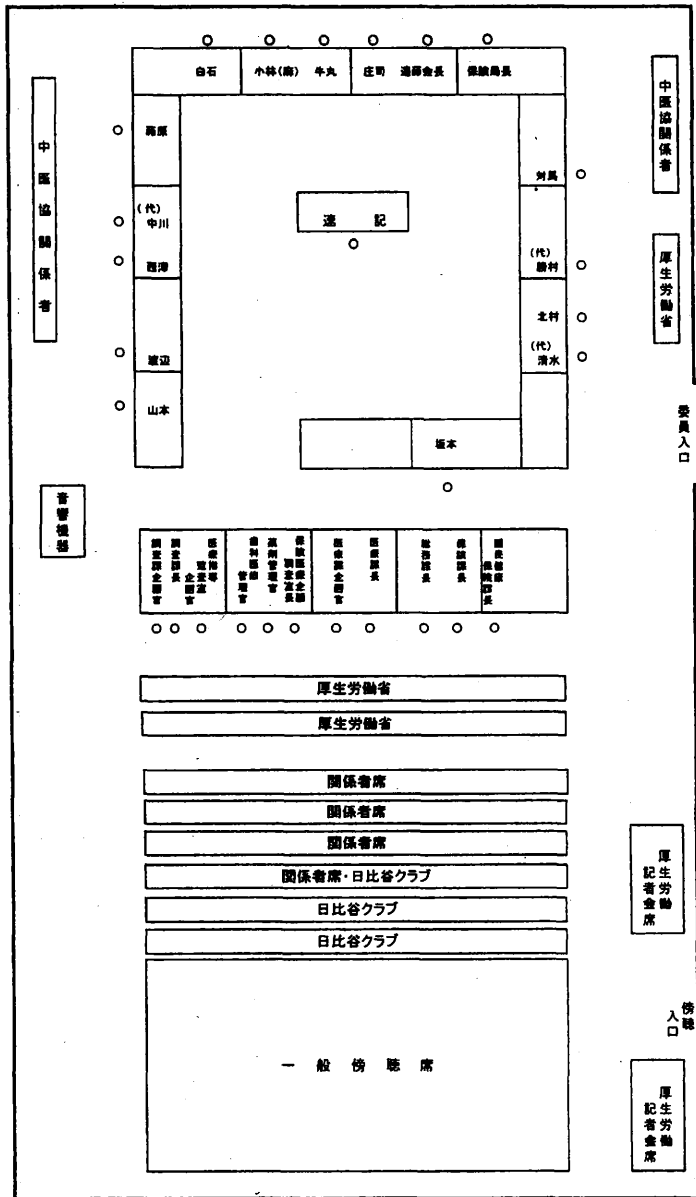


中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会座席表

日時:平成21年6月10日(水) 10:45(目途)~12:00
 会場:厚生労働省 専用第18~20会議室 (17階)



中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会 (第135回)
 議事次第

平成21年6月10日(水)
 於 厚生労働省
 専用第18~20会議室

議 題

- 基本診療料について
- その他

入院料等について②

平成20年度診療報酬改定においては、産科・小児科対策、救急医療対策、病院勤務医の負担軽減の取組等について重点的な評価を行った。今般、「病院勤務医の負担軽減の実態調査」の結果が報告されたことに伴い、その結果を用いて入院時医学管理加算、医師事務作業補助体制加算、ハイリスク分娩管理加算について検討する。

第1 はじめに

I 入院料等について

入院基本料

入院の際に行われる基本的な医学管理、看護、療養環境の提供を含む一連の費用を評価したもの。簡単な検査、処置等の費用を含み、病棟の種別、看護配置、平均在院日数等により区分されている。

なお、療養病床の入院基本料については、その他の入院基本料の範囲に加え、検査、投薬、注射及び簡単な処置等の費用が含まれている。

入院基本料等加算

人員の配置、特殊な診療の体制等、医療機関の機能等に応じて一日毎又は一入院毎に算定する点数。

特定入院料

集中治療、回復期リハビリテーション、亜急性期入院医療等の特定の機能を有する病棟又は病床に入院した場合に算定する点数。入院基本料の範囲に加え、検査、投薬、注射、処置等の費用が含まれている。

II 病院勤務医の負担軽減の実態調査について

[調査対象]

- ・施設調査:「入院時医学管理加算」、「医師事務作業補助体制加算」、「ハイリスク分娩管理加算」のいずれかの施設基準の届出をしている全ての病院(1,151施設)
- ・医師責任者調査・医師調査:上記「施設調査」の対象施設に1年以上勤務している診療科責任者及び医師

[回収の状況]

	有効回収数	有効回収率
施設調査	516	44.8%
医師責任者調査	2,389	—
医師調査	4,227	—

第2 入院時医学管理加算

I 算定要件の概要

入院時医学管理加算 120点(1日につき、14日を限度)

平成20年度診療報酬改定において、従来の要件を廃止し、地域の中核病院として、十分な人員配置及び設備等を備え、産科、小児科、精神科等を含む総合的かつ専門的な急性期医療をいつでも提供できる入院機能、及び地域の他の医療機関との連携体制に基づく外来の縮小等の勤務医の負担軽減のための取組を評価するため、新たな要件を設定した。

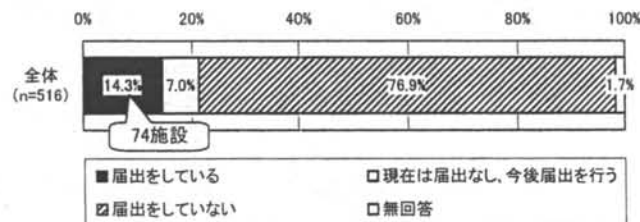
【算定要件】

- 1 特定機能病院・専門病院入院基本料を算定する病院以外の病院であること
- 2 急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されていること
 - (1) 産科、小児科、内科、整形外科及び脳神経外科に係る入院医療を提供していること
 - (2) 精神科による24時間対応が可能な体制が取られていること
- 3 病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されていること
 - (1) 外来診療を縮小するための体制を確保していること
 - (2) 病院勤務医の負担の軽減に資する計画(例:医師・看護師等の業務分担、医師に対する医師事務作業補助体制、地域医療機関との連携体制、外来縮小計画等)を策定し、職員等に対して周知していること
 - (3) 特別な関係にある医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間を把握するとともに、勤務医負担の軽減及び医療安全の向上に資するための計画を策定し、職員等に対して周知していること(例:連続当直は行わないシフトを組むこと、当直後の通常勤務について配慮すること等)
- 4 急性期医療に係る実績を相当程度有していること
入院患者のうち、全身麻酔件数が年800件以上であること 等

II 要件ごとの分析

1 調査客体数

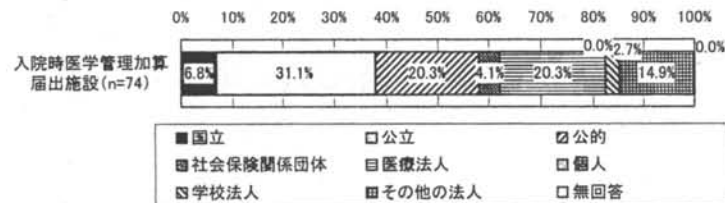
図表 56 入院時医学管理加算の届出状況



図表 3 施設基準届出状況別施設数(入院時医学管理加算届出施設)

	施設数	構成割合
すべての施設基準の届出あり	49	66.2%
(入院時医学管理加算+医師事務作業補助体制加算)届出あり	12	16.2%
(入院時医学管理加算+ハイリスク分娩管理加算)届出あり	11	14.9%
入院時医学管理加算のみ届出あり	2	2.7%
合計	74	100.0%

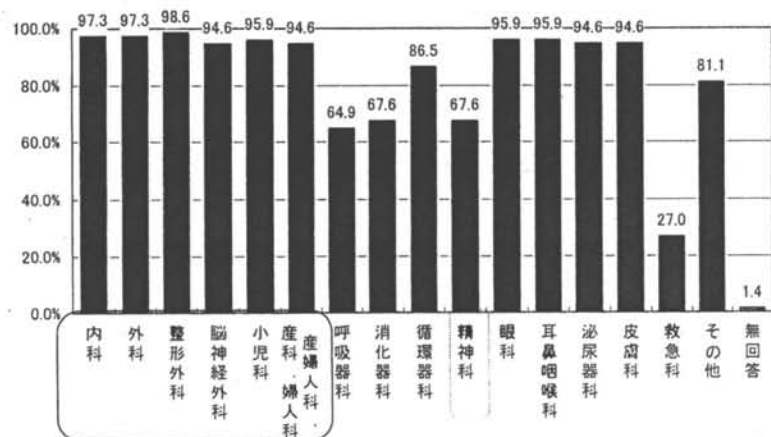
図表 4 開設主体



2 急性期医療を行うための十分な体制

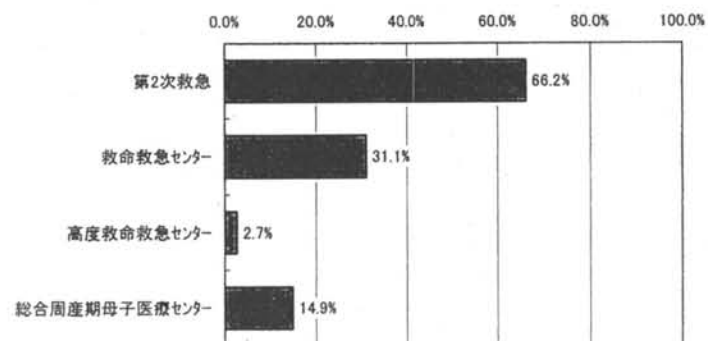
(1) 各診療科における入院医療の提供

図表 9 標榜している診療科(入院時医学管理加算算定施設、n=74)



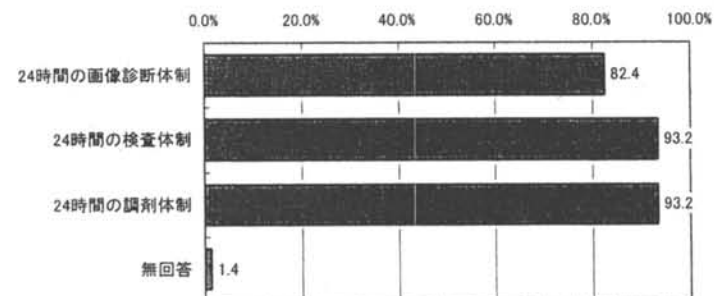
(2) 24時間の救急医療提供体制

図表6・7 施設基準届出要件(入院時医学管理加算届出施設、n=74)



(3) 24時間の調剤、画像診断及び検査の実施体制

図表 10 24時間の診療体制等(入院時医学管理加算届出施設 n=74、複数回答)

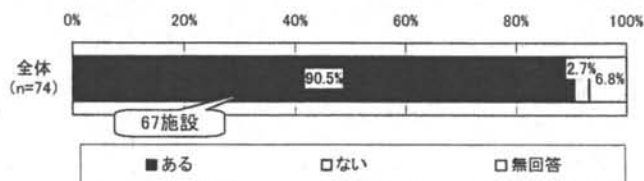


3 病院勤務医の負担の軽減に資する体制—外来縮小

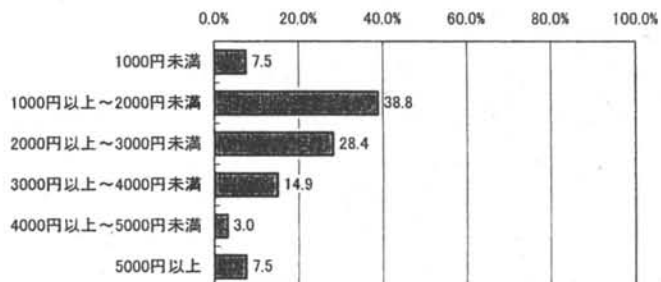
(2) 逆紹介等率

(1) 初診の選定療養に係る実費徴収

図表 58 初診に係る選定療養(実費徴収)の状況



図表 60 初診に係る選定療養(実費徴収)の1回あたりの金額・分布(n=67)



図表 28 1か月の入院患者数(入院時医学管理加算届出施設、n=52)

			平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
①新規入院患者数	n=52	19年10月	900.9	395.4	2,595.0	176.0	856.0
	n=52	20年10月	908.0	394.6	2,619.0	172.0	842.0
②救急搬送により緊急入院した患者数	n=52	19年10月	152.8	95.3	534.0	19.0	126.5
	n=52	20年10月	152.1	91.7	485.0	21.0	132.5
③退院患者数	n=52	19年10月	890.0	375.3	2,501.0	145.0	855.0
	n=52	20年10月	930.3	391.7	2,592.0	157.0	850.0
④診療情報提供料を算定した退院患者数	n=52	19年10月	195.2	119.9	684.0	17.0	178.5
	n=52	20年10月	259.0	155.3	765.0	13.0	243.5
⑤転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数	n=52	19年10月	54.5	66.3	306.0	0.0	31.0
	n=52	20年10月	126.7	119.9	478.0	0.0	82.0
⑥月末在院患者数	n=52	19年10月	440.0	184.4	1,063.0	133.0	422.0
	n=52	20年10月	421.1	174.5	1,024.0	119.0	399.0
⑦逆紹介等率 (④+⑤) / ③ × 100 (%)	n=52	19年10月	28.1				
	n=52	20年10月	41.5				

【参考】図表 27 1か月の外来患者数(入院時医学管理加算届出施設 n=71)

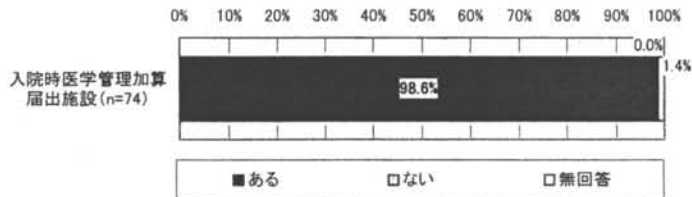
		平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
①外来患者数(初診)	19年10月	2,623.9	1,258.4	7,153.0	643.0	2,477.0
	20年10月	2,478.8	1,183.1	6,560.0	865.0	2,313.0
②外来患者延べ人数(再診)	19年10月	19,985.9	9,862.5	60,927.0	1,319.0	19,554.0
	20年10月	19,345.8	9,498.4	58,772.0	1,168.0	17,878.0
③救急搬送による外来患者延べ人数	19年10月	444.0	621.7	3,126.0	15.0	243.0
	20年10月	415.0	576.6	3,123.0	15.0	232.0
④選定療養の実費徴収を行った患者数	19年10月	672.3	472.4	2,052.0	0.0	631.0
	20年10月	633.6	429.1	1,934.0	0.0	625.0
⑤③ / (①+②)	19年10月	2.0%	—	—	—	—
	20年10月	1.9%	—	—	—	—
⑥④ / ①	19年10月	25.6%	—	—	—	—
	20年10月	25.6%	—	—	—	—

【参考】図表 16 紹介率(入院時医学管理加算届出施設 n=67)

	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
平成 19 年 10 月	56.0	18.1	97.5	14.5	55.1
平成 20 年 10 月	57.2	18.2	90.1	18.8	58.5

(3) 地域連携室の設置

図表 10 24 時間の診療体制等(入院時医学管理加算届出施設、n=74)



4 急性期医療に係る実績

(1) 全身麻酔、手術の件数

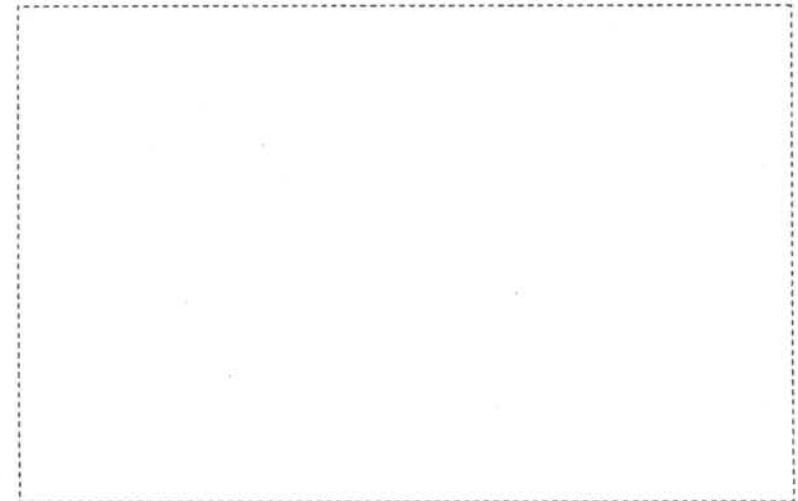
図表 61 平成 20 年 10 月 1 か月間の手術件数(入院時医学管理加算届出施設、n=68)

		平均値	標準偏差	中央値
①全身麻酔(件)	n=68	206.6	117.2	182
②人工心肺を用いた手術(件)	n=66	4.1	5.4	2
③悪性腫瘍手術(件)	n=64	51.6	39.4	43
④腹腔鏡下手術(件)	n=63	26.8	28.4	17
⑤放射線治療(体外照射法)(件)	n=65	413.7	425.6	352
⑥分娩(件)	n=68	47.1	29.2	45
⑦緊急帝王切開(件)	n=68	7.5	6.0	6

III 議論

【論点】

1. 総合的かつ専門的な急性期医療をいつでも提供できる入院機能を評価するという当初の目的を果たしているか。
2. 施設基準等の要件は妥当なものとなっているか。



【参考】検証部会における評価

検証部会において、入院時医学管理加算については、届出数が平成 20 年 7 月 1 日現在、88 施設と少ないことが指摘され、病院勤務医の負担軽減につながるよう見直し等について検討する必要があるとされた。

第3 医師事務作業補助体制加算

I 要件の概要

医師事務作業補助体制加算(入院初日)

- 1 25対1補助体制加算 355点
- 2 50対1補助体制加算 185点
- 3 75対1補助体制加算 130点
- 4 100対1補助体制加算 105点

(対届出一般病床数比での医師事務作業補助者の配置数による)

平成20年度診療報酬改定において、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、医師事務作業補助者を配置している場合の評価を新設した。

[算定要件]

- 1 地域の急性期医療を担う病院であって、医師が必ずしも自ら行う必要のない書類作成等の業務について、医師以外の者に担わせることができる体制が整備されていること
- 2 一般病床に入院した患者について、入院基本料等加算(入院初日)として評価する

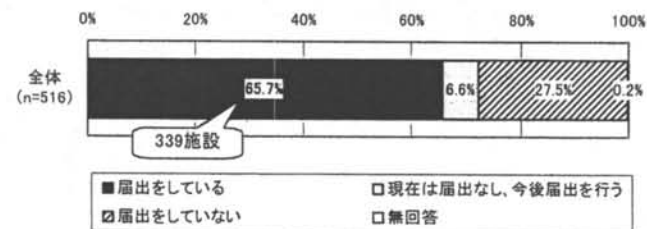
[施設基準]

- 1 病院勤務医の負担軽減に資する計画を策定し、院内掲示を行い、職員等に対して周知していること。その計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえて、専従の医師事務作業補助者を配置していること。加えて、新規に医師事務作業補助者を配置する際には最低6ヶ月の研修(職場内研修を含む。)を実施し、実際に病院勤務医の負担軽減に資する業務を遂行できる体制であること
- 2 医師事務作業補助者の業務範囲については、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」(平成19年12月28日医政発第1228001号)にある、「2 役割分担の具体例 (1)医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担 1) 書類作成等」に基づき、院内規程が整備されていること3 加えて、「診療録等の記載について」(昭和63年5月6日総第17号等)、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」(平成18年4月21日医政発第0421005号等)、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(平成19年3月30日医政発第0330033号)等に準拠した体制が整備されていること
- 4 以上の計画、体制整備に係る院内規程を文書で届け出ること

II 要件ごとの分析

1 調査客体数

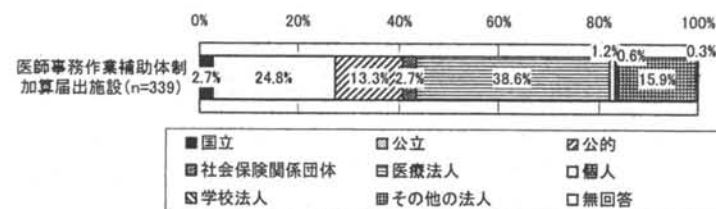
図表 62 医師事務作業補助体制加算の届出状況



図表 3 施設基準届出状況別施設数(医師事務作業補助体制加算届出施設)

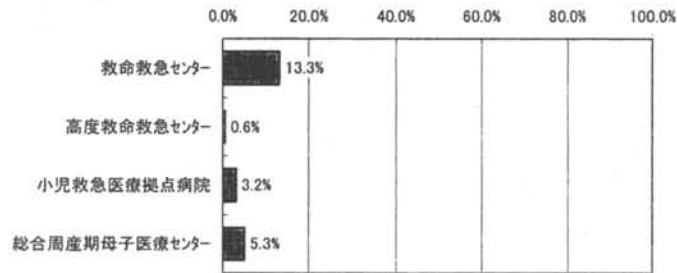
届出状況	施設数	構成割合
すべての施設基準の届出あり	49	14.5%
(入院時医学管理加算+医師事務作業補助体制加算)届出あり	12	3.5%
(医師事務作業補助体制加算+ハイリスク分娩管理加算)届出あり	86	25.4%
医師事務作業補助体制加算のみ届出あり	192	56.6%
合計	339	100.0%

図表 4 開設主体



2 急性期医療を行う体制

図表 6・7 施設基準届出要件（医師事務作業補助体制加算届出施設、n=339）

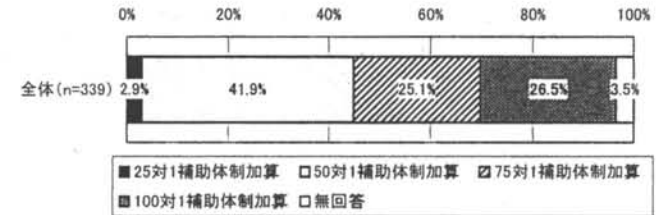


図表 28 1か月の入院患者数（医師事務作業補助体制加算届出施設）

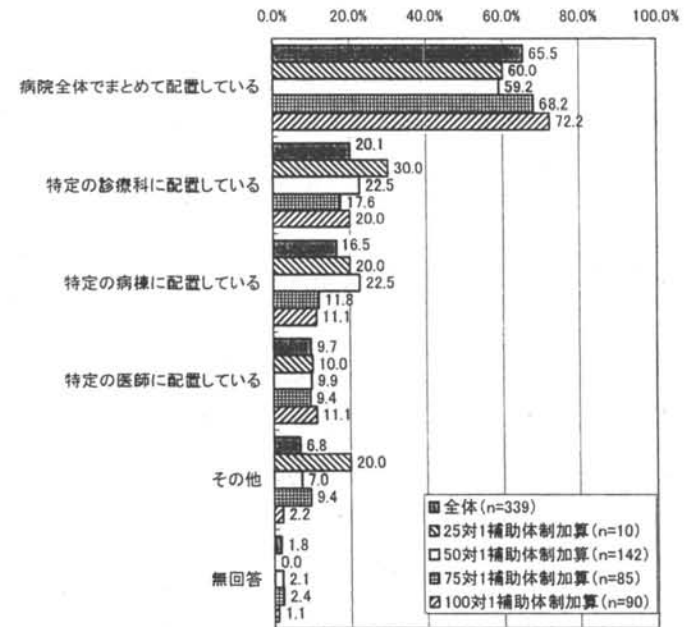
項目	n	年 月	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
①新規入院患者数	n=322	19年10月	532.1	414.3	2,595.0	38.0	417.5
	n=322	20年10月	534.2	413.9	2,619.0	50.0	416.0
②救急搬送により緊急入院した患者数	n=297	19年10月	91.0	89.3	609.0	2.0	62.0
	n=297	20年10月	92.6	90.6	580.0	1.0	62.0
③退院患者数	n=322	19年10月	516.4	400.8	2,501.0	19.2	415.5
	n=322	20年10月	534.7	414.9	2,592.0	51.0	425.0
④診療情報提供料を算定した退院患者数	n=276	19年10月	107.5	132.8	1,014.0	0.0	61.0
	n=276	20年10月	124.9	154.8	931.0	0.0	67.5
⑤転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数	n=228	19年10月	37.9	81.6	750.0	0.0	14.0
	n=228	20年10月	59.0	109.6	743.0	0.0	19.0
⑥月末在院患者数	n=322	19年10月	265.8	169.8	1,063.0	8.0	231.0
	n=322	20年10月	260.6	165.0	1,024.0	31.0	226.5

3 医師事務作業補助者の配置

図表 65 医師事務作業補助体制加算の種類



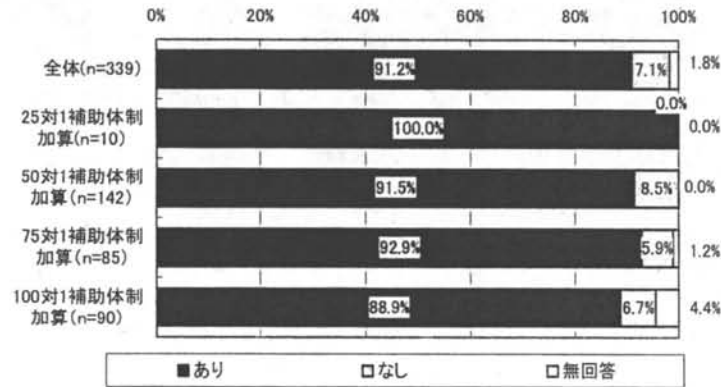
図表 70 医師事務作業補助者の配置状況（複数回答）



4 医師事務作業補助者の業務内容

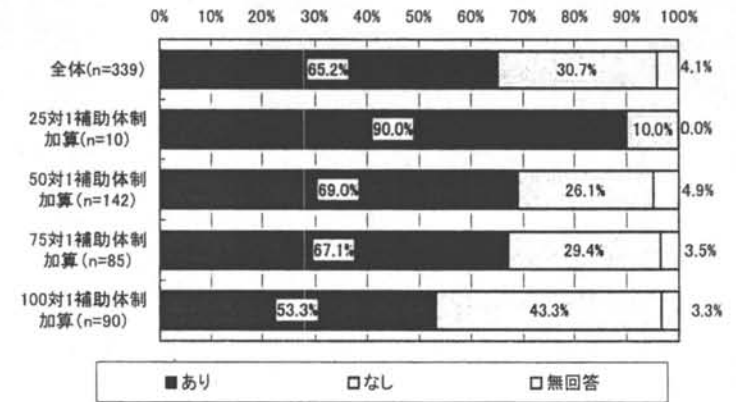
図表 71 医師事務作業補助者の従事状況

～①診断書などの文書作成補助～



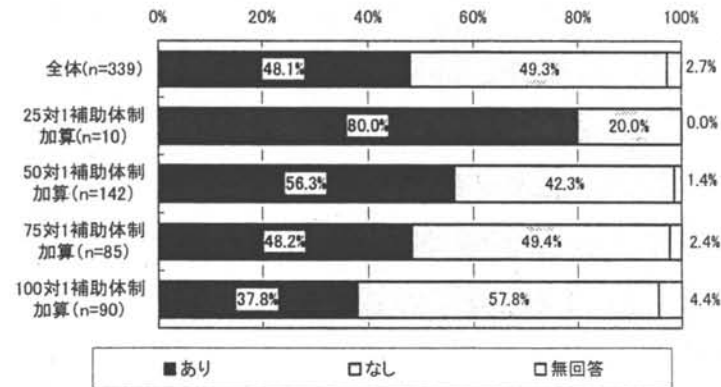
図表 75 医師事務作業補助者の従事状況

～③医療の質の向上に資する事務作業～



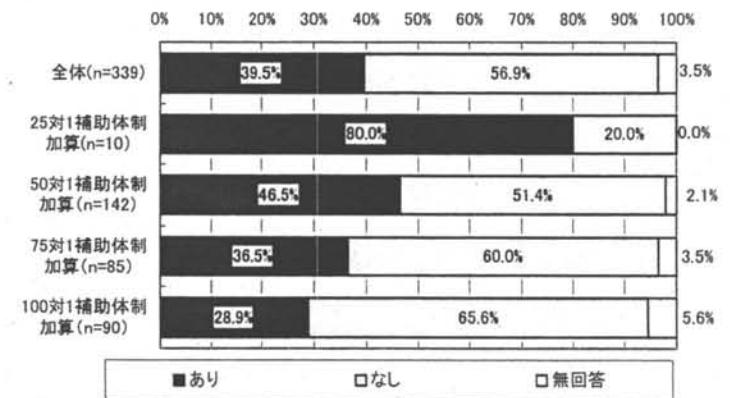
図表 73 医師事務作業補助者の従事状況

～②診療記録への代行入力～



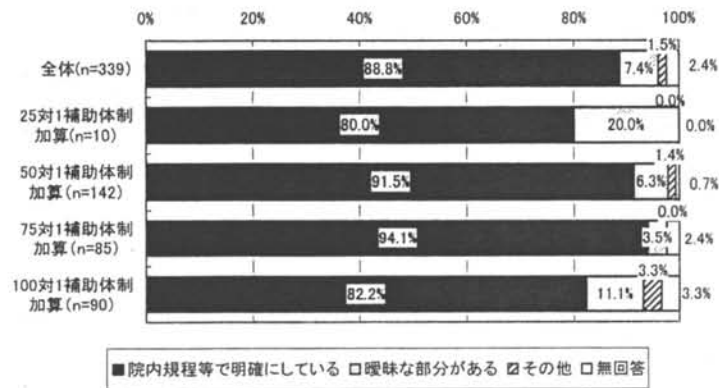
図表 1 医師事務作業補助者の従事状況

～④行政上の業務（救急医療情報システムへの入力等）～

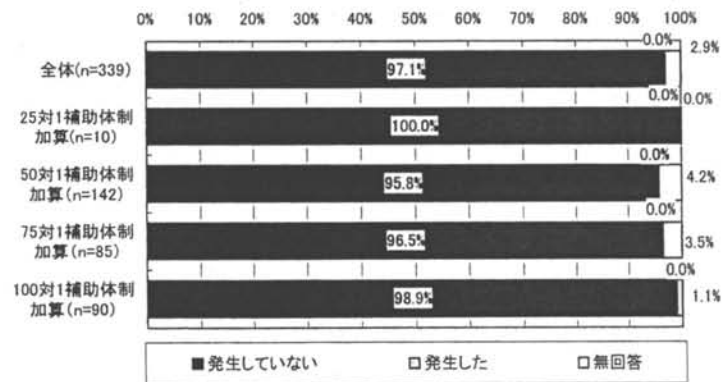


5 業務範囲の明確化、個人情報保護

図表 79 医師事務作業補助者の業務範囲の明確化



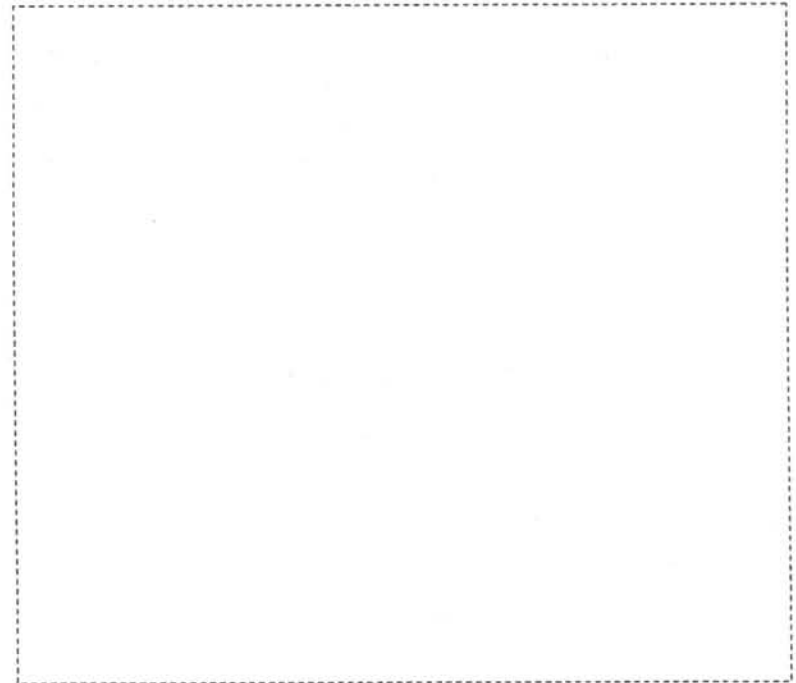
図表 80 個人情報保護上の問題発生の有無



III 議論

【論点】

1. 地域の急性期医療を担う病院における病院勤務医負担軽減に資するものとなっているか。
2. 施設基準等の要件は妥当なものとなっているか。



〔参考〕検証部会における評価

検証部会において、実際に負担軽減策の一環として業務分担を進めている項目について、「診断書、診療録・処方せんの記載の補助」、「主治医意見書の記載の補助」等ある程度の効果が認められるものもある。特に後者の二つは多くの医師が負担だと感じている業務であり、それだけに業務分担の効果が大きく表れたと思われる。今後も引き続き更なる改善策の検討が必要だと考えられるとされた。

第4 ハイリスク分娩管理加算

I 算定要件の概要

ハイリスク分娩管理加算(1日につき) 2,000点(改定前1,000点)

合併症等によりリスクの高い分娩を伴う妊産婦の入院について、平成18年度診療報酬改定において、ハイリスク分娩管理加算を新設し、診療報酬上の評価を行った。

さらに、平成20年度診療報酬改定において、勤務医の負担軽減につながるよう、勤務医の負担軽減のための計画作成を義務付けるとともに、評価の引き上げ、対象疾患の拡大を行った。

[対象者]

妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向及びHIV陽性等の妊産婦

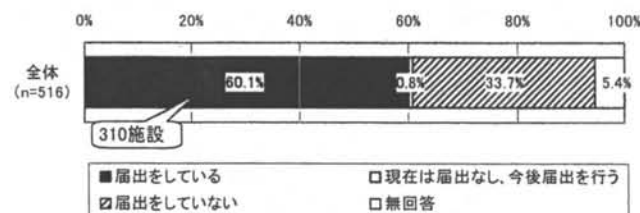
[施設基準等]

病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されていること

II 要件ごとの分析

1 調査客体数

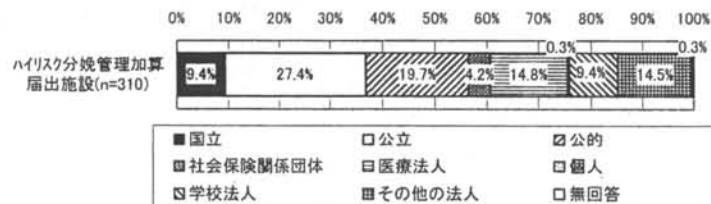
図表 81 ハイリスク分娩管理加算の届出状況



図表 3 施設基準届出状況別施設数(ハイリスク分娩管理加算届出施設)

	施設数	構成割合
すべての施設基準の届出あり	49	15.8%
(入院時医学管理加算+ハイリスク分娩管理加算)届出あり	11	3.5%
(医師事務作業補助体制加算+ハイリスク分娩管理加算)届出あり	86	27.7%
ハイリスク分娩管理加算のみ届出あり	164	52.9%
合計	310	100.0%

図表 4 開設主体



2 分娩件数と算定回数

図表 83、84 分娩件数・ハイリスク分娩管理加算算定回数 (n=266)

		平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
分娩 件数 (件)	平成 19 年 8 月	52.7	46.2	615.0	0.0	45.0
	平成 19 年 9 月	50.7	41.2	517.0	0.0	43.5
	平成 19 年 10 月	52.7	45.7	618.0	0.0	45.0
	平成 20 年 8 月	52.9	45.7	631.0	0.0	46.0
	平成 20 年 9 月	54.0	45.6	615.0	0.0	48.0
	平成 20 年 10 月	53.6	47.7	646.0	0.0	46.0
算定 回数 (回)	平成 19 年 8 月	10.1	14.9	119.0	0.0	4.0
	平成 19 年 9 月	10.3	14.7	93.0	0.0	4.0
	平成 19 年 10 月	11.1	16.1	98.0	0.0	6.0
	平成 20 年 8 月	20.5	25.2	163.0	0.0	13.0
	平成 20 年 9 月	20.8	26.7	253.0	0.0	15.0
	平成 20 年 10 月	21.2	26.9	231.0	0.0	15.0

3 従事者数

図表 20 職員数(ハイリスク分娩管理加算届出施設、n=298、常勤換算)

		平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
19 年	医師	136.8	133.4	806.6	3.8	93.7
	看護師・保健師	372.1	221.2	1,072.0	1.0	358.2
10 月	助産師	20.1	15.3	181.6	0.0	17.3
	准看護師	13.9	15.2	76.4	0.0	8.8
20 年	医師	141.8	138.3	799.6	3.8	97.5
	看護師・保健師	386.6	229.9	1,074.1	1.0	371.9
10 月	助産師	21.6	16.3	198.6	0.0	18.9
	准看護師	13.0	14.4	72.7	0.0	8.0

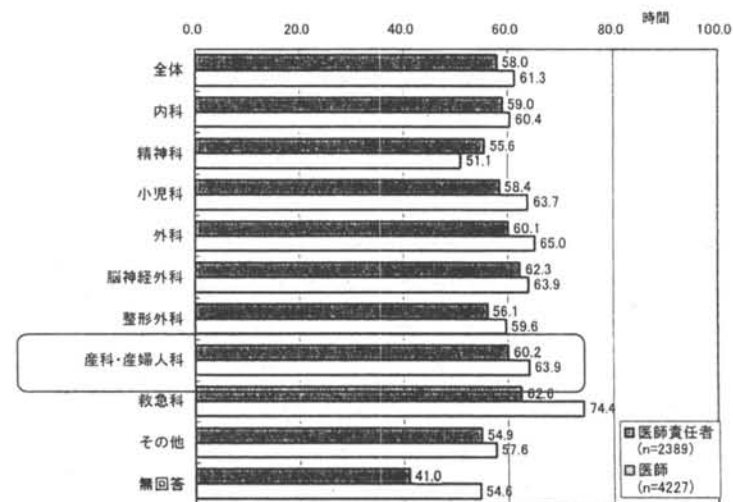
図表 29・30 産婦人科医師数 (ハイリスク分娩管理加算届出施設)

		平成 19 年 10 月	平成 20 年 10 月
常勤	男性	4.4	4.6
	女性	2.1	2.3
非常勤	男性	0.6	0.7
	女性	0.6	0.6

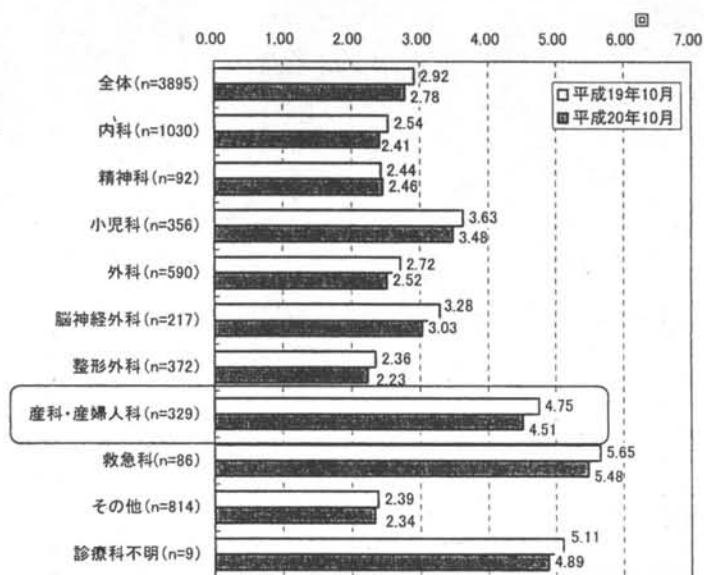
常勤 n=277、非常勤 n=193

4 医師の勤務状況

図表 106 診療科別 直近1週間の実勤務時間(平均)(医師)

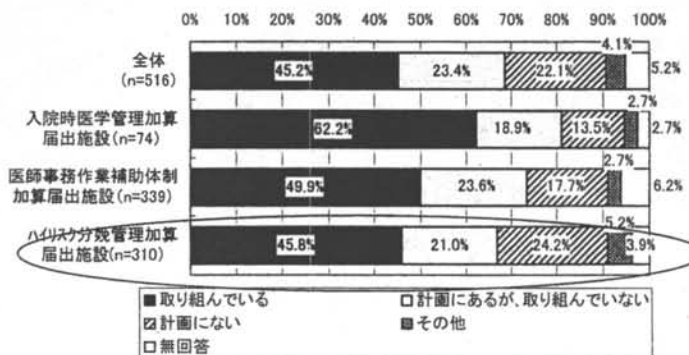


図表 110 1 か月あたり平均当直回数(医師)



図表 46 負担軽減策の取組み状況(施設基準届出別)

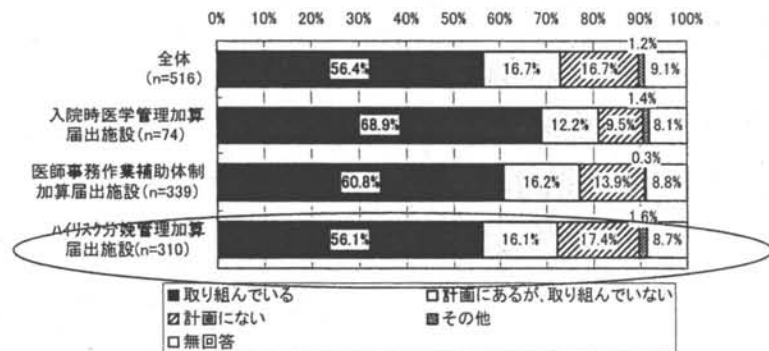
～⑤当直後の通常勤務に係る配慮～



5 勤務医負担軽減の取組み

図表 382 負担軽減策の取組み状況(施設基準届出別)

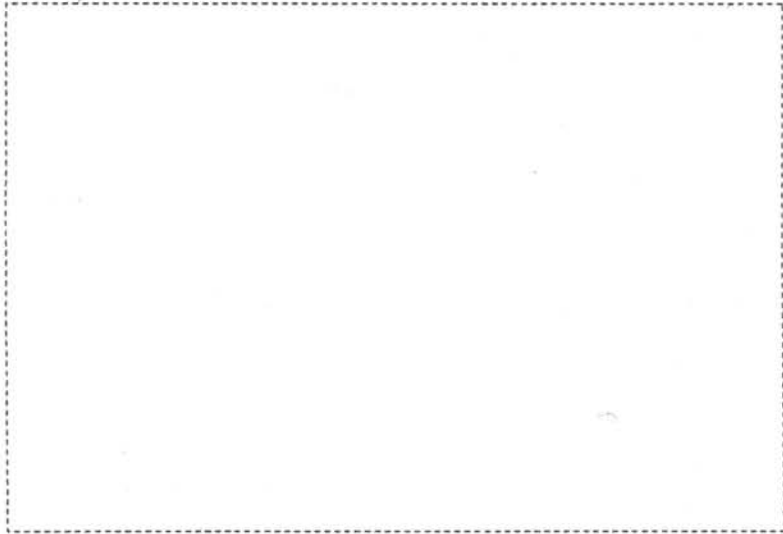
～①医師・看護師等の業務分担～



Ⅲ 議論

【論点】

1. リスクの高い分娩を伴う妊産婦の分娩管理の評価という目的に合致したものとなっているか。
2. 施設基準等の要件は妥当なものとなっているか。



主な施設基準の届出状況等

○ 病床を有する保険医療機関数の推移

		平成18年	平成19年	平成20年
病院	施設数	9,161	8,986	8,855
	病床数	1,575,178	1,563,065	1,559,914
有床診療所	施設数	12,508	11,907	11,594
	病床数	152,147	149,501	144,710

(2) 入院基本料等加算

	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:医療機関数/下段:病床数)		
		平成18年	平成19年	平成20年
改 入院時医学管理加算	<ul style="list-style-type: none"> ・特定機能病院及び専門病院入院基本料を算定する病棟を有する病院以外の病院 ・急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されている ・病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されている 等 	192	206	88
新 医師事務作業補助体制加算	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期医療を担う病院 ・医師の事務作業を補助することに十分な体制が整備 等 	-	-	730
ハイリスク分娩管理加算	<ul style="list-style-type: none"> ・専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師が3名以上配置 ・常勤の助産師が3名以上配置 ・1年間の分娩実施件数が120件以上で、実施件数等を当該保険医療機関に掲示 等 	702 281,194	708 267,079	623 240,549

参考資料

勤務医自由記述欄【抜粋】

※算定要件等について誤解があると考えられるものには下線を引いている。

1. 施設票

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。

4-② 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。

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。

○逆紹介患者と治療患者の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「治療」で通院の必要がない患者数が4割以上という施設基準）。
- ・治療率が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療であり、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。

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「治療」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。(※)
- ・「転帰が治療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「治療」となっても原疾患のため通院になる場合、「治療」になるのか。「治療」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「治療」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「治療」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。
- ・転帰が治療であり、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く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が行うことは難しいが、看護師が医師の業務を担い、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。

○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。
- ・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ない。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生労働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、証明書類が多すぎる。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できるには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ん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の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ようになる。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つ点はあると思う。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。看護関係の文書が複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、実施にも医師が足らず不可能であり、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の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、人員増を行いたいのが、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と必要である時期にあると思う。
- ・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がある。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、専門医と総合医と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「ミソ」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、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だけ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ければ、書類作成補助はうまく行かない。
- ・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に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で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規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とがあり、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いないが、業務分担などで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。そうす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

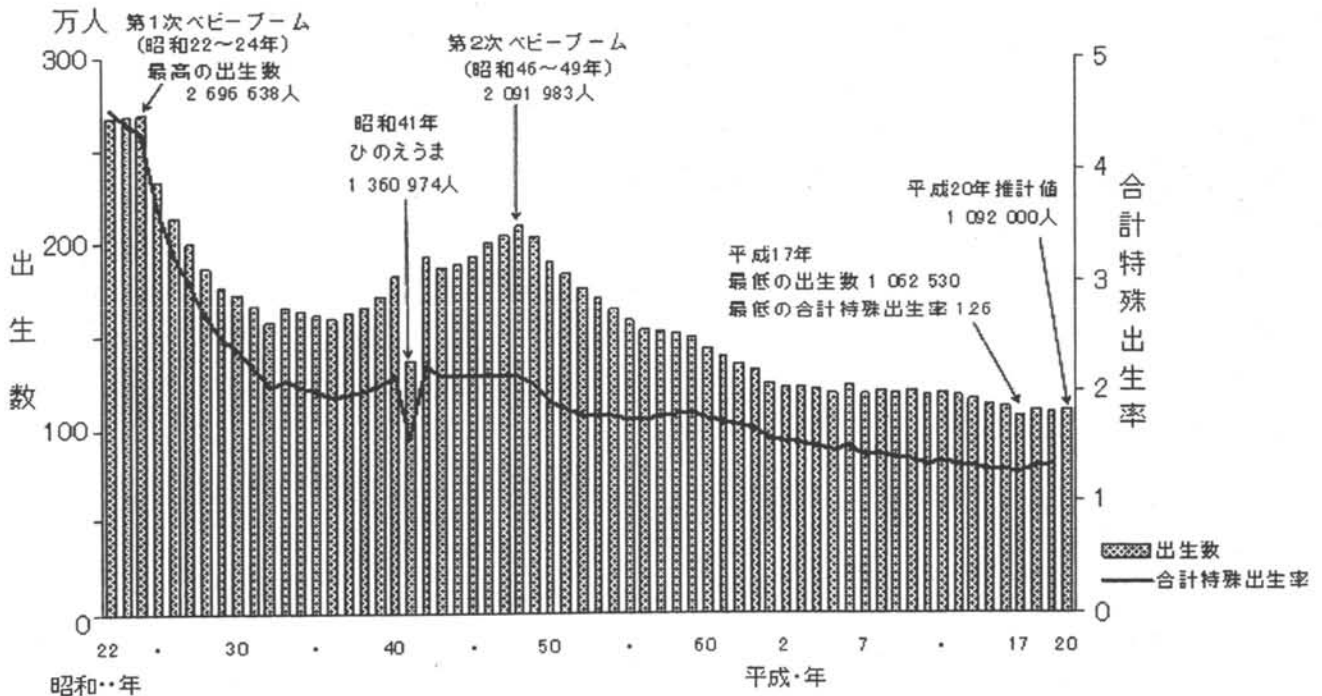
は、医師の増員と、それに見合った診療報酬の見直しが必要である。小手先の手法では問題解決にならない。つまり、医師の絶対的不足を解消するために OECD 諸国並みに医師数を増やし、社会保障にかかる国家負担を引き上げる必要がある。

- ・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。

ハイリスク分娩管理加算 参考資料

1

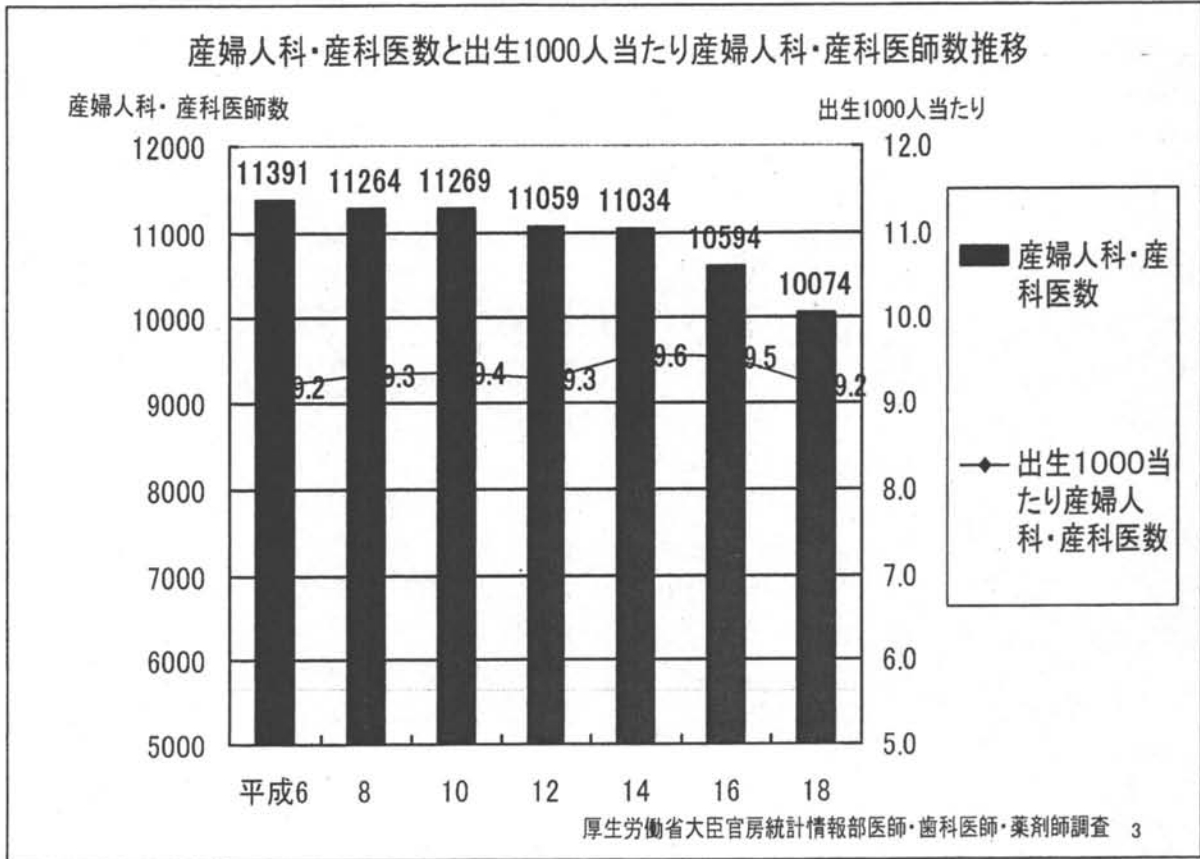
出生数、合計特殊出生率の推移



平成20年人口動態統計の年間推移

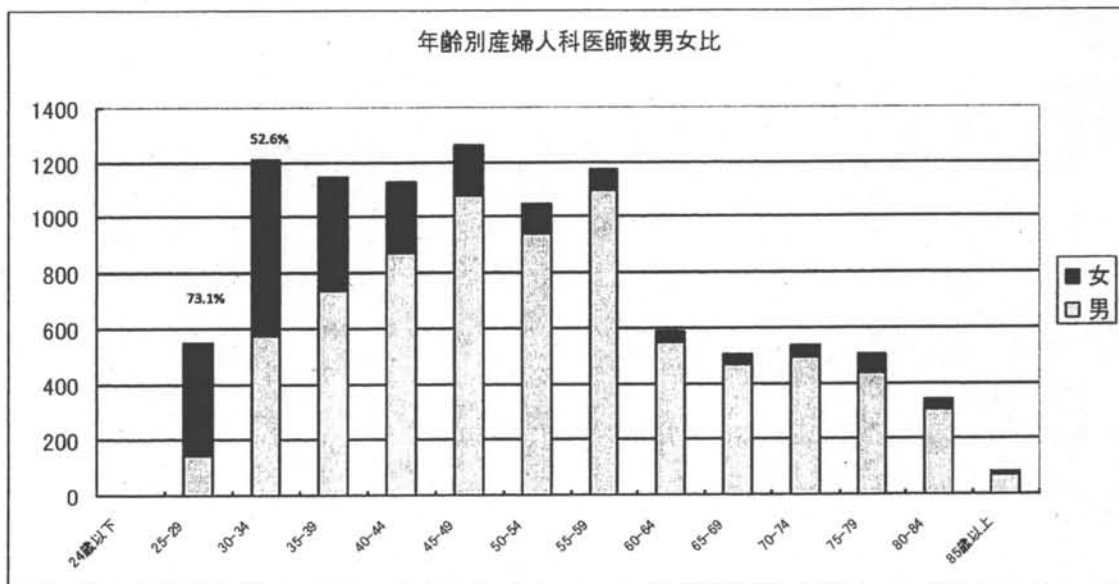
2

産婦人科医数の年次推移



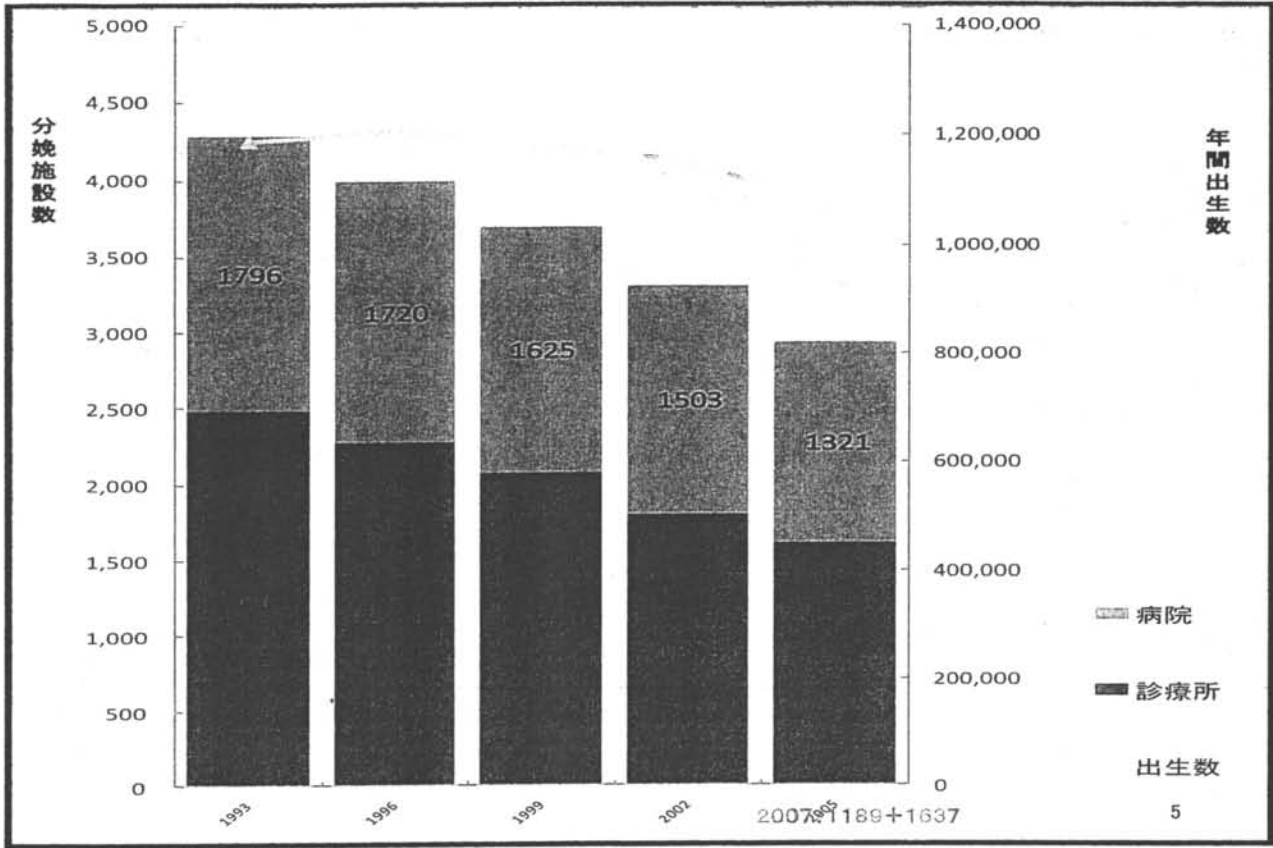
年齢別産婦人科医数男女比

- 近年、医師国家試験合格者に占める女性の割合は約3分の1となっているなど、若年層における女性医師の増加は著しい。(特に産婦人科で顕著)
- 全医師数に占める女性医師の割合は17.2%、全産婦人科医師数に占める女性の割合は23.0%となっている。



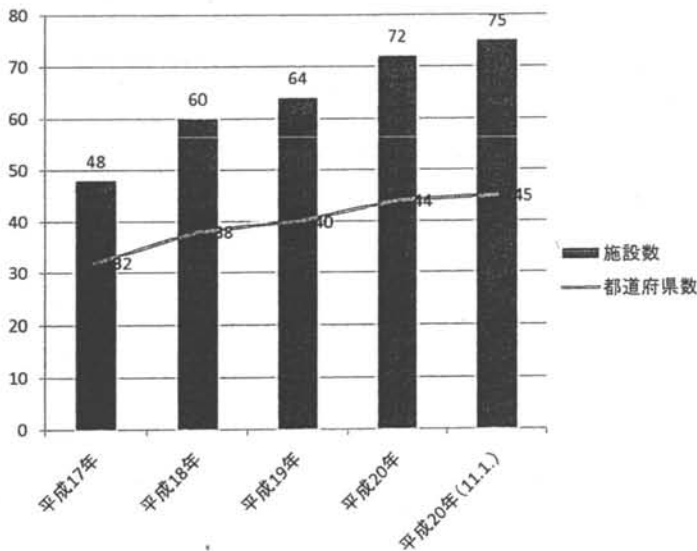
分娩施設数の推移

医療施設調査

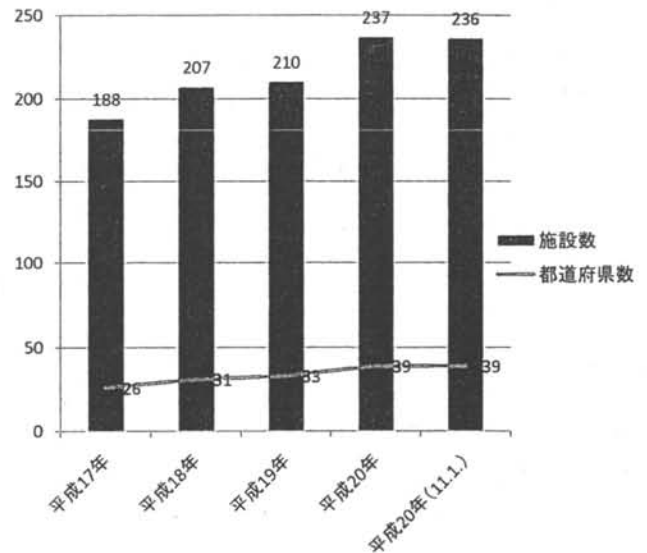


総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター数の推移

総合周産期母子医療センターの推移



地域周産期母子医療センターの推移



産科医等育成・確保支援事業(新規)

2,834,807千円(0千円)

① 産科医等確保支援事業

2,770,207千円(0千円)

産科医等の処遇を改善しその確保を図るため、分娩手当等を支給する分娩取扱機関に対して財政支援を行う。

(対象経費) 産科医等に対する手当(分娩取扱手当)

(補助先) 都道府県(間接補助先:市町村、厚生労働大臣が認める者※)

※高額な分娩費用を得ている分娩取扱機関を除く。

(補助率) 1/3(負担割合:国1/3、都道府県2/3以内、市町村2/3以内、事業主2/3以内)

(積算単価) 10千円/件

(創設年度) 平成21年度

② 産科医等育成支援事業

64,600千円(0千円)

臨床研修修了後の後期研修で産科を選択する者の処遇改善を行う医療機関に対して財政支援を行い、産科を志望する若手医師等へのインセンティブを与える。

(対象経費) 産科後期研修医に対する手当(研修医手当等)

(補助先) 都道府県(間接補助先:市町村、厚生労働大臣が認める者)

(補助率) 1/3(負担割合:国1/3、都道府県2/3以内、市町村2/3以内、事業主2/3以内)

(積算単価) 1人あたり月額5万円

(創設年度) 平成21年度

(医政局当初予算)

7

出産育児一時金の最近の改正内容

【平成6年10月】

- ・従前、標準報酬月額半額の半額(最低保障24万円)を支給していたものを、定額30万円の支給に改正。
(「分娩費」及び「育児手当金」を廃止し、「出産育児一時金」を創設)

【平成18年10月】

- ・支給額を30万円から35万円に引上げ。

【平成21年1月】

- ・産科医療補償制度の導入に伴い、3万円を上限とする加算制度を創設。(支給額は最大38万円)

【平成21年10月】(予定)

- ・緊急の少子化対策の一環として、暫定的※に35万円から39万円に引上げ。(支給額は最大42万円)

※平成23年3月まで

【緊急課題-2（診療所・病院の役割分担等について）-③】

地域で中核となる病院に勤務する医師の 負担軽減の評価

骨子【緊急課題-2-(4)】

第1 基本的な考え方

地域の中核病院として、十分な人員配置及び設備等を備え、産科、小児科、精神科等を含む総合的かつ専門的な急性期医療をいつでも提供できる入院機能、及び地域の他の医療機関との連携体制に基づく外来の縮小等の勤務医の負担軽減のための取組を評価する。

第2 具体的な内容

新 入院時医学管理加算 120点（1日につき、14日を限度）

[算定要件]

- 1 特定機能病院・専門病院入院基本料を算定する病院以外の病院であること
- 2 急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されていること
 - (1) 産科、小児科、内科、整形外科及び脳神経外科に係る入院医療を提供していること
 - (2) 精神科による24時間対応が可能な体制が取られていること
- 3 病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されていること
 - (1) 外来診療を縮小するための体制を確保していること
 - (2) 病院勤務医の負担の軽減に資する計画（例：医師・看護師等の業務分担、医師に対する医師事務作業補助体制、地域医療機関との連携体制、外来縮小計画等）を策定し、職員等に対して周知していること
 - (3) 特別な関係にある医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間を把握するとともに、勤務医負担の軽減及び医療安全の向上に資するための計画を策定し、職員等に対して周知していること（例：連続当直は行わないシフトを組むこと、当直後の通常勤務について配慮すること等）
- 4 急性期医療に係る実績を相当程度有していること
入院患者のうち、全身麻酔件数が年800件以上であること 等

※ 既存の入院時医学管理加算の要件は廃止する

【緊急課題-3（病院勤務医の事務負担の軽減について）-①】

勤務医の事務作業を補助する職員の 配置の評価

骨子【緊急課題-3】

第1 基本的な考え方

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（特定機能病院を除く。）において、医師の事務作業を補助する職員（以下「医師事務作業補助者」という。）を配置している場合の評価を新設する。

第2 具体的な内容

入院基本料等加算の新設

新 医師事務作業補助体制加算（入院初日）

1	25対1補助体制加算	355点
2	50対1補助体制加算	185点
3	75対1補助体制加算	130点
4	100対1補助体制加算	105点

（対届出一般病床数比での医師事務作業補助者の配置数による）

[算定要件]

- 1 地域の急性期医療を担う病院であって、医師が必ずしも自ら行う必要のない書類作成等の業務について、医師以外の者に担わせることができる体制が整備されていること
 - 2 一般病床に入院した患者について、入院基本料等加算（入院初日）として評価する
- [施設基準]
- 1 病院勤務医の負担軽減に資する計画を策定し、院内掲示を行い、職員等に対して周知していること。その計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえて、専従の医師事務作業補助者を配置していること。加えて、新規に医師事務作業補助者を配置する際には最低6ヶ月の研修（職場内研修を含む。）を実施し、実際に病院勤務医の負担軽減に資する業務を遂行できる体制であること
 - 2 医師事務作業補助者の業務範囲については、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発第1228001号）にある、「2 役割分担の具体例（1）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担 1）書類作成等」に基づき、院内規程が整備されていること
 - 3 加えて、「診療録等の記載について」（昭和63年5月6日総第17号等）、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成

ハイリスク妊産婦管理の充実・拡大

骨子【緊急課題－1－(1)】

18年4月21日医政発第0421005号等)、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(平成19年3月30日医政発第0330033号)等に準拠した体制が整備されていること

4 以上の計画、体制整備に係る院内規程を文書で届け出ること

〔病院の担う機能と算定可能な医師事務作業補助体制加算の関係〕

病院機能	25対1	50対1	75対1	100対1
第三次救急医療機関	○	○	○	○
総合周産期母子医療センター	○	○	○	○
小児救急医療拠点病院	○	○	○	○
災害拠点病院	×	○	○	○
へき地医療支援病院	×	○	○	○
地域医療支援病院	×	○	○	○
緊急入院患者を受け入れている医療機関※	×	○	○	○

※ 年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院(200名以上の緊急入院患者とは、特別の関係にある保険医療機関等から搬送される患者等を除くものであること。)

〔医師事務作業補助者の業務範囲〕

- 1 診断書などの文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業(診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師の教育や臨床研修のカンファレンスのための準備作業等)並びに行政上の業務(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等)への対応を医師の指示の下に行う
- 2 医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のための基礎データ収集業務、看護業務の補助並びに物品運搬業務等については行わないこと

第1 基本的な考え方

合併症等によりリスクの高い分娩を伴う妊産婦の入院について、平成18年度診療報酬改定において、ハイリスク分娩管理加算を新設し、診療報酬上の評価を行った。

さらに、こうした評価を勤務医の負担軽減につなげるため、ハイリスク分娩管理加算については、産科勤務医の負担軽減のための計画作成を義務付けるとともに、評価の引き上げを行う。

また、ハイリスク分娩管理加算の対象となっていない妊婦でもリスクの高い分娩があることや、分娩を伴わなくてもリスクの高い妊娠があるため、そうした患者の継続的な管理についても、診療報酬上の評価を行う。

このほか、こうした患者を診療する上で必要な検査であるノンストレステストの対象者の拡大も行う。

第2 具体的な内容

1 ハイリスク分娩管理加算の対象拡大と評価の引上げ

現行	改正案
【ハイリスク分娩管理加算】(1日につき) 1,000点	【ハイリスク分娩管理加算】(1日につき) 2,000点
[対象者] 妊娠22週から27週の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが3.5以上の初産婦、糖尿病合併妊娠、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離	[対象者] 妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが3.5以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向及びHIV陽性等の妊産婦
	[施設基準等] 病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されていること

改

参 考 資 料

「病院勤務医の負担軽減の実態調査」

「入院時医学管理加算」

〔告示〕

「診療報酬の算定方法 平成20年厚生労働省告示第59号 別表第1」

A200 入院時医学管理加算（1日につき） 120点

注 急性期医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、入院時医学管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

「基本診療料の施設基準等 平成20年厚生労働省告示第62号」

第8 入院基本料等加算の施設基準等

1 入院時医学管理加算の施設基準

- (1) 特定機能病院及び専門病院入院基本料を算定する病棟を有する病院以外の病院であること。
- (2) 急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (3) 病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されていること。
- (4) 急性期医療に係る実績を相当程度有していること。

〔課長通知〕

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて 保医発第0305002号」

別添3

第1 入院時医学管理加算

1 入院時医学管理加算に関する施設基準等

- (1) 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する保険医療機関であること。
- (2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。ただし、精神科については、24時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む。）があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としないこと。
- (3) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしていること。

ア 「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年7月6日 医発第692号）に定める第5「第2次救急医療体制」、第8「救命救急センター」、第9「高度救命救急センター」又は「周産期医療対策事業実施要綱」（平成8年5月10日 児発第488号）に定める総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関

- イ アと同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関
- (4) 外来を縮小するに当たり、次の体制を確保していること。
- ア 病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。
- イ 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「B009」診療情報提供料(Ⅰ)の「注7」の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近1か月間の総退院患者数(ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者を除く。)のうち、4割以上であること。
- (5) 病院勤務医の負担の軽減に対し、次の体制を整備していること。
- ア 病院勤務医の負担の軽減に資する計画(例:医師・看護師等の業務分担、医師に対する医療事務作業補助体制、短時間正規雇用の医師の活用、地域の他の保険医療機関との連携体制、外来縮小の取組み等)を策定し、職員等に対して周知していること。
- イ 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間を把握するとともに、医療安全の向上に資するための勤務体系を策定し、職員等に対して周知していること。(例:連続当直は行わないシフトを組むこと、当直後の通常勤務について配慮すること等)
- (6) 全身麻酔(手術を実施した場合に限る。)の患者数が年800件以上であること。
なお、併せて以下のアからカを満たすことが望ましい。
- ア 人工心肺を用いた手術 40件/年以上
- イ 悪性腫瘍手術 400件/年以上
- ウ 腹腔鏡下手術 100件/年以上
- エ 放射線治療(体外照射法) 4000件/年以上
- オ 化学療法 4000件/年以上
- カ 分娩件数 100件/年以上
- (7) 地域の他の保険医療機関との連携体制の下、円滑に退院患者の受け入れが行われるための地域連携室を設置していること。
- (8) 画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保していること。
- (9) 薬剤師が、夜間当直を行うことにより、調剤を24時間実施できる体制を確保していること。

「医師事務作業補助体制加算」

〔告示〕

「診療報酬の算定方法 平成20年厚生労働省告示第59号 別表第1」

A207-2 医師事務作業補助体制加算(入院初日)

1	25対1補助体制加算	355点
2	50対1補助体制加算	185点
3	75対1補助体制加算	130点
4	100対1補助体制加算	105点

注 病院勤務医の負担の軽減を図るための医師事務作業の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、医師事務作業補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り所定点数に加算する。

「基本診療料の施設基準等 平成20年厚生労働省告示第62号」

第8 入院基本料等加算の施設基準等

7の2 医師事務作業補助体制加算の施設基準

- (1) 急性期医療を担う病院であること。
- (2) 医師の事務作業を補助することにつき十分な体制が整備されていること。
- (3) 病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されていること。

〔課長通知〕

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて 保医発第0305002号」

別添3

第4の2 医師事務作業補助体制加算

1 医師事務作業補助体制加算に関する施設基準

- (1) 急性期医療を行う病院(特定機能病院を除く。)であること。
- (2) 病院勤務医の負担の軽減に対する体制がとられていること。

ア 病院勤務医の負担の軽減に資する具体的計画(例:医師・看護師等の業務分担、医師に対する医療事務作業補助体制、短時間正規雇用の医師の活用、地域の他の保険医療機関との連携体制、外来縮小の取組み等)を別添7の様式13の2の例により策定し、職員等に周知していること。

イ 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間を把握するとともに、医療安全の向上に資するための勤務体系を策定し、職員等に対して周知していること。(例:連続当直は行わないシフトを組むこと、当直後の

通常勤務について配慮すること等)

- (3) 院内計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえ、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という）を、25 対 1 補助体制加算の場合は届出病床数（一般病床に限る。以下この項において同じ。）25 床ごとに 1 名以上、50 対 1 補助体制加算の場合は届出病床数 50 床ごとに 1 名以上、75 対 1 補助体制加算の場合は届出病床数 75 床ごとに 1 名以上、100 対 1 補助体制加算の場合は届出病床数 100 床ごとに 1 名以上配置していること。また、当該医師事務作業補助者は、雇用形態を問わない（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く。）が、当該保険医療機関の常勤職員（週 4 日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週 32 時間以上である者）と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。なお、当該職員は、常勤換算による場合であっても差し支えない。
- (4) 保険医療機関で策定した勤務医負担軽減策を踏まえ、医師事務作業補助者を適切に配置し、医師事務作業補助者の業務を管理・改善するための責任者（医師事務作業補助者以外の職員であって、常勤の者に限る。）を置くこと。当該責任者は適宜勤務医師の意見を取り入れ、医師事務作業補助者の配置状況や業務内容等について見直しを行い、実際に勤務医の事務作業の軽減に資する体制を確保することに努めること。
- (5) 当該責任者は、医師事務作業補助者を新たに配置してから 6 か月間は研修期間として、業務内容について必要な研修を行うこと。なお、6 か月の研修期間内に 32 時間以上の研修（医師事務作業補助者としての業務を行いながらの職場内研修を含む。）を実施するものとし、当該医師事務作業補助者には実際に病院勤務医の負担軽減に資する業務を行わせるものであること。なお、平成 20 年 3 月以前から、医師の事務作業を補助する専従者として雇用している者に対しても、当該研修が必要であること。研修の内容については、次の項目に係る基礎知識を習得すること。また、職場内研修を行う場合には、その実地作業における業務状況の確認並びに問題点に対する改善の取組みを行うこと。
- ア 医師法、医療法、薬事法、健康保険法等の関連法規の概要
 - イ 個人情報の保護に関する事項
 - ウ 当該医療機関で提供される一般的な医療内容及び各配置部門における医療内容や用語等
 - エ 診療録等の記載・管理及び代筆、代行入力
 - オ 電子カルテシステム（オーダリングシステムを含む。）
- (6) 院内に次の診療体制がとられ、院内規程を整備していること。
- ア 医師事務作業補助者の業務範囲について、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成 19 年 12 月 28 日医政発第 122800 1 号）にある、「2 役割分担の具体例（1）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担 1）書類作成等」に基づく院内規程を定めており、個別

の業務内容を文書で整備していること。

- イ 診療記録（診療録並びに手術記録、看護記録等）の記載について、「診療録等の記載について」（昭和 63 年 5 月 6 日総第 17 号等）に沿った体制であり、当該体制について、院内規程を文書で整備していること。
 - ウ 個人情報保護について、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成 18 年 4 月 21 日医政発第 0421005 号等）に準拠した体制であり、当該体制について、院内規程を文書で整備していること。
 - エ 電子カルテシステム（オーダリングシステムを含む。）について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成 19 年 3 月 30 日医政発第 033 0033 号等）に準拠した体制であり、当該体制について、院内規程を文書で整備していること。特に、「成りすまし」がないよう、電子カルテシステムの真正性について十分留意していること。医師事務作業補助者が電子カルテシステムに入力する場合は代行入力機能を使用し、代行入力機能を有しないシステムの場合は、業務範囲を限定し、医師事務作業補助者が当該システムの入力業務に携わらないこと。
- 2 25 対 1 補助体制加算の施設基準
- 「救急医療対策事業実施要綱」（昭和 52 年 7 月 6 日医発第 692 号）に規定する第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院又は「周産期医療対策整備事業の実施について」の別添「周産期医療対策事業実施要綱」（平成 8 年 5 月 10 日児発第 48 8 号）に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。
- 3 50 対 1、75 対 1 及び 100 対 1 補助体制加算の施設基準
- 25 対 1 補助体制加算の施設基準を満たしていること又は「災害拠点病院整備事業の実施について」（平成 8 年 5 月 10 日健政発第 435 号）に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」（平成 13 年 5 月 16 日 医政発第 529 号）に規定するへき地医療拠点病院、地域医療支援病院の指定を受けていること若しくは年間の緊急入院患者数が 200 名以上の実績を有する病院であること。なお、「周産期医療対策整備事業の実施について」（平成 8 年 5 月 10 日児発第 488 号）に規定される周産期医療を担う医療機関において救急搬送となった保険診療の対象となる妊産婦については、母体数と胎児数を別に数える。
- 4 3 の緊急入院患者数とは、救急搬送（特別の関係にある保険医療機関に入院する患者又は通院する患者、介護老人保健施設に入所する患者、介護療養型医療施設に入院する患者若しくは居住系施設入居者等である患者を除く。）により緊急入院した患者数及び当該保険医療機関を受診した次に掲げる状態の患者であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要と認めた重症患者のうち、緊急入院した患者数の合計をいう。
- ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
 - イ 意識障害又は昏睡

- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝異常（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態
- コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

「ハイリスク分娩管理加算」

〔告示〕

「診療報酬の算定方法 平成20年厚生労働省告示第59号 別表第1」

A237 ハイリスク分娩管理加算（1日につき） 2,000点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、ハイリスク分娩管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、1入院に限り8日を限度として所定点数に加算する。

2 ハイリスク分娩管理と同日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、ハイリスク分娩管理加算に含まれるものとする。

「基本診療料の施設基準等 平成20年厚生労働省告示第62号」

第8 入院基本料等加算の施設基準等

32 ハイリスク分娩管理加算の施設基準等

(1) ハイリスク分娩管理加算の施設基準

イ 当該保険医療機関内に専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師が3名以上配置されていること。

ロ 当該保険医療機関内に常勤の助産師が3名以上配置されていること。

ハ 1年間の分娩実施件数が120件以上であり、かつ、その実施件数等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

ニ 病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されていること。

(2) ハイリスク分娩管理加算の対象患者

保険診療の対象となる合併症を有している妊産婦であって、別表第7に掲げるもの

別表第7 ハイリスク分娩管理加算の対象患者

妊娠22週から32週未満の早産の患者

40歳以上の初産婦である患者

分娩前のBMIが35以上の初産婦である患者

妊娠高血圧症候群重症の患者

常位胎盤早期剥離の患者

前置胎盤（妊娠28週以降で出血等の症状を伴うものに限る。）の患者

双胎間輸血症候群の患者

心疾患（治療中のものに限る。）の患者

糖尿病（治療中のものに限る。）の患者

特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者

白血病（治療中のものに限る。）の患者

血友病（治療中のものに限る。）の患者
出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）の患者
H I V陽性の患者
当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行う予定のある患者

〔課長通知〕

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて 保医発第0305002号」

別添3

第23 ハイリスク分娩管理加算

1 ハイリスク分娩管理加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師が、3名以上配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に、常勤の助産師が3名以上配置されていること。
- (3) 1年間の分娩件数、配置医師数及び配置助産師数を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 病院勤務医の負担の軽減に対する体制がとられていること。

ア 病院勤務医の負担の軽減に資する具体的計画（例：医師・看護師等の業務分担、医師に対する医療事務作業補助体制、短時間正規雇用の医師の活用、地域の他の保険医療機関との連携体制、外来縮小の取組み等）を策定し、職員等に周知していること。

イ 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間を把握するとともに、医療安全の向上に資するための勤務体系を策定し、職員等に対して周知していること。（例：連続当直は行わないシフトを組むこと、当直後の通常勤務について配慮すること等）

- (5) 財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。