

# 報告

## 経営・勤務環境改善

### 医療従事者確保・定着のための 経営・勤務環境改善研修

「医療従事者確保・定着のための経営・勤務環境改善研修」の第2回目が平成27年10月22日（木）、リーガロイヤルホテルにおいて、80名の参加で開催された。

医療従事者の勤務環境改善については、平成26年6月に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備に関する法律」が交付され、同法による医療法の一部改正により規定が創設されたところである。この規定により、医療機関は計画的に勤務環境の改善に取り組む仕組み（医療勤務環境マネジメント）を導入するとともに、都道府県は医療従事者の勤務環境改善を促進する拠点機能（医療勤務環境改善支援センター）を確保することとされ、同年10月1日に施行された。京都府においては、平成27年1月に京都府医療勤務環境改善支援センターを京都私立病院協会内に設置している。センターでは、病院運営管理経験者、社会保険労務士を配置し、勤務環境改善・向上を目指す会員病院からの労務管理相談、労働基準関係法令に関する照会、勤務環境改善計画の策定、実施、評価等の支援を行っている。また、病院訪問により、個別対応も行っている。

第一部は、「勤務環境改善マネジメントシステムの導入、活用方法について」をテーマに、特定社会保険労務士の福島通子氏（塩原公認会計士事務所）にご講演いただいた。

まず、本システムの導入について、「医療分野の「雇用の質」向上のための勤務環境改善マ



福島通子氏

ネジメントシステム導入の手引き（改訂版：厚生労働省医政局）」をもとに、7つのステップに分けて要点を説明された（文中の※支援ツールは上記手引き参照）。

#### ・ステップ1 方針表明

全体の組織的な取り組みとするために、トップが「医療スタッフの安全と健康を確保することが、医療の質を高め、患者の安全を守ることに繋がる」ことを目的にシステムを導入することを宣言し周知する。そして、目先の損得にとらわれず、小さな改善からスタートし、長期的視野を持つ。

#### ・ステップ2 体制整備<※支援ツール：推進体制整備シート>

多職種による継続的なプロジェクトチーム体制を作り、院長等経営のトップが承認あるいは直接関与することで医療機関全体の取組と位置づける。

#### ・ステップ3 現状分析<支援ツール：現状分析シート>

現在の実態を正しく認識することが適切な対策に結びつく。その方法としては、経営指標、離職率、有給休暇取得率などの定量データと、勤務の負担感、業務配分の状況、退職理由等働きやすい職場にするにはどうしたら良いかといった定性的データがある。収集したデータを現状分析シートに落とし込み、分析し、課題を整理する。この現状分析が非常に重要である。

#### ・ステップ4 目標設定<支援ツール：現状診

#### 断・対策立案シート>

現状分析の結果を明確にし、一定期間に達成すべき自院の目指す方向性に則した目標を設定する。当初は、短期間で実現性が高く、現実性のある目標を設定することで、組織に取組が浸透しやすくなる。

- ・ステップ5 計画の策定<支援ツール：現状診断・対策立案シート、アクションプランシート>

目標を達成するためのアクションプラン(「誰が」「いつまでに」「何を」「どうして」)を策定する。策定の際には、優先順位の高さを考慮し、実施時期、方法等を検討し、現実的で継続できる内容とする。

- ・ステップ6 取組の実施<支援ツール：PDCA 運営シート>

計画に基づき改善を実施するためには、多くの問題を一挙に解決しようとするのではなく、関係者の理解を得つつ着実に解決し、継続的に運用して行く。

- ・ステップ7 評価・改善

目標に対する達成状況を確認し、評価を適正に行うことで次の計画策定に活かし、継続的にサイクルを回していくことで勤務環境改善の取組を定着させることが重要である。評価結果は、職員に迅速にフィードバックする。

以上のように、勤務環境改善の取組を計画的かつ効果的に推進するためには、医療勤務環境改善マネジメントシステムの活用が有効的であることが理解できた。また、他の医療機関の取組事例を参考とし、自院に合致した改善イメージを持つことも重要である。

続いて第二部は、「診療報酬改定のリバウンドと病院経営の実情(その1)」をテーマに、公認会計士の石井孝宜氏(石井公認会計士事務所所長)にご講演いただいた。

平成12年までは診療報酬はプラス改定が当然の基調であった。平成2年はバブル崩壊の年であり、世間はデフレ(値段が下がる)、診療報酬はインフレ(値段が上がる)の状況であった。ところが、世間がデフレ基調より脱しはじめた平成14年の小泉政権以降、4回連続で合



石井孝宜氏

計7.68%のマイナスの改定が断行された。そのため、平成14年から平成19年の病院経営は、逆にインフレ下のデフレ経営となり、多くの病院が経営悪化に陥った。当時のマイナス改定の特徴は、本来価格統制(点数設定)のための診療報酬改定が量的統制(在院日数短縮、投与期間制限撤廃、夜勤72時間、DPC、医療療養病床の医療区分評価など)に踏み込んできた点である。

平成22年、民主党政権下で初めて行われた診療報酬改定は、10年ぶりのネットプラス改定であり、特に救急、産科、小児科、外科等の医療の再建を重点課題としていた。平成22年改定後平成23年2月までの一日当たりの医療費の伸び率は、経営主体別では、民間病院5.1%、公的病院9.6%、大学病院11.7%であった。また、病床規模別では、100床~199床4.7%、200床~299床5.5%、300床~499床8.1%、500床以上10.9%であった。診療別では、入院5.6%、外来1.9%となっており、入院、急性期、大病院群に好影響をもたらす結果となった。その後、平成24年はネット0.004%のプラス改定であったが、平成26年は同1.26%のマイナス改定であった(消費税補填分は考慮せず)。

平成26年の改定では、増えすぎた7対1病床の削減が大きなテーマであった。7対1病床の多くで、一定数の慢性期、亜急性期患者が存在していることを問題視し、新7対1基準に合致した入院患者のみに変更するよう改定された。これにより、7対1病床では、回転率を大

幅に引き上げる(入院患者件数を大幅に増やす)ことが必要となった。これが達成できない7対1病院は赤字に転落したと想像される。

例)「改定に対応出来なかった300床の病院の場合」

- ・稼働率85%(255床)、うち30床は120日の超急性期入院患者
- ・この30床を18日で回転させるためには、入院患者608人が必要だが、確保できなかったため、稼働率が11.7%低下→赤字転落は必至

こうした現象は、我々民間病院だけに起こっていることではなく、急性期機能のより高い400床以上の公的病院群でも平均在院日数短縮を推し進めており、その結果として大病院による入院患者吸い上げ現象が起きている可能性がある。全国の大学病院等の稼働率、平均在院日数のデータからも推測できる。



なお、中医協では、次期改定でも引き続き7対1病床の削減に焦点が当てられており、急性期医療の指標である平均在院日数、重症度、医療・看護必要度について論じられている。

医療勤務環境の改善には、安定した病院経営が必要不可欠であり、病院の収益を左右する診療報酬については特に注視する必要がある。将来を見据えて、自院の地域での立ち位置やニーズに合った病院運営を、診療報酬制度や国の方向性に照らし合わせながら行っていくことが重要であると感じた。

(堀川病院・山田正明=事務長会常任委員会副委員長)