

2) 医療機関を地域生活資源に

病院は、「患者満足度の向上」と「医療費抑制」の両面から“連携”がキーワードとなり、「施設完結型」から「地域完結型」へ大きく変革させることが求められている。政権交代後もその流れには変わらない。そのためには、院内や関係医療機関との連携もむろん重要だが、

- ① 患者・住民主役を念頭に置いた医療者と患者・家族との連携強化
- ② 生活モデルを重視した医療の他の地域資源との連携強化
- ③ “健康づくりはまちづくり”の観点から、医療は地域の資源であり、医療は住民が育むといった地域全体のネットワークの構築。などが重要な課題だと考えている。

地域連携を医療連携に限定して考えられている傾向があるが、ここで筆者の言う地域連携は、医療の範囲にとどまらない、住民生活・地域資源全般との連携であることを強調したい。今後の展望は連携範囲が地域全体に広がる時代となったことを認識してこそ開けるからだ。

臨床医や医療に従事している医療者の中で公衆衛生に関心を持っている人はあまり多くない。公衆衛生学会での臨床医の少ない参加状況は、こういう人たちの公衆衛生への関心の低さを端的に表していると思う。公衆衛生の研究者や教育者は、学生だけでなく医療者や住民など幅広い対象に向けて、公衆衛生の真意やねらいを普及することが重要である。特に医療者が医療の範囲に限定するのではなく、生活全般にわたって、いわゆる“生活モデル”として、ソーシャル・キャピタルの視点（参考資料）から、地域の資源を有効に活用できるよう導いていくことが必要だ。

患者の不安や不満は、医療者の狙いと患者側の求めるものが十分確認されず共有できていない“認識のズレ”から起きていると言っても過言ではない。医療関係者はこのことを再確認して、住民（患者）との信頼関係の再構築を図ることが大切である。昨今注目されている“医療メディエーター”は医療紛争への対処ではなく、互いの対話促進が狙いであることも納得できる。また医療ボランティアは、医療機関の“肩代わり業務”を担ってもらうのではなく、住民とのパートナーシップを日頃から築くことによって、医療資源を地域・生活資源としてお互いが理解し合うことに意義がある。つまり、医療者が患者や家族を診断・治療・看護等医療の範囲で判断し、生活全般の問題として捉えていないことが、問題の根底にある。そのために筆者はこれまで公衆衛生の重要性を述べてきたが、ソーシャル・キャピタルという考え方が、保健・福祉だけでなく、医療の分野へ広がるのが極めて有効であると考えている

<参考資料> ソーシャル・キャピタルとは

- ・人々の協調行動の活発化により社会の効率性を高める
- ・信頼関係、規範、ネットワークといった社会組織の重視
- ・地域力・社会の結束力などを説く概念
- ・基本的な定義：人々が持つ信頼関係や人間関係（社会的ネットワーク）のこと
- ・ヒューマン・キャピタル（人的資本）と対応する概念
- ・地域コミュニティの衰退や、過度な個人主義への反省
- ・「社会問題に関わっていく自発的団体の多様さ」と「社会全体の人間関係の豊かさ」が前提
- ・地方分権型社会での、市民の自発的行政参加や市民団体と行政による協働のまちづくりを推進するための原動力

一方、住民は医療機関に頼ることなく、また行政や専門家に任せてしまうことなく、医療者や行政などと地域医療を“共に育てる”姿勢を持ち、医療者とのパートナーシップを築く努力が求められている。

また、地方行政は、従来の補助金行政から脱却し、住民ニーズや地域特性を踏まえて、どのようなまちづくりを目指すかを明示し、その目標達成に向けて地域資源を開発し、その目的達成のために活用する能力が求められる。そのためには、地方行政職員がこれらの能力をさらに向上させる必要がある。

そして国・厚生労働省は、医療の産業化を進めてきた“聖域無き財政再建”施策を早急に見直し、この機会に医療制度（国民皆保険や医師確保対策など）を、産業ではなく社会政策の観点から再構築することが期待される。また、いわゆる官僚主導の縦割り行政から脱却し、保健・医療・福祉のシームレス化が地域で展開しやすくなるよう支援してくれることを期待したい。

3) 愛媛大学病院の地域連携の試み

愛媛大学病院では、医療ボランティア活動を核とした、老人会（住民団体）と医療機関（大学病院等）と行政（東温市）の3者間の連携による、“おらがまちの病院づくり”を目指した地域づくり活動に取り組まれている。

独立行政法人化に伴い、従来の教育・研究、診療に加えて、地域貢献が大学病院の役割として位置づけられたことを契機に、“地域に開かれた病院”さらには“地域に出かけていく病院”を方針に掲げ、地元愛媛県東温市行政や住民と協力して取り組んできている。

その内容として具体的には、

- ① 地域住民を対象とした愛大病院医療ボランティア（いきいき会）を育成支援し、会員数は200名を昨年度末には上回り、現在も着々と増えている。特に

地元老人会は環境ボランティアとして、患者さんだけでなく健康人も訪れたい快適な病院づくりを目指して、病院や敷地の環境美化活動ボランティアとして取り組んでいる。

- ② 大学病院看護部や救急部、事務部等の病院関係者ボランティアが中心となって、東温市と協力して、地元住民を対象に、防災ボランティア育成コース(1コース3回)を設け、その育成に取り組んでおり、既に100名以上が終了している。
- ③ 糖尿病やがん(サバイバーを含む)などの患者団体を支援するために、愛媛大学病院の医療福祉支援センターや病院関係者により、サロンなど話し合いの場づくり等支援を行っている。
- ④ 東温市における介護者支援体制を充実させるために、企業等を巻き込んだシンポジウムを開催し、これを契機に、東温市行政支援の下、老人会と看護師等が連携して介護ボランティア事業を立ち上げることとなり、現在準備を進めている。

東温市は、医療・福祉資源を主な基盤として、全国住みやすいまちベスト10に入っている。東温市行政も東温市民もそれを理解して、愛大病院の支援と活用に取り組むことを、重要な地域づくりの課題としている。この3者間の特に医療ボランティア活動を柱においた“おらがまちの病院づくり”への取り組みを推進することは、住民が安心して暮らせるまちづくりを通じた地域活性化連携モデルとして意義深いと思われる。

4) 目指す方向(ミッション)を見定めて

前述のように、住民と患者を主役にするということは、医療チームの中心メンバーに住民・患者を置くということである。「住民・患者の真のニーズを実現するために協働する」という、医療者側・患者側両者が目指すべき目標(ミッション)を明確化し共有化することである。その実現に向けて、地域のあらゆる資源をソーシャル・キャピタルとして位置づけ、縦割りの保健・医療・福祉ではなく、生活モデルの観点でこれら地域資源をマネジメントすること、つまり“共助”の環境づくりを進めることが大切である。連携のために何かを新しく始める必要は必ずしもなく、むしろ今行っていることが、“ミッション”達成に向けた手段として活用できているかを確認して実践すれば、既に連携はできているといっても良い。その連携の評価には、ヘルスプロモーションの理念に基づいて、以下の物差し(キーワード)の活用を勧めたい。

- ① 共有化(コンセンサス): ミッションを理解し共有しているか。
- ② 協働の推進(コミット): その達成に向けた地域資源の協働推進が図られたか。

③ 内なる力の賦活化（エンパワメント）：住民・患者や地域の内なる力を引き出せたか。

目的達成をそれぞれが目指し、それぞれができることを結集すれば、地域づくりにつながる。まさに“公衆衛生のチカラ”そのものである。この一連の流れを意識して、医療を地域の資源として育て活用する取り組みが行われることを期待したい。

新たな病院経営の構築に向けて

- 病院における総合診療 -

1. 背景：

日本では高齢化に伴う医療費の増加や、「地方中小都市」「郡部地域」での医師不足、とりわけ病院勤務の専門医不足は問題となっており、その解決策の1つとして病院総合医が求められている。しかし、その具体的な教育・認定制度などはない。

病院で総合診療を行って、地域を支えている医師をどのように支援していくかも重要な検討事項である。

アメリカでは、総合内科医、総合小児科医、家庭医がプライマリ・ケアを担当している。総合内科医、総合小児科医、家庭医も入院患者の診療を行っているが、1990年代よりマネージド・ケアの普及、コストに見合った医療提供の必要性から、カナダ、イギリスのように病院においても総合医の必要性がでてきた¹。2003年には病院総合医学会（SHM：The Society of Hospital Medicine）が誕生している。SHMの誕生は、1996年のアメリカ病棟医協会（NAIP：The National Association of Inpatient Physicians）が前身となっている。2009年より、内科専門医認定機構（ABIM：The American Board of Internal Medicine）も病院総合医の専門医認定制度及びカリキュラム、資格更新制度などを定めた。家庭医も入院患者を見ている現状もあり、2009年よりABIMと、家庭医専門医認定機構（ABFM：The American Board of Family Medicine）の共同の病院総合医養成プログラムも誕生している。

日本においては、2010年に日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会が合併し、日本プライマリ・ケア連合学会が発足した。

日本プライマリ・ケア学会が定めたプライマリ・ケア学会専門医、日本家庭医療学会が定めた家庭医療学会専門医（2009年は、プライマリ・ケア学会専門医試験と、家庭医療学会専門医試験は合同で実施）がある。これらは、2010年からは日本プライマリ・ケア連合学会誕生にともない家庭医療専門医となるが、これは入院での総合診療を主目的とした認定制度ではない。

入院診療の病院総合医に関しては、日本総合診療医学会が後期研修プログラム案²を含め

構想を発表しているにとどまっている。

2. 目的：

日本には、カナダ、イギリス、アメリカのような制度として確立した病院総合医のカリキュラム・認定制度はなく、例えば、認知症の方の腎盂腎炎など、複数の疾患があり入院加療が必要なケースでは、その主な入院の原因となった泌尿器科がその治療を担当するのではなく、内科系医師がその専門に関係なく加療する例がある。この例以外でも、内科系でも呼吸器科専門医がいない場合は、神経内科専門医や脳神経外科専門医が、脳梗塞患者の誤嚥性肺炎の治療にあたる例も多い。

医師がその専門科以外の疾患の診療を行っている郡部地域の病院での、教育・診療の問題点を把握し、その改善を考察する。

3. 方法：

福島県三春町（人口約 18,275 人／平成 22 年 5 月 1 日時点）にある郡部地域の三春町立三春病院の勤務医 2 名（循環器専門医）への面接（①専門科以外の疾患を見ることへの不安、②日常診療を行うにあたっての困難、③困った時の対応、④郡部地域病院での総合診療を支えるのに必要なシステムについて）を行った。

入院患者の疾患は、脳梗塞、心不全、肺炎、尿路感染症、蜂窩織炎など多岐にわたっている。近隣の老人保健施設、開業医からの入院依頼が多い。地元住民の要望、及び隣接する福島県郡山市の総合病院にも医師・病床不足の問題もあり、入院医療を求められている現状もある。

この病院は、他にも家庭医療専門医研修医 4 名が勤務している。また、財団法人星総合病院が指定管理者となっている病院でもあり、消化器内科医、泌尿器科医、整形外科医、皮膚科医、小児科医、外科医、精神科医、耳鼻咽喉科医が週に 1～2 回程度外来診察に来ており、勤務医からの相談があれば入院患者への診察も行っている。許可病床数は 86 床で、急性期病床は 36 床、残り 50 床は回復期リハビリテーション病棟となっている。実施できる検査は、レントゲン、エコー（腹部・心臓）、心電図、呼吸機能検査、CT、採血（臨床検査技師 2 名勤務）、また上部内視鏡、下部内視鏡も消化器内科医により実施されている。CT 画像は、専用回線を通じ星総合病院の放射線科医へ読影依頼を行っている。

3. 結果：

2 名の循環器専門医の経歴であるが、1 名は星総合病院循環器科に勤務を経て、三春町立三春病院の開設（平成 19 年に福島県から三春町に移管）にともない平成 19 年 4 月 1 日よ

り勤務している。もう 1 名は、郡山市の総合病院に勤務していた循環器専門医で、総合医を志向し三春町立三春病院に平成 22 年度 4 月より勤務している。

面接により下記の回答を得た。

① 専門科以外の疾患を見ることへの不安

循環器疾患しか見たことがなく、今までの経験症例に偏りがある点。

② 日常診療を行うに当たっての困難

・疾患・症状への対応が分からない（精神疾患、整形疾患、皮膚疾患、褥瘡、小児、緩和医療など）。

・どうしても自分の専門である循環器疾患のことを考えてしまう傾向があり全体的な診察ができなくなってしまうことがある。

・専門医へ、どのタイミングで相談してよいのか分からない。

・対応を誤ってしまった時。

・多主訴の患者さんへの対応（専門医であれば、自分の専門を否定すればよかった）。

③ 困った時の対応

・とりあえず CT、採血など検査を行う。

・専門医に相談（総合病院勤務のときのようにすぐに相談とはいかないので、相談するまでに悩む時がある）。

・家庭医療専門医研修医に相談（いろいろな科を研修してきているので助かる）。

④ 郡部地域病院での総合診療を支えるのに必要なシステムについて

・病院総合医のトレーニングシステム・生涯学習。

・専門医に気軽に相談できる環境。

・プライマリ・ケア学術連合学会やその他でも、総合診療を統括する学会としての標準的な治療基準・カリキュラム。

5. 考察：

今回の調査は、特定の地域の、しかも 2 名のみからの面接から得られた結果であるが、病院での総合診療教育が確立していない日本においては、郡部地域の病院に共通の問題点は多いと考えた。

地域の病院で総合診療を行う医師の負担に、経験したことがない、教育を受けたことがない疾患・症状への対応を行うことへの精神的なストレスがある。この医師への精神的な負担軽減だけでなく、経験・教育不足は治療結果・入院期間・入院費用に影響を与える可能性も高く、病院で総合診療を行う医師への生涯教育・診療支援を行う必要がある。実際に、アメリカでの病院総合医の入院ケアのシステムティック・レビューにおいては、入院期間、入院費用、予後も改善するという報告が多い³。

総合診療を行うための教育に関しては、日本プライマリ・ケア連合学会、日本内科学会などが整備している研修カリキュラム・生涯学習などの充実が望まれ、アメリカで成果を上げてきているように³、病院総合医の制度としての確立も必要であると思われる。その結果、病院総合医と各科専門医との役割分担がはっきりし、より各科専門医がその専門の診療に従事できるようになると考えられ、病院での専門医不足の解消に役立つものとも考えられる。

制度として病院総合医のカリキュラムが存在しない現在の日本では、地域の病院で総合診療を行う医師の支援として専門医に相談しやすい環境整備が必要であると思われる。この制度を整備し、相談頻度の多い疾患・症状を把握することで日本版病院総合医カリキュラムに反映させることもできる。

このほか、イギリス・オランダなどに見られる全国共通の電子カルテなど、その地域の医療問題が即座に把握できるシステム、それに基づいた罹患率の高い、また重要度の高い疾患の教育・診療モジュールの作成も大きな診療サポートになると考えられる。

病院総合学を医学部・研修医の教育にも導入⁴し、医学生・研修医が将来選択する専門科として認識できる環境を整えることも重要であるとする。

(参考文献)

1. Robert M. Wachter.; Lee Goldman. The emerging role of "Hospitalist" in the American health care system. The New England Journal of Medicine. 1996, vol. 335, p.514-517.
2. 山城 清二. 病院総合医を目指す人のために. 日本総合診療医学会誌. 2008, vol.13, no.2, p109-116.
3. Michael C. Peterson. A systematic review of outcomes and quality measures in adult patients cared for by hospitalists vs nonhospitalists. Mayo clinic proceedings. 2009, vol.84, p248-254.
4. Robert M. Wachter. Hospitalists in the United States — mission accomplished or work in progress?. The New England Journal of Medicine. 2004, vol.350, p1935-1936.

新たな病院経営の構築に向けて

- 現場の課題 -

研究要旨

大きく変わる医療環境の中で、急性期病院の診療科部長が直面する現場の課題を整理した。この約 10 年間、日本の病院では経営環境の激変により、医療従事者の業務負担が極めて増大した。特に勤務医の負担とバーンアウトが増加し、それに伴い医師の離職が進行し、地域医療は崩壊の危機に瀕しつつある。このような環境において病院経営を成功させるためには、経営陣が現場で診療科を率いる診療科部長が直面する課題を積極的に理解し、共にその解決に当たる事が必要不可欠である。本研究では急性期病院の診療科部長が直面する現場の課題を分類し整理をした。診療科部長として診療科の診療、教育、人材確保、地域での役割、研究活動等を中心に、現状の課題や様々な取り組みの実感をヒアリング形式で抽出した。その結果、診療科部長が現状抱える最も多い課題としては、人員不足の課題が挙げられた。また他にも院内救急体制のコンセンサスが不十分であることから生じる課題や、外来体制の課題、院内設備、評価方法、研究活動、地域連携の課題等、診療科間に共通する多くの課題が整理された。また病院としての戦略や経営方針に関する課題等もあげられた。病院経営のガバナンス上、経営陣と現場の医師との課題の擦り合わせは不可欠である。パラダイムシフトが急激に進む現状の医療環境においてはこれまで以上に経営陣は日頃から現場と積極的に対話することで現場の課題を抽出整理し、その解決に当たる事が求められる。

A. 研究目的

この約 10 年間、日本の病院では経営環境の激変により、医療従事者の業務負担が極めて増大した。特に勤務医の負担とバーンアウトが増加し、それに伴い医師の離職、すなわち「立ち去り型サボタージュ」が進行し、地域医療は崩壊の危機に瀕しつつある。また 2004 年 4 月には卒後臨床研修が必修化され、研修医は大学病院から一般病院へと移行し大学病院に新人医師がいなくなり、これまで医師のキャリア形成の大部分を担ってきた大学医局講座制の役割も大きく変化しつつある。同時に病院の診療科も、勤務医の離職や大学医局

による派遣医師の引き上げにより、かつてのような大学に人事を全面依存する組織からの変革を突き付けられている。さらに経営環境以外にも、急速に進む人口の高齢化、激変する医療制度改革、社会から求められる医師像の変化、学位よりも専門医を志向する医師達、医療訴訟の増加等と、日本の医療環境の変化は急速に進んでいる。そしてこのような環境においては、今後も従来通りの大学医局と病院（診療科）の関係性をそのままの形で持続することは困難である事が考えられる。本研究では、大きく変わる医療環境の中で、急性期病院の診療科を率いる診療科部長を対象にヒアリングを行い、現場の最前線での課題を抽出し分類することで、現場視点での病院経営上の課題を整理することを目的とする。

B. 研究方法

神奈川、千葉、東京都多摩地区の地域中核急性期病院3施設の計55名の診療科部長を対象に、各診療科が抱える現場での課題に関してヒアリングを実施する。ヒアリングの結果得られた課題をそれぞれ定性的にカテゴリーに分類し、各診療科が共通して抱える課題を整理する。

C. 研究結果

ヒアリングの結果、55名の診療科部長が考える急性期病院における各診療科の現場の課題として、その内容をカテゴリー化すると以下の項目が挙げられた。1. 人員不足の課題（47%）、2. 診療科専門特化の課題（44%）、3. 救急体制の課題（44%）4. 外来の課題（40%）、5. 手術（手術室）の課題（38%）、6. 研究活動の課題（33%）、7. 病院設備の課題（29%）、8. 病院の戦略に関する課題（15%）、9. 業務負担感の課題（13%）、10. 医師評価の課題（13%）、11. 入院における課題（7%）、12. 研修医の課題（4%）、13. 勤務体系の課題（4%）。ヒアリングにおけるそれぞれの具体的事例として以下に具体的サンプルを示す。

1. 人員不足の課題（47%）。「外来に関しては、5名全員で行っており、非常に多忙である。通常外来は早く終わっても午後2時、場合によっては午後4時過ぎまでかかることもある。実際外来が多忙すぎて病棟にいく時間も限られてしまい、インシデントが発生する可能性も高くなる。また医師が病棟になかなか来ないため患者からのクレームも多い。マンパワー不足の状態である」「現状は最低レベル必要な人員数で、すでに毎月平均当直7.5回（外勤当直含む）、当直待機6.5回となっており、拘束日数は14日となり、限界に来ている。可能であれば2名増加するだけでだいぶ違う。診療にある程度余裕が出れば、入局者も増えるはずと考えている」

2. 診療科専門特化の課題（44%）「専門外来を実施しているが、専門外来の問題点としては、各医局員の専門分野に左右される点と、評判が広まった頃に移動してしまい、閉じざるを得なくなってしまうことである。そのため高度に専門化した外来を行うためには、スタッフの固定が必要で、それに加え地域連携で紹介を増やすことが必要と考えている」「開

業医で診られる患者は開業医で診てもらう方向で調整している。スタッフ数には限界があり、高度医療を行うためにはそのようにするのが良いと考えている。また収入の面でもメリットがある。外来患者に関しては、当科では多数のいわゆるリピーター患者が来院するが、高度医療を提供するためには外来の質を再診から新患を増やす方向で実施していくべきであると考えている」

3. 救急体制の課題 (44%) 「当直に関しては外科系総合外来に組み込まれているが、大変である。出来ないことはできないと言うようにしている」「救急対応に関しては、当直は、内科系は1人で診療に当たるが、何でも診る事になるので年をとるとつらく、離職の原因になっていると思われる」

4. 外来の課題 (40%) 「初診は予約制ではなく、そのため連日2～5時間待ちの状況で評判が悪い。地域での高度医療を担うためにはインターネット予約などで初診から完全予約制を導入すべきと考えている。また初診のカルテが届くまで30分以上かかっており、これが待ち時間を長引かせている要因の一つにもなっている」「外来を何とかしたい。新患と再来が混在し、待ち時間も長い。これらの調整作業はすべて医師がやっており負担感が大きい。例えば外科総合外来などを立ち上げベテランの医師に振り分け業務等をやってもらう必要があると考えている」

5. 手術 (手術室) の課題 (38%) 「手術に関しては、特に手術室のマンパワーが手術数増加のボトルネックになっており、看護師を含めた手術室の人員増加があれば当科としても一層手術数を増やすことは可能と考えている。」「手術件数については中々増やすのは難しいが、理由としては、外来が非常に煩雑で説明書等がパスで決まっていることもあり、それらを全て医師が行っていることもある」

6. 研究活動の課題 (33%) 「研究を実施するためには研究技術員が必要であるが、そのようなサポートがなく、実験環境作りをすべて医師にまかせる体制では一般診療が多忙なため、実験をする意欲がなくなってしまうと考えている」「研究に関しては、現状では手術と病棟の患者管理で一杯である。スタッフも通常帰宅するのは午後9時過ぎであり、そこから研究を行うのは実質難しい。アカデミアに携わりたい気持ちはあるが、やりたくてもできていない状況である」

7. 病院設備の課題 (29%) 「より安全かつ質の高い手術のためには最新の手術材料や器具が必要なため、病院には理解してもらいたい」「当初は医療機器をはじめとして何もない状態であったが、努力して環境作りに努めた。しかし環境作りのための資金は法人からは出ないため当科でアルバイトなので稼いだ医局費を用いて機器を購入したりした。しかし、

これらの努力は特に部長の給料に反映されることもないため、診療科部長のヤル気一つにかかっている状況である」

8. 病院の戦略に関する課題（15%）「アクティビティが高い診療科により多くの資源をつけてくれば、もっともっと仕事をする自信がある。入局者がいても有給枠がない状態である」「当院の役割として、治験を積極的に実施する義務があると思っている。興味深い治験依頼が来るので受けたいが、体制が整っていないので断らざるを得ない状況である。製薬会社も医療機関の選別を始めており、当院にとっても今が瀬戸際であると考えている」

9. 業務負担感の課題（13%）「病棟クラークの業務を拡大させ、診療以外の行為を医師がやらずにすむような体制作りが望まれる。患者のためにも医師意外に出来る仕事を医師にやらせるべきではないと考えている」「連携に関する手続き等はすべて医師が行うことになっているが、努力しているものの医師の負担は大きく、医局には、これらを主業務とするクラークなどの事務人員の補充が必要と考えている」

10. 医師評価の課題（13%）「ある医師が「これだけ入院患者を集めている」という評価につながらない。入院を介した病院への貢献度を測るためには、そのような評価システムがあっても良いのではないか？」「一つ思うのは、当科はリスクが高く、労働時間も長く、また売り上げも高い診療科であるが、給与体系が全科で全く同じというのもどうかと思うことがある」

11. 入院における課題（7%）「当科では入院に占める老人の割合が多く、65歳以上が全患者の64%を占める。多くの患者の家族が在宅療養を拒む傾向があり、主治医があえて強制的に長期入院患者を退院させないため、入院が長引くことも多い。一方で他院では平均在院日数短縮のため長期入院が予想される患者を外来時にあらかじめ断っている」「平均在院日数が長い、その理由としてリハビリ科や回復期リハ病棟がない事や後方連携不足に加え、当科の伝統としては急性期のみならず長期にわたり患者をフォローする方針があるためである」

12. 研修医の課題（4%）「研修医の多くは研修期間中に当科を面白いと感じるが、拘束時間が長いなどの理由で入局しようとは思わず、他科にいつてしまうことが多い」

13. 勤務体系の課題（4%）「女性医師確保のためには勤務体系の柔軟性も必要と考えている。当科は元々女性医師が多く、現在子育て中の女性医師には外来、日勤のみを頼むこともあるが、当直は残りの医師がやることになり、双方にストレスがたまる。勤務体系の柔軟性が必要である」「医師を確保するためには勤務体制の柔軟性が必要と考えている。例え

ば外来勤務のみに対しても給与支払いが可能であれば、子育て休養中の女性医師などをフレキシブルに配置でき、他の医師の負担軽減にもつながる」

D. 考察

本研究の結果から、異なる診療科間においても、それぞれが直面する課題には共通するものが数多くあることが判明した。課題の原因としては、医療資源が限られている事による生じるものが多いと考えられたが、一方で病院が向かう方向性や救急体制の院内コンセンサスの不統一などに対する疑問など、病院経営者のリーダーシップにより現場と解決可能と思われる課題も多いと思われた。病院経営のガバナンス上、経営陣と現場の医師との課題の擦り合わせは不可欠であり、パラダイムシフトが急激に進む現状の医療環境においてはこれまで以上に経営陣は日頃から現場と積極的に対話することで現場の課題を抽出整理し、その解決に当たる事が求められる。

F. 健康危機情報

なし

