本調査へのご協力のお願い

近年、急性期病院を中心に医師に負担がかかり、若年医師の離職が進んでいると言われています。このような状況に対しては医師の勤務実態を明らかにしどのような負担が増加しているかを把握する必要があります。それに基づき改善方策を考え、「社会保険病院グループ」として意見をまとめ、「全国の他の病院」にも貢献できればと考えております。そのため結果をまとめて厚生労働省に政策提言したいと考えております。

そこで本調査では社会保険病院の「現場の先生」方にご意見を伺い、全社連として意見をまとめる必要がございます。

日本の医師の現状を改善するため、ぜひご協力をお願い申し上げます。

なお、本研究は厚生労働省科学研究「質効率向上と職業間連携を目指した病棟マネジメントの研究」（主任研究者長谷川敏彦）班に協力していただき協同で研究する事となっております。

したがって分析の過程で各個別の医師を同定することは致しませんし、個別の解答を各病院に対してフィードバックすることも致しません。皆様の忌憚ないご意見をお聞かせください。

「医師の病院業務の実態に関する調査研究」研究班長
社会保険中央総合病院
院長　斉藤　壽一
平成19年8月8日

期日：平成19年8月31日
回収方法：各病院　○○係
問合せ先：日本医科大学医療管理学主任教授・長谷川敏彦
担当：熊田　TEL03-3822-2131内線5412　FAX03-3822-8144

記入要領

数字については、□の中に、考え方については、選択肢の中で該当するものを一つ選んで○をつけてください。複数回答可の設問については「複数回答可」の但し書きがあります。アンケート設問C・Dに登場する用語については、以下に定義を解説します。

- **自己学習**：直接外来・入院診療患者に関係ない学習（関連医学雑誌に目を通す、インターネットで文献検索するなど）や研修（院内外の講習会・講演会・説明会参加を含む）。
- **会議**：病院で診療のみならず経営のために開かれた委員会なども含む会議
- **教育**：研修医、他の医師、看護師などの医療従事者の教育（医療行為のサポートで現場に立ち会い、指示を与える場合も含む）
- **新入院患者**：新しく入院してきた患者の回数
- **在院受持患者**：主治医または副主治医としてその日に受け持っている患者の総数
- **外来患者**：外来で直接診療した患者

A. 先生ご自身についてお聞きします

問 1.　年齢 [　　] 歳　　問 2. 性別 [1. 男性　2. 女性]

問 3.　卒業年次　大正・昭和・平成 [　　] 年

問 4.　診療科

1. 内科系（　　科）　2. 外科系（　　科）
3. 産婦人科（分娩取り扱い　有　・　無　）
4. 小児科　5. 精神科　6. 麻酔科　7. 病理
8. 放射線科　9. その他（　　科）

問 5.　勤務は常勤ですか　？　[1. はい　2. いいえ]

問 6.　役職

1. 初期臨床研修医　2. 後期研修医　3. 管理職以外のスタッフ医師
4. 院長副院長以外の管理職（医長以上）　5. 院長・副院長
6. その他（　　）

問 7.　この 4 年間 (2003 年から現在まで) にポジションに変化はありましたか？

[1. 不変　2. 変わった] → 1. 研修医から一般医に　2. 一般職から医長に
3. 医師から部長に　4. 部長から副院長や院長に
5. その他（　　）

問 8. この病院には何年間、勤務されていますか？ [　　]

B. 現在の診療についてお聞きします

問 9. 一ヶ月の当直は何回ですか？（過去半年くらいの平均） [　　] 回

問 10. 入院中の受持ち患者は何人ですか？（過去半年くらいの平均） [　　] 人

問 11. 外来を一週間当たり何日受け持っていますか？ [　　]
合計何時間ですか?（過去半年くらいの平均） [　　] 時間

問 12. 手術をされていますか？　[1. している　2. していない]

問 13. この病院に 4 年以上（2003 年から現在まで）勤務していますか？

[1. はい　2. いいえ]

C．前ページB-問2で「1.はい」と答えた方のみ、業務量の変化についてお聞きします

問 14. 2003 年頃(4 年前)と比較して最近(半年程度)でどのように変化したと思われますか？
下記項目以外に業務量が変化した項目があれば、下に追加記入してください。

		大変増加した	増加した	変わらない	減少した	大変減少した
1	在院受持(一時点)	1	2	3	4	5
2	新入院患者(一ヶ月)	1	2	3	4	5
3	当直回数	1	2	3	4	5
4	救急患者数	1	2	3	4	5
5	外来患者数(救急除く)	1	2	3	4	5
6	手術や処置	1	2	3	4	5
7	教育(卒後研修など)	1	2	3	4	5
8	会議の回数	1	2	3	4	5
9	自己学習	1	2	3	4	5
10	院内での待機	1	2	3	4	5
11	患者家族への説明	1	2	3	4	5
12	インフォームド・コンセント	1	2	3	4	5
13	指示や予約	1	2	3	4	5
14	カルテの記載	1	2	3	4	5
15	紹介状	1	2	3	4	5
16	保険書類	1	2	3	4	5
追加1		1	2	3	4	5
追加2		1	2	3	4	5

D．全員の方に、現在の業務についてお聞きします

問 15. 現状の業務の負担、改善の必要性に関して、まず、負担改善が必要とお考えの業務について、追加があれば以下の 15 項目以降の枠に追加してください。次に「負担の程度」、「改善の必要性」について○を付けて下さい。

		大変負担	負担がある	負担ではない	改善が必要	改善の必要はない
1	教育	1	2	3	1	2
2	会議(病院関係)	1	2	3	1	2
3	自己学習	1	2	3	1	2
4	院内での待機	1	2	3	1	2
5	患者・家族への説明	1	2	3	1	2
6	ｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞ・ｺﾝｾﾝﾄ手続	1	2	3	1	2
7	伝票	1	2	3	1	2
8	予約(検査、処置等)	1	2	3	1	2
9	指示	1	2	3	1	2
10	カルテの記載(入力)	1	2	3	1	2
11	紹介状	1	2	3	1	2
12	診断書	1	2	3	1	2
13	DPC 書類	1	2	3	1	2
14	私的保険書類	1	2	3	1	2
追加1		1	2	3	1	2

追加2		1	2	3	1	2
追加3		1	2	3	1	2

問 16. 医師の業務の代替可能性についてお聞きします
（上記質問で、追加項目があれば同様に追加してください）

2 と回答された方のみ

		全て医師が行うべき	一部他職種にて代替可能	どのような職種にて代替可能ですか？		
				看護師	事務職	その他
1	教育	1	2	1	2	3（　　）
2	会議（病院関係）	1	2	1	2	3（　　）
3	自己学習	1	2	1	2	3（　　）
4	院内での待機	1	2	1	2	3（　　）
5	患者・家族への説明	1	2	1	2	3（　　）
6	ｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞ・ｺﾝｾﾝﾄ手続	1	2	1	2	3（　　）
7	伝票	1	2	1	2	3（　　）
8	予約（検査、処置等）	1	2	1	2	3（　　）
9	指示	1	2	1	2	3（　　）
10	カルテの記載（入力）	1	2	1	2	3（　　）
11	紹介状	1	2	1	2	3（　　）
12	診断書	1	2	1	2	3（　　）
13	DPC 書類	1	2	1	2	3（　　）
14	私的保険書類	1	2	1	2	3（　　）
追加 1		1	2	1	2	3（　　）
追加 2		1	2	1	2	3（　　）
追加 3		1	2	1	2	3（　　）

問 17. 現在、あなたが携わる業務のうち、およそ何％が医師の業務ではないと思いますか？

1. 2％以下　2. 2-5％　3. 5-10％　4. 10-20％　5. 20-50％　6. 50％以上

問 18. 上記（医師の業務ではないと思われる業務）のうち、どの程度が他職種にて代替可能と判断されますか？（機械やシステムなどで代替できると思われる部分を除いた業務についてご記入ください。）

1. 100％　2. 80％　3. 75％　4. 66％　5. 50％　6. 33％　7. 20％　8. 10％　9. 0％

E. 先生のお考えをお聞かせください

問 19. 医師の業務について

1．診療も診療以外の負担も増加していない
2．診療は増加していないが、診療以外の負担が増加している
3．診療は増加しているが、診療以外の負担は増加していない
4．診療も増加しているし、診療以外の負担も増加している

問 20. 直接診療以外の業務について

1．医師は出来る限り直接診療のみを実施すべきである
2．医師も多少は診療以外の業務を実施すべきである

3．医師も進んで診療以外の業務を実施すべきである

問 21．患者さんの苦情や説明の要望について

1．最近苦情が多く、説明を求めすぎる
2．最近、事故などが増加し、苦情や説明の要求は仕方ないと思う
3．以前と変わらない

問 22．事故や医療安全について

1．事故や訴訟が気になる　　2．事故や訴訟は気にならない

問 23．最近ガイドラインや保険による制限で診療の裁量権が減少しているという意見について

1．そう思う　　2．そうは思わない　　3．分からない

問 24．看護師について

1．最近、業務負担が増加していると思う　　2．不変と思う
3．減少していると思う

問 25．看護師の業務についてどうお感じですか

1．看護師以外でも出来る業務を抱えて忙しくしている
2．配置人数と業務が一致している
3．もう少し医師の業務を代替できるはずだ

問 26．医師と他職種の確保について

1．法律を変更してでも他職種に権限を与え、仕事を担ってもらうべきだ
2．現医師法の下では、これまで通りの役割で業務をすべきだ

問 27．院内の電子化（IT の整備、オーダリングの導入）について（複数回答可）

1．医師の業務の効率化が期待できる　　2．医師の業務は変わらない
3．医師のオーダーが必須なので精神的負担が増える
4．医師の作業が増える

問 28．医師の離職の現状について（複数回答可）

1．周りの医師でも仕事が増加して退職した人がいる
2．辞めたいと言っている人がいる　　3．あまり離職の話は聞かない

問 29．医師の負担が増加している原因、もしくは影響が大きいと思われる順に各項目に順番を付けてください。

1．事故（　　）位　2．ｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞ・ｺﾝｾﾝﾄ（　　）位　3．経営強化（　　）位
4．新研修医制度（　　）位　5．保険書類の煩雑化（　　）位
6．その他（　　）（　　）位

問 30．優先順位について

1．医師としては、個人の事情より仕事を優先させるべきだ
2．医師といえども人間なので家庭や趣味などを大切にするのは当然だ

F. 職業性のストレスについてお伺いします

問 31. あなたの仕事についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

		そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
1	非常にたくさんの仕事をしなければならない	1	2	3	4
2	時間内に仕事が処理しきれない	1	2	3	4
3	一生懸命働かなければならない	1	2	3	4
4	かなり注意を集中する必要がある	1	2	3	4
5	高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ	1	2	3	4
6	勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない	1	2	3	4
7	からだを大変よく使う仕事だ	1	2	3	4
8	自分のペースで仕事ができる	1	2	3	4
9	自分で仕事の順番・やり方を決めることができる	1	2	3	4
10	職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる	1	2	3	4
11	自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない	1	2	3	4
12	私の部署内で意見のくい違いがある	1	2	3	4
13	私の部署と他の部署とはうまが合わない	1	2	3	4
14	私の職場の雰囲気は友好的である	1	2	3	4
15	私の職場の作業環境（騒音、照明、温度、換気など）はよくない	1	2	3	4
16	仕事の内容は自分にあっている	1	2	3	4
17	働きがいのある仕事だ	1	2	3	4

問 32. あなたの周りの方々について伺います。最もあてはまるものに○を付けてください。
次の人たちはどのくらい気軽に話ができますか？

		非常に	かなり	多少	全くない
1	上司	1	2	3	4
2	職場の同僚	1	2	3	4
3	配偶者、家族、友人等	1	2	3	4

問33. あなたが困った時、次の人たちはどのくらい頼りになりますか？

		非常に	かなり	多少	全くない
1	上司	1	2	3	4
2	職場の同僚	1	2	3	4
3	配偶者、家族、友人等	1	2	3	4

問34. あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらい聞いてくれますか？

		非常に	かなり	多少	全くない
1	上司	1	2	3	4
2	職場の同僚	1	2	3	4
3	配偶者、家族、友人等	1	2	3	4

問 35. 満足度についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

		満足	まあ満足	やや不満足	不満足
1	仕事に満足だ	1	2	3	4
2	家庭生活に満足だ	1	2	3	4

G．自由にお書きください

問 36. 現在医師携わる業務のうち、日本の制度で、新しい職種を設置して代替する可能性のある業務と職種があると思いますか？　あるとお考えでしたら以下の枠にご意見をご記入ください。

問 37. 医師の業務をどのようにしたら減らせると思いますか？　どのようなアイデアでも結構ですので、ご記入ください。

問 38. 医師の業務負担が近年増加していることについて、その原因や問題点などご意見をお聞かせください。

医師業務調査　東京都医師会

1．背景

近年、病院の経営環境には大変厳しいものがあり、新医師臨床研修制度の導入や後期高齢者医療制度の発足等で、病院の現場には様々な混乱が生じている。中でも、勤務医には業務の負担が増大し、離職する医師が増加していると報じられている。そこで、東京都医師会勤務医委員会では、病院勤務医の実態を把握し、その問題点を同定することにより、勤務環境の改善を図るための調査を行うこととした。

2．調査対象

2008 年 3 月には東京都内の全病院 646 施設に調査参加の打診と、病院の現状のアンケート調査を行い、122 の施設からアンケートの回答を収集した。最終的に本調査に参加を同意したのは 103 施設である。2008 年 6 月には参加同意を得た施設に 8,655 の医師用調査票を配布し、直接医師会にて回収を行った。回収数は 1,552 で、回収率は約 18%であった。さらに、2008 年 12 月には参加を同意した施設に追加の調査を行った。75 施設に送付し、医師の離職動向や医師労働の定義等について調査し、68 施設の回答を得た。

3．調査票の構造

医師用調査票は「個人属性」「収入や業務の現状」「ストレス」「勤務時間」の大きく分けて４側面の質問が含まれる（図１）。これらの側面の相互の関係、「業務の現状について」は例えば非医療業務と診療行為についての実負担や負担感を分析することにより、より深い分析を行うことを目的に設計されている。また、ストレスは厚生労働省の研究によって開発され、他産業とのベンチマークが可能な標準的「職業性ストレス簡易調査票」を用いた。勤務時間については、2 年半前に国立保健医療科学院によって調査された結果を比較できるよう概念を揃えて自記式の 1 週間の実務労働時間を記入するように設問されている。施設用調査票では、施設の属性のみならず医師調査とつき合わせるため上記の側面についての施設側の認識を調査した（図２）。

調査票の構成

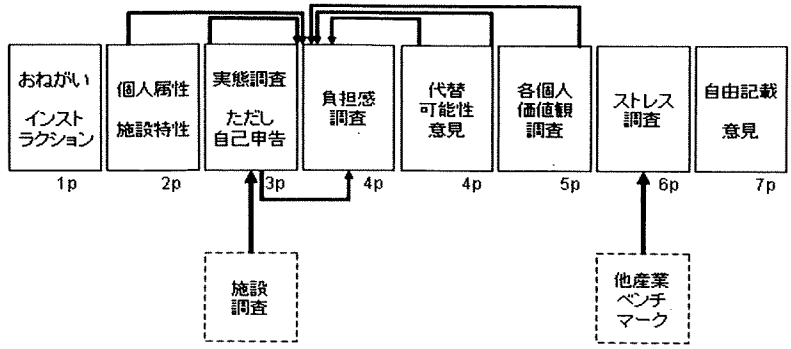


図１

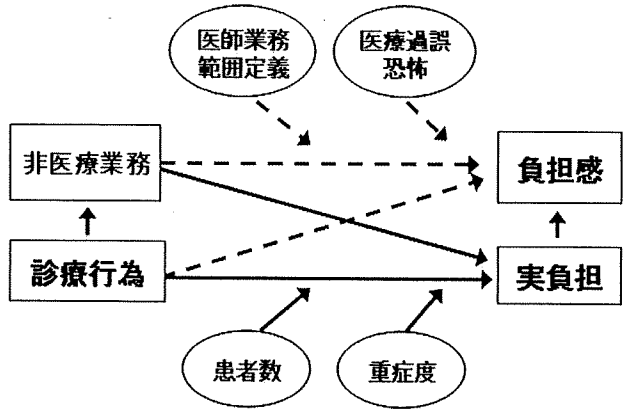
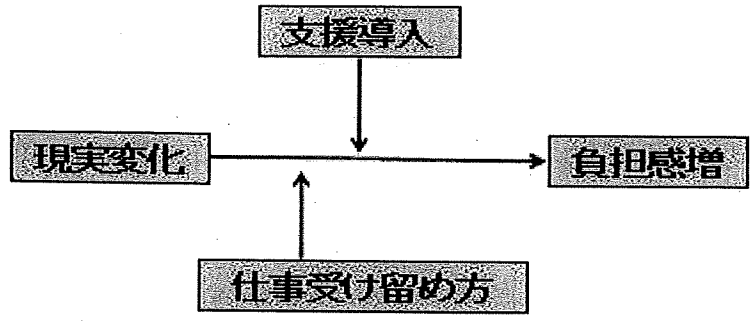


図２　調査項目の関係

作業仮説

医師能力増
医師増　看護師、事務員等他職種増
IT等　業務改善

患者数増
重症化
手術増
当直増
夜勤増
IC増
保険書類増
研修開始



医師としての仕事範囲
リスク感増
信頼・尊敬に応える気持変化
労働観(使命感)変化

図３

これらの設問により、上記諸変数の相互の関係を分析することにより、作業仮説を検証することができる（図３）。さらに医師や施設管理者の意識のズレが明らかになれば、それぞれどのような改善が必要になるかも分析しうる。

４．回答者属性

回収アンケートのうち有効回答は 1,548 で、そのうち男性が 1,148（74.9%）、女性が 385（25.1%）であった。私立大学を含む大学病院が 966、国立、都市日赤等を含む公的病院が 231、私的病院が 336 であった。大学病院・公的病院・私的病院とも男女の割合は近似していた。平均年齢は 41.3 歳で、私的病院がやや高かった（43.3 歳）。臨床経験年数は平均 15.9 年で同じく私的病院がやや長かった（17.2 年）。子供を持つ医師の数は 56.1%で、子供を持つ医師の約半数は小学生以下の子供を持っていた。診療科は内科系と外科系が約 500 ずつ、残りがその他の診療科である。勤務形態は非常勤が 7.1%で公的病院が最も多く 14.6%、大学病院が 6.4%、私的病院が最も少なく 3.9%であった。医員またはレジデント、助教レベル、医長・医局長レベル、部長・教授レベルはそれぞれ 20.0%前後で、研修医（卒後 2 年まで）及び理事長・院長が少なく、2.4%、3.6%であった（図 4）。

	回答	配布	配布対	病院数
大学	963	5662	17.0%	13
公的	229	1384	16.5%	15
私的他	338	1596	21.2%	75
総計	1530	8642	17.7%	103

図 4

A. 医師調査

Ⅰ. 現状集計統計

1. 収入

収入の分布は、大学病院が最も低く、次いで公的病院、私的病院の順である。アルバイトや講演収入は逆で、大学病院が最も高く、公的病院、私的病院の順となっている。一般に、研修医（卒後 2 年まで）を除いて、職位が低いほどアルバイト料は高く、また収入が少ないほどアルバイト収入は高い傾向を示した。勤務時間・内容に比して給料が「高い」と認識している医師はほとんどなく、「低い」と認識している医師が 82.6%であった。「ふさわしい」は 16.7%であった。しかし、3 施設別にみると、「低い」は大学病院 93.3%と圧倒的に多く、公的病院で 72.5%、私的病院では 59.1%と最も少なかった。待機拘束、すなわち「オンコール時の報酬」は「待機のみの場合、報酬が出る」のは 3.9%に留まり、「常に報酬が出る」が 7.1%、「場合により報酬が出る」が 23.6%、「交通費のみ」が 2.3%に留まっている。

2. 業務量の変化

5 年前を起点に 13 項目の業務についてその変化を 5 段階で比較評価した結果を尋ねている。増加した割合の順位は、「患者家族への説明」、いわゆるクレーム対応にかかる時間が最も増加しており、次いで紹介状や報告書、さらに会議の回数、診療録、教育であった。自己学習、在院患者数、手術件数、救急患者数や外来患者数の増加が相対的には低いものの、患者数については半数以上で増加を認めている。3 設立主体のうち、公的病院は一般に在院や新規の入院患者数は少ないものの、救急患者数で増加していると認めている数が他 2 種の施設に比較して多い。増加したと認められる上位を占める業務である診療行為の事務系の業務については、3 設立主体共にほぼ同等の増加を示しているが、教育については大学病院 79.3%、公的病院 70.0%、私的病院 51.2%と大学病院に著しい。

3. 負担感の変化

本調査の特徴は実際の業務の増加のみならず、それがいかに負担か、そしてそれを改善すべきかどうかについて分けて聞いているところにある。負担感については前章の 13 業務のうち、在院や新入院患者、手術を除く 11 項目について調査した。負担感の順位は増加の認識とは異なり、1 位が当直、2 位が保険書類の作成、3 位が患者家族へのクレーム対応、4 位が救急患者の負担、5 位が紹介状等の作成で、いずれも 80.0%以上に負担を感じており、ほぼ同様にその改善を求めている。少なかったのは自己学習で 38.2%、これはむしろ学習

意欲にもかかわらず現実には学習しにくくなっている状況を反映していると考えられる。残りの項目は、上位5項目に比して相対的には少ないものの、ほぼ3分の2以上に負担感が生じている。とりわけ興味深いのは、業務としては患者家族への説明・インフォームド・コンセントが増加していると認識しているものの、負担感は相対的にクレーム対応と比較して低く、インフォームド・コンセントは業務であると認識していることの影響が示唆される。

4．医療安全関連

当直後の業務内での医療上のミスについては18.4%の医師が「ミスをしたことがある」と答え、65.9%が「ミスをしそうになった」と回答している。さらに71.5%が「手術や検査等その日の業務に支障を来した」と回答している。また医療安全の対策や訴訟リスクの増加により、医師の業務が増加しているかどうかについては、96.7%の医師が「増加している」と回答し、さらにその半数44.3%は「大変増加している」と回答している。

訴訟リスクについては99.2%が「気になる」と回答し、特に52.0%は「大変気になる」と回答している。

訴訟リスクが気になる理由として4項目の質問をした結果、複数回答で「マスコミ報道」81.1%、「患者自身の変化」80.1%、「訴訟の増加」75.4%が影響していると考えており、「患者とのコンタクト時間の減少」は最も低く、43.2%に留まっていた。

近年、患者さんからの感謝の変化について、「以前よりも感謝されることが多い」と感じている医師はほとんどなく（3.0%）、「以前と比較して感謝されることが少ない」と回答した医師が43.4%であった。

5．職業性ストレス

職業性ストレスについては、厚生労働省で開発された標準的質問項目を用いた。全般的業務のストレスについては17項目の質問、上司同僚や家族友人の支援は6項目質問しており、最後に仕事上と家庭での職務満足について調査した。

仕事については93.1%の医師が「たくさんの仕事をしなければならない」と感じており、また81.8%の医師が「時間内に処理しきれない」と感じている。特に注意の集中や技術の難易度については、90.0%の医師が難しい仕事と感じており、特にこれらは大学病院で著しかった。仕事へのコントロール度や部署内外での意見の食い違いについても、大学病院で多いと回答されている。さらに、同僚や友人についても、非常に話しやすいと回答している。職場の雰囲気については大学病院では他の設立主体よりも良好である。

満足度については仕事に対して満足している人が85.5%で、その中でも大学病院が低い（73.4%）。家庭での満足度は「まあ満足」を含めて85.5%で、この項目も大学病院は低く、

73.4%であった。しかし「満足」をとると、仕事家庭共に28.0%と、約4分の1の医師が満足しているに過ぎなかった。

6．医師業務の代替性、女性医師への支援、離職の現状

代替可能とするものが34.9%で、ほとんどの医師85.0%以上、少なくとも20.0%以上は勤務代替が可能と感じている。女性医師へのサポートは全くないと感じているものが37.4%で、男性は29.3%、女性は39.7%で、男女間に差があった。

離職の現状では、「業務増のために辞めた医師がいる」、もしくは「辞めたいと言っている医師がいる」との回答は85.6%にのぼり、そのうち51.2%は周辺で「実際に辞めた医師がいる」と回答している。診療と運営・研修を足した時間では大学病院で51.7時間、公的病院で55.4時間、私的病院で51.6時間であった。

7．勤務時間

勤務時間は定義により異なる（図5）。

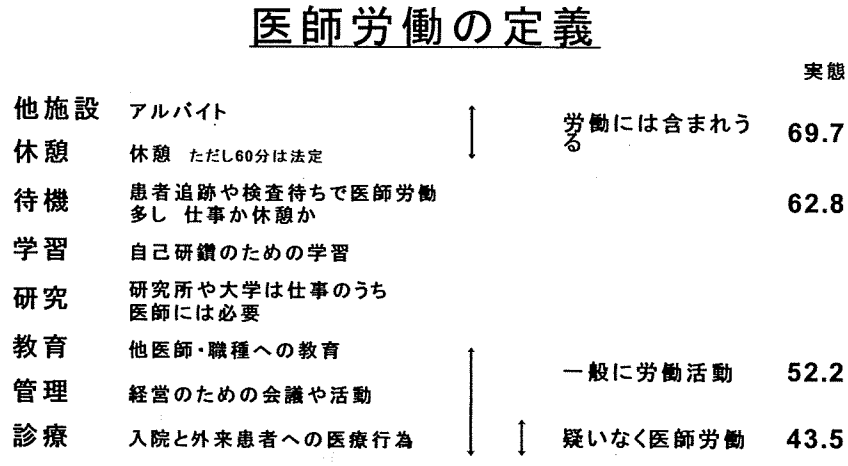


図5

在宅診療を含む外来と、入院の診療時間は43.5時間。3設立主体間の相違はほとんど認められない。一般に勤務時間と認められる卒後研修や管理運営等の時間を足し合わせると52.2時間で、公的病院が55.4時間と多い。病院での滞在時間は62.8時間で、主な勤務施設の勤務時間とアルバイトの勤務時間を3設立主体で足し合わせると69.7時間となり、大学が最も長く72.6時間、次いで公的病院は67.0時間、私的病院63.2時間となっている。診療と運営、研修を合わせた時間は職位や設立主体によって左右されておらず、ほぼ一定

の値であった（図６）。

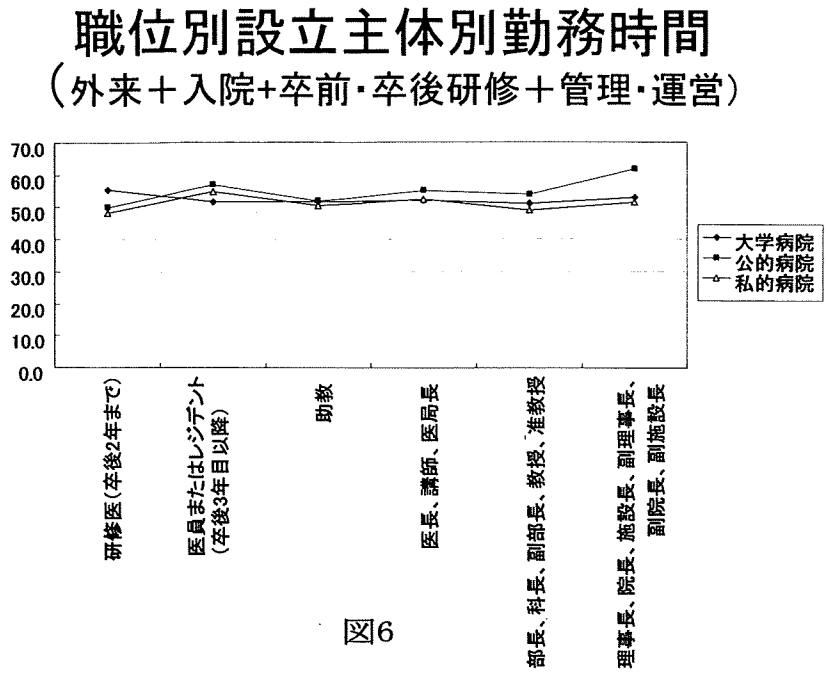


図6

さらに活動別集計を職位別にみると、大学病院では外来時間があまり変わらず、入院時間が次第に職位が上がるにつれて減少する。しかし教育や運営管理を加えると、職位間の変化はみられず、入院診療の代わりにこれらの管理業務が、職位が上がるにつれて増加していることが認められる。他の設立主体でも同様な傾向が認められるが、公的病院では外来診療は職位が上がるにつれて増加の傾向が認められる。

勤務時間の分布について、診療と教育及び管理業務を勤務時間と定義して、40 時間以上働いているのが 79.0%、48 時間以上 59.4%、全滞在時間では 80.7%までが超過している。過労死認定のメルクマール週 60 時間をみると、診療時間と教育及び管理運営の定義でも 29.0%、滞在時間全体と定義すると 52.7%にのぼっている。病院は同様に 40 時間以上では 87.9%で、在院時間で 96.9%、48 時間以上でそれぞれ 66.5%、86.7%。60 時間以上で 34.0%と 58.4%となっている。私的病院では、同じく 40 時間以上で 76.5%、91.4%、48 時間以上で 58.6%、77.3%、60 時間以上で 31.1%、50.0%である。

3 設立主体とも、一般の 36 協定での上限時間 48 時間を超えた医師が 3 分の 2、過労死認定のメルクマール 60 時間を超えた医師が半数以上にのぼっている。

平日の当直を含む連続勤務では平均 17.3 時間で、最長 63.8 時間に及ぶものが認められた。当直回数は平均月 2.36 回で、職位が上がるにつれて回数は減っているが、3 施設間では大学病院が最も多く、2.42 回である。全体として職位が上がるにつれて多かった。さらに、休日の当直は平均月 1.02 回で、私的病院でわずかに低かった（月 0.88 回）。両方足し合わせると、月 3.4 回の当直をしていることとなる。

B. 施設調査

Ⅰ. 現状集計統計

1. 回答

医師調査の参加施設は 103 であったが、施設調査は 105 の施設から有効回答を得た。医師調査では大学病院が 966、公的病院が 231、私的病院が 336 の回答を得たが、施設調査では大学病院が 10、公的病院が 11、私的病院が 84 で、施設調査では私的病院に重みが大きい。

2. 特性

2006 年の時点で大学病院、公的病院、私的病院は平均病床数でそれぞれ 981.4 床、405.8 床、174.3 床と私的病院の病床数が少なかった。医師数もそれぞれ 306.9 人、71.6 人、20.9 人と私的病院で少なかった。年間退院患者数はそれぞれ平均で 17,962 人、7,542 人、3,033 人、1 日外来患者数はそれぞれ 2,198 人、730 人、315 人、手術件数は年間それぞれ 6,499 件、2,795 件、895 件、平均在院日数はそれぞれ 17 日、26 日、120 日であった。これらから大学病院は数は少ないが人材の投入も多く、より急性期機能を有することが分かる。

また、時系列で見ると平均在院日数は大学病院の平均のみで低下し、手術件数も救急患者数も大学病院の平均で増加し、公的、私的病院で横ばいであった。

3. 導入

DPC の導入は大学病院で多く（60.0%）、新規に電子カルテを導入したのは公的病院が多かった（36.4%）。新看護基準 7：1 を導入したのは大学病院が多く、90.0%にのぼっている。医師の定員を増やしたのは私的病院が最も多く 50.6%、次いで公的病院で 36.4%、大学病院 20.0%であった。逆に新医師臨床研修制度は大学病院が最も多く 100%、次いで公的病院 63.6%、私的病院 27.0%であった。最近 5 年間の医師訴訟の増加は 3 設立主体ともほぼ同様に「増加している」が 3 分の 1 から半分弱であった。女性医師への支援は公的病院で多く、約半数であった。ユニットクラークは 3 設立主体とも約 3 分の 1 で導入している。ワークシェアリングは私的病院の一部で導入しているに過ぎない（3.4%）（図 7、8）。

4年間(2003-2007)の間 の導入

	大学病院	公的病院	私的（一般）病院	合計
DPC導入	60%	40%	13%	19%
新規電子カルテ導入	20%	36%	16%	18%
2003年度から導入	0%	0%	8%	6%
7:1看護導入	90%	9%	29%	33%
医師定員増	20%	36%	51%	46%
新医師臨床研修制度	100%	64%	27%	37%
医療訴訟の増加	40%	45%	32%	34%
女性医師への支援	30%	45%	8%	14%
病棟クラーク	30%	36%	36%	35%
ワークシェアリング	0%	0%	3%	3%

図7

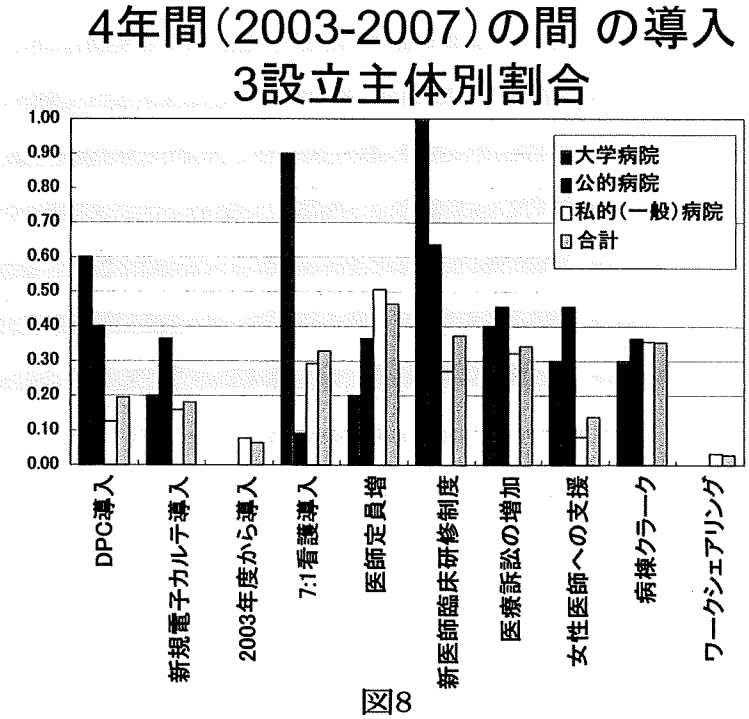


図8

4．外来患者の紹介について

外来患者を積極的に逆紹介し、診療所で診てもらうべきかどうかについては、全体として約半数の施設が積極的に賛意を示した。しかし、その度合いは大学病院、公的病院、私

的病院の順に多く、大学病院では大半の施設が積極的に賛成している。一方、私的病院では半数以下に留まっている。

5．医師労働の定義

施設管理者が考える医師労働の範囲については、追加の調査で53施設から回答を得た。入院や外来の診療についてはすべての施設管理者が医師労働であると回答した。また、ほとんどの管理運営や待機および当直中の睡眠時間についても労働と考えている。

一方、アルバイトや他施設での診療については大半の施設管理者が医師労働の範囲と考えていない。卒前卒後の研修や自己の学習研究及び休憩時間については、約半数の施設管理者が医師の労働と考えるに留まっている（図９）。

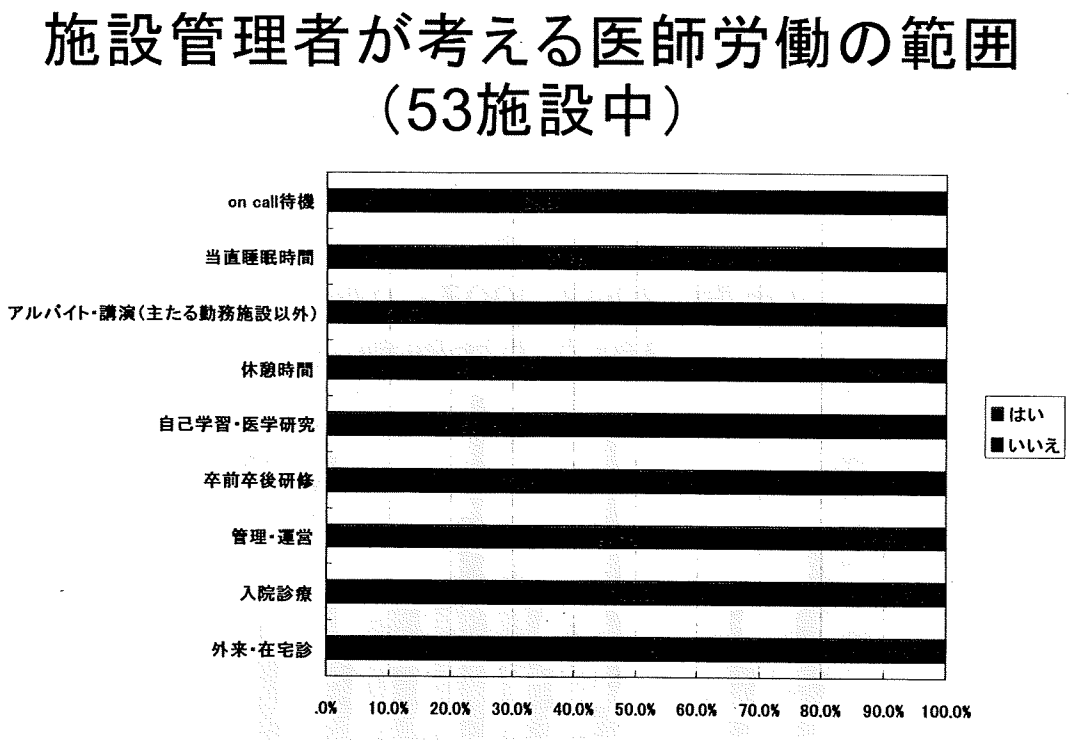


図9

6．病院崩壊の認識

同様にこの設問は追加調査で行われ、51施設から回答を得た。

約7割の施設管理者が近隣施設で病院崩壊が起こりそうと認識しており、大学病院では6割が、公的病院では4割が、私的病院では最も高く4分の3の施設管理者が、起こりそうとの認識を持っている（図１０）。

施設管理者の病院崩壊の認識
（51施設中）
勤務している地域の病院崩壊が近い将来に起こりそう

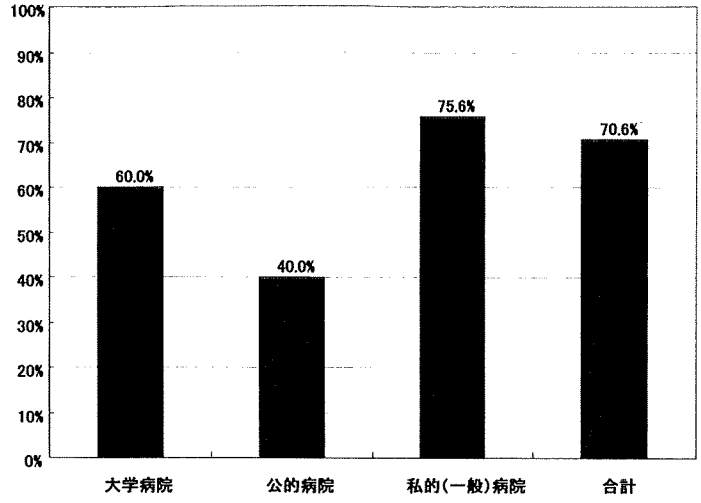


図10

C. 分析

1．勤務時間

医師の勤務時間は開始と終了が不明瞭なことが多く、定義が難しい。しかし、一般に勤務と考えられる「診療・教育・会議と管理運営に関する業務」を勤務時間と定義しても、平均 52 時間と、平均値で 36 協定の許容範囲を超えている。さらに院内の滞在時間は約 60 時間で、アルバイトを足すと平均値で 67 時間と、過労死認定の 60 時間を超えている。医師の勤務時間を 2 年前に行われた国立保健医療科学院での調査と比較すると、常勤の男性では病院滞在時間が数時間少ないのに比して、従業や診療時間では数時間多い、女性の場合は、滞在、従業、診療とも国立保健医療科学院のデータに比して約 5 時間長い（図１１～１４）。

男性常勤

科学院調査								
	20	30	40	50	60	70	80	合計
滞在	74.9	68.4	64.5	58.7	50.0	41.0	31.4	63.8
従業	57.4	52.2	49.6	43.7	35.4	30.1	18.8	48.6
診療	51.3	44.5	40.3	31.9	22.6	21.6	14.6	39.4
今回東京都医師会調査								
	20	30	40	50	60	70	80	合計
滞在	62.3	61.6	61.1	62.3	57.0	34.0	40.6	61.4
従業	53.3	51.9	51.1	53.2	49.6	28.9	36.7	51.9
診療	42.3	41.4	41.2	44.4	42.6	27.2	29.0	42.0

図11

女性常勤

科学院調査								
	20	30	40	50	60	70	80	合計
滞在	68.8	61.1	56.7	52.5	46.6	39.5		60.6
従業	52.2	47.8	44.6	41.6	35.3	31.4		47.4
診療	47.8	41.4	37.5	32.4	27.4	22.4		41.0
今回東京都医師会調査								
	20	30	40	50	60	70	80	合計
滞在	72.6	64.2	65.2	62.9	64.0		45.8	65.2
従業	58.1	52.8	53.8	53.2	50.2		33.3	53.6
診療	52.5	46.1	46.7	45.1	45.9		25.0	46.8

図12