

平成30年8月29日（水）大宮開催

## 【事例発表2】

# 地域医療支援病院における内科体制の構築 — 総合内科と専門内科の一体化でWLB向上 —

社会医療法人 さいたま市民医療センター  
副院長 石田 岳史

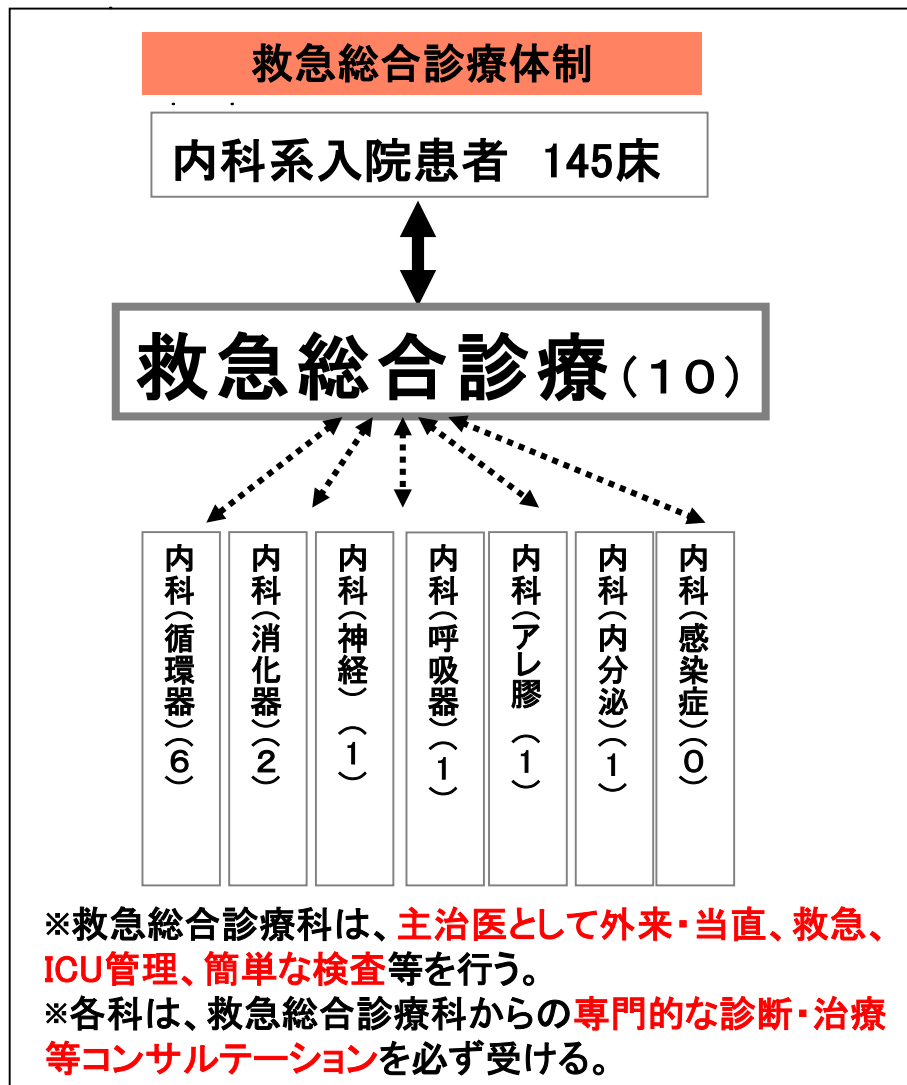
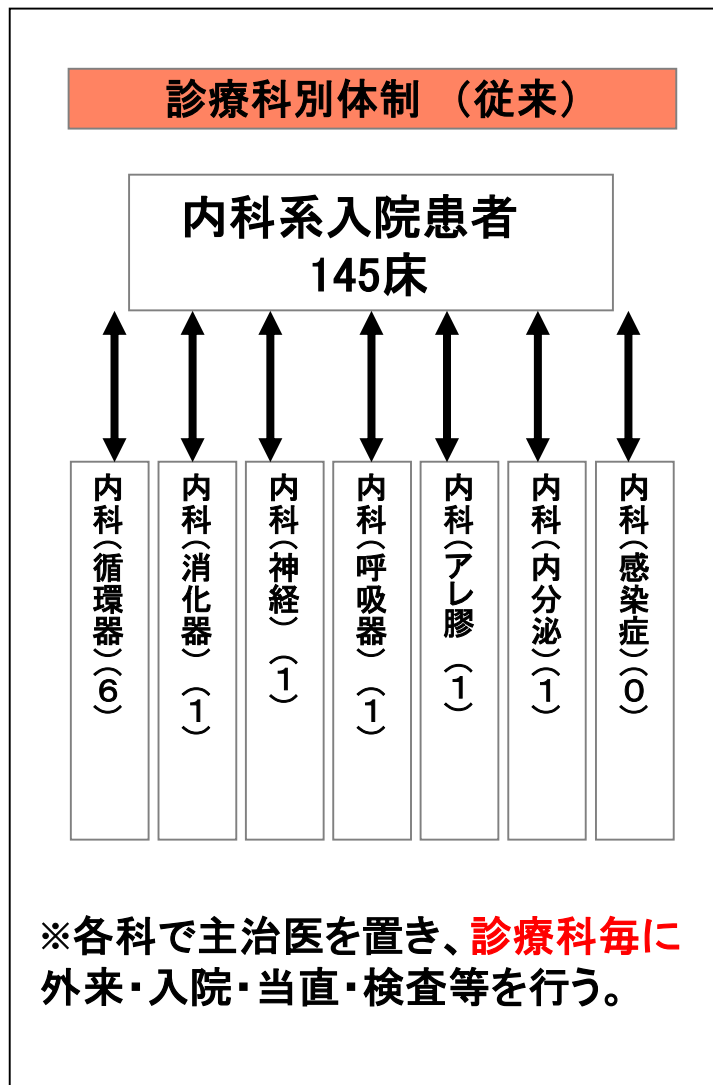
# 本日の講演内容

1. 医療勤務環境改善の取組みの背景
  - ・ 地域医療崩壊が生じやすい救急・内科
  - ・ 救急・内科はワークライフバランスが崩れやすい
2. 医療勤務環境改善の取組内容
  - ・ 内科の構造改革：細分化せず、救急・総合診療と専門診療を融合
  - ・ 医師事務作業補助者の充実 (タスクシフト)
  - ・ PFM(Patient Flow Management)のシステム化
3. 医療勤務環境改善の成果
  - ・ 陣容の充実・診療ボリューム増大→経営の安定
  - ・ 事務作業の大幅減少、医師は本来業務に専念
4. 医療勤務環境改善の今後の取組み
  - ・ 医療安全・医療の質向上へ応用

# 医療過疎地域(超高齢社会先進地域)の救急総合診療導入例

内科崩壊が起こりうる  
地域中核病院

救急総合診療の設置で  
医療崩壊を阻止



( )内は医師数

# 医療再生

10月から総合診療部が新設される公立豊岡病院（豊岡市戸牧で）



## 地域医療はいま

但馬の現場から

〇〇上〇〇

### 総合診療部

2月末の第3回但馬の医療確保対策協議会で示された但馬地方の公立病院再編についての修正案。医師不足が続く中、但馬の医療はどう変わるのか。再編による改善点と課題を探った。（羽尻拓史）

「総合診療部」を設置し、効果的・効率的な診療体制及び研修体制を確立」。但馬地方の市町長や医療関係者らでつくる「但馬の医療確保対策協議会」の報告書修正案に、昨年12月の当初案になかった文言が盛り込まれた。

同協議会では豊岡病院の、症状が重篤な患者を中心に担当する但馬の基幹病院としての機能維持大きなテーマだった。このため、総合診療部では入院患者を診ることに、より重きが置かれる。医師は病室へ応じて各専門医とチームを組んで、診療

ある程度判別して専門の診療科を受診していたが、原因の分からない病気が総合診療部の医師が診察し、必要な時、各科に相談する。患者が医師に相談しやすくなり、何が原因かを考えなくても済む。

総合診療部は風派遣の若手医師が中心となる見込み。△何でも属のよちになり、土気が下がらないような仕組み作りを考える。

ただ、「何でも診られる」と、総合診療部に患者が殺到すれば、医師

# チームで専門医負担減

部では複数の症状を診察できる医師が患者を診、症状が深刻な場合、専門医に任せる。当直体制にも加わることで、医師の負担を軽減できるという。修正案ではほか、出石、梁瀬、村岡の各病院の医師を3人にして、病院として存続。総合診療部は6人程度で運用する。

「専門医との分業化」。神戸大へき地医療学講座の石田岳史・同講座特命助教は、総合診療部をこ

にあたる。

例えば、心筋梗塞は高血圧、肥満、喫煙、糖尿病など様々な原因が考えられる。専門医が治療に当たったり、総合診療部の医師がその要因をなげす

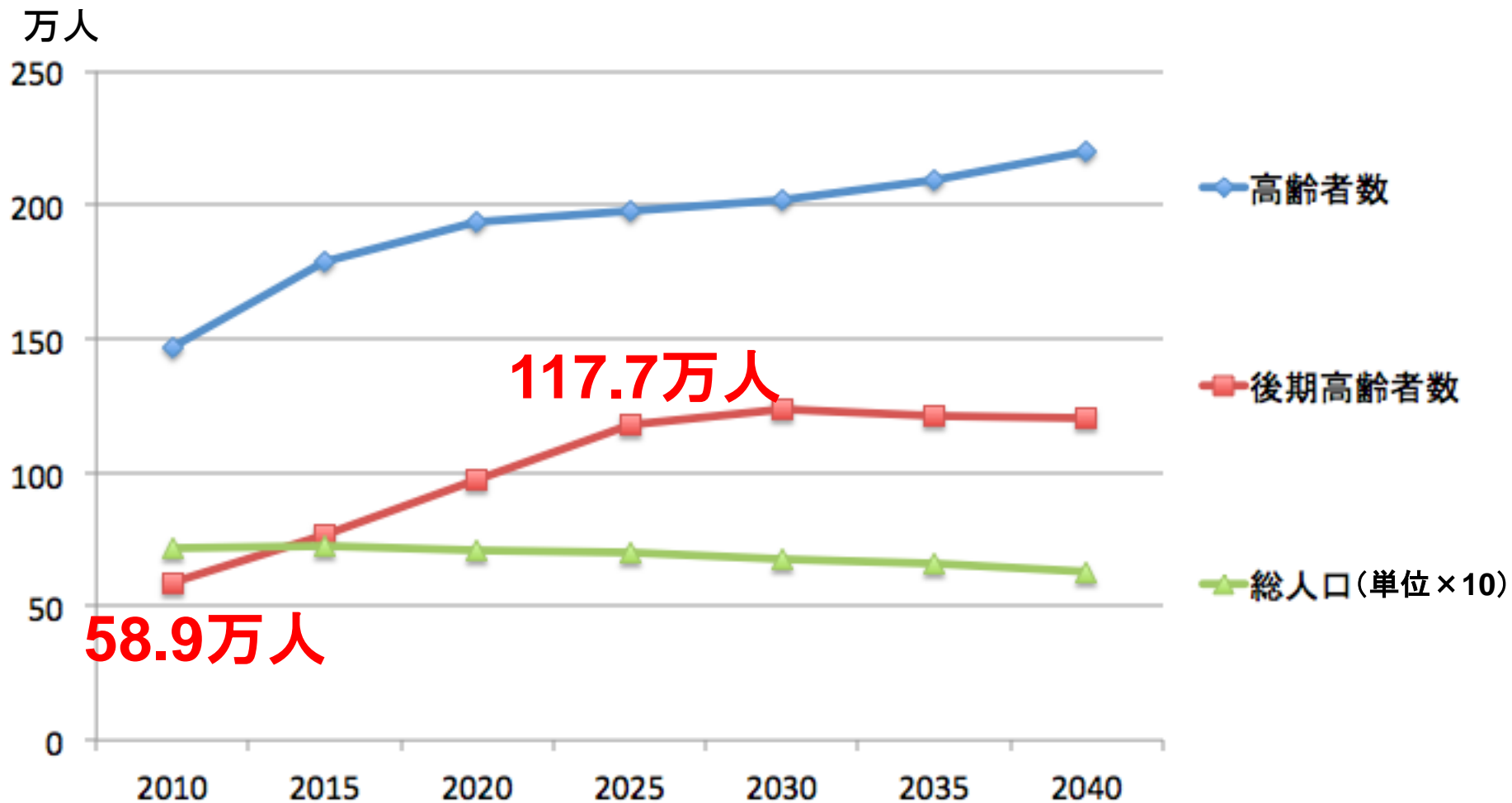
ため喫煙指導などをし、各専門医に必要な治療を注文、相談し、問題を整理する。症状により多くの医師がかかわってきたが、これで専門医の負担を減らえる。

外来患者も患者側が自分の病気を

負担を軽減して基幹病院の役割を守るという当初の目的が失われる。これを防ぐため、開業医と積極的に連携するところが大切だという。

「開業医と病院の医師が交流を持ち、互いの医療レベルを確認する」と。体制を変えるなら、住民や医療関係者がそれを理解するための場を頻りに設けなければ。石田助教は、△変革△への課題を挙げる。

# 埼玉県では2025年は2010年に比して 後期高齢者数が倍増

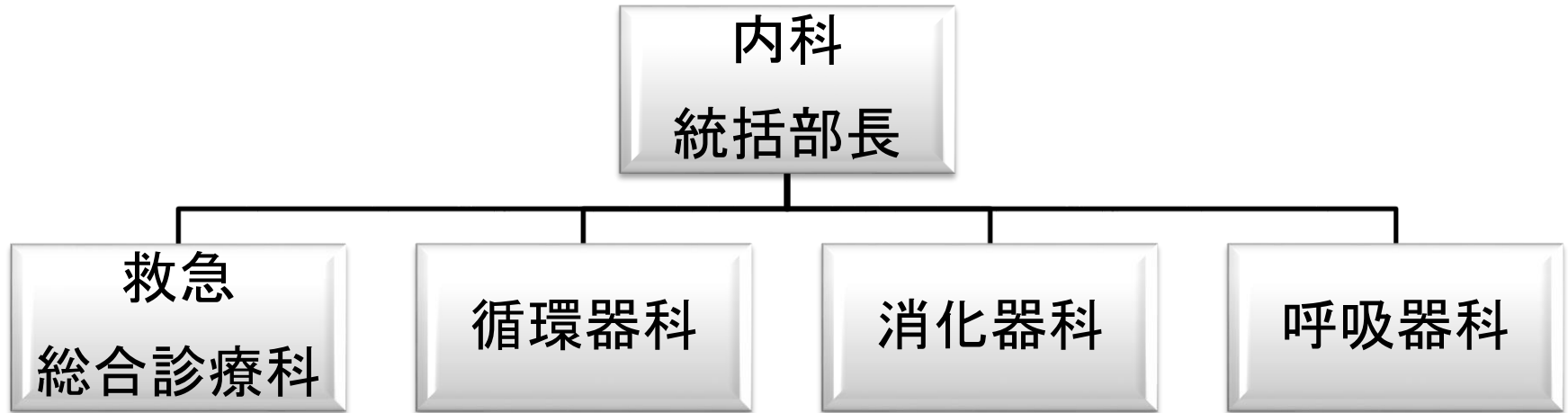


# さいたま市民医療センター病院 概要

## 総合内科と臓器別内科の**絶妙なバランス**をめざす

病院名	<b>社会医療法人</b> さいたま市民医療センター
開設	平成21年3月1日（開業10年目）
運営方式	さいたま市が整備し、4医師会が運営する <b>公設民営</b> 、 <b>地域医療支援病院</b> 、 <b>災害拠点病院</b> 、 <b>基幹型研修病院</b>
診療科目	内科、外科（一般外科、消化器外科、乳腺・内分泌外科）、小児科、脳神経外科、整形外科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、皮膚科、放射線科、病理診断科、麻酔科、リハビリテーション科
病床数	340床（急性期 293床、回復期 47床） 急性期一般入院料 1、 <b>回復期リハビリテーション病棟入院料1</b>
内科病床	約 150床
内科医師	23名＋初期臨床研修医 2名/年（ <b>女性医師5名</b> ）

# 内科組織図



\* 科長は**全員総合内科勤務経験あり**

\* **マルチタスクかつワークシェアリング**（総合内科）の文化が浸透

\* **カギは救急総合診療科の立ち位置**: 科長は救急専門医・

内科専門医・脳神経血管内治療専門医を取得しており、**専門性と総合性のバランス**が優れている医師を**戦略的に**配置

\* 内科統括部長が医師の業務量・研修医の患者数をコントロールし「**真の内科医**」を日頃から提唱

# 救急総合診療科をベースにした内科 縦糸と横糸の関係・マルチタスク

医療レベル

高

循環器科

神経内科

呼吸器科

糖尿病科

血液科

消化器科

救急総合診療科

低



臓器専門医の集合では、例えば神経内科医の退職により脳梗塞さえも診れない

循環器科

神経内科

呼吸器科

糖尿病科

血液科

消化器科

# 救急総合診療科をベースにした内科 病院経営の安定にも貢献

循環器科

神経内科

呼吸器科

糖尿病科

血液科

消化器科

救急総合診療科

総合診療科は一つ間違うと  
隙間内科になってしまう・・・  
魅力がない総合診療科の例

循環器科

神経内科

呼吸器科

糖尿病科

血液科

消化器科

総合診療科

# DOCTOR'S CAREER

ドクターズキャリア マンスリー

Monthly

特集

## がん患者との 「対話」

特集  
医師の働きやすさに  
「本気」で取り組む



好評連載

### 私のキャリアチェンジ

「脳血管内治療専門医を  
1年で取得することをめざし再入職」  
脳神経内科・35歳

今月の転職情報

314件

今月の特集

- 整形外科で働く
- 北海道で働く
- 大阪・兵庫で働く



研修医

循環器

消化器

研修医

総合医

脳血管治療

研修医

救命救急士

消化器

内分泌

血液

研修医

総合医

循環器

# 女性医師に適した体制の構築

- 女性特有の事情に合わせた勤務体系
  - 週4日勤務・当直無しなど
  - 救急外来勤務・回復期病棟担当・検査担当
  - **ライフステージ**に合わせた勤務体系の提案
- キーワードは「**お互い様**」「**受援力**」
- 秘訣は「100%の力を求めない」「70%の能力の人がいてもよしとする」
- 女性医師も、「**感謝の気持ち**」を言葉にすると上手いく

# 医師にとってのワークライフバランス

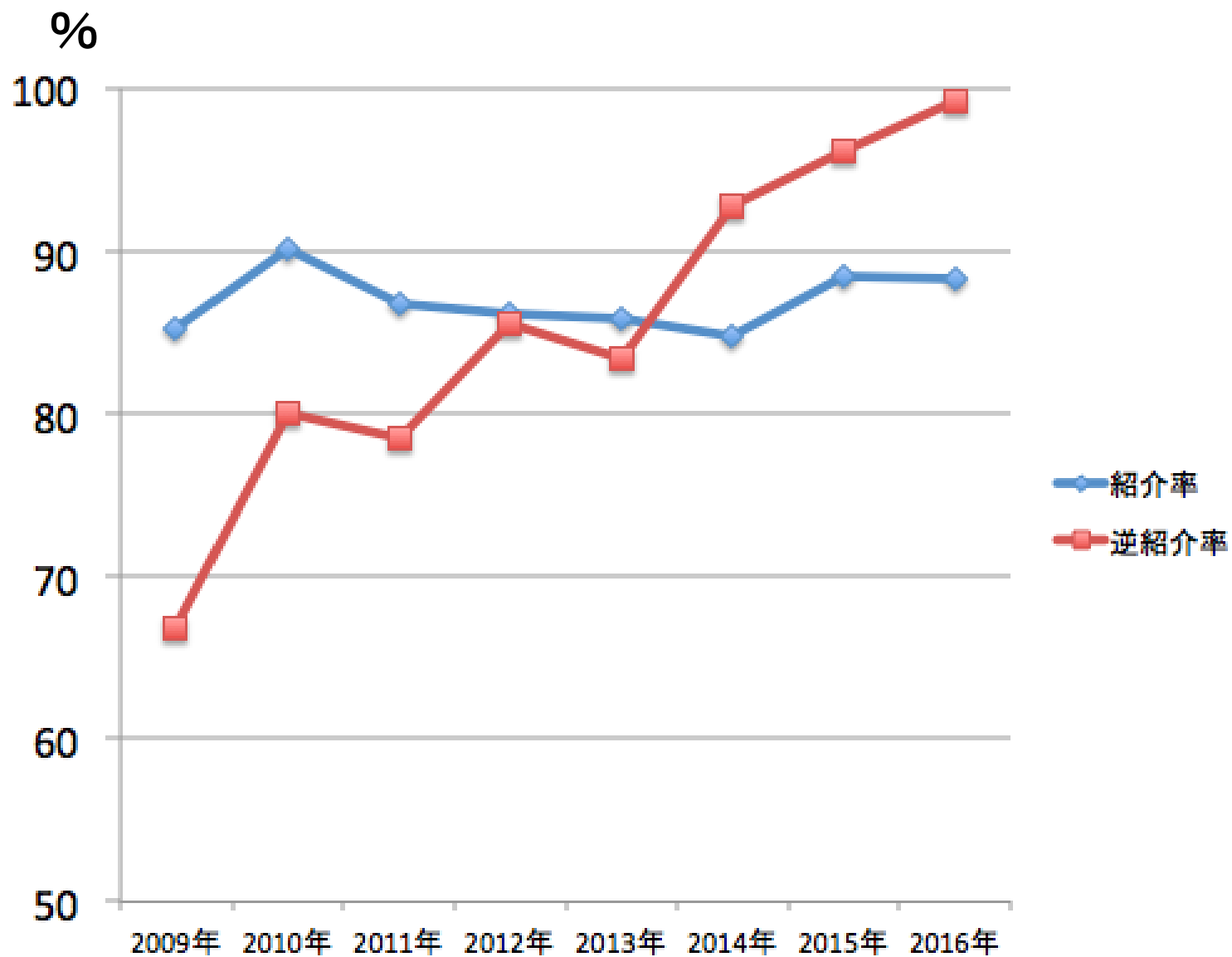
- 専門職はワークの充実があってライフが充実
- 仕事時間は確かに長い→充実感のある成果・チーム活動などを“見える化”満足度を高める
- 一方ライフの充実がないと、医師のスキルは充分に発揮されない
- まずはワークライフバランスという概念を職場で話せる環境づくりが重要

# 医師事務作業補助者

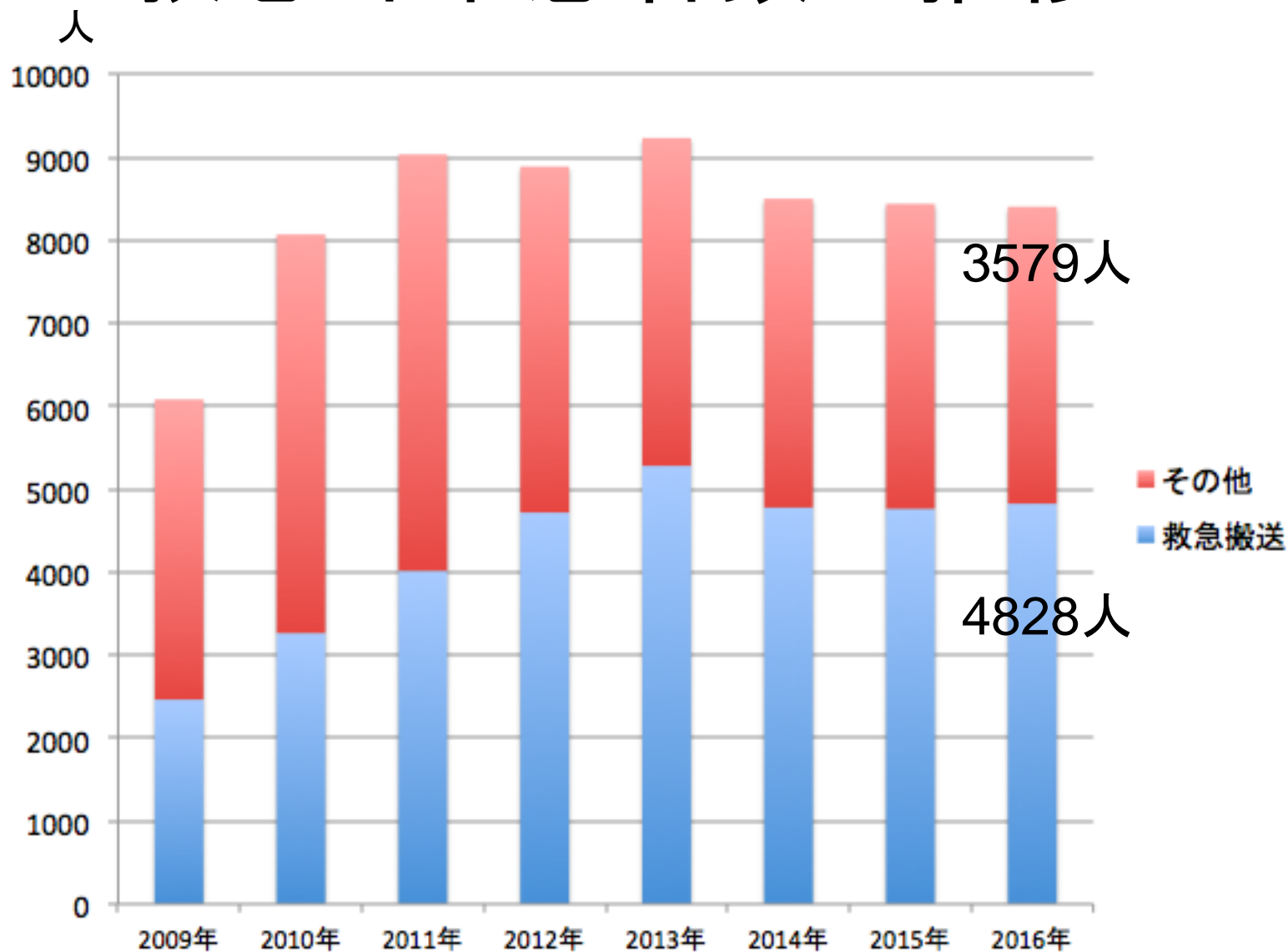
- 救急総合診療科における導入手順
  - まずは**内科部長が直接補助者を育成**
  - その1名が育ち、他の医師の担当として配置。別の補助者を育成。
  - 一定レベルに成長すれば**補助者が後輩を育成**→量産！
  - **救急外来に配置**することにより、**円滑なER運営**が可能
- 補助者の問題点
  - 導入当初は教育に対する**負担大**、高評価まで**3年は必要**！
  - 専門用語・略語の教育、PC入力・・・
- 補助者の利点
  - 診断書作成はほぼ自立
  - 診療情報提供書も70%程度完成可能
  - 入院サマリー、臨床研究の補助、学会の年報、NDB入力



# 紹介率と逆紹介率



# 救急外来患者数の推移



# 疲弊させない魅力ある内科

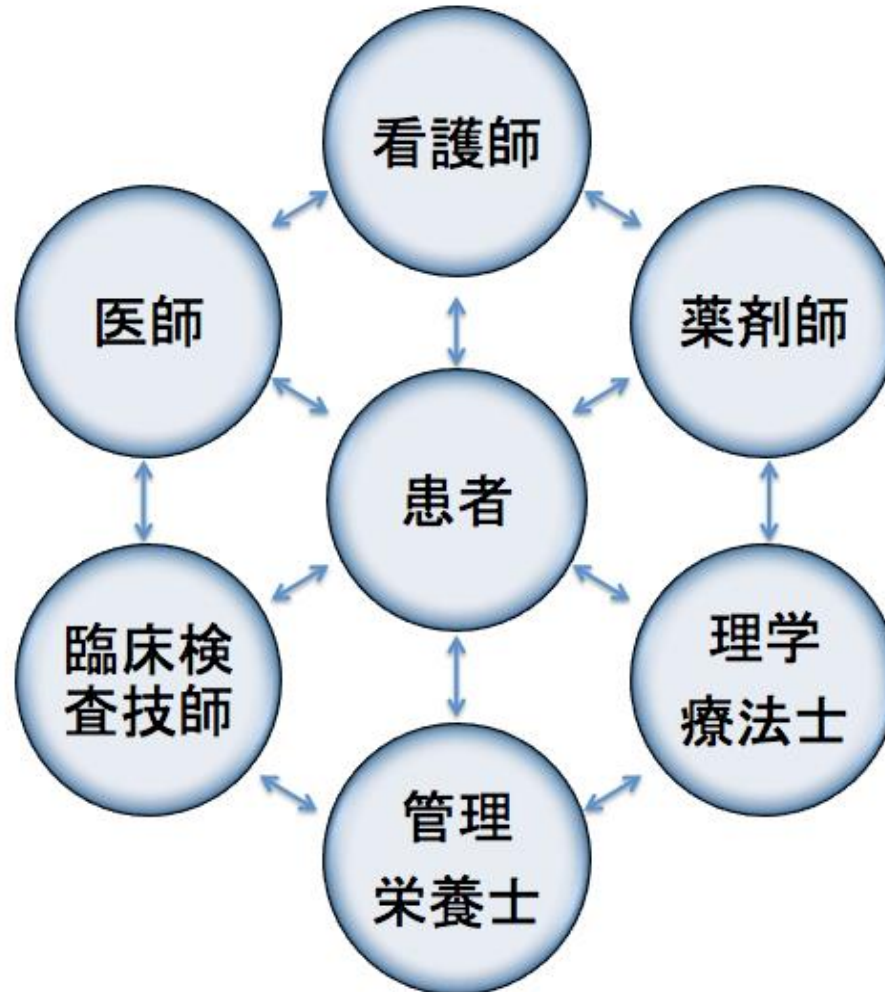
- 病院管理者・**病院長の“ひとこと”**が総合内科のプレゼンスを向上させる！
- **全国最大規模の二次医療圏**において**2025年問題**に対して何ができるか、**社会問題の中心**にいるという自負と自信！
- **お互い様**の精神・**受援力**を高める
- 毎日内科全員でカンファレンスを行い、**チームインテリジェンス**を高める！→学びのパワー！
- **ドクターズクラーク**の活用で本来業務に専念
- 退院困難症例は**MSWとの協働**で対処

# IPW( interprofessional work)

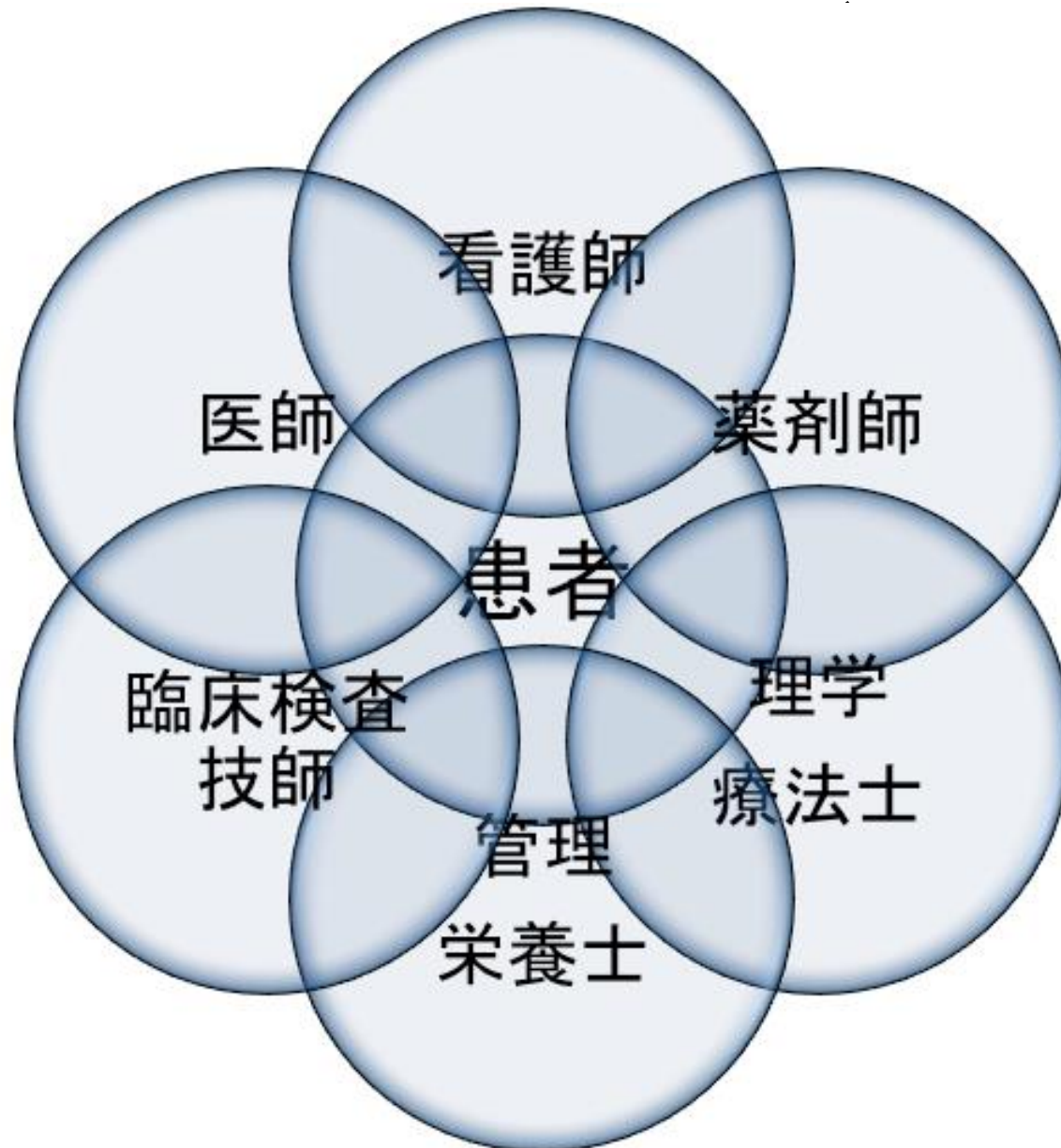
複数の領域の専門識者が、  
それぞれの技術と知識を提供しあい、  
相互に作用しつつ、  
共通の目標の達成を  
患者とともに目指す  
協働した活動

# Multidisciplinary team approach

多領域の専門職が各々の専門領域を担当



# Transdisciplinary team approach



心電図警告音72分放置、77歳男性死亡 淡路医療セ  
センター

ツイート 44

おすすめ 22



淡路島の医療センター（洲本市塩屋）で昨年11月、心不全で入院していた77歳の男性が死亡していたことが23日、同センターへの取材で分かった。

同センターは内部の医療事故防止対策委員会で原因を調査。死亡との因果関係は不明としているが、初動対応の遅れを認め、関係者に謝罪したという。

同センターに、11月1日に一般病棟に入室した77歳の男性が、同日午後6時19分、男性が心電図モニターで異常を知らせる警告音が鳴ったにもかかわらず、看護師が確認できなかったという。同日午後6時30分、看護師3人は巡回中であり、複数の警告音が鳴ったことなどから、男性が意識を失っていることが確認された。同日午後7時30分、看護師3人で計44床を担当しており、同患者への配慮から警告音を聞き逃した可能性があるという。

# 2000年～2009年まで 少なくとも30件以上の 事故報道！ 原因は アラーム疲労

埼玉県川口市の済生会総合病院で2000年11月、看護師らが女性患者（71歳）の容体急変をアラームを聞き逃した事故が、2010年1月に発生し、1人が死亡した。13年6月に少なくとも17件発生し、公益財団法人「日本医療機能評価機構」への報告でわかった。

アラームが鳴るとしても、アラームが頻りに鳴るため慣れが生じているという。アラームの音は、アラームが鳴るとしても、アラームが頻りに鳴るため慣れが生じているという。アラームの音は、アラームが鳴るとしても、アラームが頻りに鳴るため慣れが生じているという。

# Saitama MACT (Monitor Alarm Control Team)





主治医

心電図モニター離脱  
指示なし

看護師

不安だから心電図モニターを装着  
不安だからアラームも厳しく設定

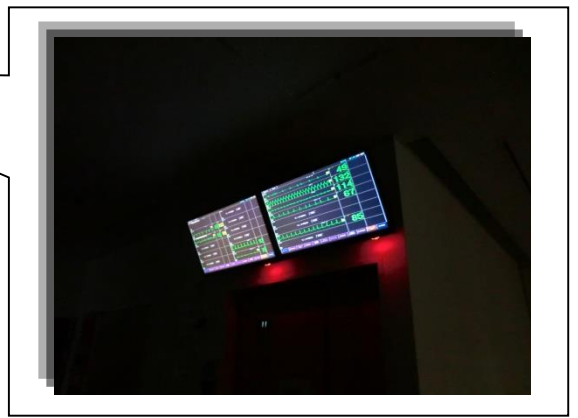
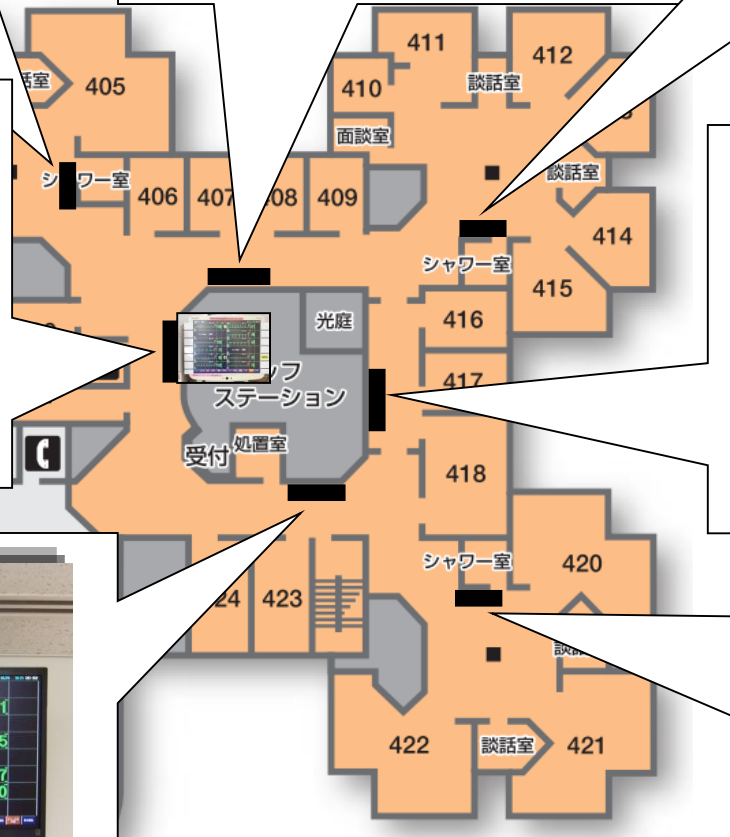
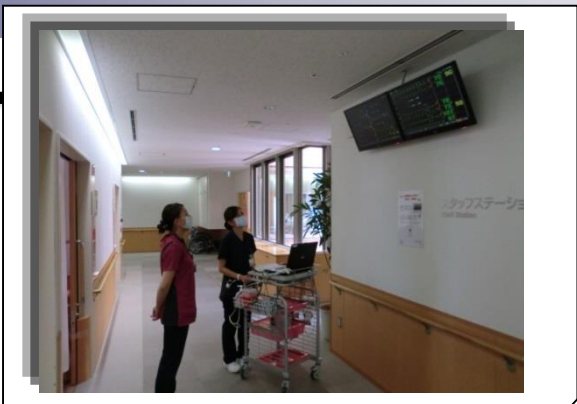
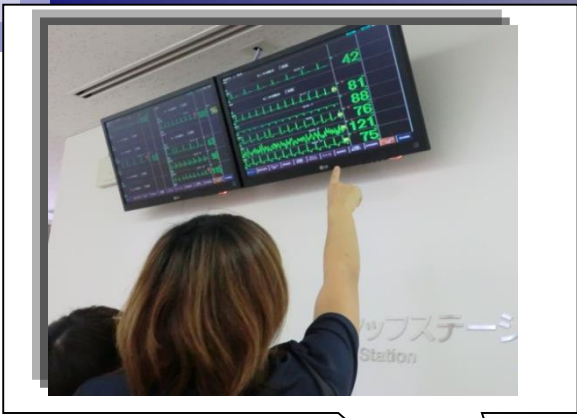
心電図モニター使用台数  
は増える一方

アラーム総数 ↑

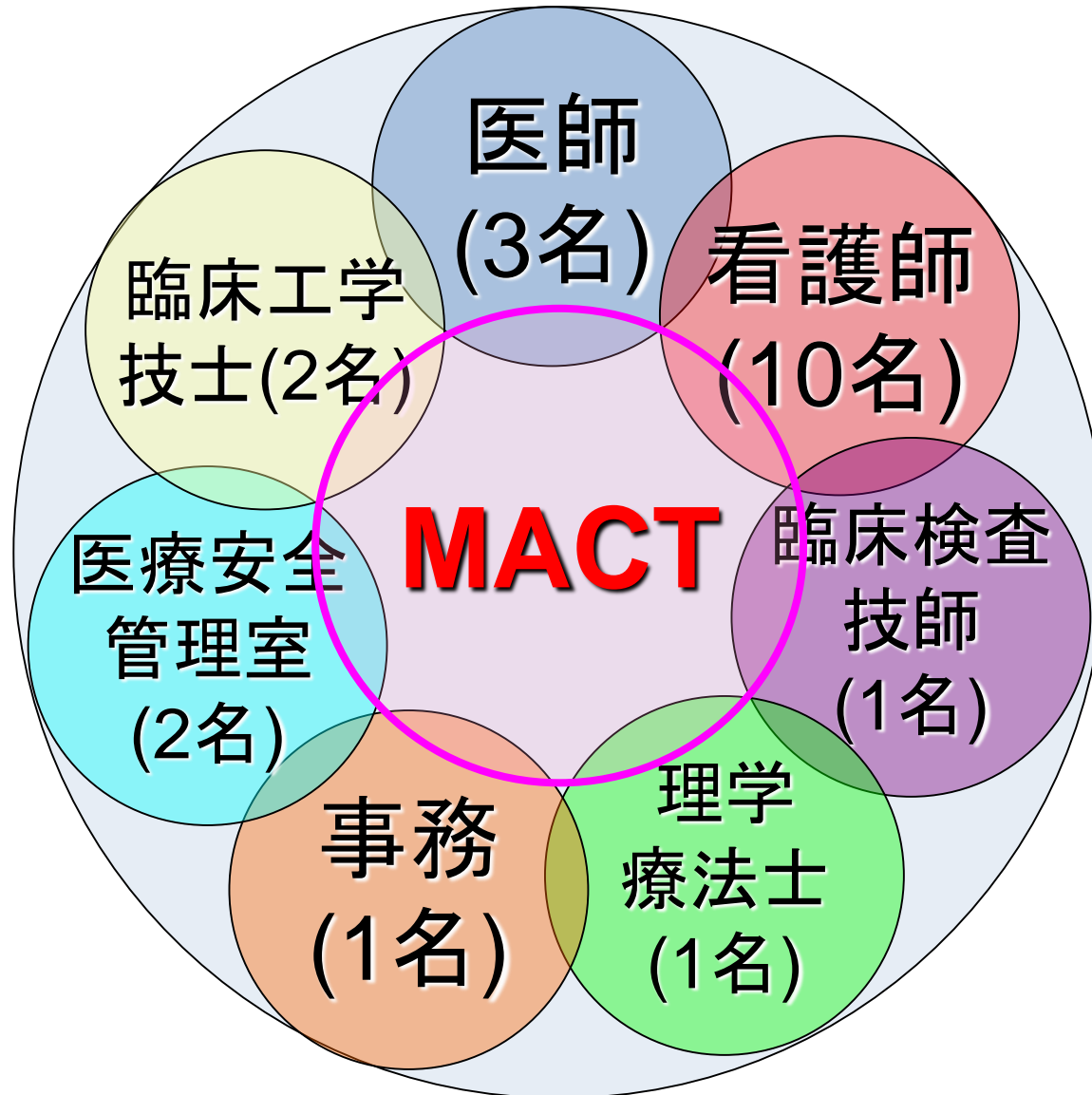
# MACTの目的



- モニター管理を良好に維持
  - 整理・整頓・清掃・清潔・躰の5S
- アラームに機敏に対応できる環境の構築
  - 不必要なアラームを鳴らさない
  - 迅速な対応が可能となるシステムの導入  
(マルチスレーブモニター)の導入
- 心電図モニターに対する意識の向上
  - リスク管理
  - スキルアップ

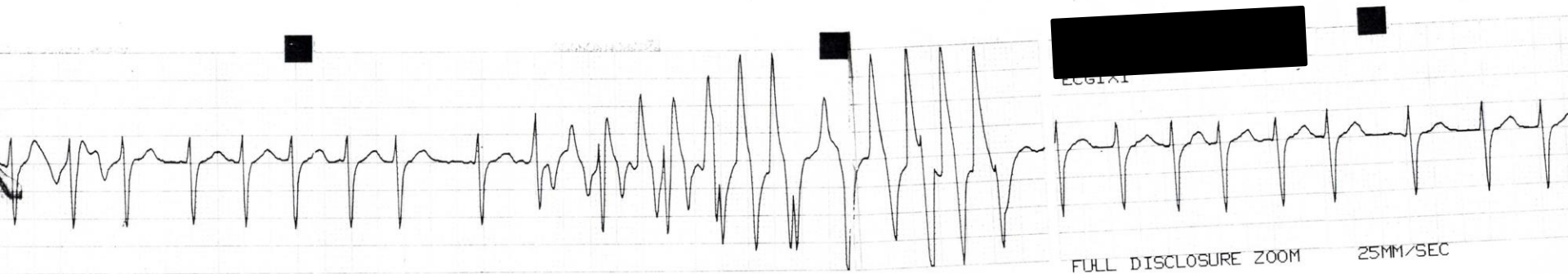


# MACTメンバー



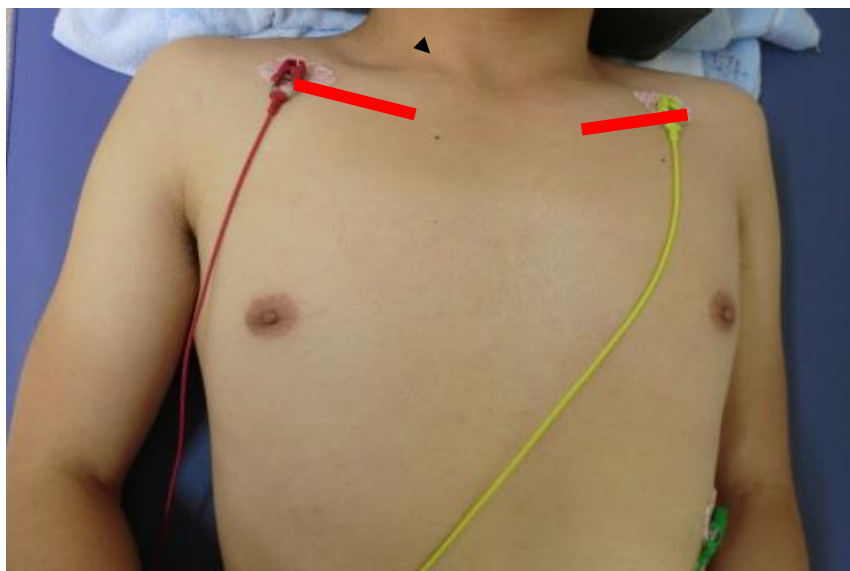
# 症例

- 73歳女性 慢性心不全の急性増悪で入院中
- AM 7:25 モニター上、下記の所見が！



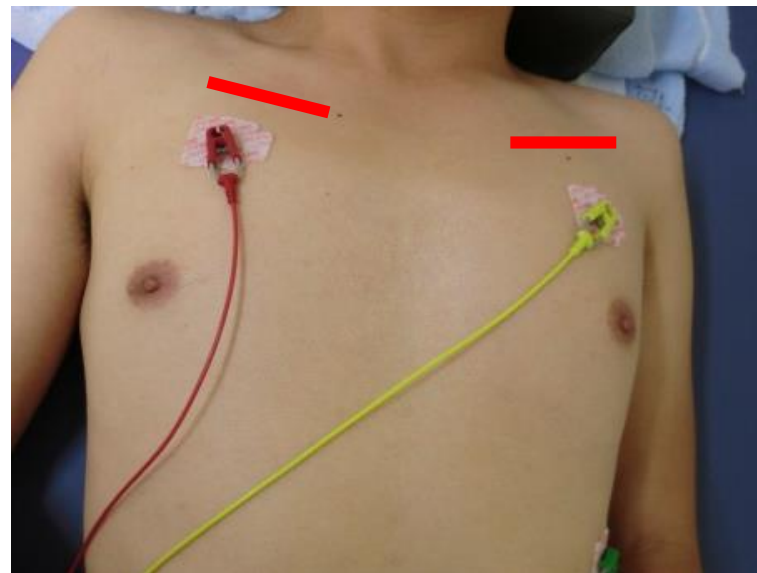
# 電極を正しく貼りましょう!!

○正しい



※電極は鎖骨直下に貼る。

×誤り

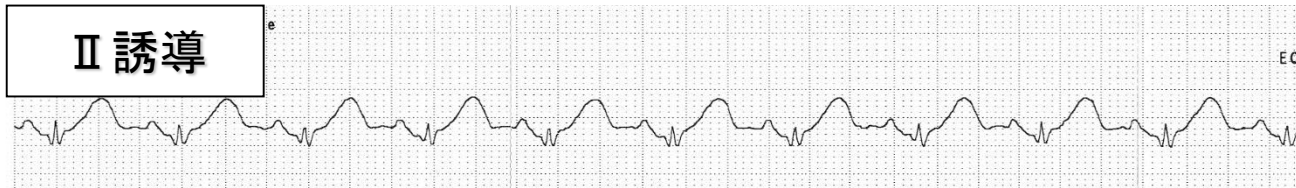


※大胸筋上に貼ることで筋電図が入り、テクニカルアラームの原因となる。

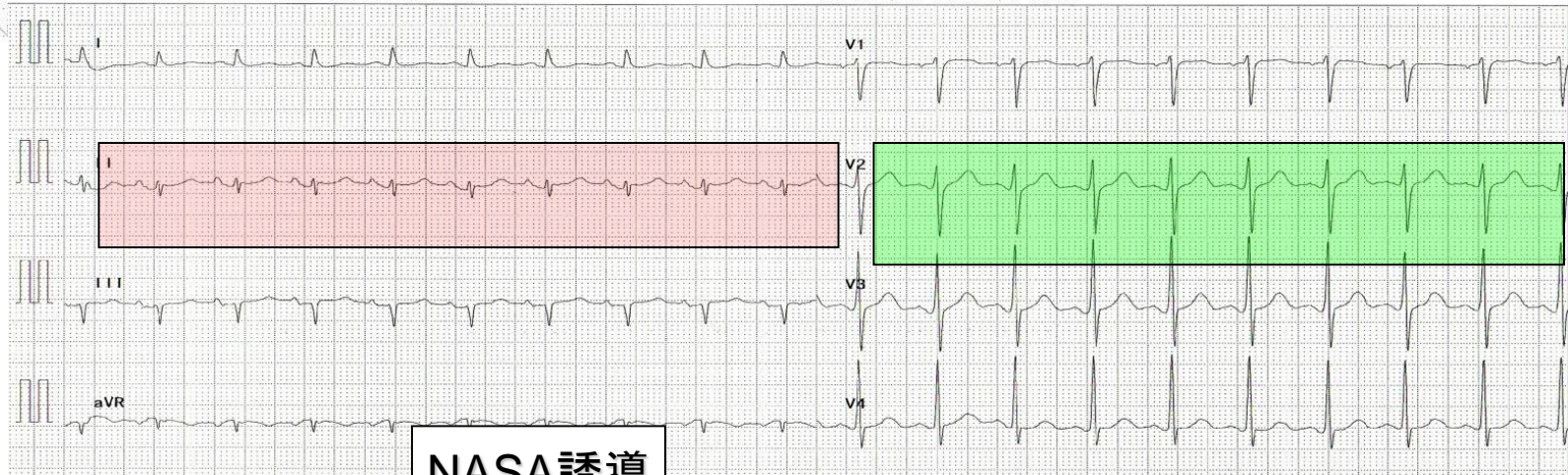
# 誘導選択



II 誘導



25mm/s



NASA誘導

ECG1 x1

25mm/s

MANUAL REC DELAY 8sec

DSLAN

波形感度 × 1 で使える誘導を選択する!

# 心電図モニタの中止基準

MACT 委員会 (平成 25 年 6 月 17 日作成)

## 【主治医/担当医への確認が必要】

病名	状態
心筋梗塞	CPX クリアとなった時点 CPX しない場合、500m クリアとなった時点
心不全	酸素・注射薬がはずれ、病棟内フリーとなった時点
不整脈	内服が固定し、不整脈が安定した時点
内視鏡的処置実施	処置後 4 時間が経過した時点 (夜間であれば翌朝)

上記基準を満たした時点で MACT 医師か病棟看護師から各主治医に心電図モニタ中止を要請する。

但し、主治医から心電図モニタを継続する明確な理由・期限を提示された場合は、この限りではない。

## 【主治医/担当医への確認不要】

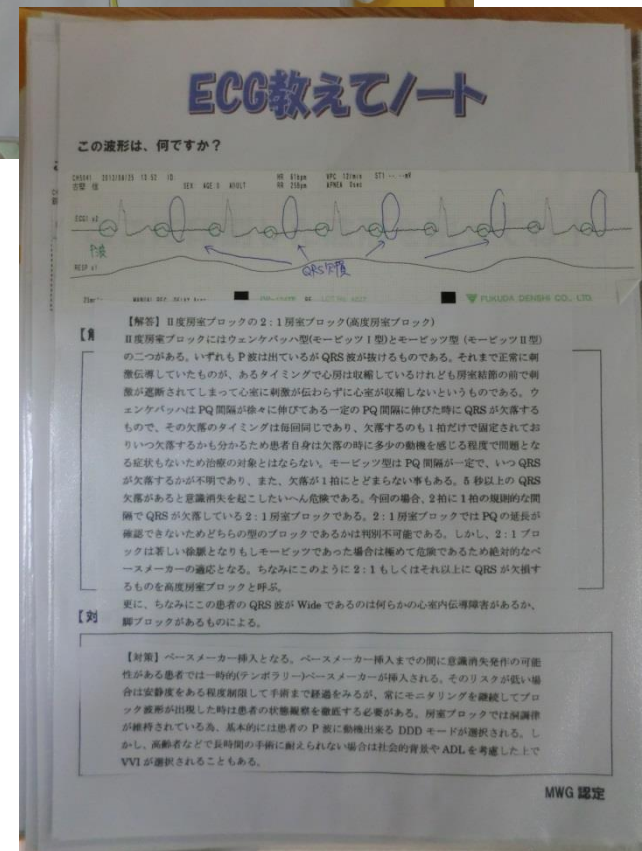
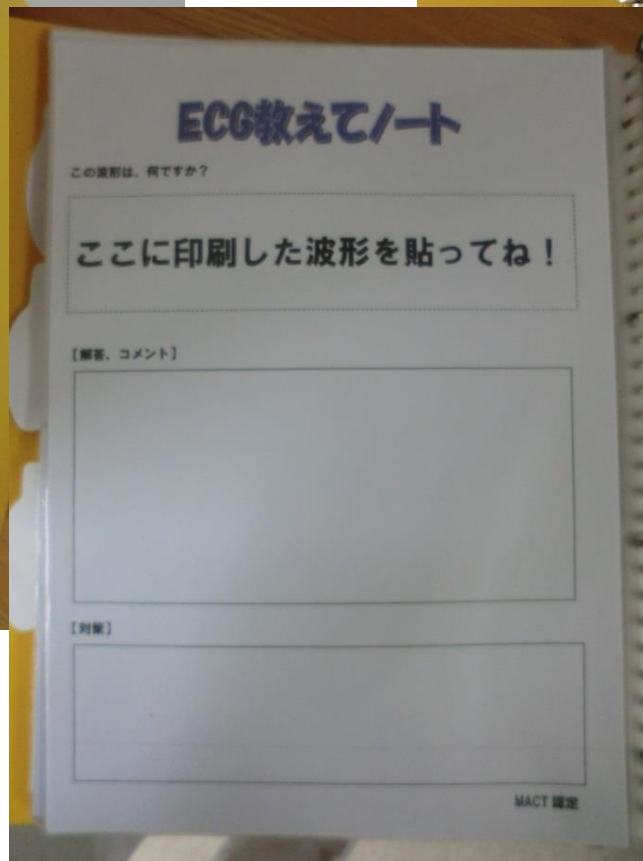
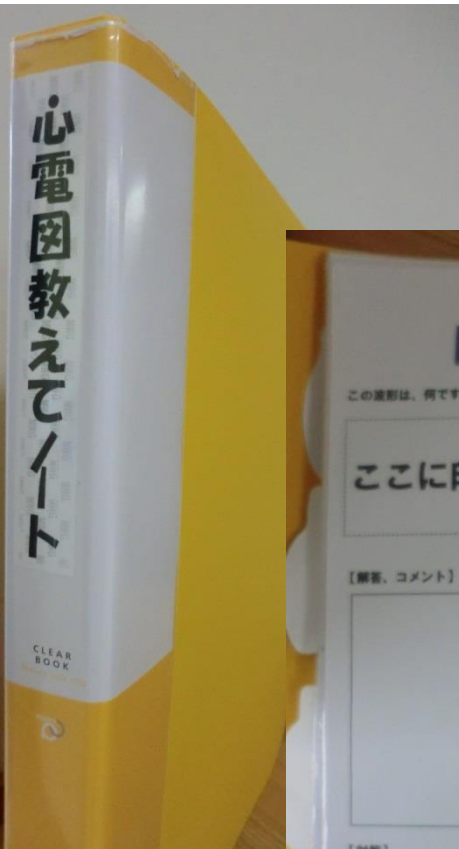
病名・検査	状態
ペースメーカー新規	植込み術後 1 週間が経過し、ペースメーカーチェック完了時点
ペースメーカー交換	術後 24 時間後
合併症なく終了した PCI	翌朝
鎮静剤使用内視鏡検査	投薬 1 時間後覚醒している場合 投薬 1 時間後覚醒していなければ、覚醒後 SpO <sub>2</sub> 低下しない場合

鎮静剤使用内視鏡検査は、必ず SpO<sub>2</sub> もモニタリングすること

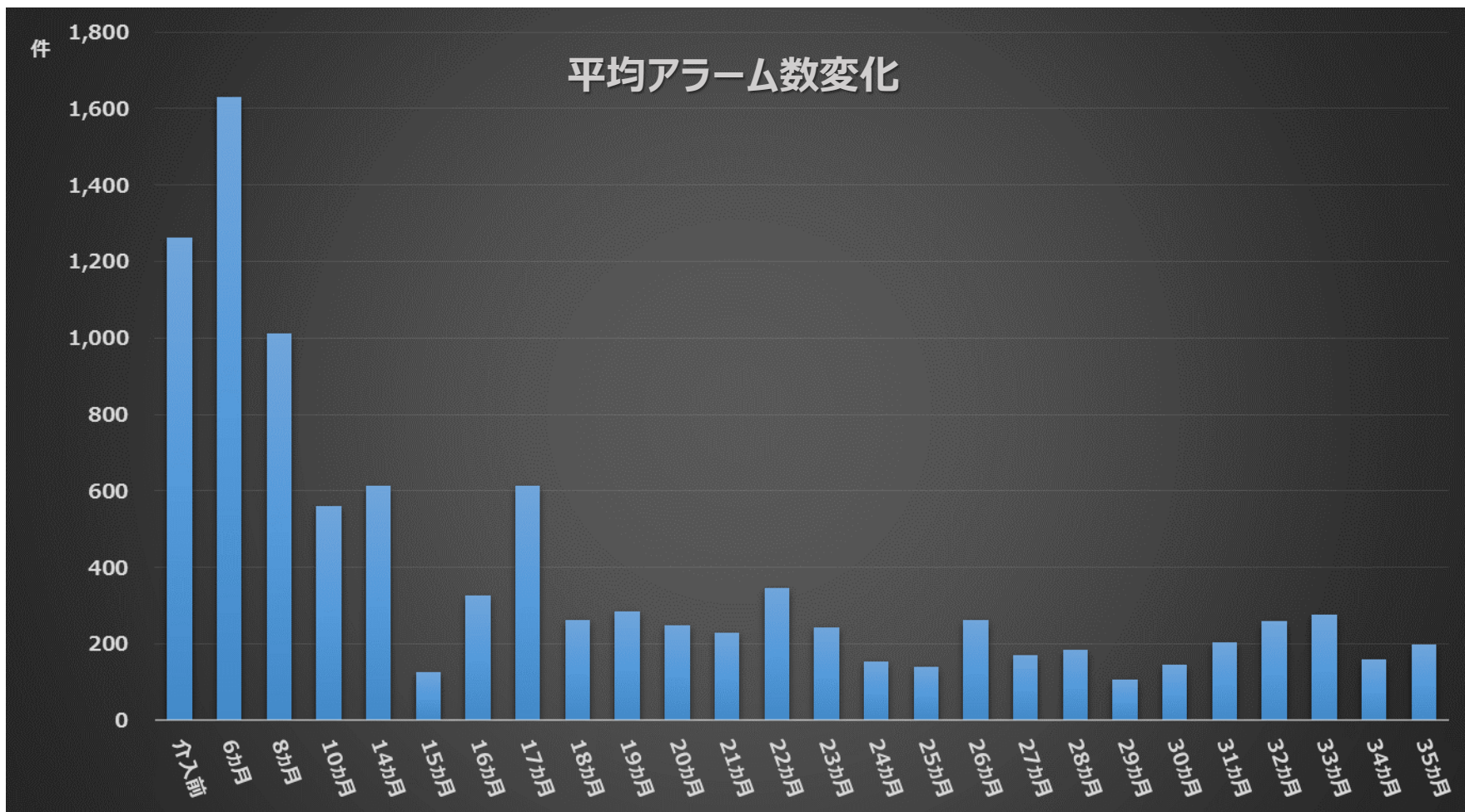
内視鏡検査のみは、心電図モニタ装着不要



# 教えてノート



# MACT活動の成果



# 心電図教えてノート

— チームでモニター事故を予防する! —

監修

石田 岳史

さいたま医療センター内科部長  
埼玉医科大学医学部教授

監

富田 晴樹

さいたま医療センター看護部主任

富永あや子

さいたま医療センター臨床工学科科長補佐



## アラームの整理整頓はこれで 決まりだ!

遠山信幸

東北医科大学附属さいたま医療センターセンター長補佐  
医療安全管理部 臨床工学科科長 一級一級技師

モニターアラームコントロールチーム (MACT) のノウハウを凝縮。  
心電図モニター管理にお悩みのあなた、この本で

院内のチーム医療が変わります

**MACT**  
Monitor Alarm Control Team

中外医学社

“総合医マインド”をもった  
臓器別専門医が集合し、  
幅広く、そしてチーム力で深く  
実践する医療は、地域ニーズを満たし、  
病院のレベルを向上し、  
医師の勤務環境改善にも  
貢献します！

*Thank you for your attention!*

