

平成20年度
厚生労働省科学研究費補助金
地域医療基盤開発推進研究事業

H20—医療—一般—013
医師過剰業務解消に向けた新たな医
療専門職育成のための予備的研究

平成20年度 総括研究報告書

研究代表者 鈴木 龍太

平成21(2009)年 4月

目次

I 総括研究報告

医師過剰業務解消に向けた新たな医療専門職育成のための予備的研究

昭和大学 医学部 准教授 鈴木龍太

1. 研究要旨	3
2. 目的	4
3. 方法	6
4. 結果 アンケート調査	7
5. 結果 米国調査	18
6. 成果発表	20
7. 結論	22

II 研究成果の刊行物

資料 分業に関するアンケート用紙

平成20年度

厚生労働省科学研究費補助金

(地域医療基盤開発推進研究事業)

I. 総括研究報告書

医師過剰業務解消に向けた新たな医療専門職育成のための予備的研究

研究代表者 昭和大・医学部・准教授 鈴木龍太

分担研究者 大阪大学コミュニケーションデザインセンター 講師
中西淑美

1. 研究要旨

近年急速に地方の基点病院、救急病院の医師不足が顕在化してきた。この理由は質の高い安全な医療の要望、医療紛争の多発、救急患者の集中、法令遵守による規律の要望、研修医制度による医師の偏在、教育の負担等が医師に重くのしかかり、医師の業務負担、精神的負担が急激に増大し、医師の疲弊感、が強まったためであると考えられている。このままの状況が続けば日本の急性期医療は近い将来崩壊すると危惧されている。

本研究ではこの医療崩壊を食い止めるための一助として、医師・医療者が負担に感じる業務を分析し、その業務を分担して行う職種の提案とその育成に関する研究を行う。

平成20年度は全国の医師・医療者にアンケート調査を行い、現在の業務負担感の程度と、分業への期待度を調査した。その結果医師は診断書等の書類業務、臨床、会議、IC、教育に負担感が強かったが、看護師では会議、教育に負担感が強かった。分業職種としては有資格院内メディエーター、院内介護士、専門ナースが有用度・必要度・緊急度すべてに高かった。

医療崩壊の原因としては医療政策が圧倒的に高く、医療紛争の増加もあがった。しかし管理職でない一般医師は勤務医の勤務体制と待遇が原因であると考えており、改善可能な原因であると思っていることが伺えた。

別に分担研究者の中西が医療事故問題については先進的な米国コロラド州に行き、メディエーターの現状に関する米国での調査を行った。

2. 目的

近年急速に地方の基点病院、救急病院の医師不足が顕在化してきた。医師不在のために地方の主幹病院が閉鎖し、医療崩壊が現実の問題としてクローズアップされてきている。

この理由は質の高い安全な医療の要望、医療紛争の多発、救急患者の集中、法令遵守による規律の要望、研修医制度による医師の偏在、教育の負担等が医師に重くのしかかり、医師の業務負担、精神的負担が急激に増大し、医師の疲弊感、が強まったためであると考えられている。厚労省も医師不足対策を喫緊の課題としている。医療者の育成には時間がかかる。今医師の救急医療回避を食い止めなければ10年後には確実に日本の医療は崩壊する。

今回の研究では勤務医師の業務負担増の原因を解明し業務改善のために医療分野に新しい職種を導入し、分業による医療者負担減を提案する。

ここでいう新たな職種とは病院内の医療紛争に対応するメディエーター、病院の質と安全を担保するセーフティマネージャー、麻酔看護師、診断的読影ができる放射線技師、インフォームドコンセントを行うICコーディネーター、診療録記載をするトランスクリプター、診断書を書く診断書作成師、リハビリ処方を行うリハ処方技師、スキルスラボを指導するスキルスインストラクター、研修医教育とケアを行うメンター、体位交換を行う病院内介護師などである。これらの職種に資格を与え医師や看護師の業務をシェアすることで医療者の業務負担を軽減する。

この研究の付随的結果として医療に拘わる多くの職種を創生することにより日本の医療を活性化し、地域に対する雇用創出への貢献にもなり、独創的である。新しい職種の育成には時間がかかり、財源も必要であるが、10年後の医療を分業により支えるために必須である。

本研究では日本の医師の業務負担の原因を究明し、欧米の現状を調査し、業務分担が可能となる専門職を提案し、実現へ向けての方策を提言する。

当該研究計画に関して現在までに行った研究

研究者の勤務する病院は横浜郊外に位置する地域医療、救急医療の拠点である。三次救急を扱う救命センターを併設している。2003年9月に一次二次救急患者を扱うERを開設した。ER開設で救急患者数は急増し、救急車も断らずに受け入れ、最盛期には月に1300人前後の救急患者を受け入れた。しかし4年経った現在救急患者の受け入れは900人前後に減り、救急車受け入れも台数が25%減少した。またER開設後から30歳—40歳台の医師が数多く病院を辞めていった。ERで起こった問題点や医療者、患者の苦情を文書で回収し、調査することで、開設から患者受け入れ縮小にいたるまでの過程を検討した。また研

究代表者は病院の医療安全管理室長を兼務しており、病院の医療事故、患者の苦情を全て把握している。その情報を統計処理し、原因究明と解決策を検討した。(鈴木龍太、与芝真彰. 事例から学ぶ医療安全. 神経治療学23、597-600、2006. 鈴木龍太他. 医療事故に対する新聞報道の偏りの検証. 総合臨床56、3237-3240、2007. 鈴木龍太. 病院崩壊—病院は何故救急車を断るのか—. 投稿中) 今回はこれら研究結果から医師の業務負担の原因を解明し、本研究に活用する。分担研究者の中西はメディエーターとして実際に活動している。またこれに関して平成18年度—20年度文部科学省科研費基盤C「「被害」「責任」の認知と医療事故 ADR の可能性：法社会的アプローチ (研究代表者・中西淑美)」の研究をしている。

当該研究の特色・独創的な点

医療崩壊を食い止めることは国民の喫緊の課題である。しかし現在の研修医の専攻科の偏向、勤務医の急性期病院離れを考えると、生命にかかわる地域救急医療を担う医師は10年後、20年後に更に減少し、悲惨な状況になると推測される。将来を見据えた抜本的な対策を打ち出すことが必要である。本研究は10年20年の長期的対策を提案し、また新たな職種を創生することで医療の活性化と地域の雇用創生による活性化が測れ、独創的である。

3. 方法

A. 研究は2年計画で研究全体の計画は以下である。

- ①日本の救急病院勤務医・看護師の業務の実態とストレスの原因を調査する。
- ②そのうち業務分業が可能な業務を具体化する。
- ③分業可能な業務のうちどの業務分業の要望度が強いかを調査する。
- ④欧米の医療専門職の調査を行う。
- ⑤ ④を参考に日本での医療専門職の提案とその実現性の検討を行う
- ⑥成果を発表する。

平成20年度はわが国の急性期病院勤務医・看護師にアンケート調査を行い、業務負担の現状とストレス源を検討する。その中で分担可能な業務を具体化する。また分担研究者の中西が米国で実態調査を行う。

平成21年度は新たな医療専門職の必要度・緊急性・実現可能性を検討する。研究代表者の鈴木が欧米の調査を行う。実現への方策を検討する。結果を学会で発表する。

B. 倫理面への配慮

動物や患者情報を使用する研究ではないが、アンケート調査で取得した個人情報保護に関して個人情報の漏洩が無いことを提示しアンケートを行う。

C. 平成20年度に実施した研究

①. 全国各地・各病院規模の医師・研修医・看護師・薬剤師・技師・事務等の医療関係者から医療業務の負担感を問い、その内容、代行できる職種に関する希望等のアンケート調査を行った(6-7p)。

アンケート調査は以下の施設で行った。

i) 病院

函館市立病院、北海道大学病院、宇都宮社保庁病院、亀田総合病院、武蔵野赤十字病院、JR東京病院、墨東病院、東京大学医科研付属病院、帝京大学病院、昭和大学藤が丘病院、北野病院、国立長崎神経病院に依頼した。

ii) 医療機能評価機構で行ったコンフリクトマネジメントセミナー参加者

②. 米国実態調査

分担研究者の中西が平成20年9月6日から9月12日にかけて渡米し、コロラド大学のMatthew教授とCOPICのリスクマネージャーであるQuinn博士に面談し、米国の裁判外紛争解決(ADR)の現状の調査を行った。本研究で取り上げているメディエーターという職種がADRを担うことになるので、そのための実態調査である。

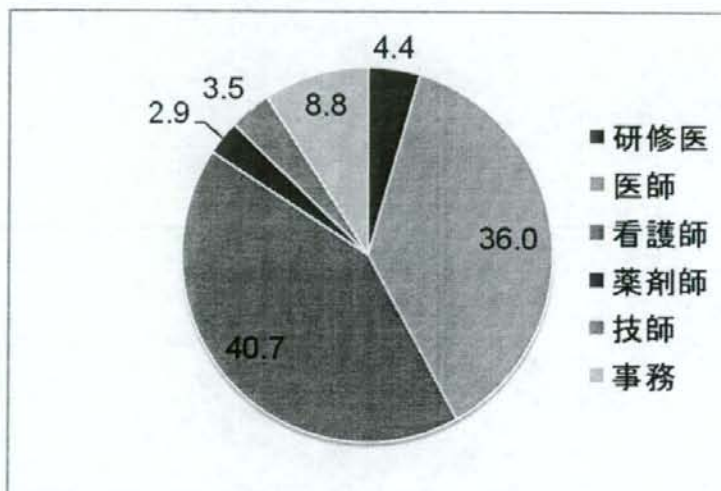
4. アンケート調査 結果

総数951件のアンケートが集積された。その結果を示す。

① 全体統計

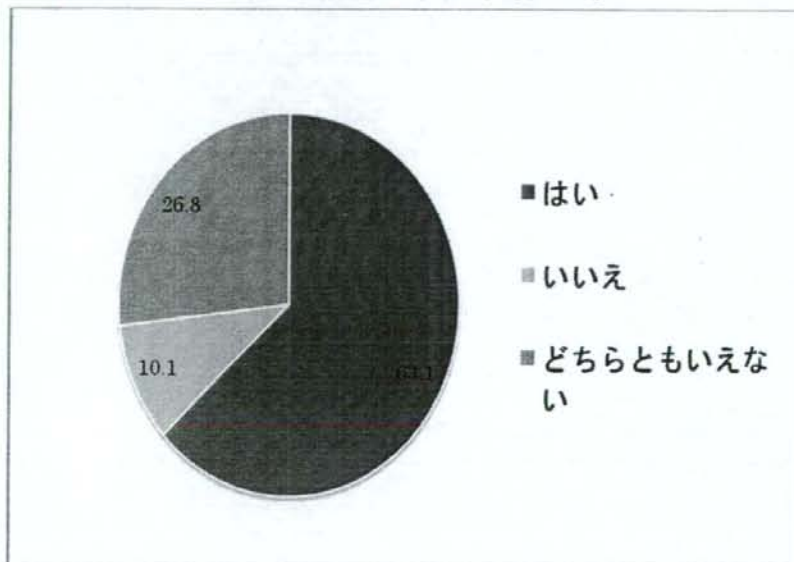
i) 職種

医師338名、研修医41名、看護師382名、薬剤師27名、技師33名、事務83名、その他であった。

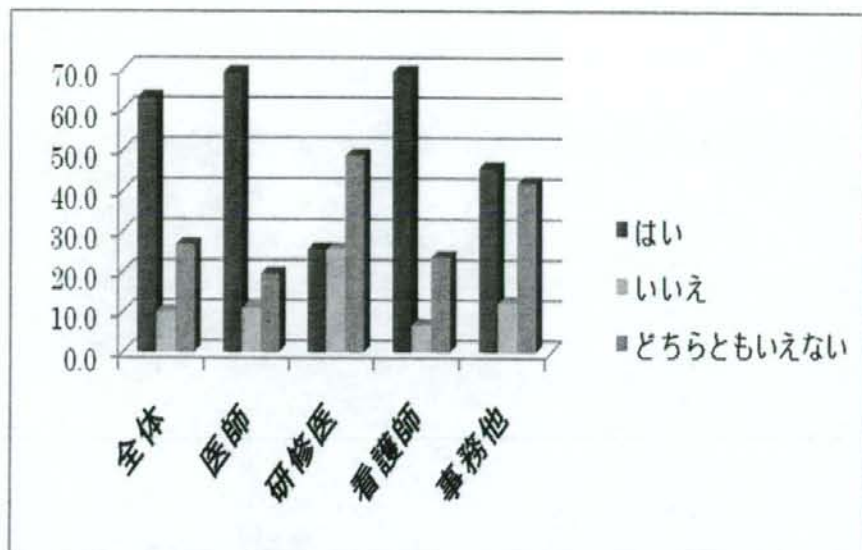


ii) 業務の負担感

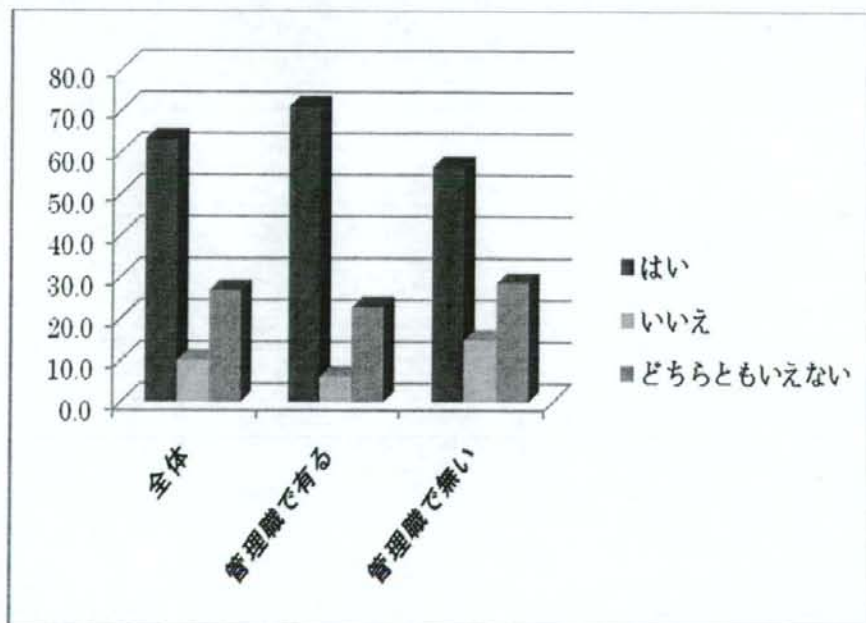
全体では63%で業務の負担感があると回答した。



業務の負担感を職種別にみると医師・看護師に強いが、研修医はあまり負担感を感じていないことがわかる

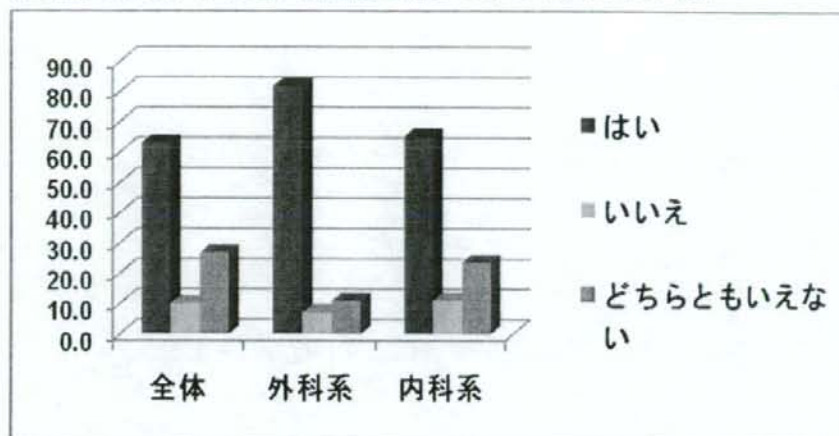


負担感を管理職の有無でみると
管理職のほうがより強い負担感を抱いていることがわかる。



負担感を外科系、内科系別でみると

外科系のほうがより強い負担感を抱いていることがわかる。



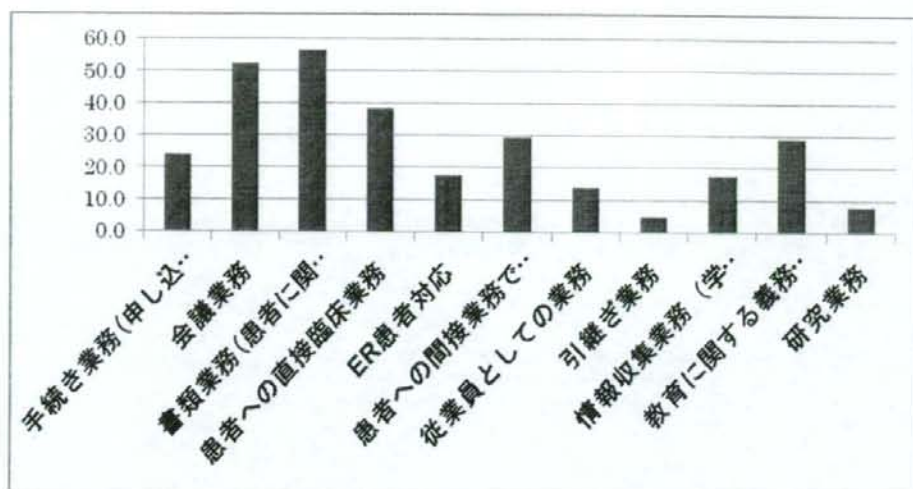
iii) 負担に思う業務

以下の項目について聞いた。

1	手続き業務(申し込み等)
2	会議業務
3	書類業務(患者に関する書類・診断書等)
4	患者への直接臨床業務
5	ER 患者対応
6	患者への間接業務で書類以外の業務(IC 等)
7	従業員としての業務
8	引継ぎ業務
9	情報収集業務(学会・セミナー等)
10	教育に関する義務(学生・研修医・職員等)
11	研究業務

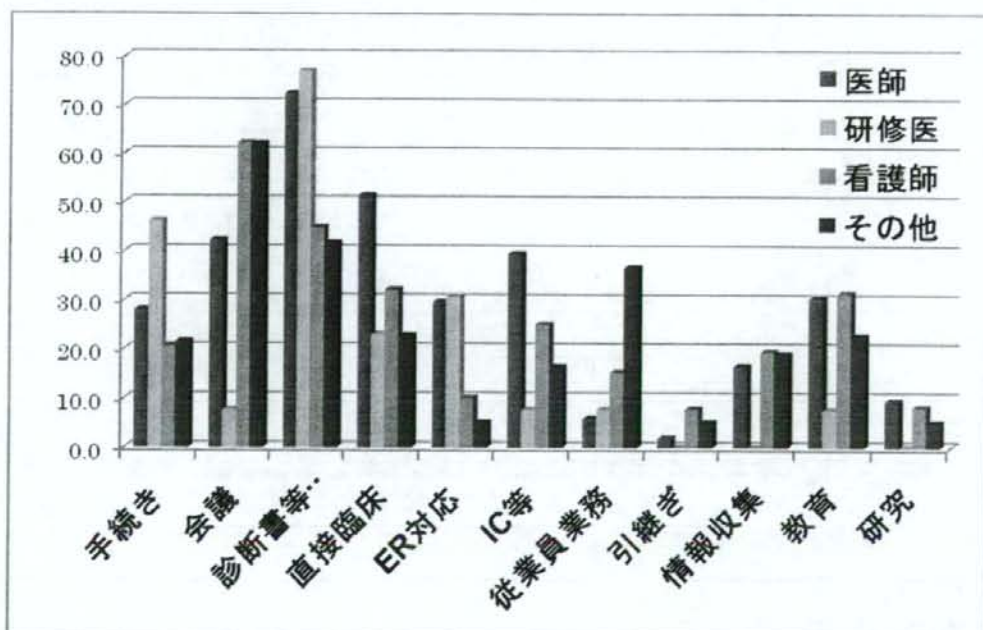
全体では

3. 患者に関する診断書等の書類業務
 2. 会議業務
 4. 直接の臨床業務
 10. 教育に関する業務
- の順で負担感が強かった。

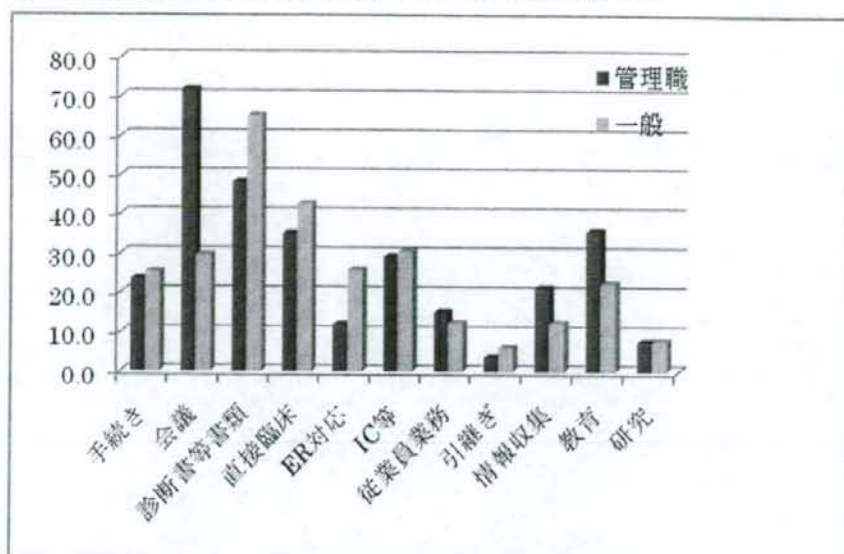


負担に感じる業務を職種別に検討した。

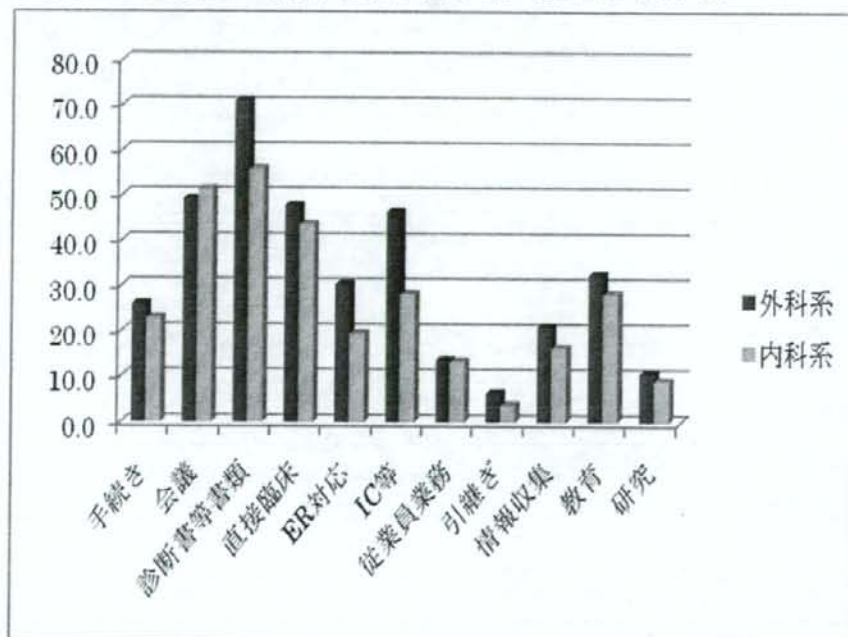
医師は診断書等の書類業務、臨床、会議、IC、教育が負担感が強かったが、研修医は手続き、診断書等書類業務で負担感が強く、臨床、ERは進んで行っている印象が見られた。看護師では会議、教育に負担感が強く、事務その他は会議、従業員業務が強かった。



負担に感じる業務を管理職であるかないかで分類し検討した。
 管理職は会議と教育を負担に感じていることがわかる。

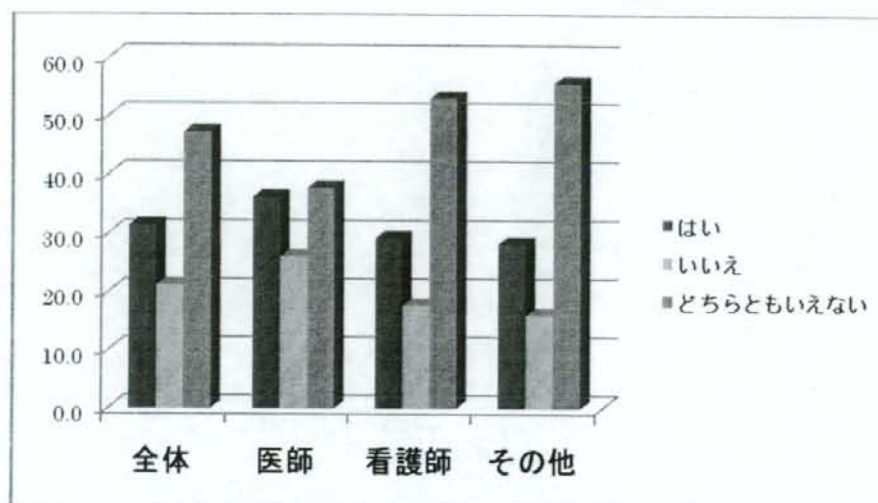


負担に感じる業務を外科系か内科系かで分類し検討した。
 外科系では書類と IC を特に負担に感じていることがわかる。

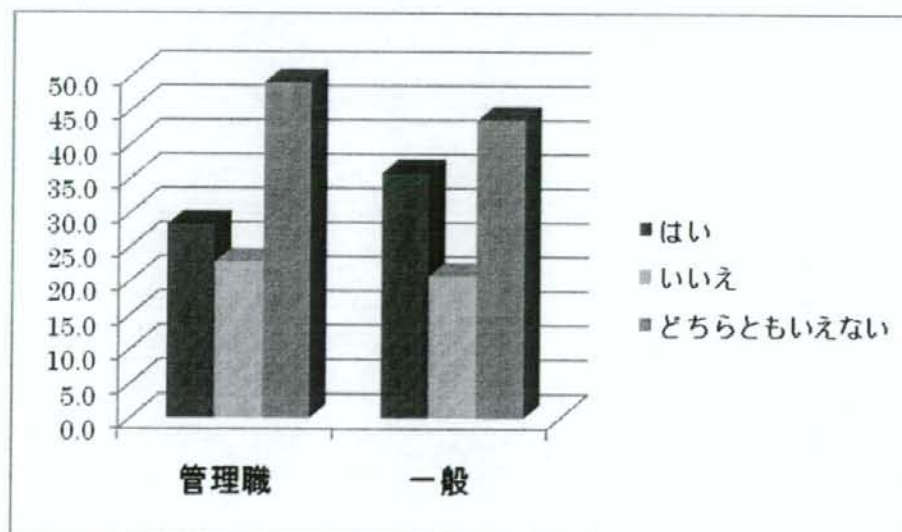


iv) 業務分担で医療崩壊が改善するか

全体として30%が改善すると答えているが、それほど単純ではないという意見が大勢を占めている。業務分担の期待度は医師が最も高い。



一方管理職のほうが、一般の医療者よりも業務分担で医療崩壊が改善できるとは考えていない。現実は厳しいようだ。



v) 医療崩壊の原因は何か

原因として

医療政策

勤務体制

勤務医の報酬

医療紛争の増加

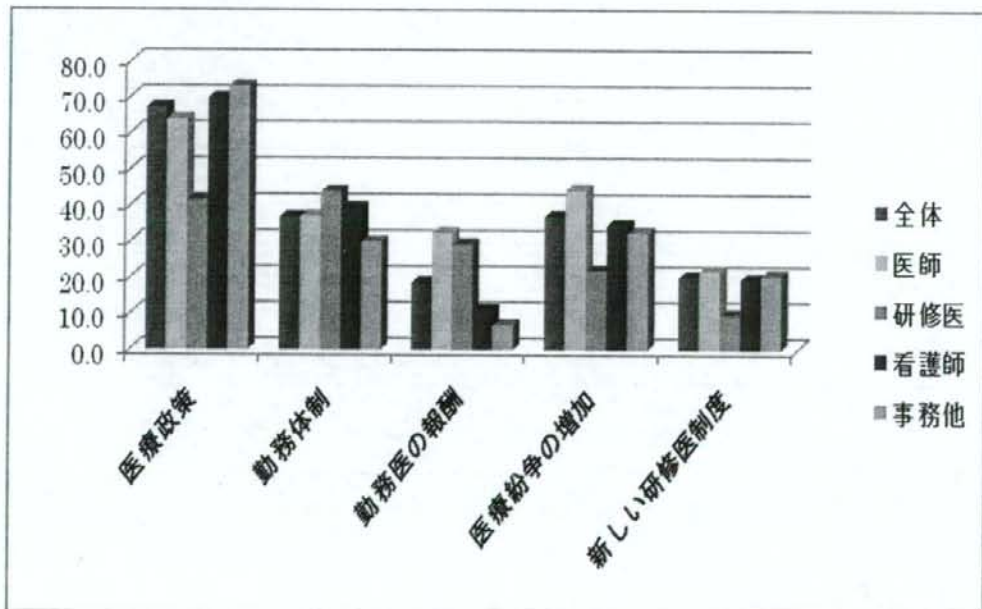
新しい研修医制度

その他（自由回答）

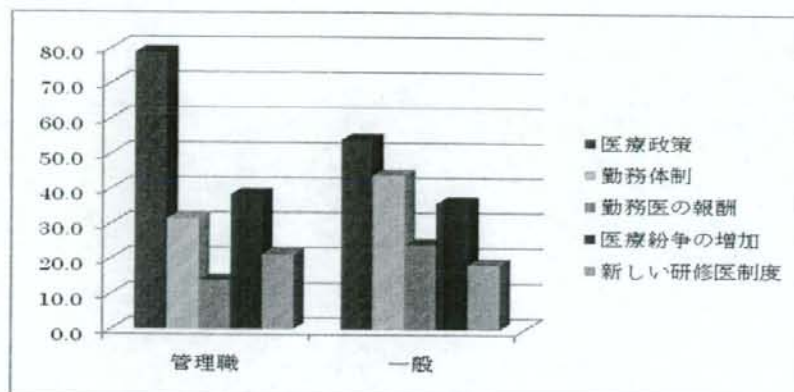
をあげ、複数回答可で回答をもらった。

研修医以外すべての職種の60%以上の人が医療崩壊の原因は医療政策であると回答している。

勤務体制は全職種で原因であると考えられているが、勤務医の報酬が原因であると考えるのは医師のみである。医療紛争の増加が原因であると考えるのは医師に多く、医療紛争が医師にとって強いストレスであることを示している。研修医自身は新しい研修医制度が医療崩壊の原因とは考えておらず、新しい研修医制度が研修医に受け入れられていると考えられた。



管理職の80%は医療崩壊の原因は医療政策であるとしているが、一般では50%台で、勤務医体制にも問題があるとしている。医療紛争の増加は管理職、一般とも高い。



vi) 分業職種の有用度、必要度、緊急度の加重平均合算

今回リストしたのは以下の職種である。

病院内のクレームに対応するメディエーター、
 インフォームドコンセントを行うICコーディネーター、
 診断書を書く診断書作成師、
 麻酔看護師、
 診断的読影ができる放射線読影技師、
 体位交換、食事介助等を行う病院内介護師
 研修医・学生の教育とケアを行うメンター、
 診療録記載をするトランスクリプター、
 リハビリ処方を行うリハ処方技師、
 静脈確保を行う静脈確保専門看護師
 専門領域をもつナースプラクティショナー

メディエーターとは

裁判外紛争解決(ADR)を担う職種の一つで中立的立場で患者と医療者の対話を促進する立場の人間である。

第3者のメディエーター

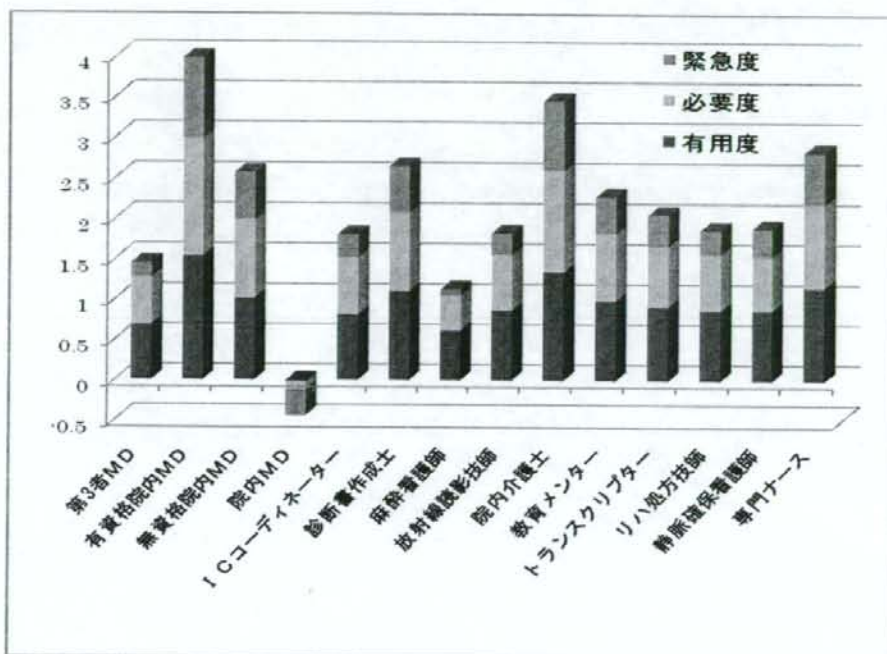
免許のある院内メディエーター

知識があるが免許がない院内メディエーター

知識も免許もない院内メディエーター

の4種類のメディエーターについて質問した。

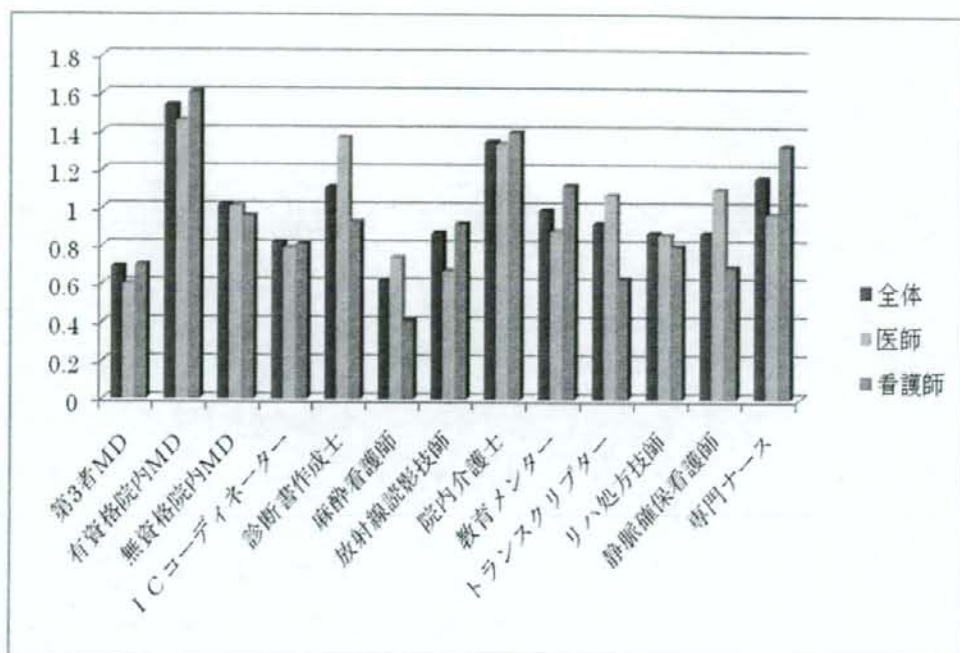
職種ごとに有用度・必要度・緊急度をきき、加重平均値を出し、合計した。
有資格院内メディエーターと院内介護市士、専門ナースが有用度、必要度、緊急度すべてに高いことがわかる。



有用度について医師・看護師別で検討した。

共通して有資格院内メディエーター、院内介護士、専門ナース、診断書作成士、教育メンターが有用であるが、医師にとって役に立つのは診断書作成士、麻酔看護師、トランスクリプター、静脈確保看護師であった。看護師にとっては有資格院内メディエーター、放射線読影技師、院内介護市、教育メンター、専門ナースであり、職種により有用度が多少違うことが分かった。

メディエーターに関しては第3者メディエーターよりも免許を持った有資格院内メディエーターが最も望まれていた。院内事情が分かったメディエーターが院内で迅速に対応することを期待しているものとする。無資格のメディエーターはあまり要望されていないので、今後メディエーターの資格制度の導入が必要になると考えられる。

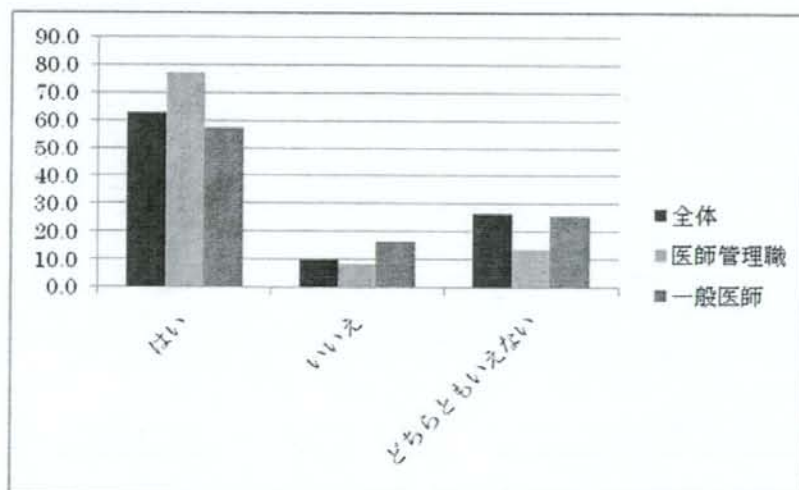


② 医師のみの統計

医師は総数 361 名で、管理職が 125 名、一般医師が 196 名であった。

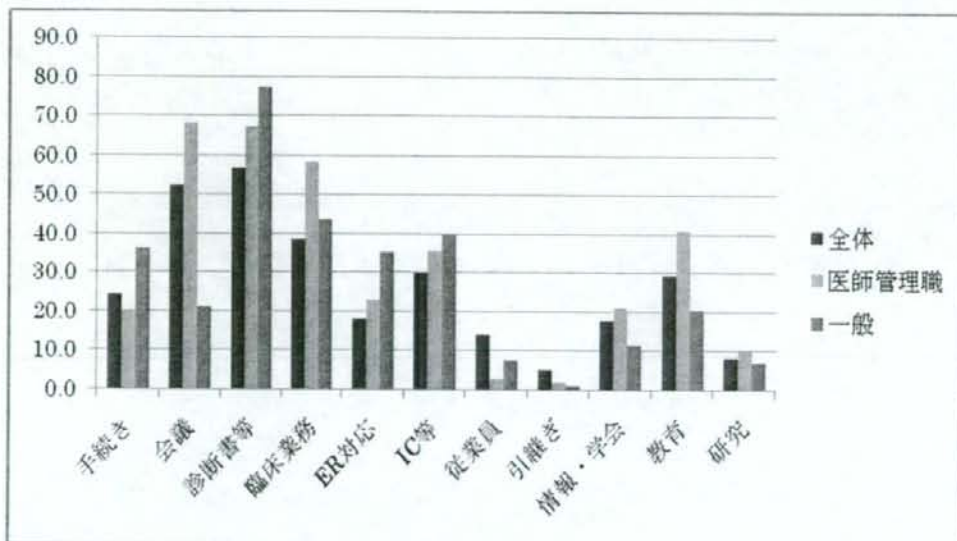
i) 業務の負担感

医師管理職が最も負担感を感じていた。



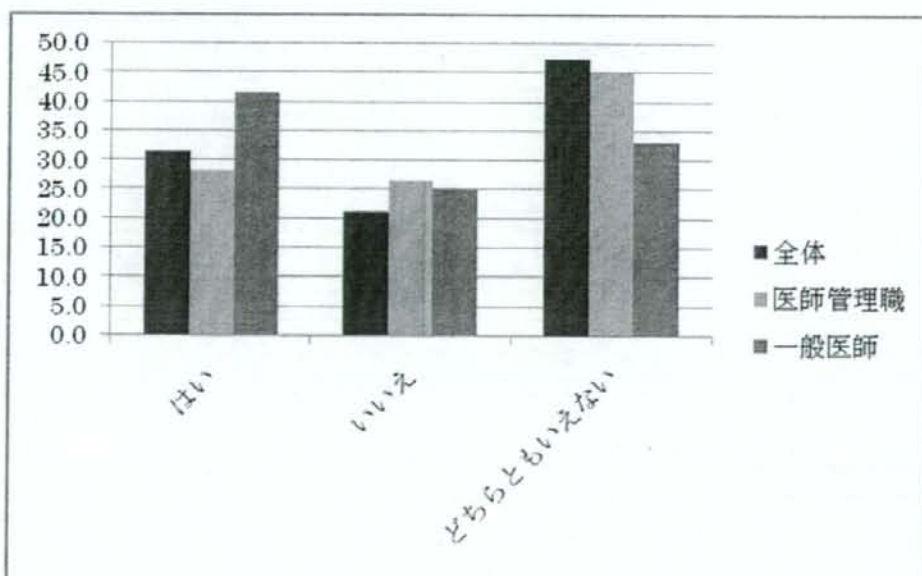
ii) 負担に感じる業務

全体と比較して医師管理職に目立つ業務は会議、臨床、教育である。一般医師では診断書等書類業務、ER対応、ICであり、医師管理職と一般医師では業務負担感にかなりの相違があった。



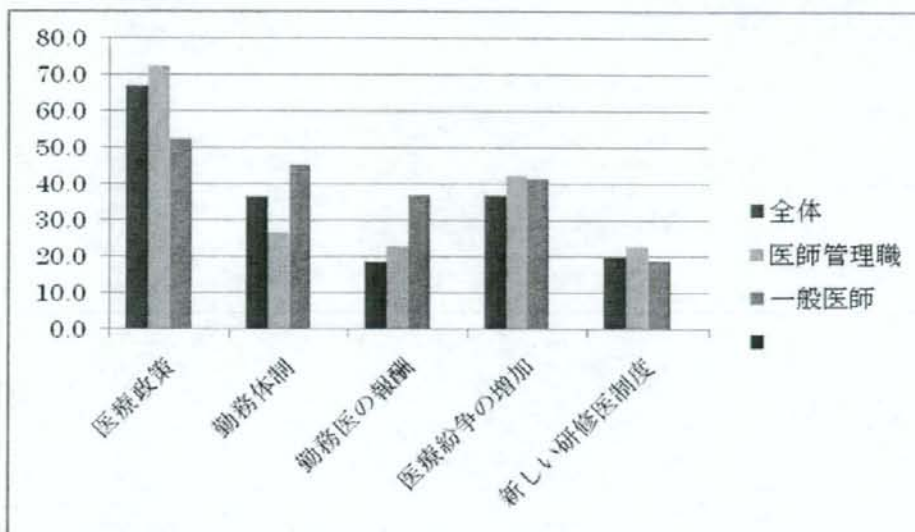
iii) 業務分担で医療崩壊は改善すると思うか

はいと回答した医師管理職は25%、一般医師は40%で、一般医師のほうが前向きな結果である。



iv) 医療崩壊の原因はなにか

医師管理職は医療政策、医療紛争の増加が主な原因と考えているが、一般医師は勤務体制、勤務医の報酬が問題であるとしている。一般医師は国の政策より、個人的な待遇の問題を取り上げ、その点改善もしやすく、前項での前向きな回答になったものとする。



5. 米国調査結果

分担研究者の中西が米国コロラド大学の Matthew 教授とコロラド州にある COPIC Insurance のリスクマネージャーである Quinn 博士に面談した。主な目的はメディエーターに関する米国の実態調査である。

コロラド州は、もともと医療事故問題については先進的な州であり、1988年に成立した Healthcare Availability Act によって、現在、医療事故損害賠償の非財産的損害の上限は \$300,000、全損害賠償 \$1,000,000 と定められている。ただし、著しくアンフェアな場合には例外的対応も、一応許されている。このように、比較的早くから、医療事故損害賠償の上限を設けた州と言える。また、いわゆる「I'm sorry Law」も2003年には導入している。しかも、他州のものとは異なり、過失を認める責任承認の謝罪をした場合でも、後に裁判になった場合、その謝罪を証拠として採用しないという徹底した対応をしている。

コロラド州にある保険会社、COPIC Insurance は、そのサービスの一環として、加入する医師に、3R's Program という事故発生時の初期対応支援を行っている。以下、このプログラムについて報告する。

COPIC は、数名の医師によって設立された医療保険を中心とする保険会社であるが、通常の保険会社と異なり、保険の販売以上に、リスクマネジメントの助言等の活動に力点を置いている。それでもコロラド州の医療賠償保険の80%シェアを持っている。

3R's Program の3Rとは、Recognize(有害事象の発生を正直に認めること)、Respond(発生後直ちに応答すること)、Resolve(他養咄問題を解きほぐすこと)を示す略語である。一言で言うと、対立抗争の訴訟は不適切で不効率な解決手法であり、それを回避するために無過失救済を基盤とする初期対応を行うシステムと言える。

これまで有害事象が発生すると、患者側には驚きと混乱が生じ、医療側は防衛的になってしまう。そこでコミュニケーション不全が生じ、患者=医療者関係が崩壊してしまう。その結果、患者は怒り訴訟提起が行われることになる、といった一連の流れが見られたが、それを変えていくことが目的とされる。

具体的に目標とされるのは、1) 正直でオープンな対話により、真実開示を行うこと。2) 謝罪を含む「配慮」の表現の促進、3) 適時に患者のニーズに応答すること、4) それにより、患者=医療者関係を保持すること、5) 結果として訴訟コストを削減すること、とされる。

プログラムは2000年に開始されている。プロセスは次のような流れで進行する。

- ・ 事故の発生
- ・ 医師は患者に即座に謝罪し、情報開示する
- ・ 医師は COPIC に報告し、Administrator の助言を受ける
- ・ 患者側から COPIC に補償請求がなされる
- ・ Administrator が患者側と対話、患者・医師双方を支援する。
- ・ 補償額を COPIC から患者に支払う

ただし、このプログラムによる給付限度は、無過失ベースで損害補償が\$25,000、時間喪失補償と称する給付が\$5,000 の合計\$30,000 までである。この範囲内では過失の有無にかかわらず、患者に発生した損害を査定した上ですべて支払う。死亡事案、弁護士がついた事案は当初より除外され、この給付限度を超える場合には、通常の損害保険の給付基準(過失責任ベース)が適用される。いわば、比較的小さなケースについて、無用な訴訟を防ぐための試みと言ってよい。

2000年から2008年までのデータで、COPIC の保険に加入する医師5879名中、3R's Program に参加する医師は3764名に達しており、この期間に審査した事案は9614件、プログラムに適合する事案はそのうち6094件、うち1284件で、患者に補償がなされている。平均補償額は\$5260 であり、結局納得が得られず訴訟に至ったケースは、わずか3件に過ぎない。な

お、3R's Program 以外の支払額平均は\$10,000 である。

COPIC プログラムが、ミシガンやハーバードの真実開示プログラムと異なるのは、過失がなくても謝罪することを推奨している点である。これは先に述べたように、コロラド州の Sorry Law では責任承認の謝罪をしても、訴訟上証拠採用されないという背景から理解する必要がある。

なお、Administrator の役割は、医師からの報告があるとすぐに、情報開示の際の対話や謝罪の仕方についてのアドバイスを提供し、相談に乗ること、次いで患者側の相談に乗り、そのニーズを把握して必要な給付を行うよう支援することなどである。保険会社が低虚数モデルであるが、その役割は、我が国で普及しつつある院内医療メディエーターと共通する要素もある。

Administrator は3名おり、いずれも女性で、一人は看護師、一人はソーシャルワーカー、一人は臨書心理の専門家というバックグラウンドであり、いずれもメディエーションのトレーニングを修了している。

アメリカ、さらにはコロラド州の環境を念頭に入れなければならないが、我が国でも必要性が主張されているメディエーター（事故後の患者と医療者をつなぐ役割）やシステムのあり方について示唆に富む結果である。

6. 成果発表

①第67回日本脳神経外科学会総会

平成20年10月1日 盛岡

医師過剰業務解消に向けた新たな医療専門職導入のための研究-医療再生のための方策-

鈴木 龍太, 中西 淑美

発表要旨

今回のアンケート結果のうち救急を扱う脳神経外科医、救命救急医、外科医に関する統計を発表した。

i) 脳外科・救急医の負担感の多い業務は順に、書類、会議、臨床、IC、ER、教育であった。

ii) 分業を要望されている職種は専門知識のある院内メディエーター、院内看護師、専門看護師、診断書作成士であった。

これらの職種は法制度改正の必要なく実行可能であると考えられる。

iii) 医療崩壊の原因は脳外科・救急医と管理職医師とは同様で、医療政策、医療紛争増加であった。一方一般医師は医師の勤務体制、医師の報酬が原因と考える率が高かった。

iv) 分業を進めるだけで医療崩壊が改善することは難しいと考える率が高いが、ひとつの解決策であるとの意見が多かった。