



土井章弘氏

## 経営・勤務環境改善

### 医療従事者確保・定着のための 経営・勤務環境改善研修会（3回目）

平成31年1月22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」がメルパルク京都にて開催された。参加者は44名であった。

第一部は一般財団法人操風会岡山旭東病院の院長 土井章弘氏を講師として、「チーム医療からチーム経営へ～こころよく働く働き方改革～」をテーマに講演いただいた。

最近の医療従事者の人材確保は医師を含め非常に厳しく、健全な医療・介護提供体制の構築が徐々に困難になっている。そのため、各医療現場においては、全職種に対していかに魅力ある職場の提供ができるかが最優先課題となっている。

岡山旭東病院では、1. 職員一人ひとりが幸せでやりがいのある病院、2. 安心して生命のゆだねられる病院、3. 快適な人間味のある温かい医療と療養を備えた病院、4. 他の医療機関・福祉施設と共に良い医療を支える病院、以上の4つの経営理念に基づき、医師をはじめ職員全員参加型の経営を目指され、職種毎に働き方を考え、早く働ける職場環境改善に取り組む体制ができておられる。もともと、平成22年のくるみマーク取得、平成26年には岡山子育て応援企業宣言、平成28年はプラチナくるみマーク取得と、子育て応援企業としての下地があり、また、職員であれば誰でも参加できる「病院活性化検討会」を平成27年9月に立ち上げ、院長先生の問題提起による「病院の経営の現状と活性化」に向けてワールドカフェ形式によるグループ討議など活動され、職場環境の改善意識が非常に高い。

岡山県は急性期の病院、総合病院9、大学病院2の計11の500床～1,000床クラスの大きな病院があり、全国的にも非常に医療環境に恵まれている。その中で岡山旭東病院は、岡山市中心部から近い好立地にあるものの、202床の脳神経運動器疾患の総合的専門病院として、経営的に常にプレッシャーを感じながら運営され

てきた。ただし、年間1,863件（平成29年度）の救急搬送を受入れ、救急医療係数はDPC標準病院群では岡山県第一位を誇っておられる。診療科目は、脳神経外科、神経内科、整形外科を中心に10診療科を有し、約470名の職員が日々奮闘されている。

もともとは平成2年から経営理念に基づく「経営指針書」を成文化することから始められた。職員一人ひとりにとって病院という職場は舞台であり、「経営指針書」はそれぞれの役を最高に演じるためのドラマの脚本との考え方からである。

職種間での職場環境改善の取り組みの例として、診療部では、無記名アンケートによる現場からの問題点の洗い出しとその解決に向けた取り組みの実施。事務部では、外的要因に大きく影響される職場であるためシフト制を導入することと更に煩雑な状況になる現場では、一人一人の強い意識改革が必要、職場内での「頼み、頼まれる」人間関係作りと管理者の強いリーダーシップが必要。診療技術部は、業務の大半が、医師の診療体制に合わせた業務体制を組む必要があり、業務効率の優先よりも、患者にとってよりベストな医療環境を求める業務体制を組み立てていくこと。

土井院長のお考えとして、職員個々の能力に依存するよりは、病院システムとして優位性を確立したく、共育（共に育つ）という風土を求めておられる。また、病院を経営する意味は、一に職員の幸せ、二に患者の幸せ、三に取引業者の幸せ、四に市民の幸せを目指すこととされている。

最後に病院の経営に最も重要なことは、院長は院長の役割を、看護師は看護師の役割を、その他の職員もそれぞれに与えられた役割を演じていくことであると結ばれた。

第二部は、お馴染み公認会計士の石井孝宜氏による『しっかり確認「病院の経営状態、30年改定の影響」・・・今年の医療界、何が起きているのか確認する・・・』をテーマに講演いただいた。内容は以下の通りである。



石井孝宜氏

急性期入院医療は中心的な評価のポイントが、看護必要度から重症度医療必要度へ転換し始めている。診療実績情報はどんどん見える時代になっており、地域医療構想と医療計画による管理強化の時代もこれを狙って国は動いている。2025年の医療需要と病床数に関連して、平成30年7月20日厚労省は「第15回地域医療構想に関するワーキンググループ」を開き、日本全国の「全構想区域の公立・公的病院等を中心とした機能分化・連携の状況」のデータを出した。厚労省はこれを活用するようにとアナウンスした。その中身は地域の概要、人口の推移、病床数の現況と将来病床、個別医療機関の具体的な状況である。今回はそれを確認していきたい。

#### 1) 国立病院機構のデータ比較

2017年度の医師数、病床稼働率、平均在棟日数、救急車受入件数、病床数のデータを見ると142病院の稼働率81%、平均在棟日数138.7日。高度急性期病床を選択している病院は少なく国立病院機構の中で思いのほか慢性期病床が多い。地域と密着して特養や老健と連携しつつ居宅とも繋がっている。療養病床を持つ病院は介護のためではなく、障害者難病系を受け入れている収容型の医療施設である。障害者病床の診療報酬の点数は高い。高度急性期病床をみると、国が行っている医療改革の中で、今後どうやって再構築するのか見えてくる。

#### 2) 大学病院本院等のデータ比較

大学病院間で高度急性期病床と急性期病床

の届け出の違いがある。80 病院の病床稼働率 83%、平均在棟日数 11.4 日。DPC 導入前の平成 12 年の京都大学医学部附属病院の平均在院日数は 30 日だったので、この十数年間で劇的な在院日数の短縮がされている。大学病院の教授会のメインテーマは病床稼働率である。京大病院の平均病床稼働率は全国平均の 83%と同じだが、仮に在棟日数 12.8%を全国平均の 11.4%にした場合、患者数は変わらないと病床稼働率は 75%に下がる。

### 3) 12 の構想区域の基本情報の整理・対比表

国は約 360 ある地域医療構想区域別のデータを出している。一番人口が多いのは北海道札幌区域の 237.5 万人。最も少ないのは埼玉県秩父区域の 10.2 万人。1 万人当りの病床数が一番多いのは高知県中央区域の 228.1 病床。最も少ないのは東京都区西北部区域の 72.1 病床。2017 年と 2025 年の病床数を対比すると一番オーバーしているのは高知県中央区域の 140%。一番少ないのは、大阪府三島区域で 73%。しかし、高度急性期と急性期を足した病床数は、ほぼすべての地域で 100%を超えている。一番低いのが大阪府三島区域で 107.8%。一番高いのは宮城県仙南区域で 183.3%。2015 年から 2045 年の 30 年間の人口増減率を見ると、最も人口率が減少するのは埼玉県秩父区域の 40.2%減。それに対して東京都区西北部区域は 6.2%増。地域によってこんなに状況が違う。申し上げたいのは、全体病床数では 100%以下の地域でも、すべての地域で高度急性期と急性期病床は 100%を超えているということ。現在行われている医療計画、地域医療構想、病床機能報告制度という一連の業務と連動して行われている診療報酬改定のメインターゲットは、一人当たりの入院単価が高い急性期病床群になる。全体病床の中で過剰なのは高度急性期と急性期である。急性期をバリバリやっている医療機関に、自ら再評価して病床再編シダウンサイジングさせることは簡単ではないが、高齢化が進むわが国には余裕はない。早く気付くべきである。

### 4) 12 の構想区域の公立病院のデータ比較

全国で高度急性期と急性期病床のみを選択している 15 病院の平均値は病床稼働率 74%で、毎年、基準外の 1,000 億円以上を繰り出している。それ以外に法律規定に基づく僻地や救急、周産期など民間がやると不採算になる政策医療を行っている公立病院には 6,000 億円繰り出している。特に病床稼働率が低い田舎の自治体病院には顕著である。

### 5) 全国の赤十字病院のデータ比較

全国の日赤病院の平均値は、病床数 383.3 床、医師数が 93.1 人、病床稼働率 78%、在棟日数 18.9 日。この数字を見ると日赤は稼働率が高く在棟日数が低い病院群とは思えない。しかし、慢性期と回復期を選択している病院も結構ある。日赤も北よりも西の経営が良くて、特に名古屋や徳島、福岡は病床稼働率が高く在棟日数が低い。京都は病床稼働率が 70%台、在棟日数が 8～10 日で高度急性期病床のみを選択している。

### 6) 医療の話「時代の変化について」

厚労省は高齢者の定義を 65 歳としていない。明らかに寿命が延びて健康年齢が上がっている。厚労省の部会では、エイジレス社会が到来し、高齢者の定義をなくすことが話し合われている。元気で働けるうちは高齢者ではない。こういうことが前提にあって、また医療技術の革新的変化もある。特に急性期系は大変動している。回復期や慢性期は高齢者が大幅に増えているがそういう実感はまだない。その一方で供給体制にも動きが出ている。30 年前医療は黙っていても利益が出る時代で、製薬会社も医療機器メーカーも医師への接待が多かったが、今はなくなった。500 床以上の急性期病院ですべて 7 対 1 をやろうとすると、内科病棟で重症度 30%は維持できない。そのしわ寄せはすべて外科病棟に来て、今より仕事が増える。そんなパブリックセクター（公的病院）で給料が下がると医師は辞めてしまう。病院のエンジンは医師だから、エンジンが動かないと他のものも全部動かなくなる。中堅の医師が辞めてある年齢以上の医師が残ると、人的な高齢化・老朽化がお

こり機能が維持できなくなる。プライベートセクター（民間病院）がそれをしっかり握めるかは、意識、やる気、対応等にかかっていると思う。ダウンサイジングせざるを得ない。ダウンサイジングする時にまず考えるべきは、これまで人員の充実を図ってきた看護部門の職員である。パブリックセクターは、2病棟で100床減らすのに看護職員をリストラできないから、新規採用を抑える。そうすると今いる看護職員は辞めなくなる。ほとんどのパブリックセクターが同じことをしているから、看護職員は次のパブリックセクターに転職することはできない。結果、東京など大都市では、増えすぎた看護学部から大量に新卒が出始め、その新卒者の就職先がなくなってきた。その結果、大都市の中小の病院でも看護師が採用できるようになっている。ただし急性期をやりたい看護師、介護をやりたい看護師といろいろなタイプがある。医師も民間病院に勤務する人だけでなく、結構な比率で大都市に開業する医師もいる。これからは人口も減少し新規開業は採算の取れない時代に入る。先ほどの1,000億円の基準外の繰り出しに歯止めをかけようとする財務省に対して、水面下では公的病院の給与引き下げが始まっている。逆に言うと民間病院はチャンスである。

いつもながらの石井先生の鋭い着眼点に参加者一同気の引き締まる思いであった。

（長岡病院総務部長・浅田 淳＝事務長会常任委員／  
看護部長・谷口光二）



このように医療政策の中に沢山の罅があり、懐疑心を持って何事も見極めることが大切。改めて、激動（現実に医療業界に中国が攻めてきている事実）の時代だという認識を持っていたきたい、と結ばれた。