

第8回「救急医療の今後のあり方に関する検討会」 議事次第

日時 平成20年10月8日(水)

10:00～12:00

場所 経済産業省別館 1020号会議室

○ 開 会

○ 議 事

- ・ 救命救急センターの新しい充実段階評価について

○ 閉 会

資 料

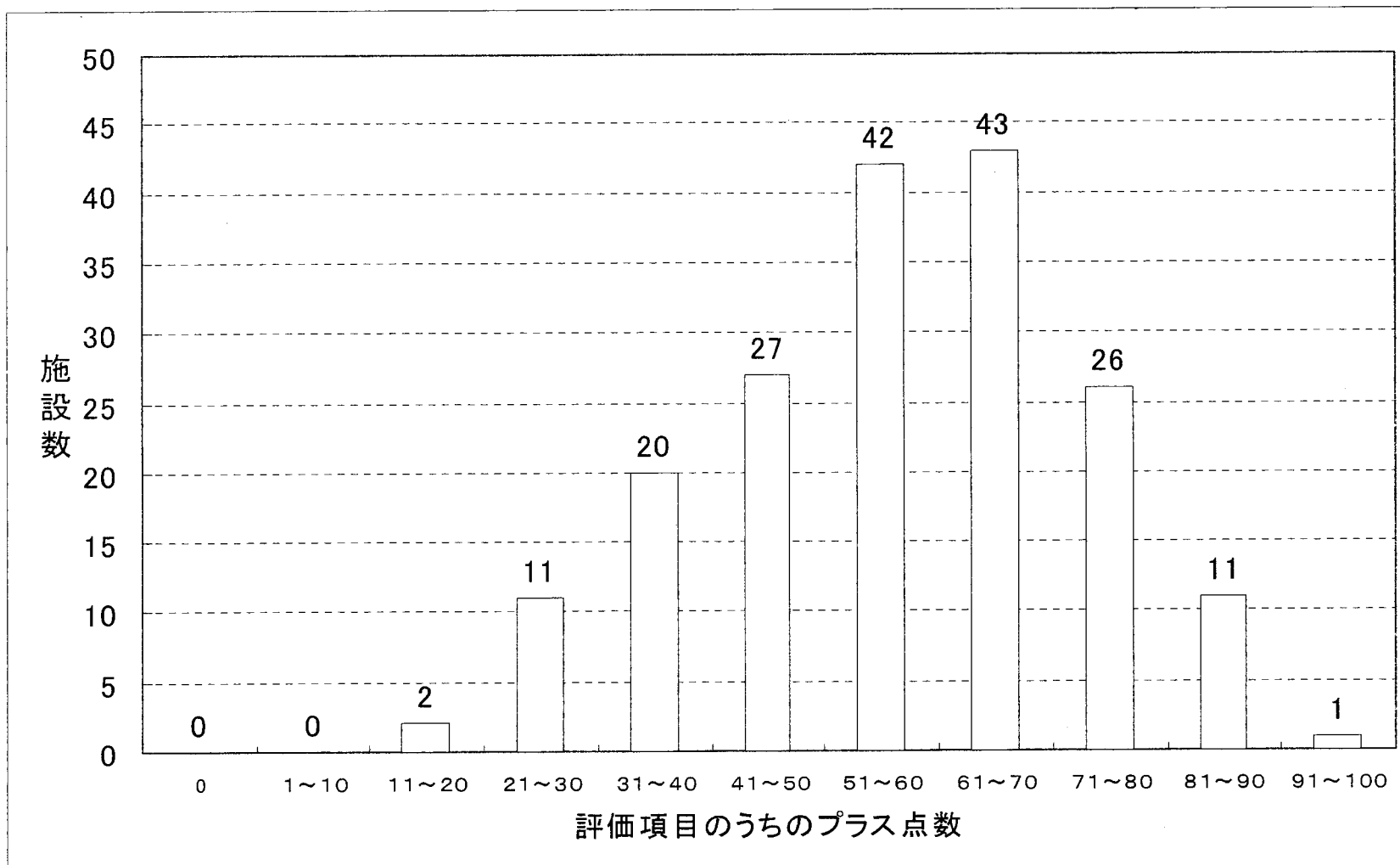
- 【資料1】 充実度評価に関する試行調査について(20年3月実施)
- 【資料2】 評価項目の見直しについて
- 【資料3】 評価項目の見直し案
- 【資料4】 点数に応じた区分について(案)
- 【資料5】 充実度評価結果の公表について(案)

資料1

充実度評価に関する試行調査について
(平成20年3月実施)

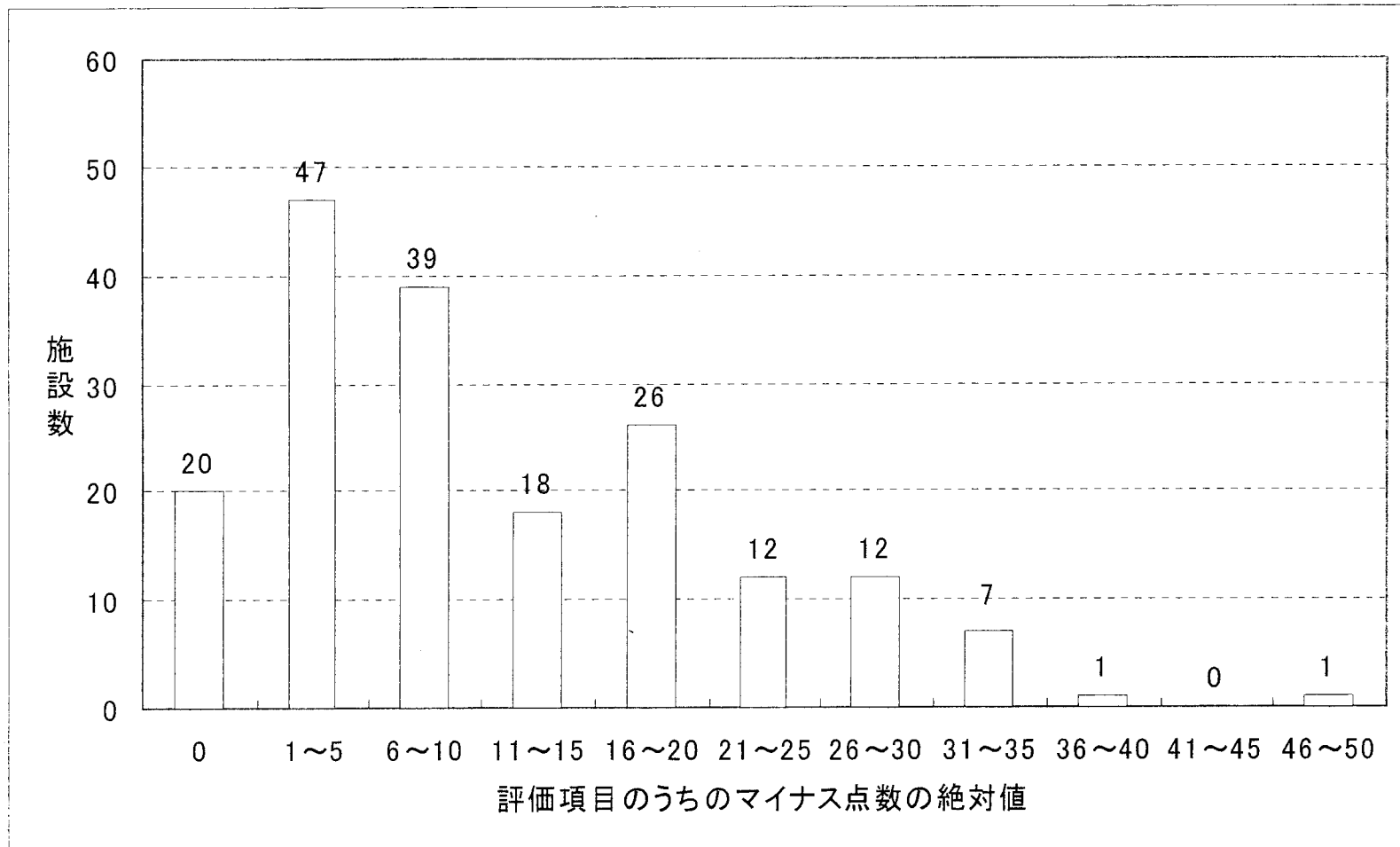
評価項目のうちのプラス点数と施設数

一施設あたり 平均 56.69点 (中央値 57点)



評価項目のうちのマイナス点数と施設数

一施設あたり 平均 12.28点 (中央値 10点)
最高 48点
最低 0点



参考1

試行調査に用いた評価項目

求められる機能	番号	設問	記点基準		備考
			一般の救命救急センター	遠方まで別の施設のないセンター(※)	
	1	専従医師数	・14人以上: +5点 ・10人以上: +4点 ・6人以上: +3点	・7人以上: +5点 ・5人以上: +4点 ・3人以上: +3点	ここでいう専従の医師数は、毎週常態として勤務しており、救命救急センターにおいて限送等により来院した救急患者への外来診療と救命救急センター病床の入院患者への診療に係る業務(救命救急センターにおける業務を行う所定労働時間が週32時間以上である旨をいう。大学院生、臨床研修医、一般外来診療や一般診療など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数えない。
	2	1にしめる救急科専門医数	・7人以上: +5点 ・5人以上: +4点 ・2人以下: -2点	・4人以上: +5点 ・2人以上: +4点 ・1人以下: -2点	救急科専門医とは、日本救急医学会の認定するもの。(救急医学会指導医・認定医も含む)
	3	休日及び夜間帯におけるセンターの医師数	・4人以上: +3点 ・2人以上: +1点	・2人以上: +3点 ・1人以上: +1点	休日及び夜間の救命救急センターにおける業務を勤務の中心とする医師を数える。救急限送された重症患者への診療を基本的には行わない医師は含まない。
	4	救命救急センター長の要件	・1の専従医であり、かつ、救急医学会指導医である。: +3点 ・1の専従医であり、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か救急科専門医である。: +1点 ・1の専従医でない。: -3点		センター長が、実際に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場合は、-3点
	5	医師事務作業補助者の有無	・24時間常時、救命救急センター専従で確保されている。: +3点 ・救命救急センターに専従で確保されている。: +2点		医師事務作業補助者の業務内容については、診療報酬上の「医師事務作業補助体制加算」の算定要件を参照
	6	転院・転棟の調整員の配置	・転院・転棟等の院内外の連携を推進する調整員を救命救急センターに専従で配置している。: +2点		ここで言う「調整員」とは、救命救急センターに限送等により来院した患者の滞りが一般病棟や他院での診療が可能な状態になった場合に、その患者の転院や転院等に係る調整を行うことを専ら業務とする者をいう。
	7	入院台帳の整理等	・救命救急センターで診療を行った患者の診療台帳を整備せず、または、その台帳を適切に管理する者を定めていない。: -5点		救命救急センターで診療を実施した全ての重症患者の診療台帳を電子的な方法で整備し、その管理責任を特定し、台帳を適切に管理することが求められる。
	8	診療登録制度への参加と自己評価	・救命救急医療に係わる疾病別の診療登録制度へ参加し、自己評価を行っている。: +2点		ここで言う「診療登録制度」とは、救命救急医療に係わる疾患の全国的なデータ登録制度のことであり、これまでのところ日本外傷データベース登録が該当する。救命救急センターで診療を行ったARS3以上の外傷をすべて登録している場合に算定する。
	9	救命救急センターの消防機関から限送要請を受ける電話等の状況	・専用の電話(ホットライン)があり、原則として最初から医師が応答し、直ちに受入可否等の判断を行う体制になっている。: 0点 ・上記を満たさない。: -5点		
重症・重篤患者の診療機能	10	循環器疾患への診療体制	・循環器疾患を疑う患者が搬送された時に、常時院内の循環器医が、直接診察するか、いつでも院内にいる循環器医に相談できる体制になっている。: 0点 ・上記を満たさない。: -5点		ここで言う「循環器医」とは、内科系か外科系かを問わない。オンコールは含まない。
	11	脳神経疾患への診療体制	・脳神経疾患を疑う患者が搬送された時に、常時院内の脳神経医が、直接診察するか、いつでも院内にいる脳神経医に相談できる体制になっている。: 0点 ・上記を満たさない。: -5点		ここで言う「脳神経医」とは、内科系か外科系かを問わない。オンコールは含まない。
	12	整形外科疾患への診療体制	・整形外科的な診療を必要とする患者が搬送された時に、常時院内の整形外科医が、直接診察するか、いつでも整形外科医に相談できる体制になっている。: 0点 ・上記を満たさない。: -5点		
	13	精神科医による診療体制	・精神的疾患を伴う患者が搬送された時に、常時院内の精神科医が、直接診察するか、いつでも相談できる体制になっている。: +2点 ・平日日中のみ可能である。: 0点		
	14	小児(外)科医による診療体制	・小児患者(患児)が搬送された時に、常時院内の小児科(小児外科)医が、直接診察するか、いつでも相談できる体制になっているとともに、小児の救命救急医療に必要な機器等が整備されている。: +2点 ・上記を満たさない。: 0点		ここでいう「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、小児に対応できる二次救急蘇生法に必要な器具をいう。
	15	産(婦人)科医による診療体制	・産(婦人)科に関する患者が搬送された時に、常時院内の産(婦人)科医が、直接診察するか、いつでも相談できる体制になっている。: +2点 ・平日日中のみ可能である。: 0点		
	16	CT・MRI検査の体制	・マルチスライスCTが、24時間常時、初療室に隣接した検査室で直ちに撮影可能であり、MRI(1.5テスラー以上)も24時間常時、直ちに撮影可能である。: +3点 ・どちらかでも欠ける。: 0点		ここでいう「初療室に隣接した」とは、初療室の最も使用されるベッドの位置から、CTのベッドまでの移動距離が30m以内であることをいう。
	17	手術室の体制	・常時、麻酔科の医師、手術室の看護師が院内で待機しており、緊急手術が必要な患者が搬送された際に、直ちに手術が可能な体制が整っている。: +3点		
	18	院内連携に関する会議	・重症患者への診療や、院内の連携についての会議が半期毎に開催されている。: +2点		定期的な会議の開催が、議事録等で確認できる必要がある
	19	第三者による医療機能の評価	・日本医療機能評価機構、ISOによる医療機能評価において認定を受けている。: +2点		
20	感染症の管理について	・抗菌剤使用に関する統一した基準を救命救急センター内で定め、院内感染対策委員会による病棟回診を週に1回以上実施している。: +2点			
21	医療事故防止への対応	・医療事故・患者をテーマにした研修へ、救命救急センター専従医師・看護師がすべて年2回以上参加している。: +2点			
22	倫理委員会の設置状況	・救急医療についても検討する倫理委員会が院内に設置されていない。: -5点			

求められる機能	番号	設問	記点基準	備考	
			一般の救命救急センター 遠方まで別の施設のないセンター(※)		
重症・重篤患者の診療機能	23	医師の負担軽減の体制	・1の専任医の勤務負担軽減及び医療安全の向上に資するための計画を策定し、職員等に周知している。：+5点	平成19年12月28日厚生労働省医政局長通知「医師及び医療関係職と事務職員等との役割分担の推進について」を参照すること。	
	24	休日及び夜間勤務の適正化	・管理者等が、3の休日及び夜間の救命救急センターで診療を行う医師の勤務実態を把握し、かつ、労働基準法及「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、4半期毎に点検し改善を行っている。：+4点 ・上記に加え、3の休日及び夜間の救命救急センターで診療を行う医師の勤務について、交代制勤務を導入している。：さらに+4点	管理者は労働基準法の管理監督者を指す 平成14年3月19日厚生労働省労働基準局長通知「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」を参照すること。	
	25	年間重篤患者数 (別紙1)	・500人以上：+1点 (以後、50人増すごとに+1点) (上限は1200人以上：+15点まで)	・250人以上：+1点 (以後、25人増すごとに+1点) (上限は600人以上：+15点まで)	重篤患者の定義は別添の定義による。(別表参照) 必要に応じて重篤患者リストの概要提出を求めることがある (実態を踏まえて基準の調整)
	26	救命救急センターを有する病院の年間救急車搬送人員	・1000人以上：+1点 (以後、1000人増すごとに+1点) (上限は5000人以上：+5点まで)	・500人以上：+1点 (以後、500人増すごとに+1点) (上限は2500人以上：+5点まで)	救命救急センターを有する病院全体、救急車(ドクターカー・リコグラー)を含むに搬送された人員を数える (実態を踏まえて基準の調整)
	27	救命救急センターの救急搬送要請への対応	・消防機関からの当該センターへの電話による救急搬送受入要請について、受入に至らなかった場合の理由も含め対応記録を残し、応答率等の応答状況について院内外に公表するとともに、院外の委員会(MC協議会等)や院内の委員会で応答状況の改善等に向けて検討を実施している。：+7点 ・対応記録が応答率をどちらか一方でも記録していない。：-5点	ここでは「応答率」は、「応答率=最終的に当該センターで受入に至った年間救急搬送人員/消防機関からの電話による救急搬送受入要請の年間件数」 「消防機関からの電話による救急搬送受入要請」には、重症度にかかわらず、ホトラインへの救急搬送要請中(※)を含む 救急搬送受入要請回数は、1救急搬送事業につき1回と数える	
	28	救命救急センターの所属する病院の救急搬送要請への対応	・消防からのセンターを有する病院への電話による救急搬送受入要請について、消防機関からの連絡を受ける専用電話があり、最初から医師が看護師が電話を受け、対応記録を残し、応答までに要する時間の短縮や応答率などの改善に向けての対策について院内で検討を行っている。：+3点 ・対応状況を記録していない。：-3点	ここでは「消防機関からの電話による救急搬送受入要請」には、当該センターを有する病院、消防機関からの26の受入要請を除く全ての救急搬送受入要請を指す センターを有する病院への消防機関からの救急搬送要請は全て10のホトラインで受け付けている場合、13点を配点。それ以外の場合は0点	
	29	疾病の種類にせらない受入	・救命救急医療が必要と考えられる重症・重篤搬送患者については、疾病の種類によらず原則として受け入れている。：0点 ・基本的に特定の診療科・診療領域に限って救急搬送を受け入れている。：-10点	ここでは、実態として、当該センターが特定の診療科や診療領域に限定して診療を行っていないと判断している。(別表による重篤患者数と整合性があること)	
	30	救急外来のトリアージ機能	・救急外来にトリアージナースもしくはトリアージ医師が、基本的に配置されている。：+2点 ・配置されていない、あるいは、医師、看護師以外が対応している。：0点	重症重篤化する患者を的確にトリアージするなどして、病院した全ての救急患者に適切で質の高い診療が求められる。救急外来がない施設は配点しない。	
	31	救急救命士のメディカルコントロール(MC)体制への関与	・救急救命士からの指示助言要請に、救命救急センターに勤務する医師が24時間常時、専用電話で応答し、応答記録を整備している。：0点 ・上記を満たさない。：-3点	消防司令センター等へ1の専任医を派遣し、救急救命士に適切に指示助言を行い、応答記録を整備している場合は配点しない 専用電話のホトラインとの共有は可	
	地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能	32	(都道府県による評価) 都道府県・地域MC協議会への関与、救急患者受入コーディネーターへの参画	(都道府県の評価) ・都道府県MC協議会もしくは地域MC協議会に積極的に参画し、かつ都道府県の救急患者受入コーディネーター確保事業等へ参画するなどして地域の救急医療体制の充実に十分に貢献している。：+3点 ・都道府県MC協議会もしくは地域MC協議会に積極的に参画している。：+2点 ・概ね参画し、貢献しているが、より積極的な関与が期待される。：+1点 ・参画、貢献が不十分。：-3点	都道府県による評価(都道府県から評価を得ること)
33		(都道府県による評価) 救急医療情報システムへの関与	(都道府県の評価) ・当該センターの所属する病院は、適切に情報を更新している。かつ入力状況について院内外の委員会(MC協議会等)で検証・検討を行っている。：+3点 ・概ね良いが改善の余地がある。：+1点 ・不適切。：-3点	都道府県による評価(都道府県から評価を得ること) 救急医療情報システムの整備がなされているなどにより当該医療機関が、県からの救急医療情報システムへの情報伝達(入力)を求めている場合は3点を配点	
34		(消防機関による評価) ウツタイン様式調査への協力状況	(消防機関の評価) ・消防機関の実施するウツタイン様式調査に積極的に協力している。：+2点	当該医療機関の所属する地域の管轄消防本部の長による評価(管轄消防本部の長から評価を得ること)	
救急医療の教育機能	35	救急救命士の病院実習受入状況	・挿管実習受入人数10以上かつ薬剤投与受入人数10以上：0点 ・どちらかでも満たさない。：-5点	(実態を踏まえて基準の設定)	
	36	臨床研修医の受入状況	・救命救急センターもしくは救急外来で、臨床研修医を年間8名(1名につき3ヶ月)以上受け入れている。：+2点		
災害時対応機能	37	災害拠点病院の認定の有無	・災害拠点病院として認定されていない。：-5点		
	38	DMAT指定医療機関の是非	・救命救急センターの専任医(1)に厚生労働省の実施するDMAT研修を終了した者がいる。：+2点		

重篤患者の基準

番号	疾病名	基準(基準を満たすもののみ数えること)
1	病院外心停止	病院前心拍再開例、外来での死亡確認例を含む
2	重症急性冠症候群	切迫心筋梗塞、急性心筋梗塞または緊急冠動脈カテーテル施行例
3	重症大動脈疾患	大動脈解離もしくは大動脈瘤破裂
4	重症脳血管障害	来院時JCS 100以上または開頭術もしくは血管内手術施行例、あるいはtPA療法施行症例
5	重症外傷	Max AISが3以上または緊急手術施行例
6	重症熱傷	Artzの基準による
7	重症急性中毒	来院時JCS 100以上または血液浄化法施行例
8	重症消化管出血	緊急内視鏡施行例
9	重症敗血症	感染性SIRSで臓器不全、組織低灌流または低血圧を呈する例
10	重症体温異常	熱中症または偶発性低体温症で臓器不全を呈する例
11	特殊感染症	ガス壊疽、壊死性筋膜炎、破傷風等
12	重症呼吸不全	人工呼吸器管理症例(1-10を除く)
13	重症急性心不全	人工呼吸器管理症例もしくはSwan-Ganzカテーテル、PCPSまたはIABP使用症例(1-10を除く)
14	重症出血性ショック	24時間以内に10単位以上の輸血必要例(1-10を除く)
15	重症意識障害	JCS 100以上が24時間以上持続(1-10を除く)
16	重篤な肝不全	血漿交換または血液浄化療法施行例(1-10を除く)
17	重篤な急性腎不全	血液浄化療法施行例(1-10を除く)
18	その他の重症病態	重症膵炎、内分泌クレーゼ、溶血性尿毒症性症候群などで持続動注療法、血漿交換または手術療法を実施した症例(1-16を除く)

資料 2

評価項目の見直しについて

1. 項目の削除について

○ 倫理委員会の設置状況（項目 2 2）

- ・ 平成 18 年の医療法改正に伴い、全ての病院において医療安全に関する委員会の設置が義務付けられ、救命救急センターにおける業務も同委員会の活動の対象になった。
- ・ 従って、改めて、本項目を評価する意義はなくなったと考えられるため、評価項目から削除してはどうか。

2. マイナス配点が設定されていた項目の見直し

○ 災害拠点病院の認定の有無（項目 3 7）

- ・ 救命救急センターが災害拠点病院としての機能を有することは重要であるが、個別施設の災害拠点病院としての認定は都道府県が行うこととなっており、都道府県が当該救命救急センターを災害拠点病院として認定していないからといって直ちに当該救命救急センターの責任とすることは、必ずしも妥当とは言えないのではないか。
- ・ 上記を踏まえれば、災害拠点病院の認定が行われている場合には、加点（1 点）とすることとしてはどうか。

3. 配点基準の変更

○ 専従医師数等（項目 1・2・3）

- ・ 救命救急センターが設置されている状況に応じて、「一般のセンター」と「所管人口が少なく、遠方まで別の施設のないセンター」（最寄りの救命救急センターまでに車両で 60 分以上を要し、所管人口が 30 万人未満の施設）の 2 通りの基準を設けていた。しかし、この基準では、最寄りの救命救急センターまでに車両で 60 分以内であるが、所管人口が少ない施設は、「一般のセンター」と分類され、事実上、達成が困難な基準となっている。

- ・ このため、新たに「所管人口の少ない施設」（所管人口が30万人未満の施設）の基準を設けてはどうか。

○ 年間の受入重篤患者数等（項目25・26）

- ・ 年間の受重篤患者数等は、単に絶対数のみで評価するだけでなく、人口規模に応じた受入実績を評価する必要があるのではないか。
- ・ この場合、当該救命救急センターの所管人口あたりの受入患者数という基準を加えてはどうか。

○ 消防機関からの搬送受入要請への対応状況の記録と改善への取組（項目26, 27）

- ・ 消防機関からの当該施設への搬送受入要請については、応需率等の把握の有無に加えて、応需状況を公表し、その改善のための検討を行っていることも評価してはどうか。

○ 救急救命士の病院実習受入状況（項目34）

- ・ 挿管実習と薬剤投与実習の受入人数をそれぞれ10名以上という基準は、そもそもその地域にそれだけの実習希望者がいない場合には実現不可能と考えられる。
- ・ このため、挿管実習と薬剤投与実習をそれぞれ1名以上受け入れていることを基準としてはどうか。

○ 臨床研修医の受入状況（項目35）

- ・ 臨床研修医を3ヶ月以上受け入れていることを基準とすることは、現状の臨床研修制度の実態にそぐわないのではないか。
- ・ このため、一人あたりの研修期間を2ヶ月以上としてはどうか。

4. その他

- 文言や様式の整理や、基準の明確化、表記上の整理を行ってはどうか。

求められる機能	番号	設問	評価項目 配点基準			是正を要する項目 配点基準		
			1 一般のセンター	2 所管人口の少ないセンター	3 所管人口が少なく、遠方まで別の施設のないセンター	1	2	3
		センター区分記号を選択 (右の備考欄を参照) ←						
	1	専従医師数	・14人以上: +5点 ・10人以上: +4点 ・6人以上: +3点	・14人以上: +5点 ・10人以上: +4点 ・5人以上: +3点	・7人以上: +5点 ・5人以上: +4点 ・3人以上: +3点			
	2	月にしめる救急科専門医数	・7人以上: +5点 ・5人以上: +4点	・7人以上: +5点 ・5人以上: +4点	・4人以上: +5点 ・2人以上: +4点	・2人以下: -2点	・2人以上: +2点	・1人以下: -2点
	3	休日及び夜間帯における医師数	・1人以上: +5点 ・1人以上: +3点 ・2人以上: +1点	・1人以上: +5点 ・1人以上: +3点 ・2人以上: +1点	・2人以上: +3点 ・1人以上: +1点			
	4	救命救急センター長の要件	・1の専従医であり、かつ、救急医学会指導医である: +3点 ・1の専従医であり、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か 救急科専門医である。: +1点			・1の専従医でない。3点		
	5	医師事務作業補助者の有無	・24時間常時、救命救急センター専従で確保されている。: +3点 ・救命救急センターに専従で確保されている。: +2点					
	6	転院・転棟の調整 配置		・転院・転棟等の院内外の連携を担う、かつ、救急科専門医として救命救急センターに専従で配置している。: +2点				
	7	入院台帳の整理等		・救命救急センターで診療を行った患者の診療台帳を電子的に記録し、その台帳を適切に管理する者を確保している。: +1点		・上記基準を満たさない。: -5点		
	8	登録制度への参加と自己評価		・救命救急医療に係わる疾病別の診療データの登録制度へ参加し、自己評価を行っている。: +2点				
	9	救急相談体制		・専用の電話(ホットライン)があり、原則として最初から救急相談センターが応答し、直ちに受人可否等の判断を行う体制になっている。: 0点		・上記基準を満たさない。: 5点		
重症・重篤患者の診療機能	10	循環器疾患への診療体制		・循環器科が、救急科と連携して救急搬送された患者が救急科または循環器科に搬送される体制になっている。: +1点 ・循環器科が救急科と連携して救急搬送された患者が救急科または循環器科に搬送される体制になっている。: 0点		・上記基準を満たさない。: -5点		
	11	脳神経疾患への診療体制		・脳神経科が、救急科と連携して救急搬送された患者が救急科または脳神経科に搬送される体制になっている。: +1点 ・脳神経科が救急科と連携して救急搬送された患者が救急科または脳神経科に搬送される体制になっている。: 0点		・上記基準を満たさない。: -3点		
	12	整形外科医による外傷診療体制		・整形外科が、救急科と連携して救急搬送された患者が救急科または整形外科に搬送される体制になっている。: +1点 ・整形外科が救急科と連携して救急搬送された患者が救急科または整形外科に搬送される体制になっている。: 0点		・上記基準を満たさない。: -3点		
	13	精神科医による診療体制		・精神的疾患を伴う患者が搬送された時に、常時院内の精神科医が直接診察するか、夜間帯でも救急科と連携して精神科医に相談できる体制になっている。: +2点 ・上記を満たさない。: 0点				
	14	小児(外)科医による診療体制		・小児患者(患児)が搬送された時に、常時院内の小児科(小児外科)医が直接診察するか、夜間帯でも救急科と連携して小児科(小児外科)医に相談できる体制になっているとともに、小児の救命救急医療に必要な機器等が整備されている。: +2点 ・上記を満たさない。: 0点				
	15	産(婦人)科医による診療体制		・産(婦人)科に関する患者が搬送された時に、常時院内の産(婦人)科医が直接診察するか、夜間帯でも救急科と連携して産(婦人)科医に体制になっている。: +2点 ・平日日中のみ可能である。: 0点				
	16	CT・MRI検査の体制		・マルチスライスCTが、救急科、初療室に隣接した検査室で直ちに撮影可能であり、MRI(1.5テスラー以上)も救急科、直ちに撮影可能である。: +2点 ・どちらかでも欠ける。: 0点				
	17	手術室の体制		・常時、麻酔科の医師、手術室の看護師が院内で待機しており、緊急手術が必要な患者が搬送された際に、直ちに手術が可能な体制が整っている。: +2点				
	18	救急科と連携した救急搬送体制		・救急科と連携して救急搬送された患者が救急科または救急科と連携した施設に搬送される体制になっている。: +2点				
	19	第三者による医療機能の評価		・日本医療機能評価機構・ISOによる医療機能評価において認定を受けている。: +2点				

重症・重篤患者の診療機能	20	感染症の管理について	・抗菌剤使用に関する統一した基準を救命救急センター内で定め、院内感染対策委員による病棟回診を週に1回以上実施している。:+2点 ・上記を満たさない。:0点	
	21	医療事故防止への対応	・医療事故・患者をテーマにした研修へ、救命救急センター専従医師・看護師が基本的に年2回以上参加している。:+2点 ・上記を満たさない。:0点	
	22	医師の負担軽減に資する計画の策定等	・1の専従医の負担の軽減に資する具体的計画を策定し、職員等に周知している。:+5点	・上記基準を満たさない。:0点
	23	休日及び夜間勤務の適 化	・管理者等が、3の休日及び夜間の救命救急センターで診療を行う医師の勤務実態を把握し、かつ、労働基準法令及び「医療機関における休日及び夜間勤務の適性化について(平成14年3月19日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、4半期毎に点検し改善を行っている。:+4点 ・上記に加え、3の休日及び夜間の救命救急センターで診療を行う医師の勤務について、交代制勤務を導入している。:さらに+4点 ・上記のいずれでもない。:0点	
	24	年間1人あたり1名重篤患者数(院内搬送) (前年比)	・500人以上:1点、700人以上:2点、800人以上:3点、900人以上:4点、1000人以上:5点、1100人以上:6点、1200人以上:7点、1300人以上:8点まで ・500人以下:0点 ・100人以上:10点、125人以上:11点、150人以上:12点、175人以上:13点、200人以上:14点、225人以上:15点、250人以上:16点、275人以上:17点まで	
	25	救命救急センターを有する病院の年間受入救急重搬送人員	・1000人以上:1点、4000人以上:2点、7000人以上:3点まで ・1000人以下:0点	
	26	消防機関からの救急センターに対する搬送受入要請(有)対応状況の記録と改善への取組	・消防機関からの当該センターへの電話による救急搬送受入要請について、受入に当たった場合の理由も含め対応記録を残し、応請率等を確認している。かつ、応請状況について院内外に公表すると共に、院外の委員会(NIC協議会等)や院内の委員会で応請状況の改善等に向けて検討を実施している。:+5点 ・消防機関からの当該センターへの電話による救急搬送受入要請について、受入に当たった場合の理由も含め対応記録を残し、応請率等を確認している。:0点	・上記基準のいずれでもない。:0点
	27	消防機関からの救急センターに対する搬送受入要請(有)対応状況の記録と改善への取組	・消防からのセンターを有する病院への電話による救急搬送受入要請について、消防機関からの連絡を受ける専用電話があり、最初から医師が看護師が電話を受け、受入に当たった場合の理由も含め対応記録を残し、かつ、応請状況について院内外に公表すると共に、応答までに要する時間の短縮や応急状況などの改善に向けての院内で検討を行っている。:+3点 ・消防からのセンターを有する病院への電話による救急搬送受入要請について、受入に当たった場合の理由も含め対応記録を残し、応請率等を確認している。:0点	・上記基準のいずれでもない。:0点
	28	疾病の種類によらない受入	・救命救急医療が必要と考えられる重症・重篤搬送患者については、基本的に疾病の種類によらず受け入れている。:0点	・基本的に特定の診療科・診療領域に限って救急搬送を受け入れている。: :10点
29	救急外来のトリアージ機能	・救急外来にトリアージ機能が設置されており、基本的な配置されている。:+2点 ・配置されていない、あるいは、医師、看護師以外が対応している。:0点		
地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能	30	救急救命士によるメディカルコントロール(MC)体制への関与	・救急救命士からの指示助言要請に、救命救急センターに勤務する医師が常時、専用電話で応答し、応答記録を整備している。:0点	・上記基準を満たさない。:3点
	31	(都道府県による評価) 都道府県・地域MC協議会等への関与、参画	(都道府県の評価) NIC協議会、救急医療(対策)協議会、その他救急搬送受入センター運営事業に積極的に関わり、地域の救急医療体制の充実に取り組んでいる。 ・都道府県において規範的な水準である。:+3点 ・標準的な水準である。:+1点	・不十分な水準である。:0点
	32	(都道府県による評価) 救急医療情報システムへの関与	(都道府県の評価) 当該センターの属する病院は、適切に情報を更新している。 ・都道府県において規範的な水準である。:+3点 ・標準的な水準である。:+1点	・不十分な水準である。:0点
	33	(消防機関による評価) ウツタイン様式調査への協力状況	(消防機関の評価) 消防機関の実施するウツタイン様式調査に協力している。 ・都道府県において規範的な水準である。:+3点 ・標準的な水準である。:+1点	・不十分な水準である。:0点
救急医療の教育機能	34	救急救命士の病院実習受入状況	・補充要員として1名以上2名以下で20名以上の実習受入を1年間で実施している。:0点	・上記基準を満たさない。:3点
	35	臨床研修医の受入状況	・1名以上2名以下で2名以上3名以下で20名以上の実習受入を1年間で実施している。:0点 ・1名以上2名以下で2名以上3名以下で20名以上の実習受入を1年間で実施している。:0点	
対応機能	36	災害拠点病院の認定の有無	・災害拠点病院として認定されている。:+1点	
	37	DMAT指定医療機関の是非	・DMAT指定医療機関であり、かつ、救命救急センターの専従医(1)に厚生労働省の認定するDMAT研修を終了した者がいる。:+2点	

別紙2

重篤患者の基準の見直し案

番号	疾病名	基準(基準を満たすもののみ数えること)
1	病院外心停止	病院前心拍再開例、外来での死亡確認例を含む
2	重症急性冠症候群	切迫心筋梗塞、急性心筋梗塞または緊急冠動脈カテーテル施行例
3	重症大動脈疾患	急性大動脈解離もしくは大動脈瘤破裂
4	重症脳血管障害	来院時JCS 100以上または開頭術もしくは血管内手術施行例、あるいはtPA療法施行症例
5	重症外傷	Max AISが3以上または緊急手術施行例
6	重症熱傷	Artzの基準による
7	重症急性中毒	来院時JCS 100以上または血液浄化法施行例
8	重症消化管出血	緊急内視鏡施行例
9	重症敗血症	感染性SIRSで臓器不全、組織低灌流または低血圧を呈する例
10	重症体温異常	熱中症または偶発性低体温症で臓器不全を呈する例
11	特殊感染症	ガス壊疽、壊死性筋膜炎、破傷風等
12	重症呼吸不全	人工呼吸器管理症例(1-11を除く)
13	重症急性心不全	人工呼吸器管理症例もしくはSwan-Ganzカテーテル、PCPSまたはIABP使用症例(1-11を除く)
14	重症出血性ショック	24時間以内に10単位以上の輸血必要例(1-11を除く)
15	重症意識障害	JCS 100以上が24時間以上持続(1-11を除く)
16	重篤な肝不全	血漿交換または血液浄化療法施行例(1-11を除く)
17	重篤な急性腎不全	血液浄化療法施行例(1-11を除く)
18	その他の重症病態	重症膵炎、内分泌クレーゼ、溶血性尿毒症性症候群などで持続動注療法、血漿交換または手術療法を実施した症例(1-17を除く)

与えられる 点数	設問	備考(設問の意味や、言葉の定義をより明確にする等のために適宜修正予定)
	センター区分記号を選択(右の備考欄を参照) →	1「一般のセンター」とは、以下の2及び3以外の施設をいう。 2「所管人口(中の少ないセンター)」とは、当該救命救急センターの所管する地域の人口が30万人未満の施設をいう。 3「所管人口が少なく、遠方まで別の施設の無いセンター」とは、2であって、長崎市の救命救急センターまでに距離700分以内を要する施設をいう。
1	専従医師数	専従医師とは、毎週常態として勤務しており、救命救急センターにおいて搬送等(こり来院した救急患者への外来診療と救命救急センター病床の入院患者への診療に係る業務(救命救急センターにおける業務)を行う所定労働時間が週32時間以上の者をいう。産科研修医、大学院生、臨床研修医は数えない。F1、一般外来診療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数えない。(平成20年4月30日(一部)付第10号厚生労働省令(医師法)第11条第1項第1号「専従医師」事項に係る)等での搬送等(中の診療)に専従する医師は業務の範囲を限らず、(自発的)救命救急センターに専従医師が勤務している施設は数えない。
2	1にしめる救急科専門医数	救急科専門医とは、日本救急医学会の認定する者をいう。(救急医学会指導医・認定医も含む)
3	休日及び夜間帯における医師数	休日及び夜間帯(当科専従医師)休日及び夜間帯(当科救命救急センター)の業務を勤務の中心とする医師を数える。救急搬送された重症患者への診療を基本的には行わない医師は含まない。
4	救命救急センター長の要件	センター長が、実際に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場合は、-3点。
5	医師事務作業補助者の有無	医師事務作業補助者は、診療報酬上の「医師事務作業補助体制加算」の算定要件に該当する者(を)をいう。
6	転院・転棟の調整を行う者の配置	調整を行う者は、救命救急センターに搬送等により来院した患者の病態が一般病棟や他院での診療が可能な状態になった場合に、その患者の転棟や転院等に係る調整を行うことを専ら業務とする者をいう。
7	電子的入院台帳の整理等	救命救急センターで診療を実施した全ての重症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。
8	診療データの登録制度への参加と自己評価	ここで言う「診療登録制度」は、救命救急医療に係る疾患の全国的なデータ登録制度のことであり、これまでのところ日本外傷データベース登録が該当する。救命救急センターで診療を行ったAIS3以上の外傷をすべて登録している場合に算定する。なお、他の疾患のデータ登録制度についても対象を拡大する場合がある。
9	消防機関から搬送受人要請を受ける救命救急センターの電話等の状況	
10	循環器疾患への診療体制	ここで言う「循環器医」は、内科系か外科系かを問わない。 ここで言う「循環器診療体制」は、1日24時間(1日24時間)で搬送を受け、1日24時間(1日24時間)で診療を行う体制をいう。
11	脳神経疾患への診療体制	ここで言う「脳神経医」は、内科系か外科系かを問わない。 ここで言う「脳神経診療体制」は、1日24時間(1日24時間)で搬送を受け、1日24時間(1日24時間)で診療を行う体制をいう。
12	整形外科医による外傷診療体制	ここで言う「外傷診療体制」は、1日24時間(1日24時間)で搬送を受け、1日24時間(1日24時間)で診療を行う体制をいう。
13	精神科医による診療体制	
14	小児(外)科医による診療体制	ここで言う「必要な機器等」には、小児用ベッド、小児に対応できる人工呼吸器、小児に対応できる二次救急蘇生法に必要な器具をいう。
15	産(婦人)科医による診療体制	
16	CT・MRI検査の体制	ここで言う「初療室に隣接した」とは、初療室の最も使用するベッドの位置から、CTのベッドまでの移動距離が30m以内であることをいう。
17	手術室の体制	
18	救命救急センターの機能評価・診療体制等に関する会議	定期的な会議の開催が、議事録等で確認できる必要がある。また、救命救急センター所属以外のスタッフも参加している必要がある。
19	第三者による医療機能の評価	
20	感染症の管理について	

重症・重篤患者の診療機能

重症・重篤患者の診療機能	21	医療事故防止への対応	
	22	倫理委員会の設置状況	
	23	医師の負担軽減に資する「西の重症等」	平成19年12月28日厚生労働省医政局長通知「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」を参照すること。
	24	休日及び夜間勤務の適正化	管理者とは労働基準法の管理監督者を指す。 平成14年3月19日厚生労働省労働基準局長通知「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」を参照すること
	25	年間初診時重篤患者数	重篤患者の定義は別表の定義による。必要に応じて重篤患者リストの概要提出を求めることがある。
	26	救命救急センターを有する病院の年間救急車搬送人員	救命救急センターを有する病院全体へ、救急車(ドクターカーやヘリコプターも含む)によって搬送された人員を数える。
	27	消防機関から救命救急センターに対する搬送受入要請への対応状況の記録と改善への取組	ここで言う「応需率」は、<応需率=最終的に当該センターで受入に至った年間救急搬送人員/消防機関からの電話による救急搬送受入要請の年間件数> 「消防機関からの電話による救急搬送受入要請」には、ホットライン(119)等からの救急搬送要請すべてを含む。救急搬送受入要請回数は、1救急搬送事案につき1回と数える。
	28	消防機関から救命救急センターを有する病院に対する搬送受入要請への対応状況の記録と改善への取組	ここで言う「消防機関からの電話による救急搬送受入要請」には、当該センターを有する病院への消防機関からの26の受入要請を除く全ての救急搬送受入要請を指す。 センターを有する病院への消防機関からの救急搬送要請は全て9のホットラインで受けて入れている場合は3点を配点、ただし9で減点の場合は0点。
	29	疾病の種類によらない受入	ここでは、実態として、当該センターが特定の診療科や診療領域に限定して診療を行っていないかどうかを確認している。(別表による重篤患者数と整合性があること)
	30	救急外来のトリアージ機能	重症重篤化する患者を的確にトリアージするなどして、来院した全ての救急患者に適切で質の高い診療が求められる。救急外来がない施設は配点しない。
地域の救急搬送・救急医療体制への支援機能	31	救急救命士に対するメディカルコントロール(MC)体制への関与	消防司令センター等への専従医を派遣し、救急救命士に適切に指示助言を行い、応答記録を整備している場合は減点しない。 専用電話のホットラインとの共有は可。
	32	(都道府県による評価) 都道府県(または地域MC協議会等)への関与、参画	
	33	(都道府県による評価) 救急医療情報システムへの関与	都道府県による評価(都道府県から評価を得ること)。 救急医療情報システムの整備がなされていないなどにより当該医療機関が、県から救急医療情報システムへの情報発信(入力)を求められていない場合は+1点を配点。
	34	(消防機関による評価) ウツタイン様式調査への協力状況	当該医療機関のある地域の管轄消防本部の長による評価。(管轄消防本部の長から評価を得ること。)
救急医療の教育機能	35	救急救命士の病院実習受入状況	
	36	臨床研修医の受入状況	
対応機能	37	災害拠点病院の認定の有無	
	38	DMAT指定医療機関の是非	

資料4

点数に応じた区分について（案）

1. 継続的な評価の実施について

- 従来の充実度評価（A評価、B評価、C評価）においては、すべての施設がA評価であることから、今回の充実度評価の見直しは、すべての施設が基本的には適切な運営が行われていることを前提として、更なる質の向上を図ることを目的に行われるものと位置づけられる。
- 今回の見直しによって、各施設の質の改善への取組が一層促進されることが期待されるが、院内の体制整備や地域との連携等が求められる項目が含まれているため、即座には対応できない施設もあることも予想される。従って、一定の期間を設定して継続的な評価を行い、その評価結果に基づいて施設の充実度評価を行っていくことが適当と考えられる。
- これを踏まえると、改善への取組を強く促す観点から、一定の期間をおいてもなお一定の水準にまで改善にいたらない施設に限って低評価とするべきではないか。

2. 「是正を要する項目」の利用方法について

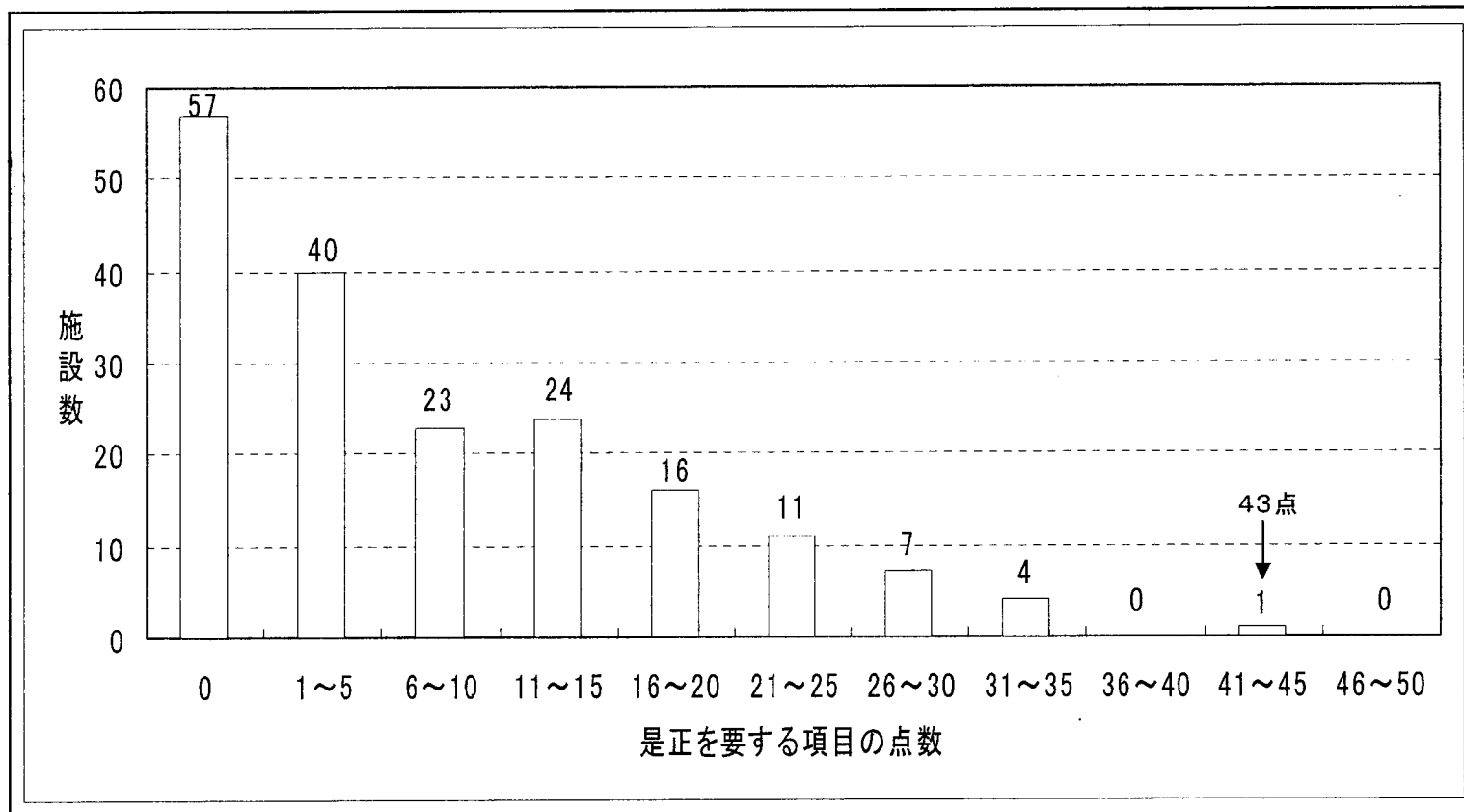
- 各施設の充実度評価を区分する具体的な基準については、救命救急センターとして基本的に求められる体制が満たせない場合に設定された「是正を要する項目」を使用してはどうか。
- 具体的には、当面は、すべての施設が、試行調査で「是正を要する項目」の合計点の最高値であった43点の半分を基準に、22点未満になることを目標として、「是正を要する項目」の合計点が22点以上である場合にB評価又はC評価としてはどうか。（別紙3）
- その上で、「是正を要する項目」の改善には時間を要することを勘案して「2年以上22点以上である施設」をB評価、「3年以上22点以上である施設」をC評価としてはどうか。（別紙4）

是正を要する項目の点数と施設数 (項目22・35・37の見直し後)

一施設あたり 平均 8.81点 (中央値 5点)

修正内容(是正を要する点数)

- ・項目22の「倫理委員会の設置状況」を削除。
- ・項目35の「救急救命士の病院実習受入状況」に関して、挿管・薬剤投与とも10名以上を求めていたが、それぞれ1名以上に変更。
- ・項目37の「災害拠点病院の認定の有無」は是正を要する項目から削除。

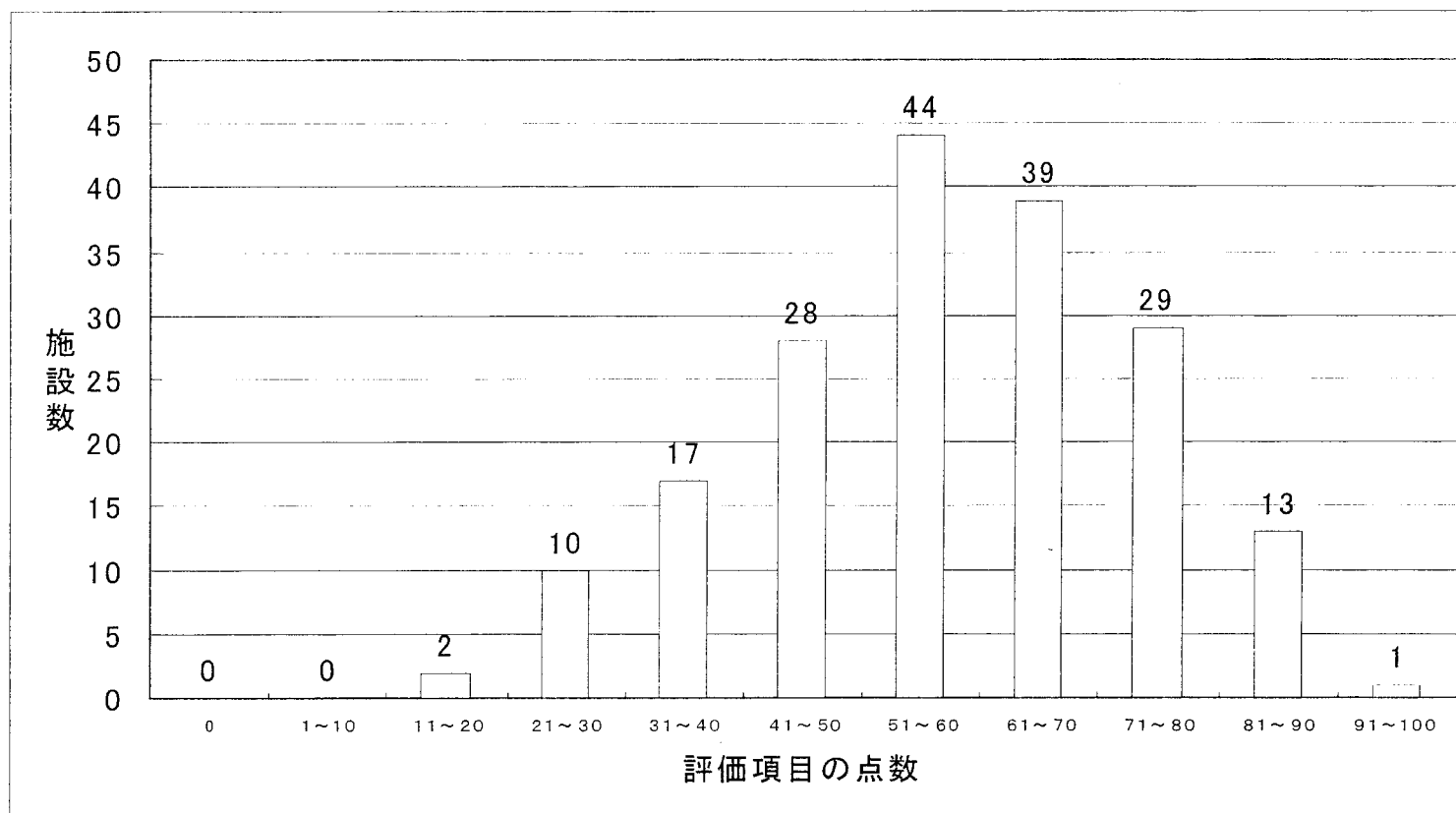


評価項目の点数と施設数 (項目22・35・37の見直し後)

一施設あたり 平均 57.60点 (中央値 58点)

修正内容<評価点数>

・項目37の「災害拠点病院の認定の有無」で認定されていれば+1点を加算。



救命救急センター充実度評価の 区分(案)

これまでの評価方法			新しい評価方法	
分類	要件(最高点36点)		分類	要件
A	19点以上	ただし、患者数、在院日数等の要件をすべて満たせば、点数にかかわらずA評価とする。	A	B・C以外
B	18点以下 12点以上		B	是正を要する項目の合計が22点以上のみ、 <u>2年間継続している。</u>
C	11点以下		C	是正を要する項目の合計が22点以上のみ、 <u>3年以上継続している。</u>

資料5

充実度評価結果の公表について（案）

- 平成20年6月に、厚生労働大臣の下に取りまとめられた「安心と希望の医療確保ビジョン」において、救急医療体制について住民への情報提供の重要性が示されたところ。

- また、「救急医療の今後のあり方に関する検討会」中間取りまとめ（平成20年7月）においても、充実度評価について「今後、できる限り詳細な情報を公表していくことが、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重要である。」とされたところ。

- さらには、試行調査の実施に際しては、救命救急センターからも、「病院本体や地域からの支援を受けるためにも、他の施設と比較した自施設の現状を正確に認識する必要があり、他の施設の状況を公開してほしい。」との指摘がなされたところ。

- このような状況を踏まえると、自己評価を中心とする充実度評価について、その質の管理を図る観点からも、各施設についての詳細な評価結果を一般に開示することが適当ではないか。