

## 毎朝の医局会の効果 —地域病院における医師不足対策の一つとして—

田辺 元, 今村 博, 立石 繁宜, 堀之内 信

出水郡医師会立 阿久根市民病院

### Relieving the effects of a Doctor shortage with a Doctor's Daily Morning Conference

Gen Tanabe, Hiroshi Imamura, Shigeki Tateishi, Makoto Horinouchi

Akune Citizen Hospital

#### Abstract

Despite a shortage of doctors, regional hospitals are expected to survive while providing high quality emergency and advanced medical services to local residents under sound financial management. Under such circumstances it is critical to reduce doctors' excessive workload and improve the quality of medical services. Our hospital has held a Doctor's Daily Morning Conference (DDMC) since November 2003 to enhance information sharing, consensus formation and mutual cooperation among doctors and staff. These meetings have been highly evaluated by the members, especially for building working relationships among various medical disciplines and clinical indicators of our hospital have been improved. From the lessons above, it is proposed that introducing DDMC at local regional hospitals suffering from a shortage of doctors could improve the medical working environment in addition to providing benefits for hospital management.

**Key words:** Doctor's Daily Morning Conference (DDMC), regional hospital, reduction of doctors' excessive workload, quality of medical services, shortage of doctors

#### 緒 言

近年の医療環境は、医師不足、医療紛争の増加、低医療費などが影響し年々悪化の一途をたどっている。病院勤務医は、社会ニーズに伴う専門志向が強く、なおかつ、医療紛争や医療過誤のリスクが高い非専門領域の診療は敬遠しがちである。しかし、このような状況下でも地域の急性期病院は、住民ニーズの高い救急医療や高度医療を求められ、運営は困難を極めている。とくに、診療の中核である勤務医の疲弊低減や協力体制構築は、地域病院の存続を左右しかねない重要な課題である。

高齢・過疎化が顕著な地方において、地域の中核病院

として機能することを求められる当院では、毎朝の医局会を行い医師間の情報共有、合意形成、相互協力体制構築に努めてきた。その効果について検証したので報告する。

#### 方 法

##### (1) 当院の現状

出水郡医師会立阿久根市民病院は、1989年全国初の国立療養所の民間委譲として鹿児島県出水郡医師会が移譲を受け開設した施設である。現在は、出水郡における地域中核病院の一つで、対象人口約4万人（高齢化率

著者連絡先：  
田辺 元  
〒899-1611 阿久根市赤瀬川4513

出水郡医師会立阿久根市民病院  
TEL 0996-73-1331 FAX 0996-73-3708  
E-mail: g-tanabe@akunehp.com

34%)、病床数222床、診療科10科の急性期病院である。職員420名、常勤医19名で運営され、2008年度の平均在院日数14.7日である。常勤医数は100床あたり8.5名で、急性期病院の全国平均12.9名から換算する28名には9名不足し、医師不足が常態化している<sup>1)</sup>。常勤医は全員大学からのローテーションであるが、勤続期間は診療科長2～4年、医員1～2年、と短期勤務が大半である。

当該地域での二次救急病院は当院のみで、救急車搬入は1507件/年、平均4.1回/日で、救急車は原則断らない。そのため、対象診療科のない疾患にもある程度対応せざるを得ない。

## (2) 毎朝の医局会

毎朝の医局会は2003年11月から開催している。月曜日から金曜日の8時30分から行われ、当直医報告、問題事例の報告・協議、他部門からの業務連絡、運営状況、当日予定などの内容が協議される。議事進行は、半年ごとに選出される医局長が行い、開催時間は2～20分、平均5分間である。医局会会場はコの字型の会議室仕様とし、前方スクリーンに当直帯の受診状況や問題症例の電子カルテ内容が投影可能である。最近では、医局会出席者は医師だけでなく各部署の管理者レベルが自主参加することが多くなっている(図1.)。



図1. 毎朝の医局会。コの字型の会議室仕様で、正面スクリーンには問題事例の電子カルテ内容などが表示される。最近では他部門の管理者も出席している。

## (3) 医局会の効果

臨床指標と医療事故の発生件数を年度ごとに算出し比較した。臨床指標は国内外で用いられている指標<sup>2),3)</sup>を参考にし独自に構成した指標を用いた。その指標は、院内感染率、手術創感染率、予期せぬ再入院率、入院後の辱創発生率、術後肺炎発生率、CVCによる敗血症、予期せぬ再手術率、転倒・転落率、入院後の尿路感染率の9項目である。

有害事象の程度は大阪大学医学部附属病院のインシデ

ント分類<sup>4)</sup>に基づき、簡単な処置や治療を要した中等度の障害、予定または予期していなかった濃厚な処置や治療を要した高度障害、永続的な障害や後遺症が残ったが有意な機能障害や美容上の問題は伴わない軽度から中等度の障害、永続的な障害や後遺症が残り有意な機能障害や美容上の問題を伴う中等度から高度の障害、および死亡に分類した。

医局会に関するアンケート調査は医局会を構成する常勤勤務医19名に行った。アンケート項目は、医局会は有益か否か、有益の場合どのような点が有益か(選択肢設定、複数回答可)の2項目であった。

統計学的解析は $\chi^2$ 検定を用い、 $p < 0.05$ を有意とした。

## 結 果

### (1) 医局会の協議内容

医局会での協議内容は、2003年11月の朝の医局会開始当初より事務職員により診療部朝礼議事録として記録されている。その議事録による日当直報告以外の医局会での協議内容は、地域連携、医療安全、運営情報、クリティカルパス、第三者評価(病院機能評価/ISO認証)、電子カルテ、業務連絡に分けられた。

過去5年間の医局会での協議内容別の協議頻度をみると、各年度ともに業務連絡が最も多いが、看護部や診療技術部など他部門から医師全員への効率的な情報周知の場として医局会が活用されているためである。また、2004年より検討が開始され2005年に着工、2008年末に竣工した新病院建築に関する事項も業務連絡に包含した。さらに2006年度からはDPC(diagnosis procedure combination, 包括支払い方式)準備病院として手上げたため、DPCに関連した業務連絡が急増した(図2.)。

### 1) 日当直報告

医局会冒頭に当直報告が行われる。二次救急施設であるため、一日平均10件の時間外受診者と4件の救急車による搬入がある。地域での救急告示病院は当院だけであるため、当直医は原則すべての受診者を受け入れる。当直医の専門領域外の疾患では、オンコール体制にある各科専門医への診療依頼を行うこととなる。そのため日当直報告では、中等症や重症患者の報告に加え、他科医師の診療応援への謝辞が述べられることもある。また、電子カルテが定着した最近では、稀有な症例や難解症例の画像やデータをプロジェクターで提示し、症例検討や情報共有がなされると同時に、各自の専門領域外の学習にも役立っている。

### 2) 診療関連の協議事項

医局会は、主に診療に直結する問題の情報収集や協議の場となっている。地域連携に関するものは年間16～

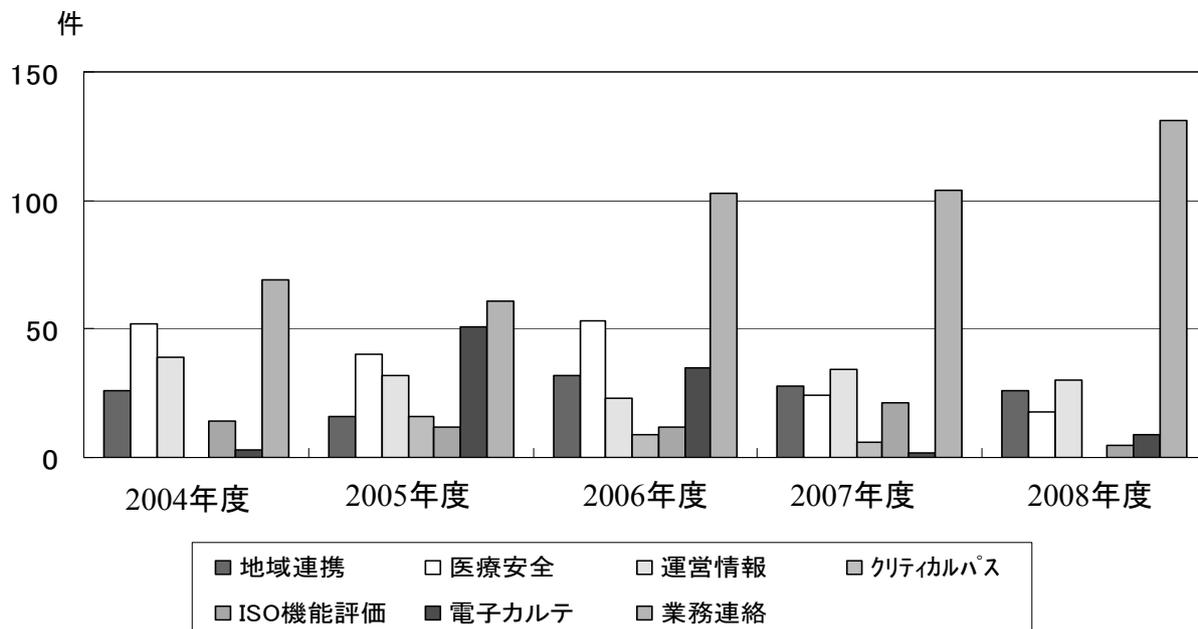


図2. 医局会での協議事項別件数

32件みられる。退院の連絡がない、慢性期の患者はかかりつけ医へ返してほしい、など、かかりつけ医との連携に関する齟齬やクレームが生じること提示し、対応が必要な場合はその都度協議している。その結果、当院が是正すべき問題への対応が迅速に行われるようになった。また、救急部がないため平日勤務時間帯での救急対応とトリアージは大きな問題であったが、医局会で協議を重ねた結果、曜日ごとに手術や検査に支障のない診療科が担当することが合意された。

医療安全に関する問題は、迅速な対応を必要とすることが多く、医局会での周知と協議は欠かせない。院内で発生したクレームやインシデント、さらに事故ならびに医療紛争に発展しそうな事例などは逐次提示し対策の協議などが行われる。しかしながら、時には合意形成に時間を要する問題も存在する。2006年には抗菌薬皮内反応の廃止について3ヶ月にわたり協議された。薬事法や薬剤の添付文書、さらに抗菌剤アレルギーに関する判例などが綿密に検討された。その結果、皮内反応は原則不要とし、事前の薬物アレルギーに関する情報収集と抗菌薬投与時の観察強化が合意され、看護部の協力のもと実施された。

病院運営の情報としては、病床の空床状況が毎日報告される。重症患者が多い際のICUの有効利用など、ベッドコントロールに有効である。病院の経営情報は、朝の医局会に引き続き月1回開催される診療部会議で報告される。

クリティカルパスは、2005年の導入開始以降、議題に上ることが少ない。看護部主体で作成運用を行っていること、医師の関心がまだまだ薄いこと、医師の交代頻度が多いことなどが影響しているようである。病院機能評価やISOなどの第三者評価は、定期的内部監査前後に議題に上るものの討論が白熱することは少ない。

電子カルテは2006年から導入しているが、導入前からマスター作成など運用に関する協議が頻回に行われた。導入後2年目からは急速に議題に上ることが少なくなり、運用が順調であることを物語っている。

## (2) 医局会の効果

医療の質の指標となる臨床指標を2006年から算出しているが、予期せぬ再入院率、術後肺炎発生率、尿路感染発生率は年々改善がみられ、一部では前年より明らかな減少がみられた(図3.)。また、医師が関与した有害事象では、毎年1例の死亡例が発生しているが、処置を要する中等度障害や永続的障害や後遺症の発生例は減少傾向がみられる(図4.)。医局会への出席率は、2008年度1年間の平均出席率が92%で、勤務医の夏休み期間である7～9月を除き90%以上を保っている(図5.)。この出席率は、過去5年間ほとんど変わらない。

医局会に関するアンケートを勤務医全員に行った。医局会の開催を有益と評価するのは19名中17名(89%)で、1名が有益ではないとし、1名は無回答であった。有益と答えた医師の半数以上が指摘する有益な点は、他職種

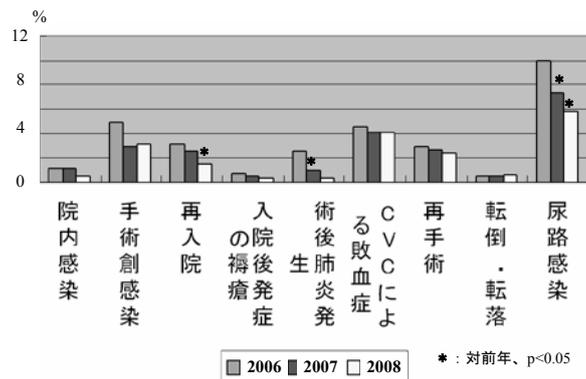


図3. 臨床指標の年度別推移

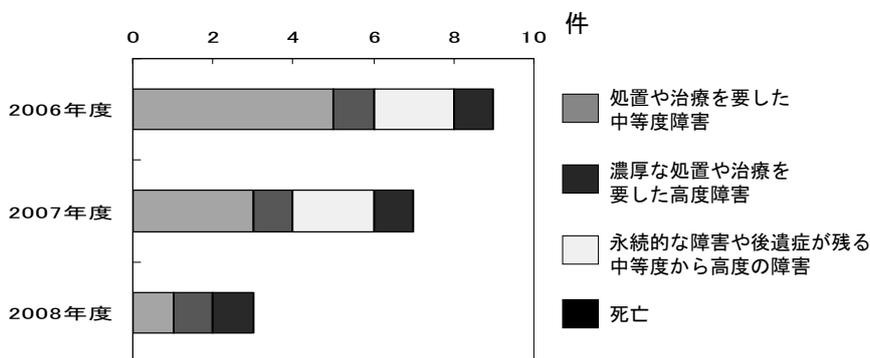


図4. 医師が関与した有害事象件数

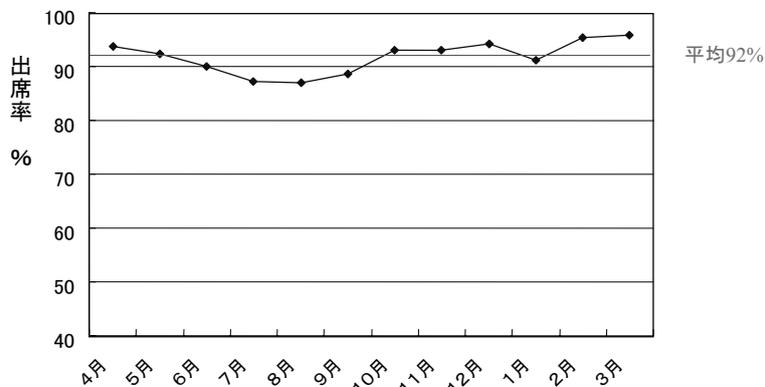


図5. 医局会への医師出席率 (2008年度)

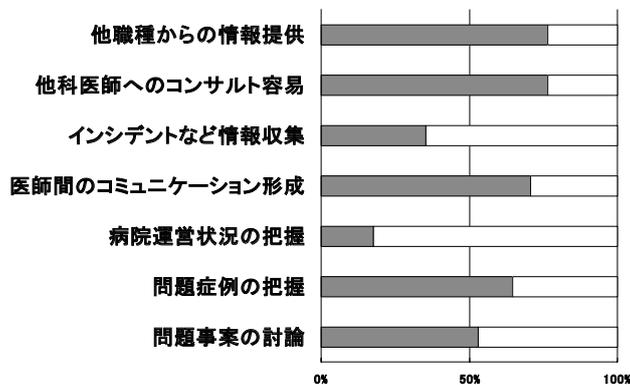


図6. 医局会はどのような点が有益か? 医師アンケート, 有益と回答17名中

からの情報提供、他科医師へのコンサルト容易、医師間のコミュニケーション形成、問題症例の把握、問題事案の討論であった（図6.）。

診療開始時間は、以前は各科まちまちであったが、医局会の定例開催以降は、定時診療開始が定着した。また、2003年の医局会開始以降、医局以外の部門でも朝の定例会が開催されるようになった。

## 考 察

地域中核病院は、医師不足の中で救急医療や高度医療を展開し、地域住民に貢献しながらも経営的にも成り立ち存続していくことが求められている。鹿児島県においても、都市部に比し地方の病院では医師不足が顕著で、病院管理者の最大の悩みとなっている<sup>5)</sup>。当院でも常勤医師数は100床あたり8.5人と全国平均の2/3にすぎないが、昨今の情報が氾濫する環境下では、医師数が十分な医療施設と同等の医療提供を求められることが少なくない。

一方、病院勤務医の大半は、社会や医療界における専門志向の風潮に合わせるべく、複雑かつ高度化する専門領域を極めようと研鑽に励んでいる。そのため、医師不足による勤務状況の劣悪化や昨今の医療に対する不信感や紛争の増加などから、専門外の救急患者診療はリスクが高く敬遠しがちである<sup>6)</sup>。日本消化器外科学会が2007年7月に行った勤務医の勤務環境に関するアンケートにおける不満理由は、多忙すぎる、収入が少ない、患者の権利意識に不安を覚える、が高頻度であった。逆に満足の理由としては、高度医療の実践、よき指導者・同僚の存在、患者との喜びの共有などが高頻度であった。これらを総合すると、勤務医は、よき指導者や同僚に恵まれ高度医療に従事でき、多忙すぎない業務内容で、住民の医療への理解が良好であることを求めている<sup>7)</sup>。

このような状況下で、診療の中核である勤務医不足は業務の多忙さに拍車をかける最大の要因で、その対策は喫緊の課題である。国・行政レベルでの医師増員対策、病院レベルでのチーム医療の推進、医療安全強化、電子カルテなどのIT化、医療クラーク導入、医療メディエーター育成、市民レベルでの住民運動の推進<sup>8)</sup>などのさまざまな対策が行われはじめている。この病院レベルで行える対策の一つとして、今回報告している毎朝の医局会が挙げられる。

勤務医へのアンケート結果をみると、毎朝の医局会により他科医師への問題症例の相談が容易になり協力関係が構築しやすくなっていることが窺える。また、他職種からの情報提供やインシデント情報の収集、問題事例の把握・協議などが医局会により容易となっていることを

利点としており、これらの事柄が勤務負担低減に大きく役立っているものと考えられる。さらに、当直医が診療した専門外領域患者の加療方針や担当医決定が、公平になされることも勤務負担低減に寄与しているようである。このような状況は、医師不足を補完するツールの一つとして毎朝の医局会が有効であることを示唆している。

2003年11月15日「地域医療連携を考える会」が東京で開催されたが、徳島赤十字病院では毎朝の医局会を開催し病院運営に効果的であるとの報告がなされた。当時、筆者は病院管理者に就任し1年半が経過していたが、病院運営が厳しいこと、とくに勤務医の当院の実情に関する理解が乏しいことを悩んでいた。毎朝の医局会はそのような状況に風穴を開けるのではないかと考え、当院でも開始した。その後、さまざまな変貌を遂げながらも6年目に至った現在も継続されている。勤務医たちが、毎日決まった時間にface to faceの機会を持つことは、情報共有、合意形成、相互協力に極めて有効で、勤務医たちの疲弊緩和とモチベーション維持向上に有用と思われる。とりわけ過去5年以上にわたり、医局会への出席率が自主的参加に関わらず高く保たれていることは、勤務医各人が医局会の存在意義を十分に評価している結果であろう。

当院での臨床指標の計測は、始まったばかりであるが少しずつ改善が認められている。病院機能評価、ISO9001、目標管理、改善活動などへの取り組みが功を奏していると考えられるが、それらに加え、毎朝の医局会で行われる臨床指標に関連した情報提供や協議が役立っていることが推測される。診療の中核である勤務医への適切な情報提供と種々の注意喚起、さらに勤務医が直面する問題の迅速な解決が図れるからである。その結果、医師が関与した有害事象件数も年々低減しているであろう。当院の勤務医は全員が大学病院からのローテーションであり、赴任当初は医療安全や地域連携に関する当院独自の取り組みや決まりごとに不慣れなことが多い。しかし、毎朝の医局会への出席によりそれらの迅速な修得が可能となることも臨床指標の改善の一助になっているのではないかと考えられる。

毎朝の医局会開催はさまざまな副次効果をもたらしている。管理者にとっては、医局会でインシデントや運営状況など日常の諸問題についてタイムリーな周知と討論がなされるため、現場の問題把握と解決を容易にしてくれる。また、医局以外の部門からの効果的な情報周知や問題解決手段として医局会はおおいに利用されている。院内での情報伝達ツールとしてイントラネットを配備しているが、診療部（医局）のアクセス率は63%と他部署の83～98%に比べて格段に低い。医師不足による多忙さ

ゆえにアクセスのゆとりがないのが最大の理由であるが、毎朝の医局会で効率的な情報収集が習慣になっていることも一因であろう。無機質で一方向になり勝ちなイントラネットによるコミュニケーションに比べ、face to faceのコミュニケーションが可能な医局会の存在は、院内での部門間の垣根をも越えたコミュニケーション・ツールとしても有用である。また、毎朝の医局会開催に刺激され、各部門でも朝礼が常態化し職員のモチベーション形成の一助ともなっている。

このように、毎朝の医局会は、勤務医たちの勤務負荷低減に有効であり、医療の質の改善など病院運営にも好影響をもたらしている。勤務医が多数の病院での連日開催は困難が予想されるものの、診療の中核である勤務医が診療科の垣根を越えて毎日一堂に会して協議・懇談することは、当院のような小規模病院における医師不足対策の一つとして有効と考えられる。

セス 2009年8月8日

## 結 論

医師不足の小規模急性期病院における毎朝の医局会は、勤務医の勤務負荷軽減に有用で、なおかつ、医療の質の改善など病院運営に好影響を及ぼすことが示唆された。

本稿の要旨は、第11回日本医療マネジメント学会総会（2009年6月12・13日 長崎市）にて発表した。

## 文 献

- 1) 厚生労働省：厚生労働統計，病院報告，2007
- 2) 上原鳴夫，黒田幸清，飯塚悦功 他：医療の質マネジメントシステム．日本規格協会，2003：154-158.
- 3) The Joint Commission: <http://jointcommission.org/> アクセス 2008年9月17日
- 4) 大阪大学医学部附属病院：医療安全管理体制．<http://www.hosp.med.osaka-u.ac.jp/> アクセス 2010年9月30日
- 5) 田辺 元，中村一彦，窪蘭 修：このままでは地域医療が崩壊する！ 鹿児島県医師会報 2008；平成20年3月号：4-10
- 6) 小松秀樹：医療崩壊－「立ち去り型サボタージュ」とは何か－．朝日新聞社，2006
- 7) 中川国利，塩崎 均，奥野清隆 他：消化器外科医の労働環境について．日本消化器外科学会雑誌 2007；40(12)：1-8
- 8) 県立柏原病院の小児科を守る会：こどもを守ろう・お医者さんを守ろう．  
<http://www.mamorusyounika.com/index.html>：アク