

6. まとめ

本調査より明らかになった点は、以下のとおりである。

(1) 施設調査

- ・ 施設基準の届出状況は、「入院時医学管理加算」が14.3%、「医師事務作業補助体制加算」が65.7%、「ハイリスク分娩管理加算」が60.1%であった（図表2）。
- ・ 開設主体は、「入院時医学管理加算」届出施設では「公立」（31.1%）が、「医師事務作業補助体制加算」届出施設では「医療法人」（38.6%）が、「ハイリスク分娩管理加算」届出施設では「公立」（27.4%）が最も多かった（図表4）。
- ・ 許可病床数は、「入院時医学管理加算」届出施設が平均528.6床（中央値500床）、「医師事務作業補助体制加算」届出施設が平均342.4床（中央値307床）、「ハイリスク分娩管理加算」届出施設が平均519.0床（中央値500床）であった（図表5）。
- ・ 勤務医負担軽減対策計画の策定状況は、「既に策定済み」が57.4%、「現在策定中である」が15.7%、「策定していない」が22.9%であった（図表11）。
- ・ 診療録電子カルテの導入状況は、「導入している」が44.4%、「導入していない」が55.0%であった（図表12）。導入時期は、「平成18年」が17.9%、「平成16年」が14.8%、「平成20年以降」が14.4%、「平成19年」が13.5%となった（図表13）。
- ・ 平成20年10月の病院全体の平均在院日数は18.4日（図表14）、一般病棟の平均在院日数は15.3日（図表15）、平均紹介率は44.5%（図表16）、平均逆紹介率は34.3%であった（図表17）。
- ・ 一般病棟の入院基本料区分は、「7対1」が55.6%、「10対1」が39.3%だった（図表18）。
- ・ 加算の届出状況に限らず、医師事務作業補助者が「いる」という施設が73.8%、「いないが、今後、確保・採用予定」が11.2%、「いない」が13.0%であった（図表21）。
- ・ MSW（医療ソーシャルワーカー）が「いる」という施設が92.2%、「いないが、今後、確保・採用予定」が1.9%、「いない」が5.2%であった（図表23）。
- ・ 病院ボランティアが「いる」が57.0%、「いないが、今後、確保・採用予定」が7.9%、「いない」が31.2%であった（図表25）。
- ・ 平成20年10月における1施設あたりの常勤医師の平均人数は、「男性」73.6人、「女性」16.4人であり、1年前と比較して若干増加している（図表29）。

- 平成 20 年 10 月における、常勤医師 1 人あたりの月平均当直回数は、平成 19 年 10 月と比較してわずかではあるが減少している。しかしながら、「産科・産婦人科」「救急科」「小児科」では依然として 3 回を超えている（図表 31）。1 か月あたりの連続当直合計回数は、「産科・産婦人科」「小児科」では減少したが、依然として高い水準といえる（図表 33）。
- 負担軽減策の取組み状況については、「取り組んでいる」という割合は、「医師・看護師等の業務分担」では 56.4%、「医師事務作業補助体制」では 77.1%、「短時間正規雇用の医師の活用」では 25.4%、「連続当直を行わない勤務シフト」では 71.9%、「当直後の通常勤務に係る配慮」では 45.2%と、ばらつきがみられた（図表 37）。
- 医師への経済面での処遇改善状況については、「改善した」が 45.0%、「変わらない」が 53.7%だった（図表 48）。処遇改善の内容としては、「基本給を増やした」が改善したという施設の 36.2%、「手当を増やした」が 75.4%であった（図表 49）。
- 「基本給を増やした」対象の医師としては、「特定の医師」が基本給を増やした施設の 52.4%、「医師全員」が 44.0%、「特定の診療科に勤務する医師」が 19.0%であった（図表 50）。
- 「手当を増やした」対象の医師としては、「医師全員」が手当を増やした施設の 39.4%、「特定の診療科に勤務する医師」が 34.9%、「特定の医師」が 44.0%であった（図表 53）。このうち、「特定の診療科に勤務する医師」と回答した施設では、その対象として「産科・産婦人科」が 78.7%で最も多く、次いで「小児科」が 19.7%であった（図表 54）。
- 入院時医学管理加算の届出状況については、「届出をしている」が 14.3%（74 施設）、「現在は届出なし、今後届出を行う」が 7.0%、「届出をしていない」が 76.9%であった（図表 56）。また、入院時医学管理加算の届出が受理された月は「平成 20 年 4 月」が 50.0%で最も多く、次いで「7 月」「10 月」が 10.8%、「9 月」が 6.8%であった（図表 57）。
- 初診に係る選定療養（実費徴収）が「ある」という施設が 90.5%であった（図表 58）。選定療養（実費徴収）の 1 回あたりの平均金額は 2,234.7 円であった（図表 59）。
- 医師事務作業補助体制加算の届出状況は、「届出をしている」が 65.7%、「現在は届出なし、今後届けを行う」が 6.6%、「届出をしていない」が 27.5%であった（図表 62）。届出が受理された時期は、「平成 20 年 4 月」が 65.5%で最も多く、次いで「5 月」が 10.9%、「6 月」が 7.7%、「7 月」が 5.0%であった（図表 63）。
- 医師事務作業補助者（専従者）の配置時期については、「平成 20 年 4 月以降」が 55.5%で最も多く、次いで「平成 13～19 年」が 21.8%、「平成 12 年以前」「平成 20 年 1～3 月」がともに 6.5%だった（図表 64）。

- ・ 医師事務作業補助体制加算の種類は、「25 対 1 補助体制加算」が 2.9%、「50 対 1 補助体制加算」が 41.9%、「75 対 1 補助体制加算」が 25.1%、「100 対 1 補助体制加算」が 26.5%であった（図表 65）。25 対 1 補助体制加算の届出施設の許可病床数については 500 床以上が 80.0%を占めており、大規模病院が多かった（図表 67）。
- ・ 1 施設あたりの常勤の医師事務作業補助者数（実人数）と給与総額（常勤）の平均は、「実人数」が 5.0 人、「（うち）医療従事経験者」が 1.0 人、「（うち）医療事務経験者」が 2.9 人、「給与総額」が 119.8 万円であった。なお、1 人あたりの給与総額は 24.0 万円であった（図表 68）。1 施設あたりの非常勤の医師事務作業補助者数（実人数）と給与総額（非常勤）の平均は、「実人数」が 2.6 人、「（うち）医療従事経験者」が 0.3 人、「（うち）医療事務経験者」が 0.9 人、「給与総額」が 37.4 万円であった。なお、1 人あたりの給与総額は 14.5 万円であった（図表 69）。
- ・ 医師事務作業補助者の配置状況については、「病院全体でまとめて配置している」が 65.5%で最も多く、次いで「特定の診療科に配置している」が 20.1%、「特定の病棟に配置している」が 16.5%、「特定の医師に配置している」が 9.7%であった（図表 70）。
- ・ 医師事務作業補助者の従事が「あり」という割合をあげると、「診断書などの文書作成補助」では 91.2%（図表 71）、「診療記録への代行入力」では 48.1%（図表 73）、「医療の質の向上に資する事務作業」では 65.2%（図表 75）、「行政上の業務（救急医療情報システムへの入力等）」では 39.5%であった（図表 77）。
- ・ 医師事務作業補助者の業務範囲について、「院内規程等で明確にしている」が 88.8%、「曖昧な部分がある」が 7.4%であった（図表 79）。
- ・ 個人情報保護上の問題の発生の有無については、「発生した」という回答はなかった（図表 80）。
- ・ ハイリスク分娩管理加算の届出状況は、「届出をしている」が 60.1%、「現在は届出なし、今後届出を行う」が 0.8%、「届出をしていない」が 33.7%だった（図表 81）。ハイリスク分娩管理加算の届出が受理された時期は、「平成 20 年 4 月」が 87.7%で最も多かった（図表 82）。
- ・ 平成 19 年と平成 20 年の同月で分娩件数を比較すると、9 月、10 月で前年より若干の増加となった（図表 83）。ハイリスク分娩管理加算の算定回数については、平成 19 年の同月と比較して 2 倍近くに増加した（図表 84）。

(2) 医師責任者調査・医師調査

- ・ 医師が所属している施設の開設主体は、医師責任者では「公立」が 26.0%と最も多く、次いで「医療法人」が 22.1%、「公的」が 16.9%、「その他の法人」が 13.9%であった。医師も同様で、「公立」が 25.4%と最も多く、次いで「医療法人」が 17.4%、「公的」が 16.9%、「その他の法人」が 13.9%であった（図表 85）。
- ・ 施設基準届出状況は、医師責任者、医師ともに「ハイリスク分娩管理加算届出施設」がそれぞれ 68.1%、75.5%と最も多く、次いで「医師事務作業補助体制加算届出施設」がそれぞれ 61.3%、54.8%、「入院時医学管理加算届出施設」がそれぞれ 18.3%、18.4%であった（図表 90）。
- ・ 回答があった医師の性別は、医師責任者では「男性」が 94.4%、「女性」が 5.5%であった。医師では「男性」が 83.6%、「女性」が 16.3%であった（図表 91）。年齢については、医師責任者は平均 51.6 歳、医師は平均 40.1 歳であった（図表 92）。医師としての経験年数は、医師責任者は平均 26.1 年、医師は平均 14.4 年であった（図表 94）。また、調査対象病院での勤続年数は、医師責任者は平均 11.4 年、医師は 5.5 年であった（図表 95）。
- ・ 外来診療担当の有無は、医師責任者では「あり」が 95.1%、「なし」が 4.4%であった。医師では「あり」が 91.5%、「なし」が 8.1%であった（図表 101）。医師 1 人あたり 1 日の平均外来診察患者数は、医師責任者は平均 32.6 人、医師は平均 28.0 人であった（図表 102）。
- ・ 入院診療における担当患者の有無については、「あり」が 87.0%、「なし」が 12.2%であった（図表 103）。医師 1 人あたりの担当入院患者数は平均 10.9 人であった（図表 104）。
- ・ 直近 1 週間の実勤務時間の平均は、医師責任者は 58.0 時間、医師は 61.3 時間であった（図表 105）。診療科別にみると、医師責任者では「救急科」（62.6 時間）が最も長く、次いで「脳神経外科」（62.3 時間）、「産科・産婦人科」（60.2 時間）、「外科」（60.1 時間）であった。医師では「救急科」（74.4 時間）が最も長く、次いで「外科」（65.0 時間）、「小児科」（63.7 時間）「脳神経外科」「産科・産婦人科」（ともに 63.9 時間）であった（図表 106）。
- ・ 医師責任者の平成 20 年 10 月 1 か月あたりの平均当直回数は、「産科・産婦人科」が 2.90 回で最も多く、次いで「救急科」が 2.73 回、「小児科」が 2.13 回、「脳神経外科」が 1.78 回であった。平成 19 年 10 月と比較すると当直回数は若干の減少となった（図表 107、図表 108）。平均連続当直回数は、「産科・産婦人科」が 0.29 回で最も多く、次いで「精神科」の 0.16 回であった（図表 111、図表 112）。

- ・ 医師の平成 20 年 10 月 1 か月あたり平均当直回数は、「救急科」が 5.48 回と最も多く、次いで「産科・産婦人科」が 4.51 回、「小児科」が 3.48 回、「脳神経外科」が 3.03 回であった。平成 19 年 10 月と比較するとやや減少しているものの、依然として高い水準であった（図表 109、図表 110）。平均連続当直回数は、「産科・産婦人科」が 0.40 回で最も多く、次いで「救急科」の 0.38 回であった（図表 113、図表 114）。
- ・ 各診療科の状況について医師責任者に回答していただいた結果、入院診療での業務負担の変化については「軽減した」が 7.3%、「変わらない」が 47.4%、「増加した」が 43.3%であった。（図表 117）。また、外来診療での業務負担の変化については、「軽減した」が 6.0%、「変わらない」が 53.4%、「増加した」が 38.3%であった（図表 122）。各診療科における夜間・早朝の軽症救急患者数の変化については、「減少した」が 9.1%、「変わらない」が 71.1%、「増加した」が 16.0%であった（図表 127）。
- ・ 医師責任者がみた各診療科の医師の勤務状況の変化については、「変わらない」（41.3%）が最も多く、次いで「どちらかという悪化した」（21.4%）、「悪化した」（19.4%）、「どちらかという改善した」（11.5%）、「改善した」（5.3%）の順であった。診療科別にみると、「改善した」「どちらかという改善した」の合計では「救急科」「産科・産婦人科」および「小児科」が、また、「悪化した」「どちらかという悪化した」の合計では「精神科」および「脳神経外科」が、いずれも全体平均を上回っている（図表 128）。
- ・ 平成 20 年 10 月における、各診療科の常勤医師数は、平成 19 年 10 月と比較すると大きな変化はみられなかった（図表 130）。
- ・ 平成 20 年 10 月における、各診療科の常勤医師 1 人あたり月平均残業時間の変化については、「救急科」で若干減少したものの、「脳神経外科」（46.7 時間）に次いで 2 番目に長いなど、依然として高水準となっている。「救急科」以外の診療科では、月残業時間の平均は増加している（図表 132）。
- ・ 平成 20 年 10 月における、各診療科の常勤医師 1 人あたり月平均当直回数の変化については、「産科・産婦人科」（4.8 回）、「救急科」（4.2 回）、「小児科」（3.5 回）が依然として他の診療科と比較しても高い水準であった（図表 134）。
- ・ 平成 20 年 10 月における、各診療科の連続当直をした医師の延べ人数については、「産科・産婦人科」（1.7 人）が他の診療科と比較して高い結果となった（図表 135）。
- ・ 各診療科の医師の退職者数は、男性の常勤医師については「精神科」「外科」「内科」が他と比較して多かった（図表 136）。
- ・ 各診療科が取り組んでいる医師の勤務負担軽減策としては、「医師事務作業補助者（医療クラーク）の配置」（50.4%）が最も多く、次いで「医師業務の看護師等コメディカルへの移転」（29.0%）、「常勤医師の増員」（23.2%）、「当直翌日の残業なしの配慮」（19.0%）であった（図表 137）。

- ・ 取り組んでいる勤務負担軽減策の効果については、効果があった（「効果があった」＋「どちらかといえば効果があった」）の回答割合が最も高かったものは「医師事務作業補助者の配置」（72.8％）で、次いで「常勤医師の増員」（70.7％）、「非常勤医師の増員」（67.8％）、「医師業務看護師等コメディカルへの移転」（66.4％）であった（図表 140）。
- ・ 平成 20 年 4 月以降の経済面での処遇の変化として基本給（賞与を含む）についてみると、「増額した」が 6.8％、「変わらない」が 83.0％、「減額した」が 5.5％であった。診療科別では、脳神経外科および産科・産婦人科で「増額した」との回答割合が他の診療科と比較して若干高かった。一方、救急科では「減額した」との回答が他の診療科と比較して高くなっている（図表 141）。同じく勤務手当についてみると、小児科、脳神経外科、産科・産婦人科、救急科で「増額した」が全体平均を上回った（図表 142）。
- ・ 平成 20 年 10 月における医師個人の勤務状況については、医師責任者、医師ともに、1 年前と比較して「変わらない」（それぞれ 47.7％、49.8％）が最も多く、悪化した（「悪化した」＋「どちらかといえば悪化した」）がそれぞれ 37.8％、34.8％、「改善した（「改善した」＋「どちらかといえば改善した」）がそれぞれ 13.2％、14.3％であった（図表 143）。
- ・ 医師個人の入院診療に係る業務負担については、医師責任者は「軽減した」が 13.6％、「変わらない」が 61.0％、「増加した」が 23.6％であった。医師は「軽減した」が 10.6％、「変わらない」が 61.2％、「増加した」が 26.5％であった（図表 145）。
- ・ 外来診療に係る業務負担については、医師責任者は「軽減した」が 7.5％、「変わらない」が 54.1％、「増加した」が 35.7％であった。医師は「軽減した」が 5.0％、「変わらない」が 53.7％、「増加した」が 38.8％であった（図表 147）。
- ・ 病院内の診療外業務に係る業務負担については、医師責任者は「軽減した」が 2.0％、「変わらない」が 42.5％、「増加した」が 54.9％であった。医師は「軽減した」が 1.6％、「変わらない」が 57.2％、「増加した」が 40.4％であった（図表 149）。
- ・ 病院内における教育・指導に係る業務負担については、医師責任者は「軽減した」が 1.8％、「変わらない」が 60.2％、「増加した」が 37.5％であった。医師は「軽減した」が 1.9％、「変わらない」が 63.6％、「増加した」が 33.8％であった。（図表 151）。
- ・ 医師責任者の管理業務に係る業務負担については、「軽減した」が 1.0％、「変わらない」が 49.9％、「増加した」が 48.6％であった（図表 153）。
- ・ 夜間・早朝の軽症救急患者数については、医師責任者が回答した担当診療科としては「減少した」が 9.1％、「変わらない」が 71.1％、「増加した」が 16.0％であった。医師では「減少した」が 7.5％、「変わらない」が 70.1％、「増加した」が 21.0％であった（図表 155）。

- ・ 医師責任者が日常業務において負担が最も重いと感じる業務として、回答が最も多かったものは、内科、小児科、外科、救急科では「病院内の診療外業務」（それぞれ 25.4%、24.3%、36.4%、32.6%）、精神科、整形外科、産科・産婦人科では「外来診療」（37.9%、31.0%、26.1%）、脳神経外科では「入院診療」（21.3%）であった（図表 156）。
- ・ 医師が日常業務において負担が最も重いと感じる業務として、整形外科以外のすべての診療科において「当直」が最も多い回答となった。内科では 29.7%、精神科では 28.4%、小児科では 45.3%、外科では 26.8%、脳神経外科では 31.2%、産科・産婦人科では 37.7%、救急科では 44.0%であった。なお、整形外科では「外来診療」（29.5%）が最も多く、次いで「当直」（27.6%）であった（図表 157）。
- ・ 医師にとって負担が重いと感じる具体的な業務は、「診断書、診療録・処方せんの記載」（50.8%）が最も多く、次いで「主治医意見書の記載」（44.2%）、「検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明」（29.0%）、「診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力」（27.6%）であった（図表 160）。
- ・ 勤務医負担軽減策に関する計画の認知度は、医師責任者では「内容も含め知っている」が 38.4%、「あることは知っているが内容は知らない」が 18.1%、「知らない」が 42.2%であった。医師は、「内容も含め知っている」が 11.9%、「あることは知っているが内容は知らない」が 17.3%、「知らない」が 69.9%であった（図表 161）。
- ・ 業務分担の進捗状況についてみると、医師責任者、医師ともに「診断書、診療録・処方せんの記載の補助」（それぞれ 31.5%、29.4%）が最も多く、次いで「主治医意見書の記載の補助」（23.5%、21.2%）、「静脈注射・留置針によるルート確保」（18.0%、17.2%）、「診察検査等のオーダーリングシステム入力や電子カルテの入力代行」（16.0%、14.0%）、「検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明」（14.9%、11.0%）であった（図表 163）。
- ・ 実施している業務分担の効果については、静脈注射および留置針によるルート確保では、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 79.5%、医師では 66.4%であった（図表 164）。
- ・ 薬剤の投与量の調整に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 7 割を超えているのに対し、医師では 4 割程度に留まっている。なお、「効果がなかった」「どちらかといえば効果がなかった」の合計が医師では約 3 割と、医師責任者の 3 倍以上の割合を示している（図表 165）。
- ・ 診断書、診療録・処方せんの記載の補助に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 78.8%、医師では 68.4%であった。なお、医師では「効果がなかった」が 12.5%と、医師責任者（4.1%）の 3 倍以上の割合を示している。（図表 166）。

- ・ 診断書、診療録・処方せんの記載の補助の効果について医師事務作業補助体制加算の加算種類別にみると、全体では「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が 81.2%、「どちらともいえない」が 11.5%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計が 6.7%であった。体制加算が高くなるほど、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が高くなる傾向がみられた（図表 167）。
- ・ 主治医意見書の記載の補助に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 77.5%、医師では 61.8%であった。なお、医師では「効果がなかった」が 15.1%と、医師責任者（5.0%）の 3 倍の割合を示している（図表 168）。
- ・ 主治医意見書の記載の補助の効果について、医師事務作業補助体制加算の加算種類別にみると、全体では「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が 80.8%、「どちらともいえない」が 11.9%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計が 6.6%であった。体制加算が高くなるほど、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が高くなる傾向がみられた（図表 169）。
- ・ 診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力の代行に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 72.3%、医師では 48.5%であった。なお、医師では「効果がなかった」が 22.3%と、医師責任者（5.2%）の 4 倍以上の割合を示している（図表 170）。
- ・ 診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力の代行の効果について、医師事務作業補助体制加算の加算種類別にみると、全体では「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が 72.9%、「どちらともいえない」が 17.8%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計が 7.4%であった。25 対 1 補助体制加算、50 対 1 補助体制加算の施設では他と比較して「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が高かった（図表 171）。
- ・ 滅菌器材、衛生材料、書類、検体等の院内物品の運搬・補充に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 73.8%、医師では 49.6%、「どちらともいえない」がそれぞれ 19.4%、32.7%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ 5.6%、16.2%と、両者の間に大きな差異がみられた（図表 172）。
- ・ 患者の移送に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では 73.6%、医師では 46.3%、「どちらともいえない」がそれぞれ 20.7%、31.5%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ 4.8%、21.7%と、両者の間に大きな差異がみられた（図表 173）。

- ・ 夜間・休日の救急医療等における診療の優先順位の決定に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では51.2%、医師では18.5%、「どちらともいえない」がそれぞれ33.6%、41.4%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ15.2%、40.1%と両者の間に大きな差異がみられた（図表174）。
- ・ 入院中の療養生活に関する対応に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では75.9%、医師では41.7%、「どちらともいえない」がそれぞれ18.1%、30.8%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ5.6%、26.8%と、両者の間に大きな差異がみられた（図表175）。
- ・ 検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では78.2%、医師では49.8%、「どちらともいえない」がそれぞれ14.8%、26.8%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ5.6%、22.9%と、両者の間に大きな差異がみられた（図表176）。
- ・ 診察前の事前面談による情報収集・補足説明に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では75.9%、医師では35.0%、「どちらともいえない」がそれぞれ16.1%、33.9%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ7.6%、30.0%と、両者の間に大きな差異がみられた（図表177）。
- ・ カンファレンスの準備等に関する業務分担の効果については、「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が医師責任者では71.7%、医師では35.5%、「どちらともいえない」がそれぞれ19.7%、34.9%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計がそれぞれ8.5%、29.6%と、両者の間に大きな差異がみられた（図表178）。
- ・ カンファレンスの準備等に関する業務分担の効果について、医師事務作業補助体制加算の加算種類別にみると、全体では「効果があった」と「どちらかといえば効果があった」の合計が75.0%、「どちらともいえない」が19.5%、「効果がなかった」と「どちらかといえば効果がなかった」の合計が5.5%であった。25対1補助体制加算では他と比較して「効果があった」の割合が高かった（図表179）。
- ・ 医師の残業時間の変化は、全体では「減少した」が8.5%、「変わらない」が62.6%、「増加した」が27.0%であった（図表180）。

- 医師が当直後早く帰宅できるかについては、全体では「はい」が 19.4%、「いいえ」が 72.6%であった。救急科、小児科では「はい」の割合が全体平均の約 2 倍と高い割合を示した（図表 181）。
- 医師が当直の翌日に仮眠をとれる体制であるかについては、全体では「はい」が 10.9%、「いいえ」が 81.0%であった。小児科では「はい」が 19.3%、救急科では 38.5%と、他と比較して高い割合を示した（図表 182）。
- 医師が連続当直にならないようなローテーション等の配慮があるかについては、全体では「はい」が 77.0%、「いいえ」が 14.7%であった。この傾向はどの診療科においてもほぼ同様であるが、小児科および救急科では「はい」の割合が全体平均と比較して高かった（図表 183）。
- 医師に自らの経済面での処遇の変化についてたずねたところ、基本給について、全体では「増えた」が 12.0%、「変わらない」が 79.5%、「減った」が 6.0%であった（図表 184）。同様に手当について、全体では「増えた」が 7.6%、「変わらない」が 86.6%、「減った」が 2.3%であった。この傾向はどの診療科においてもほぼ同様であるが、産科・産婦人科では「増えた」が 18.3%と他と比較して 2 倍以上の高い割合となっている（図表 185）。
- 医師の今後の意向については、全体では「できれば今の職場で働きたい」が 58.4%、「できれば別の病院に異動したい」が 18.1%、「できれば別の診療科に異動したい」が 0.4%、「できれば別の職場に異動したい」が 2.9%、「できれば開業したい」が 5.7%、「できれば診療を辞めたい」が 5.0%であった（図表 186）。

参 考 资 料

勤務医自由記述欄【抜粋】

◆◆ 目 次 ◆◆

1. 施設票.....	182
4-①-1) - 1 「医師・看護師等の業務分担」の具体的な取り組み内容	182
4-①-2) - 1 「医師事務作業補助体制」の具体的な取り組み内容	183
4-①-3) - 1 「短時間正規雇用の医師の活用」の具体的な取り組み内容.....	184
4-①-4) - 1 「連続当直を行わない勤務シフト」の具体的な取り組み内容.....	184
4-①-5) - 1 「当直後の通常勤務に係る配慮」の具体的な取り組み内容.....	185
4-② その他の医師の負担軽減策.....	186
4-③-1 医師の経済面での処遇改善の「その他」	187
5-①-1 入院時医学管理加算の届出をしていない理由	187
5-⑤ 入院時医学管理加算についての課題・問題点等.....	189
6-① 医師事務作業補助体制加算の届出をしていない理由.....	190
6-⑩ 医師事務作業補助体制加算についての課題・問題点等	191
7-①-1 ハイリスク分娩管理加算の届出をしていない理由	193
7-⑩ ハイリスク分娩管理加算についての課題・問題点等.....	194
8 病院勤務医負担軽減についての今後の課題・ご要望等	196
2. 医師責任者票.....	212
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	212
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	215
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	216
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	217
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.....	217
5 病院勤務医の負担軽減についての課題・ご意見	220
3. 医師票.....	224
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	224
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	225
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	227
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	229
2-⑮ 病院の中でどのような取り組みを実施すれば、あなたの勤務状況は改善すると思 うか。	230
2-⑰ 今後の意向の理由	232

1. 施設票

4-①-1) - 1 「医師・看護師等の業務分担」の具体的な取り組み内容

○静注、採血、点滴ルート確保など

- ・看護師による静脈注射の施行。
- ・静注、採血、問診などを看護師が行っている。混注作業は薬剤部が実施。採血は一部、臨床検査技師が実施している。
- ・がん化学療法室における抗がん剤、点滴ルートの確保をがん化学療法認定看護師が実施。
- ・2回目以降の抗生物質接続を看護師が行うようになった。
- ・看護師が薬剤の投与量の調節、静脈注射を実施している。
- ・早朝の病棟採血検査を臨床検査技師が実施している。

○助産師外来、院内助産の導入など

- ・助産師外来、院内助産の導入。
- ・助産師外来等の導入。
- ・助産師の積極的活用。

○救急医療におけるトリアージ

- ・救急医療等における診療の優先順位の決定。
- ・休日や夜間に診療を求めて救急外来に患者が来院した場合、救急外来マニュアルの下に、看護職員が優先順位の判断を行うことを可能とした。

○患者やその家族への対応

- ・入院の療養生活に関する対応、患者・家族への説明、採血・連鎖についての説明。
- ・内服・検査などの説明。
- ・医師の治療方針の決定や病状の説明等の前後に、看護師等の医療関係職が、情報収集や補足的な説明を行うとともに、患者、家族等の要望を傾聴し、医師と患者、家族等が十分な意思疎通をとれるよう調整を行う。また、医師の治療方針に基づき、看護職員が療養生活の説明を行っている。

○事務作業関係

- ・主治医意見書作成補助、検査指示せん、食事指示せん等の作成補助。
- ・書類作成補助等。

○その他

- ・ベッドメイキング、院内の物品の運搬・補充、患者の検査等への移送。

- ・薬剤の管理、医療器械の管理。

4-①-2) - 1 「医師事務作業補助体制」の具体的な取り組み内容

○診断書・診療録・処方せん・主治医意見書等の作成の補助

- ・診断書、診療録、処方せんの作成。診察した医師が最終的に確認することを条件に、医師事務作業補助者が医師の補助者として記載を代行することを可能とした。
- ・介護保険・生活保護要否意見書・生命保険診断書・事故診断書などの文書作成補助。
- ・主治医意見書の作成（介護保険法関係）。主治医が最終的に確認し署名することを条件に、医師事務作業補助者が医師の補助者として主治医意見書の記載を代行することを可能とした。
- ・生活保護要否意見書、訪問介護指示書などの作成補助。
- ・診断書作成補助、紹介状返書作成補助など。
- ・入院診療計画書・退院診療計画書の患者基本情報の記載、入院証明の患者基本情報の記載など。

○オーダー補助

- ・オーダー補助（予約・検査など）。スキャナ、生活保護、介護意見書等作成補助。
- ・診察や検査の予約。医師の正確な判断・指示にもとづいているものであれば、医師との協力・連携の下、医師事務作業補助者が医師の補助者としてオーダーリングシステムの入力を代行することを可能とした。
- ・検査オーダー等の入力をしている。
- ・外来予約業務の代行入力。
- ・外来診療サポート（各種検査伝票記入）。

○診療データ等の入力、管理

- ・入院医療統計などの入力補助。
- ・病棟での検査データの入力業務等。
- ・病院情報システムへの病名代行入力（整形外科・産科・婦人科）。
- ・電子カルテからのコスト入力、処置行為、入退院処理。
- ・医師の指示に関するオーダー入力代行業務。医師の指示による診断書・紹介状等の作成。電子画像を取り込み、電子カルテに保存。診療内容のディクテーション。DPC 入力代行。

○行政上の業務への対応

- ・行政上の業務への対応を医師の指示の下に行う。救急医療情報システムへの入力。感染

- 症のサーベイランス事業など。
- ・院内がん登録等の統計、調査。

○学会・カンファレンス準備等

- ・医師研修の資料づくり。
- ・カンファレンスの資料づくり。
- ・症例検討会や臨床研修医勉強会のためのデータ準備。

4-①-3) - 1 「短時間正規雇用の医師の活用」の具体的な取組み内容

- ・小児科医師2名との短時間雇用契約を締結。
- ・小学校就学前の子を養育するため、短時間（週20～25時間）の勤務形態の選択が可能となった。
- ・1週間の勤務時間が32時間という常勤医制度の導入。
- ・週4日の勤務体制の導入。
- ・週4日勤務、週3日日勤+半日2回など。
- ・ジョブシェアリング制度の制定。
- ・週4日、外来のみを担当する医師の正規雇用。
- ・育児短時間勤務制度の導入。
- ・育児のための短時間勤務（週20時間）の許可（小学校就学前まで）。
- ・従来より週4日以下勤務の医員（非常勤）を雇用。平成20年10月からは、医員、研修医を全て常勤化し、医員については、週32時間以内の勤務が可能となった。
- ・「週4日以下の勤務」、「1日について短時間勤務」の2つのパターンを導入。

4-①-4) - 1 「連続当直を行わない勤務シフト」の具体的な取組み内容

- ・当直表を作成し連続当直にならないシフトを作成。
- ・当直表作成の段階で同一医師が連続しない配慮。
- ・常勤医には基本的には当直をさせていない。しかし、現在常勤医の1人が、本人の希望によって週1回、月に土・日1回の当直を行っている。
- ・多数の科で連続当直にならないよう配慮をしている。診療科によるが、多科による合同当直を行い分担して実施している。
- ・多くの非常勤医師を採用している。
- ・連続当直を行わない勤務シフトとし、当直回数を月4～5回としている。

- ・ローテーション制を実施。
- ・救命救急センター医師は、2 交替制勤務を実施。
- ・当直後は、3～4 日明けるように組んでいる。
- ・当直回数の上限を月 3 回以下と決めている。
- ・土～月の当直勤務の 2 人体制。「土曜日夜～日曜日昼」+「日曜日昼～月曜日朝」。
- ・スポット勤務医の採用。
- ・産科医以外については連続当直なし。
- ・小児科・産婦人科・麻酔科・放射線科は、オンコール体制で当直なし。他科の 50 歳未満の医師は全員当直参加。
- ・毎月、全科分の当直表を作成し、当直回数を調整している。また、産婦人科では月～金までの 5 日間で非常勤医による勤務を 3 回入れ、土、日は待機制とした。
- ・宿直 1 回、日直 1 回を宿日直の許可基準としている。
- ・宿直は週 1 回、日直は月 1 回を限度とする。ICU、NICU、救命救急センターについては、交替制勤務としている。
- ・救急総合診療所にて 3 交替勤務を実施している（H19.4～）。

4-①-5) - 1 「当直後の通常勤務に係る配慮」の具体的な取組み内容

○当直後の勤務時間を短縮

- ・診療状況に合わせて午後勤務を免除している。
- ・当直後は 4 時間勤務としている。
- ・当直後の翌日は午前中のみ勤務とし、午後は勤務を免除している。
- ・当直明けの午前診療を休ませている。

○当直明けは休み

- ・医師当直明け休みの導入。
- ・職務専念義務免除を与えている。
- ・当直後は勤務を免除している。
- ・勤務・当直の組合せにより、翌日の代休を付与している。

○当直明け勤務に対する手当

- ・当直明けに勤務した医師に対し手当を支給している。
- ・科毎に複数いる場合は朝から明けを取るようにし、明けを取れない場合は、超過勤務手当を支給している。

○仮眠をとれるようにしている

- ・仮眠や早期の帰院。
- ・仮眠をとれるよう、仮眠室の整備を行った。
- ・休憩を取る（翌日仮眠をとる）。

4-② その他の医師の負担軽減策

○外来分離・外来縮小

- ・一般外来はサテライトクリニックで実施している。救急患者や検査目的、外来リハビリ訓練者、健康診断（脳ドック）は病院で実施と機能分化をはかっている。
- ・平成 20 年 12 月より、土曜日を原則休診とした。
- ・医師会を中心とした小児輪番制により、小児患者の分散を図っている。
- ・外来の縮小。初診における選定療養の実費徴収。
- ・外来縮小の取組み（初診時の保険外併用療養費の導入、逆紹介率の向上等）。
- ・初診における選定療養の実費徴収額の引上げによる外来縮小。

○外来の完全予約制等の導入

- ・完全予約制（一部の診療科）の実施、平日午後（10 月 23 日・記念日）の休診。
- ・紹介予約制を原則とし、診療予約は、担当部門が一括して受付を行っている。

○地域連携の推進

- ・地域医療連携による逆紹介の推進。
- ・医療連携体制の強化（登録医制度の推進、各種セミナーの開催等）。
- ・地域連携室において退院調整を行い、病病連携・病診連携に努めている。地域医療機関との更なる連携強化を図るため、地域連携室に MSW（地域医療連携担当）1 名を配置。

○非常勤医師の活用

- ・当直に非常勤医を配置。
- ・当直の一部について 17 時～23 時 15 分までを常勤医師の担当し、翌日 8 時までには大学から派遣されている非常勤医師として、長時間勤務を軽減している。
- ・麻酔科については、日当直を非常勤医師で対応している。
- ・常勤医師の負担の軽減を目的として、育児等で離職している女性医師を外来診療限定で募集・採用した。
- ・医師の専門外の疾病に対応し、負担を軽減するため非常勤医師による専門外来を設置した。

○他職種の活用

- ・ 医師事務作業補助者とは別に、医局事務を行う職員（専属）1名を配置。
- ・ 患者の心理的、社会的な問題を援助するため、社会福祉士（MSW）を増員。
- ・ 病歴情報管理のために診療情報管理士を増員。
- ・ 診療情報管理士1名を採用し、DPCレセプトチェック時における医師の負担軽減を図った。
- ・ 産科胎児エコー検査の検査技師による施行。

○その他

- ・ 分娩監視システムを院内LANに接続し、中央監視システムを構築。また、各医師や病棟のパソコンでの監視も可能とした。
- ・ 入院患者の検体検査結果早期報告システムの導入。
- ・ 院内保育所の整備・実施。

4-③-1 医師の経済面での処遇改善の「その他」

- ・ 昇格させて処遇を改善した。
- ・ 通勤時のETCカードを配布した。
- ・ 年棒を増やした。
- ・ 単身赴任手当を設けた。
- ・ 資格維持支援金制度の創設、医師業務支援費の支給。
- ・ 年棒制に移行。
- ・ 地域手当について、上限15%へ向けて、段階的に率を上げている。
- ・ 学会費補助。専門医等更新費用の補助。
- ・ 医員（非常勤医師）を院内助教として常勤雇用する制度の新設（H20.4～）。
- ・ 評価制度に従い、A評価の医師の昇給。
- ・ 勤務時間を15分短縮した。初任給調整手当は、国と同様に約11%の引上げをはかった。一方で、月例給を引下げ、賞与については0.03月分の引下げを行った。

5-①-1 入院時医学管理加算の届出をしていない理由

- 施設基準を満たさない（詳細についての記述がない）
 - ・ 施設基準を満たさない。

- ・施設基準上、体制の整備ができていないため。
- ・施設基準対象外。

○標榜診療科等について要件を満たしていない

- ・精神科を標榜していないことなど体制が整っていないため。
- ・精神科、小児科、婦人科、産科の標榜が困難。
- ・届出要件である「脳神経外科」がないため。
- ・施設基準を満たさないため（脳神経外科が休止中）。
- ・精神科の標榜がなく、24時間の対応が不可能なため。
- ・産科がないため。

○全身麻酔の件数について要件を満たしていない

- ・全身麻酔の手術が基準に満たない。
- ・全身麻酔 800 件以上の基準を満たさない。他も現時点では満たさない項目が数か所あり。

○治癒患者割合について要件を満たしていない

- ・施設基準を満たしていないため（直近 1 か月の総退院者数のうち、退院患者紹介加算を算定する退院患者数および転帰が「治癒」で通院の必要がない患者数が 4 割以上という施設基準）。
- ・退院患者の紹介率と治癒率が 4 割に満たないため。
- ・診療情報提供料（I）の「注 7」の加算を算定する退院患者及び転帰が治癒であり、通院の必要のない患者数が総退院患者数の 4 割以上がクリアできない。

○選定療養の実費徴収について要件を満たしていない

- ・選定療養の届出をしていない。

○複数の要件を満たしていない

- ・精神科、小児科の標榜なし。選定療養の届出なし。
- ・当院の体制上、施設基準を根本的にクリアできないため（診療科、全麻酔件数等）。
- ・全身麻酔の手術件数 60 件／月、薬剤師の当直体制、画像診断および検査の 24 時間実施は経済的に成り立たない。
- ・「24 時間の救急医療提供」に係る部分と「外来縮小への取組み」部分等。
- ・施設基準を満たしていないため。特に施設基準の全身麻酔手術が件数不足。また、選定療養を徴収していない。
- ・標榜診療科、全身麻酔の患者数を満たしていない。
- ・小児科医がいない。精神科の 24 時間対応連携がとれていない。治癒率 40%は現状では困

難。

- ・脳神経外科の標榜、精神科についての 24 時間診療対応、初診に対する選定療養の届出による実費徴収等を行っておらず、施設基準の要件を一部満たせないため。
- ・標榜科目が要件に不足している、全身麻酔が年間 800 件に満たない、薬剤師 24 時間体制など、施設基準に適合していない。

○その他

- ・特定機能病院であるため届出不可能。

5-⑤ 入院時医学管理加算についての課題・問題点等

- ・全国一律の基準でなく、過疎の地域には基準を低くしてほしい。
- ・一般的に入院患者が退院する場合は、退院後の経過観察を行うことから「転帰」の「治癒」は該当しない。現場の実態にそぐわない施設基準である。改善を要望したい。
- ・「転帰が治癒で通院の必要ない患者が 4 割以上」という条件について、もともと腎不全、心不全など慢性かつ重症の患者を診ている場合、入院理由が「肺炎」などでそのものは「治癒」となっても原疾患のため通院になる場合、「治癒」になるのか。「治癒」とならない場合、別の病気で急性期の対応しているため、上記のようなケースは「治癒」にすることはできないか。
- ・小児科医の確保、術後の患者の転院（逆紹介）等地域により、病院の努力だけでは達成が難しいものを基準に入れることについて疑問がある。
- ・医師への補助業務の内容が煩雑であり、本来行ってはならない看護業務の補助、物品運搬などの区別がつきにくい場合がある。
- ・以前は、入外比率がネックになり届出ができなかった。改正により条件が変更となり算定できるようになったが、今後、条件が変更にならないことを望んでいる。
- ・在院日数の短縮化（医療費の縮小）により、早期退院が求められている中、例えば手術後に抜糸まで入院させることなく退院とし、退院後に 1 度だけ通院するケースも多く、このようなケースも「治癒」と準ずる取扱いとしてほしい。また、診療情報提供料についても、200 点加算がないものについても、対象としてほしい。
- ・もう少しハードルを上げてほしい。
- ・地域により紹介医療機関に限界があり、一律 40%はハードルが高すぎる。20%~30%が適当と考える。
- ・以前は取得していたが、改正により取れなくなり減収となった。医師数は十分なのに、産科又は婦人科・小児科・精神科を取り扱っていないため、救急や外科系の過大な労働に対する評価をされず、「産科又は婦人科・小児科・精神科」の勤務医だけの評価では不

合理。

- ・全身麻酔要件を腰推麻酔と合わせて 800 件以上としてほしい。
- ・自治体病院の救済としては良いが、民間でも公的な役割を果たしている病院もある。そもそも機能分化を推進しているのであれば、これこそ地域の事情に合わせるべきである。
- ・診療情報提供料等を算定する割合（4 割以上）のハードルが高い。
- ・施設基準の要件緩和を要望する。
- ・小児科が集約をされてきているのが現状であり、小児科入院医療の提供の要件を改善してほしい。
- ・精神科は 24 時間体制でなくても診療できる体制があればよいのではないか。
- ・施設基準のハードルが高すぎて、基準を満たす医療機関が限定される。
- ・急性期入院＝DPC 病院は医療機能を高度にしているため、病院の機能と医師数などでの評価にしてほしい。
- ・転帰が治癒であり、通院の必要のない退院患者の割合が 4 割以上という要件の緩和。
- ・医師不足の現状で、地方では集約化による地域医療、特に救急医療を守っていることと矛盾している。
- ・現在、外来縮小計画、外部の医療機関との診療分担の推進等の要件を検討中。外来縮小の要件は、現状では不可能である。外来縮小でも病院が成り立つ保険点数でないと無理である。120 点のみでは診療補助要員も雇用は困難である。
- ・施設基準の設定（退院後の再来率）が厳しい。
- ・退院後、1 回程度の通院を認めてほしい。

6-① 医師事務作業補助体制加算の届出をしていない理由

○特定機能病院であるため

- ・特定機能病院であるため。
- ・特定機能病院であるため、届出できない。

○コストが見合わないため

- ・事務員の人員を確保しようとするとう収益に見合わない（コストパフォーマンスが悪い）。
- ・専従としなくてはいけないため。
- ・採算面で難しい。
- ・医師事務作業補助体制加算 3 の算定を前提にシミュレーションを行ったが、当院の病床比率では 3 名必要であり、支出が加算点数を上回ったため断念した。
- ・人件費を賄えるだけの診療報酬を得られず、財政状況も厳しいため。
- ・不採算のため。余剰人員がいないため。

○施設基準を満たしていないため

- ・施設基準に合致しない項目がある（年間緊急入院患者数が200名以上の実績なし）。

○その他

- ・配置している医師事務作業補助者の実態の雇用形態は、業務委託であり医事専従配置及び限定業務の施設基準に抵触しているため。
- ・勤務医負担軽減検討委員会で討議した結果、医師全体に影響する業務の軽減を図るためには、人的投資より、システムの投資において効率を図ることが最善の方法であると結論が出たため。
- ・届出に必要な規程類、院内体制、研修計画等の未整備。
- ・院内のコンセンサスがまとまらない。
- ・スタッフの確保ができていない。

6-⑩ 医師事務作業補助体制加算についての課題・問題点等

○診療報酬が見合わない

- ・人件費に対する診療報酬のバランスがかけ離れている。業務内容の制限を拡大すべきである（医師が患者の搬送、画像フィルム検査データ等の整理を行う場合がある）。
- ・医師事務作業補助者を雇用するに見合った点数制度にしてほしい。25対1の体制が整っているにもかかわらず、救命救急センター等の病院の種別で区分されるために、より低い基準（50対1）でしか届出ができないというのは、医師の負担軽減策としての観点からは合理性に欠けているのではないか。
- ・医師には大変喜ばれているが、人件費と加算点数を比較すると赤字なので、点数の改定を要望する。
- ・現状の診療報酬では、常勤の医師事務作業補助者を雇用することは困難。専門性の高い職種であり、優秀な人材の確保の面からも、具体的な評価に基づいた診療報酬の増加を検討してほしい。

○算定対象を広げてほしい

- ・医師事務作業補助は一般病棟のみだけではなく、外来での業務など限定するものではないため、一般病棟のみを加算で行うと患者負担も含め公平性に欠けると考える。加算方法の再考が必要ではないか。また、1人の人件費分にもならないため、診療報酬のアップを期待する。
- ・医師の事務作業としては、再入院の患者や外来患者に関する業務もあるのに、算定要件

が新規入院患者に限定されていることが疑問である。また、点数上のメリットもあまりない。算定対象の見直し及び点数アップを希望する。

- ・外来の医師事務作業補助体制加算を新設してほしい。

○他の業務への拡大をして欲しい、専従を外して欲しい

- ・レセプト等の医事業務を行わせたい。
- ・「専従」等の要件は、外してほしい。

○業務範囲が明確でない

- ・具体的な業務内容の判断に困る場合がある（どこまで行ってよいのか）。
- ・事務作業の範囲をもっと明確にしてほしい。

○届出要件が厳しい

- ・点数化される以前より外来や病棟へ配置し取り組んできたが、届出要件が厳しいと思われる。

○その他

- ・当院では、厚生労働省が「医師及び医療関係職と事務員職員等との間等での役割分担の推進について（医政発第 1228001 号 平成 19 年 12 月 28 日）で提案しているような医療従事者の負担軽減策は①電子カルテ及びオーダーリングシステム、自走台車システム導入②医療クラークの配置③メッセージ業務委託④患者給食業務委託⑤病棟助手・ベットメイキング業務委託⑥洗濯業委託等により実施済みである。このように先駆的に施策を実施している医療機関が、報酬の恩恵を受けることのできない制度の施設要件は見直しが必須である。これらの補助施策実態から制度に対する意見・要望としては、①作業補助者の医師専従の施設要件を撤廃してほしい。当院では、これ以上の医師業務の代わりに事務担当者が行うことは難しいが、看護師が医師の業務を負担し、看護師の業務を看護助手が負担することは可能と考える。したがって、医師事務作業補助者を医師事務専従とするのではなく医療従事者の専従（専任）とすれば、補助する可能性はより広がるし、事務作業補助者を配置する病院としても効率的な運営を図ることが可能となる。②作業補助者の限定業務を拡大して欲しい。上記のとおり、効率的で柔軟に医師及び専従者の負担軽減に資すること及び作業補助者の効率的活用を図るため施設要件の限定業務を拡大してほしい。③報酬の見直し（増）及び労働時間、雇用形態の業務委託除外要件を撤廃してほしい。医師事務作業補助体制加算で算定される報酬は、あまりに少ないといわざるを得ない。算定される報酬で業務委託以外の選択といえれば派遣社員の雇用もしくは、アルバイトの雇用となるが派遣社員の雇用には報酬が見合わず医療機関の持ち出しとなり、アルバイトの場合は、スキルを持った人材の安定確保は難しい上、週 4 日

かつ 32 時間勤務の縛りでは、雇用者の扶養家族としての税法上の枠を超えてしまうことにより雇用される者が雇用に難色を示す場合が多い。さらに、人材派遣での医師事務作業補助業務は派遣法の 26 業種の対象とならないことから 3 年後には解雇もしくは直接雇用しなければならない。雇用形態による病院に対する様々な障害・影響を考慮し、より柔軟な雇用体制が選択できるよう制度を改定いただきたい。

- ・病院勤務医の負担軽減を図るため、地域の急性期医療を担う病院において、医師の事務作業を補助する職員を配置している場合には、「医師事務作業補助体制加算」が適用されるが、特定機能病院である大学病院は除外されている。救急や周産期の患者を受け入れるなど、医師の過重労働を少しでも軽減させるため、本加算の適用を要望する。
- ・医師事務作業補助者の作業範囲は広く、専門知識も必要とされることが多いが、補助者を育成する機関が整備されていない。
- ・医療業務（若しくは医療従事）経験者でないと、なかなか困難な事務である（研修期間 6 か月では取得は難しい）。できれば看護師等、国家免許所持者が適任である（実際に患者をみることができる方）。

7-①-1 ハイリスク分娩管理加算の届出をしていない理由

○産科がない

- ・産科を標榜していない。
- ・婦人科は外来診療のみであり、分娩等の入院を受け入れていない。
- ・産科を休止しているため。
- ・産科廃止（H18.11 月）。
- ・循環器専門病院のため。

○要件を満たしていない

- ・要件を満たしていない（常勤産科医師 1 名）。
- ・産科再開に伴い、施設基準を満たしていない。
- ・産科常勤医 3 名の配置がない。
- ・以前（H20.9）までは届出をしていたが、医師の退職により、施設基準（3 名の常勤医師）確保が満たされなくなり、辞退を余儀なくされた。産科医師不足の折、補充医師の見込みもないことから、届出ができない状況となっている。
- ・産科医師数 2 名のため。
- ・常勤医師が 3 名から 2 名となり、施設基準を満たさなくなったため。
- ・24 時間待機するべき医師の数が不足しているため。

7-⑩ ハイリスク分娩管理加算についての課題・問題点等

○診療報酬の引上げを希望

- ・加算点数が実務内容に比べて不足しており、適応拡大、増額が必要。
- ・診療報酬点数の引上げを望む。
- ・施設基準が厳しい割には対象疾患が少なく点数設定が低い。

○適応対象の拡大

- ・既往帝王切開後経膈分娩 (vaginal birth after cesarean: VBAC) を適応に加えて欲しい。VBAC は子宮破裂の危険もあり、大変なハイリスク分娩にもかかわらず、算定項目にない。前1回帝王切開の妊婦が VBAC に成功すれば、その次も VBAC ができる可能性が高まる。VBAC を増やすことは患者の利益になるとともに、帝王切開を減らし、医療費削減にもつながるため、是非、検討してほしい。
- ・算定対象となる疾患の拡大をお願いしたい。現在は保険対象となる合併症を有する疾患のみとなっているが、双胎妊娠の経膈分娩、既往帝王切開後の経膈分娩 (いわゆる VBAC) は、分娩の安全管理のため医師、助産師の負担は通常の出産に比べ大きいいため、対象としてほしい。さらに出生前診断された胎児先天異常 (先天性心疾患、先天性横隔膜ヘルニアや腹壁破裂など外科的疾患、染色体異常など) は出生直後より小児科医や小児科医の集中管理が必要となるため分娩立会いを行う必要があり、分娩に関わる医療者の数は多くなるため加算が必要と思われる。
- ・8日間の算定しかできないが、状態によりもっと長時間管理が必要で入院治療を行っている場合もあるため、算定期間の延長を希望する。
- ・多胎妊娠も適用範囲にしてほしい。
- ・他院よりの搬送症例や早産症例は妊娠週数に関係なくハイリスク分娩管理加算の対象としてほしい。子宮内胎児発育不全、多胎妊娠、胎盤機能不全、羊水異常も対象としてほしい。
- ・①前回帝王切開の分娩管理も加える。②投薬を受けている精神科疾患妊婦も加えてほしい。③「糖尿病 (治療中)」は、食事療法を行っている妊娠糖尿病を含めて明記してほしい。④「心疾患 (治療中)」は、治療中の内容があいまいで、たとえば、投薬を受けていなくても分娩時には厳重な管理を要するので、治療中でなくても NYHA II 度以上とか、内科でフォロー中の場合なども含めてほしい。⑤40歳以上で合併症がなく元気な妊婦は、自費入院としているので分娩管理加算をとっていない。⑥慢性高血圧合併症妊婦も加えてほしい。

○算定要件の緩和

- ・算定要件が非常に厳しく、帝王切開の適応の患者に対しては医師、助産師は分娩管理に大変となっている。特に予定の帝王切開患者はまだ予測がつきやすいが、緊急で行う帝王切開については、常位胎盤剥離、前置胎盤（出血等がある場合）となっているが、24時間体制で観察した結果に緊急手術となっているので、規程の緩和をお願いしたい。
- ・対象患者で病名があるにもかかわらず、査定されない場合があり、算定要件が厳しい（例：前置胎盤）。
- ・他医療機関から緊急搬送された分娩であっても、加算が算定できない場合があり、適用範囲を拡大してほしい（膠原病の患者、胎児に問題のある場合など）。ハイリスク分娩管理加算が認められても、医師には全く還元されていない。本加算分は、原則的に産婦人科医、新生児科医に配分されるべきとする通達が必要と考える。

○正常分娩時の算定

- ・実際には、ハイリスク分娩である妊婦も結果的に正常分娩であれば、そもそも入院自体が健康保険の対象外である。ハイリスクの妊婦・分娩の保険適用範囲の拡大が必要であると考ええる。
- ・ハイリスク分娩管理加算の対象患者であるが、自然分娩に対しては加算の保険請求ができない。
- ・ハイリスク分娩管理加算については、保険適用時のみが算定可能であるが、正常分娩の場合は、自費診療であり算定できないため、医師への適正評価とは言えないと考えられる。
- ・ハイリスク分娩管理加算の算定対象患者が管理目的で入院していたが、普通分娩（経膈分娩）に至った場合、分娩日から自費扱いとなるため算定不可能となる。普通分娩に至った場合でも合併症によりリスクの高い分娩となり、分娩後も患者の継続的な管理を必要とされるが評価されない。

○医師の処遇改善に結びついていない

- ・本加算が産婦人科医の負担軽減を目的にしていることが知られているが、現在のところ、施設の規定で産婦人科のみに特定して優遇することができない。したがって、当局よりの指導を強化し、各医療施設へ通達するか、こうした実態を広報し、実効性のあるものとする必要がある。病院収入にはなっても、産婦人科医への配慮が乏しいのが現状である。
- ・管理加算については医師の収入増加につながるよう要望する。
- ・「ハイリスク分娩管理加算」は病院にとっては増収になるが、当事者の産科医の処遇改善につながっていないのが現状である。
- ・現に診療に従事した医師に対して、個別のインセンティブ付与のための加算があること

を明示し、その内容（処置改善の内容及び還元の割合等）を公表するよう病院に指導するべき。現状では、各病院がこの増収分をどのように活用すべきか示されておらず、現場の士気をかえって低下させる結果を招いている。

○その他

- ・これまでの日本の医療の進歩によって、出生時死亡は減少し、未熟児についても NICU 等の医療により、多くの新生児を救ってきたため、国民全体が分娩について非常に安易に考えているのではないかと考える。もう少し若い頃にきちんとした教育を行い、分娩に伴うリスクも知らせるべきである。あまりにも自分勝手（自己中心的）な妊婦・家族が多い。
- ・十分な医師を確保できるだけの診療報酬の増額が一番に必要である。
- ・ハイリスク分娩管理加算算定の条件に、産科医療補償制度への加入を含めることはおかしい。産科補償制度は、単なる民間の保険であると厚生労働省も認めている。

8 病院勤務医負担軽減についての今後の課題・ご要望等

- ・医師事務作業補助体制加算の医師事務作業補助者の業務範囲について検討してほしい。診療報酬業務等の兼務を認めてほしい。専従としての配置では採算性に欠ける（人件費）。
- ・当院のような中小の病院では、常勤医の勤務を楽にしなければ医師の確保ができない。そのため、当直も常勤医が希望しなければ、全てアルバイト医師を雇用して行うこととしている。都心中心部にあるため、アルバイト医は比較的に見つけやすいと考える。しかし、質の確保の点では問題がある。また、大学の人事異動等により、当直医が来られなくなった場合、院長他、常勤外科医がカバーすることになっている。それでも、常勤医は外来診療、病棟診療（看護師への指示、処方せん作成）、手術、検査、患者・患者家族への説明、依頼された診断書作成等と忙しい。当院では、事務補助として、主治医意見書は介護保険が始まった時より、入力業務は全て事務が行い、医師の事務作業を軽減してきている。外来、病棟の薬の処方せんも、薬剤師や医事課職員により、医師が手書きした処方せんを入力し、次からは医師がチェックするだけになるようにしている。病棟クラークも 88 床の病床に 3 名おり、カルテ整理、検査データの貼付け等を行っている。MSW も 2 名体制で、医師から退院間近の指示があれば、退院・転院調整は全て行っている。診療情報提供書も、可能な限り記載し、医師はチェックを行うのみにしている。今回の改正で医師事務作業補助者が、保険会社からの診断書についても記載できるようになったが、これまでも忙しい中で医師が行っていた業務であるため、事務作業員への移行は慎重にする必要があり、なかなか進まない。今回の質問のように 1 年前から何らか、医師の事務が少なくなったかという質問であれば、もう既に、補助作業は行っていたた