

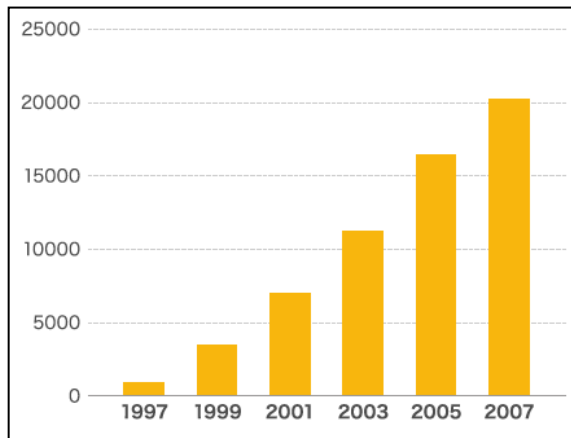
包括診療医とは

- 病棟の“**かかりつけ医**”的な存在の医師である。
- 病棟業務を中心に行うと共に、自身の専門領域を生かして院内の様々な診療科の業務支援（手術や内視鏡等）も行う。
- 多職種協働による患者中心のチーム医療を目指す医師である。
- 日本の医療の未来のため、“**地域包括ケアシステム**”への貢献を果たす日本初の“**包括的な医療を担う医師の養成**”を行う。

包括診療医の必要性

病院総合医(ホスピタリスト)

- 米国では外来の診療医として総合診療医が活躍するのみならず、入院患者の診療においては病院総合医(=ホスピタリスト)として、その存在を確立している。このホスピタリストの存在により、専門医が手術等に専念できるような環境を生み出している。



アメリカにおけるホスピタリストの増加(アメリカ病院医療協会およびアメリカ病院協会のデータより)
 出典/Wachter RM: The State of Hospital Medicine in 2008. Med Clin North Am. 2008 Mar; 92(2): 265-73, vii.

- 日本の病院医療を考えたとき、疾患臓器ごとの専門分野に分かれ、その担当診療科医師が主治医として病棟診療にも従事することが一般的であり、専門診療業務と病棟診療業務を完全に切り離し、病棟業務に専従するような米国のホスピタリストの確立は現状のシステムでは厳しいと考えられる。

THE NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

SPECIAL ARTICLE

Growth in the Care of Older Patients by Hospitalists in the United States

Yong-Fang Kuo, Ph.D., Gulshan Sharma, M.D., M.P.H., Jean L. Freeman, Ph.D., and James S. Goodwin, M.D.

ABSTRACT

BACKGROUND

National and population-based information on the increase in patient care by hospitalists in the United States is lacking.

METHODS

Using a 5% sample of Medicare beneficiaries in 1995, 1997, 1999, and the period from 2001 through 2006, we identified 120,226 physicians in general internal medicine who were providing care to older patients in 5800 U.S. hospitals. We defined hospitalists as general internists who derived 90% or more of their Medicare claims for evaluation-and-management services from the care of hospitalized patients. We then calculated the percentage of all inpatient Medicare services provided by hospitalists and identified patient and hospital characteristics associated with the receipt of hospitalist services.

RESULTS

The percentage of physicians in general internal medicine who were identified as hospitalists increased from 5.9% in 1995 to 19.0% in 2006, and the percentage of all claims for inpatient evaluation-and-management services by general internists that were attributed to hospitalists increased from 9.1% to 37.1% during this same period. Accompanying the increase in care by hospitalists was an increase in the percentage of all hospitalized Medicare patients who were treated by general internists (both hospitalists and traditional, non-hospital-based general internists), from 46.4% in 1995 to 61.0% in 2006. In a multilevel, multivariable analysis controlling for patient and hospital characteristics, the odds of receiving care from a hospitalist increased by 29.2% per year from 1997 through 2006. In 2006, there was marked geographic variation in the rates of care provided by hospitalists, with rates of more than 70% in some hospital-referral regions.

CONCLUSIONS

These analyses of data from Medicare claims showed a substantial increase in the care of hospitalized patients by hospitalist physicians from 1995 to 2006.

1997年から2006年にかけて
米国のホスピタリストによる
ケアを受けた患者は、毎年
およそ30%増加している。
(N Engl J Med 2009)

APM Association of Professors of Medicine

Resident Satisfaction on an Academic Hospitalist Service: Time to Teach

The rapid increase in the number of hospitalists in the last 5 years has been largely driven by cost containment and quality of care improvement (1-9). Although incorporating hospitalists into teaching institutions may have profound effects on resident education (10-15), few attempts have been made to rigorously characterize those effects by comparing residents with concurrent controls (3).

Previous studies of resident education have suggested that resident satisfaction is related to their perceptions of their own learning, and that attending physicians have the greatest impact on resident satisfaction (16). Because hospitalists attend on inpatient services for more months each year, they have more contact with residents than do traditional attending physicians. Therefore, hospitalists may have a dramatic impact on both resident satisfaction and resident learning—but the nature of that impact is not yet clear. On the one hand, the hospitalists' focus on inpatient care and education may improve the educational environment; on the other hand, the hospitalists' increased presence on the wards may limit housestaff autonomy and may compromise their exposure to different faculty members' personalities, research interests, and teaching styles.

Since 1997, the inpatient service of the general internal medicine section at the University of Chicago Pritzker School of Medicine has consisted of one hospitalist service and three traditional services. Residents may rotate through any or all of the services during their 3 years. We conducted end-of-month and year-end surveys from 1997 to 2000 to study resident satisfaction and perceptions of learning on the hospitalist service compared with the traditional services.

ther internists or specialists, served 2 to 4 weeks at a time for 1 to 2 months per year, and maintained their other clinical and administrative duties while on service. Each patient admitted was assigned to one of the four services based on day of admission regardless of diagnosis or severity of illness. Residents were randomly assigned to the hospitalist service and the traditional services.

Recruitment of Participants

Residents were asked to complete both monthly and yearly surveys covering the 1997-1998, 1998-1999, and 1999-2000 academic years. We placed an end-of-month questionnaire with a preaddressed envelope in a resident's mailbox after a general inpatient rotation had been completed. We also placed questionnaires in all residents' mailboxes at the end of each academic year.

Questionnaire Design

Our 23-item end-of-month survey asked residents to rate, on a five-point Likert scale, their satisfaction with the rotation and with specific elements of the rotation experience (Table 1). The specific elements correspond to five components of satisfaction in the literature—patient interaction, quality of care, professional relationships, autonomy, and educational environment—that we believed were most germane to residents and most likely to be affected by the introduction of a hospitalist service (16,17).

The survey also asked residents to use a four-point Likert scale to rate their agreement with statements regarding the effects of hospitalists on resident autonomy and attending physician exposure (Table 2). Many of the specific questions we used were adapted from surveys used to assess resident satisfaction at the University of California, San Francisco (2,11).

ホスピタリストが臨床教育者として働くことによって、研修医の満足度が上がるとされている。

(Am J Med 2002)

日本の代表的なホスピタリスト

石山貴章

新潟大学地域医療教育センター教授（総合診療科）

総合診療科部長

八重樫牧人

亀田総合病院 総合診療・感染症科部長

平岡栄治

東京ベイ・浦安市川医療センター総合内科部長



Hospitalist(年4回発行)刊行にも寄与

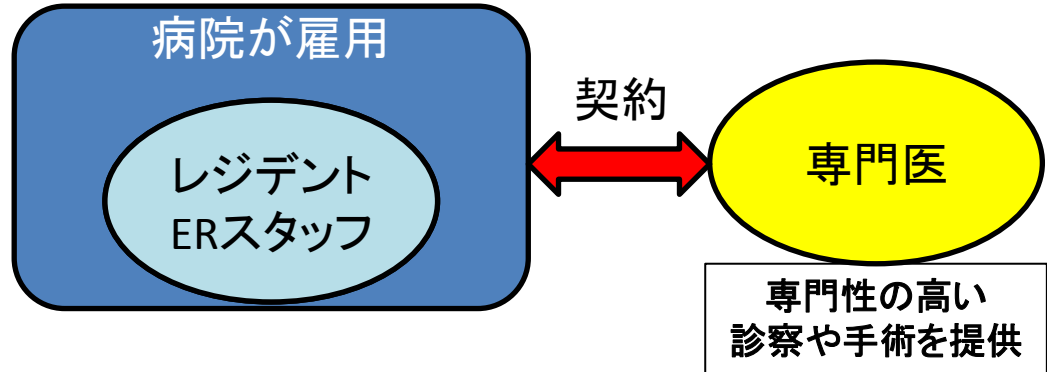
日本版ホスピタリストは、周術期管理および幅広い知識と高い技術を要する米国型ホスピタリストをモデルとしており、その習得までにはかなりの時間が必要と考えられる。

米国と日本の病院システム

<米国>

入院患者の病棟管理に専念する担当医を“ホスピタリスト”と呼んでいる。病院に雇用された常勤の医師として定義される。(病院から給料を受給する)

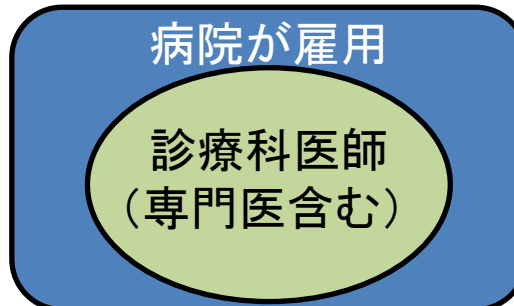
一般的に専門医は入院担当医とはならず、専門性の高い治療や手術に従事する。(病院に雇用されるのではなく、契約にて報酬を受給する)



<日本>

入院患者の病棟外来業務および手術等を各診療科医師が行うことが一般的である。

専門医資格の有無に関わらず、医師は病院に雇用された常勤の医師である場合がほとんどである。



米国の目線でみれば、日本の“診療科医師”は“ホスピタリスト”である

米国におけるホスピタリスト業務

- 診断・治療・手技を含む、患者が必要としているすべてのものを、迅速かつ網羅的に提供する。
- Quality Improvement (QI) という、診療の質を向上させる方法論を実践する。
- 入院患者にかかわるすべての医師や医療従事者とコミュニケーションを取り協力する。
- 患者が他の病院や長期療養施設に転院する際や、自宅へ退院する際に、安全に次のステップに移れるようにする。
- 病院内の資源や医療資源を効率的に利用する。



病院経営管理のマネジメント的役割も担っている

日本の総合診療医とは

- 総合診療医とは「総合的な診療能力を有し、プライマリーケアを専門に行う医師であり、身体の状態だけでなく、心理的・社会的問題も含めて、患者を継続的に診察し、必要に応じて専門医に紹介する」と一般的に定義されている。
- 欧米ではその存在は「家庭医：General Practitioner(GP)」として広く認知されている。→ホスピタリストではない
- 日本ではフリーアクセス医療の弊害、高齢化による医療需要の変化、地域を診られる医師不足等の問題から、総合診療医の必要性が重要視されている。
- このような背景から日本専門医機構は新専門医制度として“総合診療専門医”の確立を目指しているが、諸問題から養成カリキュラムの開始が延期となっている。

総合診療専門医の6つのコアコンピテンシー

1. 人間中心の医療・ケア
2. 包括的統合アプローチ
3. 連携重視のマネジメント
4. 地域志向アプローチ
5. 公益に資する職業規範
6. 診療の場の多様性



日本専門医機構「総合診療専門医 専門研修カリキュラム」より

包括的な医療を実践する人間性が重視されている



例えば病棟単位で考えれば

- ・多職種と協働でチーム医療に常に協力可能な病棟専任の医師
- ・病棟内で入院患者の初期対応等の診療を担う医師



病棟専任の診療医（包括診療医≠ホスピタリスト）

小 括

- 現状の日本の医療体制から、米国版ホスピタリストが普遍的に導入されることは極めて困難と推測する。
- しかしながらホスピタリストのように包括的な診療やマネジメントを担う病棟専任医師の存在は、患者中心のチーム医療実践には必要である。
- 日本の医療システムに適応し、かつ病棟中心の業務に従事する包括診療医の存在は、当院のみならず日本全体の医療の質向上に寄与できると考える。

済生会熊本病院の現状と 包括診療医導入に伴う効果性

- 当院は高度急性期病院であり、また三次救急病院としての使命と役割を担うために、様々な領域でスタッフが一生懸命に働いている。
- 定期入院の患者の診療のみならず、緊急入院や緊急手術を請け負うことは非常に多く、主治医をはじめ、多くの医療スタッフは常に忙しい状況である。
- 病床稼働率は常に高く、入院在院日数も短いため、入院・退院等の手続きに伴う業務量も多い。
- 医師は手術や救急患者への対応が優先されるために、病棟内に滞在出来る時間は限られ、患者のみならず病棟スタッフとも日勤帯で共有する時間が少ない。



医師および医療スタッフの身体的・精神的負担はかなり大きい

済生会熊本病院における包括診療医への期待

- 短期間入院の患者が多い高度急性期病院であるが故に、医師と患者で共有する時間は大切である。主治医の業務支援を行うのみならず、医師の立場での包括的な医療への貢献も可能となる。
- 医師を含めた多職種協働による真の患者中心のチーム医療を、病棟単位で常に実践することが可能となる。
- 医療安全管理の面において、病棟診療医の存在は極めて価値が高い(例:医師・看護師間のダブルチェックが容易となる)。急変時の迅速な対応が可能である。
- 研修医に時間をかけた指導・教育が可能である。



結果として患者満足度(医療の質)のさらなる向上が望める

包括診療医の役割と可能性

- 主治医自身が包括診療医を介しその多忙な業務の分散を可能とする。これにより主治医の業務負担が軽減され、さらに効率的な医療の提供が可能となり、結果として医療の質向上が期待できる。
- 既に当院では病棟専属の薬剤師・管理栄養士の配置によるチーム医療の効果が認知されており、包括診療医においても同様の効果が期待できる。
- またQI指標、医療安全管理、医学教育などに付随して包括診療医の可能性や人間性が理解されるのであれば、これからの日本の医療(病院)のあるべき姿を示し得る可能性がある。



さらにその先には

包括診療医が包括的な診療やチーム医療が出来る医師として認知されるならば
当院から創出された包括診療医は、地域医療にも十分に適応可能であり、
医師の地域・診療科偏在の問題解決に寄与できる可能性がある。

日本の病院の未来ために人材を創出する！

包括診療医による業務支援

Passive Support

他科コンサルト
退院時文書 外来
創処置 手術 回診
ケースカンファランス
内服処方 カルテ記載
研修医教育
点滴処方
ICU/HCU管理
入院時診察
専門的治療
急変時の患者対応

主治医業務

他科コンサルト
退院時文書 外来
創処置 手術 回診
ケースカンファランス
内服処方 カルテ記載
研修医教育
点滴処方
ICU/HCU管理
入院時診察
専門的治療
急変時の患者対応

主治医業務

他科コンサルト
退院時文書 外来
創処置 手術 回診
ケースカンファランス
内服処方 カルテ記載
研修医教育
点滴処方
ICU/HCU管理
入院時診察
専門的治療
急変時の患者対応

主治医業務

具体的な支援内容については、主治医と連携しながら、
PATIENT FIRSTの医療が実践できる業務を共に考えていく

- 入院患者への迅速な対応が可能となる。
- 入院患者の病院滞在日数が減少する。
- 診察から検査・結果説明を、病棟診療医にて行うことも可能となる（主治医が手術中の時等）。
- 多職種協働で患者中心の医療の実践を常に話し合える。

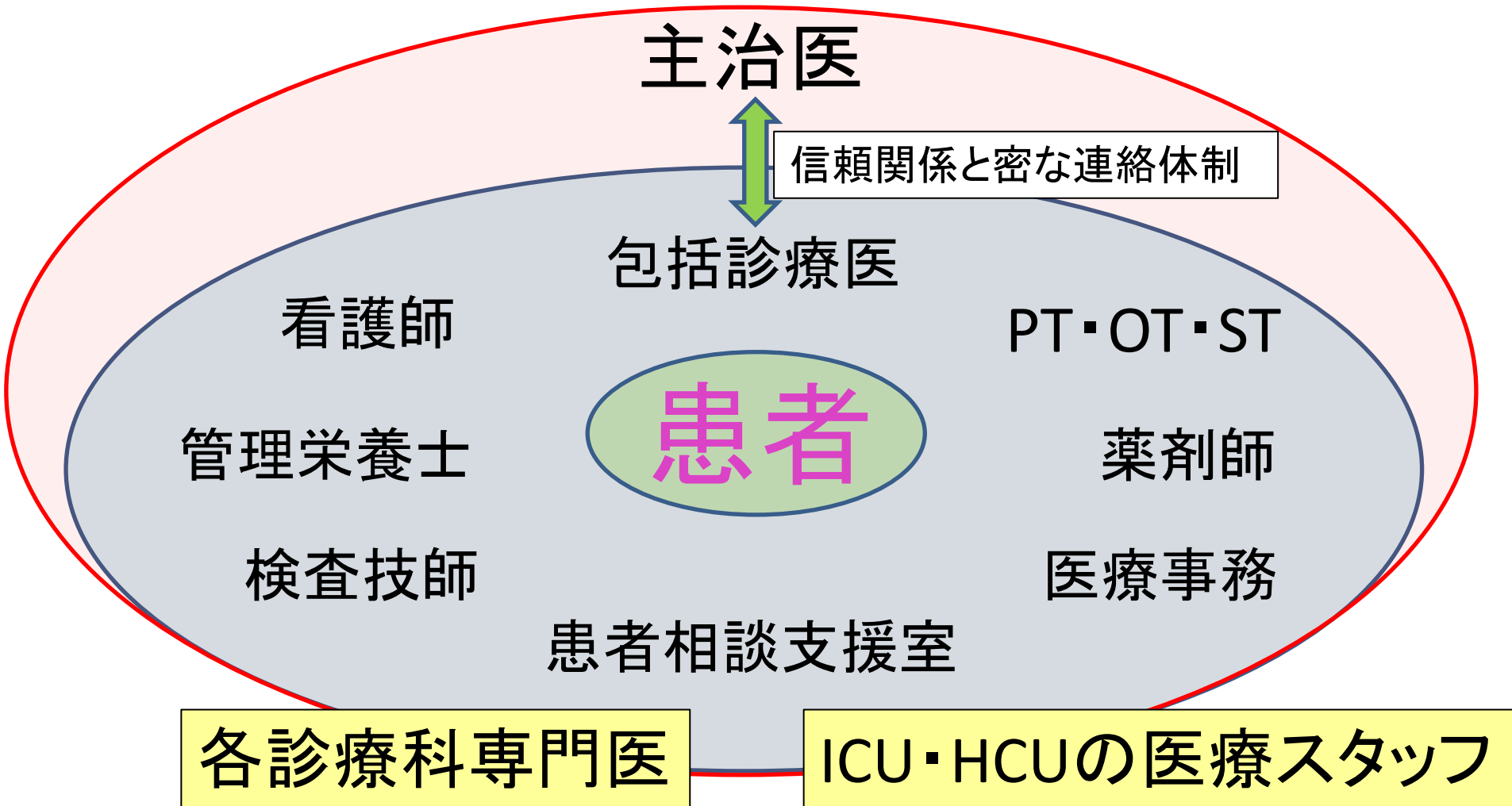
→患者満足度向上

- 主治医が集中して手術や救急患者へ対応することが可能となる。
- 医師-病棟スタッフ間で報告・相談、ダブルチェックが容易となる。

→医療スタッフの業務負担軽減

- 研修医に問診、診察、検査方法の選択、結果説明、処方等の一般入院業務における一連の流れのみならず、医師として社会人としての人間教育についても時間をかけて指導することが出来る。

→研修医教育



病棟診療におけるリーダー的存在は主治医である。
包括診療医は常に主治医と連携し、業務支援を行う(≠米国版のホスピタリスト)。
包括診療医は医療チームの一員であり、医師としての専門性を病棟内で発揮することで、患者を中心とした安心安全のチーム医療実践を目的に活動する。

包括診療医の役割

- 診療科主治医と連携し、医師として主治医業務の支援を行う。
- 看護師ら病棟スタッフと常に連携し、多職種間のコーディネーター的存在として、病棟業務に専任する(コーディネーション)。
- 患者急変時の初期対応を行い、専門性の高い緊急処置が必要かどうかの判断を行う。状況に応じて、然るべき診療科へ速やかにコンサルトする(コンサルテーション)。
- 常に患者中心の医療を念頭におき、多職種協働によるチーム医療の実践に努める(ファシリテーション)。
- 医師としての倫理観・人間性・社会性をもって包括的な診療を行う(インテグレーション)。

包括的な医療

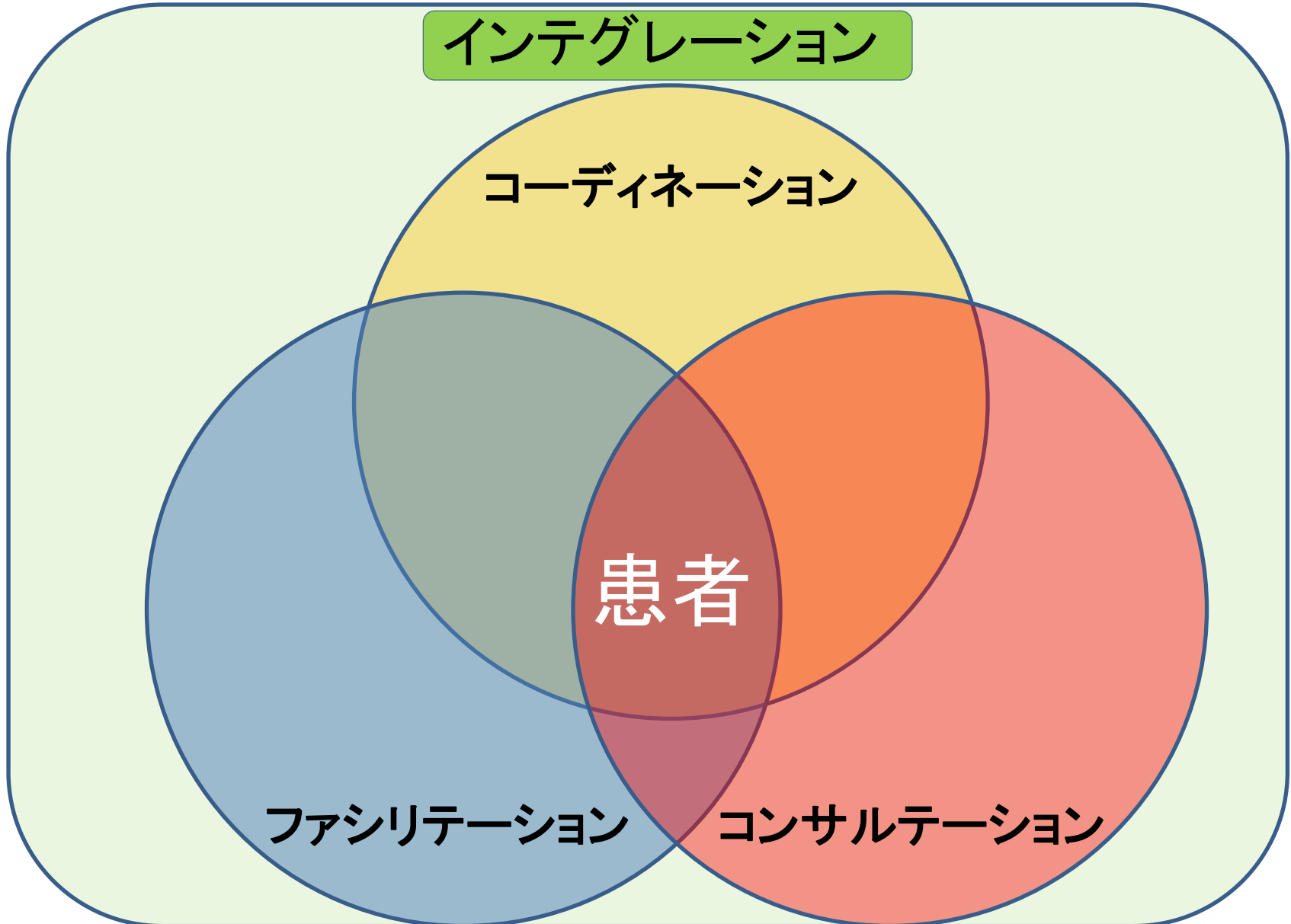
インテグレーション

コーディネーション

患者

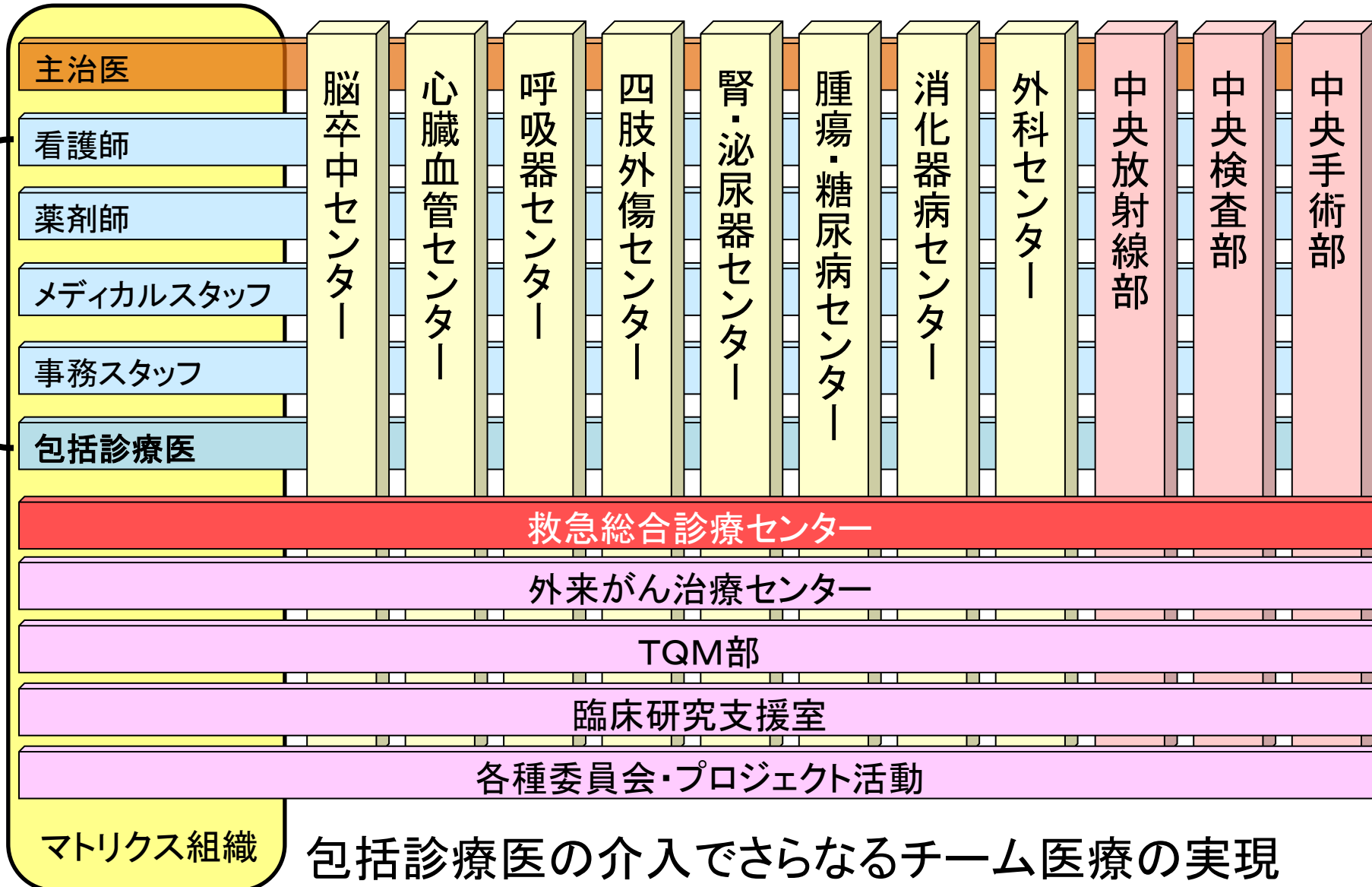
ファシリテーション

コンサルテーション



病棟単位での包括的診療

コメディカルスタッフの一員としてチーム医療を實踐



マトリクス組織

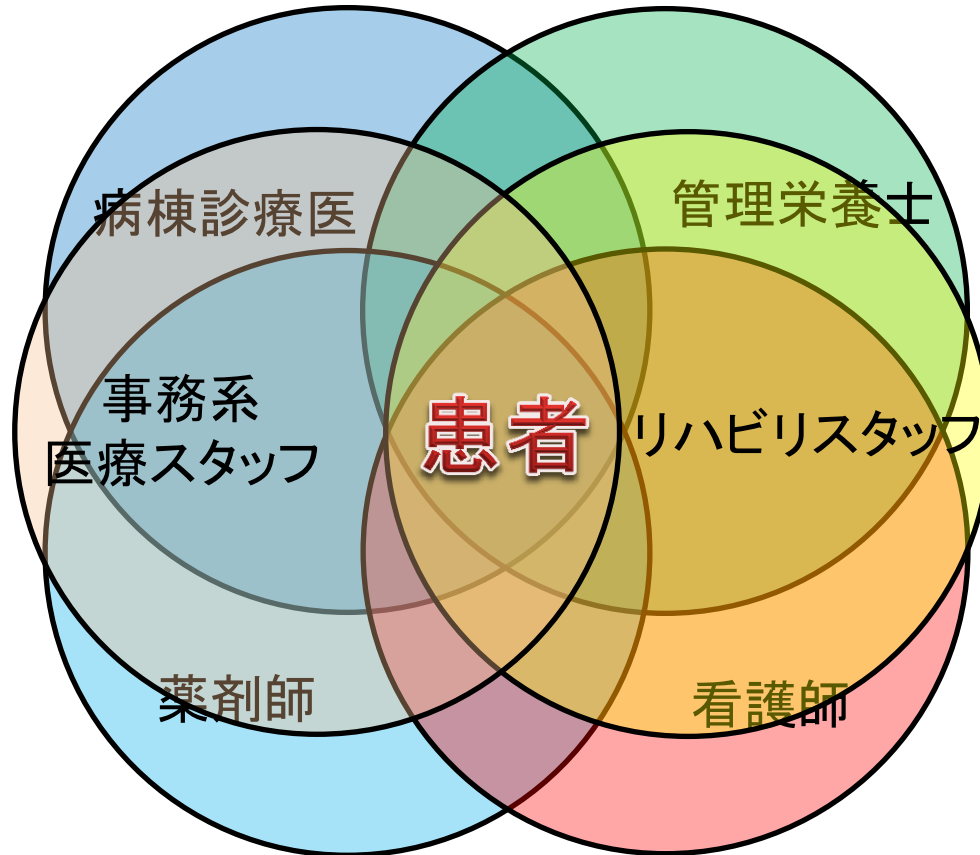
包括診療医の介入でさらなるチーム医療の實現

包括診療医としての業務(一例)


- 病棟単位で主治医や医療スタッフの業務支援
- 病棟の朝礼や終礼に参加(申し送り等)
- 病棟患者への多職種ラウンド
- 入退院時の患者への積極的な対応
- 病棟カンファランスへ参加(多職種カンファランス)
- 研修医・レジデントへの教育と指導



包括的な病棟回診の実現



医療の質の向上
安心・安全の医療の提供



• この患者さんに必要なことは何ですか？

- 食欲はありますか？
- 食事は美味しいですか？
- お通じは順調ですか？
- 痛みはhowですか？
- 不安なことはありませんか？

薬剤師

管理栄養士

看護師



包括診療医のロールモデル

8:30 11:00 14:00 17:00 21:00

カンファランスで情報共有

全入院患者の診察・回診
新規入院患者診察（緊急入院含む）
退院・転院患者の見送り

総合診療外来（walk-in外来の診療支援）

昼休みは適宜

包括診療医
で交代制

新規入院患者診察（緊急入院含む）
退院・転院患者への見送り
病棟カンファランス（ケースカンファランス）
終礼（全病棟スタッフと共に申し送り）

総合診療夕診（walk-in外来の診療支援）

包括診療医
で交代制

入院患者の対応（処方や処置等）については随時

その他、研修医教育・指導について

- 時間をかけて一人の患者さんとゆっくり向き合い、丁寧な診療の有益性について指導する(包括的な診療アプローチ)。
- 病棟で働く医療スタッフの実際の業務内容について学ばせる。
 - 看護師、看護助手、薬剤師、管理栄養士、臨床工学師、医療クラーク等
- 医療スタッフ協働によるチーム医療の重要性について教育する。
 - 看護業務の支援(採血、点滴確保、輸液配合・ルート作成、移乗等)
 - 患者の検査室等への案内(システムや導線について知る)
 - コミュニケーション(言葉遣い、態度等)
- 診療報酬制度について教育する
 - 医療・看護必要度等の理解
 - 保険診療等



導入までの戦略 (AIDAモデル)

2016年
10月～11月

2016年
11月～12月

2017年
1月～3月

2017年
4月～

プロジェクト公開前

プロジェクト公開後

導入前

導入

Attention
(注意)

Interest
(関心)

Desire
(欲求)

Action
(行動)

1月1日～
病棟にて業務試行

4月1日～
包括診療医
として業務開始

- コミュニケーション
- 言葉遣い
- JCIの理解
- カルテシステムの理解
- 他職種との交流

- 各部門へ挨拶
- 各部門長と面談
- 院内ニュースで紹介

病棟研修
(12月19日～)

- 病棟スタッフと交流
- システムの構築
- 業務内容の整備
- 主たる診療科との協議
- 診療科からの信頼
- 他職種からの信頼
- ホームページ作成
- 養成プログラム作成
- 医師募集開始

- 養成プログラム施行

当院の関連施設研修での到達目標

【包括的統合アプローチ】

- 疾患のごく初期の診断を確定するのが困難である多様な訴えに初期診療に対応し、また複数の問題を抱える患者に対しても、安全で費用対効果に優れ、医療の不確実性や自己の限界を踏まえた医療・ケアを提供できる。
- 地域住民が最初に受診する場において、見逃しがなく安全で効率的な医療・ケアを提供するために、適切な臨床推論ができる。
- 日常診療を通じて、恒常的に健康増進や予防医療、リハビリテーションを提供することができる。
- 医師・患者関係の継続性、地域の医療機関として地域住民や他の医療機関との継続性、診療の継続性などを踏まえた医療・ケアを提供することができる。

【地域志向アプローチ】

- 我が国の医療制度や地域の医療文化と保健・医療・介護・福祉の現状を把握した上で、地域の保健・医療・介護・福祉事業に対して、積極的に参画することができる。
- 地域の現状から見出される優先度の高い健康関連問題を把握し、その解決に対して各種会議への参加や住民組織との協働、あるいは地域ニーズに応じた自らの診療の継続や変容を通じて貢献できる。

医療連携病院、在宅支援医療機関、介護施設で研修 ～地域包括ケアシステムを体系的に学ぶ～

回復期リハビリテーション病院

地域包括ケア病棟を有する病院

療養型病院

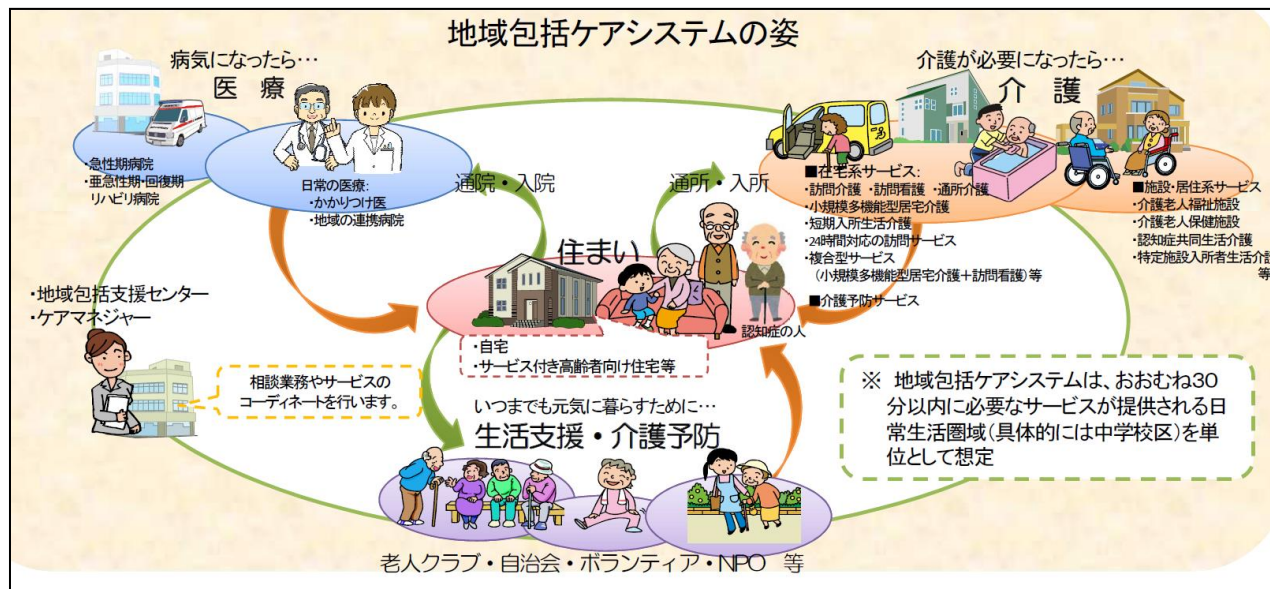
在宅支援病院(診療所)

介護保険施設(介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設)

その他の入所介護型施設(グループホーム、有料老人ホーム、軽費老人ホーム等)

デイケア・デイサービス、訪問看護ステーション

地域包括支援センター(熊本市:ささえりあ)



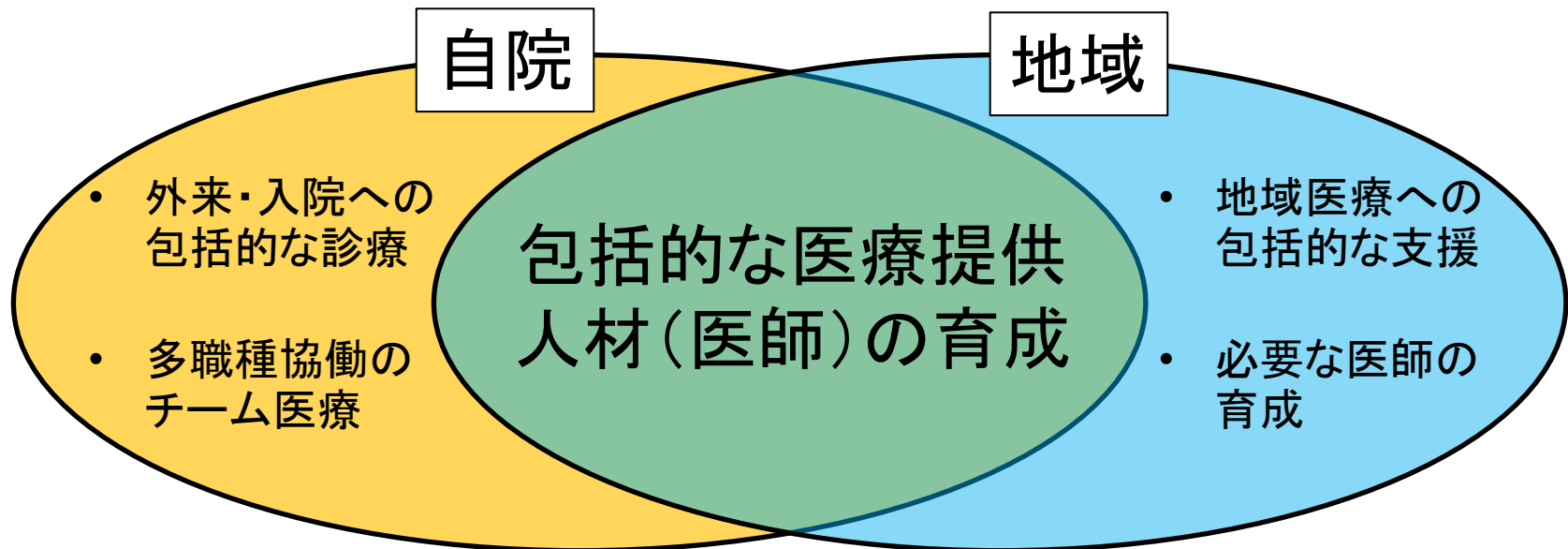
地域医療を担う医師としてのキャリアパス

- 我が国の医療制度や地域の医療文化と保健・医療・介護・福祉の現状を把握した上で、地域の保健・医療・介護・福祉事業に対して、積極的に参画することが出来る医師となる。
- 地域の現状から見出される優先度の高い健康関連問題を把握し、その解決に対して各種会議への参加や住民組織との協働、あるいは地域ニーズに応じた自らの診療の継続や変容を通じて貢献できる医師となる。



包括的な医療

- 自院において、入院・外来患者への全人的な医療の提供のために、多職種協働での患者中心の医療の実現を目指します。
- 地域包括ケアシステム充実のために、医療・介護・福祉施設や支援センターとの連携はもちろん、地域医療や高齢者医療に必要な医師の育成を目指します。



日本の未来のため地域医療の発展を目指しています

TOPIC

日病が「総合診療医」養成を検討

医療維新

「シニアグループ」対象で、総合診療専門医とは住みわけ

レポート 2016年10月24日 (月)配信 高橋直純 (m3.com編集部)

ツイート

日本病院会の堺常雄会長は10月24日の定例記者会見で、総合診療医を養成するための検討会やプロジェクトを会内に立ち上げる考えを示した。22日に開かれた理事会での議論を報告した。

理事会では専門医の在り方が問題となり、「足りないのは、総合診療医や総合診療を教える医師」との声が多く出たという。日病としても養成に取り組む必要があるとの意見が出され、「拳手をしたらほぼ全員」（堺会長）となった。既に会員病院の日本赤十字社や済生会病院、地域医療機能推進機構（JCHO）などでは自前で養成しようという動きがあることから、日病としても連携して講習会等を開催する考え。

新専門医制度で19番目の専門医と位置付けられる総合診療専門医との違いについて、堺会長は「総合診療専門医は初期臨床研修が終わってこれから専門医になる人。こちらは既に医師として活躍していてやってみたいという人や適性がある人で、シニアグループ。すぐに活躍できる人を考えている。新たに専攻医になる人をこちらに呼び込むというものではない」と説明した。時期にはついては「できるだけ早くやりたい」としつつ、未定とした。

募集したい医師

- 包括的な診療を志したい医師
- 総合診療に必要な技術や知識を体系的に学びたい医師
- 地域医療や高齢者医療に必要なスキルを学びたい医師
- 医療現場からしばらく離れ、復職を考えている医師
- 医療経営管理を学びたい医師
- 将来開業する可能性のある医師
- これからの日本の医療を支えたい医師



シニアドクター(各専門医取得者)／ジュニアドクター(専門医未取得者)