

# 在宅医療から救急病院への 情報共有充実の試み



(資料)

関東労災病院 救急総合診療科

遠藤拓郎 石井智也 高橋直樹 吉井肇 横須賀公三 名倉功二 小西竜太

## 1. 背景と目的

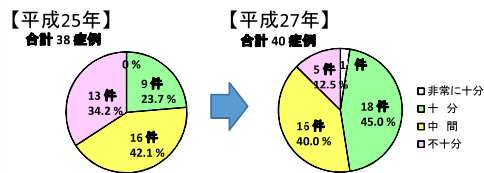
- 当院は川崎市の急性期総合病院で、地域医療支援病院の認定を受けており、二次救急を中心に一次や三次(一部)救急にも対応している。当地域でも地域包括ケアシステム下で在宅医療が推進されており、在宅医からの救急搬送依頼が増えている。
- 今後も円滑に搬送を受け続けるためには、在宅医と救急部門がよりよく連携することが必要であり、そのための情報共有充実が肝要であると考え、情報共有を充実させるためにはどのような介入が有効かを検討した。

## 2. 対象と介入方法

- 当科初療症例のうち『在宅医が救急車を呼ぶように家族に伝えたのみで病院へ事前連絡がない症例』を介入対象とした。
- 初療医から在宅医へ電話し、当該症例の情報提供を依頼するとともに、今後は可能であれば、事前に連携室に一報し、詳細な情報については追って紙面提供することを依頼した。
- 2013年12月から介入実施し、介入前後で情報共有の充実度について評価した。

## 4. 結果

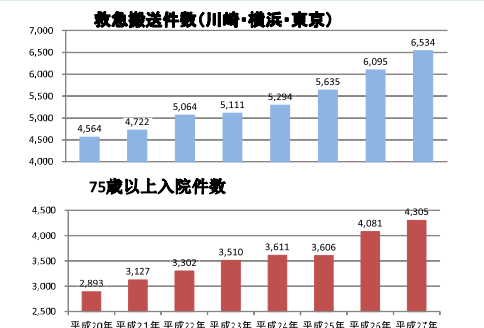
- 介入前に比べて介入後は「十分」が多く、「不十分」が減り、明らかに改善した。



## 5. 考察

- 情報共有のためには、その場でのアナログ双方向の働きかけが重要であると思われる。
- また、当院では初療医が入院となる症例の場合には病棟医に引き継ぐ前に基本情報をそろえることを常としていることもあり、在宅医からの情報が「十分」となることにより、初療業務が軽減されたと思われる。
- 今後は、業務負担の軽減の度合いについても数値化する必要性が考えられた。

## 6. 当院の救急搬送および高齢者入院数の推移



- 救急搬送受け入れを強化する院内の様々な取り組み**
- 平成24年 救急総合診療科の創設
  - 不応需例の全例報告
  - 全診療科オンコール体制の導入
  - 高齢者入院について全内科系診療科での輪番制の導入
  - 平成28年 三次救急の再開

### 参考文献

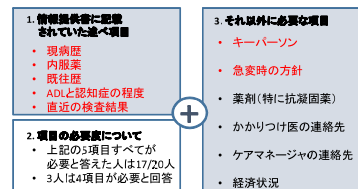
- Philip Kotler and Kevin Lane Keller A Framework for Marketing Management, 3rd Edition, Prentice Hall, 2007
- G Cachon, C Terwiesch Matching Supply with Demand: An Introduction to Operations Management, 3rd Edition, 2012
- Leonard L. Berry, Kent D. Seltman Management Lessons from Mayo Clinic: Inside One of the World's Most Admired Service Organizations, 2008

## 3. 情報共有充実度の評価方法について

- Operation Improvementにおいて活用されている方法論 Supplier Management Approach をもとに評価方法を構築した
- その際には、1) 病院が一律に使用できる事、2) 客観性が担保されている事、3) 煩雑になりすぎない事を目指した

### 段階1 「救急搬送時に在宅診療所に求める情報がどういったものであるか？」を明らかにする

- まず、1. 救急総合診療科に在宅診療所から紹介された38症例での情報提供書を使用し、そこに記載されている情報項目の抽出を行った。2. 次に、それら抽出された項目について、実際に現場で初療にあたる医師看護師12名にアンケートを実施し各項目が必要であるかを聞いた。3. また、これらの項目以外に必要な情報についても自由記載で上げてもらった。



- 情報提供書に実際に記載されていた項目は、現病歴、内服薬、既往歴、ADLと認知症の程度、直近の検査結果の5つ。
- また、提供されている項目以外に必要なものとして、キーパーソン、急変時の方針、薬剤(特に抗凝固薬)、かかりつけ医の連絡先、ケアマネージャ連絡先、経済状況があがった。
- 特に、キーパーソンと急変時の方針については20人中6名の回答があり、必要度が高い情報であることがわかった。
- 声が多くあつた理由としては、重篤な症例では気管挿管や心肺蘇生、緊急血液浄化を早期に行う必要があり、その判断に大きく関与するためと考えられた。

### 段階2 項目ごとの配点と評価の実際

項目	配点
① 現病歴	3点
② 現在の内服薬	1点
③ 既往歴	1点
④ ADLと認知症の程度	2点
⑤ 直近の検査結果	1点
⑥ キーパーソン	1点
⑦ 急変時の方針	1点
合計	10点

合計点数	判定
9点~10点	非常に十分
6点~8点	十分
4点~5点	中間
3点以下	不十分

- 既存の5項目に加え、キーパーソンと急変時の治療方針の2項目を加えて7項目を評価項目に採用した。
- また、配点に関しては、重要と答えた人の割合が多かった項目に重みづけを行った。
- それぞれの提供書を合計10点満点で評価し、表のように、9点以上を非常に十分、6-8点を十分、4-5点を中間、3点未満を不十分として4段階で判定した。

## 7. 結語

- 初療医から在宅医へのアナログな働きかけによって救急搬送時の情報提供は充実し、結果として救急部の初療業務が軽減された可能性がある。
- 救急搬送受け入れ強化のためには、複数の同時アプローチが肝要である。本介入手法は他施設でも実践でき効果を期待できると思われるため報告した。