

「グランドデザイン・中間取りまとめ」への提言

1. 「中間とりまとめ」はゼロベースに立っているか？

1) 現状分析の方法は適切か？

「機能していない一次・二次・三次という救急医療システム」を現状分析対象とし、その枠組みで対策、改善を考えている。

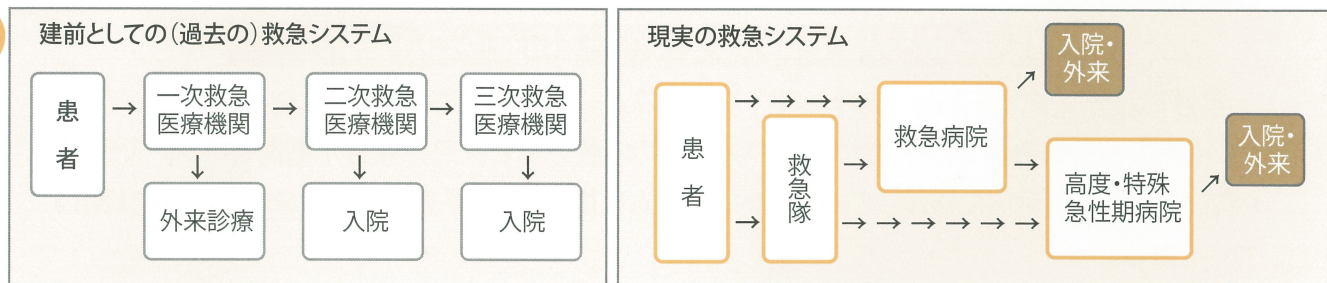
2) 救急医療の実態が分析されていない

現実の救急医療体制の実態が分析対象になっていない。すなわち患者の利便性や視点、そして現実の患者行動といった点から分析されていない。どのような患者が救急車でどこに搬送され治療を受けたかという動的な流れに沿った分析がされるべきである。

3) 建前だけの救急システムと現実的な救急システムの並存

現在の表向きの救急医療システムは、一次・二次・三次という、医療機能のヒエラルキーを建前として厚生労働省により行政的視点からデザインされているが、現実の救急医療は、総務省・消防庁の災害対応の救急隊と救急医療告示機関というシステムを軸に進んでおり、正規の建前だけの救急システムと非正統の現実的な救急システムが並存している状況である。現実機能している動的システムは後者であり、その改善を目指すべきである。(図表1参照)

図表-1



2. 旧来システムの機能不全と現実の救急医療システム

1) 旧来システムの機能不全と「北米型 E R」

■叫ばれる「北米型ER」の必要性

すでに日本救急医学会などでは、「一次・二次・三次というシステムは無効」と言われ、それに代わるシステムとして「北米型 E R」の必要性が叫ばれている。厚生労働省の医療政策も、ヒエラルキー構造を否定し、「疾患別の急性期病院」を中核とする「機能の集約化と地域医療連携」へと向かっており、現実の救急医療においても地域ごとの中核病院への集約化が進み、診療報酬上の評価もこれに対応している。(図表2,3参照)

■なぜ、これが明文化された救急システムとして公然化しないのか

その理由は「縦割り行政の弊害」によるものと考えられる。救急医療の動的な機能として救急隊の活動が基本であり中軸であるにもかかわらず、行政的には厚生労働省の管轄ではないため、これを救急医療システムに公的には組み込めないからである。よってグランドデザインも、救急搬送の担い手である救急隊が主題として取り上げられない「非現実的なデザイン」となっている。

2) なぜ一次・二次・三次という救急システムは機能しないのか？

それは、患者本人には必要とされる医療が何か分からない

神奈川県「医療のグランドデザイン」 抜粋(1)

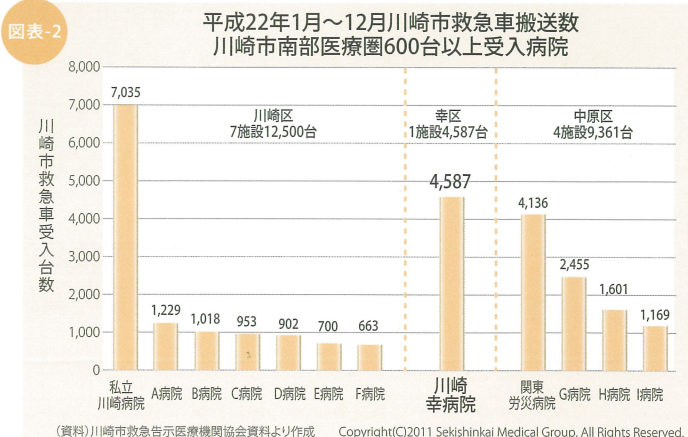
①背景・現状

- ・本県では、従来から初期、二次、三次の救急医療体制の整備を進め、救急患者の円滑な受入に取り組んできたところである。
- ・現在、県央二次保健医療圏を除く各二次保健医療圏に三次救急医療機関としての救急救命センターが整備されているが、二次救急医療機関は減少傾向にあり、救急輪番体制の運営も厳しい状況が発生している。
- ・高齢者の救急搬送が増加しているが、高齢者を含む軽症患者が二次・三次救急へ流入することにより、円滑な救急医療体制の障害となる状況がある。

②課題

- ・軽症患者の二次・三次医療機関への流入を抑制するための取り組みが必要である。
- ・高齢者救急においては、高齢者の救急搬送の増加が一般救急に影響を及ぼしている実態を踏まえて、対応策を検討していく必要がある。
- ・重急性期病床の整備などにより、急性期医療から慢性期医療への円滑な移行を進めることも課題となっている。

図表-2



3) 救急医療、その疾病構造と治療の変化

■疾病構造の変化

かつて、救急医療の対象が感染症・外傷そして消化器疾患であり、開業医が夜間対応していた時代では、一次医療としての診療所・二次医療としての一般病院・そして高度医療は大病院が担うというこの一次・二次・三次という救急医療システムは一応機能していた。しかし、疾病構造が変化し、生死を争う疾患として脳血管・心臓大血管が中心となった現在、分時を争ってこれへ対応しなければ、救急医療として成立しなくなってきた。(図表4参照)

■救急病院に求められる必須条件の変化

そして、これらへの「診断治療が365日24時間できること」と「そのための設備・要員を備えること」が救急病院の必須条件となってきた。そのため、かつての一次救急医療の担い手であった診療所は救急医療から撤退し、多くの二次救急病院も対応できず救急からの撤退が進行している。ここで、二次救急病院の撤退を問題視し、これへの対応を考えても無駄である。この動きは合理的かつ必然だからである。必要なことは、現に機能している病院を強化し地域システムの中で円滑に機能させることである。

4) 一次救急医療機関の衰退と救急救命士の登場

■一次医療の主要な役割は救急救命士に移った

開業医は救急医療から撤退した。救急医療は救急隊の救急救命士のトリアージから始まる。あるいは、直接救急告示医療機関に受診した場合は、看護師や医師のトリアージから始まる。このように、救急隊の役割は災害出動から医療へと重点が移動している。

■システムにおける救急救命士の役割の明確化が必要

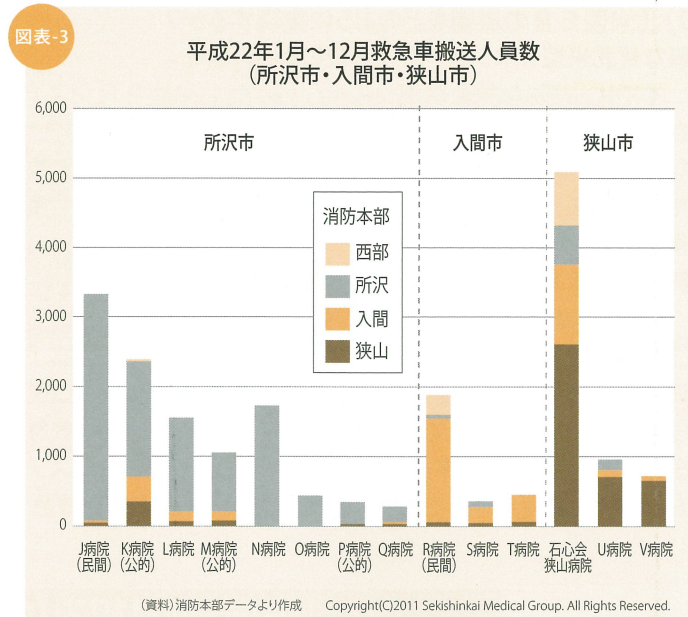
だが、救急隊は相変わらず消防庁の管轄下にある。しかし、機能変化に基く救急救命士の資格化により、救急救命士の主要な役割が、単なる搬送業務から救急医療の最前線としての応急処置・トリアージに移行し、どこの病院に搬送するかで患者の生命が左右される状況にあることを考えれば、救急救命士の役割をシステムの中ではっきりと認識しなければならないだろう。救急におけるかつての一次医療機関の主要な役割は救急救命士に移ったと言えるし、その質が問われるのである。

5) 救急病院の要件

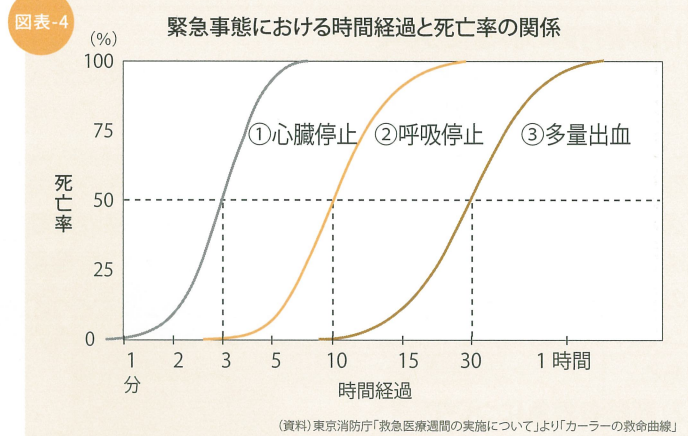
■現在の救急医療は三次の医療水準が要求される

疾患ごとに必要とされる救急医療機能を考えると、疾患によってはもはや二次、三次という診療機能の水準区分による病院分類はできない。いずれもかつては三次と考えられていた医療水準が最初から要求されるからである。脳卒中の患者を受け入れるとすると、夜間休日でもCT・MRIを稼働させ脳外科の手術を行う必要があり、放射線技士・検査技師などの当直も必要である。心臓血管の患者を受け入れるならば、循環器内科・心臓外科の当直も必要となる。各科当直体制を敷くためには、医師の過重労働とならないような人員が必要となる。このような救急医療体制をつくることは、ひとつの病院では困難であるし、救急救命センターといえど、これらの機能が備わっているとは言えない。

図表-3



図表-4



■救急医療圏を二次保健医療圏で考えることはできない

さらに、救急医療圏を二次保健医療圏で考えてよいかと考えると、これでは広すぎると思われる。現在の要求される時間的緊急性を考えると、「その科が成立しうる最小の診療圏が救急医療圏」として考えられねばならない。診療報酬制度でも、脳梗塞では発症後三時間以内にt-PAを投与することが基本要件となっている。病院までのアクセス時間、検査診断に要する時間を考えると、時間的余裕はほとんどない、この点からも集約化と連携が国の医療政策の柱になるのは当然である。

6) 休日急患センターおよび二次救急輪番制病院

一次・二次・三次という旧来のシステムを補完するものとして、休日急患センターを地域医師会などに委託したり、自治体が補助金を出すなどして、救急輪番制病院の制度が各地で行われている。しかしこれが有効に機能しているとはわれわれの経験からは評価できない。

■現実に機能しない休日急患センターと二次救急輪番制

休日急患センターは一般外来患者向けであり、入院が必要な場合や専門医の診断が必要な場合利用しない。重症かどうか判断できない患者から見れば、直接救急病院に行くほうが安心できるためあまり利用しないのである。救急輪番制を見ると、患者にとってその日どこが当番か不明であり、どこに行けばよいかわからないのは不可能である。結局、入院が必要な重症と考えるときは救急車を呼ぶことになる。このように、現状の救急輪番制は補助金の組織分配に過ぎず有効性は低い。

7)北米型 E R の機能をどのように実現するか？

■なぜ北米型 E R システムが普及しないのか？

すでに、有効な救急医療システムとして、北米型 E R システムが提唱されているにもかかわらず、我が国では普及していない。その原因は、それを担う救急医や総合医が極めて少数だからであると同時にそのバックヤードとなる専門医療も集積されていないからである。

■北米型 E R システム構築に向けた動き

しかし、専門医療については、先進的急性期病院において徐々に領域別センターがつくられ始めており、これと救急部が病院内で有機的に組織化されれば、効率的な診療体制がつけられることとなる。そして各診療科・研修医が交代で臨時救急医として、救急医療に専任して勤務すれば、北米型 E R システムと同様の機能を作ることができる。また、一次医療的な救急

医療については、たしかに救急病院でオーバーフローしているケースが見られるが、これに対し、救急病院と地域医師会が共同して、救急病院内に医師会などの協力を得て救急クリニックをつくり、有機的な運営をしている事例も我が国で試みられている。患者への啓発だけではなく、小児や軽症救急については、このようなシステムを考えない限り解決しないと思われる。

■救急医療の改善・充実のために

救急医療の改善・充実のためには、現在中核的に救急に携わっている病院が、北米型 E R 機能を果たせるよう促し、協力する地域ネットワークをつくることであろう。行政はともすれば、予算をつけて対策を立てたように見せかけるため設備補助を行うが、これも意味無く税金の無駄遣いとなる。このような見せかけの対策を講じて、現在中核的に救急医療に携わっている急性期病院にとって効率的なシステムはつくられないのである。

3. 「方向・取り組みについて」の基本姿勢

1) 患者行動の評価について

高齢者を含む軽症患者が二次・三次救急医療機関に流入することを、円滑な救急医療体制の障害としか認識していないのは、まったくの誤りであり、行政や医療機関の責任逃れと理解されても仕方がない。すでに述べたとおり、旧来の救急医療システムは機能していない。この状況における患者行動はまったく合理的かつ必然であり、患者に責任はない。患者の受診抑制ではなく、患者に分かりやすい合理的救急システムを作り、それに応じた患者行動を促すことを提案すべきである。

2) 高齢者救急について

救急医療に関する限り、高齢者も若年者も変わらない医療を提供すべきであり、それを救急病院が対応すべきである。救急医療機能を持たない「老健施設や有床診療所の有効活用」で対応しようとするのは、高齢者を差別し、質の高い医療を提供しないという政策と誤解される。

救急医療の終わった後の慢性期医療や介護の問題は、救急医療の問題とはまったく別個の問題であり、この部分での記述は削除すべきである。なお「リビングウィル・カードの導入」の問題は老若を問わぬ課題であり、高齢者救急問題とすること自体、老人差別として受け取られることは、高齢者医療制度問題で経験済みであろう。

3) あるべき救急医療のイメージ

現実、必要性から、地域ごとに自然発生的に救急医療秩序

神奈川県「医療のグランドデザイン」抜粋 (2)

③方向性・取り組み

- ・二次保健医療圏ごとの医療資源の配置実態を把握した上で、必要な医療人材の養成・確保に取り組むとともに、現にある医療資源を適切に維持・強化していく必要がある。
- ・軽症患者の安易な時間外受診を抑制するための啓発やコールセンターの設置による相談とトリアージを行う体制整備も必要である。
- ・高齢者救急については、老健施設や有床診療所の有効活用などを含めて、救急医療提供体制の円滑化の方策を検討する必要がある。また、「リビングウィル・カード」の導入などを含めて、患者本人の意思を尊重した医療提供のあり方について議論を深めていくべきである。

が形成されてきている。「一病院完結型医療から地域完結型医療へ」、これは医療法改正による地域医療計画の改革、医療情報の公開という制度改革の目指すイメージであり、患者の視点に立った改革である。

しかも、これからの方向ではなく、すでに進んでいる医療界の動向を追認し、制度的に公認する政策といってよい。もっとも、緊急性を要する医療については、できれば、二次保健医療圏でも広すぎるので運営可能な限り狭い医療圏を想定すべきであり、そうでない疾患については、質を担保できる範囲で中核となる医療機関を想定すべきである。各医療機関の現実に移動している機能を把握した上で、その有効な組み合わせとして、緊急医療は、地域ごとに構想されるべきである。

以上が、今回、石心会が神奈川県の策定した「医療のグランドデザイン・中間取りまとめ」に対して行った提言である。

ここで強調したいことは、この提言は決して主観的見解に基いた主張ではないということであり、あくまでも客観的な事実に基づいた提言である。

今回提言を行うにあたり、客観性のあるエビデンスとして、以下の資料を基にした。

1)日本救急医学会ER検討委員会 E R システム F A Q

2)横浜市救急業務委員会資料

次ページより掲載する。

1)日本救急医学会 ER検討委員会

ERシステム FAQ

日本救急医学会ホームページより

http://www.jaam.jp/er/er/er_faq.html

- ① 日本では1次救急、2次救急、3次救急という言葉がありますが、どういう意味なのですか？
- ② この1・2・3次救急システムの問題点は何でしょうか？
- ③ しかし、高次施設への転送(紹介)システムがあるはずですが、それはうまく機能していないのでしょうか？
- ④ それでは、現在の日本の救急システムにはどのような型があるのでしょうか？
- ⑤ 集中治療型救急システムとはどういうものかを教えてください。
- ⑥ ER型救急システムとはどういうものかを教えてください。
- ⑦ 各科相乗り型救急システムとはどういうものかを教えてください。
- ⑧ ER型と各科相乗り型の根本的な違いは何でしょうか？
- ⑨ ERドクターとはどのような医師を指すのでしょうか？

① 日本では1次救急、2次救急、3次救急という言葉がありますが、どういう意味なのですか？

大まかには下記のように理解していただく
分かりやすいと思います。

1次救急：

軽症患者(帰宅可能患者)に対する救急医療

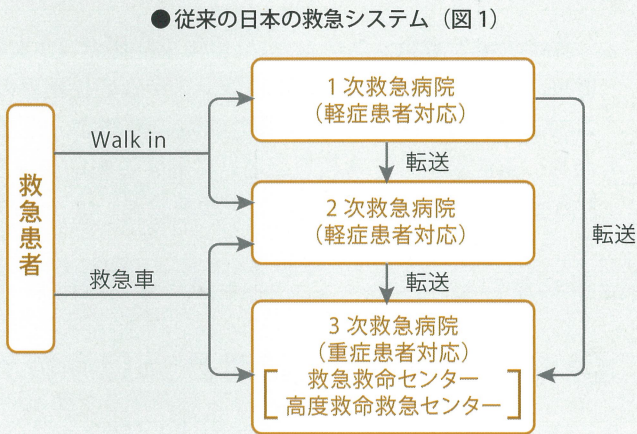
2次救急：

中等症患者(一般病棟入院患者)に対する救急医療

3次救急：

重症患者(集中治療室入院患者)に対する救急医療

これらの関係を図に示しますと右のようになります。



② 1・2・3次救急システムの問題点は何でしょうか？

このシステムの問題点は、医療する側が自分たちの診療範囲(軽症、中等症、重症)を決めていることです。患者の立場からすると自分が軽症なのか中等症なのか重症なのかはわからないため、どのような医療機関へ行けば良いのかわかりません。このように、医療する側と受ける側とのギャップ(患者が求める医療と提供する医療機関の医療が必ずしも合致するわけではない)が生じることが問題なのです。

③ 高次施設への転送(紹介)システムがあるはずですが、それはうまく機能していないのでしょうか？

確かに、1次救急施設に2・3次の患者が来院した場合や1・2次救急施設に3次救急患者が来院した場合、高次施設へ転送(紹介)するというのが原則になっています。しかし、このシステムもあまり機能していません。理由は二つあります。一つは、軽症患者のように見えて実は重症患者だったというケースを正確に診断することができないことです。そして、二番目が、それができないために重症患者と確定されていない患者は高次施設が必ずしも引き受けてはくれないことです。1・2・3次救急システムは、軽症・中等症・重症患者に対する治療が主な医療で、それを選別する診断や選別法(advanced triage)が不十分なところが問題なのです。

4 現在の日本の救急システムにはどのような型があるのでしょうか？

現在の日本の救急システムは施設ごとに違いが見られますが、大別すると3種類に分かれます。まず、現在の日本の救急システムを大きく分けると「集中治療型(critical care型)」と「救急初期診療型」の二つに分けられます。そして、「救急初期診療型」は「ER型」と「各科相乗り型」の二つに分けることができます。「集中治療型(critical care型)」は主に上記の3次救急施設の救急医療体制で、「各科相乗り型」は上記の1・2次救急施設で比較的多く見られる救急医療体制です。以後、これらのシステムについて説明を加えていきます。

■救急医療システムの分類

		仕事現場	仕事内容
I. 集中治療型 (critical care型)	集中治療型	集中治療室 (病棟)	救急初期診療にはタッチせず 重症入院患者の集中治療
II.救急初期診療型			
1.ER型 (ER:emergency room)	ER型	救急外来	科にかかわらず、全ての科の救急初期診療
2.各科相乗り型	各科相乗り型	救急外来から 病棟まで	自分たちの科の救急初期診療から 病棟での治療まで

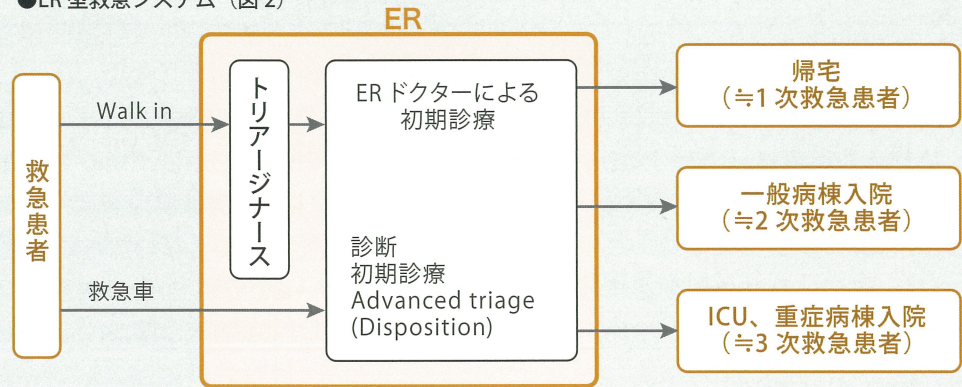
5 集中治療型救急システムとはどういうものを教えてください

集中治療型救急システムとは、主に重症患者（3次救急患者）の治療を目的として発展したもので、従来の日本の1次・2次・3次救急システムの仕組みの中で捉えると理解しやすいと思います（図1）。このシステムの中での3次救急病院の役割は、救急患者の診断や初期治療という救急初期診療ではなく、重症患者（3次救急患者）に対する集中治療が主体となります。このシステムで3次救急病院が対応している救急患者（3次救急患者）は、全救急患者の5%以下だと言われています。

6 ER型救急システムとはどういうものを教えてください

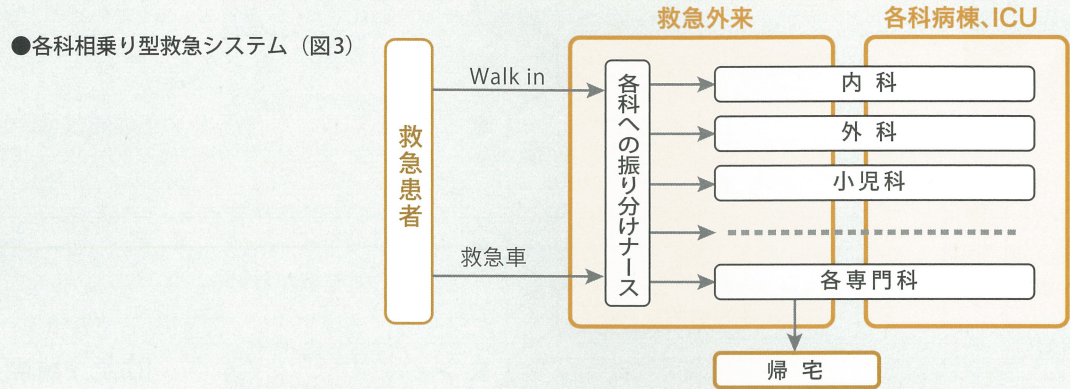
ER型救急システムとは、北米のER（ED：emergency department）で行われている救急システムを参考に作られたため「ER型」と名付けられました。基本的に全ての救急患者に対応する救急初期診療型で、ERで働くERドクター（ER専門医）は全ての科の初期診療を行います。また、walk inの患者にはトリアージナースが対応し、緊急性があるかないかの判断を行います。緊急性があると判断されれば、救急車で来院の患者同様、ERドクターの診療を緊急に受けることとなります。ERドクターは初期診療後、入院が必要な患者は全てその担当科に振り分け、入院患者や手術には基本的には関与しません（図2）。ERドクターが行う救急初期診療とは、診断・初期治療・advanced triage（disposition）をさします。ちなみに、advanced triage（disposition）とは、救急患者の方向性のことで、具体的には、帰宅させるのか入院させるのか、入院させるのならどの科にどの時点で話を持っていくかの判断のことです。

●ER型救急システム（図2）



7 各科相乗り型救急システムとはどういうものを教えてください

各科相乗り型救急システムとは、各科の救急担当医を集めて救急患者に対応するシステムです（図3）。一応、その施設で対応可能な科の救急患者を受け入れることになります。そして、患者が入院の場合は、救急外来で担当した科がそのまま入院まで担当していくこととなります。この型は前述した「ER型」と違い、救急外来では全救急患者を横断的に初期診療するシステムにはなっていません。この型の特徴は各科に振り分けるところからシステムが始まることで、最初に救急外来で患者に対応した者（看護師、研修医など）が担当科（担当医）を指定しなければなりません。この業務を看護師が担当した場合、トリアージナースとは言いません。あくまでも各科への振り分けナースです。ちなみに、日本の救急システムは、この型が最も多いのです。



8 ER型と各科相乗り型の根本的な違いは何でしょうか？

この二つの型の根本的な違いはERドクター（ER専門医）の存在の有無です。「ER型」がERドクターの存在によって成り立っているのに対して、「各科相乗り型」は各科救急担当医の存在によって成り立っています。ERドクター（ER専門医）とは、全ての救急患者の初期診療に対応する能力を持った医師であり、全ての救急患者に対応しますが、各科救急担当医は、自分の専門科の救急患者にのみの対応に終わります。

「各科相乗り型」はERドクターが不在なため、各科救急担当医の協力体制でシステムを組みます。各科救急担当医の協力体制を組むためには、各科救急担当医の診療前段階で診療科を指定する段階が必要になります。現状では、そこを看護師や研修医（上級医不在）が担当することが多く、この各科指定のトリアージは経験的に行われているのが現状で決して論理的とは言えません。そのため、この段階で間違ったり（誤診したり）、各科の狭間に入ってしまう患者が多数存在することになります。ここが、このシステムの限界です。

ただ、日本ではERドクターの存在が明確にされていないため、ERドクターと各科救急担当医の区別がはっきりしないのが現状です。そうなると、救急部門が独立しただけで「ER型」と名のったり、そう思っている施設も少なくありません。この問題の解決法は、ERドクター（ER専門医）の定義（概念）を明確にしておくことであり、これこそが「ER型」救急システムの定義を行うために最も早い方法と思われます。

9 ERドクターとはどのような医師を指すのでしょうか？

「ER型」の絶対的必要条件として、全ての救急患者を横断的に診て救急初期診療を行う能力を有するERドクター（ER専門医）の存在が不可欠であることを述べてきました。しかし、現在の日本ではERドクター（ER専門医）の数は非常に少なく、将来的展望も未だ出ていないのも事実です。ERドクター（ER専門医）の養成はこれからの日本の救急医療の課題です。

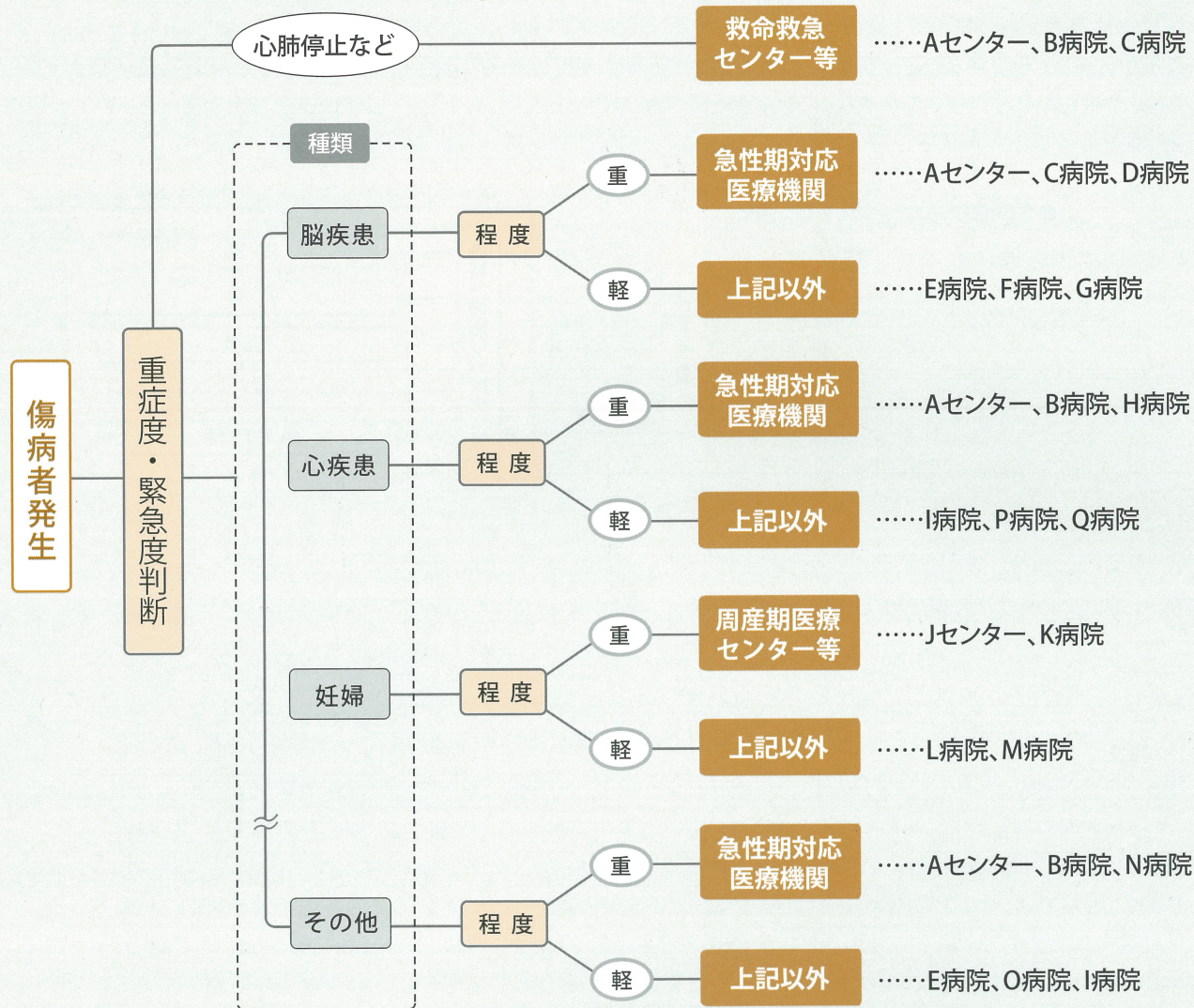
そこで、ERドクター（ER専門医）の条件を並べてみます。

1. ERの専任医師であり、各科の業務を兼任しない。
2. 手術、入院患者、専門外来には関与しない。
3. 全ての救急患者（全ての科）の初期診療を行う能力を有する。
4. 上記3の初期診療とは、診断・初期治療・advanced triage（disposition）をいう。

現在の日本では、施設の問題などから「2」については異論が出るかもしれませんが、ここでは、基本的な考え方について触れたまでです。

平成21年度 第1回 横浜市救急業務委員会説明資料 《傷病者の搬送及び受入の実施基準等に関する検討会 資料》

2) 傷病者の状況に応じた搬送先となる医療機関のリスト(イメージ)

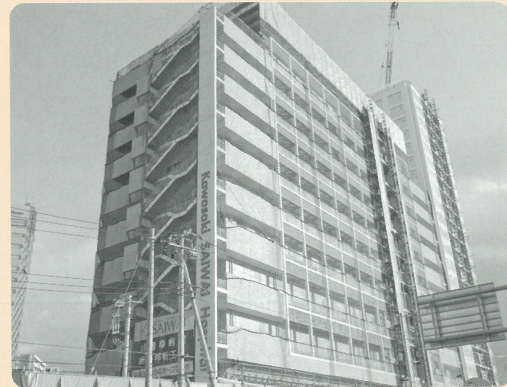


平成 20 年度救急業務高度化推進検討委員会資料

川崎幸病院新築移転

新川崎幸病院の完成が近づいております。
建物を覆っている工事シートもすべて取りはずされ、外観をお披露目することができました。開院に向け急ピッチで内装工事が進んでいます。

平成24年1月10日 撮影



サイバーナイフの先駆施設としての誇りと責任 ～横浜サイバーナイフセンターの今～

昨年2月に臨床試験としてサイバーナイフによる「肺がんの定位放射線治療」をスタートさせた横浜サイバーナイフセンターの今を特集します。

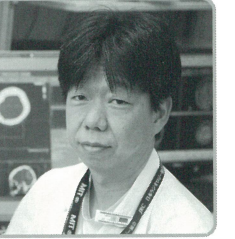
肺がん治療も13症例を順調に終え、一歩ずつ前進していく横浜サイバーナイフセンターの現状と今後の展望を横田院長にお話いただきました。

院長・医師
横田 尚樹



横浜サイバーナイフセンターを国内随一のセンターと言わしめる「検証と品質管理」を井上室長にお話いただきました。

放射線治療品質管理室長
医学物理士
井上 光広



●サイバーナイフ治療の優位点

サイバーナイフでの肺がん治療の優れた点は、呼吸により移動する腫瘍を追尾して放射線照射できる点です。また当センターでは多方向から50～60本の放射線(通常の定位照射は多くても6本ほど)を腫瘍に照射します。多方向から細い放射線を多数照射することで、正常組織への影響を最小限にとどめ、放射線を腫瘍に集中させることが可能なのです。

●国内随一の「検証と品質管理」

当センターは放射線が腫瘍に正確に集中しているかの「検証」と治療装置の「品質管理」を高水準で行っています。当センターレベルの「検証と品質管理」を行っている施設は国内にはありません。横浜サイバーナイフセンターはこの点で「国内随一」のサイバーナイフ施設と言えます。

●適応症例の拡大の可能性

日本のがんの臓器別の放射線治療症例数は、「脳・脊髄」が全体の5%なのに対し、「肺がん」は16%を占めます。つまり肺がん治療は、今後、適応症例の拡大が見込める領域だということです。しかし、サイバーナイフの治療適応である「ステージⅠ(転移がない)で3～5cmの大きさ」の肺がんの治療は、日本ではまだ手術が主流です。サイバーナイフでの肺がん治療が手術に劣らない「エビデンス」(臨床結果)を外部に示していくことが必要です。

●最大の課題「金マーカー」

腫瘍の位置認識のために、純金製の4mm大の金属マーカーを気管支鏡などで腫瘍の周囲に入れます。この処置は当センターでは現状対応できず、紹介元の医療機関などをお願いしています。「金マーカー」が症例拡大の障害となっているのです。そこでサイバーナイフ装置の更新を2012年5月に予定しております。装置更新により、全症例の3/4は金マーカーを使わずに腫瘍追尾が可能になります。そして何よりも、金マーカーを入れるという患者負担のない、より低侵襲の治療が可能になります。

●治療領域拡大のために…まずはエビデンス

サイバーナイフでの肝臓がん治療も視野に入れています。また将来的にはすい臓がん、乳がんの治療や緩和治療、延命治療への適応も可能ではと考えています。治療領域拡大のためにも、まずは肺がん治療のエビデンスを積み上げていくことが目下の課題です。

治療成績を大きく左右する「検証と品質管理」。この点において横浜サイバーナイフセンターは**国内随一だと胸を張ることができます。**サイバーナイフ治療の国内における先駆施設として、**今後の成長と治療領域拡大に期待が高まります。**

●サイバーナイフによる肺がん治療の要

サイバーナイフは、腫瘍周囲に配置した金マーカーと体表面にセットしたLEDマーカーを目印として、体表の動きから呼吸による腫瘍の動きを予測します。「呼吸により不規則に動く腫瘍をいかに高精度に追尾できるか」。その追尾の精度の「検証」がサイバーナイフ治療の最大の要です。

●CCDカメラを用いた独自の「検証」

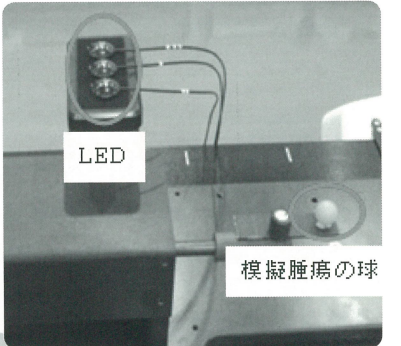
当センターは、大阪大学の塩見医師が構築したCCDカメラを利用した方法で追尾の精度を検証しました。金マーカーを刺入した球を腫瘍に見立てこれを動かし、その動きを追尾できているかをサイバーナイフ照射部に取り付けたカメラの動画を用い検証します。正確に追尾できていれば動画上で球は静止して見えます。さらに、当院で作成した解析ソフトで患者さんの腫瘍の動きをMRシネ画像より抽出し、球に腫瘍の動きを再現させることで各患者さんへの追尾精度を検証しています。世界的にもここまでの検証はできていません。

●誤差をも組み込んだ治療

呼吸の状態は人により違い、不規則な呼吸では追尾精度が悪くなる、すなわち誤差が大きくなる可能性があります。そのため患者さんごとに追尾精度の検証を行い、その誤差を前提に治療計画を立てることで、必要な放射線量を正確に腫瘍に照射することができるのです。どんなシステムも誤差を必ず持ちます。大事なのはあらかじめ誤差を評価することです。こういった治療は当センターでしかできていません。

●大学病院をしのぐ「品質管理」

装置の品質管理については、私が専任でやらせていただいています。専任であるからこそ上述のようなシステム構築や検証が可能なのです。大学病院をしのぐ「品質管理」を実現できていると思います。呼吸により動く腫瘍を追尾しながら照射するような最新の技術を用いた治療を安全かつ高精度に提供するためには「検証」は欠かせません。このような水準の「検証と品質管理」にもとづいたサイバーナイフ治療は、国内では当センターでしか行っていない治療です。



新川崎幸病院の外来部門として 意識高く臨む一年

川崎幸クリニック 院長 杉山 孝博



新川崎幸病院が6月に開院します。地域の中核病院の外来部門としてこれまで以上に意識を高く臨みましょう。また今後の医療の課題ひとつである「在宅療養」においても、川崎幸病院と連携し入院患者のスムーズな在宅移行に力を入れます。総合的な診療機能を持った中核的なクリニックとして、年々高まる地域の期待に応え、より良い医療サービスを目指します。

川崎地区腎透析部門 更なる発展の年

川崎クリニック 院長 穴戸 寛治



今年は①川崎幸病院移転に伴う透析室の増床(6月)②川崎クリニックのリニューアル(秋)さらに③中原地区における透析クリニックの新設(2013年)と今後の川崎地区腎透析部門の根幹となる事業が予定されています。これらを滞りなく完遂すべく、鋭意努力致します。

医療サービスを一層向上させ、 リピーターを確保する一年

アルファメディック・クリニック 院長 塚田 一義



顧客の開拓が進み、広い範囲から受診していただけるようになりました。この状況において、診断、検査の精度の一層の向上をはかり、要精密検査判定時の受診勧奨案内により精査受診率の向上を目指し、また、サービス面でも顧客満足度を高める事により、さらにリピートを増加させ、受診者の増加につなげていきたい。

症例数を重ね、サイバーナイフによる 体幹治療を普及させる一年

新緑脳神経外科 院長 横田 尚樹



サイバーナイフ装置の更新を5月に予定しています。これは、昨年から開始したサイバーナイフによる肺がん治療への追い風になります。しかし、まだ日本では肺がん治療は手術が主流です。サイバーナイフでの肺がん治療が「手術に劣らないエビデンス」を医療者に示していくことが必要です。サイバーナイフによる体幹治療を普及させる一年にしたいと思います。(詳しくは9ページのサイバーナイフセンター特集記事をご覧ください)

地域への感謝の気持ちを持ち 有終の美を飾りましょう

川崎幸病院中原分院 院長代行 塚本喜昭



新病院開院と同時に当院を閉院する一年になります。新病院への患者搬送はリスクを最大限想定しトラブルの無いよう万全の体制で臨みます。また当院を利用されている患者さんには、患者さんの立場に立ち、他施設へのスムーズな紹介をしています。患者さんあつての病院です。地域の方への感謝の気持ちを胸に、職員一同誠意を持って有終の美を飾りましょう。

川崎地区各施設と連携し、 更なるレベルアップを図ります

さいわい鹿島田クリニック 院長 朝倉 裕士



昨年は、震災や計画停電の影響で外来受診者数が一時的に減少しましたが、各科医師の努力の結果、短期間で元に復しております。さらに5月に内科常勤医が加わり地域の方から「かかりつけクリニック」としての信頼も得られております。外来部門・透析部門ともに川崎地区各施設と連携しレベルアップを図って参ります。

新たな気持ちで、 地域の健康増進に貢献していきます

川崎健診クリニック 院長代行 波多のぞみ



施設、巡回健診ともに受診者数は増えています。特に巡回健診の顧客獲得の為、引き続き営業強化致します。また近年、企業の労働安全衛生に対する意識の高まりから、健康相談や職場管理に伴う相談に産業医として指導を行う活動を積極的に進めてまいります。2月からは東京石心会に移行しますので、職員一同、気持ちを新たに健診業務に従事して参ります。

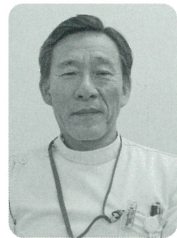
地域包括ケアシステムの 実現に向けて

在宅事業部 地域ケアコーディネーター 清崎 由美子



在宅事業部では、平成24年度に実施される医療保険と介護保険の同時改定を踏まえ、事業所体制を再構築する1年と考えています。川崎という地域性を生かした『地域包括ケアシステム』を実現するために、プロフェッショナルな仕事ができる事業所を目指します。常に「利用者にとって最善のサービスを提供する」ことが目標です。

ジェネラリストの精神を持ち、有機的に機能するチームを目指す一年



石心会狭山地域事業所
統括院長 青山 壽久

狭山地区も年々組織が大きくなり、また、医療も専門化・多様化が進む中、各診療科・各部門が今まで以上に有機的に結合し、組織として十分に機能することが求められています。そのためには、勉強会や各部門の発表の場を設けて部門間の知識交流を深め、横の連携の強化を図ることが必要です。また一個人、一部門レベルでは各自「スペシャリスト」として専門性を追求しながらも、全体を俯瞰し行動する「ジェネラリスト」の精神を持つことを期待します。ここでチーム医療を「串カツ」に例えましょう。一つひとつのカツを一本にまとめ上げる「串」となる人材がチーム医療の鍵なのです。各自がジェネラリスト(串)たる意識を持ち、全体像を把握しながら各自の役割を果たし、有機的に機能するチームをつくっていきましょう。

狭山病院が目指す次の世代の コンセプトをつくり上げる一年

狭山病院 院長 野本 栄



狭山病院も新築移転を視野に入れながら、次世代の構想を練り始める時期に来たと思います。今後の狭山地区の医療のあるべき姿を見据えて、各診療科・各部門に「各々が思い描く構想」を打ち出してもらい、それを有機的にミックスしていきたいと思います。地域の中核病院たる狭山病院が目指す「次世代型医療のコンセプト」を全職員で明確にしていきたいと思います。

新たな挑戦 ～「在宅血液透析」を普及させる一年～

さやま腎クリニック 院長 池田 直史



「在宅血液透析」の普及を新たな挑戦とします。在宅血液透析は医師の指導の下、患者さんや家族が自宅で血液透析を行う治療法です。特に生命予後が良いとされる頻回または長時間透析を、自分の生活スタイルに合わせて実施できるという利点がありますが、日本ではまだ普及が進んでいません。「在宅血液透析」を安全に地域に普及し、患者さんのQOL向上につなげたいと思います。

的確な情報を共有し、重症化する 透析患者さんと向き合おう

昭島腎クリニック 院長 栗本 義直



次の三点を今年の行動指針とします。①患者さんの病態と個性を理解し、患者さんに合った医療サービスを提供します。②的確な情報に基づいた職員間の良好なコミュニケーションを構築します。③高度な透析医療を提供します。透析施設では、透析患者さんの重症化が大きな問題になっています。患者さんの正確な情報をしっかり共有し、この課題に向き合っていきます。

地域完結型医療の構築に向け、 ダイナミックに行動する一年

さやま総合クリニック 院長 河村 正敏



病院完結型医療が限界を迎え、地域完結型医療へのシフトが急務になっています。そのためには、逆紹介や在宅移行により患者さんを地域に帰すだけではなく、退院後も安心して療養できる医療環境を各地域に整える必要があります。我々医療者が院外に積極的に向き、地域で支え合う地域医療ネットワーク構築に向けダイナミックに行動していきたいと思います。

来る介護ニーズのピークを見据え、 足場を固める一年

特別養護老人ホーム「オリーブ」 施設長 栗林 忠美



団塊の世代が高齢世代に突入する時期もすぐ目の前にせまっており、高齢化率も更に急速に高まっています。在宅介護であれ、施設介護であれ、これからますます介護の必要性は高まっていくと予測されます。住む人が安心して暮らしていけるよう、狭山病院をはじめとする医療や介護等地域との連携を図りながら、その中で役割を果たしていけるよう、スタッフとともに足元をしっかりと固めていきます。

スタッフが働きやすい職場環境が 患者満足につながります

立川新緑クリニック 院長 後藤 和宏



少しずつ訪問診療のニーズも増え、また遠方から脳神経外科を受診される患者さんもうらっしゃいます。地域医療と高度医療の二本柱で、目の前にあるべきことを職員一丸となって全力で取り組む一年にします。そして何よりもスタッフが楽しく、やり甲斐のある仕事ができる病院にしたいと思います。それが、患者さんに喜ばれる病院になることだと信じているからです。

自立心と自己責任の精神で 原点に戻る一年

立川介護老人保健施設「わかば」 施設長 窪田 惺



自ら考えて行動する「自立心」と、自らの行動とその結果に「自己責任」を持つことを全職員に期待します。今後、介護施設が果たすべき役割は大きくなっていくでしょう。各職員が、この介護という仕事を志したところの原点に今一度立ち戻り、新たな気持ちで利用者さんと向き合い、利用者さんご自身が望まれる療養生活を送れるように支えていきたいと思っています。



東京石心会
1月7日



石心会川崎地区
1月13日



石心会狭山地区
1月13日



狭山病院医療メディエーター 「第5回埼玉医療安全大会」で講演しました

11月5日、埼玉県看護協会主催の「第5回埼玉医療安全大会」が開催され、388名の看護職と医療専門職が参加する大きな会となりました。この大会で、狭山病院の「医療メディエーター」である菊地氏が、「患者・家族と対話推進の実際-医療メディエーションの一事例」というテーマで、狭山病院の医療安全への取り組みと医療メディエーターとしての活動の実際を紹介しました。

●医療メディエーターとは？

2007年に設立された日本医療メディエーター協会（理事長：久久史磨）が公的認定している、日本ではまだ新しい認定制度であり、2日間の養成教育プログラムを受講することで認定を受けられます。現在全国で1733人が認定されています。（詳細はHPをご覧ください。http://jahm.org/）



狭山病院医療安全への取り組み

狭山病院が取り組む医療安全と医療メディエーターの活動について、荒木室長と菊地氏に話を伺いました。

一昨年11月、看護部から医療安全課室長に就任された荒木室長。実際の医療の現場を知る看護師の目から見た、病院全体の医療安全の今と今後を伺いました。

狭山病院 医療安全課 室長
荒木 妙子



●事後対処ではなく事前防止

クレームや医療トラブルが発生した時に滞りなく対処することも必要ですが、「事前に防ぐ」ことが医療安全の本質です。医療安全課の主導で、研修やKYT（危険予定トレーニング）活動を積極的に行い、医療トラブルを「事前に防ぐ組織風土」をつくりたいと思います。

●医療安全の一環としての接遇

過剰な接遇は推奨しませんし、患者さんをお客様として扱う必要はありません。しかし挨拶や笑顔などの基本的な接遇は、医療安全の観点からも必要と考えます。日頃から患者さんとの良好なコミュニケーションを構築しておかないと、患者側と医療側で感情の不一致が生じ、医療トラブルに繋がる可能性が高まります。医療安全の観点から接遇の教育も行っています。

●真のチーム医療が医療安全を促進する

医療が高度化し専門性が高まるにつれ、望まない結果として、職種間の垣根ができ、互いの業務内容を十分に把握することが難しくなっています。ひとりの目だけではなく多くの人間の目で、患者さんの入院から退院までを連続性を持って見守ることがリスク回避に繋がります。そのためにも、職種間の相互理解を深めていかなければなりません。互いの業務内容を理解しシームレスなチーム医療体制をつくることが、医療安全を促進させるために必要です。

●リスクに対する「感性」を磨く

職員一人ひとりが自ら進んで医療安全の意識を高めていくことが、自分自身を護ることに繋がります。日々の業務の中に潜むリスクを感じ取る「感性」を職員一人ひとりが磨いていけるよう、「職員を護る医療安全課」が主体になり働きかけていきたいと思っています。

●職員間のコミュニケーションツールとしてのメディエーション

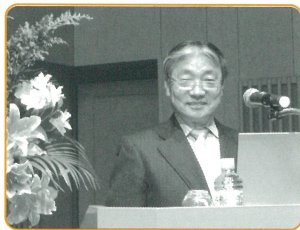
メディエーションは対話を通じて双方と良好な関係をつくり出すことのできる手法です。对患者だけではなく職員間においても推奨していきたいと思っています。

「健全な精神状態が良い医療の提供を可能にする」。職員一人ひとりのリスクに対する感性を高め、医療トラブルを事前に防ぎ、職員を護ることで、組織は健全な精神状態を維持できると考えます。医療安全は、高度医療を実践するための「前向きなコスト」であると捉えていく必要があると感じます。

●医療メディエーターの役割は？

院内で苦情や医療事故が発生した際に、患者側と医療側の対話の仲介を果たします。医療メディエーターは単なる紛争解決や訴訟回避ではなく、患者と医療者間の良好な対話を促進して、問題解決に導く役割を果たします。またその対話促進の技法は、Harvard Law School で開発された紛争構造の分析手法、対話促進技法など、理論的裏付けをもった技法となっています。

狭山病院では、今後、医療メディエーターの認定者を増やし、医療安全への取り組みに力を入れていきます。



平成22年度、狭山病院では医療トラブルは40件ほどあり、内4～5例は医療メディエーターの仲介が必要な案件でした。菊地氏に医療メディエーターの実際と今後を聞きました。

狭山病院 医療安全課 医療メディエーター
菊地 世紀



●客観と主観の橋渡し

医療トラブル発生の際、患者側と医療側の対話において、医療側はその性質上、客観的な事実を患者側に伝えます。しかし、患者側はどうしても主観的な感情にもとづいて主張します。この主観と客観という水と油が正面からぶつかっても答えは出ません。この双方の主張のずれをうまく調整することが医療メディエーターの役割です。患者側が納得いくまで主張できる環境をつくることで、円滑に対話が進んでいくと考えますし、患者さんご家族のお気持ちを少しでもやわらげることができればと思います。

●職員を護る専門職

医療メディエーターは患者側と医療側の対話の仲介役であり、中立的な立場です。しかし、患者側とのトラブルが、的確で誠実な医療を提供した結果やむをえず発生しているのであれば、当然、当院の医師と看護師を護ることが私の仕事になります。医療メディエーターという、職員を護る専門職の存在が職員に安心感をもたらし、結果、円滑な医療の提供に繋がればと考えております。

●組織のモチベーションを維持するために

医療におけるクレームは、医師、看護師本人にストレートに向かい、その人間性をも否定することに繋がります。つまり、職員個人ひいては組織全体のモチベーションの急激な低下に繋がるといえるリスクがあるのです。このリスクをマネジメントしていくことが今後の病院経営において重要なポイントと考え、医療メディエーターという職種の責任の重さを感じます。

●今後の展望は

今後は入院施設のみならず、外来、透析施設においても医療メディエーターに関わるべき案件が増えてくると思います。医療メディエーターとしての個人のスキル向上に努めながら、医療メディエーターの認定者増員と業務範囲の拡大をしていきたいと思っています。

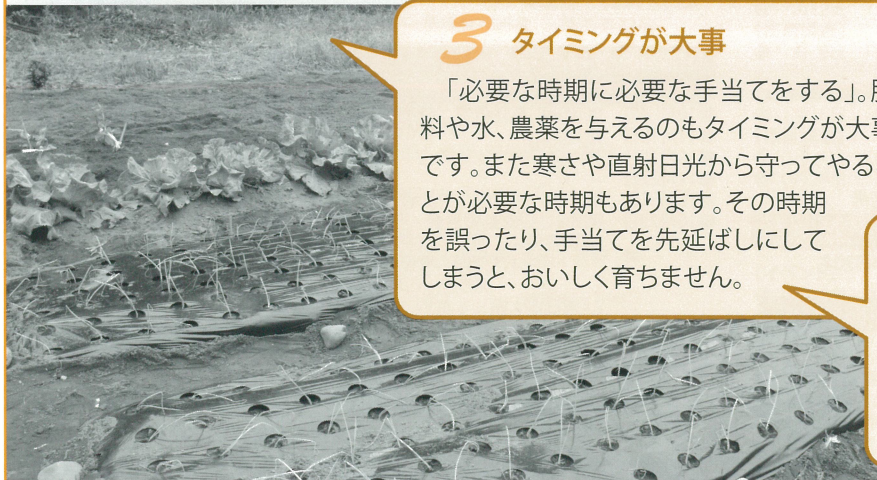
趣味 探訪

野菜たちがわたしに 教えてくれること

野菜作りと人材育成



狭山病院 副院長
水野 たつ子



水野副院長が最近ハマっていることは・・・なんと「野菜作り」！
休みの日は雨の日も風の日も欠かさず畑に足を運ぶそうです。

「野菜作りを本格的にはじめたのは3年前です。今のウチの畑は、元々は同居していた夫の父が開墾したものなのですが、夫の父母が他界したこともあり、3年前に私がその畑を引き継ぎました。『せっかく義父が開墾した畑を無駄にしてはいけない!』と一念発起(?)して野菜作りデビューをしたわけです。当然、畑仕事の経験も全くなかったわけですから、はじめは、野菜作りの"How-to"本を読みあさり、試行錯誤の毎日でした。」

試行錯誤の3年を経て、今はどうですか？

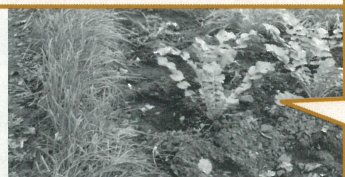
「3年目の今では耕うん機を買ってしまうほどに完全にはまっております(笑) 休みの日には、『麦わら帽子にほおかむり』(笑)というスタイルで野菜たちと触れ合っています。最近感じるのですが、野菜作りは『人材育成』に似ているな～と思います。」

「人材育成に似ている」。興味深い言葉です。さっそく、副院長に野菜作り(人材育成)のポイントを聞いてみました

水野副院長流 ～野菜作りのポイント～

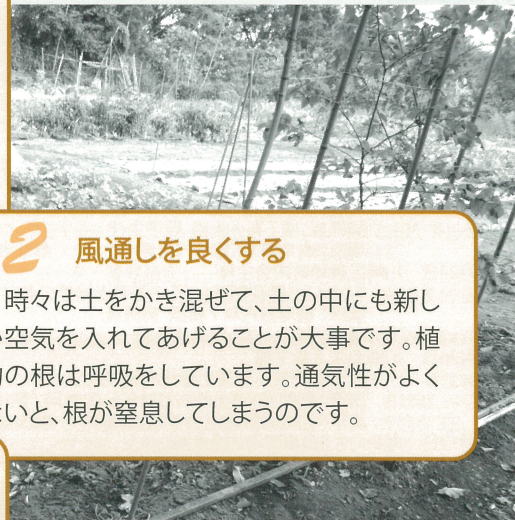
1 土壌づくりがすべて

なによりも「土」が大事です。石などの障害物を取り除き、肥料をしっかりと入れて、育ちやすい環境をつくるのが大切です。石があると野菜はまっすぐ育ちません。また定期的に土を変えます。ずっと同じ土ではおいしく育たないのです。



2 風通しを良くする

時々土をかき混ぜて、土の中にも新しい空気を入れてあげることが大切です。植物の根は呼吸をしています。通気性がよくないと、根が窒息してしまうのです。



3 タイミングが大事

「必要な時期に必要な手当てをする」。肥料や水、農薬を与えるのもタイミングが大事です。また寒さや直射日光から守ってやる必要が必要な時期もあります。その時期を誤ったり、手当てを先延ばしにしていると、おいしく育ちません。

4 声がけをする

いつも自分から野菜たちに声をかけています。不思議と声をかけると元気に育つのですよ。立派に育った野菜たちには「よくこまでがんばって育ったね～」と褒めています。

「野菜たちはわたしに多くのことを教えてくれます。感謝の気持ちを忘れずに、次の休みの日もかわいい野菜たちに話しかけてみようと思います。」

「土壌作り」、「声がけと褒めること」、「指導、教育のタイミング」など野菜づくりは人材育成に通じることが多いと感じました。人材育成の観点からも副院長の野菜作りのポイントをかみしめてみたいところです。



がんばって
育った
野菜たち

～今までに全28種類つくりました～
白菜、玉ねぎ、かぼちゃ、いちご、小玉スイカetc.
できるだけ多くの野菜を「量より質」を
大事につくりたいと思います。

