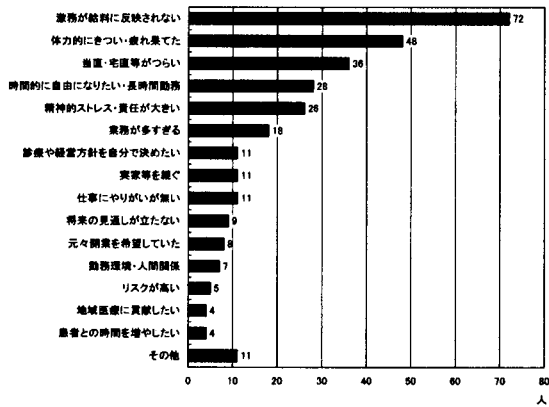


図表 187 開業したい理由 (n=235)



(注)「できれば開業したい」と回答した医師全体(複数回答)を対象に、その理由として記載があったもの(自由記述形式)を分類した。

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%、「ハイリスク分擔管理加算」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、「ハイリスク分擔管理加算」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)、「ハイリスク分擔管理加算」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)。*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、今後届出を行う」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)。
- ハイリスク分擔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)。ハイリスク分擔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年の同月で分擔件数を比較すると、9月、10月で前年より若干の増加となった(図表83)。ハイリスク分擔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「ハイリスク分科管理加算届出施設」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日目の平均外来診療患者数は、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」(63.9時間)、「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)。

- ・ 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)。

- ・ 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は、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)。

177

- ・ 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、基本給については、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は、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)。

179

- ・ 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)。

178

参 考 資 料

180

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

2-⑩ 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.....230

2-⑩ 今後の意向の理由.....232

・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行っている。
- ・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

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。
- ・早期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・連続についての説明。
- ・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。
- ・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+平日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日明けのように組んでいる。
- ・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回を宿直回数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、午後を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

○外来分産・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（専員）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

- ・分検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 医師の経済面での見直し等の「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。
- ・年俸を増やした。
- ・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。
- ・年俸制に移行。
- ・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。

○治療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か月の総退院患者数のうち、退院患者紹介加算を算定する退院患者数および転帰が「治療」で退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療率が4割に満たないため。
- ・診療情報提供料（1）の「注7」の加算を算定する退院患者及び転帰が治療であり、退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、全身麻酔件数等）。
- ・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。
- ・小児科医がない。精神科の24時間対応連携がとれていない。治療率40%は現状では困

- ・脳神経外科の標準、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。
- ・標準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。

6-⑤ 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、入内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額となった。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

- 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。

6-⑥ 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合わせ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棟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と。
 - ・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
- ・医師事務作業補助者は一般病棟のみだけでなく、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

- 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と。
 - ・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。

6-⑦ 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）。
 - ・専従としなくては行けないため。
 - ・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。

- 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
- ・レポート等の医事業務を行わせてほしい。
 - ・「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「医師及び医療関係者と事務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メッセージャー業務委託④患者給食業務委託⑤病棟助手・ベットのメイキング業務委託⑥洗濯業務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要である。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を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な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もできる方）。

7-①-1 ハイレ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。

- 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付きやすいが、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）。ハイレ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、ハイレ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。ハイレスクの妊婦・分娩の保険適用範囲の拡大が必要であると考える。
 - ・ハイレ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。
 - ・ハイレ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。
 - ・ハイレ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（経陰分娩）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。
 - ・「ハイレスク分娩管理加算」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

7-② ハイレ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
 - ・既往帝王切開後経陰分娩（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、大変なハイレ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、その後も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、双胎妊娠の経陰分娩、既往帝王切開後の経陰分娩（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、先天性横膈膜ヘルニアや腹壁破裂など）の外科的疾患、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レ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NYHAⅡ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。

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。
 - ・ハイレ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就きやすいと考える。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なっている。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

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、診療室に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の仕事として確立させたい。病棟においても同診に同行し、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けるようにし、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く状況が続いている。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打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、経営努力を怠っていない、患者から選ばれない病院は消えていくことも仕方ないと考えるが、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、照会書類が多すぎる。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る作業内容による点数配賦が必要ではないか。今後、病院勤務医の募集では、必須の事項となるか、し

- 増員あるのみである。やっとなり医師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んと検証する必要がある（必要医師数カウンターの根拠等）。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・入力を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付き評価されるが、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付し、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、今まで地域に根ざ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筋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、人件費の増入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った大切な使命があり、それを両立させ得ない勤務不可能なこ

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療など何らかの制度を作してほしい。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、何らかの止め止めが必要である。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、看護士の配置が実際には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・小児科に対して低いようになっ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記録（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、その穴が埋まるかどうかについては、一柱の危機が残る。本加算による有効な負担軽減に作動するものと信じている。逆に、「短時間効果なし」としてこの加算が切られれば、好転しかけていた産科医療は最悪の状況に突き落とされる危機感がある。

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。

- 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、医師の充足率、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等の記載など書類の負担が、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し不可能であり、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。医療事故のバックが長く続くのであれば、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、設備等の負担増を避けられない。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併せて、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あれば動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、勤務医の負担軽減ははかられると考えるため、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員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

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。少ない勤務医の数が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しようとする。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いう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し時期に来ている。これらは勤務医の根本的負担軽減に結びつく。③賃金は是正が必要である。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される。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。

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。
- ・地域の問題もあるが、人員増やたいが、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、簡便で煩雑な内容、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。診療科に偏りが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慮す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れ枠を拡大するとともに、臨床研修病院を評価して指導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

- ・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長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を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「ミソ」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十分であり、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。後手に戻った小手術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。入院基本料の増徴が必要である。
- ・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推進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る。一方で開業医は勤務医に比べて、収入も時間も確保できるといった構図になっている。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「自分さえいければ」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、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だけのもになってしまう。

- ・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ンクが立ち会っていないと、書類作成補助はうまく行かない。
- ・病棟クランクの配置は、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いるが、病院全体の人員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制加算について、当該職員を雇用するための人員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、増加する人員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利便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らない。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。
- ・文書作成業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

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多くがこれらの類である。医師が診療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、医師は診療室内に当たっては保険医でなければならぬ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が医師の手術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とは高価な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。時間外稼働した場合の手当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時間時間外業務として人員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。医療安全にかかると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る。医療機関側で安全対策にかかる費用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

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必要な諸手続の導入などがある。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り、病院として、患者のために尽くしてき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(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化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、外来担当医師の煩雑な事務業務軽減を図ってほしい。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、それらの診療報酬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術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

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っており、そのための人員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、レポー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ため、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、さらなる医療の破綻を招く危険もある。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。地域で医師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も可能となるのではないかと。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先にも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いないが、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たい。
- ・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、他職種への協力を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。そうなら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。ドクターフィー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リティを大きく引き上げることが必要である。さらには、勤務病状医の開業による大幅不足と開業による荒療ぎには目を覆う程の懸念がある。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

209

- 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、非常勤職員等の活用、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の構式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。

211

- 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。
- ・搬送先探しを軽減。
- ・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。医師の文書記入に對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、この加算制度が削減すれば、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への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）との役割を併発し、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

210

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（分検数、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、当直はなくて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。
 - ・分検数、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り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（麻酔科）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）。

212