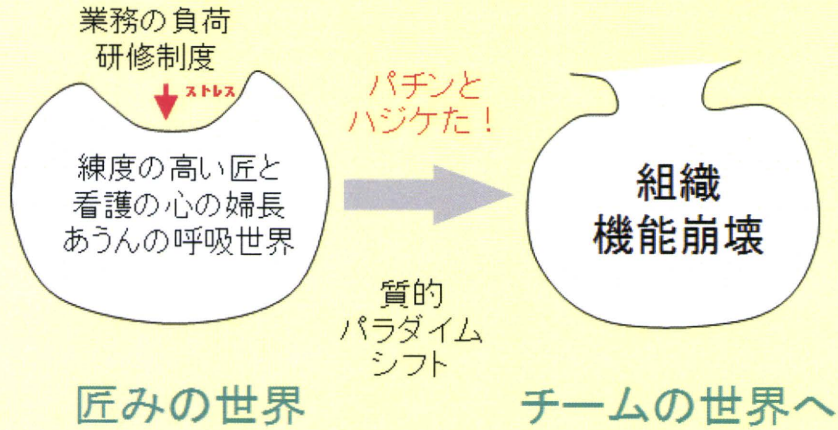
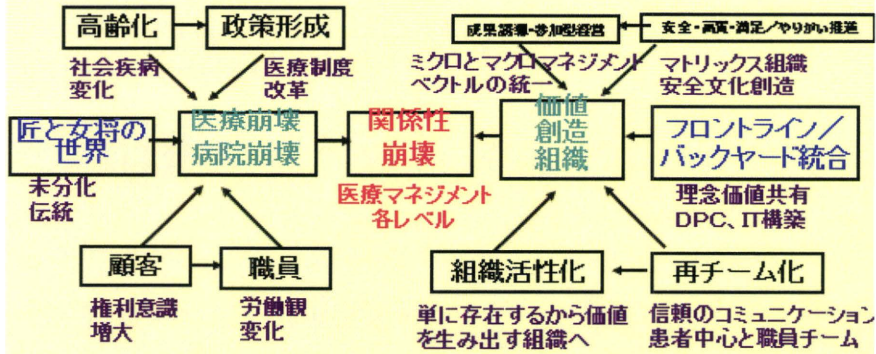


このたびの医療崩壊



© T.Hasegawa
IMS, Japan

崩壊から創造へ



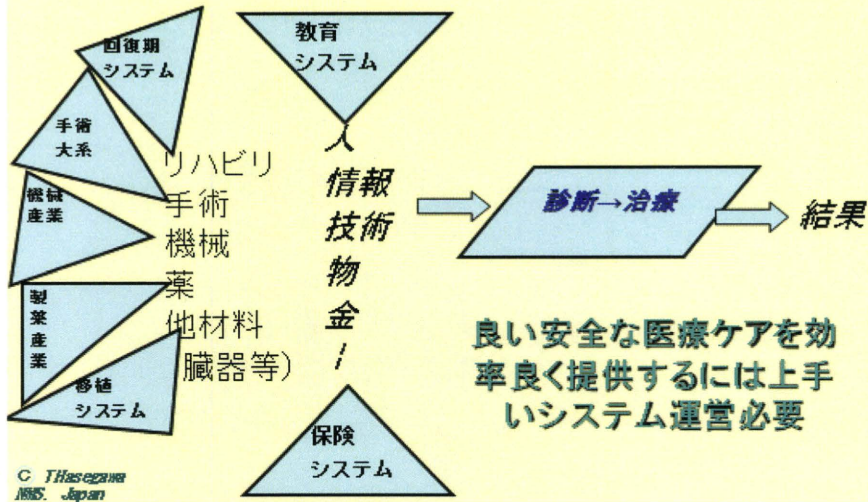
© T.Hasegawa
IMS, Japan

スキルミックスとチーム型

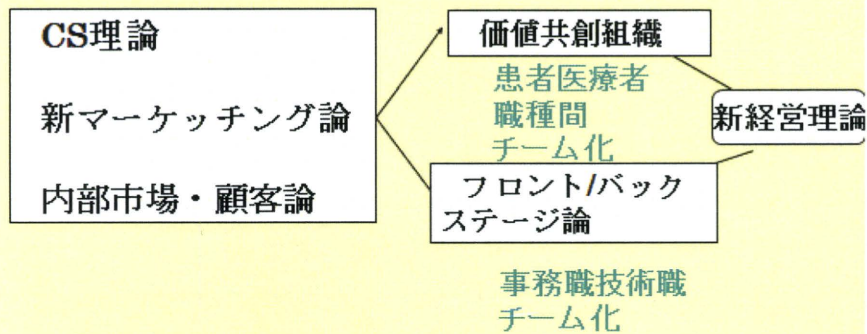
ケア	スキルミックス	チーム類型	医師の役割
生活習慣病管理	個人パターン (開業医中心) 疾病管理 (保険者中心)	運動、栄養 専門家	
在宅ケア	コーディネーター中心 介護、リハ 家族、地域重要	患者中心	
末期ケア	精神、スピリチュアル必要 家族、地域重要	みとり	?
救急ケア リハ 急性期ケア	救命士 看護 OT、PT、リハ医 多種多量 病院崩壊と共に 新しい組織構想必須	タイト	大

© T.Hasegawa
IMS, Japan

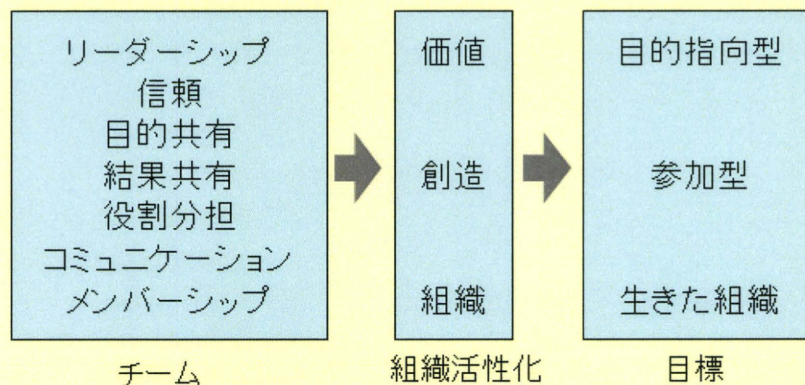
システムの統合-----効率的運営



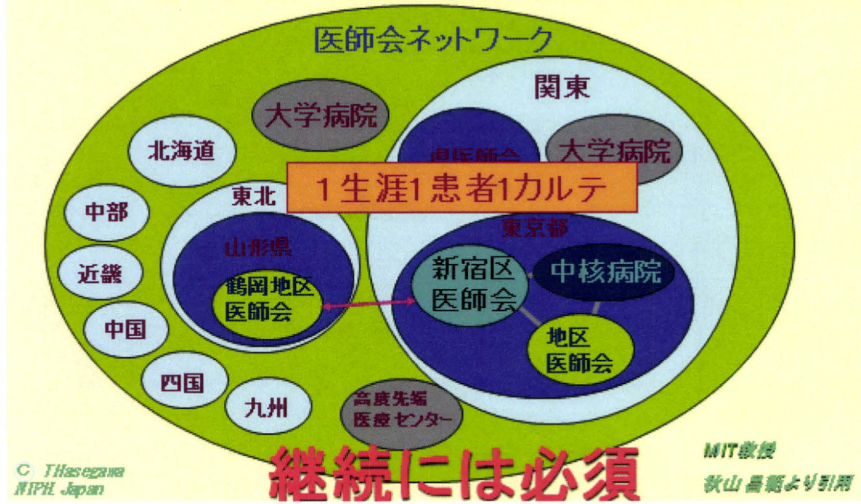
2つの新理論



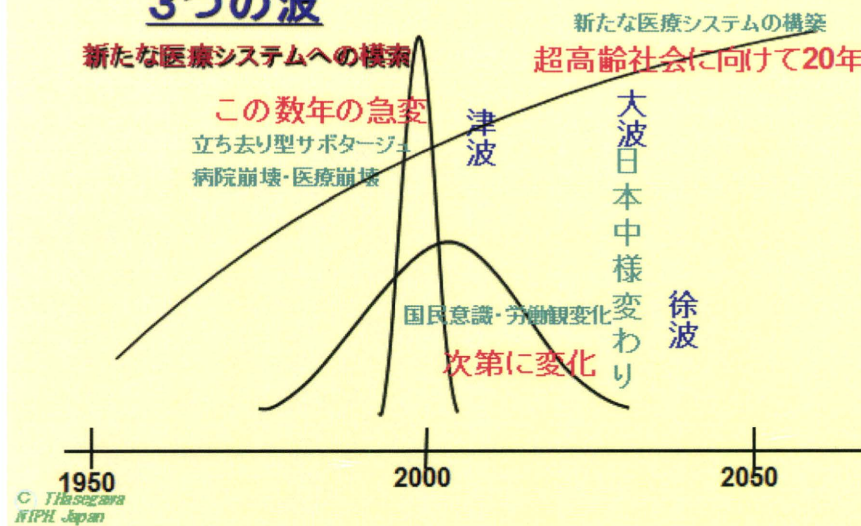
病院経営の言語では



地域医療における病院情報システム



3つの波



V 総括

1. 基本的視点

業界の4分の3の人材は専門技術職で、免許職種だけでも二十数種にのぼるという業界は、他の産業界には稀で、世界にとっても各個人にとっても、社会からみた効率、個人からみた満足、両方の観点からプロフェッショナルなキャリアを支えるという視点が重要と思われる。確かに4分の1は非専門職で、恐らく事務職がその多くを占めると想定されるが、マネジメントの専門家として期待されるところが大きく、キャリア支援という観点からは同様の視点が重要である。

2. キャリアの視点

キャリア開発の過程を社会の側からみると、選抜育成、認定、質の担保・確保となり、個人の視点からみると、選択、学習、免許、就職、労働、退職となり、そこに職業人ではないプロセス、すなわち結婚、出産、育児、あるいは趣味、娯楽等の生活要素が加わることとなる。医療人材の場合、特に急性期病院での労働は厳しく、50歳過ぎの徹夜等を要する仕事の継続は難しく、一般には病棟業務を離れて管理職への道か、急性期以外の施設への転職が想定される。

キャリアパスの視点から捉えると、育成期、労働期、転職期、あるいは復帰期などそれぞれの期間と移行の課題が存在している。

元来、専門家は自己実現のために職種を選んだ人も多く、第2の人生から第3の人生の特徴を併せ持ち、特に物理的に50歳前後から明確に第3の人生の設計を必要とする。従って医療界は、女性が多いことも合わせて、女性の育児支援や第3の人生の組織化のパイロット分野でもあるともいえよう。

3. 社会の視点

大きな社会の視点からみると、日本の社会は大きく転換し、医療需要もこれからとは大きく異なると考えられる。日本は西洋近代医学をもとにする医政を確立してから約140年、19世紀に開発された西洋近代医学の医療とその医療制度をうまく有し、日本の文化と伝統に合わせて運営してきた。ものづくりを尊ぶ伝統の上に、匠を中心に、それを支えるお上がマネージしてきたと言い換えることもできる。しかし、国民意識の変化、低経済成長による財源の枯渇、高齢化による量的負担増、質的転換によって従来のシステムが崩壊し、新しい需要に摘要したチームとシステムによる医療が求められている。それにも増して、個々の専門家の労働観の変化により、新たなワークライフバランス、プロフェッショナリズムが求められているともいえよう。

4. 職種の視点

これから5年、10年をかけ、超高齢社会に必要なケアを担えるシステムの形成と人材の育成、そして従来の職種間の役割分担の再整備が必要で、それには従来の専門家の意識改革と、新たな教育が必要といえよう。次いでそれを担保する組織、意思命令系統、法的整備が必須である。当然、それには責任と労働に対応した給与体系の見直しも必要である。

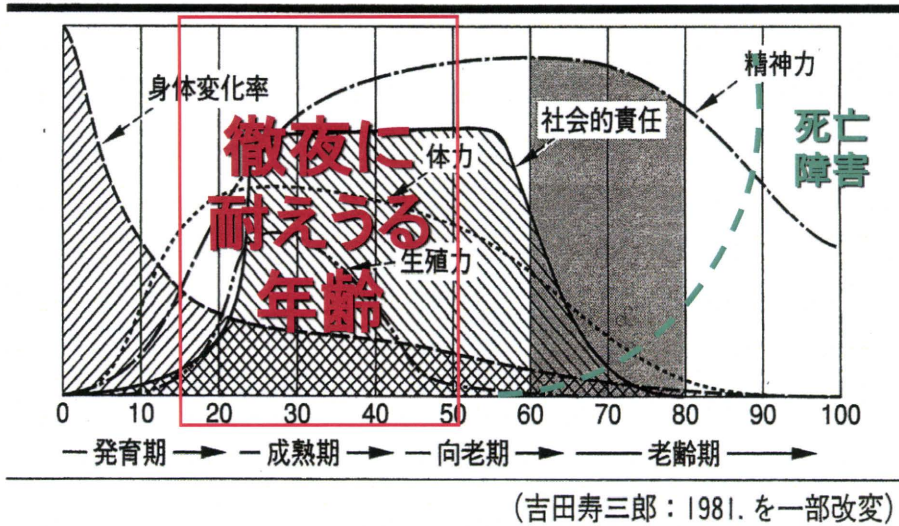
5. 地域の視点

今後の急性期医療は地方中核都市を中心に、地方中小都市や郡部をカバーするシステム整備がなされねばならず、全国およそ 100 存在すると推定される地方中核都市ごとに教育研修システムを想定する必要がある。専門家確保のためには、地域ごとの必要に応じた教育システムの設立と同時に、キャリアを積むための地方の魅力など地域全体の文化の独自性やレベルの高さが求められる。

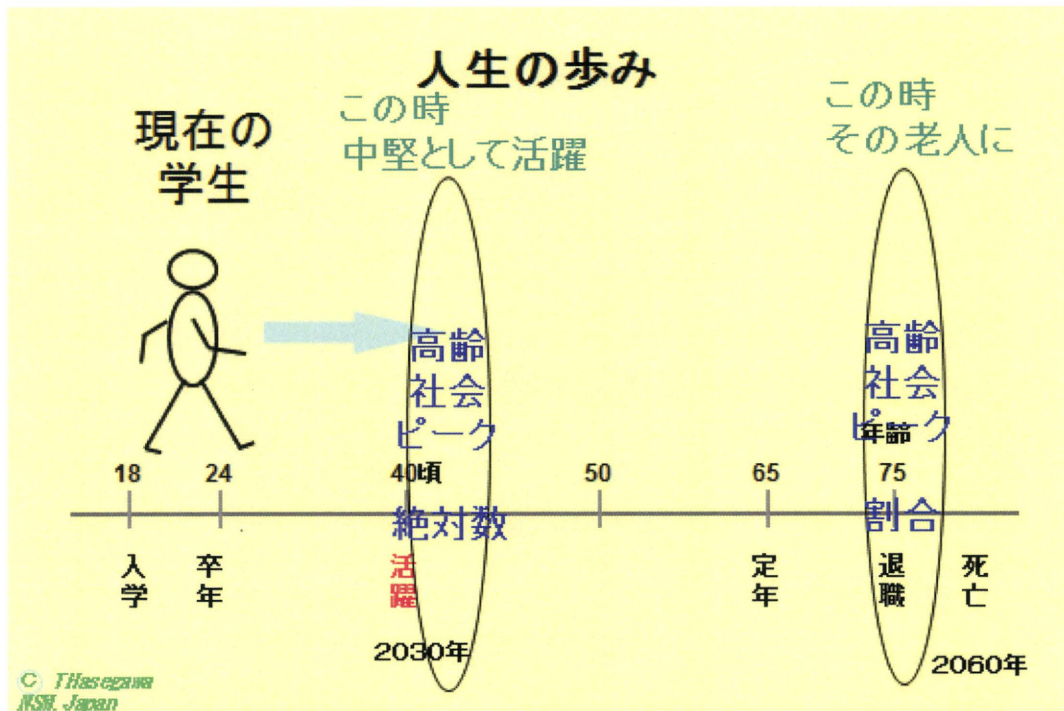
6. 国際的視点

最後に、選抜と専門家の確保について、他産業とのバランス、あるいは外国からの導入に関する早急なる意志決定が必要である。東アジアは中国の高齢化と共に地域全体として医療保健福祉の人材が不足すると考えられるからである。

図 99 生涯における体力、生理機能および精神力の変化と社会的責任



© T Hasegawa
NMS, Japan



病院勤務医の医師業務負担の分析

A. 東京都医師会病院による医師業務負担の分析

1. 調査の目的と方法

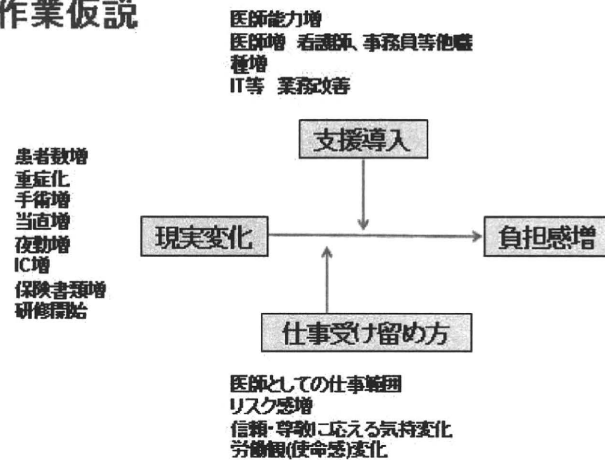
(1)目的

近年の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平成 19 年、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った。調査に当たっては、東邦大学医療センター大森病院・山崎純一院長を委員長とする 16 名の委員が調査項目の検討や解析を行った。本研究では、本調査の結果に基づいて統計分析を行った。

(2)対象と方法

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。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ぎ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。

作業仮説



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。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。

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。

2. 結果

(1) 医師調査

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

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。

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。

(2) 施設調査

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多い。

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 DPC 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。ユニットクランクは 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 1、2）。

図 1.

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%

4年間(2003-2007)の間 の導入 3設立主体別割合

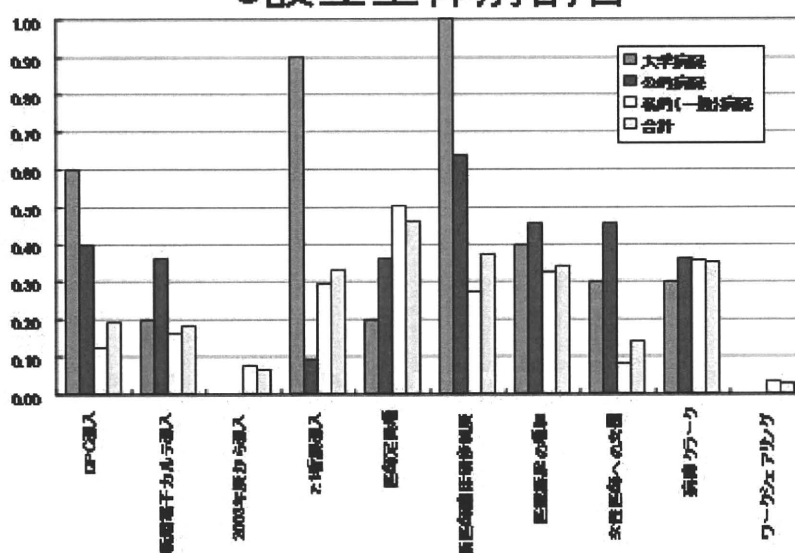


図 2

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、診療所で診てもらいたいのかについては、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、その割合は大学病院、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 3）。

施設管理者が考える医師労働の範囲 (53施設中)

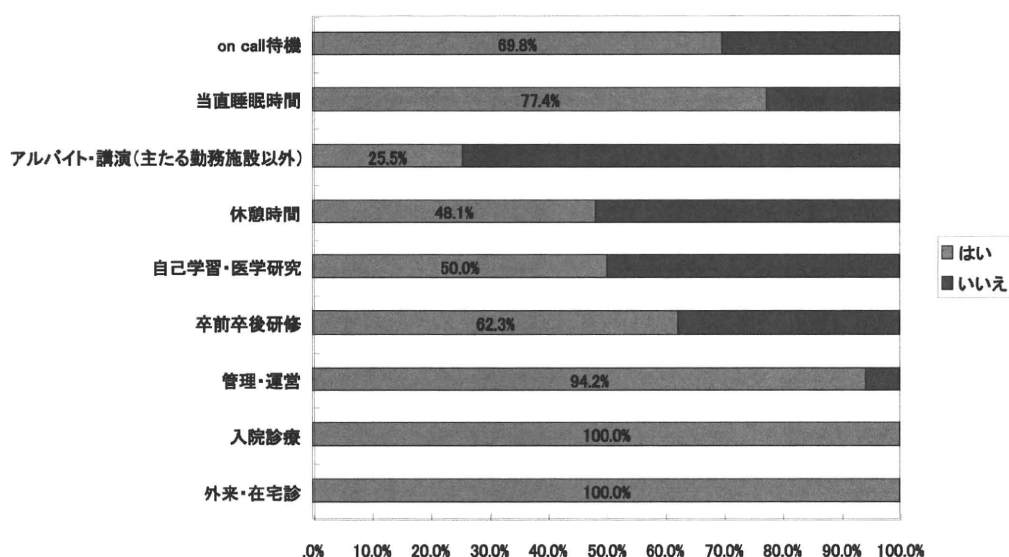


図 3

図 3

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 4）。

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

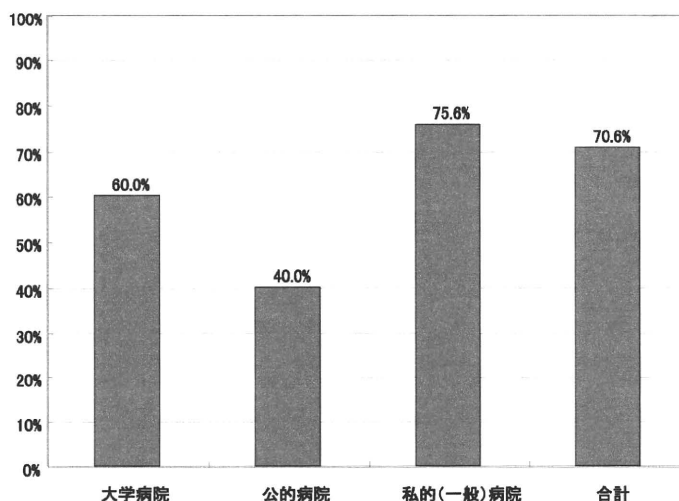


図 4

3. 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 (表・図)。

男性常勤

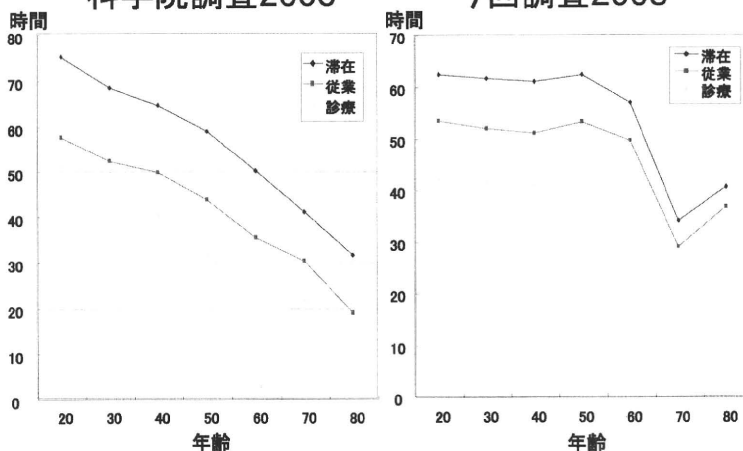
科学院調査								
	20	30	40	50	60	70	80	合計
滞在	74.9	68.4	64.5	58.7	50.0	41.0	31.4	63.8
従業	57.4	52.2	49.6	43.7	35.4	30.1	18.8	48.6
診療	51.3	44.5	40.3	31.9	22.6	21.6	14.6	39.4
今回東京都調査								
	20	30	40	50	60	70	80	合計
滞在	62.3	61.6	61.1	62.3	57.0	34.0	40.6	61.4
従業	53.3	51.9	51.1	53.2	49.6	28.9	36.7	51.9
診療	42.3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

女性常勤

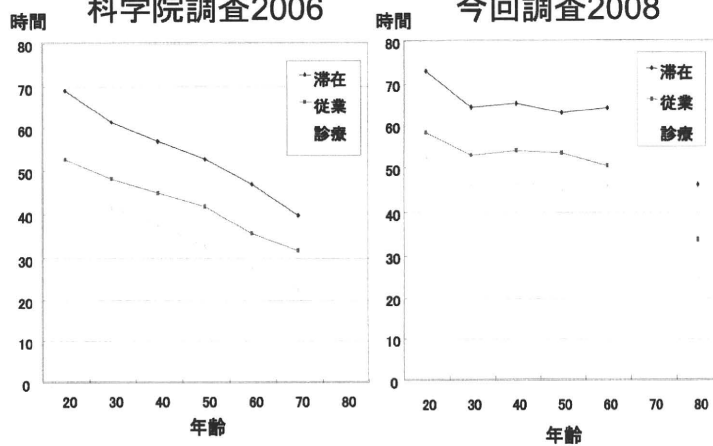
科学院調査								
	20	30	40	50	60	70	80	合計
潜在	68.8	61.1	56.7	52.5	46.6	39.5		60.6
従業	52.2	47.8	44.6	41.6	35.3	31.4		47.4
診療	47.8	41.4	37.5	32.4	27.4	22.4		41.0

今回東京都調査								
	20	30	40	50	60	70	80	合計
潜在	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

勤務時間比較-性年齢階級別 男性



勤務時間比較-性年齢階級別 女性



従って、今回の調査では、女性が男性より数時間長い労働となっている。この二つの調査の最も大きな違いは、国立保健医療科学院の調査では年齢階級の上昇に対応して労働時間が減少しているのに

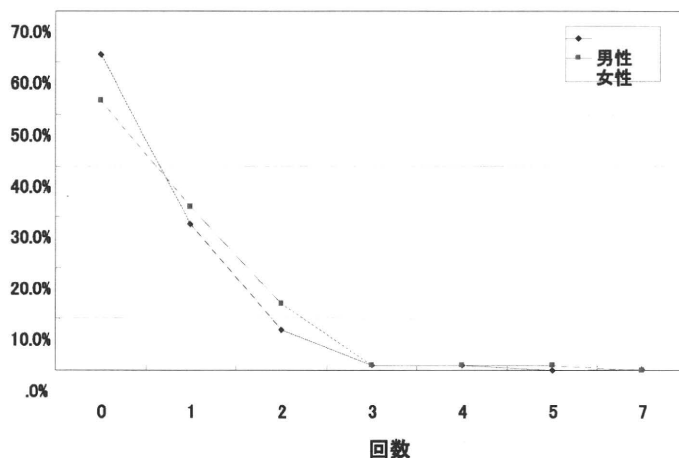
比して、今回の調査ではほぼ一定で、従って研修医を含む若年層で短く、中高年層では長くなっている。この特徴は男女共に表れている。これらの差は2年間の間に生じたものか、国立保健医療科学院の調査が全国を対象にしたものであったので、東京の特殊事情によるものか、それとも今回調査が大学病院を中心とするので、大学病院勤務医の特徴を示したのか同定は難しい。もう一つの可能性は今回調査の回収率が低く、特に中年層では労働時間の長い医師が回答する傾向にあったという可能性は否定できない。平均で法定労働時間を超えているということは、分布で見ると半数以上が制限時間以上の労働をしていることとなり、「診療時間+教育+管理運営」で48時間以上の労働時間を占める医師は6割に達している。

また、アルバイトを全部足すと過労死認定60時間以上働いている者も6割を超える。

3 設立主体の中では大学病院がアルバイトを加えた総合時間で最も長く、60時間を超す医師が78.8%に及んでいる。

病院勤務医の給与は一般に思われているほど高くなく、従ってアルバイトによる給与の補填が必要となる。とりわけ大学は中でも最も給与が低い。従って、よりアルバイトの必要性があり、勤務時間もアルバイトの時間が長く、全体としての労働時間が長い傾向にある。労働に見合った給与という観点からも、大学病院医師はその満足度が最も低い。また、当直による連続勤務時間は、平均17時間、中には60時間以上に及ぶものがあり、当直明けにミスを起こした医師が5分の1あることは注目に値する。起こしそうになった医師も3分の2に達し、ほとんどの医師が業務上に支障を感じている。また当直勤務も多く、休日月に1回、平日2.4回、合わせて3.4回、ほぼ週1回の当直日となっている。1週間に2回以上が11.1%、3回以上が2.3%であった。男女間で当直の差はほとんど認められなかった(図)。

当直回数1週間



これらの分析から浮かび上がる問題は、病院医師の勤務時間が長く、多くの医師が過労死認定の時間まで勤務していることであり、中でも大学病院の医師により多くの負担がかかっている。

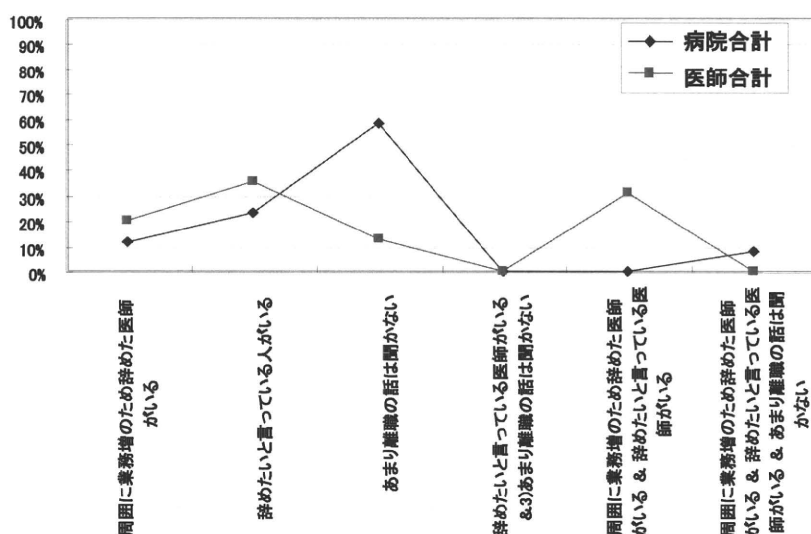
(2) 業務の現状

1) 医師調査

医師の業務はここ数年、急増しており、特に診療以外の事務作業や医療訴訟の増加に対応する説明等が急増している。負担の受け止め方としては、当直や救急、そして患者によるクレームが大きな問題で、これらの改善が求められている。医師の意見によると、多くの業務が他の職種で代替可能で、特に非診療活動は病院としての対応を求めている。

結果として約半数の医師の周辺で業務の負担が増加したことによって、離職した医師がおり、医師調査では、周辺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が85.0%にのぼっている。しかし、施設調査では4割に留まっている。医師調査では約半数の医師の周辺で、離職した人がいる。この差は、施設管理者の場合、現場からの距離と、私的病院の状況が影響していると考えられる(図)。

医師の離職



多くの医師は、医師の業務が高度な技術や注意力の集中が必要と感じており、また仕事上のコントロールが難しく、さらに同僚や上司の支援についても問題があると感じている。女性医師への支援は、女性医師は男性医師より少ないと感じている。結果として、職務や家庭の満足度はやや満足を含めると85.0%に達するが、満足は28.0%に留まっている。この中でも大学病院の満足度は低い。

これらのストレスの背景として、近年の医療訴訟の増加が浮かび上がる。多くの医師は医療事故をめぐる世論がマスコミによって過大に報道され、患者意識が変化していると感じている。

2) 施設管理者と医師との比較

増加した業務について医師は、患者家族への説明、紹介状等書類作成、会議の回数を上位3位に挙げているのに対し、施設管理者は、紹介状等書類作成、患者家族への説明、会議の回数と順位は異なるが、同じ項目を挙げている。医師の場合は大学病院に、施設管理者の場合は私的病院に回答者が多いので結果が引張られる傾向にあるといえよう(表)。

業務の増加 医師票

	大学病院	公的病院	私的（一般）病院	合計
1. 在院患者数	51%	37%	40%	47%
2. 新規入院患者数	60%	48%	54%	57%
3. 救急患者数	59%	48%	57%	57%
4. 外来患者数	63%	50%	59%	60%
5. 手術件数	60%	53%	48%	56%
6. 教育	73%	72%	69%	72%
7. 会議の回数	81%	80%	75%	80%
8. 自己学習・研修	37%	29%	36%	35%
9. 患者・家族への説明	84%	82%	81%	83%
10. 患者からのクレーム	69%	62%	64%	67%
11. 診療録の記載・入力	75%	69%	77%	75%
12. 紹介状・報告書・診断書作成	80%	84%	83%	81%
13. 保険書類作成	69%	68%	73%	70%

業務の増加 施設票

	大学病院	公的病院	私的（一般）病院	合計
1. 在院患者数	10%	36%	37%	34%
2. 新規入院患者数	50%	55%	48%	49%
3. 救急患者数	60%	45%	31%	35%
4. 外来患者数	40%	45%	24%	28%
5. 手術件数	80%	36%	40%	44%
6. 教育	80%	73%	48%	53%
7. 会議の回数	80%	82%	76%	77%
8. 自己学習・研修	50%	36%	48%	47%
9. 患者・家族への説明	90%	82%	80%	81%
10. 患者からのクレーム	90%	91%	56%	63%
11. 診療録の記載・入力	80%	82%	75%	76%
12. 紹介状・報告書・診断書作成	80%	82%	86%	85%
13. 保険書類作成	70%	73%	74%	74%

大学病院や公的病院の施設管理者では、患者からのクレームが1位にリストアップされている。しかし、負担感の増加では、医師は当直、保険書類作成、患者からのクレームを上位3位に挙げており、施設管理者では、患者からのクレーム、紹介状等書類作成、保険書類作成を上位3位に挙げており、順位や項目が異なっている。これも施設管理者は私的病院の意見の反映が大きく、大学病院や公的病院の施設管理者では当直の負担感が高い順位となっている（表）。

負担がある 医師票

	大学病院	公的病院	私的(一般)病院	合計
1. 当直	89.3%	88.1%	86.6%	88.5%
11. 保険書類作成	85.8%	88.2%	86.3%	86.3%
7. 患者からのクレーム	86.1%	78.7%	84.5%	84.6%
2. 救急患者数	86.6%	78.4%	78.5%	83.6%
10. 紹介状・報告書・診断書作成	81.8%	83.8%	83.9%	82.5%
4. 会議の回数	76.3%	74.7%	71.2%	74.9%
8. 指示や予約	70.0%	67.7%	67.9%	69.2%
3. 教育	70.2%	66.1%	67.8%	69.0%
6. 患者・家族への説明	68.8%	71.4%	64.2%	68.2%
9. 診療録の記載・入力	64.5%	65.3%	64.9%	64.7%
5. 自己学習・研究	38.7%	40.7%	34.8%	38.1%

負担がある 施設票

	大学病院	公的病院	私的(一般)病院	合計
1. 当直	90.0%	100.0%	69.8%	74.8%
11. 保険書類作成	90.0%	81.8%	83.9%	84.3%
7. 患者からのクレーム	90.0%	90.9%	86.2%	87.0%
2. 救急患者数	80.0%	72.7%	60.0%	63.5%
10. 紹介状・報告書・診断書作成	90.0%	81.8%	86.2%	86.1%
4. 会議の回数	70.0%	90.9%	72.4%	74.1%
8. 指示や予約	60.0%	81.8%	59.8%	62.0%
3. 教育	80.0%	72.7%	46.4%	52.4%
6. 患者・家族への説明	80.0%	90.9%	70.9%	73.8%
9. 診療録の記載・入力	90.0%	90.9%	73.6%	76.9%
5. 自己学習・研究	50.0%	36.4%	37.6%	38.7%

改善の必要がある項目については、医師は当直、患者からのクレーム、救急患者数の順で上位3位を占めているが、施設管理者では患者からのクレーム、保険書類等作成、紹介状等書類作成が上位3位を占め、順位が異なっている(図2 1～2 2)。

改善の必要がある 医師票

	大学病院	公的病院	私的(一般)病院	合計
1. 当直	83.7%	86.2%	83.6%	84.0%
7. 患者からのクレーム	82.0%	75.8%	85.6%	81.8%
2. 救急患者数	82.2%	78.9%	79.0%	81.1%
11. 保険書類作成	80.0%	77.8%	85.7%	80.8%
10. 紹介状・報告書・診断書作成	72.6%	75.3%	82.5%	75.1%
4. 会議の回数	74.0%	71.2%	68.9%	72.5%
8. 指示や予約	67.8%	66.0%	70.9%	68.1%
3. 教育	65.1%	67.3%	60.0%	64.4%
9. 診療録の記載・入力	61.4%	62.3%	66.7%	62.6%
6. 患者・家族への説明	54.5%	60.5%	58.1%	56.2%
5. 自己学習・研究	44.7%	42.5%	41.8%	43.8%

改善の必要がある 施設票

	大学病院	公的病院	私的(一般)病院	合計
1. 当直	100.0%	87.5%	66.2%	71.4%
7. 患者からのクレーム	88.9%	88.9%	75.7%	78.3%
2. 救急患者数	88.9%	77.8%	56.9%	62.7%
11. 保険書類作成	90.0%	88.9%	74.7%	77.7%
10. 紹介状・報告書・診断書作成	77.8%	77.8%	73.0%	73.9%
4. 会議の回数	80.0%	88.9%	68.5%	71.7%
8. 指示や予約	80.0%	77.8%	63.0%	66.3%
3. 教育	70.0%	55.6%	45.1%	48.9%
9. 診療録の記載・入力	80.0%	88.9%	69.9%	72.8%
6. 患者・家族への説明	44.4%	88.9%	59.7%	61.1%
5. 自己学習・研究	22.2%	66.7%	37.7%	39.1%

ここまでの結果をまとめると、医師、施設管理者共に事務処理の増加があるとの認識は共有されているが、負担感や改善の必要の観点からは医師は当直、施設管理者は医療安全からの課題、即ち患者からのクレームが問題と、微かなズレを示している。

3) 医療安全に対する考え

訴訟のリスクについては、医師、施設管理者共に気になるが大半を占め、とりわけ、医師では半数以上が大変気になると回答している。以前と比べて感謝されることが少ないと回答したのは、医師、施設管理者共に3分の2を占め、その認識にはズレがない(図)。