社会福祉法人
恩賜財団 済生会熊本病院
SAISEIKAI KUMAMOTO HOSPITAL

# フロアマネジメントによる医療の質向上と医療安全管理

令和３年度 医療安全に関するワークショップ（令和3年11月30日）


済生会熊本病院　包括診療部　包括診療科
外科総合医　園田　幸生

# 医療安全 ➡ Patient Safety

安全な医療のシステムを構築

⬇

# 患者安全では？

JCIでは･･･

IPSG（International Patient Safety Goal）

国際患者安全目標

# 改めて医療安全管理とは

- 医療事故防止？／ヒューマンエラー？
- インシデント・アクシデント報告制度・・・
- 医療安全に関する教育や研修の実施
- インフォームドコンセント、説明・納得・同意・・・
- 医療事故発生時や苦情等への対応の方法
- 医療機器安全、医薬品安全
- RCA、FMEA、Safety-I・II、レジリエンス、ImSAFER
- 院内感染対策、院内暴力対策
- リスクマネジメント、クライシスマネジメント、BCP

**患者の立場で考えれば・・・**

**安心・安全で質の高い医療の提供を受けられる医療体制であること**

**Patient（Person） Centered Care**

▼

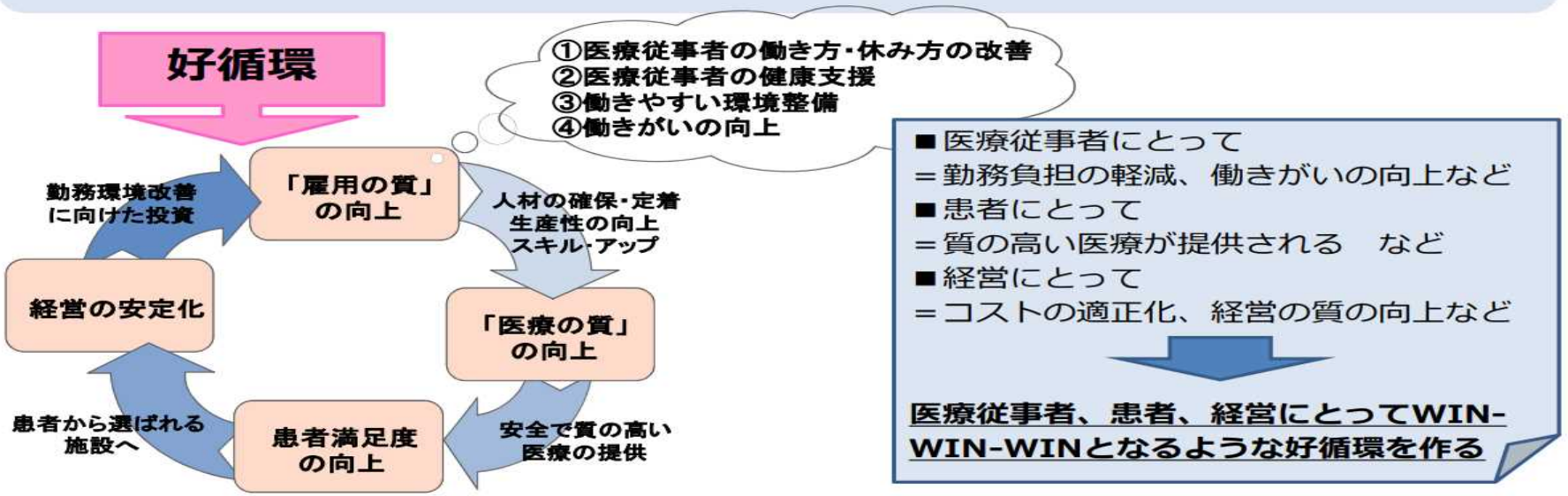
**患者が安心・安全な医療を受けられる環境を整える**

# 勤務環境改善マネジメントシステム

勤務環境改善マネジメントシステムとは、各医療機関において、『医師、看護師、薬剤師、事務職員等の幅広い医療スタッフの協力の下、一連の過程を定めて継続的に行う自主的な勤務環境改善を促進することにより、快適な職場環境を形成し、医療スタッフの健康増進と安全確保を図るとともに、医療の質を高め、患者の安全と健康の確保に資すること』を目的として、各医療機関のそれぞれの実態に合った形で、自主的に行われる任意の仕組みです。

## 医療勤務環境改善の意義

■医療機関が、「医療の質の向上」や「経営の安定化」の観点から、自らのミッションに基づき、ビジョンの実現に向けて、組織として発展していくことが重要。
そのためには、医療機関において、医療従事者が働きやすい環境を整え、専門職の集団としての働きがいを高めるよう、勤務環境を改善させる取組が不可欠。
■勤務環境の改善により、医療従事者を惹きつけられる医療機関となるだけでなく、「医療の質」が向上し、患者の満足度も向上。




厚生労働省（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/quality/）

# 働き方改革は
# 時間外労働時間短縮
# だけが目的ではない

After Corona

With Corona

# New Normalな働き方を
# 創造する！

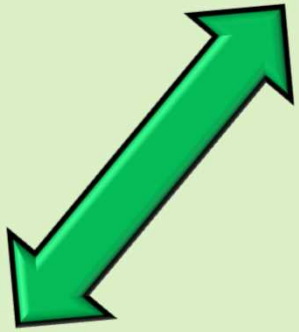
医師の働き方改革で医療の質を
決して落としてはいけない

働き方改革でむしろ医療の質を
向上させる方法（しくみ）を考える

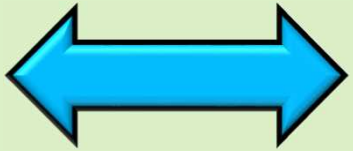
働き方改革は医師へ行動変容を促す
大きなチャンスである

医師の働き方改革が
医療安全管理にもつながるようにありたい

# 医療安全管理



## チーム医療

医療の質向上  働き方改革

## プロアクティブケア

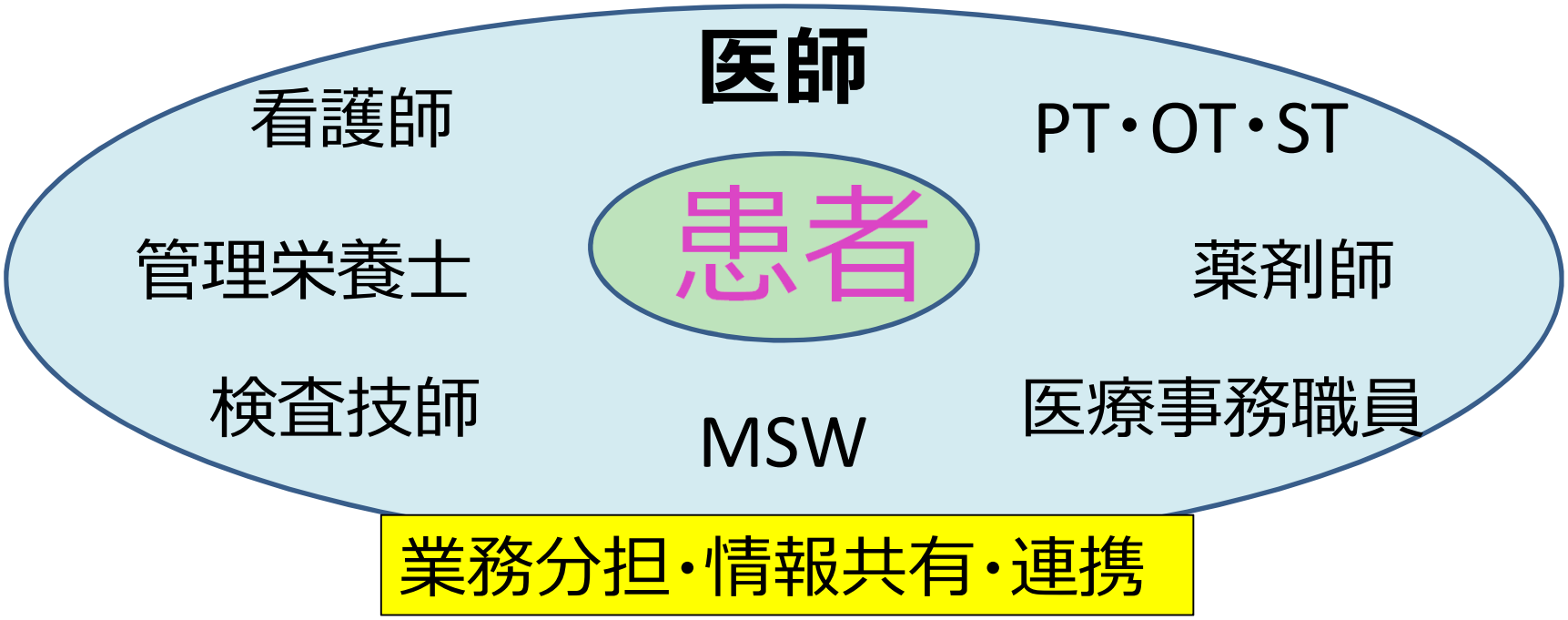
※先を見越した前向きなケアを行うこと

**患者が安心・安全な医療を受けられる環境を整える**

# チーム医療

チーム医療とは「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、**目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い**、患者の状況に対応した医療を提供すること」と一般的に理解されている。

「チーム医療の推進について」 厚生労働省,2009

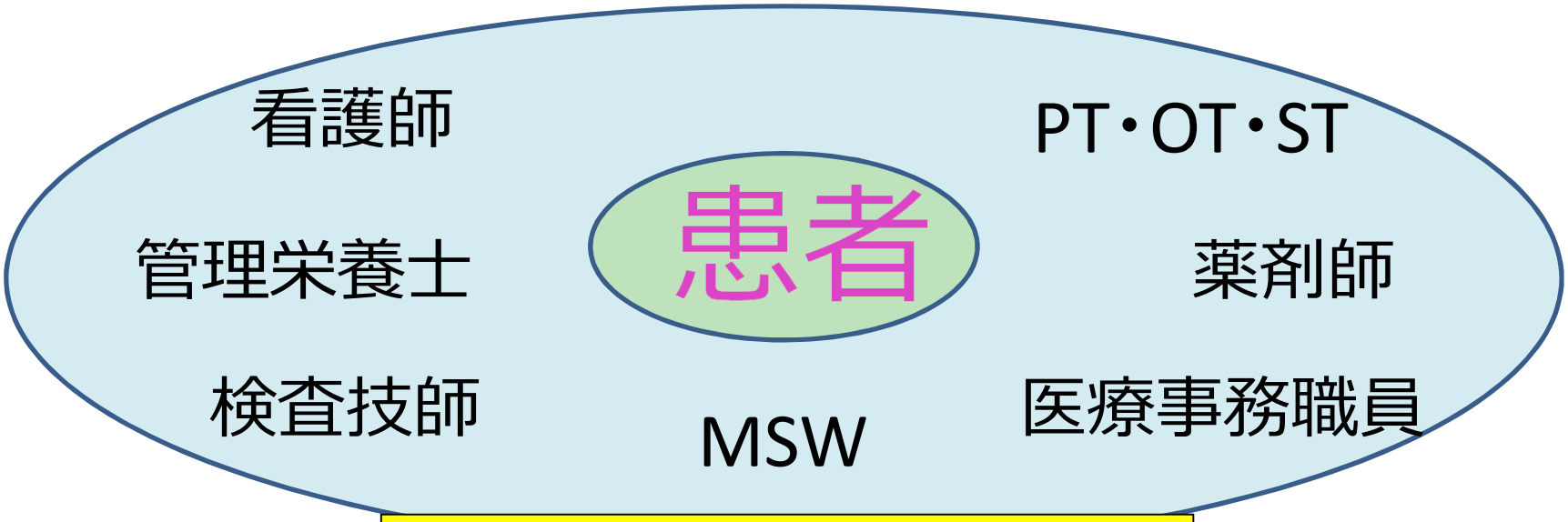



**医師が病棟に滞在する時間は極めて少ない**

# チーム医療???

チーム医療とは「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、**目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い**、患者の状況に対応した医療を提供すること」と一般的に理解されている。

「チーム医療の推進について」 厚生労働省,2009




タスク・シフティング **業務分担**・情報共有・連携

**業務分担が進めば進むほど**
**医師と他職種間の情報共有と連携が不確実となる懸念**

# 情報共有や連携の不確実性がチーム医療を不安定にする

## 患者側のデメリット

- ✓ 患者対応の遅延（診断・処置・処方・説明）
- ✓ **医療の質低下（医療安全・感染管理・栄養管理）**
- ✓ 患者満足度低下→受診患者数減少

## 医療者側のデメリット

- ✓ 診療遅延に付随する超過勤務や過度な残業の発生
- ✓ 医師との関係性における肉体的・精神的ストレスの増大
- ✓ 職員満足度の低下→離職率の増加

**医師の対応（診療）の在り方が**
**医療スタッフの働き方や医療の質に大きな影響を及ぼす**

**医療安全管理における大きな障壁**

# 本講演での医療安全管理

**患者が安心・安全な**
**医療を受けられる環境を整えること**

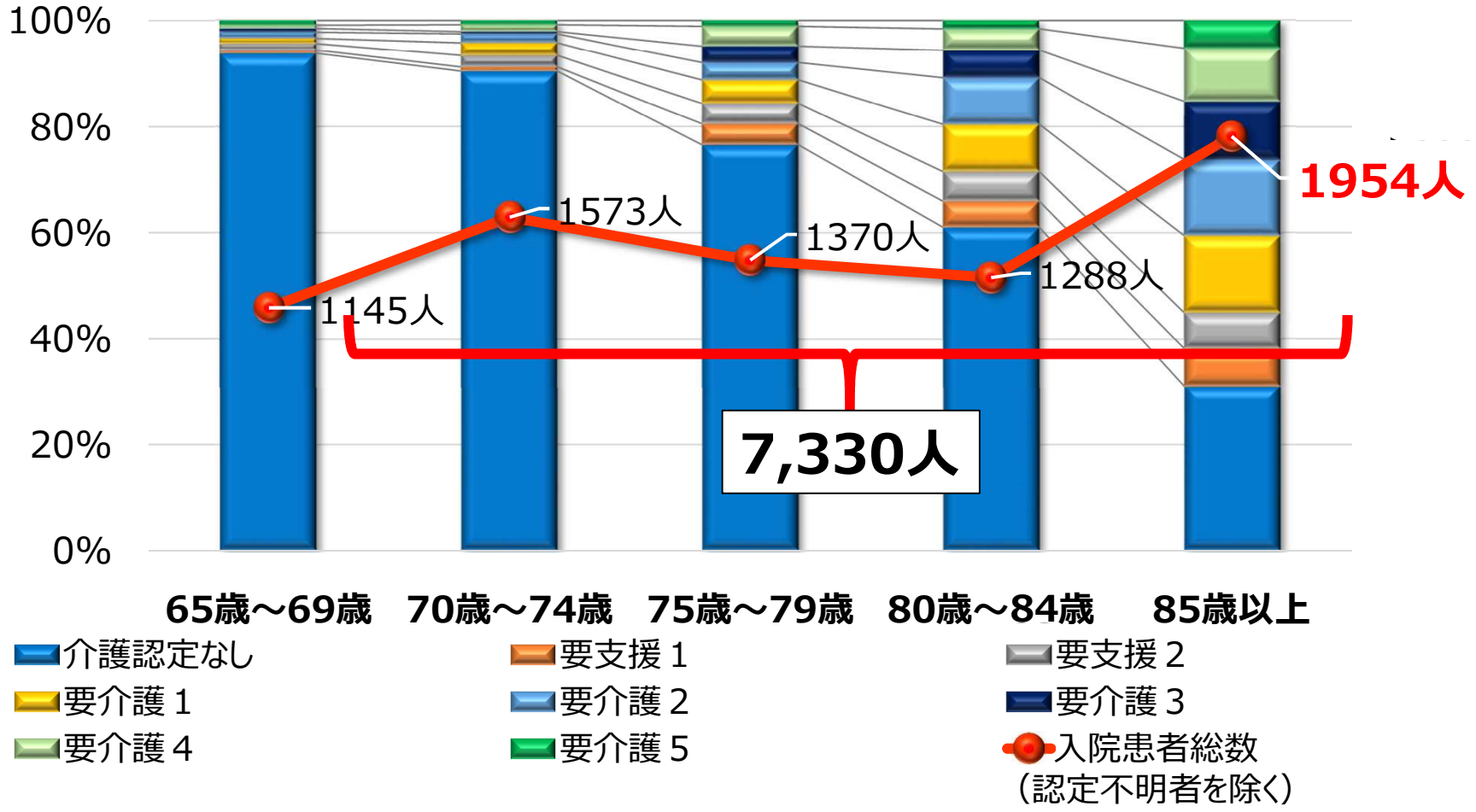
# 済生会熊本病院の取り組み

# 済生会熊本病院の入院患者と介護認定率

## 【2020年4月～12月　総入院患者数：1,0551人】

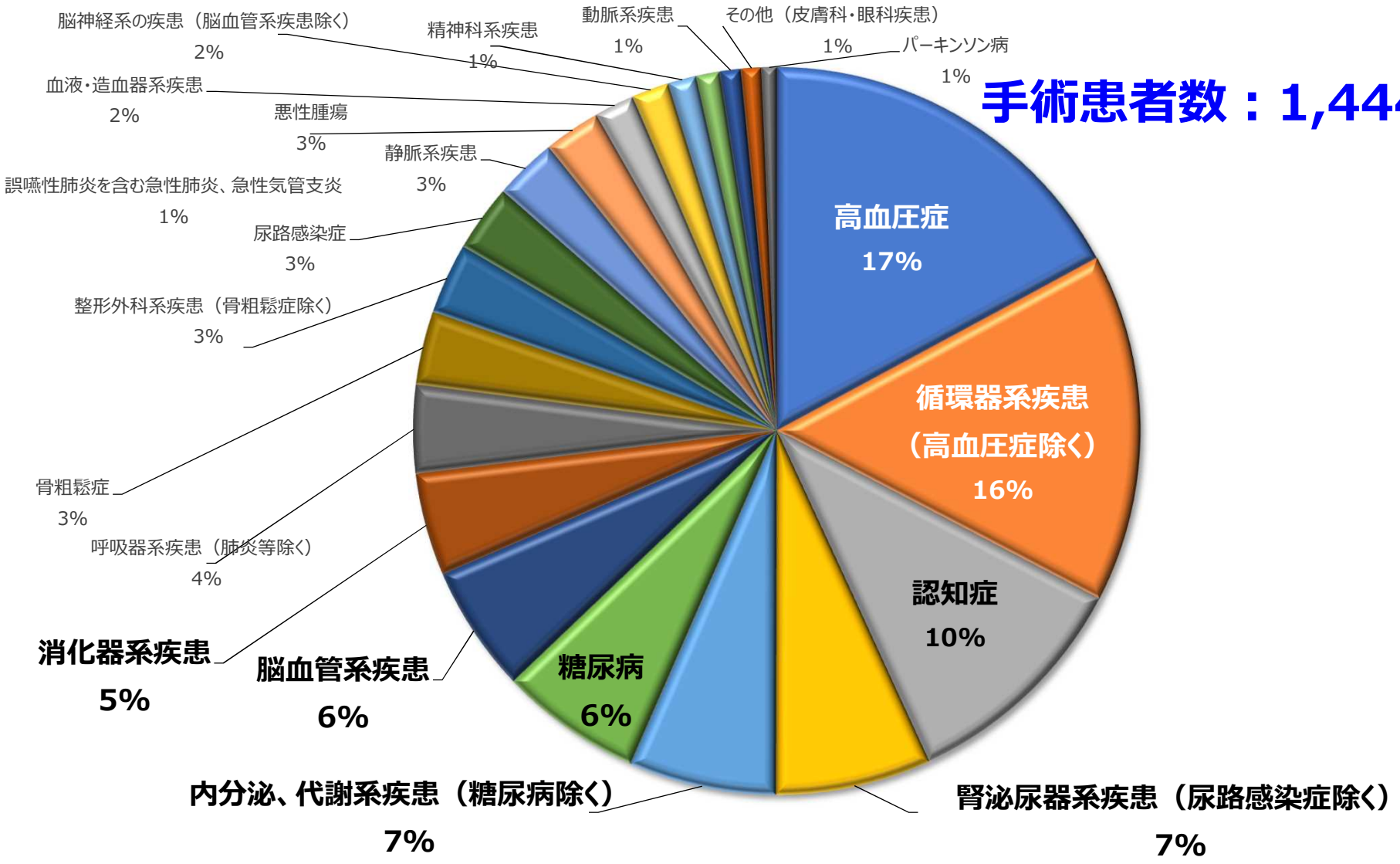
介護認定率　6.2%　9.5%　23.4%　39.0%　68.8%

**65歳以上の患者は全入院患者の69.4%を占める**




**入院患者は高齢患者が多く、高齢者ほど介護認定率は高い**

# 大腿骨近位部骨折手術患者の併存疾患



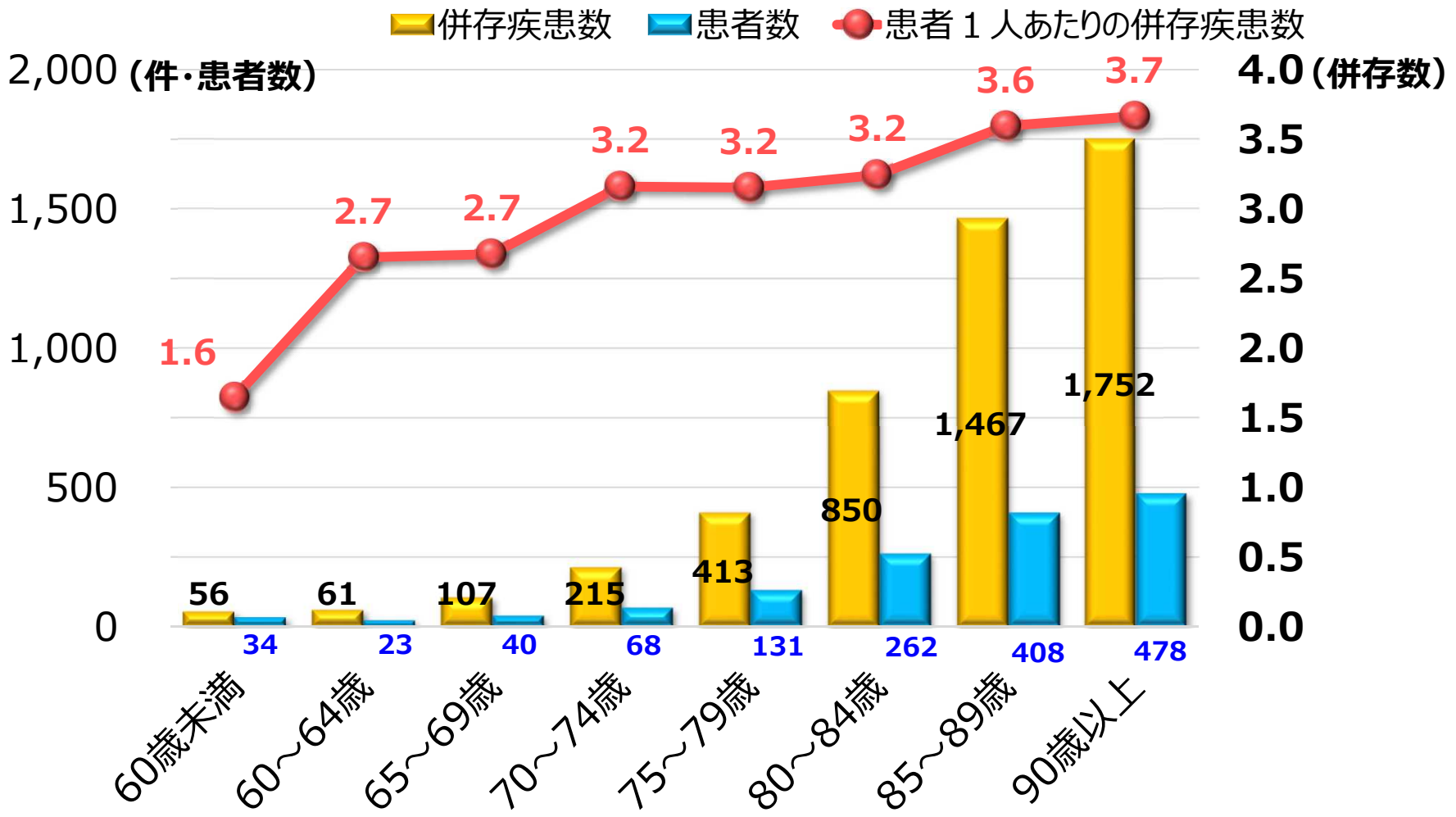

**手術患者数：1,444人**

対象患者のDPCデータにて、併存疾患を**ICD-10を基に21疾患に分類**し集計

**原疾患以外でも重症化の可能性がある様々な併存疾患をもつ**

# 大腿骨近位部骨折手術患者の併存疾患

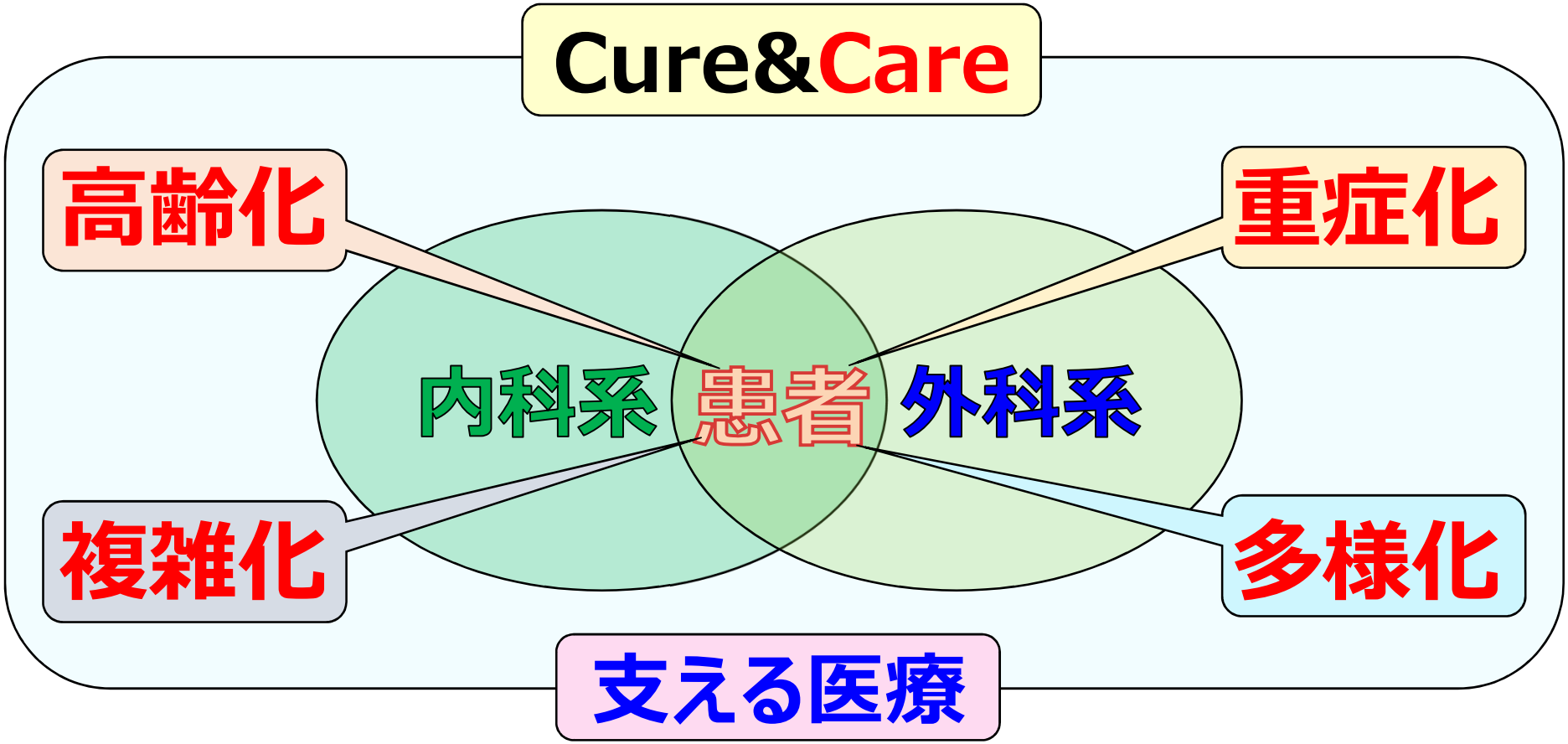
**2017年～2020年退院患者の併存疾患累計 N=4,921（手術患者数：1,444人）**




対象患者のDPCデータにて、併存疾患を**ICD-10を基に21疾患に分類**し集計

**高齢者は併存疾患数が多い（多様化・複雑化）**

# 急性期・回復期・慢性期病院問わず、、、




- 「〇〇科」という概念だけでは解決できなくなってきている
- 多職種協働によるチーム医療・包括的ケアの必要性
- 医療・介護の連動（入院患者は介護度が高い）
- 支える医療やケアをマネジメントする医師の必要性

# 包括診療部の病院総合医（包括診療医）

- 病院内で患者の“かかりつけ医”として働く総合医である。
- 各専門医や各専門職をマネジメントし“多職種協働で患者中心の包括的な医療・ケア”を実践する医師である。
- “患者・職員双方にとってより良い病院”の実現のために、病院経営や運営に関わる事業に積極的に参画する医師である。
- 日本の医療の未来のため、“地域包括ケアシステムを支える”病院の総合医である。

**医師の多様な働き方を病院総合医として実践**

**～支える医療やケアを包括的にマネジメントできる医師～**

**多職種とのコミュニケーションが容易にとれる医師**

# 包括診療部に必要な５つスキル

- 各専門科医師、看護師、コメディカル、その他の全ての医療スタッフとの連携を重視し、その調整者としての役割を実践できる。

**（コーディネーションスキル）**

- 患者へ適切な初期対応を行い、専門的な処置・治療が必要な場合には、然るべき専門診療科への速やかな相談・依頼を実践できる。

**（コンサルテーションスキル）**

- 多職種協働による患者中心のチーム医療を実践できる。

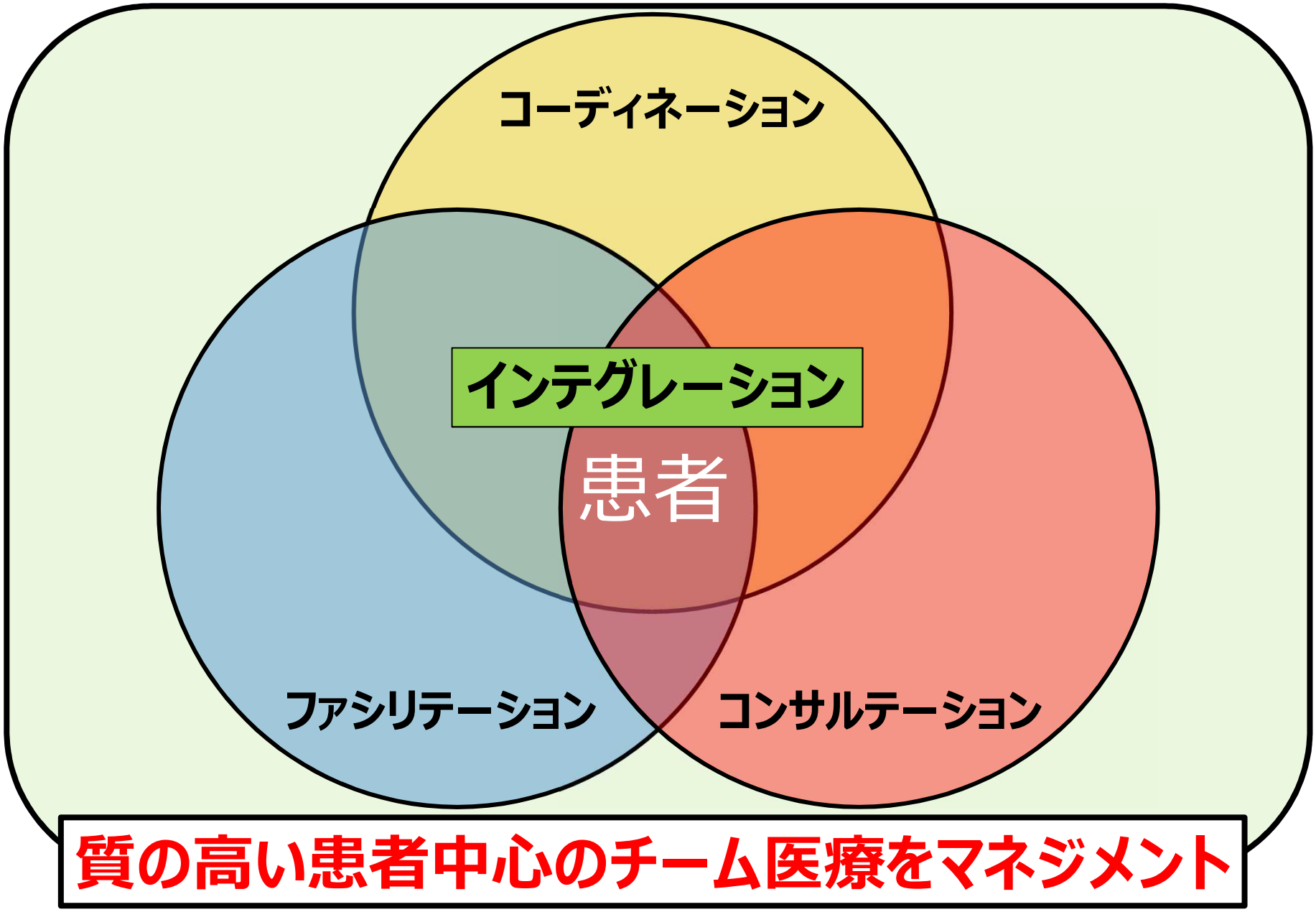
**（ファシリテーションスキル）**

- 多様な病態に対応できる幅広い知識や診断・治療によって包括的な医療を展開・実践できる。

**（インテグレーションスキル）**

- 総合的な病院経営・管理の素養を身につけ、地域包括ケアシステムや日本全体の医療を視野においた病院運営を実践できる。

**（マネジメントスキル）**




**質の高い患者中心のチーム医療をマネジメント**

# 包括的医療の推進

# 【済生会熊本病院】

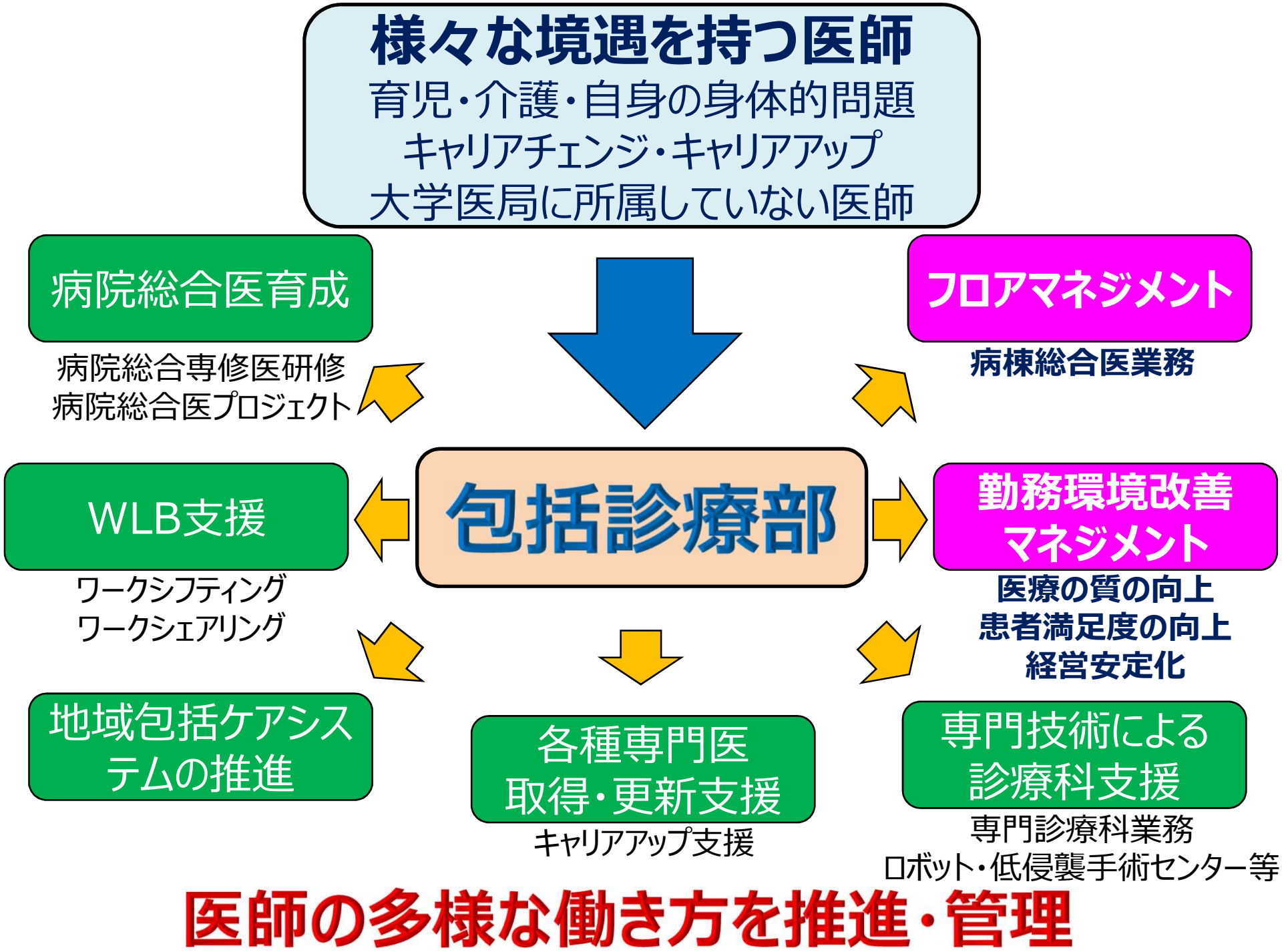
- 高度急性期病院であり、三次救急病院でもあり、緊急入院や緊急手術が多い。また病床利用率が高く、平均在院日数も短いため、診療科医師はもちろん、他の医療スタッフも常に忙しい。
- 手術や救急患者への対応が優先されるために、主治医が病棟内に滞在可能な時間は限られ、患者のみならず病棟スタッフとも日勤帯で共有できる時間が極めて少ない。
- 高齢の入院患者が多いため、医療のみならず、ケアに対しても、質の高いタイムリーな対応が必要とされる。

▼

**医師は病棟以外で業務することが多い**
**（病棟で医師と病棟スタッフが共有可能な時間は少ない）**

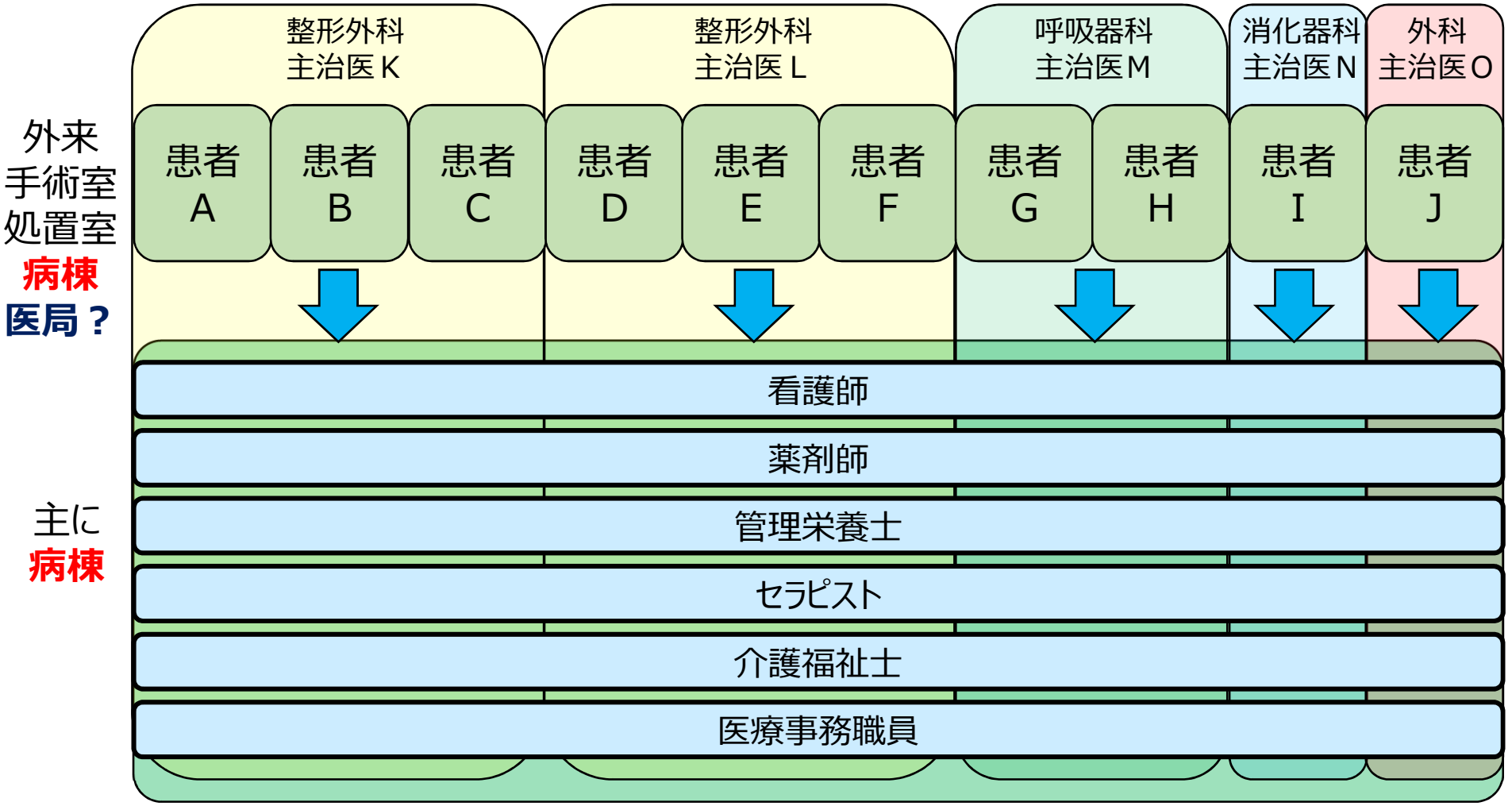
▼

**病棟スタッフを支援するために**
**病棟業務を中心に行う総合医が求められていた・・・**


様々な境遇を持つ医師
育児・介護・自身の身体的問題
キャリアチェンジ・キャリアアップ
大学医局に所属していない医師
病院総合医育成
病院総合専修医研修
病院総合医プロジェクト
フロアマネジメント
病棟総合医業務
WLB支援
ワークシフティング
ワークシェアリング
包括診療部
勤務環境改善
マネジメント
医療の質の向上
患者満足度の向上
経営安定化
地域包括ケアシステムの推進
各種専門医
取得・更新支援
キャリアアップ支援
専門技術による
診療科支援
専門診療科業務
ロボット・低侵襲手術センター等
医師の多様な働き方を推進・管理

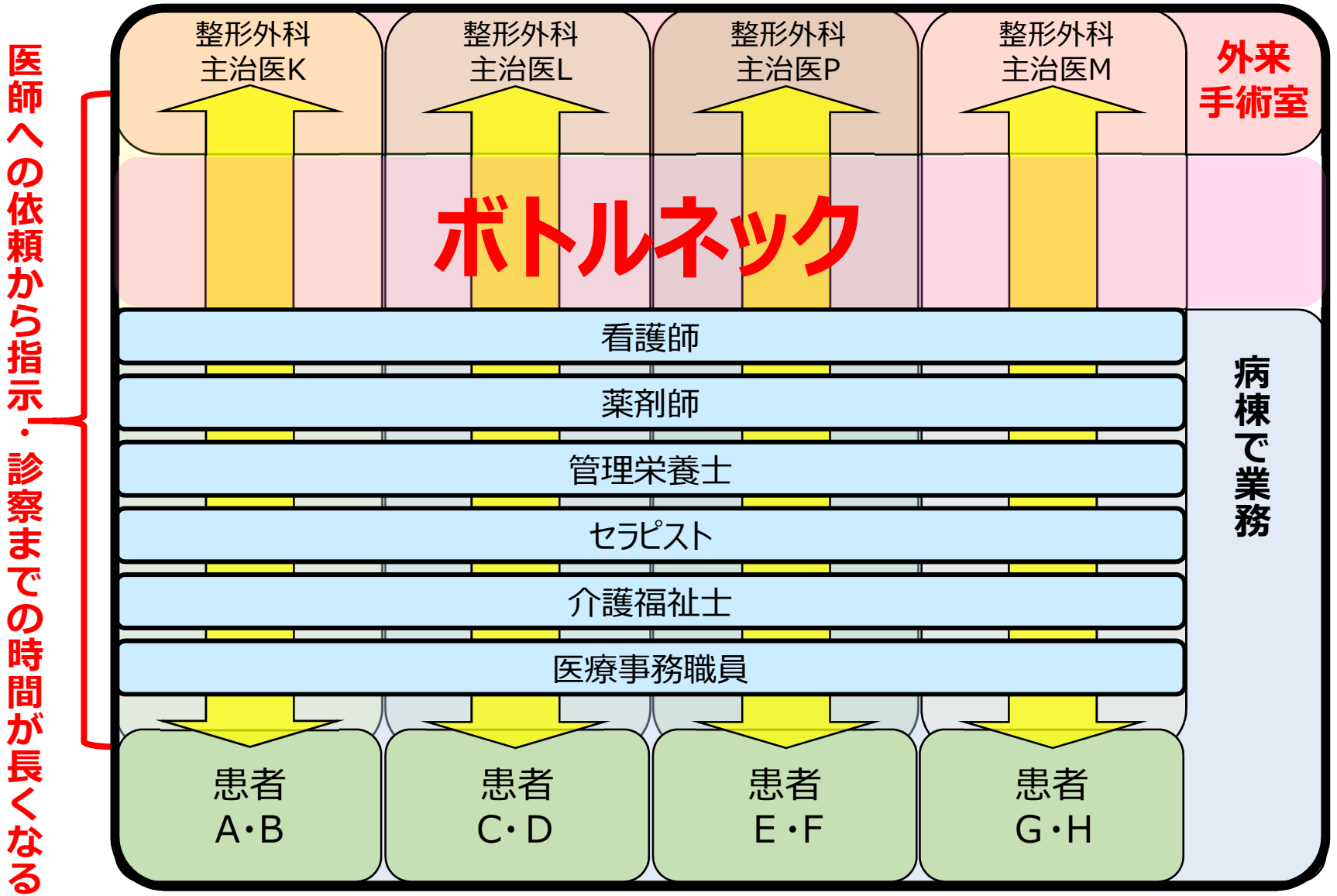
# 病院総合医によるフロアマネジメント

# 医師でなければ、医業をなしてはならない（医師法17条）



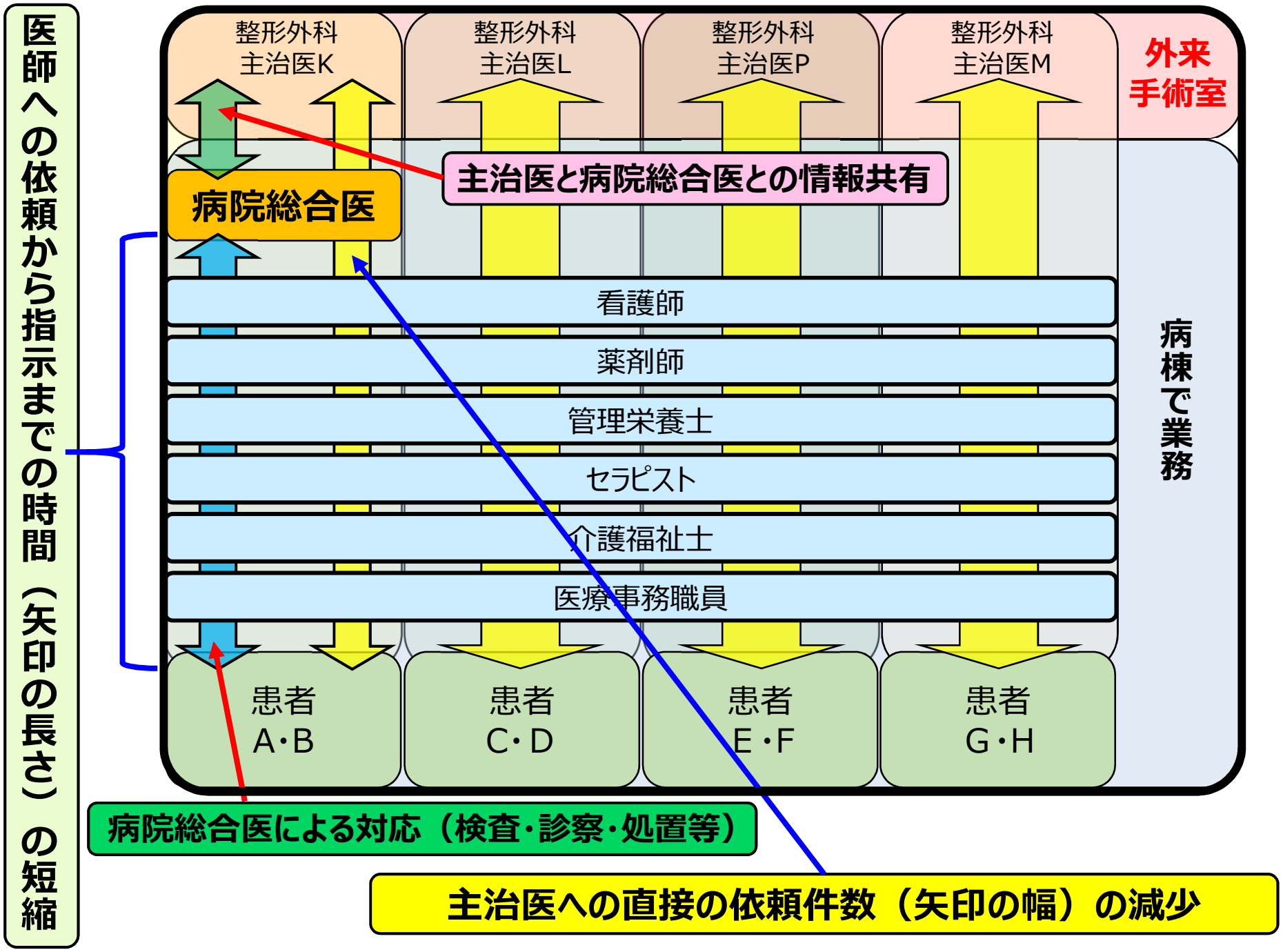

主治医の数と比例した**縦割りの指示系統**が存在し、**横割りで働くスタッフ**と主治医との時間もばらつき（**時間軸の違い**）、業務が煩雑かつ遅延する可能性がある

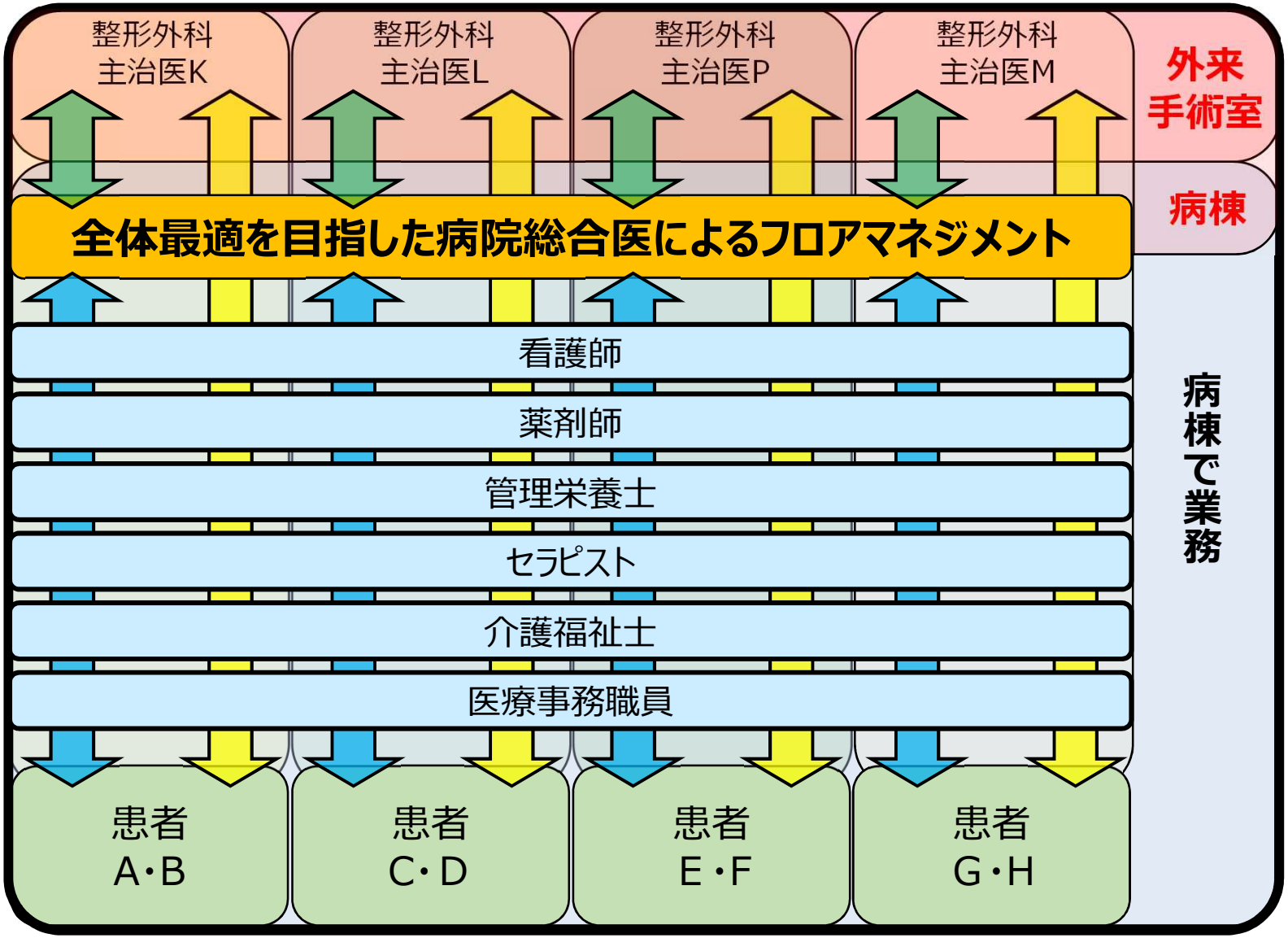
**医師の対応や指示が遅延すれば他職種の働き方に影響を及ぼす**




- 医師が病棟に滞在する時間は極めて少ない
- 医師へ報告してから対応までの時間が長い

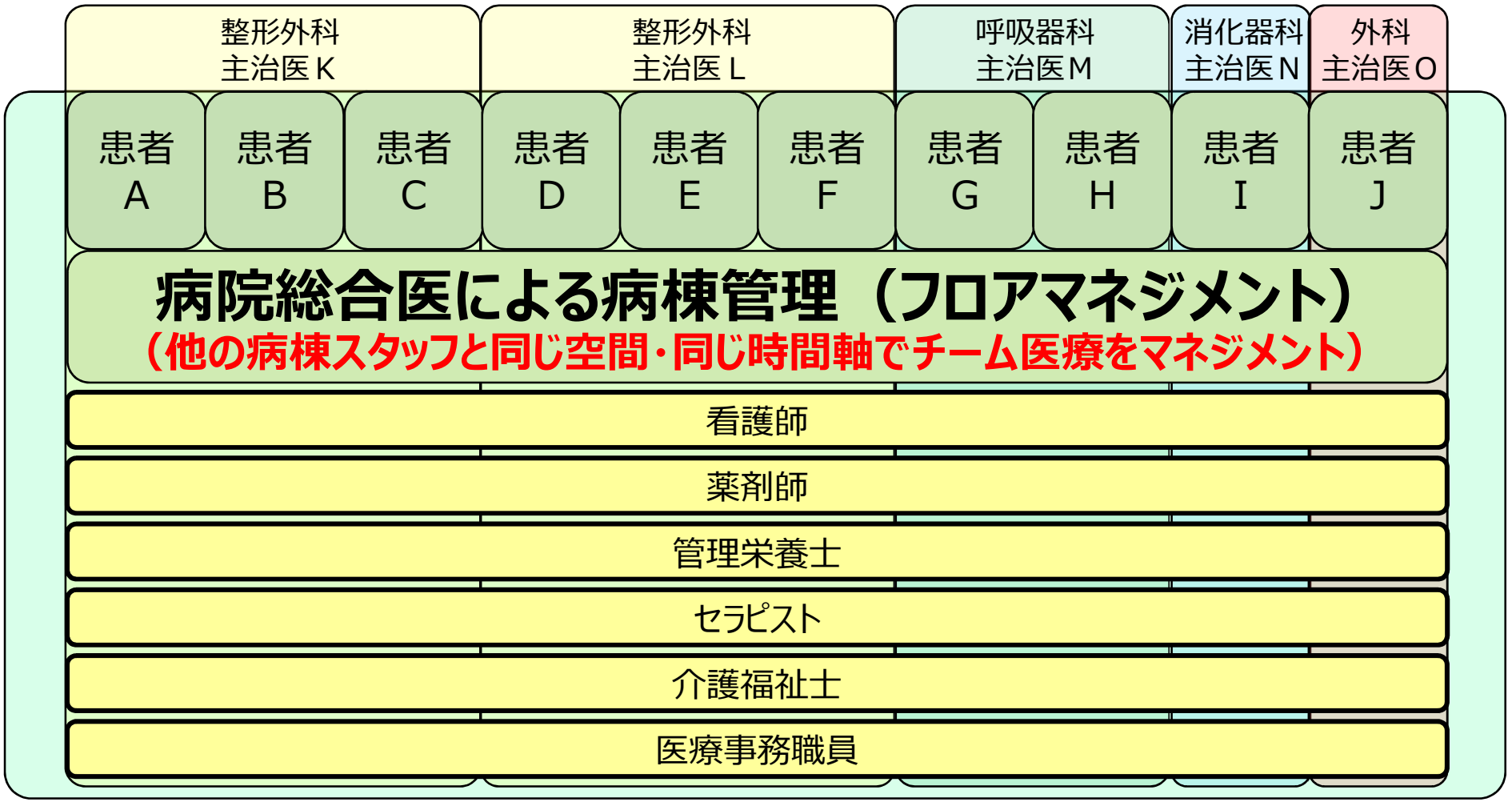
**医師の対応や指示までの時間が他職種の働き方に影響を及ぼす**


医師への依頼から指示までの時間（矢印の長さ）の短縮
整形外科
主治医K
整形外科
主治医L
整形外科
主治医P
整形外科
主治医M
外来
手術室
病院総合医
主治医と病院総合医との情報共有
看護師
薬剤師
管理栄養士
セラピスト
介護福祉士
医療事務職員
病棟で業務
患者
A･B
患者
C･D
患者
E･F
患者
G･H
病院総合医による対応（検査･診察･処置等）
主治医への直接の依頼件数（矢印の幅）の減少




**診療科主治医も含めた多職種協働のチーム医療で**

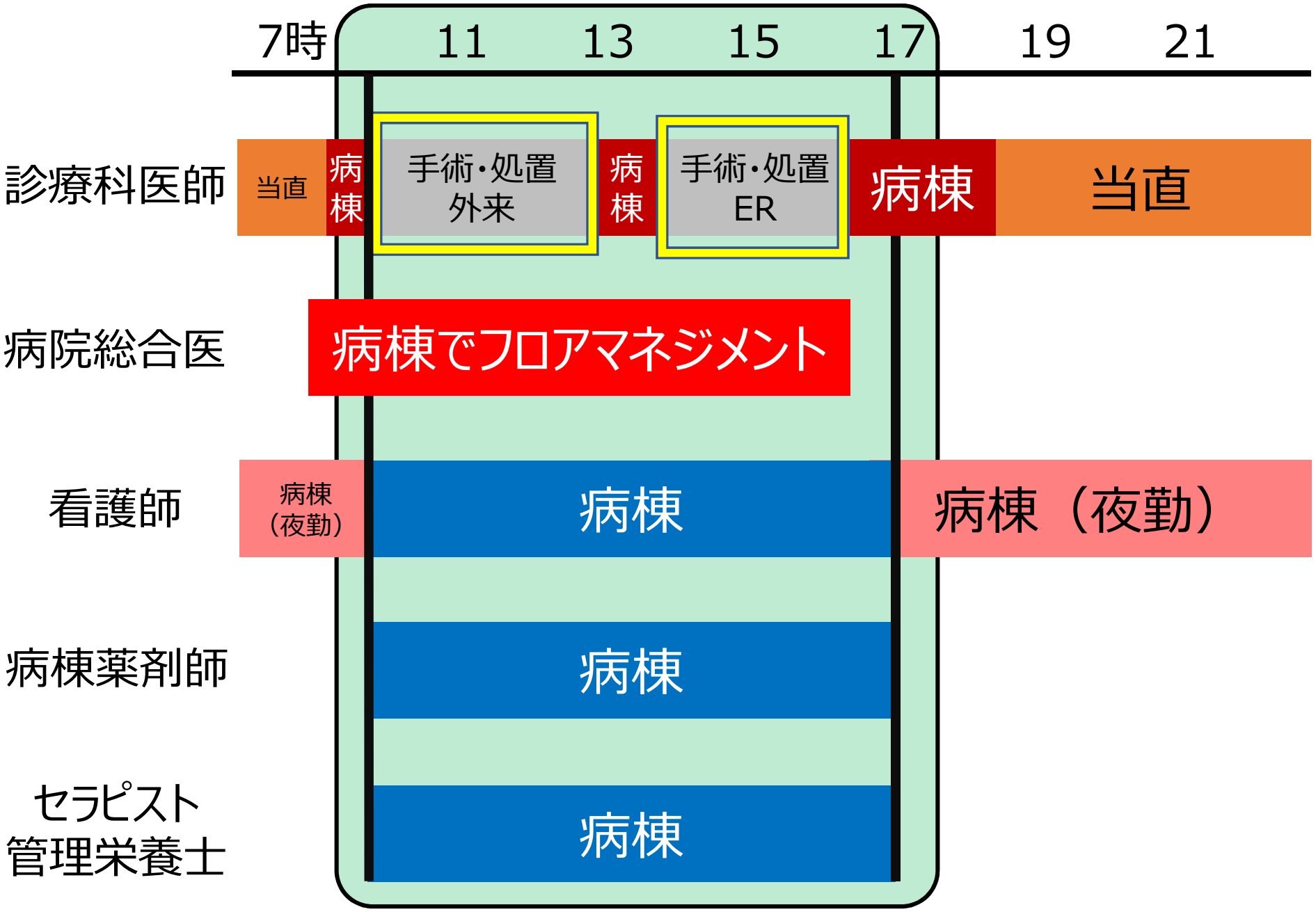
**タイムリーなCureとCareを実践する**




**タイムリーなCureとCareを多職種協働によるチーム医療で実践する**

**職員にとって働きやすく・働きがいのある職場 ➡ 働き方改革**

**患者にとって安心・安全の医療の提供 ➡ 医療の質向上**




**病院総合医が時間軸のズレ（医師不在）を解消する**

# 病院総合医によるフロマネジメント（Cure＜Care）

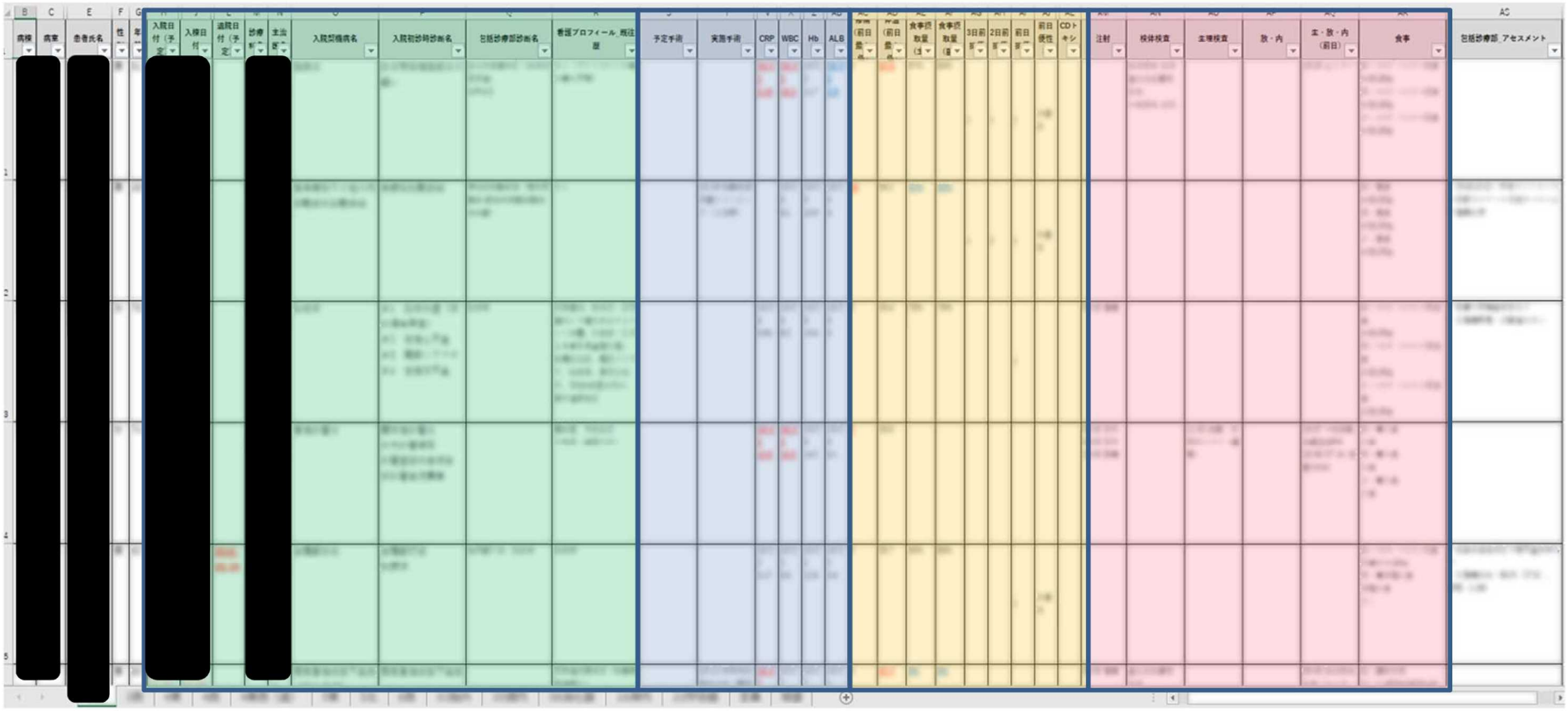
- 処方・注射（処方切れ内服薬の処方、定期処方、新規処方）
- 薬剤の適性使用等の処方相談（病棟薬剤師と）
- 感染予防策の実施（インフルエンザ・ＣＤトキシン等）
- 一般的な医療行為・各種検査オーダー
- 各種検査の結果確認とアセスメント（採血・放射線・内視鏡検査等）
- 病棟内全患者の回診・問診・診察
- 疼痛・排泄・栄養・睡眠・せん妄コントロール（多職種協働で）
- 各種ケア（褥瘡・口腔・嚥下・排泄・認知症・スキントラブル等）
- 喫食量・栄養の評価・脱水への対応（管理栄養士と）
- 患者の精神的ストレスや不安に対する対応
- 患者・家族からの様々な医療・介護相談
- 病棟スタッフからの医療相談
- 多職種カンファランス・ケアラウンド（退院・転院支援等）
- 良き医療人を育成する

**患者の生活の視点に立った医療・ケアを**
**病棟にて多職種協働のチーム医療でタイムリーに実践**

# ICTを活用して患者情報を収集・共有

## Extract・Transform・Load（ETL）システム

電子カルテ情報の必要な部分を自動的に集約可能なシステム。必要データをシート毎にカスタマイズ可能。毎日定期的に院内メールに自動配信している。



患者基本情報
入院日・転棟日・診断名
既往症・退院予定日など

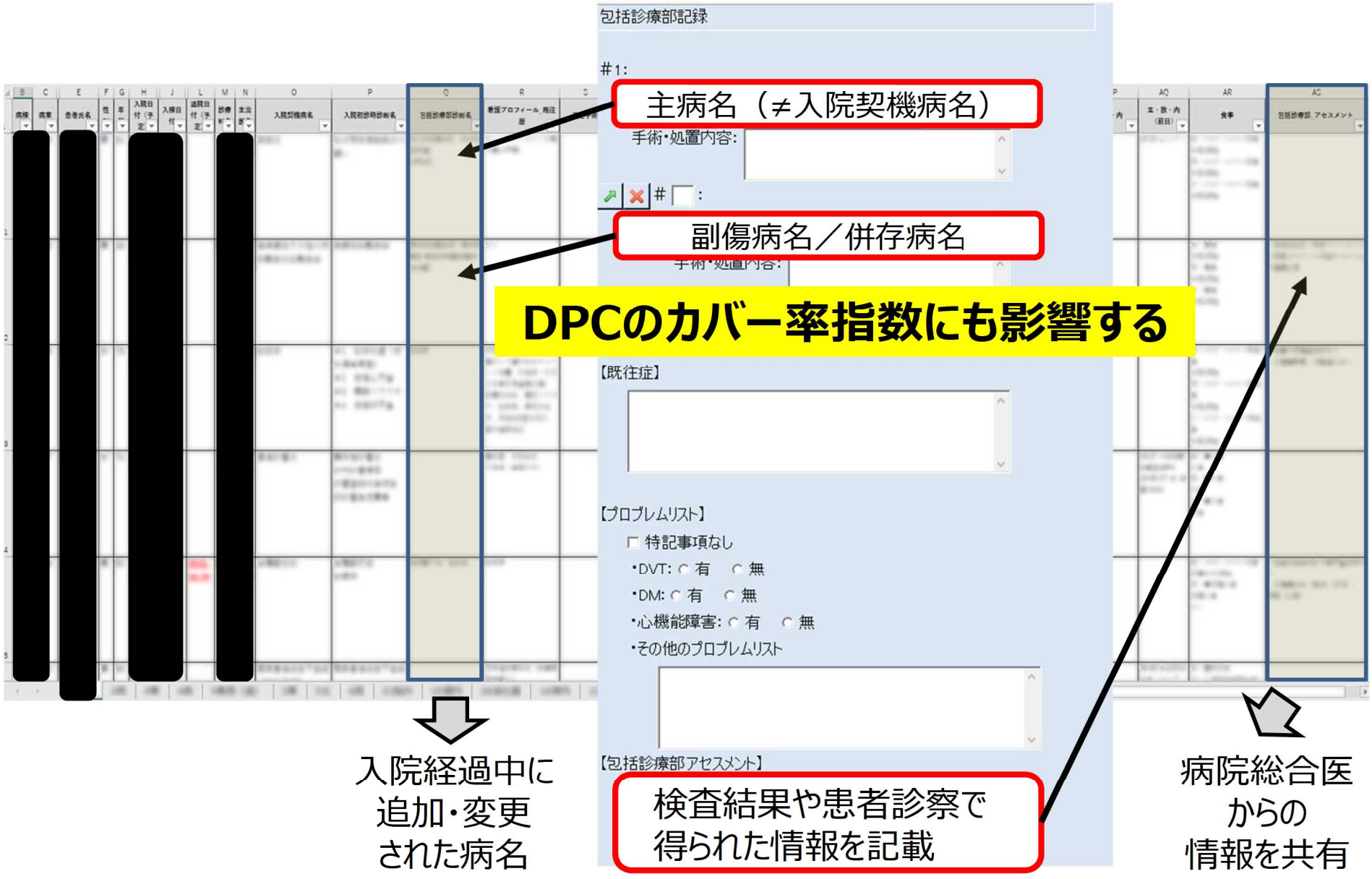
術式（手術日）
採血結果

疼痛スコア
排便状態
喫食量

検査内容
点滴の有無
食事内容

# ETLシステムを用いて約50名の患者情報を多職種に共有

## （医療スタッフや事務職員との情報共有を容易にするカルテを作成）

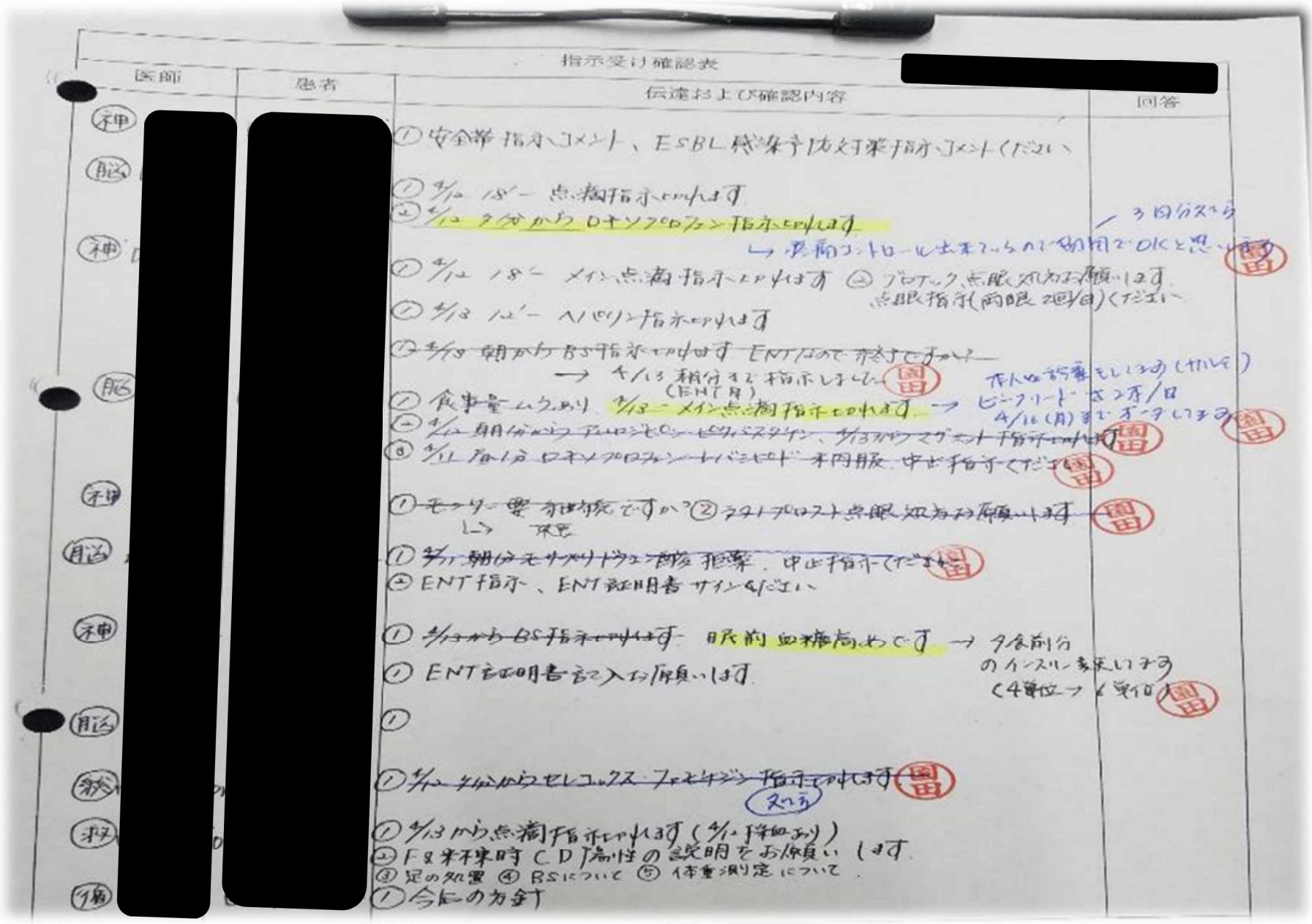


# 診療科別診療行為許可リストの作成

■は原則診療科対応です

| | 脳神経外科 | | 脳神経内科 | | 整形外科 | | 消化器内科 | | 呼吸器外科 | | 泌尿器科 | | 腎科 | | 糖尿病内科 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 病院総合医でも対応可 | 主治医あるいは病棟医対応が困難な場合には病院総合医でも対応可 | 病院総合医でも対応可 | 主治医あるいは病棟医対応が困難な場合には病院総合医でも対応可 | 病院総合医でも対応可 | 主治医あるいは病棟医対応が困難な場合には病院総合医でも対応可 | 病院総合医でも対応可 | 主治医あるいは病棟医対応が困難な場合には病院総合医でも対応可 | 病院総合医でも対応可 | 主治医あるいは病棟医対応が困難な場合には病院総合医でも対応可 | 病院総合医でも対応可 | 主治医あるいは病棟医対応が困難な場合には病院総合医でも対応可 | 病院総合医でも対応可 | 主治医あるいは病棟医対応が困難な場合には病院総合医でも対応可 | 病院総合医でも対応可 | 主治医あるいは病棟医対応が困難な場合には病院総合医でも対応可 |
| 経管栄養チューブ挿入 | ○ | | ○ | | ○ | | | ○ | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| 経管栄養チューブ挿入後のXp確認 | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| 疼痛コントロール（薬剤変更や追加、用法や用量の変更） | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| スキントラブル（湿疹や蕁麻疹等含む）→必要時は形成外科コンサルトまで | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| 褥瘡・創傷（点滴漏れ含む）→必要時は形成外科コンサルトまで | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| 排便コントロール　→必要時は消化器内科コンサルトまで | ○ | | ○ | | ○ | | | ○ | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| 排尿コントロール　→必要時は泌尿器科コンサルトまで | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | | | ○ | | ○ | |
| 睡眠コントロール　→必要時は精神科コンサルトまで | ○ | | | ○ | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| せん妄コントロール　→必要時は精神科コンサルトまで | ○ | | | ○ | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| メンタルコントロール　→必要時は精神科コンサルトまで | ○ | | | ○ | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| 栄養コントロール　→必要時はNSTコンサルトまで | ○ | | | ○ | ○ | | | ○ | ○ | | ○ | | | ○ | | ○ |
| 口腔ケア・嚥下コントロール（VEやVF検査必要時には主治医にコンサルト） | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| 摂食量低下時、あるいは脱水時の点滴処方 | ○ | | ○ | | ○ | | | ○ | ○ | | ○ | | ■ | ■ | ○ | |
| 熱発時の対応（熱源精査等）→必要時は他科コンサルトまで | ○ | | ○ | | ○ | | | ○ | ○ | | ○ | | ■ | ■ | ○ | |
| 処方中止指示（看護師からの依頼分） | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| 検査中止指示や検査日の変更（看護師からの依頼分） | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| 電解質補正（Na、K等～まずは食事あるいは経管栄養の内容で対応。必要に応じて内服・点滴等でも補正） | ○ | | ○ | | ○ | | | ○ | ○ | | ○ | | ■ | ■ | | ○ |
| 薬剤師からの疑義紹介への対応 | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | ○ | | | ○ | ■ | ■ | ○ | |
| 持参薬承認（抗凝固剤や抗血小板等の薬剤は除外） | | ○ | | ○ | ○ | | | ○ | ○ | | | ○ | ○ | | | ○ |
| 定期内服中の薬剤の処方（投与量調整中の薬剤（例：ステロイド等）や使用期間限定の処方（抗生剤等）は除外） | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | | ○ |
| ベルソムラ定期処方、カロナール頓用処方等の標準的な指示（主に看護師からの依頼分） | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| リハビリオーダー（セラピスト・看護師からの依頼分） | ○ | | | ○ | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| 指示コメント入力（“モニター要”等の看護師依頼分） | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| 必要時指示オーダー（不眠時やせん妄時の必要時指示未入力の場合等） | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| 感染症管理（インフルエンザやCDトキシン検査オーダー入力等） | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| ネブライザー処置の指示 | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| 血糖コントロールへの対応（インスリン投与量の変更等）→必要時は糖尿病内科コンサルトまで | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | | ○ |
| 消化器疾患領域への対応　→必要時は消化器内科・外科コンサルトまで | | ○ | | ○ | | ○ | ■ | ■ | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| 呼吸器疾患領域への対応　→必要時は呼吸器内科・呼吸器外科コンサルトまで | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | ○ | | ○ | | ○ | |
| 脳神経疾患領域への対応　→必要時は脳神経内科・脳神経外科コンサルトまで | ■ | ■ | ■ | ■ | | ○ | | ○ | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| 整形外科疾患領域への対応　→必要時は整形外科コンサルトまで | | ○ | | ○ | ■ | ■ | | ○ | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| 腎泌尿科疾患領域への対応　→必要時は腎像内科・泌尿器科コンサルトまで | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | ○ | | | ○ | ■ | ■ | ○ | |
| 循環器疾患領域への対応　→必要時は循環器内科・心臓血管外科コンサルトまで | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| 往診が必要な疾患領域への対応（電話による診療予約や診療情報提供書作成等） | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | |
| 他院外来受診が必要な疾患領域への対応（電話による診療予約や診療情報提供書作成等） | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | ○ | | ○ | | ○ | | | ○ |

# 看護師から主治医への依頼事項へも病院総合医が対応



# 病院総合医が病棟スタッフ（医師含む）向けに作成したマニュアル（ワーファリンコントロール／鎮痛剤使用基準／せん妄対策等）

# 病院総合医は
# 病棟のかかりつけのお医者さんです！

## ～患者さん中心のチーム医療のために～

**「病院総合医」とは？**

入院されている患者さんの健康管理や様々なご相談を伺う総合医です。
患者さんが入院生活を安心安全に過ごせるように、チーム医療を積極的に実践して行きます！

3階病棟担当
病院総合医　園田幸生
（そのだ ゆきお）

社会福祉法人
済生会熊本病院

どんなことでもいつでもお気軽にご相談ください

# 包括診療部は多職種チーム医療・ケアを実践します！

8:30　11:00 12:00 13:00　15:00　17:00

病棟

- 入院患者の情報収集・共有
- 担当病棟ラウンド（担当患者約50名）
- 診療科 術前・術後・症例カンファランス
- 検査結果確認・カルテ記載
- 包括診療部カンファレンス（毎週水曜日）

病棟（オンコール対応）

- リハビリカンファランス（担当病棟：毎日）
- 多職種ケアカンファランス（定例開催）
- 各種委員会活動

診察・処方・検査オーダー・相談・疑義照会等にタイムリーに対応

**園田（8395）に遠慮なくいつでも連絡してください**

# 各種カンファランスへ病院総合医も参加

術前術後多職種カンファランス（週2回）

新患・症例カンファランス（朝カンファ：毎日）

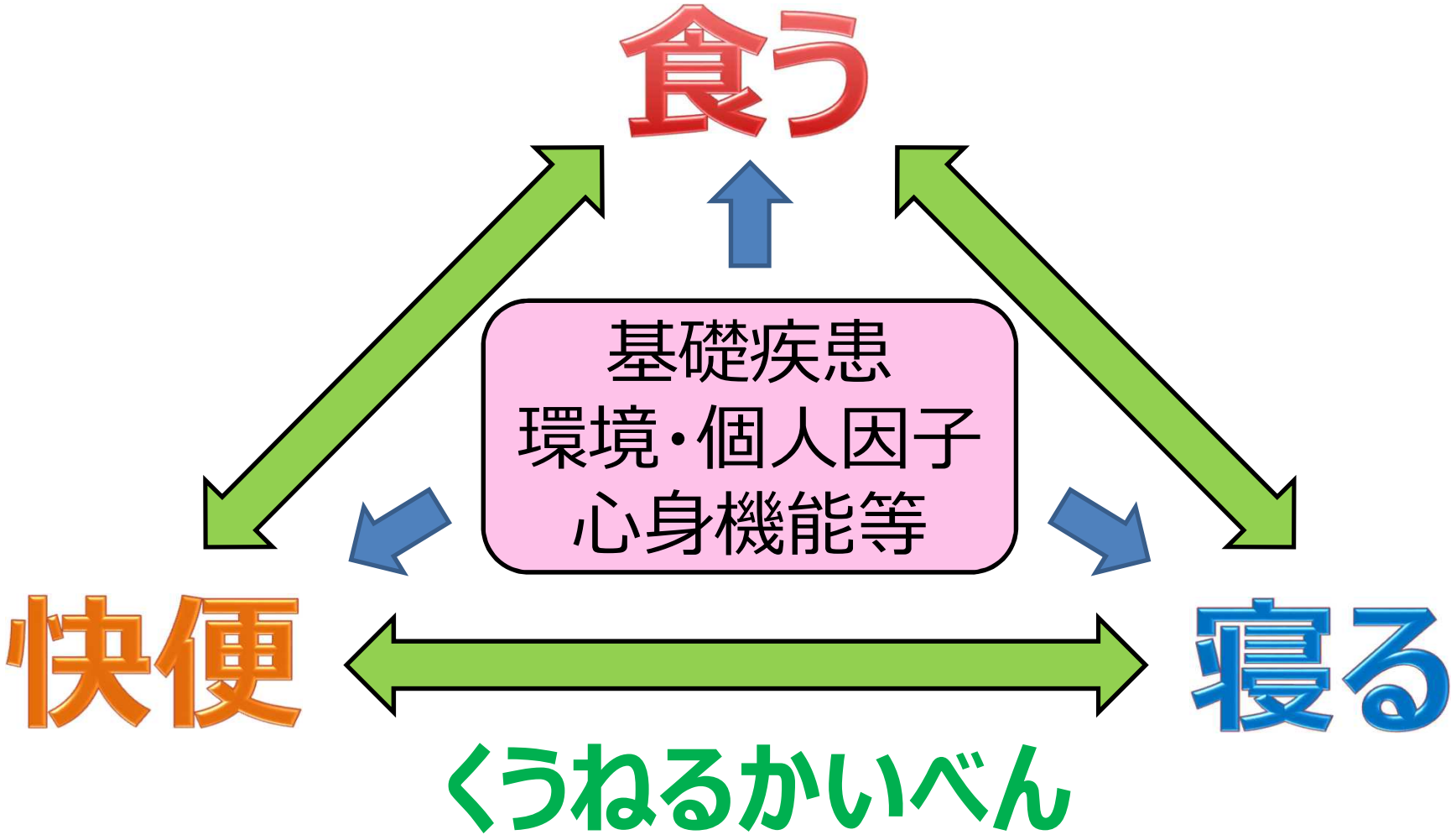
リハビリテーションカンファランス（毎日）
**リハビリテーション総合計画評価料（300点）**

NSTカンファランス＆ラウンド（週1回）
**栄養サポートチーム加算（200点）**

## 様々な職種と常に情報を共有している

# 病院総合医とプロアクティブケア

# 介護状態となることを回避するプロアクティブケア




**自立した生活を送れる元気高齢者を増やす！**

# プロアクティブケアと医療経済

くうねるかいべん

- 摂食・嚥下・口腔ケアコントロール
  - 栄養状態維持→廃用症候群の防止・ADL向上**（在宅復帰率の確保）**
  - 感染症（誤嚥性肺炎等）の予防**（医療費節減）**
- 睡眠（せん妄含）コントロール
  - 栄養状態維持→廃用症候群の防止・ADL向上**（在宅復帰率の確保）**
  - 転倒転落のリスク低下→外傷・骨折回避**（医療費削減）**
  - 医療者や介護者の肉体的・精神的負担軽減**（マンパワー削減）**
- 排泄コントロール
  - 栄養状態維持→廃用症候群の防止・ADL向上**（在宅復帰率の確保）**
  - 転倒転落のリスク低下→外傷・骨折回避**（医療費削減）**
  - 医療者や介護者の肉体的・精神的負担軽減**（マンパワー削減）**

**患者・医療者・病院・社会の負担を増加させない**
**（win-win-win-winの関係性）**

# 高齢者とリハビリテーション

高齢者は治療でベッド上安静が長くなると、心機能や肺機能が低下し、歩けなくなるだけでなく、入院前はできていた食事や座位もできなくなる危険性が非常に高くなる。**ただ安静にしているだけ、絶食にしているだけ**ということ自体でも病気の予後や社会復帰に大きく影響する可能性がある。

**超高齢社会ではリハビリテーションは不可欠**

# リハビリテーション遂行に関わる要因

- **原疾患の病態**
- 併存症のコントロール
- 意識レベル
- 心肺機能
- 生活機能、身体機能
- 筋肉量（**サルコペニア**の有無）
- 栄養状態、排泄状態（排便・排尿）
- 認知機能、せん妄
- 睡眠状態、疼痛
- 褥瘡（スキントラブル含む）
- ポリファーマシー
- 患者の意欲（やる気）

**多職種協働のチーム医療にて各種ケアが**
**包括的に実践（コントロール）されていることが必要**

**チーム医療によるプロアクティブケア**

# サルコペニア（2016年にICD10に登録）

【定義】

サルコペニアは高齢期にみられる**骨格筋量の低下と筋力もしくは身体機能（歩行速度など）の低下**により定義される。

【分類】

- サルコペニアは加齢のみが原因となる一次性サルコペニアと身体活動性の低い生活習慣や食習慣・栄養問題、または疾患に関連する二次性サルコペニアに分類されている

- 一次性サルコペニアは65歳以上の高齢者を対象とし、二次性サルコペニアは必ずしも年齢区分を設けていない。

- 高齢社会の中で各診療科医師に求められるのは、疾患に伴うイベント発生の予防や管理のみならず、（二次性）サルコペニアへの進行を予防する疾患管理や生活管理である。

- 高齢者では多くの原因や危険因子を合併しているため、多面的・包括的な評価に基づいて対策を検討する必要がある。

**サルコペニア診療ガイドライン2017年版より**

**病院での医原性サルコペニア発症の防止**

# 医原性サルコペニア

## ① 医原性疾患によるサルコペニア

- 疾患発症による低活動状態・低栄養状態
- 入院前から低活動状態・低栄養状態

## ② 病院での不適切な安静や禁食によるサルコペニア

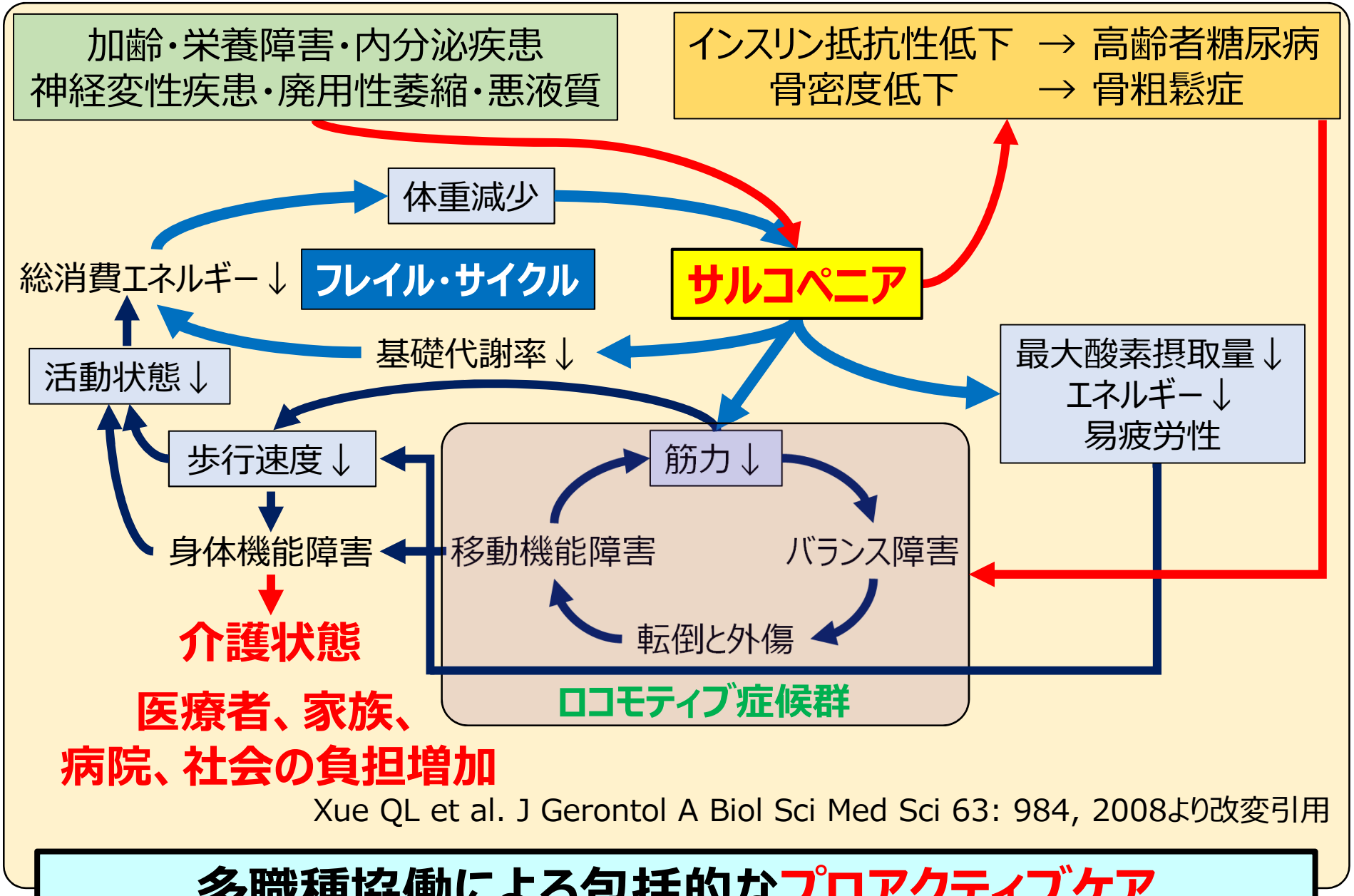
- とりあえず安静
- とりあえず絶食
- 栄養不良状態でのリハビリテーション

## ③ 病院での不適切な栄養管理によるサルコペニア

- 必要栄養量の摂取不足
- 不要な経管栄養、無理な経口摂取
- 口腔・排泄ケア管理が不十分

**プロアクティブケアで医原性サルコペニアを防ぐ**

# 医原性サルコペニアを発症させない




Xue QL et al. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 63: 984, 2008より改変引用

**多職種協働による包括的なプロアクティブケア**

# 包括診療部

## 包括的なプロアクティブケアの実践

病院総合医
作業療法士
理学療法士
言語聴覚士
管理栄養士
病棟看護師
病棟薬剤師
歯科衛生士
介護福祉士
事務職員

病院総合医と多職種が「チーム」で協働し
真のリハビリテーション達成（社会復帰）を目指す

**介護状態となることを回避するプロアクティブケア**

～自立した生活を送れる元気高齢者へ～

# Cure&Care

Cure

Care

看護師・病棟薬剤師
管理栄養士・セラピスト
MSW・医療スタッフ

**各診療科専門医**

**Cure based medicine**

- 専門性の高い医療
- 救命救急
- 緊急処置（手術等）
- 専門外来
- 専門診療科オンコール

**病院総合医**

**Care based medicine**

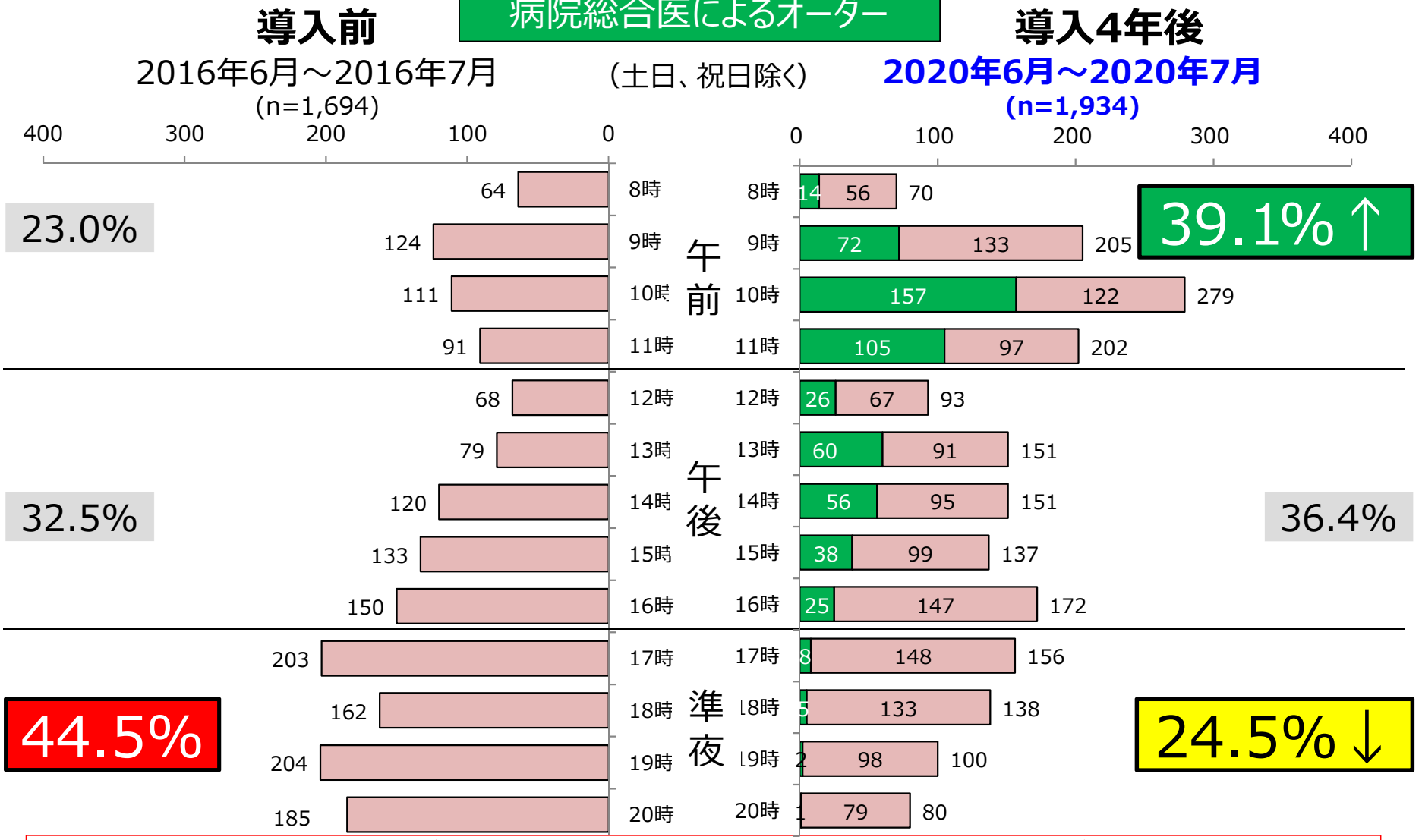
- 予防（合併症・併存症の増悪防止）
- 生活支援（栄養・排便・睡眠・疼痛コントロール）
- 住まい（生活の場までつながる入退院支援）
- 介護（安心安全の入院生活の提供）
- 医療（診察・処方等の医療行為）

**安心・安全な医療を受けられる環境**

# データでみるフロアマネジメントの効果

# 処方件数の変化

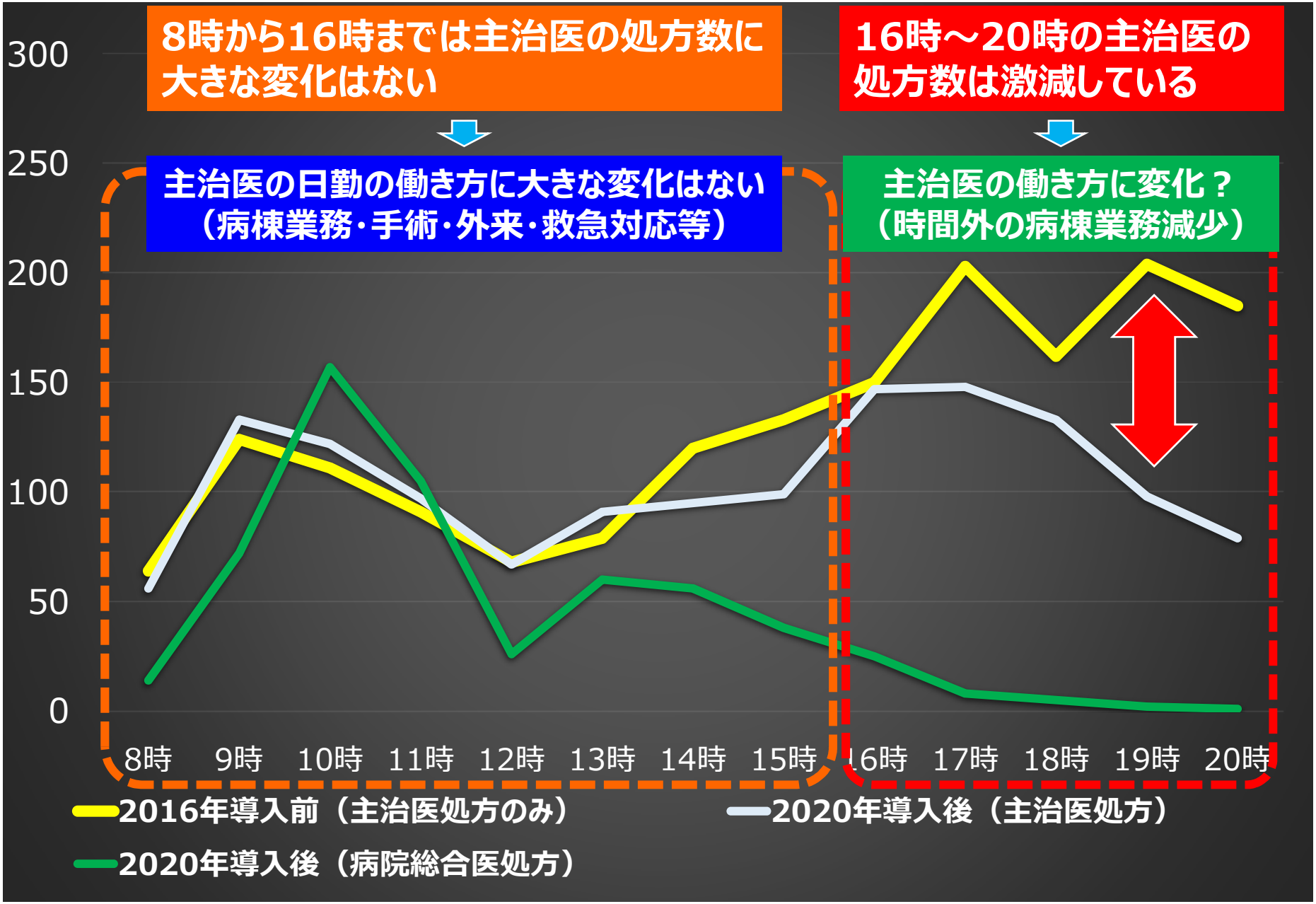
病院総合医によるオーダー




午前帯に処方オーダーがシフトし、夕方～準夜のオーダー件数が減少

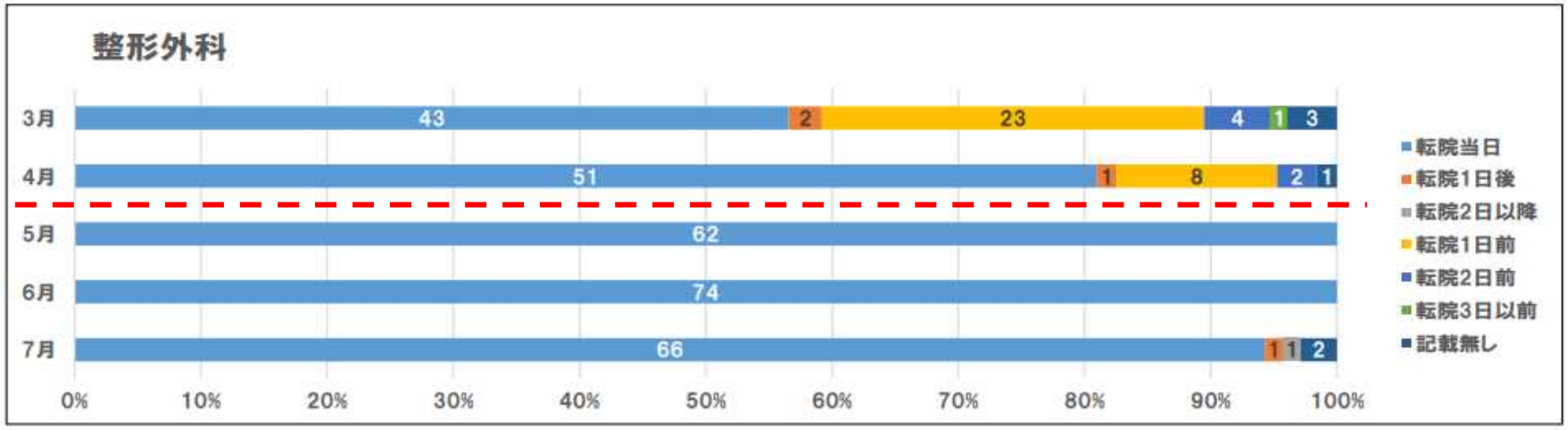
**夜勤薬剤師・夜勤看護師の業務負担軽減**

# 時間当たりの処方数の推移



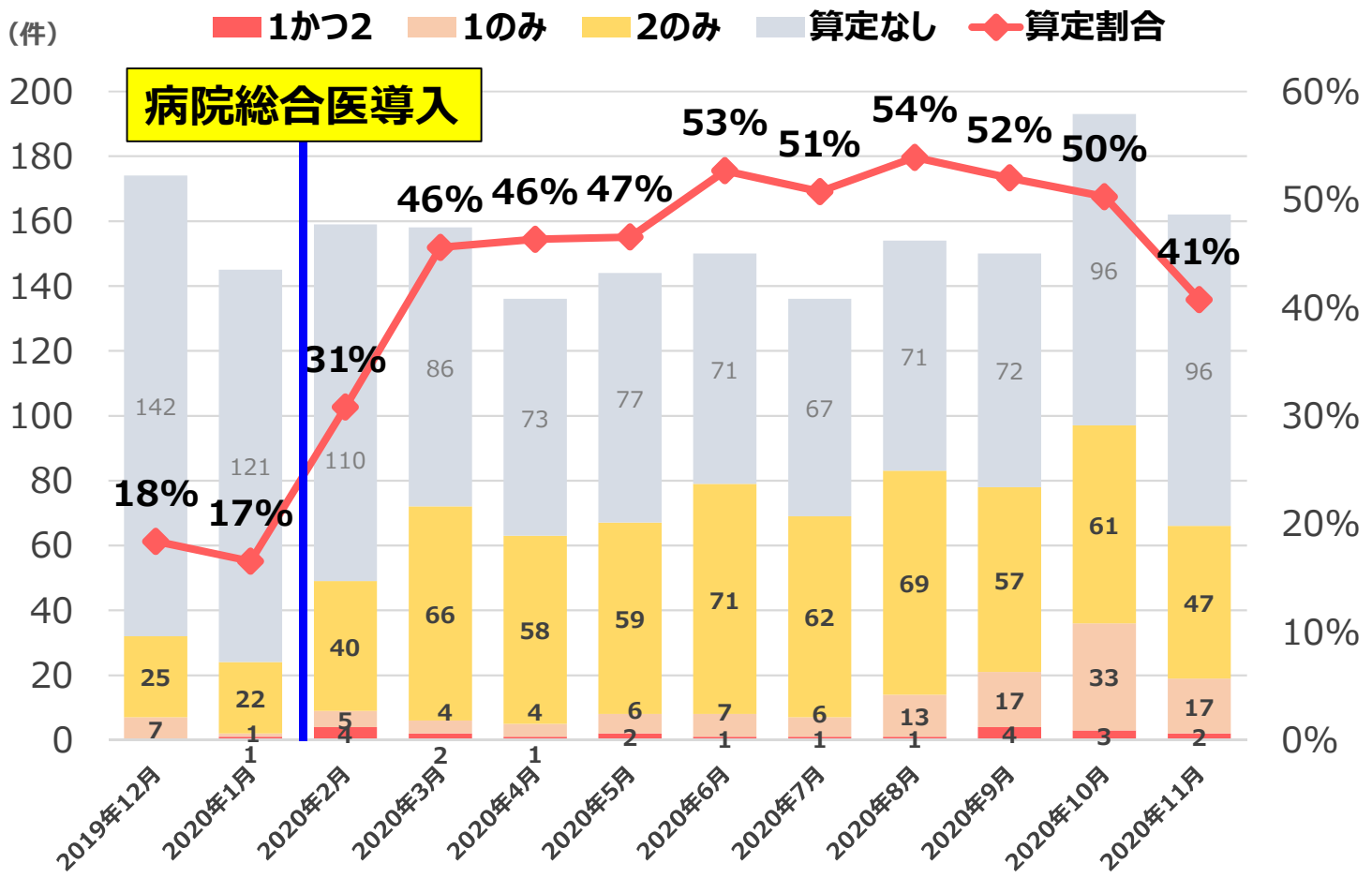
# 退院・転院時評価

COVID-19 対策として、退院・転院当日に、①だるさの有無、②咳の有無、③息切れの有無、④37.5度以上の発熱の有無の評価を全診療科で行っている（2020年4月1日より）




- **2020年5月より、病院総合医が担当患者の体温・体調を朝の回診時にチェックし、テンプレートへ記載するようになった。**
  **→退院・転院当日の記載率はほぼ100%へ**
- **何か問題あれば転院延期や追加検査を主治医へ相談している。**
  **→主治医とのダブルチェックも兼ねている**

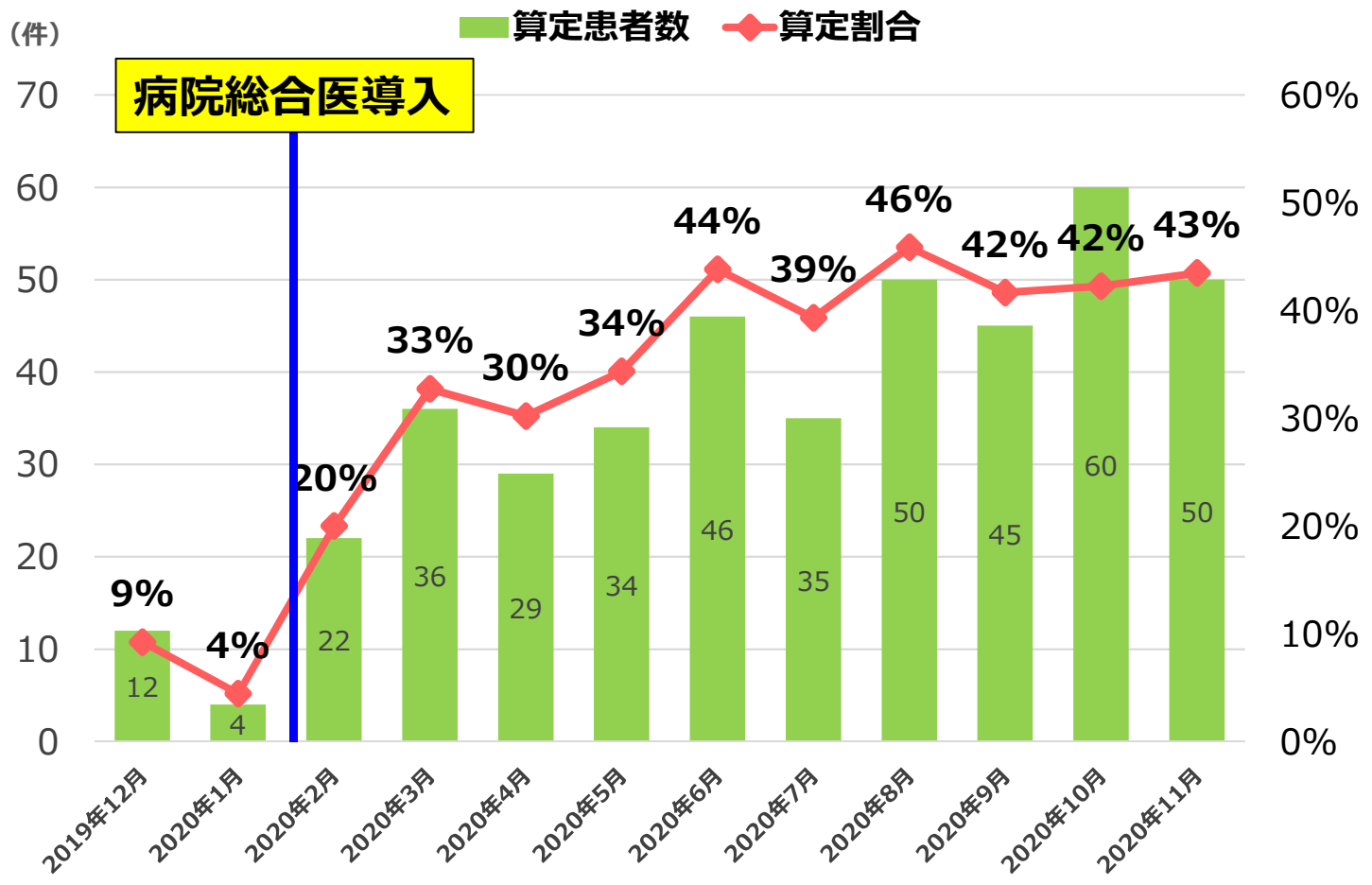
# 薬剤管理指導料1、2




**指導患者数、指導割合ともに増加傾向**

**薬剤管理指導料1：380点　薬剤管理指導料2：325点**

# 退院時薬剤情報管理指導料

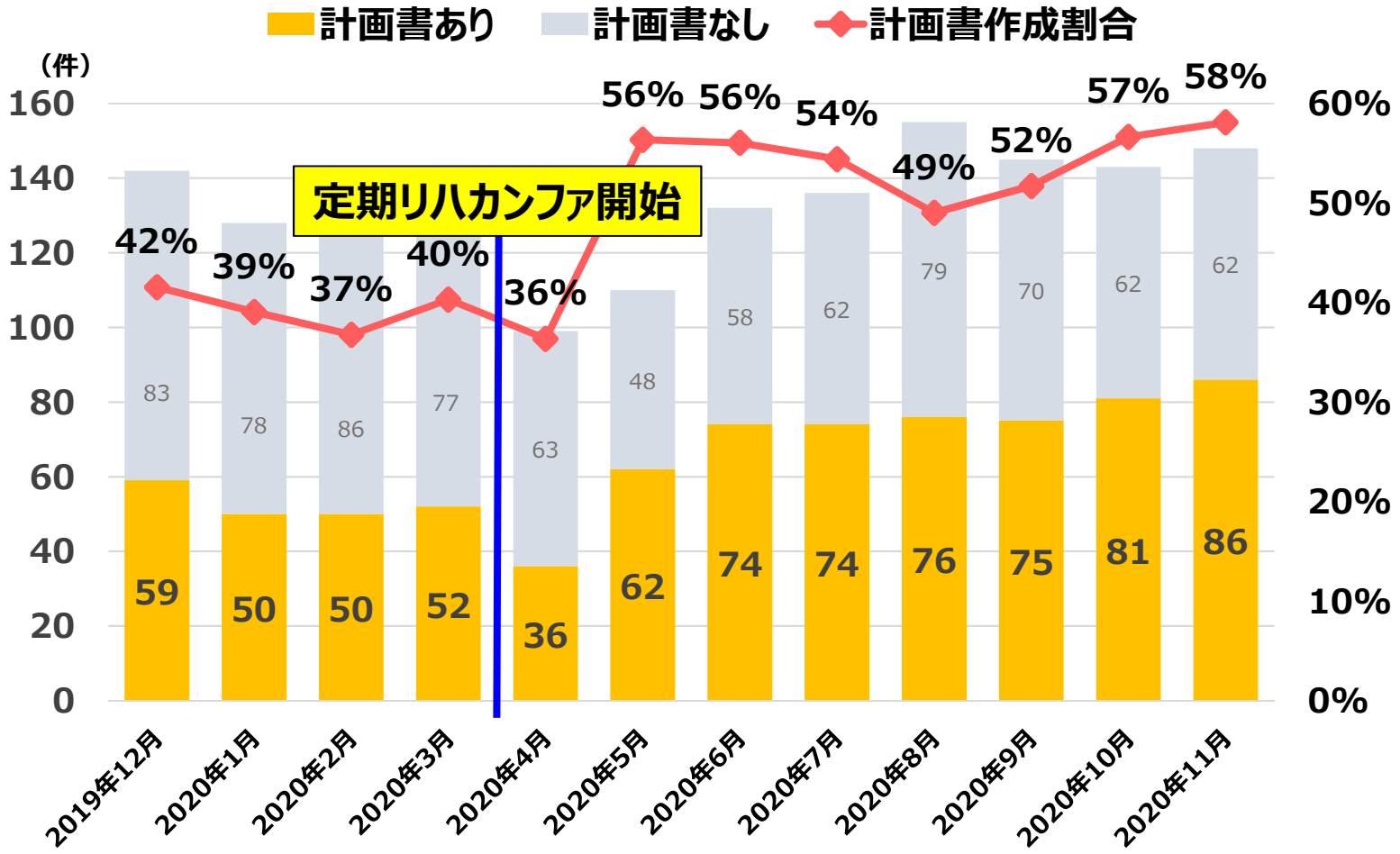



**指導患者数、指導割合ともに増加傾向**

**退院時薬剤情報管理指導料　90点**

# リハビリテーション総合実施計画書の作成

## 病院総合医が定期的にリハビリテーションカンファランスを実施




## 算定件数は約1.4倍増加

リハビリテーション総合計画評価料（300点）

SAISEIKAI
KUMAMOTO HOSPITAL

# 病院総合医
# 職員アンケート結果報告

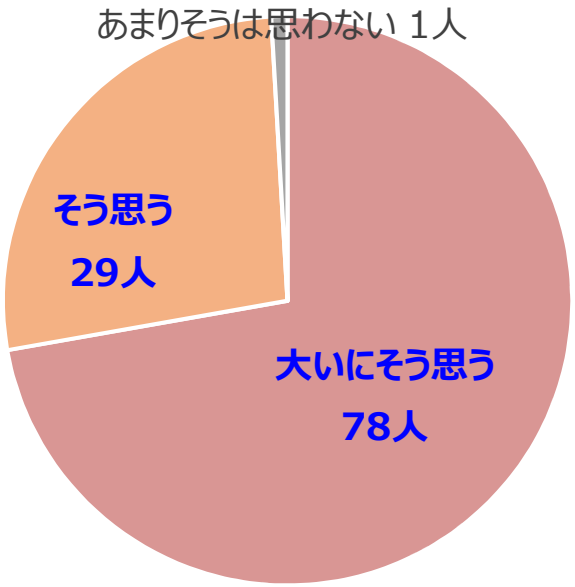
2020/04/01
包括診療部
医事企画室

# アンケート対象

| | |
|---|---|
| 対象病棟 | 3階東・西病棟、6階西病棟 |
| 調査期間 | 2020年3月1日～3月31日 |
| 対象数 | 162名 |
| 対象者 | 医師：37名（回収率：81%）<br>看護師：103名（回収率：84%）<br>セラピスト：13名<br>薬剤師：2名<br>栄養士：3名<br>介護福祉士：4名 |

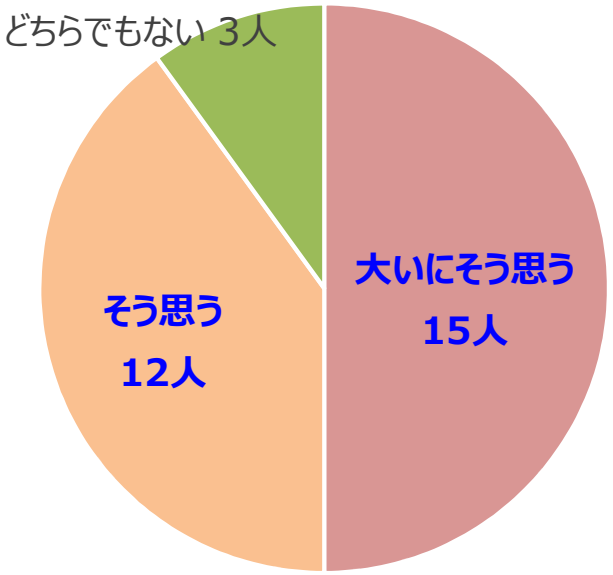
# 病院総合医を導入することでメリットがあったか？

## 看護師・コメディカル




「メリットがあった」＝**99%**

## 医師



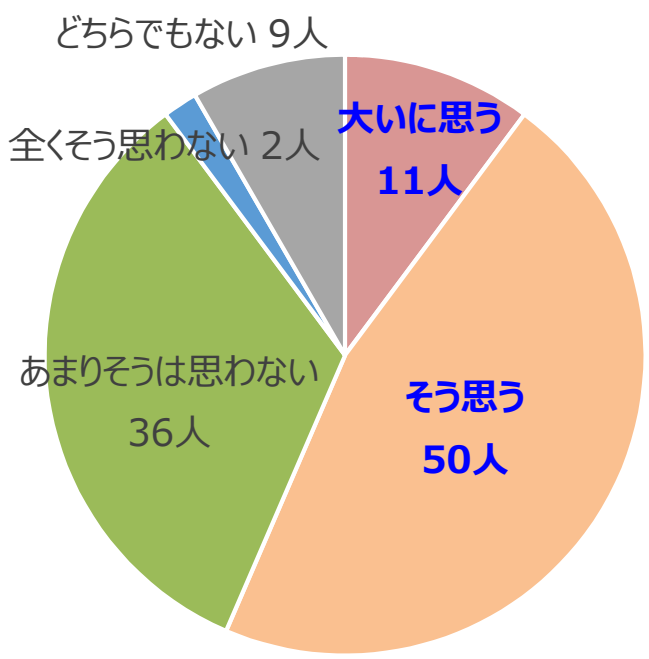

「メリットがあった」＝**90%**

# どのようなメリットがあったか？（複数回答）

| 看護師・コメディカル | 医師 |
| --- | --- |
| **1.診療の質が向上した** | **1.診療の質が向上した** |
| **90人（83%）** | **20人（67%）** |
| **2.業務軽減につながった** | **2.業務軽減につながった** |
| **79人（73%）** | **12人（40%）** |
| **3.患者満足度が向上した** | 3.患者満足度が向上した |
| **75人（69%）** | 11人（37%） |
| 4.スタッフの教育につながった | 4.スタッフの教育につながった |
| 31人（29%） | 7人（23%） |
| 5.その他 | 5.その他 |
| 4人（4%） | 0人（0%） |

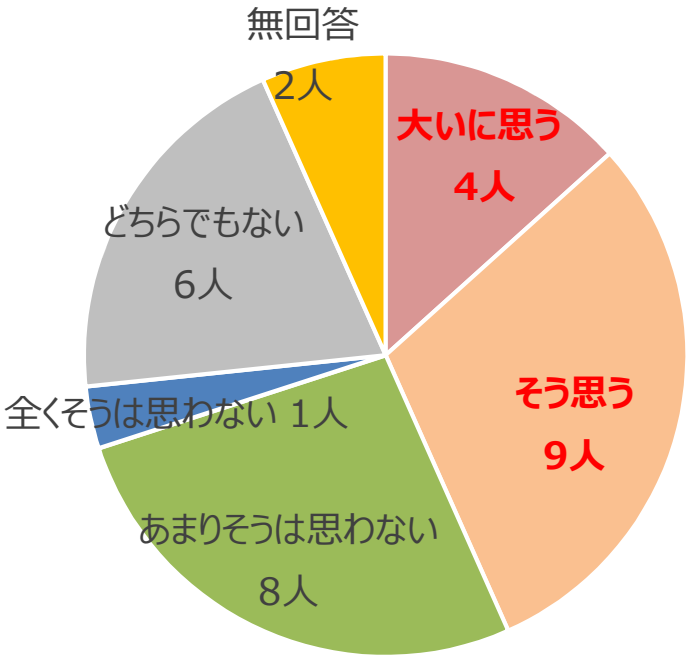
# 病院総合医導入後に「勤務状況」に変化があったか？

## 看護師・コメディカル




「変化があった」=**80%**

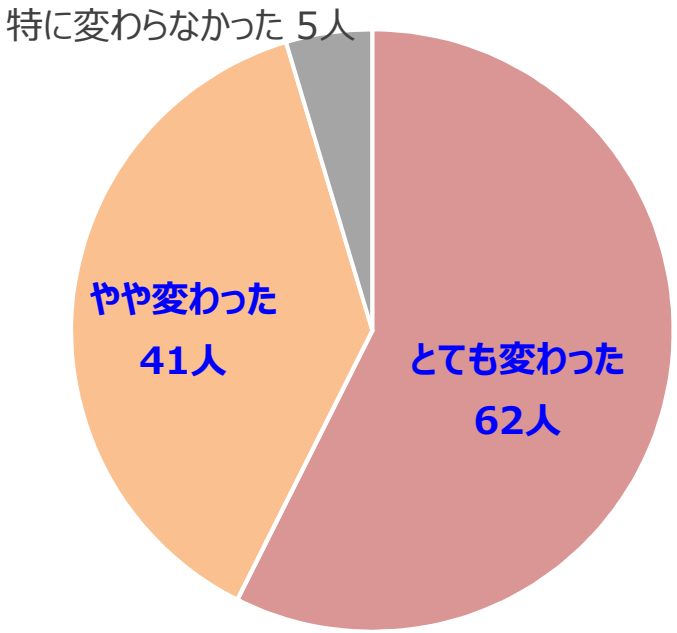
## 医師




「変化があった」=**43%**

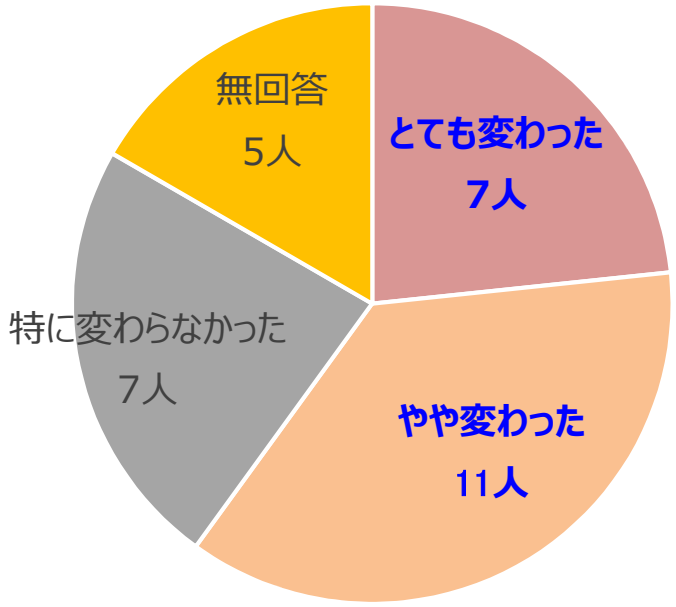
# 病院総合医導入後に「働きやすさ」に変化があったか？

## 看護師・コメディカル




「変化があった」=**95%**

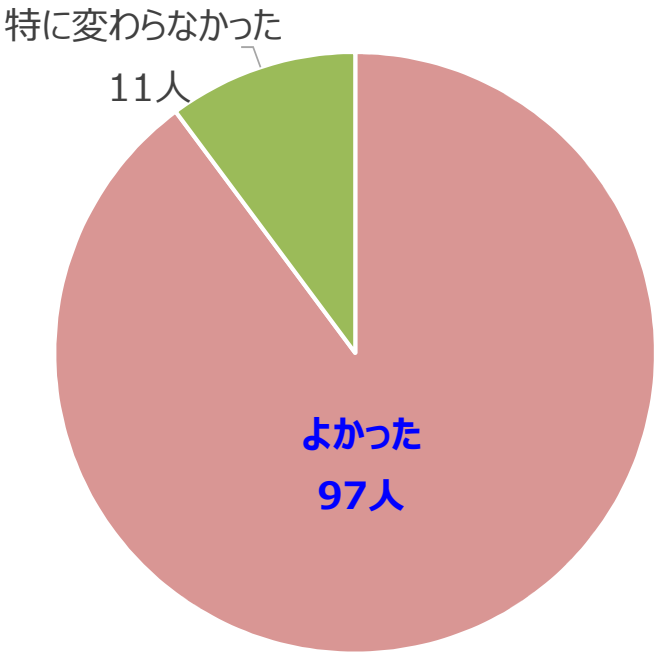
## 医師




「変化があった」=**60%**

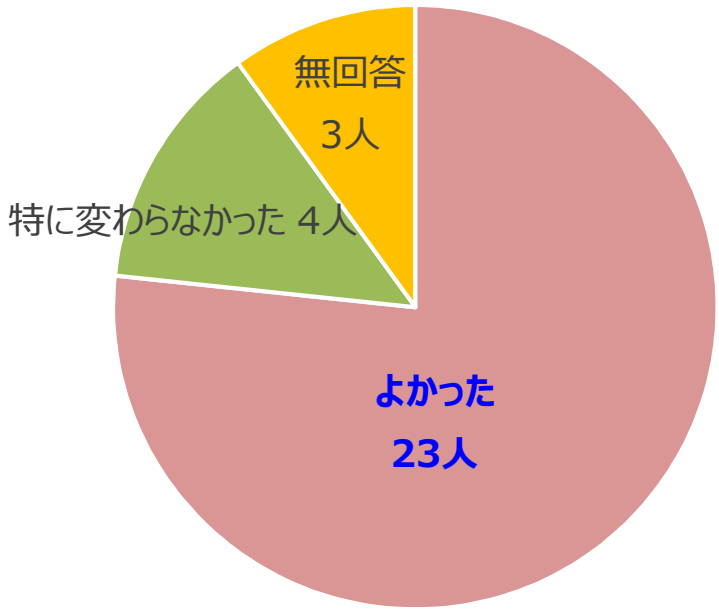
# 病院総合医に対する患者の反応はどうだったか？

## 看護師・コメディカル




「よかった」=**90%**

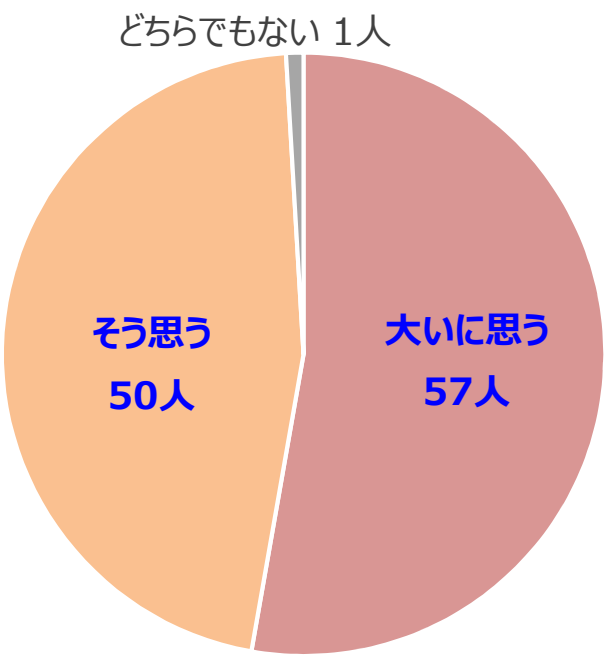
## 医師




「よかった」=**77%**

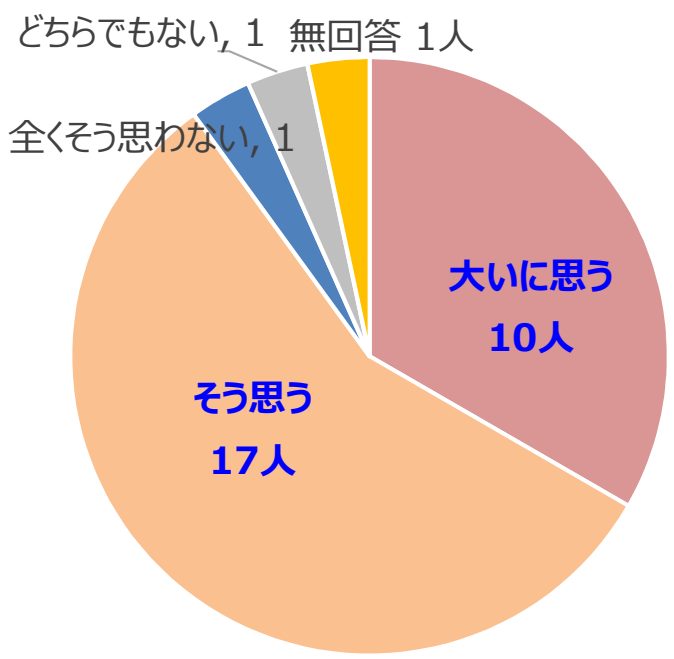
# 病院総合医の配置を他院へ薦めたいか？

## 看護師・コメディカル




「そう思う」=**99%**

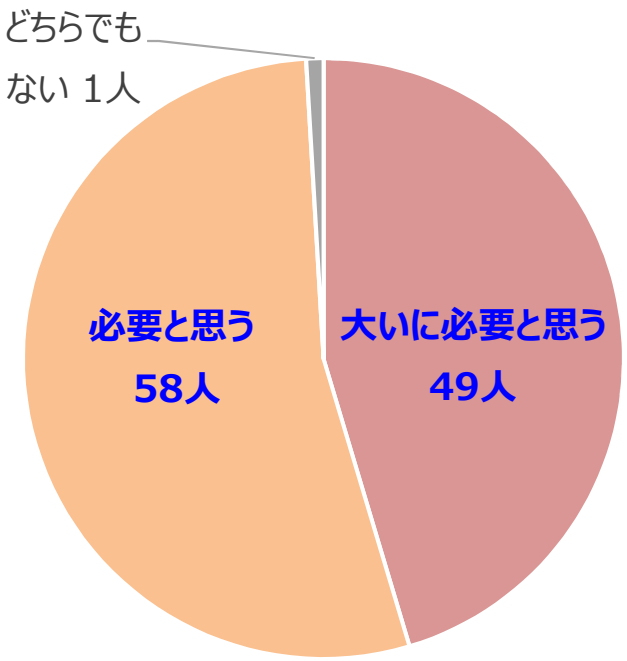
## 医師




「そう思う」=**90%**

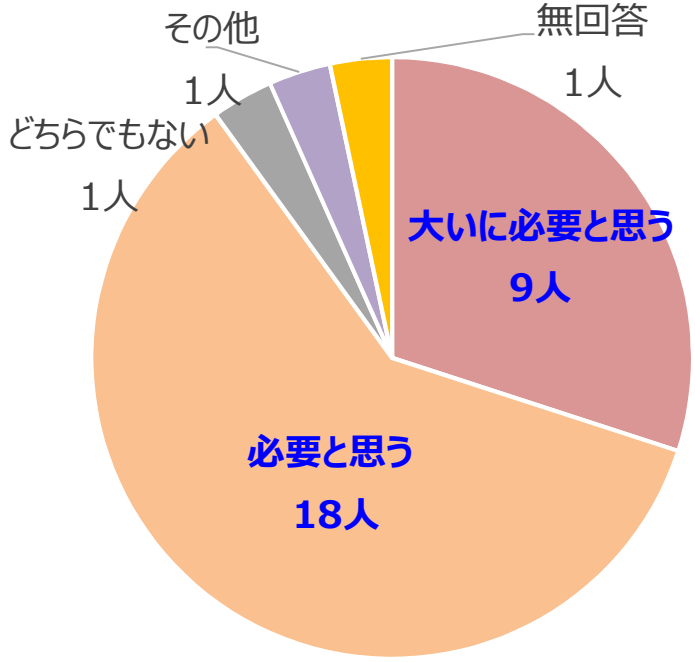
# 病院総合医による病棟マネジメントは有効と思うか？

## 看護師・コメディカル




「そう思う」=**99%**

## 医師




「そう思う」=**90%**

# MET（Medical Emergency Team）出動件数
## ～ RRS ～

**患者の様子がおかしい（急変ではない）**

**RRS起動基準**

① 「何かおかしい」と感じたとき

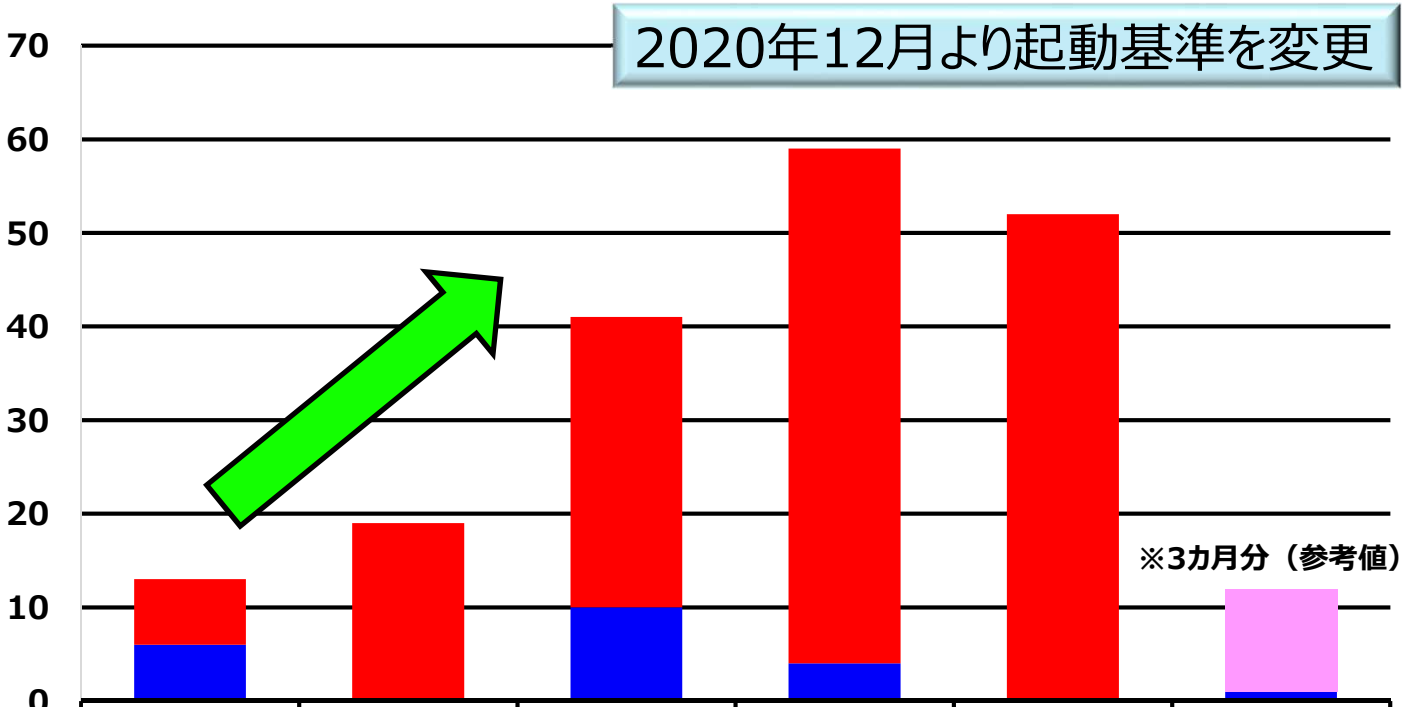
② 以下のいずれかに該当するとき

| | |
|---|---|
| 呼吸数 | 25回/分以上、8回/分以下 |
| 酸素吸入下 SPO2 | 90%以下 |
| 脈拍数 | 130bpm 以上、40bpm 以下 |
| 収縮期血圧 | 90mmHg 以下、または 前回測定値より 40mmHg 以上の低下 |
| 尿量 | 50ml/4hr 以下 |
| - | 急激な意識レベルの低下 |

上記基準に該当する場合は、
**主治医** と **MET(8888)** へ連絡する。

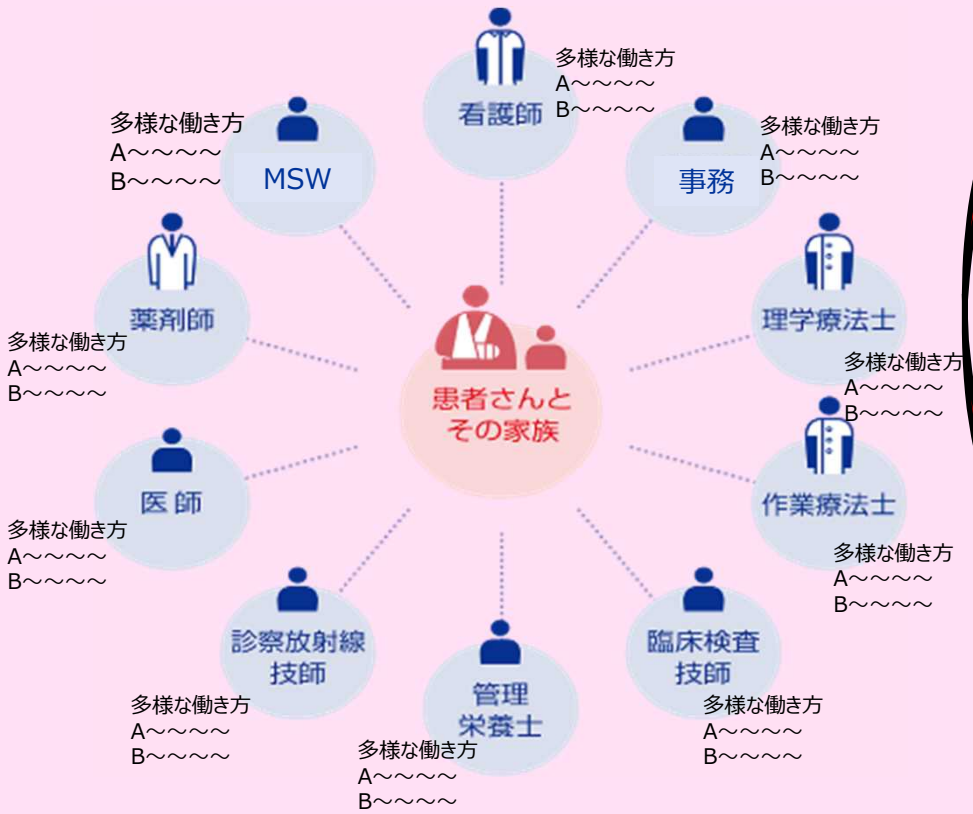
**RRSとは？**（= Rapid Response System）
患者の容態が急変する前に
主治医やMETをコールするための一連のシステム

**※当院のRRSは日勤帯のみ起動**




| | 2016年度 | 2017年度 | 2018年度 | 2019年度 | 2020年度 | 2021年4月～2021年6月 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ■ 5東病棟以外 | 7 | 19 | 31 | 55 | 52 | 11 |
| ■ 5東病棟（病院総合医担当病棟） | 6 | 0 | 10 | 4 | 0 | 1 |
| | 病院総合医 配置なし 包括診療部発足前 | 病院総合医 常駐 | 病院総合医 常駐なし オンコール対応 | 病院総合医 常駐再開 (2019年9月～) | | |
| | | Push型対応 | Pull型対応 | Push型対応 (再開) | | |

# チーム医療




**多職種協働による**
**チーム医療の推進**

- 患者中心の医療・ケア
- 安心・安全の医療・ケア
- 迅速な患者対応
- 患者満足度の向上

**包括診療部による**
**フロアマネジメント**

**職員の働き方改革**

- 職員の能力が最大限に発揮できるシステム作り
- 職員の成長を促進・評価できる環境作り
- 働きがい・想いやりのある職場作り
- 効率的な働き方で時間外労働を改善
- 医療人の育成
- 職員満足度の向上

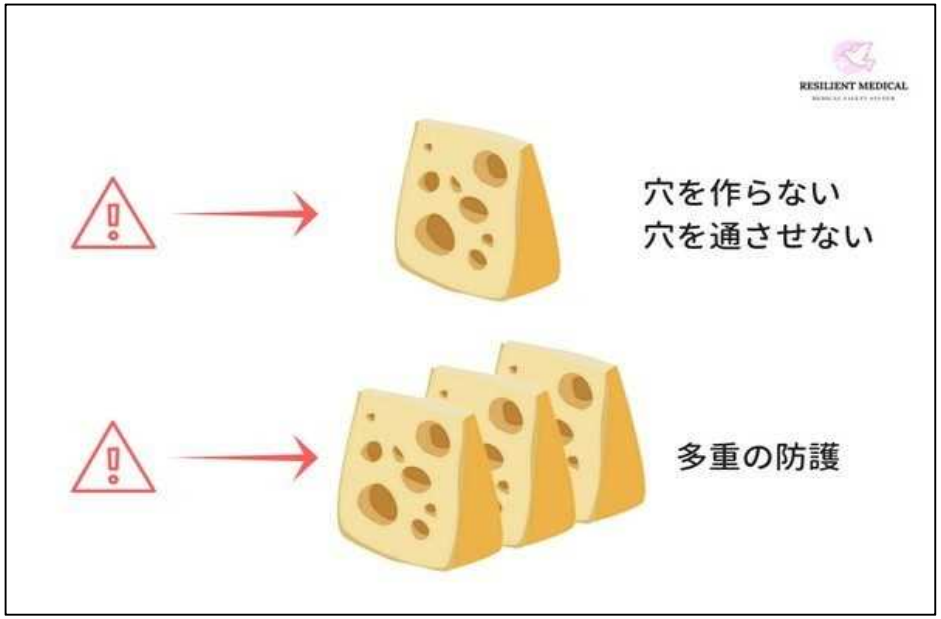
# 働き方

## 勤務環境改善マネジメントシステム

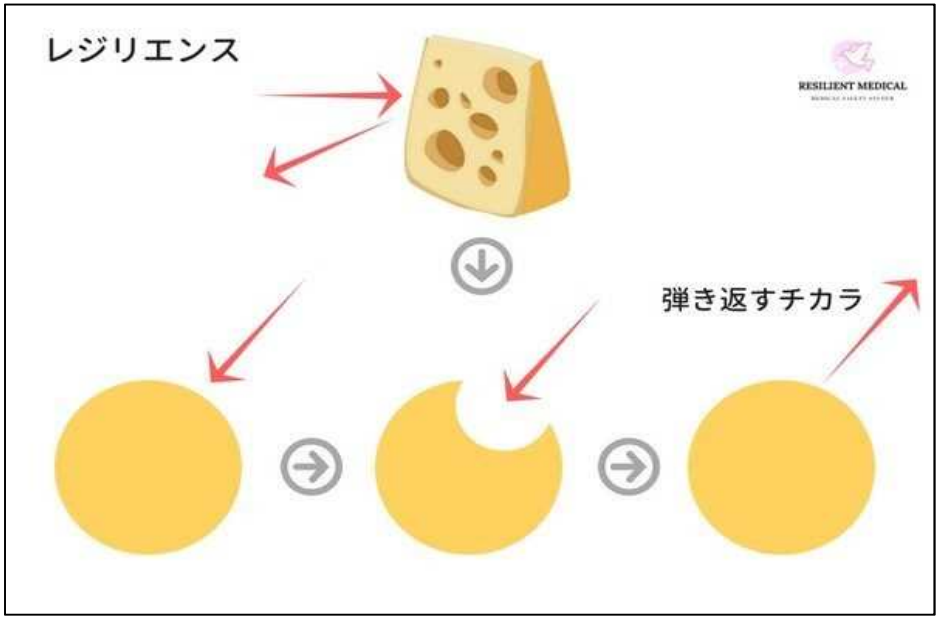
# 病院総合医と医療安全管理

# 病院総合医と医療安全管理

## スイスチーズモデル




## レジリエンス




RESILIENT MEDICAL より引用 https://resilient-medical.com/human-error/swiss-cheese-model

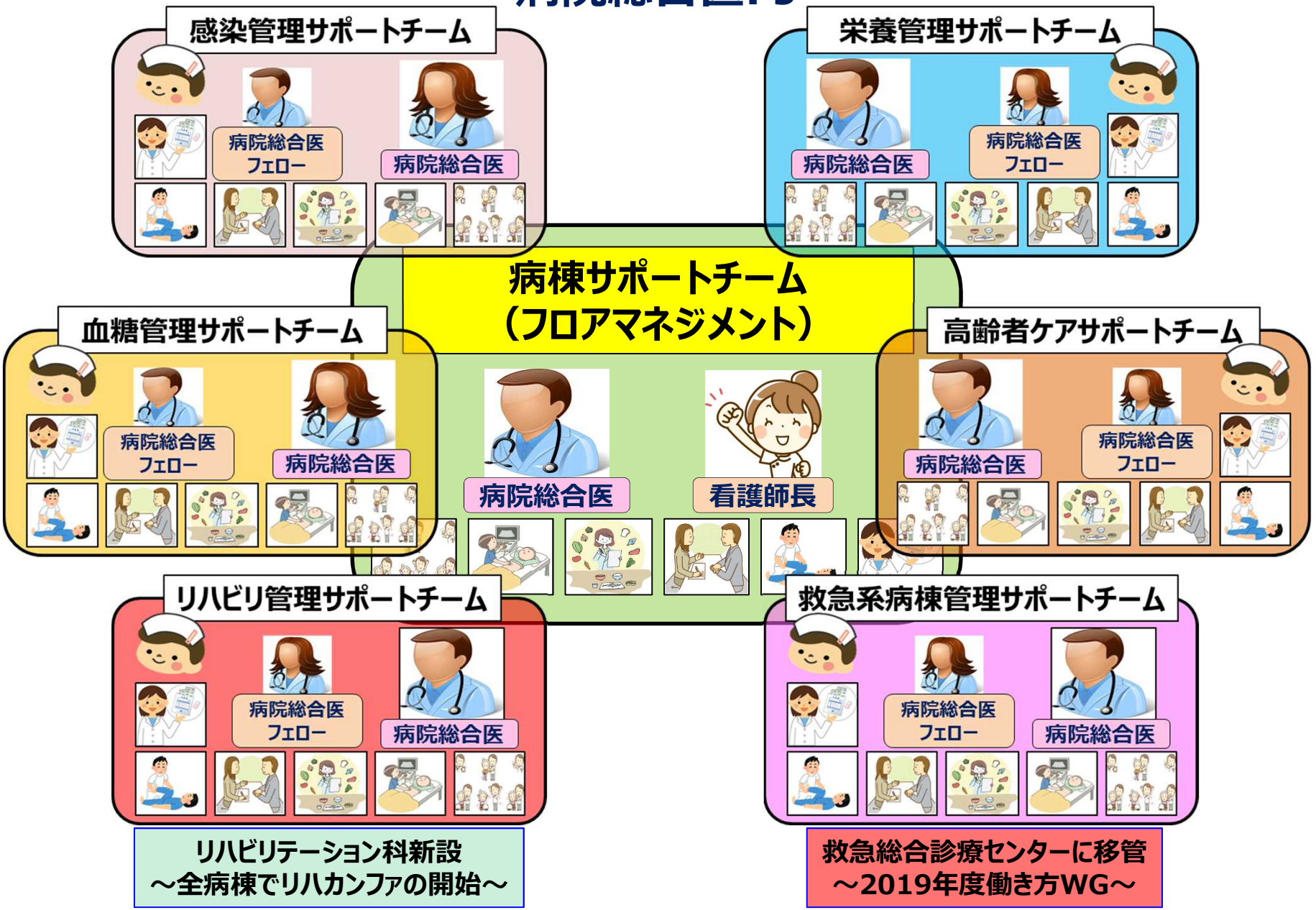
事故は単独で発生するのではなく複数の事象が連鎖して発生するとしたもの

単純に防護壁を設けて事故を防止するという発想ではなく、組織としてあらゆる状況に対応できる柔軟さを持つこと

**多職種協働による医療安全マネジメント**
**～病院組織の横軸の強化による真のチーム医療の実現～**
**点（個人）でなく、面（チーム）で！**

# 病院総合医による包括的管理サポートチーム

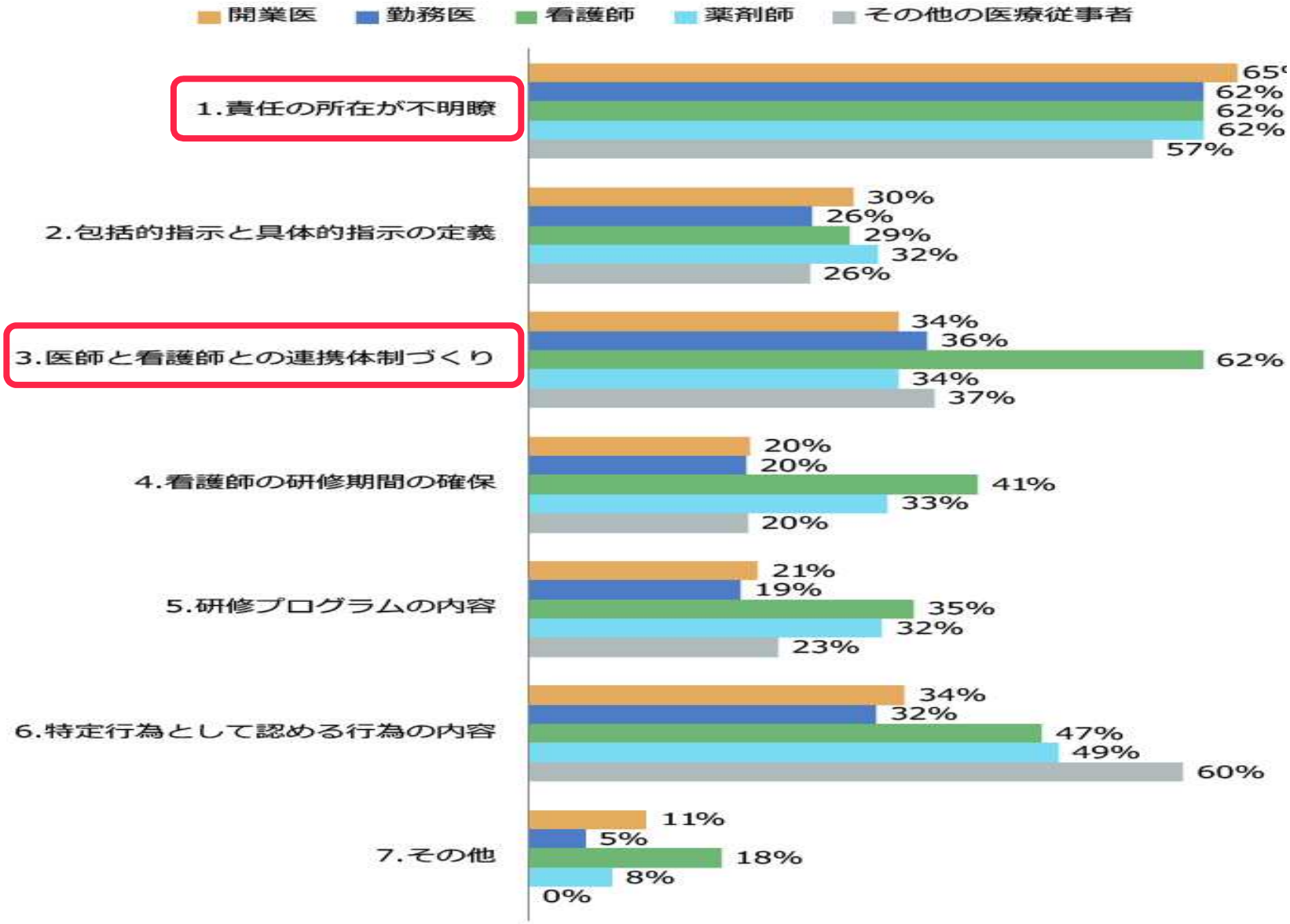
## ～病院総合医PJ～




リハビリテーション科新設
～全病棟でリハカンファの開始～

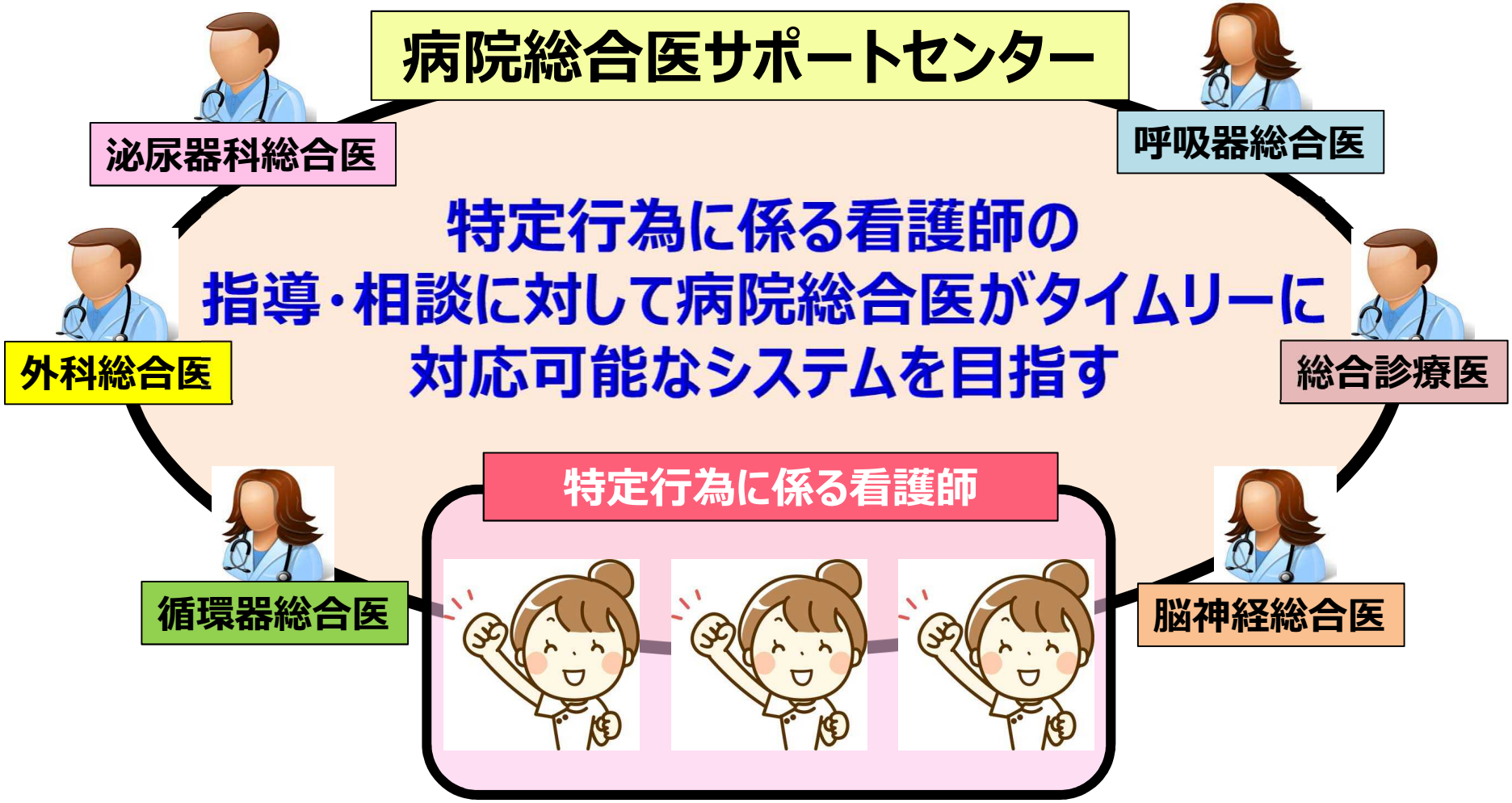
救急総合診療センターに移管
～2019年度働き方WG～

# 看護師の「特定行為研修制度」の課題は？

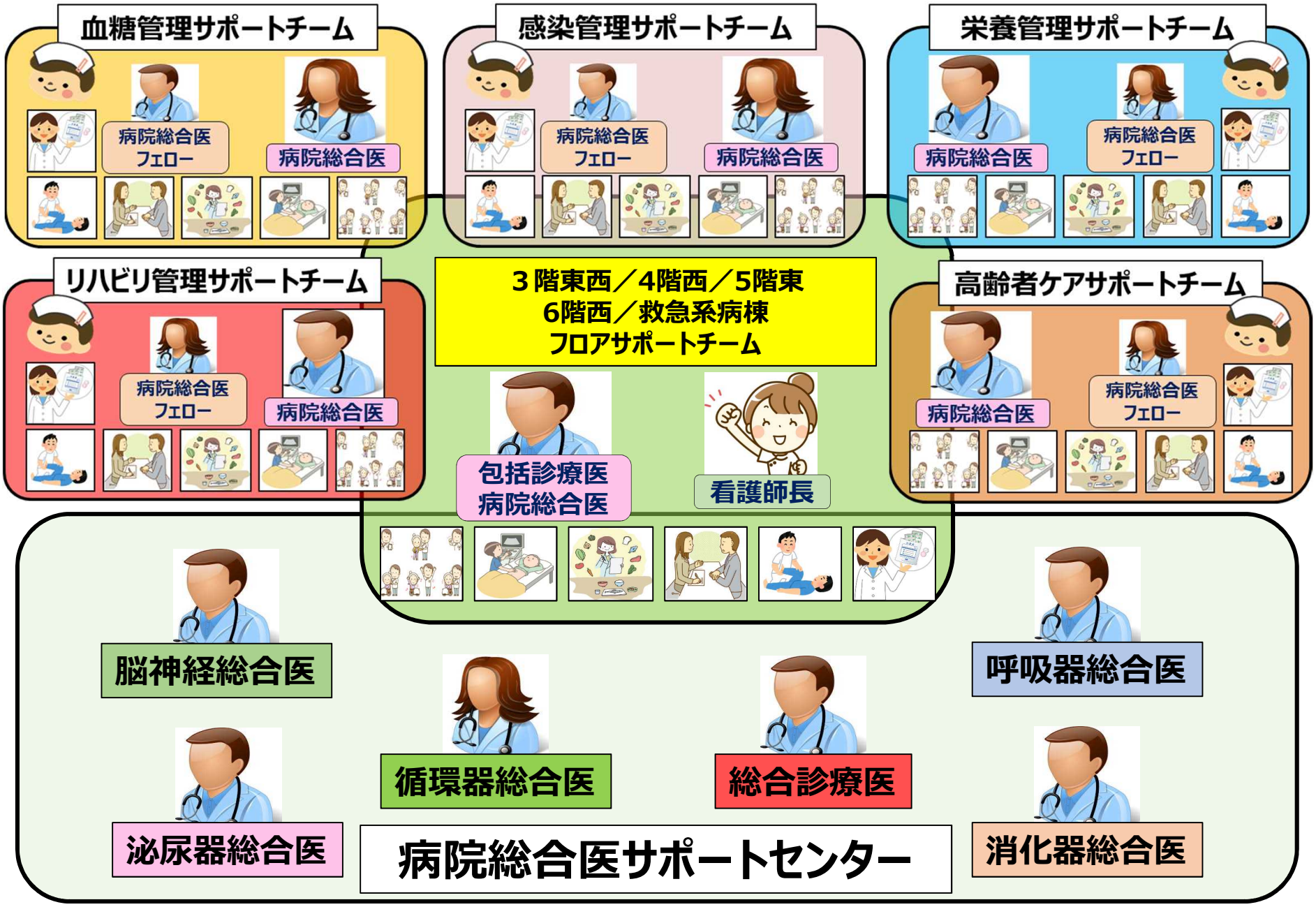



m3.com意識調査「特定行為に係る看護師増加で、医師の負担は？」より

# 病院総合医による包括的管理サポートチーム



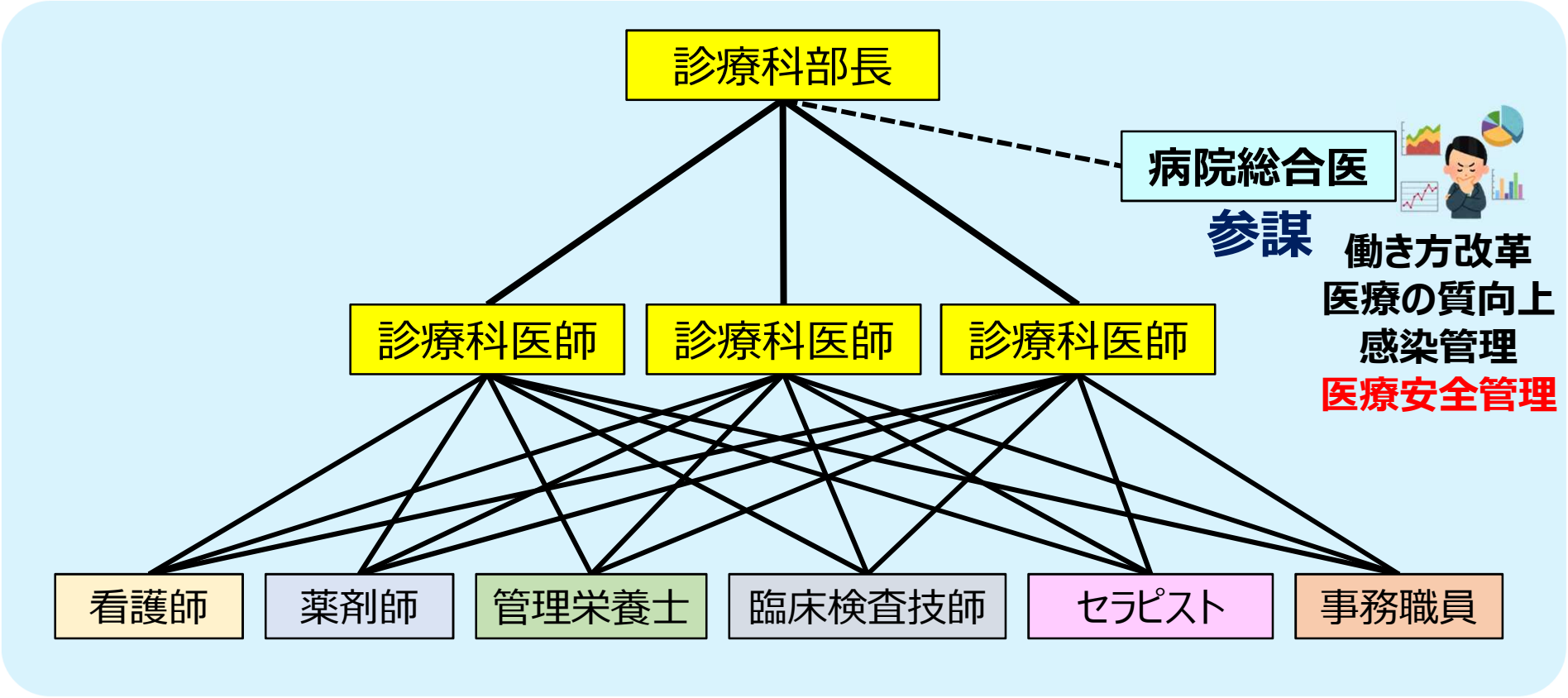

当院では既に多くの病院総合医が指導医として特定行為研修の講義や実技指導を行っている




フロア担当の病院総合医からの相談に対して病院総合医協働で対応

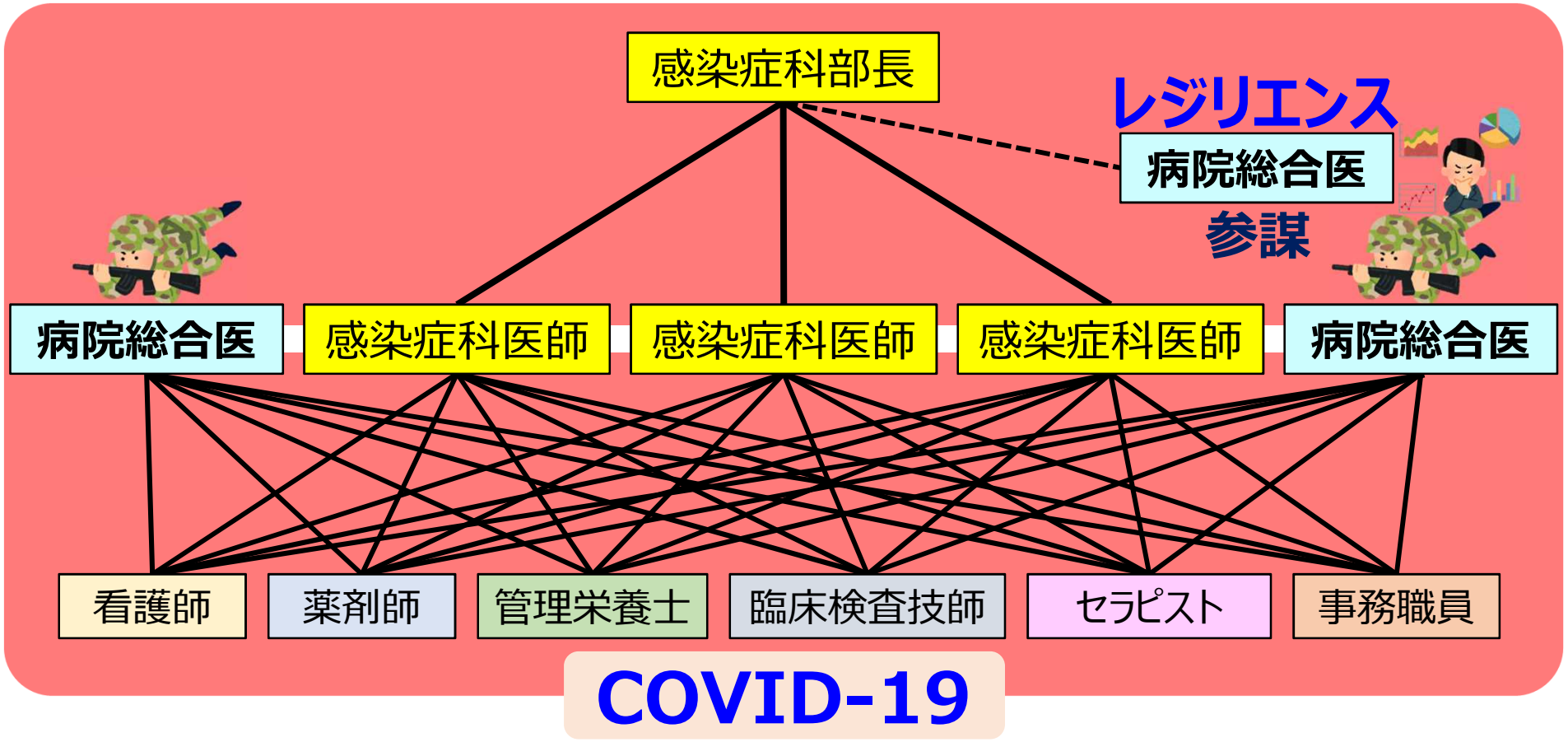
（病院総合医によるサポート体制の確立を目指す）

# 病院総合医を病棟管理の参謀（スタッフ）として導入




**職員にとって働きやすく・働きがいのある職場**
**患者にとって安心・安全の質の高い医療の提供**

# 病院総合医を病棟管理の参謀（スタッフ）として導入

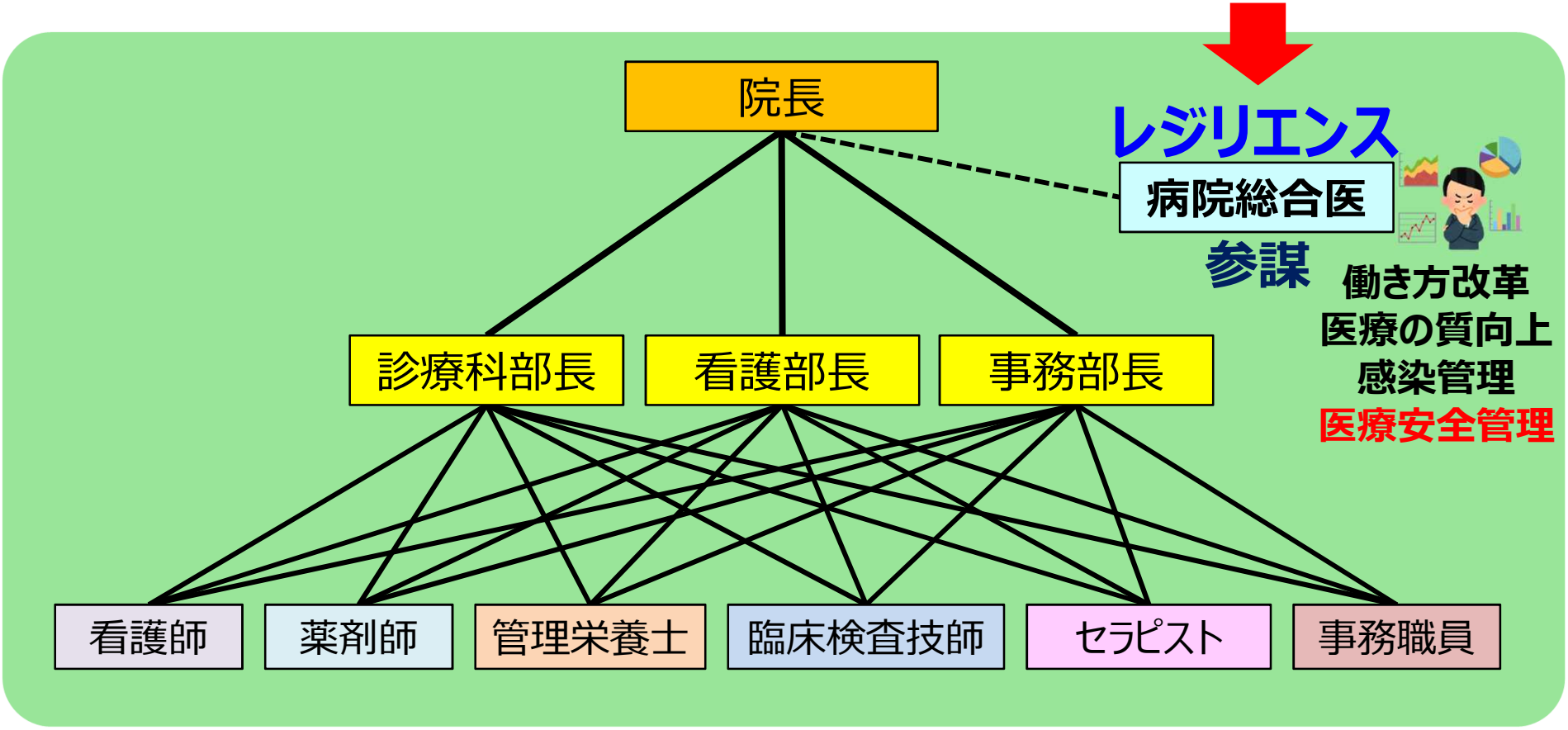



## 有事の際には病院総合医も最前線（ライン）へ

## ～感染症科医師および多職種をサポート～

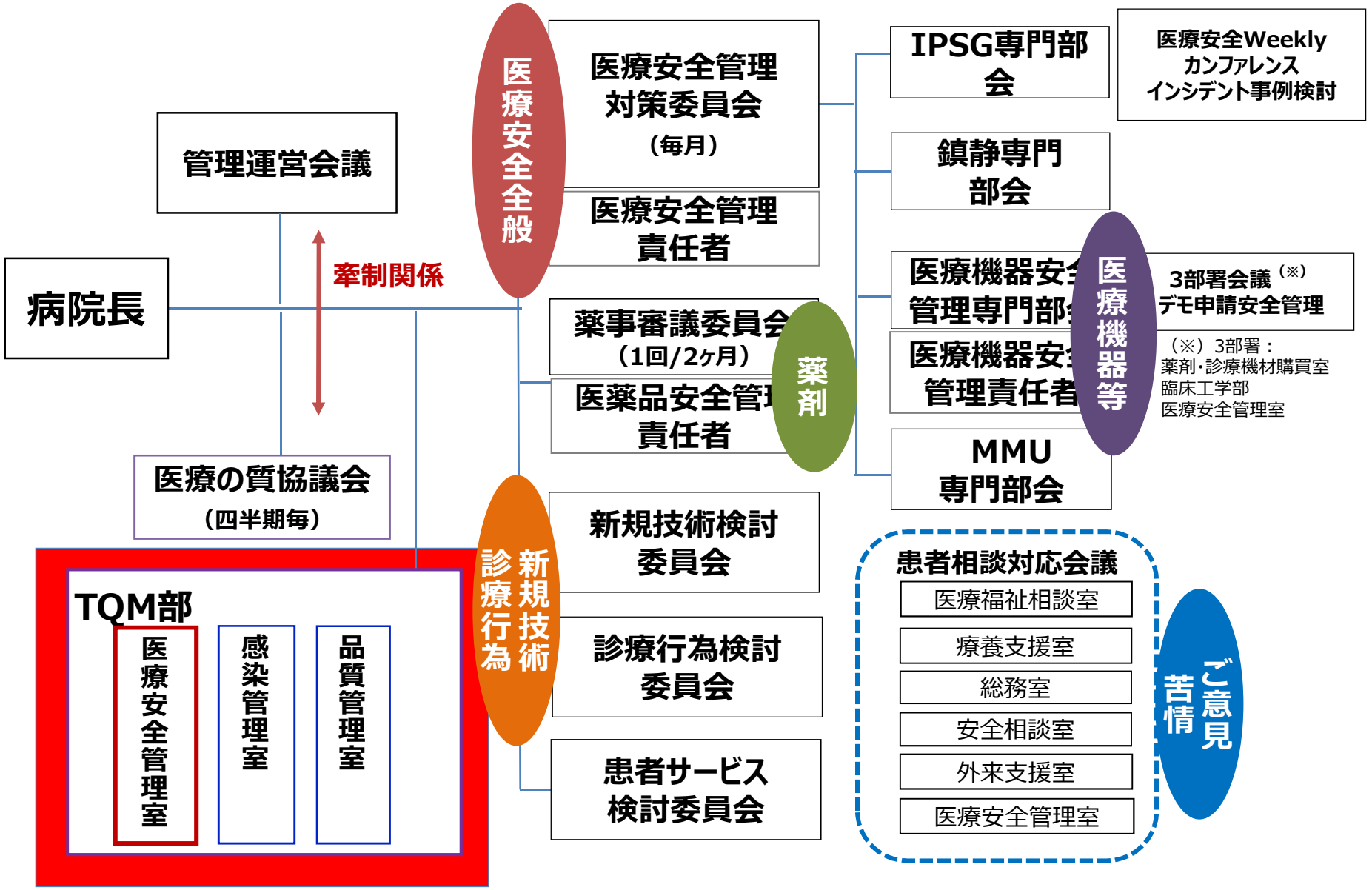
# 病院総合医を病院経営の参謀（スタッフ）として導入

**外的・内的リスク**



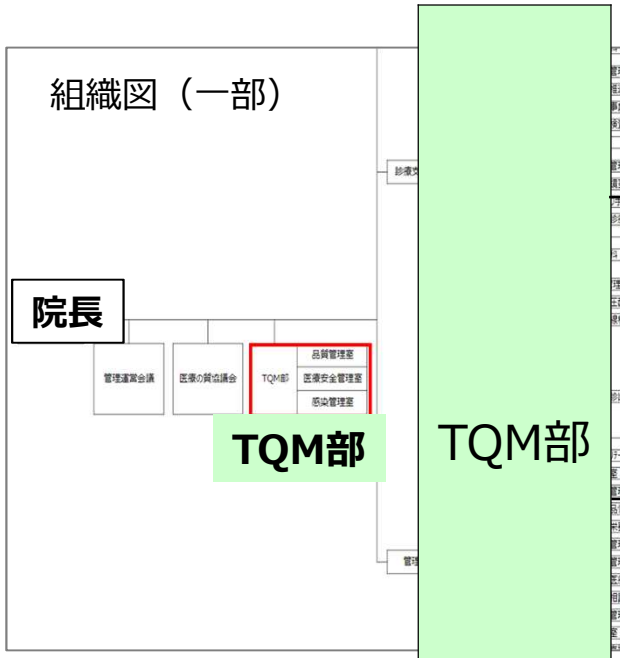

## 病院事業の安定化・多角化
## 勤務環境改善マネジメントの推進

# 当院の医療安全管理に係る組織



# 医療の質を担当するTQM部

※TQM：Total Quality Management




TQM部

**医療安全管理室**

医師 2名
看護師 1名（専従）

- 医療安全に関する情報の収集・分析
  - ✓ 死亡症例、集中治療室入室症例
  - ✓ 重大な有害事象の報告
- 医療安全対策の検討・推進
  - ✓ M&Mカンファレンス
  - ✓ Weeklyカンファレンス
- 医療安全に関する職員教育・啓蒙活動
- 他施設との連携

**感染管理室**

医師 1名
認定看護師 1名
薬剤師 1名
臨床検査技師 1名

- 感染に関するサーベイランス
- 感染の予防
- 感染に関する職員教育・啓蒙活動
- 他施設との連携

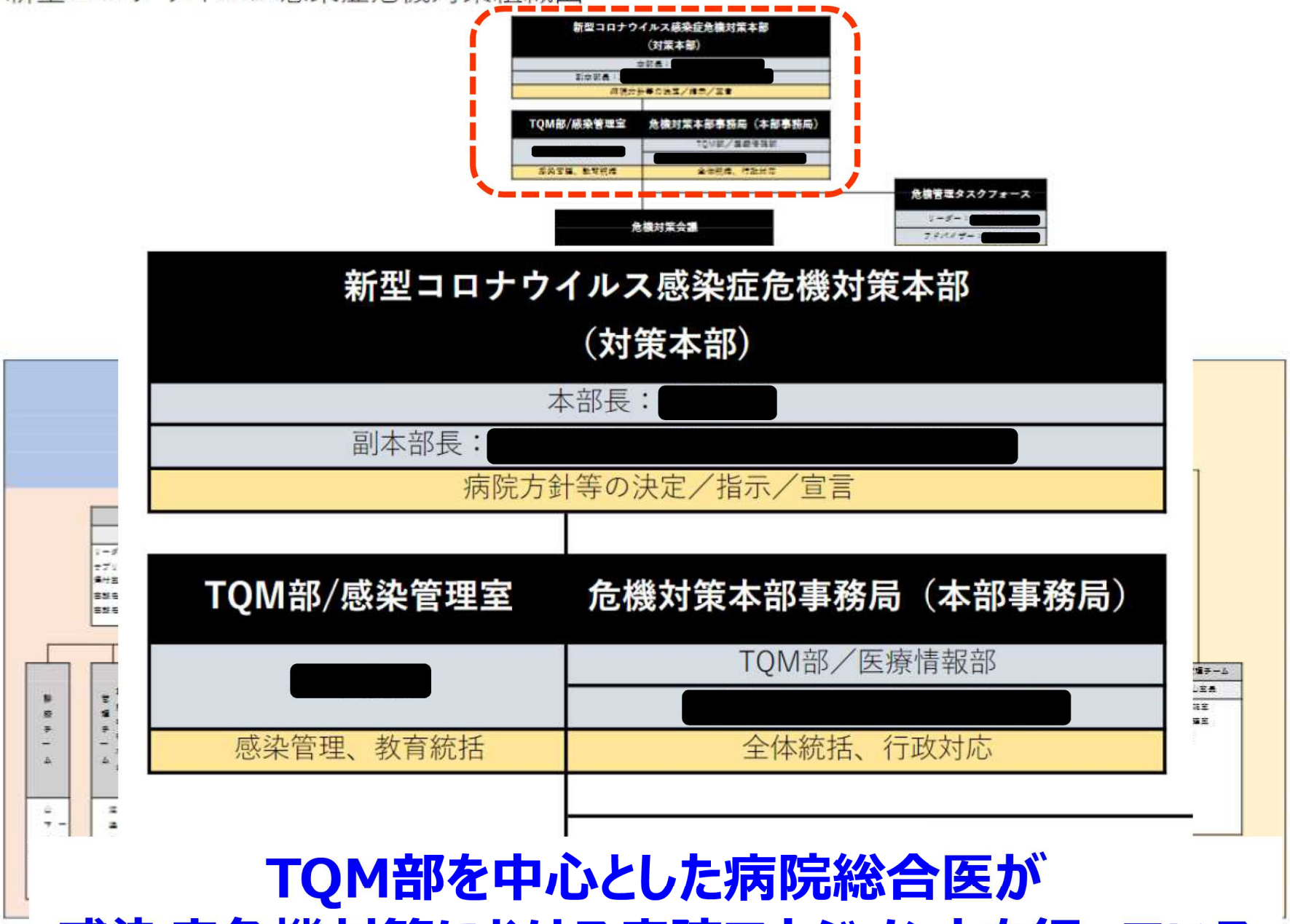
**品質管理室**

事務 2名
臨床工学技士 1名

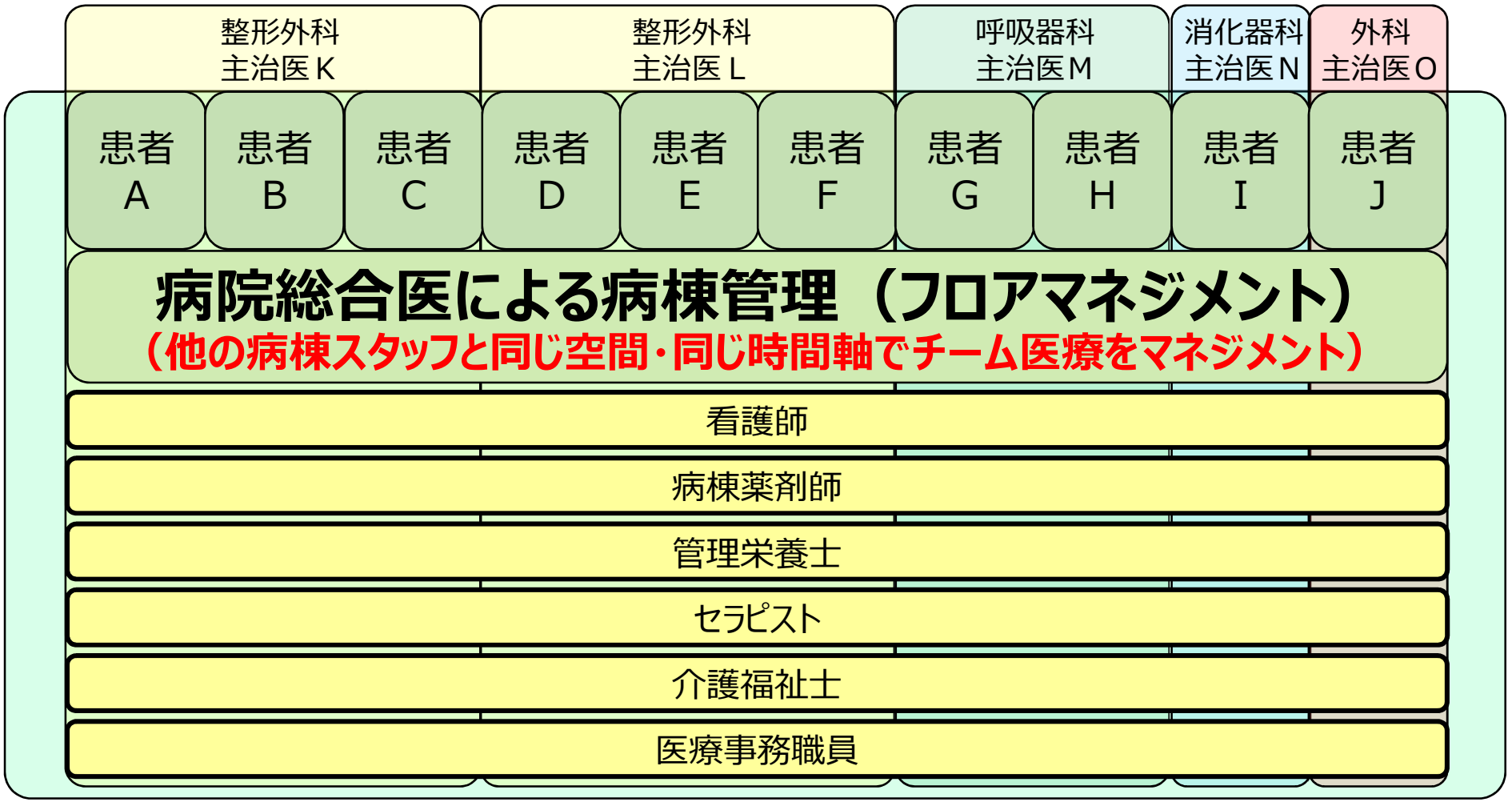
- 医療の質情報の管理
  （品質管理指標選択・測定・分析・提案）
- 医療の質の維持・向上
- JCI認証継続に向けた活動

TQM部の医師スタッフは病院総合医

新型コロナウイルス感染症危機対策組織図



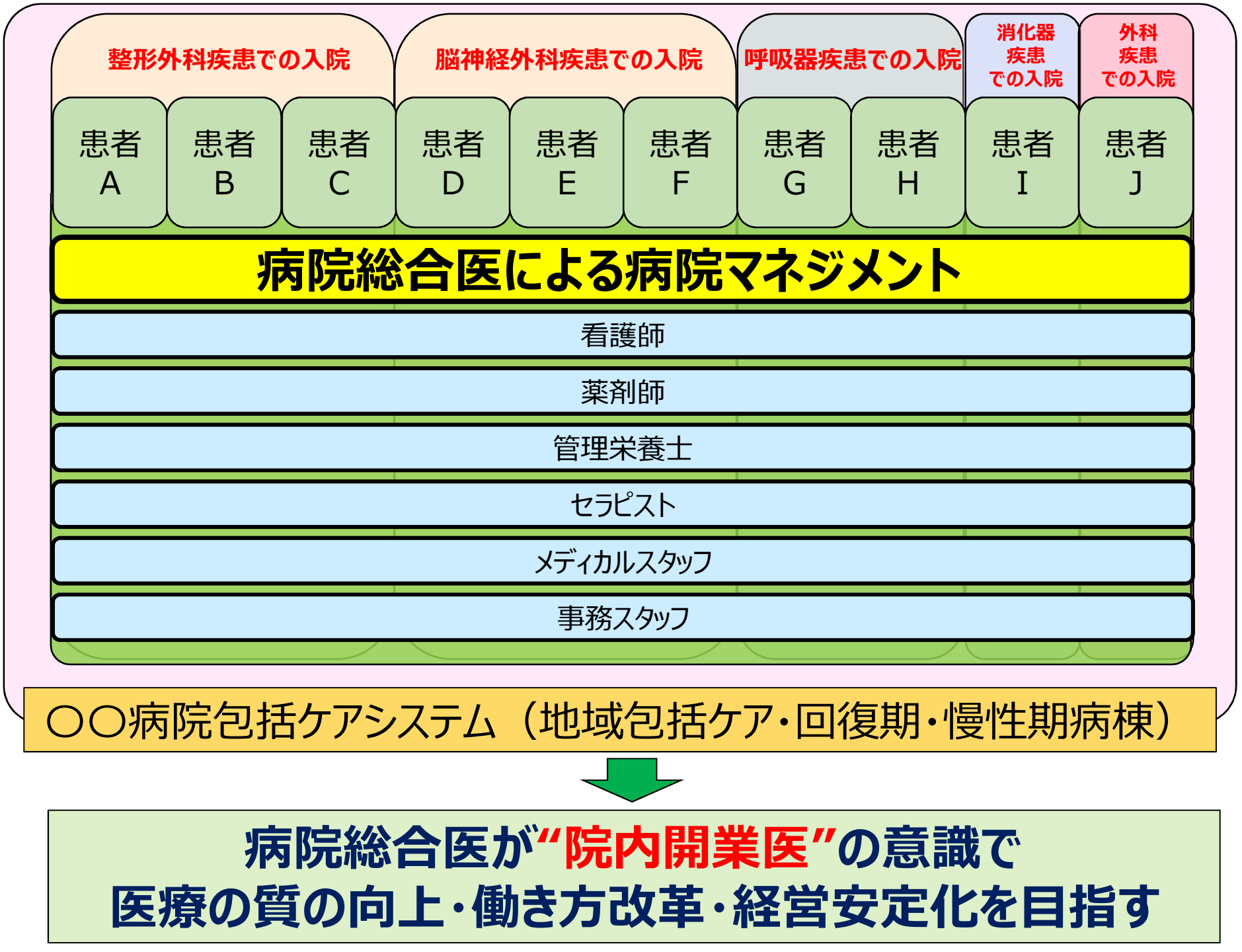

**TQM部を中心とした病院総合医が**
**感染症危機対策における病院マネジメントを行っている**

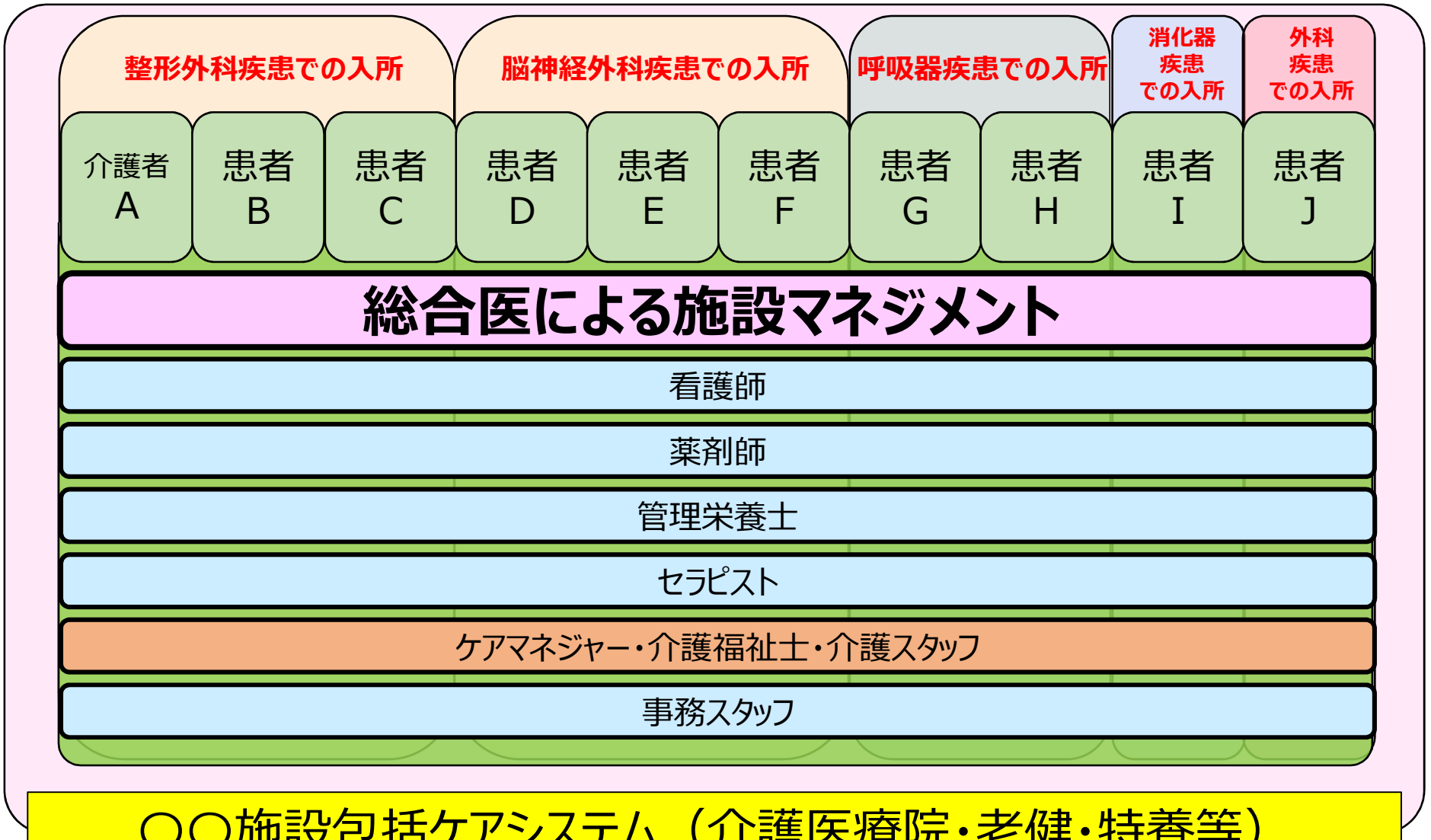



**タイムリーなCureとCareを多職種協働によるチーム医療で実践する**

**職員にとって働きやすく・働きがいのある職場 ➡ 働き方改革**

**患者にとって安心・安全の医療の提供 ➡ 医療の質向上**

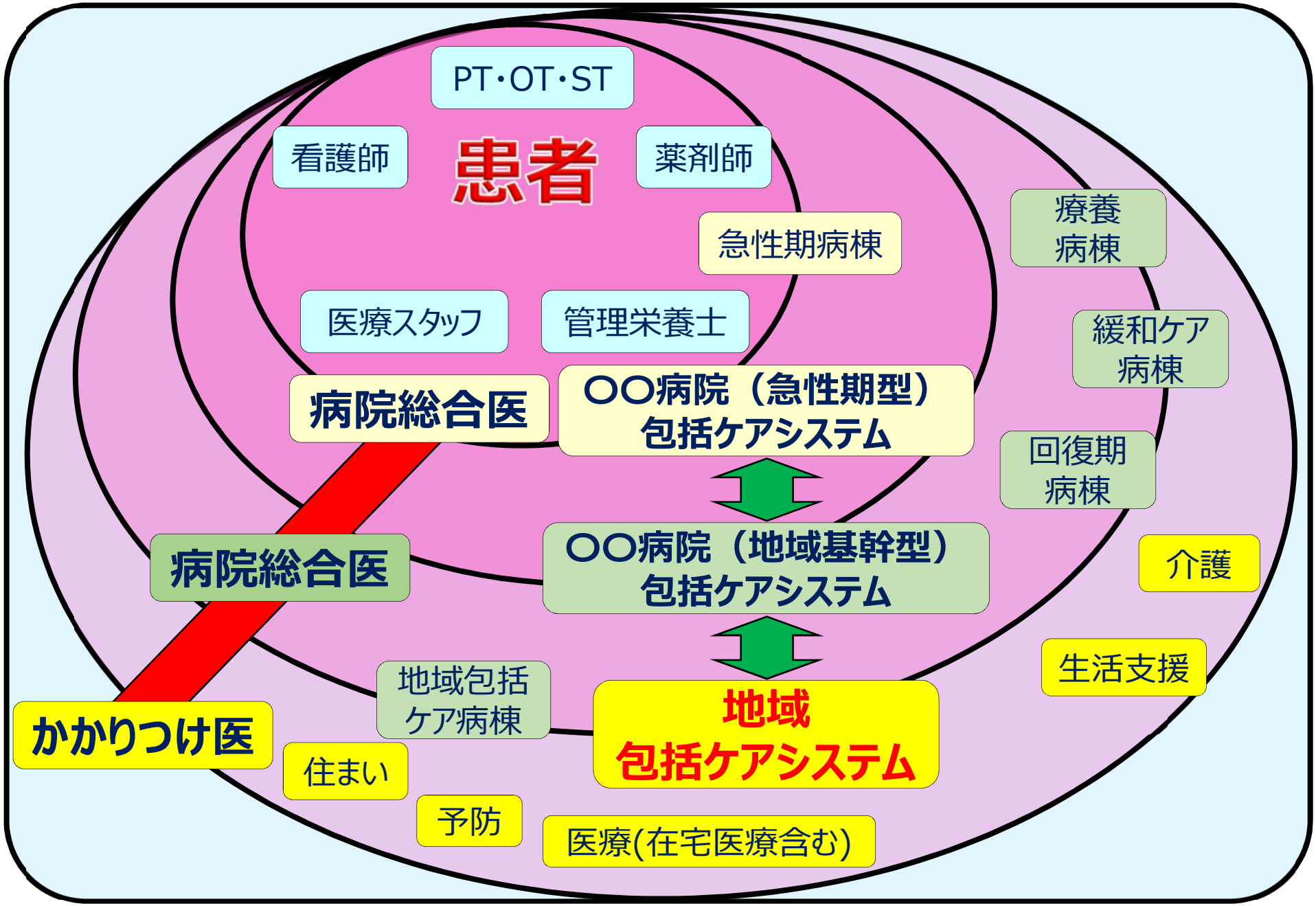

整形外科疾患での入院
脳神経外科疾患での入院
呼吸器疾患での入院
消化器疾患での入院
外科疾患での入院
患者A
患者B
患者C
患者D
患者E
患者F
患者G
患者H
患者I
患者J
病院総合医による病院マネジメント
看護師
薬剤師
管理栄養士
セラピスト
メディカルスタッフ
事務スタッフ
〇〇病院包括ケアシステム（地域包括ケア・回復期・慢性期病棟）
病院総合医が"院内開業医"の意識で
医療の質の向上・働き方改革・経営安定化を目指す




〇〇施設包括ケアシステム（介護医療院・老健・特養等）

**総合医が"施設管理者"の意識で**
**介護の質の向上・働き方改革・経営安定化を目指す**

# 病院総合医による医療マネジメント



# 病院総合医による医療マネジメント

- タイムリーに医療とケアを提供できるシステムの構築
  - ➢ **フロアマネジメント（病棟管理）**
- 多職種協働によるチーム医療・ケアの推進
  - ➢ **クオリティマネジメント（プロアクティブケア）**
- スタッフ育成と働きがいのある職場環境づくり
  - ➢ **勤務環境改善マネジメント（働き方改革）**
- 効率的かつ適正な医療・介護資源の投入
  - ➢ **病院マネジメント（経営安定化の推進）**

**病棟マネジメント** ▶ **病院マネジメント** ▶ **医療マネジメント**

**患者が安心・安全な**
**医療を受けられる環境を整える**

医療事故防止の観点ではなく、患者にとって
安心・安全の質の高い医療の提供を中心に考える
PSG：Patient Safety Goal

医療の質の向上と多職種協働のチーム医療の推進が
質の高い医療安全管理（病院マネジメント）にもつながる

「チーム」で医療、「チーム」で働き方改革

内部・外部環境の「変化」に迅速対応するマネジメントが求められている。**新型コロナは大きな環境（社会）変化であり、その変化に対応する管理を示す時期**である。自ら何のアクションがなく、その変化に対応できなければ絶滅（崩壊）しかない。

**After Corona**

**With Corona**

# New Normalな働き方を創造する！

**サスティナブル＆レジリエンスが求められる社会へ**