

にいがた
勤務医ニュース

発行所
新潟県医師会
新潟市中央区医学町通2-13
TEL 025(223)6381

退院調整を仕切る患者 サポートセンター

患者だけでなく整形外科もサポート



新潟県立新発田病院 整形外科 三輪 仁

コロナ禍である。当院では整形外科患者の退院調整業務が、術後、急性期後の受け皿となつて

いた地域包括ケア病棟がコロナ感染症専門病棟となった。そんなことはお構いなく救命救急センターには年間6000人が救急車で搬送され、また近隣医療機関からの紹介率は外来患者の90%を突破している。整形外科病棟利用率は99.3%（令和2年度）に達し、常に満床状態である上に救急患者が人数調整なく入れ替わる……このような日常の中で我々医師と患者、そして転院先の施設、この間の調整役として存在するのが患者サポートセンターである。

〈患者サポートセンターの業務〉

患者サポートセンターはセンター長1名、副センター長3名、看護師（退院調整看護師）6名、医療社会福祉士（MSW）6名、精神保健福祉士1名、事務員3名、医療事務3名、総合案内看護師1名からなる。（1）医療相談および入退院支援（2）患者紹介窓口（3）紹介に関する書類とデータの管理（4）地域連携業務（6）公開講座や講演会などの啓発活動 など地域と新発田病院をつなぐ「総合サービスセンター」としての多岐にわたる業務がある。その中で我々整形外科と最も関連するのは（1）の入退院支援……特に退院支援業務である。

〈整形外科との関係〉

整形外科病棟では退院患者879名のうちサポートセンターへの相談依頼は405名（令和2年度）に達し、院内病棟最

多であった。患者の入れ替わりが激しく退院人数の多い当科は退院調整に携わる担当医の負担を少しでも減らすべくサポートセンターとは他科以上に協働している。整形病棟には他科より1名多い3名のMSWを配置し、連携病棟の現状や施設内容を熟知したMSWが、患者の状態、希望施設、受け入れ状況などのパラメータをとり転院先を選定している。転院先は近隣病院が中心となるが、当地出張や旅行時の事情など転院先の情報が不十分な場合も転院先の選定、情報収集や転院時期、転院方法の確認などはサポートセンターが中心となつて行う。もはや医師個人が患者の転院先探しに頭を悩ますことは少ない。転院調整依頼も簡略化し、通常必要なMSWへの相談依頼書を廃止し、転院施設への紹介状を相談依頼書兼として、入院時、看護師は患者の状態に合わせた転院施設を患者や家族に提示し、希望転院先の聴取を行う。医師は希望転院先への紹介状を作成し、病棟長長に提出する。その手順のみでその後患者、スタッフ、転院施設間での転院調整が進む。転院調整の話し合いは入院1週間以内のMSW、患者サポートセンタースタッフ、病棟看護師で行われる。整形外科ではリハビリスタッフも参加しリハビリ状況の報告も行われ、患者情報が共有される。患者の多くは術後10日程度で転院となる。

〈今後の課題と理想〉

院内スタッフ間のみならず他病棟、連携病棟スタッフ間の「チーム」としてのより密な情報共有……お互いの（願わくは顔の見える）コミュニケーション……の更なる充実が望まれる。連携病棟のリアルタイムでの病棟入院数や退院予定患者などの共有は現在のネット環境下でも可能である。転院先病院のリハビリ施設の設備、スタッフの充実度や具体的なリハビリ内容、対象患者や治療成績などの病院個々の情報の患者、家族への提供が望まれる。これらが十分に達成できれば早期からの転院計画やリハビリ計画が立てられるのに加え、患者・家族も転院後の生活が想像でき、より安心して転院に臨めるのではないかと。このためには患者サポートセンターのみに頼らず我々自ら連携病棟の情報収集を積極的に行っていく必要がある。

高齢患者の多くは自宅以外の施設や病院へ転院となる。転院先の将来の〇〇を決定するといった過言ではない。重要な転院施設選定を行う「患者サポートセンター」はその名の通り患者のための支援施設である。先日、他院からの転院調整で、新発田病院の転院調整医師が「チームです」と言っていた「真実」。「患者サポートセンター」は転院業務をサポートしてくれ「整形外科サポートセンター」でもある。

針が分かるような入院継続指示を一次的な指示とは別に一覧にしています。神経難病では、患者さんの声は経過とともに小さくなり、関わる人の声がむしろ大きくなります。違う医師が診療すること、聞き逃していた患者さんからの意思や状況を、違う視点から評価するよい機会になればと思っています。

また問題点を絞る、自分のペーパースで診療できるのが、慢性疾患診療の特徴です。時間、日、週、月、年単位で対応する問題点に分け、テーマを絞って分擔し、無理なく理解を深める機会を設けるのがよいのではないかと考えています。若手医師の志す専門性に合わせ担当し、欲しいも、長期経過例の対応は、ついでに、長期経過例の対応は、ついでに見てきた医師が担当してしまっています。そこを意識し、その都度対応すべき問題点を選別することで、分擔医が一極集中し、段階的なアプローチで理解を深められるよう、心がけています。その際には、最新の知識や診療技術を身につけることは大切ですが、日常臨床で目にする新しい気づきもおろそかにしない様、お伝えできるとよいと思っております。

おわりに

新型コロナウイルスの流行を目的の当院に、この1年余の間、入院や在宅療養中の患者さん達の診療をこれまで通り維持しているのか、心もとなく、必死でした。すべてが落ち着いた後にも、先達の先生方のご尽力で確立した神経疾患の医療体制が、今と変わらない形で続いていることを心より祈念しています。

神経難病病棟における主治医の役割

国立病院機構 西新潟中央病院 脳神経内科 黒羽 泰子

西新潟中央病院の脳神経内科では、神経変性疾患を中心とし、診断に必要な検査を行い、薬剤調整やリハビリテーションを行いながら、より良い療養環境を提供できるよう努めています。患者さんやご家族、各専門職、在宅支援チームとの協働が欠かせません。主治医には、運動障害、呼吸・栄養状態、認知機能障害を把握し、病状や在宅環境を検討した上、患者さんやご家族の意思にお応えできるよう、状況に応じた方針を選択する役割があります。様々な理由から、基本的に主治医は複数ではなく単独になっていきます。

神経難病病棟における複数主治医導入の難しさ

単独主治医制であることは、チーム医療という視点からは、逆行する体制に見えます。神経疾患でも急性期は、複数の担当医が力になり、集中的な診療をすることが、ミスや過労の予防策になるかと思えます。一方、当院の入院患者さんは、慢性経過例が大半を占めます。入院期間は年単位、長い方は10年以上です。病床は110、115床で、急性期を中心とした病棟のように、複数主治医制や病棟当番を設け、全員が状況を把握しようとした場合、逆に増えた業務負担に対応しきれなくなる恐れがあります。さらに、

不全がおこり、その個人は「困った人」になってしまいます。上司の指示を曲げる前に、全体最適を損なっていないかをよく考えなければなりません。また「困った人」が発生した時、リーダーは自分を振り返る必要があり、リハビリは、目指すべき方向性をしっかりと決定し、組織全体が理解できるように周知する必要があります。

ダニング・クルーガー効果

（イグノーベル賞心理学賞受賞）を存じてでしょうか。能力の低い人が実際よりも自分を高く評価してしまう現象で、認知バイアスの一種です。年功序列、終身雇用、降格がない、転職が多い、結果として組織全体の機能

は、リーダーシップは効率的なチームワークにおける不可欠な要素である、とされています。そして優れた外科リーダーが備える属性として、誠実に行動する、正直でオープンで一貫性がある、親しみやすい、チャレンジとフィードバックを受け入れる、決断力がある、自己を認識して他者への影響に注意を払う、ストレスに対する自分の反応を認識する、といった項目を挙げています。書店のビジネス書コーナーには、リーダーシップに関する多くの著作が並んでおり、カリスマ型リーダー、変革型リーダー、サイバー・リーダー等、さまざまなタイプのリーダーシップ論を学ぶことができます。それら多くの著作に共通するキーワードとしては、1. 信用、信頼、誠実、一貫性、2. 動機付け、3. 自己実現の機会を提供する、が挙げら

チーム医療について



ヒューマンスキルを磨こう

長岡赤十字病院 外科 谷 達夫

私の外科医生活は31年目になりました。外科では古くからチーム医療が行われています。私が、チームについて日頃考えていること、学んできたこと、若手

に伝えていられることを紹介させていただきます。

心理的安全性

Googleが行った「プロジェクト・アリス」で明らかにされた、生産性が高いチームの2つの共通点は、チーム内の均等な発言機会と、チーム全体の社会的感受性の高さでした。社会的感受性とは、自分の発言が相手にどのような影響を及ぼすか理解し、相手の表情や言動から本当に伝えたい思いを読み取ることに出来る能力、チームが足並みをそろえて活動す

るために必要不可欠な要素です。次に、チームの効果を検討した結果、最上位に挙げられたのが「心理的安全性」でした。それは、単に仲が良いということではなく、このメンバーの中で多少ミスをしたとしても許される、どんな意見を述べても嫌がられない状態といったものを指します。職場のストレスの多くは、人間関係に起因するため、メンバ全員がヒューマンスキル（他者との良好な関係を築く能力や技術）を高めないければなりません。

リーダーシップ

イングランド王立外科医師会の「SURGICAL LEADERSHIP: A Guide to Best Practice」で

いてベテラン管理職によく見られる傾向ですが、その背景は、地方の勤務医にも当てはまりません。その発生原因は、メタ認知能力の不足、とされています。フラベルは、自分の認知活動客観的にとらえて制御することをメタ認知と言いました。古代より哲学の父ソクラテスは「無知の知」を説き、文豪シェイクスピアは「愚者は己を賢いことを知っており、賢者は己が愚かきことを知っており」と述べています。

メタ認知能力を高め、自分の中に原因を求める習慣をつけて他者からの意見に向き合うこと、円滑な人間関係を築きながらの自己開発が可能になる、そしてチームが機能するのでは無いでしょうか。

チームで始める・患者さんのために「医師の働き方改革」 中規模病院消化器内科での試み

柏崎総合医療センター 消化器内科 丸山正樹



「働き方改革関連法」が四の五の言わず、すぐに応援に駆けつけてくれる当院の当直は、心理的には楽だし、若手医師にとっては得難い経験になるだろう。しかし、翌日の通常勤務のことまでを考えると、全科1人当直の重圧・疲労は尋常ではない。一方で、当院は、診療圏域人口約9万人を背景にする柏崎刈羽地域において400床を擁する唯一の総合病院であり、救急年間約2500台、緊急入院約3500件、救急外来受診者数約10000人になる消化器内科でも、年間約1000件の入院のうち800件は緊急入院で、内視鏡手術等の内科的手術約1000件、患者死亡も約100名に上る。しかも、半径300m圏内に消化器救急に対応出来る2・3次救急病院が皆無という、陸の孤島に立地している。従って、当科は、働き

放射線治療におけるチーム医療

県立がんセンター新潟病院 放射線治療科 鮎川文夫



他の多くの医療分野と同様に放射線治療の現場も多職種が勤務しており、当院の放射線治療部門は常勤医師4人、看護師2人、診療放射線技師11人、医学物理士2人、医療クレーン2人、受付クレーン1人が勤務しています。毎日の業務で全員が顔を合わせ、夕方には医師、技師、看護師、医学物理士が集合し、照射位置の照合写真や評価して患者情報やその他の連絡事項を共有する場が設けられています。主治医のローを述べてみます。

方改革への対応が困難であることとを理由にしても、撤退・近隣施設への集約が無理な状況にある。この様な中、幸いにして、新潟大学消化器内科からの支援で、5名への消化器内科医師増員・非常勤医師確保や当院の開設医の応援を得ることが出来た。これら人材を背景に、当科では2021年4月から院内に先駆け「消化器内科医師の働き方改革」に着手した。まずは、①消化器内科ワンチームとしたゆるい主治医グループでの休日当番医制を開始した。休日シフトなどを考慮すると、1名と2名と3名の2人1組での当番が必要で、5人ワンチームでの当番表の作成が容易であった。次に②夢の「週末休日完全フリー」を実現するため情報共有の強化を行った。週末に検討会を行うだけでなく、日頃から空き時間でのミニ検討会的な場も頻りに設け、「なにかよし」で仕事することを心がけている。その中で、「LINE」などのSNSは、情報共有ツールとして有力であり、個人情報に留意して使用している。③当直明け医師が気兼ねなく帰れるよう午後帰宅を強制し、当直明けの夜ぐらいいはぐっすり眠れるよう、病棟からのコールは当番医

が担うこととした。当直後勤務からのプレッシャーから免れると、救急外来からの入院に対する当直医の心理的ハードルは下がり、医療安全や病院経営にはプラスであろう。④医師業務のワーク・シェア/シフト導入も重要である。例えば、「先生！〇〇留置中の〇〇さんが発熱しました」という病棟からのコール。抗生剤の臨時投与、PICCの挿入が可能な特定行為看護師(仮称)が当院にはすでに存在するが、あとは〇〇抜去の資格さえあれば、近未来では「手順書が出ておりましたので、抗生剤の臨時投与を行い、〇〇を抜去し、PICCを留置しました。」との事後報告連絡に変わるかも知れない。この様なチーム医療は、医師の負担軽減もさることながら、常に忙しい医師に変わって、迅速に処置が開始されることに特徴があり、何よりも迅速な処置が受けられた患者さんの利益になる。こんな観点からも働き方を見直し、患者さんの利益につながる方策を考えたい。そして何より⑤我々、中年医師が、「医者が休むことへの罪悪感」を克服することが、延いては患者さんのためになるという発想の転換が迫られている様な気がした。

再診患者、治療計画のための患者も来院し、さらに緊急の照射の依頼が一日に複数件重なり現場は力オス状態に陥ります。当院の放射線治療部門は総勢20人を超す大所帯であるため、この様な状況になると連絡が行き届かないリスクがあります。そこで、連絡ミス回避のため照射中止など情報共有が必要なもの内容については、主治医とのやり取りを印刷し回覧・確認できるようにしています。この点を徹底しているため、主治医から電話を頂いてもさらに文書で連絡を送って頂くようお願いしています。

シフト制を活用する

新潟市民病院 救急科 佐藤信宏



救急医といえど、どんなイメージを持たれますか？救命病棟24時間、コードブルー、最近だと、ナイトドクターやTOKYO MERなどのドラマのような、昼も夜も休日も、休みなく重症患者を診療し続けているイメージでしょうか？

実は、新潟市民病院の救急科とは相反し、病院内でも〇〇の良い診療科の1つです。その理由として、2007年の新潟市民病院移転を契機に導入されたシフト制が挙げられます。

1つ目は、医師側の視点として、on-callがしっかりあることです。当科では、入院患者の主治医を決めているものの、主治医不在の場合、院内の勤務者がその患者の対応をします。そのため、基本的に時間外に呼び出されることはありません。夜勤もあり勤務時間は忙しいですが、シフトが終われば、引き継いで帰宅できます。また、土日祝日もシフトに入る代わりに、平日昼間に休むことができます。〇〇の時間の使い方は人それぞれですが、シフト制は、救急科に在籍して16名が救急科に在籍してはいますが、シフト制の利点を生かして、子供がいる女性医師も日勤シフトで働いています。アメリカやオーストラリアなどでは、救急(Emergency medicine)はシフト制がかりりしていることから、女性医師にとって人気が高い診療科です。日本でも、そんな時代が来ることを願っています。

2つ目は、患者の診療がシームレスに継続されることです。救急科は、(当然ですが)重症患者対応が中心となります。人工呼吸管理やショックの患者対応など、繊細かつ継続的な管理が必要となる一方、主治医が張り付く時間には限界があるため、シフト制は非常に有効です。重症患者は、急変が起きやすいため、院内にいる救急医がすぐに駆けつけることもできます。医師の長時間勤務による疲労は、患者にも悪影響を及ぼしますが、シフト制では、そんな弊害を防ぐことが可能です。

3つ目として、看護師の視点から、患者についての相談・報告がしやすいたことが挙げられます。夜間休日でも医師が院外にいる場合、患者に微細な変化が生じていても、看護師は院外コールまでして報告すべきか迷うことが多くあると思います。しかし、シフト制では、常に医師が院内にいるため、院外にコールする必要があることはありません。患者の微細な変化の段階で、医師に報告・

相談があり、急変を未然に防いでいることも少なくありません。このように、シフト制は多くの利点を持ちますが、欠点はあつたのでしょうか？欠点の1つが、全員が一度に集まる機会がないということです。重要事項の連絡や、抄読会などの勉強会を開催するにしても、その時間帯に勤務する人間しか集まりません。これについては、メールや、Zoomに代表されるWeb会議システムをうまく用いて、院外にいても情報共有・勉強会参加ができるようにしています。また、欠点ではありませんが、シフト制については、他の医療者からの理解も必要になります。併診している他の診療科医師やコメディカルにとつては、平日日中に主治医と連絡がとれないという状況が発生してしまう。シフト制開始から10年以上が経過し、他の医療者からも、救急科はシフト制であることを理解してもらえようになりました。

日勤帯の仕事が中心である他の診療科では、シフト制の採用は難しいかもしれません。しかし、働き方改革が進む中、医療の質を保つためにも、シフト制は解決策の1つになると思われまふ。読まれている先生方にとつて少しでも参考になれば幸いです。

編集後記

今号のテーマは「チーム医療」です。いまや病院に限らず全ての医療機関において、チーム医療というものは患者中心の医療を実現する上での基本的な仕組みとなつています。一口にチーム医療と言っても様々な意味合いがあり、医師同士でのシフトによる複数主治医制の導入や、医師を含めた院内多職種チームによる診療活動が挙げられます。前者は本県における医師不足に加え、来るべき働き方改革の医師への上限時間適用に向けて喫緊の課題です。後者では医療ニーズの多様化・複雑化に伴い、多職種連携の仕組みにも常に進化が求められます。コロナ禍においては多くの医療機関が総力をこめて乗り越えました。それはまさにチーム医療の真価が問われた場面であり、予想される第6波に向けてのチーム体制の備えが求められています。

(竹之内)