

勤務医負担軽減策¹

～総合医療管理士制度の新設～

京都橘大学 高山一夫研究会 医療分科会

八木沙王里

奥田悠一

小倉英嗣

島本貴光

2009年12月

¹本稿は、2009年12月12日、13日に開催される、ISFJ 日本政策学生会議「政策フォーラム2009」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、高山一夫准教授（京都橘大学）をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

要約

1、 現状・問題意識

報道機関などで医療崩壊が報道されているように、現在の病院勤務医の労働条件は厳しく過酷な労働状況に曝されている。

このような勤務医の労働状況の負担軽減策として平成 20 年 4 月の厚生労働省¹の診療報酬改定において、「医師事務作業補助体制加算」「入院時医学管理加算」の新設、「ハイリスク分娩管理加算」の改定が行われた。私達が注目したのはこの中の「医師事務作業補助体制加算」である。この制度は医師の負担軽減を主な目的とし、文字通り医師が行う特定の事務作業を補助する専門の人員²配置に対して評価される加算である。しかし、業務範囲や施設の算定条件が厳しく、この制度を有効に活用できていない。

一方負担軽減策としては普及しており、「病院勤務医の負担軽減の実態調査結果概要（速報）」においては施設調査有効回収数 516 中 77.1%の病院が導入している。ただし、この調査は比較的医療資源が豊かな病院の調査であり、実際に制度の恩恵を受けることができる医療機関はごく一部である。

2、 分析

分析は主に聞き取り調査と収集した資料により行う。

医療分野の制度はその性質上、立場によって印象や評価が大きく異なるため複数の視点から考察する必要がある。そのため私達は国（厚労省）、勤務医、看護師、病院管理者、医療事務委託会社の 5 つの立場に視点を置き聞き取り調査を行う。

また、中央社会保険医療協議会³の「診療報酬改定結果検証にかかる特別調査（平成 20 年度調査）病院勤務医の負担軽減の実態調査 報告書」⁴では平成 20 年の診療報酬改定についての調査がされていた。これを国の視点として分析の参考にする。

分析の結果、勤務医、病院管理者、看護師の、院関係者のそれぞれに共通した意見が 3 点あることが分かった。1 点目は業務範囲が狭い点である。補助者のできる業務が医師の指示のもとに行う書類作成業務に限られるので、受付の業務や看護師の補助もして欲しいとのことであった。2 点目は補助者の知識の低さである。新規に雇用した補助者は医療関係の知識は乏しいことが多い。それゆえに補助作業の中でミスが起こることを懸念している。3 点目は病院関係者の意見に加算点数が低く、補助者一人一人の給料を賄えないという意見もあった。

¹正式には「厚生労働省」であるが、以降本論文では「厚労省」に統一して記述する。

² この作業を補助する人員を「医師事務作業補助者」「メディカルクラーク」「メディカルアシスタント」など様々な呼称があるが、以降本論文では「補助者」に統一して記述する。

³正式には「中央社会保険医療協議会」であるが、以降本論文では「中医協」に統一して記述する。

⁴正式には「診療報酬改定結果検証にかかる特別調査（平成 20 年度調査）病院勤務医の負担軽減の実態調査 報告書」であるが、以降本論文では「平成 20 年度中医協調査」に統一して記述する。

3、政策提言

私達は医師事務作業補助体制加算が短期的な性格の強いものであると考えている。このように考えた理由は次の 2 点からである。まず 1 点目は緊急課題として導入されたこと、2 点目は制度の設立までの期間が半年と短いことである。

そのため政策提言は以上のようなことを踏まえ、短期的な性格の強い制度を先述のように長期的なものとして生かすことを目的に作る。これらを考慮した上で行う提言は 2 点ある。1 点目は補助者の業務範囲の拡大および資格化である。制度普及の点でマイナスとなっている業務範囲を現在の補助者の業務範囲、既存の医師の事務作業に関する資格等を生かして拡大する。資格に関しては認定教育機関等による教育で統一された知識レベルを保障することで知識が足りないという問題を無くし、補助者が資格を保有していれば全国どの医療機関でも通用するような資格制度の確立をする。2 点目は加算点数の仕組みの変更である。病院が補助者を雇用しやすいよう外来に対する加算を算定する。

目次

はじめに	6
第1章 現状・問題意識	7
第1節 医師事務作業補助体制加算新設の経緯	7
1-1 社会保障審議会医療部会における経緯	7
1-2 中医協における経緯	7
第2節 制度について	8
第3節 制度の導入状況	9
第2章 先行研究	10
第1節 「平成20年度中医協調査」	10
第2節 補助者導入の事例	12
第3章 分析	16
第1節 聞き取りおよび調査表調査	16
1-1 勤務医	16
1-2 看護師	18
1-3 病院管理者	20
1-4 医療事務業務委託会社	22
第2節 日本看護協会の見解	23
第3節 加算点数	31
第4章 政策提言	25
第1節 補助者の重要性	26
第2節 事務作業に関する資格	27
第3節 総合医療管理士制度の新設	29
第4節 総合医療管理士加算	31
おわりに	32
添付資料	33
先行論文・参考文献・データ出典	41

はじめに

医療の現場において医師の存在は必要不可欠な存在である。しかし、報道機関にて医師の過労が問題視されているように勤務医の労働状況は悪い。そして、私達は医師の過労について調べる過程で平成 20 年診療報酬改定にて新設された「医師事務作業補助体制加算」の存在を認識した。

「医師事務作業補助体制加算」は施行から日が浅いため制度として不完全な部分が多く、その不完全な部分を直し、専門職である医師や看護師が働き易い環境を作ることが私達の政策提言の特徴である。

医療分野の制度はその性質上、立場によって印象や評価が大きく異なってしまうもので国(厚生省)、勤務医、看護師、病院管理者、医療事務業務委託会社という 5 つのそれぞれの異なる立場の視点から、各々の制度に対する意見や評価を踏まえて制度の改善点を模索した。その分析結果から補助者の業務範囲の狭さ、補助者の能力不足の問題が挙げられた。この分析結果を受けて私達は 2 点の政策を提言する。1 点目は補助者の業務範囲の拡大および資格化、2 点目は加算点数の仕組みの変更である。

なお、本論文内では補助者など、曖昧な表現にならざるを得ない語句がある。これらに関する定義をここに記載する。

医師

医師免許を持ち、病院勤務医、開業医を問わず医療行為を行っている者

勤務医

病院に勤務している医師

補助者

医師事務作業補助体制加算制度に規定された業務のみに従事し、加算対象となる者

医療事務

医師事務作業補助体制加算制度に規定された業務内容に関係なく、病院の事務作業(書類作成、受付、診療報酬請求など)を行う者

制度

本論文内では「医師事務作業補助体制加算」の事を指す

第1章 現状・問題意識

第1節 医師事務作業補助体制加算新設の経緯

制度新設の経緯は社会保障審議会医療部会と中医協の議事録を基に行う。なお、議事録を抜粋したものは添付資料 1 として記載する。

1-1 社会保障審議会医療部会における経緯

平成 19 年 10 月 31 日の第 3 回で、平成 20 年の診療報酬改定の基本方針を定めるための議論が行われた。ここで病院勤務医の過酷な現状を踏まえ、医師が事務負担の軽減による医療の質の向上を目指す方針が出された。

続く 11 月 22 日の第 4 回において事務負担の軽減が緊急課題として位置付けられ“病院勤務医の負担軽減を重点的に図るためには、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の充実を促進するための評価の在り方について検討するべきである。”とされた。以上のことを平成 19 年 11 月 29 日の第 5 回で勤務医の負担軽減策として、中医協に対し“希望する”と言う形で締めくくられた。

1-2 中医協における経緯

平成 19 年 12 月 12 日の第 117 回総会より中医協では社会保障審議会医療部会で定められた基本方針に沿って検討が行われた。医師事務作業補助体制加算は 121 回より議論され地域の急性期医療を担う病院で事務作業を補助する職員を配置している場合に評価を行うと明示された。

その後、平成 20 年 1 月 30 日の 122 回で現存する補助者の提示、2 月 1 日の 123 回で業務範囲について検討されている。125 回では具体的な業務内容等が決定し、舛添厚生労働大臣（当時）臨席のもとで最終決定が行われた。

そして、平成 20 年 4 月の診療報酬改定¹で勤務医の負担軽減対策として「入院時医学管理加算」「医師事務作業補助体制加算」を新設し、「ハイリスク分娩管理加算」の改定を行った。

¹ 2 年毎に中医協が、医療業務の対価として病院や診療所に支払われる報酬（1 点が 10 円）を決める。

第2節 制度について

補助者の業務範囲は医師の指示の下に行う。その内容は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¹、並びに行政上の業務²である。ただし、医師以外の職種の指示の下には業務を行ってはならない。例えば、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えない。また補助者を配置する際には、6ヶ月の期間内に32時間以上の研修を行う。

加算点数は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³。災害拠点病院、へき地医療支援病院、地域医療支援病院、第二次救急医療機関は25対1の届出はできない⁴。また、特定機能病院⁵は加算の種別によらず届出をすることはできない。

平成20年度の診療報酬改定は、特に医師不足、産科の問題、救急医療の問題、これは国民的な課題である。特に病院勤務医の負担をどう軽減させるかという問題は診療報酬改定で手当てをするために施行された。

なお、制度の詳細は添付資料2として記載する。

表 1 医師事務作業補助体制加算

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)

表 2 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。)

¹ 診療に関するデータ整理、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。

² がん登録等の統計・調査、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(更新)事業等。

³ 表1参照。

⁴ 表2参照。

⁵ 一般の病院などから紹介された高度先端医療行為を必要とする患者に対応する病院として厚生労働大臣の承認を受けた病院。

第3節 制度の導入状況

全国にある災害拠点病院、へき地医療支援病院、地域医療支援病院、第二次救急医療機関、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を合計した結果、加算ができる病院は4,255施設と予測できる¹。

平成20年度に中医協が行った「診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成20年度調査）病院勤務医の負担軽減の実態調査報告書」では「医師事務作業補助体制加算」を730病院が届出をしているという結果が出た。後に、平成21年6月10日に行われた第135回診療報酬基本問題小委員会では6月1日現在で1,000施設を超えたという報告がされた。つまり、届出数を最低値である1,000施設と仮定した場合、加算をできる施設の約24%が届出をしているということになる。

平成21年5月20日に行われた中医協の「08年度診療報酬改定の結果の検証」では、1年前と比較して医師個人の勤務状況に関して、医師の場合14.3%が「改善した」「どちらかといえば改善した」と回答し、34.8%が「悪化した」「どちらかといえば悪化した」というような結果が出た。この結果に対して会議では“病院勤務医の状況はよいとは言えない。”とし、“診療報酬においても、病院勤務医の負担軽減策を実施することが必要だと考えられる”としている。

一方負担軽減策としては普及しており、「病院勤務医の負担軽減の実態調査結果概要（速報）」においては施設調査有効回収数516中77.1%の病院が導入している。しかしこの調査は比較的医療資源が豊かな病院の調査であり、実際に制度の恩恵を受けることができる医療機関はごく一部である。

¹ 調査方法は厚労省内の資料とインターネットにて検索した。詳細は参考資料に記載する。

第2章 先行研究

第1節 「平成 20 年度中医協調査」

この調査は中医協が行ったものである。平成 20 年度に勤務医負担軽減策として「入院時医学管理加算」および「医師事務作業補助体制加算」の新設、「ハイリスク分娩管理加算」が改定された。これらを算定している保険医療機関を対象に病院勤務医の負担軽減策の取り組み状況や、病院勤務医の負担軽減と処遇改善等の状況を把握し、診療報酬改定の結果を検証することを目的としたものである。

調査対象は平成 20 年 7 月 1 日現在で「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）である。

1-1 選択式質問の回答からの分析

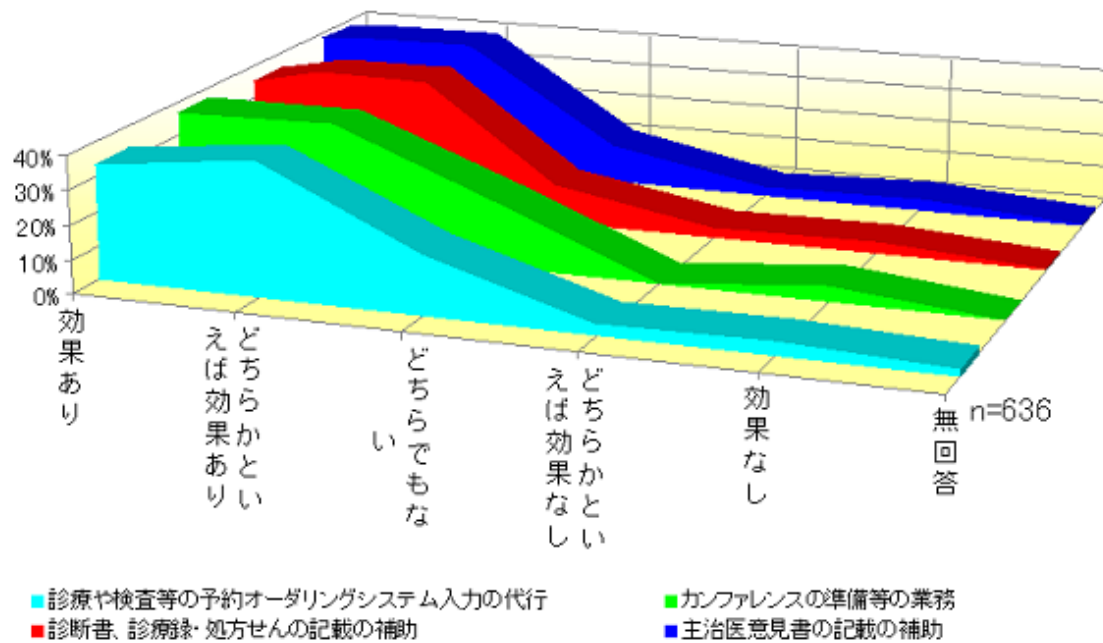
届出施設の医師に対する調査より「診療や検査等の予約オーダーリングシステム入力代行」「カンファレンス¹の準備等の業務」「診断書、診療録・処方箋の記載の補助」「主治医意見書の記載の補助」に分類し分析した。その結果、効果ありの中央値は 36.3%、効果無しの中央値は 4%である。これらの値の差は大きく、補助者に仕事を代行した勤務医の負担は軽減したと言える。

表 3 補助者による勤務医の負担軽減変化

	効果あり	どちらかといえば効果あり	どちらでもない	どちらかといえば効果なし	効果なし	無回答
診療や検査等の予約オーダーリングシステム入力代行	33.6%	39.3%	17.8%	3.4%	4.0%	2.0%
診断書、診療録・処方せん の記載補助	35.4%	45.8%	11.5%	3.1%	3.6%	0.6%
カンファレンスの準備等の 業務	37.2%	37.8%	19.5%	0.6%	4.9%	0.0%
主治医意見書の記載の 補助	38.9%	41.9%	11.9%	2.7%	3.9%	0.8%
中央値	36.3%	40.6%	14.9%	2.9%	4.0%	0.7%

¹ 会議。

図 1 補助者による勤務医の負担変化



1-2 自由記述式質問の回答

この調査において勤務医の負担が軽減した理由として、外来では新患予約制の導入と補助者による書類作成の補助がある。医師にとって書類記載に要する時間は負担であるが、補助者の配置により保険の書類等に関する業務や入院時書類・退院時サマリー¹作成の補助が導入された。

逆に負担が増加した理由としては 6 点ある。1 点目は外来・入院患者の増加に対し医師の減少による業務負担の増加。2 点目は 1 点目の要因に伴う医師の事務作業の増加。3 点目は高度医療のためのインフォームドコンセントの浸透による患者やその家族に病状説明の頻度や時間の増加。4 点目は主治医意見書や診断書、入院療養計画書等の書類の増加。5 点目は術前診察においての同意書や書類の増加。6 点目はクレーム対応として同意書に関する手続きの大幅な増加である。

¹ 概要・要約。

第2節 補助者導入の事例

本論文で用いる制度は平成 20 年に新設されたばかりで、詳しく研究された資料は見つからなかった。しかし、補助者を活用している病院の取り組みや評価などが医療関連の雑誌などに載っていた。そこで、私達はこの事例から現状を把握するための資料として用いる。以下の 5 つの資料を用いて補助者が病院にとってどのような位置づけとなり、課題点があるのかを検証する。特に次の 3 点に重点を置く。1 点目は、病院内での補助者の業務。2 点目は、補助者導入のメリット、デメリット。3 点目は、医師事務作業補助体制加算に今後求められることである。

4-1 事例要約¹

まずはそれぞれの資料の要約を記載する。

①「点数化で注目のメディカルクラーク 先行事例に学ぶ有効活用の知恵」

県立千厩病院（配置人数 2 人 100 対 1 加算）

平成 19 年 10 月にクラークを導入。半年間の試行を経て、翌年 4 月からは 2 人を 1 年契約の臨時職員として採用し、外科と泌尿器科に配置した。

仕事内容は外来診療開始前に患者の診療録を整理、検査スケジュールの確認を行い診察に備える。午前中は医師の傍らに付いて、主にオーダーリングシステムの代行入力補助を行う。検査伝票の診療録への貼付やレントゲンフィルムの用意も仕事の内である。午後は主に書類²の作成に携わる。

導入の結果、オーダーリングシステムの作業時間が短縮された結果、“患者と話す時間が増えた”と医師が評価している。

済生会栗橋病院（配置人数 8 人 50 対 1 加算）

平成 19 年 4 月にクラークを導入。外来に 5 人、病棟に 1 人のほか、医療秘書室に 2 人配属。8 人はいずれも、院内では病棟クラークなどにあたってきた常勤の 8 職員である。

仕事内容は診察補助、紹介状や報告書などの入力作成、紹介用資料の準備、検査予約の日程調整、手術カンファレンス用資料の準備、手術台帳入力、手術後合併症台帳への入力、翌日予約診療録の準備、外来予約日程の調整、手術日程調整、入院診療計画書などの作成以上 11 点である。

加算の届出によって年 1,200 万円ほどの増収になるが、常勤職員を充てているため、3,4 人分の人件費にしかない。しかし、長くクラークとして働けば、仕事の範囲が広がってくる上、医師が事務上のミスをした場合にはそれをチェックしてくれる働きを期待している。また、クラークに入力業務をやってほしいという声があがっており、現在 8 人のクラークを 15 人までに増やしたいと考えている。

立川相互病院（配置人数 7 人 50 対 1 加算）

少なくとも 15 年ほど前からクラークを活用してきた。加算に関して、“金額は不十分だが、点数がついて助かった”と事務担当者は話す。現在在籍しているクラークは 7 人。1 人

¹ 先行研究では病院の事務作業を担当するものを「クラーク」「補助者」「MA」「メディカルアシスタント」「病棟クラーク」「医療アシスタント」などさまざまな呼称をしている。ここでは、先行研究の記載通りに記述する。

² 診断書、介護保険の主治医意見書、退院サマリ、癌登録の書類、生命保険会社に提出する証明書などの下書き。

は派遣で、他 6 人は正社員である。配置場所は臨床研修に 2 人、地域連携部門に 4 人、書類作成業務に 1 人である。人数・配置場所は、診療報酬改定の前後で変えていない。

仕事内容は入院・検査依頼の予約を電子カルテに代行入力が連携部門の第 1 の仕事である。また、紹介してくれた開業医に、受診・入院の事実などを伝えるのもクラークの仕事である。一方、臨床研修部門では学会発表などのプレゼンテーション資料やスライドを作成する。

外来や病棟から、電子カルテの代行入力などに携わるクラークの配置を望む声もあるが、診療報酬から見て増員は難しいという。

筑波学園病院（配置人数 9 人 100 対 1 加算）

8 年前のオーダーリングシステム導入にあわせ、9 病棟全てにクラークを 1 人ずつ配置した。現在そのうちの 3 人は診療情報管理士となっている。そのほか、病歴管理部門に 1 人、医事課の文書担当に 2 人が勤務している。

295 床の一般病床に 10 数人のクラークがいる。算定対象外の業務である入院中の医療行為についての保険請求が、病棟クラークの業務の中で大きな割合を占めるため、病棟勤務者は算定対象にしない。病棟クラークの業務内容を変更してまで上のランクを算定しようとは考えなかったという。

この病院に診療情報管理士が多数いるのは資格取得を推奨してきたからである。電子カルテなどへの入力代行業務は医学知識がなくてもできるが、それだけでは医師の役にはたたない。診療情報管理士レベルの知識は必要。クラークの業務について、厚労省は禁止事項を掲げているが、業務の詳細には言及していない。現場での経験をベースにして、仕事を作っていくべきだと考えている。

②「筑波メディカルセンター病院におけるメディカルクラーク活用の実際」

筑波メディカルセンター病院

平成 20 年の医師事務作業補助体制加算の新設前の平成 2 年から「診療アシスタント」と称した事務職員により外来医師のサポートが行われていた。

同院は制度施行後に、補助体制施行は長年のスタッフ不足に対する“表面的な気づき”と見ている。また加算自体については補助者 1 人当たりの給与を賄えるものではないとし、新規に職員を採用し単に収入増が図れる性格の算定基準ではないとしている。しかし収入以外のメリットとして基準の目的である有資格者の能力を最大限に活用し、効率のよい診療や運営が行われることで基準以上の収益を上げることができるとしている。

③「新しい診療スタイルに向けて～メディカルアシスタントの採用～」

京都府立与謝の海病院

平成 19 年 2 月の厚労省通知を基に、平成 20 年 3 月より改訂の趣旨に沿った勤務医負担計画を策定した。補助者のことを MA と称し詳細¹を決め現場に配置した。

補助者を実際に配置するからには医師の戦力になるのが理想である。しかし、個人の能力差が大きく実際に雇用してみないと分からないというのが実態である。実際に同院で雇用した補助者の多くが未経験者であった。

雇用形態については実際の現場では現行の職員は配置できず、臨時職員として採用するしかない。しかし、業務は医師の指示の下と規定されているため業務委託はできない。そのため雇用は派遣か正規職員に限られる

¹人数、配置、業務範囲

補助者の育成に関しては医師が育成に時間を費やす逆効果が指摘された。さらに、現場での雰囲気にも補助者が適応するまで多くの手間がかかる為、育成現場は病棟よりも外来診療のほうが効果的である。

一方で医師は MA に対して何が出来るか、どのように指示すればよいのかという困惑があった。しかし MA の指導が一時的な医師の業務や患者の待ち時間に影響しても長期的には研修者指導になるとしている。また、今後は MA の業務範囲拡大と、更なる人数の補充を制度に期待している。

④「医師事務作業補助体制（医療アシスタント）の導入とその効果」

鳥取県立中央病院

医療アシスタントは 25 対 1 補助体制加算となり、18 名配置した。行っている業務は大きく分けて 3 点ある。1 点目の書類関係では診断書や受診報告書など各種書類作成。2 点目のデータ処理関係では他院からの紹介状や検査データ等の電子カルテへの取り込み、手術件数や疾患別統計など患者のデータ整理。3 点目の代行入力関係は電子カルテの代行入力、診療録の代行入力や診察予約、検査・投薬、入院オーダーの入力である。

アシスタント配置によって得られた効果は 2 点ある。1 点目は診断書の作成期間が減ったことで、中には約半分になった診療科もある。2 点目は患者の待ち時間の短縮である。平成 19 年と 20 年 7 月の予約無しの診療で比較した結果、全体では 1 時間、初診患者は 5 時間、予約なし患者は 7 時間、初診患者は 9 時間と短縮できている。

医師満足度調査では 87% 医師が医療アシスタントに事務作業を依頼していると解答した。あまり依頼していないと解答した医師からは“仕事を教えるための時間的余裕がない”“医療知識が不足している”“医師自身がしたほうが早い”といった意見がある。事務作業は軽減しているのかという質問には 78% の医師が軽減したと解答した。軽減していないと答えた医師からは“医療アシスタントが記載した診療録や診断書をチェックするのに時間がかかってしまう”“仕事を依頼するにあたり戸惑いがある”といった意見があった。

医療アシスタントへの要望は“専門的な知識を身につけてほしい”という意見が圧倒的に多かった。

⑤「病院全体で支援と組織再編で独自の医師事務作業補助体制を実現」

福井県済生病院

制度新設後、制度の業務範囲にあたる事務作業をどの部署で行っているか、院内の職務の分析をした。結果、要件に合致すると判断した職種は、MC、学術局、医局秘書、院内がん登録室の 6 名。一般 456 床の病院では、100 対 1 の要件を満たすことが分かった。

医師は外来での入力作業は負担でなく、代行入力をしてもらっても、結局内部を確認する必要があるのでは手間がかかるだけという意見であった。一方、保険関係や診断書等の書類は負担となっている。また、患者への説明はもっと十分に行うべきだという意見が多数上がった。そこで、診断書は患者の基本情報部分のみを医事課で入力し、診断内容を医師が直接入力する分業体制をとることにした。また、学術研究の時間を確保したいと多くの医師が考えていた。これには、学術データの作成補助を専任としたシステムエンジニアと診療情報管理士、パス作成補助とパス管理を行うクリニカルパス推進員を医師事務作業補助者に加え、計 10 名を補助者として届け、50 対 1 の要件を満たした。

しかし、加算点数だけでは増員は難しいこと、事務側で今行えることは何かなど問題は残っている。

3-2 まとめ

①現在の病院内での補助者の業務

資料に挙げられた業務は以下のものである。

＊書類作成

診断書・介護保険の主治医意見書・退院時サマリ・癌登録の書類・生命保険会社に提出する証明書・紹介状・入院診療計画書・受診報告書

＊代行入力

電子カルテ・診療録・診察予約・検査,投薬等オーダー・入院オーダー

＊診療録整理

＊検査、外来予約スケジュール、手術日程を確認および調整

＊検査伝票の診療録の貼付

＊レントゲンフィルムの用意

＊診察補助

＊紹介用資料の準備

＊手術カンファレンス用資料の準備

＊手術台帳入力、手術後合併症台帳への入力

②補助者導入のメリット、デメリット

メリットは診断書の作成時間が減少や、患者の待ち時間の短縮がある。また、患者と話す時間が増えたという評価もある。

一方、デメリットは3点ある。1点目は、補助者育成に医師が時間を費やすという制度の目的と逆の効果がある点。2点目は、現場の雰囲気は補助者が適応するまで多くの手間がかかる点。3点目は、仕事を依頼するにあたり戸惑いがあるという点である。

③今後求められる事

補助者に求められることは3点ある。1点目は、医師が事務上のミスを犯した場合にはそれをチェックする。2点目は、代行入力をする補助者の増員。これは病院管理者ではなく、勤務医が求めている。3点目は、診療情報管理士等の資格取得である。

制度に今後求められることは3点ある。1点目は、加算点数の増加。これは現在の加算点数では補助者1人あたりの給与を賄えるものではないためである。2点目は、業務範囲の拡大。3点目は、補助者を配置することによって効率のよい診療や運営が行われるような制度にすること。この制度では新規に職員を採用し収入増が図れる性格の基準ではない。ならば、加算は補助者を配置することだけを目的とすべきでない。

第3章 分析

第1節 聞き取り調査および質問表調査

医療関係の制度は関係者の立場により、その受け取り方が大きく異なる。そこで私たちは、医師・看護師・病院経営者・医療事務業務委託会社の4つの立場の方々にお話を伺う。

この調査を行った理由は現場の方々に制度や補助者(医療事務者)に対する意見や要望を聞くことで、現場ならではの意見を聞くためである。この調査を用いて現場の意見から問題点や課題を見つけ出し、政策提言や分析に役立てる。調査は主に半構造的面接法と記述式の質問表¹により行った。なお、質問表は添付資料3として記載する。

1-1 勤務医 聞き取り調査

平成21年8月23日に岡山県の民間病院の方1人に聞き取り調査による半構造的面接法で調査を行った。

医師事務作業補助体制加算制度について

制度は後の診療報酬改定で廃止される可能性もある。廃止されれば補助者に支払う給料を賄えなくなるので、常勤として補助者を雇うことはできない。

補助者について

現在病院で教育できる状態ではないので、既に教育を修了した人を雇いたいという意見があった。また、習得してほしい技術は補助者の位置付けによって変化する。勤務医の負担を一時的に緩和したいのであれば代行入力だけでできればよい。そして、制度に定められているような6ヶ月もの研修は不必要であり、医学用語が分り、パソコンの入力が出来れば十分である。しかし、より医師の補助としての専門性を高めるのであれば医学知識をより多く学ぶ必要がある。

医療における分業化について

勤務医が補助者にして欲しいと考えていることとして4点ある。1点目に、勤務医の中にはコンピュータの入力作業を苦手、負担と感じている方もいる。このようなことから、代行入力が一番に挙げられる。但し入力作業は電子カルテの場合に限られるが、診察中に医師が言ったことを入力すれば負担が軽減する。しかし、患者の前で診断結果を言わなければならないため中にはその場で言えない内容も発生するという問題点もある。またレントゲンの所見書きをアメリカでは録音しておき、それをテープに起こすという手順で作成している。これを日本の補助者にもさせたい。2点目に資料整理。具体的にはカンファレンスの準備、主事医意見書・生活保護・生命保険等の書類記入である。3点目に受付、電話対応が挙げられ

¹ 全て自由記述で回答していただいた。

る。4 点目に、勤務医だけでなく看護師の補助作業。看護師は、詰所で面会や電話の対応にも追われている。補助者にはこれらの仕事をさせたいとのことである。

この勤務医の勤めている病院では既に補助者ではない事務職員が配置されている。その業務内容は受付、電話による受診の受付、レセプト業務、パソコンの維持管理、クレーム対応、送迎、書類記入である。書類記入の具体例としては医療保険・介護保険・主事医意見書¹である。これらは補助者の役割や目的と共通する部分がある。しかし、医師事務作業補助体制加算制度の届出をするには補助者が医師の指示の元に業務を行わなければならない。そのため、加算制度の届出をすれば今までいた事務職員が書類記入以外の受付業務などが出来なくなってしまう。補助者の業務範囲の拡大がなされなければ、仮に届出ができたとしても簡単に届出をしないと考えられている。

質問表調査

回答者

- ・年齢 20～30:2 人 31～40:3 人 41～50:1 人
- ・診療科 循環器内科:2 人 内科:1 人 心臓内科:1 人 産婦人科:1 人 その他:1 人
- ・病床数 640 床
- ・病院機能の種類 第三次救急医療機関
- ・加算の届出をしない理由 特定病院であるため
- ・回答期間 21 年 7～9 月

質問表内容

- ・1 枚目 フェースシート
- ・2 枚目 医師事務作業補助体制加算についての質問

「この制度を知っていますか。」という質問に対して、知っているとは回答したのは 1 名で残りの勤務医は知らないとは回答した。制度について知らないとは回答している場合であっても「補助者が必要ですか。」という質問に対しては必要である。「補助者は負担軽減に役立ちますか。」に対して役立つと全員が回答している。

勤務医は診療録、依頼原稿²、保険・介護書類、会議資料など多くの書類作成を強いられている。さらに学会研究での論文や依頼原稿などを加えると、より過酷な労働状況に陥ることが考えられる。このようなことから、医師の方々は“事務作業を補助者に行って欲しい”と回答している。

¹最初に作成するのは医師自身であるが、内容を改定した時のみ記入する。

²紹介状、転院。

1-2 看護師

聞き取り調査

平成 21 年 9 月 21 日に民間病院の方 1 人に聞き取り調査による半構造的面接法で調査を行った。

医師事務作業補助体制加算制度について

この制度は分業化の一環であると捉えられている。看護師の立場としては 6 ヶ月程度の研修を受けただけでは医療現場に入って欲しくないという意見であった。その理由はもし診断書やオーダーリングの入力において補助者がミスをしてしまうと重大な問題になる。またそのような場合は誰が責任を取るのかというシステムが整備されていない点も指摘された。なお、このことに関して「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」にて“診断書や診療録のように医師の診察等を経た上で作成される書類は、基本的に医師が記載することが想定されている。しかしながら、一定の条件の下で、医師に代わって事務職員が記載等を代行することも可能である。”と明記されている。

補助者について

現場の看護師の立場としてはこのような人が入ってもらうのは好ましくない。しかし医師の作業を軽減すると言う観点では評価できる。

もし補助者が何かトラブルを起こした場合誰がどのように責任をとるのか、また医療従事者には守秘義務の必要性があり、様々な個人情報に触れるためその漏洩の点で不安を感じている。

医療における分業化について

分業はその業務分野における技術の移転だけではなく、責任の移転でもある。教育倫理や業務だけでなく責任を明確にするために権限も移転する必要がある。

また分業化が進行すると機能の分化が進行する。例えば多くの医療機関の場合一つの病院だけで機能全てをカバーできないため治療の面でも分化している。ここで重要なのは病院同士の連携と情報の統制である。業務分化においても連携としっかりとした情報統制が求められるのである。

質問表調査

回答者

- ・年齢 20～30:4 人 31～40:2 人 41～50:1 人 50～ :1 人
- ・診療科 外科外来:3 人 小児科:4 人 その他:1 人
- ・病床数 320 床
- ・病院機能の種類 地域医療支援病院
- ・加算点数 75 対 1 加算
- ・回答期間 平成 21 年 7～9 月

質問表内容

- ・1 枚目 フェースシート
- ・2 枚目 医師事務作業補助体制加算についての質問

まず、「この制度についてどう思いますか。」という質問に対して、全員の看護師が良い制度だと思うと回答し、勤務医の事務作業に要する時間が軽減されたと回答している。また、

「この制度で看護業務はどのように変化しましたか。」という質問に対して、患者に対応する時間が増えたことや専門業務に専念できるといった回答があった。

次に「制度の改良して欲しい点はありますか。」という質問に対して、業務範囲がわかりにくいことや限定されすぎていることが指摘された。また、補助者の知識が足りないと感じている看護師も多く、補助者の書いた診療録に記載漏れなどがないか非常に気を使っている。これらの対策を踏まえて、補助者に資格を義務づけして欲しいという意見や、研修を行うなどして教育を十分に受けてから現場に入れて欲しいという意見がある。

今後、補助者に求めていることは、正確で迅速な対応、機転をきかせた行動だという。看護師の立場としては医者だけでなく看護師にも仕事がしやすいように配慮して欲しいという思いも強い。つまり、看護師が補助者に求めていることは、医療現場の事務がスムーズになることはもちろん、医師、看護師、補助者の連携がとれる体制を期待していることが明らかとなった。また、看護師の回答から、補助者を使うことで医者の患者への診療時間が増えたということがわかり、現実的に効果があることが伺える。

1-3 病院管理者

病院管理者の方 2 人に半構造的面接法で調査を行った。1 人目は一般病院の方で 10 月 28 日。2 人目は特定機能病院の方で 10 月 29 日である。

一般病院の方

医師事務作業補助体制加算制度について

医師の負担が大きい現状においては非常に良い制度であるとの見解をいただいた。近年の勤務医の業務においては、医師の文書作成に係わる時間が非常に多いのが現状である。経営側としても同じ内容の業務であれば給与が高い専門職より、給与の低い補助者に業務を行わせたほうが良いとのことである。

点数に関しては現状では全く足りないということであった。ただし補助者の配置による効率化という見方もできるとされている。また、補助者の人件費をカバーしてしまうと補助者がただ置かれるだけになってしまうという可能性もあるとされている。

制度の対象に関しては、現状では急性期病院向けの性格が強く慢性期では全く効果が期待できないと言われている。これは現在の勤務医は急性期病院で無くても、大きな負担を負っている人が少なくないためとのことであった。そして、この制度には算定対象範囲の拡大が望まれると言われていた。具体的には加算方法を現行の入院初日ではなく一日〇〇点への変更、外来における加算を挙げられていた。

補助者について

補助者に対しては“医師の事務作業を補助するに当たり知識は必要である”という意見であった。特に近年は医療に対する訴訟が多く、診療録などは重要な書類となるため注意しなければならないと言われていた。補助者の導入に関しては、現行では業務内容に制約が多く、補助者を導入してもメリットは少ないとのことであった。

医療における分業化について

分業化に関しては、“医師の負担軽減に効果がある”ので良い制度であると言われている。特に電子カルテの無い医療機関では、研修医の方々が書類作成の補助を行っている例もあり、“医師が医療に専念できる”という意見をいただいた。

看護師との業務の兼ね合いについては、看護師の方には“看護師の書く場所”がありそれほど影響が無いのではないかとされている。

政策提言に関して

私達の政策提言に対しては補助者の知識を保証するという観点では良いことであるとの見解をいただいた。しかし資格化すると専門職になるので、人件費が増加してしまうと意味がないと言われている。

特定機能病院の方医師事務作業補助体制加算制度について

点数は十分ではないものの、事務職員の配置が評価されたことに対しては今後の診療報酬改定での制度の部分改定に期待するとされた。ただし、制度は特定機能病院であるため算定はされておらず、医師の負担が大きいことを認めてほしいとのことであった。

制度の効果に対しては、効果は確かにあるが現場の業務を把握して業務分担しないと、医師のただの手伝いになりやすいとの指摘をいただいている。今後制度に求めることは、点数の引き上げと、既に病棟クラーク¹を導入している病院の評価である。点数に関しては一病棟一人配置で年間 300 万円程度が望ましいとしている。

補助者について

補助者の業務範囲に対しては制度の新設から日が浅いこともあり、この範囲で仕方ないという意見である。また、病院での業務に経験のない人間には補助者の仕事を任せるのは難しい。また、経験はあっても教育を受けていない補助者も問題であると言われている。業務内容では患者への説明文書の作成やインシデント報告の作成を行わせたいとのことである。一方で処方箋関係の業務は危険だという指摘をいただいたが、しかし、補助者の質が上げれば処方箋関係の業務も任せるべきであるとされている。

教育期間に対しては、しっかりとした教育すれば十分だが、教育機関が必要な数だけあるかが問題であると言われている。また、医療機関としては教育機関の 6 ヶ月が負担であるとのことである。

補助者に対しては、医師や他のスタッフとのコミュニケーション能力を求めたいと言われている。

医療における分業化について

分業化に対しては、専門職が本来の業務により専念できるものであれば望ましいとのことである。

政策提言に関して

補助者の資格化に対しては“資格がないと制度の発達はないと考える”とのことで、良い案であるとのことである。業務範囲も妥当であると言われているが、現場としては病棟業務の補助が必要としている。

資格化に対しては補助者の質の向上は期待できるが、医療機関にとっては人件費が負担になると指摘されている。

¹ この病院では補助者のことを「病棟クラーク」と呼称している。本節ではそれにしたがって記載する。

1-4 医療事務業務委託会社

平成 21 年 8 月 24 日に医療事務業務の教育・派遣などを行っている企業（支店）の方に聞き取りによる半構造的面接法調査を行った。

現在その企業では補助者の派遣は行われていない。しかし、病院から補助者派遣の話が持ち込まれることもある。このことから病院の補助者のニーズがあることが伺える。

この企業では医師事務作業補助体制加算の補助者向けの資格講座を開講している。その教育内容として、現在「医療事務従事者」と「補助従事者」向けのものを分けている。「医療事務」の仕事内容としてはレセプト業務¹、受付がある。「補助従事者」の仕事内容としては診断書などの文書作成、診療録などの代行入力、行政への報告業務、医療の質を高める作業²などがある。補助者従事者向けの資格は医療事務向けの資格を取得した上で補助者の資格を取得するようになっている。そのため医療事務の資格だけを取得する受講者はいても補助者の資格だけを取得することはない。

医師事務作業補助体制加算制度の業務内容を拡大することはできないのかという質問に対してそれは難しいという意見をいただいた。「医療事務」と違い、「補助者」の仕事内容は医師の仕事に関連深いものである。もし 2 つの仕事を混同すると責任の所在が曖昧になることを懸念し、業務内容の拡大には反対の意見を持たれている。

看護師にも医療クラークの様な補助者を置くことはできないのか、という質問には介護福祉士やヘルパーなどの専門資格がないと出来ないだろうという意見を頂いた。看護師は患者の身の回りの世話³をする。これらの補助をする場合資格がなければ患者に関与することが出来ないというのが理由である。

医師事務作業補助体制加算の申請をするには 6 ヶ月間の研修⁴が必要となる。この期間が長いか、もしくは短いかという質問には短いという回答をいただいた。経験を積み、様々なケースに対応できるようにならなければ即戦力にならないことが理由である。

医師事務作業補助体制加算の新設を決定する際に中医協に意見を出したかという質問をした。この企業では制度の疑問点などを解消するために話を聞きに行くことはしても、意見を出すことはないとの回答をいただいた。

¹ 診断書、診療報酬点数表、患者の保険に基づいて作業を行う。

² データ整理、院内調査、カンファレンス準備。

³ ベッドサイドケア、投薬など

⁴ 但し業務を行いながらの職場内研修を含む

第2節 日本看護協会の見解

第 1 節の分析の結果、補助者の医療従事者の多くが業務範囲の拡大を求めていることが分かった。しかし、求められている補助者の業務は看護師の業務範囲に重なってしまうところがある。そこで、この見解により看護師の立場から事務作業補助による医療現場の業務分担を具体的にどのようにすべきと考えているのか明らかにする。

平成 20 年 3 月 24 日に日本看護協会が、平成 19 年 12 月 28 日に厚労省医政局通知として出された「医師およ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」へ見解を出している。この文章では医師の事務作業の補助について言及されている。

通知に対して看護協会は、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検討に当たっては、国民にとって安全で安心な医療の提供を最優先第一義的に重要としている。実際の役割分担に当たっては看護師等の医療関係職、事務職員等の専門性を保ちつつ適切な役割分担を行い、一部の医療関係者の負担にならないようにするべきであるとしている。

書類作成等に関しては、通知の「①診断書、診療録及び処方箋の作成」、「②主治医意見書の作成」、「③診察や検査の予約」の 3 項目に対し、記載代行は看護師が行うべきではないとしている。また各種会議資料に対しては“事務職員が業務を積極的に分担することによって、医師、看護師は本来の業務に集中すべきである”としている。その他として取り上げられている入院時の案内や、検査室等への患者の案内は、全く事務的な内容であれば事務職員や看護職員が担うべきとしている。しかし、全てを任せるのではなく患者の状態を看護師が判断し、必要に応じて看護師が行うべきともしている。入院時の案内、検査室等への患者の案内は、完全に事務的な内容であれば、事務職員や看護補助者が担うべきである。そして、事務職員や看護補助者に全ての患者への案内を任せるのではなく、患者の状態を看護職が判断し、必要に応じて看護職が行うことが求められる。

第3節 加算点数

現在の加算点数で補助者の給料を賄う場合、補助者 1 人あたりどのくらい割り振ることができるかを加算点数ごとにシミュレーションする。また、補助者の給与を賄うためには加算点数が何点必要かも調べる。

現在医師事務作業補助体制加算を算定している病院の病床数、補助者の人数をモデルとして扱う。平均在院日数は 14 日間、病床稼働率は 100%と仮定する。「平成 20 年度中医協調査」の「1 施設あたりの平均・医師事務作業補助者数（実人数）と給与総額（常勤）」より、補助者 1 人あたりの月収を 24 万円と仮定する。

計算に用いた式

現段階の補助者 1 人あたりの増収¹

$$\frac{\text{病床数} \times 2^a \times \text{加算点数} \times 10^b}{\text{補助者の人数}}$$

a 平均在院日数を 14 日間、月に病床数の 2 倍の患者が入院すると仮定するため
b 加算点数 1 点につき 10 点を精算できるため

給料を賄うのに必要な加算点数²

$$\frac{24 \text{ 万円} \times \text{補助者の人数}}{\text{病床数} \times 2^c \times 10^d}$$

c a と同じ
d b と同じ

表 4 補助者の収入のシミュレーション

病院名	病床数	人数	加算区分	① 増収 ① 増収 ① 増収	② ④ ① 万円	加算 ③ 点現 数	加算 ④ 必要 点数	④ ③
筑波メディカルセンター	409	21	25対1	138,281	101,719	355	616	261
鳥取県立中央病院	417	18		164,483	75,517		518	163
済生会栗橋病院	314	5	50対1	232,360	7,640	185	191	6
立川相互病院	345	7		182,357	57,643		243	58
みどりヶ丘病院	197	55	75対1	9,313	230,687	130	3,350	3,220
松山赤十字病院	745	147		13,177	226,823		2,368	2,238
福井県済生病院	456	10	100対1	95,760	144,240	105	263	158
県立千厩病院	190	2		199,500	40,500		126	21
筑波学園病院	331	9		77,233	162,767		326	221
京都桂病院	525	50		22,050	217,950		1,143	1,038

“24 万円－①”では補助者の月収を 24 万円と仮定した場合、現在の加算点数で賄える金額との差を計算した。

“④－③”では補助者の月収を 24 万円と仮定した場合に必要な加算点数と現加算点数の差を計算した。

表に示したように、仮定した月収 24 万円には最低 7,640 円、中央値は 117,021 円、最高 230,687 円の差がある。また、その差を埋めるために必要な加算点数には最低の場合 6 点、最高の場合 3,220 点の差がある。

¹ 計算結果の小数点第一位は四捨五入する。

² 脚注 1 と同じ。

第4章 政策提言

平成 20 年に勤務医負担軽減策として新設された「医師事務作業補助体制加算」による効果は、補助者を活用している病院を見る限り、有効であると判断できる。しかし、中医協の「08 年度診療報酬改定の結果の検証」や、聞き取り調査で得た結果をみるとこの制度に対する病院の印象は良いものではないと判断できる。具体的な制度の問題点は、3 点ある。1 点目は業務範囲や算定要件、施設基準といった面での制約があり、届出ができない病院がある点。2 点目は、加算点数が低く、補助者の給料を賄えないという点。3 点目は、医療現場という専門的な知識が求められる職場における補助者の知識不足。私達が行ってきた先行研究や、聞き取り調査においてもこの 2 点に関する意見が数多く見られた。

以上のことを踏まえ、この制度による軽減策は現状を見る限り勤務医の負担を一時的に緩和するための短期的な政策であると私達は考えた。その理由としては 2 点ある。1 点目は記録を見る限りでは社会保障審議会が平成 19 年 10 月末に制度を設立する案を出してから、およそ半年で制度が施行されたこと。2 点目は、制度が喫緊の対策として導入されたことである。

このようなことから、私達はこの軽減策をより長期的なものにすることをとする。具体策としては 2 点を考えた。1 点目は新しい補助者の制度の新設である「総合医療管理士制度」の新設。2 点目は加算点数の仕組みの見直しである。

この制度によって、医療現場において医師をはじめとする専門職の方がより業務に専念できるようになる。

第1節 補助者の重要性

補助者を資格化すべきと考えた理由には、厚労省の調査、先行研究や聞き取り調査等において補助者の知識不足を指摘する点が共通して存在するからである。医療関係の業務は人間の生命を預かるという性質上、専門的な知識が求められる。私達は制度の改善点の一つとしてこの知識の問題を解決できないかと考えた。なお、現状としては補助者に資格取得の義務は無いものの、民間資格として補助者に向けた資格がある。また業務の一部が重複、または類似するメディカルクラークや診療情報管理士という資格の存在もある。医療機関側においても育成に関する負担や、教育機関が整備されていないことを挙げる例がある。

また、看護師からの意見にも知識不足を指摘する意見がある。私達が行った質問表調査においても 7 人中半数以上の看護師が知識面での不安を挙げている。また聞き取り調査においても医療現場に 6 ヶ月の研修程度の知識では不安であるという意見をいただいている。

また、別の勤務医の負担軽減策として医師や看護師の増員という意見が多く見られる。しかし専門職の増員は簡単ではない。医師の場合育成に最短で 8 年、平均で 10 年程度の期間がかかる。また看護師についても現状では不足や、離職率が高いという課題がある。また専門職の増員は医療機関側のコスト負担も大きい。

以上のような状況を踏まえて私達は補助者の資格化を提言することにしたのである。しかし資格化には以下のようなメリットやデメリットがある。

メリット

- ①資格は一定の知識を保証するもので、医療分野では有効と考えられる
- ②補助者にも知識が付くため、医療機関の教育負担が軽減する
- ③資格を義務付けることで、医療機関側が安心して雇用しやすくなる
- ④保有者側は資格の取得により就職・再就職が容易になる

デメリット

- ①現存の補助者にも資格の取得が必要になる
- ②補助者の希望者にもコストの負担が発生する
- ③医療分野は業務範囲により、教育内容が大きく変化してしまう
- ④専門職となるため雇用コストの増加が考えられる。

以上を踏まえ、政策を提言する。

第2節 事務作業に関する資格

医師の事務作業に関する資格は既に存在している。本節では、「診療情報管理士」「診療報酬請求事務」「医療事務（メディカルクラーク）」「メディカルドクターズクラーク」の学習範囲および業務範囲を記載する。

	目的	学習・業務範囲
診療情報管理士	診療情報管理士とは、ライブラリーとしての診療録を高い精度で機能させ、そこに含まれるデータや情報を加工、分析、編集し活用することにより医療の安全管理、質の向上および病院の経営管理に寄与する専門職業である。現在、医療機関の機能分化と連携、情報の開示、安全の確保、医療費の包括化、医療 IT 化推進など、新しい医療提供体制の改革が進行している。 社団法人日本病院会ホームページより引用	<u>学習範囲</u> * 医療概論 * 人体構造 * 機能論 * 臨床医学総論・各論 * 医学用語 * 医療管理総論・各論 * 医療情報学 * 医療統計学 * 診療情報管理論 * 分類法総論・演習 <u>業務範囲</u> 医師が診療録に記載した病名を IC D-10 とよばれる国際疾病分類に基づいて分類し、コードを付与する。医師が書く診療録をはじめ、看護記録やレントゲン写真など様々な医療記録の管理をする。 経験を積んだ診療情報管理士は、診療録の記載不備をチェックして診療録の質を高めるという高度に専門的な仕事を行うことができる。患者統計、疾病統計、その他、病院の運営に関わる様々な統計資料を作成して、病院の管理運営に貢献する。電子カルテを用いて日々の診療業務の支援を行う。
診療報酬請求事務	診療報酬明細書を作成するには、1 ヶ月分をまとめ月末から月始にかけて行う。現在はレセプトコンピュータを導入している医療機関が多く、日々の診療内容のコンピュータ入力を行い、月末月始には出力したものを点検する。レセプト作成の知識とレセプトコンピュータの操作技能が不可欠である。 大栄総合教育システムホームページより引用	* 医療記録の管理 - 診療録・看護記録・レントゲン写真 * 診療録の記載不備をチェック * 統計資料作成 - 患者統計・疾病統計・その他 * 電子カルテを用いた診療業務の支援

医療事務管理士	医療事務の業務には、医療機関内での患者受付、治療費の計算、診療報酬明細書作成、診療録管理などがある。これらを行うために医療保険制度や診療報酬の仕組みを理解し、正確に診療報酬を算定できる。 厚生労働大臣許可 財団法人 日本医療教育財団ホームページより引用	* 法規 医療保険制度・後期高齢者医療制度・公費負担医療制度等 * 医学一般 各臓器の組織と構造・生理機能・傷病種類 * 保険請求事務 診療報酬点数の算定方法・診療報酬明細書の作成・医療用語
医療事務（メディカルクラーク）	医療機関の収入に直結する診療報酬請求事務、良質なサービスの提供としての患者接遇などを行う。 厚生労働大臣許可 財団法人 日本医療教育財団ホームページより引用	* 医療保険制度のしくみ * 受付窓口業務、患者対応ロールプレイング * 初診料、再診料 * 処置 * リハビリテーション等 * 手術、麻酔 * 検査 * 入院料等 * 投薬注射 * 医学管理等 * 在宅医療 * 画像診断 * 医事システム * 記載要領 * レセプト点検 * 修了試験 * 技能審査試験対策
メディカルドクターズクラーク	医師事務作業補助業務を行う。医療文書の作成、医学・薬学、医療に関する法律・法令等の知識と技能を持つ。 厚生労働大臣許可 財団法人 日本医療教育財団ホームページより引用	* 医療関連の法規 医療法・医師法・保健師助産師看護師法等 * 医療保険制度 健康保険法・国民健康保険法など * 医学一般 人体の構成および機能・診断から治療までの流れ等 * 薬学一般 薬事法・薬物の使用法・効果等 * 通信レポート * 医師事務作業補助業務について * 診療録の記載・電子カルテ * 個人情報保護 * 診断書、証明書、申請書の基礎 * 医療機関における安全管理 * ヒューマンスキル * ビジネススキル * 修了試験

第3節 総合医療管理士制度の新設

総合医療管理士制度は、現行の医師事務作業補助体制加算を継承・拡大し、医師や看護師といった専門職の働きやすい環境を作ることを目的とした新しい制度である。

業務は従来の制度における補助者の範囲に、診療情報管理士・診療報酬請求事務・医療事務管理士といった資格を統合したもので、有資格者は「総合医療管理士」とする。

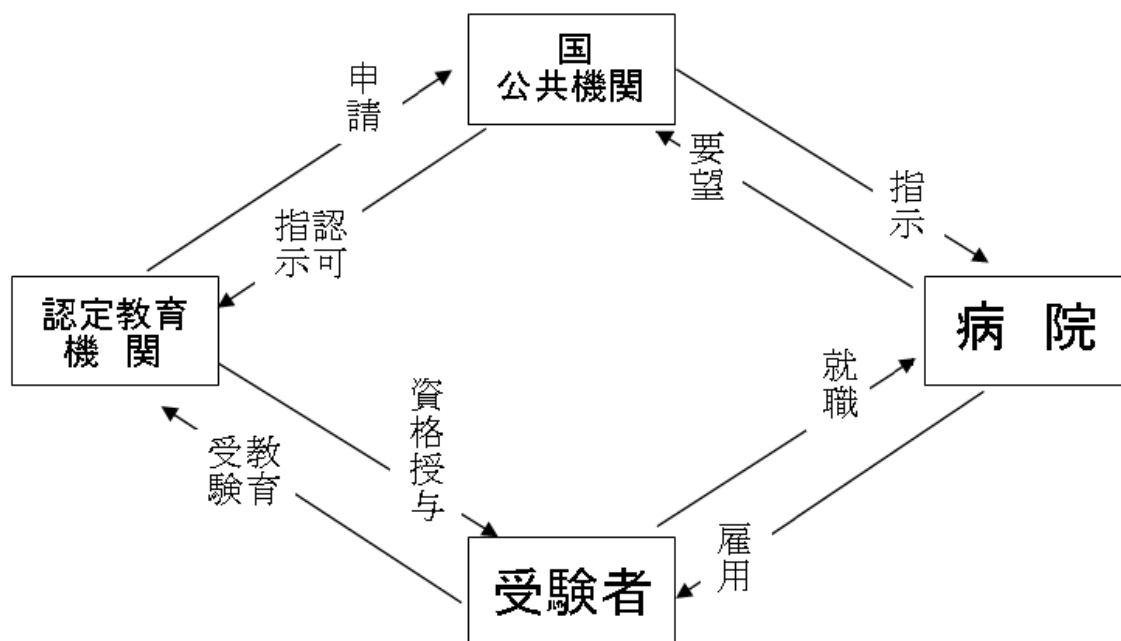
総合医療管理士は資格を級毎に三段階に分け、学習範囲、業務範囲、加算点数に変化を持たせたものである。特に一級の総合医療管理士には臨床分野の学習もさせ、より専門的な医師の補助業務に従事できるようにする。

総合医療管理士を配置する主な目的は2つある。1つ目は医師や看護師といった専門職が専門業務に専念しやすくするため。2つ目は級毎により補助者に対して、段階的に専門知識を習得させることである。そのため、総合医療管理士制度における総合医療管理士に対する加算の算定は資格取得者に限定させる。

資格の取得には専門の認定教育機関等で指定の教科を学び、国または自治体から試験に合格した者へ交付されるものである。資格制度を確立させ、運営していくためには受験者、認定教育機関、国または自治体、病院の関係も重要だと考える。

資格取得の流れは、まず資格を取得したいと考える受験者がいるとする。彼らは国または自治体の認定を受けた教育機関で教育、受験する。資格取得後、病院に就職する。また、国または自治体は病院や認定教育機関に対する補助者に関する指示を行い、病院は国または自治体に補助者に関する要望を申し出る。これらの関係を以下に図2として記載する。

図 2 4つの期間の関係



総合医療管理士の業務範囲は現行の「医師事務作業補助体制加算」に認められている業務、現在病院にある「医療事務」が行っている業務などである。具体的には現在補助者に認められている業務に、分析の結果分かった医療関係者の方々が求める業務を追加する。

また、一級総合医療管理者にはより専門的な業務をさせるために、医療・福祉における臨床の役割を理解させ、基礎的な知識と技術を習得させる。医師の日常診療において、専門的な知識を生かして専門的な書類作成・診療の補助を行う能力と態度を育てる。

学習内容は実践の基礎として必要な医療施設等の機能と基礎的な臨床分野の理解により専門的な知識を身に付ける。具体的には「ア、医療施設の機能と医療従事者の役割」「イ、患者の理解」「ウ、医師との診療におけるコミュニケーション」「エ、疾病・障害の状態」「オ、書類作成に必要な臨床知識」である。

実際に補助者ができるようにする業務を以下に記載する。また、これらの業務は難易度や研修に要する時間などを考慮し級毎に分類する。

	主な位置付け	業務範囲
一級	高度な業務、および一般の補助者や事務に対しても指示が可能	* 書類作成補助(医師の最終チェックのみ) 紹介状・入院診療計画書・受信報告書・癌登録書類・主治医意見書・退院時サマリ * 医師の書類のミスチェック * 診察補助 * 手術カンファレンス資料の準備 * 行政上の業務 救急医療システム入力・感染症
二級	責任者は二級から・診療報酬請求事務従事者※と同等の地位	* 書類補助(医師の指示の下に) 診断書・診療録・紹介状・癌登録書類・入院診療計画書・受診報告書・主治医意見書・退院時サマリ・民間医療保険 * 検査、手術のオーダーリング * 専門性のある資料整理
三級	現行の補助者で三級以上が加算の対象	* 書類作成補助(医師の指示の下に) 生命保険・民間医療保険 * 看護師補助 問診表・検温 * 診療録整理 * 専門性を問わない資料整理 * オーダー伝票の診療録への添付 * X線フィルム準備 * 紹介状資料用意 * 医療の質の向上に関する業務 カンファレンスの準備

※ 三級以上の資格の資格を持たない者は有資格者の業務範囲に示した仕事をしてはならない。できる業務範囲としては受付、電話応対(看護師詰所での対応)、紹介状の郵送、送迎などである。

第4節 総合医療管理士加算

総合医療管理士を配置するに当たり現段階の入院基本料等加算に加え、外来に対する加算を算定することを提案する。また、現在の制度では特定機能病院などの病院が算定できないが全ての病院で算定できるようにする。

補助者導入の先行事例、聞き取り調査、加算点数のシミュレーションにより以下の4点のことが分かった。1点目は病院管理者および先行研究の分析より、外来加算としての算定を要求している点。2点目は、資格化し専門職となった総合医療管理士の人件費が上がるという点。3点目は、補助者の給料を完全に賄えるようにするには加算点数をプラス最低6点、最高3,220点に設定する必要があるという点。4点目は、不足している給与額の最低額は7,640円、最高額は230,687円であるという点。

しかし、総合医療管理士の給与を完全に賄ってしまうと病院経営者や補助者のモチベーションを高く保つことができないと考えた。これらを踏まえて、外来での加算を新設することによって人件費の不足を補うことにする。

不足している給与額は分析の中央値よりを割り出し、117,021円と仮定する。そして「病院勤務医負担軽減の実態調査は診療報酬改定結果検証に係る特別調査（中医協）」より、月間患者来院数を1,760人、1病院の補助者の人数を5人と仮定する。

この場合、完全に給与賄うためには初診時に34点の加算が必要である。しかし、上記で述べたように完全に賄う値は出すべきではないと考えた。

そこで初診時に20点を算定し70,400円の増収を図る。また、1級資格者を配置する場合にはさらに5点を算定し88,000円の増収を図るのが望ましいと考える。

計算に用いた式

$$\frac{\text{不足している給与額} \times \text{補助者の人数}^a}{\text{月間患者来院数}^b \times 10^c}$$

a 「平成20年度中医協調査」の「1施設あたりの平均・医師事務作業補助者数（実人数）と給与総額（非常勤）」より

b 「平成20年度中医協調査」の「1ヶ月の外来患者数」より

c 加算点数1点につき10円を請求できるため

おわりに

本論文を製作するにあたり、現在の日本の医療が抱える様々な問題点を垣間見ることができた。医師事務作業補助体制加算はそれらの問題に対する対策の 1 つであると言える。

私達は医師事務作業補助体制加算における問題として、業務範囲の狭さと補助者の能力不足という結論に至ったのである。この問題に対して私達は、補助者の業務範囲の拡大及び資格化と、加算点数の見直しを政策提言して考察を行った。その結果、前者に対しては総合医療管理士制度の新設、後者に対しては総合医療管理士加算という結論に至ったのである。

私達は医療の専門家ではないので至らない点が多くあるが、この政策提言が少しでも医療の質向上に寄与することができれば幸いである。

なお、本論文の製作にあたって医療従事者をはじめとする様々な方々にご協力していただくことができた。この場を借りて、改めて感謝とお礼を申し上げる次第である。

添付資料

1.議事録

社会保障審議会医療部会および中医協の制度新設までに行われた議会の議事録の抜粋である。

第4回社会保障審議会医療部会 平成19年10月31日

(前略)

基本方針の全体の構成をどうするか。構成としては、まず1つ目、全体として平成20年度の方針については、平成18年度改定時の基本的医療政策の方向性を踏まえつつ、継続性を重視する観点から、視点としては前回のものを基礎として整理してはどうか。加えて、今回、地域医療の確保・充実ということが非常に大きな課題だと認識しています。産科・小児科をはじめとする病院勤務医の現状を踏まえ、平成20年度診療報酬改定においては、病院勤務医の負担軽減を図ることに特に重点を置くべきではないかということにしています。その下を書いてあります「考えられる視点」、これは平成18年度のものと同様のものを中心に、以下まとめてはどうかと考えています。

病院勤務医の負担の原因については、アンケート調査で、患者や診療時間の増加に対して、医師が増えていない、あるいは書類が非常に増えているということがありました。また、現場の医師の意見としては、負担を減らす方法として、医師を増やしてほしい、あるいは医師以外の職員に業務を移すことなどが求められています。以下、それぞれ細かく出ていますので、時間がかかりますけれども見ていきたいと思います。

(中略)

院内における事務負担の軽減、これは先ほどの負担感の分析でもありましたが、医師でなくてもできる業務については、できるだけサポートする体制を取ってやる。そのためには、特に急性期の病院などにおいて、このような負担感を感じるような業務について、事務作業をサポートする人について評価してはどうかと考えています。

(中略)

院内における事務負担の軽減、これは先ほどの負担感の分析でもありましたが、医師でなくてもできる業務については、できるだけサポートする体制を取ってやる。そのためには、特に急性期の病院などにおいて、このような負担感を感じるような業務について、事務作業をサポートする人について評価してはどうかと考えています。

(以下略)

第4回社会保障審議会医療部会の議事録 平成19年11月22日

(前略)

まず本体の1頁ですが、基本方針の基本的考え方です。質の高い医療を効率的に提供する医療提供体制の構築と将来にわたる皆保険制度の堅持とが不可欠であるという基本認識を示すとともに、方針としては前回の改定の医療政策の方向性であるとか、4つの視点等につきましては、継承することとしております。その上で、今回の大きな問題としては、地域医療の現状を踏まえて、医師確保対策として産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担軽減を重点的に図ることについて、今回の改定における全体を通じた緊急課題として位置付けるべきだという認識を示しています。

(中略)

それから、病院勤務医の、特に最近は事務作業、文書作成等が増えて、負担感が積っていると聞いていますので、必ずしも医師が行う必要がないものについて、事務的なサポートをする者を医師以外の者に担わせる体制の充実を促進するための評価を考えてはどうかと考えています。

(以下略)

第5回社会保障審議会医療部会議事録 平成19年11月29日

(前略)

病院勤務医の負担軽減を重点的に図るためには、医師が必ずしも自ら行う必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の充実を促進するための評価の在り方について検討するべきである。

(中略)

それから、熊坂委員からいただきました中で、「医療費の配分を病院に手厚く」というところですが、ここは病院が非常に大変であると。特に働いている方々が大変である、という所は今回4つの視点を超えて、【緊急課題】として、勤務医に対する状況ということで、負担軽減のための施策を出しているわけなので、その辺りを含んでいただきたいと思います。

最後しめくくりの文章の「希望する」というところですが、実はこれは平成18年度改定に向けての基本方針のくくりも中医協に対して「希望する」という形になっていたもので、そのまま今回も「希望する」という形にさせていただきました。中医協に従うということは、ちょっときついかと思います。しかし、この基本方針を基に中医協で具体的な点数について議論するというにはなっていますが、決して上下関係というような形ではないので、ここでは「希望する」という形で結んでいただければと思います。

(以下略)

中央社会保険医療協議 第117回総会 平成19年12月12日議事録

(前略)

「平成20年度診療報酬改定は、保険財政の状況、物価・賃金等のマクロの経済指標の動向、全国の医療機関の収支状況等を踏まえつつ、基本的な医療政策の方向性や地域医療を巡る厳しい現状を十分に認識した上で行う必要がある。具体的には、医師確保対策として、産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担軽減を重点的に図ることについて、今回診療報酬改定における全体を通じた緊急課題として位置付けるべきである。」というふうになっております。

(中略)

緊急課題として、今回「産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減」について述べられております。ここに出てきます項目につきましては、これまでも中医協でも議論をしていただいた分野でございます。

ア、「産科・小児科への重点評価」。産科や小児科医療についての評価を書いております。

イ、「診療所・病院の役割分担等」。病院勤務医の負担軽減策等、それから大きな病院については、基本的には入院医療の比重を高める、そのようなことが書いてございます。

ウ、「病院勤務医の事務負担の軽減」。このような観点から、書類作成等についてのサポートを考えてはどうか。

(以下略)

中央社会保険医療協議会 第121回総会（公聴会） 平成20年1月25日議事録

(前略)

今回のこの改定に当たりまして、大きく4つの視点を設けて検討を進めていこう、まとめていこうということになりましたが、それに前置きをして、緊急課題として、昨今産科や小児科をはじめとして病院勤務医の負担が非常に重くなって疲弊しているということも言われております。そのために、診療報酬におきましても、こういう病院勤務医の負担の軽減策をまず「緊急課題」として取り上げるということが大きな特徴でございます。

「緊急課題－3 病院勤務医の事務負担の軽減」であります。最近、医師の中でも非常に書類仕事が多いということが言われております。必ずしも医師みずからが書かなくてもいい書類もございますし、最終的に医師がしっかりとチェックをするということで済む書類も

ございます。このようなものの事務的な仕事につきまして、それを補助する職員を配置していただく。それによって、医師のいわゆる医療本体でない付随的な事務作業を補助員で助けていただいて医師の負担を軽減していこう、このようなものの評価を考えております。

(以下略)

中央社会保険医療協議会 第 122 回総会 平成 20 年 1 月 30 日議事録

(前略)

クラークにつきましては、救急医療の体制に組み込まれている三次救急医療機関でありますとか二次救急の輪番制に参加している医療機関等を中心にいたしまして医療クラークの配置を考えておりますが、当初、全体的には約 1 万 8,000 人のクラークが該当するだろうと見込んでおります。

(以下略)

中央社会保険医療協議会 第 123 回総会 平成 20 年 2 月 1 日議事録

(前略)

17 ページでございますが、「勤務医の事務作業を補助する職員の配置の評価」ということで、いわゆる医療クラークと言われているものでございます。ここでは、18 ページを見ていただくといいのですが、第三次救急医療機関から第二次救急医療機関、主として救急を中心に地域の中で大変そうなどいいますか、そういうような病院を対象にしたいということがあります。50 対 1、ここでは患者数対比でいくとなかなか患者の数が揺れ動きますので、一応病床対比で考えていきたいのですが、それぞれすべてのところで 50 対 1 まではとれると。50 ベッドに対して 1 人の医療クラーク。それから第三次救急医療機関と総合周産期母子医療センターと小児救急医療拠点病院につきましては 25 対 1 までその配置を認めていこうと考えております。

特にこの医療クラークの業務範囲というのが 18 ページにございますが、例えばこれに限るわけではございませんけれども、診断書などの文書作成の補助、下書きをするといえますか、清書をするといえますか、そういう後で確認をして医師がサインをする。あるいは診療記録への代行入力。特に電子化されている場合などの代行入力でありますとか、あるいは例えば診療に関するデータ整理でありますとか、医師の教育や臨床研修のカンファレンスがありますが、それらの準備作業、こういうふうなことに業務をしていただこうと。2 番目に書いてありますように、医師以外の職種の指示の下に行う、例えば診療報酬の請求事務でありますとか、窓口・受付業務でありますとか、こういう分野についてはこの方を使ってもらっては困ると、そういうような形で、勤務医の事務作業を直接的に補助していただくということを要件としたいと思えます。

(以下略)

なお、この議論で配布された資料は「中央社会保険医療協議会 第 125 回総会」とほぼ同一である。異なる箇所は、『医師事務作業補助体制加算（入院初日）』が決定していないこと。『[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]』の『※ 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。）』の部分、『※ 第二次救急医療機関であって、開業時間外に受診した患者のうち緊急入院した患者および救急搬送（特別の関係にある保険医療機関、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、施設からの搬送を除く。）により緊急入院した患者が、年間〇〇〇名以上の実績を有する病院であること。』と記載されていることである。

中央社会保険医療協議会 第125回総会 平成20年2月13日議事録

(前略)

18 ページ、「勤務医の事務作業を補助する職員の配置の評価」。これが事務クランクの配置の評価ということで、算定要件としては後ろのほうにございますけれども、点数としては25対1補助体制加算として、入院初日に355点、その他のところにここに書いてある点数をつけるということにしております。ここでも先ほどと同様に、病院勤務医の負担軽減策をしっかりと書いていただく。

(中略)

3番の、確かにこの物の書き方が、基本方針の中に勤務医の負担軽減策についてという文言になっていますから、3番目に、「病院勤務医の負担軽減につながったかどうか検証を行うこと。」と、こう書いてありますけれども、私の感覚では、負担軽減というのは非常に消極的なのです、勤務医の確保という点から見れば。事務補助者のようなものを置いて、そこに点数をつけるとかいろいろな方法は講じられておるのですが、やはり勤務医の収入増には今回のものはつながっていない。これは、やはり勤務医の開業志向をとめることはできないと思いますから、私はこの負担軽減ということもさることながら、勤務医の優遇策とでも言いましょうか、そういうようなこともちょっとつけ加えたような表現のほうがいいのではないかという気がするのですが、いけませんか。

(中略)

特に医師不足、産科の問題、救急医療の問題、これは国民的な課題でありまして、特に病院勤務医の負担をどう軽減させるかという問題で、やはりこの診療報酬の改定でそういうことに手当ををしたいということでありまして、こういう問題意識を持っておりますけれども、支払側の皆さん方、また診療側の方々、大変な御努力をいただきまして、いい形の答申におまとめいただいたことを感謝申し上げたいと思います。

(以下略)

2. 制度詳細

これは中央社会保険医療協議会 第 125 回総会において配布された資料である。この資料に制度の詳細が記載されている。

【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

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

3.質問表

以下は質問表調査を行った際に配布した質問表である。

①フェースシート

自身について				
性別	☐ 男 ☐ 女			
年齢	☐ 20～30	☐ 31～40	☐ 41～50	☐ 51～60 ☐ 60 以上
診療科(任意)				
病院についてのご質問				
病床数はどのくらいですか				
医師事務作業補助体制加算をしていますか				
していると答えた方				
病院機能の種類は (該当するものに○)	第三次救急医療機関			
	総合周産期星医療センター			
	小児医療救急拠点病院			
	災害拠点病院			
	へき地医療支援病院			
	地域医療支援病院			
	救急入院患者を受け入れている医療機関			
	その他			
「医師事務作業補助体制加算」の配置基準はどのようになっていますか？				
(該当するものに○)	50 対 1 加算			
	75 対 1 加算			
	100 対 1 加算			
していないと答えた方				
加算をしない理由 (自由記入)				

②医師事務作業補助体制加算についての質問

医師事務作業補助体制加算制度についての質問	
I 制度について	自由記入をお願いします。
① この制度についてどのように思いますか。	
② この制度で医師の負担は軽減されましたか。	
③ 制度の改良して欲しい点がありますか。	
II 補助者について	自由記入をお願いします。
① 補助者に任せたいと思う業務を挙げてください。	
② 補助者に任せたくないと思う業務を挙げてください。	
③ 教育は十分であると思いますか。	
④ 教育には 6 ヶ月が規定されているが、この期間で十分であると思いますか。	
⑤ 補助者に求めることは何ですか。	
⑥ 補助者に求められることは何ですか。	

先行論文・参考文献・データ出典

《先行論文》

- 狩野昌則（平成 21 年）「新しい診療スタイルに向けて メディカルアシスタントの採用」『京都府立与謝の海病院誌(1345-1766)6 巻』1 号 Page71-75
- 中山和則（平成 21 年）「医療クラークの教育活用術 看護業務の質向上・効率化に役立つ」『看護部長通信 6 巻』6 号 Page120-12
- 上田香織, 竹川美知瑠, 宮治麻希, 林良子, 平田有子, 宮本保子, 竹本結, 山根玲子, 岸清志（平成 21 年）「医師事務補助体制（医療アシスタント）の導入とその効果」『全国自治体病院協議会雑誌 (0389-1070)48 巻』3 号 Page50-53
- 玉井真澄（平成 21 年）「医療クラークの教育活用術 看護業務の質向上・効率化に役立つ 成功するアウトソーシングによる医師事務作業補助」『看護部長通信 6 巻』6 号 Page114-119
- 井上俊明（平成 20 年）「点数化で注目のメディカルクラーク 先行事例に学ぶ有効活用の知恵」『日経ヘルスケア平成 20 年 6 月号』224 号 Page50-54

■PDF

- 社会福祉法人 恩賜財団済生会支部福井県済生会病院『病院全体での支援と組織再編で独自の医師事務作業補助体制を実現』http://ds-pharma.jp/medical/gakujutsu/partnering/pdf/200812_25_01.pdf 平成 21.11.3 7:00

《参考文献》

■書籍

- 厚生労働省（平成 21 年）『厚生労働白書』株式会社ぎょうせい
- 財団法人厚生統計協会（平成 20 年）『国民衛生の動向』平成 20 年第 55 巻第 9 号
- 医療白書編集委員会（平成 20 年）『医療白書 2008 年度版』ヘルスケア総合政策研究所
- 中原英臣・岡田奈緒子著（平成 20 年）『医療破綻』PHP 研究所
- 医学通信社（20 年）『診療点数早見表』医学通信社
- 医療保険の構造改革（平成 20 年）『平成 18 年改革の軌跡とポイント』株式会社法研

■PDF

- 中医協『主な施設基準の届出状況等』
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/03/dl/s0325-9k.pdf>、平成 21.11.3 7:00
- 社会保障審議会医療部会『特定機能病院について』
[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/2d6179e10fda90e94925709200231685/\\$FILE/siryou1.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/2d6179e10fda90e94925709200231685/$FILE/siryou1.pdf) 平成 21.11.3 7:00
- 厚生労働省保険局医療課『疑義解釈資料』
http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/housyu/pdf/2008/h20mhlw_kaisyaku0328.pdf 平成 21.11.3 7:00
- 社会福祉法人 恩賜財団済生会支部福井県済生会病院『病院全体での支援と組織再編で独自の医師事務作業補助体制を実現』http://ds-pharma.jp/medical/gakujutsu/partnering/pdf/200812_25_01.pdf 平成 21.11.3 7:00
- 厚生労働省医政局『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』
<http://www.khosp.or.jp/notice/hojopdf/yakuwari.pdf> 平成 21.11.3 7:00
- 社会保障審議会医療保険部会『平成 20 年度の診療報酬改定に向けた検討について』
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/09/dl/s0920-3c.pdf> 平成 21.11.3 8:00

- 中医協『医師事務作業補助体制加算について』
[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/b704820fea6fd122492573df00185346/\\$FILE/20080130_2shiryuu1-2.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/b704820fea6fd122492573df00185346/$FILE/20080130_2shiryuu1-2.pdf) 平成 21.11.3 8:00
- 厚生労働省保険局医療課『医師事務作業補助者(MA)の導入にむけて』
http://www.jmcl.jp/news/pdf/news_090314_doc1.pdf 平成 21.11.3 8:00
- 中医協『平成 20 年度診療報酬改定における主要改定項目について (案)』
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/02/dl/s0213-4a.pdf> 平成 21.11.3 8:00
- 中医協『勤務医負担軽減実態調査』<http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/495b2d> 日本看護協会『医師と看護職などの役割分担の推進に関する日本看護協会の見解』
<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/newsrelease/2008pdf/20080324.pdf> 平成 21.11.2 16 : 23
- 厚生労働省『医政発第 0720003 号 医療計画について』
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/08/dl/s0803-5g.pdf> 平成 21.11.4 13 : 58
- 日本看護協会『医師と看護職などの役割分担の推進に関する日本看護協会の見解』
<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/newsrelease/2008pdf/20080324.pdf> 平成 21.11.2 16 : 23
- 厚生労働省『医政発第 0720003 号 医療計画について』
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/08/dl/s0803-5g.pdf> 平成 21.11.4 13 : 58

■Webニュース

- 『医師事務作業補助者とのバトル』 <http://www.med.or.jp/nichinews/n200720u.html> 平成 21. 11. 3 7 : 33
- 『医療クランク加算、届け出は 730 機関』 <http://www.stellar.ne.jp/news.php?numero=090403> 平成 21. 11. 3 7:35
- 『次回改定でも勤務医の負担軽減を』 <http://www.cabrain.net/news/article/newsId/21570.html> 平成 21.11.3 7:45
- 『民主の「緊急経済対策」は 21 兆円』 <http://www.cabrain.net/news/article/newsId/21479.html> 平成 21.11.3 7:50
- 『中医協、入院料の議論開始/「財源検証を」と日医、支払い側「時期 尚早」』
http://www.healthnet.jp/syukan/pages/2009/06/sf0000906_2.html 平成 21.8.30 21:59
- 『入院時医学管理加算倍増 170 病院厚労省、中医協で報告』
http://www.healthnet.jp/syukan/pages/2009/06/sf0000906_2.html 平成 21.8.30 22:12

■新聞記事

- 『医療事務補助者』日本経済新聞 平成 21.3.6

■ホームページ

- 『松山赤十字病院』 <http://www.matsuyama.jrc.or.jp/02-byouinannai.htm> 平成 21.10.28 10:00
- 『医療法人祐生会みどりヶ丘病院』 <http://www.midorigaoka.or.jp/info/outline.html> 平成 21.10.29 10:00
- 『報道にみる勤務医の過労死労災請求：高い小児科医の請求率』
http://homepage3.nifty.com/akira_ehara/my_paper/ishikaiH18_3.html 平成 21.11.3 8:00

《引用文献》

- 厚生労働省『平成 20 年度診療報酬改定における 主要改定項目について (案)』 P.16~17
- 中央社会保険医療協議会『第 135 回診療報酬基本問題小委員会』平成 21.6.10
- 社会保障審議会医療部会『第 3 回社会保障審議会医療部会』平成 19.10.31
- 社会保障審議会医療部会『地域医療支援病院制度について (及び第 18 回医療部会 社会保障審議会医療部会)』平成 17 年 4.13.
- 診療報酬基本問題小委員会『第 135 回議事録』平成 21.6.10

《データ出典》

- 中医協『診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成 20 年度調査）病院勤務医の負担軽減の実態調査報告書』<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/04/dl/s0422-3c.pdf> 平成 21.11.3 7:00
- 社団法人日本医師会『診療所医師の診療時間および時間外活動に関する調査結果』
http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20071010_2.pdf 平成 21.11.3 8:00
- 日本医労連・調査政策局『2004 年度 賃金・労働時間等実態調査 報告』
<http://www.irouren.or.jp/jp/old/haruaki/2005haru6.pdf> 平成 21.11.3 8:00
- 社団法人日本医師会『診療所医師の診療時間および時間外活動に関する調査結果』
http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20071010_2.pdf 平成 21.11.3 8:00
- 日本医労連・調査政策局『2004 年度 賃金・労働時間等実態調査 報告』
<http://www.irouren.or.jp/jp/old/haruaki/2005haru6.pdf> 平成 21.11.3 8:00
- 三重県へき地医療支援機構『へき地医療拠点病院』及びへき地医療支援機構の支援対象となる「へき地診療所」の基準』<http://www.pref.mie.jp/IRYOS/HP/hekiti/gainen/taisyo.pdf> 平成 21.11.3 13 : 20
- 厚生労働省『重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会 中間取りまとめ』
<http://www.mhlw.go.jp/za/0728/c25/c25-18.pdf> 平成 21.11.3 13 : 36
- 厚生労働省『今後の救命救急センターの整備について（案）』
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/01/dl/s0130-17f.pdf> 平成 21.11.3 13 : 39
- 厚生労働省『疾病又は事業ごとの医療体制について』
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/01/dl/s0130-17f.pdf> 平成 21.11.2 13 : 40
- 厚生労働省『事業評価書（事前）小児救急医療拠点病院運営事業』
<http://www.mhlw.go.jp/wp/seisaku/jigyous/jizen/isei.html#08> 平成 21.11.1 13 : 44
- 厚生労働省『第二次救急医療機関のあり方について 資料 5』
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0610-10e.pdf> 平成 21.11.3 11 : 42
- 厚生労働省『地域医療支援病院制度について（地域医療連携体制との関連を含めて）』
[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/0/62f4b10439dd9657492571f4000e52f8/\\$FILE/20060922siryou3_1.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/0/62f4b10439dd9657492571f4000e52f8/$FILE/20060922siryou3_1.pdf) 平成 21.11.2 13 : 53
- 厚生労働省 『へき地保健医療対策の現状について』
<http://www.mhlw.go.jp/za/0727/c35/c35-02.pdf> 平成 21.11.3 11 : 42
-