

## 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（3回目）

平成30年1月23日（火）、京都府医療勤務環境改善支援センターの事業である今年度3回目の「医療従事者確保・定着のための経営・勤務環境改善研修」が登録会館において開催された。参加者は71名であった。

第1部は、京都労働局労働基準部監督課長の吉岡宏修氏を講師として、「時間外労働削減に向けた動きについて」をテーマに講演いただいた。



吉岡宏修氏

昨今、大手企業の社員や研修医の過剰な時間外労働に端を発した自殺等により、政府は「働き方改革」を推進しようとしており、今後我々医療界においてもその影響は多大である。本講演では、①京都府における労働時間等の現状②現行の時間外労働規制の概要③働き方改革関連法案④最近の裁判例について詳細に説明された。

まず、京都府においては、週労働時間60時間以上割合は11.1%で東京都、北海道に次いで全国で3番目に多く、男性は25歳～44歳で20%を超え、30歳前半では25%に達している。女性は25歳～29歳で12.6%と特になくなってきている。脳・心臓疾患の労災補償については、全国的に増加傾向にあり、京都府では平成28年

度の請求件数は40件で過去最高（全国6番目）となった。また、精神障害の労災補償についても全国的に毎年増加している。京都府でもここ数年増加傾向であったが、平成28年度は前年比80.1%と減少した。これらについては、労働時間と相関関係があるのかも知れない。

次に、現行の時間外労働規制の概要では、労働時間法制、36協定等について説明いただいた。最近では、36協定を締結せずに時間外労働を命じていたり、締結方法に不備があるなどの病院が話題になっている。36協定は「使用者は、過半数組合又は過半数代表者と労使協定を締結し、労働基準監督署に届け出た場合は、協定で定めるところにより、時間外又は休日に労働させることができる。」もので、協定が無ければ時間外労働をさせることができない。そして、その時間外労働の限度基準は「1ヶ月45時間、1年360時間」となっている。しかし、現制度では「特別条項」を結べば、例外的に限度時間を超えることができ、さらにその限度時間に上限が無いため、実質形骸化しており問題視されている。

そして、政府が推進しようとしている「働き方改革法案」では、関連事案として時間外労働の上限設定や、月60時間を超える時間外労働に対する割増賃金の中小企業への厳格化等が検討されている。しかし、医師については改正法施行後5年後を目途に適用することになっているが、そこにも例外規定が設けられる予定であり、病院勤務医は除外される可能性がある。

最近の裁判例では、年俸制の医師に対する包括外の時間外労働手当について、毎月適正に管理、精算して割増賃金を支払う義務があるとした最高裁判断を示され、労務管理の重要性を再認識した。

第2部の講師は、お馴染みの公認会計士の石井孝宜氏でテーマは「財務専門家から見た診療報酬改定と病院経営～私見：26、28年改定の衝撃と30年同時改定で起きること～」である。

平成30年改定は医療、介護ダブル改定で、改定率は医療がネット△1.19%、介護が+0.54%である。過去数次の改定では、7対1大



石井孝宜氏

規模急性期病院群がターゲットとなり、平均在院日数の短縮は病床稼働率の低下を招き、極めて厳しい経営を強いられることとなった。それらが整理された後は、中小、民間病院にも影響が及ぶ事が危惧される。今改定の考え方の根本にあるのは、急速な少子高齢化により社会保障制度の維持が困難となることが確実視され、過剰とされる医療サービス（特に病床）を縮小し、地域包括ケアシステムでカバーするという方針である。

我が国の人口は明治以降急速に増加し、2010年には1億2千万人を超えたが、2060年には8670万人にまで減少する事が予想されている。さらに、2010年では1人の高齢者を2.6人の生産年齢人口で支えていたものが、2060年には1.2人で支えなければならない。この構図を変えるには、現在の「高齢者＝65歳以上」を「高齢者＝75歳以上」とするような変革が不可欠である。「支えられる人」が仕事に従事し保険料を納付することで「支える人」になってもらうのである。そうすれば、寿命を全うするまでの「支えられる」期間も短縮され医療費も削減できる。そのためには、健康寿命を伸ばすことが最重要課題である。

医療供給体制についても、人口減少によりダウンサイズの方角に向かっていくと考えられる。我が国は、諸外国に比べ平均在院日数が長く、人口当たりの病床数が多い。政府が描く医療・介護サービス提供におけるイメージでは、今後約30万床が削減され受け皿としての保険

給付外施設、サービスの供給体制が着々と増加している。そしてそれらを支えるのが「地域包括ケアシステム」である。「地域包括ケアシステム」は法律では「高齢者が住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」と定義されている。これは、社会保障制度改革国民会議による「医療はかつての「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、実のところ医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ない」という報告に基づく。今後は、我々の病院がこの「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」という方向性のなかでどういう形で地域に貢献できるかを考えて運営していかねばならない。

石井先生の講義はいつもゾッとする内容が多いが、今回はいつも以上に危機感を覚えた。しかし、先生の言われた「へこたれず、諦めず、弱音を吐かず、しぶとくかつ柔軟に環境に適應する事が不可欠です」という言葉を胸に改定に立ち向かおうと覚悟した。



PS この原稿を書き上げたときに「7対1の重症度、医療・看護必要度が30%に決定した」というニュースが入った…

(堀川病院・山田正明＝  
京都府医療勤務環境改善支援センター運営委員)