

救急患者のスクリーニングシステムに関する研究

○正会員 友清 貴和^{*1} 同 両角 光男^{*2}

1. 研究の目的

医療の基本であるプライマリーケアでは、basic and first-contact-medical careがその中心とされ、特に一般的に「救急医療」といわれるものでは、これらの考え方が最も重視される。

ところで我が国では、「救急医療」に明確な定義がなされておらず、救急患者に対する対応策も充分ではない。この理由は、第一に患者(住民)が救急処置・治療を必要と考える疾病や事故の内容と医師(医療従事者)が救急処置・治療を要すると判断するものに差があること、第二に診療体制が充実している平日昼間と手薄な夜間又は日祭日とは住民・医療従事者ともに救急の認識度や要求度が異なることである。

以上のような原因により、first-contact-careを最も要求される救急医療の現場は、かなり混乱に落ち入っているのが現状である。これらの具体例は、住民側からは、救急診療が必要だと思い医療施設へかけ込んだのに診てくれなかった、又は、充分な治療や説明がなかったといった不満となり、医療従事者側からは、住民が勝手に救急だとして来院するため窓口・現場が混乱する、来院患者の多くはさほど救急性が認められず、本来の救急医療活動を阻害する場合が多い、との意見が出される。これは当然救急車利用に関しても似た意見となっている。

現在我が国でなされている救急医療施設配置および供給システム構築では、医療従事者側に立った、救急医療需要をもとにしたものである。一方、実際に施設を訪れる患者は、住民サイドで救急だと判断したものである。

以上のような矛盾を解決するには、住民が救急だと判断した患者を即座に受け入れられるだけの量と質をもった施設や医療従事者を確保しておく方法と、住民と医療従事者が、ともに救急だと判断する患者をなんらかの方法で選別し、必要に応じた診療をそれなりの

施設で行う方法が考えられる。

本研究は、住民の救急処置・治療要求を情報網で一定の場所に集約し、専門家の判断の下に患者をふるい分け、必要に応じた処置が取れるシステムを構築し、ひいては、救急医療施設配置計画に資する知見を得ようとするものである。本研究でいうスクリーニングシステムとは、情報網に、現段階では電話、将来はファクシミリ、パソコン又はテレビ電話を活用し、患者の症状・要求を専門家がスクリーニングし、必要に応じた指示を与え、直接医師が診療すべき患者をスムーズに適切な施設へ搬送する体制のことである。

このようなシステムは、北欧で一部採用されているが、増大する住民の救急医療に対する不安をへらし、混乱する救急医療の現場を秩序あるものとする、効率的な手法として評価し、かつ我が国でも導入が検討されるべきものである。

2. 研究の方法

救急患者スクリーニングシステムの導入をはかるには、まずシステムの概念を明らかにすること、次いでシステムの有効性を評価・検討することが前提となるが、我が国で本格的稼働がなされていないこのシステムを評価することは困難である。このため、救急患者からの電話問い合わせを受け、患者の流れを地域的に誘導しようと目指している、熊本地域医療センターの例をスクリーニングシステムの近似例として取り上げ第一段階として実態分析を行う。

ところで分析の資料とした「電話問い合わせ案内票」は、図-1で示したような患者データとセンターが行った指示内容が記録してある。記録はセンターの救急事務受け付けで行い、専門の要員ではなく、事務員又は看護婦が記録している。

筆者等は、昭和61年4月1日～同62年3月31日までの約9000のデータの中から、①どのような属性の患者から照会の電話があったか②患者の疾病・主訴はどの

ようなものが多いか③照会の結果患者はどのような経緯をたどってゆくか等を読み取ろうとするものである。

3. まとめ

現在の熊本地域医療センターを中心とした患者の流れを類型化し、救急患者のスクリーニング状況をモデル化した。図-2

患者は、1次の救急診療施設を経て2次・3次救急として移動するもの、直接施設に飛び込んでくるもの、センターに電話照会してくるものの3者に区分できる。本報告で取り上げたのは、電話照会を経て流れる患者の動態である。

これらの患者の中には、まず、自宅観察の指示を受け自宅待機するもの、指示を無視していずれかの施設に行くものがある。次に、施設での受診を指示されながら、症状が落ち着いたとして指示を無視するもの、指示された施設以外で受診するもの、指示された施設を訪れるものに区分される。患者がセンターの指示を無視することは当然あり得ることであり、患者のモラ

- ①受付 日時 年月日 曜 時 分
- ②照 会 市民, 医療機関, 救急隊, 警察
- ③患 者 氏名() 男・女, 年齢 才
住所() 電話()
- ④家 庭 医 有・無, 連絡 有・無, 在・不在
- ⑤症 状 体温, 食欲, 吐き気, 既往歴()
- ⑥紹 介 医療機関(), 来院指示, 観察
- ⑦特記 事項 ()

図-1 電話問い合わせ案内票概要

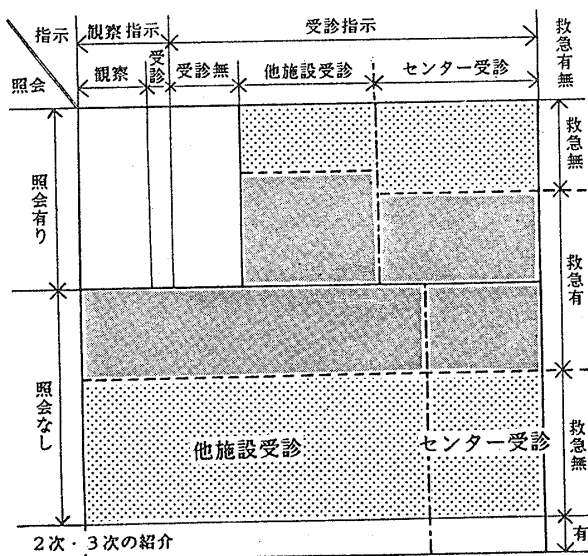


図-2 スクリーニングシステムのモデル

ールの問題であるため、現在での評価は不可能である。

スクリーニングシステムを考えるに当たって、最も意味のある部分は、電話照会の結果、自宅観察を指示される患者はどの程度の数にのぼるかであり、自宅観察が適切な処置であったかである。さらに、施設での受診を指示された患者は、救急性の高い患者がより多く残ったか、かつ、症状に対応した施設を紹介されたかである。また一方では、患者を紹介された施設は、受入れ体制が充分にとり得たかである。

即ち、スクリーニングシステムがうまく稼働することをモデル図で示せば、照会有りの患者がふえること、この中で、自宅観察（場合によっては自宅処置・投薬指示を含む）の数が一定量までふえること、照会なしの患者群に比べて、医療従事者の判断する救急患者の割合が増大することである。そして総合的にみれば、住民はいつ病気・けがになっても精神的落ち着きを持つることである。

地域医療計画なかでも救急医療施設配置計画は、急務であるといわれながら、配置計画の基準となる条件が非常に流動的で、かつ不明確である現在、施設計画においても、このようなスクリーニングシステムのあり方から提言してゆく必要があろう。熊本地域医療センターの電話受け付け方法は、一定の成果を上げていると判断されるものの、本格的スクリーニングシステムにはほど遠い状況である。我々は、今後新しい問い合わせ案内票の提言をするとともに、その追跡調査を行い、救急患者スクリーニングシステムに対する新しい知見を提言したい。ひいては、救急医療施設配置計画の基準を見い出したい。

この研究は文部省科学研究費助成金（一般C 課題番号60550424）の助成を受けた。この報告の資料は鹿児島大学工学部 天野高光君、藤岡孝志君の卒業研究としてまとめられたものである。また、資料となった原票は熊本地域医療センター医師会病院に見せて頂いた。ご協力頂いた各位に感謝の意を表します。

参考文献

大坪昌裕; 救急医療施設の配置計画に関する研究 —熊本地域医療センターの患者利用実態調査—鹿児島大学工学部卒業論文、1986-12
 菊池 武; 救急医療体制整備に関する研究、熊本大学大学院工学研究科修士論文、1987-03

*1 鹿児島大学助教授(工博) *2 熊本大学助教授(工博)