

## 2. 救急室の運営管理

A B C

記入者名	部署	職名
判断の方法	一人	合議

### 2.1 救急受入れ部門が整備されている。

a b c NA

#### 2.1.1 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。

### 2.2 当直体制が整っている。

a b c NA

#### 2.2.1 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 で内科系または外科系医師を呼ぶ。
- c - 上記に至らず。

#### 2.2.2 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いない。

#### 2.2.3 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 on call で呼びだす（来院する）ことができる。
- c - 当直がいない。

2.2.4 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 on call で呼び出す（来院する）ことができる。

c - 当直がいない

2.2.5 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 on call で呼び出す（来院する）ことができる。

c - 当直がいない。

2.2.6 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 on call で呼び出す（来院する）ことができる。

c - 当直がいない。

2.3 救急医療のための施設・設備が整備されている。 a b c NA

2.3.1 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。

2.3.2 レントゲン撮影、CT 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 - 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。

2.3.3 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 - 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。

2.3.4 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。

2.3.5 救急外来に付属する病床 (observation 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。

2.3.6 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。

2.4 救急部門の運営に関する規則がある。 a b c NA

2.4.1 救急医療の質管理の責任者 (スーパーバイザー) がいる。

\* スーパーバイザーとは、病院の救急医療全体を把握しており、質管理 (Quality Management) をしている医師である。 a b c NA

- a - 救急での診療内容をモニターし、かつ担当医にフィードバックを行っている。
- b - モニターはしているがフィードバックが行われていない。
- c - スーパーバイザーはいない。

2.4.2 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。

2.4.3 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。

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

2.4.5 受診記録体制が整えられている。 a b c NA

- a - 台帳管理がなされており、患者氏名、年齢、性別、受診理由、受診形態、入室時刻、退室時刻、診断、外来転帰などの内容が十分である。
- b - 台帳管理はなされているが、内容に不足がある。
- c - 受信記録体制はない。

2.5 救急受入れ時の対応手順が確立されている。 a b c NA

2.5.1 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る。
- 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。

2.5.2 救急外来で医師または看護婦がトリアージを行っている。 a b c NA

- a-医師、または看護婦が行っている。
- b-医師、ナース以外のものを行っている。
- c-トリアージは行っていない。

2.5.3 緊急度／重症度によって診察順を考慮している。 a b c NA

- a-重症度によって診察順を変更している。
- b-
- c-診察順に重症度は考慮していない。

2.5.4 救急外来で患者が来院直後に CPA となった場合、医師による蘇生術が速やかに行われる（医師を探す時間を含む）。 a b c NA

- a-常に3分以内。
- b-状況によって3分を超える。
- c-ほとんど3分を超える。

2.5.5 救急患者の入院のための専用病床がある。 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。

2.5.6 入院対応が不能の場合の対応の手順が決まっている。 a b c NA

- a-受入不能の場合でも、必要な患者（心肺蘇生術等）には対応し、その後3次救急施設等に転送する。また、各科ごとに連携病院のリストがあり、それに従う。
- b-
- c-救急災害情報センター（消防署、救急隊）にまかせる。

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。

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- 求めがあっても対応できない。

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。

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。

2.8 緊急時の検査体制が整っている。

a b c NA

- a- 休日・夜間・緊急検査の体制が確立している。
- b- 休日・夜間・緊急検査の体制が不十分である。
- c- 緊急時の検査体制はまったくない。

2.9 検査成績が迅速に報告されている。

（検査室の使命は、正確なデータを迅速に報告することにある。緊急検査と指示されたものは何時間くらいで結果の報告がなされているか、をチェックする）

a b c NA

- a- 検査成績が迅速に報告されている。
- b-
- c- 報告が遅い。

2.10 画像診断ができる装置が十分にある。 a b c NA

以下、「十分」という判断は、「病院の機能に応じて必要な検査がいつでもできること」を意味する。装置としては、一般撮影装置、透視撮影装置、血管撮影装置、CT装置、MRI装置、超音波検査装置および核医学検査装置などを指す。

2.10.1 画像診断ができる装置が十分にある。 a b c NA

- a - 十分である。
- b - 種類はあるが、数が足りない。一部の装置の性能がやや良くない。
- c - 明らかに不足している。

2.10.2 画像診断装置が集中配置されている。 a b c NA

- a - 集中配置されている。
- b - 一部集中配置されている。
- c - 分散配置に問題がある。

2.10.3 緊急検査に対応できる。 a b c NA

- a - できる（時間外も含む）。
- b -
- c - できない。

2.11 時間外、休日の手術室の利用が可能である。 Sa a b c NA

- Sa - 昼夜を問わず可能（専用のスペースがある）。
- a - 時間外、休日の手術が常に可能な体制（緊急手術などを前提として）が組み込まれている。
- b - 時間外、休日の手術に対応可能であるが、あらかじめの準備体制はない。
- c - 時間外、休日の手術はほとんど不可能である。

2.1 2 非常用カートの収納機器・薬剤に標準規程があり、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、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- カートがない。

2.1 3 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。

2.1 4 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）。 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。



3 救急医療に関する教育が定期的に行われている A B C

記入者名	部署	職名
判断の方法	一人	合議

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。 a b c

- 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。

3.2 救急医療に関する勉強会を実施している。 a b c

- a - 定期的に実施している。
- b - 検討中である。
- c - 行っていない。

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。

A B C

記入者名	部署	職名
判断の方法	一人	合議

4.1 救急室にディスポーザブルの手袋が常備されている。

a b c

- a- はい
- b- (-)
- c- いいえ

4.2 救急室にディ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。

a b c

- a- はい
- b- (-)
- c- いいえ

4.3 救急室に安全な感染性廃棄容器が常備されている。

a b c

- a- はい
- b- (-)
- c- いいえ

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。

a b c

- a- はい
- b- (-)
- c- いいえ

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。 a b c

- a- はい
- b- (-)
- c- いいえ

4.6 救急室で勤務する医療従事者のツベルクリン反応の状況を病院で把握している。 a b c

- a- はい
- b- (-)
- c- いいえ

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。 a b c

- a- はい
- b- (-)
- c- いいえ

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。 a b c

- a- はい
- b- (-)
- c- いいえ

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）。 a b c

- a- はい
- b- (-)
- c- いいえ

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。 a b c

a - はい

b - ( - )

c - いいえ

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。

a b c

a - 上記条件を全てを満たす

b - 不十分である

c - 行われていない

【参考資料】

感染管理スタンダード Ver.2.0 (1995-1996年の文献添付)

CDCの結核対策

American College of Surgeons: Advanced Trauma Life Support Standard Manual, 6<sup>th</sup> ed., 1997, Chicago

American Heart Association: Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiopulmonary care

Martin. R. H., Rossi R.L.: The Acute Abdomen. An Overview and algorithms, Surg. Clin. North Ame., 1997; 77(6): 1227

## 5 コンサルテーション体制が整っている。

	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>
記入者名			職名
部署			
判断の方法		一人	合議

『コンサルテーション体制の状況』についての事前評価表を用いて評価する。

回答者（救急室看護婦または婦長）は、救急患者について院内でのコンサルテーションがどのようなか、事前評価表に回答してください。

サーベイヤーは、現場での質疑応答によって現実を掘り下げた上で、評価を行う。

### 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。

a b c

- a -院内常駐。
- b -オン・コール体制。
- c -バックアップシステムはない。

### 5.2 コンサルテーションが円滑に行われている。

a b c

- a -気軽にコンサルテーションできる。
- b -状況によって、電話などで対応を決める。
- c -コンサルテーションをためらう。

## コンサルテーション体制 の状況制

\* 救急室担当婦長（場合によって、スタッフナース）がご回答下さい。

回答者：

---

救急患者が来院した際の、医師の対応はどのようになっていますか？

診療科名	院内常駐	オン・コール体制	規定なし	コメント

各診療科の医師にコンサルトをした場合の対応をお答えください。

（該当部分にチェックを入れて下さい）

診療科名	ほとんど全ての患者のコンサルトに気軽に 応じてくれる	ほとんど電話対応の みで実際には患者の 状態により対応を決 める	コンサルトするこ とをためらう、ま たは、できない。	備 考

## [各論]

1. 脳神経系疾患の救急診療が適切である。 A B C

記入者名	部署	職名
判断の方法	一人	合議

1.1 脳神経系疾患の診療過程が適切である。 a b c

1.1.1 脳卒中に対する診療指針がある。 a b c

1.1.1.1 脳卒中診療のプロトコールを持ち、それに準じて治療をしている。

a b c

a- 常に行っている。

b- 時間帯によって行っている。

c- 行っていない。

1.1.1.2 脳卒中を思わせる患者を積極的に受け入れている。

a b c

a- 常に行っている。

b- 時間帯によって行っている。

c- 行っていない。

1.1.1.3 神経内科医が直接診療するかいつでも相談できる体制になっている。

a b c

a- 常に行っている。

b- 時間帯によって行っている。

c- 行っていない。

1.1.1.4 脳神経外科医が直接診療するかいつでも相談できる体制になっている。

a b c

a- 常に行っている。

b- 時間帯によって行っている。

c- 行っていない。

1.1.2 突然発症した片麻痺の患者が救急室に運ばれてきた場合を想定して。

a b c

1.1.2.1 到着から 10 分以内に医師が患者を診察している。

a b c

a - 常に行っている。

b - 時間帯によって行っている。

c - 行っていない。

1.1.2.2 到着から 10 分以内に 12 誘導心電図を検査している。

a b c

a - 常に行っている。

b - 時間帯によって行っている。

c - 行っていない。

1.1.2.3 到着から 25 分以内に CT を撮影している。

a b c

a - 常に行っている。

b - 時間帯によって行っている。

c - 行っていない。

1.1.2.4 到着から 45 分以内に CT の読影を終了している。

a b c

a - 常に行っている。

b - 時間帯によって行っている。

c - 行っていない。

1.1.2.5 到着から 1 時間以内に血栓融解療法が必要な患者には治療を開始している。

a b c

a - 常に行っている。

b - 時間帯によって行っている。

c - 行っていない。

1.1.2.6 手術が考慮される患者を到着から 2 時間以内に脳神経外科専門医に相談している。

a b c

a - 常に行っている。

b - 時間帯によって行っている。

c - 行っていない。



1.1.3 突然発症した意識障害の患者が救急室に運ばれてきた場合を想定して。

a b c

1.1.3.1 意識障害のある患者には直ぐに酸素投与を開始している。 a b c

- a- 常に行っている。
- b- 時間帯によって行っている。
- c- 行っていない。

1.1.3.2 意識障害のある患者には直ぐにパルスオキシメーターを装着している。

a b c

- a- 常に行っている。
- b- 時間帯によって行っている。
- c- 行っていない。

1.1.3.3 舌根の沈下があれば気管内挿管が即時にできる。

a b c

- a- 常に行っている。
- b- 時間帯によって行っている。
- c- 行っていない。

1.1.3.4 初期輸液として5%ブドウ糖液は使用しないようにしている。 a b c

- a- 原則として使用しない。
- b- 特に決めていない。
- c- 原則として使用している。

1.1.3.5 到着から 10 分以内に血糖値を測定している。

a b c

- a- 常に行っている。
- b- 時間帯によって行っている。
- c- 行っていない。

1.1.3.6 意識レベル (JCS または GCS) を必ずカルテに記載している。 a b c

- a- 常に行っている。
- b- 時間帯によって行っている。
- c- 行っていない。

1.1.3.7 麻痺の有無と瞳孔所見について必ずカルテに記載している。 a b c

- a- 常に行っている。
- b- 時間帯によって行っている。
- c- 行っていない。

1.1.3.8 必要があれば人工呼吸器管理とモニタリングができる集中治療室に収容できる。 a b c

- a- 常に行っている。
- b- 時間帯によって行っている。
- c- 行っていない。

1.1.4 突然発症した激しい頭痛の患者が救急室に運ばれてきた場合を想定して。

a b c

1.1.4.1 先行する頭痛の有無を必ず聴取してカルテに記載している。 a b c

- a- 常に行っている。
- b- 時間帯によって行っている。
- c- 行っていない。

1.1.4.2 CT で異常がないときには原則として腰椎穿刺を施行している。

a b c

- a- 常に行っている。
- b- 時間帯によって行っている。
- c- 行っていない。

1.1.4.3 クモ膜下出血と診断されたら適切な鎮静を行っている。 a b c

- a- 常に行っている。
- b- 時間帯によって行っている。
- c- 行っていない。

1.1.4.4 必要があればいつでも脳血管撮影が可能である。 a b c

- a- 常に行っている。  
(自施設内で撮影できない場合には、可能な施設に移送している場合を含む)
- b- 時間帯によって行っている。
- c- 行っていない。

1.1.4.5 必要があればいつでも開頭クリッピング手術が可能である。 a b c

a - 常に行っている。

(自施設内で手術できない場合には、可能な施設に移送している場合を含む)

b - 時間帯によって行っている。

c - 行っていない。

1.1.4.6 腰椎穿刺で出血がないときにも髄膜炎・脳炎を疑って適切な治療をしている。 a b c

a - 常に行っている。

b - 時間帯によって行っている。

c - 行っていない。

1.1.5 脳卒中急性期の全身管理について a b c

1.1.5.1 痙攣が続いている患者にはジアゼパムを直ぐに投与している (5mg ずつ2回まで静注)。 a b c

a - 常に行っている。

b - 時間帯によって行っている。

c - 行っていない。

1.1.5.2 上記の場合、呼吸停止に備えて人工呼吸を常に準備している。 a b c

a - 常に行っている。

b - 時間帯によって行っている。

c - 行っていない。

1.1.5.3 脳卒中患者は虚血性と出血性に分けて明確な血圧管理基準を定めている。 a b c

a - 区別して定めている。

b - 区別しないで定めている。

c - 特に決めていない。

1.1.5.4 脳卒中患者の高血圧にはニフェジピンの舌下は使用しない。 a b c

a - 原則として使用しない。

b - 特に決めていない。

c - 原則として使用している。

1.1.6 神経学的後遺症への対処

a b c

1.1.6.1 一週間以内に専門医によるリハビリテーションを開始している。

a b c

a - 一週間以内に専門医によるリハビリテーションを開始している。

b - 専門医によらないが1週間以内にリハビリテーションを開始している。

c - 一週間以内にリハビリテーションの開始していない。

1.1.6.1.1 急性期に対応が可能な理学療法士がいる。

a b c

a - 対応可能な理学療法士がいる。

b - (-)

c - 対応可能な理学療法士がいない。

1.1.6.1.2 急性期に対応が可能な言語療法士がいる。

a b c

a - 対応可能な言語療法士がいる。

b - (-)

c - 対応可能な言語療法士がいない。

1.1.6.1.3 急性期に対応が可能な作業療法士がいる。

a b c

a - 対応可能な作業療法士がいる。

b - (-)

c - 対応可能な作業療法士がいない。

1.1.6.2 専門家によるリハビリテーションができない場合すぐに転院可能な施設がある。

a b c

a - 転院可能な施設がある

b - (-)

c - 転院可能な施設はない