

- ・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」は埋まらない。

- ・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。入院基本料の倍増が必要である。
- ・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と、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の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っており、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、業務分担など是可以する限り行っており、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。