

時間外診療体制と研修医が経験する症例数

- ER時間外診療は 交代制 ⇒ 平均5回／月
前半(17:15～23:00): 初期臨研1年目・2年目&上級医
後半(23:00～08:30): 初期臨研1年目・2年目&上級医

※レジデント当直は、「ER総合時間外診療」と呼ばれています。

健康面を考慮し 夜間ぶっ続けの勤務体制 をとっていません。

※ 研修医1年次は、2年次研修医や上級医と一緒に診療し、
対応困難な時、救急/ICU当直等が担当します(屋根瓦方式)。

- ERで自分が直接診察(ファーストタッチ)する
Walk in患者数 ⇒ 約 800 名／年間

- ER ～救命センターで 直接関与する
2次～3次患者数 ⇒ 約 200 名／3M

“ER総合時間外診療”の仕組み：屋根瓦方式



ER 診療に関するフロー図

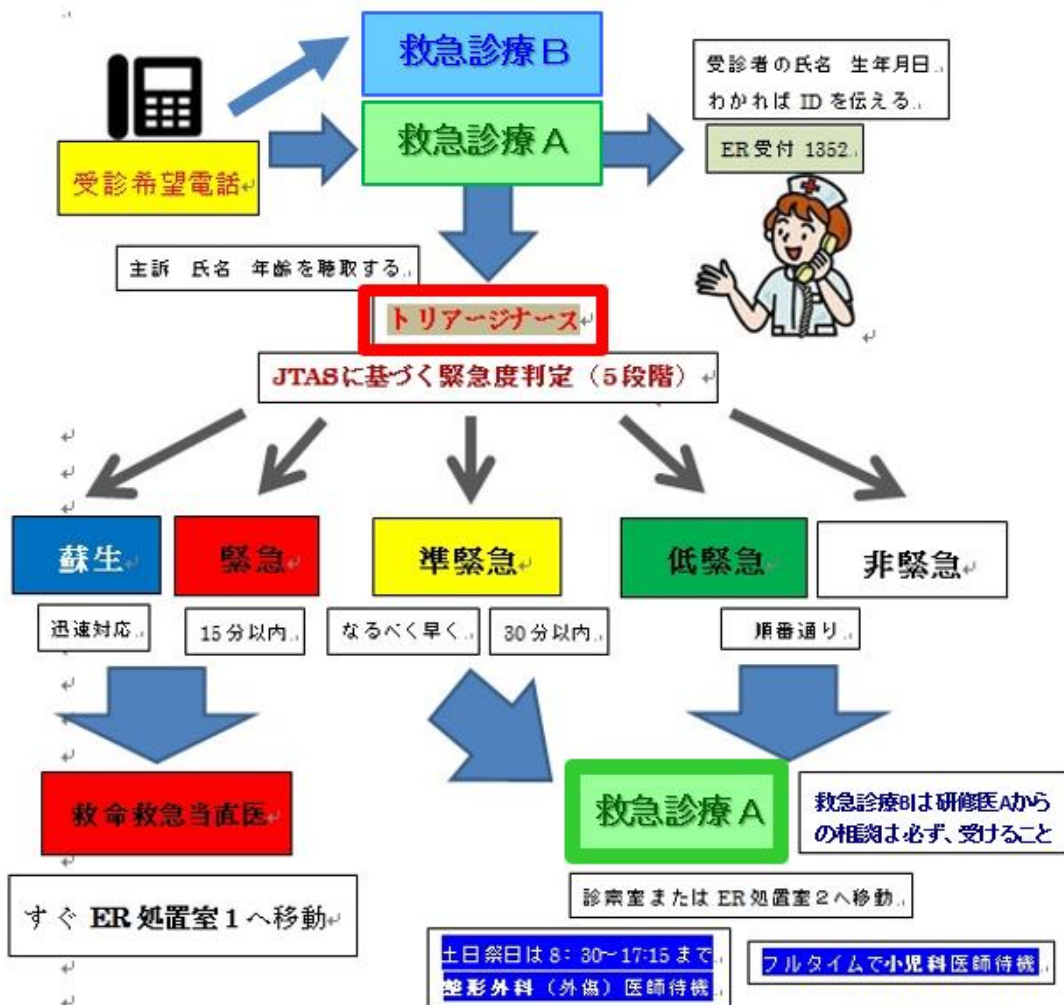
土日祭日日直 時間帯 (8:30~17:15)

8:30 ミーティング (ER 処置室 1): 空床状況の確認など

医師: 管理当直 救急当直 ICU当直 SCU当直 NICU当直

総合 AB 前半 (2514) AB 後半 (2515)

看護師: 当直師長 (2516) ER 看護師 2 名 (2536) (2537) トリアージナース 1 名 (2538)



トリアージ
ナース介入

JTAS I (青)・II (赤)
15分以内

ただちに
治療開始

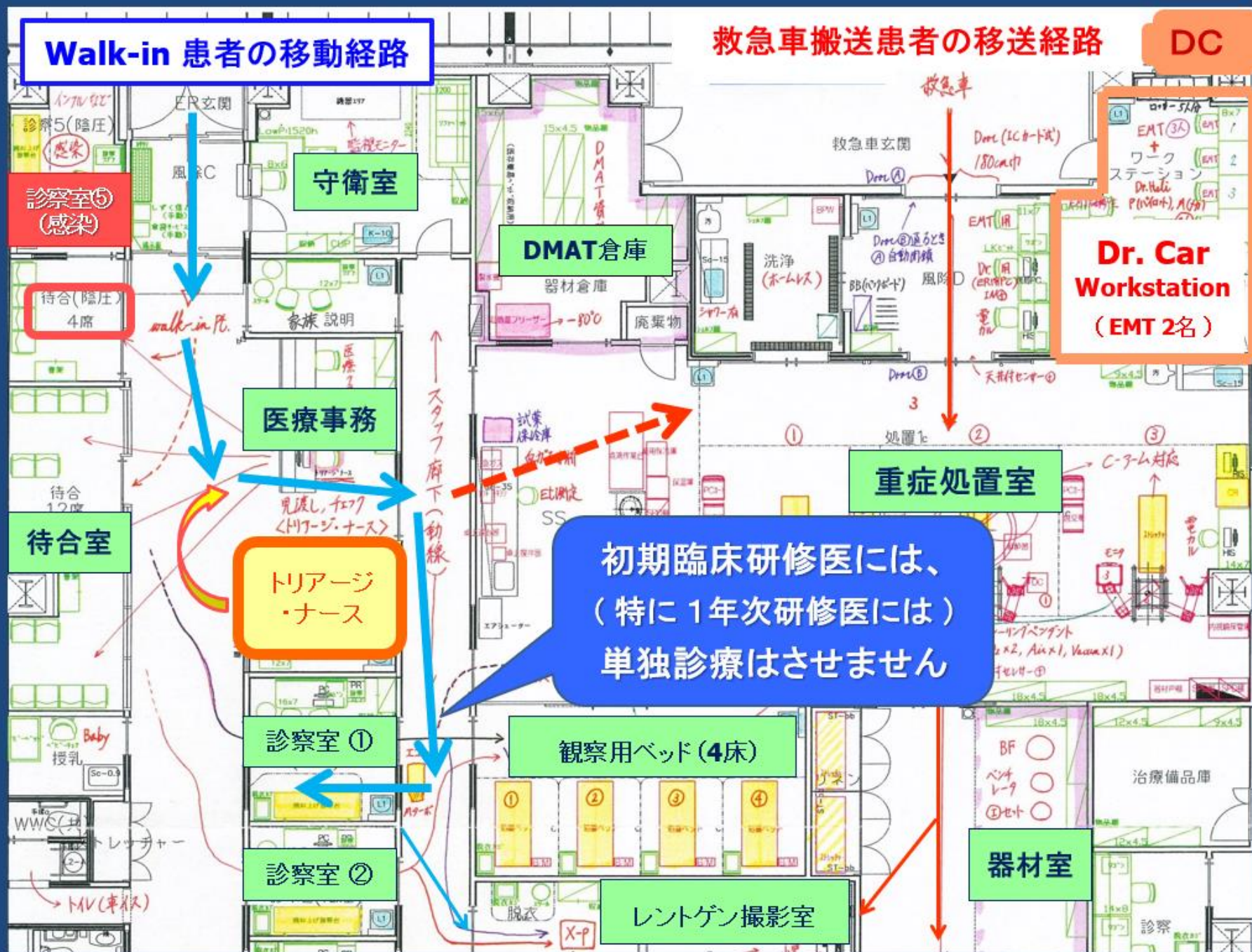
JTAS III (黄)
30分以内

早めに
診療開始

JTAS IV (緑)・V (白)
60分以内

受付の順番
通りの診療...

DC

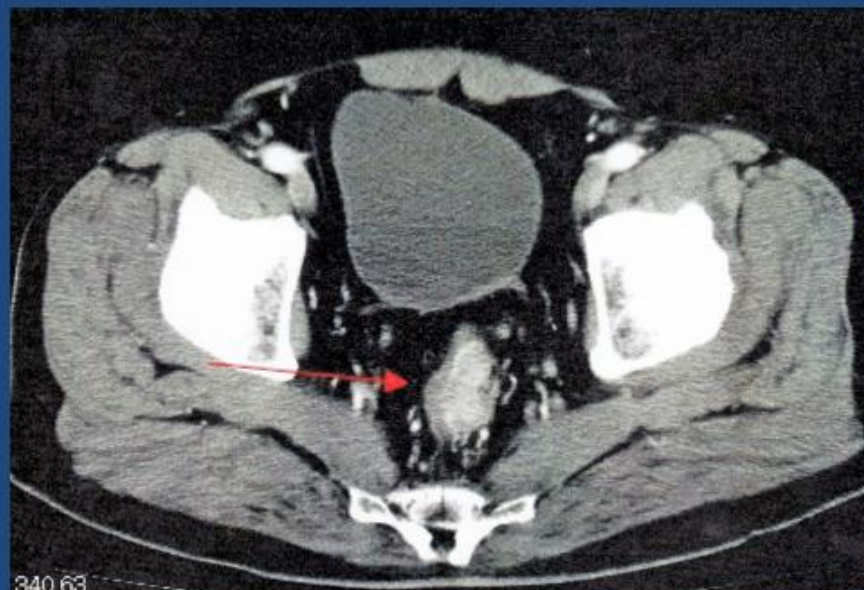


【ER記録】 トリアージナースによる 初期トリアージ (JTAS : 5段階)

S	ト	最	患者氏名	患者	患者番号	性	年齢	受付日時	来院	選別理由	主病名1	転帰	C	心
01	IV	IV				女	5歳2ヶ月	201	Walk-in	嘔吐・嘔気	急性腸炎	帰宅(その他)		
02	IV	IV				男	43歳07ヶ月	201	Walk-in	腰背部痛	急性腰痛症	帰宅(その他)		
03	IV	IV				女	3歳8ヶ月	201	Walk-in	症状改善	急性上気道炎	帰宅(その他)		
04	III	III				女	36歳5ヶ月	201	Walk-in	腹痛	潰瘍性大腸炎			
05	IV	IV				男	27歳11ヶ月	201	Walk-in	発熱	急性上気道炎	帰宅(その他)		
06	I	I						201	救急車	急性心不全	急性心不全	入院(救命)		
07	IV	IV				男	53歳17ヶ月	201	Walk-in	下肢痛	左踵部骨折			
08	II	IV				女	25歳17ヶ月	201	救急車	下肢	左下腿挫傷()	帰宅(通院)		
09						男	60歳87ヶ月	201						
10						男	60歳87ヶ月	201						
11	II	III				男	86歳11ヶ月	201	救急車	全身倦怠感	脾癌(転移性)	入院(7東)		
12						女	135歳7ヶ月	201						
13	I	I				女	66歳87ヶ月	201	DrCar	心停止(外傷)	外傷性CPA()	入院(救命)	●	
14	V	V				男	16歳87ヶ月	201	Walk-in	上肢外傷	左上腕骨内	帰宅(通院)		
15	III	III				女	85歳47ヶ月	201	救急車	下肢痛	右大腿頸部	入院(4東)		
16	II	II				男	62歳5ヶ月	201	救急車	単独胸部外	外傷性右頸	入院(救命)		
17	V	V				男	55歳37ヶ月	201	Walk-in	頭部外傷	頭部外傷	帰宅(通院)		
18	II	II				女	57歳47ヶ月	201	救急車	意識レベル変	遷延性意識	入院(救命)		
19	II	III				男	49歳67ヶ月	201	救急車	全身倦怠感	高血糖(I型)	入院(6西)		
20	II	III				男	63歳77ヶ月	201	救急車	意識レベル変	COPD急性増	入院(8東)		
21	IV	V				男	15歳77ヶ月	201	Walk-in	頭部	頭部外傷	帰宅(その他)		
22	II	II				男	76歳17ヶ月	201	救急車	呼吸苦	COPD急性増	入院(救命)		
23	II	V				女	75歳87ヶ月	201		ふらつき	良性発作性			
24	IV	V				男	18歳97ヶ月	201	Walk-in	頭部外傷	頭部外傷	帰宅(その他)		
25	III	III												
26	III	V												
27	IV	V												
28	IV	V												
29	III	V												
30	III	III												
31	IV	V												
32	IV	V												
33	IV	V												
34	IV	V												

JTASとは Japan Triage and Acuity Scale を指し カナダの方式を日本向けに修正した ERでの 緊急度“判定” 支援システムのことです。緊急度は、I⇒V の5段階に分類されます。I:蘇生、II:緊急 (15分以内の診療開始)、III:準緊急 (30分以内の診療開始)、IV:低緊急 (60分以内)、V:非緊急に分けられます。

初期臨床研修医の記載したカルテは二重にチェック⇒承認される



340.63

201

藤田 尚宏(医師)-(救急科)

13.51

総合教育研修センター カルテチェック

- ✓ 月24日のレジデントの診療録記載に関して、問診、診察、検査オーダー(CT)、アセスメント等が適切に記載されていることを確認し、病名を追加し転帰を記載しました。

上行結腸の強い炎症を示唆する画像所見があり、私も10回目は気づかなかったのですが、直腸内に造影効果(+)の Tumor があるようです (Rectal Cancer の可能性は大か?)。

翌日電話して、内視鏡の精査を勧めているようですが、一般人の方は放置する人もおられるので、再度連絡して消化器内科コンサルトの方がよいのでは?と思います。

(総合教育研修センター・救急科 藤田 尚宏)

お気に入り 患者選択 診療業務 診察業務 照会業務 CP業務 看護業務 予約業務 発行業務 Yahoo!文書 メンテ

外来患者一覧 入院患者一覧 ID入力 ベッドマップ 受付患者一覧 診察患者一覧

ヒッカムの格言!

フィルタ 〇操作者 〇内科 〇全科 履歴:なし 進捗:最新のみ 追加フィルタ 印刷 検索(G)

発熱、血便、関節痛

【現病歴】

昨日朝より体調不良あり、37度台の熱があった。

本日10時頃バファリンを内服した。

12時頃血便あり。軟便でやや血液が付着している程度。排便時の痛みはなかった。

16時頃〇〇内科クリニックを受診し、内服薬を処方された(薬は内服していない)。診断名は特に言われていないとのこと。

19時30分頃、再度血便あり。軟便で、水洗の便器が赤に染まっていた。

2度の血便あり、体調も改善を認めないことから当院受診となった。

【Vital sign】

体温39.0度、血圧144/99mmHg、脈拍数122回/分、SpO2 96%

【A&P】

#1 血便 #2 発熱

#1、2 当院にて直腸診施行時、や鮮血便あり、血液検査でも炎症所見認めたことから、出血源検索の目的に胸腹部造影CTを行った。

造影CTにて上行結腸の広範な浮腫と周囲のリンパ節腫張を認め、**腸炎の可能性が高い**と判断した。

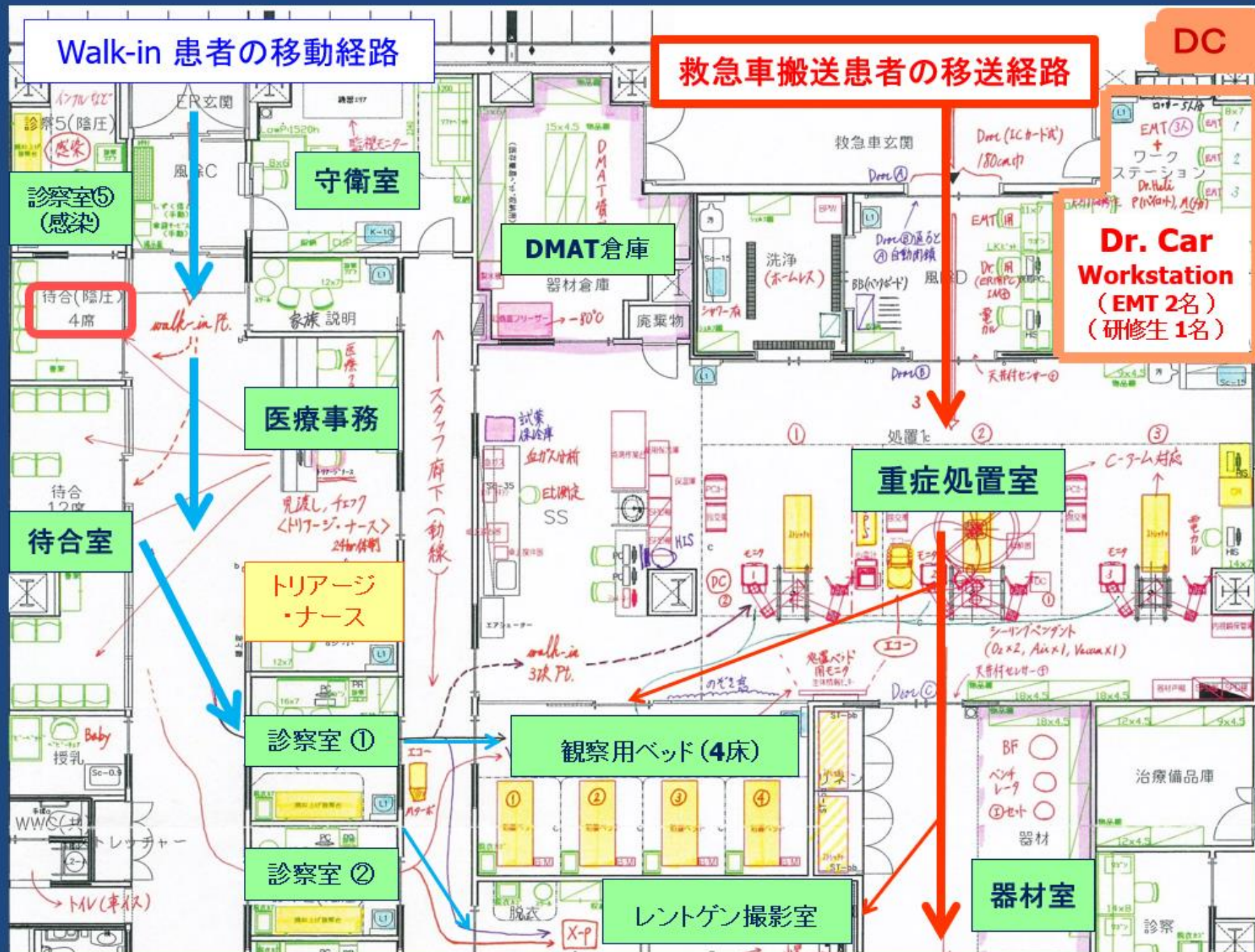
近医で抗生剤など処方されており、安静にて解熱認めた(22時時点で37度台)ことから、処方せず、本日は帰宅の方針とした。帰宅。処方薬を内服し、症状増悪時は再診するように伝えた。

総合当直

Walk-in 患者の移動経路

救急車搬送患者の移送経路

DC



救急車による搬送患者は、別の「動線」で重症処置室に搬入されます。



ER 研修：チーム医療の重要性を学ぶ場



ERでは同時に3例(災害時は6例)の急患に対応可能

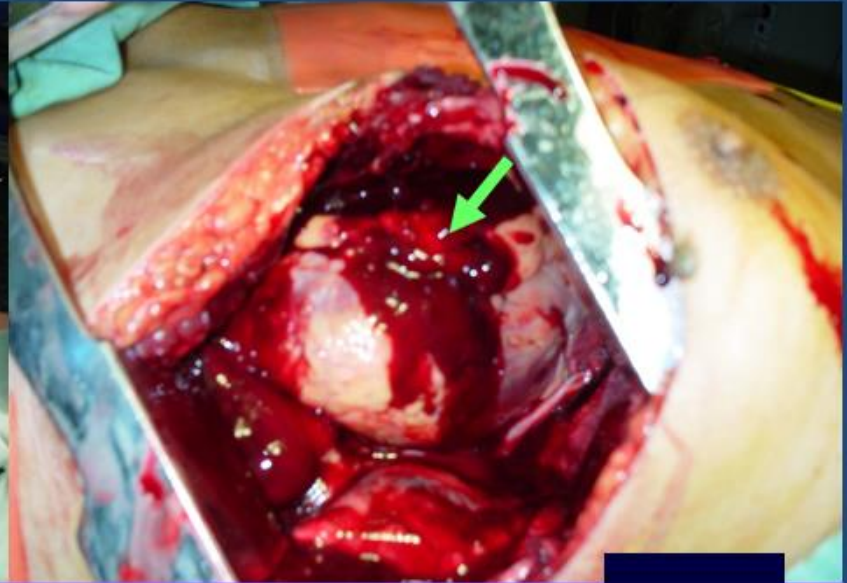
ER研修：心破裂⇒心タンポナーデに対する開胸心マ

①



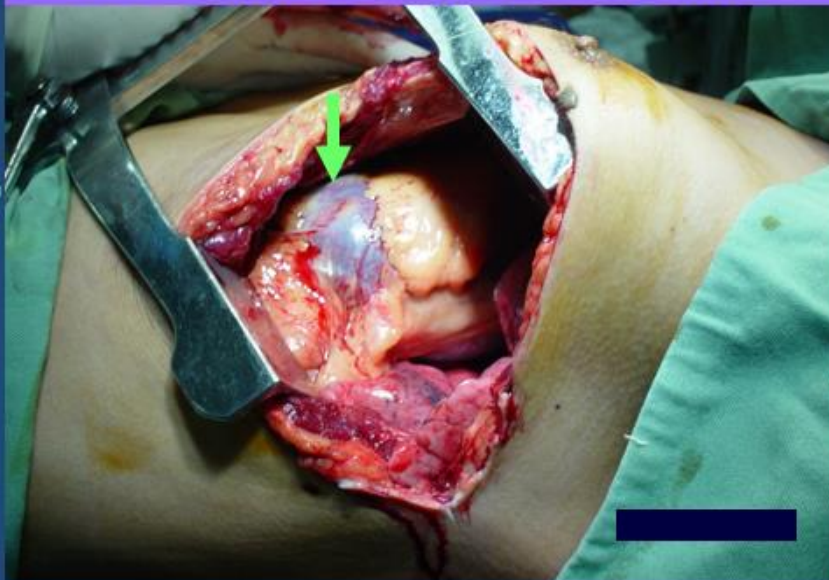
心嚢切開・タンポナーデ解除

③

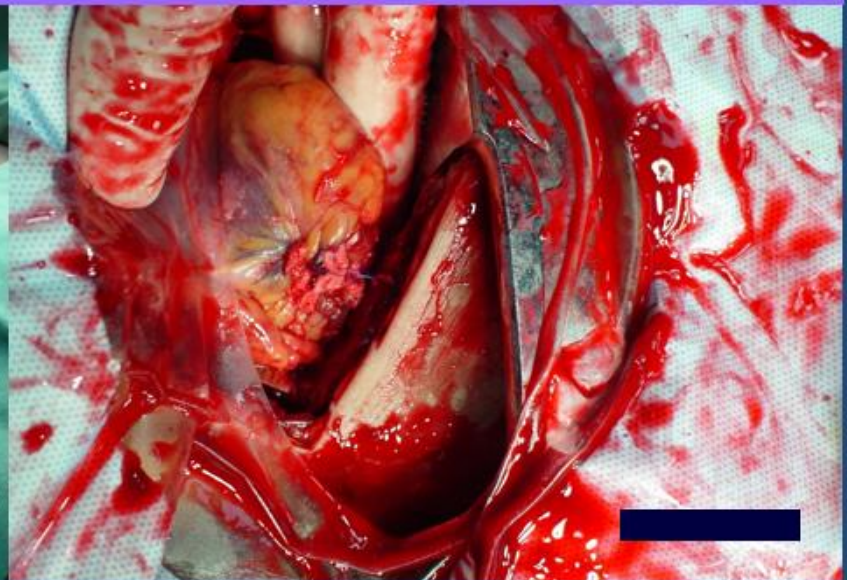


右室からの血液噴出⇒止血

②



④



ICU/HCU研修：呼吸・循環管理, CHDF, BHT

術中出血 20,500 ml、輸血 17,280 ml



21歳、女性：IIIb型肝破裂



CPA(肺塞栓)



BHT(脳低温療法)



CHDF+腹臥位呼吸管理

病院前救急診療 ⇒ キーワード方式(指令室で判断)

利点: あらかじめ設定した言葉と合致した場合には、救急隊の出動命令
とほぼ同時にドクターカーの出動要請が可能⇒迅速な治療に直結

欠点: オーバー・トリアージ(傷病者の状態は、通報者に依存…)

- ・ 急に発症した意識障害
- ・ 重篤な呼吸不全、(切迫)窒息事例
- ・ 40歳以上の 胸背部痛 (*Killer Chest Pain*)
- ・ 重篤なショック事例、CPA 疑い
- ・ 救出に時間を要する(車内の閉じ込め外傷など)
- ・ 重篤な高エネルギー外傷(転落の高さや交通事故時の速度や破損状況などの詳細は 決まっていない)
- ・ 多数傷病者、特殊状況の事件、事故、災害…

○ 現場到着後の“救急救命士の判断”による DC/DH 要請

新病院のER入口とドクターカー・ワークステーション

好生館ドクターカー
ワークステーション

ER正面ドア

好生館ドクターカー



もっと現場へ！（2012年から Dr.Car 開始）



Dr.Car と Dr.Heli. との共同作業で救命できた溺水症例



動画



ドクターカー ⇒ ヘリ事例

脊振山中の溪谷で溺れ 心肺停止となった50代の男性; 蘇生後ヘリ搬送

平成26年4月 ついに好生館でも *Doctor Heli*. 運用開始！

屋上ヘリポート（9階）



9階の大型エレベータから 1階のER までは 40秒で移動できます。ヘリポートには 夜間照明もあります。

エネルギー・プラント（太陽光電池発電）

佐賀県 Dr.Heli (Bell 429) は 最新鋭のヘリです！



病院前“救護”から病院前“救急診療”の時代へ