

WS② 救急医療機関の評価と応需率について

14:00 ~ 15:20 (80分)

<自己紹介>
<このプログラムの大まかな流れの説明>(2分)

WS② 救急医療機関の評価と応需率について

<想定>

-地域の救急医療体制の整備の一端を担う者として、地域の救急医療機関の受入の状況が気になってきました。

-自県と地域MC協議会の管轄内の救急医療機関の受入状況を調べてみることにしました。(事前準備)

●地域の救急医療体制の整備について、次の立場で考えてもらう。
(医師) 県の担当者に助言を与える立場として
(行政関係者) 県の救急医療体制の整備の担当者として



<なぜ、気になった背景の説明>
●スライドは、平成20年ごろのもの。(古い)
●各地で、いわゆる「たらいまわし」についての報道が相次いだため。

1. 事前に調べてきた下記の項目を確認してください。(各自 2分)

- ⑫受入困難事例(受入先の医療機関が見つかるまでに時間を要した事例)別の発生件数
(自県と地域MC協議会の所管エリア内)の年次推移
- ⑬救急医療機関ごとの年間の救急車受入台数
(自県の三次救急医療機関、地域MC協議会の所管エリア内の二次救急医療機関の直近データ)
- ⑭救急医療機関ごとの消防機関からの救急搬送受入に対する応需率
(自県の三次救急医療機関、地域MC協議会の所管エリア内の二次救急医療機関の直近データ)

<宿題事項の確認>
●自分が確認して資料を机にだして、どこに書いてあるかがわかる程度の時間でよい。

2. どこまで情報が入手できましたか？
 どのようにして情報を入手しようとしたか？
 (グループでの意見交換:5分)

- ⑫受入困難事例(受入先の医療機関が見つかるまでに時間を要した事例)別の発生件数
- ⑬救急医療機関ごとの年間の救急車受入台数
- ⑭救急医療機関ごとの消防機関からの救急搬送受入に対する応需率

<入手できたかどうか、どのように入手したかの情報交換>
 ●意見交換の中で、情報を入手するための方法を知るための時間
 ●GDの時間を利用して、情報をうまく入手した人を見つけておく。(→次スライド)

3. 事前調査の解説(10分)

- ⑫受入困難事例(受入先の医療機関が見つかるまでに時間を要した事例)別の発生件数
- ⑬救急医療機関ごとの年間の救急車受入台数
- ⑭救急医療機関ごとの消防機関からの救急搬送受入に対する応需率

<情報入手についての講義形式での解説>
 ●講師が、事前に選定した受講者数名に、「どこまで入手できましたか?、どうやって入手できたか?」について問いかけ、入手方法について説明してもらう。

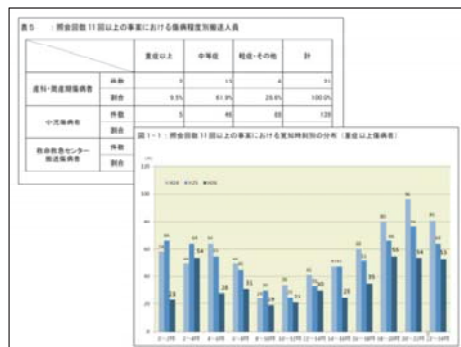
●⑫受入困難事例(受入先の医療機関が見つかるまでに時間を要した事例)別の発生件数

全国と都道府県の状況は、消防庁ホームページで公開
http://www.fdma.go.jp/neuter/about/shing_kento/h27/kyukyu_srikata/03/sankou-01.pdf

平成 26 年中の救急搬送における医療機関の
 受入状況等実態調査の結果

調査項目	件数	割合	調査項目	件数	割合
受入以上発生数	12,000	2.0%	救急搬送受入台数	597,212	100%
産科・周産期発生数	4,000	33.3%	救急搬送受入台数	597,212	100%
小児発生数	1,000	25.0%	救急搬送受入台数	597,212	100%
救急搬送受入台数	597,212	100%	救急搬送受入台数	597,212	100%

<講義形式での解説>
 都道府県ごとの救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査が、消防庁と厚生労働省で調査されており、消防庁のHP等で公表されている。
 ・救急隊から医療機関への搬送要請で、何回目の電話で受入れられたか?の統計が載っている。
 ・この中では、4回以上電話を要した例、現場に30分以上とどまった例などが記載されている。



<講義形式での解説>
 救急搬送の「全体での結果」のみならず、「産科周産期」、「小児」、「救命救急センター」に最終的に搬送された事案ごとの状況もわかる。

各都道府県別受入れ状況
(照会回数4回以上又は現場滞在時間30分以上の事案の占める割合)

<講義形式での解説>

- ・「4回以上であっても、時間的にすぐには決まればよい」という考えもある。
- ・「現場滞在時間」は必ずしも正しくない。「処置を行えば遅れる」、「挟まれ事例などが統計に含まれる」などの課題がある。
- ・都道府県ごとの状況もわかるが、他の都道府県ごとの比較には留意が必要。
- ・各都道府県ごとの経年的な変化をみるのが重要

●⑩救急医療機関ごとの年間の救急車受入人員

救命救急センターの情報は、ホームページで公開
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000116953.html>

<講義形式での解説>

- ・救命救急センターについては、「救命救急センターの現況」の中で、「病院全体の受入れ人員」、「重篤患者数」など厚生労働省のHPで公開されている。
- ・二次救急医療機関については、厚生労働省では公表していない。厚生労働省は、都道府県を通じて全国調査を行っているので、都道府県は基本的に、二次救急医療機関ごとの救急車の受入れ件数は把握している。

●⑪救急医療機関ごとの消防機関からの救急搬送受入に対する応需率

救命救急センターについては、応需率を公表している施設が75%程度となっている。(救命救急センターの評価)
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000116953.html>

<講義形式での解説と次のWSへの導入>

- ・その中では、救命救急センターの施設ごとの応需率について、公表しているかどうかを評価している。
- ・これからは、この「応需率」についてWSで理解を深めていただく。

応需率

「最終的に当該救命救急センターで受入れに至った年間救急搬送人員」を「消防機関からの電話による搬送受入要請の年間件数」で除したものをいう。

応需率 = 受入れた年間救急搬送人員 / 年間搬送要請件数

「消防機関からの電話による搬送受入要請」には、ホットラインによる当該救命救急センターへの搬送受入要請すべてを含めるが、搬送受入要請の件数は、一つの救急搬送事案につき1件と数えるものとする。

※救命救急センターの新しい先実施評価について(平成21年03月31日付 厚生労働省医政局指導課長通知 医政指発第331001号)

<講義形式での解説と次のWSへの導入>

- ・先程の「救命救急センターの現況」の中で示している「応需率」の定義を紹介
- ・次のからは、「応需率」についての詳しく理解いただくためのWSをすることを説明
- ・※受講生の中には、地域に救急医療機関が一つしかなく、基本的に100%の応需率という地域から来ている人もいるため、応需率に関心のない人もいる可能性がある。そのため、「都会の県に引っ越したと思って、参加ください」と言っても良いかもしれない。

<想定>

- ・A県の救急医療担当部に、「ある救命救急センターが受入要請を断ってばかりいる」との苦情が届きました。
- ・救命救急センターの評価の際に報告された応需率をみると、66.6%と記載があります。どうやら3回の要請に対して1度は断っているようです。
- ・A県の担当者が、「もう少し頑張っていただけないものかな?」とあなたに問いかけてきました。
- ・他の救命救急センターも含めたデータは次のとおりです。

4. データから各施設をどのように評価しますか?
「頑張ったで賞」、「頑張りが賞」はこの施設にあげますか?

(グループで30分+発表20分)

<応需率を理解するためのWS>

1. 役割分担を決めてもらう。(司会、書記、発表)←ファシリテーターも支援
2. 資料を状況に応じて配布しながら、GDをしてもらう。
3. ファシリテーターは、司会の人に、「すべての人からの発言を聞きながらGDを進めるよう」に助言する。(※医師のみが発言して議論が進まないように)
4. ファシリテーターは、受け入れる医師の立場での発言が多くなるように留意。医師の立場ではなく、県民の立場からの評価であることを時に助言する。
5. 「各施設の個々の医師やスタッフは十分に頑張っている」という前提。「個人の評価ではなく、施設の評価をどう考えるか」という視点で議論が進むように配慮する。

A県の全救命救急センターの年間の応需率

施設	応需率	施設	応需率
A	66.6	P	76.1
B	85.7	O	71.2
C	68.2	N	91.8
D	86.3	Q	69.1
E	60.6	R	78.9
F	81.5	S	76.9
G	58.8	T	83.1
H	94.3	U	91
I	79.9	V	71.6
J	67.7	W	82.1
K	72.6	X	64.8
L	80	Y	78.7
M	68.2	Z	73

平均
76.1%

<テーブル配布資料①:A3印刷がよい>

ある大都会の救命救急センターの実データであることを紹介

A県の救命救急センターの年間に受け入れた重症患者数と応需率

施設	重症患者受入数	応需率	施設	重症患者受入数	応需率
A	2125	66.6	P	1041	76.1
B	1843	85.7	O	1039	71.2
C	1731	68.2	N	1020	91.8
D	1846	86.3	Q	922	69.1
E	1543	60.6	R	897	78.9
F	1400	81.5	S	820	76.9
G	1243	58.8	T	788	83.1
H	1209	94.3	U	750	91
I	1205	79.9	V	670	71.6
J	1187	67.7	W	583	82.1
K	1118	72.6	X	540	64.8
L	1114	80	Y	498	78.7
M	1049	68.2	Z	487	73

<テーブル配布資料②:A3印刷がよい>

・応需率だけでは評価できないねという発言がでた段階で、ファシリテーターが資料②をテーブルにおく。

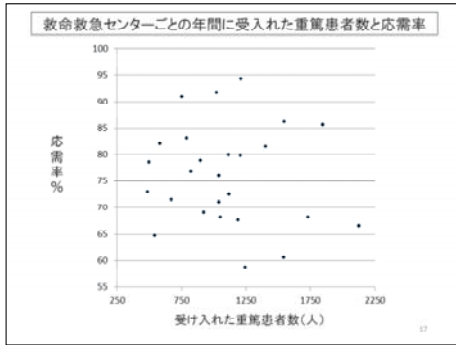
<想定>

A県の状況

- ①この県は、1つの消防本部だけが所管している。
- ②緊急度・重症度が高いと判断すれば、周辺の救命センターから順に連絡していく。
- ③県を越えての搬送・受入れはない。
- ④救命救急センターを設置している医療機関の総ベッド数、医師数、その他スタッフ数はほぼ同規模である。
- ⑤各救命センターは、互いに同じ距離で分散している。(所管地域面積は同じ)。ただし、周辺の人口密度は異なる。
- ⑥救命センター間で、疾患ごとで役割分担はしていない。

<テーブル配布資料③:A3印刷がよい>

「医療機関や地域の状況の前提がはっきりしない議論ができないね」という発言がでた段階で、ファシリテーターが資料③をテーブルにおく。



<テーブル配布資料④:A3印刷がよい>
 ・「患者数と応需率をグラフにまとめてみてはどうか」という発言がでた段階で、ファシリテーターが資料④をテーブルにおく。
 ・ファシリテーターは、“個人配布資料④”(後のスライド)を参考に、グループ分けなどを促してもよい。

5. 解説(受入れた患者数と応需率の評価) (10分)

○受入れた重篤患者数は、その施設の診療量(受入れ容量)と相関する。

→ 地域で発生した重篤患者の診療に対する施設の貢献度は、その施設が受入れた重篤患者数で評価するのがよいだろう。

施設の貢献度・・・重篤患者の受入れ実績

※ 医師個人の評価とはならない

<講義形式の解説>

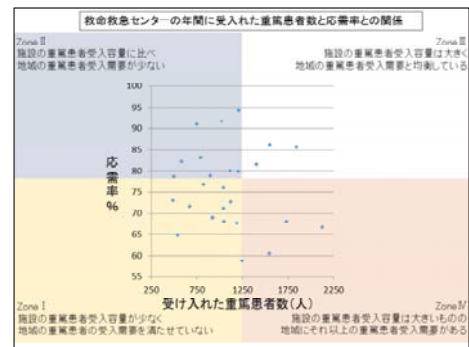
○応需率は、その施設の診療量(受入れ容量)のみならず、消防機関からの年間搬送要請件数(重篤患者受入需要)に左右される。そのため、一施設の貢献度の評価には、必ずしも適切な指標とはならない。

$$\text{応需率} = \frac{\text{受入れた年間救急搬送人員}}{\text{年間搬送要請件数}}$$

→ したがって、救命救急センターの充実度段階評価では、応需率そのものを評価対象とはしていない。

○応需率は、一施設の評価よりも、地域の重篤患者の受入れ体制を評価する指標として捉えるのが適切だろう。

<講義形式の解説>



<個人配布資料①:A4印刷で、全員に配布>

・解説開始前に、ファシリテーターが全員に1枚ずつ配布

・講師は、表の4つの象限を解説。

(縦と横の境界線は、どのあたりに引きべきかは決まっていない。平均線であり、相対的評価となる。絶対的評価でないことに留意)

WS③

2つのグループへ

A【救急車の搬送受入れに課題のある地域】

B【救急車の搬送受入れが良好な地域】

15:30 ~ 17:00 (90分)

30

<クラス編成>

救急車の搬送受け入れに課題のある地域→「応需率改善に向けてのWS」へ
救急車の搬送受け入れに課題のない地域→「別のWS」に分かれる。

A【救急車の搬送受入れに課題のある地域】

WS③-1 応需率の改善の方法

15.30 ~

31

流れの説明(2分)

→地域で発生した重篤患者の診療に対する施設の貢献度は、その施設が受入れた重篤患者数で評価するのがよいだろう。

施設の貢献度・・・重篤患者の受入れ実績

1. 「重篤患者の受入れ実績」を評価に用いるとき
にどのような点に留意する必要がありますか？
(グループで10分＋発表5分)

32

<応需率を理解するためのWS>

1. 役割分担を決めてもらう。(司会、書記、発表)←ファシリテーターも支援
2. 次の資料を使用して議論する。
 - ・テーブル配布資料②
 - ・テーブル配布資料③
 - ・個人配布資料①

2. 解説(重篤患者数で評価する際の留意点) (5分)

- 受入れた重篤患者数で評価するといっても・・・
- <傷病者の状況>
 - ・患者ごとに、診療量は大きく違うのではないか？
(緊急度・重症度、診療以外の要因に違いがあるのでは？)
 - ・平日日中、休日夜間では、違いがあるのでは？
 - ・傷病者ごとの転帰の評価は異なるのか？
- <病院の状況>
 - ・病院の規模(病床数)、医師の数等によって評価をかえるべきでは？
 - ・補助金の有無によって、評価をかえるべきでは？
- <応需率の評価>
 - ・同じ受入れ人数であれば、応需率が高い方が貢献しているといえるのではないか？

34

<講義形式での解説>

- 単純に数で評価すると言っても、難しい面があることに留意させる。

○応需率は、一施設の評価よりも、地域の重篤患者の受入れ体制を評価する指標として捉えるのが適切だろう。

3. 地域の「応需率」を変化させる要因には
・何がありますか？
・それをどのようにすれば改善しますか？
(グループでの討議)

事前課題の「⑬自県もしくは地域MC協議会での、救急搬送の受入困難事例を減らすための取り組みとその効果」も各自確認しながら議論を深めてください。

35

<地域の救急医療体制を改善するための方法について理解するためのWS>
・ファシリテータは、非現実的な話、他人まかせな発言、理想論ばかりにならないように留意して、具体的な取組の提案を促す。「そうするためにどうしたらよいですか？」を繰り返すなども一つの方法。
・行政関係者からの意見を、医師が聞くこと機会をより多くもつように、ファシリテータは、必要に応じて介入する。

5. 解説(応需率改善への取り組み) (5分)

- 需要側(傷病者)の課題…需要の抑制策の例
・救急車、救急外来の適正利用の推進
電話相談(#7119、#8000、アプリ)の充実、老健施設・在宅患者の救急搬送の減少への取り組み(地域包括ケア)、頭回利用者対策、時間外選定療養費
- 供給側(医療機関)の課題…受入れ容量の増大策の例
見える化の推進(救急搬送の受入れ状況の公表・共有)、補助金の適正化(受入れ実績を反映)、出口問題への取り組み、表彰制度、
- 需要側と供給側のミスマッチの課題…改善策の例
見える化の推進(救急搬送の受入れ状況の公表・共有)、救急搬送受入れの実施基準(消防法第35条)の適時修正、医療機関による消防OBの活用、消防・医療の双方向の評価(電話をかける側の評価)

36

<講義形式の解説>

6. 地域の救急医療体制についての大きな課題は何ですか、優先順位は？
(現場の医療者、住民、行政のそれぞれの目線から)

37

時間に余裕があれば