

医師の仕事満足度および職場環境と、医療過誤・医療の質との関連に関する国際研究

独立行政法人国立病院機構東京医療センター臨床研究センター

臨床疫学研究室長 尾藤 誠司

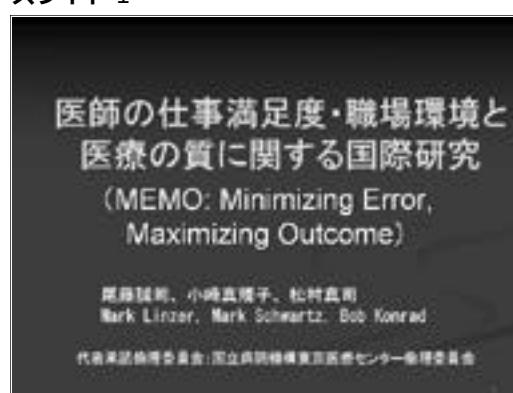


まず最初に、研究助成及びこのような場で発表させていただく機会を与えていただきました、ファイザーヘルスリサーチ振興財団に深く感謝いたします。

【スライド-1】

本日の私のテーマは、医師の仕事環境そして仕事満足がどのように医療の質に関連するかということです。

スライド-1

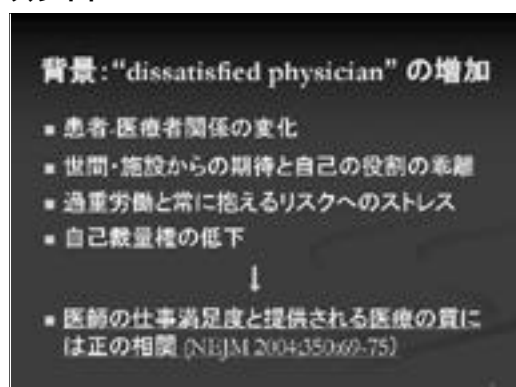


【スライド-2】

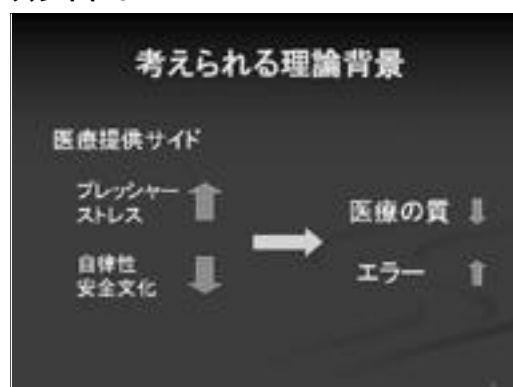
現在世界的に医療者、特に医師のプロフェッションというものが危ういのではないかと、例えば米国内科学会ですとか、ヨーロッパの内科学会などが警鐘とともにステートメントを出したりしております。

その中には、いくつか重要な背景があります。まず一つは、特に合衆国などでは、市場原理というものが医療に入ってきて、医師のプロフェッションを揺り動かして、保険会社が医療行為を決定してしまうような背景。そして、先ほどエラーのご講演もありましたが、エラーというものに対して、裁判沙汰だとかいうものが大きくなってきて、訴えられないような防御的な医療に傾いていくことによって、プロフェッションが動かされてしまうとか、いろいろな問題があります。患者 - 医師関係の変化もあります。そして何よりも、世界中医者たちは忙し過ぎるということで、過重労働の問題が常に大きく、どんどんそれは大きくなっていく一方です。

スライド-2



スライド-3



【スライド-3】

今のような背景を図にしております。その為に医療の質が下がり、エラーが起きやすくなってしまうのではないかと理論背景があります。

【スライド-4】

そこで我々は、ウイスコンシン大学のマーク・リンザー等と協力いたしまして、医師の就労環境、仕事満足及び医療の質との関連に着目いたしました。“Minimizing Error, Maximizing Outcome Study”というのが米国においてのスタディの名前となっております。

【スライド-5】

こちらが“Minimizing Error, Maximizing Outcome”(MEMO)研究の概念モデルです。

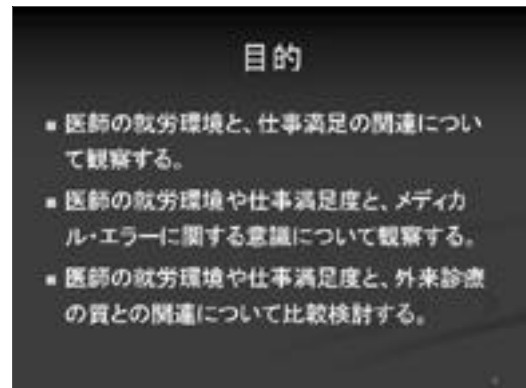
職場の特性が医師の反応、特に仕事満足というものに影響し、それが医師側のOutcomeにどう影響するか。例えばエラーを起こすだとか。そして患者側のOutcomeにどう影響するか、というのが概念モデルです。

我々はこの患者アウトカムというところと、診療プロセスというものをエンドポイントとして、今回は調査をしております。

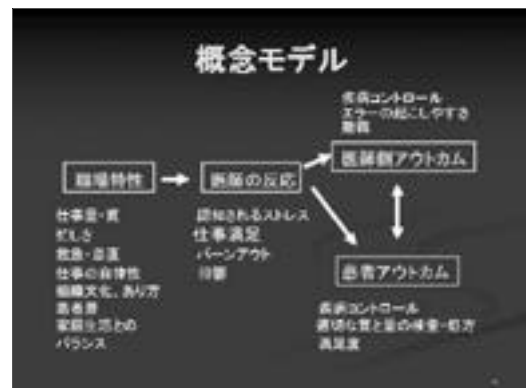
【スライド-6】

詳細は省きますが、たくさんの病院で行いましたが、特に今回は、一般的な疾患の外來診療に着目して医療評価を行っております。

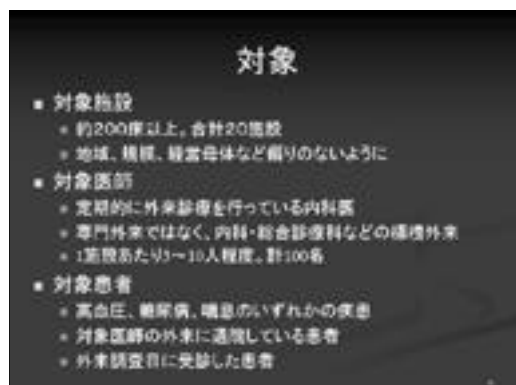
スライド-4



スライド-5



スライド-6



スライド-7



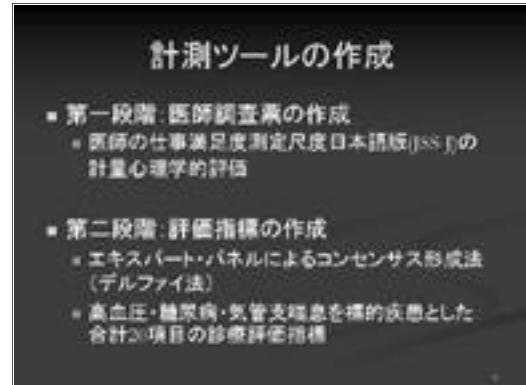
【スライド-7】

調査の流れですが、医師への調査票を用いた調査。そしてそれと全く独立して、その医師が診療した患者さんの診療録をレビューする調査。それを合わせて解析をするという形をとっております。

【スライド-8】

その中で使用した医師調査と評価表の評価ツールについて、簡単に説明させていただきます。

スライド-8



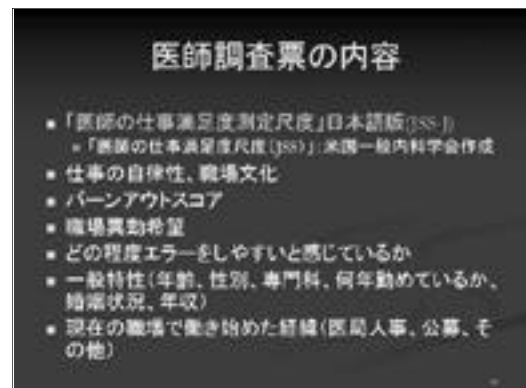
【スライド-9, 10】

まずは医師調査票ですが、MEMO研究用に米国の一般内科学会で使われました「医師の仕事満足度測定尺度」というものがあります。この日本語化を今回行っております。その他にも医師が仕事の中で「エラーを起こしやすいと感じているか」などの質問項目を盛り込んでおります。

スライド-9



スライド-10



【スライド-11】

仕事満足度尺度にはいろいろな尺度がありまして、これらは我々はJSS-Jとして別に日本語化しておりますが、特に今回は個人的時間、患者との関係、給料、そして全体仕事満足度を測定する尺度を使用しております。

スライド-11



【スライド-12, 13】

本スライドの説明の詳細は省きますが、簡単に申し上げますと、なるべく心理的特性を良くするために、評価ツールを何

スライド-12

JSS-J改訂版の検証

- 方法
 - 「仕事満足」概念の再構築：グループインタビュー
 - 改訂版を作成
 - 改訂版の心理計量的評価
 - 対象（理論サンプリング）：大学医局所属医師、地域医療勤務医、開業医
 - 新潟大学第二内科医局および新潟県医師会所属医局から系統サンプリングされた236名
 - 郵送法
 - 有効回答数：107名

回もパイロットスタディしたということです。

【スライド-14】

次に、外来診療のプロセスの質の評価です。これは、診療録ベースの診療録レビューの評価表です。

【スライド-15】

作成の手順ですが、エビデンスベースの情報を集めて、特に糖尿病、高血圧、喘息の診療に絞って、そのプロセスがいに正しく行われているか...それもエクセレントなケアではなくて、標準的なケアがどれくらい行われているかということを選択アップするという評価尺度です。

【スライド-16】

こちらが、エビデンスベースに集めた項目だったのですが、これでは多すぎますので、プライマリケアのエキスパートとそれぞれ臓器別のエキスパートの方々を集めて、デルファイ法という方法を使って、質問項目をより少なく、それでいて妥当性の高いものにする作業を行いました。

スライド-13

改訂版の検証:信頼性(Cronbach's α)

下位尺度	ver 1.0 (n= 81)	ver 1.1(n= 107)
自律性	0.83	0.53
患者との関係	0.84	0.55
臨床経営上の問題	0.56	0.69
医療費型	0.56	0.49
プレステージ	0.53	----
仕事への誇り	----	0.48
外的評価	----	0.60

スライド-14

Step 2: 外来診療のプロセスに関する質評価指標

スライド-15

評価指標の作成の手順

1. 系統的総説を基にした初期指標項目の抽出
2. 専門家パネルの設立
3. 指標プールの作成と専門家パネルによる指標の評価
4. 専門家パネルによるコンセンサス会議
5. 指標の再構築と再評価

3-5をデルファイ法を使用して実施

スライド-16

指標項目の評価

- 初期段階で収集した文献から評価指標を抽出
 - 高血圧 13項目
 - 糖尿病 20項目
 - 喘息 19項目
- 計7名からなる専門家パネルを設立
- 構造化され、分類された評価項目プールを専門家パネルに配布
- 各項目に対し、パネル委員が独立に、“質指標としての有用性・妥当性”を基準に9段階で評価
- 中央値8以上は採用、6-7は検討、5以下は不採用

【スライド-17】

このような形で、5名、2名、2名、2名の評価パネルを作りまして、9点方式の評価をしながら、コンセンサス会議をするという方法です。

【スライド-18】

例えばこのように、具体的に診療録で見られるような形で評価指標を持っております。

【スライド-19】

それで、評価パネルの方々にこういうものは評価尺度としてどうなのかという形で、9点満点で付けていただいて評価表を作りました。

【スライド-20】

これからが本格的な調査の結果です。
医師は100名を対象としているのですが、現時点で解析できている途中データという形で出させていただきます。まず、5施設、医師18名の結果です。

【スライド-21】

就労環境です。この図を見ますと、2/5の医師は週に60時間以上働いておりまして、3/4の医師は月に4回以上休日出勤をしております。半分は月に8回、要するに毎日出ているということです。全く拘束のない休日は、全く無いと言っている医師

スライド-17

コンセンサス会議と再評価

- 主な検討項目を抽出
- パネルによるコンセンサス会議
 - 委員：プライマリケア医5名、循環器専門医2名、糖尿病専門医2名、呼吸器専門医2名
 - 会議の方法：司会1名、書記1名、個室での90分に渡る会議
- 協議の後、検討された項目について修正を行い各委員に送り、再評価を行った。
- 最終的に各疾患5項目に絞り込んだ。

スライド-18

検討項目（一部抜粋）

	項目内容
糖尿病	高血圧を合併している糖尿病患者に対して、ACE阻害剤またはARBが投与されている。されていない場合、その理由が明記されている。
高血圧	年に1回以上、カリウム、クレアチニンがチェックされている。

スライド-19

評価指標（一部抜粋）

項目の内容	9段階評価（1＝全く不適切、9＝きわめて適切）	
	データ取得性	スタンダードとしての適切性
呼吸機能の評価は、2年に1回以上行われている。	9	7.5
発作時の症状緩和のための短時間型β2吸入薬が処方されている。	8.5	8

スライド-20

医師調査：結果（途中報告）

- 5施設 医師 n=18
- 性別 男性 13名 女性 5名
- 年齢 28-57（平均35）才
- 卒後 4-10（平均10）年
- 現職 0.2-25（平均4）年

スライド-21

就労環境1

労働時間/週

休日の出勤/月

全く拘束のない休日

は3/4以上を示しました。

【スライド-22】

次に、全部の仕事の中で、“本来自分が
行うべき仕事ではない”と感じているの
が2割以上あると言っている医師は、約
半分以上を示しております。

【スライド-23】

ここからは、仕事満足度の尺度ですが、
こちらはまだ全国平均を出しておりませ
んで、これが高いのか低いのか、まだ
よくわからないのですが、だいたいペテ
ラン医師、新人医師としては納得のいく
結果が出ております。

【スライド-24】

患者への配慮があったかどうか、そし
てこれから自分の診療がエラーを起こし
やすいかという調査ですけれども、例え
ば患者の心理社会的側面にあまり配慮し
なかった、ということになってくると、
ほぼ毎月そうだったというものが約2
割弱。患者の疑問や不安に十分に対処し
なかったと言っている医師は、約3割弱
という結果が出ております。

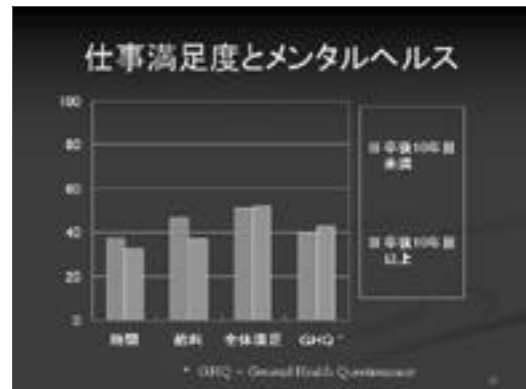
【スライド-25】

次は、「これから1カ月の間に自分はエ
ラーをどれほど起こしやすいか」という
調査に対する回答です。例えば先ほどの
ご講演で薬剤エラーの話もありましたが、
「複数疾患を持つ患者の薬剤相互作用の注
意を忘れることが少しあるだろう」と答
えた医師は、全体の60%以上を見ており
ます。あとは、例えば、「喫煙している喘
息患者への禁煙指導を忘れることが少し
あるかもしれない」と言っている医師は、
全体の30%強あることがわかります。

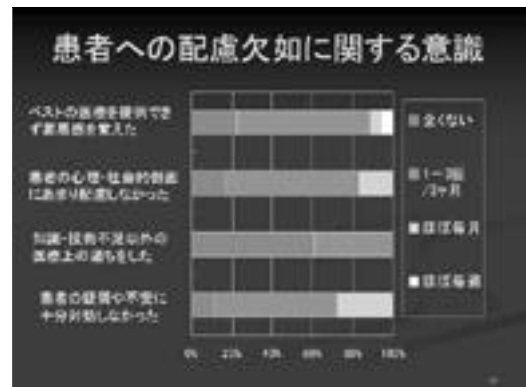
スライド-22



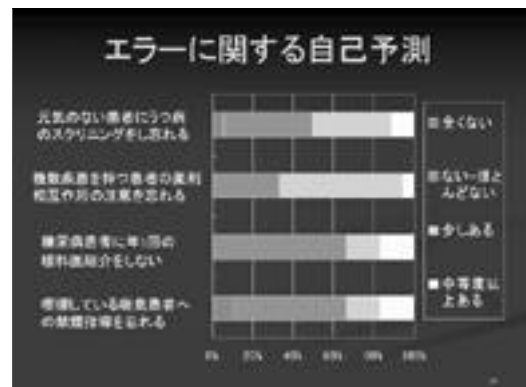
スライド-23



スライド-24



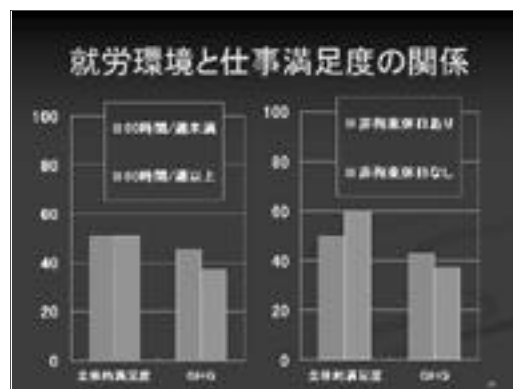
スライド-25



【スライド-26】

今度は就労時間です。忙しすぎかどうかということと全体的な満足、それから医師のメンタルヘルスの平均値を比べたものです。これを見ますと忙しすぎるから満足度が低いかというと、あまり関係は無いようですけれども、メンタルヘルスはどうも低いようです。ただこれは、現在のところ有意差はありません。

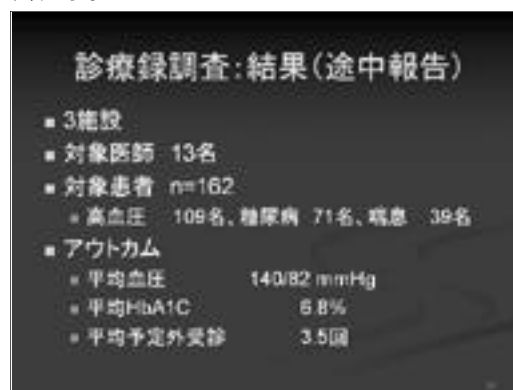
スライド-26



【スライド-27】

次に、医師の患者さんの診療録の結果ということになります。現時点では162名の患者さんの診療録の結果をレビューしております。

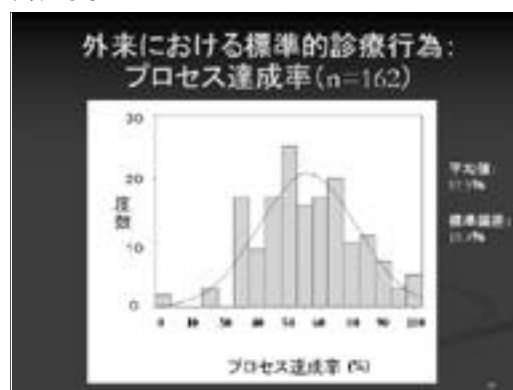
スライド-27



【スライド-28】

こちらが先ほどの糖尿病、高血圧、喘息、そして一般20項目の、何項目のプロセスを達成できているかということの分布です。162の分布ですが、比較的正規性の高い分布だと思います。平均値としては57.5%の達成率でした。

スライド-28

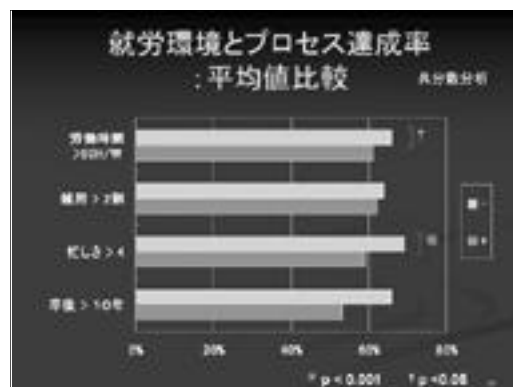


【スライド-29】

この表は、プロセス達成率の就労環境別の比較です。

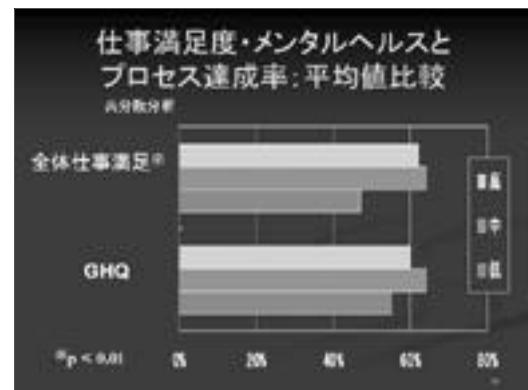
性別と卒後年数で調節した平均値を出しております。まず、労働時間が週に60時間以上ある医師と60時間未満の医師では、60時間以上の医師での診療の方が達成率が低いことがわかります。更に、非常に忙しいと感じている医師とまあまあと感じている医師の中では、非常に忙しいと感じている医師の診療の達成率が低いことがわかります。

スライド-29



階に分け、仕事満足度が高い医師、中くらいの医師、低い医師、また、メンタルヘルスが高い医師、中くらいの医師、低い医師における達成率の比較の表を出しております。これを見ますと、仕事満足度が高い、もしくは中くらいの医師に比べて、仕事満足度が低い医師というのは、達成率が10%以上低いということがわかります。こちらは有意差が現時点でありました。

スライド-30



【スライド-31】

考察です。医師の就労環境は総じて過労のようです。

医師の仕事満足度にはどうも問題があり、自らの診療行為に対してエラーを起こしている、もしくは起こす可能性があるということを自覚しております。

就労環境と医師の仕事満足度、メンタルヘルスの間には関連があるようです。

そして、医師の仕事満足度と提供される医療の質には正の相関があるようでした。

【スライド-32】

まとめです。過労環境による医師の仕事満足度低下、そしてそれに伴う診療の質の低下ということが危惧されております。良質な医療の提供のためには、医師が満足して仕事ができるような労働環境、そして医療システムというものを、これから構築していく必要が示唆されました。

スライド-31

考察

- 医師の就労環境は、総じて過労状態であることが示唆された。
- 医師の仕事満足度には問題があり、自らの診療行為に対して、エラーを起こしている、起こす可能性があることを自覚している。
- 就労環境と、医師の仕事満足度・メンタルヘルスの間には、関連があることが示唆された。
- 医師の仕事満足度と、提供される医療の質（プロセス達成率）には相関があることが明らかになった。

スライド-32

まとめ

- 過労環境による、医師の仕事満足度低下、それに伴う診療の質低下が危惧された。
- 良質な質の医療提供のためには、医師が満足して仕事ができるような労働環境の整備が必要と思われた。

質疑応答

会場： 大変興味深く、インパクトのある発表を有り難うございました。コンプリートなデータを大変楽しみにしております。病院のマネジメントの視点からも非常に重要です。

先生に期待したいのは、医師の満足度を規定するファクターは何かということです。最初の方にちょっと出ていたのですが、その病院へ勤務するきっかけとなったのは、医局人事であるのかどうかというところが、私は非常に大きいと思うのです。私の見るところ、大学に目が向いているドクターの満足度がどうしても下がってしまふ。これは今後の医師臨床研修制度が普及するに伴って、医局が人材派遣業でなくなつて、医師が自分で職場を選んでくるようになると変わるでしょう。例えば、地域医療に本当に取り組みたいと思っている方のモチベーションが高ければ、提供される質が高いたらうというのは、先生のデータからでも十分予測できることなので、やはり今後の満足度を規定する因子は何かというのを、是非詳細に解析していただきたいと思います。

そこで、質問が1点だけあります。先生はコメントされませんでしたでしたが、経験年数が10年以上と10年未満とで、有意差は無かったのですが、経験年数の高い医師の方が達成率が低かったという傾向があるのですが、そこらへんについてコメントをいただければ。

尾藤： まず、最初のことで、医局の人事で来たかどうかということも、質問票には入っております。そして、現時点の結果では、医局人事で来た医師の方がどうもプロセス達成率は低そうだとするところまでは出ております。今回は発表しておりませんが、サンプルをもっと集めて発表したいと思います。

それから2番目に関しまして、ベテラン医師の方が達成率が低いというのは、非常に面白いことだと思っております。こちらは外来診療ですので、ベテラン医師というのはたぶん「3分診療・5分診療」というところはどうしても多くなってしまうであろうと思います。ですので、何人の患者さんを診ているかということも加味して比較しないといけないかもかもしれませんが、やはり若い医師というのは、外来診療を比較的時間をとりながら丁寧に診ているのではないかなという印象です。

会場： 先生のお話の、病院の背景がどうなのかということが気になっています。というのは、私の病院は電子カルテ化しました。これは非常に良いことなのですが、医師が本来やるべきでない仕事がいっぱい増えてしまいました。医局の派遣とかといったこととは全く別に、本来医師がなくてよいことがものすごく増えてしまつて、医者やる気が上がらない。この運用をもう少しちゃんとしなければいけないと思います。労働時間は平均80時間を超えていますが、長すぎるということで文句を言う人はいないのですが、今のところそれが一番満足度が低いのです。そのへん

のところが先生の調査で出てくれば良いのではないかと思います。病院によって違うとか、システムによって違うといったことが。

尾藤： 有り難うございます。

病院背景は、今回の場合はあまり小さすぎる病院は含めておりません。100床以上の病院に限っており、さらに専門医を含めておりませんので、一般的な内科の医師の分布になっております。さらに、電子カルテもしくはオーダリングシステムかどうかというところは聞いてはおりませんが、いわゆるペーパーワークに関しては、調査の中で聞いておりますので、その中での群別比較などは重要なと思っております。