

診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成 20 年度調査）

病院勤務医の負担軽減の実態調査

報告書

◆ ◇ 目 次 ◇ ◆

1. 目的	1
2. 調査対象	1
3. 調査方法	1
4. 調査項目	2
5. 結果概要	4
(1) 回収の状況	4
(2) 施設調査	5
①施設基準の届出状況	5
②施設の属性	7
1) 開設主体	7
2) 許可病床数	8
3) 病院種別	9
4) 救急医療体制	10
5) DPC対応	11
6) 標榜している診療科	12
7) 24 時間の診療体制等	13
8) 勤務医負担軽減対策計画の策定状況	14
9) 診療録電子カルテの導入状況	15
10) 平均在院日数、紹介率、逆紹介率	16
11) 一般病棟の入院基本料区分	18
12) 精神病棟の入院基本料区分	19
13) 職員数	20
14) 医師事務作業補助者	21
15) MSW（医療ソーシャルワーカー）	22
16) 病院ボランティア	23
②患者数等	24
1) 1 か月の外来患者数	24
2) 1 か月の入院患者数	25
③病院勤務医の状況について	26
1) 常勤医師数	26
2) 当直回数	28
3) 連続当直合計回数	30
④病院勤務医の負担軽減策の実施状況	34

1) 病院勤務医の負担軽減策の取組み状況.....	34
2) 医師への経済面での処遇改善について.....	45
⑤入院時医学管理加算について	53
1) 入院時医学管理加算の届出状況	53
2) 入院時医学管理加算の届出が受理された時期.....	53
3) 初診に係る選定療養（実費徴収）の状況	54
4) 平成 20 年 10 月 1 か月間の手術件数等.....	55
⑥医師事務作業補助体制加算について.....	56
1) 医師事務作業補助体制加算の届出状況.....	56
2) 医師事務作業補助体制加算の届出が受理された時期	57
3) 専従者の配置時期.....	58
4) 医師事務作業補助体制加算の種類.....	58
5) 医師事務作業補助者（専従者）の人数と給与総額.....	61
6) 医師事務作業補助者の配置状況	63
7) 医師事務作業補助者が従事している業務の内容	64
8) 医師事務作業補助者の業務範囲の明確化	72
9) 個人情報保護上の問題発生の有無.....	73
⑦ハイリスク分娩管理加算について	74
1) ハイリスク分娩管理加算の届出状況	74
2) ハイリスク分娩管理加算の届出が受理された時期.....	75
3) 分娩件数.....	76
4) ハイリスク分娩管理加算算定回数.....	76
(3) 医師責任者調査・医師調査	77
①医師が勤務する施設の属性	77
1) 開設主体.....	77
2) 許可病床数	78
3) 病院種別.....	79
4) 救急医療体制	80
5) DPC対応の状況.....	81
6) 施設基準届出.....	82
②医師の基本属性.....	83
1) 医師の性別	83
2) 医師の年齢	84
3) 医師としての経験年数.....	85
4) 調査対象病院での勤続年数	85
5) 医師の主たる担当診療科.....	86

6) 勤務形態	87
7) 医師責任者の役職等	87
8) 医師の役職等	88
③医師の勤務実態等	89
1) 外来診療担当の有無	89
2) 入院診療における担当患者の有無等（医師票のみ）	90
3) 直近1週間の実勤務時間	90
4) 1か月あたりの当直回数および連続当直回数	92
5) 所属病院以外での勤務の有無（医師のみ）	100
6) アルバイトの状況（医師のみ）	101
④各診療科における業務負担の変化（平成20年10月末現在）：医師責任者に自らが 管理する診療科の状況として回答していただいた項目	102
1) 各診療科における入院診療に係る業務負担の変化	102
2) 各診療科における外来診療に係る業務負担の変化	106
3) 各診療科における夜間・早朝の軽症救急患者数の変化	110
4) 各診療科における医師の勤務状況の変化	111
5) 各診療科における医師の人数・勤務実績等	113
6) 各診療科における医師の勤務負担軽減策の取組状況等	120
7) 経済面での処遇の変更（平成20年4月以降）	124
⑤医師の業務負担の変化（平成20年10月末現在）	126
1) 1年前と比較した勤務状況	126
2) 入院診療に係る業務負担の変化	128
3) 外来診療に係る業務負担の変化	130
4) 病院内の診療外業務に係る業務負担の変化	132
5) 病院内における教育・指導に係る業務負担の変化	134
6) 管理業務に係る業務負担の変化（医師責任者のみ）	136
7) 夜間・早朝の軽症救急患者数の変化	138
⑥勤務負担軽減策の取組状況	139
1) 日常業務において負担が最も重いと感じる業務	139
2) 勤務医負担軽減策に関する計画の認知度	143
3) 業務分担の効果	145
4) 残業時間の変化（医師のみ）	162
5) 当直後の配慮（医師のみ）	163
6) 経済面での処遇の変化	166
7) 今後の意向について（医師のみ）	168

6. まとめ.....	170
(1) 施設調査.....	170
(2) 医師責任者調査・医師調査	173

参考資料

調査票

1. 目的

平成 20 年 4 月の診療報酬改定では、病院勤務医の負担軽減に係る評価として、「入院時医学管理加算」および「医師事務作業補助体制加算」の新設、「ハイリスク分娩管理加算」の改定が行われた。

本調査では、これらの加算を算定している保険医療機関における病院勤務医の負担軽減策の取組み状況や、病院勤務医の負担軽減と処遇改善等の状況を把握し、平成 20 年度診療報酬改定の結果を検証することを目的とした。

2. 調査対象

本調査は、「施設調査」「医師責任者調査」「医師調査」の 3 つの調査を実施した。各調査の対象は、次のとおりである。

○施設調査：平成 20 年 7 月 1 日現在で「入院時医学管理加算」、「医師事務作業補助体制加算」、「ハイリスク分娩管理加算」のいずれかの施設基準の届出をしている、すべての病院（1,151 施設）を対象とした。

○医師責任者調査・医師調査：上記「施設調査」の対象施設に 1 年以上勤務している、診療科医師責任者および医師を対象とした。ただし、1 施設につき医師責任者最大 8 名（各診療科につき 1 名×最大 8 診療科）、医師最大 24 名（各診療科につき 3 名×最大 8 診療科）とした。

3. 調査方法

本調査は、対象施設・医師が記入する自記式調査票の郵送配布・回収により行った。

「施設調査」については、施設属性、勤務医の負担軽減策の実施状況、勤務医の勤務状況、入院時医学管理加算に関する調査項目、医師事務作業補助体制加算に関する調査項目、ハイリスク分娩管理加算に関する調査項目等をたずねる調査票（「施設票」）を配布した。

「医師責任者調査」および「医師調査」については、基本属性、勤務状況、業務の負担感、業務分担の実施状況と効果、処遇改善の有無等をたずねる調査票（「医師責任者票」および「医師票」）を配布した。なお、医師責任者票では、医師責任者が管理する診療科について業務負担の状況や勤務実績等も別にたずねている。

「医師責任者票」および「医師票」の配付に際しては、上記の「施設調査」の対象施設を通じて行ったが、回収は、医師責任者・医師がそれぞれ専用封筒に封入・封緘した調査票を対象施設の管理者が回収し、調査事務局宛の専用返信封筒に「施設票」と同封の上、返送する形式とした。

調査実施時期は平成 20 年 12 月～平成 21 年 2 月とした。

4. 調査項目

本調査の主な項目は次のとおりである。

調査区分	主な内容
施設調査	○施設属性等 ・開設主体、病床数、種別、DPC 対応状況、診療科、入院基本料区分 ・平均在院日数、紹介率、逆紹介率 ・救急医療体制 ・地域連携室、24 時間の画像・検査体制・調剤体制の有無 ・職員数、医師事務作業補助者数、MSW の人数 ・電子カルテの導入状況 / 等 ○患者数 ・外来患者数、救急搬送による緊急入院患者数、新規入院患者数、退院患者数 / 等 ○勤務医の負担軽減策の実施状況 ・取り組んでいる勤務医の負担軽減策の内容 / 等 ○勤務医の人数・勤務状況等 ・常勤医師・非常勤医師数の推移（診療科別・男女別） ・勤務医の月あたり平均勤務時間の推移（診療科別） ・勤務医の月あたり平均当直回数の推移（診療科別） ・連続当直合計回数の推移（診療科別） / 等 ○入院時医学管理加算における施設の概況 ・入院時医学管理加算の届出状況・予定、届出時期 ・選定療養（実費徴収）の状況、金額 ・全身麻酔の件数、手術件数 / 等 ○入院時医学管理加算の効果・課題等 ・勤務医の負担軽減策としての効果 ・課題・問題点 / 等 ○医師事務作業補助体制加算における施設の概況 ・医師事務作業補助体制加算の届出状況・予定、届出時期 ・医師事務作業補助体制加算の区分 ○医師事務作業補助者の配置状況・業務内容等 ・医師事務作業補助者の配置時期・配置状況 ・医師事務作業補助者の人数・給与総額 ・医師事務作業者が担っている業務内容（診断書などの文書作成補助、診療記録への代行入力、診療データ整理など） ○医師事務作業補助体制加算の効果・課題等 ・勤務医の負担軽減策としての効果 ・課題・問題点 / 等 ○ハイリスク分娩管理加算における施設の概況 ・ハイリスク分娩管理加算の届出状況・予定、届出時期 ・分娩件数 ・ハイリスク分娩管理加算の算定回数 ・ハイリスク分娩患者の内訳 ○ハイリスク分娩管理加算の効果・課題等 ・勤務医の負担軽減策としての効果

	・課題・問題点 ／等
医師責任者調査	○基本属性 ・性別、年齢、医師経験年数、診療科、勤務形態、役職 ／等 ○勤務状況 ・実勤務時間、外来診療担当の有無、当直回数、連続当直回数 ／等 ○個人としての業務負担の状況等 ・負担が重い業務およびその割合、業務負担の変化 ／等 ○診療科における業務負担の状況等 ・業務負担の変化、夜間・早朝の軽症救急患者数の変化 ／等 ○勤務医の負担軽減策の取組み状況等 ・勤務医負担軽減策の取組み状況およびその効果 ・業務分担の状況およびその効果 ・医師の処遇改善等の有無 ／等 ○課題等 ・今後の課題 ／等
医師調査	○基本属性 ・性別、年齢、医師経験年数、診療科、勤務形態、役職 ／等 ○勤務状況 ・実勤務時間、外来診療担当の有無、当直回数、連続当直回数 ／等 ○業務負担の状況等 ・負担が重い業務およびその割合、業務負担の変化 ／等 ○勤務医の負担軽減策の取組み状況等 ・勤務医負担軽減策の取組み状況およびその効果 ・業務分担の状況およびその効果 ・医師の処遇改善等の有無 ／等 ○課題等 ・今後の課題 ／等

5. 結果概要

(1) 回収の状況

施設調査の回収数は 516 件、回収率は 44.8%であった。また、医師調査の有効回答人数は、医師責任者が 2,389 人、医師が 4,227 人であった。

図表 1 回収の状況

	有効回収数	有効回収率
施設調査	516	44.8%
医師責任者調査	2,389	—
医師調査	4,227	—

※施設調査の回収数は 526 件であった。いずれの施設基準についても届出がないと回答があった施設票を無効票（10 件）とした。

※医師責任者調査の回収数は 2,774 件、医師調査の回収数は 5,574 件であった。両調査とも対象病院における勤続年数が 1 年未満もしくは無回答のものについては無効票（医師責任者調査：134 件、医師調査：943 件）とした。また、この他、施設票の回収がなかったものおよび施設票が無効となったものは無効票（医師責任者調査：251 件、医師調査：404 件）とした。

(2) 施設調査

【調査対象等】

調査対象：「入院時医学管理加算」、「医師事務作業補助体制加算」、「ハイリスク分娩管理加算」のいずれかの施設基準の届出をしている、すべての病院（1,151 施設）

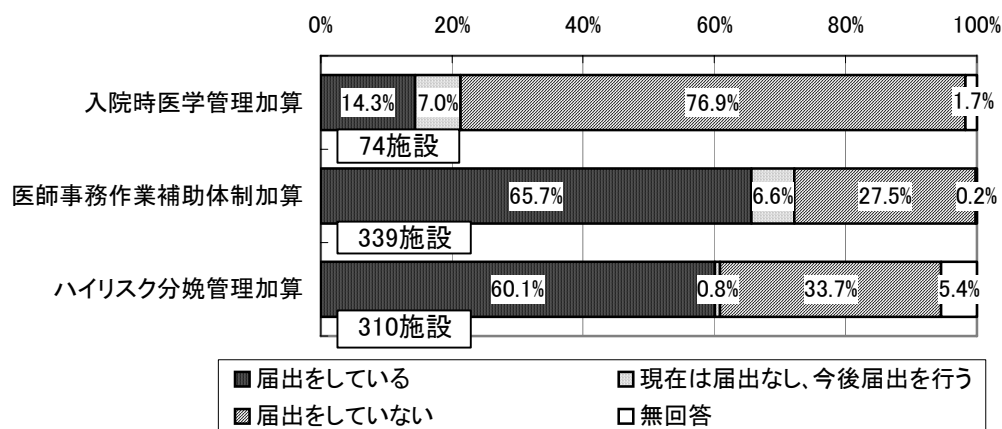
回答数：516 件

回答者：施設の管理者

①施設基準の届出状況

施設基準の届出状況についてみると、「入院時医学管理加算」の「届出をしている」という施設は 14.3%（74 施設）、「医師事務作業補助体制加算」の「届出をしている」施設は 65.7%（339 施設）、「ハイリスク分娩管理加算」の「届出をしている」施設は 60.1%（310 施設）であった。

図表 2 施設基準の届出状況（n=516）



施設基準届出状況別施設数についてみると、「入院時医学管理加算」「医師事務作業補助体制加算」および「ハイリスク分娩管理加算」の 3 つの施設基準のいずれも届出をしているという施設は 9.5%（49 施設）であった。

最も多かったのは「医師事務作業補助体制加算のみ届出あり」（37.2%、192 施設）であり、次いで「ハイリスク分娩管理加算のみ届出あり」（31.8%、164 施設）、「医師事務作業補助体制加算とハイリスク分娩管理加算の届出あり」（16.7%、86 施設）となった。「入院時医学管理加算のみ届出あり」は 0.4%（2 施設）と最も少なかった。

図表 3 施設基準届出状況別施設数

	施設数	構成割合
すべての施設基準の届出あり	49	9.5%
（入院時医学管理加算＋医師事務作業補助体制加算）届出あり	12	2.3%
（入院時医学管理加算＋ハイリスク分娩管理加算）届出あり	11	2.1%
（医師事務作業補助体制加算＋ハイリスク分娩管理加算）届出あり	86	16.7%
入院時医学管理加算のみ届出あり	2	0.4%
医師事務作業補助体制加算のみ届出あり	192	37.2%
ハイリスク分娩管理加算のみ届出あり	164	31.8%
合計	516	100.0%

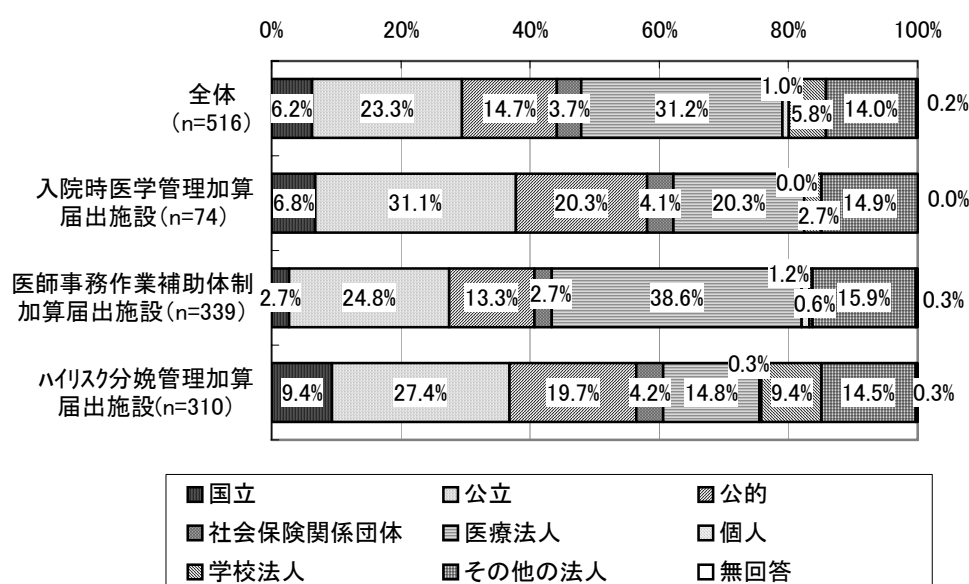
②施設の属性

1) 開設主体

開設主体についてみると、全体では「医療法人」（31.2％）が最も多く、次いで「公立」（23.3％）、「公的」（14.7％）となった。

「入院時医学管理加算」の届出施設では「公立」（31.1％）が最も多く、次いで「公的」と「医療法人」（いずれも 20.3％）となった。「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「医療法人」（38.6％）が最も多く、次いで「公立」（24.8％）、「その他の法人」（15.9％）となった。「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「公立」（27.4％）が最も多く、次いで「公的」（19.7％）、「医療法人」（14.8％）となった。

図表 4 開設主体



(注) 複数の施設基準の届出を行っている施設があるため、各施設基準のサンプル数の和は全体のサンプル数と一致しない。以下、同様。

※参考：開設主体の内訳

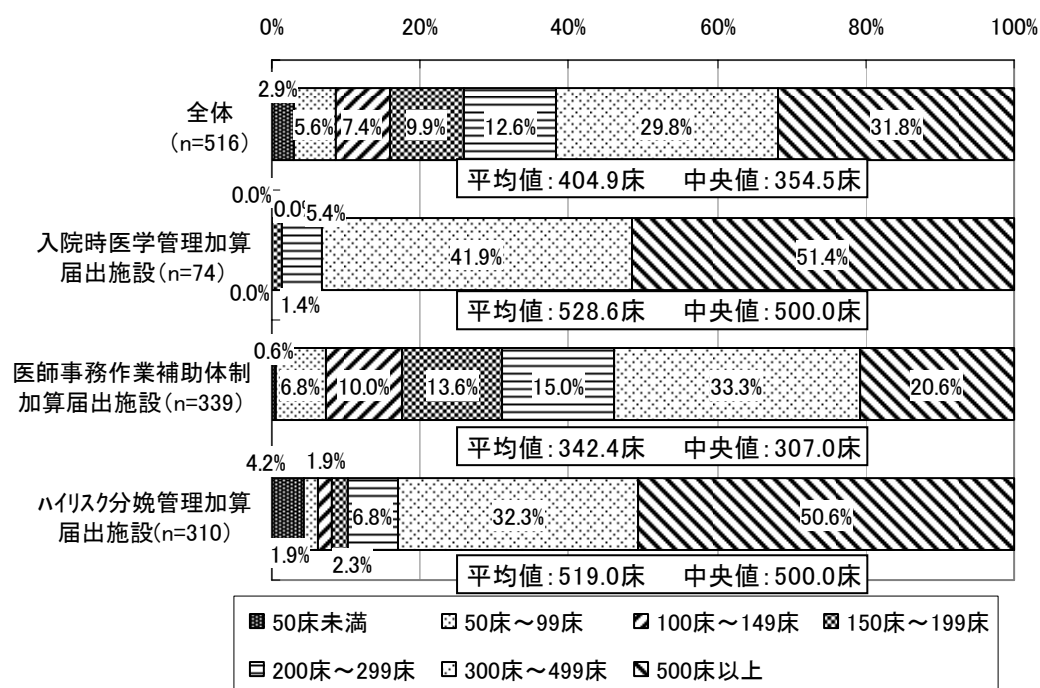
国立	厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他（国）
公立	都道府県、市町村、地方独立行政法人
公的	日本赤十字社、済生会、北海道社会事業協会、全国厚生農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会
社会保険関係団体	全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合およびその連合会、共済組合およびその連合会、国民健康保険組合
その他の法人	公益法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人

2) 許可病床数

許可病床数についてみると、全体では「500 床以上」(31.8%) が最も多く、次いで「300 床～499 床」(29.8%)、「200 床～299 床」(12.6%) となった。なお、平均は 404.9 床(中央値 354.5)であった。

「入院時医学管理加算」の届出施設では「500 床以上」(51.4%) が最も多く、次いで「300 床～499 床」(41.9%) となっており、許可病床数の平均は 528.6 床(中央値 500.0)と大規模の病院が多かった。「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「300 床～499 床」(33.3%) が最も多く、次いで「500 床以上」(20.6%) となり、許可病床数の平均は 342.4 床(中央値 307.0)であった。「入院時医学管理加算」および「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設と比較すると、大規模病院の割合が低かった。「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「500 床以上」(50.6%) が最も多く、次いで「300 床～499 床」(32.3%) となり、許可病床数の平均は 519.0 床(中央値 500.0)と大規模の病院が多かった。

図表 5 許可病床数

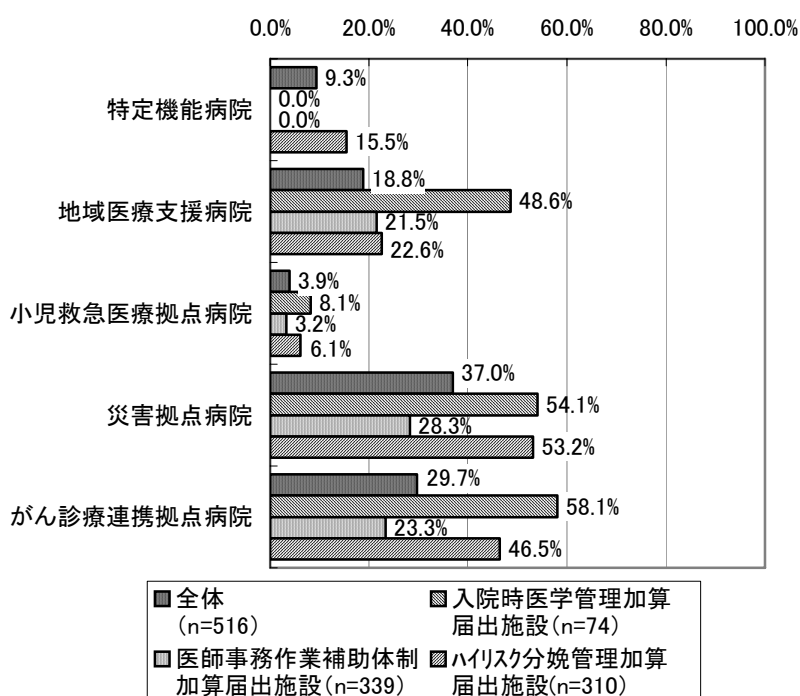


3) 病院種別

病院の種別についてみると、「特定機能病院」が 9.3%、「地域医療支援病院」が 18.8%、「小児救急医療拠点病院」が 3.9%、「災害拠点病院」が 37.0%、「がん診療連携拠点病院」が 29.7%であった。

「入院時医学管理加算」の届出施設では、「地域医療支援病院」が 48.6%、「災害拠点病院」が 54.1%、「がん診療連携拠点病院」が 58.1%と指定を受けている割合が高かった。また、「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では、「災害拠点病院」が 53.2%、「がん診療連携拠点病院」が 46.5%と指定を受けている割合が高かった。

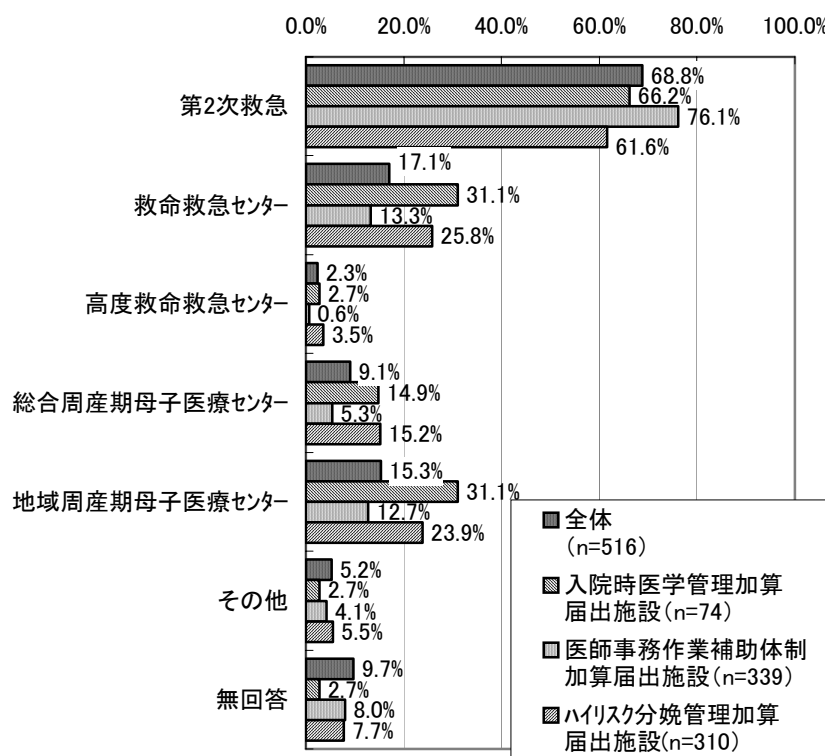
図表 6 病院種別（複数回答）



4) 救急医療体制

救急医療体制についてみると、全体では「第2次救急」(68.8%)が最も多く、次いで「救急救命センター」(17.1%)、「地域周産期母子医療センター」(15.3%)、「総合周産期母子医療センター」(9.1%)、「高度救命救急センター」(2.3%)の順であった。

図表 7 救急医療体制（複数回答）

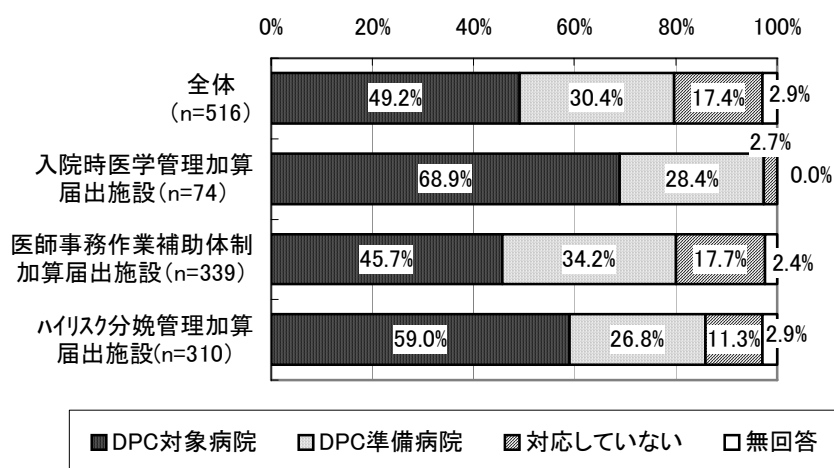


5) DPC 対応

DPC の対応状況についてみると、全体では「DPC 対象病院」が 49.2%、「DPC 準備病院」が 30.4%、「対応していない」が 17.4%であった。

「入院時医学管理加算」の届出施設では「DPC 対象病院」が 68.9%と高かった。また、「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設でも「DPC 対象病院」が 59.0%と高かった。「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では、他の 2 つの加算届出施設と比較すると、「DPC 対象病院」の割合は 45.7%と低かった。

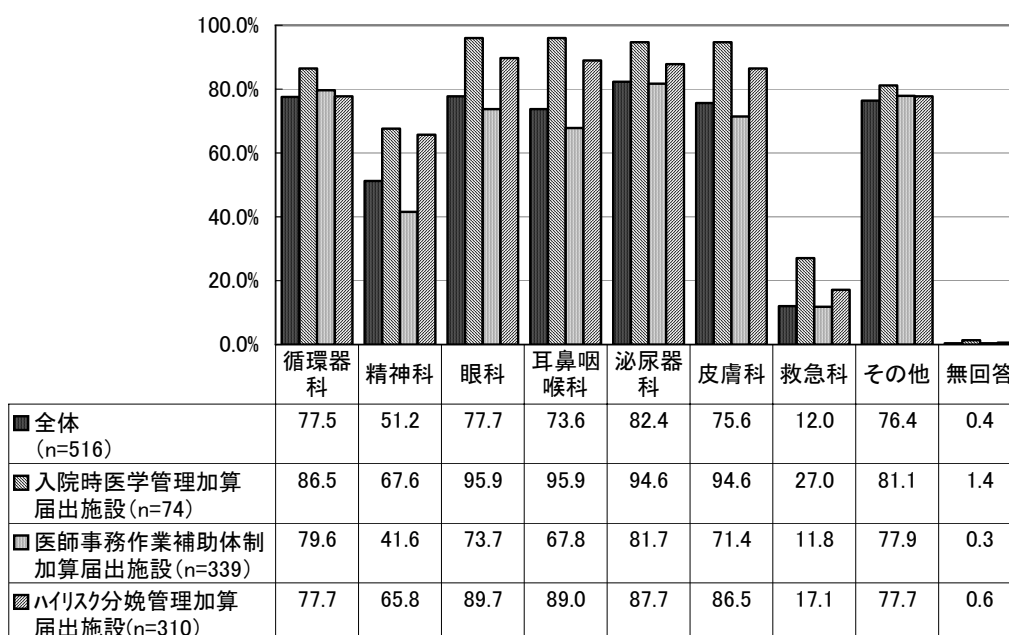
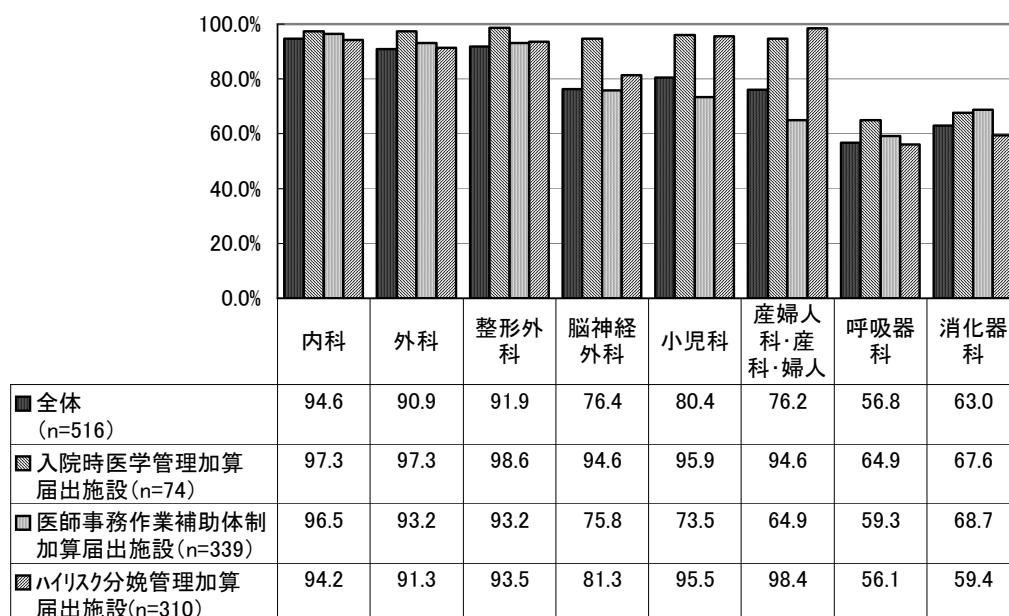
図表 8 DPC 対応



6) 標榜している診療科

標榜している診療科についてみると、全体では「内科」(94.6%)が最も多く、次いで「整形外科」(91.9%)、「外科」(90.9%)、「泌尿器科」(82.4%)、「小児科」(80.4%)となった。

図表 9 標榜している診療科（複数回答）

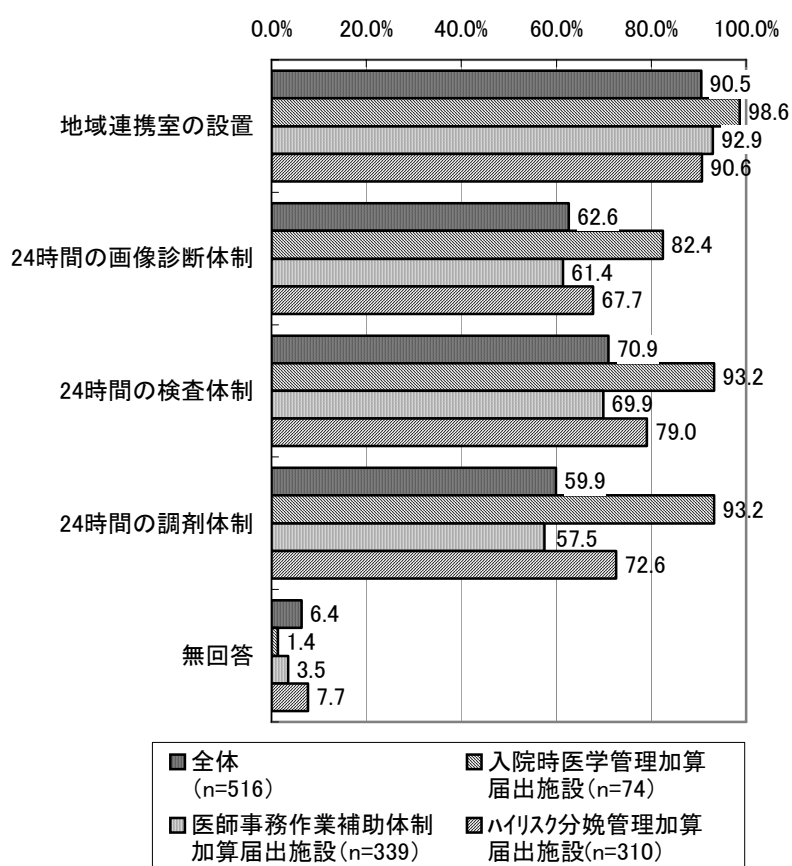


7) 24 時間の診療体制等

24 時間の診療体制等についてみると、全体では「地域連携室の設置」があるという回答は 90.5%であった。この他、「24 時間の画像診断体制」があるという回答は 62.6%、「24 時間の検査体制」は 70.9%、「24 時間の調剤体制」は 59.9%であった。

「入院時医学管理加算」の届出施設では、「全体」や他の 2 つの加算の届出施設と比較して、いずれの診療体制等においても回答割合が高かった。

図表 10 24 時間の診療体制等（複数回答）

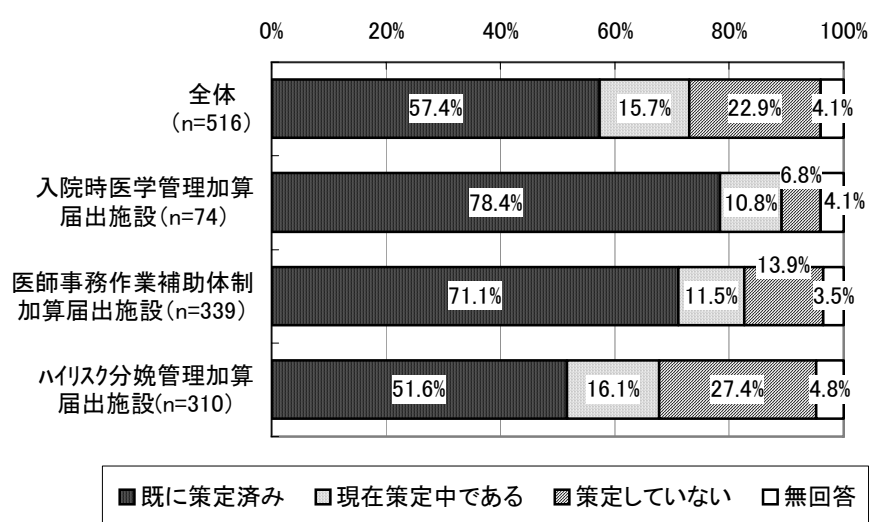


8) 勤務医負担軽減対策計画の策定状況

勤務医負担軽減対策計画の策定状況についてみると、全体では「既に策定済み」が 57.4%、「現在策定中である」が 15.7%、「策定していない」が 22.9%であった。

「入院時医学管理加算」の届出施設では「既に策定済み」が 78.4%であり、「現在策定中である」が 10.8%、「策定していない」が 6.8%となっており、他の 2 つの加算の届出施設と比較すると、「既に策定済み」の割合が高かった。

図表 11 勤務医負担軽減対策計画の策定状況

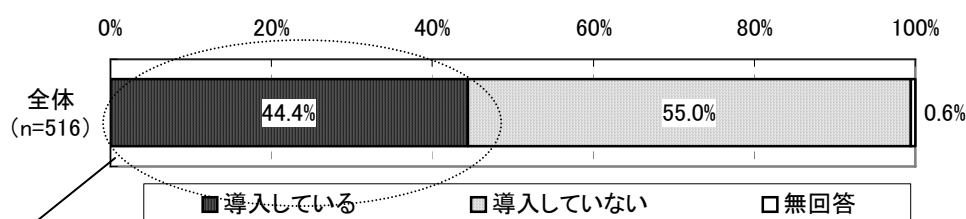


9) 診療録電子カルテの導入状況

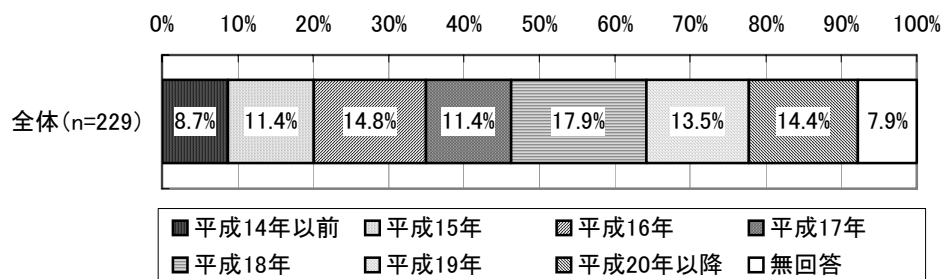
診療録電子カルテの導入状況についてみると、「導入している」が 44.4%、「導入していない」が 55.0%であった。

診療録電子カルテを「導入している」と回答した 229 施設における導入時期についてみると、「平成 18 年」(17.9%) が最も多く、次いで「平成 16 年」(14.8%)、「平成 20 年以降」(14.4%)、「平成 19 年」(13.5%) であり、ばらつきがみられた。

図表 12 診療録電子カルテの導入状況



図表 13 診療録電子カルテの導入時期



10) 平均在院日数、紹介率、逆紹介率

病院全体の平均在院日数についてみると、全体では、平成 19 年 10 月が平均 18.7 日、平成 20 年 10 月が 18.4 日と 0.3 日の短縮であったが、中央値でみると、15.6 日から 14.9 日と 0.7 日短縮した。

図表 14 病院全体の平均在院日数

(単位：日)

			平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
全体	n=501	19 年 10 月	18.7	23.0	402.0	4.9	15.6
	n=501	20 年 10 月	18.4	23.1	402.0	4.1	14.9
入院時医学管理加算届出施設	n=75	19 年 10 月	15.1	3.1	23.6	8.7	14.6
	n=75	20 年 10 月	14.7	3.0	26.6	8.6	14.3
医師事務作業補助体制加算届出施設	n=328	19 年 10 月	20.4	28.0	402.0	6.9	15.8
	n=328	20 年 10 月	20.1	28.1	402.0	6.7	15.1
ハイリスク分娩管理加算届出施設	n=307	19 年 10 月	16.1	17.7	313.6	4.9	14.6
	n=307	20 年 10 月	15.7	17.5	308.5	4.1	14.4

(注)平成 19 年 10 月および平成 20 年 10 月の両時点について記載があったものを有効回答として集計した。

一般病棟の平均在院日数についてみると、全体では、平成 19 年 10 月が平均 15.7 日、平成 20 年 10 月が 15.3 日と 0.4 日の短縮であったが、中央値でみると、14.9 日から 14.3 日と 0.6 日短縮した。

図表 15 一般病棟の平均在院日数

(単位：日)

			平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
全体	n=502	19 年 10 月	15.7	13.8	313.6	4.9	14.9
	n=502	20 年 10 月	15.3	13.6	308.5	4.1	14.3
入院時医学管理加算届出施設	n=71	19 年 10 月	14.5	2.6	23.3	8.7	14.3
	n=71	20 年 10 月	14.0	2.5	22.2	8.6	13.8
医師事務作業補助体制加算届出施設	n=328	19 年 10 月	16.3	16.9	313.6	6.9	15.0
	n=328	20 年 10 月	15.9	16.6	308.5	6.7	14.4
ハイリスク分娩管理加算届出施設	n=303	19 年 10 月	15.3	17.5	313.6	4.9	14.2
	n=303	20 年 10 月	14.9	17.2	308.5	4.1	14.0

(注)・平成 19 年 10 月および平成 20 年 10 月の両時点について記載があったものを有効回答として集計した。

・最大値は障害者施設等入院基本料等又は特殊疾患病棟入院料等病棟の特定入院料を算定する病棟を有する施設。

紹介率についてみると、全体では平成 19 年 10 月時点で平均 43.0%であったのが、平成 20 年 10 月時点では 44.5%と上昇している。また、中央値でみても、40.8%から 43.0%と上昇している。

平成 20 年 10 月時点の紹介率についてみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では、平均 57.2%（標準偏差 18.2、中央値 58.5）、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では平均 42.4%（標準偏差 22.3、中央値 40.9）、「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では平均 50.0%（標準偏差 20.9、中央値 51.3）となっており、入院時医学管理加算の届出施設において特に紹介率が高い結果となった。

図表 16 紹介率

(単位：%)

			平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
全体	n=451	19 年 10 月	43.0	21.7	100.0	0.0	40.8
	n=451	20 年 10 月	44.5	22.4	100.0	0.0	43.0
入院時医学管理加算届出施設	n=67	19 年 10 月	56.0	18.1	97.5	14.5	55.1
	n=67	20 年 10 月	57.2	18.2	90.1	18.8	58.5
医師事務作業補助体制加算届出施設	n=294	19 年 10 月	41.1	21.9	100.0	0.0	39.2
	n=294	20 年 10 月	42.4	22.3	100.0	0.0	40.9
ハイリスク分娩管理加算届出施設	n=282	19 年 10 月	48.1	20.3	100.0	0.0	48.2
	n=282	20 年 10 月	50.0	20.9	100.0	0.0	51.3

逆紹介率についてみると、全体では平成 19 年 10 月時点で平均 31.1%であったのが、平成 20 年 10 月時点では 34.3%と上昇している。また、中央値でみても、26.6%から 29.9%と上昇している。特に、「入院時医学管理加算」の届出施設では、平成 19 年 10 月時点では平均 43.2%（標準偏差 22.1、中央値 44.2）であったのが平成 20 年 10 月時点では、平均 49.3%（標準偏差 24.8、中央値 48.2）と大きく上昇している。「医師事務作業補助体制加算」の届出施設、「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では、平成 19 年 10 月および平成 20 年 10 月時点で 30%台であり、「入院時医学管理加算」の届出施設と比較すると、逆紹介率の水準は高くはないものの平成 19 年 10 月から平成 20 年 10 月にかけての 1 年間で上昇している。

図表 17 逆紹介率

(単位：%)

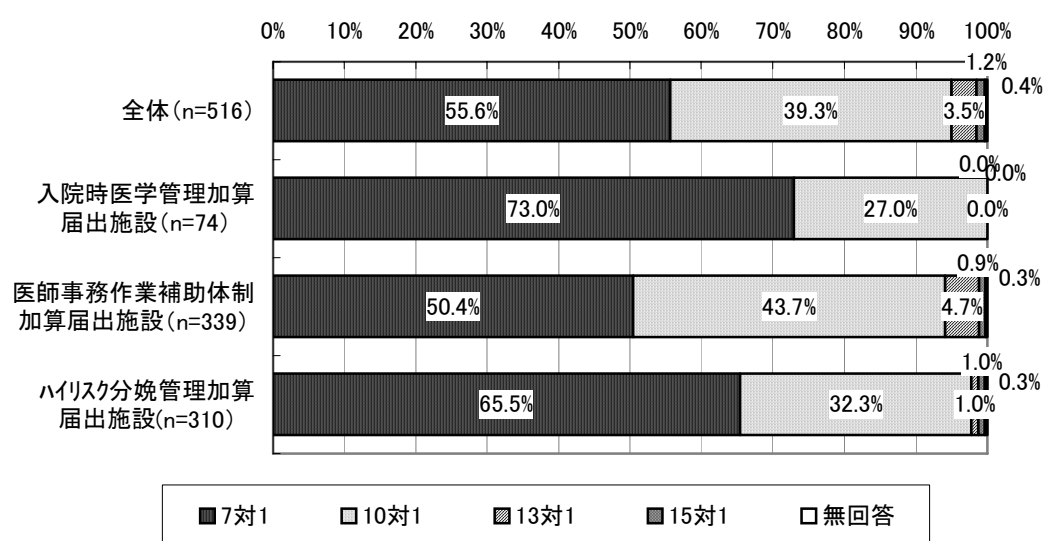
			平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
全体	n=417	19 年 10 月	31.1	22.0	140.4	0.0	26.6
	n=417	20 年 10 月	34.3	23.2	117.9	0.0	29.9
入院時医学管理加算届出施設	n=64	19 年 10 月	43.2	22.1	100.0	5.1	44.2
	n=64	20 年 10 月	49.3	24.8	117.9	4.9	48.2
医師事務作業補助体制加算届出施設	n=267	19 年 10 月	31.9	23.9	140.4	0.0	26.5
	n=267	20 年 10 月	35.1	24.8	117.9	0.0	29.4
ハイリスク分娩管理加算届出施設	n=267	19 年 10 月	32.7	19.6	100.3	0.0	30.1
	n=267	20 年 10 月	37.1	22.4	117.9	0.0	34.4

11) 一般病棟の入院基本料区分

一般病棟の入院基本料区分についてみると、全体では「7 対 1」が 55.6%、「10 対 1」が 39.3%、「13 対 1」が 3.5%であった。

「入院時医学管理加算」の届出施設では「7 対 1」が 73.0%、「10 対 1」が 27.0%、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「7 対 1」が 50.4%、「10 対 1」が 43.7%、「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「7 対 1」が 65.5%、「10 対 1」が 32.3%であった。

図表 18 一般病棟の入院基本料区分



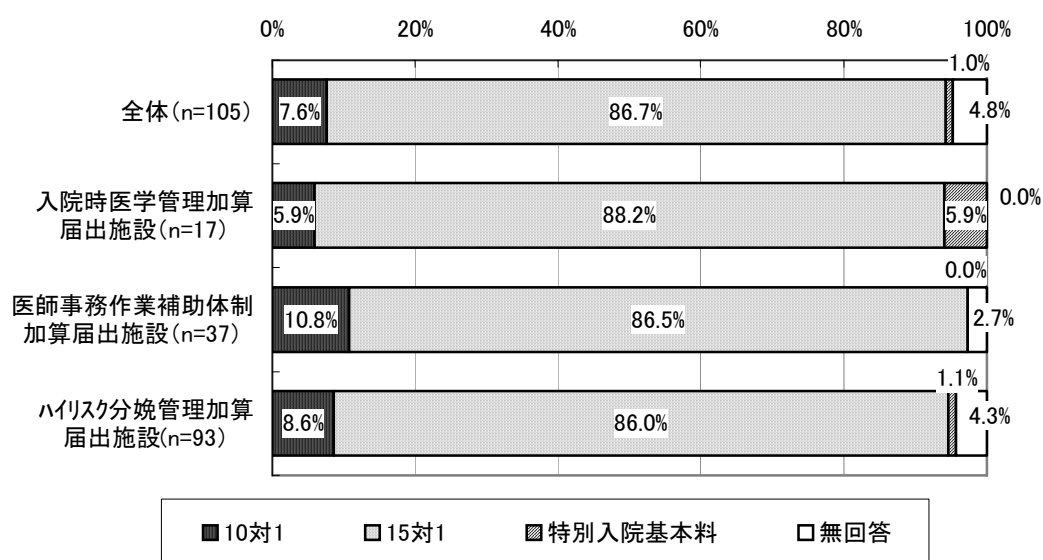
(注)「特別入院基本料」の施設は該当がなかった。

12) 精神病棟の入院基本料区分

精神病床を有する 105 施設について精神病棟の入院基本料区分についてみると、全体では「10 対 1」が 7.6%、「15 対 1」が 86.7%であった。

「入院時医学管理加算」の届出施設（17 施設）では、「10 対 1」が 5.9%、「15 対 1」が 88.2%、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「10 対 1」が 10.8%、「15 対 1」が 86.5%、「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「10 対 1」が 8.6%、「15 対 1」が 86.0%であった。

図表 19 精神病棟の入院基本料区分



(注) ・精神病床を有する 105 施設を対象とした。
・「18 対 1」「20 対 1」は該当がなかった。

13) 職員数

平成 20 年 10 月における 1 施設あたりの職員数（常勤換算）についてみると、「医師」は平均 98.5 人（標準偏差 120.1、中央値 56.9）、「歯科医師」は 3.3 人（標準偏差 13.7、中央値 0.0）、「看護師・保健師」は平均 287.2 人（標準偏差 223.8、中央値 233.5）、「助産師」は平均 14.2 人（標準偏差 16.1、中央値 12.0）、「准看護師」の平均は 15.9 人（標準偏差 15.7、中央値 11.3）、「薬剤師」は平均 16.1 人（標準偏差 13.2、中央値 12.8）、「技師」は平均 60.2 人（標準偏差 52.8、中央値 49.1）であった。

医師、看護師・保健師を始め、助産師、薬剤師、技師の人数（常勤換算）については、平均値・中央値ともに平成 19 年 10 月時点と比較すると増加となった。

図表 20 職員数（常勤換算）

（単位：人）

		平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
平成 19 年 10 月	医師	95.2	115.8	806.6	3.8	55.1
	歯科医師	3.3	14.1	197.8	0.0	0.0
	看護師・保健師	277.7	214.8	1,072.0	1.0	227.2
	助産師	13.3	15.0	181.6	0.0	11.0
	准看護師	16.8	16.5	99.4	0.0	12.2
	薬剤師	15.7	12.9	83.0	1.0	12.4
	技師	58.0	51.4	443.0	0.0	48.0
	その他	115.0	92.0	766.9	0.0	94.3
	合計	595.0	453.6	3,048.0	44.2	482.1
平成 20 年 10 月	医師	98.5	120.1	799.6	3.8	56.9
	歯科医師	3.3	13.7	192.8	0.0	0.0
	看護師・保健師	287.2	223.8	1,074.1	1.0	233.5
	助産師	14.2	16.1	198.6	0.0	12.0
	准看護師	15.9	15.7	96.4	0.0	11.3
	薬剤師	16.1	13.2	83.4	1.0	12.8
	技師	60.2	52.8	438.0	0.0	49.1
	その他	118.4	94.4	889.1	0.0	98.5
	合計	613.8	470.5	3,060.0	46.7	485.5

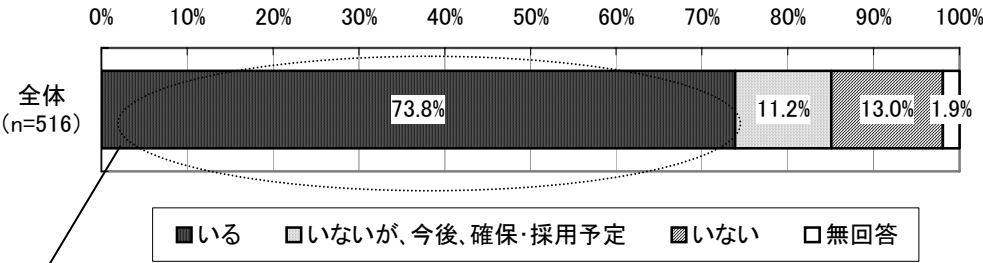
（注）平成 19 年 10 月および平成 20 年 10 月について欠損値のない 504 施設を対象に、集計を行った。

14) 医師事務作業補助者

「医師事務作業補助体制加算」の届出状況の如何にかかわらず、医師事務作業補助者の有無についてたずねたところ、「(医師事務作業補助者が) いる」という回答が 73.8%、「(医師事務作業補助者は) いないが、今後、確保・採用予定」が 11.2%、「(医師事務作業補助者は) いない」が 13.0%であった。

「(医師事務作業補助者が) いる」と回答した施設における医師事務作業補助者数（常勤換算）についてみると、平均は 6.5 人（標準偏差 8.0、中央値 4.0）であった。

図表 21 医師事務作業補助者の有無



図表 22 医師事務作業補助者数（常勤換算）（n=364）

	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
医師事務作業補助者（人）	6.5	8.0	82.0	0.5	4.0

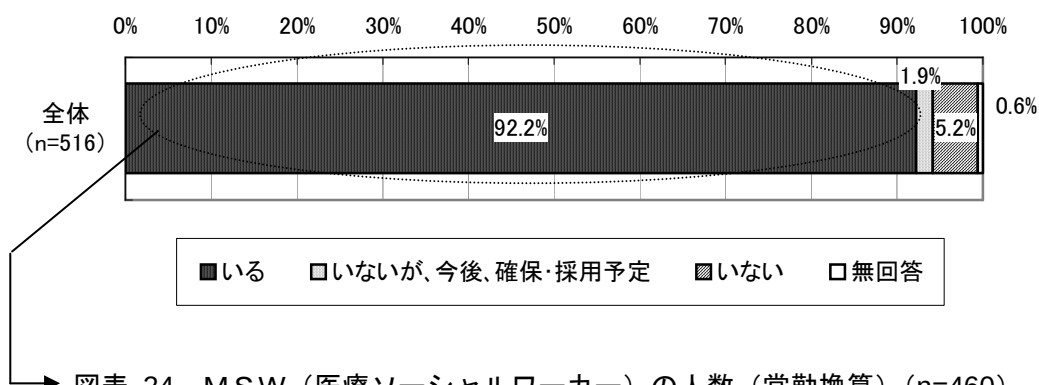
（注）医師事務作業補助者がいるという回答があった 381 件のうち、人数が不明だった 17 件を除く 364 件を対象に集計を行った。

15) MSW（医療ソーシャルワーカー）

MSW（医療ソーシャルワーカー）の有無についてみると、「(MSW（医療ソーシャルワーカー）が）いる」が 92.2%、「(MSW（医療ソーシャルワーカー）は）いないが、今後、確保・採用予定」が 1.9%、「(MSW（医療ソーシャルワーカー）は）いない」が 5.2%であった。

「(MSW（医療ソーシャルワーカー）が）いる」と回答した施設における MSW（医療ソーシャルワーカー）の人数（常勤換算）についてみると、平均は 3.0 人（標準偏差 2.0、中央値 2.9）であった。

図表 23 MSW（医療ソーシャルワーカー）の有無



	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
MSW（人）	3.0	2.0	18.7	0.5	2.9

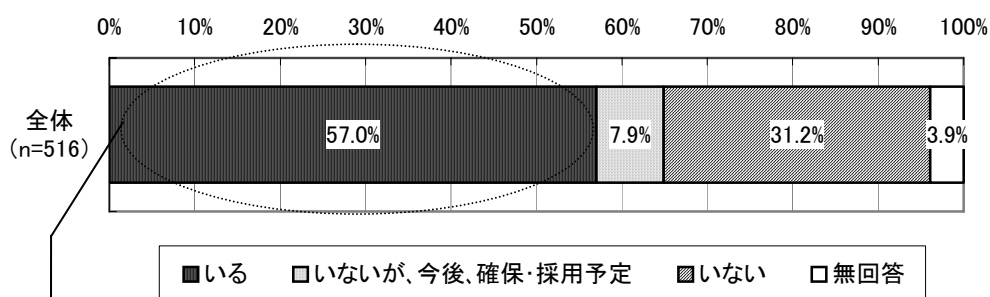
（注）MSW がいるという回答があった 476 件のうち、人数が不明だった 16 件を除く 460 件を対象に集計を行った。

16) 病院ボランティア

病院ボランティアの有無についてみると、「(病院ボランティアが) いる」が 57.0%、「(病院ボランティアは) いないが、今後、確保・採用予定」が 7.9%、「(病院ボランティアは) いない」が 31.2%であった。

「(病院ボランティアが) いる」と回答した施設における病院ボランティアの人数（実人数）の平均値は 39.0 人（標準偏差 51.5、中央値 21.0）であった。

図表 25 病院ボランティアの有無



図表 26 病院ボランティアの人数（実人数）（n=262）

	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
病院ボランティア（人）	39.0	51.5	370.0	0.2	21.0

（注）病院ボランティアがいるという回答があった 294 件のうち、人数が不明だった 32 件を除く 262 件を対象に集計を行った。

②患者数等

1) 1か月の外来患者数

平成 20 年 10 月 1 か月間の外来患者数についてみると、1 施設あたりの「外来患者数（初診）」の平均は 2,053.9 人（標準偏差 1,395.8、中央値 1,760.0）、「外来患者延べ人数（再診）」の平均は 16,777.9 人（標準偏差 12,690.3、中央値 14,338.0）であり、平成 19 年 10 月時点と比較すると、初診・再診ともに外来患者数は減少となった。

また、平成 20 年 10 月 1 か月間の「救急搬送による外来患者延べ人数」は 242.2 人（標準偏差 417.7、中央値 110.0）であり、平成 19 年 10 月時点と比較すると 12.4 人減少している。全外来患者数（外来患者数（初診）＋外来患者延べ人数（再診））に占める、この「救急搬送による外来患者延べ人数」の割合（⑤）をみると、平成 19 年 10 月および平成 20 年 10 月のいずれも 1.3% となり、変化はなかった。

さらに、平成 20 年 10 月 1 か月間の「選定療養の実費徴収を行った患者数」をみると、平均は 548.3 人（標準偏差 576.2、中央値 490.5）であり、平成 19 年 10 月と比較すると 31.1 人の減少となった。「外来患者数（初診）」に占める、この「選定療養の実費徴収を行った患者数」の割合（⑥）をみると、平成 19 年 10 月では 27.1% であったのが、平成 20 年 10 月では 26.7% とやや低下している。

図表 27 1 か月の外来患者数

（単位：人）

			平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
①外来患者数（初診）	n=479	19 年 10 月	2,139.0	1,441.7	10,386.0	81.0	1,854.0
	n=479	20 年 10 月	2,053.9	1,395.8	10,861.0	82.0	1,760.0
②外来患者延べ人数（再診）	n=479	19 年 10 月	17,096.0	12,814.4	92,849.0	104.0	14,466.0
	n=479	20 年 10 月	16,777.9	12,690.3	92,487.0	128.0	14,338.0
③救急搬送による外来患者延べ人数	n=479	19 年 10 月	254.6	448.4	4,603.0	0.0	115.0
	n=479	20 年 10 月	242.2	417.7	4,434.0	0.0	110.0
④選定療養の実費徴収を行った患者数	n=450	19 年 10 月	579.4	606.9	4,119.0	0.0	539.0
	n=450	20 年 10 月	548.3	576.2	3,648.0	0.0	490.5
⑤③／（①＋②）	n=479	19 年 10 月	1.3%	—	—	—	—
	n=479	20 年 10 月	1.3%	—	—	—	—
⑥④／①	n=450	19 年 10 月	27.1%	—	—	—	—
	n=450	20 年 10 月	26.7%	—	—	—	—

（注）外来患者数（初診）、外来患者延べ人数（再診）、救急搬送による外来患者延べ人数について、平成 19 年 10 月および平成 20 年 10 月について回答が得られた 479 件を対象に集計を行った。

2) 1か月の入院患者数

平成 20 年 10 月 1 か月間の入院患者数についてみると、1 施設あたりの「新規入院患者数」は平均 634.7 人（標準偏差 461.0、中央値 549.0）であり、「救急搬送により緊急入院した患者数」は平均 96.1 人（標準偏差 90.5、中央値 67.0）であった。平成 19 年 10 月と比較すると、平均値ベースではいずれも増加となった。

また、平成 20 年 10 月 1 か月間の退院患者数についてみると、1 施設あたりの「退院患者数」は平均 635.3 人（標準偏差 459.0、中央値 551.0）、「診療情報提供料を算定した退院患者数」は平均 137.0 人（標準偏差 152.2、中央値 89.0）、「転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数」は平均 57.8 人（標準偏差 107.2、中央値 20.0）であった。平成 19 年 10 月と比較すると、いずれも増加となった。特に「転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数」の増加は大きく、退院患者数に占める割合をみても、平成 19 年 10 月には 7.2%であったのが平成 20 年 10 月には 9.1%と上昇している。

さらに、平成 20 年 10 月 1 か月間における「月末在院患者数」についてみると、平均 313.2 人（標準偏差 213.7、中央値 271.0）となっており、平成 19 年 10 月と比較するとやや減少している。

図表 28 1か月の入院患者数等

（単位：人）

			平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
①新規入院患者数	n=488	19 年 10 月	631.4	457.6	2,595.0	38.0	546.0
	n=488	20 年 10 月	634.7	461.0	2,619.0	38.0	549.0
②救急搬送により緊急入院した患者数	n=444	19 年 10 月	95.5	89.8	609.0	0.0	68.0
	n=444	20 年 10 月	96.1	90.5	580.0	0.0	67.0
③退院患者数	n=488	19 年 10 月	611.3	438.8	2,501.0	19.2	537.0
	n=488	20 年 10 月	635.3	459.0	2,592.0	42.0	551.0
④診療情報提供料を算定した退院患者数	n=387	19 年 10 月	122.2	135.6	1,014.0	0.0	79.0
	n=387	20 年 10 月	137.0	152.2	1,027.0	0.0	89.0
⑤転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数	n=349	19 年 10 月	44.2	91.4	804.0	0.0	19.0
	n=349	20 年 10 月	57.8	107.2	743.0	0.0	20.0
⑥月末在院患者数	n=488	19 年 10 月	320.2	218.8	1,183.0	8.0	271.5
	n=488	20 年 10 月	313.2	213.7	1,085.0	17.0	271.0

（注）新規入院患者数、退院患者数、月末在院患者数について、平成 19 年 10 月および平成 20 年 10 月分の回答が得られた 488 件を対象に集計を行った。

③病院勤務医の状況について

1) 常勤医師数

平成 20 年 10 月における常勤医師の 1 施設あたり平均人数について、診療科別男女別実人数をみると、「病院全体の医師」では「男性」73.6 人、「女性」16.4 人であった。同様に、「内科の医師」では「男性」17.5 人、「女性」3.4 人、「精神科の医師」では「男性」1.7 人、「女性」0.3 人、「小児科の医師」では「男性」4.0 人、「女性」1.5 人、「外科の医師」では「男性」9.4 人、「女性」0.8 人、「脳神経外科の医師」では「男性」2.7 人、「女性」0.2 人、「整形外科の医師」では「男性」5.1 人、「女性」0.2 人、「産科・産婦人科の医師」では「男性」3.0 人、「女性」1.5 人、「救急科の医師」では「男性」1.8 人、「女性」0.2 人、「その他の医師」では「男性」28.3 人、「女性」8.2 人であった。なお、平成 19 年と比較すると、増加幅は少ないものの増加となった診療科が多く、横這いはあっても減少となった診療科はみられなかった。

図表 29 常勤医師数 1 施設あたり平均人数（診療科別男女別 実人数）

（単位：人）

	平成 19 年 10 月		平成 20 年 10 月	
	男性	女性	男性	女性
病院全体の医師	71.8	15.2	73.6	16.4
内科の医師	17.1	3.2	17.5	3.4
精神科の医師	1.6	0.3	1.7	0.3
小児科の医師	3.9	1.4	4.0	1.5
外科の医師	9.4	0.8	9.4	0.8
脳神経外科の医師	2.7	0.1	2.7	0.2
整形外科の医師	4.9	0.2	5.1	0.2
産科・産婦人科の医師	2.9	1.4	3.0	1.5
救急科の医師	1.7	0.2	1.8	0.2
その他の医師	27.6	7.6	28.3	8.2

（注）欠損値のない 444 件を対象に集計を行った。

平成 20 年 10 月における非常勤医師（当該施設に週 24 時間以上勤務する非常勤医師）の 1 施設あたり平均人数について、診療科別男女別実人数をみると、「病院全体の医師」では「男性」16.2 人、「女性」6.6 人であった。同様に、「内科の医師」では「男性」3.9 人、「女性」1.3 人、「精神科の医師」では「男性」0.6 人、「女性」0.3 人、「小児科の医師」では「男性」0.8 人、「女性」0.5 人、「外科の医師」では「男性」2.5 人、「女性」0.4 人、「脳神経外科の医師」では「男性」0.5 人、「女性」0.0 人、「整形外科の医師」では「男性」0.9 人、「女性」0.1 人、「産科・産婦人科の医師」では「男性」0.5 人、「女性」0.5 人、「救急科の医師」では「男性」0.3 人、「女性」0.1 人、「その他の医師」では「男性」6.2 人、「女性」3.4 人であった。なお、平成 19 年と 20 年の間に急激な増減はみられなかった。

図表 30 非常勤医師数 1 施設あたり平均人数（診療科別男女別 実人数）

（単位：人）

	平成 19 年 10 月		平成 20 年 10 月	
	男性	女性	男性	女性
病院全体の医師	16.0	6.2	16.2	6.6
内科の医師	4.0	1.3	3.9	1.3
精神科の医師	0.6	0.3	0.6	0.3
小児科の医師	0.7	0.4	0.8	0.5
外科の医師	2.4	0.4	2.5	0.4
脳神経外科の医師	0.5	0.0	0.5	0.0
整形外科の医師	0.9	0.1	0.9	0.1
産科・産婦人科の医師	0.4	0.4	0.5	0.5
救急科の医師	0.3	0.1	0.3	0.1
その他の医師	6.1	3.2	6.2	3.4

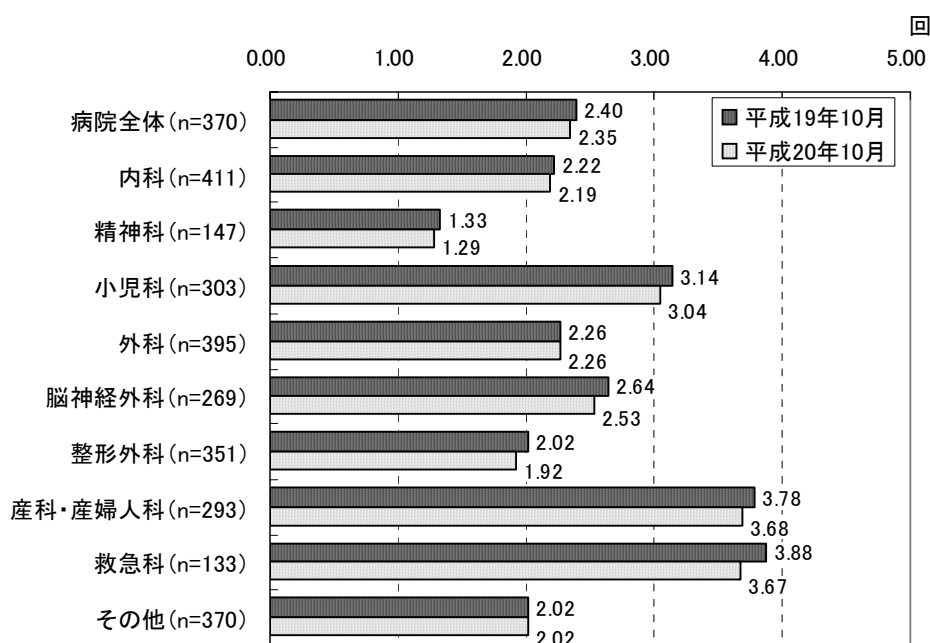
（注）・欠損値のない 288 件を対象に収益を行った。

・本調査では、週 24 時間以上当該施設に勤務する非常勤医師に限定している。

2) 当直回数

平成 20 年 10 月における診療科別常勤医師 1 人あたり月平均当直回数についてみると、「病院全体」では 2.35 回、「内科」では 2.19 回、「精神科」では 1.29 回、「小児科」では 3.04 回、「外科」では 2.26 回、「脳神経外科」では 2.53 回、「整形外科」では 1.92 回、「産科・産婦人科」では 3.68 回、「救急科」では 3.67 回であった。最も多いのが「産科・産婦人科」で、次いで「救急科」、「小児科」となったが、これらでは月平均当直回数が 3 回以上となった。平成 19 年 10 月と比較すると、月平均当直回数が増加となった診療科はなかったが、わずかな減少にとどまった。

図表 31 診療科別 常勤医師 1 人あたり月平均当直回数



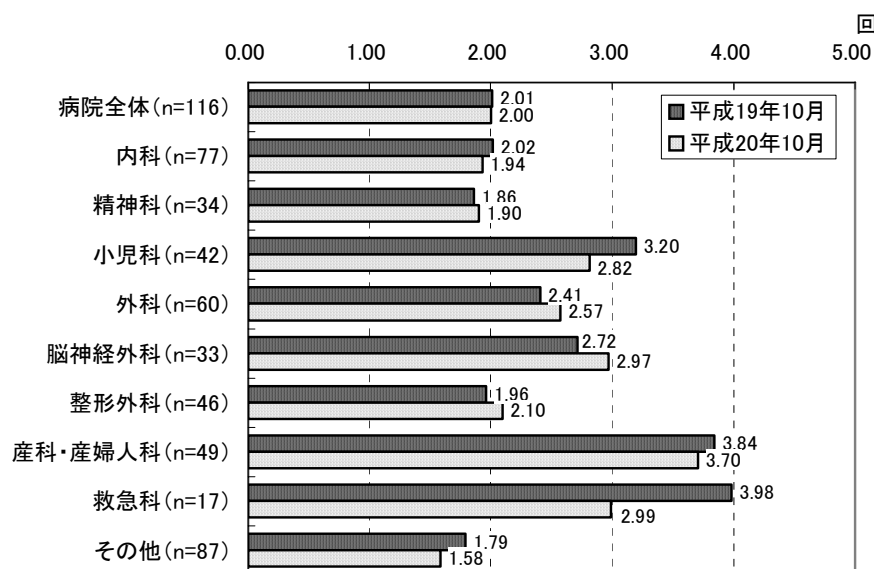
(注) ・平成 19 年 10 月および平成 20 年 10 月とも記載のあった診療科医師の平均当直回数を対象とした。

・ n は施設数である。

平成 20 年 10 月における診療科別非常勤医師 1 人あたり月平均当直回数についてみると、「病院全体」では 2.00 回、「内科」では 1.94 回、「精神科」では 1.90 回、「小児科」では 2.82 回、「外科」では 2.57 回、「脳神経外科」では 2.97 回、「整形外科」では 2.10 回、「産科・産婦人科」では 3.70 回、「救急科」では 2.99 回であった。

ほとんどの診療科では平成 19 年 10 月と 20 年 10 月の間に急激な増減はみられないが、「救急科」においては平成 19 年と比較して月平均約 1 回の減少となった。この他、「小児科」でも月平均当直回数は減少している。平成 19 年 10 月と比較して増加したのは「脳神経外科」（増加分は 0.25 回）、「外科」（同 0.16 回）、「整形外科」（0.14 回）、「精神科」（0.04 回）であった。

図表 32 診療科別 非常勤医師 1 人あたり月平均当直回数



(注) ・平成 19 年 10 月および平成 20 年 10 月とも記載のあった診療科医師の平均当直回数を対象とした。

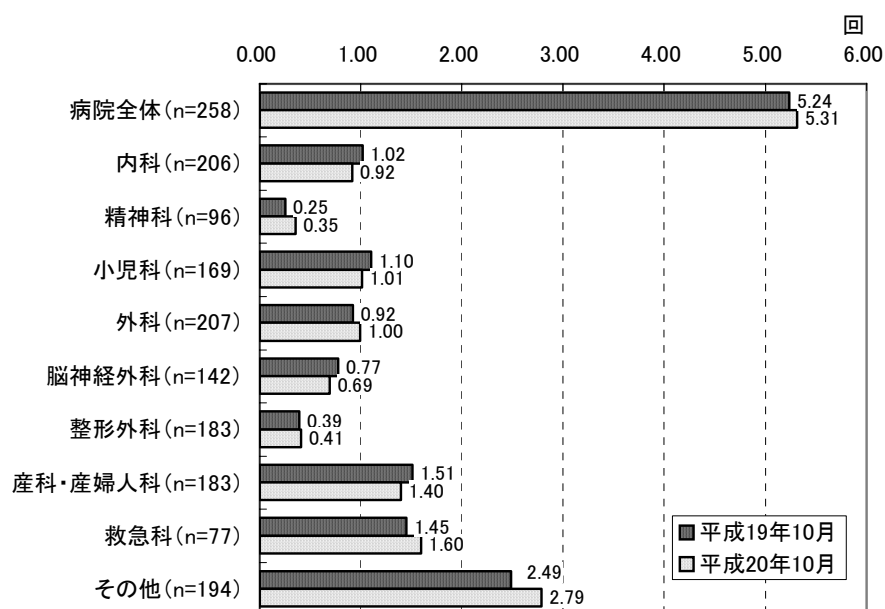
・ n は施設数である。

3) 連続当直合計回数

平成 20 年 10 月における診療科別 1 か月あたり連続当直合計回数（常勤医師）についてみると、「病院全体」では 5.31 回、「内科」では 0.92 回、「精神科」では 0.35 回、「小児科」では 1.01 回、「外科」では 1.00 回、「脳神経外科」では 0.69 回、「整形外科」では 0.41 回、「産科・産婦人科」では 1.40 回、「救急科」では 1.60 回であった。最も多かったのは「救急科」で、次いで「産科・産婦人科」、「小児科」、「外科」となり、これらの診療科では連続当直合計回数の平均は 1 回を超えた。

平成 19 年 10 月と比較して増加となった診療科は「救急科」（増加分 0.15 回）、「精神科」（同 0.1 回）、「外科」（同 0.08 回）、「整形外科」（同 0.02 回）であったが、いずれも微増であった。

図表 33 診療科別 1 か月あたり連続当直合計回数（常勤医師）



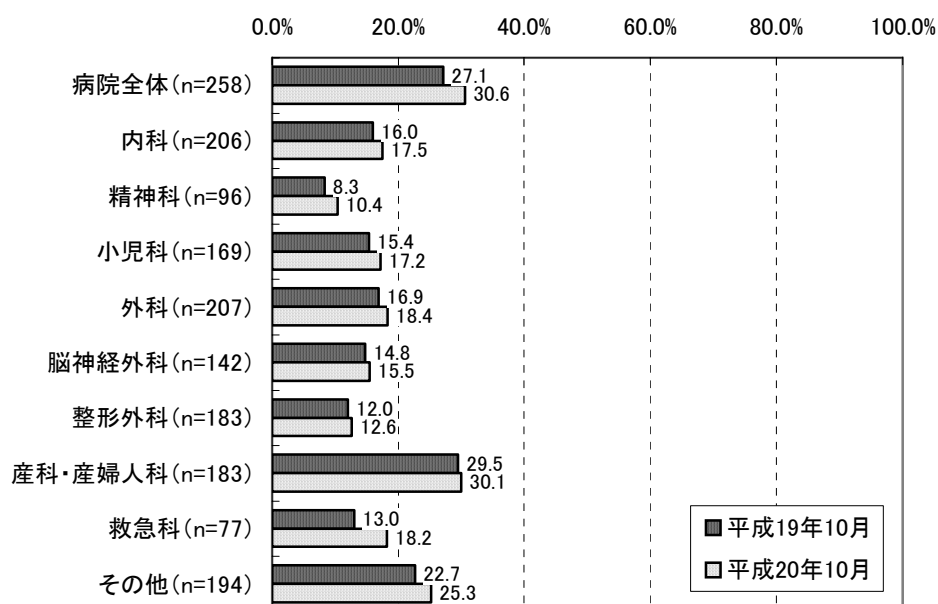
(注) ・平成 19 年 10 月および平成 20 年 10 月とも記載のあった診療科医師全体の連続当直の合計回数を対象とした。

・ n は施設数である。

平成 20 年 10 月における診療科別連続当直実施施設の割合（常勤医師）についてみると、「病院全体」では 30.6%、「内科」では 17.5%、「精神科」では 10.4%、「小児科」では 17.2%、「外科」では 18.4%、「脳神経外科」では 15.5%、「整形外科」では 12.6%、「産科・産婦人科」では 30.1%、「救急科」では 18.2%であった。連続当直実施施設の割合が最も高いのは「産科・産婦人科」であり、次は、「外科」、「救急科」、「内科」、「小児科」であった。

平成 19 年 10 月と比較すると、すべての診療科で連続当直実施施設の割合が高くなった。特に、「救急科」では平成 19 年と比較して 5 ポイント以上高かった。

図表 34 診療科別 連続当直実施施設の割合（常勤医師）



(注) ・平成 19 年 10 月および平成 20 年 10 月とも記載のあった診療科医師の平均当直回数を対象とした。

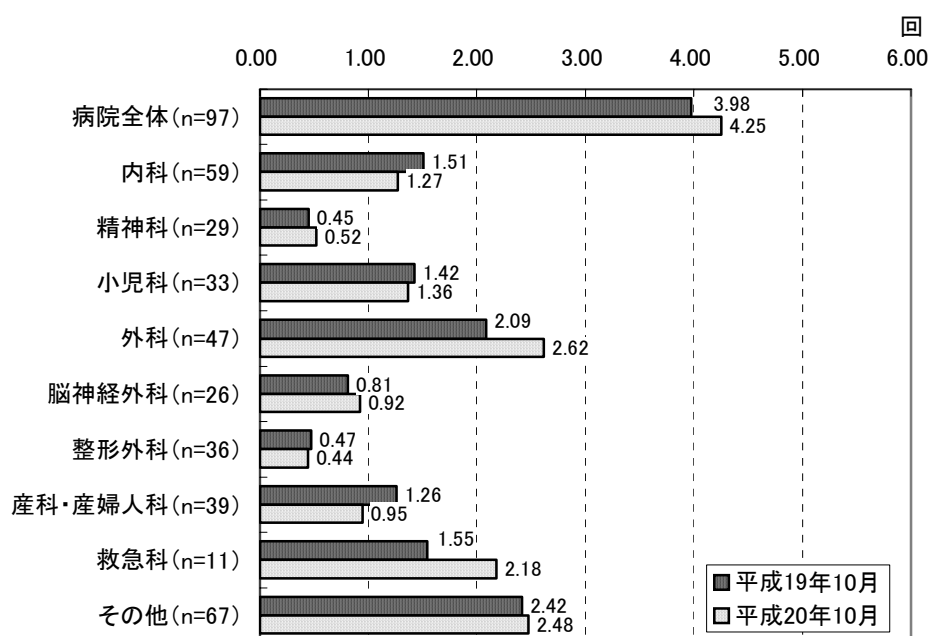
・ n は施設数である。

平成 20 年 10 月における診療科別 1 か月あたり連続当直合計回数（非常勤医師）についてみると、「病院全体」では 4.25 回、「内科」では 1.27 回、「精神科」では 0.52 回、「小児科」では 1.36 回、「外科」では 2.62 回、「脳神経外科」では 0.92 回、「整形外科」では 0.44 回、「産科・産婦人科」では 0.95 回、「救急科」では 2.18 回であった。

連続当直合計回数が最も多いのは「外科」、次は、「救急科」であり、これらの診療科では連続当直合計回数は 2 回を上回った。

平成 19 年 10 月と比較すると、「救急科」（増加分 0.63 回）、「外科」（同 0.53 回）、「脳神経外科」（同 0.11 回）、「精神科」（同 0.07 回）で増加となった。

図表 35 診療科別 1 か月あたり連続当直合計回数（非常勤医師）



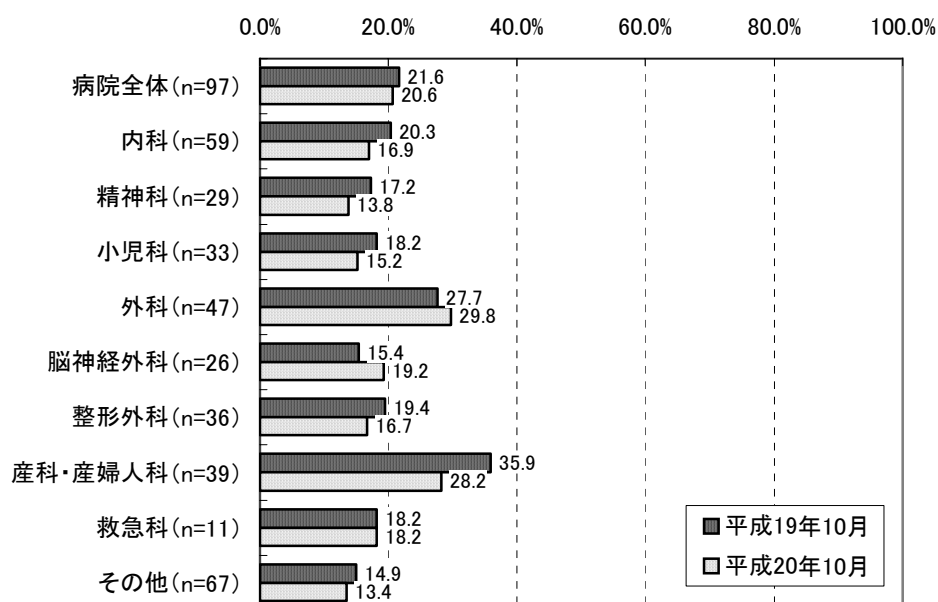
(注) ・平成 19 年 10 月および平成 20 年 10 月とも記載のあった診療科医師全体の連続当直の合計回数を対象とした。

・ n は施設数である。

平成 20 年 10 月における診療科別連続当直実施施設の割合（非常勤医師）についてみると、「病院全体」では 20.6%、「内科」では 16.9%、「精神科」では 13.8%、「小児科」では 15.2%、「外科」では 29.8%、「脳神経外科」では 19.2%、「整形外科」では 16.7%、「産科・産婦人科」では 28.2%、「救急科」では 18.2%であった。連続当直実施施設の割合が最も高いのは「外科」であり、次いで「産科・産婦人科」となった。

平成 19 年 10 月と比較すると、「外科」と「脳神経外科」では実施施設割合が増加したが、他の診療科では減少もしくは横這いとなった。

図表 36 診療科別 連続当直実施施設の割合（非常勤医師）



(注) ・平成 19 年 10 月および平成 20 年 10 月とも記載のあった診療科医師全体の連続当直の合計回数を対象とした。

・ n は施設数である。

④病院勤務医の負担軽減策の実施状況

1) 病院勤務医の負担軽減策の取組み状況

病院勤務医の負担軽減策の取組み状況についてみると、「医師・看護師等の業務分担」については、「取り組んでいる」が56.4%、「計画にあるが、取り組んでいない」が16.7%、「計画にない」が16.7%であった。

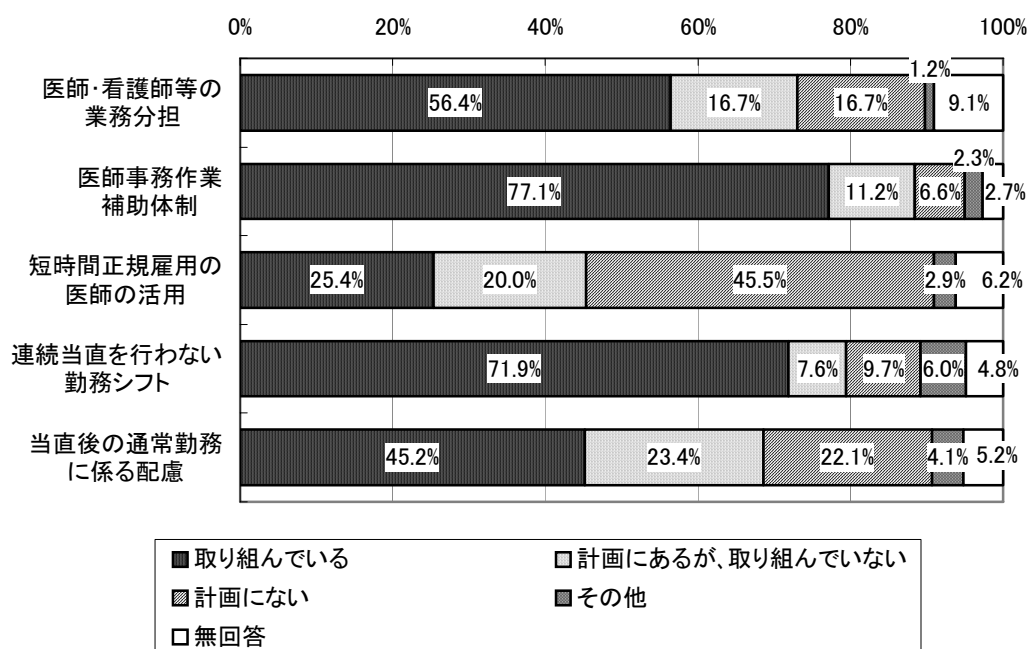
「医師事務作業補助体制」については、「取り組んでいる」が77.1%、「計画にあるが、取り組んでいない」が11.2%、「計画にない」が6.6%であり、「取り組んでいる」という回答割合が高かった。

「短時間正規雇用の医師の活用」については、「取り組んでいる」が25.4%、「計画にあるが、取り組んでいない」が20.0%、「計画にない」が45.5%であり、取り組んでいる施設が他の項目と比べて少なかった。

「連続当直を行わない勤務シフト」については、「取り組んでいる」が71.9%、「計画にあるが、取り組んでいない」が7.6%、「計画にない」が9.7%であった。

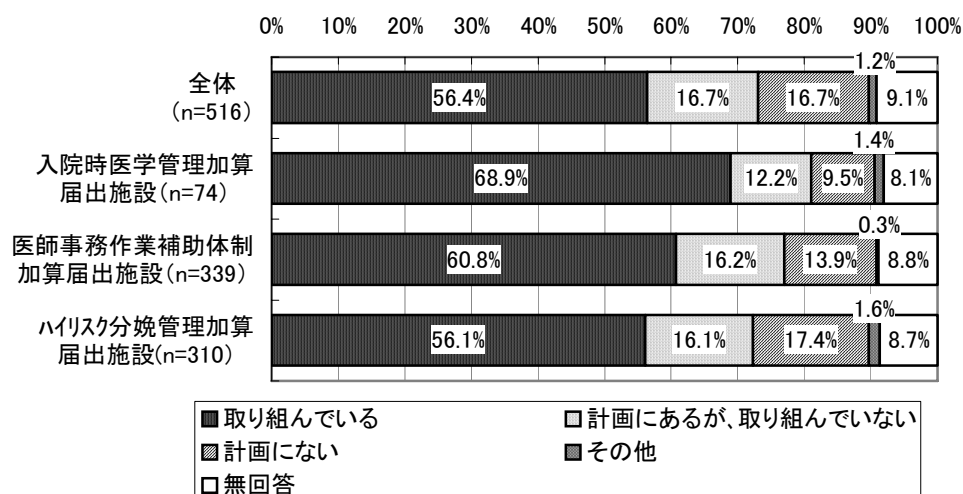
「当直後の通常勤務に係る配慮」については、「取り組んでいる」が45.2%、「計画にあるが、取り組んでいない」が23.4%、「計画にない」が22.1%であった。

図表 37 病院勤務医の負担軽減策の取組み状況 (n=516)



医師・看護師等の業務分担の取組み状況について施設基準届出別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では、「取り組んでいる」が 68.9%、「計画にあるが、取り組んでいない」が 12.2%、「計画にない」が 9.5%であった。また、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「取り組んでいる」が 60.8%、「計画にあるが、取り組んでいない」が 16.2%、「計画にない」が 13.9%であった。「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「取り組んでいる」が 56.1%、「計画にあるが、取り組んでいない」が 16.1%、「計画にない」が 17.4%であった。医師・看護師等の業務分担については「取り組んでいる」という施設の割合が高かった。

図表 38 負担軽減策の取組み状況（施設基準届出別）
～①医師・看護師等の業務分担～

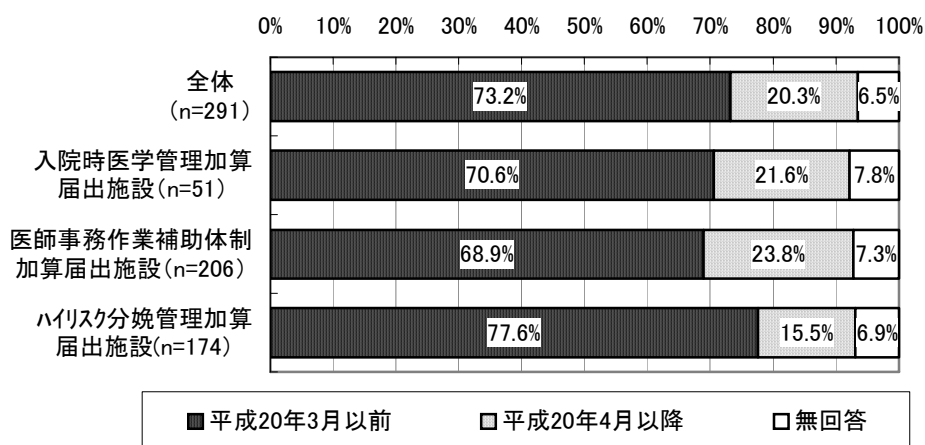


医師・看護師等の業務分担に関する取組みを開始した時期についてみると、全体では「平成 20 年 3 月以前」が 73.2%、「平成 20 年 4 月以降」が 20.3%であった。

施設基準届出別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では「平成 20 年 3 月以前」が 70.6%、「平成 20 年 4 月以降」が 21.6%、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「平成 20 年 3 月以前」が 68.9%、「平成 20 年 4 月以降」が 23.8%、「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「平成 20 年 3 月以前」が 77.6%、「平成 20 年 4 月以降」が 15.5%であった。

図表 39 負担軽減策の取組み開始時期（施設基準届出別）

～①医師・看護師等の業務分担～

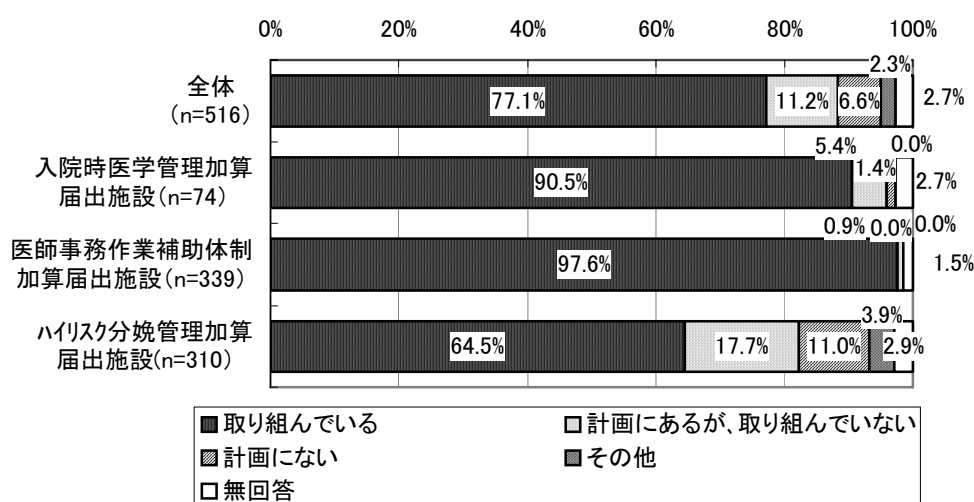


（注）各項目について「取り組んでいる」と回答のあった施設を対象に集計を行った。

医師事務作業補助体制の取組み状況について施設基準届出別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では「取り組んでいる」が90.5%、「計画にあるが、取り組んでいない」が5.4%、「計画にない」が1.4%であった。また、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「取り組んでいる」が97.6%、「計画にあるが、取り組んでいない」が0.9%であった。「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「取り組んでいる」が64.5%、「計画にあるが、取り組んでいない」が17.7%、「計画にない」が11.1%であった。

「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では、「取り組んでいる」という回答割合が他の施設基準届出施設と比較して低いものの、「計画にあるが、取り組んでいない」という施設が2割近くあった。

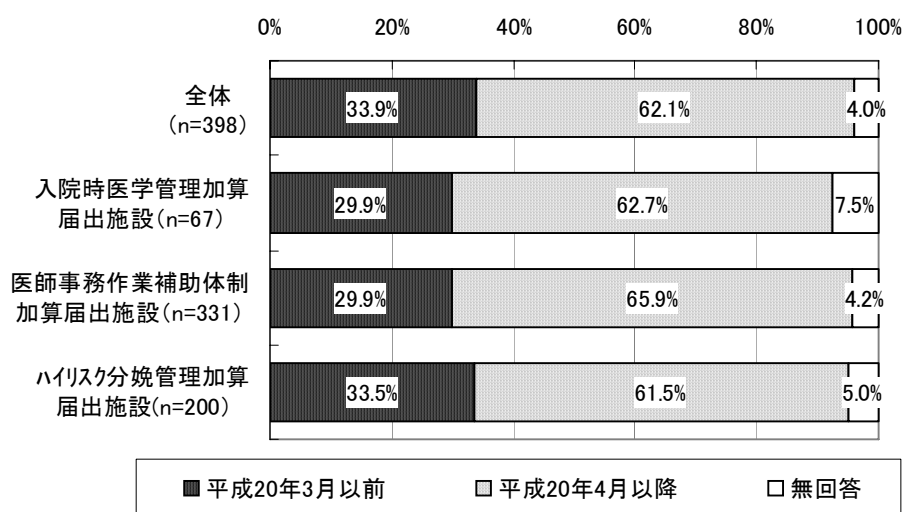
図表 40 負担軽減策の取組み状況（施設基準届出別）
～②医師事務作業補助体制～



医師事務作業補助体制に関する取組みを開始した時期についてみると、「全体」では「平成 20 年 3 月以前」が 33.9%、「平成 20 年 4 月以降」が 62.1%であった。

施設基準届出別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では「平成 20 年 3 月以前」が 29.9%、「平成 20 年 4 月以降」が 62.7%、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「平成 20 年 3 月以前」が 29.9%、「平成 20 年 4 月以降」が 65.9%、「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「平成 20 年 3 月以前」が 33.5%、「平成 20 年 4 月以降」が 61.5%であった。

図表 41 負担軽減策の取組み開始時期（施設基準届出別）
～②医師事務作業補助体制～



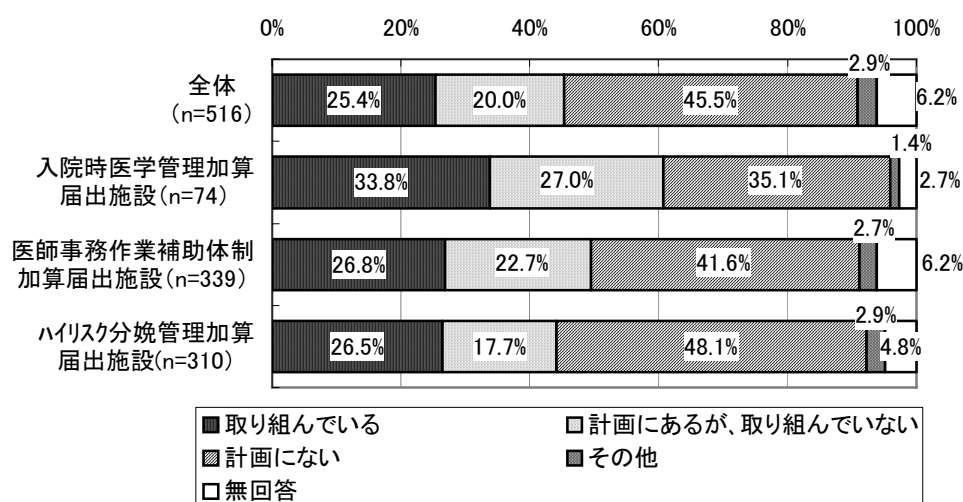
（注）各項目について「取り組んでいる」と回答のあった施設を対象に集計を行った。

短時間正規雇用の医師の活用に関する取組み状況について施設基準届出別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では「取り組んでいる」が33.8%、「計画にあるが、取り組んでいない」が27.0%、「計画にない」が35.1%であった。また、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「取り組んでいる」が26.8%、「計画にあるが、取り組んでいない」が22.7%、「計画にない」が41.6%であった。「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「取り組んでいる」が26.5%、「計画にあるが、取り組んでいない」が17.7%、「計画にない」が48.1%であった。

いずれの施設基準届出施設においても「計画にない」が最も多かったが、「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では48.1%と他に比べて高かった。

図表 42 負担軽減策の取組み状況（施設基準届出別）

～③短時間正規雇用の医師の活用～

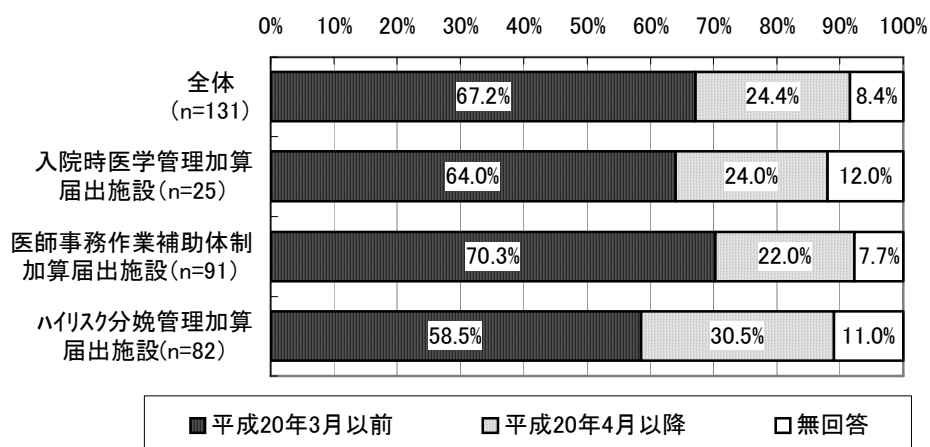


短時間正規雇用の医師の活用に関する取組みを開始した時期についてみると、「全体」では「平成20年3月以前」が67.2%、「平成20年4月以降」が24.4%であった。

施設基準届出別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では「平成20年3月以前」が64.0%、「平成20年4月以降」が24.0%、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「平成20年3月以前」が70.3%、「平成20年4月以降」が22.0%、「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「平成20年3月以前」が58.5%、「平成20年4月以降」が30.5%であった。

「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では、「平成20年4月以降」の割合が30.5%と、他に比べて高かった。

図表 43 負担軽減策の取組み開始時期（施設基準届出別）
～③短時間正規雇用の医師の活用～

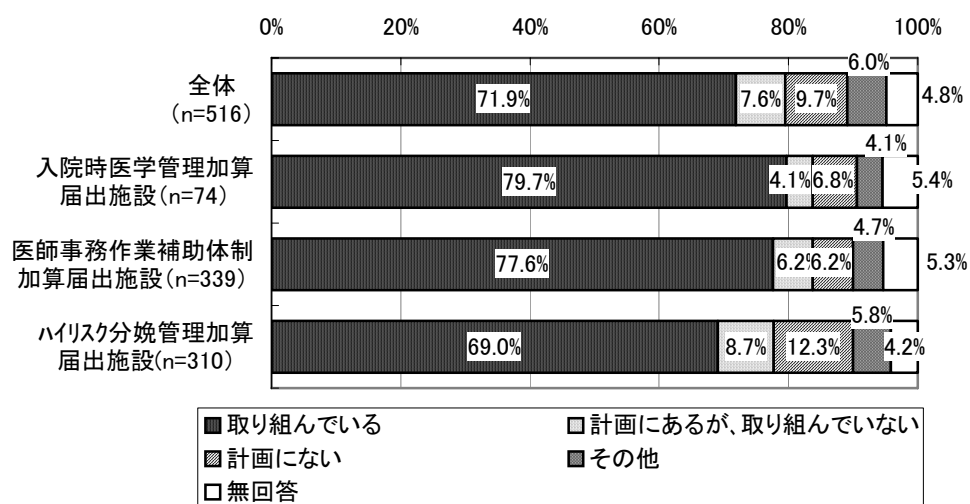


（注）各項目について「取り組んでいる」と回答のあった施設を対象に集計を行った。

連続当直を行わない勤務シフトに関する取組み状況について施設基準届出別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では「取り組んでいる」が79.7%、「計画にあるが、取り組んでいない」が4.1%、「計画にない」が6.8%であった。また、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「取り組んでいる」が77.6%、「計画にあるが、取り組んでいない」が6.2%、「計画にない」が6.2%であった。「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「取り組んでいる」が69.0%、「計画にあるが、取り組んでいない」が8.7%、「計画にない」が12.3%であった。

図表 44 負担軽減策の取組み状況（施設基準届出別）

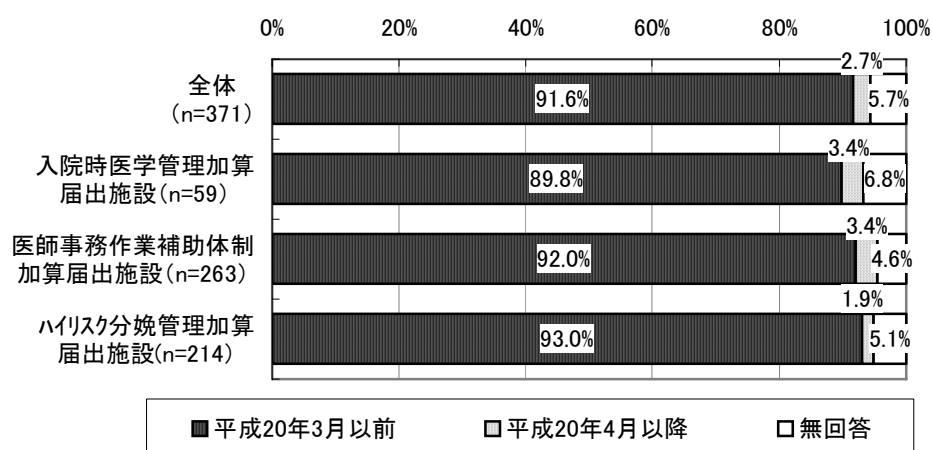
～④連続当直を行わない勤務シフト～



連続当直を行わない勤務シフトに関する取組みを開始した時期についてみると、「全体」では「平成 20 年 3 月以前」が 91.6%、「平成 20 年 4 月以降」が 2.7%であった。

施設基準届出別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では「平成 20 年 3 月以前」が 89.8%、「平成 20 年 4 月以降」が 3.4%、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「平成 20 年 3 月以前」が 92.0%、「平成 20 年 4 月以降」が 3.4%、「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「平成 20 年 3 月以前」が 93.0%、「平成 20 年 4 月以降」が 1.9%であった。

図表 45 負担軽減策の取組み開始時期（施設基準届出別）
～④連続当直を行わない勤務シフト～

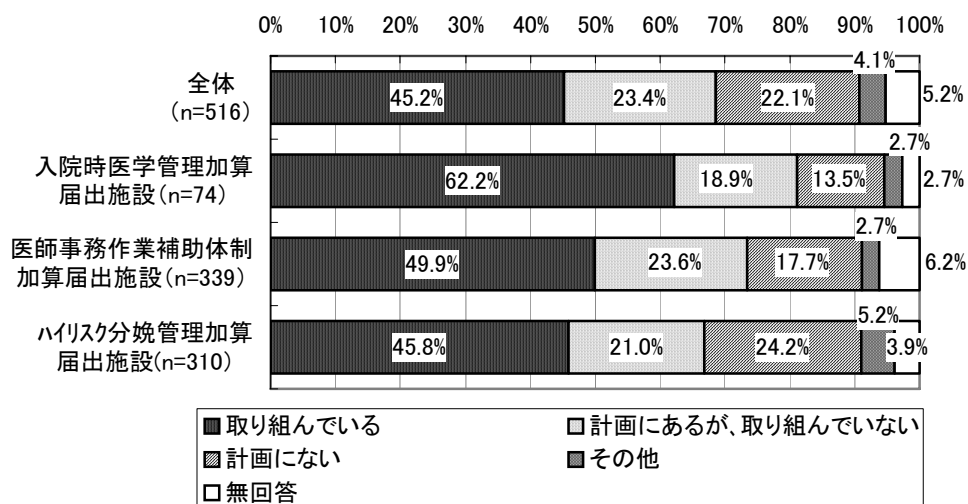


（注）各項目について「取り組んでいる」と回答のあった施設を対象に集計を行った。

当直後の通常勤務に係る配慮に関する取り組み状況について施設基準届出別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では「取り組んでいる」が 62.2%、「計画にあるが、取り組んでいない」が 18.9%、「計画にない」が 13.5%、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「取り組んでいる」が 49.9%、「計画にあるが、取り組んでいない」が 23.6%、「計画にない」が 17.7%、「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「取り組んでいる」が 45.8%、「計画にあるが、取り組んでいない」が 21.0%、「計画にない」が 24.2%であった。

図表 46 負担軽減策の取り組み状況（施設基準届出別）

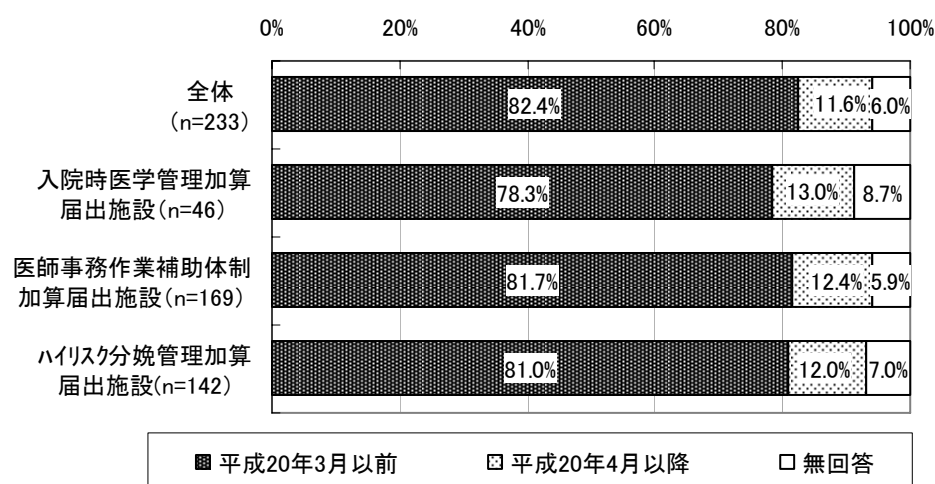
～⑤当直後の通常勤務に係る配慮～



当直後の通常勤務に係る配慮に関する取組みを開始した時期についてみると、「全体」では「平成 20 年 3 月以前」が 82.4%、「平成 20 年 4 月以降」が 11.6%であった。

施設基準届出別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では「平成 20 年 3 月以前」が 78.3%、「平成 20 年 4 月以降」が 13.0%、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「平成 20 年 3 月以前」が 81.7%、「平成 20 年 4 月以降」が 12.4%、「ハイリスク分娩管理加算」届出施設では「平成 20 年 3 月以前」が 81.0%、「平成 20 年 4 月以降」が 12.0%であった。

図表 47 負担軽減策の取組み開始時期（施設基準届出別）
～⑤当直後の通常勤務に係る配慮～



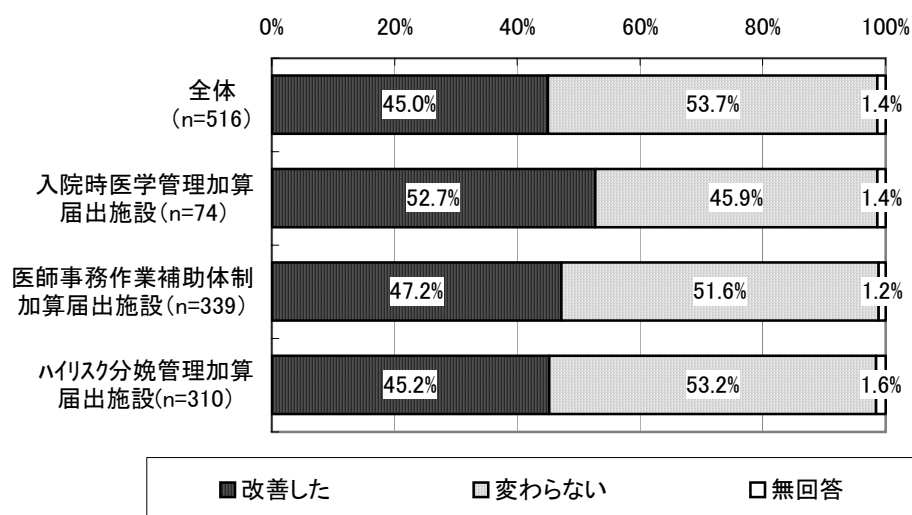
（注）各項目について「取り組んでいる」と回答のあった施設を対象に集計を行った。

2) 医師への経済面での処遇改善について

医師への経済面での処遇改善についてみると、全体では「改善した」が45.0%、「変わらない」が53.7%であった。

施設基準届出別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では「改善した」が52.7%、「変わらない」が45.9%、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「改善した」が47.2%、「変わらない」が51.6%、「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「改善した」が45.2%、「変わらない」が53.2%であった。

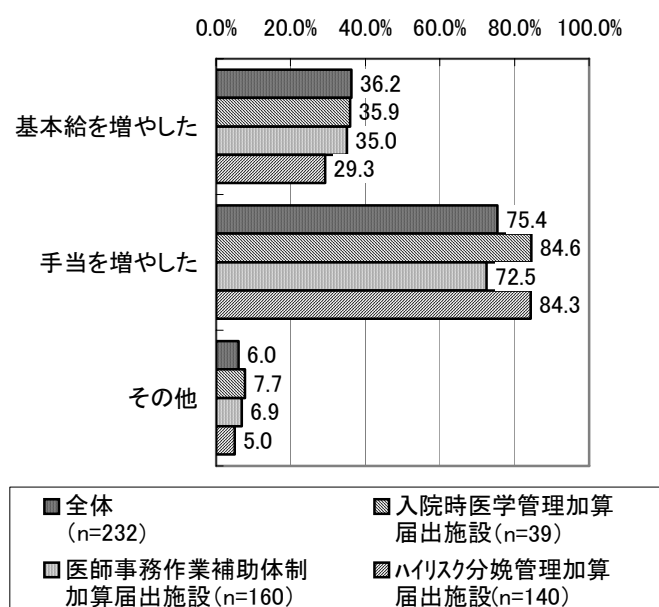
図表 48 医師への経済面での処遇改善状況（施設基準届出別）



医師への経済面での処遇を改善したという 232 施設について、その処遇改善の内容についてみると、全体では「基本給を増やした」が 36.2%、「手当を増やした」が 75.4%であった。

施設基準届出別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では、「基本給を増やした」が 35.9%、「手当を増やした」が 84.6%といずれも他の施設基準届出施設よりも高かった。「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では、「基本給を増やした」は 29.3%で「全体」よりも低かったが、「手当を増やした」が 84.3%と「全体」よりも高かった。

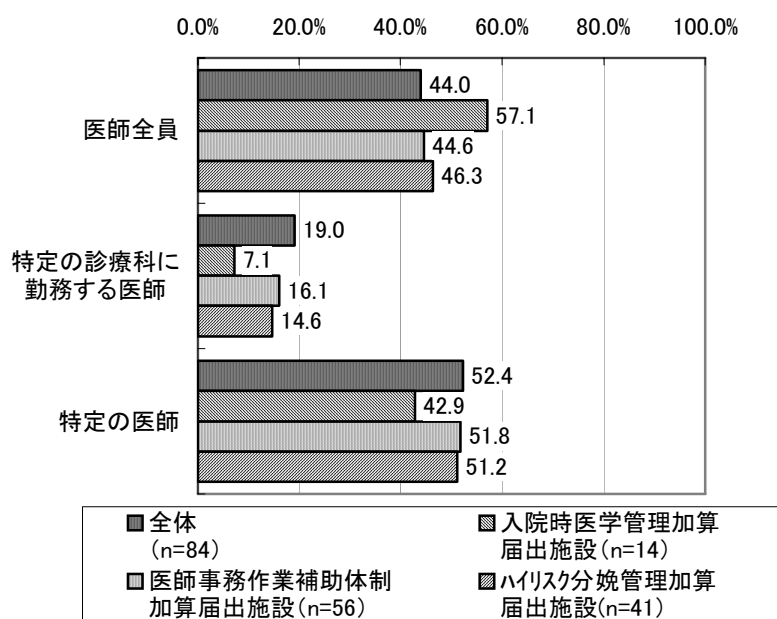
図表 49 処遇改善内容（複数回答、施設基準届出別）



「基本給を増やした」という施設について、その対象とした医師をみると、全体では「医師全員」が 44.0%、「特定の診療科に勤務する医師」が 19.0%、「特定の医師」が 52.4%となった。

施設基準届出別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では、他の施設基準届出施設と比較して「医師全員」が 57.1%と高かった。

図表 50 基本給を増やした対象の医師（複数回答、施設基準届出別）



特定の診療科の医師に基本給を増やしたという 16 施設について、「特定の診療科」の内容をみると、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設（9 施設）では「整形外科」（5 施設、55.6%）が最も多く、次いで「内科」（4 施設、44.4%）、「脳神経外科」（3 施設、33.3%）、「外科」（2 施設、22.2%）、「小児科」「救急科」（それぞれ 1 施設、11.1%）であった。「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設（6 施設）では「産科・産婦人科」（5 施設、83.3%）が最も多く、次いで「小児科」（2 施設、33.3%）であり、「内科」、「精神科」、「外科」、「脳神経外科」および「整形外科」がそれぞれ 1 施設、16.7%であった。

図表 51 基本給を増やした「特定の診療科」（複数回答、施設基準届出別）

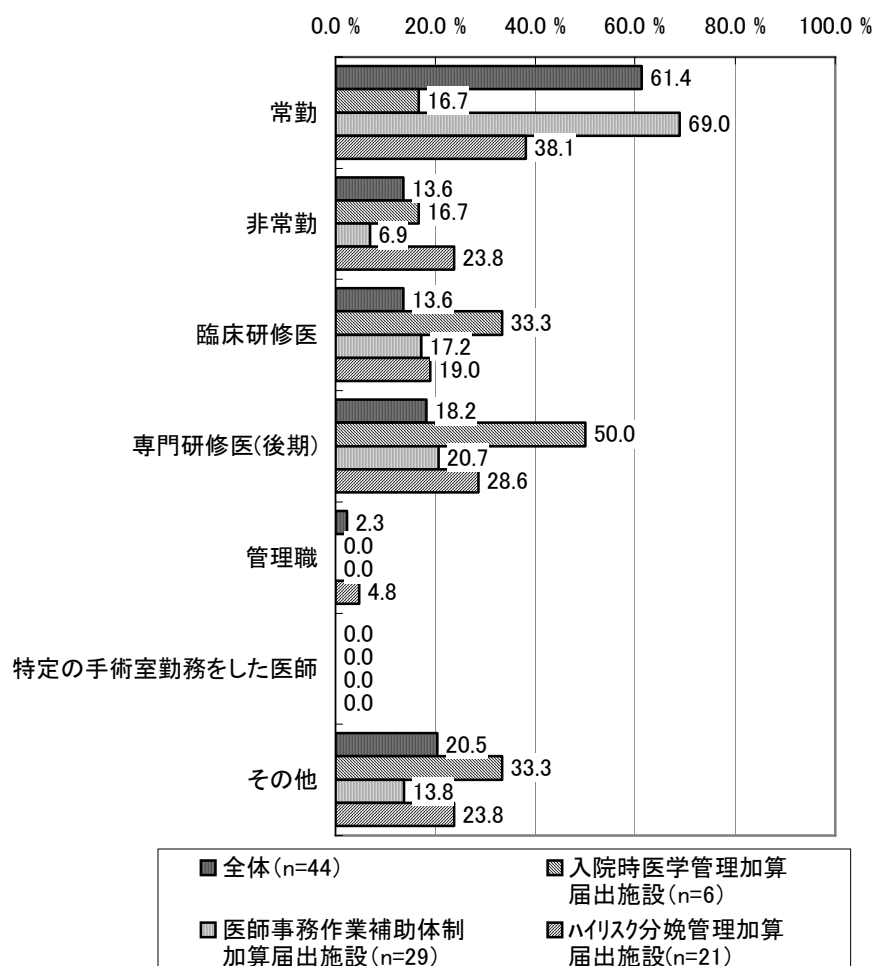
	総 数	内 科	精 神 科	小 児 科	外 科	脳 神 経 外 科	整 形 外 科	産 婦 人 科 ・ 産 科	救 急 科	そ の 他
全体	16 100.0	5 31.3	1 6.3	3 18.8	3 18.8	4 25.0	6 37.5	5 31.3	1 6.3	4 25.0
入院時医学管理加算 届出施設	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 100.0
医師事務作業補助体 制加算届出施設	9 100.0	4 44.4	0 0.0	1 11.1	2 22.2	3 33.3	5 55.6	0 0.0	1 11.1	0 0.0
ハイリスク分娩管理加 算届出施設	6 100.0	1 16.7	1 16.7	2 33.3	1 16.7	1 16.7	1 16.7	5 83.3	0 0.0	3 50.0

（注）表中の上段数値の単位は「件」、下段数値の単位は「%」である。

特定の医師に基本給を増やしたという 44 施設について、その対象とした「特定の医師」の内容をみると、全体では「常勤」(61.4%)が最も多く、次いで「専門研修医(後期)」(18.2%)、「非常勤」「臨床研修医」(ともに 13.6%)、「管理職」(2.3%) の順であった。

施設基準届出別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では「専門研修医(後期)」が 50.0%、「臨床研修医」が 33.3%と、他の施設基準届出施設と比較して高かった。「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では、「常勤」が 69.0%で最も多く、他の施設基準届出施設と比較しても突出していた。「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では、「常勤」(38.1%)が最も多く、次いで「専門研修医(後期)」(28.6%)、「非常勤」(23.8%)、「臨床研修医」(19.0%)、「管理職」(4.8%)であった。

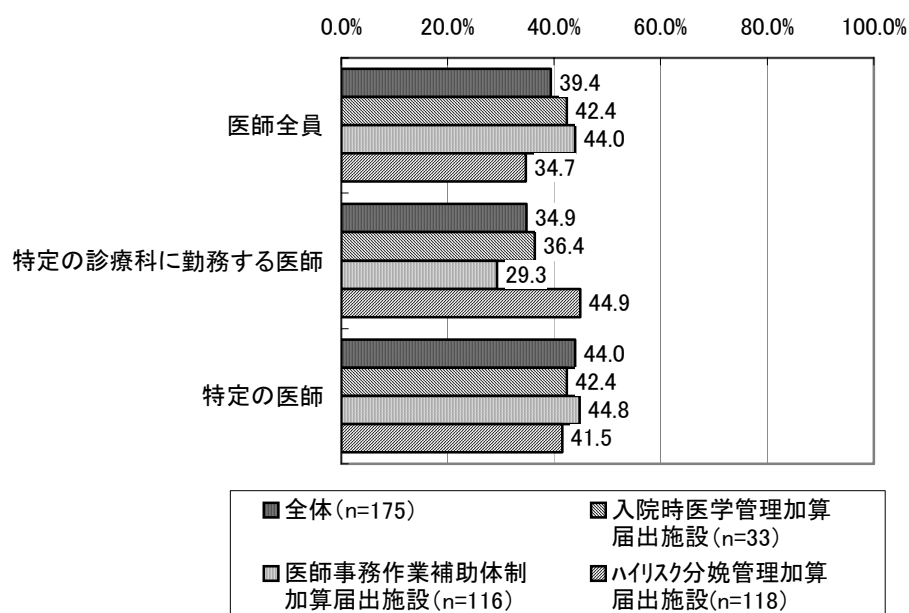
図表 52 基本給を増やした特定の医師（複数回答、施設基準届出別）



「手当を増やした」という 175 施設に対して、その対象の医師の内容をみると、全体では、「特定の医師」が 44.0%で最も多く、次いで、「医師全員」が 39.4%、「特定の診療科に勤務する医師」が 34.9%となった。

施設基準届出別にみると、「入院時医学管理加算」の届出施設では、「医師全員」と「特定の医師」（ともに 42.4%）が最も多く、次いで「特定の診療科に勤務する医師」（36.4%）であった。また、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では、「特定の医師」（44.8%）が最も多く、次いで、「医師全員」（44.0%）であった。「特定の診療科に勤務する医師」（29.3%）は他の施設基準届出施設と比較すると低い割合となった。「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では、「特定の診療科に勤務する医師」（44.9%）が最も多く、次いで、「特定の医師」（41.5%）、「医師全員」（34.7%）となった。

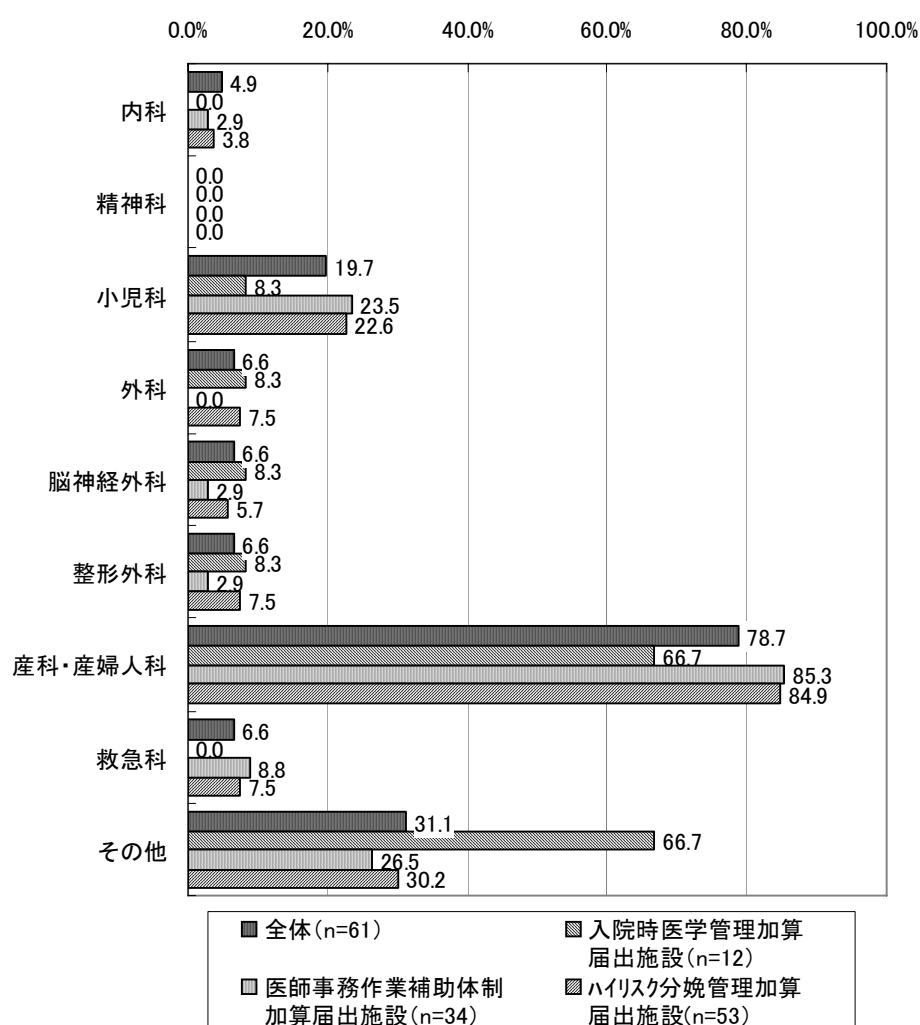
図表 53 手当を増やした対象の医師（複数回答、施設基準届出別）



特定の診療科に勤務する医師を対象に「手当を増やした」という 61 施設について、手当を増やした「特定の診療科」の内容をみると、全体では「産科・産婦人科」(78.7%)が最も多く、次いで、「小児科」(19.7%)となった。

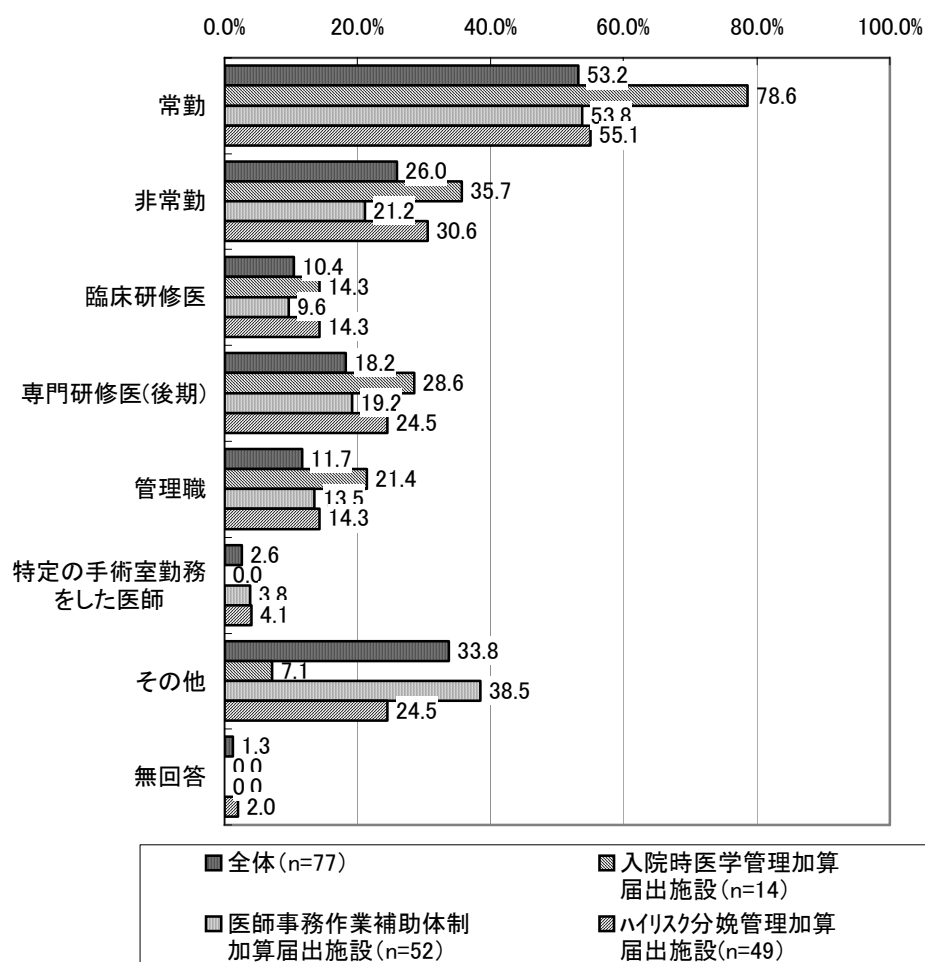
施設基準届出別にみると、いずれの届出施設においても「産科・産婦人科」が最も多かった。特に「医師事務作業補助体制加算」の届出施設、「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では 85%前後と高かった。

図表 54 手当を増やした特定の診療科（複数回答、施設基準届出別）



特定の医師に対して「手当を増やした」という 77 施設について、その対象とした「特定の医師」の内容をみると、全体では「常勤」(53.2%) が最も多く、次いで「非常勤」(26.0%)、「専門研修医(後期)」(18.2%) であった。この傾向はいずれの届出施設においても同様であり、「入院時医学管理加算」の届出施設では「常勤」が 78.6%、「非常勤」が 35.7%、「専門研修医(後期)」が 28.6%であった。「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「常勤」が 53.8%、「非常勤」が 21.2%、「専門研修医(後期)」が 19.2%であった。「ハイリスク分娩管理加算」の届出施設では「常勤」が 55.1%、「非常勤」が 30.6%、「専門研修医(後期)」が 24.5%であった。

図表 55 手当を増やした特定の医師（複数回答、施設基準届出別）

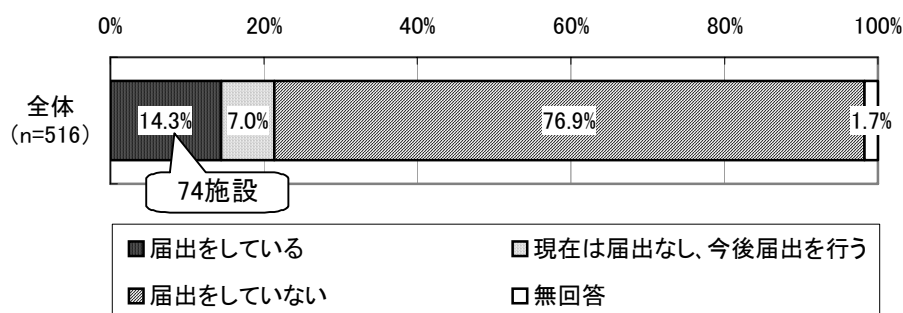


⑤入院時医学管理加算について

1) 入院時医学管理加算の届出状況

入院時医学管理加算の届出状況についてみると、「届出をしている」が14.3%（74施設）、「現在は届出なし、今後届出を行う」が7.0%、「届出をしていない」が76.9%であった。

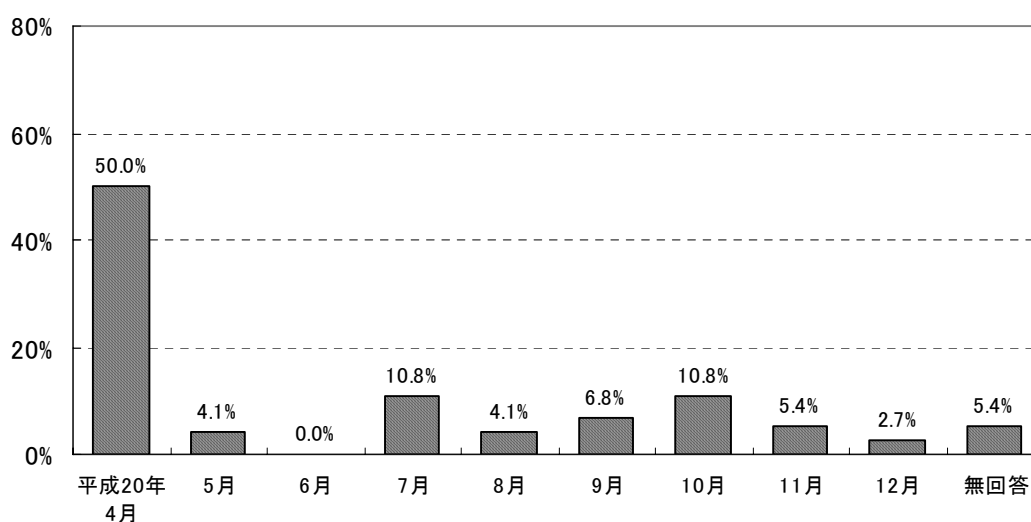
図表 56 入院時医学管理加算の届出状況



2) 入院時医学管理加算の届出が受理された時期

入院時医学管理加算の届出が受理された時期についてみると、「平成20年4月」(50.0%)が最も多く、次いで「7月」「10月」(ともに10.8%)、「9月」(6.8%)であった。

図表 57 入院時医学管理加算の届出が受理された時期 (n=74)

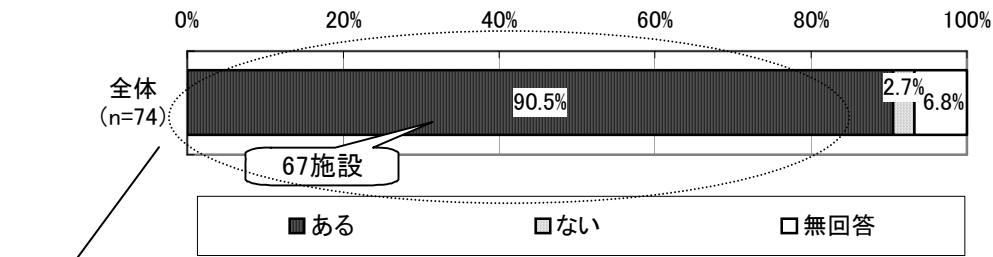


3) 初診に係る選定療養（実費徴収）の状況

初診に係る選定療養（実費徴収）の状況についてみると、「ある」が 90.5%（67 施設）、「ない」が 2.7%であった。

初診に係る選定療養（実費徴収）が「ある」と回答した 67 施設について、1 回あたりの選定療養（実費徴収）の金額をみると、平均は 2,234.7 円（標準偏差 1,354.8、中央値 2,000）であった。

図表 58 初診に係る選定療養（実費徴収）の状況

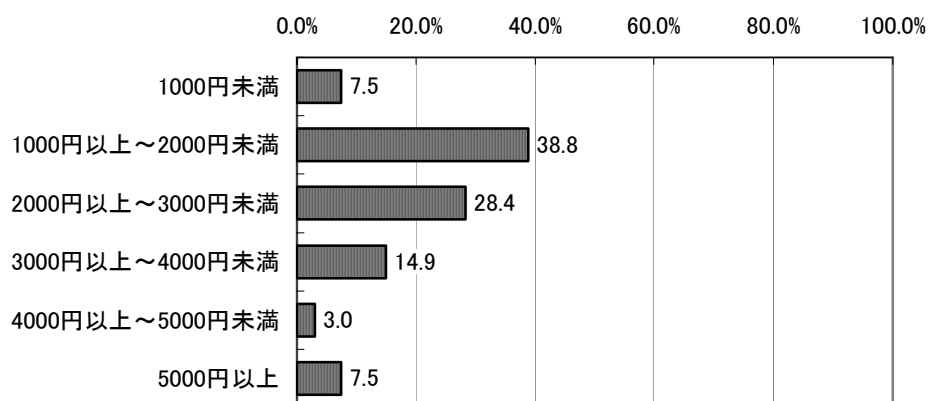


図表 59 初診に係る選定療養（実費徴収）の 1 回あたりの金額（n=67）

	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
初診に係る選定療養（実費徴収）額（円）	2,234.7	1,354.8	8,400	530	2,000

初診に係る選定療養（実費徴収）の1回あたりの金額の分布についてみると、「1000 円以上～2000 円未満」（38.8%）が最も多く、次いで「2000 円以上～3000 円未満」（28.4%）、「3000 円以上～4000 円未満」（14.9%）であった。

図表 60 初診に係る選定療養（実費徴収）の1回あたりの金額・分布（n=67）



4) 平成 20 年 10 月 1 か月間の手術件数等

平成 20 年 10 月 1 か月間の手術件数等についてみると、「全身麻酔」は平均 206.6 件（標準偏差 117.2、中央値 182）、「人工心肺を用いた手術」は平均 4.1 件（標準偏差 5.4、中央値 2）、「悪性腫瘍手術」は平均 51.6 件（標準偏差 39.4、中央値 43）、「腹腔鏡下手術」は平均 26.8 件（標準偏差 28.4、中央値 17）、「放射線治療（体外照射法）」は平均 413.7 件（標準偏差 425.6、中央値 352）、「分娩」は平均 47.1 件（標準偏差 29.2、中央値 45）、「緊急帝王切開」は平均 7.5 件（標準偏差 6.0、中央値 6）であった。

図表 61 平成 20 年 10 月 1 か月間の手術件数（n=68）

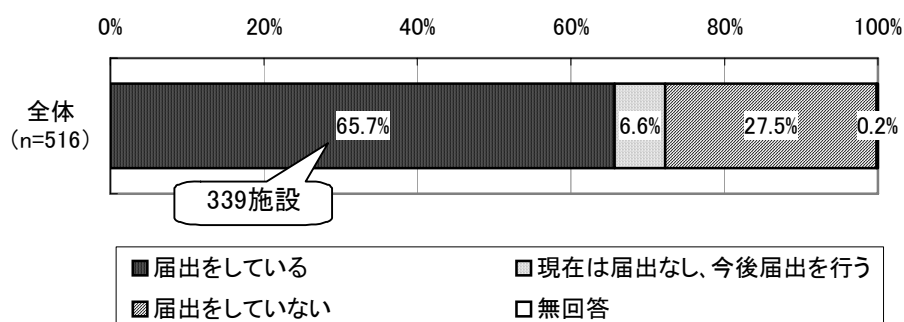
		平均値	標準偏差	中央値
①全身麻酔（件）	n=68	206.6	117.2	182
②人工心肺を用いた手術（件）	n=66	4.1	5.4	2
③悪性腫瘍手術（件）	n=64	51.6	39.4	43
④腹腔鏡下手術（件）	n=63	26.8	28.4	17
⑤放射線治療（体外照射法）（件）	n=65	413.7	425.6	352
⑥分娩（件）	n=68	47.1	29.2	45
⑦緊急帝王切開（件）	n=68	7.5	6.0	6

⑥医師事務作業補助体制加算について

1) 医師事務作業補助体制加算の届出状況

医師事務作業補助体制加算の届出状況についてみると、「届出をしている」が 65.7%（339 施設）、「現在は届出なし、今後届けを行う」が 6.6%、「届出をしていない」が 27.5%であった。

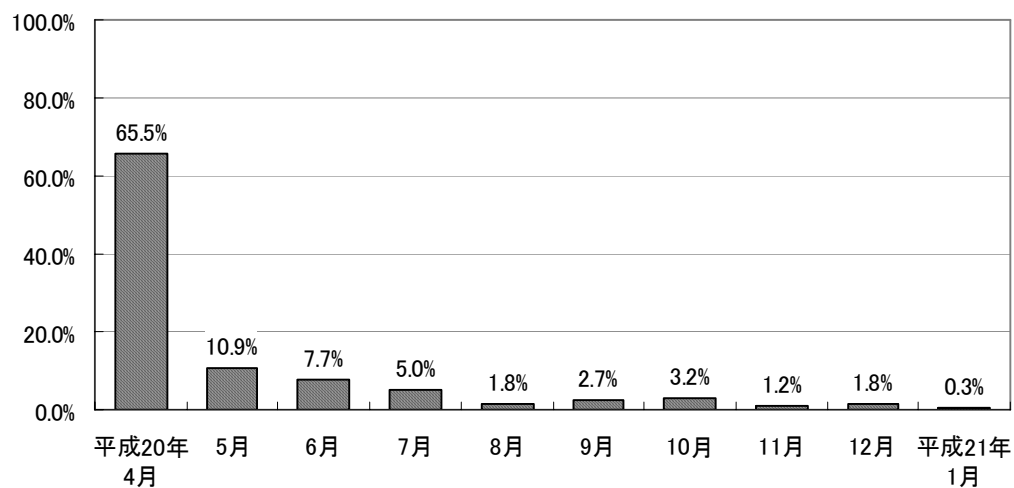
図表 62 医師事務作業補助体制加算の届出状況



2) 医師事務作業補助体制加算の届出が受理された時期

医師事務作業補助体制加算の届出が受理された時期についてみると、「平成 20 年 4 月」(65.5%) が最も多く、次いで「5 月」(10.9%)、「6 月」(7.7%)、「7 月」(5.0%) であった。

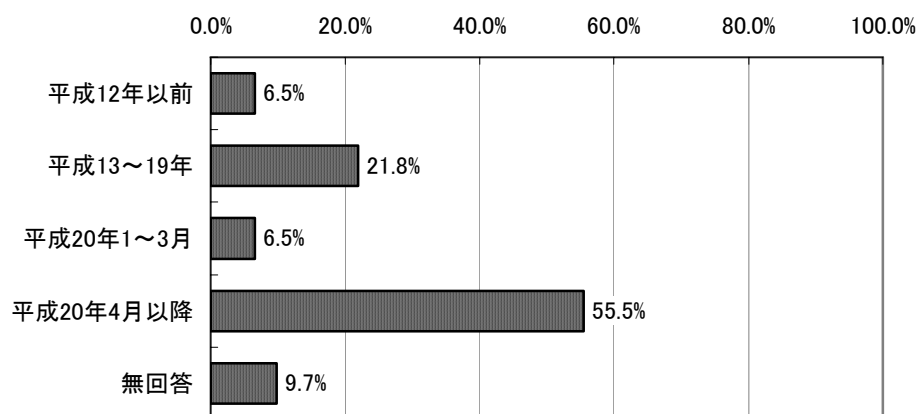
図表 63 医師事務作業補助体制加算の届出が受理された時期 (n=339)



3) 専従者の配置時期

専従者の配置時期についてみると、「平成 20 年 4 月以降」(55.5%) が最も多く、次いで「平成 13～19 年」(21.8%)、「平成 12 年以前」「平成 20 年 1～3 月」(ともに 6.5%) の順であった。

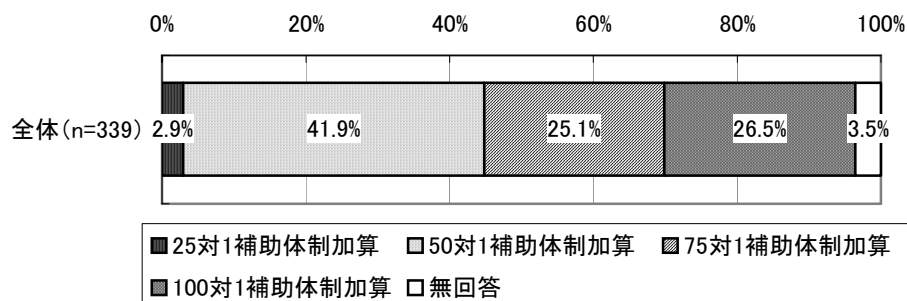
図表 64 専従者の配置時期 (n=339)



4) 医師事務作業補助体制加算の種類

医師事務作業補助体制加算の種類についてみると、「50 対 1 補助体制加算」(41.9%) が最も多く、次いで「100 対 1 補助体制加算」(26.5%)、「75 対 1 補助体制加算」(25.1%)、「25 対 1 補助体制加算」(2.9%) であった。

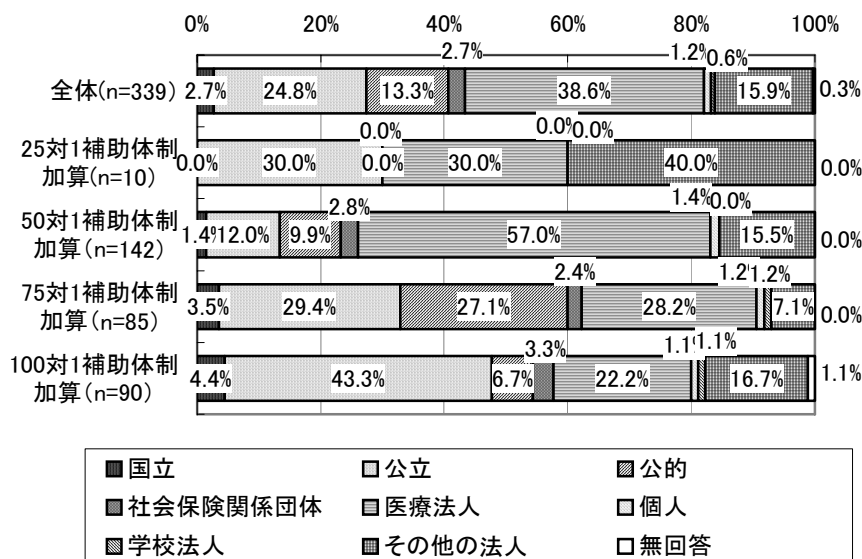
図表 65 医師事務作業補助体制加算の種類



医師事務作業補助体制加算種類別の開設主体についてみると、全体では「医療法人」(38.6%) が最も多く、次いで「公立」(24.8%)、「その他の法人」(15.9%)、「公的」(13.3%)であった。

医師事務作業補助体制加算の種類別にみると、25 対 1 補助体制加算では「その他の法人」(40.0%) が最も多く、次いで「公立」「医療法人」(ともに 30.0%) となった。50 対 1 補助体制加算では「医療法人」(57.0%) が最も多く、次いで「その他の法人」(15.5%)、「公立」(12.0%) となった。75 対 1 補助体制加算では「公立」(29.4%) が最も多く、次いで「医療法人」(28.2%)、「公的」(27.1%) となった。100 対 1 補助体制加算では「公立」(43.3%) が最も多く、次いで「医療法人」(22.2%)、「その他の法人」(16.7%) であった。

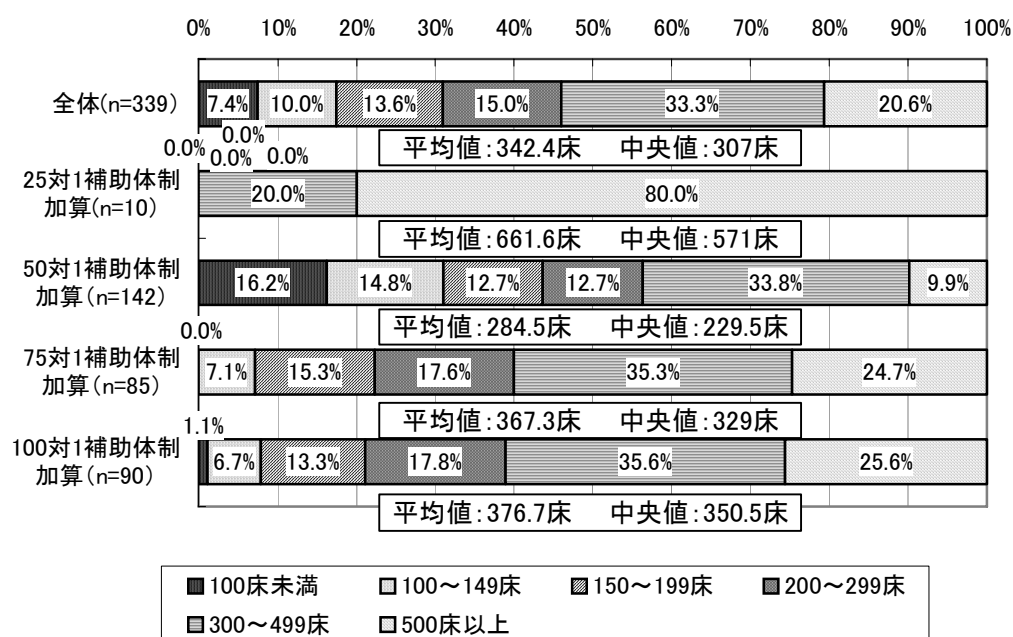
図表 66 医師事務作業補助体制加算種類別 開設主体



医師事務作業補助体制加算種類別における病床規模についてみると、全体では「300～499床」(33.3%)が最も多く、次いで「500床以上」(20.6%)、「200～299床」(15.0%)となり、平均は342.4(中央値307)床であった。

医師事務作業補助体制加算の種類別にみると、25対1補助体制加算では「500床以上」(80.0%)が最も多く、次いで「300～499床」(20.0%)となり、平均は661.6(中央値571)床であった。他と比べて、大規模病院の割合が高い結果となった。また、50対1補助体制加算では「300～499床」(33.8%)が最も多く、次いで「100床未満」(16.2%)、「100～149床」(14.8%)となり、平均は284.5(中央値229.5)床であり、すべての加算の種類の中で最も病床数の平均値が低かった。次に、75対1補助体制加算では「300～499床」(35.3%)が最も多く、次いで「500床以上」(24.7%)、「200～299床」(17.6%)となり、平均は367.3(中央値329)床であった。100対1補助体制加算では「300～499床」(35.6%)が最も多く、次いで「500床以上」(25.6%)、「200～299床」(17.8%)、平均は376.7床(中央値350.5)であった。75対1補助体制加算と100対1補助体制加算については、病床規模は似たような分布状況と平均値であった。

図表 67 医師事務作業補助体制加算種類別 病床規模



5) 医師事務作業補助者（専従者）の人数と給与総額

1 施設あたりの医師事務作業補助者数（実人数）と給与総額（常勤）の平均についてみると、全体では「実人数」が 5.0 人、「（うち）医療従事経験者」が 1.0 人、「（うち）医療事務経験者」が 2.9 人、「給与総額」が 119.8 万円であった。なお、1 人あたりの給与額は 24.0 万円であった。

図表 68 1 施設あたりの平均・医師事務作業補助者数（実人数）と給与総額（常勤）

	全 体	25 対 1 補助体制 加算	50 対 1 補助体制 加算	75 対 1 補助体制 加算	100 対 1 補助体制 加算	不 明
施設数（件）	235	7	101	63	59	5
①実人数（人）	5.0	28.1	5.1	4.2	2.9	5.2
②（うち）医療従事経験者（人）	1.0	0.0	1.7	0.7	0.3	2.4
③（うち）医療事務経験者（人）	2.9	20.0	2.6	2.3	2.2	2.0
④給与総額（万円）	119.8	675.9	122.6	99.6	68.2	144.2
⑤1 人あたり給与額 （④／①）（万円）	24.0	24.0	24.1	23.9	23.3	27.7

（注）「④給与総額」「⑤1 人あたり給与額（④／①）」は月額。

1 施設あたりの平均医師事務作業補助者数（実人数）と給与総額（非常勤）についてみると、全体では「実人数」が 2.6 人、「（うち）医療従事経験者」が 0.3 人、「（うち）医療事務経験者」が 0.9 人、「給与総額」が 37.4 万円であった。なお、1 人あたりの給与額は 14.5 万円であった。

図表 69 1 施設あたりの平均・医師事務作業補助者数（実人数）と給与総額（非常勤）

	全 体	25 対 1 補助体制 加算	50 対 1 補助体制 加算	75 対 1 補助体制 加算	100 対 1 補助体制 加算	不 明
施設数（件）	148	7	61	33	41	6
①実人数（人）	2.6	10.7	2.7	1.6	2.1	0.1
②（うち）医療従事経験者（人）	0.3	0.0	0.6	0.2	0.2	0.1
③（うち）医療事務経験者（人）	0.9	2.0	1.2	0.4	0.9	0.0
④給与総額（万円）	37.4	183.7	38.1	22.1	29.1	1.3
⑤1 人あたり給与額 （④／①）（万円）	14.5	17.1	13.9	13.8	14.0	11.4

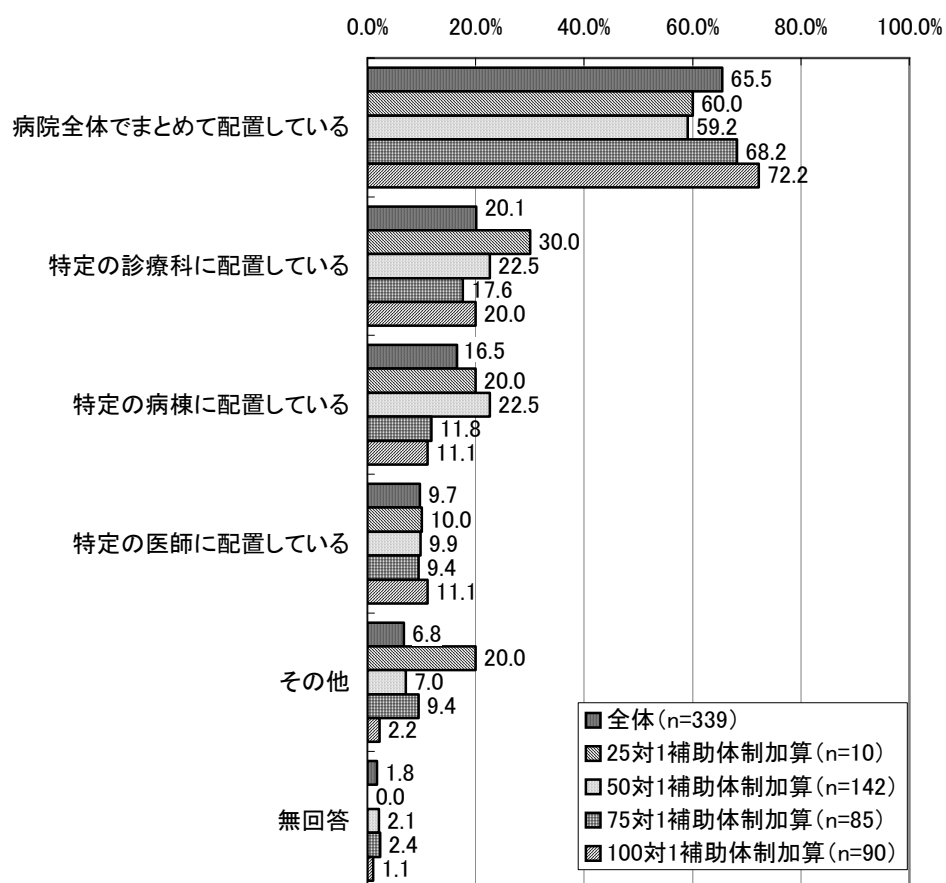
（注）「④給与総額」「⑤1 人あたり給与額（④／①）」は月額。

6) 医師事務作業補助者の配置状況

医師事務作業補助者の配置状況についてみると、全体では、「病院全体でまとめて配置している」(65.5%)が最も多く、次いで、「特定の診療科に配置している」(20.1%)、「特定の病棟に配置している」(16.5%)、「特定の医師に配置している」(9.7%)となった。

加算種類別にみると、「100対1補助体制加算」と「75対1補助体制加算」では「病院全体でまとめて配置している」という割合が他の加算種類と比較して相対的に高くなっている。一方、「25対1補助体制加算」や「50対1補助体制加算」では「特定の診療科に配置している」や「特定の病棟に配置している」という割合が他の加算種類と比較して相対的に高くなっている。

図表 70 医師事務作業補助者の配置状況（複数回答）

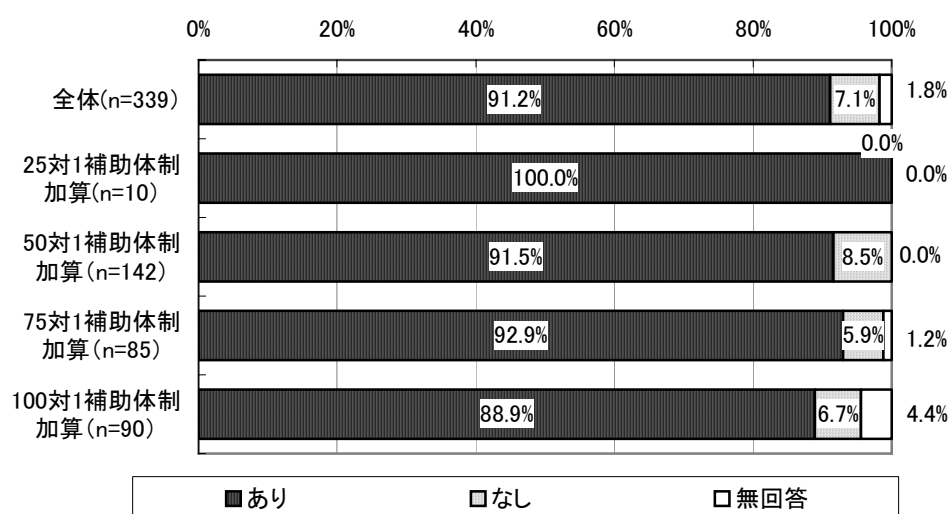


7) 医師事務作業補助者が従事している業務の内容

「診断書などの文書作成補助」について医師事務作業補助者の従事状況をみると、全体では、「あり」が 91.2%、「なし」が 7.1%であった。

加算種類別にみると、25 対 1 補助体制加算では「あり」が 100%であった。他の 3 つの加算種類の施設でも「あり」との回答が 9 割前後を占めた。

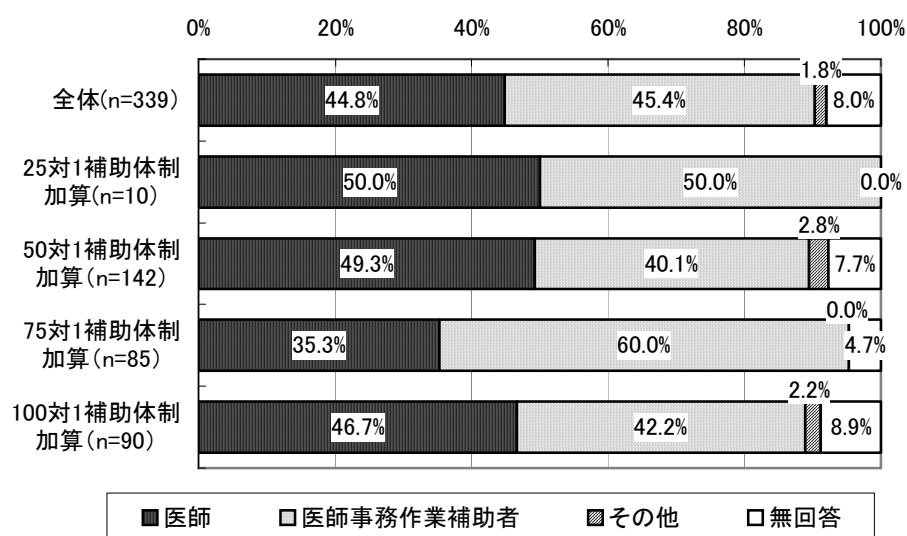
図表 71 医師事務作業補助者の従事状況
～①診断書などの文書作成補助～



「診断書などの文書作成（補助）」における各事務作業の主たる担当者についてみると、全体では「医師」が 44.8%、「医師事務作業補助者」が 45.4%と同程度となった。

加算種類別にみると、75 対 1 補助体制加算では「医師」が 35.3%、「医師事務作業補助者」が 60.0%となっており、「医師事務作業補助者」の割合が高い結果となった。

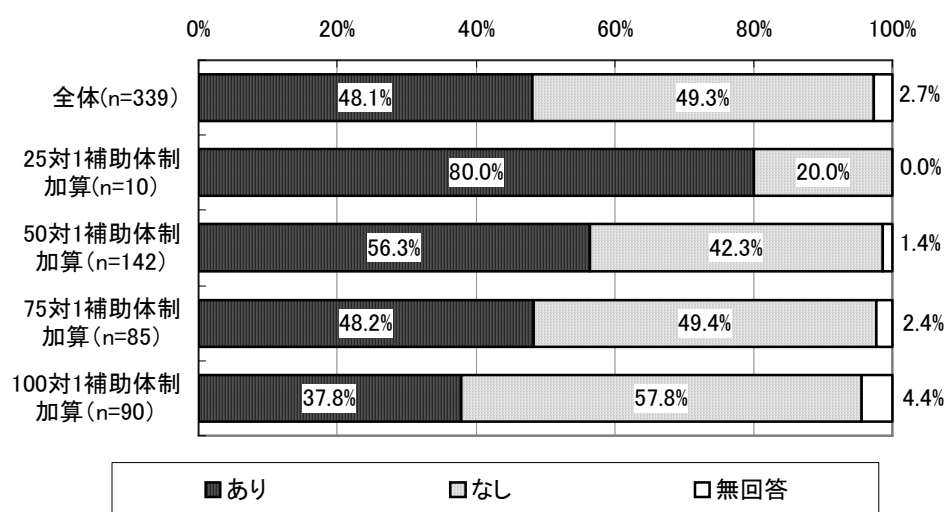
図表 72 各事務作業の主たる担当者
～①診断書などの文書作成（補助）～



「診療記録への代行入力」について医師事務作業補助者の従事状況をみると、全体では「あり」が48.1%、「なし」が49.3%と同程度となった。

加算種類別にみると、「あり」の割合は、25 対 1 補助体制加算では 80.0%であるが、50 対 1 補助体制加算では 56.3%、75 対 1 補助体制加算では 48.2%、100 対 1 補助体制加算では 37.8%と加算種類が低くなるほど、「あり」の割合も低くなるという傾向がみられた。

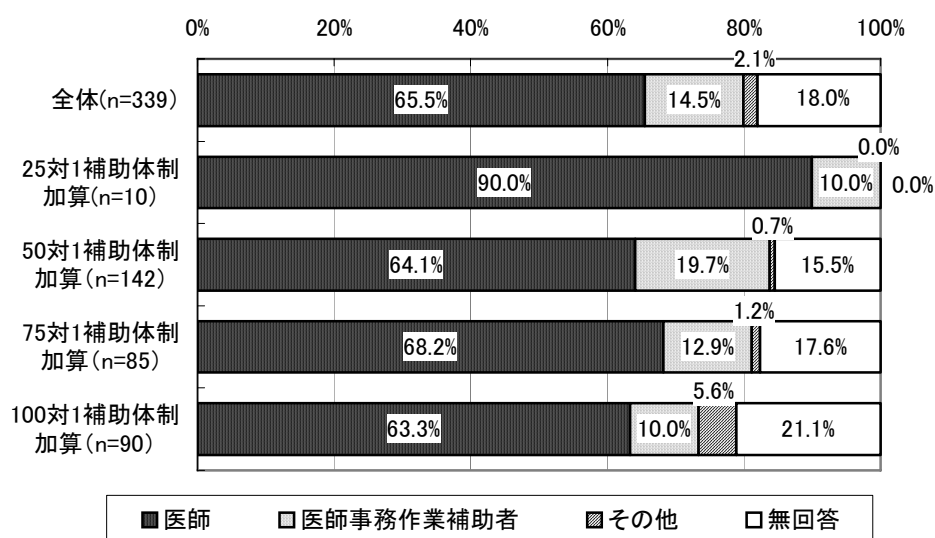
図表 73 医師事務作業補助者の従事状況
～②診療記録への代行入力～



「診療記録への（代行）入力」における各事務作業の主たる担当者についてみると、全体では、「医師」が 65.5%、「医師事務作業補助者」が 14.5%であった。

加算種類別にみると、25 対 1 補助体制加算では 90.0%が「医師」という回答であった。この他、50 対 1 補助体制加算、75 対 1 補助体制加算、100 対 1 補助体制加算では、「医師」という回答が 6 割強から 7 割弱程度となった。

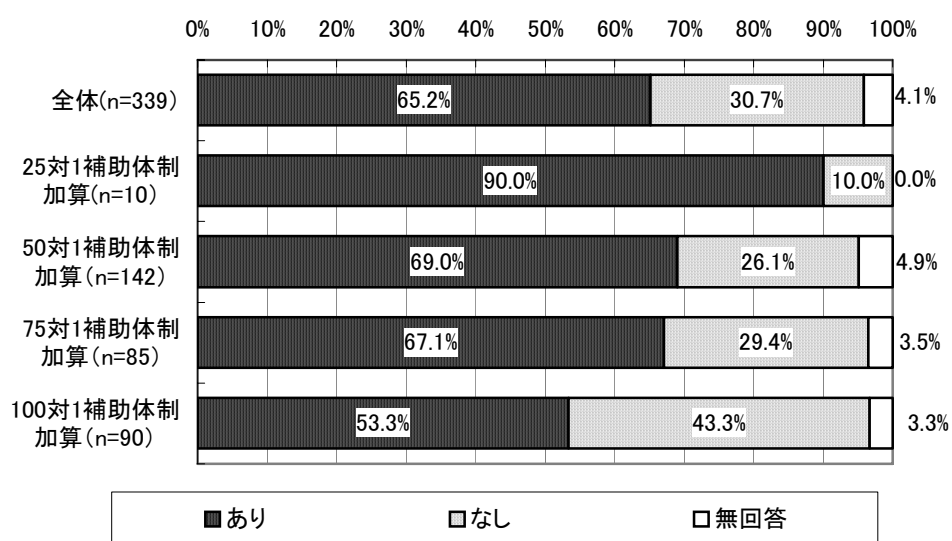
図表 74 各事務作業の主たる担当者
～②診療記録への（代行）入力～



「医療の質の向上に資する事務作業」について医師事務作業補助者の従事状況をみると、全体では「あり」が 65.2%、「なし」が 30.7%であった。

加算種類別にみると、「あり」という割合は、25 対 1 補助体制加算では 90.0%、50 対 1 補助体制加算では 69.0%、75 対 1 補助体制加算では 67.1%、100 対 1 補助体制加算では 53.3%と加算種類が低くなるほど、「あり」の割合も低くなるという傾向がみられた。

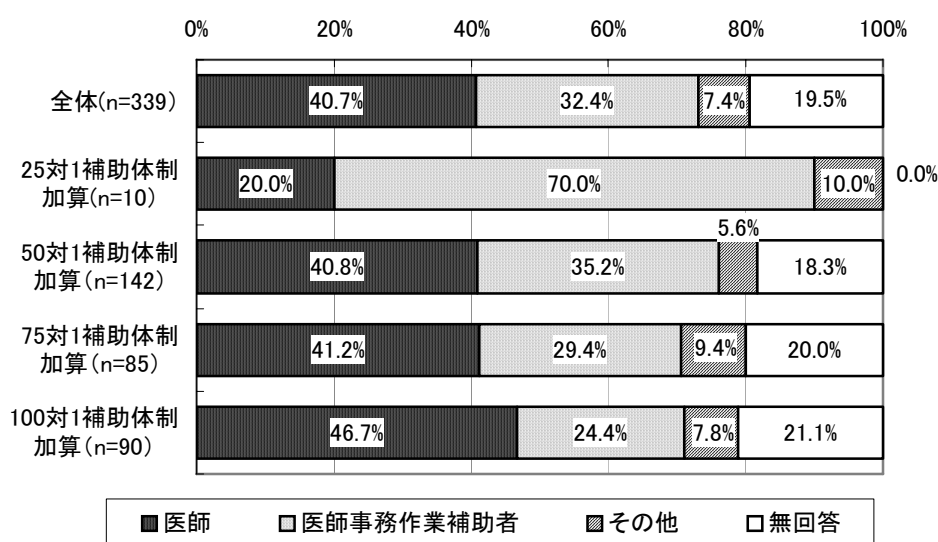
図表 75 医師事務作業補助者の従事状況
～③医療の質の向上に資する事務作業～



「医療の質の向上に資する事務作業」における各事務作業の主たる担当者についてみると、全体では、「医師」が 40.7%、「医師事務作業補助者」が 32.4%であった。

加算種類別にみると、25 対 1 補助体制加算では「医師事務作業補助者」（70.0%）が「医師」（20.0%）よりも大幅に上回っているが、50 対 1 補助体制加算、75 対 1 補助体制加算、100 対 1 補助体制加算では「医師」が「医師事務作業補助者」よりも多くなっている。

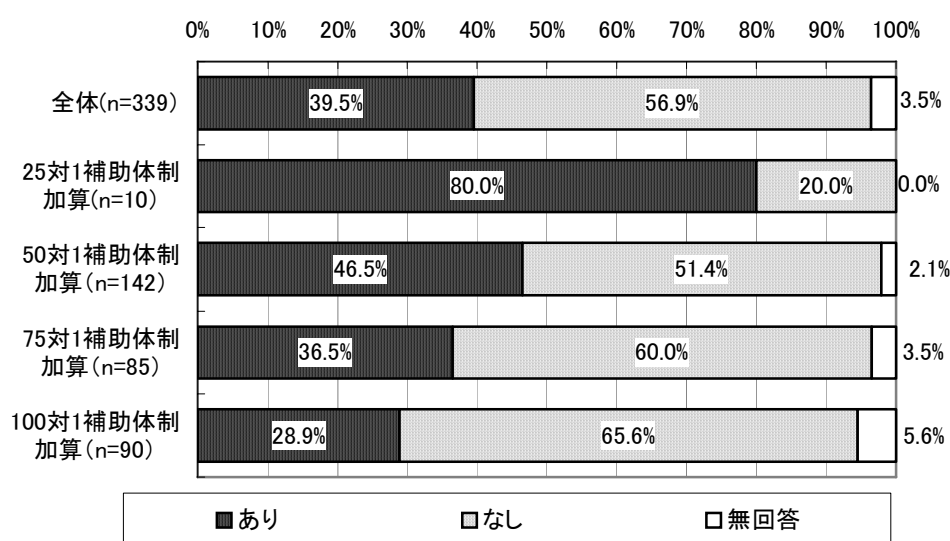
図表 76 各事務作業の主たる担当者
～③医療の質の向上に資する事務作業～



「行政上の業務（救急医療情報システムへの入力等）」について医師事務作業補助者の従事状況をみると、全体では、「あり」が 39.5%、「なし」が 56.9%であった。

加算種類別にみると、「あり」という回答割合は、25 対 1 補助体制加算では 80.0%、50 対 1 補助体制加算では 46.5%、75 対 1 補助体制加算では 36.5%、100 対 1 補助体制加算では 28.9%と、加算種類が低くなるほど、「あり」の割合も低くなるという傾向がみられた。

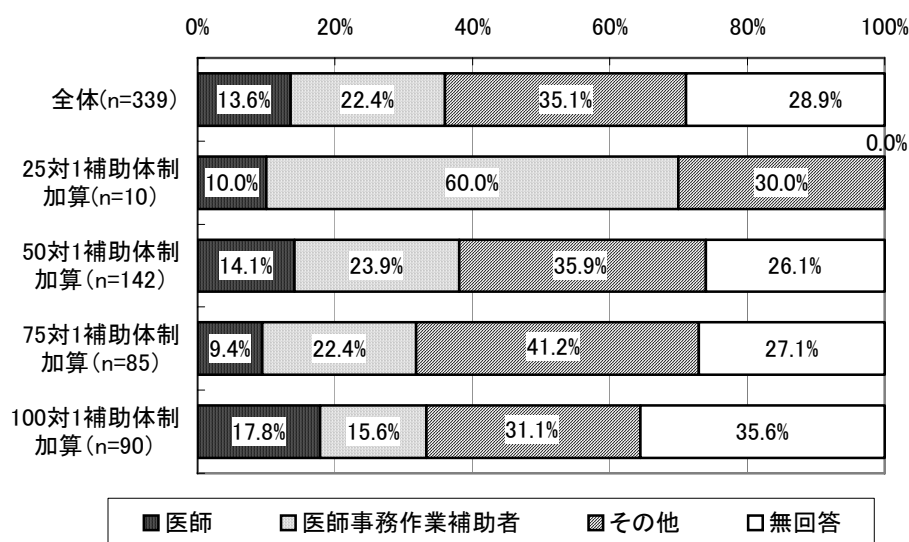
図表 77 医師事務作業補助者の従事状況
～④行政上の業務（救急医療情報システムへの入力等）～



「行政上の業務（救急医療情報システムへの入力等）」における各事務作業の主たる担当者についてみると、全体では「医師」が13.6%、「医師事務作業補助者」が22.4%であった。

加算種類別にみると、25対1補助体制加算では「医師事務作業補助者」が60.0%と突出して高くなっている。

図表 78 各事務作業の主たる担当者
～④行政上の業務（救急医療情報システムへの入力等）～

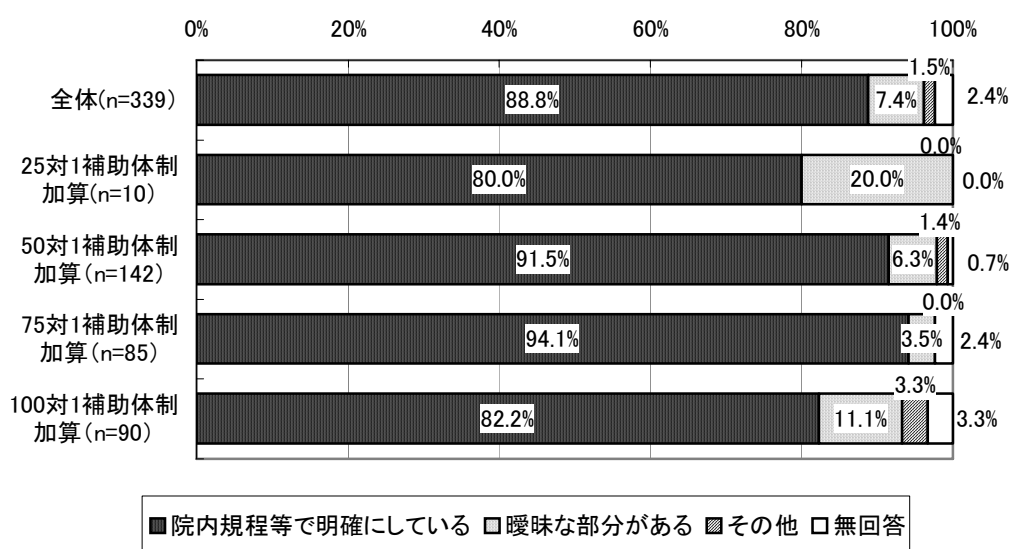


8) 医師事務作業補助者の業務範囲の明確化

医師事務作業補助者の業務範囲の明確化についてみると、全体では「院内規程等で明確にしている」が88.8%、「曖昧な部分がある」が7.4%であった。

加算種類別にみると、25 対 1 補助体制加算、100 対 1 補助体制加算では「院内規程等で明確にしている」が他と比較して若干低く（それぞれ80.0%、82.2%）、「曖昧な部分がある」が他と比較して相対的に高く（それぞれ20.0%、11.1%）になっている。

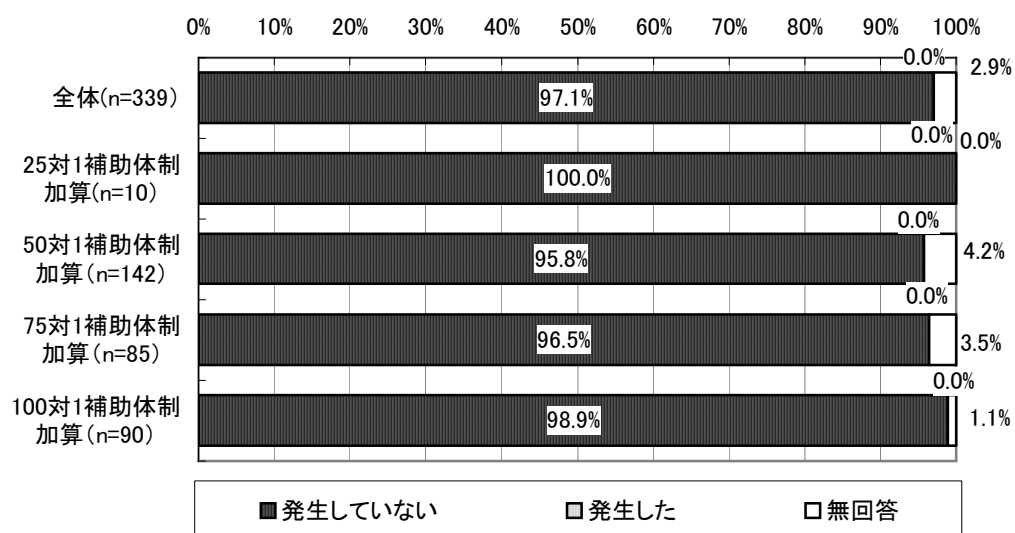
図表 79 医師事務作業補助者の業務範囲の明確化



9) 個人情報保護上の問題発生の有無

個人情報保護上の問題発生の有無についてみると、全体では「発生していない」が 97.1%で、「発生した」はなかった。

図表 80 個人情報保護上の問題発生の有無

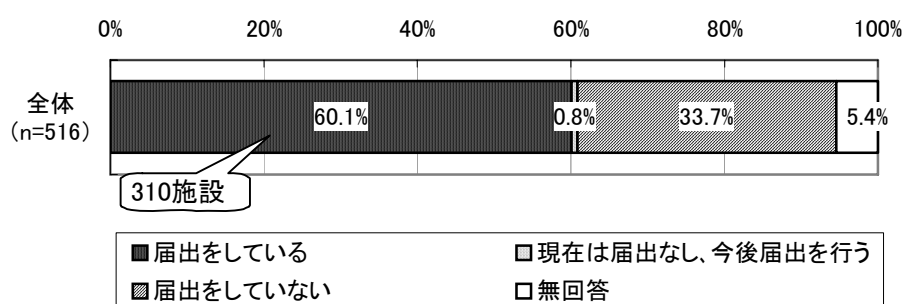


⑦ハイリスク分娩管理加算について

1) ハイリスク分娩管理加算の届出状況

ハイリスク分娩管理加算の届出状況についてみると、「届出をしている」が 60.1%（310施設）、「現在は届出なし、今後届出を行う」が 0.8%、「届出をしていない」が 33.7%であった。

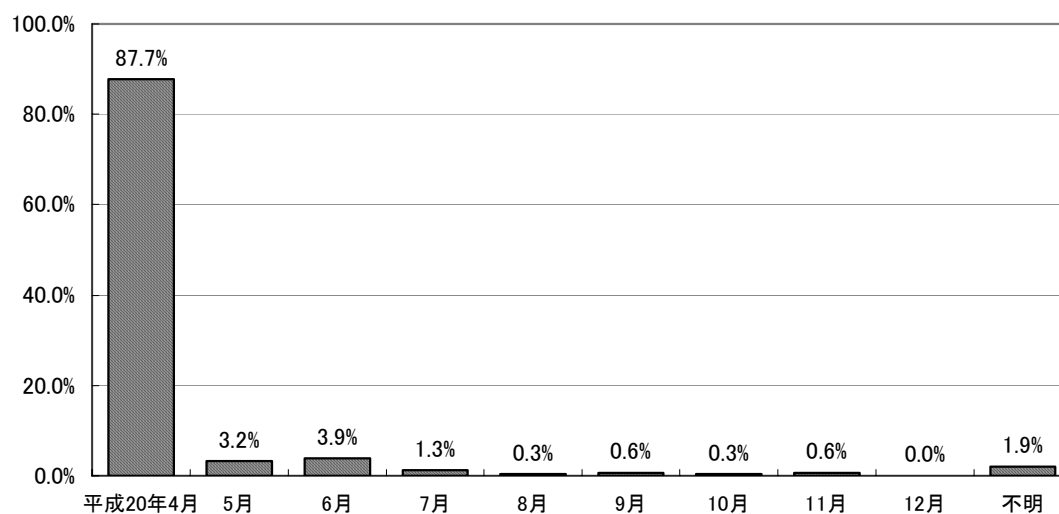
図表 81 ハイリスク分娩管理加算の届出状況



2) ハイリスク分娩管理加算の届出が受理された時期

ハイリスク分娩管理加算の届出が受理された時期についてみると、「平成 20 年 4 月」(87.7%) が最も多く、次いで、「6 月」(3.9%)、「5 月」(3.2%) となった。

図表 82 ハイリスク分娩管理加算の届出が受理された時期 (n=310)



3) 分娩件数

1 施設あたりの分娩件数の平均値・中央値についてみると、平成 20 年 9 月、10 月では前年同月と比較して、わずかながら増加した。

図表 83 1 施設あたりの分娩件数 (n=305)

(単位：件)

		平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
平成 19 年	8 月	52.9	44.6	615.0	0.0	45.0
	9 月	51.0	40.2	517.0	0.0	44.0
	10 月	52.8	44.3	618.0	0.0	45.0
平成 20 年	8 月	52.6	44.0	631.0	0.0	46.0
	9 月	53.9	44.3	615.0	0.0	48.0
	10 月	53.6	46.0	646.0	0.0	46.0

(注) 分娩件数について欠損値のない 305 件を対象に集計を行った。

4) ハイリスク分娩管理加算算定回数

ハイリスク分娩管理加算算定回数についてみると、平成 20 年 8 月、9 月、10 月は前年同月と比較して 2 倍近い数値となっている。

図表 84 ハイリスク分娩管理加算算定回数 (n=269)

(単位：回)

		平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
平成 19 年	8 月	10.2	14.9	119.0	0.0	5.0
	9 月	10.3	14.7	93.0	0.0	4.0
	10 月	11.2	16.0	98.0	0.0	6.0
平成 20 年	8 月	20.4	25.1	163.0	0.0	13.0
	9 月	20.8	26.5	253.0	0.0	15.0
	10 月	21.3	26.8	231.0	0.0	15.0

(注) 分娩件数について欠損値のない 269 件を対象に集計を行った。

(3) 医師責任者調査・医師調査

【調査対象等】

調査対象：「施設調査」の対象病院に1年以上勤務している診療科責任者およびその他の医師。1施設につき医師責任者最大8名（各診療科につき1名×最大8診療科）、医師最大24名（各診療科につき3名×最大8診療科）。

回答数：医師責任者票 2,389件

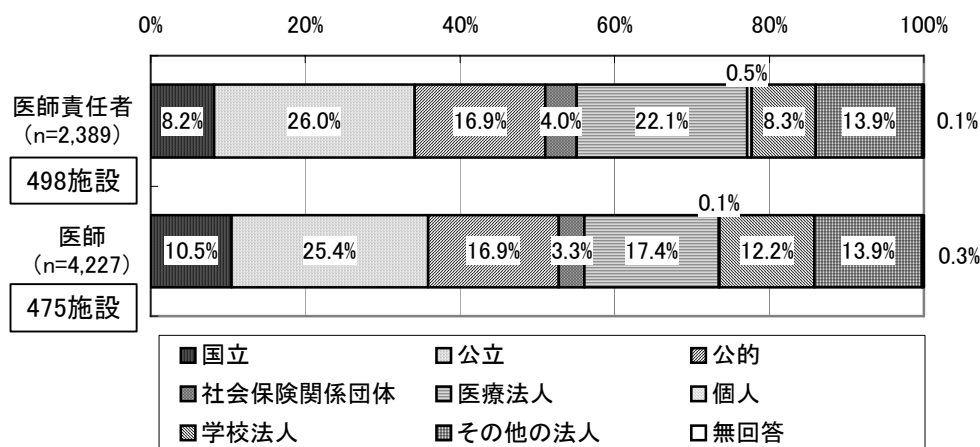
医師票 4,227件

①医師が勤務する施設の属性

1) 開設主体

開設主体についてみると、医師責任者では「公立」(26.0%)が最も多く、次いで「医療法人」(22.1%)、「公的」(16.9%)、「その他の法人」(13.9%)であった。医師も同様に、「公立」(25.4%)が最も多く、次いで「医療法人」(17.4%)、「公的」(16.9%)、「その他の法人」(13.9%)であった。

図表 85 開設主体



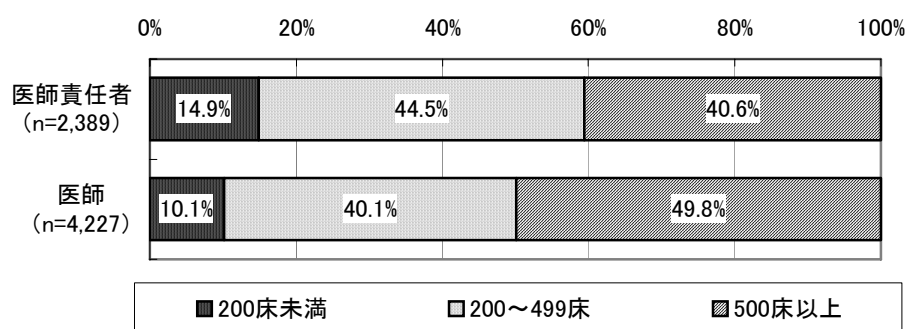
※参考：開設主体の内訳

国立	厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他（国）
公立	都道府県、市町村、地方独立行政法人
公的	日本赤十字社、済生会、北海道社会事業協会、全国厚生農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会
社会保険関係団体	全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合およびその連合会、共済組合およびその連合会、国民健康保険組合
その他の法人	公益法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人

2) 許可病床数

許可病床数による病床規模についてみると、医師責任者では「200～499 床」（44.5%）が最も多く、次いで「500 床以上」（40.6%）、「200 床未満」（14.9%）の順であった。医師では「500 床以上」（49.8%）が最も多く、次いで「200～499 床」（40.1%）、「200 床未満」（10.1%）の順であった。

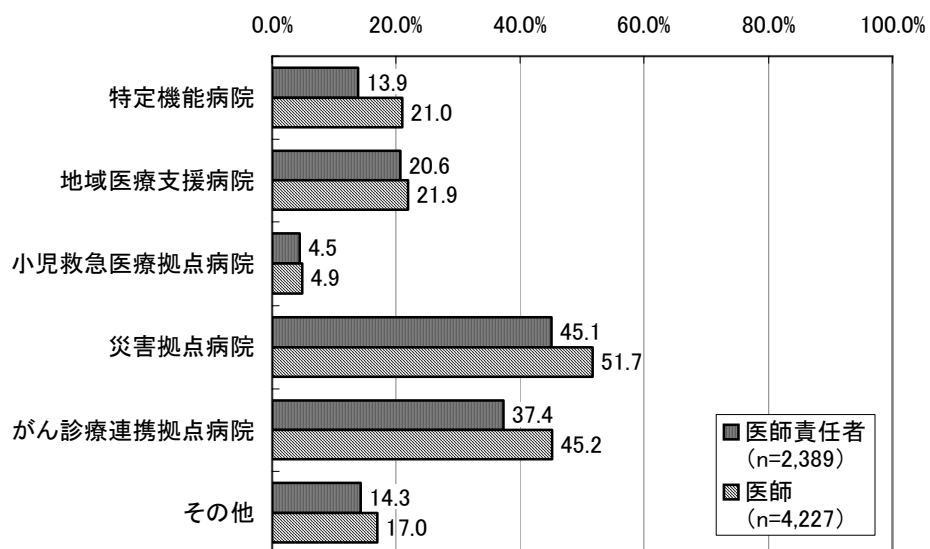
図表 86 許可病床数による病床規模



3) 病院種別

病院種別についてみると、医師責任者、医師ともに「災害拠点病院」（それぞれ 45.1%、51.7%）が最も多く、次いで「がん診療連携拠点病院」（37.4%、45.2%）、「地域医療支援病院」（20.6%、21.9%）、「特定機能病院」（13.9%、21.0%）、「小児救急医療拠点病院」（4.5%、4.9%）となった。

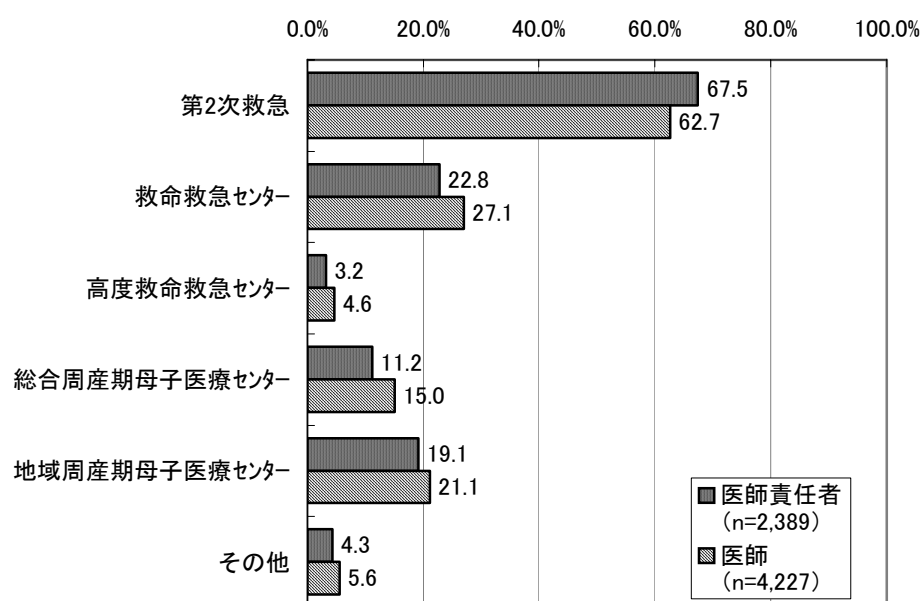
図表 87 病院種別（複数回答）



4) 救急医療体制

救急医療体制についてみると、医師責任者、医師ともに「第2次救急」（それぞれ 67.5%、62.7%）が最も多く、次いで「救命救急センター」（22.8%、27.1%）、「地域周産期母子医療センター」（19.1%、21.1%）、「総合周産期母子医療センター」（11.2%、15.0%）、「高度救命救急センター」（3.2%、4.6%）となった。

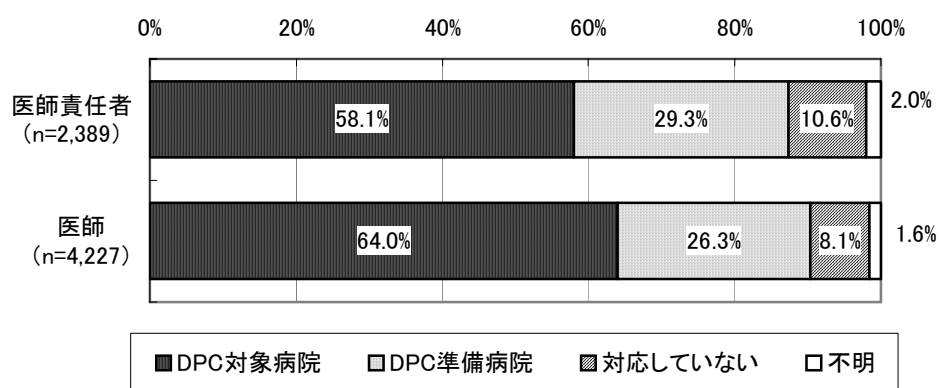
図表 88 救急医療体制（複数回答）



5) DPC 対応の状況

DPC 対応の状況についてみると、医師責任者では「DPC 対象病院」が 58.1%、「DPC 準備病院」が 29.3%、「対応していない」が 10.6%であった。医師では「DPC 対象病院」が 64.0%、「DPC 準備病院」が 26.3%、「対応していない」が 8.1%であった。

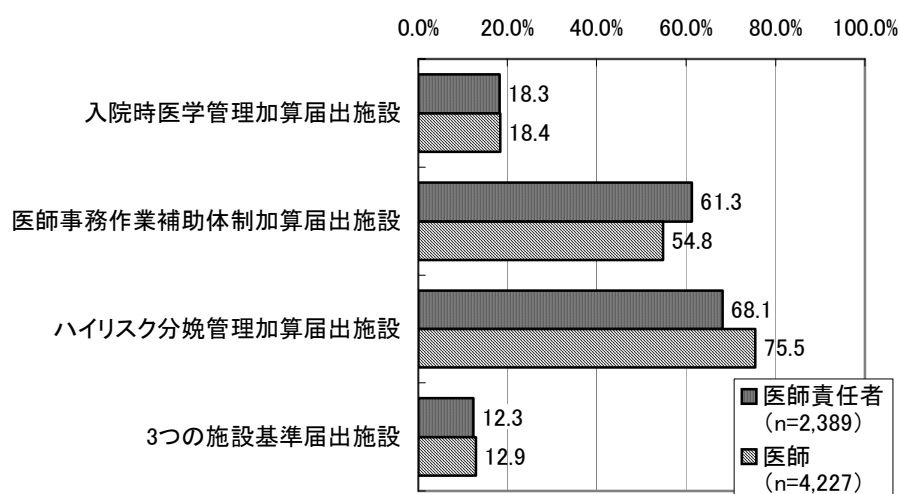
図表 89 DPC 対応の状況



6) 施設基準届出

施設基準届出状況についてみると、医師責任者、医師ともに「ハイリスク分娩管理加算届出施設」(それぞれ 68.1%、75.5%) が最も多く、次いで「医師事務作業補助体制加算届出施設」(61.3%、54.8%)、「入院時医学管理加算届出施設」(18.3%、18.4%) となった。なお、「3つの施設基準届出施設」はそれぞれ 12.3%、12.9%であった。

図表 90 施設基準届出状況（複数回答）

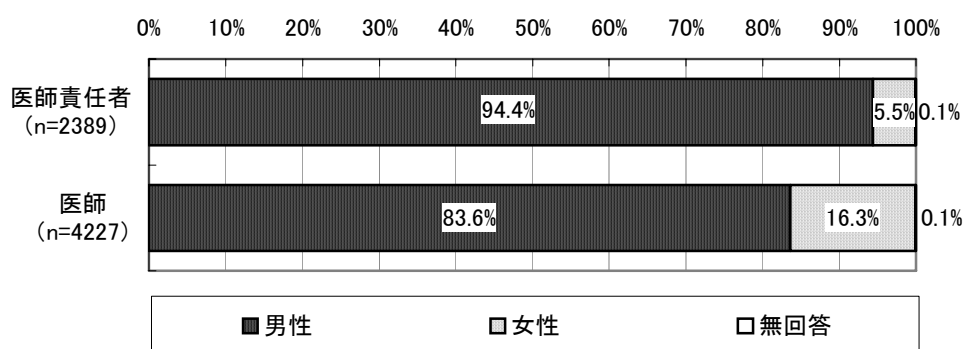


②医師の基本属性

1) 医師の性別

医師の性別についてみると、医師責任者では「男性」が 94.4%、「女性」が 5.5%であった。医師では「男性」が 83.6%、「女性」が 16.3%であった。

図表 91 医師の性別



2) 医師の年齢

医師の年齢についてみると、医師責任者の平均は 51.6 歳（標準偏差 7.0、中央値 52.0）、医師の平均は 40.1 歳（標準偏差 7.8、中央値 40.0）であった。

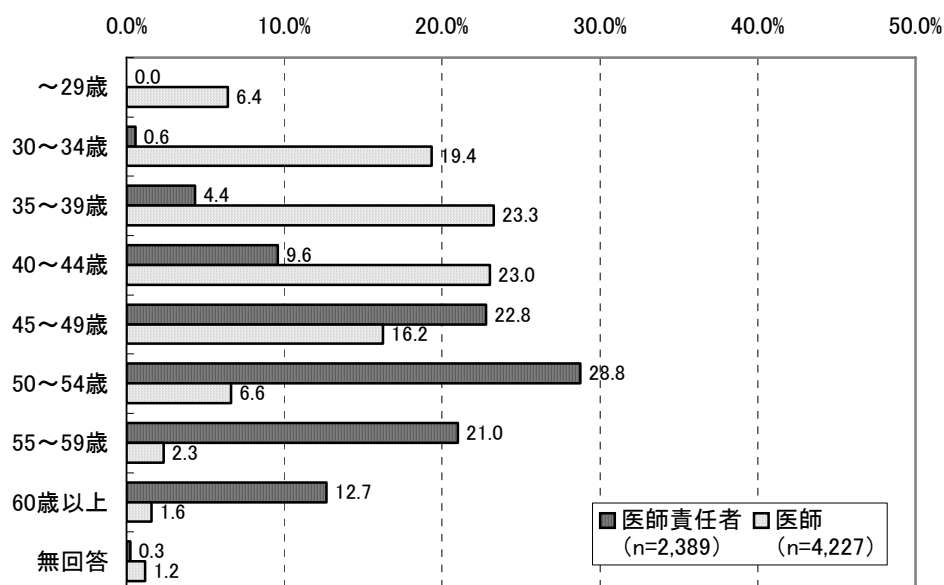
年齢の分布についてみると、医師責任者では「50～54 歳」（28.8%）が最も多く、次いで「45～49 歳」（22.8%）、「55～59 歳」（21.0%）であった。医師では「35～39 歳」（23.3%）が最も多く、次いで「40～44 歳」（23.0%）、「30～34 歳」（19.4%）であった。

図表 92 医師の年齢

	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
医師責任者（歳）	51.6	7.0	87.0	32.0	52.0
医師（歳）	40.1	7.8	81.0	25.0	40.0

（注）有効回答数：医師責任者 n=2,383、医師 n=4,178。

図表 93 医師の年齢



3) 医師としての経験年数

医師としての経験年数についてみると、医師責任者の平均は 26.1 年（標準偏差 7.0、中央値 25.8）、医師の平均は 14.4 年（標準偏差 7.4、中央値 14.0）であった。

図表 94 医師としての経験年数

	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
医師責任者（年）	26.1	7.0	60.0	2.0	25.8
医師（年）	14.4	7.4	50.0	1.0	14.0

（注）有効回答数：医師責任者 n=2,376、医師 n=4,098。

4) 調査対象病院での勤続年数

調査対象病院での勤続年数についてみると、医師責任者の平均は 11.4 年（標準偏差 8.2、中央値 9.8）、医師の平均は 5.5 年（標準偏差 4.9、中央値 3.8）であった。

図表 95 調査対象病院での勤続年数

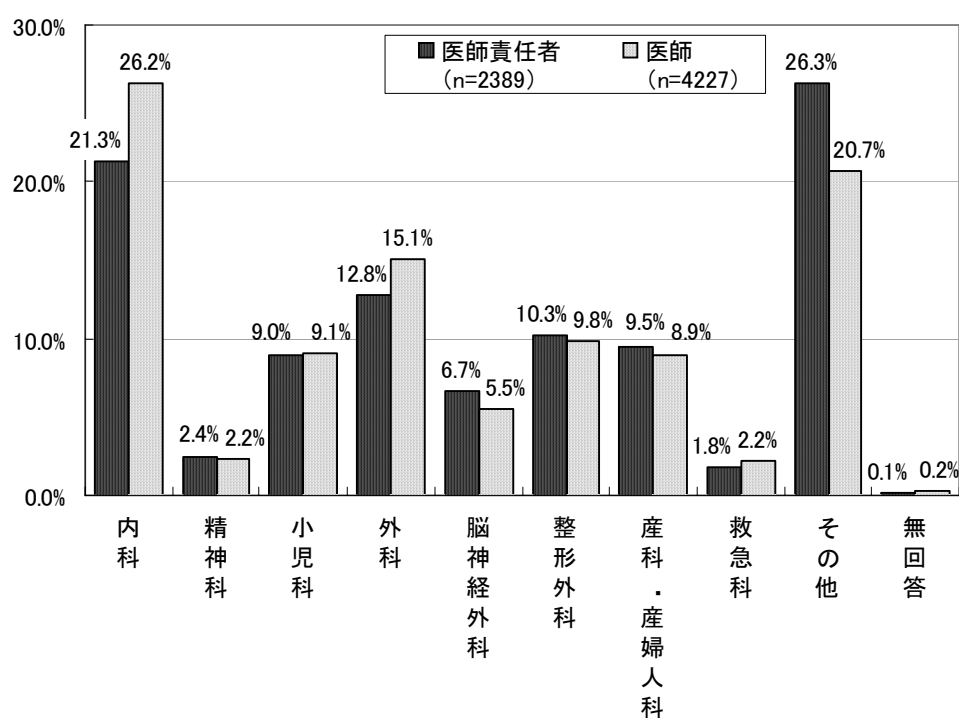
	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
医師責任者（年）	11.4	8.2	70.7	1.0	9.8
医師（年）	5.5	4.9	47.5	1.0	3.8

（注）有効回答数：医師責任者 n=2,389、医師 n=4,227

5) 医師の主たる担当診療科

医師が担当する主たる診療科についてみると、医師責任者、医師ともに「内科」（それぞれ 21.3%、26.2%）が最も多く、次いで「外科」（12.8%、15.1%）、「整形外科」（10.3%、9.8%）、「産科・産婦人科」（9.5%、8.9%）、「小児科」（9.0%、9.1%）、「脳神経外科」（6.7%、5.5%）、「精神科」（2.4%、2.2%）、「救急科」（1.8%、2.2%）であった。

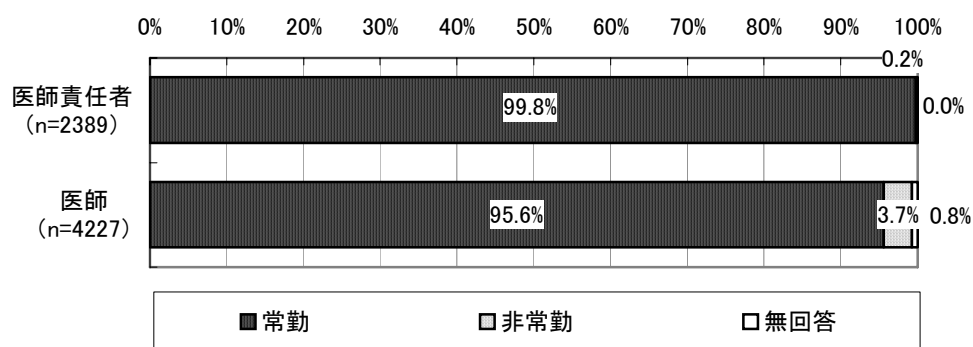
図表 96 医師の主たる担当診療科



6) 勤務形態

勤務形態についてみると、医師責任者、医師ともに9割以上が「常勤」であった。

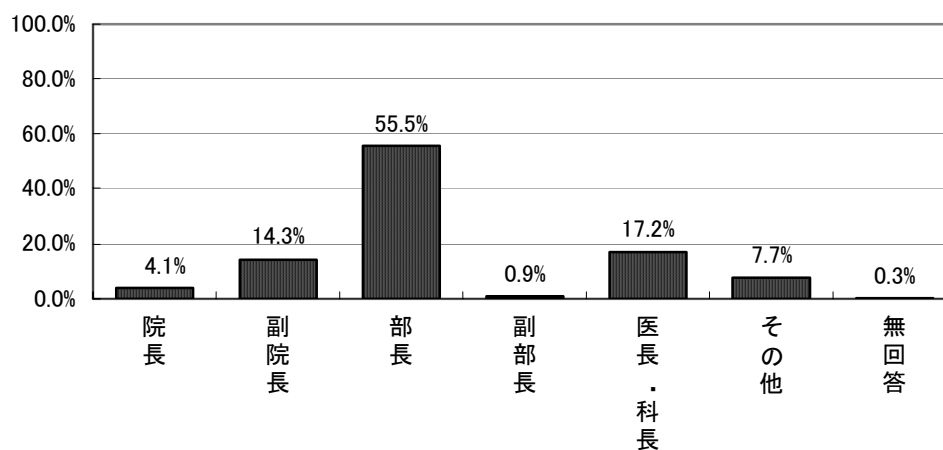
図表 97 勤務形態



7) 医師責任者の役職等

医師責任者における役職についてみると、「部長」(55.5%)が最も多く、次いで「医長・科長」(17.2%)、「副院長」(14.3%)であった。

図表 98 医師責任者の役職 (n=2,389)



医師責任者 1 人が管理する医師の人数についてみると、男性医師の平均は 7.2 人（標準偏差 9.9、中央値 4.0）、女性医師の平均は 2.3 人（標準偏差 3.8、中央値 1.0）であった。

図表 99 医師責任者 1 人が管理する医師の人数

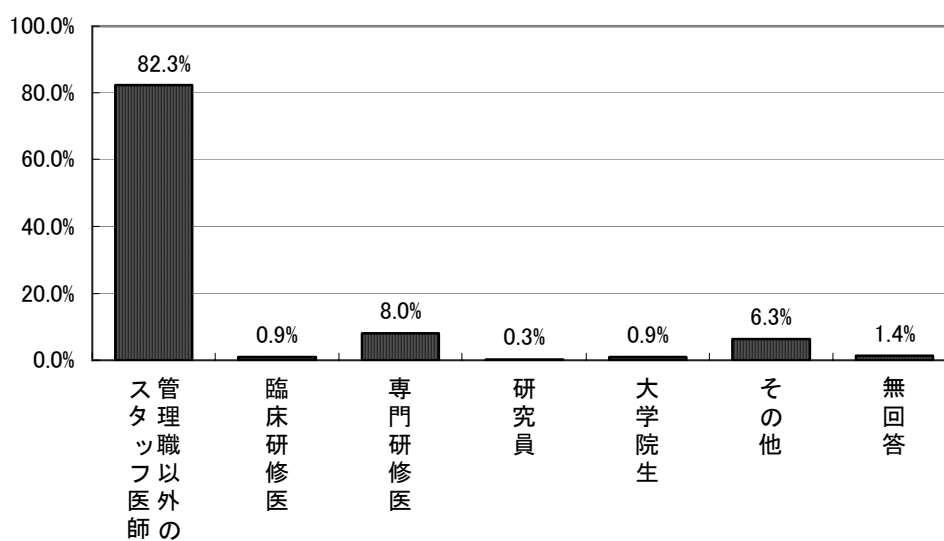
	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
男性医師（人）	7.2	9.9	120.0	0.0	4.0
女性医師（人）	2.3	3.8	64.0	0.0	1.0

（注）有効回答数：男性医師 n=2,244、女性医師 n=1,723。

8) 医師の役職等

医師における役職についてみると、「管理職以外のスタッフ医師」（82.3%）が最も多く、次いで「専門研修医」（8.0%）であった。

図表 100 医師の役職（n=4,227）

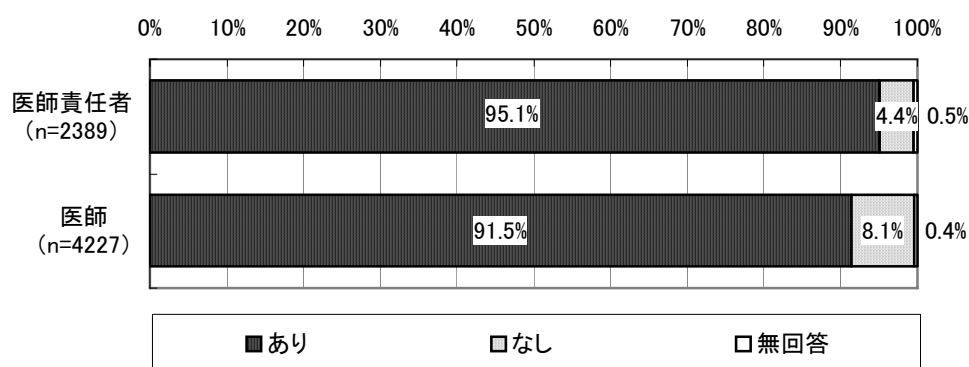


③医師の勤務実態等

1) 外来診療担当の有無

外来診療担当の有無についてみると、医師責任者では「あり」が95.1%、「なし」が4.4%であった。医師では「あり」が91.5%、「なし」が8.1%であった。

図表 101 外来診療担当の有無



医師1人あたり1日の平均外来診察患者数についてみると、医師責任者では平均32.6人（標準偏差17.2、中央値30.0）、医師では平均28.0人（標準偏差14.9、中央値25.0）であった。

図表 102 医師1人あたり1日の平均外来診察患者数

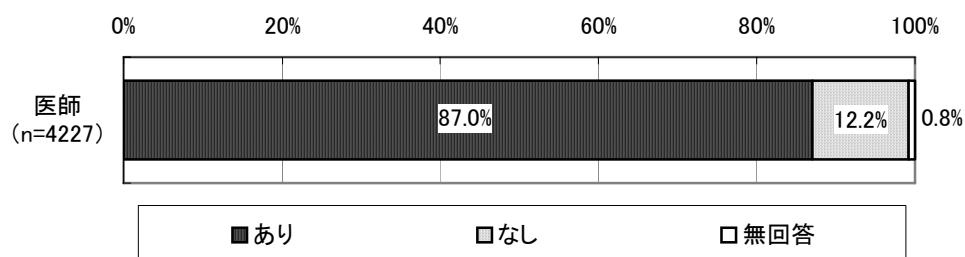
	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
医師責任者（人）	32.6	17.2	180.0	0.5	30.0
医師（人）	28.0	14.9	139.0	0.5	25.0

（注）有効回答数：医師責任者 n=2,170、医師 n=3,683。

2) 入院診療における担当患者の有無等（医師票のみ）

医師の入院診療における担当患者の有無についてみると、「あり」が 87.0%、「なし」が 12.2%であった。

図表 103 入院診療における担当患者の有無



医師 1 人あたりの担当入院患者数についてみると、平均は 10.9 人（標準偏差 10.4、中央値 10.0）であった。

図表 104 医師 1 人あたりの担当入院患者数（平成 20 年 10 月末現在、n=3,524）

	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
医師（人）	10.9	10.4	320.0	0.5	10.0

3) 直近 1 週間の実勤務時間

直近 1 週間の実勤務時間についてみると、医師責任者は平均 58.0 時間（標準偏差 14.9、中央値 57.6）、医師は平均 61.3 時間（標準偏差 18.3、中央値 60.0）であった。

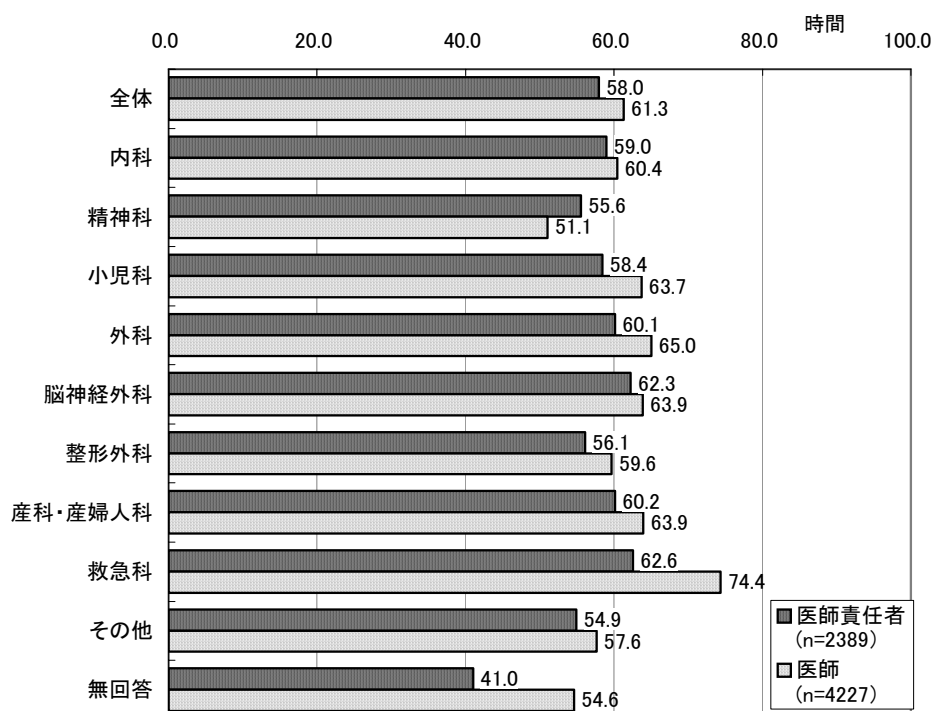
図表 105 直近 1 週間の実勤務時間

	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
医師責任者（時間）	58.0	14.9	120.0	0.0	57.6
医師（時間）	61.3	18.3	128.0	0.3	60.0

（注）有効回答数：医師責任者 n=2,278、医師 n=3,963。

診療科別に直近 1 週間の実勤務時間をみると、医師責任者では「救急科」(62.6 時間)が最も長く、次いで「脳神経外科」(62.3 時間)、「産科・産婦人科」(60.2 時間)、「外科」(60.1 時間)であった。医師では「救急科」(74.4 時間)が最も長く、次いで「外科」(65.0 時間)、「脳神経外科」と「産科・産婦人科」(ともに 63.9 時間)、「小児科」(63.7 時間)、「内科」(60.4 時間)であった。

図表 106 診療科別 直近 1 週間の実勤務時間 (平均)



4) 1 か月あたりの当直回数および連続当直回数

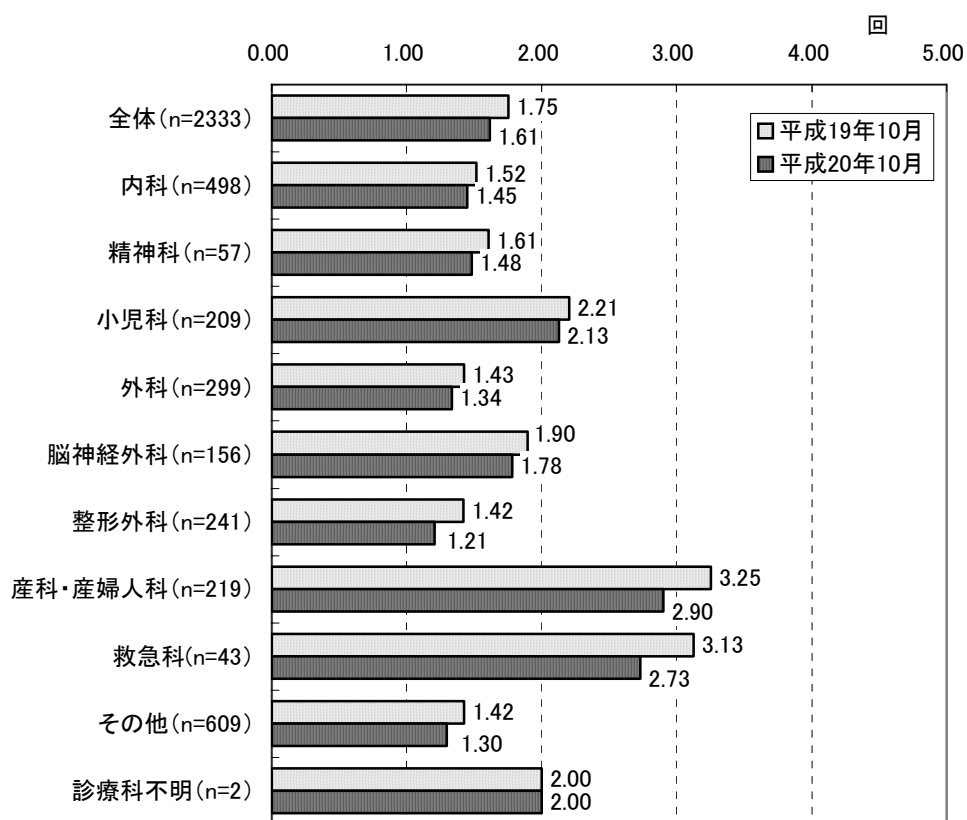
医師責任者における、平成 20 年 10 月 1 か月あたりの当直回数についてみると、「産科・産婦人科」が 2.90 回（標準偏差 3.21、中央値 2.00）と最も多く、次いで「救急科」が 2.73 回（標準偏差 2.95、中央値 2.00）、「小児科」が 2.13 回（標準偏差 2.48、中央値 1.00）、「脳神経外科」が 1.78 回（標準偏差 1.88、中央値 1.00）であった。いずれの診療科においても、平成 19 年 10 月と比較して若干ではあるが少なくなっている。

図表 107 1 か月あたり当直回数（医師責任者）

（単位：回）

		平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
全体	平成 19 年 10 月	1.75	2.20	18.00	0.00	1.00
	平成 20 年 10 月	1.61	2.15	18.00	0.00	1.00
内科	平成 19 年 10 月	1.52	1.71	10.00	0.00	1.00
	平成 20 年 10 月	1.45	1.73	10.00	0.00	1.00
精神科	平成 19 年 10 月	1.61	2.50	12.00	0.00	1.00
	平成 20 年 10 月	1.48	2.50	13.00	0.00	0.50
小児科	平成 19 年 10 月	2.21	2.42	10.00	0.00	2.00
	平成 20 年 10 月	2.13	2.48	12.00	0.00	1.00
外科	平成 19 年 10 月	1.43	1.66	10.00	0.00	1.00
	平成 20 年 10 月	1.34	1.63	10.00	0.00	1.00
脳神経外科	平成 19 年 10 月	1.90	1.95	9.00	0.00	2.00
	平成 20 年 10 月	1.78	1.88	9.00	0.00	1.00
整形外科	平成 19 年 10 月	1.42	1.73	12.00	0.00	1.00
	平成 20 年 10 月	1.21	1.70	13.00	0.00	1.00
産科・産婦人科	平成 19 年 10 月	3.25	3.44	13.00	0.00	2.00
	平成 20 年 10 月	2.90	3.21	13.00	0.00	2.00
救急科	平成 19 年 10 月	3.13	2.98	10.00	0.00	2.00
	平成 20 年 10 月	2.73	2.95	10.00	0.00	2.00
その他	平成 19 年 10 月	1.42	1.97	18.00	0.00	1.00
	平成 20 年 10 月	1.30	1.99	18.00	0.00	0.00
診療科不明	平成 19 年 10 月	2.00	2.83	4.00	0.00	4.00
	平成 20 年 10 月	2.00	2.83	4.00	0.00	4.00

図表 108 1 か月あたり平均当直回数（医師責任者）



（注）平成 19 年 10 月および平成 20 年 10 月ともに欠損値のないデータを対象に集計を行った。

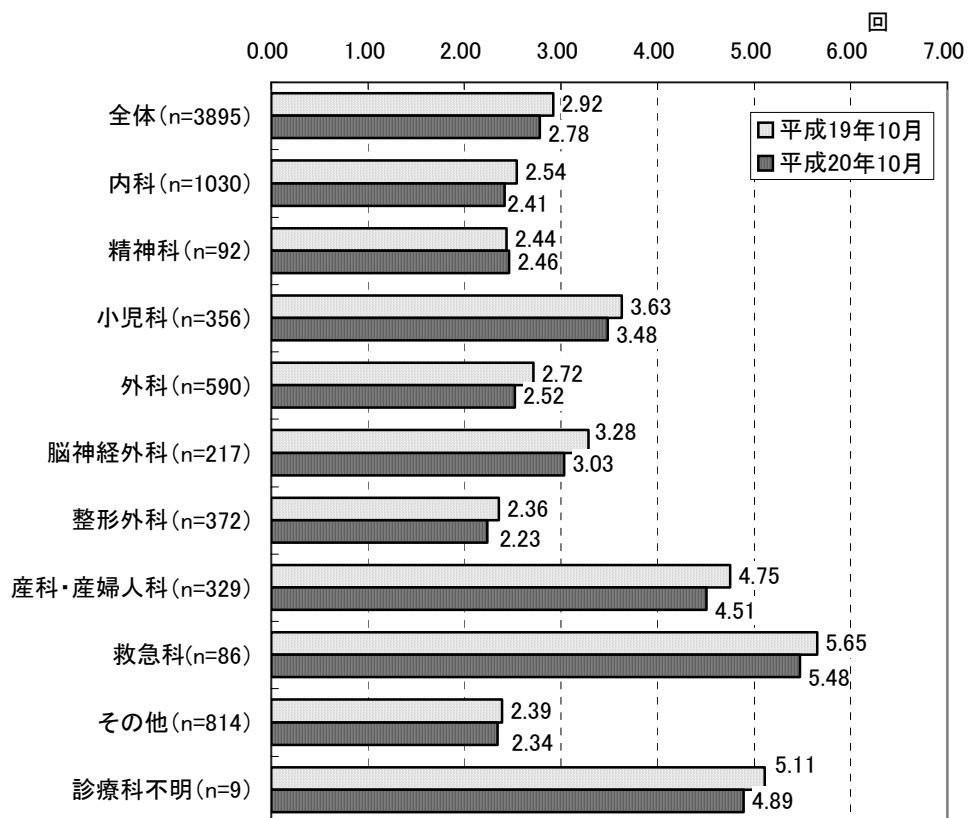
医師における、平成 20 年 10 月 1 か月あたり平均当直回数についてみると、「救急科」が 5.48 回（標準偏差 2.77、中央値 6.00）と最も多く、次いで「産科・産婦人科」が 4.51 回（標準偏差 3.26、中央値 4.00）、「小児科」が 3.48 回（標準偏差 2.39、中央値 3.00）、「脳神経外科」が 3.03 回（標準偏差 2.07 回、中央値 3.00）であった。「精神科」を除くいずれの診療科においても、平成 19 年 10 月と比較して若干ではあるが少なくなっている。

図表 109 1 か月あたり当直回数（医師）

（単位：回）

		平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
全体	平成 19 年 10 月	2.92	2.32	18.00	0.00	3.00
	平成 20 年 10 月	2.78	2.24	15.00	0.00	2.00
内科	平成 19 年 10 月	2.54	1.69	10.00	0.00	2.00
	平成 20 年 10 月	2.41	1.63	10.00	0.00	2.00
精神科	平成 19 年 10 月	2.44	2.14	10.00	0.00	2.00
	平成 20 年 10 月	2.46	2.41	12.00	0.00	2.00
小児科	平成 19 年 10 月	3.63	2.36	11.00	0.00	4.00
	平成 20 年 10 月	3.48	2.39	11.00	0.00	3.00
外科	平成 19 年 10 月	2.72	1.81	12.00	0.00	2.00
	平成 20 年 10 月	2.52	1.77	12.00	0.00	2.00
脳神経外科	平成 19 年 10 月	3.28	2.47	18.00	0.00	3.00
	平成 20 年 10 月	3.03	2.07	10.00	0.00	3.00
整形外科	平成 19 年 10 月	2.36	1.72	15.00	0.00	2.00
	平成 20 年 10 月	2.23	1.60	8.00	0.00	2.00
産科・産婦人科	平成 19 年 10 月	4.75	3.40	15.00	0.00	5.00
	平成 20 年 10 月	4.51	3.26	15.00	0.00	4.00
救急科	平成 19 年 10 月	5.65	2.73	13.00	0.00	6.00
	平成 20 年 10 月	5.48	2.77	13.00	0.00	6.00
その他	平成 19 年 10 月	2.39	2.28	15.00	0.00	2.00
	平成 20 年 10 月	2.34	2.22	13.00	0.00	2.00
診療科不明	平成 19 年 10 月	5.11	3.89	10.00	0.00	4.00
	平成 20 年 10 月	4.89	4.01	10.00	0.00	4.00

図表 110 1 か月あたり平均当直回数（医師）



（注）平成 19 年 10 月および平成 20 年 10 月ともに欠損値のないデータを対象に集計を行った。

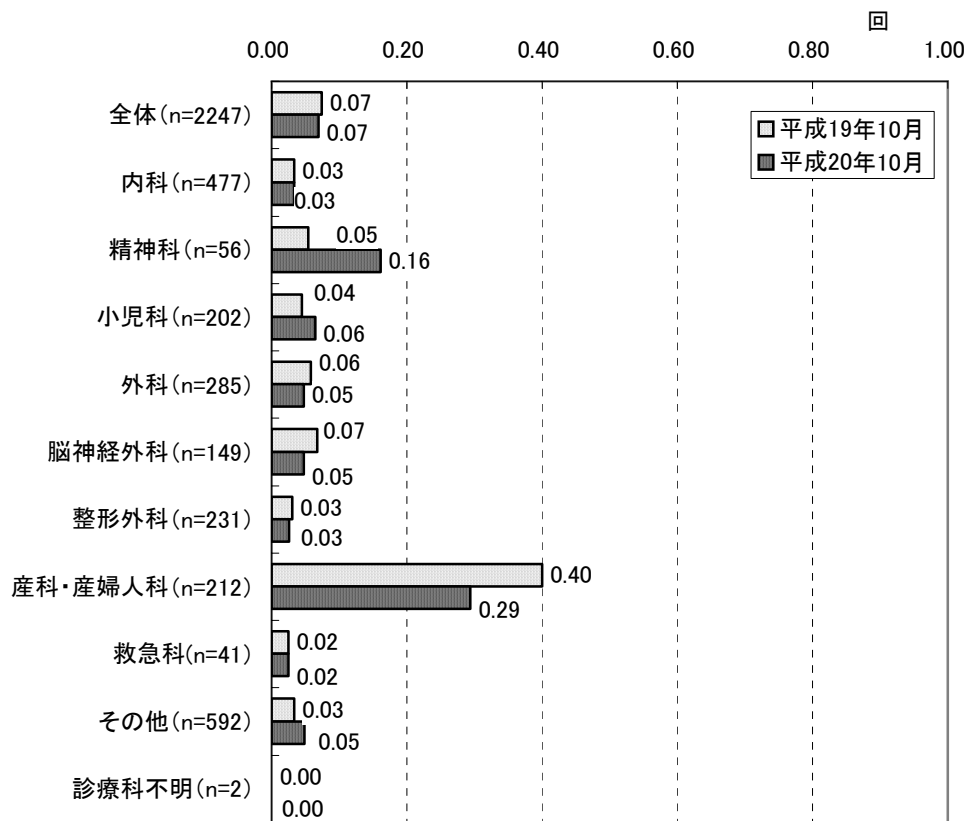
医師責任者における、平成 20 年 10 月 1 か月あたりの連続当直回数の平均についてみると、「産科・産婦人科」が 0.29 回（標準偏差 0.96、中央値 0.00）と最も多く、次いで「精神科」の 0.16 回（標準偏差 0.85、中央値 0.00）であった。

図表 111 1 か月あたり連続当直回数（医師責任者）

（単位：回）

		平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
全体	平成 19 年 10 月	0.07	0.51	15.00	0.00	0.00
	平成 20 年 10 月	0.07	0.43	10.00	0.00	0.00
内科	平成 19 年 10 月	0.03	0.20	2.00	0.00	0.00
	平成 20 年 10 月	0.03	0.19	2.00	0.00	0.00
精神科	平成 19 年 10 月	0.05	0.30	2.00	0.00	0.00
	平成 20 年 10 月	0.16	0.85	6.00	0.00	0.00
小児科	平成 19 年 10 月	0.04	0.44	6.00	0.00	0.00
	平成 20 年 10 月	0.06	0.47	5.00	0.00	0.00
外科	平成 19 年 10 月	0.06	0.28	2.00	0.00	0.00
	平成 20 年 10 月	0.05	0.25	2.00	0.00	0.00
脳神経外科	平成 19 年 10 月	0.07	0.34	3.00	0.00	0.00
	平成 20 年 10 月	0.05	0.24	2.00	0.00	0.00
整形外科	平成 19 年 10 月	0.03	0.20	2.00	0.00	0.00
	平成 20 年 10 月	0.03	0.23	3.00	0.00	0.00
産科・産婦人科	平成 19 年 10 月	0.40	1.40	15.00	0.00	0.00
	平成 20 年 10 月	0.29	0.96	10.00	0.00	0.00
救急科	平成 19 年 10 月	0.02	0.16	1.00	0.00	0.00
	平成 20 年 10 月	0.02	0.16	1.00	0.00	0.00
その他	平成 19 年 10 月	0.03	0.23	3.00	0.00	0.00
	平成 20 年 10 月	0.05	0.33	4.00	0.00	0.00
診療科不明	平成 19 年 10 月	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	平成 20 年 10 月	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

図表 112 1 か月あたり連続当直回数の平均（医師責任者）



(注) 平成 19 年 10 月および平成 20 年 10 月ともに欠損値のないデータを対象に集計を行った。

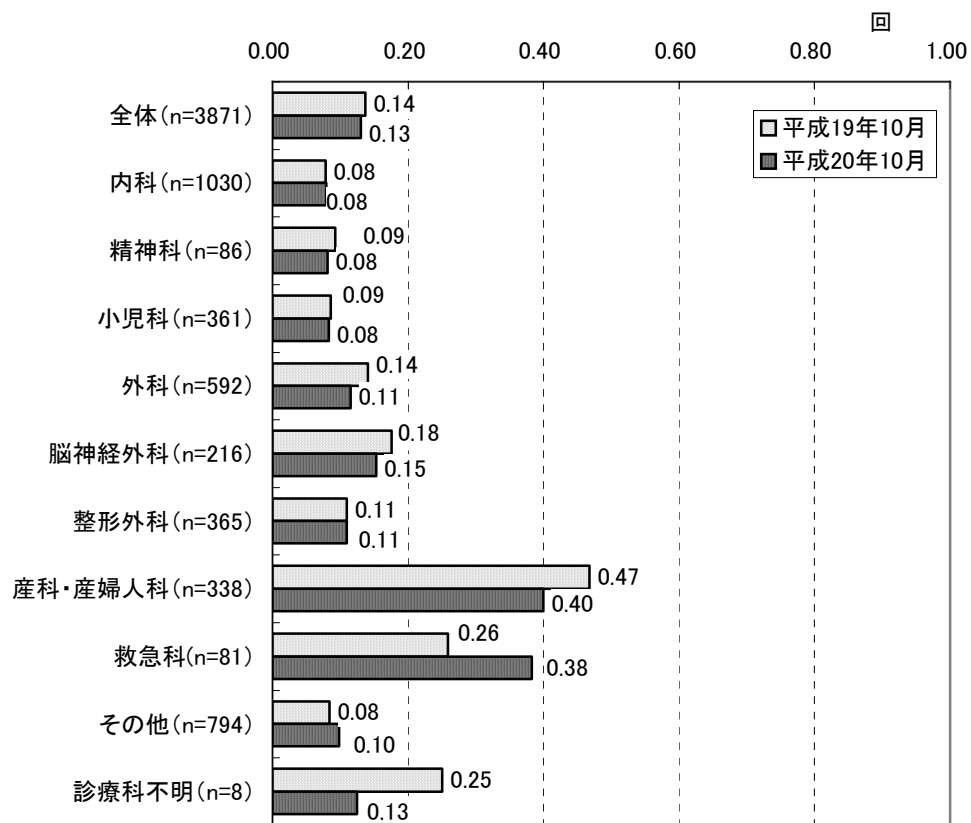
医師における、平成 20 年 10 月 1 か月あたりの連続当直回数の平均についてみると、「産科・産婦人科」が 0.40 回（標準偏差 0.87、中央値 0.00）と最も多く、次いで「救急科」の 0.38 回（標準偏差 1.02、中央値 0.00）であった。多くの診療科では、平成 19 年と比較すると少なくなっているが、「救急科」では多くなっている。

図表 113 1 か月あたり連続当直回数（医師）

（単位：回）

		平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
全体	平成 19 年 10 月	0.14	0.60	15.00	0.00	0.00
	平成 20 年 10 月	0.13	0.53	10.00	0.00	0.00
内科	平成 19 年 10 月	0.08	0.41	6.00	0.00	0.00
	平成 20 年 10 月	0.08	0.37	4.00	0.00	0.00
精神科	平成 19 年 10 月	0.09	0.36	2.00	0.00	0.00
	平成 20 年 10 月	0.08	0.38	3.00	0.00	0.00
小児科	平成 19 年 10 月	0.09	0.35	3.00	0.00	0.00
	平成 20 年 10 月	0.08	0.36	3.00	0.00	0.00
外科	平成 19 年 10 月	0.14	0.58	6.00	0.00	0.00
	平成 20 年 10 月	0.11	0.45	5.00	0.00	0.00
脳神経外科	平成 19 年 10 月	0.18	0.67	6.00	0.00	0.00
	平成 20 年 10 月	0.15	0.51	3.00	0.00	0.00
整形外科	平成 19 年 10 月	0.11	0.52	6.00	0.00	0.00
	平成 20 年 10 月	0.11	0.45	4.00	0.00	0.00
産科・産婦人科	平成 19 年 10 月	0.47	1.22	15.00	0.00	0.00
	平成 20 年 10 月	0.40	0.87	5.00	0.00	0.00
救急科	平成 19 年 10 月	0.26	0.67	3.00	0.00	0.00
	平成 20 年 10 月	0.38	1.02	5.00	0.00	0.00
その他	平成 19 年 10 月	0.08	0.50	8.00	0.00	0.00
	平成 20 年 10 月	0.10	0.59	10.00	0.00	0.00
診療科不明	平成 19 年 10 月	0.25	0.71	2.00	0.00	0.00
	平成 20 年 10 月	0.13	0.35	1.00	0.00	0.00

図表 114 1 か月あたり連続当直回数の平均（医師）

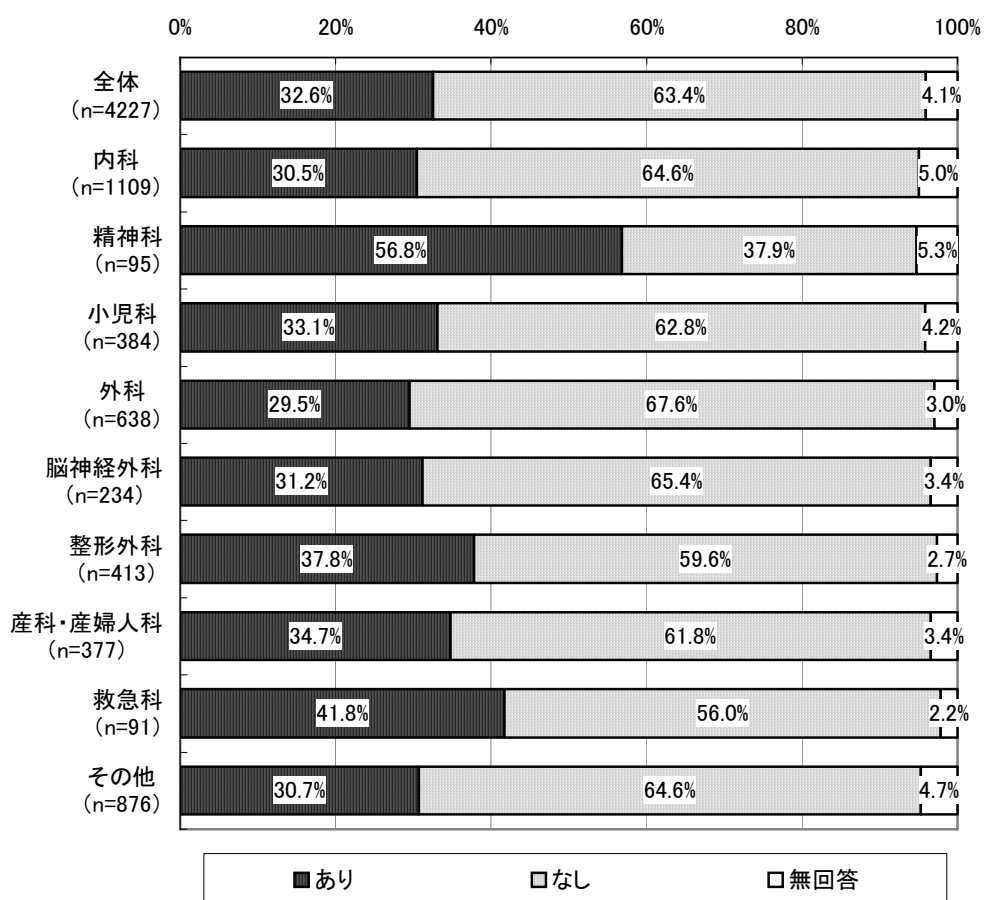


（注）平成 19 年 10 月および平成 20 年 10 月ともに欠損値のないデータを対象に集計を行った。

5) 所属病院以外での勤務の有無（医師のみ）

医師における所属病院以外での勤務の有無についてみると、全体では、「あり」が 32.6%、「なし」が 63.4%であった。多くの診療科においてはほぼ同程度の割合であったが、「精神科」および「救急科」では、「あり」（それぞれ 56.8%、41.8%）の割合が他の診療科と比較して高い結果となった。

図表 115 所属病院以外での勤務の有無



6) アルバイトの状況（医師のみ）

平成 20 年 10 月の医師におけるアルバイトの状況についてみると、「1 か月あたりの勤務日数」の平均は 2.48 日（標準偏差 2.99、中央値 1.00）、「1 か月の当直回数」の平均は 0.76 回（標準偏差 1.77、中央値 0.00）、「うち連続当直回数」の平均は 0.11 回（標準偏差 0.49、中央値 0.00）、「1 週間の勤務時間」の平均は 8.5 時間（標準偏差 14.3、中央値 4.0）であった。なお、平成 19 年と 20 年で大きな差異はみられなかった。

図表 116 アルバイトの状況

		平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
1 か月あたりの勤務日数（日）	19 年 10 月	2.39	2.96	18.00	0.00	1.00
	20 年 10 月	2.48	2.99	18.00	0.00	1.00
1 か月の当直回数（回）	19 年 10 月	0.74	1.74	15.00	0.00	0.00
	20 年 10 月	0.76	1.77	15.00	0.00	0.00
上記のうち連続当直回数（回）	19 年 10 月	0.11	0.50	7.00	0.00	0.00
	20 年 10 月	0.11	0.49	8.00	0.00	0.00
1 週間の勤務時間（時間）	19 年 10 月	8.2	14.5	113.0	0.0	3.0
	20 年 10 月	8.5	14.3	98.0	0.0	4.0

（注）各項目について欠損値のないデータを対象に集計した。「1 か月あたりの勤務日数」は n=2645、「1 か月あたり当直回数」は n=2612、「上記のうち連続当直回数」は n=2595、「1 週間の勤務時間」は n=2557。

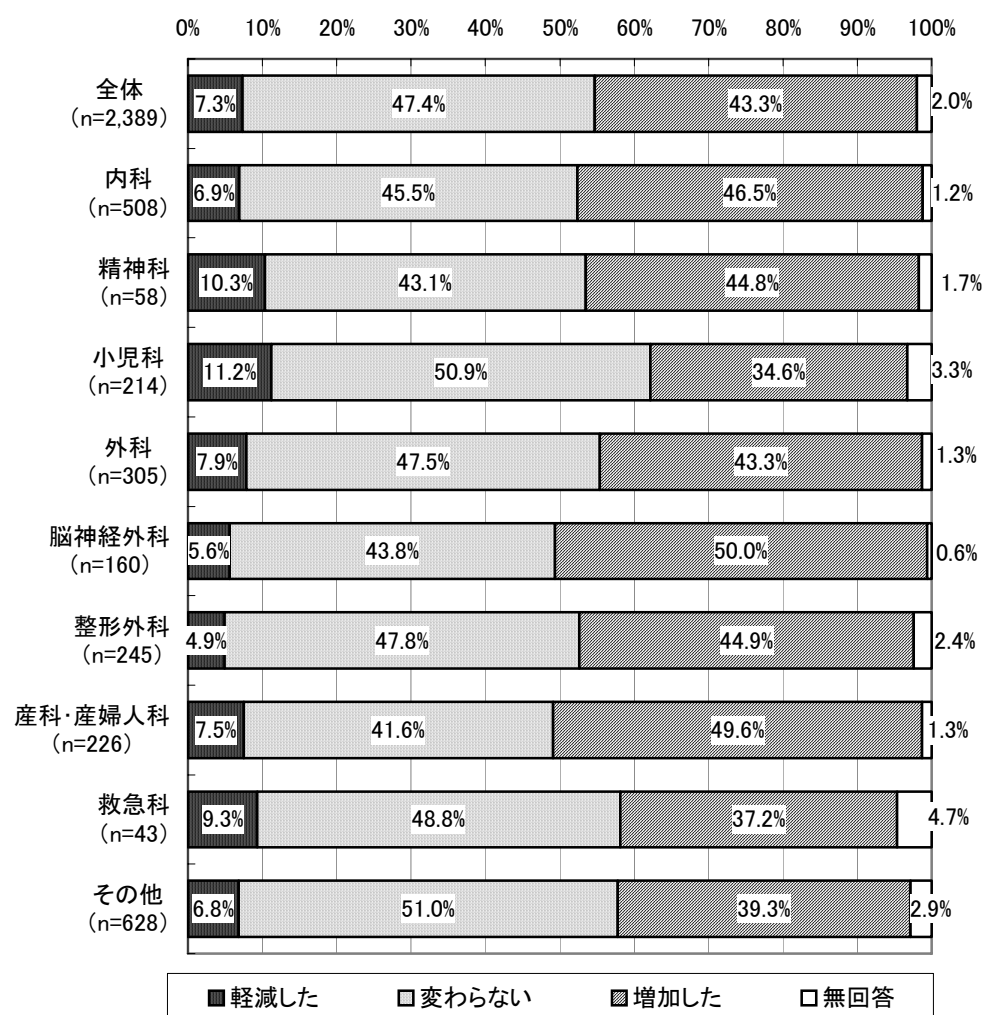
④各診療科における業務負担の変化（平成 20 年 10 月末現在）

：医師責任者に自らが管理する診療科の状況として回答していただいた項目

1) 各診療科における入院診療に係る業務負担の変化

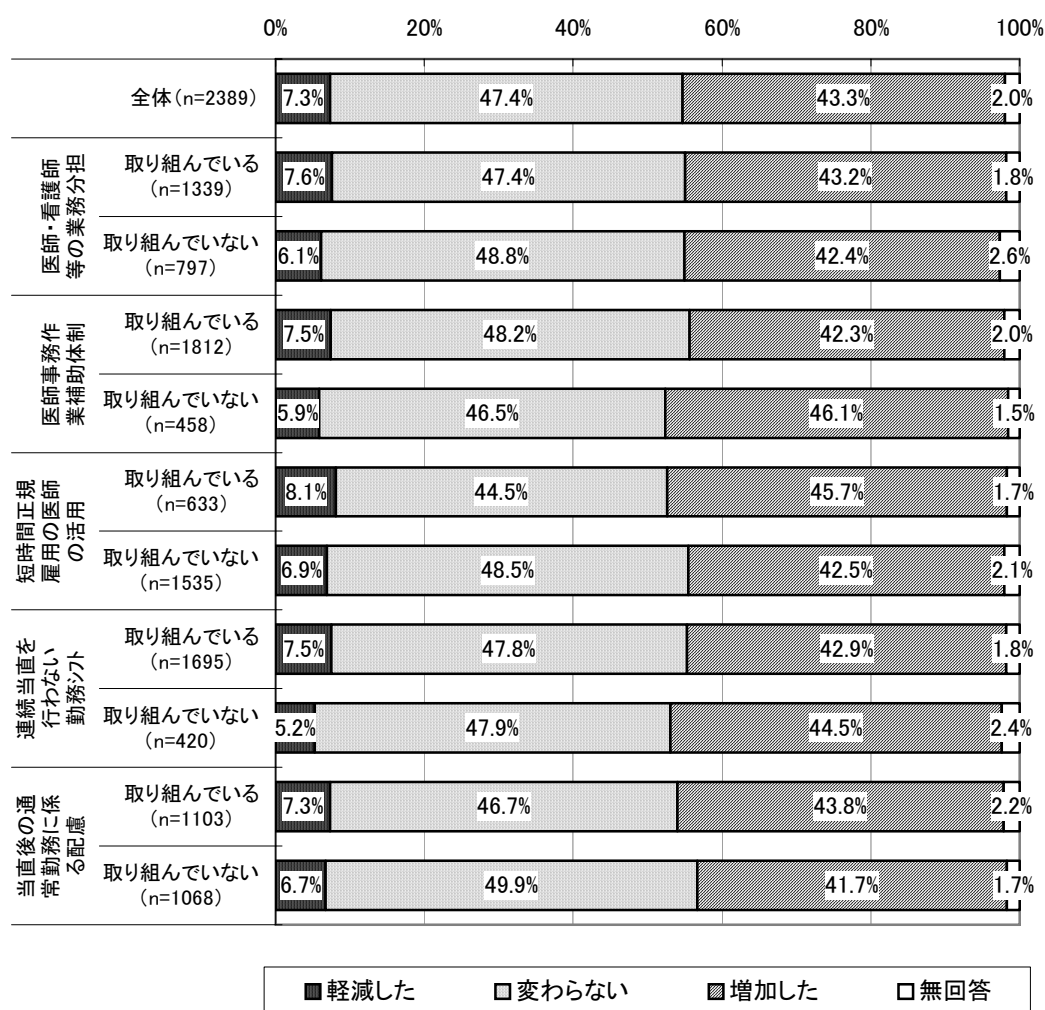
平成 20 年 10 月において、1 年前と比較した、各診療科における入院診療に係る業務負担の変化について医師責任者にたずねたところ、全体では「軽減した」が 7.3%となり、「変わらない」が 47.4%、「増加した」が 43.3%となった。いずれの診療科もほぼ同様の割合であるが、「小児科」「精神科」「救急科」では他の診療科と比較して「軽減した」が相対的に若干高く、うち「小児科」「救急科」では「増加した」が相対的に低くなっている。

図表 117 各診療科における入院診療に係る業務負担の変化（医師責任者）
1 年前と比較して



平成 20 年 10 月において、1 年前と比較した、各診療科における入院診療に係る業務負担の変化について、勤務医負担軽減策の取り組み状況別にみると、すべての取り組みで「取り組んでいない」施設よりは「取り組んでいる」施設のほうが「軽減した」の割合がやや高かったものの、大きな差異はみられなかった。いずれも「増加した」が 4 割強となった。

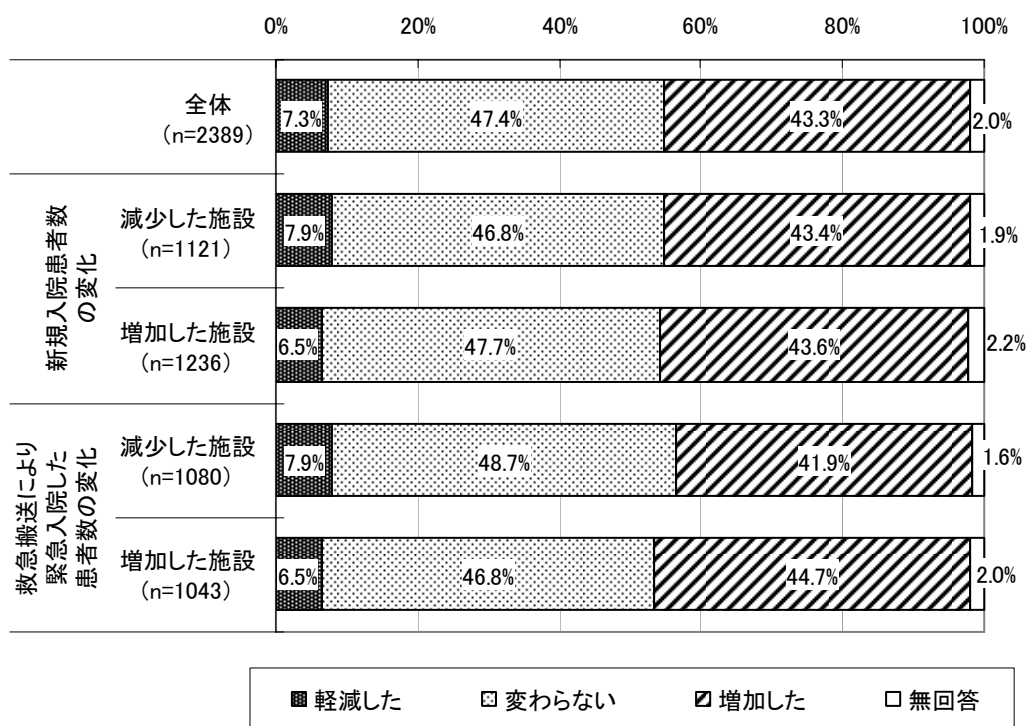
図表 118 各診療科における入院診療に係る業務負担の変化（医師責任者）
1 年前と比較して（施設における各勤務医負担軽減策の取り組み状況別）



(注) 「取り組んでいない」施設とは、「計画にあるが取り組んでいない」「計画にない」と回答した施設。

平成 20 年 10 月において、1 年前と比較した各診療科における入院診療に係る業務負担の変化について、入院患者数等の変化別にみると、入院患者数等が減少した施設では増加した施設よりも、「軽減した」が若干高くなっているが、大きな差異はみられなかった。いずれの施設でも「増加した」が 4 割強となった。

図表 119 各診療科における入院診療に係る業務負担の変化（医師責任者）
1 年前と比較して（入院患者数等の変化別）



（注）「減少した施設」「増加した施設」とは、平成 19 年 10 月と比較して平成 20 年 10 月の患者数がそれぞれ減少した、増加した施設。

各診療科における入院診療に係る業務負担が1年前と比較して「増加した」理由として、医師責任者票の自由記述欄の内容からまとめると、以下のようになった。

図表 120 各診療科における入院診療に係る業務負担が増加した理由（医師責任者）
1年前と比較して（自由記述形式）

- ・入院患者数の増加
 - ・医師数（非常勤・研修医含む）の減少、能力不足
 - ・手術・分娩回数の増加
 - ・事務作業の増加
 - ・重症患者の増加
 - ・時間外診療、救急診療の増加
 - ・電子化による煩雑化
 - ・高齢患者の増加
 - ・スタッフ不足
- ／等

各診療科における入院診療に係る業務負担が1年前と比較して「軽減した」理由として、医師責任者票の自由記述欄の内容からまとめると、以下のようになった。

図表 121 各診療科における入院診療に係る業務負担が軽減した理由（医師責任者）
1年前と比較して（自由記述形式）

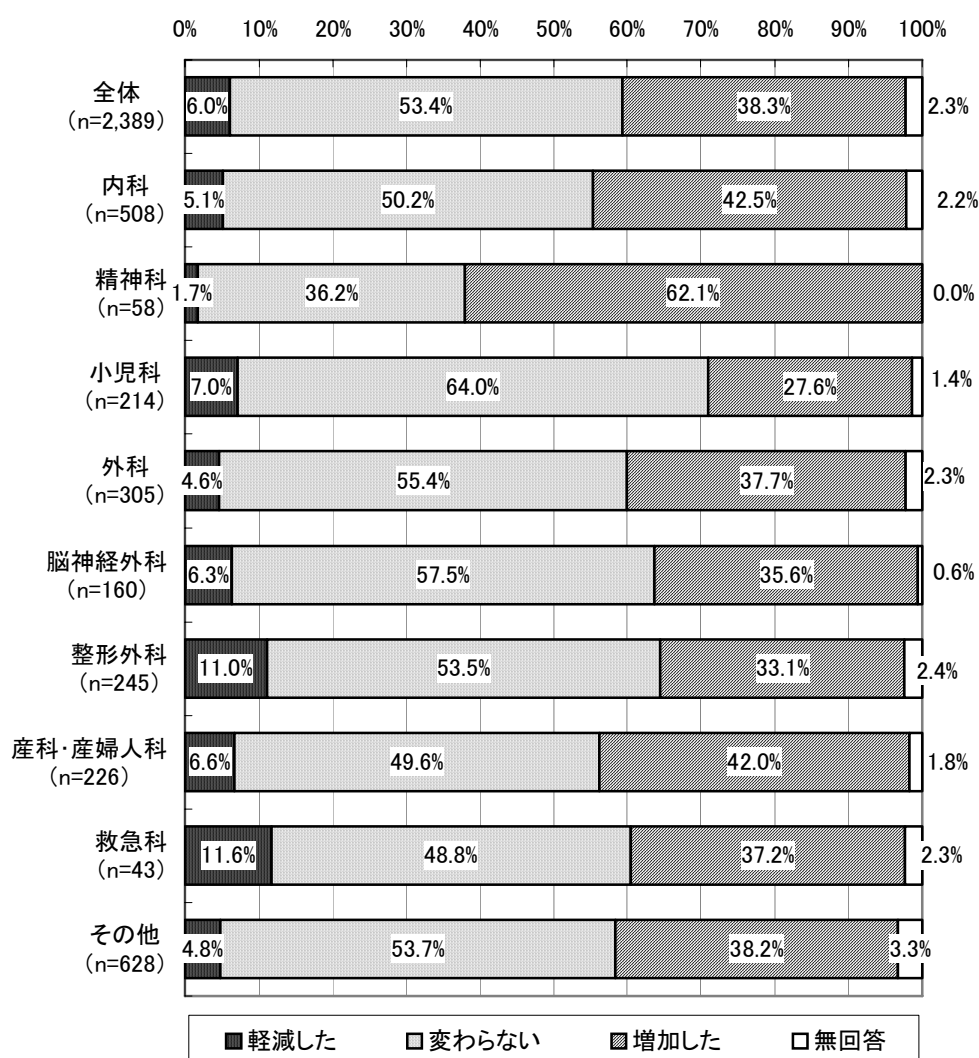
- ・医師（非常勤・研修医を含む）の増員
 - ・入院の縮小・廃止
 - ・手術数の減少
 - ・スタッフの増員
 - ・チーム医療の実施
 - ・電子化による業務軽減
- ／等

2) 各診療科における外来診療に係る業務負担の変化

平成20年10月において、1年前と比較した、各診療科における外来診療に係る業務負担の変化について、医師責任者にたずねたところ、全体では「軽減した」が6.0%、「変わらない」が53.4%、「増加した」が38.3%であった。

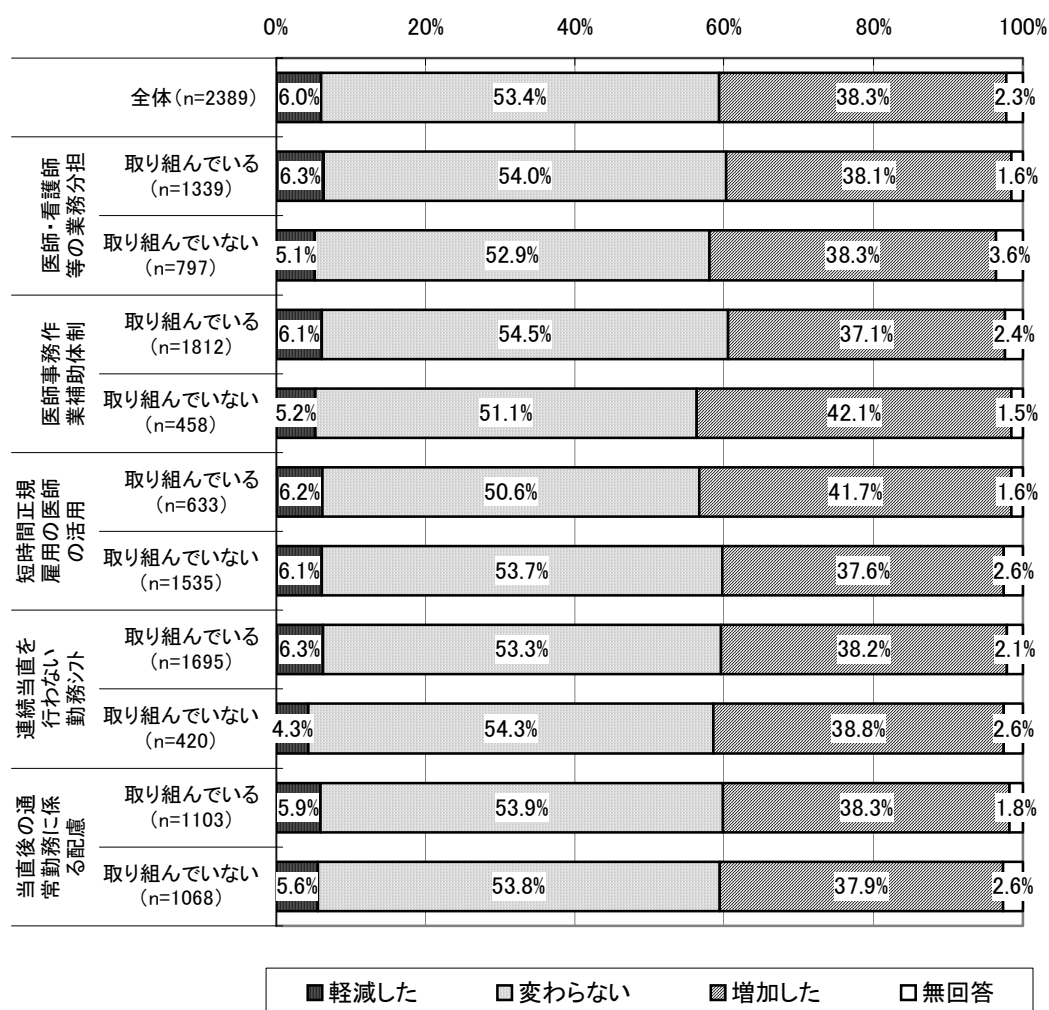
診療科別にみると、「精神科」では「増加した」が62.1%と、他の診療科と比較して突出して高かった。一方、「小児科」、「整形外科」では「増加した」が他の診療科と比較して相対的に低く、「軽減した」が他と比較して相対的に高い結果となった。

図表 122 各診療科における外来診療に係る業務負担の変化（医師責任者）
1年前と比較して



平成 20 年 10 月において、1 年前と比較した、各診療科における外来診療に係る業務負担の変化について、勤務医負担軽減策の取り組み状況別にみると、各項目で「取り組んでいる」施設の方が「取り組んでいない」施設よりも「軽減した」がわずかではあるが高くなっている。しかし、大きな差異はみられず、いずれも「増加した」が 4 割近くを占めた。

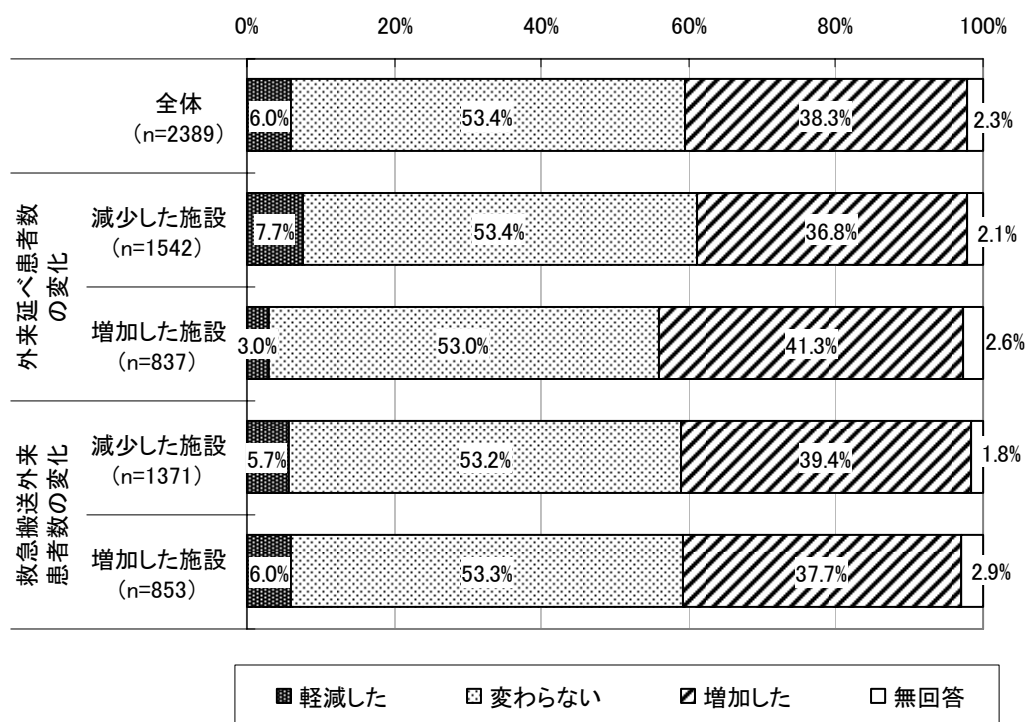
図表 123 各診療科における外来診療に係る業務負担の変化（医師責任者）
1 年前と比較して（施設における各勤務医負担軽減策の取り組み状況別）



(注) 「取り組んでいない」施設とは、「計画にあるが取り組んでいない」「計画にない」と回答した施設。

平成 20 年 10 月において、1 年前と比較した、各診療科における外来診療に係る業務負担の変化について、外来患者数等の変化別にみると、外来延べ患者数が減少した施設では、増加した施設と比較して、「軽減した」が高く、「増加した」が低かった。しかしながら、大きな差異はみられず、「変わらない」が 50%を超え、「増加した」が 4 割程度となった。

図表 124 各診療科における外来診療に係る業務負担の変化（医師責任者）
1 年前と比較して（外来患者数等の変化別）



(注)「減少した施設」「増加した施設」とは、平成 19 年 10 月と比較して平成 20 年 10 月の患者数がそれぞれ減少した、増加した施設。

各診療科における外来診療に係る業務負担が1年前と比較して「増加した」理由として、医師責任者票の自由記述欄の内容をまとめると、以下のようになった。

図表 125 各診療科における外来診療に係る業務負担が増加した理由（医師責任者）
1年前と比較して（自由記述形式、主なもの）

- ・患者数の増加
- ・医師数（非常勤・研修医含む）の減少
- ・医師の能力不足
- ・電子化による煩雑化
- ・事務作業の増加
- ・患者への説明に要する時間の増加
- ・外来診療内容の広範化・煩雑化
- ・外来担当回数（日数・時間）の増加
- ・近隣の病院・診療所の閉鎖・縮小等
- ・検査件数の増加
- ・重症患者の増加
- ・時間外診療、救急診療の増加
- ・患者からの要求の増加・複雑化
- ・スタッフ不足

各診療科における外来診療に係る業務負担が1年前と比較して「軽減した」理由として、医師責任者票の自由記述欄の内容をまとめると、以下のようになった。

図表 126 各診療科における外来診療に係る業務負担が軽減した理由（医師責任者）
1年前と比較して（自由記述形式）

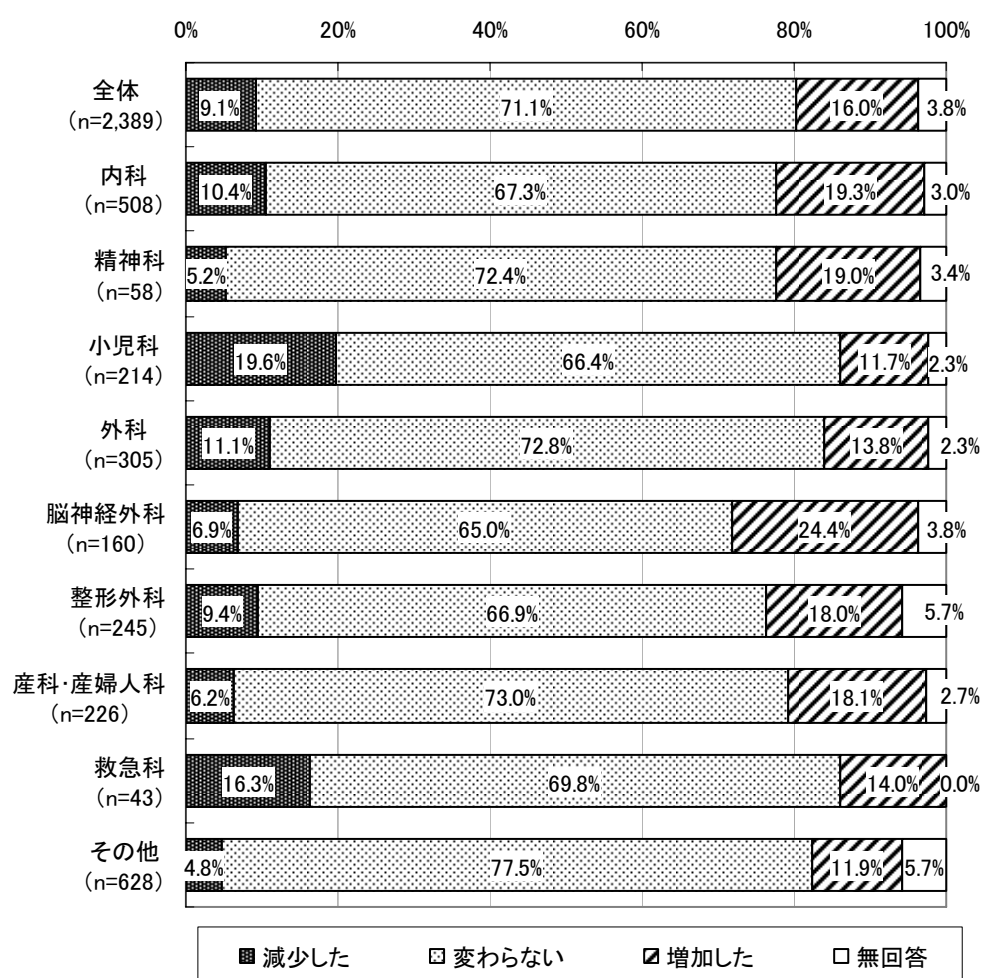
- ・メディカルクラーク等の配置による事務作業の軽減
 - ・救急診療の制限・縮小
 - ・医師（非常勤・研修医を含む）の増員
 - ・休診日の確保、診療時間の短縮
 - ・患者数の減少
 - ・投薬通院の減少
 - ・電子化による業務軽減
 - ・予約制・紹介制の導入
- ／等

3) 各診療科における夜間・早朝の軽症救急患者数の変化

平成 20 年 4 月以降の、各診療科における夜間・早朝の軽症救急患者数の変化について医師責任者にたずねたところ、全体では「減少した」が 9.1%、「変わらない」が 71.1%、「増加した」が 16.0%であった。

診療科別にみると、「小児科」では「減少した」が 19.6%、「救急科」では「減少した」が 16.3%と他の診療科と比較すると「減少した」の割合が相対的に高かった。一方、「脳神経外科」では「増加した」が 24.4%と、他の診療科と比較すると高い結果となった。

図表 127 各診療科における夜間・早朝の軽症救急患者数の変化（医師責任者）
平成 20 年 4 月以降

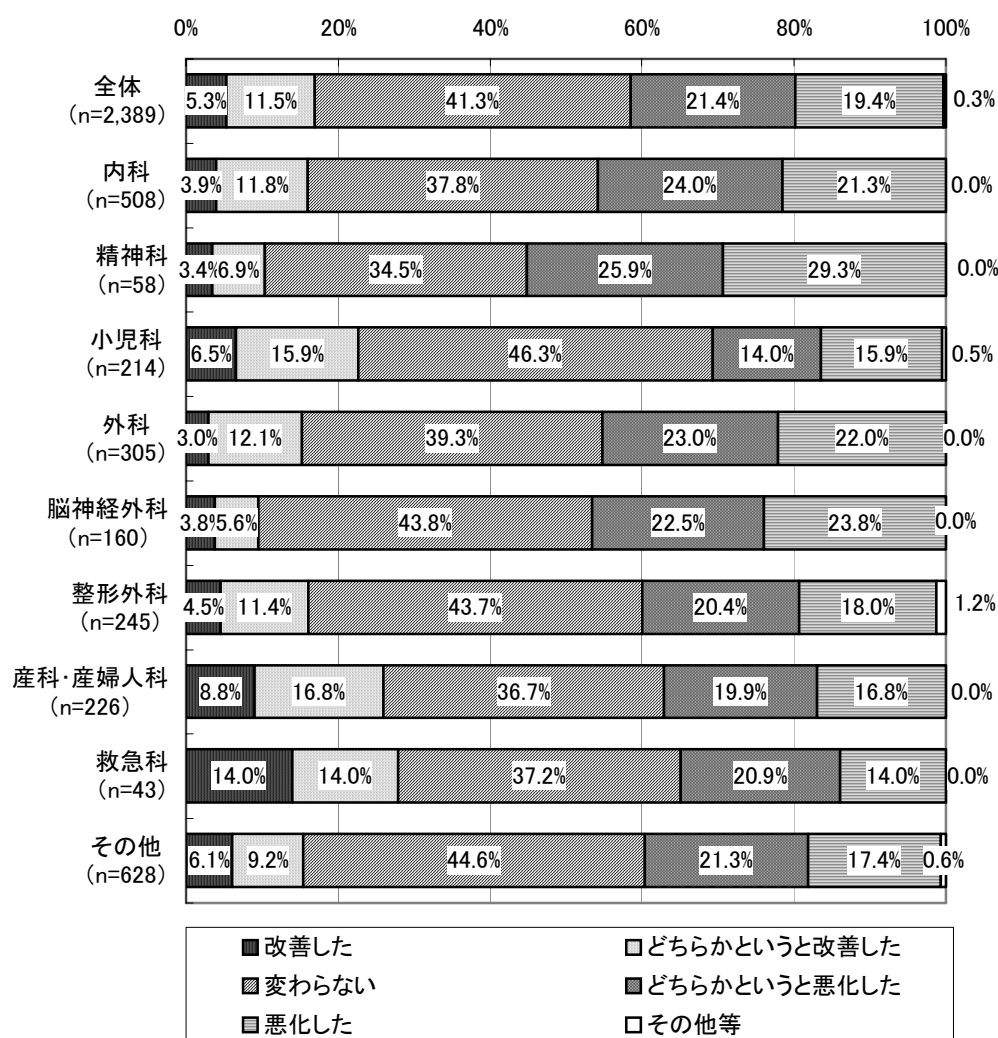


4) 各診療科における医師の勤務状況の変化

平成 20 年 10 月において、1 年前と比較した、各診療科における医師の勤務状況の変化について医師責任者にたずねたところ、全体では「変わらない」(41.3%) が最も多く、次いで「どちらかというと悪化した」(21.4%)、「悪化した」(19.4%)、「どちらかというと改善した」(11.5%)、「改善した」(5.3%) の順であった。

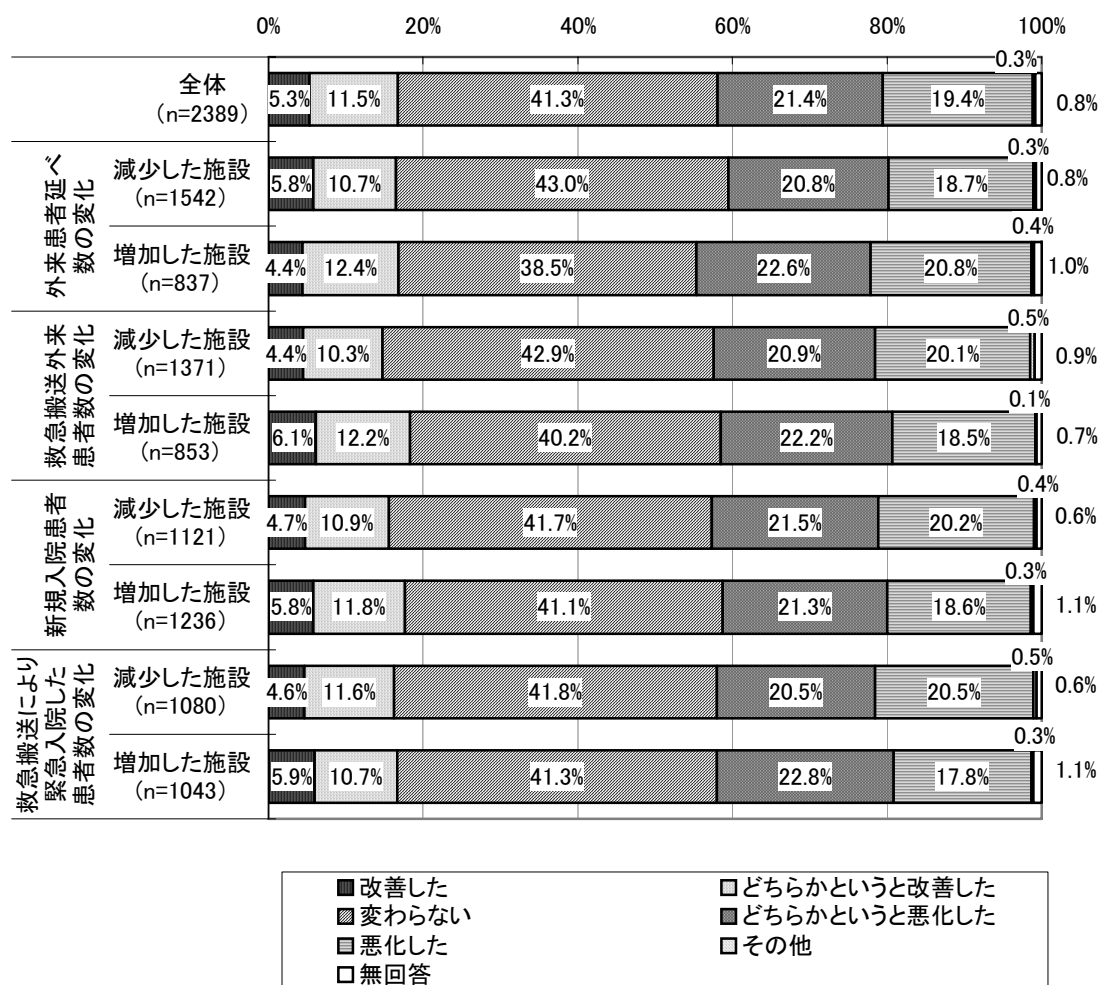
「改善した」「どちらかというと改善した」の合計でみると、「救急科」(28.0%)、「産科・産婦人科」(25.6%)、「小児科」(22.4%) が他の診療科と比較して相対的に高い結果となった。一方、「精神科」では「悪化した」(29.3%)、「どちらかというと悪化した」(25.9%) を合わせると 5 割を超えており、他の診療科と比較すると相対的にも高い結果となった。

図表 128 各診療科における医師の勤務状況の変化（医師責任者）
1 年前と比較して



平成 20 年 10 月において、1 年前と比較した、各診療科における医師の勤務状況の変化について、患者数の変化別にみると、「改善した」「どちらかという改善した」の合計が約 2 割、「変わらない」が約 4 割、「悪化した」「どちらかという悪化した」の合計が約 4 割といった配分であり、患者数の変化による大きな差異はみられなかった。

図表 129 各診療科における医師の勤務状況の変化（医師責任者）
1 年前と比較して（患者数の変化別）



(注)「減少した施設」「増加した施設」とは、平成 19 年 10 月と比較して平成 20 年 10 月の患者数がそれぞれ減少した、増加した施設。

5) 各診療科における医師の人数・勤務実績等

各診療科における常勤医師数の変化についてみると、1施設あたりの常勤医師数は、「精神科」では平成19年10月が8.5人であったのが平成20年10月には8.2人とわずかながら減少したが、他の診療科では横這いか微増となった。

常勤医師数が「増加」という割合をみると、「救急科」(34.9%)が最も高く、次いで「産科・産婦人科」(28.1%)、「内科」(26.7%)、「小児科」(26.3%)であった。一方、「減少」という割合をみると、「精神科」(26.3%)が最も高く、次いで、「救急科」(25.6%)、「内科」(25.2%)であった。

図表 130 各診療科における常勤医師数の変化

	人数	常勤医師数・平均値		常勤医師数の変化		
		平成19年 10月	平成20年 10月	増加	変動なし	減少
全体	2,289	6.7	6.8	23.3%	59.4%	17.3%
内科	464	9.6	9.7	26.7%	48.1%	25.2%
精神科	57	8.5	8.2	14.0%	59.6%	26.3%
小児科	205	7.2	7.4	26.3%	56.1%	17.6%
外科	292	7.8	7.8	24.3%	53.4%	22.3%
脳神経外科	157	4.6	4.7	14.6%	72.0%	13.4%
整形外科	237	6.1	6.3	22.8%	66.2%	11.0%
産科・産婦人科	217	6.2	6.4	28.1%	56.2%	15.7%
救急科	43	9.0	9.3	34.9%	39.5%	25.6%
その他	615	4.2	4.4	20.0%	68.5%	11.5%
不明	2	12.0	11.5			

(注)・「常勤医師数・平均値」は1施設あたりの平均医師数。単位は「人」。

- ・「常勤医師の変化」は平成19年10月と比べて平成20年10月の医師数がどのように変化したかの割合。

各診療科における非常勤医師数の変化についてみると、1施設あたりの非常勤医師数は、横這いか微増となった。

非常勤医師数が「増加」という割合をみると、「救急科」と「産科・産婦人科」を除くと「変動なし」が8割から9割程度となった。「救急科」と「産科・産婦人科」では「増加」が2割程度、「減少」が1割程度となった。

図表 131 各診療科における非常勤医師数の変化

	人数	非常勤医師数・平均値		非常勤医師数の変化		
		平成 19 年 10 月	平成 20 年 10 月	増加	変動なし	減少
全体	2,136	1.2	1.3	10.3%	83.5%	6.2%
内科	428	1.9	2.1	12.6%	81.8%	5.6%
精神科	51	2.5	2.6	9.8%	84.3%	5.9%
小児科	192	1.3	1.4	11.5%	80.2%	8.3%
外科	266	1.0	1.1	8.6%	84.6%	6.8%
脳神経外科	150	0.6	0.6	5.3%	89.3%	5.3%
整形外科	221	1.2	1.3	8.6%	88.2%	3.2%
産科・産婦人科	207	1.1	1.2	18.4%	71.5%	10.1%
救急科	41	1.6	1.8	22.0%	65.9%	12.2%
その他	578	0.8	0.8	7.4%	87.5%	5.0%
不明	2	3.0	2.5			

(注)・「非常勤医師数・平均値」は1施設あたりの平均医師数。単位は「人」。

- ・「非常勤医師の変化」は平成 19 年 10 月と比べて平成 20 年 10 月の医師数がどのように変化したかの割合。

各診療科における常勤医師 1 人あたり月平均残業時間の変化についてみると、「救急科」以外では残業時間は増加しているが、「救急科」では平成 19 年 10 月の月残業時間が平均 47.5 時間であったのが平成 20 年 10 月の月残業時間は平均 43.7 時間と短縮している。しかしながら、平成 20 年 10 月の残業時間をみると、「救急科」の残業時間は、「脳神経外科」（46.7 時間）に次いで 2 番目に長い状況である。

常勤医師の残業時間が「減少」という割合についてみると、「救急科」（19.4%）が最も高く、次いで「産科・産婦人科」（17.4%）、「整形外科」（17.0%）となった。一方、「増加」という割合は「減少」よりも高く、最も高いのは「外科」（31.2%）で、次いで、「小児科」（29.5%）、「整形外科」（28.9%）となった。「変動なし」が 5 割強から 6 割強を占めた。

図表 132 各診療科における常勤医師 1 人あたり月平均残業時間の変化

	人数	常勤医師・残業時間 平均値		常勤医師残業時間の変化		
		平成 19 年 10 月	平成 20 年 10 月	減少	変動なし	増加
全体	1,827	37.5	38.4	14.6%	58.2%	27.1%
内科	359	37.6	38.6	12.5%	62.4%	25.1%
精神科	45	30.2	33.0	11.1%	64.4%	24.4%
小児科	146	32.9	33.9	13.7%	56.8%	29.5%
外科	234	41.2	43.1	12.4%	56.4%	31.2%
脳神経外科	121	44.5	46.7	13.2%	59.5%	27.3%
整形外科	194	36.4	36.8	17.0%	54.1%	28.9%
産科・産婦人科	167	40.2	40.5	17.4%	55.7%	26.9%
救急科	36	47.5	43.7	19.4%	58.3%	22.2%
その他	523	34.9	35.5	15.9%	57.9%	26.2%
不明	2	65.0	65.0			

（注）・「常勤医師・残業時間・平均値」は 1 施設あたりの医師 1 人あたり平均残業時間。単位は「時間」。

・「常勤医師残業時間の変化」は平成 19 年 10 月と比べて平成 20 年 10 月の残業時間がどのように変化したかの割合。

各診療科における非常勤医師 1 人あたり月残業時間の変化についてみると、「精神科」「外科」「脳神経外科」「整形外科」「産科・産婦人科」でわずかではあるが増加した。

非常勤医師の残業時間が「減少」という割合についてみると、「産科・産婦人科」が最も高かったが、それでも 9.5%であった。また、「増加」という割合については「外科」が最も高かったが、それでも 10.1%であった。8 割から 9 割程度が「変動なし」であった。

図表 133 各診療科における非常勤医師 1 人あたり月平均残業時間の変化

	人数	非常勤医師・残業時間・ 平均値		非常勤医師残業時間の変化		
		平成 19 年 10 月	平成 20 年 10 月	減少	変動なし	増加
全体	1,357	9.6	9.8	4.3%	87.8%	7.8%
内科	286	11.5	10.9	4.5%	88.5%	7.0%
精神科	35	11.6	12.1	5.7%	85.7%	8.6%
小児科	123	8.8	7.4	8.1%	86.2%	5.7%
外科	168	11.0	11.1	3.6%	86.3%	10.1%
脳神経外科	89	10.9	11.3	1.1%	91.0%	7.9%
整形外科	142	6.6	8.5	2.1%	88.7%	9.2%
産科・産婦人科	116	10.1	10.3	9.5%	83.6%	6.9%
救急科	28	14.5	14.3	7.1%	85.7%	7.1%
その他	369	7.7	8.7	3.0%	89.4%	7.6%
不明	1	0.0	6.0			

(注)・「非常勤医師・残業時間・平均値」は 1 施設あたりの医師 1 人あたり平均残業時間。単位は「時間」。

・「非常勤医師残業時間の変化」は平成 19 年 10 月と比べて平成 20 年 10 月の残業時間がどのように変化したかの割合。

各診療科における常勤医師 1 人あたり月平均当直回数の変化についてみると、全ての診療科でほぼ横這いであった。診療科別にみると、平成 20 年 10 月の月平均当直回数が最も多いのは「産科・産婦人科」（4.8 回）で、次いで「救急科」（4.2 回）、「小児科」（3.5 回）であった。

常勤医師の当直回数が「減少」という割合が最も高かったのは「救急科」（30.6％）で、次いで、「産科・産婦人科」（22.3％）、「小児科」（21.7％）であった。一方、「増加」という割合が最も高かったのは「精神科」（18.9％）で、次いで、「小児科」（16.8％）、「救急科」（16.7％）、「産科・産婦人科」（16.0％）であった。

図表 134 各診療科における常勤医師 1 人あたり月平均当直回数の変化

	人数	常勤医師・当直回数・平均値		常勤医師当直回数の変化		
		平成 19 年 10 月	平成 20 年 10 月	減少	変動なし	増加
全体	2,042	2.9	2.9	15.0%	71.0%	14.0%
内科	414	2.8	2.8	12.8%	72.2%	15.0%
精神科	53	2.6	2.7	11.3%	69.8%	18.9%
小児科	184	3.5	3.5	21.7%	61.4%	16.8%
外科	258	2.7	2.7	17.4%	68.2%	14.3%
脳神経外科	132	3.0	2.9	12.9%	77.3%	9.8%
整形外科	205	2.5	2.5	12.7%	72.7%	14.6%
産科・産婦人科	188	4.9	4.8	22.3%	61.7%	16.0%
救急科	36	4.4	4.2	30.6%	52.8%	16.7%
その他	570	2.2	2.2	11.8%	76.7%	11.6%
不明	2	4.5	4.5			

（注）・「常勤医師・当直回数・平均値」は 1 施設あたりの医師 1 人あたり月平均当直回数。単位は「回」。

・「常勤医師当直回数の変化」は平成 19 年 10 月と比べて平成 20 年 10 月の当直回数がどのように変化したかの割合。

各診療科における連続当直をした医師の延べ人数についてみると、ほぼ横這いであった。また、連続当直をした医師の延べ人数の変化について「変動なし」の割合が 8 割強から 9 割強を占めた。

図表 135 各診療科における連続当直をした医師の延べ人数

	人数	連続当直医師延べ人数・ 平均値		連続当直医師延べ人数の変化		
		平成 19 年 10 月	平成 20 年 10 月	減少	変動なし	増加
全体	1,007	0.5	0.5	2.2%	94.1%	3.6%
内科	134	0.3	0.4	1.7%	95.6%	2.7%
精神科	21	0.4	0.5	0.0%	96.2%	3.8%
小児科	52	0.3	0.3	3.3%	91.8%	4.9%
外科	146	0.6	0.6	2.0%	94.4%	3.6%
脳神経外科	61	0.4	0.5	2.2%	93.5%	4.3%
整形外科	73	0.4	0.4	1.5%	95.5%	3.0%
産科・産婦人科	300	1.6	1.7	6.0%	85.9%	8.2%
救急科	8	0.2	0.3	0.0%	94.4%	5.6%
その他	210	0.4	0.4	1.8%	95.9%	2.3%
不明	2	1.0	1.0			

(注)・「連続当直医師延べ人数・平均値」は 1 施設あたりの連続当直をした医師の延べ人数の平均値。単位は「人」。

・「連続当直医師延べ人数の変化」は平成 19 年 10 月と比べて平成 20 年 10 月の連続当直石延べ人数がどのように変化したかの割合。

各診療科における医師の退職者数についてみると、男性の常勤医師で退職者数が多いのは「精神科」「外科」「内科」である。「救急科」では、平成 19 年には男性の常勤医師の退職者数は多かったが、平成 20 年は相対的に退職者数が減少している。

図表 136 各診療科における医師の退職者数

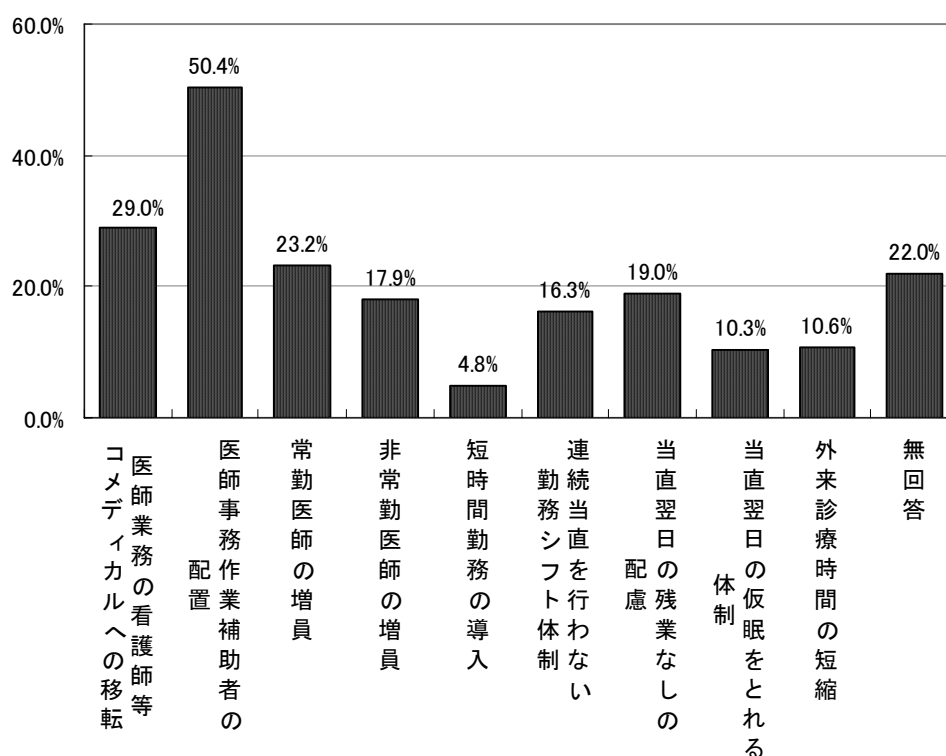
	責任者数	常勤				非常勤			
		男性		女性		男性		女性	
		19 年	20 年	19 年	20 年	19 年	20 年	19 年	20 年
全体	1,952	0.49	0.52	0.14	0.13	0.11	0.13	0.05	0.06
内科	399	0.75	0.77	0.17	0.16	0.22	0.21	0.08	0.08
精神科	48	0.90	0.94	0.52	0.35	0.09	0.00	0.02	0.00
小児科	187	0.40	0.43	0.27	0.24	0.08	0.05	0.05	0.05
外科	236	0.79	0.91	0.11	0.13	0.16	0.18	0.07	0.07
脳神経外科	130	0.28	0.29	0.01	0.02	0.04	0.06	0.01	0.02
整形外科	179	0.49	0.50	0.02	0.04	0.20	0.25	0.01	0.02
産科・産婦人科	195	0.24	0.27	0.16	0.16	0.04	0.05	0.06	0.07
救急科	36	0.83	0.50	0.03	0.11	0.20	0.14	0.06	0.09
その他	540	0.26	0.28	0.13	0.09	0.03	0.07	0.05	0.06
不明	2	10.00	9.50	1.00	0.50	2.50	2.50	0.00	0.00

(注)「19 年」は平成 19 年 4 月～9 月の退職者数。「20 年」は平成 20 年 4 月～9 月の退職者数。

6) 各診療科における医師の勤務負担軽減策の取組状況等

各診療科における医師の勤務負担軽減策の取組み状況についてみると、取り組んでいるという割合が最も高いのは「医師事務作業補助者（医療クラーク）の配置」（50.4%）で、次いで、「医師業務の看護師等コメディカルへの移転」（29.0%）、「常勤医師の増員」（23.2%）であった。他の項目については、取り組んでいるという割合が20%未満であった。

図表 137 勤務負担軽減策の取組状況＜取り組んでいるもの＞（複数回答、n=2,389）



各診療科における医師の勤務負担軽減策の取組み状況について、取り組んでいるものを診療科別にみると、「内科」では、「医師業務の看護師等コメディカルへの移転」「医師事務作業補助者の配置」「常勤医師の増員」「非常勤医師の増員」「短時間勤務の導入」「当直翌日の残業なしの配慮」において「全体」と比較して相対的に割合が高かった。一方、「精神科」ではどの取組みも「全体」と比較すると低かった。「救急科」「産科・産婦人科」「小児科」では、「連続当直を行わない勤務シフト体制」が他の診療科と比較して相対的に高かった。このほか、「救急科」では、「当直翌日の残業なしの配慮」「当直翌日の仮眠をとれる体制」の割合が他の診療科と比較して相対的に高かった。

図表 138 勤務負担軽減策の取組み状況

	総数	勤務負担軽減策として取り組んでいる内容									
		医師業務看護師等コメディカルへの移転	医師事務作業補助者の配置	常勤医師の増員	非常勤医師の増員	短時間勤務の導入	連続当直を行わない勤務シフト体制	当直翌日の残業なしの配慮	当直翌日の仮眠をとれる体制	外来診療時間の短縮	無回答
全体	2,389 100.0	693 29.0	1,204 50.4	555 23.2	428 17.9	114 4.8	389 16.3	453 19.0	246 10.3	254 10.6	526 22.0
内科	508 100.0	175 34.4	311 61.2	143 28.1	122 24.0	33 6.5	86 16.9	100 19.7	53 10.4	68 13.4	80 15.7
精神科	58 100.0	12 20.7	19 32.8	7 12.1	7 12.1	2 3.4	7 12.1	7 12.1	3 5.2	3 5.2	22 37.9
小児科	214 100.0	48 22.4	95 44.4	57 26.6	42 19.6	12 5.6	46 21.5	68 31.8	21 9.8	14 6.5	44 20.6
外科	305 100.0	91 29.8	177 58.0	70 23.0	46 15.1	5 1.6	36 11.8	46 15.1	35 11.5	28 9.2	59 19.3
脳神経外科	160 100.0	48 30.0	85 53.1	34 21.3	20 12.5	6 3.8	27 16.9	29 18.1	14 8.8	16 10.0	35 21.9
整形外科	245 100.0	74 30.2	137 55.9	48 19.6	36 14.7	9 3.7	38 15.5	44 18.0	24 9.8	43 17.6	52 21.2
産科・産婦人科	226 100.0	52 23.0	107 47.3	60 26.5	54 23.9	17 7.5	53 23.5	39 17.3	25 11.1	19 8.4	45 19.9
救急科	43 100.0	8 18.6	16 37.2	13 30.2	8 18.6	2 4.7	18 41.9	15 34.9	13 30.2	2 4.7	7 16.3
その他	628 100.0	185 29.5	256 40.8	123 19.6	93 14.8	28 4.5	78 12.4	105 16.7	58 9.2	60 9.6	181 28.8

(注) 表中の上段数値の単位は「件」、下段数値の単位は「%」。

各診療科で取り組んでいる、「その他の勤務負担軽減策」について医師責任者票の自由記述欄の内容をとりまとめると、以下のとおりである。

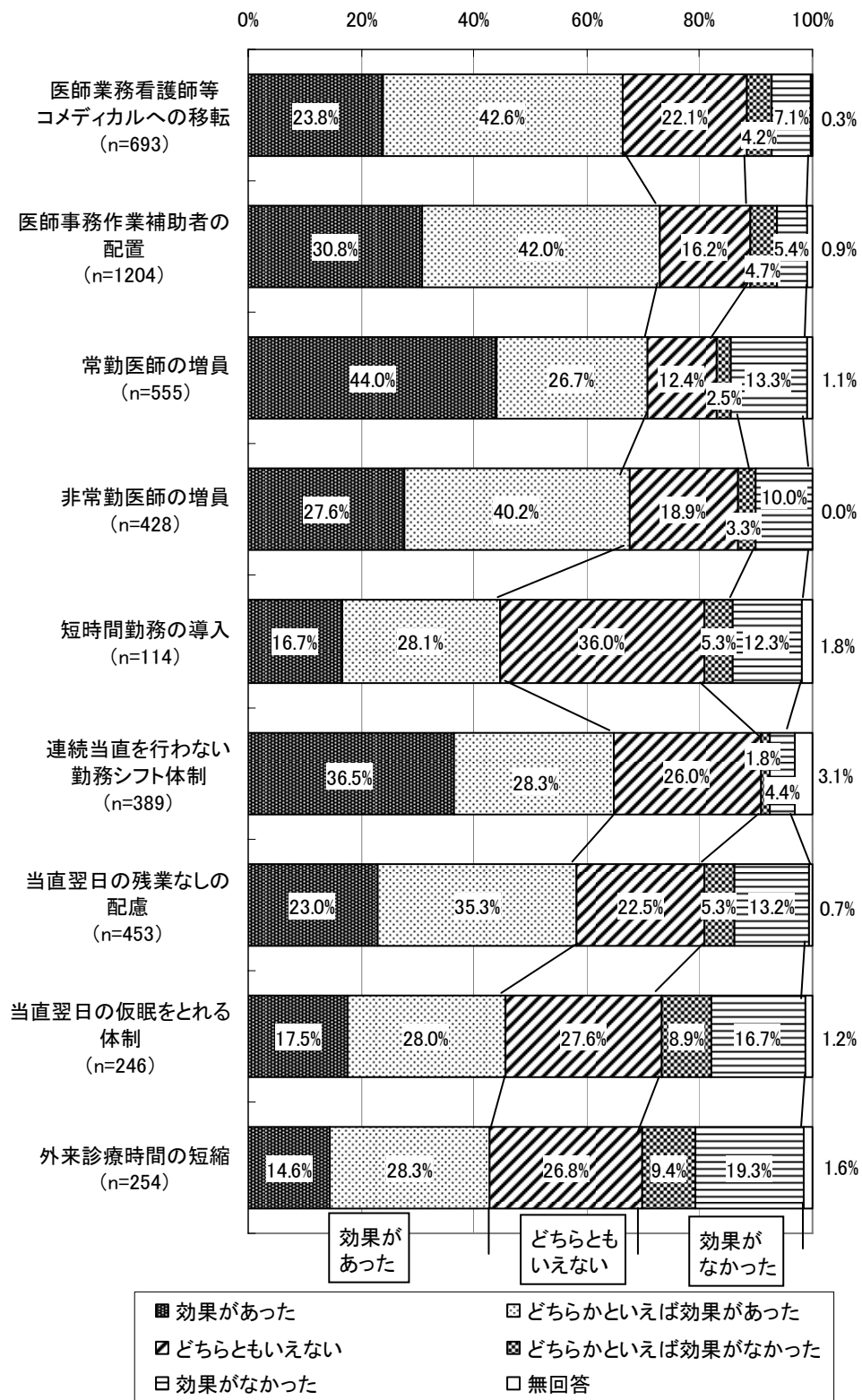
図表 139 各診療科で取り組んでいる、その他の勤務負担軽減策（自由記述形式）

- | | |
|---|----|
| <ul style="list-style-type: none">・当直後の配慮（翌日勤務時間短縮、翌日休暇、後日の代休取得等）・外来患者受入れの制限（予約制・紹介制・長期処方等）・休暇への配慮（長期休暇・有給休暇の取得奨励、土日祝日の交替での休暇取得等）・チーム担当医制の導入・他院からの当直医師の応援・非常勤医師による当直・地域の病院・診療所との連携（診療応援・手術応援・輪番制等）・IT環境の整備等・オンコール体制の導入・充実・シフト勤務制の導入 | ／等 |
|---|----|

取り組んでいる勤務負担軽減策の効果についてみると、効果があった（「効果があった」＋「どちらかといえば効果があった」）との回答が最も多かったのは「医師事務作業補助者の配置」（72.8％）で、次いで「常勤医師の増員」（70.7％）、「非常勤医師の増員」（67.8％）、「医師業務看護師等コメディカルへの移転」（66.4％）であった。

また、効果がなかった（「効果がなかった」＋「どちらかといえば効果がなかった」）との回答が最も多かったのは「外来診療時間の短縮」（28.7％）で、次いで「当直翌日の仮眠をとれる体制」（25.6％）、「当直翌日の残業なしの配慮」（18.5％）、「短時間勤務の導入」（17.6％）であった。

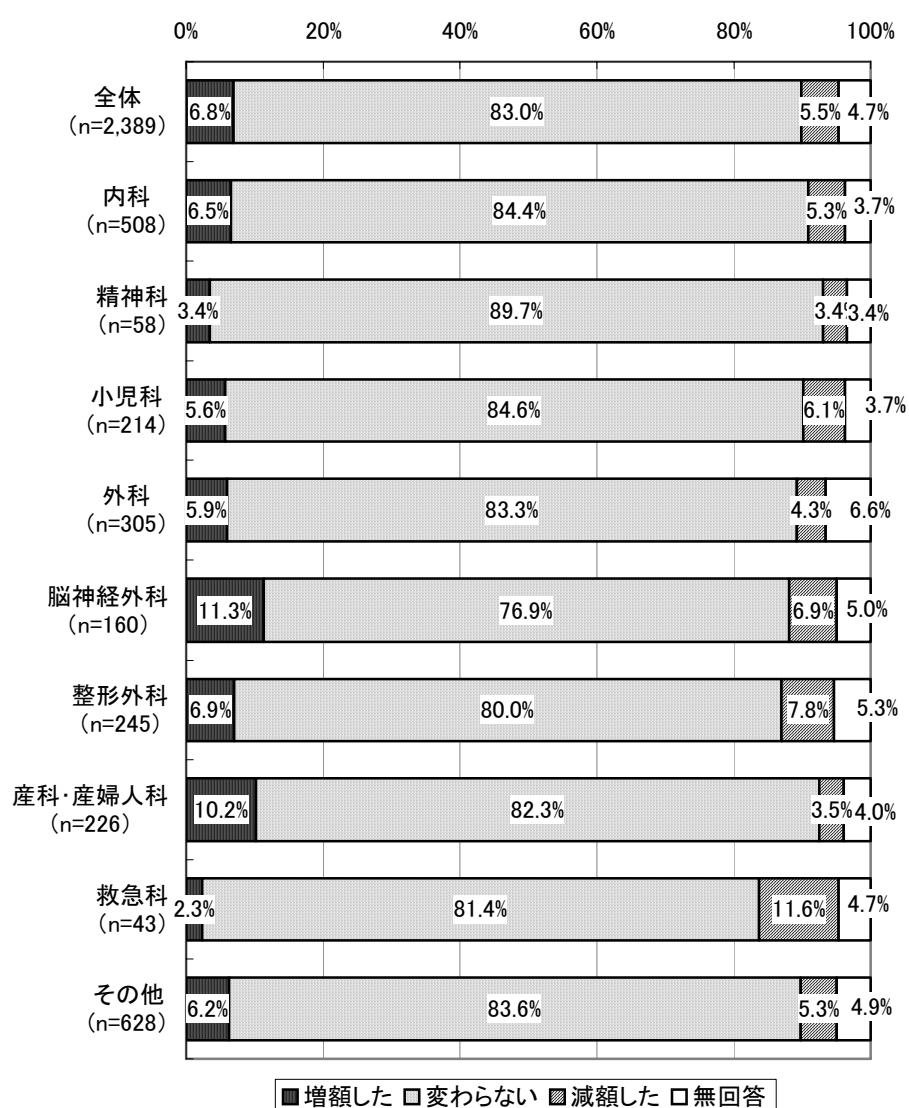
図表 140 取り組んでいる勤務負担軽減策の効果



7) 経済面での処遇の変更（平成 20 年 4 月以降）

平成 20 年 4 月以降の各診療科における基本給（賞与を含む）の変化についてみると、全体では「増額した」が 6.8%、「変わらない」が 83.0%、「減額した」が 5.5%であった。いずれの診療科もほぼ同様の傾向であるが、「脳神経外科」および「産科・産婦人科」では「増額した」との回答が他と比較すると相対的に高かった。一方、「救急科」では「減額した」との回答割合が他と比較すると相対的に高くなっている。

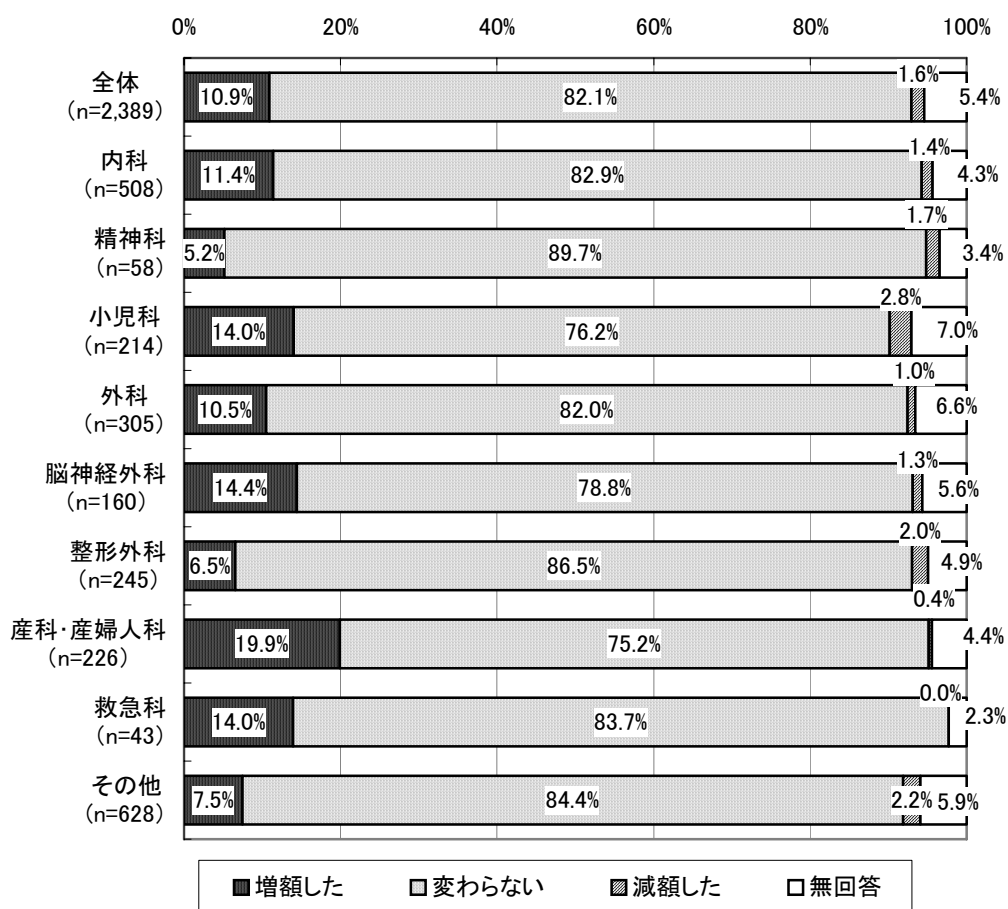
図表 141 各診療科における基本給（賞与を含む）の変化



各診療科における勤務手当の変化についてみると、全体では「増額した」が10.9%、「変わらない」が82.1%、「減額した」が1.6%であった。

「小児科」「脳神経外科」「産科・産婦人科」「救急科」では「増額した」の割合が「全体」と比較すると相対的に高かった。特に、「産科・産婦人科」では「全体」の2倍近くとなった。

図表 142 各診療科における勤務手当の変化

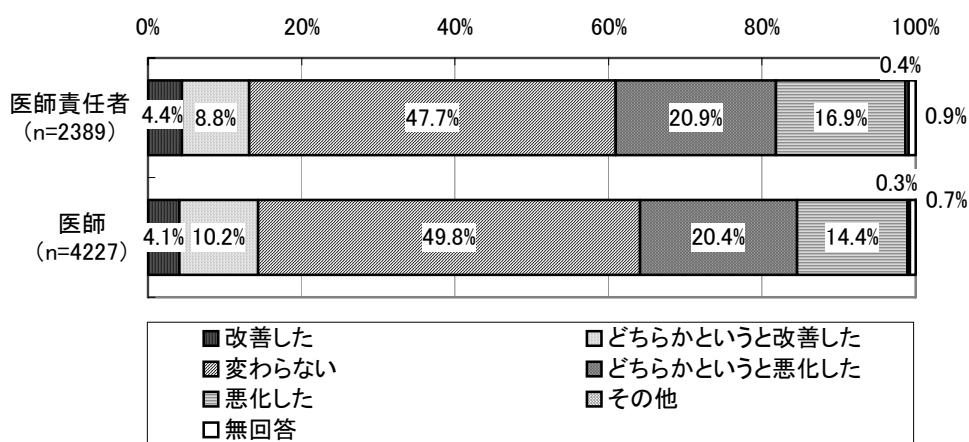


⑤医師の業務負担の変化（平成 20 年 10 月末現在）

1) 1 年前と比較した勤務状況

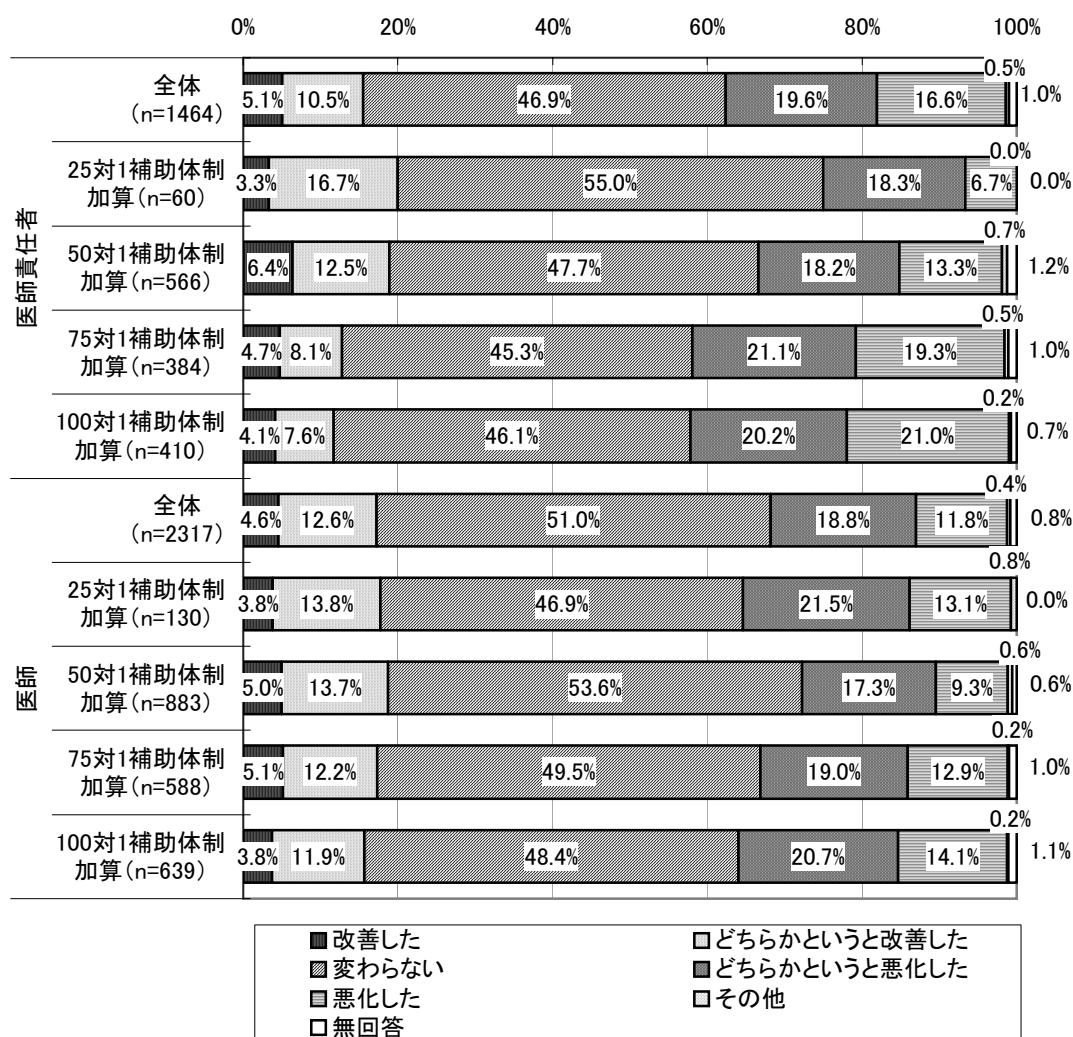
平成 20 年 10 月において、1 年前と比較した、個人の勤務状況の変化についてみると、医師責任者、医師ともに「変わらない」（それぞれ 47.7%、49.8%）が最も多く、悪化した（「悪化した」＋「どちらかといえば悪化した」）がそれぞれ 37.8%、34.8%となり、「改善した（「改善した」＋「どちらかといえば改善した」）がそれぞれ 13.2%、14.3%であった。

図表 143 1 年前と比較した勤務状況（医師個人）



平成 20 年 10 月において、1 年前と比較した個人の勤務状況（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）の変化についてみると、医師責任者では、25 対 1 補助体制加算、50 対 1 補助体制加算では他と比較して「改善した」「どちらかというと改善した」の合計が相対的に高い結果となった。

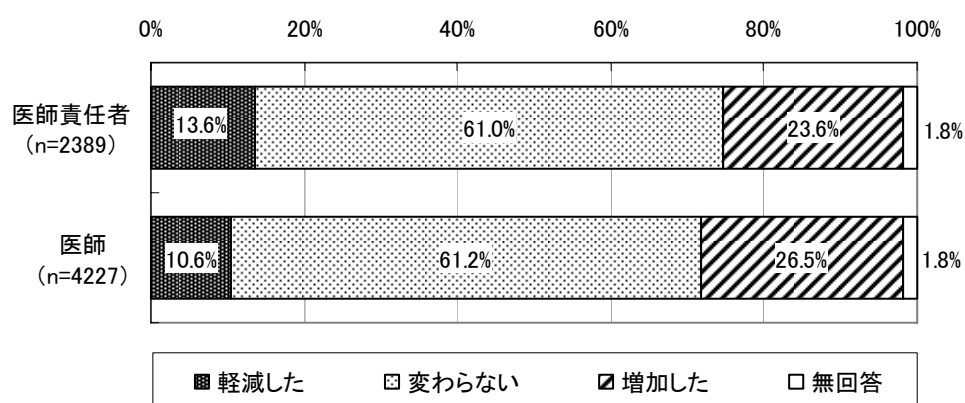
図表 144 1 年前と比較した勤務状況（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）



2) 入院診療に係る個人の業務負担の変化

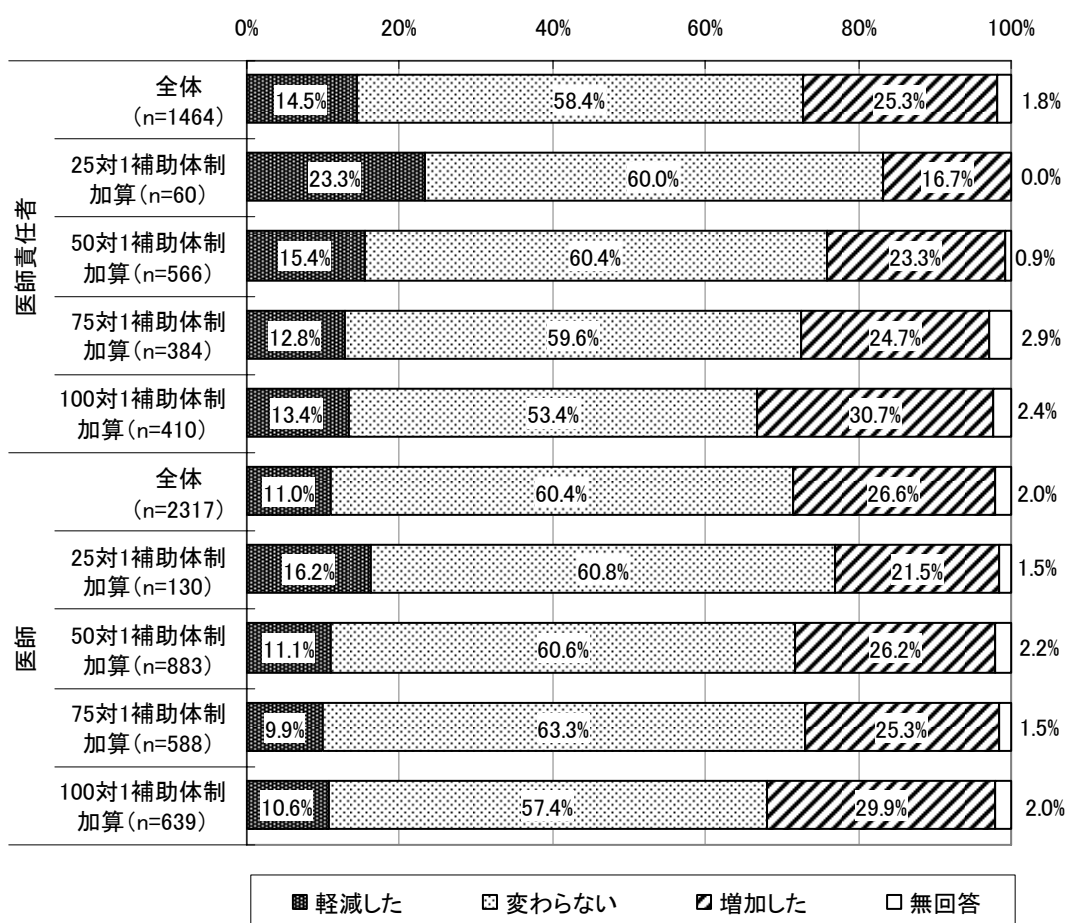
入院診療に係る個人の業務負担の変化についてみると、医師責任者では「軽減した」が13.6%、「変わらない」が61.0%、「増加した」が23.6%であった。医師では「軽減した」が10.6%、「変わらない」が61.2%、「増加した」が26.5%であった。

図表 145 入院診療に係る業務負担の変化（医師個人）



入院診療に係る個人の業務負担の変化（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）についてみると、医師責任者、医師ともに、25対1補助体制加算では他と比較して「軽減した」という割合が相対的に高かった。

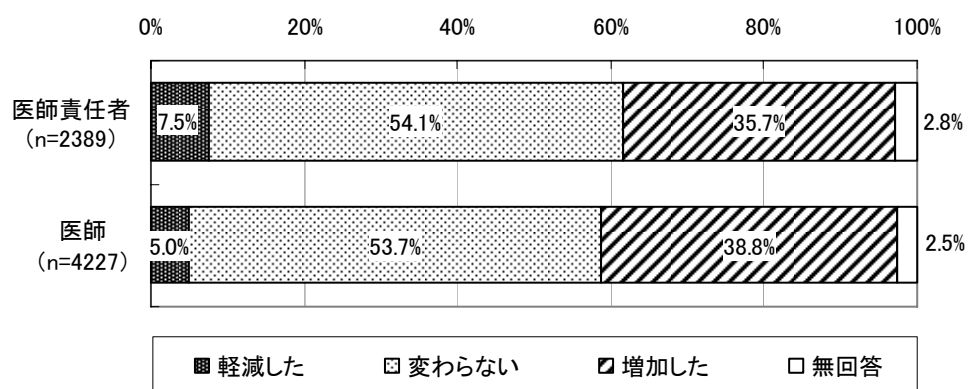
図表 146 入院診療に係る業務負担の変化（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）



3) 外来診療に係る個人の業務負担の変化

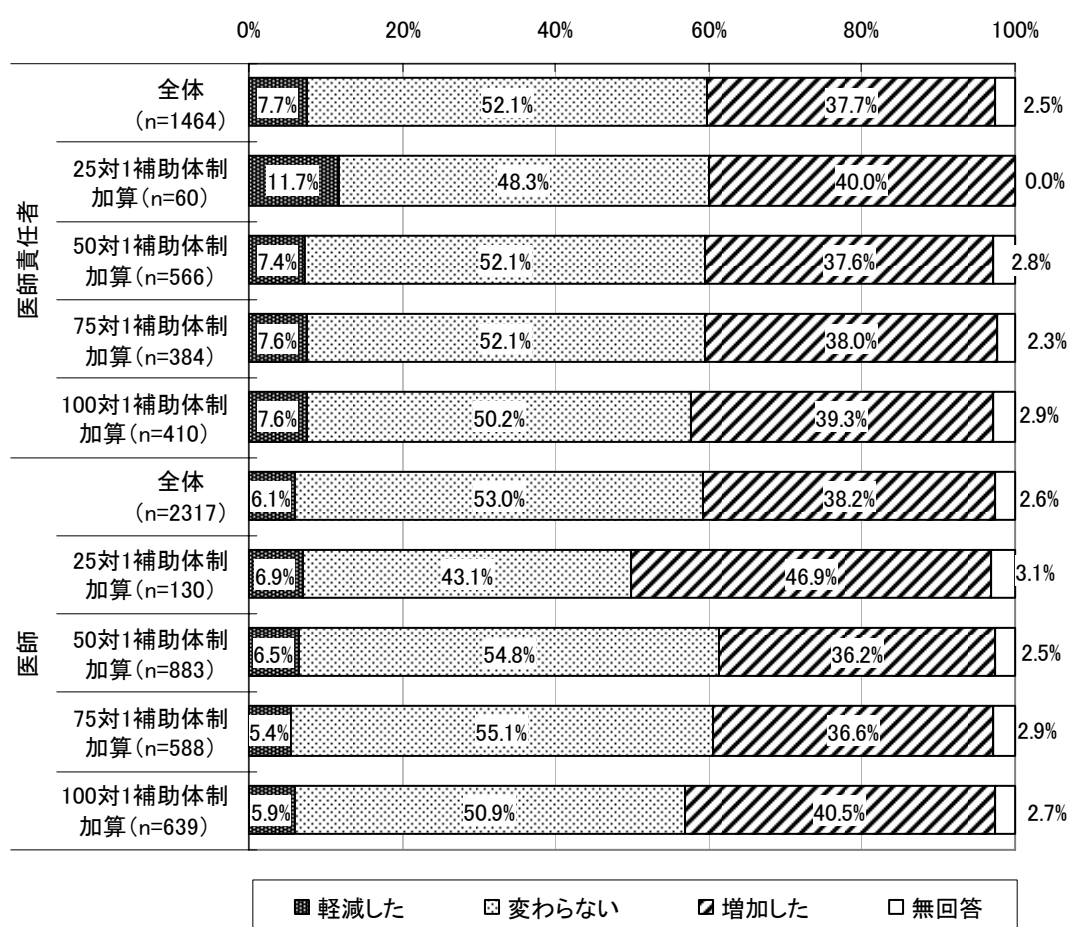
外来診療に係る個人の業務負担の変化についてみると、医師責任者では「軽減した」が7.5%、「変わらない」が54.1%、「増加した」が35.7%であった。医師では「軽減した」が5.0%、「変わらない」が53.7%、「増加した」が38.8%であった。

図表 147 外来診療に係る個人の業務負担の変化



外来診療に係る個人の業務負担における変化（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）についてみると、医師責任者では、25対1補助体制加算で「軽減した」という割合が他と比較して相対的に高い結果となったが、医師では、25対1補助体制加算では「増加した」という割合が他と比較して高い結果となった。

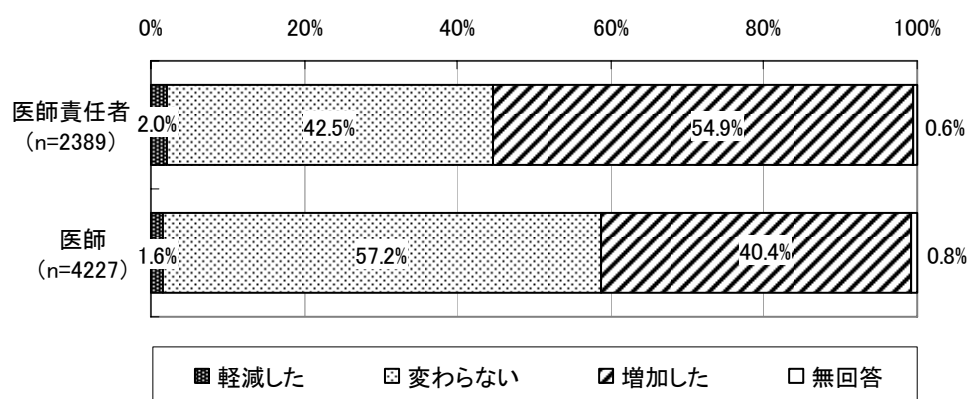
図表 148 外来診療に係る個人の業務負担の変化（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）



4) 病院内の診療外業務に係る業務負担の変化

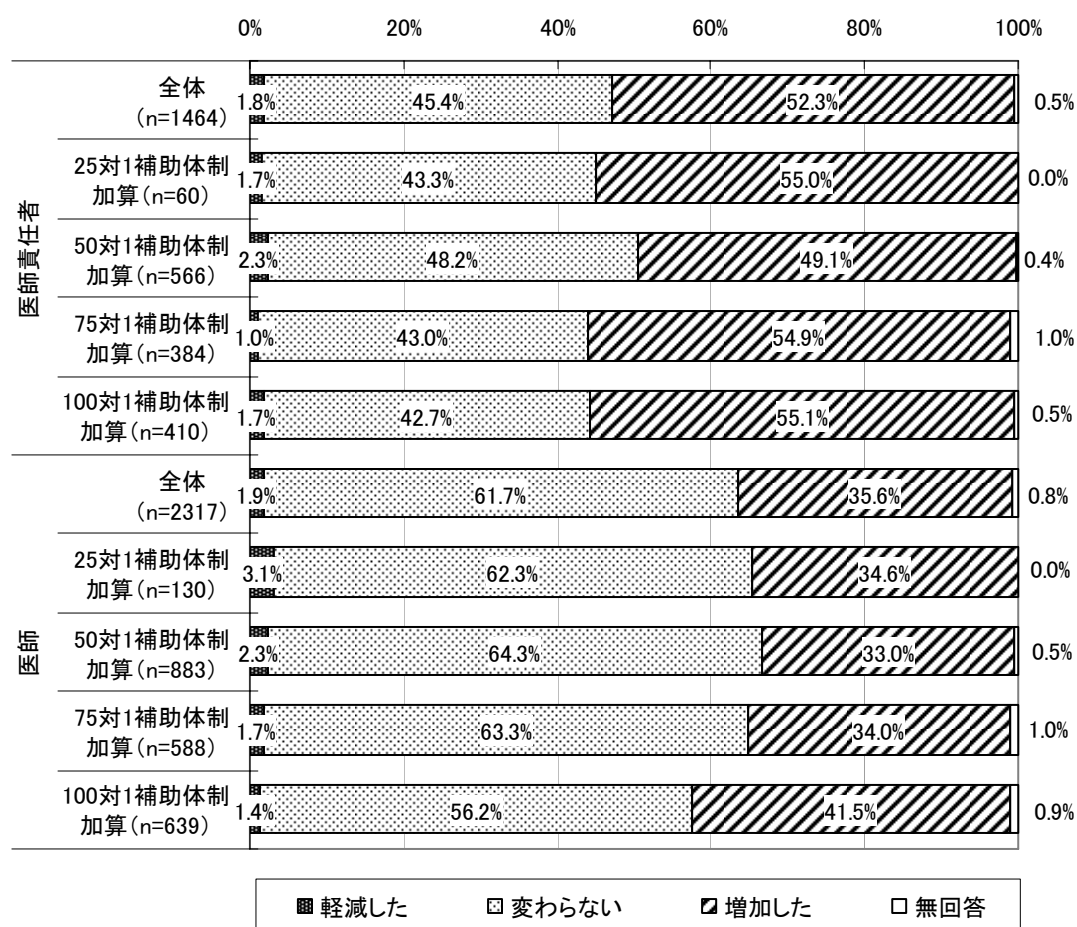
病院内の診療外業務に係る業務負担の変化についてみると、医師責任者では「軽減した」が2.0%、「変わらない」が42.5%、「増加した」が54.9%であった。医師では「軽減した」が1.6%、「変わらない」が57.2%、「増加した」が40.4%であった。

図表 149 病院内の診療外業務に係る業務負担の変化



病院内の診療外業務に係る業務負担の変化（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）についてみると、医師責任者では医師と比較して「増加した」という割合が総じて高い結果となった。

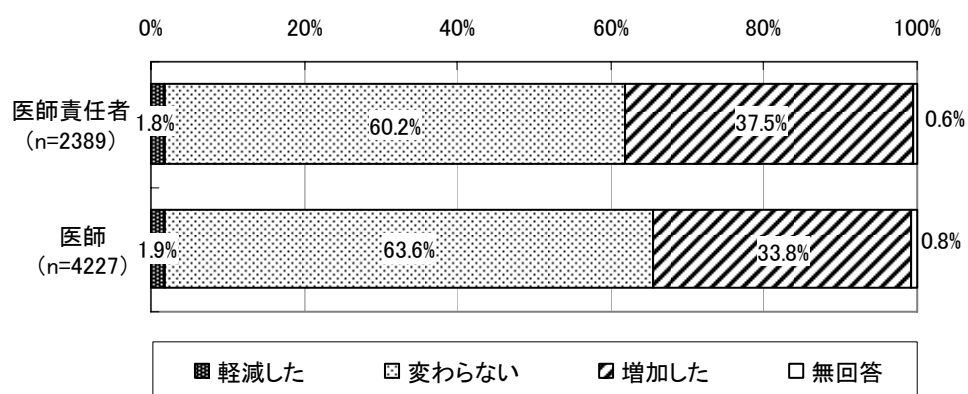
図表 150 病院内の診療外業務に係る業務負担の変化（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）



5) 病院内における教育・指導に係る業務負担の変化

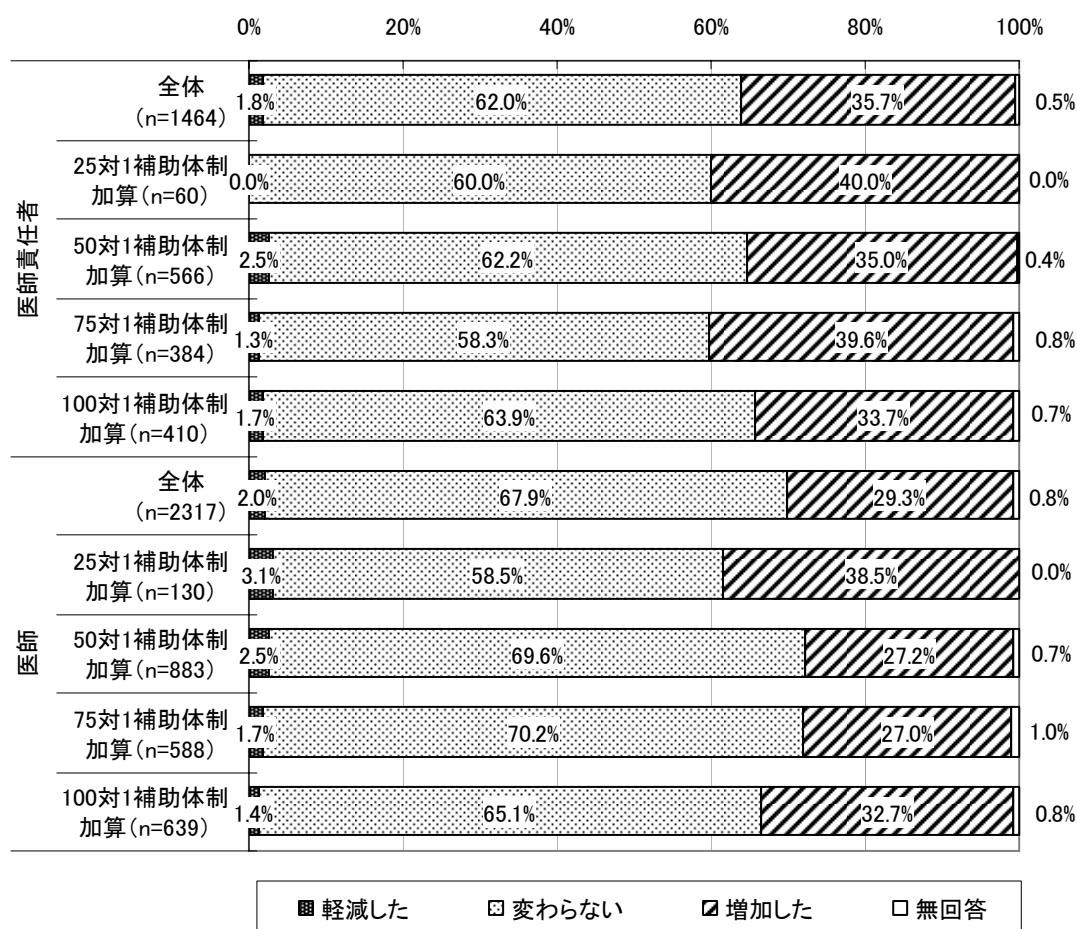
病院内における教育・指導に係る業務負担の変化についてみると、医師責任者では「軽減した」が1.8%、「変わらない」が60.2%、「増加した」が37.5%であった。医師では「軽減した」が1.9%、「変わらない」が63.6%、「増加した」が33.8%であった。

図表 151 病院内における教育・指導に係る業務負担の変化



病院内における教育・指導に係る業務負担の変化（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）についてみると、医師責任者・医師ともに「変わらない」が6割から7割程度と最も多かった。また、「増加した」は3割から4割程度を占め、「軽減した」はほとんどみられなかった。

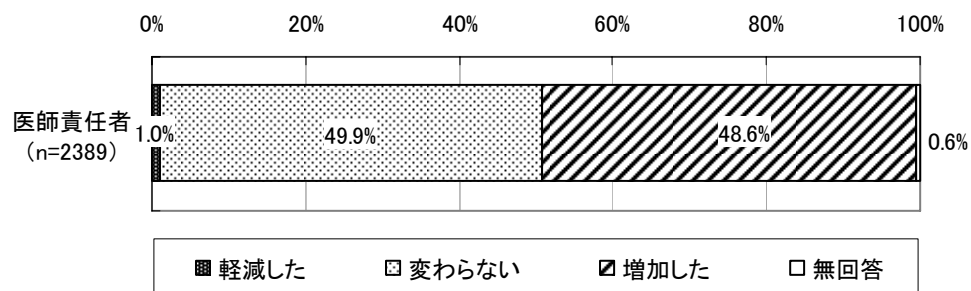
図表 152 病院内における教育・指導に係る業務負担の変化（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）



6) 管理業務に係る業務負担の変化（医師責任者のみ）

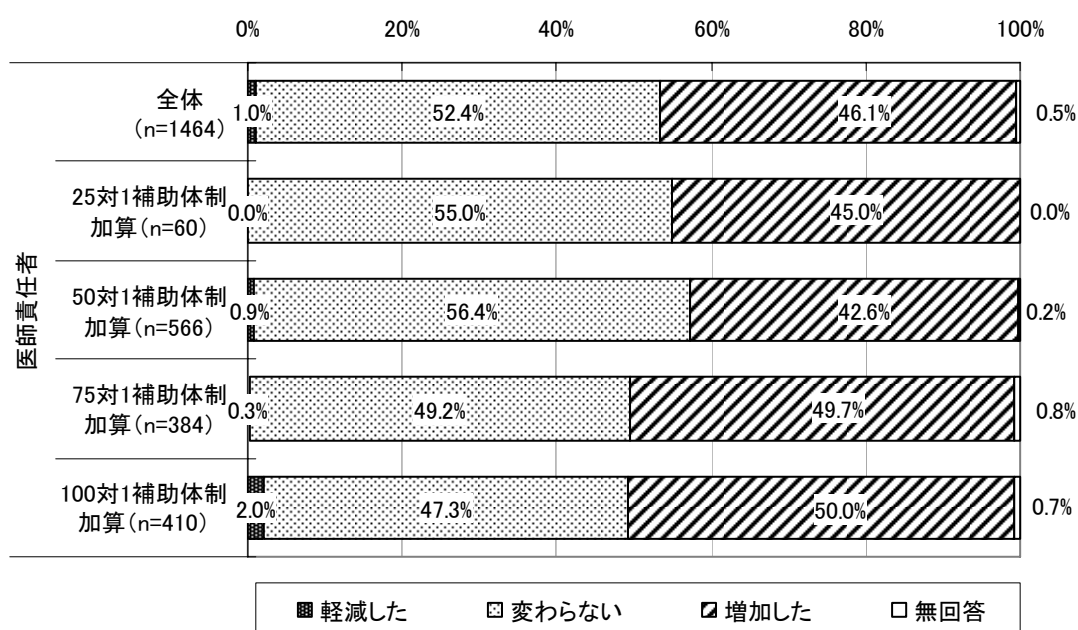
医師責任者における管理業務に係る業務負担の変化についてみると、「軽減した」が 1.0%、「変わらない」が 49.9%、「増加した」が 48.6%であった。

図表 153 管理業務に係る業務負担の変化



医師責任者における管理業務に係る業務負担の変化（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）についてみると、全体では「軽減した」が1.0%、「変わらない」が52.4%、「増加した」が46.1%であった。75対1補助体制加算および100対1補助体制加算では「増加した」が他と比較すると相対的に高い結果となった。

図表 154 管理業務に係る業務負担の変化（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）

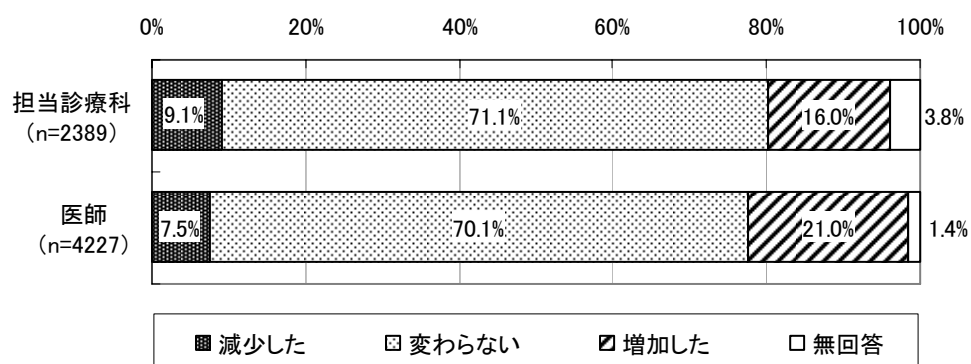


7) 夜間・早朝の軽症救急患者数の変化

夜間・早朝の軽症救急患者数の変化についてみると、医師責任者が回答した担当診療科では「減少した」が9.1%、「変わらない」が71.1%、「増加した」が16.0%であった。

また、医師では「減少した」が7.5%、「変わらない」が70.1%、「増加した」が21.0%であった。

図表 155 夜間・早朝の軽症救急患者数の変化

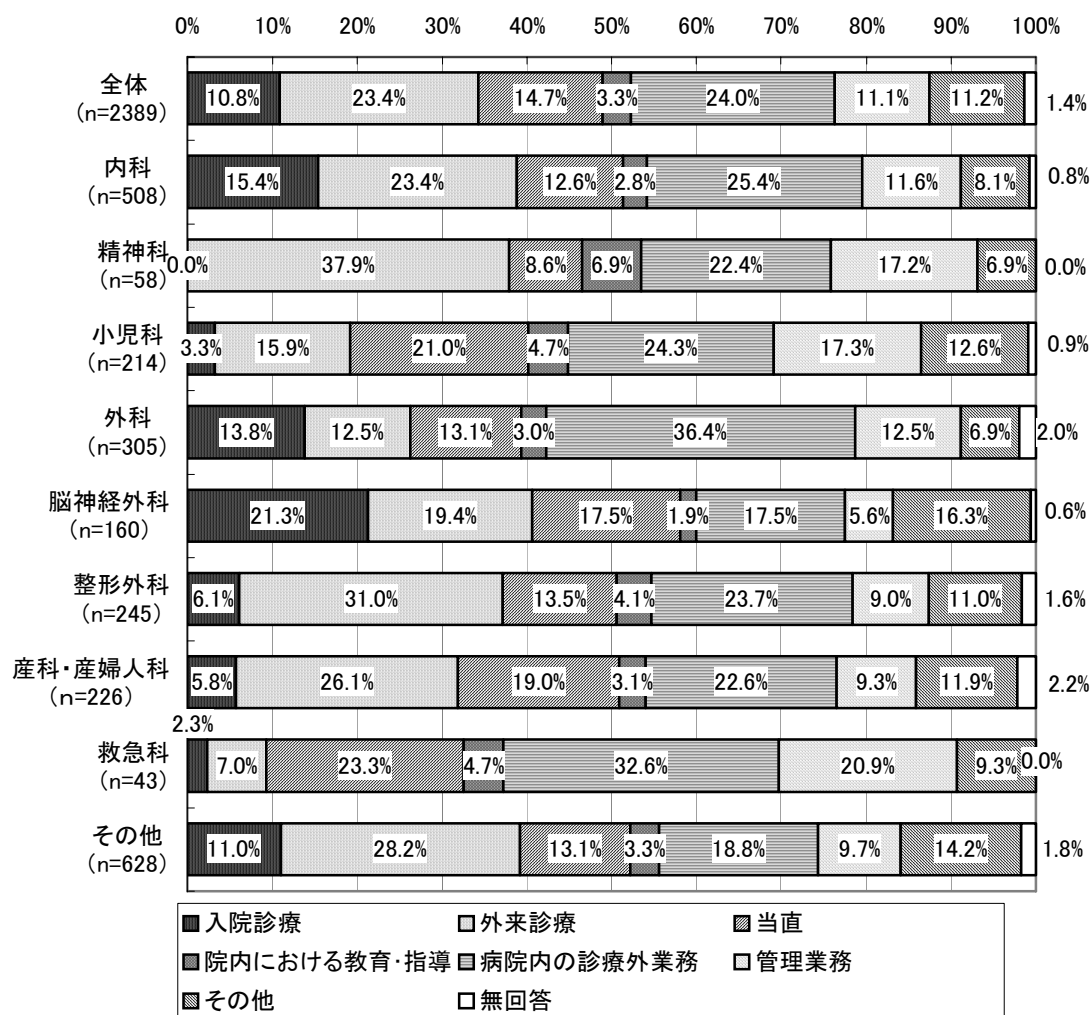


⑥勤務負担軽減策の取組状況

1) 日常業務において負担が最も重いと感じる業務

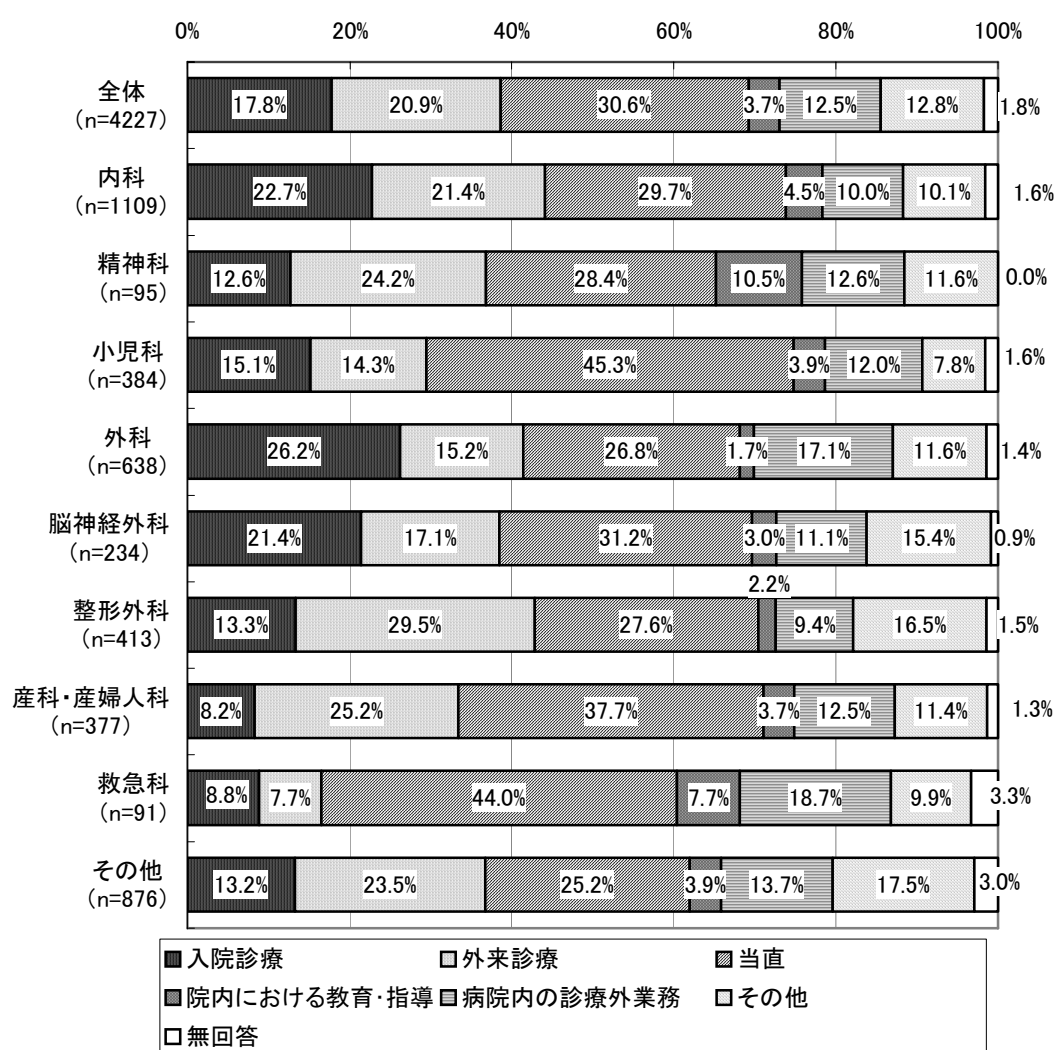
日常業務において負担が最も重いと感じる業務について、診療科別に医師責任者にたずねたところ、最も多かった回答は、内科、小児科、外科、救急科では「病院内の診療外業務」（それぞれ25.4%、24.3%、36.4%、32.6%）、精神科、整形外科、産科・産婦人科では「外来診療」（それぞれ37.9%、31.0%、26.1%）、脳神経外科では「入院診療」（21.3%）であった。

図表 156 日常業務において負担が最も重いと感じる業務
(診療科別、医師責任者)



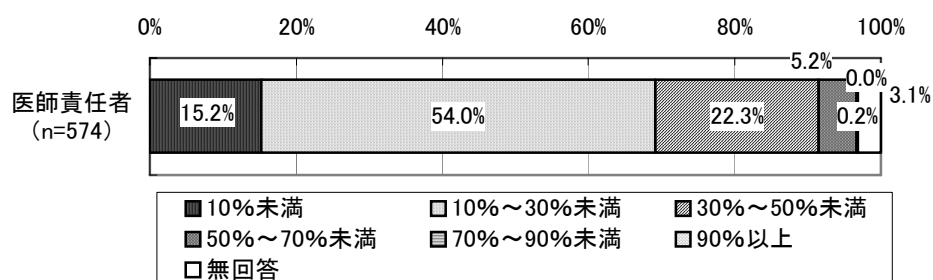
日常業務において負担が最も重いと感じる業務について、診療科別に医師にたずねたところ、整形外科以外のすべての診療科において「当直」が最も多い回答となった。内科では29.7%、精神科では28.4%、小児科では45.3%、外科では26.8%、脳神経外科では31.2%、産科・産婦人科では37.7%、救急科では44.0%であった。なお、整形外科では「外来診療」(29.5%)が最も多く、次いで「当直」(27.6%)であった。

図表 157 日常業務において負担が最も重いと感じる業務
(診療科別、医師)



全ての日常業務に占める病院内の診療外業務の割合について医師責任者にたずねたところ、「10%～30%未満」（54.0%）が最も多く、次いで「30%～50%未満」（22.3%）、「10%未満」（15.2%）であった。

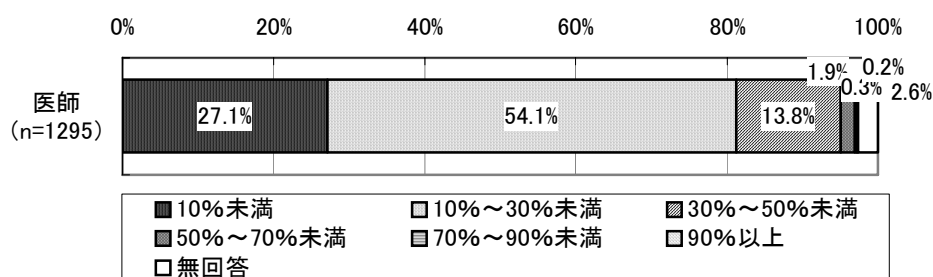
図表 158 全ての日常業務に占める病院内の診療外業務の割合(医師責任者)



（注）日常業務で「病院内の診療外業務」の負担が最も重いと回答した医師責任者。

全ての日常業務に占める当直の割合について医師にたずねたところ、「10%～30%未満」（54.1%）が最も多く、次いで「10%未満」（27.1%）、「30%～50%未満」（13.8%）であった。

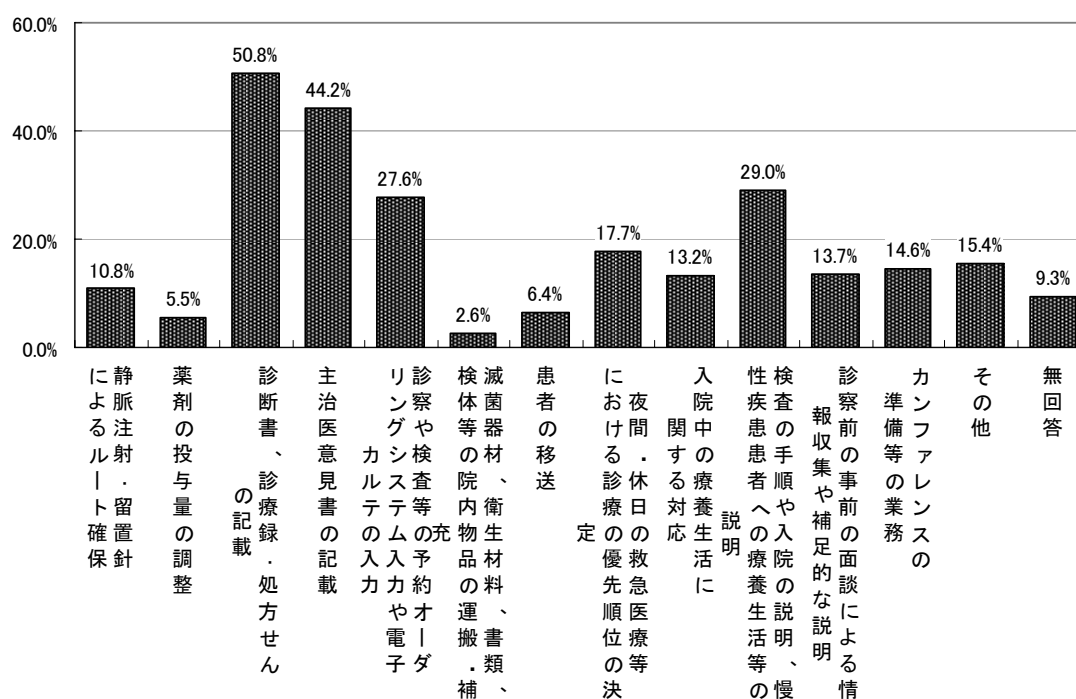
図表 159 全ての日常業務に占める当直の割合(医師)



（注）日常業務で当直の負担が最も重いと回答した医師。

医師にとって負担が重いと感じる具体的な業務について医師にたずねたところ、「診断書、診療録・処方せんの記載」(50.8%)が最も多く、次いで「主治医意見書の記載」(44.2%)、「検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明」(29.0%)、「診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力」(27.6%)であった。

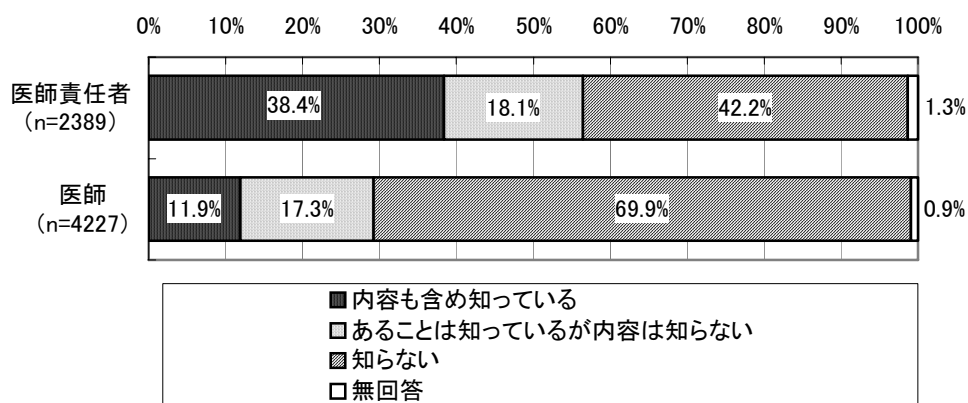
図表 160 医師にとって負担が重いと感じる具体的な業務（医師のみ、n=4227）



2) 勤務医負担軽減策に関する計画の認知度

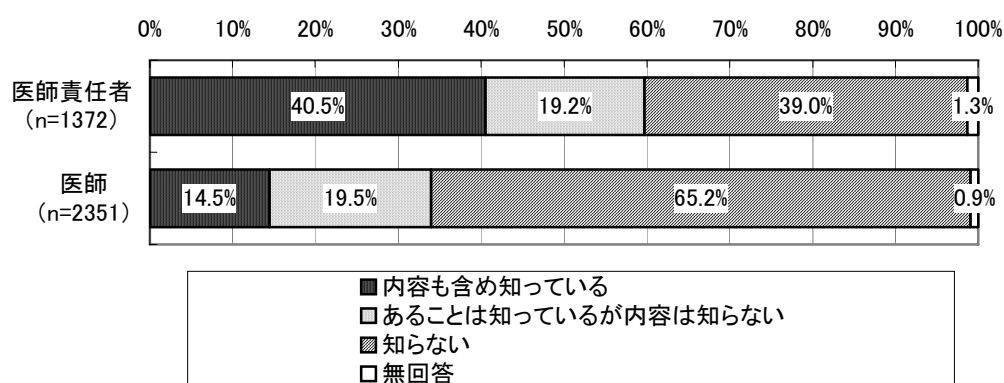
勤務医負担軽減策に関する計画の認知度についてみると、医師責任者では「内容も含め知っている」が38.4%、「あることは知っているが内容は知らない」が18.1%、「知らない」が42.2%であった。医師では「内容も含め知っている」が11.9%、「あることは知っているが内容は知らない」が17.3%、「知らない」が69.9%であった。

図表 161 勤務医負担軽減策に関する計画の認知度



勤務医負担軽減策に関する計画の認知度について、計画策定済みの施設に勤務する医師責任者・医師にたずねたところ、医師責任者では「内容も含め知っている」が40.5%、「あることは知っているが内容は知らない」が19.2%、「知らない」が39.0%であった。医師では「内容も含め知っている」が14.5%、「あることは知っているが内容は知らない」が19.5%、「知らない」が65.2%であった。

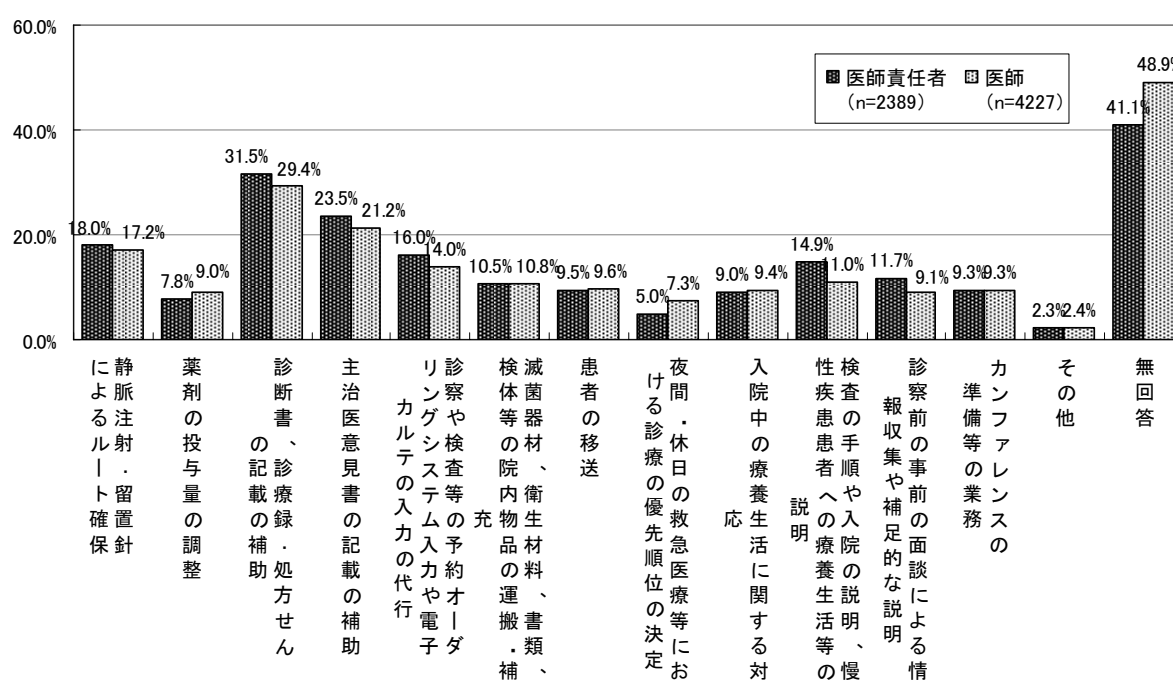
図表 162 勤務医負担軽減策に関する計画の認知度
(計画策定済みの施設に勤務する医師責任者・医師のみ)



3) 業務分担の効果

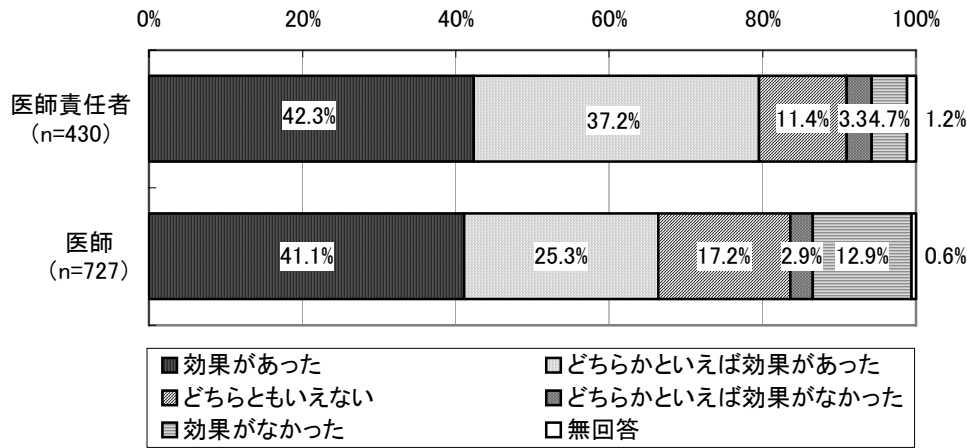
業務分担の進捗状況についてみると、医師責任者、医師ともに「診断書、診療録・処方せんの記載の補助」(それぞれ 31.5%、29.4%) が最も多く、次いで「主治医意見書の記載の補助」(23.5%、21.2%)、「静脈注射・留置針によるルート確保」(18.0%、17.2%)、「診察や検査等のオーダーリングシステム入力や電子カルテの入力代行」(16.0%、14.0%)、「検査の手順や入院の説明・慢性疾患患者への療養生活等の説明」(14.9%、11.0%) であった。

図表 163 業務分担の進捗状況



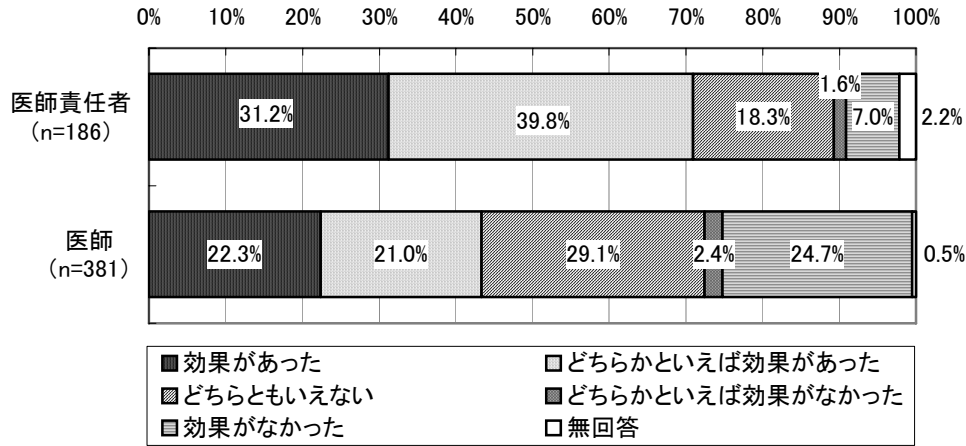
実施している業務分担の効果のうち、静脈注射および留置針によるルート確保についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 79.5%、医師では 66.4%であった。なお、医師では「効果がなかった」が 12.9%と、医師責任者（4.7%）の 3 倍近くの割合を示している。

図表 164 実施している業務分担の効果
～①静脈注射および留置針によるルート確保～



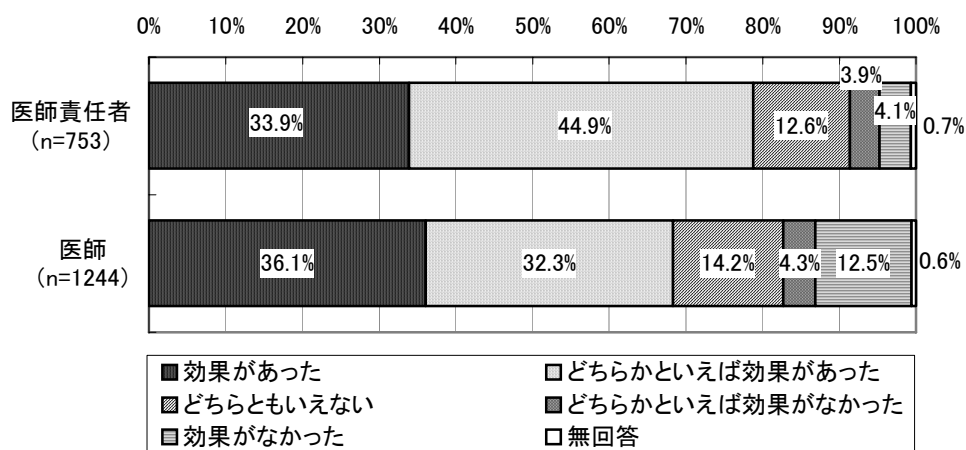
実施している業務分担の効果のうち、薬剤の投与量の調整についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 7 割を超えているのに対し、医師では 4 割程度に留まっている。なお、「効果がなかった」「どちらかといえば効果がなかった」の合計が医師では約 3 割と、医師責任者の 3 倍以上の割合を示している。

図表 165 実施している業務分担の効果
～②薬剤の投与量の調整～



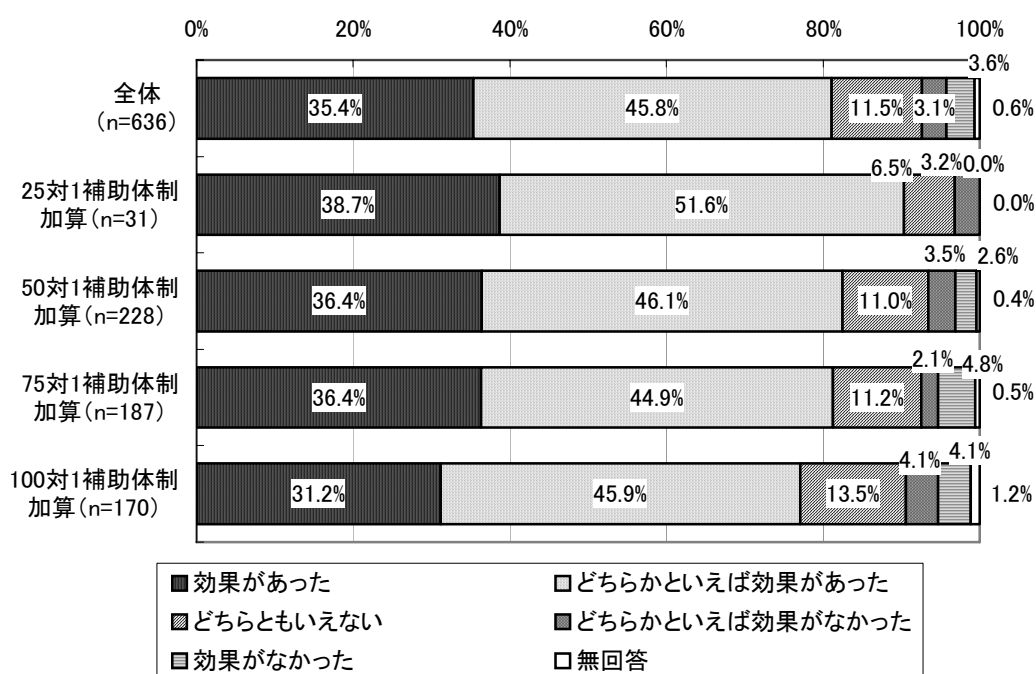
実施している業務分担の効果のうち、診断書、診療録・処方せんの記載の補助についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では78.8%、医師では68.4%であった。なお、医師では「効果がなかった」が12.5%と、医師責任者（4.1%）の3倍以上の割合を示している。

図表 166 実施している業務分担の効果
～③診断書、診療録・処方せんの記載の補助～



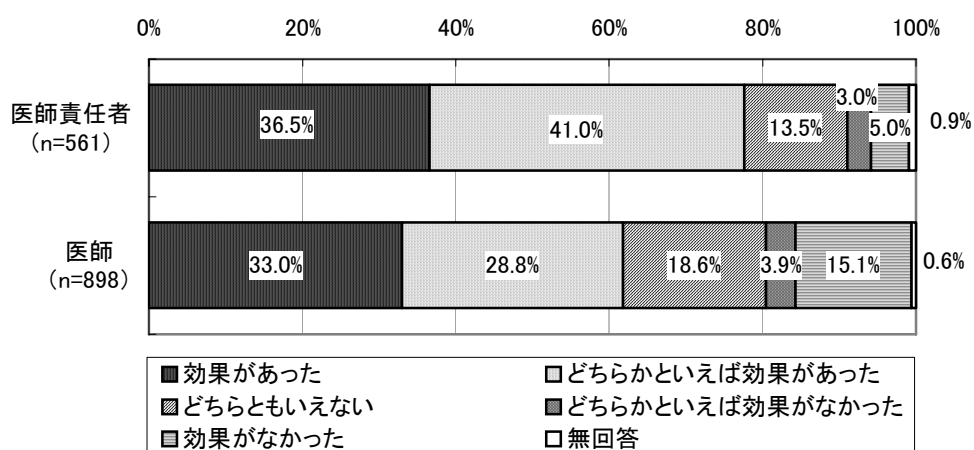
実施している業務分担の効果のうち、診断書、診療録・処方せんの記載の補助について医師事務作業補助体制加算の加算種類別に、届出施設に勤務する医師責任者にたずねたところ、全体では「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が81.2%、「どちらともいえない」が11.5%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計が6.7%であった。加算体制が高くなるほど「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が高くなる傾向がみられた。

図表 167 実施している業務分担の効果
～③診断書、診療録・処方せんの記載の補助～
(医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師責任者、加算種別)



実施している業務分担の効果のうち、主治医意見書の記載の補助についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 77.5%、医師では 61.8%であった。なお、医師では「効果がなかった」が 15.1%と、医師責任者（5.0%）の 3 倍の割合を示している。

図表 168 実施している業務分担の効果
～④主治医意見書の記載の補助～

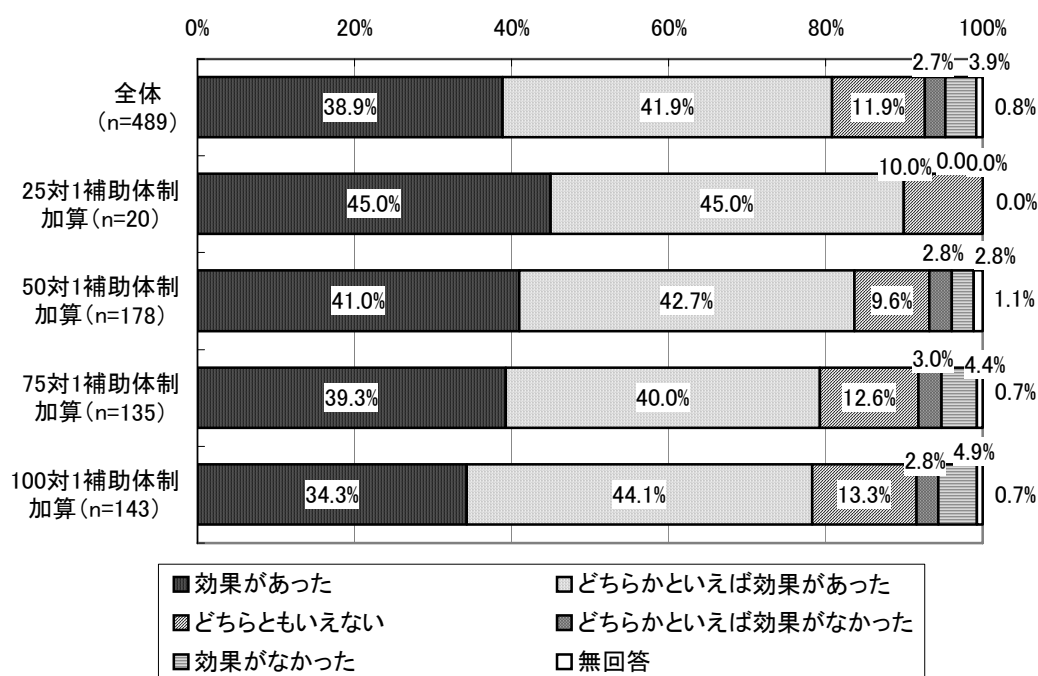


実施している業務分担の効果のうち、主治医意見書の記載の補助について医師事務作業補助体制加算の加算種類別に、届出施設に勤務する医師責任者にたずねたところ、全体では「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が80.8%、「どちらともいえない」が11.9%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計が6.6%であった。加算体制が高いほど「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計割合が高くなる傾向がみられた。

図表 169 実施している業務分担の効果

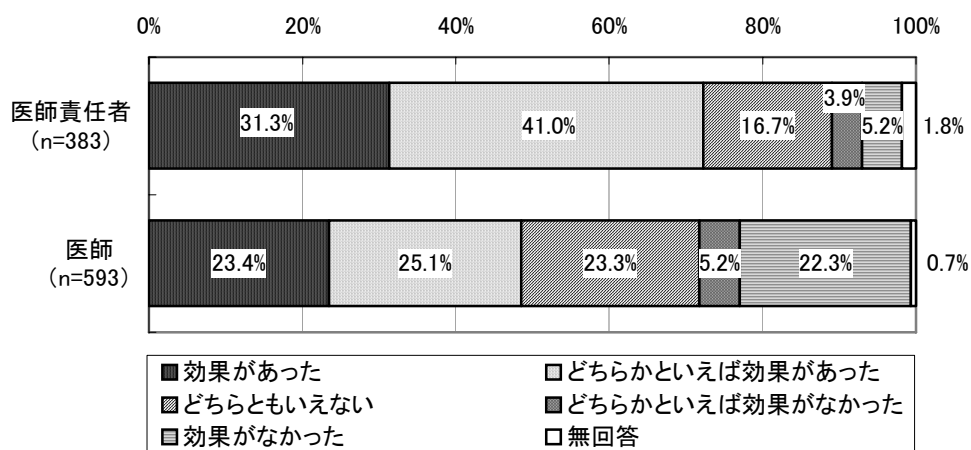
～④主治医意見書の記載の補助～

(医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師責任者、加算種別)



実施している業務分担の効果のうち、診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力の代行についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 72.3%、医師では 48.5%であった。なお、医師では「効果がなかった」が 22.3%と、医師責任者（5.2%）の 4 倍以上の割合を示している。

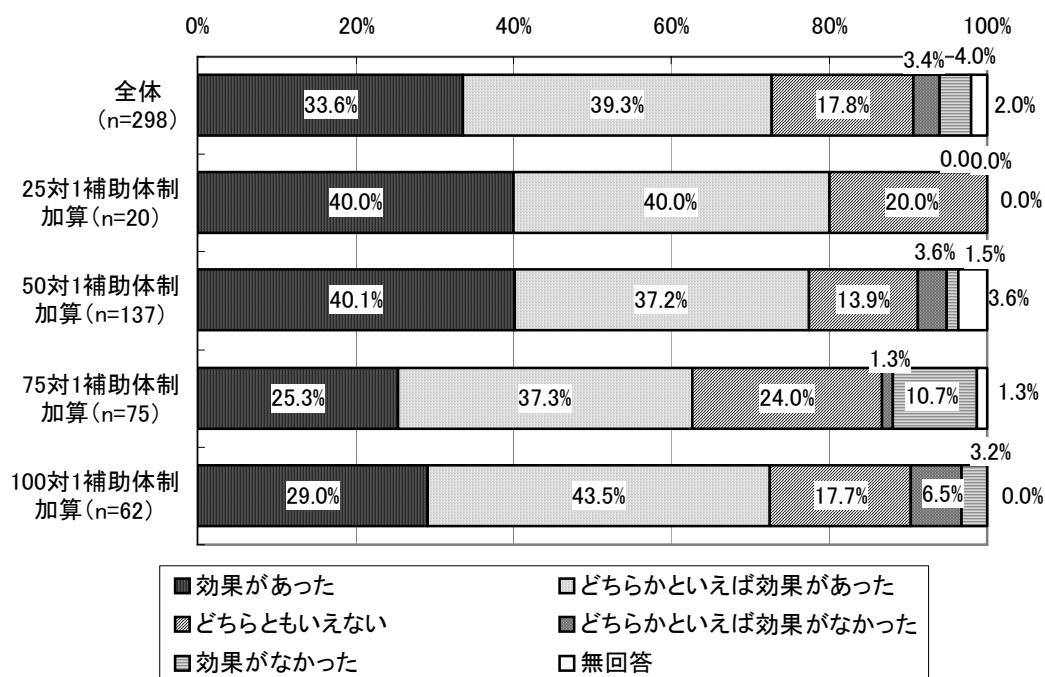
図表 170 実施している業務分担の効果
～⑤診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力の代行～



実施している業務分担の効果のうち、診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力の代行について医師事務作業補助体制加算の加算種類別に、届出施設に勤務する医師責任者にたずねたところ、全体では「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が 72.9%、「どちらともいえない」が 17.8%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計が 7.4%であった。25 対 1 補助体制加算、50 対 1 補助体制加算では他と比較して「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が高かった。

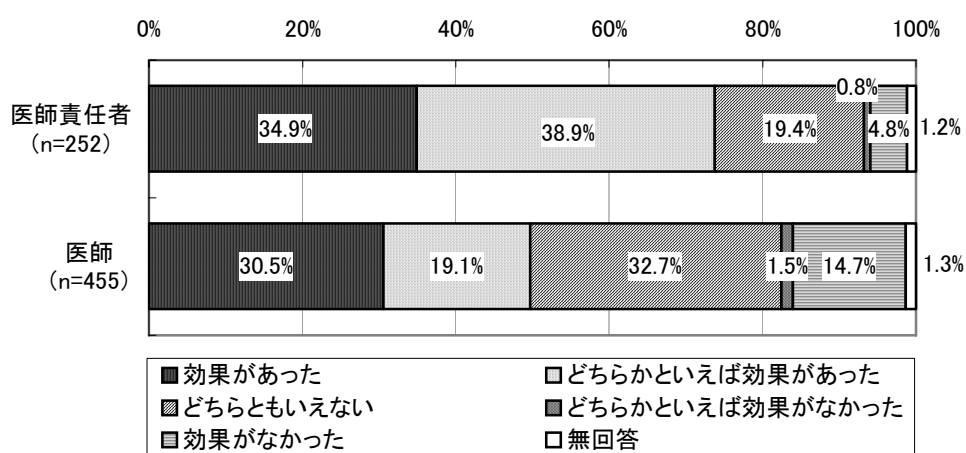
図表 171 実施している業務分担の効果

～⑤診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力の代行～
(医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師責任者、加算種別)



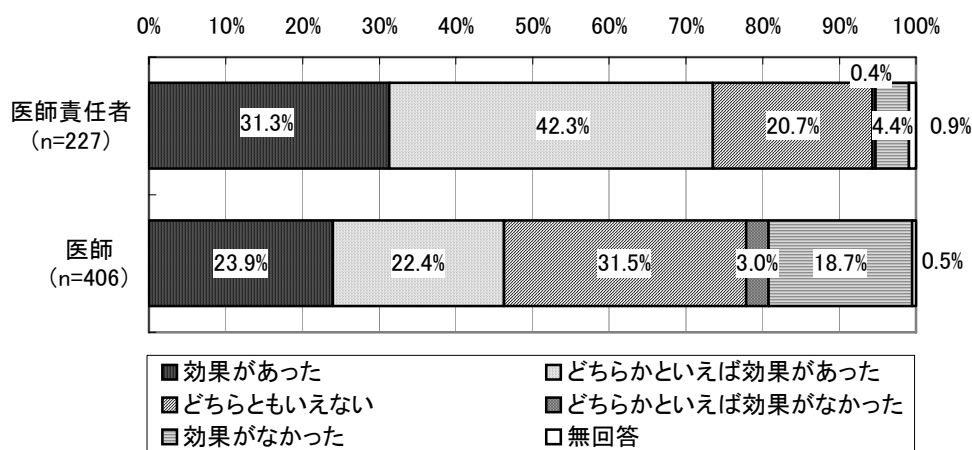
実施している業務分担の効果のうち、滅菌器材、衛生材料、書類、検体等の院内物品の運搬・補充についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では73.8%、医師では49.6%、「どちらともいえない」がそれぞれ19.4%、32.7%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ5.6%、16.2%となり、両者の間に大きな差異がみられた。

図表 172 実施している業務分担の効果
～⑥滅菌器材、衛生材料、書類、検体等の院内物品の運搬・補充～



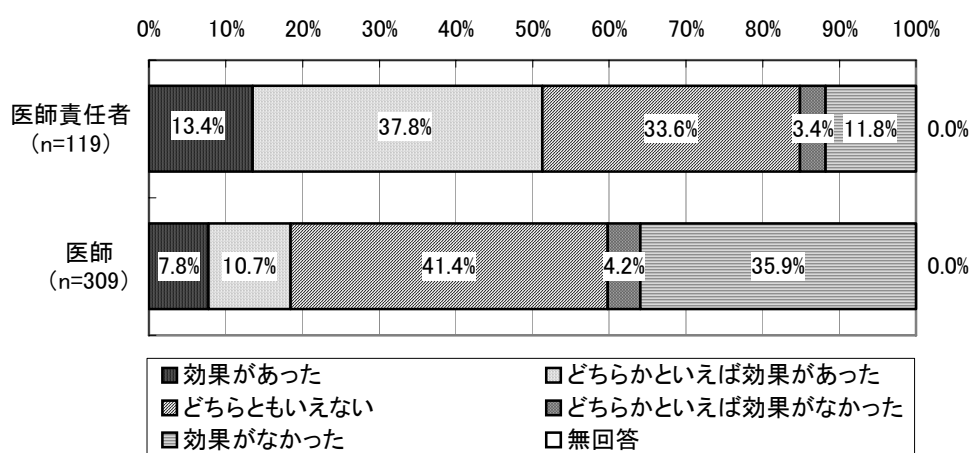
実施している業務分担の効果のうち、患者の移送についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では73.6%、医師では46.3%、「どちらともいえない」がそれぞれ20.7%、31.5%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ4.8%、21.7%となり、両者の間に大きな差異がみられた。

図表 173 実施している業務分担の効果
～⑦患者の移送～



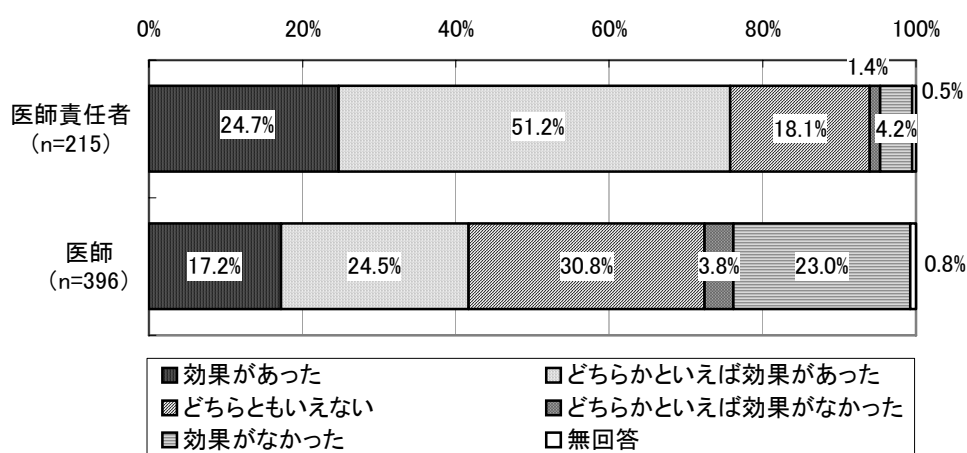
実施している業務分担の効果のうち、夜間・休日の救急医療等における診療の優先順位の決定についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では51.2%、医師では18.5%、「どちらともいえない」がそれぞれ33.6%、41.4%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ15.2%、40.1%と両者の間に大きな差異がみられた。

図表 174 実施している業務分担の効果
～⑧夜間・休日の救急医療等における診療の優先順位の決定～



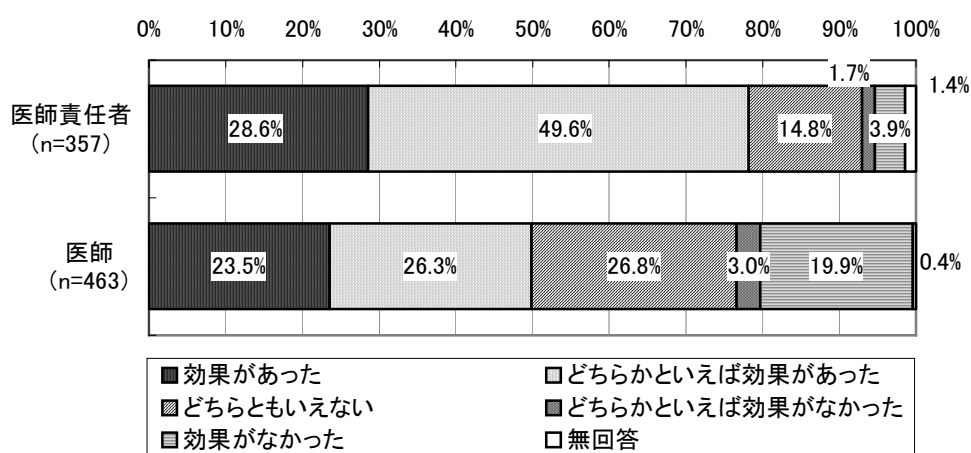
実施している業務分担の効果のうち、入院中の療養生活に関する対応についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 75.9%、医師では 41.7%、「どちらともいえない」がそれぞれ 18.1%、30.8%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ 5.6%、26.8%となり、両者の間に大きな差異がみられた。

図表 175 実施している業務分担の効果
～⑨入院中の療養生活に関する対応～



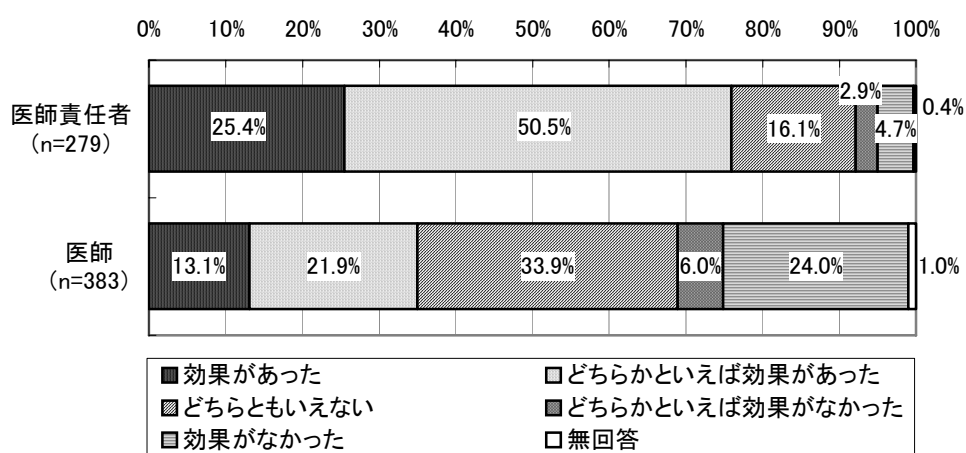
実施している業務分担の効果のうち、検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 78.2%、医師では 49.8%、「どちらともいえない」がそれぞれ 14.8%、26.8%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ 5.6%、22.9%となり、両者の間に大きな差異がみられた。

図表 176 実施している業務分担の効果
～⑩検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明～



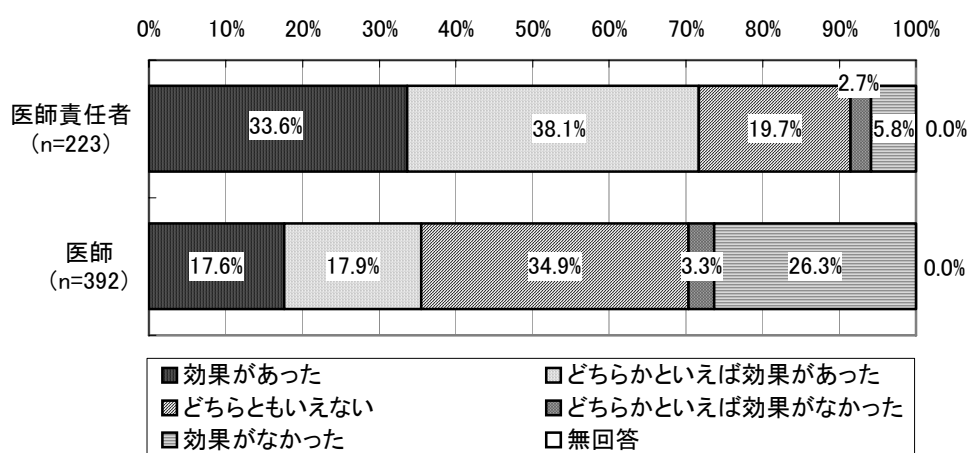
実施している業務分担の効果のうち、診察前の事前面談による情報収集・補足説明についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では75.9%、医師では35.0%、「どちらともいえない」がそれぞれ16.1%、33.9%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ7.6%、30.0%となり、両者の間に大きな差異がみられた。

図表 177 実施している業務分担の効果
～⑪診察前の事前面談による情報収集・補足説明～



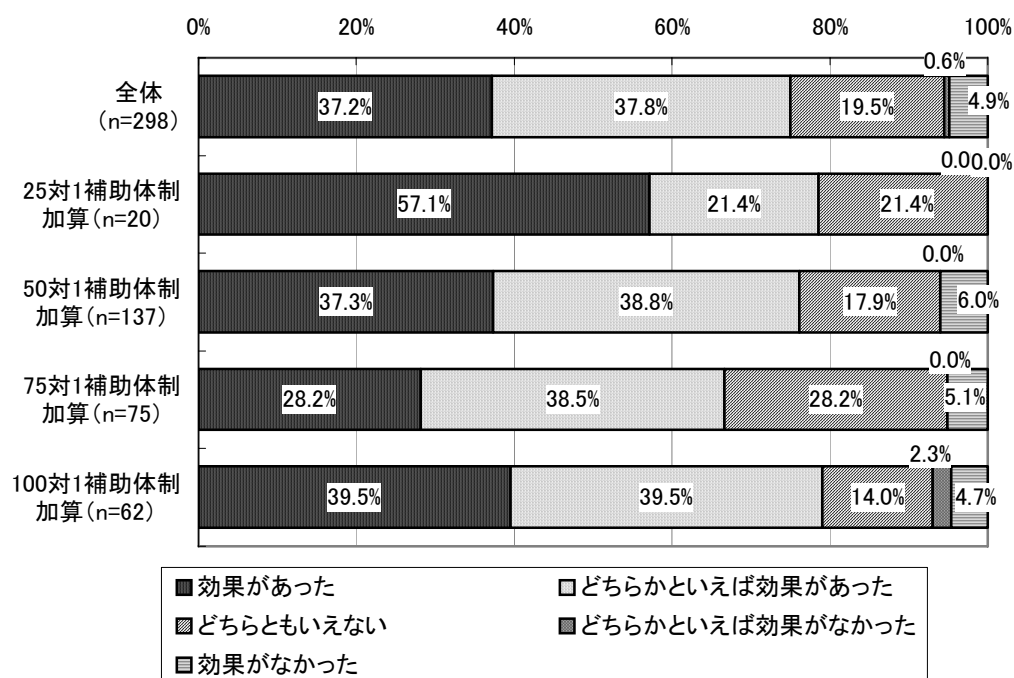
実施している業務分担の効果のうち、カンファレンスの準備等の業務についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 71.7%、医師では 35.5%、「どちらともいえない」がそれぞれ 19.7%、34.9%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ 8.5%、29.6%となり、両者の間に大きな差異がみられた。

図表 178 実施している業務分担の効果
～⑫カンファレンスの準備等の業務～



実施している業務分担の効果のうち、カンファレンスの準備等の業務について医師事務作業補助体制加算の加算種類別に、届出施設に勤務する医師責任者にたずねたところ、全体では「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が 75.0%、「どちらともいえない」が 19.5%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計が 5.5%であった。25 対 1 補助体制加算では他と比較して「効果があった」の割合が高かった。

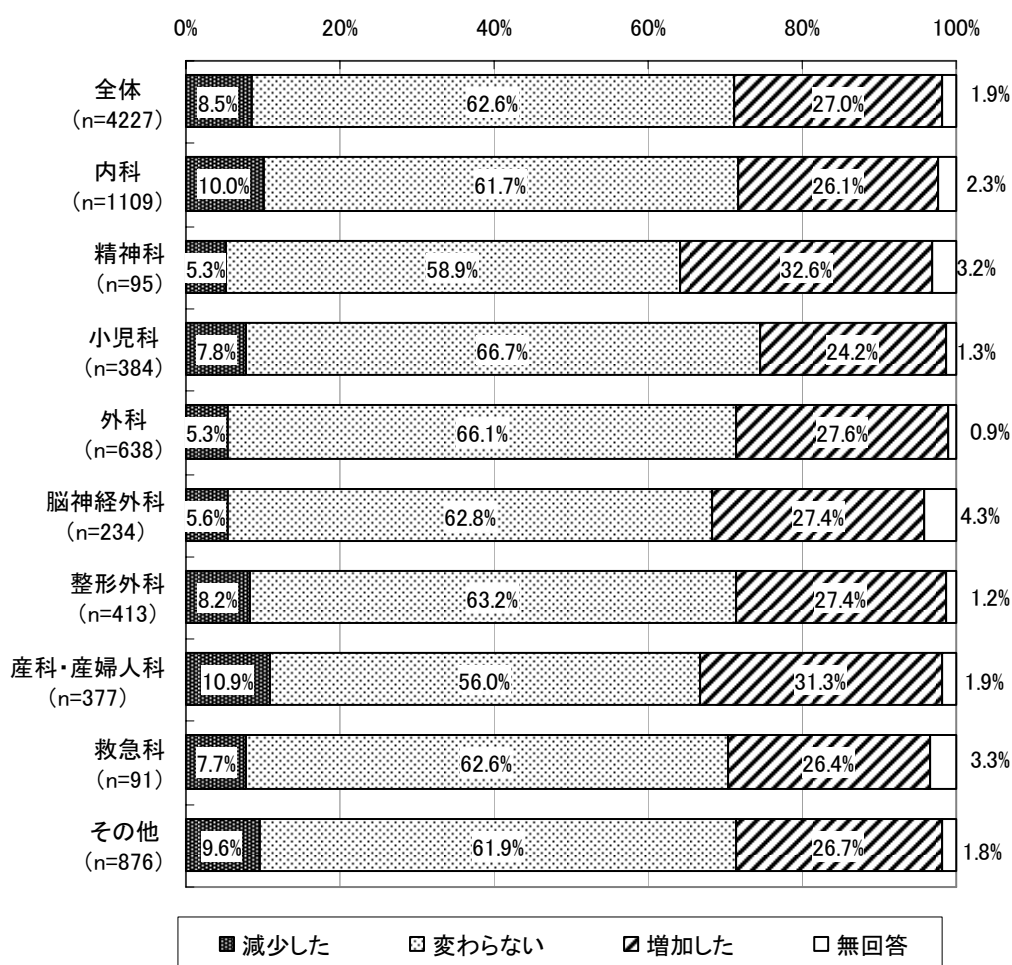
図表 179 実施している業務分担の効果
～⑫カンファレンスの準備等の業務～



4) 残業時間の変化（医師のみ）

医師の残業時間の変化について診療科別にみると、全体では「減少した」が 8.5%、「変わらない」が 62.6%、「増加した」が 27.0%であった。「産科・産婦人科」では他と比較して「減少した」が相対的に高かったが、「増加した」も精神科の次に高かった。

図表 180 残業時間の変化

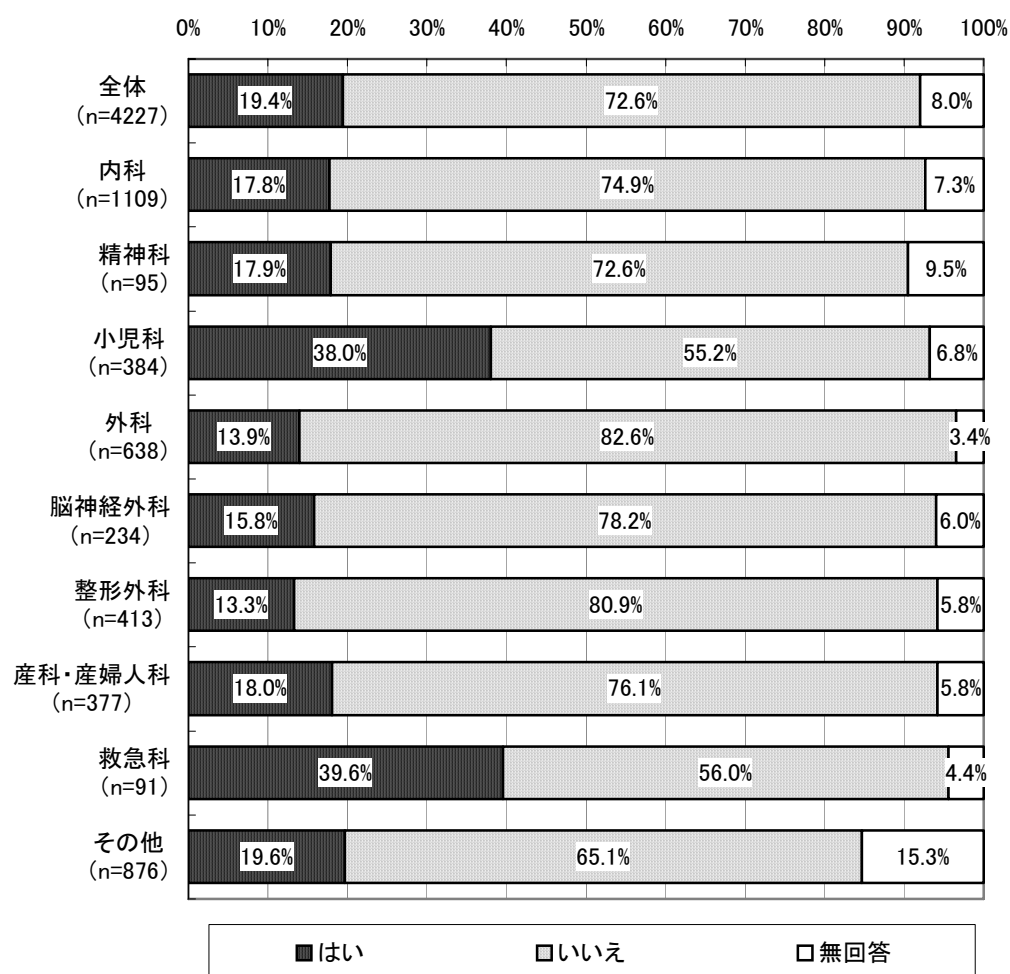


5) 当直後の配慮（医師のみ）

当直後の配慮に関して早く帰宅できるか、医師にたずねたところ、全体では「はい」が19.4%、「いいえ」が72.6%であった。

診療科別にみると、「救急科」および「小児科」では「はい」の割合が高く、「全体」の2倍近い割合を示した。

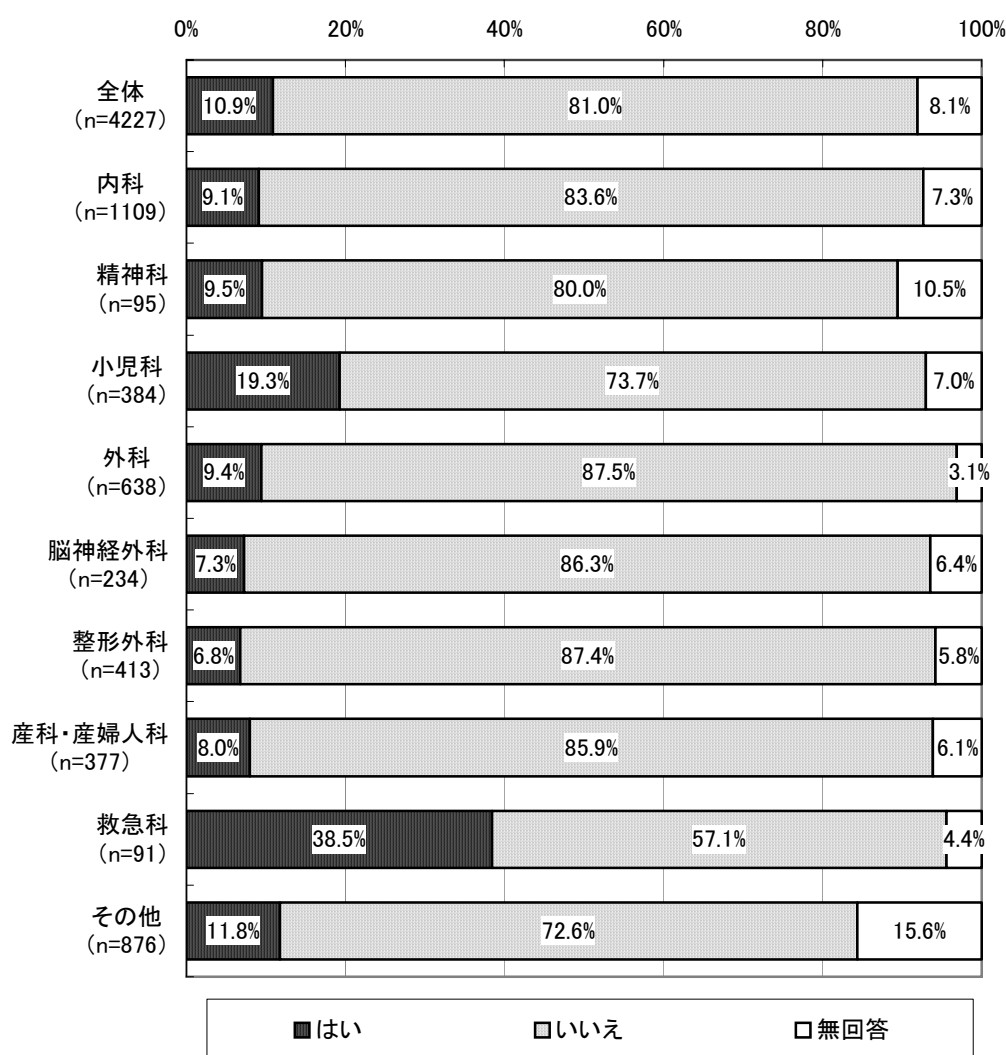
図表 181 当直後の配慮：早く帰宅できるか



当直後の配慮に関して翌日は仮眠をとれる体制であるか、医師にたずねたところ、全体では「はい」が10.9%、「いいえ」が81.0%であった。

診療科別にみると、「救急科」、「小児科」では「はい」の割合が他と比較して相対的に高かった。

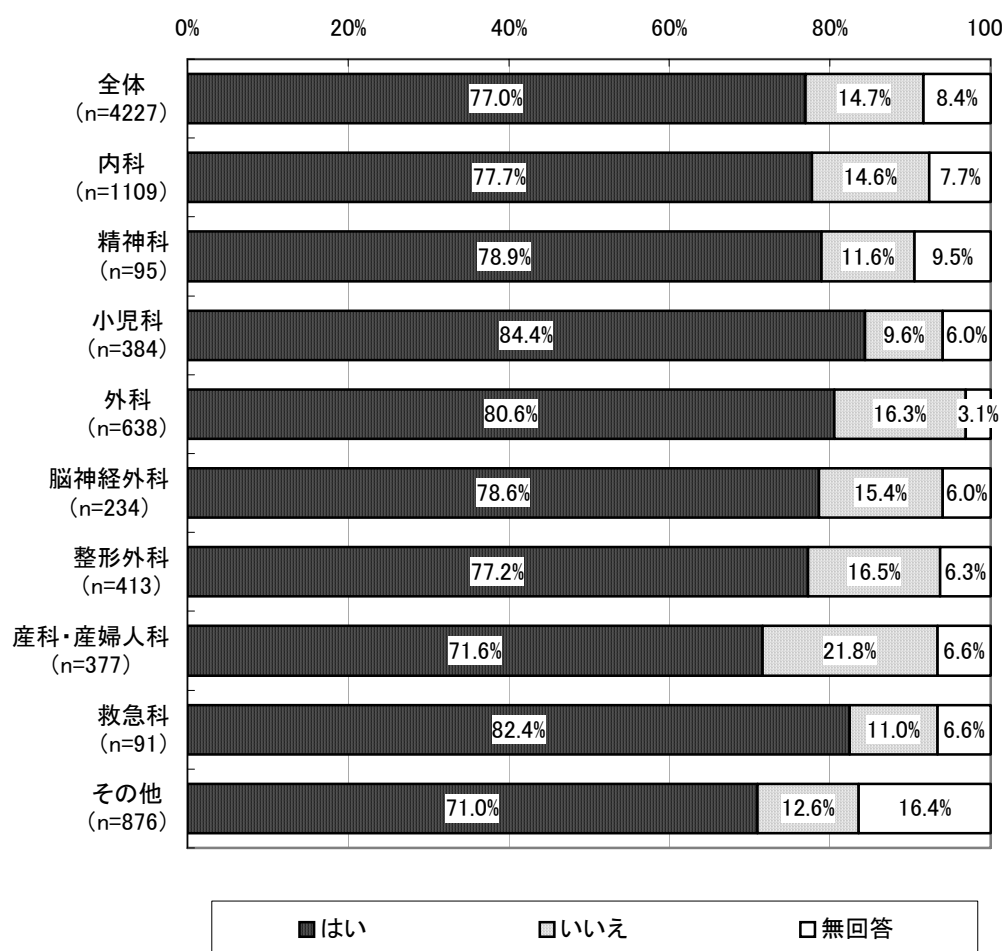
図表 182 当直後の配慮：翌日は仮眠をとれる体制であるか



当直後の配慮に関して連続当直にならないようなローテーション等の配慮があるか、医師にたずねたところ、全体では「はい」が77.0%、「いいえ」が14.7%であった。他の当直後の配慮と比較すると、「はい」の割合が高いことがわかる。

診療科別にみると、「はい」の割合は、「小児科」(84.4%)が最も高く、次いで、「救急科」(82.4%)となった。

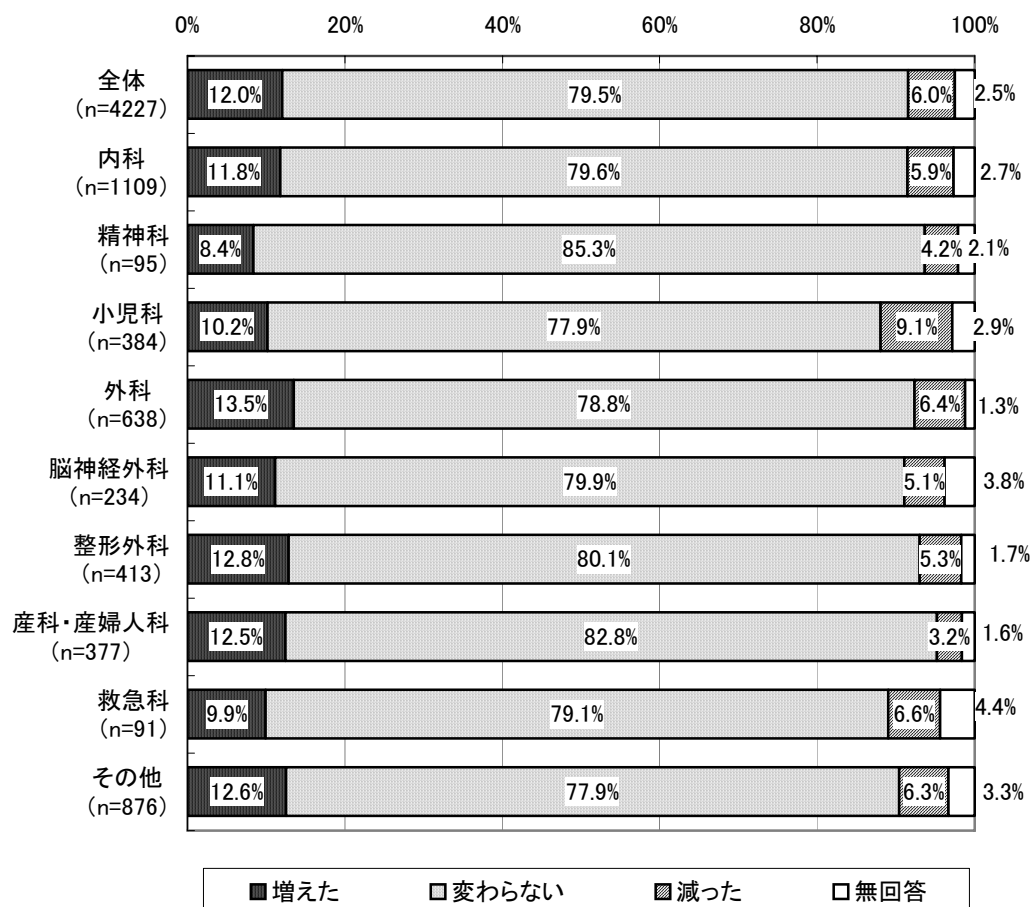
図表 183 当直後の配慮：連続当直にならないようなローテーション等の配慮があるか



6) 経済面での処遇の変化

医師の経済面での処遇の変化として基本給の変化があったか医師にたずねたところ、全体では「増えた」が12.0%、「変わらない」が79.5%、「減った」が6.0%であった。

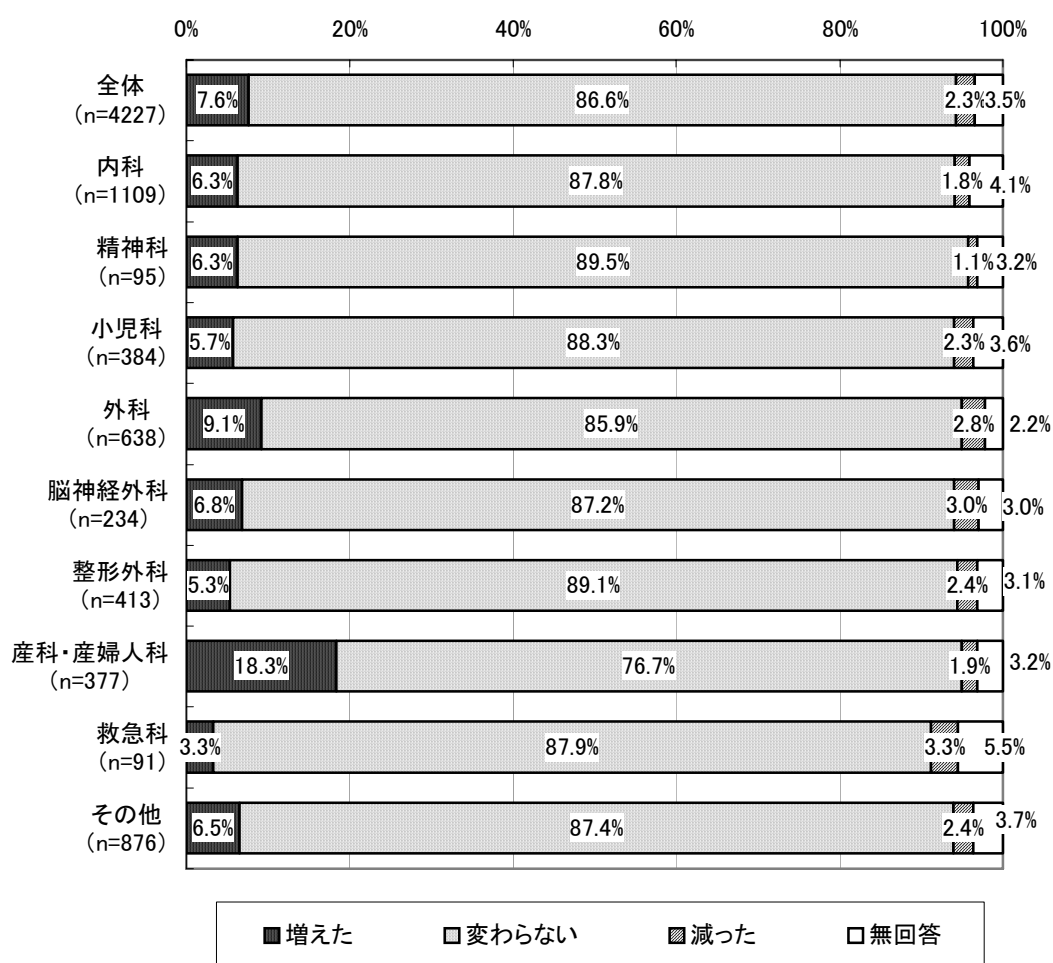
図表 184 経済面での処遇の変化－基本給－（医師）



医師の経済面での処遇の変化として手当の変化があったか、医師にたずねたところ、全体では「増えた」が7.6%、「変わらない」が86.6%、「減った」が2.3%であった。

診療科別にみると、「産科・産婦人科」では「増えた」が18.3%と他と比較して2倍以上の割合となるなど、基本給に比べ相対的に診療科ごとの違いがみられた。

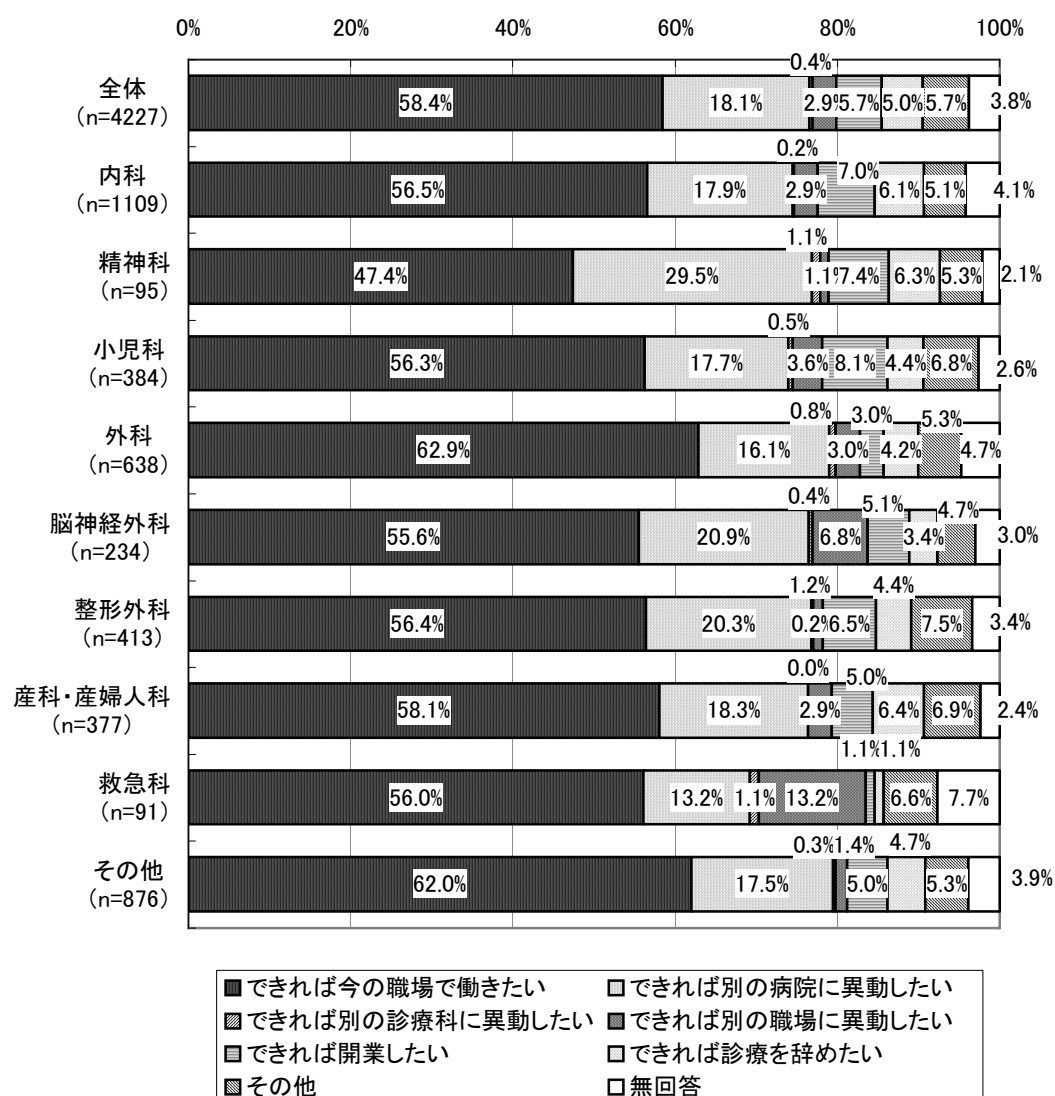
図表 185 経済面での処遇の変化－手当－



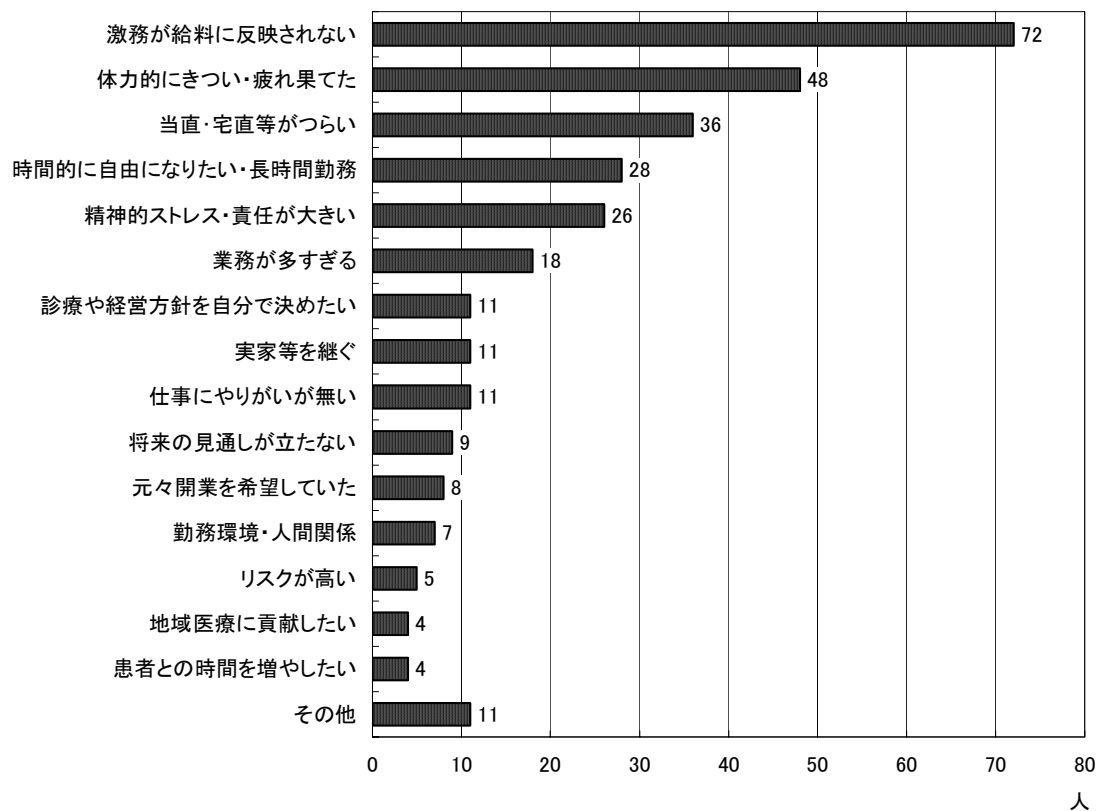
7) 今後の意向について（医師のみ）

医師の今後の意向についてみると、全体では「できれば今の職場で働きたい」が 58.4%、「できれば別の病院に異動したい」が 18.1%、「できれば別の診療科に異動したい」が 0.4%、「できれば別の職場に異動したい」が 2.9%、「できれば開業したい」が 5.7%、「できれば診療を辞めたい」が 5.0%であった。この傾向はどの診療科においてもほぼ同様であるが、救急科では「できれば別の職場に異動したい」が 13.2%と 1 割を超えており、他と比較して相対的に高い割合を示した。

図表 186 今後の意向について



図表 187 開業したい理由 (n=235)



(注) 「できれば開業したい」と回答した医師全体(複数回答)を対象に、その理由として記載があったもの(自由記述形式)を分類した。

6. まとめ

本調査より明らかになった点は、以下のとおりである。

(1) 施設調査

- ・ 施設基準の届出状況は、「入院時医学管理加算」が 14.3%、「医師事務作業補助体制加算」が 65.7%、「ハイリスク分娩管理加算」が 60.1%であった（図表 2）。
- ・ 開設主体は、「入院時医学管理加算」届出施設では「公立」（31.1%）が、「医師事務作業補助体制加算」届出施設では「医療法人」（38.6%）が、「ハイリスク分娩管理加算」届出施設では「公立」（27.4%）が最も多かった（図表 4）。
- ・ 許可病床数は、「入院時医学管理加算」届出施設が平均 528.6 床（中央値 500 床）、「医師事務作業補助体制加算」届出施設が平均 342.4 床（中央値 307 床）、「ハイリスク分娩管理加算」届出施設が平均 519.0 床（中央値 500 床）であった（図表 5）。
- ・ 勤務医負担軽減対策計画の策定状況は、「既に策定済み」が 57.4%、「現在策定中である」が 15.7%、「策定していない」が 22.9%であった（図表 11）。
- ・ 診療録電子カルテの導入状況は、「導入している」が 44.4%、「導入していない」が 55.0%であった（図表 12）。導入時期は、「平成 18 年」が 17.9%、「平成 16 年」が 14.8%、「平成 20 年以降」が 14.4%、「平成 19 年」が 13.5%となった（図表 13）。
- ・ 平成 20 年 10 月の病院全体の平均在院日数は 18.4 日（図表 14）、一般病棟の平均在院日数は 15.3 日（図表 15）、平均紹介率は 44.5%（図表 16）、平均逆紹介率は 34.3%であった（図表 17）。
- ・ 一般病棟の入院基本料区分は、「7 対 1」が 55.6%、「10 対 1」が 39.3%だった（図表 18）。
- ・ 加算の届出状況に限らず、医師事務作業補助者が「いる」という施設が 73.8%、「いないが、今後、確保・採用予定」が 11.2%、「いない」が 13.0%であった（図表 21）。
- ・ MSW（医療ソーシャルワーカー）が「いる」という施設が 92.2%、「いないが、今後、確保・採用予定」が 1.9%、「いない」が 5.2%であった（図表 23）。
- ・ 病院ボランティアが「いる」が 57.0%、「いないが、今後、確保・採用予定」が 7.9%、「いない」が 31.2%であった（図表 25）。
- ・ 平成 20 年 10 月における 1 施設あたりの常勤医師の平均人数は、「男性」73.6 人、「女性」16.4 人であり、1 年前と比較して若干増加している（図表 29）。

- 平成 20 年 10 月における、常勤医師 1 人あたりの月平均当直回数は、平成 19 年 10 月と比較してわずかではあるが減少している。しかしながら、「産科・産婦人科」「救急科」「小児科」では依然として 3 回を超えている（図表 31）。1 か月あたりの連続当直合計回数は、「産科・産婦人科」「小児科」では減少したが、依然として高い水準といえる（図表 33）。
- 負担軽減策の取組み状況については、「取り組んでいる」という割合は、「医師・看護師等の業務分担」では 56.4%、「医師事務作業補助体制」では 77.1%、「短時間正規雇用の医師の活用」では 25.4%、「連続当直を行わない勤務シフト」では 71.9%、「当直後の通常勤務に係る配慮」では 45.2%と、ばらつきがみられた（図表 37）。
- 医師への経済面での処遇改善状況については、「改善した」が 45.0%、「変わらない」が 53.7%だった（図表 48）。処遇改善の内容としては、「基本給を増やした」が改善したという施設の 36.2%、「手当を増やした」が 75.4%であった（図表 49）。
- 「基本給を増やした」対象の医師としては、「特定の医師」が基本給を増やした施設の 52.4%、「医師全員」が 44.0%、「特定の診療科に勤務する医師」が 19.0%であった（図表 50）。
- 「手当を増やした」対象の医師としては、「医師全員」が手当を増やした施設の 39.4%、「特定の診療科に勤務する医師」が 34.9%、「特定の医師」が 44.0%であった（図表 53）。このうち、「特定の診療科に勤務する医師」と回答した施設では、その対象として「産科・産婦人科」が 78.7%で最も多く、次いで「小児科」が 19.7%であった（図表 54）。
- 入院時医学管理加算の届出状況については、「届出をしている」が 14.3%（74 施設）、「現在は届出なし、今後届出を行う」が 7.0%、「届出をしていない」が 76.9%であった（図表 56）。また、入院時医学管理加算の届出が受理された月は「平成 20 年 4 月」が 50.0%で最も多く、次いで「7 月」「10 月」が 10.8%、「9 月」が 6.8%であった（図表 57）。
- 初診に係る選定療養（実費徴収）が「ある」という施設が 90.5%であった（図表 58）。選定療養（実費徴収）の 1 回あたりの平均金額は 2,234.7 円であった（図表 59）。
- 医師事務作業補助体制加算の届出状況は、「届出をしている」が 65.7%、「現在は届出なし、今後届けを行う」が 6.6%、「届出をしていない」が 27.5%であった（図表 62）。届出が受理された時期は、「平成 20 年 4 月」が 65.5%で最も多く、次いで「5 月」が 10.9%、「6 月」が 7.7%、「7 月」が 5.0%であった（図表 63）。
- 医師事務作業補助者（専従者）の配置時期については、「平成 20 年 4 月以降」が 55.5%で最も多く、次いで「平成 13～19 年」が 21.8%、「平成 12 年以前」「平成 20 年 1～3 月」がともに 6.5%だった（図表 64）。

- ・ 医師事務作業補助体制加算の種類は、「25 対 1 補助体制加算」が 2.9%、「50 対 1 補助体制加算」が 41.9%、「75 対 1 補助体制加算」が 25.1%、「100 対 1 補助体制加算」が 26.5%であった（図表 65）。25 対 1 補助体制加算の届出施設の許可病床数については 500 床以上が 80.0%を占めており、大規模病院が多かった（図表 67）。
- ・ 1 施設あたりの常勤の医師事務作業補助者数（実人数）と給与総額（常勤）の平均は、「実人数」が 5.0 人、「（うち）医療従事経験者」が 1.0 人、「（うち）医療事務経験者」が 2.9 人、「給与総額」が 119.8 万円であった。なお、1 人あたりの給与総額は 24.0 万円であった（図表 68）。1 施設あたりの非常勤の医師事務作業補助者数（実人数）と給与総額（非常勤）の平均は、「実人数」が 2.6 人、「（うち）医療従事経験者」が 0.3 人、「（うち）医療事務経験者」が 0.9 人、「給与総額」が 37.4 万円であった。なお、1 人あたりの給与総額は 14.5 万円であった（図表 69）。
- ・ 医師事務作業補助者の配置状況については、「病院全体でまとめて配置している」が 65.5%で最も多く、次いで「特定の診療科に配置している」が 20.1%、「特定の病棟に配置している」が 16.5%、「特定の医師に配置している」が 9.7%であった（図表 70）。
- ・ 医師事務作業補助者の従事が「あり」という割合をあげると、「診断書などの文書作成補助」では 91.2%（図表 71）、「診療記録への代行入力」では 48.1%（図表 73）、「医療の質の向上に資する事務作業」では 65.2%（図表 75）、「行政上の業務（救急医療情報システムへの入力等）」では 39.5%であった（図表 77）。
- ・ 医師事務作業補助者の業務範囲について、「院内規程等で明確にしている」が 88.8%、「曖昧な部分がある」が 7.4%であった（図表 79）。
- ・ 個人情報保護上の問題の発生の有無については、「発生した」という回答はなかった（図表 80）。
- ・ ハイリスク分娩管理加算の届出状況は、「届出をしている」が 60.1%、「現在は届出なし、今後届出を行う」が 0.8%、「届出をしていない」が 33.7%だった（図表 81）。ハイリスク分娩管理加算の届出が受理された時期は、「平成 20 年 4 月」が 87.7%で最も多かった（図表 82）。
- ・ 平成 19 年と平成 20 年の同月で分娩件数を比較すると、9 月、10 月で前年より若干の増加となった（図表 83）。ハイリスク分娩管理加算の算定回数については、平成 19 年の同月と比較して 2 倍近くに増加した（図表 84）。

(2) 医師責任者調査・医師調査

- ・ 医師が所属している施設の開設主体は、医師責任者では「公立」が 26.0%と最も多く、次いで「医療法人」が 22.1%、「公的」が 16.9%、「その他の法人」が 13.9%であった。医師も同様で、「公立」が 25.4%と最も多く、次いで「医療法人」が 17.4%、「公的」が 16.9%、「その他の法人」が 13.9%であった（図表 85）。
- ・ 施設基準届出状況は、医師責任者、医師ともに「ハイリスク分娩管理加算届出施設」がそれぞれ 68.1%、75.5%と最も多く、次いで「医師事務作業補助体制加算届出施設」がそれぞれ 61.3%、54.8%、「入院時医学管理加算届出施設」がそれぞれ 18.3%、18.4%であった（図表 90）。
- ・ 回答があった医師の性別は、医師責任者では「男性」が 94.4%、「女性」が 5.5%であった。医師では「男性」が 83.6%、「女性」が 16.3%であった（図表 91）。年齢については、医師責任者は平均 51.6 歳、医師は平均 40.1 歳であった（図表 92）。医師としての経験年数は、医師責任者は平均 26.1 年、医師は平均 14.4 年であった（図表 94）。また、調査対象病院での勤続年数は、医師責任者は平均 11.4 年、医師は 5.5 年であった（図表 95）。
- ・ 外来診療担当の有無は、医師責任者では「あり」が 95.1%、「なし」が 4.4%であった。医師では「あり」が 91.5%、「なし」が 8.1%であった（図表 101）。医師 1 人あたり 1 日の平均外来診察患者数は、医師責任者は平均 32.6 人、医師は平均 28.0 人であった（図表 102）。
- ・ 入院診療における担当患者の有無については、「あり」が 87.0%、「なし」が 12.2%であった（図表 103）。医師 1 人あたりの担当入院患者数は平均 10.9 人であった（図表 104）。
- ・ 直近 1 週間の実勤務時間の平均は、医師責任者は 58.0 時間、医師は 61.3 時間であった（図表 105）。診療科別にみると、医師責任者では「救急科」（62.6 時間）が最も長く、次いで「脳神経外科」（62.3 時間）、「産科・産婦人科」（60.2 時間）、「外科」（60.1 時間）であった。医師では「救急科」（74.4 時間）が最も長く、次いで「外科」（65.0 時間）、「小児科」（63.7 時間）「脳神経外科」「産科・産婦人科」（ともに 63.9 時間）であった（図表 106）。
- ・ 医師責任者の平成 20 年 10 月 1 か月あたりの平均当直回数は、「産科・産婦人科」が 2.90 回で最も多く、次いで「救急科」が 2.73 回、「小児科」が 2.13 回、「脳神経外科」が 1.78 回であった。平成 19 年 10 月と比較すると当直回数は若干の減少となった（図表 107、図表 108）。平均連続当直回数は、「産科・産婦人科」が 0.29 回で最も多く、次いで「精神科」の 0.16 回であった（図表 111、図表 112）。

- ・ 医師の平成 20 年 10 月 1 か月あたり平均当直回数は、「救急科」が 5.48 回と最も多く、次いで「産科・産婦人科」が 4.51 回、「小児科」が 3.48 回、「脳神経外科」が 3.03 回であった。平成 19 年 10 月と比較するとやや減少しているものの、依然として高い水準であった（図表 109、図表 110）。平均連続当直回数は、「産科・産婦人科」が 0.40 回で最も多く、次いで「救急科」の 0.38 回であった（図表 113、図表 114）。
- ・ 各診療科の状況について医師責任者に回答していただいた結果、入院診療での業務負担の変化については「軽減した」が 7.3%、「変わらない」が 47.4%、「増加した」が 43.3%であった。（図表 117）。また、外来診療での業務負担の変化については、「軽減した」が 6.0%、「変わらない」が 53.4%、「増加した」が 38.3%であった（図表 122）。各診療科における夜間・早朝の軽症救急患者数の変化については、「減少した」が 9.1%、「変わらない」が 71.1%、「増加した」が 16.0%であった（図表 127）。
- ・ 医師責任者がみた各診療科の医師の勤務状況の変化については、「変わらない」（41.3%）が最も多く、次いで「どちらかというと悪化した」（21.4%）、「悪化した」（19.4%）、「どちらかというと改善した」（11.5%）、「改善した」（5.3%）の順であった。診療科別にみると、「改善した」「どちらかというと改善した」の合計では「救急科」「産科・産婦人科」および「小児科」が、また、「悪化した」「どちらかというと悪化した」の合計では「精神科」および「脳神経外科」が、いずれも全体平均を上回っている（図表 128）。
- ・ 平成 20 年 10 月における、各診療科の常勤医師数は、平成 19 年 10 月と比較すると大きな変化はみられなかった（図表 130）。
- ・ 平成 20 年 10 月における、各診療科の常勤医師 1 人あたり月平均残業時間の変化については、「救急科」で若干減少したものの、「脳神経外科」（46.7 時間）に次いで 2 番目に長いなど、依然として高水準となっている。「救急科」以外の診療科では、月残業時間の平均は増加している（図表 132）。
- ・ 平成 20 年 10 月における、各診療科の常勤医師 1 人あたり月平均当直回数の変化については、「産科・産婦人科」（4.8 回）、「救急科」（4.2 回）、「小児科」（3.5 回）が依然として他の診療科と比較しても高い水準であった（図表 134）。
- ・ 平成 20 年 10 月における、各診療科の連続当直をした医師の延べ人数については、「産科・産婦人科」（1.7 人）が他の診療科と比較して高い結果となった（図表 135）。
- ・ 各診療科の医師の退職者数は、男性の常勤医師については「精神科」「外科」「内科」が他と比較して多かった（図表 136）。
- ・ 各診療科が取り組んでいる医師の勤務負担軽減策としては、「医師事務作業補助者（医療クラーク）の配置」（50.4%）が最も多く、次いで「医師業務の看護師等コメディカルへの移転」（29.0%）、「常勤医師の増員」（23.2%）、「当直翌日の残業なしの配慮」（19.0%）であった（図表 137）。

- ・ 取り組んでいる勤務負担軽減策の効果については、効果があった（「効果があった」＋「どちらかといえば効果があった」）の回答割合が最も高かったものは「医師事務作業補助者の配置」（72.8％）で、次いで「常勤医師の増員」（70.7％）、「非常勤医師の増員」（67.8％）、「医師業務看護師等コメディカルへの移転」（66.4％）であった（図表 140）。
- ・ 平成 20 年 4 月以降の経済面での処遇の変化として基本給（賞与を含む）についてみると、「増額した」が 6.8％、「変わらない」が 83.0％、「減額した」が 5.5％であった。診療科別では、脳神経外科および産科・産婦人科で「増額した」との回答割合が他の診療科と比較して若干高かった。一方、救急科では「減額した」との回答が他の診療科と比較して高くなっている（図表 141）。同じく勤務手当についてみると、小児科、脳神経外科、産科・産婦人科、救急科で「増額した」が全体平均を上回った（図表 142）。
- ・ 平成 20 年 10 月における医師個人の勤務状況については、医師責任者、医師ともに、1 年前と比較して「変わらない」（それぞれ 47.7％、49.8％）が最も多く、悪化した（「悪化した」＋「どちらかといえば悪化した」）がそれぞれ 37.8％、34.8％、「改善した（「改善した」＋「どちらかといえば改善した」）がそれぞれ 13.2％、14.3％であった（図表 143）。
- ・ 医師個人の入院診療に係る業務負担については、医師責任者は「軽減した」が 13.6％、「変わらない」が 61.0％、「増加した」が 23.6％であった。医師は「軽減した」が 10.6％、「変わらない」が 61.2％、「増加した」が 26.5％であった（図表 145）。
- ・ 外来診療に係る業務負担については、医師責任者は「軽減した」が 7.5％、「変わらない」が 54.1％、「増加した」が 35.7％であった。医師は「軽減した」が 5.0％、「変わらない」が 53.7％、「増加した」が 38.8％であった（図表 147）。
- ・ 病院内の診療外業務に係る業務負担については、医師責任者は「軽減した」が 2.0％、「変わらない」が 42.5％、「増加した」が 54.9％であった。医師は「軽減した」が 1.6％、「変わらない」が 57.2％、「増加した」が 40.4％であった（図表 149）。
- ・ 病院内における教育・指導に係る業務負担については、医師責任者は「軽減した」が 1.8％、「変わらない」が 60.2％、「増加した」が 37.5％であった。医師は「軽減した」が 1.9％、「変わらない」が 63.6％、「増加した」が 33.8％であった。（図表 151）。
- ・ 医師責任者の管理業務に係る業務負担については、「軽減した」が 1.0％、「変わらない」が 49.9％、「増加した」が 48.6％であった（図表 153）。
- ・ 夜間・早朝の軽症救急患者数については、医師責任者が回答した担当診療科としては「減少した」が 9.1％、「変わらない」が 71.1％、「増加した」が 16.0％であった。医師では「減少した」が 7.5％、「変わらない」が 70.1％、「増加した」が 21.0％であった（図表 155）。

- ・ 医師責任者が日常業務において負担が最も重いと感じる業務として、回答が最も多かったものは、内科、小児科、外科、救急科では「病院内の診療外業務」（それぞれ 25.4%、24.3%、36.4%、32.6%）、精神科、整形外科、産科・産婦人科では「外来診療」（37.9%、31.0%、26.1%）、脳神経外科では「入院診療」（21.3%）であった（図表 156）。
- ・ 医師が日常業務において負担が最も重いと感じる業務として、整形外科以外のすべての診療科において「当直」が最も多い回答となった。内科では 29.7%、精神科では 28.4%、小児科では 45.3%、外科では 26.8%、脳神経外科では 31.2%、産科・産婦人科では 37.7%、救急科では 44.0%であった。なお、整形外科では「外来診療」（29.5%）が最も多く、次いで「当直」（27.6%）であった（図表 157）。
- ・ 医師にとって負担が重いと感じる具体的な業務は、「診断書、診療録・処方せんの記載」（50.8%）が最も多く、次いで「主治医意見書の記載」（44.2%）、「検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明」（29.0%）、「診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力」（27.6%）であった（図表 160）。
- ・ 勤務医負担軽減策に関する計画の認知度は、医師責任者では「内容も含め知っている」が 38.4%、「あることは知っているが内容は知らない」が 18.1%、「知らない」が 42.2%であった。医師は、「内容も含め知っている」が 11.9%、「あることは知っているが内容は知らない」が 17.3%、「知らない」が 69.9%であった（図表 161）。
- ・ 業務分担の進捗状況についてみると、医師責任者、医師ともに「診断書、診療録・処方せんの記載の補助」（それぞれ 31.5%、29.4%）が最も多く、次いで「主治医意見書の記載の補助」（23.5%、21.2%）、「静脈注射・留置針によるルート確保」（18.0%、17.2%）、「診察検査等のオーダーリングシステム入力や電子カルテの入力代行」（16.0%、14.0%）、「検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明」（14.9%、11.0%）であった（図表 163）。
- ・ 実施している業務分担の効果については、静脈注射および留置針によるルート確保では、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 79.5%、医師では 66.4%であった（図表 164）。
- ・ 薬剤の投与量の調整に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 7 割を超えているのに対し、医師では 4 割程度に留まっている。なお、「効果がなかった」「どちらかといえば効果がなかった」の合計が医師では約 3 割と、医師責任者の 3 倍以上の割合を示している（図表 165）。
- ・ 診断書、診療録・処方せんの記載の補助に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 78.8%、医師では 68.4%であった。なお、医師では「効果がなかった」が 12.5%と、医師責任者（4.1%）の 3 倍以上の割合を示している。（図表 166）。

- ・ 診断書、診療録・処方せんの記載の補助の効果について医師事務作業補助体制加算の加算種類別にみると、全体では「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が 81.2%、「どちらともいえない」が 11.5%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計が 6.7%であった。体制加算が高くなるほど、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が高くなる傾向がみられた（図表 167）。
- ・ 主治医意見書の記載の補助に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 77.5%、医師では 61.8%であった。なお、医師では「効果がなかった」が 15.1%と、医師責任者（5.0%）の 3 倍の割合を示している（図表 168）。
- ・ 主治医意見書の記載の補助の効果について、医師事務作業補助体制加算の加算種類別にみると、全体では「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が 80.8%、「どちらともいえない」が 11.9%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計が 6.6%であった。体制加算が高くなるほど、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が高くなる傾向がみられた（図表 169）。
- ・ 診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力の代行に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 72.3%、医師では 48.5%であった。なお、医師では「効果がなかった」が 22.3%と、医師責任者（5.2%）の 4 倍以上の割合を示している（図表 170）。
- ・ 診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力の代行の効果について、医師事務作業補助体制加算の加算種類別にみると、全体では「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が 72.9%、「どちらともいえない」が 17.8%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計が 7.4%であった。25 対 1 補助体制加算、50 対 1 補助体制加算の施設では他と比較して「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が高かった（図表 171）。
- ・ 滅菌器材、衛生材料、書類、検体等の院内物品の運搬・補充に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 73.8%、医師では 49.6%、「どちらともいえない」がそれぞれ 19.4%、32.7%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ 5.6%、16.2%と、両者の間に大きな差異がみられた（図表 172）。
- ・ 患者の移送に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 73.6%、医師では 46.3%、「どちらともいえない」がそれぞれ 20.7%、31.5%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ 4.8%、21.7%と、両者の間に大きな差異がみられた（図表 173）。

- ・ 夜間・休日の救急医療等における診療の優先順位の決定に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 51.2%、医師では 18.5%、「どちらともいえない」がそれぞれ 33.6%、41.4%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ 15.2%、40.1%と両者の間に大きな差異がみられた（図表 174）。
- ・ 入院中の療養生活に関する対応に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 75.9%、医師では 41.7%、「どちらともいえない」がそれぞれ 18.1%、30.8%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ 5.6%、26.8%と、両者の間に大きな差異がみられた（図表 175）。
- ・ 検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 78.2%、医師では 49.8%、「どちらともいえない」がそれぞれ 14.8%、26.8%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ 5.6%、22.9%と、両者の間に大きな差異がみられた（図表 176）。
- ・ 診察前の事前面談による情報収集・補足説明に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 75.9%、医師では 35.0%、「どちらともいえない」がそれぞれ 16.1%、33.9%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ 7.6%、30.0%と、両者の間に大きな差異がみられた（図表 177）。
- ・ カンファレンスの準備等に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 71.7%、医師では 35.5%、「どちらともいえない」がそれぞれ 19.7%、34.9%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ 8.5%、29.6%と、両者の間に大きな差異がみられた（図表 178）。
- ・ カンファレンスの準備等に関する業務分担の効果について、医師事務作業補助体制加算の加算種類別にみると、全体では「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が 75.0%、「どちらともいえない」が 19.5%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計が 5.5%であった。25 対 1 補助体制加算では他と比較して「効果があった」の割合が高かった（図表 179）。
- ・ 医師の残業時間の変化は、全体では「減少した」が 8.5%、「変わらない」が 62.6%、「増加した」が 27.0%であった（図表 180）。

- ・ 医師が当直後早く帰宅できるかについては、全体では「はい」が 19.4%、「いいえ」が 72.6%であった。救急科、小児科では「はい」の割合が全体平均の約 2 倍と高い割合を示した（図表 181）。
- ・ 医師が当直の翌日に仮眠をとれる体制であるかについては、全体では「はい」が 10.9%、「いいえ」が 81.0%であった。小児科では「はい」が 19.3%、救急科では 38.5%と、他と比較して高い割合を示した（図表 182）。
- ・ 医師が連続当直にならないようなローテーション等の配慮があるかについては、全体では「はい」が 77.0%、「いいえ」が 14.7%であった。この傾向はどの診療科においてもほぼ同様であるが、小児科および救急科では「はい」の割合が全体平均と比較して高かった（図表 183）。
- ・ 医師に自らの経済面での処遇の変化についてたずねたところ、基本給について、全体では「増えた」が 12.0%、「変わらない」が 79.5%、「減った」が 6.0%であった（図表 184）。同様に手当について、全体では「増えた」が 7.6%、「変わらない」が 86.6%、「減った」が 2.3%であった。この傾向はどの診療科においてもほぼ同様であるが、産科・産婦人科では「増えた」が 18.3%と他と比較して 2 倍以上の高い割合となっている（図表 185）。
- ・ 医師の今後の意向については、全体では「できれば今の職場で働きたい」が 58.4%、「できれば別の病院に異動したい」が 18.1%、「できれば別の診療科に異動したい」が 0.4%、「できれば別の職場に異動したい」が 2.9%、「できれば開業したい」が 5.7%、「できれば診療を辞めたい」が 5.0%であった（図表 186）。

参 考 資 料

勤務医自由記述欄【抜粋】

◆◇ 目 次 ◇◆

1. 施設票.....	182
4-①-1) - 1 「医師・看護師等の業務分担」の具体的な取組み内容	182
4-①-2) - 1 「医師事務作業補助体制」の具体的な取組み内容	183
4-①-3) - 1 「短時間正規雇用の医師の活用」の具体的な取組み内容.....	184
4-①-4) - 1 「連続当直を行わない勤務シフト」の具体的な取組み内容	184
4-①-5) - 1 「当直後の通常勤務に係る配慮」の具体的な取組み内容.....	185
4-② その他の医師の負担軽減策	186
4-③-1 医師の経済面での処遇改善の「その他」	187
5-①-1 入院時医学管理加算の届出をしていない理由	187
5-⑤ 入院時医学管理加算についての課題・問題点等	189
6-① 医師事務作業補助体制加算の届出をしていない理由.....	190
6-⑩ 医師事務作業補助体制加算についての課題・問題点等	191
7-①-1 ハイリスク分娩管理加算の届出をしていない理由	193
7-⑩ ハイリスク分娩管理加算についての課題・問題点等.....	194
8 病院勤務医負担軽減についての今後の課題・ご要望等	196
2. 医師責任者票.....	212
2-④-1 入院診療に係るあなたの業務負担が「増加した」理由	212
2-④-1 入院診療に係るあなたの業務負担が「軽減した」理由	215
2-⑤-1 外来診療に係るあなたの業務負担が「増加した」理由	216
2-⑤-1 外来診療に係るあなたの業務負担が「軽減した」理由	217
4-⑤ 診療科において実施した経済面での処遇改善の内容.....	217
5 病院勤務医の負担軽減についての課題・ご意見	220
3. 医師票.....	224
2-④-1 入院診療に係るあなたの業務負担が「増加した」理由	224
2-④-1 入院診療に係るあなたの業務負担が「軽減した」理由	225
2-⑤-1 外来診療に係るあなたの業務負担が「増加した」理由	227
2-⑤-1 外来診療に係るあなたの業務負担が「軽減した」理由	229
2-⑮ 病院の中でどのような取組みを実施すれば、あなたの勤務状況は改善すると思 うか。	230
2-⑰ 今後の意向の理由	232

1. 施設票

4-①-1)-1 「医師・看護師等の業務分担」の具体的な取り組み内容

○静注、採血、点滴ルート確保など

- ・看護師による静脈注射の施行。
- ・静注、採血、問診などを看護師が行っている。混注作業は薬剤部が実施。採血は一部、臨床検査技師が実施している。
- ・がん化学療法室における抗がん剤、点滴ルートの確保をがん化学療法認定看護師が実施。
- ・2回目以降の抗生物質接続を看護師が行うようになった。
- ・看護師が薬剤の投与量の調節、静脈注射を実施している。
- ・早朝の病棟採血検査を臨床検査技師が実施している。

○助産師外来、院内助産の導入など

- ・助産師外来、院内助産の導入。
- ・助産師外来等の導入。
- ・助産師の積極的活用。

○救急医療におけるトリアージ

- ・救急医療等における診療の優先順位の決定。
- ・休日や夜間に診療を求めて救急外来に患者が来院した場合、救急外来マニュアルの下に、看護職員が優先順位の判断を行うことを可能とした。

○患者やその家族への対応

- ・入院の療養生活に関する対応、患者・家族への説明、採血・連鎖についての説明。
- ・内服・検査などの説明。
- ・医師の治療方針の決定や病状の説明等の前後に、看護師等の医療関係職が、情報収集や補足的な説明を行うとともに、患者、家族等の要望を傾聴し、医師と患者、家族等が十分な意思疎通をとれるよう調整を行う。また、医師の治療方針に基づき、看護職員が療養生活の説明を行っている。

○事務作業関係

- ・主治医意見書作成補助、検査指示せん、食事指示せん等の作成補助。
- ・書類作成補助等。

○その他

- ・ベッドメイキング、院内の物品の運搬・補充、患者の検査等への移送。

- ・薬剤の管理、医療器械の管理。

4－①－2)－1 「医師事務作業補助体制」の具体的な取り組み内容

○診断書・診療録・処方せん・主治医意見書等の作成の補助

- ・診断書、診療録、処方せんの作成。診察した医師が最終的に確認することを条件に、医師事務作業補助者が医師の補助者として記載を代行することを可能とした。
- ・介護保険・生活保護要否意見書・生命保険診断書・事故診断書などの文書作成補助。
- ・主治医意見書の作成（介護保険法関係）。主治医が最終的に確認し署名することを条件に、医師事務作業補助者が医師の補助者として主治医意見書の記載を代行することを可能とした。
- ・生活保護要否意見書、訪問介護指示書などの作成補助。
- ・診断書作成補助、紹介状返書作成補助など。
- ・入院診療計画書・退院診療計画書の患者基本情報の記載、入院証明の患者基本情報の記載など。

○オーダー補助

- ・オーダー補助（予約・検査など）。スキャナ、生活保護、介護意見書等作成補助。
- ・診察や検査の予約。医師の正確な判断・指示にもとづいているものであれば、医師との協力・連携の下、医師事務作業補助者が医師の補助者としてオーダーリングシステムの入力を代行することを可能とした。
- ・検査オーダー等の入力をしている。
- ・外来予約業務の代行入力。
- ・外来診療サポート（各種検査伝票記入）。

○診療データ等の入力、管理

- ・入院医療統計などの入力補助。
- ・病棟での検査データの入力業務等。
- ・病院情報システムへの病名代行入力（整形外科・産科・婦人科）。
- ・電子カルテからのコスト入力、処置行為、入退院処理。
- ・医師の指示に関するオーダー入力代行業務。医師の指示による診断書・紹介状等の作成。電子画像を取り込み、電子カルテに保存。診療内容のディクテーション。DPC 入力代行。

○行政上の業務への対応

- ・行政上の業務への対応を医師の指示の下に行う。救急医療情報システムへの入力。感染

症のサーベイランス事業など。

- ・院内がん登録等の統計、調査。

○学会・カンファレンス準備等

- ・医師研修の資料づくり。
- ・カンファレンスの資料づくり。
- ・症例検討会や臨床研修医勉強会のためのデータ準備。

4－①－3)－1 「短時間正規雇用の医師の活用」の具体的な取組み内容

- ・小児科医師2名との短時間雇用契約を締結。
- ・小学校就学前の子を養育するため、短時間（週20～25時間）の勤務形態の選択が可能となった。
- ・1週間の勤務時間が32時間という常勤医制度の導入。
- ・週4日の勤務体制の導入。
- ・週4日勤務、週3日日勤＋半日2回など。
- ・ジョブシェアリング制度の制定。
- ・週4日、外来のみを担当する医師の正規雇用。
- ・育児短時間勤務制度の導入。
- ・育児のための短時間勤務（週20時間）の許可（小学校就学前まで）。
- ・従来より週4日以下勤務の医員（非常勤）を雇用。平成20年10月からは、医員、研修医を全て常勤化し、医員については、週32時間以内の勤務が可能となった。
- ・「週4日以下の勤務」、「1日について短時間勤務」の2つのパターンを導入。

4－①－4)－1 「連続当直を行わない勤務シフト」の具体的な取組み内容

- ・当直表を作成し連続当直にならないシフトを作成。
- ・当直表作成の段階で同一医師が連続しない配慮。
- ・常勤医には基本的には当直をさせていない。しかし、現在常勤医の1人が、本人の希望によって週1回、月に土・日1回の当直を行っている。
- ・多数の科で連続当直にならないよう配慮をしている。診療科によるが、多科による合同当直を行い分担して実施している。
- ・多くの非常勤医師を採用している。
- ・連続当直を行わない勤務シフトとし、当直回数を月4～5回としている。

- ・ローテーション制を実施。
- ・救命救急センター医師は、2 交替制勤務を実施。
- ・当直後は、3～4 日明けるように組んでいる。
- ・当直回数の上限を月 3 回以下と決めている。
- ・土～月の当直勤務の 2 人体制。「土曜日夜～日曜日昼」+「日曜日昼～月曜日朝」。
- ・スポット勤務医の採用。
- ・産科医以外については連続当直なし。
- ・小児科・産婦人科・麻酔科・放射線科は、オンコール体制で当直なし。他科の 50 歳未満の医師は全員当直参加。
- ・毎月、全科分の当直表を作成し、当直回数を調整している。また、産婦人科では月～金までの 5 日間で非常勤医による勤務を 3 回入れ、土、日は待機制とした。
- ・宿直 1 回、日直 1 回を宿日直の許可基準としている。
- ・宿直は週 1 回、日直は月 1 回を限度とする。ICU、NICU、救命救急センターについては、交替制勤務としている。
- ・救急総合診療所にて 3 交替勤務を実施している（H19.4～）。

4－①－5)－1 「当直後の通常勤務に係る配慮」の具体的な取組み内容

○当直後の勤務時間を短縮

- ・診療状況に合わせて午後勤務を免除している。
- ・当直後は 4 時間勤務としている。
- ・当直後の翌日は午前中のみ勤務とし、午後は勤務を免除している。
- ・当直明けの午前診療を休ませている。

○当直明けは休み

- ・医師当直明け休みの導入。
- ・職務専念義務免除を与えている。
- ・当直後は勤務を免除している。
- ・勤務・当直の組合せにより、翌日の代休を付与している。

○当直明け勤務に対する手当

- ・当直明けに勤務した医師に対し手当を支給している。
- ・科毎に複数いる場合は朝から明けを取るようにし、明けを取れない場合は、超過勤務手当を支給している。

○仮眠をとれるようにしている

- ・仮眠や早期の帰院。
- ・仮眠をとれるよう、仮眠室の整備を行った。
- ・休憩を取る（翌日仮眠をとる）。

4-② その他の医師の負担軽減策

○外来分離・外来縮小

- ・一般外来はサテライトクリニックで実施している。救急患者や検査目的、外来リハビリ訓練者、健康診断（脳ドック）は病院で実施と機能分化をはかっている。
- ・平成 20 年 12 月より、土曜日を原則休診とした。
- ・医師会を中心とした小児輪番制により、小児患者の分散を図っている。
- ・外来の縮小。初診における選定療養の実費徴収。
- ・外来縮小の取組み（初診時の保険外併用療養費の導入、逆紹介率の向上等）。
- ・初診における選定療養の実費徴収額の引上げによる外来縮小。

○外来の完全予約制等の導入

- ・完全予約制（一部の診療科）の実施、平日午後（10 月 23 日・記念日）の休診。
- ・紹介予約制を原則とし、診療予約は、担当部門が一括して受付を行っている。

○地域連携の推進

- ・地域医療連携による逆紹介の推進。
- ・医療連携体制の強化（登録医制度の推進、各種セミナーの開催等）。
- ・地域連携室において退院調整を行い、病病連携・病診連携に努めている。地域医療機関との更なる連携強化を図るため、地域連携室に MSW（地域医療連携担当）1 名を配置。

○非常勤医師の活用

- ・当直に非常勤医を配置。
- ・当直の一部について 17 時～23 時 15 分までを常勤医師の担当し、翌日 8 時までは大学から派遣されている非常勤医師として、長時間勤務を軽減している。
- ・麻酔科については、日当直を非常勤医師で対応している。
- ・常勤医師の負担の軽減を目的として、育児等で離職している女性医師を外来診療限定で募集・採用した。
- ・医師の専門外の疾病に対応し、負担を軽減するため非常勤医師による専門外来を設置した。

○他職種の活用

- ・医師事務作業補助者とは別に、医局事務を行う職員（専属）1名を配置。
- ・患者の心理的、社会的な問題を援助するため、社会福祉士（MSW）を増員。
- ・病歴情報管理のために診療情報管理士を増員。
- ・診療情報管理士1名を採用し、DPC レセプトチェック時における医師の負担軽減を図った。
- ・産科胎児エコー検査の検査技師による施行。

○その他

- ・分娩監視システムを院内 LAN に接続し、中央監視システムを構築。また、各医師や病棟のパソコンでの監視も可能とした。
- ・入院患者の検体検査結果早期報告システムの導入。
- ・院内保育所の整備・実施。

4-③-1 医師の経済面での処遇改善の「その他」

- ・昇格させて処遇を改善した。
- ・通勤時の ETC カードを配布した。
- ・年棒を増やした。
- ・単身赴任手当を設けた。
- ・資格維持支援金制度の創設、医師業務支援費の支給。
- ・年棒制に移行。
- ・地域手当について、上限 15% へ向けて、段階的に率を上げている。
- ・学会費補助。専門医等更新費用の補助。
- ・医員（非常勤医師）を院内助教として常勤雇用する制度の新設（H20.4～）。
- ・評価制度に従い、A 評価の医師の昇給。
- ・勤務時間を 15 分短縮した。初任給調整手当は、国と同様に約 11% の引上げをはかった。一方で、月例給を引下げ、賞与については 0.03 月分の引下げを行った。

5-①-1 入院時医学管理加算の届出をしていない理由

○施設基準を満たさない（詳細についての記述がない）

- ・施設基準を満たさない。

- ・施設基準上、体制の整備ができていないため。
- ・施設基準対象外。

○標榜診療科等について要件を満たしていない

- ・精神科を標榜していないことなど体制が整っていないため。
- ・精神科、小児科、婦人科、産科の標榜が困難。
- ・届出要件である「脳神経外科」がないため。
- ・施設基準を満たさないため（脳神経外科が休止中）。
- ・精神科の標榜がなく、24 時間の対応が不可能なため。
- ・産科がないため。

○全身麻酔の件数について要件を満たしていない

- ・全身麻酔の手術が基準に満たない。
- ・全身麻酔 800 件以上の基準を満たさない。他も現時点では満たさない項目が数か所あり。

○治癒患者割合について要件を満たしていない

- ・施設基準を満たしていないため（直近 1 か月の総退院者数のうち、退院患者紹介加算を算定する退院患者数および転帰が「治癒」で通院の必要がない患者数が 4 割以上という施設基準）。
- ・退院患者の紹介率と治癒率が 4 割に満たないため。
- ・診療情報提供料（Ⅰ）の「注 7」の加算を算定する退院患者及び転帰が治癒であり、通院の必要のない患者数が総退院患者数の 4 割以上がクリアできない。

○選定療養の実費徴収について要件を満たしていない

- ・選定療養の届出をしていない。

○複数の要件を満たしていない

- ・精神科、小児科の標榜なし。選定療養の届出なし。
- ・当院の体制上、施設基準を根本的にクリアできないため（診療科、全麻酔件数等）。
- ・全身麻酔の手術件数 60 件／月、薬剤師の当直体制、画像診断および検査の 24 時間実施は経済的に成り立たない。
- ・「24 時間の救急医療提供」に係る部分と「外来縮小への取組み」部分等。
- ・施設基準を満たしていないため。特に施設基準の全身麻酔手術が件数不足。また、選定療養を徴収していない。
- ・標榜診療科、全身麻酔の患者数を満たしていない。
- ・小児科医がいない。精神科の 24 時間対応連携がとれていない。治癒率 40%は現状では困

難。

- ・脳神経外科の標榜、精神科についての 24 時間診療対応、初診に対する選定療養の届出による実費徴収等を行っておらず、施設基準の要件を一部満たせないため。
- ・標榜科目が要件に不足している、全身麻酔が年間 800 件に満たない、薬剤師 24 時間体制など、施設基準に適合していない。

○その他

- ・特定機能病院であるため届出不可能。

5-⑤ 入院時医学管理加算についての課題・問題点等

- ・全国一律の基準でなく、過疎の地域には基準を低くしてほしい。
- ・一般的に入院患者が退院する場合は、退院後の経過観察を行うことから「転帰」の「治癒」は該当しない。現場の実態にそぐわない施設基準である。改善を要望したい。
- ・「転帰が治癒で通院の必要ない患者が 4 割以上」という条件について、もともと腎不全、心不全など慢性かつ重症の患者を診ている場合、入院理由が「肺炎」などでそのものは「治癒」となっても原疾患のため通院になる場合、「治癒」になるのか。「治癒」とならない場合、別の病気で急性期の対応しているため、上記のようなケースは「治癒」にすることはできないか。
- ・小児科医の確保、術後の患者の転院（逆紹介）等地域により、病院の努力だけでは達成が難しいものを基準に入れることについて疑問がある。
- ・医師への補助業務の内容が煩雑であり、本来行ってはならない看護業務の補助、物品運搬などの区別がつきにくい場合がある。
- ・以前は、入外比率がネックになり届出ができなかった。改正により条件が変更となり算定できるようになったが、今後、条件が変更にならないことを望んでいる。
- ・在院日数の短縮化（医療費の縮小）により、早期退院が求められている中、例えば手術後に抜糸まで入院させることなく退院とし、退院後に 1 度だけ通院するケースも多く、このようなケースも「治癒」と準ずる取扱いとしてほしい。また、診療情報提供料についても、200 点加算がないものについても、対象としてほしい。
- ・もう少しハードルを上げてほしい。
- ・地域により紹介医療機関に限界があり、一律 40%はハードルが高すぎる。20%～30%が適当と考える。
- ・以前は取得していたが、改正により取れなくなり減収となった。医師数は十分なのに、産科又は婦人科・小児科・精神科を取り扱っていないため、救急や外科系の過大な労働に対する評価をされず、「産科又は婦人科・小児科・精神科」の勤務医だけの評価では不

合理。

- ・全身麻酔要件を腰推麻酔と合わせて 800 件以上としてほしい。
- ・自治体病院の救済としては良いが、民間でも公的な役割を果たしている病院もある。そもそも機能分化を推進しているのであれば、これこそ地域の事情に合わせるべきである。
- ・診療情報提供料等を算定する割合（4 割以上）のハードルが高い。
- ・施設基準の要件緩和を要望する。
- ・小児科が集約をされてきているのが現状であり、小児科入院医療の提供の要件を改善してほしい。
- ・精神科は 24 時間体制でなくても診療できる体制があればよいのではないか。
- ・施設基準のハードルが高すぎて、基準を満たす医療機関が限定される。
- ・急性期入院＝DPC 病院は医療機能を高度にしているため、病院の機能と医師数などでの評価にしてほしい。
- ・転帰が治癒であり、通院の必要のない退院患者の割合が 4 割以上という要件の緩和。
- ・医師不足の現状で、地方では集約化による地域医療、特に救急医療を守っていることと矛盾している。
- ・現在、外来縮小計画、外部の医療機関との診療分担の推進等の要件を検討中。外来縮小の要件は、現状では不可能である。外来縮小でも病院が成り立つ保険点数でないと無理である。120 点のみでは診療補助要員も雇用は困難である。
- ・施設基準の設定（退院後の再来率）が厳しい。
- ・退院後、1 回程度の通院を認めてほしい。

6－① 医師事務作業補助体制加算の届出をしていない理由

○特定機能病院であるため

- ・特定機能病院であるため。
- ・特定機能病院であるため、届出できない。

○コストが見合わないため

- ・事務員の人員を確保しようとすると収益に見合わない（コストパフォーマンスが悪い）。
- ・専従としなくてはいけないため。
- ・採算面で難しい。
- ・医師事務作業補助体制加算 3 の算定を前提にシミュレーションを行ったが、当院の病床比率では 3 名必要であり、支出が加算点数を上回ったため断念した。
- ・人件費を賄えるだけの診療報酬を得られず、財政状況も厳しいため。
- ・不採算のため。余剰人員がいないため。

○施設基準を満たしていないため

- ・施設基準に合致しない項目がある（年間緊急入院患者数が 200 名以上の実績なし）。

○その他

- ・配置している医師事務作業補助者の実態の雇用形態は、業務委託であり医事専従配置及び限定業務の施設基準に抵触しているため。
- ・勤務医負担軽減検討委員会で討議した結果、医師全体に影響する業務の軽減を図るためには、人的投資より、システムの投資において効率を図ることが最善の方法であると結論が出たため。
- ・届出に必要な規程類、院内体制、研修計画等の未整備。
- ・院内のコンセンサスがまとまらない。
- ・スタッフの確保ができていない。

6-⑩ 医師事務作業補助体制加算についての課題・問題点等

○診療報酬が見合わない

- ・人件費に対する診療報酬のバランスがかけ離れている。業務内容の制限を拡大すべきである（医師が患者の搬送、画像フィルム検査データ等の整理を行う場合がある）。
- ・医師事務作業補助者を雇用するに見合った点数制度にしてほしい。25 対 1 の体制が整っているにもかかわらず、救命救急センター等の病院の種別で区分されるために、より低い基準（50 対 1）でしか届出ができないというのは、医師の負担軽減策としての観点からは合理性に欠けているのではないか。
- ・医師には大変喜ばれているが、人件費と加算点数を比較すると赤字なので、点数の改定を要望する。
- ・現状の診療報酬では、常勤の医師事務作業補助者を雇用することは困難。専門性の高い職種であり、優秀な人材の確保の面からも、具体的な評価に基づいた診療報酬の増加を検討してほしい。

○算定対象を広げてほしい

- ・医師事務作業補助は一般病棟のみだけではなく、外来での業務など限定するものではないため、一般病棟のみを加算で行うと患者負担も含め公平性に欠けると考える。加算方法の再考が必要ではないか。また、1 人の人件費分にもならないため、診療報酬のアップを期待する。
- ・医師の事務作業としては、再入院の患者や外来患者に関する業務もあるのに、算定要件

が新規入院患者に限定されていることが疑問である。また、点数上のメリットもあまりない。算定対象の見直し及び点数アップを希望する。

- ・外来の医師事務作業補助体制加算を新設してほしい。

○他の業務への拡大をして欲しい、専従を外して欲しい

- ・レセプト等の医事業務を行わせたい。
- ・「専従」等の要件は、外してほしい。

○業務範囲が明確でない

- ・具体的な業務内容の判断に困る場合がある（どこまで行ってよいのか）。
- ・事務作業の範囲をもっと明確にしてほしい。

○届出要件が厳しい

- ・点数化される以前より外来や病棟へ配置し取り組んできたが、届出要件が厳しいと思われる。

○その他

- ・当院では、厚生労働省が「医師及び医療関係職と事務員職員等との間等での役割分担の推進について（医政発第 1228001 号 平成 19 年 12 月 28 日）で提案しているような医療従事者の負担軽減策は①電子カルテ及びオーダーリングシステム、自走台車システム導入②医療クラークの配置③メッセージ業務委託④患者給食業務委託⑤病棟助手・ベッドメイキング業務委託⑥洗濯業務委託等により実施済みである。このように先駆的に施策を実施している医療機関が、報酬の恩恵を受けることのできない制度の施設要件は見直しが必須である。これらの補助施策実態から制度に対する意見・要望としては、①作業補助者の医師専従の施設要件を撤廃してほしい。当院では、これ以上の医師業務の代わりを事務担当が行うことは難しいが、看護師が医師の業務を負担し、看護師の業務を看護助手が負担することは可能と考える。したがって、医師事務作業補助者を医師事務専従とするのではなく医療従事者の専従（専任）とすれば、補助する可能性はより広がるし、事務作業補助者を配置する病院としても効率的な運営を図ることが可能となる。②作業補助者の限定業務を拡大して欲しい。上記のとおり、効率的で柔軟に医師及び専従者の負担軽減に資すること及び作業補助者の効率的活用を図るため施設要件の限定業務を拡大してほしい。③報酬の見直し（増）及び労働時間、雇用形態の業務委託除外要件を撤廃してほしい。医師事務作業補助体制加算で算定される報酬は、あまりに少ないといわざるを得ない。算定される報酬で業務委託以外の選択といえは派遣社員の雇用もしくは、アルバイトの雇用となるが派遣社員の雇用には報酬が見合わず医療機関の持ち出しとなり、アルバイトの場合は、スキルを持った人材の安定確保は難しい上、週 4 日

かつ 32 時間勤務の縛りでは、雇用者の扶養家族としての税法上の枠を超えてしまうことにより雇用される者が雇用に難色を示す場合が多い。さらに、人材派遣での医師事務作業補助業務は派遣法の 26 業種の対象とならないことから 3 年後には解雇もしくは直接雇用しなければならない。雇用形態による病院に対する様々な障害・影響を考慮し、より柔軟な雇用体制が選択できるよう制度を改定いただきたい。

- ・病院勤務医の負担軽減を図るため、地域の急性期医療を担う病院において、医師の事務作業を補助する職員を配置している場合には、「医師事務作業補助体制加算」が適用されるが、特定機能病院である大学病院は除外されている。救急や周産期の患者を受け入れるなど、医師の過重労働を少しでも軽減させるため、本加算の適用を要望する。
- ・医師事務作業補助者の作業範囲は広く、専門知識も必要とされることが多いが、補助者を育成する機関が整備されていない。
- ・医療業務（若しくは医療従事）経験者でないと、なかなか困難な事務である（研修期間 6 か月では取得は難しい）。できれば看護師等、国家免許所持者が適任である（実際に患者をみることができる方）。

7-①-1 ハイリスク分娩管理加算の届出をしていない理由

○産科がない

- ・産科を標榜していない。
- ・婦人科は外来診療のみであり、分娩等の入院を受け入れていない。
- ・産科を休止しているため。
- ・産科廃止（H18.11 月）。
- ・循環器専門病院のため。

○要件を満たしていない

- ・要件を満たしていない（常勤産科医師 1 名）。
- ・産科再開に伴い、施設基準を満たしていない。
- ・産科常勤医 3 名の配置がない。
- ・以前（H20.9）までは届出をしていたが、医師の退職により、施設基準（3 名の常勤医師）確保が満たされなくなり、辞退を余儀なくされた。産科医師不足の折、補充医師の見込みもないことから、届出ができない状況となっている。
- ・産科医師数 2 名のため。
- ・常勤医師が 3 名から 2 名となり、施設基準を満たさなくなったため。
- ・24 時間待機するべき医師の数が不足しているため。

7-⑩ ハイリスク分娩管理加算についての課題・問題点等

○診療報酬の引上げを希望

- ・加算点数が実務内容に比べて不足しており、適応拡大、増額が必要。
- ・診療報酬点数の引上げを望む。
- ・施設基準が厳しい割には対象疾患が少なく点数設定が低い。

○適応対象の拡大

- ・既往帝王切開後経膈分娩 (vaginal birth after cesarean: VBAC) を適応に加えて欲しい。VBAC は子宮破裂の危険もあり、大変なハイリスク分娩にもかかわらず、算定項目にない。前1回帝王切開の妊婦が VBAC に成功すれば、その次も VBAC ができる可能性が高まる。VBAC を増やすことは患者の利益になるとともに、帝王切開を減らし、医療費削減にもつながるため、是非、検討してほしい。
- ・算定対象となる疾患の拡大をお願いしたい。現在は保険対象となる合併症を有する疾患のみとなっているが、双胎妊娠の経膈分娩、既往帝王切開後の経膈分娩 (いわゆる VBAC) は、分娩の安全管理のため医師、助産師の負担は通常の出産に比べ大きいいため、対象としてほしい。さらに出生前診断された胎児先天異常 (先天性心疾患、先天性横隔膜ヘルニアや腹壁破裂など外科的疾患、染色体異常など) は出生直後より小児科医や小児科医の集中管理が必要となるため分娩立会いを行う必要があり、分娩に関わる医療者の数は多くなるため加算が必要と思われる。
- ・8日間の算定しかできないが、状態によりもっと長時間管理が必要で入院治療を行っている場合もあるため、算定期間の延長を希望する。
- ・多胎妊娠も適用範囲にしてほしい。
- ・他院よりの搬送症例や早産症例は妊娠週数に関係なくハイリスク分娩管理加算の対象としてほしい。子宮内胎児発育不全、多胎妊娠、胎盤機能不全、羊水異常も対象としてほしい。
- ・①前回帝王切開の分娩管理も加える。②投薬を受けている精神科疾患妊婦も加えてほしい。③「糖尿病 (治療中)」は、食事療法を行っている妊娠糖尿病を含めて明記してほしい。④「心疾患 (治療中)」は、治療中の内容があいまいで、たとえば、投薬を受けていなくても分娩時には厳重な管理を要するので、治療中でなくても NYHAⅡ度以上とか、内科でフォロー中の場合なども含めてほしい。⑤40歳以上で合併症がなく元気な妊婦は、自費入院としているので分娩管理加算をとっていない。⑥慢性高血圧合併症妊娠も加えてほしい。

○算定要件の緩和

- ・算定要件が非常に厳しく、帝王切開の適応の患者に対しては医師、助産師は分娩管理に大変となっている。特に予定の帝王切開患者はまだ予測が付きやすいが、緊急で行う帝王切開については、常位胎盤剥離、前置胎盤（出血等がある場合）となっているが、24時間体制で観察した結果に緊急手術となっているので、規程の緩和をお願いしたい。
- ・対象患者で病名があるにもかかわらず、査定されない場合があり、算定要件が厳しい（例：前置胎盤）。
- ・他医療機関から緊急搬送された分娩であっても、加算が算定できない場合があり、適用範囲を拡大してほしい（膠原病の患者、胎児に問題のある場合など）。ハイリスク分娩管理加算が認められても、医師には全く還元されていない。本加算分は、原則的に産婦人科医、新生児科医に配分されるべきとする通達が必要と考える。

○正常分娩時の算定

- ・実際には、ハイリスク分娩である妊婦も結果的に正常分娩であれば、そもそも入院自体が健康保険の対象外である。ハイリスクの妊婦・分娩の保険適用範囲の拡大が必要であると考ええる。
- ・ハイリスク分娩管理加算の対象患者であるが、自然分娩に対しては加算の保険請求ができない。
- ・ハイリスク分娩管理加算については、保険適用時のみが算定可能であるが、正常分娩の場合は、自費診療であり算定できないため、医師への適正評価とは言えないと考えられる。
- ・ハイリスク分娩管理加算の算定対象患者が管理目的で入院していたが、普通分娩（経膈分娩）に至った場合、分娩日から自費扱いとなるため算定不可能となる。普通分娩に至った場合でも合併症によりリスクの高い分娩となり、分娩後も患者の継続的な管理を必要とされるが評価されない。

○医師の処遇改善に結びついていない

- ・本加算が産婦人科医の負担軽減を目的にしていることが知られているが、現在のところ、施設の規定で産婦人科のみに特定して優遇することができない。したがって、当局よりの指導を強化し、各医療施設へ通達するか、こうした実態を広報し、実効性のあるものとする必要がある。病院収入にはなっても、産婦人科医への配慮が乏しいのが現状である。
- ・管理加算については医師の収入増加につながるよう要望する。
- ・「ハイリスク分娩管理加算」は病院にとっては増収になるが、当事者の産科医の処遇改善につながっていないのが現状である。
- ・現に診療に従事した医師に対して、個別のインセンティブ付与のための加算があること

を明示し、その内容（処置改善の内容及び還元の割合等）を公表するよう病院に指導すべき。現状では、各病院がこの増収分をどのように活用すべきか示されておらず、現場の士気をかえって低下させる結果を招いている。

○その他

- ・これまでの日本の医療の進歩によって、出生時死亡は減少し、未熟児についても NICU 等の医療により、多くの新生児を救ってきたため、国民全体が分娩について非常に安易に考えているのではないかと考える。もう少し若い頃にきちんとした教育を行い、分娩に伴うリスクも知らせるべきである。あまりにも自分勝手（自己中心的）な妊婦・家族が多い。
- ・十分な医師を確保できるだけの診療報酬の増額が一番に必要である。
- ・ハイリスク分娩管理加算算定の条件に、産科医療補償制度への加入を含めることはおかしい。産科補償制度は、単なる民間の保険であると厚生労働省も認めている。

8 病院勤務医負担軽減についての今後の課題・ご要望等

- ・医師事務作業補助体制加算の医師事務作業補助者の業務範囲について検討してほしい。診療報酬業務等の兼務を認めてほしい。専従としての配置では採算性に欠ける（人件費）。
- ・当院のような中小の病院では、常勤医の勤務を楽にしなければ医師の確保ができない。そのため、当直も常勤医が希望しなければ、全てアルバイト医師を雇用して行うこととしている。都心中心部にあるため、アルバイト医は比較的に見つけやすいと考える。しかし、質の確保の点では問題がある。また、大学の人事異動等により、当直医が来られなくなった場合、院長他、常勤外科医がカバーすることになっている。それでも、常勤医は外来診療、病棟診療（看護師への指示、処方せん作成）、手術、検査、患者・患者家族への説明、依頼された診断書作成等と忙しい。当院では、事務補助として、主治医意見書は介護保険が始まった時より、入力業務は全て事務が行い、医師の事務作業を軽減してきている。外来、病棟の薬の処方せんも、薬剤師や医事課職員により、医師が手書きした処方せんを入力し、次からは医師がチェックするだけになるようにしている。病棟クラークも 88 床の病床に 3 名おり、カルテ整理、検査データの貼付け等を行っている。MSW も 2 名体制で、医師から退院間近の指示があれば、退院・転院調整は全て行っている。診療情報提供書も、可能な限り記載し、医師はチェックを行うのみにしている。今回の改正で医師事務作業補助者が、保険会社からの診断書についても記載できるようになったが、これまでも忙しい中で医師が行っていた業務であるため、事務作業員への移行は慎重にする必要があり、なかなか進まない。今回の質問のように 1 年前から何らか、医師の事務が少なくなったかという質問であれば、もう既に、補助作業は行っていたた

め、大半の医師は、変化がないと答えるであろう。平成 13 年の調査によると日本の病院の 40%が 99 床以下、29%が 100～199 床で、70%が 199 床以下の病院という構成になっている。今回の調査は、研修医、後期研修医のいるような病院を想定して考えられているようだが、当院のような体制で専従を要件とされるのは難しい。現在医師事務作業補助者の専従者は、診断書作成をどのように移行するか模索中であり、クリティカルパスの作成、統計資料の作成、医局会の準備、議事録作成、症例検討会準備、主治医意見書作成を行っている。将来的には、電子カルテを採用し、診察室に 1 人ずつ配置し、医師と患者のやりとり、検査のオーダー入力も医師事務補助作業者の仕事として確立させたい。病棟においても回診に同行し、診療録の入力業務はできるだけ医師事務作業補助者が行っていけるようにし、手術記録の作成も、医師の口述を録音できるようにしていきたい。そのためにはカルテの電子化が必要であるが、現在の診療報酬では取りかかれない。当院は、医療機能評価の認定も 15 年前からとり、2 次救急医療機関であり、病床稼働率も 100%近くを維持している。しかし、病院自体の収支は赤字になることもある。法人内の訪問看護ステーションやデイサービスの黒字を補填して法人としてやっと黒字計上ができている状況が続いている。平成 18 年の中小病院の勤務実態を無視した看護配置基準の改定があり、経営の厳しさに追い討ちをかけられている。地域医療を守っている医療機関としての責任から当院は持分ゼロの特定医療法人にもなっている。質の向上、経営努力をしていない、患者から選ばれない病院は消えていくことも仕方がないと思うが、当院のような病院には、電子カルテや質の向上のための補助を厚労省には考えてもらいたい。

- ・ 患者が求める「安心・安全・納得」の医療を実践するためには、それにふさわしい診療報酬上の配慮をお願いしたい。急性期病院が存続するための必要条件であることをご理解ください。
- ・ 生命保険会社、損害保険会社などの診断書、照明書類が多すぎる。商品ごとに診断書が異なり、それぞれに記入しなければならないことが業務負担を大きくしている。生保・損保の診断書の種類の多さは、生保各社等の都合であり、医師の事務作業軽減を図るなら、これらの様式を可能な限り統一するよう厚生労働省から業界へ指導すべきである。また、介護保険等の主治医意見書も一度申請すると更新や変更申請が数か月ごとにくるため、記入すべき書類が増える一方である（患者が介護を必要としなくなるまで、継続されるので新規患者分だけ増加していく）。記入書類の整理と統合が必要。新しい制度ができるたびに医師が記入する書類が増えるばかりで、一向に減ることがない。
- ・ 院内体制の客観的な基準を整備。
- ・ 「医師事務作業」について言えば、20 年度診療報酬改定で新設された、「医師事務作業補助体制加算」は、入院初日のみの加算にしかないが、勤務医の負担を軽減するきっかけになったと思う。事務作業によっては専門的な知識が必要とされ作業内容によっての点数配置が必要ではないか。今後、病院勤務医の募集では、必須の事項となるかもしれ

れない。

- ・勤務医の負担軽減策を実施するには、それに伴うコスト増を医療収入で補う必要があるが、現在の当院にはそれだけの余力がない。行政の支援が不可欠であり、補助金制度の充実策を検討してほしい。
- ・「一次救急」などは原則として、開業医などの輪番もしくは病院への出張診察など何らかの制度を作してほしい。このままでは金銭面はともかく、夜間等の負担（ただでさえ入院患者に対する緊急呼出しがある）増加のため、どんどん病院から開業へと医師が移動してしまう。実際、開業医は増加しており、何らかの歯止めが必要である。上記のような夜間対応、手当金制度はあってもよい。開業医地域定員制の導入。
- ・厚生労働省が示した見解のように、医師不足が勤務医の負担増の原因と思われる。医師の増員を図る手段を強めてほしい。また、今から医学部定員増を行っても、その世代が現場で活躍できるには10年近くも時間がかかる。それまでの期間の対策が急務と考える。
- ・当院は、医師負担軽減のため、①助産師増員・活用、②クラーク採用等を行ってきた。しかし、①については、助産師、看護師の配置が実際には7対1の水準に達しているが「産科」であるというだけで認められず、10対1の算定となっている。産科・小児科の危機が叫ばれているにもかかわらず、健保の診療報酬は、産科・小児科に対して報いようとしているとは思えない。②についてはいわずもがなである。産科医療に手厚いというふれこみの改定（マスコミでは）だが、実態との乖離を感じざるを得ない。なお、③産科医療補償制度も、現在の事務負担のあまりの重さに一考いただきたい。
- ・病院の安易な利用が勤務医負担増加につながっている。病院の利用方法等を国で啓蒙することをお願いしたい。
- ・医師の負担軽減よりも医師確保が優先である。常勤医師を確保することは大変である。
- ・産科医師が今まで行っていた分娩登録（PCへの入力）を、病院事務職が代行するようになり、この点は大きな負担軽減となっている。ハイリスク分娩加算は、現場産科医の士気を高める上で大きな効果を発揮していると感じている。病院勤務医の場合、他診療科医師との兼ね合いもあり、この加算を直ちに給与面に反映させるのが困難な面がある。本来、この加算は、医師の負担軽減が導入の大きな目的であるから、当院では、産科医師の定員増加へ加算部分を使用するよう、病院当局と交渉中である。しかし、産科医が足りないこと自体が、この加算導入を必要とした原因でもあり、定員を増加させても、その席が埋まるかどうかについては、一抹の危惧が残る。本加算によって、産科医自身が社会からリスペクトを受けていることの証を実感でき、彼ら・彼女らの士気を高めるという効果をもたらしたが、大きな負担軽減までには至っていない。それは、本質的には「医師が足りない」からであり、即効的負担軽減は困難である。1、2年単位ではなく、長いスパンで見れば、必ず産科医は増加して、この加算がさらに有効な負担軽減に作動するものと信じている。逆に、「短時間効果少なし」としてこの加算が切られれば、好転しかけている産科医療は最悪の状況に突き落とされると危惧される。

- ・増員あるのみである。やっとなら医学部の定員を増やすが、遅きに失する。これまでの医療行政をきちんと検証する必要がある（必要医師数カウントの根拠等）。偏在を解消してほしい。
- ・患者の病名について、これも各病院内の取り決めにより事務作業補助者が記載・入力と行ってよいものか疑問がある。
- ・病院勤務医の負担軽減については、病院で積極的に取り組むのは勿論のこと、勤務医の減少が原因となっている。その要因として臨床研修医制度における研修医が中央の有名病院に集中する傾向があり、地方の病院や大学では減少している。臨床研修医制度の見直しを要望したい。
- ・当センターの産科医は県内の母体搬送のコーディネーターも兼ねている。当センターへ母体搬送依頼があり、NICU が満床などの理由で当センターでの受け入れができない場合は、産科医が県内、場合により県外の受け入れ先の病院を電話連絡により探している。受け入れ先病院が見つからない場合は、1 時間以上も電話のそばからはなれられない場合もある。さらに夜間の場合は当直医 1 名であるので、他の業務に支障が生じることがある。そのため母体搬送、新生児搬送に関して医師以外のコーディネーターの設置が望まれる。
- ・①病院勤務医の多くは、主治医であれば受け持ち患者の急変時はいつでもどこにいても駆けつけるのが当然とされ、24 時間 365 日拘束されているため、開業医に比べ、目に見えない負担は非常に大きい。開業医が 24 時間拘束されると診療報酬がつき評価されるが、勤務医に関しては何も評価されず放置されている。②現在行なわれている勤務医対策のうち、新たな赴任に対し、研修費などの名目で奨学金を貸与し、年季が明ければ返却無用の制度は、渡り鳥のような医師には恩恵となっても、今まで地域に根差して頑張ってきた医師のモチベーションを却って減らし、止めを刺す政策で評価できない。③勤務医対策としての予算は病院には入るものの勤務医までは届かない。開業せず地域医療を担う勤務医として生涯を終えることが経済的にもメリットがあるような制度にしなければ本当の対策にはならない。
- ・病院勤務医の事務負担軽減についてはよいと思うが、人件費の増大になるようなことは望ましくない。
- ・入院基本料をはじめ、入院治療に関わる診療報酬の増額（現状の 1.5 倍）を望む
- ・医師、看護師数の増。診療報酬の点数アップ。
- ・人材育成及び費用（人・システム等）。
- ・少なくとも、大学病院においては、これまで医師は基本的に報酬や自己の健康を度外視して診療を行ってきた。近年の医療の高度化、複雑化により、医師（勿論、他の医療スタッフも）の仕事が著しく増えても、黙々とそれを受け入れるのが美德と曲解されて、最近の勤務医の過負担に至ったと考える。もう 1 つは、女性医師の増加である。女性には子供を産み育てるという大切な使命があり、それを両立させ得ないと勤務不可能なこ

とは当然である。現在の医療体制の中では、その点への配慮が全く欠落している。以上を踏まえた体制を作ることが是非必要である。

- ・病院勤務医の負担軽減に一番効果があるのは、医師不足を改善することであり、へき地でも医師が増加することが一番である。医師の仕事の一部を、他の職種に移す（法律的に可能にする）。
- ・開業医との待遇格差を縮めなければ、医師の病院離れは止まらないと思われる。いざという時に患者を送り込む病院がなくなることは、開業医にとっても問題であり、医師会の協力が必要と考える。
- ・医療ミス等のやや過剰にもなりがちな社会的関心により、多くの文書・記録が必要になっている。医師事務補助の制度として導入され、診療報酬化されたことで一般的事務についてやや業務負担は軽減されることにつながることになる。医師が行わなければならないもの、また補助者への指示・指導という新たな「業務」の発生によりすぐに目に見える効果は出づらい点はあると思う。医師事務作業補助者個々のレベルアップも課題になると思うため、考慮してほしい。看護関係の文書が繁雑で多すぎることが、看護力の低下につながりかねない。具体的には、看護必要度を全入院患者に毎日記入すること等である。
- ・外来縮小化に向けた特定療養費（病院初診加算）の改定を検討。
- ・入院治療、計画書、その他細かな同意書等、また、電子カルテ記載など事務的書類が多く、制度の見直しを検討してほしい。また、専任スタッフの養成をしてほしい。
- ・周囲の病院および診療所が医師の引揚げ等により、当院の外来患者数は必然的に増加している。この問題は、当院の体制（受皿）に関係なく、物理的なものである。その中で病院単位での勤務医の負担軽減策にはマンパワーに伴うコスト面からも現状以上は困難となっている。併行して、医師の充足策、診療報酬評価の向上を検討してほしい。
- ・地域連携の拡大による返信、情報提供書の記載並びに各種生命保険証明書の記載など書類記載の負担が、かなり重くなっている。保険関係などは見本が同封されているが、内容が詳細になってきており、煩雑な業務負担となっている。これらのことから、書類の記載種類を整理し、種類を減少させることが必要と考える。
- ・診療所の開業医より、労働がハードで収入が少なければ、いつまでも勤務医の増加は見込めない。医師の交代勤務、実施にも医師が足らず不可能であり、思い切った病院収入増が必要であることから診療報酬上の配慮を要する。
- ・医師絶対数の増加、診療に従事している医師の正確な把握（特に勤務医の増加にあたっては、計画的開業医の数の制限が必要）。負担軽減に対しては必ず費用発生を伴う。病院の収入増となる施策は不可欠である。社会（患者）教育が必要である。医療事故のバッシングが続くようであれば、医師になる人も減少する。以上に対する対応を早急に考える必要がある。
- ・医師の全体の数を増やす。開業医と勤務医の数を調整し、開業医を減らす。開業医と勤

務医の役割を分担し、勤務内容に応じた診療報酬体制とする。

- ・特定機能病院に対しても、診療報酬上の評価を検討して欲しい（事務作業補助に対して、診療各科から医療クラーク等の設置要望などがあるが、これらの要望に応えるのは困難な状況である）。
- ・オーダーリング、電子カルテの導入といったように IT 化を進めており、勤務医に対する負担は増すばかりであり、勤務医の負担軽減は必要不可欠のことと考えているが、そのための財源確保に苦慮しているのが現状である。現状の点数のままでは、負担軽減のための人材確保、育成、設備等の負担増を賄いきれない。更なる人材育成の助成、IT 各メーカーのデータ共有を可能にすることに合せて、点数のアップをお願いしたい。
- ・地域住民（潜在的患者）の医療に対する理解を得ることである。日中と夜間・休日では病院診療能力に大きな違いがある。医療資源（特に、医師・看護師などのマンパワー）には限りがあることを、皆が理解する必要がある。医師の偏在の更正、医師不足の解消が必要である。医療の疲弊は、小児科、救急だけでなく、内科、外科、脳神経外科でも深刻である。
- ・医師の定数確保に苦慮している。大学医局からの派遣に頼っていたため、人員の確保が十分でなくなり、負担が増える傾向にある。
- ・医師だけでなく、他の医療職に権限を与える必要がある。
- ・クラークや他の職種の導入による医師の負担軽減による一定の限界もあり、やはり医師確保対策が第一である。国立大学病院においては、毎年人員の削減を要求される一方で、医師の負担軽減策として病棟クラークを配置し、医師の補助業務を行っている。しかしながら、限られた定員枠で正規雇用による医療クラークを配置することは困難な状況にあり、本院では現在、業務委託による人員の配置を行っているが、医師にとって満足なものとなっていない。医療クラークは、一定以上の知識や経験があり、また、自ら知識を習得しようとする意欲がなければ勤まらない業務でありながら、安定して雇用が約束されていないことが最大の原因と考えられる。医療に関するさまざまな問題に関して、厚生労働省、文部科学省、学会、医師会、マスコミ等の各方面から調査やアンケート（本調査も含め）の作成依頼（ほぼ強制）がある。これらに対して、まじめに回答する病院ほど、更に忙しくなっている。
- ・病院勤務医の負担増大は、新医師臨床研修医制度の発足により、大学から医師を引き揚げられ、勤務医が減少したことも原因の一端にある。当院も大学から脳神経外科・循環器科の医師が引き揚げられ、残った勤務医への負担が益々増大している。新医師臨床研修医制度による弊害を改善することにより、勤務医の負担軽減がはかれると考えるため、対策をしてほしい。
- ・病院毎の特性や規模により、医師の負担を比較することはできないと思うが、当院は恵まれている。医療法上の定員の 3 倍以上の医師がいる。医師の補助を行う事務の人件費の補助を点数化するのもよいが、実際は医師の人数が大事である。病床数、外来数等の

数字に対する医師の人数で点数化されるとよい。

- ・勤務医の負担軽減を推進するにあたり、医療クラーク等の増員といった策を講じることも一案である。そのためには、臨床・研究・教育といった多くの役割を担っている特定機能病院の診療報酬を上げる必要がある。
- ・医師事務作業補助者の業務範囲を拡大してほしい。
- ・地域的問題もあるが、人員増を行いたい、医師不足で増員できない。
- ・①病院勤務医の不足問題については、単に医師の事務作業が多いという点のみでなく、勤務医に比べて、開業医の方が業務内容も簡便で重症症例がないにもかかわらず、勤務医よりも高額な収入を得ているという点で勤務医に不満が生まれ、結果的に病院勤務医が不足している。②医師事務作業補助者は専従者となっているが、現行の加算点数では人材の配置によって人件費として病院経営を圧迫することになるため、今後、医師事務作業補助者の浸透を図るためには、点数の大幅な引上げが必要である。③専従者以外の、医療クラークや医療事務職員などを、専任配置とするならば、さらに効果的な医師事務作業負担の軽減策の設定が可能となる。④ほぼ全てのインフォームドコンセントや治療計画等について、規定された書面で規定された項目全ての内容を記録として残すこととする現行を改め、簡便で瑣末な内容、多くの場合常に同じ内容を記載することになるような書類、治療上必ずしも必要でない書類等については、記録の規定を廃し、真に必要な記録のみを充実させるようにすることで、さらに医師の事務作業が軽減される。
- ・医療機関にとっては、医師確保が永続的に必要であり、病院勤務医の負担軽減につながる課題である。国としてもっと力を入れてもらいたい。また、医療費削減を廃止、もしくは、軽減見直しを早急にすべきである。診療科に偏りを発生させる新医師臨床研修医制度の見直しをしてほしい。人気がある診療科のみでなく、全体のバランスを考えることが必要な時期にあると思う。
- ・医師のハード勤務について、当院の医師においては、一時的なハード勤務はあるが、常時的なハード勤務はみられない。
- ・医師事務作業補助者は、委託職員は直接指揮命令をしないため、該当しないということだが、委託職員が医師事務作業補助体制加算の定められた業務範囲をするものであれば認めてもらいたい。
- ・産婦人科医が増加することを希望している。
- ・病院勤務医の負担を軽減するためには、医師不足を解消しなければならない。地方の医師不足解消には、地方の特に大学病院における研修医の確保が重要である。平成 19 年 5 月に政府・与党が臨床研修制度における病院の総定員を削減するとともに、研修医が集中している大都市圏の定員を減らすことで研修医を地方へ誘導することを検討している旨報道された。本院が従来から要望している都会における研修医受入枠を拡大するとともに、臨床研修病院を評価して指導能力のある病院を厳選するなどの方策の検討が必要と考える。また、医学部医学科の学生定員増のみでは医師不足の解消には程遠いものが

あり、医師の掘り起しが急務である。その方策としては、女性医師の確保、とりわけ辞職した女性医師を復帰させるための方策を講じる必要がある。

- 平成 20 年度の改正で、新たに点数化されたが、点数が低いので、経営的に負担が軽減できる点数算定できるようにしてほしい。
- ①過剰労働の緩和が必要である。新卒後研修医システム導入以来、地方の大学病院における現場の勤務医不足は決定的である。それが勤務医減少にさらに拍車をかけている。当然残った勤務医はこれまで以上に過剰労働を強いられている。政府も医師不足、偏在に気がつき、医学部定員数の増加および地域枠を容認した。しかし一人前の勤務医として育つには 10 年待たねばならない。何故勤務医不足が生ずるかについて、国民に情報を与え、ともに解決策を検討すべきである。②ON-OFF がハッキリした生活の確保が必要である。少ない勤務医の数で ON-OFF がハッキリした生活を実現するのは難しい。この結果、研修医は時間に余裕のある科、あるいはそれが可能と思われる病院を選択するようになる。このため勤務医の仕事を軽減するために他の業種に医師の仕事の分業をさせようと試みがなされている。看護師の注射業務、メディカルクラークの導入がそれに当たる。しかし米国ではすでに国家資格として PA（医師アシスタント）の制度が確立している。彼らは予診、カルテ記載、簡単な説明、手術助手などで医師を全面的にサポートしている。米国に医療制度を学ぶのであれば同時に PA 制度を導入すべきである。また大学病院から勤務医を奪った新臨床研修医制度は見直す時期に来ている。これらは勤務医の根本的負担軽減に結びつく。③賃金の是正が必要である。大学病院勤務医の賃金は基本的には教育職に対して払われており、専門医に対しての技術料が加味されていない。技術、超過勤務に対しても正当な賃金が払われることがなければもはやモチベーションを保てない状況にある。すなわち勤務医の自己犠牲を強いて医療を担い続けるのは無理があると思われる。④医療事故に対する法的環境の整備が必要である。勤務医は高度先進医療と同時に医療安全が要求されている。そのためハイリスク症例を扱う分野が勤務医から、ハイリスク、低収入として敬遠される風潮にある。かかる症例の医療行為においても患者の保障とともに勤務医の医療行為を守るための法的環境の整備が急務である。勤務医の精神的負担を除くためにも、また現場より立ち去る勤務医を少なくするためにも重要である。
- 診療報酬の技術料の見直しをしなければ医師の増員ははかれない。業務量にあった人員確保には、それに対応する医療点数が必要である。
- 開業が容易であること、開業すると一般的に仕事量は半分・収入は 2 倍になると言われている現状では、開業医への流れは止められない。新制度での研修医が職業選択の自由のもとで地方から去っていくことも医師不足（病院勤務医不足）の大きな要因となっている。また、仕事上の制限が多い女性医師が増えたことも要因の一つである。ただし、いずれの問題も改善することは難しい。つまるところは、医師を増員するしか手がないのではないか。

- ・医師の負担軽減に関しては、問題が多面的であるため、短期的対応と長期的対応に分けて行う必要がある。まず喫緊の問題としては「夜間・休日の一次救急患者の削減」である。現在各地で活動している夜間・休日診療所について地域全体をカバーするトリアージ機能を持った診療所に拡大・拡充するとともに、住民の啓蒙活動が大切と考える。医師の偏在が言われているが、その背景としては医師数の絶対的不足とともに、3Kを避ける専門医傾向と厳しい勤務医から短時間高収入の開業医へのシフトがある。対策としては、医師養成数の増加と今の専門医制度を見直し、専門医と総合医を一緒に取り込んだ専門医制度を作り、その制度を統括し、医療の質を管理し、かつ地域の医療必要度を考慮した行政的事業も行う管理専門組織が必要と考える。このシステムを医療界全体で支え、国民の医療を提供する姿勢がなければ国民との「ミゾ」は深まらない。
- ・病院経営が悪化し、専門業務に特化させるための人員増加ができない。医師の負担軽減と併せて、経営改善、安定経営に係る施策が必要である。
- ・医師事務作業補助者に診療記録の代行入力をさせたいが、電子カルテの導入が自己資金では困難である。ぜひ、中小病院にも電子カルテ導入の補助金を検討してほしい。現在の状況では、どの医療機関でも体力的に（ランニングコストを含め）実現は困難である。
- ・コメディカルなどに医師の仕事を分担すべきである。例えば、ルート確保のみ行うナース、患者の移送のみ行うナース、検査の説明のみ行うナース、診断書（主治医意見書）の記載の補助のみを行うスタッフなどのように、それぞれの専門家を育成することにより、医師の負担を軽減させるばかりでなく、コメディカルに資格を与えることができる。医師は医療行為において全ての責任を取られるが、医師が個々の仕事を行うことで、患者全体（受け持ちは患者1人ではない）を管理することが困難になる。責任を取る立場であるならば、個々の仕事は専門家に行ってもらい、全体を監督する必要がある。
- ・産科、小児科のみへの配慮では不合理であり。重症を取り扱う外科系各科、救急領域に同様の配慮をしなければ、産科、小児科と同じこととなる。後手に回った小手先の対策しか取られていない。病院全体の収入が増加しなければ全く意味はない。入院基本料の倍増が必要である。
- ・院内他職種との負担の相互分担による負担軽減策をさらに検討すべきである。
- ・病院勤務医の負担が増えた要因をきちんと捉える必要がある。要因としては、①新医師臨床研修制度の稚拙さによる大学医局員の大幅な減少。特に地方で地域医療を担っている病院は大きな影響を受けた。②地域の責任を担っているからこそ病院勤務医は昼夜を問わず診療にあたっている。一方で開業医は勤務医に比べ、収入も時間も確保できるという構図になっている。疲弊した医師が後者を選択することは当然の流れである。③勤務医が減少すると病院勤務医はさらに大変な状況になり、悪循環が生じる。この悪循環は一旦始まると加速的に増加し、病院本来の機能が果たせなくなる。④住民にも「自分さえ良ければ」的な発想が浸透してしまっている。クレームや公訴リスクが増える一方であり、本来の医療を提供する手間が大幅に増えてしまっている。上記のみならず、い

ろいろな条件が重なり今日の状況になっている。国は、上記のような原因について当然理解していると思われる。特に地域医療はすでに破壊が始まっている。早急で適正な施策を実行しないと、世界に誇れる日本の医療は一部の人のものになってしまう。

- ・医師不足解消の政策をお願いしたい。
- ・退院後、翌日までに診療所へ逆紹介する場合、逆紹介をする診療所を決定する場面にクラークが立ち会っていなければ、書類作成補助はうまく行えない。
- ・病棟クラークの配置は、勤務医、看護師の負担軽減には不可欠であり、DPC 導入面からも必要性を感じてはいるが、病院全体の人件費が高騰しており配置が困難である。
- ・休職している女医の復帰をうながす制度を行政が作るべきである。各々の病院に負担がかからないようにしてほしい。医療にお金がかかることを行政が認識し、国民に知らせるべきである。
- ・当院では、施設基準上はクリアしていて問題はないが、これから当院が目指す施設になるためには負担は否めない。
- ・地域の急性期を担う病院で、勤務医の負担軽減を目的に新設された医師事務作業補助体制加算について、当該職員を雇用するための人件費や教育研修費が診療報酬点数だけで補助できるものなのか。DPC コーディング作業や診療報酬の請求作業、受付業務等が全く除外される現行の専従内容での導入は、増加する人件費比率に拍車がかかるものであることから困難である。また、当該補助職員が結果的に医局の便利使い的要素を持つこととならないよう留意することが必要である。
- ・病院勤務の不足を、他職種でカバーしようとすることは根本的解決とはなりえない。病院勤務医の増員が不可欠である。
- ・保険点数で補おうとすることに無理がある。国立・大学系病院に厚く、民間の努力が報われない方向に進んでいるように感じる。現在の医師の負担の大きい病院へこそ、大きな公的資金や点数を与えるべきであり、業務量の少ない病院が点数の恩恵を受けてしまい、患者を断われない病院ほど厳しい診療報酬となっており、実績評価がされていない。「一生懸命」とか「忙しい」が現在の診療報酬の制度では駄目と評価されているように感じる。
- ・常勤医師の絶対数が足りない状況が根本的問題であり、医師確保も困難を極めている。特に大学医局より派遣が縮小されていることがダメージとなっている。
- ・離島の民間医療機関の為、医師の確保が非常に困難な状況である。行政レベルでの対応にも力を入れてほしい。
- ・文書作成事務をしっかりと確実にこなしていくようにしたい。
- ・医療圏内に留まる医師の絶対数は、いかんともしがたく、医師の業務を看護師、コメディカル職員、事務職員へ分担させることも限界に近づきつつある。医療圏内の病院の再編による医師の確保が喫緊の課題である。
- ・必要診療人員枠の増加、医師の確保策が必要である。超過勤務軽減策として、①人員の

増加による ② 交替制勤務など、②業務の効率化、③事務（診療アシスタント制度）の積極的推進、④人員確保のためのフレキシブルな勤務形態の導入、⑤必要な諸手当の導入などがある。医療費抑制政策の見直しとして、必要な診療に従事した医師に対して、上限を設けずに時間外勤務手当が支給可能な制度に改正してほしい。医師不足が著しい診療領域には、病院がどれだけ努力したとしても患者が集中し、過重労働とならざるを得ないのが地域医師現場の実態である。病院として、患者のために尽くしてくれている医師を適正に処遇しようとしても、法令を逸脱して時間外手当を支給すれば、過重な勤務を強いているものとして労働基準監督署の指導を受けることになる。医師には応召義務があり、それを課していることが、結果として「サービス残業となっている」実態は、極めて不合理だと言わざるを得ない。病院が過重な業務命令として勤務に強いることは論外だと思うが、少なくとも、実際に必要な医療行為を行った医師に対しては、適正に処遇することを許容する制度であるべきであり、それが可能な財源が（時間外加算の大幅増額等により）病院が確保できる制度としてほしい。また、①病院の機能に応じた勤務医の配置数を適正に見直してほしい。②勤務医の配置数に応じた診療報酬上のドクターフィの見直しをしてほしい。③女性医師マンパワー活用を促進するため育児、子育ての短時間就業を正職員という位置づけで継続できるような雇用形態を法制化してほしい。また、短時間労働の女性医師の正規雇用、また、健康保険の加入条件枠（一週 30 時間以上の労働時間）の緩和をしてほしい。④医師の専有業務を正看護師、助産師、保健師、薬剤師などに広げられるよう関係職種の法制度見直しをしてほしい。また、コメディカルの対応業務拡大を法制化するとともに、それに応じた看護、コメディカルの病院機能に応じた配置数の見直しをしてほしい。処方せんの発行、検査のオーダー、医師の処方なしで薬剤師が調剤できる保険薬品を拡大してほしい。⑤医師の復職を支援する公的な研修プログラム施設の設立と、研修を受ける医師への資金援助体制を制度化してほしい。⑥外来診療における診療秘書業務を診療報酬で正当に評価し、外来担当医師の煩瑣な事務業務軽減化を図ってほしい。⑦専門医資格制度と絡めた診療報酬、人事院勧告での給与評価、学会認定の専門医、指導医といった資格があるが、それらの特殊資格を医師の報酬として確保できるようなシステムが必要である。特に人材が不足している医学領域の専門医を高く評価してほしい。また、病院の医師の給与は、人事院勧告の基準を準用しているところが多いが、医師の給与を一律にするのではなく、専門によって格差をつけることも今後、検討してほしい。例として、産科医、麻酔医、小児科医、放射線医、救命救急医などである。⑧診療報酬上の医師の手技料に文書主義を持ち込むことはやめてほしい。これまでの厚生労働省の役人的な考え方から、医師の診療報酬をつける際に必ずといっていいほど、記録や手続き文書を残すことを義務付けている。そのことにより、現場では、新たな点数が設定されると点数の高い低いに限らず新たな帳票や記録が増加している。記録には、携わった医師のサイン印鑑、場合によっては患者や家族のサイン、承認印などが求められる場合もあり、新たな点数設定と新たな文書作成業務が拡

大していく。こういった役人の証拠主義的な発想を変えてほしい。診療記録も診療本来に必要な内容と診療報酬上で記載が必要なものがあり、診療報酬の改正の都度、後者は増加していく。こういった記録は、医師の業務を確実に増加させる一方で本来の診療に必要なものだけに現場の医師の賛同が受けにくく、記載漏れの原因となっている。医療監視や共同指導などで返還を求められるものの多くがこれらの類である。医師が診察室内で行う業務は患者の診療にとって必要なものだけにすることが、医師は診療するに当たっては保険医でなければならないと主張する国の側にも大きな意識改革が求められている。⑨高度医療を担う専門医に対する診療報酬を設定。「〇〇センター」と呼ばれるような高度医療は、診療科の壁を越えた専門医、専門看護師の集団で成り立つことが多い。そういった機能や施設を保持することだけで診療報酬上の評価することも、地域にあって特殊な施設を維持する上で重要である。いままでは、そういった特殊な施設は入院料か医師の手技としての評価が主であった。しかし、それらでは、専門医としての稀少医師に対する給与を担保するうえで十分ではない。専門医や専門看護師の給与に反映できるような診療報酬の設定をお願いしたい。学会専門医を一律に評価するのではなく、地域に稀少な機能、施設に絡めて、専門医を評価する考え方が求められる。⑩医師の業務軽減とオーダーシステムなどのコンピューターシステムでの支援は重要であり、これらの費用は、病院の中での負担となっている。医師の業務を支援するためのコンピューターシステム導入、維持する費用として診療報酬の中で毎年、年間診療報酬額の2%を確保してほしい。⑪特定機能病院を中心とする急性期かつ高度医療に対応する医療機関に対して治療機器、診断機導入は、医師の業務軽減を図りながら質を上げることにもつながることから、診断機器、治療器を用いた診療報酬上の評価をもっと上げてほしい。しかしながら、医療機関一律にそれらの点数を引き上げることは高額医療機器の重点配備が図れないことから、高度、急性期医療を担当する医療機関について認めるような対策としてほしい。⑫医師の時間外業務や当直で行われる夜間業務に対する診療報酬上の評価をしてほしい。勤務医師の時間外業務が国の調査によると一人平均、月間90時間にも及んでいる。勤務医は、平均で1.5人分の業務を行っていることになる。時間外換算した場合の手当てを病院が負担すると、病院の経営が成り立たなくなってしまうということが常態化していることを改善するためである。現状人員体制で行うのであれば月間90時間を時間外業務として人件費を診療報酬の中で評価するような変更を行ってほしい。⑬医療の安全対策に診療報酬を厚くしてほしい。医師の業務軽減とともに医療の安全性を確保することにも目を向けた業務の診療報酬上の評価をしてほしい。医療安全にかかるDPC上の評価点数はあるが、もっと高く引き上げてほしい。医療安全対策が万全ではない医療機関で、医師はよい医療を行うことはできない。そして結果的に医療の安全が確保されない医療機関に医師は集まらないという悪循環が起きてくる。医療機関側で安全対策にかかる資金を用意することができるような診療報酬上の評価が求められる。⑭保険請求業務の合理化、単純化によって事務職員の業務を診療補助に向ける仕組みを検

討してほしい。いわゆる保険請求業務は、直接医療の質を担保するものではないが、病院の中では多くの事務職員がその業務にあたっており、そのための人件費負担は常識となっている。入院の診療報酬が包括請求になってもなお、出来高と包括した内容を同時に作成して請求することは、なんら医療の内容を担保することとは関係のないことである。オンライン請求がスタートし、被保険者証の電子化が行われようとしているが、保険請求にかかる業務の単純化、レセプトチェックソフトの無料提供により審査にかかる機関費用の削減などをはかりながら、請求から支払までの業務の機械化、単純化をすすめて、事務職員のマンパワーを診療支援に向けられるような体制を国策として整備して欲しい。

- ・ ①急性期病院においては交替制勤務が可能な人員配置をすることができる診療報酬としてほしい。②新設された「医師事務作業補助体制加算」をさらに充実させ、運用しやすいように増点してほしい。
- ・ 医師の業務を分担し、看護師等の専門職へ権限を与えるシステムの構築。診療報酬をアップすることにより、医師の雇用の増加が可能。医師をサポートする立場である看護師も不足しているので、更なる看護師の育成に力を入れてほしい。
- ・ 勤務医の負担軽減は病院にとって医師の確保面で重要であると認識している。しかし、軽減するための人員整備に経費がかかりすぎ、すぐには難しい。
- ・ 負担軽減＝医師の増員というのが最も容易な発想ではあるが、それを実現させるために直ちに医学部の定員を増やすというのは安直な対策と思われる。単純な医学部定員の増加は医師の質の低下、医師の給与の低下を招き、さらなる医療の破壊を招く危険もある。まずやるべきことは、ベッド数の適正化、入院期間の適正化である。地域では病院の統廃合はまだ可能であり、ベッド数を減少させ、医師を集約させることで 1 ベッドあたりの医師数、看護師数を増加させることができる。また、民間病院と自治体病院が競合している地域も多く、本来の自治体病院の存在意義が薄れ、民間と同様のことを行っている例も少なくない。民間と自治体の役割を明確に分けることで、ベッドの集約と意思の集約化も可能となるのではないか。また、研修医の偏在についても、改善すべきであり、地方への研修医の配属を定員化し、必ず全国に満遍なく配属されるように検討すべきである。負担軽減のためには、病床数、病院数、在院日数、医師数、研修医、医局制度、医学部のあり方をトータル的に検討する必要がある。
- ・ 勤務医の負担軽減については、開業医の休日・夜間診療を推進する等、実態とはかけ離れた政策が取られようとしているが、根本的な問題解決には程遠いと考え。これまでフリーアクセスで医療機関を受診しても良い状況から、最終的には看取りを在宅で行わなければ到底ベッド数が足りないことから、患者を在宅又は介護にシフトさせる考え方は、最近の開業件数が増えているとは言え、現在平均年齢が高齢化している（開業医の平均年齢は 60 歳）ことを考えれば、病院勤務者が疲弊しているからといって開業医側にシフトする考え方は安易すぎである。更にこれまで女性医師に対する処遇、対応の遅れ

も、病院から医師を去らせる要因となっている。また、現行の健康保険法では、多数の診療料を受診する場合、開業医であればすべて初再診料がかかるが、総合病院で受診すると例外はあるが、1再診料のみで良い。経済的な面で開業医へシフトする障害になることも問題と考える。

- ・人件費等で病院経営が窮迫にならないように、診療報酬の見直し検討が必要である。また、医師事務作業補助体制加算のさらなる細分化も必要である。
- ・必要医師数の確保がなくては何も先に進むことはできない。採用のための条件として、ここにあげられた条件が最優先であるとは思えない。まず、定員をはるかに上回る医師の確保が必要であり、それが可能になれば、クラークなどの問題は大きな問題とはならない。
- ・病院における夜間帯・休日の軽症患者の抑制が必要である。基本的に医療は労働集約的な側面があり、医師以外の介入のための資本（点数の加算）が必要である。
- ・施設基準の届出はしていないが、業務分担など是可以する限り行っており、それに対する評価を求める。
- ・医師の充足。地域格差の問題。予算確保。
- ・医療クラークを配置するという姿勢が医師事務作業補助体制加算であり、その加算が多忙な医師の負担軽減になるようにするためには、クラークへ投資が必要である。それを踏まえた加算をぜひお願いしたい。
- ・医師事務作業補助者の増員が必要である。それを可能とする医療費総額の増額を望む。また、女性医師の活用や短時間正規雇用の条件の緩和してほしい。
- ・医師の負担軽減については、医師の充足が必須であるが、医師不足の中、確保はままならず、他職種の応援協力に頼らざるを得ないが、これらスタッフにかかる人件費経費の適正な評価が必須である。本来、医療と経営を両立させなければ安定供給が成り立たないことから、適正な診療報酬を決定してほしい。そうなれば財政の好転に伴う医師の処遇改善につながり、医師の確保が可能となる。現在の全国的な勤務医不足は、開業医への転向によるものが大半であるため、これらにブレーキをかけるためには、診療報酬上の差別化が必要である。日本医師会に負けず、過去の甲・乙表以上の格差が求められる。ドクターフィで差をつけることができれば、投資等に見合うホスピタルフィを大きく引き上げることが必要である。さらには、勤務麻酔医の開業による大幅不足と開業による荒稼ぎには目を覆う程の醜態がある。このままでは外科系の中小病院の存続が危ぶまれる。病院が潰れたら診療部では現在の医療水準を保つことができなくなる。医療の崩壊は病院倒産でピリオドを迎えることは絶対に避けなければならない。
- ・産婦人科医師の待遇改善のため、分娩手当等の支給について検討を行っている。また、医師事務作業補助者の増員についても検討を行っている。
- ・病院勤務医の負担を軽減するためには、医師増員等体制の整備が必要と考えるが、現在の診療報酬の体系は、勤務医への評価が開業医に比べて低いのではないかと考える。特

に、三次救急を担う病院に対しては根本的な改善を望む。

- ベッド数 200～300 の地域公的病院では医師不足のため診療科の縮小・閉鎖が続いており、それが拠点病院に大きな負担を与えている。従ってこの規模の病院の医療体力が持続するような財政措置が必要と考える。真面目に医療を提供している病院が報われる政策が緊急課題である。「医師の地域偏在」が大問題と言われるが、例えば千葉県では医療過疎で病院医療の破壊が深刻なA医療圏は人口当たり医師数が県内で最も多く、次いでB医療圏が2番目に多いという事実は「医師の地域偏在」が正しい表現ではないことを意味している。この地域では、C病院、D病院以外の病院はすでに崩壊状態にあるが、医療圏人口当たり医師数は県内で1位と2位であるという。根本的には、医療費抑制策を医療費増加策に転じるとともに、医療費を病院にもっと配分する仕組みが緊急課題と考える。さらに言えば、医療崩壊で一身に過大な負担に耐えて地域医療を支えている拠点病院に応分の財政支援を要望する。
- 搬送先探しの軽減。
- 医師の偏在に対し、少ない科・地域に対して保険点数の上乗せをしてほしい。また、開業医との経済的格差を縮めるべく、入院の保険点数を上げる。療養型・社会的入院ができる場を多くし、後方病院への転院を促進する。医師の文書記入に対しての経済的メリットが全くない。記入医師への還元と同時に、文書等書類の合理化を図ってほしい。
- 医師確保。
- ①診療報酬の中に医師事務作業補助体制加算が設けられたことにより医師事務作業補助員を採用することが可能となった。いわゆるメディカルクラークの配置により医師業務の過剰負担が少しばかり軽減され则认为。しかしながら25対1基準であっても医師の負担は強く、さらなる改善が望まれる。②今回の医師事務作業補助体制のさらなる拡充が必要であるが、もし、この加算制度が消滅すれば、一大パニックになりうる。
- 控訴等の医療トラブルに対する医師負担の軽減が必要である。また、病院へのコンビニ的受診化を防ぐための患者教育も必要である。病診の役割分担の更なる推進や医師の診療科のかたよりを是正する対策も必要である。
- 医師事務作業補助者に的確な教育とトレーニングを行う機関を充実してほしい。自院の医師にそれを全部まかせることは、更に負担を増大させる。
- 病院の保険点数と開業医の点数は分けるべきである。少なくとも外来診療をせずに病院経営が成り立つ保険制度であるべきである。
- 医師（特に勤務医）が増える施策が必要である。病院が研修医確保のため、研修できる医療機関の縛り（例えば、中国ブロックに限る）が必要である。病院と診療所（かかりつけ医）との役割を啓発し、いわゆるコンビニ受診を減らすなど勤務医の負担軽減のための施策が必要である。診療報酬の増やしてほしい。
- 課題としては、専門知識や技術が不足している。要望としては、補助ではあるが、専門的な知識や技術が必要であり、それに見合った処遇を行うための点数の引上げをしてほ

しい。

- 連続 30 時間を超える勤務が月に何回もあるような、病院勤務医の実態を改善するためには、医師の増員と、それに見合った診療報酬の見直しが必要である。小手先の手法では問題解決にならない。つまり、医師の絶対的不足を解消するために OECD 諸国並みに医師数を増やし、社会保障にかかる国家負担を引き上げる必要がある。
- 市民病院として手当の引上げ、非常勤職員の活用、院内保育所の医師への利用拡大、育児短時間勤務制度の活用などに取り組んでいるところである。病院勤務医の負担軽減に対して、診療報酬上の評価がなされたが、低い点数のため、メリットは少ない。点数の引上げや医師数による評価、当直体制の評価、開業医との格差是正などについて配慮してほしい。
- DPC の様式 1 作成業務を含めないという見解は整合性がとれない。この業務（事務作業）に関わる医師の労力は大きい。事務職員を配置できる点数になっていない。医師の増員（医学部定員の大幅増員が決定的です）。
- 診療報酬が増加すれば、非常勤医師や事務補助者を増員して勤務医の負担軽減をすることができる。また、医師の給与を引き上げることができる。

2. 医師責任者票

2-④-1 入院診療に係るあなたの業務負担が「増加した」理由

○患者数が増加したため

- ・患者数の増加（分娩数、手術数）。
- ・入院患者数が増加したため。
- ・受け持ち数が増えたため。
- ・近隣の心臓外科手術可能施設が減少し、1年365日対応できる当院への負担が増している。
- ・入院患者数が増加したため（近隣の病院の呼吸器科が撤退した為、紹介が増加）。

○重症の患者が増加したため

- ・手術、がん診療の増加。院外の業務が増加しているので、当直はなくとも時間外労働は重い。
- ・高齢者、重症者、終末期の患者が多いため。
- ・手術件数及び集中治療での症例数が増加したため。
- ・在院日数短期化と稼働率向上、専門分野の手術症例の増加。
- ・分娩数、手術件数、入院患者数がトータルで1.5～2倍に増えた。
- ・高齢者肺炎患者の増加および繰り返し発生する病棟担当医の不足。
- ・人工呼吸管理など重症化が進んだ。

○救急患者が増えたため、手術が増加したため

- ・救急が増えた。
- ・救急患者、手術数の増加。
- ・周辺医療機関の手術停止（麻酔医）により、当院への手術負担増加。患者の大病院志向による手術・救急患者数の増加。
- ・救急・緊急入院となった患者の診断のための画像検査の増加、時間外対応の増加。
- ・心臓カテーテル検査・治療の対象患者（件数）の増加。
- ・手術件数の増加。ほぼ毎日手術で残業するようになった。

○患者への対応に時間がかかるようになったため

- ・患者との対応に時間がかかるようになった。
- ・患者からの説明要求が増えている。
- ・患者への説明時間の延長（より詳しい説明を求められる）。
- ・患者・家族に対する説明・面談に多く時間を要する（要求されることが多い）。

○医師が減ったため

- ・科内の人員減少のため。
- ・研修医がいなくなり、仕事をみんなで分担するようになったため。
- ・医師数減のため。
- ・医師数の減少に伴い、業務分担が新たに加わったため。
- ・常勤医が1名退職したため。
- ・医師数の減少。上司が退職し、管理職も兼ねるようになったため。
- ・自分以外に内科の入院患者をみる医師がいないため。
- ・常勤医が4人から2人に減ったため。

○部下の能力不足のため

- ・部下医師の能力低下。
- ・下が仕事をしないため。
- ・部下に若手が増えたため。
- ・若手医師は数年（2～3年）で交替していくので、新しいスタッフ（医師）が業務に慣れるまでは、自分の仕事が増えるため。
- ・管理する医師の能力低下のため監督業務が増加。

○管理業務が増加したため

- ・病棟における管理・指導（基本的なことから看護師に指導する必要がある）。
- ・管理業務や会議が増えたため。
- ・教育的指導の増加。

○事務作業が増えたため

- ・事務作業量（書類）が増加したため。
- ・書くべき書類が増えているため。
- ・DPC導入に伴う事務作業が増加。
- ・入院診療時に要する事務的な仕事が増えたため。
- ・症例数増加及び入院に関わる文書（同意書等）等増加による。
- ・インフォームドコンセント関係の書類が増加し、電子カルテの稼動開始で、ムンテラ（患者やその家族への病状説明）などに非常に時間がとられてしまう。
- ・救急センター、がん救急病院を維持するため、主として統計業務が増えたため。

○電子化による業務が増加したため

- ・電子化による負担の増加。
- ・電子カルテ化による業務の増加。

- ・電子カルテシステム導入による業務増加。
- ・電子カルテ導入による操作が増え回診時間が減った。
- ・電子カルテ導入などとともに手続きも増えた。

○会議が増加したため

- ・会議が増加した。
- ・委員会活動に力を入れた。
- ・各種会議の増加。

○その他

- ・新たに分娩の取扱いが始まり、新生児治療がスタートしたため。
- ・分娩数の増加による新生児医療の増加（産科の集約化）。
- ・近隣病院の泌尿器科の閉鎖や減員のため。
- ・クラークを雇うように病院側に言っても雇ってもらえないため。
- ・患者への医療に関する情報提供が推進され、書類作成が増加したが、医療クラークの教育がまだ不十分なため、負担軽減に至っていない。
- ・病棟医長になったため。
- ・整形外科診療部長として、入院患者の在院日数・稼働率などの対応が重要になってきている。また、副院長として病院全体の在院日数、稼働率などにも気を遣っている。また、医療事故の注意点をいつも配慮している。
- ・脳神経外科、泌尿器科、神経科等の特殊科の常勤医が不在となり、その分の患者入院を診るようになったため。
- ・24時間365日、当直以外でも on-call では無給で拘束されており、救急入院患者の入院治療を行う。

2-④-1 入院診療に係るあなたの業務負担が「軽減した」理由

○医師数が増加したため

- ・医師数が増加したため。
- ・診療チームの医師が1名増員したため。
- ・後期研修医が増えたため。
- ・非常勤医師が増えたため。
- ・新しく産科部長がきてくれたため。
- ・NICUを新設し、小児科人員が2人から4人へ増えたため。

○部下が成長したため

- ・若い医師が育ったので、執刀する手間が減じたため。
- ・若手医師の分担を増やしたため。
- ・部下に受け持たせることが多くなったため。
- ・仕事を部下に委譲したため。

○担当患者が少なくなったため

- ・受け持ち患者が減少したため。
- ・直接病棟で主治医としての役割をはずした（忙しすぎて患者のところに回診に毎日行けないため）ため。
- ・時間外呼び出し当番からはずされたため。
- ・診療形態を2交替制にして、原則週40時間勤務とした。原則、主治医とならないようにしたため。

○管理業務など、他の業務をしているため

- ・他の業務増加のため入院診療に使う時間がとれなくなった。その分、他の医師の負担が増加したため。
- ・診療から少しずつ離れ、管理業務をしているため。
- ・病院内の診療外業務（院内委員会活動・会議・カンファレンス等）、管理業務が増加し、入院診療にほとんど関与できなくなったため。

○医師事務作業補助者など、医師以外のスタッフを活用するようになったため

- ・秘書が保険の書類を作成してくれるようになったため。
- ・代行入力で処理できるようになり、書類作成の時間が軽減したため。
- ・メディカルクラークに業務代行を依頼しているため。
- ・医療事務作業補助者が増員され、事務的な仕事が軽減したため。

- ・医師の仕事が減るよう院長が他の職員の仕事の分担を進めているため。
- ・医師事務作業補助員の導入ため。

○その他

- ・電子カルテの導入など。
- ・重症患者が少ない、産科が安定して病的新生児が少ない。
- ・重症の受け入れを制限した。

2-⑤-1 外来診療に係るあなたの業務負担が「増加した」理由

- 1件当たりの診療時間の増加
- 医師・スタッフの教育にかかる時間の増加
- 医師の減少
- 医師の能力不足
- 外来診療内容の広範化・複雑化
- 外来担当日（回数）の増加
- スタッフ（看護師を含む）不足
- 患者からの要求の増加・複雑化
- 患者の病院指向
- 患者への説明に要する時間の増加
- 近隣病院（診療所）の閉鎖・縮小等
- 検査件数の増加
- 時間外受診・救急診療の増加
- 事務作業の増加
- 重症患者の増加
- 昇進のため
- 新規設備の導入
- 電子化による煩雑化
- 患者数の増加
- その他

2-⑤-1 外来診療に係るあなたの業務負担が「軽減した」理由

- 医師（非常勤医師を含む）の増員
- 医師の能力向上
- 外来診療の廃止・他科への移行等
- 外来担当日（回数）の減少
- 患者数の減少
- 休診日の確保、診療時間の短縮
- 近隣に開業医が増えた
- 研修医の増員
- 昇進のため
- 診療体制の効率化（分担化）
- スタッフの増員
- 他院への紹介
- 病院・部署の異動
- 医師事務作業補助者等の配置による事務作業の軽減
- 予約制、紹介制とした
- その他

4-⑤ 診療科において実施した経済面での処遇改善の内容

- 基本給の増額など
 - ・ハイリスク妊娠、分娩点数を主治医に全額配分（均等）にしている。基本給は平均で 24,800 円増えた。
 - ・年棒制をとっているが、月額約 5～6 万円（手当を含め）の増額があった。
- 時間外手当の創設、オンコール手当の創設
 - ・外来診療時間の延長による手当を増額した。
 - ・休日・夜間透析の手当、手術・緊急呼出しの手当の増額があった。
 - ・時間外手当及び夜間休日呼出し手当が、平成 20 年 11 月より増額となった。また、医長以上の時間外手当が手術後管理手当として 1 日に 5,000 円となった。
 - ・時間外診療について手当がついた。
 - ・日直に時間外手当が支給されるようになった。
 - ・今までなかった超勤手当が導入された。この結果、大体、月 5～15 万円の増額となっている。

- ・時間外病棟業務や書類作成に従事した、いわゆる「時間外勤務」の申請要件を緩和し、申請時間数が増加した。
- ・時間外の（夜間・休日）呼び出し手当が、わずかであるが増額となっている。
- ・金曜日夜～日曜日昼間、祝日前夜、祝日昼間の自宅待機料がつくようになった。
- ・オンコール時の手当がつくようになった。
- ・当直以外で呼び出しされた場合に手当がつくようになった。

○分娩手当（時間外含む）の創設

- ・時間外の分娩 1 件につき 1 万円の手当が創設された（1 晩 2 件まで）。
- ・時間外分娩手当。
- ・時間外の緊急手術は 1 件当たり 7,000 円、夜間の分娩は 1 件当たり 5,000 円の手当が支給されるようになった。
- ・分娩手当料が加算された。
- ・時間外分娩の手当が出るようになった。
- ・時間外（21：00～8：30）の分娩・緊急手術に対し、報酬が支払われることになった。1 件あたり 5,000～7,000 円（報酬が出るのは 1 回の時間外当たり 1 件まで）。
- ・分娩件数による手当。
- ・分娩手当金の増設。緊急手術（夜間）時の応援者へ補助料金。救急母体搬送受入れ時の援助金。

○当直手当の創設

- ・1 回あたりではないが、夜間当直以外や呼び出された場合に、分娩、手術加算、月 4 回を超える当直での加算。
- ・当直料の増額や救急当直における増額。
- ・NICU を新設し、オンコール体制であったが、当直（夜勤）手当が出るようになった。

○診断書作成料の支給

- ・診断書等の文書作成料（1 部 500 円）が支給されるようになった。
- ・書類等の作成費として、わずか（1 割）ではあるが、手当がついた。
- ・診断書類整理時間外手当ができたこと。

○その他の手当

- ・入院受入医師手当、救急患者対応手当。
- ・救急母体搬送受入の際、初診療医 1 名に 1 回約 10,000 円の手当。
- ・手術による緊急夜間の麻酔管理としての手当
- ・救急搬送来院患者診察を受けた時、またその患者を入院に結びつけた時に、それぞれ 1,000

円を算定する。

- ・マンモグラフィー2次読影料が増額された。
- ・残業手当が1時間1,500円と増額されたことにより、月15,000円前後の増額となった。
- ・読影加算手当が支給されるようになったことにより、月60,000円前後の増額となった。

○学会活動等の支援

- ・外部資金導入による国内外学会等への出張支援。
- ・学会旅費の補助。
- ・学会活動等の支援があることによって治験、臨床試験に積極的に参加し、学会出張用やパソコン等の高額OA機器購入に使用している。
- ・学会参加費・旅費等、可能な限り、研究費から補助している。
- ・診療実績を評価し、図書、学会出張、医療機器を優先的に考慮している。自治体病院として、予算枠があり、枠内での処遇しかできない。
- ・海外出張に対する費用の一部サポート。
- ・学会出張費の補助拡大、学会の年会費負担、コピー代、文献取り寄せ料負担、医師賠償保険費用負担。
- ・学会出席や論文作成・投稿の補助。

○育児支援当

- ・育児休暇中の女性医師の臨床復帰を促進する目的で、医局員が私的に運営管理している医局費から1人月額50,000円まで、保育園の費用を補助している。病院の制度ではないが、育児負担のある女性医師については当直の免除等の勤務軽減を行っている。

○その他

- ・ETCカードの配布

5 病院勤務医の負担軽減についての課題・ご意見

- ・待遇の改善。時間外勤務に対する正当な評価が必要である。病院当直と時間外診療の区別を明確にする。研修医に対し、勤務を魅力あるものにするため、最低賃金を上げる必要がある。
- ・医師の診療内容が複雑化しているため、20年前と比べると業務は2倍にはなっている。同じ科の中でも専門性が増しているので同一人数では診療できないようになってきている。20年前と比べると医師数は2倍くらい必要ではないかと思う。病院勤務医が減少しないようにするためには待遇の改善は急務である。そのためには診療報酬の根本的見直しが必要である（現在は開業医が有能なため、勤務医から開業医への流れがある）。開業するより勤務医のほうが有能であり、勤務医の中でも専門性を持った専門医の待遇を改善すべきである。
- ・医師不足対策としての「フィジカル・アシスタント（PA）」の導入について検討してはどうか。米国の医療も多くの問題を抱えているが、医療の分業化では学ぶべきものはある。その一つがフィジカル・アシスタント（PA）という制度だ。主に外科系医師の助手をする役割であり、60年代半ばに制度化が進んだ。大学卒業後に2～3年の専門コースを履修する。現在、全米の外科医（一般外科、胸部外科）総数の2倍近い約8万人が、PAとして医療に貢献している。PAは医師の監督責任下でかなりの権限を与えられ、手術の助手や処置、患者への説明、処方、各種書類の作成などを行う。これにより医師が本来の業務に専念し、専門性を高めることができる。最近、英国やオランダ、台湾、南アフリカなどもこの制度を導入し始めた。専門化した医療スタッフが分業することで、医療の質の向上が可能となる。医学部定員増だけでなく日本の医療に適したPA制度の導入が重要であると確信している。
- ・基本的に開業医との賃金格差が大きすぎる。また、拘束時間が長すぎる。つまり、時間当りの給与が少なすぎる。
- ・当科は、かなり以前より秘書を雇って医師が独自にしてきた診療外業務を代行してもらい、かなりの時間を削減できた。特に当科では月100枚以上の各種文書の代筆を秘書が行うようになってから、時間的負担はかなり軽減している。また、外来や入院業務でも委託可能な範囲の殆どを委託しているが、勤務時間はなかなか短縮しない。当院では、救命救急センターを有しているため、急患は24時間来院する。日勤帯に急患が入ると病棟担当医はそれに忙殺され、入院患者の回診が遅くなりがちである。それを回避するため早期より回診をして始業時間に救急病棟に入院した患者に対応するようにしている。入院患者家族に対する説明時間は年々長くなり（患者の意識が向上したためと、在院日数短縮による患者増）、1日のかなりの時間をさくようになった。同意書や入院診療計画書など説明に費やす時間は年々長くなり、かつ、電子カルテへの記載時間はそれに伴い長くなっている。救急をかかえているので（原則として断わらない）、当直のときはほぼ

眠れない。重症患者の急変や、PCIが必要になると1人当直では対応できないため、待機医師を招集している。待機医師は招集されても翌日は休みではないため負担業務になる。当直明けに仕事がないよう配置しても、いつもできる訳ではなく、多くの場合、帰宅は5時（午後）を過ぎる。人員の増加が特効薬だが、診療報酬は抑制されているので、病院側はこちらの予定通りに人員を増やすことはない。結局、どんなに我慢して頑張っても、過重労働に耐えても、殆どの病院が赤字経営を余儀なくされている根幹がある限り、医師の過重労働は減ることはない。少人数で多数の患者に対応しない限り、黒字化は夢物語にしかすぎない。患者1人1人にかかる診療時間が確実に長くなっているため、結局、超過勤務はなくなる。当院はかなり恵まれていると思うが、それでもこの現状である。私のような年齢になって疲れてくると、地方病院の惨状を知るにつけ、そこに飛びこむことに躊躇し、開業に向いてしまい、結局医師不足に拍車をかける。診療報酬の増と、経営努力をしっかりと行っている病院に対する負担減の方法の導入を検討してほしい。医療は人も手間もかかる。合理化のみで全てをまかなうと血も涙もない医療になるが、それに近いことをしなければ経営が難しい状況になっている。

- ・国が医療費抑制の政策を推し進める限りにおいて、包括医療の体制をとる当院のような病院は、経費削減をせざるを得ない。医療に「効率」が求められることになり、効率を上げるために職員の労働力が必須の状態である。効率追求の医療は、リスクと背中合わせであり、常にこれが不安である。
- ・大学医局から医師派遣で医師数は確保されていたが、研修医制度で大学医局は破壊され、医師派遣が不能となった。
- ・責任者の年齢は高く、当直回数は減っている。平均で当直回数を算出したら、実際には当直回数は多かった。若い医師の実態がみえてこないため、平均値ではなく、実数（0～8回）など、きちんと調査してほしい。連続当直など非現実的な数字を調べても、実態はみえてこない。
- ・メディカルクラーク導入は、事前の予想とは異なり負担軽減に役立った。看護他部門には平成19年12月28日付通知が周知されておらず、一部通知を理解していても自己の負担増加を望まず導入することができないため、実効があがらない状態である。また、地域住人の大病院志向、専門医志向は根強く、深夜の軽症救急受診でも専門医診療を望む。住民の意識啓発を行ってはいるが、病院単独で行うには限界があり、投書も増加することが危惧される現実がある。
- ・私たちの分野では、美容にシフトする人、開業にシフトする人が微増している。入院をきちんと入れる、手術をしているなどの評価がなく、朝から夜まで仕事をしていても虚しさを感じる。
- ・給与が低すぎる。医者は、お金儲けのために仕事をしているわけではないが、諸外国と比較しても、あまりにも給与が低い。忙しくてもやりがいのあるサポートがなければ、若い人は集まって来ないだろう。女性医師の再就職。時間制で働ける環境づくりなどが

必要である。これはナースにも言えることである。また、医師、ナース以外の専門職をつくるべきである。

- 本調査で病院での超過勤務、当直等の評価は可能だが、「待機」については何の考慮も評価もされていない。例えば、時間通りに勤務が終わり帰宅したとしても、当番（待機）であれば、酒を飲んでゆっくりすることもできず、風呂に入っている間も家族に PHS の番をしてもらい、夜中の眠りも浅い。夜中に呼ばれて処置をしたとしても、病院での処理、診療の時間が 1 時間なら、超過勤務としては「1 時間」であり、5 時に終るところを 6 時まで仕事し、あとは待機もなくフリーな人と同じ扱いである。救急にちよくちよく呼ばれる科としては、これを「1 時間の超過勤務」と同様に扱われることにとても反発する。このような点も理解した上で、もっと十分吟味された調査票で統計処理してもらうことを希望する。
- 絵に描いた餅のような意味のない電子化や DPC により、事務的な作業にますます時間がかかり、医師の負担を増やしている。産婦人科は、保険上加算が付加した科であるにもかかわらず、「すべての科は平等」的な扱いで、負担軽減を優先してもらえない。このような政策ではあまり意味がない。むしろ、科を重点的に配慮した誘導が必要と思う。
- 産婦人科は 24 時間体制である。4 人では当直体制はできない。ポケベル待機、オンコール呼び出しの業務負担について、アンケート調査にないことが不満である。
- 他科ローテーションをしていない世代の眼科医は、全身疾患への診療に疎く当直時における対応時に、大きなストレスを感じている。他科医師を呼ぶか否か、トリアージについても全く自信がない。迷惑をかけているだけではないかという想いと、もし自分が当直していることで患者に不利益が及ぶのではないかという想いが常にある。
- 患者や一般住民の啓蒙が非常に重要である。
- 書類が多い。
- 病院勤務医が勤務している病院の中で、公立病院はほとんどが赤字である。特に地方の公立病院は赤字でなければやっていけないのが現状である。そのような状況の中では、医師の数を増やすことは、（たとえ医師の全体数が増えたとしても）難しい。医師を増やすことと、公立病院に対する赤字の対策をしないとやっていくことはできない。医師の仕事を他のコメディカルが負担するとしても、そこでも人をやとわなければいけず、結局は病院経営を圧迫することになる。少ない金で、できるだけ質の良い医療を提供できる時代は終わったのであって、質の良い医療を受けるためには金が必要である。
- 診療行為が自己完結できると考えられる専門医の養成に時間がかかり、実診療は養成課程の医師（専門研修医）にも負担をかけている。病院からは完全交替制導入を強く要求されているが、専門医の確保、治療の継続性、質の確保など、人員数の問題だけではないところが残っている。
- 患者が安心できる診療所の質的向上。何でも大病院という患者の意識を変える（医療機

関の働きかけも必要だが、患者自身の勉強・努力もポイントである)。病院に対する何らかのサポートが必要。この3点が大きく変化しない限り、根本的な改善はない。

3. 医師票

2-④-1 入院診療に係るあなたの業務負担が「増加した」理由

○入院患者数が増加したため

- ・患者数が年々増えているため。
- ・近くの病院がなくなり、患者数が増加した。
- ・1回の当直で4～5人の入院患者が入ることもあり、救急外来だけでなく、入院業務も一気に増える。また、入退院の入れかわりが早く、退院サマリ等を書く暇がない。
- ・緩和ケアチーム関連の仕事が増加してきている。がん診療連携拠点病院でもあり、がん診療関連の仕事も増加している。

○重症患者が増加したため

- ・重症患者が増えたため。
- ・ICU入室患者数が非常に多い。
- ・入院患者の重症度が増した。一方で、病棟スタッフの能力が低下している。
- ・救急患者の入院・治療、重症患者（妊婦）に対する治療対応が急激に増加している。
- ・患者数が増大するとともに、重症化している。

○手術・分娩回数が増加したため

- ・手術件数が増加した。
- ・参加しなければならない手術が増えた（メンバーが変わったため）。
- ・分娩の増加、手術の増加による。
- ・スタッフの変更による手術の負担が大きくなった。当院ではソーシャルワーカーがいないため、医師が入院患者に対するソーシャルワーカーの仕事をしている。
- ・分娩回数の増加（周辺の産科施設が分娩を取り扱わなくなった）。

○時間外診療や救急診療が増加したため

- ・周辺病院の業務縮小に伴う急患受入れの増加。
- ・救急患者が増えたが、医師は2人のまま変わらないため。
- ・夜間オンコールでの救急患者数および緊急手術の増加。
- ・救急車を受け入れなければならない機会が増えた。

○医師数が減少したため

- ・内科系勤務医の退職と人員減により、残った医師の業務が増えた。
- ・医師（内科）数の減少。内科入院担当が6人から4人に減少した。

- ・産婦人科医師の退職。

○医師の能力不足があるため

- ・研修医の能力の問題。
- ・マンパワー減少のため、負担が増加した。
- ・診療料スタッフの若返りに伴い、診療・検査・手術における補助が増加した。

○事務作業が増加したため

- ・通常のカルテ以外の書類が増加した。事務的仕事がどんどん増えている。
- ・オーダーリングシステムなどに係る事務作業が増加した。
- ・主治医意見書、診断書、退院療養計画書など書類が増加した。また、カンファレンスの開催数が増加した。
- ・DPC 化のため、事務作業が大幅に増えた。入退院のサイクルが短縮したため、書類仕事が膨大になっている。

○電子化により負担が増加したため

- ・電子カルテの導入により、外来・入院指示に時間を要するようになり、操作を覚えるのも大変。
- ・DPC 入力や各種入院時業務の増加。インフォームドコンセントに費やす時間の増加。
- ・病名登録（DPC 入力及び通常病名入力）病状詳記、入院退院サマリ等の診療報酬業務等が全てオーダーリングシステムでの PC 入力に切り替わり、入力業務に非常に時間がかかるようになった。

○患者や家族への対応などの負担が増加したため

- ・病状説明の頻度や時間が増加したため。
- ・患者への説明や同意書に関する手続きの大幅な増加。クレーム対応など。
- ・患者説明の時間が増えた。
- ・入院する患者数が増えた。患者を放置しておきながら、要求だけは多大な家族やクレマーに近い人が増えた。

2-④-1 入院診療に係るあなたの業務負担が「軽減した」理由

○医師が増えたため

- ・後輩医師が増えたため。
- ・自分より若い医師が就職してくれたため。

- ・常勤医が増えたから。
- ・若手医師の増加により軽減した。
- ・頼りになる医師の補充、及び医療クランクの補充があった。

○入院の縮小・廃止等があったため

- ・入院で行っていた検査を外来で行うようになり、入院数が減ったため。
- ・入院をとらなくなったため。
- ・DPC 導入に伴い、早期退院する患者が増えたが、入院患者数は増えなかったため。
- ・医師減少に伴い、手術症例が減少したため。
- ・医師数が減少したため、対応できなくなった分野（当院の場合は透析）の診療を中止・制限したため。

○スタッフの増員があったため

- ・病棟クランクにより保険の書類等に関する業務が軽減した。
- ・医療クランクが、入院時書類・退院時サマリ作成の補助をしてくれるようになったため。
- ・メディカルクランクの充実による。

○電子化による業務軽減

- ・電子カルテ導入に伴い、記事入力などルーチン作業が簡略化された。ただし、ルーチン以外だと他職種との連携が困難である。
- ・電子カルテ化でサマリ作成が楽になった。実診療に係る部分は変化がない。
- ・写真がフィルムレスとなり整理しなくてよかった。

○その他

- ・産休・育休後のため、仕事内容の軽減を配慮してもらっているため。
- ・転院に関することを地域医療担当ナースが全てしてくれるようになったため。雑用が減った。
- ・当直回数が減った（歳をとったので減らしてくれた。その代わり若い医師の当直は増えた）。
- ・点滴のルート接続をナースがしてくれるようになった。

2-⑤-1 外来診療に係るあなたの業務負担が「増加した」理由

○患者数が増加したため

- ・患者数が年々増えているため。
- ・外来患者数の増加。
- ・紹介患者（新患）が、（従来、紹介先の病院で対応していた程度の方でも）増加している。
- ・紹介患者の増加。手術後通院患者の増加。

○外来の業務内容が増えたため

- ・入院で行うことを外来で処理するようになったため、外来で行うべき仕事が増えた。時間は限られているが、やらなくてはならない事が多い。
- ・DPC 導入や、入院日数短縮の影響で外来の負担が増加した。
- ・外来化学療法患者の増加。

○近隣の病院が閉鎖・縮小したため

- ・近くの病院がなくなり、患者数が増加した。
- ・近くの病院の眼科閉鎖により、患者が急増した。救急疾患も増え、緊急オペも増え、負担が増した。
- ・患者がかなり増えたため（周辺病院の産科が閉鎖したことによる）。

○重症患者が増加したため

- ・特に手術が必要な患者が増加したため、対応に苦慮している。
- ・紹介患者（難治症例）が増加した。
- ・一人一人の患者が重症化・高齢化し、丁寧な診察が必要となっている。

○検査件数・手術件数が増加したため

- ・検査件数が増加した。
- ・手術件数の増加、セカンドオピニオン患者の増加。
- ・担当検査数が増加した。
- ・手術紹介の増加、手術後化学療法の増加。

○医師数が減少したため

- ・医師数の減少。
- ・スタッフの退職により専門領域患者が増加した。
- ・中堅医師が1名減ったため、負担が大きくなった。
- ・マンパワー減少により、外来診療での担当患者延べ人数が増えた。

- ・常勤医師数が減少し、1人当たりの担当数が増加した。

○電子化により負担が増加したため

- ・電子カルテになって診療時間が増加した。検査の予約もすべて医師の負担になっている。
- ・電子カルテ導入により、外来・入院指示に時間を要するようになり、操作を覚えるのも大変である。
- ・電子カルテ導入で、医師の仕事が増えている。

○事務作業が増加したため

- ・頻回な制度改正等による、書類等の事務作業の増加。
- ・事務処理などの負担が増えた。
- ・書類（診断書、保険会社や警察の調査文書、介護保険、各種面談調査）が増えた。
- ・主治医意見書、診断書、入院療養計画書など書類の増加。

○患者への説明に要する時間が増加したため

- ・病状説明の頻度・時間が増加した。
- ・高度医療のため、治療説明に要する時間が増加した。
- ・術前診察において説明しなければならない事項が増えた。また、それに伴い取得しなければならない同意書、書類が増加した。

○外来担当回数の増加

- ・外来診療担当日が増えた。
- ・自分の診察日以外での診察が増えたため。
- ・外来の日数が増えた。
- ・一般診療の当番回数の増加、受け持ち患者数の増加。
- ・専門外来などの分が増加したため。
- ・外来を担当する医師が減少したため、1人当たりの負担が増加となった。

○その他

- ・夜間救急室に来る患者が増えた。
- ・昨年は臨床研修医であったため、担当医として責任は少なかったが、今は主治医として業務を行っているから負担は増加している。

2-⑤-1 外来診療に係るあなたの業務負担が「軽減した」理由

○メディカルクラーク等の配置により事務作業が軽減したため

- ・メディカルクラークがつくようになり、書類書きに関する業務が軽減された。
- ・メディカルクラーク導入により書類業務の負担が減った。
- ・書類作成が多く負担であったが、メディカルクラークがほぼ作成してくれるため、量が減った。
- ・メディカルクラーク配置により書類記載に要する時間が軽減した。
- ・医療クラークが、診断書など書類作成の補助をしてくれるようになったため。

○医師が増えたため

- ・医師が増加したため。
- ・常勤医の増加。
- ・医師の数が増えたため。
- ・去年は2名だった小児科が3名に増えたため。
- ・ベテラン医師が増えたため。

○休診日の確保、診療時間の短縮、外来回数の減少があったため

- ・医師が減少したことにより、病院として健診業務を中止したため。
- ・外来の担当回数を減らした。
- ・外来日数が週に3日であったのが2日減った。
- ・外来診療日が5日から4日に減少した。
- ・診療時間の短縮。

○患者数が減少したため

- ・患者数が減っている。
- ・来院患者数が減少した。
- ・新規の患者が減っている。

○地域連携を推進したため

- ・近隣のクリニックへ出来るだけ外来患者管理を依頼するようにしたため。
- ・「逆紹介」を推進し、診療患者数が減少した。
- ・逆紹介を増やした。
- ・入院患者の負担増のため、外来は可能な限り、地域の開業医へ紹介している。

○電子化による業務軽減を進めたため

- ・問診票を電子カルテに入力する業務が軽減された。
- ・文章作成がコンピュータ上でできるようになり、容易になった。

○予約制・紹介制を導入したため

- ・紹介外の患者受診日の制限を新たに設けたため。
- ・外来を予約制にしたため。
- ・外来を完全予約制にした。

2-⑮ 病院の中でどのような取組みを実施すれば、あなたの勤務状況は改善すると思うか。

○救急の受入れについて

- ・救急を1次～3次までのすべて受け入れるのではなく、1次は地域の夜間診療所へ行ってもらうことを徹底していただきたい。
- ・深夜帯の救急受診患者に対する適切なトリアージ。
- ・救急医療の階層化（一次、二次の切り離し）。

○当直後の勤務について

- ・当直翌日の休みは義務化してほしい。
- ・当直・残業手当の増額と時間制限の廃止。
- ・「当直翌日を休みにしないと、その当直医にペナルティを課す（例えば減給）」というルールを作れば改善すると思う。
- ・当直翌日は、「午後早退OK」などといったルールをつくってもらいたい。
- ・当直翌日は帰宅できる環境。残業手当をつける。
- ・当直翌日の代休がとれる診療体制（科によっては実現出来ている）。
- ・勤務時間外の強制労働をなくすか、手当を考慮するか、当日翌日は休みにするか、など休息や報酬を考慮する。
- ・連続当直をなくす配慮。現時点では、当直のローテーションは、ある法則をもとに、庶務課が決めている様子。その法則によると、連続当直が生じ得る。当直表の発表前に、修正するなどの配慮をすべき。

○経済的処遇について

- ・当直代大幅増、最低1回当たり50,000円とすべき。他のバイトより安いのは明らかにおかしい。
- ・他院でアルバイトをしなくてもすむ給与にすべき。

○医師数について

- ・麻酔科医師数の増加。救急科専門医の確保。総合内科医の増加。
- ・医師のスタッフが増員されること。
- ・医師数の増加。
- ・人員が増えないことには、当直明けの休暇も無理で、外来（消化器科の他に内科の応援もあり）の状況も改善しない。

○外来診療について

- ・外来新患予約制の導入と医療クラークによる書類作成の補助。
- ・患者を受け入れる絶対数を決める。

○業務分担について

- ・医師免許保有者でなくてはできぬことに業務を集約する。すなわち、外来・手術のみ等へ人員の集約。単に医師数を増やすのは全く意味がない。
- ・看護師の分担の増加（やらないことが多すぎる）。
- ・検査のための静脈ルート確保は看護師にやってもらいたい。
- ・予約センターがあり、検査や次回再診の予約をとってもらう。できたら検査内容の説明もしてもらいたい。
- ・点滴業務の移行。
- ・看護師を増員し、一部は専門看護師（エキスパートナース）として育成する。
- ・患者の入室・退室などを看護師がやってくると、入退室の時間の削減につながる。
- ・点滴の確保や食事変更、病室の変更などの仕事を他の部署が行うようにする。
- ・コメディカルへの業務の分担（現状では、点滴など、看護師が法律上認められている行為も、医師が夜間に呼ばれて行っている）。
- ・診断書・意見書などの書類作成業務の完全分担化と、全薬剤投与の完全分担化。
- ・麻酔器など ME 機器（術中検査も含めて）の管理・保守を、ME や検査技師に担当してもらいたい。
- ・麻薬の事務処理を薬剤師が担当する。
- ・主治医意見書、MRI 検査同意書をコメディカルが対応するようにする。
- ・採血点滴、検査部や他部署への電話連絡、患者の移送・運搬、処方せんの変更入力、サマリの訂正入力など、看護師でも可能な業務や医師の口頭指示で他職種がオーダー入力可能になれば医師の業務は大幅に改善する。

○医療クラークの活用

- ・医療クラーク業務が全科に広まること。

- ・事務員を増やさず、一部を病棟や外来に配置し、各科専門医療クランクとして養成する。
- ・カルテ入力（検査・処方・注射等）については代行してほしい。
- ・医療事務による診断書等作成の代行。
- ・書類作成の補助を進めてほしい。
- ・事務書類作成、DPC 入力など医療行為以外について、他職種に代行してもらう。

○その他

- ・保険会社や介護保険書類の完全電子カルテ化し、同じことを手書きで何度も記載しなくてもよいようにする。1 人の患者が 4 つ以上の保険会社の診断書を持参する場合がある。
- ・手術を計画的に行う。整形外科医が好き勝手に手術を予定するのをやめる。
- ・夜間の入院患者の急変に対し、当直医が対応する体制の強化。
- ・意味のない会議の削減。
- ・3 交替制の導入。

2-⑰ 今後の意向の理由

【「できれば診療を辞めたい」とする理由】

○疲れた、負担が大きい

- ・自分の健康が大切。
- ・疲れ果てた。
- ・他院よりは労働条件は良いが、当直後の勤務は（ほとんど一睡もできないことが多く）過酷であるため。
- ・毎日が多忙で心身ともに疲れている。
- ・仕事の負担が大きく体力的にも精神的にも限界。上司や院長に話しても状況は改善しない。仕事上の労災事故にあっても適切な対応をしてもらえない。自分の健康を害し、生命を縮めてまで医師としての業務をしなければならないのか。
- ・今後の妊娠・出産を考えると負担が大きすぎるため。
- ・夜間救急に対する体力的限界。

○リスクが大きい

- ・高いリスクに相当する見返りが無い。例えば、残業代には上限が設けられている。
- ・最近クレマーが多く、訴訟のリスクも高い。仕事の忙しさの割に給料が安い。
- ・医療訴訟のリスクを考えると、現在の待遇では全く割に合わないため。
- ・治療困難な症例に対する訴訟の増加等。

○報われない、不公平である

- ・仕事は増加する一方で、自分の体力は落ちてくる。病院内でも働かない医師と、働く医師の評価が同じなのは、不平等と感じる。
- ・希望が持てない。
- ・報われない。
- ・身を削って診療にあたっても報われず、やりがいのなさを感じる。
- ・苦勞しても患者から文句を言われ、憎まれるのがしんどい。

○充実感がない

- ・労働内容に比して、精神的な充足感がない（10年前は充分にあった）。
- ・成功報酬が低い（困難な手術であっても成功は当然という患者・家族の認識）。

○生活の困難さ

- ・生活の不規則さ。
- ・育児との両立が困難。
- ・精神的・体力的に辛すぎる。すでに体調もおかしく、このままだと病気になる。また、人間らしい生活が送れず、生きている意味がない。
- ・疲労が多い。いつも呼び出されるかわからないので、人と約束できない。

○その他

- ・夢の実現のため。

以上

調	査	票
---	---	---

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」 病院勤務医の負担軽減の実態調査 調査票（施設票）

※ 以下のラベルに、電話番号、ご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名、所在地をご確認の上、記載内容に不備がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号、お名前は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理しますので、ご記入くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

施設名	()
施設の所在地	
電話番号	
ご回答者名	

※本調査票は、貴施設の管理者の方と医師の方とでご相談の上、ご記入ください。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、() 内には具体的な数値、用語等をご記入ください。() 内に入る数値がない場合には、「0（ゼロ）」をご記入ください。

※調査時点は平成 20 年 10 月末あるいは質問に指定されている期間とします。

1. 貴施設の状況についてお伺いします。

①開設主体	1. 国立 2. 公立 3. 公的 4. 社会保険関係団体 5. 医療法人 6. 個人 7. 学校法人 8. その他の法人					
②許可病床数 (医療法)	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症 病床	計
	床	床	床	床	床	床
③病院の種別 ※あてはまる番号すべてに○	1. 特定機能病院 2. 地域医療支援病院 3. 小児救急医療拠点病院 4. 災害拠点病院 5. がん診療連携拠点病院 6. その他（具体的に)					
④救急医療体制 ※あてはまる番号すべてに○	1. 第 2 次救急 2. 救命救急センター 3. 高度救命救急センター 4. 総合周産期母子医療センター 5. 地域周産期母子医療センター 6. その他（具体的に)					
⑤D P C 対応	1. D P C 対象病院 2. D P C 準備病院 3. 対応していない					
⑥標榜している 診療科 ※あてはまる番号すべてに○	1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 脳神経外科 5. 小児科 6. 産婦人科・産科・婦人科 7. 呼吸器科 8. 消化器科 9. 循環器科 10. 精神科 11. 眼科 12. 耳鼻咽喉科 13. 泌尿器科 14. 皮膚科 15. 救急科 16. その他（具体的に)					
⑦病院の体制：あるもの ※あてはまる番号すべてに○	1. 地域連携室の設置 2. 24 時間の画像診断体制 3. 24 時間の検査体制 4. 24 時間の調剤体制					
⑧勤務医負担軽減対策計画の 策定状況	1. 既に策定済み 2. 現在策定中である 3. 策定していない					
⑨診療録電子カルテの導入状況	1. 導入している → 導入時期：平成 () 年 () 月 2. 導入していない					

⑩平均在院日数、紹介率、逆紹介率についてご記入ください。※小数点以下第1位まで										
		平成19年10月			平成20年10月					
1) 病院全体の平均在院日数		(.) 日			(.) 日					
2) 一般病棟の平均在院日数		(.) 日			(.) 日					
3) 紹介率		(.) %			(.) %					
4) 逆紹介率		(.) %			(.) %					
⑪一般病棟の入院基本料区分		1. 7 対 1 2. 10 対 1 3. 13 対 1 4. 15 対 1 5. 特別入院基本料								
⑫精神病棟の入院基本料区分		1. 10 対 1 2. 15 対 1 3. 18 対 1 4. 20 対 1 5. 特別入院基本料								
⑬職員数 (常勤換算)		医師	歯科医師	看護師・ 保健師	助産師	准看護師	薬剤師	技師	その他	計
※小数点 以下第1 位まで	平成19年 10月末 現在	人	人	人	人	人	人	人	人	人
	平成20年 10月末 現在	人	人	人	人	人	人	人	人	人
⑭医師事務作業補助者(医療クーク)		1. いる → () 人 ※常勤換算(平成20年10月) 2. いないが、今後、確保・採用予定 3. いない(予定もない)								
⑮MSW(医療ソーシャルワーカー)		1. いる → () 人 ※常勤換算(平成20年10月) 2. いないが、今後、確保・採用予定 3. いない(予定もない)								
⑯病院ボランティア		1. いる → () 人 ※実人数(平成20年10月末) 2. いないが、今後、確保・採用予定 3. いない(予定もない)								

2. 患者数等についてお伺いします。

①1か月の外来患者数についてご記入ください。		
	平成19年10月	平成20年10月
1) 外来患者数(初診)	人	人
2) 外来患者延べ人数(再診)	人	人
3) 救急搬送による外来患者延べ人数	人	人
4) 上記1)のうち、初診に係る選定療養の実費徴収を行った患者数	人	人
②1か月の入院患者数についてご記入ください。		
	平成19年10月	平成20年10月
1) 新規入院患者数	人	人
2) 救急搬送により緊急入院した患者数	人	人
3) 退院患者数	人	人
4) 診療情報提供料を算定した退院患者数	人	人
5) 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数	人	人
6) 月末在院患者数	人	人

3. 病院勤務医の状況等についてお伺いします。

① 貴院では、常勤医師は何人いらっしゃいますか。平成19年10月ならびに平成20年10月の実人数を診療科別男女別にご記入ください。

	平成 19 年 10 月		平成 20 年 10 月	
	男性	女性	男性	女性
1) 病院全体の医師	人	人	人	人
(1) 内科の医師	人	人	人	人
(2) 精神科の医師	人	人	人	人
(3) 小児科の医師	人	人	人	人
(4) 外科の医師	人	人	人	人
(5) 脳神経外科の医師	人	人	人	人
(6) 整形外科医師	人	人	人	人
(7) 産科又は産婦人科の医師	人	人	人	人
(8) 救急科の医師	人	人	人	人
(9) その他の医師	人	人	人	人

② 週24時間以上の勤務をしている非常勤医師の平成19年10月ならびに平成20年10月における実人数を診療科別男女別にご記入ください。

	平成 19 年 10 月		平成 20 年 10 月	
	男性	女性	男性	女性
1) 病院全体の医師	人	人	人	人
(1) 内科の医師	人	人	人	人
(2) 精神科の医師	人	人	人	人
(3) 小児科の医師	人	人	人	人
(4) 外科の医師	人	人	人	人
(5) 脳神経外科の医師	人	人	人	人
(6) 整形外科医師	人	人	人	人
(7) 産科又は産婦人科の医師	人	人	人	人
(8) 救急科の医師	人	人	人	人
(9) その他の医師	人	人	人	人

③ 常勤医師ならびに週24時間以上の勤務をしている非常勤医師について、医師1人当たり平均当直回数（小数点以下第1位まで）及び医師全員の連続当直回数の合計値を診療科別にご記入ください。

	平成 19 年 10 月				平成 20 年 10 月			
	平均当直回数		連続当直の合計回数		平均当直回数		連続当直の合計回数	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
1) 病院全体の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回
(1) 内科の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回
(2) 精神科の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回
(3) 小児科の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回
(4) 外科の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回
(5) 脳神経外科の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回
(6) 整形外科の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回
(7) 産科又は産婦人科の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回
(8) 救急科の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回
(9) その他の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回

4. 病院勤務医の負担軽減策の実施状況等についてお伺いします。

①貴院では、次のような医師の負担軽減策に取り組んでいますか。取り組んでいる場合は、a)いつから、取り組んでいますか。また、b)貴院の取組み内容を具体的に記入してください。

※回答欄の選択肢中にある「計画」とは「勤務医負担の軽減に資する計画」を指します。

1) 医師・看護師等の業務分担	1. 取り組んでいる a) いつから→ (1. 平成20年3月以前 2. 平成20年4月以降) b) 取り組んでいる具体的な内容 2. 計画にあるが、具体的に取り組んでいない 3. 計画がない 4. その他 (具体的に)
2) 医師事務作業補助体制	1. 取り組んでいる a) いつから→ (1. 平成20年3月以前 2. 平成20年4月以降) b) 取り組んでいる具体的な内容 2. 計画にあるが、具体的に取り組んでいない 3. 計画がない 4. その他 (具体的に)
3) 短時間正規雇用の医師の活用	1. 取り組んでいる a) いつから→ (1. 平成20年3月以前 2. 平成20年4月以降) b) 取り組んでいる具体的な内容 2. 計画にあるが、具体的に取り組んでいない 3. 計画がない 4. その他 (具体的に)
4) 連続当直を行わない勤務シフト	1. 取り組んでいる a) いつから→ (1. 平成20年3月以前 2. 平成20年4月以降) b) 取り組んでいる具体的な内容 2. 計画にあるが、具体的に取り組んでいない 3. 計画がない 4. その他 (具体的に)
5) 当直後の通常勤務に係る配慮	1. 取り組んでいる a) いつから→ (1. 平成20年3月以前 2. 平成20年4月以降) b) 取り組んでいる具体的な内容 2. 計画にあるが、具体的に取り組んでいない 3. 計画がない 4. その他 (具体的に)
②上記①の項目1)～5)以外で、貴院で取り組んでいる医師の負担軽減策がある場合、その内容を具体的に記入ください。	

③貴院では、平成20年4月以降、医師の経済面での処遇を改善しましたか。

1. 改善した → 質問③-1へ

2. 変わらない → 6 ページの 5. ①へ

③-1 医師の経済面での処遇改善内容としてあてはまるものに○をつけてください。

※あてはまる番号すべてに○

1. 基本給（賞与を含む）を増やした → 質問③-2-1へ

2. 手当を増やした → 質問③-2-2へ

3. その他 → 質問③-2-3へ

（具体的に

③-2-1「1.基本給（賞与を含む）を増やした」施設の方にお伺いいたします。その対象医師は誰ですか。※あてはまる番号すべてに○

1. 医師全員

2. 特定の診療科に勤務する医師 ※あてはまる診療科すべてに○

1. 内科 2. 精神科 3. 小児科 4. 外科 5. 脳神経外科
6. 整形外科 7. 産科又は産婦人科 8. 救急科
9. その他（具体的に）

3. 特定の医師 ※あてはまるものすべてに○

1. 常勤 2. 非常勤 3. 臨床研修医 4. 専門研修医（後期）
5. 管理職 6. 特定の手術室勤務をした医師
7. その他（具体的に ）

③-2-2「2.手当てを増やした」施設の方にお伺いいたします。その対象医師は誰ですか。
※あてはまる番号すべてに○

1. 医師全員

2. 特定の診療科に勤務する医師 ※あてはまる診療科すべてに○

1. 内科 2. 精神科 3. 小児科 4. 外科 5. 脳神経外科
6. 整形外科 7. 産科又は産婦人科 8. 救急科
9. その他（具体的に）

3. 特定の医師 ※あてはまるものすべてに○

1. 常勤 2. 非常勤 3. 臨床研修医 4. 専門研修医（後期）
5. 管理職 6. 特定の手術室勤務をした医師
7. その他（具体的に）

③-2-3「3.その他」を選択した施設の方にお伺いいたします。その対象医師は誰ですか。
※あてはまる番号すべてに○

1. 医師全員

2. 特定の診療科に勤務する医師 ※あてはまる診療科すべてに○

1. 内科 2. 精神科 3. 小児科 4. 外科 5. 脳神経外科
6. 整形外科 7. 産科又は産婦人科 8. 救急科
9. その他（具体的に ）

3. 特定の医師 ※あてはまるものすべてに○

1. 常勤 2. 非常勤 3. 臨床研修医 4. 専門研修医（後期）
5. 管理職 6. 特定の手術室勤務をした医師
7. その他（具体的に）

5. 入院時医学管理加算についてお伺いします。

施設基準の届出がない場合も、①の質問は、必ず、ご回答ください。

①貴院では、現行の「入院時医学管理加算」の届出をしていますか。	1. 届出をしている→②へお進みください 2. 現在は届出をしていないが、届出を行う予定がある →6. ①へお進みください 3. 届出をしていない →①-1へお進みください		
①-1 届出をしていない理由をお書きください。			
→6. ①へお進みください			
②現行の「入院時医学管理加算」の届出が受理されたのはいつですか。	平成20年（ ）月		
③初診に係る選定療養（実費徴収）の状況	1. ある→1回あたりの金額（ ）円 2. ない		
④平成20年10月1か月分の手術件数等をご記入ください。各項目は重複した数値で結構です。			
1) 全身麻酔	件	5) 放射線治療 (体外照射法)	件
2) 人工心肺を用いた手術	件	6) 分娩	件
3) 悪性腫瘍手術	件	7) 緊急帝王切開	件
4) 腹腔鏡下手術	件		
⑤「入院時医学管理加算」について、具体的な問題・要望等がございましたら、ご記入ください。			

6. 医師事務作業補助体制加算についてお伺いします。

施設基準の届出がない場合も、①の質問は、必ず、ご回答ください。

①貴院では、「医師事務作業補助体制加算」の届出をしていますか。	1. 届出をしている→②へお進みください 2. 現在は届出をしていないが、届出を行う予定がある →8ページ7. ①へお進みください 3. 届出をしていない →①-1へお進みください
①-1 届出をしていない理由をお書きください。	
→8ページ7. ①へお進みください	

②「医師事務作業補助体制加算」の届出が受理されたのはいつですか。	平成20年（ ）月	
③当該加算の有無とは別に、医師の事務作業を補助する専従者を配置した時期はいつですか。	平成（ ）年（ ）月	
④医師事務作業補助体制加算の種類	（ ）対1補助体制加算	
⑤医師事務作業補助者（専従者）の実人数、給与総額を常勤・非常勤別にご記入ください。		
	常勤	非常勤
1) 実人数（平成20年10月）	（ ）人	（ ）人
a) 上記1)のうち 医療従事経験者	（ ）人	（ ）人
b) 上記1)のうち、医療事務経験者	（ ）人	（ ）人
2) 給与総額（平成20年10月1か月）	約（ ）万円	約（ ）万円
⑥医師事務作業補助者はどのように配置していますか。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 病院全体でまとめて配置している 2. 特定の診療科に配置している 3. 特定の病棟に配置している 4. 特定の医師に対して配置している 5. その他（具体的に ）	
⑦1) 加算の届出以降、以下の各項目（A～E）について医師事務作業補助者が実際に従事している場合は「1. あり」に、従事していない場合は「2. なし」に○をつけてください。 2) 各項目の業務内容を主に担当しているのは誰ですか。あてはまる番号1つに○をつけてください。		
	1) 医師事務作業補助者の 従事 ※○は1つ	2) 主な担当者 ※○は1つ
A. 診断書などの文書作成補助	1. あり 2. なし	1. 医師 2. 医師事務作業補助者 3. その他（ ）
B. 診療記録への代行入力	1. あり 2. なし	1. 医師 2. 医師事務作業補助者 3. その他（ ）
C. 医療の質の向上に資する事務作業	1. あり 2. なし	1. 医師 2. 医師事務作業補助者 3. その他（ ）
D. 行政上の業務 （救急医療情報システムへの入力等）	1. あり 2. なし	1. 医師 2. 医師事務作業補助者 3. その他（ ）
E. その他（主なもの： ）	1. あり 2. なし	1. 医師 2. 医師事務作業補助者 3. その他（ ）
⑧医師事務作業補助者の業務範囲は明確になっていますか。	1. 院内規程等で明確にしている 2. 曖昧な部分がある →（具体的に ） 3. その他（具体的に ）	

⑨医師事務作業補助者の配置により、個人情報保護上の問題が、今までに発生しましたか。	1. 発生していない 2. 発生した → 具体的に
⑩「医師事務作業補助体制加算」について、具体的な問題・要望等がございましたら、ご記入ください。	

7. ハイリスク分娩管理加算についてお伺いします。施設基準の届出がない場合も、①の質問は、必ず、ご回答ください。

①貴院では、「ハイリスク分娩管理加算」の届出をしていますか。	1. 届出をしている→②へお進みください 2. 現在は届出をしていないが、届出を行う予定がある →9ページ8.へお進みください 3. 届出をしていない →①-1へお進みください	
①-1 届出をしていない理由をお書きください。		
→9ページ8.へお進みください		
②「ハイリスク分娩管理加算」の届出が受理されたのはいつですか。	平成20年（ ）月	
③分娩件数についてご記入ください。		
	平成19年	平成20年
8月	回	回
9月	回	回
10月	回	回
④「ハイリスク分娩管理加算」の算定回数についてご記入ください。		
	平成19年	平成20年
8月	回	回
9月	回	回
10月	回	回

⑤「ハイリスク分娩管理加算」について、具体的な問題・要望等がございましたら、ご記入ください。

8. 病院勤務医の負担軽減について、今後の課題・ご要望等のご意見がございましたら、ご記入ください。

以上でアンケートは終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成 20 年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
病院勤務医の負担軽減の実態調査 調査票（医師責任者票）

平成 20 年 4 月の診療報酬改定により、病院勤務医の負担軽減に関する見直しが行われました。この改定による影響を検証するため、病院勤務医の負担軽減の状況の変化等を把握することを主な目的として、本アンケートを実施させていただきます。本調査の結果は、診療報酬改定に係る議論の際の基礎資料として利用させていただき、それ以外の目的には使用いたしません。また調査結果はとりまとめの上、公表いたしますが、とりまとめ及び公表に際しては個人情報等に配慮するとともに、調査実施の趣旨以外の目的では使用いたしません。

お忙しい中大変申し訳ございませんがご協力くださいますようお願いいたします。

※この「医師責任者票」は、病院の各診療科における医師責任者の方（例：部長・医長・科長）を対象に、各診療科の医師の業務負担の状況等についてお伺いするものです。特に断りのない限り、この調査票を受け取った病院における状況等についてご回答ください。

※回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。特に断りのない限り、○は1つだけ囲んでください。

※（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。

※ご回答いただいた調査票は、調査期限までに病院の開設者・管理者に封筒に入れた状態で提出してください。

1. あなたご自身とあなたが管理している診療科の状況（平成20年10月末現在）について伺います。

①性別	1. 男性 2. 女性	②年齢	() 歳
③医師経験年数	() 年 () か月		
④主たる担当診療科 ※○は１つだけ	1. 内科 2. 精神科 3. 小児科 4. 外科 5. 脳神経外科 6. 整形外科 7. 産科・産婦人科 8. 救急科 9. その他（具体的に ）		
⑤勤務形態	1. 常勤 2. 非常勤（週 24 時間以上）		
⑥役職等	1. 院長 2. 副院長 3. 部長 4. 副部長 5. 医長・科長 6. その他（具体的に ）		
⑦あなたが管理している 医師の人数（非常勤含む）	男性医師 () 人 女性医師 () 人		
⑧この病院における勤続年数	() 年 () か月		
⑨直近 1 週間の実勤務時間	() 時間 () 分		
⑩あなたご自身の外来診療の有無	1. あり → 1 日当たり平均外来診察患者数 () 人 2. なし		
⑪この病院における平成 19 年および平成 20 年 10 月のあなたの当直回数と連続当直回数についてお答えください。			
	平成 19 年 10 月		平成 20 年 10 月
1) 月当直回数	() 回	() 回	
2) 連続当直回数	() 回	() 回	

2. あなたご自身の業務負担（平成20年10月末現在）についてお伺いします。

①1年前と比較して、あなたの勤務状況はどのように変化しましたか。※〇は1つだけ

- | | |
|----------|----------------|
| 1. 改善した | 2. どちらかという改善した |
| 3. 変わらない | 4. どちらかという悪化した |
| 5. 悪化した | 6. その他（具体的に） |

②日常業務において、負担が最も重いと感じる業務は何ですか。 ※〇は1つだけ

- | | | |
|----------------|-----------------------------------|-------|
| 1. 入院診療 | 2. 外来診療 | 3. 当直 |
| 4. 院内における教育・指導 | 5. 病院内の診療外業務（院内委員会活動・会議・カンファレンス等） | |
| 6. 管理業務 | 7. その他（具体的に） | |

③上記②で選択した業務は、全ての日常業務のうち、どのくらいの割合を占めますか。（時間ベース）※〇は1つだけ

- | | | |
|----------------|----------------|--------------|
| 1. 10%未満 | 2. 10%～30%未満 | 3. 30%～50%未満 |
| 4. 50%以上～70%未満 | 5. 70%以上～90%未満 | 6. 90%以上 |

④1年前と比較して、入院診療に係るあなたの業務負担はどうになりましたか。※〇は1つだけ

- | | |
|---------|---------------|
| 1. 増加した | 2. 変わらない→質問⑤へ |
| 3. 軽減した | |

④-1 上記④で「1. 増加した」または「3. 軽減した」を回答した方は、その主な理由を具体的にご記入ください。

→質問⑤へ

⑤1年前と比較して、外来診療に係るあなたの業務負担はどうになりましたか。 ※〇は1つだけ

- | | |
|---------|---------------|
| 1. 増加した | 2. 変わらない→質問⑥へ |
| 3. 軽減した | |

⑤-1 上記⑤で「1. 増加した」または「3. 軽減した」を回答した方は、その主な理由を具体的にご記入ください。

→質問⑥へ

⑥1年前と比較して、病院内の診療外業務（院内委員会活動・会議・カンファレンス等）に係るあなたの負担はどうになりましたか。 ※〇は1つだけ

- | | | |
|---------|----------|---------|
| 1. 増加した | 2. 変わらない | 3. 軽減した |
|---------|----------|---------|

⑦1年前と比較して、院内における教育・指導に係るあなたの負担はどうになりましたか。 ※〇は1つだけ

- | | | |
|---------|----------|---------|
| 1. 増加した | 2. 変わらない | 3. 軽減した |
|---------|----------|---------|

⑧1年前と比較して、管理業務に係るあなたの負担はどうになりましたか。 ※〇は1つだけ

- | | | |
|---------|----------|---------|
| 1. 増加した | 2. 変わらない | 3. 軽減した |
|---------|----------|---------|

⑨貴院での勤務医負担軽減策に関する計画をご存知ですか。 ※〇は1つだけ

- | |
|------------------------|
| 1. 内容も含め知っている |
| 2. あることは知っているが、内容は知らない |
| 3. 知らない |

3. 貴診療科（あなたが管理している診療科）の業務負担（平成 20 年 10 月末現在）についてお伺いします。

①1 年前と比較して、貴診療科の医師の勤務状況は、全体としてどのように変化しましたか。※〇は 1 つだけ

- | | |
|----------|-----------------|
| 1. 改善した | 2. どちらかというと改善した |
| 3. 変わらない | 4. どちらかというと悪化した |
| 5. 悪化した | 6. その他（具体的に） |

②1 年前と比較して、入院診療に係る貴診療科の業務負担はどうになりましたか。※〇は 1 つだけ

- | | |
|---------|---------------|
| 1. 増加した | 2. 変わらない→質問③へ |
| 3. 軽減した | |

②-1 上記②で「1. 増加した」または「3. 軽減した」と回答した方は、その主な理由を具体的にご記入ください。

→質問③へ

③1 年前と比較して、外来診療に係る貴診療科の業務負担はどうになりましたか。 ※〇は 1 つだけ

- | | |
|---------|---------------|
| 1. 増加した | 2. 変わらない→質問④へ |
| 3. 軽減した | |

③-1 上記③で「1. 増加した」または「3. 軽減した」を回答した方は、その主な理由を具体的にご記入ください。

→質問④へ

④貴診療科では、平成 20 年 4 月以降、夜間・早朝の軽症救急患者数は変化しましたか。 ※〇は 1 つだけ

- | | | |
|---------|----------|---------|
| 1. 増加した | 2. 変わらない | 3. 減少した |
|---------|----------|---------|

⑤貴診療科の医師の人数・勤務実績等をご記入ください。

	平成 19 年 10 月	平成 20 年 10 月
1) 常勤医師数	人	人
2) 非常勤（週 24 時間以上）医師数	人	人
3) 常勤医師 1 人当たり月平均残業時間	時間	時間
4) 非常勤（週 24 時間以上） 医師 1 人当たり月平均残業時間	時間	時間
5) 医師 1 人当たり月平均当直回数	回	回
6) 連続当直をした医師の延べ人数	人	人

⑥貴診療科の医師の退職者数をご記入ください。※通常の人事交替による退職（医師減）は含みません。

	平成 19 年 4 月～9 月	平成 20 年 4 月～9 月
1) 常勤－男性医師	人	人
2) 常勤－女性医師	人	人
3) 非常勤－男性医師	人	人
4) 非常勤－女性医師	人	人

4. 貴診療科における医師の勤務負担軽減策の取組み状況等(平成20年10月末現在)についてお伺いします。

- ① 1) 貴診療科では、医師の勤務負担の軽減策として、以下のa)～i)の取組みを行っていますか。取り組んでいる場合、1)の回答欄の該当のアルファベット(a～i)を○で囲んでください。
 2) 取り組んでいる場合、医師の勤務負担軽減上の効果についてあてはまる番号を○で囲んでください。
 ※「効果があった」を「5」、「効果がなかった」を「1」として5段階で評価し、該当の番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

	1) 取り組んでいる 内容	※取り組んでいる 場合	2) 医師の勤務負担の軽減上の効果				
			効果が あった	どちらか とえば あった	い どちらとも いえない	効果が なかった	どちらか とえば なかった
a) 医師業務の看護師等コメディカルへの移転	a	→	5	4	3	2	1
b) 医師事務作業補助者(医療クラーク)の配置	b	→	5	4	3	2	1
c) 常勤医師の増員	c	→	5	4	3	2	1
d) 非常勤医師の増員	d	→	5	4	3	2	1
e) 短時間勤務の導入	e	→	5	4	3	2	1
f) 連続当直を行わない勤務シフト体制	f	→	5	4	3	2	1
g) 当直翌日の残業なしの配慮	g	→	5	4	3	2	1
h) 当直翌日の仮眠をとれる体制	h	→	5	4	3	2	1
i) 外来診療時間の短縮	i	→	5	4	3	2	1

② 上記①以外で、貴診療科で取り組んでいる医師の勤務負担軽減策があれば、その内容をお書きください。

③ 1) 以下の業務内容（a～m）のうち、平成20年4月以降、看護職員、看護補助者、医師事務作業補助者（いわゆる「医療クラーク」）等に業務（一部でも）を移転するなど、業務分担が進んだものがあれば、1)の回答欄の該当のアルファベット（a～m）を○で囲んでください。

2) 業務分担を進めた場合、業務負担の軽減上の効果についてあてはまる番号を○で囲んでください。

※「効果があった」を「5」、「効果がなかった」を「1」として5段階で評価し、該当の番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

	1) 業務分担を進めたもの	※業務分担を進めた場合	2) 業務負担の軽減上の効果				
			効果があつた	効果があつた どちらかといえば	どちらともいえない	効果がなかった どちらかといえば	効果がなかった
a) 静脈注射及び留置針によるルート確保	a	→	5	4	3	2	1
b) 薬剤の投与量の調整	b	→	5	4	3	2	1
c) 診断書、診療録及び処方せんの記載の補助	c	→	5	4	3	2	1
d) 主治医意見書の記載の補助	d	→	5	4	3	2	1
e) 診察や検査等の予約オーダリングシステム入力、電子カルテの入力の代行	e	→	5	4	3	2	1
f) 滅菌器材、衛生材料、書類、検体等の院内物品の運搬・補充	f	→	5	4	3	2	1
g) 患者の移送	g	→	5	4	3	2	1
h) 夜間・休日の救急医療等における診療の優先順位の決定	h	→	5	4	3	2	1
i) 入院中の療養生活に関する対応（病棟内の活動に関する安静度、食事の変更等）	i	→	5	4	3	2	1
j) 検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明	j	→	5	4	3	2	1
k) 診察前の事前の面談による情報収集や補足的な説明	k	→	5	4	3	2	1
l) カンファレンスの準備等の業務	l	→	5	4	3	2	1
m) その他（具体的に：	m	→	5	4	3	2	1

④貴診療科では、平成20年4月以降、経済面での処遇について変更がありましたか。

1) 昇格以外の理由で基本給（賞与を含む）に変化がありましたか。変化があった場合、その金額もお答えください。	1. 増額した 2. 変わらない 3. 減額した 1 か月で変化した平均金額（ ）円
2) 昇格以外の理由で、福利厚生手当ではない、手術や当直等の勤務手当に変化がありましたか。変化があった場合、その金額もお答えください。	1. 増額した 2. 変わらない 3. 減額した 1 回当たりの変化した平均金額（ ）円

⑤上記④以外で、貴診療科で実施した経済面での処遇改善があれば、その内容をお書きください。

--

5. 病院勤務医の負担軽減についての課題等、ご意見がございましたら、ご自由にお書きください。

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

お忙しい中大変申し訳ございませんがご協力くださいますようお願いいたします。

特に断りのない限り、この調査票を受け取った病院における勤務状況等についてご回答ください。

※（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。

※ご回答いただいた調査票は、調査期限までに病院の開設者・管理者に封筒に入れた状態で提出してください。

250

2. 医師の業務負担（平成20年10月末現在）についてお伺いします。

①1年前と比較して、あなたの現在の勤務状況はいかがですか。※○は1つだけ

- | | |
|------------|--------------------|
| 1. 良くなっている | 2. どちらかというと良くなっている |
| 3. 変わらない | 4. どちらかというと悪くなっている |
| 5. 悪くなっている | 6. その他（具体的に |

②日常業務において、負担が最も重いと感じる業務は何ですか。 ※○は1つだけ

- | | | |
|----------------|-----------------------------------|-------|
| 1. 入院診療 | 2. 外来診療 | 3. 当直 |
| 4. 院内における教育・指導 | 5. 病院内の診療外業務（院内委員会活動・会議・カンファレンス等） | |
| 6. その他（具体的に | | |

③上記②で選択した業務は、全ての日常業務のうち、どのくらいの割合を占めますか。（時間ベース）※○は1つだけ

- | | | |
|----------------|----------------|--------------|
| 1. 10%未満 | 2. 10%～30%未満 | 3. 30%～50%未満 |
| 4. 50%以上～70%未満 | 5. 70%以上～90%未満 | 6. 90%以上 |

④1年前と比較して、入院診療に係るあなたの業務負担はどうになりましたか。※○は1つだけ

- | | |
|---------|---------------|
| 1. 増加した | 2. 変わらない→質問⑤へ |
| 3. 軽減した | |

④-1 上記④で「1. 増加した」または「3. 軽減した」を回答した方は、その主な理由を具体的にご記入ください。

→質問⑤へ

⑤1年前と比較して、外来診療に係るあなたの業務負担はどうになりましたか。 ※○は1つだけ

- | | |
|---------|---------------|
| 1. 増加した | 2. 変わらない→質問⑥へ |
| 3. 軽減した | |

⑤-1 上記⑤で「1. 増加した」または「3. 軽減した」を回答した方は、その主な理由を具体的にご記入ください。

→質問⑥へ

⑥1年前と比較して、病院内の診療外業務（院内委員会活動・会議・カンファレンス等）に係るあなたの負担はどうになりましたか。 ※○は1つだけ

- | | | |
|---------|----------|---------|
| 1. 増加した | 2. 変わらない | 3. 軽減した |
|---------|----------|---------|

⑦1年前と比較して、院内における教育・指導に係るあなたの負担はどうになりましたか。 ※○は1つだけ

- | | | |
|---------|----------|---------|
| 1. 増加した | 2. 変わらない | 3. 減少した |
|---------|----------|---------|

⑧あなたが所属している診療科では、1年前と比較して、夜間・早朝の軽症救急患者数はどうになりましたか。 ※○は1つだけ

- | | | |
|---------|----------|---------|
| 1. 増加した | 2. 変わらない | 3. 減少した |
|---------|----------|---------|

⑨貴院での勤務医負担軽減策に関する計画をご存知ですか。 ※○は1つだけ

- | |
|------------------------|
| 1. 内容も含め知っている |
| 2. あることは知っているが、内容は知らない |
| 3. 知らない |

⑩以下の業務のうち、あなたにとって負担が重い業務はどれですか。この他に、負担の重い業務があれば、「13. その他」の（ ）内にその業務の内容を具体的に記入してください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 静脈注射及び留置針によるルート確保
2. 薬剤の投与量の調整
3. 診断書、診療録及び処方せんの記載の補助
4. 主治医意見書の記載の補助
5. 診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力の代行
6. 滅菌器材、衛生材料、書類、検体等の院内物品の運搬・補充
7. 患者の移送
8. 夜間・休日の救急医療等における診療の優先順位の決定
9. 入院中の療養生活に関する対応（病棟内の活動に関する安静度、食事の変更等）
10. 検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明
11. 診察前の事前の面談による情報収集や補足的な説明
12. カンファレンスの準備等の業務
13. その他（具体的に ）

⑪ 1) 以下の業務内容（a～m）のうち、平成20年4月以降、看護職員、看護補助者、医師事務作業補助者（いわゆる「医療クラーク」）等に業務（一部でも）を移転するなど、業務分担が進んだものがあれば、1)の回答欄の該当のアルファベット（a～m）をすべて○で囲んでください。

2) 業務分担を進めた場合、業務負担の軽減上の効果についてあてはまる番号を○で囲んでください。

※「効果があった」を「5」、「効果がなかった」を「1」として5段階で評価し、該当の番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

	1) 業務分担を進めたもの	※業務分担を進めた場合	2) 業務負担の軽減上の効果				
			効果があった	効果がなかった	どちらかといえば	どちらかといえば	効果がなかった
a) 静脈注射及び留置針によるルート確保	a	→	5	4	3	2	1
b) 薬剤の投与量の調整	b	→	5	4	3	2	1
c) 診断書、診療録及び処方せんの記載の補助	c	→	5	4	3	2	1
d) 主治医意見書の記載の補助	d	→	5	4	3	2	1
e) 診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力の代行	e	→	5	4	3	2	1
f) 滅菌器材、衛生材料、書類、検体等の院内物品の運搬・補充	f	→	5	4	3	2	1
g) 患者の移送	g	→	5	4	3	2	1
h) 夜間・休日の救急医療等における診療の優先順位の決定	h	→	5	4	3	2	1
i) 入院中の療養生活に関する対応（病棟内の活動に関する安静度、食事の変更等）	i	→	5	4	3	2	1
j) 検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明	j	→	5	4	3	2	1
k) 診察前の事前の面談による情報収集や補足的な説明	k	→	5	4	3	2	1
l) カンファレンスの準備等の業務	l	→	5	4	3	2	1
m) その他（具体的に： ）	m	→	5	4	3	2	1

⑫ 1年前と比較して、あなたの実際の残業時間はどうなりましたか。※○は1つだけ		
1. 増加した	2. 変わらない	3. 減少した
⑬ 当直後の配慮についておうかがいします。※○は1つだけ		
1) 当直翌日は早く帰宅できる配慮がなされていますか。	1. はい	2. いいえ
2) 当直翌日は仮眠をとれる体制が整っていますか。	1. はい	2. いいえ
3) 連続当直にならないようなローテーション等の配慮がなされていますか。	1. はい	2. いいえ
⑭ 平成 20 年 4 月以降、経済面での処遇についておうかがいします。		
1) 昇格以外の理由で基本給（賞与を含む）に変化がありましたか。変化があった場合、その金額もお答えください。	1. 増えた	2. 変わらない 3. 減った
	1 か月当たりの変化した金額（ ）円	
2) 昇格以外の理由で、福利厚生手当ではない、手術や当直等の勤務手当に変化がありましたか。変化があった場合、その金額もお答えください。	1. 増えた	2. 変わらない 3. 減った
	1 回当たりの変化した金額 （ ）円	
⑮ 病院の中でどのような取組みを実施すれば、あなたの勤務状況は改善すると思いますか。具体的にご記入ください。		
⑯ あなたご自身の希望として、最も近いもの1つをお選びください。※○は1つだけ		
1. できれば、今の職場（同じ病院・同じ診療科）で働きたい 2. できれば、別の病院（診療科は同じ）に異動したい 3. できれば、別の診療科（病院は同じ）に異動したい 4. できれば、別の職場（別の病院・別の診療科）に異動したい 5. できれば、開業したい 6. できれば、診療を辞めたい 7. その他（具体的に _____ ）		
⑰ 上記⑯を選択した主な理由をお書きください。		

3. 病院勤務医の負担軽減についての課題等、ご意見がございましたら、ご自由にお書きください。

--

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。