

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(厚生労働科学特別研究事業)

新型コロナウイルス感染症等の健康危機への  
備えと対応を踏まえた医療提供体制のための研究

令和2年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 小池 創 一

令和3(2021)年3月



# 目 次

<b>I. 総括研究報告</b>	
新型コロナウイルス感染症等の健康危機への備えと対応を踏まえた 医療提供体制のための研究	1
<b>II. 分担研究報告</b>	
新型コロナウイルス感染症等の健康危機への備えと対応を踏まえた医療 提供体制のための研究	9
新型コロナウイルス感染症への対応の実態を踏まえた医師の働き方改革 に関する検討	94
新型コロナウイルス感染症(COVID-19)がもたらした研修医・専攻医への 影響	129
新型コロナウイルス感染症への対応における看護業務の実態を踏まえた チーム医療の推進に関する研究	171
<b>III. 研究成果の刊行に関する一覧表</b>	301



## 新型コロナウイルス感染症等の健康危機への 備えと対応を踏まえた医療提供体制のための研究

研究代表者 小池 創一 自治医科大学地域医療学センター 地域医療政策部門 教授

### 研究要旨

医師の働き方改革や医師偏在対策等の医療提供体制の改革の議論が進められる中、新型コロナウイルス感染症への対応の経験を踏まえ、パンデミックや自然災害等の危機発生時に、地域や医療機関において状況に応じて柔軟な対応ができるような弾力性のある医療提供体制を構築する必要性が再認識されている。

このような状況を踏まえ、本研究では、新型コロナウイルス感染症が医療従事者の労働実態やニーズ等にどのように影響を及ぼしたのか検証を行うことを目的として、新型コロナウイルス感染症等の健康危機への備えと対応を踏まえた医療提供体制に関する調査、新型コロナウイルス感染症への対応の実態を踏まえた医師の働き方改革に関する調査、新型コロナウイルス感染症がもたらした研修医・専攻医への影響に関する調査、新型コロナウイルス感染症対応を契機とした看護業務量の変化を把握するためのタイムスタディおよび業務効率化等に関する調査を実施した。

本研究により、新型コロナウイルス感染症が医療機関に与えた影響、医師の労働実態やニーズ等に与えた影響、研修医・専攻医への影響、看護業務量の変化に与えた影響の一端について明らかにすることができた。これらの知見は、新型コロナウイルス感染症の今後の流行の拡大時への備えとなるばかりでなく、新型コロナウイルス感染症以外のパンデミックや自然災害等の他の危機発生時等の危機発生時に備えた医療従事者の確保や育成のあり方等について検討を行う上で有益なエビデンスを提供するものと考えられた。

### 研究分担者

今村 知明 奈良県立医科大学  
公衆衛生学講座 教授

坂本 すが 東京医療保健大学 医療保健学部  
副学長

妻 英洙 ハイズ株式会社 代表取締役

### 研究協力者

福井 次矢 聖路加国際大学 聖路加国際病院  
院長

栗田かほる ハイズ株式会社 コンサルタント  
高橋 理 聖路加国際大学 公衆衛生大学院  
教授

大出 幸子 聖路加国際大学 公衆衛生大学院  
教授

森田 貴子 聖路加国際大学 公衆衛生大学院  
研究補助員

末永 由理 東京医療保健大学 医療保健学部  
教授

佐々木美奈子 東京医療保健大学 医療保健学  
部 教授

小澤 知子 東京医療保健大学 医療保健学部  
准教授

駒崎 俊剛 東京医療保健大学 医療保健学部  
講師

白瀬 紗苗 東京医療保健大学 医療保健学部  
助教

本谷 園子 東京医療保健大学 大学院医療保  
健学研究科 助教

卯野木 健 札幌市立大学 看護学部 教授

## A. 研究目的

医師の働き方改革や医師偏在対策等の医療提供体制の改革の議論が進められる中、新型コロナウイルス感染症への対応の経験を踏まえ、パンデミックや自然災害等の危機発生時に、地域や医療機関において状況に応じて柔軟な対応ができるような弾力性のある医療提供体制を構築する必要性が再認識されている。

また、医師の働き方改革においては、先の労働基準法の改正等により、医師に対し2024年度より罰則付きの時間外労働の上限規制が適用されることとなり、国の検討会において医事法制や医療政策における措置に

ついて議論が行われていたが、これらの議論は、平時における医師の働き方を前提としていたため、今後は危機発生時の働き方や医療提供体制も想定した議論を進めることが求められている。

このような状況を踏まえ、本研究班は、新型コロナウイルス感染症が、医師をはじめとする医療従事者の労働実態やニーズ等にごどのように影響を及ぼしたのか検証を行い、新型コロナウイルス感染症以外のパンデミックや自然災害等の他の危機発生時への備えも見据えた医療従事者の確保や育成のあり方等について検討を行うことを目的とする。

## B. 研究方法

本研究班では、以下4分野について調査等を実施した。

1. 新型コロナウイルス感染症等の健康危機への備えと対応を踏まえた医療提供体制のための研究

2020年3～8月にCOVID-19入院患者1名以上の受入実績のある1,233病院、入院患者受入実績のない1,233病院を対象とした医療施設調査、施設調査対象病院の1/2に勤務するすべての常勤医師を対象とした医師調査を実施した。調査は、Web上から、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染拡大が及ぼした医療機関での診療、医師の働き方、将来の医師需給への影響等に関する回答を得た。

## 2. 新型コロナウイルス感染症への対応の実態を踏まえた医師の働き方改革に関する検討

新型コロナウイルス感染症の拡大により、医療機関の医師をはじめとした医療職の業務量や役割分担、労働実態にどのような変化があったのか、感染拡大初期 2020 年 2 月から 2020 年 6 月頃における実態を調査することを目的として、医療機関 18 施設へのヒアリング調査を実施した。

## 3. 新型コロナウイルス感染症がもたらした研修医・専攻医への影響

調査会社（株式会社プラメドプラス）が保有する医師調査パネルのうち、卒後 1 年次～5 年次の医師（研修医および専攻医）を対象に、新型コロナウイルス感染症の拡大が、研修医及び専攻医にどのような影響を及ぼしたのかを明らかにするための WEB 調査を実施した。

## 4. 新型コロナウイルス感染症対応を契機とした看護業務量の変化を把握するためのタイムスタディおよび業務効率化等に関する調査

病床規模、病床機能の異なる (1) 42 病院 42 名の看護部長に対する新型コロナ感染症に対応した看護管理に関する自記式質問紙調査、(2) 同施設の 42 病院 45 病棟の病棟師長 45 名に対する新型コロナ感染症を契機とした看護業務の変化・効率化に関する自記式質問紙調査、(3) 同施設のうち、41 病院 44 病棟の看護師 567 名に対して、新型コロナ

感染症流行期における看護業務タイムスタディ調査（看護業務 85 項目）を実施した。

（倫理面への配慮）

倫理審査等が必要な調査の実施にあたっては、各研究者が所属する研究機関の倫理審査委員会等（自治医科大学医学系倫理審査委員会、聖路加国際大学研究審査委員会、東京医療保健大学ヒトに関する研究倫理委員会）における審査・承認を得て実施した。

## C. 研究結果

### 1. 新型コロナウイルス感染症等の健康危機への備えと対応を踏まえた医療提供体制のための研究

緊急事態宣言下では、入院、外来、救急搬送のいずれも減少したが、特に、予定手術の減少幅が大きく、感染拡大ピーク時には約 6 割の医療機関が、「一部の病棟・病室を COVID-19 対応病棟に転換した」と回答し、COVID-19 入院患者数規模が大きいほど、病棟の閉鎖や転換を行って患者受け入れ態勢を確保している割合が高くなっていた。

医師の働き方に関して、平日の勤務時間は COVID-19 患者を直接診療した医師、直接診療していない医師で、1 年前、緊急事態宣言下、調査時点のいずれの段階でも直接診療した医師の勤務時間が長かった。

将来の医師需給に与える影響に関し、今回の COVID-19 感染拡大を受けた引退の時期、今後従事する地域の見通しについて質問し

たところ、大きな影響は認められなかった。また、新たな専門的診療能力を獲得するために必要な期間については、救急領域・集中治療領域・感染症領域とも、約4割の医師は、数か月程度の研修があれば、専門家の指導の下である程度対応できると回答していた。

## 2. 新型コロナウイルス感染症への対応の実態を踏まえた医師の働き方改革に関する検討

医療機関18施設へのヒアリングを実施したところ、新型コロナ対応施設と非対応施設では労働密度や働き方にばらつきがあることが明らかとなった。さらに対応施設の中でも、患者重症度、患者受け入れ時期、受け入れ患者数、準備病床数等の違いによる新型コロナ対応部署－非部署間で労働密度や働き方のばらつきがみられた。また職種間や職種内でのばらつきも存在していた。

## 3. 新型コロナウイルス感染症がもたらした研修医・専攻医への影響

今般のCOVID-19のために、研修が達成できなかったと答えた研修医が29.2%、専攻医が18.2%いて、達成できなかった研修内容のうち最も多かったものは、地域医療への参加(23.7%)、小児科患者への対応(22.3%)、抜管・挿管・気管切開等の処置への参加(21.2%)、剖検(20.9%)などであった。

COVID-19の拡大前と比べて、拡大中の業務ごと(直接患者ケア、非直接患者ケア、教育、研究、事務業務、プライベート、その他)に費やす時間には有意な変化はなかったも

の、教育を受ける時間が減ったと答えた研修医が55.6%、専攻医が46.6%と、明らかに多かった。

## 4. 新型コロナウイルス感染症対応を契機とした看護業務量の変化を把握するためのタイムスタディおよび業務効率化等に関する調査

### (1) 看護業務の実態と変化

新型コロナ感染症が拡大した折に、入院制限や面会禁止・制限、病院職員以外の出入りの制限を実施した病院は多く、看護師への業務集中が課題であった。タイムスタディでは、看護師1人あたり8時間勤務に換算した業務時間(分)の2020年度の上位項目は、〈日々の看護実施記録〉〈排泄介助〉〈観察〉〈看護師間の申し送り〉〈患者等からの情報収集〉〈バイタルサインの測定〉であった。2018年のタイムスタディと比較では、〈感染予防〉〈観察〉〈患者等からの情報収集〉などで増加し〈排泄介助〉〈バイタルサインの測定〉〈日々の看護実施記録〉などで減少がみられた。

### (2) コロナ感染拡大に対応した看護管理の実態と課題

コロナ感染症患者受入れの有無に関わらず、看護職員の配置、外来部門等の縮小、一般病棟の一時閉鎖、宿泊施設の確保、保育場所の確保など多様な対策をたてていた。また、看護管理者は、看護師のメンタルケアや健康管理を強く意識して実施していた。

一方で、危機管理に関しては、平時からの

看護管理者教育やスタッフ教育、及び多職種との共通認識や役割分担の見直しが課題となった。

また、ICT化が進んだ病院は6割である一方で、「Wi-Fi等ネット環境整備」「ICTシステム・機器の導入費用」「ICTツールの整備」「ICT活用技術の習得」などが課題となった。

### (3) 危機発生時におけるチーム医療の実態と課題

コロナ感染症対応を契機とした看護補助者へのタスクシフトを行った病棟は少なかったが、看護部と他の部門との業務分担に取り組んでいた。

一方で、「看護師への業務集中」「医師・多職種の非協力」「危機意識の温度差」「患者対応は看護師という認識」「清掃などの委託業務が看護師へ移行」などが課題となった。

## D. 考察

### 1. 新型コロナウイルス感染症等の健康危機への備えと対応を踏まえた医療提供体制のための研究

診療への影響については、COVID-19対応病棟（ICU、HCU等の集中治療を行う病棟及び一般病棟）の看護職員配置について、45%ほどの医療機関では平時と変わらない状態だった。また、平時と比して配置を増やした医療機関の割合は、COVID-19入院患者数規模が大きくなるほど高くなる傾向があ

った一方で、増員のほとんどが院内での配置転換によるものだった。このことから、COVID-19対応においては、院外からの増員の調整・教育は難しく、院内での人的資源の活用で乗り切った場合が多かったと考えられる。

医師の働き方については、勤務時間について、COVID-19患者を直接診療した医師は、1年前より調査時点の方が長くなっているが、COVID-19患者を直接診療していない医師は、1年前より調査時点の方が短くなっていた。COVID-19患者を直接診療した医師の時間が増えた因子として、診療自体の増加、院内の感染防御体制の構築、行政対応、職員への感染防御に関する教育、コロナ対策会議等の院内会議への追加参加、等が考えられる。また、COVID-19患者を直接診療していない医師の時間が減った因子として、外来に関しては患者自身の受診控えと病院側の積極的な受診制限による患者数の減少、入院に関してはコロナ受入のための他病棟閉鎖や手術延期による入院診療の減少、学会・研究会の自粛による業務内出張の減少、外勤先病院の兼業受入抑制と自院からの派遣抑制、等が考えられた。

医師需給への影響については、医師の引退時期・勤務地の将来の見通しについて、今般のCOVID-19感染拡大、また、COVID-19患者を直接診察したことは、引退時期の想定を若干早めたり、見通しの不透明性を若干高めたりさせているが、その程度は小さかった。このことから、COVID-19感染拡大による影響が医師需給や医師偏在に関して大きな影

響が出ていなかったと考えられる。ただし、本調査実施時点は COVID-19 感染拡大の第 1 波及び第 2 波までであり、第 3 波時点以降ではさらに大きな影響が生じている可能性がある。

新たな専門的診療能力（救急領域・集中治療領域・感染症領域）の獲得のトレーニング期間について、医師経験年数が短いほど、長くかかると見込んでいる。一方で、平成 16 年新医師臨床研修制度開始以降の医師は、トレーニング期間（年数）を短めに見込んでいることから、新制度下での基本的診療能力の向上が図られた一定の効果が現れていると考えられる。

## 2. 新型コロナウイルス感染症への対応の実態を踏まえた医師の働き方改革に関する検討

本調査によって、①新型コロナ対応施設－非対応施設間、②新型コロナ対応部署－非対応部署間、③新型コロナ対応者－非対応者間、の 3 種類の「ばらつき」が生じていることが明らかとなったが、3 種類の関係性の中で様々な課題が生じ、それぞれの課題へのアプローチ方法も多様であることが新型コロナウイルス感染症へのマネジメントの難易度を上げていていると考えられた。全ての医療機関、全ての部署、全ての職種、全ての職員に対して画一的かつ均一的な対処法や解決法を見出すことは難しく、それぞれの現場・現物・現実の「三現主義」に基づいた丁寧なマネジメントの必要性があらためて見出された。

第一波においては、国や自治体の情報や支

援が不足する中で、各医療機関が自発的かつ自律的に判断を行い、受け入れ態勢を模索・構築しており、また最前線の現場においては新型コロナ対応を行った職員の使命感や自己犠牲を伴う過重労働によって支えられていた点も否めない。新型コロナウイルス感染症対応の長期化や新たな健康危機、自然災害等の発生に備え、平時から組織的な対策を講じておく必要がある。コロナ禍を経験したことで、平時の業務や働き方・休み方を考える機会を得て、今後継続的に業務の効率化や IT 化の推進、タスクシェア・シフトを進めていく重要性を再確認した。これらは現場の努力のみ、また医療機関単独で達成することは難しく、国や自治体、各関係学会の支援が不可欠と考える。

## 3. 新型コロナウイルス感染症がもたらした研修医・専攻医への影響

今般の COVID-19 拡大に直面し、公衆衛生に関心・興味を持つようになった医師が 52.0%いて、もともと公衆衛生に興味があった 15.8%を加えると、若い医師の 67.8%が公衆衛生に興味を持っていることになり、今後の公衆衛生学教育の改善拡張が必要となる。

また、今般の COVID-19 拡大を経験して、そのストレスから病院を辞めたいと思ったことがある、あるいはまさに今思っていると答えた医師が 37.9%もいて、メンタルサポートの体制整備の重要性を改めて示すものである。

4. 新型コロナウイルス感染症対応を契機とした看護業務量の変化を把握するためのタイムスタディおよび業務効率化等に関する調査

#### (1) 看護業務の変化

「平常時（2018年）」と比較し、「新型コロナウイルス感染症流行期（2020年）」においては、〈感染予防〉〈観察〉〈患者からの情報収集〉の業務で、より時間を要していた。コロナ感染症流行の影響を受けたと考えられる。

#### (2) コロナ感染拡大に対応した看護管理

看護管理者は、コロナ感染症患者の受入れ・受入れなしにかかわらず、新たな医療・看護体制の整備、人員不足、スタッフやその家族の不安などに対し、病院の実情に応じた対応を行っていた。

一方で、スタッフのメンタル・サポート、危機発生時における人的資源や情報資源の整備と活用、平常時からの看護管理者教育等が課題と考えられた。

危機状況におけるメンタルサポートについては、全ての人の心の健康を支えるために、病院単位、地域単位、都道府県単位の連携による体制づくりが必要と考える。

危機的状況においては、コロナ専用病棟以外の一般病床の病棟への影響も大きいいため、どのような看護体制や看護チームを結成するのかなどの方針を平時から整備し、訓練しておくことも肝要であると考ええる。

コロナ禍で人員を集めることは困難も伴う。平時から、潜在看護師、プラチナナースの活用について検討しておくことも今後の課題と考える。また、都道府県内や医療圏内におけるコロナ受け入れ病院以外の病院からの看護師応援態勢などの検討も重要と考える。

ICT化については、病院におけるインフラの整備や活用を検討し、看護師や患者・家族が簡便に利用できるような仕組みの工夫が期待される。

#### (3) 危機発生時におけるチーム医療推進

危機的状況を乗り越えるために、看護部と他部門との間でタスクシフト/シェアが行われていたが、看護師に業務が集中するなど課題もあった。

チーム医療推進に向けては、病院内のある部門だけに過重な負担がかかることなく、各職種が専門性を発揮出来るようにタスクシフト/シェアすることが重要である。そのためには、ICT化や看護補助者活用の推進が有効と考えられる。同時に、外部業者の危機対応能力の向上も重要である。チーム医療推進に向けて、多様な政策的支援が必要と考える。

## E. 結論

本研究により、新型コロナウイルス感染症が医療機関に与えた影響、医師の労働実態やニーズ等に与えた影響、研修医・専攻医への影響、看護業務量の変化に与えた影響の一端について明らかにすることができた。

これらの知見は、新型コロナウイルス感染症の今後の流行の拡大時への備えとなるばかりでなく、新型コロナウイルス感染症以外のパンデミックや自然災害等の他の危機発生時等の危機発生時に備えた医療従事者の確保や育成のあり方等について検討を行う上で有益なエビデンスを提供するものと考え

られた。

**F. 健康危険情報研究発表**

該当無し

**G. 研究発表**

該当無し

**H. 知的財産権の出願・登録状況**

該当なし

## 新型コロナウイルス感染症等の健康危機への 備えと対応を踏まえた医療提供体制のための研究

研究分担者 小池 創一 自治医科大学地域医療学センター 地域医療政策部門 教授  
今村知明 奈良県立医科大学 公衆衛生学講座 教授  
斐 英洙 ハイズ株式会社 代表取締役  
研究協力者 栗田かほる ハイズ株式会社 コンサルタント

### 研究要旨

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染拡大が及ぼした医療機関における診療、医師の働き方、将来の医師需給への影響を明らかにすることを目的に、2,466施設を対象とする医療施設及び施設調査対象医療機関の1/2の施設に勤務する全常勤医師を対象とするインターネット調査を実施した。回収率は、施設調査27.1%、医師調査16.7%であった。

緊急事態宣言下では、入院、外来、救急搬送のいずれも減少したが、特に、予定手術の減少幅が大きく、感染拡大ピーク時には59.2%の医療機関が「一部の病棟・病室をCOVID-19対応病棟に転換した」と回答した。COVID-19入院患者数規模が大きいほど、病棟の閉鎖や転換を行って患者受け入れ態勢を確保している割合が高くなっていた。

医師の働き方に関して、平日の勤務時間はCOVID-19患者を直接診療した医師、直接診療していない医師で、それぞれ、①1年前：10.6時間、10.3時間、②緊急事態宣言下：10.6時間、10.2時間、③調査時点（10月）：10.8時間、10.3時間と、いずれの段階でも直接診療した医師の勤務時間が長かった。初療時の予診、検査や入院の説明等の各種業務についてタスクシフトの可能性を聞いたところ、「患者の移動」58.0%、「静脈路の確保」54.6%等が将来的に他職種に分担できる割合が高かった。

将来の医師需給に与える影響に関して、今回のCOVID-19感染拡大を受けた引退の時期、今後従事する地域の見通しについて質問したところ、大きな影響は認められなかった。また、新たな専門的診療能力を獲得するために必要な期間については、救急領域・集中治療領域・感染症領域とも、約4割の医師は、数か月程度の研修があれば、専門家の指導の下である程度対応できると回答していた。

### A. 研究目的

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、健康危機発生時に地域や医療機関において、それぞれが置かれた状況に応じて柔軟な対応ができるような弾力性のある医療提

供体制を構築する必要性が再認識されている。また、先の労働基準法の改正等を受け、医師に対し2024年度より罰則付きの時間外労働の上限規制が適用されることとなり、国の検討会で医事法制や医療政策における措置について議論が行われるなど、医師の働き

方改革の議論も進められている。これらの議論は、平時における医師の働き方を前提としているため、危機発生時の診療の実態や医師の働き方も想定した議論を進めるとともに、将来の医師需給への影響についても検討することが必要となると考えられる。

このような状況を踏まえ、本分担研究は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染拡大が及ぼした医療機関での診療、医師の働き方、将来の医師需給への影響を明らかにすることを目的とした調査を実施した。

## B. 研究方法

本調査では、医療機関に対する調査（施設調査）と、医療機関に勤務する医師に対する調査（医師調査）を実施した。施設調査は、2020年3～8月にCOVID-19入院患者1名以上の受入実績のある1,233病院、入院患者受入実績のない1,233病院を対象とし、医師調査は、施設調査対象病院の1/2に勤務するすべての常勤医師を対象とした。なお、本調査では、精神病院（精神病床のみを有する病院）は調査対象に含めていない。

入院患者受入実績のある医療機関は医療経済研究機構の保険医療機関リストから、医療機関の規模、周囲の医療機関状況等を考慮して抽出した。入院患者受入実績のない医療機関は、同リストから既に抽出した医療機関を除き、病床規模4区分（20～99床、100～299床、300～499床、500床以上）が全国の医療機関と等しくなるように1,233施設を抽出した。医師調査は調査対象医療機関からの無作為抽出した1/2の病院の常勤医師全員を対象とした。調査にあたっては、調査依頼書を対象医療機関に郵送、施設調査、医師

調査を医療機関ごとに異なるURLから回答を行う形によるインターネット調査を行った。調査期間は2020年10月23日～11月6日とし、未回答医療機関に対し、11月13日にはがきで改めて調査協力を依頼した。最終締切は11月23日（金）とした。参考資料に、依頼状、調査Webサイト内容（医療施設、医師調査）を示す。

調査依頼の送付、調査Webサイトの構築、データ収集と集計業務の一部は、PwC合同会社に委託をして実施した。

（倫理面への配慮）

本研究は、自治医科大学医学系倫理審査委員会の審査・承認を受け実施した。（倫大20-78）

## C. 研究結果

（1）回収の状況について

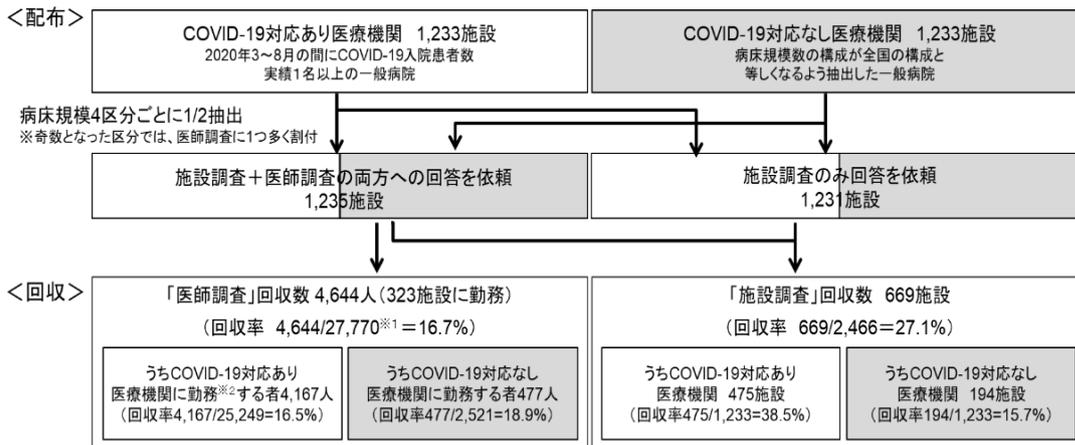
施設調査は669施設（回収率  $669 / 2,466 = 27.1\%$ ）、医師調査は323施設から4,644名（回収率  $4,644 / 27,770 = 16.7\%$ ）から回答を得た。（図1）

（2）回答者の属性について

① 施設調査について

回答があった施設は、大学病院が71施設（10.6%）、大学病院以外が598施設（89.4%）であった。施設の指定（複数回答）では、新型コロナウイルス感染症重点医療機関が232施設（34.7%）、新型コロナウイルス感染症疑い患者受入協力医療機関196施設（29.3%）、2次救急医療施設348施設（52.0%）であった。許可病床数は平均321.7床、職員数は平均621.4名であった。

図 1 調査対象施設・医師への配布・回収の概要



1

② 医師調査について

回答した医師の性別は、男性 77.3%、女性 21.8%であった。年齢構成は、24～39 歳が 37.6%、40～59 歳が 49.7%、60～74 歳が 11.5%、75 歳以上が 0.6%であった。診療科構成は、多いものから順に、内科 29.3%、外科 12.8%、小児科 6.5%、整形外科 6.4%、麻酔科 4.8%であった。うち、COVID-19 の患者（疑似症患者を含む）の診察に直接携わつ

た医師は 2,333 名（50.2%）であった。

(3) 診療への影響

①診療体制の変更の状況（感染拡大ピーク時の入院体制の変更）

COVID-19 入院患者 1 名以上の受入実績のある医療機関（COVID-19 対応あり医療機関）において、感染拡大ピーク時に「一部の病棟・病室を COVID-19 対応病棟に転換した」と回答した医療機関が最も多く、59.2

表 1 感染拡大ピーク時の入院体制の変更

表 1-1 病床規模別

	件数							割合						
	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人-	合計	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人-	合計
変更なし	31	37	30	7	7	5	117	68.9%	31.4%	25.6%	10.9%	8.5%	10.2%	24.6%
新規入院患者の受入を制限した	5	27	21	19	30	12	114	11.1%	22.9%	17.9%	29.7%	36.6%	24.5%	24.0%
入院患者の早期退院・転院を促進した	0	13	9	8	12	6	48	0.0%	11.0%	7.7%	12.5%	14.6%	12.2%	10.1%
一部の病棟を閉鎖して、医療従事者をCOVID-19対応病棟に再配置した	1	8	16	12	25	17	79	2.2%	6.8%	13.7%	18.8%	30.5%	34.7%	16.6%
一部の病棟・病室をCOVID-19対応病棟に転換した	2	55	69	48	65	42	281	4.4%	46.6%	59.0%	75.0%	79.3%	85.7%	59.2%
全体	45	118	117	64	82	49	475							

表 1-2 ICU 有無別

	件数				割合			
	ICU病床数：平均0	ICU病床数：平均1以上	無回答	合計	ICU病床数：平均0	ICU病床数：平均1以上	無回答	合計
変更なし	69	31	17	117	36.3%	14.4%	24.3%	24.6%
新規入院患者の受入を制限した	34	65	15	114	17.9%	30.2%	21.4%	24.0%
入院患者の早期退院・転院を促進した	14	32	2	48	7.4%	14.9%	2.9%	10.1%
一部の病棟を閉鎖して、医療従事者をCOVID-19対応病棟に再配置した	17	54	8	79	8.9%	25.1%	11.4%	16.6%
一部の病棟・病室をCOVID-19対応病棟に転換した	89	156	36	281	46.8%	72.6%	51.4%	59.2%
全体	190	215	70	475				

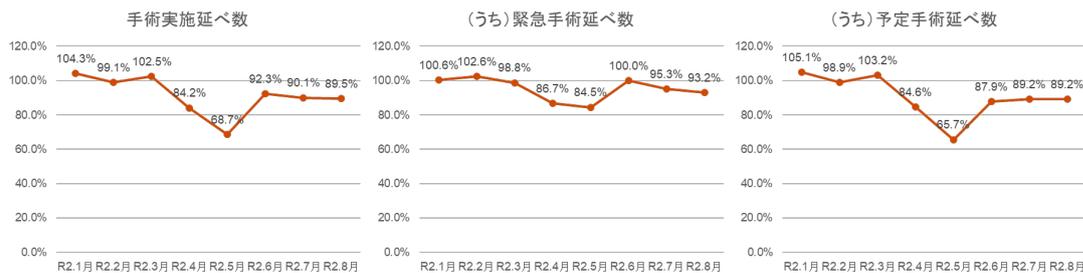


② 手術実施延べ数の推移（対前年同月比）

COVID-19 入院患者 1 名以上の受入実績のある医療機関（COVID-19 対応あり医療機関）において、令和 2 年 1～8 月の手術実施延べ数の対前年同月比は、3 月まで 100%前後だったが、その後減少し、5 月は 68.7%と

最も少なくなっていた。うち緊急手術延べ数の対前年同月比は、4～5 月は 85%程度となったが、他月は 90%以上となっていた。予定手術延べ数の対前年同月比は、4 月以降減少し、90%を下回っている。特に 5 月は 65.7%と最も少なくなっていた。（図 2）

図 2 診療への影響



③ 診療体制の変更の状況（感染拡大ピーク時の外来体制の変更）

COVID-19 対応あり医療機関において、感染拡大ピーク時に「外来体制の変更なし」と回答した医療機関は 48.2%、「再診患者の受診間隔を延ばす等して受診患者数を抑制」と

回答した医療機関は 31.6%だった。COVID-19 入院患者数別で比較すると、入院患者数規模が大きいほど「外来の初診患者の受入制限をした」回答とした割合が高かった。（表 5）

表 5 感染拡大ピーク時の外来体制の変更の状況

	件数							割合						
	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人-	合計	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人-	合計
変更なし	23	61	58	29	40	18	229	51.1%	51.7%	49.6%	45.3%	48.8%	36.7%	48.2%
救急外来を全面的に停止した	0	2	5	4	5	3	19	0.0%	1.7%	4.3%	6.3%	6.1%	6.1%	4.0%
一般外来を全面的に停止した	1	5	2	1	5	1	15	2.2%	4.2%	1.7%	1.6%	6.1%	2.0%	3.2%
救急外来の受入制限をした	3	6	9	6	13	12	49	6.7%	5.1%	7.7%	9.4%	15.9%	24.5%	10.3%
外来の初診患者の受入制限をした	3	13	17	10	13	11	67	6.7%	11.0%	14.5%	15.6%	15.9%	22.4%	14.1%
再診患者の受診間隔を延ばす等して受診患者数を抑制	8	35	39	29	22	17	150	17.8%	29.7%	33.3%	45.3%	26.8%	34.7%	31.6%
全体	45	118	117	64	82	49	475							

④ 看護職員の状況（COVID-19 対応病棟の看護職員の増員の方法）

COVID-19 対応病棟（ICU、HCU 等の集中治療を行う病棟、または、一般病棟）の看護職員配置を「増やした」とした医療機関に

おいて、「院内の看護職員の配置転換」と回答した医療機関は 67.6%で、「院外の看護職員の応援」と回答した医療機関は 0.7%だった。（表 6）

表 6 COVID-19 対応病棟の看護職員の増員の方法

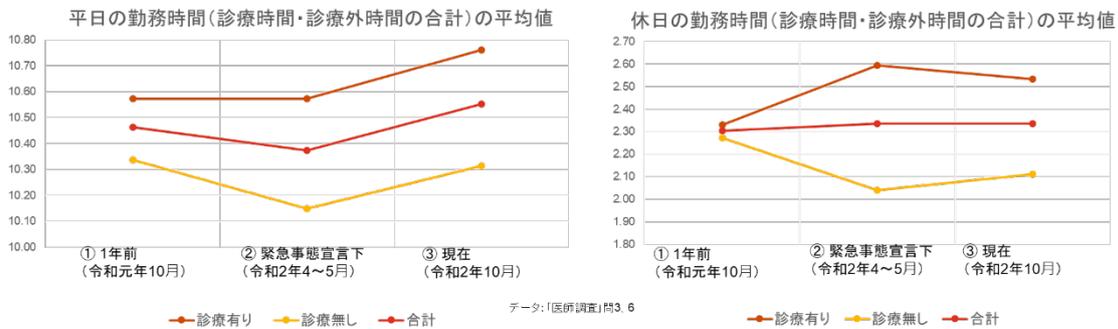
	件数					割合				
	合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299 床	合計病床数 300~499 床	合計病床数 500床~	合計	合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299 床	合計病床数 300~499 床	合計病床数 500床~	合計
院内の看護職員の配置転換	2	14	33	47	96	100.0%	46.7%	78.6%	69.1%	67.6%
院外の看護職員の応援	0	1	0	0	1	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	0.7%
上記のいずれも	0	3	0	4	7	0.0%	10.0%	0.0%	5.9%	4.9%
無回答	0	12	9	17	38	0.0%	40.0%	21.4%	25.0%	26.8%
合計	2	30	42	68	142	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

(4) 医師の働き方

① 勤務時間（診療時間・診療外時間の合計平日・休日の勤務時間（診療時間・診療外時間の合計）の平均値について、①1年前（令和元年）、②緊急事態宣言下（令和2年4~5月）、③調査時点（令和2年10月）の3時点で比較した。平日では、COVID-19患者を直接診療した医師は、調査時点が最も勤務時間が長くなっているが、COVID-19患者を直接診療していない医師は、1年前と調査時

点では勤務時間は変わらず緊急事態宣言下で勤務時間が短くなっていた。休日では、COVID-19患者を直接診療した医師は、緊急事態宣言下で最も勤務時間が長くなっており、調査時点でも1年前より勤務時間が長くなっている一方で、COVID-19患者を直接診療していない医師は、1年前より緊急事態宣言下及び調査時点で勤務時間が短くなっていた。（図3）

図 3 平日・休日の勤務時間の状況



これを診療科別にみると、外科系（外科、泌尿器科、整形外科、脳神経外科、形成外科）、内科系（内科）、その他の順で勤務時間が長く、地域別にみると、五大都市圏内市区町村（札幌大都市圏、関東大都市圏、中京大都市

圏、近畿大都市圏、北九州・福岡大都市圏）に属する市区町村以外の県庁所在地に属する市町村の医療機関に勤務する医師の勤務時間が1年前、緊急事態宣言下、調査時点において最も長かった。（表7、表8）

表 7 診療科別勤務時間の状況

	平均値（時間）			
	内科系	外科系	その他	合計
① 1年前（令和元年10?）平日	10.53	11.86	9.50	10.46
② 緊急事態宣言下（令和2年4?5?）平日	10.53	11.23	9.67	10.37
③ 調査時点（令和2年10?）平日	10.63	11.57	9.83	10.55
① 1年前（令和元年10?）休日	2.48	3.47	1.40	2.30
② 緊急事態宣言下（令和2年4?5?）休日	2.63	3.08	1.57	2.33
③ 調査時点（令和2年10?）休日	2.62	3.32	1.44	2.34
（有効集計件数）	120	79	124	323

表 8 勤務地別勤務時間の状況

	平均値（時間）			
	五大都市圏 内市区町村	その他の県 庁所在地	その他	合計
① 1年前（令和元年10?）平日	10.50	10.87	10.19	10.46
② 緊急事態宣言下（令和2年4?5?）平日	10.33	11.00	10.16	10.37
③ 調査時点（令和2年10?）平日	10.58	10.90	10.33	10.55
① 1年前（令和元年10?）休日	2.01	2.87	2.61	2.30
② 緊急事態宣言下（令和2年4?5?）休日	2.10	2.88	2.54	2.33
③ 調査時点（令和2年10?）休日	2.04	3.03	2.60	2.34
（有効集計件数）	186	45	92	323

②勤務内容（診療業務の平均的な内訳）

診療業務の内訳について、①1年前（令和元年）、②調査時点（令和2年10月）の2時点で比較した。調査時点の「COVID-19対応に係る診療業務（病棟・外来計）」の平均値は、COVID-19患者を直接診療した医師で

6.0%だった。「COVID-19対応を除く病棟業務」の平均値は、COVID-19患者を直接診療した医師で、1年前より3.2ポイント減少したのに比べ、直接診療していない医師で、0.2ポイントの減少だった。（表9）

表 9 診療業務の平均的な内訳

	平均値					
	① 1年前（令和元年10?）			② 調査時点（令和2年10?）		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
COVID-19対応を除く病棟業務	40.7	47.1	41.3	38.4	45.5	39.1
COVID-19対応を除く外来業務	35.2	38.4	35.5	34.4	37.6	34.8
COVID-19対応に係る診療業務（病棟・外来計）				4.0	3.2	3.9
主たる勤務先以外の医療機関での診療業務	8.3	3.9	7.8	8.1	3.3	7.6
その他の診療業務	15.8	10.6	15.2	15.0	10.3	14.5
有効集計件数	3,872	450	4,322	3,897	458	4,355

③ タスクシフト（医師から他職種に分担できる業務）

調査時点（令和2年10月）の平均的な勤務状況において、（1）各業務に費やした時

間、(2) 将来的に他職種に分担できる割合の回答平均値を集計したところ、「将来的に他職種に分担できる割合」が高かった業務は、「患者の移動」58.0%、「静脈路の確保」54.6%、「静脈採血」53.7%、「診断書の記載（下書

き）・入力（代行）」52.1%などだった。他の業務でも50%以上を「将来的に他職種に分担できる」と回答していた（「初療時の予診」のみ38.3%（表10）

表10 医師から他職種に分担できる業務の現状

	(1) 平均的な平日1日に費やした時間(分)			(1) 平均的な平日1日に費やした時間(分)			(2) 左の時間のうち、将来的に他職種に分担できる割合(%)			(2) 左の時間のうち、将来的に他職種に分担できる割合(%)		
	平均値			有効集計件数			平均値			有効集計件数		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
① 初療時の予診	32.5	37.0	32.9	3,388	367	3,755	38.5	37.1	38.3	3,058	333	3,391
② 検査手順の説明や入院の説明	30.8	30.0	30.7	3,379	373	3,752	50.6	46.7	50.2	3,142	341	3,483
③ 処方箋の説明や服薬の指導	22.3	27.8	22.9	3,318	368	3,686	51.6	51.1	51.5	3,065	331	3,396
④ 静脈採血	3.7	2.7	3.6	3,162	340	3,502	53.7	53.6	53.7	2,529	266	2,795
⑤ 静脈注射	4.9	2.7	4.7	3,151	342	3,493	51.4	51.5	51.4	2,511	269	2,780
⑥ 静脈路の確保	5.9	4.8	5.8	3,177	340	3,517	54.9	51.3	54.6	2,597	276	2,873
⑦ 尿道カテーテルの留置	2.4	3.0	2.5	3,136	339	3,475	51.2	51.9	51.3	2,493	260	2,753
⑧ 診断書の記載（下書き）・入力（代行）	29.3	34.9	29.9	3,324	369	3,693	52.4	48.7	52.1	3,067	336	3,403
⑨ 患者の移動	8.6	5.2	8.2	3,192	342	3,534	58.3	55.1	58.0	2,705	282	2,987

(5) 将来のキャリアパス（医師の引退時期について）

今回の COVID-19 感染拡大を受けたキャリアプランの変更の有無を知るために、医師

としての引退の時期を聞いたところ、生涯現役の予定（29.4%）、●歳ごろ引退（引退の予定あり）（33.7%）、わからない（32.7%）、無回答4.2%であった。（表11）

表11 医師としての引退の時期について

	件数				割合				平均値			
	診療有り	診療無し	無回答	合計	診療有り	診療無し	無回答	合計	診療有り	診療無し	無回答	合計
生涯現役の予定	723	635	6	1,364	31.0%	27.9%	17.1%	29.4%				
●歳頃に引退	786	777	3	1,566	33.7%	34.1%	8.6%	33.7%	67.1	67.1	70.0	67.1
わからない	724	786	10	1,520	31.0%	34.5%	28.6%	32.7%				
無回答	100	78	16	194	4.3%	3.4%	45.7%	4.2%				
合計	2,333	2,276	35	4,644	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%				
(有効集計件数)									776	760	2	1,538

このうち、生涯現役の予定と回答した1,364名について、COVID-19 感染拡大の影響を受けての見通しの変更の有無を聞いたところ、

「生涯現役の予定（見通しの変更はない）」のままとしたのは91.7%だった。（表12）

表12 COVID-19 感染拡大の影響を受けての見通しの変更

	件数				割合				平均値			
	診療有り	診療無し	無回答	合計	診療有り	診療無し	無回答	合計	診療有り	診療無し	無回答	合計
見通しの変更はない（生涯現役の予定）	658	588	5	1,251	91.0%	92.6%	83.3%	91.7%				
●歳頃に引退	17	9	0	26	2.4%	1.4%	0.0%	1.9%	63.8	68.9	-	65.6
わからない	39	27	1	67	5.4%	4.3%	16.7%	4.9%				
無回答	9	11	0	20	1.2%	1.7%	0.0%	1.5%				
合計	723	635	6	1,364	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%				
(有効集計件数)									17	9	-	26

(6) 次の感染症流行への備え

① Business Continuity Plan (BCP) の見直

し

COVID-19 感染拡大を契機として、BCP

を新規に策定、又は見直しを行った医療機関は27.2%であった。COVID-19感染拡大を契機として、BCPを新規に策定したCOVID-19対応あり医療機関は10.3%に対し、

COVID-19対応なし医療機関は5.7%であった(表13)

表13 BCPの見直しの状況

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
新規に策定した	49	11	60	10.3%	5.7%	9.0%
従来策定したものを見直した	95	27	122	20.0%	13.9%	18.2%
新規策定・見直しを行わなかった	314	125	439	66.1%	64.4%	65.6%
無回答	17	31	48	3.6%	16.0%	7.2%
合計	475	194	669	100.0%	100.0%	100.0%

また、見直しを行った内容としては、主に、「備蓄医療資機材の保有量」59.0%、「診療スペース等への転用可能スペース」46.7%、「指

揮命令系統」45.1%、「緊急時に参集する要因」42.6%、「患者や物品の搬送手段」36.1%などであった。(表14)

表14 BCPの見直しの内容(複数回答)

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
指揮命令系統	42	13	55	44.2%	48.1%	45.1%
災害対策本部の設置基準	31	4	35	32.6%	14.8%	28.7%
通常時の配置要員	20	5	25	21.1%	18.5%	20.5%
緊急時に参集する要員	40	12	52	42.1%	44.4%	42.6%
診療スペース等への転用可能スペース	41	16	57	43.2%	59.3%	46.7%
備蓄医療資機材の保有量	53	19	72	55.8%	70.4%	59.0%
患者や物品の搬送手段	32	12	44	33.7%	44.4%	36.1%
建物や設備の耐震化	9	1	10	9.5%	3.7%	8.2%
電気等ライフライン・バックアップ燃料	13	5	18	13.7%	18.5%	14.8%
その他	17	3	20	17.9%	11.1%	16.4%
全体	95	27	122			

② 新たな専門的診療能力の獲得のために必要となるトレーニングについて

新たな専門的診療能力を獲得する必要が生じた場合に必要となるトレーニングについて、救急領域・集中治療領域・感染症領域別に聞いたところ、3領域とも「専門家の指導の下で、ある程度対応できる」ためには「数

か月程度の研修が必要」と回答した医師が40%前半台と最も多かった。

救急領域・集中治療領域・感染症領域とも、「専門家として独立する」ためには「年単位の研修が必要」と回答した医師が60%前後と最も多く、その平均年数は、救急領域で3.7年、集中治療領域で3.9年、感染症領域で3.5年だった。(表15)

表 15 新たな専門的治療能力を獲得する必要がある場合に必要となるトレーニング

表 15-1 救急領域

	① 救急領域の専門家の指導の下で、ある程度対応できる			② 救急領域の専門家として独立する		
	件数	割合	平均値(年)	件数	割合	平均値(年)
	合計	合計	合計	合計	合計	合計
数週間程度の研修が必要	1,031	22.2%		303	6.5%	
数か月程度の研修が必要	1,948	41.9%		1,031	22.2%	
年単位の研修が必要(●年程度)	1,152	24.8%	2.5	2,807	60.4%	3.7
救急領域の専門家であるため研修は不要	193	4.2%		160	3.4%	
無回答	320	6.9%		343	7.4%	
合計	4,644	100.0%		4,644	100.0%	
(有効集計件数)			1,121			2,461

表 15-2 集中治療領域

	① 集中治療領域の専門家の指導の下で、ある程度対応できる			② 集中治療領域の専門家として独立する		
	件数	割合	平均値(年)	件数	割合	平均値(年)
	合計	合計	合計	合計	合計	合計
数週間程度の研修が必要	698	15.0%		269	5.8%	
数か月程度の研修が必要	1,925	41.5%		938	20.2%	
年単位の研修が必要(●年程度)	1,481	31.9%	2.5	2,910	62.7%	3.9
救急領域の専門家であるため研修は不要	186	4.0%		168	3.6%	
無回答	354	7.6%		359	7.7%	
合計	4,644	100.0%		4,644	100.0%	
(有効集計件数)			1,372			2,508

表 15-3 感染症領域

	① 感染症領域の専門家の指導の下で、ある程度対応できる			② 感染症領域の専門家として独立する		
	件数	割合	平均値(年)	件数	割合	平均値(年)
	合計	合計	合計	合計	合計	合計
数週間程度の研修が必要	861	18.5%		332	7.1%	
数か月程度の研修が必要	2,059	44.3%		1,180	25.4%	
年単位の研修が必要(●年程度)	1,260	27.1%	2.5	2,676	57.6%	3.5
救急領域の専門家であるため研修は不要	111	2.4%		103	2.2%	
無回答	353	7.6%		353	7.6%	
合計	4,644	100.0%		4,644	100.0%	
(有効集計件数)			1,163			2,353

新たな専門的診療能力を獲得する必要がある場合に必要となるトレーニングについて、医籍登録年区分別でみる、と救急領域と感染症領域では、「専門家の指導の下で、ある程度対応できる」ために「数週間程度の研修が必要」より「年単位の研修が必要」と回答した割合が大きくなるのは、医籍登録年1994年以降の3区分だった。集中治療領域

では、どの区分でも、「数週間程度の研修が必要」より「年単位の研修が必要」と回答した割合が大きかった。3領域とも、「年単位の研修が必要」と回答した者の想定年数の平均値は、2004年(新医師臨床研修制度開始)～2013年の区分が前後の区分と比べて少ない値だった。(表16)

表 16 新たな専門的治療能力を獲得する必要が生じた場合に必要となるトレーニング

表 16-1 救急領域

	件数						割合							
	医師登録：1974～1973年	医師登録：1974～1983年	医師登録：1984～1993年	医師登録：1994～2003年	医師登録：2004年～2013年	医師登録：2014年～	合計	医師登録：1974～1973年	医師登録：1974～1983年	医師登録：1984～1993年	医師登録：1994～2003年	医師登録：2004年～2013年	医師登録：2014年～	合計
数週間程度の研修が必要	9	79	288	284	214	127	1,001	24.3%	29.2%	34.1%	24.6%	16.6%	14.7%	22.4%
数か月程度の研修が必要	6	86	305	476	586	424	1,883	16.2%	31.7%	36.1%	41.2%	45.4%	49.0%	42.2%
年単位の研修が必要（●年程度）	4	62	151	293	365	230	1,105	10.8%	22.9%	17.9%	25.4%	28.3%	26.6%	24.7%
救急領域の専門家であるため研修は不要	1	18	54	43	57	15	188	2.7%	6.6%	6.4%	3.7%	4.4%	1.7%	4.2%
無回答	17	26	47	59	69	70	288	45.9%	9.6%	5.6%	5.1%	5.3%	8.1%	6.5%
合計	37	271	845	1,155	1,291	866	4,465	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
平均値（年）														
※年単位の研修が必要（●年程度）	1.3	2.0	2.4	2.8	2.3	2.7	2.5							
（有効集計件数）	3	53	145	285	359	236	1,081							

表 16-2 集中治療領域

	件数						割合							
	医師登録：1974～1973年	医師登録：1974～1983年	医師登録：1984～1993年	医師登録：1994～2003年	医師登録：2004年～2013年	医師登録：2014年～	合計	医師登録：1974～1973年	医師登録：1974～1983年	医師登録：1984～1993年	医師登録：1994～2003年	医師登録：2004年～2013年	医師登録：2014年～	合計
数週間程度の研修が必要	4	54	176	215	147	80	676	10.8%	19.9%	20.8%	18.6%	11.4%	9.2%	15.1%
数か月程度の研修が必要	6	90	350	474	564	382	1,866	16.2%	33.2%	41.4%	41.0%	43.7%	44.1%	41.8%
年単位の研修が必要（●年程度）	8	79	213	357	447	317	1,421	21.6%	29.2%	25.2%	30.9%	34.6%	36.6%	31.8%
集中治療領域の専門家であるため研修は不要	0	16	53	41	58	13	181	0.0%	5.9%	6.3%	3.5%	4.5%	1.5%	4.1%
無回答	19	32	53	68	75	74	321	51.4%	11.8%	6.3%	5.9%	5.8%	8.5%	7.2%
合計	37	271	845	1,155	1,291	866	4,465	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
平均値（年）														
※年単位の研修が必要（●年程度）	2.6	2.1	2.4	2.7	2.4	2.6	2.5							
（有効集計件数）	7	66	198	331	419	307	1,328							

表 16-3 感染症領域

	件数						割合							
	医師登録：1974～1973年	医師登録：1974～1983年	医師登録：1984～1993年	医師登録：1994～2003年	医師登録：2004年～2013年	医師登録：2014年～	合計	医師登録：1974～1973年	医師登録：1974～1983年	医師登録：1984～1993年	医師登録：1994～2003年	医師登録：2004年～2013年	医師登録：2014年～	合計
数週間程度の研修が必要	8	70	233	239	187	98	835	21.6%	25.8%	27.6%	20.7%	14.5%	11.3%	18.7%
数か月程度の研修が必要	6	102	364	499	597	419	1,987	16.2%	37.6%	43.1%	43.2%	46.2%	48.4%	44.5%
年単位の研修が必要（●年程度）	6	59	171	313	406	260	1,215	16.2%	21.8%	20.2%	27.1%	31.4%	30.0%	27.2%
感染症領域の専門家であるため研修は不要	0	10	27	36	25	9	107	0.0%	3.7%	3.2%	3.1%	1.9%	1.0%	2.4%
無回答	17	30	50	68	76	80	321	45.9%	11.1%	5.9%	5.9%	5.9%	9.2%	7.2%
合計	37	271	845	1,155	1,291	866	4,465	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
平均値（年）														
※年単位の研修が必要（●年程度）	1.7	2.2	2.4	2.6	2.3	2.7	2.5							
（有効集計件数）	7	45	159	290	375	248	1,124							

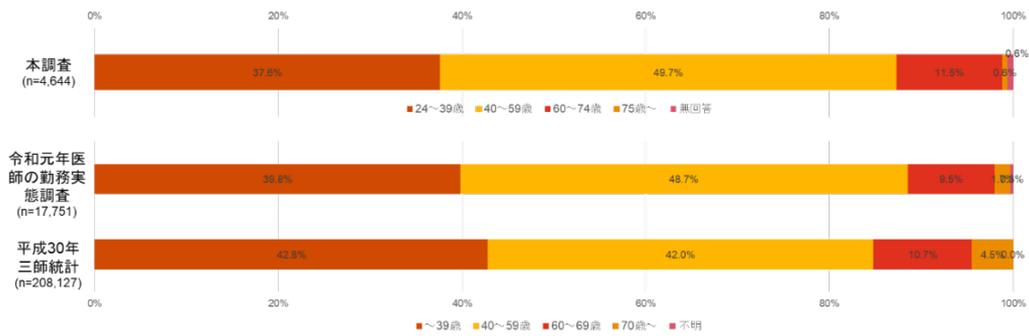
D. 考察

(1) 回答者の属性

平成 30 年医師・歯科医師・薬剤師統計等と比較しても、本調査の回答者の属性に大きな偏りは発生していない。年齢 60 歳以上の区分の回答者がやや少ないことや、勤務地が特定警戒都道府県である回答者がやや多いこ

とは、COVID-19 対応施設を調査対象の半分に割り当てていることから生じたもの考えられる。「令和元年医師の勤務実態調査」及び「平成 30 年医師・歯科医師・薬剤師統計」と比較すると、本調査の回答者は 39 歳以下の割合がやや少なく、40～59 歳の割合がやや多い。（図 4）

図4 本調査回答者の年齢構成の比較(令和元年度調査・平成30年三師調査との比較)



勤務地(都道府県)については、「平成30年医師・歯科医師・薬剤師統計」と比較すると、回答した医師の勤務地(都道府県)は、

いくつかの都道府県で大きなばらつきがある。(図5)

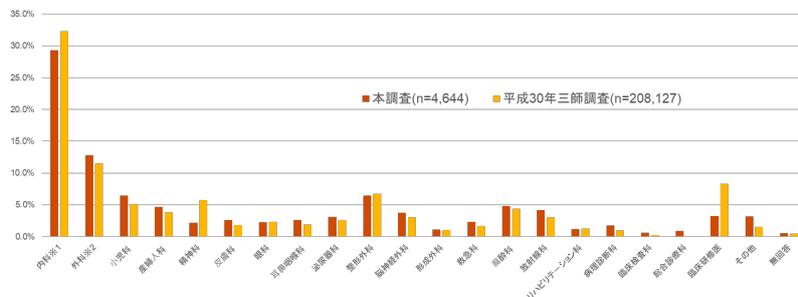
図5 本調査回答者の都道府県分布の比較(平成30年三師調査との比較)



診療科については、「平成30年医師・歯科医師・薬剤師統計」と比較すると、診療科の構成は概ね類似するが、本調査の調査対象から精神病院(精神病床のみを有する病院)は

除いているため、精神科の医師の割合は本調査の方が低くなっている。また、臨床研修医の割合についても、本調査の方が低くなっている。(図6)

図6 本調査回答者の診療科分布(平成30年三師調査との比較)



※1 内科:内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、診療内科、神経内科

※2 外科:外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

## (2) 診療への影響について

令和2年5～8月での外来患者数の対前年同月比はほとんど90%以下だった。また、感染拡大ピーク時の外来体制の変更に関して、COVID-19入院患者数規模が大きくなるほど「外来の初診患者の受入制限をした」とした割合が高かった。このことから、COVID-19により他疾患患者の受診控え、医療機関側の調整が続いていると考えられる。

COVID-19対応病棟（ICU、HCU等の集中治療を行う病棟及び一般病棟）の看護職員配置について、45%ほどの医療機関では平時と変わらない状態だった。また、平時と比して配置を増やした医療機関の割合は、COVID-19入院患者数規模が大きくなるほど高くなる傾向があった一方で、増員のほとんどが院内での配置転換によるものだった。このことから、COVID-19対応においては、院外からの増員の調整・教育は難しく、院内での人的資源の活用で乗り切っている場合が多いと考えられる。

## (3) 医師の働き方

勤務時間について、COVID-19患者を直接診療した医師は、1年前（令和元年10月）より調査時点（令和2年10月）の方が長くなっているが、COVID-19患者を直接診療していない医師は、1年前より調査時点の方が短くなっていた。COVID-19患者を直接診療した医師の時間が増えた因子として、診療自体の増加、院内の感染防御体制の構築、行政対応、職員への感染防御に関する教育、コロナ対策会議等の院内会議への追加参加、等が考えられる。また、COVID-19患者を直接診療していない医師の時間が減った因子として、外来に関しては患者自身の受診控えと病院側の積極的な受診制限による患者数の

減少、入院に関してはコロナ受入のための他病棟閉鎖や手術延期による入院診療の減少、学会・研究会の自粛による業務内出張の減少、外勤先病院の兼業受入抑制と自院からの派遣抑制、等が考えられる。

医師の多種類の業務について、その50%以上を将来的に他職種に分担できると見ている結果となっており、質問した各業務の定義・内容は一致していないことに留意が必要ではあるものの、平成28年「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」と比較すると、他職種に分担できると考える割合について、「患者の移動」、「診断書の記載（下書き）・入力（代行）」、「静脈採血」等の各業務で大幅にポイントが上がっていた。これらの結果を踏まえると、今後さらにタスクシフトを推進する余地があると考えられる。ただし、看護師等のタスクシフトされる側がコロナ対応で多忙になっている病院も多くあり、タスクシフトしたい側のみならず、タスクシフトされる側の状況を鑑みる必要がさらに高まっていると考えられる。

## (4) 医師需給への影響について

医師の引退時期・勤務地の将来の見通しに関し、今般のCOVID-19感染拡大やCOVID-19患者を直接診察したことは、引退時期の想定を若干早めたり、見通しの不透明性を若干高めたりさせているが、その程度は小さかった。このことから、COVID-19感染拡大による影響が医師需給や医師偏在に関して大きく影響するとはあまり考えられない。

一方で、本調査実施時点はCOVID-19感染拡大の第1波及び第2波までであり、さらに大規模になっている第3波の現時点ではもっと影響が生じている可能性がある。

新たな専門的診療能力（救急領域・集中治療領域・感染症領域）の獲得のトレーニング

期間について、医師経験年数が短いほど、長くかかると見込んでいる。一方で、平成 16 年新医師臨床研修制度開始以降の医師は、トレーニング期間（年数）を短めに見込んでいることから、新制度下での基本的診療能力の向上が図られた一定の効果が現れていると考えられる。

#### （5）本研究の限界について

本調査は調査時点を令和 2 年 10 月としているため、本調査の結果は COVID-19 感染拡大の第 1 波（令和 2 年 4 月頃）、第 2 波（令和 2 年 8 月頃）への対応状況を把握するものとなっている。第 1 波、第 2 波より感染者数規模が大きくなった第 3 波以降での対応状況を明らかにするためには、引き続き調査を行うことが必要と考えられる。

本調査の回収率は、施設調査で 27.1%、医師調査で 16.7%と、決して高い回収率ではなかった。より精緻な調査結果を得るためには、回収率を上げることが重要である。COVID-19 感染拡大下での任意アンケート調査であることを踏まえ、調査目的とのバランスを取りながら質問数を極力絞るなどの工夫が必要と考えられる。

また、新たな専門的診療能力（救急領域・集中治療領域・感染症領域）の獲得に必要なトレーニング期間について等に見られるように、あくまでも医師の主観による回答については、実際の知識や能力を測定したものではない点にも解釈に留意が必要である。

### E. 結論

COVID-19 感染拡大が及ぼした医療機関における診療、医師の働き方、将来の医師需給への影響を明らかにすることを目的に、医

療施設及び医師を対象とするインターネット調査を実施した。

緊急事態宣言下では、入院患者、外来患者、救急搬送のいずれも減少したが、特に予定手術の減少幅が大きかった。医師の働き方に関しては、COVID-19 患者を直接診療した医師の勤務時間が長くなっていた。また、タスクシフトの可能性については、患者の移動、静脈路の確保等が将来的に他職種に分担できる割合が高かった。

さらに、将来の医師需給に与える影響に関しては、引退の時期、今後従事する地域の見通しについて、今回の流行は大きな影響を与えたとは認められず、新たな専門的診療能力を獲得するために必要なトレーニング期間については、救急領域・集中治療領域・感染症領域とも、約 4 割の医師は、数か月程度の研修があれば、専門家の指導の下である程度対応できると回答していた。

これらの知見は、新型コロナの第 3 波以降の対応や、感染症を含む次の大きな健康危機発生時に、地域や医療機関においてそれぞれが置かれた状況に応じて柔軟な対応ができるような弾力性のある医療提供体制を構築する上で参考となる情報を提供するとともに、将来の医師需給への影響について検討するうえでも有益な情報を与えたものと考えられる。

### F. 研究発表

該当無し

### G. 知的財産権の出願・登録状況

該当無し

## 依頼状1（施設票・医師票送付医療機関向け）

令和2年10月吉日

各医療機関の長

### 新型コロナウイルス感染症等の健康危機への備えと対応を踏まえた 医療提供体制に関する調査（ご依頼）

謹啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、現在、医師の働き方改革や医師偏在対策等の医療提供体制の改革の議論が行われている中、新型コロナウイルス感染症への対応にあたって、医師の働き方や医療提供体制がどのような影響を受けたのか、また、次の健康危機発生時に地域や医療機関において状況に応じて柔軟な対応ができるような弾力性のある医療提供体制をどのように構築するかが今後の医療政策上の大きな課題となっています。

このような状況の中、本厚生労働科学研究班では、新型コロナウイルス感染症の流行が、医師の皆さんの勤務状況、診療科間、あるいは、医師と医師以外の職種との関係に与えた影響、さらに、今後の医師のキャリアにどんな影響を与えたかを明らかにすることを目的とした調査を実施することといたしました。

本調査結果は、今後の医師の働き方や医療提供体制の在り方について検討する上で資料として活用されることが期待されております。このような調査の趣旨を踏まえ、貴施設におかれましては、お忙しい中恐縮ですが、ぜひ、調査にご協力いただきますようお願いいたします。

謹白

記

調査名：新型コロナウイルス感染症等の健康危機への備えと対応を踏まえた医療提供体制に関する調査

調査期間：令和2年10月23日（金）～11月6日（金）

調査対象施設：新型コロナウイルス感染症患者の入院実績がある病院（医科）約1,250施設、及び新型コロナウイルス感染症患者の入院実績のない病院（医科）から無作為抽出された約1,250施設の合計 約2,500施設

回答者：施設調査 貴施設の代表者、又は事務担当者

医師調査 貴施設に勤務する全ての常勤医師

実施要領：別紙参照

以上

令和2年度厚生労働行政推進調査事業（厚生労働科学特別研究事業）

「新型コロナウイルス感染症等の健康危機への備えと対応を踏まえた医療提供体制のための研究」研究代表者 小池創一

お問い合わせ先：0120-306-366（受付：月～金曜日 10～12時、13～17時）

## 依頼状1(施設票送付医療機関向け)

令和2年10月吉日

各医療機関の長

### 新型コロナウイルス感染症等の健康危機への備えと対応を踏まえた 医療提供体制に関する調査(ご依頼)

謹啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、現在、医師の働き方改革や医師偏在対策等の医療提供体制の改革の議論が行われている中、新型コロナウイルス感染症への対応にあたって、医師の働き方や医療提供体制がどのような影響を受けたのか、また、次の健康危機発生時に地域や医療機関において状況に応じて柔軟な対応ができるような弾力性のある医療提供体制をどのように構築するかが今後の医療政策上の大きな課題となっています。

このような状況の中、本厚生労働科学研究班では、新型コロナウイルス感染症の流行が、医師の皆さんの勤務状況、診療科間、あるいは、医師と医師以外の職種との関係に与えた影響、さらに、今後の医師のキャリアにどんな影響を与えたかを明らかにすることを目的とした調査を実施することといたしました。

本調査結果は、今後の医師の働き方や医療提供体制の在り方について検討する上で資料として活用されることが期待されております。このような調査の趣旨を踏まえ、貴施設におかれましては、お忙しい中恐縮ですが、ぜひ、調査にご協力いただきますようお願いいたします。

謹白

記

調査名：新型コロナウイルス感染症等の健康危機への備えと対応を踏まえた医療提供体制に関する調査

調査期間：令和2年10月23日(金)～11月6日(金)

調査対象施設：新型コロナウイルス感染症患者の入院実績がある病院(医科)約1,250施設、及び新型コロナウイルス感染症患者の入院実績のない病院(医科)から無作為抽出された約1,250施設の合計 約2,500施設

回答者：貴施設の代表者、又は事務担当者

実施要領：別紙参照

以上

令和2年度厚生労働行政推進調査事業(厚生労働科学特別研究事業)

「新型コロナウイルス感染症等の健康危機への備えと対応を踏まえた医療提供体制のための研究」研究代表者 小池創一

お問い合わせ先：0120-306-366(受付：月～金曜日 10～12時、13～17時)

依頼状2(全医療機関向け)

令和2年10月吉日

各医療機関の長 殿

厚生労働省医政局長  
(公印省略)

新型コロナウイルス感染症等の健康危機への備えと対応を踏まえた  
医療提供体制に関する調査への協力依頼

平素から厚生労働行政の推進に御支援、御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、厚生労働省では、医師の働き方改革や医師偏在対策等、医療提供体制改革の議論が行われているところです。一方、これらの議論は平時における医師の働き方を前提としており、今般の新型コロナウイルス感染症への対応において一定の診療科の医師に過大な負担が強いられたことなどを踏まえ、パンデミックや自然災害等の危機発生時においても、地域や医療機関の状況に応じ、柔軟な対応が可能となる医療従事者の能力や必要な医療従事者数の検討、また、それらを踏まえた医療提供体制を構築する必要性が再認識されています。

そこで、このたび令和2年度厚生労働科学特別研究事業「新型コロナウイルス感染症等の健康危機への備えと対応を踏まえた医療提供体制のための研究」(研究代表者 小池創一)において、新型コロナウイルス感染症の流行が、医師の働き方や医療提供体制に与えた影響を明らかにすることを目的とした全国大規模調査が行われることとなりました。本研究事業における分析結果は、医療提供体制に関わる検討組織への報告等を通じて、新たな医療における医療従事者の働き方や医療体制構築の基本哲学に繋がり、未来の医療をより良いものにしていくものと考えております。

つきましては、御多忙中のところ誠に恐縮ではございますが、本調査に対して貴施設に勤務する医師の皆様の御協力を賜りますようお願い申し上げます。

以上

# 新型コロナウイルス感染症等の健康危機への備え と対応を踏まえた医療提供体制に関する調査

令和2年度厚生労働行政推進調査事業（厚生労働科学特別研究事業）

## 施設調査

### <ご回答される医療施設のご担当者さま>

○医師の働き方改革や医師偏在対策等の医療提供体制の改革の議論が行われている中、新型コロナウイルス感染症への対応にあたって、医師の働き方や医療提供体制がどのような影響を受けたのか、また、次の健康危機発生時に地域や医療機関において状況に応じて柔軟な対応ができるような弾力性のある医療提供体制をどのように構築するかが今後の医療政策上の大きな課題となっています。

○このような状況の中、本厚生労働科学研究班では、新型コロナウイルス感染症の流行が、医師の皆様の勤務状況、診療科間、あるいは、医師と医師以外の職種との関係に与えた影響、さらに、今後の医師のキャリアにどのような影響を与えたかについて明らかにすることを目的とした調査を実施することといたしました。

○本調査のデータは、別途実施している医師への調査と合わせ解析しますが、医療施設や医師個人が特定される形で公表を行うことはありません。調査結果は、医師の働き方や医師需給に関係する国の検討会等に報告するとともに、学会発表、論文、研究報告書等として公表する予定です。なお、本研究は、自治医科大学医学系倫理審査委員会の審査・承認（臨大20-078）を得て実施いたします。

○本調査結果は、今後の医師の働き方や医療提供体制の在り方について検討する上で資料として活用されることが期待されております。このような調査の趣旨を踏まえ、貴施設におかれましては、お忙しい中恐縮ですが、ぜひ、調査にご協力いただきますようお願いいたします。

○本調査は、11月6日（金）までにご回答ください。

○お問い合わせ先（フリーダイヤル）：0120-306-366  
（受付：月～金曜日 10～12時、13時～17時）

### <「医師調査」の回答システムのURL>

貴施設に常勤されている医師の皆様にご回答いただきたい「医師調査」のURLは下記のとおりです。

[https://kouroukaken-iryouteikyou-research.jp/doctor.html?id=pwc\\_test02](https://kouroukaken-iryouteikyou-research.jp/doctor.html?id=pwc_test02)



◎はじめに、貴施設にて「医師調査」への回答を依頼した医師数についてご回答ください。

※「医師調査」への回答をお願いしていない施設におかれては、ご回答いただく必要はありません。

貴施設にて、調査における「医師調査」の回答依頼をした医師数	<input type="text"/> 人
-------------------------------	------------------------

◎貴施設の概況についてお伺いします。

<b>問1 貴施設の情報についてお答えください。（特に断りのない場合、令和2年10月1日現在）</b>		
<b>① 貴施設の開設主体</b>	国 <input type="checkbox"/> 01 国立大学法人 <input type="checkbox"/> 02 国立大学法人以外の法人 公的医療機関 <input type="checkbox"/> 03 都道府県 <input type="checkbox"/> 04 市町村 <input type="checkbox"/> 05 公立大学法人 <input type="checkbox"/> 06 日赤・済生会 <input type="checkbox"/> 07 厚生連 <input type="checkbox"/> 08 その他の公的医療機関法人 民間・その他 <input type="checkbox"/> 09 社会保険関係団体 <input type="checkbox"/> 10 公益法人 <input type="checkbox"/> 11 医療法人 <input type="checkbox"/> 12 学校法人 <input type="checkbox"/> 13 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 14 医療生協 <input type="checkbox"/> 15 株式会社 <input type="checkbox"/> 16 その他の法人 <input type="checkbox"/> 17 個人	
<b>② 貴施設の種別</b>	<input type="radio"/> 01 病院（大学病院以外） <input type="radio"/> 02 病院（大学病院）	
<b>③ 貴施設の指定等</b> ※該当するもの全てを選択してください。	<input type="checkbox"/> 01 新型コロナウイルス感染症重点医療機関 <input type="checkbox"/> 02 新型コロナウイルス感染症疑い患者受入協力医療機関 <input type="checkbox"/> 03 特定感染症指定医療機関 <input type="checkbox"/> 04 第1種感染症指定医療機関 <input type="checkbox"/> 05 第2種感染症指定医療機関 <input type="checkbox"/> 06 救命救急センター（3次救急医療施設） <input type="checkbox"/> 07 2次救急医療施設	

**問2 貴施設の標榜診療科を全てお選びください。**

<input type="checkbox"/> 01 内科※1	<input type="checkbox"/> 02 外科※2	<input type="checkbox"/> 03 整形外科	<input type="checkbox"/> 04 脳神経外科
<input type="checkbox"/> 05 小児科	<input type="checkbox"/> 06 精神科	<input type="checkbox"/> 07 眼科	<input type="checkbox"/> 08 皮膚科
<input type="checkbox"/> 09 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 10 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 11 産婦人科・産科・婦人科	<input type="checkbox"/> 12 リハビリテーション科
<input type="checkbox"/> 13 救急科	<input type="checkbox"/> 14 形成外科	<input type="checkbox"/> 15 放射線科	<input type="checkbox"/> 16 病理診断科
<input type="checkbox"/> 17 歯科・歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> 18 その他		

※1. 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「01内科」としてご回答ください。

※2. 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「02外科」としてご回答ください。

**問3 貴施設の許可病床数をご記入ください。なお、一般病床については、そのうちの非稼働病床、並びにCOVID-19患者受入のため整備した病床（医療法上の特例病床等）についてもご記入ください。**

①一般病床	<input type="text"/> 床
（①のうち）非稼働病床	<input type="text"/> 床
（①のうち）コロナ患者受入のため整備した病床（医療法上の特例病床等）	<input type="text"/> 床
②療養病床	<input type="text"/> 床
③精神病床	<input type="text"/> 床
④感染症病床	<input type="text"/> 床
⑤結核病床	<input type="text"/> 床
全体（①～⑤の合計）	<input type="text"/> 床

※非稼働病床とは、1年間に1度も患者を入院させなかった病床を指します。





令和2年	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月
入院患者延べ数	□人							
外来患者延べ数	□人							
救急搬送延べ数	□件							
手術実施延べ数	□件							
(うち)緊急手術実施延べ数	□件							
(うち)予定手術実施延べ数	□件							
健診実施延べ数	□件							
紹介率	□%	□%	□%	□%	□%	□%	□%	□%

※1 患者延べ数については、例えば、入院患者の場合であれば、同一の入院患者が10日間入院していた場合は「延べ10人」と計算してください。以下の設問における「延べ」については同様の考え方で計算してください。

※2 診療報酬上の手術分類（Kコード）に該当する件数を指します。

※3 健診実施延べ数については、貴施設で実施した健康診査（健診、人間ドック等）についてご記入ください。

※4 紹介率：紹介患者数÷初診患者数×100（初診患者からは、救急搬送患者および休日・夜間の救急患者を除く。）

問6 令和2年4～8月におけるCOVID-19（疑似症※を含む）による入院延べ患者数、外来延べ患者数についてご記入ください。

	4月	5月	6月	7月	8月
入院患者延べ数	<input type="text"/> 人				
外来患者延べ数	<input type="text"/> 人				

※疑似症患者は、下記の臨床上の特徴を有する患者を指します。臨床的な特徴として、潜伏期間が1～14日（通常5～6日）であり、主な症状は発熱、咳、全身倦怠感等の感冒様症状であり、頭痛、下痢、結膜炎、嗅覚障害、味覚障害等を呈する場合もある。また、一部のものは、主に5～14日間で呼吸困難等の症状を呈し、胸部X線写真、胸部CTなどで肺炎像が明らかとなる。

問7 令和2年4～8月におけるICUの病床数、COVID-19（疑似症を含む）によるICUへの入院延べ患者数、並びにECMO（体外式膜型人工肺）の使用延べ患者数についてご記入ください。

	4月	5月	6月	7月	8月
ICU病床数	<input type="text"/> 床				
ICU入院延べ患者数	<input type="text"/> 人				
ECMO使用延べ患者数	<input type="text"/> 人				

◎貴施設における今回のCOVID-19への対応状況についてお伺いします。

問8 COVID-19の対応のため、他の医療機関等に対して医療従事者等の応援を出しましたか。

01 応援を出した（⇒問9へ）

02 応援は出さなかった（問10へ）

問9 機関等ごとに応援を出した医療従事者等の延べ人数をご記入ください

	医師数	看護職員数	その他職員
① COVID-19対応医療機関	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
② 保健所	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
③ その他の検査機関	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人



**問13 COVID-19への対応として診療体制等をどのように変更しましたか。**

**① 感染拡大ピーク時※に、入院体制についてどのように変更しましたか。該当するものを全てお選びください。**

- 01 変更なし（⇒ 問13②へ）
 02 新規入院患者の受入を制限した
 03 入院患者の早期退院・転院を促進した
 04 一部の病棟を閉鎖して、医師等医療従事者をCOVID-19対応病棟に再配置した
 05 一部の病棟・病室をCOVID-19対応病棟に転換した

**「新規入院患者の受入を制限した」と回答された場合、どの程度制限されたかご回答ください。**

制限の当初予定	<input type="radio"/> 01 割合程度の制限	<input type="radio"/> 02 予定は特になし
実際の制限状況	<input type="radio"/> 01 割合程度の制限	<input type="radio"/> 02 把握できない

**② 感染拡大ピーク時※に、手術体制についてどのように変更しましたか。該当するものを全てお選びください。**

- 01 変更なし（⇒ 問13③へ）
 02 全ての患者の手術を延期した
 03 一部患者の手術を延期した

**「一部患者の手術を延期した」と回答された場合、どの程度延期されたかご回答ください。**

延期の当初予定	<input type="radio"/> 01 割合程度の延期	<input type="radio"/> 02 予定は特になし
実際の延期状況	<input type="radio"/> 01 割合程度の延期	<input type="radio"/> 02 把握できない

**③ 感染拡大ピーク時※に、外来体制についてどのように変更しましたか。該当するものを全てお選びください。**

- 01 変更なし（⇒ 問14へ）
 02 救急外来を全面的に停止した
 03 一般外来を全面的に停止した
 04 救急外来の受入制限をした
 05 外来の初診患者の受入制限をした
 06 再診患者の受診間隔を延ばす等して受診患者数を抑制

**「救急外来の受入制限をした」と回答された場合、どの程度制限されたかご回答ください。**

制限の当初予定	<input type="radio"/> 01 割合程度の制限	<input type="radio"/> 02 予定は特になし
実際の制限状況	<input type="radio"/> 01 割合程度の制限	<input type="radio"/> 02 把握できない

**「外来の初診患者の受入制限をした」と回答された場合、どの程度制限されたかご回答ください。**

制限の当初予定	<input type="radio"/> 01 割合程度の制限	<input type="radio"/> 02 予定は特になし
実際の制限状況	<input type="radio"/> 01 割合程度の制限	<input type="radio"/> 02 把握できない

※感染拡大ピーク時の時期は、貴施設におけるCOVID-19患者（疑似症含む）の入院患者数が最も多かった月（同順の場合は、外来患者数で判断）としてご回答ください。

問14 貴施設において、COVID-19の疑似症患者の受け入れ体制として該当するものを全てお選びください。

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01 COVID-19の疑似症患者の受け入れ実績はない | <input type="checkbox"/> 02 COVID-19の疑似症患者専用の病棟を用意して受け入れた | <input type="checkbox"/> 03 トイレ設備（ポータブルトイレは除く）のある個室で受け入れた | <input type="checkbox"/> 04 ポータブルトイレを設置した個室で受け入れた |
| <input type="checkbox"/> 05 他の疾患患者が入院する一般病棟の個室で受け入れた | <input type="checkbox"/> 06 その他                           | <input type="text"/>                                      |   |

問15 貴施設内あるいは同一法人、同一グループ内に感染管理認定看護師等の相談できる感染管理の専門家がいますか。

- 01 いる  02 いない

問16 貴施設内に、COVID-19（疑似症含む）患者の対応を行った従事者に対する心の相談窓口はありますか。

- 01 ある  02 ない

問17 COVID-19感染拡大に伴う洗濯業者や清掃業者等の医療機関外の業者による業務停止等により、貴施設内の職員が当該業務を担いましたか。

- 01 担った  02 担っていない

問18 貴施設ではCOVID-19（疑似症含む）の治療のための入院患者以外に、患者にCOVID-19感染者が発生しましたか。

- 01 発生した  02 発生しなかった

問19 貴施設ではCOVID-19（疑似症含む）の治療のための入院患者以外に、職員にCOVID-19感染者が発生しましたか。

- 01 した（⇒問20へ）  02 しなかった（⇒問21へ）

**問20 職員の感染への対応として行ったことを全てお選びください。**

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 01 変更なし          | <input type="checkbox"/> 02 入院患者の受入制限     | <input type="checkbox"/> 03 早期退院の促進                  | <input type="checkbox"/> 04 一部の病棟を閉鎖して、医師等医療従事者をCOVID-19対応病棟に再配置した |
| <input type="checkbox"/> 05 全ての手術延期       | <input type="checkbox"/> 06 一部の手術延期       | <input type="checkbox"/> 07 救急外来の停止                  | <input type="checkbox"/> 08 一般外来の停止                                |
| <input type="checkbox"/> 09 救急外来患者の一部受入制限 | <input type="checkbox"/> 10 初診外来患者の一部受入制限 | <input type="checkbox"/> 11 再診患者の受診間隔を延ばす等して受診患者数を抑制 |  |

«問21以降は全ての医療機関がご回答ください。»

**問21 貴施設において、今般のCOVID-19の感染拡大を受けて新規に取り組みました医師の負担軽減策として該当するものを全てお選びの上、現在の状況並びに今後の予定をお答えください。**

	COVID-19の感染拡大を受けた新規実施の有無	調査時点（令和2年10月）現在の状況	今後の継続（中断の場合は再開）の予定
01 医師の増員	<input type="radio"/> 01 有 <input type="radio"/> 02 無	<input type="radio"/> 01 継続 <input type="radio"/> 02 中断	<input type="radio"/> 01 する <input type="radio"/> 02 しない
02 医師の出勤要請日数の減	<input type="radio"/> 01 有 <input type="radio"/> 02 無	<input type="radio"/> 01 継続 <input type="radio"/> 02 中断	<input type="radio"/> 01 する <input type="radio"/> 02 しない
03 COVID-19対応診療科・病棟への医師の応援	<input type="radio"/> 01 有 <input type="radio"/> 02 無	<input type="radio"/> 01 継続 <input type="radio"/> 02 中断	<input type="radio"/> 01 する <input type="radio"/> 02 しない
04 外来提供体制の縮小	<input type="radio"/> 01 有 <input type="radio"/> 02 無	<input type="radio"/> 01 継続 <input type="radio"/> 02 中断	<input type="radio"/> 01 する <input type="radio"/> 02 しない
05 適正受診に関する患者・住民への周知・啓発	<input type="radio"/> 01 有 <input type="radio"/> 02 無	<input type="radio"/> 01 継続 <input type="radio"/> 02 中断	<input type="radio"/> 01 する <input type="radio"/> 02 しない
06 複数主治医制の導入	<input type="radio"/> 01 有 <input type="radio"/> 02 無	<input type="radio"/> 01 継続 <input type="radio"/> 02 中断	<input type="radio"/> 01 する <input type="radio"/> 02 しない
07 勤務間インターバルの導入	<input type="radio"/> 01 有 <input type="radio"/> 02 無	<input type="radio"/> 01 継続 <input type="radio"/> 02 中断	<input type="radio"/> 01 する <input type="radio"/> 02 しない
08 当直翌日の業務内容の軽減	<input type="radio"/> 01 有 <input type="radio"/> 02 無	<input type="radio"/> 01 継続 <input type="radio"/> 02 中断	<input type="radio"/> 01 する <input type="radio"/> 02 しない

	COVID-19の感染拡大を受けた新規実施の有無	調査時点（令和2年10月）現在の状況	今後の継続（中断の場合は再開）の予定
09 時間外・休日・深夜に特定の医師に負担が集中しないような体制の整備	<input type="radio"/> 01 有 <input type="radio"/> 02 無	<input type="radio"/> 01 継続 <input type="radio"/> 02 中断	<input type="radio"/> 01 する <input type="radio"/> 02 しない
10 患者・家族への病状説明を診療時間内に限定（緊急時を除く）	<input type="radio"/> 01 有 <input type="radio"/> 02 無	<input type="radio"/> 01 継続 <input type="radio"/> 02 中断	<input type="radio"/> 01 する <input type="radio"/> 02 しない
11 予定手術前日の当直の免除	<input type="radio"/> 01 有 <input type="radio"/> 02 無	<input type="radio"/> 01 継続 <input type="radio"/> 02 中断	<input type="radio"/> 01 する <input type="radio"/> 02 しない
12 医師業務の特定行為研修修了者との分担	<input type="radio"/> 01 有 <input type="radio"/> 02 無	<input type="radio"/> 01 継続 <input type="radio"/> 02 中断	<input type="radio"/> 01 する <input type="radio"/> 02 しない
13 医師業務の看護師（「12」に示す看護師を除く）との分担	<input type="radio"/> 01 有 <input type="radio"/> 02 無	<input type="radio"/> 01 継続 <input type="radio"/> 02 中断	<input type="radio"/> 01 する <input type="radio"/> 02 しない
14 医師業務の助産師との分担	<input type="radio"/> 01 有 <input type="radio"/> 02 無	<input type="radio"/> 01 継続 <input type="radio"/> 02 中断	<input type="radio"/> 01 する <input type="radio"/> 02 しない
15 医師業務の薬剤師との分担	<input type="radio"/> 01 有 <input type="radio"/> 02 無	<input type="radio"/> 01 継続 <input type="radio"/> 02 中断	<input type="radio"/> 01 する <input type="radio"/> 02 しない
16 医師業務の診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士との分担	<input type="radio"/> 01 有 <input type="radio"/> 02 無	<input type="radio"/> 01 継続 <input type="radio"/> 02 中断	<input type="radio"/> 01 する <input type="radio"/> 02 しない
17 医師事務作業補助者の病棟への配置	<input type="radio"/> 01 有 <input type="radio"/> 02 無	<input type="radio"/> 01 継続 <input type="radio"/> 02 中断	<input type="radio"/> 01 する <input type="radio"/> 02 しない
18 医師事務作業補助者の外来への配置	<input type="radio"/> 01 有 <input type="radio"/> 02 無	<input type="radio"/> 01 継続 <input type="radio"/> 02 中断	<input type="radio"/> 01 する <input type="radio"/> 02 しない
19 ICTを活用した業務の見直し・省力化	<input type="radio"/> 01 有 <input type="radio"/> 02 無	<input type="radio"/> 01 継続 <input type="radio"/> 02 中断	<input type="radio"/> 01 する <input type="radio"/> 02 しない
20 医師が出席する会議の開催回数の削減	<input type="radio"/> 01 有 <input type="radio"/> 02 無	<input type="radio"/> 01 継続 <input type="radio"/> 02 中断	<input type="radio"/> 01 する <input type="radio"/> 02 しない
21 医師が出席する会議の所定就業時間内での開催	<input type="radio"/> 01 有 <input type="radio"/> 02 無	<input type="radio"/> 01 継続 <input type="radio"/> 02 中断	<input type="radio"/> 01 する <input type="radio"/> 02 しない
22 院内保育所・児童クラブの設置	<input type="radio"/> 01 有 <input type="radio"/> 02 無	<input type="radio"/> 01 継続 <input type="radio"/> 02 中断	<input type="radio"/> 01 する <input type="radio"/> 02 しない
23 医師等の宿泊施設の設置	<input type="radio"/> 01 有 <input type="radio"/> 02 無	<input type="radio"/> 01 継続 <input type="radio"/> 02 中断	<input type="radio"/> 01 する <input type="radio"/> 02 しない

	COVID-19の感染拡大を受けた新規実施の有無	調査時点（令和2年10月）現在の状況	今後の継続（中断の場合は再開）の予定
24 医師等の交通手段の確保	○01 有 ○02 無	○01 継続 ○02 中断	○01 する ○02 しない

**問22 ①～⑨の各業務について、貴施設において医師と医師以外の医療関係職種等との業務分担の取組状況についてお伺いします。**

※①～⑨の各業務の分担状況として該当するものを全てお選びください。また、「01原則として医師以外の職種が実施」又は「02業務の一部を医師以外の職種が実施」の場合は、医師以外が実施しているおおよその割合をご記入ください。

① 初療時の予診	<input type="checkbox"/> 01 原則として医師以外の職種が実施 <input type="checkbox"/> 04 03のうち、医師以外の職種に実施してほしい業務	<input type="checkbox"/> 02 業務の一部を医師以外の職種が実施:うち、医師以外が実施している割合( <input type="text"/> %)	<input type="checkbox"/> 03 医師のみが実施
② 検査手順の説明や入院の説明	<input type="checkbox"/> 01 原則として医師以外の職種が実施 <input type="checkbox"/> 04 03のうち、医師以外の職種に実施してほしい業務	<input type="checkbox"/> 02 業務の一部を医師以外の職種が実施:うち、医師以外が実施している割合( <input type="text"/> %)	<input type="checkbox"/> 03 医師のみが実施
③ 薬の説明や服薬の指導	<input type="checkbox"/> 01 原則として医師以外の職種が実施 <input type="checkbox"/> 04 03のうち、医師以外の職種に実施してほしい業務	<input type="checkbox"/> 02 業務の一部を医師以外の職種が実施:うち、医師以外が実施している割合( <input type="text"/> %)	<input type="checkbox"/> 03 医師のみが実施
④ 静脈採血	<input type="checkbox"/> 01 原則として医師以外の職種が実施 <input type="checkbox"/> 04 03のうち、医師以外の職種に実施してほしい業務	<input type="checkbox"/> 02 業務の一部を医師以外の職種が実施:うち、医師以外が実施している割合( <input type="text"/> %)	<input type="checkbox"/> 03 医師のみが実施

<p><b>⑤ 静脈注射</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 01 原則として医師以外の職種が実施</p> <p><input type="checkbox"/> 02 業務の一部を医師以外の職種が実施:うち、医師以外が実施している割合( <input type="text"/> %)</p> <p><input type="checkbox"/> 03 医師のみが実施</p> <p><input type="checkbox"/> 04 03のうち、医師以外の職種に実施してほしい業務</p>
<p><b>⑥ 静脈路の確保</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 01 原則として医師以外の職種が実施</p> <p><input type="checkbox"/> 02 業務の一部を医師以外の職種が実施:うち、医師以外が実施している割合( <input type="text"/> %)</p> <p><input type="checkbox"/> 03 医師のみが実施</p> <p><input type="checkbox"/> 04 03のうち、医師以外の職種に実施してほしい業務</p>
<p><b>⑦ 尿道カテーテルの留置</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 01 原則として医師以外の職種が実施</p> <p><input type="checkbox"/> 02 業務の一部を医師以外の職種が実施:うち、医師以外が実施している割合( <input type="text"/> %)</p> <p><input type="checkbox"/> 03 医師のみが実施</p> <p><input type="checkbox"/> 04 03のうち、医師以外の職種に実施してほしい業務</p>
<p><b>⑧ 診断書の記載(下書き)・入力(代行)</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 01 原則として医師以外の職種が実施</p> <p><input type="checkbox"/> 02 業務の一部を医師以外の職種が実施:うち、医師以外が実施している割合( <input type="text"/> %)</p> <p><input type="checkbox"/> 03 医師のみが実施</p> <p><input type="checkbox"/> 04 03のうち、医師以外の職種に実施してほしい業務</p>
<p><b>⑨ 患者の移動</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 01 原則として医師以外の職種が実施</p> <p><input type="checkbox"/> 02 業務の一部を医師以外の職種が実施:うち、医師以外が実施している割合( <input type="text"/> %)</p> <p><input type="checkbox"/> 03 医師のみが実施</p> <p><input type="checkbox"/> 04 03のうち、医師以外の職種に実施してほしい業務</p>

**問23 貴施設では、医師の時間外労働に係る労働基準法の36（サブロク）協定を締結していますか。**

01 締結している

02 締結していない

※36協定：労働基準法36条に基づき、時間外または休日の労働等について、労使間で締結する協定書のことです。法定労働時間を超える時間外労働を命じる場合、労働組合（労働組合がない場合は労働者の過半数を代表する者）との間で書面による協定を結び、労働基準監督署に届け出ることが義務づけられています。詳しくは厚生労働省のホームページをご覧ください ⇒ [https://www.startup-roudou.mhlw.go.jp/36\\_pact.html](https://www.startup-roudou.mhlw.go.jp/36_pact.html)

**問24 貴施設では、COVID-19による休暇（本人・家族の感染の疑い、子どもの保育所や家族の利用する介護サービスの休止等）を取得した従事者に対する特別休暇の制度を策定しましたか。**

<b>常勤職員</b>	<input type="radio"/> 01 従来からあった	<input type="radio"/> 02 新規に策定した	<input type="radio"/> 03 策定しなかった（ない）
<b>非常勤職員</b>	<input type="radio"/> 01 従来からあった	<input type="radio"/> 02 新規に策定した	<input type="radio"/> 03 策定しなかった（ない）

問25 平成31年4月、令和元年8月、令和2年4月（緊急事態宣言下）、令和2年8月の時点ごとに、医師等常勤職員全員の平均残業時間（残業代の支給ベース）、平均休暇取得日数を小数点第一位（少数点第二位を四捨五入）までご回答ください。

	平成31年4月	令和元年8月	令和2年4月	令和2年8月
①-1 医師の平均残業時間	<input type="text"/> 時間	<input type="text"/> 時間	<input type="text"/> 時間	<input type="text"/> 時間
①-2 医師の平均休暇取得日数	<input type="text"/> 日	<input type="text"/> 日	<input type="text"/> 日	<input type="text"/> 日
②-1 看護職の平均残業時間	<input type="text"/> 時間	<input type="text"/> 時間	<input type="text"/> 時間	<input type="text"/> 時間
②-2 看護職の平均休暇取得日数	<input type="text"/> 日	<input type="text"/> 日	<input type="text"/> 日	<input type="text"/> 日
③-1 その他医療従事者の平均残業時間	<input type="text"/> 時間	<input type="text"/> 時間	<input type="text"/> 時間	<input type="text"/> 時間
③-2 その他医療従事者の平均休暇取得日数	<input type="text"/> 日	<input type="text"/> 日	<input type="text"/> 日	<input type="text"/> 日
④-1 事務職員の平均残業時間	<input type="text"/> 時間	<input type="text"/> 時間	<input type="text"/> 時間	<input type="text"/> 時間
④-2 事務職員の平均休暇取得日数	<input type="text"/> 日	<input type="text"/> 日	<input type="text"/> 日	<input type="text"/> 日

問26 貴施設では、今般のCOVID-19の感染拡大を契機に、BCP（事業継続計画）を新規に策定、または見直しを行いましたか。

○01 新規に策定した（⇒ 問28へ）      ○02 従来策定したものを見直した（⇒ 問27へ）      ○03 新規策定・見直しを行わなかった（⇒ 問28へ）

**問27 貴施設において見直しを行ったBCPの内容として該当するものを全てお選びください。**

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 01 指揮命令系統                     | <input type="checkbox"/> 02 災害対策本部の<br>設置基準 | <input type="checkbox"/> 03 通常時の配置要<br>員   | <input type="checkbox"/> 04 緊急時に参集す<br>る要員 |
| <input type="checkbox"/> 05 診療スペース等<br>への転用可能スペース      | <input type="checkbox"/> 06 備蓄医療資機材<br>の保有量 | <input type="checkbox"/> 07 患者や物品の搬<br>送手段 | <input type="checkbox"/> 08 建物や設備の耐<br>震化  |
| <input type="checkbox"/> 09 電気等ライフラ<br>イン・バックアップ燃<br>料 | <input type="checkbox"/> 10 その他             | <input type="text"/>                       |  |

**問28 COVID-19への対応を行う上で、労務管理上困難であったことを具体的にご記入ください。**

**問29 今般のCOVID-19の感染拡大時に、診療科や病床・病棟の再編を行いましたか。**

- 01 行った (⇒ 問30へ)                       02 行わなかった (⇒ 問31へ)

**問30 今般のCOVID-19の感染拡大時に実施した病床・病棟の再編の概要についてご記入ください。**

問31 貴施設において、現在、受け入れ可能なCOVID-19（疑似症含む）の入院患者数をご回答ください。

① 現在の体制で受け入れ可能なCOVID-19（疑似症含む）の入院患者数	<input type="text"/> 人
② 1)一定の条件をクリアできれば、受け入れ可能なCOVID-19（疑似症含む）の入院患者数は①のご回答の人数よりも増やせられますか。	<input type="radio"/> 01 増やせる:入院患者人数の最大見込み <input type="text"/> 人 <input type="radio"/> 02 増やせない
2) COVID-19（疑似症含む）対応の受け入れを増やすために該当する条件を全てお選びください。	<input type="checkbox"/> 01 病床を増やす <input type="checkbox"/> 02 医師を増やす <input type="checkbox"/> 03 看護職員を増やす <input type="checkbox"/> 04 その他の医療関係職種を増やす <input type="checkbox"/> 05 経営的損失の補填を受ける <input type="checkbox"/> 06 その他 <input type="text"/>
3) そのうち、最も必要な条件についてお選びください。	<input type="checkbox"/>

問32 今般のCOVID-19の感染拡大による医療提供体制の状況を踏まえ、今後、次なる大規模な健康危機への備えという観点から望ましい医療提供体制のあり方としてお考えになられることをご自由にご記入ください。

設問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

[送信](#)

[一時保存](#)

# 新型コロナウイルス感染症等の健康危機への備え と対応を踏まえた医療提供体制に関する調査

令和2年度厚生労働行政推進調査事業（厚生労働科学特別研究事業）

## 医師調査

### <ご回答される医師の皆様>

○医師の働き方改革や医師偏在対策等の医療提供体制の改革の議論が行われている中、新型コロナウイルス感染症への対応にあたって、医師の働き方や医療提供体制がどのような影響を受けたのか、また、次の健康危機発生時に地域や医療機関において状況に応じて柔軟な対応ができるような弾力性のある医療提供体制をどのように構築するかが今後の医療政策上の大きな課題となっています。

○このような状況の中、本厚生労働科学研究班では、新型コロナウイルス感染症の流行が、医師の皆様の勤務状況、診療科間、あるいは、医師と医師以外の職種との関係に与えた影響、さらに、今後の医師のキャリアにどのような影響を与えたかについて明らかにすることを目的とした調査を実施することといたしました。

○本調査のデータは、別途実施している医師への調査と合わせ解析しますが、医療施設や医師個人が特定される形で公表を行うことはありません。調査結果は、医師の働き方や医師需給に関係する国の検討会等に報告するとともに、学会発表、論文、研究報告書等として公表する予定です。なお、本研究は、自治医科大学医学系倫理審査委員会の審査・承認（臨大20-078）を得て実施いたします。

○本調査結果は、今後の医師の働き方や医療提供体制の在り方について検討する上で資料として活用されることが期待されております。このような調査の趣旨を踏まえ、貴施設におかれましては、お忙しい中恐縮ですが、ぜひ、調査にご協力いただきますようお願いいたします。

○本調査は、11月6日（金）までにご回答ください。

○お問い合わせ先（フリーダイヤル）：0120-306-366  
（受付：月～金曜日 10～12時、13時～17時）

◎ご回答者の方の基本的事項についてお伺いします。

問1 ご本人の情報についてお答えください。（令和2年10月1日現在）

①年齢

<b>②性別</b>			
<input type="radio"/> 01 男		<input type="radio"/> 02 女	
<b>③医籍登録年</b>			
<input type="text"/>			
<b>④勤務地</b>			
都道府県 <input type="text" value="▼"/>		市区町村 <input type="text" value="▼"/>	
<b>⑤主たる勤務先の種別</b>			
<input type="radio"/> 01 病院（大学病院以外）		<input type="radio"/> 02 病院（大学病院）	
<b>⑥主たる勤務先での勤務形態</b>			
<input type="radio"/> 01 常勤		<input type="radio"/> 02 非常勤	
<b>⑦主たる診療科</b>			
<p>※1. 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「01内科」としてご回答ください。</p> <p>※2. 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「02外科」としてご回答ください。</p>			
<input type="radio"/> 01 内科※1	<input type="radio"/> 02 外科※2	<input type="radio"/> 03 小児科	<input type="radio"/> 04 産婦人科
<input type="radio"/> 05 精神科	<input type="radio"/> 06 皮膚科	<input type="radio"/> 07 眼科	<input type="radio"/> 08 耳鼻咽喉科
<input type="radio"/> 09 泌尿器科	<input type="radio"/> 10 整形外科	<input type="radio"/> 11 脳神経外科	<input type="radio"/> 12 形成外科
<input type="radio"/> 13 救急科	<input type="radio"/> 14 麻酔科	<input type="radio"/> 15 放射線科	<input type="radio"/> 16 リハビリテーション科
<input type="radio"/> 17 病理診断科	<input type="radio"/> 18 臨床検査科	<input type="radio"/> 19 総合診療科	<input type="radio"/> 20 臨床研修医
<input type="radio"/> 21 その他			
<input type="text"/>			
※主に従事する診療科を選択			
※臨床研修医は20を選択			
※身体や臓器等を含む診療科(○○内科や△△外科など)を主たる診療科としている場合は、01内科や02外科を選択			

**⑧保有専門医資格**

※「01 内科」には、総合内科専門医を含む。

《基本19領域》※専門医のみ、認定医を除く

- |                                  |                                  |                                   |  |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 01 内科   | <input type="checkbox"/> 02 外科   | <input type="checkbox"/> 03 小児科   | <input type="checkbox"/> 04 産婦人科       |
| <input type="checkbox"/> 05 精神科  | <input type="checkbox"/> 06 皮膚科  | <input type="checkbox"/> 07 眼科    | <input type="checkbox"/> 08 耳鼻咽喉科      |
| <input type="checkbox"/> 09 泌尿器科 | <input type="checkbox"/> 10 整形外科 | <input type="checkbox"/> 11 脳神経外科 | <input type="checkbox"/> 12 形成外科       |
| <input type="checkbox"/> 13 救急科  | <input type="checkbox"/> 14 麻酔科  | <input type="checkbox"/> 15 放射線科  | <input type="checkbox"/> 16 リハビリテーション科 |
| <input type="checkbox"/> 17 病理   | <input type="checkbox"/> 18 臨床検査 |                                   |  |

《医療に関する広告が可能となっている専門医資格》※基本19領域に含まれるもの除く

- |                                    |                                    |  |                                   |
|------------------------------------|------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 19 糖尿病    | <input type="checkbox"/> 20 肝臓     | <input type="checkbox"/> 21 感染症        | <input type="checkbox"/> 22 血液    |
| <input type="checkbox"/> 23 循環器    | <input type="checkbox"/> 24 呼吸器    | <input type="checkbox"/> 25 消化器病       | <input type="checkbox"/> 26 腎臓    |
| <input type="checkbox"/> 27 内分泌代謝科 | <input type="checkbox"/> 28 消化器外科  | <input type="checkbox"/> 29 超音波        | <input type="checkbox"/> 30 細胞診   |
| <input type="checkbox"/> 31 透析     | <input type="checkbox"/> 32 老年病    | <input type="checkbox"/> 33 心臓血管外科     | <input type="checkbox"/> 34 呼吸器外科 |
| <input type="checkbox"/> 35 消化器内視鏡 | <input type="checkbox"/> 36 小児外科   | <input type="checkbox"/> 37 神経内科       | <input type="checkbox"/> 38 リウマチ  |
| <input type="checkbox"/> 39 乳腺     | <input type="checkbox"/> 40 臨床遺伝   | <input type="checkbox"/> 41 漢方         | <input type="checkbox"/> 42 レーザー  |
| <input type="checkbox"/> 43 気管支鏡   | <input type="checkbox"/> 44 アレルギー  | <input type="checkbox"/> 45 核医学        | <input type="checkbox"/> 46 気管食道科 |
| <input type="checkbox"/> 47 大腸肛門   | <input type="checkbox"/> 48 婦人科腫瘍  | <input type="checkbox"/> 49 ペインクリニック   | <input type="checkbox"/> 50 熱傷    |
| <input type="checkbox"/> 51 脳血管内治療 | <input type="checkbox"/> 52 がん薬物療法 | <input type="checkbox"/> 53 周産期（新生児）   | <input type="checkbox"/> 54 生殖医療  |
| <input type="checkbox"/> 55 小児神経   | <input type="checkbox"/> 56 心療内科   | <input type="checkbox"/> 57 一般病院連携精神医学 |                                   |

《日本専門医機構が認定したサブスペシャルティの専門領域》※上記を除く

- |                                   |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 58 内分泌外科 | <input type="checkbox"/> 59 放射線治療 | <input type="checkbox"/> 60 放射線診断 |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|

※該当するもの全てを選択

**⑨研修中専門医資格**

- |                                  |                                  |                                   |  |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 01 内科   | <input type="checkbox"/> 02 外科   | <input type="checkbox"/> 03 小児科   | <input type="checkbox"/> 04 産婦人科       |
| <input type="checkbox"/> 05 精神科  | <input type="checkbox"/> 06 皮膚科  | <input type="checkbox"/> 07 眼科    | <input type="checkbox"/> 08 耳鼻咽喉科      |
| <input type="checkbox"/> 09 泌尿器科 | <input type="checkbox"/> 10 整形外科 | <input type="checkbox"/> 11 脳神経外科 | <input type="checkbox"/> 12 形成外科       |
| <input type="checkbox"/> 13 救急科  | <input type="checkbox"/> 14 麻酔科  | <input type="checkbox"/> 15 放射線科  | <input type="checkbox"/> 16 リハビリテーション科 |
| <input type="checkbox"/> 17 病理   | <input type="checkbox"/> 18 臨床検査 | <input type="checkbox"/> 19 総合診療  |  |

※専攻医の方のみお選びください。

※「01 内科」には、日本内科学会認定内科医は除きます。

**問2 主たる勤務先は1年前（令和元年10月）と同じですか。**

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> 01 同じ | <input type="radio"/> 02 違う |
|-----------------------------|-----------------------------|

◎今般のCOVID-19の感染拡大によるご自身への影響についてお伺いします。

**問3 COVID-19の患者（疑似症患者を含む）の診察に直接携わりましたか。**

01 はい（⇒問4へ）

02 いいえ（⇒問6へ）

※疑似症患者は、下記の臨床上の特徴を有する患者を指します。臨床的な特徴として、潜伏期間が1～14日（通常5～6日）であり、主な症状は発熱、咳、全身倦怠感等の感冒様症状であり、頭痛、下痢、結膜炎、嗅覚障害、味覚障害等を呈する場合もある。また、一部のものは、主に5～14日間で呼吸困難等の症状を呈し、胸部X線写真、胸部CTなどで肺炎像が明らかとなる。

**問4 主たる勤務先、その他の医療機関、保健所などで、COVID-19感染拡大に係る応援業務を行った場所として該当するものを全てお選びください。**

01 応援には行って  
いない（⇒問6へ）

02 主たる勤務先  
（⇒問5へ）

03 02以外の医療機  
関（⇒問5へ）

04 保健所（⇒問5  
へ）

05 感染者を収容し  
ているホテル（⇒問5

へ）

06 その他

**問5 COVID-19感染拡大に係る応援業務にはどのようなものが含まれましたか。行った応援業務として該当するものを全てお選びください。**

01 当直の交代

02 外来での診察

03 一般病棟での業  
務

04 集中治療室での  
業務

05 PCR検査などの  
検体採取

06 医療相談

07 診療以外の後方  
支援（患者搬送、病室  
消毒等）

08 その他



問7 平日の勤務について、①1年前、②現在（調査時点）の2時点における診療業務の平均的な内訳をおおよその割合でご記入ください（診療業務合計で100%になるようにしてください）。

	① 1年前(令和元年10月)	② 現在(令和2年10月)
COVID-19対応を除く病棟業務	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
COVID-19対応を除く外来業務	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
COVID-19対応に係る診療業務（病棟・外来計）	-	<input type="text"/> %
主たる勤務先以外の医療機関での診療業務	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
その他の診療業務	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
合計	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %

問8 COVID-19の感染拡大に伴う緊急事態宣言下（令和2年4～5月）における、①オンコールの回数、②当直の回数、③前日退勤時から翌日出勤時までの間の時間、のそれぞれの状況について、平時（COVID-19の感染拡大前すなわち令和2年2月以前）と比べてどのようであったか、該当するものをお選びください。

① オンコールの回数	○01 平時より増えた	○02 平時と同じ	○03 平時より減った	○04 分からない
② 当直の回数	○01 平時より増えた	○02 平時と同じ	○03 平時より減った	○04 分からない
③ 前日退勤時から翌日出勤時までの間の時間	○01 平時より増えた	○02 平時と同じ	○03 平時より減った	○04 分からない

**問9 COVID-19の感染拡大前（令和2年2月以前）から、主たる勤務先以外の医療機関での勤務（兼業）の状況について該当するものをお選びください。**

- 01 感染拡大前から現在まで、頻度は変わらずに兼業をしている（⇒ 問12へ）
- 02 感染拡大前に比べて兼業の頻度が増えた（⇒ 問10へ）
- 03 感染拡大前に比べて兼業の頻度が減った（一部の兼業は続けている）（⇒ 問10へ）
- 04 感染拡大前に比べて兼業の頻度が減り、現在は兼業をしていない（⇒ 問10へ）
- 05 感染拡大前から兼業をしていない（⇒ 問12へ）
- 06 その他（⇒ 問12へ）
- 

**問10 兼業が増減した理由として該当するものを全てお選びください。**

- 01 主たる勤務先において兼業の制限をされた
- 02 兼業先において受け入れを制限をされた
- 03 他院への応援のため兼業が増えた
- 04 その他
- 

**問11 都道府県境を越える移動の制限によって、他都道府県における兼業に影響がありましたか。**

- 01 影響はなかった
- 02 一部制限された
- 03 全て制限された
- 04 他都道府県における兼業はしていない

問12 現在（調査時点）の平均的な勤務状況であった平日1日に実施した①～⑨の各業務について、（1）各業務に費やした時間と、（2）今回のCOVID-19感染拡大を受けた働き方の変化も踏まえた上で、将来的に（1）の業務量の何パーセント程度であれば他職種（医師以外の医療関係職種）に分担可能とお考えになるかに関してご回答ください。

	(1) 平均的な平日1日に費やした時間	(2) 左の時間のうち、将来的に他職種に分担できる割合
① 初療時の予診	<input type="text"/> 分	<input type="text"/> %
② 検査手順の説明や入院の説明	<input type="text"/> 分	<input type="text"/> %
③ 処方薬の説明や服薬の指導	<input type="text"/> 分	<input type="text"/> %
④ 静脈採血	<input type="text"/> 分	<input type="text"/> %
⑤ 静脈注射	<input type="text"/> 分	<input type="text"/> %
⑥ 静脈路の確保	<input type="text"/> 分	<input type="text"/> %
⑦ 尿道カテーテルの留置	<input type="text"/> 分	<input type="text"/> %
⑧ 診断書の記載（下書き）・入力（代行）	<input type="text"/> 分	<input type="text"/> %
⑨ 患者の移動	<input type="text"/> 分	<input type="text"/> %

問13 COVID-19の感染拡大のような非常時に他の医療関係職種等と業務分担を行うと効率的と考えられる業務がありましたら、具体的にご記入ください。

問14 医師と医師以外の医療関係職種等との業務分担の実施における課題等ありましたら、ご自由にご記入ください。

◎今後の医師としてのキャリアプランについてお伺いします。

<b>問15 1) 医師としての引退時期は、いつ頃とお考えでしょうか。</b>			
<input type="radio"/> 01 生涯現役の予定	<input type="radio"/> 02 <input type="text"/> 歳頃に引退	<input type="radio"/> 03 わからない	
<b>2) COVID-19感染拡大の影響を受けて、以前の見通しから変更しましたか。変更がある場合、当初の見通しについてもご回答ください。</b>			
<input type="radio"/> 01 生涯現役の予定	<input type="radio"/> 02 <input type="text"/> 歳頃に引退	<input type="radio"/> 03 わからない	<input type="radio"/> 04 見通しの変更はない

<b>問16 今後の主たる勤務先の見通しなどについて、各年代ごとのご希望をご回答ください。</b>			
<b>24～39歳</b>	<input type="radio"/> 01 大学病院	<input type="radio"/> 02 その他病院	<input type="radio"/> 03 診療所
	<input type="radio"/> 04 介護施設	<input type="radio"/> 05 その他	<input type="text"/>
<b>40～59歳</b>	<input type="radio"/> 01 大学病院	<input type="radio"/> 02 その他病院	<input type="radio"/> 03 診療所
	<input type="radio"/> 04 介護施設	<input type="radio"/> 05 その他	<input type="text"/>
<b>60～74歳</b>	<input type="radio"/> 01 大学病院	<input type="radio"/> 02 その他病院	<input type="radio"/> 03 診療所
	<input type="radio"/> 04 介護施設	<input type="radio"/> 05 その他	<input type="text"/>
<b>75歳以上</b>	<input type="radio"/> 01 大学病院	<input type="radio"/> 02 その他病院	<input type="radio"/> 03 診療所
	<input type="radio"/> 04 介護施設	<input type="radio"/> 05 その他	<input type="text"/>
<b>COVID-19感染拡大の影響を受けて、以前の見通しから変更しましたか。変更がある場合、当初の見通しについてもご回答ください。</b>			
<b>24～39歳</b>	<input type="radio"/> 01 大学病院	<input type="radio"/> 02 その他病院	<input type="radio"/> 03 診療所
	<input type="radio"/> 04 介護施設	<input type="radio"/> 05 その他	<input type="radio"/> 06 見通しの変更はない
<b>40～59歳</b>	<input type="radio"/> 01 大学病院	<input type="radio"/> 02 その他病院	<input type="radio"/> 03 診療所
	<input type="radio"/> 04 介護施設	<input type="radio"/> 05 その他	<input type="radio"/> 06 見通しの変更はない
<b>60～74歳</b>	<input type="radio"/> 01 大学病院	<input type="radio"/> 02 その他病院	<input type="radio"/> 03 診療所
	<input type="radio"/> 04 介護施設	<input type="radio"/> 05 その他	<input type="radio"/> 06 見通しの変更はない
<b>75歳以上</b>	<input type="radio"/> 01 大学病院	<input type="radio"/> 02 その他病院	<input type="radio"/> 03 診療所
	<input type="radio"/> 04 介護施設	<input type="radio"/> 05 その他	<input type="radio"/> 06 見通しの変更はない

**問17 今後の勤務形態の見通しなどについて、各年代ごとのご希望をご回答ください。**

<b>24～39歳</b>	○01 常勤（当直有）	○02 常勤（当直無）	○03 非常勤（週 <input type="text"/> 日）
	○04 引退		
<b>40～59歳</b>	○01 常勤（当直有）	○02 常勤（当直無）	○03 非常勤（週 <input type="text"/> 日）
	○04 引退		
<b>60～74歳</b>	○01 常勤（当直有）	○02 常勤（当直無）	○03 非常勤（週 <input type="text"/> 日）
	○04 引退		
<b>75歳以上</b>	○01 常勤（当直有）	○02 常勤（当直無）	○03 非常勤（週 <input type="text"/> 日）
	○04 引退		

**COVID-19感染拡大の影響を受けて、以前の見通しから変更しましたか。変更がある場合、当初の見通しについてもご回答ください。**

<b>24～39歳</b>	○01 常勤（当直有）	○02 常勤（当直無）	○03 非常勤（週 <input type="text"/> 日）
	○04 引退	○05 見通しの変更はない	
<b>40～59歳</b>	○01 常勤（当直有）	○02 常勤（当直無）	○03 非常勤（週 <input type="text"/> 日）
	○04 引退	○05 見通しの変更はない	
<b>60～74歳</b>	○01 常勤（当直有）	○02 常勤（当直無）	○03 非常勤（週 <input type="text"/> 日）
	○04 引退	○05 見通しの変更はない	
<b>75歳以上</b>	○01 常勤（当直有）	○02 常勤（当直無）	○03 非常勤（週 <input type="text"/> 日）
	○04 引退	○05 見通しの変更はない	

<b>問18 今後従事する診療科の見通しなどについて、各年代ごとのご希望をご回答ください。</b>	
<b>24～39歳</b>	<input type="radio"/> 01 診療科横断的に対応 <input type="radio"/> 02 現在の診療科領域全般に対応 <input type="radio"/> 03 より専門領域に特化
<b>40～59歳</b>	<input type="radio"/> 01 診療科横断的に対応 <input type="radio"/> 02 現在の診療科領域全般に対応 <input type="radio"/> 03 より専門領域に特化
<b>60～74歳</b>	<input type="radio"/> 01 診療科横断的に対応 <input type="radio"/> 02 現在の診療科領域全般に対応 <input type="radio"/> 03 より専門領域に特化
<b>75歳以上</b>	<input type="radio"/> 01 診療科横断的に対応 <input type="radio"/> 02 現在の診療科領域全般に対応 <input type="radio"/> 03 より専門領域に特化
<b>COVID-19感染拡大の影響を受けて、以前の見通しから変更しましたか。変更がある場合、当初の見通しについてもご回答ください。</b>	
<b>24～39歳</b>	<input type="radio"/> 01 診療科横断的に対応 <input type="radio"/> 02 現在の診療科領域全般に対応 <input type="radio"/> 03 より専門領域に特化 <input type="radio"/> 04 見通しの変更はない
<b>40～59歳</b>	<input type="radio"/> 01 診療科横断的に対応 <input type="radio"/> 02 現在の診療科領域全般に対応 <input type="radio"/> 03 より専門領域に特化 <input type="radio"/> 04 見通しの変更はない
<b>60～74歳</b>	<input type="radio"/> 01 診療科横断的に対応 <input type="radio"/> 02 現在の診療科領域全般に対応 <input type="radio"/> 03 より専門領域に特化 <input type="radio"/> 04 見通しの変更はない
<b>75歳以上</b>	<input type="radio"/> 01 診療科横断的に対応 <input type="radio"/> 02 現在の診療科領域全般に対応 <input type="radio"/> 03 より専門領域に特化 <input type="radio"/> 04 見通しの変更はない

**問19 今後従事する地域の見通しなどについて、各年代ごとのご希望をご回答ください。複数選んでいただいても構いません。**

<b>24～39歳</b>	<input type="checkbox"/> 01 変更なし	<input type="checkbox"/> 02 より都市部へ移る	<input type="checkbox"/> 03 より地方部へ移る
<b>40～59歳</b>	<input type="checkbox"/> 01 変更なし	<input type="checkbox"/> 02 より都市部へ移る	<input type="checkbox"/> 03 より地方部へ移る
<b>60～74歳</b>	<input type="checkbox"/> 01 変更なし	<input type="checkbox"/> 02 より都市部へ移る	<input type="checkbox"/> 03 より地方部へ移る
<b>75歳以上</b>	<input type="checkbox"/> 01 変更なし	<input type="checkbox"/> 02 より都市部へ移る	<input type="checkbox"/> 03 より地方部へ移る

**他地域へ移る見通しの場合、その地域をご回答ください。**

<b>24～39歳</b>	<input type="radio"/> 01 五大都市圏内の市区町村	<input type="radio"/> 02 その他の県庁所在地	<input type="radio"/> 03 その他の地域
<b>40～59歳</b>	<input type="radio"/> 01 五大都市圏内の市区町村	<input type="radio"/> 02 その他の県庁所在地	<input type="radio"/> 03 その他の地域
<b>60～74歳</b>	<input type="radio"/> 01 五大都市圏内の市区町村	<input type="radio"/> 02 その他の県庁所在地	<input type="radio"/> 03 その他の地域
<b>75歳以上</b>	<input type="radio"/> 01 五大都市圏内の市区町村	<input type="radio"/> 02 その他の県庁所在地	<input type="radio"/> 03 その他の地域

**COVID-19感染拡大の影響を受けて、以前の見通しから変更しましたか。変更がある場合、当初の見通しについてもご回答ください。**

<b>24～39歳</b>	<input type="checkbox"/> 01 変更なし	<input type="checkbox"/> 02 より都市部へ移る	<input type="checkbox"/> 03 より地方部へ移る	<input type="checkbox"/> 04 見通しの変更はない
<b>40～59歳</b>	<input type="checkbox"/> 01 変更なし	<input type="checkbox"/> 02 より都市部へ移る	<input type="checkbox"/> 03 より地方部へ移る	<input type="checkbox"/> 04 見通しの変更はない
<b>60～74歳</b>	<input type="checkbox"/> 01 変更なし	<input type="checkbox"/> 02 より都市部へ移る	<input type="checkbox"/> 03 より地方部へ移る	<input type="checkbox"/> 04 見通しの変更はない
<b>75歳以上</b>	<input type="checkbox"/> 01 変更なし	<input type="checkbox"/> 02 より都市部へ移る	<input type="checkbox"/> 03 より地方部へ移る	<input type="checkbox"/> 04 見通しの変更はない

**他地域へ移る見通しの場合、その地域をご回答ください。**

<b>24～39歳</b>	<input type="radio"/> 01 五大都市圏内の市区町村	<input type="radio"/> 02 その他の県庁所在地	<input type="radio"/> 03 その他の地域
<b>40～59歳</b>	<input type="radio"/> 01 五大都市圏内の市区町村	<input type="radio"/> 02 その他の県庁所在地	<input type="radio"/> 03 その他の地域
<b>60～74歳</b>	<input type="radio"/> 01 五大都市圏内の市区町村	<input type="radio"/> 02 その他の県庁所在地	<input type="radio"/> 03 その他の地域
<b>75歳以上</b>	<input type="radio"/> 01 五大都市圏内の市区町村	<input type="radio"/> 02 その他の県庁所在地	<input type="radio"/> 03 その他の地域

◎ 将来、新たに大きな健康危機が発生し、救急、集中治療、感染症等、現在の専門領域に加えて、新たな専門的治療能力を獲得する必要がある場合に必要となるトレーニングについてお伺いします。

問20 あなたが、救急、集中治療、感染症の専門的治療能力を獲得するためには、どの程度の研修が必要だと思われますか。

**救急領域の専門家について**

① 救急領域の専門家の指導の下で、ある程度対応できるには、どの程度のトレーニングが必要とお考えになりますか。

○01 数週間程度の研修が必要      ○02 数か月程度の研修が必要      ○03 年単位の研修が必要 ⇒  年程 専門家であるため研修は不要

② 救急領域の専門家として独立するためには、どの程度のトレーニングが必要とお考えになりますか。

○01 数週間程度の研修が必要      ○02 数か月程度の研修が必要      ○03 年単位の研修が必要 ⇒  年程 専門家であるため研修は不要

**集中治療領域の専門家について**

① 集中治療領域の専門家の指導の下で、ある程度対応できるには、どの程度のトレーニングが必要とお考えになりますか。

○01 数週間程度の研修が必要      ○02 数か月程度の研修が必要      ○03 年単位の研修が必要 ⇒  年程 専門家であるため研修は不要

② 集中治療領域の専門家として独立するためには、どの程度のトレーニングが必要とお考えになりますか。

○01 数週間程度の研修が必要      ○02 数か月程度の研修が必要      ○03 年単位の研修が必要 ⇒  年程 専門家であるため研修は不要

**感染症領域の専門家について**

① 感染症領域の専門家の指導の下で、ある程度対応できるには、どの程度のトレーニングが必要とお考えになりますか。

○01 数週間程度の研修が必要      ○02 数か月程度の研修が必要      ○03 年単位の研修が必要 ⇒  年程 専門家であるため研修は不要

② 感染症領域の専門家として独立するためには、どの程度のトレーニングが必要とお考えになりますか。

○01 数週間程度の研修が必要      ○02 数か月程度の研修が必要      ○03 年単位の研修が必要 ⇒  年程 専門家であるため研修は不要

◎今般のCOVID-19の感染拡大による医療提供体制の状況を踏まえ、今後、次なる大規模な健康危機への備えという観点から望ましい医療提供体制のあり方としてお考えになられることをご自由にご記入ください。

設問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

**送信**

Copyright©「新型コロナウイルス感染症等の健康危機への備えと対応を踏まえた医療提供体制に関する調査」事務局

新型コロナウイルス感染症等の健康危機への備え  
と対応を踏まえた医療提供体制に関する調査

《施設票 集計表》

○回収状況

	件数	割合
発送数	2,466	100.0%
回収数	669	27.1%
（再掲）COVID-19対応施設	475	19.3%
（再掲）COVID-19非対応施設	194	7.9%

○回収状況（COVID-19対応/非対応別）

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
発送数	1,233	1,233	2,466			
回収数	475	194	669	38.5%	15.7%	27.1%

問1① 開設者

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
国立大学法人	21	4	25	4.4%	2.1%	3.7%
国立大学法人以外の法人	41	4	45	8.6%	2.1%	6.7%
都道府県	28	7	35	5.9%	3.6%	5.2%
市町村	87	7	94	18.3%	3.6%	14.1%
公立大学法人	8	0	8	1.7%	0.0%	1.2%
日赤・済生会	38	2	40	8.0%	1.0%	6.0%
厚生連	17	2	19	3.6%	1.0%	2.8%
その他の公的医療法人	36	4	40	7.6%	2.1%	6.0%
社会保険関係団体	4	1	5	0.8%	0.5%	0.7%
公益法人	12	4	16	2.5%	2.1%	2.4%
医療法人	92	108	200	19.4%	55.7%	29.9%
学校法人	36	1	37	7.6%	0.5%	5.5%
社会福祉法人	6	11	17	1.3%	5.7%	2.5%
医療生協	2	3	5	0.4%	1.5%	0.7%
株式会社	2	1	3	0.4%	0.5%	0.4%
その他の法人	34	17	51	7.2%	8.8%	7.6%
個人	1	5	6	0.2%	2.6%	0.9%
無回答	10	13	23	2.1%	6.7%	3.4%
合計	475	194	669	100.0%	100.0%	100.0%

問1② 施設の種別

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
病院（大学病院以外）	409	189	598	86.1%	97.4%	89.4%
病院（大学病院）	66	5	71	13.9%	2.6%	10.6%
無回答	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%
合計	475	194	669	100.0%	100.0%	100.0%

問1③ 施設の指定等【複数回答】

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
新型インフルエンザ重点医療機関	222	10	232	46.7%	5.2%	34.7%
新型インフルエンザ等感染症疑い患者受入協力医療機関	175	21	196	36.8%	10.8%	29.3%
特定感染症指定医療機関	6	0	6	1.3%	0.0%	0.9%
第1種感染症指定医療機関	20	1	21	4.2%	0.5%	3.1%
第2種感染症指定医療機関	109	6	115	22.9%	3.1%	17.2%
救命救急センター（3次救急医療施設）	104	4	108	21.9%	2.1%	16.1%
2次救急医療施設	291	57	348	61.3%	29.4%	52.0%
全体	475	194	669			

問2 標榜診療科【複数回答】

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
内科	460	163	623	96.8%	84.0%	93.1%
外科	428	86	514	90.1%	44.3%	76.8%
整形外科	437	104	541	92.0%	53.6%	80.9%
脳神経外科	369	54	423	77.7%	27.8%	63.2%
小児科	355	47	402	74.7%	24.2%	60.1%
精神科	258	34	292	54.3%	17.5%	43.6%
眼科	358	37	395	75.4%	19.1%	59.0%
皮膚科	372	52	424	78.3%	26.8%	63.4%
耳鼻咽喉科	345	32	377	72.6%	16.5%	56.4%
泌尿器科	376	44	420	79.2%	22.7%	62.8%
産婦人科・産科・婦人科	331	25	356	69.7%	12.9%	53.2%
リハビリテーション科	422	142	564	88.8%	73.2%	84.3%
救急科	223	11	234	46.9%	5.7%	35.0%
形成外科	246	26	272	51.8%	13.4%	40.7%
放射線科	382	60	442	80.4%	30.9%	66.1%
病理診断科	261	13	274	54.9%	6.7%	41.0%
歯科・歯科口腔外科	267	34	301	56.2%	17.5%	45.0%
その他	249	38	287	52.4%	19.6%	42.9%
合計	475	194	669			

※内科：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科

外科：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

図3 許可病床数

	平均値		
	対応施設	非対応施設	合計
① 一般病床	357.9	84.5	283.0
(①のうち) 非稼働病床	14.5	5.7	12.1
(①のうち) コロナ患者受入のため整備した病床(医療法上の特例病床等)	10.4	0.6	7.7
② 療養病床	10.2	54.6	22.3
③ 精神病床	11.9	19.1	13.9
④ 感染症病床	1.3	0.1	1.0
⑤ 結核病床	1.8	0.6	1.5
全体(①～⑤の合計)	383.0	159.0	321.7
有効集計件数	469	177	646

図3 許可病床数(合計病床数規模別)

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
合計病床数20～99床	37	76	113	7.8%	39.2%	16.9%
合計病床数100～299床	150	78	228	31.6%	40.2%	34.1%
合計病床数300～499床	154	14	168	32.4%	7.2%	25.1%
合計病床数500床～	128	9	137	26.9%	4.6%	20.5%
無回答	6	17	23	1.3%	8.8%	3.4%
合計	475	194	669	100.0%	100.0%	100.0%

\*「合計病床数」＝一般病床、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床の合計

図4 職員数【常勤換算人数】

	平均値		
	対応施設	非対応施設	合計
① 医師	123.9	18.9	95.7
② 看護職(保健師、助産師、看護師、准看護師)	373.2	96.2	298.8
③ その他の医療職	131.2	50.5	109.6
④ その他の職員	139.8	55.7	117.2
全体(①～④の合計)	768.1	221.3	621.4
有効集計件数	458	168	626

\*その他の医療職: 歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、診療放射線技師、臨床検査技師等、その他の医療系資格を有する者

図5 令和元年1～8月、令和2年1～8月の入院患者延べ数、外来患者延べ数等

① コロナ対応施設

	平均値							
	R1.1月	R1.2月	R1.3月	R1.4月	R1.5月	R1.6月	R1.7月	R1.8月
入院患者延べ数	9,218.8	8,764.9	9,404.6	9,085.0	9,194.8	9,095.8	9,418.7	9,481.0
外来患者延べ数	14,819.4	14,188.7	15,403.0	15,208.1	14,867.1	14,867.7	16,186.8	15,328.1
救急搬送延べ数	324.2	245.0	257.0	256.2	284.7	251.9	276.1	295.4
手術実施延べ数	307.2	309.7	324.8	319.6	308.6	322.0	352.7	338.6
(うち) 緊急手術延べ数	43.2	39.4	43.0	44.9	45.0	42.0	45.6	44.7
(うち) 予定手術延べ数	226.4	231.6	241.8	235.7	225.8	239.6	263.9	250.8
健診実施延べ数	325.5	357.2	314.0	290.7	371.1	464.8	495.1	434.7
紹介率	51.0	52.8	53.7	54.4	53.2	54.2	54.8	52.0
有効集計件数	464							

	平均値							
	R2.1月	R2.2月	R2.3月	R2.4月	R2.5月	R2.6月	R2.7月	R2.8月
入院患者延べ数	9,271.3	8,877.4	9,013.8	7,886.0	7,452.6	7,788.9	8,373.0	8,674.6
外来患者延べ数	14,600.9	13,547.6	14,478.4	12,112.2	10,842.1	13,489.5	14,161.0	13,628.4
救急搬送延べ数	296.6	241.4	225.8	192.2	211.1	209.6	230.3	256.9
手術実施延べ数	320.5	307.0	332.8	268.8	212.0	297.1	317.9	303.0
(うち) 緊急手術延べ数	43.4	40.5	42.5	38.9	38.0	42.0	43.5	41.7
(うち) 予定手術延べ数	237.9	229.3	249.6	199.4	148.2	210.6	235.3	223.8
健診実施延べ数	339.1	346.5	282.0	156.1	122.7	358.1	440.0	405.5
紹介率	54.1	55.8	56.4	56.4	56.1	55.8	55.2	53.2
有効集計件数	464							

	対前年同月比							
	R2.1月	R2.2月	R2.3月	R2.4月	R2.5月	R2.6月	R2.7月	R2.8月
入院患者延べ数	100.6%	101.3%	95.8%	86.8%	81.1%	85.6%	88.9%	91.5%
外来患者延べ数	98.5%	95.5%	94.0%	79.6%	72.9%	90.7%	87.5%	88.9%
救急搬送延べ数	91.5%	98.5%	87.8%	75.0%	74.2%	83.2%	83.4%	87.0%
手術実施延べ数	104.3%	99.1%	102.5%	84.1%	68.7%	92.3%	90.1%	89.5%
(うち) 緊急手術延べ数	100.6%	102.6%	98.8%	86.7%	84.5%	100.0%	95.4%	93.2%
(うち) 予定手術延べ数	105.1%	99.0%	103.2%	84.6%	65.6%	87.9%	89.2%	89.3%
健診実施延べ数	104.2%	97.0%	89.8%	53.7%	33.1%	77.0%	88.9%	93.3%
紹介率	106.0%	105.7%	105.2%	103.6%	105.4%	103.0%	100.9%	102.3%

② コロナ非対応施設

	平均値							
	R1.1月	R1.2月	R1.3月	R1.4月	R1.5月	R1.6月	R1.7月	R1.8月
入院患者延べ数	4,098.2	3,781.0	4,198.9	3,984.7	4,052.5	3,957.8	4,103.8	4,096.2
外来患者延べ数	3,091.8	2,884.2	3,119.3	3,102.7	3,025.4	3,011.6	3,269.9	3,058.8
救急搬送延べ数	36.8	27.6	29.9	28.7	30.4	28.0	31.1	34.9
手術実施延べ数	47.5	48.1	49.0	49.1	47.7	48.8	54.7	50.4
(うち) 緊急手術延べ数	2.7	2.3	2.6	2.5	2.6	2.4	3.0	3.0
(うち) 予定手術延べ数	26.5	27.1	27.5	26.8	25.9	28.3	31.0	28.1
健診実施延べ数	95.9	101.8	92.7	130.2	168.4	203.0	188.4	142.9
紹介率	24.9	25.4	25.3	25.5	25.2	26.2	24.9	25.8
有効集計件数	155							

	平均値							
	R2.1月	R2.2月	R2.3月	R2.4月	R2.5月	R2.6月	R2.7月	R2.8月
入院患者延べ数	4,014.4	3,839.1	4,035.7	3,767.8	3,755.7	3,705.5	3,872.7	3,885.3
外来患者延べ数	2,972.8	2,786.9	2,958.3	2,583.0	2,331.1	2,805.6	2,907.0	2,738.7
救急搬送延べ数	32.1	26.3	26.1	21.1	22.2	23.9	25.5	28.1
手術実施延べ数	48.0	46.4	51.8	45.3	36.8	47.1	49.4	46.6
（うち）緊急手術延べ数	2.8	2.4	2.6	2.2	2.3	2.3	2.4	2.4
（うち）予定手術延べ数	27.0	26.3	29.3	26.1	20.1	26.3	28.1	26.7
健診実施延べ数	100.9	97.5	85.7	68.2	58.9	139.1	180.6	153.0
紹介率	26.9	27.4	27.2	28.4	27.0	28.4	26.9	26.6
有効集計件数	155							

	対前年同月比							
	R2.1月	R2.2月	R2.3月	R2.4月	R2.5月	R2.6月	R2.7月	R2.8月
入院患者延べ数	98.0%	101.5%	96.1%	94.6%	92.7%	93.6%	94.4%	94.9%
外来患者延べ数	96.2%	96.6%	94.8%	83.3%	77.1%	93.2%	88.9%	89.5%
救急搬送延べ数	87.2%	95.3%	87.2%	73.7%	72.8%	85.6%	81.9%	80.6%
手術実施延べ数	101.1%	96.5%	105.7%	92.3%	77.1%	96.4%	90.4%	92.4%
（うち）緊急手術延べ数	103.1%	106.5%	98.3%	88.5%	89.5%	97.0%	81.4%	79.4%
（うち）予定手術延べ数	101.8%	97.2%	106.5%	97.4%	77.4%	92.9%	90.7%	94.9%
健診実施延べ数	105.2%	95.7%	92.5%	52.4%	35.0%	68.5%	95.9%	107.1%
紹介率	108.1%	107.9%	107.2%	111.3%	107.3%	108.3%	108.0%	103.1%

※5 令和元年1～8月、令和2年1～8月の入院患者延べ数、外来患者延べ数等《合計病床規模別》

●合計病床規模20～99床

	平均値															
	対応施設								非対応施設							
	R1.1月	R1.2月	R1.3月	R1.4月	R1.5月	R1.6月	R1.7月	R1.8月	R1.1月	R1.2月	R1.3月	R1.4月	R1.5月	R1.6月	R1.7月	R1.8月
入院患者延べ数	1,622.0	1,498.8	1,620.8	1,554.4	1,586.1	1,572.5	1,648.0	1,657.0	1,770.4	1,590.5	1,902.7	1,683.4	1,704.4	1,662.8	1,706.4	1,709.9
外来患者延べ数	3,194.1	3,322.8	3,244.7	3,217.0	3,104.8	3,143.7	3,357.9	3,165.9	1,794.2	1,552.2	1,661.5	1,641.3	1,595.6	1,610.1	1,733.2	1,628.0
救急搬送延べ数	45.3	30.7	33.4	32.7	34.7	33.1	36.5	39.5	14.2	10.3	11.8	10.1	12.2	10.5	10.8	12.1
手術実施延べ数	50.1	51.0	56.4	47.9	45.6	47.5	56.2	49.6	11.5	11.3	12.5	11.5	11.6	11.6	13.1	11.6
（うち）緊急手術延べ数	6.1	5.1	6.3	6.7	6.2	6.6	6.5	6.1	2.2	1.9	2.3	1.9	2.0	1.9	2.7	2.1
（うち）予定手術延べ数	43.2	45.1	49.3	40.1	38.6	39.9	48.8	42.2	8.6	9.0	9.4	8.8	9.0	9.2	9.9	8.8
健診実施延べ数	66.3	88.1	96.2	80.5	87.6	151.1	156.1	146.3	25.8	25.3	28.7	29.2	39.0	53.4	43.2	28.5
紹介率	14.7	17.7	17.6	18.5	17.7	17.4	19.1	18.0	14.6	14.5	13.8	13.2	13.4	15.4	11.9	15.1
有効集計件数	35								64							

	平均値															
	対応施設								非対応施設							
	R2.1月	R2.2月	R2.3月	R2.4月	R2.5月	R2.6月	R2.7月	R2.8月	R2.1月	R2.2月	R2.3月	R2.4月	R2.5月	R2.6月	R2.7月	R2.8月
入院患者延べ数	1,619.9	1,564.1	1,615.6	1,437.1	1,406.2	1,441.8	1,534.3	1,525.3	1,663.0	1,562.6	1,643.8	1,550.4	1,570.3	1,532.8	1,585.6	1,595.2
外来患者延べ数	3,037.8	2,892.6	2,991.9	2,492.1	2,231.9	2,692.8	2,873.2	2,786.6	1,545.7	1,427.8	1,504.5	1,341.5	1,238.8	1,453.6	1,525.2	1,493.1
救急搬送延べ数	39.6	32.4	31.3	27.8	31.4	29.7	34.4	39.3	12.3	10.6	10.1	8.4	9.5	8.7	10.0	12.3
手術実施延べ数	49.6	45.7	49.8	34.6	27.3	42.5	49.2	48.1	11.6	11.4	11.6	9.8	9.0	10.9	11.8	11.3
（うち）緊急手術延べ数	5.0	5.2	5.0	5.1	5.9	6.0	5.7	5.6	2.0	2.1	2.1	1.5	1.5	1.6	1.6	1.7
（うち）予定手術延べ数	43.9	39.4	44.1	28.8	20.4	35.3	42.2	41.3	9.2	8.9	9.1	7.8	6.7	8.6	9.5	9.2
健診実施延べ数	73.1	78.6	63.6	36.1	22.4	125.4	144.5	136.3	23.7	25.5	25.1	14.6	16.3	42.1	48.5	30.4
紹介率	17.2	18.8	19.5	21.7	21.1	18.9	18.8	19.5	15.8	15.2	15.8	17.6	17.3	17.9	16.8	16.2
有効集計件数	35								64							

	対前年同月比															
	対応施設								非対応施設							
	R2.1月	R2.2月	R2.3月	R2.4月	R2.5月	R2.6月	R2.7月	R2.8月	R2.1月	R2.2月	R2.3月	R2.4月	R2.5月	R2.6月	R2.7月	R2.8月
入院患者延べ数	99.87%	104.36%	99.68%	92.46%	88.66%	91.69%	93.10%	92.05%	93.94%	98.24%	86.39%	92.10%	92.13%	92.19%	92.92%	93.29%
外来患者延べ数	95.11%	87.05%	92.21%	77.47%	71.89%	85.66%	85.57%	88.02%	86.15%	91.98%	90.55%	81.73%	77.64%	90.28%	88.00%	91.72%
救急搬送延べ数	87.56%	105.48%	93.68%	85.13%	90.53%	89.82%	94.28%	99.42%	86.53%	102.42%	85.43%	83.70%	77.27%	83.28%	93.02%	101.29%
手術実施延べ数	98.92%	89.74%	88.20%	72.17%	59.84%	89.46%	87.54%	96.89%	101.64%	100.69%	93.13%	85.83%	77.43%	94.20%	90.12%	97.17%
（うち）緊急手術延べ数	82.55%	102.23%	79.09%	75.32%	95.83%	91.74%	88.11%	91.55%	93.48%	109.02%	93.20%	79.84%	75.20%	84.30%	61.76%	78.10%
（うち）予定手術延べ数	101.72%	87.51%	89.62%	71.85%	52.89%	88.46%	86.48%	97.83%	106.35%	99.13%	96.68%	88.43%	74.48%	92.89%	96.51%	103.53%
健診実施延べ数	110.30%	89.14%	66.16%	44.89%	25.56%	82.98%	92.55%	93.20%	91.65%	101.05%	87.62%	50.03%	41.68%	78.81%	112.23%	106.35%
紹介率	117.15%	105.96%	110.53%	117.28%	119.55%	109.05%	98.36%	108.24%	108.24%	105.18%	114.46%	133.97%	128.49%	116.55%	141.47%	106.82%

●合計病床規模100～299床

	平均値															
	対応施設								非対応施設							
	R1.1月	R1.2月	R1.3月	R1.4月	R1.5月	R1.6月	R1.7月	R1.8月	R1.1月	R1.2月	R1.3月	R1.4月	R1.5月	R1.6月	R1.7月	R1.8月
入院患者延べ数	4,776.4	4,419.9	4,744.0	4,513.6	4,649.1	4,493.0	4,689.3	4,708.8	4,060.9	3,740.4	4,068.6	3,932.7	4,007.6	3,926.0	4,059.5	4,061.0
外来患者延べ数	6,762.0	6,265.1	6,729.6	6,669.4	6,596.4	6,517.6	7,085.0	6,697.1	2,645.1	2,523.7	2,749.2	2,700.7	2,651.2	2,646.5	2,862.6	2,689.4
救急搬送延べ数	133.7	94.0	95.9	95.3	101.7	93.2	105.2	117.3	25.8	18.0	19.7	19.9	21.0	19.4	21.2	25.8
手術実施延べ数	91.2	91.3	97.2	94.7	94.6	97.1	106.1	97.9	34.4	33.7	35.3	34.6	34.3	34.7	39.8	37.8
（うち）緊急手術延べ数	11.9	11.1	13.0	12.5	12.6	12.3	13.4	12.7	2.1	1.4	2.0	1.8	1.8	1.7	2.0	2.2
（うち）予定手術延べ数	60.4	60.5	62.7	61.1	61.0	64.4	70.0	64.4	32.0	32.0	33.0	32.4	32.1	32.9	37.4	35.3
健診実施延べ数	346.5	385.7	343.7	347.0	417.3	541.5	572.5	492.8	154.2	167.7	147.0	225.8	292.7	344.3	321.5	240.1
紹介率	29.2	31.3	32.8	33.4	31.8	32.7	33.9	31.3	28.6	28.7	29.1	29.9	28.5	28.7	29.2	28.0
有効集計件数	147								70							

	平均値															
	対応施設								非対応施設							
	R2.1月	R2.2月	R2.3月	R2.4月	R2.5月	R2.6月	R2.7月	R2.8月	R2.1月	R2.2月	R2.3月	R2.4月	R2.5月	R2.6月	R2.7月	R2.8月
入院患者延べ数	5,059.4	4,466.4	4,529.8	3,988.8	3,796.0	3,866.6	4,148.6	4,185.6	4,028.9	3,846.2	4,060.2	3,848.5	3,837.1	3,740.1	3,887.2	3,907.0
外来患者延べ数	6,468.8	5,939.9	6,147.1	5,346.8	4,816.1	5,820.8	6,119.5	5,885.6	2,561.7	2,423.8	2,512.9	2,230.1	2,047.3	2,427.9	2,510.2	2,344.5
救急搬送延べ数	114.9	93.3	85.0	72.0	73.5	78.4	86.3	103.6	21.6	16.7	15.7	13.5	14.0	16.8	17.6	16.9
手術実施延べ数	97.1	91.1	98.9	81.7	65.4	89.8	95.4	88.7	34.6	33.3	37.4	33.6	26.1	32.1	35.0	33.9
（うち）緊急手術延べ数	12.3	11.2	11.9	11.2	10.5	11.5	12.3	11.5	1.9	1.7	2.0	1.7	1.8	2.0	2.2	2.2
（うち）予定手術延べ数	64.7	60.2	66.7	53.8	39.7	58.3	63.7	58.7	32.6	31.4	35.2	31.8	24.0	30.0	32.6	31.5
健診実施延べ数	365.4	376.1	316.5	178.8	136.9	432.4	535.6	478.6	158.1	150.8	127.5	117.9	96.8	226.8	308.0	265.6
紹介率	33.1	35.0	37.2	38.9	37.0	36.4	35.7	33.8	29.9	31.3	30.7	32.3	30.4	32.0	31.3	30.5
有効集計件数	147								70							

	対前年同月比															
	対応施設								非対応施設							
	R2.1月	R2.2月	R2.3月	R2.4月	R2.5月	R2.6月	R2.7月	R2.8月	R2.1月	R2.2月	R2.3月	R2.4月	R2.5月	R2.6月	R2.7月	R2.8月
入院患者延べ数	105.9%	101.1%	95.5%	88.4%	81.7%	86.1%	88.5%	88.9%	99.2%	102.8%	99.8%	97.9%	95.7%	95.3%	95.8%	96.2%
外来患者延べ数	95.7%	94.8%	91.3%	80.2%	73.0%	89.3%	86.4%	87.9%	96.8%	96.0%	91.4%	82.6%	77.2%	91.7%	87.7%	87.2%
救急搬送延べ数	85.9%	99.2%	88.6%	75.6%	72.3%	84.1%	82.1%	88.3%	84.0%	92.5%	79.7%	67.6%	66.8%	86.8%	83.0%	65.7%
手術実施延べ数	106.4%	99.7%	101.8%	86.3%	69.2%	92.4%	89.9%	90.6%	100.8%	105.9%	97.1%	76.3%	92.6%	88.0%	89.9%	
（うち）緊急手術延べ数	103.3%	101.2%	91.6%	89.2%	83.3%	93.3%	91.6%	90.5%	92.4%	121.0%	100.7%	91.4%	100.0%	119.8%	107.8%	103.3%
（うち）予定手術延べ数	107.1%	99.5%	106.4%	88.1%	65.0%	90.4%	91.0%	91.1%	101.7%	98.1%	106.7%	97.9%	74.8%	91.1%	87.2%	89.2%
健診実施延べ数	105.4%	97.5%	92.1%	51.5%	32.8%	79.8%	93.6%	97.1%	102.5%	89.9%	86.7%	52.2%	33.1%	65.9%	110.6%	
紹介率	113.3%	112.1%	113.4%	116.6%	116.3%	111.4%	105.3%	107.8%	104.5%	109.2%	105.3%	108.2%	106.4%	111.4%	107.5%	108.7%

●合計病床規模300～499床

	平均値															
	対応施設								非対応施設							
	R1.1月	R1.2月	R1.3月	R1.4月	R1.5月	R1.6月	R1.7月	R1.8月	R1.1月	R1.2月	R1.3月	R1.4月	R1.5月	R1.6月	R1.7月	R1.8月
入院患者延べ数	9,062.4	8,599.1	9,025.6	8,654.8	8,891.2	8,715.2	8,975.0	9,094.3	9,763.5	9,291.1	10,105.3	9,614.0	9,768.3	9,406.0	9,848.0	9,846.7
外来患者延べ数	13,802.3	13,089.5	14,094.2	13,978.9	13,843.5	13,682.7	14,921.4	14,212.6	6,317.7	5,957.2	6,363.6	6,565.7	6,291.5	6,225.1	6,911.0	6,564.1
救急搬送延べ数	329.2	250.5	259.5	260.5	270.9	257.7	284.4	308.6	220.9	164.2	177.1	168.9	158.1	158.1	179.6	192.6
手術実施延べ数	272.0	274.2	281.1	278.5	269.8	282.0	310.2	294.2	106.3	105.7	107.9	106.0	104.6	106.1	116.3	111.0
（うち）緊急手術延べ数	36.4	32.2	35.6	37.0	37.0	35.4	37.3	36.4	4.3	3.5	2.7	4.0	2.7	2.8	4.5	3.7
（うち）予定手術延べ数	190.5	196.1	201.3	197.6	190.7	200.9	221.9	208.9	33.3	33.4	31.8	29.1	26.5	30.7	32.3	30.2
健診実施延べ数	358.6	382.3	328.4	280.3	418.2	512.0	564.8	471.0	135.0	152.8	126.2	165.8	210.6	285.1	289.8	258.2
紹介率	60.9	63.3	63.9	65.1	63.4	65.2	65.4	61.5	49.3	52.1	53.6	55.0	58.0	57.5	58.9	60.1
有効集計件数	152								10							

	平均値															
	対応施設								非対応施設							
	R2.1月	R2.2月	R2.3月	R2.4月	R2.5月	R2.6月	R2.7月	R2.8月	R2.1月	R2.2月	R2.3月	R2.4月	R2.5月	R2.6月	R2.7月	R2.8月
入院患者延べ数	9,052.5	8,665.4	8,776.5	7,686.3	7,374.7	7,625.5	8,179.4	8,235.4	9,321.7	9,010.1	9,334.5	8,211.1	8,071.4	8,080.8	8,728.6	8,905.7
外来患者延べ数	13,592.6	12,563.7	13,459.8	11,371.6	10,259.3	12,572.6	13,205.0	12,481.6	6,330.1	5,789.1	6,156.7	4,853.4	4,254.3	5,620.7	5,978.1	5,590.4
救急搬送延べ数	297.1	250.3	237.0	204.3	215.0	220.7	240.5	277.7	188.5	154.4	157.5	111.9	115.1	121.3	129.4	156.4
手術実施延べ数	283.7	269.6	293.2	239.4	188.5	284.6	280.5	265.3	104.8	103.5	109.6	81.5	70.6	94.5	103.4	100.6
（うち）緊急手術延べ数	36.5	32.9	35.5	32.9	31.5	35.8	36.4	35.6	5.3	4.4	3.8	3.3	3.6	4.1	2.0	4.2
（うち）予定手術延べ数	202.4	194.7	211.0	169.6	126.6	180.7	200.3	187.3	31.7	32.5	32.6	30.8	23.7	27.6	30.7	30.8
健診実施延べ数	373.9	389.5	295.8	177.2	127.5	376.3	448.4	424.9	200.2	207.5	178.2	54.9	39.0	211.2	245.9	227.0
紹介率	64.6	66.8	66.9	65.9	65.8	66.2	65.6	62.3	59.3	60.7	58.4	54.0	50.1	53.6	50.5	53.0
有効集計件数	152								10							

	対前年同月比															
	対応施設								非対応施設							
	R2.1月	R2.2月	R2.3月	R2.4月	R2.5月	R2.6月	R2.7月	R2.8月	R2.1月	R2.2月	R2.3月	R2.4月	R2.5月	R2.6月	R2.7月	R2.8月
入院患者延べ数	99.9%	100.8%	97.2%	88.8%	82.9%	87.5%	91.1%	90.6%	95.5%	97.0%	92.4%	85.4%	82.6%	85.9%	88.6%	90.4%
外来患者延べ数	98.5%	96.0%	95.5%	81.3%	74.1%	91.9%	88.5%	87.8%	100.2%	97.2%	96.7%	73.9%	67.6%	90.3%	86.5%	85.2%
救急搬送延べ数	90.2%	99.9%	91.3%	78.4%	79.4%	85.6%	84.5%	90.0%	85.3%	94.0%	88.9%	66.3%	67.9%	76.7%	72.0%	81.2%
手術実施延べ数	104.3%	98.3%	104.3%	86.0%	69.9%	100.9%	90.4%	90.2%	98.6%	97.9%	101.6%	76.9%	67.5%	89.1%	88.9%	90.6%
（うち）緊急手術延べ数	100.2%	99.0%	99.8%	89.1%	85.2%	101.1%	97.7%	97.8%	123.3%	125.7%	140.7%	82.5%	133.3%	146.4%	44.4%	113.5%
（うち）予定手術延べ数	106.2%	99.2%	104.8%	85.8%	66.4%	90.0%	90.3%	89.7%	95.2%	97.3%	102.5%	105.8%	89.4%	89.9%	95.0%	102.0%
健診実施延べ数	104.3%	101.9%	90.1%	63.2%	30.5%	73.5%	79.4%	90.2%	148.3%	135.8%	141.2%	33.1%	18.5%	74.1%	84.9%	87.9%
紹介率	106.1%	105.6%	104.6%	101.2%	103.8%	101.6%	100.4%	101.4%	120.3%	116.5%	109.0%	98.2%	86.4%	93.2%	85.7%	88.2%

●合計病床規模500床～

	平均値															
	対応施設								非対応施設							
	R1.1月	R1.2月	R1.3月	R1.4月	R1.5月	R1.6月	R1.7月	R1.8月	R1.1月	R1.2月	R1.3月	R1.4月	R1.5月	R1.6月	R1.7月	R1.8月
入院患者延べ数	16,787.4	16,135.8	17,548.1	17,111.8	17,059.2	17,098.3	17,717.2	17,775.5	17,023.8	15,695.4	17,349.9	16,808.0	17,136.1	16,770.6	17,477.9	17,344.5
外来患者延べ数	28,865.4	27,955.3	30,670.8	30,173.3	29,205.1	29,480.7	32,100.3	30,312.5	13,853.1	13,261.9	14,418.8	14,430.8	14,138.6	13,861.5	15,096.9	13,858.6
救急搬送延べ数	623.0	477.5	508.0	504.9	588.4	494.5	536.2	562.8	98.5	88.9	90.4	89.4	96.4	90.3	107.4	112.9
手術実施延べ数	677.6	683.7	722.1	711.5	682.6	713.3	779.2	758.0	392.5	411.5	401.6	422.1	398.8	414.1	456.6	412.1
（うち）緊急手術延べ数	98.7	90.0	97.7	103.4	103.8	94.8	104.7	103.5	11.6	11.9	11.4	12.5	15.0	12.8	13.4	18.3
（うち）予定手術延べ数	517.2	529.0	556.5	542.8	515.7	549.3	604.0	580.1	119.3	129.3	125.9	125.9	113.6	145.1	150.1	124.0
健診実施延べ数	339.6	375.6	328.7	302.2	346.8	415.6	425.7	412.8	132.8	112.3	122.5	106.1	126.4	136.1	129.3	116.3
紹介率	75.4	75.8	76.3	76.7	76.3	76.6	76.7	74.7	52.8	59.9	58.1	59.6	57.9	61.6	59.3	57.9
有効集計件数	127								8							

	平均値															
	対応施設								非対応施設							
	R2.1月	R2.2月	R2.3月	R2.4月	R2.5月	R2.6月	R2.7月	R2.8月	R2.1月	R2.2月	R2.3月	R2.4月	R2.5月	R2.6月	R2.7月	R2.8月
入院患者延べ数	16,663.9	16,387.6	16,662.6	14,530.4	13,552.8	14,393.3	15,506.0	16,500.0	17,055.1	16,507.5	17,312.9	16,190.0	16,172.8	16,245.9	16,931.5	16,709.8
外来患者延べ数	28,701.8	26,731.5	28,793.0	23,719.1	21,100.0	26,704.7	28,005.5	27,222.4	14,301.8	13,503.3	14,960.1	13,198.9	11,499.1	13,793.9	14,053.8	12,985.0
救急搬送延べ数	583.5	465.0	434.0	366.4	420.1	402.5	444.1	475.0	99.3	85.9	89.4	84.0	86.5	94.4	97.3	102.8
手術実施延べ数	705.2	680.9	736.7	591.5	465.5	629.2	701.8	673.5	402.3	384.6	441.9	401.6	321.8	422.5	423.6	387.3
（うち）緊急手術延べ数	99.3	94.1	97.6	88.4	87.4	95.5	99.6	94.9	14.5	9.6	10.3	12.3	12.5	9.3	12.5	8.6
（うち）予定手術延べ数	539.8	524.1	570.1	455.3	338.4	476.1	534.4	514.3	123.1	121.9	142.1	125.0	93.0	141.0	141.9	127.1
健診実施延べ数	347.1	341.6	290.7	140.9	130.3	321.9	409.7	380.5	131.6	105.6	122.0	104.0	113.3	110.4	109.5	114.4
紹介率	76.7	77.7	77.2	75.5	76.7	76.6	76.1	74.6	58.5	59.0	58.0	59.5	56.5	59.5	49.6	52.6
有効集計件数	127								8							

	対前年同月比															
	対応施設								非対応施設							
	R2.1月	R2.2月	R2.3月	R2.4月	R2.5月	R2.6月	R2.7月	R2.8月	R2.1月	R2.2月	R2.3月	R2.4月	R2.5月	R2.6月	R2.7月	R2.8月
入院患者延べ数	99.3%	101.6%	95.0%	84.9%	79.4%	84.2%	87.5%	92.8%	100.2%	105.2%	99.8%	96.3%	94.4%	96.9%	96.9%	96.3%
外来患者延べ数	99.4%	95.6%	93.9%	78.6%	72.2%	90.6%	87.2%	89.8%	103.2%	101.8%	103.8%	91.5%	81.3%	99.5%	93.1%	93.7%
救急搬送延べ数	93.7%	97.4%	85.4%	72.6%	71.4%	81.4%	82.8%	84.4%	100.8%	96.6%	94.0%	89.8%	89.6%	104.6%	90.6%	91.0%
手術実施延べ数	104.1%	99.6%	102.0%	83.1%	68.2%	88.2%	90.1%	88.8%	102.5%	93.5%	110.0%	95.1%	80.7%	102.0%	92.8%	94.0%
（うち）緊急手術延べ数	100.6%	104.5%	99.8%	85.5%	84.2%	100.7%	95.1%	91.7%	124.7%	81.1%	90.1%	98.0%	83.3%	72.5%	93.5%	47.3%
（うち）予定手術延べ数	104.4%	99.1%	102.4%	83.9%	65.6%	86.7%	88.5%	88.7%	103.2%	94.3%	112.9%	99.3%	81.8%	97.2%	94.5%	102.5%
健診実施延べ数	102.2%	91.0%	88.4%	46.6%	37.6%	77.4%	96.2%	92.2%	99.2%	94.1%	99.6%	98.0%	91.2%	81.1%	84.7%	98.4%
紹介率	101.8%	102.5%	101.2%	98.4%	100.5%	99.9%	99.2%	99.9%	110.9%	98.5%	99.8%	99.8%	97.6%	96.6%	83.8%	90.9%

問6 令和2年4～8月のCOVID-19（疑似症を含む）による入院患者延べ数、外来患者延べ数

※コロナ対応施設のみ集計

	平均値				
	R2.4月	R2.5月	R2.6月	R2.7月	R2.8月
入院患者延べ数	113.3	113.8	90.1	134.8	206.0
外来患者延べ数	72.3	56.7	53.6	97.7	126.8
有効集計件数	475				

問6 令和2年4～8月のCOVID-19（疑似症を含む）による入院患者延べ数、外来患者延べ数

※コロナ対応施設のみ集計

●入院患者延べ数/月（R2.4月～8月）の平均値で区分

	入院患者延べ数/月 平均値（R2.4月～8月）					
	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人～
施設数	45	118	117	64	82	49
割合	9.5%	24.8%	24.6%	13.5%	17.3%	10.3%
合計	475					

問7 令和2年4～8月のICU病床数、COVID-19（疑似症含む）によるICU入院患者延べ数、ECMO使用患者延べ数

※コロナ対応施設のみ集計

	平均値				
	R2.4月	R2.5月	R2.6月	R2.7月	R2.8月
ICU病床数	7.2	7.8	7.1	7.0	7.0
COVID-19によるICU入院患者延べ数	20.1	17.5	13.2	14.9	20.1
ECMO使用患者延べ数	1.4	1.1	0.5	0.3	0.6
有効集計件数	405				

問8 COVID-19対応のために他医療機関等に対して医療従事者等の応援を出したか

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
応援を出した	111	18	129	23.4%	9.3%	19.3%
応援は出さなかった	345	136	481	72.6%	70.1%	71.9%
無回答	19	40	59	4.0%	20.6%	8.8%
合計	475	194	669	100.0%	100.0%	100.0%

問9 応援を出した医療従事者等の延べ人数

① コロナ対応施設

	平均値		
	医師	看護職	その他
COVID-19対応医療機関	15.8	10.0	3.2
保健所	3.2	0.7	0.2
その他の検査機関	1.6	3.2	1.5
有効集計件数	107		

② コロナ非対応施設

	平均値		
	医師	看護職	その他
COVID-19対応医療機関	0.9	0.4	0.2
保健所	0.0	0.0	0.0
その他の検査機関	0.6	0.3	0.1
有効集計件数	18		

問10① 他院から応援を受けたか

※コロナ対応施設のみ集計

	件数	割合
応援を受けた	32	6.7%
応援は受けなかった	406	85.5%
無回答	37	7.8%
合計	475	100.0%

問10② 他院から応援を受けた医療従事者等の延べ人数

※コロナ対応施設のみ集計

	平均値
医師	16.9
看護職	5.1
その他	5.0
有効集計件数	22

問10① 他院から応援を受けたか問3病床規模別

※コロナ対応施設のみ集計

	件数						割合					
	合計病床数 20～99床	合計病床数 100～299床	合計病床数 300～499床	合計病床数 500床～	無回答	合計	合計病床数 20～99床	合計病床数 100～299床	合計病床数 300～499床	合計病床数 500床～	無回答	合計
応援を受けた	0	15	7	10	0	32	0.0%	10.0%	4.5%	7.8%	0.0%	6.7%
応援は受けなかった	31	124	135	113	3	406	83.8%	82.7%	87.7%	88.3%	50.0%	85.5%
無回答	6	11	12	5	3	37	16.2%	7.3%	7.8%	3.9%	50.0%	7.8%
合計	37	150	154	128	6	475	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

問10① 他院から応援を受けたか問7ICU有無別

※コロナ対応施設のみ集計

	件数				割合			
	ICU病床数： 平均0	ICU病床数： 平均1以上	無回答	合計	ICU病床数： 平均0	ICU病床数： 平均1以上	無回答	合計
応援を受けた	15	14	3	32	7.9%	6.5%	4.3%	6.7%
応援は受けなかった	155	194	57	406	81.6%	90.2%	81.4%	85.5%
無回答	20	7	10	37	10.5%	3.3%	14.3%	7.8%
合計	190	215	70	475	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

問10① 他院から応援を受けたか問6COVID-19入院患者数別

※コロナ対応施設のみ集計

	件数							割合						
	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人～	合計	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人～	合計
応援を受けた	2	2	4	5	11	8	32	4.4%	1.7%	3.4%	7.8%	13.4%	16.3%	6.7%
応援は受けなかった	35	102	106	58	67	38	406	77.8%	86.4%	90.6%	90.6%	81.7%	77.6%	85.5%
無回答	8	14	7	1	4	3	37	17.8%	11.9%	6.0%	1.6%	4.9%	6.1%	7.8%
合計	45	118	117	64	82	49	475	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

※



問12 COVID-19対応病棟の看護職員配置をどのように増やしたか

※コロナ対応施設のみ集計

※問11①-1、②-1のいずれかで「O1増やした」とした施設のみ回答

	件数	割合
院内の看護職員の配置転換	96	67.6%
院外の看護職員の応援	1	0.7%
上記のいずれも	7	4.9%
無回答	38	26.8%
合計	142	100.0%

問12 COVID-19対応病棟の看護職員配置をどのように増やしたか<問3病床規模別>

※コロナ対応施設のみ集計

※問11①-1、②-1のいずれかで「O1増やした」とした施設のみ回答

	件数					割合				
	合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299床	合計病床数 300~499床	合計病床数 500床~	合計	合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299床	合計病床数 300~499床	合計病床数 500床~	合計
院内の看護職員の配置転換	2	14	33	47	96	100.0%	46.7%	78.6%	69.1%	67.6%
院外の看護職員の応援	0	1	0	0	1	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	0.7%
上記のいずれも	0	3	0	7	10	0.0%	10.0%	0.0%	5.9%	4.9%
無回答	0	12	9	17	38	0.0%	40.0%	21.4%	25.0%	26.8%
合計	2	30	42	68	142	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

問12 COVID-19対応病棟の看護職員配置をどのように増やしたか<問7ICU有無別>

※コロナ対応施設のみ集計

※問11①-1、②-1のいずれかで「O1増やした」とした施設のみ回答

	件数				割合			
	ICU病床数: 平均0	ICU病床数: 平均1以上	無回答	合計	ICU病床数: 平均0	ICU病床数: 平均1以上	無回答	合計
院内の看護職員の配置転換	28	62	6	96	65.1%	71.3%	50.0%	67.6%
院外の看護職員の応援	0	0	1	1	0.0%	0.0%	8.3%	0.7%
上記のいずれも	3	3	1	7	7.0%	3.4%	8.3%	4.9%
無回答	12	22	4	38	27.9%	25.3%	33.3%	26.8%
合計	43	87	12	142	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

問12 COVID-19対応病棟の看護職員配置をどのように増やしたか<問6COVID-19入院患者数別>

※コロナ対応施設のみ集計

※問11①-1、②-1のいずれかで「O1増やした」とした施設のみ回答

	件数							割合						
	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人-	合計	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人-	合計
院内の看護職員の配置転換	0	12	22	21	27	14	96	-	60.0%	59.5%	91.3%	71.1%	58.3%	67.6%
院外の看護職員の応援	0	0	0	0	0	1	1	-	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.2%	0.7%
上記のいずれも	0	0	2	0	1	4	7	-	0.0%	5.4%	0.0%	2.6%	16.7%	4.9%
無回答	0	8	13	2	10	5	38	-	40.0%	35.1%	8.7%	26.3%	20.8%	26.8%
合計	0	20	37	23	38	24	142	-	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

問12 COVID-19対応病棟の看護職員配置をどのように増やしたか<問15感染管理認定看護師の有無別>

※コロナ対応施設のみ集計

※問11①-1、②-1のいずれかで「O1増やした」とした施設のみ回答

	件数				割合			
	感染管理認定看護師等 有り	感染管理認定看護師等 無し	無回答	合計	感染管理認定看護師等 有り	感染管理認定看護師等 無し	無回答	合計
院内の看護職員の配置転換	93	2	1	96	67.4%	66.7%	100.0%	67.6%
院外の看護職員の応援	1	0	0	1	0.7%	0.0%	0.0%	0.7%
上記のいずれも	7	0	0	7	5.1%	0.0%	0.0%	4.9%
無回答	37	1	0	38	26.8%	33.3%	0.0%	26.8%
合計	138	3	1	142	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

問12 COVID-19対応病棟の看護職員配置をどのように増やしたか<問15感染管理認定看護師の有無別>

※問11①-1、②-1のいずれかで「O1増やした」とした施設のみ回答

	件数				割合			
	感染管理認定看護師等 有り	感染管理認定看護師等 無し	無回答	合計	感染管理認定看護師等 有り	感染管理認定看護師等 無し	無回答	合計
院内の看護職員の配置転換	93	2	1	96	67.4%	66.7%	100.0%	67.6%
院外の看護職員の応援	1	0	0	1	0.7%	0.0%	0.0%	0.7%
上記のいずれも	7	0	0	7	5.1%	0.0%	0.0%	4.9%
無回答	37	1	0	38	26.8%	33.3%	0.0%	26.8%
合計	138	3	1	142	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

問13① 感染拡大ピーク時に入院体制をどのように変更したか【複数回答】

※コロナ対応施設のみ集計

	件数	割合
変更なし	117	24.6%
新規入院患者の受入を制限した	114	24.0%
入院患者の早期退院・転院を促進した	48	10.1%
一部の病棟を閉鎖して、医療従事者をCOVID-19対応病棟に再配置した	79	16.6%
一部の病棟・病室をCOVID-19対応病棟に転換した	281	59.2%
全体	475	

問13① 感染拡大ピーク時に入院体制をどのように変更したか【複数回答】<問3病床規模別>

※コロナ対応施設のみ集計

	件数						割合					
	合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299床	合計病床数 300~499床	合計病床数 500床~	無回答	合計	合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299床	合計病床数 300~499床	合計病床数 500床~	無回答	合計
変更なし	18	52	30	15	2	117	48.6%	34.7%	19.5%	11.7%	33.3%	24.6%
新規入院患者の受入を制限した	5	32	33	43	1	114	13.5%	21.3%	21.4%	33.6%	16.7%	24.0%
入院患者の早期退院・転院を促進した	1	13	19	15	0	48	2.7%	8.7%	12.3%	11.7%	0.0%	10.1%
一部の病棟を閉鎖して、医療従事者をCOVID-19対応病棟に再配置した	0	12	27	40	0	79	0.0%	8.0%	17.5%	31.3%	0.0%	16.6%
一部の病棟・病室をCOVID-19対応病棟に転換した	8	70	102	99	2	281	21.6%	46.7%	66.2%	77.3%	33.3%	59.2%
全体	37	150	154	128	6	475						



〇制限の実態<問3病床規模別>

	件数						割合					
	合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299 床	合計病床数 300~499 床	合計病床数 500床~	無回答	合計	合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299 床	合計病床数 300~499 床	合計病床数 500床~	無回答	合計
一定程度の制限	3	17	16	25	0	61	60.0%	53.1%	48.5%	58.1%	0.0%	53.5%
1割程度	0	2	5	3	0	10	0.0%	6.3%	15.2%	7.0%	0.0%	8.8%
2割程度	0	3	2	4	0	9	0.0%	9.4%	6.1%	9.3%	0.0%	7.9%
3割程度	0	3	2	8	0	13	0.0%	9.4%	6.1%	18.6%	0.0%	11.4%
4割程度	1	3	1	2	0	7	20.0%	9.4%	3.0%	4.7%	0.0%	6.1%
5割程度	0	0	0	1	0	1	0.0%	0.0%	0.0%	2.3%	0.0%	0.9%
6割程度	0	0	0	3	0	3	0.0%	0.0%	0.0%	7.0%	0.0%	2.6%
7割程度	0	0	0	1	0	1	0.0%	0.0%	0.0%	2.3%	0.0%	0.9%
8割程度	0	0	1	0	0	1	0.0%	0.0%	3.0%	0.0%	0.0%	0.9%
9割程度	1	0	0	0	0	1	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%
10割程度	0	5	2	1	0	8	0.0%	15.6%	6.1%	2.3%	0.0%	7.0%
無回答	1	1	3	2	0	7	20.0%	3.1%	9.1%	4.7%	0.0%	6.1%
把握できない	1	12	13	16	1	43	20.0%	37.5%	39.4%	37.2%	100.0%	37.7%
無回答	1	3	4	2	0	10	20.0%	9.4%	12.1%	4.7%	0.0%	8.8%
全体	5	32	33	43	1	114	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

〇制限の実態<問6COVID-19入院患者数別>

	件数							割合						
	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人-	合計	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人-	合計
一定程度の制限	0	13	11	14	14	9	61	0.0%	48.1%	52.4%	73.7%	46.7%	75.0%	53.5%
1割程度	0	2	4	2	2	0	10	0.0%	7.4%	19.0%	10.5%	6.7%	0.0%	8.8%
2割程度	0	4	0	1	2	2	9	0.0%	14.8%	0.0%	5.3%	6.7%	16.7%	7.9%
3割程度	0	3	1	6	1	2	13	0.0%	11.1%	4.8%	31.6%	3.3%	16.7%	11.4%
4割程度	0	2	2	1	2	0	7	0.0%	7.4%	9.5%	5.3%	6.7%	0.0%	6.1%
5割程度	0	0	0	1	0	0	1	0.0%	0.0%	0.0%	5.3%	0.0%	0.0%	0.9%
6割程度	0	0	0	0	2	1	3	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6.7%	8.3%	2.6%
7割程度	0	0	1	0	0	0	1	0.0%	0.0%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%
8割程度	0	1	0	0	0	0	1	0.0%	3.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%
9割程度	0	0	1	0	0	0	1	0.0%	0.0%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%
10割程度	0	1	1	2	2	2	8	0.0%	3.7%	4.8%	10.5%	6.7%	16.7%	7.0%
無回答	0	0	1	1	3	2	7	0.0%	0.0%	4.8%	5.3%	10.0%	16.7%	6.1%
予定は特になし	4	10	10	2	14	3	43	80.0%	37.0%	47.6%	10.5%	46.7%	25.0%	37.7%
無回答	1	4	0	3	2	0	10	20.0%	14.8%	0.0%	15.8%	6.7%	0.0%	8.8%
全体	5	27	21	19	30	12	114	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

〇制限の当初予定-実際のクロス集計

※制限の当初予定の割合を回答した施設のみ集計

	件数					割合				
	【実際】 予定より増えた	【実際】 予定と同じ	【実際】 予定より減った	【実際】 無回答	合計	【実際】 予定より増えた	【実際】 予定と同じ	【実際】 予定より減った	【実際】 無回答	合計
【制限の当初予定】										
一定程度の制限（合計）	9	29	3	9	50	18.0%	58.0%	6.0%	18.0%	100.0%
1割程度	3	8	0	1	12	25.0%	66.7%	0.0%	8.3%	100.0%
2割程度	4	7	1	1	13	30.8%	53.8%	7.7%	7.7%	100.0%
3割程度	2	4	1	0	7	28.6%	57.1%	14.3%	0.0%	100.0%
4割程度	0	2	0	0	2	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
5割程度	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
6割程度	0	1	0	0	1	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
7割程度	0	1	0	0	1	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
8割程度	0	0	1	1	2	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	100.0%
9割程度	0	1	0	0	1	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
10割程度	0	5	0	0	5	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
無回答	0	0	0	6	6	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	100.0%

問13② 感染拡大ピーク時に手術体制をどのように変更したか【複数回答】

※コロナ対応施設のみ集計

	件数	割合
変更なし	177	37.3%
全ての患者の手術を延期した	16	3.4%
一部の患者の手術を延期した	228	48.0%
合計	475	

問13③ 感染拡大ピーク時に手術体制をどのように変更したか【複数回答】<問7ICU有無別>

※コロナ対応施設のみ集計

	件数				割合			
	ICU病床数： 平均0	ICU病床数： 平均1以上	無回答	合計	ICU病床数： 平均0	ICU病床数： 平均1以上	無回答	合計
変更なし	88	57	32	177	46.3%	26.5%	45.7%	37.3%
全ての患者の手術を延期した	8	5	3	16	4.2%	2.3%	4.3%	3.4%
一部の患者の手術を延期した	71	139	18	228	37.4%	64.7%	25.7%	48.0%
全体	190	215	70	475				

問13③ 感染拡大ピーク時に手術体制をどのように変更したか【複数回答】<問6COVID-19入院患者数別>

※コロナ対応施設のみ集計

	件数							割合						
	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人-	合計	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人-	合計
変更なし	25	53	48	13	27	11	177	55.6%	44.9%	41.0%	20.3%	32.9%	22.4%	37.3%
全ての患者の手術を延期した	0	4	3	4	3	2	16	0.0%	3.4%	2.6%	6.3%	3.7%	4.1%	3.4%
一部の患者の手術を延期した	8	46	56	39	48	31	228	17.8%	39.0%	47.9%	60.9%	58.5%	63.3%	48.0%
全体	45	118	117	64	82	49	475							

問13② 感染拡大ピーク時に手術体制をどのように変更したか【複数回答】<問3病床規模別>

※コロナ対応施設のみ集計

	件数						割合					
	合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299 床	合計病床数 300~499 床	合計病床数 500床~	無回答	合計	合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299 床	合計病床数 300~499 床	合計病床数 500床~	無回答	合計
変更なし	22	70	55	27	3	177	59.5%	46.7%	35.7%	21.1%	50.0%	37.3%
全ての患者の手術を延期した	2	6	6	2	0	16	5.4%	4.0%	3.9%	1.6%	0.0%	3.4%
一部の患者の手術を延期した	4	56	78	89	1	228	10.8%	37.3%	50.6%	69.5%	16.7%	48.0%
全体	37	150	154	128	6	475						

<一部手術の延期>

○一部延期の当初予定

	件数	割合
一定程度の延期	63	27.6%
1割程度	12	5.3%
2割程度	12	5.3%
3割程度	9	3.9%
4割程度	5	2.2%
5割程度	7	3.1%
6割程度	3	1.3%
7割程度	3	1.3%
8割程度	2	0.9%
9割程度	1	0.4%
10割程度	0	0.0%
無回答	9	3.9%
予定は特になし	137	60.1%
無回答	28	12.3%
合計	228	100.0%

○一部延期の実態

	件数	割合
一定程度の延期	61	53.5%
1割程度	10	8.8%
2割程度	9	7.9%
3割程度	13	11.4%
4割程度	7	6.1%
5割程度	1	0.9%
6割程度	3	2.6%
7割程度	1	0.9%
8割程度	1	0.9%
9割程度	1	0.9%
10割程度	8	7.0%
無回答	7	6.1%
把握できない	43	37.7%
無回答	10	8.8%
合計	114	100.0%

○一部延期の当初予定<問3病床規模別>

	件数						割合					
	合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299 床	合計病床数 300~499 床	合計病床数 500床~	無回答	合計	合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299 床	合計病床数 300~499 床	合計病床数 500床~	無回答	合計
一定程度の延期	2	19	16	25	1	63	50.0%	33.9%	20.5%	28.1%	100.0%	27.6%
1割程度	1	4	3	4	0	12	25.0%	7.1%	3.8%	4.5%	0.0%	5.3%
2割程度	0	3	2	7	0	12	0.0%	5.4%	2.6%	7.9%	0.0%	5.3%
3割程度	0	3	1	5	0	9	0.0%	5.4%	1.3%	5.6%	0.0%	3.9%
4割程度	0	2	1	2	0	5	0.0%	3.6%	1.3%	2.2%	0.0%	2.2%
5割程度	0	2	3	2	0	7	0.0%	3.6%	3.8%	2.2%	0.0%	3.1%
6割程度	0	0	2	1	0	3	0.0%	0.0%	2.6%	1.1%	0.0%	1.3%
7割程度	0	2	0	1	0	3	0.0%	3.6%	0.0%	1.1%	0.0%	1.3%
8割程度	0	0	0	2	0	2	0.0%	0.0%	0.0%	2.2%	0.0%	0.9%
9割程度	0	0	1	0	0	1	0.0%	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%	0.4%
10割程度	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
無回答	1	3	3	1	1	9	25.0%	5.4%	3.8%	1.1%	100.0%	3.9%
予定は特になし	0	33	51	53	0	137	0.0%	58.9%	65.4%	59.6%	0.0%	60.1%
無回答	2	4	11	11	0	28	50.0%	7.1%	14.1%	12.4%	0.0%	12.3%
全体	4	56	78	89	1	228						

○一部延期の当初予定<問6COVID-19入院患者数別>

	件数								割合							
	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人-	合計	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人-	合計		
一定程度の制限	1	16	13	9	15	9	63	12.5%	34.8%	23.2%	23.1%	31.3%	29.0%	27.6%		
1割程度	1	4	2	3	1	1	12	12.5%	8.7%	3.6%	7.7%	2.1%	3.2%	5.3%		
2割程度	0	2	1	4	4	1	12	0.0%	4.3%	1.8%	10.3%	8.3%	3.2%	5.3%		
3割程度	0	2	1	1	3	2	9	0.0%	4.3%	1.8%	2.6%	6.3%	6.5%	3.9%		
4割程度	0	2	1	0	1	1	5	0.0%	4.3%	1.8%	0.0%	2.1%	3.2%	2.2%		
5割程度	0	2	2	0	2	1	7	0.0%	4.3%	3.6%	0.0%	4.2%	3.2%	3.1%		
6割程度	0	0	2	0	0	1	3	0.0%	0.0%	3.6%	0.0%	0.0%	3.2%	1.3%		
7割程度	0	1	2	0	0	0	3	0.0%	2.2%	3.6%	0.0%	0.0%	0.0%	1.3%		
8割程度	0	0	0	0	2	0	2	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.2%	0.0%	0.9%		
9割程度	0	0	0	0	1	0	1	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.1%	0.0%	0.4%		
10割程度	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
無回答	0	3	2	1	1	2	9	0.0%	6.5%	3.6%	2.6%	2.1%	6.5%	3.9%		
予定は特になし	6	25	38	25	27	16	137	75.0%	54.3%	67.9%	64.1%	56.3%	51.6%	60.1%		
無回答	1	5	5	5	6	6	28	12.5%	10.9%	8.9%	12.8%	12.5%	19.4%	12.3%		
全体	8	46	56	39	48	31	228	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		

○一部延期の実態<問3病床規模別>

	件数					割合						
	合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299 床	合計病床数 300~499 床	合計病床数 500床~	無回答	合計	合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299 床	合計病床数 300~499 床	合計病床数 500床~	無回答	合計
一定程度の延期	2	21	20	29	0	72	50.0%	37.5%	25.6%	32.6%	0.0%	31.6%
1割程度	1	2	5	7	0	15	25.0%	3.6%	6.4%	7.9%	0.0%	6.6%
2割程度	0	5	1	1	0	7	0.0%	8.9%	1.3%	1.1%	0.0%	3.1%
3割程度	0	3	2	8	0	13	0.0%	5.4%	2.6%	9.0%	0.0%	5.7%
4割程度	0	3	3	4	0	10	0.0%	5.4%	3.8%	4.5%	0.0%	4.4%
5割程度	0	3	0	4	0	7	0.0%	5.4%	0.0%	4.5%	0.0%	3.1%
6割程度	0	1	2	1	0	4	0.0%	1.8%	2.6%	1.1%	0.0%	1.8%
7割程度	0	2	0	1	0	3	0.0%	3.6%	0.0%	1.1%	0.0%	1.3%
8割程度	0	0	3	1	0	4	0.0%	0.0%	3.8%	1.1%	0.0%	1.8%
9割程度	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
10割程度	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
無回答	1	2	4	2	0	9	25.0%	3.6%	5.1%	2.2%	0.0%	3.9%
予定は特になし	1	31	47	52	1	132	25.0%	55.4%	60.3%	58.4%	100.0%	57.9%
無回答	1	4	11	8	0	24	25.0%	7.1%	14.1%	9.0%	0.0%	10.5%
全体	4	56	78	89	1	228						

〇一部延期の実際<問6COVID-19入院患者数別>

	件数							割合						
	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人-	合計	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人-	合計
一定程度の制限	1	18	14	12	15	12	72	12.5%	39.1%	25.0%	30.8%	31.3%	38.7%	31.6%
1割程度	0	5	1	3	4	2	15	0.0%	10.9%	1.8%	7.7%	8.3%	6.5%	6.6%
2割程度	1	1	1	3	0	1	7	12.5%	2.2%	1.8%	7.7%	0.0%	3.2%	3.1%
3割程度	0	2	2	2	3	4	13	0.0%	4.3%	3.6%	5.1%	6.3%	12.9%	5.7%
4割程度	0	2	2	4	4	2	10	0.0%	4.3%	3.6%	0.0%	8.3%	6.5%	4.4%
5割程度	0	3	1	1	1	1	7	0.0%	6.5%	1.8%	2.6%	2.1%	3.2%	3.1%
6割程度	0	1	2	0	1	0	4	0.0%	2.2%	3.6%	0.0%	2.1%	0.0%	1.8%
7割程度	0	1	2	0	0	0	3	0.0%	2.2%	3.6%	0.0%	0.0%	0.0%	1.3%
8割程度	0	1	0	1	2	0	4	0.0%	2.2%	0.0%	2.6%	4.2%	0.0%	1.8%
9割程度	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
10割程度	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
無回答	0	2	3	2	0	2	9	0.0%	4.3%	5.4%	5.1%	0.0%	6.5%	3.9%
予定は特になし	6	25	36	23	27	15	132	75.0%	54.3%	64.3%	59.0%	56.3%	48.4%	57.9%
無回答	1	3	6	4	2	4	24	12.5%	6.5%	10.7%	10.3%	12.5%	12.9%	10.5%
全体	8	46	56	39	48	31	228	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

〇一部延期の当初予定-実際のクロス集計

※延期の当初予定の割合を回答した施設のみ集計

	件数					割合				
	【実際】 予定より増えた	【実際】 予定と同じ	【実際】 予定より減った	【実際】 無回答	合計	【実際】 予定より増えた	【実際】 予定と同じ	【実際】 予定より減った	【実際】 無回答	合計
【延期の当初予定】										
一定程度の延期(合計)	7	36	5	6	54	13.0%	66.7%	9.3%	11.1%	100.0%
1割程度	2	10	0	0	12	16.7%	83.3%	0.0%	0.0%	100.0%
2割程度	4	5	0	3	12	33.3%	41.7%	0.0%	25.0%	100.0%
3割程度	0	9	0	0	9	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
4割程度	1	4	0	0	5	20.0%	80.0%	0.0%	0.0%	100.0%
5割程度	0	2	3	2	7	0.0%	28.6%	42.9%	28.6%	100.0%
6割程度	0	2	1	0	3	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%	100.0%
7割程度	0	3	0	0	3	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
8割程度	0	1	0	1	2	0.0%	50.0%	0.0%	50.0%	100.0%
9割程度	0	0	1	0	1	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
10割程度	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-

問13③ 感染拡大ピーク時に手術体制をどのように変更したか【複数回答】<問15感染管理認定看護師等の有無別>

※コロナ対応施設のみ集計

	件数				割合			
	感染管理認定看護師等 有り	感染管理認定看護師等 無し	無回答	合計	感染管理認定看護師等 有り	感染管理認定看護師等 無し	無回答	合計
変更なし	146	31	0	177	37.3%	59.6%	0.0%	37.3%
全ての患者の手術を延期した	15	1	0	16	3.8%	1.9%	0.0%	3.4%
一部の患者の手術を延期した	210	17	1	228	53.7%	32.7%	3.1%	48.0%
全体	391	52	32	475				

問13③ 感染ピーク時に外来体制をどのように変更したか【複数回答】

※コロナ対応施設のみ集計

	件数	割合
変更なし	229	48.2%
救急外来を全面的に停止した	19	4.0%
一般外来を全面的に停止した	15	3.2%
救急外来の受入制限をした	49	10.3%
外来の初診患者の受入制限をした	67	14.1%
再診患者の受診時間を延ばす等して受診患者数を抑制	150	31.6%
全体	475	

問13③ 感染ピーク時に外来体制をどのように変更したか【複数回答】<問3病床規模別>

※コロナ対応施設のみ集計

	件数						割合					
	合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299 床	合計病床数 300~499 床	合計病床数 500床~	無回答	合計	合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299 床	合計病床数 300~499 床	合計病床数 500床~	無回答	合計
変更なし	18	71	85	52	3	229	48.6%	47.3%	55.2%	40.6%	50.0%	48.2%
救急外来を全面的に停止した	0	8	6	5	0	19	0.0%	5.3%	3.9%	3.9%	0.0%	4.0%
一般外来を全面的に停止した	2	8	3	2	0	15	5.4%	5.3%	1.9%	1.6%	0.0%	3.2%
救急外来の受入制限をした	2	13	13	21	0	49	5.4%	8.7%	8.4%	16.4%	0.0%	10.3%
外来の初診患者の受入制限をした	3	19	16	29	0	67	8.1%	12.7%	10.4%	22.7%	0.0%	14.1%
再診患者の受診時間を延ばす等して受診患者数を抑制	8	50	44	48	0	150	21.6%	33.3%	28.6%	37.5%	0.0%	31.6%
全体	37	150	154	128	6	475						

<救急外来の受入制限>

〇制限の当初予定

	件数	割合
一定程度の制限	11	22.4%
1割程度	2	4.1%
2割程度	1	2.0%
3割程度	1	2.0%
4割程度	1	2.0%
5割程度	1	2.0%
6割程度	0	0.0%
7割程度	0	0.0%
8割程度	2	4.1%
9割程度	0	0.0%
10割程度	1	2.0%
無回答	2	4.1%
予定は特になし	36	73.5%
無回答	2	4.1%
合計	49	100.0%

〇制限の実際

	件数	割合
一定程度の制限	16	32.7%
1割程度	1	2.0%
2割程度	0	0.0%
3割程度	2	4.1%
4割程度	5	10.2%
5割程度	1	2.0%
6割程度	0	0.0%
7割程度	0	0.0%
8割程度	2	4.1%
9割程度	0	0.0%
10割程度	1	2.0%
無回答	4	8.2%
把握できない	30	61.2%
無回答	3	6.1%
合計	49	100.0%

◀外来の初診患者の受入制限▶

○制限の当初予定

	件数	割合
一定程度の制限	20	29.9%
1割程度	3	4.5%
2割程度	3	4.5%
3割程度	1	1.5%
4割程度	1	1.5%
5割程度	0	0.0%
6割程度	0	0.0%
7割程度	0	0.0%
8割程度	3	4.5%
9割程度	0	0.0%
10割程度	5	7.5%
無回答	4	6.0%
予定は特になし	42	62.7%
無回答	5	7.5%
合計	67	100.0%

○制限の実態

	件数	割合
一定程度の制限	30	44.8%
1割程度	2	3.0%
2割程度	5	7.5%
3割程度	5	7.5%
4割程度	1	1.5%
5割程度	1	1.5%
6割程度	1	1.5%
7割程度	1	1.5%
8割程度	2	3.0%
9割程度	1	1.5%
10割程度	6	9.0%
無回答	5	7.5%
把握できない	33	49.3%
無回答	4	6.0%
合計	67	100.0%

◀救急外来の受入制限▶ < 問3病床規模別 >

○制限の当初予定

	件数					合計	割合					
	合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299 床	合計病床数 300~499 床	合計病床数 500床~	無回答		合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299 床	合計病床数 300~499 床	合計病床数 500床~	無回答	合計
一定程度の制限	2	1	3	5	0	11	100.0%	7.7%	23.1%	23.8%	-	22.4%
1割程度	1	0	1	0	0	2	50.0%	0.0%	7.7%	0.0%	-	4.1%
2割程度	0	0	0	1	0	1	0.0%	0.0%	0.0%	4.8%	-	2.0%
3割程度	0	1	0	0	0	1	0.0%	7.7%	0.0%	0.0%	-	2.0%
4割程度	0	0	0	1	0	1	0.0%	0.0%	0.0%	4.8%	-	2.0%
5割程度	0	0	0	1	0	1	0.0%	0.0%	0.0%	4.8%	-	2.0%
6割程度	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-	0.0%
7割程度	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-	0.0%
8割程度	1	0	0	1	0	2	50.0%	0.0%	0.0%	4.8%	-	4.1%
9割程度	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-	0.0%
10割程度	0	0	1	0	0	1	0.0%	0.0%	7.7%	0.0%	-	2.0%
無回答	0	0	1	1	0	2	0.0%	0.0%	7.7%	4.8%	-	4.1%
予定は特になし	0	12	10	14	0	36	0.0%	92.3%	76.9%	66.7%	-	73.5%
無回答	0	0	0	2	0	2	0.0%	0.0%	0.0%	9.5%	-	4.1%
全体	2	13	13	21	0	49						

◀救急外来の受入制限▶ < 問3病床規模別 >

○制限の実態

	件数					合計	割合					
	合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299 床	合計病床数 300~499 床	合計病床数 500床~	無回答		合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299 床	合計病床数 300~499 床	合計病床数 500床~	無回答	合計
一定程度の制限	1	2	5	6	0	14	33.3%	10.5%	31.3%	20.7%	-	20.9%
1割程度	0	0	1	0	0	1	0.0%	0.0%	6.3%	0.0%	-	1.5%
2割程度	0	0	1	0	0	1	0.0%	0.0%	6.3%	0.0%	-	1.5%
3割程度	0	1	1	0	0	2	0.0%	5.3%	6.3%	0.0%	-	3.0%
4割程度	0	0	0	3	0	3	0.0%	0.0%	0.0%	10.3%	-	4.5%
5割程度	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-	0.0%
6割程度	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-	0.0%
7割程度	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-	0.0%
8割程度	1	0	0	1	0	2	33.3%	0.0%	0.0%	3.4%	-	3.0%
9割程度	0	1	0	0	0	1	0.0%	5.3%	0.0%	0.0%	-	1.5%
10割程度	0	0	0	1	0	1	0.0%	0.0%	0.0%	3.4%	-	1.5%
無回答	0	0	2	1	0	3	0.0%	0.0%	12.5%	3.4%	-	4.5%
把握できない	1	12	4	11	0	28	33.3%	63.2%	25.0%	37.9%	-	41.8%
無回答	1	5	7	12	0	25	33.3%	26.3%	43.8%	41.4%	-	37.3%
全体	3	19	16	29	0	67						

○救急外来の受入制限の当初予定～実際のクロス集計

※制限の当初予定の割合を回答した施設のみ集計

	件数					合計	割合				
	【実際】 予定より増えた	【実際】 予定と同じ	【実際】 予定より減った	【実際】 無回答	合計		【実際】 予定より増えた	【実際】 予定と同じ	【実際】 予定より減った	【実際】 無回答	合計
【制限の当初予定】											
一定程度の延期（合計）	1	6	1	1	9	11.1%	66.7%	11.1%	11.1%	100.0%	
1割程度	0	1	0	1	2	0.0%	50.0%	0.0%	50.0%	100.0%	
2割程度	1	0	0	0	1	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
3割程度	0	1	0	0	1	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
4割程度	0	1	0	0	1	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
5割程度	0	0	1	0	1	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	
6割程度	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-	
7割程度	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-	
8割程度	0	2	0	0	2	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
9割程度	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-	
10割程度	0	1	0	0	1	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	

◀外来の初診患者の受入制限▶<問3病床規模別>

○制限の当初予定

	件数						割合					
	合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299 床	合計病床数 300~499 床	合計病床数 500床~	無回答	合計	合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299 床	合計病床数 300~499 床	合計病床数 500床~	無回答	合計
一定程度の制限	1	7	5	7	0	20	33.3%	36.8%	31.3%	24.1%	-	29.9%
1割程度	0	2	0	1	0	3	0.0%	10.5%	0.0%	3.4%	-	4.5%
2割程度	0	1	1	1	0	3	0.0%	5.3%	6.3%	3.4%	-	4.5%
3割程度	0	0	1	0	0	1	0.0%	0.0%	6.3%	0.0%	-	1.5%
4割程度	0	0	0	1	0	1	0.0%	0.0%	0.0%	3.4%	-	1.5%
5割程度	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-	0.0%
6割程度	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-	0.0%
7割程度	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-	0.0%
8割程度	0	0	2	1	0	3	0.0%	0.0%	12.5%	3.4%	-	4.5%
9割程度	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-	0.0%
10割程度	1	2	0	2	0	5	33.3%	10.5%	0.0%	6.9%	-	7.5%
無回答	0	2	1	1	0	4	0.0%	10.5%	6.3%	3.4%	-	6.0%
把握できない	2	12	9	19	0	42	66.7%	63.2%	56.3%	65.5%	-	62.7%
無回答	0	0	2	3	0	5	0.0%	0.0%	12.5%	10.3%	-	7.5%
全体	3	19	16	29	0	67						

◀外来の初診患者の受入制限▶<問3病床規模別>

○制限の実態

	件数						割合					
	合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299 床	合計病床数 300~499 床	合計病床数 500床~	無回答	合計	合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299 床	合計病床数 300~499 床	合計病床数 500床~	無回答	合計
一定程度の制限	1	9	6	14	0	30	33.3%	47.4%	37.5%	48.3%	-	44.8%
1割程度	0	2	0	1	0	3	0.0%	10.5%	0.0%	3.4%	-	4.5%
2割程度	0	1	2	2	0	5	0.0%	5.3%	12.5%	6.9%	-	7.5%
3割程度	0	1	1	3	0	5	0.0%	5.3%	6.3%	10.3%	-	7.5%
4割程度	0	0	0	1	0	1	0.0%	0.0%	0.0%	3.4%	-	1.5%
5割程度	0	1	0	1	0	2	0.0%	5.3%	0.0%	3.4%	-	3.0%
6割程度	0	0	0	1	0	1	0.0%	0.0%	0.0%	3.4%	-	1.5%
7割程度	0	0	1	0	0	1	0.0%	0.0%	6.3%	0.0%	-	1.5%
8割程度	0	0	1	1	0	2	0.0%	0.0%	6.3%	3.4%	-	3.0%
9割程度	0	1	0	0	0	1	0.0%	5.3%	0.0%	0.0%	-	1.5%
10割程度	1	2	0	3	0	6	33.3%	10.5%	0.0%	10.3%	-	9.0%
無回答	0	1	1	1	0	3	0.0%	5.3%	6.3%	3.4%	-	4.5%
把握できない	2	10	8	13	0	33	66.7%	52.6%	50.0%	44.8%	-	49.3%
無回答	0	0	2	2	0	4	0.0%	0.0%	12.5%	6.9%	-	6.0%
全体	3	19	16	29	0	67						

○外来の初診患者の受入制限の当初予定-実態のクロス集計

※制限の当初予定の割合を回答した施設のみ集計

	件数					割合				
	【実態】 予定より増えた	【実態】 予定と同じ	【実態】 予定より減った	【実態】 無回答	合計	【実態】 予定より増えた	【実態】 予定と同じ	【実態】 予定より減った	【実態】 無回答	合計
【制限の当初予定】										
一定程度の延期（合計）	1	13	2	0	16	6.3%	81.3%	12.5%	0.0%	100.0%
1割程度	1	2	0	0	3	33.3%	66.7%	0.0%	0.0%	100.0%
2割程度	0	3	0	0	3	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
3割程度	0	1	0	0	1	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
4割程度	0	1	0	0	1	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
5割程度	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
6割程度	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
7割程度	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
8割程度	0	2	1	0	3	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%	100.0%
9割程度	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
10割程度	0	4	1	0	5	0.0%	80.0%	20.0%	0.0%	100.0%

問13③ 感染ピーク時に外来体制をどのように変更したか【複数回答】<問7ICU有無別>

※コロナ対応施設のみ集計

	件数				割合			
	ICU病床数： 平均0	ICU病床数： 平均1以上	無回答	合計	ICU病床数： 平均0	ICU病床数： 平均1以上	無回答	合計
変更なし	102	95	32	229	53.7%	44.2%	45.7%	48.2%
救急外来を全面的に停止した	7	10	2	19	3.7%	4.7%	2.9%	4.0%
一般外来を全面的に停止した	6	4	5	15	3.2%	1.9%	7.1%	3.2%
救急外来の受入制限をした	17	31	1	49	8.9%	14.4%	1.4%	10.3%
外来の初診患者の受入制限をした	23	38	6	67	12.1%	17.7%	8.6%	14.1%
再診患者の受診間隔を延ばす等して受診患者数を抑制	49	83	18	150	25.8%	38.6%	25.7%	31.6%
全体	190	215	70	475				

問13③ 感染ピーク時に外来体制をどのように変更したか【複数回答】<問6COVID-19入院患者数別>

※コロナ対応施設のみ集計

	件数							割合						
	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人-	合計	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人-	合計
変更なし	23	61	58	29	40	18	229	51.1%	51.7%	49.6%	45.3%	48.8%	36.7%	48.2%
救急外来を全面的に停止した	0	2	5	4	5	3	19	0.0%	1.7%	4.3%	6.3%	6.1%	6.1%	4.0%
一般外来を全面的に停止した	1	5	2	1	5	1	15	2.2%	4.2%	1.7%	1.6%	6.1%	2.0%	3.2%
救急外来の受入制限をした	3	6	9	6	13	12	49	6.7%	5.1%	7.7%	9.4%	15.9%	24.5%	10.3%
外来の初診患者の受入制限をした	3	13	17	10	13	11	67	6.7%	11.0%	14.5%	15.6%	15.9%	22.4%	14.1%
再診患者の受診間隔を延ばす等して受診患者数を抑制	8	35	39	29	22	17	150	17.8%	29.7%	33.3%	45.3%	26.8%	34.7%	31.6%
全体	45	118	117	64	82	49	475							

問13③ 感染ピーク時に外来体制をどのように変更したか【複数回答】<問15感染管理認定看護師等の有無別>

※コロナ対応施設のみ集計

	件数				割合			
	感染管理認定看護師等有り	感染管理認定看護師等無し	無回答	合計	感染管理認定看護師等有り	感染管理認定看護師等無し	無回答	合計
変更なし	199	29	1	229	50.9%	55.8%	3.1%	48.2%
救急外来を全面的に停止した	18	1	0	19	4.6%	1.9%	0.0%	4.0%
一般外来を全面的に停止した	13	2	0	15	3.3%	3.8%	0.0%	3.2%
救急外来の受入制限をした	46	3	0	49	11.8%	5.8%	0.0%	10.3%
外来の初診患者の受入制限をした	61	6	0	67	15.6%	11.5%	0.0%	14.1%
再診患者の受診間隔を延ばす等して受診患者数を抑制	134	16	0	150	34.3%	30.8%	0.0%	31.6%
全体	391	52	32	475				

問14 COVID-19の疑似症患者の受入体制【複数回答】

※コロナ対応施設のみ集計

	件数	割合
COVID-19の疑似症患者の受入実績はない	49	10.3%
COVID-19の疑似症患者専用の病棟を用意して受け入れた	198	41.7%
トイレ設備（ポータブルトイレは除く）のある個室で受け入れた	174	36.6%
ポータブルトイレを設置して個室で受け入れた	50	10.5%
他の疾患患者が入院する一般病棟の個室で受け入れた	133	28.0%
その他	34	7.2%
全体	475	

問14 COVID-19の疑似症患者の受入体制【複数回答】<問3病床規模別>

※コロナ対応施設のみ集計

	件数						割合					
	合計病床数20~99床	合計病床数100~299床	合計病床数300~499床	合計病床数500床~	無回答	合計	合計病床数20~99床	合計病床数100~299床	合計病床数300~499床	合計病床数500床~	無回答	合計
COVID-19の疑似症患者の受入実績はない	12	22	4	9	2	49	32.4%	14.7%	2.6%	7.0%	33.3%	10.3%
COVID-19の疑似症患者専用の病棟を用意して受け入れた	4	50	80	63	1	198	10.8%	33.3%	51.9%	49.2%	16.7%	41.7%
トイレ設備（ポータブルトイレは除く）のある個室で受け入れた	10	56	56	50	2	174	27.0%	37.3%	36.4%	39.1%	33.3%	36.6%
ポータブルトイレを設置して個室で受け入れた	1	14	22	13	0	50	2.7%	9.3%	14.3%	10.2%	0.0%	10.5%
他の疾患患者が入院する一般病棟の個室で受け入れた	4	40	49	40	0	133	10.8%	26.7%	31.8%	31.3%	0.0%	28.0%
その他	3	9	12	10	0	34	8.1%	6.0%	7.8%	7.8%	0.0%	7.2%
全体	37	150	154	128	6	475						

問14 COVID-19の疑似症患者の受入体制【複数回答】<問7ICU有無別>

※コロナ対応施設のみ集計

	件数				割合			
	ICU病床数：平均0	ICU病床数：平均1以上	無回答	合計	ICU病床数：平均0	ICU病床数：平均1以上	無回答	合計
COVID-19の疑似症患者の受入実績はない	28	13	8	49	14.7%	6.0%	11.4%	10.3%
COVID-19の疑似症患者専用の病棟を用意して受け入れた	58	114	26	198	30.5%	53.0%	37.1%	41.7%
トイレ設備（ポータブルトイレは除く）のある個室で受け入れた	69	79	26	174	36.3%	36.7%	37.1%	36.6%
ポータブルトイレを設置して個室で受け入れた	14	24	12	50	7.4%	11.2%	17.1%	10.5%
他の疾患患者が入院する一般病棟の個室で受け入れた	40	68	25	133	21.1%	31.6%	35.7%	28.0%
その他	16	16	2	34	8.4%	7.4%	2.9%	7.2%
全体	190	215	70	475				

問14 COVID-19の疑似症患者の受入体制【複数回答】<問6COVID-19入院患者数別>

※コロナ対応施設のみ集計

	件数								割合							
	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人-	合計	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人-	合計		
COVID-19の疑似症患者の受入実績はない	24	8	9	1	5	2	49	53.3%	6.8%	7.7%	1.6%	6.1%	4.1%	10.3%		
COVID-19の疑似症患者専用の病棟を用意して受け入れた	2	42	55	35	40	24	198	4.4%	35.6%	47.0%	54.7%	48.8%	49.0%	41.7%		
トイレ設備（ポータブルトイレは除く）のある個室で受け入れた	3	44	40	29	37	21	174	6.7%	37.3%	34.2%	45.3%	45.1%	42.9%	36.6%		
ポータブルトイレを設置して個室で受け入れた	2	12	14	8	11	3	50	4.4%	10.2%	12.0%	12.5%	13.4%	6.1%	10.5%		
他の疾患患者が入院する一般病棟の個室で受け入れた	3	36	33	19	22	20	133	6.7%	30.5%	28.2%	29.7%	26.8%	40.8%	28.0%		
その他	4	10	6	3	9	2	34	8.9%	8.5%	5.1%	4.7%	11.0%	4.1%	7.2%		
全体	45	118	117	64	82	49	475									

問15 施設内又は同一法人/グループ内に感染管理認定看護師等の相談できる感染管理の専門家がいますか

※コロナ対応施設のみ集計

	件数	割合
いる	391	82.3%
いない	52	10.9%
無回答	32	6.7%
合計	475	100.0%

問15 施設内又は同一法人/グループ内に感染管理認定看護師等の相談できる感染管理の専門家がいますか<問3病床規模別>

※コロナ対応施設のみ集計

	件数						割合					
	合計病床数20~99床	合計病床数100~299床	合計病床数300~499床	合計病床数500床~	無回答	合計	合計病床数20~99床	合計病床数100~299床	合計病床数300~499床	合計病床数500床~	無回答	合計
いる	16	107	141	123	4	391	43.2%	71.3%	91.6%	96.1%	66.7%	82.3%
いない	15	34	3	0	0	52	40.5%	22.7%	1.9%	0.0%	0.0%	10.9%
無回答	6	9	10	5	2	32	16.2%	6.0%	6.5%	3.9%	33.3%	6.7%
合計	37	150	154	128	6	475	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

問15 施設内又は同一法人/グループ内に感染管理認定看護師等の相談できる感染管理の専門家がいますか<問7ICU有無別>

※コロナ対応施設のみ集計

	件数				割合			
	ICU病床数：平均0	ICU病床数：平均1以上	無回答	合計	ICU病床数：平均0	ICU病床数：平均1以上	無回答	合計
いる	138	204	49	391	72.6%	94.9%	70.0%	82.3%
いない	36	4	12	52	18.9%	1.9%	17.1%	10.9%
無回答	16	7	9	32	8.4%	3.3%	12.9%	6.7%
合計	190	215	70	475	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

問15 施設内又は同一法人/グループ内に感染管理認定看護師等の相談できる感染管理の専門家がいるか<問6COVID-19入院患者数別>

※コロナ対応施設のみ集計

	件数							割合						
	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人-	合計	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人-	合計
いる	18	85	107	61	76	44	391	40.0%	72.0%	91.5%	95.3%	92.7%	89.8%	82.3%
いない	19	21	6	2	2	2	52	42.2%	17.8%	5.1%	3.1%	2.4%	4.1%	10.9%
無回答	8	12	4	1	4	3	32	17.8%	10.2%	3.4%	1.6%	4.9%	6.1%	6.7%
合計	45	118	117	64	82	49	475	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

問16 施設内にCOVID-19（疑似症含む）患者の対応を行った従事者に対する心の相談窓口があるか

※コロナ対応施設のみ集計

	件数	割合
ある	285	60.0%
ない	159	33.5%
無回答	31	6.5%
合計	475	100.0%

問16 施設内にCOVID-19（疑似症含む）患者の対応を行った従事者に対する心の相談窓口があるか<問3病床規模別>

※コロナ対応施設のみ集計

	件数						割合					
	合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299 床	合計病床数 300~499 床	合計病床数 500床~	無回答	合計	合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299 床	合計病床数 300~499 床	合計病床数 500床~	無回答	合計
ある	9	64	103	105	4	285	24.3%	42.7%	66.9%	82.0%	66.7%	60.0%
ない	22	77	42	18	0	159	59.5%	51.3%	27.3%	14.1%	0.0%	33.5%
無回答	6	9	9	5	2	31	16.2%	6.0%	5.8%	3.9%	33.3%	6.5%
合計	37	150	154	128	6	475	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

問16 施設内にCOVID-19（疑似症含む）患者の対応を行った従事者に対する心の相談窓口があるか<問7ICU有無別>

※コロナ対応施設のみ集計

	件数				割合			
	ICU病床数： 平均0	ICU病床数： 平均1以上	無回答	合計	ICU病床数： 平均0	ICU病床数： 平均1以上	無回答	合計
ある	86	167	32	285	45.3%	77.7%	45.7%	60.0%
ない	88	42	29	159	46.3%	19.5%	41.4%	33.5%
無回答	16	6	9	31	8.4%	2.8%	12.9%	6.5%
合計	190	215	70	475	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

問16 施設内にCOVID-19（疑似症含む）患者の対応を行った従事者に対する心の相談窓口があるか<問6COVID-19入院患者数別>

※コロナ対応施設のみ集計

	件数							割合						
	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人-	合計	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人-	合計
ある	8	52	87	44	57	37	285	17.8%	44.1%	74.4%	68.8%	69.5%	75.5%	60.0%
ない	29	55	26	19	21	9	159	64.4%	46.6%	22.2%	29.7%	25.6%	18.4%	33.5%
無回答	8	11	4	1	4	3	31	17.8%	9.3%	3.4%	3.4%	4.9%	6.1%	6.5%
合計	45	118	117	64	82	49	475	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

問17 COVID-19感染拡大に伴う洗濯業者や清掃業者等の業務停止等により、施設職員が当該業務を担ったか

※コロナ対応施設のみ集計

	件数	割合
担った	103	21.7%
担っていない	340	71.6%
無回答	32	6.7%
合計	475	100.0%

問17 COVID-19感染拡大に伴う洗濯業者や清掃業者等の業務停止等により、施設職員が当該業務を担ったか<問3病床規模別>

※コロナ対応施設のみ集計

	件数						割合					
	合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299 床	合計病床数 300~499 床	合計病床数 500床~	無回答	合計	合計病床数 20~99床	合計病床数 100~299 床	合計病床数 300~499 床	合計病床数 500床~	無回答	合計
担った	4	35	30	34	0	103	10.8%	23.3%	19.5%	26.6%	0.0%	21.7%
担っていない	27	106	114	89	4	340	73.0%	70.7%	74.0%	69.5%	66.7%	71.6%
無回答	6	9	10	5	2	32	16.2%	6.0%	6.5%	3.9%	33.3%	6.7%
合計	37	150	154	128	6	475	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

問17 COVID-19感染拡大に伴う洗濯業者や清掃業者等の業務停止等により、施設職員が当該業務を担ったか<問7ICU有無別>

※コロナ対応施設のみ集計

	件数				割合			
	ICU病床数： 平均0	ICU病床数： 平均1以上	無回答	合計	ICU病床数： 平均0	ICU病床数： 平均1以上	無回答	合計
担った	39	46	18	103	20.5%	21.4%	25.7%	21.7%
担っていない	134	163	43	340	70.5%	75.8%	61.4%	71.6%
無回答	17	6	9	32	8.9%	2.8%	12.9%	6.7%
合計	190	215	70	475				

問17 COVID-19感染拡大に伴う洗濯業者や清掃業者等の業務停止等により、施設職員が当該業務を担ったか<問6COVID-19入院患者数別>

※コロナ対応施設のみ集計

	件数							割合						
	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人-	合計	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人-	合計
担った	3	15	25	15	31	14	103	6.7%	12.7%	21.4%	23.4%	37.8%	28.6%	21.7%
担っていない	34	91	88	48	47	32	340	75.6%	77.1%	75.2%	75.0%	57.3%	65.3%	71.6%
無回答	8	12	4	1	4	3	32	17.8%	10.2%	3.4%	1.6%	4.9%	6.1%	6.7%
合計	45	118	117	64	82	49	475	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

問18 COVID-19（疑似症含む）の入院患者以外に、患者にCOVID-19感染者が発生したか

※コロナ対応施設のみ集計

	件数	割合
発生した	97	20.4%
発生しなかった	347	73.1%
無回答	31	6.5%
合計	475	100.0%

問18 COVID-19（疑似を含む）の入院患者以外に、患者にCOVID-19感染者が発生したか問15感染管理認定看護師等の有無別

※コロナ対応施設のみ集計

	件数				割合			
	感染管理認定看護師等有り	感染管理認定看護師等無し	無回答	合計	感染管理認定看護師等有り	感染管理認定看護師等無し	無回答	合計
発生した	90	7	0	97	23.0%	13.5%	0.0%	20.4%
発生しなかった	301	45	1	347	77.0%	86.5%	3.1%	73.1%
無回答	0	0	31	31	0.0%	0.0%	96.9%	6.5%
合計	391	52	32	475	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

問18 COVID-19（疑似を含む）の入院患者以外に、患者にCOVID-19感染者が発生したか問15感染管理認定看護師等の有無別

※コロナ対応施設のみ集計

※問3で許可病床数を回答した施設のみ集計

	件数											
	合計病床数20～99床			合計病床数100～299床			合計病床数300～499床			合計病床数500床～		
	感染管理認定看護師等有り	感染管理認定看護師等無し	無回答	感染管理認定看護師等有り	感染管理認定看護師等無し	無回答	感染管理認定看護師等有り	感染管理認定看護師等無し	無回答	感染管理認定看護師等有り	感染管理認定看護師等無し	無回答
発生した	2	0	0	22	6	0	31	1	0	35	0	0
発生しなかった	14	15	0	85	28	0	110	2	1	88	0	0
無回答	0	0	6	0	0	9	0	0	9	0	0	5
合計	16	15	6	107	34	9	141	3	10	123	0	5
	割合											
	合計病床数20～99床			合計病床数100～299床			合計病床数300～499床			合計病床数500床～		
	感染管理認定看護師等有り	感染管理認定看護師等無し	無回答	感染管理認定看護師等有り	感染管理認定看護師等無し	無回答	感染管理認定看護師等有り	感染管理認定看護師等無し	無回答	感染管理認定看護師等有り	感染管理認定看護師等無し	無回答
発生した	12.5%	0.0%	0.0%	20.6%	17.6%	0.0%	22.0%	33.3%	0.0%	28.5%	-	0.0%
発生しなかった	87.5%	100.0%	0.0%	79.4%	82.4%	0.0%	78.0%	66.7%	10.0%	71.5%	-	0.0%
無回答	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	90.0%	0.0%	-	100.0%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	-	100.0%

問19 COVID-19（疑似を含む）の入院患者以外に、職員にCOVID-19感染者が発生したか

※コロナ対応施設のみ集計

	件数	割合
発生した	157	33.1%
発生しなかった	286	60.2%
無回答	32	6.7%
合計	475	100.0%

問19 COVID-19（疑似を含む）の入院患者以外に、職員にCOVID-19感染者が発生したか問15感染管理認定看護師等の有無別

※コロナ対応施設のみ集計

	件数				割合			
	感染管理認定看護師等有り	感染管理認定看護師等無し	無回答	合計	感染管理認定看護師等有り	感染管理認定看護師等無し	無回答	合計
発生した	148	9	0	157	37.9%	17.3%	0.0%	33.1%
発生しなかった	242	43	1	286	61.9%	82.7%	3.1%	60.2%
無回答	1	0	31	32	0.3%	0.0%	96.9%	6.7%
合計	391	52	32	475	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

問19 COVID-19（疑似を含む）の入院患者以外に、職員にCOVID-19感染者が発生したか問15感染管理認定看護師等の有無別

※コロナ対応施設のみ集計

※問3で許可病床数を回答した施設のみ集計

	件数											
	合計病床数20～99床			合計病床数100～299床			合計病床数300～499床			合計病床数500床～		
	感染管理認定看護師等有り	感染管理認定看護師等無し	無回答	感染管理認定看護師等有り	感染管理認定看護師等無し	無回答	感染管理認定看護師等有り	感染管理認定看護師等無し	無回答	感染管理認定看護師等有り	感染管理認定看護師等無し	無回答
発生した	3	1	0	26	7	0	41	1	0	78	0	0
発生しなかった	13	14	0	80	27	0	100	2	1	45	0	0
無回答	0	0	6	1	0	9	0	0	9	0	0	5
合計	16	15	6	107	34	9	141	3	10	123	0	5
	割合											
	合計病床数20～99床			合計病床数100～299床			合計病床数300～499床			合計病床数500床～		
	感染管理認定看護師等有り	感染管理認定看護師等無し	無回答	感染管理認定看護師等有り	感染管理認定看護師等無し	無回答	感染管理認定看護師等有り	感染管理認定看護師等無し	無回答	感染管理認定看護師等有り	感染管理認定看護師等無し	無回答
発生した	18.8%	6.7%	0.0%	24.3%	20.6%	0.0%	29.1%	33.3%	0.0%	63.4%	-	0.0%
発生しなかった	81.3%	93.3%	0.0%	74.8%	79.4%	0.0%	70.9%	66.7%	10.0%	36.6%	-	0.0%
無回答	0.0%	0.0%	100.0%	0.9%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	90.0%	0.0%	-	100.0%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	-	100.0%

問20 職員の感染への対応として行ったこと【複数回答】

※コロナ対応施設のみ集計

	件数	割合
変更なし	46	29.3%
入院患者の受入制限	73	46.5%
早期退院の促進	16	10.2%
一部の病棟を閉鎖して、医師等医療従事者をCOVID-19対応病棟に再配置	30	19.1%
全ての手術延期	13	8.3%
一部の手術延期	60	38.2%
救急外来の停止	22	14.0%
一般外来の停止	19	12.1%
救急外来の一部受入制限	32	20.4%
初診外来患者の一部受入制限	31	19.7%
再診患者の受診時間を延ばす等して受診患者数を抑制	32	20.4%
全体	157	

図20 職員の感染への対応として行ったこと【複数回答】< 問15感染管理認定看護師等の有無別 >

※コロナ対応施設のみ集計

	件数				割合			
	感染管理認定看護師等有り	感染管理認定看護師等無し	無回答	合計	感染管理認定看護師等有り	感染管理認定看護師等無し	無回答	合計
変更なし	46	1	3	50	11.8%	1.9%	9.4%	10.5%
入院患者の受入制限	65	8	3	76	16.6%	15.4%	9.4%	16.0%
早期退院の促進	13	3	1	17	3.3%	5.8%	3.1%	3.6%
一部の病棟を閉鎖して、医師等医療従事者をCOVID-19対応病棟に再配置	29	1	1	31	7.4%	1.9%	3.1%	6.5%
全ての手術延期	12	1	0	13	3.1%	1.9%	0.0%	2.7%
一部の手術延期	55	5	1	61	14.1%	9.6%	3.1%	12.8%
救急外来の停止	21	1	0	22	5.4%	1.9%	0.0%	4.6%
一般外来の停止	17	2	0	19	4.3%	3.8%	0.0%	4.0%
救急外来の一部受入制限	31	1	0	32	7.9%	1.9%	0.0%	6.7%
初診外来患者の一部受入制限	28	3	1	32	7.2%	5.8%	3.1%	6.7%
再診患者の受診間隔を延ばす等して受診患者数を抑制	31	1	1	33	7.9%	1.9%	3.1%	6.9%
全体	391	52	32	475				

図21 COVID-19の感染拡大を受けて新規に取り組んだ医師の負担軽減策の有無、現在の状況並びに今後の予定

①取り組んだ医師の負担軽減策の有無

	取組み「有り」の件数			取組み「有り」の割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
医師の増員	31	3	34	6.5%	1.5%	5.1%
医師の出勤要請日数の減	20	6	26	4.2%	3.1%	3.9%
COVID-19対応診療科・病棟への医師の応援	154	5	159	32.4%	2.6%	23.8%
外来提供体制の縮小	84	30	114	17.7%	15.5%	17.0%
適正受診に関する患者・住民への周知・啓発	239	65	304	50.3%	33.5%	45.4%
複数主治医制の導入	43	3	46	9.1%	1.5%	6.9%
勤務間インターバルの導入	18	6	24	3.8%	3.1%	3.6%
当直翌日の業務内容の軽減	53	11	64	11.2%	5.7%	9.6%
時間外・休日・深夜に特定の医師に負担が集中しない	99	21	120	20.8%	10.8%	17.9%
患者・家族への病状説明を診療時間内に限定（緊急時を除く）	101	32	133	21.3%	16.5%	19.9%
予定手術前日の当直の免除	36	6	42	7.6%	3.1%	6.3%
医師業務の特定行為研修修了者との分担	27	5	32	5.7%	2.6%	4.8%
医師業務の看護師（「12」に示す看護師を除く）との分担	73	12	85	15.4%	6.2%	12.7%
医師業務の助産師との分担	23	0	23	4.8%	0.0%	3.4%
医師業務の薬剤師との分担	72	14	86	15.2%	7.2%	12.9%
医師業務の診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工	74	17	91	15.6%	8.8%	13.6%
医師事務作業補助者の病棟への配置	52	8	60	10.9%	4.1%	9.0%
医師事務作業補助者の外来への配置	89	10	99	18.7%	5.2%	14.8%
ICTを活用した業務の見直し・省力化	128	24	152	26.9%	12.4%	22.7%
医師が出席する会議の開催回数の削減	207	55	262	43.6%	28.4%	39.2%
医師が出席する会議の所定就業時間内での開催	119	31	150	25.1%	16.0%	22.4%
院内保育所・児童クラブの設置	74	13	87	15.6%	6.7%	13.0%
医師等の宿泊施設の設置	166	15	181	34.9%	7.7%	27.1%
医師等の交通手段の確保	62	13	75	13.1%	6.7%	11.2%

②取り組んだ医師の負担軽減策の調査時点（令和2年10月時点）の状況

	取組み「継続」の件数			取組み「中断」の件数			上記のうち「継続」の割合			上記のうち「中断」の割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
医師の増員	20	3	23	10	0	10	64.5%	100.0%	67.6%	32.3%	0.0%	29.4%
医師の出勤要請日数の減	8	1	9	12	5	17	40.0%	16.7%	34.6%	60.0%	83.3%	65.4%
COVID-19対応診療科・病棟への医師の応援	124	4	128	26	0	26	80.5%	80.0%	80.5%	16.9%	0.0%	16.4%
外来提供体制の縮小	29	20	49	55	7	62	34.5%	66.7%	43.0%	65.5%	23.3%	54.4%
適正受診に関する患者・住民への周知・啓発	225	61	286	9	1	10	94.1%	93.8%	94.1%	3.8%	1.5%	3.3%
複数主治医制の導入	39	3	42	3	0	3	90.7%	100.0%	91.3%	7.0%	0.0%	6.5%
勤務間インターバルの導入	16	6	22	1	0	1	88.9%	100.0%	91.7%	5.6%	0.0%	4.2%
当直翌日の業務内容の軽減	49	11	60	3	0	3	92.5%	100.0%	93.8%	5.7%	0.0%	4.7%
時間外・休日・深夜に特定の医師に負担が集中しない	93	20	113	5	0	5	93.9%	95.2%	94.2%	5.1%	0.0%	4.2%
患者・家族への病状説明を診療時間内に限定（緊急時を除く）	94	32	126	1	0	1	93.1%	100.0%	94.7%	1.0%	0.0%	0.8%
予定手術前日の当直の免除	34	6	40	1	0	1	94.4%	100.0%	95.2%	2.8%	0.0%	2.4%
医師業務の特定行為研修修了者との分担	24	4	28	2	0	2	88.9%	80.0%	87.5%	7.4%	0.0%	6.3%
医師業務の看護師（「12」に示す看護師を除く）との分担	70	11	81	1	0	1	95.9%	91.7%	95.3%	1.4%	0.0%	1.2%
医師業務の助産師との分担	23	0	23	0	0	0	100.0%	-	100.0%	0.0%	#DIV/0!	0.0%
医師業務の薬剤師との分担	70	13	83	0	0	0	97.2%	92.9%	96.5%	0.0%	0.0%	0.0%
医師業務の診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工	73	15	88	0	0	0	98.6%	88.2%	96.7%	0.0%	0.0%	0.0%
医師事務作業補助者の病棟への配置	50	8	58	0	0	0	96.2%	100.0%	96.7%	0.0%	0.0%	0.0%
医師事務作業補助者の外来への配置	87	10	97	0	0	0	97.8%	100.0%	98.0%	0.0%	0.0%	0.0%
ICTを活用した業務の見直し・省力化	122	23	145	2	0	2	95.3%	95.8%	95.4%	1.6%	0.0%	1.3%
医師が出席する会議の開催回数の削減	177	46	223	24	5	29	85.5%	83.6%	85.1%	11.6%	9.1%	11.1%
医師が出席する会議の所定就業時間内での開催	111	27	138	4	1	5	93.3%	87.1%	92.0%	3.4%	3.2%	3.3%
院内保育所・児童クラブの設置	60	10	70	12	2	14	81.1%	76.9%	80.5%	16.2%	15.4%	16.1%
医師等の宿泊施設の設置	136	14	150	25	0	25	81.9%	93.3%	82.9%	15.1%	0.0%	13.8%
医師等の交通手段の確保	53	11	64	6	1	7	85.5%	84.6%	85.3%	9.7%	7.7%	9.3%

③今後の継続（中断の場合は再開）の予定

	「継続する」の件数			上記のうち「継続する」の割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
医師の増員	25	3	28	80.6%	100.0%	82.4%
医師の出勤要請日数の減	8	4	12	40.0%	66.7%	46.2%
COVID-19対応診療科・病棟への医師の応援	137	5	142	89.0%	100.0%	89.3%
外来提供体制の縮小	42	21	63	50.0%	70.0%	55.3%
適正受診に関する患者・住民への周知・啓発	219	57	276	91.6%	87.7%	90.8%
複数主治医制の導入	39	2	41	90.7%	66.7%	89.1%
勤務間インターバルの導入	15	6	21	83.3%	100.0%	87.5%
当直翌日の業務内容の軽減	49	9	58	92.5%	81.8%	90.6%
時間外・休日・深夜に特定の医師に負担が集中しない	94	18	112	94.9%	85.7%	93.3%
患者・家族への病状説明を診療時間内に限定（緊急時を除く）	87	29	116	86.1%	90.6%	87.2%
予定手術前日の当直の免除	34	4	38	94.4%	66.7%	90.5%
医師業務の特定行為研修修了者との分担	24	2	26	88.9%	40.0%	81.3%
医師業務の看護師（「12」に示す看護師を除く）との分担	68	9	77	93.2%	75.0%	90.6%
医師業務の助産師との分担	23	0	23	100.0%	-	100.0%
医師業務の薬剤師との分担	69	11	80	95.8%	78.6%	93.0%
医師業務の診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工	72	12	84	97.3%	70.6%	92.3%
医師事務作業補助者の病棟への配置	49	7	56	94.2%	87.5%	93.3%
医師事務作業補助者の外来への配置	81	9	90	91.0%	90.0%	90.9%
ICTを活用した業務の見直し・省力化	120	22	142	93.8%	91.7%	93.4%
医師が出席する会議の開催回数の削減	173	44	217	83.6%	80.0%	82.8%
医師が出席する会議の所定就業時間内での開催	107	25	132	89.9%	80.6%	88.0%
院内保育所・児童クラブの設置	61	11	72	82.4%	84.6%	82.8%
医師等の宿泊施設の設置	137	14	151	82.5%	93.3%	83.4%
医師等の交通手段の確保	53	10	63	85.5%	76.9%	84.0%

図22 医師と医師以外の医療関係職種等との業務分担の取組状況

① 初診時の予診

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
原則として医師以外の職種が実施	321	104	425	67.6%	53.6%	63.5%
業務の一部を医師以外の職種が実施	76	24	100	16.0%	12.4%	14.9%
医師のみが実施	56	34	90	11.8%	17.5%	13.5%
（うち）医師以外の職種による実施を希望	1	2	3	0.2%	1.0%	0.4%
無回答	22	32	54	4.6%	16.5%	8.1%
合計	475	194	669	100.0%	100.0%	100.0%

② 検査手順の説明や入院の説明

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
原則として医師以外の職種が実施	297	111	408	62.5%	57.2%	61.0%
業務の一部を医師以外の職種が実施	141	35	176	29.7%	18.0%	26.3%
医師のみが実施	12	14	26	2.5%	7.2%	3.9%
（うち）医師以外の職種による実施を希望	0	1	1	0.0%	0.5%	0.1%
無回答	25	33	58	5.3%	17.0%	8.7%
合計	475	194	669	100.0%	100.0%	100.0%

③ 薬の説明や服薬の指導

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
原則として医師以外の職種が実施	294	104	398	61.9%	53.6%	59.5%
業務の一部を医師以外の職種が実施	141	45	186	29.7%	23.2%	27.8%
医師のみが実施	18	12	30	3.8%	6.2%	4.5%
（うち）医師以外の職種による実施を希望	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%
無回答	22	33	55	4.6%	17.0%	8.2%
合計	475	194	669	100.0%	100.0%	100.0%

④ 静脈採血

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
原則として医師以外の職種が実施	388	144	532	81.7%	74.2%	79.5%
業務の一部を医師以外の職種が実施	65	12	77	13.7%	6.2%	11.5%
医師のみが実施	1	5	6	0.2%	2.6%	0.9%
（うち）医師以外の職種による実施を希望	0	1	1	0.0%	0.5%	0.1%
無回答	21	32	53	4.4%	16.5%	7.9%
合計	475	194	669	100.0%	100.0%	100.0%

⑤ 静脈注射

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
原則として医師以外の職種が実施	336	126	462	70.7%	64.9%	69.1%
業務の一部を医師以外の職種が実施	95	21	116	20.0%	10.8%	17.3%
医師のみが実施	16	14	30	3.4%	7.2%	4.5%
（うち）医師以外の職種による実施を希望	1	2	3	0.2%	1.0%	0.4%
無回答	27	31	58	5.7%	16.0%	8.7%
合計	475	194	669	100.0%	100.0%	100.0%

⑥ 静脈路の確保

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
原則として医師以外の職種が実施	325	120	445	68.4%	61.9%	66.5%
業務の一部を医師以外の職種が実施	108	25	133	22.7%	12.9%	19.9%
医師のみが実施	12	15	27	2.5%	7.7%	4.0%
（うち）医師以外の職種による実施を希望	2	1	3	0.4%	0.5%	0.4%
無回答	28	33	61	5.9%	17.0%	9.1%
合計	475	194	669	100.0%	100.0%	100.0%

⑦ 尿道カテーテルの留置

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
原則として医師以外の職種が実施	270	92	362	56.8%	47.4%	54.1%
業務の一部を医師以外の職種が実施	143	35	178	30.1%	18.0%	26.6%
医師のみが実施	33	29	62	6.9%	14.9%	9.3%
(うち) 医師以外の職種による実施を希望	3	4	7	0.6%	2.1%	1.0%
無回答	26	34	60	5.5%	17.5%	9.0%
合計	475	194	669	100.0%	100.0%	100.0%

⑧ 診断書の記載(下書き)・入力(代行)

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
原則として医師以外の職種が実施	202	48	250	42.5%	24.7%	37.4%
業務の一部を医師以外の職種が実施	177	38	215	37.3%	19.6%	32.1%
医師のみが実施	67	74	141	14.1%	38.1%	21.1%
(うち) 医師以外の職種による実施を希望	2	4	6	0.4%	2.1%	0.9%
無回答	27	30	57	5.7%	15.5%	8.5%
合計	475	194	669	100.0%	100.0%	100.0%

⑨ 患者の移動

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
原則として医師以外の職種が実施	410	155	565	86.3%	79.9%	84.5%
業務の一部を医師以外の職種が実施	41	9	50	8.6%	4.6%	7.5%
医師のみが実施	1	0	1	0.2%	0.0%	0.1%
(うち) 医師以外の職種による実施を希望	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%
無回答	23	30	53	4.8%	15.5%	7.9%
合計	475	194	669	100.0%	100.0%	100.0%

随23 36協定の締結状況

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
締結している	420	138	558	88.4%	71.1%	83.4%
締結していない	30	25	55	6.3%	12.9%	8.2%
無回答	25	31	56	5.3%	16.0%	8.4%
合計	475	194	669	100.0%	100.0%	100.0%

随24 COVID-19による休暇を取得した従事者に対する特別休暇の制度

① 常勤職員

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
従来からあった	113	17	130	23.8%	8.8%	19.4%
新規に策定した	260	78	338	54.7%	40.2%	50.5%
策定しなかった(ない)	85	72	157	17.9%	37.1%	23.5%
無回答	17	27	44	3.6%	13.9%	6.6%
合計	475	194	669	100.0%	100.0%	100.0%

② 非常勤職員

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
従来からあった	102	16	118	21.5%	8.2%	17.6%
新規に策定した	243	72	315	51.2%	37.1%	47.1%
策定しなかった(ない)	112	76	188	23.6%	39.2%	28.1%
無回答	18	30	48	3.8%	15.5%	7.2%
合計	475	194	669	100.0%	100.0%	100.0%

随25 平均残業時間、平均休暇取得日数

	件数	平均値				
		H31.4	R1.8	R2.4	R2.8	
①-1 医師の平均残業時間	対応施設	410	23.5	23.4	21.4	23.6
	非対応施設	122	7.3	7.3	7.7	7.9
①-2 医師の平均休暇取得日数	対応施設	387	2.2	2.9	2.3	2.9
	非対応施設	118	4.9	5.5	4.8	5.8
②-1 看護職の平均残業時間	対応施設	421	7.7	7.3	6.0	6.5
	非対応施設	123	4.5	4.4	3.9	4.0
②-2 看護職の平均休暇取得日数	対応施設	391	2.7	3.4	3.0	3.3
	非対応施設	120	4.9	5.4	5.1	5.5
③-1 その他医療従事者の平均残業時間	対応施設	423	11.8	10.9	9.5	9.9
	非対応施設	123	5.4	5.0	5.0	4.8
③-2 その他医療従事者の平均休暇取得日数	対応施設	390	2.7	3.3	2.9	3.3
	非対応施設	121	4.8	5.2	4.8	5.5
④-1 事務職員の平均残業時間	対応施設	423	18.7	13.0	18.7	12.8
	非対応施設	124	10.3	8.5	9.7	7.7
④-2 事務職員の平均休暇取得日数	対応施設	390	2.6	3.3	2.6	3.2
	非対応施設	120	4.8	5.3	4.8	5.5

随26 COVID-19感染拡大を契機として、BCPを新規に策定、又は見直しを行ったか

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
新規に策定した	49	11	60	10.3%	5.7%	9.0%
従来策定したものを見直した	95	27	122	20.0%	13.9%	18.2%
新規策定・見直しを行わなかった	314	125	439	66.1%	64.4%	65.6%
無回答	17	31	48	3.6%	16.0%	7.2%
合計	475	194	669	100.0%	100.0%	100.0%

問27 見直しを行ったBCPの内容【複数回答】

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
指揮命令系統	42	13	55	44.2%	48.1%	45.1%
災害対策本部の設置基準	31	4	35	32.6%	14.8%	28.7%
通常時の配置要員	20	5	25	21.1%	18.5%	20.5%
緊急時に参集する要員	40	12	52	42.1%	44.4%	42.6%
診療スペース等への転用可能スペース	41	16	57	43.2%	59.3%	46.7%
備蓄医療資機材の保有量	53	19	72	55.8%	70.4%	59.0%
患者や物品の搬送手段	32	12	44	33.7%	44.4%	36.1%
建物や設備の耐震化	9	1	10	9.5%	3.7%	8.2%
電気等ライフライン・バックアップ燃料	13	5	18	13.7%	18.5%	14.8%
その他	17	3	20	17.9%	11.1%	16.4%
全体	95	27	122			

問29 COVID-19感染拡大を契機として、診療科や病床・病棟の再編を行ったか

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
行った	228	14	242	48.0%	7.2%	36.2%
行わなかった	221	147	368	46.5%	75.8%	55.0%
無回答	26	33	59	5.5%	17.0%	8.8%
合計	475	194	669	100.0%	100.0%	100.0%

問31① 現在の体制で受け入れ可能なCOVID-19（疑似症を含む）入院患者数

	平均値		
	対応施設	非対応施設	合計
現在の体制で受け入れ可能なCOVID-19（疑似症を含む）入院患者数	11.8	0.8	8.9
有効集計件数	451	166	617

問31②-1 一定の条件をクリアできれば受入可能なCOVID-19（疑似症を含む）入院患者数は上記の現状より増やせるか

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
増やせる	146	8	154	30.7%	4.1%	23.0%
増やせない	289	151	440	60.8%	77.8%	65.8%
無回答	40	35	75	8.4%	18.0%	11.2%
合計	475	194	669	100.0%	100.0%	100.0%

<<「増やせる」と回答のあった施設と現状と最大見込み>>

	平均値		
	対応施設	非対応施設	合計
現在の体制で受け入れ可能なCOVID-19（疑似症を含む）入院患者数	10.8	2.3	10.4
一定の条件をクリアできれば受入可能なCOVID-19（疑似症を含む）入院患者数	22.8	6.3	22.0
有効集計件数	121	6	127

問31②-2 COVID-19（疑似症を含む）対応の受入を増やすための条件【複数回答】

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
病床を増やす	48	1	49	32.9%	12.5%	31.8%
医師を増やす	79	3	82	54.1%	37.5%	53.2%
看護職員を増やす	89	4	93	61.0%	50.0%	60.4%
その他の医療関係職種を増やす	45	1	46	30.8%	12.5%	29.9%
経営的損失の補填を受ける	104	6	110	71.2%	75.0%	71.4%
その他	13	1	14	8.9%	12.5%	9.1%
全体	146	8	154			

問31③ COVID-19（疑似症を含む）対応の受入を増やすために最も必要な条件

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
病床を増やす	15	0	15	10.3%	0.0%	9.7%
医師を増やす	19	1	20	13.0%	12.5%	13.0%
看護職員を増やす	32	0	32	21.9%	0.0%	20.8%
その他の医療関係職種を増やす	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%
経営的損失の補填を受ける	45	4	49	30.8%	50.0%	31.8%
その他	35	3	38	24.0%	37.5%	24.7%
全体	146	8	154			

新型コロナウイルス感染症等の健康危機への備え  
と対応を踏まえた医療提供体制に関する調査

《医師票 集計表》

○回収状況

	件数		割合	
	施設	常勤医師数	施設	常勤医師数
発送数	1,235	—	100.0%	—
医師票を回収した医師が所属する施設数	323	—	26.2%	—
上記施設で医師票を配布された常勤医師数	—	27,770	—	100.0%
(うち) COVID-19対応施設に所属	—	25,249	—	—
(うち) COVID-19非対応施設に所属	—	2,521	—	—
回収数(データ数)	—	4,644	—	16.7%
(うち) COVID-19対応施設に所属	—	4,167	—	89.7%
(うち) COVID-19非対応施設に所属	—	477	—	10.3%

問1① 年齢

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
24～39歳	1,605	140	1,745	38.5%	29.4%	37.6%
40～59歳	2,086	222	2,308	50.1%	46.5%	49.7%
60～74歳	439	96	535	10.5%	20.1%	11.5%
75歳～	12	15	27	0.3%	3.1%	0.6%
無回答	25	4	29	0.6%	0.8%	0.6%
合計	4,167	477	4,644	100.0%	100.0%	100.0%

問1② 性別

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
男	3,210	381	3,591	77.0%	79.9%	77.3%
女	923	91	1,014	22.2%	19.1%	21.8%
無回答	34	5	39	0.8%	1.0%	0.8%
合計	4,167	477	4,644	100.0%	100.0%	100.0%

問1③ 医籍登録年

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
10年以内	1,244	114	1,358	29.9%	23.9%	29.2%
20年以内	1,204	97	1,301	28.9%	20.3%	28.0%
30年以内	881	123	1,004	21.1%	25.8%	21.6%
40年以内	607	71	678	14.6%	14.9%	14.6%
50年以内	74	31	105	1.8%	6.5%	2.3%
60年以内	8	11	19	0.2%	2.3%	0.4%
無回答	149	30	179	3.6%	6.3%	3.9%
合計	4,167	477	4,644	100.0%	100.0%	100.0%

問1④ 勤務地

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
北海道	382	23	405	9.3%	4.9%	8.8%
青森県	14	1	15	0.3%	0.2%	0.3%
岩手県	9	5	14	0.2%	1.1%	0.3%
宮城県	15	5	20	0.4%	1.1%	0.4%
秋田県	24	5	29	0.6%	1.1%	0.6%
山形県	99	0	99	2.4%	0.0%	2.2%
福島県	42	0	42	1.0%	0.0%	0.9%
茨城県	65	2	67	1.6%	0.4%	1.5%
栃木県	43	3	46	1.0%	0.6%	1.0%
群馬県	39	4	43	0.9%	0.9%	0.9%
埼玉県	193	28	221	4.7%	6.0%	4.8%
千葉県	129	11	140	3.1%	2.3%	3.1%
東京都	568	19	587	13.8%	4.0%	12.8%
神奈川県	262	16	278	6.4%	3.4%	6.1%
新潟県	27	11	38	0.7%	2.3%	0.8%
富山県	14	3	17	0.3%	0.6%	0.4%
石川県	12	0	12	0.3%	0.0%	0.3%
福井県	8	1	9	0.2%	0.2%	0.2%
山梨県	1	0	1	0.0%	0.0%	0.0%
長野県	82	16	98	2.0%	3.4%	2.1%
岐阜県	345	1	346	8.4%	0.0%	8.4%
静岡県	65	8	73	1.6%	1.7%	1.6%
愛知県	239	97	336	5.8%	20.6%	7.3%
三重県	33	4	37	0.8%	0.9%	0.8%
滋賀県	50	4	54	1.2%	0.9%	1.2%
京都府	50	5	55	1.2%	1.1%	1.2%
大阪府	183	35	218	4.4%	7.4%	4.8%
兵庫県	147	38	185	3.6%	8.1%	4.0%
奈良県	16	10	26	0.4%	2.1%	0.6%
和歌山県	37	0	37	0.9%	0.0%	0.8%
鳥取県	36	3	39	0.9%	0.6%	0.9%
島根県	3	0	3	0.1%	0.0%	0.1%
岡山県	76	2	78	1.8%	0.4%	1.7%
広島県	112	25	137	2.7%	5.3%	3.0%
山口県	19	8	27	0.5%	1.7%	0.6%
徳島県	0	1	1	0.0%	0.2%	0.0%
香川県	103	4	107	2.5%	0.9%	2.3%
愛媛県	18	5	23	0.4%	1.1%	0.5%
高知県	6	0	6	0.1%	0.0%	0.1%
福岡県	369	17	386	9.0%	3.6%	8.4%
佐賀県	2	29	31	0.0%	6.2%	0.7%
長崎県	23	3	26	0.6%	0.6%	0.6%
熊本県	30	0	30	0.7%	0.0%	0.7%
大分県	30	8	38	0.7%	1.7%	0.8%
宮崎県	19	0	19	0.5%	0.0%	0.4%
鹿児島県	25	6	31	0.6%	1.3%	0.7%
沖縄県	50	4	54	1.2%	0.9%	1.2%
合計	4,114	470	4,584	100.0%	100.0%	100.0%
(参考) 特定警戒都道府県※	2,944	292	3,236	71.6%	62.1%	70.6%

※ 4月17日、政府が特に重点的に感染拡大防止の取組を進めていく必要があるとして位置づけた13都道府県。  
東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県、大阪府、兵庫県、福岡県、北海道、茨城県、石川県、岐阜県、愛知県、京都府。

問1⑤ 主たる勤務先の種別

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
病院（大学病院以外）	2,196	448	2,644	52.7%	93.9%	56.9%
病院（大学病院）	1,882	13	1,895	45.2%	2.7%	40.8%
無回答	89	16	105	2.1%	3.4%	2.3%
合計	4,167	477	4,644	100.0%	101.5%	101.3%

問1⑥ 主たる勤務先での勤務形態

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
常勤	3,767	454	4,221	90.4%	95.2%	90.9%
非常勤	152	10	162	3.6%	2.1%	3.5%
無回答	248	13	261	6.0%	2.7%	5.6%
合計	4,167	477	4,644	100.0%	101.5%	101.3%

問1⑦ 主たる診療科

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
内科※1	1,175	185	1,360	28.2%	38.8%	29.3%
外科※2	544	49	593	13.1%	10.3%	12.8%
小児科	270	31	301	6.5%	6.5%	6.5%
産婦人科	199	17	216	4.8%	3.6%	4.7%
精神科	86	14	100	2.1%	2.9%	2.2%
皮膚科	115	6	121	2.8%	1.3%	2.6%
眼科	99	7	106	2.4%	1.5%	2.3%
耳鼻咽喉科	116	6	122	2.8%	1.3%	2.6%
泌尿器科	136	9	145	3.3%	1.9%	3.1%
整形外科	266	33	299	6.4%	6.9%	6.4%
脳神経外科	151	22	173	3.6%	4.6%	3.7%
形成外科	49	3	52	1.2%	0.6%	1.1%
救急科	106	2	108	2.5%	0.4%	2.3%
麻酔科	207	16	223	5.0%	3.4%	4.8%
放射線科	179	15	194	4.3%	3.1%	4.2%
リハビリテーション科	38	18	56	0.9%	3.8%	1.2%
病理診断科	78	4	82	1.9%	0.8%	1.8%
臨床検査科	25	2	27	0.6%	0.4%	0.6%
総合診療科	36	5	41	0.9%	1.0%	0.9%
臨床研修医	134	17	151	3.2%	3.6%	3.3%
その他	134	14	148	3.2%	2.9%	3.2%
無回答	24	2	26	0.6%	0.4%	0.6%
合計	4,167	477	4,644	100.0%	100.0%	100.0%

※内科：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科

外科：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

問1② 保有専門医資格【複数回答】

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
《基本19領域》※専門医のみ、認定医を除く						
内科	773	94	867	24.5%	27.0%	24.8%
外科	509	50	559	16.1%	14.4%	16.0%
小児科	238	29	267	7.5%	8.3%	7.6%
産婦人科	162	17	179	5.1%	4.9%	5.1%
精神科	71	11	82	2.3%	3.2%	2.3%
皮膚科	71	3	74	2.3%	0.9%	2.1%
眼科	71	6	77	2.3%	1.7%	2.2%
耳鼻咽喉科	87	6	93	2.8%	1.7%	2.7%
泌尿器科	115	9	124	3.6%	2.6%	3.5%
整形外科	223	27	250	7.1%	7.8%	7.1%
脳神経外科	143	23	166	4.5%	6.6%	4.7%
形成外科	38	2	40	1.2%	0.6%	1.1%
救急科	111	7	118	3.5%	2.0%	3.4%
麻酔科	178	16	194	5.6%	4.6%	5.5%
放射線科	157	13	170	5.0%	3.7%	4.9%
リハビリテーション科	42	15	57	1.3%	4.3%	1.6%
病理	71	5	76	2.3%	1.4%	2.2%
臨床検査	20	2	22	0.6%	0.6%	0.6%
《医療に関する広告が可能となっている専門医資格》※基本19領域に含まれるものを除く						
糖尿病	78	9	87	2.5%	2.6%	2.5%
肝臓	113	17	130	3.6%	4.9%	3.7%
感染症	40	5	45	1.3%	1.4%	1.3%
血液	99	9	108	3.1%	2.6%	3.1%
循環器	216	23	239	6.8%	6.6%	6.8%
呼吸器	130	10	140	4.1%	2.9%	4.0%
消化器病	274	41	315	8.7%	11.8%	9.0%
腎臓	91	10	101	2.9%	2.9%	2.9%
内分泌代謝科	61	4	65	1.9%	1.1%	1.9%
消化器外科	202	22	224	6.4%	6.3%	6.4%
超音波	32	4	36	1.0%	1.1%	1.0%
細胞診	55	5	60	1.7%	1.4%	1.7%
透析	62	6	68	2.0%	1.7%	1.9%
老年病	15	3	18	0.5%	0.9%	0.5%
心臓血管外科	48	2	50	1.5%	0.6%	1.4%
呼吸器外科	52	5	57	1.6%	1.4%	1.6%
消化器内視鏡	203	24	227	6.4%	6.9%	6.5%
小児外科	33	0	33	1.0%	0.0%	0.9%
神経内科	86	13	99	2.7%	3.7%	2.8%
リウマチ	80	6	86	2.5%	1.7%	2.5%
乳腺	50	4	54	1.6%	1.1%	1.5%
臨床遺伝	36	2	38	1.1%	0.6%	1.1%
薬方	9	5	14	0.3%	1.4%	0.4%
レーザー	5	0	5	0.2%	0.0%	0.1%
気管支鏡	49	4	53	1.6%	1.1%	1.5%
アレルギー	75	5	80	2.4%	1.4%	2.3%
核医学	26	2	28	0.8%	0.6%	0.8%
気管食道科	22	2	24	0.7%	0.6%	0.7%
大腸肛門	31	3	34	1.0%	0.9%	1.0%
婦人科腫瘍	26	2	28	0.8%	0.6%	0.8%
ペインクリニック	34	5	39	1.1%	1.4%	1.1%
熱傷	9	0	9	0.3%	0.0%	0.3%
脳血管内治療	44	10	54	1.4%	2.9%	1.5%
がん薬物療法	62	5	67	2.0%	1.4%	1.9%
周産期（新生児）	41	6	47	1.3%	1.7%	1.3%
生殖医療	15	1	16	0.5%	0.3%	0.5%
小児神経	18	2	20	0.6%	0.6%	0.6%
心療内科	7	0	7	0.2%	0.0%	0.2%
一般病院連携精神医学	7	0	7	0.2%	0.0%	0.2%
《日本専門医機構が認定したサブスペシャリティの専門領域》※上記を除く						
内分泌外科	11	0	11	0.3%	0.0%	0.3%
放射線治療	42	4	46	1.3%	1.1%	1.3%
放射線診断	92	9	101	2.9%	2.6%	2.9%
全体	3,155	348	3,503			

問1③ 研修中専門医資格【複数回答】

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
内科※1	211	25	236	27.8%	37.3%	28.6%
外科	85	10	95	11.2%	14.9%	11.5%
小児科	45	1	46	5.9%	1.5%	5.6%
産婦人科	42	0	42	5.5%	0.0%	5.1%
精神科	18	4	22	2.4%	6.0%	2.7%
皮膚科	39	3	42	5.1%	4.5%	5.1%
眼科	31	0	31	4.1%	0.0%	3.8%
耳鼻咽喉科	26	1	27	3.4%	1.5%	3.3%
泌尿器科	22	3	25	2.9%	4.5%	3.0%
整形外科	65	7	72	8.6%	10.4%	8.7%
脳神経外科	29	1	30	3.8%	1.5%	3.6%
形成外科	10	1	11	1.3%	1.5%	1.3%
救急科	18	0	18	2.4%	0.0%	2.2%
麻酔科	49	2	51	6.5%	3.0%	6.2%
放射線科	26	3	29	3.4%	4.5%	3.5%
リハビリテーション科	9	2	11	1.2%	3.0%	1.3%
病理	17	0	17	2.2%	0.0%	2.1%
臨床検査	4	0	4	0.5%	0.0%	0.5%
総合診療	12	4	16	1.6%	6.0%	1.9%
全体	758	67	825			

※「O1 内科」には、日本内科学会認定内科医は除きます。

問2 主たる勤務先は1年前（令和元年10月）と同じか

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
同じ	3,193	396	3,589	76.6%	83.0%	77.3%
違う	900	78	978	21.6%	16.4%	21.1%
無回答	74	3	77	1.8%	0.6%	1.7%
合計	4,167	477	4,644	100.0%	100.0%	100.0%

問3 COVID-19の患者（疑似症患者を含む）の診察に直接関わったか

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
はい	2,125	208	2,333	51.0%	43.6%	50.2%
いいえ	2,009	267	2,276	48.2%	56.0%	49.0%
無回答	33	2	35	0.8%	0.4%	0.8%
合計	4,167	477	4,644	100.0%	100.0%	100.0%

問3 COVID-19の患者（疑似症患者を含む）の診察に直接関わったか問1 ③感染症専門医

	件数			割合		
	感染症専門 医資格有り	感染症専門 医資格無し	合計	感染症専門 医資格有り	感染症専門 医資格無し	合計
はい	36	2,297	2,333	80.0%	49.9%	50.2%
いいえ	9	2,267	2,276	20.0%	49.3%	49.0%
無回答	0	35	35	0.0%	0.8%	0.8%
合計	45	4,599	4,644	100.0%	100.0%	100.0%

問4 COVID-19感染拡大に係る応援業務を行った場所【複数回答】

（問3で「はい」と回答した場合に回答）

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
応援には行ってない	649	74	723	30.5%	35.6%	31.0%
主たる勤務先	1,378	125	1,503	64.8%	60.1%	64.4%
主たる勤務先以外の医療機関	156	9	165	7.3%	4.3%	7.1%
保健所	13	1	14	0.6%	0.5%	0.6%
感染者を収容しているホテル	25	11	36	1.2%	5.3%	1.5%
その他	26	5	31	1.2%	2.4%	1.3%
無回答	12	1	13	0.6%	0.5%	0.6%
全体	2,125	208	2,333			

問4 COVID-19感染拡大に係る応援業務を行った場所【複数回答】<問1 ③感染症専門医>

（問3で「はい」と回答した場合に回答）

	件数			割合		
	感染症専門 医資格有り	感染症専門 医資格無し	合計	感染症専門 医資格有り	感染症専門 医資格無し	合計
応援には行ってない	4	719	723	11.1%	31.3%	31.0%
主たる勤務先	30	1,473	1,503	83.3%	64.1%	64.4%
主たる勤務先以外の医療機関	5	160	165	13.9%	7.0%	7.1%
保健所	2	12	14	5.6%	0.5%	0.6%
感染者を収容しているホテル	4	32	36	11.1%	1.4%	1.5%
その他	0	31	31	0.0%	1.3%	1.3%
無回答	0	13	13	0.0%	0.6%	0.6%
全体	36	2,297	2,333			

問5 行った応援業務【複数回答】

（問4で「応援には行ってない」以外を回答した場合に回答）

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
当番の交代	174	5	179	11.9%	3.8%	11.2%
外来での診察	943	104	1,047	64.4%	78.2%	65.6%
一般病棟での業務	645	44	689	44.1%	33.1%	43.1%
集中治療室での業務	217	12	229	14.8%	9.0%	14.3%
PCR検査などの検体採取	866	92	958	59.2%	69.2%	60.0%
医療相談	164	21	185	11.2%	15.8%	11.6%
診療以外の後方支援（患者搬送、病室消毒等）	109	9	118	7.4%	6.8%	7.4%
その他	73	5	78	5.0%	3.8%	4.9%
全体	1,464	133	1,597			

問5 行った応援業務【複数回答】<問1 ③感染症専門医>

（問4で「応援には行ってない」以外を回答した場合に回答）

	件数			割合		
	感染症専門 医資格有り	感染症専門 医資格無し	合計	感染症専門 医資格有り	感染症専門 医資格無し	合計
当番の交代	5	174	179	15.6%	11.1%	11.2%
外来での診察	22	1,019	1,041	68.8%	65.1%	65.2%
一般病棟での業務	19	668	687	59.4%	42.7%	43.0%
集中治療室での業務	10	219	229	31.3%	14.0%	14.3%
PCR検査などの検体採取	20	933	953	62.5%	59.6%	59.7%
医療相談	12	171	183	37.5%	10.9%	11.5%
診療以外の後方支援（患者搬送、病室消毒等）	8	110	118	25.0%	7.0%	7.4%
その他	4	74	78	12.5%	4.7%	4.9%
全体	32	1,565	1,597			

問6 平均的な勤務状況時間（診療時間・診療外時間の合計）

●①1年前、②緊急事態宣言下、③現在

	平均値（時間）		
	診療有り	診療無し	合計
① 1年前（令和元年10月）平日	10.57	10.34	10.46
① 1年前（令和元年10月）休日	2.33	2.27	2.30
② 緊急事態宣言下（令和2年4～5月）平日	10.57	10.15	10.37
② 緊急事態宣言下（令和2年4～5月）休日	2.59	2.04	2.33
③ 現在（令和2年10月）平日	10.76	10.31	10.55
③ 現在（令和2年10月）休日	2.53	2.11	2.34
（有効集計件数）	172	151	323

※「休日」とは、日曜日・祝日。  
 ※「診療時間」とは、外来・入浴、在宅患者それぞれの診察、治療、説明等に費やした時間。  
 ※「診療外時間」とは、上司等からの指示（指示的な指示を含む）があって、診療以外の研究・教育・研修・その他業務の業務を行った時間。

問6 平均的な勤務状況時間（診療時間の比較）

●①1年前、②緊急事態宣言下、③現在

	平均値（時間）		
	診療有り	診療無し	合計
① 1年前（令和元年10月）平日診療時間	8.99	8.31	8.67
② 緊急事態宣言下（令和2年4～5月）平日診療時間	9.16	8.36	8.78
③ 現在（令和2年10月）平日診療時間	9.23	8.59	8.93
① 1年前（令和元年10月）休日診療時間	1.27	0.95	1.12
② 緊急事態宣言下（令和2年4～5月）休日診療時間	1.65	0.97	1.33
③ 現在（令和2年10月）休日診療時間	1.49	0.99	1.26
（有効集計件数）	172	151	323

問6 平均的な勤務状況時間（診療外時間の比較）

- ①1年前、②緊急事態宣言下、③現在

	平均値（時間）		
	診療有り	診療無し	合計
① 1年前（令和元年10月）平日診療外時間	1.59	2.02	1.79
② 緊急事態宣言下（令和2年4～5月）平日診療外時間	1.42	1.79	1.59
③ 現在（令和2年10月）平日診療外時間	1.53	1.73	1.62
① 1年前（令和元年10月）休日診療外時間	1.06	1.32	1.19
② 緊急事態宣言下（令和2年4～5月）休日診療外時間	0.94	1.07	1.00
③ 現在（令和2年10月）休日診療外時間	1.04	1.13	1.08
（有効集計件数）	172	151	323

問6 平均的な勤務状況時間（診療時間・診療外時間の合計）＜地域別＞

- ①1年前、②緊急事態宣言下、③現在

	平均値（時間）			
	五大都市圏 内市区町村	その他の県 庁所在地	その他	合計
① 1年前（令和元年10月）平日	10.50	10.87	10.19	10.46
② 緊急事態宣言下（令和2年4～5月）平日	10.33	11.00	10.16	10.37
③ 現在（令和2年10月）平日	10.58	10.90	10.33	10.55
① 1年前（令和元年10月）休日	2.01	2.87	2.61	2.30
② 緊急事態宣言下（令和2年4～5月）休日	2.10	2.88	2.54	2.33
③ 現在（令和2年10月）休日	2.04	3.03	2.60	2.34
（有効集計件数）	186	45	92	323

※①五大都市圏内市区町村＝札幌大都市圏、関東大都市圏、関東大都市圏、中京大都市圏、近畿大都市圏、北九州・福岡大都市圏に属する市区町村（H27国勢調査ベース）、  
②その他の県庁所在地＝①以外の県庁所在地に属する市区町村、  
③その他＝その他の市区町村

問6 平均的な勤務状況時間（平日診療時間の比較）＜地域別＞

- ①1年前、②緊急事態宣言下、③現在

	平均値（時間）			
	五大都市圏 内市区町村	その他の県 庁所在地	その他	合計
① 1年前（令和元年10月）平日診療時間	8.64	8.41	8.86	8.67
② 緊急事態宣言下（令和2年4～5月）平日診療時間	8.57	9.38	8.93	8.78
③ 現在（令和2年10月）平日診療時間	8.81	9.26	9.01	8.93
① 1年前（令和元年10月）休日診療時間	0.89	1.07	1.60	1.12
② 緊急事態宣言下（令和2年4～5月）休日診療時間	1.14	1.69	1.54	1.33
③ 現在（令和2年10月）休日診療時間	1.00	1.62	1.60	1.26
（有効集計件数）	186	45	92	323

問6 平均的な勤務状況時間（平日診療外時間の比較）＜地域別＞

- ①1年前、②緊急事態宣言下、③現在

	平均値（時間）			
	五大都市圏 内市区町村	その他の県 庁所在地	その他	合計
① 1年前（令和元年10月）平日診療外時間	1.86	2.46	1.33	1.79
② 緊急事態宣言下（令和2年4～5月）平日診療外時間	1.76	1.62	1.23	1.59
③ 現在（令和2年10月）平日診療外時間	1.77	1.64	1.32	1.62
① 1年前（令和元年10月）休日診療外時間	1.12	1.80	1.01	1.19
② 緊急事態宣言下（令和2年4～5月）休日診療外時間	0.97	1.19	0.99	1.00
③ 現在（令和2年10月）休日診療外時間	1.04	1.41	0.99	1.08
（有効集計件数）	186	45	92	323

問6 平均的な勤務状況時間（診療時間・診療外時間の合計）

- 合計病床規模区別

- ①1年前、②緊急事態宣言下、③現在

	平均値（時間）											
	合計病床規模20-99床			合計病床規模100-299床			合計病床規模300-499床			合計病床規模500床-		
	診療有り	診療無し	合計	診療有り	診療無し	合計	診療有り	診療無し	合計	診療有り	診療無し	合計
① 1年前（令和元年10月）平日	11.18	11.67	11.35	9.31	8.56	8.99	10.37	8.95	9.72	11.24	11.25	11.25
② 緊急事態宣言下（令和2年4～5月）平日	11.09	11.58	11.26	9.73	8.75	9.31	9.98	8.61	9.35	11.12	10.93	11.03
③ 現在（令和2年10月）平日	11.18	11.67	11.35	9.56	8.81	9.24	10.15	8.80	9.53	11.53	11.17	11.35
① 1年前（令和元年10月）休日	2.32	4.92	3.24	1.31	0.64	1.02	1.46	1.43	1.45	3.03	3.22	3.13
② 緊急事態宣言下（令和2年4～5月）休日	2.77	4.58	3.41	2.13	0.58	1.46	1.27	1.20	1.24	3.33	2.98	3.16
③ 現在（令和2年10月）休日	2.32	4.58	3.12	1.40	0.56	1.04	1.25	1.25	1.25	3.49	3.13	3.31
（有効集計件数）	11	6	17	24	18	42	26	22	48	75	76	151

問6 平均的な勤務状況時間（診療時間の比較）

- 合計病床規模区別

- ①1年前、②緊急事態宣言下、③現在

	平均値（時間）											
	合計病床規模20-99床			合計病床規模100-299床			合計病床規模300-499床			合計病床規模500床-		
	診療有り	診療無し	合計	診療有り	診療無し	合計	診療有り	診療無し	合計	診療有り	診療無し	合計
① 1年前（令和元年10月）平日診療時間	9.64	7.33	8.82	8.40	7.53	8.02	9.02	7.02	8.10	9.05	8.90	8.97
② 緊急事態宣言下（令和2年4～5月）平日診療時間	9.50	7.25	8.71	8.92	7.86	8.46	8.87	7.25	8.13	9.18	8.89	9.03
③ 現在（令和2年10月）平日診療時間	9.55	7.25	8.74	8.60	7.97	8.33	9.08	7.48	8.34	9.31	9.15	9.23
① 1年前（令和元年10月）休日診療時間	1.36	0.92	1.21	0.71	0.11	0.45	0.63	0.39	0.52	1.73	1.49	1.61
② 緊急事態宣言下（令和2年4～5月）休日診療時間	1.36	0.58	1.09	1.58	0.06	0.93	0.67	0.45	0.57	2.17	1.62	1.89
③ 現在（令和2年10月）休日診療時間	1.36	0.58	1.09	0.67	0.11	0.43	0.58	0.45	0.52	2.16	1.65	1.90
（有効集計件数）	11	6	17	24	18	42	26	22	48	75	76	151

問6 平均的な勤務状況時間（診療外時間の比較）

- 合計病床規模区別

- ①1年前、②緊急事態宣言下、③現在

	平均値（時間）											
	合計病床規模20-99床			合計病床規模100-299床			合計病床規模300-499床			合計病床規模500床-		
	診療有り	診療無し	合計	診療有り	診療無し	合計	診療有り	診療無し	合計	診療有り	診療無し	合計
① 1年前（令和元年10月）平日診療外時間	1.55	4.33	2.53	0.92	1.03	0.96	1.35	1.93	1.61	2.19	2.35	2.27
② 緊急事態宣言下（令和2年4～5月）平日診療外時間	1.59	4.33	2.56	0.81	0.89	0.85	1.12	1.36	1.23	1.94	2.05	1.99
③ 現在（令和2年10月）平日診療外時間	1.64	4.42	2.62	0.96	0.83	0.90	1.08	1.32	1.19	2.21	2.02	2.12
① 1年前（令和元年10月）休日診療外時間	0.95	4.00	2.03	0.60	0.53	0.57	0.83	1.05	0.93	1.31	1.73	1.52
② 緊急事態宣言下（令和2年4～5月）休日診療外時間	1.41	4.00	2.32	0.54	0.53	0.54	0.60	0.75	0.67	1.17	1.36	1.26
③ 現在（令和2年10月）休日診療外時間	0.95	4.00	2.03	0.73	0.44	0.61	0.67	0.80	0.73	1.33	1.48	1.40
（有効集計件数）	11	6	17	24	18	42	26	22	48	75	76	151

問7 ①1年前、②現在（調査時点）の2時点における診療業務の平均的な内訳（％）

	平均値					
	① 1年前(令和元年10月)			② 現在(令和2年10月)		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
COVID-19対応を除く病棟業務	40.7	47.1	41.3	38.4	45.5	39.1
COVID-19対応を除く外来業務	35.2	38.4	35.5	34.4	37.6	34.8
COVID-19対応に係る診療業務（病棟・外来計）				4.0	3.2	3.9
主たる勤務先以外の医療機関での診療業務	8.3	3.9	7.8	8.1	3.3	7.6
その他の診療業務	15.8	10.6	15.2	15.0	10.3	14.5
有効集計件数	3,872	450	4,322	3,897	458	4,355

問7 ①1年前、②現在（調査時点）の2時点における診療業務の平均的な内訳（％）  
（問3COVID-19診療有無別）

	平均値（％）					
	① 1年前(令和元年10月)			② 現在(令和2年10月)		
	診療有り	診療無し	合計	診療有り	診療無し	合計
COVID-19対応を除く病棟業務	42.4	34.4	38.7	39.2	34.2	36.9
COVID-19対応を除く外来業務	32.6	33.6	33.1	31.6	34.0	32.7
COVID-19対応に係る診療業務（病棟・外来計）				6.0	0.0	3.3
主たる勤務先以外の医療機関での診療業務	6.9	7.6	7.2	6.6	7.8	7.1
その他の診療業務	11.0	18.0	14.2	10.2	18.1	13.8
有効集計件数	2,333	1,978	4,311	2,333	1,978	4,311

問8 平時（COVID-19の感染拡大前すなわち令和2年2月以前）と比較した、緊急事態宣言下（令和2年4～5月）における状況  
① オンコールの回数

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
平時より増えた	321	24	345	7.7%	5.0%	7.4%
平時と同じ	3,081	380	3,461	73.9%	79.7%	74.5%
平時より減った	306	30	336	7.3%	6.3%	7.2%
分からない	326	27	353	7.8%	5.7%	7.6%
無回答	133	16	149	3.2%	3.4%	3.2%
合計	4,167	477	4,644	100.0%	100.0%	100.0%

② 当直の回数

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
平時より増えた	258	13	271	6.2%	2.7%	5.8%
平時と同じ	3,300	408	3,708	79.2%	85.5%	79.8%
平時より減った	137	8	145	3.3%	1.7%	3.1%
分からない	333	30	363	8.0%	6.3%	7.8%
無回答	139	18	157	3.3%	3.8%	3.4%
合計	4,167	477	4,644	100.0%	100.0%	100.0%

③ 前日退勤時から翌日出勤時までの間の時間

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
平時より増えた	554	39	593	13.3%	8.2%	12.8%
平時と同じ	2,824	373	3,197	67.8%	78.2%	68.8%
平時より減った	441	26	467	10.6%	5.5%	10.1%
分からない	216	23	239	5.2%	4.8%	5.1%
無回答	132	16	148	3.2%	3.4%	3.2%
合計	4,167	477	4,644	100.0%	100.0%	100.0%

問9 主たる勤務先以外の医療機関での勤務（兼業）の状況

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
感染拡大前から現在まで、頻度は変わらずに兼業をしている	1,847	134	1,981	44.3%	28.1%	42.7%
感染拡大前に比べて兼業の頻度が増えた	125	7	132	3.0%	1.5%	2.8%
感染拡大前に比べて兼業の頻度が減った（一部の兼業は続けている）	538	20	558	12.9%	4.2%	12.0%
感染拡大前に比べて兼業の頻度が減り、現在は兼業をしていない	94	12	106	2.3%	2.5%	2.3%
感染拡大前から兼業をしていない	1,311	274	1,585	31.5%	57.4%	34.1%
その他	86	8	94	2.1%	1.7%	2.0%
無回答	166	22	188	4.0%	4.6%	4.0%
合計	4,167	477	4,644	100.0%	100.0%	100.0%

問10 兼業が増減した理由【複数回答】

（問9で「感染拡大前に比べて兼業の頻度が増えた」「減った（一部の兼業は続けている）」「減り、現在は兼業をしていない」と回答した場合に回答）

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
主たる勤務先において兼業の制限をされた	273	11	284	36.1%	28.2%	35.7%
兼業先において受け入れを制限をされた	346	16	362	45.7%	41.0%	45.5%
他院への応援のため兼業が増えた	63	5	68	8.3%	12.8%	8.5%
その他	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%
全体	757	39	796			

問11 他都道府県における兼業への影響

（問9で「感染拡大前に比べて兼業の頻度が増えた」「減った（一部の兼業は続けている）」「減り、現在は兼業をしていない」と回答した場合に回答）

	件数			割合		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
影響はなかった	177	8	185	23.4%	20.5%	23.2%
一部制限された	186	7	193	24.6%	17.9%	24.2%
全て制限された	104	3	107	13.7%	7.7%	13.4%
他都道府県における兼業はしていない	279	21	300	36.9%	53.8%	37.7%
合計	757	39	796			

問12 現在（調査時点）の平均的な勤務状況において（1）各業務に費やした時間、（2）将来的に他職種に分担できる割合

	(1) 平均的な平日1日に費やした時間(分)			(1) 平均的な平日1日に費やした時間(分)			(2) 左の時間のうち、将来的に他職種に分担できる割合(%)			(2) 左の時間のうち、将来的に他職種に分担できる割合(%)		
	平均値			有効集計件数			平均値			有効集計件数		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
① 初療時の予診	32.5	37.0	32.9	3,388	367	3,755	38.5%	37.1%	38.3%	3,058	333	3,391
② 検査手順の説明や入院の説明	30.8	30.0	30.7	3,379	373	3,752	50.6%	46.7%	50.2%	3,142	341	3,483
③ 処方箋の説明や服薬の指導	22.3	27.8	22.9	3,318	368	3,686	51.6%	51.1%	51.5%	3,065	331	3,396
④ 静脈採血	3.7	2.7	3.6	3,162	340	3,502	53.7%	53.6%	53.7%	2,529	266	2,795
⑤ 静脈注射	4.9	2.7	4.7	3,151	342	3,493	51.4%	51.5%	51.4%	2,511	269	2,780
⑥ 静脈路の確保	5.9	4.8	5.8	3,177	340	3,517	54.9%	51.3%	54.6%	2,597	276	2,873
⑦ 原動力ケーブルの留置	2.4	3.0	2.5	3,136	339	3,475	51.2%	51.9%	51.3%	2,493	260	2,753
⑧ 診断書の記載（下書き）・入力（代行）	29.3	34.9	29.9	3,324	369	3,693	52.4%	48.7%	52.1%	3,067	336	3,403
⑨ 患者の移動	8.6	5.2	8.2	3,192	342	3,534	58.3%	55.1%	58.0%	2,705	282	2,987

問15 1) 医師としての引退時期

	件数			割合			平均値		
	対症施設	非対症施設	合計	対症施設	非対症施設	合計	対症施設	非対症施設	合計
生涯現役の予定	1,240	124	1,364	29.8%	26.0%	29.4%			
●歳頃に引退	1,406	160	1,566	33.7%	33.5%	33.7%	67.0	67.6	67.1
わからない	1,345	175	1,520	32.3%	36.7%	32.7%			
無回答	176	18	194	4.2%	3.8%	4.2%			
合計	4,167	477	4,644	100.0%	100.0%	100.0%			
(有効集計件数)							1,380	158	1,538

問15 1) 医師としての引退時期<問3コロナ直接診療経験の有無別>

	件数				割合				平均値			
	診療有り	診療無し	無回答	合計	診療有り	診療無し	無回答	合計	診療有り	診療無し	無回答	合計
生涯現役の予定	723	635	6	1,364	31.0%	27.9%	17.1%	29.4%				
●歳頃に引退	786	777	3	1,566	33.7%	34.1%	8.6%	33.7%	67.1	67.1	70.0	67.1
わからない	724	786	10	1,520	31.0%	34.5%	28.6%	32.7%				
無回答	100	78	16	194	4.3%	3.4%	45.7%	4.2%				
合計	2,333	2,276	35	4,644	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%				
(有効集計件数)									776	760	2	1,538

問15 1) 医師としての引退時期<COVID-19入院患者数別>

	件数						割合						平均値					
	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人-	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人-	0人	1-9人	10-49人	50-99人	100-299人	300人-
生涯現役の予定	21	50	97	59	164	105	26.3%	32.5%	30.7%	24.1%	32.8%	35.7%						
●歳頃に引退	26	51	106	93	161	95	32.5%	33.1%	33.5%	38.0%	32.2%	32.3%	68.1	69.7	67.3	66.8	67.5	66.6
わからない	32	48	105	77	153	84	40.0%	31.2%	33.2%	31.4%	30.6%	28.6%						
無回答	1	5	8	16	22	10	1.3%	3.2%	2.5%	6.5%	4.4%	3.4%						
合計	80	154	316	245	500	294	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%						
(有効集計件数)													26	49	102	94	161	92

問15 2) 見通しの変更

※見通しの変更がある場合、当初の見通しについて回答

	件数			割合			平均値		
	対症施設	非対症施設	合計	対症施設	非対症施設	合計	対症施設	非対症施設	合計
生涯現役の予定	754	72	826	18.1%	15.1%	17.8%			
●歳頃に引退	219	23	242	5.3%	4.8%	5.2%	65.8	64.1	65.6
わからない	944	108	1,052	22.7%	22.6%	22.7%			
見通しの変更はない	2,021	248	2,269	48.5%	52.0%	48.9%			
無回答	229	26	255	5.5%	5.5%	5.5%			
合計	4,167	477	4,644	100.0%	100.0%	100.0%	203	22	225
(有効集計件数)									

問15 2) 見通しの変更<問3コロナ直接診療経験の有無別>

※問15 1)で「生涯現役の予定」と回答した者を対象に集計

※見通しの変更がある場合、当初の見通しについて回答

	件数				割合				平均値			
	診療有り	診療無し	無回答	合計	診療有り	診療無し	無回答	合計	診療有り	診療無し	無回答	合計
見通しの変更はない(生涯現役の予定)	658	588	5	1,251	91.0%	92.6%	83.3%	91.7%				
●歳頃に引退	17	9	0	26	2.4%	1.4%	0.0%	1.9%	63.8	68.9	-	65.6
わからない	39	27	1	67	5.4%	4.3%	16.7%	4.9%				
無回答	9	11	0	20	1.2%	1.7%	0.0%	1.5%				
合計	723	635	6	1,364	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%				
(有効集計件数)									17	9	-	26

問15 2) 見通しの変更<問3コロナ直接診療経験の有無別>

※問15 1)で「●歳頃に引退」と回答した者を対象に集計

※見通しの変更がある場合、当初の見通しについて回答

	件数				割合				平均値			
	診療有り	診療無し	無回答	合計	診療有り	診療無し	無回答	合計	診療有り	診療無し	無回答	合計
見通しの変更はない	630	660	2	1,292	80.2%	84.9%	66.7%	82.5%	67.1	67.1	70.0	67.1
生涯現役の予定	16	12	0	28	2.0%	1.5%	0.0%	1.8%				
●歳頃に引退	36	29	1	66	4.6%	3.7%	33.3%	4.2%	66.4	66.2	-	66.3
わからない	80	62	0	142	10.2%	8.0%	0.0%	9.1%				
無回答	24	14	0	38	3.1%	1.8%	0.0%	2.4%				
合計	786	777	3	1,566	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%				
(有効集計件数)									651	668	2	1,321

問16 今後の主たる勤務先の見直し

○24~39歳の回答者

	件数				割合			
	24~39歳	40~59歳	60~74歳	75歳以上	24~39歳	40~59歳	60~74歳	75歳以上
大学病院	805	259	65	25	46.1%	14.8%	3.7%	1.4%
その他病院	811	1,013	811	484	46.5%	58.1%	46.5%	27.7%
診療所	13	227	387	335	0.7%	13.0%	22.2%	19.2%
介護施設	1	6	45	95	0.1%	0.3%	2.6%	5.4%
その他	15	63	205	453	0.9%	3.6%	11.7%	26.0%
無回答	100	177	232	353	5.7%	10.1%	13.3%	20.2%
合計			1,745		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

○24~39歳の回答者<見直しの変更>

※見直しの変更がある場合、当初の見直しについて回答

	件数				割合			
	24~39歳	40~59歳	60~74歳	75歳以上	24~39歳	40~59歳	60~74歳	75歳以上
大学病院	198	69	25	12	11.3%	4.0%	1.4%	0.7%
その他病院	187	224	180	145	10.7%	12.8%	10.3%	8.3%
診療所	7	56	92	97	0.4%	3.2%	5.3%	5.6%
介護施設	1	5	18	23	0.1%	0.3%	1.0%	1.3%
見直しの変更はない	1,088	1,056	1,043	1,036	62.3%	60.5%	59.8%	59.4%
その他	8	14	34	47	0.5%	0.8%	1.9%	2.7%
無回答	256	321	353	385	14.7%	18.4%	20.2%	22.1%
合計			1,745		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

○40～59歳の回答者

	件数			割合		
	40～59歳	60～74歳	75歳以上	40～59歳	60～74歳	75歳以上
大学病院	807	189	16	35.0%	8.2%	0.7%
その他病院	1,292	1,320	636	56.0%	57.2%	27.6%
診療所	85	348	394	3.7%	15.1%	17.1%
介護施設	3	50	195	0.1%	2.2%	8.4%
その他	25	173	679	1.1%	7.5%	29.4%
無回答	96	228	388	4.2%	9.9%	16.8%
合計	2,308			100.0%	100.0%	100.0%

○40～59歳の回答者<見通しの変更>

※見通しの変更がある場合、当初の見通しについて回答

	件数			割合		
	40～59歳	60～74歳	75歳以上	40～59歳	60～74歳	75歳以上
大学病院	207	61	6	9.0%	2.6%	0.3%
その他病院	261	267	196	11.3%	11.6%	8.5%
診療所	36	95	107	1.6%	4.1%	4.6%
介護施設	1	12	32	0.0%	0.5%	1.4%
見通しの変更はない	1,535	1,456	1,455	66.5%	63.1%	63.0%
その他	14	38	66	0.6%	1.6%	2.9%
無回答	254	379	446	11.0%	16.4%	19.3%
合計	2,308			100.0%	100.0%	100.0%

○60～74歳の回答者

	件数		割合	
	60～74歳	75歳以上	60～74歳	75歳以上
大学病院	69	2	12.9%	0.4%
その他病院	371	176	69.3%	32.9%
診療所	19	57	3.6%	10.7%
介護施設	6	40	1.1%	7.5%
その他	45	142	8.4%	26.5%
無回答	25	118	4.7%	22.1%
合計	535		100.0%	100.0%

○60～74歳の回答者<見通しの変更>

※見通しの変更がある場合、当初の見通しについて回答

	件数		割合	
	60～74歳	75歳以上	60～74歳	75歳以上
大学病院	18	1	3.4%	0.2%
その他病院	78	46	14.6%	8.6%
診療所	4	16	0.7%	3.0%
介護施設	2	9	0.4%	1.7%
見通しの変更はない	376	326	70.3%	60.9%
その他	13	18	2.4%	3.4%
無回答	44	119	8.2%	22.2%
合計	535		100.0%	100.0%

○75歳～の回答者

	件数	割合
	75歳以上	75歳以上
大学病院	0	0.0%
その他病院	21	77.8%
診療所	2	7.4%
介護施設	1	3.7%
その他	1	3.7%
無回答	2	7.4%
合計	27	100.0%

○75歳～の回答者<見通しの変更>

※見通しの変更がある場合、当初の見通しについて回答

	件数	割合
	75歳以上	75歳以上
大学病院	0	0.0%
その他病院	4	14.8%
診療所	0	0.0%
介護施設	0	0.0%
その他	1	3.7%
見通しの変更はない	19	70.4%
無回答	3	11.1%
合計	27	100.0%

問17 今後の勤務形態の見直し

○24～39歳の回答者

	件数				割合				平均値(日)			
	24～39歳	40～59歳	60～74歳	75歳以上	24～39歳	40～59歳	60～74歳	75歳以上	24～39歳	40～59歳	60～74歳	75歳以上
常勤(当直有)	1,310	773	121	54	75.1%	44.3%	6.9%	3.1%				
常勤(当直無)	283	694	893	391	16.2%	39.8%	51.2%	22.4%				
非常勤(週●日)	29	74	306	274	1.7%	4.2%	17.5%	15.7%	3.9	3.4	3.3	3.0
引退	6	14	207	773	0.3%	0.8%	11.9%	44.3%				
無回答	117	190	218	253	6.7%	10.9%	12.5%	14.5%				
合計	1,745				100.0%	100.0%	100.0%	100.0%				
(有効集計件数)									25	63	253	233

○24～39歳の回答者<見通しの変更>

※見通しの変更がある場合、当初の見通しについて回答

	件数				割合				平均値(日)			
	24～39歳	40～59歳	60～74歳	75歳以上	24～39歳	40～59歳	60～74歳	75歳以上	24～39歳	40～59歳	60～74歳	75歳以上
常勤(当直有)	266	152	42	25	15.2%	8.7%	2.4%	1.4%				
常勤(当直無)	70	146	189	126	4.0%	8.4%	10.8%	7.2%				
非常勤(週●日)	3	12	37	51	0.2%	0.7%	2.1%	2.9%	3.7	3.5	3.4	3.1
引退	2	5	32	84	0.1%	0.3%	1.8%	4.8%				
見通しの変更はない	1,167	1,120	1,117	1,117	66.9%	64.2%	64.0%	64.0%				
無回答	237	310	328	342	13.6%	17.8%	18.8%	19.6%				
合計	1,745				100.0%	100.0%	100.0%	100.0%				
(有効集計件数)									3	8	33	45

Q40～59歳の回答者

	件数			割合			平均値（日）		
	40～59歳	60～74歳	75歳以上	40～59歳	60～74歳	75歳以上	40～59歳	60～74歳	75歳以上
常勤（当直有）	1,194	196	58	51.7%	8.5%	2.5%	/	/	/
常勤（当直無）	974	1,448	452	42.2%	62.7%	19.6%			
非常勤（週●日）	25	342	603	1.1%	14.8%	26.1%			
引退	6	99	911	0.3%	4.3%	39.5%			
無回答	109	223	284	4.7%	9.7%	12.3%			
合計	2,308			100.0%	100.0%	100.0%	22	281	514
（有効集計件数）									

Q40～59歳の回答者<見通しの変更>

※見通しの変更がある場合、当初の見通しについて回答

	件数			割合			平均値（日）		
	40～59歳	60～74歳	75歳以上	40～59歳	60～74歳	75歳以上	40～59歳	60～74歳	75歳以上
常勤（当直有）	245	51	22	10.6%	2.2%	1.0%	/	/	/
常勤（当直無）	197	299	157	8.5%	13.0%	6.8%			
非常勤（週●日）	8	44	102	0.3%	1.9%	4.4%			
引退	0	17	107	0.0%	0.7%	4.6%			
見通しの変更はない	1,611	1,554	1,541	69.8%	67.3%	66.8%			
無回答	247	343	379	10.7%	14.9%	16.4%			
合計	2,308			100.0%	100.0%	100.0%	6	38	89
（有効集計件数）									

Q60～74歳の回答者

	件数		割合		平均値（日）	
	60～74歳	75歳以上	60～74歳	75歳以上	60～74歳	75歳以上
常勤（当直有）	58	7	10.8%	1.3%	/	/
常勤（当直無）	357	112	66.7%	20.9%		
非常勤（週●日）	83	153	15.5%	28.6%		
引退	9	155	1.7%	29.0%		
無回答	28	108	5.2%	20.2%		
合計	535		100.0%	100.0%	68	131
（有効集計件数）						

Q60～74歳の回答者<見通しの変更>

※見通しの変更がある場合、当初の見通しについて回答

	件数		割合		平均値（日）	
	60～74歳	75歳以上	60～74歳	75歳以上	60～74歳	75歳以上
常勤（当直有）	16	1	3.0%	0.2%	/	/
常勤（当直無）	77	36	14.4%	6.7%		
非常勤（週●日）	14	33	2.6%	6.2%		
引退	3	21	0.6%	3.9%		
見通しの変更はない	378	320	70.7%	59.8%		
無回答	47	124	8.8%	23.2%		
合計	535		100.0%	100.0%	12	29
（有効集計件数）						

Q75歳～の回答者

	件数	割合	平均値（日）
	75歳以上	75歳以上	75歳以上
常勤（当直有）	2	7.4%	/
常勤（当直無）	19	70.4%	
非常勤（週●日）	4	14.8%	
引退	0	0.0%	
無回答	2	7.4%	
合計	27	100.0%	3.3
（有効集計件数）			

Q75歳～の回答者<見通しの変更>

※見通しの変更がある場合、当初の見通しについて回答

	件数	割合	平均値（日）
	75歳以上	75歳以上	75歳以上
常勤（当直有）	1	3.7%	/
常勤（当直無）	1	3.7%	
非常勤（週●日）	0	0.0%	
引退	1	3.7%	
見通しの変更はない	21	77.8%	
無回答	3	11.1%	
合計	27	100.0%	-
（有効集計件数）			

問18 今後従事する診療科の見通し

Q24～39歳の回答者

	件数				割合			
	24～39歳	40～59歳	60～74歳	75歳以上	24～39歳	40～59歳	60～74歳	75歳以上
診療科横断的に対応	284	208	315	343	16.3%	11.9%	18.1%	19.7%
現在の診療科領域全般に対応	1,035	765	752	670	59.3%	43.8%	43.1%	38.4%
より専門領域に特化	299	574	418	354	17.1%	32.9%	24.0%	20.3%
無回答	127	198	260	378	7.3%	11.3%	14.9%	21.7%
合計	1,745				100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Q24～39歳の回答者<見通しの変更>

※見通しの変更がある場合、当初の見通しについて回答

	件数				割合			
	24～39歳	40～59歳	60～74歳	75歳以上	24～39歳	40～59歳	60～74歳	75歳以上
診療科横断的に対応	81	67	79	76	4.6%	3.8%	4.5%	4.4%
現在の診療科領域全般に対応	161	127	123	118	9.2%	7.3%	7.0%	6.8%
より専門領域に特化	33	52	35	27	1.9%	3.0%	2.0%	1.5%
見通しの変更はない	1,234	1,195	1,173	1,158	70.7%	68.5%	67.2%	66.4%
無回答	236	304	335	366	13.5%	17.4%	19.2%	21.0%
合計	1,745				100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Q40～59歳の回答者

	件数			割合		
	40～59歳	60～74歳	75歳以上	40～59歳	60～74歳	75歳以上
診療科横断的に対応	238	408	550	10.3%	17.7%	23.8%
現在の診療科領域全般に対応	1,473	1,306	986	63.8%	56.6%	42.7%
より専門領域に特化	478	342	300	20.7%	14.8%	13.0%
無回答	119	252	472	5.2%	10.9%	20.5%
合計	2,308			100.0%	100.0%	100.0%



Q24～39歳の回答者<見通しの変更>

※見通しの変更がある場合、当初の見通しについて回答

	件数				割合			
	24～39歳	40～59歳	60～74歳	75歳以上	24～39歳	40～59歳	60～74歳	75歳以上
勤務地の変更なし	735	678	650	636	42.1%	38.9%	37.2%	36.4%
より都市部へ移る	17	17	17	18	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%
より地方部へ移る	17	20	27	26	1.0%	1.1%	1.5%	1.5%
見通しの変更はない	776	761	753	747	44.5%	43.6%	43.2%	42.8%
全体	1,745							

《うち》「より都市部へ移る」と回答した者

	件数				割合			
	24～39歳	40～59歳	60～74歳	75歳以上	24～39歳	40～59歳	60～74歳	75歳以上
五大都市圏内の市区町村	10	9	7	7	58.8%	52.9%	41.2%	38.9%
その他の県庁所在地	5	6	6	7	29.4%	35.3%	35.3%	38.9%
その他の地域	0	0	1	1	0.0%	0.0%	5.9%	5.6%
全体	17	17	17	18				

《うち》「より地方部へ移る」と回答した者

	件数				割合			
	24～39歳	40～59歳	60～74歳	75歳以上	24～39歳	40～59歳	60～74歳	75歳以上
五大都市圏内の市区町村	4	4	6	5	23.5%	20.0%	22.2%	19.2%
その他の県庁所在地	3	7	5	7	17.6%	35.0%	18.5%	26.9%
その他の地域	3	5	9	8	17.6%	25.0%	33.3%	30.8%
全体	17	20	27	26				

Q40～59歳の回答者

	件数			割合		
	40～59歳	60～74歳	75歳以上	40～59歳	60～74歳	75歳以上
勤務地の変更なし	2,034	1,746	1,573	88.1%	75.6%	68.2%
より都市部へ移る	92	118	136	4.0%	5.1%	5.9%
より地方部へ移る	87	230	273	3.8%	10.0%	11.8%
全体	2,308					

《うち》「より都市部へ移る」と回答した者

	件数			割合		
	40～59歳	60～74歳	75歳以上	40～59歳	60～74歳	75歳以上
五大都市圏内の市区町村	54	73	81	58.7%	61.9%	59.6%
その他の県庁所在地	23	26	33	25.0%	22.0%	24.3%
その他の地域	6	10	15	6.5%	8.5%	11.0%
全体	92	118	136			

《うち》「より地方部へ移る」と回答した者

	件数			割合		
	40～59歳	60～74歳	75歳以上	40～59歳	60～74歳	75歳以上
五大都市圏内の市区町村	11	28	30	12.6%	12.2%	11.0%
その他の県庁所在地	24	54	54	27.6%	23.5%	19.8%
その他の地域	50	143	178	57.5%	62.2%	65.2%
全体	87	230	273			

Q40～59歳の回答者（随3コロナ診療の有無別）

●特定警戒都道府県在住の者を対象に集計

	件数								
	40～59歳			60～74歳			75歳以上		
	診療有り	診療無し	無回答	診療有り	診療無し	無回答	診療有り	診療無し	無回答
勤務地の変更なし	740	698	5	624	593	4	554	537	5
より都市部へ移る	23	37	0	42	42	0	45	45	0
より地方部へ移る	43	25	0	100	84	1	123	97	1
全体	847	783	7	847	783	7	847	783	7

	割合								
	40～59歳			60～74歳			75歳以上		
	診療有り	診療無し	無回答	診療有り	診療無し	無回答	診療有り	診療無し	無回答
勤務地の変更なし	87.4%	89.1%	71.4%	73.7%	75.7%	57.1%	65.4%	68.6%	71.4%
より都市部へ移る	2.7%	4.7%	0.0%	5.0%	5.4%	0.0%	5.3%	5.7%	0.0%
より地方部へ移る	5.1%	3.2%	0.0%	11.8%	10.7%	14.3%	14.5%	12.4%	14.3%
全体									

Q40～59歳の回答者<見通しの変更>

※見通しの変更がある場合、当初の見通しについて回答

	件数			割合		
	40～59歳	60～74歳	75歳以上	40～59歳	60～74歳	75歳以上
勤務地の変更なし	987	889	836	42.8%	38.5%	36.2%
より都市部へ移る	18	36	38	0.8%	1.6%	1.6%
より地方部へ移る	15	23	33	0.6%	1.0%	1.4%
見通しの変更はない	1,073	1,038	1,003	46.5%	45.0%	43.5%
全体	2,308					

《うち》「より都市部へ移る」と回答した者

	件数			割合		
	40～59歳	60～74歳	75歳以上	40～59歳	60～74歳	75歳以上
五大都市圏内の市区町村	6	25	26	33.3%	69.4%	68.4%
その他の県庁所在地	10	9	10	55.6%	25.0%	26.3%
その他の地域	1	1	0	5.6%	2.8%	0.0%
全体	18	36	38			

《うち》「より地方部へ移る」と回答した者

	件数			割合		
	40～59歳	60～74歳	75歳以上	40～59歳	60～74歳	75歳以上
五大都市圏内の市区町村	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%
その他の県庁所在地	5	10	15	33.3%	43.5%	45.5%
その他の地域	10	13	16	66.7%	56.5%	48.5%
全体	15	23	33			

Q60～74歳の回答者

	件数		割合	
	60～74歳	75歳以上	60～74歳	75歳以上
勤務地の変更なし	453	334	84.7%	62.4%
より都市部へ移る	29	28	5.4%	5.2%
より地方部へ移る	32	42	6.0%	7.9%
全体	535			

《うち》「より都市部へ移る」と回答した者

	件数		割合	
	60~74歳	75歳以上	60~74歳	75歳以上
五大都市圏内の市区町村	19	20	65.5%	71.4%
その他の県庁所在地	3	5	10.3%	17.9%
その他の地域	5	2	17.2%	7.1%
全体	29	28		

《うち》「より地方部へ移る」と回答した者

	件数		割合	
	60~74歳	75歳以上	60~74歳	75歳以上
五大都市圏内の市区町村	7	3	21.9%	7.1%
その他の県庁所在地	6	7	18.8%	16.7%
その他の地域	18	32	56.3%	76.2%
全体	32	42		

〇60~74歳の回答者<見通しの変更>

※見通しの変更がある場合、当初の見通しについて回答

	件数		割合	
	60~74歳	75歳以上	60~74歳	75歳以上
勤務地の変更なし	250	182	46.7%	34.0%
より都市部へ移る	1	2	0.2%	0.4%
より地方部へ移る	9	12	1.7%	2.2%
見通しの変更はない	234	198	43.7%	37.0%
全体	535			

〇60~74歳の回答者<見通しの変更> (問3コロナ診療有無別)

※見通しの変更がある場合、当初の見通しについて回答

	件数				割合			
	60~74歳		75歳以上		60~74歳		75歳以上	
	診療有り	診療無し	診療有り	診療無し	診療有り	診療無し	診療有り	診療無し
勤務地の変更なし	89	160	64	117	48.9%	51.4%	45.1%	46.6%
より都市部へ移る	0	1	1	1	0.0%	0.3%	0.7%	0.4%
より地方部へ移る	3	6	4	8	1.6%	1.9%	2.8%	3.2%
見通しの変更はない	90	144	73	125	49.5%	46.3%	51.4%	49.8%
合計	182	311	142	251	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

《うち》「より都市部へ移る」と回答した者

	件数		割合	
	60~74歳	75歳以上	60~74歳	75歳以上
五大都市圏内の市区町村	0	1	0.0%	50.0%
その他の県庁所在地	1	1	100.0%	50.0%
その他の地域	0	0	0.0%	0.0%
全体	1	2		

《うち》「より地方部へ移る」と回答した者

	件数		割合	
	60~74歳	75歳以上	60~74歳	75歳以上
五大都市圏内の市区町村	2	1	22.2%	8.3%
その他の県庁所在地	1	2	11.1%	16.7%
その他の地域	6	7	66.7%	58.3%
全体	9	12		

〇75歳~の回答者

	件数	割合
	75歳以上	75歳以上
勤務地の変更なし	23	85.2%
より都市部へ移る	2	7.4%
より地方部へ移る	0	0.0%
全体	27	

《うち》「より都市部へ移る」と回答した者

	件数	割合
	75歳以上	75歳以上
五大都市圏内の市区町村	1	50.0%
その他の県庁所在地	1	50.0%
その他の地域	0	0.0%
全体	2	

〇75歳~の回答者<見通しの変更>

※見通しの変更がある場合、当初の見通しについて回答

	件数	割合
	75歳以上	75歳以上
勤務地の変更なし	5	18.5%
より都市部へ移る	0	0.0%
より地方部へ移る	0	0.0%
見通しの変更はない	16	59.3%
全体	27	

〇75歳~の回答者<見通しの変更> (問3コロナ診療有無別)

※見通しの変更がある場合、当初の見通しについて回答

	件数		割合	
	75歳以上		75歳以上	
	診療有り	診療無し	診療有り	診療無し
勤務地の変更なし	1	4	33.3%	22.2%
より都市部へ移る	0	0	0.0%	0.0%
より地方部へ移る	0	0	0.0%	0.0%
見通しの変更はない	2	14	66.7%	77.8%
合計	3	18	100.0%	100.0%

問20 救急領域の専門家

救急領域（単純集計）

	① 救急領域の専門家の指導の下で、ある程度対応できる			② 救急領域の専門家として独立する		
	件数	割合	平均値(年)	件数	割合	平均値(年)
数週間程度の研修が必要	1,031	22.2%	2.5	303	6.5%	3.7
数か月程度の研修が必要	1,948	41.9%		1,031	22.2%	
年単位の研修が必要（●年程度）	1,152	24.8%		2,807	60.4%	
救急領域の専門家であるため研修は不要	193	4.2%		160	3.4%	
無回答	320	6.9%		343	7.4%	
合計	4,644	100.0%	4,644	100.0%		
(有効集計件数)			1,121		2,461	

① 救急領域の専門家の指導の下で、ある程度対応できる

	件数			割合			平均値(年)		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
数週間程度の研修が必要	916	115	1,031	22.0%	24.1%	22.2%	2.5	3.0	2.5
数か月程度の研修が必要	1,759	189	1,948	42.2%	39.6%	41.9%			
年単位の研修が必要（●年程度）	1,039	113	1,152	24.9%	23.7%	24.8%			
救急領域の専門家であるため研修は不要	179	14	193	4.3%	2.9%	4.2%			
無回答	274	46	320	6.6%	9.6%	6.9%			
合計	4,167	477	4,644	100.0%	100.0%	100.0%			
(有効集計件数)							1,011	110	1,121

① 救急領域の専門家の指導の下で、ある程度対応できる<臨床研修必修化（H16-2004年）前後での比較>

●問1③で医籍登録年を回答した者を対象に集計

	件数			割合			平均値(年)		
	医籍登録：～2003年	医籍登録：2004年～	合計	医籍登録：～2003年	医籍登録：2004年～	合計	医籍登録：～2003年	医籍登録：2004年～	合計
数週間程度の研修が必要	660	341	1,001	28.6%	15.8%	22.4%	2.6	2.5	2.5
数か月程度の研修が必要	873	1,010	1,883	37.8%	46.8%	42.2%			
年単位の研修が必要（●年程度）	510	595	1,105	22.1%	27.6%	24.7%			
救急領域の専門家であるため研修は不要	116	72	188	5.0%	3.3%	4.2%			
無回答	149	139	288	6.5%	6.4%	6.5%			
合計	2,308	2,157	4,465	100.0%	100.0%	100.0%			
(有効集計件数)							486	595	1,081

① 救急領域の専門家の指導の下で、ある程度対応できる<医籍登録年区分別>

●問1③で医籍登録年を回答した者を対象に集計

	件数							割合						
	医籍登録：～1973年	医籍登録：1974～1983年	医籍登録：1984～1993年	医籍登録：1994～2003年	医籍登録：2004年～2013年	医籍登録：2014年～	合計	医籍登録：～1973年	医籍登録：1974～1983年	医籍登録：1984～1993年	医籍登録：1994～2003年	医籍登録：2004年～2013年	医籍登録：2014年～	合計
数週間程度の研修が必要	9	79	288	284	214	127	1,001	24.3%	29.2%	34.1%	24.6%	16.6%	14.7%	22.4%
数か月程度の研修が必要	6	86	305	476	586	424	1,883	16.2%	31.7%	36.1%	41.2%	45.4%	49.0%	42.2%
年単位の研修が必要（●年程度）	4	62	151	293	365	230	1,105	10.8%	22.9%	17.9%	25.4%	28.3%	26.6%	24.7%
救急領域の専門家であるため研修は不要	1	18	54	43	57	15	188	2.7%	6.6%	6.4%	3.7%	4.4%	1.7%	4.2%
無回答	17	26	47	59	69	70	288	45.9%	9.6%	5.6%	5.1%	5.3%	8.1%	6.5%
合計	37	271	845	1,155	1,291	866	4,465	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
平均値(年)														
※年単位の研修が必要（●年程度）	1.3	2.0	2.4	2.4	2.8	2.7	2.5							
(有効集計件数)	3	53	145	285	359	236	1,081							

① 救急領域の専門家の指導の下で、ある程度対応できる<診療科別>

●問1⑦で主たる診療科を回答した者を対象に集計

	件数				割合			
	内科系	外科系	その他	合計	内科系	外科系	その他	合計
数週間程度の研修が必要	345	396	288	1,029	25.4%	31.4%	14.4%	22.3%
数か月程度の研修が必要	589	496	857	1,942	43.3%	39.3%	42.9%	42.1%
年単位の研修が必要（●年程度）	301	252	595	1,148	22.1%	20.0%	29.8%	24.9%
救急領域の専門家であるため研修は不要	37	49	107	193	2.7%	3.9%	5.4%	4.2%
無回答	88	69	149	306	6.5%	5.5%	7.5%	6.6%
合計	1,360	1,262	1,996	4,618	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
平均値(年)								
※年単位の研修が必要（●年程度）	2.6	2.1	2.7	2.5				
(有効集計件数)	293	252	572	1,117				

※①内科系=内科、②外科系=外科、泌尿器科、整形外科、形成外科、③その他=小児科、産婦人科、精神科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、救急科、麻酔科、放射線科、リハビリテーション科、病理診断科、臨床検査科、総合診療科、臨床研修医、その他

② 救急領域の専門家として独立する

	件数			割合			平均値(年)		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
数週間程度の研修が必要	268	35	303	6.4%	7.3%	6.5%	3.7	4.0	3.7
数か月程度の研修が必要	921	110	1,031	22.1%	23.1%	22.2%			
年単位の研修が必要（●年程度）	2,535	272	2,807	60.8%	57.0%	60.4%			
救急領域の専門家であるため研修は不要	149	11	160	3.6%	2.3%	3.4%			
無回答	294	49	343	7.1%	10.3%	7.4%			
合計	4,167	477	4,644	100.0%	100.0%	100.0%			
(有効集計件数)							2,227	234	2,461

② 救急領域の専門家として独立する<臨床研修必修化（H16-2004年）前後での比較>

●問1③で医籍登録年を回答した者を対象に集計

	件数			割合			平均値(年)		
	医籍登録：～2003年	医籍登録：2004年～	合計	医籍登録：～2003年	医籍登録：2004年～	合計	医籍登録：～2003年	医籍登録：2004年～	合計
数週間程度の研修が必要	183	109	292	7.9%	5.1%	6.5%	3.8	3.7	3.7
数か月程度の研修が必要	568	429	997	24.6%	19.9%	22.3%			
年単位の研修が必要（●年程度）	1,294	1,414	2,708	56.1%	65.6%	60.6%			
救急領域の専門家であるため研修は不要	101	56	157	4.4%	2.6%	3.5%			
無回答	162	149	311	7.0%	6.9%	7.0%			
合計	2,308	2,157	4,465	100.0%	100.0%	100.0%			
(有効集計件数)							1,107	1,277	2,384



② 集中治療領域の専門家として独立する臨床研修必修化（H16-2004年）前後での比較

●問1③で医籍登録年を回答した者を対象に集計

	件数			割合			平均値（年）		
	医籍登録：～2003年	医籍登録：2004年～	合計	医籍登録：～2003年	医籍登録：2004年～	合計	医籍登録：～2003年	医籍登録：2004年～	合計
数週間程度の研修が必要	164	95	259	7.1%	4.4%	5.8%			
数か月程度の研修が必要	521	393	914	22.6%	18.2%	20.5%			
年単位の研修が必要（●年程度）	1,348	1,455	2,803	58.4%	67.5%	62.8%	3.9	4.0	4.0
集中治療領域の専門家であるため研修は不要	105	59	164	4.5%	2.7%	3.7%			
無回答	170	155	325	7.4%	7.2%	7.3%			
合計	2,308	2,157	4,465	100.0%	100.0%	100.0%			
（有効集計件数）							1,131	1,295	2,426

② 集中治療領域の専門家として独立する診療科別

●問1⑦で主たる診療科を回答した者を対象に集計

	件数				割合				
	内科系	外科系	その他	合計	内科系	外科系	その他	合計	
数週間程度の研修が必要	85	115	69	269	6.3%	9.1%	3.5%	5.8%	
数か月程度の研修が必要	305	314	316	935	22.4%	24.9%	15.8%	20.2%	
年単位の研修が必要（●年程度）	843	720	1,338	2,901	62.0%	57.1%	67.0%	62.8%	
救急領域の専門家であるため研修は不要	31	36	101	168	2.3%	2.9%	5.1%	3.6%	
無回答	96	77	172	345	7.1%	6.1%	8.6%	7.5%	
合計	1,360	1,262	1,996	4,618	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
平均値（年）									
※年単位の研修が必要（●年程度）	3.8	3.5	4.3	3.9					
（有効集計件数）	727	612	1,160	2,499					

※①内科系＝内科、②外科系＝外科、泌尿器科、整形外科、脳神経外科、形成外科、③その他＝小児科、産婦人科、精神科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、救急科、麻酔科、放射線科、リハビリテーション科、病理診断科、臨床検査科、総合診療科、臨床研修医、その他

問20 感染症領域の専門家

感染症領域（単純集計）

	① 感染症領域の専門家の指導の下で、ある程度対応できる			② 感染症領域の専門家として独立する		
	件数	割合	平均値（年）	件数	割合	平均値（年）
合計	4,644	100.0%	1,163	4,644	100.0%	2,353
数週間程度の研修が必要	861	18.5%		332	7.1%	
数か月程度の研修が必要	2,059	44.3%		1,180	25.4%	
年単位の研修が必要（●年程度）	1,260	27.1%	2.5	2,676	57.6%	3.5
感染症領域の専門家であるため研修は不要	111	2.4%		103	2.2%	
無回答	353	7.6%		353	7.6%	
合計	4,644	100.0%	1,163	4,644	100.0%	2,353
（有効集計件数）						

① 感染症領域の専門家の指導の下で、ある程度対応できる

	件数			割合			平均値（年）		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
数週間程度の研修が必要	772	89	861	18.5%	18.7%	18.5%			
数か月程度の研修が必要	1,852	207	2,059	44.4%	43.4%	44.3%			
年単位の研修が必要（●年程度）	1,131	129	1,260	27.1%	27.0%	27.1%	2.4	2.9	2.5
感染症領域の専門家であるため研修は不要	104	7	111	2.5%	1.5%	2.4%			
無回答	308	45	353	7.4%	9.4%	7.6%			
合計	4,167	477	4,644	100.0%	100.0%	100.0%	1,050	113	1,163
（有効集計件数）									

① 感染症領域の専門家の指導の下で、ある程度対応できる臨床研修必修化（H16-2004年）前後での比較

●問1③で医籍登録年を回答した者を対象に集計

	件数			割合			平均値（年）		
	医籍登録：～2003年	医籍登録：2004年～	合計	医籍登録：～2003年	医籍登録：2004年～	合計	医籍登録：～2003年	医籍登録：2004年～	合計
数週間程度の研修が必要	550	285	835	23.8%	13.2%	18.7%			
数か月程度の研修が必要	971	1,016	1,987	42.1%	47.1%	44.5%			
年単位の研修が必要（●年程度）	549	666	1,215	23.8%	30.9%	27.2%	2.5	2.5	2.5
感染症領域の専門家であるため研修は不要	73	34	107	3.2%	1.6%	2.4%			
無回答	165	156	321	7.1%	7.2%	7.2%			
合計	2,308	2,157	4,465	100.0%	100.0%	100.0%	501	623	1,124
（有効集計件数）									

① 感染症領域の専門家の指導の下で、ある程度対応できる医籍登録年区別

●問1③で医籍登録年を回答した者を対象に集計

	件数							割合						
	医籍登録：～1973年	医籍登録：1974～1983年	医籍登録：1984～1993年	医籍登録：1994～2003年	医籍登録：2004年～2013年	医籍登録：2014年～	合計	医籍登録：～1973年	医籍登録：1974～1983年	医籍登録：1984～1993年	医籍登録：1994～2003年	医籍登録：2004年～2013年	医籍登録：2014年～	合計
数週間程度の研修が必要	8	70	233	239	187	98	835	21.6%	25.8%	27.6%	20.7%	14.5%	11.3%	18.7%
数か月程度の研修が必要	6	102	364	499	597	419	1,987	16.2%	37.6%	43.1%	43.2%	46.2%	48.4%	44.5%
年単位の研修が必要（●年程度）	6	59	171	313	406	260	1,215	16.2%	21.8%	20.2%	27.1%	31.4%	30.0%	27.2%
感染症領域の専門家であるため研修は不要	0	10	27	36	25	9	107	0.0%	3.7%	3.2%	3.1%	1.9%	1.0%	2.4%
無回答	17	30	50	68	76	80	321	45.9%	11.1%	5.9%	5.9%	5.9%	9.2%	7.2%
合計	37	271	845	1,155	1,291	866	4,465	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
平均値（年）														
※年単位の研修が必要（●年程度）	1.7	2.2	2.4	2.6	2.3	2.7	2.5							
（有効集計件数）	7	45	159	290	375	248	1,124							

① 感染症領域の専門家の指導の下で、ある程度対応できる診療科別

●問1⑦で主たる診療科を回答した者を対象に集計

	件数				割合			
	内科系	外科系	その他	合計	内科系	外科系	その他	合計
数週間程度の研修が必要	295	302	263	860	21.7%	23.9%	13.2%	18.6%
数か月程度の研修が必要	579	574	898	2,051	42.6%	45.5%	45.0%	44.4%
年単位の研修が必要（●年程度）	359	284	614	1,257	26.4%	22.5%	30.8%	27.2%
救急領域の専門家であるため研修は不要	31	27	53	111	2.3%	2.1%	2.7%	2.4%
無回答	96	75	168	339	7.1%	5.9%	8.4%	7.3%
合計	1,360	1,262	1,996	4,618	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
平均値（年）								
※年単位の研修が必要（●年程度）	2.4	2.0	2.7	2.5				
（有効集計件数）	328	262	570	1,160				

※①内科系＝内科、②外科系＝外科、泌尿器科、整形外科、脳神経外科、形成外科、③その他＝小児科、産婦人科、精神科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、救急科、麻酔科、放射線科、リハビリテーション科、病理診断科、臨床検査科、総合診療科、臨床研修医、その他

② 感染症領域の専門家として独立する

	件数			割合			平均値(年)		
	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計	対応施設	非対応施設	合計
数週間程度の研修が必要	296	36	332	7.1%	7.5%	7.1%	3.5	4.0	3.5
数か月程度の研修が必要	1,056	124	1,180	25.3%	26.0%	25.4%			
年単位の研修が必要(●年程度)	2,414	262	2,676	57.9%	54.9%	57.6%			
感染症領域の専門家であるため研修は不要	96	7	103	2.3%	1.5%	2.2%			
無回答	305	48	353	7.3%	10.1%	7.6%			
合計	4,167	477	4,644	100.0%	100.0%	100.0%			
(有効集計件数)							2,133	220	2,353

② 感染症領域の専門家として独立する<臨床研修必修化(H16-2004年)前後での比較>

●問1③で医籍登録年を回答した者を対象に集計

	件数			割合			平均値(年)		
	医籍登録 ~2003年	医籍登録 2004年~	合計	医籍登録 ~2003年	医籍登録 2004年~	合計	医籍登録 ~2003年	医籍登録 2004年~	合計
数週間程度の研修が必要	210	109	319	9.1%	5.1%	7.1%	3.4	3.7	3.6
数か月程度の研修が必要	639	499	1,138	27.7%	23.1%	25.5%			
年単位の研修が必要(●年程度)	1,228	1,360	2,588	53.2%	63.1%	58.0%			
感染症領域の専門家であるため研修は不要	67	34	101	2.9%	1.6%	2.3%			
無回答	164	155	319	7.1%	7.2%	7.1%			
合計	2,308	2,157	4,465	100.0%	100.0%	100.0%			
(有効集計件数)							1,064	1,216	2,280

② 感染症領域の専門家として独立する<診療科別>

●問1⑦で主たる診療科を回答した者を対象に集計

	件数				割合			
	内科系	外科系	その他	合計	内科系	外科系	その他	合計
数週間程度の研修が必要	116	126	89	331	8.5%	10.0%	4.5%	7.2%
数か月程度の研修が必要	371	364	443	1,178	27.3%	28.8%	22.2%	25.5%
年単位の研修が必要(●年程度)	751	672	1,244	2,667	55.2%	53.2%	62.3%	57.8%
救急領域の専門家であるため研修は不要	25	23	55	103	1.8%	1.8%	2.8%	2.2%
無回答	97	77	165	339	7.1%	6.1%	8.3%	7.3%
合計	1,360	1,262	1,996	4,618	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	平均値(年)							
※年単位の研修が必要(●年程度)	3.4	3.1	3.9	3.6				
(有効集計件数)	661	572	1,111	2,344				

※①内科系=内科、②外科系=外科、泌尿器科、整形外科、脳神経外科、形成外科、③その他=小児科、産婦人科、精神科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、救急科、麻酔科、放射線科、リハビリテーション科、病理診断科、臨床検査科、総合診療科、臨床研修室、その他

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

令和2年度分担研究報告書

## 新型コロナウイルス感染症への対応の実態を踏まえた 医師の働き方改革に関する検討

研究分担者 斐 英洙 ハイズ株式会社 代表取締役  
小池 創一 自治医科大学地域医療学センター 地域医療政策部門 教授  
今村知明 奈良県立医科大学 公衆衛生学講座 教授  
研究協力者 栗田かほる ハイズ株式会社 コンサルタント

### 研究要旨

新型コロナウイルス感染症の拡大により、医療機関の医師をはじめとした医療職の業務量や役割分担、労働実態にどのような変化があったのか、感染拡大初期2020年2月から2020年6月頃における実態を調査することを目的として、医療機関18施設へのヒアリングを実施した。

新型コロナ対応施設と非対応施設では労働密度や働き方にばらつきがあることが明らかとなった。さらに対応施設の中でも、患者重症度、患者受け入れ時期、受け入れ患者数、準備病床数等の違いによる新型コロナ対応部署－非部署間で労働密度や働き方のばらつきがみられた。また職種間や職種内でのばらつきも存在していた。つまり①新型コロナ対応施設－非対応施設間、②新型コロナ対応部署－非対応部署間、③新型コロナ対応者－非対応者間、の3種類の「ばらつき」が生じており、3種類の関係性の中で様々な課題が生じ、それぞれの課題へのアプローチ方法も多様であることが新型コロナウイルス感染症へのマネジメントの難易度を上げている。全ての医療機関、全ての部署、全ての職種、全ての職員に対して画一的かつ均一的な対処法や解決法を見出すことは難しく、それぞれの現場・現物・現実の「三現主義」に基づいた丁寧なマネジメントの必要性があらためて見出された。

第一波においては、国や自治体の情報や支援が不足する中で、各医療機関が自発的かつ自律的に判断を行い、受け入れ態勢を模索・構築しており、また最前線の現場においては新型コロナ対応を行った職員の使命感や自己犠牲を伴う過重労働によって支えられていた点も否めない。また、体制整備や運営、行政とのやり取りなど新型コロナ対応を支える事務職の活躍があったことを忘れてはならない。新型コロナウイルス感染症対応の長期化や新たな健康危機、自然災害等の発生に備え、平時から組織的な対策を講じておく必要がある。コロナ禍を経験したことで、平時の業務や働き方・休み方を考える機会を得て、今後継続的に業務の効率化やIT化の推進、タスクシェア・シフトを進めていく重要性を再確認した。これらは現場の努力のみ、また医療機関単独で達成することは難しく、国や自治体、各関係学会の支援が不可欠と考える。

## A. 研究目的

新型コロナウイルス感染症の拡大により、医療機関の医師をはじめとした医療職の業務量や役割分担、労働実態にどのような変化があったのか、感染拡大初期 2020 年 2 月から 2020 年 6 月頃における実態を調査することを目的とする。

医師の働き方改革においては、2024 年度より罰則付きの時間外労働の上限規制が適用されることとなり、国の検討会において医事法制や医療政策における措置について議論が行われている。これらの議論は、平時における医師の働き方を前提としていたため、今後は危機発生時の働き方や医療提供体制も想定した議論を進めることが求められている。特に、タスクシフト・シェアの観点も踏まえ、医師だけではなく、タスクシフト・シェアの受け手について、業務量の変化や医師及び他職種との役割分担の実際を調査するとともに、危機発生時において対応可能な医療従事者の能力や必要な医療従事者数を考慮した検討が必要となる。本研究では、新型コロナウイルス感染症の拡大が、医師をはじめとする医療従事者の労働実態やニーズ等にどのように影響を及ぼしたのかヒアリング調査を行い、新型コロナウイルス感染症以外の新興感染症や自然災害等の新たな危機発生時に備えた医療従事者の確保や育成、それらを踏まえた医療機関の機能分化・連携等の医療体制構築の検討に寄与することを目的とする。

## B. 研究方法

本調査では、同意が得られた医療機関に対してヒアリング調査を実施した。

### 1. 調査方法：

医療機関に対する対面または Web 面談によるヒアリング調査

### 2. 調査期間：2020 年 8 月～2020 年 12 月

### 3. 調査対象：

1) 対象医療機関数：18 施設

2) 対象医療機関の属性：

(1)新型コロナウイルス感染患者の対応状況：患者の受け入れあり 15 施設、患者の受け入れなし 3 施設

(2)病床規模：500 床未満 3 施設、500 床以上 700 床未満 7 施設、700 床以上 900 床未満 4 施設、900 床以上 4 施設

(3)感染症指定：特定感染症指定 0 施設、第一種感染症指定 2 施設、第二種感染症指定 7 施設、指定なし 9 施設

(4)特定機能病院の承認：承認あり 9 施設、承認なし 9 施設

(5)病床機能：急性期 16 施設、慢性期 2 施設

(6)設置主体：国立大学法人 4 施設、公立大学法人 2 施設、学校法人 5 施設、公的医療機関 3 施設、医療法人 3 施設、公益法人 1 施設

(7)医療機関の所在地：首都圏 10 施設、地方都市 3 施設、地方 5 施設

### 4. ヒアリング対象者：

1) 病院長または新型コロナ患者の受け入れ状況や、診療体制、管理実施体制など病院の全体像を把握されている者

2) 新型コロナウイルス感染症の治療や感染症対策など全体像を把握し、指揮命令を取って現場で中心となって動いていた医師

3) 医療現場で業務従事している医師・看護師・薬剤師・臨床工学技士、臨床検査技師、事務職またはその労働実態や業務量等を把握している者

4) 病院全体の労務データを管理・把握している事務職

## 5. ヒアリング調査項目：

診療体制、労務管理、業務量、タスクシェア・シフト、働き方・休み方、その他

## 6. 倫理面への配慮：

本研究は、自治医科大学医学系倫理審査委員会の審査・承認を受け実施した。(倫大 20-78)

## C. 研究結果

医療機能、地域、医療資源、新型コロナウイルス発生状況等が異なる様々な医療機関 18 施設へのヒアリングを実施した結果、第 1 波の状況下、未知のウイルスに関する情報が圧倒的に乏しく、職員の不安が渦巻く中で、各医療機関は独自の運営戦略を構築し、新型コロナウイルスへの対応と既存患者の対応の両面を模索していた状況が浮かび上がった。置かれた状況が全く異なるそれぞれの医療機関ごとの当時の状況を述べる。

### 1.1 新型コロナ受け入れ態勢 帰国者接触者外来等の発熱外来の設置

新型コロナ対応 15 施設のうち、10 施設が発熱者に対応する発熱外来等を設置していた。非対応施設では発熱外来等を設置したと回答した施設はなかった。発熱外来の設置施設において、新型コロナ患者受け入れ数には幅があり、設置場所や対応方法は施設ごとに様々であった。

(新型コロナ対応施設)

#### ・発熱外来等の設置

設置方法は様々であり、例えば、発熱外来として帰国者接触者外来や発熱患者トリアージのための外来を設置している施設、発熱外来は設けず発熱者が申し出るブースを設置しトリアージを行った施設、外来や救急搬

送患者の受け入れのためのゾーニングのみ確保した施設等があり、各施設の方針や考え方によって設置方法が考えられていた。

#### ・患者受け入れ方法

大別して 2 種類あり、保健所からの要請患者のみ受け入れを行っているパターンと、保健所からの要請に限定せず新型コロナ患者や発熱患者を受け入れているパターンであった。

#### ・対応者または当番

当番制で医師、看護師、事務職などが発熱外来等の対応を行っている施設が大半であったが、一部、大学本部から事務職員の応援を受けた施設や、人材派遣会社から人員を確保した施設もあった。また、時間帯や曜日によって対応診療科を決め、新型コロナ感染症陽性・疑い患者が来院した際に対応する形もあり、なかには、院長自らが率先して発熱外来等でコロナ対応を行い、その様子を院内に配信し各医療者へも協力を求めた施設もあった。

(新型コロナ非対応施設)

ヒアリング実施施設の中には発熱外来を設置した施設はなかった。通常外来を行いながら、発熱者に対するトリアージや受け入れ方法を適宜検討し対応していた。

### 1.2 新型コロナ受け入れ態勢 新型コロナ患者専用病棟の設置

新型コロナ対応 15 施設のうち、13 施設が新型コロナ患者専用病棟を設置していた。非対応施設では、新型コロナ患者専用病棟の設置はなかった。

#### ・新型コロナ専用病棟設置場所

多くの対応パターンは、まず、陰圧個室、感染症病床、集中治療室等で数床から受け入れを開始し、患者数増加に伴い段階的に病床

数を拡大していく形であった。ただし、全病床を新型コロナ対応病床とした施設や、複数の病棟を新型コロナ病棟へ変換し対応した施設、未使用病床を活用した施設、感染症病床や各病棟にある陰圧個室を活用して受け入れ対応していた施設等、医療機関ごとの状況に応じての対応が見られた。さらに、応急工事を実施し新たに受け入れ態勢を整えたり、ゾーニングという観点から専用のエレベーターを使用できる病棟を転用する試みもあった。

#### ・受け入れ患者

医療機関の役割や機能により受け入れ患者の重症度は様々であった。既存の病棟資源や医療機関内リソース、受け入れ態勢等を考慮しての対応であり、例えば、軽症患者のみの受け入れ、海外渡航歴のある者・陽性患者の濃厚接触者の受け入れ、軽症患者受け入れ施設から搬送された重症患者のみの受け入れ、紹介患者等中等症から重症患者までの受け入れ等であった。

### 1.3 新型コロナ受け入れ態勢 疑似症患者対応病棟の設置

新型コロナ対応 15 施設のうち、5 施設が疑似症患者対応病棟を設置していた。非対応 3 施設は、疑似症患者対応病棟は未設置であった。

多くの施設では、一般病棟や陰圧個室のある一般病棟、大部屋を個室対応にして疑似症患者を受け入れていたが、疑似症患者数増加に伴い段階的に病床数を拡大する流れであった。一部、未使用病床を活用していた施設もあった。また、コロナ疑い患者対応病棟をあえて設置せず、発熱患者を各診療科が個別対応していた施設もあった。一部の施設では、疑似症例受け入れの際に自治体から協力医

療機関として補助金を活用し運営に活かしていた。

### 1.4 新型コロナ受け入れ態勢 新型コロナ準備病床の確保

新型コロナ対応 15 施設のうち、5 施設が新型コロナ準備病床を確保し、非対応 3 施設は未確保であった。

複数の施設では自治体からの要請により、新型コロナ患者受け入れのため指定された病床数をあらかじめ確保していた。また一部の施設では、未経験の感染症に対する迅速な対応が困難であると自ら判断し新型コロナ患者数の急激な増加に伴い主体的・自発的に確保していた。

### 1.5 新型コロナ受け入れ態勢 新型コロナ患者受け入れに際する障害

新型コロナ対応 15 施設のうち、13 施設が新型コロナ患者受け入れの際の何らかの障害を経験・認識していた。

#### ・職員の不安や恐怖感

未知の感染症に対して、職員の不安や恐怖感が強く、なぜ自施設が受け入れをしなければならないのか、なぜその病棟で受け入れるのか、なぜ自分が対応するのかといった様々な感情が職員間に生まれていた。特に、初期段階で受け入れた施設においては、不安の声が多い傾向にあった。それらの施設では職員の不安に対し、病院の役割等を理解してもらうことや職員の意識統一、モチベーションの維持に苦慮していた。また、未知の感染症に対する知識不足や経験不足から生まれる不安感や恐怖感が増幅され、過剰な感染防御を行う傾向が見られた。したがって、運営側は感染症対策の指導や教育訓練を行い安心し

て業務を行える態勢を構築する必要があった。

- ・職員の意識の差や感情の対立

診療科間、新型コロナ患者対応者-非対応者間で受け入れに対する意識の差を感じており、職員間での心無い言葉や感情的な対立に対し、病院全体で意識を統一することに苦慮していた施設が多く存在した。同時に、地域における医療従事者に対する風評被害や偏見等の問題が発生していた。

- ・人員配置や職員の疲労

大半の施設では、受け入れ態勢を整えるために職員の異動を実施していた。ただし、第一波は年度末から年度初めの時期と重なっていたため、人員不足の環境下での人員調整を行う必要がありマネジメントに苦慮していた。また、夜間休日体制を整備するための人員調整も必要があり、一部の職員に過度な負担が発生した。

- ・情報の不足・共有

いずれの施設も情報不足を問題として挙げていた。特に、初期段階では、ウイルスそのものの情報、治療方法や治療薬、医療物資等の様々な情報が不足しており、現場職員の不安を助長させる原因の一つとなっていた。国や自治体からの情報不足と情報遅延に対する焦燥感や不満感が強く、地域内の周辺医療機関のリアルタイムの受け入れ状況等の情報の必要性を強く感じていた。また、各施設では情報を職員に共有する様々な工夫を実施していたが、日々更新される最新情報を現場の職員一人一人に確実に伝達・共有する方法を模索していた。

- ・感染症対応システムの準備不足

未知の感染症ということで、いずれの病院もマニュアルやフローの作成に時間を割かれていた。特に、感染症指定病院以外は、SARS や新型インフルエンザの受け入れ未

経験であり、マニュアル等も未整備であったため、どこに発熱外来を設置するのか、どの病床あるいは病棟で受け入れるのか、患者搬送方法、エレベーターの使用方法、ゾーニング等に苦慮していた。また、感染症指定病院においても、過去の経験の記憶が曖昧となっており、過去に訓練を行っていた施設でも現場で生かされなかったといった声があった。

- ・个人防护具等の医療物資の不足

医療物資の不足や検査機器等の不足が現場の混乱に拍車をかけ、特に、个人防护具の不足は一部の職員へ業務の集中や身体的精神的負担を助長する大きな要因であった。

- ・地域連携システムの機能不全

後方連携病院の患者受け入れの拒否、受け入れ時のPCR検査の陰性証明の依頼等で、退院調整に時間や労力を通常以上に要し、平時の地域連携システムは機能不全の傾向にあった。

## 2.1 診療体制 外来の閉鎖

新型コロナ対応 15 施設のうち、5 施設が外来を閉鎖していた。非対応 3 施設では外来の閉鎖はなかった。

自治体からの通常診療の休止依頼、自発的な意思決定により外来閉鎖を行っていた。また、院内感染発覚により外部からの患者受け入れの全面中止や、職員の感染による人員不足で一部の診療科の受け入れを休止した施設もあった。一方、外来閉鎖の未実施施設においても、外来患者の自然減に伴い診療体制に変化があった。なお、学会要請等により、人間ドックなど健診業務に関する外来は多くの施設で閉鎖していた。一部の施設では、外来閉鎖に伴い電話診療による対応に切り替えていた。

## 2.2 診療体制 外来の受け入れ制限

新型コロナ対応 15 施設のうち、10 施設が外来の受け入れ制限を行っていた。非対応 3 施設では外来の受け入れ制限を行っていなかった。

### ・初診患者

当該施設でしか対応できない患者のみ対応しそれ以外の患者は受け入れを抑制した施設、一部の診療科において新規患者の受け入れを全例中止した施設等、各施設の役割や院内資源を考慮しての受け入れ態勢の見直しがあつた。また、近隣病院に対して不要不急の紹介を避けてもらうよう周知した施設や、患者の自然減により受け入れ抑制を実施する必要がなかった施設もあつた。

### ・再診患者

多くの施設では受け入れ数を抑制するために電話診療を開始していた。受診延期可能な患者への延期依頼、病状変化のない患者への処方量増による受診間隔の延長要請等、種々の取り組みで再診患者数を減らす努力をしていた。また、外来透析患者に関しては近隣病院へ受け入れ要請を行った施設があつた。これらの取り組みに関して、患者側からの病状悪化の訴えやクレームなどが発生は見られなかった。患者の自然減により、受け入れ抑制を実施しなかった施設もあつた。

### ・救急患者

新型コロナウイルス感染症重症患者の対応による医療提供体制のひっ迫のため、一般の 2 次・3 次救急の受け入れを一時休止した施設があつた。また、院内のクラスター発生時により救急受け入れを一時全面的に休止した施設があつた。一方で、受け入れ制限を行わず、重症の新型コロナ患者の対応と並行して通常の救急対応を行なった施設では対応職員の負担が過重であつた。

## 2.3 診療体制 入院制限

新型コロナ対応 15 施設のうち、9 施設が入院制限を実施していた。非対応 3 施設のうち 1 施設では院内クラスター発生のため入院を一時休止していた。新型コロナ対応施設 15 件のうち 4 施設は転院の促進、3 施設は退院促進を行っていた。

### ・新規入院の抑制

新型コロナ患者受け入れ病床を確保するため通常患者の入院を抑制していた。施設によっては抑制の目標値を設定していた。新型コロナ対応の人材確保のために、一部病棟を休床、または集中治療室や救命救急での受け入れを制限せざるを得なかった。入院抑制を行う際、該当病院でなければ診療できない患者、受診延期可能な患者、他施設でも対応できる患者等に分類し受け入れの判断を行っていた施設もあつた。これらの取り組みの結果として、複数の施設では通常の 60%～70%前後まで入院患者数を減らす結果となった。一方、患者の受診控えや紹介患者の自然減少に伴い、制限を実施しない施設もあつた。

### ・入院患者の転院・退院促進

医療機関が主体的に転院・退院を促進し在院日数を短縮することで空床を確保し、入院患者数の調整を行う取り組みが見られた。一方で、他院への受け入れを拒否され転院促進を行えなかった施設もあつた。また、転院や退院促進の特別な取り組みを実施せずに患者の自然減で対応できた施設もあつた。

## 2.4 診療体制 手術制限

新型コロナ対応 15 施設のうち、11 施設が意図的・積極的手術制限を実施していた。非対応 3 施設では意図的・積極的手術制限は実

施していなかった。

新型コロナ対応のため、緊急手術以外の待機的手術や不急の手術は抑制した施設がほとんどであった。中には、通常の 50%程度まで手術数を抑制した施設がみられた。多くの施設では、整形外科、耳鼻科、歯科口腔外科等の手術が抑制対象であった。また、医療物資不足のため手術室入室者数にも制限をかけ最小限の人数で手術を実施するなど、研修医や学生が参加できず教育機会が減少する面も認められた。一方、患者側希望による手術の中止あるいは延期例も多く認められた。

## 2.5 診療体制 当直体制

新型コロナ対応 15 施設のうち、6 施設が当直体制を変更し対応していた。非対応施設では 1 施設が当直体制の変更を行っていた。

新型コロナ患者の診療に関して、当初は感染症内科や総合診療科などの一部の診療科で当直対応を実施したり、24 時間オンコール体制で対応していた。施設によって対応の濃淡はあるものの、患者数の増加に伴い複数の診療科での当直分担に移行したり、シフト制や待機制へ変更したり、重症度が高い患者の対応では当直人数を増やしての対応等を実施していった。一部の施設では新型コロナ対応チームを立ち上げ、交替制で 24 時間診療にあたっていた。また地域の病院関係団体や開業医からの応援を依頼した施設もあった。新型コロナ対応以外の当直は通常の当直体制を続けている施設がほとんどだったが、新型コロナ対応医師は一般の当直から外す工夫を行っていた施設や、非対応の医師が自発的に当直の穴埋めをしていた。また、大学医局からの医師派遣の中止により、常勤医師のみで当直体制を整えなければならなかつ

た施設もみられた。

## 2.6 診療体制 研修医の参画

新型コロナ対応 15 施設のうち、6 施設では新型コロナ患者の診療に研修医は関与させていなかった。

施設によって研修医の新型コロナ患者への関与は異なっていた。新型コロナ患者を診療する総合診療科・救命救急・集中治療室にその時期に研修医がいる場合のみ関与させた施設や、診療科にこだわらず臨床研修医には積極的に対応をさせていたという施設等がみられた。また、研修医に積極的に受け持ちはさせていないものの、一部業務を行うなど診療の一部に研修医が参画していた施設が 3 施設あった。その他、研修医は診療に参画させないという方針を打ち出していた施設が 6 施設あった。

## 2.7 診療体制 対策本部

新型コロナ対応 15 施設のうち、全 15 施設が新型コロナ対策本部を立ち上げていた。非対応 3 施設は、1 施設において新型コロナ対策本部を立ち上げていた。

2 つに大別され、既存の会議体を新型コロナ対応会議として開催頻度を増やし対策を検討した施設群、新たに対策本部を立ち上げた施設群であった。それら対策本部の傘下に部会やワーキンググループを設置し、機動的に運営をする施設もみられた。これらの下部組織では多種多様な業務の分担や、実質的意思決定、院内への情報共有などの役割を担っていた。新型コロナウイルス感染症を災害として DMAT をロジスティクスに活用していた施設もあった。対策本部の立ち上げ時期は施設によって異なっているものの、比較的早

期にいずれの施設も立ち上げていた。対策本部会議の開催頻度は、繁忙時は毎日あるいは1日のうちに複数回開催し、患者受け入れ状況等に応じて開催頻度を調整していた施設がほとんどであった。

## 2.8 診療体制 新型コロナ対応チーム

新型コロナ対応 15 施設のうち、全 15 施設が新型コロナ対応チームを立ち上げていた。非対応施設では、1 施設が新型コロナ対応チームを立ち上げていた。

多くの施設では、当初は感染症科・救急科などの限られた医師が対応していたが、患者数増加に伴い、チームでの対応に変更していた。しかし、限定された診療科のみが中心となり全ての新型コロナ対応を行った施設もあった。チームのコアメンバーは、感染症科、呼吸器内科、総合診療科、集中治療科、麻酔科といった診療科が多くみられた。

チームの構成メンバーや構成方法、役割分担、選出方法は様々であり、患者の重症度に応じ対応診療科をチーム分けし役割分担した施設、幅広い診療科から手あげ制で医師を募り新型コロナ対応チームを立ち上げた施設、指名制でチームを立ち上げた施設などであった。一部の施設では、非対応診療科からのサポート体制を構築していた。

## 2.9 診療体制 人員配置

新型コロナ対応 15 施設のうち、13 施設が診療体制や人員配置の変更を実施していた。非対応 3 施設のうち 1 施設では診療体制や人員配置の変更を行っていた。

(新型コロナ対応施設)

### ・医師

多くの施設において複数の診療科から新

型コロナ対応チームへ医師を出す、あるいは発熱外来でのスクリーニングや検体採取などへ応援を出すなど、複数の診療科によるサポート体制を構築していた。ただ、一部の診療科のみが新型コロナ対応に携わった施設もあった。また、一部の施設では、自発的に新型コロナ対応診療科の当直を非対応診療科が引き受けたり、病室清掃等の周辺業務の支援行動がみられた。

### ・看護師

新型コロナ対応の看護師については、新型コロナ患者の受け入れ病棟にもともと配置されていた看護師が対応することを基本としていた。受け入れ病棟の人員不足がある場合は、重症系の受け入れ病棟には ICU 勤務経験のある人材を手上げ制で募る、あるいは管理者より指名で配置していた。また、人員確保のために閉鎖した病棟に勤務していた看護師は、欠員となった病棟に異動するなど、多くの看護師の異動が発生しており、中には 100 名を超える看護師を異動した施設もあった。また新型コロナ受け入れ病棟あるいは閉鎖した病棟に配置された新人看護師を、ほかの病棟へ再配置したり、一時預かりで教育を他病棟へ依頼していたりと、新人配置や教育に関しての工夫がみられた。

(新型コロナ非対応施設)

### ・看護師

非対応施設においては、新型コロナ対応病院に医師や看護師を派遣していた施設があった。看護師を派遣している部門は、通常院内でのリリーフ業務を免除するなど工夫されていた。また、発熱患者の対応は、その発熱患者の入院病棟に配置されている看護師が対応し、診療体制や人員配置に変化がなかった施設もあった。

## 2.10 診療体制 院内の情報共有とガバナンス

## ス強化

全ての施設において密な情報共有に取り組みガバナンスを強化していた。

### ・情報共有内容

会議内容、新型コロナ患者対応に関する院内決定事項、新型コロナに関するマニュアル、患者フロー、医療物資の情報等、業務に必要な情報を共有していた。また多くの施設で病院長や執行部から職員へのメッセージを発信していた。

### ・情報共有方法・媒体

院内ポータルサイトや掲示板、電子カルテのトップページまたはポップアップ、職員専用ホームページやメールなどによって、日々更新される情報を共有していた。また、TV 会議システムや一般的に汎用されている Web 会議システムを用いて、会議を開催したり、情報の共有に取り組んでいた。いずれの施設も、対面開催の会議、紙媒体、電子媒体といった複数の媒体や方法を駆使して、できるだけ早期かつ職員全体への情報共有や周知に努めていた。病院長や管理者自らが現場へ足を運び情報収集したり、現場直接的に職員へメッセージを発信していた施設もあった。

### ・課題

直接的なコミュニケーションに制限がかかる中で、日々刻々と変わる情報をいかに一人一人の職員に伝えるかに対して課題と感じている施設が多かった。また、現場からの情報収集方法や、情報共有スピード、情報周知方法の改善を課題として挙げた施設も多くあった。情報取得に対する職員の意識のばらつきや、院内の IT インフラの未整備、IT リテラシーの問題、外部への風評被害のリスクなど、現場では様々な問題や困難を運営課題としている施設が多かった。一方で、大きな混乱が生じなかった施設においては、職員、

患者、その家族に対して十分な情報開示できたことがその要因であったと回答した施設もあった。平時から院内や職員、院外の医療機関や公的機関との情報コミュニケーションが十分であった施設では、平時からのシステムがそのまま機能していた。

未知のウイルスに対する不安や恐怖を多くの職員が抱える中、なぜ新型コロナ患者を診療しなければならないのか、ということについて職員に納得してもらうことが困難であったと回答した施設が多かった。また院内における新型コロナ対応診療科が限定されていたことから対応者・非対応者間での意識の差や不公平感の高まりによって、職員のモチベーションを高めることが困難であったと回答した施設が複数あった。情報共有の徹底やマニュアル・ガイドラインの作成、対策本部などによる指示系統の整備などによって職員の不安感の払拭に取り組み、病院全体として新型コロナ対応に取り組む必要があることを繰り返し伝えることで意識統一を図った施設もあった。

## 2.11 診療体制 医療物資

全ての施設において個人防護具（PPE）等の医療物資が不足していた。

医療物資不足による業務への影響は甚大であり、新型コロナ対応や通常業務のスムーズな対応に大きな支障としてあらわれていた。特に、個人防護具の不足により、特定の限られた医師や看護師が対応せざるを得ず、一部の職員への業務の集中が発生していた。また、物品不足による手術延期や中止、手術に携わるスタッフを最小限に制限した施設がみられた。物資の寄付が寄せられた施設もあるものの、資材調達の対応のため通常業務の遂行に支障を来した施設が大半であっ

た。職員が使命感を有していても物資不足により対応することができず、ジレンマや精神的苦痛を多く抱えていた状況があった。また、ほとんどの施設において物資不足のため N95 やサージカルマスクを通常よりも長期間の使用を職員に依頼しており、中には、サージカルマスクの使用を月一枚に制限していた施設もあった。自施設で紫外線消毒装置を作った施設、消毒薬を院内調整した施設、ビニール袋をガウンに転用して利用していた施設等、各施設で物品不足を創意工夫してやりくりしていた実態であった。備蓄量が十分に確保できていた施設では、節約をすることで大きな変化なく通常診療を行っていた。

さらに、個人防護具だけでなく、体温計や PCR 検査機器など検査用医療機器の調達も困難であったり、重症化対応用の人工呼吸器等の治療機器が不足する事態を想定した施設もあった。

## 2.12 診療体制 電話・オンライン診療

新型コロナ対応 15 施設のうち、11 施設が電話・オンライン診療を実施していた。非対応 3 施設のうち 1 施設が電話・オンライン診療を行っていた。

外来閉鎖あるいは外来患者抑制のため、一部の対応可能な診療科や薬剤処方などの患者など、部分的に電話診療を導入した施設が複数あった。オンライン診療を本格的に行うためにはインフラ整備不足やセキュリティの不備など解決すべき課題があるとした施設が多く、今後は IT を活用したオンライン診療の必要性が高まっていくであろうと回答していた。

## 2.13 診療体制 事業継続計画（Business Continuity Planning : BCP,以下 BCP と略

す）の整備

### ・BCP の整備状況

新型コロナ対応 15 施設のうち、4 施設が新型インフルエンザ対応のための BCP を整備しており、2 施設が整備中であった。4 施設は自然災害に対する BCP のみ整備しており、1 施設は整備中であった。非対応施設では整備している施設はなかった。

一部の施設では、今回ある一定数の職員が感染したという最悪の事態を想定し、どこまで診療機能を維持できるかに関してシミュレーションを実施し、入院患者や外来患者の抑制に活用したと回答した。

### ・BCP に基づく訓練の実施

地震等の自然災害に対応した院内訓練を行っている施設は複数あったが、新型インフルエンザ対応のための BCP に基づく院内訓練を実施していたのは 1 施設であった。何らかの災害等を想定した自治体との共同訓練を行っていたのは 4 施設であった。

## 2.14 診療体制 委託業者等の制限

新型コロナ対応 15 施設のうち、11 施設が委託業者側からの業務制限があった。非対応施設 3 施設のうち 1 施設において委託業者側からの業務制限があった。

清掃業者やリネン業者から対応を断られた施設が 12 施設あった。その結果、新型コロナ対応病棟では看護師がトイレ掃除を含めた清掃、リネン交換、ごみ捨てなどを実施していた。一部の施設では医師が清掃を担ったり、カーテン交換や清掃を事務職が担った施設もあった。休業したホテルの従業員に対応に来てもらった施設もあった。一方で、外部業者の不安に対応し、感染症専門医や感染管理認定看護師らが感染対策について研修を行い、通常通り清掃等を外部業者が行って

いた施設もあった。ヒアリング時点においても、実際に看護師が清掃等を継続している施設があり、この問題に対する対応のスピードや取り組みは施設により様々であった。また製薬企業や医療機器企業の医療情報担当者の来院を制限した施設は多くあった。

## 2.15 診療体制 その他

臨床検査部門で PCR 検査体制の構築を行い、メインの検査チームと応援チームを設け複層的に対応できる体制を構築していた施設があった。また、臨床工学部門では、ECMO や人工呼吸器管理など重症患者対応者とそのサポート体制を構築し、接触回数を減らすため人員を限定し対応する工夫が見られた。薬剤部門においては、職員の感染者が発生した場合に備えて、部署内の人員を 2 チームに分け相互接触しない体制を構築し対応した施設もあった。

## 3.1 地域連携 病院外への応援

新型コロナ対応 15 施設のうち、13 施設が院外への応援を実施していた。非対応施設では 1 施設が院外への応援を行っていた。

ダイヤモンドプリンセス号、宿泊療養施設、保健所・自治体の PCR 検査、検疫業務、他施設のドライブスルー外来、自治体の新型コロナ対策本部へ技術支援や政策決定の支援、自治体の DMAT など、様々なところへの職員派遣の実態がみられた。また、感染症対策指導等のため、感染症専門医や感染管理認定看護師を派遣している施設が複数あった。人的資源の派遣のみならず、感染症対策や治療方法、新型コロナ対応の経験、作成したマニュアルなどの情報資源を周辺の医療機関へ共有する取り組みがみられた。

自院では新型コロナ対応はしないものの、受け入れ病院へ自院の医師や看護師を派遣する非対応施設があった。その結果、派遣した職員による新型コロナ対応での経験をもとに派遣元施設への知識や技術が向上する流れとなり、派遣医療機関との連携が深まったと回答していた。

## 3.2 地域連携 地域から病院内への応援

新型コロナ対応 15 施設のうち、4 施設が外部から院内への応援を受け入れていた。非対応施設では応援があった施設はなかった。

系列病院からの医師の応援、地域の病院団体や開業医から新型コロナ対応病棟の当直応援、組織本部からの事務職員の応援、マスク等の医療物資の援助があったと回答した施設が複数あった。医療職以外では、コロナ禍で仕事が減少したホテル職員に一時的に清掃業務の補助として応援に来てもらった施設もあった。

## 3.3 地域連携 地域医療連携

新型コロナ対応 15 施設のうち、9 施設が地域医療連携に変化があったと回答した。非対応 3 施設のうち 2 施設が地域医療連携に変化があったと回答した。

(新型コロナ対応施設)

発熱患者や新型コロナウイルス感染後に PCR 陰性化した患者の受け入れ拒否を複数の施設が経験していた。また、転院の際に PCR 検査を求められたため在院期間が延長したと回答した施設が複数見られた。一方、全例への PCR 検査が未実施でも問題なく転院が可能であったと回答した施設もあった。

新型コロナ患者が重症化した場合の転院はスムーズであった施設がある一方で、重症

患者の受け入れ病院への転院がスムーズに行えず苦勞したと回答した施設もあった。各医療機関の受け入れ状況の共有や、物資の調達、薬や治療方法の情報共有に関して、行政や医師会との連携が綿密に取れる体制が未整備であったと回答した施設が複数あった。

(新型コロナ非対応施設)

基幹病院が新型コロナ対応に追われていたことから、退院させるべきタイミングであっても自院からの紹介を自主的に控えたことがあったと2施設が回答した。

#### 4.1.1 労務管理 適切な労働時間の把握 (医師以外)

新型コロナ対応15施設のうち、8施設が適切な労働時間の管理を平時から実施していた。1施設が平時より管理を徹底できなかつたと回答した。非対応3施設のうち、1施設が適切な労働時間の管理を平時から実施していた。

多くの施設において職員の労働時間を適切に管理把握していた。複数の施設では、新型コロナ対応をしていた一部の職員が平時より業務が増加し負荷が増していた。特に、感染管理認定看護師には過度な負担がかかり、時間外労働が増えていた。一方、手術件数や一般患者数の減少、学会や会議等の減少により業務量が減少し働き方が改善された職員や部署も多くあった。

また労働時間の管理を行っている施設においても、紙運用であることから、リアルタイムの状況を把握できていないと回答した施設が複数あった。

#### 4.1.2 労務管理 適切な労働時間の把握 (医師)

新型コロナ対応15施設のうち、7施設が医師の時間外労働の適切な把握を平時から実施していた。4施設は現在整備中で適切な把握を行えていないと回答した。非対応3施設のうち、1施設が医師の時間外労働の適切な把握を平時から実施していた。

新型コロナ対応した医師はいずれの施設でも平時より業務量が増え時間外労働の負荷が増大した。特に、感染症専門医は夜間休日を問わず、当直やオンコール等の対応に追われていた施設が複数あった。一方で、非対応医師の業務は減少しており時間外労働が減少していた。平時より働き方改革を進めており、時間外業務や土日の出勤を減少させており、コロナ禍でも同様に対応できた施設もあった。

#### 4.2.1 労務管理 休日取得状況の管理 (医師以外)

新型コロナ対応15施設のうち、12施設が平時から休日取得状況の管理を実施していた。非対応3施設のうち、2施設が平時から休日取得状況の管理を実施していた。

感染管理室など一部の新型コロナ対応部署や関連業務に当たっていた職員はマニュアル作成や電話問い合わせ等の対応のため休日取得が困難であった。その他の職員はおおむね平時と同様に休日を取得できていた。また有給休暇の取得推進により取得状況が前年度より改善した施設があった。

#### 4.2.2 労務管理 休日取得状況の管理 (医師)

新型コロナ対応15施設のうち、7施設が休日取得状況の管理を平時から実施していた。4施設は現在整備中で適切な把握を行えていないと回答した。非対応3施設のうち、

1 施設が休日取得状況の管理を平時から実施していた。

多くの施設では新型コロナ対応の医師は休日取得が容易ではなかったが、シフト制あるいは交代制を取り入れている場合は、平時と同様に休日の取得は可能であった。また、非対応医師は休暇の取得は平日と同様と答えた施設が多かった。

一部の施設は、有給休暇取得義務化に伴い平時より取得推進していたため、取得状況は前年度より改善していた。

#### 4.3.1 労務管理 面接対象となる職員の把握（医師以外）

新型コロナ対応 15 施設のうち、8 施設が面接対象となる職員の把握を平時から実施していた。非対応 3 施設のうち、1 施設が面接対象となる医療職の把握を平時から実施していた。

時間外労働が増加したことによって面接指導の対象者が増加した施設があった。

#### 4.3.2 労務管理 面接対象となる職員の把握（医師）

新型コロナ対応 15 施設のうち、8 施設が面接対象となる医師の把握を平時から実施していた。非対応 3 施設のうち、2 施設が面接対象となる医師の把握を平時から実施していた。

1 施設においては、長期戦に備えシフト調整を行うなど平時より管理をより徹底したと回答した。

#### 4.4. 労務管理 医師による面接指導の管理実施

新型コロナ対応 15 施設のうち、9 施設が全職員に対して医師による面接指導の管理実施を平時から実施していた。非対応 3 施設のうち、1 施設が全職員に対して医師による面接指導の管理実施を平時から実施していた。

コロナ禍において医師は平時と比較して管理が難しかったと 1 施設が回答した。

#### 4.5. 労務管理 就業上の措置が必要な職員の把握

新型コロナ対応 15 施設のうち、7 施設が全職員に対して就業上の措置が必要な職員の把握を平時から実施していた。非対応 3 施設のうち、1 施設が全職員に対して就業上の措置が必要な職員の把握を平時から実施していた。

バーンアウト状況確認のため、1 施設が平時からアンケート調査を行っていた。また、1 施設が新型コロナ対応者を対象にメンタルヘルスのスクリーニングを行い、ストレス度が高い職員がいることを確認し、介入が必要であることを把握していた。

#### 4.6 労務管理 就業上の措置の実施

新型コロナ対応 15 施設のうち、6 施設が全職員に対して就業上の措置を平時から実施していた。非対応 3 施設のうち、1 施設が全職員に対して就業上の措置を平時から実施していた。

診療科によっては夜間の勤務帯の医師数を独自の判断で増員したり、新型コロナ対応者を交代させ、休日を付与した施設もあった。また、新型コロナ対応が長期的に継続することを想定し、一部の職員への業務集中を避けるためシフト調整を実施した施設もあった。

#### 4.7 労務管理 医師の時間外の適切な把握 (自己研鑽・外勤等)

新型コロナ対応 15 施設のうち、3 施設が医師の時間外の適切な把握(自己研鑽・外勤等)を平時から実施していた。非対応 3 施設では行っている施設はなかった。

#### 4.8 労務管理 医師の連続時間制限、勤務時間インターバルの実施

新型コロナ対応 15 施設のうち、2 施設が医師の連続時間制限、勤務時間インターバルの実施を平時から実施していた。非対応 3 施設では実施している施設はなかった。

コロナ禍を経験して、新型コロナ対応医師の勤務形態を交代制に変更、あるいは連続勤務後に一定の休息期間が取得できるようシフト調整した施設があった。

#### 4.9 労務管理 医師の代償休息の実施

新型コロナ対応 15 施設のうち、2 施設が平時から医師の代償休息の実施を実施していた。非対応 3 施設では医師の代償休息を平時から実施していなかった。

#### 4.10 労務管理 宿泊施設の提供

新型コロナ対応 15 施設のうち、10 施設が宿泊施設の提供を実施していた。非対応 1 施設が宿泊施設の提供を実施していた。

ホテル等の外部宿泊施設だけでなく、休床した病室や保有する研修センター等を解放し宿泊場所としている取り組みもみられた。一方、場所の確保が困難であったり、適切な感染症対策を取っているため感染リスクが高くないことを理解させ宿泊施設を準備しな

かった施設もあった。

#### 4.11 労務管理 メンタルヘルスへの対応

新型コロナ対応 15 施設のうち、13 施設がメンタルヘルスへの対応を実施していた。非対応施設では、1 施設においてメンタルヘルスへの対応を実施していた。

未知のウイルスの受け入れに対し恐怖や精神的ストレスを感じている職員が多くあり、個人防護具を長時間装着し、閉鎖された特殊な空間で長時間業務を行う看護師の不安やストレスに関して多くのマネジメント側が危惧していた。また、患者から怒りや不満を直接向けられた看護師も存在し、精神的なケアやサポートの必要性を感じていた。いくつかの施設では、休職や離職を希望する職員がおり、実際に複数の職員が退職となっていた。

##### ・メンタルサポートチーム

早期段階でメンタルケアを行うチームを立ち上げていたところでは、精神科医や産業医、臨床心理士、保健師などがチームの構成員になっており、各種ツールを用いてメンタルチェックを実施し適宜サポートを行っていた。ある施設の調査では、不安や抑うつ症状が 67%に見られ、バーンアウト症候群スコアが 78%であった。別の施設では、初めてレッドゾーンに入る前に個人防護区の着脱訓練とともに、精神科医によるメンタルチェックを必須としていた。

##### ・病院の対応

いずれの施設も職員の不安払拭のため情報収集と情報発信を密に行っていた。また、個人防護具や感染対策に関する研修や教育を多くの施設で実施していた。現場で新型コロナ対応職員を応援する院内ポスター等の掲示や、トップからのメッセージの発信、現

場管理者による声掛けなど、全職員で新型コロナに対応する雰囲気醸成するよう務めモチベーションを維持する試みが多くみられた。さらに、妊婦を新型コロナ対応業務から外すといった業務上の措置、休暇の付与、配置転換など、様々な対応がとられていた。

#### ・ストレスの内容

多くの職員は、未知のウイルスに対する恐怖感や不安、自分が感染したら周りに迷惑をかけるという不安と緊張、いつまで続くのかという先の見えない不安や院内感染が発生した時の無力感、などウイルス自体や感染に対するストレスを抱えていた。また、情報の不足あるいは情報が二転三転し指示が変更されることに対する不安や混乱、个人防护具を長時間装着し閉鎖された特殊な空間で長時間業務を行うことへのストレス、応援や異動による不慣れた環境で業務を行うことや、普段行わないデスクワーク等の業務へのストレス、患者の不安をダイレクトに受けることや家族の面会も許されない特殊な看取りなど整理をつけることができない気持ちなど、業務を行う上で多種多様な心的・身体的悩みを有していた。

さらに、三密の回避や会話の自粛による職員同士のコミュニケーションの減少や相談しにくい環境、休日にも強いられる自粛生活、新型コロナ対応のためいつ呼ばれるかわからない緊張感、精神的に休まらない環境、医療従事者に対する風評被害等、直接業務以外の場面でも持続する様々なストレスを感じていた。

新型コロナ対応病棟に異動するならば退職する、家族への感染を危惧する不安、自然に涙が流れてくる、気になって眠れない、等訴える職員などに対し、多くの現場の管理者は総じて自ら直接顔を見て声をかける、コミュニケーション頻度を増やすなど、意識して

メンタルサポートに注力していた。

## 4.12 労務管理 その他

医療従事者への偏見や差別、不当な扱いを危惧し、新型コロナ患者を受け入れていることを公表することを避けた施設が複数あった。不当な扱い等を受けた場合は病院に必ず報告することを職員に呼びかけ、新型コロナ患者に対応する医療者を病院一丸で応援するよう呼びかけていた。しかし、実際は、医療者間、あるいは地域住民からの偏見や差別を受けた職員は存在した。本人都合や、家族の懸念により退職や離職につながった事例があった。家庭の事情で有給休暇を希望した職員をテレワーク扱いにしたり、事務職で一部テレワークを取り入れたり、と様々な工夫がみられた。また混雑した公共交通機関での出退勤を避けるため、時差出勤の導入、時間単位の年次有給休暇制度の活用、早めの退勤推奨など、職員を守る取組みが多くみられた。

## 5.1 福利厚生 送迎の実施

新型コロナ対応 15 施設のうち、1 施設が送迎の対応を実施していた。非対応施設では送迎の対応を行っていなかった。

公共交通機関の使用を避けるために、時差出勤の推奨、タクシーチケットの配布、タクシー送迎を可能としたり、近隣の運動施設を臨時の駐車場とし車通勤を認める取り組みが見られた。

## 5.2 福利厚生 院内保育などの子どもの預かり施設の臨時設置

新型コロナ対応 15 施設のうち、3 施設が院内保育などの子どもの預かり施設の臨時

設置を実施していた。非対応 3 施設では院内保育などの設置を行っていなかった。

少数施設ではあるが、新たに学童保育を設置したり、会議室を利用し小学校低学年の児童を預かる体制を確保していた。平時より院内保育を実施している施設では、普段は院外に預けている職員が予約なしで預けられるようサポートした。子どもを預けられない職員が出勤時間を遅らせて出勤したり、保育園で濃厚接触疑い者が発生した際一定期間出勤できない事例が発生した。また、院外の保育園に預けている職員のなかで、病院の関係者だから来ないでほしいと通達された事例があった。

### 5.3 福利厚生 特別休暇の付与

新型コロナ対応 15 施設のうち、4 施設が特別休暇を付与していた。非対応施設では 1 施設が特別休暇を付与していた。

新型コロナ対応看護師への特別休暇の付与、クラスター発生病棟への応援スタッフへの特別休暇の付与がみられた。また、緊急事態宣言下で保育園等が休園になったことで仕事を休まざるを得なかった職員に対し特別休暇を付与した事例があった。さらに、例年院内で行っている健康診断が実施できなかったため、特別休暇を付与し健康診断が受けられるよう体制を整えた施設もあった。

### 5.4 福利厚生 特別手当の付与

新型コロナ対応 15 施設のうち、11 施設が何らかの特別手当を付与していた。非対応施設では特別手当を付与していなかった。

多くの施設が新型コロナ患者に直接対応した職員に特別手当を支給していたが、全病院職員へ一律支給した施設もあった。また、新型コロナ患者への直接対応の度合いによ

って支給額に差をつけた施設もあった。支給の単位は、1 か月あたり、1 日あたり、1 勤務当たり、1 回あたりと様々であった。

### 6.1 業務量 外来

#### ・医師

患者自身の受診控えにより、全体的に病院への紹介患者数、外来受診患者が減少した。さらに、病院として電話診療を導入したり、新型コロナ患者受け入れのため通常外来患者の抑制を行ったため外来患者数は減少した。通常の 6 割程度まで患者数が減少した施設もあり通常外来に関する業務はほぼ減少していた。

一方、新型コロナ対応医師については、通常の 1.5 倍～2 倍程度に外来業務は増えていた。一部の病院では外来患者に変化はなかったが、新型コロナ患者の受け入れのための対応を行ったことにより業務量が結果として増加したと回答した。

#### ・看護師

部署によって業務量に差があった。救急外来など新型コロナ対応部署の総患者数は減ったものの、通常とは異なる不慣れな業務や感染対策等のため業務量は増えた。一方で、非対応部署は平時と変わらない、もしくは患者数減少に伴い業務量は減少傾向にあった。

#### ・薬剤師

外来患者数減少に伴い調剤業務は通常の 7 割～8 割程度に減少したものの、電話診療の開始により、処方箋取り扱い手順の決定、処方箋の FAX や郵送、新型コロナに関する新薬情報の取得など新たに業務が発生していた。また患者から電話受診に関する問い合わせが増えた施設もあった。

#### ・事務職

外来患者数は減ったものの、電話診療の調

整や準備、処方箋の FAX 送信や原本の郵送などにより、新たな業務が増えていた。また、外来での体温測定トリアージ、入院患者のクリーニング受け渡しや日用品の買い物代行等の追加業務が発生した施設もあった。一方

で、通常診療のレセプト業務が減り時間外が減った部署もあった。

診療実績(対前年比)について表 1、表 2、表 3 に示す。

**表 1. 診療実績: 対前年比(%)全病院**

	2020 年	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月
外来患者数	Ave	95.8	94.1	77.2	72.9	88.8
	low	88.5	86.0	40.6	56.5	56.9
	high	102.6	99.5	90.8	89.0	105.7
入院患者数	Ave	99.7	94.6	87.9	80.0	84.9
	low	92.5	83.1	58.5	41.4	54.6
	high	105.6	102.7	102.1	98.8	95.9
平均在院日数	Ave	134.6	95.9	104.8	109.8	101.3
	low	75.1	79.6	83.1	93.4	91.3
	high	674.5	107.9	116.6	122.6	114.1
病床稼働率	Ave	97.1	94.5	87.2	79.9	84.4
	low	89.3	83.0	58.5	41.4	54.6
	high	100.8	101.9	102.4	99.2	101.5

**表 2. 診療実績: 対前年比(%)新型コロナ受け入れ施設**

	2020 年	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月
外来患者数	Ave	96.7	95.4	79.8	74.6	91.2
	low	91.2	88.5	68.5	56.5	68.7
	high	102.6	99.5	90.8	89.0	105.7
入院患者数	Ave	99.2	94.0	85.9	77.3	83.5
	low	92.5	83.1	58.5	41.4	54.6
	high	103.3	102.7	100.8	92.7	95.9
平均在院日数	Ave	144.7	96.4	106.2	109.5	101.3
	low	94.6	79.6	99.1	93.4	91.3
	high	674.5	107.9	116.6	122.6	114.1
病床稼働率	Ave	96.8	93.8	84.0	76.1	82.0
	low	89.3	83.0	58.5	41.4	54.6
	high	100.8	101.9	100.7	98.4	101.5

表 3. 診療実績:対前年比(%)新型コロナ非受け入れ施設

	2020年	2月	3月	4月	5月	6月
外来患者数	Ave	94.9	90.8	71.2	71.7	82.9
	low	88.5	86.0	40.6	56.6	56.9
	high	96.9	93.8	88.6	82.8	98.0
入院患者数	Ave	101.8	97.1	96.3	91.7	90.8
	low	98.5	90.8	85.5	79.6	84.0
	high	105.6	101.0	102.1	98.8	95.9
平均在院日数	Ave	90.6	93.7	98.4	110.9	101.2
	low	75.1	84.1	83.1	107.1	98.5
	high	103.7	104.6	108.2	116.7	106.0
病床稼働率	Ave	97.8	97.0	95.6	92.2	90.8
	low	95.1	90.8	85.5	79.6	84.1
	high	100.1	101.4	102.4	99.2	95.6

## 6.2 業務量 検査

### ・医師

新型コロナ患者受け入れに伴い意図的に待機的検査や学会要請による内視鏡検査等を減少させたため、患者数減少に伴い検査数は減少した施設が多かった。

### ・看護師

検査部門では、感染対策に伴う業務や新たなマニュアル作成業務等が発生したが、患者数減少に伴い検査件数が減少したため業務量としては変化がなかった。

### ・臨床検査技師

患者数減少に伴い業務量は減少していたため、全体としては業務量は減少あるいは平時と同様の傾向であった。ただし、PCR検査を院内で実施していた施設では、検査体制の構築、検体採取業務などの新たな業務が増加していた。PCR検査を院内で行っていない施設では、検体搬送業務などが新たな業務として加わっていた。

## 6.3 業務量 手術

### ・医師

新型コロナ患者受け入れに伴い意図的に待機的手術や良性疾患の手術を抑制させたため当該手術件数は減少した。ただ、分娩やがんなどの緊急性の高い手術は平時通り実施していた。全体としての手術件数は平時の5割～8割程度の減少となった。一方、感染対策などにより手術の入れ替え時間の増加や、予定手術の調整業務、感染症対策等の業務が増加したため全体として業務量は変わらなかったとの回答が主であった。

### ・看護師

手術件数は減少しものの、感染対策等のため患者ひとりに要する業務が増加していた。またマニュアル作成業務や感染対策業務など新たな業務が増えたため、トータルとして業務量としては変化ないと回答した施設が大半であった。

### ・臨床工学技士

手術件数は減少しものの、機器の追加消毒等の業務が増加していた。

### ・事務職

水際対策として全身麻酔手術患者へ全例PCR検査を実施する方針をとっていた施設では、検査体制の構築等の追加業務が発生していた。

## 6.4 業務量 病棟

### ・医師

業務量が増加した診療科と減少した診療科の二極化傾向であった。新型コロナ対応を行った診療科においては、通常業務量を行いながら、もしくは通常業務の若干の減少があったものの新型コロナ対応業務が追加されたため業務量は総体的に増加となった。個人差はあるものの、新型コロナ対応医師は業務量が平時の120%~200%程度に増加したと感じていた。また未知の感染症に対する不安や恐怖、平時とは異なる厳重な感染症対策を実施しなければならないストレス、物資不足や情報不足による精神的負担が大きかった点は多くが指摘していた。

### ・看護師

新型コロナ対応部署も非対応部署もいずれも業務量は増加していた。新型コロナ対応病棟においては、感染対策に加えて、シーツ交換、カーテン交換、食事の配膳、掃除やごみ捨てなど患者周辺の環境整備、服薬指導、栄養指導、リハビリなど平時は他職種が行っている業務や、薬剤や物品の補充などの看護以外の業務が発生した。また、病室内での放射線検査や心電図検査、同意書や検査用紙等を感染源として扱い袋に密封するといった平時にはない新業務、クリーニングや買い物など患者家族に変わっての対応、タブレットを用いた面会の支援などの業務が発生した。

ECMOを必要とする重症患者の対応のため通常よりも夜勤人員を手厚くするため、日勤業務を平時より少ない人数で実施した施設があった。また、患者の入退室業務が増えたと回答した施設が複数あり、さらにマニュアル作成、感染対策の教育、物品準備、勤務調整、相談業務、面会制限による家族への対

応などの業務が増えていった。特に、管理者は人員調整業務が増えたと多くの施設が回答した。総じて、新型コロナ対応病棟の看護師は平時の120~160%程度に増加したと感じていた。

一方、非対応病棟でも、病棟閉鎖の影響で他病棟から患者を集めたことによる稼働率の上昇、通常は受け入れない診療科や疾患患者の受け入れ、感染対策などにより、平時より業務量は概ね増えていた。

### ・臨床工学技士

ECMOを使用する患者が増加し、感染症対策と医療機器の洗浄・消毒業務が増加していた。全てのスタッフがECMOを扱える技術がないため、一部の熟練スタッフの業務量が増加していた。

### ・事務職

患者のクリニニング関連業務や買い物の代行、委託業者に変わりカーテンの交換や廃棄物処理など通常行わない業務が増加していた。

## 6.5 業務量 その他

### ・医師

感染症専門医など一部の医師は、新型コロナ関連の研究論文・文献等の情報収集、院内における対応のマニュアルや対応フローの作成、院内の人員調整、設備備品の管理、院内外の感染症対策教育指導、新型コロナ関連会議、各種届出業務、他病院や公的機関等外部の施設との情報共有、など幅広くかつ膨大な業務量が発生したためきわめて過酷な労働環境であった。さらに、医師が職員の不安対応や、平時は他職種が行っている清掃業務などを行なった施設もあった。総じて、新型コロナ対応に関わった医師は、通常実施しない業務を行うこと、未知のウイルスに対応す

る不安、精神的ストレスに加え物理的業務の増加による肉体的負荷が大きかった。また、今回の新型コロナ対応を経験し、平時の業務の削減や効率化の必要性を感じたと複数の医師が回答した。

- ・看護師

新型コロナ対応に伴う人員配置の調整業務が増加していた。通常業務対応者の減少による業務負担の増加、未知のウイルスに対応する中での試行錯誤で対策を検討する不安感が大きかった。感染管理認定看護師など一部の人員は他病院や公的機関等外部とのやり取り、院内の調整業務、物資の調達、書類作成業務が増加した。夜中まで対応に追われたため多忙を極め、週に一度しか帰宅できなかったと回答した施設があった。

- ・薬剤師

患者数減少に伴い通常の調剤業務等は減少したものの、医薬品・消毒剤の流通量が減少したため、代替医薬品の検討と手配、購入手続き、新型コロナ治療薬に対する医薬品情報収集業務、医薬品管理業務が増加していた。また、患者同意書や臨床試験のプロトコル作成等の書類業務が増加した。感染対策のため病棟と外来で人員を分け対応した施設や、DMAT に人員を派遣した施設もあり、その分を補う業務が増加した。一方、非対応者の業務は通常と同様、もしくは減少していた。増えた業務もあるが患者数減少に伴い平時の業務が減少していたため、業務量全体としては平時と同様だったと感じていた。

- ・臨床工学技士

機器管理と物品調達業務、マニュアル作成業務が増加していた。

- ・事務職

随時更新される行政への対応、行政からの調査の対応、報告書作成、各種書類作成業務が増加した。院内業務の円滑化のために、患

者受け入れの調整業務、web 会議の仕組みづくり、感染症対策のための環境整備、プレハブや発熱外来等トリアージ場所の設置、検温業務、電話診療の支援、電話再診による処方箋の FAX や郵送業務、PCR 検査の対応、必要物品の調達と管理、必要部署への配分、託児所やホテルの手配等の業務、患者搬送等の業務が増加していた。また、地域連携医療機関との調整、患者の予約調整、近隣医療機関や患者からの問い合わせ対応等が増加していた。一部の施設では、各国大使館との調整や差し入れ、寄付物品などのやり取りが増加し、その対応に追われた。通常業務の多忙期に新型コロナ対応が付加され負担が大きかったと回答した施設が多く、業務量は平時の150～200%に増加したと感じていた。

### 7.1.1 タスクシフト・シェアの変化 外来

- ・医師

外来業務のタスクシェアは発生しなかった。一部に、妊婦を新型コロナ対応業務から外し、他の医師でバックアップを行った施設があった。

- ・看護師

感染が疑われる患者のスクリーニング業務や患者の買い物を事務職にタスクシフトした施設があった。日々ミーティングを実施し、誰が代わりに業務を担えるのか協議し進めていたため、協力体制が自然に高まったと回答した施設があった。

### 7.1.2 タスクシフト・シェアの変化 検査

PCR 検査業務を他診療科の医師や看護師と協力し実施できたと回答した施設があったが、医師が検体採取を行っていた施設が多かった。平時からインフルエンザの検体採取

を臨床検査技師が行っている施設は一部であった。治験に伴う採血を医師から看護師へタスクシフトしている施設もあった。

#### 7.1.3 タスクシフト・シェアの変化 手術

ほとんどの施設で変化はなかった。

#### 7.1.4 タスクシフト・シェアの変化 病棟

##### ・医師

多くの施設において、診療科を超えた医師間のタスクシェアが行われていた。特に全身状態を診ることができる内科系や外科系医師の役割が広がった。また接触者制限や個人防護具等の不足から、新型コロナ対応の看護師へのタスクシフトしていた施設が多かった。一方で、医師ではなくても対応できる業務のサポート体制を構築する必要性を感じたと回答した施設が多くあった。

##### ・看護師

接触者制限と個人防護区等の物資不足から、平時は他職種が行なっている業務を看護師が引き受けていた施設がほとんどだった。リハビリや栄養管理、服薬指導や薬剤管理業務、患者の搬送、清掃やリネン・カーテンの交換、ゴミの処理などを担い、逆タスクシフトが起こっていた。

##### ・薬剤師

接触者制限のため服薬指導や薬剤管理などを看護師へ依頼していたが、看護師が持参薬の写真を取り薬剤師が確認するなど工夫していたと回答した施設があった。また、あらかじめ取り決めを行い、医師の業務に関して行ったことはカルテに記録して承認を取っていった施設もあった。

##### ・臨床工学技士

平時から医師や看護師と協働しており、変

化はなかったと回答した施設が多かったが、接触者制限のため一部の業務は看護師に依頼していた施設が多かった。アラーム対応や設定変更など専門性の高い業務は、個人防護具を着用して臨床工学技士が対応していたと回答した施設もあった。

##### ・臨床検査技師

大きな変化はなかった。

##### ・事務職

患者のクリーニング関連業務や買い物、病室のカーテン交換、検体搬送、処方箋や薬の搬送などをタスクシェアした施設があった。

#### 7.1.5 タスクシフト・シェアの変化 その他

##### ・医師

コロナ禍以前からタスクシフト・シェアに積極的に取り組んでいた施設ではさらに取り組みが加速していた。また、普段から進めていたタスクシェアが、今回の危機時に有効に機能していたと回答した施設もあった。また、業務を割り振るバックヤードチームを別途作ったことで、一部の医療者に集中していた業務のタスクシェアを進めることができたという施設があった。一方で、書類作成などの事務作業や検査オーダー、ラベル発行、結果報告作成などの業務について医師以外でも行える業務に気づき、タスクシェア・シフトの必要性にさらに鋭敏になった医師も多かった。

##### ・看護師

新型コロナ対応看護師の休憩時間の確保のため、非対応部署が交代要員を担う仕組みを構築したり、リリーフ体制を整備し看護師間でタスクシェアする取り組みが発生していた。

##### ・薬剤師

医師が行なっている症例報告を薬剤師が

担う取り組みが生まれたり、コロナ禍でチームとしての意識が高まり、それぞれの職種に求められる業務の理解が進んだと答えた施設もあった。

#### ・臨床工学技士

医師や看護師と連携が進んだと回答した施設があった一方で、ECMO に関してはスペシャリストであるという責任感から、臨床工学技士のみで対応を行ったと回答した施設もあった。また、臨床工学技士の技術や得意分野のばらつきから、技師間でのタスクシェアの必要性や課題を感じている声も多くあった。

#### ・事務職

普段から業務のローテーションを実施しており、業務の押し付け合いをすることがなくスムーズに業務を分担することができていた。また、自然と助け合う場面が増えたと回答した施設がみられた。

## 7.2 タスクシフト・シェアの意識の変化

#### ・医師

新型コロナウイルス対応の状況では、どの部署も業務に追われていたため、できる人ができることを引き受けなければ業務が進まない状況であり、自然とタスクシフト・シェアが進んだ傾向であった。また、病院全体で一丸となって取り組むことができ良い経験をするのができた、タスクシフト・シェアへの意識が芽生えたとの回答が多数あった。また、比較的業務量が減少した医師は、自身の業務の配分を再考する機会となりタスクシフトを考えることができたとの声もあった。

#### ・看護師

ほとんどの施設でタスクシェア・シフトに関する意識に変化があった。お互いの協力が不可欠な状況となり、各職種ができるところ

を分け合う必要性を感じ、助け合うあるいは支え合う意識の醸成につながったと感じていた。

#### ・薬剤師

平時より助け合う風土があったため新型コロナウイルス対応によって変化があったわけではないと回答した施設や、他職種の協力や連携体制に感謝し今後も取り組みを続けていきたいと回答した施設があった。

#### ・臨床検査技師

専門性を持ちながらも、他職種間での連携を深め病院として一丸となる必要があるという意識の醸成が進んだ、新型コロナウイルス対応をきっかけに部門内で自発的に業務分担について話し合いの機会を持った、等の前向きな回答が多かった。また、タスクシフトされたことによってモチベーションが上昇し、他にもできることがあるのではないかと検討しているとの声も聞かれた。

#### ・臨床工学技士

平時より医師や看護師と連携をとりながら業務を行っているため連携が取りやすく、新型コロナウイルス対応によってよりさらに連携が進んだと回答した施設があった。また専門特化した組織をこれを機会に有事に対応できる組織にすべきではないかという意見があった。仕事をシェアし合う意識に変化がなかったと回答した施設も少なからずみられた。

#### ・事務職

新型コロナウイルス対応をきっかけにタスクシフト・シェアが進んだが、一時的であり意識が変化したという印象はないと回答した施設があった一方、専門職には専門業務に専念して欲しいという意見や、医療職に対し事務職の意見を伝えることで業務がうまく進んだ経験をした、助け合う雰囲気が新たに芽生えたと回答した施設もあった。

### 7.3.1 タスクシフト・シェアの阻害要因 ルールやマニュアルの未整備

#### ・医師

阻害要因は種々あるが、医師の独占業務分野の存在、タスクシフト・シェアの共通基準が明確ではない等がタスクシフト・シェアの阻害要因としてあがった。

#### ・看護師

マニュアル整備などの合意が進んでいないとタスクシフトは進まないとの声が多かった。

#### ・薬剤師

全体の忙しさの可視化ができていないこと、調剤業務等システムの整備や詳細なルールが整備されていないこと、等がタスクシフト・シェアの阻害要因としてあがった。

#### ・臨床検査技師

タスクシフト・シェアの話し合いの場がないことが阻害要因ではないかとの声があった。

#### ・臨床工学技士

一つの機材に対しても職種間で共通言語がなく、指示がうまく伝達できないことがタスクシフト・シェアの阻害要因としてあがった。

#### ・事務職

マニュアルがあると仕事を受けやすく、普段からの準備がないと急に対応することは難しいと回答した施設があった。

### 7.3.2 タスクシフト・シェアの阻害要因 タスクを渡す側の意識

#### ・医師

コロナ禍により医師同士の連携の繋がりは強くなったと感じる声がある一方で、医師の領域に他職種が入り込んでくることの嫌

悪感や自分の仕事であると感じる慣習、強い責任感、他職種との心理的バリアが阻害要因としてもあがった。

#### ・看護師

業務内容を明確に定義することができないこと、業務の切り分けを行えないこと、職種間での認識の違い等が阻害要因としてあがった。

#### ・事務職

専門職は専門分野で活躍して欲しい、そもそも業務自体を見直しタスクシフト・シェアについて検討する時間や余裕がない等が阻害要因としてあがった。

### 7.3.3 タスクシフト・シェアの阻害要因 タスクの受け手側の意識

#### ・医師

自分の領域を守るため新型コロナ診療に携わらないという意識が強かった、今までと異なる業務を引き受けなければいけない心理的抵抗感が強かった、等の心理的要因が多くあった。また、業務量は減ったが気持ちに余裕がなかったと回答した施設もあった。

#### ・その他職種

職種間での認識が異なること、これは自分たちの仕事ではないという意識、そもそもタスクシェア・シフトを進める意識が低いこと等が阻害要因としてあがった。また、他の医療職の考え方や風土が理解できればより適切な支援ができていたと思うと回答した施設があった。

### 7.3.4 タスクシフト・シェアの阻害要因 タスクの受け手側の人員不足

#### ・医師

そもそも人員不足であったこと、新型コロ

ナ対応では受け手側の業務量が増えていたこと、それぞれの職種において必要な知識や資格・認定を持つ専門職員が不足していたこと等が阻害要因としてあがった。

- ・その他の職種

どの職種においても、人員不足や、診療報酬上のサポートがないため人員を容易に増やせないこと等が阻害要因との声があった。

### 7.3.5 タスクシフト・シェアの阻害要因 タスクの受け手側の技量や知識不足

- ・医師

人材の入れ替わりが早くノウハウが蓄積していないこと、専門的知識や技術の不足、十分な経験の不足、教育や育成不足、認定・資格を持つ医療職種の不足等が阻害要因としてあがった。

- ・その他の職種

どの職種においても受け手の知識や技術の不足、業務のタスクシェア・シフトには、教育が必要であり教育には一定の時間がかかること、等が阻害要因としてあがった。また、普段から知識や技術の共有を行っておくことで、有事に対応することができるのではないか、知識や技術をどのように共有するかが課題であるとの意見があった。さらに、タスクシフト・シェアを行うことで逆に問い合わせやトラブル発生のため業務負担が増えることが障害となっているとの声も聞かれた。

### 7.3.6 タスクシフト・シェアの阻害要因 責任問題の未整備

- ・医師

他職種へ業務のシフトを行うことが諸外国と比べても遅れており、法律や責任問題の

未整備が課題であるとの指摘があった。

- ・その他の職種

法的根拠、医療安全上の課題、責任問題の明確化がされていないことが課題であると回答した職種があった。

### 7.3.7 タスクシフト・シェアの阻害要因 その他

- ・医師

専門性を必要とする論文検索、職員への教育、ルーチン化できない業務、業務の属人化などが阻害要因としてあがった。

- ・その他職種

その他の阻害要因として、縦割り業務でジョブローテーションもないためお互いを理解することが難しいこと、物理的に勤務場所が離れているためお互いの職務を理解しにくい環境にあること、などがあがった。また、経営上の人件費やシステムへの投資等経済的制約、診療報酬上の加算を取得できる業務への人員配置が優先されること、を問題視する施設があった。医師業務のシフト先は看護師であることが多いため、看護師から他の職種へのタスクシフトや、医師から看護師以外の職種へのタスクシフトを進めてもよいのではないかと回答した施設があった。

## 8. 多能工化（マルチプレーヤー化）

- ・医師

新型コロナ対応を経験して医師の多能工化の必要性の声が多く上がった。組織横断的に活動ができる人材がいるか、誰も拾わない仕事を自ら行う人材がいることが物事を動かす原動力である、との声もあり、そのためには専門分野だけではなく業務範囲を決めず仕事ができる人材が増えれば仕事をシェ

アしやすいのではないかという見解が複数みられた。しかし、現在は総合診療医のように幅広く診ることができる医師を育成する体制は不足している点が課題として認識されていた。集中治療室等では平時より多職種が集まってカンファレンスや業務を行っており、そこが一つの教育の場として機能し職種間のコミュニケーションの促進や多能工化が進んでいる、と成功例の紹介があった。一方で、大学病院等では専門化した人材が必要であり、必要があれば経験を重ねることによって職務の幅を広げることにもできるため、必ずしもマルチプレーヤーが必要とは限らないと回答した施設もあった。

#### ・看護師

看護師の多能工化や幅広く一般の看護業務を行えるジェネラリストの必要性を以前より感じる、幅広く業務が行えたうえで専門性を磨くことが必要である、看護師はもともとマルチプレーヤーとしての役割を担っているが、未曾有の事態において幅広い知識を持つことの必要性をあらためて感じた、等の回答が多くの施設から聞かれた。また、専門特化しているため平時は扱わない疾患に対応できなかったという専門特化の弊害を感じたと回答した施設（大学病院）もあった。

#### ・薬剤師

平時からローテーション等を通してジェネラリスト育成を行っていたが、新型コロナ対応によって多能工化の必要性を再認識した、との声が多く聞かれた。

#### ・臨床検査技師

平時からローテーションを行ない、すべての業務を行えるよう体制を整えていたが、新型コロナを経験したことで多能工化の必要性をより感じた、多能工化を図りながら専門性を深めていくことが必要だ、との声が多く聞かれた。また、臨床検査においては多能工

化より機械化・自動化を志向していると回答した施設もあった。

#### ・臨床工学技士

平時からローテーションを行ないすべての業務を行えるよう体制を整えていた、以前からより多能工化の必要性を感じていた、経験によって熟練するスキルもあるため短期的、長期的視点で人材育成を行う必要がある、等の声が聞かれた。

#### ・事務職

平時からローテーションを行っていたが、組織構造の特性から部門間のローテーションが行えない部門もあると回答した施設（大学病院）が複数あった。また医事課は専門性が高いためジョブローテーション等により多能工を育成することが難しいと回答した施設も少なくなかった。また、事務職の全体あるいは病院全体を把握し調整できる人材が不足していると回答した施設が多かった。

## 9. 機械化・IT化の必要性

#### ・外来

電話診療を導入し、入院患者の面会にはタブレット端末を用いて対応した施設が複数みられた。導入と運用面の課題として、セキュリティの整備、インターネット環境の整備や必要機器の集約化等があげられた。今後は、遠隔操作や遠隔モニタリング可能な医療機器、医療者間のコミュニケーションツール、オンライン診療を通じた説明や予約、会計業務の機械化、問診票や同意書等の電子化、電子処方箋、患者受付や患者のID管理などのIT化、診療情報のIT化と共有、各種書類のペーパーレス化を進められるべき、との意見が聞かれた。

#### ・検査

サーモグラフィーを試験的に導入したが、

医学的精度に課題があり導入の判断が難しいとの声があった。PCR 検査結果の電子化、検体処理の自動化、内視鏡検査等の AI 化等が進められると望ましいという意見があった。

- ・手術

高齢者や認知症患者を遠隔で見守ることができる設備、バイタルサイン等のデータの自動記録、等の遠隔からの患者情報取得の機器のニーズがあった。

- ・病棟

医療職のカンファレンスや入院患者の面会を汎用されている web 会議システムを用いて取り組んだ施設がみられた。課題としては Wi-Fi 等のインターネット環境の整備、設備投資にかかる経営上の制約、既存導入しているデバイスの操作性の改善等が必要であるとの意見があった。また、新たな機械化を進める前に通常業務内の非効率性を是正することが必要であり、例えば、報告書や同意書のペーパーレス化、各職種それぞれが患者に問診を行っている現状に対する患者情報や診療情報の一元化、部門部署ごとに異なるカルテシステムの一元的化、コミュニケーションや役割分担の明確化などがあげられた。今後、医療機器の遠隔操作やモニタリングの環境整備、ウェアラブルデバイスの導入、調剤や在庫管理の IT 化、院内の物品搬送業務の機械化等を進めたいという意見も聞かれた。一方で、患者に用いるツールにおいて、高齢者は機器の操作が難しく導入における課題であるとの意見もあった。

- ・その他

コロナ禍において負担の大きかった患者家族への説明や院内外との調整業務は機械化できない業務であった。一部 Web 会議システムを導入し機械化を行なったが、マニュアルの共有や院内の情報共有などの業務に

は時間がかかりメリットを感じにくかった。一方で、リモート化によって感染リスク低減と物品使用量の削減に繋がるためメリットを感じた側面もあった。今後、上層部から情報を伝えるだけではなく、現場からの声を収集するシステムの構築、職員の IT リテラシーの向上、オンライン薬剤管理指導ツール、通訳業務の IT 化、新型コロナ患者の診断への AI 活用などのニーズがみられた。

また事務職においては、院内の紙媒体での業務のペーパーレス化、労務管理業務の IT 化、リモートワークの導入を進めたいとの意見があった。行政とのやりとりは、紙による申請、FAX や電話、セキュリティ設定によりメールを携帯電話ですぐに確認ができないことなど改善を要望する声が非常に大きかった。マイナンバー制度の医療への活用や地域医療ネットワークの確立などにより、公衆衛生の情報が迅速に情報共有されることを期待していた。また、まずは通常業務の効率化の必要性を感じていた施設が複数あった。

## 10.1 働き方・休み方の変化 働き方の変化

- ・医師

対面式会議の中止や減少がある一方、Web 会議が増加したが、移動負担がなく院外からも会議に参加できるようになったことで参加率が向上し情報伝達の効率が改善したとの意見があった。一方で新型コロナ対応本部では会議が増加し負担が増えたとの意見もあった。

時間外の業務に関しては、患者数の減少や製薬会社の来訪を禁止したことに伴い業務量が減少し、さらに帰宅を促す雰囲気醸成により時間外業務は減少し帰宅時間も早まっていた。一方で、一部の施設ではマニュアル作成や新型コロナ対応業務のため時間外

が急増した事例や家族への感染を恐れ敢えて帰宅を控える事例もあった。また、一部の新型コロナ対応者は夜間休日を問わず新型コロナ患者の対応に奔走したり、院内外の問い合わせ業務の対応、いつ呼び出しがあるかわからない常時オンコール状態でありほとんど休みを取得できていなかった。

外勤に関しては、本務病院が外勤を禁止した場合、受け入れ先から外勤を拒否された場合が混在していた。平時と変わらないと回答した施設も複数あった。

自己研鑽に関しては、研究会や学会のオンライン化により参加しやすくなった、移動時間が無くなり身体的負担が軽減した等の好意的に受け止める意見が多く占めた。また、業務量減少により自己研鑽の時間を比較的取得できるようになったとの意見が複数あった。しかし、新型コロナ対応者は自己研鑽の時間が取得できなかったとの意見や、臨床研究等の中断によって自己研鑽の時間が減ったとの意見もあった。

#### ・看護師

対面による会議は中止もしくは時間の短縮や Web 会議への切り替えを行っていた。また看護部内の各種委員会では中止していた施設が多く存在した。

時間外労働については、多くの施設では患者数の減少や病棟閉鎖などにより減少傾向であった。また、日頃から早期の帰宅を促していたため、平時と変わりなく速やかに帰宅している施設が多く、休日日数も比較的確保できていた。一部の看護師は新型コロナ対応のため終電に間に合わず、宿泊施設に宿泊し週に一度しか帰宅できなかった事例もあった。また、管理者に限れば、勤務調整やメンタルケアなどで業務量が増えていたため残業時間が増加している施設が複数あった。

自己研鑽に関しては、今まで担当していな

い疾患の対応を要したため勉強会が増えたケースや、リモートで勉強会を行なったケース等があった。予定外の異動や病床転換により、目標を持って働こうとしていた職員のモチベーションが低下し離職者が増えるのではないかと懸念する管理職の声が聞かれた。

#### ・薬剤師

会議の開催は必要最低限にとどめ、時間を短縮して行なっていた。時間外労働については、一部の DI 業務は増えていたが、患者減少により業務量は総体的に減少し時間外労働も減っていた施設が多かった。週末の入院対応のため休日出勤が必要であった場合でも、多くは平時と同様に休みを取得できていた。

自己研鑽に関しては、院内のセミナーや外部研修会の中止、院内に残ることの制約があり、全体としては減少した。学会の Web 開催に対しては肯定的な意見が多かった。また親が医療従事者であることから子どもを預けられず、出勤できない職員がいたと回答した施設もあった。

#### ・臨床検査技師

会議は開催頻度を減らし、時間の短縮、その他のツールを用いた情報共有に代替していた。時間外業務については、PCR 担当者以外は残業が減り帰宅時間は早くなった。時間単位での年休休暇の取得を利用し、可能な日は早く帰宅するように工夫していた施設もあった。一方、休日の PCR 検査体制の充実のため、休日出勤が増えたと回答した施設があった。自己研鑽に関しては、学会の中止や、患者減少に伴い減少に伴い学べる症例が減少したという意見があった。また、空いた時間で業務の外注や分析機器の集約化を進め業務効率化を進めていると回答した施設があった。

#### ・臨床工学技士

会議の開催は最小限に減少させた施設や、情報共有のため通常通り開催したと回答した施設が混在していた。時間外業務については、患者数が減少したため時間外も減少していた施設が多く、それに伴い帰宅時間も全体として早まっていた。休日に関しては、ピーク時は休日の対応もあったが、ピーク時以外は平時通り取得できていたと回答した施設がほとんどであった。

#### ・事務職

会議の開催は最小限に減少させ、多くの職員が集まる会議を中止するなど工夫を行っていた。またWeb 会議を開催していた施設が多かったが、新型コロナ関連会議は時間外の開催も多かったと回答した施設が複数あった。

新型コロナ対応施設では、発熱外来の業務で早朝出勤が発生していたケースや、通常業務は業務終了時間後に行わざるを得なかったケースがあった。業務量が増加した分、休日出勤を行っていたと回答した施設もあった。在宅勤務の導入を試みたが、セキュリティ上の課題や医事課などの業務特性から広く導入するのは難しい現状であった。自己研鑽については平時同様であった。

## 10.2 働き方・休み方の変化 休み方の変化

#### ・医師

新型コロナ非対応者は、法定休日や有給休暇も以前と比より取得しやすくなってきたと回答した施設が多かった。新型コロナ対応者の中には、約1ヶ月間法定休日取得が困難であったと回答した施設やゴールデンウィークは休みを取ることができなかったと回答した施設があった。また、休日が取得できたとしても、会食や旅行などを自粛しなければならず精神的な休息が取れなかったと回

答した意見も多かった。休暇が取得しやすい職場風土に変化しつつある実感を有する施設もあった。

#### ・看護師

法定休日や有給休暇も平時と同様に取得できていたと回答した施設が多かった。しかし、一部の新型コロナ対応者や管理者は休日取得できていなかった。子どもを預けることができず出勤できない職員に特別休暇を付与し対応した病院もあった。チームとして新型コロナ対応に当たっているという意識があり、体調の変化がある場合は早めに休暇を取得する意識が醸成された、休暇を取得しても自粛生活や精神的ストレスがあった、等の声が聞かれた。

#### ・薬剤師

法定休日は平時と同様に取得できていた、有給休暇は平時より取得できていた、等の意見が多かった。また、平時から働き方改革の取り組みを推進し、ローテーションを組んで業務を行っていた施設では有給取得が進んでいた。コロナ禍において、子どもを預けられなくなった職員を気持ちよく休ませてあげようという意識が出てきた声も聞かれた。

#### ・臨床検査技師

PCR 検査業務など新型コロナ対応を行っていた一部職員や管理者は、一時期休暇取得回数が減ったと回答した施設があったものの、法定休日は平時と同様に取得できていたとほとんどの施設が回答した。また有給休暇は平時より取得できていたと回答した施設が多かった。休みの大切さを実感したとの声があった。

#### ・臨床工学技士

一部の人員はECMO 対応やマニュアル作りのため法定休日取得できなかったと回答した施設があったが、ほとんどの施設が平

時と同様に法定休日を取得できていた。有給休暇についても多くの施設が平時と同様に取得できていたと回答しており、上司により休暇取得が促進されていた施設もあった。しかし、休暇を取得できたとしても、ECMOに対応できる代替りの人員がいなかったためいつ呼ばれるか分からない状況であり、精神的休息が取れなかったとの意見も散見された。

#### ・事務職

行政からの急な依頼への対応や新型コロナ関連業務のため、法定休日は平時より取得できなかったと回答した施設が複数あった。有給休暇については平時より取得できていないと回答した施設が多かった。子どもを預けることができず出勤できない職員に対して特別休暇を付与した施設もあったが、時間単位の有給休暇取得の制度はあるが有効に活用できていなかったと回答した施設もあった。また上司が休暇取得を促したり、休めるときには休もうという雰囲気があったと回答した施設が複数あった。

## 11. 収入 収入の変化

新型コロナ対応者には、病院から特別手当の支給、時間外申請による収入増があった。非対応者は通常常務の縮小により残業代が減り収入が減少した傾向にあった。何らかの理由で外勤が減り収入が減った医師は複数存在していた。

### 12.1 その他 患者の意識の変化

#### ・患者の不安

受診間隔をあけて欲しい、院内の感染対策が徹底されているか、感染対策に対するクレーム、医療従事者に近寄りたくない、等の様々な相談や悩みが寄せられた。患者から

「コロナ患者はいますか」という問いかけを複数受けたと回答した施設や、新型コロナ対応病院への通院を懸念される患者やその家族の存在があった。院内クラスターが発生した施設においては、電話診療の要望や通院の延期の問い合わせが増えたとの回答があった。

入院では個室希望者が増える傾向があり、同室の患者に熱や咳の症状があることを懸念する相談事例があった。

#### ・患者の理解と好意的対応

入院患者への面会制限については、おおむね理解してもらっていた。ただし、web面会の設備が整っていなかった施設では、家族の理解を得ることが困難だった。小児科では、手術を控えている親の付き添いや面会の希望が強く、理解を得ることが難しい場面があった。一方で、医療者に労いの言葉をかける患者や、感謝の意を表す患者がおり、入院患者や近隣の小学校から手紙をもらったり、食事や物品等の寄付を受け取ることでモチベーションアップにつながる事例もあった。

### 12.2. その他 新人教育・学生対応等

#### ・新人教育

新人職員の配置換え、新型コロナ非対応部署が一時預かりで新人教育を実施する等で工夫していた。集合研修については、感染症対策を徹底しての通常通り新人教育の実施、開催回数を増やし少人数で複数回の実施、オンライン研修の実施、等さまざまな工夫で取り組んでいた。また、新人については特にメンタルサポートを強化して対応した施設もあった。新人歓迎会なども開催できないため、組織に馴染めず苦勞している新人職員の存在を危惧する声が聞かれた。

#### ・学生教育

多くの施設で学生の立ち入り制限を行っており、病院内での実習の中止など学生への教育機会が減少したことを懸念していた。学生教育のオンライン化を行っていた施設もあった。

- ・採用

病院見学やインターンシップが開催できないため、オンライン開催や Web 採用面接に切り替える、等でスタイルは異なるが例年同様に実施する工夫がみられた。

### 12.3 その他 その他

- ・風評被害

病院職員というだけで保育園や幼稚園への通園を拒否された事例、新型コロナ対応している職員が子どもの卒業式への参加を断られた事例、PCR 検査を要望された事例、病院の受診を断られた事例など様々な場面で職員に対する風評被害があった。家族内においても「絶対に近づかないで」と言われた事例や、「別室にいなさい」と隔離された事例、帰省を断られた事例などもあった。

- ・看取り

看取りについては、前例のない対応であったため苦慮していた。死後の処置方法や死後の面会、受け入れてもらえる葬儀社が見つからないなど現場は混乱していた。また看取り時に顔を見ることなく死亡退院となった患者に対し、家族の理解は得られたが、職員は申し訳ない気持ちになり苦悩したと回答した施設があった。また、納棺前に患者家族に個人防護具を装着してもらい面会できるよう対応した施設もあった。

- ・意思決定

未知のウイルスに不安や恐怖を抱え、様々な思いが渦巻く中でベクトルを合わせ一つの方向に意思統一していくことが大変だっ

たと多くの管理者が回答した。また、病院としての考えや方針を伝えることは理解を得ることは重責であったと回答した施設もあった。人員配置や病床の閉鎖など新型コロナ対応のために判断した決断が本当に正しかったのか、今でも悩んでいるとの回答もあった。

### D. 考察

新型コロナウイルス感染症の感染拡大初期 2020年2月から2020年6月頃において、医療機関の医師をはじめとした医療職の業務量や役割分担、労働実態の変化に関して、18の医療機関へのヒアリングを実施した。その結果から、新型コロナウイルス感染症拡大の第1波においては、①新型コロナ対応施設—非対応施設間、②対応部署—非対応部署間、③対応職者—非対応職者間、の3種類の組み合わせ内における「ばらつき」の存在が浮き彫りとなった。未知の新興感染症に対して各医療機関が、その医療機能の使命と役割を全うすべく様々な取組みやチャレンジを進めた結果、それぞれの組み合わせ内で「ばらつき」が生じたと考えられる。3種類の関係性の中で様々な課題が生じ、各課題へのアプローチ方法も多様であることが新型コロナウイルス感染症へのマネジメントの難易度を上げていることが想像される。全ての医療施設、全ての部署、全ての職種に対し画一的かつ均一的な対処法や解決法を見出すことは難しく、それぞれの現場・現物・現実の「三現主義」に基づいた丁寧なマネジメントの必要性があらためて見出された。

本研究では18の医療機関から得られた現場のリアルな声を通じて、3種類の組み合わせ間のばらつきを労働環境、働き方改革、組織マネジメント等の複数視点から考察する。

まず、新型コロナ対応施設と非対応施設で

は労働密度や働き方にばらつきがあることが明らかとなった。また、新型コロナ対応施設の中でも、患者重症度、患者受け入れ時期、受け入れ患者数、準備病床数の違いによる新型コロナ対応部署－非部署間で労働密度や働き方のばらつきがみられた。さらに職種間・職種内でのばらつきも存在し、一つの医療機関を見ても、組織内の労働密度や忙しさ、心身的負担感等はモザイク状であり、画一的なマネジメントの限界が見いだされた。

新型コロナ対応施設での取り組みと課題を中心に考察を述べていく。

#### ・診療体制

新型コロナ対応施設においては、新型コロナ患者の受け入れ体制を構築するため、対策本部や対応チームの立ち上げ、発熱外来等や新型コロナ受け入れ病棟等の設置など、多くの新しく複雑度が高い業務が発生していた。また、受け入れ患者数や準備病床数が多い施設は、大きく診療制限を行わざるを得ず、予約変更や患者説明など、診療抑制に伴う様々な追加業務が発生していた。診療体制の構築や運営では特に事務職の業務が増加していた。また看護部門においては、新型コロナ対応病床の人員確保のため多くの看護師の異動が発生しており、人員調整に関連した様々な業務が発生していた。

病床確保のために実施した診療抑制による経営的ダメージは大きく、経営層は経営基盤を棄損する可能性を包含した意思決定に迫られた。有限の医療資源での未曾有の疾患へ対応する体制づくりには、限られた時間と情報の中での各職種の業務配分の定量的分析や職員モチベーションの維持等の様々な視点に基づいた高度な経営判断が必要とされていた。既存資源を最大限に活用する診療体制の迅速な整備の巧拙が新型コロナ対応

施設のあり方自体を決定づける因子と言っても過言ではないと考えられる。迅速かつ大胆な経営判断ができるよう国や自治体からの情報提供や資金援助が望まれていた。

#### ・意思決定とガバナンス強化

病院長をはじめとした病院執行部や管理職は、新型コロナ患者の受け入れのための診療抑制や診療の中止、通常診療の継続の検討といった診療体制の確立のための検討や意思決定に多くの時間を費やしていた。また、職員の不安軽減や新型コロナ患者を受け入れることへの理解、一丸となって対応する意識の統一のため、現場へ足を運ぶなど様々な方法でメッセージを発信しガバナンス強化に力を入れていた。ガバナンス強化と頻回な情報発信は今回のような危機時に組織が機能するために必要不可欠な要素であったと考えられた。多くの医療機関では新型コロナ対応のための会議体（本部会議等）を設け、情報収集と意思決定の効率化を図っており、危機時のガバナンス体制の強化に動いていた。その頻度や構成メンバーは置かれた状況や既存資源によって様々であるものの、いずれの会議体は危機時のガバナンス機能として院内 headquarters 化していたと考える。不安と焦燥が渦巻く危機時には情報の一元管理と迅速かつ適切な院内への情報発信が不可欠であり、各医療機関はその点を十分に理解したうえでガバナンス強化を図っていた。一方、非対応病院では、対応病院ほどではないものの、万が一に備えての会議体の設置や情報発信の強化等に動いており、新興感染症の危機感浸透は非対応病院の運営にまで到達していたと言える。

#### ・感染症対策と診療の集中

新型コロナ対応施設においては、情報収集

や対応マニュアルの作成、現場の感染対策の実施、職員の教育訓練など、患者の治療を同時に行いながら、短期間に多くの追加業務が発生していた。特に、ダイヤモンドプリンセス号の患者など早期の段階から新型コロナ患者受け入れた施設においてはそれらが顕著であった。感染症専門医が少ないため対応する人員が限られており、職員個人の使命感や義務感、自己犠牲により支えられていた実態と言っても過言ではない。危機時には、同時多発的に新業務や追加業務が発生することが判明し、平時から如何に備えておくことが重要であるかが浮き彫りになった。同時多発的に発生する業務に対処するには、物理的な人員確保のみならず、個々の人員の専門性や技量、モチベーション等にも配慮が必要であり、それを怠ると長期的には担当人員の疲弊につながり院内全体のパフォーマンス低下につながる事態が想定された。

#### ・タスクシェア・タスクシフト

新型コロナ対応施設では、どの部門でも診療体制の確立や感染症対策など様々な新業務が発生しており、経営層からのトップダウンによる指示あるいは自然発生的にタスクシェア・シフトが行われていた。硬直的な業務命令ではなく、現場へのある程度の権限委譲を前提とした職員同士の助け合いの精神、自分がやらなければという使命感、疲弊した職種を労わる支え合いのチーム医療等で、第一波を乗り切っていたと考えられた。個人防護具等の医療物資不足、清掃等の外部業者が手を引く状況の中で、清掃やごみ捨て、服薬指導など、通常なら当該職種が担う業務が行えない状況であったため、非当該職種が実施する「逆タスクシフト」が多発していた。ただし、清掃業務等の外部委託業務については通常通り業務を実施できていた施設もあっ

たことから、早期からの外部委託業者への感染症対策の教育の実施などが影響していたと考えられ、平時から危機に備えた外部業者との連携も重要な視点と指摘しておきたい。

#### ・職員の不安とメンタルヘルス

新型コロナ対応施設において、多くの職員が未知の感染症に対する情報不足から来る恐怖、自らの感染あるいは家族に感染させてしまうかもしれないという不安を抱えていた。多くの対応施設では、早期段階からメンタルサポートチームを新たに立ち上げるなど、職員の不安に寄り添い対応を行っていた。特に直接新型コロナ患者に対応する看護師は、個人防護具を装着したままの状態ですぐに汗だくになりながら長時間病室内に滞在せざるを得ず、過酷な労働環境の中での身体的疲労や感染源に近づくことへの不安や恐怖などを抱えながら業務を行っており、長期的なメンタルサポートが必要と考えられた。

#### ・労働時間等の適切な管理

複数施設において労働時間の適切な管理を実施しておらず、管理している施設においても、紙運用のためリアルタイムに労働時間や面接対象となる職員の把握が行えない状況の施設が複数あった。今回の新型コロナ感染症に限らず新興感染症や災害発生時などは過酷な労働環境となることが予測されるため、普段から労務管理を確実に実施し、危機時は過重労働が生まれやすい状況であることを再認識したうえで労務管理体制をさらに厳重にすることが急務であると考えられた。特に、最前線で業務に従事する職員に対する労務時間管理は、代替人員の確保、シフト制・チーム制の検討材料となり得るため、厳正かつ正確な把握がより一層求められる。

#### ・ICTの活用や通常業務の効率化

新型コロナ対応施設において、対策本部の設立、会議の開催、施設設備の整備、必要物品の手配、行政への各種届出や報告書作成など事務部門の業務量が大きく増加していた。多くの施設が通常業務の効率化の必要性を感じていたものの、業務量削減や効率化を検討する時間がそもそも平時において捻出することができない施設が多い状況であった。また、医療職は今回の新型コロナ対応を経験し、平時の業務の効率化や働き方を考えるきっかけとなり、実際に空いた時間で業務改善を模索した職種も現れていた。危機発生時に急激な改善は困難であることを痛感したことで、いずれの職種においても危機時を想定した平時の業務見直しや改善に取り組むべきことが明らかとなった。働き方改革の視点だけでなく新たな危機に備えるための積極的な ICT 活用を視野に入れた通常業務の効率化が益々必要とされている。

- ・事業継続計画（BCP）の策定と訓練

災害医療訓練を実施している施設は多いものの、感染症に関する訓練やマニュアルの整備、BCP 策定が未実施または不十分な施設が多かった。特に感染症指定病院でない施設において顕著であった。また、訓練を実施している施設においても、一部人員による訓練あるいは机上訓練であったため今回の対応に十分に生かされなかった施設もあった。以上より、新興感染症を視野に入れた BCP の策定、それに基づく継続的かつ反復した実地訓練、いずれの階層にも届く職員教育の徹底、必要物品の確保と補充ロジスティクスの拡充等の必要性が再認識された。

- ・地域連携体制の強化

新型コロナ対応施設からの転院拒否・PCR 検査要請など受け入れ施設側の動きから地

域連携に変化が起こり、新型コロナ対応施設の在院日数延長、退院調整業務や PCR 検査にかかる業務増加などの影響が表出していた。新型コロナ対応施設と非対応施設の情報格差、非対応施設の感染症専門医や感染管理認定看護師の不在といった診療体制の脆弱さ、地域における情報共有不足、非対応施設側の風評被害への危惧や職員からの反発等が地域連携体制の変化要因として想定された。新型コロナ対応施設の感染症専門医や感染管理認定看護師などにより、地域の非対応施設への情報発信、マニュアル共有、感染対策教育などが実施されていたものの、当該地域全体に十分に波及していたとは考えられず、平時から地域全体での感染症対策への取り組みが重要であり、それこそが危機時の地域連携の円滑な継続に必要と考えられた。

一方、地域連携が平時より十分に機能し、感染症専門家がある程度拡充していた地域では、患者受け入れ情報の共有、人員の派遣等が行われ、新型コロナ患者の受け入れがスムーズに実施できていた。さらに、自治体や保健所の指示系統が十分に機能した地域では、情報共有や地域連携体制の維持がスムーズであり、平時より自治体との情報共有システムの構築や人員派遣機能の整備、物品関連の融通等を通して、単なる患者のやり取りだけでない、情報連携・人員連携・物品連携の新たな地域医療連携の形を推進しておくことが重要であると考えられた。

- ・診療科間または部門間の労働濃度の差異

近年の医療の専門特化の傾向、サブスペシャリティの進展等の影響から、感染症科、救命救急科、総合診療科などの一部の診療科や部門に業務が集中する結果となっていた。当初は一部の診療科は夜間休日を問わず業務に当たるなど過重労働となっており、著しく

過酷な労働環境にあった。新型コロナ対応が慣れてきた頃には、院内調整機能が働きある程度の診療科や部門のサポートが生じてきた。一部の診療科では、新型コロナ対応のサポートへの拒否傾向が垣間見られ、医療職の姿勢や取り組み態度が様々であり、未知の感染症に対する不安や恐怖等の心的負担が職員行動に大きく影響したと考えられる。

#### ・院内組織の機能や役割の明確化

文献検索やマニュアル作成、自治体や他医療機関とのやり取り、報告書の作成など様々な業務が一部の部門や職種に集中することを避けるため、ワーキンググループの立ち上げや既存の DMAT を活用した施設は評価すべきであろう。情報収集、医薬品や医療物資の調達、自治体や保健所とのやり取りなどでロジスティクス機能を発揮し、スムーズな受け入れ態勢の構築や一部の部門への業務の負担軽減に効果的に機能していたと言える。危機対応では個または一部への負担増を早期から避けるべく、チームを構築し、種々の新業務や複雑化した業務に対する役割の明確化や組織横断的な分担が必要と考えられた。ただし、対応できる職種や個人はある程度のスキルや知識・経験を有しているという所与の条件があるがゆえに業務が集中するため、組織横断型の新チームが全ての負担分担ができるかどうかは判断が難しいと考える。

#### ・スペシャリストとジェネラリストの協働

新型コロナ対応施設では、スペシャリストとジェネラリストの協働が重要であるとの声が数多くあり、特に、今回のように多くの患者の治療を同時に行うためには、少数のスペシャリストだけでは対応できず、サポート的に全身を診ることができるジェネラリス

トと協働が不可欠であった。専門性が高い特殊分野はスペシャリストが受け持ち、それ以外はスペシャリスト以外の人員で受け持つ体制づくりの必要性が今後も高まっていくと考えられる。また、医師だけでなく看護師やその他の職種も専門分化が進んでいるため、専門性を持ちつつも幅広く対応できるジェネラリスト的側面を有する人材育成を行う必要があるのではないかと考える。また、平時からタスクシェア・シフトやジョブローテーションなどによる幅広い守備範囲を有する人材の育成を進めていた施設においては、危機時でもこれまでの取り組みがうまく機能し業務継続に寄与していた。日頃から、過度に専門特化に誘導するのではなく、ジェネラリスト的人材育成の視点を有することが、タスクシフト・シェアの推進を加速し、組織内での助け合う風土の醸成に発展するのではないかと考える。業務の可視化とマニュアルの整備、責任の明確化や職種間のルール整備等は当然ながら、組織的に意図的にタスクシェア・シフトが推進する人材育成の機運を高めていく必要があると考えられた。

## E. 結論

新型コロナウイルス感染症への対応の実態を踏まえた医師の働き方やタスクシェア・シフトの実態について 18 施設へヒアリングを実施した。今回の危機では、①新型コロナ対応施設－非対応施設間、②対応部署－非対応部署間、③対応者－非対応者間、の 3 種類の組み合わせ内における「ばらつき」の存在が浮き彫りとなり、それぞれの視点で働き方に大きな影響が出ていた。第一波においては、国や自治体の情報や支援が不足する中で、各医療機関が自発的かつ自律的に判断を行い、受け入れ態勢を模索・構築しており、また最

前線の現場においては新型コロナ対応を行った職員の使命感や自己犠牲を伴う過重労働によって支えられていた点も否めない。また体制整備や運営を支える事務職の活躍があったことも忘れてはならない。

第一波自体が短期間で収束したことと各医療機関の弛まぬ努力により医療崩壊を防ぐことができたが、新型コロナ対応が長期化や新たな別の健康危機の発生に備え、平時から組織的な対策を講じておく必要がある。コロナ禍を経験したことで、平時の業務や働き方・休み方を考える機会を得て、今後継続的に業務の効率化やIT化の推進、タスクシェア・シフトを進めていく重要性を再確認した。これらは現場の努力のみ、また医療機関単独で達成することは難しく、国や自治体、各関係学会の支援が不可欠と考える。各医療機関や医療職個々の努力を後押しするような、行政の支援や国や自治体の更なる政策の検討が求められるのではないかと考える。

## **F. 研究発表**

該当無し

## **G. 知的財産権の出願・登録状況**

該当無し

## 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）がもたらした 研修医・専攻医への影響

研究分担者	福井次矢	聖路加国際大学	聖路加国際病院	院長
研究協力者	高橋 理	聖路加国際大学	公衆衛生大学院	教授
	大出幸子	聖路加国際大学	公衆衛生大学院	教授
	森田貴子	聖路加国際大学	公衆衛生大学院	
	室谷佐紀	聖路加国際大学	公衆衛生大学院	

### 研究要旨：

本研究は、新型コロナウイルス感染症の拡大が、研修医及び専攻医にどのような影響を及ぼしたのかを明らかにすることを目的として行った。調査会社が保有する医師調査パネルのうち、卒後1年次～5年次の医師（研修医および専攻医）を対象に、WEB調査を実施した。今般のCOVID-19のために、研修が達成できなかつたと答えた研修医が29.2%、専攻医が18.2%おり、達成できなかつた研修内容としては、地域医療への参加、小児科患者への対応、抜管・挿管・気管切開等の処置への参加、剖検などが挙げられた。ストレスから病院を辞めたいと思ったことがある、あるいはまさに今思っていると答えた医師が37.9%もおり、辞めたいと思うかどうかについて、院内のメンタルサポート体制の有無と強い関連性があり、メンタルサポートの体制整備の重要性を示した。

### A. 研究目的

現在、医師の働き方改革や医師偏在対策等の医療提供体制改革の議論が行われている。今般の新型コロナウイルス感染症への対応において、特定の診療科の医師に過大な負担が強いられたことなどを踏まえ、パンデミックや自然災害等の危機発生時に、地域や医療機関において柔軟に対応ができる総合診療専門医の役割や養成の重要性が再認識されている。

本研究は、新型コロナウイルス感染症の拡大が、研修医及び専攻医にどのような影響を及ぼしたのかを明らかにすることを目的として行った。

本研究の結果は、将来経験するかもしれない新型コロナウイルス感染症以外の感染症についても、研修医および専攻医が直面する課題と対応策の提言に繋がるものであり、レジリエンスの高い臨床研修体制の構築に寄与するものと考えられる。

### B. 研究方法

調査会社（株式会社プラメドプラス）が保有する医師調査パネルのうち、卒後1年次～5年次の医師（研修医および専攻医）を対象に、調査票（別紙1）を用いて、WEB調査を実施した。

研究実施に先立ち、聖路加国際大学研究審

査委員会で承認を得て、WEB画面上で説明文書（別紙2）を用いて、対象医師に研究の説明を行い、文書で同意を得た。

### C. 研究結果

作成した調査票を別紙1に示す。

2021年3月時点で調査会社（株式会社プラメドプラス）が保有する医師調査パネルのうち、卒後1年次～5年次医師（研修医および専攻医）880名に調査の依頼メールを配信し、354名から調査に参加する旨の回答を得、調査票への回答を得た（回答率40.2%）。

回答結果を別紙3に示す。

回答が得られた研修医あるいは専攻医354名のうち性別では男性が279名（78.8%）、年齢分布では、30歳以下が296名（83.6%）であった。卒業年次の内訳（カッコ内は、各年次ごとの回答率）は、1年次研修医93名（37.2%）、2年次研修医85名（42.5%）、1年次専攻医69名（46.0%）、2年次専攻医51名（34.0%）、3年次専攻医56名（43.1%）であった。

医師が所属する病院の所在地は、東京23区が13.0%、その他政令指定都市が28.5%、政令都市を除く人口20万人以上の中核都市が26%、上記以外の市町村が32.4%であった。

回答者のうち、所属病院がCOVID-19患者（発熱外来での疑いケースを含む）を受けて入っていた病院は95.8%であり、ほとんどの回答者の所属先では、COVID-19患者を受けて入っていた。一方、自身がCOVID-19患者の診療に従事していたかどうかについては、診療・後方支援に従事していたと回答した医師が76.8%で、1か月で

平均8.7名（疑いケースを含む）に対応していた。病院の所在地が東京23区、その他政令指定都市、政令都市を除く人口20万人以上の中核都市の場合を都市部、それ以外を地方とした場合、都市部と地方との間でCOVID-19患者に従事した医師の割合に有意な差はなかった。

また、COVID-19拡大後（2020年2月以降）、配属されている診療科を超えた他科への応援業務を行ったかどうかについて、全体の123名（34.7%）が行った、または行っていると回答した。そして、地域に所属する医師に比べて都市部に所属する医師のほうが、診療科を超えた他科への応援業務を行っていた割合が高かった（ $p=0.033$ ）。応援業務を行った123名のうち、応援業務を実施した時期は、第一波の2020年2月～5月が41.5%、第二波の2020年6月～10月が53.7%、第三波の2020年11月～2021年3月が63.4%と増加傾向であった。

COVID-19に関するトレーニング・講義テーマのうち、半数以上の医師が受けたのは予防目的のガイドラインあるいは対策マニュアル（76.0%）、予防治護服の着脱方法トレーニング（54.5%）、診療ガイドライン（54.2%）であった。PCR検査の検体採取方法（34.5%）、ゾーニングの概念の講義（29.4%）、感染物の取り扱い方法（28.2%）等の割合は、比較的低い値を示した。

COVID-19のために、研修が達成できなかった（少し達成できなかった、まったく達成できなかった）と答えた研修医が29.2%（28.1%、1.1%）、専攻医が18.2%（15.9%、2.3%）いた。達成できなかった研修内容のうち最も多かった者は、地域医療への参加（23.7%）、小児科患者への対

応 (22.3%)、抜管・挿管・気管切開等の処置への参加 (21.2%)、剖検 (20.9%) などであった。

COVID-19 の拡大前と比べて、拡大中の業務ごと (直接患者ケア、非直接患者ケア、教育、研究、事務業務、プライベート、その他) に費やす時間には有意な変化はなかったものの、教育を受ける時間が減ったと答えた研修医が 55.6%、専攻医が 46.6% と比較的多かった。

今般の COVID-19 拡大に直面し、改めて公衆衛生に関心・興味を持つようになった医師が 52.0% いた。もともと公衆衛生に興味があった 15.8% を加えると、現在研修中の研修医・専攻医の 67.8% もの医師が公衆衛生に興味を持っていることになる。

今般の COVID-19 拡大を経験して、そのストレスから病院を辞めたいと思ったことがある、あるいはまさに今思っていると答えた医師が 37.9% (研修医 29.8%、専攻医 46.1%) いて、所属先にメンタルサポートの相談窓口があるかどうかについては、あると回答した者は 183 名 (51.7%) であった。

メンタルサポートの体制が整っていない、あるいは整っているかどうか不明と答えた医師で明らかにその割合が高かった (病院を辞めたいと時々思う、まさに今思っていると回答した医師は、「メンタルサポートの体制が整っている」のうち 19.7%、「メンタルサポートの体制が整っていない」のうち 47.2%、「整っているかどうか不明」のうち 26.3%)。

病院を辞めたいと時々思う、まさに今思っている群とそれ以外の群をアウトカムとし、多変量ロジスティック回帰分析を実施した

ところ、卒後年数が上昇するにつれて、調整済みオッズ比は上昇傾向を示し、1年次研修医に比べて、3年次専攻医は調整済みオッズ比 2.81 (1.10-7.19) 倍で病院を辞めたいと考えており、また、COVID-19 患者の対応に従事している医師は、そうでない医師に比べて、調整済みオッズ比 2.31 (1.18-4.53) 倍で病院を辞めたいと考えていた。さらに所属先でのメンタルサポートの相談窓口があると回答した群をリファレンスとするとき、相談窓口があるかどうかわからないと回答した者は 1.50 (0.84-2.69) 倍、相談窓口がないと回答した者は 3.61 (1.80-7.24) 倍、病院を辞めたいと回答していた。

#### D. 考察

今般の COVID-19 のために、研修が達成できなかったと答えた研修医が 29.2%、専攻医が 18.2% いて、達成できなかった研修内容のうち最も多かったものは、地域医療への参加 (23.7%)、小児科患者への対応 (22.3%)、抜管・挿管・気管切開等の処置への参加 (21.2%)、剖検 (20.9%) などであった。

これらの数値は明らかに高い。これまでに、2年間の研修を修了する直前の2年次研修医を対象として、研修成果等について調べた、厚生労働省医政局医事課による膨大な調査結果があることから、それらとの比較分析を行う予定である。

COVID-19 の拡大前と比べて、拡大中の業務ごと (直接患者ケア、非直接患者ケア、教育、研究、事務業務、プライベート、その他) に費やす時間には有意な変化はなかったものの、教育を受ける時間が減ったと答えた研修医が 55.6%、専攻医が 46.6% と、

明らかに多かった。

今般の COVID-19 拡大に直面し、改めて公衆衛生に関心・興味を持つようになった医師が 52.0%いて、もともと公衆衛生に興味があった 15.8%を加えると、若い医師の 67.8%が公衆衛生に興味を持っていることになる。この機会を逃すことなく、公衆衛生学の学識を多くの医師に備えてもらうべく、近い将来医学部、あるいは医学研究科における公衆衛生学教育カリキュラムの改善・拡大が必要になる可能性がある。今般の COVID-19 拡大を経験して、そのストレスから病院を辞めたいと思ったことがある、あるいはまさに今思っていると答えた医師が 37.9%（研修医 29.8%、専攻医 46.1%）もいて、メンタルサポートの体制が整っていない、あるいは整っているかどうか不明と答えた医師でその割合が明らかに高いことは重要な知見であり、改めて、メンタルサポートの体制整備の重要性を示すものである。

## E. 結論

医師調査パネルを用いて、卒後 1 年次～5 年次の医師（研修医、専攻医）を対象に、今般の COVID-19 拡大の臨床研修にもたらした影響について、質問紙票を用いた調査を行った。

今般の COVID-19 のために、研修が達成できなかったと答えた研修医が 29.2%、専攻医が 18.2%いて、達成できなかった研修内容のうち最も多かったものは、地域医療への参加（23.7%）、小児科患者への対応（22.3%）、抜管・挿管・気管切開等の処置への参加（21.2%）、剖検（20.9%）などであった。業務内容では、教育を受ける時間

が減ったと答えた研修医が 55.6%、専攻医が 46.6%と、明らかに多かった。

今般の COVID-19 拡大に直面し、公衆衛生に関心・興味を持つようになった医師が 52.0%いて、もともと公衆衛生に興味があった 15.8%を加えると、若い医師の 67.8%が公衆衛生に興味を持っていることになり、今後の公衆衛生学教育の改善拡張が必要となろう。

また、今般の COVID-19 拡大を経験して、そのストレスから病院を辞めたいと思ったことがある、あるいはまさに今思っていると答えた医師が 37.9%もいて、メンタルサポートの体制整備の重要性を改めて示すものである。

## F. 健康危険情報

該当なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

該当なし

### 2. 学会発表

該当なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

該当なし

### 2. 実用新案登録

該当なし

### 3. その他

該当なし

# 新型コロナウイルス感染症(COVID-19) がもたらした研修医・専攻医への影響

◎あなたの基本的情報について教えてください。

年齢	24-25 / 26-30 / 31-35 / 36-40 / 41-45 / 46 以上
性別	1 男性 02 女性
卒後年数	卒後（ ）年目
研修年次	1 研修医 1 年目 2 研修医 2 年目 3 専攻医 1 年目 4 専攻医 2 年目 5 専攻医 3 年目
所属先の病院の所在地	○東京 23 区  ○政令指定都市 [札幌市、仙台市、横浜市、川崎市、さいたま市、千葉市、相模原市、新潟市、名古屋市、浜松市、静岡市、大阪市、神戸市、京都市、堺市、広島市、岡山市、福岡市、北九州市、熊本市]  ○中核市（政令指定都市を除く人口 20 万以上の市） [旭川市、函館市、いわき市、郡山市、秋田市、盛岡市、福島市、青森市、山形市、八戸市、船橋市、川口市、八王子市、宇都宮市、柏市、横須賀市、高崎市、川越市、前橋市、越谷市、水戸市、甲府市、金沢市、富山市、福井市、豊田市、岐阜市、岡

	<p>崎市、長野市、豊橋市、姫路市、東大阪市、西宮市、尼崎市、枚方市、豊中市、吹田市、和歌山市、奈良市、高槻市、大津市、明石市、八尾市、寝屋川市、倉敷市、福山市、下関市、呉市、松江市、鳥取市、松山市、高松市、高知市、鹿児島市、大分市、長崎市、宮崎市、久留米市、佐世保市、那覇市]</p> <p>○上記以外の市</p> <p>○町または村</p>
所属先の病院の種類	<p>1 大学病院</p> <p>2 大学病院以外</p>
所属先の病院の病床数	<p>1 100 床未満</p> <p>2 100 床以上 300 床未満</p> <p>3 300 床以上 500 床未満</p> <p>4 500 床以上 700 床未満</p> <p>5 700 床以上 900 床未満</p> <p>6 900 床以上</p>
所属病院における同期研修医数あるいは専攻医数	( ) 人
一週間における平均的な勤務時間	( ) 時間/週
一日における平均的な睡眠時間	( ) 時間/日
ひと月における休日日数	( ) 日/月

## ◎COVID-19 感染拡大による対応策や患者対応の詳細について伺います

**問1** あなたがご所属の医療機関では、COVID-19 患者（発熱外来での疑いケースを含む）を受け入れていますか？

1. はい
2. いいえ

**問2** あなた自身、COVID-19 患者（発熱外来での疑いケースを含む）の診療・後方支援に携わりましたか。

\* 後方支援とは、軽症者療養ホテルでの勤務、保健所の応援、院内のガイドライン作成などを含む

3. はい （→問 2 以降へ）
4. いいえ （→問 5 以降へ）

**問3** 直近 1 カ月で対応した COVID-19 患者数（発熱外来での疑いケースを含む）を教えてください。

おおよそ（ ）人／月

**問4** あなたが COVID-19 患者（発熱外来での疑いケースを含む）への対応を行ったのは、所属先の病院ですか、それともその他の医療機関（外勤や出向など）ですか。

1. 所属先で対応した
2. その他の医療機関で対応した
3. どちらでも対応した
4. その他（ ）

**問5** COVID-19 患者（発熱外来での疑いケースを含む）にあなた自身が対応した具体的な内容について、該当するものを下記より全て選んでください。

1. 一般外来での対応
2. 一般病棟での対応
3. 集中治療室での対応
4. 救急外来での対応
5. PCR 検査などの検体採取
6. 当直での入院患者対応
7. 往診・訪問診療での対応
8. その他（ ）

**問6** あなたが配属されている診療科を超えた他科への応援業務を行いましたか。

1. 応援業務を行った（行っている） （→問 6 以降へ）
2. 応援業務を行わなかった （→問 7 へ）

**問7** あなたがこれまでに応援業務を行った時期を教えてください。（複数可）

1. 2020年2月から5月
2. 2020年6月から10月
3. 2020年11月から現在

**問8** COVID-19患者への対応で困ったことはありましたか。

1. ない
2. ある（具体的に：                    ）

**問9** 所属先の病院で COVID-19 に関する資料の存在やトレーニング・講義が提供されていますか。（複数回答可）

\* ゾーニングとは、清潔な区域（清潔区域）とウイルスによって汚染されている区域（汚染区域）を区分けすること（厚生労働省 新型コロナウイルス感染症対策推進本部 宿泊療養における感染対策（非医療従事者向け）より）

1. 職員を対象とした COVID-19 予防目的のガイドラインあるいは対策マニュアル
2. COVID-19 に感染した（疑いも含む）患者の診療ガイドライン
3. 感染予防防護服の着脱方法のトレーニング
4. PCR 検査の検体採取方法のトレーニング
5. ゾーニングの概念の講義
6. 感染物の取り扱い方法の講義
7. いずれもなし

**問10** 上記以外で、受講が必要と思ったトレーニングはありますか。

1. なし
2. あり（具体的に：            ）

**問11** COVID-19 の対応に関する下記のトレーニングあるいは講義について、受講の習得状況それぞれお答えください。

（問8で、選択された項目を表示）

トレーニング	受講の習得状況
感染予防防護服の着脱方法	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 十分に習得できた</li> <li>2. おおむね習得できた</li> <li>3. あまり習得できなかった</li> <li>4. まったく習得できなかった</li> </ol>
PCR 検査の検体採取方法	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 十分に習得できた</li> <li>2. おおむね習得できた</li> <li>3. あまり習得できなかった</li> </ol>

	4. まったく習得できなかった
ゾーニングの概念	1. 十分に習得できた 2. おおむね習得できた 3. あまり習得できなかった 4. まったく習得できなかった
感染物の取り扱い方法	1. 十分に習得できた 2. おおむね習得できた 3. あまり習得できなかった 4. まったく習得できなかった

**問12** 受講したトレーニング方法を選択してください（複数回答可）

（問8で、選択された項目を表示）

	対面での講義によるトレーニング	シミュレーションによるトレーニング	ビデオやオンラインでの受講	本やマニュアルの提供	その他
感染予防防護服の着脱方法					
PCR検査の検体採取方法					
ゾーニングの概念					
感染物の取り扱い方法					

**問13** COVID-19の対応に関する下記のトレーニングあるいは講義について、受講しなかった理由について、それぞれお答えください。

（問8で、選択されなかった項目を表示）

トレーニング	受講しなかった理由
感染予防防護服の着脱方法	1. すでに習得している内容だった 2. 多忙のため受講できなかった 3. 提供されなかった

	4. その他（ ）
PCR 検査の検体採取方法	1. すでに習得している内容だった 2. 多忙のため受講できなかった 3. 提供されなかった 4. その他（ ）
ゾーニングの概念	1. すでに習得している内容だった 2. 多忙のため受講できなかった 3. 提供されなかった 4. その他（ ）
感染物の取り扱い方法	1. すでに習得している内容だった 2. 多忙のため受講できなかった 3. 提供されなかった 4. その他（ ）

## ◎COVID-19 の感染拡大による研修への影響について伺います

**問14** 今年度、必須であった研修内容の達成度をお聞きます。

1. とても達成できた
2. 達成できた
3. 少し達成できなかった
4. 全く達成できなかった

**問15** 達成できなかったと思う研修内容を選択してください。（複数回答可）

1. 手術への参加
2. 内視鏡検査・カテーテル検査等の侵襲的処置への参加
3. 外傷患者への対応
4. 発熱・肺炎患者への初期対応
5. 小児科患者への対応
6. 抜管・挿管・気管切開等の処置への参加
7. 外来勤務
8. 地域医療への参加
9. 剖検
10. その他（ ）

**問16** COVID-19 の感染拡大前の業務について伺います。平均的な一日としての業務の割合について、全体を 100 のスケールとして以下の a～g の 7 項目で示してください。

\* COVID-19 の感染拡大前に臨床研修をされていなかった方は、f.プライベートを 100 としてください。

- a. 直接的な患者ケア（例：手術、内視鏡、挿管、外来診療、地域医療、剖検、患者・家族への IC、検査、問診、カウンセリングなど）
- b. 非直接的な患者ケア（例:検査結果の確認、専門医・上級医へのコンサルタント、カルテ記載、患者に関するスケジューリングなど）
- c. 教育（例：勉強会の準備や参加、カンファレンス、自己研鑽）
- d. 研究
- e. 患者ケアに関与しない事務業務（例：委員会活動、事務作業、病院運営に関連する業務）
- f. プライベート
- g. その他

--	--

**問17** 現在の業務量について伺います。上記質問と同様に、ある平均的な一日の業務の割合について、全体を 100 のスケールとして上記 a～g の 7 項目で示してください。

--	--

**問18** 下記の業務内容の達成度について、該当する選択肢をお選びください。

直接的な患者ケア（例：手術、内視鏡、挿管、外来診療、地域医療、剖検、患者・家族への IC、検査、問診、カウンセリングなど）	非直接的な患者ケア（例:検査結果の確認、専門医・上級医へのコンサルタント、カルテ記載、患者に関するスケジューリングなど）
1 指導医の直接監督下で遂行可能	1 指導医の直接監督下で遂行可能
2 指導医がすぐに対応できる状況下で遂行可能	2 指導医がすぐに対応できる状況下で遂行可能
3 ほぼ単独で遂行可能	3 ほぼ単独で遂行可能
4 後進を指導できる	4 後進を指導できる

問 18 下記の項目の増減について、該当する選択肢をお選びください。

教育（例：勉強会の準備や参加、カンファレンス、自己研鑽）	研究に費やす時間	患者ケアに関与しない事務業務（例：委員会活動、事務作業、病院運営に関連する業務）
1. 増えた	1. 増えた	1. 増えた
2. 減った	2. 減った	2. 減った
3. 変わらない	3. 変わらない	3. 変わらない
4. 該当せず（もともと行っていない）	4. 該当せず（もともと行っていない）	4. 該当せず（もともと行っていない）

問19 COVID-19により指導医とのコミュニケーションにどのような影響がありましたか。

1. 増えた
2. 減った
3. 変わらない

## ◎各業務の具体的な変化について教えてください

問20 休憩時間についてお伺いします。1年前（COVID-19感染拡大前）と現在とで、休憩時間に変化はありましたか。

1. 増えた
2. 減った
3. 変わらない

## ◎感染症や公衆衛生への関心・興味の変化について伺います

問21. 今回の COVID-19 パンデミックに直面し、改めて感染拡大後、公衆衛生に関心・興味を持つようになりましたか。

1. はい

2. もともと公衆衛生に興味があった
3. いいえ

問22. ◎所属先にメンタルサポートしてくれる相談窓口はありますか。

01. はい
02. いいえ
3. わからない

問23. COVID-19 感染拡大によって、収入などに経済的な影響がありましたか。

1. 増えた
2. 減った
3. 変わらない

問24. COVID-19 患者への対応のストレスから、病院を辞めたいと思ったことがありましたか。

1. 思ったことはない
2. 一度だけ思ったことがある
3. 時々思う
4. まさに今思っている

問25. 所属病院に対する信頼度を 100%のうち何%程度か教えて下さい。(スケール)



# 研究説明書

研究課題名「新型コロナウイルス感染がもたらした研修医、専攻医への影響」

現在、医師の働き方改革や医師偏在対策等の医療提供体制の改革の議論が行われていますが、今般の新型コロナウイルス感染症への対応において、特定の診療科の医師に過大な負担が強いられたことなどを踏まえ、パンデミックや自然災害等の危機発生時に、地域や医療機関において状況に応じて柔軟な対応ができるような総合診療専門医の役割や教育の重要性が再認識されています。新型コロナウイルスの感染拡大によって、臨床現場において研修中の初期臨床研修医及び専攻医対象の臨床研修にどのような影響があったかを把握することを目的とした実態調査を行います。本研究への参加は自由意思に基づき、参加されない場合においても不利益な扱いを受けることはありません。本研究の実施にあたっては、聖路加国際大学研究倫理審査委員会の承認を得たうえで、学長の許可を受けています。

研究調査期間：各施設の研究審査承認日～2022年3月31日

(データ収集は、2021年3月を予定)

## ① 研究の目的

研究の目的は、臨床現場において研修中の初期臨床研修医および専攻医を対象に、新型コロナウイルス感染拡大によって、臨床研修にどのような影響があったかを明らかにすることです。

## ② 研究の対象

- 1) 国内外の医学部を卒業してから1年～5年の若手医師
- 2) プラメド（委託先の調査機関）の調査パネルとして登録している者

## ③ 調査方法

WEBを用いた調査を行います（横断研究）。

委託先の調査機関が保有する医師調査パネルの中で、卒後1年から5年の若手医師に限って研究参加を募り、研究参加を表明したパネルに対して、自宅などのコンピューターやスマートフォンから用意されたWEBページへアクセスし、質問項目に回答します。（質問項目は別途参照）。調査終了後、得られたデータは匿名データとして、聖路加国際大学にセキュリティのかかったネットワークを介して送信され、聖路加国際大学にて分析が行われます。

## ④ 研究への同意とその撤回について

研究への参加は対象者の自由意思により決定されます。なお、質問紙は無記名のためweb回答後は撤回ができません。

## ⑤ 研究対象者に生じる負担及び利益

負担：研究は質問紙調査のため、直接的な危険・不利益はないと思われます。研究対象者にはアンケートの回答に15分、時間拘束が生じ、通信料が発生することがあります。

利益：本研究は調査会所有のパネルでの質問紙調査であり、委託先の調査機関の規程に則り、1000円相当の謝品が支払われます。

## ⑥ 研究結果の公表と、研究に関する情報の開示

この研究で得られた結果は、厚生労働省科学研究班の報告書で公表され、その後、学会及び論文で公表することを予定しています。この研究に関して、研究計画や研究方法に関係する資料について知りたい場合は、個人情報や研究全体の目的や進行に支障となる事項以外は回答します。質問や情報開示に関する問い合わせ窓口は文末の研究者連絡先とします。

⑦ 情報の保存と廃棄、個人情報の保護について

この研究で集めたデータは研究終了後5年間保後にはすべて廃棄します。その際も、個人情報が外部に漏れないよう十分に配慮し、一切のデータを復元不可能な状態に消去、またはシュレッダーなどで細かく裁断し破棄します。

収集されたデータは、聖路加国際大学公衆衛生大学院において厳重に管理され、研究班の研究協力者が統合的に分析し、厚生労働省の報告書に、COVID-19による研修医、専攻医への影響に関する研究結果を掲載するが、個人が特定される内容が公表されることはありません。また現時点では計画されていなくても、将来このデータを利用して研究が行われる場合に二次利用をする可能性があります。こうした二次利用をする際は改めて研究倫理審査委員会へ申請し、承認された場合のみ実施します。この調査では、データは匿名化された状態で分析が行われ、個人情報の取り扱いには十分に留意して行います。

⑧ 利益相反

本研究に関わる開示すべき利益相反はありません。

# 「新型コロナウイルス感染症がもたらした 研修医、専攻医への影響」

厚生労働行政推進調査事業費補助金・厚生労働科学特別研究事業

「新型コロナウイルス感染症等の健康危機への備えと対応を踏まえた

医療提供体制のための研究」

**【配信数】**

全体： 880s

医師 1 年目 :250s

医師 2 年目 :200s

医師 3 年目 :150s

医師 4 年目 :150s

医師 5 年目 :130s

**【回収状況】**

全体： 354s(40.2%)

研修医 1 年目 93s(37.2% :93/250)

研修医 2 年目 85s(42.5% :85/200)

専攻医 1 年目 69s(46.0% :69/150)

専攻医 2 年目 51s(34.0% :51/150)

専攻医 3 年目 56s(43.1% :56/130)

表 1: 回答者属性 (N=354)

		合計(%)
研修年次	研修医 1 年目	93 (26.3%)
	研修医 2 年目	85 (24%)
	専攻医 1 年目	69 (19.5%)
	専攻医 2 年目	51 (14.4%)
	専攻医 3 年目	56 (15.8%)
	上記に該当しない	0 (0%)
年齢	24-25 歳	47 (13.3%)
	26-30 歳	249 (70.3%)
	31-35 歳	38 (10.7%)
	36-40 歳	18 (5.1%)
	41-45 歳	2 (0.6%)
	46 歳以上	0 (0%)
性別	男性	279 (78.8%)
	女性	75 (21.2%)
卒後年数	平均±標準偏差	2.8 ± 1.5
所属先の病院の所在地	東京 23 区	46 (13%)
	政令指定都市	101 (28.5%)
	中核市(政令指定都市を除く人口 20 万以上の市)	92 (26%)
	上記以外の市	112 (31.6%)
	町または村	3 (0.8%)
所属先の病院の種類	大学病院	97 (27.4%)
	大学病院以外	257 (72.6%)
所属先の病院の病床数	100 床未満	2 (0.6%)
	100 床以上 300 床未満	38 (10.7%)
	300 床以上 500 床未満	116 (32.8%)
	500 床以上 700 床未満	106 (29.9%)
	700 床以上 900 床未満	45 (12.7%)
	900 床以上	47 (13.3%)
所属病院における同期研修医数あるいは専攻医数 (人)	平均±標準偏差	17.5 ± 23.4
一週間における平均的な勤務時間 (時間)	平均±標準偏差	50.8 ± 18.7
一日における平均的な睡眠時間 (時間)	平均±標準偏差	6.3 ± 0.9
ひと月における休日日数 (日)	平均±標準偏差	5.4 ± 2.3

◎COVID-19 感染拡大による対応策や患者対応の詳細についてお伺いします

Q1. あなたがご所属の医療機関では、COVID-19 患者(発熱外来での疑いケースを含む)を受け入れていますか。(N=354)

	人数(%)
受け入れている	339 (95.8%)
受け入っていない	15 (4.2%)

Q2. あなた自身、COVID-19 患者(発熱外来での疑いケースを含む)の診療・後方支援に携わりましたか。(N=354)

	人数(%)
COVID-19 患者の診療・後方支援に携わった	272 (76.8%)
COVID-19 患者の診療・後方支援に携わっていなかった	82 (23.2%)

診療科別、診療・後方支援に携わった割合

診療科	診療・後方支援に携わった
呼吸器内科 (N=10)	10 (100%)
腎臓内科・透析科 (N=4)	4 (100%)
リウマチ・膠原病科 (N=2)	2 (100%)
耳鼻咽喉科 (N=5)	5 (100%)
救急・ICU (N=6)	6 (100%)
消化器内科 (N=11)	10 (90.9%)
研修医 (N=179)	147 (82.1%)
産婦人科(N=11)	9 (81.8%)
一般内科 (N=16)	13 (81.3%)
循環器内科(N=5)	4 (80.0%)
小児科(N=8)	6 (75.0%)
脳神経外科 (N=4)	3 (75.0%)
皮膚科 (N=8)	6 (75.0%)
泌尿器科 (N=8)	6 (75.0%)
放射線科 (N=8)	6 (75.0%)
糖尿病・代謝・内分泌 (N=7)	5 (71.4%)
神経内科(脳神経内科) (N=3)	2 (66.7%)
麻酔科・ペインクリニック (N=5)	3 (60.0%)
血液内科 (N=4)	2 (50.0%)
一般外科 (N=4)	2 (50.0%)

整形外科 (N=16)	8 (50.0%)
消化器外科 (N=2)	1 (50.0%)
眼科 (N=11)	5 (45.5%)
精神・神経科 (N=16)	7 (43.8%)
心臓血管外科 (N=1)	0 (0%)

Q3. 直近 1 カ月で対応した COVID-19 患者数(発熱外来での疑いケースを含む)を教えてください。(N=272)

	平均 ± 標準偏差
COVID-19 患者対応患者数 (人)	8.7 ± 26.1

診療科別、直近 1 カ月で対応した COVID-19 患者数

診療科	平均値±SD (人)
泌尿器科 (N=6)	18.8±30.7
一般内科 (N=13)	13.3±12.3
消化器内科 (N=10)	11.2±10.6
耳鼻咽喉科 (N=5)	10.2±12.4
研修医 (N=147)	9.8±34.2
循環器内科 (N=4)	9.3±7.9
腎臓内科・透析科 (N=4)	9.3±14.0
救急・ICU (N=6)	7.8±6.5
脳神経外科 (N=3)	7.3±4.6
呼吸器内科 (N=10)	7.1±7.4
血液内科 (N=2)	7.0±4.2
小児科 (N=6)	6.5±7.4
一般外科 (N=2)	6.5±2.1
整形外科 (N=8)	6.5±10
糖尿病・代謝・内分泌 (N=5)	5.8±4.1
放射線科 (N=6)	5.2±7.6
皮膚科 (N=6)	3.5±3.6
産婦人科 (N=9)	3.1±3.1
精神・神経科 (N=7)	3.0±3.4
麻酔科・ペインクリニック (N=3)	3.0±2.0
神経内科(脳神経内科) (N=2)	2.0±1.4
リウマチ・膠原病科 (N=2)	1.5±2.1

眼科 (N=5)	1.4±1.1
消化器外科 (N=1)	1.0±

Q4. あなたが COVID-19 患者(発熱外来での疑いケースを含む)への対応を行ったのは、所属先の病院ですか、それともその他の医療機関(外勤や出向など)ですか。(N=272)

対応機関	人数 (%)
所属先で対応した	241 (88.6%)
その他の医療機関で対応した	13 (4.8%)
どちらでも対応した	18 (6.6%)

Q5. COVID-19 患者(発熱外来での疑いケースを含む)にあなた自身が対応した具体的な内容について、該当するものを下記より全て選んでください。(N=272)

対応内容	人数 (%)
一般外来での対応	82 (30.1%)
一般病棟での対応	91 (33.5%)
集中治療での対応	31 (11.4%)
救急外来での対応	186 (68.4%)
PCR検査などの検体採取	146 (53.7%)
当直での入院患者対応	74 (27.2%)
往診・訪問診療での対応	3 (1.1%)
その他	4 (1.5%)

Q6. COVID-19 感染拡大後(2020年2月以降)、あなたが配属されている診療科を超えた他科への応援業務を行いましたか。(N=354)

	人数 (%)
応援業務を行った(行っている)	123 (34.7%)
応援業務を行わなかった	231 (65.3%)

診療科別、応援業務を実施した割合

診療科	応援業務を行った(行っている)
心臓血管外科 (N=1)	1 (100%)
消化器内科 (N=11)	9 (81.8%)
神経内科(脳神経内科) (N=3)	2 (66.7%)
一般内科 (N=16)	10 (62.5%)
泌尿器科 (N=8)	5 (62.5%)

循環器内科 (N=5)	3 (60.0%)
耳鼻咽喉科 (N=5)	3 (60.0%)
糖尿病・代謝・内分泌 (N=7)	4 (57.1%)
血液内科 (N=4)	2 (50.0%)
リウマチ・膠原病科 (N=2)	1 (50.0%)
整形外科 (N=16)	8 (50.0%)
脳神経外科 (N=4)	2 (50.0%)
皮膚科 (N=8)	4 (50.0%)
救急・ICU (N=6)	3 (50.0%)
呼吸器内科 (N=10)	4 (40.0%)
小児科 (N=8)	3 (37.5%)
産婦人科 (N=11)	3 (27.3%)
眼科 (N=11)	3 (27.3%)
研修医 (N=179)	46 (25.7%)
腎臓内科・透析科 (N=4)	1 (25.0%)
一般外科 (N=4)	1 (25.0%)
麻酔科・ペインクリニック (N=5)	1 (20.0%)
精神・神経科 (N=16)	3 (18.8%)
放射線科 (N=8)	1 (12.5%)
消化器外科 (N=2)	0 (0%)

地域別の応援業務実施率の差 (N=354)

	都市部	地方	p-value
応援業務を行った(行っている)	92(38.5%)	31(27.0%)	0.033
応援業務を行わなかった	147(61.5%)	84(73.0%)	

都市部のほうが応援業務をより実施している。

Q7. あなたがこれまでに応援業務を行った時期を教えてください。(複数回答可) (N=123)

	人数 (%)
2020年2月から5月	51 (41.5%)
2020年6月から10月	66 (53.7%)
2020年11月から2021年3月	78 (63.4%)

Q8. COVID-19 患者への対応で困ったことはありましたか。(N=354)

	人数 (%)
ある	102 (28.8%)
ない	252 (71.2%)

Q9. 所属先の病院で COVID-19 に関する資料の存在やトレーニング・講義が提供されていますか。  
(複数回答可) (N=354)

	人数 (%)
職員を対象とした COVID-19 予防目的のガイドラインあるいは 対策マニュアル	269 (76.0%)
COVID-19 に感染した(疑いも含む)患者の診療ガイドライン	192 (54.2%)
感染予防防護服の着脱方法のトレーニング	193 (54.5%)
PCR 検査の検体採取方法のトレーニング	122 (34.5%)
ゾーニングの概念の講義	104 (29.4%)
感染物の取り扱い方法の講義	100 (28.2%)
いずれもなし	19 (5.4%)

Q10. 上記以外で、受講が必要と思ったトレーニングはありますか。(N=354)

	人数
あり	27 (7.6%)
なし	327 (92.4%)

\* 必要と思ったトレーニング詳細: 巻末参照

Q11. COVID-19 の対応に関する下記のトレーニングあるいは講義について、受講の習得状況それぞれお答えください。

I. 感染予防防護服の着脱方法 (N=193)

	人数
十分に習得できた	57 (29.5%)
おおむね習得できた	130 (67.4%)
あまり習得できなかった	6 (3.1%)
まったく習得できなかった	0 (0%)
受講しなかった	0 (0%)

## II. PCR 検査の検体採取方法 (N=122)

	人数 (%)
十分に習得できた	56 (45.9%)
おおむね習得できた	62 (50.8%)
あまり習得できなかった	2 (1.6%)
まったく習得できなかった	1 (0.8%)
受講しなかった	1 (0.8%)

## III. ゾーニングの概念 (N=104)

	人数 (%)
十分に習得できた	32 (30.8%)
おおむね習得できた	64 (61.5%)
あまり習得できなかった	8 (7.7%)
まったく習得できなかった	0 (0%)
受講しなかった	0 (0%)

## IV. 感染物の取り扱い方法 (N=100)

	人数 (%)
十分に習得できた	32 (32%)
おおむね習得できた	64 (64%)
あまり習得できなかった	2 (2.0%)
まったく習得できなかった	2 (2.0%)
受講しなかった	0 (0%)

Q12. 受講したトレーニング方法を選択してください。(複数回答可)

### I. 感染予防防護服の着脱方法 (N=193)

	人数 (%)
対面での講義によるトレーニング	91 (47.2%)
シミュレーションによるトレーニング	56 (29.0%)
ビデオやオンラインでの受講	70 (36.3%)
本やマニュアルの提供	49 (25.4%)
その他	0 (0%)

## II. PCR 検査の検体採取方法 (N=122)

	人数 (%)
対面での講義によるトレーニング	51 (42.1%)
シミュレーションによるトレーニング	31 (25.6%)
ビデオやオンラインでの受講	38 (31.4%)
本やマニュアルの提供	40 (33.1%)
その他	3 (2.5%)

## III. ゾーニングの概念 (N=104)

	人数 (%)
対面での講義によるトレーニング	37 (35.6%)
シミュレーションによるトレーニング	20 (19.2%)
ビデオやオンラインでの受講	49 (47.1%)
本やマニュアルの提供	31 (29.8%)
その他	5 (4.8%)

## IV. 感染物の取り扱い方法 (N=100)

	人数 (%)
対面での講義によるトレーニング	34 (34.0%)
シミュレーションによるトレーニング	16 (16.0%)
ビデオやオンラインでの受講	47 (47.0%)
本やマニュアルの提供	35 (35.0%)
その他	2 (2.0%)

Q13. COVID-19 の対応に関する下記のトレーニングあるいは講義について、受講しなかった理由について、それぞれお答えください。

COVID-19 の対応に関するトレーニングあるいは講義に関しては、全員が受講しており、受講しなかった研修医・専攻医はいなかった。

◎COVID-19 の感染拡大による、あなたの所属先の臨床研修または専攻医研修への影響についてお伺いいたします。

Q14. 今年度、必須であった研修内容の達成度をお聞きます。

(全体)

	人数 (%)
とても達成できた	36 (10.2%)
達成できた	234 (66.1%)
少し達成できなかった	78 (22.0%)
全く達成できなかった	6 (1.7%)

(研修医)(N=178)

	人数 (%)
とても達成できた	17 (9.6%)
達成できた	109 (61.2%)
少し達成できなかった	50 (28.1%)
全く達成できなかった	2 (1.1%)

(専攻医)(N=176)

	人数 (%)
とても達成できた	19 (10.8%)
達成できた	125 (71.0%)
少し達成できなかった	28 (15.9%)
全く達成できなかった	4 (2.3%)

Q15. 達成できなかったと思う研修内容を選択してください。(複数回答可)

	人数 (%)
手術への参加	57 (16.1%)
内視鏡検査・カテーテル検査等の侵襲的処置への参加	69 (19.5%)
外傷患者への対応	53 (15.0%)
発熱・肺炎患者への初期対応	64 (18.1%)
小児科患者への対応	79 (22.3%)
抜管・挿管・気管切開等の処置への参加	75 (21.2%)
外来勤務	65 (18.4%)
地域医療への参加	84 (23.7%)

剖検	74 (20.9%)
その他	22 (6.2%)

Q16. COVID-19 の感染拡大前の業務について伺います。平均的な一日としての業務の割合について、全体を 100 のスケールとして以下の a~g の 7 項目で示してください。

Q17.現在の業務量について伺います。平均的な一日の業務の割合について、全体を 100 のスケールとして下記 a~g の 7 項目で示してください。

Q16(COVID-19 の感染拡大前)と Q17(現在)の結果

(全体)

\* COVID-19 感染拡大前の結果には研修医 1 年目の結果は含まれていない(N=93)

	COVID-19 の感染拡大前		現在		p-value
	平均	± 標準偏差	平均	± 標準偏差	
a. 直接的な患者ケア	44.2	± 21.8	41.5	± 22.3	0.150
b. 非直接的な患者ケア	25.0	± 14.3	26.5	± 16.2	0.801
c. 教育	10.1	± 7.6	10.6	± 9.3	0.754
d. 研究	2.7	± 6.2	2.6	± 6.5	0.232
e. 患者ケアに関与しない事務業務	5.0	± 7.7	4.7	± 7.2	0.611
f. プライベート	11.7	± 12.8	12.7	± 15.1	0.083
g. その他	1.2	± 6.8	1.3	± 5.5	0.933

(研修医)

	COVID-19 の感染拡大前		現在		p-value
	平均	± 標準偏差	平均	± 標準偏差	
a. 直接的な患者ケア	41.4	± 20.8	37.7	± 21.1	0.017*
b. 非直接的な患者ケア	26.9	± 13	28.8	± 16.7	0.524
c. 教育	10.7	± 8.2	11.8	± 9.7	0.556
d. 研究	1.4	± 4.2	1.5	± 3.9	0.151
e. 患者ケアに関与しない事務業務	5.4	± 8.6	4.1	± 6.9	0.427
f. プライベート	13.3	± 13.5	14.5	± 16.4	0.027
g. その他	0.9	± 3.6	1.6	± 6.3	0.129

(専攻医)

	COVID-19 の感染拡大前		現在		p-value
	平均	± 標準偏差	平均	± 標準偏差	
a. 直接的な患者ケア	45.5	± 22.2	45.4	± 23.0	0.891
b. 非直接的な患者ケア	24.1	± 14.9	24.2	± 15.4	0.866
c. 教育	9.8	± 7.3	9.3	± 8.8	0.300
d. 研究	3.4	± 6.8	3.7	± 8.2	0.494
e. 患者ケアに関与しない事務業務	4.9	± 7.2	5.4	± 7.5	0.186
f. プライベート	10.9	± 12.5	11.0	± 13.4	0.922
g. その他	1.4	± 8.0	1.0	± 4.4	0.546

COVID-19感染拡大後(現在)の研修医1年目と研修医2年目の業務量の比較

\*COVID-19感染拡大前の業務量に研修医1年目の業務量が含まれていないため、分析を実施しなかった。

	研修医 1年目		研修医 2年目		p-value
	平均	± 標準偏差	平均	± 標準偏差	
a. 直接的な患者ケア	37.7	± 20.7	37.6	± 21.6	0.979
b. 非直接的な患者ケア	31.3	± 17.4	26.1	± 15.6	0.039*
c. 教育	12.2	± 8.2	11.4	± 11.1	0.550
d. 研究	1.2	± 3.2	2.0	± 4.6	0.183
e. 患者ケアに関与しない事務業務	3.4	± 6.2	4.8	± 7.5	0.183
f. プライベート	12.8	± 15	16.4	± 17.7	0.152
g. その他	1.4	± 5.2	1.8	± 7.4	0.703

\*: p < 0.05

施設間におけるCOVID-19感染拡大前と現在の業務量比較

COVID-19感染拡大前

	大学病院		大学病院以外		p-value
	平均	± 標準偏差	平均	± 標準偏差	
a. 直接的な患者ケア	40.8	± 21.5	45.8	± 21.8	0.083
b. 非直接的な患者ケア	25.4	± 14.2	24.8	± 14.4	0.761
c. 教育	11.2	± 7.6	9.6	± 7.5	0.127
d. 研究	3.6	± 7.4	2.3	± 5.4	0.155
e. 患者ケアに関与しない	6.2	± 9.2	4.4	± 6.8	0.113
事務業務					
f. プライベート	10.7	± 12.3	12.2	± 13.1	0.344
g. その他	2.2	± 10.8	0.8	± 3.5	0.258

現在

	大学病院		大学病院以外		p-value
	平均	± 標準偏差	平均	± 標準偏差	
a. 直接的な患者ケア	40.1	± 22.7	42.0	± 22.2	0.481
b. 非直接的な患者ケア	25.5	± 15.6	26.9	± 16.5	0.463
c. 教育	10.6	± 8.7	10.6	± 9.5	0.989
d. 研究	4.0	± 9.2	2.1	± 5.1	0.055
e. 患者ケアに関与しない	6.6	± 9.1	4.1	± 6.3	0.013*
事務業務					
f. プライベート	11.5	± 12.8	13.2	± 15.8	0.276
g. その他	1.8	± 6.5	1.1	± 5.0	0.357

\*: p < 0.05

Q18\_1. 下記の業務内容の達成度について、該当する選択肢をお選びください。

直接的な患者ケア(例:手術、内視鏡、挿管、外来診療、地域医療、剖検、患者・家族へのIC、検査、問診、カウンセリングなど)

(研修医)

	人数 (%)
指導医の直接監督下で遂行可能	68 (38.2%)
指導医がすぐに対応できる状況下で遂行可能	100 (56.2%)
ほぼ単独で遂行可能	9 (5.1%)

後進を指導できる	1 (0.6%)
----------	----------

(専攻医)

	人数 (%)
指導医の直接監督下で遂行可能	35 (19.9%)
指導医がすぐに対応できる状況下で遂行可能	71 (40.3%)
ほぼ単独で遂行可能	63 (35.8%)
後進を指導できる	7 (4.0%)

非直接的な患者ケア(例:検査結果の確認、専門医・上級医へのコンサルタント、カルテ記載、患者に関するスケジューリングなど)

(研修医)

	人数 (%)
指導医の直接監督下で遂行可能	27 (15.2%)
指導医がすぐに対応できる状況下で遂行可能	96 (53.9%)
ほぼ単独で遂行可能	52 (29.2%)
後進を指導できる	3 (1.7%)

(専攻医)

	人数 (%)
指導医の直接監督下で遂行可能	22 (12.5%)
指導医がすぐに対応できる状況下で遂行可能	53 (30.1%)
ほぼ単独で遂行可能	90 (51.1%)
後進を指導できる	11 (6.3%)

Q18\_2. 下記の項目の増減について、該当する選択肢をお選びください。

教育(例:勉強会の準備や参加、カンファレンス、自己研鑽)

(研修医)

	人数 (%)
増えた	27 (15.2%)
減った	99 (55.6%)
変わらない	48 (27.0%)
該当せず(もともと行っていない)	4 (2.2%)

(専攻医)

	人数 (%)
増えた	32 (18.2%)
減った	82 (46.6%)
変わらない	59 (33.5%)
該当せず(もともと行っていない)	3 (1.7%)

研究に費やす時間

(研修医)

	人数 (%)
増えた	10 (5.6%)
減った	21 (11.8%)
変わらない	47 (26.4%)
該当せず(もともと行っていない)	100 (56.2%)

(専攻医)

	人数 (%)
増えた	22 (12.5%)
減った	38 (21.6%)
変わらない	55 (31.3%)
該当せず(もともと行っていない)	61 (34.7%)

患者ケアにしない事務業務(例:委員会活動、事務作業、病院運営に関連する業務)

(研修医)

	人数 (%)
増えた	17 (9.6%)
減った	30 (16.9%)
変わらない	66 (37.1%)
該当せず(もともと行っていない)	65 (36.5%)

(専攻医)

	人数 (%)
増えた	40 (22.7%)
減った	24 (13.6%)

変わらない	75 (42.6%)
該当せず(もともと行っていない)	37 (21.0%)

Q19. COVID-19により指導医とのコミュニケーションの量に変化がありましたか。(N=261)

	人数 (%)
増えた	41 (11.6%)
減った	97 (27.4%)
変わらない	216 (61.0%)

Q20. 休憩時間についてお伺いします。1年前(COVID-19 感染拡大前)と現在とで、休憩時間に変化はありましたか。(N=261)

	人数 (%)
増えた	54 (20.7%)
減った	58 (22.2%)
変わらない	149 (57.1%)

◎感染症や公衆衛生への関心・興味の変化についてお伺いします

Q21. 今回の COVID-19 パンデミックに直面し、改めて感染拡大後、公衆衛生に関心・興味を持つようになりましたか。

	人数 (%)
はい	184 (52.0%)
もともと公衆衛生に興味があった	56 (15.8%)
いいえ	114 (32.2%)

Q22. 所属先にメンタルサポートしてくれる相談窓口はありますか。

	人数 (%)
はい	183 (51.7%)
いいえ	53 (15.0%)
わからない	118 (33.3%)

Q23. COVID-19 感染拡大によって、収入などに経済的な影響がありましたか。

(全体)

	人数 (%)
増えた	65 (18.4%)
減った	93 (26.3%)
変わらない	196 (55.4%)

(研修医)

	人数 (%)
増えた	39 (21.9%)
減った	34 (19.1%)
変わらない	105 (59.0%)

(専攻医)

	人数 (%)
増えた	26 (14.8%)
減った	59 (33.5%)
変わらない	91 (51.7%)

Q24. COVID-19 患者への対応のストレスから、病院を辞めたいと思ったことがありましたか。

(全体)

	人数 (%)
思ったことはない	220 (62.1%)
一度だけ思ったことがある	42 (11.9%)
時々思う	71 (20.1%)
まさに今思っている	21 (5.9%)

(研修医)

	人数 (%)
思ったことはない	125 (70.2%)
一度だけ思ったことがある	19 (10.7%)
時々思う	29 (16.3%)
まさに今思っている	5 (2.8%)

(専攻医)

	人数 (%)
思ったことはない	95 (54.0%)
一度だけ思ったことがある	23 (13.1%)
時々思う	42 (23.9%)
まさに今思っている	16 (9.1%)

Q25. 所属病院に対する信頼度を 100%のうち何%程度か教えて下さい。

	平均 ± 標準偏差
所属病院に対する信頼度	68.5 ± 25.3

Q8.COVID-19 患者への対応で困ったことはありましたか

**(診療)**

通常対応よりも手間がかかる点 2名

コメディカルも最低限しか手伝えないため診療時間が無駄にかかる。

高齢せん妄患者や指示が入らない方の対応 2名

併存疾患の管理

心不全疑い患者への NPPV 装着 2名

血糖コントロールのクレーム

胸骨圧迫するかどうか

気管切開

診断が難しいことがあった

唾が出せない患者がいたこと

リハビリ開始が遅れた

**(PPE)**

防護具の着脱について 6名

疑い症例や明らかに他の疾患による発熱でさえも FUII PPE 対応しなければならないため、日常業務に支障が出ている 3名

眼鏡で目がくもります

あつい

N-95 が普段使っているスリーエム社製ものでは、たびたび診察中にゴムが切れてしまう

**(感染管理)**

感染対策 8名

感染防御の物品不足 2名

病室確保 2名

多患者の兼ね合い、スペース

設備が脆弱

陰圧室の数が限られており、PCR 結果判明前のトリアージが難しい

感染対策が必要なので、画像検査やその他の検査時の煩雑さ 3名

感染対策による入院前 PCR 検査の必須化

感染対策に対して不慣れであり不安があった

**(マニュアルやガイドライン)**

病院内での対応のルールが定まらない 6名

感染後、隔離解除の基準など 4名

院内のマニュアルから漏れた場合

ガイドラインなどが定まるまでの対応に苦戦した

まだ情報が充分に出回ってなかった時にどう対応して良いか不明瞭だった

感染防護が医療機関によって対応がまちまち

#### (発熱患者対応)

発熱患者への対応 5名

疑似症への対応 3名

手術症例の発熱時や入院患者や発熱のない患者をどこまで疑えばよいのか分からない 2名

救急隊報告で発熱なしだったが、発熱しており、その後数時間救急外来一時停止となった

#### (治療)

治療方法(レムデシビルやステロイドパルス等)について 2名

薬疹が出た場合 COVID-19 による皮疹か抗生剤によるものか悩む

#### (患者、家族対応)

家族やその関係者の対応 2名

日本語が通じない人が多く、自宅療養を守れない

クレームの激しさ

電話対応

疑い要件に該当しないのに検査を求める

患者を自宅待機とした際に家族に拒否された

事前連絡なしで受診する人や、PCR 結果待ちの期間に外出する人がいる

集中治療の対象外となるような患者も COVID-19 で集中治療を希望されることが多かった

亡くなった際に家族も濃厚接触者であった場合

#### (その他)

PCR 検査対象者のスクリーニング 3名

入院先や転送に関する事 2名

検査結果待ちで診療がストップしてしまう 2名

PCR 検査に限りがあり、全例で実施できなかった

検査拒否

院内感染例が生じた

他の患者への対応が疎かになる。

保健所から連絡なくコロナ疑い患者を時間外外来に送られてきた

自分に対する感染のリスクや患者対応後の自身の行動範囲について 4名

Q10 上記以外で、受講が必要と思ったトレーニングはありますか

PPE の着脱に関するトレーニング 9 名

診療ガイドライン 2 名

病院内での明確なガイドライン 3 名

ガイドライン PCR の検体採取トレーニング

職員を対象とした COVID-19 予防目的のガイドラインあるいは対策マニュアル  
ゾーニング

人工呼吸器管理

麻酔時の抜管の対応

検査の意義や採取について 2 名

感染対策

動線

治療方法、治療経過の共有。クラスター発生時の対応

クレーム対応、入院時のコロナ禍リスクについて IC

実際に多く受け入れている Dr.からの指導

Q15. 達成できなかったと思う研修内容を選択してください。(その他の詳細)

なし 11 名

学会活動や講習会への参加 3 名

外勤業務 2 名

各科でのカンファレンスが減少し、プレゼン発表の機会が減った。

学会発表、症例報告など

比較的手技等は積極的にさせてもらえる病院だったので

超音波検査

症例数

内科研修でのコロナ以外の対応

指導医の多忙を理由とした指導不足

表 2 内科と外科における COVID-19 対応の差

		COVID-19 対応あり	COVID-19 対応なし	p-value
専門診療科が内科系 <sup>1)</sup>		71 (56.8%)	23 (46.0%)	0.196
男性		219 (80.5%)	60 (73.2%)	0.154
年齢	24-25 歳	41 (15.1%)	6 (7.3%)	0.179
	26-30 歳	191 (70.2%)	58 (70.7%)	
	31-35 歳	25 (9.2%)	13 (15.9%)	
	36-40 歳	14 (5.1%)	4 (4.9%)	
	41-45 歳	1 (0.4%)	1 (1.2%)	
所属医療機関が都市部に所在地 <sup>2)</sup>		182 (66.9%)	57 (69.5%)	0.659
大学病院に所属		74 (76.3%)	23 (23.7%)	0.881
病床数 (所属病院)	300 未満	27 (9.9%)	13 (15.9%)	0.212
	300 以上-700 未満	170 (62.5%)	52 (63.4%)	
	700 床以上	75 (27.6%)	17 (20.7%)	

- 1) 診療科は内科と外科、内科：一般内科、精神・神経科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、腎臓内科・透析科、血液内科、神経内科(脳神経内科)、糖尿病・代謝・内分泌、リウマチ・膠原病科、小児科、放射線科、外科：一般外科、整形外科、消化器外科、脳神経外科、心臓血管外科、産婦人科、眼科、皮膚科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、麻酔科・ペインクリニック、救急・ICU、(研修医は除外)
- 2) 都市部は東京 23 区、政令指定都市、中核市(政令指定都市を除く人口 20 万以上の市)、地域は上記以外の市、町または村

表 3 COVID-19 患者への対応のストレスから辞めたい<sup>1)</sup>と思った医師とリスク因子の関連

		辞めたい意思あり <sup>1)</sup>	辞めたい意思なし <sup>1)</sup>	p-value
年齢	24-25 歳	9 (19.1%)	38 (80.9%)	0.031*
	26-30 歳	62 (24.9%)	187 (71.4%)	
	31-35 歳	13 (34.2%)	25 (65.8%)	
	36-40 歳	7 (38.9%)	11 (61.1%)	
	41-45 歳	1 (50%)	1 (50.0%)	
性別	男性	72 (25.8%)	207 (74.2%)	0.880
	女性	20 (26.7%)	55 (73.3%)	
研修医年次	研修医 1 年目	17 (18.3%)	76 (81.7%)	<0.001*
	研修医 2 年目	17 (20.0%)	68 (80.0%)	
	専攻医 1 年目	16 (23.2%)	53 (76.8%)	
	専攻医 2 年目	17 (33.3%)	34 (66.7%)	
	専攻医 3 年目	25 (44.6%)	31 (55.4%)	
所属先でのメンタルサポート	あり	36 (19.7%)	147 (80.3%)	<0.001*
	なし	25 (47.2%)	28 (52.8%)	
	わからない	31 (26.3%)	87 (73.7%)	
コロナ患者への対応	対応したことあり	77 (28.3%)	195 (71.7%)	
	対応したことなし	15 (18.3%)	67 (81.7%)	
所属機関所在地 <sup>2)</sup>	都市部	59 (24.7%)	180 (75.3%)	0.421
	それ以外	33 (28.7%)	82 (71.3%)	
所属機関区分	大学病院	32 (33.0%)	65 (67.0%)	0.065X
	一般病院	60 (23.3%)	197 (76.7%)	
病床数 (所属病院)	300 未満	13 (32.5%)	27 (67.5%)	0.360
	300 以上-700 未満	48 (21.6%)	174 (78.4%)	
	700 床以上	31 (33.7%)	61 (66.3%)	
専門診療科 <sup>3)</sup>	内科系	31 (33.0%)	63 (66.7%)	0.901
	外科系	26 (32.1%)	55 (67.9%)	

1) 辞めたい意思あり=時々思う、まさに今思っている、辞めたい意思なし=思ったことはない、一度だけおもったことはある

2) 都市部は東京 23 区、政令指定都市、中核市(政令指定都市を除く人口 20 万以上の市)、地域は上記以外の市、町または村

3) 研修医除外

\*:  $p < 0.05$  X:  $p < 0.1$

表 4 辞めたい意思ありとそのリスク因子について-多変量ロジスティック回帰分析

		OR	95%CI	p-value
研修医年次	研修医1年目		ref	0.043*
	研修医2年目	0.92	0.37-2.28	0.853
	専攻医1年目	1.02	0.39-2.66	0.966
	専攻医2年目	1.77	0.68-4.62	0.242
	専攻医3年目	2.81	1.10-7.19	0.031*
所属先でのメンタルサポート	あり		ref	0.001*
	なし	3.61	1.80-7.24	0.000*
	わからない	1.50	0.84-2.69	0.172
所属医療機関が都市部に所在地		1.15	0.67-1.99	0.605
大学病院に所属		1.70	0.95-3.03	0.073X
コロナ患者への対応あり		2.31	1.18-4.53	0.015*
男性		1.07	0.57-2.00	0.842
年齢	24-25歳		ref	0.722
	26-30歳	1.06	0.38-2.93	0.918
	31-35歳	1.57	0.44-5.52	0.485
	36-40歳	1.74	0.40-7.60	0.464
	41-45歳	3.36	0.16-71.38	0.436

\*:  $p < 0.05$  X:  $p < 0.1$

新型コロナウイルス感染症への対応における  
看護業務の実態を踏まえたチーム医療の推進  
に関する研究

分担研究報告書

坂本すが

## 目次

第1章 新型コロナウイルス感染症対応を契機とした看護業務量の変化を把握するためのタイムスタディおよび業務効率化等に関する調査	175
新型コロナウイルス感染症対応を契機とした看護業務量の変化を把握するためのタイムスタディおよび業務効率化等に関する調査	176
A. 研究目的	177
B. 研究方法	177
C. 結果	181
I. 新型コロナ感染症に対応した看護管理に関する調査	181
1. コロナ患者受入れ状況およびBCPの有無	181
1) 新型コロナウイルス陽性患者受け入れ状況	181
2) 病院BCP(事業継続計画)の策定状況	182
2. R2.2~10月(コロナ感染症対応初期から調査時点まで)の入院患者数推移と受入れ体制の変化	184
1) 令和2年2~9月の各月の患者数、入院制限、面会制限の状況	184
2) 令和2年2月を基準とした5月の総入院患者数の減少率	186
3) 令和2年2~9月の入院制限の状況	186
4) 面会制限の状況	188
3. コロナ禍での看護職員配置の変更や工夫	189
1) コロナ感染症対応病棟の看護職員配置および工夫や配慮	189
2) 一般病棟の看護職員配置および工夫や配慮	189
4. 看護部と他部門との業務分担の変更、継続予定	190
1) 看護部と他部門との業務分担の変更の状況	190
2) コロナ感染症拡大を契機に部門間のタスクシフト/シェアが進んだ業務の内容	193
3) 業務分担の困難や課題	194
5. 看護補助者の確保と新人看護師の教育・研修・配属	196
1) コロナ禍における看護補助者の雇用人数の増減	196
2) コロナ感染症対応に伴う、新人看護師の教育・研修・配属	196
6. 看護部門内でICT活用が進んだ業務・活動	197
1) 看護部門内でICT活用が進んだ業務・活動	197
2) ICT活用の課題	199
7. 看護部組織の運営上の困難と対応および対応からみえた課題	201
3) コロナ禍での看護組織の運営上の課題	204
参考資料 調査票「新型コロナ感染症に対応した看護管理に関する調査」	205
II. 新型コロナ感染症を契機とした看護業務の変化・効率化に関する調査	210
1. コロナ患者の受け入れ状況および面会・病院職員以外の出入りの状況	210
2. 病棟における看護業務の変化	211
1) 新たな業務の実施状況	211
2) コロナ感染症の感染拡大前と現在での業務の変化	212

3) コロナ患者受け入れの有無による看護業務の比較.....	213
4) 面会制限の有無による看護業務の比較.....	215
5) 病院職員以外の出入りの有無による看護業務の比較.....	215
6) 重症患者割合による看護業務の比較.....	216
7) 病院規模の違いによる看護業務の比較.....	218
8) 病床機能の違いによる看護業務の比較.....	220
<b>3. 看護業務の効率化.....</b>	<b>221</b>
1) 看護業務の増加への対応.....	221
2) 看護補助者への業務のタスクシフト/シェア.....	223
<b>4. 看護師長が捉える運営上の課題.....</b>	<b>223</b>
<b>資料 集計表「新型コロナウイルス感染症を契機とした看護業務の変化・効率化に関する調査」...</b>	<b>225</b>
1) 対象病棟の背景.....	225
2) 他部署との応援体制.....	240
<b>参考資料 調査票「新型コロナウイルス感染症を契機とした看護業務の変化・効率化に関する調査」</b>	<b>246</b>
<b>Ⅲ. 新型コロナウイルス感染症流行期における看護業務タイムスタディ調査.....</b>	<b>253</b>
1. 新型コロナウイルス感染症流行期（2020年）の看護業務の実態及び平常時（2018年）との比較	255
2. 2020年度タイムスタディにおける新型コロナウイルス感染症患者受け入れ有無別の看護業務比較	258
3. 2020年度タイムスタディにおける病床機能別（急性期・慢性期）の看護業務比較.....	261
<b>資料 集計表「新型コロナウイルス感染症流行期における看護業務タイムスタディ調査」.....</b>	<b>264</b>
<b>参考資料 調査票「新型コロナウイルス感染症流行期における看護業務タイムスタディ調査」.....</b>	<b>267</b>
<b>D. 考察.....</b>	<b>269</b>
1. 新型コロナウイルス感染症対応における看護業務の実態と変化.....	269
1) タイムスタディ調査からみた病棟看護師の看護業務の実態と変化.....	269
(1) 「新型コロナウイルス感染症流行期（2020年）」における病棟看護師の看護業務の実態.....	269
(2) 「平常時（2018年）」と比較し「新型コロナウイルス感染症流行期（2020年）」に多くの時間を要した看護行為.....	269
(3) 「平常時（2018年）」と比較し「新型コロナウイルス感染症流行期（2020年）」に業務時間が減少した看護行為.....	270
2) 看護業務の変化についての病棟師長の認識.....	271
(1) コロナ禍による影響で新たに発生した業務.....	271
(2) 病棟師長が増えたと認識している業務.....	272
(3) 病棟師長が減ったと認識している業務.....	273
2. 業務効率化・組織体制の工夫と課題.....	273
1) 危機管理における看護職員（労働力）の確保.....	273
2) すべての人のこころを支えるメンタルサポートしくみづくり.....	274
3) 危機状況における業務の見直しとICTの活用.....	274
3. 危機発生時における看護職の役割を踏まえたチーム医療の課題.....	275

1) 看護チームにおける看護補助者へのタスクシフト/シェア.....	275
2) チーム医療における役割分担.....	276
3) 危機状況におけるBCP (Business Continuity Plan) の策定.....	277
<b>E. 結論.....</b>	<b>278</b>
1. 看護業務の実態と変化.....	278
2. コロナ感染拡大に対応した看護管理の実態と課題.....	279
1) 看護部内の看護業務効率化とタスクシフト/シェア.....	279
2) 病院内のタスクシフト/シェア.....	279
3) ICTシステム・機器の活用.....	279
4) コロナ感染症に対応した看護職員配置と看護職員の健康管理.....	280
3. 危機発生時におけるチーム医療推進に向けた提言.....	280
<b>G. 研究発表.....</b>	<b>282</b>
<b>第2章 新型コロナウイルス感染症対応に求められる専門的スキル(人工呼吸器・ECMOの管理等) を有する看護職の活動状況把握のための質問紙調査.....</b>	<b>283</b>

第1章 新型コロナウイルス感染症対応を契機とした看護業務  
量の変化を把握するためのタイムスタディおよび業務効率化等  
に関する調査

## 新型コロナウイルス感染症対応を契機とした看護業務量の変化を把握するためのタイム スタディおよび業務効率化等に関する調査

研究分担者 坂本 すが（東京医療保健大学医療保健学部・副学長）  
研究協力者 末永 由理（東京医療保健大学医療保健学部・教授）  
研究協力者 佐々木 美奈子（東京医療保健大学医療保健学部・教授）  
研究協力者 小澤 知子（東京医療保健大学医療保健学部・准教授）  
研究協力者 駒崎 俊剛（東京医療保健大学医療保健学部・講師）  
研究協力者 白瀬 紗苗（東京医療保健大学医療保健学部・助教）  
研究協力者 本谷 園子（東京医療保健大学大学院医療保健学研究科・助教）

### 要旨

**研究目的：**病院において、新型コロナウイルス感染症対応を契機とした看護業務の変化、及び看護職員配置や業務効率化に関する看護管理の実態と課題を把握し、危機発生時における看護職の役割を踏まえたチーム医療の推進を検討する。

**研究方法：**病床規模、病床機能の異なる（1）42 病院 42 名の看護部長に対する新型コロナ感染症に対応した看護管理に関する自記式質問紙調査、（2）同施設の 42 病院 45 病棟の病棟師長 45 名に対する新型コロナ感染症を契機とした看護業務の変化・効率化に関する自記式質問紙調査、（3）同施設のうち、41 病院 44 病棟の看護師 567 名に対して、新型コロナ感染症流行期における看護業務タイムスタディ調査（看護業務 85 項目）を実施した。

### 結果と考察：

（1）看護業務の実態と変化：新型コロナ感染症が拡大した折に、入院制限や面会禁止・制限、病院職員以外の出入りの制限を実施した病院は多く、看護師への業務集中が課題であった。タイムスタディでは、看護師 1 人あたり 8 時間勤務に換算した業務時間（分）の 2020 年度の上位項目は、〈日々の看護実施記録〉〈排泄介助〉〈観察〉〈看護師間の申し送り〉〈患者等からの情報収集〉〈バイタルサインの測定〉であった。2018 年のタイムスタディと比較では、〈感染予防〉〈観察〉〈患者等からの情報収集〉などで増加し〈排泄介助〉〈バイタルサインの測定〉〈日々の看護実施記録〉などで減少がみられた。

（2）コロナ感染拡大に対応した看護管理の実態と課題：コロナ感染症対応を契機とした看護補助者へのタスクシフトを行った病棟は少なかった。また、看護部と他の部門との業務分担に取り組んでいる一方で「、看護師への業務集中」「医師・多職種との非協力」「危機意識の温度差」「患者対応は看護師という認識」「清掃などの委託業務が看護師に」などが課題となった。ICT 化が進んだ病院は 6 割である一方で、「wifi 等ネット環境整備」「ICT システム・機器の導入費用」「ICT ツールの整備」「ICT 活用技術の習得」などが課題となった。

（3）コロナ感染症に対応した看護職員配置と看護職員の健康管理：コロナ感染症患者受入れの有無に関わらず、看護職員の配置、外来部門等の縮小、宿泊施設の確保、保育場所の確保、一般病棟の一時閉鎖など多様な対策をたてていた。また、看護管理者は、看護師のメンタルケアや健康管理を強く意識して実施していた一方で、平時から危機管理における看護管理者やスタッフの教育や多職種との共通認識と役割分担の見直しが課題となった。

（4）危機発生時におけるチーム医療推進：チーム医療推進に向けては、病院内のある部門だけに過重な負担がかかることなく、各職種が専門性を発揮出来るように ICT 化や看護補助者活用の推進などタスクシフト/シェアすることが重要である。同時に、外部業者の危機対応能力の向上も重要である。チーム医療推進に向けて、感染症に対応した医療体制は、長期的に及ぶことが想定できるため、BCP などを活用して、段階的対応と持続可能な仕組みづくり、多様な政策的支援が必要と考える。

## A. 研究目的

病院において、新型コロナウイルス感染症対応を契機とした看護業務の変化、及び看護職員配置や業務効率化に関する看護管理の実態と課題を明らかにし、危機発生時における看護職の役割を踏まえたチーム医療の推進を検討する。

## B. 研究方法

### 1) 研究デザイン

自記式のタイムスタディ調査及び質問紙調査による横断的研究、並びに、タイムスタディの縦断的比較研究

2) 研究期間 2020年7月～2021年3月

3) 調査期間 2020年10月～12月

4) 調査対象 平時と危機時の比較をするために、本研究チームが2018年度に実施したタイムスタディ調査の協力病院47病院の50病棟

\*2018年度調査対象の抽出方法

都市部・地方部区分（都市部は東京都特別区および政令指定都市、地方部はそれ以外）、病床規模区分（500床以上、200から499床、199以下）、病床機能区分（急性期：7対1配置加算、慢性期：7対1配置加算以外）の三つの軸で12区分し、区分ごとに均等に4から5病棟をとるよう50病院の50病棟を選定した（機縁法）。協力への内諾が得られた47病院の50病棟が調査対象となった。

### 5) 調査種類

- I. 新型コロナ感染症に対応した看護管理に関する調査
- II. 新型コロナ感染症を契機とした看護業務の変化・効率化に関する調査
- III. 新型コロナ感染症流行期における看護業務タイムスタディ調査

### 6) 調査方法と調査内容

I. 新型コロナ感染症に対応した看護管理に関する調査

研究デザイン：自記式質問紙調査

調査対象：2018年タイムスタディに協力した47病院の看護部門責任者

調査期間：2020年11～12月

調査内容：全13問（調査票参照）

(1)BCP策定の有無、(2)コロナ陽性患者の受け入れの有無、(3)コロナ陽性患者の受け入れ体制、(4)コロナ病棟の看護職員配置や工夫、(5)現在までの各月の状況（2～9月）\_\_①コロナ患者数②総入院患者数③入院制限④面会制限、(6)コロナ禍での一般病棟の看護配置や工夫(7)コロナ対応における看護部組織としての困難と対応、(8)看護部と他部門との業務分担の変更、(9)看護補助者の雇用人数の増減理由、(10)新人看護師の教育研修配属の変更、(11)ICT活用が進んだ業務・活動、(12)コロナ対応経験から見えた看護部組織運営上の課題 等

II. 新型コロナ感染症を契機とした看護業務の変化・効率化に関する調査

研究デザイン：自記式質問紙調査

調査対象：2018年タイムスタディに協力した47病院50病棟の病棟師長

調査期間：2020年11～12月

調査内容：全20問（調査票参照）

(1)病棟でのコロナ陽性患者の受け入れの状況、(2)家族の面会中止・縮小の状況(3)病院職員以外の出入りの中止・縮小の状況(4)他部署へ看護師を応援に出しているか、受けているか(5)検体採取・業者が実施していたことについての現状の実施

状況 (6) 看護師が行う業務量の変化 (8) 増えた/減った業務への対応 (9) 十分に対応できていない運営上の課題 (10) 看護補助者にタスクシフト/シェアした業務 等

### Ⅲ. 新型コロナウイルス感染症流行期における看護業務タイムスタディ調査 (病棟看護師票)

研究デザイン：自記式無記名タイムスタディ調査

調査対象：調査対象 47 病院 50 病棟において、調査日 2 日間に勤務する各勤務帯ごとに 3 名の看護師 (リーダー1名、スタッフ 2名)

\*2 年目以上の看護師で、一般的な看護業務を 1 人で遂行できる看護師

\*二交代の病棟 1 日 (1 名+2 名) × 2 シフト×2 日の計 12 名

三交代の病棟 1 日 (1 名+2 名) × 3 シフト×2 日の計 18 名

調査期間：2020 年 11～12 月

調査対象日：調査期間の中で平日 1 日、休日 1 日の合計 2 日間 (調査可能な任意の日)

調査内容：(調査票参照) (1) 立場 (リーダー・スタッフ) (2) 所定の勤務開始時間 (3) 前残業の開始時間 (4) 勤務時間中に実施した看護業務 (10 分毎に 85 項目の番号が記載された調査票にその時間帯で実施した業務番号を選択する。前残業時間・後残業時間の時間帯についても実施した業務番号を選択する)。

### 7) 3 調査の実施状況・回収状況

2018 年度に実施した看護業務タイムスタディ調査の協力病院 47 病院 50 病棟を調査対象としたが、協力依頼ができたのが 44 病院 47 病棟であった。うち、全国 23 都道府県の 43 病院 46 病棟から協力が得られた。(43 病院 46 病棟の中には 3 種類の調査のうち、1 種類、又は 2 種類しか回答していないところも含まれている。)

都市部・地方の区分は、都市部は東京都特別区および政令指定都市、地方部はそれ以外である。

病床機能の分類は、平成 30 年度 (2018 年) 病床機能報告の結果を参考に、病床機能の急性期と高度急性期を【急性期】、回復期と慢性期を【慢性期】とした。(2018 年調査の入院基本料 7 対 1 をとる病院を急性期とした分類とは異なっている)

調査協力病棟の内訳をみると、都市部は、急性期 16 病棟、慢性期 6 病棟、地方部は急性期 17 病棟、慢性期は 7 病棟であった。病院の病床規模別の内訳は、急性期 33 病棟のうち、『199 床以下』8 病棟、『200～499 床』16 病棟、『500 床以上』9 病棟であった。慢性期 13 病棟では、『199 床以下』6 病棟、『200～499 床』4 病棟、『500 床以上』3 病棟であった。

#### ●調査協力病院の内訳

	199 床以下	200～499 床	500 床以上	病院数計
都市部	8	5	6	19
地方	4	15	5	24
計	12	20	11	43

#### ●調査協力病棟の内訳

		病院病床規模別				計	(病院数)
		199 床以下	200～499 床	500 床以上	小計		
都市部	急性期病棟	7*	3**	6*	16	22	(13)
	慢性期病棟	3	2	1	6		(6)
地方	急性期病棟	1	13	3	17	24	(17)
	慢性期病棟	3	2	2	7		(7)

病棟数計		14	20	12	46	46	(43)
(再掲)	急性期	8	16	9	33	46	
	慢性期	6	4	3	13		

\*1 病院が急性期病棟 2 病棟協力

\*\*1 病院が急性期 1 病棟と慢性期 1 病棟で協力

●各調査の回収状況

	調査協力依頼数	回収数
I. 新型コロナウイルス感染症に対応した看護管理に関する調査(看護部長票)	44 病院の看護部長 44 名	42 病院の看護部長 42 名
II. 新型コロナウイルス感染症を契機とした看護業務の変化・効率化に関する調査(看護師長票)	44 病院 47 病棟の病棟師長 47 名	42 病院 45 病棟の病棟師長 45 名
III 新型コロナウイルス感染症流行期における看護業務タイムスタディ調査(病棟看護師票)	44 病院 47 病棟の病棟看護師 564 名～846 名 (2 交代制 各病棟 12 名) (3 交代制 各病棟 18 名)	41 病院 44 病棟の看護師 567 名

## 8) 分析方法

### I. 新型コロナウイルス感染症に対応した看護管理に関する調査(看護部長対象)

各調査項目について記述統計を求める。記述回答については質的に分類する。

### II. 新型コロナウイルス感染症を契機とした看護業務の変化・効率化に関する調査(看護師長対象)

各調査項目について記述統計を求める。記述回答については内容を分類する。

### III. 新型コロナウイルス感染症流行期における看護業務タイムスタディ調査

調査協力者の「総業務実時間(休憩含む)」と「個別業務(85項目)ごとの実時間」を算出し、「総業務実施時間」に対する各「個別業務ごとの実時間」の割合を算出した上で、3つの視点に基づく分析を実施した。

- ・ 今回調査(2020年度)全体傾向と前回調査(2018年度)全体傾向との比較
- ・ 今回調査における急性期病棟と慢性期病棟との比較
- ・ 今回調査における新型コロナウイルス患者受け入れ病棟とそれ以外の病棟の比較

\*看護業務タイムスタディデータの分析に先立ち以下に示す「調査協力者個人単位のデータ処理」「病棟単位のデータセットの整備」を行い、分析に用いた。

#### 【調査協力者個人単位のデータ処理】

1. 分析対象となる基礎データ(ローデータ)は、調査協力者ごとにどのような業務を実施したか、10分単位で整理されている。なお、業務は前回調査を踏襲して85項目に分類されている。
2. 10分単位でデータを確認し、その10分で1つの業務を実施しているデータの場合、「その業務を10分行った」とみなす。

3. 10分あたりで複数の業務を実施した場合、10分という業務時間を「実施した業務個数」で按分する。たとえば、10分あたりで業務AとBを実施している場合、「業務Aを5分、業務Bを5分実施した」とみなす。
4. 上記処理に基づき、調査協力者ごとに、調査に協力した日の「総業務実時間」と「個別業務ごとの実時間」を算出する。例えば、調査対象者ごとに「総業務実時間：480分（8時間）」「業務A：30分、業務B：120分、業務C：50分、業務E：120分、業務D：100分、休憩60分」といった整理を行う。

#### 【病棟単位のデータセットの整備】

5. 個人単位の処理の後、各病棟単位で調査協力者のデータを単純合計し、各病棟の「総業務実時間」、および「個別業務ごとの実時間」算出した。
6. 上記の処理後、各病棟において「病棟全体としての総業務実時間」を分母、「病棟全体としての各業務実時間」を分子として、各業務の全体に占める割合（構成比）を算出した。この処理により、病棟単位の「総業務実時間を100%とした場合の、85業務それぞれの全体に占める割合（構成比）」のデータセットを整備した。

#### 【分析にデータセットを活用】

1. 病棟間の比較・分析には、病棟単位のデータセットを用いた。
2. 全体の分析には、各病棟の構成比の平均を算出して、全体としての「個別業務の全体に占める割合（構成比）」を算出した。算出される統計量は「割合の平均値」となる。
3. 「看護師1人1日あたり（8時間、480分）」の各看護業務の実施時間（分）は、個別業務の構成比を基に算出した。
4. 2018年度に実施した前回調査についても、上記と同様の処理を行い、比較対象データとした。

【倫理的配慮】本調査は、分担研究研究者が所属する東京医療保健大学「ヒトに関する研究倫理委員会」の承認を得て実施した（教32-22C）。調査対象病院には内諾を得た後、看護部長宛に調査への協力依頼書（看護部長用・病棟師長用・病棟看護師用）、研究の概要、同意撤回書を送付した。同意については、各調査票表紙に記載をすることとし、調査終了後も同意撤回が出来る旨伝えた。また、看護部長、病棟師長へは、病棟看護師に対し、強制力を働かせないよう配慮してもらうことを依頼した。

## C. 結果

### I. 新型コロナウイルス感染症に対応した看護管理に関する調査

42 病院の 42 名の看護部長から回答を得た。

#### 1. コロナ患者受入れ状況および BCP の有無

##### 1) 新型コロナウイルス陽性患者受け入れ状況

新型コロナウイルス陽性患者受け入れは、42 病院中 29 病院 (69.0%) であった。受け入れのない病院は 12 病院 (28.6%)、無回答が 1 病院であった【表 1】。

表 1 新型コロナウイルス陽性患者受け入れの有無(単一回答)

項目	n	%
ある	29	69.0
ない	12	28.6
無回答	1	2.4
計	42	100.0

新型コロナウイルス陽性患者の受け入れ体制としては、「一部の病棟をコロナ感染症対応病棟に転換した」(51.7%) が最も多く、次いで「特定の病棟の一部の病室でコロナ感染症患者を受け入れた」(37.9%) の順であった【表 2】。

表 2 新型コロナウイルス患者の受け入れ体制 (単一回答)

(コロナ患者を受け入れたことが「ある」と回答した病院のみ)

項目	n	%
一部の病棟をコロナ感染症対応病棟に転換した	15	51.7
特定の病棟の一部の病室でコロナ感染症患者を受け入れた	11	37.9
臨時に設けた病院 (駐車場のプレハブ・ホテル・体育館など) に受け入れた	1	3.4
その他	1	3.4
無回答	1	3.4
計	29	100.0

## 2) 病院 BCP (事業継続計画) の策定状況

病院としての BCP 策定状況は、「コロナ感染症拡大以前から策定していた」(52.8%) が最も多く、次いで「コロナ感染症拡大を契機に策定した」(21.4%) の順であった。合わせると、BCP「有」と回答したのは 31 病院 (73.8%)、BCP「無」は 8 病院 (19.0%)、「無回答」が 3 病院 (7.1%) であった【表 3】。

看護部としての BCP 策定状況は、「策定していない」(47.6%) が最も多く、次いで「コロナ感染症拡大以前から策定していた」(23.8%) の順であった【表 3】。

病棟としての BCP 策定状況は、「策定していない」(64.3%) が最も多く、次いで「コロナ感染症拡大以前から策定していた」(16.7%) の順であった【表 3】。

表 3 BCP の策定期間と策定レベル (病院・看護部・病棟)

項目 (BCP 策定期間)	病院として		看護部として		病棟として	
	n	%	n	%	n	%
コロナ感染症拡大以前から策定していた	22	52.4	10	23.8	7	16.7
コロナ感染症拡大を契機に策定した	9	21.4	8	19	4	9.5
策定していない	8	19	20	47.6	27	64.3
無回答	3	7.1	4	9.5	4	9.5
計	42	100	42	100	42	100

病院として BCP「有」の病院について、病床規模別の内訳は「199 床以下」が 6 病院 (19.4%)、「200-499 床」が 15 病院 (48.4%)、「500 床以上」が 10 病院 (32.3%) であった【表 4】。

表 4 許可病床数 (区分) 別 病院としての BCP 策定の有無

(病院としての BCP 策定の有無に無回答の 3 病院を除く) n=39

		病院としての BCP 策定の有無					計
		コロナ感染症拡大以前から策定していた (a)	コロナ感染症拡大を契機に策定した (b)	a+b (c)	%	策定していない	
許可病床数 (区分)	199 床以下	4	2	6	19.4%	4	10
	200-499 床	11	4	15	48.4%	3	18
	500 床以上	7	3	10	32.3%	1	11
計		22	9	31	100.0%	8	39

また、BCP の策定状況別にコロナ患者受け入れの有無を見ると、「コロナ拡大以前から BCP を策定していた」病院の約 8 割、「コロナ拡大を契機に策定した」病院の約 9 割 (8/9) がコロナ患者を受け入れていた。BCP「無」の病院においては、約 6 割 (4/7) がコロナ患者を受け入れていた【表 5】。

さらに看護部単位で BCP「有」の 18 病院では約 8 割 (14/18)、病棟単位で BCP「有」の 11 病院では 10 割 (11/11) がコロナ患者を受け入れていた【表 6】【表 7】。

表5 BCP策定の有無\_病院として コロナ陽性患者受け入れの有無 n=39

	コロナ陽性患者の受け入れあり	コロナ陽性患者の受け入れなし	無回答・不明	計
コロナ感染症拡大以前から策定していた	17 77.3%	5 22.7%	0 0.0%	22 100.0%
コロナ感染症拡大を契機に策定した	8 88.9%	1 11.1%	0 0.0%	9 100.0%
策定していない	4 50.0%	3 37.5%	1 12.5%	8 100.0%
計	29 74.40%	9 23.10%	1 2.60%	39 100.00%

表6 BCP策定の有無\_看護部として コロナ陽性患者受け入れの有無 n=38

	コロナ陽性患者の受け入れあり	コロナ陽性患者の受け入れなし	無回答・不明	計
コロナ感染症拡大以前から策定していた	9 90.0%	1 10.0%	0 0.0%	10 100.0%
コロナ感染症拡大を契機に策定した	5 62.5%	3 37.5%	0 0.0%	8 100.0%
策定していない	14 70.0%	5 25.0%	1 5.0%	20 100.0%
計	28 73.7%	9 23.7%	1 2.6%	38 100.0%

表7 BCP策定の有無\_各病棟として コロナ陽性患者受け入れの有無 n=38

	コロナ陽性患者の受け入れあり	コロナ陽性患者の受け入れなし	無回答・不明	計
コロナ感染症拡大以前から策定していた	7 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 100.0%
コロナ感染症拡大を契機に策定した	4 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 100.0%
策定していない	17 63.0%	9 33.3%	1 3.7%	27 100.0%
計	28 73.7%	9 23.7%	1 2.6%	38 100.0%

## 2. R2.2～10月（コロナ感染症対応初期から調査時点まで）の入院患者数推移と受入れ体制の変化

### 1) 令和2年2～9月の各月の患者数、入院制限、面会制限の状況

(1) コロナ感染症患者の新規患者数（新規入院および既入院患者の発症を含む）

「(1) コロナ感染症患者の新規患者数」は、8月（13.64人／平均）が最も多く、次いで7月（10.84人／平均）の順であった【表8】。

(2) 総入院延べ患者数（コロナ感染症患者を含む）

「(2) 総入院延べ患者数」は、3月（6021.6人／平均）が最も多く、次いで2月（5873.2人／平均）の順であった【表8】。

(3) 入院制限の状況

「(3) 入院制限の状況」について、入院制限有りの割合が最も高いのは、4月（45.2%）で、次いで5月（33.3%）の順であった【表8】。

(4) 面会制限の状況

「(4) 面会制限の状況」について、面会禁止の割合が最も多いのは、8月（88.1%）で、次いで5月（85.7%）の順であった。面会制限有りの割合が最も多いのは、2月（33.3%）で、次いで3月（31.0%）の順であった。また、面会制限無しの場合の割合が最も多いのは、2月（33.3%）で、次いで3月（16.7%）の順であった【表8】。

表8 令和2年2～9月（コロナ感染症対応初期から調査時点まで）の各月の状況

		2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
(1) 新規コロナ患者数	合計	13人	46人	199人	44人	66人	347人	450人	264人
	平均	0.41人	1.44人	6.42人	1.38人	2.00人	10.84人	13.64人	8.00人
	有効回答数	32病院	32病院	31病院	32病院	33病院	32病院	33病院	33病院
(2) 総入院患者数	合計	229,055人	240,864人	210,771人	202,766人	210,987人	226,217人	224,163人	225,413人
	平均	5,873人	6,022人	5,269人	5,069人	5,275人	5,655人	5,748人	5,635人
	有効回答数	39病院	40病院	40病院	40病院	40病院	40病院	39病院	40病院
(3) 入院制限	有	4.8%	14.3%	45.2%	33.3%	19.0%	14.3%	14.3%	11.9%
	無	90.5%	81.0%	50.0%	57.1%	71.4%	78.6%	78.6%	81.0%
	有効回答数	40病院	40病院	40病院	38病院	38病院	39病院	39病院	39病院
(4) 面会制限	禁止	26.2%	50.0%	83.3%	85.7%	73.8%	78.6%	88.1%	78.6%
	有	33.3%	31.0%	14.3%	9.5%	23.8%	21.4%	11.9%	21.4%
	無	33.3%	16.7%	2.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	有効回答数	39病院	41病院	42病院	40病院	41病院	42病院	42病院	42病院

※ (1)～(4)の各月で有効回答病院数が異なる。

また、(3)(4)は、入院制限・面会制限について無回答の病院があるために割合の合計が100%にならない。

(5) 総入院患者数とコロナ患者数の推移（コロナ患者を受け入れた29病院のみ）

【図1(左)】は、受け入れ有病院29病院について、2～9月までのコロナ患者数（1病院あたり平均）の推移を棒グラフで、総入院患者数（1病院あたり平均）を折れ線グラフで表したものである。コロナ患者数は4月を最初のピーク期として5,6月は一旦減少するが、7,8月に急増し9

月には減少に転じる。これに対し、総入院患者数は5月に最も落ち込み、以降は増加し7～9月は2月と同水準に戻している。

(6) コロナ患者数の推移（コロナ患者受け入れた29病院のコロナ患者数と全国の入院治療を要する者）

【図1（右）】は、各月のコロナ患者数について、回答を得た29病院の受入れコロナ患者数の合計と、全国の入院治療等を要する者の数<sup>注</sup>）をグラフ化した。29病院では4月から5月にかけて減少しているのに対し全国では5月から6月にかけて減少しているが、ほぼ同様の増減の動きが見られる。

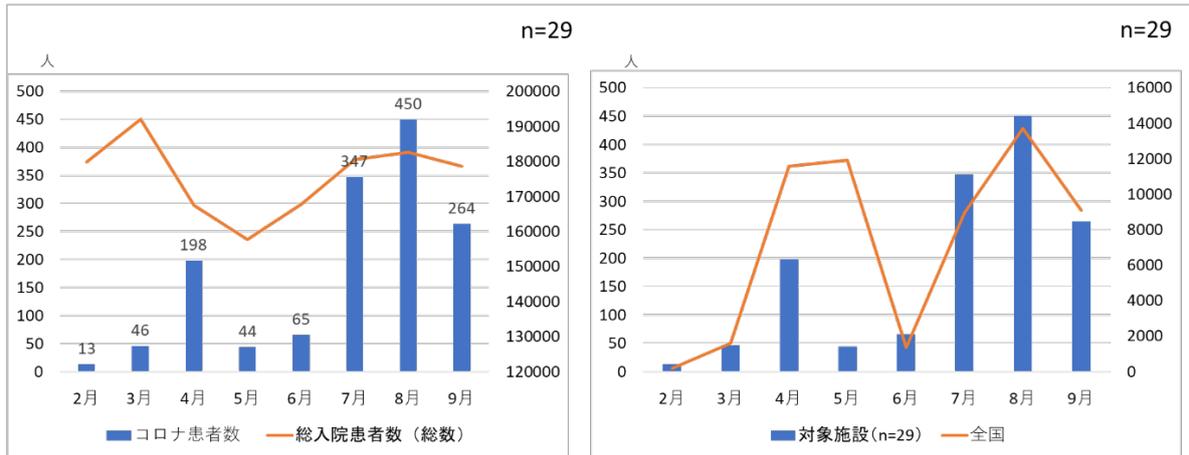


図1 令和2年2～9月（コロナ感染症対応初期から現在まで）の総入院患者数とコロナ患者数  
 注）入院治療等を要する者の数：各月の最大患者数、厚生労働省オープンデータ  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/open-data.html>

(7) 総入院患者数の平均の推移（コロナ患者の受け入れ有無別）

【図2】は、コロナ患者の受け入れ有無別に、総入院患者数の合計の推移を表したものである。各月の有効回答病院数が異なるため、1病院あたりの平均の推移を【図2（右）】に表すと、受け入れ有病院では4～5月に減少し、その後増加に転じ9月には2月とほぼどう水準に戻すが、受け入れ無病院では、4月と8月にやや減少するもほぼ横ばいである。

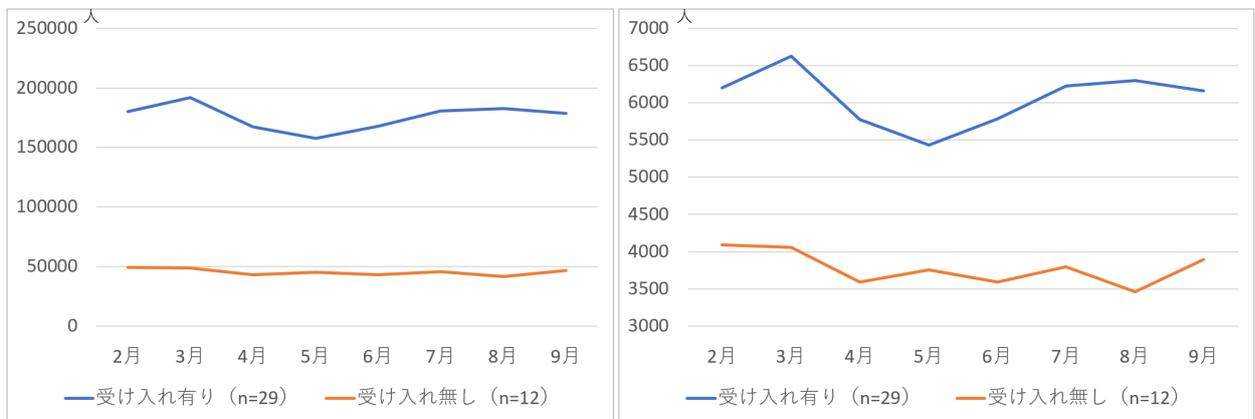


図2 令和2年2～9月（コロナ感染症対応初期から現在まで）の総入院患者数

## 2) 令和2年2月を基準とした5月の総入院患者数の減少率

令和2年2月を基準とした5月の総入院患者数は、「80%未満に減少」(26.2%)と「80~90%未満に減少」(26.2%)が最も多く、次いで「90~100%未満に減少」(23.8%)の順であった【表9】。

表9 5月の総入院患者数の減少率\_2月基準(単一回答)

項目	n	%
80%未満に減少	11	26.2
80~90%未満に減少	11	26.2
90%~100%未満に減少	10	23.8
100%以上(減少しなかった)	4	9.5
無回答	6	14.3
計	42	100.0

コロナ患者受入れの有無別に総入院患者数の変化をみると、コロナ陽性患者を受け入れた病院では、「80%未満に減少」(31.0%)が最も多く、次いで「80%~90%未満に減少」(27.6%)、「90%~100%未満に減少」(20.7%)の順であった。一方、コロナ陽性患者を受け入れていない病院については、総入院患者数が「80%~90%未満に減少」、「90%~100%未満に減少」、「100%以上(減少しなかった)」が、ともに25.0%であった【表10】。

表10 コロナ陽性患者の受け入れの有無別 5月の総入院患者数の減少率(2月基準)

	上段:n 下段:%	80%未満に	80~90%未	90%~100%	100%以上	不明
		減少	満に減少	未満に減少	(減少しな かった)	
計	42 100.0	11 26.2	11 26.2	10 23.8	4 9.5	6 14.3
受け入れた	29 100.0	9 31.0	8 27.6	6 20.7	1 3.4	5 17.2
受け入れて いない	12 100.0	2 16.7	3 25.0	3 25.0	3 25.0	1 8.3
無回答	1 100.0	0 0.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0

## 3) 令和2年2~9月の入院制限の状況

令和2年2~9月の入院制限の有無について、1か月でも「有り」と回答した病院は(57.1%)であった。これに対しすべての月で「無し」は(38.1%)であった【表11】。

表11 2~9月までの入院制限の有無(単一回答)

項目	n	%
有り	24	57.1
無し	16	38.1
無回答	2	4.8
計	42	100.0

令和2年2～9月の入院制限について、時系列推移をみると「すべての月：無し」（38.1%）が最も多く、次いで「無し→有り→無し」（35.7%）であり、「無し→有り→有り」で入院制限を継続したのは2病院（4.8%）であった【表12】。

表12 2～9月の入院制限の状況 時系列推移（単一回答）

項目	n	%
無し→有り→無し	15	35.7
無し→有り→有り	2	4.8
すべての月：無し	16	38.1
その他	4	9.5
無回答	5	11.9
計	42	100.0

コロナ陽性患者の受け入れの有無別に令和2年2～9月までの入院制限の有無を見ると、コロナ陽性患者を受け入れた病院では、「入院制限有り」が69.0%で、「入院制限無し」（24.1%）よりも多かった。一方、コロナ陽性患者を受け入れていない病院については、「入院制限無し」が66.7%で、「入院制限有り」（33.3%）よりも多かった【表13】。

表13 コロナ陽性患者の受け入れの有無別 令和2年2～9月の入院制限の有無

	上段：n 下段：%	入院制限 有り	入院制限 無し	不明
全体	42 100.0	24 57.1	16 38.1	2 4.8
受け入れた	29 100.0	20 69.0	7 24.1	2 6.9
受け入れて いない	12 100.0	4 33.3	8 66.7	0 0.0
無回答	1 100.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0

【図3】は、コロナ患者受入れの有無別に、入院制限の状況を月別に表したものである。コロナ患者受入れ有の病院では、入院制限した割合が4月に最も高いが5月から6月にかけて減少し以降は横ばいであった。

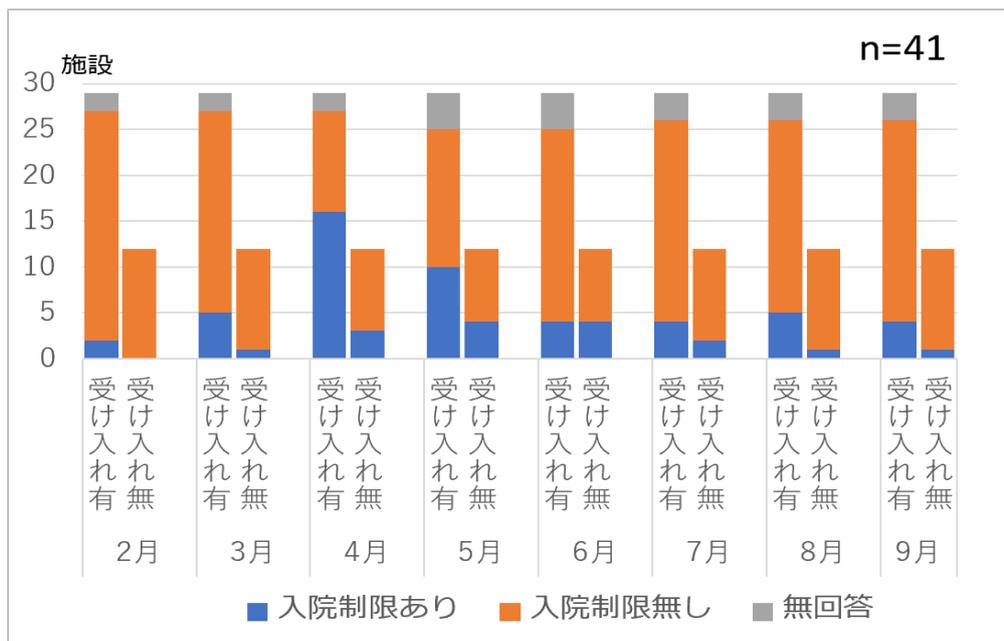


図3 令和2年2～9月（コロナ感染症対応初期から現在まで）の入院制限の状況

#### 4) 面会制限の状況

2～9月の面会制限の状況（禁止、制限有・無）について棒グラフに表した。4月以降も面会禁止が続き、5月には制限なしの病院はなかった【図4】。

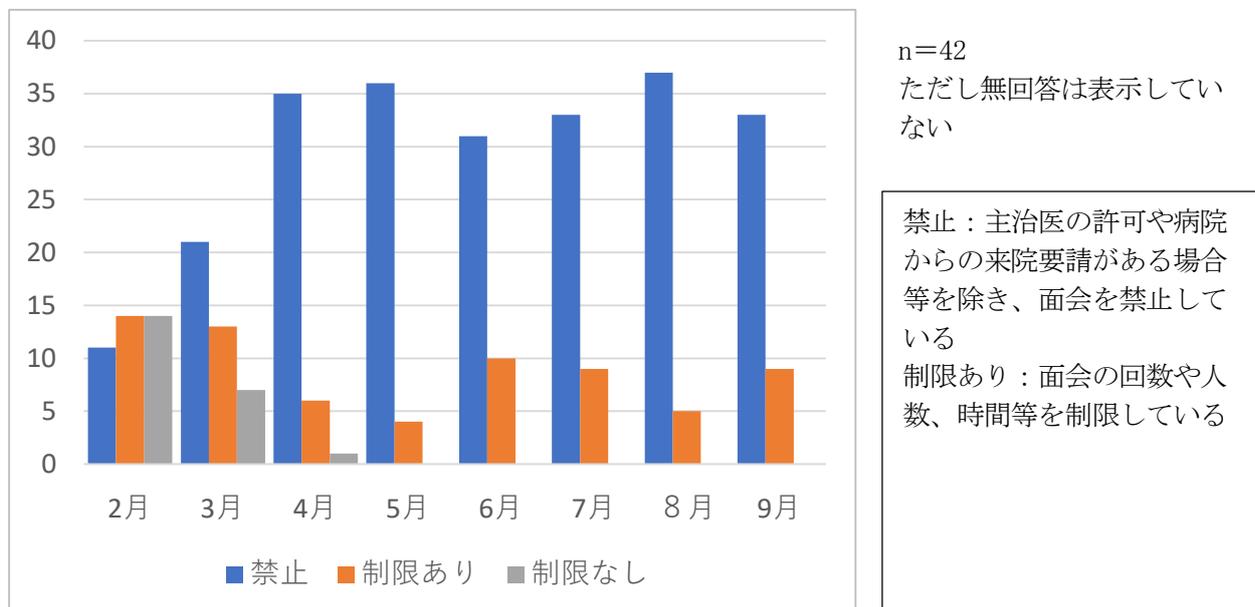


図4 令和2年2～9月（コロナ感染症対応初期から現在まで）の面会制限の状況

### 3. コロナ禍での看護職員配置の変更や工夫

#### 1) コロナ感染症対応病棟の看護職員配置および工夫や配慮

コロナ患者を受け入れた病院におけるコロナ感染症対応病棟（以下、コロナ病棟）の看護職員配置の変更や工夫（複数回答）では、「高齢や持病など重症化リスクの高い看護師を配置しない」が20病院（69.0%）、「基礎疾患を有する家族、高齢者や乳児と同居する看護師を配置しない」が18病院（62.1%）、「コロナ病棟へ転換前からの配属職員をそのまま配置」が17病院（58.6%）、「一般病棟看護師、手術室看護師、外来看護師の移動・調整などによって、コロナ感染症対応病棟の看護師を確保した」15病院51.7%、「基礎疾患を有する家族等と同居しており、帰宅することが困難な看護職員の宿泊病院の確保をした」15病院51.7%、「希望する看護師を配置」が13病院（44.8%）。「定期的に交代しながら配置」が13病院（41.4%）、専門性の高い看護師の配置は2割程度であった【表14】。

表14 コロナ病棟の看護職員配置および工夫や配慮（複数回答）  
（コロナ患者を受け入れたことのある病院のみ）

項目	n	%
高齢や持病など感染による重症化リスクの高い看護師を配置しないようにした	20	69
基礎疾患を有する家族、高齢者や乳幼児と同居する看護師を配置しないようにした	18	62.1
コロナ対応病棟へ転換前からの配属職員をそのまま配置した	17	58.6
一般病棟看護師、手術室看護師、外来看護師の移動・調整などによって、コロナ感染症対応病棟の看護師を確保した	15	51.7
基礎疾患を有する家族等と同居しており、帰宅することが困難な看護職員の宿泊病院の確保をした	15	51.7
希望する看護師を配置した	13	44.8
コロナ感染症対応病棟に配置する看護職員は定期的に交代しながら配置した	12	41.4
呼吸器疾患患者の看護経験のある看護師を配置した	7	24.1
専門性の高い看護師（認定看護師や専門看護師など）を配置した	6	20.7
看護職員の子供の保育場所を確保した	4	13.8
その他	4	13.8
院外（関連病院またはナースセンター登録）からの看護師を配置した	0	0
あてはまるものはない	0	0
無回答	0	0
全体	29	100.0

#### 2) 一般病棟の看護職員配置および工夫や配慮

新型コロナウイルス感染拡大に伴う一般病棟の看護職員配置については、「妊娠中の看護職員は主治医等の指導に基づいて感染リスクの低い業務への従事や休業とした」（50.0%）が最も多く、次いで「夜勤不可能あるいは短時間勤務の看護職員など、個々の状況に合わせた勤務シフトを調整した」（38.1%）の順であった。一般病棟の配置・工夫（複数回答）では「妊娠中の看護職員は感染リスクの低い業務への従事や休業」が21病院（50%）、「夜勤不可や短時間勤務など個々の状況に合わせた勤務シフトの調整」が16病院（38.1%）、「子供の保育場所の確保」が6病院（14.3%）。「外来部門、健診部門、手術室等の配置人数の縮小や部署閉鎖」が12病院（28.6%）、「人員確保のために一般病棟を一時的に閉鎖」が5病院（11.9%）であった。【表15】

表 15 コロナ禍での一般病棟の看護職員配置の変更や工夫（複数回答）

項目	n	%
妊娠中の看護職員は主治医等の指導に基づいて感染リスクの低い業務への従事や休業とした	21	50.0
夜勤不可能あるいは短時間勤務の看護職員など、個々の状況に合わせた勤務シフトを調整した	16	38.1
外来部門、健診部門、手術室等の配置人数の縮小や部署閉鎖をした	12	28.6
基礎疾患のある看護職員は主治医等の指導に基づいて感染リスクの低い業務への従事や休業とした	11	26.2
基礎疾患を有する家族等と同居のため、帰宅が困難な看護職員の宿泊病院の確保をした	7	16.7
看護職員の子供の保育場所を確保した	6	14.3
あてはまるものはない	6	14.3
人員確保のために一般病棟を一時的に閉鎖した	5	11.9
その他	5	11.9
新規採用や院外からの応援の看護職員については個々の状況に合わせて業務内容を調整した	4	9.5
看護職員の配置全体のバランスを考え、配置人数不足の病棟には新たに代替職員を確保した	3	7.1
無回答	3	7.1
高齢者の看護職員は主治医等の指導に基づいて感染リスクの低い業務への従事や休業とした	2	4.8
人員確保について都道府県ナースセンターに求人登録した	2	4.8
全体	42	100.0

#### 4. 看護部と他部門との業務分担の変更、継続予定

##### 1) 看護部と他部門との業務分担の変更の状況

「コロナ感染症拡大を契機に、看護部と他部門とで業務分担に変更があったか」尋ねたところ、「有」と回答したのは19病院(45.2%)であった。

このうち「看護部→事務部」へのタスクシフト/シェアが12病院で最も多く、その8割が「今後も継続」と回答した。次いで「看護部→薬剤部」「看護部→臨床検査部」が各5病院であった。さらに「看護部→リハビリ部」が3病院、「看護部→診療放射線部」「看護部→臨床工学部」がともに2病院であった。「看護部→診療部」は1病院のみであった【表16】。

一方、他部門から看護部へのタスクシフト/シェアは「診療部→看護部」が7病院で最も多く、100%が「今後もタスクシフト/シェアを継続」と回答した【表17】。

合わせてみると、「看護部→事務部」へのタスクシフト/シェアが12病院で最も多く、次に「診療部→看護部」の7病院であった。

表 16 コロナ感染症拡大を契機とした業務分担の変更状況〔看護部→他部門〕（単一回答）

看護部 → 他部門	業務分担 変更の有無		→	今後の 継続予定			
		n		%		n	%
① 看護部→診療部	有	1	2.4	→	する	1	100.0
	無	41	97.6		しない	0	0.0
	無回答	0	0.0		無回答	0	0.0
	計	42	100.0		計	1	100.0
② 看護部→薬剤部	有	5	11.9	→	する	3	60.0
	無	37	88.1		しない	0	0.0
	無回答	0	0.0		無回答	2	40.0
	計	42	100.0		計	5	100.0
③ 看護部→リハビリ部	有	3	7.1	→	する	2	66.7
	無	39	92.9		しない	0	0.0
	無回答	0	0.0		無回答	1	33.3
	計	42	100.0		計	3	100.0
④ 看護部→診療放射線部	有	2	4.8	→	する	1	50.0
	無	40	95.2		しない	0	0.0
	無回答	0	0.0		無回答	1	50.0
	計	42	100.0		計	2	100.0
⑤ 看護部→臨床検査部	有	5	11.9	→	する	4	80.0
	無	37	88.1		しない	1	20.0
	無回答	0	0.0		無回答	0	0.0
	計	42	100.0		計	5	100.0
⑥ 看護部→臨床工学部	有	2	4.8	→	する	1	50.0
	無	40	95.2		しない	0	0.0
	無回答	0	0.0		無回答	1	50.0
	計	42	100.0		計	2	100.0
⑦ 看護部→事務部	有	12	28.6	→	する	10	83.3
	無	30	71.4		しない	0	0.0
	無回答	0	0.0		無回答	2	16.7
	計	42	100.0		計	12	100.0
⑧ 看護部→その他	有	2	4.8	→	する	1	50.0
	無	40	95.2		しない	0	0.0
	無回答	0	0.0		無回答	1	50.0
	計	42	100.0		計	2	100.0

表 17 コロナ感染症拡大を契機とした業務分担の変更状況 [他部門→看護部] (単一回答)

他部門 → 看護部	業務分担 変更の有無		→	今後の 継続予定			
		n		%		n	%
① 診療部→看護部	有	7	16.7	→	する	7	100.0
	無	35	83.3		しない	0	0.0
	無回答	0	0.0		無回答	0	0.0
	計	42	100.0		計	7	100.0
② 薬剤部→看護部	有	1	2.4	→	する	1	100.0
	無	41	97.6		しない	0	0.0
	無回答	0	0.0		無回答	0	0.0
	計	42	100.0		計	1	100.0
③ リハビリ部→看護部	有	3	7.1	→	する	3	100.0
	無	39	92.9		しない	0	0.0
	無回答	0	0.0		無回答	0	0.0
	計	42	100.0		計	3	100.0
④ 診療放射線部→看護部	有	0	0.0	→	する	0	0.0
	無	42	100.0		しない	0	0.0
	無回答	0	0.0		無回答	0	0.0
	計	42	100.0		計	0	0.0
⑤ 臨床検査部→看護部	有	0	0.0	→	する	0	0.0
	無	42	100.0		しない	0	0.0
	無回答	0	0.0		無回答	0	0.0
	計	42	100.0		計	0	0.0
⑥ 臨床工学部→看護部	有	0	0.0	→	する	0	0.0
	無	42	100.0		しない	0	0.0
	無回答	0	0.0		無回答	0	0.0
	計	42	100.0		計	0	0.0
⑦ 事務部→看護部	有	1	2.4	→	する	1	100.0
	無	41	97.6		しない	0	0.0
	無回答	0	0.0		無回答	0	0.0
	計	42	100.0		計	1	100.0
⑧ その他→看護部	有	3	7.1	→	する	1	33.3
	無	39	92.9		しない	0	0.0
	無回答	0	0.0		無回答	2	66.7
	計	42	100.0		計	3	100.0

コロナ患者の受け入れの有無別に看護部と他部門での業務分担の変更状況を見ると、コロナ患者を受け入れた病院では、「変更なし」が51.7%で、「変更あり」(48.3%)よりも多かった。コロナ患

者を受け入れていない病院でも、「変更なし」(58.3%)が「変更あり」(41.7%)より多かった【表18】。

表18 コロナ患者の受け入れの有無別 看護部と他部門での業務分担の変更

	上段：n 下段：%	変更あり	変更なし
計	42 100.0	19 45.2	23 54.8
受け入れた	29 100.0	14 48.3	15 51.7
受け入れていない	12 100.0	5 41.7	7 58.3
無回答	1 100.0	0 0.0	1 100.0

## 2) コロナ感染症拡大を契機に部門間のタスクシフト/シェアが進んだ業務の内容

コロナを契機に19病院で看護部と他部門との業務分担に関する変更が行われていたが、その具体的内容についての自由記述は【表19】【表20】のとおりである。

「その他部門」から看護部へタスクシフト/シェアされた業務の内容は、もともと清掃業者が行っていた掃除を看護師または看護補助者が行うようになったというものであった。

表19 看護部から他部門へタスクシフト/シェアした業務

看護部から他部門へのタスクシフト/シェア	有	記述：具体的にタスクシフト/シェア)が進んだ業務
看護部→診療部	1	・医師がコロナ患者対応のため感染エリアにいる時に、時々看護師の周辺業務を手伝ってくれる
看護部→薬剤部	5	・外来のトリアージ対応、正面玄関での検温、体調チェック ・薬剤のミキシング業務、持参薬の管理
看護部→リハビリ部	3	・患者の日常生活援助、早番、遅番の増員 ・外来のトリアージ対応、正面玄関での検温、体調チェック
看護部→臨床放射線部	2	・外来のトリアージ対応、正面玄関での検温、体調チェック
看護部→臨床検査部	5	・検体採取の介助 ・発熱外来における採血、検体採取業務、PCR 検体採取 ・正面玄関での検温、体調チェック
看護部→臨床工学部	2	・使用した機器類の消毒、返却業務
看護部→事務部	12	・感染防止用の消毒、衛生材料等の一括管理 ・面会一部制限付面会への変更時、文章作成したものを郵送依頼 ・入院時のオリエンテーションの一部、接触者外来の協働、面会方法変更時の連絡 ・発熱の有無のトリアージ(入館者の)病棟実施をなくし、入館時へ変更した ・玄関スクリーニング担当表作成を看護部がしていたが事務へ

表 20 他部門から看護部にタスクシフト/シェアした業務

他部門から看護部へのタスクシフト/シェア	有	記述：具体的にタスクシフト/シェアが進んだ業務
診療部→看護部	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 県の COVID-19 調整センターからの患者受入要請の窓口</li> <li>・ 濃厚接触者リストの作成</li> <li>・ PCR 抗原検査の実施。PCR 検査の結果を連絡する</li> <li>・ 発熱患者の問診</li> <li>・ 発熱外来においてのリモートによる問診と対応。患者への対応全面的に看護師</li> </ul>
リハビリ部→看護部	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ COVID-19 入院中の患者のリハビリ</li> <li>・ 看護師が ROM（関節可動域訓練）等実施した</li> <li>・ 病棟間のリハの横断をさける為床上リハー一部看護師へ</li> </ul>
薬剤部→看護部	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病棟薬剤管理業務の拡大</li> </ul>
事務部→看護部	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 書類関係の配布物を中止→看護師が代行した</li> </ul>
その他→看護部	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 感染症病床の毎日の清掃業務は看護補助へ（一般通常は業者が実施）</li> <li>・ 感染症エリアの清掃</li> </ul>

### 3) 業務分担の困難や課題

業務分担の困難や課題については、23 病院（コロナ患者受入れ 20 病院、受入れ無 3 病院）から自由記述による回答を得た。内容は、【表 21】のように 12 のカテゴリに分類された。

カテゴリ別では、【看護師への業務集中】が 7 件で最も多かった。【コロナ対応システムの構築】【医師・多職種の非協力】【危機意識の温度差】【患者対応は看護師という認識】が各 3 件ずつあった。

また、清掃などの委託業務や、リハビリを看護師が担当するなど、【委託業務等の逆タスクシフト】も見られた。

表 21 業務分担の困難と課題

カテゴリ	具体的な記述内容
看護師への業務集中(7:6/1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・誰がするのがよいのか、という議論になると、だいたい看護師に業務がまわってくる。</li> <li>・資格・役割に基づいて業務見直しを提案するが、もともと「看護師の仕事」と認識があるのでスムーズにすまない。</li> </ul>
コロナ対応システムの構築(3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・システムを構築する必要はあったが業務分担の変更はなかった</li> <li>・各専門分野の特性を、相互が理解し、組織的な取り組みが必要</li> </ul>
医師・多職種の非協力(3:2/1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・システムづくりをする際、どの部門も主体的に発信しようと思わず、結局看護部が全てにおいて主導しなければ何も進まない。</li> <li>・当初は、ゾーニングに納得いかない医師や、病院の決定事項に反発する等があった。</li> </ul>
危機意識の温度差(3:1/2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・未知の感染症であるコロナに対する認識が、直接対応する医師や看護職員と直接対応しない部門とでは危機意識の乖離が大きく</li> <li>・(無) 病院入り口での検温や問診等をしている職員とあまり関わらない職員との温度差。</li> </ul>
患者対応は看護師という認識(3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者対応業務への多職種の理解不足</li> <li>・コロナ患者対応は医師や看護職員がするのが当たり前というような病院内の風潮</li> </ul>
委託業務等の逆タスクシフト(2:1/1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コロナ対応病棟開設にあたっては清掃、寝具、患者病衣提供等委託業務を全て看護師が行なわざるをえない状況になった。(看護補助者業務含む)</li> <li>・看護師がROM等(リハビリテーション)の運動を行なっている。</li> </ul>
コロナによる拡大業務の振り分け(2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・それぞれが日々の業務でいっぱいなのにコロナ対策が追加されたという状況</li> <li>・感染対策にて業務量が増えたため、どの職種にも業務負荷がかかっている。</li> </ul>
方針・責任の所在が不明確(2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師によって方針が定まらない時期は、看護部が様々な事に振りまわされた。</li> <li>・誰が最後の責任者なのか不明確で大事なことが漏れるといったことが直近で起きています。</li> </ul>
感染症対応の知識不足(2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コメディカルスタッフは正しい知識をもっていない。</li> <li>・PPE着脱を知らない人が多く、タスクシフト、タスクシェアできなかつた。</li> </ul>
感染症専従認定看護師の業務負担大(1)	<p>感染症専従認定看護師の業務量負担が大きく、看護師内や感染対策室内スタッフへのタスクシフト、タスクシェアを検討中。</p>
チーム力の向上(1)	<p>協力的であり、チーム力が向上した。</p>
人間関係の悪化(1)	<p>振り分け方で人間関係も悪くなってしまいかもと思うことがある。</p>

※ ( ) 内は件数。内訳のあるものはコロナ患者受入れ有病院での件数：無病院での件数、内訳のないものはすべてコロナ受入れ病院の件数

## 5. 看護補助者の確保と新人看護師の教育・研修・配属

### 1) コロナ禍における看護補助者の雇用人数の増減

コロナ感染症拡大に伴い、看護補助者の雇用人数を変更したか尋ねたところ、看護補助者の雇用人数について「変えていない」(88.1%)が最も多く、全体の約9割弱を占めている【表22】。

看護補助者の雇用人数を「減らした」と回答した1病院に、その理由を選択肢で尋ねると「入院患者が減ったため」との回答があった。

表22 看護補助者の雇用人数の増減 (単一回答)

項目	n	%
減らした	1	2.4
一時的に減らして戻した	0	0.0
増やした	4	9.5
一時的に増やして戻した	0	0.0
変えていない	37	88.1
無回答	0	0.0
全体	42	100.0

コロナ患者の受け入れの有無別に看護補助者の雇用人数の増減をみると、コロナ患者を受け入れた病院では、「変化なし」(86.2%)が最も多かったが、「増やした」(13.8%)もは4病院あった。一方、コロナ患者を受け入れていない病院については、「変化なし」が9割(91.7%)で、「減らした」(2.4%)が1病院あった【表23】。

表23 コロナ陽性患者の有無別 看護補助者の雇用人数の増減

	上段：n 下段：%	減らした	増やした	変化なし
計	42 100.0	1 2.4	4 9.5	37 88.1
受け入れた	29 100.0	0 0.0	4 13.8	25 86.2
受け入れていない	12 100.0	1 8.3	0 0.0	11 91.7
無回答	1 100.0	0 0.0	0 0.0	1 100.0

### 2) コロナ感染症対応に伴う、新人看護師の教育・研修・配属

コロナ感染症対応に伴う新人看護師の教育・研修・配属の変更について「集合研修の中止・延期・縮小」(71.4%)が最も多く、次いで「育成スケジュールの見直し・変更」(33.3%)、「特に変更なし」(26.2%)の順であった【表24】。

「配属時期の変更」をしたのは5病院(11.9%)あり、具体的には、「(配属時期を)早めた、ローテーション研修を4月中おこなうが途中で中止した」「ローテーション研修を中止したため、ORT(オリエンテーション)後すぐに部署配置した」などが挙げられた。「配属部署の変更」をしたのは4病院(9.5%)であり、COVID専用部署やICU配属の中止などが確認された【表25】。

表 24 新人看護師の教育・研修・配属（複数回答）

項目	n	%
集合研修の中止・延期・縮小	30	71.4
育成スケジュールの見直し・変更	14	33.3
特に変更なし	11	26.2
配属時期の変更	5	11.9
配属部署の変更	4	9.5
無回答	1	2.4
全体	42	100.0

表 25 配属時期・部署の変更に関する具体的な記述

配属時期の変更（具体的に）	配属部署の変更（具体的に）
<ul style="list-style-type: none"> <li>・早めた、ローテーション研修を4月中おこなうが途中で中止した</li> <li>・ローテーション研修を中止したため、ORT（オリエンテーション）後すぐに部署配属した。</li> <li>・入職開始日を4/6に変更。海外旅行にいていた人は2週間後まで休みとした</li> <li>・研修期間を延長。雇用調整助成金取得のための休業</li> <li>・入職後配属部署を早めに決めて部署へ入れた</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・COVID 専用部署への配属は中止した</li> <li>・コロナ陽性対応の病棟へ配属していた新人を関連の部署へ配属した（4月～6月）</li> <li>・感染症対応病棟の新人には4月、5月他病棟で研修を受けてもらった</li> <li>・ICU 配属を中止した</li> </ul>

## 6. 看護部門内で ICT 活用が進んだ業務・活動

### 1) 看護部門内で ICT 活用が進んだ業務・活動

ICT 活用が進んだ業務・活動の有無について、「ある」が約6割（59.5%）、「ない」が約4割（40.5%）であった【表 26】。

表 26 ICT 活用が進んだ業務・活動の有無（単一回答）

項目	n	%
ある	25	59.5
ない	17	40.5
無回答	0	0.0
計	42	100.0

ICT活用の変化を業務・活動内容別にみると、「②看護職員の教育・研修」におけるICTの活用が「進んだ」病院が54.8%と半数を超えた。次いで、「①患者や家族に関すること」における活用が、「進んだ」病院が35.7%、「③委員会活動」における活用が「進んだ」病院が23.8%であった【表27】。

表27 ICT活用が進んだ業務・活動（単一回答）

項目	ICT活用	n	%
①患者や家族に関すること	進んだ	15	35.7
	進んでいない	27	64.3
②看護職員の教育・研修	進んだ	23	54.8
	進んでいない	19	45.2
③委員会活動	進んだ	10	23.8
	進んでいない	32	76.2
④その他	進んだ	8	19.0
	進んでいない	34	81.0

ICTの活用が進んだ具体的内容については、次のとおりであった。

①患者や家族に関すること

「進んだ」と回答した15病院のうち、14病院が「オンライン面会」、1病院が「オンラインでの説明」と回答していた。オンライン面会にあたっては、患者向けにWifi導入や、i-padの使用、オンライン面会システムとしてはzoomやフェイスタイムの利用が見られた。

②看護職員の教育・研修

「進んだ」と回答した23病院すべてが、「eラーニング」または「web研修の導入」と回答していた。web研修の中には「zoomなどでリモート研修（外部講師）を増やした」という回答も1件あった。

③委員会活動

「進んだ」と回答した15病院のうち14病院が、集合を減らし「オンライン会議」と回答していた。「メール審議を増やした」という回答も1病院で見られた。

④その他

「進んだ」と回答した8病院のうち、3病院が「webでの採用面接」を挙げた。

「④その他」に関する具体的な内容は【表28】のとおりである。

表 28 ④その他に関する具体的な記述

- ・HRジョイントの導入で入力業務軽減、電子カルテ更新でカルテ内文書機能が充実しIT化が促進した
- ・採用面接をオンラインで実施した。対面のみから対面+県外者オンライン
- ・採用面接にはZOOM等を使用し、webでの面接等を行なった。
- ・元々、e-learning、web会議は行っていた。
- ・実名等を出さず、zoomでカンファレンスを実施した。
- ・電子カルテの活生化、サーマルカメラの導入
- ・webでの面接。
- ・ズームやチームスを活用して、在宅で会議に参加できるようにした。
- ・電子カルテ上でICの予約システムを作り可視化した。ICの場所を外来部門で行い、院内に外部からの感染持ち込みの機会を低減する対策となった。

## 2) ICT 活用の課題

ICTの課題についての記述回答を分類したところ、「wifi等ネット環境整備(8件)」、「ICTシステム・機器の導入費用(6件)」、「ICTツールの整備(4件)」、「ICT活用技術の習得(2件)」などが挙げられた【表29】。

表 29 ICT 活用の課題

分類	数	具体的な記述
wifi 等ネット環境整備	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>・院内でリモート委員会ができる環境にない。</li> <li>・看護協会の研修を集合せず各病院から講師とつながるシステムが確立されていない事から集合しないと研修受講ができない為自粛期間中の研修キャンセルが続いた。</li> <li>・患者対応が必要時リモートを活用して実施できる環境が欲しい</li> <li>・建物が古く、wifi 環境が整っていないなどがあり、活動制限がかかった。</li> </ul>
ICT システム・機器の導入費用	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>・経費、色々考えてみるが病院経営がかなり厳しい中で整備経費が課題となることが多い。</li> <li>・便利なツールや機器の購入には費用がかかること。</li> </ul>
ICT ツールの整備	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個人にノート P C がない</li> <li>・機器などの備品の充足。</li> <li>・まず当院は、電カル導入されていない事が問題</li> </ul>
ICT 活用技術の習得	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一部の職員に、P C 等機器に苦手な者がおり、研修しても身につかない。患者や家族にも同様で、指導する職員が必要となる。</li> <li>・活用のための技術知識修得。</li> </ul>
ICT が感染源になる可能性	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ipad なども感染源となりうる。</li> </ul>
コロナ対応の有無による部門のニーズ差	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・COVID 対応している部門としてない部門でのニーズが違う。</li> </ul>
ICT 活用に関する患者教育	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一部の職員に、P C 等機器に苦手な者がおり、研修しても身につかない。患者や家族にも同様で、指導する職員が必要となる。(再掲)</li> </ul>
ICT 導入の費用対効果	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ICT 導入にかかる費用とその効果を明確に示すこと。</li> </ul>
ICT 導入時期の検討	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ICT の活用について、まだまだ先進的取り組みであり、現在の業務にどのようにとり入れていくか難しい。どんどん新しいことが出てくるのでいつとり入れるべきか悩ましい。</li> </ul>
web 面接の不確かさ	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>又、面接等の使用では対面のように所作等見えにくい情報もある。</li> </ul>
医師の介入による混乱	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・帰国者・接触者外来・発熱外来・感染疑いの入院患者のベッドコントロール等について ICT の中に専門性の高 ICD がいないため医師同士の意見の相違で混乱することが課題。</li> </ul>
看護管理者の情報リテラシーが低い	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護管理者の情報リテラシーが低い。</li> </ul>
看護師の業務負担軽減	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師の業務負担軽減になること</li> </ul>
情報交換相手の web 環境	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>当院では比較的スムーズに導入できている。ケアマネ等とのやりとり等にもっと活用したいが、相手のweb環境も様々である。</li> </ul>
リモート面会を稼働させる人手	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リモート面会を実施したいが、ICT だけに頼ることもできず、実際にはスタッフの関わりが重要で、いままでまだ対応できていない。(人員不足)</li> </ul>

## 7. 看護部組織の運営上の困難と対応および対応からみえた課題

アンケートへ回答した看護部長 42 名のうち、41 名から自由記述が得られた。自由記述を質的に分析した結果は以下の通りである。

### (1) コロナ禍への対応において、看護部組織としてもっとも困難に感じたこと

コロナ禍への対応において、看護部組織としてもっとも困難に感じたことは、コロナ患者受け入れ「あり」の病棟では、【組織の指示命令系統・リーダーシップのあやふやさ】【コロナ病棟の立ち上げと運用の難しさ】【コロナ病棟の看護師配置の難しさ】【感染拡大に伴う看護職員の人員不足・確保の困難】【医師との協働の困難】【スタッフ・家族へのメンタルサポートの難しさ】であった。コロナ受け入れ「なし」の病棟では、【人員不足による看護師配置の困難】【擬陽性患者対応の困難】【情報共有の難しさ】【医師・多職種協働の困難】【スタッフ・患者のメンタルサポートの難しさ】であった【表 30】。

表 30 コロナ禍への対応において、看護部組織としてもっとも困難に感じたこと

	カテゴリー	内容
受け入れ「あり」の病棟	組織の指示命令系統・リーダーシップのあやふやさ (6)	方針や決定事項の情報共有や浸透が難しい (4)
		病院が明確な方針を示さない
		感染対策の運用について指示・命令が後追となった
	コロナ病棟の立ち上げと運用の難しさ (6)	コロナ病棟の立ち上げに際し、看護体制、処遇など要求が高く運用が難しい
		コロナ対応病棟と他の病棟の夜勤回数や看護業務の不均衡が問題になった
		病棟間応援勤務に対する気持ちの擦れ違いや看護業務スキルの問題等
		コロナ対応病棟の選択に大変迷った
	院内感染予防対策の徹底が難しかった	
	コロナ病棟の看護師配置の難しさ (6)	コロナ感染症受け入れ病棟に勤務する職員の配置 (6)
	感染拡大に伴う看護職員の人員不足・確保の困難 (11)	濃厚接触者となった看護職員が2週間の自宅待機となり、勤務人数が減った (4)
予測がつかない中で人員調整や病床確保を行わなければいけないこと (2)		
夜間の看護人員確保 (2)		
看護職員の家族からの反対による業務困難		
妊娠している職員に対し、医師から業務変更や休業が指示され人員調整が困難		
保育園、幼稚園、小学校の閉鎖により人員が確保できなかった		
医師との協働の困難 (2)	医師の協力が得られないこと	
	感染症対策における診療科を越えた医師との情報共有が困難であった	
スタッフ・家族へのメンタルサポートの難しさ (7)	未知のウイルスや予測されない事態に対する、スタッフのメンタルサポートや家族への対応に苦慮した (3)	
	コロナ病棟の入院患者がいない時の他部署応援業務に対して職員がストレスフルでありメンタルサポートに苦慮した (2)	
	感染した看護師に対する、多職種から偏見・誹謗中傷があった (2)	
受け入れ「なし」の病棟	人員不足による看護師配置の困難 (5)	発熱・疲労に伴う休みやPCR結果が出るまでの休みによる人員不足への対応 (3)
		感染拡大に伴い、休校・休園となり子供を持つ看護師の休みによる人員不足への対応 (2)
	擬陽性患者対応の困難 (3)	発熱患者の対応、PCR検査の実施など業務量の増加による負担への対応
		コロナの患者を受け入れない方針の中で、疑いの患者の入院に対するPP不足やスタッフの不満への対応
		看護スタッフの感染に対する認識の違いや甘さ
	情報共有の難しさ (2)	保健所のルールなどが変更されても病院と情報共有されず困った
		発熱患者の取り扱いや手術患者の取り扱いについて、日々情報が変わり困った
	医師・多職種協働の困難 (2)	それぞれの職種の連携が十分とれていると思いついて、実際はとれておらず苦労した
医師によって考え方が違っていることで業務が振り回された		
スタッフ・患者のメンタルサポートの難しさ (3)	感染専従看護師が抑うつ状態となり病欠となってしまったことへの対応	
	面会制限により患者さんの精神的対応がむずかかった	
	感染への不安から身体的にも精神的にも過剰な負担となった	

(2) コロナ禍での看護部組織としての困難さへの対応

前述の困難への対応で行ったことは、【看護スタッフ人員不足に対する体制の整備や補充】【スタッフの勤務・配置に対するニーズの把握】【スタッフのメンタルサポート】【タイムリーで正確な情報発信と共有】【全部門の合議による方針決定】【感染対策備品の整備】【入退院や病棟編成の調整】【多職種との業務分担や外部機関との連携】【感染対策に関する研修開催】【看護スタッフの処遇検討】【患者ケア業務の調整】【体制づくりに全職員を巻き込む】【課題整理】であった。【表 31】

表 31 コロナ禍での看護部組織としての困難さへの対応

カテゴリー	内容
看護スタッフ人員不足に対する体制の整備や補充 (14)	他部署からの応援体制の整備をおこなった (6)
	コロナ対応スタッフの人数を絞り、夜勤専従配置を行った
	感染に係る外来・検査業務は感染病棟に配置された職員で行った
	了解を得られたスタッフを1～2カ月のローテーション勤務をした
	補充については派遣看護師、パート看護師を採用した (2)
	妊娠中のスタッフの勤務は、話し合いにより柔軟に対応した
	少人数部署であったが、スタッフをフォローするため師長・主任を配置した スタッフが休憩をできるよう人員を確保した
スタッフの勤務・配置に対するニーズの把握 (10)	全職員へ意向に関するアンケート調査を実施した (3)
	部長や副部長がスタッフと個別面談を実施した (5)
	スタッフの疑問点についてはQ & A方式で回答した
	現場との関係を密にした対応を行った
スタッフのメンタルサポート (7)	コロナ患者ケアに従事するスタッフへは定期的なストレスチェックをおこなった
	臨床心理士や産業医の面談によるメンタルサポート体制を実施
	メンタルを支援するため相談窓口を設置した
	誹謗・中傷差別的発言に対する教育を実施した (2) 定期的な面談や不安の聞き取りを実施した (2)
タイムリーで正確な情報発信と共有 (7)	情報は、イントラネットによる配信やラウンド、集合会議で発信した (4)
	院長に説明を依頼をした
	コロナ対応看護職員の選出基準をスタッフへ周知した 情報の共有・伝達のタイミングを常に気をつけた
全部門の合議による方針決定 (5)	院長、感染対策会議、幹部会等を中心に病院としての方針を合議で決定した
	院内感染防止対策会議を看護部主導で開催した (2)
感染対策備品の整備 (4)	PPE物品の確保、職場環境の整備をした (3)
	サーモを導入し検温は中止した
入退院や病棟編成の調整 (4)	退院の促進と入院受け入れ中止として患者数を減らした
	入院患者も健康観察2週間は転棟・退院を延期した
	病棟の一部閉鎖した
	陽性患者は限定した病棟の個室対応とした
多職種との業務分担や外部機関との連携 (5)	他職種と業務分担や支援を受けた (4)
	保健所等の対応を看護部門で全て行った
感染対策に関する研修開催 (2)	感染対策に関する研修を行った (2)
看護スタッフの処遇検討 (1)	危険手当の支給等の処遇を検討した
患者ケア業務の調整 (1)	災害に準じて、処置・ケアを必要最低減にしぼった
体制づくりに全職員を巻き込む (2)	検疫や検査体制の確立など全職員を巻きこみ取り組んだ
課題整理 (1)	問題を病棟、看護部、病院全体に分け整理し、解決した

### 3) コロナ禍での看護組織の運営上の課題

調査時点で考える、コロナ禍での看護組織の運営上の課題は、【危機管理における人員確保と配置・病棟編成・運用の体制づくり】【スタッフのメンタルサポートと健康管理のしくみづくり】【危機管理における情報共有のしくみづくり】【平時から行う危機管理における看護管理者の教育】【危機状況におけるスタッフ教育と育成の見直し】【多職種との共通認識と役割分担の見直し】【危機状況を想定した経営方針の策定やBCPの活用】【感染対策における病院構造の検討】であった【表32】。

表32 コロナ禍での看護組織の運営上の課題

カテゴリー	内容
危機管理における人員確保と配置・病棟編成・運用の体制づくり (17)	通常業務と感染症受け入れ業務の並行による体制構築のための人員確保と看護配置 (8)
	こどものいるスタッフや濃厚接触となったスタッフの急な出勤困難に対応する人員確保と傾斜配置 (3)
	コロナ病棟に配置するスタッフの人選方法
	コロナ病床に勤務するナースの夜勤体制の整備
	感染症対応のための病棟編成の再考
	応援体制やその業務の整備
	感染拡大のリスクを減らすための看護方式の検討 病棟機能変更による退職者の回避
スタッフのメンタルサポートと健康管理のしくみづくり (10)	メンタルサポート体制の強化や再構築 (3)
	コロナ患者対応スタッフのストレス対処とモチベーションサポート (3)
	スタッフの健康維持へのサポート (2)
	職員の不要不急の移動などの行動制限の徹底 コロナ患者対応スタッフへの差別的発言への対応
危機管理における情報共有のしくみづくり (8)	危機管理として、正しい情報をいち早くスタッフへ共有し、徹底するしくみ作り (5)
	病院の方針を理解し、看護部のトップリーダーとして意図、判断と根拠を伝える (3)
平時から行う危機管理における看護管理者の教育 (5)	危機状況では看護管理者の考え方がスタッフは影響されるため平時から看護師長の教育が重要 (3)
	危機状況における看護管理者の役割を共通認識させる (2)
危機状況におけるスタッフ教育と育成の見直し (4)	感染症に対するスタッフの知識教育と防止対策の徹底 (2)
	院内のICNの育成と増員
	院内研修や新人教育体制の見直し
多職種との共通認識と役割分担の見直し (4)	感染対策における他部門・多職種間の意識や考え方の共通認識の必要性 (3)
	他部門多職種との連携と役割分担の見直し
危機状況を想定した経営方針の策定やBCPの活用 (4)	災害同様にBCPを策定し、看護部内で共有し、周知していく (2)
	部署統合や人件費など、危機状況における経営方針の決断が必要 (2)
感染対策における施設構造の検討 (1)	コロナ感染症を受け入れる病床確保を求められた時ゾーニング・動線が施設の構造上難しい

看護部門責任者対象調査

病院ID:

新型コロナウイルス感染症に対応した看護管理に関する調査

調査開始前に協力依頼書ならびに調査実施要領をお読みいただき、  
ご同意いただける場合は、下記の同意欄にチェックをお願いいたします。

研究協力を同意します  ←☑を付けてください

●記入にあたって

- ・ この調査票は、看護部長または部長職に相当する役職の方がご記入ください。
- ・ 令和2年10月1日現在の状況についてご回答ください。
- ・ あてはまる選択肢の番号を選んで○印をお付けください。
- ・ ( ) の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入ください。
- ・ 数値を記入する際に、小数点が生じる場合は、小数点第2位を四捨五入して、小数点第1位まででご回答ください。
- ・ 数字を記入する欄が0（ゼロ）の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入ください。

問 1 貴病院・看護部・各病棟でBCP（Business Continuty Plan;事業継続計画）を策定されていますか？

(1)～(3)それぞれの立場として状況をお答えください。

(○は1つだけ)

(1) 病院として	1. コロナ感染症拡大以前から策定していた 2. コロナ感染症拡大を契機に策定した 3. 策定していない
(2) 看護部として	1. コロナ感染症拡大以前から策定していた 2. コロナ感染症拡大を契機に策定した 3. 策定していない
(3) 各病棟として	1. コロナ感染症拡大以前から策定していた 2. コロナ感染症拡大を契機に策定した 3. 策定していない

問 2 現在（令和2年10月1日時点）までに、貴施設ではコロナ陽性患者または  
擬陽性の患者（以降、コロナ感染症患者）を受け入れたことがありますか。

(○は1つだけ)

1. ある                      2. ない → 問5-(2)へ進んでください

問 3 コロナ感染症患者の受け入れ体制（場所）について該当するものを1つお選びください。(○は1つだけ)

1. 一部の病棟をコロナ感染症対応病棟に転換した
2. 特定の病棟の一部の病室でコロナ感染症患者を受け入れた
3. 臨時に設けた施設（駐車場のプレハブ・ホテル・体育館など）に受け入れた
4. その他 ( )



**問 6 今回のコロナ感染症拡大に伴い、一般病棟の看護職員配置をどのように変更、工夫しましたか。**

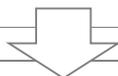
(あてはまるものすべてに○)

1. 妊娠中の看護職員は主治医等の指導に基づいて感染リスクの低い業務への従事や休業とした
2. 高齢者の看護職員は主治医等の指導に基づいて感染リスクの低い業務への従事や休業とした
3. 基礎疾患のある看護職員は主治医等の指導に基づいて感染リスクの低い業務への従事や休業とした
4. 外来部門、健診部門、手術室等の配置人数の縮小や部署閉鎖をした
5. 人員確保のために一般病棟を一時的に閉鎖した
6. 人員確保について都道府県ナースセンターに求人登録した
7. 看護職員の配置全体のバランスを考え、配置人数不足の病棟には新たに代替職員を確保した
8. 新規採用や院外からの応援の看護職員については個々の状況に合わせて業務内容を調整した
9. 夜勤不可能あるいは短時間勤務の看護職員など、個々の状況に合わせた勤務シフトを調整した
10. 基礎疾患を有する家族等と同居のため、帰宅が困難な看護職員の宿泊施設の確保をした
11. 看護職員の子供の保育場所を確保した
12. その他 ( )
13. あてはまるものはない

**問 7 今回のコロナ感染症拡大への対応において、看護部組織としてどのような困難を感じましたか。**

**最も困難を感じたことを1つ挙げ、それにどのように対応したのかもご記入ください。**

最も困難に感じたこと
------------



それにどのように対応したか
---------------

問 8 看護部と他部門との業務分担に関する変更についてお聞きます。

(1) コロナ感染症拡大を契機に、看護部（看護職、以下同）と他部門とで業務分担に変更はありましたか。  
 (○は1つだけ)

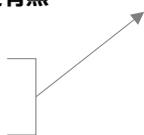
1. ある                      2. ない →問9へ進んでください

(2) 前の設問(1)で「1. ある」を回答した方は、具体的に委譲（タスクシフト、タスクシェア）が進んだ業務を教えてください。また今後の継続予定についても教えてください。

看護部 → 他部門	業務分担変更の有無	具体的に委譲（タスクシフト、タスクシェア）が進んだ業務	今後の継続予定
① 看護部→診療部	有 ・ 無		する ・ しない
② 看護部→薬剤部	有 ・ 無		する ・ しない
③ 看護部→リハビリ部	有 ・ 無		する ・ しない
④ 看護部→診療放射線部	有 ・ 無		する ・ しない
⑤ 看護部→臨床検査部	有 ・ 無		する ・ しない
⑥ 看護部→臨床工学部	有 ・ 無		する ・ しない
⑦ 看護部→事務部	有 ・ 無		する ・ しない
⑧ 看護部→その他 ( )	有 ・ 無		する ・ しない
他部門 → 看護部	業務分担変更の有無	具体的に委譲（タスクシフト、タスクシェア）が進んだ業務	今後の継続予定
① 診療部→看護部	有 ・ 無		する ・ しない
② 薬剤部→看護部	有 ・ 無		する ・ しない
③ リハビリ部→看護部	有 ・ 無		する ・ しない
④ 診療放射線部→看護部	有 ・ 無		する ・ しない
⑤ 臨床検査部→看護部	有 ・ 無		する ・ しない
⑥ 臨床工学部→看護部	有 ・ 無		する ・ しない
⑦ 事務部→看護部	有 ・ 無		する ・ しない
⑧ その他→看護部 ( )	有 ・ 無		する ・ しない

問 9 看護部と他部門との業務分担における困難や課題等ありましたら、ご自由にご記入ください。

問 10 コロナ感染症拡大に伴い（令和2年2～10月）、看護補助者の雇用人数を変更しましたか。また減らした場合はその理由としてあてはまるものに○をつけてください。

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <p>(1) 看護補助者の雇用人数の変更有無<br/>(○は1つだけ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 減らした</li> <li>2. 一時的に減らして戻した</li> <li>3. 増やした</li> <li>4. 一時的に増やして戻した</li> <li>5. 変えていない</li> </ol> |  | <p>(2) 減らした理由 ※左記(1)で①②を回答した方のみ対象<br/>(あてはまるものすべてに○)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 入院患者が減ったため</li> <li>2. 看護師の雇用を増やしたから</li> <li>3. ICTを導入したから</li> <li>4. 業務の一部をなくしたから</li> <li>5. 病院の方針</li> <li>6. 派遣業者が撤退したため</li> <li>7. その他 ( )</li> </ol> |
|---|---|--|

問 11 コロナ感染症対応に伴い、新人看護師の教育・研修・配属をどのように変更しましたか。  
(あてはまるものすべてに○)

1. 特に変更なし
2. 集合研修の中止・延期・縮小
3. 育成スケジュールの見直し・変更
4. 配属時期の変更 (具体的に: )
5. 配属部署の変更 (具体的に: )

問 12 コロナ感染症対応を契機としたICT活用の進展についてお聞きます。

※ここでの「ICTの活用」とは、機器やツール、インターネットを活用し、仕事の手間や手順を減らすなどを意味します。

(1) コロナ感染症対応を契機に、看護部門内でICTの活用が進んだ業務や活動はありますか。  
(○は1つだけ)

- 1 ある                      2 ない →問12へ進んでください

(2) 前問(1)で「ある」と回答した方は、具体的にICTの活用が進んだ業務や活動をお答えください(A)。また、以前とどのように変化したか教えてください(B)。

A : ICTの活用が進んだ業務や活動		- Aで「進んだ」を選択した場合 - B : 具体的な内容 (コロナ以前と現在)	
① 患者や家族に関すること	進んだ ・ 進んでいない		
② 看護職員の教育・研修	進んだ ・ 進んでいない		
③ 委員会活動	進んだ ・ 進んでいない		
④ その他 ( )	進んだ ・ 進んでいない		

(3) 看護業務や活動においてICTを活用する上で課題となっていることは何ですか。

問 13 今回のコロナ感染症対応の中で見えてきた、看護部組織の運営上の課題についてご記入ください。

## II. 新型コロナウイルス感染症を契機とした看護業務の変化・効率化に関する調査

42 病院 45 病棟の看護師長から回答を得た。

### 1. コロナ患者の受け入れ状況および面会・病院職員以外の出入りの状況

#### 1) 病棟としてのコロナ患者の受け入れ状況

病棟としてのコロナ患者の受け入れ状況について「受け入れていない」(68.9%)が最も多く、次いで「一部病床で受け入れている」(26.7%)の順であった【表 33】。

表 33 病棟としてのコロナ患者の受け入れ状況 (単一回答)

項目	n	%
受け入れていない	31	68.9
全病床で受け入れている (コロナ専用病棟である)	1	2.2
一部病床で受け入れている	12	26.7
無回答	1	2.2
全体	45	100.0

#### 2) 病棟としての回答日時点での家族の面会状況

回答日時点での家族の面会状況について「全面的に中止している」(48.9%)が最も多く、次いで「対象者を制限 (同居家族のみ等) している」(42.2%)の順であった【表 34】。

表 34 病棟としての回答日時点での家族の面会状況 (単一回答)

項目	n	%
全面的に中止している	22	48.9
対象者を制限 (同居家族のみ等) している	19	42.2
曜日を限定している	2	4.4
時間を短縮している	16	35.6
中止していない	0	0.0
無回答	0	0.0
全体	45	100.0

#### 3) 病棟としての回答日時点での病院職員以外の出入り状況

回答日時点での病院職員以外の出入り状況について「対象者を制限 (同居家族のみ等) している」(42.2%)が最も多く、次いで「全面的に中止している」(28.9%)の順であった【表 35】。

表 35 病棟としての回答日時点での病院職員以外の出入り状況（複数回答）

項目	n	%
全面的に中止している	13	28.9
対象者を制限（同居家族のみ等）している	19	42.2
曜日を限定している	3	6.7
時間を短縮している	10	22.2
中止していない	6	13.3
無回答	2	4.4
全体	45	100.0

## 2. 病棟における看護業務の変化

### 1) 新たな業務の実施状況

#### (1) コロナ感染症関連の検体採取

コロナ感染症関連の検体採取について「病棟看護師は行っていない」（62.3%）が最も多く、次いで「病棟看護師が現在行っている」（24.4%）の順であった【表 36】。

表 36 コロナ感染症関連の検体採取（単一回答）

項目	n	%
病棟看護師は行っていない	28	62.3
病棟看護師が一時的に行っていたが、現在は行っていない	6	13.3
病棟看護師が現在行っている	11	24.4
無回答	0	0.0
全体	45	100.0

#### (2) 病院職員以外の業者等が行っていた業務の実施状況

業者等が行っていた業務について、コロナ感染拡大後の実施状況は「病棟看護師は行っていない」が75.6%と全体の7割半ばを占め、次いで「病棟看護師が一時的に行っていたが、現在は行っていない」（20.0%）の順であった【表 37】。

表 37 業者等の業務に関するコロナ感染拡大後の実施状況（単一回答）

項目	n	%
病棟看護師は行っていない	34	75.6
病棟看護師が一時的に行っていたが、現在は行っていない	9	20.0
病棟看護師が現在行っている	2	4.4
無回答	0	0.0
全体	45	100.0

## 2) コロナ感染症の感染拡大前と現在での業務の変化

コロナ感染症の感染拡大前と現在を比較した看護師の業務量の変化について、「来院した家族に対応する時間（荷物の受け渡し、説明等）」（91.2%）、「入院患者の家族への電話連絡の時間」（84.5%）、「感染症対策を実施する時間」（84.4%）、「感染対策に関するOJTの時間」（84.4%）、「家族が行っていた身の回りの世話（売店での買い物、散歩の付き合い等）」（80.0%）では、ともに8割以上の師長が「増えた」と回答した【表38】。

表38 コロナ感染症の感染拡大前と現在を比較した看護師の業務量の変化（単一回答）

	増えた	変わらない	減った
他の病棟に入院予定だった患者を受け入れる	44.4%	46.7%	8.9%
患者の転棟	28.9%	57.8%	13.3%
病棟内での患者の病室移動	40.0%	55.6%	4.4%
バイタルサイン測定の回数	20.0%	80.0%	0.0%
家族が行っていた身の回りの世話（売店での買い物、散歩の付き合い等）	80.0%	11.1%	8.9%
夜勤帯の仕事量	35.6%	60.0%	4.4%
休日の仕事量	37.8%	57.8%	4.4%
来院した家族に対応する時間（荷物の受け渡し、説明等）	91.2%	4.4%	4.4%
入院患者の家族への電話連絡の時間	84.5%	13.3%	2.2%
カンファレンスの時間	11.1%	75.6%	13.3%
申し送りの時間（勤務交代時の情報交換）	6.7%	86.6%	6.7%
カルテ記載時間	8.9%	88.9%	2.2%
感染症対策を実施する時間	84.4%	15.6%	0.0%
感染対策に関するOJTの時間	84.4%	15.6%	0.0%
その他	100.0%	0.0%	0.0%

※全体（n=45）で集計した。

### 3) コロナ患者受け入れの有無による看護業務の比較

#### (1) コロナ患者受け入れ有無による検体採取業務の実施状況

コロナ患者を受け入れた病棟では「コロナ感染症関連の検体採取（PCR, LAMP 法等）」の実施について、「現在行っていない」（76.9%）が「現在行っている」（23.1%）よりも多かった。コロナ患者を受け入れていない病棟も同様に「現在行っていない」（77.4%）が「現在行っている」（22.6%）よりも多かった【表 39】。

表 39 コロナ患者の受け入れによる検体採取業務実施状況

（コロナ患者受け入れ状況が不明の 1 病棟を除く）

	上段：n 下段：%	現在行っていない	現在行っている
全体	45 100.0	34 75.6	11 24.4
受け入れた	13 100.0	10 76.9	3 23.1
受け入れていない	31 100.0	24 77.4	7 22.6

#### (2) コロナ患者の受け入れ有無による業者等の業務の実施状況

コロナ患者を受け入れた病棟では「業者等が実施していたこと」の実施について、「現在行っていない」（84.6%）が「現在行っている」（15.4%）よりも多かった。コロナ患者を受け入れていない病棟はすべての病棟が「現在行っていない」（100.0%）であった【表 40】。

表 40 コロナ陽性患者の受け入れによる業者等の業務の実施状況

	上段：n 下段：%	現在行っていない	現在行っている
全体	45 100.0	43 95.6	2 4.4
受け入れた	13 100.0	11 84.6	2 15.4
受け入れていない	31 100.0	31 100.0	0 0.0

#### (3) コロナ患者の受け入れ有無による看護業務の変化

コロナ患者受け入れの有無（無回答 1 病棟）で看護業務の変化を比較すると、感染対策や家族対応に関しては、コロナ患者の受け入れの有無に関わらず「増えた」という回答が多かった【図 5】。

「感染対策を実施する時間」「感染対策に関する OJT の時間」に関しては、コロナ患者受け入れ病棟はそれぞれ 100%、92.3%が、コロナ患者を受け入れていない病棟ではそれぞれ 77.4%、80.6%が「増えた」と回答していた。

また、「来院した家族に対応する時間」「家族が行っていた身の回りの世話」「入院患者の家族への電話時間」という家族対応については、コロナ患者受け入れ病棟はそれぞれ 84.6%、69.2%、69.2%

が、コロナ患者を受け入れていない病棟では、それぞれ 93.6%、83.8%、90.3%が「増えた」と回答していた。

「減った」と考えている業務は全体的に回答が少なく、コロナ患者受け入れ病棟は、「患者の転棟」について 23.1%が、コロナ患者を受け入れていない病棟では、「カンファレンス時間」について 9.7%が「減った」と回答した。

「バイタルサイン測定」や「夜勤帯の仕事量」については、コロナ患者の受け入れにより違いがあった。「バイタルサイン測定の回数」は、コロナ患者を受け入れている病棟は 0%、コロナ患者を受け入れていない病棟は 29%が「増えた」と回答していた。また、「夜勤帯の仕事量」に関しては、コロナ患者を受け入れている病棟は 53.8%、コロナ患者を受け入れていない病棟は 29%が「増えた」と回答があった。

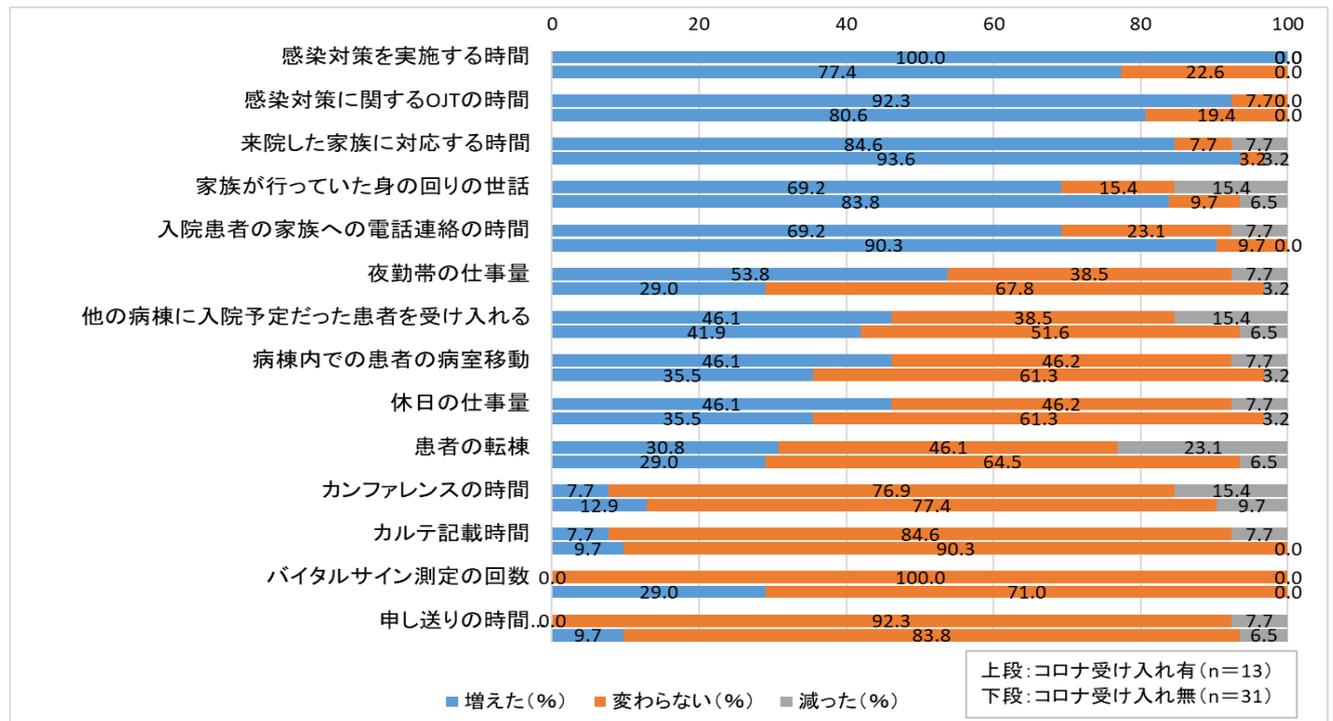


図5 コロナ患者受け入れの有無による看護業務の比較

#### 4) 面会制限の有無による看護業務の比較

回答日時点において、全病院が家族の面会を中止、あるいは時間や対象者の制限を行っていた。家族の面会を中止・制限していることで、感染対策や家族への対応の時間が「増えた」と回答している病棟が多かった【図6】。

「感染対策を実施する時間」は面会を中止している病棟は77.3%、面会制限をしている病棟は、91.3%が「増えた」と回答した。また、「感染対策に関するOJTの時間」は、面会を中止している病棟が86.4%、面会制限をしている病院が82.6%「増えた」と回答していた。

家族への対応については、面会を中止している病棟は、「来院した家族に対応する時間」95.5%、「家族が行っていた身の回りの世話」「入院患者の家族への電話連絡の時間」は共に81.9%が「増えた」と回答した。面会制限をしている病棟は、「来院した家族に対応する時間」「入院患者の家族への電話連絡の時間」共に87.0%、「家族が行っていた身の回りの世話」78.3%が「増えた」と回答した。

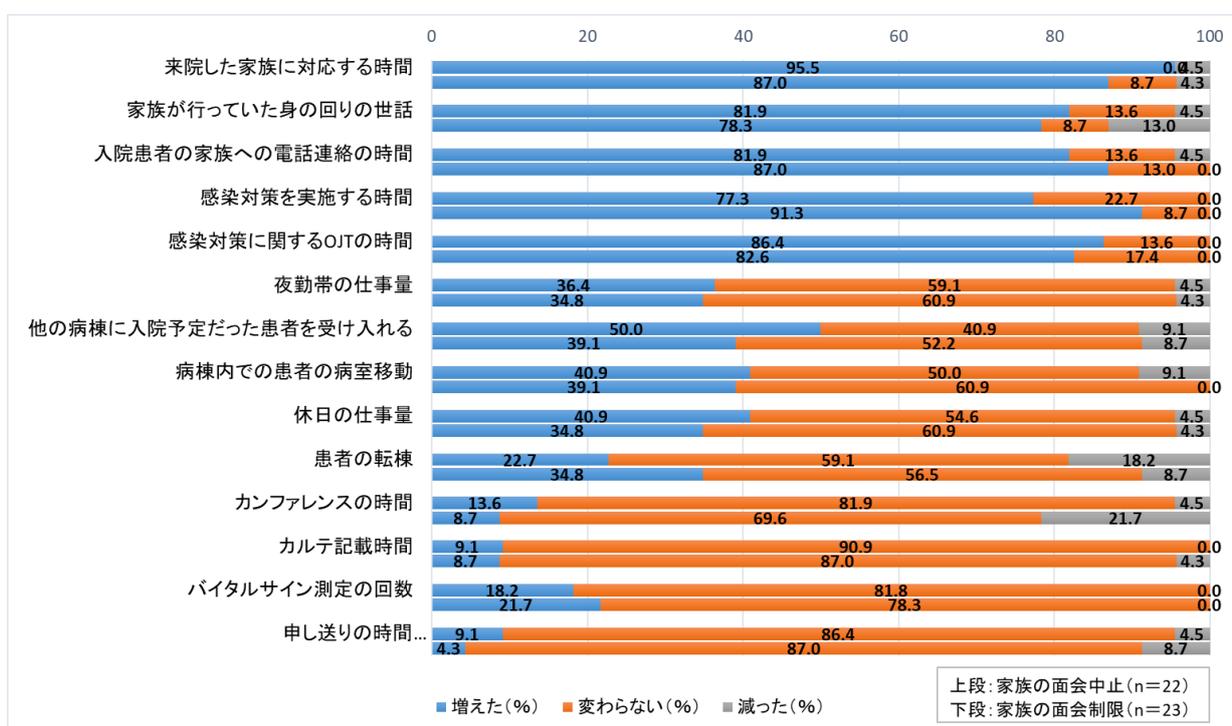


図6 家族の面会制限の状況と看護業務の比較

#### 5) 病院職員以外の出入りの有無による看護業務の比較

病院職員以外の出入りの有無に関わらず、感染対策や家族対応に関する業務が「増えた」と回答した病棟が多かった【図7】。「感染対策を実施する時間」「感染対策に関するOJTの時間」について、病院職員以外の出入りを中止している病棟はそれぞれ76.9%、76.9%、制限している病棟はそれぞれ83.3%、100.0%、中止していない病棟はそれぞれ100.0%、100.0%が「増えた」と回答した。

また、「来院した家族に対応する時間」については、病院職員以外の出入りを中止している病棟は92.3%、制限している病棟は91.7%、中止していない病棟は83.3%が「増えた」と回答した。「家族が行っていた身の回りの世話」については、病院職員以外の出入りを中止している病棟は92.3%、制限している病棟は70.8%、中止していない病棟は83.3%が「増えた」と回答した。「入院患者の家族への電話連絡の時間」については、病院職員以外の出入りを中止している病棟は84.6%、制限している病棟は79.2%、中止していない病棟は100%が「増えた」と回答した。

「減った」と回答した業務については、全体的に少なく、病院職員以外の出入りを中止している病棟は「患者の転棟」で23.1%が、制限している病棟は「患者の転棟」「家族が行っていた身の回り

の世話」「他の病棟に入院予定だった患者を受け入れる」でそれぞれ12.5%が「減った」と回答した。また、病院職員以外の出入りを中止していない病棟では、33.3%がカンファレンスの時間が「減った」と回答した。

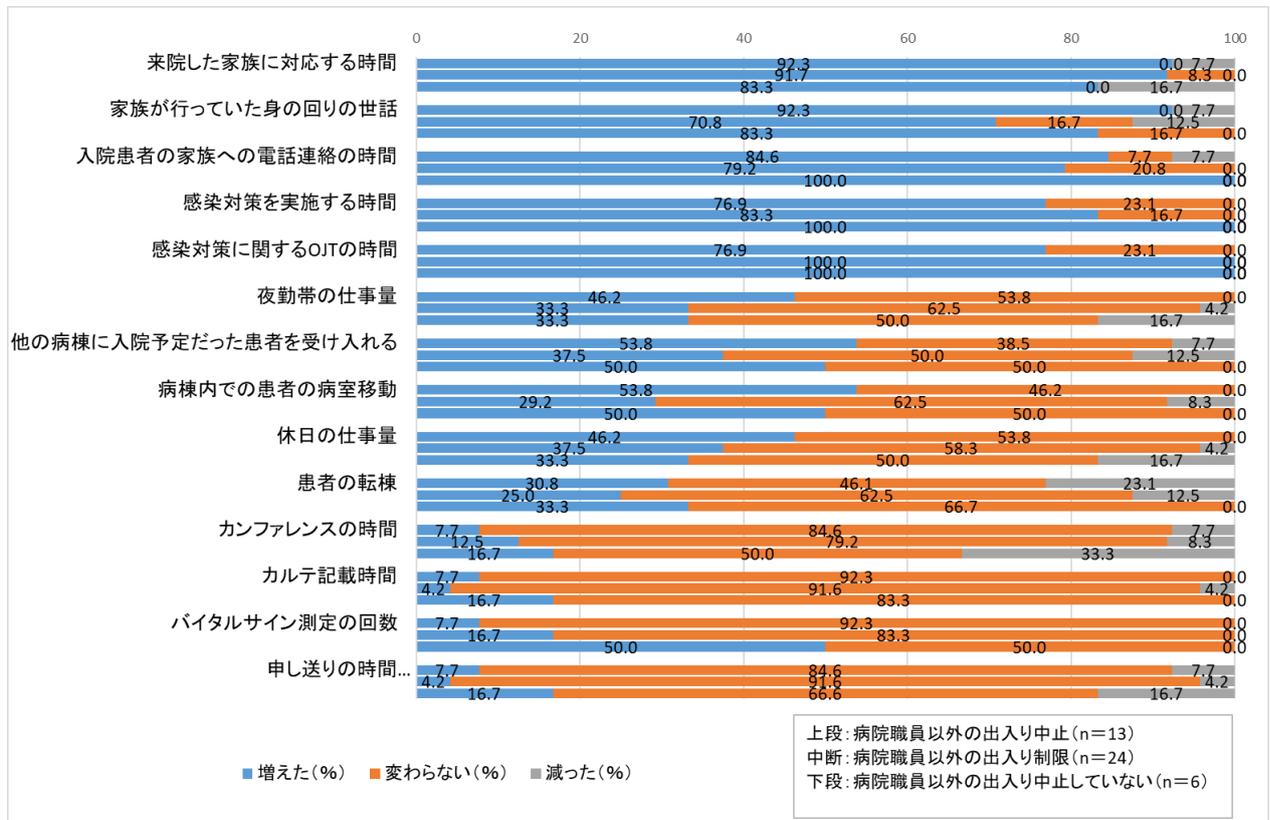


図7 病院職員以外の出入りの有無と看護業務の比較

## 6) 重症患者割合による看護業務の比較

重症患者割合が30%未満の病棟では、「増えた」と回答した業務は多いものから、「来院した家族に対応する時間」「家族への電話連絡」共に94.1%、「感染対策に関するOJTの時間」88.2%、「家族が行っていた身の回りの世話」82.4%であった。重症患者割合が30%以上では、「来院した家族に対応する時間」95.7%、「感染対策を実施する時間」91.3%、「家族への電話連絡」「家族が行っていた身の回りの世話」「感染対策に関するOJTの時間」82.6%であった。

重症患者割合が30%未満の病棟は、30%以上の病棟より、全体的に業務が「増えた」と回答した割合が高かった【表41】。重症患者割合が30%未満の病棟と比較し、30%以上の病棟で、「増えた」と回答した割合が高いのは、「感染対策を実施する時間」91.3%、「患者の病室移動」47.8%、「申し送りの時間」13.0%であった。また、「減った」と回答した割合が高いのは、「患者の転棟」17.4%、「カンファレンスの時間」13.0%であった。

表 41 重症患者の割合で比較した看護業務の変化

業務	重症患者割合 <sup>1)</sup>	増えた	変わらない	減った
他病棟入院予定患者の受け入れ	30%未満 (n=17)	9(52.9%)	6(35.3%)	2(11.8%)
	30%以上 (n=23)	11(47.8%)	11(47.8%)	1(4.4%)
患者の転棟	30%未満 (n=17)	7(41.2%)	9(52.9%)	1(5.9%)
	30%以上 (n=23)	6(26.1%)	13(56.5%)	4(17.4%)
患者の病室移動	30%未満 (n=17)	6(35.3%)	11(64.7%)	0(0.0%)
	30%以上 (n=23)	11(47.8%)	10(43.5%)	2(8.7%)
バイタルサインの測定	30%未満 (n=17)	4(23.5%)	13(76.5%)	0(0.0%)
	30%以上 (n=23)	4(17.4%)	19(82.6%)	0(0.0%)
身の回りの世話	30%未満 (n=17)	14(82.4%)	1(5.9%)	2(11.8%)
	30%以上 (n=23)	19(82.6%)	3(13.0%)	1(4.4%)
夜勤帯の仕事	30%未満 (n=17)	7(41.2%)	10(58.8%)	0(0.0%)
	30%以上 (n=23)	7(30.4%)	14(60.9%)	2(8.7%)
休日の仕事量	30%未満 (n=17)	9(52.9%)	8(47.1%)	0(0.0%)
	30%以上 (n=23)	6(26.1%)	15(65.2%)	2(8.7%)
来院した家族への対応	30%未満 (n=17)	16(94.1%)	0(0.0%)	1(5.9%)
	30%以上 (n=23)	22(95.7%)	1(4.4%)	0(0.0%)
家族への電話連絡	30%未満 (n=17)	16(94.1%)	1(5.9%)	0(0.0%)
	30%以上 (n=23)	19(82.6%)	4(17.4%)	0(0.0%)
カンファレンスの時間	30%未満 (n=17)	2(11.8%)	14(82.4%)	1(5.9%)
	30%以上 (n=23)	2(8.7%)	18(78.3%)	3(13.0%)
申し送りの時間	30%未満 (n=17)	0(0.0%)	16(94.1%)	1(5.9%)
	30%以上 (n=23)	3(13.0%)	18(78.3%)	2(8.7%)
カルテの記載時間	30%未満 (n=17)	2(11.8%)	15(88.2%)	0(0.0%)
	30%以上 (n=23)	2(8.7%)	20(87.0%)	1(4.4%)
感染対策を実施する時間	30%未満 (n=17)	13(76.5%)	4(23.5%)	0(0.0%)
	30%以上 (n=23)	21(91.3%)	2(8.7%)	0(0.0%)
感染対策に関するOJTの時間	30%未満 (n=17)	15(88.2%)	2(11.8%)	0(0.0%)
	30%以上 (n=23)	19(82.6%)	4(17.4%)	0(0.0%)

1)重症度、医療・看護必要度の基準で以下のいずれかを満たす患者の割合

・A得点が2点以上かつB得点が3点以上/A得点が3点以上/C得点が1点以上

## 7) 病院規模の違いによる看護業務の比較

病院規模では、「200～499床」、「199床以下」の病院では、全体的に業務が「増えた」という回答が多く、「500床以上」の病院では業務の変化は「変わらない」という回答が多かった【表42】。

病院規模による違いがあまりなかった業務は「感染対策を実施する時間」で、75.0%～89.5%が「増えた」と回答していた。また、「199床以下」の病院では、「バイタルサイン測定の回数」や家族対応の業務が「増えた」という回答が多かった。「バイタルサイン測定の回数」は、「199床以下」42.9%、「200～499床」15.8%が「増えた」と回答し、「500床以上」では「増えた」という回答はなかった。家族の対応については、「199床以下」が「来院した家族への対応」「家族への電話連絡」で共に100.0%、「身の回りの世話」で92.9%が「増えた」と回答した。「200～499床」は、「来院した家族への対応」で89.5%、「家族への電話連絡」で84.2%、「500床以上」の病院は、「来院した家族への対応」で83.3%、「家族への電話連絡」で66.7%が「増えた」と回答した。

表 42 病院規模で比較した業務量の変化

業務	施設規模	増えた	変わらない	減った
他病棟入院予定患者の受け入れ	199床以下 (n=14)	6 (42.9%)	7 (50.0%)	1 (7.1%)
	200～499床 (n=19)	10 (52.6%)	6 (31.6%)	3 (15.8%)
	500床以上 (n=12)	4 (33.3%)	8 (66.7%)	0 (0%)
患者の転棟	199床以下 (n=14)	3 (21.4%)	8 (57.1%)	3 (21.4%)
	200～499床 (n=19)	6 (31.6%)	11 (57.9%)	2 (10.5%)
	500床以上 (n=12)	4 (33.3%)	7 (58.3%)	1 (8.3%)
患者の病室移動	199床以下 (n=14)	5 (35.7%)	8 (57.1%)	1 (7.1%)
	200～499床 (n=19)	9 (47.4%)	9 (47.4%)	1 (5.3%)
	500床以上 (n=12)	4 (33.3%)	8 (66.7%)	0 (0.0%)
バイタルサインの測定	199床以下 (n=14)	6 (42.9%)	8 (57.1%)	0 (0.0%)
	200～499床 (n=19)	3 (15.8%)	16 (84.2%)	0 (0.0%)
	500床以上 (n=12)	0 (0.0%)	12 (100%)	0 (0.0%)
身の回りの世話	199床以下 (n=14)	13 (92.9%)	1 (7.1%)	0 (0.0%)
	200～499床 (n=19)	14 (73.7%)	2 (10.5%)	3 (15.8%)
	500床以上 (n=12)	9 (75.0%)	2 (16.7%)	1 (8.3%)
夜勤帯の仕事	199床以下 (n=14)	5 (35.7%)	8 (57.1%)	1 (7.1%)
	200～499床 (n=19)	8 (42.1%)	11 (57.9%)	0 (0.0%)
	500床以上 (n=12)	3 (25.0%)	8 (66.7%)	1 (8.3%)
休日の仕事量	199床以下 (n=14)	5 (35.7%)	8 (57.1%)	1 (7.1%)
	200～499床 (n=19)	10 (52.6%)	9 (47.4%)	0 (0.0%)
	500床以上 (n=12)	2 (16.7%)	9 (75.0%)	1 (8.3%)
来院した家族への対応	199床以下 (n=14)	14 (100%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	200～499床 (n=19)	17 (89.5%)	0 (0.0%)	2 (10.5%)
	500床以上 (n=12)	10 (83.3%)	2 (16.7%)	0 (0%)
家族への電話連絡	199床以下 (n=14)	14 (100%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	200～499床 (n=19)	16 (84.2%)	2 (10.5%)	1 (5.3%)
	500床以上 (n=12)	8 (66.7%)	4 (33.3%)	0 (0%)
カンファレンスの時間	199床以下 (n=14)	2 (14.3%)	10 (71.4%)	2 (14.3%)
	200～499床 (n=19)	2 (10.5%)	14 (73.7%)	3 (15.8%)
	500床以上 (n=12)	1 (8.3%)	10 (83.3%)	1 (8.3%)
申し送りの時間	199床以下 (n=14)	2 (14.3%)	11 (78.6%)	1 (7.1%)
	200～499床 (n=19)	0 (0.0%)	18 (94.7%)	1 (5.3%)
	500床以上 (n=12)	1 (8.3%)	10 (83.3%)	1 (8.3%)
カルテの記載時間	199床以下 (n=14)	2 (14.3%)	12 (85.7%)	0 (0.0%)
	200～499床 (n=19)	2 (10.5%)	17 (89.5%)	0 (0.0%)
	500床以上 (n=12)	0 (0.0%)	11 (91.7%)	1 (8.3%)
感染対策を実施する時間	199床以下 (n=14)	12 (85.7%)	2 (14.3%)	0 (0.0%)
	200～499床 (n=19)	17 (89.5%)	2 (10.5%)	0 (0.0%)
	500床以上 (n=12)	9 (75.0%)	3 (25.0%)	0 (0.0%)
感染対策に関するOJTの時間	199床以下 (n=14)	12 (85.7%)	2 (14.3%)	0 (0.0%)
	200～499床 (n=19)	17 (89.5%)	2 (10.5%)	0 (0.0%)
	500床以上 (n=12)	9 (75.0%)	3 (25.0%)	0 (0.0%)

## 8) 病床機能の違いによる看護業務の比較

病床機能別では、慢性期の方が「増えた」と回答した割合の高い項目が多く、中でも「バイタルサインの測定」(慢性期 41.7%、急性期 12.1%)、「家族への電話連絡」(慢性期 100.0%、急性期 78.8%)、「カンファレンスの時間」(慢性期 25.0%、急性期 6.1%)では慢性期と急性期での「増えた」と回答した割合の差が大きかった【表 43】。急性期の方が「増えた」と回答した割合が多かったのは「他病棟入院予定患者の受け入れ」(急性期 54.6%、慢性期 16.7%)、「患者の病室移動」(急性期 45.5%、慢性期 25.0%)だった。

一方、「減った」と回答した項目は全体的に少なく、急性期では「患者の転棟」(18.2%)、「カンファレンスの時間」(12.1%)、「申し送りの時間」(9.1%)等であった。慢性期では「他病棟入院予定患者の受け入れ」「身の回り世話」「カンファレンスの時間」(いずれも 16.7%)、「患者の病室移動」(8.3%)で、それ以外の項目では「減った」と回答した病棟はなかった。

表 43 病床機能で比較した業務量の変化

業務	病床機能	増えた	変わらない	減った
他病棟入院予定患者の受け入れ	急性期 <sup>1)</sup> (n=33)	18 (54.6%)	13 (39.4%)	2 (6.1%)
	慢性期 <sup>2)</sup> (n=12)	2 (16.7%)	8 (66.7%)	2 (16.7%)
患者の転棟	急性期 (n=33)	10 (30.3%)	17 (51.5%)	6 (18.2%)
	慢性期 (n=12)	3 (25.0%)	9 (75.0%)	0 (0.0%)
患者の病室移動	急性期 (n=33)	15 (45.5%)	17 (51.5%)	1 (3.0%)
	慢性期 (n=12)	3 (25.0%)	8 (66.7%)	1 (8.3%)
バイタルサインの測定	急性期 (n=33)	4 (12.1%)	29 (87.9%)	0 (0.0%)
	慢性期 (n=12)	5 (41.7%)	7 (58.3%)	0 (0.0%)
身の回りの世話	急性期 (n=33)	27 (81.8%)	4 (12.1%)	2 (6.1%)
	慢性期 (n=12)	9 (75.0%)	1 (8.3%)	2 (16.7%)
夜勤帯の仕事	急性期 (n=33)	12 (35.4%)	19 (57.6%)	2 (6.1%)
	慢性期 (n=12)	4 (33.3%)	8 (66.7%)	0 (0.0%)
休日の仕事量	急性期 (n=33)	12 (35.4%)	19 (57.6%)	2 (6.1%)
	慢性期 (n=12)	5 (41.7%)	7 (58.3%)	0 (0.0%)
来院した家族への対応	急性期 (n=33)	29 (87.9%)	2 (6.1%)	2 (6.1%)
	慢性期 (n=12)	12 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
家族への電話連絡	急性期 (n=33)	26 (78.8%)	6 (18.2%)	1 (3.0%)
	慢性期 (n=12)	12 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
カンファレンスの時間	急性期 (n=33)	2 (6.1%)	27 (81.8%)	4 (12.1%)
	慢性期 (n=12)	3 (25.0%)	7 (58.3%)	2 (16.7%)
申し送りの時間	急性期 (n=33)	2 (6.1%)	28 (84.9%)	3 (9.1%)
	慢性期 (n=12)	1 (8.3%)	11 (91.7%)	0 (0.0%)
カルテの記載時間	急性期 (n=33)	2 (6.1%)	30 (90.9%)	1 (3.0%)
	慢性期 (n=12)	2 (16.7%)	10 (83.3%)	0 (0.0%)
感染対策を実施する時間	急性期 (n=33)	27 (81.8%)	6 (18.2%)	0 (0.0%)
	慢性期 (n=12)	11 (91.7%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)
感染対策に関するOJTの時間	急性期 (n=33)	27 (81.8%)	6 (18.2%)	0 (0.0%)
	慢性期 (n=12)	11 (91.7%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)

1)高度急性期、急性期 2)回復期、慢性期

### 3. 看護業務の効率化

#### 1) 看護業務の増加への対応

(1) コロナ感染症拡大前と比較して、増加した業務への対策

コロナ感染症拡大前と比較して増加した業務への対策について、「看護師の体調管理を徹底した」(86.4%) が最も多く、次いで「感染対策指導を徹底した」(84.1%) の順であった【表 44】。

表 44 コロナ感染症拡大前と比較して、増加した業務への対策（複数回答）

（コロナ感染症拡大前と比較して「増えた」業務が一つでもある病棟のみ集計）

項目	n	%
他の業務を減らした	4	9.1
一部の業務を他の職種にタスクシフト/シェアした	6	13.6
業務の手順を見直した	6	13.6
業務の内容を見直した	12	27.3
ICT 機器や医療機器を導入した	1	2.3
入院患者の家族への説明を前もって行うようにした	17	38.6
入院患者の家族への説明用紙を作成した	17	38.6
入院患者へのリモート面会を始めた	12	27.3
看護師のメンタルケアを手厚くした	17	38.6
看護師の体調管理を徹底した	38	86.4
感染対策指導を徹底した	37	84.1
その他	5	11.4
あてはまるものはない	0	0.0
無回答	0	0.0
全体	44	100.0

（2）コロナ感染拡大前と比較して減った業務がある病棟において内容・手順を見直した業務の有無  
 コロナ感染拡大前と比較して減った業務がある病棟において、内容・手順を見直した業務について「ある」が 62.5%と全体の約 6 割を占めている【表 45】。

表 45 内容手順を見直した業務の有無（単一回答）

（コロナ感染症拡大前と比較して「増えた」業務が一つでもある病棟のみ集計）

項目	n	%
ない	4	25.0
ある	10	62.5
無回答	2	12.5
全体	16	100.0

## 2) 看護補助者への業務のタスクシフト/シェア

看護補助者にタスクシフト/シェアした病棟は、「環境整備」「面会者の対応」で共に4.4%、「病棟の安全や管理の点検」で2.2%であった。また、「従来より看護師が行っている」病棟の割合が高い業務の上位3つは、「面会者の対応」(71.1%)、「医療機器・医療材料の管理・請求・補充」(62.2%)、「病棟の安全や管理の点検」(57.9%)であった。「従来は看護補助者が行っていたが今は看護師が行っている」病棟は、「環境整備」で4.4%、「リネン交換」「薬・検体・書類の搬送」で共に2.2%であった【表46】。

表46 看護補助者にタスクシフト/シェアした業務 (単一回答 n=45)

	コロナ感染症対策を機に看護補助者が行うことになった		従来より看護師が行っている		従来は看護補助者が行っていたが今は看護師が行っている		従来より看護補助者が行っている		他職種・業者が行っている		不明	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
環境整備 (ベッド周囲の整理・整頓・清掃等)	2	4.4	13	28.9	2	4.4	22	49.0	1	2.2	5	11.1
面会者の対応	2	4.4	32	71.1	0	0.0	3	6.7	5	11.1	3	6.7
病棟の安全や管理の点検 (施設・消防設備等)	1	2.2	26	57.9	0	0.0	6	13.3	10	22.2	2	4.4
医療機器・医療材料の管理・請求・補充	0	0.0	28	62.2	0	0.0	8	17.8	5	11.1	4	8.9
書類の作成 (〇〇指導料のための書類等)	0	0.0	26	57.7	0	0.0	3	6.7	13	28.9	3	6.7
薬品や物品の使用期限の点検	0	0.0	25	55.5	0	0.0	4	8.9	13	28.9	3	6.7
ME機器の取り寄せ・管理・返却	0	0.0	13	28.9	0	0.0	19	42.2	7	15.6	6	13.3
機器類の点検 (車いす・酸素ボンベ・DC等)	0	0.0	10	22.2	0	0.0	22	48.9	9	20.0	4	8.9
薬・検体・書類の搬送	0	0.0	7	15.6	1	2.2	30	66.6	4	8.9	3	6.7
リネン交換	0	0.0	2	4.4	1	2.2	28	62.3	10	22.2	4	8.9

## 4. 看護師長が捉える運営上の課題

自由記述は、業務調整、病院内の応援体制、業務手順・分担の見直し、面会制限による家族の影響、衛生材料に関する内容に分類された【表47】。

### ①【患者の変動により業務バランスの調整が難しい】

「コロナ陽性患者とその他の患者の人数が一定しないので、看護師1人当たり受持ち患者数のバランスが悪くなる。」「コロナ陽性患者受け入れ制限があり(4名まで)、病棟看護業務の差が大きい。」といった業務調整の難しさが記述された。

### ②【病院内での応援体制の不足】

「スタッフ及び家族の発熱や感染などにより勤務交代をしなければならない時、他病棟からの応援体制が不足していると感じた。スタッフのメンタル面のフォローに対して不十分であると感じる。」という、病院内での応援体制が不足していることが挙げられた。

### ③【業務手順や看護補助者との業務分担に関する見直しが必要】

「業務の手順や見直しが十分できていない」「現在、看護補助者の業務見直しを行っており、看護師と看護補助者の連携協働によりケア向上できるように努めている(委譲する業務など検討中)。」「業務手順・分担に関する見直しが必要であることが挙げられた。

### ④【面会制限に伴う家族への対応が十分でない】

「リモート面会についてのマニュアルや対応がきちんとできていない。」「家族が面会できないことで、患者の様子がわからないので、退院支援のための工夫を行っているが、不足する部分があること。」等、面会制限による家族への影響に関することが挙げられた。

⑤【衛生材料の不足】

「N95 マスク、ゴーグル等が不足して、単回使用できない状況が続いている。」といった、衛生材料の不足に関する課題が挙げられた。

表 47 運営上の課題（自由記述）

<b>①患者数の変動により業務バランスの調整が難しい</b>
コロナ陽性患者とその他の患者の人数が一定しないので、看護師 1 人当たり受持ち患者数のバランスが悪くなる。
コロナ陽性患者受け入れ制限があり（4 名まで）、病棟看護業務の差が大きい。
<b>②施設内での応援体制の不足</b>
スタッフ及び家族の発熱や感染などにより勤務交代をしなければならない時、他病棟からの応援体制が不足していると感じた。スタッフのメンタル面のフォローに対してが不十分であると感じる。
<b>③業務手順や看護補助者との業務分担に関する見直しが必要</b>
業務の手順や見直しが十分できていない
現在、看護補助者の業務見直しを行っており、看護師と看護補助者の連携協働によりケア向上できるように努めている。（委譲する業務など検討中）
<b>④面会制限に伴う家族への対応が十分でない</b>
面会制限についても理解が得られない場合がある。家族とのコミュニケーション不足により、不満が大きくなっている。
リモート面会についてのマニュアルや対応がきちんとできていない。
家族が面会できないことで、患者の様子がわからないので、退院支援のための工夫を行っているが、不足する部分があること。
<b>⑤衛生材料の不足</b>
N95 マスク、ゴーグル等が不足して、単回使用できない状況が続いている。

資料 集計表「新型コロナウイルス感染症を契機とした看護業務の変化・効率化に関する調査」

1) 対象病棟の背景

(1) 病棟の許可病床数

各病棟ごとの許可病床数は、「45～49床」(33.2%)が最も多く、次いで「40～44床」(26.7%)の順であった【表48】。

表48 病棟の許可病床数(単一回答)

項目	n	%
40床未満	5	11.1
40～44床	12	26.7
45～49床	15	33.2
50～54床	7	15.6
55～59床	3	6.7
60床以上	3	6.7
無回答	0	0.0
全体	45	100.0

(2) 病棟の平均病床稼働率

各病棟ごとの平均病床稼働率は、「90%以上」(28.8%)が最も多く、次いで「70～80%未満」(24.4%)の順であった【表49】。

表49 病棟の平均病床稼働率(単一回答)

項目	n	%
60%未満	7	15.6
60～70%未満	7	15.6
70～80%未満	11	24.4
80～90%未満	7	15.6
90%以上	13	28.8
無回答	0	0.0
全体	45	100.0

(3) 病棟の平均在院日数

病棟の平均在院日数は、「10～20日未満」(46.7%)が最も多く、次いで「10日未満」(24.4%)の順であった【表50】。

表50 病棟の平均在院日数(単一回答)

項目	n	%
10日未満	11	24.4
10～20日未満	21	46.7
20～30日未満	5	11.1
30日以上	8	17.8
無回答	0	0.0
全体	45	100.0

(4) 病棟における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合

病棟における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合として、「30～40%未満」(37.8%) が最も多く、次いで「20～30%未満」(20.0%) の順であった【表 51】。

表 51 病棟における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合 (単一回答)

項目	n	%
20%未満	8	17.8
20～30%未満	9	20.0
30～40%未満	17	37.8
40%以上	6	13.3
無回答	5	11.1
全体	45	100.0

(5) 病棟の薬剤師の配置状況

病棟の薬剤師の配置状況は、「1名以上配置されている」が71.1%と全体の約7割を占めている【表 52】。

表 52 病棟の薬剤師の配置状況 (単一回答)

項目	n	%
1名以上配置されている	32	71.1
配置されていない(0名)	10	22.2
無回答	3	6.7
全体	45	100.0

(6) 病棟の薬剤師の勤務時間

病棟の薬剤師の勤務時間は、「専任」が62.5%と全体の約6割を占め、次いで「専従」(18.8%)の順であった【表 53】。

表 53 病棟の薬剤師の勤務時間 (複数回答)

(薬剤師の配置状況について「1名以上配置されている」と回答した病棟のみ集計)

項目	n	%
専従	6	18.8
専任	20	62.5
その他	5	15.6
無回答	1	3.1
全体	32	100.0

(7) 病棟のPTの配置状況

病棟のPTの配置状況は、「配置されていない(0名)」(40.0%)が「1名以上配置されている」(37.8%)よりも多かった【表54】。

表54 病棟のPTの配置状況(単一回答)

項目	n	%
1名以上配置されている	17	37.8
配置されていない(0名)	18	40.0
無回答	10	22.2
全体	45	100.0

(8) 病棟のPTの勤務時間

病棟のPTの勤務時間は、「専従」(52.9%)が「専任」(41.2%)よりも多かった【表55】。

表55 病棟のPTの勤務時間(複数回答)

(PTの配置状況について「1名以上配置されている」と回答した病棟のみ集計)

項目	n	%
専従	9	52.9
専任	7	41.2
その他	4	23.5
無回答	0	0.0
全体	17	100.0

(9) 病棟のOTの配置状況

病棟のOTの配置状況は、「配置されていない(0名)」(48.9%)が「1名以上配置されている」(20.0%)よりも多かった【表56】。

表56 病棟のOTの配置状況(単一回答)

項目	n	%
1名以上配置されている	9	20.0
配置されていない(0名)	22	48.9
無回答	14	31.1
全体	45	100.0

(10) 病棟の OT の勤務時間

病棟の OT の勤務時間は、「専従」と「専任」がともに 44.4%であった【表 57】。

表 57 病棟の OT の勤務時間（複数回答）

(OT の配置状況について「1 名以上配置されている」と回答した病棟のみ集計)

項目	n	%
専従	4	44.4
専任	4	44.4
その他	2	22.2
無回答	0	0.0
全体	9	100.0

(11) 病棟の ST の配置状況

病棟の ST の配置状況は、「配置されていない (0 名)」(53.4%) が「1 名以上配置されている」(22.2%) よりも多かった【表 58】。

表 58 病棟の ST の配置状況（単一回答）

項目	n	%
1 名以上配置されている	10	22.2
配置されていない (0 名)	24	53.4
無回答	11	24.4
全体	45	100.0

(12) 病棟の ST の勤務時間

病棟の ST の勤務時間は、「専従」(50.0%) が「専任」(40.0%) よりも多かった【表 59】。

表 59 病棟の ST の勤務時間（複数回答）

(ST の配置状況について「1 名以上配置されている」と回答した病棟のみ集計)

項目	n	%
専従	5	50.0
専任	4	40.0
その他	2	20.0
無回答	0	0.0
全体	10	100.0

(13) 病棟のMSWの配置状況

病棟のMSWの配置状況は、「1名以上配置されている」(46.6%)が「配置されていない(0名)」(35.6%)よりも多かった【表60】。

表60 病棟のMSWの配置状況(単一回答)

項目	n	%
1名以上配置されている	21	46.6
配置されていない(0名)	16	35.6
無回答	8	17.8
全体	45	100.0

(14) 病棟のMSWの勤務時間

病棟のMSWの勤務時間は、「専任」が61.9%と全体の6割を占め、次いで「専従」(19.0%)の順であった【表61】。

表61 病棟のMSWの勤務時間(複数回答)

(MSWの配置状況について「1名以上配置されている」と回答した病棟のみ集計)

項目	n	%
専従	4	19.0
専任	13	61.9
その他	4	19.0
無回答	1	4.8
全体	21	100.0

(15) 病棟のその他職員の配置状況

病棟のその他職員の配置状況は、「配置されていない(0名)」(31.1%)が「1名以上配置されている」(15.6%)よりも多かった【表62】。

表62 病棟のその他職員の配置状況(単一回答)

項目	n	%
1名以上配置されている	7	15.6
配置されていない(0名)	14	31.1
無回答	24	53.3
全体	45	100.0

(16) 病棟のその他職員の勤務時間

病棟のその他職員の勤務時間は、「専任」(42.9%)と「その他」(42.9%)が最も多く、次いで「専従」(28.6%)の順であった【表 63】。

表 63 病棟のその他職員の勤務時間 (複数回答)

(その他の配置状況について「1名以上配置されている」と回答した病棟のみ集計)

項目	n	%
専従	2	28.6
専任	3	42.9
その他	3	42.9
無回答	0	0.0
全体	7	100.0

(17) 病棟における交代制勤務の基本形態

病棟ごとの交代制勤務の割合として、「2交代」が86.7%と全体の9割近くを占め、次いで「3交代」(13.3%)の順である【表 64】。

表 64 病棟における交代制勤務の基本形態 (単一回答)

項目	n	%
2交代	39	86.7
3交代	6	13.3
無回答	0	0.0
全体	45	100.0

(18) 病棟ごとの週あたり所定労働時間

病棟ごとの週あたり所定労働時間は、「40時間」(44.5%)が最も多く、次いで「38～39時間未満」(26.7%)の順であった【表 65】。

表 65 病棟ごとの週あたり所定労働時間 (単一回答)

項目	n	%
38時間未満	11	24.4
38～39時間未満	12	26.7
39～40時間未満	1	2.2
40時間	20	44.5
40時間超	1	2.2
無回答	0	0.0
全体	45	100.0

(19) 病棟ごとの看護師の人数

病棟ごとの看護師の人数は、「20～29名」(42.1%)が最も多く、次いで「30～39名」(35.6%)の順であった【表66】。

表66 病棟ごとの看護師の人数(単一回答)

項目	n	%
19人以下	7	15.6
20～29名	19	42.1
30～39名	16	35.6
40人以上	3	6.7
無回答	0	0.0
全体	45	100.0

(20) 病棟ごとの准看護師の人数

病棟ごとの准看護師の人数は、「0人」が57.9%と全体の6割近くを占め、次いで「1人」(20.0%)の順であった【表67】。

表67 病棟ごとの准看護師の人数(単一回答)

項目	n	%
0人	26	57.9
1人	9	20.0
2人	2	4.4
3人	2	4.4
4人以上	2	4.4
無回答	4	8.9
全体	45	100.0

(21) 病棟ごとの患者ケア担当の看護補助者の配置状況

病棟ごとの患者ケア担当の看護補助者の配置状況について「配置している」が95.6%と9割半ばを占め、次いで「配置していない」(4.4%)の順であった【表68】。

表68 病棟ごとの患者ケア担当の看護補助者の配置状況(単一回答)

項目	n	%
配置している	43	95.6
配置していない	2	4.4
無回答	0	0.0
全体	45	100.0

(22) 病棟ごとの患者ケア担当の看護補助者の配置人数

病棟ごとの患者ケア担当の看護補助者の配置人数は、「合計」は202.78人、「平均」は5.07人であった【表69】。

表69 病棟ごとの患者ケア担当の看護補助者の配置

合計	202.78人
平均	5.07人
無回答	3病棟
人数を回答した病棟数	40病棟

(23) 病棟ごとの患者ケア担当の看護補助者の勤務状況（平日・休日）

患者ケア担当の看護補助者の勤務状況（平日・休日）について、「平日も休日も勤務している」が79.1%と8割近くを占め、次いで「平日のみ勤務している」（18.6%）の順であった【表70】。

表70 病棟ごとの患者ケア担当の看護補助者の勤務状況\_平日・休日（複数回答）

（患者ケア担当の看護補助者の配置状況について「配置している」と回答した病棟のみ集計）

項目	n	%
平日も休日も勤務している	34	79.1
平日のみ勤務している	8	18.6
病棟の状況に応じ週に数日勤務している	0	0.0
無回答	2	4.7
全体	43	100.0

(24) 病棟ごとの患者ケア担当の看護補助者の勤務状況（日勤・夜勤）

患者ケア担当の看護補助者の勤務状況（日勤・夜勤）について、「日勤のみ勤務している」（60.5%）が最も多く、次いで「日勤も夜勤も勤務している」（34.9%）の順であった【表71】。

表71 病棟ごとの患者ケア担当の看護補助者の勤務状況\_日勤・夜勤（複数回答）

（患者ケア担当の看護補助者の配置状況について「配置している」と回答した病棟のみ集計）

項目	n	%
日勤も夜勤も勤務している	15	34.9
日勤のみ勤務している	26	60.5
夜勤のみ勤務している	0	0.0
病棟の状況に応じ日勤・夜勤を組み合わせている	1	2.3
無回答	2	4.7
全体	43	100.0

(25) 病棟ごとの患者ケア担当の看護補助者の勤務状況（早番・遅番）

患者ケア担当の看護補助者の勤務状況（早番・遅番）について、「遅番・早番の勤務をしている」が67.4%と全体の7割近くを占め、次いで「遅番・早番の勤務をしていない」（25.6%）の順であった【表72】。

表72 病棟ごとの患者ケア担当の看護補助者の勤務状況\_早番・遅番（複数回答）

（患者ケア担当の看護補助者の配置状況について「配置している」と回答した病棟のみ集計）

項目	n	%
遅番・早番の勤務もしている	29	67.4
遅番・早番の勤務をしていない	11	25.6
無回答	4	9.3
全体	43	100.0

(26) 病棟ごとの事務作業担当の看護補助者の配置状況

事務作業担当の看護補助者の配置状況について、「配置していない」が73.4%と全体の約7割を占め、「配置している」（24.4%）よりも多かった【表73】。

表73 病棟ごとの事務作業担当の看護補助者の配置状況（単一回答）

項目	n	%
配置している	11	24.4
配置していない	33	73.4
無回答	1	2.2
全体	45	100.0

(27) 病棟ごとの事務作業担当の看護補助者の配置人数

事務作業担当の看護補助者の配置人数は「合計」が11.60人で、「平均」が1.16人であった【表74】。

表74 病棟ごとの事務作業担当の看護補助者の配置人数

（事務作業担当の看護補助者の配置状況について「配置している」と回答した病棟のみ集計）

合計	11.60人
平均	1.16人
無回答	1病棟
人数を回答した病棟数	10病棟

(28) 病棟ごとの事務作業担当の看護補助者の勤務状況（平日・休日）

事務作業担当の看護補助者の勤務状況（平日・休日）について「平日のみ勤務している」が90.9%と全体の約9割を占め、次いで「平日も休日も勤務している」（9.1%）の順であった【表75】。

表 75 病棟ごとの事務作業担当の看護補助者の勤務状況\_平日・休日（複数回答）

（事務作業担当の看護補助者の配置状況について「配置している」と回答した病棟のみ集計）

項目	n	%
平日も休日も勤務している	1	9.1
平日のみ勤務している	10	90.9
病棟の状況に応じ週に数日勤務している	0	0.0
無回答	0	0.0
全体	11	100.0

(29) 病棟ごとの事務作業担当の看護補助者の勤務状況（日勤・夜勤）

事務作業担当の看護補助者の勤務状況（日勤・夜勤）について、有効回答を得られたすべての病棟が「日勤のみ勤務している」（90.9%）と回答した【表76】。

表 76 病棟ごとの事務作業担当の看護補助者の勤務状況\_日勤・夜勤（複数回答）

（事務作業担当の看護補助者の配置状況について「配置している」と回答した病棟のみ集計）

項目	n	%
日勤も夜勤も勤務している	0	0.0
日勤のみ勤務している	10	90.9
夜勤のみ勤務している	0	0.0
病棟の状況に応じ日勤・夜勤を組み合わせている	0	0.0
無回答	1	9.1
全体	11	100.0

(30) 病棟ごとの事務作業担当の看護補助者の勤務状況（早番・遅番）

事務作業担当の看護補助者の勤務状況（早番・遅番）について、「遅番・早番の勤務をしていない」が63.6%と全体の約6割を占め、「遅番・早番の勤務もしている」（9.1%）よりも多かった【表77】。

表 77 病棟ごとの事務作業担当の看護補助者の勤務状況\_早番・遅番（複数回答）

（事務作業担当の看護補助者の配置状況について「配置している」と回答した病棟のみ集計）

項目	n	%
遅番・早番の勤務もしている	1	9.1
遅番・早番の勤務をしていない	7	63.6
無回答	3	27.3
全体	11	100.0

(31) 病棟ごとの病棟クラークの配置状況

病棟クラークの配置状況について、「配置している」(51.1%)が「配置していない」(46.7%)よりも多かった【表 78】。

表 78 病棟ごとの病棟クラークの配置状況 (単一回答)

項目	n	%
配置している	23	51.1
配置していない	21	46.7
無回答	1	2.2
全体	45	100.0

(32) 病棟ごとの病棟クラークの配置人数

病棟クラークの配置人数は、「合計」が 27.72 人で、「平均」が 1.26 人であった【表 79】。

表 79 病棟ごとの病棟クラークの配置人数

(病棟クラークの配置状況について「配置している」と回答した病棟のみ集計)

合計	27.72 人
平均	1.26 人
無回答	1 病棟
回答病棟数	22 病棟

(33) 病棟ごとの病棟クラーク配置の勤務状況 (平日・休日)

病棟クラーク配置の勤務状況 (平日・休日) について「平日のみ勤務している」(91.3%)が最も多く、次いで「平日も休日も勤務している」(8.7%)の順であった【表 80】。

表 80 病棟ごとの病棟クラーク配置の勤務状況\_平日・休日 (複数回答)

(病棟クラークの配置状況について「配置している」と回答した病棟のみ集計)

項目	n	%
平日も休日も勤務している	2	8.7
平日のみ勤務している	21	91.3
病棟の状況に応じ週に数日勤務している	0	0.0
無回答	0	0.0
全体	23	100.0

(34) 病棟ごとの病棟クランク配置の勤務状況（日勤・夜勤）

病棟クランク配置の勤務状況（日勤・夜勤）について「日勤のみ勤務している」が95.7%と全体の9割半ばを占め、最も多かった【表81】。

表81 病棟ごとの病棟クランク配置の勤務状況\_日勤・夜勤（複数回答）

（病棟クランクの配置状況について「配置している」と回答した病棟のみ集計）

項目	n	%
日勤も夜勤も勤務している	0	0.0
日勤のみ勤務している	22	95.7
夜勤のみ勤務している	0	0.0
病棟の状況に応じ日勤・夜勤を組み合わせている	0	0.0
無回答	1	4.3
全体	23	100.0

(35) 病棟ごとの病棟クランク配置の勤務状況（遅番・早番）

病棟クランク配置の勤務状況（遅番・早番）について「遅番・早番の勤務をしていない」が91.3%と全体の約9割を占め、最も多かった【表82】。

表82 病棟ごとの病棟クランク配置の勤務状況\_遅番・早番（複数回答）

（病棟クランクの配置状況について「配置している」と回答した病棟のみ集計）

項目	n	%
遅番・早番の勤務もしている	0	0.0
遅番・早番の勤務をしていない	21	91.3
無回答	2	8.7
全体	23	100.0

(36) 病棟ごとのその他職員の配置

その他職員の配置について「配置していない」（73.3%）が「配置している」（6.7%）よりも多かった【表83】。

表83 病棟ごとのその他職員の配置（単一回答）

項目	n	%
配置している	3	6.7
配置していない	33	73.3
無回答	9	20.0
全体	45	100.0

(37) 病棟ごとのその他職員の配置人数

その他職員の配置人数は、「合計」が5人で「平均」が1.67人であった【表84】。

表84 病棟ごとのその他職員の配置人数

(その他の配置状況について「配置している」と回答した病棟のみ集計)

合計	5.00人
平均	1.67人
無回答	0病棟
人数に回答した病棟数	3病棟

(38) 病棟ごとのその他職員の勤務状況（平日・休日）

その他職員の勤務状況（平日・休日）について「平日も休日も勤務している」（66.7%）が最も多く、次いで「平日のみ勤務している」（33.3%）の順であった【表85】。

表85 病棟ごとのその他職員の勤務状況\_平日・休日（複数回答）

(その他の配置状況について「配置している」と回答した病棟のみ集計)

項目	n	%
平日も休日も勤務している	2	66.7
平日のみ勤務している	1	33.3
病棟の状況に応じ週に数日勤務している	0	0.0
無回答	0	0.0
全体	3	100.0

(39) 病棟ごとのその他職員の勤務状況（日勤・夜勤）

その他職員の勤務状況（日勤・夜勤）について「日勤のみ勤務している」（66.7%）が最も多く、次いで「日勤も夜勤も勤務している」（33.3%）の順であった【表86】。

表86 病棟ごとのその他職員の勤務状況\_日勤・夜勤（複数回答）

(その他の配置状況について「配置している」と回答した病棟のみ集計)

項目	n	%
日勤も夜勤も勤務している	1	33.3
日勤のみ勤務している	2	66.7
夜勤のみ勤務している	0	0.0
病棟の状況に応じ日勤・夜勤を組み合わせている	0	0.0
無回答	0	0.0
全体	3	100.0

(40) 病棟ごとのその他職員の勤務状況（遅番・早番）

その他職員の勤務状況（遅番・早番）について「遅番・早番の勤務もしていない」（66.7%）が「遅番・早番の勤務もしている」（33.3%）よりも多かった【表 87】。

表 87 その他の勤務状況\_遅番・早番（複数回答）

（その他の配置状況について「配置している」と回答した病棟のみ集計）

項目	n	%
遅番・早番の勤務もしている	1	33.3
遅番・早番の勤務をしていない	2	66.7
無回答	0	0.0
全体	3	100.0

(41) 病棟の勤務帯毎の看護職員平均勤務人数

①平日・日勤の看護職員の平均人数は 11.13 人、休日・祝日は 6.18 人【表 88】

②平日・準夜勤の看護職員の平均人数は 2.55 人、休日・祝日は 2.36 人【表 88】

③深夜勤・夜勤の看護職員の平均人数は 3.13 人、休日・祝日は 3.11 人【表 88】

表 88 勤務帯毎の看護職員平均勤務人数

		平日	休日・祝日
①日勤	合計	478.8人	272人
	平均	11.13人	6.18人
	有効回答数	43病棟	44病棟
②準夜勤	合計	28人	26人
	平均	2.55人	2.36人
	有効回答数	11病棟	11病棟
③深夜勤・夜勤	合計	141人	140人
	平均	3.13人	3.11人
	有効回答数	45病棟	45病棟

(42) 看護師一人あたりの受け持ち患者数

①平日・日勤の看護師一人あたりの受け持ち患者数平均は6.35人、休日・祝日は8.76人【表89】

②平日・準夜勤の看護師一人あたりの受け持ち患者数平均は11.1人、休日・祝日は11.4人【表89】

③平日・深夜勤・夜勤の看護師一人あたりの受け持ち患者数平均は14.77人、休日・祝日は14.74人【表89】

表 89 看護師一人あたりの受け持ち患者数

		平日	休日・祝日
①日勤	合計	273人	385.3人
	平均	6.35人	8.76人
	有効回答数	43病棟	44病棟
②準夜勤	合計	111人	114人
	平均	11.1人	11.4人
	有効回答数	10病棟	10病棟
③深夜勤・夜勤	合計	664.5人	663.5人
	平均	14.77人	14.74人
	有効回答数	45病棟	45病棟

(43) 病棟の導入システム

病棟に導入しているシステムは、「電子カルテシステム」(91.1%)が最も多く、次いで「オーダーリングシステム」(64.4%)の順であった【表90】。

表 90 病棟の導入システム (複数回答)

項目	n	%
電子カルテシステム	41	91.1
パスシステム	21	46.7
オーダーリングシステム	29	64.4
バイタル計測の自動化システム	8	17.8
あてはまるものはない	3	6.7
無回答	0	0.0
全体	45	100.0

(44) 病棟としての感染拡大ピーク時の家族の面会状況

感染拡大ピーク時の家族の面会状況について「全面的に中止した」(73.3%)が最も多く、次いで「対象者を制限(同居家族のみ等)した」(24.4%)の順であった【表91】。

表91 病棟としての感染拡大ピーク時の家族の面会状況(複数回答)

項目	n	%
全面的に中止した	33	73.3
対象者を制限(同居家族のみ等)した	11	24.4
曜日を限定した	0	0.0
時間を短縮した	7	15.6
中止しなかった	1	2.2
無回答	0	0.0
全体	45	100.0

(45) 病棟としての感染拡大ピーク時での病院職員以外の出入り状況

感染拡大ピーク時での病院職員以外の出入り状況について「全面的に中止した」(68.9%)が最も多く、次いで「対象者を制限(同居家族のみ等)した」(17.8%)の順であった【表92】。

表92 病棟としての感染拡大ピーク時での病院職員以外の出入り状況(複数回答)

項目	n	%
全面的に中止した	31	68.9
対象者を制限(同居家族のみ等)した	8	17.8
曜日を限定した	2	4.4
時間を短縮した	5	11.1
中止しなかった	1	2.2
無回答	1	2.2
全体	45	100.0

## 2) 他部署との応援体制

(1) 病棟としての回答日時点での他部署との看護師の応援体制

回答日時点での他部署への看護師の応援について「応援を出したり受けたりしていない」(62.2%)が最も多く、次いで「応援を出している」(26.7%)の順であった【表93】。

表93 病棟としての回答日時点での他部署への看護師の応援(複数回答)

項目	n	%
応援を出している	12	26.7
応援を受けている	8	17.8
応援を出したり受けたりしていない	28	62.2
無回答	0	0.0
全体	45	100.0

(2) 病棟としての回答日時点での他部署への看護師の応援先

回答日時点での他部署への看護師の応援先について「コロナ病棟」(50.0%)が「コロナ病棟以外」(41.7%)よりも多かった【表94】。

表94 病棟としての回答日時点での他部署への看護師の応援先(複数回答)

(調査回答日での他部署への看護師応援について「応援を出している」と回答した病棟のみ集計)

項目	n	%
コロナ病棟	6	50.0
コロナ病棟以外	5	41.7
無回答	1	8.3
全体	12	100.0

(3) 病棟としての感染拡大ピーク時での他部署への看護師の応援

感染拡大ピーク時での他部署への看護師の応援について「応援を出したり受けたりしていない」(46.7%)が最も多く、次いで「応援を出していた」(40.0%)の順であった【表95】。

表95 病棟としての感染拡大ピーク時での他部署への看護師の応援(複数回答)

項目	n	%
応援を出していた	18	40.0
応援を受けた	9	20.0
応援を出したり受けたりしていない	21	46.7
無回答	0	0.0
全体	45	100.0

(4) 病棟としての感染拡大ピーク時での他部署への看護師の応援先

感染拡大ピーク時での他部署への看護師の応援先について「コロナ病棟」(66.7%)が「コロナ病棟以外」(38.9%)よりも多かった【表96】。

表96 病棟としての感染拡大ピーク時での他部署への看護師の応援先(複数回答)

(感染ピーク時での他部署への看護師応援について「応援を出している」と回答した病棟のみ集計)

項目	n	%
コロナ病棟	12	66.7
コロナ病棟以外	7	38.9
無回答	0	0.0
全体	18	100.0

(5) 看護補助者にタスクシフト/シェアした業務（リネン交換）

看護補助者にタスクシフト/シェアした業務（リネン交換）について「従来より看護補助者が行っている」（62.3%）が最も多く、次いで「他職種・業者が行っている」（22.2%）の順であった【表 97】。

表 97 看護補助者にタスクシフト/シェアした業務（リネン交換）（単一回答）

項目	n	%
従来より看護補助者が行っている	28	62.3
コロナ感染症対策を機に看護補助者が行うことになった	0	0.0
従来より看護師が行っている	2	4.4
従来は看護補助者が行っていたが今は看護師が行っている	1	2.2
他職種・業者が行っている	10	22.2
無回答	4	8.9
全体	45	100.0

(6) 看護補助者にタスクシフト/シェアした業務（環境整備（ベッド周囲の整理・整頓・清掃等））

看護補助者にタスクシフト/シェアした業務（環境整備（ベッド周囲の整理・整頓・清掃等））について「従来より看護補助者が行っている」（49.0%）が最も多く、次いで「従来より看護師が行っている」（28.9%）の順であった【表 98】。

表 98 看護補助者にタスクシフト/シェアした業務\_環境整備（ベッド周囲の整理・整頓・清掃等）（単一回答）

項目	n	%
従来より看護補助者が行っている	22	49.0
コロナ感染症対策を機に看護補助者が行うことになった	2	4.4
従来より看護師が行っている	13	28.9
従来は看護補助者が行っていたが今は看護師が行っている	2	4.4
他職種・業者が行っている	1	2.2
無回答	5	11.1
全体	45	100.0

(7) 看護補助者にタスクシフト/シェアした業務（薬・検体・書類の搬送）

看護補助者にタスクシフト/シェアした業務（薬・検体・書類の搬送）について「従来より看護補助者が行っている」（66.6%）が最も多く、次いで「従来より看護師が行っている」（15.6%）の順であった【表 99】。

表 99 看護補助者にタスクシフト/シェアした業務\_薬・検体・書類の搬送（単一回答）

項目	n	%
従来より看護補助者が行っている	30	66.6
コロナ感染症対策を機に看護補助者が行うことになった	0	0.0
従来より看護師が行っている	7	15.6
従来は看護補助者が行っていたが今は看護師が行っている	1	2.2
他職種・業者が行っている	4	8.9
無回答	3	6.7
全体	45	100.0

(8) 看護補助者にタスクシフト/シェアした業務（ME 機器の取り寄せ・管理・返却）

看護補助者にタスクシフト/シェアした業務（ME 機器の取り寄せ・管理・返却）について「従来より看護補助者が行っている」（42.2%）が最も多く、次いで「従来より看護師が行っている」（28.9%）の順であった。【表 100】

表 100 看護補助者にタスクシフト/シェアした業務\_ME 機器の取り寄せ・管理・返却（単一回答）

項目	n	%
従来より看護補助者が行っている	19	42.2
コロナ感染症対策を機に看護補助者が行うことになった	0	0.0
従来より看護師が行っている	13	28.9
従来は看護補助者が行っていたが今は看護師が行っている	0	0.0
他職種・業者が行っている	7	15.6
無回答	6	13.3
全体	45	100.0

(9) 看護補助者にタスクシフト/シェアした業務（医療機器・医療材料の管理・請求・補充）

看護補助者にタスクシフト/シェアした業務（医療機器・医療材料の管理・請求・補充）について「従来より看護師が行っている」（62.2%）が最も多く、次いで「従来より看護補助者が行っている」（17.8%）の順であった【表 101】。

表 101 看護補助者にタスクシフト/シェアした業務\_医療機器・医療材料の管理・請求・補充（単一回答）

項目	n	%
従来より看護補助者が行っている	8	17.8
コロナ感染症対策を機に看護補助者が行うことになった	0	0.0
従来より看護師が行っている	28	62.2
従来は看護補助者が行っていたが今は看護師が行っている	0	0.0
他職種・業者が行っている	5	11.1
無回答	4	8.9

全体	45	100.0
----	----	-------

(10) 看護補助者にタスクシフト/シェアした業務（機器類の点検（車いす・酸素ボンベ・DC等））

看護補助者にタスクシフト/シェアした業務（機器類の点検（車いす・酸素ボンベ・DC等））について「従来より看護補助者が行っている」（48.9%）が最も多く、次いで「従来より看護師が行っている」（22.2%）の順であった【表 102】。

表 102 看護補助者にタスクシフト/シェアした業務\_機器類の点検（車いす・酸素ボンベ・DC等）  
（単一回答）

項目	n	%
従来より看護補助者が行っている	22	48.9
コロナ感染症対策を機に看護補助者が行うことになった	0	0.0
従来より看護師が行っている	10	22.2
従来は看護補助者が行っていたが今は看護師が行っている	0	0.0
他職種・業者が行っている	9	20.0
無回答	4	8.9
全体	45	100.0

(11) 看護補助者にタスクシフト/シェアした業務（病棟の安全や管理の点検（施錠・消防設備等））

看護補助者にタスクシフト/シェアした業務（病棟の安全や管理の点検（施錠・消防設備等））について「従来より看護師が行っている」（57.9%）が最も多く、次いで「他職種・業者が行っている」（22.2%）の順であった【表 103】。

表 103 看護補助者にタスクシフト/シェアした業務\_病棟の安全や管理の点検（施錠・消防設備等）  
（単一回答）

項目	n	%
従来より看護補助者が行っている	6	13.3
コロナ感染症対策を機に看護補助者が行うことになった	1	2.2
従来より看護師が行っている	26	57.9
従来は看護補助者が行っていたが今は看護師が行っている	0	0.0
他職種・業者が行っている	10	22.2
無回答	2	4.4
全体	45	100.0

(12) 看護補助者にタスクシフト/シェアした業務（薬品や物品の使用期限の点検）

看護補助者にタスクシフト/シェアした業務（薬品や物品の使用期限の点検）について「従来より看護師が行っている」（55.5%）が最も多く、次いで「他職種・業者が行っている」（28.9%）の順であった【表 104】。

表 104 看護補助者にタスクシフト/シェアした業務\_薬品や物品の使用期限の点検（単一回答）

項目	n	%
従来より看護補助者が行っている	4	8.9
コロナ感染症対策を機に看護補助者が行うことになった	0	0.0
従来より看護師が行っている	25	55.5
従来は看護補助者が行っていたが今は看護師が行っている	0	0.0
他職種・業者が行っている	13	28.9
無回答	3	6.7
全体	45	100.0

(13) 看護補助者にタスクシフト/シェアした業務（書類の作成（〇〇指導料のための書類等））

看護補助者にタスクシフト/シェアした業務（書類の作成（〇〇指導料のための書類等））について「従来より看護師が行っている」（57.7%）が最も多く、次いで「他職種・業者が行っている」（28.9%）の順であった【表 105】。

表 105 看護補助者にタスクシフト/シェアした業務\_書類の作成（単一回答）

項目	n	%
従来より看護補助者が行っている	3	6.7
コロナ感染症対策を機に看護補助者が行うことになった	0	0.0
従来より看護師が行っている	26	57.7
従来は看護補助者が行っていたが今は看護師が行っている	0	0.0
他職種・業者が行っている	13	28.9
無回答	3	6.7
全体	45	100.0

(14) 看護補助者にタスクシフト/シェアした業務（面会者の対応）

看護補助者にタスクシフト/シェアした業務（面会者の対応）について「従来より看護師が行っている」（71.1%）が最も多く、次いで「他職種・業者が行っている」（11.1%）の順であった【表 106】。

表 106 看護補助者にタスクシフト/シェアした業務（面会者の対応）（単一回答）

項目	n	%
従来より看護補助者が行っている	3	6.7
コロナ感染症対策を機に看護補助者が行うことになった	2	4.4
従来より看護師が行っている	32	71.1
従来は看護補助者が行っていたが今は看護師が行っている	0	0.0
他職種・業者が行っている	5	11.1
無回答	3	6.7

全体	45	100.0
----	----	-------

参考資料 調査票「新型コロナウイルス感染症を契機とした看護業務の変化・効率化に関する調査」

病棟師長対象調査

病棟ID：

**新型コロナウイルス感染症を契機とした看護業務の変化・効率化に関する調査**

調査開始前に協力依頼書ならびに調査実施要領をお読みいただき、  
ご同意いただける場合は、下記の同意欄にチェックをお願いいたします。

研究協力に同意します  ←を付けてください

●記入にあたって

- ・ この調査票は、師長等、病棟責任者の方がご記入ください。
- ・ 調査の実施は、病棟のタイムスタディ調査期間内に実施をお願いいたします。
- ・ 回答に要する時間はおよそ20分です。
- ・ 指定時期がない設問については、令和2年10月1日現在の状況についてご回答ください。
- ・ あてはまる選択肢の番号を選んで○印をお付けください。
- ・ ( ) の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入ください。
- ・ 数値を記入する際に、小数点が生じる場合は、小数点第2位を四捨五入して、小数点第1位まででご回答ください。
- ・ 数字を記入する欄が0（ゼロ）の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入ください。

I. 病棟に関する基本情報

問 1 病棟の許可病床数についてご記入ください。  床

問 2 病棟の平均病床稼働率について令和2年4月から9月までの6か月の平均値をご記入ください。  
 .  % (小数点第1位まで)

問 3 病棟の患者の重症度についてお尋ねします。  
重症度、医療・看護必要度の基準で以下のいずれかを満たす患者の割合について、  
令和2年4月から9月までの6か月の平均値をご記入ください。

A得点が2点以上かつB得点が3点以上  
 A得点が3点以上  
 C得点が1点以上

} いずれかを満たす患者の割合  
 .  % (小数点第1位まで)

問 4 病棟の平均在院日数について、令和2年4月から9月までの6か月の平均値をご記入ください。  
(病院内の転棟も含め、下記の計算式で算出ください)

$$\text{療養病床の平均在院日数} = \frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left[ \begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right]}$$

平均  .  日間 (小数点第1位まで)

問 5 病棟に配置されている下記項目の職種それぞれについて、人数をご記入ください。

また、当該病棟での勤務時間を、専従・専任・その他に分けてお答えください。

※1 ここでいう専従とは、1週間に32時間以上当該病棟で勤務している方をいいます。

※2 ここでいう専任とは1週間に20時間以上32時間未満当該病棟で勤務している方をいいます。

	配置人数	勤務時間（あてはまるものすべてに○）		
薬剤師	人	1.専従	2.専任	3.その他（ ）
PT	人	1.専従	2.専任	3.その他（ ）
OT	人	1.専従	2.専任	3.その他（ ）
ST	人	1.専従	2.専任	3.その他（ ）
MSW	人	1.専従	2.専任	3.その他（ ）
その他	人	1.専従	2.専任	3.その他（ ）

## II. 病棟の看護体制に関する基本情報

問 6-1 交替制勤務の基本形態について、2交代制か、3交代制かをお答えください。

様々な勤務形態を設けている場合もあると思われませんが、基本としている勤務形態について教えてください。

（○は1つだけ）

1 2交代

2 3交代

問 6-2 問6-1で回答頂いた「基本としている勤務形態」について、勤務時間（開始～終了）を24時間表記でご記入ください。

<b>2交代制</b>	日勤	開始	<input type="text"/>	時	<input type="text"/>	分	～	終了	<input type="text"/>	時	<input type="text"/>	分
	夜勤	開始	<input type="text"/>	時	<input type="text"/>	分	～	終了	<input type="text"/>	時	<input type="text"/>	分
<b>3交代制</b>	日勤	開始	<input type="text"/>	時	<input type="text"/>	分	～	終了	<input type="text"/>	時	<input type="text"/>	分
	準夜勤	開始	<input type="text"/>	時	<input type="text"/>	分	～	終了	<input type="text"/>	時	<input type="text"/>	分
	夜勤	開始	<input type="text"/>	時	<input type="text"/>	分	～	終了	<input type="text"/>	時	<input type="text"/>	分

<ご回答いただいた内容は24時間表記になっているか、改めてご確認ください！>

問 6-3 週の所定労働時間を教えてください。

時間  分

問 7 看護職員の人数をご記入ください。

※常勤or非常勤にかかわらず、令和2年10月1日時点で在籍している人数をお答えください。

※保健師・助産師は看護師に含めます。

①看護師  人

②准看護師  人

問 8 病棟での補助者の配置について伺います。

A～Dの補助者について、①配置有無、②配置人数、③勤務状況をお答えください。

①で「配置している」と回答した場合は、必ず②と③を回答ください。①で「配置していない」と回答した場合は、次の補助者区分について回答してください。

<b>A</b>	<b>患者ケアを担当する 看護補助者</b>	<p>①配置有無</p> <p>1. 配置している → ②と③を回答ください</p> <p>2. 配置していない → 次の補助者区分へ進んでください</p>
<p>②配置人数は、常勤換算で <input style="width: 50px;" type="text"/> . <input style="width: 50px;" type="text"/> 名（小数点第1位まで）</p>		
<p>③勤務状況（あてはまる勤務状況すべてに○をしてください）</p>		
平日・休日の勤務状況		<p>1. 平日も休日も勤務している</p> <p>2. 平日のみ勤務している</p> <p>3. 病棟の状況に応じ週に数日勤務している</p>
日勤・夜勤の勤務状況		<p>1. 日勤も夜勤も勤務している</p> <p>2. 日勤のみ勤務している</p> <p>3. 夜勤のみ勤務している</p> <p>4. 病棟の状況に応じ日勤・夜勤を組み合わせている</p>
早番・遅番の勤務状況		<p>1. 遅番・早番の勤務もしている</p> <p>2. 遅番・早番の勤務をしていない</p>

<b>B</b>	<b>事務作業を担当する 看護補助者</b>	<p>①配置有無</p> <p>1. 配置している → ②と③を回答ください</p> <p>2. 配置していない → 次の補助者区分へ進んでください</p>
<p>②配置人数は、常勤換算で <input style="width: 50px;" type="text"/> . <input style="width: 50px;" type="text"/> 名（小数点第1位まで）</p>		
<p>③勤務状況（あてはまる勤務状況すべてに○をしてください）</p>		
平日・休日の勤務状況		<p>1. 平日も休日も勤務している</p> <p>2. 平日のみ勤務している</p> <p>3. 病棟の状況に応じ週に数日勤務している</p>
日勤・夜勤の勤務状況		<p>1. 日勤も夜勤も勤務している</p> <p>2. 日勤のみ勤務している</p> <p>3. 夜勤のみ勤務している</p> <p>4. 病棟の状況に応じ日勤・夜勤を組み合わせている</p>
早番・遅番の勤務状況		<p>1. 遅番・早番の勤務もしている</p> <p>2. 遅番・早番の勤務をしていない</p>

**C 病棟クラーク**

①配置有無

1. 配置している → ②と③を回答ください  
 2. 配置していない → 次の補助者区分へ進んでください

②配置人数は、常勤換算で  .  名（小数点第1位まで）

③勤務状況（あてはまる勤務状況すべてに○をしてください）

平日・休日の勤務状況	1. 平日も休日も勤務している 2. 平日のみ勤務している 3. 病棟の状況に応じ週に数日勤務している
日勤・夜勤の勤務状況	1. 日勤も夜勤も勤務している 2. 日勤のみ勤務している 3. 夜勤のみ勤務している 4. 病棟の状況に応じ日勤・夜勤を組み合わせている
早番・遅番の勤務状況	1. 遅番・早番の勤務もしている 2. 遅番・早番の勤務をしていない

**D その他**

①配置有無

1. 配置している → ②と③を回答ください  
 2. 配置していない → 次の設問へ進んでください

②配置人数は、常勤換算で  .  名（小数点第1位まで）

③勤務状況（あてはまる勤務状況すべてに○をしてください）

平日・休日の勤務状況	1. 平日も休日も勤務している 2. 平日のみ勤務している 3. 病棟の状況に応じ週に数日勤務している
日勤・夜勤の勤務状況	1. 日勤も夜勤も勤務している 2. 日勤のみ勤務している 3. 夜勤のみ勤務している 4. 病棟の状況に応じ日勤・夜勤を組み合わせている
早番・遅番の勤務状況	1. 遅番・早番の勤務もしている 2. 遅番・早番の勤務をしていない

問 9 勤務帯毎の看護職員平均勤務人数を、平日／休日・祝日別にご記入ください。

	平日	休日・祝日
①日勤	<input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名
②準夜勤※3交代制の場合のみ記入	<input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名
③深夜勤・夜勤	<input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名

問 10 看護師一人あたりの受け持ち患者数を、平日／休日・祝日別にご記入ください。

	平日	休日・祝日
①日勤	<input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名
②準夜勤※3交代制の場合のみ記入	<input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名
③深夜勤・夜勤	<input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名

**Ⅲ. 病棟のハード面での基本情報**

問 11 病棟で導入しているシステムとして、あてはまるものをお答えください。

（あてはまるものすべてに○）

1. 電子カルテシステム
2. バスシステム
3. オーダリングシステム
4. バイタル計測の自動化システム
5. あてはまるものはない

**IV. 新型コロナウイルス感染症（以下、コロナ感染症）対応による部署への影響とそれへの対応について**

**問 12** このアンケートを回答した日（回答日時点）において、病棟でコロナ陽性患者または擬陽性の患者の受入れ状況をお答えください。

（1つだけ○）

1. 受け入れていない
2. 全病床で受け入れている（コロナ専用病棟である）
3. 一部病床で受け入れている

**問 13** コロナ感染症対応として、家族（コロナ陽性患者以外の患者家族も含む）の面会を中止または縮小していますか。このアンケートを回答した日（回答日時点）と感染拡大がピークだった時、それぞれについてお答えください。

（あてはまるものすべてに○）

**①回答日時点**

1. 全面的に中止している
2. 対象者を制限（同居家族のみ等）している
3. 曜日を限定している
4. 時間を短縮している
5. 中止していない

**②感染拡大ピーク時**

1. 全面的に中止した
2. 対象者を制限（同居家族のみ等）した
3. 曜日を限定した
4. 時間を短縮した
5. 中止しなかった

**問 14** コロナ感染症対応として、病院職員以外（歯科医師、理美容師等）の出入りを中止していますか。このアンケートを回答した日（回答日時点）と感染拡大がピークだった時、それぞれについてお答えください。

（あてはまるものすべてに○）

**①回答日時点**

1. 全面的に中止している
2. 対象者を制限（同居家族のみ等）している
3. 曜日を限定している
4. 時間を短縮している
5. 中止していない

**②感染拡大ピーク時**

1. 全面的に中止した
2. 対象者を制限（同居家族のみ等）した
3. 曜日を限定した
4. 時間を短縮した
5. 中止しなかった

**問 15** コロナ感染症対応として、他部署に看護師の応援を出している、あるいは受けていますか。このアンケートを回答した日（回答日時点）と感染拡大がピークだった時、それぞれについてお答えください。

※応援を出している、または応援を出していた場合は、応援先をお答えください。

（あてはまるものすべてに○）

**①回答日時点**

1. 応援を出している  
→ 応援先は？（あてはまるものすべてに○）  
1. コロナ病棟 2. コロナ病棟以外
2. 応援を受けている
3. 応援を出したり受けたりしていない

**②感染拡大ピーク時**

1. 応援を出していた  
→ 応援先は？（あてはまるものすべてに○）  
1. コロナ病棟 2. コロナ病棟以外
2. 応援を受けた
3. 応援を出したり受けたりしていない

**問 16** コロナ感染症の感染拡大後、下記の業務の実施状況についてお答えください。

現在とはこのアンケートを回答した日とします。

※感染拡大により、一時的に業務変更を行ったが、現時点で業務変更が解消されている場合は、「2」を選択ください。

（それぞれの項目について、あてはまるもの1つに○）

	行病 つ棟 て看 い護 な師 いは	現行病 在つ棟 はて看 行い護 つた師 てが い、一 ない 時的 に	現病 在棟 行看 つ護 て師 いが る
コロナ感染症関連の検体採取（PCR,LAMP法等）	1	2	3
業者等が実施していたこと（病室の清掃、リネンの洗濯、理美容師によるヘアカット等）	1	2	3

問 17 コロナ感染症の感染拡大前と現在を比較して、下記の看護師が行う業務量の変化はありましたか。  
 (それぞれの項目について、あてはまるもの1つに○)

	増えた	変わらない	減った
他の病棟に入院予定だった患者を受け入れる	1	2	3
患者の転棟	1	2	3
病棟内での患者の病室移動	1	2	3
バイタルサイン測定の回数	1	2	3
家族が行っていた身の回りの世話（売店での買い物、散歩の付き添い等）	1	2	3
夜勤帯の仕事量	1	2	3
休日の仕事量	1	2	3
来院した家族に対応する時間（荷物の受け渡し、説明等）	1	2	3
入院患者の家族への電話連絡の時間	1	2	3
カンファレンスの時間	1	2	3
申し送りの時間(勤務交代時の情報交換)	1	2	3
カルテ記載時間	1	2	3
感染対策を実施する時間	1	2	3
感染対策に関するOJTの時間	1	2	3
その他（ ）	1	2	3

問 18-1 問17において1つでも「1. 増えた」を選択した方にお伺いします。

看護師が行う業務が増えたことに対して行ったことに○をつけてください。

(あてはまるものすべてに○)

1. 他の業務を減らした → (減らした業務を具体的に： )
2. 一部の業務を他の職種に委譲した → (誰に、何を委譲したか具体的に： )
3. 業務の手順を見直した → (見直した業務を具体的に： )
4. 業務の内容を見直した → (見直した業務を具体的に： )
5. ICT機器や医療機器を導入した → (何を導入したか具体的に： )
6. 入院患者の家族への説明を前もって行うようにした
7. 入院患者の家族への説明用紙を作成した
8. 入院患者へのリモート面会を始めた
9. 看護師のメンタルケアを手厚くした
10. 看護師の体調管理を徹底した
11. 感染対策指導を徹底した
12. その他 → (具体的な内容： )
13. あてはまるものはない

問 18-2 問17において1つでも「3.減った」を選択した方にお伺いします。

コロナ感染感染拡大前と比較し、内容や手順を見直した業務がありますか

(例：患者の感染の有無にかかわらず訪室回数を最低限とした)

あてはまるものに○をつけてください。

ない

ある → (見直した業務を具体的に：

)

問 19 上記（前問）の他に、十分に対応できておらず、病棟運営上の課題となっていることがあればお書きください。

問 20 コロナ感染症対応を契機に、看護補助者に委譲した業務はありますか。

下記の項目それぞれで該当するものを選択肢から選び○をつけてください。

(それぞれの項目について、あてはまるもの1つに○)

※下記の項目は、2018年度に実施したタイムスタディ調査において、看護師が他職種に「すべて委譲できる」と回答した上位項目を示しています。

	従来より 看護補助者が	コロナ感染症 対応を機に なった	従来より 看護師が	従来は 看護師が 補助者が 行っていたが	他職種・ 業者が
リネン交換	1	2	3	4	5
環境整備（ベッド周囲の整理・整頓・清掃等）	1	2	3	4	5
薬・検体・書類の搬送	1	2	3	4	5
ME機器の取り寄せ・管理・返却	1	2	3	4	5
医療機器・医療材料の管理・請求・補充	1	2	3	4	5
機器類の点検（車いす・酸素ボンベ・DC等）	1	2	3	4	5
病棟の安全や管理の点検（施錠・消防設備等）	1	2	3	4	5
薬品や物品の使用期限の点検	1	2	3	4	5
書類の作成（〇〇指導料のための書類等）	1	2	3	4	5
面会者の対応	1	2	3	4	5

アンケートは以上です。お忙しい中、ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

### Ⅲ. 新型コロナウイルス感染症流行期における看護業務タイムスタディ調査

41 病院 44 病棟の 567 名から回答を得た【表 107】。

表 107 看護業務タイムスタディ調査 回収状況

	コロナ患者受入の有無	交代制	タイムスタディ票回収状況			コロナ患者受け入れ有無別	急性期・慢性期別
			平日	休日	小計		
急性期 病棟 (32)	患者受入れ 有り (12)	2交代 (9)	51	51	102	144	409
		3交代 (3)	19	23	42		
	患者受入れ 無し (20)	2交代 (17)	108	106	214	265	
		3交代 (3)	21	30	51		
	小計 (32)			199	210	409	
慢性期 病棟 (12)	患者受入れ 有り (-)	2交代 (-)	-	-	-	-	158
		3交代 (-)	-	-	-	-	
	患者受入れ 無し (11)	2交代 (11)	66	73	139	139	
		3交代 (-)	-	-	-	-	
	患者受入れ 不明 (1)	2交代 (1)	10	9	19	19	
小計 (12)			76	82	158	158	
計 (44)			275	292	567	567	567

\* ( ) は病棟数

看護業務の分類は、2018 年タイムスタディと比較するため、同じ分類を使用した。11 の大項目、85 の小項目で構成される【表 108】。小項目には「休憩」も含む。

表 108 看護業務 85 項目 (休憩含む)

No	業務内容	No	業務内容
1	入院時オリエンテーション	43	身の回りの世話
2	転倒転落アセスメント	44	更衣
3	褥瘡発生リスクアセスメント	45	身体の清潔
4	退院支援スクリーニング	46	口腔ケア
5	A:入院 退院支援計画書	47	排泄介助 (おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等)
6	入院診療計画書	48	体位交換
7	アナムネーゼ (入院時情報)	49	苦痛緩和・安楽のための世話
8	持参薬チェック・登録	50	食事の世話
9	ベッドコントロール	51	心理的ケア (話を聞く、寄り添う等)
10	B:情報共有 患者等からの情報収集	52	患者への説明 (治療・手術・検査・病状等)
11	看護師間の報告・連絡・相談	53	家族への連絡・説明・指導
12	看護師間の申し送り	54	患者宅への訪問(訪問看護、退院支援、退院後訪問指導等を含む)
13	医師への報告・連絡・相談	55	死後の処置
14	他の職種への報告・連絡・相談・調整	56	E:退院 退院指導 (身体と生活に関する指導)
15	他部門への連絡・調整	57	退院時の栄養指導
16	カンファレンス	58	退院時の服薬指導
17	薬剤の残薬確認・処方依頼・セット	59	退院時の書類チェック
18	薬剤のミキシング	60	F:看護記録 看護計画作成・アセスメント
19	薬剤の準備	61	日々の看護実施記録
20	内服薬の投与	62	退院時サマリー作成
21	点滴の投与・管理	63	看護情報提供書作成
22	その他の薬 (湿布薬・点眼薬等) の投与	64	重症度・医療看護必要度の入力
23	観察	65	重症度、医療・看護必要度のチェック(記入もれや記載内容等)・修正
24	バイタルサインの測定	66	G:搬送・移送 患者
25	体重測定	67	薬・検体・書類
26	検査の準備・実施・片付け (採血・血糖測定・X-P等)	68	H:機器等の管理 ME機器の取り寄せ・管理・返却
27	C:診察・治療 診察・治療・処置の介助	69	医療機器・医療材料の管理・請求・補充
28	病状説明への同席	70	その他物品の管理・請求・補充
29	リハビリ・自立援助	71	I:点検作業 機器類の点検 (車いす・酸素ボンベ・DC等)
30	食事摂取量の観察	72	病棟の安全や管理の点検 (施設・消防設備等)
31	飲水量の観察	73	薬品や物品の使用期限の点検
32	感染予防	74	J:事務作業 書類の作成 (〇〇指導料のための書類等)
33	人工呼吸器管理	75	電話対応
34	吸引 (口腔内・鼻腔内)	76	面会者対応
35	吸引 (気管内)	77	K:その他 患者の病状に合わせた受け持ち・搬送等の采配
36	創傷管理	78	他の病棟等への応援
37	排泄・廃液量の観察 (尿・スマ・トイレ等)	79	学生指導
38	救命救急処置	80	看護師間の指導 (新人や後輩等)
39	D:患者のケア 環境整備 (ベッド周囲の整理・整頓・清掃等)	81	業務に関する打ち合わせ
40	リネン交換	82	委員会・会議
41	見守り・付き添い	83	院内研修 (集合研修・e-ラーニング)
42	活動と休憩援助	84	その他 ( )
		85	休憩

## 1. 新型コロナウイルス感染症流行期（2020年）の看護業務の実態及び平常時（2018年）との比較

調査回答病棟は、新型コロナウイルス感染症流行期（2020年）44病棟、平常時（2018年）50病棟であった。

病棟看護師の看護業務を85項目（休憩含む）に分類したタイムスタディから、看護師1人が勤務中に行った行為別業務時間の構成比（%）及び看護師1人あたり8時間勤務に換算した業務時間（分）を算出した。

「新型コロナウイルス感染症流行期（2020年）」の上位12項目は、〈休憩〉を除き、次のとおりであった。

『1位』（F：看護記録；日々の看護実施記録）（9.8% 47.0分）、『2位』（D：患者のケア；排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片付け等））（5.5% 26.2分）、『3位』（C：診察・治療；観察）（4.8% 23.2分）、『4位』（B：情報共有；看護師間の申し送り）（4.5% 21.4分）、『5位』（B：情報共有；患者等からの情報収集）（4.2% 20.0分）、『6位』（C：診察・治療；バイタルサインの測定）（4.1% 19.6分）、『7位』（D：患者のケア；食事の世話）（3.3% 15.8分）、『8位』（C：診察・治療；点滴の投与・管理）（2.9% 13.7分）、『9位』（C：診察・治療；内服薬の投与）（2.4% 11.4分）、『10位』（D：患者のケア；体位交換）（2.3% 11.2分）、『11位』（B：情報共有；看護師間の報告・連絡・相談）（2.1% 10.3分）、『12位』（C：診察・治療；感染予防）（2.1% 10.0分）であった【表109】。

表109 2020年度の上位項目（休憩を除く5.0分以上を抜粋）

業務内容	2020年調査（44病棟）	
	行為時間	
	構成比	1日あたり 8時間 480分
日々の看護実施記録	9.8%	47.0
排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等）	5.5%	26.2
観察	4.8%	23.2
看護師間の申し送り	4.5%	21.4
患者等からの情報収集	4.2%	20.0
バイタルサインの測定	4.1%	19.6
食事の世話	3.3%	15.8
点滴の投与・管理	2.9%	13.7
内服薬の投与	2.4%	11.4
体位交換	2.3%	11.2
看護師間の報告・連絡・相談	2.1%	10.3
感染予防	2.1%	10.0
薬剤の準備	2.0%	9.5
身の回りの世話	2.0%	9.5
検査の準備・実施・片付け（採血・血糖測定・X-P等）	1.7%	8.3
見守り・付き添い	1.5%	7.2
薬剤の残薬確認・処方依頼・セット	1.4%	6.7
口腔ケア	1.2%	5.8
環境整備（ベッド周囲の整理・整頓・清掃等）	1.2%	5.5
薬剤のミキシング	1.1%	5.3
食事摂取量の観察	1.1%	5.3
医師への報告・連絡・相談	1.1%	5.2

「平常時（2018年）」の上位12項目は、〈休憩〉を除き、次のとおりであった。

『1位』〈F：看護記録；日々の看護実施記録〉（11.3% 54.1分）、『2位』〈D：患者のケア；排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片付け等）〉（7.8% 37.3分）、『3位』〈C：診察・治療；バイタルサインの測定〉（6.3% 30.3分）、『4位』〈B：情報共有；看護師間の申し送り〉（5.3% 25.4分）、『5位』〈D：患者のケア；食事の世話〉（4.3% 20.6分）、『6位』〈C：診察・治療；点滴の投与・管理〉（3.9% 18.7分）、『7位』〈C：診察・治療；観察〉（3.6% 17.1分）、『8位』〈B：情報共有；患者等からの情報収集〉（3.4% 16.2分）、『9位』〈C：診察・治療；内服薬の投与〉（2.7% 12.8分）、『10位』〈C：診察・治療；検査の準備・実施・片付け〉（2.6% 12.7分）、『11位』〈K：その他；その他〉（2.3% 10.8分）『12位』〈B：情報共有；看護師間の報告・連絡・相談〉（2.2% 10.7分）、で、〈C：診察・治療；感染予防〉（0.3% 1.3分）は上位の項目ではなかった【表110】。

表110 2018年度の上位項目（休憩を除く5.0分以上を抜粋）

業務内容	2018年調査（50病棟）	
	行為時間	
	構成比	1日あたり 8時間 480分
日々の看護実施記録	11.3%	54.1
排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等）	7.8%	37.3
バイタルサインの測定	6.3%	30.3
看護師間の申し送り	5.3%	25.4
食事の世話	4.3%	20.6
点滴の投与・管理	3.9%	18.7
観察	3.6%	17.1
患者等からの情報収集	3.4%	16.2
内服薬の投与	2.7%	12.8
検査の準備・実施・片付け（採血・血糖測定・X-P等）	2.6%	12.7
その他	2.3%	10.8
看護師間の報告・連絡・相談	2.2%	10.7
薬剤の準備	2.2%	10.6
体位交換	1.7%	8.3
身の回りの世話	1.6%	7.8
医師への報告・連絡・相談	1.1%	5.4
薬剤の残薬確認・処方依頼・セット	1.1%	5.3
口腔ケア	1.1%	5.2
見守り・付き添い	1.1%	5.2
薬剤のミキシング	1.1%	5.2
身体の清潔	1.0%	5.0

「新型コロナ感染症流行期（2020年）」を「平常時（2018年）」と比較すると、業務実施時間の増加幅が最も大きかったのは、〈C:診察・治療；感染予防〉（1.3分→10.0分）で、〈C:診察・治療；観察〉（17.1分→23.2分）、〈B:情報共有；患者等からの情報収集〉（16.2分→20.0分）が続いた。

一方、2018年より業務時間が減少したのは、減少幅が多い順に〈D:患者のケア；排泄介助〉（37.3分→26.2分）、〈C:診察・治療；バイタルサインの測定〉（30.3分→19.6分）、〈K:その他；その他〉（10.8分→3.0分）、〈F:看護記録；日々の看護実施記録〉（54.1分→47.0分）であった【表111】。

表 111 2020年度と2018年度で差がある項目（休憩を除き1.0分以上の差のある項目を抜粋）

業務内容	2020年調査（44病棟） 2018年調査（50病棟）	
	行為時間の差	
	構成比	1日あたり 8時間 480分
感染予防	1.8%	8.7
観察	1.3%	6.1
患者等からの情報収集	0.8%	3.8
体位交換	0.6%	2.9
食事摂取量の観察	0.6%	2.7
見守り・付き添い	0.4%	2.0
環境整備（ベッド周囲の整理・整頓・清掃等）	0.4%	1.9
身の回りの世話	0.4%	1.7
飲水量の観察	0.3%	1.7
看護計画作成・アセスメント	0.3%	1.6
退院時サマリー作成	0.3%	1.5
薬剤の残薬確認・処方依頼・セット	0.3%	1.4
電話対応	0.3%	1.2
委員会・会議	0.2%	1.2
人工呼吸器管理	0.2%	1.2
排泄・廃液量の観察（尿・スタマ・ドレージ等）	0.2%	1.1
患者の病状に合わせた受け持ち・搬送等の采配	0.2%	1.1
重症度、医療・看護必要度のチェック（記入もれや記載内容等）・修正	0.2%	1.1
更衣	0.2%	1.1
薬剤の準備	-0.2%	-1.1
カンファレンス	-0.2%	-1.2
内服薬の投与	-0.3%	-1.4
看護師間の申し送り	-0.8%	-4.0
検査の準備・実施・片付け（採血・血糖測定・X-P等）	-0.9%	-4.3
食事の世話	-1.0%	-4.8
点滴の投与・管理	-1.0%	-5.0
日々の看護実施記録	-1.5%	-7.1
その他	-1.6%	-7.9
バイタルサインの測定	-2.2%	-10.7
排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等）	-2.3%	-11.1

## 2. 2020年度タイムスタディにおける新型コロナウイルス感染症患者受け入れ有無別の看護業務比較

調査回答病棟は、「コロナ患者受け入れ病棟」が12病棟、「コロナ患者を受け入れていない病棟」が32病棟（コロナ患者受け入れ無回答の1病棟含む）であった。

「コロナ患者受け入れ病棟」では、看護師1人8時間当たりの業務時間（分）が長い看護行為の上位項目（〈休憩〉を除く）は、〈日々の看護実施記録〉41.9、〈観察〉26.4、〈看護師間の申し送り〉22.8、〈患者等からの情報収集〉21.4、〈バイタルサインの測定〉19.5、〈排泄介助〉19.0、〈点滴の投与・管理〉13.8、〈食事の世話〉12.3、〈看護師間の報告・連絡・相談〉11.5であり、〈感染予防〉は8.5であった【表112】。

表112 コロナ受け入れ病棟の上位項目（休憩を除く5.0分以上を抜粋）

業務内容	コロナ患者受け入れ病棟 (12病棟)	
	行為時間	
	構成比	1日あたり 8時間 480分
日々の看護実施記録	8.7%	41.9
観察	5.5%	26.4
看護師間の申し送り	4.8%	22.8
患者等からの情報収集	4.4%	21.4
バイタルサインの測定	4.1%	19.5
排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等）	4.0%	19.0
点滴の投与・管理	2.9%	13.8
食事の世話	2.6%	12.3
看護師間の報告・連絡・相談	2.4%	11.5
内服薬の投与	2.1%	10.3
検査の準備・実施・片付け（採血・血糖測定・X-P等）	2.0%	9.6
体位交換	2.0%	9.4
感染予防	1.8%	8.5
薬剤の準備	1.8%	8.4
身の回りの世話	1.6%	7.5
環境整備（ベッド周囲の整理・整頓・清掃等）	1.3%	6.4
薬剤の残薬確認・処方依頼・セット	1.3%	6.4
食事摂取量の観察	1.1%	5.5
薬剤のミキシング	1.1%	5.5
医師への報告・連絡・相談	1.1%	5.1

「コロナ患者を受け入れていない病棟」では、〈日々の看護実施記録〉48.8、〈排泄介助〉28.8、〈観察〉22.0、〈看護師間の申し送り〉20.9、〈バイタルサイン測定〉19.6、〈患者からの情報収集〉19.5、〈食事の世話〉17.0、〈点滴の投与・管理〉13.7、〈体位交換〉11.8、〈内服薬の投与〉11.8、〈感染予防〉10.5であった【表 1113】。

表 113 コロナ受け入れなし病棟の上位項目（休憩を除く 5.0 分以上を抜粋）

業務内容	コロナ患者を受け入れていない または無回答の病棟（32病棟）	
	行為時間	
	構成比	1日あたり 8時間 480分
日々の看護実施記録	10.2%	48.8
排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等）	6.0%	28.8
観察	4.6%	22.0
看護師間の申し送り	4.4%	20.9
バイタルサインの測定	4.1%	19.6
患者等からの情報収集	4.1%	19.5
食事の世話	3.6%	17.0
点滴の投与・管理	2.8%	13.7
体位交換	2.5%	11.8
内服薬の投与	2.5%	11.8
感染予防	2.2%	10.5
身の回りの世話	2.1%	10.2
薬剤の準備	2.1%	10.0
看護師間の報告・連絡・相談	2.1%	9.9
見守り・付き添い	1.7%	8.2
検査の準備・実施・片付け（採血・血糖測定・X-P等）	1.6%	7.9
薬剤の残薬確認・処方依頼・セット	1.4%	6.8
口腔ケア	1.3%	6.5
薬剤のミキシング	1.1%	5.2
医師への報告・連絡・相談	1.1%	5.2
食事摂取量の観察	1.1%	5.2
環境整備（ベッド周囲の整理・整頓・清掃等）	1.1%	5.2

※ 「コロナ患者を受け入れていない病棟」には、受け入れ状況について無回答であった 1 病棟を含む。

「コロナ患者受け入れ病棟」と「コロナ患者を受け入れていない病棟」を比較すると、「コロナ患者受け入れ病棟」においては「コロナ患者を受け入れていない病棟」に比べ、〈観察〉〈他の病棟等への応援〉〈他の職種への報告・連絡・相談・調整〉〈カンファレンス〉〈看護師間の申し送り〉〈患者等からの情報収集〉で業務時間が長く、〈排泄介助〉〈日々の看護実施記録〉〈食事の世話〉〈見守り・付き添い〉で業務時間が短かった【表 114】。

表 114 コロナ患者受け入れの有無で差がある項目（休憩を除き 1.0 分以上の差のある項目を抜粋）  
（各看護業務項目の差は、コロナ患者受け入れ病棟の数値から受け入れていない病棟の数値を差し引いた値）

業務内容	コロナ患者受け入れ病棟（12病棟） コロナ患者を受け入れていない または無回答の病棟（32病棟）	
	行為時間の差	
	構成比	1日あたり 8時間 480分
観察	0.9%	4.4
他の病棟等への応援	0.7%	3.2
他の職種への報告・連絡・相談・調整	0.4%	1.9
カンファレンス	0.4%	1.9
看護師間の申し送り	0.4%	1.9
患者等からの情報収集	0.4%	1.9
検査の準備・実施・片付け（採血・血糖測定・X-P等）	0.4%	1.7
看護師間の報告・連絡・相談	0.3%	1.6
業務に関する打ち合わせ	0.3%	1.5
薬品や物品の使用期限の点検	0.2%	1.2
環境整備（ベッド周囲の整理・整頓・清掃等）	0.2%	1.2
苦痛緩和・安楽のための世話	-0.2%	-1.0
排泄・廃液量の観察（尿・スマ・ドレージ等）	-0.2%	-1.2
看護師間の指導（新人や後輩等）	-0.3%	-1.3
内服薬の投与	-0.3%	-1.5
活動と休息援助	-0.3%	-1.5
吸引（気管内）	-0.3%	-1.6
薬剤の準備	-0.3%	-1.6
吸引（口腔内・鼻腔内）	-0.4%	-1.9
感染予防	-0.4%	-2.0
体位交換	-0.5%	-2.4
口腔ケア	-0.5%	-2.5
身の回りの世話	-0.6%	-2.7
見守り・付き添い	-0.8%	-4.1
食事の世話	-1.0%	-4.8
日々の看護実施記録	-1.4%	-6.9
排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等）	-2.0%	-9.8

※ 「コロナ患者を受け入れていない病棟」には、受け入れ状況について無回答であった 1 病棟を含む。

### 3. 2020年タイムスタディにおける病床機能別（急性期・慢性期）の看護業務比較

調査回答病棟は、急性期病棟が32病棟、慢性期病棟が12病棟であった。

看護師1人8時間当たりの業務時間（分）が長い看護行為の上位項目（〈休憩〉を除く）は、急性期病棟では、〈日々の看護実施記録〉47.2、〈観察〉24.1、〈排泄介助〉23.1、〈患者等からの情報収集〉22.6、〈看護師間の申し送り〉〈バイタルサインの測定〉20.6、〈点滴の投与・管理〉14.8、〈食事の世話〉14.4、〈内服薬の投与〉11.1、〈看護師間の報告・連絡・相談〉10.9であり、〈感染予防〉は10.1であった【表115】。

表115 急性期病棟の上位項目（休憩を除く5.0分以上を抜粋）

業務内容	急性期病棟 (32病棟)	
	行為時間	
	構成比	1日あたり 8時間 480分
日々の看護実施記録	9.8%	47.2
観察	5.0%	24.1
排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等）	4.8%	23.1
患者等からの情報収集	4.7%	22.6
看護師間の申し送り	4.7%	22.6
バイタルサインの測定	4.3%	20.6
点滴の投与・管理	3.1%	14.8
食事の世話	3.0%	14.4
内服薬の投与	2.3%	11.1
看護師間の報告・連絡・相談	2.3%	10.9
体位交換	2.1%	10.3
薬剤の準備	2.1%	10.3
感染予防	2.1%	10.1
検査の準備・実施・片付け（採血・血糖測定・X-P等）	1.9%	9.0
身の回りの世話	1.9%	8.9
薬剤の残薬確認・処方依頼・セット	1.5%	7.1
薬剤のミキシング	1.2%	5.9
環境整備（ベッド周囲の整理・整頓・清掃等）	1.2%	5.8
医師への報告・連絡・相談	1.1%	5.3
口腔ケア	1.1%	5.2
食事摂取量の観察	1.1%	5.1

慢性期病棟では〈日々の看護実施記録〉46.4、〈排泄介助〉34.4、〈観察〉20.7、〈食事の世話〉19.5、〈看護師間の申し送り〉18.5、〈バイタルサインの測定〉17.0、〈体位交換〉13.4、〈見守り・付き添い〉13.3、〈患者等からの情報収集〉13.0、などであり、〈感染予防〉9.7であった【表116】。

表116 慢性期病棟の上位項目（休憩を除く5.0分以上を抜粋）

業務内容	慢性期病棟 (12病棟)	
	行為時間	
	構成比	1日あたり 8時間 480分
日々の看護実施記録	9.7%	46.4
排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等）	7.2%	34.4
観察	4.3%	20.7
食事の世話	4.1%	19.5
看護師間の申し送り	3.8%	18.5
バイタルサインの測定	3.5%	17.0
体位交換	2.8%	13.4
見守り・付き添い	2.8%	13.3
患者等からの情報収集	2.7%	13.0
内服薬の投与	2.5%	12.2
身の回りの世話	2.3%	11.1
点滴の投与・管理	2.2%	10.7
感染予防	2.0%	9.7
看護師間の報告・連絡・相談	1.8%	8.6
薬剤の準備	1.6%	7.6
口腔ケア	1.6%	7.5
吸引（口腔内・鼻腔内）	1.5%	7.1
検査の準備・実施・片付け（採血・血糖測定・X-P等）	1.4%	6.5
食事摂取量の観察	1.2%	5.9
薬剤の残薬確認・処方依頼・セット	1.1%	5.5

急性期病棟と慢性期病棟を比較すると、急性期病棟では慢性期病棟に比べ、〈患者等からの情報収集〉〈点滴の投与・管理〉〈看護師間の申し送り〉〈バイタルサインの測定〉〈観察〉〈薬剤の準備〉で業務時間が長く、〈排泄介助〉〈見守り・付き添い〉〈食事の世話〉〈吸引〉〈体位交換〉〈口腔ケア〉で業務時間が短かった【表 117】。

表 117 急性期病棟と慢性期病棟で差がある項目（休憩を除き 1.0 分以上の差のある項目を抜粋）  
（各看護業務項目の差は、急性期病棟の数値から慢性期病棟の数値を差し引いた値）

業務内容	急性期病棟（32病棟） 慢性期病棟（12病棟）	
	行為時間の差	
	構成比	1日あたり 8時間 480分
患者等からの情報収集	2.0%	9.6
点滴の投与・管理	0.9%	4.1
看護師間の申し送り	0.9%	4.1
バイタルサインの測定	0.8%	3.6
観察	0.7%	3.5
薬剤の準備	0.5%	2.6
検査の準備・実施・片付け（採血・血糖測定・X-P等）	0.5%	2.5
看護師間の報告・連絡・相談	0.5%	2.3
薬剤のミキシング	0.4%	2.1
患者の病状に合わせた受け持ち・搬送等の采配	0.4%	2.0
カンファレンス	0.4%	1.9
薬剤の残薬確認・処方依頼・セット	0.3%	1.7
業務に関する打ち合わせ	0.3%	1.5
退院時の書類チェック	0.3%	1.4
他の病棟等への応援	0.3%	1.3
環境整備（ベッド周囲の整理・整頓・清掃等）	0.2%	1.1
薬品や物品の使用期限の点検	0.2%	1.1
内服薬の投与	-0.2%	-1.1
重症度、医療・看護必要度のチェック（記入もれや記載内容等）・修正	-0.2%	-1.1
院内研修（集合研修・e-ラーニング）	-0.3%	-1.4
更衣	-0.3%	-1.4
活動と休息援助	-0.3%	-1.6
飲水量の観察	-0.4%	-2.0
身の回りの世話	-0.5%	-2.2
口腔ケア	-0.5%	-2.4
体位交換	-0.6%	-3.1
吸引（気管内）	-0.7%	-3.3
吸引（口腔内・鼻腔内）	-0.8%	-4.0
食事の世話	-1.1%	-5.1
見守り・付き添い	-1.8%	-8.5
排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等）	-2.4%	-11.4

資料 集計表「新型コロナウイルス感染症流行期における看護業務タイムスタディ調査」

表 118 新型コロナウイルス感染症流行期（2020年）と平常時（2018年）との看護業務量の比較（8時間（日）換算）

業務内容	2020年調査 (44病棟 n=567) 行為時間		2018年調査 (50病棟) (50施設 n=955) 行為時間		2020年-2018年比較 行為時間		
	構成比	看護師1人 8時間(日) 当たり単位(分)	構成比	看護師1人 8時間(日) 当たり単位(分)	構成比	看護師1人 8時間(日) 当たり単位(分)	
A:入院	1. 入院時オリエンテーション	0.1%	0.6	0.3%	1.4	-0.2%	-0.8
	2. 転倒転落アセスメント	0.1%	0.3	0.1%	0.6	-0.1%	-0.3
	3. 褥瘡発生リスクアセスメント	0.0%	0.2	0.2%	1.0	-0.2%	-0.7
	4. 退院支援スクリーニング	0.0%	0.1	0.1%	0.7	-0.1%	-0.5
	5. 退院支援計画書	0.0%	0.1	0.0%	0.1	0.0%	0.0
	6. 入院診療計画書	0.1%	0.3	0.1%	0.6	-0.1%	-0.3
	7. アナムネーゼ(入院時情報)	0.2%	0.9	0.3%	1.5	-0.1%	-0.6
	8. 持参薬チェック・登録	0.1%	0.5	0.1%	0.4	0.0%	0.1
	9. ベッドコントロール	0.1%	0.6	0.1%	0.4	0.0%	0.2
B:情報共有	10. 患者等からの情報収集	4.2%	20.0	3.4%	16.2	0.8%	3.8
	11. 看護師間の報告・連絡・相談	2.1%	10.3	2.2%	10.7	-0.1%	-0.4
	12. 看護師間の申し送り	4.5%	21.4	5.3%	25.4	-0.8%	-4.0
	13. 医師への報告・連絡・相談	1.1%	5.2	1.1%	5.4	0.0%	-0.1
	14. 他の職種への報告・連絡・相談・調整	0.4%	2.0	0.5%	2.3	-0.1%	-0.3
	15. 他部門への連絡・調整	0.2%	1.0	0.2%	0.9	0.0%	0.1
	16. カンファレンス	0.7%	3.2	0.9%	4.4	-0.2%	-1.2
C:診察・治療	17. 薬剤の残薬確認・処方依頼・セット	1.4%	6.7	1.1%	5.3	0.3%	1.4
	18. 薬剤のミキシング	1.1%	5.3	1.1%	5.2	0.0%	0.1
	19. 薬剤の準備	2.0%	9.5	2.2%	10.6	-0.2%	-1.1
	20. 内服薬の投与	2.4%	11.4	2.7%	12.8	-0.3%	-1.4
	21. 点滴の投与・管理	2.9%	13.7	3.9%	18.7	-1.0%	-5.0
	22. その他の薬(湿布薬・点眼薬等)の投与	0.6%	2.9	0.4%	1.9	0.2%	0.9
	23. 観察	4.8%	23.2	3.6%	17.1	1.3%	6.1
	24. バイタルサインの測定	4.1%	19.6	6.3%	30.3	-2.2%	-10.7
	25. 体重測定	0.3%	1.2	0.1%	0.7	0.1%	0.5
	26. 検査の準備・実施・片付け(採血・血糖測定・X-P等)	1.7%	8.3	2.6%	12.7	-0.9%	-4.3
	27. 診察・治療・処置の介助	0.3%	1.6	0.5%	2.4	-0.2%	-0.8
	28. 病状説明への同席	0.1%	0.2	0.1%	0.5	-0.1%	-0.2
	29. リハビリ・自立援助	0.1%	0.5	0.1%	0.5	0.0%	0.0
	30. 食事摂取量の観察	1.1%	5.3	0.5%	2.6	0.6%	2.7
	31. 飲水量の観察	0.5%	2.4	0.2%	0.7	0.3%	1.7
	32. 感染予防	2.1%	10.0	0.3%	1.3	1.8%	8.7
	33. 人工呼吸器管理	0.4%	1.8	0.1%	0.6	0.2%	1.2
	34. 吸引(口腔内・鼻腔内)	0.9%	4.2	1.0%	4.8	-0.1%	-0.6
	35. 吸引(気管内)	0.4%	1.8	0.5%	2.4	-0.1%	-0.6
	36. 創傷管理	0.3%	1.3	0.2%	1.1	0.0%	0.2
37. 排泄・廃液量の観察(尿・大便・ドレーン等)	0.9%	4.1	0.6%	3.0	0.2%	1.1	
38. 救命救急処置	0.1%	0.5	0.2%	0.8	0.0%	-0.2	
D:患者のケア	39. 環境整備(ベッド周囲の整理・整頓・清掃等)	1.2%	5.5	0.7%	3.6	0.4%	1.9
	40. リネン交換	0.2%	0.9	0.3%	1.3	-0.1%	-0.4
	41. 見守り・付き添い	1.5%	7.2	1.1%	5.2	0.4%	2.0
	42. 活動と休息援助	0.5%	2.2	0.3%	1.4	0.2%	0.8
	43. 身の回りの世話	2.0%	9.5	1.6%	7.8	0.4%	1.7
	44. 更衣	0.6%	2.8	0.3%	1.7	0.2%	1.1
	45. 身体の清潔	0.9%	4.5	1.0%	5.0	-0.1%	-0.5
	46. 口腔ケア	1.2%	5.8	1.1%	5.2	0.1%	0.6
	47. 排泄介助(おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等)	5.5%	26.2	7.8%	37.3	-2.3%	-11.1
	48. 体位交換	2.3%	11.2	1.7%	8.3	0.6%	2.9
	49. 苦痛緩和・安楽のための世話	0.4%	1.9	0.3%	1.6	0.1%	0.3
	50. 食事の世話	3.3%	15.8	4.3%	20.6	-1.0%	-4.8
	51. 心理的ケア(話を聞く、寄り添う等)	0.8%	3.7	0.6%	3.1	0.1%	0.6
	52. 患者への説明(治療・手術・検査・病状等)	0.3%	1.4	0.3%	1.6	-0.1%	-0.2
	53. 家族への連絡・説明・指導	0.2%	0.9	0.3%	1.4	-0.1%	-0.5
	54. 患者宅への訪問(訪問看護、退院支援、退院後訪問指導等を含む)	0.0%	0.0	0.0%	0.0	0.0%	0.0
	55. 死後の処置	0.1%	0.3	0.0%	0.1	0.0%	0.1
E:退院	56. 退院指導(身体と生活に関する指導)	0.1%	0.5	0.1%	0.4	0.0%	0.1
	57. 退院時の栄養指導	0.0%	0.0	0.0%	0.0	0.0%	0.0
	58. 退院時の服薬指導	0.0%	0.2	0.0%	0.1	0.0%	0.1
	59. 退院時の書類チェック	0.5%	2.2	0.4%	1.7	0.1%	0.5
F:看護記録	60. 看護計画作成・アセスメント	0.8%	4.1	0.5%	2.5	0.3%	1.6
	61. 日々の看護実施記録	9.8%	47.0	11.3%	54.1	-1.5%	-7.1
	62. 退院時サマリー作成	0.8%	3.9	0.5%	2.4	0.3%	1.5
	63. 看護情報提供書作成	0.1%	0.4	0.1%	0.3	0.0%	0.0
	64. 重症度・医療看護必要度の入力	0.5%	2.4	0.4%	1.8	0.1%	0.6
	65. 重症度・医療・看護必要度のチェック(記入もれや記載内容等)・修正	0.5%	2.6	0.3%	1.5	0.2%	1.1
G:搬送・移送	66. 患者	0.7%	3.2	0.8%	3.6	-0.1%	-0.5
	67. 薬・検体・書類	0.2%	0.7	0.1%	0.7	0.0%	0.1
H:機器等の管理	68. ME機器の取り寄せ・管理・返却	0.0%	0.2	0.0%	0.2	0.0%	0.0
	69. 医療機器・医療材料の管理・請求・補充	0.1%	0.5	0.2%	0.8	-0.1%	-0.3
	70. その他物品の管理・請求・補充	0.2%	0.8	0.2%	1.1	-0.1%	-0.2
I:点検作業	71. 機器類の点検(車いす・酸素ボンベ・DC等)	0.1%	0.4	0.0%	0.1	0.1%	0.3
	72. 病棟の安全や管理の点検(施設・消防設備等)	0.2%	0.8	0.1%	0.4	0.1%	0.5
	73. 薬品や物品の使用期限の点検	0.2%	1.2	0.2%	0.9	0.1%	0.3
J:事務作業	74. 書類の作成(〇〇指導料のための書類等)	0.4%	2.1	0.3%	1.4	0.1%	0.7
	75. 電話対応	0.7%	3.4	0.4%	2.1	0.3%	1.2
	76. 面会者対応	0.3%	1.4	0.1%	0.5	0.2%	0.9
	77. 患者の病状に合わせた受け持ち・搬送等の采配	0.4%	2.1	0.2%	1.0	0.2%	1.1
K:その他	78. 他の病棟等への応援	0.2%	1.0	0.0%	0.1	0.2%	0.8
	79. 学生指導	0.2%	1.0	0.2%	1.1	0.0%	-0.1
	80. 看護師間の指導(新人や後輩等)	0.4%	1.7	0.4%	1.9	0.0%	-0.2
	81. 業務に関する打ち合わせ	0.5%	2.5	0.5%	2.5	0.0%	-0.1
	82. 委員会・会議	0.5%	2.6	0.3%	1.4	0.2%	1.2
	83. 院内研修(集合研修・e-ラーニング)	0.2%	0.8	0.3%	1.2	-0.1%	-0.4
	84. その他	0.6%	3.0	2.3%	10.8	-1.6%	-7.9
	85. 休憩	9.4%	45.0	9.8%	46.8	-0.4%	-1.8
無記入	8.5%	40.6	4.9%	23.6	3.5%	17.0	
計		100.0%	480	100.0%	480		

表 119 2020年：新型コロナ感染症患者受け入れ有無別看護業務量比較（8時間（日）換算）

業務内容	2020年調査 コロナ患者受け入れ病棟 (12病棟 n=144)		2020年調査 コロナ患者を 受け入れていない病棟* (32病棟 n=423)		コロナ患者受け入れ状況別比較		
	行為時間		行為時間		行為時間		
	構成比	看護師1人 8時間（日） 当たり単位（分）	構成比	看護師1人 8時間（日） 当たり単位（分）	構成比	看護師1人 8時間（日） 当たり単位（分）	
A:入院	1. 入院時オリエンテーション	0.2%	0.9	0.1%	0.4	0.1%	0.5
	2. 転倒転落アセスメント	0.1%	0.3	0.1%	0.4	0.0%	0.0
	3. 褥瘡発生リスクアセスメント	0.1%	0.3	0.0%	0.2	0.0%	0.1
	4. 退院支援スクリーニング	0.0%	0.1	0.0%	0.1	0.0%	0.0
	5. 退院支援計画書	0.0%	0.1	0.0%	0.1	0.0%	0.0
	6. 入院診療計画書	0.1%	0.3	0.1%	0.2	0.0%	0.1
	7. アナムネーゼ（入院時情報）	0.2%	1.1	0.2%	0.8	0.1%	0.3
	8. 持参薬チェック・登録	0.1%	0.4	0.1%	0.5	0.0%	0.0
	9. ベッドコントロール	0.2%	0.8	0.1%	0.5	0.1%	0.3
B:情報共有	10. 患者等からの情報収集	4.4%	21.4	4.4%	19.5	0.4%	1.9
	11. 看護師間の報告・連絡・相談	2.4%	11.5	2.1%	9.9	0.3%	1.6
	12. 看護師間の申し送り	4.8%	22.8	4.4%	20.9	0.4%	1.9
	13. 医師への報告・連絡・相談	1.1%	5.1	1.1%	5.2	0.0%	-0.1
	14. 他の職種への報告・連絡・相談・調整	0.7%	3.4	0.3%	1.4	0.4%	1.9
	15. 他部門への連絡・調整	0.2%	1.2	0.2%	1.0	0.0%	0.2
	16. カンパレンス	1.0%	4.6	0.6%	2.7	0.4%	1.9
	17. 薬剤の残薬確認・処方依頼・セット	1.3%	6.4	1.4%	6.8	-0.1%	-0.4
	18. 薬剤のミキシング	1.1%	5.5	1.1%	5.2	0.1%	0.3
C:診察・治療	19. 薬剤の準備	1.8%	8.4	2.1%	10.0	-0.3%	-1.6
	20. 内服薬の投与	2.1%	10.3	2.5%	11.8	-0.3%	-1.5
	21. 点滴の投与・管理	2.9%	13.8	2.8%	13.7	0.0%	0.2
	22. その他の薬（湿布薬・点眼薬等）の投与	0.5%	2.5	0.6%	3.0	-0.1%	-0.5
	23. 観察	5.5%	26.4	4.6%	22.0	0.9%	4.4
	24. バイタルサインの測定	4.1%	19.5	4.1%	19.6	0.0%	-0.1
	25. 体重測定	0.3%	1.5	0.2%	1.1	0.1%	0.4
	26. 検査の準備・実施・片付け（採血・血糖測定・X-P等）	2.0%	9.6	1.6%	7.9	0.4%	1.7
	27. 診察・治療・処置の介助	0.3%	1.3	0.3%	1.6	-0.1%	-0.3
	28. 病状説明への同席	0.0%	0.0	0.1%	0.3	-0.1%	-0.3
	29. リハビリ・自立援助	0.1%	0.6	0.1%	0.5	0.0%	0.2
	30. 食事摂取量の観察	1.1%	5.5	1.1%	5.2	0.1%	0.3
	31. 飲水量の観察	0.5%	2.5	0.5%	2.3	0.0%	0.2
	32. 感染予防	1.8%	8.5	2.2%	10.5	-0.4%	-2.0
	33. 人工呼吸器管理	0.3%	1.3	0.4%	2.0	-0.1%	-0.6
	34. 吸引（口腔内・鼻腔内）	0.6%	2.8	1.0%	4.7	-0.4%	-1.9
	35. 吸引（気管内）	0.1%	0.7	0.5%	2.2	-0.3%	-1.6
	36. 創傷管理	0.2%	0.9	0.3%	1.5	-0.1%	-0.6
	37. 排泄・廃液量の観察（尿・スト・ドレナ等）	0.7%	3.3	0.9%	4.5	-0.2%	-1.2
	38. 救命救急処置	0.2%	0.8	0.1%	0.5	0.1%	0.3
D:患者のケア	39. 環境整備（ベッド周囲の整理・整頓・清掃等）	1.3%	6.4	1.1%	5.2	0.2%	1.2
	40. リネン交換	0.2%	1.0	0.2%	0.8	0.0%	0.2
	41. 見守り・付き添い	0.9%	4.2	1.7%	8.2	-0.8%	-4.1
	42. 活動と休息援助	0.2%	1.1	0.5%	2.6	-0.3%	-1.5
	43. 身の回りの世話	1.6%	7.5	2.1%	10.2	-0.6%	-2.7
	44. 更衣	0.5%	2.3	0.6%	2.9	-0.1%	-0.6
	45. 身体の清潔	0.9%	4.2	1.0%	4.6	-0.1%	-0.3
	46. 口腔ケア	0.8%	4.0	1.3%	6.5	-0.5%	-2.5
	47. 排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等）	4.0%	19.0	6.0%	28.8	-2.0%	-9.8
	48. 体位交換	2.0%	9.4	2.5%	11.8	-0.5%	-2.4
	49. 苦痛緩和・安楽のための世話	0.2%	1.2	0.5%	2.2	-0.2%	-1.0
	50. 食事の世話	2.6%	12.3	3.6%	17.0	-1.0%	-4.8
	51. 心理的ケア（話を聞く、寄り添う等）	0.7%	3.2	0.8%	3.8	-0.1%	-0.6
E:退院	52. 患者への説明（治療・手術・検査・病状等）	0.4%	1.8	0.3%	1.2	0.1%	0.6
	53. 家族への連絡・説明・指導	0.3%	1.3	0.2%	0.7	0.1%	0.6
	54. 患者宅への訪問（訪問看護、退院支援、退院後訪問指導等を含む）	0.0%	0.0	0.0%	0.0	0.0%	0.0
	55. 死後の処置	0.1%	0.3	0.1%	0.3	0.0%	0.0
	56. 退院指導（身体と生活に関する指導）	0.1%	0.4	0.1%	0.6	0.0%	-0.1
	57. 退院時の栄養指導	0.0%	0.0	0.0%	0.0	0.0%	0.0
	58. 退院時の服薬指導	0.0%	0.2	0.0%	0.2	0.0%	0.0
	59. 退院時の書類チェック	0.4%	1.7	0.5%	2.4	-0.1%	-0.7
	60. 看護計画作成・アセスメント	0.9%	4.3	0.8%	4.0	0.1%	0.3
	61. 日々の看護実施記録	8.7%	41.9	10.2%	48.8	-1.4%	-6.9
F:看護記録	62. 退院時サマリー作成	0.7%	3.3	0.8%	4.1	-0.1%	-0.7
	63. 看護情報提供書作成	0.0%	0.0	0.1%	0.4	-0.1%	-0.3
	64. 重症度・医療看護必要度の入力	0.6%	2.8	0.5%	2.3	0.1%	0.6
	65. 重症度・医療・看護必要度のチェック（記入もれや記載内容等）・修正	0.5%	2.4	0.6%	2.7	-0.1%	-0.4
	66. 患者	0.6%	3.0	0.7%	3.2	0.0%	-0.2
G:搬送・移送	67. 薬・検体・書類	0.2%	1.1	0.1%	0.6	0.1%	0.4
	68. ME機器の取り寄せ・管理・返却	0.0%	0.2	0.0%	0.2	0.0%	0.0
	69. 医療機器・医療材料の管理・請求・補充	0.1%	0.6	0.1%	0.4	0.0%	0.2
	70. その他物品の管理・請求・補充	0.2%	1.0	0.2%	0.8	0.0%	0.2
H:機器等の管理	71. 機器類の点検（車いす・酸素ボンベ・DC等）	0.1%	0.4	0.1%	0.3	0.0%	0.1
	72. 病棟の安全や管理の点検（施設・消防設備等）	0.3%	1.2	0.1%	0.7	0.1%	0.5
	73. 薬品や物品の使用期限の点検	0.4%	2.1	0.2%	0.9	0.2%	1.2
I:点検作業	74. 書類の作成（○○指導料のための書類等）	0.5%	2.2	0.4%	2.0	0.1%	0.2
	75. 電話対応	0.6%	3.0	0.7%	3.5	-0.1%	-0.5
J:事務作業	76. 面会者対応	0.2%	1.1	0.3%	1.5	-0.1%	-0.3
	77. 患者の病状に合わせた受け持ち・搬送等の采配	0.5%	2.2	0.4%	2.1	0.0%	0.1
	78. 他の病棟等への応援	0.7%	3.3	0.0%	0.1	0.7%	3.2
	79. 学生指導	0.1%	0.7	0.2%	1.1	-0.1%	-0.4
	80. 看護師間の指導（新人や後輩等）	0.2%	0.8	0.4%	2.1	-0.3%	-1.3
	81. 業務に関する打ち合わせ	0.7%	3.5	0.4%	2.1	0.3%	1.5
	82. 委員会・会議	0.6%	3.1	0.5%	2.4	0.1%	0.6
	83. 院内研修（集合研修・e-ラーニング）	0.1%	0.5	0.2%	1.0	-0.1%	-0.4
	84. その他	0.6%	2.9	0.6%	3.0	0.0%	-0.1
K:その他	85. 休憩	9.2%	44.1	9.4%	45.3	-0.2%	-1.2
	無記入	12.5%	60.0	7.0%	33.6	5.5%	26.4
計		100.0%	480	100.0%	480		

※ 「コロナ患者を受け入れていない病棟」には、受け入れ状況について無回答であった1病棟を含む。

表 120 2020 年：病床機能別（急性期・慢性期）の看護業務量比較  
（8 時間（日）換算）

業務内容	2020年調査 急性期病棟 (32病棟 n=409)		2020年調査 慢性期病棟 (12病棟 n=158)		急性期病棟-慢性期病棟比較		
	行為時間		行為時間		行為時間		
	構成比	看護師1人 8時間(日) 当たり単位(分)	構成比	看護師1人 8時間(日) 当たり単位(分)	構成比	看護師1人 8時間(日) 当たり単位(分)	
A:入院	1. 入院時オリエンテーション	0.1%	0.7	0.0%	0.2	0.1%	0.5
	2. 転倒転落アセスメント	0.1%	0.3	0.1%	0.4	0.0%	0.0
	3. 褥瘡発生リスクアセスメント	0.1%	0.3	0.0%	0.1	0.0%	0.1
	4. 退院支援スクリーニング	0.0%	0.1	0.0%	0.1	0.0%	0.0
	5. 退院支援計画書	0.0%	0.1	0.0%	0.1	0.0%	0.1
	6. 入院診療計画書	0.1%	0.3	0.0%	0.1	0.0%	0.2
	7. アナムネーゼ(入院時情報)	0.2%	1.0	0.1%	0.7	0.1%	0.3
	8. 持参薬チェック・登録	0.1%	0.5	0.1%	0.3	0.1%	0.2
	9. ヘッドコントロール	0.1%	0.5	0.1%	0.7	0.0%	-0.1
B:情報共有	10. 患者等からの情報収集	4.7%	22.6	2.7%	13.0	2.0%	9.6
	11. 看護師間の報告・連絡・相談	2.3%	10.9	1.8%	8.6	0.5%	2.3
	12. 看護師間の申し送り	4.7%	22.6	3.8%	18.5	0.9%	4.1
	13. 医師への報告・連絡・相談	1.1%	5.3	1.0%	4.9	0.1%	0.4
	14. 他の職種への報告・連絡・相談・調整	0.4%	2.1	0.3%	1.6	0.1%	0.5
	15. 他部門への連絡・調整	0.2%	1.0	0.2%	1.2	0.0%	-0.2
	16. カンファレンス	0.8%	3.8	0.4%	1.9	0.4%	1.9
	17. 薬剤の残薬確認・処方依頼・セット	1.5%	7.1	1.1%	5.5	0.3%	1.7
C:診察・治療	18. 薬剤のミキシング	1.2%	5.9	0.8%	3.8	0.4%	2.1
	19. 薬剤の準備	2.1%	10.3	1.6%	7.6	0.5%	2.6
	20. 内服薬の投与	2.3%	11.1	2.5%	12.2	-0.2%	-1.1
	21. 点滴の投与・管理	3.1%	14.8	2.2%	10.7	0.9%	4.1
	22. その他の薬(湿布薬・点眼薬等)の投与	0.6%	2.7	0.7%	3.2	-0.1%	-0.5
	23. 観察	5.0%	24.1	4.3%	20.7	0.7%	3.5
	24. バイタルサインの測定	4.3%	20.6	3.5%	17.0	0.8%	3.6
	25. 体重測定	0.3%	1.3	0.2%	0.9	0.1%	0.4
	26. 検査の準備・実施・片付け(採血・血糖測定・X-P等)	1.9%	9.0	1.4%	6.5	0.5%	2.5
	27. 診察・治療・処置の介助	0.4%	1.8	0.2%	0.9	0.2%	0.9
	28. 病状説明への同席	0.0%	0.2	0.1%	0.4	0.0%	-0.2
	29. リハビリ・自立援助	0.1%	0.4	0.1%	0.7	-0.1%	-0.3
	30. 食事摂取量の観察	1.1%	5.1	1.2%	5.9	-0.2%	-0.8
	31. 飲水量の観察	0.4%	1.8	0.8%	3.8	-0.4%	-2.0
	32. 感染予防	2.1%	10.1	2.0%	9.7	0.1%	0.5
	33. 人工呼吸器管理	0.4%	1.8	0.4%	1.8	0.0%	0.0
	34. 吸引(口腔内・鼻腔内)	0.6%	3.1	1.5%	7.1	-0.8%	-4.0
35. 吸引(気管内)	0.2%	0.9	0.9%	4.2	-0.7%	-3.3	
36. 創傷管理	0.3%	1.3	0.3%	1.4	0.0%	-0.1	
37. 排泄・廃液量の観察(尿・スリム・ドレーン等)	0.8%	4.1	0.9%	4.3	-0.1%	-0.3	
38. 救命救急処置	0.1%	0.6	0.1%	0.5	0.0%	0.1	
D:患者のケア	39. 環境整備(ベッド周囲の整理・整頓・清掃等)	1.2%	5.8	1.0%	4.7	0.2%	1.1
	40. リネン交換	0.2%	0.8	0.2%	1.1	-0.1%	-0.4
	41. 見守り・付き添い	1.0%	4.8	2.8%	13.3	-1.8%	-8.5
	42. 活動と休息援助	0.4%	1.7	0.7%	3.3	-0.3%	-1.6
	43. 身の回りの世話	1.9%	8.9	2.3%	11.1	-0.5%	-2.2
	44. 更衣	0.5%	2.4	0.8%	3.8	-0.3%	-1.4
	45. 身体の清潔	1.0%	4.6	0.9%	4.3	0.1%	0.3
	46. 口腔ケア	1.1%	5.2	1.6%	7.5	-0.5%	-2.4
	47. 排泄介助(おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等)	4.8%	23.1	7.2%	34.4	-2.4%	-11.4
	48. 体位交換	2.1%	10.3	2.8%	13.4	-0.6%	-3.1
	49. 苦痛緩和・安楽のための世話	0.4%	1.8	0.4%	2.0	0.0%	-0.2
	50. 食事の世話	3.0%	14.4	4.1%	19.5	-1.1%	-5.1
	51. 心理的ケア(話を聞く・寄り添う等)	0.7%	3.5	0.9%	4.2	-0.2%	-0.7
	52. 患者への説明(治療・手術・検査・病状等)	0.3%	1.5	0.2%	1.0	0.1%	0.5
	53. 家族への連絡・説明・指導	0.2%	0.9	0.2%	0.9	0.0%	0.0
	54. 患者宅への訪問(訪問看護・退院支援・退院後訪問指導を含む)	0.0%	0.0	0.0%	0.0	0.0%	0.0
	55. 死後の処置	0.1%	0.3	0.0%	0.2	0.0%	0.1
E:退院	56. 退院指導(身体と生活に関する指導)	0.1%	0.6	0.1%	0.4	0.0%	0.2
	57. 退院時の栄養指導	0.0%	0.0	0.0%	0.0	0.0%	0.0
	58. 退院時の服薬指導	0.0%	0.2	0.0%	0.0	0.0%	0.2
	59. 退院時の書類チェック	0.2%	0.6	0.3%	1.2	0.3%	1.4
	60. 看護計画作成・アセスメント	0.9%	4.2	0.8%	3.7	0.1%	0.5
F:看護記録	61. 日々の看護実施記録	9.8%	47.2	9.7%	46.4	0.2%	0.8
	62. 退院時サマリー作成	0.8%	3.8	0.8%	4.0	0.0%	-0.1
	63. 看護情報提供書作成	0.1%	0.3	0.1%	0.6	-0.1%	-0.3
	64. 重症度・医療看護必要度の入力	0.5%	2.5	0.4%	2.1	0.1%	0.3
	65. 重症度・医療・看護必要度のチェック(記入もれや記載内容等)・修正	0.5%	2.3	0.7%	3.4	-0.2%	-1.1
G:搬送・移送	66. 患者	0.6%	3.0	0.7%	3.5	-0.1%	-0.5
	67. 薬・検体・書類	0.2%	0.8	0.1%	0.5	0.1%	0.3
H:機器等の管理	68. ME機器の取り寄せ・管理・返却	0.1%	0.2	0.0%	0.1	0.0%	0.1
	69. 医療機器・医療材料の管理・請求・補充	0.1%	0.5	0.1%	0.4	0.0%	0.2
	70. その他物品の管理・請求・補充	0.2%	0.9	0.1%	0.5	0.1%	0.5
	71. 機器類の点検(車いす・酸素ボンベ・DC等)	0.1%	0.4	0.1%	0.3	0.0%	0.1
I:点検作業	72. 病棟の安全や管理の点検(施設・消防設備等)	0.2%	0.9	0.1%	0.5	0.1%	0.4
	73. 薬品や物品の使用期限の点検	0.3%	1.5	0.1%	0.4	0.2%	1.1
	74. 書類の作成(〇〇指導料のための書類等)	0.4%	2.0	0.4%	2.1	0.0%	-0.1
J:事務作業	75. 電話対応	0.7%	3.3	0.8%	3.6	-0.1%	-0.3
	76. 面会者対応	0.3%	1.3	0.3%	1.5	0.0%	-0.2
	77. 患者の病状に合わせた受け持ち・搬送等の采配	0.6%	2.7	0.1%	0.6	0.4%	2.0
K:その他	78. 他の病棟等への応援	0.3%	1.3	0.0%	0.0	0.3%	1.3
	79. 学生指導	0.1%	0.7	0.4%	1.7	-0.2%	-1.0
	80. 看護師間の指導(新人や後輩等)	0.3%	1.6	0.4%	2.1	-0.1%	-0.5
	81. 業務に関する打ち合わせ	0.6%	2.9	0.3%	1.4	0.3%	1.5
	82. 委員会・会議	0.6%	2.7	0.5%	2.4	0.1%	0.3
	83. 院内研修(集合研修・e-ラーニング)	0.1%	0.5	0.4%	1.8	-0.3%	-1.4
	84. その他	0.6%	3.0	0.6%	2.9	0.0%	0.1
	85. 休憩	9.6%	45.9	8.8%	42.4	0.7%	3.5
無記入	8.3%	39.8	9.0%	43.3	-0.7%	-3.5	
計	100.0%	480	100.0%	480			

看護スタッフ対象調査

新型コロナウイルス感染症流行期における看護業務タイムスタディ調査

平日用調査票

調査開始前に協力依頼書ならびに調査実施要領をお読みいただき、  
ご同意いただける場合は、下記の同意欄にチェックをお願いいたします。

研究協力に同意します  ←☑を付けてください

【お願い】 ご回答いただく前に必ずご確認ください

- ・調査票の回答によって、個人の業務を評価するものではありません。
- ・この調査票は、次のページ以降、A3用紙を縦にレイアウトして作成されています。  
回答頂く際は、ページを開いた状態で、縦長に用紙を持ちかえてご回答ください。
- ・この調査票は、1枚で2時間分の記入ができます。各ページに勤務日時、時間帯を必ず記入してください。
- ・各時間帯（10分間隔）において、従事された業務内容に○を付けてください。  
※ 各時間帯に複数の業務に従事された場合、それぞれの業務内容に○を付けてください。  
※ 業務は85項目あります。すべて確認の上、その10分間で実施した業務の番号に○をつけてください。  
※ その10分間で複数の業務を実施した場合は、すべてに○を付けてください。
- ・クリップボードは返却不要です。

【基本項目の確認】 まずはじめに、以下の○項目に回答ください。

問1 本日の業務におけるあなたの立場をお答えください。（○は1つ）

- 1 リーダー                      2 メンバー

問2 本日の、所定の勤務開始時間を24時間表記でお答えください。

時  分 ※24時間表記

問3 本日の、前残業の開始時間を24時間表記でお答えください。

（前残業がない場合は、空欄のまま結構です）

時  分 ※24時間表記

【ご注意ください】

ご回答頂く際には、前残業を含めた「実際の勤務開始時間」を基準として、  
10分間隔の途中にならないタイミングから記入をスタートしてください。  
例えば、所定勤務時間が8時開始だが、7時35分から前残業がスタートした場合、  
7時台の7時40分の枠から記入をスタートしてください。



## D. 考察

### 1. 新型コロナウイルス感染症対応における看護業務の実態と変化

#### 1) タイムスタディ調査からみた病棟看護師の看護業務の実態と変化

##### (1) 「新型コロナウイルス感染症流行期（2020年）」における病棟看護師の看護業務の実態

病棟看護師の看護業務を85項目（休憩含む）の行為に分類し、看護師1人が勤務中に行った行為別業務時間について、構成比及び看護師1人あたり8時間勤務に換算した時の業務時間（分）をみた。〈休憩〉を除く構成比の上位項目は〈日々の看護実施記録〉（9.8% 47.0分）、〈排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片付け等）〉（5.5% 26.2分）、〈観察〉（4.8% 23.2分）、〈看護師間の申し送り〉（4.5% 21.4分）、〈患者等からの情報収集〉（4.2% 20.0分）、〈バイタルサインの測定〉（4.1% 19.6分）であった。

##### (2) 「平常時（2018年）」と比較し「新型コロナウイルス感染症流行期（2020年）」に多くの時間を要した看護行為

「新型コロナウイルス感染症流行期（2020年）」のタイムスタディの結果、看護師1人8時間当たりの業務時間（分）をみると、「平常時（2018年）」より業務時間が増加した看護行為の上位項目は、〈感染予防〉〈観察〉〈患者からの情報収集〉であった。

〈感染予防〉は、「新型コロナウイルス感染症流行期（2020年）」では、平常時（2018年）」と比較し一番業務時間が増加した項目である。また、病床機能別、コロナ患者受け入れの有無別でみると、業務時間の差はなく、看護行為全体における構成比は2.1%（12位）と比較的上位を占める行為であった。これらから、〈感染予防〉は新型コロナウイルス感染症以外の感染症を含めた対策として日常的に実施している行為であり、新型コロナウイルス感染症流行期の一般病床でどのような状況においても比較的多くの時間を要した看護行為であるといえる。

〈観察〉は、新型コロナウイルス感染症流行期（2020年）の看護業務全体に占める割合が4.8%（第3位）と多く、慢性期病棟より急性期病棟の方が業務時間がやや上回り、コロナ受け入れありとなしでは、受け入れありの病棟が上回っていた。つまり、〈観察〉は、急性期病棟でかつコロナ受け入れ病棟で多くの時間を要する看護行為であるといえる。

〈患者からの情報収集〉は、新型コロナウイルス感染症流行期（2020年）の看護業務全体に占める割合は4.2%（第5位）と多く、急性期病棟が慢性期病棟に比較して多くの時間を要していた。また、コロナ受け入れあり病棟が受け入れなし病棟と比較して多くの時間を要していた。つまり、〈患者からの情報収集〉は、急性期の病棟でかつコロナ患者受け入れありの病棟で多くの時間を要する看護行為であるといえる。

コロナ感染症の潜伏期は1から14日といわれ、まだ症状のない潜伏期間中の感染者からも感染する可能性がある。特に急性期の一般病床で、コロナ患者受け入れを行っている病棟では、すでにコロナ感染症が診断されて入院してくる患者と他の疾患の治療目的ですでに入院している患者や新規に入院してくる患者が混在している。

このような状況においては、コロナ感染症の患者のみならず、全ての〈患者からの情報収集〉に多くの時間をかけ、〈感染予防〉対策を実施しながら、初期症状や経過のこまめな〈観察〉から早期発見し、感染拡大の回避をすることに多くの時間を費やしていたと考えられる。

また、看護管理者においても、感染管理は重要な課題である。病院における院内感染の防止については、平成18年6月（平成19年4月施行）に医療法が改正され、病院内における医療安全管理の義務化、医療機関等の管理者に院内感染対策のための体制確保が義務付けられたことにより、全ての病院において院内感染対策が実施されている<sup>1)</sup>。

本来、新型コロナウイルス感染症においても、今までの院内感染対策の原則は同様であるが、感染拡大している状況においては、本人が感染に気付かない状況で受診や入院をする可能性があることから、標

準予防策に加え接触・飛沫予防策の実施、入院病床の管理、入院病床の換気、患者のエアゾル発生から身体を防護する際のN95マスクや眼の保護、ガウン・手袋の着用、それら着脱のトレーニングが必要となる。また、使用後の汚染されたPPEの処理など、院内の感染対策をさらに厳重に実施する必要がある<sup>2) 3) 4)</sup>。2020年度においては、これらの感染予防の環境を早急に整備しなければならない上に、資材不足、人材不足もあった。

この状況を示すように、看護師長のアンケートでも「感染対策を実施する時間」「感染対策に関するOJTの時間」はコロナ患者の受け入れの有無に関わらず「増えた」と回答していた。これらから、「新型コロナ感染症流行期（2020年）」においては、タイムスタディによる実時間、病棟管理者の認識においても増えた看護行為であるといえる。

また、看護部長のアンケートでは、コロナ禍への対応において、看護部組織としてもっとも困難に感じたことは、看護職員の人員不足・確保の困難があったと回答し、特にコロナ患者受け入れありの病院では、感染対策に関するシステムの立ち上げと運用に関する困難や看護師配置に関する困難が回答されていた。一方、コロナ患者受け入れなしの病院においても人員不足による看護師配置の困難や擬陽性患者対応の困難を回答していた。

以上のことから、「平常時（2018年）」と比較し、「新型コロナ感染症流行期（2020年）」においては、病棟のスタッフは、感染拡大の回避ならびに患者の重症化早期発見のために〈感染予防〉〈観察〉〈患者からの情報収集〉に平常時よりも時間を要し、看護師長は患者とその家族ならびに患者を看護する看護師も含めた病棟全体の感染対策を講じていたことがわかる。さらに看護部門の責任者である看護部長は、組織全体からみたそれぞれの病棟の状況を鑑みて、組織方針にのっとりた感染対策、及び人員配置や看護師への支援を実施していたと考えられる。

### （3）「平常時（2018年）」と比較し「新型コロナ感染症流行期（2020年）」に業務時間が減少した看護行為

「新型コロナ感染症流行期（2020年）」のタイムスタディの結果、看護師1人8時間当たりの業務時間（分）において、「平常時（2018年）」を7分以上下回った看護行為は、〈排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等）〉（37.3分→26.2分）、〈バイタルサインの測定〉（30.3分→19.6分）、〈その他〉（10.8分→3.0分）、〈日々の看護実施記録〉（54.1分→47.0分）であった。

〈排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片づけ等）〉は、「平常時（2018年）」「新型コロナ感染症流行期（2020年）」ともに業務時間が第2位を占める看護行為である。しかし、その比較では業務時間が11.1分減り、減少幅が最も大きい看護業務項目であった。「新型コロナ感染症流行期（2020年）」タイムスタディについて、病床機能別にみると急性期病棟では第3位（23.1分）、慢性期病棟では第2位（34.4分）と上位を占めていた。コロナ患者受け入れの有無の比較では、コロナ患者受け入れ病棟で第6位（19.0分）、受け入れなし病棟で第2位（28.8分）であった。また、本調査におけるコロナ感染症患者受け入れ病棟は、「一部の病棟をコロナ感染症対応病棟に転換した」51.7%、「特定の病棟の一部の病室でコロナ感染症患者を受け入れた」37.9%であった。

これらから、〈排泄介助〉が減少した背景を考えると、コロナ患者の多くは中等症や軽症の患者で排泄介助を要しなかったことや水分管理・感染管理を目的として膀胱留置カテーテルが挿入されていた状況があったのではないかと推察できる。また、病院における看護補助者の確保および活用に関する実態調査<sup>5)</sup>によると、「おむつ交換」（89.0%）や「トイレ介助」（87.9%）は多くの病院で看護補助者の業務内容に含まれており、本調査でも排泄介助の他に食事介助も2018年と比較して減少していたことから、こうした身の回りの世話に関する業務は看護補助者にタスクシフト/シェアされるようになったことも考えられる。

〈バイタルサインの測定〉は、「平常時（2018年）」第3位を占める看護行為であった。しかし「新型コロナ感染症流行期（2020年）」は第6位となり、業務時間の減少幅が大きい看護行為である。また、2020年タイムスタディでは、急性期病棟、慢性期病棟において共に第6位、コロナ患者受け入れあり・なし病棟では共に第5位であった。これらから〈バイタルサインの測定〉は、新型コ

コロナ感染症流行期（2020年）では急性期病棟・慢性期病棟、コロナ受け入れ病棟・受け入れなし病棟にかかわらず、平常時（2018年）と比較すると業務時間が減少した看護行為であるといえる。

一方で、看護師長のアンケートでは、「バイタルサイン測定の回数」が増えたと回答したのは、コロナ患者受け入れ病棟は0%、コロナ患者を受け入れていない病棟は29%であった。重症患者の割合を前回調査（2018年）と比較すると、コロナ患者を受け入れている病棟は、34.2%（2018年）、36.9%（2020年）とほぼ変化がなかったのに対し、コロナ患者を受け入れていない病棟では、29.2%（2018年）、24.9%（2020年）と重症患者の割合がやや減少していた。このことよりコロナ患者を受け入れている病棟は、従来からバイタルサインの測定頻度は高く、コロナ感染症流行拡大を契機とした変化はあまりなかったと考えられる。一方で、コロナ患者を受け入れていない病棟は、重症患者の割合は減っているにも関わらず、バイタルサイン測定の回数が増えていると回答した背景には、患者のコロナ感染症発症を含め異常の早期発見のため観察を強化したのではないかと推察する。

また、効率化の面からは、バイタルサインの測定時間には個人差があるが、バイタル計測自動記録システムの導入によってかなりの時間短縮が可能という事例が報告されている<sup>6)</sup>。さらには、測定値をメモすることや看護記録に転記する作業も減少する。これらから、近年の通信機能付バイタルサイン測定器のめざましい発展によりITの導入により看護業務の効率化が図れていることもタイムスタディにおける〈バイタルサイン測定〉減少の一因となっているのではないかと推察できる。

〈日々の看護実施記録〉は、「平常時（2018年）」「新型コロナウイルス感染症流行期（2020年）」ともに第1位を占めている。2020年タイムスタディにおいて、病床機能別の急性期病棟・慢性期病棟とも第1位、コロナ患者受け入れ病棟・受け入れなし病棟とも第1位を占めていた。しかし、業務時間は「平常時（2018年）」と比較し、減少幅が大きい看護行為である。

一方で、看護師長のアンケートにおいては、コロナ感染症拡大前と現在を比較した「カルテの記載時間」は9割弱が変わらないと回答していた。

〈日々の看護実施記録〉は、平時と新型コロナウイルス感染症流行期、急性期病棟・慢性期病棟、コロナ患者受け入れ病棟・受け入れなし病棟全てにおいて、全体の看護業務時間の中で占める割合が1位を占めている。師長は変化を認識していないものの、実際の看護行為時間としては減少していたことが確認できた。看護記録の目的が「看護実践を証明する」ものであることから、どのような状況においても専門性のある業務の一環としてなされている。〈日々の看護実施記録〉は、対象の訴え、症状、治療・処置・看護実践の結果を記載するため、それらの行為が多ければ、記録時間も多いと考えられるため、多くの時間を要していたと考えられる。業務時間が減少した理由は、以前と比較し、各病院で記録の様式や略語を定めることなどの看護記録の効率化を図ったことや、コロナ禍において、入院制限やベッドコントロールによる入院患者数の減少を背景に、患者の記録にかかる時間に影響がでたものと推測できる。

## 2) 看護業務の変化についての病棟師長の認識

### (1) コロナ禍による影響で新たに発生した業務

看護師長のアンケートから、新型コロナウイルス感染症によって新たに発生した業務として、「コロナ感染症関連の検体採取（PCR、LAMP法等）」については、24.4%の病棟で看護師が現在も実施していた。新型コロナウイルス感染症に関するPCR等については、検査のための検体採取として、鼻腔・咽頭拭い液の採取は、検体採取業務を行うことができる医師、看護職員又は臨床検査技師に限られている。看護職の人員不足を考えると、新興感染症発生時における検体採取については臨床検査技師との役割分担も検討課題となると考えられる。

また、今までは業者が実施していたが、新型コロナウイルス感染症による病院職員以外の出入りの制限により、病棟看護師が行うことになった業務として、「業者が実施していたこと（病室の清掃、リネンの洗濯、理美容師によるヘアカット等）」は、4.4%が現在も実施していると回答した。

タイムスタディをみると、「環境整備（ベッド周囲の整理・整頓・清掃等）」は、「平常時（2018年）」に比較し「新型コロナウイルス感染症流行期（2020年）」では業務時間が増加しており、増加幅におい

ても7位であった。また、病床機能別では急性期病棟が慢性期病棟をやや上回り、コロナ患者受け入れ有無別では受け入れ病棟の方が受け入れなし病棟をやや上回っていた。

これらは、コロナ患者を受け入れている病棟の92.3%は病院職員以外の出入りを中止もしくは制限していたことが影響していると考えられる。コロナ感染症発生時における病院の清掃・消毒においては様々なリスクもあるため、清掃業、理髪業の方には十分な教育が必要であるため、早急な対応を実施し、新興感染症拡大など危機発生時における病院の清掃システムを検討し、看護職が患者のケアに十分な時間をかけることができるような対策が必要と考えられる。

また、看護師長のアンケートでは、減った業務があると回答した16病棟において、「内容や手順を見直した業務がある」と回答したのは62.5%であった。コロナ禍において、新たに発生した業務に対応していくためには、平時のうちに危機管理における業務の内容や手順の見直しを行い、いざというときに発動させることや、平時からの訓練を実施することで、限られた資源の中でも対応が可能になるのではないかと考える。

## (2) 病棟師長が増えたと認識している業務

看護業務の変化について、「感染対策を実施する時間」「感染対策に関するOJTの時間」は8割以上が「増えた」と回答していた。また、「来院した家族に対応する時間」「入院患者の家族への電話連絡の時間」「家族が行っていた身の回りの世話」については、80~91.2%が増えたと回答していた。病院の背景として、全病院が家族の面会を中止または縮小していた。これらより、感染対策の徹底に加えて、家族対応や電話連絡、身の回りの世話に関する業務の増加が顕著であったことは、家族の面会中止・制限による影響ではないかと推察される。

コロナ患者の受け入れの有無で比較すると、「入院患者の家族への電話連絡の時間」については、コロナ患者を受け入れている病棟は69.2%、受け入れている病棟では90.3%が「増えた」と回答していた。これらの病棟稼働率はコロナ患者を受け入れている病棟の方がやや高いことから、入退院患者が多く、電話での家族の応対時間に差が生じたことが推測される。また、「バイタルサイン測定の回数」が増えたと回答したのは、コロナ患者受け入れ病棟は0%、コロナ患者を受け入れている病棟は29%であった。重症患者の割合を前回調査(2018年)と比較すると、コロナ患者を受け入れている病棟は、34.2%(2018年)、36.9%(2020年)とほぼ変化がなかったのに対し、コロナ患者を受け入れている病棟では、29.2%(2018年)、24.9%(2020年)であり重症患者の割合が減少していた。コロナ患者を受け入れている病棟は、従来からバイタルサインの測定頻度が高く、コロナを契機とした変化はあまりなかったと考えられる。一方で、コロナ患者を受け入れている病棟は、重症患者の割合は減っているにも関わらず、「バイタルサイン測定の回数」が「増えた」と回答しているのは、意識的に、患者のコロナ発症を含め異常の早期発見ができるようにするためではないかと推察する。

増えた業務への対応策としては、ICT機器の積極的な導入の検討や説明文書の作成等が考えられる。ICT機器を活用することで、リモート面会や事前の説明を家族に行うことが可能となり、患者と家族のコミュニケーション時間を確保するだけでなく、医療従事者から事前の説明をタイムリーに行うことで、家族の安心につながると考える。バイタルサイン測定においても、ICT機器を活用し、測定・記録の自動化を図ることで、測定・記録時間の短縮や入力の手間・漏れの減少、タイムリーな情報共有ができ、正確かつ効率的な業務が可能となり、多様化している看護業務に対応する時間の確保ができると考える。また、説明文書の作成においては、説明内容を可視化することで、患者・家族がいつでも内容を確認することができる。更に、医療従事者と患者・家族間の共通理解を図り、統一した関わりによる質の担保にもつながると考える。

### (3) 病棟師長が減ったと認識している業務

病棟師長へのアンケートでは15の看護業務の変化について、「減った」という回答は全体的に少なく、上位2つが「患者の転棟」「カンファレンスの時間」で、共に13.3%が「減った」と回答していた。

コロナ患者の受け入れの有無で比較すると、「患者の転棟」については、コロナ患者を受け入れている病棟は23.1%、コロナ患者を受け入れていない病棟では6.5%が「減った」と回答していた。患者の移動に関する他の項目について、コロナ患者を受け入れている病棟では、46.1%が「患者の病室移動」で、15.4%が「他の病棟に入院予定だった患者を受け入れる」で「減った」と回答していた。コロナ患者を受け入れている病棟は、患者の転棟を減らすことや、他科の入院患者の受け入れを控えることで、病棟間の人の移動を少なくし、院内におけるコロナ感染拡大を予防する取り組みを行っていたことが示唆された。また、「カンファレンスの時間」については、コロナ患者を受け入れている病棟では15.4%、受け入れていない病棟では9.7%が減ったと回答した。カンファレンスの時間減少により、他職種者との議論の場がないことや、面会の中止や制限による家族と医療従事者間のコミュニケーション不足は、退院支援にも大きく影響するのではないかと推察される。コミュニケーションがとりにくい状況の中でも、専門職者間で議論できるよう、事前に議題や各職種からの提案を共有するなどして時間短縮を図ることや、リモート会議やチャット等のICT活用も含め、カンファレンスの方法を検討する必要があると考える。また、家族への退院指導においては、リモートでの実施や動画作成、家屋調査においてもリモートで実施できるよう、ICTを最大限活用できるような工夫や体制の整備が必要であると考えられる。

## 2. 業務効率化・組織体制の工夫と課題

看護管理者は、コロナ感染症患者の受入れ・受入れなしに関わらず、新たな医療・看護体制の整備、人員不足、スタッフやその家族の不安などに対し、病院の実情に応じた対応を行っていた。対応からみえてきた看護部組織の課題は、危機発生時における人的資源や情報資源の整備と活用、スタッフのメンタルサポート、平常時からの看護管理者教育等であった。

### 1) 危機管理における看護職員（労働力）の確保

コロナ感染拡大に伴う看護職員の人員不足と確保の困難は、最大の課題となっていた。これは、患者ケアを担当する看護師が感染したことや同居する者が感染したことにより看護師が濃厚接触者となったことで、勤務を継続できない状況が余儀なく起こったことによるものやコロナ禍の過酷な勤務や部署異動などによる看護師の離職などが考えられる。これに対し、各病院内では、応援体制や業務内容の見直し、看護職のニーズ調査、看護職員の新規雇用などを行っていた。また、看護職員の不足は、入院受け入れを調整することや部門の縮小や閉鎖など、一般病床の患者への医療提供にも大きく影響していた。一般病床におけるコロナ患者は軽症から中等症であっても、いつ重症化するかわからない。また、一般病院に入院しているコロナ患者以外の多くも高齢者だと推測すると、看護ケアに要するマンパワーや時間には限界がある。

これらの課題に対応するための一つとして、潜在看護師、プラチナナースの活用の検討が可能ではないかと考える。現在の看護師資格の届出制度については、2015年（平成27年）に「看護師等人材確保法」に基づき施行されている<sup>7)8)</sup>が、この届出制度の現状を把握し、その存在を周知するしくみづくりを強化していくことも課題であると考えられる。併せて、多様な場で就業できる看護職は離職期間が長いほど病院で働くことへの不安もある。そのためのサポート体制にも努力している状況があるが、コロナ禍で急に集めることは困難も伴う。平時から、潜在看護師、プラチナナースの活用や働き方について検討しておくことも課題である。

2つ目には、病床機能報告制度などを利用した都道府県内や医療圏内におけるコロナ受け入れ病院以外の病院からの看護師の応援態勢などの検討も重要と考える。これについては、看護師の雇用に関する整備が課題になるため、十分な検討が必要となる。

危機的状況においては、コロナ専用病棟以外の一般病床の病棟への影響も大きいため、そこで働く看護師それぞれの生活背景や身体の状態も踏まえ、どのような看護体制や看護チームを結成するのかなど整備し、平時から看護職へ周知し、訓練しておくことも肝要であり、いざというときの体制稼働できるように整備しておくことが業務効率化につながると考える。

## 2) すべての人のこころを支えるメンタルサポートしくみづくり

看護師長アンケートでは、看護師が行う業務が増えたことに対して行ったことのうち、看護師の体調管理に関することは、「看護師の体調管理を徹底した」86.4%、「感染対策指導を徹底した」84.1%、「看護師のメンタルケアを手厚くした」38.6%と回答があった。

看護部長アンケートでは、コロナ禍への対応において、看護部組織としてもっとも困難に感じたこととして、「コロナ患者受け入れの有無にかかわらずスタッフ・患者のメンタルサポートの難しさ」を回答し、自組織内での自助努力による工夫を行っていた。

これらから、看護管理者は、感染対策指導を強化し、体調の管理だけでなく、メンタル面でのケアも徹底することで、コロナ禍において病院で就業する看護師の不安やストレスに対して心身共にケアを行っていたことが推察される。

日々変化していく状況に対応しながら、看護師が心身の健康を保ち、看護を提供していくためには、看護師自身が健康管理や思いを表出していくことに加え、看護管理者による身体面・メンタル面の定期的なフォローや、感染対策について正しい知識・技術の取得が必要であると考えます。また、西野らは災害支援に携わった看護師の惨事ストレスを軽減する対処行動について明らかにし、その中に支援活動中から仲間と互いの意見や思いを共有し共感しあいながら気持ちの整理を行う等があった<sup>9)</sup>。このような対処行動はコロナ禍においても有効であると思われ、同じ環境にある者同士が語り合える機会を作ることも必要であると考えます。

調査結果では、看護管理者は看護師とその家族のメンタルサポートに注目していたが、患者・家族へのメンタルサポートは現場のスタッフが対応していたと推察できる。危機管理状況におけるメンタルサポートのしくみづくりにおいては、自組織内での仕組みづくりにおいては、どのようなメンタルケアを実施し、どんな関わりが有効であったかを具体的に把握していく必要があると考えます。

また、感染拡大においては、病院単位だけでなく、地域全体を包括した課題にもなり得る。都道府県及び政令指定都市によって組織される、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣精神医療チームである DPAT (Disaster Psychiatric Assistance Team: DPAT) がある。DPAT の新型コロナウイルス感染症対応への活動実績における成果や課題も報告されている<sup>10)</sup>。また、令和3年(2021年)3月30日付で、厚生労働省より、都道府県等に対し、「新型コロナウイルス感染症感染制御等における体制整備等に係る DPAT の活用について(依頼)」<sup>11)</sup> が事務連絡されている。今後の危機状況におけるメンタルサポートについては、全ての人の心の健康を支えるために、病院単位、地域単位、都道府県単位の連携による体制づくりが検討課題であるといえる。こうした体制が、医療における業務効率化にもつながると考える。

## 3) 危機状況における業務の見直しと ICT の活用

看護師が行う業務が増えたことに対して行ったことのうち、業務の内容に関することは、「業務内容を見直した」27.3%、「業務の手順を見直した」13.6%、「他の業務を減らした」9.1%、「ICT 機器や医療機器を導入した」2.3%であった。業務の内容や手順の見直しにより増えた業務への対応を行い、業務効率化の工夫をしていたことが推察される。

看護部長アンケートでは、ICT の活用について、「コロナを契機に活用が進んだ」が6割、「進んだ業務等はない」が4割に2分された。

看護師長のアンケートでは、看護師が行う業務が増えたことに対し実施したことのうち、家族への対応に関しては、「入院患者の家族への説明を前もって行うようにした」「入院患者の家族への説明用紙

を作成した」は、共に 38.6%、「入院患者へのリモート面会を始めた」27.3%であった。業務の内容に関することでは、「ICT 機器や医療機器を導入した」が 2.3%であった。

これらから、家族の面会が中止・制限になっているという状況下において、家族に対して事前の説明を行うことで、家族は今後の見通しがつきやすくなり、そこで生じた疑問に対して早めに対応することで業務の効率化につながると考える。また、ICT を活用したリモート面会により画面で相手の表情や反応を見て、説明に対する理解度を確認できることや、別々の場所にいる複数の家族に同時に説明を行えることで、患者・家族が安心できるような看護を提供していくことができると考える。

また、今回、特にコロナによる面会制限に伴い、家族等とのオンライン面会が急速に進んだことは画期的なことであった。コロナ収束の目途が立たない現状では今後も面会制限は継続の方向性であり、まだ導入していない病院では導入準備を検討する余地があると考えられる。

これらについては、対象となる家族のインターネット環境やデバイスの整備も必要となる。

特に、病院においては個人情報保護の点から、インフラの整備、イントラネットとインターネットをどの場面でどのようなルールのもとで活用していくのか、とあわせて詳細な活用デザインを検討し、看護師や患者・家族が簡単に利用できるような仕組みにするなどの工夫が期待される。ほかに ICT を搭載したロボットの開発<sup>12)</sup><sup>13)</sup>なども行われており、災害時を含めその活用については今後ますます発展する分野であると考えられる。

今後は、コロナ感染拡大を契機に導入した病院、以前から導入し平時から活用している病院など、さまざまな背景の中で、特に危機的状況において、どのような機器をどのように看護ケアに活用していたか、その実態を明らかにし、成果を客観的に評価し共有することや、開発そのものに看護職の声を届けることなどで、なお一層、看護業務の効率化に寄与する ICT や AI の可能性を見出すことが可能である。

### 3. 危機発生時における看護職の役割を踏まえたチーム医療の課題

#### 1) 看護チームにおける看護補助者へのタスクシフト/シェア

看護チームにおける看護補助者の業務について、看護部長アンケートで「コロナ感染症拡大に伴い、看護補助者の雇用人数を変更したか」どうか尋ねたところ、「コロナ陽性患者を受け入れた病院では、「変化なし」(86.2%)が最も多く、次いで「増やした」(13.8% 4病院)の順であった。

一方、コロナ陽性患者を受け入れていない病院については、「変化なし」(91.7% 37病院)が最も多く、次いで「減らした」(8.3% 1病院)の順であった。「減らした」理由は、「入院患者が減ったため」であった。

看護補助者の人数の増減はほぼない中、看護師長アンケートでは、看護補助者にタスクシフト/シェアした病棟は「面会者の対応」「環境整備」で共に 4.4%、「病棟の安全や管理の点検」で 2.2%と低かった。「面会者の対応」、「医療機器・医療材料の管理・請求・補充」「病棟の安全や管理の点検」では、それぞれ 71.1%、62.2%、57.9%が「従来から変わらず看護師が行っており」、コロナ感染症対応を契機とした看護師と看護補助者間でのタスクシフト/シェアはあまり生じていなかった。一方、「従来は看護補助者が行っていたが現在は看護師が行っている」病棟が、多くはないものの、「環境整備」「リネン交換」「薬・検体・書類の搬送」でそれぞれ 4.4%、2.2%、2.2%あった。

日本看護協会では、看護補助者とは、「看護が提供される場において、看護チームの一員として看護師の指示のもと、看護の専門的判断を要しない看護補助業務（『傷病者若しくははじよく婦に対する療養上の世話』及び『診療の補助』に該当しない業務）を行う者」であり、平時からその業務マニュアル等の整備や看護補助者への研修として医療安全、感染症に関する標準予防策等、業務遂行に必要な知識・技術の研修の実施<sup>14)</sup>をガイドラインとして示している。

2016年（平成28年）診療報酬改定では、チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保について重点課題とされている。

また、看護職員と看護補助者の業務分担の推進を目的として、看護職員が専門性の高い業務により集中することができるよう看護補助業務のうち一定の部分までは、看護補助者が事務的業務を実施でき

ることを明確化し、看護職員と看護補助者の業務分担に資する取組を促進する<sup>15)</sup>ことが示されている。さらに2020年(令和2年)診療報酬改定では看護職員の負担軽減、看護補助者との業務分担・協働を促進するため、急性期看護補助体制加算等の評価の充実が図られている。これらは、平時での看護職員と看護補助者の協働のための体制整備である。

今回の調査では、コロナ禍において看護補助者へタスクシフト/シェアした状況は少なかった。アンケート項目の限界もあり、その詳細は明確ではない。今後は危機状況における看護補助者を含めた看護チームの業務体制を検討するために、さらに危機状況における看護補助者の業務実態についても調査していく必要があると考える。また、体制づくりに向け、危機的状況を乗り越えるためには、看護師が患者の直接看護に集中するために、看護チームとして看護補助者へどのような業務をどのようにタスクシフト/シェアするかを検討することも課題である。タスクシフト/シェアを行う際には、業務自体の見直しも実施することで、危機管理下における業務効率化の推進につながるのではないかと考える。

## 2) チーム医療における役割分担

看護部長アンケートでは、看護部から他部門への業務タスクシフト/シェアについて、もともと看護部担当の業務の一部を他部門が引き受けたというものも一部あったが、実態はコロナで増えた業務をどの部門が分担したかという内容が多かった。

看護部から他部門へのタスクシフト/シェアについては、42病院のうち、事務部へタスクシフト/シェアした病院が12病院あり最も多かった。その具体的内容としては、感染防止用の消毒や衛生材料等の一括管理、入院時のオリエンテーションの一部、入館時の発熱の有無のチェック、面会方法変更時の連絡や郵送、玄関スクリーニング担当表作成などがあげられた。

これにより、病院の受付時(前)に、発熱者の一次スクリーニングを可能にするため、事務職員や看護補助者が担当することで、看護師が患者の直接看護の時間に集中できるようになる。現在では、非接触型体温計等(以下サーモセンサー)を用いた体温測定(検温)も導入されていることから、一次スクリーニングで問診対象となった来院者については、チェックリストによる体調確認を行い、必要時に医療職へ情報提供するなどスクリーニングのシステム化をすることで役割分担による効率的な対応が可能になると考える。

看護部から事務部へのタスクシフト/シェアについては、83.3%が今後も継続「する」と回答されており、コロナを契機に看護部の事務負担を軽減する可能性がある好事例の1つと考えられた。書類作成に関しては、医療関係事務に関する能力の高い事務職員へのタスクシフトすることで看護師の負担を軽減させることができると考えるが、他の部門からシフトされる状況があれば、負担の経験にはつながらない。危機管理時には、各職種全体の業務の調整を行い、患者に最良な医療を届けるために、何をどこが担えるかを検討する必要があると考える。

次に、看護部とリハビリ部とのタスクシフト/シェアをみると、看護部からリハビリ部にタスクシフト/シェアした3病院と、逆にリハビリ部から看護部へタスクシフト/シェアした病院が3病院あった。この6病院は異なる病院であり、病院により業務分担の方向性が異なっていた。リハビリ部から看護部へタスクシフト/シェアした病院では、看護師への業務集中が進み、看護部の業務負担が重くなった可能性がある。

患者の高齢化が進んでいるなかで、リハビリテーション関係の専門家への期待は大きい。特に、コロナ禍では回復期における呼吸リハビリテーションは重要となる。2021年4月には、理学療法士協会や作業療法士協会など職能団体による病棟業務支援の事例が紹介<sup>16)17)18)</sup>され、職能団体が先導して危機時の看護業務支援に取り組む動きもみられている。本調査においても、「(他部門が)協力的であり、チーム力が向上した」という記述も1件あった。

このような好事例を踏まえ、危機管理下では、リハビリテーション関係の専門家が業務を安全に実施できるよう、感染対策に必要な教育や研修などを実施し平時からシミュレーションを実施していくことで看護職員が患者の直接看護業務に集中できる効率的なチーム活動となると考える。

業務分担における困難や課題についての記述では、【患者対応は看護師という認識】【感染症対応の知識不足】に分類される記述が複数が見られたことから看護師にコロナ患者対応を一任する様子が伺えた。また、コロナ対応のシステム構築をする際にも、患者対応は「もともと看護師の仕事」と認識されるため、看護部が主導することが求められ、結局「誰がするのがよいのか」という議論になると看護師にまわってる」ような記述も見られた。

結果的に【看護師への業務が集中】となり、コロナによる新たな負担感は大きかったことが推察される。

危機状況においてもチーム医療を持続可能にするためには、タスクシフト/シェアにおいて、ケアシステムや業務改善をして整理したうえで、その業務をどの職種の専門家が実施することが患者にとって適切なかを検討する必要がある。

さらに、今回コロナ対応において日本看護協会の調査によれば、感染管理認定看護師・感染症看護専門看護師が新型コロナウイルス感染症対応において「中心的な役割を果たした」（76.3%）と報告されており、所属機関外からの協力要請があり、新型コロナウイルス感染症対応に関する対応を行った場所は、「医療機関」62.7%、「保健所」55.2%、「居住系介護病院」51.1%であった。

感染管理認定看護師や感染症看護専門看護師以外の認定看護師・専門看護師においては、感染管理体制では、救急看護認定看護師で「院内ゾーニングの整備・周知」（63.6%）、集中ケア認定看護師で「新型コロナウイルス感染症の疑い事例が発生した場合のシミュレーション」（54.3%）の実施がみられた。患者・家族対応では、「新型コロナウイルス感染症患者への直接ケア」の実施が救急看護認定看護師で37.9%、集中ケア認定看護師で37.2%、急性・重症患者看護専門看護師で36.0%みられた。職員への指導・教育では、精神看護専門看護師で「メンタルヘルス支援」（81.0%）の実施をした<sup>19)</sup>と報告があった。

このように看護のスペシャリストは、医療危機管理下では、自病院の医療機関、地域の病院においても、その役割発揮における期待は大きく、危機管理状況における地域連携は、平時からの関係性と明示された地域チーム医療体制が鍵になる。看護部長の困難にもあるように、1病院で保有するスペシャリストが少ない場合、その負担は想像を絶するものである。

チーム医療とは、「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」と一般的に理解されており、チーム医療を推進するためには、①各医療スタッフの専門性の向上、②各医療スタッフの役割の拡大、③医療スタッフ間の連携・補完の推進といった方向を基本として様々な取り組みを進め普及させていく必要がある<sup>20)</sup>。

そのため、今後、新型コロナウイルスなどの新興感染症拡大における地域医療を守るためには、看護のスペシャリストの活用と人材養成の増員、自病院・地域におけるチーム医療体制を検討することも課題であると考ええる。

### 3) 危機状況におけるBCP (Business Continuity Plan) の策定

パンデミックは感染症が世界的に大流行し長期に及ぶ災害であり、対応する医療能力を上回るほどの多数の医療対象者が発生する。圧倒的に医療の需要が高まるが、病院などの医療機関も需要に見合うだけの医療資源がない状態になる。

今回のコロナ禍においては、看護職員も罹患等で欠勤を余儀なくされたことで、業務供給量の低下を招き、それを補うための負荷が他の看護職員にのしかかった。これは、看護部長が最も困難に感じた一般病床における人員不足・確保困難の課題といえる。感染症に対応した医療体制は、長期的に及ぶことが想定できるため、段階的対応として持続可能な仕組みをつくる必要がある。

これに相応する考え方にBCP (Business Continuity Plan) がある。

BCPの考え方の基本は、事業をできるだけダメージを少なく継続、復旧するために、リスク管理の立場から、日常から「不測の事態」を分析して、自らの病院の脆弱な点を洗い出し、その弱い部分を事前に補うよう備えておくことである<sup>21)</sup>。

BCPにより対策を行うことで通常業務縮小や要員確保、需要（患者）と供給（職員）のギャップを圧縮し、感染拡大のどの時期にどのような対象にどのような業務を継続するのがあるいは縮小・休止するのか、想定される職種の欠勤率はどのように推定できるのか、勤務体制はどうするのか等、目指すイメージを共有することで、医療チームの業務分担・スケジュールを予測でき、平時からそれに基づくシミュレーションの実施と訓練を行うことができる。平成29年3月には災害拠点病院の指定要件として示された。

本調査に回答した42病院では、病院として「コロナ感染症拡大以前から策定していた」52.4%、「コロナ感染症拡大を契機に策定した」21.4%、「策定していない」19.0%であった。また、看護部としては、「策定していない」（47.6%）が最も多く、次いで「コロナ感染症拡大以前から策定していた」（23.8%）「策定していない」（47.6%）であった。病棟単位では「策定していない」（64.3%）が最も多く、次いで「コロナ感染症拡大以前から策定していた」（16.7%）の順であった。

コロナ患者受入れにあたりBCPは必須ではなかったが、受け入れの決断にあたってBCPを策定した病院も複数あり、第1波期前後において危機対応体制の整備は進んだと考えられる。

今後、BCPを策定していない病院やコロナ拡大以前から策定していた病院でも、コロナ感染症の経験を踏まえた自病院や部門、地域・行政と連携したBCP策定や修正・追加、収束後の解除基準等の策定について、各病院の機能や役割、実状況に応じて、すべての医療機関・行政が検討することが課題と考えられる。

## E. 結論

### 1. 看護業務の実態と変化

調査回答病院では2020年2月から9月にかけて新型コロナウイルス感染症が拡大した折に、入院制限を実施した病院が各月50.0%~90.5%、面会の禁止・制限を実施した病院が各月59.5%~100%であった。病棟では、病院職員以外（歯科医師、理美容師等）の出入りを中止・制限した病棟が感染拡大ピーク時で95.6%、調査時点で82.2%にのぼった。この傾向は、コロナ患者受け入れの有無に関わらず見られた。

感染対策の強化や面会禁止・制限の実施の影響を受け、コロナ感染症の感染拡大前と比較して増えた看護業務として、8割以上の病棟師長が「来院した家族に対応する時間（荷物の受け渡し、説明等）」（91.2%）、「入院患者の家族への電話連絡の時間」（84.5%）、「感染症対策を実施する時間」（84.4%）、「感染対策に関するOJTの時間」（84.4%）、「家族が行っていた身の回りの世話（売店の買い物、散歩の付き合い等）」（80.0%）をあげていた。

また、コロナ禍で病棟看護師に新たな業務も発生しており、「コロナ感染症関連の検体採取（PCR、LAMP法等）」は、病棟看護師が一時的に行っていたり（13.3%の病棟）、調査時点でも病棟看護師が行っている（24.4%の病棟）。また、病院職員以外の出入りの制限により、今まで「業者が実施していたこと（病室の清掃、リネンの洗濯、理美容師によるヘアカット等）」も、病棟看護師が一時的に行っていたり（20.0%の病棟）、現在も行っており（調査時点で4.4%の病棟）、看護師への業務集積が課題であった。

病棟看護師の看護業務を85項目に分類したタイムスタディ（2020年）では、看護師1人が勤務中に行った行為別業務時間の構成比（%）及び看護師1人あたり8時間勤務に換算した業務時間（分）の上位項目は、〈日々の看護実施記録〉（9.8% 47.0分）、〈排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片付け等）〉（5.5% 26.2分）、〈観察〉（4.8% 23.2分）、〈看護師間の申し送り〉（4.5% 21.4分）、〈患者等からの情報収集〉（4.2% 20.0%）、〈バイタルサインの測定〉（4.1% 19.6分）であった（〈休憩〉を除く）。

看護師1人あたり各業務実施時間を2018年のタイムスタディと比較すると、今回業務実施時間の増加幅が最も大きかったのは、〈感染予防〉で、〈観察〉、〈患者等からの情報収集〉が続いた。これは、新型コロナウイルス感染症への対応が影響したと推察される。

一方、2018年より業務時間が減少したのは、減少幅が多い順に〈排泄介助〉、〈バイタルサイ

ンの測定)、〈その他〉、〈日々の看護実施記録〉であった。この2年間の看護補助者の活用促進やICT機器の普及が影響したものと推測される。

## 2. コロナ感染拡大に対応した看護管理の実態と課題

### 1) 看護部内の看護業務効率化とタスクシフト/シェア

コロナ感染拡大で病棟看護師の業務が増加し、面会禁止・制限が行われる中、病棟師長は、「感染対策指導を徹底」(86.4%)するとともに、家族対応として「入院患者への説明を前もって行うようにした」(38.6%)、「入院患者の家族への説明用紙を作成した」(38.6%)、「入院患者へのリモート面会を始めた」(27.3%)、「業務の内容を見直した」(27.3%)、「業務の手順を見直した」(13.6%)など業務の効率化に努力していた(複数回答)。

コロナ感染症拡大に伴う看護補助者活用については、コロナ患者を受け入れた病院の13.8%が看護補助者数を増やしたものの、変えていない病院が88.8%と多くを占めた。そのため、コロナ感染症対応を契機とした看護補助者へのタスクシフトを行った病棟は少なく、「環境整備」(2病棟)、「面会者の対応」(2病棟)、「病棟の安全や管理の点検」(1病棟)のみであった。逆に看護補助者から看護師へタスクシフトした病棟が「環境整備」(2病棟)、「薬・検体・書類の搬送」(1病棟)、「リネン交換」(1病棟)とみられた。

### 2) 病院内のタスクシフト/シェア

病院全体のタスクシフト/シェアとしては、コロナ感染症拡大を契機に、看護部と他の部門との業務分担の変更が19病院(45.2%)で行われていた。看護部から他部門へのタスクシフトでは、「看護部→事務部」のタスクシフトが12病院と最も多く、そのうちの10病院が「今後も継続する」と答えている。その内容としては「衛生材料等の一括管理」「入院時オリエンテーションの一部」などがあげられた。

事務部へのタスクシフトに次いで「看護部→薬剤部」「看護部→臨床検査部」が各5病院、さらに「看護部→リハビリ部」が3病院、「看護部→診療放射線部」「看護部→臨床工学部」が各2病院で、「看護部→診療部」は1病院のみであった。一方、他部門から看護部へのタスクシフト/シェアは「診療部→看護部」が7病院で最も多く、100%が「今後もタスクシフト/シェアを継続」と回答した。その内容は、「県のCOVID-19調整センターからの患者受入要請の窓口」「発熱外来におけるのリモートによる問診と対応」などがあげられた。合わせてみると、「看護部→事務部」へのタスクシフト/シェアが12病院で最も多く、次に「診療部→看護部」の7病院であった。

各病院において、病院組織として危機に対応して柔軟に対処している様子が伺える。ただし、業務分担については、「看護師への業務集中」「医師・多職種との非協力」「危機意識の温度差」「患者対応は看護師という認識」「清掃などの委託業務が看護師への移行」などの課題もみられた。

### 3) ICTシステム・機器の活用

ICT化については、59.5%の病院が看護部門内でICT化が進んだと答えており、業務別にみると、「看護職員の教育・研修」(Web研修等)で54.8%、「患者や家族に関すること」(オンライン面会)で35.7%、「委員会活動」で23.8%の病院で活用が進んだ。「その他」としては、「webでの採用面接」、「電子カルテ更新でカルテ内文書機能を充実」、「電子カルテの活生化、サーマルカメラの導入」、「電子カルテ上でICの予約システムを作り可視化し、感染対策としてICの場所を外来部門に変更」などの記述があり、病院全体としてもICT化が進んでいる様子が伺える。病棟におけるICT機器の導入状況を2年前と比較すると、「電子カルテシステム」導入は88.0%から91.1%とほぼ変わらなかったが、「バイタル計測自動化システム」は6.0%から17.8%に増加していた<sup>22)</sup>。

一方で、ICT活用の課題として、「wifi等ネット環境整備(8件)」、「ICTシステム・機器の導入費用(6件)」、「ICTツールの整備(4件)」、「ICT活用技術の習得(2件)」などが挙げられた。

#### 4) コロナ感染症に対応した看護職員配置と看護職員の健康管理

コロナ患者を受け入れた 29 病院はすべて、コロナ感染症対応病棟における看護職員配置について、人選、人数確保、宿泊病院の確保などきめ細かい配慮をしていた。具体的には、「高齢や持病など重症化リスクの高い看護師を配置しない」(20 病院 69.0%)、「基礎疾患を有する家族、高齢者や乳児と同居する看護師を配置しない」(18 病院 62.1%)、「コロナ病棟へ転換前からの配属職員をそのまま配置」(17 病院 58.6%)、「一般病棟看護師、手術室看護師、外来看護師の移動・調整などによって、コロナ感染症対応病棟の看護師を確保」(15 病院 51.7%)、「基礎疾患を有する家族等と同居しており、帰宅することが困難な看護職員の宿泊病院の確保」(15 病院 51.7%) などであった(複数回答)。

一方、コロナ感染症患者受入れの有無に関わらず、コロナ感染症対応病棟以外の一般病棟においても、調査回答 42 病院のうち 33 病院(78.6%)が、看護職員の配置、外来部門等の縮小、宿泊病院の確保、保育場所の確保、一般病棟の一時閉鎖など多様な対策をたてていた。

コロナ感染症拡大のため看護業務が増えたと考えている病棟師長(44 病棟)も、コロナ病棟であるかどうかに関わらず、「看護師の体調管理を徹底」(86.4%)し、「看護師のメンタルケアを手厚くした」(38.6%)など、看護職員の健康管理を強く意識し実施していた。

一方で、組織運営上の課題として、危機管理における人員確保と配置・病棟編成・運用の体制づくり、スタッフのメンタルサポートと健康管理のしくみづくり、危機管理における情報共有のしくみづくり、平時から行う危機管理における看護管理者の教育、危機状況におけるスタッフ教育と育成の見直し、多職種との共通認識と役割分担の見直し、危機状況を想定した経営方針の策定や BCP の活用などが挙げられた。

### 3. 危機発生時におけるチーム医療推進に向けた提言

新型コロナウイルス感染症患者受け入れの有無に関わらず、病院は新たな危機に直面し、その対応を迫られた。その中で、看護師への役割期待が高まり、看護管理者が看護職員の確保・管理、他部門との業務調整、ICT を活用した業務の効率化など看護管理上の力を発揮し、病院としての機能を維持するために大きな貢献をしていたと推察される。今後の危機発生の可能性を想定した時、このように危機を乗り越える力を持った看護管理者の育成が非常に重要と考える。

また、危機発生時には病院全体で対応することが重要となるため、日頃より協働し合う組織風土を醸成することが重要である。その上で、危機発生時の病院全体としてのルールの整備やスタッフ支援体制のあり方を決めておく必要がある。災害時に対応出来るよう病院は BCP の策定が求められており、今回調査でもコロナ感染症拡大以前から策定していた病院が 5 割を超えていた。しかし、想定した災害の内容が異なる場合は既存の BCP では十分に対応出来ない事態も生じるため、病院では BCP を継続的に見直すことも必要と考えられる。

病院医療は病院内スタッフだけでなく外部業者の協力も得て行われており、コロナ感染症拡大で外部業者を制限したため、その業務が看護師に集中するという問題が発生した。病院レベルでは、当面、病院内の協力体制を構築して乗り切り、外部業者へ感染対策情報を提供するなどの対応がなされたが、国においても外部業者の早期復帰を図る対策が必要だったと考えられる。

チーム医療推進に向けては、病院内のある部門だけに過重な負担がかかることなく、各職種が専門性を発揮出来るようにタスクシフト/シェアすることが重要である。そのためには、ICT 化や看護補助者活用の推進が有効と考えられる。同時に、外部業者の危機対応能力の向上も重要である。チーム医療推進に向けて、多様な政策的支援が必要と考える。

#### 参考文献

1) 厚生労働省：良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について。平成 19 年 3 月 30 日

- 2) 日本環境感染学会：医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド第 2 版改訂版 (ver. 2.1)
- 3) 国立感染症研究所：新型コロナウイルス感染症に対する感染管理. 改訂 (2020 年 2 月 21 日)
- 4) 厚生労働省. 新型コロナウイルスに関連した感染症対策に対する厚生労働省対策推進本部クラスター対策班接触者追跡チーム：医療機関における新型コロナウイルス感染症発生に備えた体制整備及び発生時の初期対応について (助言)
- 5) 坂本すが：看護師と看護補助者の協働の推進に向けた実態調査研究 厚生労働行政推進調査事業費補助金 (厚生労働科学特別研究事業) 総括研究報告書
- 6) 田淵 典子, 山秋 直人, 宮下 洋子. バイタルサイン測定機器と電子カルテ連携によるリスク軽減. 月刊ナーシング Vol. 34 No. 14 2014. 119-122.
- 7) 厚生労働省. 看護師等の人材確保の促進に関する法律施行規則. 2015 年 10 月.
- 8) 厚生労働省. 看護師等人材確保法に基づく届出義務の創設. 届出制に関する改正概要 (法律・省令・通知) . 2015.
- 9) 西野ひかる, 武田昌子, 加藤万奈, 森沙織, 坪井涼香, 森木妙子. 東日本大震災で災害支援に携わった看護師が体験した惨事ストレスと対処行動. 高知大学看護学会誌 Vol. 10 No. 1 2016. 23-32.
- 10) 厚生労働省. 「令和 2 年度から令和 3 年度の DPAT 活動報告について」. 第 21 回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会 資料 2. 2020 年 (令和 2 年) 8 月 21 日.
- 11) 厚生労働省. 「新型コロナウイルス感染症感染制御等における体制整備等に係る DPAT の活用等について (依頼)」. 2021. 3. 30.
- 12) 田崎良佑, 北崎充晃, 三浦純ほか. 病院内回診支援ロボットの設計と開発. 日本ロボット学会誌. 35 (36) . 2017. 249-257.
- 13) 豊橋技術科学大学 Press Release. 回診支援ロボット Terapio . 2013.
- 14) 厚生労働省. B C P の考え方に基づいた病院災害対応計画作成の手引き. 2013 年 (平成 25 年) 3 月.  
厚生労働省保健局医療課. 令和 2 年度診療報酬改定の概要 (働き方改革の推進) .  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000603943.pdf> (2021. 04. 25)
- 15) 日本看護協会. 看護チームにおける看護師・准看護師および看護補助者の業務のあり方に関するガイドラインおよび活用ガイドライン. 2019.
- 16) 厚生労働省. 平成 28 年度診療報酬改定の概要.
- 17) 日本理学療法士協会. 医療チームによるコロナ禍の病棟業務支援について.  
<http://www.japanpt.or.jp/about/jpta/info/20201224.html> (2021. 04. 24)
- 18) 作業療法士協会. 医療チームによるコロナ禍の病棟業務支援について.  
[https://www.jaot.or.jp/covid-19/support\\_team/](https://www.jaot.or.jp/covid-19/support_team/) (2021. 04. 24)
- 19) 厚生労働省. 新型コロナウイルス感染の拡大に対応する医療人材の確保の考え方及び関係する支援メニューについて (事務連絡). 2020 年 (令和 2 年) 5 月 8 日.
- 20) 日本看護協会. 看護職員の新型コロナウイルス感染症対応に関する実態調査. 2020.
- 21) 厚生労働省. チーム医療の推進について チーム医療の推進に関する検討会 報告書. 2010 年 (平成 22 年) 3 月 19 日.
- 22) 坂本すが：効率的な看護業務の推進に向けた実態調査研究 厚生労働行政推進調査事業費補助金 (厚生労働科学特別研究事業) 総括研究報告書

#### <参考資料>

厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部. 医療機関における新型コロナウイルス感染症発生に備えた体制整備及び発生時の初期対応について (助言) . 2020. 5. 1.

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

- (1) 本谷園子、小澤知子、末永由理、白瀬紗苗、佐々木美奈子、駒崎俊剛、坂本すが：新型コロナウイルス感染症患者の受け入れ状況別における看護職員の配置と工夫、第23回日本医療マネジメント学会学術総会、2021.6.25
- (2) 小澤知子、本谷園子、末永由理、白瀬紗苗、駒崎俊剛、佐々木美奈子、坂本すが：新型コロナウイルス感染症拡大に伴う看護部組織の運営上の困難と対応および対応からみえた課題、第23回日本医療マネジメント学会学術総会、2021.6.25
- (3) 白瀬紗苗、末永由理、本谷園子、小澤知子、佐々木美奈子、駒崎俊剛、坂本すが：新型コロナウイルス感染症を契機に変化した病棟看護業務の実態、第23回日本医療マネジメント学会学術総会、2021.6.25
- (4) 末永由理、白瀬紗苗、本谷園子、小澤知子、佐々木美奈子、駒崎俊剛、坂本すが：新型コロナウイルス感染症患者受け入れ有無による病棟看護業務の変化における違い、第23回日本医療マネジメント学会学術総会、2021.6.25
- (5) 本谷園子、小澤知子、末永由理、白瀬紗苗、佐々木美奈子、駒崎俊剛、坂本すが：コロナ禍における看護部と他部門の業務分担およびICT活用の実態と課題、第23回日本医療マネジメント学会学術総会、2021.6.25
- (6) 本谷園子、小澤知子、末永由理、白瀬紗苗、佐々木美奈子、駒崎俊剛、坂本すが：病院における事業継続計画（BCP）の有無とコロナ患者受入れの実態、第25回日本看護管理学会学術集会、2021.8.28（登録中）
- (7) 白瀬紗苗、末永由理、本谷園子、小澤知子、佐々木美奈子、駒崎俊剛、坂本すが：新型コロナウイルス感染症を契機にタスクシフト/シェアされた看護業務の実態、第25回日本看護管理学会学術集会、2021.8.28（登録中）
- (8) 末永由理、白瀬紗苗、本谷園子、小澤知子、佐々木美奈子、駒崎俊剛、坂本すが：コロナ禍で師長が捉えている病棟運営上の課題、第25回日本看護管理学会学術集会、2021.8.28（登録中）
- (9) 小澤知子、駒崎俊剛、本谷園子、末永由理、白瀬紗苗、佐々木美奈子、坂本すが：新型コロナウイルス感染症対応における一般病床機能別の看護行為別時間の実態、第25回日本看護管理学会学術集会、2021.8.28（登録中）
- (10) 小澤知子、駒崎俊剛、本谷園子、末永由理、白瀬紗苗、佐々木美奈子、坂本すが：一般病床の新型コロナウイルス感染症患者受け入れ有無における看護行為別時間の実態、第25回日本看護管理学会学術集会、2021.8.28（登録中）
- (11) 小澤知子、末永由理、本谷園子、白瀬紗苗、駒崎俊剛、佐々木美奈子、坂本すが：コロナ禍の危機 対応から見えてきた看護マネジメントの課題、第25回日本看護管理学会学術集会インフォメーションエクステンション、2021.8.28（登録中）

第2章 新型コロナウイルス感染症対応に求められる専門的スキル（人工呼吸器・ECMOの管理等）を有する看護職の活動状況把握のための質問紙調査

## 新型コロナウイルス感染症対応に求められる専門的スキル（人工呼吸器・ECMOの管理）

### を有する看護師の活動状況把握のための質問紙調査

研究分担者 卯野木 健（札幌市立大学看護学部教授）

#### 【研究要旨】

重症 COVID-19 患者に対し集中治療室（ICU）における人工呼吸療法および VV-ECMO 管理が行われる。そこで、本邦の ICU において、実際にどの程度の看護師が重症呼吸不全患者あるいは VV-ECMO を使用している患者を看ることが可能なのか、また COVID-19 による重症呼吸不全患者の管理では、何人の看護師が必要となるのか、さらに、これらの管理における他の職種との役割分担の実態を明らかにするため、質問紙による調査を行った。結果、重症呼吸不全患者に対する人工呼吸管理を自立して行える看護師は 60%、VV-ECMO 管理では、VV-ECMO を施行可能な施設のうち 46.9% であり、自立して患者をケアできる看護師は半数程度であることが明らかとなった。一方、COVID-19 患者に対しては、患者 1 名に対して必要な看護師数は、常時 2 名（挿管や急変においては 3~4 名）であり、通常の看護配置を大きく上回るマンパワーを要していた。ICU におけるタスク・シフト/シェアについては、プロトコルに沿った薬剤投与や採血などは実施している一方、人工呼吸器の設定変更や離脱に向けた評価、V-V ECMO の管理に関する業務の多くは、看護師は実施していなかった。今後、さらなる COVID-19 パンデミックに備えるためにも、重症患者に対応できる看護師の育成及び看護配置の見直し、さらにタスク・シフト/シェアの推進が急務である。

#### 【研究目的】

本研究の目的は、集中治療室における重症 COVID-19 患者の管理において、どの程度の看護師が重症呼吸不全患者の人工呼吸療法・ECMO を看ることが可能であるのかを明らかにすることにある。また、COVID-19 重症患者に対し、どの程度の人的資源が必要であったのかを明らかにすることである。さらに他職種との業務分担の実態を明らかにすることを目的とした。この調査により、さらなる COVID-19 パンデミックに備えるための必要看護師数の推測や、多職種との効率的な業務の分担について検討することが可能となる。

#### 【研究方法】

##### 1. 研究デザイン

本研究は郵送調査票を用いた横断研究である。

##### 2. 対象及び調査方法

特定集中治療室管理料 1~4 あるいは救命救急入院料 2, 4 を算定している 605 施設、725 ユニットを対象に、調査票を郵送し、看護師長や副看護師長等の管理職、認定看護師、専門看護師のいずれかに回答を依頼した。当該施設は令和 2 年 7-9 月時点の地方厚生局への届け出から抽出した。また、返送率を高めるため、日本集中治療医学会のメールマガジン、集中ケア認定看護師会、あるいは修了校のメーリングリスト等で協力依頼を行った。

##### 3. 調査内容

調査内容は、施設背景、重症 ARDS の人工呼吸管理および ECMO 管理が行える看護師数、COVID-19 の重症 ARDS の人工呼吸管理および ECMO 管理に必要であった看護師数、人工呼吸管理及び ECMO 管理における具体的な業務、COVID-19 受け入れのための対策や受け入れに伴う勤務体制を含む、56 項目である。タスク・シフト/シェアの実態に関しては、看護師が全て行うを「5」、全く行わないを「1」とし、5 件法で記入してもらった。

##### 4. 調査期間

2020 年 10 月 20 日に上記対象施設へ発送し、11 月 15 日までに調査票を回収した。

## 5. 統計

記述統計を行った。連続変数は中央値（四分位範囲）で表記し、割合は%で示した。タスク・シフト/シェアの実態に関する各 ICU での看護師の実態は、順序変数として扱った。統計には、SPSS Statistics ver. 25 と R version 4.0.3 を用いた。

## 6. 倫理的配慮

本研究への参加は自由意志であることを調査説明書に明記し、調査票の表紙にあるチェックボックスにチェックを入れ、返送があった場合に同意したとみなした。また、同意撤回は、電話、あるいは電子メールで受け付けること、報告書の完成前までは同意撤回が可能であることを明記した。

### 【結果】

調査票を送付した 605 施設、725 の集中治療室のうち、返送があったのは 302、返送率は 41.7%であった。そのうち 7 つの ICU は小児に焦点を当てており、11 の返送は対象外のユニットからの返送、1 はユニット管理を行っていない回答者が記載しており、1 は重要な情報が欠けていたため、合計 20 の返送を除外した。最終的に 282 の ICU のデータを分析対象とした。

### 1. 施設背景（表 1）

分析対象となった施設の施設背景は、大学病院が 25.9% (n=73)、国公立・公的病院（大学病院を除く）が 45.4% (n=128)、その他（大学病院を除く）が 27.0% (n=76)、欠損 5 (1.8%) であった。分析対象となった ICU の算定する入院料は、特定集中治療室管理料 1 または 2 が 38.3% (n=108)、特定集中治療室管理料 3 または 4 が 46.1% (n=130)、救命救急入院料 2 または 4 が 15.6% (n=44) であった。また、ICU の管理体制として、集中治療医が主治医としてすべての治療方針の決定をおこなう ICU は 7.4% (n=21)、集中治療医が入室患者すべてに関与するが主治医は各診療科である ICU は 55.3% (n=156)、主治医からの相談があった場合のみに集中治療医が介入する ICU は 17.0% (n=48)、集中治療医がいない ICU は 19.9% (n=56)、欠損 0.4% (n=1) であった。2020 年 1 月時点における、ひとつの ICU あたりのベッド数の中央値（四分位範囲）は 8 (6-12)、そのうち個室・陰圧室の数の中央値（四分位範囲）はそれぞれ 3 (2-5)・1 (1-2) であった。各 ICU における看護師長を除く常勤看護師数の中央値（四分位範囲）は 30 (22-38) であった。また、各 ICU における新卒あるいは異動して 1 年以内の看護師の割合の中央値（四分位範囲）は 15.6 (11.1-22.6)% であった。ICU への認定看護師や専門看護師の配置状況について、集中ケア認定看護師を配置している ICU の割合は 65.2%、急性・重症患者看護専門看護師を配置している ICU の割合は 18.4% であった。

### 2. 重症 ARDS の人工呼吸管理および ECMO 管理が行える看護師数（表 2）

2020 年 1 月時点において、ひとつの ICU あたりの人工呼吸器を装着した ARDS 等の重症呼吸不全患者を自立して担当できる看護師数の中央値（四分位範囲）は 17 (12-23) であり、常勤看護師数に占める割合の中央値（四分位範囲）は 60 (42.3 -77.3)% であった (n=259)。

分析対象となった ICU のうち、2019 年度に VV-ECMO の症例経験のあった ICU の割合は 47.2% (n=133) であり (欠損 11)、そのうち、症例経験のあった ICU の年間症例数の中央値（四分位範囲）は 2 (1-5) 例/年であった。症例経験のあった ICU において、2020 年 1 月時点で、V-V ECMO の患者を自立して担当できる看護師数の中央値（四分位範囲）は 15 (11-21) であり、常勤看護師数に占める割合の中央値（四分位範囲）は 46.9 (35.7-63.6)% であった (n=117)。

### 3. COVID-19 重症患者受け入れのために行った対策（表 3）

#### 1) ICU の構造上の対策について

分析対象となった ICU のうち、COVID-19 重症患者の受け入れ予定がなく対策を行っていなかった ICU の割合は 11.0% (n=31) であった。また、既存の ICU にて患者を受け入れるための対策を行ったと回答したユニットは 66.3% (n=187) であった。このうち、ICU を COVID-19 専用 ICU として運用するとの回答は 8.9% (n=25)、COVID-19 以外の患者の入室を受けながら管理するとの回答は 57.4% (n=162)

であった。ICU スタッフが主に関わり他病棟にて重症 COVID-19 患者を管理するとの回答は 8.2% (n=23)であった (欠損 3)。

## 2) 人的対策について

重症 COVID-19 患者を受け入れるために、他病棟から人員を増員した ICU は 20.5% (n=58)であり、10.6% (n=30)が集中治療の経験のある看護師のみを増員し、9.9% (n=28)が集中治療の経験を問わずに看護を増員していた。実際に COVID-19 患者を受け入れた施設において、ヘルプを要した 47 部署では、1 日あたり 2 (1-4)人、他病棟の看護師がヘルプに来ていた。

## 4. COVID-19 の重症 ARDS の人工呼吸管理および ECMO 管理に必要であった看護師数

### 1) COVID-19 患者が入室した ICU の背景 (表 4)

分析対象となった ICU のうち、COVID-19 患者が入室した ICU の割合は 53.9% (n=152)であり、COVID-19 患者に対応したひとつの ICU あたりのベッド数の中央値 (四分位範囲) は 9.5 (8-14)であった。COVID-19 患者が入室した ICU の施設背景は、大学病院が 30.3% (n=46)、国公立・公的病院 (大学病院を除く) が 48.0% (n=73)、その他 (大学病院を除く) が 19.1% (n=29)、欠損 2.6% (n=4)であった。また、当該 ICU の算定する入院料は、特定集中治療室管理料 1 または 2 が 43.4% (n=66)、特定集中治療室管理料 3 または 4 が 31.6% (n=48)、救命救急入院料 2 または 4 が 25.0% (n=38)であった。

COVID-19 患者を受け入れた 152 施設のうち、患者に対応するため夜間の看護師配置を 2 対 1 よりも手厚く配置した ICU の割合は 49.3% (n=75)であった (欠損 3)。最も多く COVID-19 患者の対応をした月における看護師の勤務状況について、2020 年 1 月と比較して、看護師の月平均夜勤時間が「やや増えた」または「増えた」と回答した ICU の割合は 31.0% (n=47)であり (欠損 4)、一部の看護師への夜勤時間の偏りが「やや大きくなった」または「大きくなった」と回答した ICU の割合は 28.9% (n=44)であり (欠損 5)、看護師の月の休日数が「やや増えた」または「増えた」と回答した ICU の割合は 13.2% (n=20)であった (欠損 6)。ICU の病床利用率が、「減った」「やや減った」と回答した ICU の割合は 77.0% (n=117)であった。

### 2) 重症 ARDS の人工呼吸管理および ECMO 管理に必要であった看護師数 (表 5)

COVID-19 患者を受け入れた 152 施設のうち、人工呼吸器管理を要する COVID-19 重症患者が入室した ICU の割合は 47.2% (n=133)であった。人工呼吸器を装着した重症 COVID-19 患者 1 名に要する看護師数の中央値 (四分位範囲) は、気管挿管時などを含む急変時 (ECMO 挿入時はのぞく) は 3 (2-4) 名、急変時を除く日勤帯は 2 (2-2) 名、急変時を除く夜勤帯は 2 (1.75-2.00) 名であった。また、V-V ECMO 管理を要する重症 COVID-19 患者が入室した ICU の割合は 21.6% (n=61)であった。V-V ECMO を装着した重症 COVID-19 患者 1 名に要する看護師数の中央値 (四分位範囲) は、V-V ECMO 導入時などを含む急変時や回路交換等では 4 (3-4) 名、急変時等を除く日勤帯は 2 (2-3) 名、急変時等を除く夜勤帯は 2 (2.0-2.0) 名であった。

## 5. 人工呼吸管理および ECMO 管理等における、他職種との業務分担 (2019 年度時点の状況) について

### 1) 人工呼吸器管理に関して (図 1)

人工呼吸器管理に関する 24 時間を通した各種業務について、「看護師は全く行わない」を「1」とし、「看護師が全て行う」を「5」とした場合の回答の中央値 (四分位範囲) は以下の通りであった。人工呼吸器等の準備、始業点検は 3 (2-5)、人工呼吸器使用中の点検は 4 (3-5)、人工呼吸器の呼吸回路の交換は 2 (1-4)、プロトコルや医師の包括指示等を用いた人工呼吸器の設定変更は 2 (1-4)、人工呼吸器離脱に向けた評価 (SBT、カフリークテストなど) は 2 (1-3)であった。

### 2) V-V ECMO に関して (図 2)

VV-ECMO の症例経験のあった ICU における V-V ECMO に関する 24 時間を通した各種業務については、使用前点検、プライミングおよび導入時の設定は 1 (1-1)、吹送ガスの調整は 1 (1-1)、遠心ポンプ回転数 (血流量) の調整は 1 (1-1)、プロトコルや医師の包括指示等を用いた抗凝固薬の投与量調整は 2 (1-4)、採血 (血液ガス測定・ACT 測定) は 4 (3-5)であった。

### 3) 集中治療関連の業務について (図3)

その他の集中治療に関する24時間を通じた各種業務については、プロトコルや医師の包括指示等を用いた鎮痛薬や鎮静薬の投与量調整は4(3-5)、プロトコルや医師の包括指示等を用いたカテコラミン製剤の投与量調整は4(3-5)、プロトコルや医師の包括指示等を用いたリハビリテーションは3(3-4)、プロトコルや医師の包括指示等を用いた経腸栄養の投与量調整は3(1-5)であった。

#### 【考察】

パンデミック下の我が国においても世界に変わらず高齢者や基礎疾患をもった罹患者を中心にCOVID-19の重症例が認められた。しかしながら、人工呼吸管理やVV-ECMOなどを駆使した集中治療の結果、多くの重症患者に回復が認められている。死亡者が抑えられている背景には、いくつかの要因があると考えられるが、集中治療の水準の高さもその一因ではないかと推察される。これには、医師の尽力はいうまでもないが、チーム医療が重要とされる集中治療において、看護師をはじめとするメディカルスタッフの存在も大きい[1]。重症呼吸不全患者の治療においては、人工呼吸器やVV-ECMOなどの生命維持装置の管理が不可欠であり、これに携わる看護師には関連する専門的な知識と高度な技術が求められる。これに対応すべく公益社団法人日本看護協会では、看護師国家資格に加えて、集中治療看護分野において一定の水準を維持する看護師を認定する資格(集中ケア認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師)を設け、集中治療におけるチーム医療の参画に取り組んできた[2]。しかし、これらの資格を有する、あるいはそれに準ずるような自立した看護師を育成するには、一定の看護師経験年数と研修時間などが必要とされ資格を取得することは容易ではない。本調査結果からも集中ケア認定看護師を配置しているICUの割合は65.2%程度、急性・重症患者看護専門看護師に至っては18.4%に留まっている。また、人工呼吸器やVV-ECMOを装着した重症呼吸不全患者を自立して看護できる看護師の割合は、現にこれらの患者を受け入れているICUであっても、人工呼吸器装着患者では60%、VV-ECMO装着患者では46.9%であり、平時での重症患者はもとより、重症COVID-19患者を看ることが可能な看護師の数は限られていることは明らかである。

さらに、我が国の集中治療室における看護配置は、患者2名に対して1名の看護師が看護にあたる2:1看護配置が基準となっているが、今回、COVID-19の重症呼吸不全に対する人工呼吸管理やVV-ECMOの管理においては、これらの管理のために2名から4名の看護師が携わったことが明らかとなった。重症COVID-19患者の管理では、PPEの装着など通常とは異なる対応が必要になるため、管理には多くのマンパワーを要する。中央社会保険医療協議会での厚生労働省の報告では、重症COVID-19患者の受入れを行っている医療機関で通常の3倍以上に相当する人員を確保していた実態が示されている[3]。1978年度診療報酬改定において入院時医学管理料に特定集中治療室管理加算が新設されて以降、特定集中治療室の看護師配置は常時2対1の規定となったが、40年以上が経過した現在では、重症患者の高齢化や複雑化、集中治療の高度化等により、集中治療室に従事する医療従事者に求められる業務の質と量は著しく大きくなってきている。特に看護師は診療の補助として、集中治療の専門性を有する業務を多岐にわたり担うことが必要であり、今般の新型コロナウイルス感染症のパンデミック下においても、重症呼吸不全患者を管理できる看護師の不足が浮き彫りとなった。現行の看護師配置基準2対1では、今後COVID-19パンデミック等によって人工呼吸器装着患者やECMO装着患者が更に増加した場合、必要な医療・看護を提供することが困難である可能性が高いと考えられる。実際に本研究の結果では重症COVID-19患者対応のために他病棟から人員を増員したICUは20.5%と少なく、ICUの看護師数を速やかに確保することが困難である可能性が示された。その結果、COVID-19患者を受け入れたICUの77.0%が病床利用率を減らし、また28.9%のICUでは看護師の夜勤時間を増やすことで重症COVID-19患者に対応していた。

昼夜問わずに看護を提供することが必要な集中治療において、基準を上回る看護師の配置は、看護師の夜勤回数の増加はもとより(調査結果4)、施設で有するICUベッドの使用を妨げる要因となり(調査結果4)、これが医療提供体制の逼迫に繋がりにかぬないと考えられる。

ICUの看護師配置が2対1を上回って手厚いことは、ICU死亡率低下や院内死亡率低下に有意に関連することが示されている[4, 5]。また、海外のECMO専門施設においては、高度な教育を受けたECMOスペシャリストの配置のみならず、実に85%の施設において常時1対1以上の手厚い看護師配

置を行っている [6]。以上により、COVID-19 パンデミック等の有事の際に柔軟に対応可能な体制を整えるとともに、平時の状況における人工呼吸器装着患者や ECMO 装着患者への適切な医療・看護提供を確保するためには実効性ある対策が必要と考える。具体的には、①特定集中治療室管理料等における現行以上に手厚い看護師配置への更なる診療報酬上の評価。②ICU に従事するより多くの看護師が人工呼吸器や ECMO を装着した重症患者への看護の知識・技術を修得できるための教育制度の構築。③一般病棟に従事する看護師が人工呼吸器装着等の重症患者への看護の知識・技術を修得できるための教育制度の構築。④人工呼吸器装着等の重症患者の看護ができる看護師数を把握できるための認証制度等の確立、および⑤その確保を計画的かつ着実に行うための医療計画等への記載、更には⑥二次・三次医療圏間や都道府県間で重症患者の看護ができる看護師の応援派遣を可能とするための制度構築が挙げられる。

2024 年度より適用される医師の時間外労働規制を目前に、医師等の働き方改革が進められている。本研究では平時の状況における看護師のタスク・シフト/シェアについて調査し、プロトコルや医師の包括指示等を用いた鎮痛薬や鎮静薬、カテコラミン製剤等の薬剤の投与量調整、V-V ECMO 管理における採血（血液ガス測定・ACT 測定）を主に看護師が実施している実態が明らかになった。令和 2 年 12 月 23 日に公表された医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会「議論の整理」では、特に推進するとしたタスク・シフト/シェアとして「予め特定された患者に対し、事前に取り決めたプロトコルに沿って、医師が事前に指示した薬剤の投与、採血・検査の実施」が挙げられており、ICU ではタスク・シフト/シェアが進んでいる状況が確認された。特に、プロトコルを用いた看護師による鎮静薬の投与量調整は人工呼吸器装着期間や在院期間等を短縮させることが示唆されており [7]、タスク・シフト/シェアのみならず、医療の質向上の観点からも一層推進していくことが必要である。一方で、プロトコルや医師の包括指示等を用いた人工呼吸器の設定変更や人工呼吸器離脱に向けた評価に関しては、あまり看護師が実施していない実態が明らかになった。プロトコルを用いた看護師による人工呼吸器離脱に向けた管理についても、人工呼吸器装着期間や在院期間等を短縮させることが示唆されており [8]、特に推進すべきタスク・シフト/シェアに含めるべきと考える。また、V-V ECMO に関する多くの業務について、看護師が実施していない実態が明らかになった。これらには、臨床工学技士の配置状況や、V-V ECMO の患者を自立して担当できる看護師数が半数に満たなかったこと等が影響している可能性があり、看護師の技術や経験、多職種配置や業務状況等も含めた更なる調査が望まれる。

#### 【結論】

平時の状況下における人工呼吸器や VV-ECMO を装着する重症呼吸不全患者を看ることができるときの割合は、それぞれ 60%と 46.9%であった。また、COVID-19 重症患者への対応のためには患者 1 名に対して看護師が常時 2 名以上（急変時等には 3-4 名）必要であり、COVID-19 患者を受け入れた施設のうち約 8 割の ICU では病床利用率の減少、約 3 割の ICU では看護師の夜勤時間増加を認めていた。ICU におけるタスク・シフト/シェアについては、プロトコルに沿った看護師による薬剤投与や採血の実施等が既に多く実施されている現状が明らかになった。一方で、プロトコルに沿った人工呼吸器の設定変更や離脱に向けた評価、V-V ECMO に関する多くの業務については実施していなかった。今後、COVID-19 パンデミック等によって重症患者が更に増加した場合に備えるとともに、タスク・シフト/シェアをはじめとした働き方改革を推進していくためには、ICU への看護師配置の強化や、より多くの看護師が重症患者への看護の知識・技術を修得できるための教育制度の構築、看護師の技術や経験、多職種配置や業務状況等も含めた更なる調査が必要である。

## 【文献】

1. Donovan AL, Aldrich JM, Gross AK, Barchas DM, Thornton KC et al. Interprofessional Care and Teamwork in the ICU. *Crit. Care Med*, 2018; Vol 46(6):980-990.
2. 池松裕子. 集中治療領域の認定看護師と専門看護師. *日本集中治療医学会雑誌*, 2009, 16. 2: 151-156.
3. 令和2年5月25日 第459回中央社会保険医療協議会総会. 資料 総-1
4. Sakr Y, Moreira CL, Rhodes A, Ferguson ND, Kleinpell R, Pickkers P et al. The impact of hospital and ICU organizational factors on outcome in critically ill patients: results from the Extended Prevalence of Infection in Intensive Care study. *Crit. Care Med*, 2015; Vol 43(3):519-26.
5. Checkley W, Martin GS, Brown SM, Chang SY, Dabbagh O, Fremont RD et al. Structure, process, and annual ICU mortality across 69 centers: United States Critical Illness and Injury Trials Group Critical Illness Outcomes Study. *Crit. Care Med*, 2014; Vol 42(2) :344-356
6. Daly KJ, Camporota L, Barrett NA. An international survey: the role of specialist nurses in adult respiratory extracorporeal membrane oxygenation. *Nurs. Crit. Care*, 2017;22(5):305-311.
7. Brook AD, Ahrens TS, Schaiff R, Prentice D, Sherman G, Shannon W, Kollef MH. Effect of a nursing-implemented sedation protocol on the duration of mechanical ventilation. *Crit. Care Med.*, 1999. ;27(12):2609-15.
8. Hirzallah FM, Alkaissi A, do Céu Barbieri-Figueiredo M. A systematic review of nurse-led weaning protocol for mechanically ventilated adult patients. *Nurs. Crit. Care*, 2019. ;24(2):89-96.
9. Hamamoto M, Unoki T, Tamoto M, et al. Survey on the actual number of nurses required for critical patients with COVID-19 in Japanese intensive care units: Preliminary report. *Japan J Nurs Sci*, *in press*

表1. 回答施設の背景

項目	
施設の背景, n(%), n=282	
大学病院	73 (25.9%)
国公立・公的病院（大学病院を除く）	128 (45.4%)
その他（大学病院を除く）	76 (27.0%)
欠損	5 (1.8%)
集中治療室の算定加算, n(%), n=282	
特定集中治療室管理料1.2	108 (38.3%)
特定集中治療室管理料3.4	130 (46.1%)
救命救急入院料2.4	44 (15.6%)
集中治療医の役割, n(%), n=282	
集中治療医が主治医として全ての治療方針の決定を行う	21 (7.4%)
集中治療医が入室患者全てに関与するが主治医は各診療科である	156 (55.3%)
主治医からの相談があった場合にのみに集中治療医が介入する	48 (17%)
集中治療医がいない	56 (19.9%)
欠損	1 (0.4%)
ICUベッド数（2020年1月時点で運用している数）, 中央値 [IQR], n=282	8 [6-12]
個室数	3 [2-5]
陰圧室数	1 [1-2]
ICUの常勤看護師数（看護師長を除く）, 中央値 [IQR], n=265	30 [22-38]
新卒あるいは異動して1年以内の看護師の割合, 中央値 [IQR], n=263	15.6 [11.1-22.6]
認定看護師や専門看護師の配置状況（複数回答可）, n(%), n=282	
集中ケア認定看護師がいる	184 (65.2%)
急性・重症患者看護専門看護師がいる	52 (18.4%)
救急看護認定看護師がいる	84 (29.8%)
認定看護師や専門看護師はいない	41 (14.5%)

表2. 人工呼吸管理およびECMO管理を自立して行える看護師数（2020年1月時点）

項目	
人工呼吸管理	
人工呼吸器を装着したARDS等の重症呼吸不全患者を自立して担当できる看護師の数, 中央値 [IQR], n=259	17 [12-23]
人工呼吸器を装着したARDS等の重症呼吸不全患者を自立して担当できる看護師の割合, 中央値 [IQR], n=259	60 [42.3-77.3]
VV-ECMOの管理	
VV-ECMOの管理を行っている施設の背景, n(%), n=133	
大学病院	48 (36%)
国公立・公的病院（大学病院を除く）	56 (42%)
その他（大学病院を除く）	25 (19%)
欠損	4 (3%)
年間のVV-ECMO患者の症例数, 中央値 [IQR], n=133	2 [1-5]
VV-ECMOの患者を自立して担当できる看護師数, 中央値 [IQR], n=117	15 [11-21]
VV-ECMOの患者を自立して担当できる看護師の割合, 中央値 [IQR], n=117	46.9 [35.7-63.6]

表3. COVID-19受け入れのための対策について

項目	
病床の確保やPPE着脱場所の設置など構造上の対策, n(%), n=282	
ICU に入室するようなCOVID-19 重症患者の受け入れ予定はなかった。(対策は行っていない)	31 (11%)
既存の集中治療室 (自部署) においてCOVID-19 重症患者受け入れのための対策を行った。(COVID-19 以外の患者も入室する)	162 (57.4%)
既存の集中治療室 (自部署) をCOVID-19 重症患者専用に変更した。(COVID-19 患者のみが入室する)	25 (8.9%)
自部署とは別の病棟等をCOVID-19 重症患者専用 (もしくは一部使用) に変更または新設し、自部署の看護師が主に関わった	23 (8.2%)
自部署とは別の病棟等をCOVID-19 重症患者専用 (もしくは一部使用) に変更または新設したが、自部署の看護師はあまり関わらなかった	38 (13.5%)
欠損	3 (1.1%)
COVID-19患者受け入れのための最大病床確保数, 中央値 [IQR], n=247	2 [1-4]
最も多くCOVID-19患者の対応をした月の平均病床利用率 (入室が無い場合は5月における利用率), n(%), n=282	
減った	111 (39.4%)
やや減った	60 (21.3%)
変わらなかった	47 (16.7%)
やや増えた	15 (5.3%)
増えた	8 (2.8%)
欠損	41 (14.5%)
人工呼吸器やECMOを装着しているCOVID-19患者を受け入れるために行った集中治療室全体の人的資源に対する対策, n(%), n=282	
集中治療の経験がある看護師のみを増員した	30 (10.6%)
集中治療の経験を問わず看護師を増員した	28 (9.9%)
増員していない	176 (62.4%)
減員した	8 (2.8%)
欠損	40 (14.2%)
集中治療室に増員した看護師の主な業務内容について, n(%), n=58	
COVID-19 以外の集中治療室の患者の担当	16 (27.6%)
COVID-19 以外の集中治療室の患者の担当者の手伝い	6 (10.3%)
人工呼吸器やECMO 管理中のCOVID-19 患者の担当	18 (31.0%)
人工呼吸器やECMO 管理中のCOVID-19 患者の担当者の手伝い	5 (8.6%)
人工呼吸器を離脱し退室予定のCOVID-19 患者の担当	1 (1.7%)
人工呼吸器を離脱し退室予定のCOVID-19 患者の担当者の手伝い	11 (19.0%)
欠損	1 (1.7%)

表4. COVID-19患者への対応

項目	
ICUベッド数 (2020年1月時点で運用している数), 中央値 [IQR], n=152	9.5 [8-14]
COVID-19患者が入室したICUの施設背景, n(%), n=152	
大学病院	46 (30.3%)
国公立・公的病院 (大学病院を除く)	73 (48.0%)
その他 (大学病院を除く)	29 (19.1%)
欠損	4 (2.6%)
COVID-19患者が入室したICUの集中治療室の算定加算, n(%), n=152	
特定集中治療室管理料1.2	66 (43.4%)

特定集中治療室管理料3.4	48 (31.6%)
救命救急入院料2.4	38 (25.0%)
COVID-19 患者が最も多く入室した月のCOVID-19入室患者数, 中央値 [IQR], n=144	2 [1-4]
COVID-19 患者が最も多く入室した月の病床利用率, n(%) , n=152	
減った	79 (52.0%)
やや減った	38 (25.0%)
変わらなかった	14 (9.2%)
やや増えた	11 (7.2%)
増えた	5 (3.3%)
欠損	5 (3.3%)
COVID-19 患者の対応に関して、他病棟からのヘルプを要請したユニットにおけるヘルプの人数 (1日あたりの平均人数), 中央値 [IQR], n=47	2 [1-4]
直接患者に関わらない外回りの看護師の配置人数 (1日あたりの平均人数), 中央値 [IQR], n=142	1 [1-2]
COVID-19 患者の対応のため、夜間の看護師配置を診療報酬で定められた基準 (2対1) より手厚く配置したか, n(%) , n=152	
はい	75 (49.3%)
いいえ	74 (48.7%)
欠損	3 (2.0%)
最も多く COVID-19 患者の対応をした月における、看護師の月平均夜勤時間について、2020 年1 月と比較した変化, n(%) , n=152	
減った	2 (1.3%)
やや減った	3 (2.0%)
変わらなかった	96 (63.2%)
やや増えた	32 (21.1%)
増えた	15 (9.9%)
欠損	4 (2.6%)
最も多く COVID-19 患者の対応をした月における、一部の看護師への夜勤時間の偏りについて、2020 年1 月と比較した変化, n(%) , n=152	
小さくなった	0
やや小さくなった	1 (0.7%)
変わらなかった	102 (67.1%)
やや大きくなった	37 (24.3%)
大きくなった	7 (4.6%)
欠損	5 (3.3%)
最も多く COVID-19 患者の対応をした月における、看護師の月の休日数について2020 年1 月と比較した変化, n(%) , n=152	
減った	3 (2.0%)
やや減った	11 (7.2%)
変わらなかった	112 (73.7%)
やや増えた	15 (9.9%)
増えた	5 (3.3%)
欠損	6 (3.9%)

表 5. COVID-19 患者一人に対する看護師の必要人数

項目	中央値 [IQR]
人工呼吸管理を要する重症呼吸不全患者 (ECMO は除く), n=133	
気管挿管時などを含む急変時、最大で何人の看護師を必要としたか, n=126	3 [2-4]
維持期に一人の患者に対する必要看護師数 (日勤), n=128	2 [2-2]
維持期に一人の患者に対する必要看護師数 (夜勤), n=128	2 [1.75-2.00]
V-V ECMO 管理を要する重症呼吸不全患者, 中央値 [IQR], n=61	
V-V ECMO 導入時などを含む急変時や回路交換等、最大で何人の看護師を必要としたか?, n=54	4 [3-4]
維持期に一人の患者に対する必要看護師数 (日勤), n=54	2 [2-3]
維持期に一人の患者に対する必要看護師数 (夜勤), n=54	2 [2-2]

図1. 人工呼吸器に関して(n=282)

#1プロトコルや医師の包括指示等を用いた実施

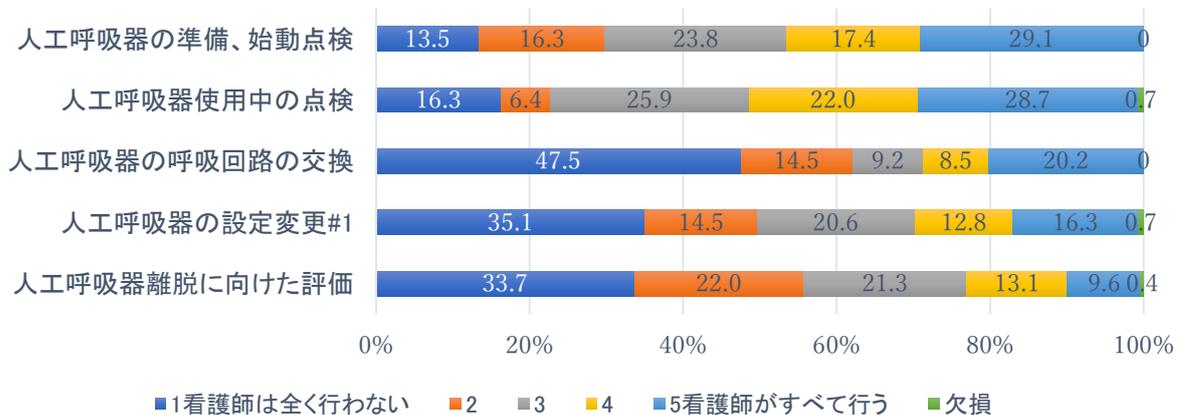


図2. V-V ECMOに関して(n=133)

#1プロトコルや医師の包括指示等を用いた実施

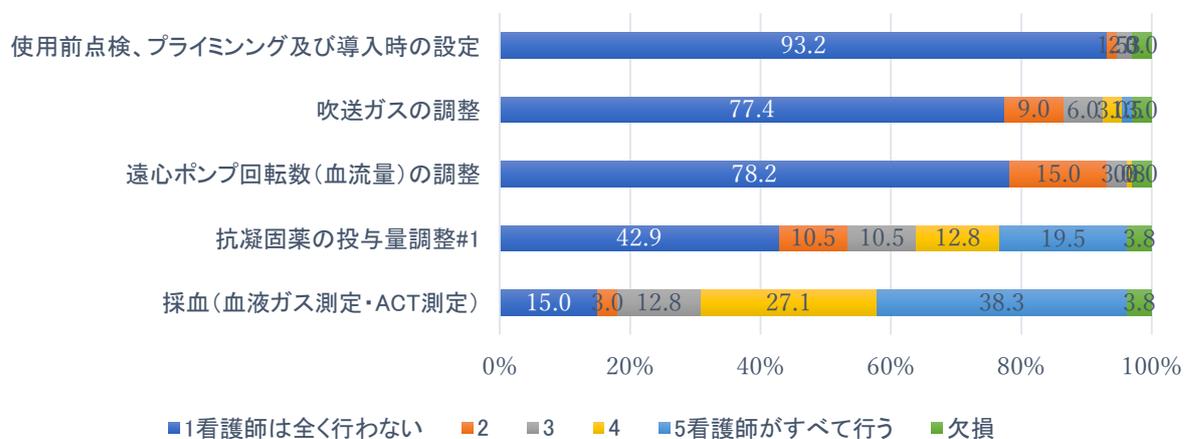
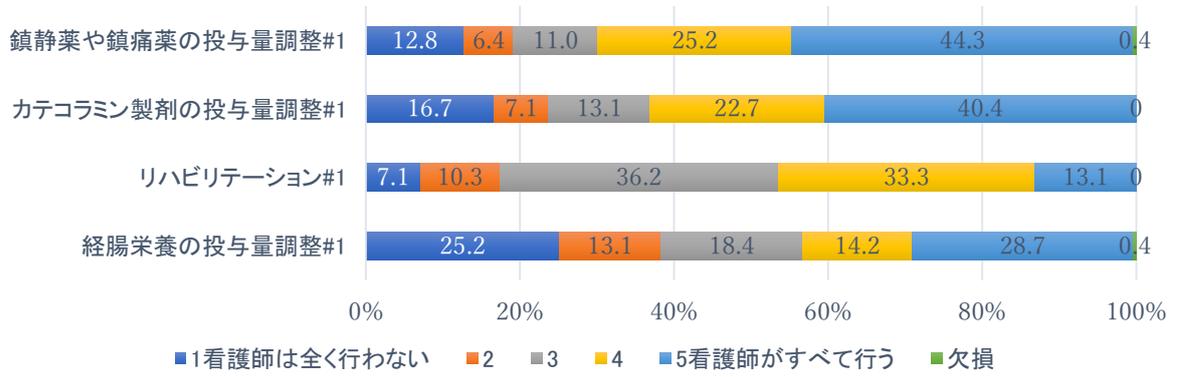


図3.集中治療関連の業務について(n=282)

#1プロトコルや医師の包括指示等を用いた実施



# タイトル：集中治療室において人工呼吸器及びVV-ECMOを装着する重症呼吸不全患者 のケアを担当する看護師に必要なコンピテンシーに関する調査

研究分担者 卯野木 健（札幌市立大学看護学部教授）

## 【要旨】

本調査は、集中治療室において、人工呼吸器ならびにV-VECMOを装着した患者にケアを提供するために看護師に必要なコンピテンシー（知識・技能・判断・態度）を明らかにすることを目的とした。コンピテンシーに関する合意形成を目指すデルファイ法を用い、ネットワークサンプリングにより選定した対象者に向けて、3回の質問紙調査を行った。結果は、重症呼吸不全で人工呼吸器を装着する患者の看護に必要なコンピテンシーが29項目、VV-ECMO装着患者の看護に必要なコンピテンシーが31項目となった。本調査の結果は、人工呼吸ならびにVV-ECMOを装着する患者に必要なコンピテンシーのみならず、集中治療室に勤務する看護師に求められる能力を包含していることを示唆した。

## 【背景】

わが国ではCOVID-19感染症の第3波を迎え、人工呼吸器や抜血-送血共に静脈とする膜型人工心肺（Veno venous - Extracorporeal membrane oxygenation:VV-ECMO）を必要とする重症患者が増加している。しかしながら、人工呼吸器やV-V ECMOの治療に携わることができる看護師の不足という問題が顕在化しており、それらの看護を行うことが可能な看護師の育成は喫緊の課題となっている。

パンデミック時には、これら機器の数のみでなく、扱うことのできる看護師の数も重要な医療資源である。しかし、現在までその数は不明であり、また、何を持ってそれらの患者の看護ができるというのか、という定義も存在せず、医療政策に反映させることが困難であった。さらに、教育を行うには、それらの患者の看護ができる能力、すなわちコンピテンシーを明らかにすることが必要である。そこで、調査では、人工呼吸器ならびにVV-ECMOを装着した患者にケアを提供するために看護師に必要なコンピテンシーを明らかにすることを目的とした。これらを使用した上でコンピテンシーを満たす看護師がどの程度存在するかを試算すること可能となり、また、系統だった教育を行うことが可能となると考える。

## 【目的】

集中治療室において、人工呼吸器ならびにV-VECMOを装着した患者にケアを提供するために看護師に必要なコンピテンシー（知識・技能・判断・態度）を明らかにすること。

## 【方法】

### 1. 研究デザイン

本調査では、集中治療領域のエキスパートによるフォーカスグループインタビューを元に作成した質問項目を用いて、質問紙調査を繰り返し行うことによりコンピテンシーに関する合意形成を目指す、デルファイ法を用いた。

### 2. 対象者

本調査の対象者は、集中治療室（ICU、CCU、救命ICU）に勤務する看護師で、重症呼吸不全のために人工呼吸器を装着した患者、ならびにVV-ECMOを装着した患者への看護に教育的立場で関与しているものとした。本調査は、3回の質問紙調査を繰り返すため、調査毎の脱落者を10名と見込み、調査開始時の対象者数を55名とした。対象者の選定は、ネットワークサンプリング法を用いて行った。施設の機能や規模、研究者間のネットワークからVV-ECMOを施行していると想定される施設に勤務する看護師のうち、基準を満たす看護師を研究者で抽出・選定し、調査への参加を依頼した。計画

した対象者数に達するまで、調査参加の依頼を受けた対象者が次の対象者を選定することを繰り返して行った。依頼を受けた参加候補者は、指定の登録用 URL にアクセスし、研究説明書を読んだ上で参加登録の可否を決定した。

### 3) 調査方法

調査は、①質問紙の作成、②質問紙調査の手順で行った。本調査では、人工呼吸器ならびに V-VECMO を装着した患者にケアを提供するために看護師に必要なコンピテンシーに関する調査結果の妥当性を担保するために、質問紙調査の回数は、過去に行われた同様の研究<sup>1)</sup>を参考に、3 回とした。

#### (1) 質問紙の作成

集中治療を専門とする臨床看護師 5 名、看護教員 3 名で、「人工呼吸器ならびに ECMO を装着する重症呼吸不全患者を受け持ち看護師として自立して担当するためには看護師にどのような知識や技能、判断や態度が求められるのか」という問いについて、過去の文献や臨床実践を基にグループフォーカスディスカッションを行った。ディスカッションの内容は、IC レコーダーに録音し、逐語録を作成した。逐語録から、人工呼吸器ならびに ECMO 装着患者を受け持つ看護師として、自立して担当するために必要なコンピテンシーに関して語られた部分を抽出し、意味内容の類似するものを集めて分類することで質問項目を検討し、質問紙を作成した。質問項目に対する回答は、100 段階 (0 : 全く必要でない～100 : 絶対に必要である) の Visual Analog Scale (VAS) で回答を求め、質問項目に対する意見は自由記載欄に記入を求めた。

#### (2) 質問紙調査

質問紙調査に、Web 調査用ツール (Survey monkey®) を用いた。調査対象者は研究責任者から送付されたメールに添付されている URL より Web 調査用ツールにアクセスし、質問項目に回答した。

### 4) 分析方法

質問項目毎に中央値を算出した。1 回目、2 回目のデータ集計後には、中央値が 70 以下の項目ならびに、自由解答欄に記載された意見を元に、項目の必要性や内容の妥当性について研究者内で検討し、項目の追加・修正を行った。3 回目の調査では中央値が 80 以上の項目について合意が得られたものと判断し、分析を終了した。

## 3. 調査期間

2020 年 12 月 29 日～2021 年 3 月 6 日

## 4. 倫理的配慮

本調査への参加は自由意思であること、調査に協力しなかった場合でも不利益を被ることはないこと、調査参加者は回答途中あるいは回答前でも回答を止めることができることについて、参加登録用の URL にアクセスした先にある調査説明書に明記した。同意した場合には「同意しました」のチェックボックスにチェックをつけることで同意を得た。本調査の実施にあたり、札幌市立大学の研究倫理審査委員会の承認を得た (No. 2021-1)。

### 【結果】

調査毎に脱落した対象者は、1 回目 3 名、2 回目 5 名、3 回目 3 名であり、3 回の調査全てに回答をした対象者は 44 名であった。対象者の概要を表 1 に示す。3 回の調査を通して、中央値が設定した基準を下回った項目はなかった。各項目の自由回答において、1 回目の調査では、質問項目の意味内容が伝わりにくい項目があるという意見や、VV-ECMO 装着患者の看護に必要なコンピテンシーについて、項目追加の提案があった。研究者らで検討した結果、人工呼吸器を装着する患者の看護に必要なコンピテンシー 2 項目、VV-ECMO 装着患者の看護に必要なコンピテンシー 1 項目について、意味内容は変わらず、表現の修正を行った。また、VV-ECMO 装着患者の看護に必要なコンピテンシーについて

は、1 項目の追加を行った。2 回目の調査でも、1 回目と同様に項目の表現に関する意見があったため、研究者らで検討し、人工呼吸器を装着する患者の看護に必要なコンピテンシー1 項目について表現の修正を行った。3 回目の調査では項目の追加や修正などの意見はなかった。以上 3 回の質問紙調査により、重症呼吸不全で人工呼吸器を装着する患者の看護に必要なコンピテンシーは 29 項目（表 2）、VV-ECMO 装着患者の看護に必要なコンピテンシーは 31 項目となった（表 3）。

表 1 対象者の特性

n = 44	
<b>性別</b>	
男 (%)	21 (47.7)
女 (%)	23 (52.3)
年齢 (mean ± SD)	38.9 ± 6.1
看護師経験年数 (mean ± SD)	16.7 ± 5.7
集中治療室での経験年数 (mean ± SD)	12.7 ± 4.5
1 年間の VV-ECMO 患者の看護経験数 (mean ± SD)	7.7 ± 7.8
<b>取得ライセンス (%)</b>	
認定看護師	17 (38.6)
認定看護師 + 特定行為研修修了	2 (4.5)
専門看護師	6 (13.6)
特定行為研修修了	2 (4.5)
診療看護師	2 (4.5)
何もなし	15 (34.0)

表2 重症呼吸不全で人工呼吸器を装着する患者の看護に必要なコンピテンシー

コンピテンシー	中央値
1. 患者の状態に適した人工呼吸器の設定になっているか判断できる	90
2. 人工呼吸器のグラフィックモニターの評価ができる	85
3. 人工呼吸器と自発呼吸の同調性を評価できる	90
4. 肺胸郭コンプライアンスについて理解ができる	80
5. 人工呼吸器アラームの理解ができ、適切に対応できる	100
6. 人工呼吸器に関連する合併症を予測し、発生の有無を評価できる	90
7. 人工呼吸器関連肺炎に対する予防策が実践できる	95
8. 重症呼吸不全の病態を理解し、状態の変化を捉えることができる	90
9. 肺保護戦略が理解できる	90
10. 筋弛緩薬の必要性について理解し、適切にモニタリングできる	87
11. 肺保護戦略下における動脈血ガス分析の評価ができる	87
12. 急激に生じる低酸素血症を適切にアセスメントし対応ができる	90
13. 肺胞の虚脱予防を考慮した、気道クリアランスのためのケアが実践できる	90
14. 特異的な体液バランスを理解し、評価することができる	86
15. 治療の効果やケアの反応を評価できる	90
16. 患者の状態に適した鎮静・鎮痛が行われているかを評価できる	92.5
17. 適切な鎮静・鎮痛薬の選択と投与量の調整について提案できる	90
18. 患者の状態に適した鎮静・鎮痛となるように非薬物的な介入ができる	90.5
19. せん妄を評価し、予防・改善のための実践ができる	92
20. 患者の状態に適したリハビリテーションを実施できる	90
21. 腹臥位の適応を検討することができる	85
22. 腹臥位に伴う合併症の発生や状態の変化を捉え、予防的対処や異常への早期対処ができる	90
23. 人工呼吸器の離脱から抜管前後のリスク評価ができる	90
24. 挿管困難患者のリスクアセスメントと適切な対応ができる	87.5
25. 患者の苦痛を全人的視点で評価し、適切な支援ができる	92.5
26. 患者の状態に適した安全・安楽な療養環境を調整できる	95
27. 家族の心理的負担を理解して必要な支援ができる	90
28. 患者・家族の（代理）意思決定への支援ができる	90
29. 多職種専門性を尊重したコミュニケーションをはかり、必要な情報の収集や提供ができる	90

表3 VV-ECMO 装着患者の看護に必要なコンピテンシー

コンピテンシー	中央値
1. ECMOが必要な重症呼吸不全の病態が理解できる	90
2. 患者の状態の変化を捉え、適切に対応することができる	90
3. ECMOのメカニズムが理解できる	95
4. ECMO回路の基本的な理解ができる	99
5. 一般的な目標血液流量やスウィープガス設定が理解できる	89.5
6. ECMO管理中の人工呼吸器設定 (rest lung) の理解ができる	90
7. カニューレの事故抜去を予防するために確実な固定ができる	100
8. 回路内のエア混入の緊急性を理解し、発見時には直ちに報告ができる	100
9. 人工肺のガスフラッシュの目的が理解できる	95
10. プラズマリークの有無や血液ガス分析結果から人工肺劣化の判断ができる	90
11. ECMO回路内圧の変化から回路内のトラブルを予測できる	90.5
12. ECMO装置の動作不良が発見できる	95
13. カテーテル挿入部の出血、回路のねじれに対応できる	96
14. 送脱血の不良が判断できる	95
15. 血液凝固能の状態を把握し、回路内血栓の状況に応じて適切に報告できる	90
16. ECMO管理下での血液ガス分析の解釈上の特徴がわかる	90
17. ECMO管理下におけるアラームが理解でき、状況に応じた対処ができる	95
18. 緊急停止時の対応が理解できる	100
19. 起こりうる合併症が理解できる	95
20. 合併症予防のためのケアや早期発見のための観察ができる	95
21. リサーキュレーションの程度を評価できる	85
22. 不安や不穏及び強い吸気努力など出現時に、適切な対処について判断できる	90
23. 病状・病期に応じた適切な鎮静深度について理解できる	90
24. せん妄を評価し、予防・改善のための実践ができる	95
25. 患者の状態に応じたリハビリテーションの内容について医療チームと検討できる	94.5
26. リハビリテーション中の患者の状態を評価できる	92
27. ウィーニングプロセスを理解できる	90
28. 患者の苦痛を全人的視点で評価し、適切な支援ができる	95
29. 患者や家族と良好なコミュニケーションを保ち、信頼関係を築くことができる	94.5
30. 家族の心理的負担を理解して必要な支援ができる	93.5
31. 多職種の専門性を尊重したコミュニケーションをはかり、必要な情報の収集や提供ができる	92

### 【考察】

本調査の対象者は、看護師経験年数や集中治療室での経験年数、VV-ECMO 装着患者の看護経験数が豊富であり、国内の集中治療室での看護に精通した看護師の意見が反映されたコンピテンシーであると考えられる。

諸外国では人工呼吸器を装着した患者へ医療サービスを提供するために必要なコンピテンシーが明らかにされている<sup>2, 3)</sup>。それらには呼吸生理や人工呼吸器のモードへの理解やモニタリング、ウィーニング過程を含む人工呼吸器の離脱に至るまでの、人工呼吸器を装着する患者に対する幅広い知識が含まれている。本調査の結果にも同様の内容が包含されており、それらを日本国内の看護師が実践できる内容として表現している。これは、本調査の結果が人工呼吸器を装着する患者の看護に必要なコンピテンシーを網羅していることを示唆している。

また、諸外国でECMO 装着患者へのエキスパートとして活躍する、ECMO Specialist の役割として、患者のベッドサイドでECMO 回路の安全を担保していることや、ECMO 回路に関する様々な管理を行っていることが明らかになっている<sup>4)</sup>。本調査の結果は、看護師がVV-ECMO 回路の安全を保持するための内容や、回路を管理するために日本国内の看護師が行える内容を包含しており、VV-ECMO を装着する患者へケアを提供するために必要なコンピテンシーであることを示唆している。

本調査の結果は、人工呼吸ならびにVV-ECMO を装着する患者に必要なコンピテンシー両内容に、多職種との連携に関する内容を含んでいる。これは、人工呼吸器やVV-ECMO に特有なものではなく、集中治療室に勤務する看護師として必要とされている内容であり<sup>5)</sup>、医療チームとして医療サービスを提供する上で重要な要素であると考えられる。

以上は、本調査の結果が人工呼吸ならびにVV-ECMO を装着する患者に必要なコンピテンシーのみならず、集中治療室に勤務する看護師に求められる能力を包含していることを示唆している。そのた

め、本調査の結果は、人工呼吸器ならびに VV-ECMO を装着した患者にケアを提供する看護師の、教育プログラム策定に向けた資料として活用可能である。

#### 【結論】

本調査ではデルファイ法を用いて集中治療室において、人工呼吸器ならびに VV-ECMO を装着した患者にケアを提供するために看護師に必要なコンピテンシー（知識・技能・判断・態度）を明らかにした。結果は、重症呼吸不全で人工呼吸器を装着する患者の看護に必要なコンピテンシーが 29 項目、VV-ECMO 装着患者の看護に必要なコンピテンシーが 31 項目となった。

この結果は、人工呼吸器ならびに VV-ECMO を装着する患者にケアを提供するために必要であり、集中治療室に勤務する看護師にとって重要な内容を網羅していることを示唆した。この結果によって、医療現場に従事する看護師の中でこのコンピテンシーを満たす看護師を明確にすることができる。また、VV-ECMO 装着患者にケアを提供する看護師の、教育プログラム策定に向けた資料としても活用可能である。

#### 【引用】

- 1) 藤田優一, 植木慎悟, 北尾美香 他. 看護師を対象とするデルファイ法を用いた国内文献の研究手順の実態. 武庫川女子大学看護学ジャーナル. 2018;3:35-42.
- 2) Goligher EC, Ferguson ND, Kenny LP. Core competency in mechanical ventilation: development of educational objectives using the Delphi technique. *Crit Care Med*. 2012;40(10):2828-2832.
- 3) Kacmarek RM. Mechanical ventilation competencies of the respiratory therapist in 2015 and Beyond. *Respir Care*. 2013;58(6):1087-1096.
- 4) Daly KJ, Camporota L, Barrett NA. An international survey: the role of specialist nurses in adult respiratory extracorporeal membrane oxygenation. *Nurs Crit Care*. 2017;22(5):305-311.
- 5) Lakanmaa RL, Suominen T, Perttilä J, Puukka P, Leino-Kilpi H. Competence requirements in intensive and critical care nursing—still in need of definition? A Delphi study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2012;28(6):329-336.

## 研究成果の刊行に関する一覧表

該当なし

令和3年3月29日

厚生労働大臣 殿

機関名 自治医科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 永井 良

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 厚生労働科学特別研究事業
- 2. 研究課題名 新型コロナウイルス感染症等の健康危機への備えと対応を踏まえた医療提供体制のための研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 地域医療学センター地域医療政策部門・教授  
(氏名・フリガナ) 小池 創一・コイケ ソウイチ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	自治医科大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年3月3日

厚生労働大臣 殿

機関名 公立大学法人奈良県立医科大学

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 細井 裕司

次の職員の令和2年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 厚生労働科学特別研究事業
- 2. 研究課題名 新型コロナウイルス感染症等の健康危機への備えと対応を踏まえた医療提供体制のための研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学部・教授  
(氏名・フリガナ) 今村 知明・イマムラ トモアキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。  
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 3 年 3 月 29 日

厚生労働大臣 殿

機関名 聖路加国際大学  
所属研究機関長 職名 学長  
氏名 堀内 成子

次の職員の令和 2 年度厚生労働科学研究費／厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働科学特別研究事業
2. 研究課題名 新型コロナウイルス感染症等の健康危機への備えと対応を踏まえた医療提供体制のための研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 聖路加国際病院・院長  
(氏名・フリガナ) 福井 次矢・フクイ ツグヤ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	聖路加国際大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する口にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 ハイズ株式会社

所属研究機関長 職名 代表取締役

氏名 斐 英洙

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 厚生労働科学特別研究事業
- 研究課題名 新型コロナウイルス感染症等の健康危機への備えと対応を踏まえた医療提供体制のための研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 代表取締役  
(氏名・フリガナ) 斐 英洙

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	自治医科大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する口にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2021年 5月 24日

厚生労働大臣 殿

機関名 東京医療保健大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 亀山 周

次の職員の令和2年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
- 研究課題名 新型コロナウイルス感染症等の健康危機への備えと対応を踏まえた医療提供体制のための研究
- 研究者名 （所属部局・職名）東京医療保健大学 副学長  
（氏名・フリガナ）坂本 すが ・ サカモト スガ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京医療保健大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・ 該当する□にチェックを入れること。  
・ 分担研究者の所属する機関の長も作成すること。