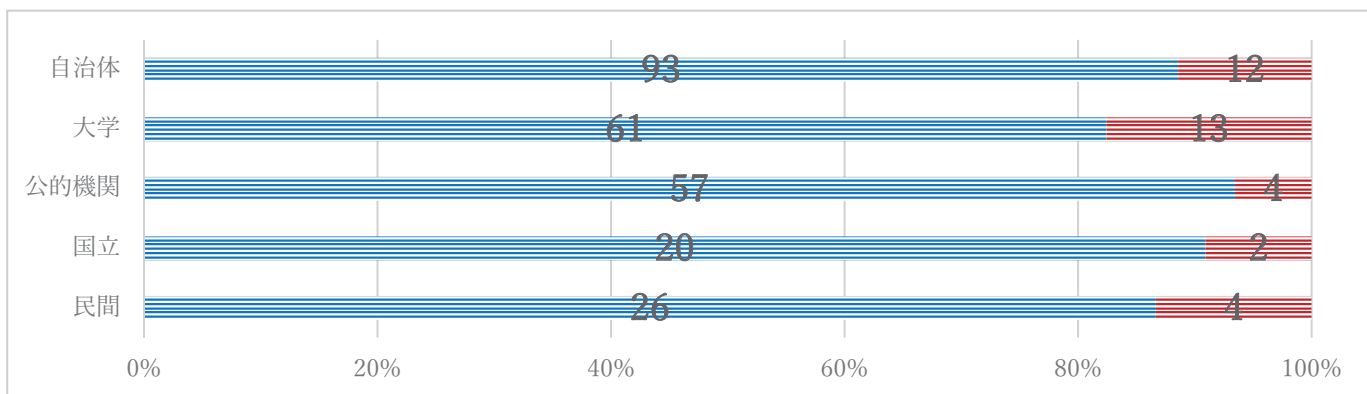
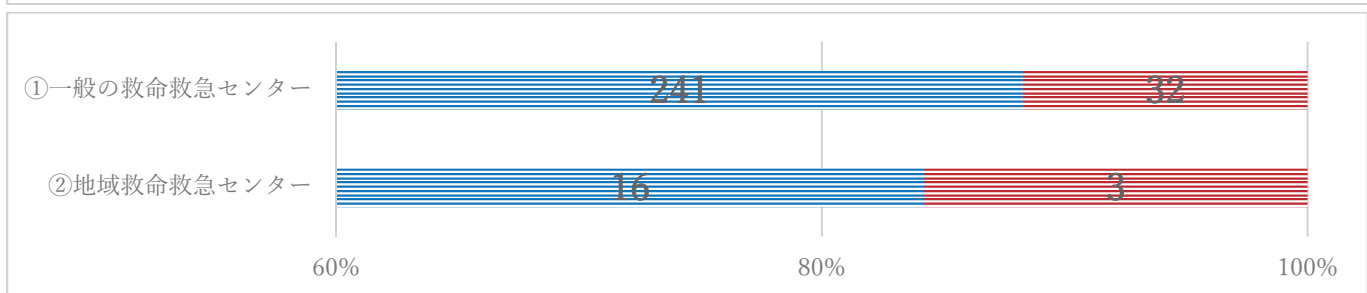
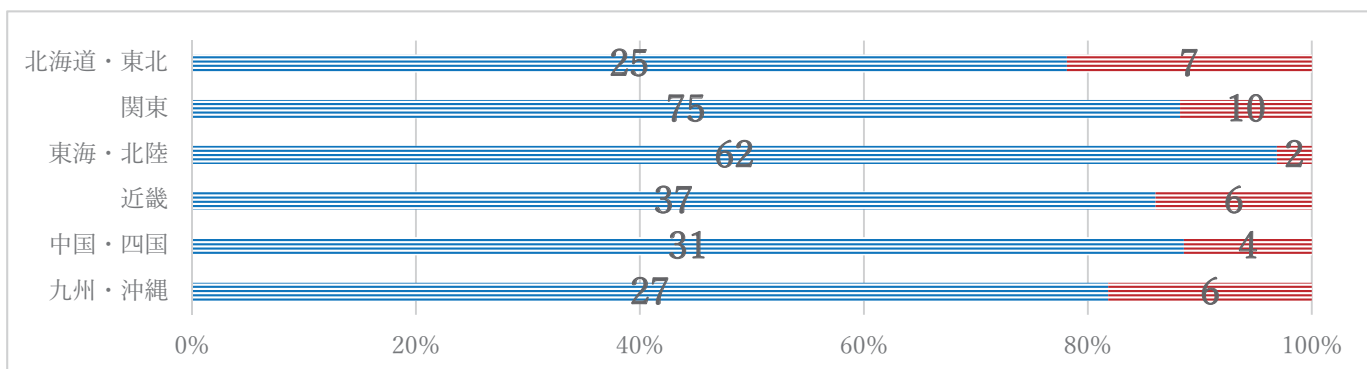
A: 地域貢献度(地域内の重篤患者を診察している割合=所管地域人口当たり当該施設に搬送された重篤患者数/全国総人口当たり全国重篤患者数)が0.5以上

B: 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 地域貢献度 (地域別・区分別・設立母体別)



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。

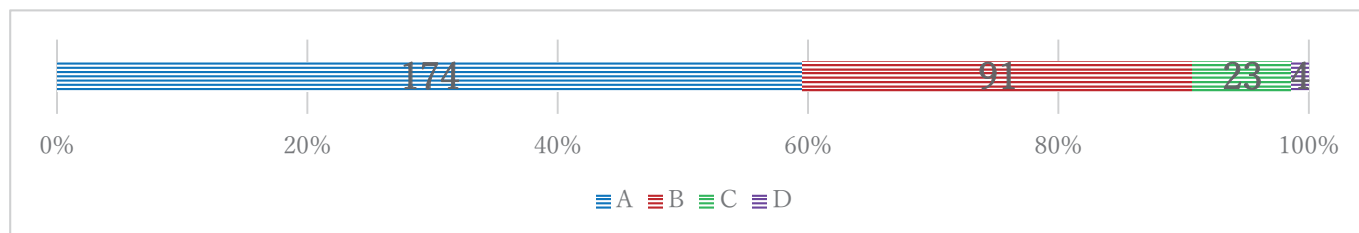
A: 下記2つの内容に加え、調査対象年の応需状況について院外に公表するとともに、院外の委員会（メディカルコントロール協議会等）で応需状況の改善等に向けた検討を実施している

B: 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

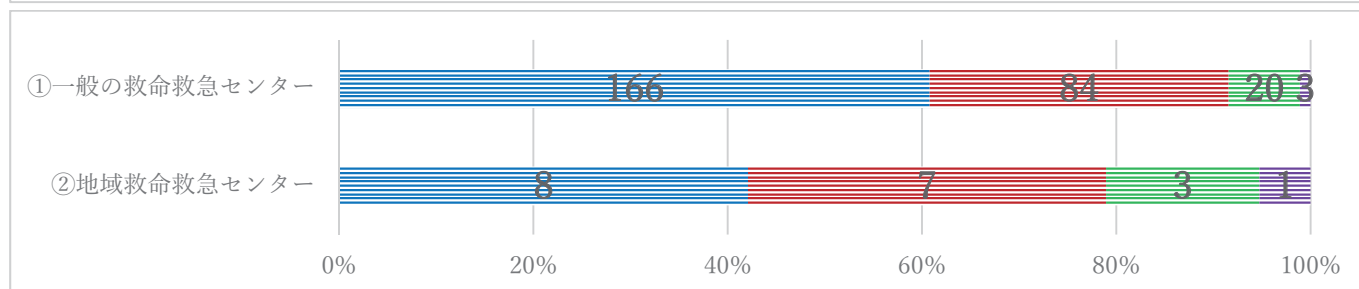
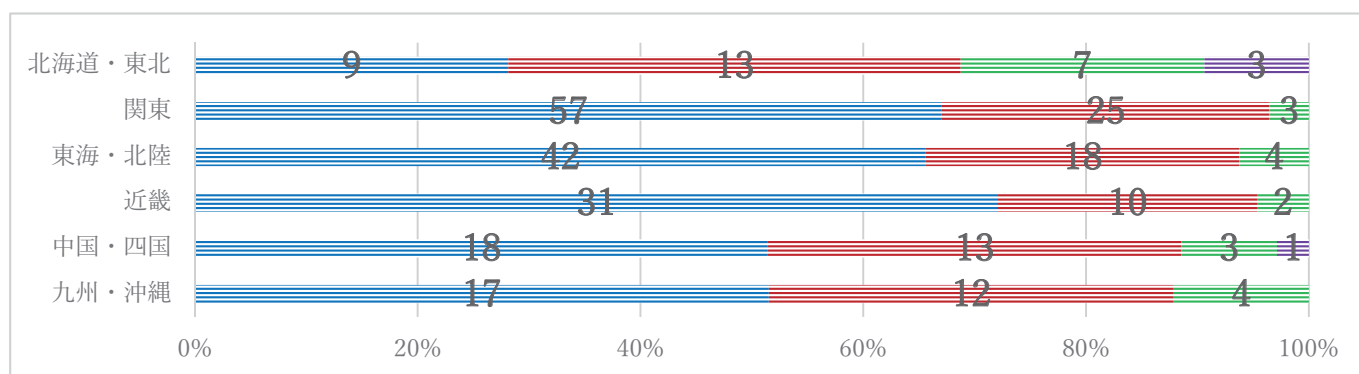
C: 救命救急センターに対する消防機関からの電話による搬送受入要請について、受入れに至らなかった場合の理由も含め対応記録を残し、応需率等を確認している

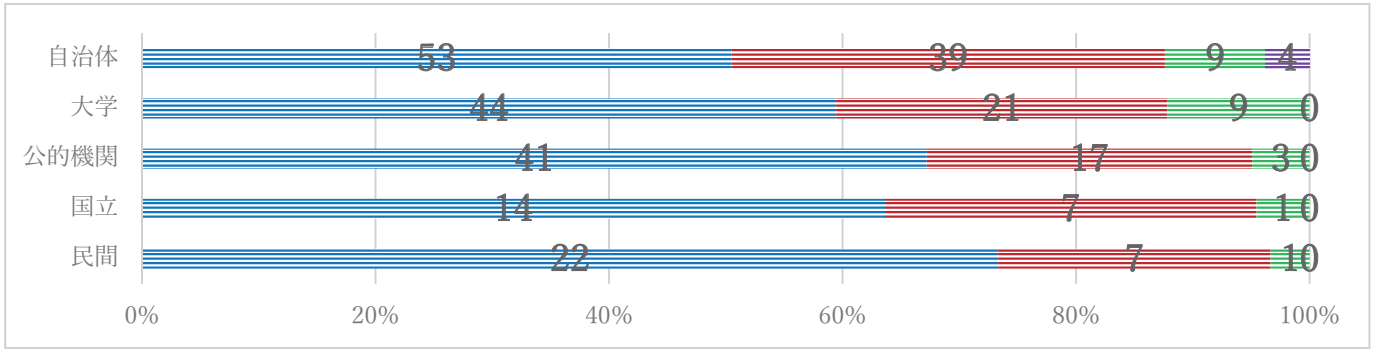
D: 上記の基準を満たさない

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8-1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（地域別・区分別・設立母体別）





9. 救急外来のトリアージ機能

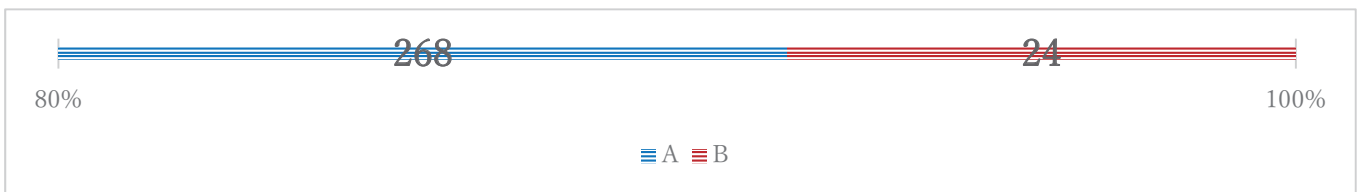
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：救命救急センター長

○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。

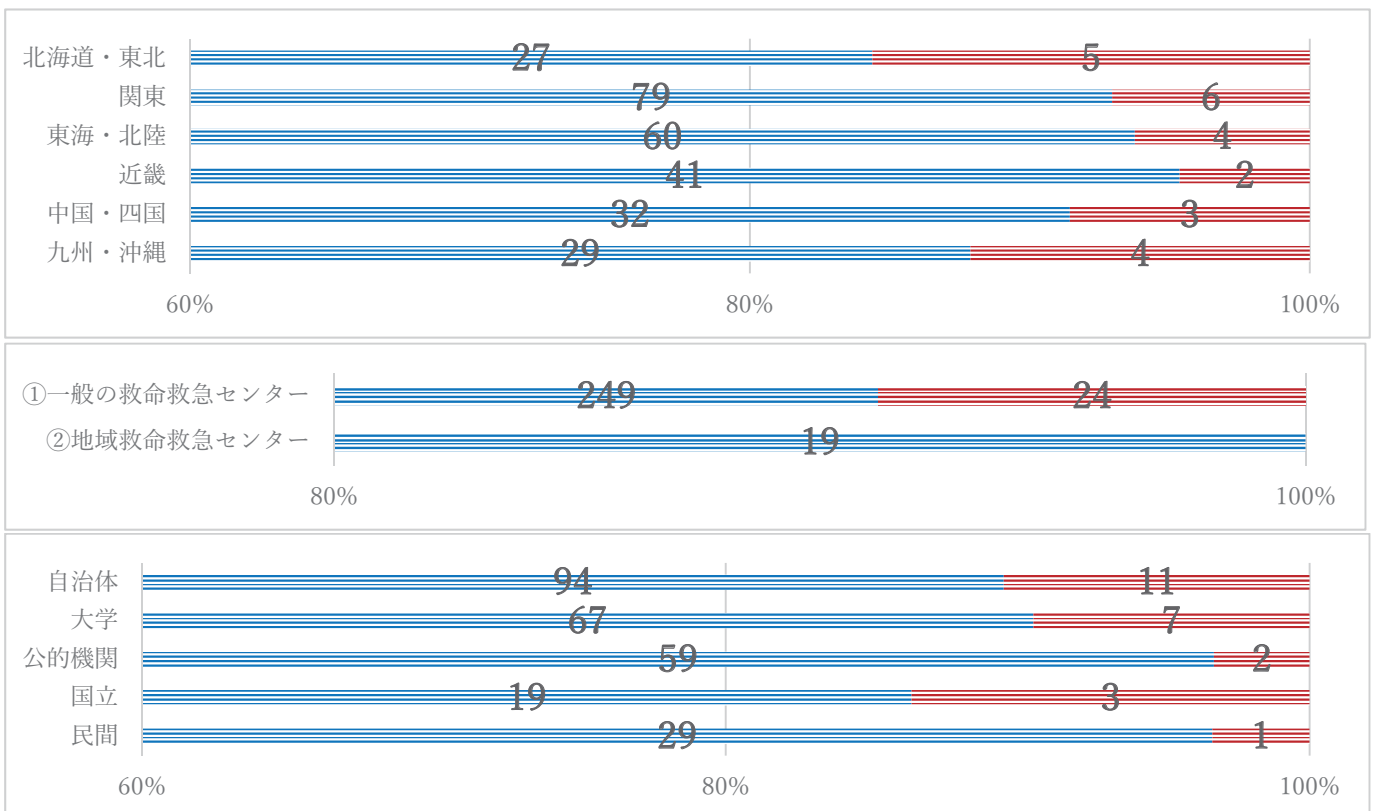
A: 医療機関で事前に定められたトリアージ基準に基づき、救急外来にトリアージを行う看護師又は医師が配置されている

B: 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 救急外来のトリアージ機能（地域別・区分別・設立母体別）



10. 電子的診療台帳の整備等

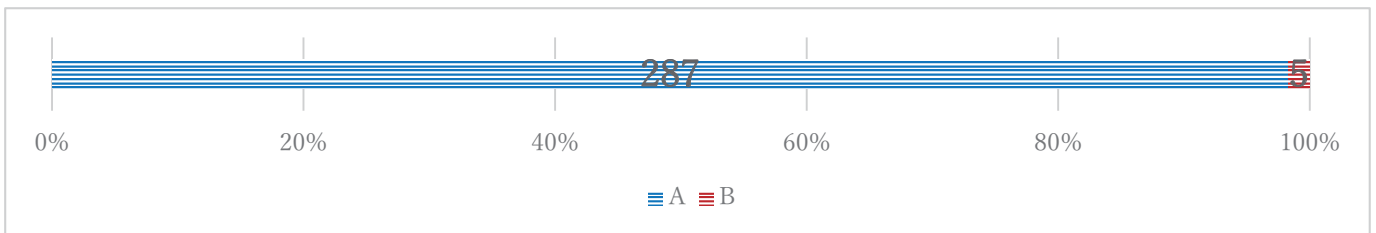
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○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。

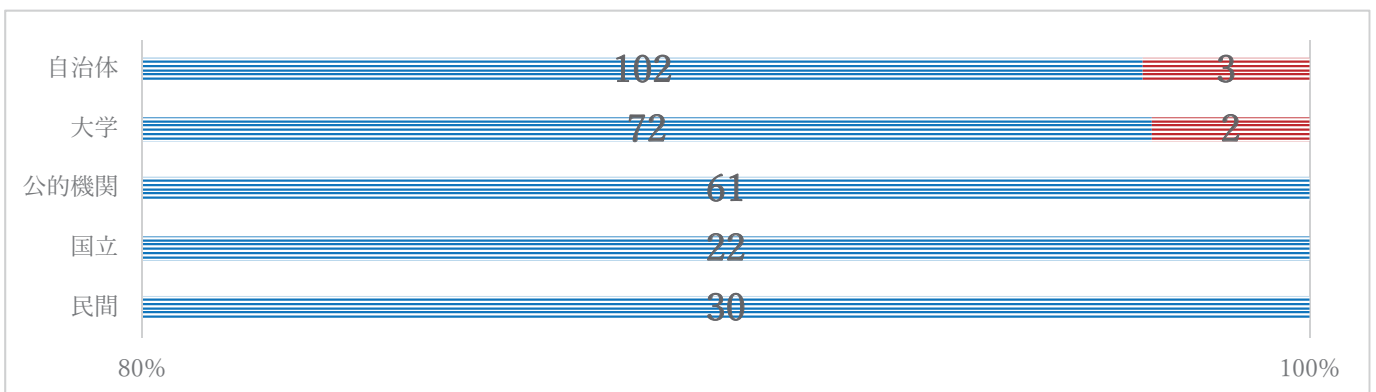
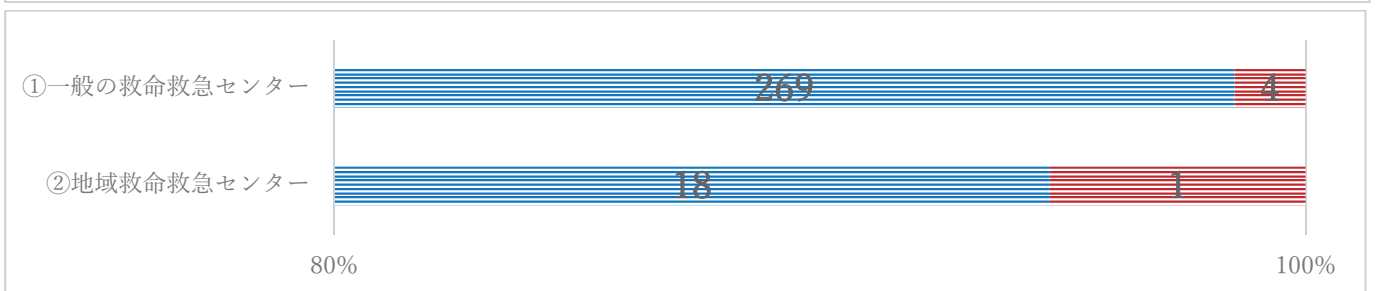
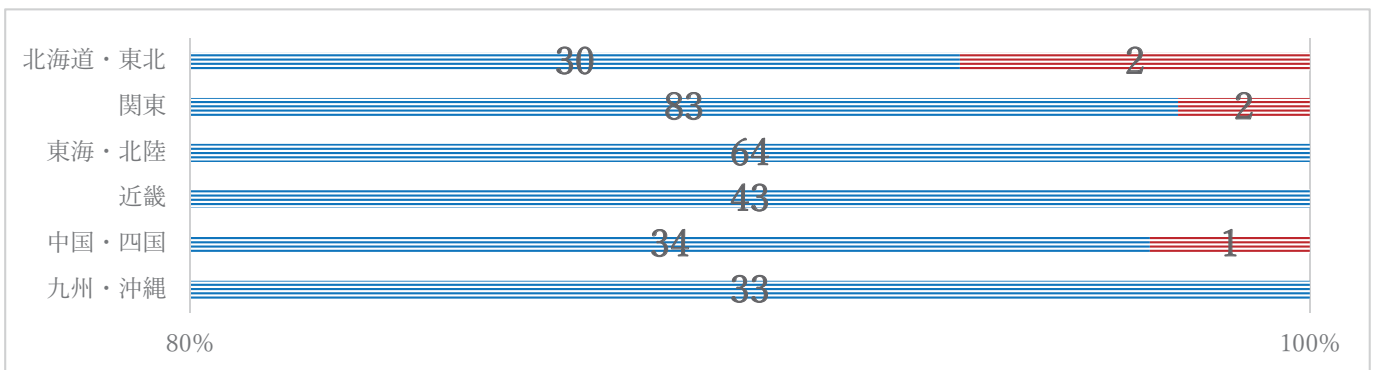
A: 救命救急センターで診療を行った患者の診療台帳を電子化し、その台帳を適切に管理する者を定めている

B: 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 10-1 図 電子的診療台帳の整備等（地域別・区分別・設立母体別）



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

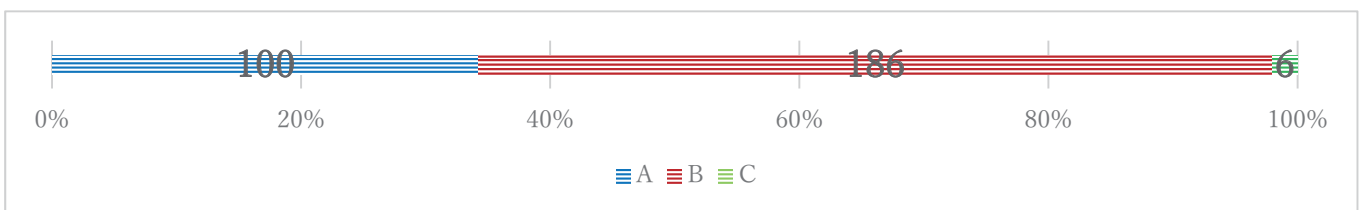
○評価項目の定義等：「内因性疾患への診療体制」とは、「循環器科」、「脳神経科」及び「消化器科」の全ての診療体制が整備されていることをいう。いずれかの診療体制が整備されていない場合は診療体制が整備されていないものとして考える。「循環器科」、「脳神経科」及び「消化器科」については、内科系か外科系かを問わない。「迅速に診療できる体制」とは、循環器科においては緊急心カテーテル検査、脳神経科においてはt-P Aの投与、血管内カテーテル手技及び緊急を要する脳神経手術及び消化器科においては消化管出血に対する内視鏡的止血術ができる体制をいう。

A：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

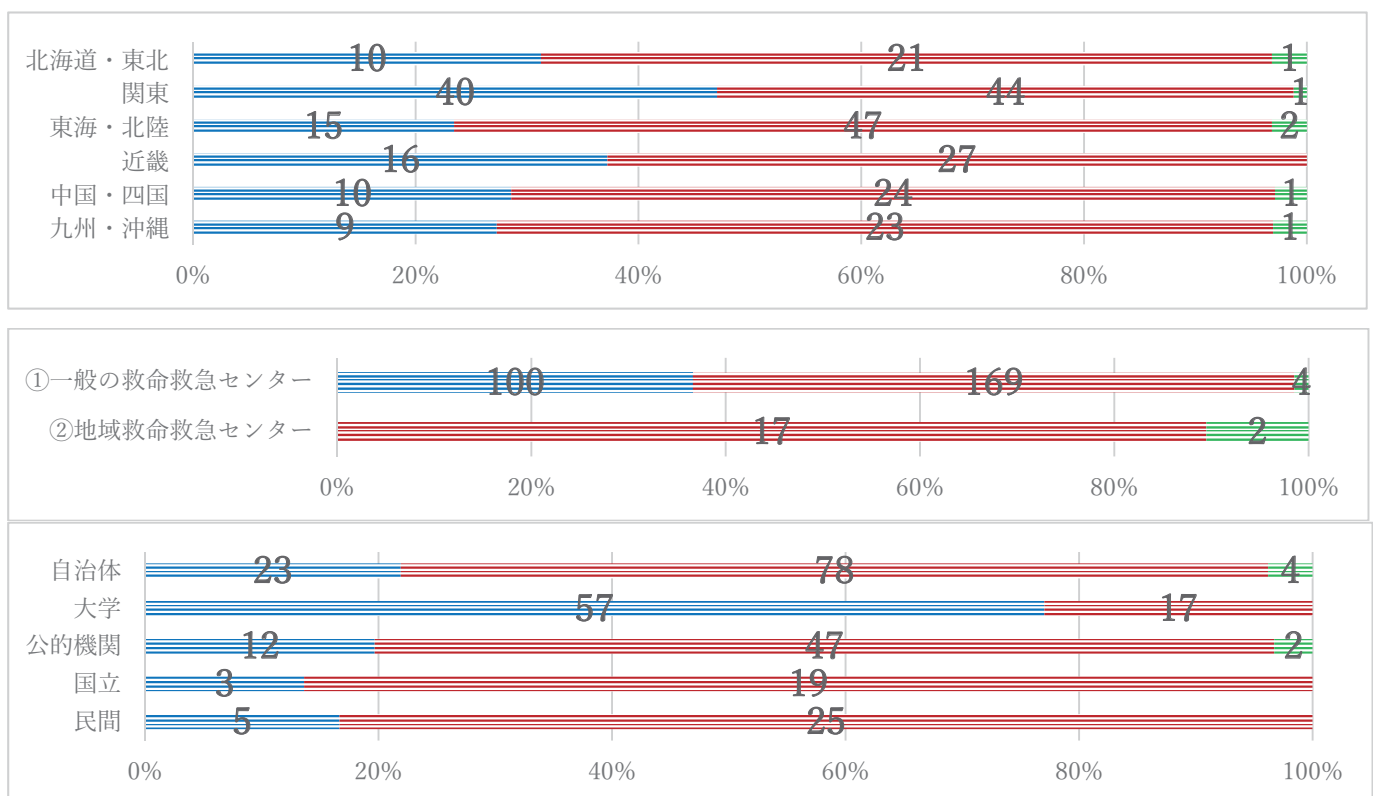
B：循環器科、脳神経科及び消化器科において夜間・休日の院外オンコール体制が整備されていることにより、循環器疾患、脳神経疾患又は消化管出血を疑う患者が搬送された時に、救急外来から診療を依頼された診療科において迅速に診療できる体制になっている

C：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 内因性疾患への診療体制（地域別・区分別・設立母体別）



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

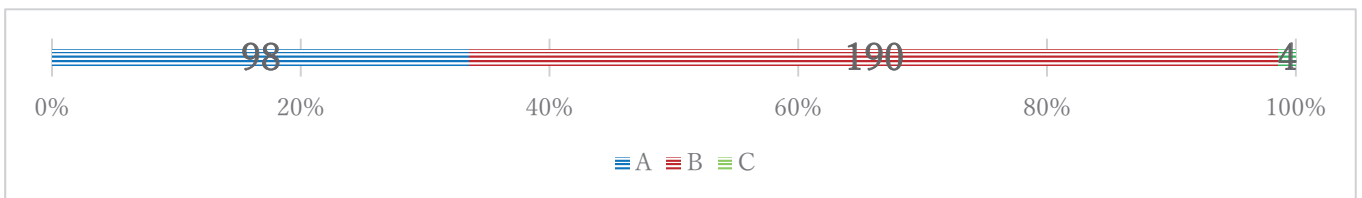
○評価項目の定義等：「外因性疾患への診療体制」とは、「一般外科」、「脳神経外科」及び「整形外科」の全ての診療体制が整備されていることをいう。いずれかの診療体制が整備されていない場合は診療体制が整備されていないものとして考える。「迅速に診療できる体制」とは、「一般外科」、「脳神経外科」及び「整形外科」において緊急手術（IVRを含む）ができる体制をいう。

A：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

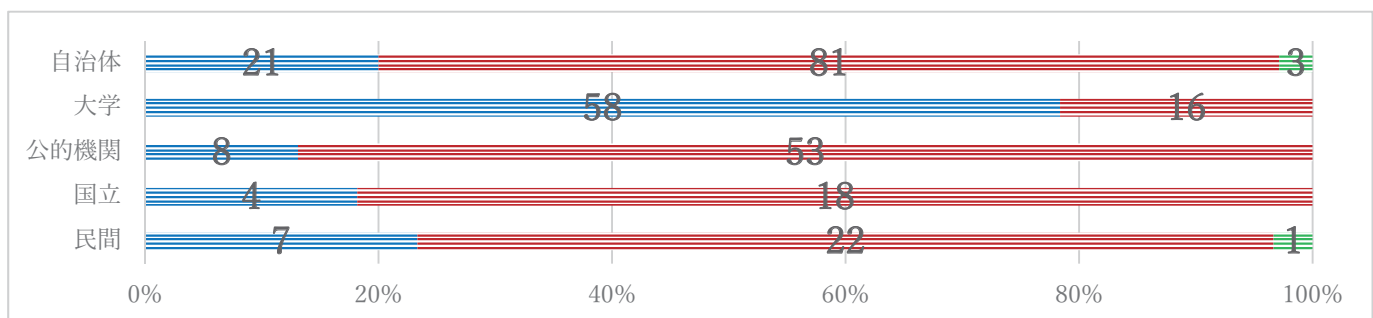
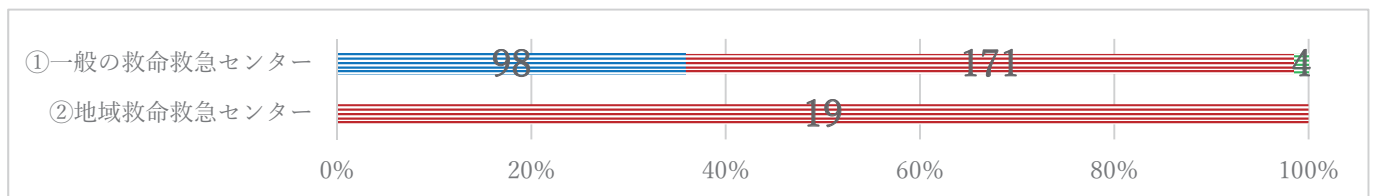
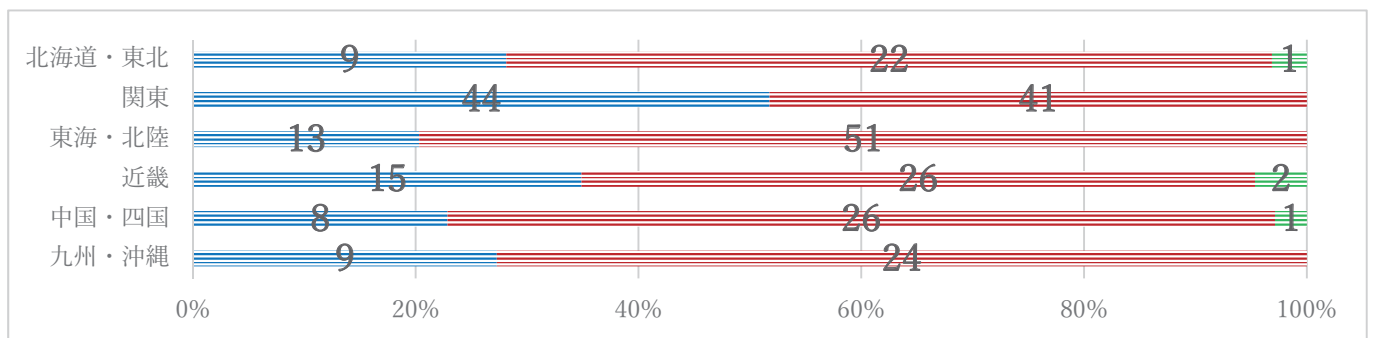
B：一般外科、脳神経外科及び整形外科において夜間・休日の院外オンコール体制が整備されていることにより、外傷を疑う患者が搬送された時に、救急外来から診療を依頼された診療科が迅速に診療できる体制になっている

C：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 外因性疾患への診療体制（地域別・区分別・設立母体別）



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

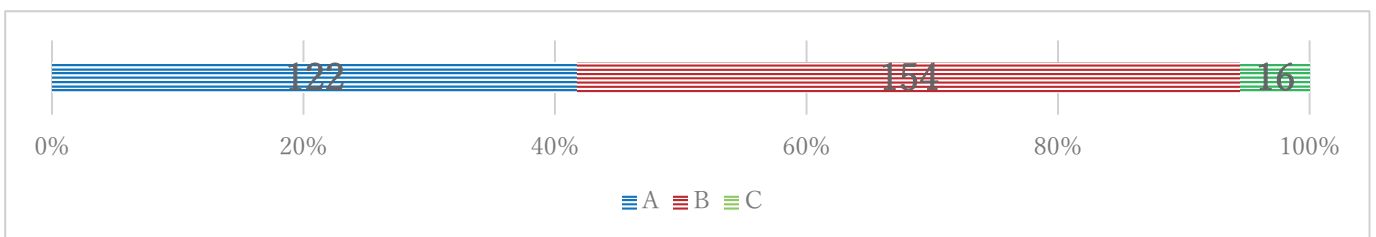
○評価項目の定義等：「カンファレンス等」とは、救命救急センターのカンファレンス又はチームミーティングをいう。「精神科医による診療体制」とは、精神科医が週1回程度はカンファレンス等に参加していることをいう。カンファレンス等への参加は、複数の精神科医が交替で参加している場合も含む。

A: 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

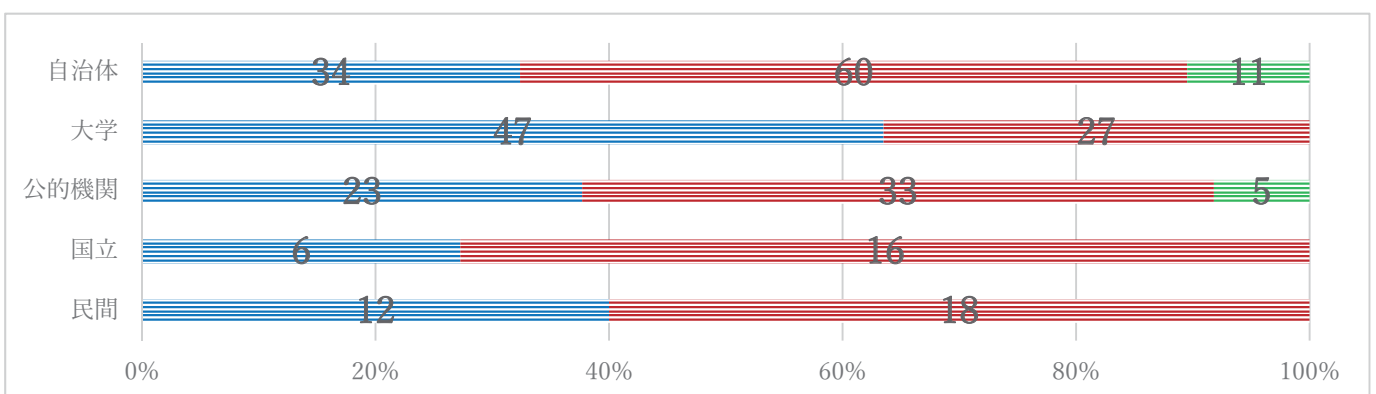
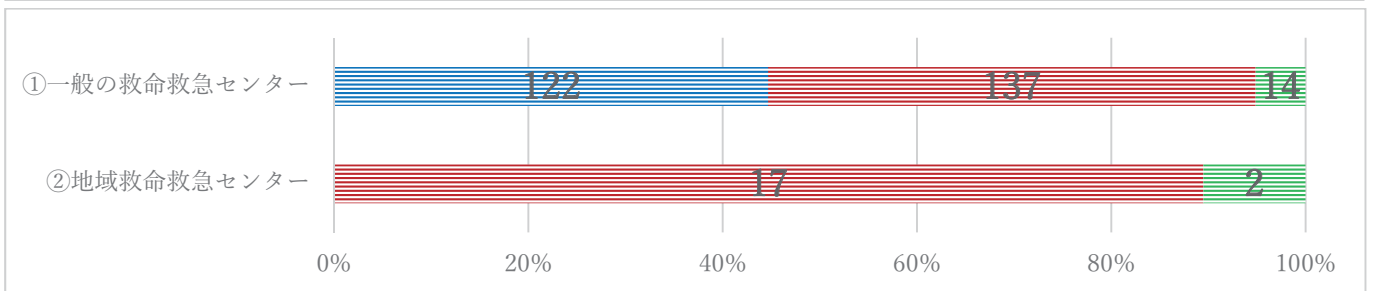
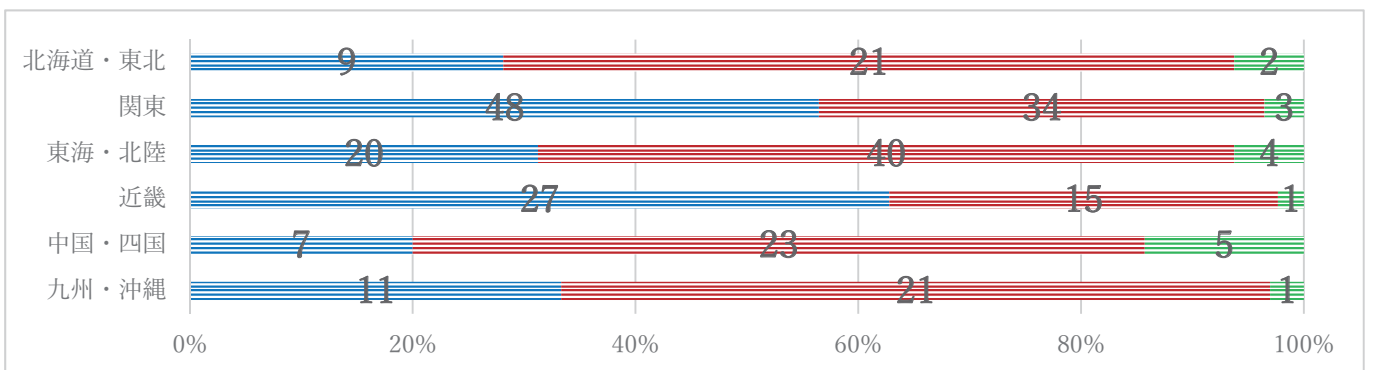
B: 精神的疾患を伴う患者が搬送された時に、院内の精神科医が常時直接診察するか、救命救急センターの医師が常時精神科医（近隣の精神科病院との連携も含む）に相談できる体制になっている

C: 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 精神科医による診療体制（地域別・区分別・設立母体別）



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

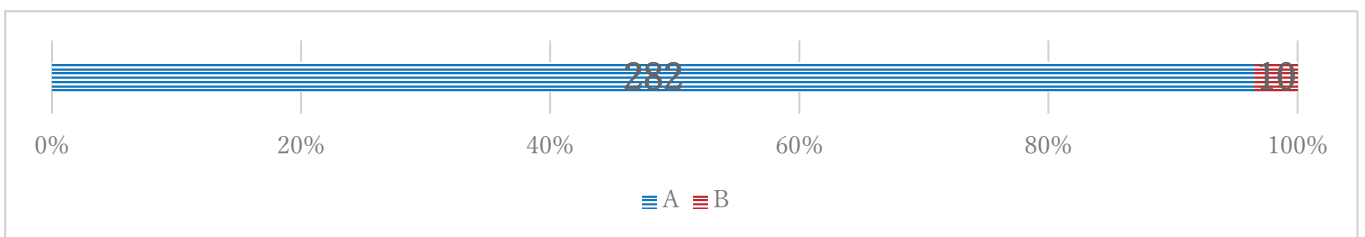
○評価項目の定義等：「小児（外）科医」は小児科医か小児外科医かを問わない。「常時相談できる体制」とは、オンコール体制等が整備されており、必要に応じて小児（外）科医の診療が可能な体制をいう。

「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。

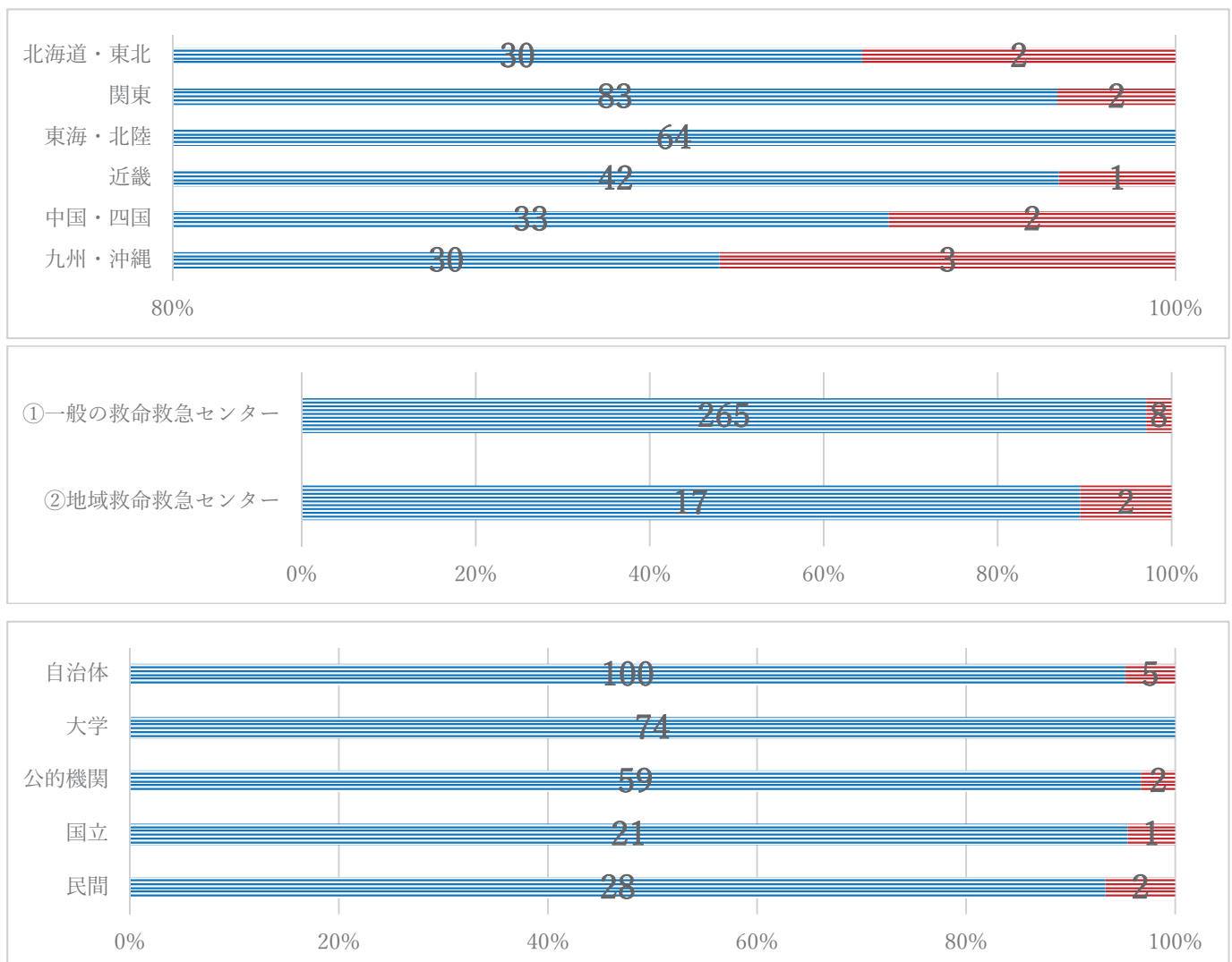
A: 小児患者（患児）が搬送された時に、院内の小児（外）科医が常時直接診察するか、救命救急センターの医師が小児（外）科医に常時相談できる体制になっているとともに、小児の救命救急医療に必要な機器等が整備されている

B: 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 小児(外)科医による診療体制（地域別・区分別・設立母体別）



15. 産（婦人）科医による診療体制

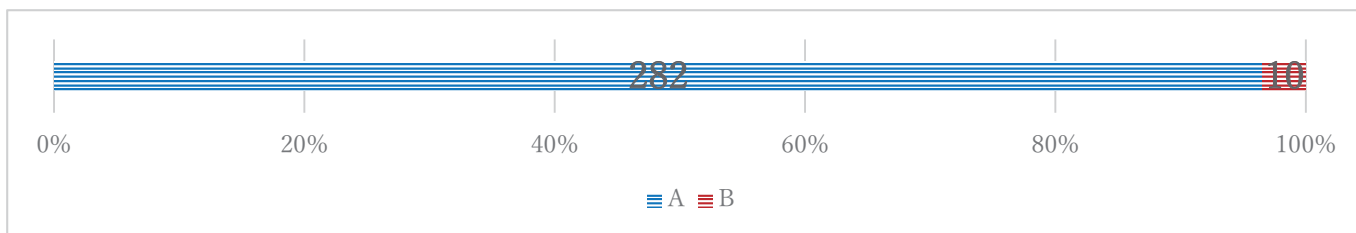
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○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。

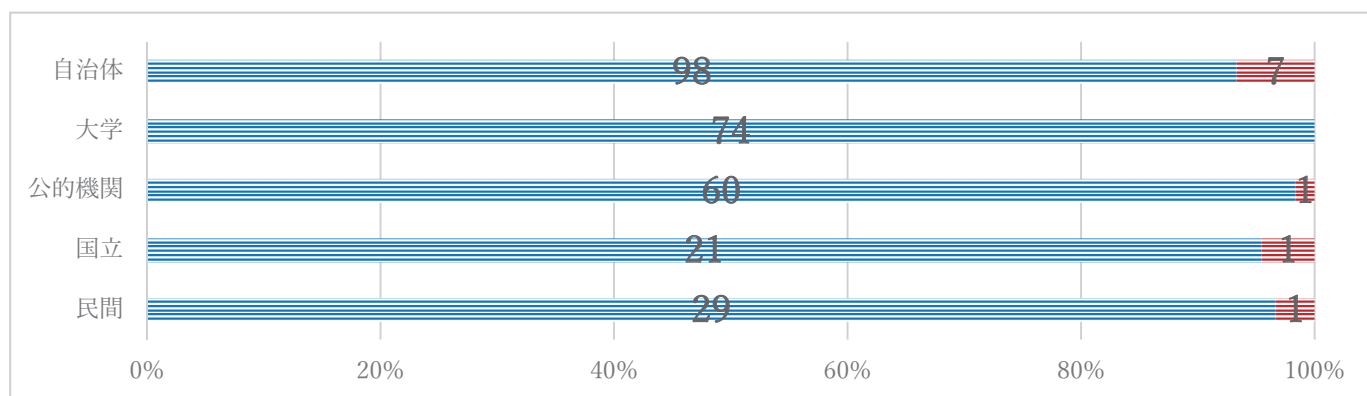
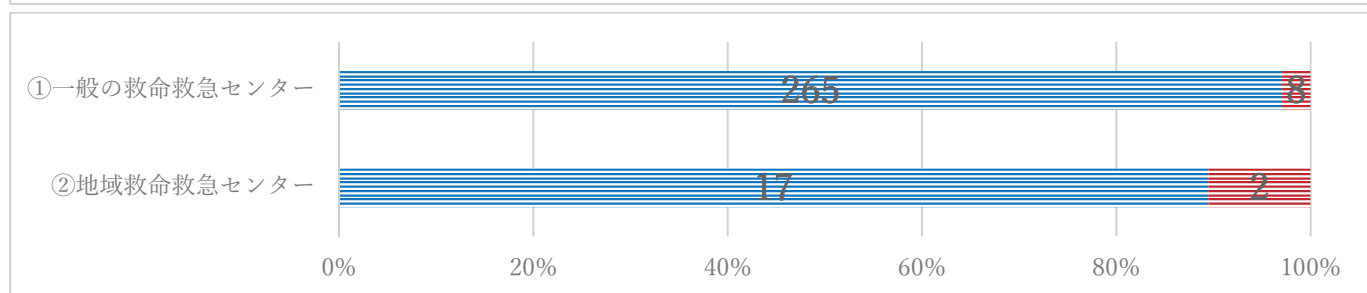
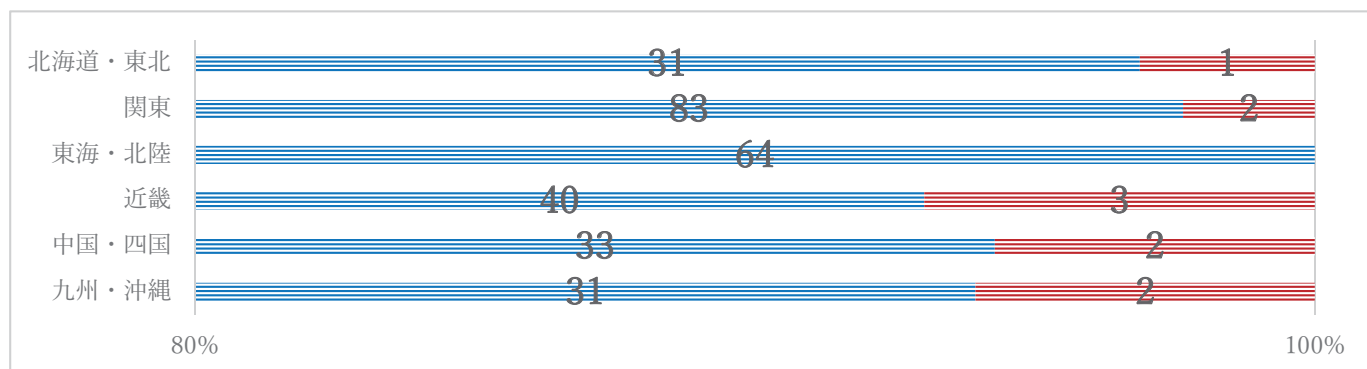
A: 産（婦人）科に関する患者が搬送された時に、院内の産（婦人）科医が常時直接診察するか、救命救急センターの医師が産（婦人）科医に常時相談できる体制になっている

B: 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 産（婦人）科医による診療体制（地域別・区分別・設立母体別）



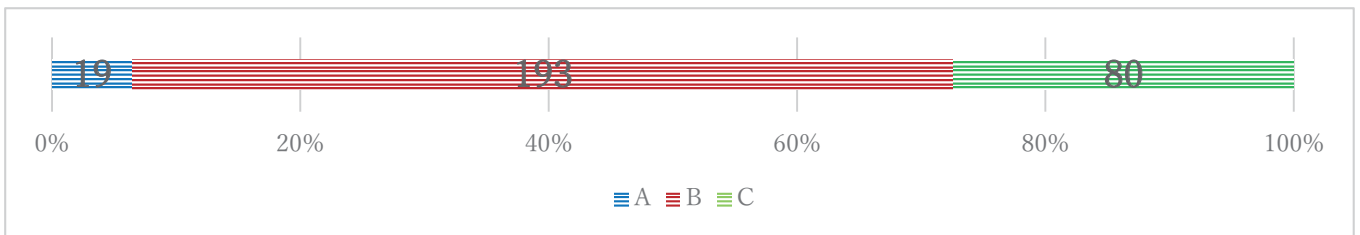
16. 医師事務作業補助者の有無

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

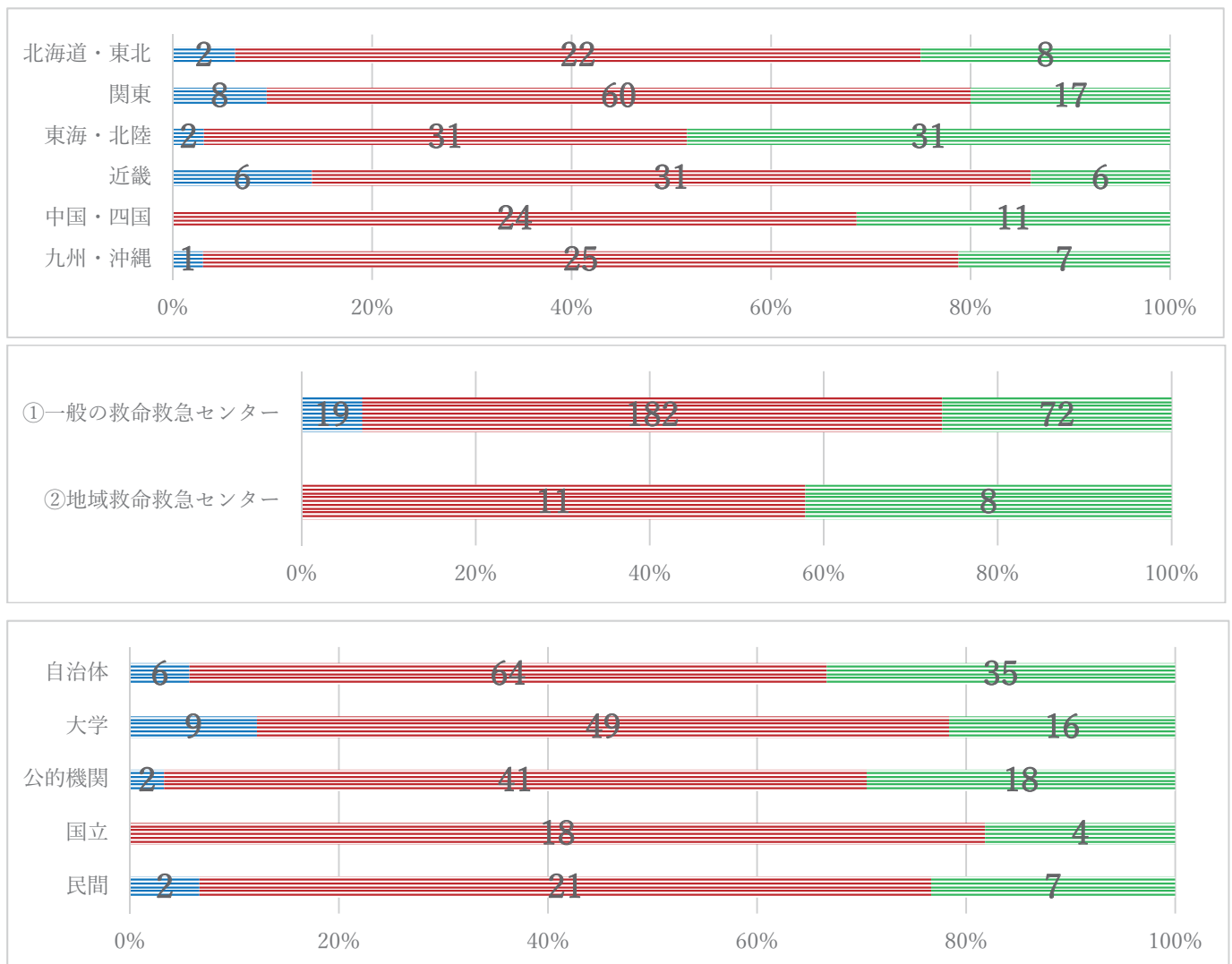
○評価項目の定義等：「医師事務作業補助者」とは、診療報酬上の「医師事務作業補助体制加算」の算定要件にある業務を行う者をいう。

- A: 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
- B: 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
- C: 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 医師事務作業補助者の有無（地域別・区分別・設立母体別）



17. 薬剤師の配置

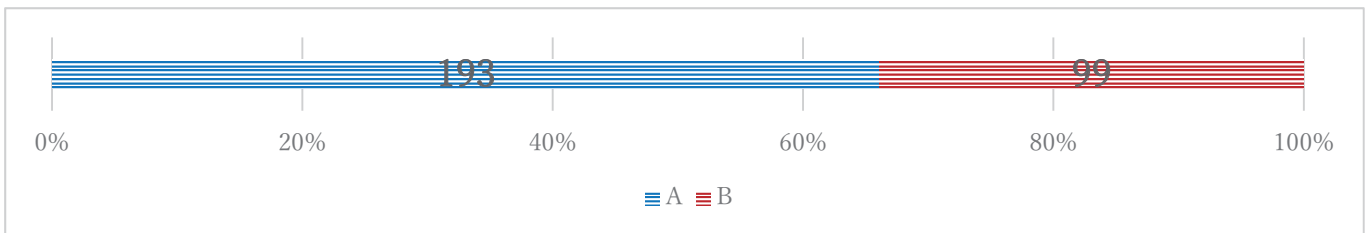
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○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。

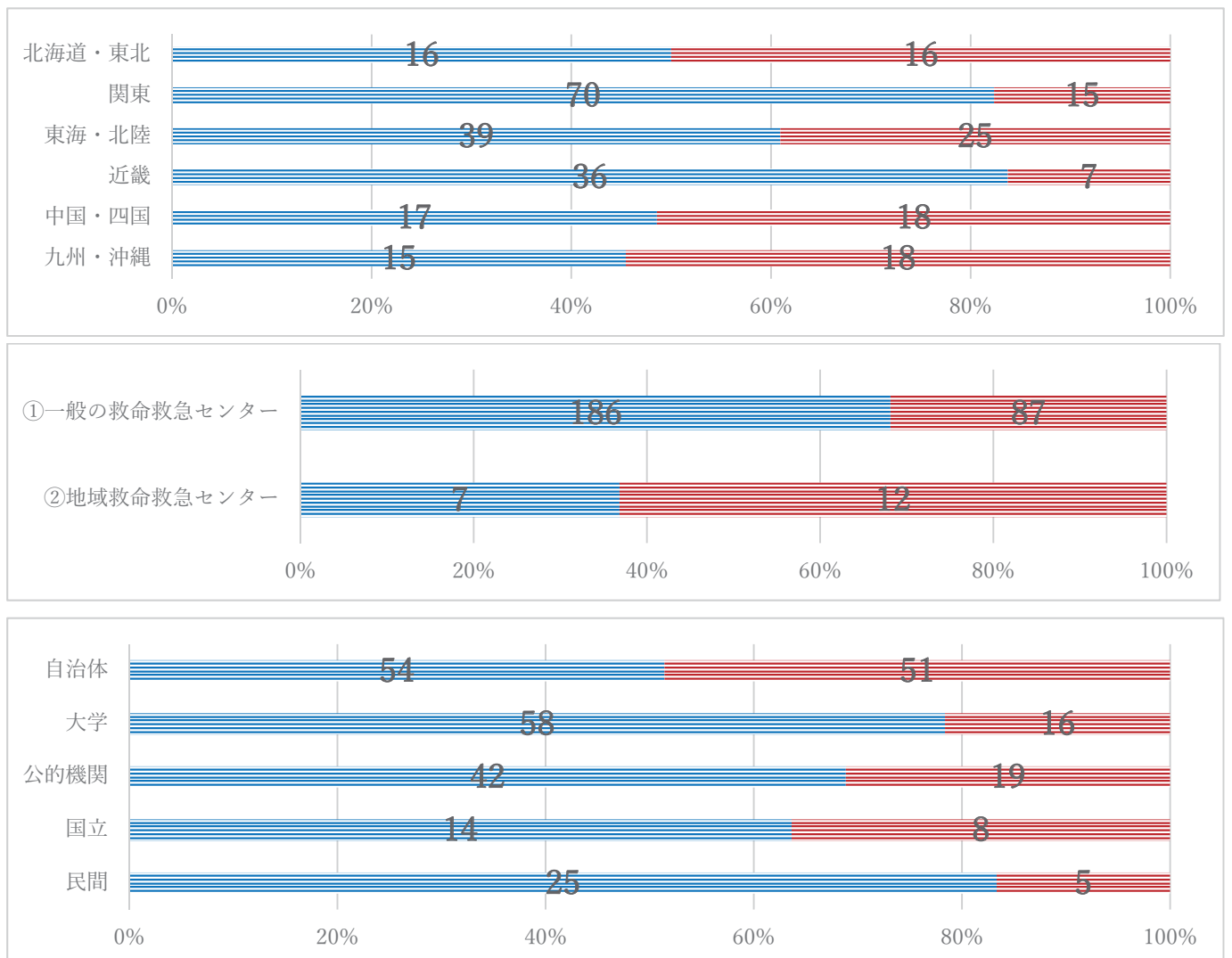
A：薬剤師が、平日の日勤帯に救命救急センターに常時勤務している

B：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 薬剤師の配置（地域別・区分別・設立母体別）



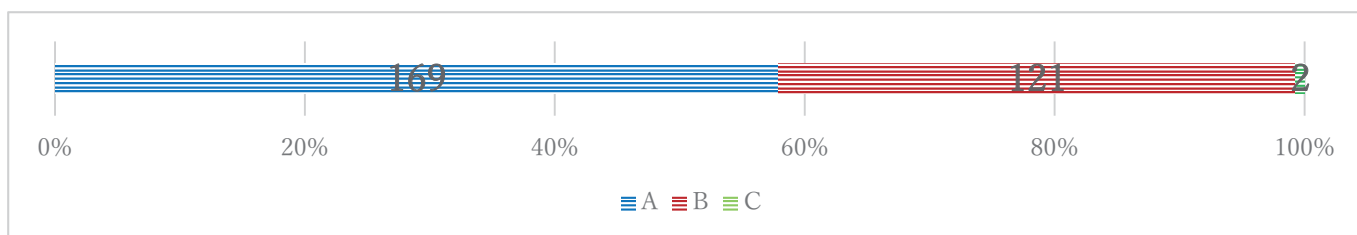
18. 臨床工学技士の配置

○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

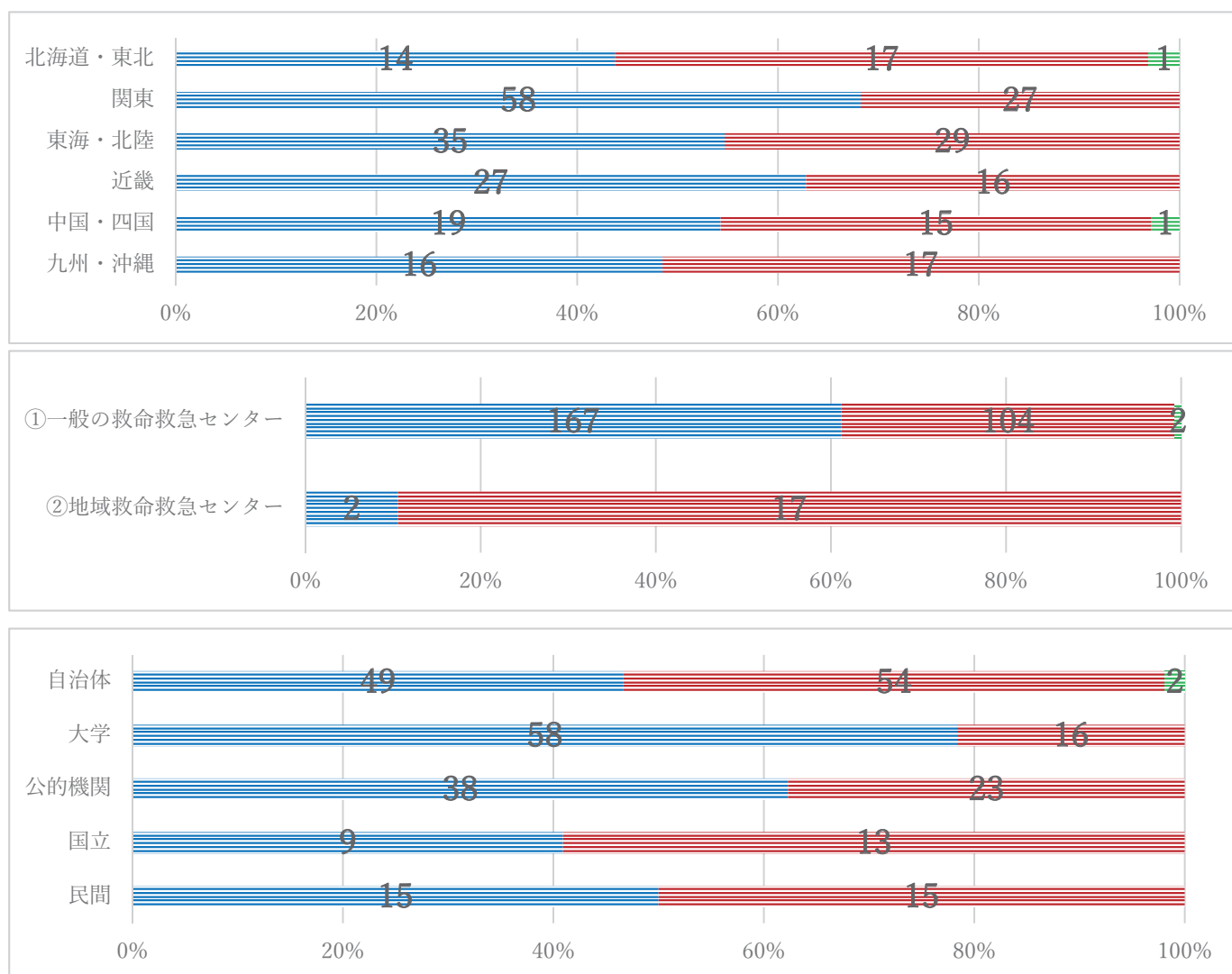
○評価項目の定義等：

- A: 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
 B: 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
 C: 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 臨床工学技士の配置（地域別・区分別・設立母体別）



19. 医師及び医療関係職と事務職員等との役割分担

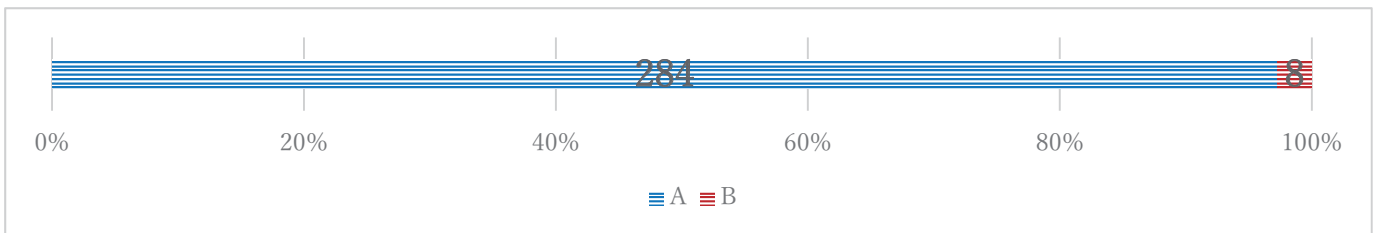
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○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。

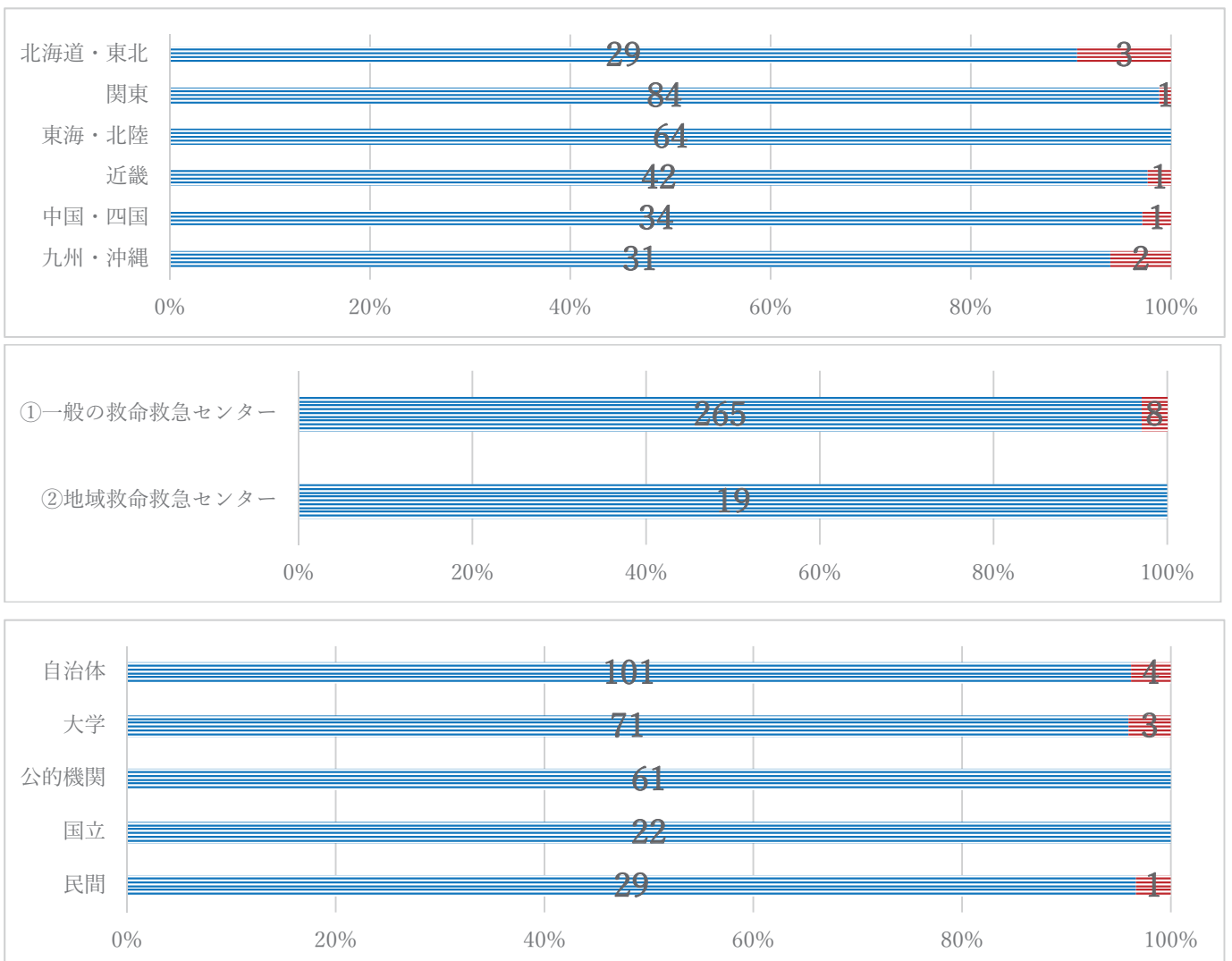
A：医師及び医療関係職と事務職員等との連携・協力方法や役割分担について、具体的な計画を策定し周知している

B：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 医師及び医療関係職と事務職員等との役割分担（地域別・区分別・設立母体別）



20. CT・MRI 検査の体制

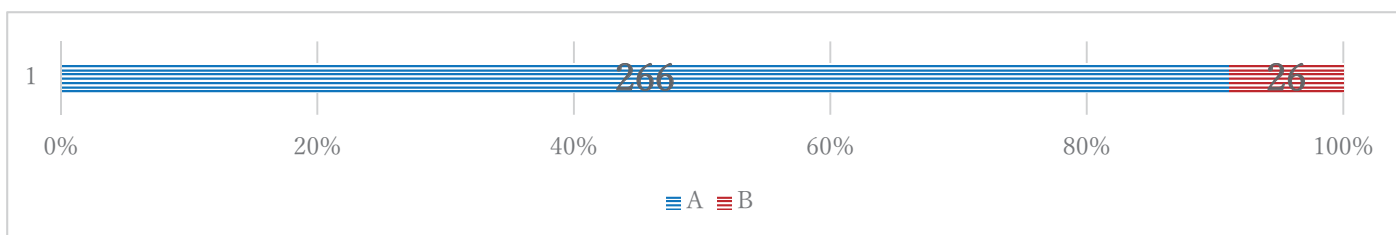
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○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。

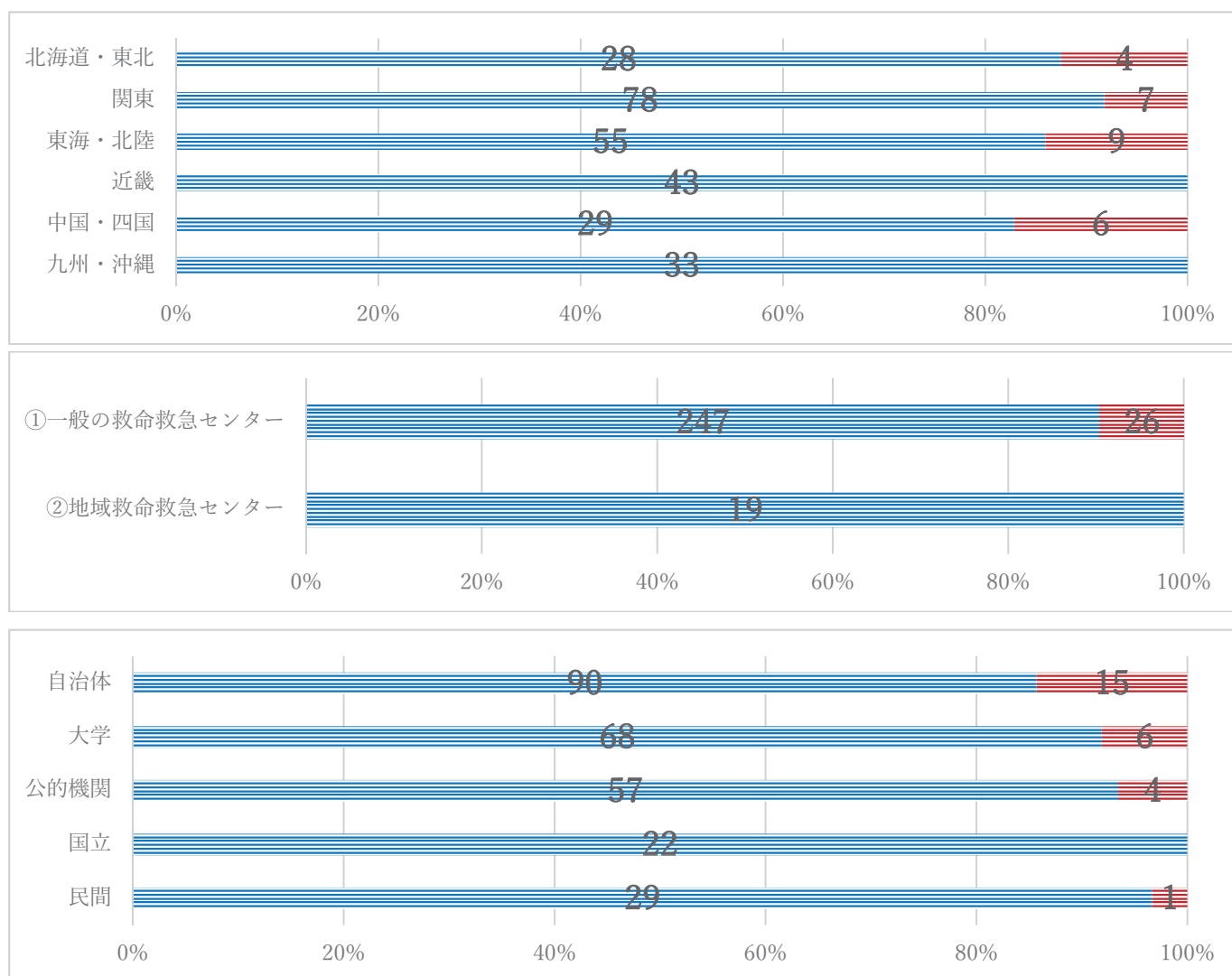
A: 常時、初療室に隣接した検査室において、マルチスライスCTが直ちに撮影可能であり、かつ、常時、MRIが直ちに撮影可能である

B: 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 CT・MRI 検査の体制（地域別・区分別・設立母体別）



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：

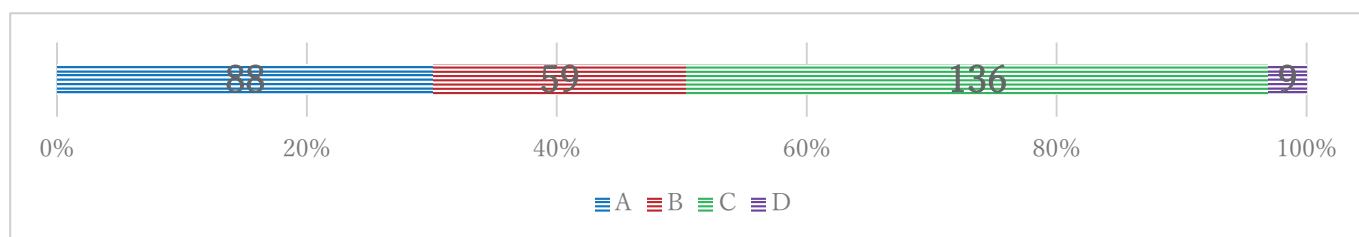
A: 下記2つの内容に加え、30分以内に手術ができ、かつ複数の緊急患者の手術ができる体制が整っている

B: 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

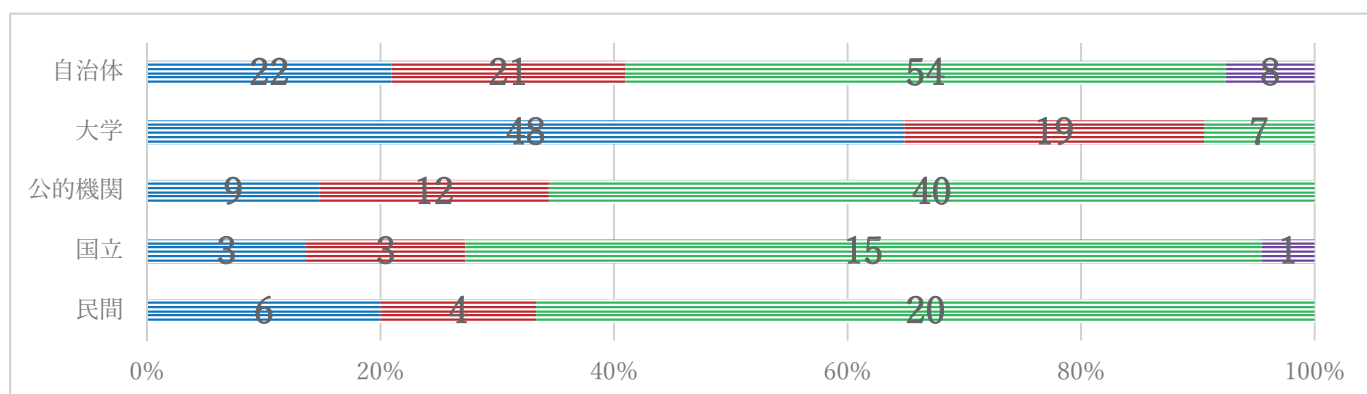
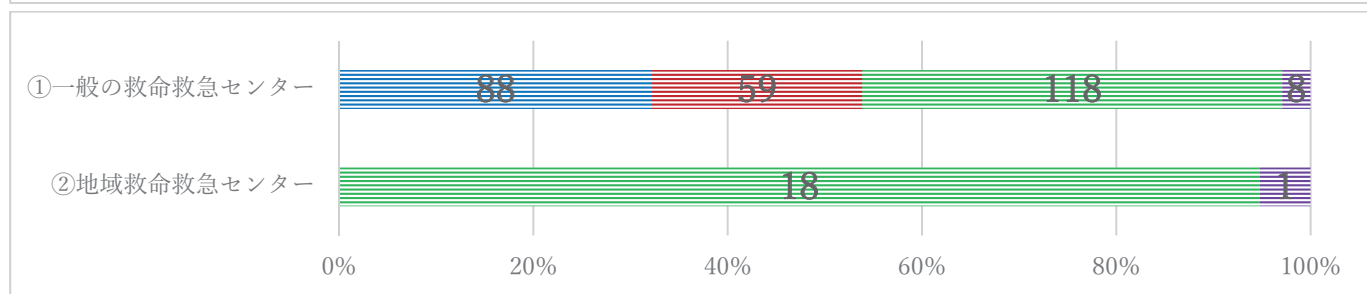
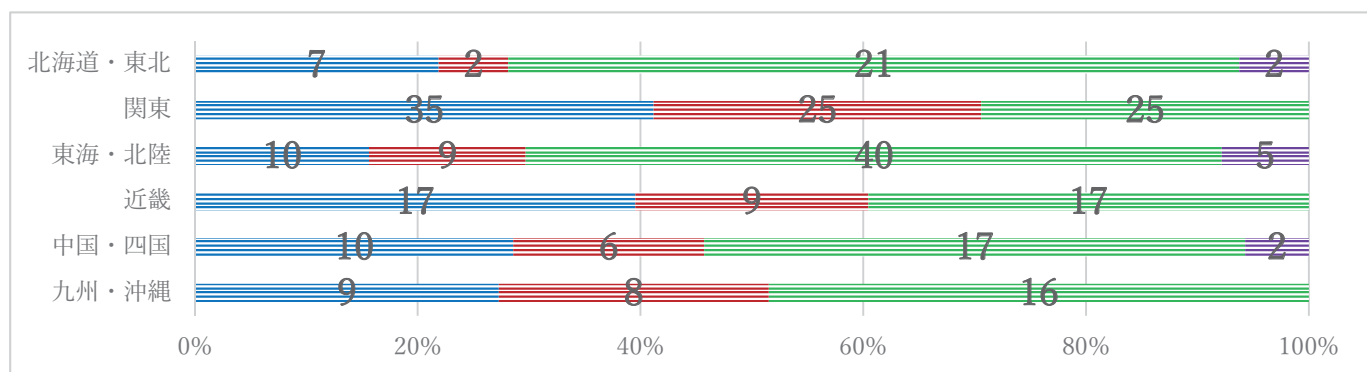
C: 麻酔科の医師及び手術室の看護師のオンコール体制により、緊急手術が必要な患者が搬送された際に、直ちに（来院から治療開始までに60分以内）に手術が可能な体制が常時整っている

D: 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20-2図 手術室の体制（地域別・区分別・設立母体別）



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

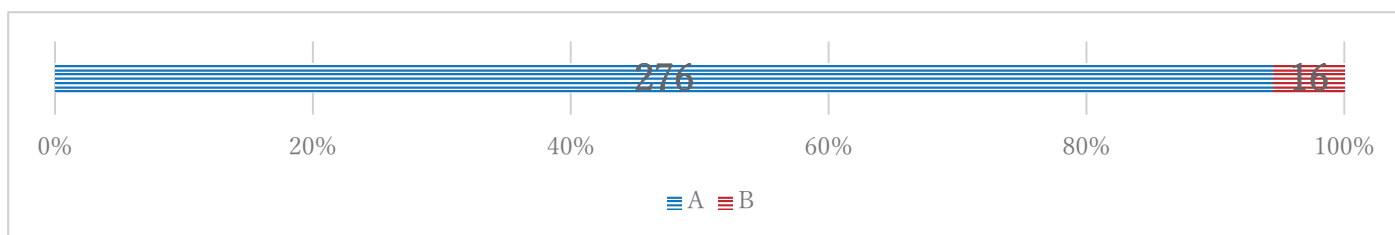
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○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。

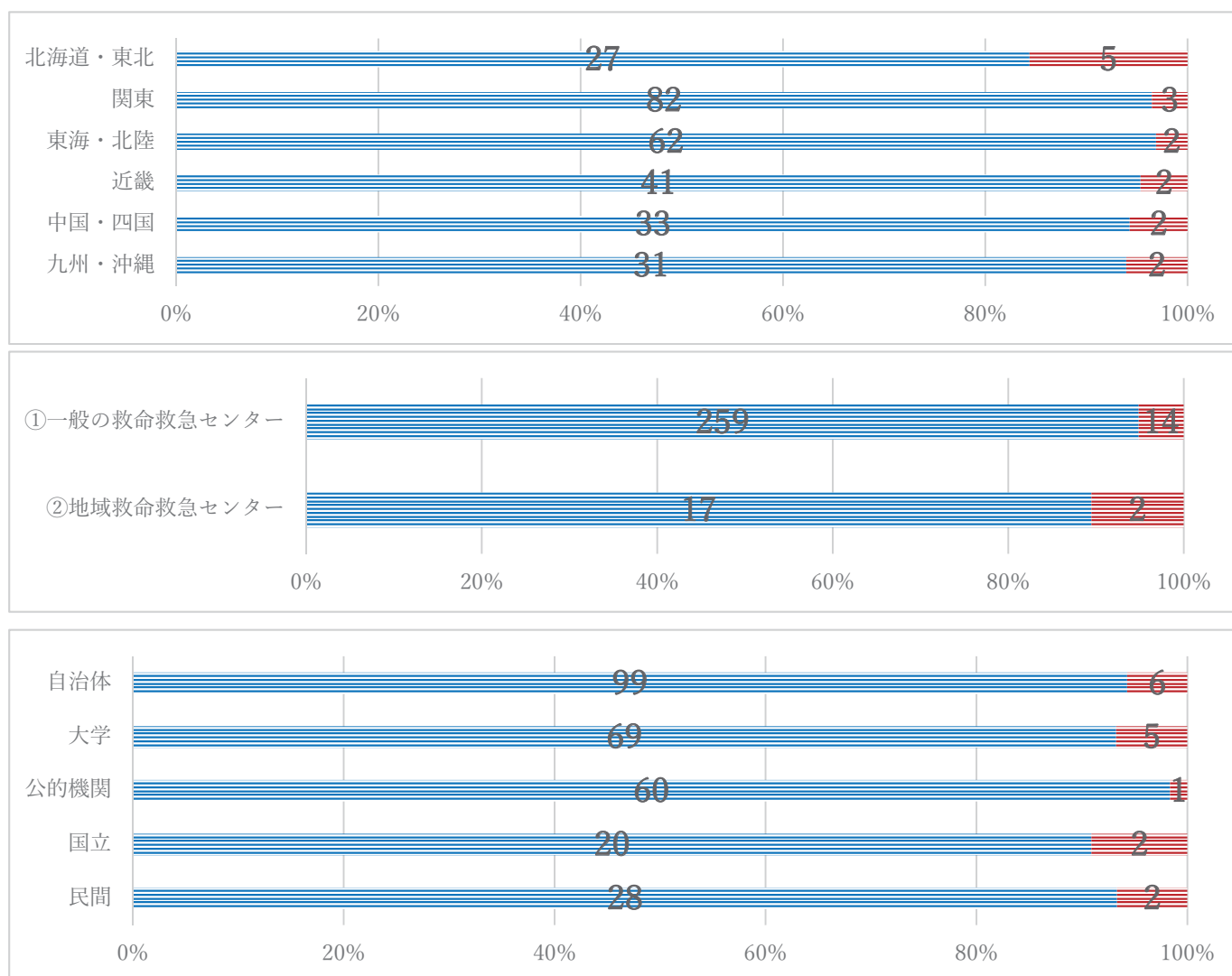
A: 救命救急センターを設置する病院において、救命救急センターの機能に関する評価・運営委員会等を設置し、また、重篤患者への診療体制や院内の連携についての会議を少なくとも6か月毎に開催している

B: 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 CT・MRI 検査の体制（地域別・区分別・設立母体別）



23. 第三者による医療機能の評価

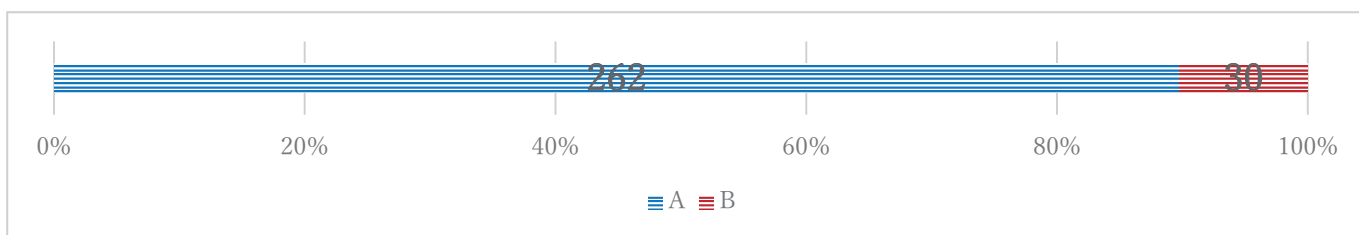
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義等：

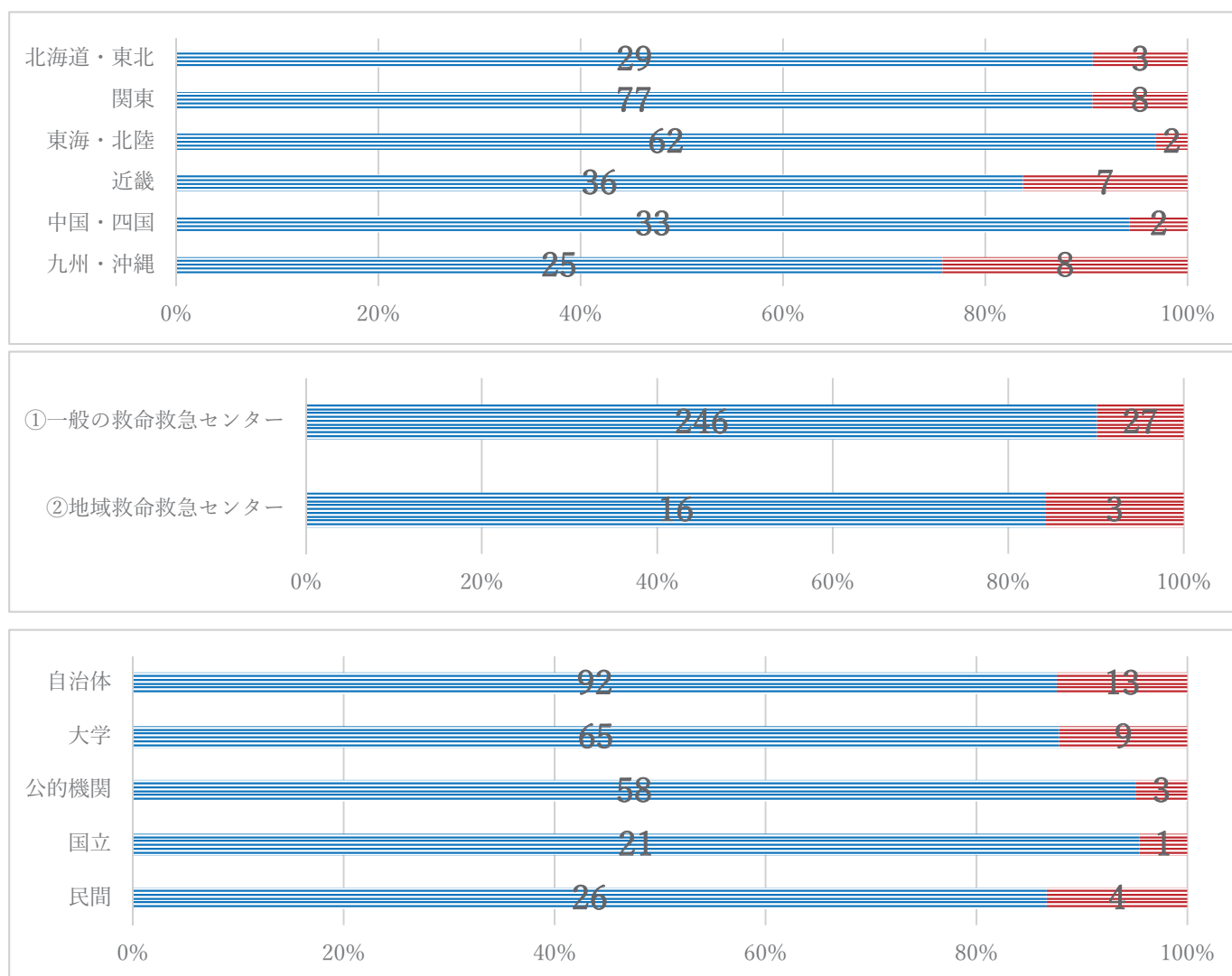
A: 日本医療機能評価機構・ISO による医療機能評価において認定を受けている

B: 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 第三者による医療機能の評価（地域別・区分別・設立母体別）



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

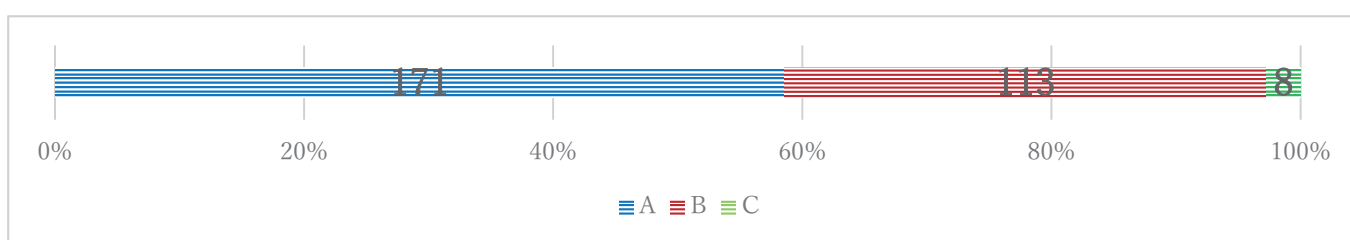
○評価項目の定義等：「管理者」とは、病院長のことであり、「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」（平成14年3月19日付け基発第0319007号厚生労働省労働基準局長通知）を参照すること。

A: 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

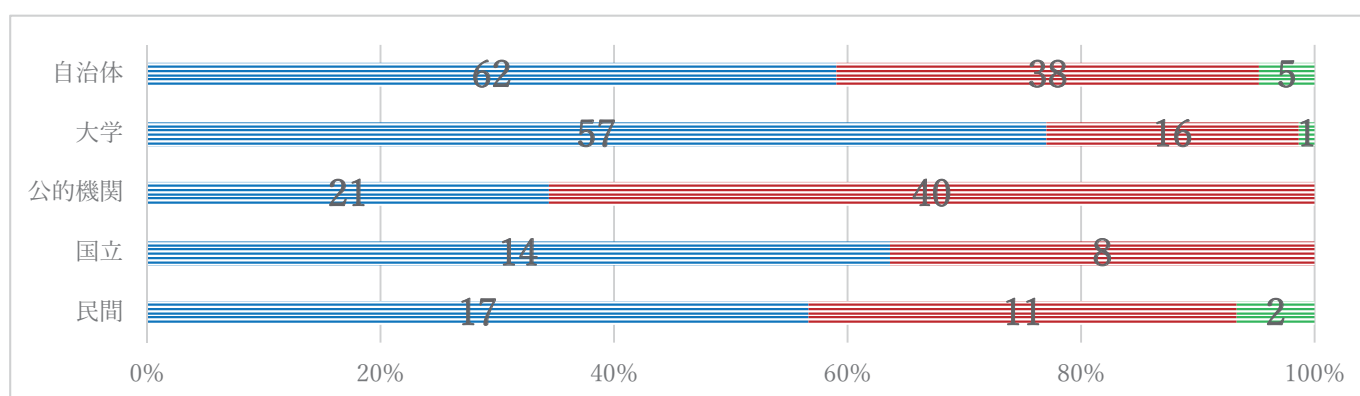
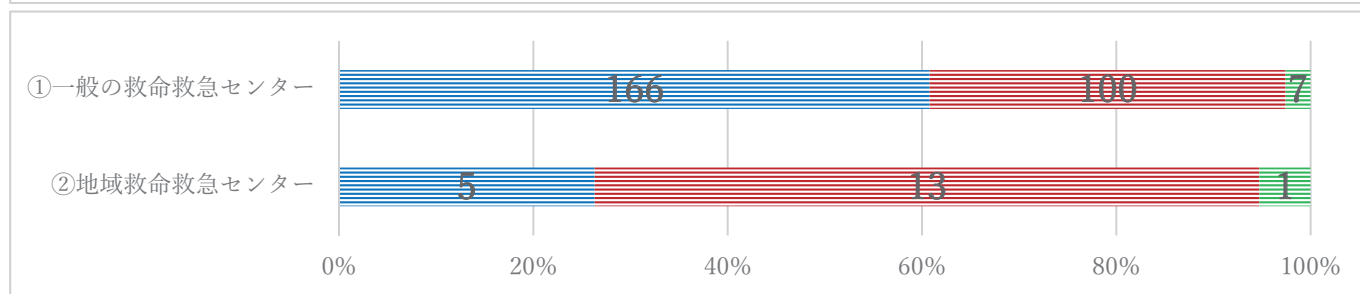
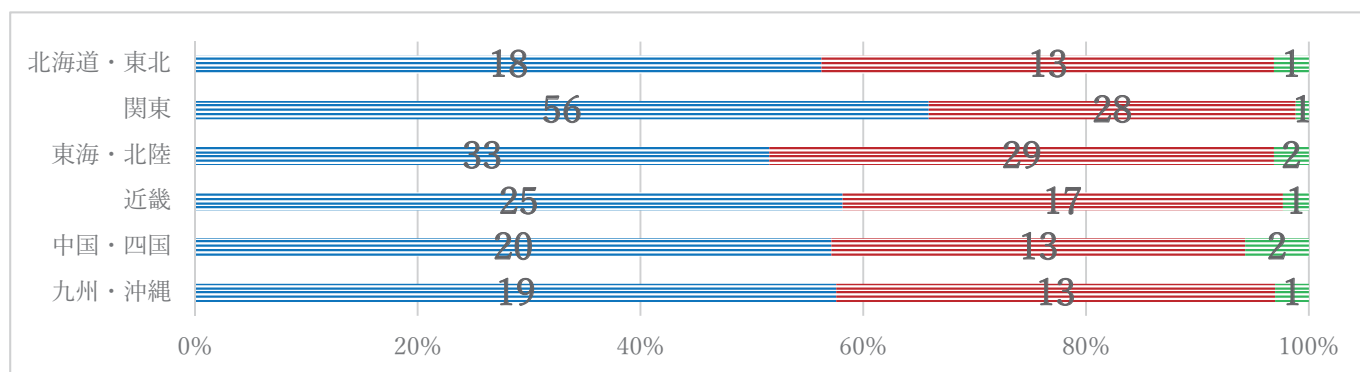
B: 管理者等が、3の休日及び夜間の救命救急センターで診療を行う医師の勤務実態を把握し、かつ、労働基準法令及び「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」（平成14年3月19日付け厚生労働省労働基準局長通知）等が遵守されているかどうか、四半期毎に点検し改善を行っている

C: 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 休日及び夜間勤務の適正化（地域別・区分別・設立母体別）

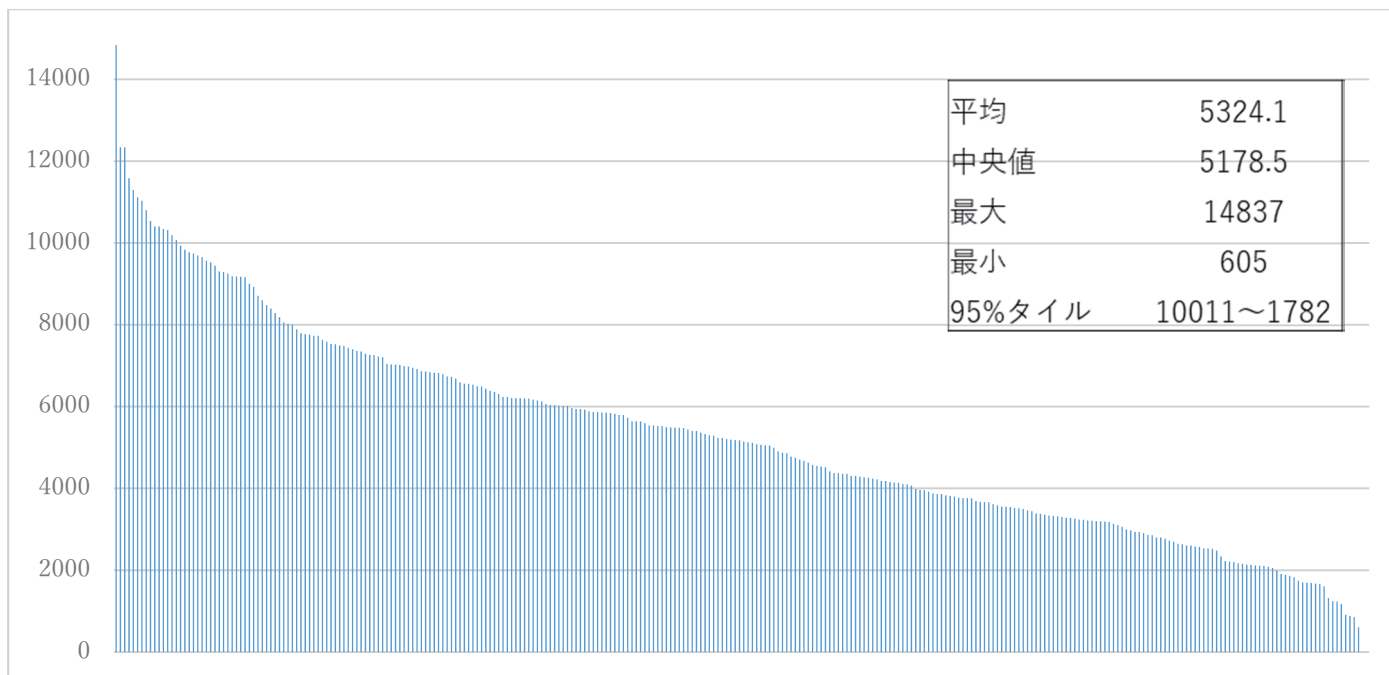


25. 救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員

○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

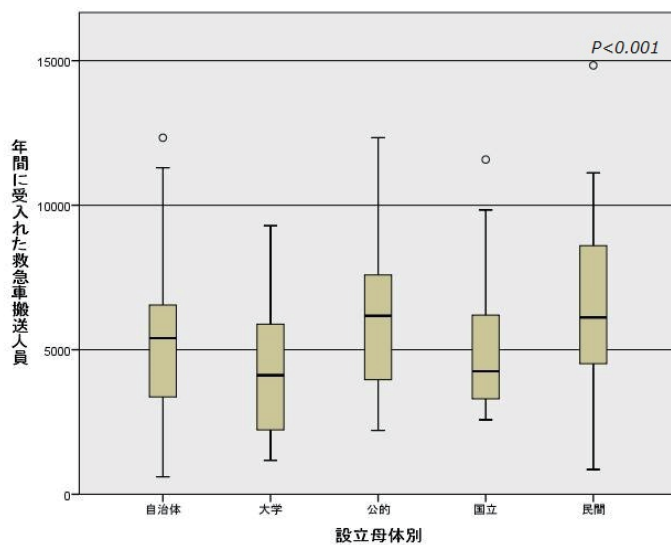
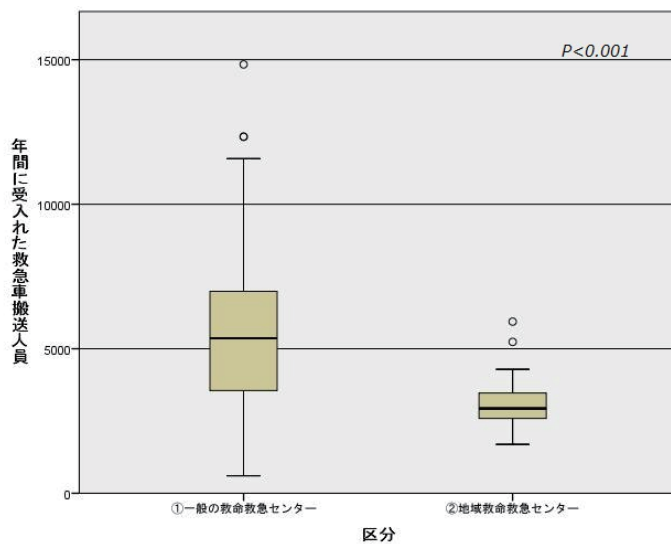
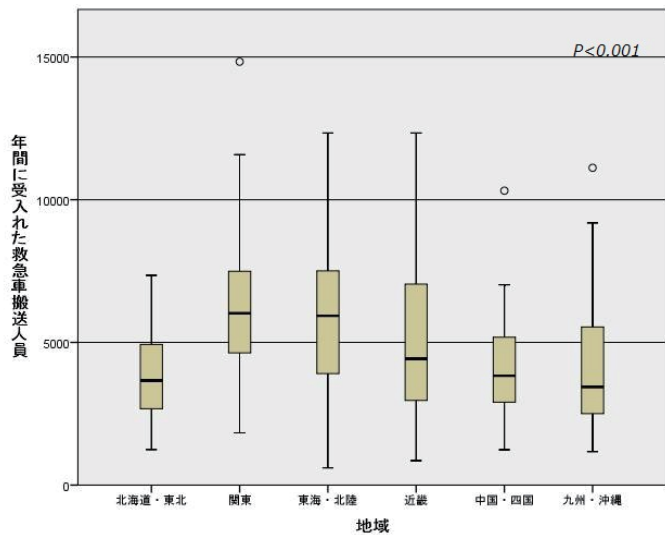


（縦軸 年間に受け入れた重篤患者数、横軸 年間に受け入れた重篤患者数が多い順から並べた施設）

第 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	重篤患者数		施設名	重篤患者数		施設名	重篤患者
1	湘南鎌倉総合病院	14837	11	岡崎市民病院	10402	21	神戸市立医療センター	9656
2	名古屋第二赤十字病院	12337	12	名古屋掖済会病院	10339	22	平塚市民病院	9568
3	兵庫県立尼崎総合医療センター	12335	13	倉敷中央病院	10316	23	岸和田徳洲会病院	9526
4	国立国際医療研究センター	11580	14	伊勢赤十字病院	10187	24	安城更生病院	9445
5	横浜市立みなと赤十字病院	11295	15	刈谷豊田総合病院	10075	25	都立多摩総合医療センタ	9304
6	聖マリア病院	11118	16	大阪急性期・総合医療セ	9933	26	藤田医科大学病院	9290
7	大垣市民病院	11035	17	名古屋医療センター	9835	27	さいたま赤十字病院	9253
8	聖路加国際病院	10802	18	堺市立総合医療センター	9774	28	済生会熊本病院	9185
9	武蔵野赤十字病院	10536	19	春日井市民病院	9741	29	熊本医療センター	9178
10	横須賀共済病院	10404	20	大阪赤十字病院	9694	30	藤沢市民病院	9173

第 25-2 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・区分別・設立母体別）



○ 箱ひげ図

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

上ヒンジ：第3四分位（75 percentile）値

下ヒンジ：第1四分位（25 percentile）値

外れ値：他のデータと比較して極端に大きい（または小さい）値

箱の長さの1.5倍以上3倍以下の範囲内の個体は○で表示

箱の長さの3倍以上大きい値を示す個体は「極値」として*

○設立主母体の別

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

○救命救急センターの区分

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

○地域別、設立母体別について Kruskal Wallis 検定を用いて比較、区分別については Mann-Whitney 検定を用いて比較した。有意水準は0.05とした。

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。

A: 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

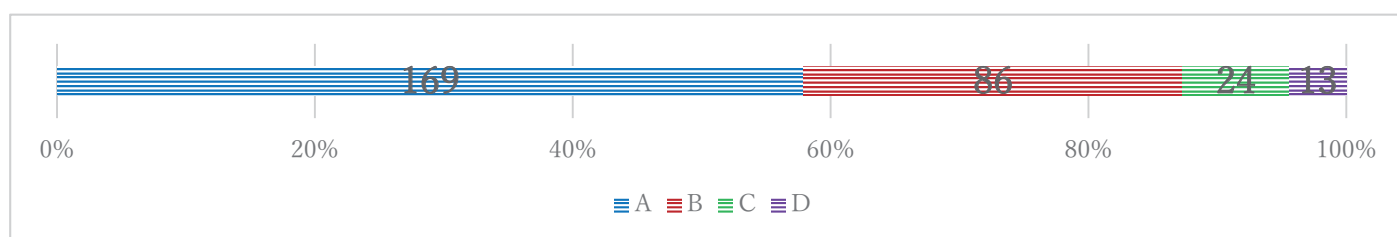
B: 下記に加え、応需状況（搬送件数、内訳、応需率や不応需理由）について院内に公表するとともに、院内の委員会で応需状況の改善等に向けた検討を実施している

C: 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

D: 上記の基準を満たさない

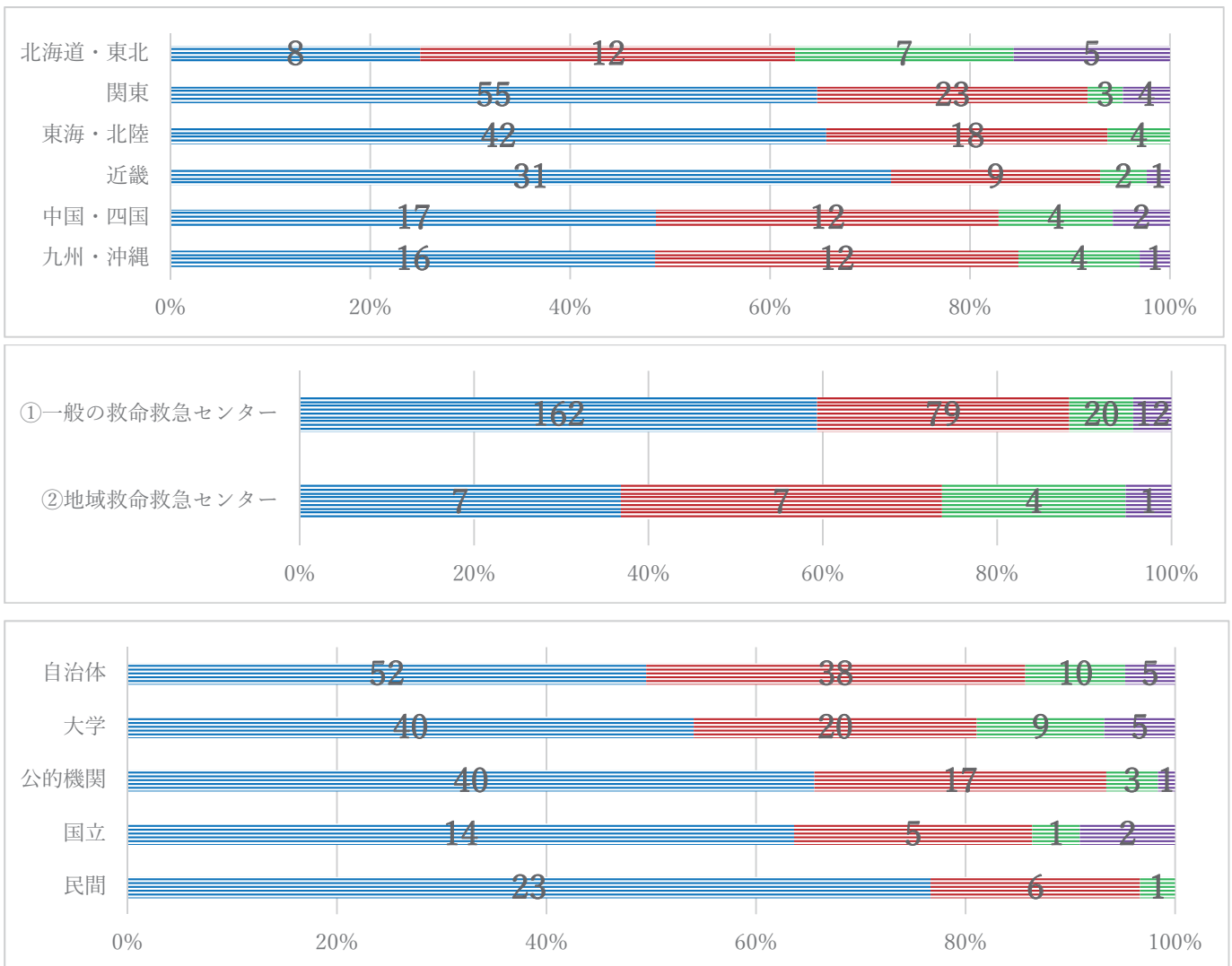
第26-1図 救命救急センターを設置する病院に対する消防機関からの搬送受け入れ要請への対応状

況の記録及び改善への取り組み（全施設）



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（全施設）



27. 院内急変への診療体制

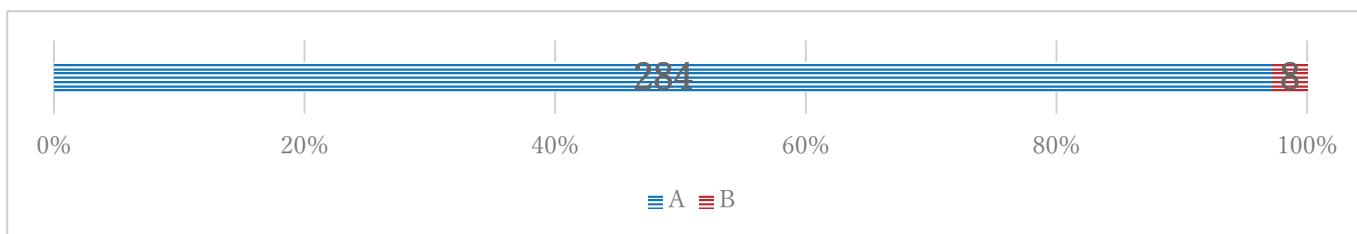
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○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。

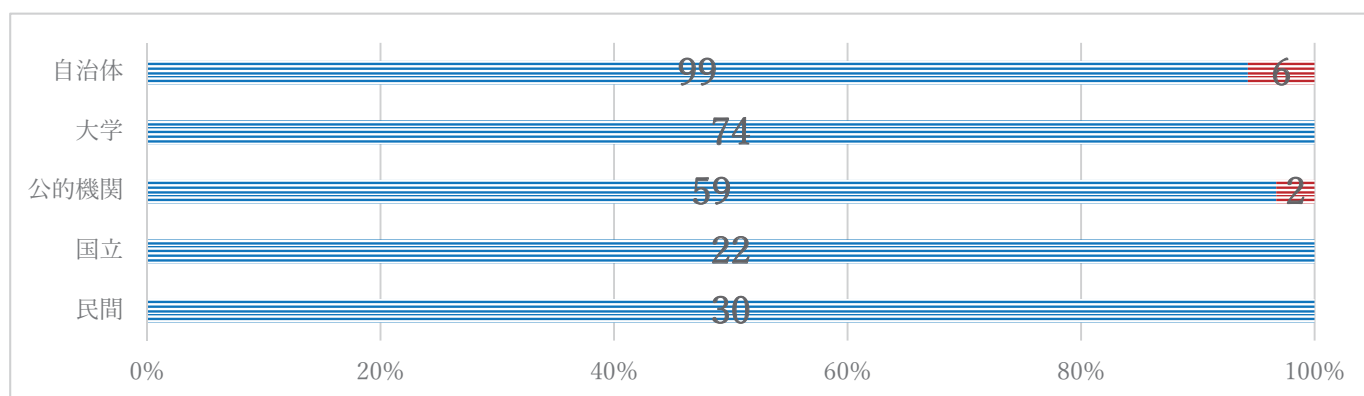
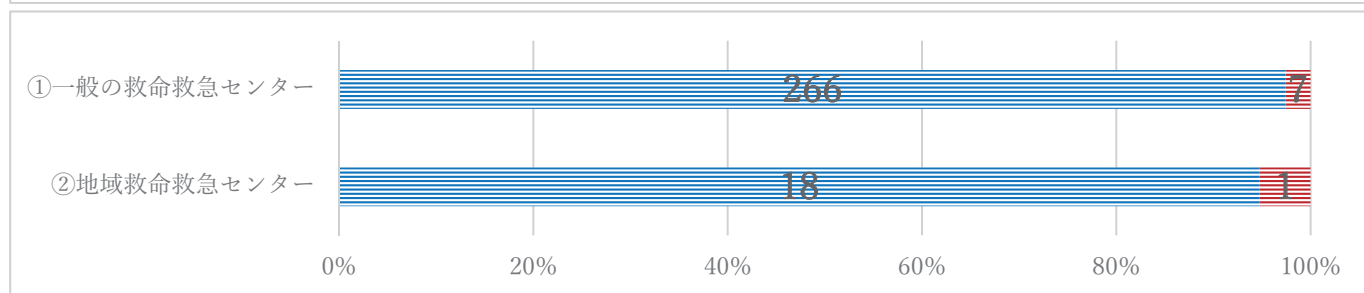
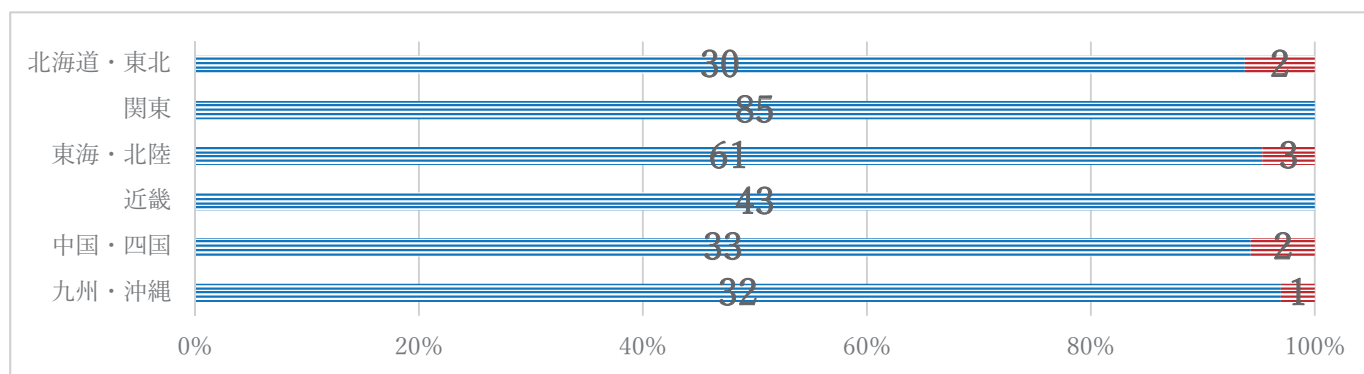
A：院内における急変に対応する体制が整備されている（具体的な対応部署が決まっている）

B：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 院内急変への診療体制（地域別・区分別・設立母体別）



28. 脳死判定及び臓器・組織提供のための整備等

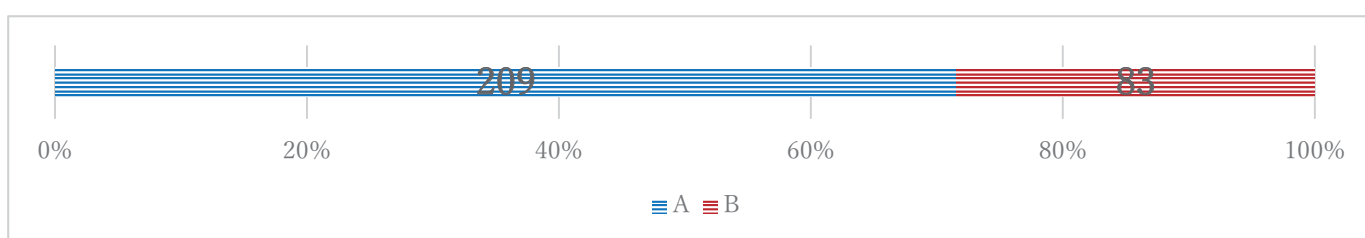
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○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。

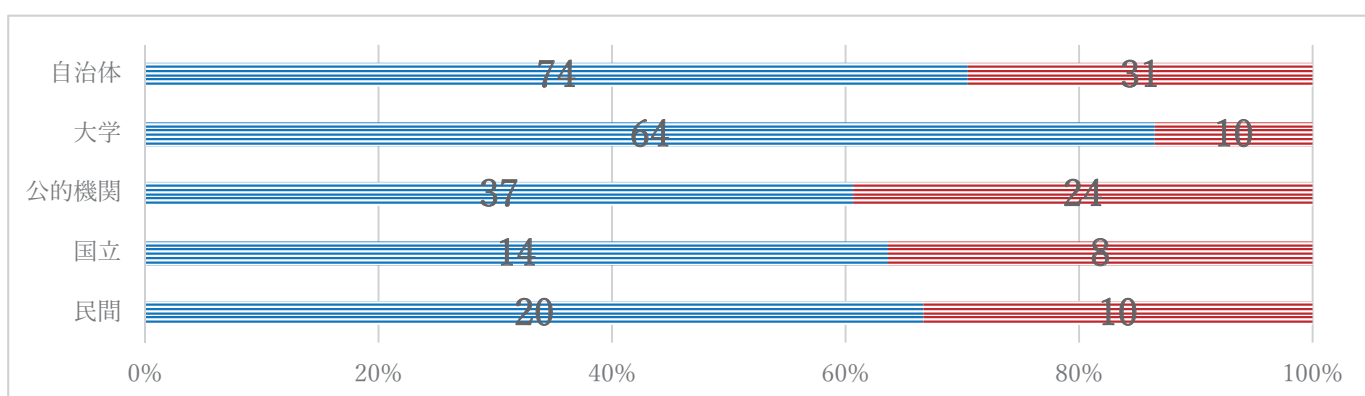
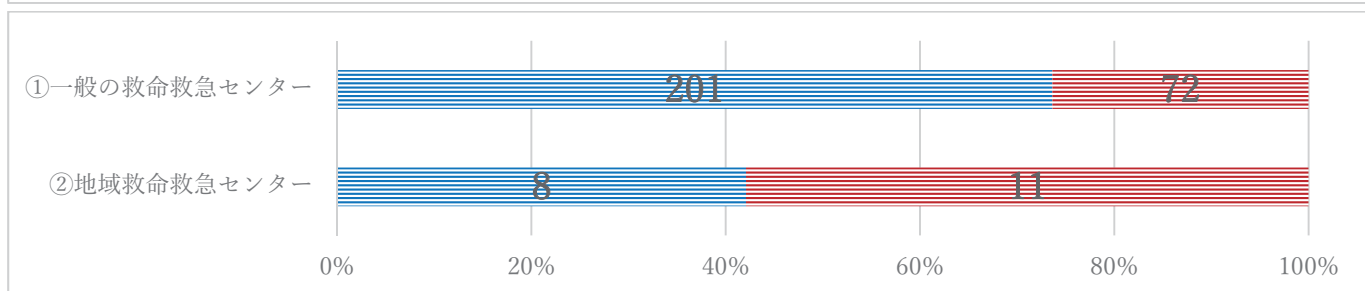
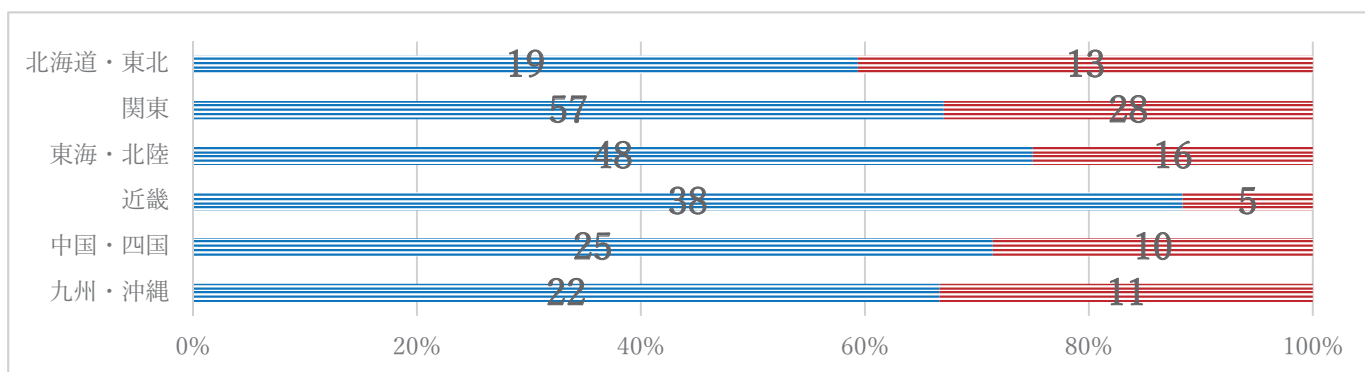
A：脳死に関する委員会（脳死判定委員会、倫理委員会等）が組織化されており、脳死判定シミュレーションが年1回以上実施されている。もしくは過去3年以内に実績がある

B：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 脳死判定及び臓器・組織提供のための整備等（地域別・区分別・設立母体別）



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

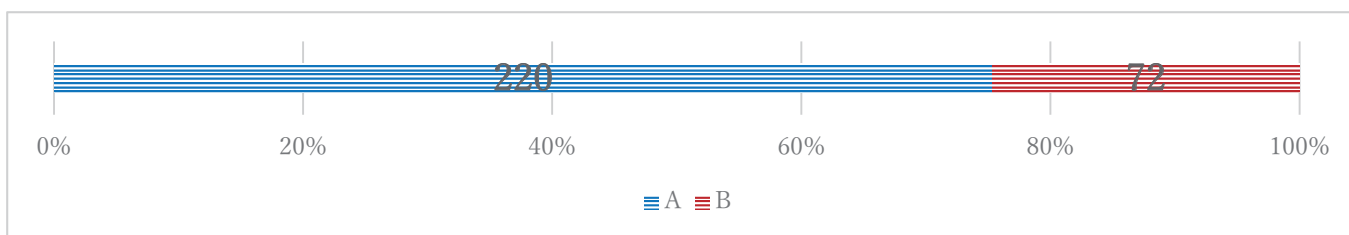
○評価項目の定義等：

A: 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

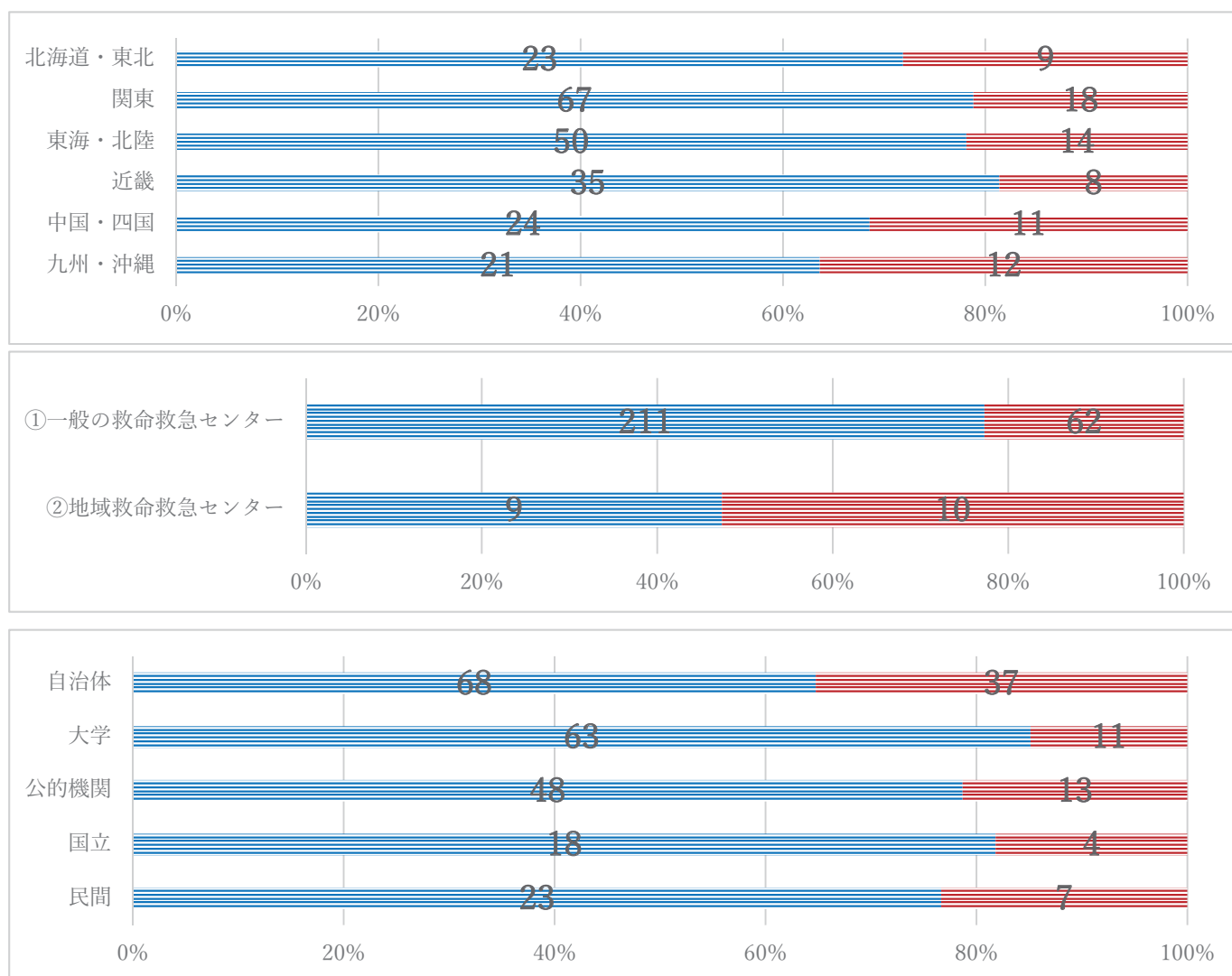
B: 上記の基準を満たさない

※「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 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・区分別・設立母体別）



30. 救急医療領域の虐待に関する整備

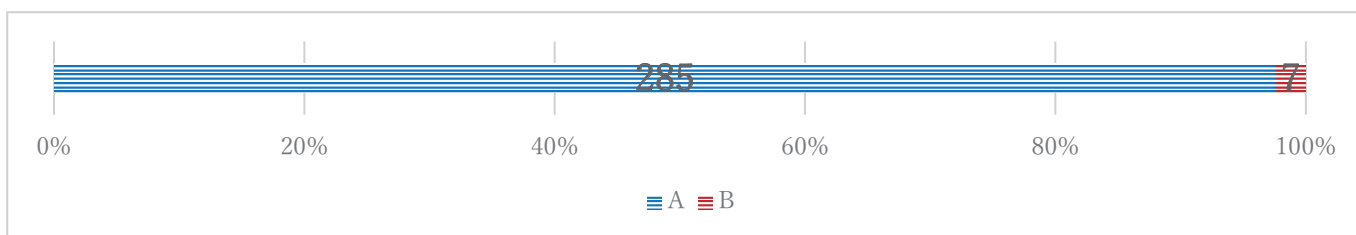
○評価分野：重篤患者の診療機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義等：

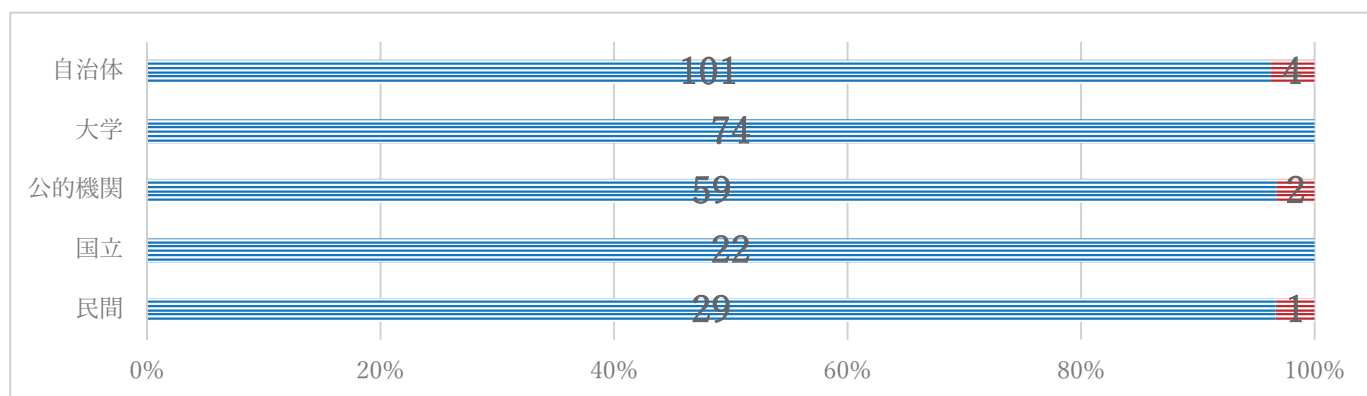
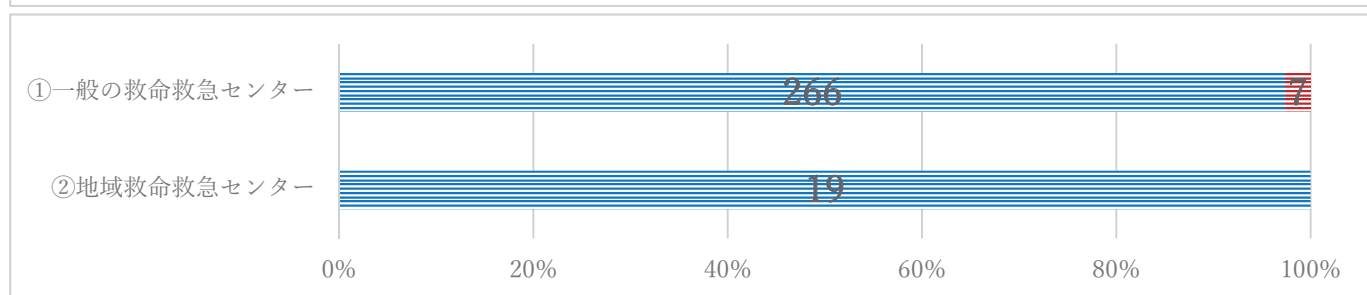
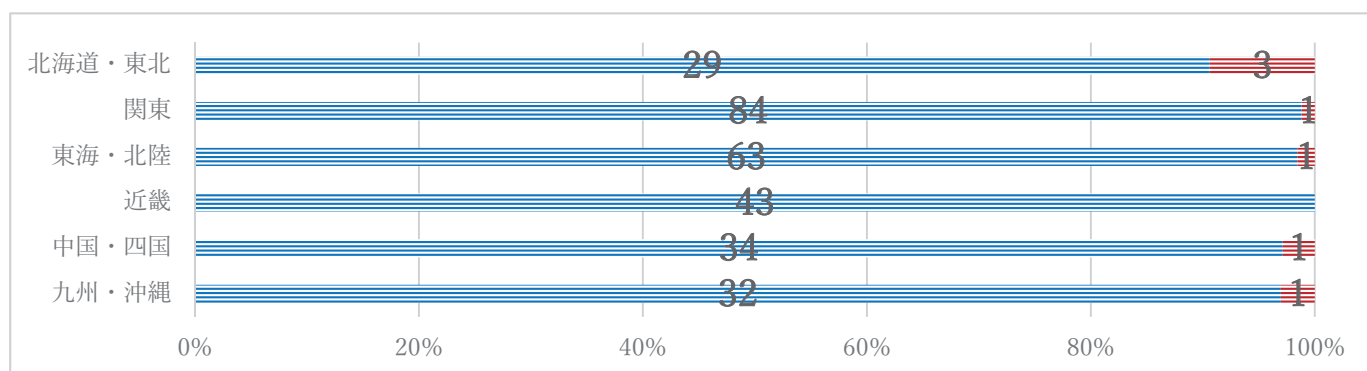
A: 小児虐待、高齢者虐待、障害者虐待、配偶者からの暴力等を受けた疑いのある場合の対応方針を策定している

B: 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 救急医療領域の虐待に関する整備（地域別・区分別・設立母体別）



31. 地域の救急搬送

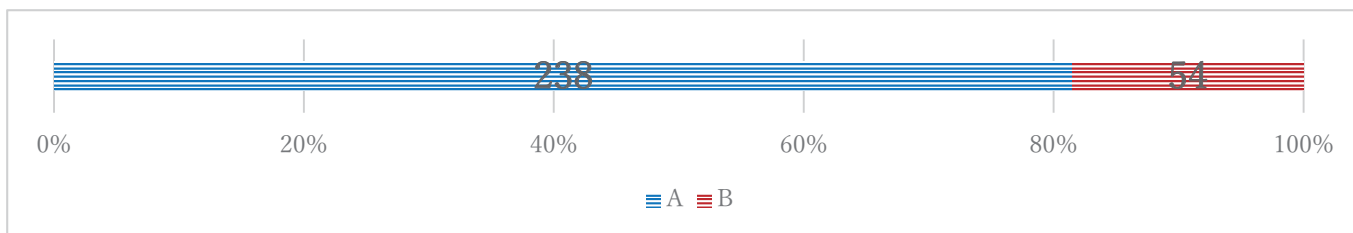
○評価分野：地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能 ○評価の担当：病院の管理者

○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。

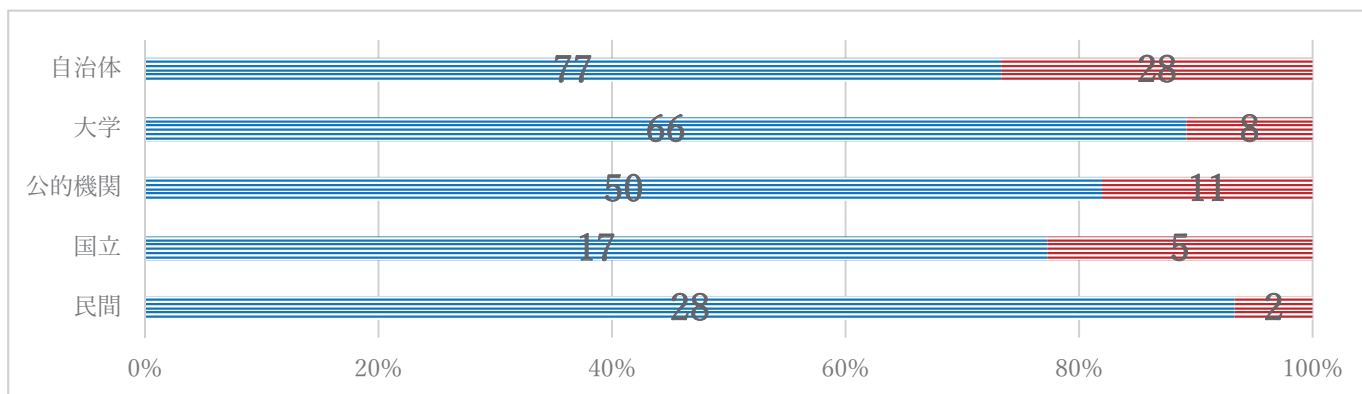
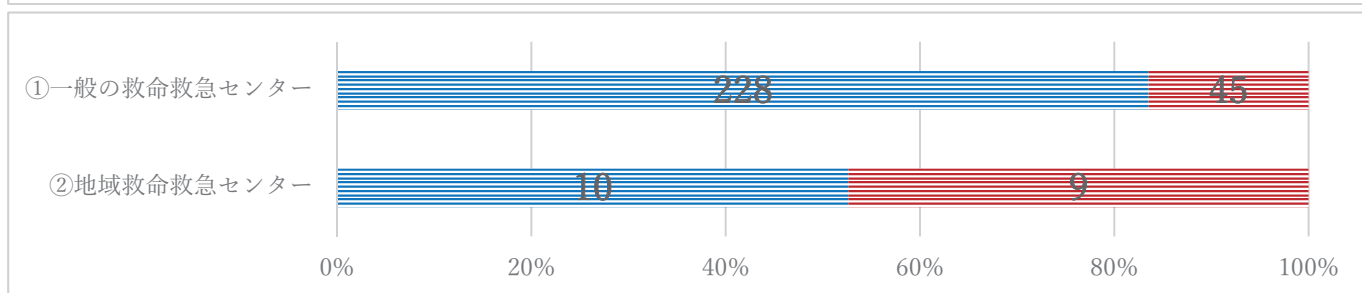
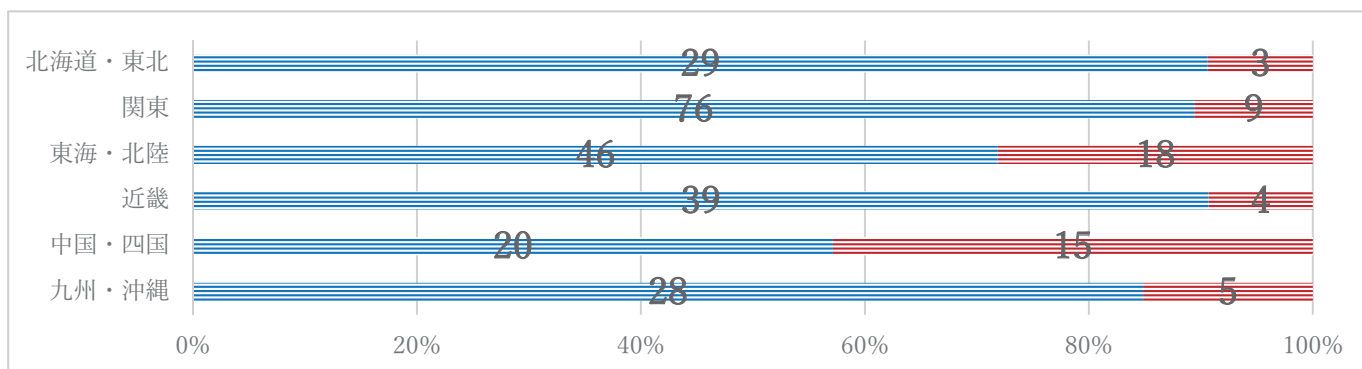
A: 平時から、ドクターカー、ドクターヘリ等により、地域のニーズに合わせて現場に医師を派遣できる体制ができています

B: 上記の基準を満たさない

第 30-1 図 地域の救急搬送（全施設）



第 30-2 図 地域の救急搬送（地域別・区分別・設立母体別）



32. 地域の関係機関との連携

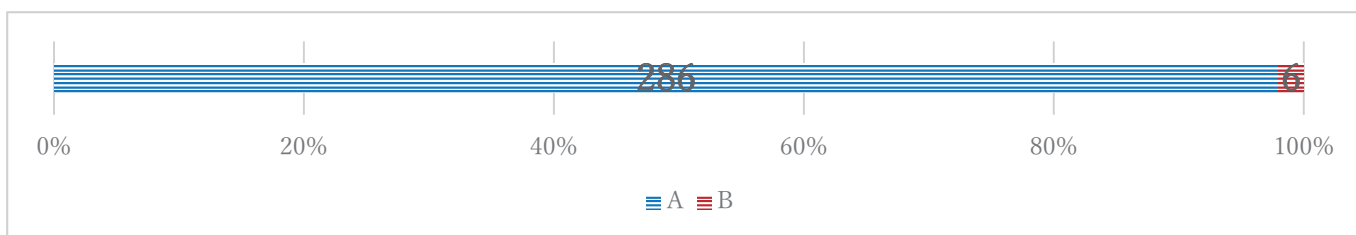
○評価分野：地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能 ○評価の担当：病院の管理者

○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。

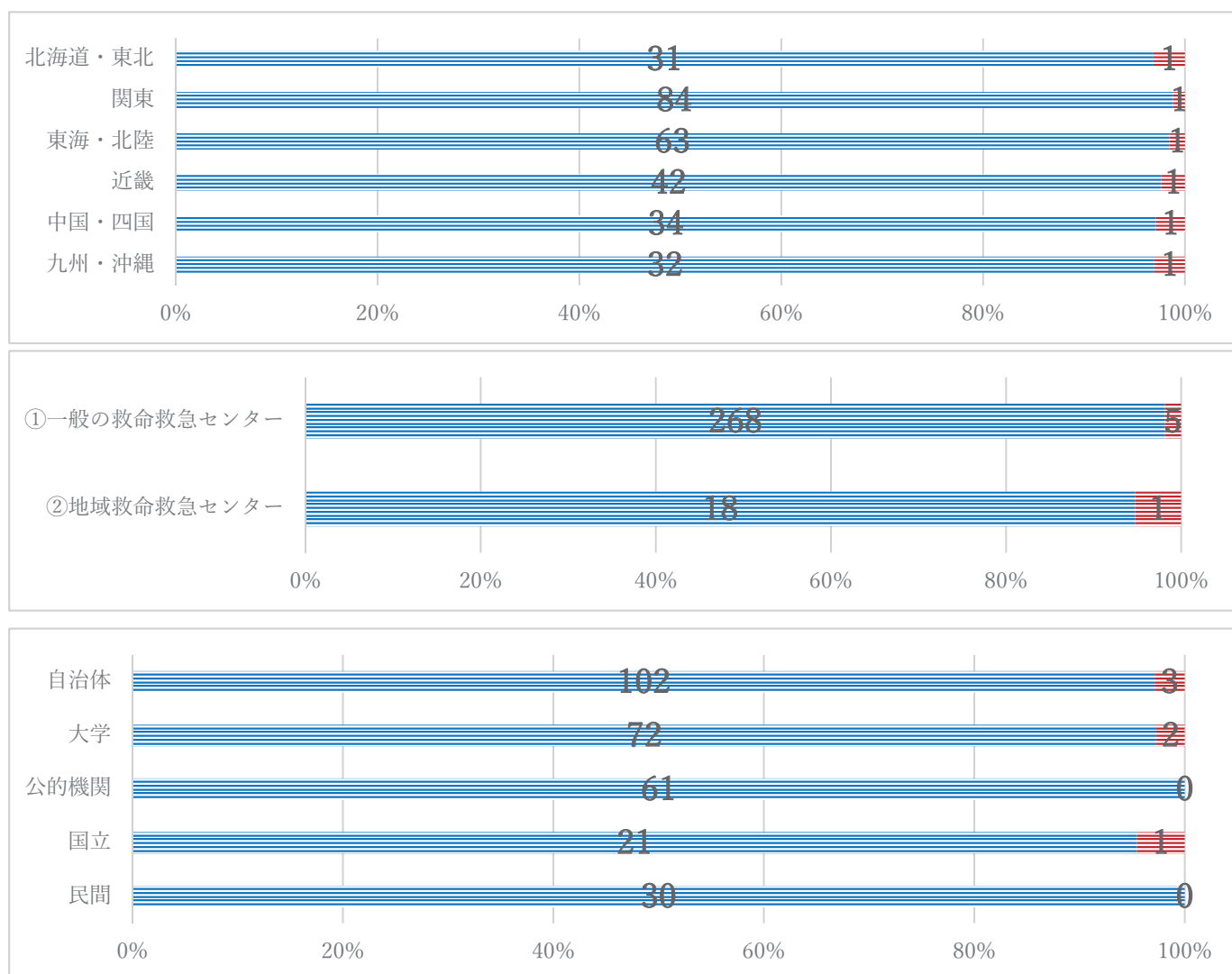
A: 地域の関係機関（都道府県、医師会、救急医療機関（初期、第二次、第三次）、消防機関等）と、定期的に勉強会や症例検討会等を開催している

B: 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 地域の関係機関との連携（地域別・区分別・設立母体別）



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協議会又は地域メディカルコントロール協議会

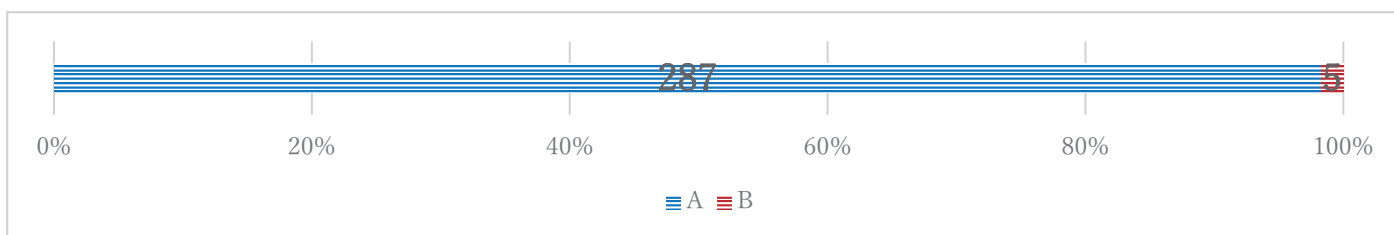
○評価項目の定義等：

A：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

B：上記の基準を満たさない

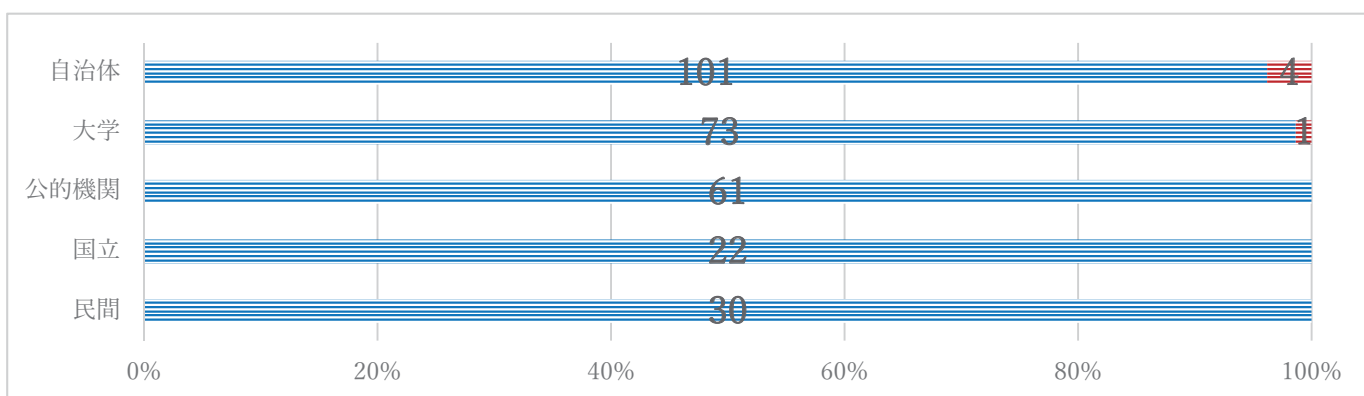
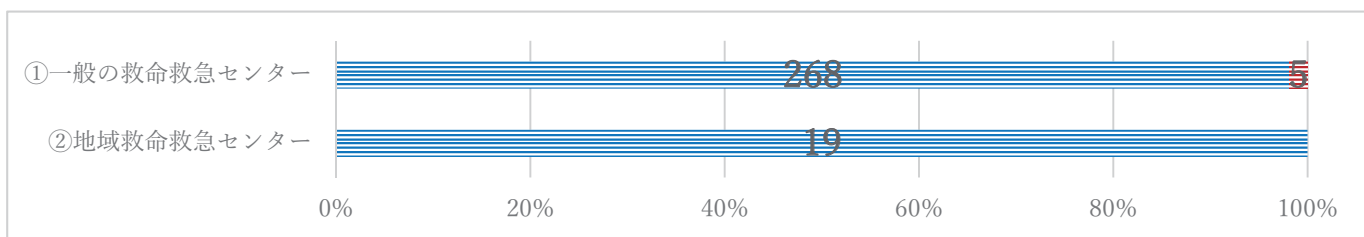
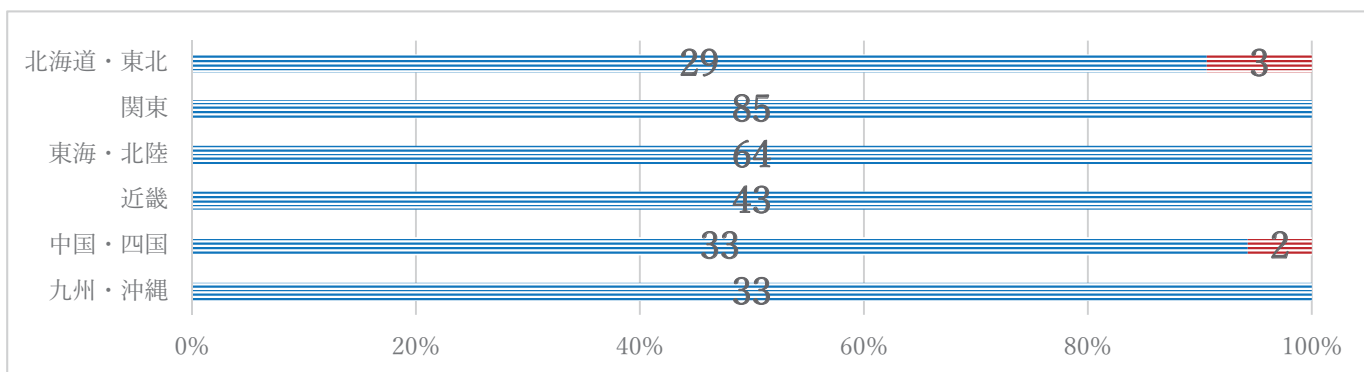
第 33-1 図 都道府県メディカルコントロール協議会又は地域メディカルコントロール協議会等への参画

(全施設)



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

(地域別・区分別・設立母体別)



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

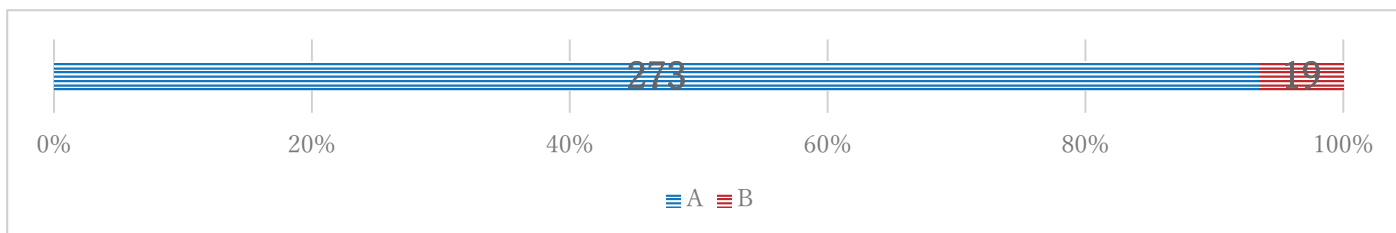
○評価項目の定義等：「適切に情報を更新している」とは、1日2回以上の更新を目安とし、地域の実情に応じて更新されているときをいう。県内または地域内で統一した医療情報システム（タブレット端末を利用している場合を含む。）を使用している場合も含む。

A: 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）

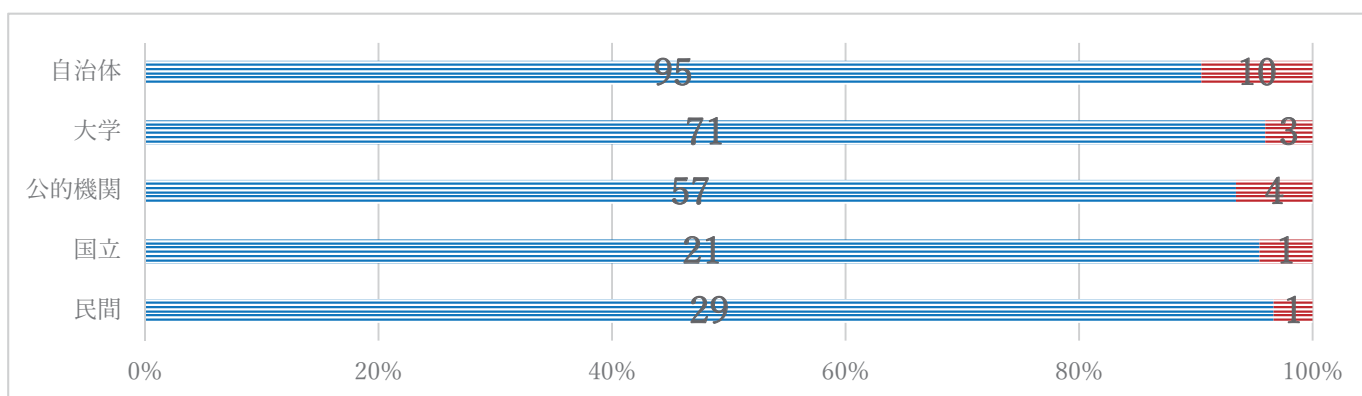
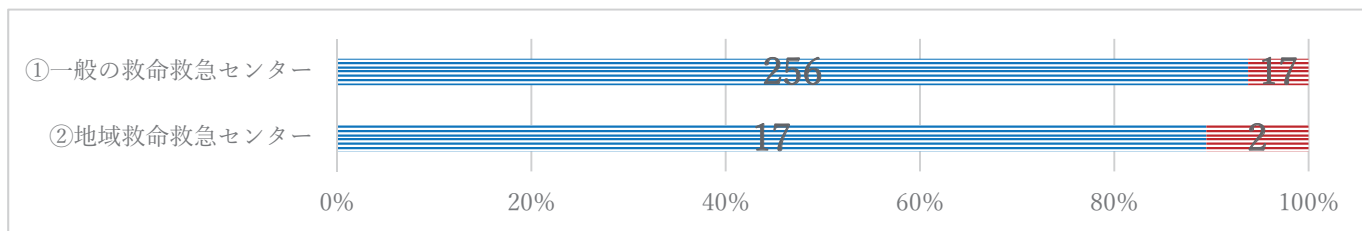
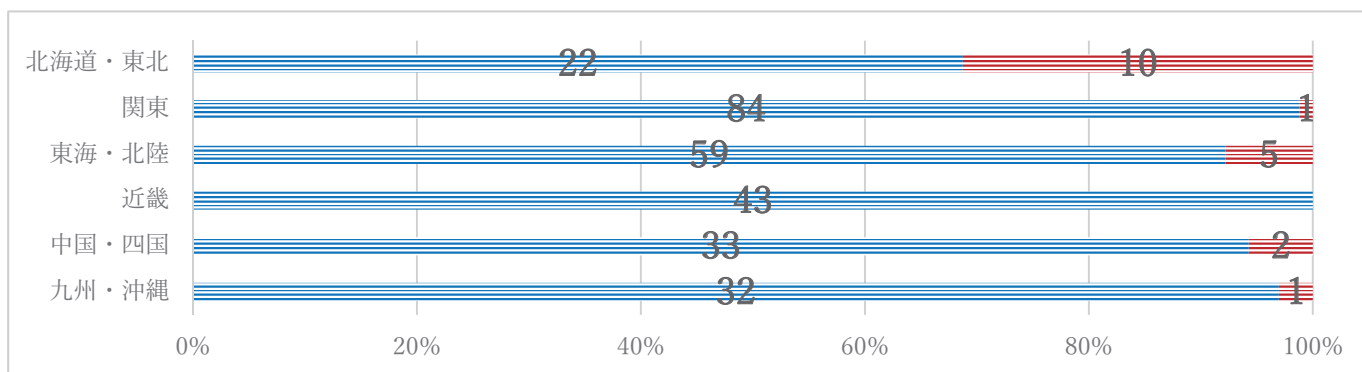
B: 都道府県では導入されているが、病院に導入できていない

C: 上記の基準を満たさない

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 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・区分別・設立母体別）



35. ウツタイン様式調査への協力状況

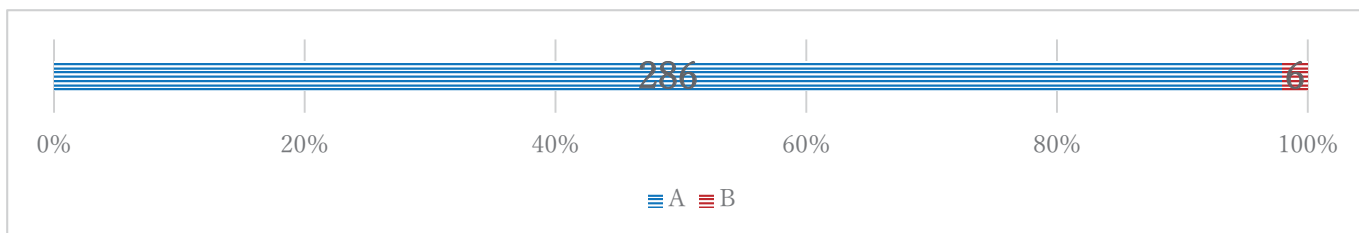
○評価分野：地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能 ○評価の担当：消防機関

○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。

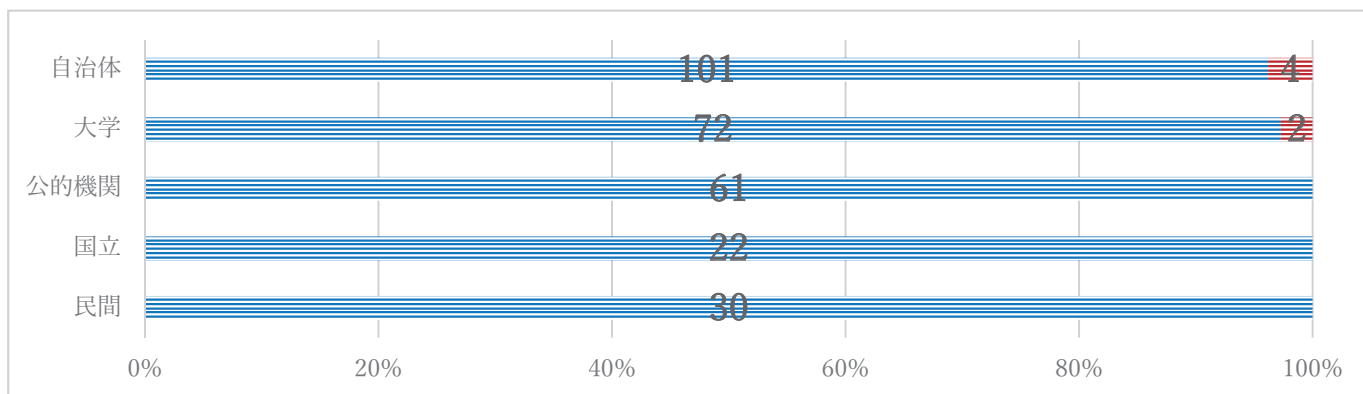
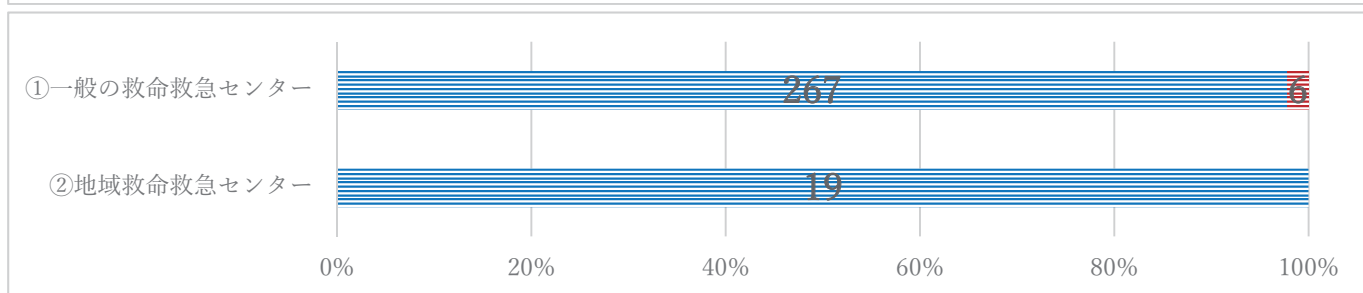
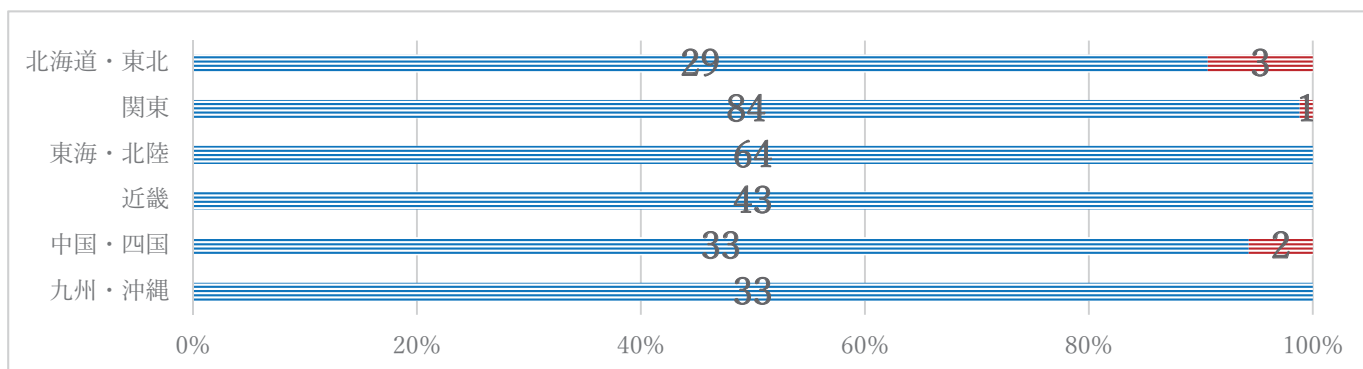
A: 消防機関の実施するウツタイン様式調査に協力している

B: 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 ウツタイン様式調査への協力状況（地域別・区分別・設立母体別）



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：

A: 下記 B, C, D 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

B: 下記 C, D 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

C: 下記 D に加え、当該医師が事後検証に参加している

D: 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

E: 上記 A, B, C, D の基準を満たさない

※

「メディカルコントロール体制への関与」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メディカルコントロール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。

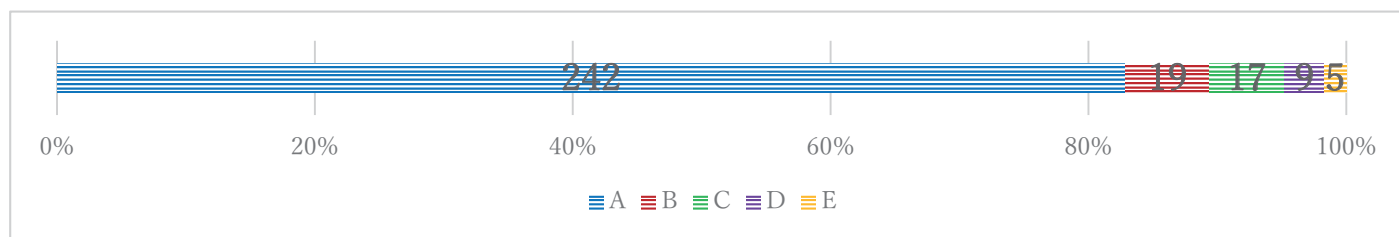
「応答記録を整備する」とは、指示を出した医師の氏名、指示を受けた救急救命士の氏名、時刻、指示の内容等を記録した応答記録が作成されていることをいう。適切な指示や助言が行われていても応答記録が作成されていない場合は、「是正を要する項目」として取り扱う。

「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。

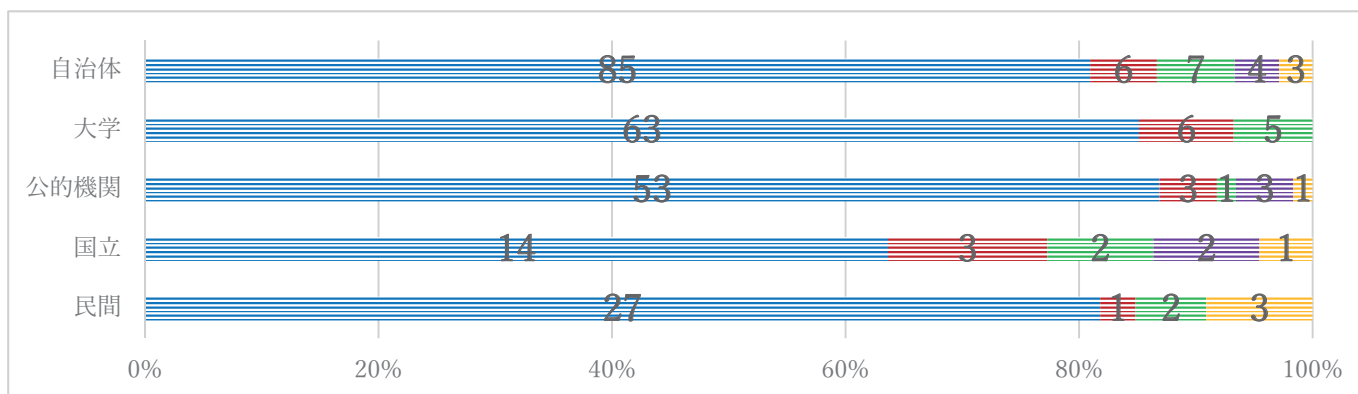
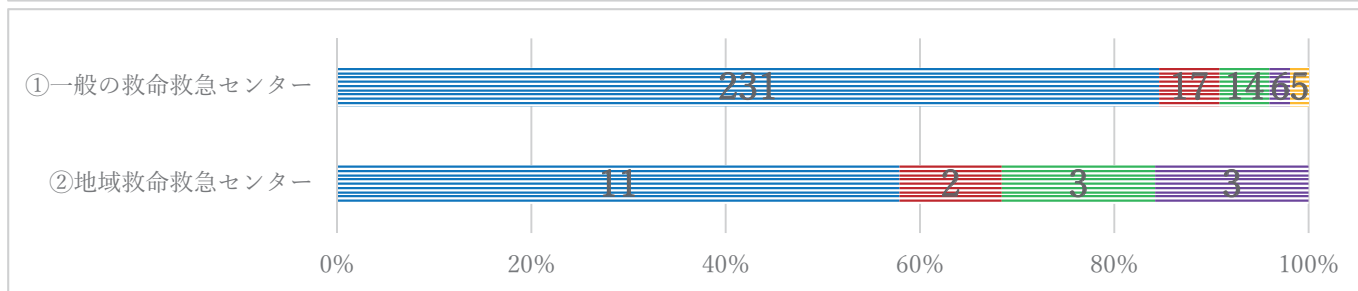
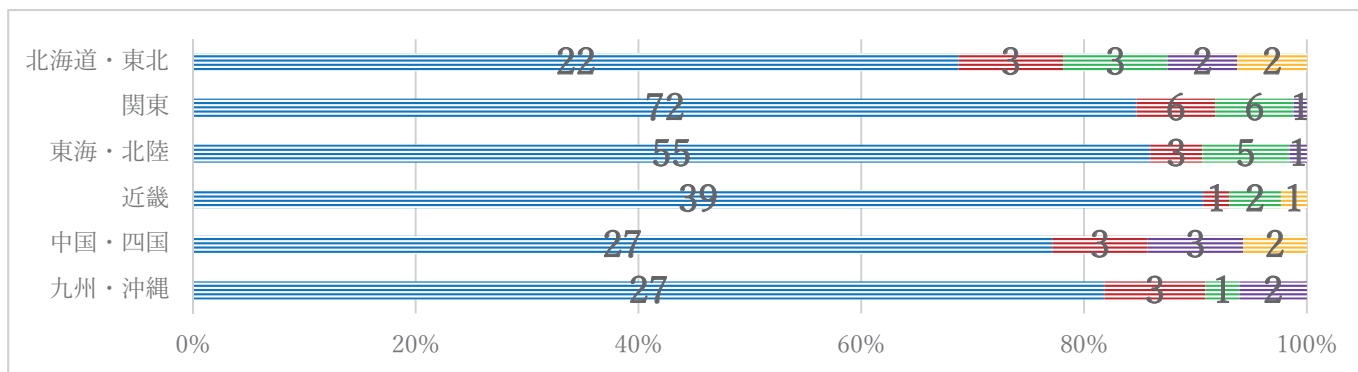
「事前プロトコルの作成に携わっている」とは、救命救急センターの医師がデータ収集解析による統計的な評価、プロトコルや活動要領などの改定の提案などを行っていることをいう。

「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、地域メディカルコントロール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）



第 36-2 図 メディカルコントロール体制への関与（地域別・区分別・設立母体別）



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

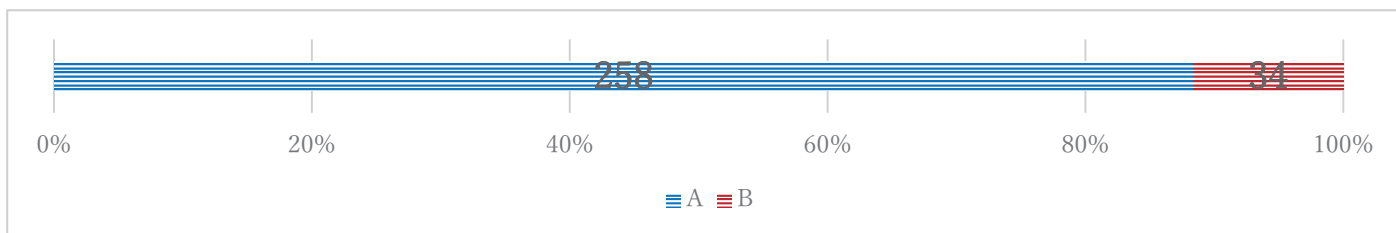
○評価分野：救急医療の教育機能 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義等：

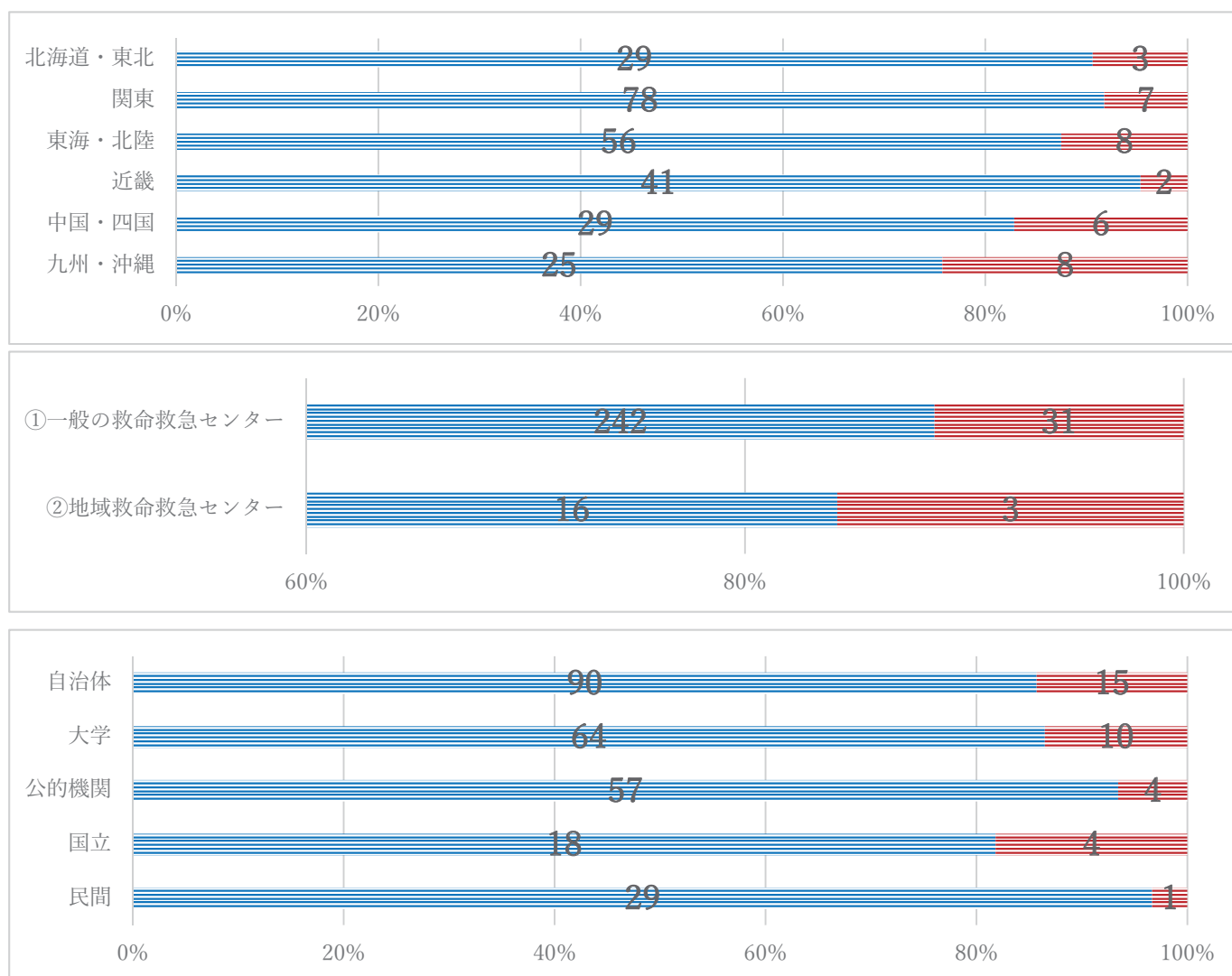
A: 救急救命士の挿管実習又は薬剤投与実習を受け入れている

B: 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 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・区分別・設立母体別）



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

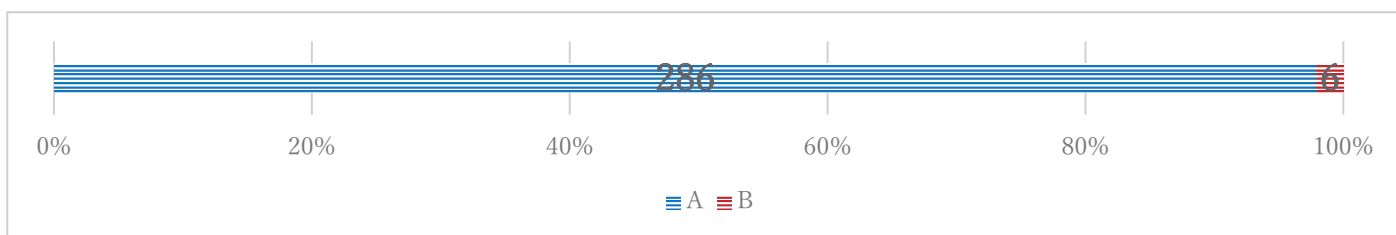
○評価項目の定義等：

A：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

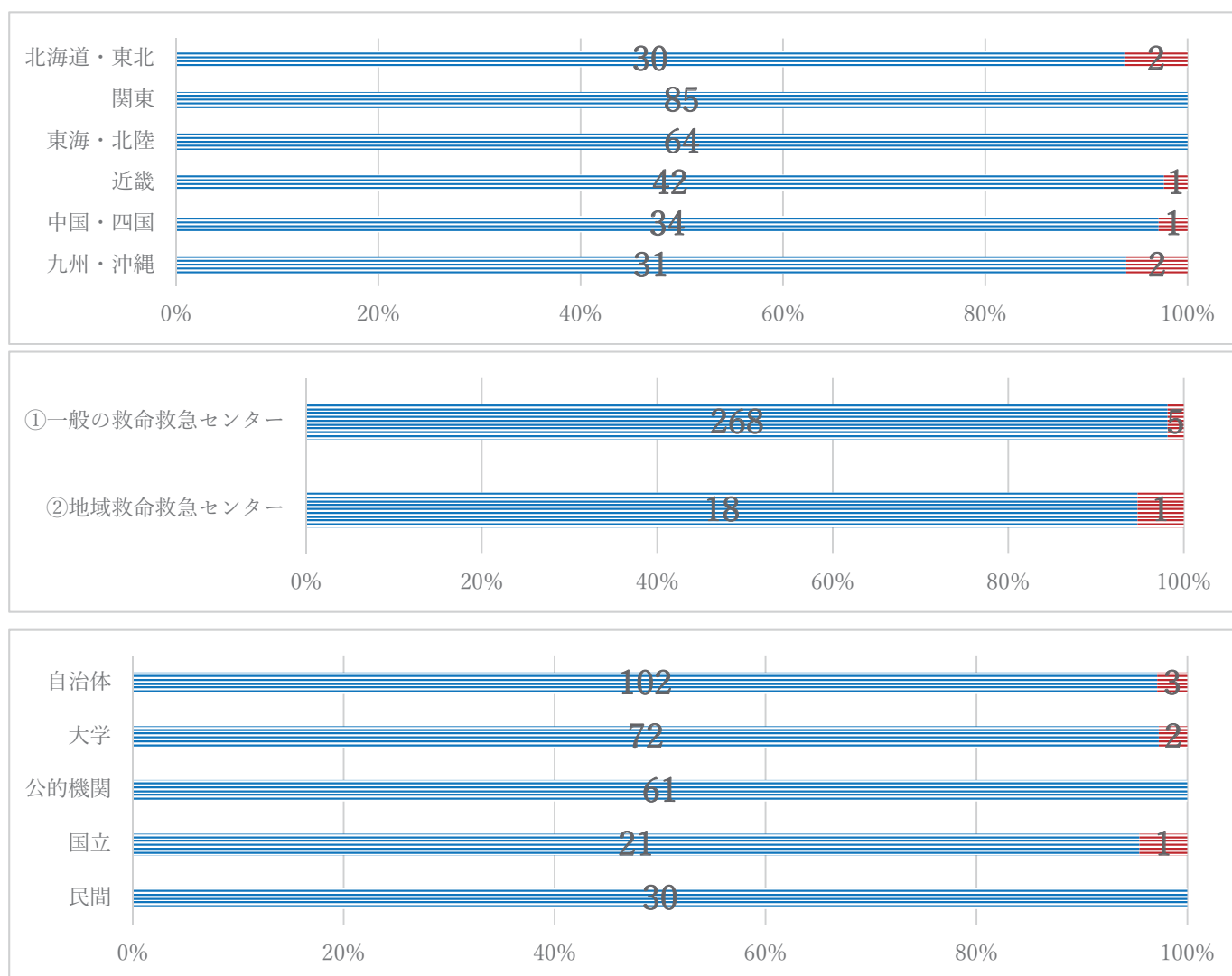
B：上記の基準を満たさない

※「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 救急救命士の病院実習受入状況（地域別・区分別・設立母体別）



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

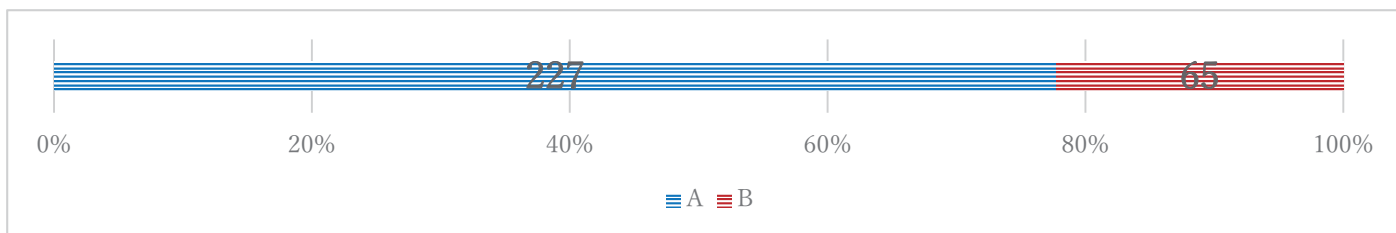
○評価項目の定義等：

A：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

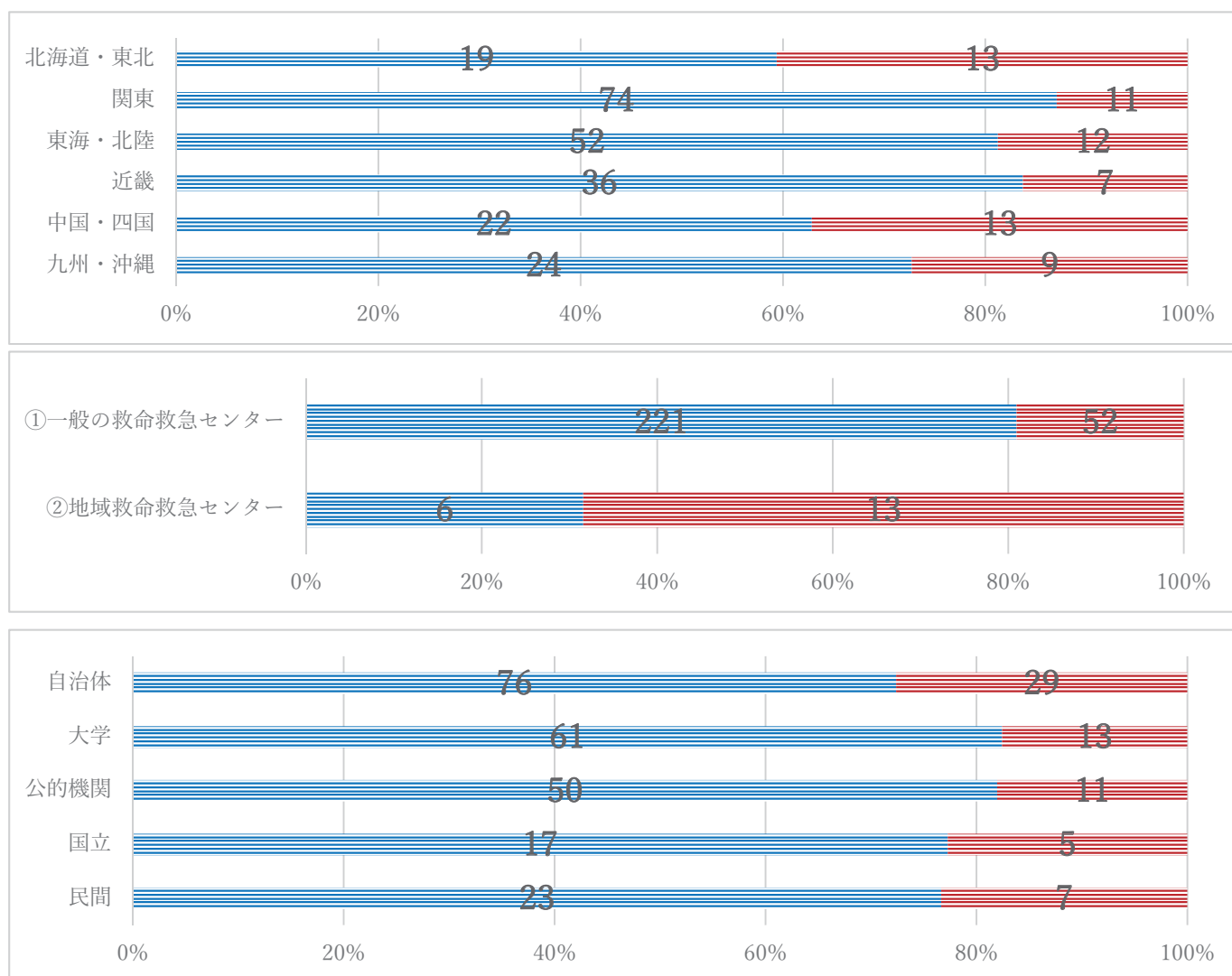
B：上記の基準を満たさない

※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 臨床研修医の受入状況（地域別・区分別・設立母体別）



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

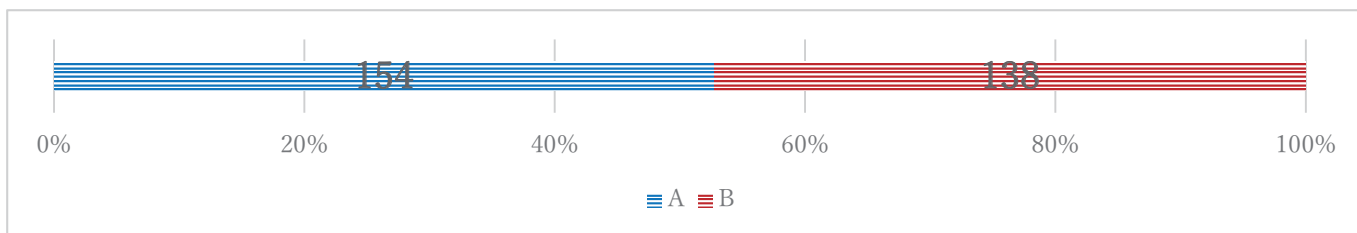
○評価項目の定義等：

A：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

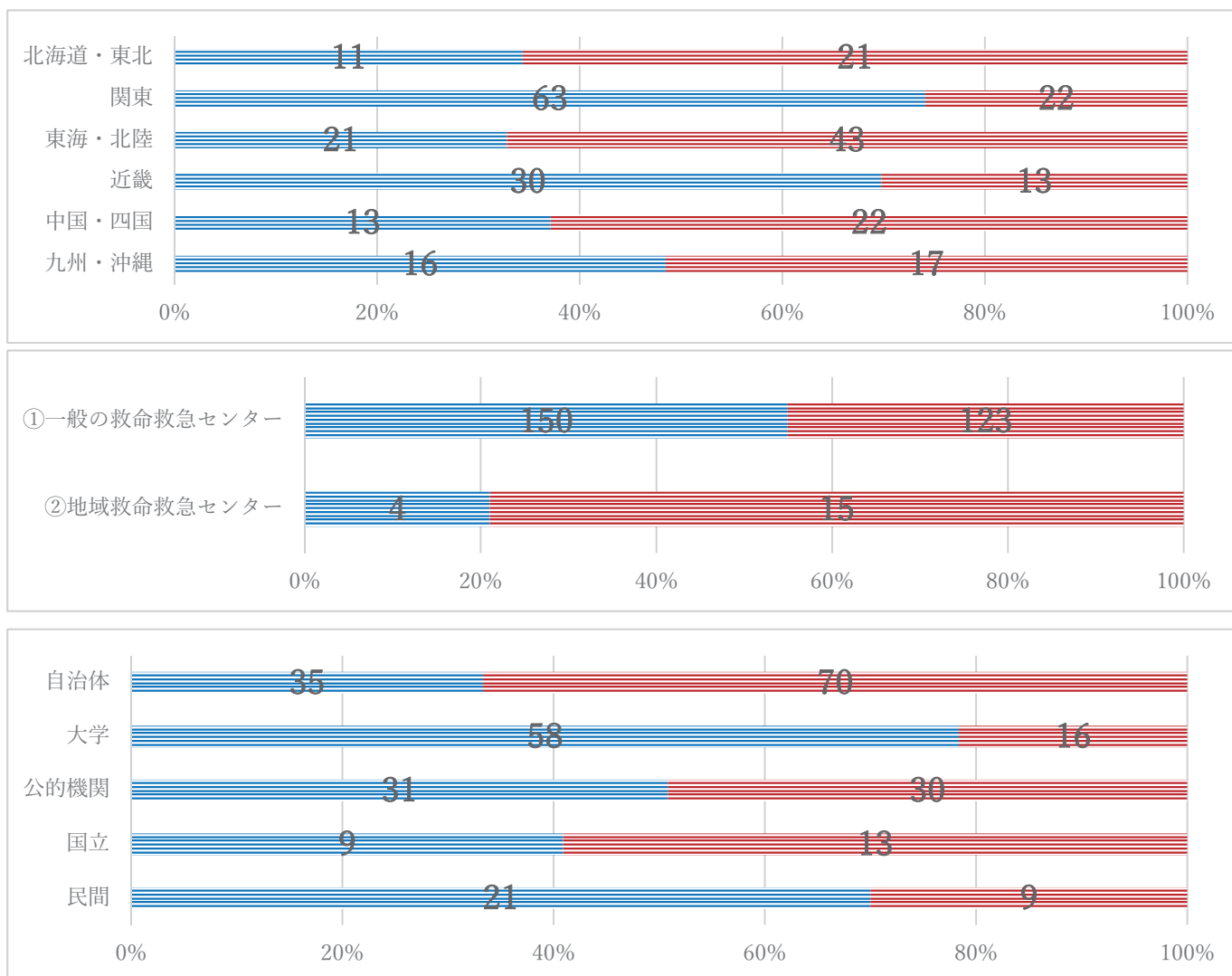
B：上記の基準を満たさない

※「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 専攻医の受入状況（地域別・区分別・設立母体別）



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：

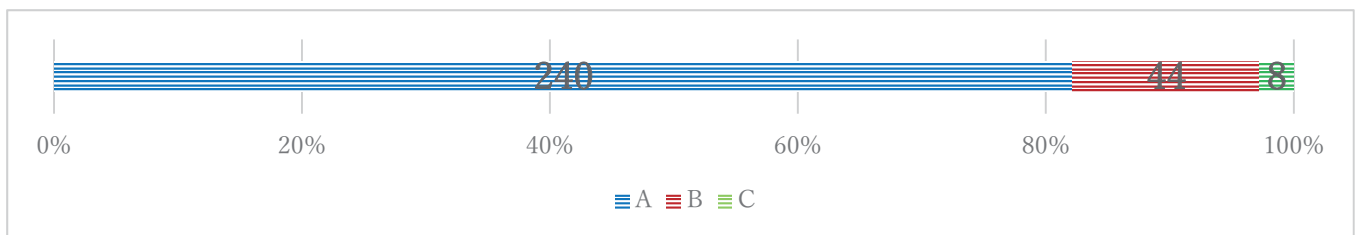
A：下記に加え、救命救急センターにおいて、対外的にも上記の教育コースを開催している

B：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

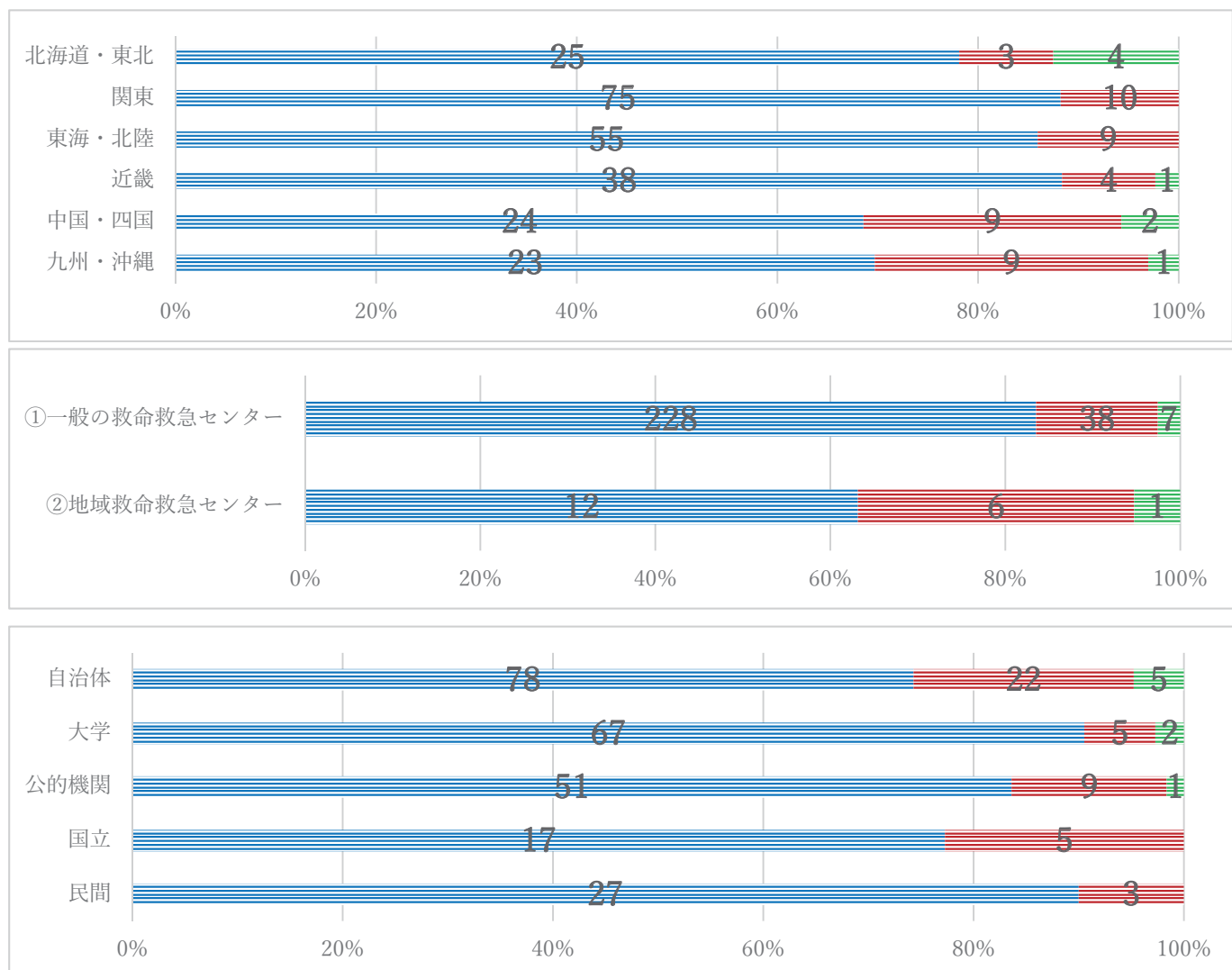
C：上記の基準を満たさない

※「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 医療従事者への教育（地域別・区分別・設立母体別）



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：

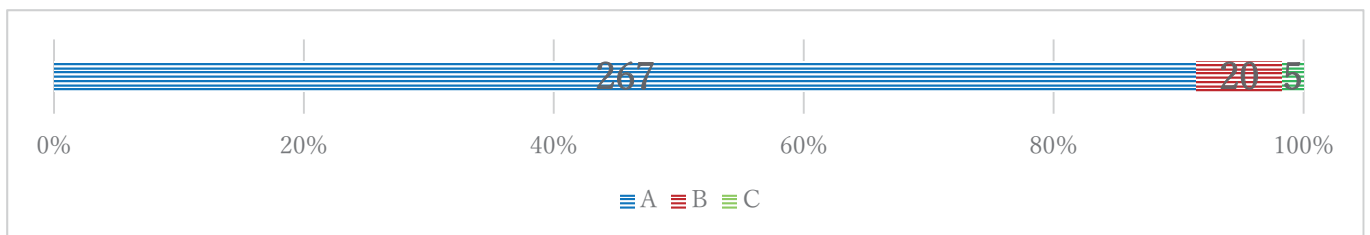
A: 下記に加え、都道府県又は地域での災害訓練に年1回以上参加している

B: 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

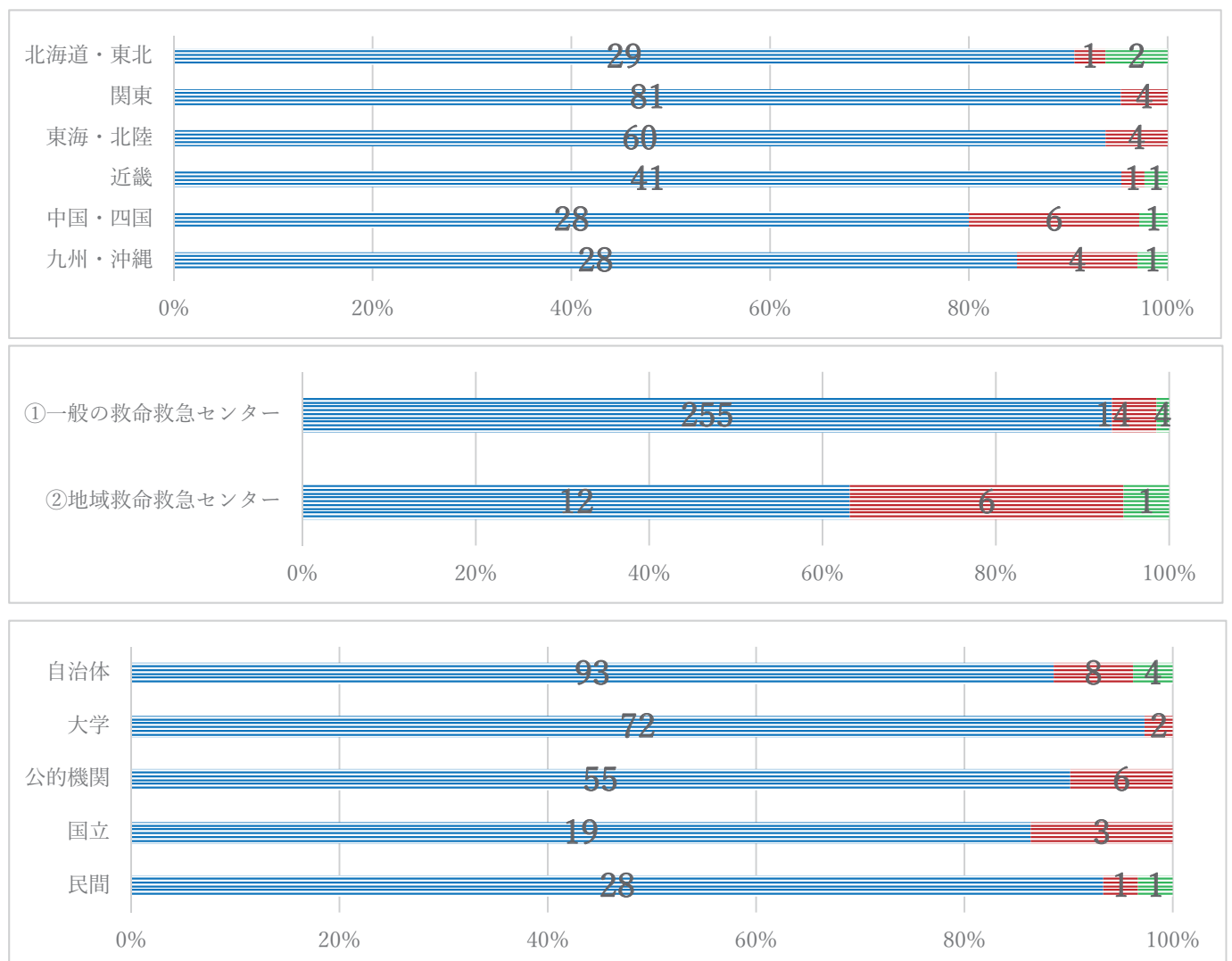
C: 上記の基準を満たさない

※「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 災害に関する教育（地域別・区分別・設立母体別）



42. 災害に関する計画の策定

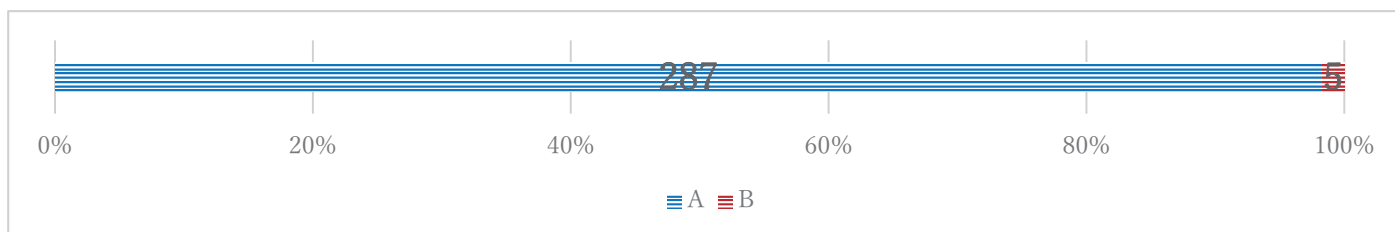
○評価分野：災害対策 ○評価の担当：病院の管理者

○評価項目の定義等：

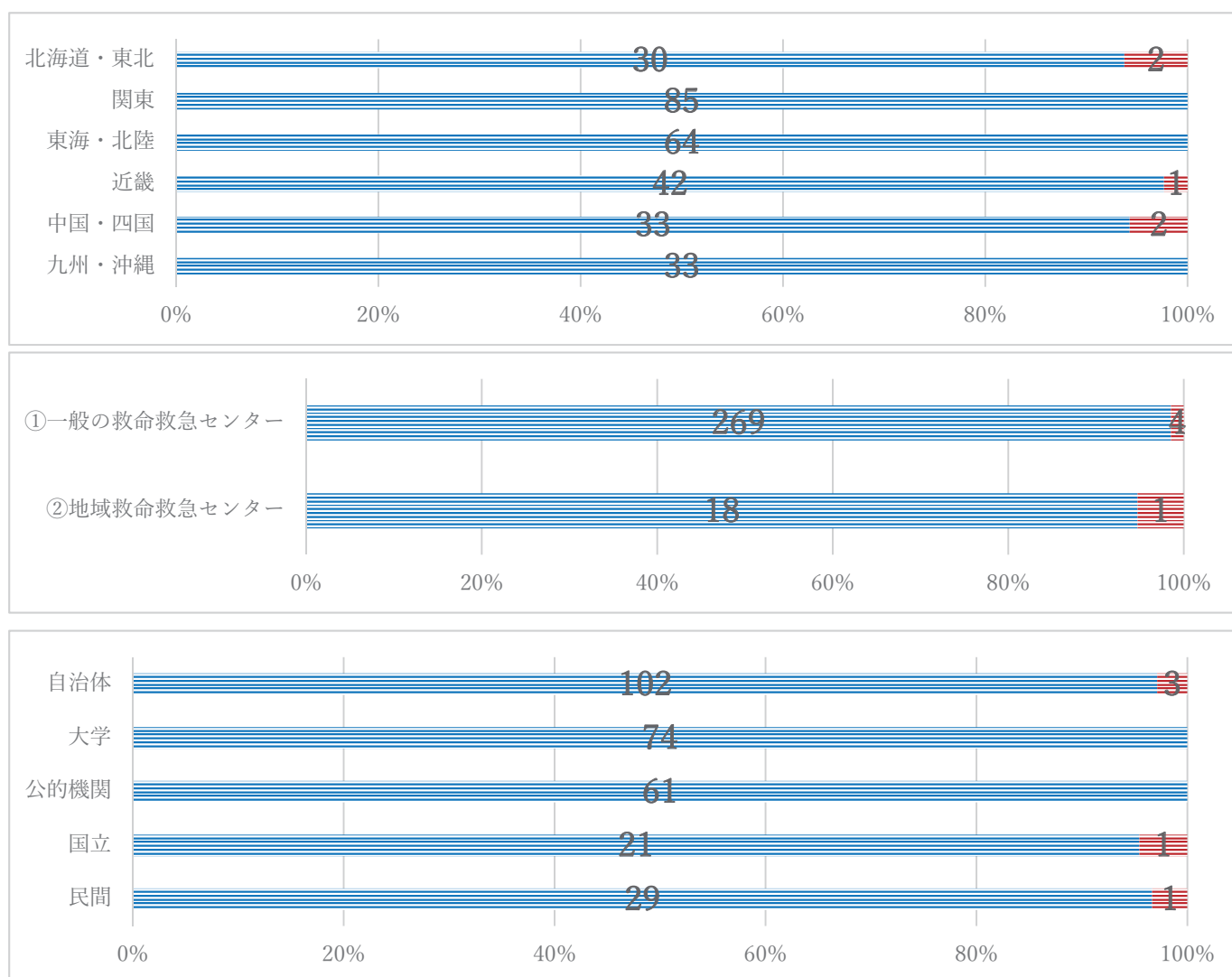
A: BCP を策定し、必要に応じて更新するための見直しを実施している

B: 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 災害に関する計画の策定（地域別・区分別・設立母体別）



平成30年度 ピアレビュー調査結果

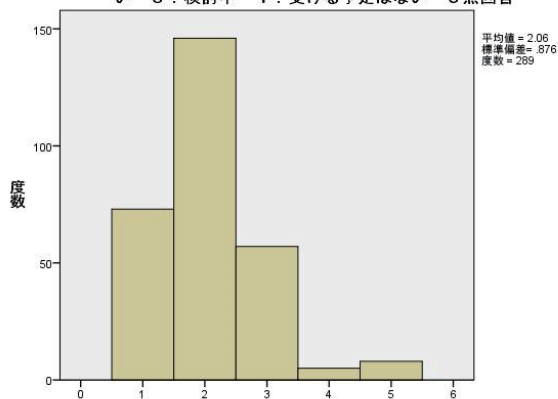
救命救急センター289施設

1. 充実段階評価に対するピアレビューについて

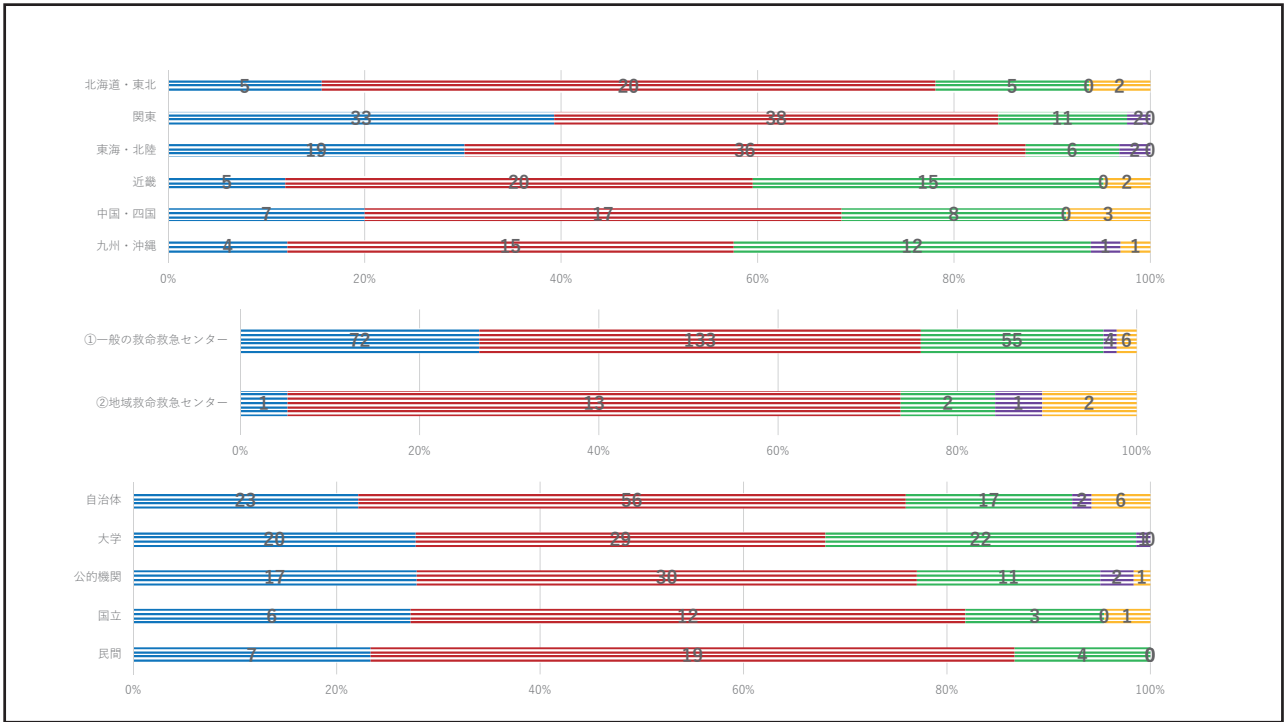
1-1. 貴施設ではピアレビューを受けているか

	n	%
1: 受けている	73	25.3
2: 受けていない	146	50.5
3: 検討中	57	19.7
4: 受ける予定はない	5	1.7
5: 無回答	8	2.8

1. 貴施設では、ピアレビューを受けているか。1:受けている 2:受けていない 3:検討中 4:受ける予定はない 5:無回答

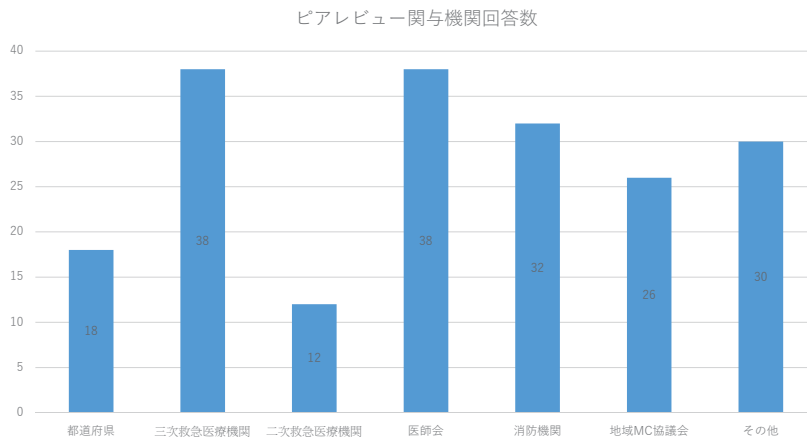


1. 貴施設では、ピアレビューを受けているか。1:受けている 2:受けていない 3:検討中 4:受ける予定はない 5:無回答



1. 充実段階評価に対するピアレビューについて

1-2. ピアレビューには、どの機関が関与しているか

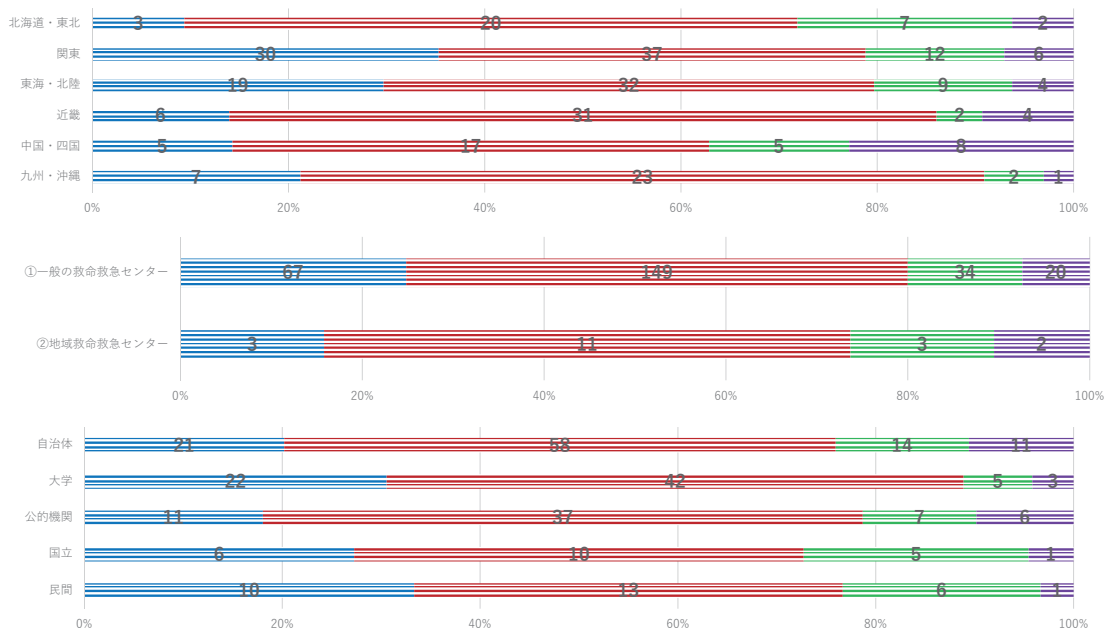
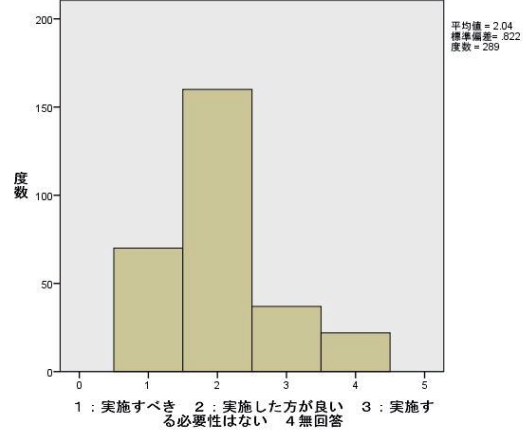


3. 今後のピアレビューの実施方針について

3-1. 貴施設における今後のピアレビュー実施の方針について、どのように考えますか。

	N	%
1：実施すべき	73	24.2
2：実施した方がよい	160	55.4
3：実施する必要性はない	37	12.8
4：無回答	22	7.6

1：実施すべき 2：実施した方がよい 3：実施する必要性はない 4：無回答

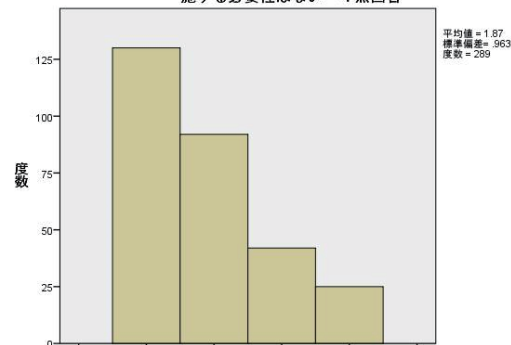


3. 今後のピアレビューの実施方針について

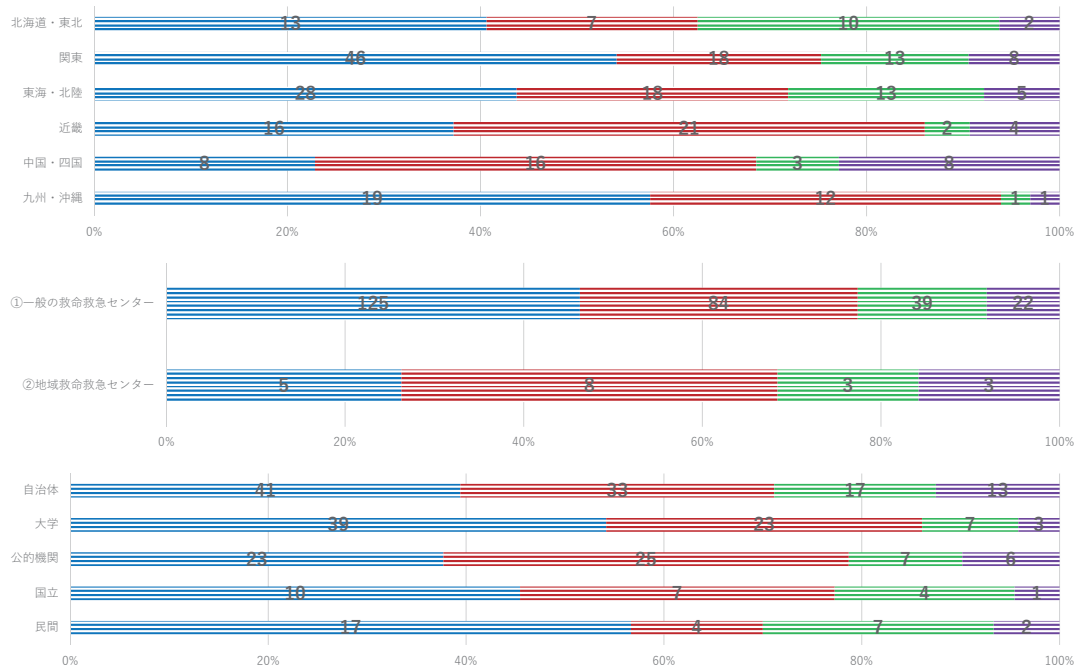
3-2. 全国的に今後ピアレビューを実施すべきかについて、どのように考えますか。

	N	%
1:すべての施設で実施すべき	130	45.0
2:一部の施設を抽出して実施すべき	92	31.8
3:実施する必要はない	42	14.5
4:無回答	25	8.7

1:すべての施設で実施すべき 2:一部の施設を抽出して実施すべき 3:実施する必要はない 4:無回答



1:すべての施設で実施すべき 2:一部の施設を抽出して実施すべき 3:実施する必要はない 4:無回答



平成30年度 ピアレビュー調査結果

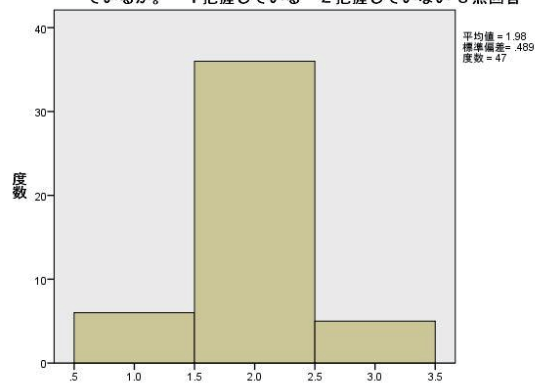
47都道府県

1. 充実段階評価に対するピアレビューについて

1. 管下の救命救急センターがピアレビューを受けていることについて、把握しているか。

	n	%
1：把握している	6	12.8
2：把握していない	36	76.6
3：無回答	5	10.6

1. 管下の救命救急センターがピアレビューを受けていることについて、把握しているか。 1 把握している 2 把握していない 3 無回答



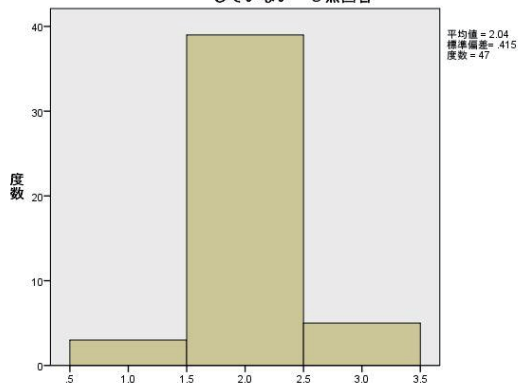
1. 管下の救命救急センターがピアレビューを受けていることについて、把握しているか。 1 把握している 2 把握していない 3 無回答

1. 充実段階評価に対するピアレビューについて

2-1. 都道府県としてピアレビューを行っているか。

	n	%
1: 実施している	3	6.4
2: 実施していない	39	83.0
3: 無回答	5	10.6

2-1. 都道府県としてピアレビューを行っているか。1 実施している 2 実施していない 3 無回答



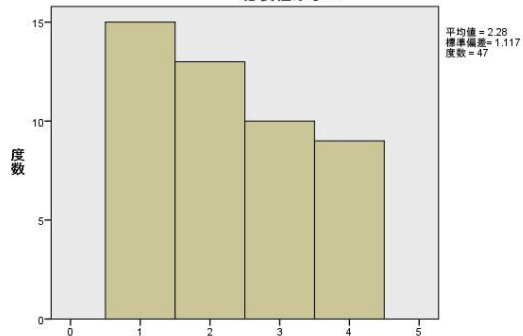
2-1. 都道府県としてピアレビューを行っているか。1 実施している 2 実施していない 3 無回答

3. 今後のピアレビューの実施方針について

全国的に今後ピアレビューを実施すべきかについて、どのように考えますか

	n	%
1: 全ての施設で実施すべき	15	31.9
2: 一部の施設を抽出して実施すべき	13	27.7
3: 実施する必要性はない	10	21.3
4: 無回答	9	19.1

全国的に今後ピアレビューを実施すべきかについて、どのように考えますか。1 すべての施設で実施すべき 2 一部の施設を抽出して実施すべき 3 実施する必要性はない



全国的に今後ピアレビューを実施すべきかについて、どのように考えますか。1 すべての施設で実施すべき 2 一部の施設を抽出して実施すべき 3 実施する必要性はない

令和元年 救命救急センターの現況

2020年3月31日

令和元年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金事業
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

(主任研究者) 山本保博

救命救急センターの現状と評価についての研究

(分担研究者) 坂本哲也

(研究協力者) 森村尚登

藤田 尚

片山洋一

田邊晴山
