

# 参考資料



- 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、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において、評価項目の見直し案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%

# 充実段階評価の評価区分（令和2年以降）

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2

令和6年8月8日

(改)

		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	R1	R2	R3	R4	R5	R6
S評価	76 (26)	104 (35.2)	98 (32.9)	86 (28.7)	98 (32.2)	102 (33.1)
A評価	209 (71.6)	189 (64.1)	194 (65.1)	206 (68.7)	200 (65.8)	199 (64.6)
B評価	7 (2.4)	2 (0.7)	5 (1.7)	8 (2.6)	6 (1.9)	7 (2.2)
C評価	0 0	0 0	1 (0.3)	0 0	0 0	0 0
合計	292	295	298	300	304	308

※令和2年において、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。

# 救命救急センターの充実段階評価（現行）

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  
令和6年8月8日

資料  
2

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

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
	3.2 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）
	7.2 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
	37.2 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

# 第8回救急災害WGの議論まとめ（1）

## ◆ 救急外来への看護師の配置について

- 看護師全体の不足もあり、専従看護師を常に配置することは難しく、無駄のない配置の検討すべきではないか。
- 特に専門性の高い看護師については、救急看護認定看護師等の数が不十分なのではないか。
- 薬剤師や臨床工学技士の配置については既に評価項目があり、看護師の配置を促すことは妥当ではないか。
- 「チームによる対応」や「入院しない患者への支援」を救命救急センターが牽引することを示すためにも必要な項目ではないか。
- 評価項目とすることが、院内での救急外来の立場向上になるのではないか。

## ◆ Peer review について

- 1つの項目として評価するというよりも、全施設で為されるべきではないか。
- 試行・導入の仕方や、持続可能な体制を検討するべきではないか。
- 試行の結果を踏まえて導入については検討するべきではないか。
- 質の評価をするにあたりアウトカムの設定が難しい中、peer reviewは質の担保に有用ではないか。

## ◆ 重症外傷に対する診療体制について

- 「大量輸血プロトコール（MTP）を整備している」ということの詳細な定義は議論すべきではないか。
- MTPは外傷対応の一部に過ぎないという点は留意すべきではないか。
- 外傷外科医を項目とするにあたっては救命救急センターの集約に関して議論すべきではないか。
- 「外傷外科医等養成研修事業」のみでは受講者の増加に対応できないのではないか。
- 他の外傷外科に関するoff the job トレーニングの受講者も評価すべきではないか。
- 外傷に関係する学術団体による体制評価の項目が参考になるのではないか。

## 第8回救急災害WGの議論まとめ（2）

### ◆ 充実段階評価のその他の事項について

- ▶ 充実段階評価に限った問題ではないが、ストラクチャーよりもアウトカムを評価する項目とすべきではないか。
- ▶ 手術やカテーテル治療に至るまでの時間などはアウトカムの一例になるのではないか。
- ▶ 命に係わる部分だけでなく、生活に関わる福祉・支援との連携も評価すべきではないか。
- ▶ 働き方改革の影響もあり、内因性/外因性疾患への診療体制に関する項目の「医師が院内に常時勤務している」の部分は再考が必要ではないか。
- ▶ 内因性/外因性疾患への診療体制に関する項目は、「是正を要する項目」ではなく、高次医療機関における体制のフォローアップとして既存の項目のまま残すべきではないか。

### ◆ 全体について

- ▶ 救命救急センターの集約化について議論すべきではないか。
- ▶ 救命救急センターの役割を明確化すれば必要な数は導かれると思われるが、“本来持つべき機能”だけでなくアクセスの問題は勘案すべきではないか。
- ▶ 二次救急医療機関は高齢者への対応も担う中、救急医療全体のバランスも勘案して二次救急・三次救急を両輪で支援すべきではないか。
- ▶ 搬送困難事例の受け皿を二次救急医療機関が担っている地域、救命救急センターが担っている地域があり、地域ごとに役割分担が異なる実状を勘案すべきではないか。

## 第9回WGの議論まとめ（1）

### ◆ 救急外来への看護師の配置について

- 看護師の確保が課題となっているなか、評価項目とするにあたって何かしらの配慮がしているのではないか。
- 専門性の高い看護師が一人いないといけないということだと達成は難しいと思われ、専門性の高い看護師の項については、「配置する看護師の中に、救急医療に関する専門性が高い看護師が含まれている」という記載にした方が良いのでは。
- 看護師の確保が大変な中で、救急外来への配置に関する項目を入れることで、多くの急患を受け入れている二次救急医療機関の看護師が救命救急センターに引き抜かれるのではないか。今はそうでなくても今後そうした流れに繋がることが懸念されるため、看護師の需給状況を踏まえながら検討する必要であるのでは。
- 試行調査段階で二次救急と三次救急の間の人の流れ、賃金といったもの全部含めてトータルで見えていくような調査が加わってこない、看護師が二次救急から三次救急に流れるという懸念は払拭されないため、試行段階において詳しい調査をぜひお願いしたい。
- 二次救急を担っている民間病院の多くは赤字で、コストを上げることが厳しく、三次救急を担う公的病院等とは給与体系が違うこともあり、折角育てた認定看護師がそちらへ流れる可能性があるのではないか。

### ◆ 充実段階評価に関するレビューの実施について

- ピアとは仲間・同僚を指す言葉であることから、自治体職員等の第三者によるレビューをピアレビューと表現するの適さないのではないか。
- 第三者として消防も明記するべきではないか。
- 公平性が保たれるよう第三者の在り方は検討するべき。レビューアーによって点数付けが甘い人、厳しい人がいると不公平な評価となることが懸念される。

## 第9回WGの議論まとめ（2）

### ◆ 重症外傷に対する診療体制について

- ▶ 外傷外科医等養成研修、SSTTコースを入れることは妥当と考えるが、同様のOJTとしてATOM、DSTC/DATC、ASSETTの受講者も評価すべきでは。
- ▶ 外傷外科医等養成研修は、必ずSSTTかアセットのどちらかを受講することになっており、この研修を受ければもうSSTTが終わっているということになるので、それ以外でまたSSTTを別個で受けた方が加わるという誤解を生み、そうするとSSTTの特別感がすごく際立ってしまうのではないか。
- ▶ 外傷外科医等養成研修を要件に入れることで、受講希望者が増える可能性がある。現状でも希望者の中から選定しているため、希望者が増えた場合に対応出来ない状況でこれを項目に入れると混乱を招くのではないか。
- ▶ 大量輸血プロトコール（MTP）は医療期によって多様であり、整備のみではなく実効性のあるプロトコルであることが重要であるため、その辺りも試行調査でプロトコルの内容を評価できると良いのでは。
- ▶ 重症外傷患者への対応は救命救急センターに求められる役割なので、本項目は是非とも追加していただきたい。

### ◆ 第三者による医療機能の評価

- ▶ 救急における機能評価は大事なことなので、一つ加わることは賛成である。
- ▶ 救命救急センターが307まで増えているが、本来は100万人に1か所という最初の趣旨から考えるとオーバーしている中で、これからの集約化も考慮される中で、第三者による医療機能評価というのも一つの大きなポイントになるのではないか。

## 第9回WGの議論まとめ（3）

### ◆ 診療データ登録制度への参加と自己評価

- 救急関係のレジストリは多数ある中で、なぜ自傷・自殺時レジストリが評価対象なのか。
- 事務的な視点として、レジストリ登録作業は現場負担になりうると思われる。
- 日本臨床救急医学会と厚生労働大臣指定法人の一般社団法人いのち支える自殺対策推進センターの共同でこのレジストリを管理して進めているが、レジストリが始まって2～3年というところで、現在参加している施設数は57施設と少なく、登録にドライブをかけていく上で、本レジストリが評価対象となると大変ありがたい。
- 若年の死因のトップが自殺というのは日本ぐらいであり、こういったレジストリ登録が対策の推進強化の後押しになると思う。

# 第10回WGの議論まとめ（1）

## ◆ 救急外来への看護師の配置について

- 救命救急センターの救急外来に、看護師を専従で配置している施設がどれくらいあるかを把握してはどうか。
- 専従の受け取り方が医療機関によって異なると考えられる。そのため、本調査結果を踏まえて、仮に「専従」を評価項目とすることを検討するのであれば、慎重な議論が必要。
- 新たな地域医療構想の中で、病院機能ということがまた問われている中で、人員配置が新たな評価項目となることは、医療機関の経営にとってはマイナスの方向に動く可能性がある。
- 二次救急を担っている民間病院の多くは赤字で、コストを上げることが厳しく、三次救急を担う公的病院等とは給与体系が違うこともあり、折角育てた認定看護師がそちらへ流れる可能性があるのではないか。

## ◆ 充実段階評価に関するレビューの実施について

- 医療機関は保健所とやりとりがあることから、レビュアーとして保健所の職員を確保することはハードルは低いと思うが、保健所の医師でなければならいとするとハードルが上がると思われるため、調査に当たってはその辺りも注意して聞いて欲しい。

## 第10回WGの議論まとめ（2）

### ◆ 重症外傷に対する診療体制について

- 大量輸血プロトコール（MTP）といってもその内容について施設によって様々である。例えば、救急外来に血液製剤を置いていてすぐに使える状態にしていることをMTPと捉えている施設もあれば、輸血を行う際に使用する機材なども含めて病院全体としてプロトコールとして定め、血液製剤の内容や運搬体制等を決めているといった形のプロトコールとしている施設もある。MTPの整備を評価項目とするのであれば、MTPがどのようなものかという基準を定める必要がある。その上でそれをレビューで確認するとよいのではないか。
- 各研修コースの受講者の人数は、具体的な職種と人数を記載してもらおう形式にすれば、網羅的に把握できるのではないか。
- 研修の参加人数が限られており、看護師は機械出しで参加している研修もある。研修の見学でも目的は達しているように思われるため、必ずしも研修を受講せずとも参加というカテゴリーも要件として検討していただきたい。

### ◆ 診療データ登録制度への参加と自己評価

- 医療機関の医師から聞いた話だと、レジストリについては、結構積極的にやればやるほど苦労しているという話を聞いており、どういったレジストリに参加しているか幅広く聞いてみてはどうか。