

## Y4-37

### 当科の救急における地域医療連携 ー行政、弁護士会、メディアも参加してー

長岡赤十字病院 救命救急センター

○内藤万砂文、江部 克也、江部 佑輔、小林 和紀

【はじめに】地方の医療崩壊は深刻であるが、救急医療現場では本来業務以外にもエネルギーを費やす。泥酔、暴力、暴言やリピーターに加え、精神科関連の薬物中毒、自殺企図やホームレスなどに振り回される。多組織連携が欠かせない。

【長岡地域救急懇談会の概要】長岡市では500床超の急性期病院が3つによる均等な救急輪番体制がうまく機能してきた。しかし、重症例の連続搬入などいくつかの問題が発生し、2006年6月に救急懇談会を発足させた。問題共有と対策協議を目的に、当初3病院の救急担当医師とナースだけで始めた会であった。しかし、病院単独では解決できない事案が多く、消防、医師会、精神医療センターなどにも参加を呼びかけた。やがて、市行政から健康課、生活保護担当の生活支援課、高齢者担当の福祉総務課が、保健所からは医薬予防課、精神福祉課が加わった。すでに36回を重ねたが、今では周辺病院や消防、県弁護士会やメディアも加わり、毎回30人規模の会となっている。初期に参加してくれていた警察の参加が途絶えていたが、メディアの警察担当者の働きかけで再び参加がえられるようになった。会の進行は、毎回自己紹介から開始し基本的に参加者全員に発言を求める。受け入れ困難例の提示と対策、他組織への質問や要望、問題症例の情報共有や対応の統一化などをはかっている。さらに、各組織からさまざまな情報提供がなされている。

【考察】救急医療に関係する多くの組織の実務者が懇談会に参加することで地域医療連携がはかられている。顔のみえる関係ができ、本音で活発な意見交換を続けることで、病院単独では対応困難な問題に対しても地域全体で取り組むことが可能となった。地域の救急医療を守るためには、地域の叡智を集結することが重要と考える。

## Y4-39

### 救急部門との相補による地域医療連携体制の構築と、後方連携の課題

横浜市立みなと赤十字病院 医療連携センター<sup>1)</sup>、救急部<sup>2)</sup>

○持松 泰彦<sup>1)</sup>、佐伯 沙羅<sup>1)</sup>、嶋原 貞子<sup>1)</sup>、阿部由起子<sup>1)</sup>、吉澤 香苗<sup>1)</sup>、大湯 宝子<sup>1)</sup>、田端みどり<sup>1)</sup>、金井 緑<sup>1)</sup>、北村 聖奈<sup>1)</sup>、菊池 孝子<sup>1)</sup>、伊藤 敏孝<sup>2)</sup>

当院は横浜市の中心部にある634床の急性期病院であり、市立病院の再整備事業を受け日本赤十字社が指定管理者として開院8年目です。大学分院近傍の人口密集地という立地条件から、地域密着型の「診療所に頼られる、選ばれる病院」、「断らないER型救急」を目標に整備を進めました。開院当初は診療所からの急患依頼を手術中・検査中など受入出来ないこともありましたが、救急部のバックアップで対応できるようになりました。救急搬送患者の逆紹介を推進し、これが紹介率アップに繋がって、地域医療支援病院・救命救急センター・がん診療連携拠点病院の指定を得、地域の中小病院にも頼られ中核病院と認められるところまで来ました。地域連携部門の充実には、開院の年に発足した日赤東部ブロック医療連携協議会での先輩病院からの情報が貴重でした。この会で昨年度、赤十字連携の実務マニュアルを作成しました。

一方で、「断らない」救急標榜が伝わると、社会的条件の悪い患者さんが遠方からも集中する事となり、医療依存度の高い高齢者、経済的困窮状態など救命処置後の行き先に困る患者さんが急増しました。平成23年度の救急車受入台数は12,266台、断り率は4.3%です。医療連携センターでは相談室部門のMSW・在宅支援看護師を増員し、地域の介護資源発掘と連携に努めています。当院の地区は後方病院が極めて少なく、転院は困難を極めます。毎月200件以上の退院支援依頼が来ますが、半数以上が最終的な行き先は在宅となっています。地域で安心して過ごせるコーディネートこそが退院支援である、との考えで体制の整備・地域の介護療養資源の底上げ・連携強化に努めています。

## Y4-38

### 救急医療崩壊での地域医療連携の試み

名古屋第一赤十字病院 医療社会事業部 地域医療連携課

○小島 裕子、小林陽一郎、坂井田 稔、花木 芳洋、竹内 勝秀、小林 寿、古川恵美子

【はじめに】当地域では近年、医師不足等により一部診療科を閉診する中核病院が増加し、3次救急病院へ救急搬送される患者が集中してきている。従来は緊急患者対応医師が愛知県医師会救急医療情報センターでの情報を基に該当病院へ病状等を説明し受入れ可否を確認しているが、受入病院の診療状態により断られることも少なくない。地域住民への安心かつ高度な医療提供のため、補完関係を持った急性期病院同士の連携が早急に必要であると考えられる。

【目的】3次救急病院と2次救急病院において、補完関係をもった急性期病院連携により適切な転送が可能かどうかを検討する。

【方策】地域医療連携室が事務処理に関わる連絡方法について院内外連携運用を取り決めるため、病院間の院長で急性期機能連携についての合意を得ることとした。さらに緊急入院適応の患者について該当の診療科医師同士で詰めた後、傷病名と簡単な病状のみの情報で転送の受入れ可否を問うこととした。

【結果】緊急受入件数 平成22年度99件→平成23年度157件、転送件数 平成22年度22件→平成23年度58件

【考察】前年度比較において、緊急受入件数は約1.6倍、連携先への転送件数は約2.6倍へと増加した。運用開始後、連携先病院との協定により適切な時期のスムーズな転送が多く行われ、患者にとって最良の医療を受けられる体制作りができ始めた。今後も連携先病院を増やし更なるネットワーク拡大で地域医療の貢献に努めるとともに、県下の他医療圏においても同システムが展開されていくためのモデルとなるよう目標も掲げている。最後に、責任医療圏内での急性期病院連携には、各病院の医療状況を理解し合い補完関係をもって連携を深めていくことが肝要と考える。

## Y4-40

### 支援透析マニュアルの検討～震災から学んだこと～

盛岡赤十字病院 泌尿器科

○菊池 香、伊藤 幸枝、佐々木明美、米澤由美子、福田 孝、沼里 進

1.目的 東日本大震災により沿岸部の透析施設が被災した為、当院では従来の透析患者45名に加え、被災した24名の透析患者を受け入れた。当院の災害マニュアルには、支援透析に関するものはなかった。実際に行った支援透析を振り返り、支援透析マニュアルの作成を検討したので報告する。

2.方法 震災直後から約1か月間の経過を、看護師11名に聴き取り調査を実施、経時的にまとめる。

3.結果・考察 (1) スタッフの体制 震災翌日より患者の受け入れ要請・安否確認・業者からの連絡が相次ぎ、情報が錯綜した。情報を集約し全体を統括する看護師を配置、指揮系統を明確にすることが重要である。また、患者数の増加で多忙となり、選番体制・他部署からの応援など、スタッフを増員して対応した。支援の長期化による疲労、事故の発生も懸念される為、スタッフの増員も不可欠である。(2) 受け入れ患者の来院の違い 前日に県から連絡があり、スタッフがカルテを持参し同行したケース、当日に県から連絡があり、患者自身が透析条件の記載されたカードを持参していたケース、個人で来院し、患者情報が全くなかったケースの3パターンがみられた。可能であれば、透析条件の情報とスタッフの同行を依頼できれば良い。(3) 避難所生活を送る透析患者への支援 近隣の避難所を訪問して得られた生活環境・食事内容などの情報が患者指導に役立った。(4) 支援透析が長期化したことによる精神的な反応 患者から、元の透析施設の状況・帰宅日・時間短縮の透析に対する不安の声が聞かれた。医師による現状説明の場を設け、透析新聞を作成し患者へ配布した。医師やケースワーカーと連携を図り、問題の早期解決を目指していくことが重要である。以上のことを踏まえた支援透析マニュアルの作成に取り組みしたい。