

「医師事務作業補助者の 変遷とこれからの展望」

インタビュー日時：2021年1月14日

聞き手



日本医師事務作業
補助研究会
理事長
矢口 智子



株式会社MM(エム・エム)オフィス
代表取締役
工藤 高

1982年、日本大学経済学部卒業後、社会医療法人河北総合病院へ入職。同院の医事係長、亀田総合病院分院の医事課長、経営企画室長などの合計18年間にわたる病院勤務を経て99年より現職。専門は診療報酬側面からの病院経営戦略立案。関東学院大学大学院非常勤講師(医療経済学、看護と経済)、日経ヘルスケア、月刊保険診療でコラムを連載中。



総合大雄会病院
事務長
野村 敬二



株式会社 産労総合研究所
医療経営情報研究所
「医事事務」編集長
田中 利男

医師事務作業補助者の歩み

矢口 2008年に、勤務医不足による医師の過重労働を改善するための策のひとつとして医師事務作業補助体制加算が新設され、医師事務作業補助者が誕生しました。近年では、医師の労働時間短縮を図り働き方改革に貢献できる職種としての期待が高まっています。「医師の事務作業の負担を減らす」というだけでなく、「労働時間短縮」という目標が出てきたことで、令和2年度診療報酬改定ではタスク・シフティングを推進するために医師事務作業補助者の業務範囲が広がったと捉えています。改定のたびに要件の変更が大きいように思うのですが、工藤さんから見て、医師事務作業補助者という職業の本質や特徴は何であると思われますか。

工藤 医師事務作業補助体制加算は2008年創設ですが、当時まだタスク・シフティングという概念はあまりなかったです。当初から事務職に点数がついた画期的な加算だと思っていました。それまでは、カルテ記載や細かな公的書類を含めて全部医師がやらないといけないという行政による個別指導等もありました。医師が書いていないことが発覚すると問題になる時代でした。私も1999年までは18年間ほど病院勤務をしていて、医事課長経験もあります。その時は自賠責や生命保険会社等の診断書を書いていました。昔は医事課が書類作成代行をしていたと思いますし、医師事務の創世記は書類業務がメインの病院が多かったと思います。当初は人数も少なかったのですが、次第に医師の指示や記録の代行入力とか学会資料作成や説明・調整業務とか業務が広範囲になってきました。

業務拡大とともに医師事務点数アップが図られ、順調に発展してきてよかったなと思います。診療報酬というのは、最近

は実証主義で新規採用や点数アップにはきちんとしたエビデンスがなければダメですとなっています。2008年に加算ができた当時は、最高ランクは25:1配置で355点でした。2020年改定で医師事務1の25:1は630点で1.8倍になっています。診療報酬全体ではほとんど上がっていない中で、医師事務点数の倍近くアップは物価がどんどんあがる「インフレ状態」だといえます。それは医師事務の皆さんが医師の負担軽減につながったというアウトカムデータ(成果)を研究会発表等で出しているからです。

国による公定価格である診療報酬の改定にはふたつの役割があります。ひとつ目は物価や人件費の変動に合わせた医療機関経営の補填です。改定前年末に決定される診療報酬改定率の枠内で、たとえば急性期経営が厳しければそちらに手厚く配分します。その財源は他の利益が出ていると思われる機能からのコストシフティングです。

ふたつ目は政策誘導であり、現在の医師事務加算がそうです。地域包括ケアシステムと地域医療構想の2025年の構築に向けて、かかりつけ医の評価と病棟再編成等を政策誘導しています。そして、「医師の働き方改革」が2020年改定の一丁目一番地でした。医師の負担軽減の根拠的療法は医師数を増やすことですが、それができたらどこも苦労しません。医師業務のタイムスタディ調査では2割ほど事務作業をしているというデータがありました。それを医師事務が代行して、医師には本来業務に専念してもらうことが病院全体の労働生産性向上につながります。医師事務の皆さんの働きが診療報酬で評価されていることは厚労省の期待感の現れであり、そこに自覚と誇りを持っていただきたいなと思います。そして自己研鑽が必要になります。

診療報酬改定と医師の働き方改革

矢口 大変ありがとうございます。診療報酬改定に関しては、もっと医師事務作業補助者が活躍しやすくなるような改定になるよう、厚労省保険局医療課に要望を出したり相談したりという活動を行ってきています。

工藤 追い風になったのは、医師の働き方改革ですね。予定では2024年4月から医師の時間外労働規制が入ってきますので、医師の業務負担を減らしていかないといけないです。その政策と完全にマッチングしました。

矢口 そうですね。まさに、政策にマッチしています。ただ、これまでを振り返ってみると、政策に左右される職業であるということが、私達の未来を考えた時にとても不安になった時期がありました。そういう中で、自分達の存在価値を自分達で高め発信していくことの重要性を認識することにも繋がりました。

工藤 先ほどもお話ししましたが、診療報酬の役割のひとつは政策誘導なので、政権の方針が反映されます。それが当たり前なんです。前政権の1丁目1番地が働き方改革でした。2018年度改定の結果検証の「特に医師の負担軽減効果がある取り組み」では1位が「医師の増員」35.2%に続き、2位が「補助者の外来配置」31.7%、3位が「補助者の病棟配置」15.0%でした。物理的に医師を増やすことができない病院にとっては実質的な1位、2位になります。

ただし、いまだに採算性がないという誤った見方があります。私は2012年10月から日経BP「日経ヘルスケア」の巻頭コラム連載をしており、本年1月でめでたく連載100回目を迎えました。100回のうち2013年11月号、2020年5月号と2回ほど医師事務をテーマにしています。後者では2020年改定後の点数でシミュレーションをしています。DPCでは機能評価係数Iの評価ですが、年俸350万円で計算してDPC包括分収入が多い（1日入院単価が高い）病院ほど、加算1の最上級15対1（係数0.0341）でも人件費より診療報酬が上回ります。

1日入院単価が高いということは急性期機能が強く、かつ、病床回転率が高くて医師が忙しいことになります。ただし、いまだに「歩く損益計算書」的な管理者は「医師事務診療報酬収入－人件費＝収支差」で計算する傾向があります。収支差がマイナスであったとしても、医師（病院）の労働生産性向上につながるならば医師事務は必須です。「収支差」ではなく医師事務の診療報酬はそのまま「利益」（儲け）と考えることが重要です。急性期病院の医業利益率は平均1～2%程度

と大変に厳しい状態であり、コロナ禍でさらに悪化している病院もあります。たとえば年間収入10億円の病院で利益率1%ということは1000万円の利益です。医師事務の1000万円の診療報酬収入を利益（真水の収入）と考え、病院全体ではあと10億円の追加売り上げ、つまり、20億円の売り上げが必要というわけです。そもそも他の事務職である医事課職員や総務課職員には点数はついていない。医師事務にはついている。そして、医師の負担軽減につながるわけですから、これほど効果的なことはない。

矢口 その考え方が広まると嬉しいですね。以前、工藤さんが書かれた記事で印象に残っているのが、「医師は高い給料をもらっているのだから診断書くらい医師が自分で書けばいい」と言っている事務管理者がいる」というものです。現実、そういった事務管理者さんに会ったことがあります。

工藤 そういう事務管理者は、だいぶ減ってきてはいますが、いまだにガラパゴス的にいますね。医師が医師事務の充実した病院から医局のローテーションでそうでない病院に来たとします。書類を始め何から何まで自分でやらないといけないになったら、その医師はどう思うでしょうか。そのような病院は強制的な医局ローテーションを除くと医師からリクルート先として選択されるでしょうか。他院が充実するほどに劣悪な医師の労働環境のガラパゴス病院として選択されないことになります。

雇用形態と処遇改善

野村 研究会でいろんなセミナーや地方会を行っている中で、実務者の雇用形態の問題、例えば非正規職員が多いとかいった話がよく出てきます。やる気はあるのだけれども、将来や雇用形態に不安があるという人が結構多いです。経営母体によってはなかなかクリアできる問題ではないというのはわかるのですが、工藤さんはどのように考えられておりますでしょうか。

工藤 雇用形態については、公立と民間を分けて考える必要があると思います。民間病院では常勤が多いですが、公立病院だと臨時職員形態が多いと思います。公立でも独法化していると柔軟性がありますが、自治体直営だと正職員としてなかなか雇用することができない。実際にある公立病院から聞いたことがあるのですが、毎年契約更新の臨時職員のために熟練した医師事務が正職員として採用してくれて労働条件が良い民間病院に移籍するという悩みです。これは賃金だけの問題ではなく、病院側の正当な評価による「やりがい」があ

る病院に移るといことです。

これからは公立病院側も雇用形態をちゃんと考えないといけないと思います。プロパー正職員として採用しているケースもあります。まさしく「医師事務の働き方改革」を考えないと良い人材の流出は止まらないと思います。病院は多くの人を必要とする「労働集約型産業」であり、医師事務の人件費（固定費）は「費用」ではなく、医師の労働生産性を向上させるための「原価」であり、医師事務の診療報酬は前述のように「利益」と見ることが必要なんです。

野村 ありがとうございます。実務者の個人のキャリアパスを考えると、他の病院も含めてキャリアパスを考えるとというのもあり得るのですね。

工藤 もともと医師や看護師などの医療職は、専門的技術と国家資格があるので転職しやすい。つまり、「労働の流動性」が高いのです。同じく医師事務作業補助者も、キャリアを積めば自分の財産であり、それを高く買ってくれる病院も出てきます。一方、現在、雇用している病院は退職しないように労働条件改善に努めていかないといけない。

世間の認知度は低い？

田中 医師事務作業補助者という職業の認知度が、世間一般的にまだ低いと思います。そろそろもう少し広まってもいいのではないかなと思うのですが、周知するにあたって、どうやったら一般の人に広めていけるのでしょうか。

工藤 たとえば総務や経理は一般企業にあります。医師事務作業補助者だけではなく医事課職員も病院限定事務職なので同様のことが言えるでしょう。外来業務で言えば看護職ではないのに医師の横にいて電子カルテ等を代行入力している人がメディカル・セクレタリーという認識は患者さん側にあると思います。認知としては、それでいいのではないのでしょうか。一般の方が臨床工学技士と臨床検査技師の違いを即答できないのと同じだと思います。

田中 ありがとうございます。医事課職員も医師事務作業補助者も、医療に特化した特殊事務ですね。

工藤 それに関連して気になっている点がひとつあります。病院職種にはもともと意識としてのヒエラルキー（階層社会）がありますよね。医師を頂点に看護職、メディカルスタッフ（コメディカル）、事務職といった順番です。某病院ですが医師事務は医師に近いために事務職の中で特権意識が生まれ

て、さらに32時間研修要件や診療報酬もついている。その結果「医師事務 VS 医事課」という抗争が勃発しているのを見ました。これは事務職種間の問題と言うよりも個人のパーソナリティの問題でしょうけど。チーム医療推進の中でこれは大いに問題ありです。

矢口 仰るとおりだと思います。私も医事課長などのお立場の方からそのようなお話を伺ったことがあります。私自身も、医師事務作業補助者になったばかりの頃は、医師の近くにいるというだけで特別な目で見られることがあったので、意識して丁寧な態度をとるように心がけてきました。新たなヒエラルキーができることは望まないの、充分注意しなくてはならないと思っています。

医師事務作業補助者の未来

矢口 工藤さんには、当研究会の設立時から、マネジメントセミナーや各地の地方会で何度もご講演いただきました。大変ありがとうございます。設立10年経ったのですが、研究会活動にどのような感想を持たれているか、今後どのようなことを期待されるか、お聞かせください。

工藤 この研究会ができたときをよく知っているのですが、普通は中央から始まるのに、加賀百万石の地である金沢から始まったというのがすごいと思いましたね。また、全国各地に支部ができていて、大変にアクティビティの高い人が多いと思います。この研究会が果たした役割は大きいと思います。2025年まであと2回の診療報酬改定がありますが、追い風は続くと思います。次なるステップは医師事務作業補助者を「認定資格制度」にして一定の質を担保することだと思います。

矢口 ありがとうございます。全国の医師事務作業補助者の皆さんと協力しながら新たな目標に向かって頑張ってもらいますので、引き続きご指導の程よろしく願いいたします。