

## 結果

- 施設特性

	回答あり (N=215)	回答なし (N=251)	p value
<b>病院規模</b>			0.207
小規模病院 (<100 beds)	5(2.3)	2(0.8)	
中規模病院 (100-399 beds)	48(22.3)	74(29.5)	
大規模病院 (≥400 beds)	149(69.3)	188(74.9)	
<b>設立母体</b>			
国立病院	38(17.7)	N/A	
自治体病院	49(22.8)	N/A	
公的病院	47(21.9)	N/A	
私的病院	72(33.5)	N/A	
<b>研修指定病院</b>			
研修指定病院	185(86.0)	N/A	
非研修指定病院	10(4.7)	N/A	
<b>施設種別</b>			0.004
3次救急指定	130(60.4)	119(47.1)	
2次救急指定	82(38.1)	132(52.6)	

N/A not assessed.

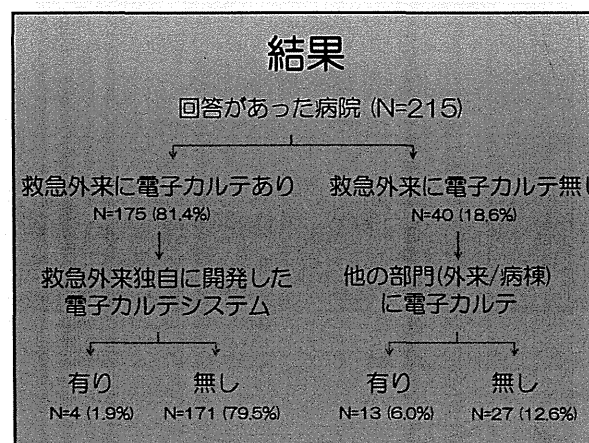
	回答あり (N=215)	回答なし (N=251)	p value
<b>病院規模</b>			0.207
小規模病院 (<100 beds)	5(2.3)	2(0.8)	
中規模病院 (100-399 beds)	48(22.3)	74(29.5)	
大規模病院 (≥400 beds)	149(69.3)	188(74.9)	
<b>設立母体</b>			
国立病院	38(17.7)	N/A	
自治体病院	49(22.8)	N/A	
公的病院	47(21.9)	N/A	
私的病院	72(33.5)	N/A	
<b>研修指定病院</b>			
研修指定病院	185(86.0)	N/A	
非研修指定病院	10(4.7)	N/A	
<b>施設種別</b>			
3次救急指定	130	119	
2次救急指定	82	132	

N/A not assessed.

## 結果

### 救急外来のカルテ

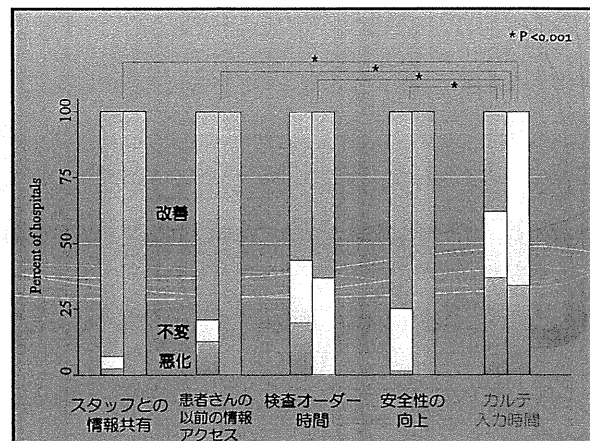
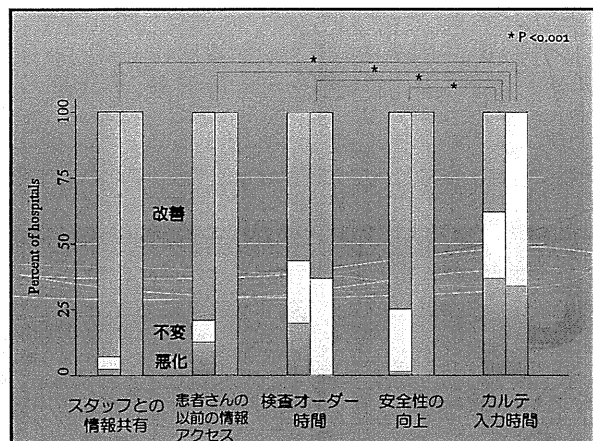
- 電子カルテの導入率



## 結果

### 救急外来のカルテ

- 電子カルテを救急外来に導入後に改善した所、悪化した所

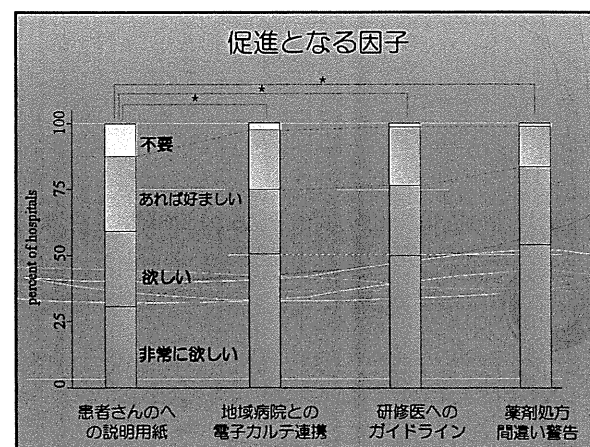
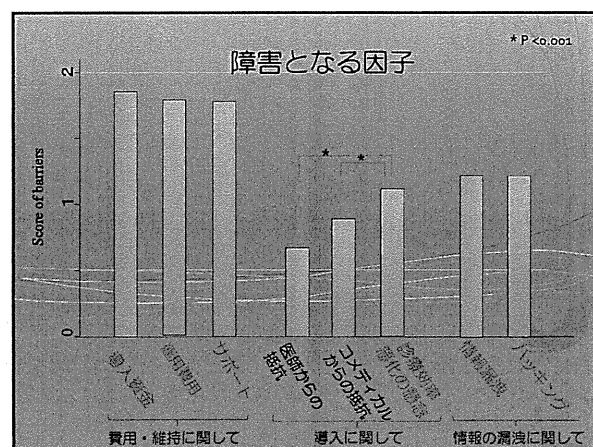
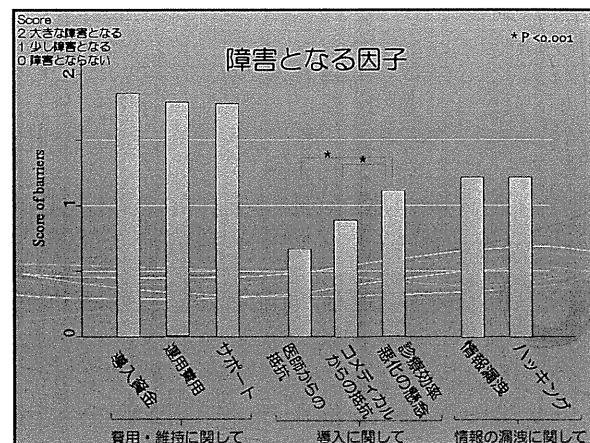


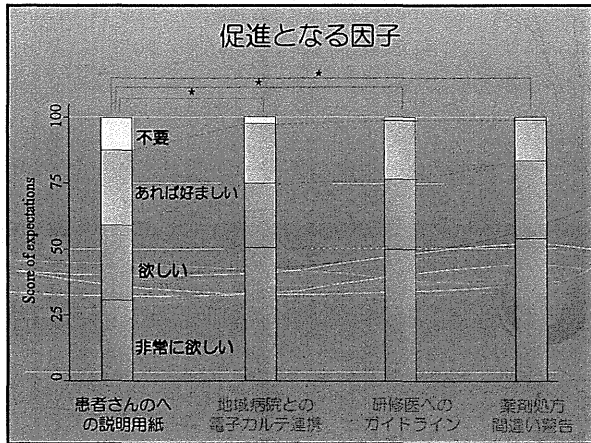
## 結果

救急外来のカルテ

電子カルテを救急外来に導入後に改善した所、悪化した所

- 新しい電子カルテシステムを導入するに当たって障害・促進となる因子





### 考察

回答率は46.6%。  
 215施設中電子カルテを導入している施設は175施設(81.4%)であった。  
 また、EDISを導入している施設は4施設(1.9%)であった。

2011年時点で日本全体400病床以上の病院では電子カルテの導入率は51.5%(Yoshida et al 2013)

救急科専門医指定施設の多くで電子カルテが普及していることが判明

### 考察

電子カルテ導入後は

- ・オーダー時間
- ・情報共有
- ・安全性

を向上させているが、カルテ入力時間は低減していない。

一般臨床医は電子カルテにカルテ入力時間の短縮は、期待していない (Poissant et al)。しかし救急医はカルテ入力時間の短縮を望んでいる。(Perry et al)

➡カルテ入力に重点をおいた電子カルテの開発が必要

### 考察

研修医に診療ガイドラインを見せる機能を望んでいる病院が多かった。

➡診療ガイドラインを表示する電子カルテの開発が必要

### 展望

研修医用鑑別疾患

JTAS+αから主訴の選択

絵からでも選択可能

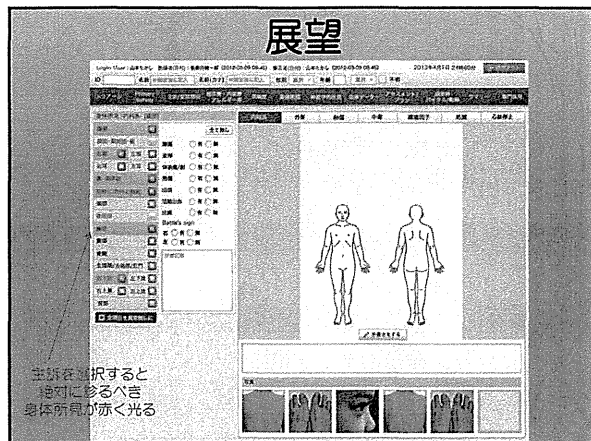
### 展望

主訴から鑑別疾患を提示する  
例：頭痛

臓器	CRITICAL DIAGNOSES	EMERGENT DIAGNOSES	NONEMERGENT DIAGNOSES
神経、血管	くも膜下出血	シャント不全 薬引性頭痛 脳瘤	偏頭痛 三叉神経痛 外傷後 腫瘍切除後
中毒 / 内分泌	一酸化炭素中毒	高山病	
膠原病	側頭動脈炎		
眼科 / 耳鼻科		結内障 / 副鼻腔炎	眼科疾患 / 頸部筋疾患
筋骨格系			緊張性頭痛 頸椎捻挫
アレルギー			群発頭痛
感染	細菌性髄膜炎 / 脳炎	脳腫瘍	発熱による頭痛 / 頭蓋内以外の感染による頭痛
呼吸器系		酸素欠乏性頭痛 貧血	
心血管系		高血圧緊急症	高血圧 (まれ)
腎臓			労作時 / 性交時頭痛

66個の主訴をカバー  
これを緊急度順に並びかえる。  
RosenやTintinelliでこれを行っているのは6症候しかない





Limitaion

回答病院は

- ・ 3次病院が多い
- ・ 研修指定病院が多い

→ 一般化することは出来ないが、日本の救急指定病院は研修指定病院が殆ど開発する意義はあるかと思われる

結論

今後救急外来で電子カルテを開発するにあたっては、

- ・ 導入・維持費用の低減
- ・ カルテ入力時間を短縮させる
- ・ ガイドラインを表示する

ことが有用であることが判明した。

結論

今後日本の救急外来に使いやすいEDISが導入されることで救急外来における

- ・ 安全性の向上
- ・ 日本人による知見の蓄積
- ・ 疫学研究の進展

が望まれる

御静聴有難うございました

この研究は、厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業 「救急外来に特化した電子カルテシステムと臨床診断意思決定支援システムの開発による医療安全の向上に関する研究」(研究代表者 中島 勲)の助成によって行われています。

