

表5. 医師不足感, 疲労感

あなたの勤務している病院の診療科の医師数は不足していると思いますか。

	度数	%
不足している	246	72.1
ちょうどよい	86	25.2
過剰である	9	2.6

労働に伴う疲労感

	度数	%
疲労を感じても翌日には残らない	54	15.8
翌日まで疲労が残ることがある	190	55.7
常に疲労を感じている	97	28.4

表6. 「やりがい」に関する質問

	とてもそう 思う (score=5)	まあそう思 う (score=4)	どちらとも 言えない (score=3)	あまりそう 思わない (score=2)	全くそう思 わない (score=1)
上司, 同僚, 部下の医師は, 総じてあなた をサポートしてくれる	85 24.9	183 53.7	43 12.6	22 6.5	8 2.3
医師以外のスタッフ (看護師・パラメディ カルなど) は, 総じてあなたをサポートし てくれる	74 21.7	196 57.5	39 11.4	25 7.3	7 2.1
忙しくて, 一人一人の患者に接する時間が 短い	80 23.5	122 35.8	82 24.0	53 15.5	4 1.2
患者との関係は, 総じてうまくいっている	38 11.1	253 74.2	45 13.2	5 1.5	0 0.0
忙しくて, プライベートな時間が制約され ている	125 36.7	104 30.5	66 19.4	43 12.6	3 0.9
自分の給与に満足している	9 2.6	73 21.4	80 23.5	96 28.2	83 24.3
現在の自分の職務に, 総じてやりがいを感 じている	40 11.7	158 46.3	88 25.8	45 13.2	10 2.9
今までの自分の医師としてのキャリアに 満足している	28 8.2	133 39.0	103 30.2	64 18.8	13 3.8
進学先を迷っている高校生の相談を受け たとしたら, 医学部受験を勧める	15 4.4	67 19.6	143 41.9	77 22.6	39 11.4
患者の要求が, 度が過ぎると感じるものが 増えた	96 28.2	210 61.6	19 5.6	15 4.4	1 0.3

表7. カテゴリカル回帰分析

(1) 従属変数: やりがい

	標準化係数		自由度	F	有意確率
	ベータ	標準誤差			
卒後年数	0.046	0.056	1	0.678	0.411
性別	0.012	0.049	1	0.059	0.808
病院種別	-0.045	0.049	2	0.847	0.430
所在地	-0.046	0.049	1	0.888	0.347
診療科	0.065	0.048	3	1.812	0.145
週あたり総労働時間	0.119	0.052	1	5.246	0.023
職場における役割	-0.105	0.052	3	4.039	0.008
同僚のサポート	0.321	0.053	4	36.468	0.000
スタッフのサポート	0.133	0.053	2	6.215	0.002
給与満足	0.226	0.052	4	19.136	0.000
過剰な患者要求	-0.141	0.049	3	8.411	0.000

調整済み R2 乗=0.246

(2) 従属変数: 疲労感

	標準化係数		自由度	F	有意確率
	ベータ	標準誤差			
卒後年数	-0.061	0.058	1	1.093	0.297
性別	0.075	0.052	1	2.076	0.151
病院種別	-0.066	0.051	2	1.645	0.195
所在地	0.001	0.052	1	0.000	0.983
診療科	-0.041	0.051	3	0.664	0.575
週あたり総労働時間	0.221	0.055	1	16.103	0.000
職場における役割	0.018	0.054	2	0.112	0.894
同僚のサポート	-0.126	0.054	2	5.507	0.004
スタッフのサポート	-0.091	0.054	2	2.850	0.059
給与満足	-0.136	0.054	3	6.321	0.000
過剰な患者要求	0.145	0.052	3	7.739	0.000

調整済み R2 乗=0.155

図 2. パス図

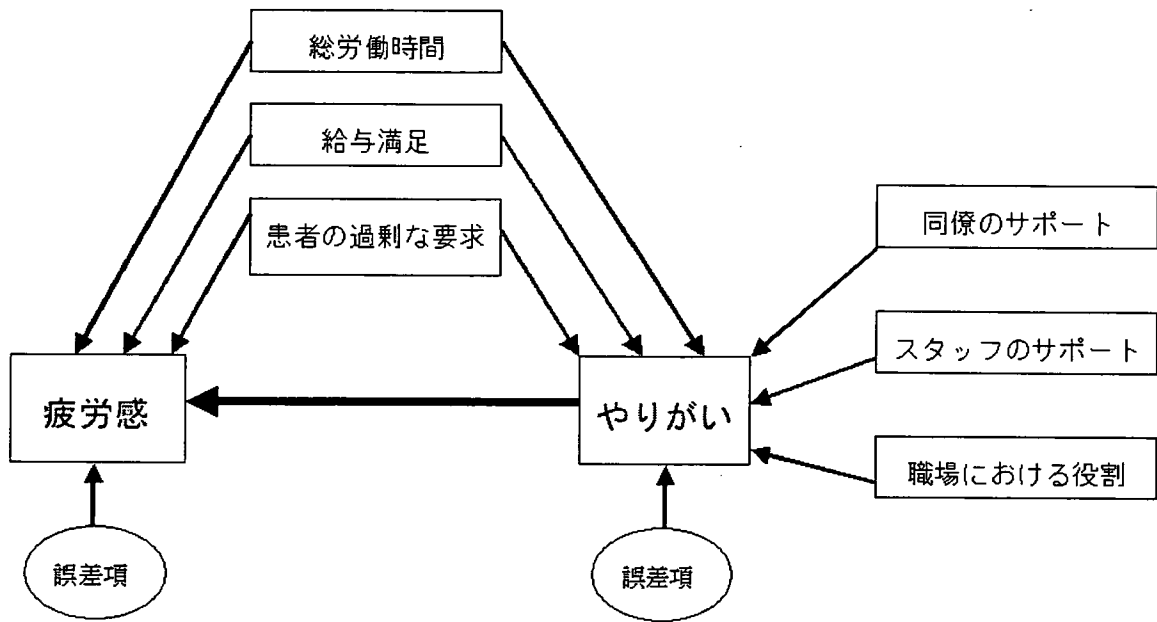


表 8. パス解析の結果

		推定値	標準誤差	検定統計量	確率
やりがい	<--- 給与満足	0.147	0.039	3.768	0.000
やりがい	<--- 総労働時間	0.006	0.003	2.079	0.038
やりがい	<--- 同僚のサポート	0.343	0.049	7.019	0.000
やりがい	<--- 職場における役割	-0.095	0.035	-2.696	0.007
やりがい	<--- 過剰な患者要求	-0.121	0.062	-1.95	0.051
やりがい	<--- スタッフのサポート	0.132	0.05	2.625	0.009
疲労感	<--- 給与満足	-0.07	0.029	-2.451	0.014
疲労感	<--- 総労働時間	0.011	0.002	5.019	0.000
疲労感	<--- 過剰な患者要求	0.14	0.045	3.103	0.002
疲労感	<--- やりがい	-0.075	0.036	-2.08	0.037

「医師のキャリアパスを踏まえた動態把握のあり方及びその配置の最適化に関する研究」
（総合）分担研究者報告書

病院医師規模と労働生産性分析による病院類型化の試み

分担研究者：中村利仁 北海道大学大学院医学研究科医療システム学分野
研究協力者：古本尚樹 北海道大学大学院医学研究科医療システム学分野

研究要旨

医師の集約化によって医師の過不足にどのような影響があるのかを明らかにするため、病院の医師数と医師の労働生産性の分析から、病院の類型化が可能であるか否かを検討した。全国の病院から無作為抽出した996病院を対象にして郵送調査を行った。260の有効回答があった。病院医師規模が比較的大きい病院では、医師一人当たり看護職員数、看護スタッフ数と、医師一人当たり退院数、入院特掲診療料収入等との間に直線的関係のある病院群が存在した。病院医師規模100人以上の施設は全てこれに含まれ強い正の相関を示した。医師一人当たり看護スタッフ数が制約条件となっているものと考えた。これらの施設では医師一人当たり看護スタッフ数を増加させること等によって医師労働生産性の改善が図りうる可能性があると考えた。

A.研究目的

医療の質向上を目的として、近年、医師の集約化・重点化が行われてきている。本来、集約化によって業務の平準化が為されて医師の負荷は軽減されるはずであるが、現場の医師不足感や疲弊感は強い。本研究においては、病院に勤務する医師の常勤換算した数（以下、病院医師規模とする）によって医師の労働生産性にどのような特徴があるのか、それはなぜか、また、その特徴によって病院の類型化を提案して、具体的な改善策を検討することを目的としている。

B.研究方法

平成18年6月に北海道の全ての病院を対象にした調査票郵送によるパイロットスタディを行った。その結果を参考に、平成19年1月～2月に、全国の病院を対象にした郵送・FAX併用の調査票による調査を行った。調査は、平成18年8月1日現在に存在した全国8959病院から無作為抽出によって1000病院を選び、平成19年1月末に調査票を発送した。発送後、最高3回までの電話連絡によって1ヶ月間にわたり協力依頼を行った。調査票の紛失あるいは未着があった場合にはFAXにて調査票等を送付した。

なお、医療施設静態調査および病院報告の個票データによって全国規模で経時的変化の分析を行う予定であったが、分担研究者の目的外使用申請

手続きに不備があつて使用をすることができず、本報告書に結果を報告することはできなかった。

C.研究結果

宛先不明等の理由により、最終的な送付先は996病院であった。平成19年2月28日までに375病院から郵送及びFAXでの回答があった。なお、498病院からは調査協力への拒否の意思表示があった。常勤換算医師総数は11319.1人、平均病院医師規模は30.2人となった。これは、医療施設調査（静態・平成17年10月1日現在）の病院数9026、医師数18002.3人から計算した平均病院医師規模19.9人の1.5倍であり、明らかに医師規模の大きい病院からの回答が多く、医師規模の小さい病院からの回答は少ないというバイアスが存在しているものと考えた。回答のあった375病院のデータから、無回答欄やデータの整合性等を検討して有効回答260（有効回答率26.1%）を得た。分析の対象とした医師数は常勤換算で8043.6人、平均病院医師規模は31.0（最小2.0～最大686.6）となり、やはり大きな偏りがあった。常勤換算医師一人当たりの保健師、助産師、看護師及び准看護師（以下、看護職員）の常勤換算数（医師一人当たり看護職員数）は平均3.65、さらに看護業務補助者を加えた（以下、看護スタッフ）常勤換算数（医師一人当たり看護ス

スタッフ数)は平均4.34であった。労働生産性を、常勤換算医師を投入として、退院患者数と入院特掲診療料収入を産出として算出すると、常勤換算医師一人当たり月間退院患者数は、平均5.79、同じく入院特掲診療料収入は平均281万7522(円)であった。看護職員一人当たり月間退院数の平均は1.58、看護スタッフ一人当たりでは1.33であった。なお、病院医師規模50人以上の病院では、看護職員一人当たり月間退院数は1.00~2.93人、看護スタッフ一人当たりでは0.90~2.80人となった。医師一人当たり看護職員数と医師一人当たり月間退院数を見ると、医師一人当たり看護職員数が2人以下の場合、月間退院数が5人を超える病院は見られず、これらの病院に常勤換算で3102.4人の医師が勤務していた。医師一人当たり看護職員数が2人を超えると医師一人当たり月間退院数も5人を超える病院が見られ、看護職員数が2人を超えて4人までの病院で、月間退院数が5人を超えて10人までの病院の常勤換算医師総数は1230.3人であった。(表1~4、図1~8)

看護師、看護スタッフで規模の経済は明確でなかった。(図9、10)

病院医師規模によって4つの病院群に分け、生産性の分析を行った。100人以上の施設について病院医師一人当たり看護スタッフ(保健師、助産師、看護師、准看護師及び看護助手)数と医師一人当たり月間退院患者数の間に相関係数0.930と正の強い相関が見られた。25人未満では同様に負のごく弱い相関が見られた。(表5)

医師配置の指標として病院医師一人当たり看護スタッフ数(あるいは、その逆数である看護スタッフ一人当たり病院医師数)を取り、産出の生産性の指標として看護スタッフ一人当たり月間退院患者数を取り、病院医師一人当たり看護スタッフ数で2.0、(あるいは、その逆数である看護スタッフ一人当たり病院医師数にして0.5)を境により小さいものをA群、大きいものをB群とし、さらにB群を看護スタッフ一人当たり月間退院患者数が1.0未満のB1群、1.0から3.0のB2群、3.0以上のB3群に類型化した。(図11、図12)

D.考察

医師一人当たりの看護職員数、看護スタッフ数と退院患者数、入院分の特掲診療料収入との間に直線的な関係の存在する病院群が、病院医師規模25人以上で存在した。特に病院医師規模50人以上の病院では、看護職員一人当たり月間退院数は1.00~2.93人、看護スタッフ一人当

りの同は0.90~2.80人と比較的狭い範囲に集中しており、これが直線的関係の原因であると考えられた。これらの病院群内の医師労働生産性のバラツキは極めて大きかった。特に、医師一人当たり看護職員数、看護スタッフ数が2人以下の病院での産出の低さが目についた。看護職員数、看護スタッフ数に比して相対的に退院数や入院特掲診療料収入の少ない病院群も存在し、これらは病院医師規模25人未満の病院に多く見られた。中でも医師一人当たり看護スタッフ数が12人超の病院群では、医師一人当たり月間退院数はおおむね5人以下に留まった。長期療養患者を対象とする病院が多いものと思われる。対して、看護職員数、看護スタッフ数に比して退院数、入院特掲診療料収入の大きい病院群は存在が明確でなかった。

医師集約化は急性期病院に勤務する医師を対象にして、中規模の病院から大規模病院へと医師を移動させることになる。本研究で見ると、原因は必ずしも明確ではないが、医師規模が100人を超えるような病院では医師の労働生産性は比較的低い。医療の質向上のために必要不可欠な施策とは言え、単純に医師だけを中規模病院から大規模病院へと移動させたのでは、医師全体の労働生産性は低下し、医師需給の逼迫を招く可能性があると考えられる。対策のポイントとして示唆されるのは、大規模病院での看護職員の労働生産性が、医師のそれに比較してバラツキが小さいという点である。看護師を医師と同様に集約化し、あるいは看護助手を同様に新規に投入することにより、大規模病院での医師の労働生産性を向上させる可能性はあると考えられる。ただし、その実現のためには医師と保健師、助産師、看護師、准看護師、看護助手等との間の業務分担の見直し等の具体的改善策が必須であるから、実現可能性を検討するために、各職種別のタイム・スタディ等の実施とその分析、さらには具体化のための調整作業が必要であろう。大規模病院での業務の見直しなくして、医師集約化による医師需給の逼迫は避けられないと考える。中小規模病院ではそもそも退院や特掲診療料収入に直結するような医療行為の少ない群の存在することが示唆された。今回採用したのは別の産出の指標による生産性の再評価が必要であると考えられる。

ゴールドラットの制約理論によれば、生産資源を共有するラインの中で一番生産力の小さい部分が全体の生産力を決定すると言う。平均在院日数の短縮により、もはや病床数はボトルネックではないことがわが国に於いても明らかとなった。少なくとも急性期病院では看護職員、看護スタッフ

一人当たりの退院数のバラツキが小さく、看護職員や看護スタッフが病院にとってのいわゆるボトルネックとなっている可能性がある。これら職種の生産性を向上させることが、入院医療の効率化に一定の寄与する可能性があると考え。

現状に於いて病院医師一人当たり看護スタッフ数と看護スタッフ一人当たり月間退院患者数によって類型化して、それぞれについての医師配置の最適化を考えるなら、病院医師規模の大きな病院でA群に属する施設については、各個の施設においては看護師の生産性を最大化すべく工夫が必要であるが、A群内、さらには全体として見れば、医師に対して十分な看護スタッフが配置されるよう施設間で人員の移動を行い、最低限でも医師一人当たり看護スタッフ数が2.0を十分に超える程度の配置によって、医師需給の逼迫の改善が見られる可能性があると考え。ただし、詳細な医師のタイムスタディ、特に各業務に必要とされる人員数とその業務が他の専門職種、非専門職種で代行可能であるか否かについての厳密な評価付のタイムスタディによる妥当性の検討が不可欠である。また、全体の不足が存在する場合、配分の最適化によっても全体の改善に寄与することはわずかしか期待できないし、他方、全体に充足しているか過剰であったとしても、配分があまりにも不適切であれば、医師の需給の逼迫が解消されることはない。

本研究の限界として、郵送アンケートとしては比較的高い回収率となったとは言え、有効回答率が26.1%に留まり、しかも、病院医師規模について明らかに大規模病院に片寄せた回答があったという点については注意が必要である。

今回の分析の中では特に医師規模の小さい施設の回収率が低かったことによって、これらで検討の対象外となった施設の割合が多かったであろう事が推定され、医師規模が25人以下と小さい病院群で見られた相関は信頼できない可能性が残る。

調査に対して明確な協力拒否の意思表示がおよそ半数に達したということからも、回答に応じた病院が、逆に何らかの特性を持った集団であることも否定できない。本研究の結果について一定の留意が必要であると考え。さらに、産出量として退院患者数を用いたが、そもそも医療機関によって対象とする疾患や患者の身体的状況や社会的環境に大きなバラツキが存在している。たとえば、手術目的の入院等、大きな医療資源の消費を比較的短期間に完了して退院していく患者を主として診療対象としている病院と、基本的欲求充足の能力が疾患によって奪われ、謂わば終わらない医療サービスを必要とする患者を主たる診療の対象と

する病院では、退院数を絶対的な評価基準として用いる比較妥当性は乏しいであろう。もうひとつの産出量として採用した診療収入であるが、これも患者の特性に大きく左右されるだけでなく、その金額が適切な評価であるのか否かについても種々の議論がある点については留意したい。制約理論については、ボトルネックとなる生産資源が事業所によって異なるであろう事も示唆されている。今後、他の生産要素の生産性分析を順次行っていくことにより、看護職員数、看護スタッフ数もまた交絡因子に過ぎず、真のボトルネックは別にあることが明らかになる可能性もある。さらに言えば、全ての病院が各々の全ての生産要素について分析することにより、各々の病院のボトルネックが看護職員、看護スタッフでない病院の存在することが明らかにできるだろう。

E. 結論

病院医師規模が比較的大きい病院では、医師一人当たり看護職員数、看護スタッフ数と、医師一人当たり退院数、入院特掲診療料収入等との間に直線的関係のある病院群が存在した。医師集約化に当たっては、看護職員の集約化や看護助手等の投入を同時に考慮し、合わせて業務分担の見直しをも検討する必要があると考え。また、それだけでなく、特に病院医師規模が比較的大きい病院では、看護スタッフの生産性は一定の範囲にあり、対して配置されている医師数とその生産性には大きな幅が存在する。医師に対する看護スタッフ数を十分な割合になるべく医師配置、看護スタッフ数を施設間で調整することが望ましいと考える。

【付記】

病院報告ならびに医療施設静態調査の個票データの目的外使用を申請し、名寄せデータセットを作成して経時的な医師労働生産性の分析を行う予定であったが、分担研究者の手続きの不備によって申請の受理を得ることができなかった。

従って、経時的分析は本研究に於いて行わずに終わっている。

申請のサポートを最後までしていただいた関係者の皆様にお詫びと御礼申し上げます。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 (投稿中)

中村利仁、濃沼信夫、前沢政次、寺下貴美：北海道に於ける病院医師規模と医師労働生産性計測の

試み, 日本医療・病院管理学会誌

2. 学会発表

中村利仁, 濃沼信夫, 丁漢昇, 伊藤道哉, 前沢政次, 古本尚樹: 北海道における病院医師規模から見た医師労働生産性の計測: 第44回日本病院管理学会: 名古屋国際会議場, 2006年10月20日

中村利仁, 濃沼信夫, 伊藤道哉, 前沢政次, 古本

尚樹: 医師労働生産性分析と病院医師規模による病院の医療機能類型化の試み: 第45回日本病院管理学会: 横浜ロイヤルパークホテル, 2007年10月26日

H.知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

常勤換算医師数の分布

表1

医師一人当たり 月間退院数	医師一人当たり 看護職員数							小計
	2人以下	~4人 以下	~6人 以下	~8人 以下	~10人 以下	10人~		
5人以下	3102.4	428.7	159.1	186.9	134.3	140.6	4152	
~10人以下		1230.3	1192.6	307.8	64.3	40	2835	
~15人以下		37	608.2	290.2	38.3		973.7	
15人~		7.8	30.6	29.6	10.8	4.1	82.9	
小計	3102.4	1703.8	1990.5	814.5	247.7	184.7	8043.6	

表2

医師一人当たり月間退院数	医師一人当たり 看護スタッフ数							
	2人以下	~4人 以下	~6人 以下	~8人 以下	~10人 以下	~12人 以下	12人~	小計
5人以下	3061.6	373	119.3	78.8	163.3	85.9	270.1	4152
~10人以下		948	1164	449.3	122.64	107.4	43.7	2835
1~15人以下		27.9	484	331.9	71.2	48.5	10.2	973.7
15人~			21.8	22	24.2		14.9	82.9
小計	3061.6	1348.9	1789.1	882	381.34	241.8	338.9	8043.6

表3

医師一人当たり月間特掲診療料収入	医師一人当たり 看護職員数							小計
	2人以下	~4人 以下	~6人 以下	~8人 以下	~10人 以下	10人~		
~200万円以下	2394.6	294.3	193.5	145.6	21.5	35.2	3084.7	
~400万円以下	707.8	1401.7	1141.2	321.8	109.3	58.6	3740.4	
~600万円以下		7.8	579.8	209	57.3	43.3	897.2	
600万円~			76	138.1	59.6	47.6	321.3	
小計	3102.4	1703.8	1990.5	814.5	247.7	184.7	8043.6	

表4

医師一人当たり月間特掲診療料収入	医師一人当たり 看護スタッフ数							
	2人以下	~4人 以下	~6人 以下	~8人 以下	~10人 以下	~12人 以下	12人~	小計
~200万円以下	2353.8	235.9	190.2	92.2	78.5	44.7	89.4	3084.7
~400万円以下	707.8	1113	1135.3	433.7	186.4	41.6	122.6	3740.4
~600万円以下			409.7	310.8	66.9	72.5	37.3	897.2
600万円~			53.9	45.3	49.5	83	89.6	321.3
小計	3061.6	1348.9	1789.1	882	381.3	241.8	338.9	8043.6

表 5

表 医師一人当たり看護スタッフ数と看護スタッフ一人当たり月間退院患者数

病院医師規模	施設数	相関係数	式の係数(a)	式の係数(b)	P値
25人未満	208	0.275	-0.375	10.638	**
25～50人未満	19	0.292			—
50～100人未満	12	0.574			—
100人以上	20	0.930	2.012	0.135	**

** : < 0.01

* : < 0.05

— : ≥ 0.05

図1 医師一人当看護職員数と月間退院数

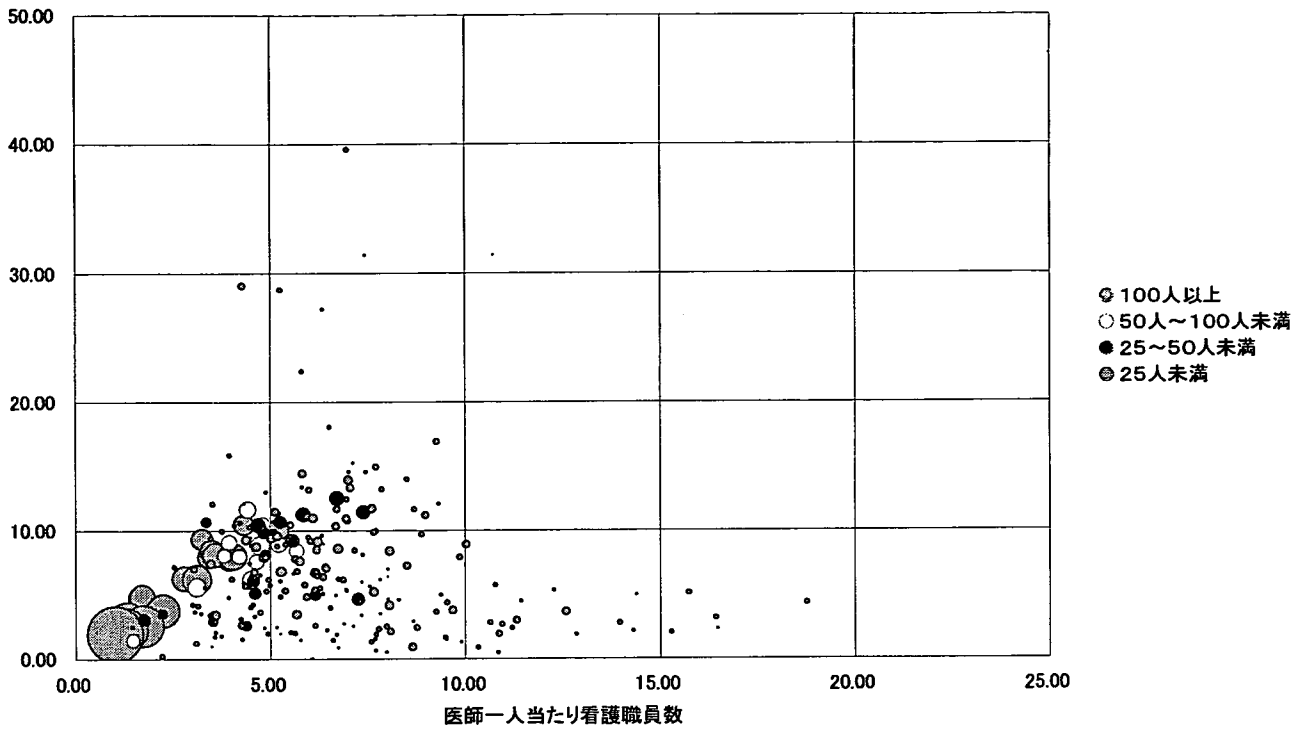


図2 医師一人当看護職員数と月間退院数(拡大)

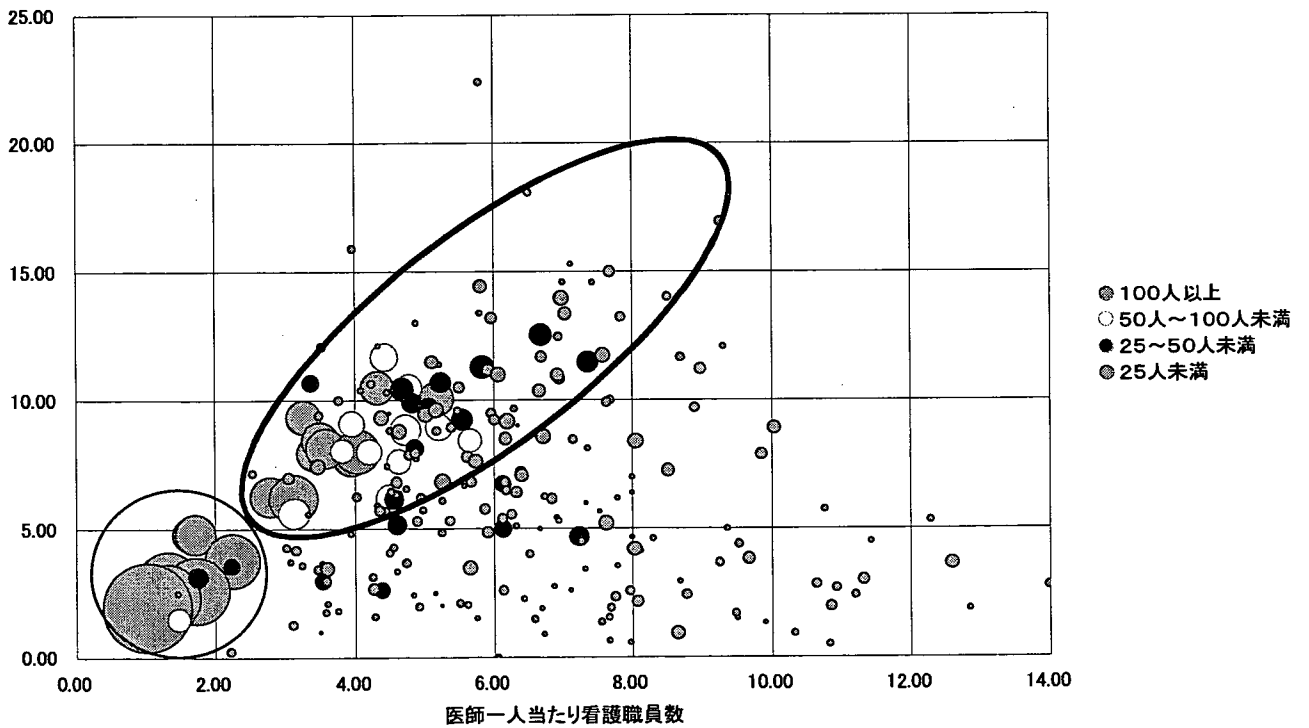


図3 医師一人当看護スタッフ数と月間退院数

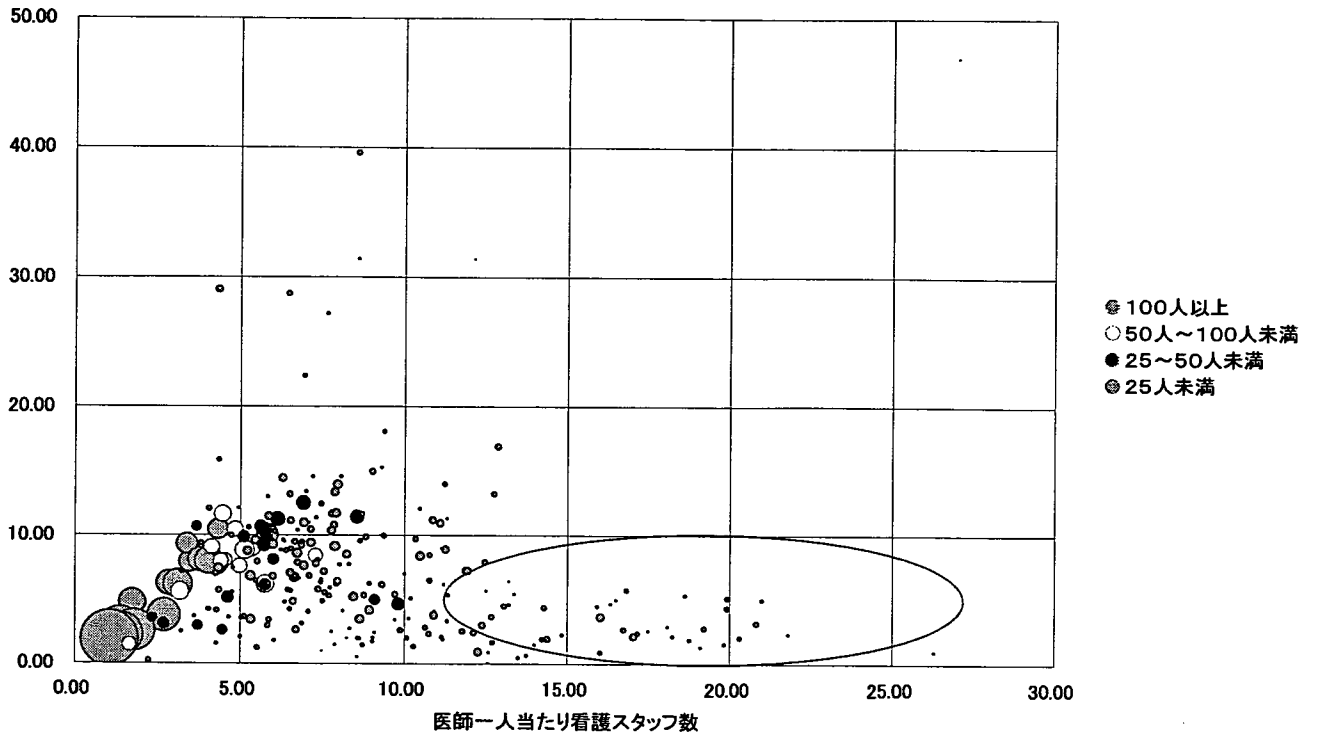


図4 医師一人当看護スタッフ数と月間退院数(拡大)

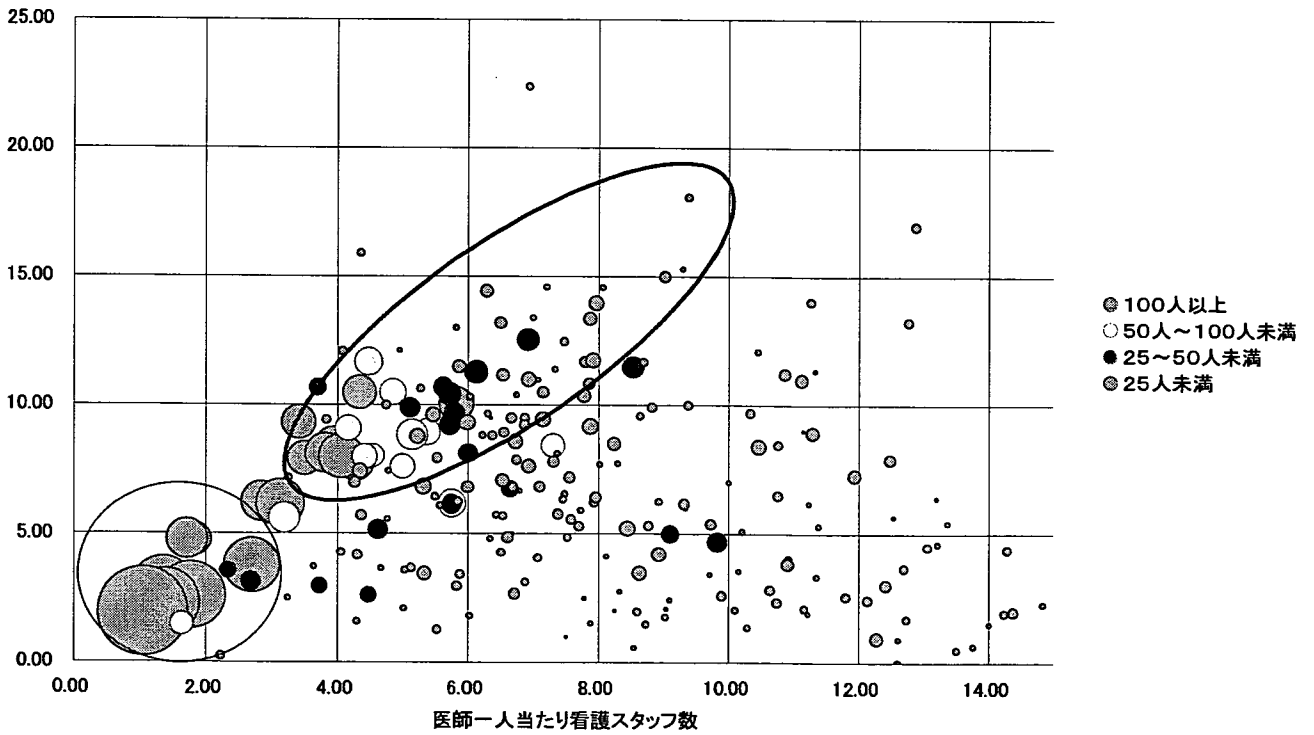


図5 医師一人当看護職員数と入院特掲診療料等収入

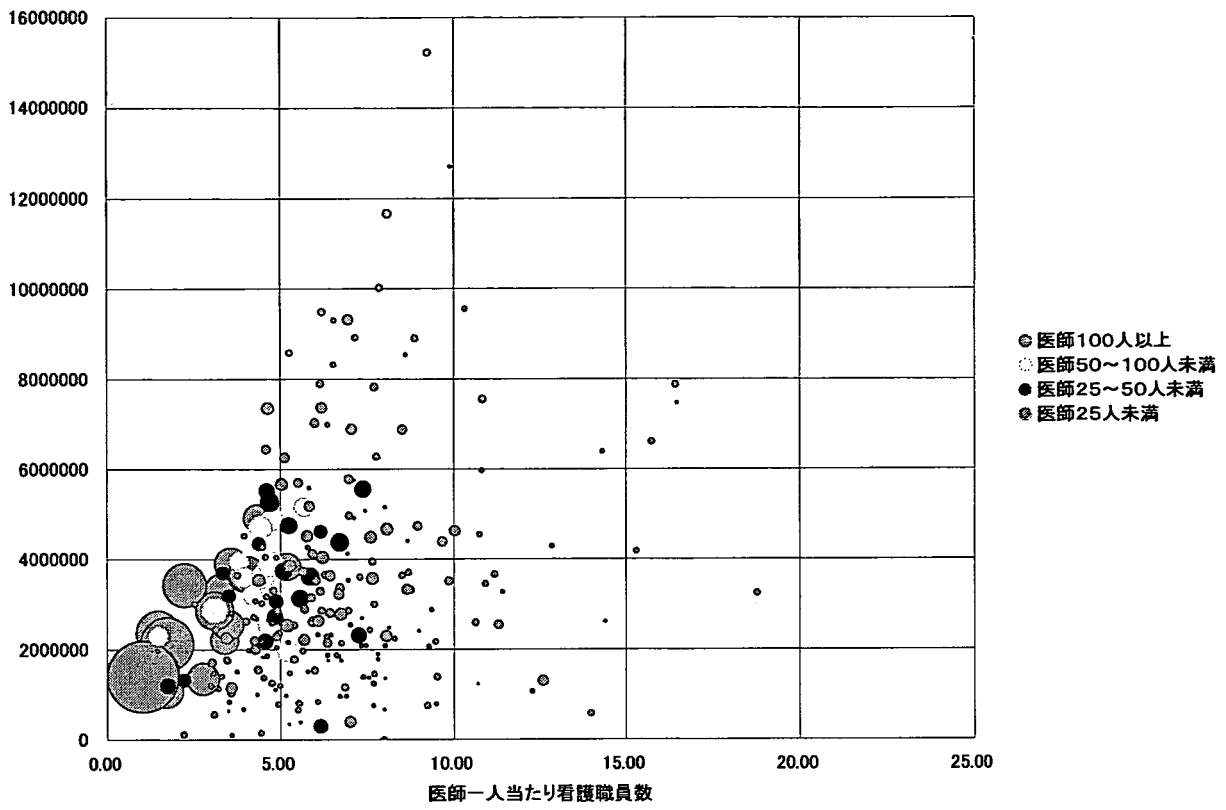


図6 医師一人当看護職員数と入院特掲診療料等収入(拡大)

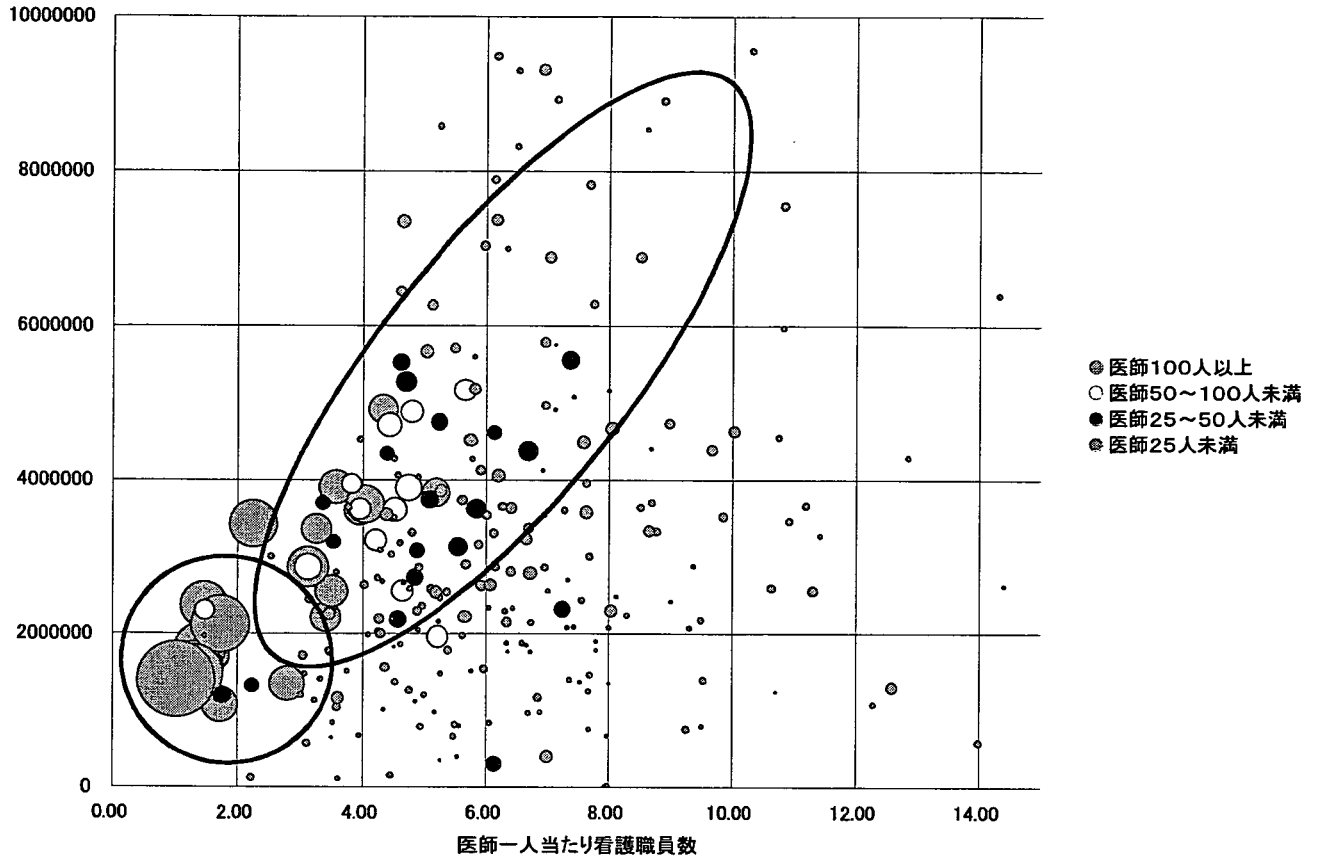


図7 医師一人当看護スタッフ数と入院特掲診療料等収入

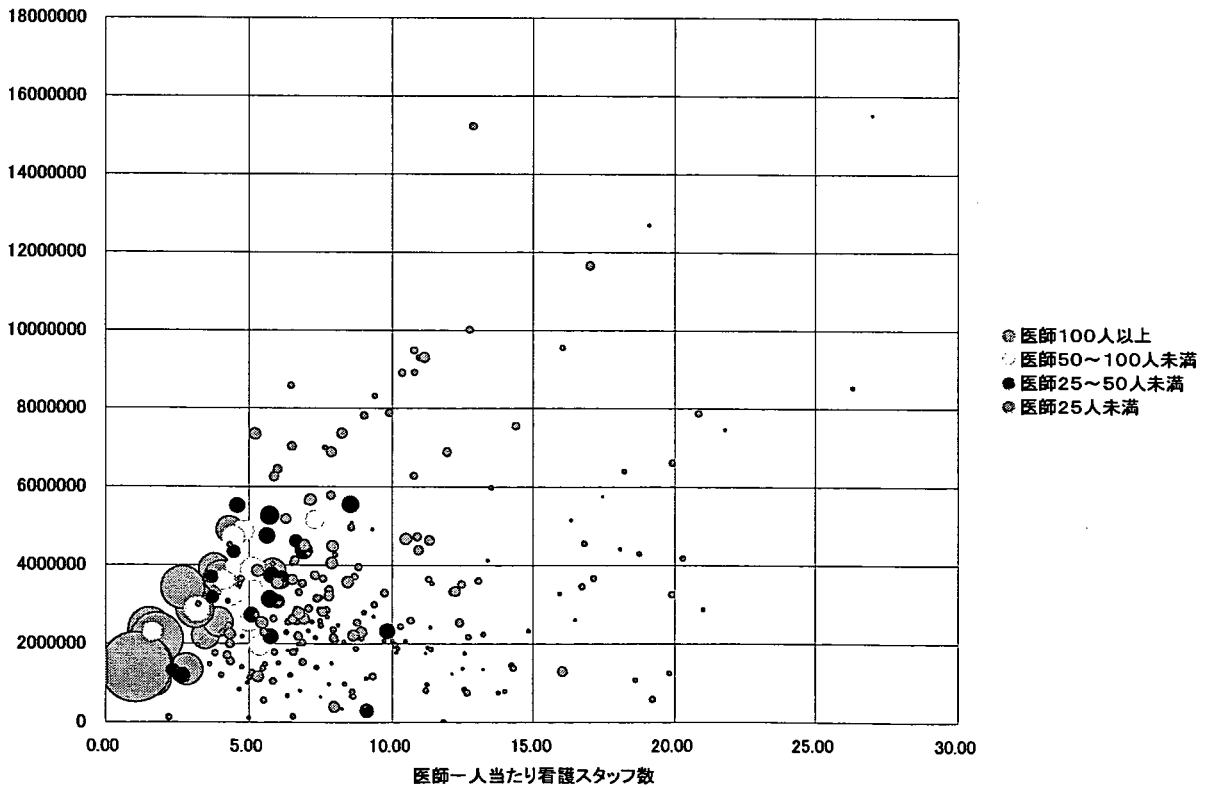


図8 医師一人当看護スタッフ数と入院特掲診療料等収入(拡大)

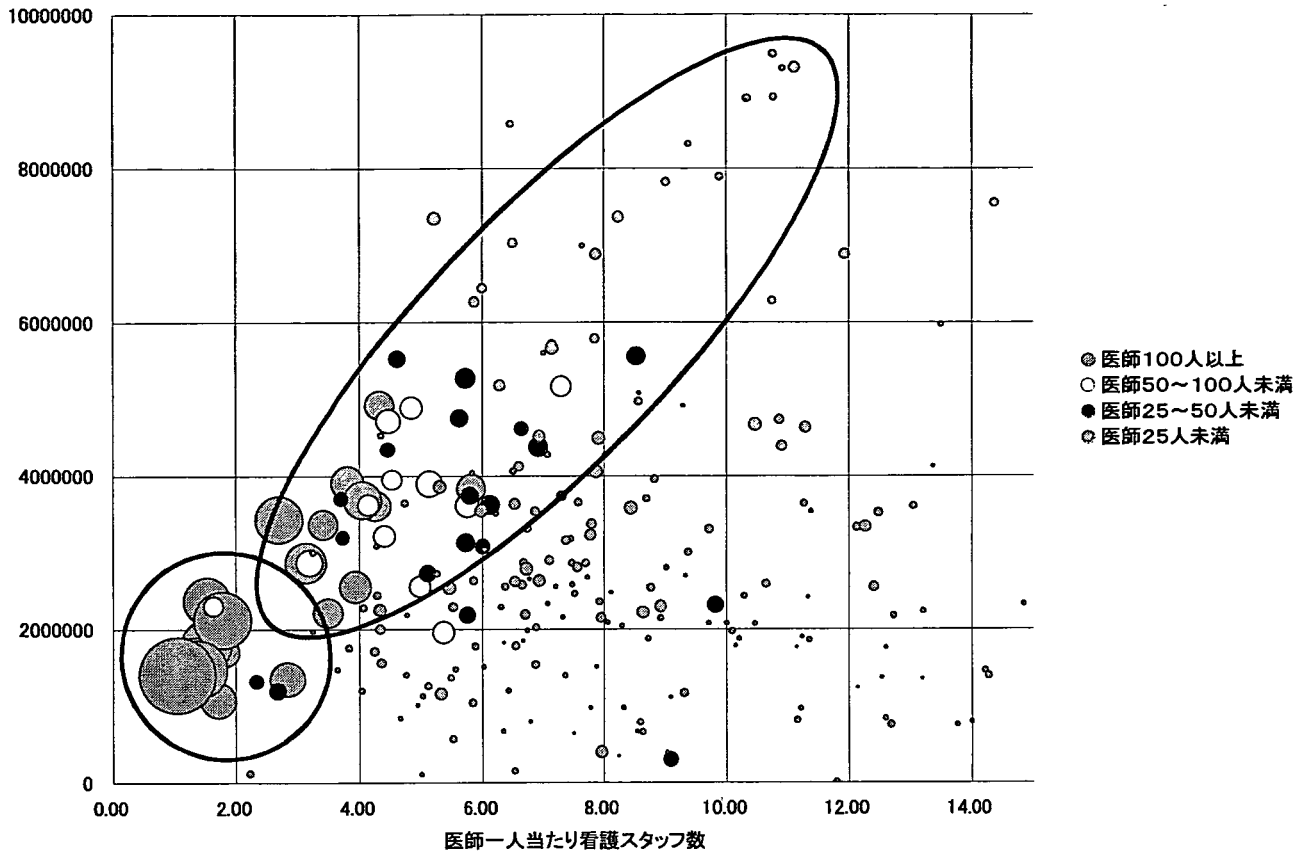


図9 看護職員規模と看護職員当たり月間退院数

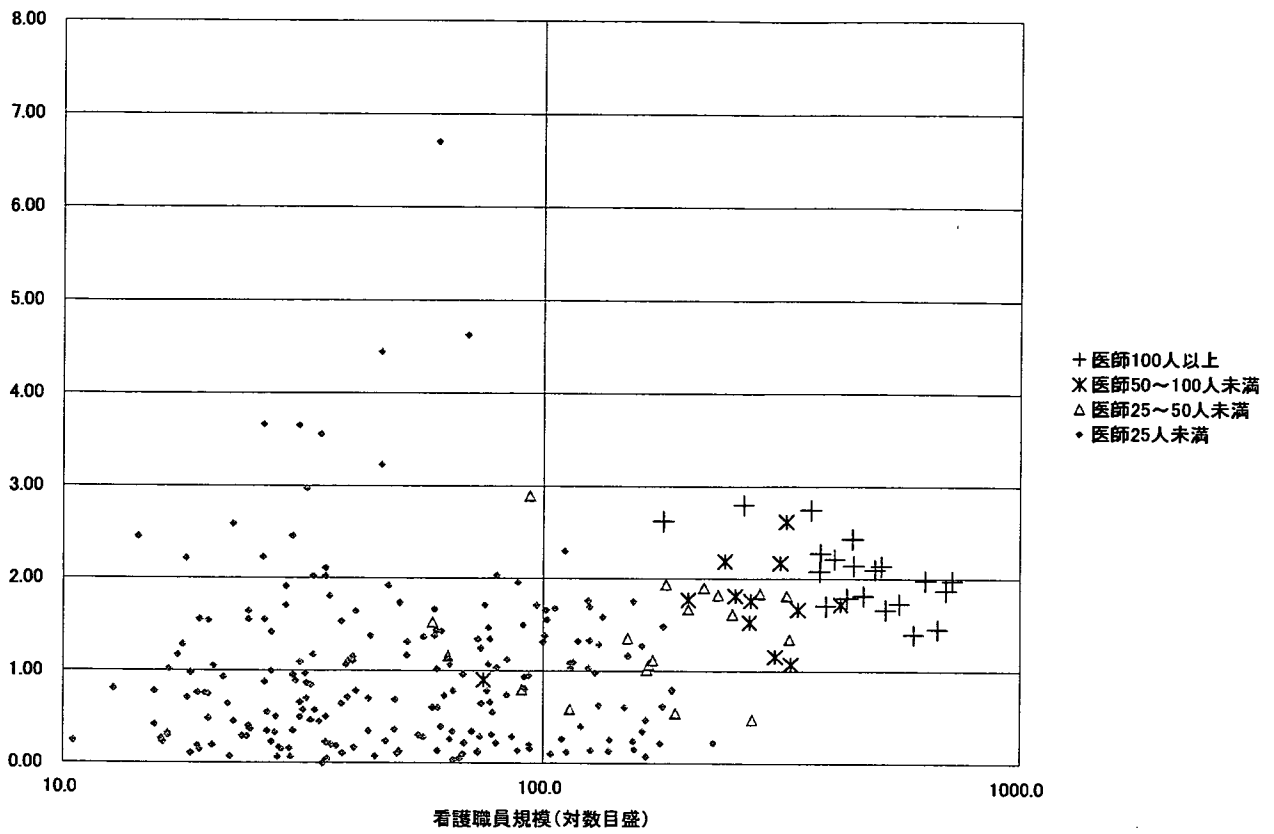


図10 看護スタッフ規模と看護スタッフ当たり月間退院数

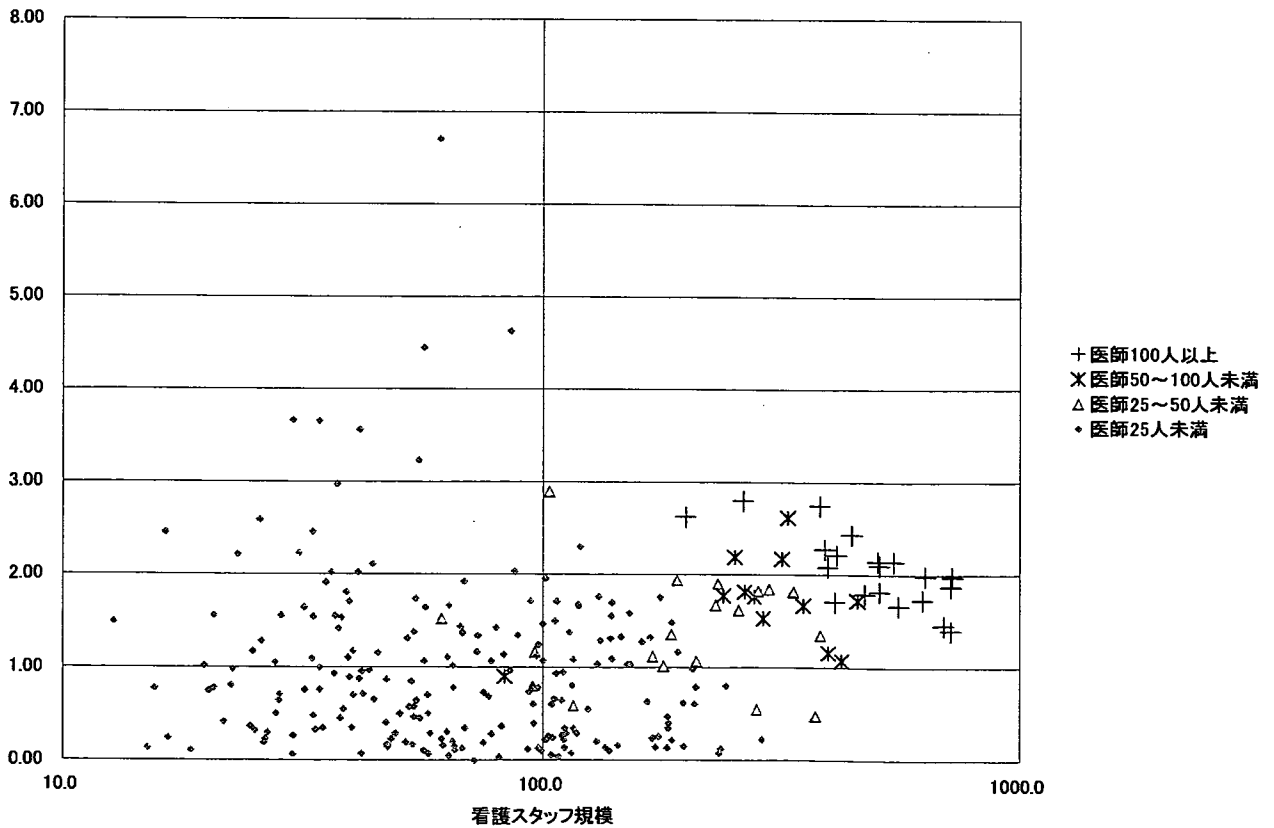


図 1 1

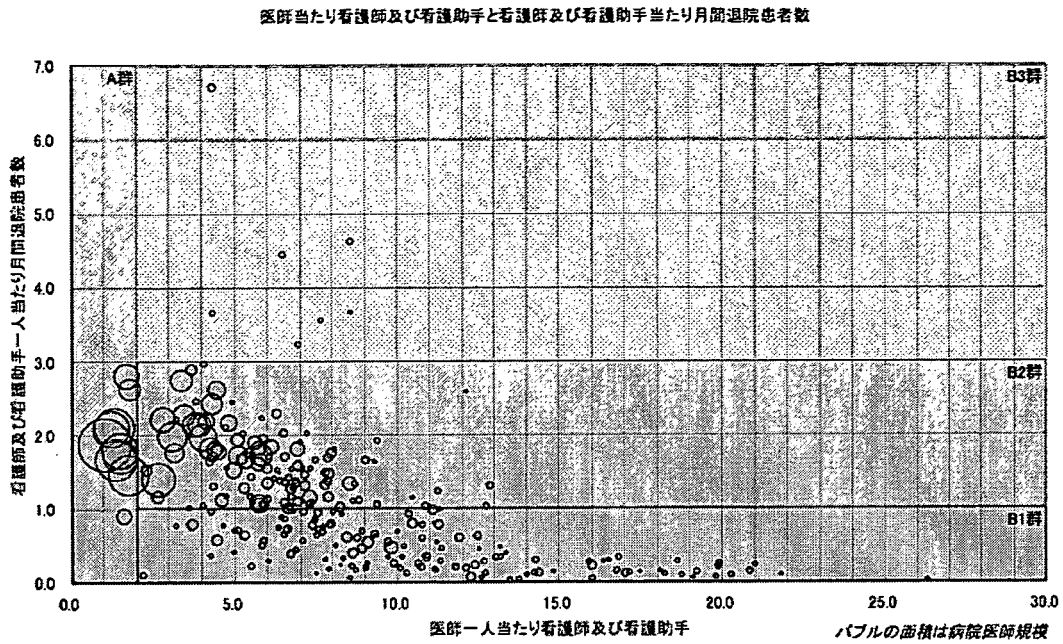
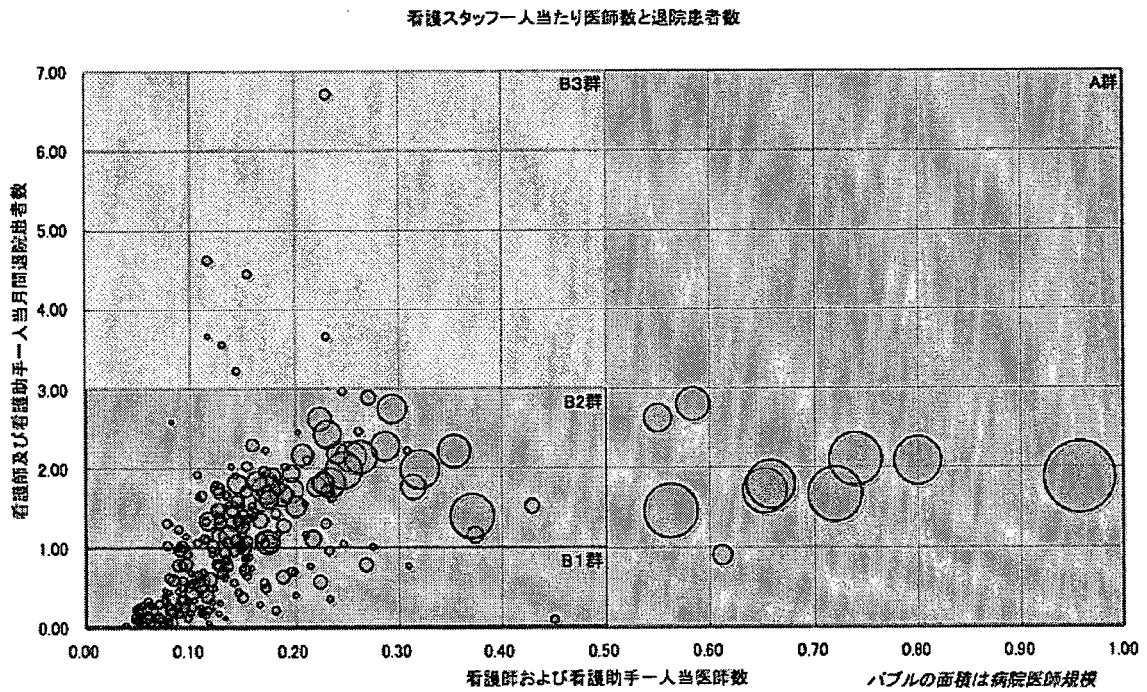


図 1 2



「医師のキャリアパスを踏まえた動態把握のあり方及びその配置の最適化に関する研究」
分担研究者報告書

在宅医療の充実をめざした医師養成のあり方（総合）

分担研究者：前沢政次 北海道大学大学院医学研究科医療システム学分野

研究要旨

在宅医療、特に在宅における看取りは、医療費の適正化の面からも増加充実が期待されている。しかし、平成18年4月から在宅療養支援診療所が設置されたものの、精力的に活動している診療所とほとんど機能していない診療所に二分極化している。18年度は在宅医療に熱意を持って取り組んでいる医師への半構造化面接と同時に、学生実習のポトフォリオを分析した。19年度は在宅医療療養支援診療所医師への半構造化アンケート調査を実施し、自らのキャリアパスの経験、後輩たちに在宅専門医を勧めるかどうか、在宅医療を行っていないプライマリ・ケア医に在宅医療に参入してもらうための戦略などを尋ねた。

また、在宅医療のエキスパートである医師によるワークショップ形式の討議を行い、在宅医療研修プログラムを明らかにした。

在宅医療従事医師の急激な増加は望めないが、まずは後期研修後のフェローシップを準備して、若い医師が参加しやすい研修プログラムの準備が重要と思われた。

A. 研究目的

わが国の統計によると死亡の場所は1976年に病院死と在宅死の比率が逆転し、近年は病院死率85%、在宅死率15%程度を推移している。在宅死率を高めるために2006年4月から在宅療養支援診療所が新設された。全国で約1万件の届出はあるものの、その実践には多くの課題を抱えている。特に、在宅医療を担う医師は必ずしも増加していない。

平成18年度の研究で我々は在宅医療に熱意を持って取り組んでいる医師への半構造化面接と同時に、学生による在宅医療実習のポトフォリオを分析した。

19年度は、在宅療養支援診療所の医師に半構造化アンケート調査を行い、自らのキャリアパスの経験、後輩たちに在宅専門医を勧めるかどうか、在宅医療を行っていないプライマリ・ケア医に在宅医療に参入してもらうための戦略などを尋ね、今後在宅医療を普及させるための問題点・課題を明らかにする目的で本研究を実施した。

B. 研究方法

1. 在宅医療従事医師への半構造化面接

在宅医療に従事している医師4名に個人半構造化面接を実施した。臨床に携わった年数、在宅医療に従事した年数、診療形態、在宅医療に取り組

むようになったきっかけ、若い医師への勧め、在宅非従事プライマリ・ケア医への期待について尋ねた。

2. 在宅医療実習学生のポトフォリオ分析

北海道大学医学部5～6年生の総合診療実習で在宅医療の実習に参加した学生48名のポトフォリオを分析した。

3. 在宅療養支援診療所医師へのアンケート調査

在宅療養支援診療所は我々の入手した資料では約1万ヶ所あり、ランダムサンプリングで978ヶ所を選定し、郵送でアンケート用紙を送付した。返信用封筒を付け、237ヶ所から回答を得た(24.2%)。

4. 在宅医療医師準備教育プログラム

19年5月、10月、12月に医師6名によるワークショップを開催し、若い医師たちに対する研修プログラムの概要について検討し、プライマリ・ケア医養成の際に在宅医療を義務づける方向性を確認した。

C. 研究結果

1. 在宅医療従事医師への半構造化面接

参加者の医師としての経験年数は20～40年、平均25.8年であった。在宅医療に従事した年数は7.5年から30年、平均16.4年であった。

診療形態は在宅医療を主としている者1名、外来も行う無床診療所2名、有床診療所1名であっ

た。2名は過疎地での診療に取り組んでおり、2名は都会での診療に取り組んでいる。

在宅医療に取り組むようになったきっかけは、「特別なものではなく、最初から除外できない診療形態であった」、「自治体に唯一の医療機関で、往診が大きな仕事と認識するようになった」「自分が最後に受けた医療を実践するため」「身体障害者の海外旅行に添乗して、医療を必要としている人に医療がない現実と直面し、この国では病気になると、外来通院できない人は入院するか、我慢するしか選択肢がないことに疑問を感じた。元気な医師や看護師が病気である患者宅へ訪問することは自然なことと思った」などの回答があった。

若い医師に「在宅医療を主に活動する専門医」になることを勧めるかどうかについては、「勧めない」2名、「積極的に勧める」1名、「どちらとも言えない」1名であった。それぞれの理由は「勧めない」と回答した者は「あまり最初から在宅だけというのは、考え方が偏ってしまうのではないか。病院医療で何ができるか、できないかを学んだ後で在宅を主にする選択もあってよいと思う」「在宅医療という形態は地域医療の一つの形である。外来医療の延長線上に在宅医療が存在するのであって、入院医療の先に在宅医療があると聞くと違和感がある」と説明した。「積極的に勧める」と回答した者は「在宅医療には慢性期医療の本質が隠れている。病院医療の経験は大切」と説明した。「どちらとも言えない」と回答した者は「地方では在宅のみという選択はありえない」と説明した。

現在在宅医療を行っていないプライマリ・ケア医に在宅医療を勧めるにはどのような戦略が有効と考えるかについて問うと、「研修段階での在宅専門の研修」「離島へき地医療研修」「とにかく、地域で患者の生活を支えるという体験をしてもらいたい」「そのためには卒前卒後の研修で、地域の診療所での実習・研修をして、医学的治療だけではなく、さまざまな職種が連携して（ゾーンデフェンスで）患者や患者家族の生活を支える体験をしてほしい」「講義で在宅医療の面白さを説いても、実際在宅の現場に出てみないとその面白さは理解できない」という学生や研修医への教育・研修の重要性を示すカテゴリーと「厚生労働省の政策誘導が大切」「開業医の意識改革が必要」という政策誘導のカテゴリーに分かれた。

2. 在宅医療実習学生のポトフォリオ分析

学生48名のポトフォリオを分析した。在宅医療実習で重視されるべき項目として「幅広い知識・技術」16名、「コミュニケーション」9名、「チーム医療」8名、「他の医師との連携」7名、「患

者の生活を直接見る」6名、「医師の体力と熱意・使命感」「患者の希望に沿う」5名と受けとめ方は種々であった。

在宅医療の問題点としては「在宅医療従事医師が少ない」5名、「連携が不十分」3名、「時間的制約が大きい」「道路事情が悪い」「家族介護力の乏しさ」が2名であった。

3. 在宅療養支援診療所医師へのアンケート調査 (1) 基本属性

施設種別は有床診療所38件(16.5%)、無床診療所193件(83.5%)無回答6件であった。

「在宅時医学総合管理料」の「届出あり」が227件(97.4%)であった。「在宅末期医療総合診療」は「届出あり」が190件(83.7%)であった。

在宅医療を担当している医師は常勤1.23人、非常勤1.66人であった。

医師としての経験年数は 28.59 ± 10.15 年であった。

在宅医療に従事した年数は 13.42 ± 9.62 年であった。

現在の診療形態は「在宅が主」との回答が8件(3.4%)、「外来+在宅」との回答が195件(83.7%)、「入院+外来+在宅」が30件(12.9%)であった。

(2) 在宅医療へのきっかけ

在宅医療に取り組むようになったきっかけを尋ねる(自由記載)と次の結果となった。「外来患者や家族の希望」との回答が最多であった。「在宅医療は医師の原点であるから」「在宅の患者がいたから」「先代が往診していたので、その後を引き継いだ」などの回答がそれに続いた。高齢者の増加、経営面での事情、人間的な医療を追求したいという理由もあった。

(3) 在宅医療専門医の良否

若い医師に「在宅医療を主に活動する専門医」になるように勧めるか、という問いには、「積極的に勧める」41件(17.6%)、「勧めない」54件(23.2%)、「どちらとも言えない」138件(59.2%)、無回答6件であった。

その選んだ理由を記載してくれた回答者は178件(75.1%)であった。積極的に勧める理由は、「辛いこともあるがやりがいがあり、オールマイティーな経験が積める」「フットワークのよい若い人に頑張ってもらいたい」などの理由があった。

勧めない理由は「一人で背負うには非常に大変」「外来におけるプライマリ・ケアも大切」との意見もあった。

どちらとも言えない理由としては「個人の意志・個人の適性」が最も多く、次に「入院・外来の十分な経験を経た後、年をとって十分な意欲を

持って在宅専門をめざせる方に限られる」との理由が多かった。

(4) 在宅医療をしないプライマリ・ケア医

現在、在宅医療を行っていないプライマリ・ケア医に在宅医療を勧めるにはどのような戦略が有効かを尋ねた。その結果は「地域単位や多職種との連携システムの構築がぜひとも必要」「地道に研修会などを重ねることも大切」「在宅医療は楽しい、人間の生き方として役立つ」など、在宅医療グループ形成を促進させる方法、「診療報酬の点で、経営上の安定性や必要性を訴える」など政策誘導的なもの、「受け入れ先病院がしっかり確保されていること」「バックアップ病院の体制づくり」など病診連携の強化などが提言された。

(5) 在宅医療を推進する上での問題点

今後、在宅医療を推進する上での問題点・課題についての意見を収集した。連携、特に、患者本人・家族・行政の共通意識の重要性が記載されていた。

4. 在宅医療従事医師準備教育プログラム

19年5月、10月、12月に在宅医療に従事している医師（日本在宅医学会役員）6名によるワークショップを行い、研修カリキュラム案について討議した。その経過は以下の通りである。

日本在宅医学会は、「在宅医療を担う医師の育成」が学会の果たす重要な役割であると考え、2002年に「認定専門医制度」を発足した。2005年度から経過措置による専門医認定を開始し、現在まで計56名の「在宅医療認定専門医」が誕生している。同時に、「往診同行プログラム」による現場体験や「地域セミナー」、年2回の「生涯教育プログラム」を開始し、「標準テキスト」の出版など、在宅医の生涯教育のためのプログラムも実施してきた。

日本在宅医学会では、現在2010年度に予定されている本認定に向けての議論を行っており、その基本的方向性をふまえて討論し、以下のようにまとめた。

①在宅医療のニーズの増加に対応する質のよい在宅医を育成するために多様なコースが必要であるが、開業医の在宅医療への参画や病院勤務医からの転進を待つだけでなく、若手の在宅医を育成するシステムが必要である。

②在宅医療は高度の障害をもつ患者、あらゆる疾患の終末期の患者を対象とすることが多く、在宅医療特有の臨床課題やアプローチ法を学ばなければならない。当面、老年医学領域、ホスピス・緩和医療領域、難病や各科専門医領域の疾患の進行期・終末期の3領域とし、これらの慢性期管理、急性期管理、看取りを学問領域と設定した。従っ

て、老年医学を中心とした内科学と緩和医療学を研修準備として必須の領域とした。

③専門医教育においては、現場での研修が最も重要であり、研修のコアを一年間の研修施設での研修とした。研修施設では、目標を設定した前向きの研修プログラムが必要である。

プライマリ・ケア領域の学会の専門医制度との関連では、基本的にプライマリ・ケア、家庭医療学領域の専門医のフェロシップとして、一年間の在宅医療研修を行うプログラムを視野にいて、制度設計を考えたい。

D. 考察

在宅療養支援診療所医師に対する調査では在宅医療を専門にして外来診療をほとんどしない医師を増やすべきかどうかは賛否が分かれ、さまざまな意見が出された。病院での過重労働に疲弊し、開業する医師が増加している現状があるが、それらの医師のほとんどは自分の専門診療の延長線上で開業医療を展開しているが、一部は在宅医をめざしており、在宅専門医が微増している。それは経営的にも収支バランスが容易に取れることを示している。ただし、若い医師が安易に在宅専門医になることには反対する医師もある。入院・外来での経験が不十分では、疾患の見方、病院との連携など齟齬が生じやすいことが懸念されている。

現在、外来診療が主で、在宅医療を行わない医師に在宅医療に関心を持ってもらうことは困難である。在宅療養支援診療所はそのような医師には魅力ある施設になっていない。24時間というしほりがあり、連携する訪問看護ステーションや後方病院の必要性もあり、今後この形態が急増するとは思えない。政策によって経済的に誘導できるのは一部の医師に限られる。

本人や家族が強く在宅を希望すれば、重い腰を上げる医師もいることであろうが、家族構成自体が在宅医療を困難にしている面もある。単独世帯や老夫婦二人のみの世帯が増加しているからである。家族が在宅医療を望まなければ、医師の側から在宅を強制することはできない。したがって、在宅医療は今後、患者自宅のみならず、擬似家庭での療養や看取りを考慮しなければならない。すなわち、グループホーム、ケアハウス、軽費老人ホームなどが自宅の代替場所となるであろう。

今後わが国の医療において、一次二次三次医療の明確な役割分担が進むかどうかは疑わしい。二次病院が空洞化しつつあるのは先進国のたどる道である。したがって、医療の役割分担が2分極化されていくとするとプライマリ・ケア医の役割は拡大せざるを得ない。そこに在宅医療の需要拡大