

5.12.3.5 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

5.12.3.6 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

5.12.4 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 - 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 - 院内の別の会合 (医局会等) がそれらの機能をもち、記録が残されている
- c - 上記に至らず

5.12.4.2 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 - 入退床を管理する責任者 (医師) がいる
- b - 責任者 (医師) がいる
- c - 上記に至らず～責任者はいない

5.12.4.3 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 の原則がルールではあるが、円滑には運用されていない
- c - 上記に至らず

5.12.5 救急受入れ時の対応手順が確立されている a b c NA

5.12.5.1 救急受入れ時の担当医が決まっている a b c NA

- a- 内科系、外科系で担当者は決まっている（輪番等）。特殊な課目でも担当医は患者の来院時点では決まっている
- b- 患者の来院時に看護スタッフの判断で決める
- c- ルールがない（入院後に各科責任者が決める等）

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

- a- ダイヤルインで速やかにつながり、その場で受入可否が決められる
- b- 交換台が担当者（受入可否を決められる）に速やかにつなげることができ
- c- 要件を聞いた交換台（または担当の看護スタッフ）が担当する（該当する）医師を探す

5.12.5.3 救急患者の入院に当たり専用病床がある a b c NA

- a- 常に空床が用意されている
- b- 専用病床はないが、院内に常に入院できる病床をつくる（入院中の患者の移動等）ことができる
- c- 救急患者用のベッドが得られないこともある

5.12.5.4 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、必要な患者（心配蘇生術等）には対応し、その後3次救急施設等へ送る。また、各科ごとに連携病院のリストがあり、それに従う
- b- 3次救急施設（重症患者）を含めて、連携病院のリストがあり、それに従う
- c- 救急災害情報センター（消防署、救急隊）にまかせる

5.12.6 救急車に医師の同乗を求められた際のルール（院内システム）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

5.12.7 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に参加している
- b- そのような会合がなくとも、それに代わる会（地域医師会等）に参加し
地得る
- c- 上記に至らず

(水準 3)

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

a b c NA

- a- 病床が用意されている
- b- 救急外来のベッドを必要に応じて転用している
- c- observation 可能なスペースなし

5.12.2 救急部門の運営に関する規則がある a b c NA

5.12.2.1 救急部門の運営に関する責任者がいる a b c NA

- a- 責任者が定期的に関係者を招集する。会合の記録が残されている
- b- 責任者はいないが、医局会等において運営について話し合わせ、記録が残される
- c- 上記に至らず

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 救急受入れ時の担当医、または担当看護婦が決まっている

a b c NA

- a- 担当医は患者の来院時点で決まっている
- b- 患者の来院後に看護スタッフの判断で決める
- c- ルールがない

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

- a- 速やかにつながり、その場で受入の可否が決められる
- b- 受入の可否を決めることができる担当者を交換台が探す
- c- 要件を聞いた看護スタッフが担当 (該当する) 医師を探す

5.12.3.3 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- 3次救急施設 (重症患者) を含めて、連携病院のリストがあり、それに従う
- b- 救急災害情報センター (消防署、救急隊) にまかせる
- c- ルールがないので、患者が搬送されてから混乱することがある

5.12.4 診療時間外の当直体制が整っている a b c NA

5.12.4.1 医師の当直体制がある a b c NA

- a - 内科系またはげ家系の医師がおり、必要な際には、それぞれ on call で別の科の医師を呼ぶことができる（特殊診療課目を除く）
- b - 受診を希望する患者の診療には常にあたるが、当直医の専門科目により適宜他院に転送する
- c - 上記に至らず

5.12.4.2 看護婦の当直体制がある a b c NA

- a - 救急外来専任の看護スタッフがおり、かつ複数名の看護スタッフで対応できる
- b - 救急外来において必要に応じて、複数の看護スタッフで対応できる
- c - 救急患者に対応するのはほとんどの場合、1名の看護スタッフのみである

5.12.4.3 薬剤師のオンコール体制がある a b c NA

- a - 必要に応じて来院する
- b - 必要に応じて電話相談に応じる
- c - on call 体制なし

5.12.4.4 臨床検査技師のオンコール体制がある a b c NA

- a - 必要に応じて来院する
- b - 必要に応じて電話相談に応じる
- c - on call 体制なし

5.12.4.5 放射線技師のオンコール体制がある a b c NA

- a - 必要に応じて来院する
- b - 必要に応じて電話相談に応じる
- c - on call 体制なし

5.12.4.6 事務職員の当直体制がある a b c NA

- a - 当直している
- b - 必要に応じて来院する
- c - 当直なし

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に参加している
- b- そのような会合がなくとも、それに代わる会（地域医師会等）に参加している
- c- 上記に至らず

(水準 4)

- 5.12.1 救急受入れ体制がある a b c NA
- 5.12.1.1 救急処置のための場所がある a b c NA
- a- 救急患者が来院した際に、処置のできる場所をあらかじめ決めてある
 - b-
 - c- そのような準備はない
- 5.12.2 救急受入れ時の対応手順が確立されている a b c NA
- 5.12.2.1 救急受入れ時の担当医または担当看護婦が決まっている a b c NA
- a- 患者来院時に決めることができる
 - b-
 - c- 来院時のルールはない（入院後に各科の責任者が決める等）
- 5.12.2.2 時間外、あるいは救急受診についての電話依頼が担当医（または看護婦）にすみやかにつながる a b c NA
- a- 受入可否を決めることができる担当者を交換台がすみやかに探す
 - b-
 - c- 要件を聞いた看護スタッフが担当（該当する）医師を探す
- 5.12.2.3 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- 3次救急施設（重症患者）を含めて、連携病院のリストがあり、それに従う
 - b- 救急災害情報センター（消防署、救急隊）にまかせる
 - c- ルールがないので、患者が搬送されてから混乱することがある
- 5.12.3 規模に応じた診療時間外の当直体制が整っている a b c NA
- a- かかりつけの患者の診療には常にあたるが、他は当直医の専門科目により適宜他院に転送する
 - b-
 - c- 当直医は原則として救急患者を診療しない

5.13 心肺蘇生や生命に関わる緊急事態への対応

A B C NA

記入者名	部署	職名
判断の方法	一人	合議

【ねらい】 病院では患者に限らず、すべての来院者に緊急事態が発生した場合の迅速な対応体制をもつことが望まれる。このような体制ではスタッフが現場に参集することが必要であるが、その際の放送は他の来院者に不安を生じさせないように、何らかの暗号が用いられることが多い。体制の内容は病院の規模や種類により異なると考えられるが、病院では自院に見合った形でこのような体制を整えるべきであろう。

5.13.1 非常用カートの収納機器・薬剤に標準規格があり、確実に在庫点検がなされている a b c NA

以下の2点の達成状況により評価する

- (1)カート点検責任者が毎日チェックし、病棟責任者に報告されている
- (2)サーベイヤーにより、不十分な機器がないことが確認されている
 - a.両方を満足する
 - b.一方しか満足しない
 - c.カートがある

5.13.2 非常用カートの通常の設置場所が決まっており、周知され、守られている a b c NA

- a- カートがすぐ出せる位置にある
- b-
- c- カートを持って来るのに時間がかかる

5.13.3 このような緊急時の対応に関する方針や手順が明確に定められている(コード・ブルーシステム"について評価する) a b c NA

- a- システムがあり職員に徹底している
- b- システムがあるが、職員に徹底していない
- c- システムがない

5.13.4 生命にかかわる緊急事態に備えて、定期的に医師・看護婦の教育と訓練を行っている

a b c NA

a - 全医師、看護婦に教育、訓練を行っている

b - 不十分である

c - 行っていない

資料 2

2.4 救急医療活動

2.4.1 救急医療について、地域における自院の役割が認識されている

5・4・3・2・1・NA

2.4.1.1 地域における救急医療の整備・実施状況が把握されている

a・b・c・NA

- a. 積極的に把握し、院内で検討している
- b.
- c. 把握されていない

HSP ☞ 地域における機能別救急の実施機関など

2.4.1.2 自院の救急医療に対する方針が院内に徹底している

a・b・c・NA

- a. 救急部門以外の職員も自院の役割・方針を知っている
- b.
- c. 役割・方針が院内で周知されていない

HSP ☞ 救急部門以外の職員への周知も含む

2.4.1.3 自院の救急医療実施状況が把握され、評価されている

a・b・c・NA

- a. 救急医療に関する経時的な統計などが把握され、問題点の抽出や解決策などの議論が行われている
- b.
- c. 救急医療に関する経時的な統計などが把握されていない

2.4.2【三次救急でない場合】認識されている役割に必要な救急医療体制(救急機能)が整っている 5・4・3・2・1・NA

HSP ☞ 三次救急を行う病院の場合はNAとする。ここでいう三次とは地域の高次救急医療機関として明確に位置づけられている場合をいう。

2.4.2.1 救急患者受入れのための施設・設備・人員が整っている a・b・c・NA

- a. 必要な施設・設備・人員が整っている 経過観察用のベッドがある
- b.
- c. 必要な施設・設備・人員が整っていない

2.4.2.2 診療各科の支援体制が整っている a・b・c・NA

- a. 具体的な支援体制が明らかになっている
- b.
- c. 具体的な支援体制が明らかになっていない

2.4.2.3 救急患者受入れ時の対応手順が確立されている a・b・c・NA

- a. 受入れの担当者・手順、受入れ不可能時の対応、他院への転送手順などが明確になっている
- b.
- c. 受入れの担当者・手順、受入れ不可能時の対応が明確でない

HSP ☞ 担当スタッフ、受入れの諾否の決定の仕組、受入れ不能時の対応手順

2.4.2.4 救急医療部門の運営に関する規則がある a・b・c・NA

- a. 規則が明文化され、受入れ・振分けなどの患者の流れについて言及されている
- b.
- c. 規則が明文化されていない

2.4.2.5 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. 参加している
- b.
- c. 参加していない

2.4.3【三次救急の場合】救急医療の人材・人員が整っている

5・4・3・2・1・NA

2.4.3.1 救急部門に専従の専門医師がいる

a・b・c・NA

- a. 救急部門が独立し、専従の医師がいる
- b.
- c. 救急部門の体制が不十分である

2.4.3.2 医師の当直体制が整っている

a・b・c・NA

- a. 当直の医師だけでなく、重症患者に対応する当直医がさらにおり、緊急の集中治療や手術が常に可能である
- b.
- c. 当直体制が不十分である

2.4.3.3 看護婦の当直体制が整っている

a・b・c・NA

- a. 常に専任看護スタッフが必要人数(2人以上)いる
- b.
- c. 当直体制が不十分である

2.4.3.4 コ・メディカル、他の支援スタッフの当直体制が整っている

a・b・c・NA

- a. 常に専任スタッフが必要人数いる
- b.
- c. 当直体制が不十分である

HSP ☞ 薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、事務職員

2.4.3.5 診療各科の支援体制が整っている

a・b・c・NA

- a. 緊急時に必要な診療科の支援を常時得ることができる
- b.
- c. 支援体制が不十分である

HSP ☞ 精神科医のコンサルテーションも含む

2.4.4【三次救急の場合】救急患者受入れ時の対応体制が確立している

5・4・3・2・1・NA

HSP ☞ 三次救急でない場合はNAとする

2.4.4.1 スタッフの対応体制が確立している

a・b・c・NA

- a. 受入れ時の具体的なスタッフの対応手順・役割分担が明確となっている
- b.
- c. 体制が不十分である

2.4.4.2 病床確保の体制が確立している

a・b・c・NA

- a. 常に必要な救急病床が確保され、確実に収容または入院することができる。また万一に病床が確保されていない場合でも、蘇生術など当面必要な処置を行ってその後他院へ転送するシステムがある
- b.
- c. 体制が不十分である

2.4.5【三次救急の場合】救急医療のための施設・設備が整備されている

5・4・3・2・1・NA

HSP ☞ 三次救急でない場合はNAとする

2.4.5.1 救急処置室が整備されている

a・b・c・NA

- a. 救急処置室と、重／軽別の麻酔器・無影灯などの緊急手術用の設備が整っている
- b.
- c. 設備が不十分である

HSP ☞ 麻酔器、無影灯、手術器具 重症／軽症患者を別々に処置できること

2.4.5.2 救急外来に付属する経過観察用のベッドがある

a・b・c・NA

- a. 処置室とは別に経過観察にふさわしいベッドが必要な数確保されている
- b.
- c. 必要な数確保されていない

2.4.5.3 必要な画像検査や侵襲的検査をただちに行うことができる

a・b・c・NA

- a. 救急患者用の機器・設備が確保され、緊急時に必ず使用できる
- b.
- c. 直ちに実施できない

HSP ☞ 緊急で使用できること

2.4.5.4 緊急に手術(開頭、開胸、開腹)をただちに行うことができる施設と体制が整っている

a・b・c・NA

- a. 緊急時に必要なスタッフが確保され、迅速に手術を行うことができる
- b.
- c. 迅速に行うことができない

HSP ☞ 緊急で使用できること

2.4.5.5 救急患者のケアについての妥当性について検討されている

a・b・c・NA

- a. 救急部門の専従医師を中心として、救急での入院患者とDOA患者について検討されている
- b. 医師が各科のカンファレンスなどの中で検討されている
- c. されていない

2.4.6【三次救急の場合】地域の救急システムの整備に向けて、救急業務連絡会議などに参加している

5・4・3・2・1・NA

HSP ☞ 三次救急でない場合はNAとする

資料 3

救急医療評価スタンダード

Ver.1.0

INDEX

【ねらい】.....	1
【評価方法】【評価の対象領域】.....	3
[総論].....	4
1.救急に関する年次統計.....	4
2. 救急室の運営管理.....	5
2.1 救急受入れ部門が整備されている。	
2.2 当直体制が整っている。	
2.3 救急医療のための施設・設備が整備されている。	
2.4 救急部門の運営に関する規則がある。2.5 救急受入れ時の対応手順が確立されている。	
2.5 救急受入れ時の対応手順が確立されている。	
2.6 救急車に医師の同乗を求められた際のルール（院内システム）がある。	
2.7 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。	
2.8 緊急時の検査体制が整っている。	
2.9 検査成績が迅速に報告されている。	
2.10 画像診断ができる装置が十分にある。	
2.11 時間外、休日の手術室の利用が可能である。	
2.12 非常用カートの収納機器・薬剤に標準規格があり、確実に在庫点検がなされている。	
2.13 非常用カートの通常の設置場所が決まっており、周知され、守られている。	
2.14 緊急時の院内医師の対応に関する手順が明確に定められている（コード・ブルー）。	

3 救急医療に関する教育が定期的に行われている..... 13

- 3.1 定期的に医師・看護婦に救命処置 (BLS、ACLS、ATLS など) の教育を行っている。
- 3.2 救急医療に関する勉強会を実施している。

4 救急室における医療従事者への感染対策が適切である.... 14

- 4.1 救急室にデスポーザブルの手袋が常備されている。
- 4.2 救急室にデスポーザブルのマスクやアイシールド (ゴーグル)、ガウンが常備されている。
- 4.3 救急室に安全な感染性廃棄容器が常備されている。
- 4.4 救急室で勤務する B 型肝炎抗体陰性の医療従事者にワクチン接種が行われている。
- 4.5 針刺し事故など、医療従事者が感染を受ける可能性のある事故が発生した場合、24 時間体制で迅速な対応が行われるシステムが明文化され、予め決められた責任者に報告されるシステムがある。
- 4.7 血液・体液に触れる可能性のあるときに、手袋の着用を実施している。
- 4.8 血液・体液が飛散し、目や口の粘膜を汚染したり衣服を汚染する可能性があるときに、マスクやアイシールド (ゴーグル)、ガウンの着用を実施している。
- 4.9 針刺し事故対策が確立している (リキャップしない、片手法によるリキャップ、その他の安全器材など)。
- 4.10 血液・体液由来の汚染事故の原因が追及され改善が行われている。
- 4.11 救急室に結核患者が入った場合、適切な患者対応 (N95 マスクの着用、etc.)、十分な換気 (風速、面積、換気扇の機能の規準を載せるか?)、消毒 (換気後の空気の紫外線殺菌、壁のふき取りなど) が行われている。

5 コンサルテーション体制が整っている..... 17

- 5.1 院内コンサルテーションのための、バックアップシステムがある。
- 5.2 コンサルテーションが円滑に行われている。

[各論]

1. 脳神経系疾患の救急診療が適切である。…………… 19
 - 1.1 脳神経系疾患の診療過程が適切である
2. 循環器疾患への救急診療が適切である。…………… 25
 - 2.1 循環器疾患の診療の準備が整えられている。
 - 2.2 循環器疾患の診療過程が適切である。
3. 呼吸器疾患への救急診療が適切である。…………… 30
 - 3.1 呼吸器疾患の診療の準備が整えられている。
 - 3.2 呼吸器疾患の診療過程が適切である。
4. 腹部救急診療が適切である。…………… 35
 - 4.1 急性腹症患者を受け入れている。
 - 4.2 基本的な診療指針が明示されている。
 - 4.3 初診医に引き続いてに担当する診療システムがある。
 - 4.4 適切な診療機関に安全に搬送する。
5. 外傷患者の救急診療が適切である。…………… 39
 - 5.1 外傷患者の救急受け入れが適切である。
 - 5.2 初療の指針がある。
 - 5.3 標準的な外傷初期診療を実施している。
 - 5.4 最終的に担当する診療グループがある。
 - 5.5 適切な医療機関に安全に搬送する。
 - 5.6 定期的な症例検討を院内で実施している。
 - 5.7 転帰・合併症・1年後生存率を登録している。
 - 5.8 頭部外傷の診療が適切である。
 - 5.9 胸部外傷の診療が適切である。
 - 5.10 腹部外傷の診療が適切である。
 - 5.11 四肢骨盤外傷の診療が適切である。
6. 中毒の救急診療が適切である。…………… 50
 - 6.1 中毒の診療過程が適切である。

7. 病院外心肺停止治療が適切である。…………… 54

- 7.1 心肺停止患者を受け入れる
- 7.2 救命救急士に一括指示を出している。
- 7.3 診療プロトコールが明文化している。
- 7.4 標準的な ACLS を実施している。
- 7.5 最終的に担当する診療グループがある。
- 7.6 適切な診療機関に安全に搬送する。
- 7.7 集中治療による脳蘇生を実施している。
- 7.8 転帰、一年後生存を登録している。

救急医療評価スタンダード

救急医療サーベイ 全体評価

A B C

記入者名	部署	職名
判断の方法	一人	合議

[総論]

1. 救急に関する年次統計

記入者名	部署	職名
判断の方法	一人	合議

- ・ 救急受診患者数 : 時間外 () 人、救急外来受診 () 人
- ・ 救急車台数 :
- ・ 外来転帰: 帰宅 () 件
- 入院 () 件 (このうちICU/CCU _____ 件)
- 外来死亡 () 件
- 転送 () 件

診療件数とアウトカム (*別紙、『診療件数とアウトカム一覧』を参照ください。)