

研究課題：増加する救急患者に対する地域での取組（特に地域包括ケアシステムの構築にむけた
メディカルコントロールの活用）に関する研究

研究項目：救急医療機関と在宅診療所の情報共有充実に関する研究

研究分担者 太田 祥一 東京医科大学 救急・災害医学分野 兼任教授
研究協力者 遠藤 拓郎 関東労災病院 救急総合診療科
辻 友篤 東海大学 医学部 救命救急医学 講師

研究要旨

目的：今回われわれは、在宅医療から救急医療への搬送時の情報共有を充実させるために、どのような介入が有効かを検討し、その結果を通して得た知見をどのように地域包括ケアシステムの構築において活用できるかを検討することを目的に本研究を行った。

方法：2013年12月から、在宅医療をしているかかりつけ医が家族に救急車を呼ぶように伝えたのみで事前に病院へ連絡がなかった症例を対象に、救急初療医がかかりつけ医を特定できた段階でかかりつけ医に連絡し、搬送前の経緯等の書面での情報提供を依頼した。

結果：介入前に比して介入後は、情報提供の割合について、十分が多く不十分が減り、改善した。

考察：救急初療医から在宅医への直接の働きかけによって救急搬送時の情報提供が充実する可能性が示唆された。患者の診療に直接当たっている救急初療医が搬送の理由と内容を直接自らの口で前医（かかりつけ医）に伝えることは、もっともプリミティブではあるが、確実な連携である。このようなやりとりを積み上げた結果、在宅診療所と病院の相互理解が進み、連携がより円滑になることが期待され、本来の地域包括ケアシステムのあるべき像に近づけると考えられる。

結論：救急医療から在宅医療への働きかけによって救急搬送時の情報提供は充実した。

A. 研究目的

今後、救急患者の増加は不可避であり、そのなかでも高齢者の割合はさらに増大している。在宅医療で多くの病態への対応が可能となっているが、環境・状況などによっては入院加療が有用なこともある。その際には、救急搬送が必要になることが少なくない。その際の緊急度・重症度判定と病院選定、情報共有を誰がいつどのように行うかについての具体的な方法は確定していない。

関東労災病院の救急室では、軽症から中等症の搬送例では、搬送依頼前の事前の情報提供がないことが大半で救急隊からの搬送依頼の第一報が病院への最初の連絡であった。そのため、来院後に救急初療医が診療に必要な情報がかかりつけ医やケアマネジャー等の関係者に問い合わせる集めることが日常的となり、これに要する時間が救急初療医にとって負担となっていた。仮に救急初療医が必要とするタイミングで必要な情報が提供されれば、負担軽減に寄与するとの仮説のもとで検討を始めた。先行研究として、在宅医療患者の救急搬送で救急医療機関側が必要とする情報として、一般的な現病歴や既往歴などに加えて、急変時の事前の希望（リビングウィル）と誰がキーパーソンかであるかが、多く必要とされていた。これは第14回日本在宅医学会で報告した。この検討で明らかになった課題の改善のために取り組みを進めてきた。

今回われわれは、在宅医療から救急医療への搬送時の情報共有を充実させるために、どのような介入

が有効かを検討し、その結果を通して得た知見をどのように地域包括ケアシステムの構築において活用できるかを検討することを目的に本研究を行った。

B. 研究方法

関東労災病院へ搬送された症例のうち、在宅医療をしているかかりつけ医が家族に救急車を呼ぶように伝えたのみで事前に病院へ連絡がなかった症例を対象とし、救急初療医がかかりつけ医を特定できた段階でかかりつけ医に連絡し、搬送前の経緯等の書面での情報提供を依頼した。また、到着時にかかりつけ医が不明である場合は少なくなく、その特定には一定の時間を要することもしばしばである。しかしながら、在宅診療が入っている場合には、ほぼ全例で担当のケアマネジャーがいることから、そこからほとんどのかかりつけ医を特定できた。

かかりつけ医への連絡の際には、次の搬送時には、時間的に可能であれば、第一報を連携室にして欲しい旨を伝えた。また、以下の点をわれわれが理解している旨も伝えた。①在宅診療では複数の患者の同時対応は困難であり、搬送依頼と同時に情報提供はさらに困難である。②地域の看護師やヘルパーへは遠隔からの指示が必ずしも有用でない。③当院は依頼時には受け入れることを基本スタンスとしている。

上記のような直接の連絡以外に、地域の診療所との定期的な会合・地域包括ケア会議への参加は継続

した。

この介入は2013年12月から開始し、2015年に情報共有がどの程度充実したかを再評価した。なお、今回は症例の重症度は問わなかった。

(倫理面への配慮)

患者個人が特定されないように配慮した。

C. 研究結果

介入前に比して介入後は、情報提供の割合について、十分が多く不十分が減り、改善した。評価方法は、添付資料(第44回日本救急医学会総会発表資料)の「3. 情報共有充実度の評価方法について」に示す。

D. 考察

救急初療医から在宅医への直接の働きかけによって救急搬送時の情報提供が充実する可能性が示唆された。

当院へ患者を頻回に搬送する診療所は約20か所あった。われわれのように在宅医療の経験がある救急医は、その経験をもとに在宅医療と救急医療のよりよい連携を模索している。逆に、在宅医療医も救急医療の現場を知れば、解決、改善できる問題も少なくないと考えられる。

患者の診療に直接当たっている救急初療医が病院到着後の経過と情報依頼を直接自らの口で前医(かかりつけ医)に伝えることは、もっともプリミティブではあるが、確実な連携である。

救急医療側は、このようなやりとりは、最初は時間がかかり負担があるように感じるが、短期間に集中的に取り組むことにより、その後の連携が円滑となり継続性が期待できるのであれば、メリットのほうが大きくなる可能性があり、このような取り組みは重要であると考えられる。このようなやりとりを積み上げた結果、在宅診療所と病院の相互理解が進み、連携がより円滑になることが期待され、本来の地域包括ケアシステムのあるべき像に近づけると考えられる。

E. 結論

救急医療から在宅医療への働きかけによって救急搬送時の情報提供は充実した。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

・遠藤拓郎：在宅高齢者の増悪・急変に多い病態；病態理解からの対応。救急医療からの振り返りを含めて。在宅新療0-100. 2017; 2: 130-135.

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし