

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

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

れない。

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

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

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

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

務医の役割を分担し、勤務内容に応じた診療報酬体制とする。

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

数字に対する医師の人数で点数化されるとよい。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

に、三次救急を担う病院に対しては根本的な改善を望む。

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

しい。

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

2. 医師責任者票

2-④-1 入院診療に係るあなたの業務負担が「増加した」理由

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

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

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

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

○医師が減ったため

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

○部下の能力不足のため

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

○管理業務が増加したため

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

○事務作業が増えたため

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

○電子化による業務が増加したため

- ・電子化による負担の増加。
- ・電子カルテ化による業務の増加。

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

○会議が増加したため

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

○その他

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

2-④-1 入院診療に係るあなたの業務負担が「軽減した」理由

○医師数が増加したため

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

○部下が成長したため

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

○担当患者が少なくなったため

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

○管理業務など、他の業務をしているため

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

○医師事務作業補助者など、医師以外のスタッフを活用するようになったため

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

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

○その他

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

2-⑤-1 外来診療に係るあなたの業務負担が「増加した」理由

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

2-⑤-1 外来診療に係るあなたの業務負担が「軽減した」理由

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

4-⑤ 診療科において実施した経済面での処遇改善の内容

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

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

○分娩手当（時間外含む）の創設

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

○当直手当の創設

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

○診断書作成料の支給

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

○その他の手当

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

円を算定する。

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

○学会活動等の支援

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

○育児支援当

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

○その他

- ・ETCカードの配布

5 病院勤務医の負担軽減についての課題・ご意見

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

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

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

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

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

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

3. 医師票

2-④-1 入院診療に係るあなたの業務負担が「増加した」理由

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

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

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

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

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

- ・産婦人科医師の退職。

- 医師の能力不足があるため

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

- 事務作業が増加したため

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

- 電子化により負担が増加したため

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

- 患者や家族への対応などの負担が増加したため

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

2-④-1 入院診療に係るあなたの業務負担が「軽減した」理由

- 医師が増えたため

- ・後輩医師が増えたため。
- ・自分より若い医師が就職してくれたため。

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

○入院の縮小・廃止等があったため

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

○スタッフの増員があったため

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

○電子化による業務軽減

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

○その他

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

2-⑤-1 外来診療に係るあなたの業務負担が「増加した」理由

○患者数が増加したため

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

○外来の業務内容が増えたため

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

○近隣の病院が閉鎖・縮小したため

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

○重症患者が増加したため

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

○検査件数・手術件数が増加したため

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

○医師数が減少したため

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

- ・常勤医師数が減少し、1人当たりの担当数が増加した。

○電子化により負担が増加したため

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

○事務作業が増加したため

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

○患者への説明に要する時間が増加したため

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

○外来担当回数の増加

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

○その他

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

2-⑤-1 外来診療に係るあなたの業務負担が「軽減した」理由

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

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

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

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

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

- 電子化による業務軽減を進めたため

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

○予約制・紹介制を導入したため

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

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

○救急の受入れについて

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

○当直後の勤務について

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

○経済的処遇について

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

○医師数について

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

○外来診療について

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

○業務分担について

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

○医療クラークの活用

- ・医療クラーク業務が全科に広まること。

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

○その他

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

2-⑰ 今後の意向の理由

【「できれば診療を辞めたい」とする理由】

○疲れた、負担が大きい

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

○リスクが大きい

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

○報われない、不公平である

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

○充実感がない

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

○生活の困難さ

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

○その他

- ・夢の実現のため。

以上

調 査 票