

評価項目の定義等

<調査票 1>

全般

- ・ 時点については、調査期間の最終日である 2020/12/31 とします。(所管人口に関しては、調査期間の初日である 2020/1/1 時点をお願いします。)
- ・ 専任、専従の定義は以下のとおり。
 - 専任：担当者となっていればよいものとし、その他診療を兼任していても差し支えない。少なくとも 5 割以上従事。
 - 専従：専ら担当しており、その他診療を兼任しているものを含まない。就業時間の少なくとも 8 割以上従事。

救命救急センターの区分

「救急医療対策事業実施要綱」(昭和 52 年 7 月 6 日付け医発第 692 号厚生省医務局長通知) の整備基準に基づき、救命救急センター(高度救命救急センターを含む。以下同じ。)、地域救命救急センターに区分する。

評価項目によっては、区分によって基準が異なるものもあるため、区分に対応した基準に基づいて評価をすること。

評価項目 1 「救命救急センター専従医師数」

「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)。

評価項目 2 「1のうち、救急科専門医数」

「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。

評価項目 3. 1 「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」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。

評価項目 3. 2 「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」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。

評価項目 5 「転院及び転棟の調整を行う者の配置」

「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。

評価項目 6 「診療データの登録制度への参加と自己評価」

「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。

評価項目 7. 1 「年間に受け入れた重篤患者数（来院時）」

「重篤患者」であるか否かの基準は別表「来院時の年間重篤患者数」を参照すること。「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とする。単位については（人）とし、整数で記載すること。

※ 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。

評価項目 7. 2 「地域貢献度」

※ 「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。

評価項目 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」

「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。

評価項目 9 「救急外来のトリアージ機能」

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。

「救急外来」とは、救急診療をしている外来を指し、評価対象は救命救急センターとなる。搬送方法により、入り口や診療場所を分けて対応することは想定されるが、各施設が定めている救命救急センターにおいて、トリアージをしている場合に2点となる。

評価項目 1 1 「内因性疾患への診療体制」

「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。

評価項目 1 2 「外因性疾患への診療体制」

「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（I V Rを含む）ができる体制をいう。

評価項目 1 3 「精神科医による診療体制」

「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。

評価項目 1 4 「小児（外）科医による診療体制」

「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。

評価項目 1 5 「産（婦人）科医による診療体制」

「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。

評価項目 16 「医師事務作業補助者の有無」

「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。

評価項目 17 「薬剤師の配置」

「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。

評価項目 19 「医師及び医療関係職と事務職員等との役割分担」

「医師及び医療関係職と事務職員等との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。

評価項目 20 「CT・MRI 検査の体制」

「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。

評価項目 21 「手術室の体制」

「治療開始」のタイミングは手術開始時刻。血管造影（TAE）であれば血管穿刺時刻となる。

評価項目 22 「救命救急センターの機能及び診療体制等に関する会議」

救命救急センターを設置する病院により開催され、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。

評価項目 23 「第三者による医療機能の評価」

日本機能評価機構・ISO のどちらかの認定を受けていれば評価の対象になる。

評価項目 24 「休日及び夜間勤務の適正化」

「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。

評価項目 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」

「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等（ドクターカー、ドクターヘリ及び病院救急車を含む。）によって搬送された患者数をいう。

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、救命救急センターを設置する各病院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を設置する病院の「所管人口」の合計は、当該都道府県の人口と一致するものとする。単位については（千人）とし、整数で記載すること。

評価項目 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」

「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場合、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。

評価項目 27 「院内急変への診療体制」

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。

評価項目 28 「脳死判定及び臓器・組織提供のための整備等」

「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。

調査対象年を含む過去 3 年間において、実際に脳死下臓器提供又は心停止後腎提供が 1 回でも行われている場合は、その実績を年 1 回のシミュレーションの実施に代えることができる。その場合、必要に応じて、法的脳死判定の概要の提出を求めることがある。

評価項目 29 「救急医療領域の人生の最終段階における医療の整備」

「明文化された基準・手順が整備され」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。

（「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」参照）

「意思を尊重した対応」とは、患者本人の意思が確認できる場合は、繰り返し適切な情報の提供と説明を行い、患者本人による意思決定を行えるよう支援すること、また本人の意思が確認できない場合は、推定意思や本人にとっての最善の方針を家族等と話し合いをすること、本人・家族等や医療・

ケアチームとの間で方針の決定ができない場合は、複数の専門家(医療・ケアチーム以外の者を含む)からなる話し合いの場を開催し、検討及び助言を行うことをいう。

評価項目 3 1 「地域の救急搬送」

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。

評価項目 3 2 「地域の関係機関との連携」

「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。

評価項目 3 3 「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関与、参画」

当該評価項目については、都道府県メディカルコントロール協議会又は地域メディカルコントロール協議会による評価をうけること。

評価項目 3 4 「救急医療情報センターへの関与」

当該評価項目については、都道府県から評価を受けること。「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。

評価項目 3 5 「ウツタイン様式調査への協力状況」

当該評価項目については、救命救急センターが所在する地域を管轄する消防本部の長による評価を受けること。「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。

評価項目 3 6 「メディカルコントロール体制への関与」

「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で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。また、「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命救急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。

評価項目 37. 2 「救急救命士の病院実習受入状況」

「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。

評価項目 38 「臨床研修医の受入状況」

- 臨床研修医の受入状況については、いわゆる救命救急センターへの「専従」の状況（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かかる業務）を確認しており、2ヶ月以上研修を行った臨床研修医のみが対象。
- （前提として）年をまたいで2ヶ月以上回る予定となっている臨床研修医の場合は、調査対象期間に該当する月を1単位として計上すること。
（例：R2.12とR3.1に研修期間であった者を単位計上する場合は1単位）
- 「1人当たりの標準的救急科研修期間」の算出方法は、受入のべ単位数／人数で算出。
（例：3人の専攻医①2ヶ月②6ヶ月③12ヶ月→ $(2+6+12) \div 3 = 6.7$ ヶ月）

評価項目 39 「専攻医の受入状況」

- 「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。（日本救急医学会認定もしくは日本専門医機構認定救急科専門医を取得すべく研修している医師が対象）
- 専攻医の受入状況については、いわゆる救命救急センターへの「専従」の状況（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かかる業務）を確認しており、2ヶ月以上研修を行った専攻医のみが対象。
- （前提として）年をまたいで2ヶ月以上回る予定となっている専攻医の場合は、調査対象期間に該当する月を1単位として計上すること。
（例：R2.12とR3.1に研修期間であった者を単位計上する場合は1単位）
- 救急科専門医等の「等」について、救急科以外でも、救命救急センターにおいて「専従」で業務（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かかる業務）を行っている医師は対象となる。
（対象医師の例：所属は総合内科であるが、一定期間救命救急センターに出向し、救命救急センター業務を行っている後期臨床研修医等）
計算方法については、以下のとおり。
①循環器内科に所属し、救命救急センターに2ヶ月間専従勤務した場合2単位。
②救急科に所属し、救命救急センターに6ヶ月、消化器内科で6ヶ月勤務した場合、6単位。
- 「1人当たりの標準的救急科研修期間」は、受入のべ単位数／人数で算出。
（例：3人の専攻医①2ヶ月②6ヶ月③12ヶ月→ $(2+6+12) \div 3 = 6.7$ ヶ月）

評価項目 40 「医療従事者への教育」

「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。

評価項目 4 1 「災害に関する教育」

「BCPに基づいた院内災害訓練」には、机上訓練も含む。

<調査票 1 別表>

全般

- ・ 転帰への記入について、対象期間中に入院中の場合は、「退院・転院（転棟を含む）」に計上すること。

5. 重症外傷について

緊急の定義については、文字通りの解釈でお願いします。（広辞苑：事が差し迫って、対策を急がなければならないこと。）

手術については、切創の縫合等、局所麻酔のみの処置は除くこと。（主として手術室で行う全身麻酔を想定している）

10. 「敗血症」、(内数)「敗血症性ショック」について

- ・ 定義

「敗血症」：感染症に帯する制御不能な宿主反応に起因した生命を脅かす臓器障害
(敗血症の診断基準)

I C U患者：感染症が疑われ、SOFA 総スコア 2 点以上の急上昇で診断。

非 I C U患者：quick SOFA (qSOFA) 2 項目以上で敗血症を疑う。最終診断は I C U患者に準じる

*Sepsis-3 の定義と診断基準（日本版敗血症診療ガイドライン 2 0 1 6 参照）

「敗血症性ショック」：死亡率を増加させる可能性のある重篤な循環、細胞、代謝の異常を有する敗血症
(敗血症性ショックの診断基準)

適切な輸液負荷にもかかわらず、平均血圧 \geq 65mmHg を維持するために循環作動薬を必要とし、かつ血清乳酸値 $>$ 2mmol/L (18mg/dL) を認める。

19. 「その他の重症病態」について

(Q) 急性腹症は含まれるか。

(A) 急性腹症は明確な定義はなく、急激に発症した腹痛の中で緊急手術を含む迅速な対応を要する腹部疾患群（急性腹症ガイドライン 2015）であり該当しません。急性腹症のうち、重篤と判断できる（他の重篤疾病の基準と同様に I C U入室が妥当と思われる病態）ような内容については、急性腹症以外の主病名が診断され、1～18のいずれかに該当すると考えられます。

(例) 内因性疾患で急性胆嚢炎、急性閉塞性化膿性胆管炎、汎発性腹膜炎等の緊急手術＋I C U管理を要する場合

→敗血症や敗血症性ショックに該当すると推定されます。早期の絞扼性イレウスや虫垂炎は、重篤という基準に該当しません。