

分担研究報告書

救急車の受け入れに至らない理由の分類について

研究協力者 田邊 晴山 救急救命東京研修所 教授
研究代表者 山本 保博 一般財団法人救急振興財団 会長

要旨

I 背景・目的

消防庁と厚生労働省は、毎年、「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」を実施、公表している。この調査は、救急車の受け入れが円滑に行われていない実態が社会問題化した平成 19 年より開始されたものであり 1)、その調査結果は、全国での救急車の受け入れ現状を表す基礎的な統計資料として活用されている。調査には、救急隊から受け入れを要請されるも救急医療機関が受け入れに至らなかった理由についてのデータも含まれており、救急医療機関の受け入れをより円滑にするための方策を考える上での重要な資料 2) となっているが、その統計方法にはいくつかの課題がある。本研究では、その課題を整理し、解決策を提示することを目的とする。

II 方法

資料の調査と会議形式の議論により、課題と解決策の案を整理した。

III 結果（課題の整理）

1. 受け入れに至らなかった理由の分類

この分類や定義は、実際に救急医療機関が受け入れられない理由をおおむね適切に表しているものの、個別の搬送事案を当てはめて詳細に確認すると必ずしも明確に区分できない場合がある。例えば、「専門外」の定義には、「専門医が不在の場合」とあるが、「医師不在」の定義の「医師が不在である場合」との区分が明確でない。また、「処置困難」の定義には「傷病者の症状から手に負えない場合」とあるが、「専門外」の定義にある「傷病者の症状から専門処置が必要であるが専門医が不在の場合」との区分が明確でない。

2. 受け入れに至らなかった理由の判断主体

受け入れに至らなかった医療機関の原因を集計するものであり、受け入れに至らなかった理由は、その医療機関がより正確に判断できる。消防機関ではない。しかしながら現状では、医療機関の医師、看護師もしくは事務員が電話越しに説明した内容をもとに、救急隊が判断して、分類している。医療機関自らが判断した結果を集計するのが望ましい。

IV. 解決策の案の提言と考察

課題を踏まえて、分類案を策定した。A 医師の要素→B 病床の要素→C その他の診療の要素の順に判断するフローチャートを用いて判断する方法である。A 医師の要素は、1-そもそも医師がいるのか？ 2-医師はいても多忙で手が離せない状況ではないか？ 3-医師の手に余裕があっても専門性が外れているのではないか？という視点から細分類するフローとした。医療機関が受け入れに至らない理由について、フロー案を、消防機関と医療機関で共有し、医療機関が傷病者の受け入れを断る場合には、共有したフローの番号を示し、その番号を消防機関が確認して、記録に残し、集計する仕組みが望まれる。

IV 結語

受け入れに至らなかった理由の分類方法を改善し、それをもとに受け入れに至らない理由を救急医療機関側が判断し、消防機関が集計することで、受け入れに至らない理由をより正確に把握することが可能となる。これにより、医療機関自身の取り組むべき方策や行政による救急医療機関への支援への方策がより適切なものになることが期待できる。

I. 背景・目的

消防庁と厚生労働省は、毎年、「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」を実施、公表している。この調査は、救急車の受け入れが円滑に行われていない実態が社会問題化した平成 19 年より開始されたものであり 1)、その調査結果は、全国での救急車の受け入れ現状を表す基礎的な統計資料として活用されている。

この調査には、救急隊から受け入れを要請されるも救急医療機関が受け入れに至らなかった理由についてのデータも含まれており、救急医療機関の受け入れをより円滑にするための方策を考える上での重要な資料 2) となっているが、その統計方法にはいくつかの課題がある。

本研究は、その課題を整理し、解決策を提示することを目的とする。

II. 方法

資料の調査と会議形式の議論により、課題と解決策の案を整理した。

III. 結果（課題の整理）

1. 受け入れに至らなかった理由の分類

調査では、救急医療機関等が受け入れに至らなかった理由は、「手術中、患者対応中」、「処置困難」、「ベッド満床」、「専門外」、「医師不在」、「初診」（「初診」は、産科・周産期傷病者搬送事案）でのみ）の 5 つに分類されている。それぞれの定義は、下記の通り定められている（図表 1）3）。

（図表 1）

手術中、患者対応中	手術中（手術の準備中を含む。）、重症（長期入院）患者対応などにより手が離せない場合
処置困難	傷病者の症状に対処する設備、資器

難	材がない場合。手術スタッフ不足、人手不足、傷病者の症状から手に負えない場合
ベッド満床	入院病床が満床のため、受入れできない場合
専門外	傷病者の症状から専門処置が必要であるが、専門医が不在の場合
医師不在	医師が不在である場合

この分類や定義は、実際に救急医療機関が受け入れられない理由をおおむね適切に表しているものの、個別の搬送事案を当てはめて詳細に確認すると必ずしも明確に区分できない場合がある。その原因や具体的な事例は次のとおりである。

・「専門外」の定義には、「専門医が不在の場合」とあるが、「医師不在」の定義の「医師が不在である場合」との区分が明確でない。

・「処置困難」の定義には「傷病者の症状から手に負えない場合」とあるが、「専門外」の定義にある「傷病者の症状から専門処置が必要であるが専門医が不在の場合」との区分が明確でない。

例えば、心筋梗塞に対して経カテーテル治療が必要と想定される場合、循環器専門医以外の医師にとって、「傷病者の症状から手に負えない場合」に該当するとともに、「傷病者の症状から専門処置が必要であるが専門医が不在の場合」にも該当する。

・「手術中、患者対応中」の定義には、「重症患者対応などにより手が離せない場合」とあるが、「処置困難」の定義にある「人手不足」との区分が明確でない。重症患者対応などにより手が離せない医師がいても、別の医師がいれば、対応可能である。別の医師がいない状況は、「人手不足」とも捉えることができるからである。

・救命救急センターなどで、別の救急車を受け入れており初療室のベッドが埋まっている場合、「ベッド満床」を選択するのか、それとも「手術中患者対応中」を選択するのか明確でない。

・救命救急センターなどで受け入れを断る理由として、「救命救急センターで対応するには緊急度重症度が低い」という理由があるが、「専門外」を選択するのか、「処置困難」なのか、それ以外なのか明確でない。

・市立病院などで、区域外からの搬送であることを理由に受け入れを断ることがあるが、その際の分類が明確でない。

・複数の理由がある場合に、どれを優先して選択するか明確でない。

2. 受け入れに至らなかった理由の判断主体

受け入れに至らなかった医療機関の原因を集計するものであり、受け入れに至らなかった理由は、その医療機関がより正確に判断できる。消防機関ではない。

しかしながら現状では、医療機関の医師、看護師もしくは事務員が電話越しに説明した内容をもとに、救急隊が判断して、分類している。医療機関側が、理由を説明しなかった場合やあいまいに説明した場合には、救急隊側が想像で分類している場合もあると聞く。

受け入れに至らなかった理由は、救急医療機関の受け入れをより円滑にするための方策を考える上での重要なデータであり、より正確な分類が必要になる。医療機関自らが判断した結果を集計するのが望ましい。

IV. 解決策の案の提言と考察

1. 理由の分類の定義等の見直し

① 分類方法

前述した課題を踏まえて、分類案を策定した(図表2)。A 医師の要素→B 病床の要素→C その他の診療の要素 の順に判断するフローチャートを用いて判断する方法である。A 医師の要素は、1-そもそも医師がいるのか? 2-医師はいても多忙で手が離せない状況ではないか? 3-医師の手に余裕があっても専門性が外れているのはないか?という視点から細分類する次のフローとした。

A-1 救急搬送傷病者の診療を担当する医師が院内にそもそもいるのか?

A-2 救急搬送傷病者の診療を担当する医師はいたとしても、その医師らが手術や他の患者などへの対応のために診療できない状況ではないのか?

A-3 手が空いていたとしても、傷病者に必要と想定される診療が、診療を担当する医師やその医療機関にいる他の医師の診療可能な範囲を超えていることが原因か?

B 医師は診療できる状態にあるが、入院となった場合に適切な入院病床がないことが原因か?

C-1 医師、入院病床は確保できていても、それ以外の診療体制が確保できていないことが原因か?

C-2 医師、入院病床、それ以外の診療体制も確保されているが、かかりつけでないことが理由か?(例:産科医療機関で、傷病者が当該医療機関で妊婦健診をしていない)

D いずれにも該当しない場合か?

② 分類数

調査は、全国の700余りの消防機関が集計したデータが元となっている。そのため、調査項目の追加ごとに各消防機関の集計システムの改

修が必要となる。それを避けるため、分類は7分類のままとした。分類数を増やさないことで、「理由がわからない」、「これまでに医療機関－傷病者間でのトラブルがある」、「(救命センターなどの場合で) 緊急度重症度が低い」、「管轄外の地域からの依頼である」などは同じ分類に振りわかれことにした。

2. 理由の判断主体の変更

救急医療機関が、自身の救急車の受け入れ体制を改善するためにも、行政などが救急医療機関を支援するためにも、受け入れに至らなかった理由の正確な分類が必要である。そのためには、医療機関が受け入れに至らない理由について、消防機関側が推測によって判断したものを集計するのではなく、医療機関側が判断したものを消防機関が確認して、集計することで、より正確なデータとなる。

具体的な方法としては、図表2のフロー案を、消防機関と医療機関で共有し、医療機関が傷病者の受け入れを断る場合には、共有したフローの番号を示し、その番号を消防機関が確認して、記録に残し、集計する仕組みが考えられる。

このような取り組みの有無を二次救急医療機関や三次救急医療機関の評価等に組み入れることで、救急医療機関の改善を要する課題が明確となり、医療機関自身の取り組みべき方策や行政による救急医療機関への支援への方策がより適切なものになることが期待できる。

V. 結語

消防庁、厚生労働省で毎年、調査・公表される救急搬送における受入状況等実態調査における、「救急車の受け入れに至らなかった理由」の集計方法についての課題を整理し、その課題を解決するための提言を行った。

受け入れに至らなかった理由の分類方法を改

善し、それをもとに、受け入れに至らない理由を救急医療機関側が判断し、消防機関が集計することで、受け入れに至らない理由をより正確に把握することが可能となる。

これにより、医療機関自身の取り組むべき方策や行政による救急医療機関への支援への方策がより適切なものになることが期待できる。

VI. 他

1. 参考文献

- 1) 消防庁「救急要請における産科・周産期傷病者搬送実態調査の結果について」(平成19年10月26日)
- 2) 厚生労働省「第5回救急医療の今後の在り方に関する検討会」資料3
- 3) 消防庁「平成28年中の救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査の結果」(平成28年)

2. 論文発表・学会発表 なし

3. 知的財産権の出願・登録状況 なし

図表2 救急車の受入れに至らなかった理由の分類フロー（案）

