

医師とコメディカルの業務分担と連携に関する 研究～勤務医「不足」問題解決への提言

東京大学医学部附属病院総合研修センター 特任助教 山田 奈美恵 氏

東京大学大学院 医学系研究科 22世紀医療センター 健康医科学創造講座 特任准教授 森田 啓行 氏

背景と目的

昨今の医療現場において医療崩壊と呼ばれる状況が生じている。これは政府の医療費抑制政策が10年来継続したことが原因のひとつと考えられているが、それ以外に医師不足が理由にあると言われている。多くの国民は医師不足とは地方から医師がいなくなった印象でとらえている。そこで医師不足との意見を詳細に分析すると大半は病院の勤務医不足である。開業医不足という主張はあまり聞かれない。また勤務医も一括りで不足しているのではなく、全国的には救急や産科など特に勤務環境の厳しい科と、地方病院の外科、内科で突出しているように考えられる。これは全体的な医師不足というより、勤務医不足が偏在しているといえると考え。このため勤務医不足を軽減するための方策を実行可能性と法的合理性を踏まえて検討する。

結果と考察

日本の臨床医師数については1960年に96,038人、1970年113,214人、1980年148,815人、1990年204,001人、2000年245,315人、2008年274,992人と、右肩上がりに増加している。さらに2006年8月の新医師確保総合対策以降国の施策として医学部定員増が図られ、2007年度の全国医学部定員7,625人が、2008年度から増加して2011年度には8,923人に急増している。この医学部定員増員は2019年度までは続く。このような医師の実数推移と医療現場の実感に解離が生じた原因はいくつか考えられる。まずひとつが新臨床

研修制度導入とそれに伴う医局の医師地方派遣制度が機能しなくなったことが挙げられる。また研修医の施設別在籍状況の変化を示す。新臨床研修制度が導入される前の2003年には、研修医の72.5%は大学病院にて初期臨床研修を行っていた。新臨床研修必修化となった2004年には大学病院で初期臨床研修を行う研修医は55.8%まで減少し、2006年まで減少を続けた。2007年以降大学病院の研修医数は微増に転じたが、まだ2009年も過半数は臨床研修病院に在籍している。この状況は一見研修医は大学病院から市中病院に出て、様々な病院で臨床研修を行っていると思われるかもしれない。しかし実際は、研修医を独自に集めることのできる魅力を持った一部の臨床研修病院に研修医の人气が集中していると考え。また多くの市中病院はこれまで大学医局からは研修医よりも中堅医師の派遣を受けて運営されてきたが、大学病院から市中病院に派遣する医師数に余裕がなくなり、関連病院への中堅医派遣も減少している。

海外の事例をみると先進国の多くに医療秘書がおり、Nurse Practitioner (NP) やPhysician Assistant (PA) といった一部の医療行為を分担する医療職が存在する。NPは診療科の専門を定めたスペシャリスト、PAは診療科を定めないジェネラリストとして養成される。養成はいずれも修士課程で、国家試験で資格が認定されている。

日本の法律を検討した場合、医師法において、医師の業務独占が規定されており、医療行為を医師以外の医療職が実施する場合には医師の指示の下で行

わなければならないことが明記されている。これは医療行為はひとを傷つける傷害行為を含むため、医師の知識や技術を持って行わなければ危険であるためである。また医療行為は医師の判断で行われることで傷害行為としての違法性が阻却される法的理論が成立している。また、日本の医療職種の意識調査でも、NPを導入すると医師不足の解決になると考えている者は約1/4程度であり、医療行為の一部分担により医師不足問題が解決すると考えている現場医療職は少なかった。

これらから勤務医「不足」の改善には、現在の高度化・専門分化した医療の実情に合わせた医療職種間の業務分担の再検討が必要と考えた。そのなかでも、医療の高度化、医療介護保険制度の変化、インフォームドコンセント等によって急増した医師の事務作業を軽減することは実現可能性、有効性、即効性、法適合性とも高いと考えた。さらに機を同じくして東京大学医学部附属病院でも勤務医の業務軽減を求める機運は高まり、実際にチーム医療の間隙領域を支援する新規職種養成プログラム開発を行うことを決定し、今年度より新規プログラムの開発・実施に着手することとなった。

具体的には新規職種の長期間の維持可能性の高さを考え、平成20年度診療報酬より一部医療機関において加算が認められた医師事務作業補助者に該当する新規専門事務職を東京大学医学部附属病院にて新たに養成を開始する方針とした。医師事務作業補助者とはこれまで医師が担っていた事務作業（様々な医療文書の作成、電子カルテへの入力代行や診療録・伝票への記載、データベース登録等）を代行する専従の事務補助者と定義されている。しかし実情では業務内容は各々の病院、医師に任されており、認知度も低く、業務内容が確立していないのが現状である。また養成方法も定まっていない。

しかし医師事務作業補助者は医師の事務業務を代行する故、医学用語等の医療に関する知識、守秘義務や医療制度など医療に関する法制、一般的な事務

作業能力、コンピュータを扱える能力等と、これまでの医療事務担当者の業務内容と比較してより高度な能力と学ぶべき知識が求められている。特に医学教育においては、これまで看護師や臨床検査技師といったコメディカル養成レベルの内容を最低限必要な範囲においては医師事務作業補助者養成で行わなければならないと考える。

またこの診療報酬加算は200床以上の急性期病院等、現在特に多忙で医師が少ないと考えられている医療機関でのみ認められている。さらに配置の際には最低6か月以上の研修が義務付けられており、業務内容は医師事務作業の補助に専従でなければならず、医事課の診療報酬業務や看護補助業務は兼務できない。だが元々多忙な医療機関は、これまでにない職種を養成する新制度の開発と教育の実施を行うことは難しいのが現状である。このため新しい診療報酬加算が始まって数年経過するが、今のところ医師事務作業補助者の認知度は低く、またニーズがあっても必要な教育を行う制度や教育内容も定まっていない。逆に教育プログラムを確立させ広く医療現場に普及できれば、医療現場のニーズは高く、比較的短期間で勤務医の業務軽減に対して有効な成果を挙げることができると考える。

一方、東京大学医学部附属病院は特定機能病院であり、医師事務作業補助者の診療報酬加算は特定機能病院については加算対象外である。このため東京大学医学部附属病院では現在医療事務作業補助者は雇用も養成もされておらず、認知も一部の者にされているのみである。しかし大学病院として、現在の医療環境においてニーズや制度があるにもかかわらず、教育制度が未確立な状態のため人材に乏しいチーム医療推進に資する新規医療職種については、養成制度を先導的に作成し、社会に還元してゆく役割があると考えている。また、養成される人材には、求められる質を備え、他の医療機関でも活躍できる教育を施す必要がある。さらに実際の医療現場にこのような人材を送り出すことで医師の負担軽減、提

供する医療の質の向上、医療安全の確保を目指す取り組みを進めてゆけると考える。

結論

このような新規医療関係職教育の開始にあたって、本研究で得られた成果を活用して、対象者の選定方法や教育プログラムを策定して、医師の事務作業を

補助する新規職種教育システムに役立てる。また養成後に教育システムの評価と改善を行う際にも、本研究の成果を活用して、実務に役立てる予定としている。

現在養成プログラム作成に着手しており、2011年度中の養成開始を予定している。