

200000066A

平成 12 年度厚生科学研究費補助金（特別研究事業）
研究報告書

心筋梗塞、脳卒中などにおける効果的な診療評価指標と
登録手法の開発に関する研究

主任研究者 有賀 徹 (昭和大学医学部救急医学)

平成 12 年度厚生科学研究費補助金（特別研究事業）

研究報告書

心筋梗塞、脳卒中などにおける効果的な診療評価指標と
登録手法の開発に関する研究

目次

研究報告本文	1
資料 1	9
資料 2	29
資料 3	35
資料 4	81
資料 5	85
資料 6	89
資料 7	99
資料 8	103
表 1	109
表 2	117
表 3	123

平成12年度厚生科学研究費補助金(特別研究事業)報告書 心筋梗塞、脳卒中などにおける効果的な診療評価指標と 登録手法の開発に関する研究(H12-特別-035)

主任研究者	有賀 徹	昭和大学医学部救急医学
分担研究者	井上徹英	北九州総合病院救命救急センター
	伊藤弘人	国立医療病院管理研究所医療経済研究部
	梅里良正	日本大学医学部医療管理学
	上嶋権兵衛	東邦大学医学部第2内科学
	坂本哲也	東京大学医学部救急医学
	鈴木荘太郎	東邦大学医学部病院管理学
	前田幸宏	日本大学医学部医療管理学
	益子邦洋	日本医科大学千葉北総病院救命救急センター
	山本修三	済生会神奈川県病院
	協力研究者	明石勝也
伊良部徳次		国保旭中央病院救命救急センター
木村昭夫		国立国際医療センター救急部
黒川 顕		日本医科大学多摩永山病院救命救急センター
野坂秀行		小倉記念病院循環器内科
野々木宏		国立循環器病センター心臓内科
矢崎誠治		駿河台日本大学病院救命救急センター
横井宏佳		小倉記念病院循環器内科
市来崙潔		国立病院東京医療センター救命救急センター
奥 憲一		阪和記念病院脳神経内科
桐生康夫		財団法人医療情報システム開発センター
小柳 亮		厚生労働省医政局指導課
佐藤 章		千葉県救急医療センター脳神経外科
高里良男		国立病院東京災害医療センター脳神経外科
富田博樹		武蔵野赤十字病院脳神経外科
林 宗貴		昭和大学医学部脳神経外科学
峰松一夫		国立循環器病センター脳血管内科
事務局		杉本勝彦

研究要旨

心筋梗塞、脳卒中などにおける効果的な診療評価指標と登録手法の開発に関する研究にあたり、本年度の主たる目的は心筋梗塞、脳卒中などの登録方法を構築することである。

そこで、このような方法論に関して救急医療の分野において既に試みられている先駆的な業績について調査と検討を行った。本邦においては日本病院管理学会による臨床インディケータの開発に関する研究会の報告書の中に救急医療分野における臨床評価指標についての言及があり、その後日本救急医学会においても同学会診療の質評価指標に関する委員会が救急診療の評価と向上とを目的とした臨床評価指標について提案して、それらについて救命救急センター等にて調査した結果を報告し、引き続き研究にて情報システムによる症例データを収集する仕組みをつくるべきとしている。第三者的な評価事業を開始した財団法人日本医療機能評価機構による病院機能評価項目の中に、またその方法論の実質的な先駆けとなった病院機能評価スタンダード&スコアリングガイドライン(医療の質に関する研究会)の中にもそれぞれ救急医療分野の評価項目が含まれている。これらは救急医療全般を問う方法であり、心筋梗塞、脳卒中などにおける効果的な診療評価指標を求めることに直接的には寄与するものではない。しかし、医療の質に関する研究会では特に救急医療分野に特定した評価スタンダードとスコアリングガイドラインとを公表しており、その中に心疾患、脳卒中などの具体的な疾病を想定した項目がある。

診療の質を測ろうとするこれら一連の試みに加え、関連する学会からの疾病登録に関する報告やその他の資料を参考にして、①心筋梗塞、②脳卒中、③外傷について症例登録のフォーマットを作成した。この場合、本研究の主たる対象は救命救急センターに搬入される症例であることを想定して検討を進めた。具体的な登録作業については来年度以降となるが、大学病院医療情報ネットワーク University hospital Medical Information Network (略称 UMIN / 東京大学医学部附属病院医療情報部内) を利用する予定である。

A. 研究目的 —歴史的背景と本研究の意義—

米国では、1910年代から外科医による診療の質を治療結果によって評価しようという主張があった。その後評価の対象は治療結果というより構造という側面へと変遷したが、1919年に米国外科学会が採択した Minimum Standards による病院の認定は、1950年には全米の半数以上の病院に達したという。そのような米国外科学会の活動を基に、米国内科学会、米国病院会、米国医師会等の協力により、1951年に病院認定合同委員会 (Joint Commission on Accreditation of Hospitals, JCAH) が設立された。それは1987年に Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) として今日に至っている。

一方、我が国での医療の質を評価しようとする方法として、昭和64年(1989年)に厚生省と日本医師会とにより「病院機能評価マニュアル」が刊行された。しかし、それに先立って、既に客観的な第三者評価の必要性が指摘されていたことから、昭和63年(1988年)

に東京都私立病院会青年部会による JCAHO 研究会が組織され、それは平成2年(1990年)に病院医療の質に関する研究会の設立へと発展した。

この研究会(その後、医療の質に関する研究会)による「病院機能評価 Standard & Scoring Guideline」は版を重ね、今日では第5版に至っている。このような活動と実践を通じて、第三者評価の気運が高まり、平成7年(1995年)に(財)日本医療機能評価機構が設立され、現在病院の第三者評価事業が開始されている。このように我が国でのこの面での取り組みは米国に遅れること40年余である。従って、我が国も JCAHO 等による先進的な成果に学ぶところは多い。しかし、医療そのものを廻る社会的諸制度が違っていることもあり、結局医療の質を評価しようとする方法も我が国独自のものを作らねばならないと考えられる。JCAHO 研究会の設立以来の努力はそのようにして続けられたと言える。

本研究に直接的に関連するであろう研究としては、後述するように、日本病院管理学会による臨床

インディケータの開発に関する研究会の報告書があり、その中には救急医療分野における臨床評価指標についても述べられている。その後日本救急医学会においても診療の質評価指標に関する委員会が救急診療の評価と向上とを目的とした臨床評価指標について提案して、それらを救命救急センター等にて調査した結果を報告している。

そこで、平成12年度における本研究の目的は、表記の病態における効果的な診療評価指標（臨床評価指標またはクリニカルインディケータ）の抽出に向けた、該当症例の登録方法の開発である。従って、上記の歴史的な背景に鑑みて、クリニカルインディケータの開発に関する研究を含めて、我が国における救急医療の質を客観的に評価する目的で行われてきた、いくつかの先行する試みを検討し、その後に登録項目と登録フォーマットの決定を行う方法を選択した。

B. 研究方法

(1) 救急医療の質を客観的に評価する方法についての検討

我が国において、病院機能が何らかの基準に従って客観的に評価される、第三者評価の方法としては、医療の質に関する研究会によるものと(財)日本医療機能評価機構によるものが知られている。資料1に前者を示す。全体は診療部門、看護部門、事務部門、共通部門に分類されるが、救急医療は診療部門となる「診療の質の維持と向上」の中に位置付けられている。基本的な考え方は、病院は地域の実情や病院の機能に応じて、地域に積極的に救急医療を提供することが求められるということを前提にしている。そこで評価を受けようとする病院は、地域の3次救急を担おうとする時には「水準1」を、地域で2ないしいわゆる2.5次を担おうとする時には「水準2」を、その他の救急告示病院なら「水準3」を、その水準未滿であれば「水準4」をそれぞれ選択し、各水準にある評価項目によって評価される方法となっている。ちなみに地域の救急医療に多大の寄与をしていると自負している一般的な急性期病院であれば、多くは「水準2」による評価を求めると思われる。

一般的に質を評価する“物差し”の意味について、人や物のハード面である「構造」、それらを活用するソフトウェアとも言える「過程」と「結果」の3つに分類して議論することが多い。この資料により容易に理解できるように、医師や看護スタッフの存在や病床等の構造に関する設問が多く、過程を評価しようとする評価項目は少ない。さらに結果を評価しようとするものは全く含まれていない。

(財)日本医療機能評価機構による一般病院への評価体系全体はほぼ表1の骨格を踏襲している(資料2)。ここでは救急医療の評価は、診療の質を評価する分野から“2.地域ニーズの反映”に移動している。救命救急センターの認定を受けていれば2.4.1と2.4.3~2.4.6を、そうでなければ2.4.1と2.4.2を用いた評価となる。一部に、診療各科の支援体制、病床確保、検査や手術の迅速性についてという過程の要素が含まれてはいるが、やはり資料1と同様に構造に偏した傾向にある。

医療の質に関する研究会による「救急医療評価スタンダード Ver.1.0」が、本年度末に公表された。資料3はその中から①心筋梗塞、②脳卒中、③外傷に関する抜粋である。資料1の水準2に加えて、各診療領域での過程と結果とを評価しようとする強い主張が感じられる。このような実践的な試みを参照すると、診療の質を測ろうとするこのような物差しが利用されるという標準化への作業そのものと、症例の登録の手法を開発し、効果的な診療評価指標を求めようとする本研究とがその主旨において共通の価値観によっていることがよく理解される。

(2) 救急医療分野におけるクリニカルインディケータの現況についての検討

以上のような第三者評価は、確かに自己評価より客観的で、病院の組織としての機能を総合的に評価し、また評価を求める医療機関の診療の質を向上させる意味でもよい動機付けになる。しかし、構造と過程の面での評価が中心となっていて、患者にとって最も気になる結果の評価が含まれていない。その意味から、提供された医療の結果を直接測定しようとする“clinical indicator（臨床評価指標）”を用いる試みが開始された。

米国で1996年にIndicator Measurement System (IMS System) が発表されたが、資料4はその中から救急医療に関係する項目を抜粋したものである。これらからも理解できるように、臨床評価指標は結果の指標ではあるが、必ずしも最終的結果ではない。例えば5年生存率はよい臨床評価指標であっても、日々の医療の改善には利用しにくい。つまり臨床評価指標は、多くが言わば中間的な結果に注目しようとするものである。臨床評価指標を選ぼうとすれば、多くの病院にそのような例があり (high volume)、比較的高い危険度 (high risk) で問題を起こしやすい (problem prone) 領域からがよいとされる。

我が国でも以上の動向を受けて、我が国の医療に適した臨床評価指標の開発が試みられている。その第1段階として、日本病院管理学会では臨床系医学会がどのような臨床評価指標を適切と考えているかについての調査を行なった。その報告書では臨床評価指標として適切と思われるものを抽出し、「過程」と「結果」の範疇にそれらを分類した。それぞれ「救急における即応性に関する指標」と「予後から判定する治療の適切性に関する指標」において救急医療に有用と思われるものを見出すことができる (資料5)。

平成9年度以来の日本病院管理学会からの問い掛けに応じる経緯で、日本救急医学会では、診療の質評価指標に関する委員会を組織し、計10項目の臨床評価指標を作成して、あらかじめそれらを伏せた形での prospective なアンケート調査から各指標の適性を検討した。この pilot study では日本救急医学会指導医指定施設と救命救急センターの計80施設からの症例報告があり、それらの一次集計を報告した (資料6)。これらから、極めて低い死亡率であった指標の候補は、3次救急施設に対しては臨床評価指標として適応しにくい、そのようなものについては一定程度の成果があった。引き続き同委員会では施設の専門医数等の構造面のデータや同僚による評価手法等を用いて一次集計結果との比較を続け (資料7はその一部である)、他の臨床評価指標についても十分な症例数を確保できるようにすれば、資料6で示す各指標候補が救急医療全般でどのように利用され得るかを解析できるであろうから、そのためには情報システムによる症例データを

収集する仕組みをつくるべきとしている。

一方、島崎等による研究を基にして、厚生省が全国の救命救急センターの評価を目的として現況調査を行い、救命救急センターをA・B・Cの3ランクに分類した。それにより、B・C群の補助金を減少させるというが、その際参考にした評価項目が示され、またその結果も公表されている (資料8)。平成11年度の評価項目については構造のみならず、過程ないし結果に結びつきそうなものも含まれているが、これらの評価項目が如何に定量化され、結果的にA・B・C分類に至ったかの詳細は明らかではない。一方、平成12年度の評価項目については19の項目各々のいわゆるスコアリング等が明確に示された。その結果、151カ所の内BとCの充実段階とされた救命救急センターは、それぞれ26カ所、9カ所であった (平成11年度は計142カ所の内、28カ所ずつであった)。確かに客観的ではあるが、評価項目はこれでよいのか、過不足はないのか、また項目の間で点の重み付け (つまりスコアリング) は妥当なのか等々、恐らく指摘されるであろう問題点は多々あると思われる。しかしそのようであっても、少なくとも (財) 日本医療機能評価機構による救命救急センターの評価体系 (資料2) が、補助金の分配という厳しい観点から救命救急センター間の差異を明らかにできなかった可能性を認めるべきであろう。

このようなことから理解できるように、評価の「項目」を立てることと、それをどのような水準にあれば満足できる、例えば“a”とするか等の判断基準を作成することについては、評価体系を作成する“思想”の如何によることも知らねばならない。すなわち、基本的には医療の質の善し悪しを評価しようとするれば、医療の“norm”つまり“あるべき姿”を論じることとなる。現状をある程度は認すれば、その中で“a, b, c”を割り振る評価方法もあり得るし、多くの施設が“a”とならなくとも敢えて“あるべき姿”を高水準に設定し、それへの努力を促すことを意図する方法もあり得る。

(3) 症例登録のフォーマット作成について

上記(1)、(2)の検討を経て、主たる対象は救命救急センターに搬入される症例であることを想定し①心筋

梗塞、②脳卒中、③外傷について症例登録のフォーマット作成を試みた。

①心筋梗塞について

東京都における CCU ネットワークのように、都市圏においては救急患者に関する情報体系が整備されれば、心筋梗塞患者が救命救急センターに搬送されるとは限らない。また、地域の救命救急センターに搬入されても、そのまま循環器専門医に委ねられることは少なくない。そこで、救命救急センターが地域の循環器専門施設と円滑な連携を保っている事例から、小倉記念病院循環器内科（北九州総合病院救命救急センターと連携している）が施設内にて症例の登録に利用しているフォーマットを原案として、協力研究者を交えた討論等を行った。

②脳卒中について

虚血性（主幹動脈閉塞）と出血性（クモ膜下出血、高血圧性脳内出血）の各病態について、国立病院東京災害医療センター脳神経外科と昭和大学病院脳神経外科からの原案提出に引き続き、協力研究者を交えた討論等を行った。救命救急センターで扱う脳卒中が極めて重篤であるという特徴等から、脳卒中という一つの範疇から症例登録の過程で主幹動脈閉塞等に分類されていく方法とした。

③外傷について

外傷については日本医科大学千葉北総病院救命救急センターでの試用段階にあるものを検討した。

C. 研究結果

①心筋梗塞、②脳卒中について各々表1および表2を得た。③外傷について年度末の時点では表3の通りである。外傷症例の登録システムとデータベース構築については、日本外傷学会がそのような計画を有して検討を進めようとしている。そこで外傷症例の登録フォーマットについては、今後引き続いて日本外傷学会からの協力研究者を交えた議論等を行う必要がある。

表1以下の症例登録フォーマットの決定に引き続き、それに従ったデータの入力が各救命救急センターから必要となる。それらの具体的な登録作業については来年度以降となるが、救命救急センターのスタッフは多くが日

本脳神経外科学会等の該当する学会に所属しているので、大学病院医療情報ネットワーク University hospital Medical Information Network (UMIN/東京大学医学部附属病院医療情報部内) を利用することが決定された。

D. 考察

表1以下の症例登録フォーマットは各施設が単に入力するのみのものであれば、そのような作業自体が負担となり、診療時間を割いてまで登録する価値のないものとなるであろう。しかし、例えば症例の登録を進めることによって、全体における自院の位置を知ることができて、その位置の意味がもし診療の質に関係するものであれば、自院の診療の質向上に役立たせることが可能となる。資料6の各グラフは、アンケートに答えた各施設がそのように利用することができる。しかしそのようであっても、症例の蓄積がある程度なされて初めてそのようであることから、各施設が何らかの恩恵を受けるまでには時間を要することになる。ましてや、本研究の予定では、入力されたデータの解析から有効なクリニカルインディケーター抽出に一年以上を見込んでいます。すなわち、その間は各救命救急センターのスタッフに大きな負担を強いる可能性がある。しかし、医療機能の客観的な評価については、研究方法(1)と(2)で述べたように今後益々愁眉のテーマとなるであろうことは間違いないので、救命救急センターが行政から補助金の分配を受けているということがあればなおさらのこと、そのような意味では入力(登録)する作業が日常業務の一環と位置付けることもあり得るかも知れない。

さて、資料3にあるようにこの第三者評価方法では「突然発症した片麻痺患者が救急室に運ばれてきた場合」を想定して「10分以内に医師が診察しているか」「15分以内に神経内科等の専門医へ相談しているか」「25分以内にCT検査をしているか」「血栓融解療法が必要な60分以内にそれが可能か」「手術が必要なら2時間以内に脳神経外科専門医に相談しているか」等々の項目を立てている。これらの例は、過程ないし中間的な結果を測定するものであり、その際の“あるべき姿”を現実的に割り出すために、資料6に示される研究結果

を応用することもできる。勿論本研究が将来的に効果的なクリニカルインディケータの抽出を行えば、資料3のような第三者的な評価方法にフィードバックすることもできる。ここではまた、このような方法論がある病態について初療に当たっての“雛型”を示してくれたことになっている。すなわち、すでに多くの病院で検討されている critical または clinical path にも相通じることが理解される。

本研究は現在①心筋梗塞、②脳卒中、③外傷についてであるが、いずれ何らかの臨床評価指標を得て、直接的または間接的にでも救急医療の結果を測定するという評価に至る可能性を有する。また、そのようであれば、決められた形式に沿った報告による全国的な規模での集積と分析とにより、個々の施設で評価を踏まえた医療の質の向上を個々に計ることが可能となり、いずれ治療法の評価からひいては治療基準の策定といったテーマにまで展開し得る。この場合にも、作成された path とその結果の評価といったテーマに結びつくと思われる。結局評価という問題について考察を進めて行けば、議論は我々の診療の方法論全体を含むに至る。このようなことから客観的な評価を試みるというテーマの、言わばダイナミックな側面をよく理解できると思われる。

E. 結論

診療の質を測ろうとするこれら一連の試みに加え、関連する学会からの疾病登録に関する報告やその他の資料を参考にし、本研究の主たる対象が救命救急センターに搬入される症例であることを想定して検討を進め、①心筋梗塞、②脳卒中、③外傷について症例登録のフォーマットを作成した。具体的な登録の作業は来年度以降となる予定であるが、大学病院医療情報ネットワーク University hospital Medical Information Network (略称 UMIN/東京大学医学部附属病院医療情報部内) を利用する予定である。

決められた形式に沿った報告による全国的な規模での集積と分析とにより、効果的なクリニカルインディケータの開発が可能となる。また、それらを利用した個々の施設で客観的な評価に基づいた医療の質の向

上を個々に計ることが可能となり、いずれは治療法の評価ないし証拠に基づいた治療基準の策定も可能となる。

F. 研究発表

日本救急医学会、日本臨床救急医学会、日本病院管理学会等の関連する諸学会の学術集会において、または誌上にも積極的に発表を行いたい。

G. 知的所有権の取得状況

なし。

H. その他

参考にした主な文献は以下の通りである。

- 1) 郡司篤晃：医療システム研究ノート，丸善プラネット株式会社，東京，1998，pp133～155.
- 2) 病院医療の質に関する研究会：病院機能評価スタンダードおよびスコアリングガイドライン Ver.5.0，日本医科大学医療管理学教室内，1995年3月.
- 3) 財団法人日本医療機能評価機構：平成11年度版評価判定指針 一般病院・精神病院，1998年6月.
- 4) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: IMSystem. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1996, cited from 5).
- 5) 日本病院管理学会クリニカルインディケータの開発に関する研究班：クリニカルインディケータの開発に関する研究，1998年1月.
- 6) 日本救急医学会診療の質評価指標に関する委員会：クリニカルインディケータの開発に関する研究，平成11年度クリニカルインディケータ調査結果，2000年1月.
- 6) 益子邦洋，有賀 徹，上嶋権兵衛，他：三次救急医療機関の機能を評価する指標の開発と今後の課題，第28回日本救急医学会総会シンポジウム，2000年11月，東京.
- 8) 病院医療の質に関する研究会：救急医療評価スタンダード Ver.1.0，日本医科大学医療管理学教室内，2001年3月.

- 9) 島崎修次, 山本修三, 相川直樹, 他: 平成10年度厚生省医療技術評価総合調査研究『二次医療圏における初期、二次、三次救急医療体制の確立と評価方法の開発に関する研究』.
- 10) 土居弘幸: 全国救命救急センター長会議, 第3回日本臨床救急医学会, 2000年4月, 東京.
- 11) 益子邦洋: 救命救急センターが評価される時代の到来. アスカ21 第34号:10~11, 20.
- 12) 日本心血管インターベンション学会学術委員会: 第7回日本心血管インターベンション学会学術委員会アンケート結果. 心血管インターベンション14:111~114, 1999.
- 13) 山口武典: 平成10年度厚生科学研究費補助金 健康科学総合研究事業研究報告書 脳梗塞急性期医療の実態に関する研究. 1999, pp3~29.
- 14) 後藤文雄, 平井俊策, 篠原幸人: なぜ今、「脳卒中重症度スケール」が必要か. JAMA (日本語版) 別冊付録1997年8月号 pp2~11.
- 15) Williams LS, Yilmaz EY, Lopez-Yunez AM: Retrospective assessment of initial stroke severity with the NIHStroke scale. Stroke 31:858~862, 2000.
- 16) 黒川頭: 脳血管障害 病型分類と成因. 救急医学 15:1597~1601, 1991.
- 17) 桂田菊嗣: 脳血管障害 予後と useful life. 救急医学 15:1687~1691, 1991.
- 18) 渡辺義郎: 脳血管障害 重症度判定. 救急医学 15:1633~1638, 1991.
- 19) Dick WF, Baskett PJF, Grande C et al: Recommendations for uniform reporting of data following major trauma-the Utsein style. Trauma 2:43~61, 2000.
- 20) 有賀徹, 井上徹英, 上嶋権兵衛, 他: 救急医療における質の評価. 病院 59:690~696, 2000.

以上

資料 1

スタンダード Ver.5.0 INDEX

共通 1. 基本的な方針と組織	1
1.1 病院の基本方針と将来計画	1
1.2 情報に基づく管理	3
1.3 病院全体での医療サービスの評価と改善	4
1.4 教育・研修の充実	6
共通 2. 地域での具体的活動	8
2.1 地域の医療機関との連携	8
2.2 医療の継続性への配慮	10
2.3 在宅ケアの支援	12
2.4 地域社会とのかかわり	13
共通 3. 患者の満足と安心	15
3.1 患者に対する責任の明確性	15
3.2 患者サービスの改善	17
3.3 患者のプライバシーへの配慮	20
3.4 患者・家族への診療についての説明と同意	22
3.5 医療事故への対応	24
3.6 患者逝去時の対応	25
4. 看護サービス	26
4.1 看護サービスの基本	26
4.2 看護サービスの提供の方法	29
4.3 看護サービスの提供のための組織化	32
表 業務分担の現状	35

5. 診療の質の維持と向上	36
5.1 主治医責任の適切な委譲と遂行	36
5.2 病院機能に応じた図書機能の整備と活用	37
5.3 医師の教育・研修活動	39
5.4 診療録の管理	42
5.5 臨床検査部門の組織的な機能	47
5.6 病院の機能にふさわしい放射線科(部)の機構と機能	50
5.7 薬剤の使用と管理	54
5.8 輸血血液等の適切な管理	57
5.9 手術・麻酔部門の管理	59
5.10 感染防止体制	64
5.11 積極的な病理学的検討	66
5.12 救急医療活動	68
5.13 心肺蘇生や生命に関わる緊急事態への対応	82
5.14 外来診療	84
5.15 Critical care unit (ICU,CCU)	86
6. 病院運営管理の合理性	90
6.1 病院組織規程	90
6.2 適正な経営管理	91
6.3 合理的な人事管理	93
6.4 療養環境への配慮	97
6.5 施設的配慮	99
6.6 患者の安全性への配慮	106
6.7 患者の食事への配慮	109
6.8 健全な労使関係の確立	112

5.12 救急医療活動

A B C NA

記入者名	部署	職名
判断の方法	一人	合議

【ねらい】 病院はその規模の大小にかかわらず、地域の実情、自院の機能に応じて救急医療を積極的に行う必要がある。そのためには、救急患者受入れの態勢や、受入れ不能の際の対応も含めた手順が整っていることが重要である。しかし、現実には病院によって取組みに種々の差があり、その目指す水準に応じて評価を行う必要がある。そこで、

「水準1」を救急救命センターまたは地域の3次救急的役割を担おうとする病院、
 「水準2」を2次、ないし、いわゆる2.5次の救急医療を担おうとする病院、
 「水準3」をその他の救急告示病院、
 「水準4」を必ずしも救急を積極的に標榜していない病院、

と分けて基準を設定した。評価を受けるに当たっては、病院がどの水準の評価を受けるかを選択するものとする。ただし、救急救命センターは水準1、救急告示病院は水準3以上でなければならない。

(水準1)

5.12.1 救急受入れ部門が整備されている	a	b	c	NA
5.12.1.1 独立した救急部門がある	a	b	c	NA
5.12.1.1.1 救急医学の専門医がいる	a	b	c	NA
a- 救急医学会専門医（指導医）がいる				
b- 同認定医がいる				
c- 全くいない				
5.12.1.1.2 救急部門に専従の医師がいる	a	b	c	NA
a- 救急部、救急センター、救急医学科等に専従（所属）している				
b- 上記が他の科と兼務している				
c- 上記組織がない				
5.12.1.2 当直体制が整っている	a	b	c	NA
5.12.1.2.1 医師の当直体制がある	a	b	c	NA
a- 1次～時間外救急患者を扱う当直医と別に重症救急患者に対する当直				

医がおり、常に intensive care や手術が可能である

- b- 重症救急患者に対する際には（次から次へと）on call で呼び出す
- c- 上記に至らず

5.12.1.2.2 看護婦の当直体制がある a b c NA

- a- 常に十分な複数の専任看護スタッフが救急外来で対応する
- b- 専任看護スタッフで不十分な際には、応援スタッフを呼ぶことができる
- c- 救急外来専任の看護スタッフはいない

5.12.1.2.3 薬剤師の当直体制がある a b c NA

- a- 必要人数あり
- b- 重症救急患者に対応する際には（次から次へと）on call で呼び出す
- c- 上記に至らず

5.12.1.2.4 臨床検査技師の当直体制がある a b c NA

- a- 必要人数あり
- b- 重症救急患者に対応する際には（次から次へと）on call で呼び出す
- c- 上記に至らず

5.12.1.2.5 放射線技師の当直体制がある a b c NA

- a- 必要人数あり
- b- 重症救急患者に対応する際には（次から次へと）on call で呼び出す
- c- 上記に至らず

5.12.1.2.6 事務職員の当直体制がある a b c NA

- a- 必要人数あり
- b- 重症救急患者に対応する際には（次から次へと）on call で呼び出す
- c- 上記に至らず

5.12.1.3 救急医療のための施設・設備が整備されている a b c NA

5.12.1.3.1 救急処置室がある a b c NA

5.12.1.3.1.1 救急処置室において小開頭、開胸、開腹術のできる用意がある

a b c NA

- a- 麻酔器と無影灯等の用意があり、ほぼ種々睡と同等の準備がある
- b- 開胸や開腹の手術器具の準備のみされている
- c- 上記に至らず

5.12.1.3.1.2 重症救急患者と軽症患者（時間外診療的）を別々に処置できるように配慮されている a b c NA

- a- 全く別の部屋が用意されている
- b- スクリーンやカーテンによる隔壁がある
- c- 隔壁なし

5.12.1.3.1.3 救急外来に付属する病床 (observation/recovery bed) がある

a b c NA

a- 別の部屋～スペースが確保されている

b- 救急外来のベッドを転用している

c- observation 可能なスペースはなし

5.12.1.3.2 レントゲン撮影、C Tスキャン、血管撮影をただちに行うことができる

a b c NA

a- 救急患者用のレントゲン機器がある

b- 一部は通常の業務で用いる機器を救急患者にも使用するが、必ず緊急で使用できる

c- 通常の業務で用いる機器を救急患者にも使用するので、しばしば待たされる

5.12.1.3.3 緊急手術が可能である

a b c NA

a- 救急患者用の手術場がある

b- 通常業務で用いる部屋を救急患者にも使用するが、必ず緊急で使用できる

c- 通常業務で用いる部屋を救急患者にも使用するので、しばしば待たされる

5.12.2 診療各科の支援体制が整っている

a b c NA

5.12.2.1 次の各科が診療に参加できる

a b c NA

内科、外科、脳外科、整形外科、眼科、耳鼻科、産婦人科、泌尿器科、麻酔科、小児科、放射線科

a- 緊急で、常にこれらの診療科の支援が得られる

b- これらの診療科の支援が得られるが、時間を要する場合がある

c- 上記に至らず

5.12.2.2 精神科医のコンサルテーションが得られる

a b c NA

a- 定期的にコンサルテーションあり

b- 依頼に応じてコンサルテーションが得られる

c- 上記に至らず

5.12.2.3 ICU がある

a b c NA

a- 常に重症患者に対応できる

b- 救急患者を常に受け入れることが可能とは限らない

c- 上記に至らず

5.12.2.4 救急患者の入院にともなって、後方病床と救急病棟（または病床）の連携機能がある a b c NA

a - 後方病床へは救急病床から常に患者の流れがあり、救急患者用の空床が確保される

b - a の原則がルールであるが、円滑には運用されていない

c - 上記に至らず

5.12.2.5 救急患者専用病棟（または病床）の責任者がいる a b c NA

a -

b -

c -

5.12.3 救急受入れ時の対応手順が確立されている a b c NA

5.12.3.1 他の医療施設、救急隊からの受入れ要請に対して、原則としてすべて受入れる a b c NA

a - 常に受入可能である

b - 救急処置室（重症患者処置中）、手術室、ICU 等の都合で時々断ることがある

c - 手術室、ICU 等の都合で重症患者の受入はしばしば困難である

5.12.3.2 救急受入れ時の担当医師または担当看護婦が決まっている

a b c NA

a - 担当者（医師の看護スタッフも）は専任である

b - 看護スタッフは専任であるが、医師は適宜選択される

c - 一応ルールはあるが、上記に至らず

5.12.3.3 救急隊からの患者搬入についての電話依頼が担当医師（または担当看護婦）にすみやかにつながる a b c NA

a - ダイヤルインですぐに専任医師または看護スタッフが応答する

b - すぐに担当看護スタッフにつながり、受入の可否を決めることができる

c - 交換台から通常の電話と同じシステムで担当者につながる

5.12.3.4 救急救命士への指示または指導にあたる医師がいる a b c NA

a - 救急救命士の教育（実習）にあたっている、または特定行為（医療行為）への指示を行っている専任の医師がいる

b - 救急救命士への指導や指示等は、その場に居合わせた医師が行うことがある

c - 上記に至らず

5.12.3.5 救急車に医師の同乗を求められた際のルールがある a b c NA

- a- 同乗する医師の選び方、その職を補う方法等のルールがある
- b- ルールはないが、医師同乗の求めに応じられる
- c- 求めがあっても難しい

5.12.3.6 救急患者の入院に当たり専用病床がある a b c NA

- a- 専用病棟がある
- b- 専用病棟はないが、常に専用病床が用意されている
- c- 救急患者用のベッドが得られないこともある

5.12.3.7 受入れ不能の場合の対応の手順が決まっている a b c NA

- a- 受入れ不能の場合でも、救急処置室等に余裕を持たせて、万が一の対策がある
- b- 各科ごとに連携病院のリストがある
- c- 救急災害情報センター（消防署、救急隊）にまかせる

5.12.4 救急部門の運営に関する規則がある a b c NA

5.12.4.1 救急部門の運営に関する委員会（または責任者）がある

a b c NA

- a- 2カ月に1回以上定期的に委員会（責任者あり）があり、記録が残されている
- b- 必ずしも定期的ではないが、委員会（責任者あり）があり、記録が残されている
- c- 上記に至らず

5.12.5 地域における救急システムに関する会合（救急業務連絡会議など）に参加している a b c NA

- a- そのような地域の会合（行政関連を含む）のイニシアチブをとっている
- b- そのような地域の会合に参加している
- c- そのような会合がない、または、参加していない

(水準 2)

- 5.12.1 救急受入れ部門が整備されている a b c NA
- 5.12.1.1 救急室に専任の看護婦がいる a b c NA
- a- 日夜専任の看護スタッフがいて、専任の責任者（看護）がいる
 - b- 日夜専任の看護スタッフがいて、責任者は他部署と兼務である
 - c- 上記に至らず
- 5.12.2 当直体制が整っている a b c NA
- 5.12.2.1 医師の当直体制がある a b c NA
- a- 内科系、外科系の医師がおり常に intensive care や手術が可能である
 - b- intensive care や手術の必要な際には、on call え内科系または外科系医師を呼ぶ
 - c- 上記に至らず
- 5.12.2.2 救急専任の看護婦の当直体制がある a b c NA
- a- 常に十分な複数の専任看護スタッフが救急外来で対応する
 - b- 専任看護スタッフでは不十分な際には、応援スタッフを呼ぶことができる
 - c- 救急外来専任の看護スタッフがない
- 5.12.2.3 薬剤師の当直体制がある a b c NA
- a- 必要人数あり
 - b- 当直がいるが、必要に応じて（次から次へと）on call で呼びだす（来院する）ことができる
 - c- 上記に至らず、または当直がない
- 5.12.2.4 臨床検査技師の当直体制がある a b c NA
- a- 必要人数あり
 - b- 当直がいるが、必要に応じて（次から次へと）on call で呼びだす（来院する）ことができる
 - c- 上記に至らず、または当直がない

5.12.2.5 放射線技師の当直体制がある a b c NA

- a- 必要人数あり
- b- 当直がいるが、必要に応じて（次から次へと）on call で呼びだす（来院する）ことができる
- c- 上記に至らず、または当直がない

5.12.2.6 事務職員の当直体制がある a b c NA

- a- 必要人数あり
- b- 当直がいるが、必要に応じて（次から次へと）on call で呼びだす（来院する）ことができる
- c- 上記に至らず、または当直がない

5.12.3 救急医療のための施設・設備が整備されている a b c NA

5.12.3.1 救急処置室がある a b c NA

- a- 救急患者用の処置室があり、必要に応じて重症と軽症とを仕切ることができる
- b- 救急患者用の処置室がある
- c- 上記に至らず

5.12.3.2 レントゲン撮影、C T スキャンをただちに行うことができる

a b c NA

- a- 常に、ただちに行うことができる
- b- 検査技師等の理解はあるが、予約患者が多いのでしばしば待たされる
- c- 上記に至らず

5.12.3.3 緊急手術が可能である a b c NA

- a- 常に、ただちに行うことができる
- b- 通常の手術患者が多いのでしばしば待たされるが、緊急度に応じた対応ができる
- c- 上記に至らず

5.12.3.4 ICU がある a b c NA

- a- 常に重症救急患者に対応できる
- b- 救急患者を常に受け入れることが可能とは限らない
- c- 上記に至らず