

中央社会保険医療協議会 総会座席表

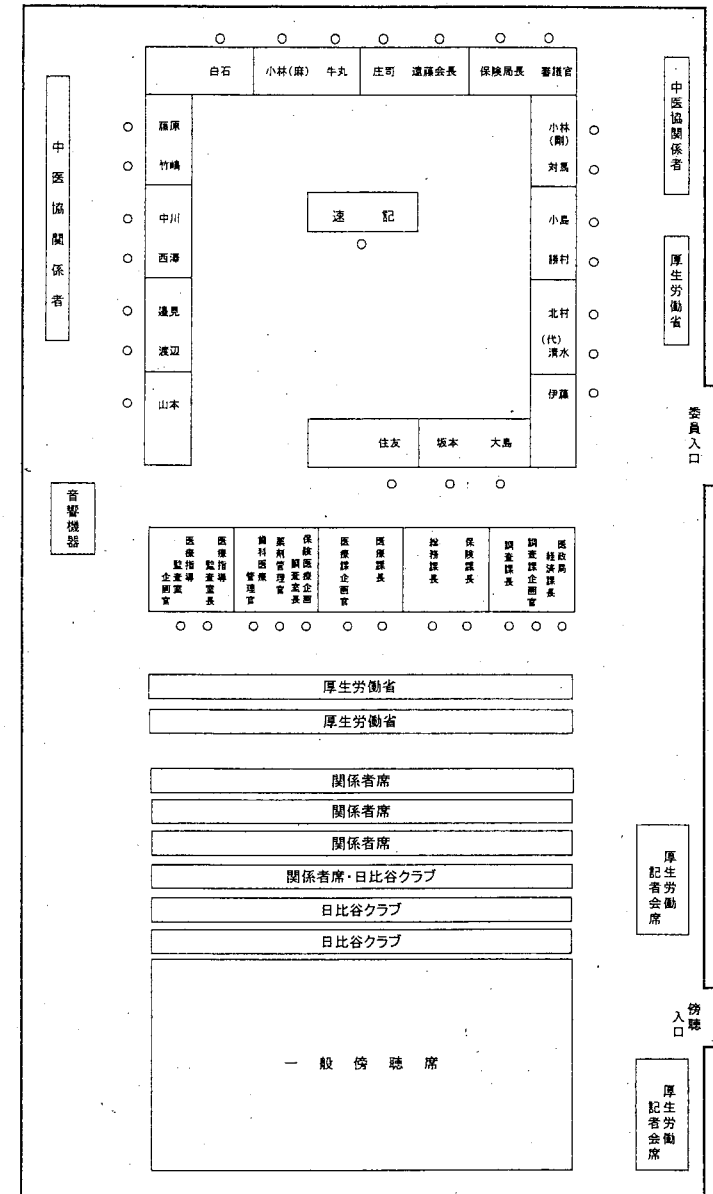
日時:平成21年5月20日(水) 10:00~11:15(目途)
会場:厚生労働省 専用第18~20会議室(17階)

中央社会保険医療協議会 総会(第144回) 議事次第

平成21年5月20日(水)
於 厚生労働省
専用第18~20会議室

議題

- 平成20年度診療報酬改定の結果の検証について
- 後発医薬品の使用促進について
- 医療機器の保険適用について
- 臨床検査の保険適用について
- DPCにおける高額な新規の医薬品等への対応について
- 医療経済実態調査について
- その他



平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
(平成20年度調査)の結果について

平成21年5月20日
中央社会保険医療協議会
診療報酬改定結果検証部会

1 特別調査(平成20年度調査)の実施について

診療報酬改定結果検証部会(以下、「検証部会」という。)では、平成20年5月21日に策定した「平成20年度診療報酬改定結果検証特別調査項目について」に掲げられた特別調査10項目のうち、平成20年度早急に着手する項目として、次の5項目を選定し、調査を行った。

- (1) 病院勤務医の負担軽減の実態調査
- (2) 外来管理加算の意識付けの見直しの影響調査
- (3) 後発医薬品の使用状況調査
- (4) 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査1
- (5) 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2

この特別調査は外部委託により実施することとし、実施に当たっては調査機関、検証部会委員、関係者等により構成された「調査検討委員会」における具体的な調査設計及び集計、分析方法の検討を経て行った。調査結果については、調査報告書案として平成21年4月22日に開催した当検証部会に報告を行い、その評価についての検討を行った。その結果を取りまとめたので以下に報告する。

1

- ・ 医師への経済面での処遇改善について、45.0%の施設が「改善した」と回答し、53.7%の施設が「変わらない」と回答した。(45ページ:図表48)
- ・ 「改善した」施設のうち36.2%が基本給を増やしたと回答し、75.4%が手当を増やしたと回答した。(46ページ:図表49)
- ・ 特定の診療科に勤務する医師に対して手当を増やしたと回答した施設について、手当を増やした特定の診療科の内容をみると、「産科又は産婦人科」の78.7%が最も多かった。(51ページ:図表54)

<医師責任者調査・医師調査>

- ・ 直近1週間の平均実勤務時間は、医師責任者で58.0時間、医師で61.3時間と回答。
- ・ 医師の平均勤務時間を科別で見ると、最も長いのが救急科で74.4時間、最も短いのが精神科で51.1時間であった。(90、91ページ:図表105、106)
- ・ 平成20年10月における1か月あたり当直回数は、医師責任者で平均1.61回、医師で平均2.78回であった。(平成19年10月 医師責任者 平均1.75回、医師 平均2.92回)
- ・ 特に「産科・産婦人科」においては、医師責任者で平均2.90回、医師で4.51回、(平成19年10月 医師責任者 平均3.25回、医師 4.75回)「救急科」においては、医師責任者で平均2.73回、医師で5.48回であった。(平成19年10月 医師責任者 平均3.13回、医師 5.65回)(92、94ページ:図表107、109)
- ・ 平成20年10月における1か月あたり連続当直回数は、医師責任者で平均0.07回、医師で平均0.13回、平成19年10月における平均回数とほぼ同じであったが、「産科・産婦人科」においては、医師責任者で平均0.29回、医師で平均0.40回(平成19年10月における平均回数は医師責任者0.40回、医師0.47回)であった。(96、98ページ:図表111、113)
- ・ 各診療科における入院・外来診療に係る業務負担の変化について「軽減した」と回答した医師責任者は、入院では7.3%、外来では6.0%である一方で、「増加した」は、それぞれ43.3%、38.3%であった。
- ・ また、施設における各勤務医負担軽減策の取り組みの有無別に見ると、すべての取り組みで、「取り組んでいる」施設の医師責任者の方が「取り組んでいない」施設の医師責任者より「軽減した」と回答した割合がやや高かったものの、大きな差は見られなかった。(103、107ページ:図表118、123)
- ・ 各診療科における医師の勤務状況の変化について、医師責任者の16.8%が

3

2 「病院勤務医の負担軽減の実態調査」の結果について

(1) 調査の目的

病院勤務医の負担軽減策の取組み状況等の把握、および病院勤務医の負担軽減と処遇改善等の把握を目的とした。

(2) 調査方法及び調査の概要

<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病院、1,151施設に対し、平成20年12月に調査票を発送。

<医師責任者調査・医師調査>

調査対象となった病院における診療科責任者及び医師を調査対象とした。1施設当たり医師責任者最大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)。

(3) 回収の状況

<施設調査>

発送数:1,151施設 回収数:516施設(回収率44.8%)

<医師責任者調査・医師調査>

医師責任者 2,389件、医師 4,227件

(4) 主な結果

<施設調査>

- ・ 施設基準の届出状況についてみると、調査対象施設のうち「入院時医学管理加算」については14.3%、「医師事務作業補助体制加算」については65.7%、「ハイリスク分娩管理加算」については60.1%の施設が「届出をしている」と回答。(5ページ:図表2)
- ・ 病院勤務医の負担軽減策として、「医師・看護師等の業務分担」をはじめ5つの負担軽減策を設定し、当該施設の取組状況をきいたところ、「医師事務作業補助体制」に77.1%、「連続当直を行わない勤務シフト」に71.9%、「医師・看護師等の業務分担」に56.4%、「当直後の通常勤務に係る配慮」に45.2%、「短時間正規雇用の医師の活用」に25.4%が「取り組んでいる」と回答した。(34ページ:図表37)

2

- ・ 「改善した」又は「どちらかという改善した」と回答した一方、41.3%が「変わらない」、40.8%が「どちらかという悪化した」又は「悪化した」と回答。(111ページ:図表128)
- ・ 医師責任者に対して、取り組んでいる勤務負担軽減策として9つの項目を設定し、その効果について質問したところ、「効果があった」及び「どちらかといえば効果があった」との回答が6割を超えたのは、「医師事務作業補助者の配置」(72.8%)、「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%)、「連続当直を行わない勤務シフト体制」(64.8%)であった。(123ページ:図表140)
- ・ 医師への経済面での処遇改善について、基本給では6.8%の医師責任者が増えたと回答。診療科別の基本給では、増額したと回答したのは脳神経外科11.3%、産科・産婦人科10.2%、整形外科6.9%の順である。(124ページ:図表141)
- ・ 手当については、医師責任者の10.9%が増えたと回答。診療科別の手当では、増額したのは産科・産婦人科19.9%、脳神経外科14.4%、救急科14.0%、小児科14.0%の順。(125ページ:図表142)
- ・ 医師個人の1年前と比較した勤務状況の変化については、医師責任者の13.2%が「改善した」又は「どちらかという改善した」と回答した一方、47.7%が「変わらない」、37.8%が「どちらかという悪化した」又は「悪化した」と回答。
- ・ また、医師は14.3%が「改善した」又は「どちらかという改善した」と回答した一方、49.8%が「変わらない」、34.8%が「どちらかという悪化した」又は「悪化した」と回答。(126ページ:図表143)
- ・ 日常業務において医師が負担が最も重いと感じている業務を二つ選択する質問については、医師責任者では「病院内の診療外業務」が24.0%、「外来診療」が23.4%であり、医師では「当直」が30.6%、「外来診療」が20.9%であった。(139、140ページ:図表156、157)
- ・ 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、12の項目を設定した上で選択する質問(複数選択可)では、医師の50.8%が「診断書、診療録・処方せんの記載」、44.2%が「主治医意見書の記載」、29.0%が「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」、27.6%が「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」と回答。(142ページ:図表160)
- ・ 勤務医負担軽減策に関する計画の認知度について、医師責任者の42.2%、

4

医師の69.9%が「知らない」と回答。(143ページ：図表161)

業務分担当が進んだ項目として12の項目を設定した上で医師責任者及び医師に対して業務分担当が進んだかどうか尋ねたところ、医師責任者及び医師ともに、「診断書・診療録・処方せんの記載の補助」については約3割、「主治医意見書の記載の補助」については約2割が「進んだ」と回答した。

また業務分担当の軽減上の効果について「効果があった」とは「どちらかといえば効果があった」との回答が6割以上であったのは、①「静脈注射および留置針によるルート確保」、③「診断書・診療録・処方せんの記載の補助」、④「主治医意見書の記載の補助」である。いずれの項目においても、「医師責任者」に比べ「医師」の方が「効果があった」等の割合が少なかった。(145～160ページ：図表163～166、168、170、172～178)

(5) 検証部会としての評価

本調査では、医師の勤務時間や当直回数、処遇状況や負担軽減策の実施状況等について詳細な情報を提供してくれた。自由記載部分も含め今後のとるべき方策に大いに示唆を与えるものである。

ただし、本調査の対象は「入院時医学管理加算」、「医師事務作業補助体制加算」及び「ハイリスク分娩管理加算」のいずれかを算定している施設であり、得られた結果についてはその点を留意する必要がある。これらの施設は比較的医療資源が豊富であると思われる施設であり、全ての施設において同様に普及していると受け取るべきではない。また、1年前と比較して医師個人の勤務状況に関して、医師責任者の場合13.2%が「改善した」「どちらかといえば改善した」と回答し、37.8%が「悪化した」「どちらかといえば悪化した」と回答している。医師の場合14.3%が「改善した」「どちらかといえば改善した」と回答し、34.8%が「悪化した」「どちらかといえば悪化した」と回答している。

調査結果が示すように、病院勤務医の状況はよいとは言えない。病院勤務医の負担軽減は診療報酬の設定のみで解決できるものではないが、効果が認められる項目等が見受けられることに鑑みると、引き続き、診療報酬においても、病院勤務医の負担軽減策を実施することが必要だと考えられる。特に施設における病院勤務医の負担軽減策の取り組みの有無で、入院・外来診療に係る医師の業務負担には大きな差違は認められないが、実際に負担軽減策の一環として業務分担当を進めている項目について「静脈注射および留置針によるルート確保」、「診断書・診療録・処方せんの記載の補助」、「主治医意見書の記載の補助」等ある程度の効果が認められるものもある。特に、後者の二つは

5

多くの医師が負担だと感じている業務であり、それだけに業務分担当の効果が大きく表れたと思われる。今後も引き続き更なる改善策の検討が必要だと考えられるが、その際には、現場の医師の方が医師責任者より業務分担当の効果が小さいと受け止める傾向があることを踏まえ、より効果的な方策を検討する必要がある。

診療報酬の要件についてみると、まず「入院時医学管理加算」については、平成20年7月1日現在の施設基準の届出数が88施設と少ないことが指摘される。病院勤務医の負担軽減に繋がるように、施設基準の要件の見直し等について検討する必要があると考えられる。

また勤務医負担軽減に関する計画については、医師責任者及び医師の認知度が低く、施設を挙げての体系的な取り組みが求められる。

勤務医不足を背景に一部の施設では医師に対する経済面の処遇改善が実施されているが、基本給もしくは勤務手当が増額されたと回答した医師責任者はそれぞれ1割程度であった。また、基本給の増額より手当を充実させている施設が多いことがわかった。

6

3 「外来管理加算の意識付けの見直しの影響調査」の結果について

(1) 調査の目的

外来管理加算の意識付けの見直しによる医療機関及び患者への影響を把握することを目的とした。

(2) 調査対象及び調査の概要

<施設調査>

全国の一般病床数が200床未満の病院の中から無作為抽出した1,500施設及び全国の一般診療所の中から無作為抽出した2,000施設に対し、平成20年11月に調査票を発送。

<患者調査>

施設調査の対象となった施設に、「算定あり」2名分及び「算定なし」2名分の計4名分の調査票を発送。

(3) 回収の状況

<施設調査>

病院調査 発送数：1,500施設 回収数：486施設(回収率32.4%)
診療所調査 発送数：2,000施設 回収数：585施設(回収率29.3%)

<患者調査>

1,933件

(4) 主な結果

<施設調査>

- 外来管理加算を算定している医療機関は、病院96.5%、診療所87.9%であった。(16ページ：図表21)
- 平成20年4月以降の外来管理加算の算定施設数は病院が8施設増加したが、診療所は39施設減少した。主たる診療科別に見ると病院では内科が10施設、診療所でも内科が6施設増加したが、一方で、診療所の眼科では29施設、耳鼻咽喉科では11施設が減少していた。(17、18ページ：図表23、図表25)
- 外来管理加算算定患者1人あたりの平均診療時間は、病院7.3分、診療所7.5分であった。(20ページ：図表27)

7

外来管理加算の意識付けの見直しによる影響を把握するため、8つの項目についてどの程度あてはまるかを尋ねたところ、「より詳細に身体診察等を行うようになった」、「患者に説明をよりわかりやすく、丁寧に行うようになった」、「患者の疑問や不安を汲み取るようになった」の選択肢について2～3割の病院・診療所が「大いにあてはまる」又は「ややあてはまる」と選択したのに対し、「患者1人あたりの診療時間が長くなった」、「診療時間の延長が多くなった」、「患者の待ち時間が長くなった」の選択肢については3～4割の病院・診療所が「大いにあてはまる」又は「ややあてはまる」と選択した。(22、24、26、27、31、33、35ページ：図表30、31、33、37、39、45、48、51)

望ましい「懇切丁寧な説明」の内容(「問診」、「身体診察」、「症状・状態/治療方針/処方薬についての説明」、「生活上の注意や指導」、「悩みや不安・疑問への対応」等)について、病院42.6%、診療所49.6%が「項目毎に異なる頻度で実施すべき」を選択した。また、このうち「項目毎に異なる頻度で実施すべき」を選択した施設に対して、項目毎に実施すべき頻度をきいたところ、「毎回実施すべき項目」として「問診」を8割以上、「身体診察」を約7割の病院、診療所が選択した(複数回答)。(38ページ：図表52、53)

<患者調査>

(改定前の)3月以前と比べて4月以降の診療に関して変化があったかどうかを尋ねたところ、「問診・身体診察」や「症状・状態についての医師からの説明」等の診療内容について、(改定前の)3月以前と変わらないとした患者が、「算定あり」「算定なし」いずれについても約9割を占めた。(52～56ページ：図表67～71)

外来管理加算の時間の目安については、回答のあった患者のうち、33.8%が「時間の目安は必要だ」を選択した一方、55.8%が「時間の目安は必要でない」を選択した。(77ページ：図表93)

また患者の属性毎の回答の違いを見ると、有効回答数が少ない場合もあるが、年齢階級別には、全ての年齢層で「必要でない」が「必要だ」を上回った。「必要だ」が多い年齢層の上位は順に「70～79歳」「60～69歳」「80歳以上」であり、「必要でない」が多い年齢層の上位は順に「30～39歳」「20～29歳」「40～49歳」であった(79ページ：図表97)。
受診した診療科別には、「脳神経外科」「眼科」では「必要だ」が「必要でない」を上回り、その他の科では「必要でない」が「必要だ」を上回った(80

8

ページ：図表 98)。

・受診した病名別には「がん」では「必要だ」が「必要でない」を上回り、「白内障・緑内障」ではほぼ拮抗していた。その他の病名では「必要でない」が「必要だ」を上回り、特に「必要でない」の割合が高かったのは「花粉症などのアレルギー症」「皮膚炎・湿疹」「高脂血症」であった(81ページ：図表 99)。

・「通院頻度」、「通院期間」、「診察内容満足度」では特段の特徴はなかった(82～84ページ：図表 100～102)。

・「診察時間の長さ」では、「長すぎる」「長い」「ちょうどよい」と答えた患者では「必要でない」が「必要だ」を上回り、「短い」と答えた患者ではほぼ拮抗していた(84ページ：図表 103)。

・「問診や身体診察の丁寧さ」については、「とても丁寧だった」「丁寧だった」「どちらともいえない」では「必要でない」が「必要だ」を上回り、「あまり丁寧ではなかった」ではほぼ拮抗していた(85ページ：図表 104)。

・「説明内容の丁寧さ」については特段の特徴はなかったが、「説明内容理解度」において「あまり理解できなかった」と答えた患者では、「必要でない」の割合が高かった(86、87ページ：図表 105、106)。

・施設側に対する望ましい「懇切丁寧な説明」の内容についての質問で、「全項目について、診療の都度、懇切丁寧な説明を毎回実施する」ことを選択したのは病院、診療所ともに 15.4%であり、一方患者側に対して「懇切丁寧な説明」についての要望を尋ねたところ、「通院ごとにすべての項目を実施してほしい」を選択したのは 12.4%であった。(38ページ：図表 52(施設調査)、88ページ：図表 107)

・施設側に対する頻度別に見た「懇切丁寧な説明」を実施するべき項目についての質問では、「毎回」では病院・診療所とも「問診」が、「定期的」では病院では「生活上の注意や指導」、診療所では「治療方針についての説明」が、「患者が懇切丁寧な説明を求めた時」では病院・診療所とも「悩みや不安・疑問への対応」が、「医師が必要と判断した時」では病院では「治療方針の説明」、診療所では「処方案についての説明」がそれぞれ最も多かった。一方患者側で「懇切丁寧な説明」を実施して欲しい項目としては、「通院毎」、「定期的」、「症状に変化があったときのみ」、「自分が求めたとき」のいずれの場合においても「症状・状態についての説明」が最も多かった。(38ページ：図表 53(施設調査)、90ページ：図表 108)

・一方で、患者側の調査で、「自分が求めたとき」に「算定あり」の患者で多

9

を踏まえるべきである。

その際には、患者への調査で「自分が求めたとき」に実施してほしい項目こそ、患者のニーズがある項目と考えられるため、特に「算定あり」の患者で「悩みや不安の相談」の割合が比較的高いことに着目すべきである。

くあった項目としては「症状・状態についての説明」「治療方針についての説明」に次いで「悩みや不安の相談」であったが、他の患者では「悩みや不安の相談」の順位はこの場合より低かった。(90ページ：図表 108)

(5) 検証部会としての評価

病院・診療所への調査では、外来管理加算の意識付けの見直しによって、加算を算定した施設数は診療所では内科が増えたものの眼科、耳鼻咽喉科が減少したため全体の算定施設数は減少した。病院では内科を中心に算定施設数は増えた。

また、病院、診療所における診療内容等について変化が見られたのは2～3割であり、一方で患者への調査では、総じて診療内容に変化があったと感じていないことが伺える。

しかしながら、病院・診療所への調査で変化が見られた選択肢のうち患者に説明をより分かりやすく、丁寧に行うようになった」について「あてはまる」という回答が他の診療内容等に関する選択肢と比較してやや多い点については、医師の意識面で患者にとって望ましい変化が見られたことが伺える。

他方、病院・診療所への調査で「患者一人当たりの診察時間が長くなった」、「診療時間の延長が多くなった」、「患者の待ち時間が長くなった」の選択肢について「あてはまる」旨の回答が比較的多く、施設および患者の負担が増えたと思われる施設が一定数存在することが分かった。

時間の目安について、患者の3割強が「時間の目安は必要だ」と回答したのに対し、6割弱が「時間の目安は必要でない」と回答した点については、患者は全体的には時間よりも内容や質を重視していることの現れであると見受けられる。一方、患者の属性によっては「必要だ」が「必要ではない」を上回る、あるいはほぼ拮抗している場合や、逆に「必要ではない」の割合が特に高い場合もある。調査結果の有効回答数の規模に十分留意しつつ、患者の属性や状況に着目する必要があることを示唆している。

算定要件において、望ましい「懇切丁寧な説明」の内容が具体的に例示されているが、今後の議論の際には、

- ・医療側、患者側ともに、「全項目について、診療の都度、懇切丁寧な説明を毎回実施する」ことを10%台しか希望していないことや、
- ・例えば施設側では毎回実施するべき項目として「問診」、「身体診療」が多く挙げられているのに対し患者側では通院毎に実施してほしい項目として「症状・状態についての説明」が最も多く挙げられているなど、施設側と患者側で頻度別に見た「行われるべき「懇切丁寧な説明」の内容」が異なっていること、

10

4 「後発医薬品の使用状況調査」の結果について

(1) 調査の目的

処方せん様式等の変更による後発医薬品の使用状況や、医療機関・医師、薬局及び患者の後発医薬品使用についての意識等を把握することを目的とした。

(2) 調査方法及び調査の概要

<施設調査>

全国の施設の中から無作為抽出した保険薬局 2,000 施設、診療所 2,000 施設、病院 1,000 施設に対し、平成 20 年 11～12 月に調査票を発送。

<医師調査>

調査対象となった病院における診療科の異なる 2 名の医師を調査対象とした。

<患者調査>

調査対象となった保険薬局に 65 歳以上と 65 歳未満でそれぞれ男女 1 名ずつ、計 4 名分の調査票を発送。

(3) 回収の状況

①保険薬局 発送数：2,000 施設 回収数：944 施設(回収率 47.2%)

(様式 2 に記載された処方せん枚数 7,076 枚(435 薬局分))

②診療所 発送数：2,000 施設 回収数：733 施設(回収率 36.7%)

③病院 発送数：1,000 施設 回収数：326 施設(回収率 32.6%)

④医師 回収数：431 人

⑤患者 回収数：1,717 人

(4) 主な結果

<保険薬局調査>

・平成 20 年 1 月から 12 月の各月の後発医薬品調剤率をみると、わずかながらも増加傾向がみられるとともに、標準偏差についても若干減少している傾向がみられる。(10ページ：図表 9)

・薬局で受け付けた処方せんの発行医療機関のうち、「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等が 9 割以上ある医療機関の割合が 24.0%であった。(12ページ：図表 11)

・平成 20 年 12 月 1 か月間の処方せんにおける、1 品目でも後発医薬品を調

11

12

剤した処方せんの場合は44.0%であった。(17ページ：図表17) また「後発医薬品への変更不可」欄の処方医の署名は、「署名なし」が65.6%、「署名あり」が34.4%であった。(19ページ：図表19)

「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんのうち、1品目でも先発医薬品を後発医薬品へ変更して調剤した処方せんの場合は6.1% (平成19年度調査8.2%) であった。(19ページ：図表20 ※) 先発医薬品から後発医薬品への変更が出来なかった理由として、「処方せんに記載された全ての銘柄について後発医薬品が薬価収載されていない」が10.2%、「患者が希望しなかった」が8.9%であった。(19ページ：図表20)

(※平成19年度調査では「後発医薬品への変更可」欄に署名等があった処方せんの場合は17.4%であった。したがって、「医師が後発医薬品への変更を認め、かつ、薬局で1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん」の割合は、平成19年度調査では1.4% (17.4%×8.2%) であったが、今回の調査では4.0% (65.6%×6.1%) であった。)

後発医薬品への変更可能な処方せんを持参した患者のうち、後発医薬品についての説明を行った患者の割合は、「10%未満」と回答した薬局が37.5%と最も多かった。(24ページ：図表27)

また、後発医薬品についての説明を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合が「10%未満」と回答した薬局が24.2%と最も多かったが、他のいずれのカテゴリも10%程度から17%程度の間の回答割合があり、ばらつきが見られた。(25ページ：図表28)

後発医薬品についての説明を行ったにもかかわらず、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由として、37.5%の薬局が「薬剤料等(患者自己負担額)の差額が小さいから」、35.6%の薬局が「後発医薬品に対する不安がある」と回答。(26ページ：図表29(単数回答))

後発医薬品調剤に関する考え方について、33.5%の薬局が「あまり積極的にには取り組んでいない」と回答し、その理由として「品質に疑問があるため」、「安定供給体制が不備であるため」、「近隣医療機関が使用に消極的なため」がそれぞれ40.2%と最も多かった。(41ページ：図表46、47(複数回答))

12/8~12/14の1週間に後発医薬品に変更して調剤された処方せんの薬剤料の変化をみると、記載銘柄で調剤した場合の薬剤料は754.5点であるが、実際に調剤した薬剤料は582.2点であり、記載銘柄で調剤した場合の77.2%となっていた。(43ページ：図表49)

<患者調査>

- 患者の72.3%は、後発医薬品を「知っている」と回答。(92ページ：図表104)
 - また患者の認知度は、年齢が高くなるに従って低くなる傾向がある。(93ページ：図表105)
 - 患者の61.2%は、医師や薬剤師から後発医薬品の「説明を受けたことがある」と回答。(98ページ：図表110)
 - 説明を受けた患者のうち、84.0%が説明された内容を「理解できた」と回答。(102ページ：図表114)
 - 後発医薬品の使用経験については、50.2%が「ある」と回答した一方、「ない」と回答した患者も46.4%であった。(105ページ：図表117)
 - 今後の後発医薬品使用に対する考えは、「できれば後発医薬品を使いたい」という患者が21.0%、「できれば先発医薬品を使いたい」が19.4%であった。最も回答が多かったのは「後発・先発医薬品にこだわらない」で40.1%であった。(111ページ：図表123) また、「できれば後発医薬品を使いたい」と回答した割合は、後発医薬品の使用経験のある人で31.4%、後発医薬品の使用経験がない人で11.2%であった。ただし、後発医薬品の使用経験のある人でも17.4%が「できれば先発医薬品を使いたい」と回答した。(113ページ：図表125) また後発医薬品を使用したことによる窓口での薬代の負担感に関する質問で「安くなった」を選択した患者では、「できれば後発医薬品を使いたい」と回答した割合は46.7%であり、「できれば先発医薬品を使いたい」と回答した割合は7.9%であった。一方で、薬代が「それほど変わらなかった」患者では、34.6%の患者が「できれば先発医薬品を使いたい」と回答し、「できれば後発医薬品を使いたい」とした患者は14.9%であった。(115ページ：図表127)
 - 後発医薬品の使用に必要なことを尋ねたところ、「効果があること」(73.5%)、「副作用の不安が少ないこと」(58.0%)、「窓口で支払う薬代が安くなること」(50.5%)の順が多かった。(118ページ：図表130(複数回答))
- (5) 検証部会としての評価
- 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せんのうち、1品目でも先発医薬品を後発医薬品へ変更して調剤した処方せんの場合は6.1%であるなど、後発医薬品の使用の広がりがあまり感じられない。33.5%の薬局が後

<診療所・病院・医師調査>

- 入院患者に対する後発医薬品の使用状況についてみると、有床診療所、病院ともに「後発医薬品のあるものの一部を使用」が最も多い(それぞれ39.0%、50.0%) (56ページ：図表66)。また、病院のDPC対応状況別にみると、「DPC対象病院」、「DPC準備病院」及び「DPC対応をしていない病院」における「後発医薬品があるものは積極的に使用」という回答割合は、それぞれ、17.6%、17.6%及び36.3%であった。(57ページ：図表67)
- 病院における外来患者への院内投薬または院外処方せんを発行する際の対応方針として、「後発医薬品をほとんど使用しない」としている施設が、それぞれ16.6%及び4.9%であった。(61ページ：図表73、図表74)
- 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行経験について「ある」と回答した診療所の医師が42.4%、病院勤務医が35.5%であった。(65ページ：図表79) また、これらのうち「変更不可」欄に署名した処方せんの割合が10%未満であった医師の割合は診療所で42.2%、病院で34.0%であったが、一方で90%以上であった医師の割合が診療所で38.8%、病院で31.4%であり、医師の対応は両極化している。(65ページ：図表80)
- また、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由として、診療所の医師、病院勤務医ともに約5割の医師が「品質が不安だから」(49.0%、51.0%)、約4割の医師が「先発医薬品を長く使用し信賴」(41.7%、40.5%)としている。このほか病院勤務医では「患者から強い要望があったから」(37.9%)、「効果や副作用の違いを経験したから」(28.1%)、「情報提供体制が不安だから」(26.8%)と続き、診療所の医師では「効果や副作用の違いを経験したから」(34.5%)、「どのような薬剤に調剤されるか心配」(30.6%)、「患者から強い要望があったから」(28.6%)となっていた(66ページ：図表81(複数回答))
- 医師の外来診療における後発医薬品の処方に関する考えは、「患者からの要望がなくても積極的に処方」が10.2%、「患者からの要望があっても基本的に処方しない」が14.7%であった。最も回答が多かったのは「特にこだわりがない」で71.1%であった。(74ページ：図表91)
- このうち、患者からの要望があっても後発医薬品は基本的に処方しないと回答した医師に、その理由をたずねたところ、「品質への疑問」(81.3%)、「効果への疑問」(66.7%)、「副作用への不安」(56.1%)等であった。(75ページ：図表92(複数回答))

後発医薬品調剤について「あまり積極的に取り組んでいない」と回答し、その理由として「品質に疑問があるため」、「安定供給体制が不備であるため」、「近隣医療機関が使用に消極的なため」という回答が多く、また「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由として、約5割の医師が「品質が不安だから」と回答するなど、薬局も医療機関・医師もまだ後発医薬品に関する理解不足や不信があり、それを解消させる必要があると考えられる。

医療機関・医師についてみれば、医師の処方行動について見ると、必ずしも後発医薬品の使用に消極的であるとの印象は受けにくい、一部の医療機関や医師において、後発医薬品を使用しないとの強い意思表示をしていることが見受けられる。保険医療機関及び保険医療費担当規則等において、投薬等を行うに当たって後発医薬品の使用を考慮する努力義務を規定していることを踏まえると、当該規定の周知や必要な指導などの対応が必要である。一方で、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由として、品質への不安や効果や副作用の違いを経験したとする医師が多いことは重視すべきである。

他方薬局については、「医師が後発医薬品への変更を認め、かつ、薬局で1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん」の割合はまだ低いものの、以前よりは高まっている。

しかしながら、処方せんの「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がなく、かつ患者が希望しない等の理由がないにも関わらず、薬局において後発医薬品に変更していない割合が、74.8%とかなり高い。この数字には、薬局が一度先発医薬品を後発医薬品に変更し、これを受けて処方医が当該後発医薬品に切り替えて処方している場合も含まれるが、このことを考慮しても、薬局における変更割合は未だ低いものと考えられる。その理由については在籍がなかった、あるいは患者に説明しなかった等が推測されるが、明確ではなく、後発品の使用に関するボトルネックが薬局にあるものと推測される。薬局側が後発医薬品の説明・調剤にあまり積極的に取り組まない理由として、「品質に疑問」「安定供給体制が不備」「近隣医療機関が使用に消極的」「効果に疑問」等を挙げているが、そうした説明が納得のいくものであるかどうかも含め、更に踏み込んで後発医薬品に変更していない原因を究明する必要がある。

保険薬局及び保険薬剤師療費担当規則において、後発医薬品への変更可能な処方せんを持参した患者に対する後発医薬品に関する説明義務及び調剤の努力義務を規定していることを踏まえると、調査結果からは、薬局における後発医薬品についての説明及び調剤が十分でないと考えられ、当該規定の周知や必要な指導などの対応が必要である。

患者側に目を転じると、まずは後発医薬品の認知自体を進めていくことが課題ではないかと考えられる。特に年齢が高い患者ほど後発医薬品の認知度が低くなる傾向がある。後発医薬品に関する医師や薬剤師からの説明は患者の後発医薬品の認知や理解に重要な役割を果たしていることに鑑み、医師や薬剤師の間での後発品の利用促進に関する意識を高めていく必要がある。

また患者にも後発医薬品に対する完全な信頼はまだなく、漠然とした不安感のようなものがあるように見受けられる。後発医薬品使用に対する考え方において、「使用経験あり」の患者の「できれば後発品を使いたい」という割合が「使用経験なし」の患者より高いことから、実際の利用が後発医薬品の積極的な使用につながる面があると考えられる。また、薬代が安くなった患者における後発品使用の意向の相対的な高さを踏まえると、実際の経済的な負担についても後発医薬品の選択につながるのではないかと考えられる。

他方、後発医薬品を使用するにあたって必要なこととして、「効果があること」、「副作用の不安が少ないこと」といった回答の割合は後発医薬品の使用の満足度の如何にかかわらず高いことから、更なる後発医薬品の信頼性の向上に努めるべきである。

以上のことに加え、現在、保険者が被保険者に対して「シネリック希望カード」の配布を進めていることを踏まえると、平成 21 年度においても継続調査を実施した上で、後発医薬品の使用が低調である要因をさらに調査する必要がある。

めが多く選択されている一方で、「生活機能の検査頻度」及び「身体計測の頻度」については「必要な検査等の見直しを行ったため」と「定期的な後発高齢者診療計画書の作成により、医学管理が行いやすくなったため」が多く選択されていた。(9~14 ページ：図表 1-15、1-16)

・後発高齢者診療料の算定にかかる効果について、「ほとんど効果はない」と回答した施設が 3 割前後あるが、「患者の心身の状況や疾患について総合的な管理を行うこと」や「患者の心身の状況や疾患の経過について継続的な管理を行うこと」については「きわめて効果がある」と「やや効果がある」を回答した施設をあわせるとそれぞれ 33.4%、37.5%あり、これら 2 つの項目については、算定患者を今後増やす予定の施設においても効果があるとしている割合が大きい。(15 ページ：図表 1-19、1-20)

・後発高齢者診療計画書の平成 20 年 8 月から 10 月の 3 ヶ月間の平均交付回数は、いずれの主病においても 1 回前後であった。また、計画書の記載に要する時間は平均 11.79 分であった。(17、18 ページ 図表 1-24、1-25)

・後発高齢者診療料を 1 人も算定していない施設が、算定を行っていない理由として、「患者が後発高齢者診療料を理解することが困難なため」、「他の医療機関との調整が困難なため」、「患者に必要な診療を行う上で現行点数(600 点)では医療提供コストをまかなうことが困難なため」が上位を占めた(複数回答)。(22 ページ：図表 1-30)

<患者調査>

・患者調査において、後発高齢者診療料の算定前後の通院回数、通院施設数、検査回数、処方薬数、診療時間のいずれについても、「変わらない」を選択した患者が 8 割弱~約 9 割を占めた。(27~31 ページ：図表 2-11、2-15、2-17、2-20、2-23)

・後発高齢者診療料の算定後のよかった点として、35.3%の患者が「治療方針などの今後のことがわかりやすくなった」、31.3%が「医師から受ける病状などの説明がわかりやすくなった」を選択した一方、31.8%が「よかったと思うことはない」を選択した(複数回答)。(33 ページ：図表 2-27)

・後発高齢者診療料の算定後の気になった点・疑問点として、49.7%の患者が「気になったり疑問に思ったことはない」とし、次いで 33.3%が「説明があれば、定期的に書類をもらわなくてもいい」を選択した。(34 ページ、図表 2-29)

5 「後発高齢者にふさわしい医療の実施状況調査 1」の結果について

(1) 調査の目的

「後発高齢者診療料」の算定状況及び改定後の治療内容の変化、後発高齢者診療計画書の作成状況、並びに「後発高齢者診療料」の算定を受けた患者の理解度及び満足度の把握等を目的とした。

(2) 調査方法及び調査の概要

<施設調査>

全国の後発高齢者診療料の届出を行っている医療機関の中から無作為抽出した 3,500 施設に対し平成 20 年 11 月に調査票を発送。

<患者調査>

調査の対象施設に 5 名分の調査票を発送。

(3) 回収の状況

<施設調査>

発送数：3,500 施設 回収数：1,112 施設(回収率 31.8%)

<患者調査>

206 件

(4) 主な結果

<施設調査>

- ・回答医療機関のうち後発高齢者診療料を算定している医療機関は、10.5%であった。「算定あり」の医療機関は「算定なし」の医療機関と比較して、在宅療養支援診療所である割合が高かった。(5 ページ：図表 1-6、1-7)
- ・算定患者の通院回数や検査頻度などについて改定前後で「変化なし」と回答した施設が、いずれの主病においても 75%前後から 85%前後を占めている。また「3 ヶ月間の総通院回数」、「検尿の頻度」、「血液検査の頻度」、「心電図検査の頻度」については「増加」に比べて「減少」を選択した割合が多い一方、「生活機能の検査頻度」及び「身体計測の頻度」は「減少」に比べて「増加」を選択した割合が多い。その理由としては、「減少」が多かった項目のうち「検尿の頻度」、「血液検査の頻度」、「心電図検査の頻度」については「必要な検査等の見直しを行ったため」が多く、「3 ヶ月間の総通院回数」については「定期的な後発高齢者診療計画書の作成により、医学管理が行いやすくなった

- ・後発高齢者診療料の算定後に満足度が「とても満足」又は「満足」と思うようになったと回答した患者を合わせると 27.1%であった。その者が感じてよかったと思うこととしては約 6 割強が「治療方針など今後のこと」や「医師から受ける病状などの説明」がわかりやすくなったことを選択した。一方、後発高齢者診療料の算定後に満足度が「変わらない」と回答した患者が 71.4%であった。(36 ページ：図表 2-33、2-35)

(5) 検証部会としての評価

後発高齢者診療料の届出を行っている医療機関に対し調査を行ったが、実際には約 9 割が算定していなかった。理由としては、患者が後発高齢者診療料を理解することが困難な点や患者・家族から後発高齢者診療料の算定について同意を得ることが困難な点、他の医療機関との調整が難しい点、あるいはコスト面での理由が指摘されており、今後の課題であると考えられる。また在宅療養支援診療所での算定割合の比率が高い点については、75 歳以上の患者が外来患者で多い、あるいは他の医療機関との連携に積極的な傾向があるといった理由が推測される。

施設調査で、後発高齢者診療料を算定している場合において、算定前後での総通院回数や検査回数の頻度については「変化なし」が約 7~8 割を占めている。また患者調査でも算定前後での通院回数、通院施設数、検査回数、処方薬数、診療時間のいずれについても「変わらない」との回答が多い。一方で、施設調査では総通院回数や機械を用いた検査回数の減少、生活機能検査や身体計測の増加といった傾向が見られる。減少や増加の理由として「定期的な後発高齢者診療計画書の作成により、医学管理が行いやすくなったため」、あるいは「必要な検査の見直しを行ったため」が比較的多く挙げられている。

また、患者調査において算定後の「よかった点」について、「医師から受ける病状などの説明がわかりやすくなった」等だけでなく、「よかったと思うことはない」という割合も高く、よくなったという受け止めとそうでもない受け止めが混在している。一方で満足度について、患者の 71.4%が「変わらない」と回答し、「不満」「とても不満」という回答が少なかった。

また患者調査において「説明があれば、定期的に書類をもらわなくてもいい」という回答が多かったことや、施設調査で計画書の記載に要する時間は平均 11.79 分であったことは今後の検討に有益な情報となる。

一部で懸念された受療制限等の患者の不利益は確認されなかったが、一方で患者に対するメリットも明確にはならなかった。これは当該制度から生ずる患者の利益、不利益は一定期間継続された医師・患者関係の下で表れるという性格のため

のであるため、制度発足から間もない時点での調査では限界があったのではないかと考えられる。

6 「後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2」の結果について

(1) 調査の目的

「後期高齢者終末期相談支援料」の算定状況、終末期の診療方針等についての話し合いの実施状況、及び終末期の話し合いや「後期高齢者終末期相談支援料」に関する国民の意識の把握等を目的とした。

(2) 調査方法及び調査の概要

<施設調査及び事例調査>

全国の病院の中から無作為抽出した1,700施設、全国の在宅療養支援診療所の中から無作為抽出した850施設及び全国の内科系の診療科目を標榜する診療所850施設の計3,400施設を対象に平成20年11月に施設調査票及び事例調査票を送付。

<意識調査>

年齢層別層化後、人口構成比により無作為抽出を行った20歳以上の2,000人を対象とした。

(3) 回収の状況

<施設調査>

病院 発送数：1,700施設 回収数：478施設（回収率28.1%）
診療所 発送数：1,700施設 回収数：471施設（回収率27.7%）

<事例調査>

病院 2,213件（136施設）
診療所 207件（70施設）

<意識調査>

発送数：2,000件 回収数：1,209件（回収率60.5%）

(4) 主な結果

<施設調査>

終末期の診療方針等の話し合いについては、病院の43.7%、在宅療養支援診療所の52.3%及びその他の診療所の21.8%が「実施している」と回答した。そのうち話し合い結果を取りまとめた文書を「一部提供している」又は「全て提供している」を選択した回答をあわせると、病院32.1%、在宅療養支援診療所18.8%及びその他の診療所の16.0%となっている。（6、8ページ：図

21

22

表1-8、1-11)

- 平成20年4月～9月までに75歳以上の患者に文書提供をしたと回答した61施設のうち、10施設が後期高齢者終末期相談支援料を「算定した」を選択した。（10ページ：図表1-14）
- 後期高齢者終末期相談支援料に関する意見として、話し合いを実施している施設において、病院の40.2%、在宅療養支援診療所の23.2%、その他の診療所の21.4%が「診療報酬で評価することは妥当である」を選択し、病院の29.7%、在宅療養支援診療所の33.0%、その他の診療所の14.3%が「終末期の話し合いを診療報酬で評価することは妥当だが、話し合いの結果の文書提供を算定要件とすべきではない」を選択する一方、病院の5.3%、在宅療養支援診療所の6.3%、その他の診療所の10.7%は「診療報酬で評価するのは時期尚早である」、病院の22.0%、在宅療養支援診療所の38.4%、その他の診療所の39.3%は「もともと診療報酬によって評価する性質のものではない」を選択した。また話し合いを実施している病院の55.5%、在宅療養支援診療所の40.2%、その他の診療所の28.6%が「75歳以上に限定せず実施すべきである」、病院の49.3%、在宅療養支援診療所の31.3%、その他の診療所の17.9%が「終末期に限らず病状の急変や診療方針の変更等の話し合いを評価すべき」を選択し、病院の23.4%、在宅療養支援診療所の15.2%、その他の診療所の7.1%が「後期高齢者終末期相談支援料の点数（200点）が低すぎる」を選択した。以上の結果はすべて話し合いを実施している施設による回答をまとめたものだが、話し合いを実施していない施設における回答は多くの項目でそれとは違っていた。（複数回答）（12ページ：図表1-17）

<事例調査>

- 事例調査において、平成20年4月～9月に行われた話し合いの回数を見ると「1回」（42.1%）が最も多かった。話し合い当たりの平均時間は28.6分（1回目）であったが、後期高齢者終末期相談支援料の算定患者のみで見ると、53.6分（1回目）であった。（17ページ：図表2-6、2-7）
- 話し合いに参加した職種をみると、「親族」が94.6%と最も多く、次いで「自院の医師」88.3%、「自院の看護職員」74.0%、「患者本人」17.7%であった。（18ページ：図表2-8）
- 話し合い後の患者本人や家族の様子についての設問で、「本人が話し合いに同席しなかった」と回答した事例が7割を超えていた（71.3%）。その残り（本人が話し合いに同席した場合）のうち、話し合い後の本人の様子について、「話

23

し合っよかった」（7.6%）又は「どちらかといえば、話し合っよかった」（4.8%）と、「わからない」（12.1%）がほぼ半々であった。一方で話し合い後の家族の様子については、78.3%が「話し合っよかった」又は「どちらかといえば、話し合っよかった」を選択した。（20ページ：図表2-10、2-11）

話し合いが患者・家族へもたらした影響として該当する項目を複数選択してもらったところ、「不安が軽減されたようだった」46.3%、「患者にとってよりよい（自分らしい）決定に生かされたようだった」30.9%、「医療提供者への信頼が深まったようだった」24.5%という回答を得た。（20ページ：図表2-12（複数回答））

<意識調査>

- 終末期の治療方針等の話し合いについて84.7%が「話し合いを行いたい」を選択した。（24ページ：図表3-9）
- 「話し合いを行いたい」を選択した方々に、「話し合いの内容として」どのようなことを希望するかについて該当する項目を複数選択してもらったところ、「予測される症状の変化の説明」（89.6%）、「病状の変化に対応した医療上の対処方法」（86.6%）、「家族にかかる具体的負担の説明」（74.6%）、「費用についての相談・希望」（69.4%）、「介護や生活支援についての相談・希望」（53.9%）、「療養場所についての相談・希望」（52.4%）、「親期の時の迎え方の相談・希望」（46.7%）、「延命に関する相談・希望」（39.5%）という回答が得られた。（25ページ：図表3-11（複数回答））
- さらに「話し合いを行いたい」を選択した方々に、「話し合いの内容をとりまとめた文書等の提供」の希望について質問をしたところ、72.3%が「希望する」を選択した一方で、12.2%が「希望しない」を選択した。（26ページ：図表3-13）
- 「医師や看護師、その他の医療従事者が、重い病気などで治る見込みのない患者との間で終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供を行った場合に、公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われること」についての質問に対して、診療費が支払われることは「好ましい」34.1%、「好ましくない」27.5%、「どちらともいえない」36.2%という結果になった。（28ページ：図表3-17）
- 「好ましい」を選択した方に対して、相談料の設定を「75歳以上という年齢に制限すること」についての考え方を尋ねたところ、「年齢区分は必要ない」

24

69.2%、「75歳以上という年齢区分が妥当」17.2%、「別の年齢区分を設けるべき」3.9%という回答であった。(29ページ：図表3-19)

(5) 検証部会としての評価

一般国民に対する意識調査においては、終末期の治療方針等について「話し合いを行いたい」割合が84.7%と高かったが、公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることについて好ましいと答えた者は34.1%、好ましくない27.5%、どちらともいえない36.2%、と意見が分かれた。好ましいと答えた者の69.2%が「年齢区分は必要ない」と答えていたことは注目に値する。また、実際に話し合いが患者や家族にもたらした影響として、「不安が軽減された」「よりよい決定に生かされたようだった」等のプラスの影響が比較的多く見られたことも指摘できる。

しかしながら、話し合いへの参加について、事例調査において患者本人の参加が17.7%とさほど高くなく、話し合いの実際と一般国民の意識の違いが見られた。また、一般国民に対する意識調査で文書の提供を「希望する」割合が72.3%と高い一方で、施設調査では、「文書は提供していない」割合が高く、医療機関側と一般国民の意識とのずれも明らかになった。

施設調査において、後期高齢者終末期相談支援料に関し該当する考えを尋ねた設問で、例えば「後期高齢者終末期相談支援料の点数(200点)が低すぎる」という選択肢について選んだ割合が、話し合いを実施している機関でも、病院で23.4%、在宅療養支援診療所で15.2%、その他の診療所で7.1%であるなど、医療機関の種別や、終末期の診療方針等の話し合いの実施の有無により様々な意見に分かれているなど、回答施設の属性により評価が分かれる傾向が見られた。

平成20年7月より後期高齢者終末期相談支援料については凍結措置が講じられているが、一般国民に対する意識調査において、公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることについては、「好ましい」「好ましくない」「どちらともいえない」がほぼ拮抗していることも踏まえ、そのあり方については今後とも引き続き検討を行う必要がある。

本調査では、終末期の治療方針等の話し合いに関して施設調査、事例調査、意識調査を行った。その意義は大きく、今後この問題を検討するにおいて参考にすべき事柄を多く提供してくれた。紹介した結果のみならず、最後につけた自由回答意見にも目を向けるべきである。

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	1) 病院勤務医の負担軽減策の取組み状況	34
2. 調査対象	1	2) 医師への経済面での処遇改善について	45
3. 調査方法	1	⑤入院時医学管理加算について	53
4. 調査項目	2	1) 入院時医学管理加算の届出状況	53
5. 結果概要	4	2) 入院時医学管理加算の届出が受理された時期	53
(1) 回収の状況	4	3) 初診に係る選定療養(実費徴収)の状況	54
(2) 施設調査	5	4) 平成20年10月1か月間の手術件数等	55
①施設基準の届出状況	5	⑥医師事務作業補助体制加算について	56
②施設の属性	7	1) 医師事務作業補助体制加算の届出状況	56
1) 開設主体	7	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
2) 許可病床数	8	3) 専従者の配置時期	58
3) 病院種別	9	4) 医師事務作業補助体制加算の種類	58
4) 救急医療体制	10	5) 医師事務作業補助者(専従者)の人数と給与総額	61
5) DPC対応	11	6) 医師事務作業補助者の配置状況	63
6) 標榜している診療科	12	7) 医師事務作業補助者が従事している業務の内容	64
7) 24時間の診療体制等	13	8) 医師事務作業補助者の業務範囲の明確化	72
8) 勤務医負担軽減対策計画の策定状況	14	9) 個人情報保護上の問題発生の有無	73
9) 診療録電子カルテの導入状況	15	⑦ハイリスク分娩管理加算について	74
10) 平均在院日数、紹介率、逆紹介率	16	1) ハイリスク分娩管理加算の届出状況	74
11) 一般病棟の入院基本料区分	18	2) ハイリスク分娩管理加算の届出が受理された時期	75
12) 精神病棟の入院基本料区分	19	3) 分娩件数	76
13) 職員数	20	4) ハイリスク分娩管理加算算定回数	76
14) 医師事務作業補助者	21	(3) 医師責任者調査・医師調査	77
15) MSW(医療ソーシャルワーカー)	22	①医師が勤務する施設の属性	77
16) 病院ボランティア	23	1) 開設主体	77
②患者数等	24	2) 許可病床数	78
1) 1か月の外来患者数	24	3) 病院種別	79
2) 1か月の入院患者数	25	4) 救急医療体制	80
③病院勤務医の状況について	26	5) DPC対応の状況	81
1) 常勤医師数	26	6) 施設基準届出	82
2) 当直回数	28	②医師の基本属性	83
3) 連続当直合計回数	30	1) 医師の性別	83
④病院勤務医の負担軽減策の実施状況	34	2) 医師の年齢	84
		3) 医師としての経過年数	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	6. まとめ	170
7) 医師責任者の役割等	87	(1) 施設調査	170
8) 医師の役割等	88	(2) 医師責任者調査・医師調査	173
③医師の勤務実態等	89	参考資料	
1) 外来診療担当の有無	89	調査票	
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み状況等	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み状況	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		

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、「ハイリスク分擔管理加算」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」、「ハイリスク分擔管理加算」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、ハイリスク分擔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、業務分擔の実施状況と効果、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おいて業務負担の状況や勤務実績など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。

施設調査	<ul style="list-style-type: none"> ○施設属性等 <ul style="list-style-type: none"> ・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 <ul style="list-style-type: none"> ・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 <ul style="list-style-type: none"> ・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 <ul style="list-style-type: none"> ・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 <ul style="list-style-type: none"> ・入院時医学管理加算の届出状況・予定、届出時期 ・測定療養（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 <ul style="list-style-type: none"> ・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 <ul style="list-style-type: none"> ・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 <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・医師事務作業補助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 <ul style="list-style-type: none"> ・勤務医の負担軽減策としての効果 ・課題・問題点 / 等 ○ハイリスク分擔管理加算における施設の概況 <ul style="list-style-type: none"> ・ハイリスク分擔管理加算の届出状況・予定、届出時期 ・分擔件数 ・ハイリスク分擔管理加算の算定回数 ・ハイリスク分擔患者の内訳 ○ハイリスク分擔管理加算の効果・課題等 <ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ○基本属性 <ul style="list-style-type: none"> ・性別、年齢、医師経験年数、診療科、勤務形態、役職 / 等 ○勤務状況 <ul style="list-style-type: none"> ・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 <ul style="list-style-type: none"> ・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 <ul style="list-style-type: none"> ・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 <ul style="list-style-type: none"> ・勤務医負担軽減策の取組み状況およびその効果 ・業務分擔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 <ul style="list-style-type: none"> ・今後の課題 / 等
医師調査	<ul style="list-style-type: none"> ○基本属性 <ul style="list-style-type: none"> ・性別、年齢、医師経験年数、診療科、勤務形態、役職 / 等 ○勤務状況 <ul style="list-style-type: none"> ・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 <ul style="list-style-type: none"> ・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 <ul style="list-style-type: none"> ・勤務医負担軽減策の取組み状況およびその効果 ・業務分擔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 <ul style="list-style-type: none"> ・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務年数が 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

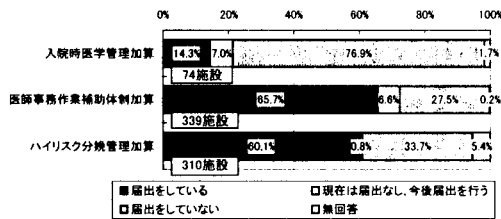
【調査対象等】

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)



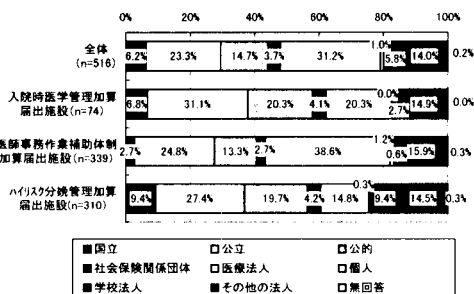
②施設の属性

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、医療系、公社、その他の法人

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

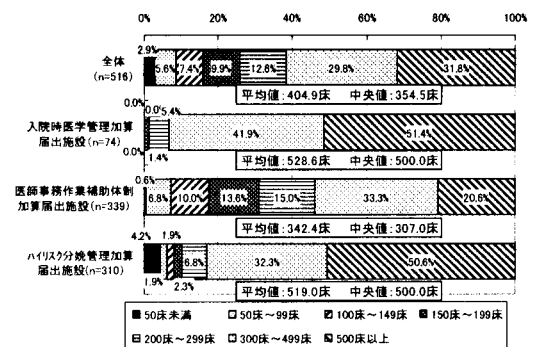
施設基準の届出状況	施設数	割合
すべての施設基準の届出あり	49	9.5%
(入院時医学管理加算+医師事務作業補助体制加算)届出あり	12	2.3%
(入院時医学管理加算+ハイリスク分娩管理加算)届出あり	11	2.1%
(医師事務作業補助体制加算+ハイリスク分娩管理加算)届出あり	86	16.7%
入院時医学管理加算のみ届出あり	2	0.4%
医師事務作業補助体制加算のみ届出あり	192	37.2%
ハイリスク分娩管理加算のみ届出あり	164	31.8%
合計	516	100.0%

2) 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床）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床）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床）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床）と大規模の病院が多かった。

図表 5 許可病床数

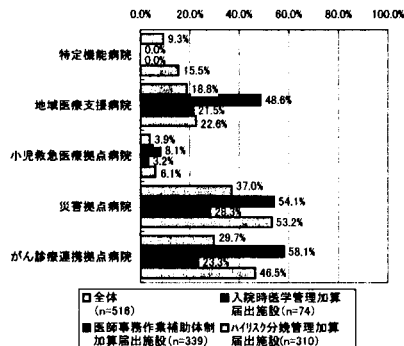


3) 病院種別

病院の種類についてみると、「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。

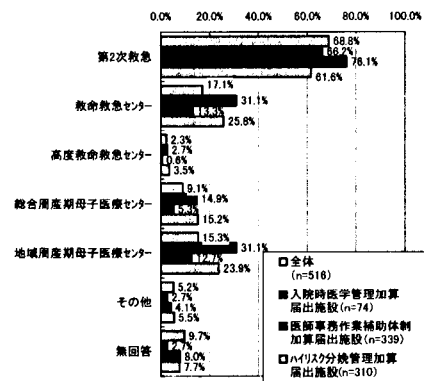
図表 6 病院種別 (複数回答)



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「救命救急センター」(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)

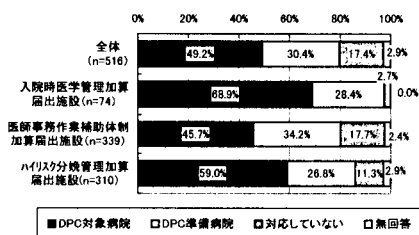


5) DPC 対応

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。

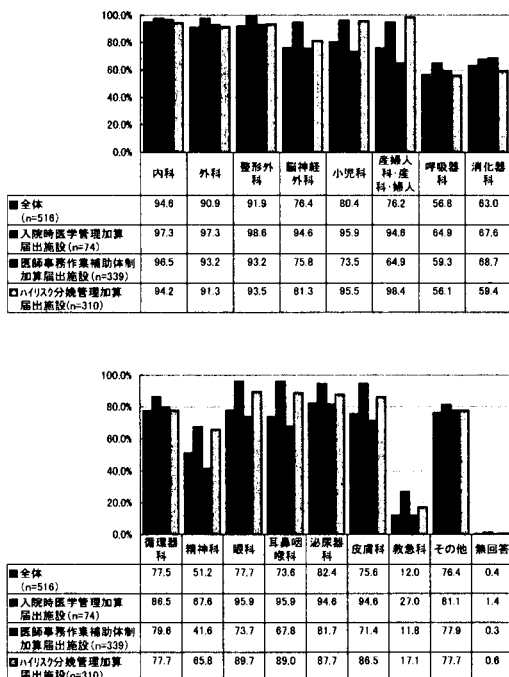
図表 8 DPC 対応



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。

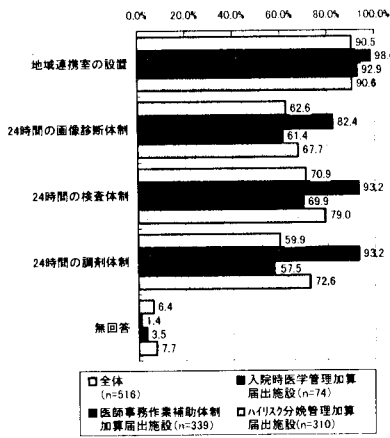
図表 9 標榜している診療科 (複数回答)



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。

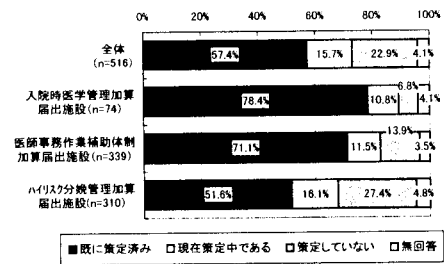
図表 10 24時間の診療体制等（複数回答）



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。

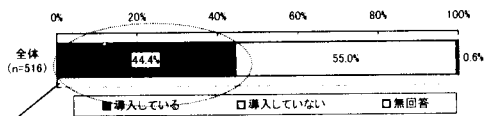
図表 11 勤務医負担軽減対策計画の策定状況



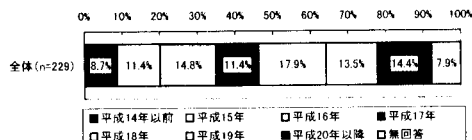
9) 診療録電子カルテの導入状況

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、中央値で見ると、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

施設種別	n	調査月	平均在院日数			
			平均値	標準偏差	最大値	最小値
全体	n=501	19年10月	18.7	23.0	402.0	4.9
全体	n=501	20年10月	18.4	23.1	402.0	4.1
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
入院時医学管理加算届出施設	n=75	20年10月	14.7	3.0	26.6	8.6
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
医師事務作業補助体制加算届出施設	n=328	20年10月	20.1	28.1	402.0	6.7
ハイリスク分擔管理加算届出施設	n=307	19年10月	16.1	17.7	313.6	4.9
ハイリスク分擔管理加算届出施設	n=307	20年10月	15.7	17.5	308.5	4.1

(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、中央値で見ると、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

施設種別	n	調査月	平均在院日数			
			平均値	標準偏差	最大値	最小値
全体	n=502	19年10月	15.7	13.8	313.6	4.9
全体	n=502	20年10月	15.3	13.6	308.5	4.1
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
入院時医学管理加算届出施設	n=71	20年10月	14.0	2.5	22.2	8.6
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
医師事務作業補助体制加算届出施設	n=328	20年10月	15.9	16.6	308.5	6.7
ハイリスク分擔管理加算届出施設	n=303	19年10月	15.3	17.5	313.6	4.9
ハイリスク分擔管理加算届出施設	n=303	20年10月	14.9	17.2	308.5	4.1

(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科等又は特殊疾患病棟入院科等病棟の特定入院科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）、「ハイリスク分焼管理加算」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：%)

施設種別	対象数	平成19年10月	平成20年10月	標準偏差	中央値
全体	n=431	43.0	44.5	21.7	40.8
入院時医学管理加算届出施設	n=451	44.5	57.2	18.2	58.5
医師事務作業補助体制加算届出施設	n=67	42.4	42.4	22.3	40.9
ハイリスク分焼管理加算届出施設	n=282	50.0	50.0	20.9	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、「ハイリスク分焼管理加算」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：%)

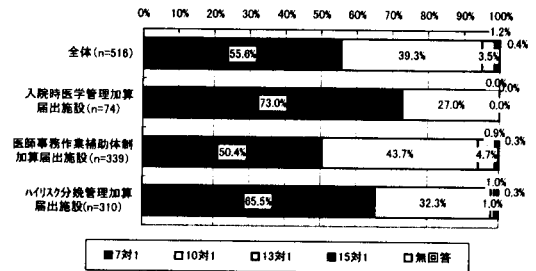
施設種別	対象数	平成19年10月	平成20年10月	標準偏差	中央値
全体	n=417	31.1	34.3	22.0	26.6
入院時医学管理加算届出施設	n=64	43.2	49.3	22.1	44.2
医師事務作業補助体制加算届出施設	n=267	31.9	31.9	23.9	26.5
ハイリスク分焼管理加算届出施設	n=267	32.7	37.1	19.6	30.1

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%、「ハイリスク分焼管理加算」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



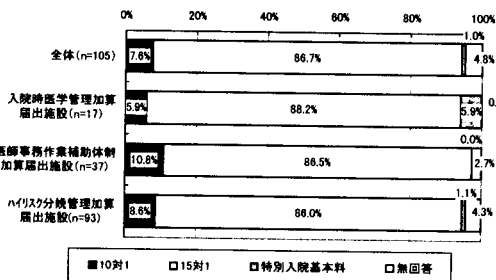
(注)「特別入院基本料」の施設は該当がなかった。

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%、「ハイリスク分焼管理加算」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)

職別	平成19年10月	平成20年10月	標準偏差	中央値
医師	95.2	115.8	806.6	3.8
歯科医師	3.3	14.1	197.8	0.0
看護師・保健師	277.7	214.8	1,072.0	1.0
助産師	13.3	15.0	181.6	0.0
准看護師	16.8	16.5	99.4	0.0
薬剤師	15.7	12.9	83.0	1.0
技師	58.0	51.4	443.0	0.0
その他	115.0	92.0	766.9	0.0
合計	595.0	453.6	3,048.0	44.2
医師	98.5	120.1	799.6	3.8
歯科医師	3.3	13.7	192.8	0.0
看護師・保健師	287.2	223.8	1,074.1	1.0
助産師	14.2	16.1	198.6	0.0
准看護師	15.9	15.7	96.4	0.0
薬剤師	16.1	13.2	83.4	1.0
技師	60.2	52.8	438.0	0.0
その他	118.4	94.4	889.1	0.0
合計	613.8	470.5	3,060.0	46.7

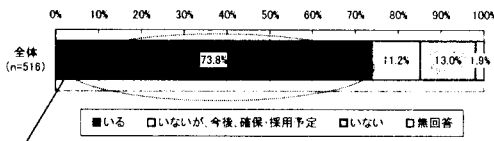
(注)平成19年10月および平成20年10月について欠損値のない504施設を対象に、集計を行った。

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、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

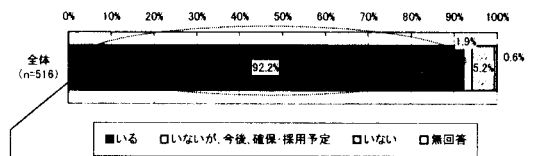
(注) 医師事務作業補助者がいるという回答があった381件のうち、人数が不明だった17件を除く364件を対象に集計を行った。

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



図表 24 MSW(医療ソーシャルワーカー)の人数(常勤換算)(n=460)

	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

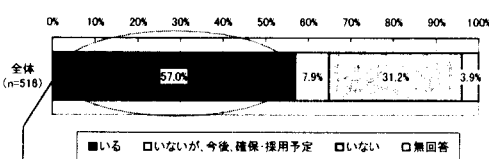
(注) MSWがいるという回答があった476件のうち、人数が不明だった16件を除く460件を対象に集計を行った。

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(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、横ばいで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)

	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)

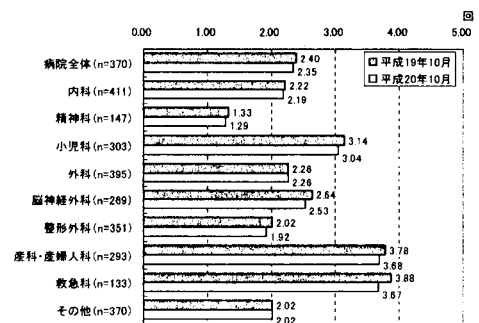
		(単位:人)			
		平成19年10月		平成20年10月	
		男性	女性	男性	女性
病院全体の医師		16.0	6.2	16.2	6.6
内科の医師		4.0	1.3	3.9	1.3
精神科の医師		0.6	0.3	0.6	0.3
小児科の医師		0.7	0.4	0.8	0.5
外科の医師		2.4	0.4	2.5	0.4
脳神経外科の医師		0.5	0.0	0.5	0.0
整形外科の医師		0.9	0.1	0.9	0.1
産科・産婦人科の医師		0.4	0.4	0.5	0.5
救急科の医師		0.3	0.1	0.3	0.1
その他の医師		6.1	3.2	6.2	3.4

(注) 欠損値のない288件を対象に集計を行った。
・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

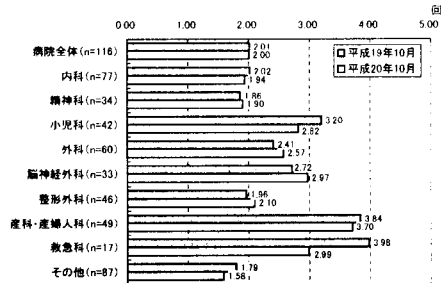


(注) 平成19年10月および平成20年10月とも記載のあった診療科医師の平均当直回数を対象とした。
・nは施設数である。

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かったが「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。その他、「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

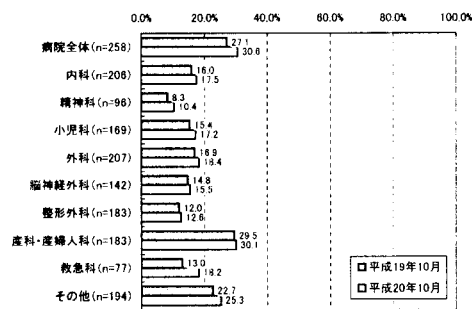


(注)・平成19年10月および平成20年10月とも記載のあった診療科医師の平均当直回数を対象とした。
・nは施設数である。

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)



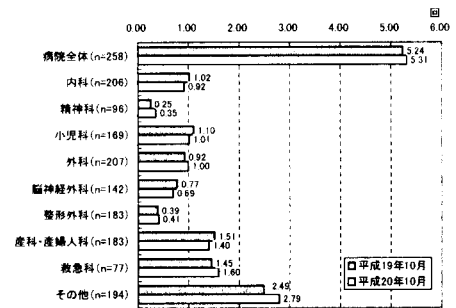
(注)・平成19年10月および平成20年10月とも記載のあった診療科医師の平均当直回数を対象とした。
・nは施設数である。

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)



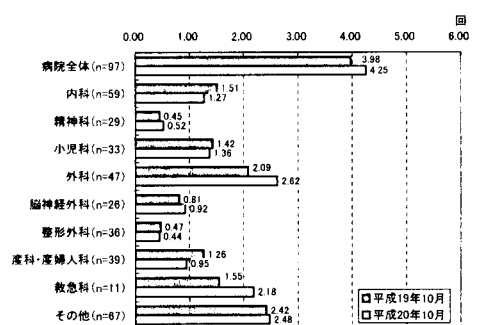
(注)・平成19年10月および平成20年10月とも記載のあった診療科医師全体の連続当直の合計回数を対象とした。
・nは施設数である。

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)

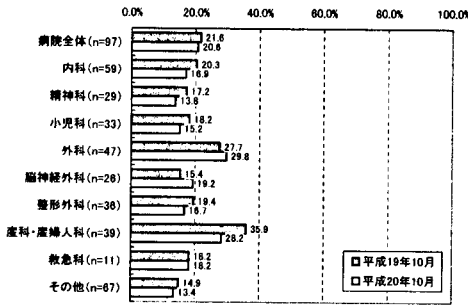


(注)・平成19年10月および平成20年10月とも記載のあった診療科医師全体の連続当直の合計回数を対象とした。
・nは施設数である。

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ばいとなった。

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%、「計画がない」が 16.7%であった。

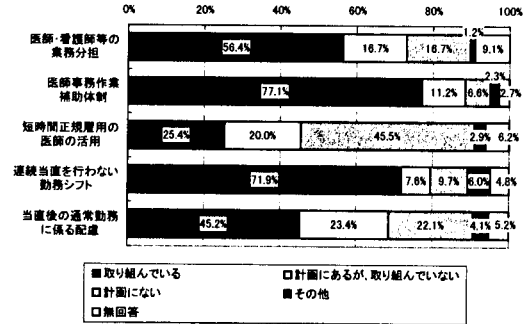
「医師事務作業補助体制」については、「取り組んでいる」が 77.1%、「計画にあるが、取り組んでいない」が 11.2%、「計画がない」が 6.6%であり、「取り組んでいる」という回答割合が高かった。

「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%、「計画がない」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%、「計画がない」が 9.7%であった。

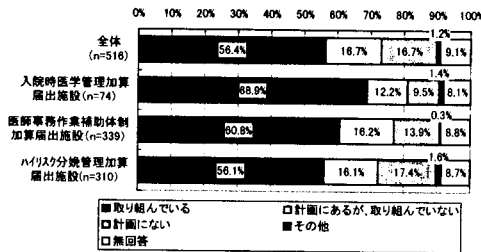
「当直後の通常勤務に係る配慮」については、「取り組んでいる」が 45.2%、「計画にあるが、取り組んでいない」が 23.4%、「計画がない」が 22.1%であった。

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層別にみると、「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%、「計画がない」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%、「計画がない」が 13.9%であった。「ハイリスク分働管理加算」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%、「計画がない」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。

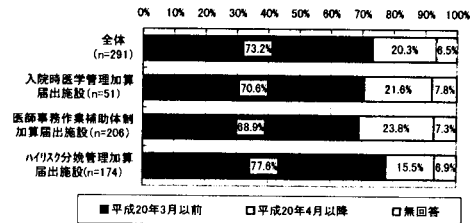
図表 38 負担軽減策の取組み状況（施設基準層別）
～①医師・看護師等の業務分担～



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。

施設基準層別にみると、「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%、「ハイリスク分働管理加算」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（施設基準層別）
～①医師・看護師等の業務分担～

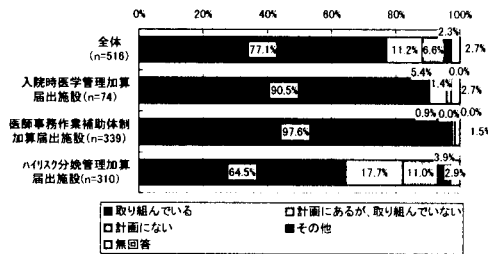


(注) 各項目について「取り組んでいる」と回答のあった施設を対象に集計を行った。

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%、「計画がない」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。「ハイリスク分擔管理加算」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%、「計画がない」が11.1%であった。

「ハイリスク分擔管理加算」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。

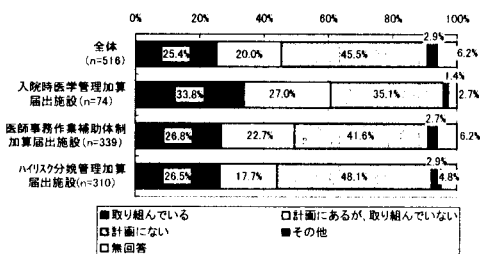
図表 40 負担軽減策の取組み状況（施設基準届出別）
～②医師事務作業補助体制～



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%、「計画がない」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%、「計画がない」が41.6%であった。「ハイリスク分擔管理加算」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%、「計画がない」が48.1%であった。

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

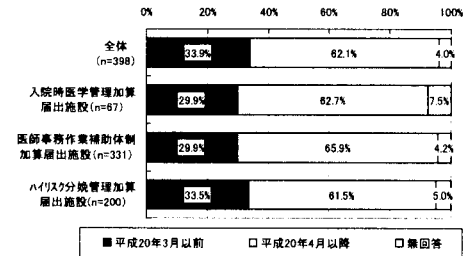
図表 42 負担軽減策の取組み状況（施設基準届出別）
～③短時間正規雇用の医師の活用～



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%、「ハイリスク分擔管理加算」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～



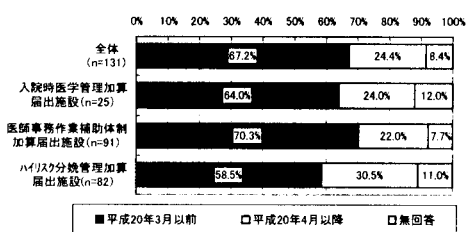
(注) 各項目について「取り組んでいる」と回答のあった施設を対象に集計を行った。

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%、「ハイリスク分擔管理加算」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。

「ハイリスク分擔管理加算」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。

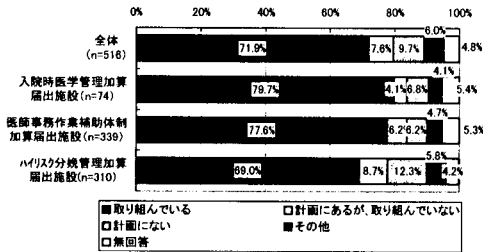
図表 43 負担軽減策の取組み開始時期（施設基準届出別）
～③短時間正規雇用の医師の活用～



(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。

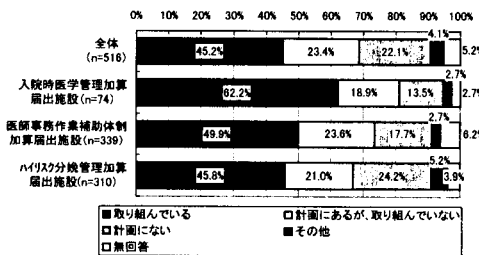
連続当直を行わない勤務シフトに関する取組み状況について施設基準層別に見ると、「入院時医学管理加算」の届出施設では「取り組んでいる」が79.7%、「計画にあるが、取り組んでいない」が4.1%、「計画にない」が6.8%であった。また、「医師事務作業補助体制加算」の届出施設では「取り組んでいる」が77.6%、「計画にあるが、取り組んでいない」が6.2%、「計画にない」が6.2%であった。「ハイリスク分擔管理加算」の届出施設では「取り組んでいる」が69.0%、「計画にあるが、取り組んでいない」が8.7%、「計画にない」が12.3%であった。

図表 44 負担軽減策の取組み状況（施設基準層別）
～④連続当直を行わない勤務シフト～



当直後の通常勤務に係る配慮に関する取組み状況について施設基準層別に見ると、「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%、「ハイリスク分擔管理加算」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。

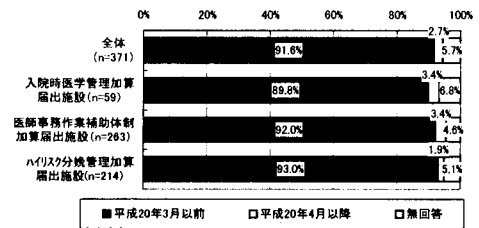
図表 46 負担軽減策の取組み状況（施設基準層別）
～⑤当直後の通常勤務に係る配慮～



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。

施設基準層別に見ると、「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%、「ハイリスク分擔管理加算」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（施設基準層別）
～④連続当直を行わない勤務シフト～

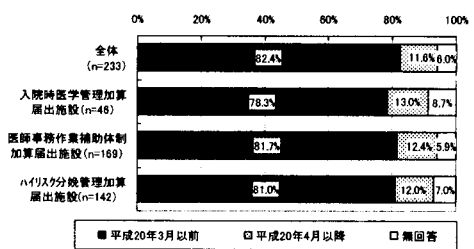


(注) 各項目について「取り組んでいる」と回答のあった施設を対象に集計を行った。

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。

施設基準層別に見ると、「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%、「ハイリスク分擔管理加算」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（施設基準層別）
～⑤当直後の通常勤務に係る配慮～



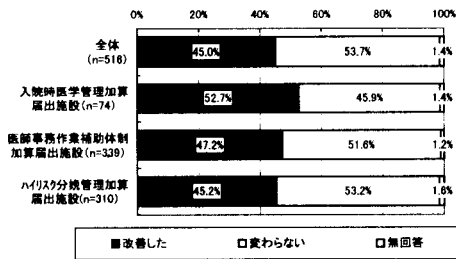
(注) 各項目について「取り組んでいる」と回答のあった施設を対象に集計を行った。

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。

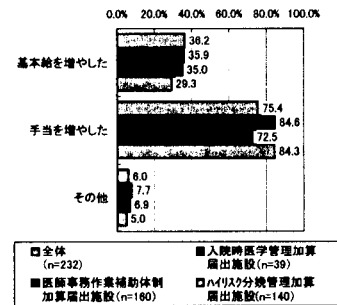
図表 48 医師への経済面での処遇改善状況（施設基準届出別）



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。

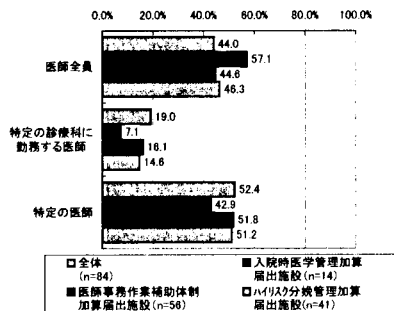
図表 49 処遇改善内容（複数回答、施設基準届出別）



「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」、「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）

	全体	入院時医学管理加算届出施設	医師事務作業補助体制加算届出施設	ハイリスク分娩管理加算届出施設
全体	16	5	1	3
入院時医学管理加算届出施設	1	0	0	0
医師事務作業補助体制加算届出施設	9	4	0	1
ハイリスク分娩管理加算届出施設	6	1	1	2

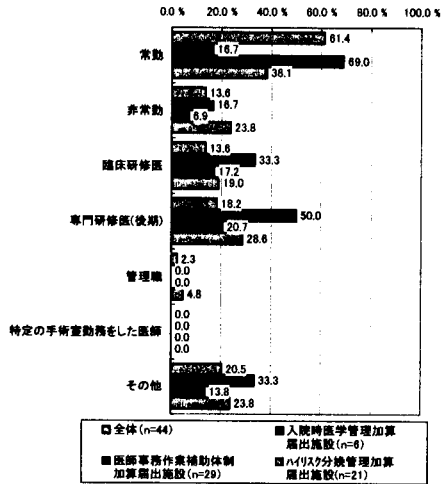
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
全体	16	5	1	3	3	4	6	5	1	4						
入院時医学管理加算届出施設	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
医師事務作業補助体制加算届出施設	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0
ハイリスク分娩管理加算届出施設	100.0	44.4	0.0	11.1	22.2	33.3	55.6	0.0	11.1	0.0						
全体	100.0	16.7	16.7	33.3	16.7	16.7	16.7	83.3	0.0	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。「ハイリスク分焼管理加算」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。

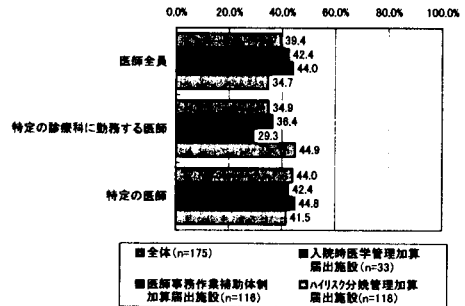
図表 52 基本給を増やした特定の医師 (複数回答、施設基準届出別)



「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。「ハイリスク分焼管理加算」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。

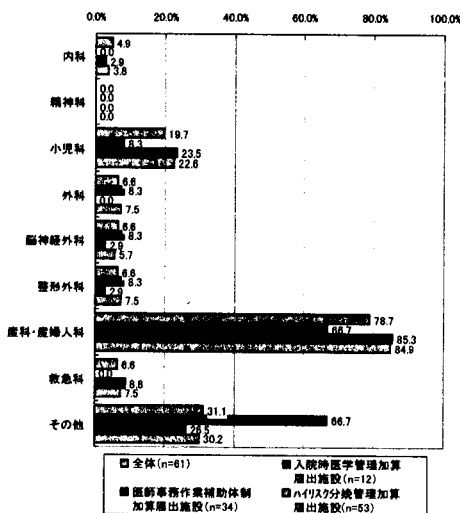
図表 53 手当を増やした対象の医師 (複数回答、施設基準届出別)



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、「ハイリスク分焼管理加算」の届出施設では85%前後と高かった。

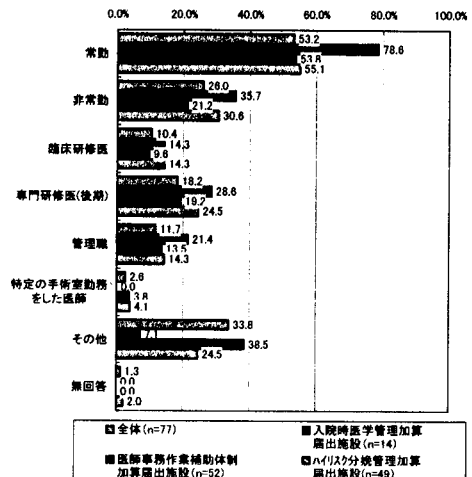
図表 54 手当を増やした特定の診療科 (複数回答、施設基準届出別)



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。「ハイリスク分焼管理加算」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。

「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。「ハイリスク分焼管理加算」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)

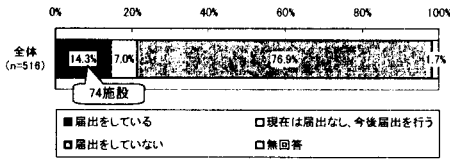


⑤入院時医学管理加算について

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。

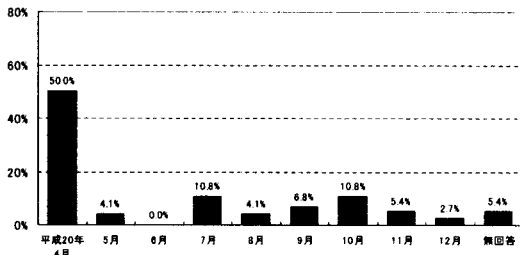
図表 56 入院時医学管理加算の届出状況



2) 入院時医学管理加算の届出が受理された時期

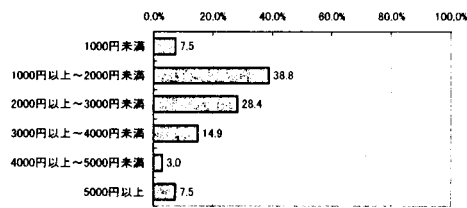
入院時医学管理加算の届出が受理された時期についてみると、「平成20年4月」(50.0%)が最も多く、次いで「7月」「10月」(ともに10.8%)、「9月」(6.8%)であった。

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)



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)、「人工心臓を用いた手術」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)

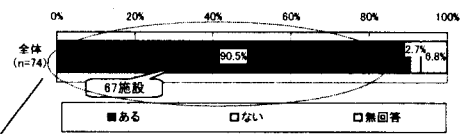
手術名称	件数 (n)	平均値	標準偏差	中央値
①全身麻酔 (件)	n=68	206.6	117.2	182
②人工心臓を用いた手術 (件)	n=66	4.1	5.4	2
③悪性腫瘍手術 (件)	n=64	51.6	39.4	43
④腹腔鏡下手術 (件)	n=63	26.8	28.4	17
⑤放射線治療(体外照射法) (件)	n=65	413.7	425.6	352
⑥分娩 (件)	n=68	47.1	29.2	45
⑦緊急帝王切開 (件)	n=68	7.5	6.0	6

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)

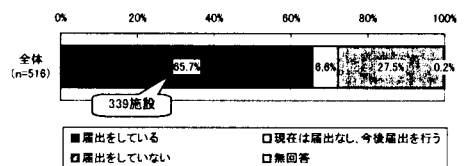
初診に係る選定療養(実費徴収)額(円)	2,234.7	1,354.8	8,400	530	2,000
---------------------	---------	---------	-------	-----	-------

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、今後届出を行う」が6.6%、「届出をしていない」が27.5%であった。

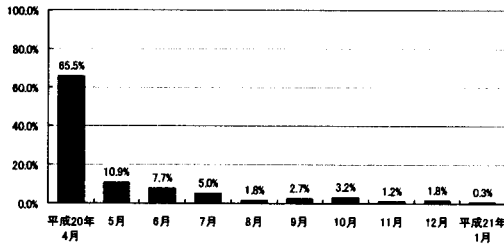
図表 62 医師事務作業補助体制加算の届出状況



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。

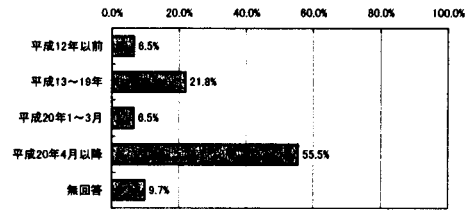
図表 63 医師事務作業補助体制加算の届出が受理された時期 (n=339)



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。

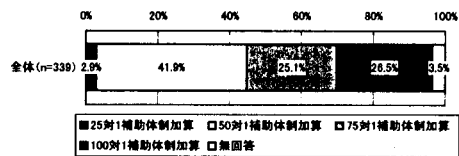
図表 64 専従者の配置時期 (n=339)



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。

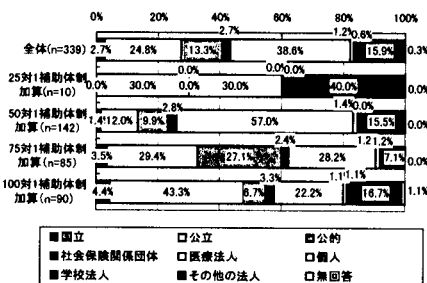
図表 65 医師事務作業補助体制加算の種類



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。

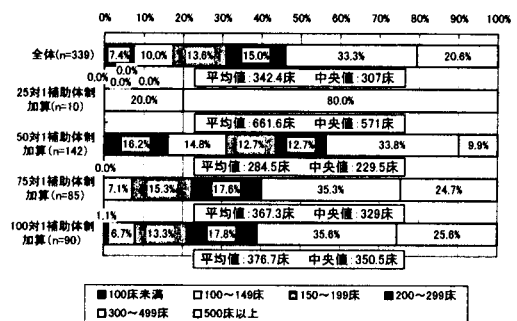
図表 66 医師事務作業補助体制加算種類別 開設主体



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

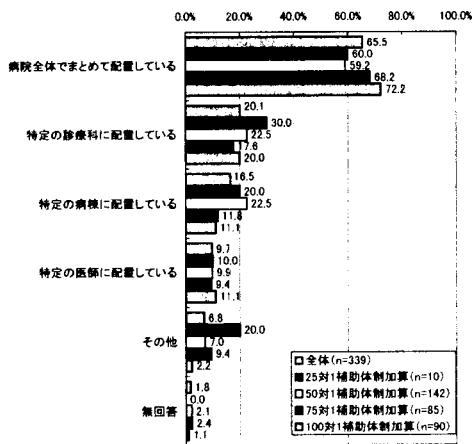
（注）④給与総額；⑤1人あたり給与額（④/①）は月額。

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）



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

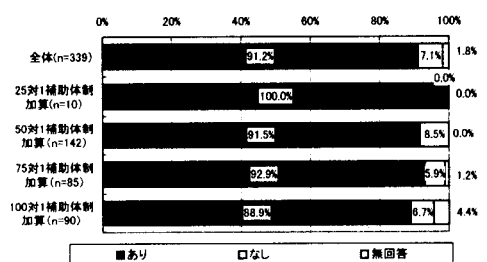
（注）④給与総額；⑤1人あたり給与額（④/①）は月額。

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見ると、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。

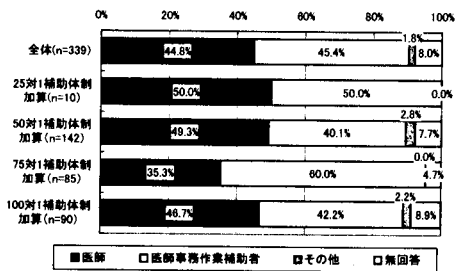
図表 71 医師事務作業補助者の従事状況
～①診断書などの文書作成補助～



「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。

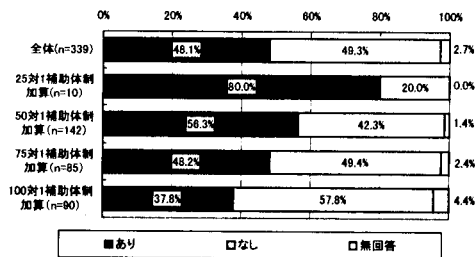
図表 72 各事務作業の主たる担当者
～①診断書などの文書作成（補助）～



「診療記録への代行人力」について医師事務作業補助者の従事状況を見ると、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。

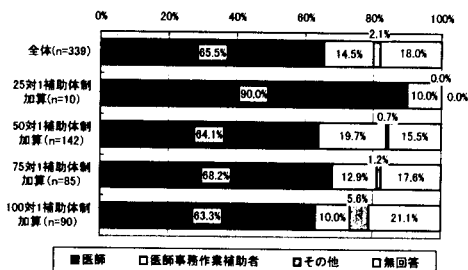
図表 73 医師事務作業補助者の従事状況
～②診療記録への代行人力～



「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。

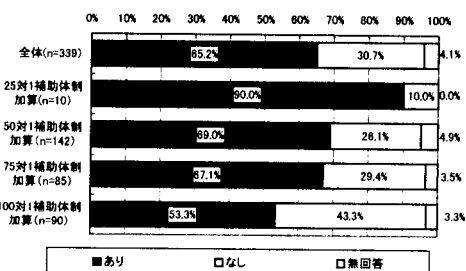
図表 74 各事務作業の主たる担当者
～②診療記録への（代行）入力～



「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見ると、全体では「あり」が65.2%、「なし」が30.7%であった。

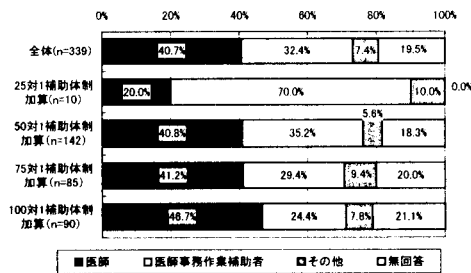
加算種類別にみると、「あり」という割合は、25対1補助体制加算では90.0%、50対1補助体制加算では69.0%、75対1補助体制加算では67.1%、100対1補助体制加算では53.3%と加算種類が低くなるほど、「あり」の割合も低くなるという傾向がみられた。

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～



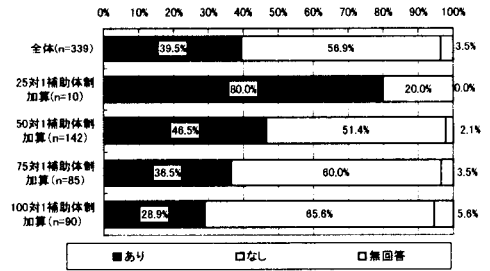
「医療の質の向上に資する事務作業」における各事務作業の主たる担当者についてみると、全体では、「医師」が40.7%、「医師事務作業補助者」が32.4%であった。
 加算種類別にみると、25対1補助体制加算では「医師事務作業補助者」(70.0%)が「医師」(20.0%)よりも大幅に上回っているが、50対1補助体制加算、75対1補助体制加算、100対1補助体制加算では「医師」が「医師事務作業補助者」よりも多くなっている。

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～



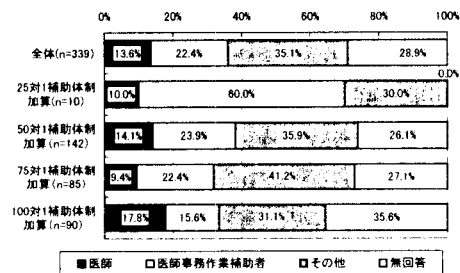
「行政上の業務(救急医療情報システムへの入力等)」について医師事務作業補助者の従事状況を見ると、全体では、「あり」が39.5%、「なし」が56.9%であった。
 加算種類別にみると、「あり」という回答割合は、25対1補助体制加算では80.0%、50対1補助体制加算では46.5%、75対1補助体制加算では36.5%、100対1補助体制加算では28.9%と、加算種類が低くなるほど、「あり」の割合も低くなるという傾向がみられた。

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。

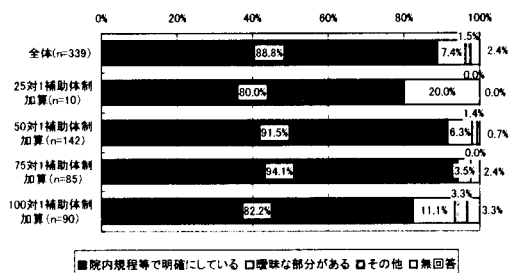
図表 78 各事務作業の主たる担当者
 ～④行政上の業務(救急医療情報システムへの入力等)～



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。

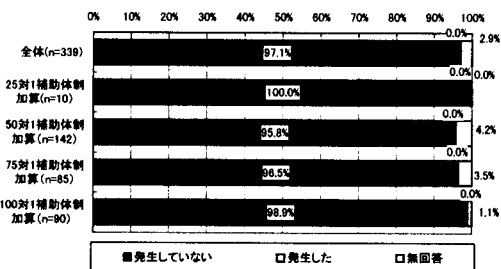
図表 79 医師事務作業補助者の業務範囲の明確化



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

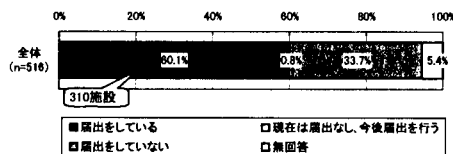


⑦ハイリスク分焼管理加算について

1) ハイリスク分焼管理加算の届出状況

ハイリスク分焼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。

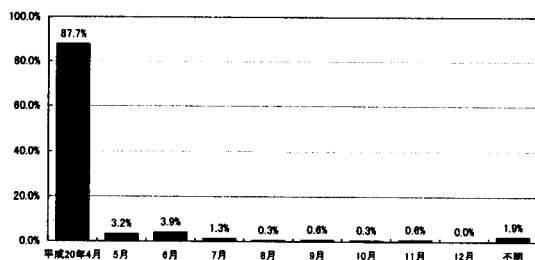
図表 81 ハイリスク分焼管理加算の届出状況



2) ハイリスク分焼管理加算の届出が受理された時期

ハイリスク分焼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 ハイリスク分焼管理加算の届出が受理された時期 (n=310)



3) 分焼件数

1施設あたりの分焼件数の平均値・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施設あたりの分焼件数 (n=305)

(単位: 件)

年	月				
	8月	9月	10月	11月	12月
平成19年	52.9	51.0	52.8	44.6	44.3
	615.0	40.2	44.0	618.0	631.0
	0.0	44.0	0.0	45.0	46.0
平成20年	53.9	53.6	53.9	44.3	46.0
	615.0	46.0	646.0	0.0	46.0
	0.0	0.0	0.0	48.0	46.0

(注) 分焼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) ハイリスク分焼管理加算算定回数

ハイリスク分焼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 ハイリスク分焼管理加算算定回数 (n=269)

(単位: 回)

年	月				
	8月	9月	10月	11月	12月
平成19年	10.2	10.3	11.2	14.9	16.0
	119.0	93.0	98.0	0.0	0.0
	0.0	4.0	6.0	0.0	0.0
平成20年	20.4	20.8	21.3	25.1	26.5
	163.0	253.0	231.0	0.0	0.0
	0.0	15.0	15.0	0.0	0.0

(注) 分焼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）。

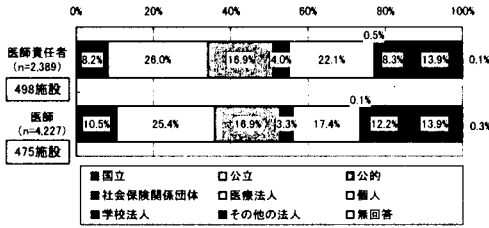
回答数：医師責任者票 2,389件
医師票 4,227件

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%)であった。医師も同様で、「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



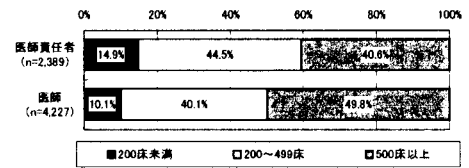
※参考：開設主体の内訳

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。

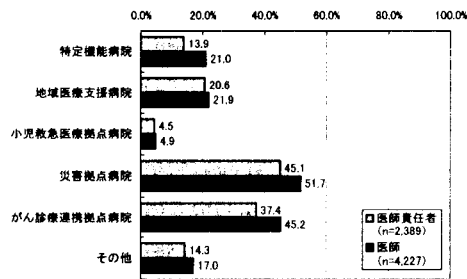
図表 86 許可病床数による病床規模



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。

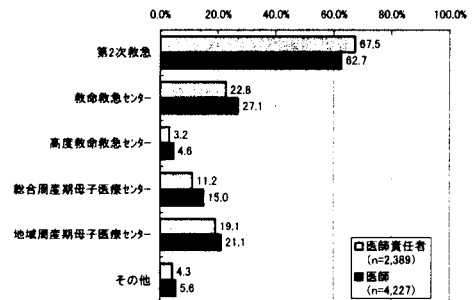
図表 87 病院種別 (複数回答)



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。

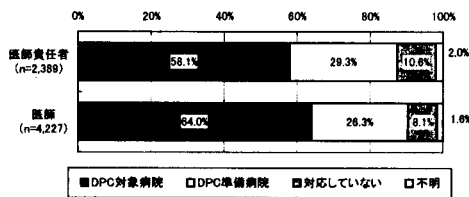
図表 88 救急医療体制 (複数回答)



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

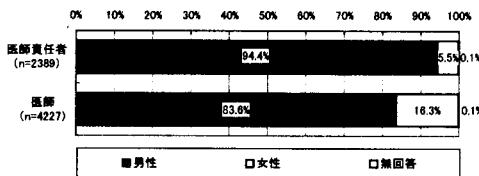


②医師の基本属性

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。

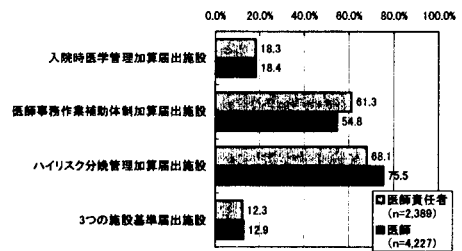
図表 91 医師の性別



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「ハイリスク分擔管理加算届出施設」(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

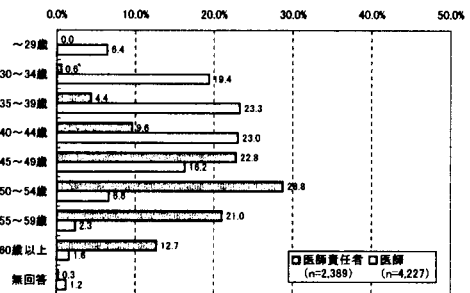
医師の年齢についてみると、医師責任者の平均は 51.6 歳 (標準偏差 7.0、中央値 52.0)、医師の平均は 40.1 歳 (標準偏差 7.8、中央値 40.0)であった。
年齢の分布についてみると、医師責任者では「50~54 歳」(28.8%)が最も多く、次いで「45~49 歳」(22.8%)、「55~59 歳」(21.0%)であった。医師では「35~39 歳」(23.3%)が最も多く、次いで「40~44 歳」(23.0%)、「30~34 歳」(19.4%)であった。

図表 92 医師の年齢

	平均	標準偏差	中央値	第 1 四分位	第 3 四分位
医師責任者 (歳)	51.6	7.0	52.0	47.0	57.0
医師 (歳)	40.1	7.8	40.0	35.0	45.0

(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

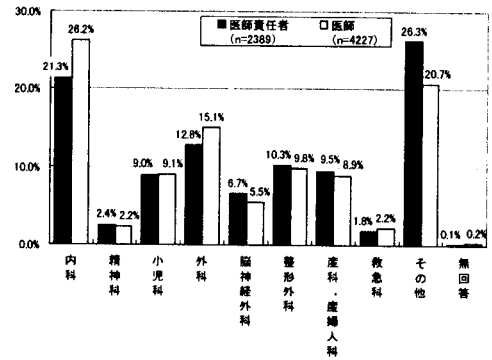
	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
医師責任者(年)	11.4	8.2	70.7	1.0	9.8
医師(年)	5.5	4.9	47.5	1.0	3.8

(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。

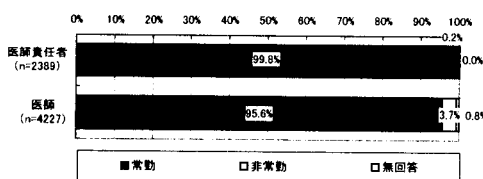
図表 96 医師の主たる担当診療科



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。

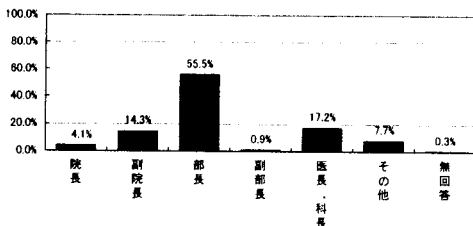
図表 97 勤務形態



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「院長・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

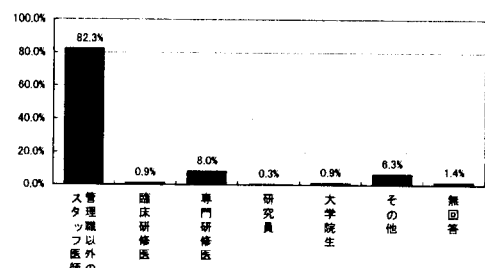
	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
男性医師(人)	7.2	9.9	120.0	0.0	4.0
女性医師(人)	2.3	3.8	64.0	0.0	1.0

(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)

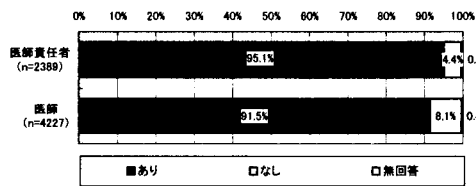


③医師の勤務実態等

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日の平均外来診療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日の平均外来診療患者数

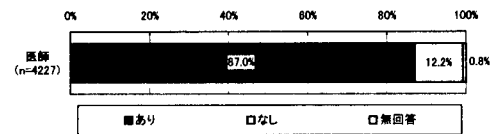
職種	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
医師責任者(人)	32.6	17.2	180.0	0.5	30.0
医師(人)	28.0	14.9	139.0	0.5	25.0

(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)

職種	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。

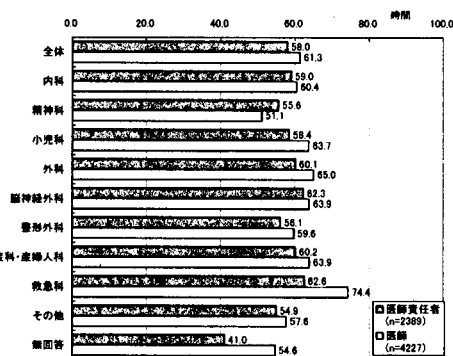
図表 105 直近1週間の実勤務時間

職種	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見ると、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)



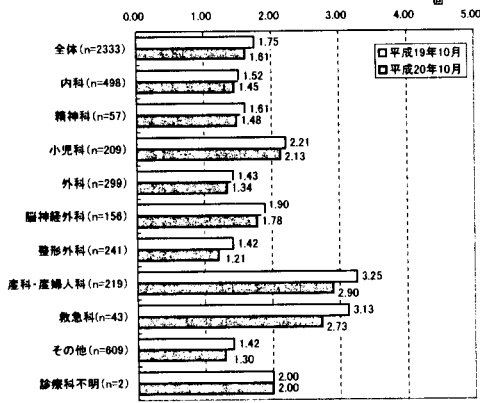
4) 1か月あたりの当直回数および連続当直回数

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)

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

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。

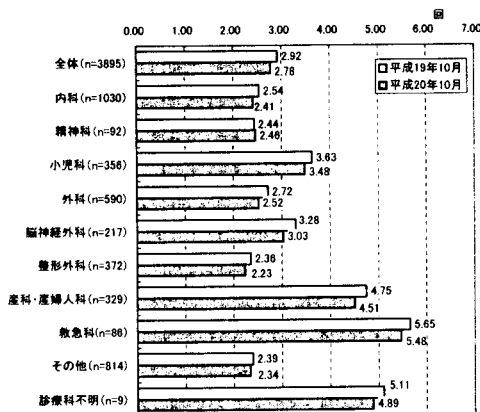
医師における、平成20年10月1か月あたり平均当直回数についてみると、「救急科」が5.48回（標準偏差2.77、中央値6.00）と最も多く、次いで「産科・産婦人科」が4.51回（標準偏差3.26、中央値4.00）、「小児科」が3.48回（標準偏差2.39、中央値3.00）、「脳神経外科」が3.03回（標準偏差2.07回、中央値3.00）であった。「精神科」を除くいずれの診療科においても、平成19年10月と比較して若干ではあるが少なくなっている。

図表 109 1か月あたり当直回数（医師）

(単位：回)

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

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。

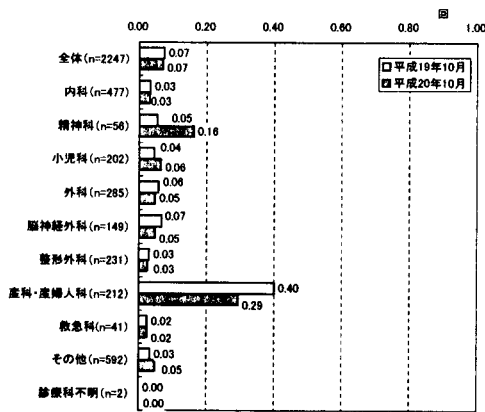
医師責任者における、平成20年10月1か月あたりの連続当直回数の平均についてみると、「産科・産婦人科」が0.29回（標準偏差0.96、中央値0.00）と最も多く、次いで「精神科」の0.16回（標準偏差0.85、中央値0.00）であった。

図表 111 1か月あたり連続当直回数（医師責任者）

(単位：回)

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

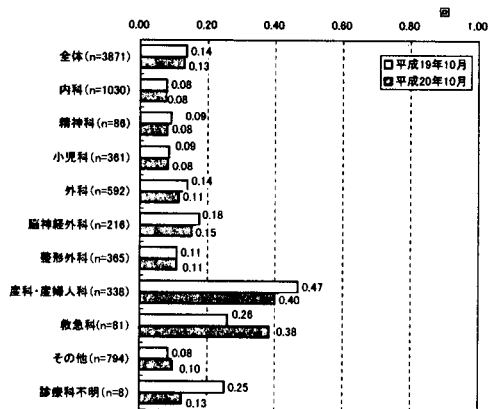
医師における、平成20年10月1か月あたりの連続当直回数の平均についてみると、「産科・産婦人科」が0.40回(標準偏差0.87、中央値0.00)と最も多く、次いで「救急科」の0.38回(標準偏差1.02、中央値0.00)であった。多くの診療科では、平成19年と比較すると少なくなっているが、「救急科」では多くなっている。

図表 113 1 か月あたり連続当直回数 (医師)

(単位: 回)

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

図表 114 1 か月あたり連続当直回数の平均 (医師)

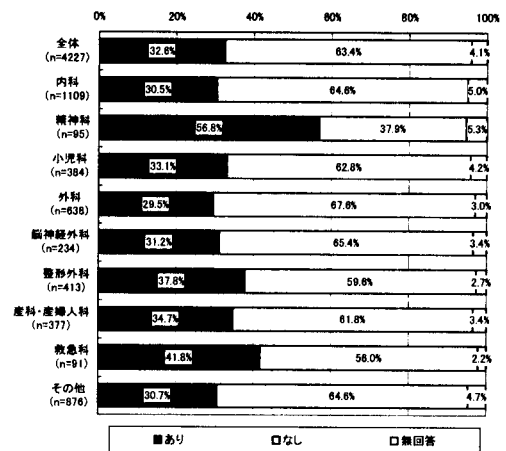


(注) 平成19年10月および平成20年10月ともに欠損値のないデータを対象に集計を行った。

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

	19年10月	20年10月	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	2.48	18.00	0.00	1.00
	20年10月	2.48	18.00	0.00	1.00
1か月の当直回数(回)	19年10月	0.74	15.00	0.00	0.00
	20年10月	0.76	15.00	0.00	0.00
上記のうち連続当直回数(回)	19年10月	0.11	7.00	0.00	0.00
	20年10月	0.11	8.00	0.00	0.00
1週間の勤務時間(時間)	19年10月	8.2	113.0	0.0	3.0
	20年10月	8.5	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。

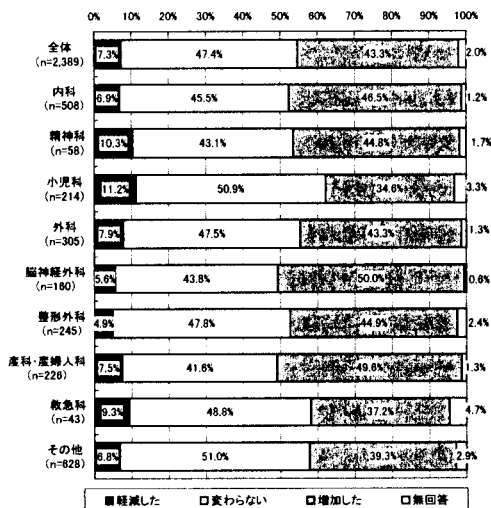
④各診療科における業務負担の変化（平成20年10月末現在）

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

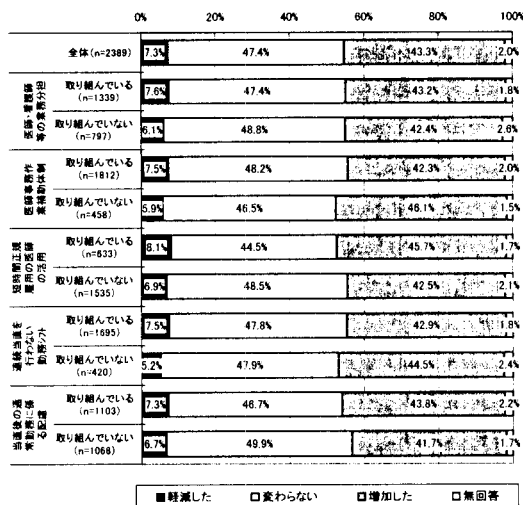
平成20年10月において、1年前と比較した、各診療科における入院診療に係る業務負担の変化について医師責任者にたずねたところ、全体では「軽減した」が7.3%となり、「変わらない」が47.4%、「増加した」が43.3%となった。いずれの診療科もほぼ同様の割合であるが、「小児科」「精神科」「救急科」では他の診療科と比較して「軽減した」が相対的に若干高く、うち「小児科」「救急科」では「増加した」が相対的に低くなっている。

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



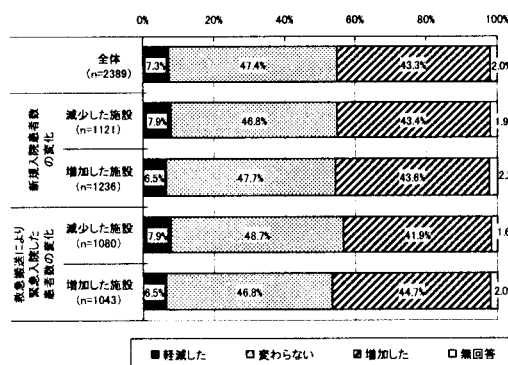
平成20年10月において、1年前と比較した、各診療科における入院診療に係る業務負担の変化について、勤務医負担軽減策の取組み状況別にみると、すべての取組みで「取り組んでいない」「施設よりは「取り組んでいる」施設のほうが「軽減した」の割合がやや高かったものの、大きな差異はみられなかった。いずれも「増加した」が4割強となった。

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」「計画がない」と回答した施設。

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)

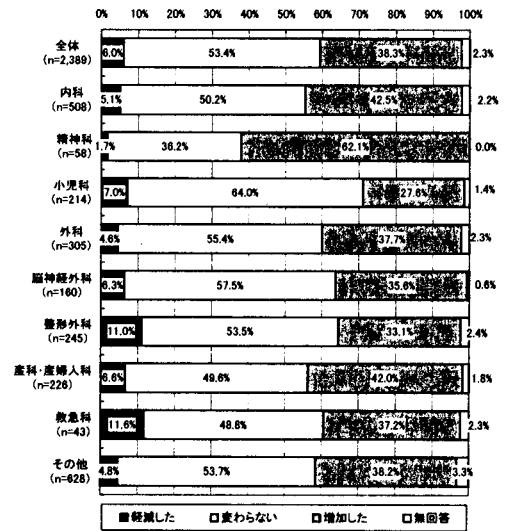
- ・医師 (非常勤・研修医を含む) の増員
- ・入院の縮小・廃止
- ・手術数の減少
- ・スタッフの増員
- ・チーム医療の実施
- ・電子化による業務軽減 / 等

2) 各診療科における外来診療に係る業務負担の变化

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。

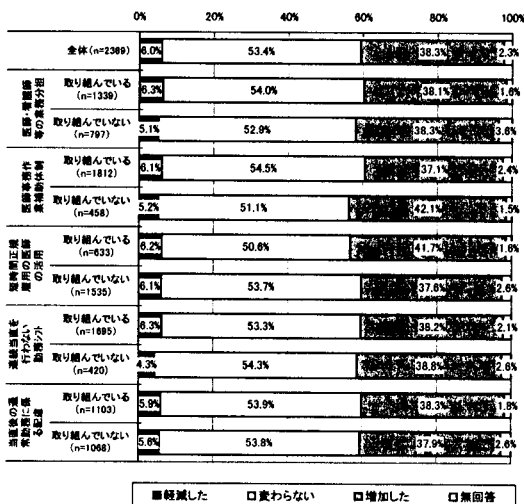
診療科別にみると、「精神科」では「増加した」が62.1%と、他の診療科と比較して突出して高かった。一方、「小児科」、「整形外科」では「増加した」が他の診療科と比較して相対的に低く、「軽減した」が他と比較して相対的に高い結果となった。

図表 122 各診療科における外来診療に係る業務負担の变化 (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。

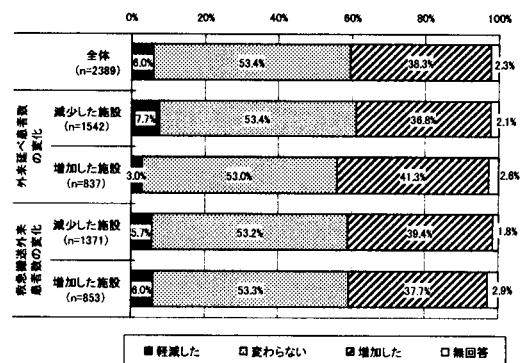
図表 123 各診療科における外来診療に係る業務負担の变化 (医師責任者) 1年前と比較して (施設における各勤務医負担軽減策の取組み状況別)



(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变化 (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)

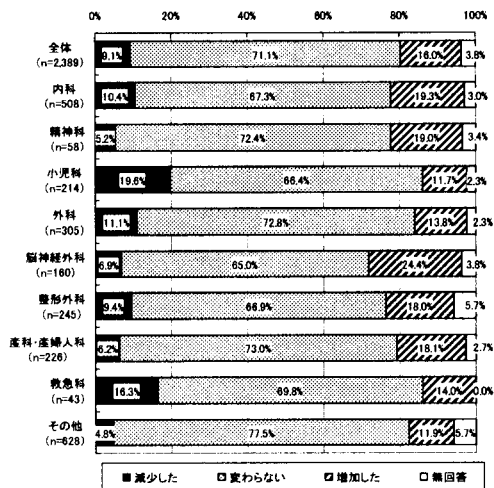
- ・メディカルワーク等の配置による事務作業の軽減
- ・救急診療の制限・縮小
- ・医師 (非常勤・研修医を含む) の増員
- ・休診日の確保、診療時間の短縮
- ・患者数の減少
- ・投薬通院の減少
- ・電子化による業務軽減
- ・予約制・紹介制の導入 / 等

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

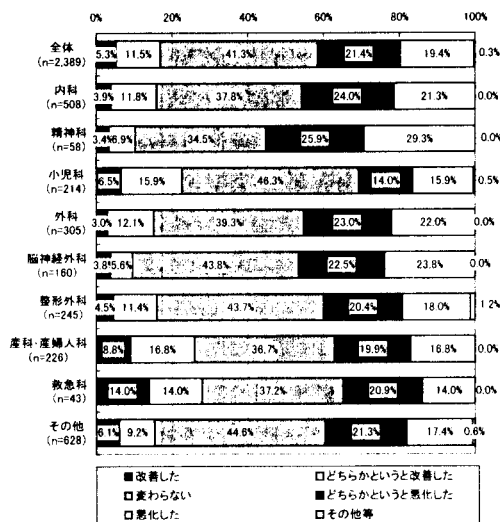


4) 各診療科における医師の勤務状況の変化

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「どちらかという悪化した」(21.4%)、「悪化した」(19.4%)、「どちらかという改善した」(11.5%)、「改善した」(5.3%)の順であった。

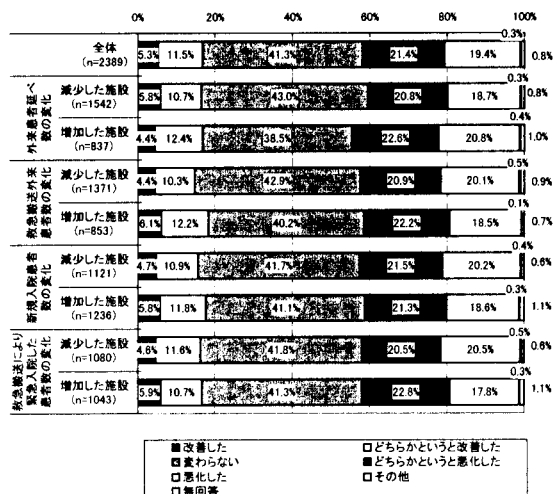
「改善した」「どちらかという改善した」の合計で見ると、「救急科」(28.0%)、「産科・産婦人科」(25.6%)、「小児科」(22.4%)が他の診療科と比較して相対的に高い結果となった。一方、「精神科」では「悪化した」(29.3%)、「どちらかという悪化した」(25.9%)を合わせると5割を超えており、他の診療科と比較すると相対的にも高い結果となった。

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人とわずかではあるものの減少したが、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

診療科	人数	平成19年10月		平成20年10月		増加	減少	変動なし
		人数	割合	人数	割合			
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」。
・「常勤医師数の変化」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

診療科	人数	平成19年10月		平成20年10月		増加	減少	変動なし
		時間	割合	時間	割合			
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人あたり月平均残業時間。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

診療科	人数	平成19年10月		平成20年10月		増加	減少	変動なし
		人数	割合	人数	割合			
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」。
・「非常勤医師数の変化」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1人あたり月平均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

診療科	人数	平成19年10月		平成20年10月		増加	減少	変動なし
		時間	割合	時間	割合			
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人あたり月平均残業時間。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ばいであった。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

診療科	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%
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、ほぼ横ばいであった。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

診療科	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%
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

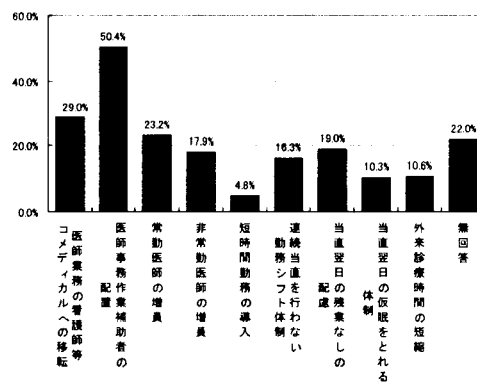
診療科	責任者数	病態				非病態			
		男性		女性		男性		女性	
		19 年	20 年	19 年	20 年	19 年	20 年	19 年	20 年
全体	1,952	0.49	0.52	0.14	0.13	0.11	0.13	0.05	0.06
内科	399	0.75	0.77	0.17	0.16	0.22	0.21	0.08	0.08
精神科	48	0.90	0.94	0.52	0.35	0.09	0.00	0.02	0.00
小児科	187	0.40	0.43	0.27	0.24	0.08	0.05	0.05	0.05
外科	236	0.79	0.91	0.11	0.13	0.16	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

診療科	全体	内科	精神科	小児科	外科	脳神経外科	整形外科	産科・産婦人科	救急科	その他
件数	2,389	508	58	214	305	160	245	226	43	628
割合	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
医師業務の看護師等コメディカルへの移転	693	175	12	48	91	48	74	52	8	185
割合	29.0	34.4	20.7	22.4	29.8	30.0	30.2	23.0	18.6	29.5
医師事務作業補助者の配置	1,204	311	19	95	177	85	137	107	16	256
割合	50.4	61.2	32.8	44.4	58.0	53.1	55.9	47.3	37.2	40.8
常勤医師の増員	555	143	7	57	70	34	48	60	13	123
割合	23.2	28.1	12.1	26.6	23.0	21.3	19.6	26.5	30.2	19.6
非常勤医師の増員	428	122	7	42	46	20	36	54	8	93
割合	17.9	24.0	12.1	19.6	15.1	12.5	14.7	23.9	18.6	14.8
短時間勤務の導入	114	33	2	12	5	6	9	17	2	28
割合	4.8	6.5	3.4	5.6	1.6	3.8	3.7	7.5	4.7	4.5
連続当直を行わない勤務シフト体制	389	86	7	46	36	27	38	53	18	78
割合	16.3	16.9	12.1	21.5	11.8	16.9	15.5	23.5	41.9	12.4
当直翌日の残業なしの配慮	453	100	7	68	46	29	44	39	15	105
割合	19.0	19.7	12.1	31.8	15.1	18.1	18.0	17.3	34.9	16.7
当直翌日の仮眠をとれる体制	246	53	3	21	35	14	24	25	13	58
割合	10.3	10.4	5.2	9.8	11.5	8.8	9.8	11.1	30.2	9.2
外来診療時間の短縮	254	68	3	14	28	16	43	19	4	60
割合	10.6	13.4	5.2	6.5	9.2	10.0	17.6	8.4	4.7	9.6
無回答	526	80	22	44	59	35	52	45	7	181
割合	22.0	15.7	37.9	20.6	19.3	21.9	21.2	19.9	16.3	28.8

(注) 表中の上段数値の単位は「件」、下段数値の単位は「%」。

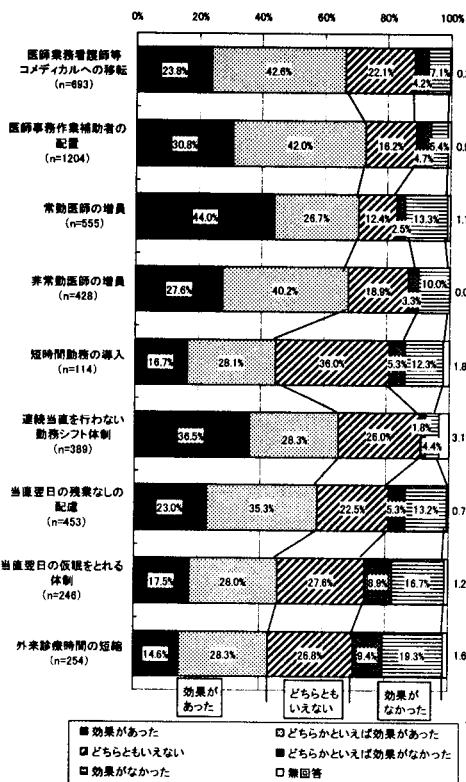
各診療科で取り組んでいる、「その他の勤務負担軽減策」について医師責任者票の自由記述欄の内容をとりまとめると、以下のとおりである。

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)

- ・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

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。

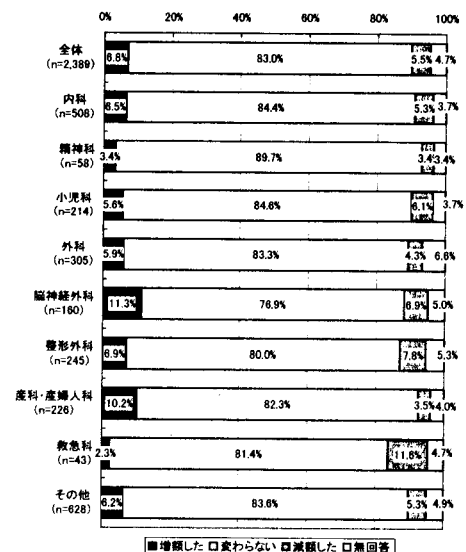
図表 140 取り組んでいる勤務負担軽減策の効果



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。

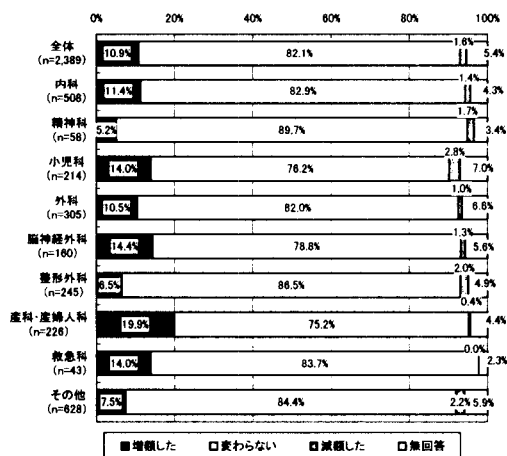
図表 141 各診療科における基本給(賞与を含む)の変化



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

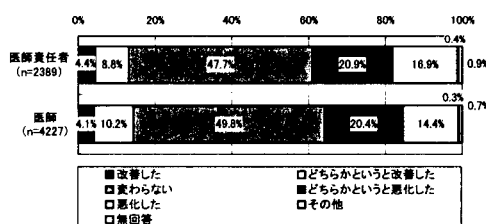


⑤医師の業務負担の変化 (平成20年10月末現在)

1) 1年前と比較した勤務状況

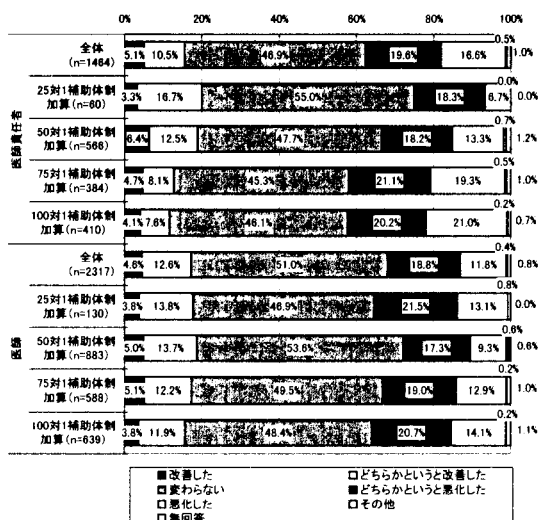
平成20年10月において、1年前と比較した、個人の勤務状況の変化についてみると、医師責任者、医師ともに「変わらない」(それぞれ47.7%、49.8%)が最も多く、悪化した(「悪化した」+「どちらかといえば悪化した」)がそれぞれ37.8%、34.8%となり、「改善した(「改善した」+「どちらかといえば改善した」)がそれぞれ13.2%、14.3%であった。

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」「どちらかといえば改善した」の合計が相対的に高い結果となった。

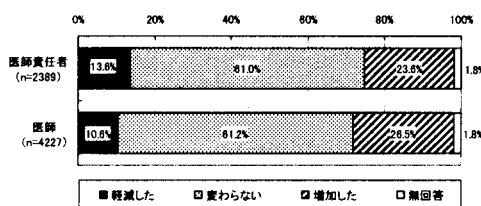
図表 144 1年前と比較した勤務状況 (医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別)



2) 入院診療に係る個人の業務負担の変化

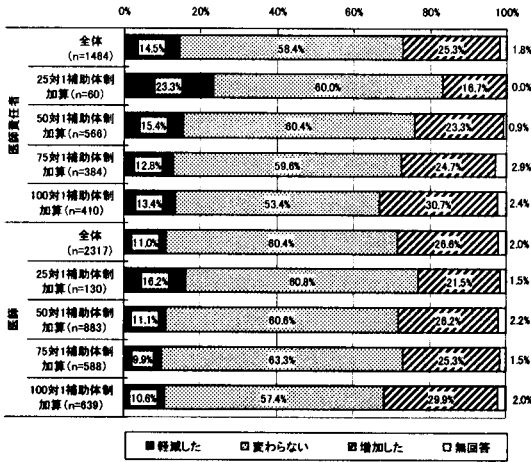
入院診療に係る個人の業務負担の変化についてみると、医師責任者では「軽減した」が13.6%、「変わらない」が61.0%、「増加した」が23.6%であった。医師では「軽減した」が10.6%、「変わらない」が61.2%、「増加した」が26.5%であった。

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。

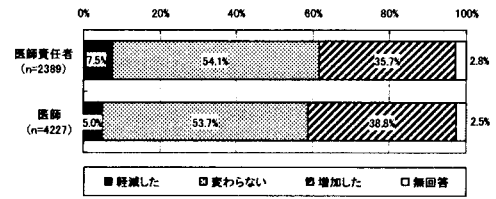
図表 146 入院診療に係る業務負担の変化（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）



3) 外来診療に係る個人の業務負担の変化

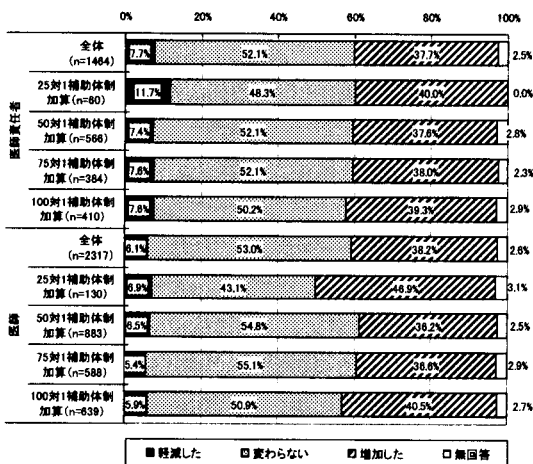
外来診療に係る個人の業務負担の変化についてみると、医師責任者では「軽減した」が7.5%、「変わらない」が54.1%、「増加した」が35.7%であった。医師では「軽減した」が5.0%、「変わらない」が53.7%、「増加した」が38.8%であった。

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。

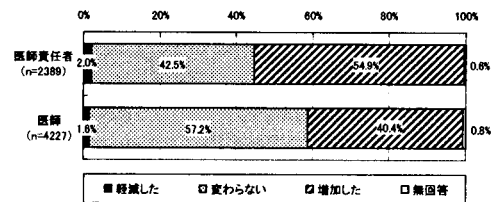
図表 148 外来診療に係る個人の業務負担の変化（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）



4) 病院内の診療外業務に係る業務負担の変化

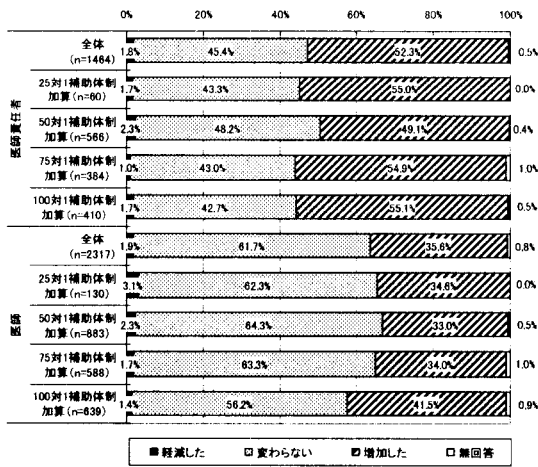
病院内の診療外業務に係る業務負担の変化についてみると、医師責任者では「軽減した」が2.0%、「変わらない」が42.5%、「増加した」が54.9%であった。医師では「軽減した」が1.6%、「変わらない」が57.2%、「増加した」が40.4%であった。

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。

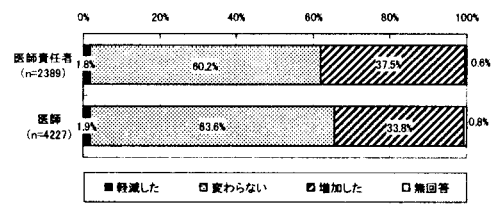
図表 150 病院内の診療外業務に係る業務負担の変化（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）



5) 病院内における教育・指導に係る業務負担の変化

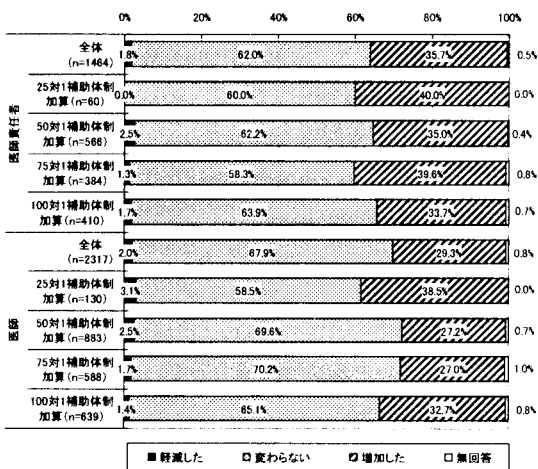
病院内における教育・指導に係る業務負担の変化についてみると、医師責任者では「軽減した」が1.8%、「変わらない」が60.2%、「増加した」が37.5%であった。医師では「軽減した」が1.9%、「変わらない」が63.6%、「増加した」が33.8%であった。

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。

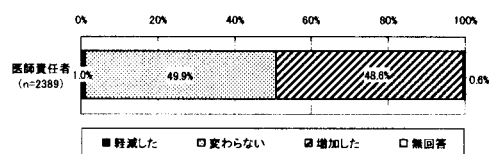
図表 152 病院内における教育・指導に係る業務負担の変化（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）



6) 管理業務に係る業務負担の変化（医師責任者のみ）

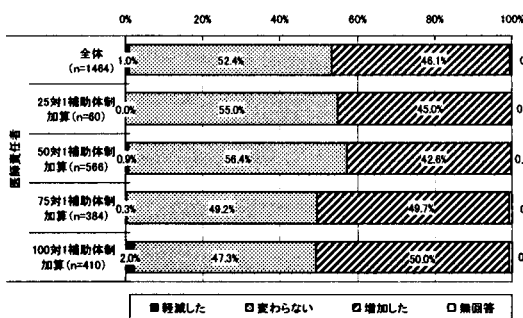
医師責任者における管理業務に係る業務負担の変化についてみると、「軽減した」が1.0%、「変わらない」が49.9%、「増加した」が48.6%であった。

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。

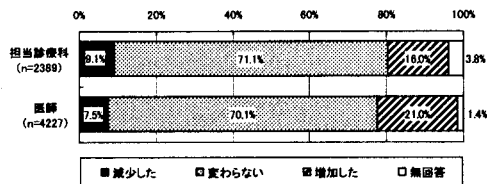
図表 154 管理業務に係る業務負担の変化（医師事務作業補助体制加算届出施設に勤務する医師、医師事務作業補助体制加算の種類別）



7) 夜間・早期の軽症救急患者数の変化

夜間・早期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・早期の軽症救急患者数の変化

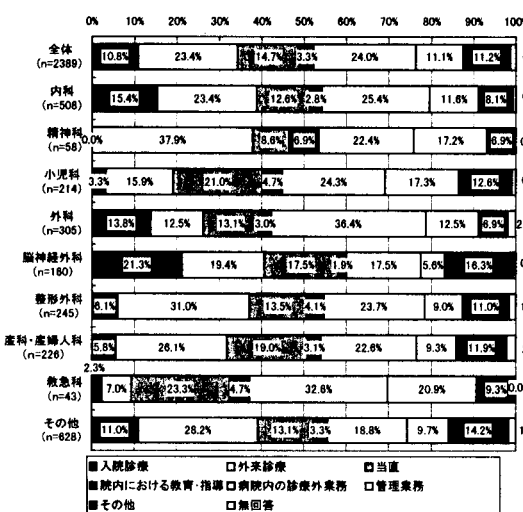


④勤務負担軽減策の取組状況

1) 日常業務において負担が最も重いと感じる業務

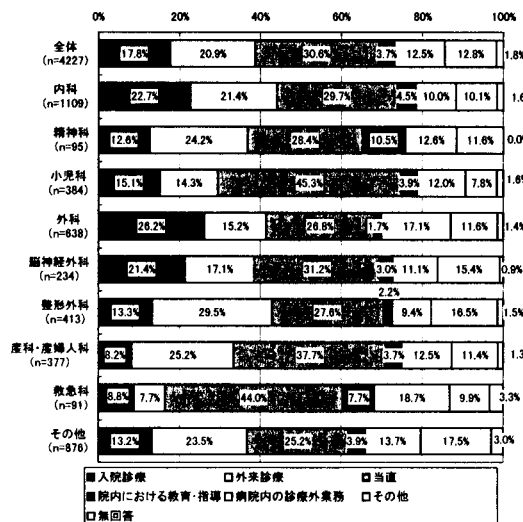
日常業務において負担が最も重いと感じる業務について、診療科別に医師責任者にたずねたところ、最も多かった回答は、内科、小児科、外科、救急科では「病院内の診療外業務」（それぞれ25.4%、24.3%、36.4%、32.6%）、精神科、整形外科、産科・産婦人科では「外来診療」（37.9%、31.0%、26.1%）、脳神経外科では「入院診療」（21.3%）であった。

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）



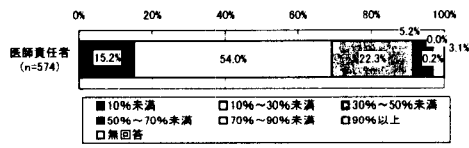
日常業務において負担が最も重いと感じる業務について、診療科別に医師にたずねたところ、整形外科以外のすべての診療科において「当直」が最も多い回答となった。内科では29.7%、精神科では28.4%、小児科では45.3%、外科では26.8%、脳神経外科では31.2%、産科・産婦人科では37.7%、救急科では44.0%であった。なお、整形外科では「外来診療」（29.5%）が最も多く、次いで「当直」（27.6%）であった。

図表 157 日常業務において負担が最も重いとを感じる業務（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。

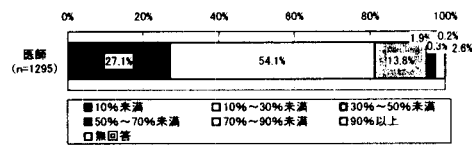
図表 158 全ての日常業務に占める病院内の診療外業務の割合(医師責任者)



(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。

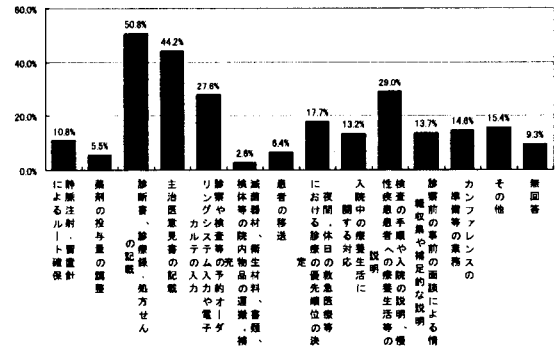
図表 159 全ての日常業務に占める当直の割合(医師)



(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」(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%)、「診療や検査等の予約オーダリングシステム入力や電子カルテの入力」(27.6%)であった。

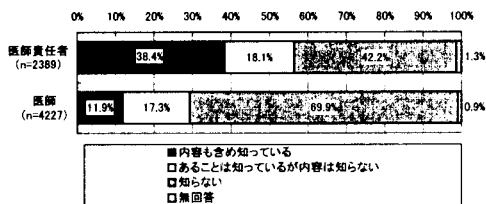
図表 160 医師にとって負担が重いと感じる具体的な業務(医師のみ、n=4227)



2) 勤務医負担軽減策に関する計画の認知度

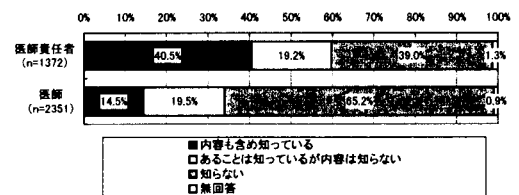
勤務医負担軽減策に関する計画の認知度についてみると、医師責任者では「内容も含め知っている」が38.4%、「あることは知っているが内容は知らない」が18.1%、「知らない」が42.2%であった。医師では「内容も含め知っている」が11.9%、「あることは知っているが内容は知らない」が17.3%、「知らない」が69.9%であった。

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。

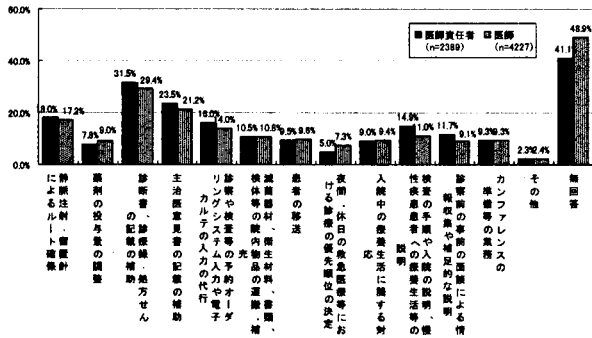
図表 162 勤務医負担軽減策に関する計画の認知度
(計画策定済みの施設に勤務する医師責任者・医師のみ)



3) 業務分担の効果

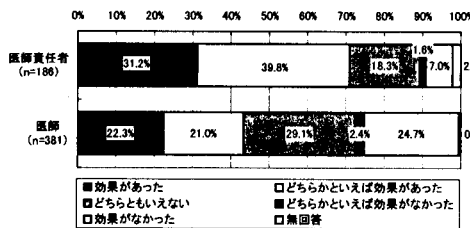
業務分担の進捗状況についてみると、医師責任者、医師ともに「診断書、診療録・処方せんの記載の補助」(それぞれ 31.5%、29.4%) が最も多く、次いで「主治医意見書の記載の補助」(23.5%、21.2%)、「静脈注射・留置針によるルート確保」(18.0%、17.2%)、「診察や検査等のオーダリングシステム入力や電子カルテの入力代行」(16.0%、14.0%)、「検査の手順や入院の説明・慢性疾患患者への療養生活等の説明」(14.9%、11.0%)であった。

図表 163 業務分担の進捗状況



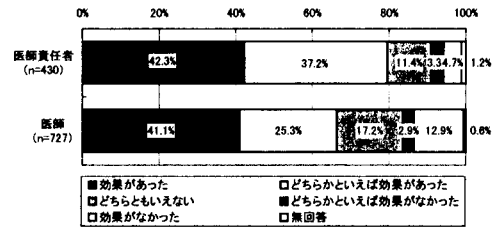
実施している業務分担の効果のうち、薬剤の投与量の調整についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では7割を超えているのに対し、医師では4割程度に留まっている。なお、「効果がなかった」「どちらかといえば効果がなかった」の合計が医師では約3割と、医師責任者の3倍以上の割合を示している。

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～



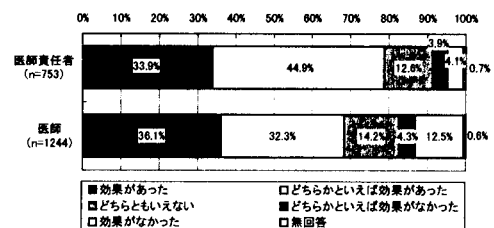
実施している業務分担の効果のうち、静脈注射および留置針によるルート確保についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では79.5%、医師では66.4%であった。なお、医師では「効果がなかった」が12.9%と、医師責任者(4.7%)の3倍近くの割合を示している。

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～



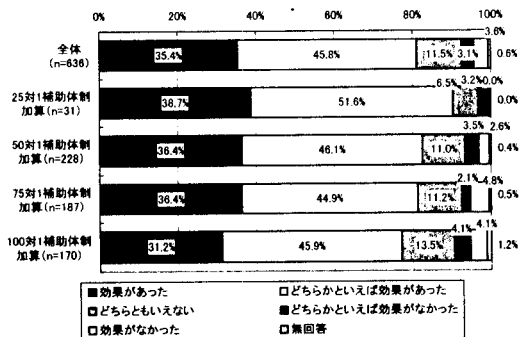
実施している業務分担の効果のうち、診断書、診療録・処方せんの記載の補助についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では78.8%、医師では68.4%であった。なお、医師では「効果がなかった」が12.5%と、医師責任者(4.1%)の3倍以上の割合を示している。

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～



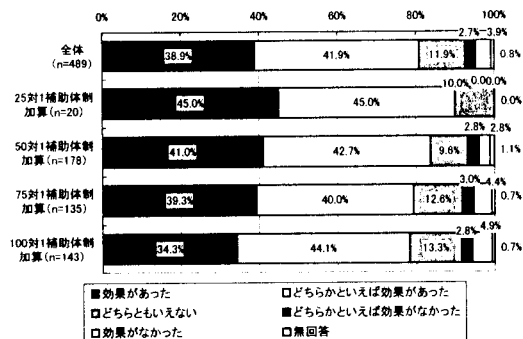
実施している業務分担の効果のうち、診断書、診療録・処方せんの記載の補助について医師事務作業補助体制加算の加算種別別に、届出施設に勤務する医師責任者にたずねたところ、全体では「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が81.2%、「どちらともいえない」が11.5%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計が6.7%であった。加算体制が高くなるほど「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が高くなる傾向がみられた。

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)



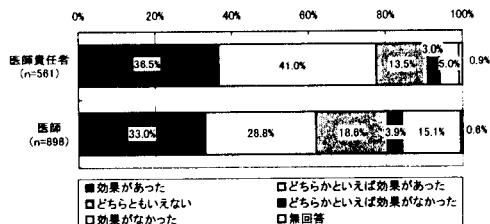
実施している業務分担の効果のうち、主治医意見書の記載の補助について医師事務作業補助体制加算の加算種別別に、届出施設に勤務する医師責任者にたずねたところ、全体では「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が80.8%、「どちらともいえない」が11.9%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計が6.6%であった。加算体制が高いほど「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計割合が高くなる傾向がみられた。

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)



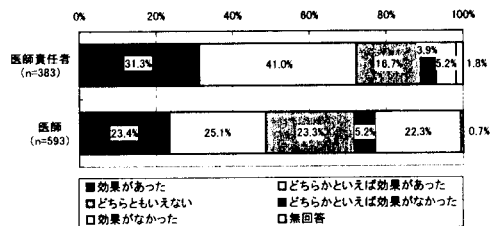
実施している業務分担の効果のうち、主治医意見書の記載の補助についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では77.5%、医師では61.8%であった。なお、医師では「効果がなかった」が15.1%と、医師責任者(5.0%)の3倍の割合を示している。

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～



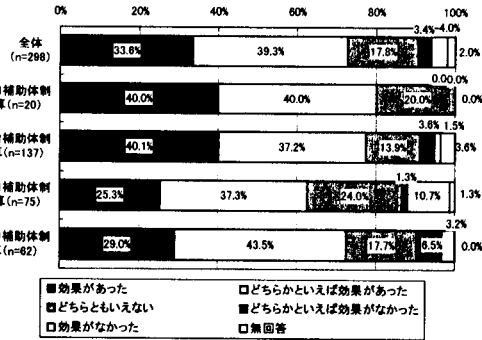
実施している業務分担の効果のうち、診察や検査等の予約オーダリングシステム入力や電子カルテの人力の代行についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では72.3%、医師では48.5%であった。なお、医師では「効果がなかった」が22.3%と、医師責任者(5.2%)の4倍以上の割合を示している。

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リングシステム入力や電子カルテの人力の代行～



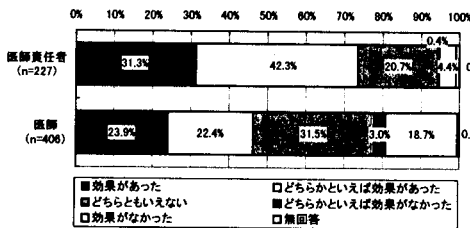
実施している業務分担の効果のうち、診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力の代行について医師事務作業補助体制加算の加算種類別に、届出施設に勤務する医師責任者にたずねたところ、全体では「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が72.9%、「どちらともいえない」が17.8%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計が7.4%であった。25対1補助体制加算、50対1補助体制加算では他と比較して「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が高かった。

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)



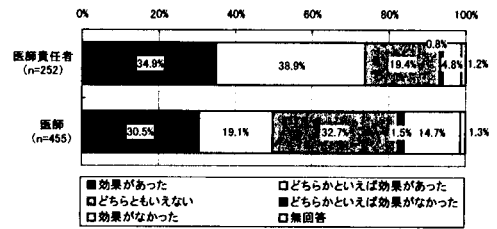
実施している業務分担の効果のうち、患者の移送についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では73.6%、医師では46.3%、「どちらともいえない」がそれぞれ20.7%、31.5%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ4.8%、21.7%となり、両者の間に大きな差異がみられた。

図表 173 実施している業務分担の効果
～⑦患者の移送～



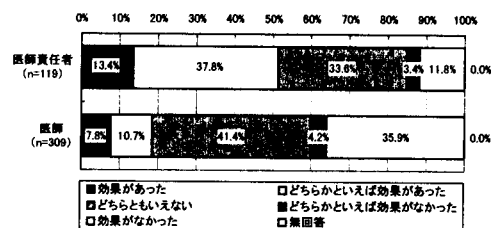
実施している業務分担の効果のうち、滅菌器材、衛生材料、書類、検体等の院内物品の運搬・補充についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では73.8%、医師では49.6%、「どちらともいえない」がそれぞれ19.4%、32.7%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ5.6%、16.2%となり、両者の間に大きな差異がみられた。

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～



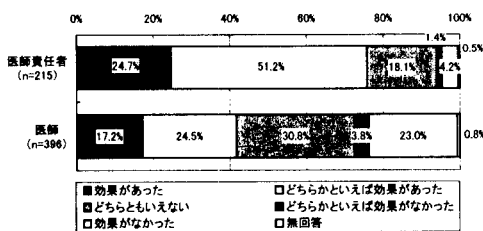
実施している業務分担の効果のうち、夜間・休日の救急医療等における診察の優先順位の決定についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では51.2%、医師では18.5%、「どちらともいえない」がそれぞれ33.6%、41.4%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ15.2%、40.1%と両者の間に大きな差異がみられた。

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察の優先順位の決定～



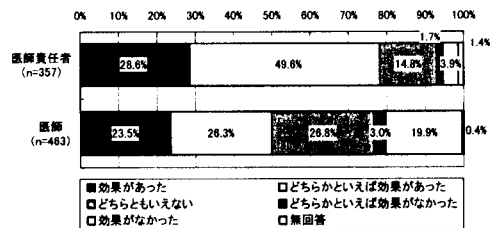
実施している業務分担の効果のうち、入院中の療養生活に関する対応についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では75.9%、医師では41.7%、「どちらともいえない」がそれぞれ18.1%、30.8%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ5.6%、26.8%となり、両者の間に大きな差異がみられた。

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～



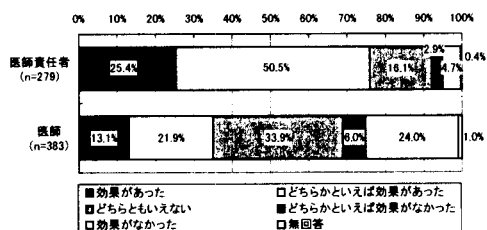
実施している業務分担の効果のうち、検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では78.2%、医師では49.8%、「どちらともいえない」がそれぞれ14.8%、26.8%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ5.6%、22.9%となり、両者の間に大きな差異がみられた。

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～



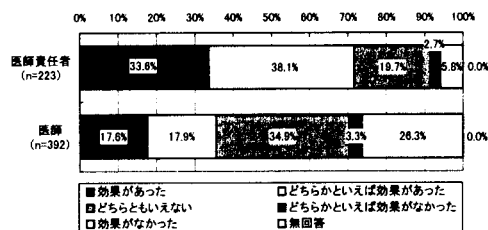
実施している業務分担の効果のうち、診察前の事前面談による情報収集・補足説明についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では75.9%、医師では35.0%、「どちらともいえない」がそれぞれ16.1%、33.9%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ7.6%、30.0%となり、両者の間に大きな差異がみられた。

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～



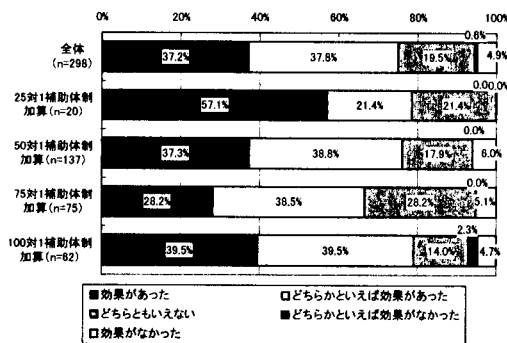
実施している業務分担の効果のうち、カンファレンスの準備等の業務についてみると、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では71.7%、医師では35.5%、「どちらともいえない」がそれぞれ19.7%、34.9%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ8.5%、29.6%となり、両者の間に大きな差異がみられた。

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。

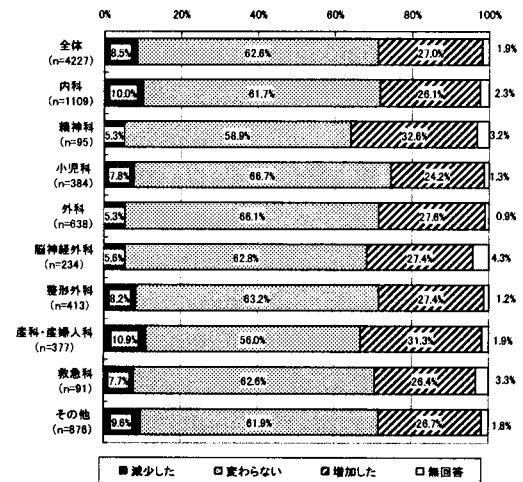
図表 179 実施している業務分担の効果
～①カンファレンスの準備等の業務～



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

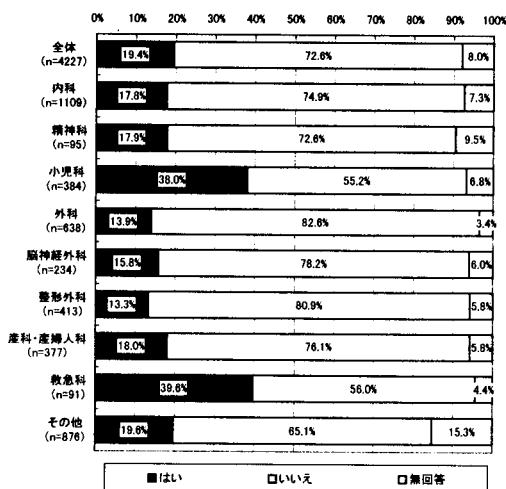


5) 当直後の配慮 (医師のみ)

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。

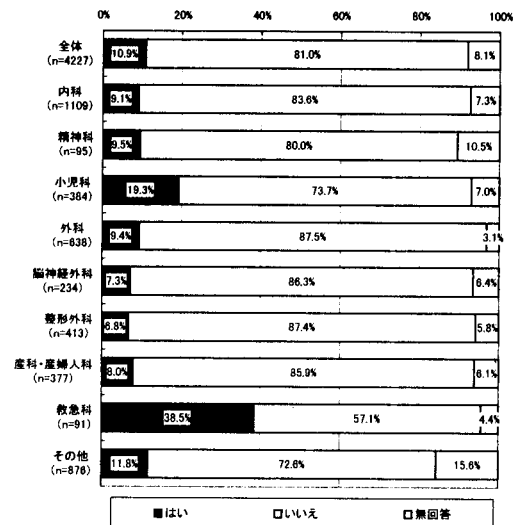
図表 181 当直後の配慮：早く帰宅できるか



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。

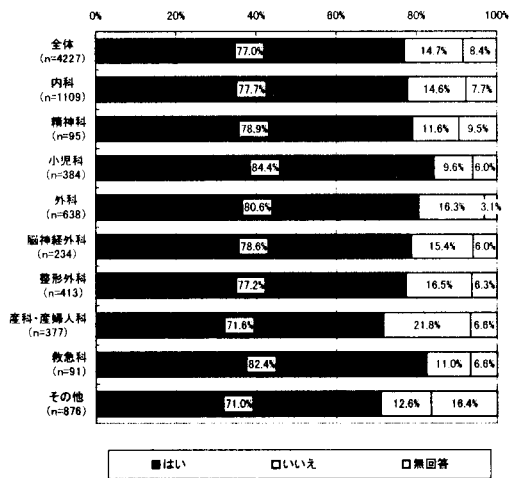
図表 182 当直後の配慮：翌日は仮眠をとれる体制であるか



当直後の配属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属があるか、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。他の当直後の配属と比較すると、「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。

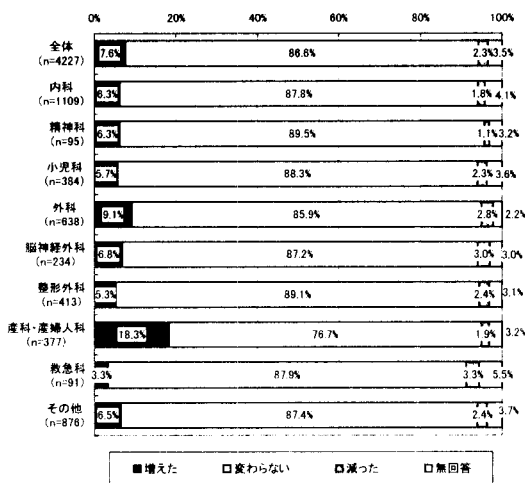
図表 183 当直後の配属：連続当直にならないようなローテーション等の配属があるか



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倍以上の高い割合となるなど、基本給に比べ相対的に診療科ごとの違いがみられた。

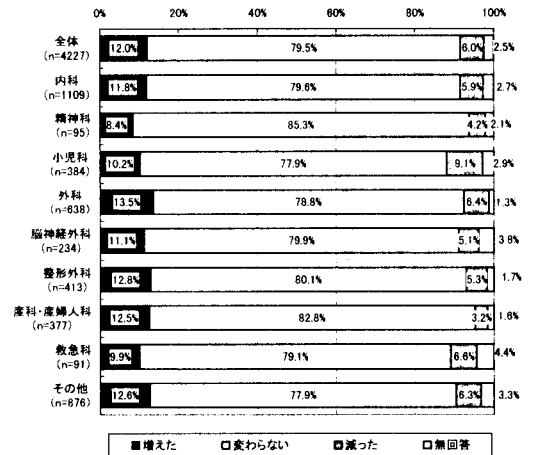
図表 185 経済面での処遇の変化－手当－



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。

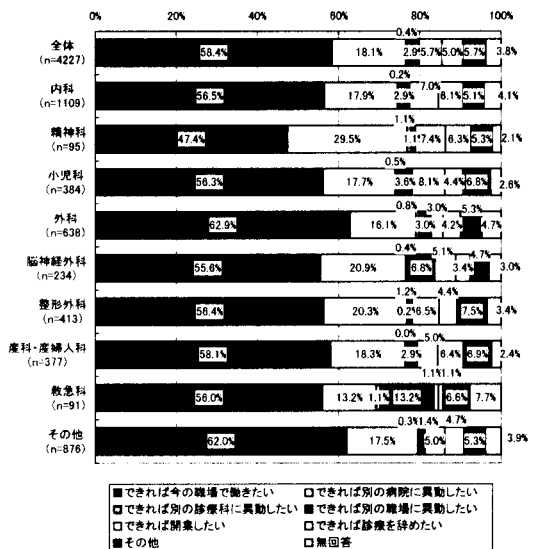
図表 184 経済面での処遇の変化－基本給－(医師)



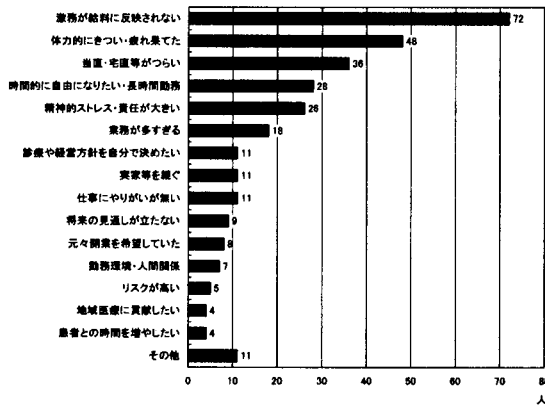
7) 今後の意向について (医師のみ)

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%、「ハイリスク分擔管理加算」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、「ハイリスク分擔管理加算」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)、「ハイリスク分擔管理加算」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)。*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、今後届出を行う」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)。
- ハイリスク分擔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)。ハイリスク分擔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年の同月で分擔件数を比較すると、9月、10月で前年より若干の増加となった(図表83)。ハイリスク分擔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「ハイリスク分岐管理加算届出施設」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日目の平均外来診療患者数は、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」(63.9時間)、「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)。

- ・ 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「どちらかという悪化した」(21.4%)、「悪化した」(19.4%)、「どちらかという改善した」(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)。

- ・ 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は、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)。

177

- ・ 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、基本給については、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は、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)。

179

- ・ 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)。

178

参 考 資 料

180

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

6-⑫ 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

7-⑫ 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

2-⑫ 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

2-⑯ 今後の意向の理由.....232

・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

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。
- ・早期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・連続についての説明。
- ・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。

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+平日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 日明けのように組んでいる。
- ・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 回を宿直日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、午後を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。

185

- 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

- 外来分産・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。

186

- ・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。

- 治療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 か月の総退院患者数のうち、退院患者紹介加算を算定する退院患者数および転帰が「治療」で退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療率が 4 割に満たないため。
 - ・診療情報提供料 (1) の「注 7」の加算を算定する退院患者及び転帰が治療であり、退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、全麻静件数等)。
 - ・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。
 - ・小児科医がない。精神科の 24 時間対応連携がとれていない。治療率 40% は現状では困

188

- 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 (専員) 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
 - ・分検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 医師の経済面での見通改善の「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。
- ・年俸を増やした。
- ・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。
- ・年俸制に移行。
- ・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。

187

- ・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。

6-⑤ 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額となった。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

- 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。

6-⑥ 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合わせ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棟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と。
- ・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
- ・医師事務作業補助者は一般病棟のみだけでなく、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

- 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と。
- ・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。

6-⑦ 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）。
- ・専従としなくては行けないため。
- ・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。余剰人員がいなかったため。

- 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
- ・レポート等の医事業務を行わせてい。
- ・「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「医師及び医療関係者と事務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メッセージャー業務委託④患者給食業務委託⑤病棟助手・ベットの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要である。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者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な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もできる方）。

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。

193

○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（経陰分娩）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

195

7-② 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

- ・既往帝王切開後経陰分娩（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、その後も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、双胎妊娠の経陰分娩、既往帝王切開後の経陰分娩（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、先天性横膈膜ヘルニアや腹壁破裂など）の外科的疾患、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、治療中の内容があまりで、たとえ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ほしい。⑥慢性高血圧合併症妊婦も加えてほしい。

194

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るべき。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就きやすいと考える。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なっている。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

196

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、診療室に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の仕事として確立させたい。病棟においても同診に同行し、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ぬ。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く状況が続いている。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打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、経営努力を怠っていない、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考えるが、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、照会書類が多すぎる。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らないが、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る作業内容による点数配賦が必要ではないか。今後、病院勤務医の募集では、必須の事項となるか、し

- 増員あるのみである。やっとなり医師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（必要医師数カウンターの根拠等）。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・入力を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付き評価されるが、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付し、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、今まで地域に根ざ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内容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った大切な使命があり、それを両立させ得ない勤務不可能なこ

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療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、何らかの止め止めが必要である。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するには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、看護士の配置が実際には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・小児科に対して低いようになっ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記録（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、その穴が埋まるかどうかについては、一柱の危機が残る。本加算による有効な負担軽減に作動するものと信じている。逆に、「短時間効果なし」としてこの加算が切られれば、好転しかけていく産科医療は最悪の状況に突き落とされる危機感がある。

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。

- 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、当院の外來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、医師の充足率、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等の記載など書類の負担が、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、実施にも医師が不足し不可能であり、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。医療事故のバックが長く続くのであれば、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

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、設備等の負担増を避けられない。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併せて、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あれば動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、勤務医の負担軽減ははかられると考えるため、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員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

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しようとする。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いう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し時期に来ている。これらは勤務医の根本的負担軽減に結びつく。③賃金は是正が必要である。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であると思われる。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。

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。
- ・地域の問題もあるが、人員増やたいが、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、簡便で煩雑な内容、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。診療科に偏りが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慮す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れ枠を拡大するとともに、臨床研修病院を評価して指導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

- ・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。医師の偏りが言われているが、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長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を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「ミソ」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十分であり、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。後手に戻った小手術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。入院基本料の増徴が必要である。
- ・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推進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る。一方で開業医は勤務医に比べて、収入も時間も確保できるといった構図になっている。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「自分さえいければ」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、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だけのもになってしまう。
- ・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ンクが立ち会ってなければ、書類作成補助はうまく行かない。
- ・病棟クランクの配置は、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いるが、病院全体の人員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制加算について、当該職員を雇用するための人員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、増加する人員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利便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のは根本的解決とはならない。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。
- ・文書作成業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

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多くがこれらの類である。医師が診療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、医師は診療室に当たっては保険医でなければならぬ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が医師の手術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できるように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が高価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。時間外稼働した場合の手当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時間時間外業務として人員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。医療安全にかかると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る。医療機関側で安全対策にかかる費用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

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必要な諸手帳の導入などがある。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り、病院として、患者のために尽くしていくことを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(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化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定と、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、外来担当医師の煩雑な事務業務軽減を図ってほしい。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、それらの診療報酬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術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並

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っており、そのための人員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、さらなる医療の破綻を招く危険もある。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。地域で医師の統廃合はまだまだ可能であり、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も可能となるのではないかと。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る。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先にも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、クラン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、業務分担などはできる限り行っており、それに対する評価を求めたい。
- ・医師の充足。地域格差の問題。予算確保。
- ・医療クラン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、クラン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、他職種への協力を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。そうなら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。ドクターフィーで差をつけることができなければ、投資等に見合うホスピタリティを大きく引き上げることが必要である。さらには、勤務病状医の開業による大幅不足と開業による荒療ぎには目を覆う程の懸念がある。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

209

- 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の構式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。

211

- 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適切な財政支援を要望する。
- ・搬送先探しを軽減。
- ・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。医師の文書記入に對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ン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ると考える。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、この加算制度が削減すれば、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、病院へのコンビニ受診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）との役割を併発し、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

210

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（分棟数、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ため、当直はなくて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。
 - ・分棟数、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り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（麻酔科）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）。

212

- 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かったため。
 - ・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。
 - ・下が仕事をしないうため。
 - ・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、電子カルテの稼働開始で、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。

213

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。

215

- ・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のため、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。

214

- ・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

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

- 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（分相化）
- 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 診療料において実施した経済圏での見直し改善の内容

- 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、院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あった。
 - ・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。

217

- 円を算定する。
- ・マンモグラフィ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療、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。
- 育児支援など
 - ・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

219

- ・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。

- 分焼手当（時間外含む）の創設
 - ・時間外の分焼1件につき1万円の手当が創設された（1晩2件まで）。
 - ・時間外分焼手当。
 - ・時間外の緊急手術は1件当たり7,000円、夜間の分焼は1件当たり5,000円の手当が支給されるようになった。
 - ・分焼手当料が加算された。
 - ・時間外分焼の手当が出るようになった。
 - ・時間外（21:00~8:30）の分焼・緊急手術に対し、報酬が支払われるようになった。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）。
 - ・分焼件数による手当。
 - ・分焼手当金の増設。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、分焼、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、手当があった。
 - ・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

218

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ため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の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るべきである。
- ・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で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

220

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、いつで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。私のような年令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、開業に向けてしまい、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。
- ・責任者の年令は高く、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、地域住民の大病院志向、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いるが、病院単独で行うには限界があり、投資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

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。

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時に終わるところを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」と同様扱われることにとでも反発する。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わけではない。このような政策ではあまり意味がない。むしろ、科を重点的に配属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

3. 医師界

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ぬ手術が増えた（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。事務の仕事がどんどん増えている。
- ・オーダ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リングシステムでのPC入りに切り替わり、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ーマーに近い人が増えた。

2-④-①の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。

225

・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、及び医療クレークの補充があった。

○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

- ・病棟クレークにより保険の書類等に関する業務が軽減した。
- ・医療クレークが、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。
- ・メディカルクレークの充実による。

○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くなった。

○その他

- ・産休・育児後のため、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。その代わりに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。

226

2-④-②の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、やらなくてはいけない事が多い。
- ・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、丁寧な診療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。

227

・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。
- ・術前診療において説明しなければならぬ事項が増えた。また、それに伴い取得しなければならぬ同意書、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。
- ・自分の診療日以外での診療が増えたため。
- ・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。

228

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。
 - ・昨年は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。

2-⑥ 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、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。

229

230

- 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広域もあり）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も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おう。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れと、入室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。
 - ・麻酔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できるようにする。
 - ・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＝人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、各科専門医療クラークとして養成する。
- ・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おう。

- 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交代制の導入。

2-⑦ 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が良いが、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。仕事上の労災事故があっても適切な対応してもらえない。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。
 - ・最近ではクレマーが多く、訴訟のリスクも高い。仕事の忙しさに割に給料が安い。
 - ・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。

231

232

○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、不公平と感じる。
- ・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・体的的に辛すぎる。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

233

234

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、本調査の調査で使用するものであり、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、よろしくお願ひ申し上げます。

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、()内には具体的な人数、用紙数をご記入ください。()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(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)
⑤DPC対応	1. DPC対象病院 2. DPC準備病院 3. 対応していない
⑥備わっている診療科 ※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病棟の体制: 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診療報酬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

施設票

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) 一般病床の平均在院日数	()日 ()日
3) 紹介率	()% ()%
4) 逆紹介率	()% ()%
⑪一般病床の入院基本料区分	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精神病床の入院基本料区分	1. 1.0対1 2. 1.5対1 3. 1.8対1 4. 2.0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
	平成20年10月末現在
⑭医師事務作業補助者(医療クラーク)	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。

⑰1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
⑱1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) 転帰が治療であり退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月の受入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月における受入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を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

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. 計画にない

4. その他(具体的に)

2) 医師専務作業補助体制

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. 計画にない

4. その他(具体的に)

3) 短時間正規雇用の医師の活用

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. 計画にない

4. その他(具体的に)

4) 連続当直を行わない勤務シフト

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. 計画にない

4. その他(具体的に)

5) 当直後の通常勤務に係る配慮

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. 計画にない

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してください。

④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) 人工心臓を用いた手術	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. 医師専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、「医師専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○

- 病院全体でまとめて配置している
- 特定の診療科に配置している
- 特定の病棟に配置している
- 特定の医師に対して配置している
- 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) 主な担当部署 ※○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(主なものを)	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。
→ 具体的に)

- 院内規程等で明確にしている
- 曖昧な部分がある
- その他(具体的に)

⑤「ハイリスク分擔管理加算」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。

⑤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)

⑥「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. ハイリスク分擔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、「ハイリスク分擔管理加算」の届出をされていますか。

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「ハイリスク分擔管理加算」の届出が受理されたのはいつですか。平成20年()月

③分擔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「ハイリスク分擔管理加算」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

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ます。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の上、公表いたしますが、とりまとのた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。()内には数値を記入する説明で、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)についてお伺いします。

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務年数	()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療患者数()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。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。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。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なりましたか。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なりましたか。⑥1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なりましたか。⑦1年前と比較して、院内における患者・指導に係るあなたの負担はどうなりましたか。⑧1年前と比較して、管理業務に係るあなたの負担はどうなりましたか。⑨貴院での勤務負担軽減策に関する計画をご存知ですか。

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。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なりましたか。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なりましたか。④貴診療科では、平成20年4月以降、夜間・早朝の軽微救急患者数は変化しましたか。⑤貴診療科の医師の人数・勤務実績等をご記入ください。⑥貴診療科の医師の退職者数をご記入ください。⑦1)以下の業務内容(a~m)のうち、平成20年4月以降、管理職員、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。⑧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。

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。

①1) 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。2) 取組んでいる場合、医師の勤務負担軽減上の効果についてはまる番号を○で囲んでください。②上記①以外で、貴診療科で取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。

③1)以下の業務内容(a~m)のうち、平成20年4月以降、管理職員、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はまる番号を○で囲んでください。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。

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。

Blank box for writing responses to question 5.

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。

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基礎資料として利用させていただきます。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「医師票」は、病院に勤務している医師の方を対象に、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勤務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。（ ）内には数値を記入する欄で、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発者・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（平成20年10月末現在）についてお伺いします。

Form for question 1, containing multiple-choice and short-answer questions about demographics, work status, and hospital workload.

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。

Form for question 2, containing multiple-choice and short-answer questions about workload changes, hospital duties, and workload reduction plans.

Form for question 3, containing a list of tasks and a table for rating their burden reduction effects.

①1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
---------	----------	---------

②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

③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、手帳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		

④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えますか。具体的にご記入ください。

⑤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)

⑥上記⑤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。