

三次施設もここに来てすべての施設が a を選択している。救命センター専用のレントゲン室と技師が配備されていると考えられる。やはり参画施設で病床数が多い施設の方が a を選択する施設の割合が高く、また病床数に比例して a を選択する割合が高くなる傾向にある。おおむね A、B、C の施設では当直体制があるが、D の施設になると当直体制が確保されず、オンコール体制の施設が多くなる。しかし救急医療機関としては、レントゲン撮影はリアルタイムで必要と思われる。人件費もばかにならない数字になるが、何らかの努力が必要であろう。

2.2.6 事務職員の当直体制がある。

- 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-144	b-31	c-39
-------	------	------

この設問も a を選択する施設の割合は参画施設で高く、病床数が多い施設が高い傾向である。

しかし病床数が多くても c を選択しており、事務当直がいない施設があるが、誰が受付業務をしているのであろうか。他の職種に比べれば人は確保し易いと思われるので施設の保安の点からも体制を整えていただきたいと思われる。

2.3 救急医療のための施設・設備が整備されている。

2.3.1 救急処置室がある。

- 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。

a-79	b-116	c-22
------	-------	------

救急処置室は患者のプライバシーを守ることからのみならず、他の患者への影響を少なくするためにも、指定の有無に係わらず、救急を扱う施設ではできるだけ準備したいものである。少なくとも B 以上、できればどの施設とも処置室の設置を工夫したい。

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 - 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こともある。
- c - 上記に至らず。

a-185	b-16	c-16
-------	------	------

救急患者の入院が可能である施設では、CT スキャンが直ちに行えるということは、超音波診断装置とともに必須のアイテムとなりつつある。今回の調査でも、参画施設ではほぼ満たされた状況にあるとあって良い。

また、非参画施設であっても、整備状況は大変良好であったと言える。

2.3.3 緊急手術が可能である。

- a - ただちに行うことができる。
- b - 待たされることもあるが、緊急度に応じた対応ができる。
- c - 上記に至らず。

a-61	b-109	c-46
------	-------	------

外科系を備えた病院か否かにより異なることはもちろんであるが、参画、非参画の別なく、200床以上の施設では日常的に院内救急に対しては処理ができていないはずであり、その意味ではほとんどがaまたはbであることは当然なのかも知れない。

2.3.4 ICUがある。

- a - 時間帯によらず重症救急患者に対応できる。
- b - 救急患者を時間帯によらず受け入れることが可能とは限らない。
- c - 上記に至らず。

a-65	b-36	c-115
------	------	-------

三次はもちろん、500床以上をもつ施設では、参画、非参画にかかわらず、時間帯によらずに救急の重症患者をICUに収容できるようにしたいものである。今後の1つの目標でもあると言えるであろう。

2.3.5 救急外来に付属する観察用ベッドがある。

- a - 別の部屋～スペースが確保されている。
- b - 救急外来の診察台を転用している。
- c - 観察用ベッドはない。

a-105	b-77	c-34
-------	------	------

観察用ベッドを設置できるかどうかは病院の構造上の問題もかかわるので、実情でただちに改善することはできないことではあるが、実際の運用状況をお尋ねしたところからは、多くの病院が何らかの形で対応されているという印象である。しかしすべてという実情ではないので、特に参画施設にあっては、できる限り確保されるよう望みたい。

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 - 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。

a-74	b-107	c-34
------	-------	------

三次、およびA施設ではやや高い水準にあり、ほかは参画、非参画とも同様の傾向

であった。大規模施設では、救急患者の状況に鑑み、運営の上からも、今後ぜひ考慮していただきたい項目である。

2. 4 救急部門の運営に関する規則がある。

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 - 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。

a-52	b-25	c-135
------	------	-------

三次救急、指定二次救急参画 500 床以上では、スーパーバイザーがいる施設が多いが、他の施設では少ないのが実状である。

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 - 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）がそれらの機能を持ち、記録が残されている。
- c - 上記に至らず。

a-64	b-46	c-104
------	------	-------

救急部門の運営委員会は三次救急、参画 200 床以上、非参画 500 床以上の施設では、かなり行われている。医局会等の別の会合でもよいので、救急に関する運営については協議する機会はないかと思われる。

2. 4. 3 救急患者専用病棟（または病床）の責任者がいる。

- 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。

a-54	b-47	c-110
------	------	-------

三次救急、500 床以上の病院では、入退床まで管理する責任者がいる施設が多い。責任者がいるということは必要なことと思われる。

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 - 後方病床へは救急病床から時間帯によらず患者の流れがあり、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。

a-104	b-49	c-58
-------	------	------

救急病棟と後方病棟との流れであるが、三次救急、参画二次救急、非参画 500 床以上の施設では充分ではないがほぼ機能している。非参画 499 床以下の施設では c の結果でも止むを得ないと考える。

2.4.5 受診記録体制が整えられている。

- 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 - 受診記録体制はない。

a-98	b-90	c-23
------	------	------

台帳管理も三次救急、二次救急参画施設、200 床以上の非参画病院では、不十分ながら行われている。他の施設では体制が整っていないのが実状である。

2.5 救急受け入れ時の対応手順が確立されている。

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 - ダイヤルインで速やかにつながり、その場で受け入れ可否が決められる。
- b - 交換台が担当者（受け入れ可否を決められる）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。

a-80	b-105	c-32
------	-------	------

その場で受け入れ可否が決められる施設は 36% であるが、ワンクッションおけば速やかにつながる施設が多い。

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

a-135	b-3	c-76
-------	-----	------

トリアージを行っていないと答えた施設が 213 施設中 76 施設と多いが、これは明確なトリアージのシステムが確率されていない為と思われ、普通は患者の全身状態の悪さは見ただけでも判別できるため各施設ではトリアージの名の下にはなく自然に行っているのではないかと考えられる。

2.5.3 緊急度／重症度によって診察順を考慮している。

- a - 重症度によって診察順を変更している。
- b - 診察順を考慮することもある。

c - 診察順に重症度は考慮していない。

a-155	b-56	c-5
-------	------	-----

2.5.2 の似通った設問に対して、2.5.2 の回答とは異なった結果が得られ、多くの施設では重症度により診察順位を考慮していることがうかがえる。

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 - 時間帯によらず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。

a-139	b-67	c-9
-------	------	-----

3分を超える施設も少なからずあるが、大体は3分以内に蘇生術は行われている。

2.5.5 救急患者の入院のための専用病床がある。

a - 時間帯によらず空床が用意されている。

b - 専用病床はないが、院内に時間帯によらず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。

a-118	b-74	c-25
-------	------	------

54%の施設では時間帯によらず空床が用意されているが、46%の施設では何とかやりくりして空床の確保に励んでいる様子がわかる。

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 - 受け入れ不能の場合でも、必要な患者（心肺蘇生術等）には対応し、その後三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 - できるだけ対応するが手順は決めていない。

c - 救急災害情報センター（消防署、救急隊）にまかせる。

a-97	b-98	c-22
------	------	------

入院対応が不能でも患者の診察には対応し、しかも各施設が独自に入院先を見つけている場合が多い。

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 - 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。

a-32	b-166	c-19
------	-------	------

救急車同乗のルールは三次病院の半数にあるだけで、二次施設では病床数に関わらず明文化されたルールはないが、ほとんどの病院で医師同乗の求めには応じられる。

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。

- 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。

a-185	b-28	c-4
-------	------	-----

200床以上の参画病院はほとんどが救急業務連絡会議などに参加しているが、200床未満や非参画施設では地域医師会などへの参加でこれに変えている施設もある。

2.8 緊急時の検査体制が整っている。

- 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 - 緊急時の検査体制派まったくない。

a-141	b-66	c-10
-------	------	------

夜間、休日を含む緊急検査体制は200床以上の参画病院では、ほぼ整っているが、200床未満や非参画施設では不十分なところもあり、特に非参画施設では全く対応できない施設が多い。

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 - 検査成績が迅速に報告されている。
- b - 迅速に報告されないこともある。
- c - 報告が遅い。

a-164	b-41	c-9
-------	------	-----

検査結果は多くの施設で迅速に報告されているが、200床未満や非参画施設では不十分なところもある。

2.10 画像診断ができる装置が十分にある。

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 - 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。

a-158	b-41	c-18
-------	------	------

画像診断ができる装置は多くの施設で十分であるが、200 床未満や非参画施設では不十分なところもあり、特に非参画施設では明らかに不足しているところが多い。

2. 10. 2 画像診断装置が集中配置されている。

- 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。

a-131	b-63	c-22
-------	------	------

画像診断装置の集中配置は多くの施設で十分であるが、200 床未満や非参画施設では不十分なところもあり、特に非参画施設では分散配置に問題がある施設が多い。

2. 10. 3 緊急検査に対応できる。

- a - できる（時間外も含む）。
- b - 時間内ならできる。
- c - できない。

a-167	b-42	c-8
-------	------	-----

緊急画像診断への対応は、多くの施設で十分であるが、200 床未満や非参画施設では特に時間外に不十分なところもある。

2. 1 1 時間外、休日の手術室の利用が可能である。

- a - 時間外、休日の手術が時間帯によらず可能な体制（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。

a-89	b-87	c-39
------	------	------

時間外の手術室利用は、500 床未満や非参画施設では特に時間外に不十分なところが多くなり、特に非参画施設ではほとんど不可能な施設が多くなる。

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。

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。

a-105	b-104	c-5
-------	-------	-----

非常用カートの標準規定と点検は500床未満や非参画施設では特に時間外に不十分などところが多くなる。

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 - カートがすぐ出せる位置にある。
- b - 設置場所は決まっているが必ずしも守られていない。
- c - カートを持って来るのに時間がかかる。

a-199	b-12	c-3
-------	------	-----

非常用カートの設置場所は全ての医療機関で周知され、守られている。

2. 1 4 緊急時の院内医師の対応手順が明確に定められている。

- 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。

a-135	b-46	c-31
-------	------	------

緊急時の対応手順は三次病院でも徹底してないところがある。参画施設では病床数に関わらず、システムのあるところが多いが、非参画施設ではシステムのないところも多い。

3. 救急医療に関する教育が定期的に行われている

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 - 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。

a-50	b-138	c-27
------	-------	------

救命処置の教育は三次病院、参画、非参画を問わず全ての施設で不十分である。

3. 2 救急医療に関する勉強会を実施している。

- 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。

a-76	b-100	c-39
------	-------	------

救急医療に関する勉強会は、500 床未満や非参画施設では特に時間外に不十分など
ころが多くなる。

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。

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 - はい
- c - いいえ

a-214	c-1
-------	-----

参画施設の 1 医療機関以外すべて常備されている。

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 - はい
- c - いいえ

a-139	c-69
-------	------

救急車搬送が多い参画施設は概ね高率であり、特に三次は 100%であるが、費用が
かかるためか常備されている医療機関は全体では 64.4%に止まる。

4. 3 救急室に安全な感染性廃棄容器が常備されている。

- a - はい
- c - いいえ

a-201	c-14
-------	------

法律で定められた医療廃棄物処理のため、参画、非参画及び病床数の多少に関係な
く常備されている。

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。

- a - はい
- c - いいえ

a-111	c-97
-------	------

非参画の 500 床以上の医療機関のみが 100%の実施率であり、全体の実施率は 52.1%である。病床数が少なくなるほど実施率は低くなる。

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。

a - はい
c - いいえ

a-195	c-21
-------	------

90%の医療機関にシステムがあり、医療従事者の安全のため参画、非参画に関係なく迅速に対応している。

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 - はい
c - いいえ

a-125	c-87
-------	------

58.4%の医療機関で行われているが、参画、非参画及び医療機関の規模に関係なく平均的に行われている。ただし、胸部X線は多分 100%行われていると考えられる。

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。

a - はい
c - いいえ

a-210	c-4
-------	-----

医療従事者保護のため参画、非参画に関係なく 97.2%と非常に高い実施率である。

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。

a - はい
c - いいえ

a-154	c-57
-------	------

4. 2 と関連しており、ほぼ同様の結果が得られる。

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）。

- a - はい
- c - いいえ

a-188	c-24
-------	------

病院の規模等に関係なく 87.9%の医療機関で確立されている。4.7と同様に医療従事者保護のため確立される必要がある。

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 - はい
- c - いいえ

a-169	c-37
-------	------

病院の規模等に関係なく 80%の医療機関で実施されており、事故防止のため全医療機関で実施されるべきと考える。

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、明らかな汚染の消毒（壁についた痰のふき取りなど）が行われている。

- 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。

a-115	b-93	c-6
-------	------	-----

53.5%の医療機関で行われているのみであり、全医療機関において院内感染防止のために対策が必要と考える。

(2) 各論について

1. 脳神経系疾患の救急診療が適切である。

1.1 脳神経系疾患の診療過程が適切である。

1.1.1 脳卒中に対する診療指針がある。

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 - 時間帯によらず行っている。
- b - 時間帯によって行っている。
- c - 行っていない。

a-75	b-49	c-57
------	------	------

プロトコールにもとづく診療には未だ十分なじんではない面があると思われる。日本でも脳梗塞・脳出血・くも膜下出血のガイドラインが近々整備される予定なので、それに沿ったプロトコールが示されるのを期待したい。

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 - 時間帯によらず行っている。
- b - 時間帯によって行っている。
- c - 行っていない。

a-115	b-43	c-24
-------	------	------

三次、二次参画施設では、脳卒中患者の積極的受け入れが行われている実態がわかる。

1.1.1.3 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 - 時間帯によらず行っている。
- b - 時間帯によって行っている。
- c - 行っていない。

a-85	b-46	c-52
------	------	------

199床以下の参画、非参画施設ではやや率は下がっているが、脳神経外科医がコンサルトできる体制が広く行きわたっている実態がわかる。

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。

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 - 時間帯によらず行っている。
- b - 時間帯によって行っている。
- c - 行っていない。

a-156	b-23	c-5
-------	------	-----

突然発症した片麻痺の救急患者に対する診察が敏速に行われている。参画、非参画に差はみられない。

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 - 時間帯によらず行っている。
- b - 時間帯によって行っている。
- c - 行っていない。

a-136	b-40	c-7
-------	------	-----

診療につづいて心電図に対しても同様結果である。

1.1.2.3 到着から25分以内にCTを撮影している。

- a - 時間帯によらず行っている。
- b - 時間帯によって行っている。
- c - 行っていない。

a-135	b-40	c-8
-------	------	-----

CTについても同様である。50床以下でも高率に検査が行われており、いかにわが国でのCT普及率が高いかが示されている。

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 - 時間帯によらず行っている。
- b - 時間帯によって行っている。
- c - 行っていない。

a-130	b-42	c-10
-------	------	------

CT読影についても撮影とほぼ同じ率の回答であり、「放射線専門医による読影」とは意味が異なって解釈されているのであろう。そういう意味では本問はわが国では1.1.2.3と同じ質問の内容と解釈されている。

1.1.2.5 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 - 時間帯によらず行っている。
- b - 時間帯によって行っている。
- c - 行っていない。

a-131	b-39	c-14
-------	------	------

手術についても同様に、脳神経外科が敏速に対応している。参画、非参画施設でも同様傾向である。

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。

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 - 時間帯によらず行っている。
- b - 時間帯によって行っている。
- c - 行っていない。

a-168	b-9	c-4
-------	-----	-----

酸素投与は一般的で、参画、非参画を問わず高率に行われている。

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 - 時間帯によらず行っている。
- b - 時間帯によって行っている。
- c - 行っていない。

a-165	b-10	c-6
-------	------	-----

パルスオキシメーターの装着もすべての病院で高率に行われている。

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 - 時間帯によらず行っている。
- b - 時間帯によって行っている。
- c - 行っていない。

a-166	b-15	c-1
-------	------	-----

気管内挿管も即時にできる体制にある。三次、二次の差は認められない。

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 - 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。

a-113	b-62	c-4
-------	------	-----

5%ブドウ糖輸液は特に決めていない施設がかなりあることが判明した。しかし実際には大部分5%ブドウ糖で初期輸液は行われていないのではないかと。5%ブドウ糖液は頭蓋内圧亢進に対して好ましくない。

1.1.3.5 到着から10分以内に血糖値を測定している。

- a - 時間帯によらず行っている。
- b - 時間帯によって行っている。
- c - 行っていない。

a-139	b-31	c-9
-------	------	-----

血糖測定は広く行われている。病院での差は少ない。

1.1.3.6 意識レベル（JCSまたはGCS）をカルテに記載している。

- a - 時間帯によらず行っている。
- b - 時間帯によって行っている。
- c - 行っていない。

a-158	b-19	c-4
-------	------	-----

JCS or GCS の記載も充分行われている。

1.1.3.7 麻痺の有無と瞳孔所見についてカルテに記載している。

- a - 時間帯によらず行っている。
- b - 時間帯によって行っている。
- c - 行っていない。

a-162	b-15	c-3
-------	------	-----

カルテ記載も施設間の差はない。

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 - 時間帯によらず行っている。
- b - 時間帯によって行っている。
- c - 行っていない。

a-124	b-22	c-36
-------	------	------

ICU管理は199床以下、特に非参画グループが少ない。

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。

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 - 時間帯によらず行っている。
- b - 時間帯によって行っている。
- c - 行っていない。

a-163	b-15	c-5
-------	------	-----

先行する頭痛の聴取・記載率がどこも非常に高い。Warning Sign としての認識の高さが認められ、好ましい結果である。

1.1.4.2 CTで異常がなくとも腰椎穿刺を施行している。

- a - 時間帯によらず行っている。
- b - 時間帯によって行っている。
- c - 行っていない。

a-49	b-74	c-58
------	------	------

腰椎穿刺をするかどうかは臨床的判断による。専門医が診ているかどうかでも変わってくるであろう。ベッド数が少なければ施行率も低くなっている。

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 - 時間帯によらず行っている。
- b - 時間帯によって行っている。
- c - 行っていない。

a-139	b-30	c-9
-------	------	-----

「適切な鎮静」とややあいまいな問いではあるが、1.1.4.2と同様の理由による結果か、ベッド数が少なくなるに従い施行率がやや低下している結果であった。

1.1.4.4 いつでも脳血管撮影が可能である。

- a - 時間帯によらず行っている。

(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。

a-82	b-23	c-78
------	------	------

脳血管撮影が可能である病院が参画、非参画共に 199 床以下の施設で少ない。200 床以上の二次・三次が SAH については適切に対応されている。

1.1.4.5 いつでも開頭クリッピング手術が可能である。

- a - 時間帯によらず行っている。
(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。

a-81	b-14	c-87
------	------	------

三次、参画、非参画 200 床以上の病院がクリッピング手術に敏速に対応している。

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 - 時間帯によらず行っている。
- b - 時間帯によって行っている。
- c - 行っていない。

a-110	b-50	c-16
-------	------	------

三次、二次参画施設では適切に対応されている。非参画施設で 199 床以下では時間帯により対応に差があるようである。

1.1.5 脳卒中急性期の全身管理について

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 - 時間帯によらず行っている。
- b - 時間帯によって行っている。
- c - 行っていない。

a-142	b-24	c-7
-------	------	-----

いずれの施設も、ジアゼパムによる抗痙攣治療は広く行われている。

1.1.5.2 上記の場合、呼吸停止に備えて人工呼吸を時間帯によらず準備している。

- a - 時間帯によらず行っている。
- b - 時間帯によって行っている。
- c - 行っていない。

a-156	b-16	c-5
-------	------	-----

いずれの施設も、呼吸管理は充分行われている。

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 - 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。

a-85	b-29	c-62
------	------	------

血圧管理基準は必ずしも明確ではない。今後はガイドラインの整備が必要と思われる。

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 - 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。

a-71	b-97	c-5
------	------	-----

ニフェジピンの舌下の可否について十分な知識が普及していない。今後は舌下投与は避ける方向での指導徹底が必要である。二次、三次病院間での差はない。

*なお、平成14年10月よりニフェジピンの舌下投与は禁止となっている。

1.1.6 神経学的後遺症への対処

1.1.6.1 一週間以内にリハビリテーションを開始している。

- a - 一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。

a-119	c-43
-------	------

早期リハビリは認識されているが、施設間で差があるのはリハビリ科の有無に関係しているのか。非参画A・C施設で特に低率である。

1.1.6.1.1 急性期に対応が可能な理学療法士がいる。

- a - 対応可能な理学療法士がいる。
- c - 対応可能な理学療法士がいない。

a-120	c-57
-------	------

参画50床以下での施設、非参画199床以下の施設では理学療法士は少ない。

1.1.6.1.2 急性期に対応が可能な言語療法士がいる。

- a - 対応可能な言語療法士がいる。
- c - 対応可能な言語療法士がいない。

a-57	c-119
------	-------

言語療法士は充分配置されていない実態である。特に 199 床以下の施設は少ない。言語療法士の施設基準もあり、今後も同様傾向が続くかもしれない。

1.1.6.1.3 急性期に対応が可能な作業療法士がいる。

- a - 対応可能な作業療法士がいる。
- c - 対応可能な作業療法士がいない。

a-60	c-114
------	-------

作業療法士についても同様傾向といえる。

1.1.6.2 専門的な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 - 転院可能な施設がある
- c - 転院可能な施設はない

a-111	c-59
-------	------

すぐ転院可能な病院は少ない。参画 500 床以上の施設では突出してよい結果であるが、どこの施設もかなり苦勞しているのが実態であろう。

2. 循環器疾患への救急診療が適切である。

2.1 循環器疾患の診療の準備が整えられている。

2.1.1 救急室に除細動器が常備されている。

- a - 常備されている。
- c - 常備されていない。

a-176	c-19
-------	------

アメリカ心臓協会のガイドラインでは、空港やカジノなどにさえ自動除細動器の設置を勧めている。参画施設では病床数に関わらずほとんどが常備しているが、非参画で 200 床未満の施設では常備していない施設も目立った。安価で簡便な自動除細動器でもよいので、全ての医療施設の救急室に常備されることが望まれる。

2.1.2 胸部 X-ray を撮影できる。

- a - いつでも撮影できる。
- b - 時間帯によって撮影できる。
- c - 撮影できない。

a-174	b-22	c-0
-------	------	-----

参画施設では病床数に関わらずほとんどがいつでも撮影できるが、非参画で200床未満の施設では撮影できない時間帯が多くなった。すべての医療施設でいつでも撮影できる体制が望まれる。

2.1.3 救急室に心電図モニターが常備されている。

- a - 常備されている。
- c - 常備されていない。

a-184	c-12
-------	------

ほとんどの病院で心電図モニターを常備していた。

2.1.4 救急室に心エコー装置が常備されている。

- a - 常備されている。
- c - 常備されていない。

a-74	c-118
------	-------

三次施設と参画、非参画にかかわらず500床以上の病院では心エコー装置を救急室に常備しているところが多いが、500床未満では少なかった。病床数が少なく常備していない場合は、必要に応じてすぐに使用できる体制が必要と考えられた。

2.1.5 救急室に経皮ペースメーカーが常備されている。

- a - 常備されている。
- c - 常備されていない。

a-57	c-137
------	-------

三次施設と500床以上の参画施設を除いて、救急室に経皮ペースメーカーを常備している施設は少なかった。今後は、経皮ペースメーカー機能の付いた除細動器を設置することが推奨される。

2.1.6 緊急検査として心筋逸脱酵素（CPK-MB、トロポニンなど）が測定できる。

- a - 測定できる。
- b - 時間帯によって測定できる。
- c - 測定できない。

a-100	b-46	c-49
-------	------	------

二次参画、非参画を問わず、200床以上の病院では心筋逸脱酵素の緊急検査が常に可能であるが、200床未満の病院では測定できない時間帯があるか、緊急検査としては全くできないところもあり、特に非参画病院では顕著であった。心筋梗塞の早期診断と早期再灌流療法の重要性を考えると、簡易測定キットの普及が望まれる。

2.1.7 胸部CT（単純、造影）検査が行える。

- a - 行える。
- b - 時間帯によって撮影できる。
- c - 行えない。

a-153	b-34	c-9
-------	------	-----

二次参画、非参画を問わず、200床以上の多くの病院ではいつでも胸部CTを撮影できるが、病床数が少なくなるほど撮影できない時間帯が多くなり、非参画病院はその傾向が顕著であった。参画病院は小規模施設でも撮影できるように努力しているようである。

2. 2 循環器疾患の診療過程が適切である。

2.2.1 救急室で勤務するすべての医療従事者が、BLSについて定期的に訓練を受け、実行できる。

- a - 全員が実行できる。
- b - 一部の医療従事者が実行できる。
- c - 実行できない。

a-45	b-117	c-26
------	-------	------

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、今後は教育の徹底が望まれる。

2.2.2 救急室で勤務するすべての医師が ACLS について定期的に訓練を受け、実行できる。

- a - 全員が実行できる。
- b - 一部の医療従事者が実行できる。
- c - 実行できない。

a-41	b-118	c-24
------	-------	------

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は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。

2.2.3 救急室で VF が発生した場合に 1 分以内に除細動を行える。

- a - 1分以内に除細動を行える。
- b - 時間帯により診断できる。
- c - 除細動は行えるが1分以上要する、または、行えない。

a-130	b-31	c-30
-------	------	------

三次と500床以上の病院ではほぼすべてで1分以内の除細動が可能であるが、それ以外では除細動器を備えていてもできない施設があった。常に1分以内に除細動ができる院内体制が必要である。

2.2.4 胸痛や呼吸困難を訴える患者の来院後 10 分以内に心電図を記録できる。