

2025 年度外傷診療施設機能評価制度 評価項目の基準解釈

2025 年 4 月 6 日

外傷診療機能評価制度 評価項目表の記載において、下記の基準を基に記載するものとする。判断が困難な事例等がある場合は、最終的判断は外傷診療施設評価委員会が判定する。

申請に使用する症例は、**2022 年 1 月 1 日から 2024 年 12 月 31 日まで（受傷日）**の期間（3 年間）のものとする。但し、評価項目によっては期間を別途指示しているものがあるのでそれに従う。使用する症例においては本期間に受傷して入院（初療手術症例を含む）したものを使用すること。申請時に各項目の要件を満たしていない場合は該当項目なしとして申請すること。なお、年間件数とされる項目においては、2024 年 1 月 1 日から 2024 年 12 月 31 日までの件数で記載すること。また、施設の職員数などの状況の評価する際には、申請日時点の数値等を記載する。

評価判断の基準：

評価基準は以下の 3 つのランクで判定する。

SSS ランク外傷診療施設：我が国における外傷診療体制整備基準を極めて高いレベルで実施していることが認定された施設（2024 年度申請施設における総合得点上位 15%）

SS ランク外傷診療施設：我が国における外傷診療体制整備基準を高いレベルで実施していることが認定された施設（2024 年度申請施設における総合得点上位 25%）

S ランク外傷診療施設：我が国における外傷診療体制整備必須基準を標準的レベルで実施していることが認定された施設（必須項目全てに加点のある施設）

各ランクの基準は以下の通りとし、申請施設全体の点数を加味して外傷診療施設評価委員会にて基準を設定する。

- ・ 必須項目のすべてにおいてそれぞれ 1 点以上を満たした施設は、「S ランク」と評価する。
- ・ 必須項目に加えて、サイトビジット終了時のその他の項目の加算点数の総数（総合得点）により申請施設の上位 15%を「SSS ランク」、上位 25%を「SS ランク」とそれぞれ認定する（基準は外傷診療施設評価委員会で毎年検討）。
- ・ 原則、サイトビジットは全例実施する。申請施設数によっては、次年度以降に実施することがある。サイトビジットの際には、実際の資料等の提示を求めることがあるので申請後も資料を保管しておくこと。
- ・ 症例を除く施設要件等は、申請時の状態におけるその実績で記載する。ただし、申請時に要件を満たしていない場合はないものとして申請すること。申請期間については各項目の指示に従う。

1. 外傷診療体制についての評価

1－（１）－１

病院前診療体制とは、地域メディカルコントロール（MC）の体制に組み込まれたドクターヘリもしくはドクターカーにより行われる申請施設が行う病院前診療を指し、往診等は含まれない。また、MCの枠組みとは別に別途医療機関が独自に運用するものは含まれない。24時間常時対応できる場合は2点とし、時間限定のものは1点とする。24時間常時対応とは、消防本部にその旨を通知していることを要件とする。

1－（１）－２（①のみ必須項目）

- ① 外傷患者の直接MCへの参加とは、外傷診療に関与する医師がMC体制の枠組みのなかでホットライン等による直接MCを日常的に実施していることをさす。
- ② MC体制構築への参画の有無とは、外傷診療に関与する医師が地域のMC委員会等に参加しMCの体制整備に関与していることを指す。
- ③ MCプロトコル策定・改定への参画がある場合にはこれを加点する。

1－（１）－３

24時間常時外傷受け入れにおけるオンラインMC体制がある場合に加点する。

1－（２）－１（必須項目）

J A T E C に沿った診療を実施している場合に加点する。なお、ATLSに沿った診療を行っている場合もこれに準じる。

1－（２）－２

輸血部が管理する環境において、外傷初療室での緊急輸血準備体制が整備されている場合に加点する。緊急輸血準備体制とは、大量出血の場合に直ちに外傷患者に輸血の実施ができるよう輸血部と構築した体制のことをさす。

1－（２）－３（必須項目）

Massive transfusion protocol (MTP)とは、重症外傷患者において生命危機のある大量出血を来した患者に対して、大量輸血(massive transfusion: MT)を行うための事前に計画された医療体制とその手順を示した院内の公式なプロトコルである。

事前に決められた基準に基づき発動され、一旦発動されると確実な止血と循環の安定化が得られるまで輸血製剤が安定供給される体制をさす。

輸血内容の標準化を行い、赤血球、新鮮凍結血漿、血小板などが適切な比率で投与できるように事前にセット化されたものが迅速に絶え間なく外傷診療の現場に提供される。

また、通常の緊急輸血体制とは別の体制として構築されたプロトコルである。病院のルール

として MTP の制度を保有している場合は 3 点を加点する。なお、申請に当たり、MTP の表紙のコピーを提出すること (MTP であることが明記されているものを提出する：サイトビジットの際には原本を提示できること)。

1 - (2) - 4

Trauma team activation system とは、重症外傷患者が搬送される前に必要な外傷チーム員を参集させ (院内放送やメール配信等により)、院内を緊急手術やカテーテル治療が直ちに出来るような重症受入体制へと activation する体制を指す。救急受入医師や看護師等に患者が来る旨の連絡をするだけのものは加点できない。

1 - (2) - 5 (必須項目)

ブリーフィングは外傷チームを招集して患者の概要および大まかな治療方針等を共有し臨戦態勢とするための事前打ち合わせを指す。ブリーフィングを実施している場合に 2 点を加点する。またブリーフィングの実施とその内容をカルテ等に記載して記録を残している場合にはさらに 2 点を加点する。この場合は、申請に当たり ブリーフィング記録のコピーを 1 例提出すること (申請時の直近のものを提出する)。なお、サイトビジットの際には他のブリーフィング記録の提示を求めることがある。

1 - (2) - 6

救急初療室において緊急時蘇生的手術が実施できる体制がある場合に加点する。蘇生的手術とは、primary survey の一環として行われる蘇生的開胸術、蘇生的開腹術、緊急穿頭など、蘇生のために実施すべき手術を指す。体表の縫合術等 (secondary survey に該当するもの) はこれに含まれない。

1 - (2) - 7

1 - (2) - 6 において加点した場合に限り加点できる。手術器具のセット化とは、開胸セットや輪状甲状靱帯切開のセットなど手技毎にセット化しているものを指す。胸腔ドレーンセットなど手術でないもののセットは含まれない。

1 - (2) - 8

救急専用 CT とは救急部門施設内(救命救急センター施設内)に救急診療専用を用意されたものを指す。中央放射線部に救急専用として用意されているものは含まれない。

1 - (2) - 9

救急専用手術室とは救急部門施設内(救命救急センター施設内)に救急診療専用を用意されたものを指す。中央手術部に救急専用として用意されているものは含まれない。

1－（２）－１０

初療室記録システムとは、電子カルテ部門のうち救急部門の診療記録を時系列に記録できるなどしたシステムを指す。外傷診療における病院前記録や搬入時の時刻、治療内容の時間と実施内容等を記録したものなどが該当する。

1－（２）－１１

来院から止血手術までの最短時間とは、来院から止血手術開始までの時間のうち最も短いものを指し、初療室記録システムもしくはカルテにこれが記録してある場合に加点する。なお、**2022**年１月１日から申請時までの最短症例を申請して良い。加点する場合は、来院時間、手術開始時間が記載されている初療室記録または手術記録（または麻酔記録）のコピーの提出が必要である。提出書類の来院時間、手術開始時間をそれぞれマーカー等で分かるようにしておくこと。なお来院時心肺停止における手術症例は除く。

1－（２）－１２

来院から **IVR** 止血までの最短時間とは、来院から **IVR** 止血術開始（タイムアウト後のシース穿刺時）までの時間のうち最も短いものを指し、初療室記録システムもしくはカルテ (**IVR** 記録など) にこれが記録してある場合に加点する。**IVR** 決定前の初療室等でのシース確保はこの時間に使用しない。なお、**2022**年１月１日から申請時までの最短症例を申請して良い。加点する場合は、来院時間、**IVR** 開始時間が記載されている初療室記録または **IVR** 記録のコピーの提出が必要である。提出書類の来院時間、**IVR** 開始時間をそれぞれマーカー等で分かるようにしておくこと。

1－（２）－１３

来院から開頭手術までの最短時間とは、来院から開頭術開始までの時間のうち最も短いものを指し、初療室記録システムもしくはカルテにこれが記録してある場合に加点する。なお、**2022**年１月１日から申請時までの最短症例を申請して良い。加点する場合は、来院時間、開頭開始時間が記載されている初療室記録または手術記録（または麻酔記録）のコピーの提出が必要である。提出書類の来院時間、開頭開始時間をそれぞれマーカー等で分かるようにしておくこと。穿頭術は開頭手術に含まないものとする。

1－（２）－１４

来院から輸血開始までの最短時間とは、来院から輸血投与開始までの時間のうち最も短いものを指し、初療室記録システムもしくはカルテにこれが記録してある場合に加点する。なお、**2022**年１月１日から申請時までの最短症例を申請する。加点する場合は、来院時間、輸血投与開始時間が記載されている初療室記録等のコピーの提出が必要である。提出書類

の来院時間、輸血開始時間をそれぞれマーカー等で分かるようにしておくこと。

1－(2)－15

提出症例に関わらず病院前輸血の体制がある場合はありを選択する。

1－(2)－16

止血術（またはIVR実施）時間の最短時間とは、手術時間もしくはIVR止血の時間が最も短いものを指し、この時間に応じて加点をする。なお、2022年1月1日から申請時までの最短症例を申請して良い。止血時間は執刀開始から手術終了までの時間として計算する。またIVRの場合、初回造影開始からカテーテル止血術終了までの時間とする。時間記載のある手術記録またはIVR記録のコピーの提出が必要である。提出書類の執刀開始時間（もしくは造影開始時間）、手術終了時間（もしくはカテーテル止血術終了時間）をそれぞれマーカー等で分かるようにしておくこと。

1－(2)－17（必須項目）

外傷患者の全身管理を実施できる集中治療室を保有する場合は加点できる。なお、本集中治療室は、集中治療加算を算定できる部屋である必要がある。

1－(2)－18（必須項目）

外傷受入病床数とは、実際に日常的に外傷患者を収容することが認められている病床数であり、これに応じて加点する。外傷患者専用病床である必要はない。特に外傷専用の病床が決められておらず必要に応じて収容することができる場合は3点を選択してよい。

1－(2)－19

院内外傷治療プロトコルとは、病院の実情に合わせて文章化されて作成保存されている外傷初期診療のプロトコルを指す。加点する場合は、本プロトコルの表紙または1ページ目のコピーを提出する（院内の外傷治療プロトコルであることが分かるものを提出する）。サイトビジットの際には本プロトコルの提出を求める場合がある。

1－(2)－20（必須項目）

外傷患者におけるリハビリテーションを提供する部門が救急部門とは別に設置されている場合に加点できる。救急科医師が兼務しているなどの場合には加点できない。独立型救命救急センターでは、センター内に他の業務を兼務しないリハビリテーションの職員が常勤として勤務している場合に加点できる。

1－(3)－1 (必須項目)

外傷専門医数に応じて加点する。一人1点とし、5人以上いるときは、5点を加点する。なお、外傷専門医とは日本外傷学会の認定した専門医証を保有するものをさす。

1－(3)－2

日常的に外傷初期診療に従事する医師とは、外傷受入部門(救命救急センター等)に専従で所属しており実際に初期診療に従事する医師を指す。救急医からコンサルトで診療に従事する医師もしくは研修医はこれに含まない。なお、外傷診療に特化した医師である必要はない。外傷初期診療を行う救急専従の勤務医師はこれに該当する。

1－(3)－3

日中の外傷診療に従事する医師数は、1－(3)－2のうち1日(日中)に従事する医師数を記載する。

1－(3)－4

日中の外傷診療に従事する看護師とは、外傷受入部門(救命救急センター等)に所属しており実際に初期診療に従事する看護師を指す。なお、外傷診療に特化した看護師である必要はない。救急部門から応援招請で従事する看護師はこれに含まない。

1－(3)－5

厚生労働省外傷外科医養成研修終了者(TSAT 隊員を含む)は、院内の医師看護師共に合算した数を記載する。医師数および看護師数を記載すると合算した数は自動計算される。

1－(3)－6

1－(3)－2に該当する医師のうち JATEC 受講者の数に応じて加点する。受講率は自動計算される。

1－(3)－7

1－(3)－2に該当する医師のうち JPTEC 受講者の数に応じて加点する。受講率は自動計算される。

1－(3)－8 (必須項目)

1－(3)－2に該当する医師のうち JETEC 受講者の数に応じて加点する。受講率は自動計算される。

1－(3)－9

外傷初期診療に関与する看護師（救急部門配属の看護師）のうち JNTEC を受講しているものの数に応じて加点する。受講率は自動計算される。

1－(3)－10

外傷診療に関わる医師のうち、ATOM, SSTT, DSTC, ASSET, C-BEST（献体による外傷手術臨床解剖学的研究会）の教育コース、日本骨折治療学会アドバンスコース（またはAOアドバンスコース）を受講したものの数に応じて加点する。なお該当医師は院内の常勤医師で外傷初期診療に関与する医師または日常的に外傷初療医の求めに応じて積極的に外傷診療に参加する医師とする。

1－(3)－11（必須項目）

外傷初療医の求めに応じて積極的に外傷診療に参加する外科医が院内に常勤医として勤務している場合に加点する。「常時あり」は24時間上記体制がある場合に加点できる。

1－(3)－12

日本 Acute Care Surgery 学会が認定する認定外科医が院内に常勤で勤務している場合に加点する。

1－(3)－13（必須項目）

外傷初療医の求めに応じて積極的に外傷診療に参加する脳神経外科医が院内に常勤医として勤務している場合に加点する。「常時あり」は24時間上記体制がある場合に加点できる。

1－(3)－14（必須項目）

外傷初療医の求めに応じて積極的に外傷診療に参加する整形外科医が院内に常勤医として勤務している場合に加点する。「常時あり」は24時間上記体制がある場合に加点できる。

1－(3)－15（必須項目）

外傷初療医の求めに応じて積極的に外傷診療に参加する IVR 医が院内に常勤医として勤務している場合に加点する。「常時あり」は24時間上記体制がある場合に加点できる。

1－(3)－16（必須項目）

外傷初療医の求めに応じて積極的に外傷診療に参加する麻酔科医が院内に常勤医として勤務している場合に加点する。「常時あり」は24時間上記体制がある場合に加点できる。

1－(3)－17、18

外傷初期診療の最初から(ブリーフィングから)診療に参加する診療放射線技師が配置されている場合に加点する。外傷診療の途中から外傷初療医の要請でコールされて対応する体制の場合は加点できない。「常時あり」は24時間上記体制がある場合に加点できる。

1－(3)－19

外傷診療における医師事務作業補助者を配置している場合に加点する。なお、救命救急センター等の救急部門に本業務を行うものが配置され、外傷診療業務にも従事している場合は加点しても良い。

1－(3)－20

外傷診療におけるメディカルソーシャルワーカーMSWを配置している場合に加点する。なお、救命救急センター等の救急部門にMSWが配置され、外傷診療業務にも従事している場合は加点しても良い。

1－(3)－21 (必須項目)

スタッフに対して定期的に外傷初期診療シミュレーションを実施している場合に加点する。シミュレーションの内容は問わない。シミュレーションの実施記録(書式は問わない)もしくは振り返り記録等のコピーを提出する。なお、開催日と参加者を記載した記録を提出すること。加点する場合、2022年1月1日から申請時までのうち直近の実施日を記載する。

1－(3)－22

外傷診療におけるチーム医療の質の評価を実施している場合に加点できる。質の評価とは、外傷チーム員を集めての外傷診療の振り返りなどのカンファレンス等を指す。質の評価の実施記録(書式は問わない)のコピーを提出する。

1－(3)－23

1－(3)－22のうち、外傷初期診療のビデオ記録を使用して質の評価を実施している場合に加点する。

1－(3)－24 (必須項目)

外傷チームリーダーをブリーフィングの際に明確化して指揮命令系統を構築して診療を行っている場合に加点する。

1－(3)－25

外傷受入部門(救命救急センター等)と各診療科とが連携をとって診療に当たっている場合に加点する。連携とは平時から日常的に各診療科とのカンファレンスを実施するなどの連携構築を恒常的に実施しているものを指す。連携構築の状況を示す資料(総合カンファレンスの記録など)のコピーを提出する。提出する資料は、2022年1月1日から申請時までのうち直近のものを提出する。

1－(3)－26

多数傷病者の受入体制とは、大規模地震災害等とは別に日常的に多重事故など複数の外傷傷病者が同時に搬入される状況に応需できる体制を指す。

1－(3)－27

近隣地域において局地災害等が発生した場合に医療チームを迅速に派遣できる制度が院内に構築されている場合に加点する。

1－(4)－1

申請期間内の総外傷症例の受入数を基に記載する。総外傷症例とは重症度を問わない全ての外傷患者(一次から三次)を指す。2次医療圏の人口は、救命救急センター充実段階評価で記載したものを使用してよい。人口10万人あたりの受入数は自動計算される。患者数の計算は、2024年1月1日から2024年12月31日の1年間の数値で記載する。

1－(4)－2

ホットラインで連絡のあった外傷患者の応需状況を評価している場合に加点する。応需率は、外傷に関する救急要請件数を分母とし、応需件数を分子にして計算する。患者数の計算は、2024年1月1日から2024年12月31日の1年間の数値で記載する。

1－(4)－3

小児外傷を日常的に受け入れている場合に加点する。「常時あり」は24時間応需している場合に加点できる。

1－(4)－4

妊婦外傷を日常的に受け入れている場合に加点する。「常時あり」は24時間応需している場合に加点できる。

1－(4)－5

直近1年間(2024年1月1日～2024年12月31日)の外傷手術件数を記載する。本手術は救急部門が実施していないもの(各専門診療科で実施したもの)も含み病院内で実施した総

数を記載する。カウントする症例は、来院から 24 時間以内に緊急で手術したもののみとする。今回は、手術件数は加算対象外とする。

1－(4)－6

外傷手術目的での転院を受け入れている場合に加算する。その場合、直近 1 年間(2024 年 1 月 1 日～2024 年 12 月 31 日)の件数を記載する。

1－(4)－7

自院で外傷手術が実施できず他院へ転送することがある場合は、直近 1 年間(2024 年 1 月 1 日～2024 年 12 月 31 日)のその件数を記載する。ない場合には未記載で良い。

1－(4)－8

直近 1 年間(2024 年 1 月 1 日～2024 年 12 月 31 日)に病院が位置する二次医療圏外からの受入件数の総数を記載する。ない場合には未記載で良い。

2. JTDB 等における外傷診療の質の評価

2－（１）（必須項目）

JTDB へ症例登録をしている場合に加点する。なお登録状況は日本外傷学会でも JTDB のデータを照合して再確認を行う。JTDB の施設登録状況を日本外傷学会外傷診療施設評価委員会が参照する必要から、申請施設は各施設の JTDB データを取り寄せて申請書類とともに提出する。提出するのは申請期間 3 年間分（受傷日が 2022 年 1 月 1 日から 2024 年 12 月 31 日）のものとする。JTDB データの取り寄せは、下記 URL の手順に沿って取り寄せを行い、そのデータを CD-R 等の電子媒体に保存して提出すること。なお、上記期間以外の症例はファイルから削除して提出すること。また、前年度の再審査対象施設は JTDB データは初年度申請のデータを使用して良い。

URL:<https://sites.google.com/birdsview.jp/jaam/data-export%E3%81%AB%E3%81%A4%E3%81%84%E3%81%A6>

2－（１）－１

JTDB へのデータ登録の専属職員（医師以外の専属職員）を配置している場合に加点する。

2－（１）－２

AIS のコーディングを主として行っているものが、AIS コーディングコース受講者もしくは日本外傷診療機構が開催する AIS（JTDB）セミナー受講者である場合に加点できる。該当有資格者の氏名を 1 名記載する。

2－（１）－３

施設全体の AIS コーディングコースもしくは日本外傷診療機構が開催する AIS（JTDB）セミナー受講者の総数を記載する。

2－（１）－４

AIS のコーディングを 2－（１）－３に該当するものがコードしている率に応じて加点する。

2－（２）－１（必須項目）

申請期間 3 年間（受傷日が 2022 年 1 月 1 日から 2024 年 12 月 31 日）の AIS $\geq$ 3 の重症外傷患者の受入数を記載する。なお年平均の件数は自動計算となっている。当委員会でも申請施設が提出した JTDB データを基に評価を行う。

2－（２）－２（必須項目）

申請期間 3 年間（受傷日が 2022 年 1 月 1 日から 2024 年 12 月 31 日）の ISS $\geq$ 16 の重症多

発外傷患者の受入数に応じて加点を行う。なお年平均の件数は自動計算となっている。

2－（3）－1

申請期間3年間（受傷日が2022年1月1日から2024年12月31日）の修正予測外死亡数および全死亡数を記載する。また修正予測外死亡の率（修正予測外死亡数÷死者数）は自動計算となっている。修正予測外死亡とは、①80歳以上の高齢者、②GCS 5点以下の急性硬膜下血腫を除いた症例において $Ps \geq 0.5$ で死亡したものとする。

2－（3）－2

申請期間3年間（受傷日が2022年1月1日から2024年12月31日）の予測外生存者数および $Ps < 0.5$ の患者数を記載する。また予測外生存の率（予測外生存÷ $Ps < 0.5$ の患者数）は自動計算となっている。

2－（3）－3

申請期間3年間（受傷日が2022年1月1日から2024年12月31日）の $AIS \geq 3$ の生存者数および総数を記載する。生存率は自動計算となっている。

2－（3）－4

申請期間3年間（受傷日が2022年1月1日から2024年12月31日）の $ISS \geq 16$ の生存者数および総数を記載する。生存率は自動計算となっている。

2－（3）－5

申請期間3年間（受傷日が2022年1月1日から2024年12月31日）の頭部 $AIS \geq 3$ の患者のうち Glasgow outcome scale ≤ 2 の患者数を記載する。

2－（4）

整形外科外傷登録制度、骨折治療学会の「開放骨折」、「骨盤寛骨臼骨折」レジストリーへの登録件数を記載する。登録している施設は記載する。

3. 外傷診療における地域貢献の評価

3-1

地域 MC（都道府県 MC も含む）に対して自施設が主催してセミナー等を開催している場合には加点する。セミナーの内容は問わない。

3-2（必須項目）

外傷患者の受け入れのため、地域の外傷患者の MC へ参加している場合に加点する。直接 MC のほか、間接 MC などに関与している場合はこれに該当する。

3-3

地域の外傷システムに関する事後検証体制の構築に参画している場合に 3 点を加点する。地域および都道府県 MC の会議等で外傷症例の検討からシステム変更など出来る体制があれば加点できる。また、事後検証会等の事後検証体制に積極的に参加している場合には 1 点を加点する。地域の消防と事後検証会などを個別に開催している場合にも 1 点を加点できる。

3-4

医療圏における外傷診療の会議体への参加があれば加点する。またその会議体の名称を記載する。なお本会議体とは、日本外傷学会による「地域における包括的外傷診療体制についての提言（2021 年）」において示された既存の外傷診療施設を中心に構成される「包括的外傷診療体制構築検討会議」に該当するものをさし、これを地域 MC 協議会が担っている場合に加点できる。

3-5

病院の所属する 2 次医療圏の MC エリア外からの受け入れ症例に対して、搬送患者の振り返りを地域 MC エリア外に対して行っている場合は加点する。なお、地域 MC がなく都道府県 MC のみのエリアでは、都道府県外からの受け入れ症例を対象とする。

3-6

地域の医療機関など（消防機関を除く）に対して外傷教育（講義、実習、教育コースの開催、指導など）を実施している場合に加点する。JATEC や JPTEC などの外傷教育コースを公募で開催しているものは加点できる。ただし、受講対象者が院内者のみに限定されている場合は地域への医療機関を対象としたものとは見なされない。

4. 自己評価の実施状況評価

4－（１）－１（必須項目）

診療終了後のデブリーフィングを実施している場合に加点する。デブリーフィングの形態は特に問わないが、診療に関わったチーム員で行い、デブリーフィングの記録を残しておくことが望ましい。

4－（１）－２（必須項目）

外傷における M&M カンファレンスを実施している場合は加点する。M&M カンファレンスの記録のコピーを提出すること。開催日と参加者を記載した M&M カンファレンスの記録を提出すること。提出する資料は、2022 年 1 月 1 日から申請時までのうち直近のものを提出する。

または看護師を含むカンファレンスを行っている場合は、4－（１）－３を加点する。看護師以外の他職種が参加するカンファレンスを実施している場合は、4－（１）－４を加点する。いずれもそれが分かるカンファレンスの記録のコピーを提出すること。

4－（１）－５

スタッフへの外傷診療体制の自己評価が行われている場合は加点する。特に自己評価の方法や手法については問わないが、サイトビジットの際にはそれを示す書類等を求めることがある。

4－（２）－１（必須項目）

修正予測外死亡症例への peer review を行っている場合は加点する。Peer review とは、 $Ps>0.5$ で死亡した症例を自施設で検討し、preventable であったかについて評議する検討会である。修正予測外死亡症例がない施設は、peer review の制度がある場合に加点してよい。

4－（２）－２

外部者（院外者）を入れて review を行っている場合は加点する。実施の形態は特に指定しない。