

【事例発表①】

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医療の質を向上—

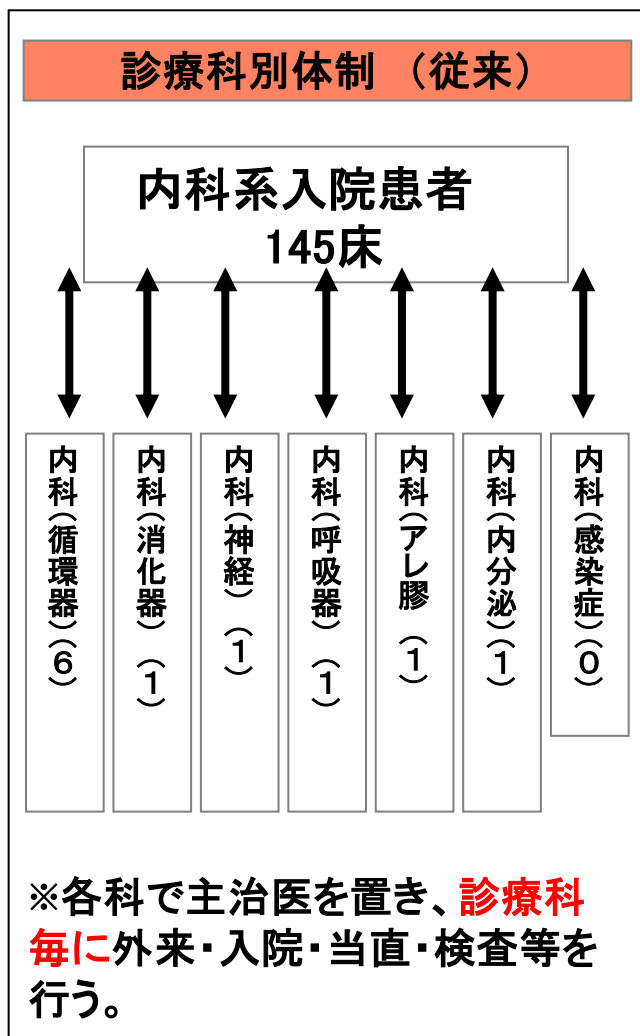
さいたま市民医療センター
内科診療部長 石田 岳史

本日の講演内容

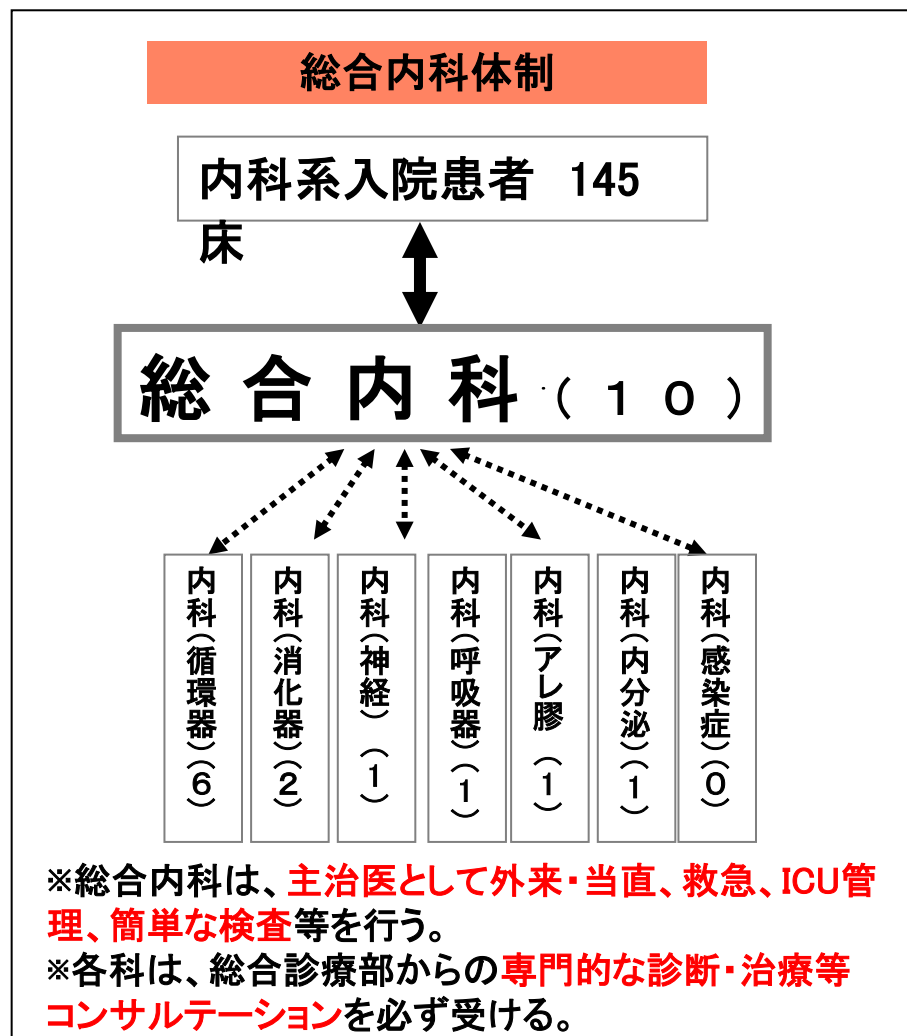
1. 医療勤務環境改善の取組みの背景
救急・地域医療崩壊が生じやすい内科
ワークライフバランスが崩れた組織
2. 医療勤務環境改善の取組内容
内科の構造改革：あえて細分化せず、
救急総合診療と専門診療を融合
3. 医療勤務環境改善の成果
陣容が充実し・診療ボリュームの増大
にも対応→経営の安定
4. 医療勤務環境改善の今後の取組み
医療安全・医療の質向上へ応用

医療過疎地域（超高齢社会先進地域）の総合内科導入例

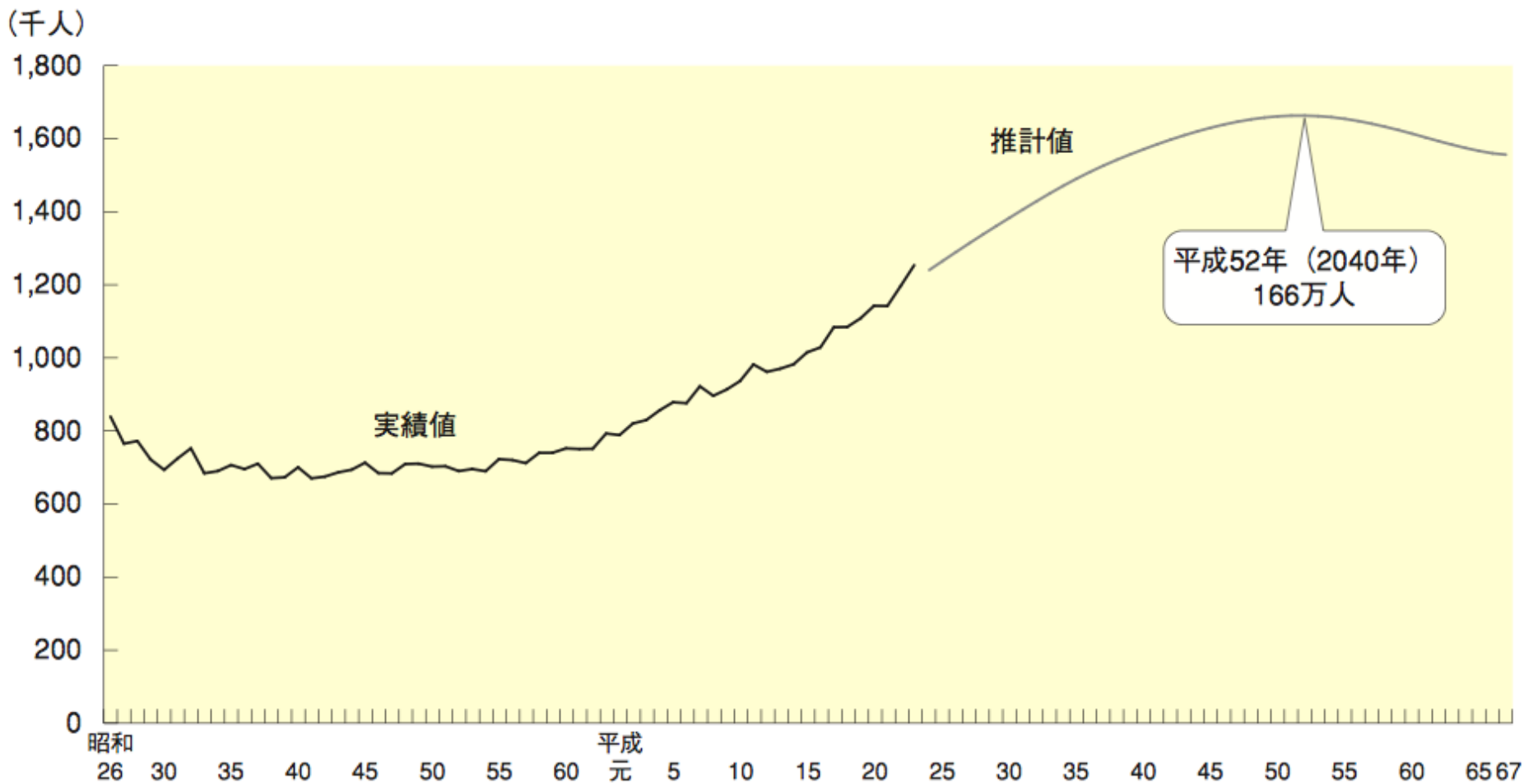
内科崩壊が起こりうる
地域中核病院



総合内科の設置で
医療崩壊を阻止



死亡数の推移



資料：平成23年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

平成24年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」（出生中位・死亡中位）

(注) 平成23年の数値は概数値である。

これからの地域医療問題は大都市

	2004年時点の 高齢者人口(万人)	2025年時点の 高齢者人口(万人)	増加数(万人) と増加率(%)	増加数順位
埼玉県	109	196	87 (+80%)	1
東京都	223	308	85 (+38%)	2
神奈川県	141	226	84 (+60%)	3
千葉県	102	173	72 (+71%)	4
大阪府	155	219	64 (+41%)	5
秋田県	30	34	4 (+14%)	43
山形県	31	35	4 (+13%)	44
徳島県	19	23	4 (+19%)	45
鳥取県	14	17	3 (+21%)	46
島根県	20	22	2 (+8%)	47
全国	2488	3473	985(+40%)	

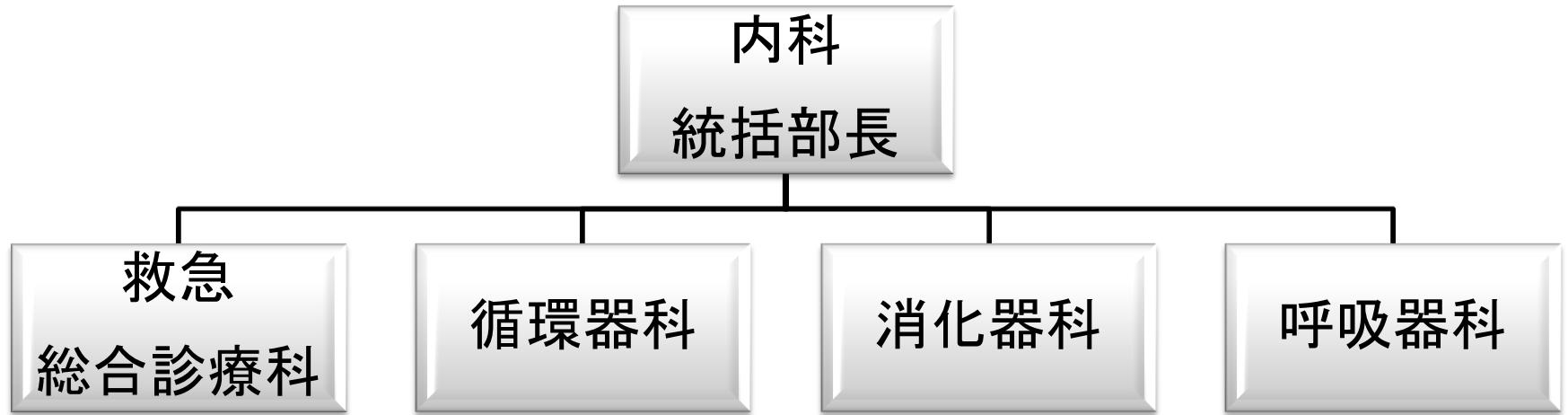
総務省統計局「平成16年10月1日現在推計人口」、国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口—平成14年3月推計—」より

社会医療法人 さいたま市民医療センター

内科を統括した組織を設立時から構築

開設	平成21年3月1日（開業6年）
運営方式	さいたま市が整備した 公設・民営方式 、 地域医療支援病院
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）
内科病床	約 110床
内科医師	24名（ うち女性医師6名 ）
一般病棟入院基本料	7対1
回復期リハビリテーション 病棟入院料	1
二次医療圏	首都圏最大の二次医療圏 埼玉中央（人口 243万人）

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「**内科医のあるべき姿**」を日頃から提唱

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

低

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

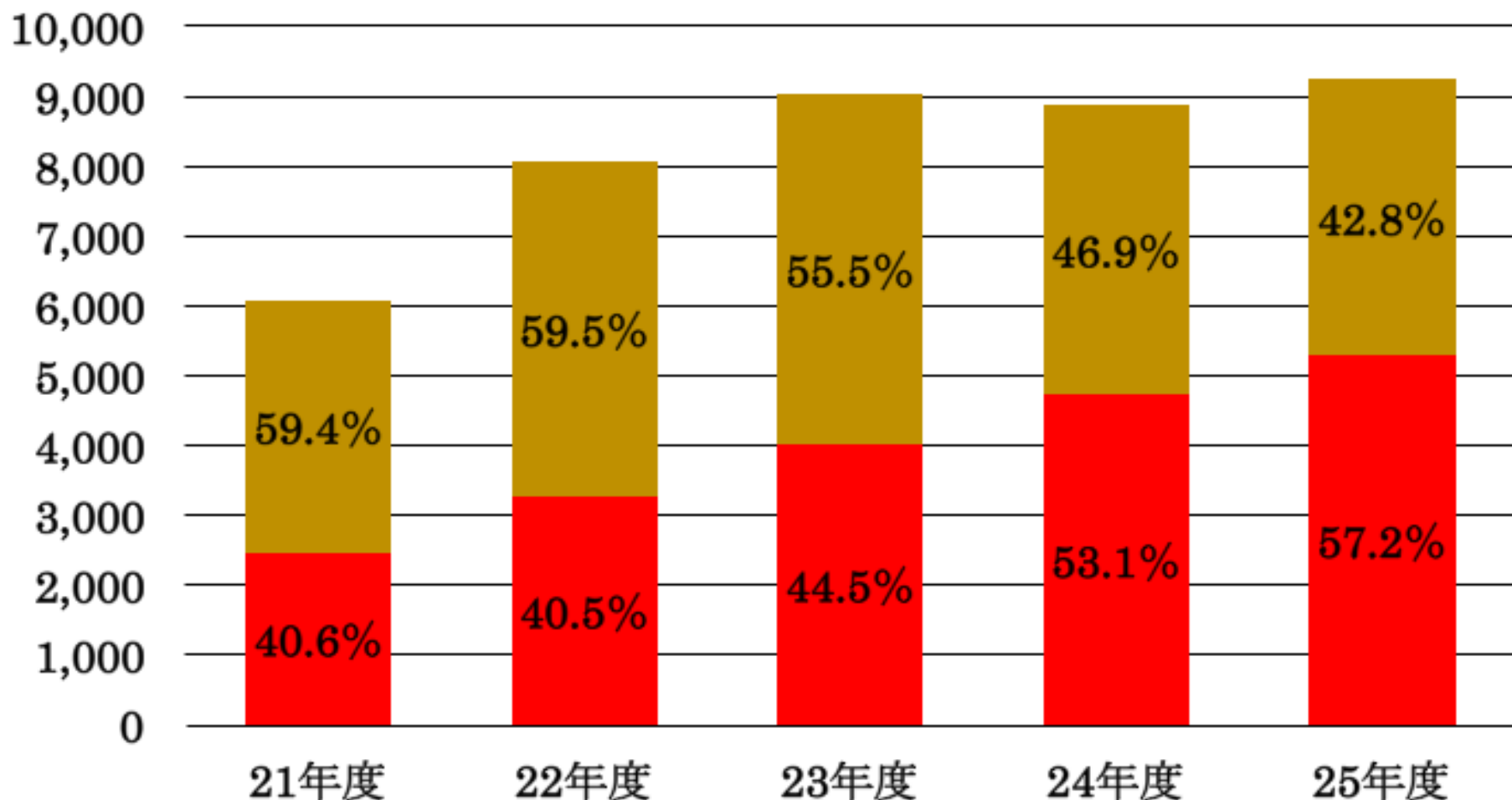
消化器科

総合診療科

救急患者数

救急患者数

■ 救急車搬送数 ■ その他



	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	前年比 (24→25)
救急患者数	6,084	8,072	9,037	8,891	9,240	3.9%
救急車搬送数	2,466	3,268	4,019	4,720	5,286	12.0%
その他	3,618	4,804	5,018	4,171	3,954	-5.20%

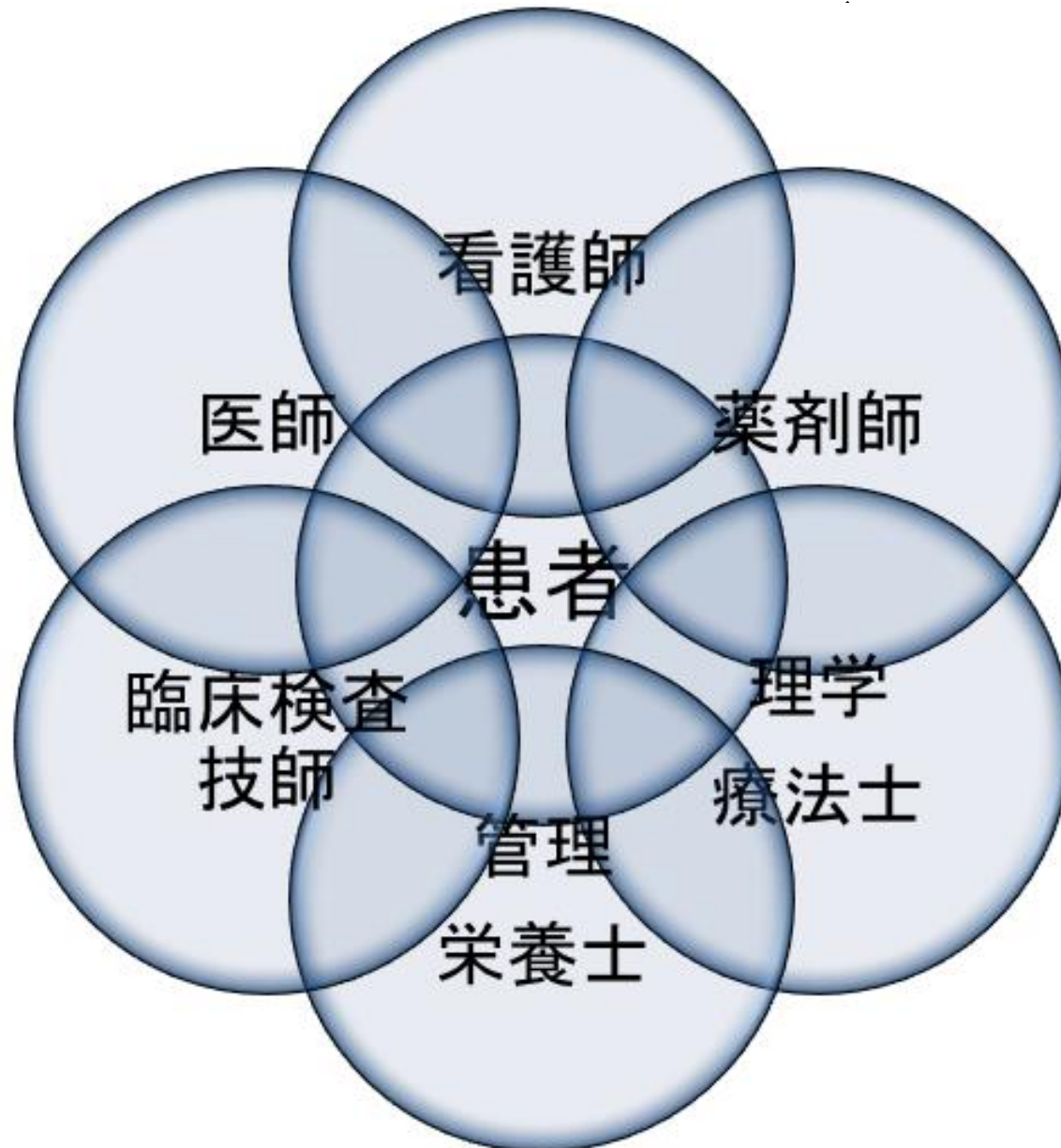
疲弊させない魅力ある内科づくり

- 全国最大規模の二次医療圏・2025年問題に対して何ができるか、社会との「つながり」を考慮した医療の実践→地域包括ケアシステム
- 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
- 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日々高める！
- ドクターズクラークの活用
- 退院困難症例はMSWとの協働で対処

IPW(interprofessional work) とは

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

Transdisciplinary team approach



心電図警告音72分放置、77歳男性死亡

淡路医療セ

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が原因を調査。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、謝罪したという。

同センターに、11月1日に一般病棟に入れた。同月16日午前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。看護師3人は巡回中であまり、複数の警告音が鳴ったことなどから、約3時間後に死亡が確認された。

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2001年、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。

宮城県の大田立病院では、アラーム音を聞き逃したため、患者が死亡した。アラームが頻りに鳴るのを聞き逃した。アラームが頻りに鳴るのを聞き逃した。アラームが頻りに鳴るのを聞き逃した。

IPWの実践 その1

チームで取り組む心電図モニターの安全管理

- ◎ 開院5年間でモニターアクシデント報告が3件
 - ◎ モニター装着患者の急変に気付くのに数分かかった
 - ◎ モニター装着が必要な患者に未装着で急変：1件
 - ◎ 術後6時間以内の死亡例の波形破棄：1件
- ◎ 2012年4月にワーキンググループでコメディカルのみで活動開始
- ◎ 管理や権限に限界あり、診療部長をリーダーとし Monitor Alarm Control Team (MACT)を発足

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**

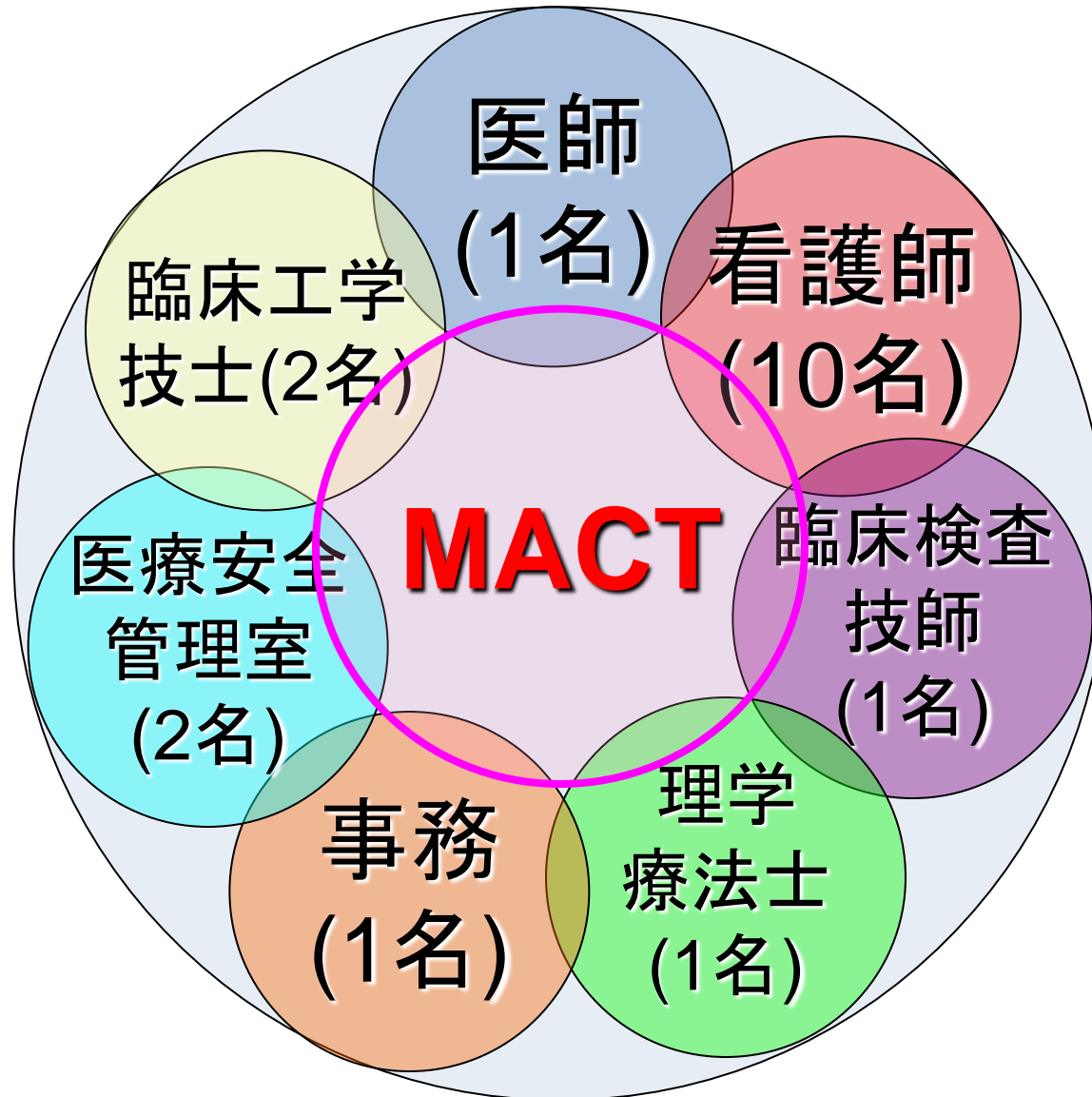
アラーム総数 ↑

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
(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



MACT医師ラウンド

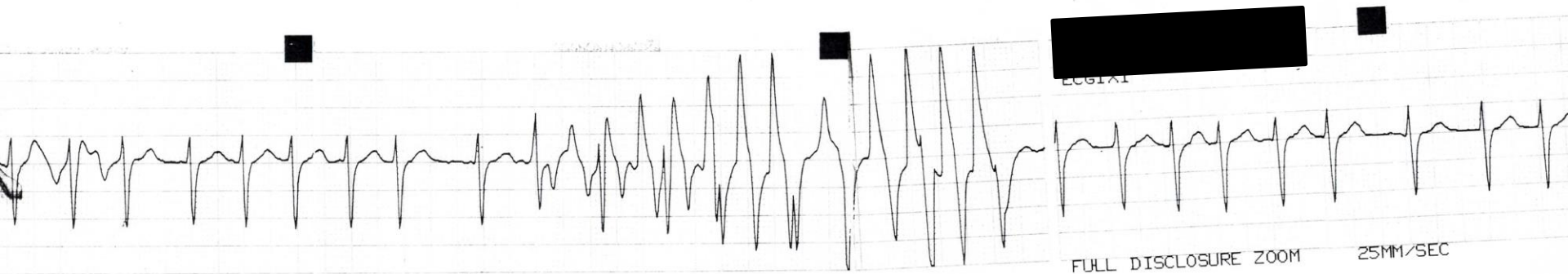


- **循環器内科病棟**
 - 2013年5月導入
- **一般内科、呼吸器・消化器内科病棟**
 - 2014年1月導入
- **リーダー看護師プレゼンテーション**
 - 心電図モニター装着患者の疾患
 - 心電図モニター装着理由
- **MACT医師へコンサルテーション**
- **明確な装着理由ない患者**
 - 主治医に連絡し、明確な理由が示されなければ心電図モニター装着中止



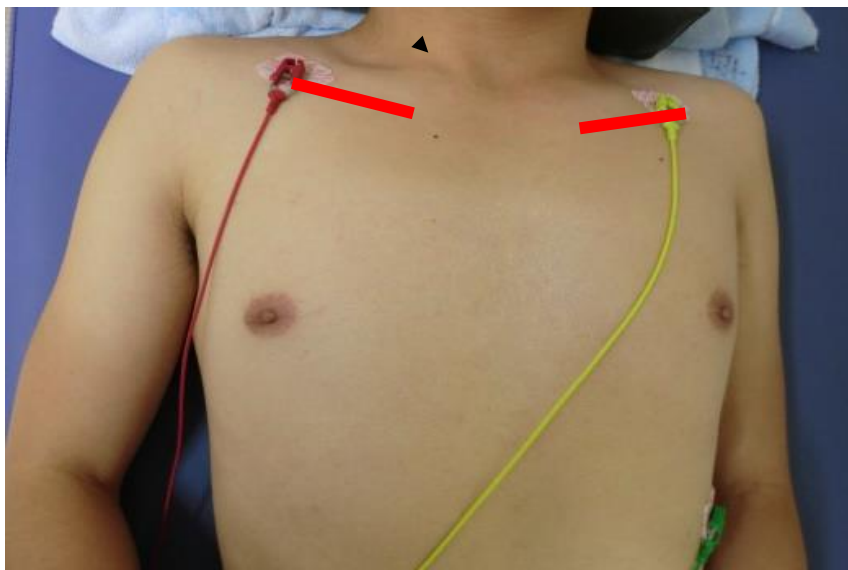
症例

- 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！



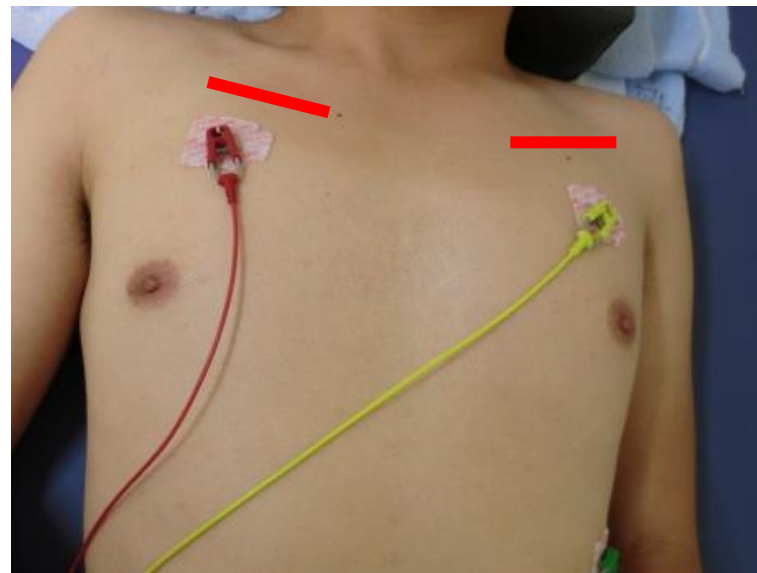
電極を正しく貼りましょう!!

○正しい



※電極は鎖骨直下に貼る。

×誤り

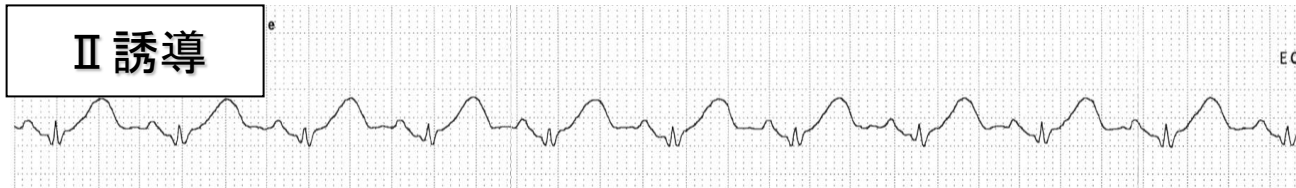


※大胸筋上に貼ることで筋電図が入り、テクニカルアラームの原因となる。

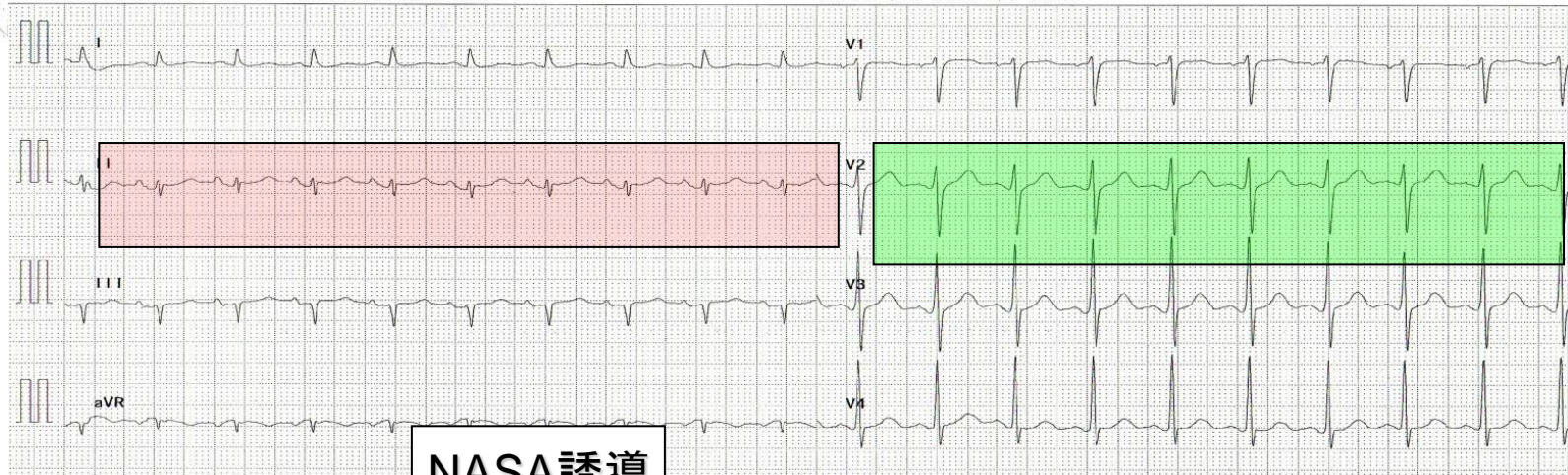
誘導選択



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。

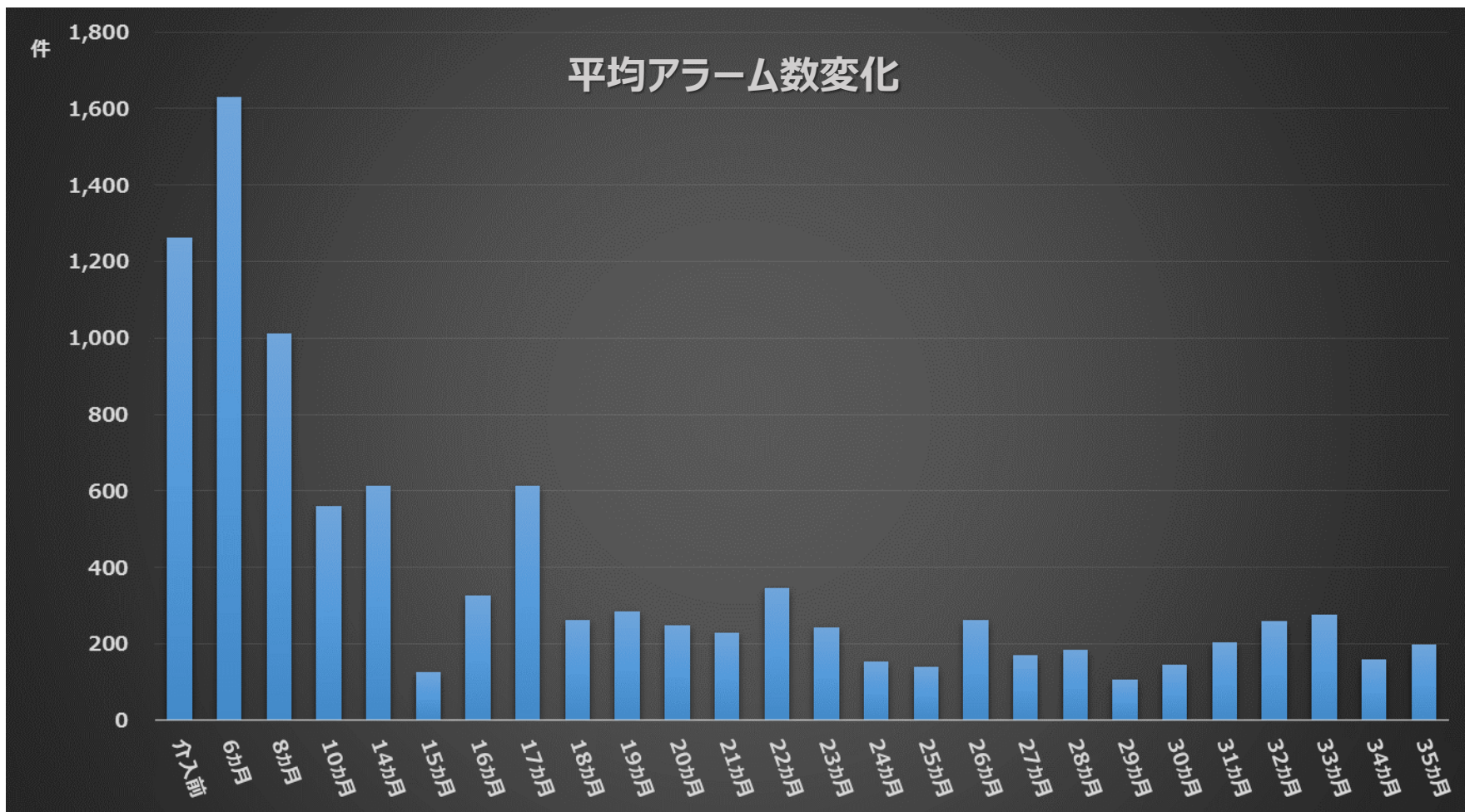
【主治医/担当医への確認不要】

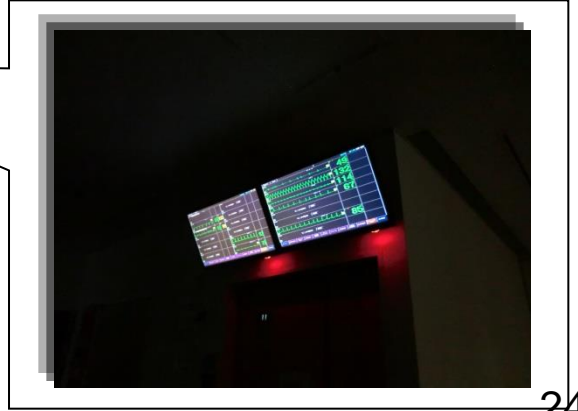
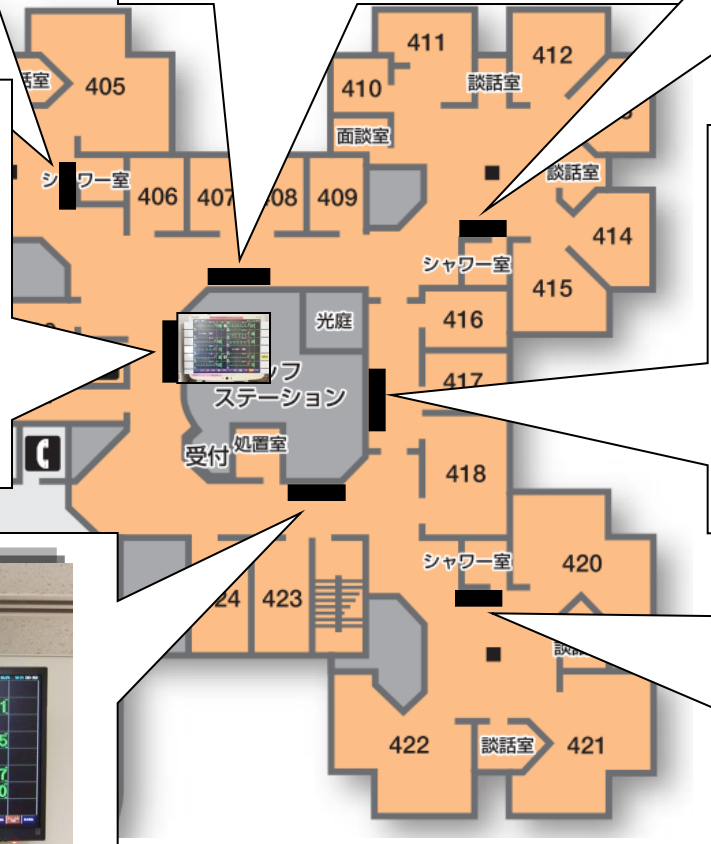
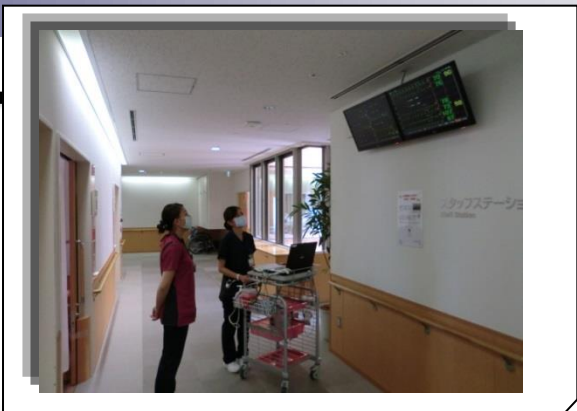
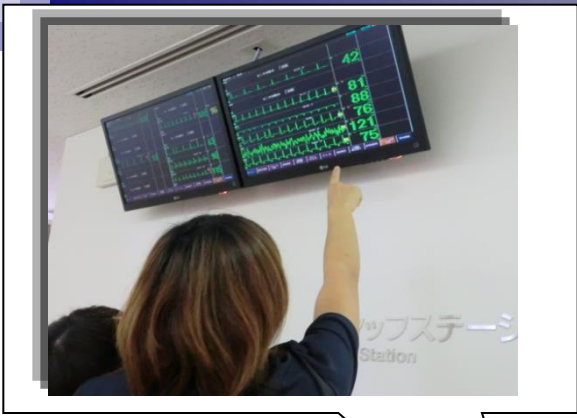
病名・検査	状態
ペースメーカー新規	植込み術後 1 週間が経過し、ペースメーカーチェック完了時点
ペースメーカー交換	術後 24 時間後
合併症なく終了した PCI	翌朝
鎮静剤使用内視鏡検査	投薬 1 時間後覚醒している場合 投薬 1 時間後覚醒していなければ、覚醒後 SpO ₂ 低下しない場合

鎮静剤使用内視鏡検査は、必ず SpO₂ 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

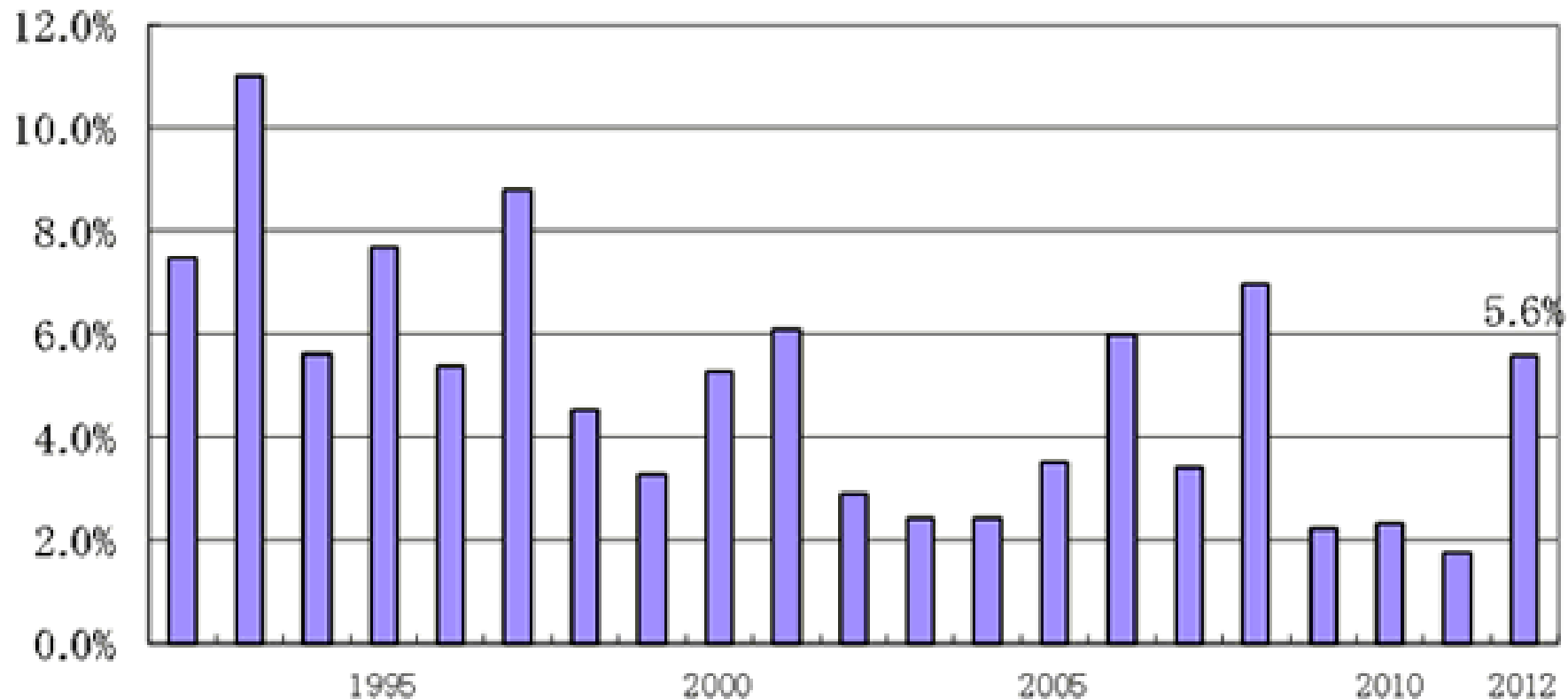
MACT活動の成果



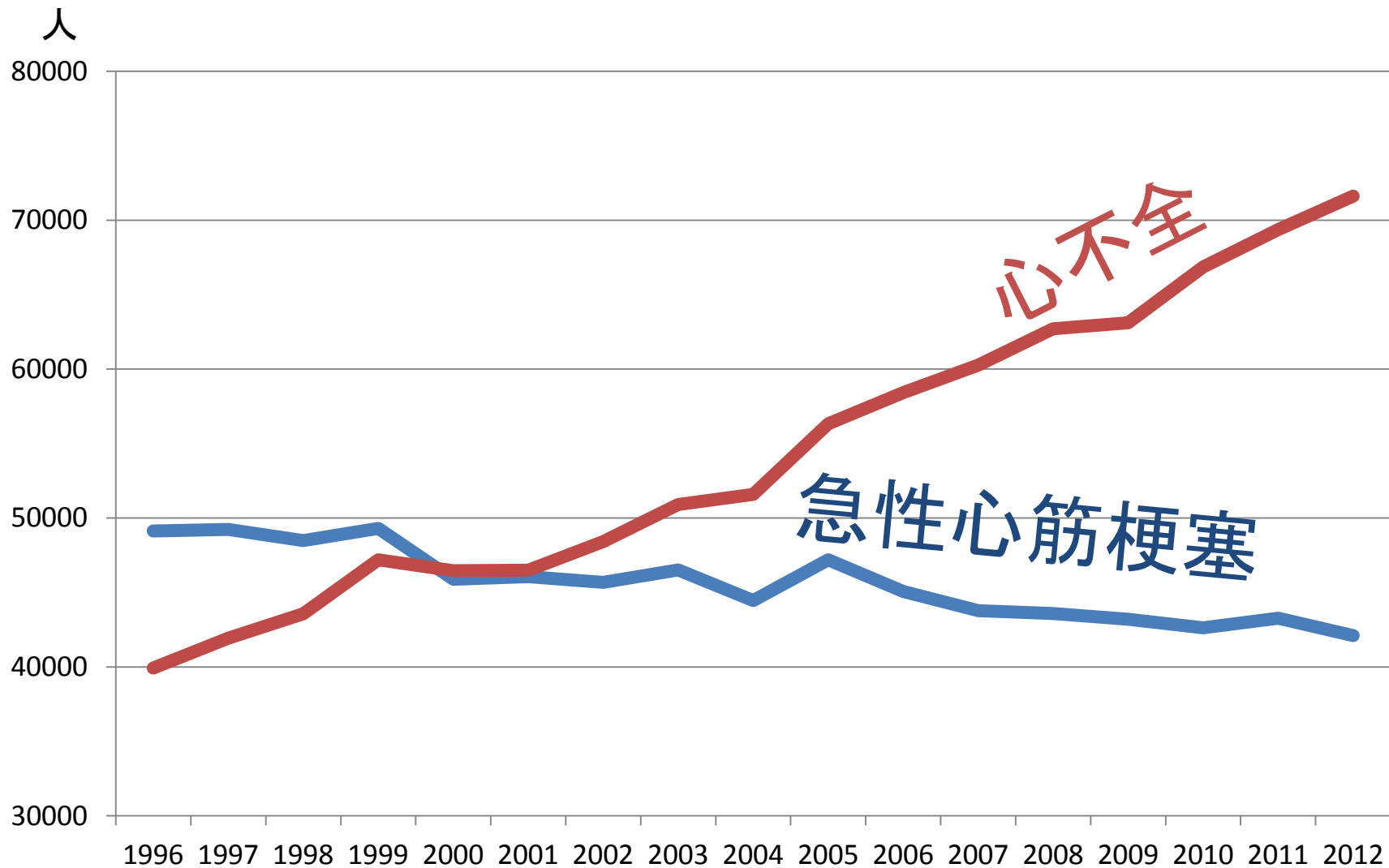


EBMの時代
IPWにもEBMがないとダメ！
総合医と循環器専門医の協働

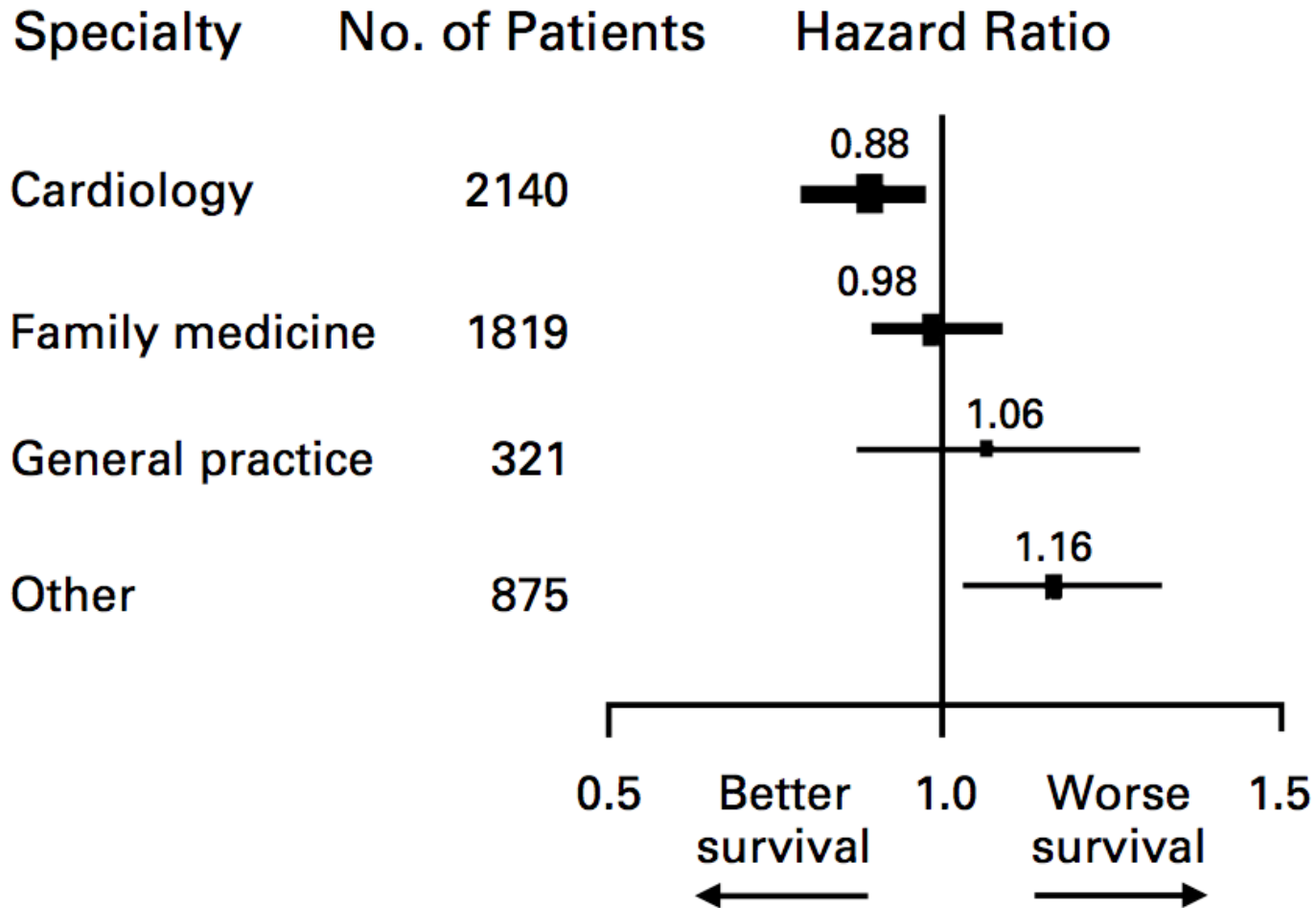
自治医大さいたま医療センター 急性心筋梗塞死亡率



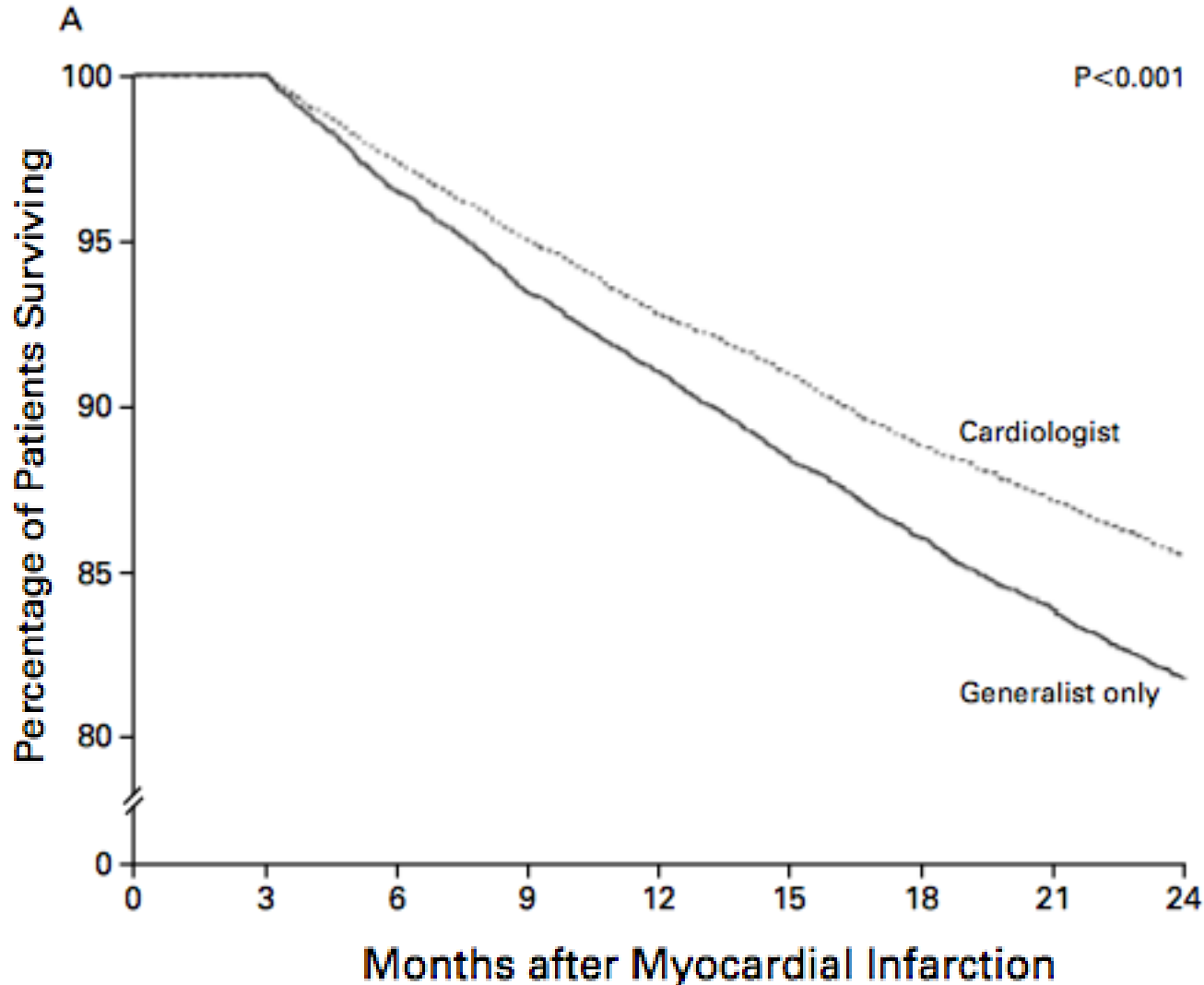
急性心筋梗塞と心不全 死亡数の推移



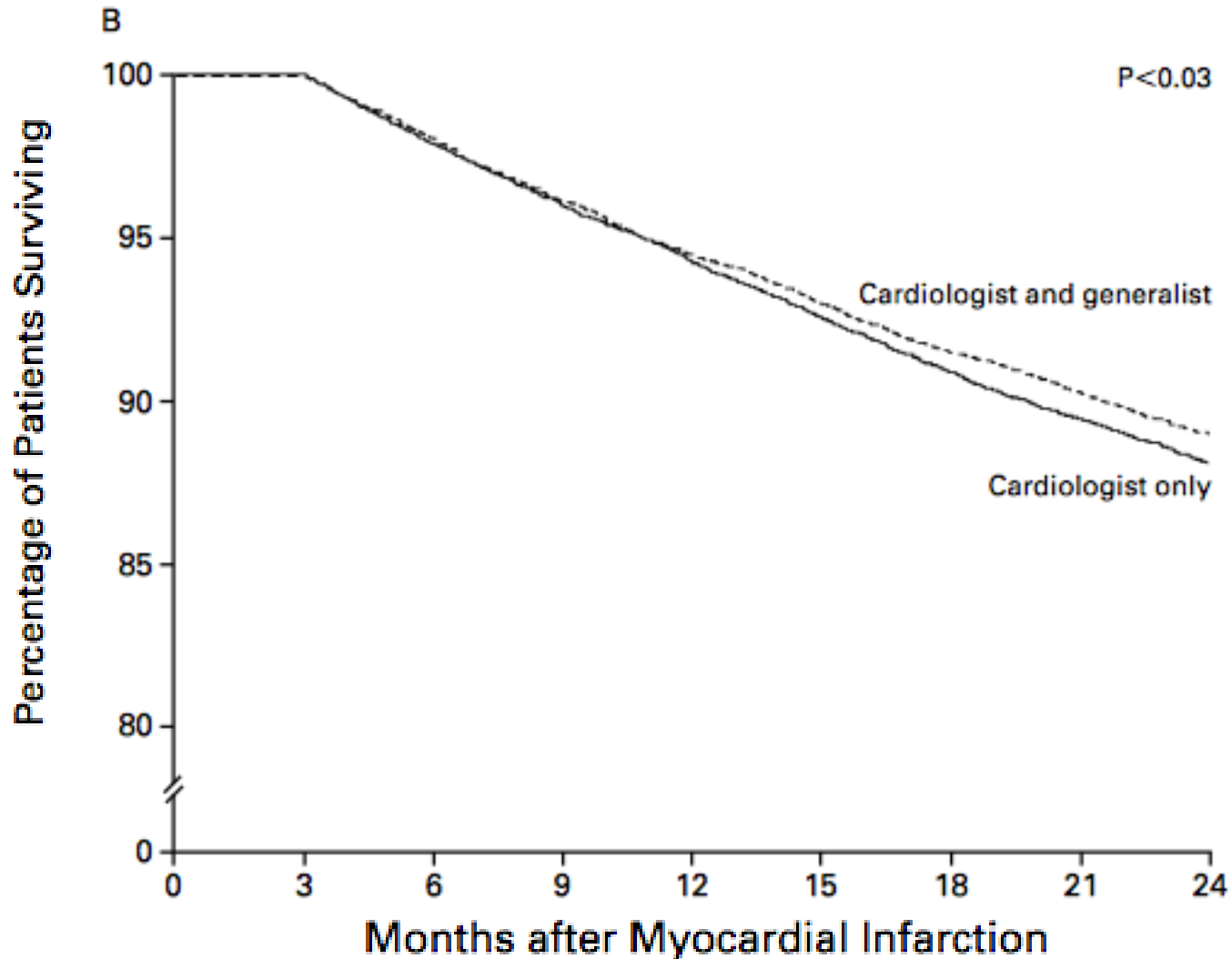
入院主治医の専門性による 急性心筋梗塞1年死亡率の違い (1992～1993年)



PHYSICIAN SPECIALTY AND MORTALITY AFTER MYOCARDIAL INFARCTION



PHYSICIAN SPECIALTY AND MORTALITY AFTER MYOCARDIAL INFARCTION



Recommendations For Decision Making and Patient Information

	Class ^a	Level ^b
It is recommended that patients be adequately informed about the potential benefits and short- and long-term risks of a revascularization procedure. Enough time should be spared for informed decision making.	I	C
The appropriate revascularization strategy in patients with MVD should be discussed by the Heart Team.	I	C

European Heart Journal Advance Access published August 29, 2010

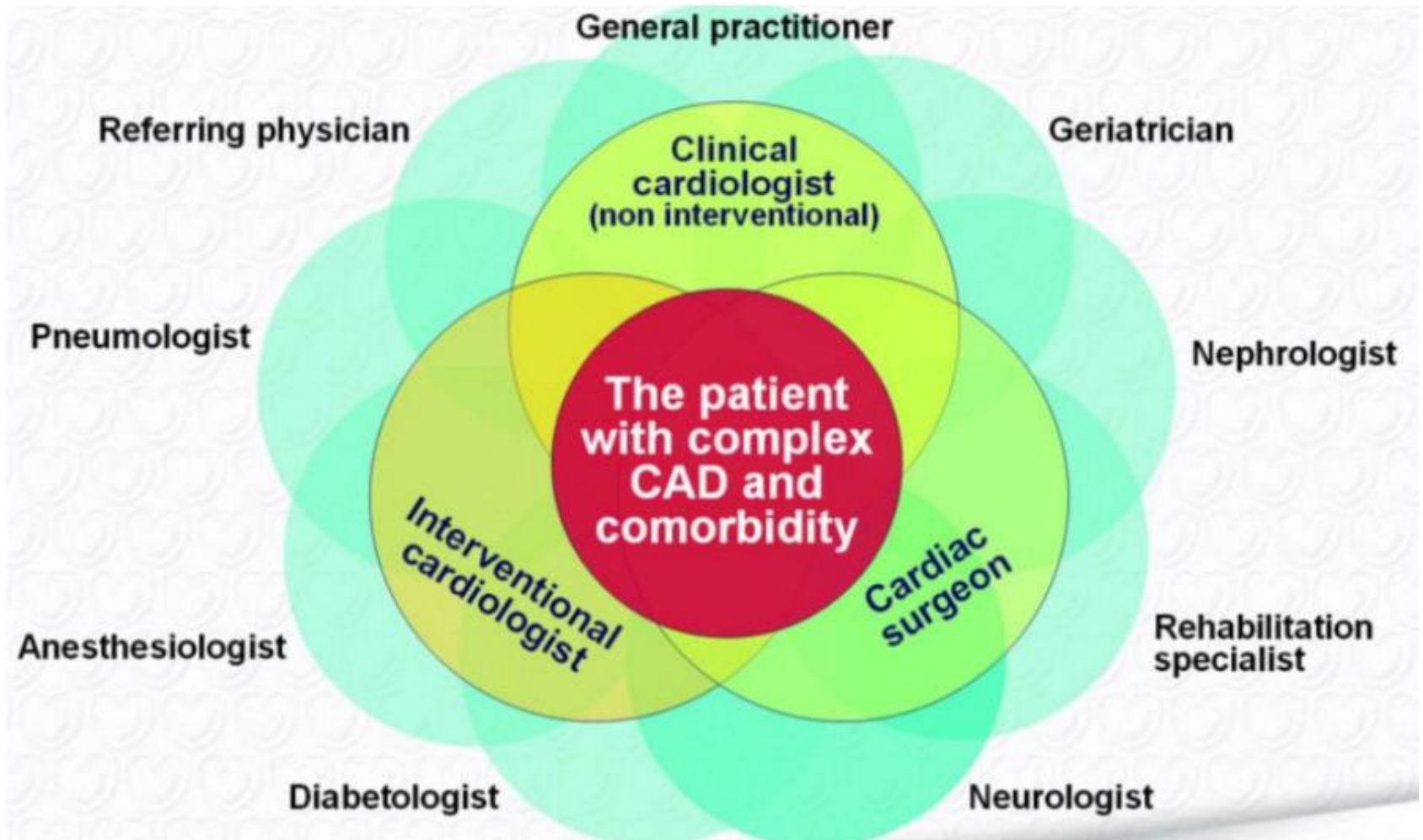


European Heart Journal
doi:10.1093/eurheartj/ehq277

ESC/EACTS GUIDELINES



The Extended Heart Team



European Heart Journal Advance Access published August 29, 2010



European Heart Journal
doi:10.1093/eurheartj/ehq277

ESC/EACTS GUIDELINES



医師にとってのワークライフバランス

- 仕事時間は確かに長い→**充実感のあるチーム活動・成果を“見える化”**させ仕事満足度を高める
- 専門職は**ワーク**の充実があって**ライフ**が充実
- **ライフ**の充実がないと、医師の**スキル**は十分に発揮されない
- バランスがとれている医師はまだまだ少数→**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**

女性医師に適した体制の構築

- 内科医24人中**女性医師6人**
- 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
 - ER勤務・回復期病棟担当医・検査
 - **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」

“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
実践する医療が理想だと
思いませんか？