

- a - 10分以内に心電図を記録できる。
- b - 時間帯により10分以内に心電図を記録できる。
- c - 心電図は記録できるが10分以上要する、または、記録できない。

a-179	b-14	c-1
-------	------	-----

ほとんどの病院でいつでも10分以内に心電図の記録が可能であった。

2.2.5 急性心筋梗塞患者（75歳未満、ST上昇、発症12時間未満）には再灌流療法を行うか、あるいは施行可能な施設への転送を考慮する。

- a - 再灌流療法を行っている、または、施行可能な施設への転送を行っている。
- b - 時間帯により行っている。
- c - 行っていない。

a-154	b-19	c-14
-------	------	------

三次と500床以上の病院ではすべて、それ以外でもほとんどの施設で再灌流療法を行っているか、施行可能な施設へ転送しており、急性心筋梗塞の診断がついてからの内容に問題がある施設は少なかった。

2.2.6 徐脈（心拍数<50bpm）によるショックには、アトロピン静注、経皮ペースティング、ドパミン静注などの緊急治療を行う。

- a - 緊急治療を行っている。
- c - 緊急治療は行っていない。

a-164	c-23
-------	------

参画、非参画に関わらず、200床以上の病院では徐脈に対する緊急治療が行われていたが、200床未満では行われていない施設もあり、非参画施設で顕著であった。

2.2.7 心室性頻脈（心拍数>150bpm）でショックを認めなければ、リドカイン静注投与を行う。

- a - 心室性頻脈へのリドカイン静注投与が適切に行われている。
- c - リドカイン静注投与が行われていない、または、適切ではない。

a-165	c-17
-------	------

50床未満の非参画施設で心室性頻脈に対しリドカインが投与されないことがある以外は、ほとんどの施設で適切に投与されていた。

2.2.8 胸痛を訴える患者で心電図でST上昇を認めなくても不安定狭心症や心内膜梗塞を考慮して十分な観察を行う。

- a - 十分な観察を行っている。
- c - 十分な観察を行っていない。

a-172	c-12
-------	------

三次と 500 床以上の病院ではすべて、それ以外でもほとんどの施設で ST 上昇がなくても胸痛患者には十分な観察を行っていた。

2.2.9 心エコー図検査で心不全の原因を検索できる。

- a - 心エコー検査による原因検索ができる。
- b - 時間帯により原因検索ができる。
- c - 心エコー検査による原因検索はできない。

a-96	b-80	c-14
------	------	------

参画、非参画を問わず、200 床未満の施設では心エコーによる心不全の原因診断ができない時間帯が増加し、不可能な施設もあった。

2.2.10 ショックの原因として心タンポナーデを迅速に診断できる。

- a - 心タンポナーデを迅速に診断できる。
- b - 時間帯により診断できる。
- c - 診断できない。

*心嚢穿刺についての付記：心タンポナーデの初期治療：心嚢穿刺が適切であるが、医師が熟練していない場合にも、診断（上記）および心嚢穿刺以外の初期治療（大量輸液、カテコラミン投与）が迅速に行われる必要がある。

a-84	b-83	c-17
------	------	------

参画、非参画を問わず、200 床未満の施設では心タンポナーデの診断ができない時間帯が増加し、不可能な施設もあった。心タンポナーデの除外診断程度はいつでもでることが望まれる。

2.2.11 一過性意識障害（失神）の患者には必ず心電図を記録する。

- a - 必ず心電図を記録する。
- c - 必ずではない、または記録しない。

a-162	c-25
-------	------

失神患者には多くの施設で心電図を記録しており、参画、非参画および病床数による違いは少ない。

2.2.12 中高年の上腹部痛患者には必ず心電図を記録する。

- a - 必ず心電図を記録する。
- c - 必ずではない、または記録しない。

a-119	c-63
-------	------

心筋梗塞のピットフォールである中高年の上腹部痛に必ずしも心電図が記録され

ていない。施行率には参画、非参画および病床数による違いは少ない。

2.2.13 急性大動脈解離を CT あるいは経食道超音波検査により診断できる。

- a - 診断できる。
- b - 時間帯により診断できる。
- c - 診断できない。

a-126	b-47	c-15
-------	------	------

参画、非参画を問わず、200床以上の病院では急性大動脈解離の診断が可能などころが多いが、それ未満のところでは時間帯により診断できない施設がある。

3. 呼吸器疾患への救急診療が適切である。

3.1 呼吸器疾患の診療の準備が整えられている。

3.1.1 救急室に、気道確保に用いるすべての器具（エアウェイ、アンビューバッグとマスク、気管内挿管）が、成人と小児用に分けて常備されている。

- a - はい
- c - いいえ

a-147	c-38
-------	------

気道確保に用いる器具については、二次救命処置の基礎とも言えるものであり、病院の規模や参画・非参画にかかわらず 100%であって欲しい項目である。すなわち、患者発生後、直ちに搬送された直近の施設において、いかなる場合においても気道確保ができること、そのための器具が備えられていることが求められるであろう。

3.1.2 外科的気道確保（甲状輪状間膜穿刺、気管切開）の器具が常備されている。救急室に吸引器が常備され、毎日点検を受けている（300 torr の圧を発生できる）。

- a - はい
- c - いいえ

a-135	c-53
-------	------

各病院の事情や当直の専門分野の違いなどからすべての施設で可能とすることは現実には難しいと思われる。にもかかわらず、今回のアンケート回答では非参画の一部でやや低い傾向であるほかは、比較的準備状況は良好であった。

なお、今後救急処置室の確保、管理を考える際には是非考慮していただきたい項目であることを付け加えておこう。

3.1.3 胸部 X-ray を撮影できる。

- a - 時間帯によらず撮影できる。

b - 時間帯によっては撮影できる。

c - できない。

a-165	b-29	c-0
-------	------	-----

3.1.4 救急室にパルスオキシメーターが常備されている。

a - はい

c - いいえ

a-176	c-14
-------	------

3.1.3 については「できない」施設は皆無であり、また 3.1.4 でも、病院内にはあるが救急室には常備でないために「いいえ」となった施設もあると推察される。

3.1.5 動脈血液ガス分析ができる。

a - はい

c - いいえ

a-183	c-8
-------	-----

重症度の高い患者が搬入される施設では必須と言えるが、分析が可能である施設は 95.3%であり、大変高率であった。

3.1.6 救急室に人工呼吸器が常備されている。

a - はい

c - いいえ

a-112	c-80
-------	------

「必ずしも救急室に無くとも良い」とする施設状況もあると考えられるものの、「あり」が 192 施設中 112 施設で、かなり良好であると判断して差し支えないものと言えそうである。

3.1.7 喀痰や血液培養の検査を行うことができる。

a - はい

b - 時間帯によっては施行できる。

c - いいえ

a-71	b-101	c-20
------	-------	------

3.1.8 一般細菌の検査（グラム染色を含む）を行うことができる。

a - はい

b - 時間帯によっては施行できる。

c - いいえ

a-54	b-113	c-25
------	-------	------

3.1.7 および 3.1.8 についても概ね良好と言えるのではないと思われる。

「時間帯によっては施行できる」が前問で 52.9%、後問で 59.2%と、両者とも過半数を占め、また検体の保存方法などについて各施設で考慮されているものと思われる。参画・非参画の別なく、ほぼ同様の答えであった。

3.1.9 結核菌検査（ガフキー、PCR など）を行うことができる。

- a - はい
- b - 時間帯によっては施行できる。
- c - いいえ

* グラム染色の顕微鏡確認と培養検体を確保していることが求められる。スミア、PCR のどちらが選択されるかは問わない。24 時間以内に検査が行なわれることが望まれる。

a-52	b-108	c-31
------	-------	------

現状から考えて、特殊な救急患者が対象と言えなくもない。そこでとりあえずは、結核患者受け入れ病院が検査可能であれば良いのではないかとも思われることから、「時間帯によっては可能」以上をまとめてみると、83.7%の値となり、かなり高い。現状ではやむをえない数値と言えるのではないかと思われる。

3.1.10 テオフィリンの血中濃度を測定できる。

- a - はい
- b - 時間帯によっては施行できる。
- c - いいえ

a-49	b-101	c-42
------	-------	------

できるだけ多くの施設が測定できるのが望ましいことは明らかであるが、テオフィリンの外来における大量投与はまず考えられないことから、すべての施設で実施を求めることは困難であろうと思われる。しかしながら、「時間帯によっては可能」を含めても 78.1%にとどまるのは低率であり、むしろ参画施設 B 以上、できれば非参画でも中規模施設以上では 100%実施を望みたいところであり、今後、より簡便な測定方法が普及することを期待したい。

3.2 呼吸器疾患の診療過程が適切である。

3.2.1 上気道閉塞による窒息患者に甲状輪状間膜穿刺を施行できる。

- a - 全ての医師が施行できる。
- b - 時間帯により一部の医師が施行できる。
- c - いいえ

a-40	b-132	c-18
------	-------	------

少なくとも二次救急医療施設においては全医師に望まれることであるから、「一部の医師のみ」が 69.3%、「いいえ」が 9.5%という現状は不満である。施設の規模や参画・非参画に関係なく、知識と技術の浸透を望みたい。

3.2.2 緊張性気胸に胸腔ドレーンを留置できる。

- a - 全ての医師が施行できる。
- b - 時間帯により一部の医師が施行できる。
- c - いいえ

a-74	b-111	c-3
------	-------	-----

3.2.2 も同様で、特に三次救急施設では「全ての医師」ができることが理想である。また、二次救急を行うためには、時間帯によらずいつでもできるようになることを目標としたい。とくに参画B以上で必須としたい。

3.2.3 急性肺塞栓を診断できる。

- a - はい
- b - 一部の医師が診断できる。
- c - いいえ

a-56	b-122	c-10
------	-------	------

「はい」が全回答中 29.9%にとどまった。「一部の医師が可能」の 64.7%を加えると 95%弱となるが、その評価は難しい。確定診断までは不能としても、対応策をとることはいつでも可能となるようにしたい。

3.2.4 喘息患者の初期治療には、 β 2 刺激薬の吸入治療を第一選択としている。

- a - はい
- c - いいえ

a-133	c-48
-------	------

必ずしも賛同されない意見もあろうかと思われるが、「はい」は全回答中 72.5%であり、施設の状況による片寄りは見られないようであった。

3.2.5 喘息患者にテオフィリンを投与する場合には、すでに投与されているか否かを
確認し、あるいは血中濃度を確認してから投与している。

- a - はい
- c - いいえ

a-129	c-49
-------	------

重要なことと思われるが、予想を下回る回答であった。少なくとも質問の前段では施設規模によらず、ほぼ 100%に近い実施率が望まれる。

3.2.6 喘息患者にテオフィリンを静脈投与する場合には、十分に時間をかけて
(250mg/15-30 分) 投与している。

- a - はい
- c - いいえ

a-180	c-2
-------	-----

「はい」が98.4%を占め、各施設とも慎重な姿勢がうかがえる数字となっている。

3.2.7 喘息患者が初期治療に反応しない場合に、早期にステロイドを投与する。

- a - はい
- c - いいえ

a-166	c-11
-------	------

3.2.8 アナフィラキシーによる呼吸困難には、エピネフリンを投与する。

- a - はい
- c - いいえ

a-159	c-16
-------	------

死に直結する問題であり、当然のことながら、参画、非参画に関係無く100%の返答を期待したい。

3.2.9 入院を要する肺炎患者には、抗生剤の投与前に喀痰や血液培養を施行する。

- a - はい
- b - 時間帯によっては施行している。
- c - いいえ

a-110	b-65	c-10
-------	------	------

「はい」と「時間帯によっては可能」をあわせると94.5%の施設で行っているとしている。

3.2.10 入院を要する肺炎患者には、培養施行後すみやかに抗生剤を投与している。

- a - はい
- c - いいえ

a-179	c-6
-------	-----

「はい」が96.7%であり、これらはいずれも参画施設で若干高い傾向がみられた。

3.2.11 急性扁桃炎、急性喉頭炎、副鼻腔炎、急性中耳炎を診断できる。

- a - はい
- c - いいえ

a-158	c-25
-------	------

慎重に回答されている印象がある。すなわち、これらの疾患を現場で鑑別すべきものとして掲げたとしても、厳密な意味で診断が可能かという観点から若干低率の回答になったのではないかと考えられる。これら疾患の頻度からみて、鑑別診断の要点

がさらに教育、徹底されることを望みたい。

4. 腹部救急診療が適切である。

* 広く腹痛と考えて外科的処置の必要になるものを含む。一部に吐血、下血、婦人科疾患も考慮する。内因性腹部疾患とは胃、腸、肝胆道、膵、腸管膜動脈、大動脈及び腎疾患を指す。

4.1 腹痛ないし急性腹症の患者を受け入れている。

a - はい

c - いいえ

a-197	c-1
-------	-----

腹痛ないし急性腹症の患者を1医療機関を除いてすべての医療機関が受け入れている。

4.2 基本的な診療指針が明示されている。

4.2.1 初診医の目安となる診療ガイドライン（文書）がある。

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。

a-39	b-65	c-92
------	------	------

ガイドラインがある医療機関は20%のみであるが検討中を含めると53%に達する。

4.2.2 初診医への十分な指導、教育が実施されている。

a - 実施されている。

b - 検討中である。

c - 特に行っていない。

a-74	b-54	c-66
------	------	------

実施している医療機関は37.8%であり、三次及びベッド数が多い医療機関ほど実施している。

4.2.3 病歴から血管性疾患を疑ったら腹部拍動性腫瘍、大腿動脈拍動、血管雑音、心電図を評価する。

a - はい

c - いいえ

a-177	c-13
-------	------

91%の医療機関が評価しており、病床数、二次参画、非参画に限らず差がない。

4.2.4 経鼻胃管、直腸診、導尿を適宜実施している。

- a - はい
- c - いいえ

a-190	c-4
-------	-----

4.2.3 同様病床数、二次参画、非参画にかかわらず 97.4%の医療機関が実施している。

4.3 初診医に引き続いて専門家が担当する診療システムがある。

4.3.1 最終的に担当する診療システムがあり外科医を含む。

- a - はい
- c - いいえ

a-164	c-26
-------	------

三次及び 500 床以上の医療機関はほぼ 100%の回答であり、病床数が減少するほど低率となる。これは初診の時点から熟練医（専門医）が診療しているためと考えられる。

4.3.2 緊急に血算、血液生化学、動脈血ガス分析、クロスマッチ、輸血、妊娠反応を実施。

- a - はい
- b - 時間帯により実施している
- c - いいえ

a-142	b-53	c-6
-------	------	-----

大規模の医療機関はほぼ 100%の実施率であり、小規模ほど時間帯により実施している傾向がある。検査技師が時間外にも勤務しているか否かの差と考える。

4.3.3 超音波検査を実施している。

- a - はい
- b - 時間帯により実施している
- c - いいえ

a-154	b-45	c-2
-------	------	-----

医療機関の規模に関係なく、ほぼ実施しており、いいえの回答は機器を所用していないからと考えられる。

4.3.4 X線検査を実施している。

- a - はい
- b - 時間帯により実施している
- c - いいえ

a-171	b-29	c-0
-------	------	-----

時間帯により実施も含めれば全医療機関 100%実施可能であるが、二次参画 200 床未満と非参画 200 床未満とは明らかな差がある。

4.3.5 腹部CT検査を実施できる。

- a - はい
- b - 時間帯により実施している
- c - いいえ

a-153	b-37	c-9
-------	------	-----

三次及び500床以上の医療機関はほぼ100%であるが、ベッド数が少なくなればなるほど低率となる傾向がある。夜間放射線技師が常駐しているか否かによると考えられる。

4.3.6 緊急内視鏡検査を実施している。

- a - はい
- b - 時間帯により実施している
- c - いいえ

a-122	b-68	c-9
-------	------	-----

三次及び500床以上の医療機関はほぼ実施可能もベッド数が少ない医療機関ほど実施不可能の率が高くなる。スタッフの多少によるものと考えられる。

4.3.7 内視鏡下の止血術を行なうことができる。

- a - はい
- b - 時間帯により実施している
- c - いいえ

a-114	b-74	c-11
-------	------	------

4.3.6と同様、ベッド数が少ない医療機関ほど実施不可能の率が高くなる。内視鏡専門医が常に待機している必要があり、小規模病院では困難な場合もある。

4.3.8 PTCO等の緊急減黄術を実施している。

- a - はい
- b - 時間帯により実施している
- c - いいえ

a-81	b-76	c-39
------	------	------

減黄術は内視鏡検査より専門的手技のため三次医療機関においても100%の実施率でなく、直ちに実施可能な医療機関は41%と半数以下である。

4.3.9 緊急に腹部血管造影を実施できる。

- a - はい
- b - 時間帯により実施している
- c - いいえ

a-52	b-71	c-75
------	------	------

血管造影を実施するための設備を必要とするため、200床以下の医療機関ではほとんど実施不可能である。

4.3.10 緊急開腹術を実施している。

- a - 全身麻酔下で行うことができる。
- b - 局所麻酔下で行うことができる。
- c - 実施できない。

a-141	b-12	c-45
-------	------	------

救急開腹手術を行うためには麻酔医等の複数の医師及び数人の看護師の協力が必要のため、50床以下の医療機関は不可能なところが多い。

4.4 適切な診療機関に安全に搬送する。

4.4.1 地域に適切な外科診療を提供しうる高度専門医療機関がある。

- a - はい
- c - いいえ

a-191	c-3
-------	-----

大多数があるとの回答であり、特に二次非参画は100%である。

4.4.2 心臓血管外科、婦人科で紹介できる施設がある。

- a - はい
- c - いいえ

a-185	c-10
-------	------

医療機関の規模にかかわらず、大多数が紹介できる施設がある。

4.4.3 必要に応じて医師が同乗して患者を搬送する。

- a - はい
- c - いいえ

a-188	c-9
-------	-----

二次非参画では100%である。二次参画の場合は救急医療体制を維持するため同乗できない医療機関があると考えられる。

5. 外傷患者の救急診療が適切である。

5. 1 外傷患者の救急受け入れが適切である。

5. 1. 1 重傷外傷患者の救急診療を受け入れる。

- a - 全て受け入れている。
- b - 状況によって変動があるが受け入れている。
- c - 限定して受け入れている。

a-48	b-90	c-57
------	------	------

重傷外傷患者の救急診療の受け入れは、三次救急医療機関ですらすべてを受け入れていないのが現状である。二次医療機関ではベッド状況によって変動があり、病床数および参加、非参加に差はない。

5. 1. 2 多発外傷ではあらかじめ複数の医師・看護婦・技師が待機する。

- a - 医師、看護婦、技師すべてが複数待機できる。
- b - 時間帯によって複数待機できる。
- c - 医師1名、看護婦2名以下が待機する。

a-49	b-101	c-39
------	-------	------

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り、その割合は病床数に応じて増加している。50床未満の施設や非参画では複数待機できる場所は少ない。

5. 2 初療の指針がある。

5. 2. 1 初診医に目安となるガイドライン（文書）を示している。

- a - ガイドラインを示している。
- c - ガイドラインはない。

a-43	c-145
------	-------

初診医に目安となるガイドライン（文書）は、いずれの施設も完全には、示しておらず、ない方が多い状態である。

5. 2. 2 初診にあたる医師への教育、指導（定められた時間）が行われている。

- a - 行われている。
- c - 行われていない。

a-70	c-116
------	-------

初診にあたる医師への教育、指導（定められた時間）は、三次救急医療機関や500

床以上の病院ではある程度教育が行われているのが伺えるが、500床未満では、参加、非参加を問わず行われていない施設の方が多かった。

5. 3 標準的な外傷初期診療を実施している。

5. 3. 1 気道確保の処置ができるよう常に準備されている。

- a - 行われている。
- c - 行われていない。

a-178	c-12
-------	------

病床数、参画、非参画を問わず、ほとんどの施設で気道確保の処置ができるよう常に準備されている。

5. 3. 2 頸髄損傷が否定されるまで頸椎固定している。

- a - 行われている。
- c - 行われていない。

a-138	c-46
-------	------

頸髄損傷が否定されるまで頸椎固定の実施は、三次救急医療機関では100%であるが500床未満の病院では実施されていない施設もある。

5. 3. 3 意識、瞳孔所見を観察して記録している。

- a - 行われている。
- c - 行われていない。

a-182	c-5
-------	-----

病床数、参画、非参画を問わず、ほとんどの施設で意識、瞳孔所見を観察して記録している。

5. 3. 4 繰り返しバイタルサインを観察して報告させている。

- a - 観察して報告している。
- b - 観察はしているが報告はしていない。
- c - 観察していない。

a-166	b-25	c-1
-------	------	-----

病床数、参画、非参画を問わず、繰り返しバイタルサインを観察して報告させている。

5. 3. 5 心電図モニター、パルスオキシメーターがすぐ装着できる。

- a - すぐ装着できる。
- b - すぐには装着できないが用意はある。
- c - 装着できない。

a-180	b-10	c-1
-------	------	-----

病床数、参画、非参画を問わず、心電図モニター、パルスオキシメーターはすぐ装着できる。

5.3.6 CTを緊急に撮影して診断している。

- 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-144	b-39	c-8
-------	------	-----

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がある。

5.3.7 血管造影や経カテーテル塞栓術を施行している。

- 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-63	c-79
------	------	------

200床未満の施設や非参画施設では時間帯によって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る。

5.4 適切な医療機関に安全に搬送する。

5.4.1 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る。

- a - はい
- c - いいえ

a-180	c-7
-------	-----

病床数、参画、非参画を問わず、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ると答えている。

5.4.2 必要に応じて医師が同乗して患者を搬送する。

- a - はい
- c - いいえ

a-177	c-12
-------	------

病床数、参画、非参画を問わず、必要に応じて医師が同乗して患者を搬送できる。

5.5 定期的な症例検討を院内で実施している。

- a - 定期的実施している

b - 検討中である

c - 行っていない

a-78	b-55	c-59
------	------	------

三次救急医療施設では定期的な症例検討を院内で実施しているが、二次医療機関では行っていないか検討中の施設が多い。

5. 6 頭部外傷の診療が適切である。

5. 6. 1 軽症以外の頭部外傷では、直ちに輸液と 100%酸素を投与している。

a - はい

c - いいえ

a-129	c-38
-------	------

三次救急医療機関や 500 床以上の病院では軽症以外の頭部外傷では、直ちに輸液と 100%酸素を投与しているが、500 床未満では投与していない施設もある。

5. 6. 2 脳外科医に早めに相談して中等症、重症の頭部外傷患者は必要に応じて移送して診察してもらう。

a - はい

c - いいえ

a-155	c-17
-------	------

参画施設でも 50～199 床の医療機関の中には、中等症、重症の頭部外傷患者を脳外科医に早めに相談することができない施設や、これらの患者を移送して診察してもらう体制が整っていない施設も存在した。

5. 6. 3 頭部外傷の重症度を GCS または JCS の意識障害の程度で記録している。

a - はい

c - いいえ

a-153	c-19
-------	------

頭部外傷の重症度を GCS または JCS の意識障害の程度で記録している施設は、病床数に比例して頻度は高くなっている。

5. 6. 4 頭部外傷では自覚症状と神経学的所見が全くないものを除いて頭部 CT を実施する。

a - はい

c - いいえ

a-162	c-12
-------	------

頭部外傷では自覚症状と神経学的所見が全くないものを除いて頭部 CT を実施する

施設は、病床数に比例して頻度は高くなっている。

5.6.5 頭部 CT 検査で硬膜外血腫、硬膜下血腫、び慢性損傷の鑑別をしている。

- a - はい
- c - いいえ

a-160	c-12
-------	------

頭部 CT 検査で硬膜外血腫、硬膜下血腫、び慢性損傷を 参加・非参加に関係なく大部分の施設で鑑別可能である。

5.6.6 意識の低下、瞳孔散大がみられたら、気管内挿管をして軽度の過呼吸で治療する。

- a - はい
- c - いいえ

a-136	c-30
-------	------

意識の低下、瞳孔散大がみられたら、気管内挿管をして軽度の過呼吸で治療している施設は、病床数に比例して多くなっている。

5.6.7 昏睡 (GCS8 以下) の原因として腹部、胸部、骨盤外傷等によるショックを鑑別診断している。

- a - はい
- c - いいえ

a-151	c-14
-------	------

昏睡 (GCS8 以下) の原因として腹部、胸部、骨盤外傷等によるショックを鑑別診断している施設は、病床数に比例して多くなっている。

5.6.8 急性の頭蓋内圧亢進 (瞳孔散大、運動麻痺進行) にマンニトールを使用している。

- a - はい
- c - いいえ

a-142	c-21
-------	------

急性の頭蓋内圧亢進 (瞳孔散大、運動麻痺進行) にマンニトールを使用しているのは、三次救急医療機関ではすべてで行われており、二次救急医療機関では病床数に比例して多くなっている。

5.7 胸部外傷の診療が適切である。

5.7.1 顔面や頸部の損傷では気道閉塞をまず鑑別診断する。

- a - はい
- c - いいえ

a-155	c-9
-------	-----

顔面や頸部の損傷では気道閉塞を鑑別診断している施設は、病床数に比例して多くなっている。

5.7.2 頸静脈怒脹、皮下気腫、気管の偏位を確認している。

- a - はい
- c - いいえ

a-154	c-10
-------	------

頸静脈怒脹、皮下気腫、気管の偏位を確認しているのは、三次救急医療機関ではすべてで行われており、参加、非参加に関係なく多くの施設で行われている。

5.7.3 気道閉塞、緊張性気胸、心タンポナーデ、胸郭動揺、大量血胸、開放性気胸をまず診察して治療している。

- a - はい
- c - いいえ

a-144	c-18
-------	------

気道閉塞、緊張性気胸、心タンポナーデ、胸郭動揺、大量血胸、開放性気胸をまず診察して治療しているのは、病床数 200 床以上の施設では、ほとんどが可能であるが、それ以下では、一部困難な状況である。

5.8 腹部外傷の診療が適切である。

5.8.1 外傷の初期評価と蘇生処置が済んだら腹部超音波検査で腹腔内出血を評価している。

- a - はい
- c - いいえ

a-148	c-18
-------	------

外傷の初期評価と蘇生処置が済んだら腹部超音波検査で腹腔内出血を評価しているのは、三次救急医療機関や 500 床以上の病院では、すべて腹部超音波検査が可能であるが、それ以下では一部困難な施設もある。

5.8.2 穿通性腹部外傷では開腹手術の準備をして観察している。

- a - はい
- c - いいえ

a-127	c-40
-------	------

200 床未満の施設や非参画施設では穿通性腹部外傷では開腹手術の準備をして観察していない施設がある。

5.8.3 バイタルサインが安定している腹部外傷で腹部 CT 検査を実施している。

a - はい

c - いいえ

a-156	c-15
-------	------

200 床未満の施設や非参画施設ではバイタルサインが安定している腹部外傷で腹部 CT 検査を実施していない施設がある。

5.9 四肢骨盤外傷の診療が適切である。

5.9.1 不安定性骨盤骨折では大量輸液・輸血がすぐ可能である。

a - はい

c - いいえ

a-129	c-48
-------	------

200 床未満の施設や非参画施設では不安定性骨盤骨折では大量輸液・輸血がすぐ可能でない施設がある。

5.9.2 四肢外傷では神経、血管損傷の合併の有無を診察している。

a - はい

c - いいえ

a-171	c-12
-------	------

200 床未満の施設や非参画施設では四肢外傷では神経、血管損傷の合併の有無を診察していない施設がある。

5.9.3 切断や開放性骨折では直ちに圧迫による止血を実施している。

a - はい

c - いいえ

a-177	c-3
-------	-----

切断や開放性骨折では直ちに圧迫による止血を、参加、非参加、病床数に関係なく多くの施設で実施している

5.9.4 開放骨折を緊急手術することができる。

a - はい

c - いいえ

a-108	c-72
-------	------

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い。

5.9.5 汚染創では生食による洗浄を十分に行っている。

a - はい

c - いいえ

a-183	c-1
-------	-----

汚染創では生食による洗浄を、参加、非参加、病床数に関係なく多くの施設で行なっている。

5.9.6 疼痛と受傷機転からコンパートメント症候群を疑ったら減張切開術を選択する。

a - はい

c - いいえ

a-145	c-22
-------	------

200床未満や非参画施設では疼痛と受傷機転からコンパートメント症候群を疑い減張切開術を選択できない施設もある。

5.9.7 破傷風トキソイドや抗生物質による感染予防を実施している。

a - はい

c - いいえ

a-184	c-3
-------	-----

破傷風トキソイドや抗生物質による感染予防を、参加、非参加、病床数に関係なく多くの施設で実施している。

5.9.8 脱臼の整復が適切に実施できる。

a - はい

c - いいえ

a-167	c-17
-------	------

脱臼の整復が適切に実施できるのは、ほとんどの施設が可能であるが、50～199床の参画施設や非参画施設で対応できない施設もある。

5.9.9 骨折の徒手整復およびギプスシーネ固定が適切に実施できる。

a - はい

c - いいえ

a-171	c-14
-------	------

骨折の徒手整復およびギプスシーネ固定が適切に実施できるのは、ほとんどの施設が可能であるが、50～199床の参画施設や非参画施設で対応できない施設もある。

5.9.10 外傷性横紋筋融解症に対する診断と治療が適切に実施できる。

a - はい

c - いいえ

a-117	c-48
-------	------

500床未満の施設や非参画施設では外傷性横紋筋融解症に対する診断と治療が適切に実施できない施設がある。

5.9.11 脂肪塞栓症候群に対する診断と治療が適切に実施できる。

a - はい

c - いいえ

a-101	c-70
-------	------

500床未満の施設や非参画施設では脂肪塞栓症候群に対する診断と治療が適切に実施できない施設がある。

5.9.12 デグロービング損傷に対する診断と治療が適切に実施できる。

a - はい

c - いいえ

a-93	c-73
------	------

500床未満の施設や非参画施設ではデグロービング損傷に対する診断と治療が適切に実施できない施設がある。

5.9.13 ガス壊疽に対する診断と治療が適切に実施できる。

a - はい

c - いいえ

a-91	c-79
------	------

三次救急医療施設以外ではガス壊疽に対する診断と治療が適切に実施できない施設がある。

6. 小児科の救急診療が適切である

6.1 小児科救急総論

6.1.1 小児（新生児から児童・学童）の点滴を行うことができる。

a - 時間帯によらず行える。

b - 時間帯によって行っている。

c - 行えない。