

- 6.1.1.6 自殺企図の中毒患者の診療の依頼に對して精神科医が対応している。 a b c
- a - 原則として退院するまでに精神科医が診察し転院、外来の対応を決めている。
  - b - 退院後には必ず精神科を受診するように指導している。
  - c - 明らかに精神疾患がある場合以外は精神科を紹介しない。
- 6.1.1.7 麻薬中毒の届出が適切に行われている。 a b c
- a - 届出が必要な薬剤が周知徹底されている。
  - b - 犯罪が関与していれば警察に通報している。
  - c - 考えたこともない。
- 6.1.2 中毒に対する一般的治療が適切である。 a b c
- 6.1.2.1 適応があれば救急外来で胃洗浄を行っている。 a b c
- a - 適応のある患者には必ず胃洗浄を行っている。
  - b - 適応を明確に決めていないが胃洗浄を行うこともある。
  - c - 原則として胃洗浄は行っていない。
- \* 毒物を経口的に摂取したのち1時間以内で、大量服薬の疑いがあるか、毒性の高い物質を摂取した症例に胃洗浄の適応がある。
- 6.1.2.2 意識障害のある中毒患者は気管挿管の上で胃洗浄を行っている。 a b c
- a - 誤嚥を防ぐため原則として気管挿管をして胃洗浄を行っている。
  - b - 舌根が沈下していれば原則として気管挿管をして胃洗浄を行っている。
  - c - 胃洗浄は行うとしても気管挿管はしない、またはできない。
- 6.1.2.3 適応のある患者には活性炭と下剤を投与している。 a b c
- a - 原則として両方とも投与している。
  - b - 活性炭か下剤のいずれかを投与している。
  - c - 投与していない。
- \* 活性炭は経口物質がはきりとしていない場合も投与の適応がある。
- 6.1.2.4 適応があれば強制利尿を行っている。 a b c
- a - 適応を明確にして合併症に注意しながら行っている。
  - b - 適応は明確ではないが合併症に注意しながら行っている。
  - c - 行っていない、または原則として全例に行っている。
- \* 特に高齢者では過剰な輸液負荷は心不全や電解質異常をまねく。利尿剤の併用により排泄増加が期待できる薬・毒物は極めて少ない。
- 6.1.2.5 適応があればすぐに血液浄化療法（血液透析および血液灌流）を行っている。または、血液浄化療法が必要だができない場合はすぐに可能な施設に転院している。（メタノール中毒に対する血液透析、パラコート中毒に対する血液灌流など） a b c
- a - 行っている。または設備を有している施設に安全に移送している。
  - b - 時間帯によって行っている。
  - c - 行っていない。
- 6.1.3 解毒薬が正しく使用できる。 a b c
- 6.1.3.1 硫酸アトロピンが常備され、中毒患者に正しく使用できる。 a b c
- a - 有機リン中毒などに対する適応を明確にして使用している。
  - b - 中毒に対する適応は明確にしていないが常備している。
  - c - 救急外来には常備していない。
- 6.1.3.2 PAM が常備され、中毒患者に正しく使用できる。 a b c
- a - 有機リン中毒などに対する適応を明確にして使用している。
  - b - 中毒に対する適応は明確にしていないが常備している。
  - c - 院内には常備していない。
- 6.1.3.3 N-アセチルシステインが常備され正しく使用できる。 a b c
- a - アセトアミノフェン中毒患者に対する適応を明確にして使用している。
  - b - 適応は明確にしていないが経口的に使用できるように常備している。
  - c - 経口的に使用できるようには常備していない。
- \* N-アセチルシステインは8時間以内に投与を開始する必要がある。

- 6.1.3.4 アネキセートが常備され、正しく使用できる。 a b c
- a - ベンゾジアゼピン中毒に対する適応を明確にして使用している。
  - b - 適応を明確にしていけないが常備している。
  - c - 救急外来には常備していない。
- \* 三環系抗うつ薬を同時に飲んでいる場合は禁忌である。半減期がベンゾジアゼピンより短いので、意識回復後も慎重な観察が必要である。
- 6.1.3.5 一酸化炭素中毒患者に対し、気管挿管下に 100%酸素が投与できる。 a b c
- a - 重症例では直ちに気管挿管下に 100%酸素を投与している。
  - b - 酸素マスクで高濃度酸素を投与している。
  - c - 高濃度酸素は投与していない。
- 6.1.4 原因薬物分析についての準備が整えられている。 a b c
- 6.1.4.1 アセトアミノフェン中毒の血中濃度測定をしている。 a b c
- a - 24 時間対応で測定し、すぐに結果を報告している。
  - b - 日中は測定し、すぐに結果を報告している。
  - c - 当日に結果がわかるような測定はしていない。
- 6.1.4.2 ジゴキシン中毒の血中濃度測定をしている。 a b c
- a - 24 時間対応で測定し、すぐに結果を報告している。
  - b - 日中は測定し、すぐに結果を報告している。
  - c - 当日に結果がわかるような測定はしていない。
- 6.1.4.3 フェニトイン中毒の血中濃度測定をしている。 a b c
- a - 24 時間対応で測定し、すぐに結果を報告している。
  - b - 日中は測定し、すぐに結果を報告している。
  - c - 当日に結果がわかるような測定はしていない。
- 6.1.4.4 一酸化炭素中毒の CO ヘモグロビンを測定している。 a b c
- a - 24 時間対応で測定し、すぐに結果を報告している。
  - b - 日中は測定し、すぐに結果を報告している。
  - c - 当日に結果がわかるような測定はしていない。
- 6.1.4.5 何らかの薬物検出試薬または機器を使用している。 a b c
- a - 24 時間対応で測定し、すぐに結果を報告している。
  - b - 日中は測定し、すぐに結果を報告している。
  - c - 当日に結果がわかるような測定はしていない。
- 6.1.4.6 環形抗うつ薬中毒が疑われたら 12 誘導心電図を施行して QRS 幅拡大と QTc 延長の有無を記載している。 a b c
- a - 必ず施行して記載している。
  - b - 重症例に対してのみ施行し記載している。
  - c - 抗うつ薬の疑いというだけでは施行しない。
- 6.1.4.7 風邪薬大量服用の患者には内服後 24 時間以降に再度肝機能検査をしている。 a b c
- a - 薬の内容がわからなければ必ず施行している。
  - b - アセトアミノフェン中毒が明らかでない場合はのみ施行している。
  - c - 風邪薬大量服用というだけでは施行しない。

7. 病院外心肺停止治療が適切である。

A B C

記入者名	部署	職名
判断の方法	一人	台議

7. 1 心肺停止患者を受け入れる。 a b c

- a - 常に積極的に受け入れている。
- b - 時間帯によって受け入れている。
- c - 受け入れていない。

7. 2 救命救急士に必要に応じて特定行為の指示（気道確保、静脈確保、電気的除細動）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。

7. 3 標準的な ACLS を実施している。 a b c

7. 3. 1 呼吸停止、心停止に正確な BLS を実施している。

- 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。

7. 3. 2 心電図モニター上で心静止にみえたら電極位置と感度を変えて観察する。 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。

7. 3. 3 心室細動、脈のない心室頻拍には気管内挿管前に優先して除細動を 3 回まで実施する。 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。

7. 3. 4 胸壁運動、5 点聴診（胃部、両側胸壁）で気管挿管を確認している。 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。

7. 3. 5 エピネフリンは一定時間毎に繰り返し投与する。 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。

7. 3. 6 キシロカイン、マグネシウム投与が準備されている。 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。

7. 3. 7 心室細動、脈のない心室頻拍では薬剤投与と電氣的除細動をペアで実施している。 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。

7. 3. 8 無脈性電気活動 (PEA)、心静止では 10 項目の鑑別診断を実施している。 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。

\*10 項目とは出血、低酸素血症、アシドーシス、高/低カリウム血症、心筋梗塞、肺塞栓、低体温、心タンポナーデ、緊張性気胸、薬物中毒である。

8. 小児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

a b c

7.3.9 頸動脈の脈触知、瞳孔所見を繰り返し確認する。

- 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。

7.3.10 メイロンの投与の適応を厳密に実施している。 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。

\*メイロンは高カリウム血症、三環系抗うつ薬中毒、バルビタール薬中毒、適切に行なわれたにもかかわらず心肺蘇生に長時間を要したあとの代謝性アシドーシスに限定して使用する。

7.3.11 緊急の血算、血液生化学、動脈、血液ガス分析、電解質を実施する。 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。

7.3.12 心拍再開後に心電図、超音波、胸部一般撮影所見の評価をする。 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。

8.1 小児疾患の診療の準備が整えられている。 a b c

8.1.1 小児の看護に優れた看護師がいる。 a b c

- a - 常に勤務している。
- b - 時間帯によって勤務している。
- c - いない。

8.1.2 救急外来に気道確保に用いる新生児から学童までの全てのサイズの器具（エアウェイ、バックアンドマスク、気管内挿管チューブ）が、常備されている。 a b c

- a - 全てのサイズの器具が常備されている。
- b - 全てはないが一部のサイズと器具は常備されている。
- c - 常備されていない。

8.1.3 救急外来でベンチレーターが直ちに使用できる。 a b c

- a - 常にできる。
- b - 時間帯によってできる。
- c - できない。

8.1.4 小児（新生児～学童）の点滴、採血を行うことができる。 a b c

- a - 常にできる。
- b - 時間帯によってできる。
- c - できない。

8.1.5 小児（新生児～学童）の動脈ルートの確保ができる。 a b c

- a - 常にできる。
- b - 時間帯によってできる。
- c - できない。

- |   |                     |  |                     |
|---|---------------------|--|---------------------|
| <p>8.1.6 小児（新生児～学童）の腰椎穿刺ができる。</p> <p>a - 常にできる。</p> <p>b - 時間帯によってできる。</p> <p>c - できない。</p>         | <p><u>a b c</u></p> | <p>8.1.13 緊急検査として、電解質、血液ガス分析が測定できる。</p> <p>a - 常にできる。</p> <p>b - 時間帯によってできる。</p> <p>c - できない。</p>      | <p><u>a b c</u></p> |
| <p>8.1.7 胸腔穿刺、持続胸腔ドレナージを行うことができる。</p> <p>a - 常にできる。</p> <p>b - 時間帯によってできる。</p> <p>c - できない。</p>     | <p><u>a b c</u></p> | <p>8.1.14 緊急検査として、テオフィリンの血中濃度を測定できる。</p> <p>a - 常にできる。</p> <p>b - 時間帯によってできる。</p> <p>c - できない。</p>     | <p><u>a b c</u></p> |
| <p>8.1.8 胃洗浄ができる。</p> <p>a - 常にできる。</p> <p>b - 時間帯によってできる。</p> <p>c - できない。</p>                     | <p><u>a b c</u></p> | <p>8.1.15 緊急検査として髄液検査ができる。</p> <p>a - 常にできる。</p> <p>b - 時間帯によってできる。</p> <p>c - できない。</p>               | <p><u>a b c</u></p> |
| <p>8.1.9 一般撮影を行うことができる。</p> <p>a - 常に撮影できる。</p> <p>b - 時間帯によって撮影できる。</p> <p>c - 撮影できない。</p>         | <p><u>a b c</u></p> | <p>8.1.16 救急外来で心電図モニターが直ちに使用できる。</p> <p>a - 常にできる。</p> <p>b - 時間帯によってできる。</p> <p>c - 使用できない。</p>       | <p><u>a b c</u></p> |
| <p>8.1.10 CT撮影が行える。</p> <p>a - 常に撮影できる。</p> <p>b - 時間帯によって撮影できる。</p> <p>c - 撮影できない。</p>             | <p><u>a b c</u></p> | <p>8.1.17 救急外来で腹部エコー装置が直ちに使用できる。</p> <p>a - 常にできる。</p> <p>b - 時間帯によってできる。</p> <p>c - 使用できない。</p>       | <p><u>a b c</u></p> |
| <p>8.1.11 緊急検査として、血算・CRPを測定できる。</p> <p>a - 常にできる。</p> <p>b - 時間帯によってできる。</p> <p>c - できない。</p>       | <p><u>a b c</u></p> | <p>8.1.18 緊急検査として脳波検査ができる。</p> <p>a - 常にできる。</p> <p>b - 時間帯によってできる。</p> <p>c - できない。</p>               | <p><u>a b c</u></p> |
| <p>8.1.12 緊急検査として血糖値を測定できる。（簡易テストでも可）</p> <p>a - 常にできる。</p> <p>b - 時間帯によってできる。</p> <p>c - できない。</p> | <p><u>a b c</u></p> | <p>8.1.19 必要な時は呼吸・心拍のモニタリングを行っている。</p> <p>a - 常に行っている。</p> <p>b - 時間帯によって行っている。</p> <p>c - 行っていない。</p> | <p><u>a b c</u></p> |

- 8.1.20 体温測定を直ちに行っている。  
 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。
- 8.1.21 緊急時に血圧測定を行っている。  
 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。
- 8.1.22 救急外来にパルスオキシメーターが常備されている。  
 a - はい  
 b - (－)  
 c - いいえ
- 8.2 脳神経系疾患の診療過程が適切である。
- 8.2.1 痙攣診療のプロトコルを持ち、それに準じて治療している。  
 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。
- 8.2.2 痙攣について、小児科医が直接診療するか、またはいつでも相談できる体制にある。  
 a - 常はその体制にある。  
 b - 時間帯によってはその体制にある。  
 c - その体制にはない。
- 8.2.3 痙攣が続いている患者にはジアゼパムの静注または座薬投与をすぐに行っている。  
 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。
- 8.2.4 ジアゼパム投与で痙攣が治まらないときはフェニトインを静注投与している。  
 a - a b c  
 b - 常に行っている。  
 c - 時間帯によって行っている。  
 d - 行っていない。
- 8.2.5 抗痙攣剤使用時は呼吸停止に備えて補助換気の準備をしている。  
 a - a b c  
 b - 常に行っている。  
 c - 時間帯によって行っている。  
 d - 行っていない。
- 8.2.6 意識障害のある患者にはすぐに酸素投与を開始している。  
 a - a b c  
 b - 常に行っている。  
 c - 時間帯によって行っている。  
 d - 行っていない。
- 8.2.7 意識障害のある患者にはすぐにパルスオキシメーターを装着している。  
 a - a b c  
 b - 常に行っている。  
 c - 時間帯によって行っている。  
 d - 行っていない。
- 8.2.8 意識レベルを必ず診療録に記載している。  
 a - a b c  
 b - 常に行っている。  
 c - 時間帯によって行っている。  
 d - 行っていない。  
 \* 小児の意識レベルの表を救急外来に示している。
- 8.2.9 意識障害のある患者には髄膜刺激症状の有無を確認している。  
 a - a b c  
 b - 常に行っている。  
 c - 時間帯によって行っている。  
 d - 行っていない。

- 8.2.10 意識障害のある患者には瞳孔異常、対光反射を観察している。 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。
- 8.2.11 意識障害のある患者は頭部CTで脳浮腫の有無を確認している。 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。
- 8.2.12 髄膜炎患者は抗生剤投与前に髄液・血液培養を行っている。 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。
- 8.3 呼吸器疾患などの診療過程が適切である。 a b c
- 8.3.1 呼吸困難に対するプロトコルを持ち、それに準じて治療している。 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。
- 8.3.2 喘息患者の初期治療には、 $\beta 2$ 刺激剤の吸入治療を第一選択としている。 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。
- 8.3.3 喘息患者にテオフィリンを静脈投与する場合には、すでに投与されているか否かを確認してから投与している。 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。
- 8.3.4 すでに投与されている喘息患者にテオフィリンを静脈投与する場合には、血中濃度を測定して投与量をコントロールしている。 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。
- 8.3.5 喘息患者にテオフィリンの維持療法を行う場合、年齢による量的な目安の知識がある。 a b c
- a - 小児の診療にたずさわるスタッフ全員が知っている。
  - b - 一部のスタッフは知っている。
  - c - 知らない。
- 8.3.6 喘息患者が初期治療に反応しない場合は、早期にステロイドを静脈投与する。 a b c
- a - 小児救急医療にたずさわるスタッフ全員が行う。
  - b - 一部のスタッフは行う。
  - c - 行っていない。
- 8.3.7 アナフィラキシーによる呼吸困難には、エドネプリンの皮下注射を行う。 a b c
- a - 小児救急医療にたずさわるスタッフ全員が行う。
  - b - 一部のスタッフは行う。
  - c - 行っていない。
- 8.3.8 入院を要する肺炎患者には、抗生剤の投与前に喀痰または鼻咽頭培養を行う。 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。

8.4.6 院内で外科的疾患を処理できない場合、必要に応じて医師が同乗して患者搬送を行っている。  
a b c

- a - 常に行える。
- b - 時間帯によって行える。
- c - 行えない。

8.3.9 肺炎患者を診たときは異物（ピーナッツ、アーモンド等）による原因も考慮している。  
a b c

- a - スタッフ全員が考慮している。
- b - 一部のスタッフは考慮している。
- c - 考慮していない。

8.4 腹部救急診療が適切である。  
a b c

8.4.1 急性腹症に対する診療ガイドラインがある。  
a b c

- a - ガイドラインを示している。
- b - 検討中である。
- c - ガイドラインはない。

8.4.2 緊急に腸重積の整復が透視下で行える。  
a b c

- a - 常に行える。
- b - 時間帯によって行える。
- c - 行えない。

8.4.3 粘血便に対して必ず便培養を施行している。  
a b c

- a - 常に行える。
- b - 時間帯によって行える。
- c - 行えない。

8.4.4 胃内のボタン電池を取り出すため、磁石のついたチューブを備えている。  
a b c

- a - 備えている。
- b - (一)
- c - いない。

8.4.5 小児の手術は院内で行うことができる。  
a b c

- a - 常に行える。
- b - 時間帯によって行える。
- c - 行えない。

診療件数とアウトカム（可能な範囲で記入をお願いします）

1-1脳神経系疾患の年間施療件数が把握できている。

調査期間、平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

1.1.1.	脳梗塞の件数	件
1.1.2.	脳梗塞のうち血栓溶解療法の適応件数	件
1.1.3.	高血圧性脳内血腫の件数	件
1.1.4.	高血圧性脳内血腫のうち血腫除去術を行なった件数	件
1.1.5.	高血圧性脳内血腫のうち血腫除去術のため他院へ搬送したを行なった件数	件
1.1.6.	クモ膜下出血の件数	件
1.1.7.	クモ膜下出血のうちクリッピング手術を行なった件数	件
1.1.8.	クモ膜下出血のうちクリッピング手術のために他院へ搬送した件数	件

2-1循環器疾患の年間施療件数が把握できている。

調査期間、平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

2.1.1.	急性心筋梗塞の件数	件
2.1.2.	急性心筋梗塞のうち冠動脈再灌流療法の適応件数	件
2.1.3.	急性心筋梗塞のうち緊急インターベンションの実施件数	件
2.1.4.	急性心筋梗塞のうち緊急インターベンションのため他院へ搬送を行なった件数	件
2.1.5.	うっ血性心不全の件数	件
2.1.6.	急性大動脈解離の件数	件
2.1.7.	急性大動脈解離の緊急手術件数	件
2.1.8.	急性大動脈解離の診断で緊急手術のため他院へ搬送を行なった件数	件

3-1呼吸器疾患の年間施療件数が把握できている。

調査期間、平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

3.1.1.	救急室を受診した喘息患者の件数	件
3.1.2.	救急室を受診し入院となった喘息患者の件数	件
3.1.3.	救急室を受診し帰宅した喘息患者の件数	件
3.1.4.	救急室を受診した喘息患者のうち最大呼気流量(ピークフロー)を測定した件数	件
3.1.5.	救急室を受診した自然気胸患者の件数	件
3.1.6.	救急室を受診し入院となった自然気胸患者の件数	件
3.1.7.	救急室を受診し帰宅した自然気胸患者の件数	件

4-1消化器疾患の年間施療件数が把握できている。

調査期間、平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

4.1.1.	急性腹症に対する全緊急開腹術件数	件
4.1.2.	消化管穿孔と診断された件数	件
4.1.3.	上部消化管穿孔に対する緊急開腹術件数	件
4.1.4.	下部消化管穿孔に対する緊急開腹術件数	件
4.1.5.	上部消化管出血に対する緊急内視鏡件数	件
4.1.6.	急性虫垂炎に対する緊急手術件数	件
4.1.7.	急性胆嚢炎および胆管炎の入院件数	件

5-1外傷症例の年間施療件数が把握できている。

調査期間、平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

5.1.1.	外傷症例の総数	件
5.1.2.	外傷症例のうち入院となった件数	件
5.1.3.	多発外傷症例のうち救急室でFASTが実施された件数	件
5.1.4.	外傷性緊張性気胸の症例数	件
5.1.5.	頭部損傷に対する緊急開頭術、穿頭ドレナージ件数	件
5.1.6.	開放性骨折に対する緊急手術件数	件
5.1.7.	腹部臓器損傷に対する緊急開腹術件数	件

注,FAST (Focused Assessment by Sonography for Trauma)

## 1.2.脳神経系のアウトカム

1.2.1	脳梗塞の院内死亡件数	件
1.2.2	脳梗塞の独歩退院件数	件
1.2.3	高血圧性脳内血腫の院内死亡件数	件
1.2.4	高血圧性脳内血腫の独歩退院件数	件
1.2.5	クモ膜下出血の院内死亡件数	件
1.2.6	クモ膜下出血の独歩退院件数	件

## 2-2循環器疾患のアウトカム

2.2.1	急性心筋梗塞の院内死亡件数	件
2.2.2	急性心筋梗塞のうち冠動脈再灌流療法後の院内死亡件数	件
2.2.3	急性心筋梗塞のうち緊急インターベンション後の院内死亡件数	件
2.2.4	うっ血性心不全の院内死亡件数	件
2.2.5	急性大動脈解離の院内死亡件数	件
2.2.6	急性大動脈解離の緊急手術後の院内死亡件数	件

## 3-2呼吸器疾患のアウトカム

3.2.1	喘息の院内死亡件数	件
3.2.2	救急室を受診し帰宅したあと24時間以内に入院した喘息患者の件数	件
3.2.3	自然気胸の院内死亡件数	件
3.2.4	救急室を受診し帰宅したあと24時間以内に入院した自然気胸患者の件数	件

## 4-2急性腹症のアウトカム

4.2.1	急性腹症に対する全緊急開腹術後の30日死亡件数	件
4.2.2	消化管穿孔の診断が来院後2時間以上経ってからついた件数	件
4.2.3	上部消化管穿孔に対する緊急開腹術後の30日死亡件数	件
4.2.4	下部消化管穿孔に対する緊急開腹術後の30日死亡件数	件
4.2.5	上部消化管出血による院内死亡件数	件
4.2.6	急性虫垂炎に対する緊急手術後の30日死亡件数	件
4.2.7	急性胆嚢炎および胆管炎の院内死亡件数	件

## 5-2外傷症例のアウトカム

5.2.1	外傷症例のうち外来死亡件数(来院時心肺停止症例を除く)	件
5.2.2	外傷症例の院内死亡件数	件
5.2.3	多発外傷症例のうち救急室でFASTが実施されなかった件数	件
5.2.4	外傷性緊張性気胸症例で救急室で胸腔ドレナージが実施されなかった件数	件
5.2.5	頭部損傷に対する手術後の院内死亡件数(多発外傷も含める)	件
5.2.6	開放性骨折に対する手術後の院内死亡件数(多発外傷も含める)	件
5.2.7	腹部臓器損傷に対する手術後の院内死亡件数(多発外傷も含める)	件

6-1中毒症例の年間施療件数が把握できている。

調査期間、平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

6.1.1.	急性薬物毒物中毒患者の救急受診件数	件
6.1.2.	急性薬物毒物中毒患者の入院件数	件
6.1.3.	急性薬物毒物中毒で入院し人工呼吸管理を行なった件数	件
6.1.4.	急性薬物毒物中毒で入院し血液浄化療法を行なった件数	件
6.1.5.	急性薬物毒物中毒患者で高次施設へ搬送した件数	件
6.1.6.	急性アルコール中毒患者の救急受診件数	件
6.1.7.	急性アルコール中毒患者の入院件数	件

7-1院外心肺停止症例の年間施療件数が把握できている。

調査期間、平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

7.1.1.	院外心肺停止患者数	件
7.1.2.	うち目撃者のある院外心肺停止患者数	件
7.1.3.	目撃者のある心室細動、脈のない心室頻拍の症例数	件

6.2.1.	急性薬物毒物中毒患者の院内死亡件数	件
6.2.2.	急性アルコール中毒患者の院内死亡件数	件
7.2.1	目撃者のある院外心肺停止患者の蘇生入院件数	件
7.2.2	目撃者のある院外心肺停止患者の生存退院件数	件
7.2.3	目撃者のある心室細動、脈のない心室頻拍に対する3回以上の除細動実施症例	件

## 資料 2

---

# 二次救急医療機関の質の評価と確保の方策

—東京都医師会救急委員会実態調査報告—

## I. 二次救急医療機関の質の評価と確保の方策

救急医療機関の質的向上を目指して様々な努力がなされているが、救急医療の実態調査もその一環といえる。これまでの実態調査の多くは病院の設備や当直体制などのストラクチャー（構造）のみを問うものであった。

しかし、近年のいわゆる EBM (Evidenced Based Medicine) の高まりや各種診療ガイドラインの普及により、救急医療におけるプロセスの実態調査も可能になってきた。

また、これまでは主として三次医療施設を対象を限定して実態調査が行なわれてきたが、実際には、東京都においては量的質的に多大な貢献をなしている二次救急医療機関についての実態調査が最も重要であると考えられる。本実態調査は二次救急医療機関で提供されるべき救急医療の内容に鑑みて構築した。

二次救急医療機関が本実態調査のすべてを満たす必要はなく、もしすべてが満たされるのであればその医療機関は三次救急医療機関としての機能を持つことになる。二次救急医療機関には、その施設の特徴によりその一部を担う機能が求められる。従って、それぞれの救急医療機関で、自らが積極的に関与している分野のみを返答いただければ十分という前提で実態調査を行った。

本実態調査を依頼した医療機関総数は 374 であり、そのうち東京都指定二次医療参画機関（三次救急医療機関を含む）は 272 であった。回答を得られた医療機関総数は 217（回答率 58.0%）であり、参画機関（三次を含む）が 185（回答率 68.0%）、非参画機関が 32（回答率 31.3%）であった。調査内容が膨大であったにも関わらず、非常に多くの医療機関の協力が得られたことに感謝したい。

本報告書では、冒頭に総論と各論の要旨を提示し、次に、総論として救急に関する年次統計、主としてストラクチャー（構造）に関わる救急室の運営管理、救急医療に関する教育、救急室における感染管理等についてそれぞれの設問に対する回答の分布と担当委員のコメントを掲載した。更に、各論として脳神経系疾患、循環器疾患、呼吸器疾患、腹部疾患、外傷と小児科救急について、プロセスを中心にした設問に対する回答の分布と担当委員のコメントを掲載した。

また、年次統計や回答の分布は参画、非参画および病床数による規模ごとに結果をまとめることにより、それぞれの医療機関が自施設と同等規模の施設の平均値とを比較できるようにした。本実態調査が、それぞれの医療施設における質的向上の糸口の発見に結びつき、東京都全体の救急医療の向上に資することができれば幸いである。

# 1. 「救急医療機関の質的向上のための実態調査」結果の要旨

## (1) 総論について

主として施設の structure に焦点をあてた総論の実態調査においては、病院の規模による差異と、東京都指定二次救急参画と非参画による差異が明らかとなっている。500床以上の指定二次救急参画病院は、対象とする患者の重症例の割合こそ違おうが、三次救急施設とほぼ同等の遜色ない structure を保持しているようである。これらの施設では東京都における救急患者全体の16%を診察し、救急車搬送件数の18.5%を取り扱っていて、24時間体制の緊急手術にも問題なく対応できている。

200～499床の指定二次救急参画病院は35施設と多く、この規模の病院で扱っている救急患者数と救急車台数は全体の約20%であり、二次救急医療の中核を担っていると考えられる。当直医一人あたりの負担は患者数、救急車台数とも三次または500床以上の病院の2～3倍もあり、厳しい状況の中で画像診断の即時対応など質を維持する努力が行われている。ただし、緊急手術が24時間体制で行えるまでには至らない病院も存在する。

50～199床の指定二次救急参画病院は95施設ともっとも多く、施設あたりの救急患者数と救急車台数は規模に応じて少なくなるが、全体としては総数の20%と30%を占めており、200～499床の指定二次救急参画病院と並んで二次救急医療の双壁をなしている。特に、救急車台数の合計が200～499床の指定二次救急参画病院の合計を凌駕することは特筆される。ただし、複数の医師による当直や24時間体制の画像診断、臨床検査の即応などは困難であることが多いことも判明した。当直医一人あたりの救急車台数はもっとも多く、この規模の病院において質の高い初期診療が保たれるような診療体制の整備が望まれる。

50床未満の指定二次救急参画病院は規模に比較すると一施設あたりでは指定二次救急参画病院に遜色ない多数の救急患者、救急車に対応していて努力が伺われる。この規模の施設に見合うような具体的な診療体制の目標設定が必要であろう。

指定二次救急非参画施設は救急患者数、救急車台数が少ないだけでなく、structureの整備状況も同規模の参画施設に比べて不十分と考えられた。救急医療に対する重要性の認識と参画への積極性の相違によるものであろう。

救急部門の運営については当然のことながら、三次救急・参画・非参画・病院のベッド数に応じて差異が生じてくる。これらの中で、救急部門の運営については何らかの委員会でも機能し、記録されることが望ましい。スーパーバイザー・責任者・記録体制等については、必要度に応じて対応されることが望ましい。

救急医療の質の向上という観点から、第一に大切なことは適切な診断と治療の実施であることは自明のことであるが、実態調査の回答を見る限り、各施設ともそこに重点を置いていることが読み取れる。第二には医療全般においてもそうであるが、救急に関しても、アメニティに関する訴えが増加してきており、その重要性をとりあげなければならない。そのことを踏まえてさらに病院規模に応じた工夫を凝らしたい。

## (2) 各論について

### 1) 脳神経系疾患

脳神経系疾患の救急といえば、脳卒中が主なものであり、片麻痺、意識障害、頭痛で発症するクモ膜下出血等に適切な診療が行われているかについての調査である。脳卒中診療を全体的にみて、三次救急は勿論のこと、参画・非参画二次救急施設ともに、積極的に、ほぼ適切に対応されていると考えてよい結果である。特にCTによる診断、呼吸管理(気管内挿管を含む)等については、いずれの施設間に差はみられず、対応が適切かつ平均化されている。脳神経外科専門医による相談も広く行われている実態が明らかである。但し、クモ膜下出血患者に対して、脳血管撮影を時間帯によらず施行し、クリッピング手術もいつでも可能であるかという点、三次・参画・非参画 200 床以上の施設が充分に対応しているという結果である。今後、脳神経疾患のガイドライン・プロトコールが整備されれば、より適切な救急診療が行われるようになると思われる。

### 2) 循環器疾患

除細動器は 200 床未満の施設では常備していない施設もあったが、全ての医療施設の救急室に常備されることが望まれる。たとえ除細動器を常備していても、いつでも使えるような教育が 500 床未満の施設で不足していた。

BLS は病床数に関わらず一部の医療従事者しか実行できない施設が多く、今後は全ての医療従事者への教育の徹底が望まれる。また、医師に対する ACLS の訓練が全員に対して行われている施設も病床数に関わらず少なかった。今後は、全ての医師への ACLS 教育の徹底が望まれる。

急性心筋梗塞の治療は、多くの施設で問題なく行われているとしているが、夜間の緊急検査の限界からは 200 床未満の施設や非参画施設では問題がある施設が存在すると思われる。急性大動脈解離、心タンポナーデは 200 床未満の施設では対応できない時間帯が存在した。

#### \* B L S : Basic Life Support

心肺蘇生法の中でも気道確保のための特別な器具や薬物を用いずに行う方法。事務職員などの一般市民でも行えるが、看護師を含む医療従事者は、口対口人工呼吸だけでなくバッグバルブマスクによる人工呼吸の習熟など、より高いレベルの BLS が必要とされている。2000 年の米国ガイドラインでは自動除細動器(AED)による除細動も BLS に含まれている。

#### \* A C L S : Advanced Cardiovascular Life Support

主として医師が業務として行う心肺蘇生法であり、手動式の除細動、気管挿管、エピネフリンなどの各種薬物の使用が含まれる。心肺停止患者への対応のみでなく、心肺停止に進行する可能性のある不整脈、急性冠症候群、脳卒中などの診断と初期治療も ACLS に含まれる。

### 3) 呼吸器疾患

3.1 は呼吸器疾患の診断における準備状況をお尋ねしたものであるが、全体的にみれば、多くの施設ではほぼ良好な準備状態にあるとの印象である。しかし、中にはさらに改善を期待したい事柄も認められた。

3.2 は主として診療過程で望ましいと考えられる事柄について、実施状況をお尋ねしている。全体的に見ると、質問の内容から参画・非参画の施設別の差はあまり目立たない。むしろ必要と思われることは、当直医または担当医が自分の専門とする領域以外の患者さんを診なければならぬ場合や、経験する機会の少ない重要疾患について接したときなどにおいても正しく指針が立てられるよう、日頃から教育を繰り返し行っておくことである。各施設においてそれぞれの事情に応じた対処がなされることを期待したい。

### 4) 腹部疾患

急性腹症は救急医療でよくみられる疾病である。その発症原因は多種にわたり、救急手術を要するかどうかを中心に迅速な判断が求められる。この調査を検討すると、ほとんど総ての医療機関が急性腹症の患者を受け入れている。しかし初診医に対する診療ガイドライン（文書）及び指導、教育が実施されている医療機関は半数以下であり、豊富な経験をもつ内科医、外科医との連携が今後の課題である。

急性腹症の適確な診断、治療を行うためには、各種検査がいつでも実施できる体制を整えなければならない。そのためには検査技師、放射線技師及び専門医師などが常時待機している必要がある。これは大規模病院では可能であるが、小規模病院ではマンパワー及び経済的な面から困難と考えられる。しかし必要な検査、治療を躊躇したり省いてはならず、もし不可能であるならば、他の医療機関への紹介、搬送が最善であり、現在高度専門医療機関への紹介、搬送は充分機能していると考えられる。

### 5) 外傷

多発外傷に対し、三次救急医療機関ではあらかじめ常に複数の医療スタッフが待機しているが、二次医療機関では時間帯によって対応できない場合があった。外傷治療のガイドラインは明示していない施設が多いが、頸椎固定の徹底を除けば、基本的な初期診療はほとんどの施設で適切に行っていると答えられていた。ほとんどの二次医療機関で地域に適切な外傷診療を提供する高度専門医療機関があり、医師が同乗して患者を搬送できるシステムが整っていた。200床未満の施設や非参画施設では時間帯によってCTを緊急に撮影して診断できない場合や、血管造影や経カテーテル塞栓術を施行できない場合があった。三次救急医療機関や200床以上の病院では開放骨折を緊急手術することができるが、200床未満や非参画施設では緊急手術ができない施設も多かった。脱臼の整復や骨折の徒手整復およびギプスシーネ固定は、ほとんどの施設が可能であるが、200床未満の参画施設や非参画施設で対応できない施設もあった。

### 6) 小児科

総論部分では、対応が不十分であることが多かったが、これは小児科専門医の少なさと、

小児看護に慣れた専門の看護師の少なさによるものと思われる。しかし、近隣に小児科標榜施設があり連携は上手くいっているようである。

小児科脳疾患に関しては、特に痙攣に対して十分な対応とは言えず、小児の挿管は直ちに死亡につながることに、少なくとも小児を診察する医師は挿管の技術を身につける必要を感じた。

呼吸器疾患に関してはほぼ満足いくものであったが、喘息患者にテオフィリンを投与する際、簡単な問診でも良いので現在テオフィリンを服用してきたか否かは確認することが望ましいと思われる。

腹部疾患についてはおおむね良好であったが、腸重積の整復はもう少し多くの施設で出来るようになって良いのではないかと思われた。

## 2. 「救急医療機関の質的向上のための実態調査」結果の分析

解りやすくするために医療機関のカテゴリーを以下のようにする。

三次救急施設	三次
500床以上	A
200-499床	B
50-199床	C
50床未満	D
指定二次救急参画施設	参画施設
指定二次救急非参画施設	非参画施設

### (1) 総論について

#### 1. 救急に関する年次統計

1. 施設当たりの救急受診患者数は、三次が最も多く、参画施設では、A、Bと病床規模により減少していく。C、Dも更に減少するがほぼ同じ数であり、Dの施設は頑張っているといえる。

参画施設に比べ、非参画施設は同一規模で、救急患者数は約半数に減少し、Dの施設では、3分の1に減少するのも、うなずける結果といえる。

2. 救急車台数については参画施設のAが最も多く、三次がそれに次いでいる。参画Aの施設は一次から三次までの患者さんが受診し、三次は三次要請があった患者さんのみを受診するからである。台数はB、C、Dと減少していく。

非参画施設においては、Aは1施設で0台であり、B、C、Dの施設でも参画施設に比べるとかなり少なくなっている。

3. 外来転帰では入院数に対し帰宅した患者の割合は、3～5倍であるが、参画Dの施設のみ7.5倍と帰宅の患者が多い。このカテゴリーの施設には軽傷の患者も多いと思われる。

三次の施設で、ICU/CCU入院、外来死亡が多いのも重症患者が多いためであるが、転送も多い。これは、三次対応の必要がなくなり転院した患者数である。

4. 医師当直体制であるが、三次施設では、常勤の比較的若い医師が大勢で当直している。Aの施設では常勤のやや経験を経た医師が担当している。参画施設は各診療科で当直を組んでいるようで当直医が多いが、非参画施設は5人と少ない。

B、C、Dの施設になると当直医師数は激減する。Bの施設は参画、非参画とも常勤医師の当直が多く、参画施設では内科系、外科系と小児科または産婦人科系の3系統で当直しているが、非参画施設では2系統は確保出来ない施設があるようだ。

C、Dは常勤医師の割合が急に減り、毎日2系統を確保する施設は少ないようであるが、比較的経験を積んだ医師が対応しており、プライマリーケアには適しており患者さんは安心できると思われる。

## 2. 救急室の運営管理

2.1 救急受入れ部門が整備されている。

2.1.1 救急室に専任の看護婦がいる。

- 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るが、責任者は他部署と兼務である。
- c - 上記に至らず。

a-62	b-89	c-64
------	------	------

参画施設のほうが非参画施設よりaを選択した施設が多い。参画施設の中でも、またB、C、Dへとaを選択する施設は減少していく。全体でもbを選択した病院が多く、日夜専任の看護スタッフと専任の看護責任者を配置することは病院の規模が大きくないと難しい事である。

2.2 当直体制が整っている。

2.2.1 医師の当直体制がある。

- a - 内科系、外科系の医師がおり時間帯によらず 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。

a-65	b-106	c-43
------	-------	------

ここでまず驚くことは、すべての参画A施設がaを選択しているのに三次でbを選択しているところが2つもあることである。三次施設においてaでないことは考えられないので質問の意味を取り違えているのであろうか。

この設問も参画施設が非参画施設に比べaを多く選択しており、参画施設でも病床数が多い施設は勤務医も多く、intensive care の体制も整っているようでaを選択した施設が多い。

### 2.2.2 救急専任の看護婦の当直体制がある。

- a - 時間帯によらず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。

a-54	b-94	c-67
------	------	------

この設問においても三次施設の中で2施設がcを選択しているのは何故であろうか。勘違いの回答としか思えない。

やはり参画施設の方がaを選択する施設が多く、参画施設の中でも病床数が少なくなると、b、cを選択する施設が増えていく傾向にあり、規模が大きくなると専任の看護スタッフを勤務させるのも難しい。

### 2.2.3 薬剤師の当直体制がある。

- a - 必要人数あり。
- b - 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。

a-48	b-80	c-88
------	------	------

この設問では全体にaを選択する施設が多くなく、他の項目に比べても下から3番目である。三次施設でもaで無い施設があるが、これは、救命センター専任でなく病院全体での当直であるためであろう。

さらに参画C、D施設、非参画施設の大部分は薬剤師の当直はいないかオンコール体制の施設が多い。

### 2.2.4 臨床検査技師の当直体制がある。

- a - 必要人数あり。
- b - 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。

a-64	b-100	c-52
------	-------	------

ここでも三次施設でaを選択しなかった所は病院全体の当直を兼ねているためであろう。

参画施設の方が非参画施設より、また病床数が多い施設のほうがaを選択した施設が多い傾向である。参画C、Dの施設では臨床検査技師の当直はいない施設が多く、on callで対応しているようだ。

### 2.2.5 放射線技師の当直体制がある。

- a - 必要人数あり。
- b - 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。

a-127	b-66	c-23
-------	------	------