

平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
(平成20年度調査)の結果について(たたき台)

平成21年4月22日
中央社会保険医療協議会
診療報酬改定結果検証部会

1 特別調査(平成20年度調査)の実施について

診療報酬改定結果検証部会(以下、「検証部会」という。)では、平成20年5月21日に策定した「平成20年度診療報酬改定結果検証特別調査項目について」に掲げられた特別調査10項目のうち、平成20年度早急に着手する項目として、次の5項目を選定し、調査を行った。

- (1) 病院勤務医の負担軽減の実態調査
- (2) 外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査
- (3) 後発医薬品の使用状況調査
- (4) 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査1
- (5) 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2

この特別調査は外部委託により実施することとし、実施に当たっては調査機関、検証部会委員、関係者等により構成された「調査検討委員会」における具体的な調査設計及び集計、分析方法の検討を経て行った。

調査結果については、調査報告書案として平成21年4月22日に開催した当該検証部会に報告を行い、その評価についての検討を行った。

その後、「調査検討委員会」において、当該検証部会としての評価を付した結果を取りまとめたので報告する。

1

- ・ 手当を増やした特定の診療科については、78.7%が「産科又は産婦人科」と回答。(51ページ:図表54)
- ・ 直近1週間の平均実勤務時間は、医師責任者で58.0時間、医師で61.3時間と回答。
医師の平均勤務時間を科別で見ると、最も長いのが救急科で74.4時間、最も短いのが精神科で51.1時間であった。(90、91ページ:図表105、106)
- ・ 平成20年10月における1か月あたり当直回数は、医師責任者で平均1.61回、医師で平均2.78回であった。(平成19年10月 医師責任者 平均1.75回、医師 平均2.92回)
- 特に「産科・産婦人科」においては、医師責任者で平均2.90回、医師で4.51回、(平成19年10月 医師責任者 平均3.25回、医師 4.75回)「救急科」においては、医師責任者で平均2.73回、医師で5.48回であった。(平成19年10月 医師責任者 平均3.13回、医師 5.65回)(92、94ページ:図表107、109)
- ・ 平成20年10月における1か月あたり連続当直回数は、医師責任者で平均約0.1回、医師で平均約0.1回、平成19年10月における平均回数とほぼ同じであったが、「産科・産婦人科」においては、医師責任者で平均0.29回、医師で平均0.40回(平成19年10月における平均回数は医師責任者0.40回、医師0.47回)であった。(96、98ページ:図表111、113)
- ・ 各診療科における医師の勤務状況の変化について医師責任者の16.8%が「改善した」又は「どちらかという改善した」と回答した一方、41.3%が「変わらない」、40.8%が「どちらかという悪化した」又は「悪化した」と回答。(111ページ:図表128)
- ・ 日常業務において、医師が負担が最も重いと感じている業務は、医師責任者では病院内の診療外業務24.0%、外来業務23.4%であり、医師では当直業務30.6%、外来業務20.9%であった。(139、140ページ:図表156、157)
- ・ 医師にとって負担が重いと感じる業務として、医師の50.8%が「診断書、診療録及び処方せんの記載」、44.2%が「主治医意見書に記載」、29%が「検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明」、27.6%が「診察や検査等の予約オーダリングシステム入力や電子カルテの入力」と回答。(142ページ:図表160)

3

2 「病院勤務医の負担軽減の実態調査」の結果について

(1) 調査の目的

病院勤務医の負担軽減策の取組み状況等の把握、および病院勤務医の負担軽減と処遇改善等の把握を目的とした。

(2) 調査方法及び調査の概要

<施設調査>

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病院、1,151施設に対し、平成20年12月に調査票を発送。

<医師責任者調査・医師調査>

調査対象となった病院における診療科責任者及び医師を調査対象とした。
1施設当たり医師責任者最大8名(各診療科につき1名×最大8診療科)、医師最大24名(各診療科につき3名×最大8診療科)。

(3) 回収の状況

<施設調査>

発送数:1,151施設 回収数:516施設(回収率44.8%)

<医師責任者調査・医師調査>

医師責任者 2,389件、医師 4,227件

(4) 主な結果

- ・ 負担軽減策の実施状況については、「医師事務作業補助体制」に77.1%、「連続当直を行わない勤務シフト」に71.9%、「医師・看護師等の業務分担」に56.4%の病院が取り組んでいると回答。
一方、「短時間正規雇用の医師の活用」に取り組んでいる病院は、25.4%、「当直後の通常勤務に係る配慮」に取り組んでいる病院は、45.2%であった。(34ページ:図表37)
- ・ 医師への経済面での処遇改善について45.0%の病院が「改善した」と回答した一方、53.7%の病院が「変わらない」と回答。(45ページ:図表48)

2

- ・ 業務分担が進んだ項目として「診断書、診療録及び処方せんの記載の補助」が約3割、「主治医意見書の記載の補助」が約2割の回答。
また医師について、「効果があった」又は「どちらかといえば効果があった」との回答が6割以上であったのは、①「静脈注射及び留置針によるルート確保」、③「診断書、診療録・処方せんの記載の補助」、④「主治医意見書の記載の補助」であった。(145~150ページ:図表163、164、166、168)

(5) 検証部会としての評価

4

3 「外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査」の結果について

(1) 調査の目的

外来管理加算の意義付けの見直しによる医療機関及び患者への影響を把握することを目的とした。

(2) 調査対象及び調査の概要

<施設調査>

全国の一般病床数が200床未満の病院の中から無作為抽出した1,500施設及び全国の一般診療所の中から無作為抽出した2,000施設に対し、平成20年11月に調査票を発送。

<患者調査>

施設調査の対象となった施設に、「算定あり」2名分及び「算定なし」2名分の計4名分の調査票を発送。

(3) 回収の状況

<施設調査>

病院調査 発送数：1,500施設 回収数：486施設（回収率32.4%）
診療所調査 発送数：2,000施設 回収数：585施設（回収率29.3%）

<患者調査>

1,933件

(4) 主な結果

- ・ 外来管理加算の算定状況は、病院96.5%、診療所87.9%であった。（16ページ：図表21）
- ・ 外来管理加算算定患者1人あたりの平均診察時間は、病院7.3分、診療所7.5分であった。（20ページ：図表27）
- ・ 望ましい「懇切丁寧な説明」の内容について、病院42.6%、診療所49.6%が（問診、身体診察、説明、注意や指導等の）「項目毎に異なる頻度で実施すべき」を選択した。（36ページ：図表52）
- ・ 診療内容について、（改定前の）3月以前と変わらないとした患者が、「算定あり」「算定なし」いずれについても約9割を占めた。（50～54ページ：図表67～71）

5

・ 外来管理加算の時間の目安については、回答があった患者のうち、33.8%が「時間の目安は必要だ」を選択した一方、55.8%が「時間の目安は必要でない」を選択した。（75ページ：図表93）

・ 「懇切丁寧な説明」を実施して欲しい項目としては、「通院毎」、「定期的」、「症状に変化があったときのみ」、「自分が求めたとき」のいずれの場合においても「症状・状態についての説明」が最も多かった。一方で、他の場合に比べ、「自分が求めたとき」に「算定あり」の患者で相対的に多くあった項目は「悩みや不安の相談」であった。（79ページ：図表97）

(5) 検証部会としての評価

4 「後発医薬品の使用状況調査」の結果について

(1) 調査の目的

処方せん様式等の変更による後発医薬品の使用状況や、医療機関・医師、薬局及び患者の後発医薬品使用についての意識等を把握することを目的とした。

(2) 調査方法及び調査の概要

<施設調査>

全国の施設の中から無作為抽出した保険薬局2,000施設、診療所2,000施設、病院1,000施設に対し、平成20年11～12月に調査票を発送。

<医師調査>

調査対象となった病院における診療科の異なる2名の医師を調査対象とした。

<患者調査>

調査対象となった保険薬局に65歳以上と65歳未満でそれぞれ男女1名ずつ、計4名分の調査票を発送。

(3) 回収の状況

- ①保険薬局 発送数：2,000施設 回収数：944施設（回収率47.2%）
（様式2に記載された処方せん枚数 7,076枚（435薬局分））
- ②診療所 発送数：2,000施設 回収数：733施設（回収率36.7%）
- ③病院 発送数：1,000施設 回収数：326施設（回収率32.6%）
- ④医師 回収数：431人
- ⑤患者 回収数：1,717人

(4) 主な結果

○保険薬局調査について

- ・ 平成20年12月1か月間の処方せんにおける、1品目でも後発医薬品を調剤した処方せんの割合は44.0%であった。（17ページ：図表17）また「後発医薬品への変更不可」欄の処方医の署名は、「署名なし」が65.6%、「署名あり」が34.4%であった。（19ページ：図表19）
- ・ 「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない処方せん（318,896枚）のうち、1品目でも先発医薬品を後発医薬品へ変更して調剤した処方せんの割合は6.1%であった。（19ページ：図表20）先発医薬品から後発医薬品

7

への変更が出来なかった理由として、「処方せんに記載された全ての銘柄について後発医薬品が薬価収載されていない」が10.2%、「患者が希望しなかった」が8.9%であった。（19ページ：図表20）

・ 後発医薬品への変更可能な処方せんを持参した患者のうち、後発医薬品についての説明を行った患者の割合は、「10%未満」と回答した薬局が37.5%と最も多かった。（24ページ：図表27）

また、後発医薬品についての説明を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合が「10%未満」と回答した薬局が24.2%と最も多かった。（25ページ：図表28）

・ 後発医薬品についての説明を行ったにもかかわらず、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由として、37.5%の薬局が「薬剤料等（患者自己負担額）の差額が小さいから」、35.6%の薬局が「後発医薬品に対する不安がある」と回答。（26ページ：図表29）

・ 後発医薬品調剤に関する考え方について、33.5%の薬局が「あまり積極的には取り組んでいない」と回答し、その理由として「品質に疑問があるため」、「安定供給体制が不備であるため」、「近隣医療機関が使用に消極的なため」がそれぞれ40.2%と最も多かった。（41ページ：図表46、47）

・ 12/8～12/14の1週間に後発医薬品に変更して調剤された処方せん（7,076枚）の薬剤料の変化をみると、記載銘柄で調剤した場合の薬剤料は754.5点であるが、実際に調剤した薬剤料は582.2点であり、記載銘柄で調剤した場合の77.2%となっていた。（43ページ：図表49）

○診療所・病院・医師調査について

・ 「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行経緯について「ある」と回答した診療所の医師が42.4%、病院勤務医が35.5%であった。（65ページ：図表79）また、これらのうち「変更不可」欄に署名した処方せんの割合が10%未満であった医師の割合は診療所で42.2%、病院で34.0%、90%以上であった医師の割合が診療所で38.8%、病院で31.4%であった。（65ページ：図表80）

また、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由として、診療所の医師、病院勤務医ともに約5割の医師が「品質が不安だから」、約4割の医師が「先発医薬品を長く使用し信頼」としているが、「患者から強い要望があったから」としたのは、診療所の医師が28.6%であるのに対し、病院勤務医は37.9%、「効果や副作用の違いを経験したから」としたのは、診療所の医師が34.5%

8

であるのに対し、病院勤務医は 28.1%であった。(66 ページ：図表 81)

・ 医師の外来診療における後発医薬品の処方に関する考えは、「患者からの要望がなくても積極的に処方」が 10.2%、「患者からの要望があっても基本的に処方しない」が 14.7%であった。最も回答が多かったのは「特にこだわりがない」で 71.1%であった。(74 ページ：図表 91)

・ このうち、患者からの要望があっても後発医薬品は基本的に処方しないと回答した医師に、その理由をたずねたところ、「品質への疑問」(81.3%)、「効果への疑問」(66.7%)、「副作用への不安」(56.1%) 等であった。(75 ページ：図表 92)

○患者調査について

・ 患者の 72.3%は、後発医薬品を「知っている」と回答。(92 ページ：図表 104)

・ 患者の 61.2%は、医師や薬剤師から後発医薬品の「説明を受けたことがある」と回答。(98 ページ：図表 110)

・ 説明を受けた患者のうち、84.0%が説明された内容を「理解できた」と回答。(102 ページ：図表 114)

・ 後発医薬品の使用経験については、50.2%が「ある」と回答した一方、「ない」と回答した患者も 46.4%であった。(105 ページ：図表 117)

・ 後発医薬品使用に対する考えは、「できれば後発医薬品を使いたい」という患者が 21.0%、「できれば先発医薬品を使いたい」が 19.4%であった。最も回答が多かったのは「後発・先発医薬品にこだわらない」で 40.1%であった。

(111 ページ：図表 123) また、「できれば後発医薬品を使いたい」と回答した割合は、後発医薬品の使用経験のある人で 31.4%、後発医薬品の使用経験がない人で 11.2%であった。(113 ページ：図表 125)

・ 後発医薬品の使用に必要なことをたずねたところ、「効果があること」(73.5%)、「副作用の不安が少ないこと」(58.0%)、「窓口で支払う薬代が安くなること」(50.5%) 等であった。(116 ページ：図表 128)

(5) 検証部会としての評価

トをまかなうことが困難なため」が上位を占めた(複数回答)。(22 ページ：図表 1-30)

・ 患者調査において、後期高齢者診療料の算定前後の通院回数、検査回数、処方薬数、診療時間のいずれについても、「変わらない」を選択した患者が約 8~9 割を占めた。(27、29~31 ページ：図表 2-11、2-17、2-20、2-23)

・ 後期高齢者診療料の算定後に満足度が「とても満足」又は「満足」と思うようになったとした患者は約 27%であり、そのうち約 6 割強が「医師から受ける症状などの説明」や「治療方針など今後のこと」がわかりやすくなったを選択した。(36 ページ：図表 2-33、2-35)

(5) 検証部会としての評価

5 「後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査 1」の結果について

(1) 調査の目的

「後期高齢者診療料」の算定状況及び改定後の治療内容の変化、後期高齢者診療料計画書の作成状況、並びに「後期高齢者診療料」の算定を受けた患者の理解度及び満足度の把握等を目的とした。

(2) 調査方法及び調査の概要

<施設調査>

全国の後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関の中から無作為抽出した 3,500 施設に対し平成 20 年 11 月に調査票を送付。

<患者調査>

調査の対象施設に 5 名分の調査票を送付。

(3) 回収の状況

<施設調査>

発送数：3,500 施設 回収数：1,112 施設 (回収率 31.8%)

<患者調査>

206 件

(4) 主な結果

・ 回答医療機関のうち後期高齢者診療料を算定している医療機関は、10.5%であった。「算定あり」の医療機関は「算定なし」の医療機関と比較して、在宅療養支援診療所の届出割合が多かった。(5 ページ：図表 1-6、1-7)

・ 通院回数や検査頻度などについて改定前後で「変化なし」と回答した施設が、いずれの主病においても 80%前後を占めたが、「生活機能の検査頻度」及び「身体計測の頻度」は「増加」が 12%から 19%程度あり、ほかの検査と比較するとやや頻度が高かった。(9~11 ページ：図表 1-15)

・ 後期高齢者診療料計画書の平成 20 年 8 月から 10 月の 3 ヶ月間の平均交付回数は、いずれの主病においても 1 回前後であった。また、計画書の記載に要する時間は平均 11.79 分であった。(17~18 ページ 図表 1-24、1-25)

・ 後期高齢者診療料を 1 人も算定していない施設の理由として、「患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため」、「他の医療機関との調整が困難なため」、「患者に必要な診療を行う上で現行点数 (600 点) では医療提供コス

6 「後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査 2」の結果について

(1) 調査の目的

「後期高齢者終末期相談支援料」の算定状況、終末期の診療方針等についての話し合いの実施状況、及び終末期の話し合いや「後期高齢者終末期相談支援料」に関する国民の意識の把握等を目的とした。

(2) 調査方法及び調査の概要

<施設調査及び事例調査>

全国の病院の中から無作為抽出した 1,700 施設、全国の在宅療養支援診療所の中から無作為抽出した 850 施設及び全国の内科系の診療科目を標榜する診療所 850 施設を計 3,400 施設を対象に平成 20 年 11 月に施設調査票及び事例調査票を送付。

<意識調査>

年齢層別層化後、人口構成比により無作為抽出を行った 20 歳以上の 2,000 人を対象とした。

(3) 回収の状況

<施設調査>

病院 発送数：1,700 施設 回収数：478 施設 (回収率 28.1%)

診療所 発送数：1,700 施設 回収数：471 施設 (回収率 27.7%)

<事例調査>

病院 2,213 件 (136 施設)

診療所 207 件 (70 施設)

<意識調査>

発送数：2,000 件 回収数：1,209 件 (回収率 60.5%)

(4) 主な結果

・ 終末期の診療方針等の話し合いについては、病院の 43.7%、在宅療養支援診療所の 52.3%及びその他の診療所の 21.8%が「実施している」と回答し、そのうち病院の 32.1%、在宅療養支援診療所の 18.8%及びその他の診療所の 16.0%が、話し合い結果を取りまとめた文書を「一部提供している」又は「全て提供している」を選択した。(6、8 ページ：図表 1-8、1-11)

- ・平成20年4月～9月までに75歳以上の患者に文書提供をしたと回答した61施設のうち、10施設が後期高齢者終末期相談支援料を「算定した」を選択した。(10ページ：図表1-14)
- ・話し合いを実施している施設において、病院の40.2%、在宅療養支援診療所の23.2%、その他の診療所の21.4%が「診療報酬で評価することは妥当である」を選択し、病院の29.7%、在宅療養支援診療所の33.0%、その他の診療所の14.3%が「終末期の話し合いを診療報酬で評価することは妥当だが、話し合いの結果の文書提供を算定要件とすべきではない」を選択する一方、病院の5.3%、在宅療養支援診療所の6.3%、その他の診療所の10.7%は「診療報酬で評価するのは時期尚早である」、病院の22.0%、在宅療養支援診療所の38.4%、その他の診療所の39.3%は「もともと診療報酬によって評価する性質のものではない」を選択した。また病院の55.5%、在宅療養支援診療所の40.2%、その他の診療所の28.6%が「75歳以上に限定せず実施すべきである」、病院の49.3%、在宅療養支援診療所の31.3%、その他の診療所の17.9%が「終末期に限らず病状の急変や診療方針の変更等の話し合いを評価すべき」を選択し、病院の23.4%、在宅療養支援診療所の15.2%、その他の診療所の7.1%が「後期高齢者終末期相談支援料の点数(200点)が低すぎる」を選択した(複数回答)。(12ページ：図表1-17)
- ・事例調査において、平成20年4月～9月に行われた話し合いの回数は、42.1%が「1回」を選択し、話し合い当たりの平均時間(1回目)は28.6分、算定患者では53.6分であった。(17ページ：図表2-6、2-7)
- ・「本人が話し合いに参加しなかった」事例が7割超であった。本人が話し合いに参加したうち、話し合い後の本人の様子について、「話し合ってよかった」又は「どちらかといえば、話し合ってよかった」が5割程度であった。一方で話し合い後の家族の様子について、78.3%が「話し合ってよかった」又は「どちらかといえば、話し合ってよかった」を選択した。(20ページ：図表2-10、2-11)
- ・意識調査において、終末期の治療方針等の話し合いについて84.7%が「話し合いを行いたい」を選択した。そのうち72.3%が話し合いの内容をとりまとめた文書等の提供を「希望する」を選択した一方で、12.2%が「希望しない」を選択した。(24、26ページ：図表3-9、3-13)

- ・公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることへの意識については、「好ましい」が34.1%、「好ましくない」が27.5%、「どちらともいえない」が36.2%であった。(28ページ：図表3-17)
- ・「好ましい」を選択したうち、69.2%が「年齢区分は必要ない」を選択した。(29ページ：図表3-19)

(5) 検証部会としての評価

3月18日(水)、3月25日(水)、4月15日(水)の
診療報酬改定結果検証部会での委員の主な発言(要約)

<病院勤務医の負担軽減の実態調査>

- ・「入院時医学管理加算」、「医師事務作業補助体制加算」及び「ハイリスク分娩管理加算」のいずれかを算定している、比較的医療資源が豊富であると思われる施設が調査対象であるが、1年前と比較して医師の勤務状況が「改善した」より「悪化した」という回答が多い。このことは、病院勤務医の負担の深刻さが裏付けられ、引き続き、診療報酬において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。(111、126ページ:図表128、143)
- ・施設における病院勤務医の負担軽減策の取り組みに有無による、医師の業務負担感の変化については、個別の取り組み項目についてはある程度の効果が認められるものの、全体としてはあまり改善が認められないため、更なる改善策の検討が必要だと考えられる。(146～161ページ:図表164～179)
- ・「入院時医学管理加算」については、届出数が少ない。病院勤務医の負担軽減に繋がるように、施設基準の要件の見直し等について検討する必要があると考えられる。(5ページ:図表2)
- ・経済面の処遇改善について、施設の「改善した」という回答より医師の「改善した」という回答の割合が低いのは、広く浅く手当されているため、実感が低いためではないか。また、経済面よりも業務の軽減の対策がより重要ではないかと考えられる。(45～52、166～167ページ:図表48～55、184、185)

<後発医薬品の使用状況調査>

- ・医師の処方行動について、後発医薬品の使用に消極的であるとの印象は受けなが、その中で医師が「変更不可」欄に署名した理由について考える必要がある。(66ページ:図表81)
- ・処方せんに後発医薬品への変更不可に署名がないにも関わらず、薬局において後発医薬品に変更していない割合が、前回調査と同様にかなり高い。その理由については、在庫がない、あるいは説明しなかった等が推測される。一方で、薬局が後発医薬品の説明・調剤にあまり積極的に取り組まない理由として、「品質に疑問」「安定供給体制が不備」「近隣医療機関が使用に消極的」「効果に疑問」等が挙げられており、こうしたことも踏まえて、薬局において後発品に変更していない原因について考える必要がある。(19、41ページ:図表20、47)
- ・総じて、薬局も医師もまた後発品に関する不信があり、それを解消させる必要があると考えられる。(41、66ページ:図表47、81)
- ・後発医薬品に関する患者への主たる説明者と、後発品の処方の有無との因果関係に着目する必要がある。(100ページ:図表112)
- ・患者調査において、「使用経験あり」の患者の「できれば後発品を使いたい」という割合が「使用経験なし」より高いことから、患者としても、実際の経験を通じることが後発品の使用につながるのではないかと、また、実際の経済的な負担についても後発医薬品の選択につながるのではないかと考えられる。(113ページ:図表125)
- ・後発医薬品の使用経験のある患者が、次に先発品を使いたいと考える理由も含め、後発品の使用に必要なこととして、「効果があること」、「副作用の不安が少ないこと」、「薬代が安くなること。」といった回答が多い点に着目する必要がある。(116ページ:図表128)
- ・患者における後発医薬品の認知自体をまずは進めていくことが課題ではないかと考えられる。(92ページ:図表104)

<外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査>

- ・病院、診療所への調査では、意義付けの見直しによって、病院、診療所における診療内容等について変化が見られたのは2～3割であった。一方で、「患者一人当たりの診察時間が長くなった」等の選択肢について「あてはまる」旨の回答が比較的多かったことから、医療機関にとっては負担感があつたのではないかと伺える。(22～27ページ:図表30、31、33、37、39)
- ・他方、「患者に説明をより分かりやすく、丁寧に行うようになった」等の選択肢について「あてはまる」という回答がやや多く、患者にとっては望ましい方向性が見られる。(22ページ:図表31)
- ・患者への調査では、総じて診療内容に変化があつたと感じていないことが伺える。また時間の目安について、3割強が「時間の目安は必要だ」と回答したのに対し、6割弱が「時間の目安は必要でない」と回答した点については、患者は時間よりも内容や質を重視していることの現れであると考えられる。(50～55、75ページ:図表67～72、93)
- ・望ましい「懇切丁寧な説明」の内容について、医療側、患者側ともに、「全項目について、診療の都度、懇切丁寧な説明を毎回実施する」ことを10%台しか希望していないことを踏まえ、検討を行うべきである。(36、77ページ:図表52、96)
- ・患者への調査で「自分が求めたときに実施してほしい」項目のうち「悩みや不安の相談」の割合が特に「算定あり」の患者で比較的高いが、こうした「自分が求めたときに実施してほしい」項目こそ、患者のニーズであると考えられる。(79ページ:図表97)

<後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査1>

- ・後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関の中で約9割が算定していない。理由としては、患者の理解や同意が得られない、他の医療機関との調整が難しい、コスト面での理由が指摘されている。また在宅療養支援診療所での算定割合の比率が高い点については、75歳以上の患者が外来患者で多い、あるいは他の医療機関との連携をしている傾向があるといった理由が推測される。(5、16ページ:図表1-6、1-7、1-21)
- ・後期高齢者診療料を算定している場合において、総通院回数や機械を用いた検査回数の減少、生活機能検査や身体計測の増加といった傾向が見られる。減少や増加の理由として「定期的な後期高齢者診療計画書の作成により、医学管理が行いやすくなったため」、あるいは「必要な検査の見直しを行ったため」が比較的多く挙げられていることを踏まえると、後期高齢者診療料を算定している医療機関はこの点数の要件をうまく活用していると考えられる。(9～14ページ:図表1-15、1-16)
- ・患者調査では、算定前後での変化について「変わらない」との回答が多かった。また、算定後の「よかった点」について、「医師から受ける病状などの説明がわかりやすくなった」等だけでなく、「よかったと思うことはない」という割合も高い。しかしながら、患者は一般的に、変化に関してはネガティブな変化をより意識することが多いことから、患者側にとって積極的に「よかった」という実感は得られていないものの、とりあえず、悪い方向に働いたということは言えないのではないかと考えられる。(29～31、33ページ:図表2-17、2-20、2-23、2-27)

<後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2>

- ・ 医療機関調査において、医療機関の種別や、終末期の診療方針等の話し合いの実施の有無により、「妥当である」、あるいは「診療報酬で評価すべきでない」等、さまざまな意見に分かれている。(12ページ:図表1-17)
- ・ 事例調査において、患者本人の参加がさほど高くなかった。また、話し合いが患者や家族にもたらした影響として、「不安が軽減された」「よりよい決定に生かされたようだった」等のプラスの影響が比較的多く見られた。(20ページ:図表2-10、2-12)
- ・ 国民意識調査において、終末期の治療方針等について「話し合いを行いたい」割合が高かった。また、文書の提供を「希望する」割合も高い一方で、施設調査では、「文書は提供していない」割合が高く、医療機関側と国民の意識の違いがあった。また、公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることについて好ましいと答えた者の69.2%が、「年齢区分は必要ない」と答えていた。(8、24、26、29ページ:図表1-11、3-9、3-13、3-19)

「検-2-1 病院勤務医の負担軽減の実態調査」

自由記述欄【抜粋】

1. 施設票	1
4-①-1) - 1 「医師・看護師等の業務分担」の具体的な取組み内容	1
4-①-2) - 1 「医師事務作業補助体制」の具体的な取組み内容	2
4-①-3) - 1 「短時間正規雇用の医師の活用」の具体的な取組み内容	3
4-①-4) - 1 「連続当直を行わない勤務シフト」の具体的な取組み内容	3
4-①-5) - 1 「当直後の通常勤務に係る配慮」の具体的な取組み内容	4
4-② その他の医師の負担軽減策	5
4-③-1 医師の経済面での処遇改善の「その他」	6
5-①-1 入院時医学管理加算の届出をしていない理由	6
5-⑤ 入院時医学管理加算についての課題・問題点等	8
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	9
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	10
7-①-1 ハイリスク分擔管理加算の届出をしていない理由	12
7-⑩ ハイリスク分擔管理加算についての課題・問題点等	13
8 病院勤務医負担軽減についての今後の課題・ご要望等	15
2. 医師責任者票	31
2-④-1 入院診療に係るあなたの業務負担が「増加した」理由	31
2-④-1 入院診療に係るあなたの業務負担が「軽減した」理由	34
2-⑤-1 外来診療に係るあなたの業務負担が「増加した」理由	35
2-⑤-1 外来診療に係るあなたの業務負担が「軽減した」理由	36
4-⑤ 診療科において実施した経済面での処遇改善の内容	36
5 病院勤務医の負担軽減についての課題・ご意見	39
3. 医師票	43
2-④-1 入院診療に係るあなたの業務負担が「増加した」理由	43
2-④-1 入院診療に係るあなたの業務負担が「軽減した」理由	44
2-⑤-1 外来診療に係るあなたの業務負担が「増加した」理由	46
2-⑤-1 外来診療に係るあなたの業務負担が「軽減した」理由	48
2-⑬ 病院の中でどのような取組みを実施すれば、あなたの勤務状況は改善すると思うか。	49
2-⑰ 今後の意向の理由	51

1. 施設票

4-①-1) - 1 「医師・看護師等の業務分担」の具体的な取組み内容

- 静注、採血、点滴ルート確保など
 - ・ 看護師による静脈注射の施行。
 - ・ 静注、採血、問診などを看護師が行っている。混注作業は薬剤部が実施。採血は一部、臨床検査技師が実施している。
 - ・ がん化学療法室における抗がん剤、点滴ルートの確保をがん化学療法認定看護師が実施。
 - ・ 2 回目以降の抗生物質接続を看護師が行うようになった。
 - ・ 看護師が薬剤の投与量の調節、静脈注射を実施している。
 - ・ 早朝の病棟採血検査を臨床検査技師が実施している。
- 助産師外来、院内助産の導入など
 - ・ 助産師外来、院内助産の導入。
 - ・ 助産師外来等の導入。
 - ・ 助産師の積極的活用。
- 救急医療におけるトリアージ
 - ・ 救急医療等における診療の優先順位の決定。
 - ・ 休日や夜間に診療を求めて救急外来に患者が来院した場合、救急外来マニュアルの下に、看護職員が優先順位の判断を行うことを可能とした。
- 患者やその家族への対応
 - ・ 入院の療養生活に関する対応、患者・家族への説明、採血・連携についての説明。
 - ・ 内服・検査などの説明。
 - ・ 医師の治療方針の決定や病状の説明等の前後に、看護師等の医療関係職が、情報収集や補足的な説明を行うとともに、患者、家族等の要望を傾聴し、医師と患者、家族等が十分な意思疎通をとれるよう調整を行う。また、医師の治療方針に基づき、看護職員が療養生活の説明を行っている。
- 事務作業関係
 - ・ 主治医意見書作成補助、検査指示せん、食事指示せん等の作成補助。
 - ・ 書類作成補助等。
- その他
 - ・ ベッドメイキング、院内の物品の運搬・補充、患者の検査等への移送。

- ・ 薬剤の管理、医療器械の管理。

4-①-2) - 1 「医師事務作業補助体制」の具体的な取組み内容

- 診断書・診療録・処方せん・主治医意見書等の作成の補助
 - ・ 診断書、診療録、処方せんの作成。診察した医師が最終的に確認することを条件に、医師事務作業補助者が医師の補助者として記載を代行することを可能とした。
 - ・ 介護保険・生活保護要否意見書・生命保険診断書・事故診断書などの文書作成補助。
 - ・ 主治医意見書の作成（介護保険法関係）。主治医が最終的に確認し署名することを条件に、医師事務作業補助者が医師の補助者として主治医意見書の記載を代行することを可能とした。
 - ・ 生活保護要否意見書、訪問介護指示書などの作成補助。
 - ・ 診断書作成補助、紹介状返書作成補助など。
 - ・ 入院診療計画書・退院診療計画書の患者基本情報の記載、入院証明の患者基本情報の記載など。
- オーダー補助
 - ・ オーダー補助（予約・検査など）。スキャナ、生活保護、介護意見書等作成補助。
 - ・ 診察や検査の予約。医師の正確な判断・指示にもとづいているものであれば、医師との協力・連携の下、医師事務作業補助者が医師の補助者としてオーダーリングシステムの入力を代行することを可能とした。
 - ・ 検査オーダー等の入力を行っている。
 - ・ 外来予約業務の代行人力。
 - ・ 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人力（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、入院処理。
 - ・ 医師の指示に関するオーダー入力代行業務。医師の指示による診断書・紹介状等の作成。電子画像を取り込み、電子カルテに保存。診療内容のディクテーション。DPC 入力代行。
- 行政上の業務への対応
 - ・ 行政上の業務への対応を医師の指示の下に行う。救急医療情報システムへの入力。感染

- 症のサーベイランス事業など。
- 院内がん登録等の統計、調査。

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

4-①-3) - 1 「短時間正規雇用の医師の活用」の具体的な取組み内容

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

4-①-4) - 1 「連続当直を行わない勤務シフト」の具体的な取組み内容

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

3

○仮眠をとれるようにしている

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

4-② その他の医師の負担軽減策

○外来分離・外来縮小

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

○外来の完全予約制等の導入

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

○地域連携の推進

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

○非常勤医師の活用

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

5

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

4-①-5) - 1 「当直後の通常勤務に係る配慮」の具体的な取組み内容

○当直後の勤務時間を短縮

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

○当直明けは休み

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

○当直明け勤務に対する手当

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

4

○他職種との活用

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

○その他

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

4-③-1 医師の経済面での処遇改善の「その他」

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

5-①-1 入院時医学管理加算の届出をしていない理由

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

6

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

○治癒患者割合について要件を満たしていない

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

○選定療養の実費徴収について要件を満たしていない

- ・選定療養の届出をしていない。

○複数の要件を満たしていない

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

合理。

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

疑。

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

○施設基準を満たしていないため

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

○その他

- ・配置している医師事務作業補助者の実態の雇用形態は、業務委託であり専任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うと患者負担も含め公平性に欠けると考える。加算方法の再考が必要ではないか。また、1 人の人件費分にもならないため、診療報酬のアップを期待する。
- ・医師の事務作業としては、再入院の患者や外来患者に関する業務もあるのに、算定要件

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

・外来の医師事務作業補助体制加算を縮減してほしい。

○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てほしい。
- ・「専従」等の要件は、外してほしい。

○業務範囲が明確でない

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

○届出要件が厳しい

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

○その他

- ・当院では、厚生労働省が「医師及び医療関係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・ベン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要である。これらの補助施策実施から制度に対する意見・要望としては、①作業補助者の医師専従の施設要件を撤廃してほしい。当院では、これ以上の医師業務の代わりを事務担当者が行うことは難しいが、看護師が医師の業務を担い、看護師の業務を看護師が負担することは可能と考える。したがって、医師事務作業補助者を医師事務専従とするのではなく医療従事者の専従（専任）とすれば、補助する可能性はより広がるし、事務作業補助者を配置する病院としても効率的な運営を図ることが可能となる。
- ②作業補助者の限定業務を拡大して欲しい。上記のとおり、効率的で柔軟に医師及び専従者の負担軽減に資すること及び作業補助者の効率的活用を図るため施設要件の限定業務を拡大してほしい。③報酬の見直し（増）及び労働時間、雇用形態の業務委託除外要件を撤廃してほしい。医師事務作業補助体制加算で算定される報酬は、あまりに少ないといわざるを得ない。算定される報酬で業務委託以外の選択といえれば派遣社員の雇用もしくは、アルバイトの雇用となるが派遣社員の雇用には報酬が見合わず医療機関の持ち出しとなり、アルバイトの場合は、スキルを持った人材の安定確保は難しい上、週4日

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

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

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、届出ができなくなった。
- ・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 cesarcan: 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分娩に比べ大きいため、対象としてほしい。さらに出生前診断された胎児先天異常（先天性心疾患、先天性横膈障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前帝王切開の分娩管理も加える。②治療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、治療中の内容が曖昧で、たとえば、治療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、治療中であっても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付きやすいが、緊急で行う帝王切開については、常位胎盤剥離、前置胎盤（出血等がある場合）となっているが、24時間体制で観察した結果に緊急手術となっているので、規程の緩和をお願いしたい。
- ・対象患者で病名があるにもかかわらず、算定されない場合があり、算定要件が厳しい（例：前置胎盤）。
- ・他医療機関から緊急搬送された分娩であっても、加算が算定できない場合があり、適用範囲を拡大してほしい（膠原病の患者、胎児に問題のある場合など）。ハイリスク分娩管理加算が認められても、医師には全く還元されていない。本加算分は、原則的に産婦人科医、新生児科医に配分されるべきとする通達が必要と考える。

○正常分娩時の算定

- ・実際には、ハイリスク分娩である妊婦も結果的に正常分娩であれば、そもそも入院自体が健康保険の対象外である。ハイリスクの妊婦・分娩の保険適用範囲の拡大が必要であると考えられる。
- ・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医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。病院取入にはなっても、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