

「病棟管理」

■特集の背景と目的

医療の質を高めるマネジメントの全体像

本特集では、病棟で働く医師が「病棟管理」において知っておくべきスタンダードな知識をまとめます。総合内科、総合診療科の医師はもちろん、病棟管理にかかわるすべての読者に、医療の質を高めるマネジメントの全体像を提示し、「強い病院」「質の高い医療の実現」といった目標につながるコンピテンシーをお示しします。

Part 1「個の力」では、個々の医師が病棟管理を行う際に身につけるべき能力について取り上げます。Part 2では、内科入院管理を行う組織がどのようなことをしているか、「組織・チームの力」を養うために必要なことを取り上げます。具体的にどのように患者に対して診療を行い、どのようにグループとして、チームとして進化していくかを記載します。Part 3では「病院レベルでのシステム改善に向けて取り組むべきトピック」について、病棟診療医によりすでに病院や社会にもたらされている恩恵を、海外の実例も含めて述べ、病院や社会、さらには国の規模で病棟診療医による体制を発展させていく意義について考えていただく構成となっています。

はじめに|より良い病院を作るためのコンピテンシー

- 小坂 鎮太郎 練馬光が丘病院 総合救急診療科 総合診療部門

Part 1 病棟で働く医師が身につけるべき基本姿勢

1 病棟診療医に求められるリーダーシップ：新しいシステムを推進していくために

- 筒泉 貴彦 愛仁会高槻病院 総合内科
<ダイジェスト>

読者のなかで、自分がリーダーであるとの自負をもって日々の業務に取り組んでおられる方がどれほどいるだろうか。我々は、医師としてどのように働くかについては、卒前および卒後教育により学ぶことはあるが、実際「リーダーとしてのあり方」という教育カリキュラムがルーチンであるかといわれると、そうではない。リーダーとしての資質は年齢を重ねるとともに自然と培われるものでもなさそうである。若くして誰からも認められるリーダーもいれば、年齢的にベテランの域に達してもリーダーになれない人もいる。組織にとって必要でありながら、どのようにしてなればよいかわからない、それがリーダーではないだろうか。

本稿ではリーダー、リーダーシップについて総論的に考えつつ、後半では本特集のテーマである病棟診療医におけるリーダー像について述べていきたい。

2 病棟での教育はどのように行か：オリエンテーション、ベッドサイド教育、レクチャー、評価とフィードバック

- 山田 悠史 Brookdale Department of Geriatrics and Palliative Medicine/Icahn School of Medicine at Mount Sinai
- 加藤 大貴 Division of Hospital Medicine, University of Kentucky
<ダイジェスト>

医学教育は、従来から医学知識に重きをおいてきたが、医師に必要なとされる能力は知識にとどまらず、時間管理や対人関係のスキルなど、非常に多岐にわたる。医学教育はこれらの幅広い能力を成長させるよう工夫されなければならないが、病棟は講義室に比べてその機会に恵まれているともいえる。そのような意味から、医学教育における病棟診療医の果たす役割は大きい。

また、教育を提供すべき対象には、医学生や研修医にとどまらず、看護師や薬剤師、患者ならびにその家族なども含まれる。忙しい病棟業務のなかで、どのように効率よく教育の機会を創出するか、またどのような手法が効果的なのか。

本稿では、まず優れた指導医になるために必要な能力についてふれたあと、後輩医師や医学生への種々の効率的な教育方法を紹介し、さらには多職種連携における教育についても概説する。

3 病棟診療医のプロフェッショナリズム：すべての医師はプロフェッショナリズムを身につけていなければならない

- 平松 由布季 東京ベイ・浦安市川医療センター総合内科
- 江原 淳 東京ベイ・浦安市川医療センター総合内科/呼吸器内科
<ダイジェスト>

皆さんは「プロフェッショナル」と聞いて、どんな人物を想像するだろうか。TV番組「プロフェッショナル 仕事の流儀」に登場するような人物を思い浮かべる方も多いのではないだろうか。番組には、料理人やアスリート、建築家などさまざまなジャンルの一流の職業人が登場する。彼らの卓越した仕事ぶりだけでなく、そのため

の準備、努力、人間性といったものも同時に描かれている。同番組には医師も登場する回があるが、いわゆる「神の手」をもつ外科医のような一部のスーパードクターにフォーカスされがちである。しかし、すべての医師はすべからずプロフェッショナルでなければならないのである。本稿では、プロフェッショナリズムとは何か、なぜそれが必要か、そしてどう教育すればよいかについて、具体例をもとに解説する。

4 病棟診療医に求められるEBMの知識：ステップ4「エビデンスを目の前の患者に適用する」を具体的にどのように実践すべきか

- 鈴木 里彩・山田 徹 東京医科歯科大学医学部附属病院 総合診療科
<ダイジェスト>

EBM (Evidence-Based Medicine) が提唱されてから30年が経過した。もともとEBMは慣習や権威者の意見に基づくことも多かった医療を見直すために、エビデンスに基づいた、より良い医療を提供するためのものであった。しかし今日、高齢化が進み、多病併存やADL (日常生活動作) 障害などの複雑な患者が増え、これまで積み上げられたエビデンスでは適応から外れる症例が増えてきている。そのため、EBMのステップ4である「エビデンスを目の前の患者に適用する」ことの重要性が増している。Hospitalist誌では創刊号でEBMを取り上げ、EBMの5つのステップの内容と実践について解説したが、本特集で今一度、「EBM」の全体像をとらえ直してみたい。

【コラム①】日々の学習を助ける情報管理：忙しい日常のなかでも継続して学ぶ“Point-of-Care Search”のために

- 有好 信博 Hospitalist Program, The Queen's Medical Center
<ダイジェスト>

医師は日常診療のなかで、多くの臨床的疑問 (Clinical Question) に答えなければならない。Elyらの研究では、米国の家庭医が10人患者をみるごとに、約3つの臨床的疑問に出会うことが示された。しかしこれらの臨床的疑問の多くは、その場で解決されることはなく、たとえ医師がその場で答えを探す努力をしたとしても、検索に平均して2分もかけることがなかった。Del Fiolらのシステムチェックレビューによると、医療従事者は、2人の患者をみるごとに1つの臨床的疑問に遭遇し、そのうち「約半分」は答えを検索することさえされなかった。これらの研究から、多くの臨床的疑問は、解決の努力さえ行われていないということがうかがえる。

遭遇した臨床的疑問を未解決のままにしておく、自分の成長を妨げるところか、患者にとっても大きな不利益になる。臨床的疑問の多くは、時間をかけて調べれば解決する。しかし、前述の研究からいえるように、いかに「時間をかけず効率的に適切な情報をその場で収集するか (Point-of-Care Search)」ということが、忙しい日常のなかでも継続して学んでいくために重要だとわかる。

【コラム②】病棟で働く医師のための時間管理：“時間の使い方はいのちの使い方”

- 内藤 貴基 聖マリアンナ医科大学 救急医学
<ダイジェスト>

時間管理はチャレンジングな課題である。医師は他の職種と比較しても抜きん出た長時間労働の実態が指摘されている。忙しい日々を“survive”するのに必死で、明日に残した仕事の不安なくベッドに入れた日を思い出せない医師も多いただろう。我が国で自殺を考える医師の割合が3.6%とも報告され、医師のバーンアウトの増加、充実感の喪失は由々しき問題である。医師にはその適用が猶予されていた改正労働基準法の施行も2024年に迫っており、社会的にもその改善は待たなしである。そんななか、時間管理の教育が医師の満足度を高め、バーンアウトを防ぐ可能性も示唆されており、キャリアの初期から時間管理に対する理解を深める必要性が指摘されている。

時間管理の手法はビジネス領域で考案されたものが多く、コンセプトは重要だが、臨床現場では実践しづらいのも事実である。医師の労働環境の特徴として、仕事の大半 (病棟業務) はその日のうちに終わらせる必要がある、かつ突発的な仕事 (病棟患者の発熱など) が多いため、勤務時間内における個人レベルでの時間管理は容易ではない。一方、勤務時間外の時間管理、さらには組織マネジメントとしての時間管理には大きな改善効果が期待される。

本稿では、実践的な方法として、「優先順位をつけた目標設定」「活動計画のたて方」「時間の浪費削減」の3つのテーマについてまとめた。時間の使い方は生き方そのものであり、万人にとって最善の方法などないが、“survive”に必死な病棟診療医が時間管理を考えるきっかけになれば幸いである。

Part 2 病棟での業務の実践

5 チームアプローチの理論と病棟での実践：これからのコミュニケーションの変化に備えた、必須の知識ライン確保

- 西倉 希 雲南市立病院 地域ケア科
- 和足 孝之 Harvard Medical School, Master of Healthcare Quality and Safety/島根大学医学部附属病院 総合診療センター
<ダイジェスト>

患者1人のケアには約17~26人のスタッフが関与しているとされ、チームワークは現代の医療において欠かせない要素であり、患者のケアの質や安全性の向上に必須の項目でもある。

本稿では、近年その重要性が着目される多職種連携を背景としたチーム医療について言及し、その形成・維持の過程、ならびに必要なツールを、国際標準のツールであるTeamSTEPS®を用いて具体的に解説する。最後に退院前カンファレンスチームを例に挙げ、自施設のチーム強化のための実践的な方法について解説を加える。

6 病棟での合併症予防：入院関連合併症を殲滅する

- 栗原 健 名古屋大学医学部附属病院 患者安全推進部
- 小坂 鎮太郎
＜ダイジェスト＞

入院に起因する合併症は、死亡や在院日数、コストといった医療の結果に大きな影響を及ぼしている。高齢者は多疾患併存であることも多く、治療のために行った入院中の介入が、はからずも合併症につながるリスクが高くなる。入院患者の高齢化により、入院関連合併症に出会う可能性が高まっている。

本稿では、方策によって防ぎ得る入院関連合併症に対し、どのように取り組みればよいかを紹介する。

7 病棟管理でコンサルテーションとco-managementをどう行うか：円滑に進めるためのマナーとポイント

- 恒光 綾子 愛仁会高槻病院 総合内科
＜ダイジェスト＞

患者の診療において、他科へのコンサルテーションが必要となることや、他科からコンサルテーションを受ける機会が多い。必修化された初期臨床研修において、「医療人として必要な基本姿勢・態度」のなかに「指導医や専門医に適切なタイミングでコンサルテーションができる」という項目が到達目標として挙げられていることから、1つの診療技能としてその重要性が認知されていることがわかる。しかし、おのおのが適切なコンサルテーションの手法を学んだことがなく試行錯誤しているため、あるときは相手の医師を怒らせ、あるときは関係を損ねているのではないだろうか。

一般的に、コンサルテーションとは何か、どのようにすれば円滑に進められるかについて体系化された指導を受ける機会がないため、能力にばらつきがあるといわれてきた。本稿では、入院患者のコンサルテーションを円滑に進めるためのマナーやコツを提案する。また、近年その有用性が評価されているco-managementについても紹介する。

8 病棟でのサインアウト：標準化されたツールを土台に、いかにダイアログを行うかが重要

- 嶋崎 鉄兵 杏林大学医学部付属病院 感染症科
＜ダイジェスト＞

日本の医療現場では、主治医制のシステムが色濃く残っている。主治医制は担当医が患者の全体像を把握し、一貫した方針のもとに責任（「主治医感」）をもって対応できるメリットがあるが、一方で、近年課題となっている「医師の働き方改革」という流れのなか、チーム制の働き方にも注目が集まっている。チーム内の複数の医師で患者情報・治療方針を共有するためには、効率的なサインアウト（患者の申し送り）が欠かせない。本稿では、日米の病院で勤務した筆者の経験をもとに、サインアウトの実際について概説する。

9 ホスピタリストがかかわる患者教育：パターナリズムからコンシューマリズムの支援への変化のなかで

- 野木 真将 Hospitalist Program, The Queen's Medical Center
＜ダイジェスト＞

病棟管理を主な業務とするホスピタリストは、救急外来からの入院症例などを担当することも多い。外来で築いた関係性がないところからの医師-患者関係であるが故に、迅速にラポールを形成し、患者自身に疾患の状態、治療選択、合併症リスクなどを理解してもらう必要がある。入院管理をスムーズに行うには患者自身の診療参加が必要不可欠である。また、疾患の再発予防のために、患者自身に生活習慣や服薬アドヒアランスを見直してもらい、行動変容を促すのに、入院期間中は良いきっかけとなる。退院後の諸注意も患者自身に説明をし、理解してもらい、遵守してもらうことで再入院を防ぐことができる。

これらの膨大な情報量を短期間で伝えて理解してもらうのは大変な作業であり、医師だけでなくすべての医療スタッフの協力も必要である。本稿では、ホスピタリストとしての患者教育という側面から、コミュニケーションのコツや重要性を論じたい。

10 病院内および退院時のケア移行：入院時からのリスク評価と対応を明確にした情報移行が求められる

- 大浦 誠 南砺市民病院 総合診療科
＜ダイジェスト＞

高齢化に伴い、疾病の慢性化・複雑化が進み、同時に医療・保険・介護の分業化と、提供されるケア内容の細分化も進行している。医療においては急性期、亜急性期（回復期）、慢性期など複数の場が提供されるようになってきた。患者は、急性期病院、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、自宅（在宅医療）、居住系施設など、さまざまな場を移動することが多くなっている。1人の患者に複数のサービス提供者がかかわるようになり、それぞれの連携を調整しつつ治療にあたるのが医師の役割として重要視されている。

さらに近年は、入院期間の短縮により、ケア移行の頻度はさらに増加し、より早期の集中した入退院支援が求められるようになり、そのための早期からの連携が必要になってきている。その一方で、ケア移行時の情報移行は不十分なことが多く、それによって患者に多くの不利益が生じている。

本稿では、病棟診療医としてかかわることの多い急性期から慢性期において、ケア移行がなぜ重要なのか、どのような介入が有効かを解説する。

【コラム③】米国におけるホスピタリストの現状2.0：日本における医師業務軽減の必要性を考えて

- 石山 貴章 セントルイス大学 内科 ホスピタリスト部門

<ダイジェスト>

1996年に初めて“Hospitalist”という言葉がオフィシャルに用いられてから25年がたち、米国はもちろん、日本における「ホスピタリスト」という言葉も、だいぶ市民権を得てきたと思う。ちょうどその過渡期に米国で内科レジデンシーを終え、ホスピタリストとして独り立ちした私も、さまざまな形で日本にこの「ホスピタリスト」という存在を発信する機会を得た。その後、いったん日本に帰国して臨床に従事したが、家族の事情もあり、2019年の1月より再びここセントルイスに居住し、再度、米国ホスピタリストとして働いている。

2013年に、本誌の記念すべき創刊号に同様のタイトルで書かせてもらった際には、まず「ホスピタリストとは何か？」という点を発信することに注力した。当時は、まだまだ日本国内では「ホスピタリストって何？」といった状況であったためだ。あれから7年が過ぎ、本誌の影響、あるいは「日本型ホスピタリスト」を実践する多くの方々の尽力により、日本でもホスピタリストという言葉は浸透してきたように思う。そのうえで、私自身もその「日本型ホスピタリスト業務」を実践し、やや空白期間をもって再度米国での臨床を実践している点で、日米臨床をよりよく俯瞰し、現在の米国臨床システムを紹介できるかもしれない、と考えた。

このような観点から今回、「米国におけるホスピタリストの現状2.0」と題して、本誌創刊当時から米国の現状がどう変わったのか、そして日本にとって有用と思えるシステムに関して述べさせていただく。

多職種座談会

メディカルスタッフからみた病棟診療医：ポジティブな経験としての共有・積み重ねがチームを強化し、病院の「医療の質・安全」を高める

Part 3 病院に与える医療経済および医療の質・患者安全への影響

11 病棟での医療の質改善：「医療の質」を整理し、QI活動の実践方法を学ぶ

- 水野 篤 聖路加国際病院 QIセンター/循環器内科

<ダイジェスト>

昨今、「質の高い医療」への関心が高まってきていることは言うまでもない。エビデンスに基づく医療への理解が進むと同時に、どれだけ医学が発展し、新たな治療法が出てこようともそれらが適切に行使されていなければ意味がない、ということを経験者のみならず、患者側も理解し始めたからだ。

全米医学アカデミー（NAM）では、医療の質について定量的、定性的に“Crossing the Quality Chasm”として報告し、全世界における医療の大きな問題点を2001年に提示した。この報告において、医療における6つの改善目標である「安全性」「有効性」「患者中心志向」「適時性」「効率性」「公正性」を共有し、教育を含む医療システムの再設計を提唱している。本Part全体が医療の質にかかわるものなので、本稿でどこまでふれる必要があるのかは難しいところであるが、筆者に与えられた課題である「医療の質改善」について、定義から、実際にどのように実践するのかまで解説していきたい。

12 病棟医はどのように医療経済にかかわれるか：日本の財政状況や医療システムをふまえたうえで

- 瀧田 治 愛仁会高槻病院 総合内科

<ダイジェスト>

日本はかつてない少子高齢化を迎えている。日本の医療財政や医療システムは、少子高齢化を含め複合的な要因が影響することで破綻が危惧されている。しかし臨床医として働いている際に、今、目の前にいる患者へ実践している医療と、医療制度の全体像や将来像とを結びつけて考えることは難しい。

本稿では、①医療経済学とはどういうもので、②日本はどういった問題を抱えており、③諸外国とはどんなふうに医療システムが違い、④病棟医はどのように医療経済にかかわれるか、について考察する。

13 ホスピタリストが知っておくべき患者安全：病棟での学習機会やシステム作りのための戦略

- 綿貫 聡 東京都立多摩総合医療センター 救急・総合診療センター/医療安全対策室

- 畑 拓磨 水戸協同病院 総合診療科

<ダイジェスト>

読者の皆さんにとって、患者安全・質改善の活動はどのくらい身近にあるだろうか。臨床現場での患者診療が日常業務の主体となっている読者、特に日本型ホスピタリストを志す若手医師にとって、日常診療のなかで患者安全・質改善領域に問題を感じる機会は多くあるだろう。しかし、実際に裁量を振るう機会や指導を受ける機会は少なく、「重要な領域だが、遠くにあるもの」と理解されていると想像する。

本稿では日本の患者安全の歴史を紐解きながら、同領域の重要性を確認し、その学習機会を得る方法や、病棟における患者安全のためのシステムをどのように作るかを解説する。

14 医療の質指標“PX”とは何か：活用の現状や入院患者における評価の仕方、向上の方策

- 青木 拓也 東京慈恵会医科大学 総合医科学研究センター 臨床疫学研究部

<ダイジェスト>

Patient Experience (PX) は医療の質指標の1つであり、日本語では「患者経験」あるいは「患者経験価値」と訳される。PXは今や、国際的に重要な質指標に位置づけられているが、残念ながら、まだ日本では認知度が低いのが現状である。

本稿では、「PXとは一体何なのか」を解説するところから始め、その臨床上の意義や活用の状況、PX評価の方法、PX向上の方策について順に解説する。

15 医療における危機管理：院内に潜むリスクをふまえた6つのステップ

- 安本 有佑・加藤 良太郎 板橋中央総合病院 総合診療内科
<ダイジェスト>
本稿では、医療における危機管理について解説する。危機管理とはどのような概念で、実際に何をしているのか、イメージが湧かない人も少なくないだろう。危機管理の重要性が説かれた経緯について実例を交えながら、医学的、法的な観点からお伝えしたい。

【コラム④】 病院経営を意識してどのように働けるか：一勤務医でも貢献できるメソッドと実例

- 五十野 博基 社会医療法人石川記念会 HITO病院 総合診療科
<ダイジェスト>
病院経営は、院長や管理職のみで行うものではない。経営者は病院の進むべき方向性を示す。我々従業員は、それを目指して日々の業務にあたることで、理想の医療を継続して提供することができる。また病院経営は、経営者になったら突然できるようになるものではない。一勤務医のうちから、意識して学んでいくべきものだと考える。筆者はビジネススクールなどで経営を学び、「病院から患者さん、医療者、地域を笑顔にする」という夢の実現のためのキャリアを歩み始めたところである。
本稿では、病院経営とは何をどのように行うものなのか、そのためには何が必要なのか、そしてチームを率いる医師として、どうすれば経営に貢献できるのかを、筆者の取り組みをふまえて解説する。