

救急体制強化を第一課題に

理事長 石井 暎禧

冬期こそ救急医療の正念場

2000年(20世紀)の終幕および2001年(21世紀)の開幕にあたって、石心会グループ全職員の皆さんに、再度、救急医療への取り組み強化を訴えます。

このことが石心会の将来を決めると言っても過言ではありません。患者増加が顕著な冬期を迎え、病床が過密になる中でこそ、本来、われわれの医療的使命の根幹をなす救急医療の真価が問われます。即ち、過密な病床状況の中にあっても、そのことを逃げ口上にせず、救急患者をスムーズに受け入れるためにどのような工夫を凝らすことができるか、いかにベストを尽くすことができるかが、川崎幸病院、狹山病院の来年度の命運を決めます。この点を、まず、肝に銘じていただきたいと思います。

上半期、動揺した救急体制

今年度上半期における両病院の診療＝

経営実績は、医師の補充難による診療体制の弱体化では済まされないほど低調なものでした。残された3ヶ月あまりでこれをどのように挽回するかが課題です。その死命を制するのは救急の受け入れです。

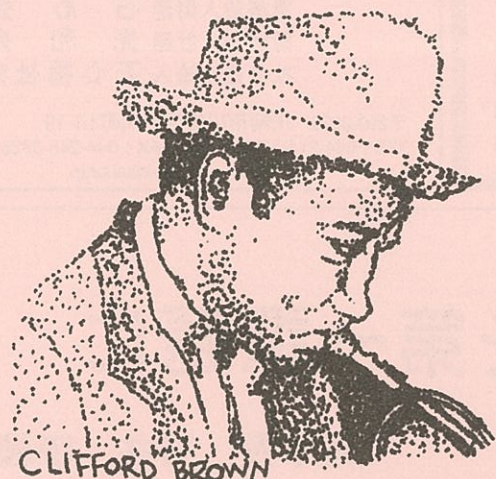
入院患者の主要な受け入れルートは皆さんもよくご存知のとおり、①通常外来、②他の医療機関等からの紹介、③救急の3つです。両病院とも、このうちの外来患者数、紹介患者数は右肩上がりで伸びています。しかし、両病院とも救急車で搬入される患者数は昨年度を下回る月が多く、ピーク時には400台/月に達していた川崎幸病院の救急車受入台数は、9月には200台を割り込んでしまいました。その後、回復する兆しは見えておりますが、まだまだ往時のレベルにまで回復するには至っていません。

この救急の停滞・後退が上半期の診療＝経営実績に最も大きな影響を与えたと考えられます。

本紙タイトル『海燕』は、M・ゴーリキーの散文詩『海燕の歌』(1901)に由来しています。その大意は以下のとおりであり、石心会のイノベーションマインドの象徴として採用しました。

……暗鬱な雲がたれこめ、雷鳴が轟く空と海。戸惑い騒ぐばかりの陽らの群を尻目に、
海燕は激しく飛び交い、暗雲と雷鳴を切り裂いて一直線に飛翔する。

(編集部によるダイジェスト)



CLIFFORD BROWN

急いで再構築へ

石心会の両病院のような民間の中規模病院は、公的病院に比べれば、資金の調達をはじめ様々な面で経営的に不利な条件に置かれ、医療設備や要員配置の面でどうしても風下に立たねばならないことが多くあります。したがって、そのような私たちが大病院と対抗しうる急性期病院として生き延びてゆくためにもっとも重要なことは、物質的に不利な条件をはね返すだけの『患者ニーズに機敏に応えるフットワーク』を持つことです。その意味で、いつでも患者の希望に応えられる救急体制の充実を第1の課題としなければなりません。

国の医療費抑制政策が続く中で、公的大病院も変貌を遂げつつあります。国公立病院、日赤等の公的病院、そして大学病院も医療システムが大きく変わり、経営的に厳しい時代に入ってきたことを認識し、これまで回避することが多かった救急に力を入れてきています。しかし、これらの大病院が内部改革し、これまでの体質を変えるまでには時間がかかります。勝負の鍵は時間です。速やかに救急機能の建て直しを図る必要があります。

まずは受け入れを

「機敏に、しなやかに動こう。救急患者さんの気持ちになって」・・・これが私たちが救急機能を再建するにあたっての合言葉です。これまで両病院では、病床状況が過密になってくると「ベッドがないのに救急を受け入れるのか」という疑問が繰り返し出されてきました。結論から言えば、これは無益な議論です。肝心なことは、何よりも患者さんの気持ちになることであり、搬入を断らず、まずは診察を行い、どのような医療が必要か、そのためにはどの病院が受け入れられるのか、そして、私たちは何ができるのか、その時点で最善なことは何か、以上について考え、最も適切な行動をとれば良いのです。救急隊も、まずは受け入れて、診察をしてくれる病院を望んでいます。『患者さんの立場に立つ』という、地域医療の原点を再度思い起こしていただきたいと思います。



BUD POWELL

〔編集部特別企画シリーズ〕

リスクマネジメントQ&A (2) 対策編・・・その1

Q 医療事故、医事紛争を防ぐための手だてには、どのようなものがありますか？

A 医療事故、医事紛争防止のポイントは次のとおりです。

【医療事故防止の基本】

前回述べましたように、医療事故は医療従事者個々の注意(意識)に頼るのみでは、その発生を防ぐことはできません。また、発生後に事故に直接関わった個人や部署の責任を追及するのみでは、再発を防ぐことはできません。少なくとも以下の3点を組織的にカバーすることが必要です。

第1に、事故につながりかねない要素(インシデント)を出来る限り早期に発見し、未然に防ぐ組織的な《報告・点検・対策》のシステムがつけられること。

第2に、このシステムが日常業務の中でスムーズに動くこと。そのためには、院長が任命するリスクマネジメント委員会を中心として、インシデントおよびアクシデントの点検・評価・分析・対策(立案→遂行)が迅速的確かつ継続的に行われなければなりません。

第3に、そのようなリスクマネジメント活動を支えるのは、院内各部署の連携協力であり、連携協力を促す手だて(例えば、配薬、検査等に関する点検作業のクリティカル・パスへの組み込み等々)を工夫することも重要です。

【医事紛争防止の基本】

また、医療行為そのものにはミスがなくとも、症状や治療に関する医療者側の説明が十分でないことから、患者や家族の不信を招き、それが原因となって医事紛争が発生することを忘れてはなりません。

特に近年、マスコミの活発な(勇み足的なものも含め)医療事故報道を背景として、従来であれば問題にならなかったようなことを原因とした医事紛争も頻発しています。そして、一旦医事紛争が発生すれば、多大な時間とコスト(経営資源)を解決に振り向けない限り、当該医療機関の地域的信用は失われます。このことがその医療機関の医療の質そのものに悪影響を与えることは火を見るよりも明らかです。言わば、患者とのコミュニケーションは、臨床行為の重要な一部であり、説明不足や患者の意思に対する注意不足によって、その医療機関の経営資源と医療の質は確実に大きなダメージを受けるということです。

したがって、医療に携わる者にとって患者とのコミュニケーションは、直接的な医療行為同様に重要であること、また、説明と同意(インフォームドコンセント)の内容については必ず書面にして患者・家族と相互確認すること、この2点について、石心会グループの全ての皆さんが改めて深く心に刻みつけ、着実に実践することを期待します。

〔次号では、医療事故防止の具体的な方法について、石心会グループの各医療機関で取り組んでいる組織システムと手段を紹介し、今後改善が期待される課題は何かを明らかにします〕

診療の現場から (1)

糖尿病診療への取り組み

今号より、石心会における診療の現状と課題・目標を全ての職員の皆さんに理解していただくため、各事業所で行われている診療の概要を疾患別に紹介します。その皮切りとして、高齢化社会の中での代表的な生活習慣病である糖尿病を取り上げ、石心会の糖尿病診療の水準と今後めざすべき方向性を明らかにしたいと考えます。

なお、この記事は、川崎幸病院内科部長・沢先生、狭山病院内科医長・中山先生へのインタビューをもとに、編集部の責任で構成されています。両先生のご協力に感謝いたします。

(1) 検査によって下記①②③のいずれかに該当する場合、糖尿病型と判定する。

①随時血糖値 200 mg/dl 以上が確認された場合

②早朝空腹時血糖 126 mg/dl 以上が確認された場合

③75g 糖負荷試験で2時間値 200 mg/dl 以上が確認された場合

※ *②で110 mg/dl 未満かつ③で140 mg/dl 未満は、正常型
*糖尿病型にも正常型にも属さないものは、境界型

(2) 別の日に検査して、①②③のいずれかで再現性があった場合、糖尿病と診断する。

(3) 再度の血液検査を行わなくても糖尿病と診断出来るのは、下記の場合です。

* 1回目の検査で糖尿病型と判定され、「口渇、多飲、多尿、体重減少」など典型的な身体症状が見られる。

* 1回目の検査で糖尿病型と判定され、HbA1cが6.5%以上である。

* 現に糖尿病型であり、過去にも高血糖値のデータまたは糖尿病の病歴がある、あるいは糖尿病性網膜症が認められる。

1. 診断のための検査と診断基準

川崎幸病院、狭山病院ともに、学会の現行基準に従っていますので、検査から診断までの流れは概ね上記のとおりです。

なお、正常型であっても、1時間血糖値が180mg/dl 以上の場合、糖尿病型に

移行する可能性が高いため、両病院では、75g 糖負荷試験施行時(負荷前・負荷後30分)に血中インスリン濃度を測定し、インスリン係数(この係数が低いと移行しやすい)、インスリン抵抗性指数を算出しています。

2. 管理と治療のシステム

(1) 外来での管理と治療

《外来通院患者数》

外来管理の規模は両病院とも概ね同一です。例えば通院患者数は、川崎幸病院約820名、狭山病院約850名、うちインスリン投与患者数は、幸が約120名、狭山が約160名です。

《外来受診のペース》

疾患・患者タイプ別の受診ペースは

下表のとおりです。血糖コントロールが悪く、狭山病院であればほぼ入院となるようなケースでも、川崎幸病院では、ギリギリまで外来通院で管理を行っているようです。これは、幸が『外来を中心とした病態管理』という今日の糖尿病管理の流れに乗っていることを示すとともに、狭山に比べ病床に余裕がないことが窺われます。

タイプ	疾病コンディション	受診ペース	病 院
境界型、準境界型		4～1回/年	狭山・幸
糖尿病患者	* 食事・運動療法のみでコントロール良	1回/2ヶ月	狭山・幸
	* 薬剤、インスリンにてコントロール良	1回/1ヶ月	狭山・幸
	* 〃 にもコントロール不良	1回/2～1週	幸

《教育入院》

上記の川崎幸病院における《外来を中心とした病態管理》という姿勢は、教育入院をめぐる方針に、よりはっきりとあらわれています。

狭山病院の教育入院プログラムが『期間2週間×定員3名』を1クールとして2セット(1ヶ月あたり6名)を対象に比較的オートマテカルに実施されているのに対し、川崎幸病院では、このような教育は外来で完結することを原則としています。

川崎幸病院では、血糖コントロールの悪化に伴い、その改善が入院加療によってしか果たせない場合、7頁のパス表に沿って治療と教育を平行的に進めます。

《教育目的以外での入院》

月平均での在院者数は、川崎幸病院3人、狭山病院10人で、重篤な合併症を併発して

いない限り、平均在院日数は14日前後となっています。しかし、基礎疾患として糖尿病がある場合、循環器系や脳神経系の疾患を合併していることが多く、他科が主治医となるケースもまま見受けられます。川崎幸病院では、そのような場合でも糖尿病の管理・指示(検査オーダー、インスリン投与・血糖検査指示等)は内分泌代謝を専門とする医師が担当しています。

なお、合併症で最も多いのは神経障害(しびれ)、次が網膜症、3番目が腎症ですが、これは糖尿病の入院治療を行っているほとんどの病院と共通した傾向です。川崎幸病院と狭山病院の間に傾向の違いが見られるのは、狭山の紹介や飛び込み患者の中に、壊疽を起こしている患者がまだそれなりの割合で見られることです。原因としては、患者自身の病識の低さによる長期放置、開業医の診断の遅れ等が考えられますが、狭山市周辺の場合、

川崎市に比べ地域的な予防および早期診断体制が立ち遅れているようです。したがって、狭山病院は、地域医療のセンター機能を担っている者の責務として、病診連携や行政等との協力を進め、糖尿病対策の充実に努めていく必要があります。

《地域連携の現状と課題》

* 川崎幸病院

糖尿病患者を紹介して貰った開業医に対して、治療が一段落着いた時点で必ず詳細なレポートをつけて逆紹介を行い、先方で管理不能な重症例については再紹介して貰っています。特に、幸で行っている強化インスリン療法について、内分泌代謝を専門にしていなかった開業医の間には「一度インスリンを導入すると絶対に離脱できない」といった誤解が根強くありますので、丁寧に説明することにしています。

また、このような個々の病診連携の他に、幸区、川崎区、中原区、横浜市鶴見区の

内分泌代謝専門医と一般内科医によって構成される『川崎糖尿病懇話会』を通じた組織的な連携も行っています。糖尿病の場合、重症化する前の管理は一般内科医で十分に対応できますので、患者に対する啓蒙と同時に、専門医の立場から実地医家向けに最新の診療情報を伝達することが重要となります。したがって、通常の診療情報提供の他に、定期的な勉強会や症例検討会を開催することが必要です。川崎幸病院は、懇話会と協力して開業医や薬剤師会向けの治療研究会を積み重ねてきています。今後もこのような活動を強化するとともに、次のステップでは看護婦、栄養士等メディカル関連のネットワーク形成を図って行きたいと考えます。

* 狭山病院

狭山病院では、不特定多数の患者および予備軍を対象とした外来糖尿病教室を開催しています。医師、薬剤師、栄養士が軸となって月4コマを1クールとして展開していますが、集まりは今一歩というところです。開業医との紹介-逆紹介関係に厚みをつける手段としての有効活用……これが、糖尿病教室が今後進むべき道ですが、そのような展開は、他の職種に比べ患者との日常距離が最も近い院内外看護職の積極的参画が前提となります。

また、登録医の一部から栄養士の派遣要請があり、積極的に応えてきましたが、次のステップでは、よりトータル(栄養管理、運動管理、服薬・血糖値管理等)に開業医支援を行うことが必要となるでしょう。そしてもちろん、それらの軸をなすものは、医師間の診療情報の提供であり、紹介-逆紹介情報の精度向上につとめるとともに、開業医向けの勉強会等を積極的に組織して行きたいと考えます。

川崎幸病院 糖尿病(入院)クリティカル・パス表 (看護婦用)

	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	6日目以降
検査 処置	*入院時一式 *CVR-R *身長・体重測定 (体重は以後週3回測定) *血糖チェック開始 (自己血糖測定開始日は 後日知らせる) *眼科受診日、MCVは 日にちを確認し、Ns用、 Pt用に記入	*眼底検査 *頸動脈エコー *心エコー ※トレッド・ミル	*尿中C-ペプチド *腹部エコー *頸部MRI ※腹部CT 腹部MRI	*24hCcr *尿糖・尿蛋白 *尿7H7ミン *日中血糖変動 *血算、生化、検尿	*24hCcr *尿糖・尿蛋白	検査 D A T A 判 定 し て い る 指 示 を 示 す
内服	継続		内服指導			イン ス リ ン
注射	強化インスリン開始		インスリンOFF			リ ン 法
排泄	番尿開始 (Ptに説明)	トイレを入れる(冷)	番一提出	全尿提出	全尿提出	の 決 定
清潔	入浴可					非 決 定
安静度	院内自由					イ ン ス リ ン 自 己 注 射 の 指 導 の 配 布
栄養	エビデンス食(wtで加減決定) 低蛋白食(A) (30~50g) 栄養指導依頼	13° ~摂取状況を 聞き取り	朝食禁食or遅食	入院中の食事説明	第1回栄養指導	
説明 指導	Dr&ナース 入院時オリエンテーション (番尿・体重測定の説明) 7分以内聴取 (調査7分を渡す) 検査内容の紙を渡す 検査スケジュールの説明 パンフレット・DM手帳の配布	DMについての説明 DMパッド使用 スケール開始した場合、 低血糖症状説明	合併症の説明 パッド配布 腎、神経、眼	運動療法説明	DMに関する認識度 チェック (パンフレット形式) 新たな悩みや不安 を聞き取り、次の週 にフォローを入れる	
パリアス サイン						

★トピックス①

～川崎幸病院

『日本病院機能評価機構・病院機能評価を取得』

前号のトピックスでもお知らせしたとおり、川崎幸病院では日本病院機能評価機構の評価認定を取得するために、9月、同機構のサーベイヤの訪問審査を受けましたが、11月20日付にて、無事、再審査なしで『一般病院種別B』認定を取得することができました。

この『一般病院種別B』は、中・大規模(200床以上)の一般病院というカテゴリーで、川崎市では第1号の取得となります。一昨年度取得した狭山病院の場合、再審査を受けることが必要だったことに比べても、実にアップレと評価できるでしょう。このことは、川崎幸病院の職員にとって非常に大きな喜びであるとともに、自らの業務に対する自信にもつながったはずです。この認定の更新は5年毎となっておりますが、今回の認定期間中に院内サーベイヤ制度を整備し、継続的に職場改善、人材育成、各種委員会の連携強化を図り、1ランク上の医療機能、患者サービスを目指します。



《趣味探訪》

50年代を彩ったハードバップの巨星たち

川崎幸病院外科部長 塚田一義

J A Z Z-hardbop の神様が私の目の前に降臨したのは、1960年代後半、世の中も学校も荒れすさんだ疾風怒濤の時代。私は、その頃、東京・お茶の水の駿台予備校に通っていた。医学部に進学することは既定路線であり、浪人の身とはいえ、そう悶々とした日を送っていたわけではないのだが、19歳……というのは、後年ムーミンパパ的な変容を遂げる者にとっても、結構、多感な年頃なのである。そのような時期に綺羅星のごとき神々が私の前に降り立った。

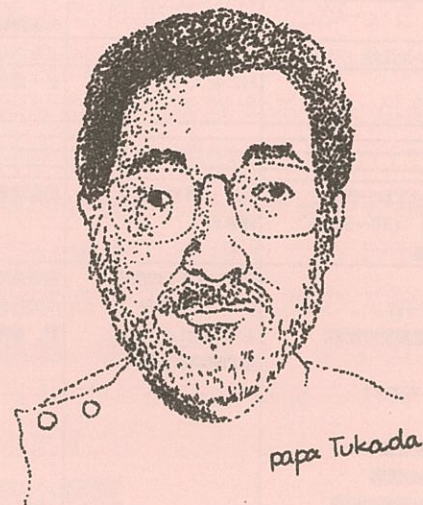
場所は、神保町のJ A Z Z喫茶『響』。この店は、なかなか良い音を出す装置を備えて

いるのだが、学生街の一角にあるためか、ざっくばらんな店で、昼時になると客が弁当を広げても構わないような雰囲気が溢れていた。ただし、当時のJ A Z Z喫茶が例外なくそうであるように珈琲はきわめて不味かった。

この『響』で最初に出会った巨人がジョン・コルトレーン。出会った途端に、それまで聞いていたクラシックが、優しくはあるがよそよそしい小学校の女教師のように思えたし、ビートルズにいたっては、あまりに単純、あまりに幼い子供がでたらめにぶつけるシンパルの音のような気がしたものである。この興奮の中で初めて買ったアルバムは、このコルトレーンの『クレセント』。濃密なリズムの中で複雑に展開されるコード進行に身震いした憶えがある。

当時、若者はお金を持たず、レコードはかなり高価なものであったので、1杯120円（いわゆる純喫茶は80円）の珈琲で何時間も粘れるJ A Z Z喫茶は天国であった。私がよく通ったJ A Z Z喫茶は、『響』の他に、水道橋『スウィング』（ここはディキシー専門で、後に飯田橋に移った）、新宿『ビレッジゲート』、有楽町『ママ』……みんな個性的で良い店だったが、時の流れの中に溶け込み、消え去ってしまった。

めでたく日本医科大学に入学して後は、ジャズバンド入部。テナーで、カウント・ベイシーやデューク・エリントンの曲をよく吹いていた。この時代に聞いていたのは、コルトレーン、セロニアス・モンク、チャーリー・パーカー、マイルス・デヴィス、チャーリー・ミンガス。いずれ劣らぬ巨星たちの個性的な曲であった。その後、一時期、フリー（アルバート・アイラー、ポール・ブレイ等）と浮気をしたこともあるが、すぐに本妻ハード・バップの下に戻った。ハード・バップの魅力は、



その押し出しの良さとミステリアスな複雑さ、たとえてみればゼウスの女房のヘラみたいなもので、プレイヤーの確かな腕がない限りその魅力は引き出せない。25歳で死んだクリフォード・ブラウンが吹きまくる音を注意深く聞いていると、中音域の音程に全く狂いがないことが本当によくわかる。

現在は、単身赴任のため、家に帰れば、まずプレイヤーにレコード盤を置くことが、生活リズムを守るために欠くことの出来ない儀式となっている。

今まで集めたアルバムは600枚、CDは400枚くらい。それほど凄いコレクターという訳でもないが、聞き込みの密度にはやや自信あり、といったところ。誰かブラインド・テストの集まりでも開いて貰えないかなあ。

再生装置は、スピーカー：JBL 4344、ALTEC 620A、

アンプ：真空管マランツ#7、#9、

ソリッドステートマッキントッシュMC2600c40、

プレイヤー：ガラード301、EMT930st、トーレンス521、

CDプレイヤー：スチューダD730

★トピックス②

～川崎幸病院

『地域勉強会を連続開催』

川崎幸病院は、急性期医療機能を主体とした開放型病院であり、開業医をはじめとする地域医療機関や救急隊との密接な連携関係を常に追求しています。そのような連携強化活動の一環として11月には、数次にわたって地域に開放された勉強会が開かれました。

11月24日、川崎市産業振興会館において、済生会熊本病院心臓血管センター医長・堀内先生を講師に招き「急性心筋梗塞に対する地域即応体制の構築」をテーマとした地域勉強会が開催されました。20名を超える開業医の先生方が出席されましたが、特筆すべきは、従来の勉強会と異なり、地元の幸区、鶴見区矢向地区のみならず、高津区、中原区、川崎区の先生方が初めて参加されたことです。この勉強会を契機に循環器科連携診療圏を更に拡大するため、来年2月には中原区武蔵小杉で新たな勉強会を企画しています。

また、救急隊向けの勉強会は11月中に循環器科（2回－講師・宮本循環器科部長）、脳神経外科（2回－講師・岩井副院長）が開催され、川崎市全域および横浜市鶴見区の救急隊員計124人が出席し、活発な質問と意見交換を行いました。この勉強会は、先方からの要望もあり、今後、全科全職域に渡って継続していく計画です。

★トピックス③ ～ 狭山病院

『地域連携強化に向け、勉強会を連続開催』

11月28日、午後7時より登録医をはじめとした地域の先生方と狭山病院循環器科の連携を一層充実させるため、第1回狭山心臓勉強会が開催され、27名もの登録医の先生方に参加いただきました。会は、急性心筋梗塞をはじめとした虚血性心疾患の症例検討を中心に進められ、登録医の先生方から積極的な質問、意見をいただきました。その中で今後勉強会を進めて行く上で特に貴重な意見を紹介しておきます。「今日は、私も含めて循環器科を専門とする医者の意見交換に傾きすぎたようです。この手の勉強会では、7割は一般の開業医にもわかる身近な臨床の話、3割が学会のトピックスという具合にすべきではないでしょうか。とは言え、地域でこのような勉強会が開催されることはすばらしいことです。継続して参加させていただきたい。」

12月8日には 恒例となった年末の救急隊向け公開カンファレンスが開催されました。院外より狭山市、入間市、飯能市、所沢市、川越市の救急隊64名、登録医4名、登録接骨師2名の計70名、院内より50名、あわせて120名が参加する大規模なものとなりました。演題・演者は下記のとおりですが、3題とも紹介いただいた症例を中心に、救急隊の緊急対応に即した検討・考察を行い、実践度の高い、具体性に富んだカンファレンスにすることができました。

第1題『四肢の外傷の診断と治療』整形外科・宮尾医師／第2題『急性腹症に対する緊急対応』外科・江川医師／第3題『急性心筋梗塞と心電図所見』循環器科・菊池医師

編集後記

◆20世紀の最後の年、最後の月に『海燕』第6号をお届けします。昨年2月創刊号を発刊した折、隔月発行を宣言した手前、やっとのことでお約束を守れたことにホッとしています。それも、これもグループの皆様のご協力のおかげです。心の底より感謝申し上げますとともに、来年もひきつづき御支援のほどよろしくお願い申し上げます。

(トマホーク)