

JAPANESE
MEDICAL
EMERGENCY
CARE
COURSE

2022

JMECC ディレクターズMT

2022年10月6日(木) 18時～20時

一般社団法人日本内科学会

※ 本資料は、ディレクターズMT開催後に発言内容を追記した資料となります。

録画(動画)データについて

議題	項目	時間	ページ	資料更新
開会の挨拶		00:00～		
1. 諸報告	1)救急委員会報告	05:23～	P.5	
	2)専攻医のJMECC修了状況	07:35～	P.7	有(P.8下部)
	3)JMECCの最低人数規定について	09:05～	P.8	
2. JMECC～RRS対応コースについて	1)概要(なぜこのコースが生まれたか)	18:44～	P.11	
	2)規定(開催条件等)	25:11～	P.12	有(P.13右側)
	3)今後(本会コースの施行を経て1本化にする)	28:40～	P.14	
	4)指導方法(教材の改訂部分)	32:04～	P.15	
	5)Q&A(JMECC～RRS対応コースに関するもの)	40:03～	P.26	有(P.28～30追記)
3. 指導者講習会について(主にICLSの登録変更)		55:28～	P.32	
4. その他(Q&A,フリーディスカッション)		59:26～	P.34	有(P.36～39追記)
閉会の挨拶		1:26:03～		

※ 録画データ及び資料はJMECCディレクター資格所持者の確認用です。拡散や二次利用はご遠慮ください。

委員会委員一覧

救急委員会

役職	氏名	所属
委員長	鈴木 昌	東京歯科大学市川総合病院
委員	岡崎 仁昭	自治医科大学(試験委員長)
委員	須永 眞司	調布東山病院(専門医部会会長)
委員	山田 京志	順天堂大学医学部附属順天堂医院

審査委員会

役職	氏名	所属	役職	氏名	所属	役職	氏名	所属
委員長	牛越 博昭	岐阜大学	委員	加藤 俊哉	浜松医療センター	委員	西村与志郎	神戸大学
副委員長	横江 正道	日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第二病院	委員	金澤 健司	加古川中央市民病院	委員	花木 芳洋	日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第一病院
委員	阿南 英明	藤沢市民病院	委員	川井 和哉	近森病院	委員	松尾 邦浩	福岡大学筑紫病院
委員	江部 克也	長岡赤十字病院	委員	高平 修二	埼玉医科大学国際医療センター	顧問	鈴木 昌	東京歯科大学市川総合病院
委員	遠藤 智之	東北医科薬科大学	委員	鳥居 剛	国立病院機構広島西医療センター			
委員	小山 雄太	吉祥寺あさひ病院	委員	西川 正憲	藤沢市民病院			

検討委員会

役職	氏名	所属	役職	氏名	所属
委員長	日浅 謙一	九州大学	委員	深堀 耕平	平鹿総合病院
副委員長	小川 弘子	岡山大学	委員	真部 建郎	大阪府済生会中津病院
副委員長	世良 俊樹	広島大学	委員	村瀬 和幸	札幌医科大学附属病院
委員	泉谷 昌志	東京大学	顧問	阿南 英明	藤沢市民病院
委員	牛越 博昭	岐阜大学	顧問	鳥居 剛	国立病院機構広島西医療センター
委員	桑原 政成	KKR虎の門病院	顧問	西川 正憲	藤沢市民病院
委員	日出山拓人	東京医科大学			

参考:救急委員会規程(<https://jmecc.net/kitei/>)

- | | |
|------------------------------|--------------|
| 1. 諸報告 | 日浅 検討委員会委員長 |
| 1) 救急委員会報告 | |
| 2) 専攻医のJMECC修了状況 | |
| 3) JMECCの最低人数規定について | |
| 2. JMECC～RRS対応コースについて | |
| 1) 概要(なぜこのコースが生まれたか) | 鈴木 救急委員会委員長 |
| 2) 規定(開催条件等) | 日浅 検討委員会委員長 |
| 3) 今後(本会コースの施行を経て1本化にする) | 日浅 検討委員会委員長 |
| 4) 指導方法(教材の改訂部分) | 世良 検討委員会副委員長 |
| 5) Q&A(JMECC～RRS対応コースに関するもの) | 小川 検討委員会副委員長 |
| 3. 指導者講習会について(主にICLSの登録変更) | 牛越 審査委員会委員長 |
| 4. その他(Q&A,フリーディスカッション) | 日浅 検討委員会委員長 |

1)救急委員会報告（令和4年1月～令和4年8月）

1)活動実績

- 令和4年度第1回検討委員会:5月19日(Web会議)
- 令和4年度第2回検討委員会:9月15日(Web会議)

2)JMECC通常コースの実績

令和4年度実績 2022/1～2022/8	開催数:	207回	(本会主催 2回, 外部主催 205回)
	受講者数:	1,512名	(本会主催 10名, 外部主催 1,502名)
令和3年度実績 2021/1～2021/12	開催数:	367回	(本会主催 2回, 外部主催 365回)
	受講者数:	2,579名	(本会主催 7名, 外部主催 2,572名)
累計	開催数:	3,234回	(本会主催 152回, 外部主催 3,082回)
	受講者数:	25,857名	(本会主催 2,283名, 外部主催 23,574名)

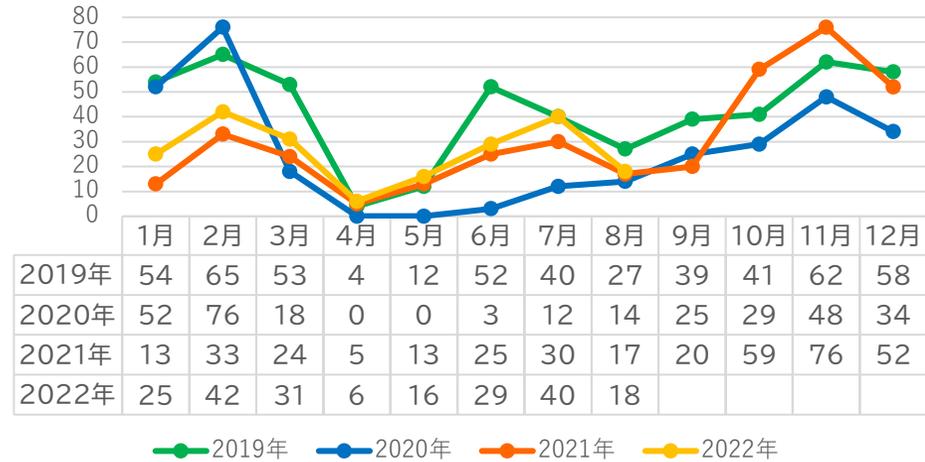
3)指導者講習会実績

令和4年度実績 2022/1～2022/8	開催数:	2回	(本会主催 2回, 外部主催 0回)
	受講者数:	12名	(本会主催 12名, 外部主催 0名)
令和3年度実績 2021/1～2021/12	開催数:	3回	(本会主催 0回, 外部主催 3回)
	受講者数:	15名	(本会主催 0名, 外部主催 15名)
累計	開催数:	175回	(本会主催 129回, 外部主催 46回)
	受講者数:	2,664名	(本会主催 2,225名, 外部主催 439名)

4)JMECCディレクター・インストラクター認定者数

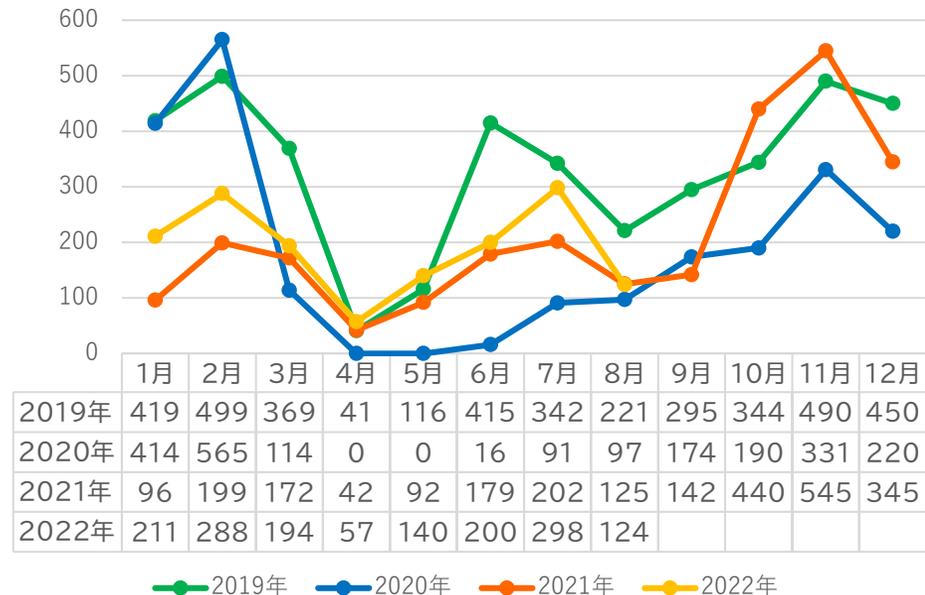
JMECCディレクター	令和4年度認定者数(2022/1～2022/8)	2名
	令和3年度認定者数(2021/1～2021/12)	0名
	累計認定者	211名
JMECCインストラクター	令和4年度認定者数(2022/1～2022/8)	36名
	令和3年度認定者数(2021/1～2021/12)	52名
	累計認定者	1,573名

JMECC開催推移(1月～8月)



● 2019年 ● 2020年 ● 2021年 ● 2022年

JMECC受講者推移(1月～8月)



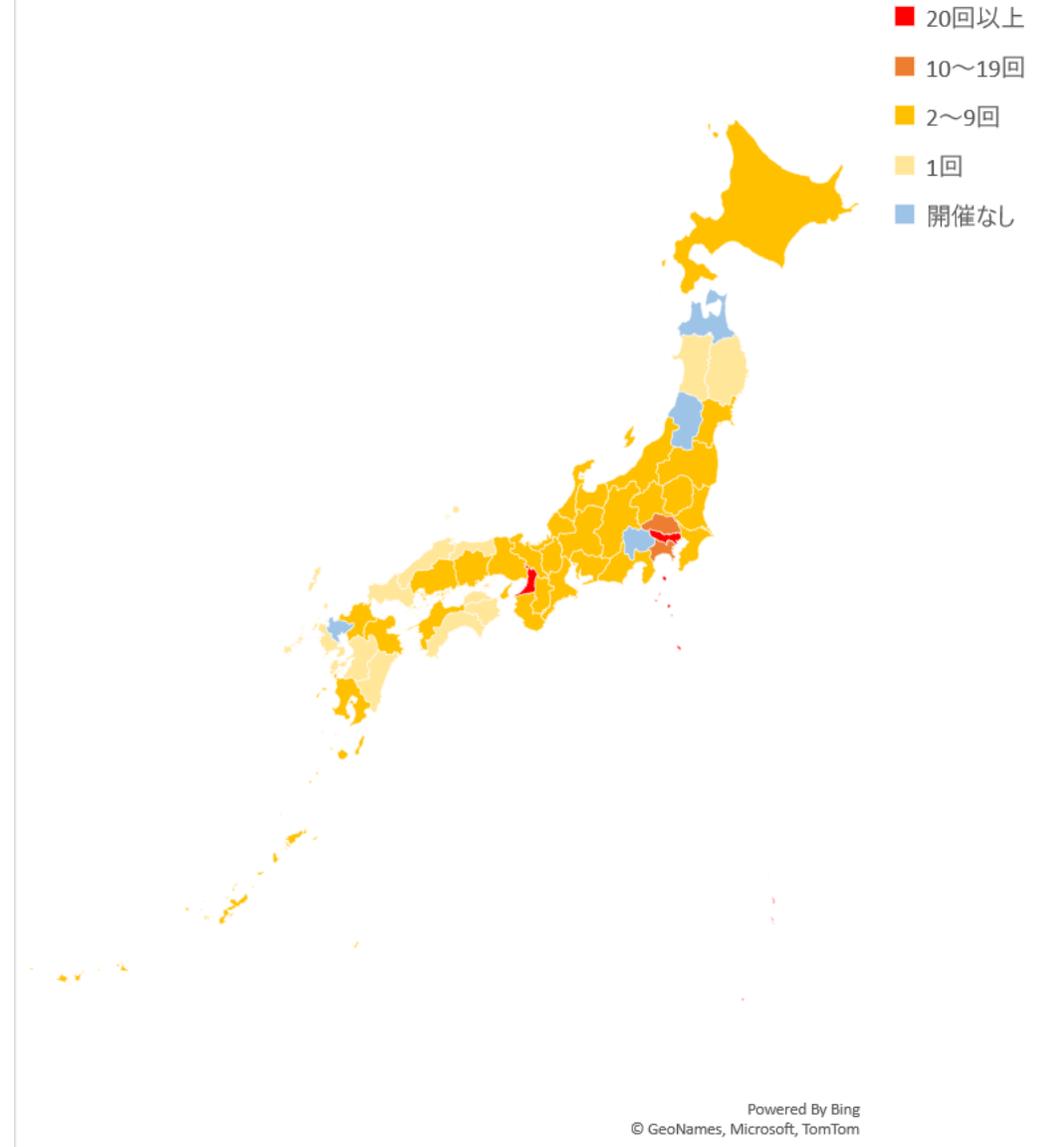
● 2019年 ● 2020年 ● 2021年 ● 2022年

1)救急委員会報告（令和4年1月～令和4年8月）

5) 都道府県別開催数(令和4年1月～令和4年8月)・所属認定者数(令和4年8月末日現在)

支部	都道府県	開催数	ディレクター	インストラクター	支部	都道府県	開催数	ディレクター	インストラクター
北海道	北海道	9	9	72	近畿	滋賀県	2	2	13
東北	青森県	0	1	7		奈良県	2	2	20
	岩手県	1	2	10		和歌山県	3	4	18
	秋田県	1	2	8		京都府	7	6	38
	山形県	0	0	8		大阪府	24	14	138
	宮城県	3	2	26		兵庫県	7	8	81
	福島県	3	2	13		鳥取県	1	2	16
関東	茨城県	2	5	29	島根県	1	0	17	
	栃木県	2	3	23	岡山県	5	7	43	
	群馬県	4	3	15	広島県	6	5	37	
	埼玉県	10	12	48	山口県	1	2	8	
	千葉県	6	7	42	四国	徳島県	1	3	14
	東京都	38	25	168		香川県	1	3	15
	神奈川県	12	15	91		愛媛県	2	2	14
	山梨県	0	1	8		高知県	1	3	10
信越	新潟県	3	3	14	九州	福岡県	8	8	57
	長野県	4	3	23		佐賀県	0	0	8
東海	岐阜県	2	4	36		長崎県	1	2	24
	静岡県	7	6	42		熊本県	1	4	16
	愛知県	8	13	146		大分県	2	2	14
	三重県	3	1	32		宮崎県	1	1	8
北陸	富山県	3	4	17		鹿児島県	3	1	16
	石川県	2	3	38	沖縄県	2	2	18	
	福井県	2	2	14	海外	0	0	0	

令和4年1月～8月開催分布



2)専攻医のJMECC修了状況

採用年度	当初採用数	修了認定者数	JMECC措置 利用者数	既に受講報告 があった人数	修了認定者に占める 措置利用者の割合
1期生 (2018年度)	2,670	2,120	36	4	1.7%
2期生 (2019年度)	2,794	1,399	43	7	3.1%

2022年9月16日現在

3) JMECCの最低人数規定について

現状の最低人数開催規定

チームダイナミクスを成立させる上では「4名+1名(リーダー)」が絶対条件であり、これに指導者の参加人数の規定(受講者の1.5倍以内)を加味し、ブース内最低人数は「受講者2名+指導者3名、合計5名」とします。(2015.10.5追記)

○ コース成立の最低人数は5名となり、その構成は下記の2通りとなる。

- ・「指導者3名+受講者2名」の合計5名。
- ・「指導者2名+受講者3名」の合計5名。

参考: <https://jmecc.net/director/jmecc-procedure/>

検討事項

1. JMECC開催における最低人数規定であるチームダイナミクスを成立させる上での最低参加人数(5名)は適切か否か?

現在の規定
では

【受講者2名、指導者3名の場合】

指導者がとても熟練されている場合を除き、ファシリテーションと機器の操作で2名の確保が必要であると考えます。
そうしますと、チームダイナミクスに参加できるメンバーは1名であり、5名のチームダイナミクスを成立させることができないと考えます。

【受講者3名、指導者2名の場合】

指導者がとても熟練されている場合であっても、チームダイナミクスに参加できるメンバーは1名であり、5名のチームダイナミクスが成立しないと考えます。

2. 当日の急な欠席について、現状は「中止もしくは、ブースの人数規定に則り、ブース長が立てられるブースのみ開催可」としているが、この規定では、最低人数を割ってしまっても条件が合えば開催できることになるが良いか?

結論

現状は「最低受講者数を4名とすること、JMECCインストラクター有資格者2名を入れることを推奨する」と記載します。
開催されたコースの人数状況の割合を見つつ、徐々に人数を増やす方向に検討していきます。
なお、ICLSでは最低人数について「5-6名を推奨しています。」とFAQ記載があります。

※ [ディレクター専用ページ](https://jmecc.net/director/jmecc-procedure/) ⇒ JMECC開催のために ⇒ 3. [参加可能人数規定とブース構成の理解と確認](https://jmecc.net/director/jmecc-procedure/) に追記いたしました。(2022.10.11)

3) JMECCの最低人数規定について

3. 現在の規定では、開催ディレクターが急遽欠席となってしまった場合は「開催中止」となるが、これはコロナ禍になる前に作成された規定であり、現在は濃厚接触者や“コロナ疑い”だけで施設を出禁になる場合がある。この場合、参加指導者の中にJMECCディレクター資格を所有し、他のコース内規定も満たしていれば元々の開催ディレクターの代わりにJMECCを開催しても良いか？

Point

- 当日の急な開催ディレクター変更をICLSが認めるか否か（開催申請の事後変更）
- JMECC事務局では事務処理上、事後処理（開催ディレクター変更）は可能
- コース認定番号およびディレクター名が変更される可能性があるため、修了証・実績証は再発行が必要

結論

ICLSでは事後変更も可能とのことですが、不正を疑われる懸念があり、これを回避する必要があります。現状は規定に則り、開催ディレクターが欠席する場合は代替えの手段は問わず、開催中止とする方針とします。

1. 諸報告

- 1) 救急委員会報告
- 2) 専攻医のJMECC修了状況
- 3) JMECCの最低人数規定について

2. JMECC～RRS対応コースについて

- 1) 概要(なぜこのコースが生まれたか)
- 2) 規定(開催条件等)
- 3) 今後(本会コースの施行を経て1本化にする)
- 4) 指導方法(教材の改訂部分)
- 5) Q&A(JMECC～RRS対応コースに関するもの)

3. 指導者講習会について(主にICLSの登録変更)

4. その他(Q&A,フリーディスカッション)

1)概要(なぜこのコースが生まれたか)

本年4月に令和4年度診療報酬改定が公示され、「急性期充実体制加算」が新規収載されました。その施設基準において求める「入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制」に係る「所定の研修」について、JMECC(日本内科学会認定内科救急・ICLS講習会)が該当するか厚生労働省に疑義照会を行ったところ、現状のJMECC(日本内科学会認定内科救急・ICLS講習会)では、RRS(Rapid Response System)部分の要件を完全に満たしていないという指摘をいただきましたが、協議を重ねた結果、現状のJMECCにRRSの講習およびRRSに関する試験問題等を追加することでこの条件を満たすこととなり、6月29日付けで上記の「所定の研修」に『日本内科学会「JMECC(日本内科学会認定救急・ICLS講習会)～RRS対応」が該当する。』との疑義解釈資料が公示されました。

なお、このRRS部分を取り入れたJMECCの正式名称は「JMECC(日本内科学会認定内科救急・ICLS講習会)～RRS対応」とし、その概要をJMECCのHPにて掲載いたしました。

JMECCディレクター資格またはJMECCインストラクター資格を所持している方、またJMECC修了者は補講教材(映像教材の視聴およびWebテスト)をもって、「所定の研修」を修了していることとなります。

2)規定(開催条件等)

「JMECC(日本内科学会認定内科救急・ICLS講習会)～RRS対応」を開催するためには、コース開催前に指導者側が下記の条件を満たす必要がある。

注)指導資格のない(下記の条件を満たさない)指導者が参加していた場合は、受講者が「JMECC(日本内科学会認定内科救急・ICLS講習会)～RRS対応」コースを修了したと認めない。

	参加役割	認定資格	RRS補講
1	開催ディレクター	JMECCディレクター	必須
2	ブース長	JMECCディレクター JMECCインストラクター	必須
3	インストラクター	JMECCディレクター JMECCインストラクター	必須
4	インストラクター	ICLSインストラクター	—
5	アシスタントインストラクター	ICLSインストラクター(JMECC未受講) JMECC受講済	—

※上記、4と5に該当する方の補講は問いません。

下記の通り、昼休憩および後半に労基法で定める規定の休憩時間を加えることになった。

時間	所要	内容	種別
8:00～8:50	50	事前準備・ミーティング等	—
8:50～9:00	10	開会式	座学
9:00～9:50	50	一次救命処置 (BLSとAED)	実習
9:50～9:55	5	休憩	休憩
9:55～11:05	70	気管挿管と除細動 (気管挿管・気道確保・モニタ診断・除細動)	実習
11:05～11:10	5	休憩	休憩
11:10～12:30	80	心停止への対応① (VF/VT,PEA,Asystole,Mega-code)	実習
12:30～13:00	30	自由時間 (昼食休憩等)	休憩
13:00～13:45	45	RRS講習・内科救急総論 (座学・映像視聴)	座学
13:45～15:55	130	心停止への対応② (内科救急から心停止へ：疾病救急と急変への対応)	実習
15:55～16:05	10	休憩	休憩
16:05～17:05	60	評価と復習 (実技評価と評価に基づく復習)	実習
17:05～17:15	10	休憩	休憩
17:15～17:35	20	筆記試験	講義
17:35～17:45	10	閉会式・修了証授与	講義
17:45～18:15	30	反省会等	—

労働基準法 第三十四条

使用者は、労働時間が六時間を超える場合には少なくとも四十五分、八時間を超える場合には少なくとも一時間の休憩時間を労働時間の途中に与えなければならない。



問題点

- JMECCを開催した場合、指導者が勤務扱いで参加する場合、「6時間以上勤務では45分、8時間勤務では60分の休憩を取る必要が(法令上)ある」。
- コースにおける指導の質や学習効果を高める観点から、適切な休憩時間を設け、指導者や受講生が指導や学習に集中できるようにすることが望ましいと考えられる。



JMECC～RRS対応コース

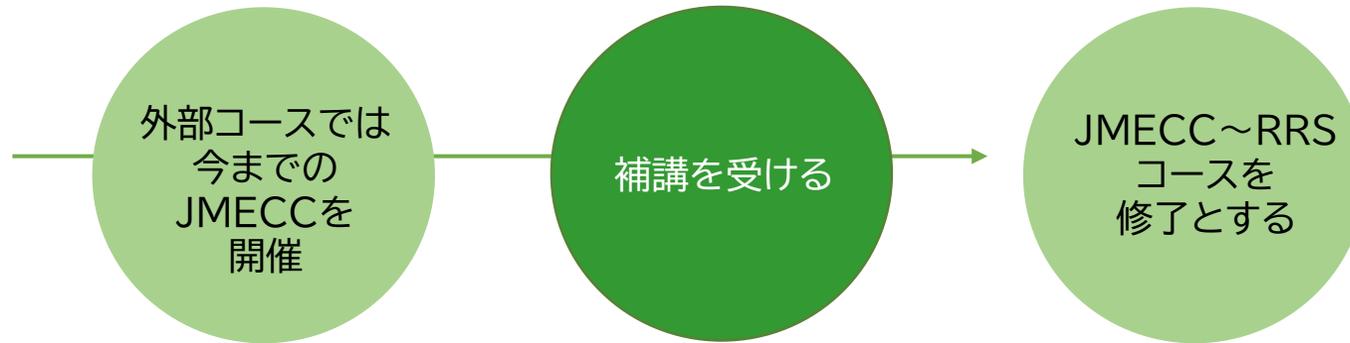
休憩時間を増やした労基法に対応するプログラム(右図)を全国統一とする。

内容	合計時間(分)
A.座学・講義	85
B.実習	390
C.その他(事前準備・FB)	80
D.休憩時間	60

555分(9時間15分)

3) 今後(本会コースの施行を経て1本化にする)

本会主催コースでJMECC～RRS対応コースが安定して開催できるようになるまで



本会主催コースでJMECC～RRS対応コースが開催できるようになれば

外部コースもJMECC～RRS対応コースへ一本化する

4)指導方法(教材の改訂部分)

JMECC～RRS対応コース用に改訂した教材

	教材等	項目	ページ	内容
1	指導要綱	敗血症	P.39～41	RRS(RRT)に関する内容を追加
2	学習の手引き	JMECCと迅速対応システム (Rapid Response System)	P.7	RRSに関する内容を追加
3	スライド	RRS講習・内科救急総論	P.2	研修用動画ファイル追加(補講動画教材と同じ)
		筆記試験・閉会式	P.7	「急性期充実体制加算」の施設基準である所定の研修という説明
4	試験問題	問21, 22, 23, 24	—	RRSに関する4問追加(補講Webテストと同じ)
5	試験問題解答と解説	問21, 22, 23, 24	P.9～10	解答のみ掲載
6	修了証・実績証	—	—	デザイン変更(A4統一)

※ スライド「RRS講習・内科救急総論」は参考資料(PDF)のため、動画再生はできません。

改訂部分の説明(JMECC～RRS対応コース)

「JMECC～RRS対応コース」用教材として青文字部分を追加

1. 指導要綱(敗血症) P.39

現状	改訂後
<p>症例を提示します。モニターをご覧ください。</p> <p>初期 ABCD の評価</p> <p>第一印象はどうか？ <input type="checkbox"/> 重症感あり</p> <p>次に行うべきことは何ですか？ <input type="checkbox"/> 初期 ABCD 評価です。 それでは実際に行ってください。 (途中で止まってしまう受講者に対しては、以下のよ うな質問を行うことで、評価手順を確認する。)</p> <p>(A 気道はどうか？) <input type="checkbox"/> 気道は開通しています。</p> <p>(B 呼吸はどうか？) <input type="checkbox"/> 頻呼吸です。</p> <p>(C 循環はどうか？) <input type="checkbox"/> ショック状態です。</p> <p>処置</p> <p>次に行うべきことは何ですか？ <input type="checkbox"/> O2-IV-Monitor 指示</p> <p>それでは、看護師に指示しましょう。</p>	<p>(あらかじめ RRT として訪室する受講者を決めておく)</p> <p>症例を提示します。モニターをご覧ください。</p> <p>初期 ABCD の評価</p> <p>第一印象はどうか？ <input type="checkbox"/> 重症感あり</p> <p>次に行うべきことは何ですか？ <input type="checkbox"/> 初期 ABCD 評価です。 それでは実際に行ってください。 (途中で止まってしまう受講者に対しては、以下のよ うな質問を行うことで、評価手順を確認する。)</p> <p>(A 気道はどうか？) <input type="checkbox"/> 気道は開通しています。</p> <p>(B 呼吸はどうか？) <input type="checkbox"/> 頻呼吸です。</p> <p>(C 循環はどうか？) <input type="checkbox"/> ショック状態です。</p> <p>処置</p> <p>次に行うべきことは何ですか？ <input type="checkbox"/> O2-IV-Monitor 指示</p> <p>それでは、看護師に指示しましょう。 (ここで RRS を起動しても否定しない。RRT はまだ 到着せず、受講生には継続評価をしてもらう。)</p>

改訂部分の説明(JMECC～RRS対応コース)

1. 指導要綱(敗血症) P.39～40

現状	改訂後
<p data-bbox="63 354 282 382">二次 ABCD 評価</p> <p data-bbox="63 419 657 482">(途中で止まってしまう受講者に対しては、以下のよ うな質問を行うことで、評価手順を確認する。)</p> <p data-bbox="63 486 619 549">初期 ABCD 評価、O2-IV-Monitor の指示が 終わりました。次に行うべきことは何ですか？</p> <p data-bbox="63 586 377 615"><input type="checkbox"/> 二次 ABCD 評価です。</p> <p data-bbox="63 652 430 681">それでは実際に行ってください。</p> <p data-bbox="63 685 665 782"><input type="checkbox"/> 気道は開通しています。 <input type="checkbox"/> B. 呼吸数や SpO2、呼吸の大きさなどをみます。 <input type="checkbox"/> C. 血圧、脈拍数を測ります。</p> <p data-bbox="63 819 466 848">バイタルサインを評価してください。</p> <p data-bbox="63 852 519 915"><input type="checkbox"/> 頻呼吸で、血圧も低下し、頻脈です。 体温も 40.0℃と上昇しています。</p> <p data-bbox="63 1186 624 1249"><input type="checkbox"/> D. 鑑別のための病歴聴取・診察をします。 (順番は必ずしも以下の通りでなくてもよい。)</p>	<p data-bbox="1042 354 1261 382">二次 ABCD 評価</p> <p data-bbox="1042 419 1635 482">(途中で止まってしまう受講者に対しては、以下のよ うな質問を行うことで、評価手順を確認する。)</p> <p data-bbox="1042 486 1597 549">初期 ABCD 評価、O2-IV-Monitor の指示が 終わりました。次に行うべきことは何ですか？</p> <p data-bbox="1042 586 1355 615"><input type="checkbox"/> 二次 ABCD 評価です。</p> <p data-bbox="1042 652 1409 681">それでは実際に行ってください。</p> <p data-bbox="1042 685 1643 782"><input type="checkbox"/> 気道は開通しています。 <input type="checkbox"/> B. 呼吸数や SpO2、呼吸の大きさなどをみます。 <input type="checkbox"/> C. 血圧、脈拍数を測ります。</p> <p data-bbox="1042 819 1444 848">バイタルサインを評価してください。</p> <p data-bbox="1042 852 1498 915"><input type="checkbox"/> 頻呼吸で、血圧も低下し、頻脈です。 体温も 40.0℃と上昇しています。</p> <p data-bbox="1042 952 1309 981">この後はどうしますか？</p> <p data-bbox="1042 985 1829 1082"><input type="checkbox"/> NEWS が 7 点を越えており、RRS を起動します。 (受講生が気づかなければ、「NEWSの評価だとどうなりますか？」 と問いかけ、テキストを見ながら NEWS をつける)</p> <p data-bbox="1042 1119 1526 1148">RRT の到着までできることはありますか？</p> <p data-bbox="1042 1186 1602 1249"><input type="checkbox"/> D. 鑑別のための病歴聴取・診察をします。 (順番は必ずしも以下の通りでなくてもよい。)</p>

改訂部分の説明(JMECC～RRS対応コース)

1. 指導要綱(敗血症) P.40～41

現状	改訂後
<p><ポイントを絞った簡潔な病歴聴取> <input type="checkbox"/> 問診:腹痛、下痢や咳・痰の有無など</p> <p><ポイントを絞った簡潔な診察> <input type="checkbox"/> 診察:項部硬直、胸部、腹部など</p> <p>必要な検査を看護師に指示してください。 <input type="checkbox"/> 血液検査、尿検査、12誘導心電図、胸部X線 指示</p> <p>何か異常はありますか？ 採血にてWBC、CRPが上昇し、凝固能亢進を認めます。 尿中WBC多数です。</p> <p>診断</p> <p>診断は何を最も考えますか？ <input type="checkbox"/> 尿路感染症からの敗血症を考えます。</p> <p>初期治療</p> <p>初期治療はどうしますか？ <input type="checkbox"/> (引き続き)大量輸液を行います。 場合によっては昇圧剤投与も考慮します。</p>	<p><ポイントを絞った簡潔な病歴聴取> <input type="checkbox"/> 問診:腹痛、下痢や咳・痰の有無など</p> <p><ポイントを絞った簡潔な診察> <input type="checkbox"/> 診察:項部硬直、胸部、腹部など</p> <p>必要な検査を看護師に指示してください。 <input type="checkbox"/> 血液検査、尿検査、12誘導心電図、胸部X線 指示</p> <p>RRTが到着しました。コミュニケーションを取ってください。 (ISBARに沿って報告、お互いの立場を尊重しながら コミュニケーションを取りながら診療する。)</p> <p>何か異常はありますか？ 採血にてWBC、CRPが上昇し、凝固能亢進を認めます。 尿中WBC多数です。</p> <p>診断</p> <p>診断は何を最も考えますか？ <input type="checkbox"/> 尿路感染症からの敗血症を考えます。</p> <p>初期治療</p> <p>初期治療はどうしますか？ <input type="checkbox"/> (引き続き)大量輸液を行います。 場合によっては昇圧剤投与も考慮します。</p>

改訂部分の説明(JMECC～RRS対応コース)

1. 指導要綱(敗血症) ②心停止対応(難治性VF) P.41

現状	改訂後
<p>状態が変わりました。対応してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 反応の確認 <input type="checkbox"/> 緊急通報/救急カート/除細動器の要請 <input type="checkbox"/> 心室細動 VF と診断 <input type="checkbox"/> CPR 開始 (胸骨圧迫を開始してしばらくしてから、スタッフ/救急カート/除細動器到着を知らせる) <input type="checkbox"/> 明確な役割分担を指示 <input type="checkbox"/> 電氣的除細動の実施 <input type="checkbox"/> CPR 再開 <input type="checkbox"/> 質の高い CPR の確認 <input type="checkbox"/> 原因検索 <input type="checkbox"/> 2 分後心電図評価 ➤ (難治性) 心室細動 VF <input type="checkbox"/> 電氣的除細動の実施 <input type="checkbox"/> CPR 再開 <input type="checkbox"/> 質の高い CPR の確認 <input type="checkbox"/> 原因検索 <input type="checkbox"/> アドレナリン 1 mg 投与 <input type="checkbox"/> 抗不整脈薬を考慮 <input type="checkbox"/> 2 分後心電図評価 ➤ 洞調律 <input type="checkbox"/> 呼吸と脈拍の確認 <p>脈拍、呼吸が再開しました。</p> <p>お疲れ様でした。</p>	<p>状態が変わりました。対応してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 反応の確認 <input type="checkbox"/> 緊急通報/救急カート/除細動器の要請 <input type="checkbox"/> 心室細動 VF と診断 <input type="checkbox"/> CPR 開始 (胸骨圧迫を開始してしばらくしてから、スタッフ/救急カート/除細動器到着を知らせる) <input type="checkbox"/> 明確な役割分担を指示 <input type="checkbox"/> 電氣的除細動の実施 <input type="checkbox"/> CPR 再開 <input type="checkbox"/> 質の高い CPR の確認 <input type="checkbox"/> 原因検索 <input type="checkbox"/> 2 分後心電図評価 ➤ (難治性) 心室細動 VF <input type="checkbox"/> 電氣的除細動の実施 <input type="checkbox"/> CPR 再開 <input type="checkbox"/> 質の高い CPR の確認 <input type="checkbox"/> 原因検索 <input type="checkbox"/> アドレナリン 1 mg 投与 <input type="checkbox"/> 抗不整脈薬を考慮 <input type="checkbox"/> 2 分後心電図評価 ➤ 洞調律 <input type="checkbox"/> 呼吸と脈拍の確認 <p>脈拍、呼吸が再開しました。</p> <p>では簡単に今回のケースのデブリーフィングをしてみましょう。 (時間の都合で簡単なデブリーフィングとする。 後日改めてデブリーフィングすることもあることを説明する)</p> <p>お疲れ様でした。</p>

改訂部分の説明(JMECC～RRS対応コース)

2. 学習の手引き JMECCと迅速対応システム(Rapid Response System) P.7

現状	改訂後
<p style="text-align: center;">内科救急総論</p> <p style="text-align: center;">[この時間に習得すべきこと]</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>■ 救急患者（非心停止）に対する共通したアプローチを理解する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 初期 ABCD 評価 <input type="checkbox"/> 酸素投与-静脈路確保 - モニター装着 (Oxygen-IV-Monitor) <input type="checkbox"/> 二次 ABCD 評価 <ul style="list-style-type: none"> ✓ バイタルサイン評価 ✓ ポイントを絞った病歴聴取 (SAMPLE/OPQRST history) </div> <p style="text-align: right; font-size: small;">内科救急診療指針 2022 P.2-12</p> <p>① 特別講演（座学） ※必須ではない</p> <p>② 内科救急総論（座学） 救急患者の診療に必要な初期 ABCD と二次 ABCD の応用</p> <p><input type="checkbox"/> 映像の視聴と簡単な質疑応答</p>	<div style="border: 2px dashed blue; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">JMECCと迅速対応システム(Rapid Response System)</p> <p style="text-align: center;">[この時間に習得すべきこと]</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>■ RRS と RRT を理解する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 「急変」は本当に急変か？ <ul style="list-style-type: none"> • 主治医として「急変」を予知・予防すること <input type="checkbox"/> 院内心停止 <ul style="list-style-type: none"> • 予後は不良 • およそ 66～84% にバイタルサインの変化を含む「前兆」 <input type="checkbox"/> 多くの「急変」や院内心停止は防ぐことができるのか？ <ul style="list-style-type: none"> • 防ぐことができるとすれば、どのように防ぐのか？ <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rapid response system (RRS) ✓ Rapid response team (RRT) <input type="checkbox"/> JMECC をどのように役立てるか <ul style="list-style-type: none"> • 初期/二次 ABCD 評価の応用 </div> <p style="text-align: right; font-size: small;">内科救急診療指針 2022 P.26-29</p> </div> <p style="text-align: center;">内科救急総論</p> <p style="text-align: center;">[この時間に習得すべきこと]</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>■ 救急患者（非心停止）に対する共通したアプローチを理解する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 初期 ABCD 評価 <input type="checkbox"/> 酸素投与-静脈路確保 - モニター装着 (Oxygen-IV-Monitor) <input type="checkbox"/> 二次 ABCD 評価 <ul style="list-style-type: none"> ✓ バイタルサイン評価 ✓ ポイントを絞った病歴聴取 (SAMPLE/OPQRST history) </div> <p style="text-align: right; font-size: small;">内科救急診療指針 2022 P.2-12</p> <p>① 特別講演（座学） ※必須ではない</p> <p>② 内科救急総論（座学） 救急患者の診療に必要な初期 ABCD と二次 ABCD の応用</p> <p><input type="checkbox"/> 映像の視聴と簡単な質疑応答</p>



3. スライド JMECCと迅速対応システム(Rapid Response System) P.2(新規追加)

「急変」は本当に急変か？

～JMECCと迅速対応システム～
(Rapid Response System)

参照

内科救急診療指針2022

p11 (NEWS)

p26-29 (緊急度・重症度/Rapid Response System)

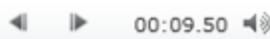
動画再生

《動画内容》

補講教材と一緒に(約13分)

《説明例》

P.1	午前中に、日本救急医学会ICLSコースに準じて予め設定された心停止患者への対応を実践していただきました。この時間からは、院内の患者の状態悪化に「早期に対応」するシステム「RRS (Rapid Response System)」と非心停止の緊急を要する急病・救急患者に対する対応について、皆さんと一緒に考えてゆきたいと思います。
P.2	「RRS (Rapid Response System)」につきましては、専用ビデオを観ていただきます。



00:09.50

改訂部分の説明(JMECC～RRS対応コース)

3. スライド 筆記試験・閉会式 P.7(新規追加)

「JMECC(日本内科学会認定救急・ICLS講習会)～RRS対応」 コースについて

本コースは令和4年度診療報酬改定で新規収載された「急性期充実体制加算」の施設基準において求める「入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制」に係る「所定の研修」に該当します。

【急性期充実体制加算】

問4 区分番号「A200-2」急性期充実体制加算の施設基準において求める「入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制」に係る「所定の研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和4年3月31日事務連絡)別添1の問59でお示ししているものに加えて、日本内科学会「JMECC(日本内科学会認定救急・ICLS講習会)～RRS対応」が該当する。

厚生労働省/令和4年度診療報酬改定について/事務連絡/疑義解釈資料の送付について(その15)より
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00037.html

《説明例》

厚生労働省より、6月28日付けて令和4年度診療報酬改定に係る事務連絡(疑義解釈)につきまして、令和4年度診療報酬改定で新規収載されました「急性期充実体制加算」の施設基準において求める「入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制」に係る「所定の研修」に、日本内科学会「JMECC(日本内科学会認定救急・ICLS講習会)～RRS対応」が該当すると通知がございました。

詳細につきましては、関係各所のHPや、ご所属施設の医事課にてご確認ください。

改訂部分の説明(JMECC～RRS対応コース)

4. 試験問題(新規追加)

<p>21.入院患者の安全を確保する迅速対応システム<rapid response system>の取り組み主体はどれか。1つ選べ。</p> <p>(a) 病院全体 (b) 救急担当医師 (c) Rapid response team (d) 患者を担当する主治医 (e) 患者を担当する病棟看護師</p>	<p>23.迅速対応チーム<rapid response team>を要請する基準に含まれる呼吸指標として適切なのはどれか。1つ選べ。</p> <p>(a) 呼吸数 (b) P/F比 (c) PaCO₂ (d) FEV₁.0秒 (e) 一回換気量</p>
<p>22.迅速対応チーム<rapid response team>を要請する基準に含まれる循環指標として適切なのはどれか。1つ選べ。</p> <p>(a) 心拍数 (b) 心拍出量 (c) 心胸郭比 (d) 肺動脈楔入圧 (e) 末梢血管抵抗</p>	<p>24.迅速対応チーム<rapid response team>について正しいのはどれか。1つ選べ。</p> <p>(a) 医師を含めなくてもよい。 (b) 院内心停止に対応しない。 (c) 対応要請は主治医の許可がいる。 (d) 招集はハリー・コールなどの全館放送で行う。 (e) 対応した場合は医療安全上のアクシデントとして扱う。</p>

※ 問題は補講Webテストと同一問題

5. 試験問題解答と解説(新規追加)

※ 解答のみ(全て「a」)、解説はありません。

改訂部分の説明(JMECC～RRS対応コース)

6. 修了証・実績証(全面改良)

現状

カード版、A4版が混在



どちらでも
可としている



改訂後

A4版に統一



指導者講習会の教材改訂案(JMECC～RRS対応コース用)

①. タイトル

JMECC指導者講習会 ⇒ JMECC指導者講習会 (JMECC～RRS対応コース用)

②. 指導要綱(教材)

P.17～20にRRSの内容を加える。

→P.17 IX内科救急総論・心停止への対応② 指導手順

→P.19 Xケース、シナリオのディスカッションとロールプレイ

③. スライド 総論(教材)

→P.2の前スライドにRRSの内容を加える。

→P.14 にRRSを追記

④. 学習の手引き(教材)

→「指導要綱」、「スライド(総論)」を反映させた形式とする。

⑤. プレテスト(教材)

・プレテストの目的は、「JMECCの内容を復習させる」ことにある。

・“JMECC～RRS対応コース”はまだ普及していない。

→受講者が“JMECC～RRS対応コース”を済ませてない可能性が高いため、今回は改訂を見送る(従来通り)。

⑥. 修了証・実績証

→「JMECC～RRS対応コース」と同様にA4版に統一する。



上記の計画で改訂を進めていく。

5)Q&A(JMECC～RRS対応コースに関するもの)

Q1

「JMECC～RRS対応コース」について、私は病院からの指示で別のRRS講習を受講し認定証ももらっております。今後、JMECC指導者（ディレクター・インストラクター）として、コース開催する際に、「JMECC-RRS対応コース」の補講を受講しておく必要はありますでしょうか？

➤JMECC～RRS対応コースの補講教材はコース内でも使用する教材なので、他のRRS講習を修了されていても「JMECC～RRS対応コース」を開催するためにはこの補講は必須となります。

Q2

今後、JMECC（JMECC～RRS対応コース）を受講する看護師が増加すると思われませんが、JMECCは本来医師向けのコースであるため、コースの質を担保するために何かしらの配慮は必要でしょうか？（受講者が全員看護師のコースは開催可能でしょうか？）

➤現状通り、受講することを妨げる規定はないので、開催ディレクターの裁量にお任せしますが、コースの質を担保できることが必須事項となります。

Q3

JMECC～RRS対応コースの補講について、公開期限はありますでしょうか？

➤現状では特に設けませんが、半年または1年程度で状況を見つつ、再検討します。

5)Q&A(JMECC～RRS対応コースに関するもの)

Q4

JMECC～RRS対応コースの補講動画について、補講資格のない人（看護師等）が生涯教育のために視聴することは可能でしょうか？（勿論、修了認定は行わない）

➤JMECCに参加することを前提に“予習教材”として閲覧することは可能とします。

Q5

Rapid Response System講習についてです。昼に組み込まれていますが、流れるには心停止への対応②の後がよいかと思います。敗血症性ショックのビデオを使用していることもあり受講生が混乱するかと思います。おそらく昼食を兼ねているのではと思いますが、それであれば心停止への対応②の気胸パートを削り時間を作る見直しが必要かと思います。

➤RRSの座学講習は昼休憩後に行い、知識を定着させた上で内科救急総論に繋げる流れとしています。また、敗血症の実習自体もRRS用にマイナーチェンジを行なっています。

Q6

現状は、RRS研修は後日ビデオ補講となっていますが、いつごろから、通常コースに取り入れる予定でしょうか。通常コースに入った場合、午後の内科救急シミュレーションでNEWSのチェックは行うべきでしょうかあるいは振り返りでも取り入れるべきでしょうか？

➤JMECC～RRSコースの教材は現在試行の段階で、本会コースで安定的な開催ができるようになってから外部開催コースも開催できるよう整えさせていただきます。

NEWSのチェックは指導要綱の中で、敗血症の症例で盛り込んでいます。振り返りでもNEWSを取り入れるかは指導者の裁量で良いと思われます。

5)Q&A(JMECC～RRS対応コースに関するもの)

Q7

コースのRRS対応に伴い、心停止への対応①、②のシナリオ終了時(ROSCまで行う場合)、受講生がRRSとして対応する可能性を念頭に、主治医団への申し送りの簡単なフォーマットなどシナリオに加える予定はございますでしょうか？

▶簡単なフォーマットなどをシナリオに加える予定は現在はありませんが、各施設での取り組みを簡単に紹介することは裁量の範囲内と考えます。

以下、ディレクターズMTにてご発言がありましたQ&Aを追記いたします
一部、回答に更新がございますので、ご了承ください。

Q8

JMECC～RRS対応コースを開催するのもいいのですが、通常のJMECC+希望者eラーニングの方が簡便な気がします。

▶日本内科学会(生涯教育)として実施をしているJMECCと内科専門医プログラムにて修了要件となるJMECCにおいて、今までのコースとRRS対応コースが混在してしまうことは具合が悪いため、然るべき期間をもってJMECC～RRS対応コースに一本化する予定です。

Q9

JMECC～RSS対応コース・プログラム変更に伴い、ICLSへのコース申請の際のプログラム・時間の項のスキル、シナリオ(現在は270分)、総時間9時間と記載していますが、変更後の時間をご教示ください。

▶本会(日本内科学会)主催コースで安定的な開催が実施された後、外部開催を解禁する際に事務局から連絡させていただきます。

5)Q&A(JMECC～RRS対応コースに関するもの)

Q10

本会でJMECC～RRS対応コースを開催してその内容でいろいろ検討して形を作っていくという理解で宜しいでしょうか？

▶本会でJMECC～RRS対応コースを開催し、不備等をブラッシュアップして外部コースとして実施いただく(リリースする)予定でございます。リリースの期限につきましては未定ですが、決まり次第改めて周知させていただきます。

Q11

ICLSからRRS(心停止前対応)までというのは範囲が大きすぎる印象があります。将来的には心停止前に特化する選択肢もあり得るのではないのでしょうか？

▶JMECCが安定的に開催されている中、将来的にはそのようなことも検討する余地はあり得ます。JMECC自体、専攻医向けの講習会になりますが、内容を整えて卒後の医師向けトレーニングコースなど、更に発展させたコースについて今後の検討課題とさせていただきます。

Q12

本会コースは、ディレクター試験も兼ねていると理解しておりますが、推薦をさせていただく受験者には、このコース変更をお伝えしておいた方がよいのでしょうか？

▶現時点(2022.10.6)では、新型コロナウイルス感染症の影響にて、本会コースでもJMECC～RRS対応コースが実施できていない状況ですが、2022年10月23日よりJMECC～RRS対応コースを開催する予定で、事務局からは受験者(ディレクター審査対象者)の先生には別途連絡をさせていただいております。

5)Q&A(JMECC～RRS対応コースに関するもの)

Q13

現実的にNEWSなどをデブリーフィングに入れると心停止(2)の時間管理が今まで以上にタイトになりそうですが、時間の割り振りの変更は考慮はされますか？

▶現時点では、NEWSなどをデブリーフィングに入れることは開催ディレクターの裁量となるが、今後安定的に開催ができてきた際に問題が生じるようであれば、時間の割り振りの変更など検討させていただきます。

Q14

数年前にJMECCを既に受講した内科学会員が補講を見ることで、JMECC～RRS対応コースを受講したと認定されますか？

▶はい。JMECCを受講された方であれば(JMECCホームページから補講申請を行い)、補講を修了することで、JMECC～RRS対応コースの修了を認定されます。これは、厚労省にも確認済みです。

1. 諸報告

- 1) 救急委員会報告
- 2) 専攻医のJMECC修了状況
- 3) JMECCの最低人数規定について

2. JMECC～RRS対応コースについて

- 1) 概要(なぜこのコースが生まれたか)
- 2) 規定(開催条件等)
- 3) 今後(本会コースの施行を経て1本化にする)
- 4) 指導方法(教材の改訂部分)
- 5) Q&A(JMECC～RRS対応コースに関するもの)

3. 指導者講習会について(主にICLSの登録変更)

4. その他(Q&A,フリーディスカッション)

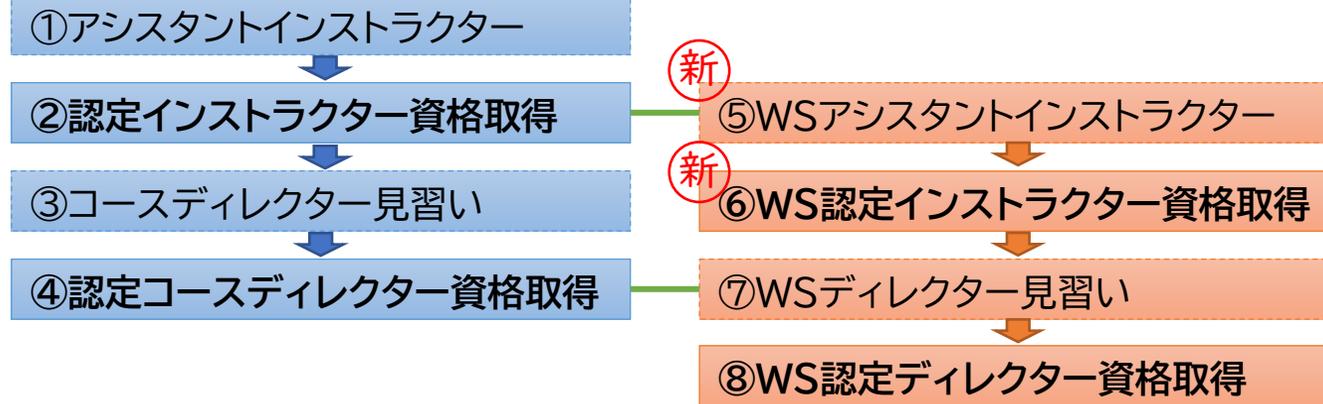
3. 指導者講習会のICLS報告について

参考 (ICLSより): https://www.icls-web.com/files/info/icls_20191211.pdf

資格取得のフロー～ICLS説明資料より引用

ICLS認定インストラクター・ディレクター資格

付加されるWS資格



以下の基準のすべてを満たした者は、ICLS指導者養成WSインストラクターの認定申請ができる。

- 1) 日本救急医学会認定のICLS指導者養成WSに、ICLS指導者養成WSアシスタントインストラクターとして2回以上参加し、指導法を身に付けた者 なお、申請時から遡り、全て3年以内(注)のWS指導経験とする。
- 2) ICLS指導者養成WS認定ディレクターから推薦された者 (申請時に、必要なコースディレクター認定番号が必要となるため確認すること)
- 3) 日本救急医学会認定のICLS指導者養成WSの受講歴があること (代替の指導者養成コースの受講履歴では不可)

* 推薦者となるWSディレクターは、被推薦者が指導経験として参加したWSのいずれかのディレクターであること、新規申請は、自らがwebより行うこと。

指導者講習会(ICLS指導者養成WS)の参加区分

2020年から「ICLS指導者養成WS認定ディレクター」および「ICLS指導者養成WS認定インストラクター」が誕生しました。
これにより、JMECC指導者講習会開催後のICLS報告(指導者役割)に変更が生じますので、ご注意ください。

(参考1) ICLS報告従来と現在の参加区分登録方法

従来	現在
ディレクター	→ CD
ブース長	→ WSインストラクター または WSアシスタントインストラクター
インストラクター	

(参考2) ICLS報告ファイル参加区分

参加区分	1:CD	2:CD見習い	3:ブースリーダー	4:インストラクター	目
6: アシスタントインストラクター					IC
7: WSインストラクター					○
8: WSアシスタントインストラクター					○
					×
					×
					×
					×
					○

お知らせ

『改訂版 日本救急医学会ICLS指導者ガイドブック』が2022年7月21日に刊行されました。



<https://www.yodosha.co.jp/yodobook/book/9784758123938/index.html>

1. 諸報告

- 1) 救急委員会報告
- 2) 専攻医のJMECC修了状況
- 3) JMECCの最低人数規定について

2. JMECC～RRS対応コースについて

- 1) 概要(なぜこのコースが生まれたか)
- 2) 規定(開催条件等)
- 3) 今後(本会コースの施行を経て1本化にする)
- 4) 指導方法(教材の改訂部分)
- 5) Q&A(JMECC～RRS対応コースに関するもの)

3. 指導者講習会について(主にICLSの登録変更)

4. その他(Q&A,フリーディスカッション)

その他(Q&A,フリーディスカッション)

Q1

動画の次回更新の予定の有無を教えてください。

➤そろそろアップデートを検討しておりますが、詳細な時期は未定です。
致命的なエラー（現行のガイドラインにそぐわないもの等）がございましたら事務局までご連絡ください。

Q2

BLSの指導内容がAHA BLSと異なり、AHA BLSを受けた受講生で若干の混乱が見られます。今後改訂予定はどうなっているでしょうか？

➤JMECCにおいてBLSの部分は基本的にICLSに則って運用されております。ICLSそのものがJRCガイドラインに準じて作成されておりますので、原則そのガイドラインに沿って指導いただくことになります。但し、ガイドラインにおいて教えるべき内容が異なっているなどの状況が発生した場合は、事務局までご連絡ください。

Q3

C対応（COVID-19対応）CPRについてぜひ議案に挙げていただきたい。

➤JMECCでは現状のプログラムのまま変更はありませんが、COVID-19のCPR対応について『内科救急診療指針2022』に付録として掲載しているため、コースの内容から逸脱しない範囲でこれを受講者に伝えることは可能です。

Q4

JMECCは新制度の内科専門医の単位は認められるが旧制度の総合内科専門医は認められないか？

➤現状、単位登録設定はありません。

認定内科医・総合内科専門医は新制度に合わせて制度変更予定となっており、最短でも2024年4月を想定しております。
変更後に内科専門医同様、単位が認められます。

内科領域講習における単位企画

※赤文字は必須

	1単元の単位	最大	分類
JMECC受講または指導	4/回	12	領域講習
JMECC指導者講習会受講または指導	4/回	12	最小20単位

Q5

救急専門医取得済みの専攻医がおります。やはり現状ではJMECC受講は必須という考え方でよろしいでしょうか？

➤その方が内科専攻医であり、内科専門医を所得するのであれば、プログラムの修了要件としてJMECC受講は必須となります。

以下、ディレクターズMTにてご発言がありましたQ&Aを追記いたします
一部、回答に更新がございますので、ご了承ください。

Q6

ICLSコースガイドブック第5版が発売されると第4版が入手困難になるかもしれませんが、今後の開催コースではどちらでも可としてよいですか？

▶現在の教材は参照ページ等、ICLSコースガイドブック第5版に対応できておりません。従いまして、2022年内は移行期間として、ICLSコースガイドブックは第4版でも第5版でも構いません。年明けからは教材を第5版に対応できるよう改訂いたします。なお、第5版にてコースに参加される方に対しては参照ページ等、掲載が異なるのでフォローをお願いいたします。

Q7

現在、インストラクター含めどのくらいの先生方がRRS補講を終了されていますでしょうか？

▶10月13日現在の情報

	総数(名)	修了者数(名)	修了割合
ディレクター	211	178	84.36%
インストラクター	1,573	527	33.50%
受講済者(無資格)	約23,900	1,642	約0.07%

Q8

現行のコース運営につきまして、受講生にRRSの補講をアナウンスしますようになりますが、研修終了したことまで確認した方がよろしいでしょうか？(アナウンスだけですと、補講を受けない受講生も出てくるかと思いました。)
コース終了後に任意になりますが、会場にて補講を受けていただいても宜しいでしょうか？

▶現状の補講システムは、受講者がホームページからの申請を行い、事務局が補講資格があるか確認し、問題なければ補講動画URLを送るようになっている(その後、補講を修了したことを確認し、認定証を配信しています)。従って、当日(コース終了後に会場で)補講を受けていただくことは対応出来かねますので、引き続きアナウンス等でご対応ください。

Q9

先日指導者講習会を当施設(外部主催)で開催しましたが、日内会館で指導者講習会参加経験のないディレクターに指導者参加してもらう事ができない状況でした。この条件は緩めることはできないでしょうか。

▶新型コロナウイルス感染症の影響で本会主催指導者講習会が安定的に開催できない状況です。このため、新規インストラクター認定数が減少していることから外部主催での指導者講習会の開催が必要となります。然しながら、コースの質を担保することが優先されるため、緩和については慎重に検討させていただきます。

Q10

ディレクター要因でコースが中止になった場合、賠償請求をされる可能性がありえますのですが、賠償請求を却下できる文言を受講申請のところなどに記載するなどの対応は検討されていますでしょうか？

➤現状、前もって当日中止になる旨を連絡しているが、それだけでは不十分なため、レクリエーション保険等、今後の検討課題とさせていただきます。

Q11

「急性期充実体制加算」は大学病院であれば、より高次の加算を算定しているため、「急性期充実体制加算」は取れないと自施設では言われました（総合入院体制加算のこと?）。「急性期充実体制加算」がメリットのある病院規模はどのように理解しておけばよいのでしょうか。中規模の病院の看護師さんの受講希望が増えると理解すればよいのでしょうか。

➤「急性期充実体制加算」は特定機能病院では加算が取れないことになっております。
なお、病院機能評価の面でRRSの整備が評価されるので、そちらでもプロモーションできるかと存じます。
※ 詳細は次ページ

A200-2 急性期充実体制加算(1日につき)

- 1 7日以内の期間 460点
- 2 8日以上11日以内の期間 250点
- 3 12日以上14日以内の期間 180点

- 注1 高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する体制その他の事項につき別に 厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け 出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等 を除く。)又は第3節の特定入院料のうち、急性期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号A200に掲げる総合 入院体制加算は別に算定できない。
- 2 精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保につき別に厚生労働 大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険 医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更 に所定点数に加算する。

厚生労働省 令和4年度診療報酬改定について 第3 関係法令等 (2) 1 診療報酬の算定方法の一部を改正する件 令和4年厚生労働省告示第54号 別表第一 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907834.pdf>

病院機能評価 機能種別版評価項目

3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している

【評価の視点】

- 地域の救急医療の需要を考慮しながら、自院の診療機能に見合った救急医療が行われていることを評価する。

【評価の要素】

- 救急患者の受け入れ方針と手順
- 自院で受け入れができない場合の対応
- 夜間・休日の対応体制の整備
- 緊急入院などへの対応
- 患者が児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待、配偶者からの暴力等を受けた疑いのある場合の対応

公益社団法人 日本医療機能評価機構 病院機能評価事業
 (代表) <https://www.jq-hyouka.jcqhc.or.jp>
 (評価項目) https://www.jq-hyouka.jcqhc.or.jp/accreditation/outline/hospital_type/

一般病院3 中間的な結果報告でC評価とされた項目

○2018年度に一般病院3を受審した19病院の中間的な結果報告で評価Cとされた全111項目のうち、ガバナンス・医療安全に関する指摘事項により評価Cとされたものが全体の8割である。

【指摘事項分類別C評価項目数】

指摘事項分類	C評価とされた項目数(%)
ガバナンス・医療安全	90 (81.1%)
医療技術の開発・評価	8 (7.2%)
研修・人材開発	5 (4.5%)
その他	8 (7.2%)
合計	111 (100.0%)

ガバナンス・医療安全に関する項目の主な指摘事項
IC書式や同席ルールの不備・不徹底
臨床倫理の課題を病院として検討する体制の不備
医療安全に関する各種ルールの部門・部署間の不統一
死亡症例報告の不徹底
マーキング等各種ルールの不徹底(ローカルルールの存在)
口頭指示の手順の不備
カリウム製剤の不適切な取り扱い
院内急変対応システム(RRS)の不備・未整備
パニック値の連絡方法の不備
医療機器管理部門管理外の医療機器の使用
診療科の協力不足による病院全体のガバナンスの支障
医療技術の開発・評価に関する項目の主な指摘事項
高難度新規医療技術等に関する方針・検討体制・IC手順・申請遅れを防ぐ仕組み等の不備・未整備
研修・人材開発に関する項目の主な指摘事項
教育・研修を病院として統括する部署・委員会等体制の未整備
初期研修管理体制の不備

厚生労働省 特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会 第17回 参考資料1: 一般病院3について(上田構成員提出資料) <https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000515471.pdf>