

救急搬送・受入実施基準策事業に関わる資料

NPO法人 CHORD-J・テキサス大学生物医療情報学大学院 青木則明

1. 現状の課題

1.1. 救急搬送実態調査の結果

- ・全国47位の項目が多数ある
- ・ただし、これらの指標は「適正な搬送」ではなく、「近隣の医療機関」への搬送を助長する可能性がある（1.2参照）

項目	全国平均	奈良県	全国順位
重症以上：照会回数1回での搬送割合	84.7%	66.5%	47
重症以上・照会回数4回以上	3.2%	11.8%	47
重症以上・現場滞在時間30分以上の事案	4.3%	9.4%	45
小児傷病者・照会回数4回以上	2.8%	4.1%	44
小児傷病者・現場滞在時間30分以上	2.0%	2.8%	43
救命救急センター・照会回数4回以上	3.2%	28.4%	47
救命救急センター・現場滞在時間30分以上	4.5%	21.9%	47
救命救急センターにおける救急患者受入率	93.2%	79.3%	45

1.2. 対応病院への搬送率が低い

- ・H21年の奈良市消防のデータでは脳卒中で約41%、心筋梗塞で約19%の患者が、医療機能情報提供制度に基づく情報提供、あるいはH20年度の県庁の調査で、それぞれの疾患に対応していると明示していない医療機関に搬送されている可能性がある
- ・救急隊へのヒアリングの結果、救急隊は（1）搬送時間や現場滞在時間で評価される、（2）医療機関で行われている診療内容について得られる情報が少ない、という点で、患者への説明責任を含め、これら「対応病院」を優先できずにいる

1.3. 応需割合のばらつき

- ・H21/1～H22/12の6消防からの救急告示病院への時間外搬送26,772例では、県内の救急告示病院の応需割合は、約30%～93%の幅でばらついていた
- ・ただし、本来は、応需割合の「分母」は、「対応疾患の依頼数」であるため、そして救急告示病院の役割をも踏まえて、応需率の定義を考える必要がある

1.4. 表に出ない受入困難理由

- ・ 東京消防庁の調査では、現場活動時間が長くなる理由は、医療機関側の状況だけではなく、患者背景とも強く関連すると報告されている。
- ・ 例えば、「急性アルコール中毒」や「精神疾患の既往」、「薬物中毒」、「複数科目」などでは搬送時間が長くなる傾向が認められ、東京ルールが策定された

2. 受入医療機関リストと搬送ルール策定に際して

- ・ 21世紀になり、患者（医療消費者）の受療行動が変化している。今までは、いつでも何でも売っているのは高級百貨店であったが、現在はコンビニという認識になっている
- ・ そのような中、患者や救急隊に「木によりて魚を求む」行動を避けてもらうには、各医療機関の機能や役割を明示化する必要があるのではないか？

2.1. 機能と役割の明示化

- 1) 構造：医療機関の特性 （例）本日の当直医の専門性
- 2) 過程：プロセス指標 （例）Door-to-Balloon Time
- 3) 結果：連携指標 （例）発症～治療開始までの時間

2.2. 対応医療機関リスト

- ・ 上記の医療機関の特性とプロセス指標に基づいた客観的な「対応医療機関リスト」の作成は可能ではないか？
- ・ 客観的な「見える化」によって、対応医療機関に対するインセンティブの議論も可能ではないか？

2.3. 搬送ルール

- ・ 重症度・緊急度の判断基準に加えて、各医療機関の状況、搬送に要する時間（医療機関までの距離）を総合的に判断した上で、各医療機関が、「周囲における急患発生状況」や「他施設における受入状況」を「見ること」で、ポジティブな受入ができるのではないか？
- ・ 患者背景を含め、受入に与える影響を調査し、その要因が存在する場合のルールを作り、福祉との連携を行うことで、医療機関は安心して受入ができるのではないか？