

第8回救急・災害医療提供体制等 に関するワーキンググループ	資料
令和6年8月8日	2

救命救急センターの充実段階評価について

厚生労働省 医政局地域医療計画課
救急・周産期医療等対策室

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

救急医療体制体系図

(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(令和5年3月31日付け医政地発0331第14号)抜粋)
(救急医療対策事業実施要綱(令和5年5月16日付け一部改正医政発0516第21号)抜粋)

救命救急医療（第三次救急医療）

救命救急センター（304カ所）
（うち、高度救命救急センター（47カ所））

令和5年12月1日現在

ドクターヘリ（57カ所）

令和6年2月1日現在

入院を要する救急医療（第二次救急医療）

病院群輪番制（387地区、2,729カ所）

共同利用型病院（18カ所）

令和4年4月1日現在（令和4年度救急現況調査より）

初期救急医療

在宅当番医制（557地区）

休日夜間急患センター（550カ所）

令和4年4月1日現在（令和4年度救急現況調査より）

○重篤患者に対する高度な専門的医療を総合的に実施することを基本とし、原則として、重症及び複数の診療科領域にわたる全ての重篤な救急患者を24時間体制で受け入れるもの。

高度救命救急センターは、特に高度な診療機能を有し、通常の救命救急センターでは対応困難な外傷や疾患等の診療を担うもの。

○二次医療圏単位で、圏域内の複数の病院が、当番制により、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者を受け入れるもの。

○二次医療圏単位で、拠点となる病院が一部を開放し、地域の医師の協力を得て、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者を受け入れるもの。

○郡市区医師会ごとに、複数の医師が在宅当番医制により、休日及び夜間において、主に独歩で来院する自覚症状が軽い患者を受け入れるもの。

○地方自治体が整備する急患センターにて、休日及び夜間において、主に独歩で来院する自覚症状が軽い患者を受け入れるもの。

救命救急センター

(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(令和5年3月31日付医政地発0331第14号)抜粋)

概要・目標

- ・ 医療計画において救命救急医療機関として位置付けられたものを救命救急センターとする
- ・ 24時間365日、救急搬送の受け入れに応じること。

医療機関に求められる事項

- ・ 緊急性・専門性の高い脳卒中、急性心筋梗塞等や、重症外傷等の複数の診療科領域にわたる症例や診断が難しい症例等、他の医療機関では治療の継続が困難かつ幅広い疾患に対応して、高度な専門的医療を総合的に実施する。
 - ・ その他の医療機関では対応できない重篤患者への医療を担当し、地域の救急患者を最終的に受け入れる役割を果たす。
 - ・ 救命救急士等へのメディカルコントロールや、救急医療従事者への教育を行う拠点となる。
 - ・ 医療計画において救命救急医療機関として位置付けられたものを救命救急センターとし、その中でも、高度救命救急センターについては、特に高度な診療機能を有し、通常の救命救急センターでは対応困難な重症外傷等の診療を担う。
-
- ・ 脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の患者や、複数の診療科にわたる重篤な救急患者を、広域災害時を含めて24時間365日必ず受け入れることが可能であること
 - ・ 集中治療室、心臓病専用病室、脳卒中専用病室等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能なこと
 - ・ 高度救命救急センター等の地域の基幹となる救急医療機関は、平時から、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担う。また、厚生労働省が実施する外傷外科医等養成研修事業を活用して、テロ災害発生時等における銃創や爆傷等にも対応ができる体制を構築すること。
 - ・ 第二次救急医療機関や、回復期病床・慢性期病床を有する医療機関等と、患者を受け入れる際に必要な情報や受入れ可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくこと
 - ・ 高次の医療機関からの転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両等を活用すること
 - ・ 都道府県又は地域メディカルコントロール協議会に医師を参加させるとともに、救急救命士の気管挿管・薬剤投与等の病院実習や、就業前研修、再教育などに協力していること

救命救急センターの整備状況（過去10年間の推移）

	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）

都道府県ごとの救命救急センター数

東京都	28
愛知県	24
神奈川県	21
大阪府	16
千葉県	15
北海道	13
埼玉県	11
静岡県	11
兵庫県	10
福岡県	10

茨城県	7
長野県	7
広島県	7
宮城県	6
新潟県	6
岐阜県	6
京都府	6
栃木県	5
岡山県	5
山口県	5

岩手県	4
福島県	4
群馬県	4
三重県	4
滋賀県	4
島根県	4
佐賀県	4
長崎県	4
大分県	4
山形県	4

青森県	3
奈良県	3
和歌山県	3
徳島県	3
香川県	3
愛媛県	3
高知県	3
熊本県	3
宮崎県	3
鹿児島県	3

沖縄県	3
秋田県	2
富山県	2
石川県	2
福井県	2
鳥取県	2
山梨県	1

令和5年12月現在

都道府県ごとの救命救急センター数（人口100万人あたり）

島根県	6.2
佐賀県	5.0
高知県	4.5
徳島県	4.3
山口県	3.9
山形県	3.9
鳥取県	3.7
大分県	3.7
長野県	3.5
岩手県	3.4

和歌山県	3.3
愛知県	3.3
香川県	3.3
岐阜県	3.2
静岡県	3.2
長崎県	3.1
宮崎県	2.9
滋賀県	2.9
新潟県	2.8
岡山県	2.7

福井県	2.7
宮城県	2.7
栃木県	2.7
広島県	2.6
北海道	2.6
青森県	2.5
茨城県	2.5
千葉県	2.5
京都府	2.4
三重県	2.4

奈良県	2.3
神奈川県	2.3
福島県	2.3
愛媛県	2.3
秋田県	2.2
群馬県	2.2
東京都	2.1
沖縄県	2.1
富山県	2.0
福岡県	2.0

大阪府	1.9
兵庫県	1.9
鹿児島県	1.9
石川県	1.8
熊本県	1.8
埼玉県	1.5
山梨県	1.3

令和5年12月現在

救命救急センター充実段階評価

- 平成9年「救急医療体制基本問題検討会」にて、「既存の救命救急センターを再評価し、その機能を強化する」との提言を受け、平成11年より救命救急センターの質の向上を図ることを目的として救命救急センターの充実段階評価が開始された。
- 平成20年「救急医療の今後のあり方に関する検討会」を経て、平成22年に充実段階評価を改正した。
 - 是正を要する項目の合計点で評価を行い、是正を要する項目の合計点が2年間継続して22点以上の場合はB評価、3年以上22点以上の場合はC評価とした。
 - メディカルコントロール体制への関与の状況等について、都道府県及び消防機関による評価項目を設けた。
- 平成30年「医療計画の見直し等に関する検討会」、「社会保障審議会医療部会」等において議論が重ねられ、「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日付け医政地発0216第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)により充実段階評価を改正した。
 - ストラクチャーを中心とした評価体系から、プロセスも含めた評価体系へ見直しを行い、地域の関係機関との連携の観点からの評価を追加した。
 - 新たにS評価を追加した。
- 令和2年において、予定していた評価基準の段階的な引き上げが完了した。
- 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、令和2年と令和3年の充実段階評価において、一部の項目を評価の対象外とし、また令和3年においては、令和元年よりも評価区分が下がったセンターに対してヒアリングを実施した。
- 令和4年と令和5年の調査では全ての項目を評価の対象とした上で、希望する施設に対してはヒアリングを実施した。
- 充実段階評価については、令和4～6年度の地域医療基盤開発推進研究事業「持続可能な救急医療提供体制の構築に関わる研究」において、評価項目の内容について検討することとしている。

診療報酬点数

充実段階評価の結果に基づき、救命救急入院料に以下が加算される。

<救命救急入院料に係る加算>

- 救急体制充実加算1 (S評価) 1,500点
- 救急体制充実加算2 (A評価) 1,000点
- 救急体制充実加算3 (B評価) 500点

医療提供体制推進事業費補助金

「救命救急センター運営事業」の交付算定基準額の算出に当たり、充実段階評価の結果に応じた係数を乗じる。具体的には以下の通り。

<基準額に乗じる係数>

- S・A評価 100%
- B評価 90%
- C評価 80%

救命救急センターの充実段階評価（現行）

評価項目：45項目（100点）、是正を要する項目：20項目

是正を要する項目

平成30年の見直しで新規追加または細分化した項目

1	専従医師数
2	1のうち、救急科専門医数
3	3.1 休日及び夜間帯における医師数
3	3.2 休日及び夜間帯における救急専従医師数
4	救命救急センター長の要件
5	転院及び転棟の調整を行う者の配置
6	診療データの登録制度への参加と自己評価
7	7.1 年間に受け入れた重篤患者数（来院時）（別表）
7	7.2 地域貢献度
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
9	救急外来のトリアージ機能
10	電子的診療台帳の整備等
11	内因性疾患への診療体制
12	外因性疾患への診療体制
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
15	産（婦人）科医による診療体制
16	医師事務作業補助者の有無
17	薬剤師の配置
18	臨床工学技士の配置
19	医師及び医療関係職と事務職員等との役割分担
20	CT・MRI検査の体制
21	手術室の体制
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
23	第三者による医療機能の評価
24	休日及び夜間勤務の適正化

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
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
27	院内急変への診療体制
28	脳死判定及び臓器・組織提供のための整備等
29	救急医療領域の人生の最終段階における医療の整備
30	救急医療領域の虐待に関する整備
31	地域の救急搬送
32	地域の関係機関との連携
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関与又は参画
34	救急医療情報システムへの関与
35	ウツタイン様式調査への協力状況
36	メディカルコントロール体制への関与
37	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	37.2 救急救命士の病院実習受入状況
38	臨床研修医の受入状況
39	専攻医の受入状況
40	医療従事者への教育
41	災害に関する教育
42	災害に関する計画の策定

<評価基準>

一定の水準に達していない	→0～1点
適切に行われている	→2点
秀でている	→3点以上

充実段階評価の評価区分（令和2年以降）

		是正を要する項目(項目数)			
		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

<評価区分>

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

評価区分ごとの施設数(%)の推移

評価実績年	H30	R1	R2	R3	R4	R5
S評価	68 (23.5)	76 (26.0)	104 (35.2)	98 (32.9)	86 (28.7)	98 (32.2)
A評価	217 (75.1)	209 (71.6)	189 (64.1)	194 (65.1)	206 (68.7)	200 (65.8)
B評価	4 (1.3)	7 (2.4)	2 (0.7)	5 (1.7)	8 (2.6)	6 (1.9)
C評価	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
合計	289	292	295	298	300	304

※令和2年において、予定していた評価基準の段階的な引き上げが完了した。

※令和2年と令和3年の充実段階評価において、一部の項目を評価の対象外とし、また令和3年においては、令和元年よりも評価区分が下がったセンターに対してヒアリングを実施した。

※令和4年と令和5年の調査では全ての項目を評価の対象とした上で、希望する施設に対してはヒアリングを実施した。

充実段階評価の見直しに関する想定スケジュール

救命救急センターの充実段階評価について、現状の救命救急センターにおける取組状況や、厚生労働科学研究班による評価項目の見直しに係る検討を踏まえ、令和6年中に評価項目の見直しに関するとりまとめを行い、令和7年の評価（令和6年実績）で試行調査を行った上で、令和8年の評価（令和7年実績）から新しい項目により評価することとしてはどうか。

年	会議スケジュール	充実段階評価
R6	<p>救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ 充実段階評価の見直しについて議論 （8～11月目処 数回程度でとりまとめ想定）</p>	<p>議論の結果を反映して令和6年実績の調査で試行</p>
R7	<p>第8次医療計画等に関する検討会 に報告</p> <p>夏頃 救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ 試行結果とそれを踏まえた修正是非について確認</p> <p>社会保障審議会医療部会 に報告</p>	<p>2月(P) 令和6年評価を配布(現行+試行調査) 3-4月(P) 現行項目の結果公表</p> <p>試行結果を踏まえた項目の調整</p>
R8		<p>新しい充実段階評価の通知</p> <p>年始 令和7年評価を配布(新評価)</p>

参考資料

評価項目ごとの現状（抜粋）

（引用）

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）

ひと、くらし、みらいのために

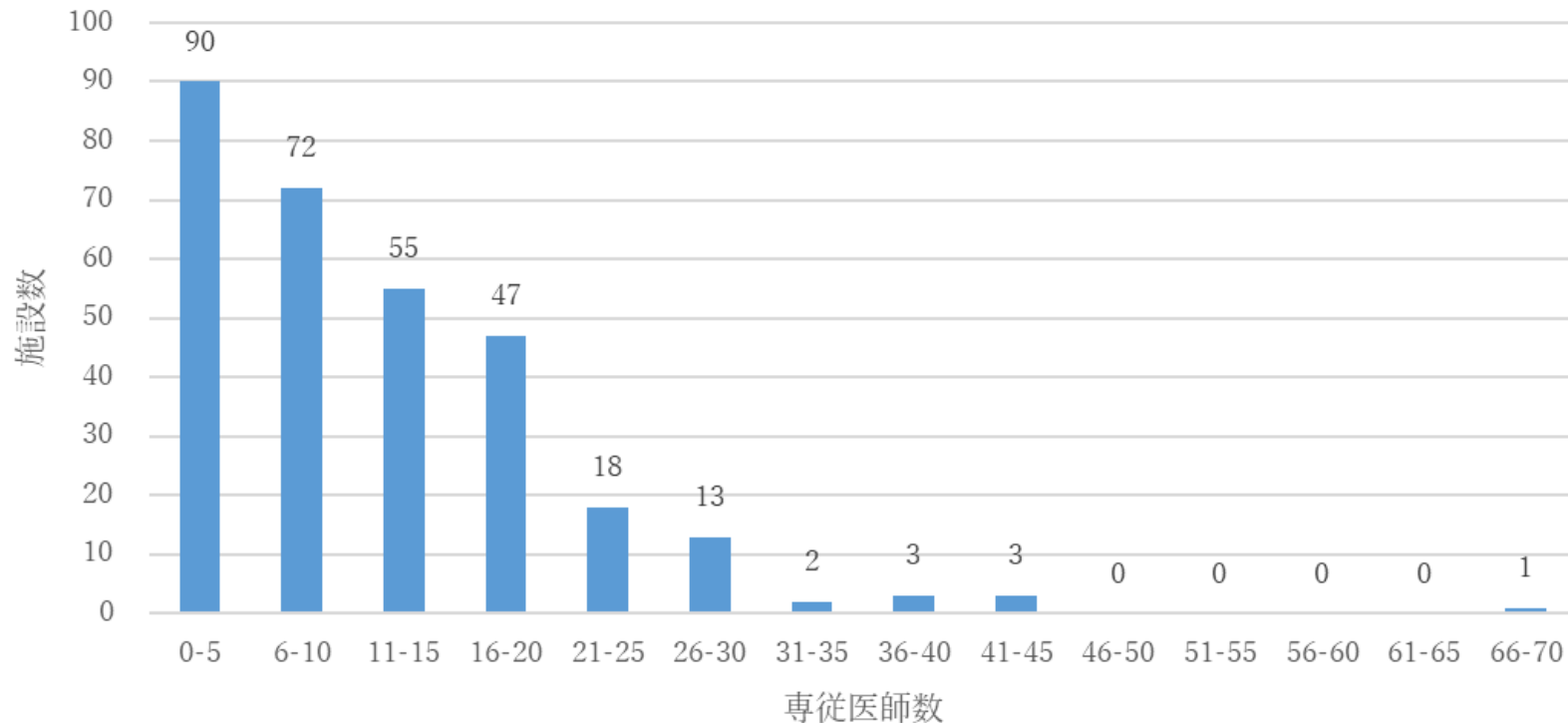


厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

救命救急センター専従医師数

1施設あたりの救命救急センター専従医師数は平均値は12人、中央値は10人であった。
0～5人の施設が90施設、6-10人の施設が72施設、11-15人の施設が55施設であった。

各施設の専従医師数

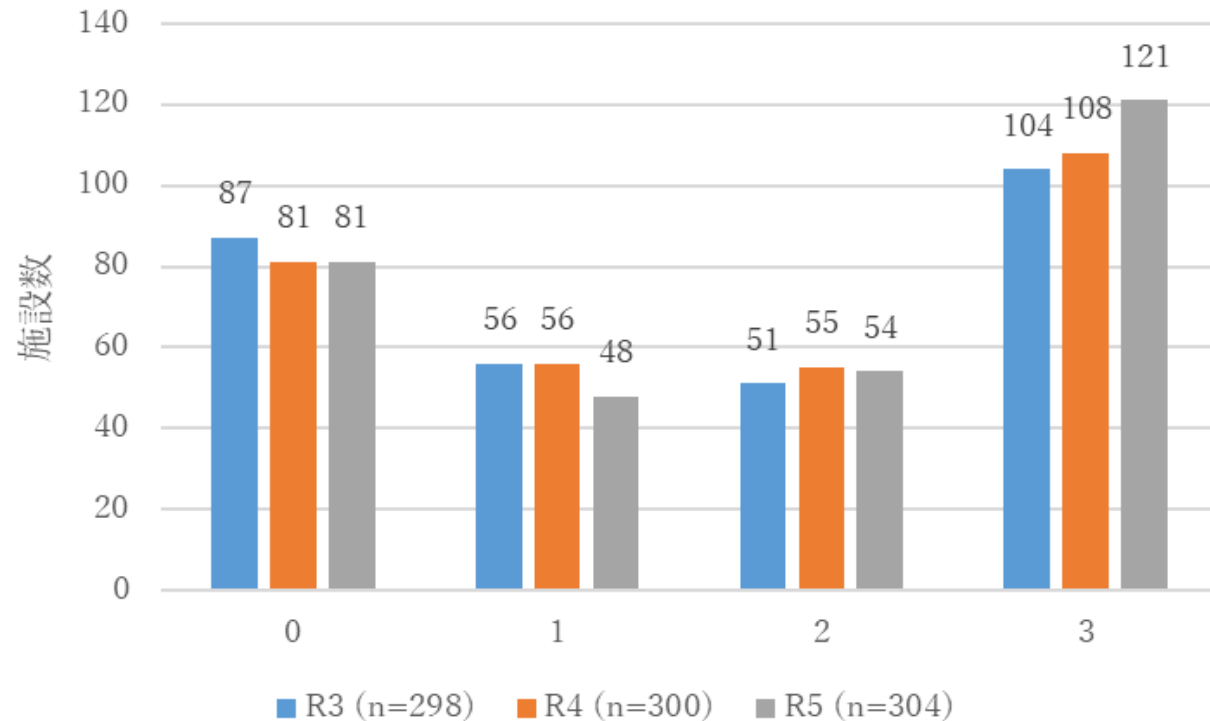


「専従医師」とは、常勤（所定労働時間が週32時間以上）で、救命救急センターにおいて搬送等により来院した重篤患者への外来診療及び救命救急センターの病床に入院している患者の診療に係る業務を行う者をいう。

救命救急センター専従医師数

専従医師の人数に関する評価項目点数は3点の施設（救命救急センターで14人以上、地域救命救急センターで7人以上）は増加しており、令和3年時点で104/298施設であったが、令和5年時点で121/304施設となっている。

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）



評価項目の定義等

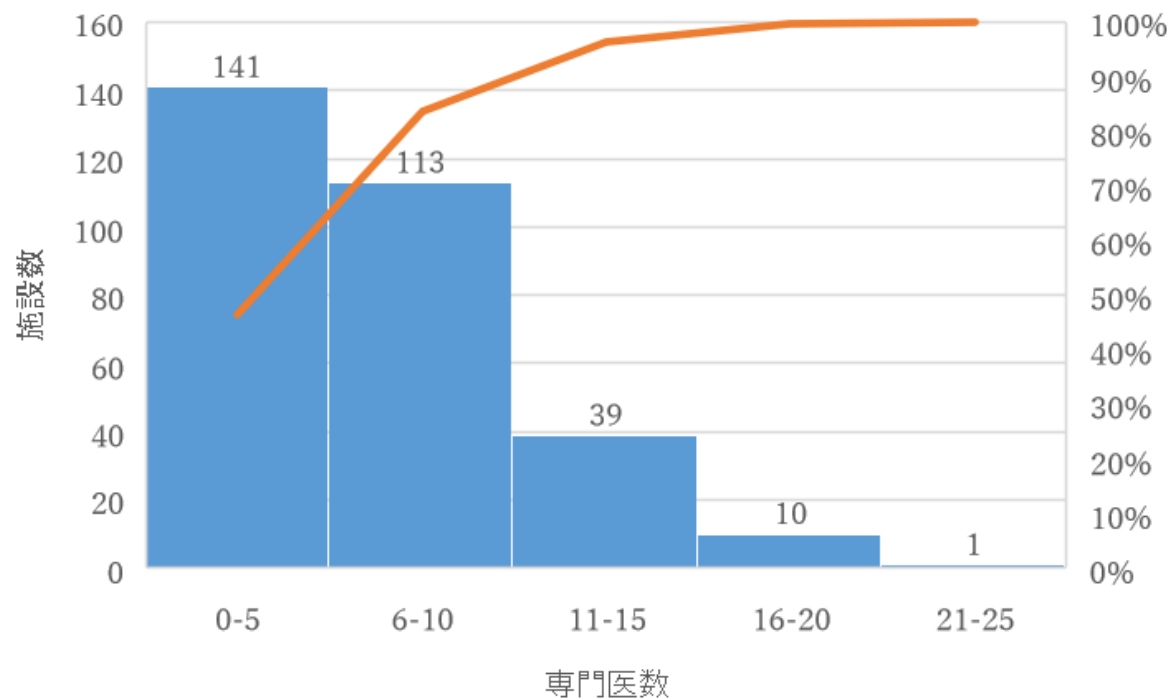
- 3：14人以上(救命救急センター),
7人以上(地域救命救急センター)
- 2：10人以上(救命救急センター),
5人以上(地域救命救急センター)
- 1：6人以上(救命救急センター)
3人以上(地域救命救急センター)
- 0：上記基準のいずれも満たさない

「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。

救命救急センター専従医師のうち、救急科専門医数

1施設あたりの専従の「救急科専門医」の人数の平均値は7人、中央値は6人であった。最高人数は22人、最低人数は0人(5施設)であった。専門医の人数が11人以上の施設は全体の16%であった。

各施設の専従医師数にしめる救急科専門医数

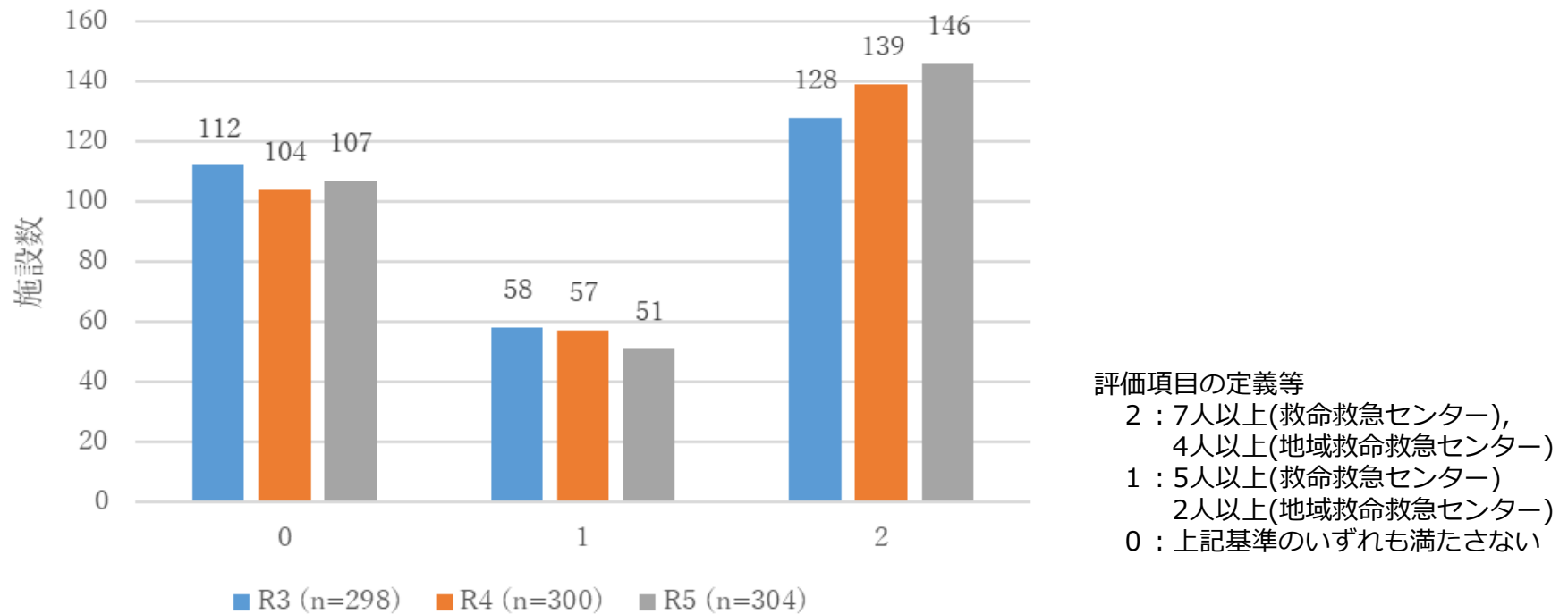


「救急科専門医」とは、一般社団法人日本救急医学会により認定された救急科専門医又は日本専門医機構救急科専門医をいう。日本救急医学会指導医は、日本救急医学会の救急科専門医を取得所持する者であるため、その数を「救急科専門医」に含めるものとする。

救命救急センター専従医師のうち、救急科専門医数

救急専門医数に関する評価項目点数は2点の施設（救命救急センターで7人以上、地域救命救急センターで4人以上）で増加しており、令和3年時点で128/298施設であったが、令和5年時点で146/304施設となっている。

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）

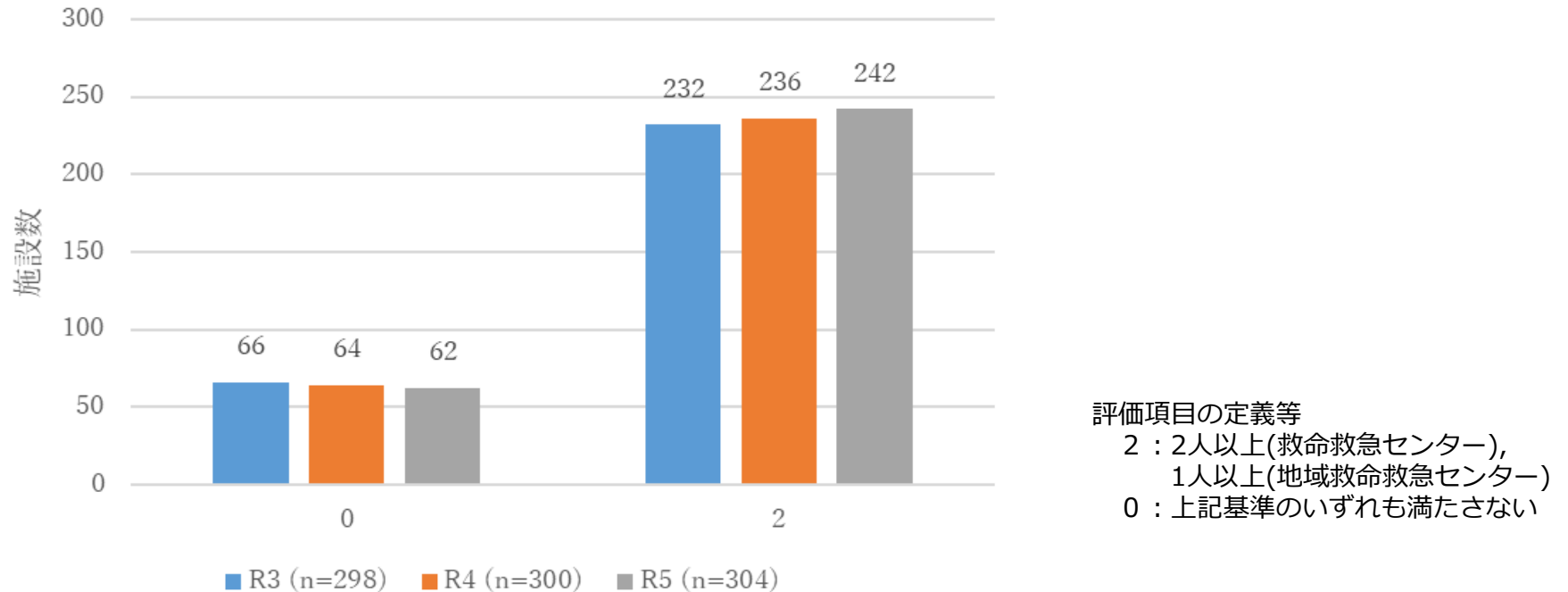


「救急科専門医」とは、一般社団法人日本救急医学会により認定された救急科専門医又は日本専門医機構救急科専門医をいう。日本救急医学会指導医は、日本救急医学会の救急科専門医を取得所持する者であるため、その数を「救急科専門医」に含めるものとする。

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の評価項目点数は、令和5年時点で2点の施設（救命救急センターで2人以上、地域救命救急センターで1人以上）の施設が242/304施設であった。

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）

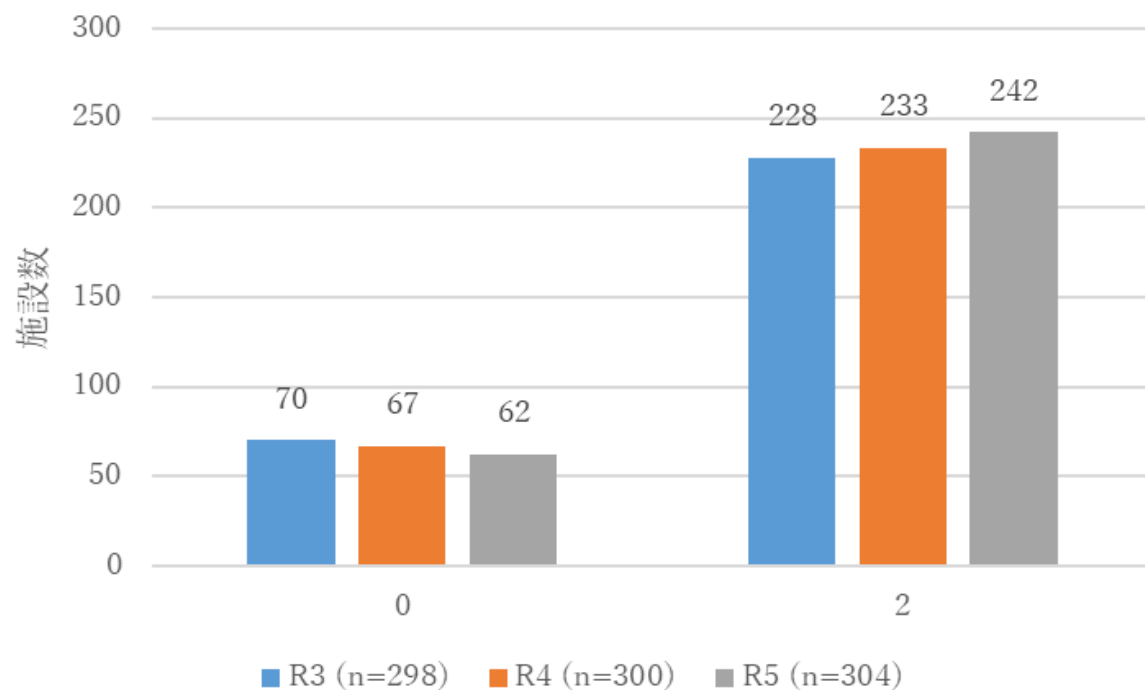


「休日及び夜間帯における医師数」とは、休日及び夜間帯における診療であって、救命救急センターにおいて搬送等により来院した重篤患者への外来診療及び救命救急センターの病床に入院している患者の診療に係る業務を行う医師の数をいう。

診療データ登録制度への参加と自己評価

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、自己評価を行っている施設は増加しており、令和5年時点で242/304施設であった。

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）



評価項目の定義等

- 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

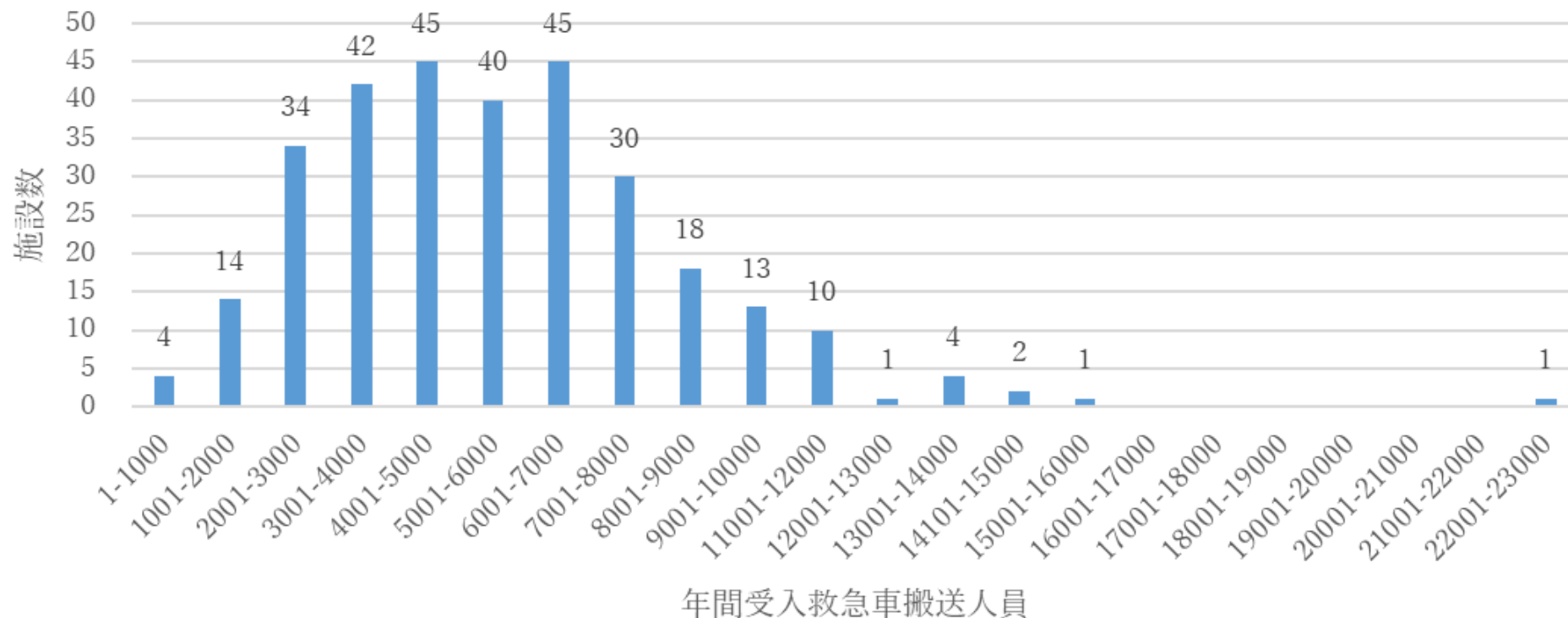
「診療データの登録制度」とは、救命救急医療に関わる疾病の全国的な診療データの登録制度をいう。

「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。

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は、最低人数460人、最高人数22,387人であり、平均値は5,637人 中央値は5,253人であった。

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

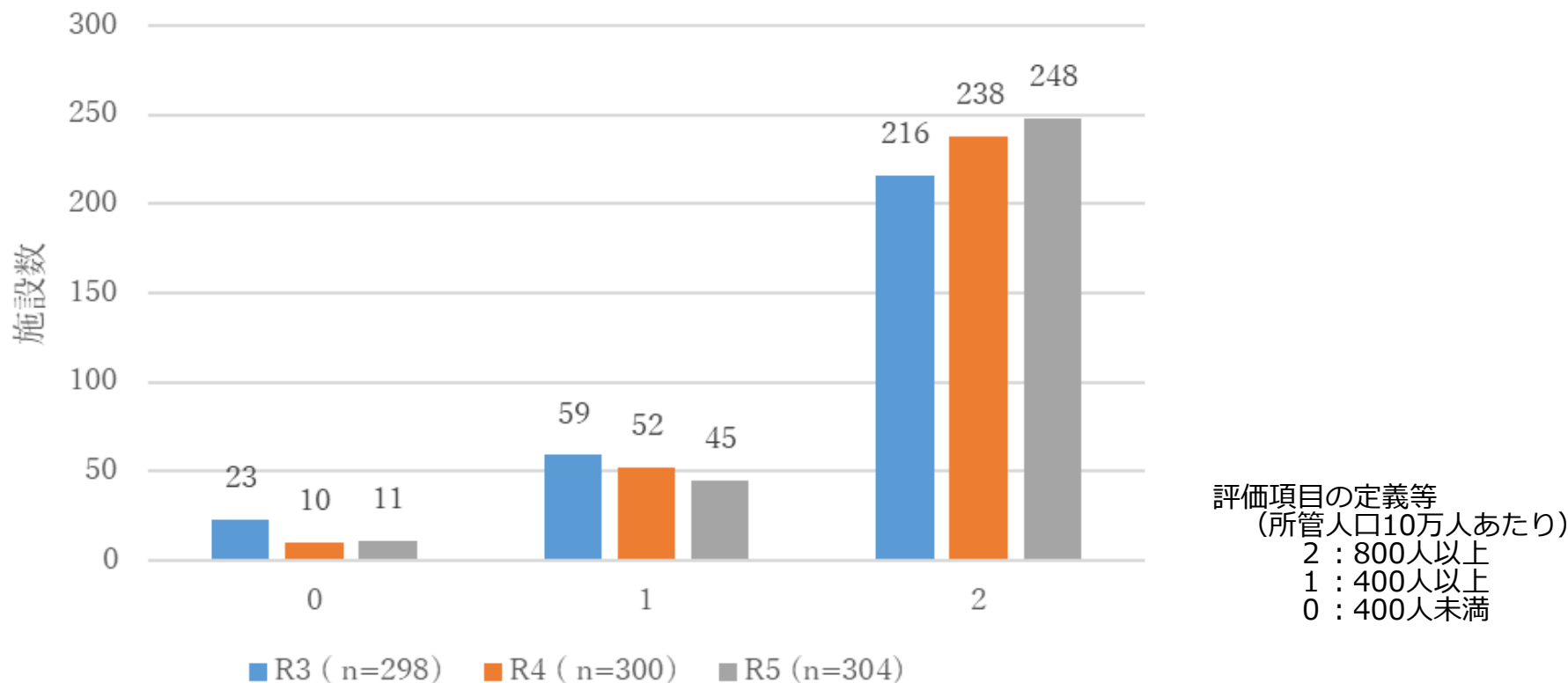


「受入救急車搬送人員」とは、救命救急センターを設置する病院全体に救急車（ドクターカーやヘリコプターを含む。）によって搬送された人員をいう。

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

年間救急車搬送人員の評価項目点数は2点の施設（所管人口10万人あたり800人以上）が増加しており、令和5年時点で248/304施設であった。

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）

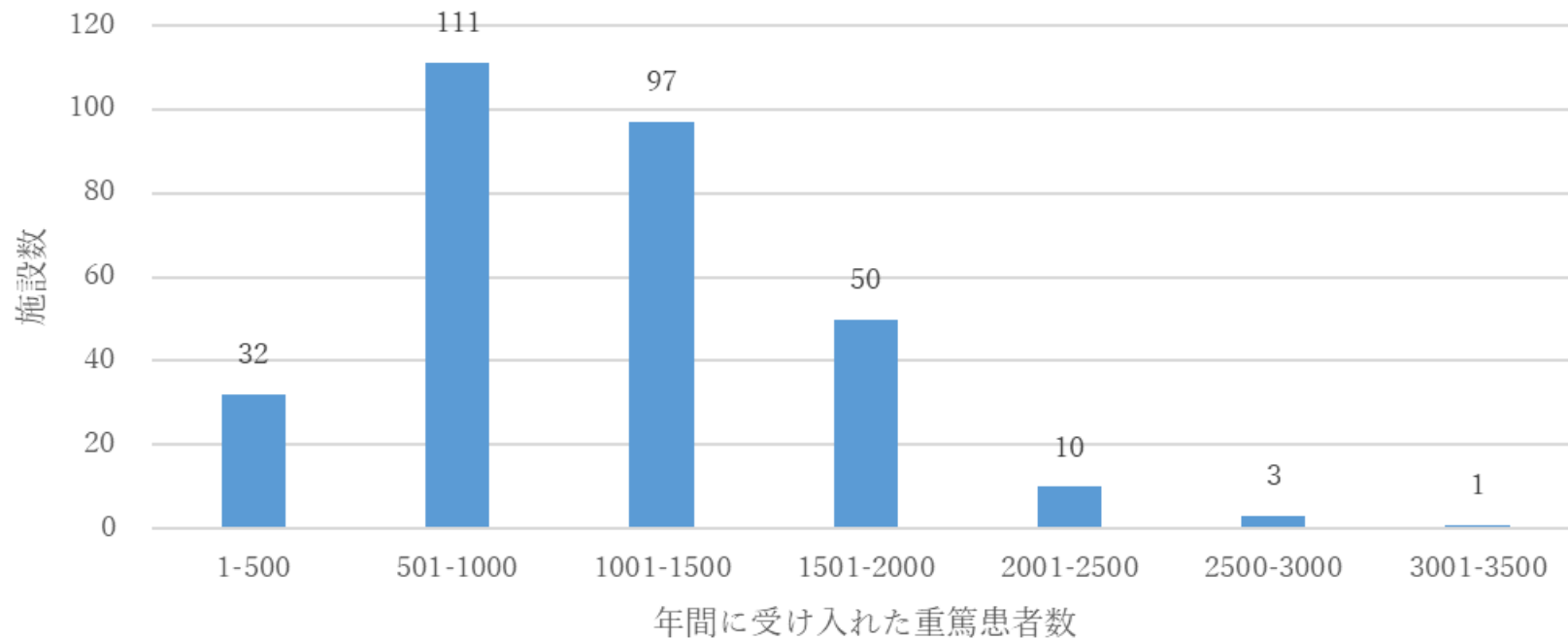


「受入救急車搬送人員」とは、救命救急センターを設置する病院全体に救急車（ドクターカーやヘリコプターを含む。）によって搬送された人員をいう。なお、「所管人口」とは、都道府県が救急医療対策協議会等において、各救命救急センターの所管すべき人口として当該都道府県の人口を按分したものをいう。

年間に受け入れた重篤患者数（来院時）

年間に受け入れた重篤患者数の最低人数は152人、最高人数は3092人であり、平均値は1098人、中央値は1021人であった。

各施設の年間に受け入れた重篤患者数

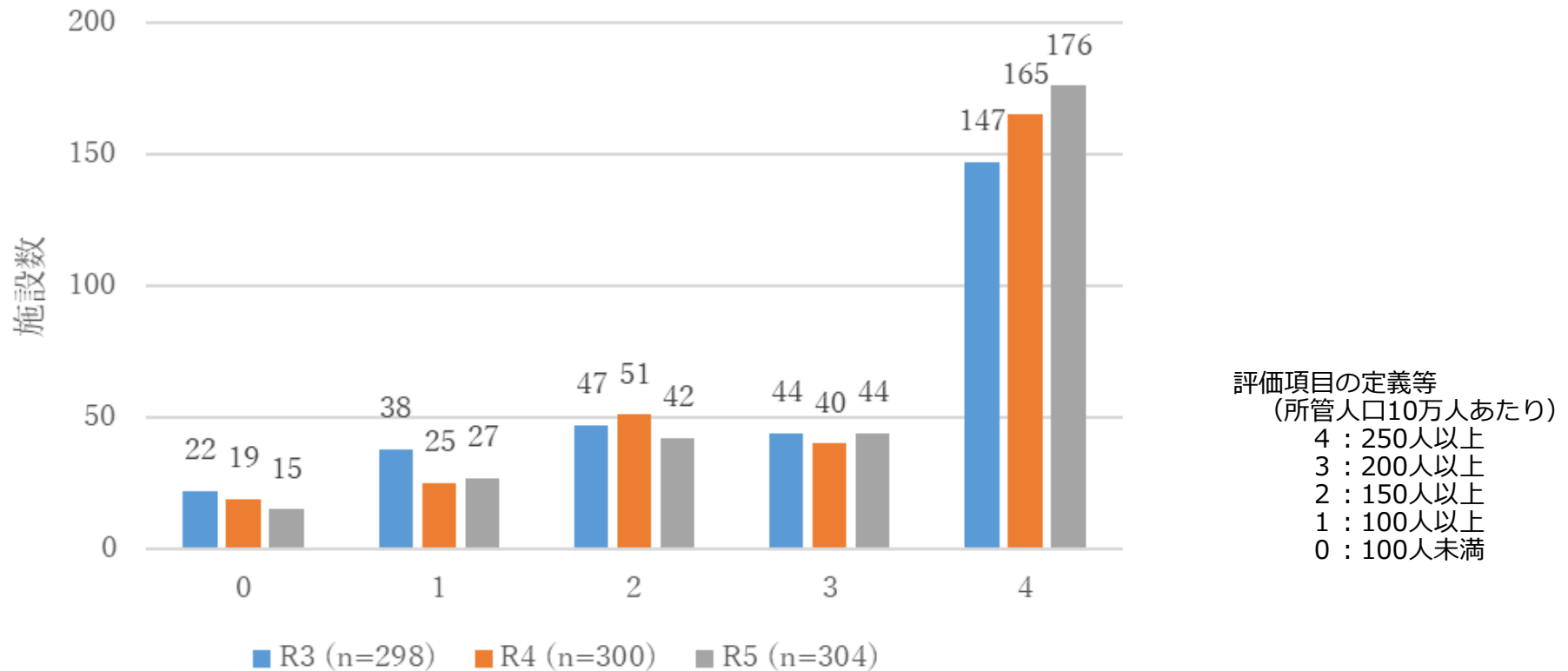


「重篤患者」であるか否かの基準は別表（次項）「来院時の年間重篤患者数」による。「年間に受け入れた重篤患者数（来院時）」には、転院搬送により救命救急センターに入院した患者も含む。

年間に受け入れた重篤患者数（来院時）

年間に受け入れた重篤患者数の評価項目点数は4点の施設（所管人口10万人あたり250人以上）が増加しており、令和5年時点で176/304施設であった。

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

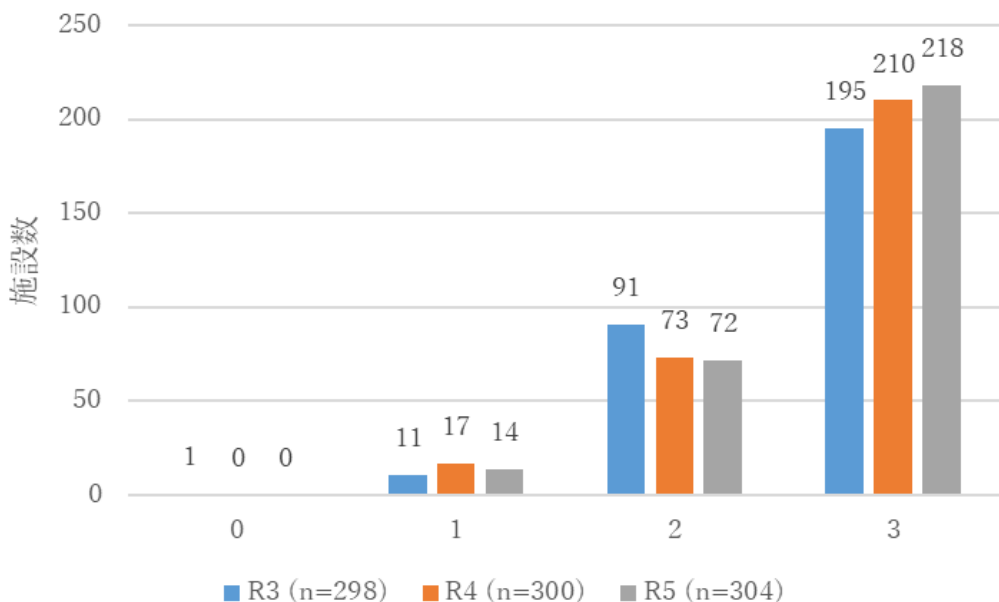


「重篤患者」であるか否かの基準は別表（次項）「来院時の年間重篤患者数」による。「年間に受け入れた重篤患者数（来院時）」には、転院搬送により救命救急センターに入院した患者も含む。なお、「所管人口」とは、都道府県が救急医療対策協議会等において、各救命救急センターの所管すべき人口として当該都道府県の人口を按分したものをいう。

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

搬送受入要請について応需率等の確認、応需状況の改善にむけて院内および院外（メディカルコントロール協議会等）で検討している施設数は増加しており、令和5年時点で218/304施設であった。

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）



評価項目の定義等

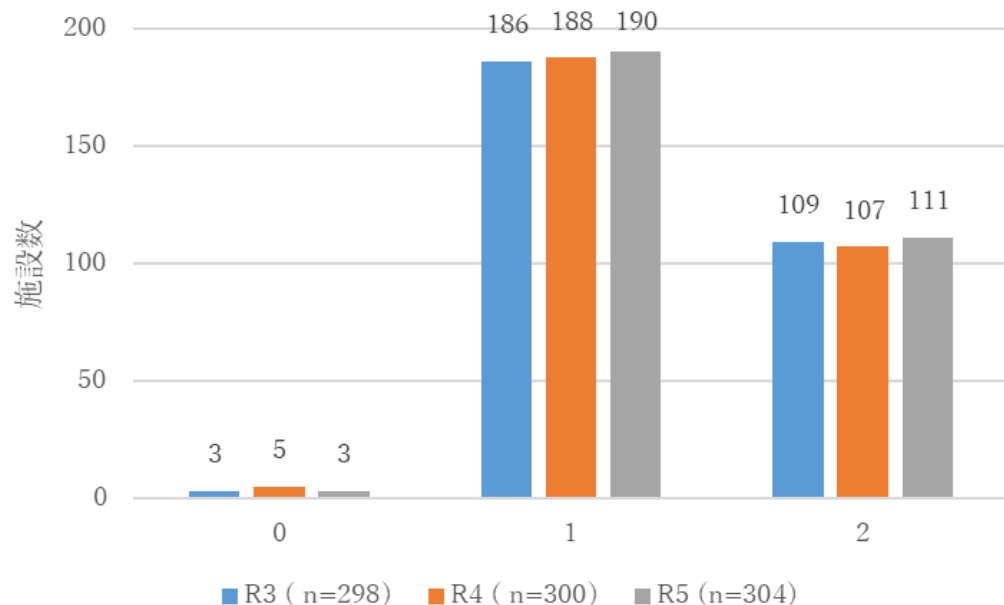
- 3：下記2つの内容に加え、調査対象年の応需状況について院外に公表するとともに、院外の委員会（メディカルコントロール協議会等）で応需状況の改善等に向けた検討を実施している
- 2：下記に加え、応需状況（搬送件数、内訳、応需率や不応需理由）について院内に公表するとともに、院内の委員会で応需状況の改善等に向けた検討を実施している上記の基準を満たさない
- 1：救命救急センターに対する消防機関からの電話による搬送受入要請について、受入れに至らなかった場合の理由も含め対応記録を残し、応需率等を確認している
- 0：上記の基準を満たさない

「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。

内因性疾患への診療体制

循環器科、脳神経内科、消化器科において夜間・休日の院外のオンコール体制が整備されている施設（評価項目点数1）が最も多く、令和5年時点で190/304施設であった。

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）



評価項目の定義等

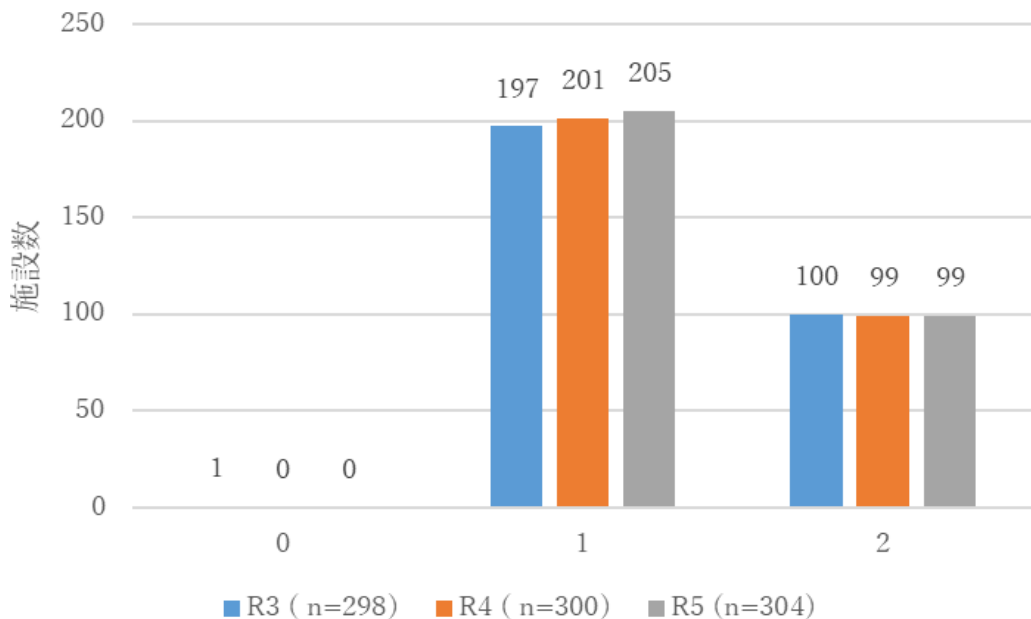
- 2：循環器科、脳神経科及び消化器科の全ての診療科の医師が院内に常時勤務していることにより、循環器疾患、脳神経疾患又は消化管出血を疑う患者が搬送された時に、救急外来から診療を依頼された診療科において迅速（来院から治療開始までに60分）に診療できる体制になっている
- 1：循環器科、脳神経科及び消化器科において夜間・休日の院外オンコール体制が整備されていることにより、循環器疾患、脳神経疾患又は消化管出血を疑う患者が搬送された時に、救急外来から診療を依頼された診療科において迅速に診療できる体制になっている
- 0：上記の基準を満たさない

「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。

外因性疾患への診療体制

一般外科、脳神経外科及び整形外科において夜間・休日の院外オンコール体制が整備されている施設（評価項目点数1）が最も多く、令和5年時点で205/304施設であった。

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）



評価項目の定義等

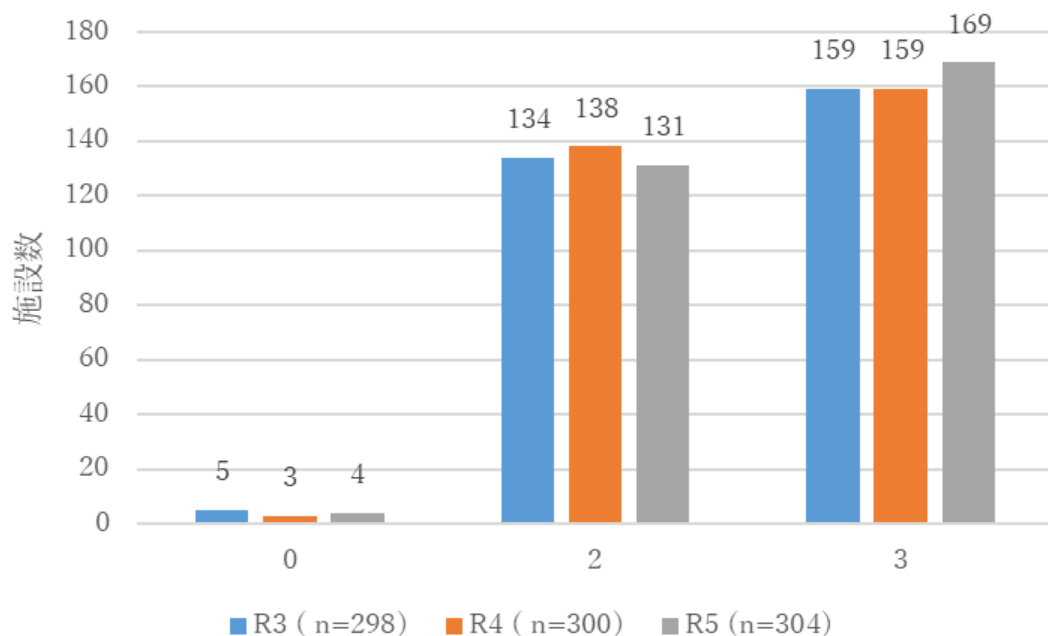
- 2：一般外科、脳神経外科及び整形外科の全ての診療科の医師が院内に常時勤務していることにより、外傷を疑う患者が搬送された時に、1に該当する専従医師が診察を行い、救急外来から診療を依頼された診療科が迅速（来院から治療開始までに60分）に診療できる体制になっている
- 1：一般外科、脳神経外科及び整形外科において夜間・休日の院外オンコール体制が整備されていることにより、外傷を疑う患者が搬送された時に、救急外来から診療を依頼された診療科が迅速に診療できる体制になっている
- 0：上記の基準を満たさない

「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。

精神科医による診療体制

精神科医が救命救急センターのカンファレンス等に産科し、精神疾患を伴う患者の治療、退院支援等に継続的に関わる体制になっている施設（評価点数項目3点）が増加しており、令和5年時点で169/304施設であった。

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）



評価項目の定義等

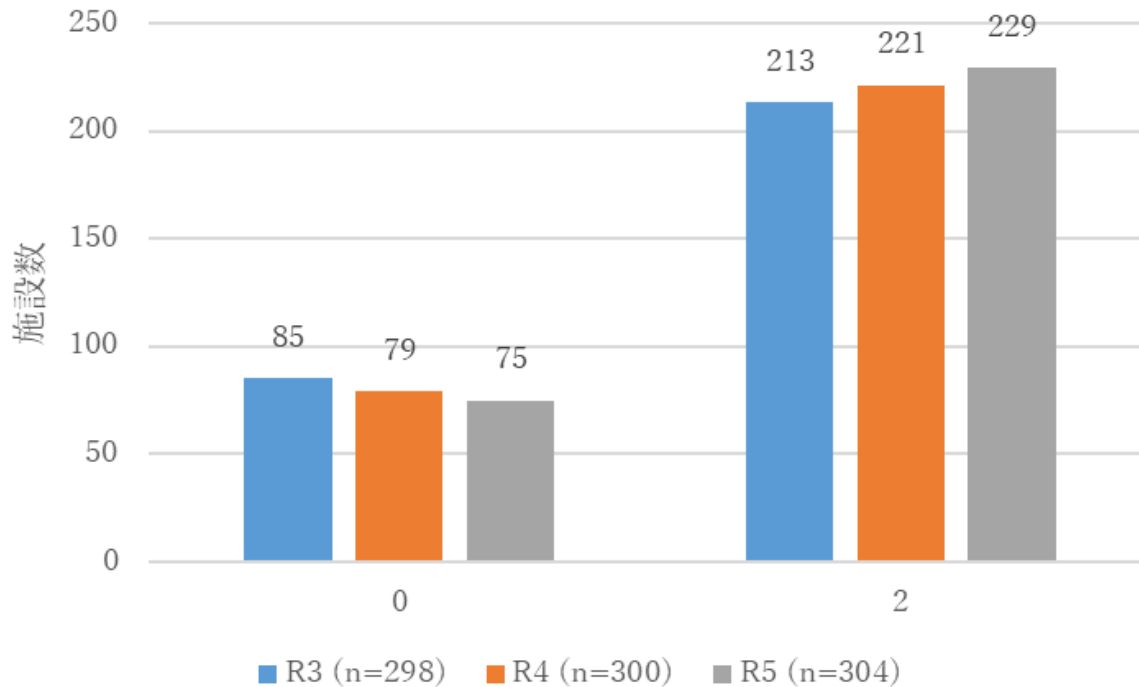
- 3：下記に加え、精神科医が救命救急センターのカンファレンス等に参加するなど、精神疾患を伴う患者の入院中の治療、退院支援、転院先との連携等に継続的に関わる体制になっている
- 2：精神的疾患を伴う患者が搬送された時に、院内の精神科医が常時直接診察するか、救命救急センターの医師が常時精神科医（近隣の精神科病院との連携も含む）に相談できる体制になっている
- 0：上記の基準を満たさない

「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。

薬剤師の配置

薬剤師が平日の日勤帯に救命救急センターに常時勤務している施設（評価項目点数2）が増加しており、令和5年時点で229/304施設であった。

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）



評価項目の定義等

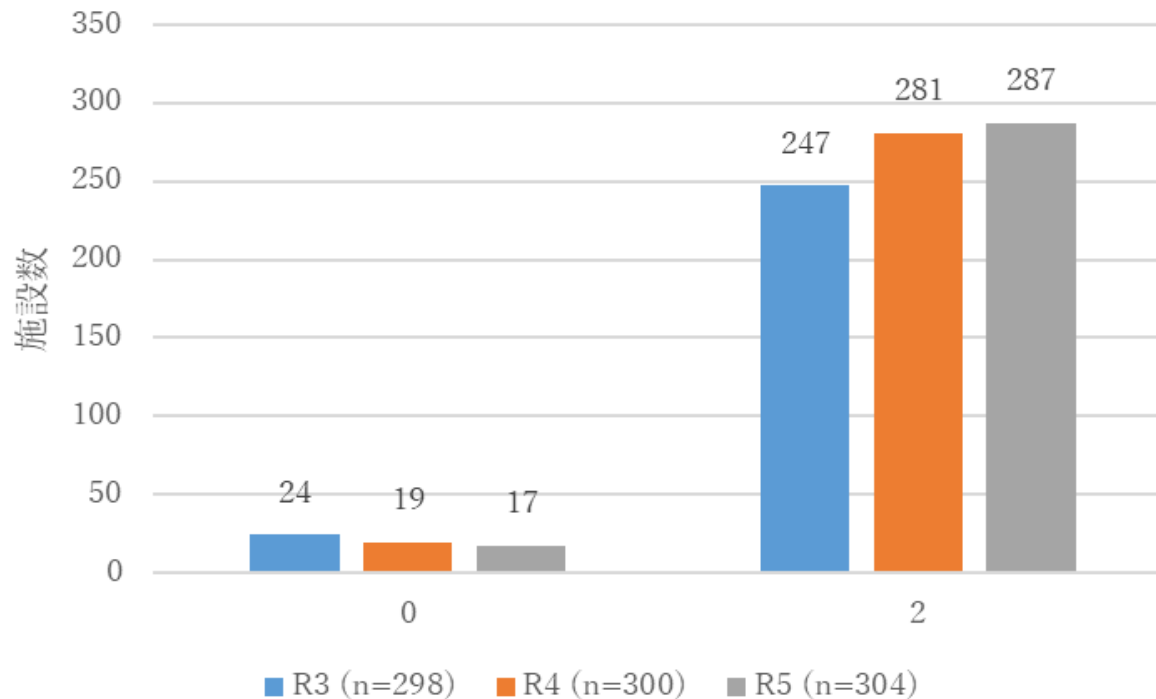
- 2：薬剤師が、平日の日勤帯に救命救急センターに常時勤務している
- 0：上記の基準を満たさない

「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。

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施設（評価項目点数2点）が増加しており、令和5年時点で287/304施設であった。

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）



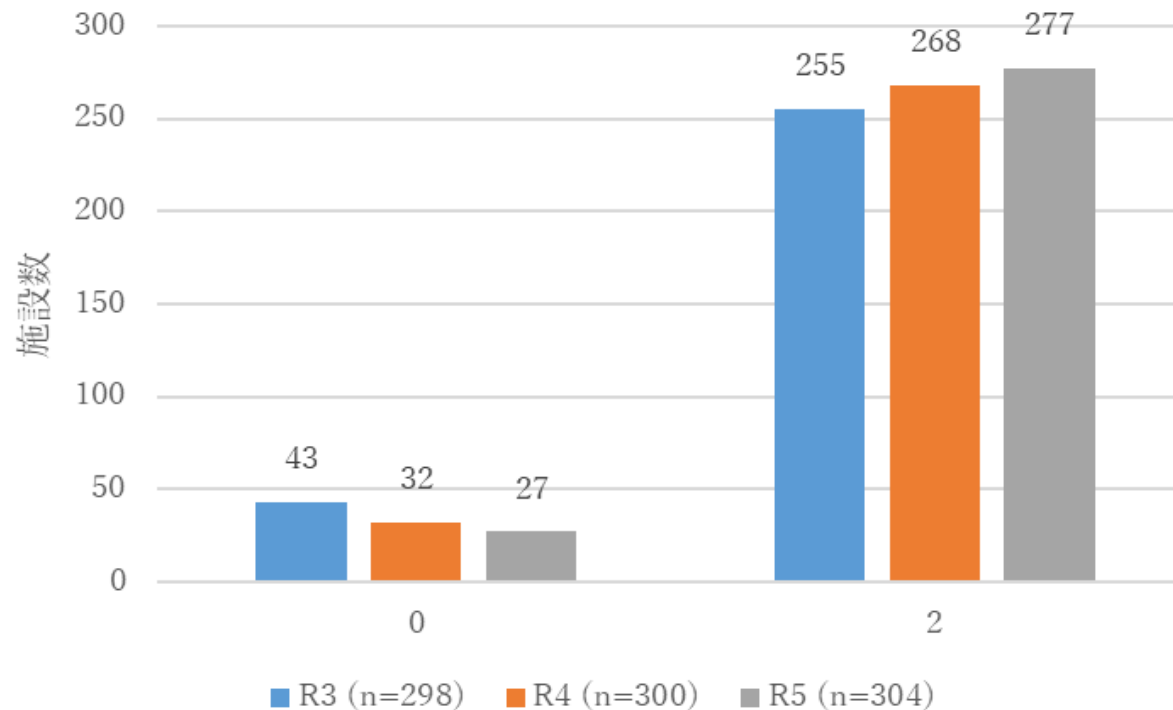
評価項目の定義等：

- 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

救急医療領域の人生の最終段階における医療の整備

人生の最終段階に関して明文化された基準・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を行っている施設（評価点数2点）は増加しており、令和5年時点で277/304施設であった。

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）



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。