

A病院

のような高い質を維持できる病院機能の中心的な役割を担っているのが救急部長以下の極少数の救急医学専門医の存在である。救急専門医は 1st call に応じて初期治療に当たり、患者が ICU 入室の適応であれば主治医として患者の治療に責任を持つ体制である。前述のように各科の専門医は救急医からの 2nd call に応じて引き続く治療を受け持つことになる。そして貴院は、基本的に二次救急までの対応に徹していて、それらの 1st call は平均すれば 1日に 15~20 人の外来と 3 台の救急車搬入で、その内 2 人が入院する。これらは貴院の規模からみれば適正な救急業務量と思われる、救急専門医を常駐させて二次救急を行なっているということは、各論の各所でも繰り返し触れられているように、良質な救急医療サービスを提供していると評価される。救急専門医にとって救急外来のトリアージを含めた初療の業務が大変重要であることは当然ではあるものの、言わば“働きがい”という観点からは初療のみに特化しにくい心情がなきにしもあらずと思われる。その意味で彼らが ICU 部門を受け持つということは人材の有効活用という点からも評価できる。

ここで救急外来のトリアージについて別の角度から追加したい。貴院の救急部門の運営について後述するように、トリアージに当たる看護師は患者が来院すると、その時点で貴院の院内一般外来か、隣接するクリニックの外来か、または救急外来にて救急専門医の初療を受けるかを判別している。しかも、これは外来カルテが作成されるより前に行なわれる。これはトリアージナースの機能として医学的に高く評価されるが、同時に冒頭で紹介したように、貴院が紹介率 90% という地域医療支援病院として診療報酬上の最高水準を維持していることにも直結する。貴院の管理運営の体系と救急医療の質とが有機的に連動している状況をよく理解することができる。

【改善すべき点】

1st call に応じる救急医は 3~4 名(平成 15 年度から 1 名増)で、24 時間体制で救急外来と ICU 入院患者を任されている。そのような状況を勘案すると、彼らの業務が過重であることは否めない。1 人当たりの当直回数を適性なものとする必要があるだろうし、いずれは当直の翌日には確実に休みを与えるべきことも論ぜられるはずである。従って、現状のように救急医が 1st call に応じ、各科医師は 2nd call のみという体制で、以上の条件を充たそうとするなら、そのような救急医は最少でも 6~7 名の人員確保が必要ではないだろうか。また、救急医療や救急外来における感染管理に関する院内での教育や救急治療マニュアルの策定などについては、今後貴院が組織的に取り組まねばならない重要な課題となっている。これらの詳細は該当部分を参照されたいが、これらの面での充実を図るに当たり、日常業務に忙殺された現救急医スタッフには既に余裕がないことは明白である。

さて、地域の救急医療体制の中での貴院の役割については、確かに行政レベルでは二次救急医療を行なうことになる。しかし、2 名の循環器専門医がいる急性心筋梗塞の例でみると intervention の件数自体はそれほど多いものではない。これが on call 体制という貴院の限界によるものか、または救急隊の判断による選択の結果によるものかは充分には説明できていないように思われる。地域の救急医療における貴院の果たすべき具体的な役割についてはそのような意味では必ずしも明確であるとは言いがたい。救急隊がどのレベルの患者を貴院に搬送するのか、また特定行為などについて救急救命士への指示はどの施設がどのように行なうかなど、完全には決まらぬままの状況で今日に至っているように思われる。このようなことについて地域の救急病院の間で議論が充分には尽くされていない可能性が高い。貴院の救急部長は救急専門医であり、救急隊員の教育などを含めた地域全体の救急医療体制の充実、すなわち地域救急医療におけるメディカルコントロール体制の一翼をも担わねばならなくなるはずであるから、貴院は是非とも強い

リーダーシップを発揮されて、地域の消防を含めた行政諸機関や医師会などと連携し、地域の救急業務連絡協議会などにおいて積極的に議論を引っ張って行くことを望みたい。

貴院では今後とも救急専門医が貴院の救急医療の核となり、イニシアティブを取って行くに違いない。従って、以上のような総合的な視点から様々に不十分な面を向上させる努力が必要である。

【総 論】

1. 救急に関する年次統計

病院資料より

救急に関する年次統計（H13年4月1日からH14年3月31日まで）

救急受診患者数：6,688人

救急車台数：926台

外来転帰： 帰宅 5,961件

入 院 700件（このうちICU/CCU 235件）

外来死亡 10件

転 送 17件

二次救急医療機関として救急専門医が救急外来にて1st callに応じている。このことは貴院にとって特記すべき事項の一つである。

2. 救急室の運営管理：A

2.1 救急受け入れ部門が整備されている。：b

救急外来の看護面の責任者は外来責任者が兼務している。しかし、その下には専任の看護スタッフがいて、彼らは救急部長のイニシアティブにより救急外来の管理・運営に積極的であり、円滑に救急患者を受け入れている。

2.2 当直体制が整っている。：b

臨床検査技師の当直体制がない。この業務は1st callに応じる救急専門医が救急外来に隣接する機器を用いて行なっている。輸血業務などで検査技師の必要な際にはon callで30分以内に呼び出すことが可能というが、緊急事態においては難しい。しかし、分を争う、例えば多発外傷患者などの来院はほとんどない。一方、薬剤師の当直もないので、薬剤師や臨床検査技師の業務をそれぞれ看護師や医師が代わりに行なうこととなる。そこで本来の業務が多忙な際にはいずれミスが生じるであろうことを前提にして、手順ないしマニュアルの整備が望まれる。また、1st callを救急専門医2名と外科医1名(救急医学会認定医)の3人で行なっていることは既に述べた。今後補充する予定であるとは言えるものの、やはり過重の勤務体制を早急に解決すべきである。

A病院

2.3 救急医療のための施設・設備が整備されている。: a

画像診断について全ての放射線技師が全ての機器に精通しているわけではないが、上記にあるような緊急的な状況はほとんどないので、実際には通常の救急診療に齟齬を来してはいない。緊急検査についても、例えば薬物の血中濃度などの一部に不足であることが後述の各論で指摘されるが、通常の救急診療において問題となることはないと言える。

2.4 救急部門の運営に関する規則がある。: a

貴院全体の運営の概要については、役職名や会議の名称が一般的な病院のそれらではないので理解がやや難しい。しかし、救急部門の運営については救急部長を中心によく行なわれていると思われる。1st call に応じて初期治療を行なう救急専門医は、重篤な病態で集中治療の必要な患者については ICU にて主治医となり、診療記録にも責任を負う。この意味で診療の質を適切に管理できる体制にある。

2.5 救急患者受け入れ時の対応手順が確立されている。: a

救急患者の受け入れについても円滑である。特にトリアージに当たる看護師は来院患者の外来カルテが作成されるより前に患者に接して、患者の状態などを把握する。それによって貴院の院内一般外来か、または隣接するクリニックの外来を受診させる。いずれでもない時には救急外来にて救急専門医の初療を受けさせることについて判断するというトリアージ業務を行なっている。このこと責任はクリニカルリーダーという職種が当たっている。以上のことはいわゆるトリアージナースの機能として極めて高く評価される。今後はこのような診療活動の実績については是非とも記録を残すことを望みたい。

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

同乗の機会は高々数週に1度程度と思われるが、ルールも決められている。日勤帯においては複数の救急専門医がいるので貴院の説明するシステムが妥当と感じたが、時間外において院内に常駐する医師は救急医と産婦人科医の2名体制であるから、急を要する転送であればやはり不安が残ると言わざるを得ない。

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。: b

冒頭の《改善すべき点》において触れたように、患者搬送先の病院選定基準や特定行為の救急救命士への指示などの議論が地域で必ずしも充分とは言えないように思われる。また、病院前救護ないしメディカルコントロール体制の具体的な内容については地域の救急専門医の重要な業務になることは今後のトレンドとして確実である。このような観点からも地域の救急業務連絡協議会などにおいて強いリーダーシップを望みたい。

3. 救急医療に関する教育や標準化のための活動が定期的に行われている。: B

3.1 定期的に病院職員に救命処置（BLS）の教育を行っている。: b

3.2 救急医療に関する勉強会を実施している。: b

3.3 救急医療の目安となるガイドライン（文書）を示している。: c

3.4 救急外来に勤務する医師は定期的に ACLS について教育，訓練を受け実行できる。: b

3.5 救急外来に勤務する医師は外傷に関して定期的に教育，訓練（JATEC，PTEC など）を受けて実施できる。: c

救急専門医が 1st call に応じて救急診療をまさに一手に握っているのが、結果的に大過なく過ごしてきたという実情にあるためと思われるが、院内の教育や標準化についての活動は不十分である。確かに救急専門医が一般の救急診療に忙しく、それ以外に時間を割くことが難しい状況を理解するが、この件は病院全体の問題と考えるべきであろう。また、ガイドラインについては救急専門医の診療にて帰結できる患者対象については「ガイドラインがあっても周知されていない」ということになろうが、各科専門医を交えて診療内容を議論する対象については、後述するように各論での議論をふまえると、院内のコンセンサスとしてのガイドラインないしプロトコルなどを作成する必要がある。

3.6 重症救急患者（虚血性心疾患，脳血管障害，外傷，心肺停止）の主要な診療情報，転帰，合併症を記録している。: b

重症救急患者について「ICU で管理したもの」と定義すれば、それらは全て救急専門医が管理し、記録を行なっている。ただし、外傷患者などでは重症であっても、例えば整形外科や外科の病棟で治療されれば、記録そのものが一括的な把握の下には置かれなくなる。このあたりの問題は、診療情報の IT 化や診療情報管理士の業務範囲などに関連して総合的に議論されるべきかも知れない。

3.7 院内での緊急体制（コードブルー）に対応できる。: b

院内の緊急体制については、2人の救急専門医が急変時に電話での求めに応じているという実態であり、コードブルーの組織的な対応手順があるわけではない。このシステムは必ずしも入院患者への対応に限られず、見舞いを含めて貴院への来訪者全てもその対象である。“貴院の信頼と安全”について地域社会に説明する一環である、という認識に立つ必要がある。

4. 救急外来における医療従事者への感染対策が適切である。: B

4.1 隔離予防策 : a

MRSA 患者に対するガイドラインがあり、実行されていた。

4.2 職業上暴露への対策 : b

4.3 結核対策 : a

4.4 輸液療法に関する手技 : b

A病院

4.5 スタッフ教育 : b

職業上の暴露対策そのものとスタッフへの教育は一体の関係にあることを認識せねばならない。従って、委託業者であれ、事務系職員であれ、全ての職員を対象にして標準予防策（いわゆる standard precautions）に関する教育を行う必要がある。これらには結核、疥癬、HBV、HCV、HIV の感染経路と予防法などが含まれていなくてはならない。教育の一環として感染症の症例検討会も有効である。従って、サージカルマスクやリキャップについて一部のスタッフにしか通用していない状況を改め、暴露の実際に即した予防法などを取り入れた対策と教育とを徹底し、職員の安全を確立せねばならない。これらについては結核以外は極めて劣悪な状況であり、自らの安全を守れない職員が患者をきちっと感染から守れるとは到底思えない。この領域については病院全体の組織的管理の一部であり、貴院の感染管理機能も大幅に責任を持つべきであろう。

5. コンサルテーション体制が整っている。: B

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。: b

5.2 コンサルテーションが円滑に行われている。: a

1st call の救急専門医の求めに応じて、2nd call の各科専門医が on call 体制となっている。実際には産婦人科医師は院内に常駐している。また、循環器科医師は on call で多くの場合登院することになる。しかし、その他の科の医師はほとんどが電話対応のみである。このことは救急専門医が有能であることの証左かも知れないが、救急車 3 台/日への対応はともかく、それ以外にも平均すれば 15 人前後の救急患者がいるので、特に年末年始やゴールデンウィークなどにはその他の科の医師も現場でそのままコンサルテーションに応じることを議論してもよいように思われる。

【各 論】

1. 脳神経系疾患の救急診療が適切である。: A

1.1 脳神経系疾患の診療過程が適切である。: b

脳卒中に対する診療指針がないままになっている。貴院には神経内科医がいないが、2名の脳神経外科医が非常勤体制で応援可能となって既に1年が経つので、診療指針ないし応援を呼ぶべき場合の院内取決めのルールを明示すべきであろう。診療件数とアウトカム(平成13年4月1日~14年3月31日)によれば、高血圧性脳内出血とクモ膜下出血は各々8件と5件であり、いずれも「手術なし・他院への搬送なし」である。これらの多くが死亡していることから推測するならば、極めて重症で“あきらめる他ない”脳卒中患者が救急隊の判断で搬送されているということであろうか。非常勤であれ応援可能な医師と協力して多彩な脳卒中患者に対応できる診療過程を構築されたい。その中には血圧の管理についてや、血管撮影のタイミングについてのプロトコールなどが含まれると思われる。そのようであれば、より積極的に脳卒中患者の受け入れが可能となると思われる。

しかしそのように積極的に脳卒中患者を受け入れたとしても、救急医が常に1st call に対応し続ける体制であるなら、最低でも6人程度の人員の確保は必要に思われる。結局、現状ではそのようではない。つまり緊急の血液検査にも彼らが当たっていて、かなりの業務負担を免れない状況である。従って、診療録への記載内容にも“抜け”が生じる可能性がある。

2. 循環器疾患への救急診療が適切である。: A

2.1 循環器疾患の診療の準備が整えられている。: a

循環器疾患については2名の専門医が on call 体制にある。彼らは院内常駐ではないが、ほとんどそれと同等に救急医学専門医のコンサルトに応じている。また、カテーテル検査対応の看護師1名の応援体制もある。機器の準備に一部万全ではないことが指摘されるが、これは結局のところ、心筋梗塞患者が平均して月に2件、インターベンションが同1件であることに符号するかと思われる。このように循環器専門医のいる二次病院としては、扱い患者数がやや少ないように思われるが、前述のように市内の救急搬送体制の一環として今後の課題に含まれると考えられる。

2.2 循環器疾患の診療過程が適切である。: a

心機能、心電図、心エコー、冠動脈撮影などの所見を簡単に確認できるフォーマットがないので、診療録の評価記載がやや不明確に思われたが、全体として診療過程は適切なものと判断された。もし意識障害を伴う患者が搬入された場合でも、救急専門医に常勤の循環器専門医が加わる診療となるので、通常の鑑別診断に問題は生じないと思われる。昨年度に来院した急性動脈解離の3件はいずれもが緊急手術の目的で適切に転送されているなど、他院との連携も良好であり、循環器疾患について診断と治療の過程に問題はない。

3 呼吸器疾患への救急診療が適切である。: A

3.1 呼吸器疾患の診療の準備が整えられている。: a

常勤22名の医師の内、内科系は循環器2名でその他の内科4名も腎臓病学などが主体のようで、年間42件の喘息患者などの呼吸器疾患への急性期対応は専ら救急専門医に依存している。院内の検査体制から、例えば結核菌検査は夜間におこなうことができないことやテオフィリンの血中濃度についても結果を得るのに1週間かかっている、実際には測定できないに等しいことが指摘できる。これら以外の項目については、呼吸器疾患の救急医療に対応できる準備がなされていて、救急専門医が十分に能力を発揮できる体制であると判断された。

3.2 呼吸器疾患の診療過程が適切である。: a

救急専門医が最前線にて救急診療を担っていることから、呼吸器疾患の救急医療について基本的な診療プロセスが標準的に行われていると考えられる。甲状輪状間膜穿刺・切開や緊張性気胸への胸腔ドレーン挿入については、常に救急専門医が1st call であるから該当患者にとって問題はないということもあろうが、他の科の医師もそのような患者に遭遇しないとは言えないし、病院が2次救急医療を担っているという原則からは“全て”の医師が施行できることを望みたい。

4 腹部救急疾患への診療が適切である。: A

4.1 腹部救急疾患の診療の準備が整えられている。: a

この分野においても初期治療については救急専門医が行い、2nd call で内科、外科の医師が根治的な治療を担う方法である。内視鏡検査についても消化器外科学会、消化器内視鏡学会の認定医などが十分な設備を利用して行っている。また、女性の下腹部痛については産婦人科医が常駐

A病院

しているので十分なコンサルテーション体制がある。

4.2 腹部救急疾患に診療過程が適切である。: b

腹部救急疾患について救急専門医と各種学会専門医とが協力して診療しているので、診療過程に概ね問題はない。ただし、胃洗浄について水道水を用いることがあるような印象であったが、必ず常温の生理食塩水で施行されたい。また例えば、便秘を主訴とする患者への直腸診などについても救急専門医と消化器病学専門医との間でプロトコルを作成するなどして、いわゆる診療の均質化を図ることも必要に思われる。年間での消化管穿孔 10 件、急性虫垂炎手術 7 件などの実績から、腹部救急疾患については地域の二次救急施設としての貢献度が必ずしも高くないと思われる。このような実態は、1st call を救急専門医に限る現在の体制では致し方ないことかも知れないが、貴院が腹部救急疾患について質の高い医療を提供できる実力を有していることは間違いない。

5 外傷患者の救急診療が適切である。: A

5.1 外傷患者の救急受け入れが適切である。: a

年間約 900 件の外傷患者の来院があり、その内 ICU 管理が 20 余件である。救急専門医が初期治療に当たり、必要に応じて外科、整形外科などと連携する体制である。多発外傷患者の初療において複数の十分なスタッフを予め集合させる体制は、時間内はともかく時間外においてはまず考えられない。しかし、貴院の実績から推測して、結果的に概ね実態に即した、良好な外傷救急患者の受け入れ体制にあるものと判断される。

5.2 標準的な外傷初期診療を実施している。: a

外傷患者の初期診療は救急専門医が全て担っている。従って基本的に標準的な医療が行われている。緊急輸血の準備に関しては検査科などコメディカルの体制が充分とは言えないが、搬送される患者の実態に鑑みれば現状ではほとんど問題にならない。それでも外傷患者については万が一という状況を否認ないし、地域救急医療からみれば実に救急専門医が常駐しているという貴院の特殊な状況を考え合わせると、この緊急輸血の問題は院内体制の何らかの工夫が望まれるところである。

5.3 頭部外傷 : a

頭部外傷の診療過程は良好である。ただし、緊急に開頭術ないし穿頭術を行った実績はほとんどない。今後は脳神経外科医 2 名の非常勤体制での応援が可能となったことから、診療のプロトコルないし彼らの召集ルールを明示するなどすれば、頭部外傷患者の受け入れも現在以上に積極的に行うことが可能と思われる。

5.4 胸部外傷 : a

胸部外傷の診療過程についても良好である。ただし、重症の胸部外傷患者の搬入もほとんどない。

5.5 腹部外傷 : b

腹部外傷の診療過程についてもほぼ良好である。ただし、重症の腹部外傷患者の搬入がほとんどないことから、直腸診については行っていないという状況にあると判断された。また、時間外の CT 検査については、放射線技師の多くが不得手なままであるという。医師に腹部外傷の診療能力があっても、実際にそのような患者が数多く搬入されて実際の診療が行われれば、病院の組織的な対応能力も向上すると思われる。しかし現状ではそのようではなく、また地域の救急医療体制から貴院がそのような能力を直ぐには求められていないのであれば、貴院の体制としては現状のままでよいと言えるかも知れない。

5.6 四肢骨盤外傷 : a

四肢骨盤外傷の診療過程についても良好である。ただし、開放性骨折で緊急手術の対象となる患者は地域の三次救急施設などに多く搬送されていて、貴院での治療実績はほとんどない。

6 中毒の救急診療が適切である。: B

6.1 中毒の診療過程が適切である。: b

薬・毒物の中毒に詳しい救急専門医が初療にあたり、月に 1 件以上の入院治療の実績は二次救急医療機関として高く評価される。このような実績からみると、薬剤師の関与が日勤帯のみであったり、心療内科が診療科の中にあるにもかかわらず自殺企図患者への対応が不十分に感じたことについては今後の課題と思われる。そのようではあるが、中毒患者への一般的な治療そのものについては、中毒に詳しい救急専門医が治療に当たっていて適切である。

解毒薬については、特に PAM を常備していない。農薬中毒があまり来院しないことや、求めれば 1 時間以内に入手可能であることなどがその理由であり、実際に大きな問題がないようにも思われたが、地域の救急医療からみれば救急専門医が常駐しているという貴院の特別な状況とそのようなことが可能な病院の分布を考え合わせるなら、やはり特殊な薬剤の常備についての議論をしておくべきと考える。

原因薬物に対する分析の能力を 2 次救急医療機関にどこまで求めるかは議論があろう。しかし、貴院は日常の内科診療において必須とされるジゴキシンやフェニトインの血中濃度を得ることについても不満が残る。貴院には救急専門医が常駐しているという特殊な状況があり、その意味では中毒分野での救急診療についてかなり期待されて然るべきと思われる。原因薬物に対する分析の準備体制について再考されたい。

7 病院外心肺停止治療が適切である。: B

7.1 心肺停止患者を受け入れる。: a

年間に 26 件の院外心肺停止症例を受け入れている。これらは必ずしもかかりつけの患者に限定されず、広く受け入れている。二次救急医療機関として地域に充分貢献していると判断される。

7.2 救命救急士に必要な応じて特定行為（気道確保、静脈確保、電氣的除細動）の指示をしている。: a

常駐の救急専門医が救急救命士に必要な応じて的確な指示を与えている。

A病院

7.3 標準的な ACLS を実施している。: b

救急処置室には血液ガス分析や他の検査を行う機器が整備されている。そして院外心肺停止症例の搬入が行われた場合には、救急救命士に心マッサージを続けさせるなどしながら ACLS を実践している。しかし、貴院の救急外来においては、いわゆる ACLS コースに則った教育を基盤にしての実践状況には至っていない。従って、それに関連したいくつかの項目において“行っていない”との評価を免れない。「総論 3.救急医療に関する教育」などとも関連して、貴院にとって今後の大きな課題である。

8 小児の救急診療が適切である。: B

8.1 小児疾患の診療の準備が整えられている。: b

貴院には充実した産科があり、多くの分娩がある。しかし、基本的に合併症妊娠や新生児集中治療に対しては大学病院などの高次医療機関に委ねることになっていて、貴院では新生児ないし乳児の日常的な一般的な医療について非常勤の小児科医で対応している。貴院の小児医療の実態はこのようであり、従って二次救急医療機関として小児の救急医療を行なっていない。貴院の救急医療は専ら成人の救急患者を対象としていると理解すべきであり、1st call に応じる救急専門医もそのようである。彼らはありふれた小児救急疾患に対応する能力を有するが、小児の救急診療の体制という観点からは“必要最低限の水準”を維持しているのみである。

以上の理由により、小児看護に優れた看護師はいない。小児の採血、血管確保、腰椎穿刺、髄液検査、胸腔穿刺、胃洗浄は時間外において実施可能な体制が十分に確保されていない。また、テオフィリン血中濃度測定や脳波検査も院内では実施していない。

8.2 脳神経系疾患の診療過程が適切である。: b

小児の救急患者が痙攣や意識障害を主訴に貴院を受診することはほとんどない。しかし救急専門医にはそのような診療能力があることが推測できた。ただし、小児の意識レベルの評価と記載の方法については院内でコンセンサスがあるようには思われず、また髄膜炎の治療に先立って検体を培養検査に提出することについても時間外には難しいように思われた。痙攣の治療を標準的なプロトコールに従って行なう体制もなかった。

8.3 呼吸器疾患などの診療過程が適切である。: b

小児喘息、アナフィラキシー、肺炎患者の受診はほとんどない。ただし、救急専門医にはこれらの診療能力があると推測され、喘息への早期ステロイド投与、アナフィラキシーへのエピネフリン投与、肺炎患者の培養検査については常に実施可能と思われた。一方、呼吸困難に対して標準的なプロトコールに従って治療を行なう体制はなかった。

8.4 腹部救急疾患が適切である。: b

小児の急性腹症、腸重積、胃内異物についての診療実績もほとんどない。外科専門医に腸重積などの経験があって、通常の時間内であれば診療が可能である。ただし、急性腹症の診療ガイドラインはなかった。

資料 4

救急医療評価サーベイ実施報告書（B病院）

救急医療評価サーベイ実施報告書

全体評価 B

総括

【はじめに】

貴院の救急医療を評価するに当たっていくつかのポイントを指摘しておくべきである。まず、はじめに、貴院は貴院が所属する総合医療サービスシステムの医療法人の機関病院であるということである。医療法人は診療所、救急対応可能な総合病院、リハビリテーション施設、療養型または介護施設、訪問診療施設等々を擁し、言わば地域医療コングロマリットを形成している。これら多くの施設により多岐にわたる医療機能を提供できるので、救急患者の流れという観点からは、急性期に引き続くリハビリテーション他を目的とした患者の後送については貴院の所属する法人内の施設において正に“自己完結”できる実力がある。このような意味で、貴院は地域社会における重要な社会資本（インフラストラクチャー）の一環を成しているといっても過言ではないだろう。

また、貴院のある地域は中央部からは山により隔てられているので、中央部の救命救急センターとは直接的な病々連携が難しい。従って、高度救急患者はしばしば二次医療圏を越えて他県の日赤病院や市民病院に搬送せざるを得ない。このような事情もああって、貴院は行政的な位置付けが二次救急医療施設であるとしても、地域の最後の砦たる三次救急施設の機能を発揮しないわけにはいかないように思われる。更に、貴院は臨床研修指定病院であり、ISO 及び(財)日本医療機能評価機構による認定を受け、地域医療支援病院としての認可も得ている。

以上により、貴院が地域において提供せねばならない救急医療の水準は量的にも質的にも多大なものであるという前提に立たねばならない。今回用いた救急医療評価スランダードの冒頭にも記載されているように、二次救急医療施設にあっては少なくとも救急患者への“初期治療”を完遂する機能が求められるが、貴院にはそれに加えて多くの分野でかなり高い水準の救急医療が問われるべきものと考えられる。

【特によい点】

貴院は行政上の位置付けは二次救急医療機関でありながら、実際には三次救急的な患者にも対応せねばならない地域の需要によく応えていると言えることができる。そのために施設や設備に関する、言わばハード面については救急処置室に十分な面積をとるなどの大きな投資を行い、また各診療科を糾合させて救急内科、救急外科など4名の医師による当直体制を組んで努力している。このように多大の人的物的資源の投入によって、貴院の救急部門は地域救急医療の要となっている。救急部門責任者は医局長でもある脳神経外科部長が併任していて、その尽力の大なるところは称賛に値する。勿論、貴院が所属する法人組織や貴院そのものが地域において発展して来た、その延長線上に今日の姿があると思われる。従って、貴院の救急医療が現在に至っていることに

B病院

については、言わば歴史的必然性もあったはずであるから、そのような意味でそれを実現させた関係各位の努力を高く評価せねばならない。

また、貴院においては内科系の医師を数多く擁する総合診療科を組織している。専門分化しすぎた医学の方法論が一般的な患者のニーズに必ずしもそぐわなくなったという認識や、卒後臨床研修の必修化といった背景などから、総合内科ないし総合診療科が創られてきたようであるが、貴院ではこの総合診療科の持つ高い機動性を救急外来（ER）部門において活用することについて模索している。勿論、総合診療科の医師が救急患者の初療に携わることは、すでに実践されているが、救急医学または救急医学教育の核としてどのように総合診療科を育てて行くかについて科長を中心に検討を始めている。各地に総合内科ないし総合診療科が創られているが、既存の内科系各科との軋轢を生じるなどあって、全国的にも総合診療科（内科）として満足できる体制は未だに少ないと言わざるを得ない。また、総合診療と救急医療は異なるとする考えもある。しかし、貴院においては机上の議論ではなく、実際のニーズに応えようとする実践の中からの検討を行っている。貴院のこの面での発展、ないしその過程は全国の範ともなり得るものと思われる。

日本救急医学会においても、超重症患者に特化した高度の救命救急センターの救急外来（ER）ではなく、一般的な救急患者を含めた貴院の救急外来（ER）のような場面での救急医学教育をどのようにリードするか、それを専門とする医師をどのように育てることが可能かなどについては、議論が緒についたばかりである。貴院の発展が大いに参考となるように思われる。

【改善すべき点】

上に述べたように、貴院の救急医療を行うためのハード面についての充実の度合いはかなり高い水準にあると思われる。しかし、救急部門に関する院内システムについては、貴院の自負するところ、または将来性といった面からは、敢えて未発展段階にあると言わねばならない。勿論、この未発展ということは総合診療科に関して既述したような、真に発展の過程を追わねばならない部分もあるが、現状においても救急部門や ICU の責任体制については、言わば「救急患者の流れ」に関する、単なる事務的な管理に止まるのではなく、「救急診療の質」についても説明できる水準に引き上げる必要がある。それには例えば、既に貴院においても取り組んでいるパス法を救急医療を軸にして様々に構築していく努力もあってよいだろうし、救急医療に関する何らかの clinical indicator（臨床評価指標）を設定して経年的な追跡・評価を診療情報管理士を交えて検討するでもよいと思われる。これらのことのためには専門医はその能力を十分に、正にメリハリよく発揮せねばならず、従って院内の救急診療マニュアルもそれぞれの専門分野のバージョンアップを余儀なくされるであろう。ここに述べたことを簡潔に言うなら、貴院の救急外来には様々な科の医師が動員されているが、救急外来にて診療に当たる時には、その医師が若手であれベテランであれ、その医師は専門医ではなく一般医である（またはそのようにならなければならない）。従って、各専門科はそのようなつもりでパスなどを作成する、ということである。貴院はこのような活動を病院をあげて組織的に行う必要がある。

以上のことは救急医療に関する医師を専任体制とすることにより一定の水準が確保されるに違いない。このことについては貴院のスタッフが現地研究会（サーベイ当日）の席上でも既に言及するところではあったが、もし医局長・脳神経外科部長併任の体制から専任へとなるなら、または総合診療科から専門医師を出して補佐に付けるなどするなら、そのような体制は、BSL、ACLS、JATEC などについて院内でのスタッフ教育に率先して当たり、地域の救急隊員への指導や教育ないしいわゆるメディカルコントロール体制への参画にも尽力することが期待される。貴院は臨

床研修病院であり、地域の基幹病院であるから、このような体制がその要件としても含まれていることを認識しなくてはならない。総合診療科の役割分担については救急外来でも ICU でもややあいまいである印象を拭えないが、このような救急医療に関する医師専任体制とも連動して解決されて行くことになるように思われる。

【総論】

1. 救急に関する年次統計

病院資料より

救急に関する年次統計（平成14年1月～平成14年12月）

救急受診患者数：20,684人

救急車台数：2,696台

外来転帰： 帰宅 18,273件

入院 2,377件

外来死亡 34件

転送 0件

地域の救急医療に関する需要のほぼ60%と隣接する市からの救急患者に対応していて、1日の平均救急患者数は約60人である。地域において大変活発な二次救急施設であり、“2.5次救急”を担っているという言い方が当てはまるように思われる。

2. 救急室の運営管理：B

2.1 救急受け入れ部門が整備されている。：a

専任の看護師が配置され、診察の手順書が整えられている。

2.2 当直体制が整っている。：b

当直体制は2.2.1に記載の全ての職種の当直が配置されているものの、コメディカルのスタッフはいずれも当直明けの午前中の業務をこなしてから任務を離れる。医師はそれ以上の激務を免れない。漸次改善する努力が望まれる。

2.3 救急医療のための施設・設備が整備されている。：b

救急外来は272㎡と恵まれた広さを誇っている。ここではどちらかと言えば重症の患者の診療を意識した配置のようで、4つの処置台はカーテンにより仕切られる方法がとられている(2.3.1)。2.3.2以下の「構造」面について、ならびにそれらの機器を用いた緊急の対応についても高く評価される。ただし、日勤帯において手術室の利用がほとんど全稼働ということから、その時間における緊急手術については難しいことを否めない。そのような場面でどの待機的手術をずらすなどするかについては、手術室の看護主任と麻酔科医師と待機的手術の主治医(科)との協議によるという。リーダーシップの所在をもう少し明確にすべきではないだろうか。また、緊急検査も院内で可能な項目はほとんど問題ないが、細菌学的な検査のなかでも、例えばグラム染色といった基本的な項目が外注によるために時間帯によって難しい。関係各位の検討を期待したい。

2.4 救急部門の運営に関する規則がある。: b

脳神経外科部長が救急部門の長を兼務し、院内の委員会での議論などをまとめている。それによって円滑な救急入院と後方病床への患者の流れが可能となっている。しかし、救急医療そのものはほとんどが各診療科の責任であり、救急部門の長が診療の内容に関与することはない。また救急患者の受診記録についても基本的に事務的な、または医事課的な情報が主体で、救急診療の改善の手立てとなる位置付けにあるわけではない。

2.5 救急患者受け入れ時の対応手順が確立されている。: a

救急外来における「診察の手順」が整えられている。また、救急内科など当番医が決められているので、救急患者の受け入れに当たっての対応は概ね良好である。ただし、救急車以外で来院する患者に接する者は事務系であり、その後も看護師となっている。看護学的な観点でトリアージを行っているようではあるが、体系的な方法をとったり、そのための訓練をおこなっているという水準ではない。

3. 救急医療に関する教育や標準化のための活動が定期的に行われている。: B

3.1 定期的に病院職員に救命処置（BLS）の教育を行っている。: b

3.2 救急医療に関する勉強会を実施している。: b

3.3 救急診療の目安となるガイドライン（文書）をしめしている。: b

3.4 救急外来に勤務する医師は定期的に ACLS について教育、訓練を受け実行できる。: b

3.5 救急外来に勤務する医師は外傷に関して定期的に教育、訓練（JATEC、PTEC など）を受けて実施できる。: b

3.6 重症救急患者（虚血性心疾患、脳血管障害、外傷、心肺停止）の主要な診療情報、転帰、合併症を記録している。: a

標準的な救急医療を実践するための教育や院内ルールの取り決めについては貴院において総じて今後の大きな課題の一つである。一部の科、または有志の集まりによる勉強会なども勿論大いに意義のある活動であるが、やはり救急救命センター所長を中心とした病院をあげての、組織的な取り組みこそ望まれる。

ガイドラインが示されているが、部分的には不十分の謗りを免れない。研修医ら若手医師に徹底するには各学会などのガイドラインを取り入れたり、書式を統一したりといったバージョンアップも必要と思われる。日本救急医学会の認定医ないし認定施設などを目標にこの面での充実を図る方法もよいと考える。同時に日本看護協会による資格制度も積極的に取り入れて救急看護の専門性を高めることもすすめるべきと思われる。

3.7 院内での緊急体制（コードブルー）に対応できる。: a

院内のコードブルー体制はよく整備されている。例えば多くの医師が集まり過ぎる場合のこと、その場合のリーダーシップがどのようなかについてや模擬的な訓練などについて議論を重ねて、貴

院の本体制がより一層洗練されるものとなるよう期待したい。

4. 救急外来における医療従事者への感染対策が適切である。: B

4.1 隔離予防策 : a

隔離のための「構造」についてはどの程度まで完備すべきかについて議論があろう。結局は地域における貴院の位置付けなどから総合的に判断されることになる。従って、現状で隔離予防の必要性が生じた際には、まず院内の手順・マニュアルに従い、その面での地域の基幹病院と円滑に連携する必要がある。これらの徹底について再確認されたい。

4.2 職業上暴露への対策 : a

standard precautions の考え方に則った対策が求められる。4.2.4 は就業に先立って完了していることが医学的に求められるが、実際には必ずしもそのようにはなっていないことについても認識しているべきであろう。なお、リキャップは習慣的な作業に含まれるので、職場の上位の立場の者がその禁止について率先すべきである。5.2.1 に求める手袋他の着用についても上級者が行わなければ、若手のスタッフが励行しにくいものである。

4.3 結核対策 : b

2.3.5 で述べたように、また各論 3.1 でも言及するが、貴院が地域の最後の砦たる救急機能を果そうとするなら、4.3.1 については貴院の検査科が常に対応できるよう努力すべきと思われる。陰圧設定の個室などの「構造」については、4.1 でのコメントを参照されたい。

4.4 輸液療法に関する手技 : b

中心静脈路を確保するに当たってガウンを要するかどうかについては、例えば長いガイドワイヤを使うかなど、使用するキットによっても議論が残るであろう。医療チームとして最もよいと思われる方法を（あたかもパスを作成するように）検討すべきである。

4.5 スタッフ教育 : b

救急患者として搬入された高齢者から疥癬が確認されたなどという“アウトブレイク”がもしあれば、その例を学ぶ等々、症例検討会には様々な方法があると思われる。救急医療では感染管理に関する面が時にピットホールとなる。スタッフへの教育は本項 4.に関する全ての基本である。

5. コンサルテーション体制が整っている。: B

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。: b

5.2 コンサルテーションが円滑に行われている。: a

激務であるにもかかわらず、オンコール体制にて地域のニーズに応えようとしている。コンサルテーション体制について高く評価できる。

B病院

【各 論】

1. 脳神経系疾患の救急診療が適切である。: B

1.1 脳神経系疾患の救急診療が適切である。: b

貴院には脳卒中のプロトコールが実際にはないわけではない。しかし、脳神経外科系のプロトコールの策定が遅れているように思われ、より充実したものへのバージョンアップが望まれる。また、突然発症した片麻痺の原因が脳梗塞であった場合などに、神経内科の関与が乏しいように思われる。一方、神経学的後遺症への対処については貴院内の、または貴法人関連施設のリハビリテーション機能が急性期から優れた能力を発揮していて、高く評価される。

2. 循環器疾患への救急診療が適切である。: B

2.1 循環器疾患の診療の準備が整えられている。: a

循環器救急疾患への対応を可能とさせる「構造」に関しては、全体としては概ね良好である。実際には救急隊から連絡を受けた看護師または救急当番の内科医師から ICU にて当直をしている循環器専門医に診療の依頼が入る、ということで循環器救急のための、諸々の準備が活かされることになる。このような実態から考えれば、循環器専門医は最初に診療する医師の医療内容の向上にも一層努力をすべきである。このことは次項の所見にも関連する。

2.2 循環器疾患の診療過程が適切である。: b

例えば、頭部外傷患者が来院した際に、失神がそのきっかけであれば心電図を必要とするであろう。しかし、その可能性を考えなければ、心電図を記録することは行われぬ。つまり、貴院では典型的な循環器救急患者には、常にICU当直の循環器専門医による診療があると思われるが、非典型的な症候を示す患者であれば良い医療を受けられない可能性がある。総論で触れられた教育体系の確立に関して是非とも充実されたい。また、この教育体系の一環として救急診療マニュアルのバージョンアップにも循環器専門医には是非尽力されたい。

3. 呼吸器疾患への救急診療が適切である。: B

3.1 疾患の診療の準備が整えられている。: b

呼吸器疾患の診療のための「構造」はほぼ整えられているようであるが、培養検査やグラム染色、結核菌検査が時間外には行われぬ。このことについては、貴院が救急医療の分野で目指そうとしている水準からみて大変残念に思われる。しかも、これらは外注検査の対象であることから、時間内であっても迅速な診断と治療に耐えられるかどうか疑問である。これらは貴院の一般的な感染管理の水準が、総論で指摘されたように必ずしも充分でないことと軌を一にしている可能性があり、今後改善を期待したい。

3.2 呼吸器疾患の診療過程が適切である : b

実際の診療は呼吸器専門医が行う限りにおいて標準的な水準を達成しているものと思われる。しかし、明文化されたマニュアルがあるとは言うものの、結局は初期診療に当たる内科当直医の持つ技量に委ねられていることは否めない。従って、診療の標準化について呼吸器専門医がより

多くの努力をすべきであろう。また、貴院では救急外来で外科的な処置が必要な場合に外科医を呼ぶことになっているが、緊急の場面では初期診療に当たる医師がそれらを実行できなければならない。現実的には、喘息患者に対して救急外来において peak flow の測定をすることは未だ定着していると言いが、治療方針の決定に有用な方法であることから、今後貴院においても呼吸器専門医を中心に議論を深める必要があると思われる。

4. 腹部救急疾患への診療が適切である。: A

4.1 腹部救急疾患の診療の準備が整えられている。: a

腹部エコー、胸腹部一般撮影、血算などの一般検査、妊娠反応、CT、緊急血管造影はいつでも施行可能である。また、オンコール体制で上部、下部の内視鏡検査が可能である。同様に外科医や産婦人科医へのコンサルテーションができる。以上により、腹部救急疾患への診療に必要な「構造」面については高く評価される。

4.2 腹部救急疾患の診療過程が適切である。: b

食道静脈瘤破裂に対する内視鏡的止血術がいつでも専門医によってオンコールで可能であるから、バルーンタンポナーデ法(S-B チューブなど) による止血はほとんど不要のようであった。しかし、全身状態が悪い患者に対しても消化器専門医が単独で内視鏡的止血術を行うことが多く、全身管理を行う医師と協力して作業にあたることはほとんどないように思われた。従って、気管挿管が望ましい病態であっても、気管挿管なしに内視鏡的止血術が行われることがあり、そのような場合に誤嚥の可能性を否認しない。消化管出血に対しては、特に胃洗浄をしなくとも内視鏡的止血術を行う十分な体制があった。胃洗浄を行う場合には、常に生理食塩水を用いている。

消化器専門医の監督の下に具体的な腹部救急診療マニュアルが作成されている。彼らと当直医師との連携はよく保たれている。

5. 外傷患者の救急診療が適切である。: B

5.1 外傷患者の救急受け入れが適切である。: a

外傷患者は年間約 3200 人であり、その 1/10 程度が入院する。必ずしも重傷が多いわけではないが、この面で貴院は地域のニーズに充分対応している。初期治療は外科系当直医が行う。もし重傷患者が来院するとなれば、必要に応じて内科系当直、副当直など計 3~4 人の医師を集合させることができる。

5.2 標準的な外傷初期治療を実施している。: b

外傷患者の診療において必要に応じて手袋などを着用することは standard precautions の一環であり、この項目は貴院の感染管理の水準がどのようであるかという問いに連動する。先に総論では必ずしも充分に行われていない可能性を指摘できたので、その意味で更なる standard precautions の徹底を望みたい。気道確保の準備には気管挿管のみならず、輪状甲状間膜切開の準備も含まれる。頸椎の固定については、救急隊が装着した硬性カラーを救急外来の看護師が医師の評価なしに無造作に外す場面があった。温かい生理食塩水やリンゲル液を利用することについては、救急外来に輸液保温用の保温庫を準備しておく必要がある。

患者を脱衣し、ブランケットで被うことについて、見学の範囲では不十分に見受けられた。診

B病院

療録において受傷機転の記載が充分ではなかった。また、超音波検査をショック患者に行うにあたり、外傷の標準的な診療においては、検査技師にこれを依頼するのではなく、診療医が診断のために自らこれを繰り返し行うという主旨を院内のコンセンサスとする必要がある。加えて、そのための教育も行うべきである。また、胸部や骨盤の一般撮影をポータブルで撮る意味についても院内で議論すべきと考える。

外傷患者はほとんどが重症ではなく、圧倒的に軽症が多いように思われた。しかし、そのようであったとしても、冒頭の【はじめに】において指摘したように、貴院の求められる救急医療の水準からみれば、以上の諸々の点について改善のための検討を早速進められたい。この際に JATEC のテキストも有用である。

5.3 頭部外傷 : b

オンコール体制により脳神経外科医が頭部外傷の診療に応じることができる。従って、概ね評価は良好であるが、鼻出血時の胃管挿入についてや頸椎カラーの除去について専門医を交えたルール作りが必要に思われる。また、頭蓋内圧亢進に対する適切な管理について(5.3.6)は、初期治療にあたる医師の読む救急診療マニュアルに記載がない。標準的な医療内容を保障するような手段として、例えばパス法を取り入れるなどして、今後多くの課題を解決せねばならないように思われる。

5.4 胸部外傷 : a

胸部外傷についての標準的な診療を問う項目のいずれについても、自己評価は十分な水準であるが、救急外来に開胸セットが常備されてはいなかった(5.4.4)。初期治療のための救急診療マニュアルには血管外傷や肺外傷について記載があり、参考にできるが、外傷の一般的な診療手順として、また教育のツールとしても先の JATEC のテキストを利用されたい。

5.5 腹部外傷 : b

超音波検査について(5.5.1)は、検査技師ではなく、診療医が診断のためにあたかも聴診器を扱うのと同様に超音波検査を繰り返し行うという主旨である。そのようなことを初期診療にあたる医師に徹底して教育せねばならない。また、大量の腹腔内出血に対する開腹術は緊急度が非常に高い(5.5.6)。貴院では時間内においては、手術室が満室のことが多いので、このような症例での対応に不安を禁じ得ない。

5.6 四肢骨盤外傷 : a

ここに挙げられている一般の整形外科的対応についてはオンコール体制によって十分な水準が確保されている。しかし、コンパートメント症候群の診断(5.6.6)・治療については、ICU 専属の医師がいないのでやや不安が残る。また、開放骨折の緊急手術も手術室に余裕のない、特に日勤帯においてはやはり不安な面なきにしもあらずと言えよう。

6. 中毒の救急診療が適切である。: B

6.1.1 中毒に対する十分な診療体制を持って治療を行っている。: a

薬・毒物中毒患者を積極的に受け入れていて、年間入院患者数は50例にのぼる。しかし人工呼吸管理を必要とした患者は1例のみであり、重症例は少ないようである。薬・毒物中毒を専

門とする医師はいないが、主として総合診療科の医師が中毒患者を診療している。救急外来に中毒に関する教科書や参考書を常備されていて、中毒情報センターに問い合わせを迅速にできる準備があった。院内の薬剤師は当直体制で常駐しており、中毒の診療に協力することができる。自殺企図の中毒患者の診療の依頼に対して精神科医が対応しているが、麻薬中毒の届出は徹底されていないようであった。

患者統計によると重症例が少なく、どこまで診療体制を準備しておくかには議論が残るが、地域に適切な三次救急医療施設がなく、重症の中毒患者が発生した場合には貴院に搬入される可能性があることを考えると、中毒治療に精通する医師の確保が望まれる。

6.1.2中毒に対する一般的治療が適切である。: b

意識障害のある中毒患者は気管挿管の上、救急外来で胃洗浄を行っているが、前述の如く、適応となる重症例は少ないようであった。また、中毒患者には活性炭、下剤、強制利尿、血液浄化療法を行っているが、適応が明確でなく、院内の救急診療マニュアルでもほとんど触れられていない。今後、中毒患者に対する標準的治療を徹底するためにも、教科書や日本中毒学会のホームページなどを参照して、救急診療マニュアルの充実と教育の徹底が必要である。

6.1.3解毒薬が正しく使用できる。: b

硫酸アトロピンと PAM は常備されているが、中毒患者に常に正しく使用できるのは硫酸アトロピンのみであった。N-アセチルシステインとアネキセートは常備されていなかった。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。全ての解毒薬を常備する必要はないが、治療の time window が狭く、患者が来てから取り寄せたのでは間に合わないもの、解毒薬が決定的な治療となるものは用意しておくべきであろう。地域に重症の中毒患者が発生した場合には貴院に搬入される可能性があるため、やはりこの面での今後の見直しが必要である。

6.1.4原因薬物分析についての準備が整えられている。: b

アセトアミノフェン中毒の血中濃度測定は行っていないが、ジゴキシン中毒、フェニトイン中毒の血中濃度測定を行い、また一酸化炭素中毒の CO ヘモグロビンも測定している。フェニトイン中毒の血中濃度測定もしている。特別な薬物検出試薬または機器を使用していない。環形抗うつ薬中毒が疑われた場合に必ずしも 12 誘導心電図の施行は徹底されていない。一方、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。TDM で保険適応となるような薬物の血中濃度は測定できるが、アセトアミノフェンや常用依存性薬物に対する準備はされていない。重症の中毒患者が発生した場合に貴院に搬入される可能性があるため、分析結果が治療の選択に影響し、従って患者の予後に関係するような薬物については今後分析できる体制をどのように構築すべきかについて考慮すべきであろう。

7. 病院外心肺停止治療が適切である。: B

7.1 心肺停止患者を受け入れる。: a

【はじめに】で触れたように、貴院の地域から近隣の救命救急センターに重篤な患者を搬送することは難しい。そのような事情で、貴院では年に 50 例程の来院時心肺停止患者を受け入れている、このことは高く評価される。

B病院

7.2 救命救急士に必要な応じて特定行為の指示（気道確保、静脈確保、電氣的除細動）をしている。：NA

消防指令センターに日当直の医師がいて、彼らが特定行為の指示を救急救命士に与えている。従って、本項目は「NA」である。

7.3 標準的な ACLS を実施している。：b

標準的な ACLS を行っていることを確認する、これらの諸項目の内、いくつかでは不十分な評価となった。それらには鑑別診断など、重要な部分も含まれる。研修医用のプログラムに ACLS を組み込むことも検討されているようなので、今後の展開に期待したい。

8. 小児の救急診療が適切である。：A

8.1 小児疾患の診療の準備が整えられている。：a

小児救急の当番日以外は小児科医はオンコール体制にある。その場合には 15 分で救急外来に到着するので、ほとんどの処置は可能である。ただし、胸腔穿刺や同ドレナージなどは症例数が少なく、また必要な際には外科医を呼ぶなどせねばならない。脳波も検査科が常に対応できるわけではない。これらは小児科医と必要部署との連携がオンコール体制などでシステム化されれば解決できると思われる。また、今回のサーベイをきっかけにして気道確保の器具や人工呼吸器の準備などがすすめられたという。しかし、後者の使用は今のところやはり小児科医の到着を待たねばならず、直ちに使用できるには至っていない。これらの諸点について、また小児の看護に優れた看護師を擁することについて(8.1.1)も、小児科医の増員と連動させて漸次解決すべき課題に含まれる。

8.2 脳神経系疾患の診療過程が適切である。：a

痙攣の処置ではこのような症例が少なく、従って経験の浅い医師が初期治療に当たらざるを得ないことにより、良い評価とならなかった(8.2.4)が、その他では概ね良好な診療過程にある。

8.3 呼吸器疾患などの診療過程が適切である。：a

呼吸器疾患の診療過程も概ね良好である。ただし、8.3.5 では特に若い看護師に十分に教育が行き渡っていないので、看護師を含めたスタッフ全員が「年齢による量的な目安に関する知識を有してはいない」と評価された。月に1度の勉強会では不十分であろう。いずれにせよ、小児の投薬については、量、方法、内容など、言わばリスクだらけの状況であることが言われている。事故の予防という観点からも適切な対策が望まれる。

8.4 腹部救急診療が適切である。：a

急性腹症に対する診療ガイドラインが作成されていた。ボタン電池を胃内に誤飲した患者を市内の救命救急センターにかつて転送したことがあり、現在もそのような体制である(8.4.4)。また手術についても転送せざるを得ないことがある(8.4.5)。貴院は小児科医の人数を増やして、地域のニーズに応える方向性にある。そのようであるとしても、このような個々の課題については少しずつレベルアップさせて行くより方法はないと思われる。