

在宅医療に携わる医師の業務負担に関する現状調査

2019年8月15日

株式会社クラウドクリニック



Cloud Clinic

在宅医療における医師の業務負担に関する調査結果について

1. 目的

病院の機能分化や高齢者の増加により在宅医療のニーズが高まっている現状に対し、ここ数年在宅支援診療所の数は減少傾向という結果がでている。^{a) b)}

在宅診療においては医師より関連職種への書類による指示が必須である。そのため在宅医療に携わる医師が診療以外に抱える業務は多く、それが医師の負担となっており、患者満足度を充足させていない可能性があると考えた。また患者への切れ目のないサービス提供のためには関連職種との連携、情報共有は重要だが、こちらに関しても医師の担う役割・負担は大きいという現状もある。

在宅医療に携わる医師の業務負担の実態を把握するために、診療以外の業務負担内容やその割合、また多職種連携の現状について実務業務に照らし合わせたアンケートを実施し、調査・分析を試みた。

2. 調査期間

2018年12月1日～2019年2月28日

3. 調査対象

在宅診療従事医師とし、弊社顧客及び関係者を通じてアンケート実施

(214の医師会様にご協力依頼 在宅診療医師のメーリングリストでの協力依頼)

4. 調査方法

アンケートサイトを使用した質問紙法によって実施

5. 回収方法

回収数：86名

有効数：86名（有効回答率100%）

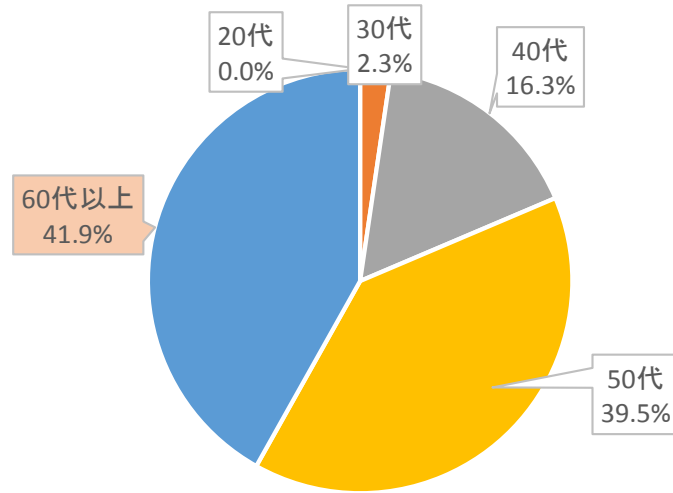
6. 調査項目

1. 属性
2. 業務負担について
3. カルテの記載に対する負担について
4. 連携のための書類に関する業務負担について
5. 多職種連携に関する業務負担について
6. スタッフの教育に関する業務負担について

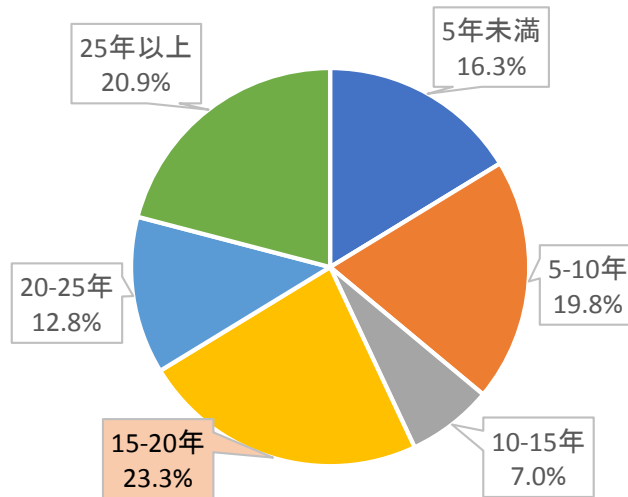
7. 結果

1) 属性

(1) 年代 (n=86)

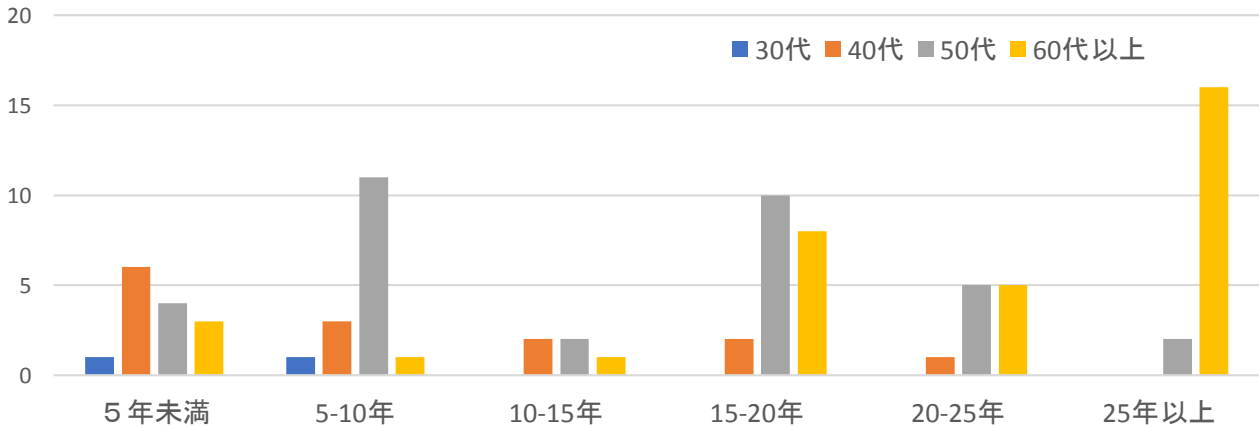


(2) 在宅診療の経験年数 (n=86)

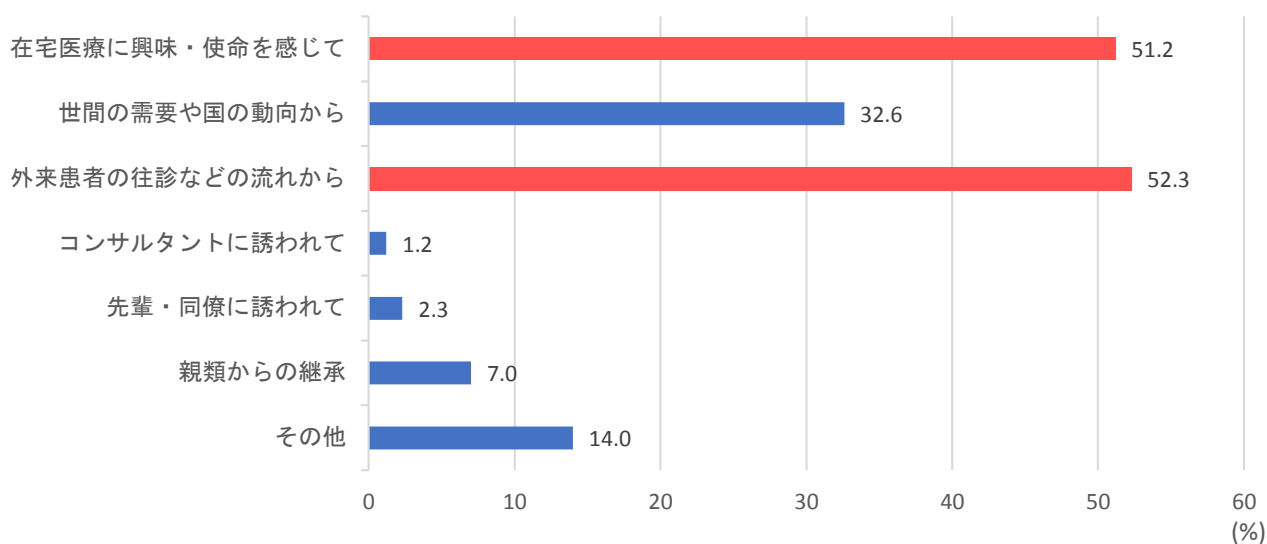


(人)

年代別経験年数



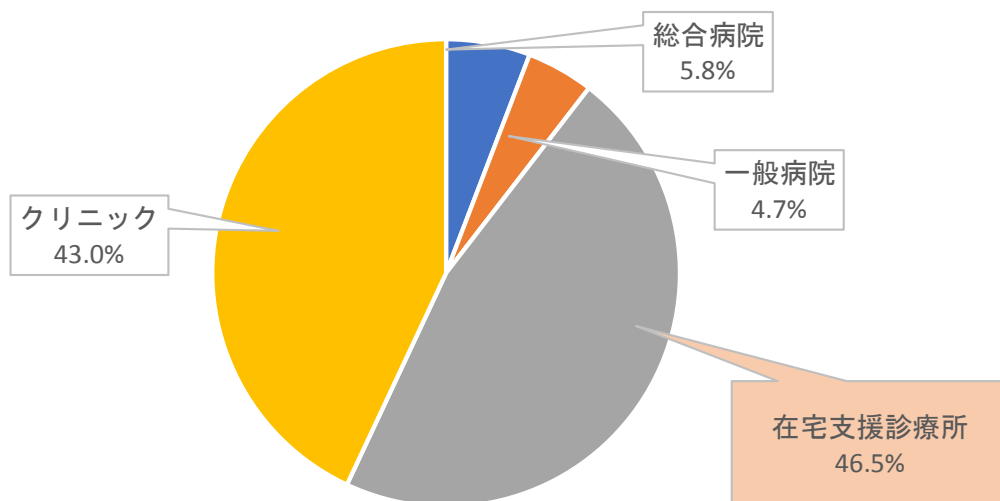
(3) 在宅診療を始めた経緯について（複数回答）（n=86）



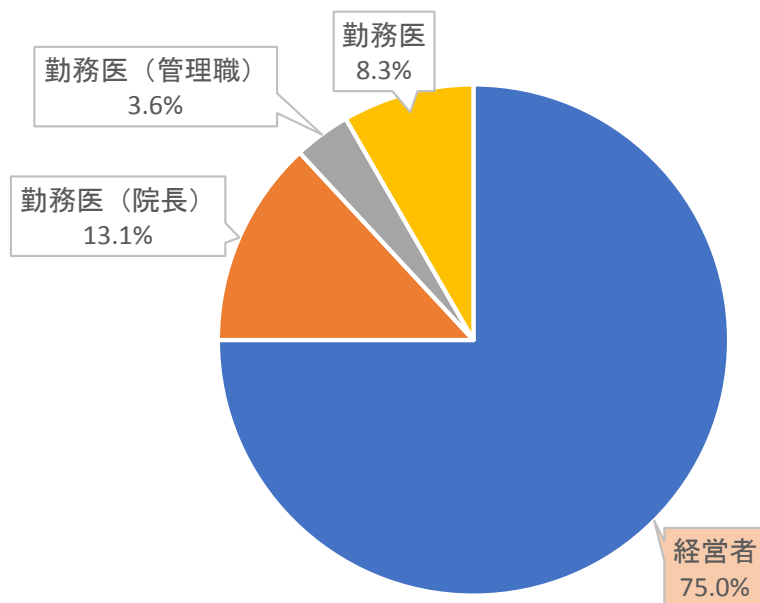
(4) 診療地域について（n=86）

エリア	度数	パーセント	都道府県名	度数	パーセント
関東	44	51.2	東京都	35	40.7
			神奈川県	5	5.8
			埼玉県	2	2.3
			茨城県	2	2.3
甲信越	15	17.4	新潟県	14	16.3
			山梨県	1	1.2
北陸	3	3.5	福井県	3	3.5
近畿	3	3.5	大阪府	2	2.3
			奈良県	1	1.2
四国	3	3.5	香川県	3	3.5
中国	9	10.5	岡山県	1	1.2
			山口県	8	9.3
九州	7	8.1	福岡県	2	2.3
			大分県	2	2.3
			鹿児島県	3	3.5
不明	2	2.3			

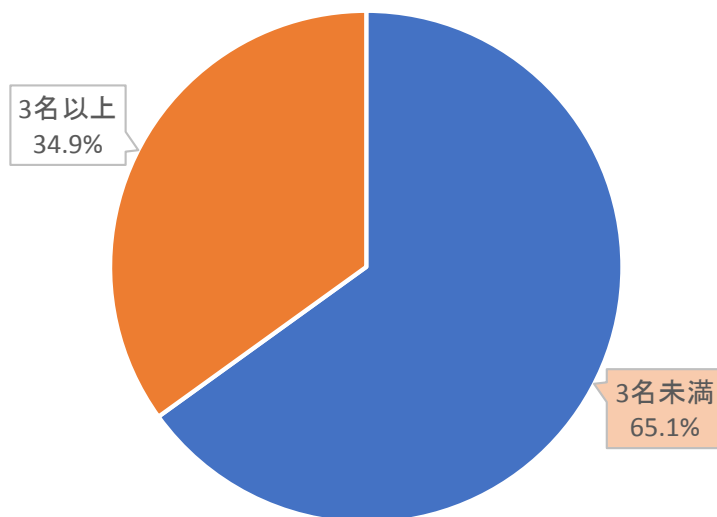
(5) 在宅診療を行っている現在の所属先について (n=86)



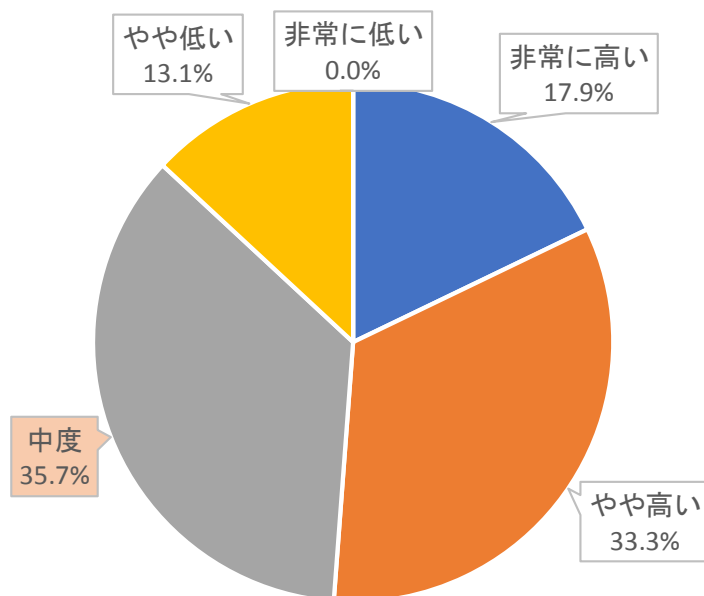
(6) 現在の勤務体系および役職について (n=86)



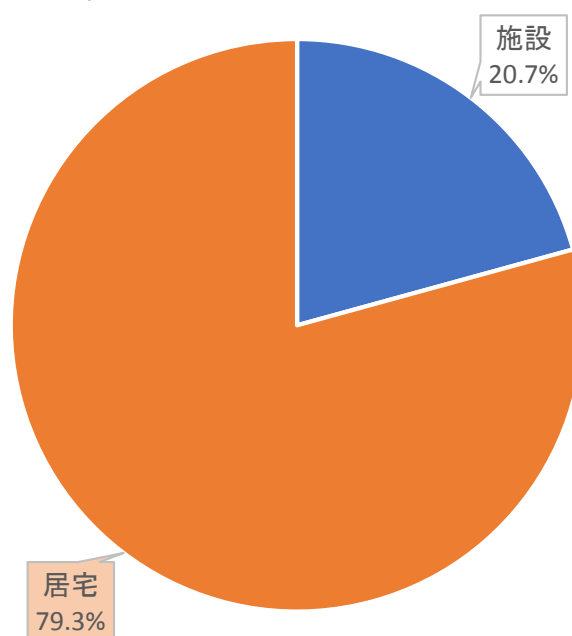
(7) 所属先の医師勤務人数（非常勤を含む）（n=86）



(8) 患者層に関して、医療依存度の高さについて（n=86）



(9) 訪問先に関して (n=86)

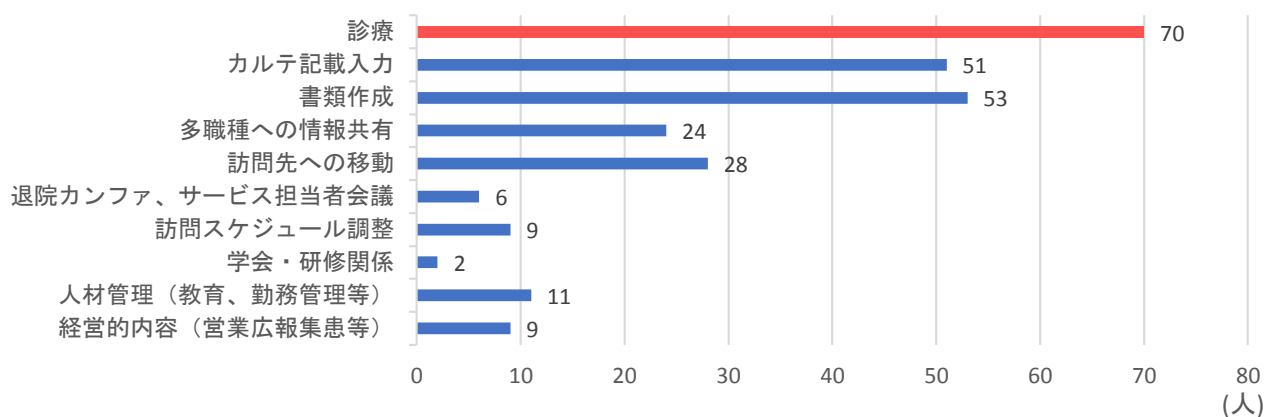


今回アンケートに回答していただいた医師の属性として 50 代以上で、医師在籍 3 名以下の在宅支援診療所の経営者の方が主であった。主な訪問先としては居宅が多く、診ている対象は医療依存度が「やや高い」以上の患者が半数を超える。

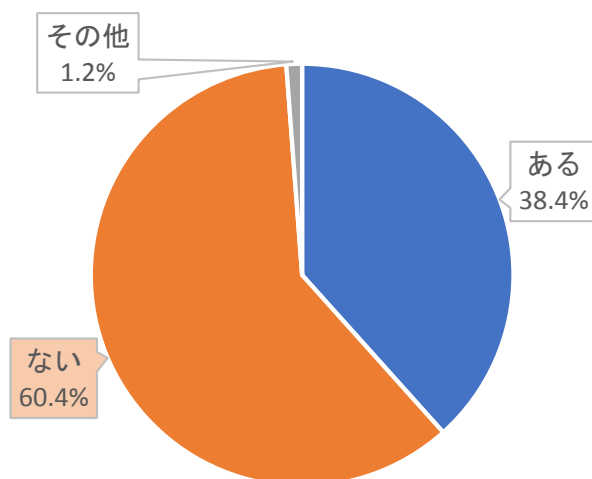
在宅診療を始めた経緯は「在宅医療に興味・使命を感じて」が 51.2%、「外来患者の往診などの流れから」が 52.3%であった。多くの医師が、現在診察している患者を継続して診療できるようにと考え在宅医療に取り組んでいることがわかった。社会の在宅医療推進による需要に対応する形で、多くの医師が地域医療を守る役割を果たし続けている。コンサルタントに誘われて在宅診療を始めるというのは今回のアンケートからは少ないケースと言える。

2) 業務負担について

(1) 現在の勤務時間内における業務負担割合について(複数選択、3つまで) (n=86)



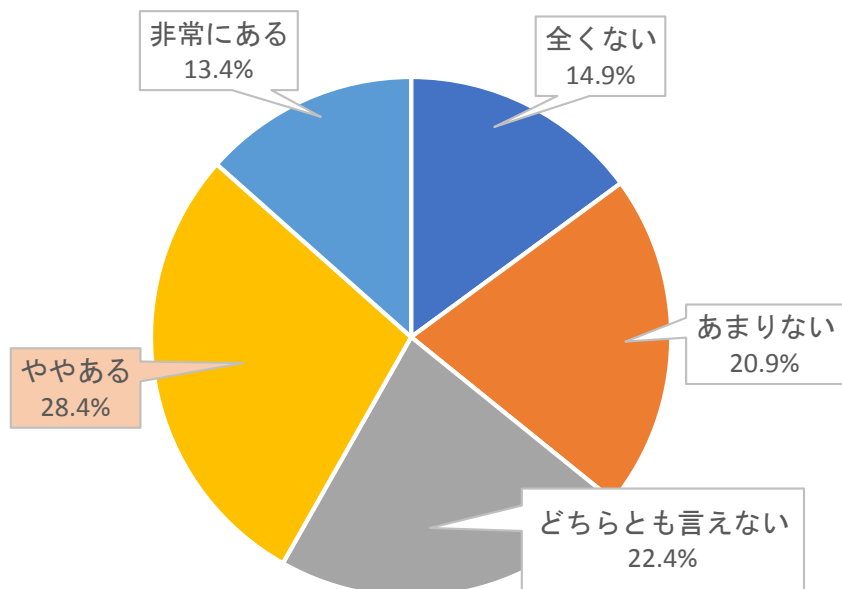
(2) 診療以外の業務による、診療への支障の有無について (n=86)



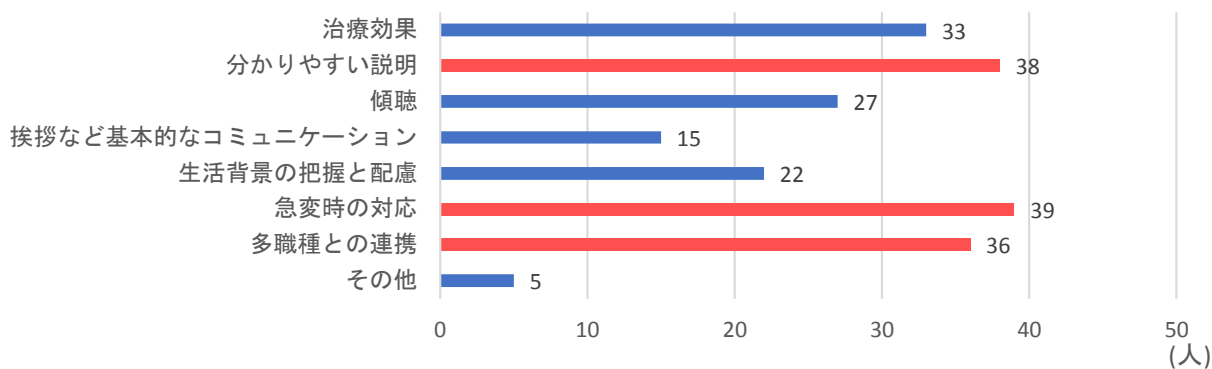
●支障がでた具体的な内容 (カテゴライズ)

地域連携 (行政、講師、産業医)	医師会活動・行政会議への出席、 産業医・学校医としての活動 会議、行政との会議 各種会議出席 医師会の目的不明な活動 (義務) 医師会の仕事、行政の仕事、地域講演会 学会や医師会業務の書類作成の締め切りが重なり主治医意見書や居宅療養管理 指導の書類作成が遅れることがあった 退院前カンファレンス、他職種の情報共有ができない
对患者家族トラブル系	医療費の支払いのトラブル、事務作業 不在、クレームやコンフリクト対応
院内マネジメント (経営)	制度の習得、確認、書類関係、診療 組織管理上の問題 経營業務、業務改善、問い合わせ
緊急対応	積雪、往診、クリニック診療中の在宅での死亡 不在 (他の患者の診療や出張) の時の対応、訪問時間の遅延

(3) 診療業務以外によって患者満足度の低下につながっているか



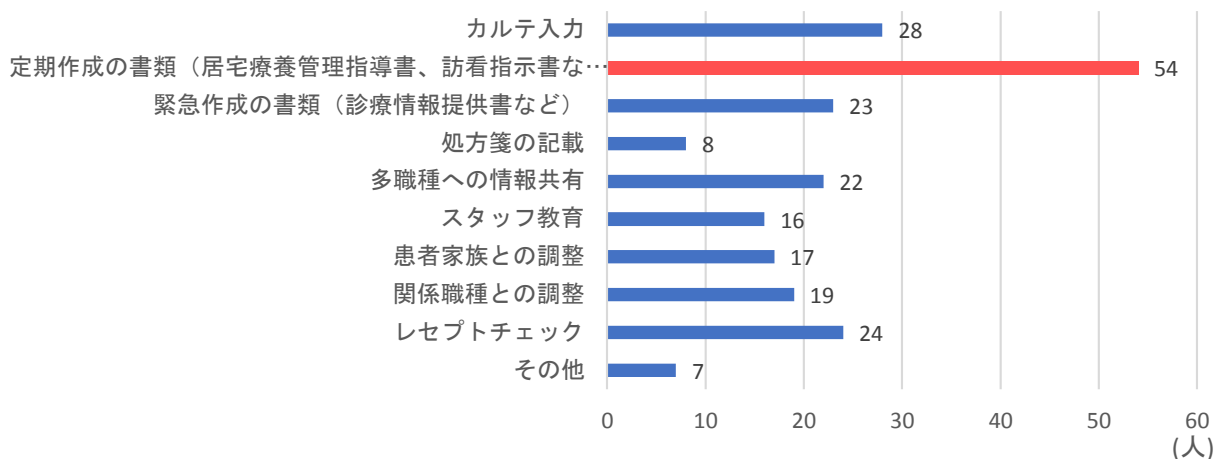
(4) 患者満足度を上げるために必要な取り組み (3つまで複数選択) (n=86)



<その他：自由記載>

- ・待ち時間短縮 (40代・5年未満)
- ・時間配分 (50代・5~10年)
- ・患者家族への配慮 (50代・5~10年)

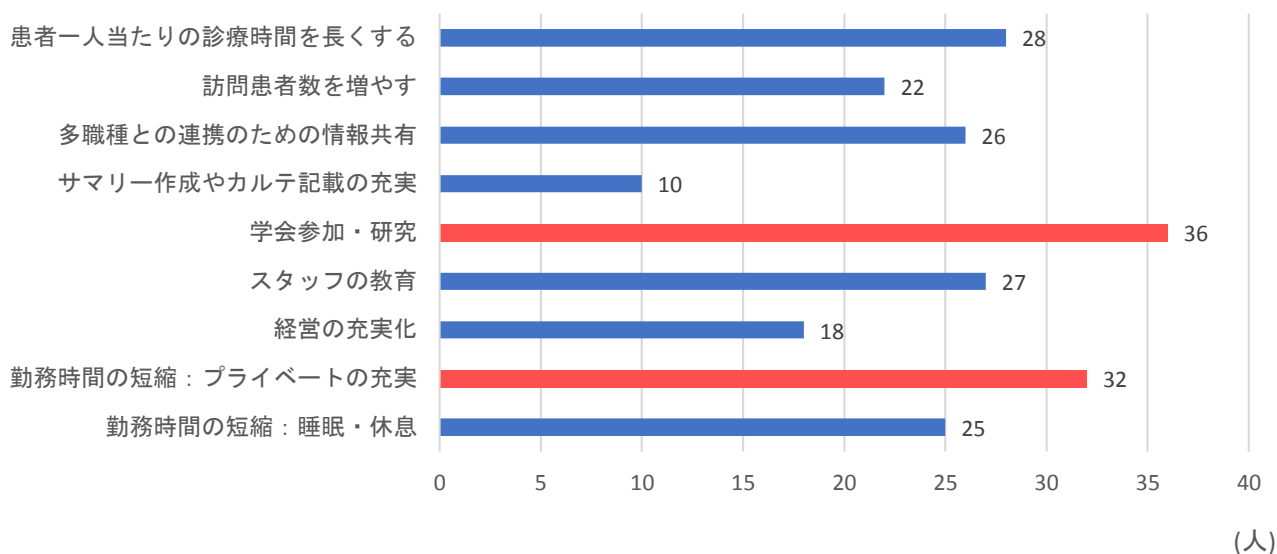
(5) 診療以外の業務で、人に任せたいと感じる業務について（上位3つを選択）



<その他：自由記載>

- ・夜間・休日・緊急時のコール・往診体制（40代・10-15年）
- ・医師会活動（50代・10-15年）、夜のオンコール当番（40代・20～25年）、
- ・長年上述のすべてが仕事と思っていますので別になしです（60代以上・25年以上）

(6) 時間に余裕ができた際に取り組みたいことは（上位3つを選択）（n=86）



<考察>

医師が負担を感じている業務は、「書類作成・カルテ記載入力」が「診療」の次に多かった。

「診療以外の業務によって、診療に支障をきたすか」という質問に対し約4割の医師が、「きたす」と回答し、また「診療業務以外によって患者満足度の低下につながっている」と答えた医師は約6割であった。

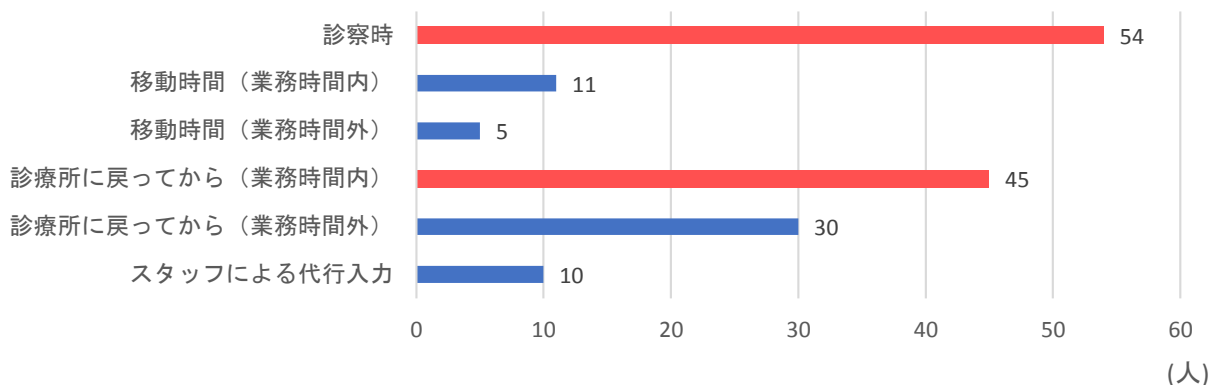
その支障をきたす業務をカテゴリ別にまとめると「地域連携業務」「患者家族関連トラブル」「院内マネジメント（経営）」「緊急対応」となった。

診療以外で他者に任せたい業務では、62.8%の医師が「定期作成の書類」と回答している。

時間に余裕が出来たら取り組みたい内容に関しては、「学会参加・研究」の回答が最多であった。

3) カルテの記載に対する負担について

カルテの記載・入力をどのタイミングで行っているか（複数回答可）（n=86）

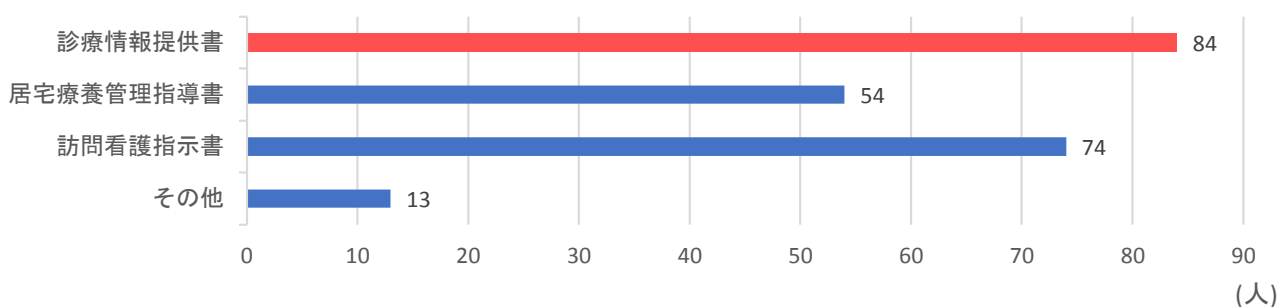


<考察>

カルテ記載・入力は「診察時」以外にも「診療所に戻ってから(業務時間内)」も多く、「診療所に戻ってから(業務時間外)」も少なくなかった。

4) 連携のための書類に関する業務負担について

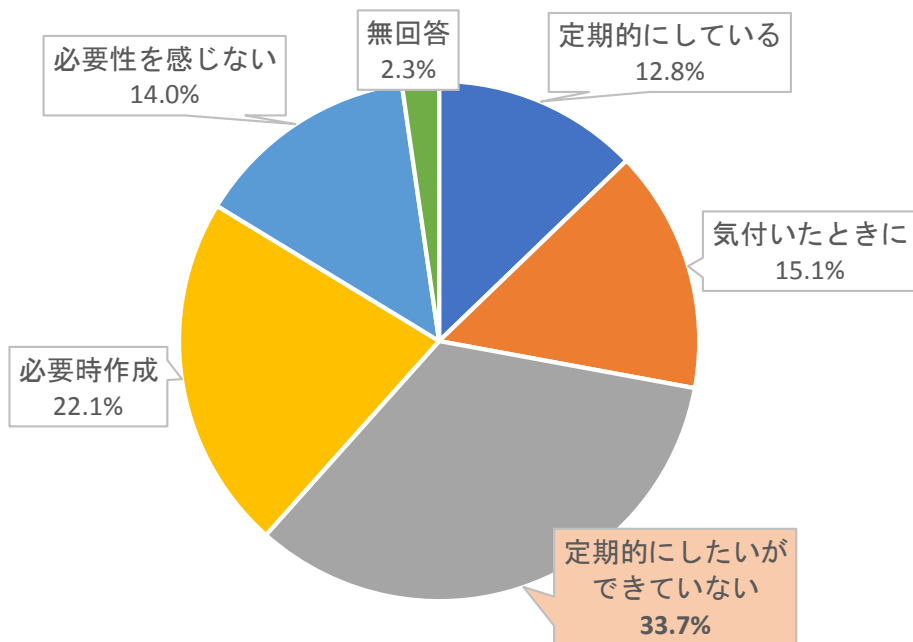
(1) 現在自分で作成している書類について（複数回答）（n=86）



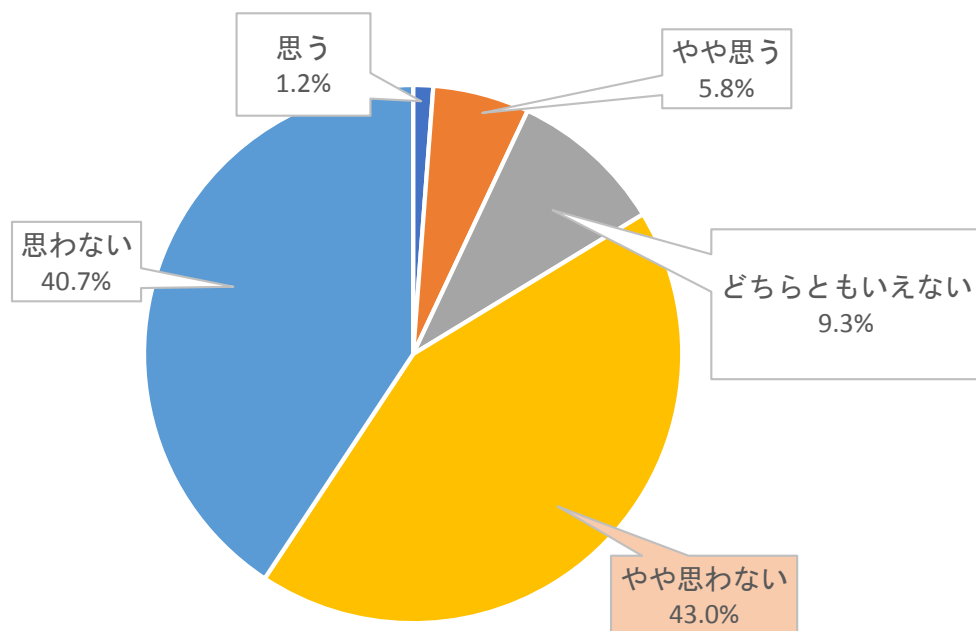
<その他：自由記載>

主治医意見書、介護保険主治医意見書、薬局あての指示書など

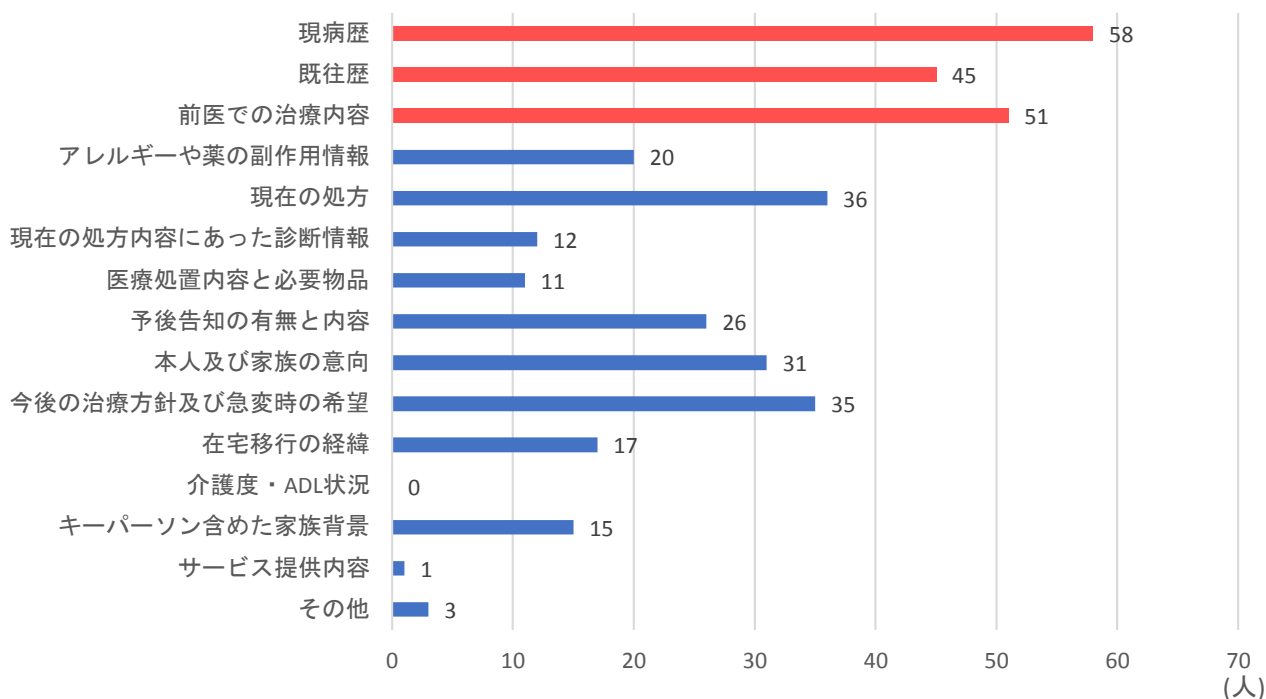
(2) サマリー（要約）の作成頻度について (n=86)



(3) 居宅療養管理指導書や訪看指示書など複数の書類作成は負担に感じているか (n=86)



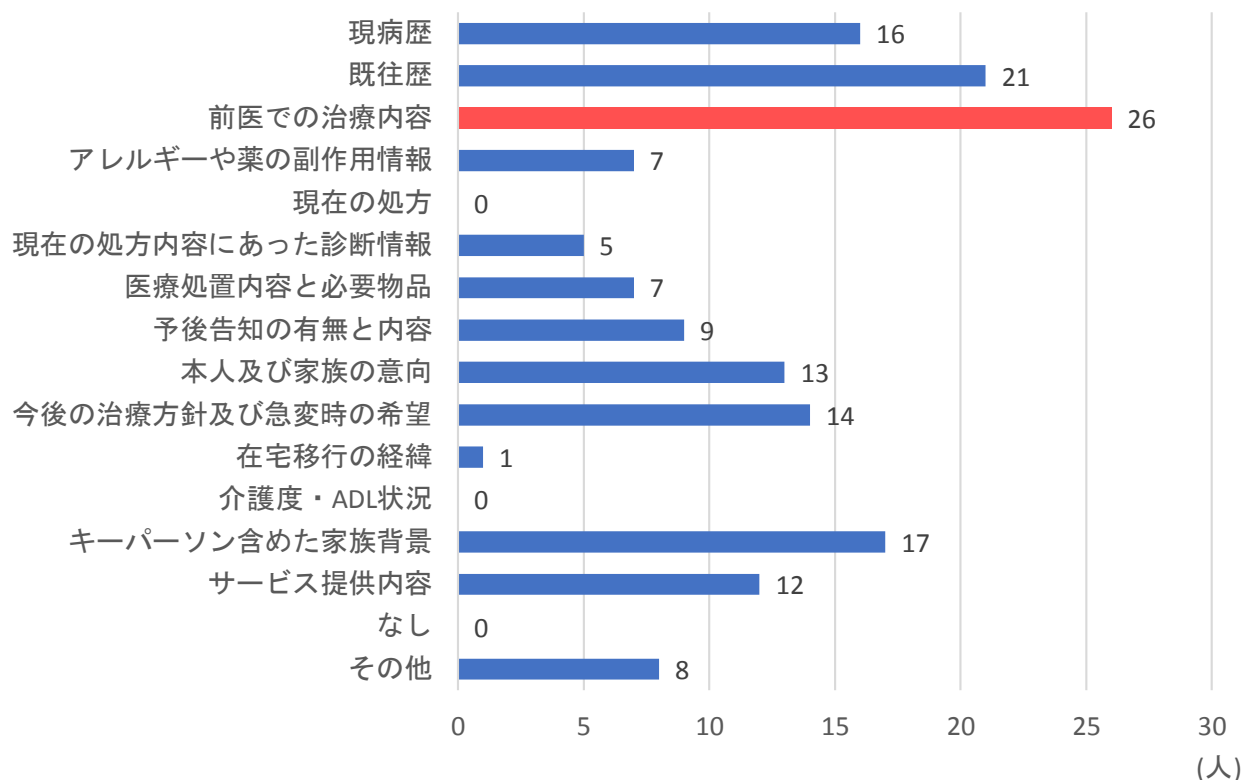
(4) 診療情報提供書に記載してあることを望む情報について (複数選択、5つまで) (n=86)



<その他：自由記載>

- 上記すべて (50代 5~10年)
- 看護サマリー (50代 15~20年)
- 患者の歴史 (50代 5~10年)
- 医療用麻薬の使用の推移と変更理由の詳細 (50代 5~10年)
- 感染症の有無 (60代以上 10-15年)
- ACP (60代以上 15~20年)
- これまでのそれぞれの先生の提供される内容で十分です。不足を感じました際にはお尋ねするだけで済みますから (60代以上 25年以上)

(5) 診療情報提供書について、記載を負担と感じる内容がありますか（複数選択、5つまで）（n=86）



<その他：自由記載>

- すべてわかることは記載（50代 20～25年）
- 上記それぞれが負担にはなりません（50代 5～10年）
- サマリーを整理しているので特になし（50代 20～25年）
- 仕事の一環なので負担と思う訳にはいきません（60代以上 25年以上）

<考察>

約4割の医師は居宅療養管理指導を他者に委ねている現状がわかった。

連携書類を効率よく作成するためにはサマリーを定期的に作成することが望ましいが、定期的に作成していると答えた割合が12.8%だった。定期的に作成したいができていないとする33.7%はサマリー作成の必要性は感じているが他の業務より優先順位が下がってしまうのではないかと考える。

「2)業務負担について-(5)診療以外の業務で、人に任せたいと感じる業務について」で、書類の作成を任せたいと回答しているが、実際は多くの医師は自分自身で書類を作成している。しかし負担感に関して「思わない」「やや思わない」が8割を占める事から負担というよりは義務であると考えていると推測する。

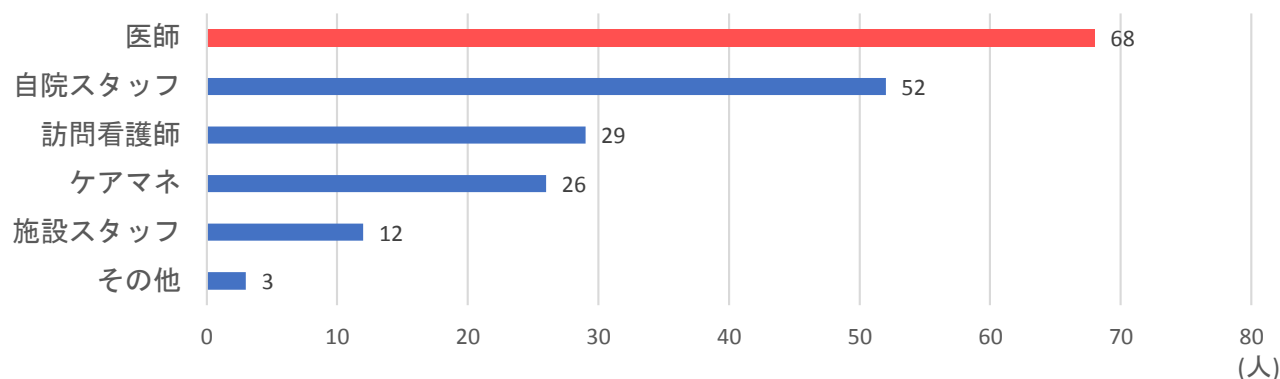
サマリーが必要な診療情報提供書においては求める内容として最も多いのが、「現病歴」（58人）であった。記載内容について十分と感じていない医師は一定数存在するかもしれない。

自身が記載する際の負担は「前医での治療内容」との回答がもっとも多く26人が選択していた。これは自身が直接診療に携わっていなかった過去の情報の収集が必要な為、正確な情報をまとめることに手間を感じていると推測される。

この情報の確認においては、情報が手書きであることや、フォーマットが施設によって異なることも負担と感じる要因ではないかと考える。情報共有の方法が地域で統一されることで、負担感の軽減につながると予測される。

5) 多職種連携に関する業務負担について

(1) 連携の為の情報共有はだれがしているか (複数選択) (n=86)



(2) 多職種連携に関して、現在連携を行っている、または連携が望ましいと思われる疾患、科目について (n=86)

診療科別

	回答者数
精神科	2
神経内科	1
泌尿器科	2
整形外科	1
内科	4
耳鼻科	1
皮膚科	4

疾患・状態別

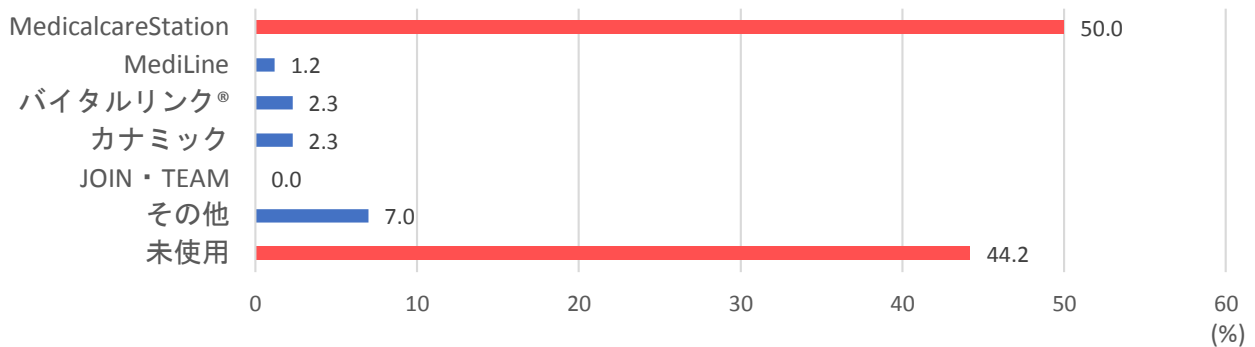
	回答者数
認知症	5
神経難病 (ALS、パーキンソンなど)	4
脳卒中後遺症	1
褥瘡	3
高齢者の慢性疾患	3
心不全	2
慢性呼吸性疾患	1
糖尿病	2
末期 (癌) (寝たきりターミナル)・看取り	11

リハビリ	1
呼吸器装着	1

対象別

	回答者数
小児	2
独居	1

(3) 多職種連携に関して、現在活用している IT ツールについて (n=86)

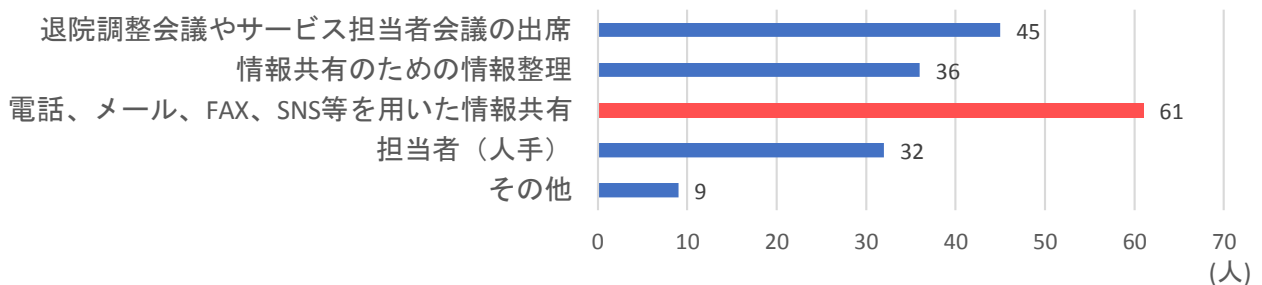


<その他：自由記載>

ChatWork (50代 15~20年)、LINE (50代 25年以上)、患者家族への説明ツール・情報提供書・訪問指示書などの雛形が使用できると便利 (50代 20~25年)

Line works,サイボウズ (60代以上 15~20年)、チャットワーク (60代以上 15~20年)、医師会よりのタブレットソフト (60代以上 25年以上)、院内メールングリスト (60代以上 25年以上)

(4) 連携を円滑に行うために重要なこと (複数選択) (n=86)

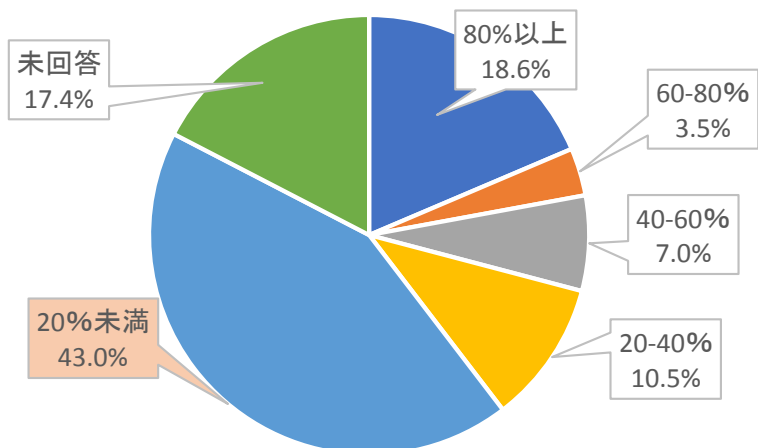


<その他：自由記載>

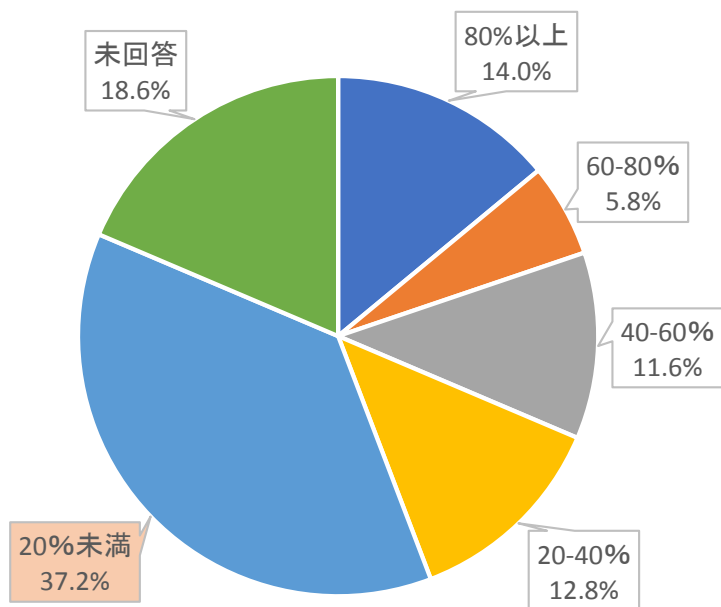
- 事業所がみんな MCS を使える環境になること (40代 5~10年)
- チェック無し (50代 15~20年)
- 医療ソーシャルワーカーを在宅でも活用できるような環境 (人件費の捻出) (50代 5~10年)
- 顔の見える連携が最初に来ます (50代 15~20年)

- 個人のコミュニケーション能力（50代5～10年）
- 医療機関には医師の代弁者となるソーシャルワーカーの配置が必要。また、多職種間の情報交換には、交換する情報の伝え方や内容にメンバー間のルール作りが大事。（40代20～25年）
- 医療業務には診察以外の書類が多すぎる、MCSは重要ですがカルテとの連携ができないことは大変、居宅介護の情報も別に書かないといけないこと（40代5～10年）
- ACPを進めるには医療ソーシャルワーカーの在宅医療への関わりが必要である。患者家族とのタイムライン上でその記録を情報共有することでACPを常に繰り返し行っている状態を多職種と本人、家族と共有できると考えます。（50代5～10年）
- ケアマネやヘルパーや薬剤師が医師の指示の処方を見逃した説明をしばしばしている。（50代25年以上）
- これまでの勤務先では医師一人、スタッフも少なく大変だったが、現在の施設ではケアマネ常勤、看護師も慣れていて、人手がいるとこんなにも楽なのかと感じている（50代20～25年）
- 大きい病院であればあるほど、在宅で受け止める側のことに配慮して、カンファレンスの時間設定を早めに連絡する必要があるべき。連携推進で本当に必要な項目が何かを、形式知にすること。（50代5～10年）
- 問題点を迅速に伝えてほしい。変な遠慮はかえって困る。（50代5～10年）
- 顔の見える関係（60代以上5～10年）
- 地域での多職種の勉強会（60代以上25年以上）
- ファックスでの連絡は、やめて頂きたい。（60代以上10-15年）
- 在宅医療の目的、あるいは在宅ケアの目的が共有出来ていない。在宅を病室と勘違いしたり、介護施設を老人慢性病棟と勘違い（60代以上25年以上）
- 多職種連携にはICTの利用が必要ですが、ICTの利用に関して事業所間で温度差が大きい。印象としてはICT利用に積極的な事業所はフットワークがいいです。ビジネスSNSの利用を検討していますが、それぞれ長所短所がありチョイスできていません。MCSは医師会管理でとつきにくい。上記のプラットフォーム以外にfacebookのworkspace、chatluck、lineworks,zoho connect などがあります。lineworksはline利用者には参加の垣根がもっとも低く、lineを利用しているCMさん（ほぼ全員のケアマネさんがlineを使っている）が参加しやすいと思いますが、lineIDでのグループ参加に制限があるなど問題があります。近いうちにlineworksは試してみようと思っています。（60代以上5年未満）

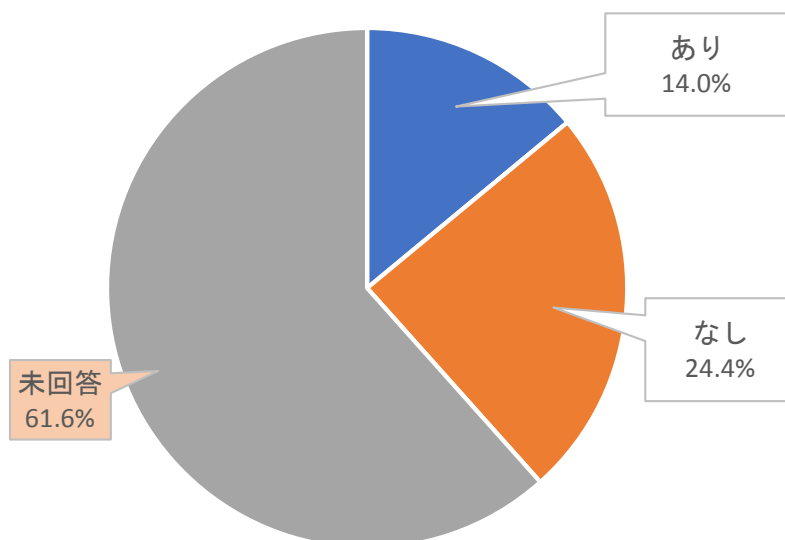
(5) 退院調整会議の参加状況について (n=86)



(6) サービス担当者会議の参加状況について (n=86)



(7) 円滑なサービスのために多職種連携以外に必要なことの有無 (n=86)



<“ある”を選択した場合の具体的な記載>

- ただどうやってそれを円滑に行える環境を作るか (40代 5～10年)
- 患者、家族間とのコミュニケーション (50代 5年未満)
- 患者家族も含めた情報共有が必要であり、患者自身とご家族が満足できることが何より大切と考えます。結果は患者さんの死という悲しい結果であってもそこに至る経緯が大切で患者さん自身がのぞまれた最後の過ごし方を家族と多職種で支えることでやるだけのことはやったという満足に至ることができると思います。(50代 5～10年)
- 情報の整理 (50代 20～25年)
- 診療報酬UPの裏付け (50代 20～25年)
- 多職種連携の研修会 (50代 15～20年)
- コミュニケーションの充実 (60代以上 25年以上)
- 医療連携 (60代以上 25年以上)
- 各々のスタッフ教育 (60代以上 20～25年)
- 看護師など資格の有る無しに関わらず、的確で正確な情報を、タイミングを逃さず関係各所に伝えられるスタッフ。場合によっては、自分の判断で自宅まで伺って情報を取ってくる行動力も必要。(60代以上 5年未満)
- 行政特にケア会議等の企画運営部局の参加意識、包括ケア目的特に理念等の意識付け、住民の参加意識と行動 (60代以上 25年以上)
- 住民・地域との連携作業が必要 (60代以上 25年以上)

<考察>

多職種連携において、医師自身が情報発信していると答えた医師が 79.1%を占めていた。主に連携を強化したいと考えている分野については、専門外での治療や、より正確な判断が必要な症例、頻回に介入が求められる患者に対してその意識が高いと推測した。

連携を円滑に行うためには、通信ツールを活用した情報の共有が重要だと回答した医師が 70.9%に上ったが、IT

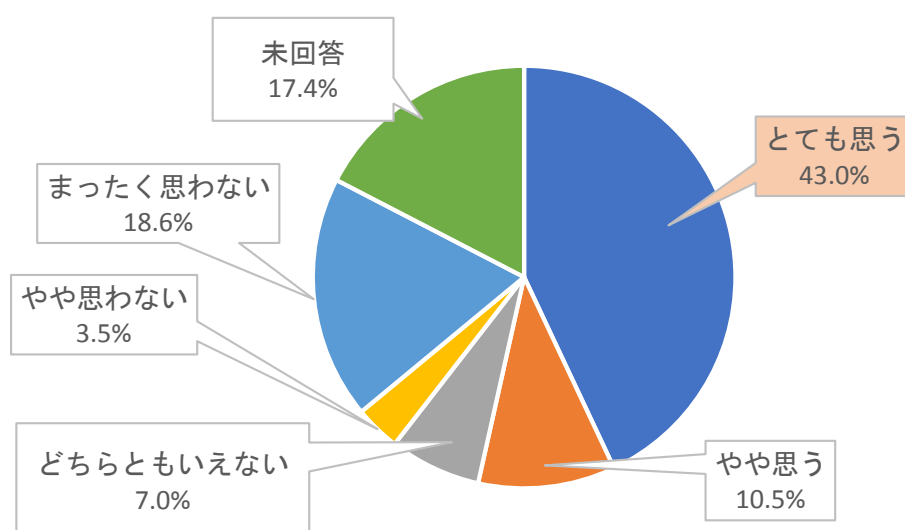
ツールに関しては、未使用が44.0%という現状であった。昨今、ICT ツールの普及が求められており、今回の結果からはその原因は不明だが何らかの問題・課題があると考えられる。

その他にも、ソーシャルワーカーの役割に期待していることが自由記載からうかがい知ることができた。在宅医療で連携していく上で医療以外の分野からの支援は必須であり、その際にソーシャルワーカーの存在は大きいと考えられる。医師は様々な会議に出席を求められ、意見を求められるが、その業務負担は大きい。そのため、医師がソーシャルワーカーと連携することではタスクシフトという視点で重要であると考えた。

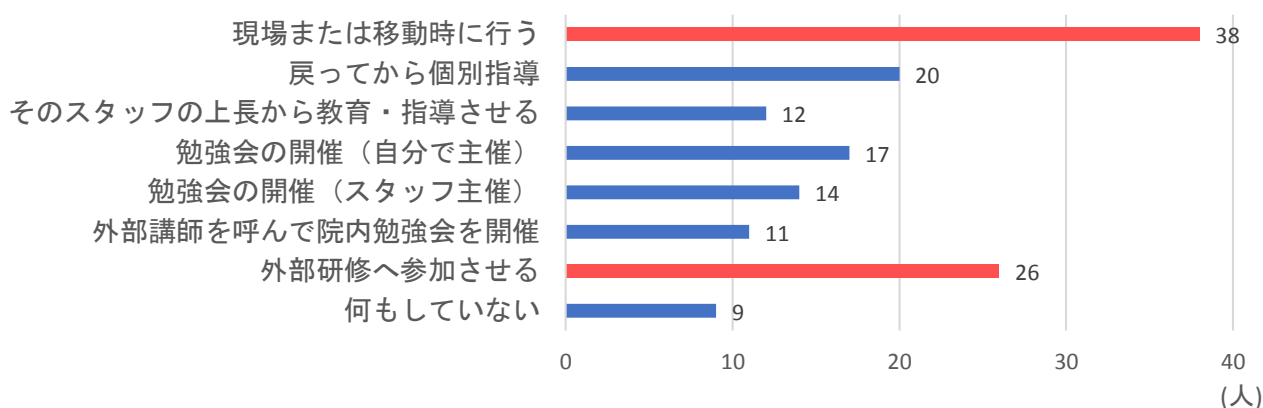
円滑なサービスのために多職種連携以外に必要なことの自由記載では、「連携」や「コミュニケーション」などのキーワードが頻出し、自助、公助、共助など地域の力を活かし、その人らしい生き方を支えるとする意識が読み取れた。

6) スタッフの教育に関する業務負担について

(1) 現場のスタッフの「在宅医療」への知識技術は十分だと思うか (n=86)



(2) 教育をどのようにしているか (複数回答) (n=86)



<考察>

スタッフの知識や技術は十分かという問いに対し「まったく思わない」が 18.6%もあり半数近くがスタッフ教育に課題があると感じている。

教育はその場もしくは移動中に行うことが多く、その場合、1対1での教育になる。その場での指導はOJTのような現場に即した実践的な業務を回すことに時間を使い、勉強会は地域医療など、所属施設ではあまり学ぶことのできない疾患や制度、また地域差などを学ぶ場として医師は捉えているのではないかと推測する。何もしていないという回答の少なさからも医師自身がスタッフの教育の必要性を感じ様々な工夫をしながら教育を実践していると考えられる。

7) その他、在宅医療の医師の業務負担に関して自由に回答

- 在宅医療をやればやるほど重症患者が増え、負担がどんどん大きくなっていく。もっと多くの医療機関が在宅医療に携わるべきと思う。(40代 10-15年)
- 職員が出勤しなくても在宅医療が成り立つ時代が来そうな気がします。(40代 15~20年)
- 入院時と同程度の医療を受けられると期待されると負担多く感じる。(40代 5~10年)
- PA育成システムがあるといいですね。(50代 15~20年)
- 患者さんとご家族がのぞまれるような状態をうまくサポートすることができたときに、多少の業務負担も報われた気持ちになります。大切なのは人と人との繋がりであり ICT や AI の使用で減らせる業務負担は減らしたいと考えています。(50代 5~10年)
- 慣れと覚悟ですね。(50代 20~25年)
- 隙間の時間を使って在宅や往診を行うので、時間が延長して、患者にも自分自身に対しても負担になりうる。うまく白昼の時間内でできると違ってくると思うのだが…(50代 5年未満)
- 制度が分かりにくいし、それを訪ねて即答してもらえないところがない(50代 5~10年)
- それが仕事でそれなりの対価も取得していますので、ストレスを感じることは当然ありますがコントロール可能です。(60代以上 25年以上)
- なんとも周囲の理解がなく、特に疾病のクリニカルパスとと思っている医療関係者の意識が、時折壁を生み、やりづらい思いになる。地域に慢性病棟を作りたいのかと反発したくもなる。(60代以上 25年以上)
- 旧来の医療モデルとしての在宅医療展開では、生活を壊す事が多く、生活モデルとしての意識付けが必要であるが、その教育が、社会全般に出来ていないし、やろうとしない。医師の、パターンリズムでの展開過程が多い。非常に苦勞する点である。(60代以上 25年以上)
- 書類書きの時間が半端なく多いです。(60代以上 5年未満)
- 特別養護老人ホーム配置医の業務負担に関して知りたいです(60代以上 15~20年)
- 訪問先での会計が出来ず、結局クリニックに誰か来ていただかないと処方や会計ができない。(60代以上 20~25年)

8) 全体のまとめ

厚生労働省の医師の働き方改革に関する検討会では、「医療機関内のマネジメント改革（管理者・医師の意識改革、医療従事者の合意形成のもとでの業務の移管や共同化（タスク・シフティング、タスク・シェアリング）、ICT等の技術を活用した効率化や勤務環境改善）に取り組んでいく必要がある」と指摘している。

今回の調査は、在宅医療を行う医師の業務負担についての現状をとらえるため、その取り組みについてアンケート調査を行った。在宅医療に求められる書類の作成や、多職種連携における共有の場や時間などは重要であると共に、医師の時間的業務負担になっているという現状が伺えた。今回の調査においては、あくまでも現状の把握に留まりその推測の域を超えない。

今回のアンケート内に「連携」というキーワードが頻出しているのに注目した。多職種との「連携」において、情報の共有、ディスカッションは重要なポイントであるが、連携に必要な文書作成や会議等に参加し、情報を発信、共有を図ることが医師の業務負担を増加させる要因になっている。そのため、医師以外の多職種が記録を参照し、必要な情報を集約・編集する方法を確立できれば、連携に必要な準備も省略化でき患者満足度を高めていく体制になると考える。

情報の共有や集約には ICT の活用が有効であるが、44.2%の医師が活用していない現状がある。個人情報を取り扱う点でセキュリティや、多様な ICT ツールから選択し活用するリテラシーの差、等の要因によって普及が進まない現状があり、従来のアナログツールの使用を継続していることが、医師の業務負担が軽減されない原因の一つではないかと推測する。連携ツールを活用することで地域医療の連携はもっと効率的に進めることができると考える。

今まさに、医師の長時間労働は医療の質の低下を引き起こす要因ととらえられ、社会的課題として考えられている。医師の長時間労働を解消するためにも、多職種の専門性が発揮された地域医療システムを確立し、医師が現在担っている業務を企業のサービスやツールの活用を通して、最適化していく必要があると考える。弊社では医師の業務負担の軽減をはじめとし、在宅医療の向上の一助となるようなサービスの開発をより一層取り組んでいきたい。

9) 参考資料

- 1) 厚生労働省：在宅医療（その1）在宅療養支援診療所の届け出の推移と診療状況、平成 29 年 1 月 11 日
- 2) 遠矢純一郎、：在宅医療の実践者から「在宅医療の始め方」を学ぼう、在宅新療 0→100 2018.10. 909