

〈原著〉

高知日赤医師事務支援室10年の軌跡と今後の課題

今村由佳¹, 中村晃子¹, 田埜和利²

要旨：医師の業務負担軽減を目的に、2008年の診療報酬改定で医師事務作業補助体制加算が新設され、当院でも2010年に医師事務支援室を開設して業務を開始した。支援開始から10年が経過し、体制の充実と共に支援の拡大を進めてきた。支援業務の内、文書作成業務、外来支援業務、診療データ整理・登録業務について、医師に対するアンケート結果も参考にこれまでの経緯と現状について検討した。人員の増加と共に業務は充実・拡大され、医師の満足度も比較的高かった。しかし配置人数が少ないことや個々のスキルの違いなどで、医師からの要望にも十分応えられていない面もある。今後もタスクシフトは推進されると予想され、これに対応できるよう人員確保を含めた環境整備、医師事務作業補助者の専門知識やコミュニケーション能力などのスキルアップなどを進めて、医師が診療に専念できる環境作りに貢献したい。

Key words：医師事務作業補助者、医師事務作業補助体制加算、医師の負担軽減、タスクシフト

【はじめに】

医師事務作業補助者（Medical Clerk 以下 MC）とは、医師が行う業務のうち事務的な業務をサポートする職種であり、タスクシフトなどの面から医師の負担軽減の切り札とも言われている。2008年の診療報酬改定に際して、「医師事務作業補助体制加算」が新設されたことにより、職種として認定されると共に、全国の病院で導入が進んだ。当院でも2010年より医師事務支援業務を開始し、10年が経過した。この間に医師の負担軽減に寄与することができた一方で、様々な課題にも直面している。今回、これまでに私たちの業務で得られた成果と、解決すべき課題について検討した。

は「医師事務支援室の業務に関する規程」においてMCの業務を7種類と定めている（表2）。

今回は、これらの業務の内、文書作成支援業務、外来診療支援業務およびデータ整理・登録業務について、これまでの当課の経時的な変遷を含めて検討し、成果と問題点を確認すると共に課題解決に向けた方向性について考察した。

【方法】

医師事務支援室発足当初からの経緯を振り返り、実際に行われている業務の内容を調査すると共に、

【目的】

MCの業務は、診療報酬上の規定により、行うことができる業務とできない業務が決められている（表1）。これを基に、当院で

表1：診療報酬上で定められたMCの業務に関する規定

診療報酬に規定されたMCが行うことができる業務（いずれも医師の指示の下）
① 診断書等の文書作成補助 ② 診療記録への代行入力 ③ 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、教育や研修・カンファレンスのための準備作業等） ④ 入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業にかかる入力等）
診療報酬上で認められていない業務
① 医師以外の職種の指示の下に行う業務 ② 診療報酬の請求業務（DPCのコーディングに係る業務を含む） ③ 窓口・受付業務 ④ 医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務 ⑤ 看護業務の補助及び物品運搬業務等

¹高知赤十字病院 医師事務支援課

² 〃 心臓血管外科

当課で定期的に行っている医師に対するアンケート結果における満足度や支援に対する要望と、実際に支援を行っている業務をいくつかの面から比較検討した。また、これらの業務を行う上で、体制や業務環境などが及ぼす影響についても考察した。

【結果】

1. 当課の歩み

当院では、2010年4月に医療情報管理課内に医師事務支援室を設置し、MC4名で業務を開始した。その後徐々に人員の充実を図り、現在は病床数402床に対して17名のMCが在籍しており、そのうち5名が診療情報管理士の資格を取得している。診療報酬における医師事務作業補助体制加算は、入院基本料に加算する点数であり、患者1人につき1入院あたり1回に限り、入院初日に算定できる。加算点数は病床数に対するMCの配置人数と業務を行う場

所によって定められており（表3）、現在当院は医師事務作業補助体制加算1（以後加算1）の25対1補助体制加算630点を算定している。

MCの体制充実を受けて、業務効率の改善、業務分担の平均化、専門性や医師とのコミュニケーション向上などの観点から、2015年にMCを4つのグループに分け、各グループが複数の診療科を担当する体制とした（表4）。

2019年5月には、災害対応能力や診療内容の向上のため、病院が新築移転した。その際、新築構想の

表3：診療報酬における加算点数

加算1は、MCの業務が延べ勤務時間数の8割以上の時間、病棟または外来で行われていることが必要。但し、医師の指示に基づく診断書等の文書作成補助、診療記録への代行入力および医療の質の向上に資する事務作業に限っては、実施の場所を問わない。

2020年診療報酬改訂による

	医師事務作業補助体制加算	
	加算1	加算2
15対1補助体制加算	970点	910点
20対1補助体制加算	758点	710点
25対1補助体制加算	630点	590点
30対1補助体制加算	545点	520点
40対1補助体制加算	455点	430点
50対1補助体制加算	375点	355点
75対1補助体制加算	295点	280点
100対1補助体制加算	248点	238点

表2：当院におけるMCの業務範囲

「医師事務支援室の業務に関する規定」で定めた業務範囲
① 診断書、証明書、意見書、紹介状等の文書作成支援業務
② 外来診療支援業務
③ 入院診療支援業務
④ 診療に関するデータ整理・登録業務
⑤ 学会、講演会等の発表のための業務支援、カンファレンス、症例検討会のための準備作業
⑥ 救急医療情報システムへの入力や行政機関からの照会への対応業務
⑦ その他「医師事務作業補助体制加算」の施設基準に適合する業務

表4：グループ毎に担当する診療科と業務内容

NCD：National Clinical Database, JND：JapanNeurosurgical Database,
JCVSD：Japan CardiovascularSurgery Database, JROAD：The Japanese
Registry of All cardiac and vascular diseases

グループ	担当する診療科	具体的な業務 (書類作成、サマリー支援、外来支援などを除く)
A	小児科、脳神経外科、 麻酔科、耳鼻咽喉科、 救命診療部	日本外傷データバンク、救命センター・ICU関連の データ入力、救急医療管理加算テンプレート入力、 脳卒中患者調査票、JND、小児科データベースなど
B	循環器内科、血液内科、 腎・糖尿病内科、眼科、 産婦人科、心臓血管外科	NCD(JCVSD、CVIT含む)登録、救急医療管理加算テ ンプレート入力、JROAD入力
C	呼吸器内科・外科、放射 線科、消化器内科・外科、 乳腺・甲状腺外科、緩和 ケア	NCD登録(外科、消化器内科)、院長回診記録入力、 呼吸器内科回診記録入力、呼吸器外科データ入力
D	整形外科、泌尿器科、 皮膚科、形成外科、精神 科	NCD登録(泌尿器科、形成外科)、整形外科症例登録 (各種)、形成外科熱傷調査、精神科外来処方(コン サータ)登録

時点における加算1の算定条件に、業務の8割以上が病棟もしくは外来で行われることが求められていたこと、病院全体としてダウンサイジングを行ったことなどにより、これまで確保されていた医師事務支援室のスペースが失われ、現在は医療情報管理課内の約10㎡を17人で使用している状況で、MC全員が事務作業を行える環境ではない。そのため、外来業務あるいは病棟業務の支援を行う場合では無くても、作業スペースを求めて外来や病棟に移動することを余儀なくされ、作業効率低下の一因となっている。

2. 文書作成支援業務

全ての業務の中でも私たちの原点であるのが文書作成支援業務であり、2010年の発足時から全医師を対象に支援している。当初は生命保険の診断書作成支援から開始し、現在ではほぼ全ての診断書について支援を行っている。

2010年から2020年度の支援数(図1)は、8478件～10776件(平均9768件)で、コロナ禍による患者数減少の影響を受けた2020年を除き、大きな変動はなかった。しかし、当初は行っていなかった診断書へのTNM分類の入力を行うなど、支援内容は充実してきた。

診断書や意見書は生命保険給付金や今後の医療サービスなどに繋がるため、正確性とスピードが求められる。受付から患者さんの手に渡るまでの期間をできるだけ短くするため、2019年にMCの介入を増やした書類のフローに変更したことで、それまで平均8.6日を要していた受付から発行までの日数が、平均5.8日と2.8日短縮された。

3. 外来診療支援業務

外来診療支援業務は、2011年2月の電子カルテ導

入に伴い開始した。当初はキーボード操作に不慣れた医師に対する診察記事の代行入力が必要な支援業務であったが、現在では汎用オーダー、次回予約などの入力や、同意書作成、検査結果など帳票類の出力なども行なっている。

当初は5科6枠の外来より開始し、MCの増員に伴って支援枠を拡大し、現在では9科28枠の支援を行っている(図2)。当初に比べ、診療科の数は1.8倍、枠の数は4.7倍に増加している。しかしながら、実際に支援を受けている診療科は全体の40%にとどまっており、医師数としては全体の29%と、診療科や医師の間で支援に格差が生じていた。

4. データ整理・登録業務

診療に関するデータ整理、登録業務は、National Clinical Database(以下NCD)と日本心臓血管外科手術データベース(Japan Cardiovascular Surgery Database 以下JCVSD)の登録に対応して、2011年6月より支援を開始した。「医療の質の向上に資する事務作業」として、現在は、NCD(JCVSDを含む)、日本外傷データバンク、Japan Neurosurgical Database、日本整形外科学会症例レジストリーなどのデータベース入力を行っている。参加するデータベースの増加に伴い、登録する症例数も増加し、2020年には3758件と2011年の約4.3倍の件数を入力している(図3)。これらのデータはオンラインで登録するため、登録症例数に見合ったPCが必要になるが、セキュリティーやコストの問題から、現状では部署全体で4台しか確保されておらず効率は良くない。

5. 医師に対するアンケートの結果

医師を対象に行っているアンケート調査結果では、書類の事前入力について、満足と大変満足を含

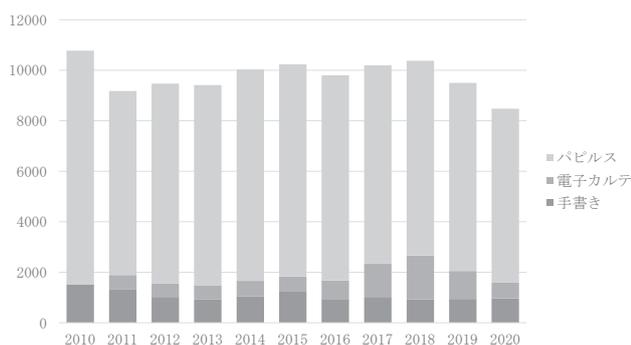


図1: 年次別文書作成支援件数の年次推移
パピルス: 診断書等作成ソフト

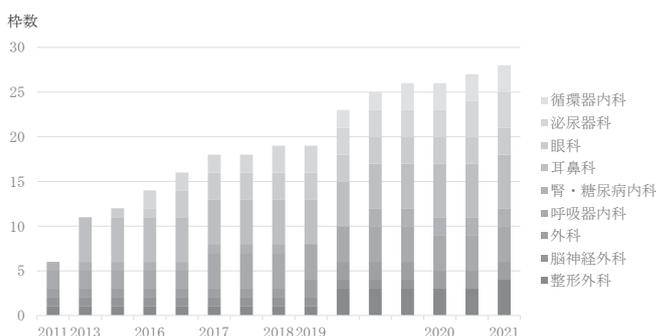


図2: 外来支援件数の推移

わせた割合が、2011年の81%から2020年は91%と向上していた(図4)。しかし、やや不満や普通と回答した6%の中には、「カルテの丸写しはやめてほしい」「体言止め、助詞の欠如など不備が散見される」等の意見が寄せられていた。また、今後支援を希望する業務については、外来診療業務が最も多い結果となっていた(図5)。

6. グループ化の現状

発足当初は、診療科にかかわらず全員が分担して診断書を作成していたが、その後各人が担当する診療科を決めて担当制とした。これにより、担当科の専門知識習得につながるとともに、担当者が明確になることで、医師とのコミュニケーションがとりやすくなった。しかしその一方で、診療科毎の支援内容の質や量、MC 個人の経験やスキルなどに差が生じたり、担当者不在の際に十分な対応ができないという問題が生じた。

そこで、MC の経験やスキルのバランスを考慮してグループを作成し、診療科毎の業務量や診療科

間の関連などを勘案して、いくつかの診療科を各グループが担当する形にすることで、業務内容の平均化と対応困難な状況の解消を図った。

2015年よりグループ制を導入したが、2020年度のグループ間の業務量を比較すると、外来支援では大きな差はないものの、その他の業務ではばらつきが生じていた(図6)。

また A グループ内の2名については、診断書と退院サマリー支援ではほとんど差がなかったが、データ登録では担当者1が約3000件の登録を行っているのに対し、担当者2は登録を行っていない状況であった(図7)。

【考察】

医師事務作業補助体制加算は、2008年の新設以降、加算区分の追加や加算1の新設が行われると共に、加算点数も診療報酬改定のたびに増加しており、現在は加算1の15対1加算では970点となって

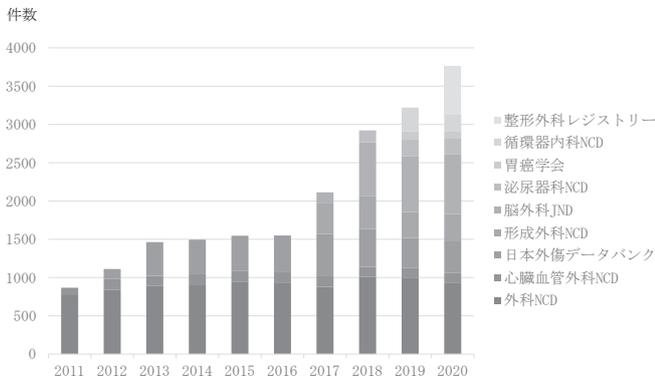


図3：データ登録件数の年次推移

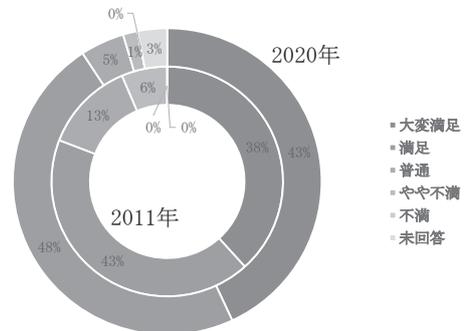


図4：医師に対するアンケート結果
(書類の事前入力に関して)
アンケート回答人数：2011年47人、2020年65人

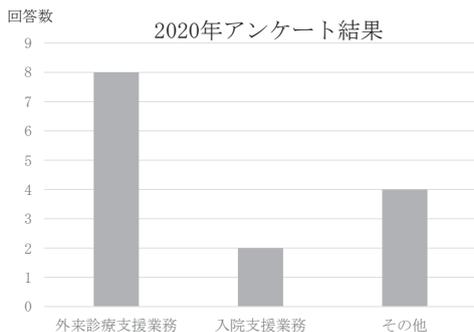


図5：医師に対するアンケート結果(今後支援を希望する業務)
アンケート回収人数：65人、回答人数：10人(複数回答あり)

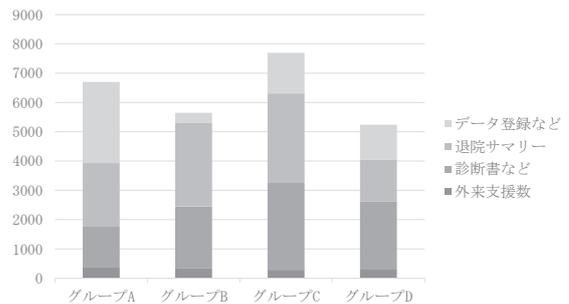


図6：2020年のグループ別業務量比較(年間)
外来支援については支援した枠の数、それ以外は件数

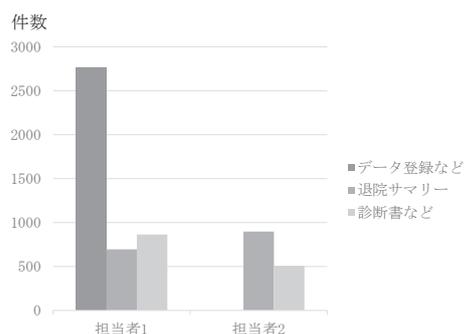


図7: グループA内の担当者による業務量の比較

いる。これには、タスクシフトによる医師の負担軽減を推進するという国の施策が反映されている。

また、実際にMCを導入することで、入院・棟業務の効率化と医師の負担軽減が図れたとの報告もなされており¹⁾、今後も医療現場におけるMCの必要性は増すものと思われる。

当院では、2010年の医師事務支援室発足以降、現在まで徐々にMCの増員を行うと共に支援内容の拡大を進めてきた。この間に、電子カルテの導入、全国的な各種データベースの構築、さらに病院の新築移転など、様々な環境の変化にも直面してきた。

MCの充実という観点では、当初の100対1加算から25対1加算が算定できるようになり、支援の種類や量も増加している。しかしながら、当院と同規模である全国の400～600床の赤十字病院27施設の内、15対1加算を算定していないのは、当院を含めて4施設(14.8%)のみであり、25対1以下は2施設(7.4%)という状況²⁾で、他施設と比較すると十分な体制であるとは言えず、求められる業務量に比べてマンパワーは不足していると考えられる。

また、現在の診療報酬上の規定では、ほとんどの作業を事務室などで行うことが認められているが、作業スペースが確保されていないことから、院内の移動など業務以外に時間を要して労働生産性の低下を来している。事務作業を行うための場所の確保は、重要な課題の一つと言える。

外来支援業務に関しては、支援の広がりにより偏りがみられた。これは、一旦支援を開始するとその診療科内では支援の枠が増えるが、新しい診療科への支援が広がりづらいことを示している。アンケート結果でも外来業務の支援を希望する割合が多く、外来支援を行うことで医師とのコミュニケーションが良好となり、業務拡大へも繋がるが、拘束時間が長

いことから、希望する全ての医師の外来を支援するにはMCの人員が不足しており、実現できないのが現状である。

データ入力、今後も要望が増加すると予想される業務であるが、入力する内容は専門分野や手技毎に異なっており、詳細な入力が必要となる症例も多い。近年では、これらのデータベースが専門医制度とリンクしたり、臨床研究の基になることも多く、内容が複雑化すると共に正確さも求められる。入力する内容は、電子カルテ内の膨大なデータから抽出しなければならず、作業効率を上げるためには専門的な知識が必要となる。

業務負担の平均化や専門性の向上、バックアップ体制の確保などを目的に採用されたグループ制は、医師とのコミュニケーションや専門性の向上など、有効に機能している面がある一方で、新たな業務への対応などで、グループ間の業務負担に不均等が生じていた。これは、依頼される業務が年々増加すると共に、診療科毎に求められる業務の内容が異なるためであると思われる。これを解消する方法として、担当する診療科を組み替えることも考えられるが、その際には専門性を維持するために、MCの配置を含めた見直しが必要になる。

また個々のMCのスキルの差が、グループ内での業務負担の偏りの一因になっていると考えられ、業務のバックアップ機能がスキルアップにとってはむしろマイナスになっている可能性もある。MC間の能力の偏りは、私たちの業務に求められる正確さや迅速性にも望ましくない。いずれにしても、基本的な文書作成能力などのMC全体としてのスキルと診療科毎の専門性の向上は、業務の質や効率の改善にも繋がる重要な課題であり、教育や研修の充実が必要であると考えられた。

今回の検証により、これまでの取り組みで支援業務の量や質が、多くの部分で成果を上げてきたことが確認できた。その一方で、今後に向けての様々な課題も明らかになった。

それらの課題を解決し、MCの業務を円滑に進めるためには、①マンパワー、作業スペース、データ登録に必要なPCなどの作業環境、②最も重要な医師の診療録を含む電子カルテを中心とした情報に容易にアクセスし、入手できること、③得られた情報から必要な内容を抽出し、処理するために必要な専門知識や文書作成能力などのスキル、④医師やコメ

ディカルなど多職種との良好なコミュニケーションをとることができる能力、が必要になると考えられた。

課題の解決に向けては、人員の確保やスペースの問題など、課内では対応できない問題もあるが、業務内容や運用の見直し、MC 全体だけではなく個々の MC に必要な教育や研修など、きめの細かいスキルアップの方策などを検討し、実行していくことが求められると思われた。

【結語】

医師の業務負担軽減を目的として、事務作業を補助するために MC という職種が誕生し、当院でも MC を導入して 10 年が経過した。この間に、支援業務の質の改善や業務内容の拡大などにおいて一定の成果が得られたが、一方で様々な課題にも直面している。今後も医師の業務に関してタスクシフトが進められることが予想され、MC が担うことになる業務も増加すると考えられる。今回の検討を基に、体制の整備やスキルアップなどを進めて、今後も医師がより診療に専念できる環境作りに貢献していきたい。

文献

- 1) 森本章人：外来・病棟における円滑に行うために—医師事務作業補助者導入による業務効率化—。日本医療マネジメント学会雑誌 21：30-33, 2020
- 2) 赤十字医療施設経営概要 令和 2 年度統計：p36-37 令和 3 年 8 月