

求められる機能	番号	設問	実数等	点数	配点基準 (事前調査を踏まえて調整)	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)	新旧対照	変更・新設の背景
					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	人		・14人以上: +5点 ・10人以上: +4点 ・7人以上: +3点	・7人以上: +5点 ・5人以上: +4点 ・3人以上: +3点	基準の変更	厚生労働科学研究
	2	1にしめる救急科専門医数	人		・7人以上: +5点 ・5人以上: +4点	・4人以上: +5点 ・2人以上: +4点	基準の変更	厚生労働科学研究
	3	休日及び夜間帯におけるセンターの医師数	人		・4人以上: +3点 ・2人以上: +1点	・2人以上: +3点 ・1人以上: +1点	基準の変更	厚生労働科学研究
	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: +4点 ・センター専従医である: +2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、「それ以外」を選択すること。	基準の変更	厚生労働科学研究
	5	医師業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	診療報酬上の「医師事務作業補助体制加算」の算定が可能である病院が配点の前提。	新設	緊急医師確保対策 (病院勤務医負担の軽減)
	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搬送等される患者の病態が一般病棟や他院での加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の業務とする者をいう。	新設	平成19年7月20日「救急医療の連携構築に係る指針」
	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、その管理者を選定し、台帳を適切に管理することが求められる。	基準の変更	
	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: +3点	ここで言う「各種診療登録制度」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。AIS3以上の外傷をすべて登録している場合に算定する。	基準の変更	
	9	消防機関から搬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専従医が応答し受入可否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		基準の変更	平成19年12月10日通知「産科救急搬送受入体制の確保について」で指摘
	10	循環器疾患への診療体制			・循環器疾患を疑う傷病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」には、内科系か外科系かを問わない。オンコールは含まない。	新設	厚生労働科学研究
	11	脳神経疾患への診療体制			・脳神経疾患を疑う傷病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」には、内科系か外科系かを問わない。オンコールは含まない。	新設	厚生労働科学研究
	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傷病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		新設	厚生労働科学研究
	13	精神科医による診療体制			・精神的疾患を伴う傷病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		新設	自殺総合対策大綱
	14	小児科医による診療体制			・小児傷病者が搬送された時に、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: +2点 ・平日日中のみ可能である: 0点		新設	厚生労働科学研究
	15	産(婦人)科医による診療体制			・産(婦人)科に関する傷病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		新設	平成19年12月10日通知「産科救急搬送受入体制の確保について」
	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)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以内であることを言う。	新設	厚生労働科学研究
	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、緊急手術が必要な傷病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		新設	検討会での指摘
	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。	基準の変更	
	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		新設	厚生労働科学研究
	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: +3点		基準の変更	救命センターにおける院内感染に関する一連の問題
	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		従来通り	

重症・重篤患者の診療機能

求められる機能	番号	設問	実数等	点数	配点基準 (事前調査を踏まえて調整)	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)	新旧対照	変更・新設の背景	
					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	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		従来通り		
	23	医師の負担軽減の体制			・1の専従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「医師及び医療機関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。	新設	緊急医師確保対策 (病院勤務医負担の軽減)	
	24	休日及び夜間勤務の適性化			・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 ・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性化について」を参照すること	新設	緊急医師確保対策 (病院勤務医負担の軽減)	
	25	年間重篤傷病者数		人	・500人以上:+1点 (以後、100人増すごとに+1点) (上限は1200人以上:8点まで)	・250人以上:+1点 (以後、50人増すごとに+1点) (上限は600人以上:8点まで)	重篤患者の定義は別添の定義による。(別表参照) 重症患者リストの概要提出を求める。 (実態を踏まえて基準の調整)	基準の変更	
	26	救命救急センターを含む病院の年間救急車搬送人員		人	・2000人以上:+1点 (以後、1000人増すごとに+1点) (上限は6000人以上:+5点)	・1000人以上:+1点 (以後、500人増すごとに+1点) (上限は3000人以上:+5点)	救急車の他、ドクターカーやヘリコプターによる搬送も含める。 (実態を踏まえて基準の調整)	新設	厚生労働科学研究
	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、応需率等の応需状況について院内外に概要を公表するとともに、応需状況の改善のため院外の委員会(MC協議会)や院内の委員会で応需状況の改善に向けて検討を実施している。:+7点 ・対応記録と応需率を記録していない。:-5点	ここでいう「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件数/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、ホットラインへ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。	新設	平成19年12月10日通知 「産科救急搬送受入体制の確保について」	
	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、最初から医師か看護師が電話を受け、対応記録を残し、応需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 ・応需状況を記録していない。:-3点	ここでいう「消防機関からの電話による救急搬送受入要請」には、当該センターの所属する病院への消防機関からの軽症・中等症傷病者を含む26の受入要請を除く全ての救急搬送受入要請を指す。 27と同じであれば、記入の必要ない。	新設	平成19年12月10日通知 「産科救急搬送受入体制の確保について」	
	29	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、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を取る)	基準の変更	検討会での指摘	
	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、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算定しない。	新設	厚生労働科学研究	
	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、24時間常時、専用電話で応答し、応答記録を整備している。:+4点	・消防司令センター等へ1の専従医を派遣し、救急救命士に適切に指示助言を行っている場合も2点 ・専用電話はホットラインとの共有は可	基準の変更	
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	新設	平成19年7月20日「救急医療の連携構築に係る指針」	
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) ・当該センターの属する病院は、適切に情報を更新している。もしくは入力状況について院内外の委員会(MC協議会等)で検証し、改善について検討を行っている:+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 ・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3点を配点。	新設	平成19年12月10日通知 「産科救急搬送受入体制の確保について」	
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	当該医療機関のある地域の管轄消防本部の長による評価。	新設	消防庁よりの要請	
救急医療の教育機能		35	救急救命士の病院実習受入状況			・挿管実習受入人数〇〇以下かつ薬剤投与受入人数〇〇以下:-5点	(実態を踏まえて基準の設定)	基準の変更	
	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		新設	厚生労働科学研究	
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		新設	厚生労働科学研究	
	38	DMAT指定医療機関の是非			・救命救急センターの専従医(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		新設	厚生労働科学研究	

※ 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 (時間は、GISのデータ等を参照)

資料4 新しい救命救急センターの充実段階評価(案)の別表

重篤救急患者の基準

救命救急センター入院患者の重篤の基準として以下のものを提示する。

1つの症例で複数の項目に該当する場合はもっとも適切なもの1つのみを選択する。

- | | |
|---------------|---|
| 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. 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、内分泌クリーゼ、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） |

【背景人口】

救命救急センターの設置申請時の対象人口 _____ 万 _____ 千人

(複数の施設で対象人口を算定している場合は、その対象人口を施設数で割ったものとする。)