

1. まず、院内トリアージの実施状況についてお尋ねします。

1. あなたの病院では院内トリアージを実施していますか。

[択一]

- はい
- いいえ
- 現在導入に向けて検討中
- その他（自由記載

)

2. あなたの病院では院内トリアージ加算を算定していますか。

[択一]

- はい
- いいえ
- 現在導入に向けて検討中
- その他（自由記載

)

3. 院内トリアージ対象患者は以下のうちどれですか。

[該当する項目を全てチェック]

- 独歩来院患者
- 救急搬送患者
- 成人
- 小児
- その他（自由記載

)

4. 院内トリアージ実施時間帯は以下のうちどれですか。

[該当する項目を全てチェック]

- 準夜帯
- 深夜帯
- 休日日勤帯
- 平日日勤帯
- 土曜午前
- 土曜午後
- その他（自由記載

)

II 次に院内トリアージの担当者についてお尋ねします。

5. 院内トリアージを担当する機会が最も多いのは誰ですか。

[択一]

- トリアージ専任看護師
- 当直管理師長
- その他の看護師
- トリアージ専任医師
- その他の医師
- 救急救命士資格者
- 医療事務作業補助者
- その他（自由記載

)

6. 院内トリアージ担当者に資格認証制度を設定していますか。

[択一]

- 第三者による資格認証制度を用いている
- 院内の資格認証制度がある
- 資格要件を設定していない
- その他（自由記載

)

7. 院内トリアージ担当者に対する教育はどれですか。

[該当する項目を全てチェック]

- 院外の第三者による講習
- 院内看護師による勉強会
- 院内医師による勉強会
- 教育用マニュアルによる自習
- 特別な教育は行っていない
- その他（自由記載

)

Ⅲ 院内トリアージの内容についてお尋ねします

8. 院内トリアージの基準はありますか。

[択一]

- JTAS を使用している
- 病院独自の判定基準がある
- その他（自由記載)

9. トリアージマニュアルのほかに判断基準はありますか。

[該当する項目を全てチェック]

- 第一印象を入れている
- 付加項目がある
- その他（自由記載)

10. 院内トリアージは何段階に分類していますか。

[択一]

- 6段階
- 5段階
- 4段階
- 3段階
- 2段階
- その他（自由記載)

11. 特に危険な病状を特異的に抽出する工夫をしていますか。

[該当する項目を全てチェック]

- 急性冠症候群
(工夫の内容)
- 急性大動脈解離
(工夫の内容)
- 脳血管障害
(工夫の内容)
- 重症外傷
(工夫の内容)
- その他
(各施設の工夫)

12. どのような場合にトリアージを開始（実施）しますか。

[択一]

- 待ち時間が長くなった場合
- 待ち時間にかかわらず全患者
- その他（自由記載 _____）

13. 受診待ち患者数、あるいは待ち時間がどれくらい以上になったらトリアージが必要だと考えますか。

（回答される方の個人的意見で構いません。数字でご記入ください）

- 1時間当たり来院患者数 _____人
- 待ち患者数 _____人
- 待ち時間 _____分/時間
- その他（自由記載 _____）

IV 院内トリアージの評価、検証についてお尋ねします

14. 院内トリアージの結果を集計していますか。

[択一]

- 電子化して集計している
- 台帳で集計している
- 記録のみで集計はしていない
- その他（自由記載 _____）

15. トリアージ区分ごとの入院率はどれくらいですか。

（内容が相当する区分に、数字でご記入ください。区分が存在しない場合は空欄に、区分はしているが入院がない場合はゼロをご記入ください）

- 非緊急 _____%
- 低緊急 _____%
- 準緊急 _____%
- 緊急 _____%
- 蘇生 _____%

- （数値のとり方）
- 実測値
 - 推計値
 - データがない
 - その他（自由記載 _____）

16. トリアージ区分ごとの受診待ち時間はどれくらいですか。

(内容が相当する区分に、数字でご記入ください。区分が存在しない場合は空欄に、区分はしているが入院がない場合はゼロをご記入ください)

非緊急___%

低緊急___%

準緊急___%

緊急___%

蘇生___%

(数値のとり方) 実測値

推計値

データがない

その他 (自由記載)

17. アンダー／オーバートリアージ率はどれくらいですか。

(数字でご記入ください)

アンダートリアージ率___%

オーバートリアージ率___%

(数値のとり方) 実測値

推計値

データがない

その他 (自由記載)

18. 事後検証を実施している場合、月に何回ですか。

[該当する項目を全てチェック]

看護師による検証

(頻度)

医師による検証

(頻度)

事後検証を実施していない

その他 (自由記載)

V 貴院の概要についてお尋ねします。

19. 貴院の救急医療機能

[該当する項目を全てチェック]

- 高度救命救急センター
- 救命救急センター
- 地域救命救急センター

- 救急告示病院
- 病院群輪番制病院
- 共同利用型病院

- 救急医常駐型 ER (24 時間)
- 救急医常駐型 ER (一部時間帯)
- 各科型 ER

- 基幹型臨床研修病院
- 協力型臨床研修病院

- 国公立
- 日赤、済生会など公的病院
- その他私立病院
- 大学病院

20. 患者規模

病床数_____床

医師数_____人 救急専従医師数_____人

救急搬送件数_____件/年 救急外来独歩来院患者数_____人/年

夜勤帯救急外来医師数_____人、夜勤帯救急外来看護師数_____人

VI 院内トリージを導入（あるいは、これから導入しようとするにあたり、ご苦労された問題点は何ですか。その他、院内トリージに関するご意見をお書きください。

アンケートは以上です。ありがとうございました。

