

医師等医療従事者の勤務環境改善の推進による  
病院経営への影響に関する調査・研究報告書

平成 31 年 3 月

# 目次

I	はじめに .....	5
II	背景・調査目的 .....	6
III	先行研究調査 .....	7
1	勤務環境改善に関する法的整理と行政の取り組み .....	7
2	医療機関における取り組み状況 .....	12
3	更なる取り組みの推進に求められる事項 .....	14
4	近年の医療機関の経営状況 .....	18
IV	統計調査 .....	21
1	いきサポ掲載の施設の経営状況 .....	21
2	経営状況の良い施設における勤務環境改善の取り組み実施状況 .....	21
3	統計調査のまとめ .....	22
V	ヒアリング調査 .....	23
1	調査対象施設の選定に係る方針 .....	23
2	調査対象施設の選定手法 .....	24
	(ア) 働き方・休み方の改善 .....	24
	(イ) 職員の健康支援 .....	25
	(ウ) 働きやすさ確保のための環境整備 .....	25
	(エ) 働きがいの向上 .....	26
3	調査対象施設 .....	26
4	効果仮説に係る説明 .....	28
VI	ヒアリング結果 .....	46
1	東邦大学医療センター .....	46
	病床数：934 床（大森病院） 319 床（大橋病院） 451 床（佐倉病院）	
	所在地：東京都	
	主たる医療機能：高度急性期（大森病院・大橋病院・佐倉病院）	
2	横須賀市立うわまち病院 .....	59
	病床数：417 床	
	所在地：神奈川県	
	主たる医療機能：高度急性期、急性期、回復期	
3	医療法人 社団美心会 黒沢病院 .....	72
	病床数：130 床	
	所在地：群馬県	
	主たる医療機能：急性期	
4	聖隷福祉事業団 .....	83
	聖隷福祉事業団については、事業主体が多岐にわたるため、各施設の基本情報は割愛	

5	医療法人 栄仁会 宇治おうばく病院 .....	90
	病床数：555 床	
	所在地：京都府	
	主たる医療機能：高度急性期（精神医療）、慢性期	
6	医療法人 社団 恵仁会 なぎ辻病院 .....	97
	病床数：169 床	
	所在地：京都府	
	主たる医療機能：慢性期	
7	山口県立総合医療センター .....	102
	病床数：504 床	
	所在地：山口県	
	主たる医療機能：高度急性期	
8	医療法人 八女発心会 姫野病院.....	109
	病床数：140 床	
	所在地：福岡県	
	主たる医療機能：急性期、回復期	
9	阿蘇医療センター.....	120
	病床数：124 床	
	所在地：熊本県	
	主たる医療機能：急性期	

施設別 勤務環境改善に係る取り組み内容一覧表

領域	No.	質問内容	東邦大学	うわまち病院	黒沢病院	聖隷福祉事業団	宇治おうばく病院	なぎ辻病院	山口県立総合医療センター	姫野病院	阿蘇医療センター
(ア) 働き方・休み方の改善	1	スマートフォンの導入		○						○	
	2	その他ICTの導入	○		○			○	○	○	
	3	総労働時間の管理	○	○		○		○	○	○	○
	4	連続勤務時間数の制限やインターバル制度の採用	○								
	5	職員の有給休暇・リフレッシュ休暇の取得推進	○	○	○	○	○			○	
	6	医師事務作業補助者へのタスクシフティング	○	○	○		○			○	○
	7	特定行為研修を修了した特定行為に係る看護師へのタスクシフティング	○	○							
	8	看護補助者へのタスクシフティング	○		○					○	
	9	外来機能を縮小し、入院および救急機能への注力			○			○			
	10	複数主治医制の採用	○	○						○	
	11	会議時間の圧縮	○		○		○			○	
(イ) 職員の健康支援	1	職員のカウンセリング利用の推進した	○	○	○	○	○			○	○
(ウ) 働きやすさ確保のための環境整備	1	管理者の定期的な面談を実施し、職員のケアを早期に実施	○							○	
	2	夜勤免除制度の実施	○		○		○			○	
	3	夜勤明けの業務負担の軽減	○	○	○					○	
	4	短時間正職員制度の導入		○	○		○				
	5	人員配置の見直し	○		○				○	○	
	6	人員配置や採用ルールについて柔軟性を高めた	○							○	
	7	院内保育所や提携保育所の整備	○	○	○					○	
	8	職場への復帰支援	○	○	○	○				○	
	9	休憩用スペースの新設								○	
	10	遠隔診断システムの導入									○
	11	ハラスメント対策の実施	○	○	○	○	○			○	
(エ) 働きがいの向上	1	表彰制度の実施	○		○	○				○	
	2	キャリアアップ支援	○		○	○	○			○	○
	3	給与体系の見直し			○	○				○	
その他独自の取組み				○	○	○		○	○		

※本記載は、各施設の回答を取り纏めたものであり、必ずしもヒアリング結果の項の記載内容とは一致しません。

VII	考察.....	130
1	各病院の取り組み状況 .....	130
2	勤務環境改善による経営への影響 .....	131
	(ア) リクルート費用の削減.....	132
	(イ) 診療収入への影響 .....	133

## I はじめに

平成 26 年に施行された改正医療法により医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組みが導入され、平成 29 年の働き方改革実現会議決定などを受け、医療分野においても長時間労働の是正規制の導入が計画されている。

こうした状況下で、医師をはじめとする医療従事者の勤務環境改善における取り組みは、医療機関の管理者の責務として規定されているものの、医療サービスの提供、その質の維持の観点、及び勤務環境改善を進めることに対する費用上の懸念等から、その取り組みは充分でない状況が伺える。また、改善手法の事例、及びその効果やそれらの情報提供も充分ではない状況にある。

本調査は、医療機関の経営層に勤務環境改善への理解を一層促し、取り組みを進めることができるよう、勤務環境改善の取り組みが医療機関の経営にもたらす影響を明らかにすることを目標とした。そして調査では、これまで明らかにされてこなかった、「勤務環境改善の取り組みが、病院の事業を発展させ、収益を維持・拡大していくための重要な条件である」ということが示された。

今後日本は少子高齢化、人口減少社会を迎える。こうした外部環境の変化や、"時代に応じて絶えず変わり続ける" 診療報酬改定に対応していくことが、医療機関が生き残っていくための道であり、そのためには時代の変化に応じた新しい事業の展開や転換も求められる。新たな事業の展開や転換には新しい部署や担当者の配置など体制の整備が必要となるため、良好な勤務環境を提供できない組織は必要な人材を確保することが難しくなり、柔軟な対応が困難になることで、徐々に収益を上げられなくなっていくことが予想される。

本報告書では、勤務環境改善に取り組む各施設の担当者の参考となる様、具体的な個々の取り組み事例を詳細に整理する共に、経営効果を可能な限り数字で表すことに努めた。また取り組みを進めることにより直面する課題「残業時間減による職員の収入減」に関する対応も取りあげている。

本報告書が、医療機関における勤務環境改善に係る取り組みの推進に活用され、また勤務環境改善支援センターによる個別の医療機関への相談支援に係る更なる品質向上に役立てられることを期待したい。

## II 背景・調査目的

医師・看護職等の医療従事者の離職防止や医療安全の確保等を図るため、改正医療法（平成26年10月1日施工）に基づき、医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組みとして勤務環境改善マネジメントシステムが創設されるとともに、各都道府県に医療勤務環境改善支援センターが設置された。

他方、働き方改革実行計画（平成29年3月28日働き方改革実現会議決定）を受けて、長時間労働の是正のため、労働基準法を改正し、罰則付きの時間外労働上限規制がはじめて導入された。この中で、医師については、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要であり、現在、医療界の参加の下で検討の場を設けているところである。

しかし、医療機関が医師の勤務環境改善（特に長時間労働の是正）をすると、医療機関が現在と同じ質の医療サービスを提供できなくなる可能性があるほか、同じ質のサービスを提供するために医師等医療従事者を新規に雇用するなどコストが増大する恐れがあることから、医療機関は抜本的な改革に積極的に取り組みにくいと考えられる。

こうした背景を鑑み、本調査では医療機関に医師の長時間労働是正のため積極的に勤務環境改善を実施していただくため、医療機関の経営にプラスの効果をもたらす医師等医療従事者の勤務環境改善手法について、調査・研究を行うことを目的とする。

### III 先行研究調査

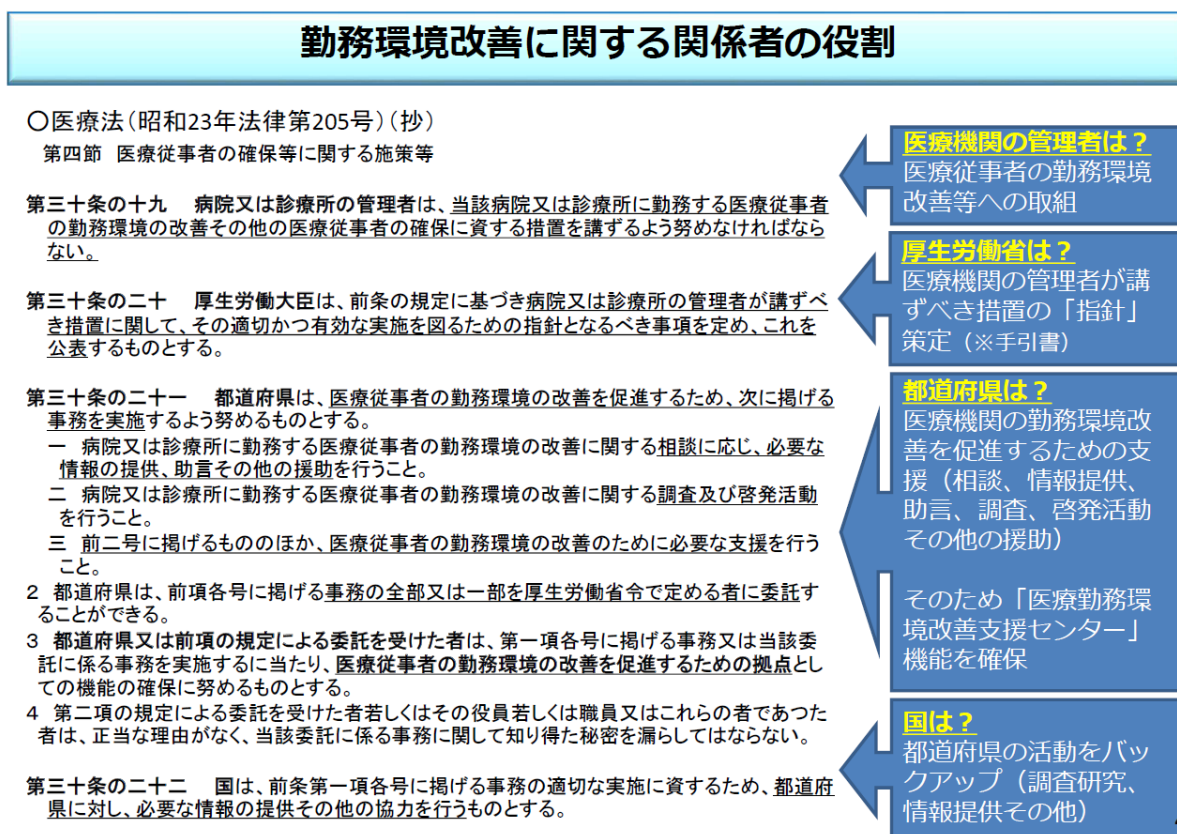
本調査に先立ち、これまでの医療業界における勤務環境改善に係る取り組みの状況を整理する。

#### 1 勤務環境改善に関する法的整理と行政の取り組み

医療従事者の勤務環境の改善に係る取り組みは、国民が将来にわたり質の高い医療サービスを受けるためには、医療分野の「雇用の質」の向上を通じ、医療スタッフが健康で安心して働くことができる環境整備を促進し、医療に携わる人材の定着・育成を図ることが必要不可欠であるという認識に基づいて進められている。

背景には、人口減少、若い世代の職業意識の変化、医療ニーズの多様化に加え、医療スタッフの偏在や確保困難による深刻な地域医療の疲弊がある。そのため厚生労働省は医療分野の雇用の質向上プロジェクトチームにおける審議を重ね、平成25年2月にはその報告<sup>1</sup>において、募集・採用、労務管理、医療経営、両立支援などのさまざまな観点から、関係機関、関係団体との連携を念頭に置いた取り組みを進めることを公表した。

平成26年には、第6次医療法の改正<sup>2</sup>により、医療従事者の勤務環境の改善および医療従事者の確保に資する措置を講ずることが医療機関の管理者の責務として規定された。図表 1に関係者の勤務環境改善に係る役割を整理した。これにより各医療機関に対し、計画的に勤務環境改善に取り組む仕組み（勤務環境改善マネジメントシステム）の実施が求められることとなった。

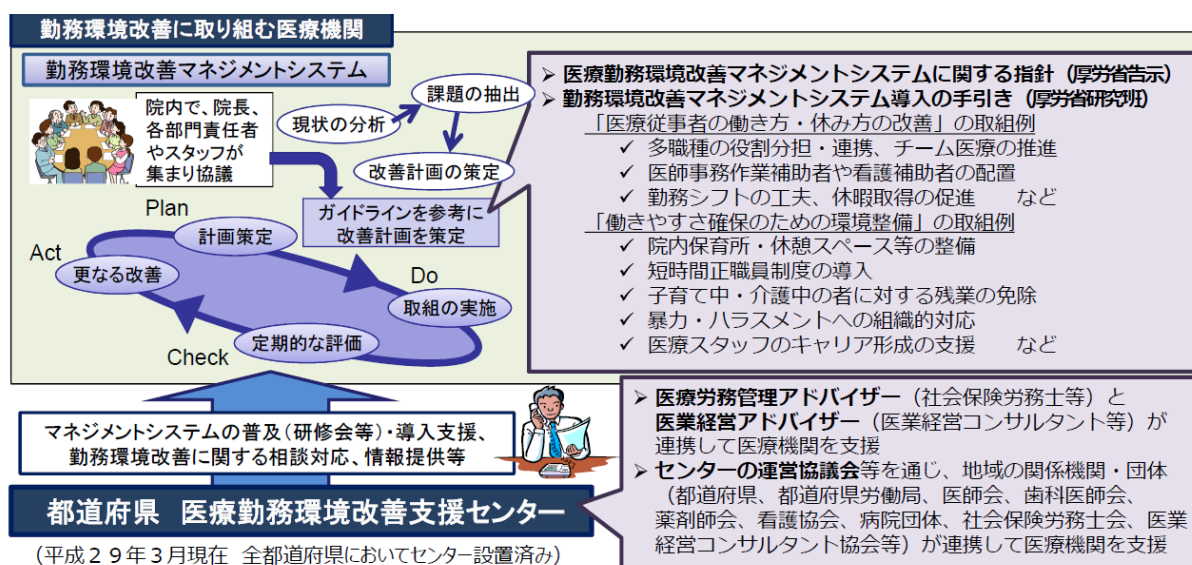


図表 1 医療分野における勤務環境改善に関する関係者の役割

<sup>1</sup> 医療分野の「雇用の質」向上プロジェクトチーム報告を公表（厚生労働省、平成 25 年 2 月 8 日）  
(<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002uzu7.html>)

<sup>2</sup> 第三十条の十九に「病院又は診療所の管理者は、当該病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善その他の医療従事者の確保に資する措置を講ずよう努めなければならない。」と規定された。

勤務環境改善マネジメントシステムとは、「医師、看護師、薬剤師、事務職員等の幅広い医療スタッフの協力の下、一連の過程を定めて継続的に行う自主的な勤務環境改善を促進することにより、快適な職場環境を形成し、医療スタッフの健康増進と安全確保を図るとともに、医療の質を高め、患者の安全と健康の確保に資すること」を目的として、各医療機関において、それぞれの実態に合った形で、自主的に行われる勤務環境改善に係る取り組みを行う仕組みである。各医療機関には、国が定めた指針や勤務環境改善マネジメントシステム導入の手引き<sup>3</sup>を参照して、現状の把握・分析、課題の抽出を行い、改善計画を策定することが求められている。また医療機関の自主的な取り組みを支援するため、都道府県毎に医療勤務環境改善支援センターが設置され、医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士等）や医療経営アドバイザー（医療経営コンサルタント等）が専門的・総合的な支援を行うこととなった。（図表 2）



図表 2 勤務環境改善マネジメントシステムのイメージ

勤務環境改善マネジメントシステムでは、勤務環境改善に係る取り組みを、（1）働き方・休み方の改善、（2）職員の健康支援、（3）働きやすさ確保のための環境整備、（4）働きがいの向上の4つの領域に分けている。それぞれの領域における取り組みの例を図表 3に示す。

また、これらの取り組みに係る好事例や各種取組みをサポートするための参考資料、セミナーの開催通知などを集約・管理するWebサイト「いきいき働く医療機関サポートWeb（いきサポ）<sup>4</sup>」の運営が行われている。（図表 4）

<sup>3</sup> 医療分野の「雇用の質」向上のための勤務環境改善マネジメントシステム導入の手引き（厚生労働省医療従事者の勤務環境改善に向けた手法の確立のための調査・研究班、平成26年3月）

<sup>4</sup> いきいき働く医療機関サポートWeb（いきサポ）とは、医療機関が自院の勤務環境改善にかかる取り組みを行うための各種参考情報の掲載を目的に、厚生労働省が平成27年3月から運営するWebサイトである。各種法令やセミナー情報の他、平成31年2月現在で92件の各医療機関における取り組み事例が掲載されている。



**(1) 働き方・休み方改善**

- 労働時間管理：時間外労働の削減、1回あたりの最長勤務時間の削減、休暇の取得促進、夜勤負担軽減策（夜勤明けの早帰り等）、勤務と勤務の間隔の確保 など
- 医師の負担軽減：多様な勤務形態（短時間勤務、交代制勤務、連続当直を行わない勤務シフト、主治医制見直し等）、給与・手当等の処遇改善、チーム医療の徹底（補助者の活用等）、他職種との連携・業務分担、その他の負担軽減（ICT機器、医師の確保等）、地域医療連携（診療所との外来業務の分担等）
- 看護職・コメディカルの負担軽減：復職支援制度、雇用形態や勤務形態が選択可能な制度（働く時間の長さ、時間帯や曜日、働き方等が選べる）、健康・安全に配慮した夜勤・交代制シフト（仮眠時間の確保、夜勤回数の制限、夜勤専従者の雇用及び配慮等）、診療・薬剤・検査・事務部門等関連部門との連携、潜在看護職・コメディカルの把握・職場復帰支援 など

**(2) 職員の健康支援**

- 職員の生活習慣病対策：健康診断の受診率向上等
- メンタルヘルス対策：相談窓口、復職支援プログラム等
- 作業環境対策：腰痛対策、眼精疲労対策（健診、作業環境の管理等）
- 有害化学物質対策、感染症対策 など

**(3) 働きやすさ確保のための環境整備（ソフト面・ハード面）**

- 仕事と子育て・介護との両立支援：院内保育所や学童保育等の整備、休憩スペースの設置、情報共有システム導入、保育・介護サービス利用料の補助、短時間正社員制度の導入、育児・介護に係る休業・休暇制度の充実、男性職員の育児休業取得 など
- 職員の安全確保（暴言・暴力等への対策）：警備員の配置、相談窓口の整備、対応マニュアルの整備 など
- いじめ・ハラスメント対策：相談窓口の整備、関連する研修の実施
- 職場の風土・環境の整備：職員向け院内アメニティ（仮眠室、休憩室等）の整備 など
- 人材の定着化の視点：定期面談等による職員の事情や希望の把握、職員の事情等を尊重した配置や業務面の配慮

**(4) 働きがいの向上**

- 専門職としてのキャリアアップ支援：研修等への参加奨励、子育て等と両立しながらの勤務の継続に関する相談窓口の設置 など
- 人事異動によるキャリアアップ：法人内での人事ローテーション
- 休業後のキャリア形成：産休・育休復帰後のキャリア形成、産休・育休中の職員の円滑な復職の支援 など

図表 3 勤務環境改善における取り組みの4領域

図表 4 勤務環境改善にかかる情報提供 Web サイト

他方、首相官邸が主幹する働き方改革実現会議は、平成29年3月に「働き方改革実行計画」<sup>5</sup>を策定した。本計画では、日本経済再生に向けた最大のチャレンジは働き方改革であるとし、働く人の視点に立って労働制度の抜本改革を行い、企業文化や風土も含めて変える取り組みを通して、働く方一人ひとりがより良い将来の展望を持ち得るようにすることを目標と定めている。そのために、働き方改革による労働生産性の改善が最良の手段であるとし、生産性向上の成果を働く人に分配することで、賃金の上昇、需要の拡大を通じた成長を図る「成長と分配の好循環」の構築を基本的な考え方としている。働き方改革実行計画における9つの検討のテーマを以下に示す。

1. 非正規雇用の処遇改善（同一労働同一賃金など）
2. 賃金引き上げと労働生産性向上
3. 長時間労働の是正（罰則付き時間外労働の上限規制の導入など）
4. 柔軟な働き方がしやすい環境整備
5. 病気の治療、子育て・介護等と仕事の両立、障害者就労の推進
6. 外国人材の受入れ
7. 女性・若者が活躍しやすい環境整備
8. 雇用吸収力の高い産業への転職・再就職支援、人材育成、格差を固定化させない教育の充実
9. 高齢者の就業促進

上記計画に沿った働き方改革に係る取り組みは、医療機関においても推進が求められる。ただし長時間労働の是正のために、労働基準法を改正し現在36協定の締結により上限無く時間外労働が可能となっている状況を見直す方向性については、医師法（昭和23年法律第201号）に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要であることから、別途協議の場を設けて規制の具体的な在り方や労働時間の短縮策等について検討した上で、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとされた。

これを受けて、医師の働き方改革に関する検討会が発足し、平成31年3月末を目途にこれまでの議論の結果と残る論点を取りまとめる予定で検討が進められている。

なお、医師の働き方改革に関する検討会は、医師の時間外労働規制の施行を待たずとも、勤務医を雇用する個々の医療機関が自らの状況を踏まえ、できることから自主的な取組を進めることが重要であるという考えから、平成30年2月に「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」をとりまとめた。特に図表5の項1-3の取り組みについては、現行の労働法制により当然求められる事項も含んでおり、改めて全医療機関において着実に実施されるべきであることを確認するものとした。

---

<sup>5</sup> 働き方改革実行計画（首相官邸、平成29年3月28日）  
(<http://www.kantei.go.jp/jp/headline/ichiokusoukatsuyaku/hatarakikata.html>)

1 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>まずは医師の在院時間について、客観的な把握を行う。</li> <li>ICカード、タイムカード等が導入されていない場合でも、出退勤時間の記録を上司が確認する等、在院時間を的確に把握する。</li> </ul>
2 36協定等の自己点検	<ul style="list-style-type: none"> <li>36協定の定めなく、又は定めを超えて時間外労働をさせていないか確認する。</li> <li>医師を含む自機関の医療従事者とともに、36協定で定める時間外労働時間数について自己点検を行い、必要に応じて見直す。</li> </ul>
3 産業保健の仕組みの活用	<ul style="list-style-type: none"> <li>労働安全衛生法に定める衛生委員会や産業医等を活用し、長時間勤務となっている医師、診療科等ごとに対応方針について個別に議論する。</li> </ul>
4 タスク・シフティング（業務の移管）の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>点滴に係る業務、診断書等の代行入力業務等については、平成19年通知（※）等の趣旨を踏まえ、医療安全に留意しつつ、原則医師以外の職種により分担して実施し、医師の負担を軽減する。</li> <li>特定行為研修の受講の推進とともに、研修を修了した看護師が適切に役割を果たせる業務分担を具体的に検討することが望ましい。</li> </ul> <p style="font-size: small;">※「医師及び医療関係職と事務職員等との間での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発1228001号）</p>
5 女性医師等の支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進するなどきめ細やかな支援を行う。</li> </ul>
6 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>全ての医療機関において取り組むことを基本とする1～5のほか、各医療機関の状況に応じ、勤務時間外に緊急でない患者の病状説明等を行わないこと、当直明けの勤務負担の緩和（連続勤務時間数を考慮した退勤時刻の設定）、勤務間インターバルの設定、複数主治医制の導入等について積極的な検討・導入に努める。</li> </ul>

図表 5 医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組

医療分野における働き方改革推進のため、平成 31 年度も様々な事業が予定されている。<sup>6</sup>（図表 6）

医療・福祉サービス改革に向けた取組		
<p>○ 「労働力制約が強まる中でのマンパワーの確保」と「医療・介護・福祉の専門人材による機能の最大限発揮」に向けて、テクノロジーも活用しつつ、生産性向上を図るため、次の3つの分野を設定し、重点的に取組を推進する。</p> <p>①効率的な業務分担の推進    ②テクノロジーの徹底活用    ③組織マネジメント改革の推進</p>		
重点取組分野	具体的な方向性	平成31年度予算案の主な事項
効率的な業務分担の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の働き方改革を踏まえたタスク・シフティングの推進</li> <li>介護ロボット等の活用による特養での効率的な配置の推進</li> <li>保育補助者の活用による保育業務の効率化</li> <li>障害分野のロボット等の活用による介護業務等の負担軽減の推進</li> </ul>	<p>【医療分野】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>タスク・シフティング等勤務環境改善推進事業</li> <li>医療のかかり方普及促進事業</li> <li>看護業務の効率化に向けた取組の推進</li> </ul> <p>【介護・福祉分野】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>介護機能分化や多職種チームケア等の推進</li> <li>介護事業所における生産性向上推進事業</li> <li>障害者支援施設等におけるロボット等の導入モデル事業の実施</li> <li>保育補助者の雇い上げ支援</li> </ul>
テクノロジーの徹底活用	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関におけるAI・ICT等の活用推進、診断等の質の向上や効率化に資する医療機器等の開発支援</li> <li>介護ロボットの活用、介護サービス事業所間の連携等に係るICT標準仕様の開発</li> <li>障害分野のロボット等の活用による介護業務等の負担軽減の推進</li> </ul>	<p>【医療分野】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>保健医療記録共有サービス実証事業</li> <li>保健医療分野における人工知能（AI）の開発加速化</li> <li>Tele-ICU体制整備促進事業</li> <li>電子処方箋の推進に係る効果的・効率的な仕組みの調査等</li> <li>医療ICT化促進基金（仮称）の創設</li> </ul> <p>【介護・福祉分野】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>介護ロボット開発等加速化事業（生産性向上推進事業）</li> <li>介護事業所におけるICTを通じた情報連携推進事業</li> <li>障害者支援施設等におけるロボット等の導入モデル事業の実施</li> </ul>
組織マネジメント改革の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院長研修など医療機関のマネジメント改革への支援</li> <li>介護分野、障害福祉分野における生産性向上ガイドラインの作成・普及</li> <li>保育業務に関するタイムスタディ調査の実施、好事例の収集</li> </ul>	<p>【医療分野】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関の勤務環境マネジメント向上支援</li> </ul> <p>【介護・福祉分野】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>介護事業所における生産性向上推進事業（モデル事業所における具体的な取組の展開、ロボット活用等の加速化等）</li> <li>文書量半減に向けた取組の推進</li> <li>障害福祉事業所におけるICTの活用状況等の調査</li> </ul>

働き方改革の推進と誰もが活躍できる労働環境の整備

（医療従事者の働き方改革の推進）

○ タスク・シフティング等の勤務環境改善の先進的な取組を行う医療機関に補助を行うとともに、医療関係団体による好事例の普及等を支援する。また、医師の働き方改革に向けた地域リーダーの育成や病院長向けの研修を実施するほか、「医療勤務環境改善支援センター」において、労務管理等の専門家による医療機関の訪問支援等を行う。さらに、適切な医療のかかり方について国民の理解を促進するため、ウェブサイトの構築等効果的な周知啓発を行う。

○ 出産・育児・介護等における女性医師等をはじめとした医療職のキャリア支援の拠点となる医療機関の支援を行う。また、地域医療介護総合確保基金による病院内保育所への支援を行う。看護職がより専門性を発揮できる働き方を推進するため、看護業務の効率化に資する先進的な取組を行う医療機関を表彰し、取組を周知する。

15億円（6.9億円）

図表 6 医療分野の働き方改革の推進に掛る予算案状況

<sup>6</sup> 平成 31 年度予算案の概要（厚生労働省、平成 31 年 3 月 19 日時点）

## 2 医療機関における取り組み状況

医療機関における勤務環境改善の取り組みについて概況を把握するため、以下に「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」の周知後における、医療機関の取り組み状況の調査<sup>7</sup>の結果を示す。取り組みの内容によって実施率は異なるが、実施に向けた検討に着手していない医療機関が一定数あることが確認された。

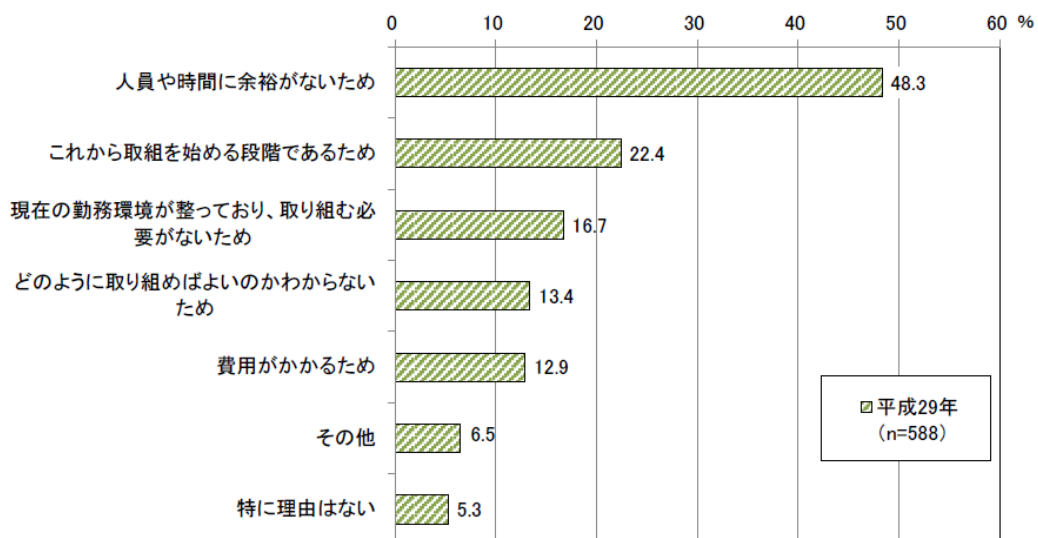
図表 7 「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」に係るフォローアップ調査

取組概要	調査結果
医師の労働時間管理の適正化に向けた取組	「客観的な在院時間管理方法の導入」や「在院時間の実態の把握」は、医師の労働時間短縮の土台となるものであるが、実施率は約4割であり、約3-4割の病院が検討に着手していなかった。未着手の理由は、「問題が発生しておらず、必要がない」「特になし」が合わせて約7割となっている。使用者は、労働時間を適正に把握するなど労働時間を適切に管理する責務を有していることなど労働法令に関する知識の普及・浸透が必要と考えられる。
36協定等の自己点検	約4割の病院が、周知以前から取り組みを行っている一方、自己点検を予定していない病院が約3割にのぼる。対応予定なしの理由は、「36協定を締結しておらず、締結の必要もないため」「その他」が約3割、「点検の方法が不明わからないため」「対応する時間がないため」が約2割となっている。36協定の意義や、適切な締結のために留意すべき事項の周知が必要と考えられる。
産業保健の仕組みの活用	いずれの項目も約3割の病院が、周知以前から取り組みを行っている一方、5割の病院が検討未着手であった。未着手の病院の「衛生委員会の取組の検討における課題」は「特になし」「解決策を出すところまで議論を深めるのが難しい」と回答する割合が高い。また「面接指導の実施における課題」は「特になし」が多く、次いで「面接指導を行う体制がない」となった。産業保健の重要性の認識を高めることが必要と考えられる。
タスク・シフティング（業務の移管）の推進	約5-7割の病院が周知以前から取り組みを行っている一方、約2-3割の病院が検討に着手していなかった。検討未着手の理由は、「問題が生じておらず、必要がない」「特になし」が合わせて約7-8割であり、次いで「人員が確保できない」との回答が多い。タスクシフティングの必要性の周知及び担い手の養成も含めた支援の検討が必要と考えられる。
女性医師等の支援	約4-6割の病院が、「短時間勤務の導入」「時差出勤の導入」「宿日直の免除」「保育サービスの提供又は補助」を行っている一方、「病児保育サービスの提供又は補助」「学童保育の確保又は補助」は、実施率が2割

<sup>7</sup> 資料4 「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」に係るフォローアップ調査（厚生労働省 第16回医師の働き方改革に関する検討会、平成31年1月11日）

取組概要	調査結果
	に届かず、7割前後が検討に着手していなかった。病児保育や学童保育の検討未着手の理由は、「問題が生じておらず、必要がない」「特になし」が合わせて約7割であり、次いで「予算が捻出できない」との回答が多かった。病児保育や学童を含めた保育サービスに関する補助制度や好事例の周知が必要と考えられる。
医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組	「完全休日」や「当直明けの勤務負担の緩和」の実施率は約4割、その他の項目については約1-3割である。検討未着手の理由は、「問題が生じておらず、必要がない」「特になし」が合わせて約5-6割であり、次いで「緊急時を除く時間外の病状説明の取りやめ」については「患者サービスの低下が受け入れ難い」が約2割、「ICTを活用した業務の見直し」については「予算が捻出できない」が約2割、それ以外の項目については「追加で必要な人員の確保が困難である」が約3割となった。医療のかかり方について国民の理解を得ることや、ICT等に関する財政面での支援、地域医療体制の機能分化・連携の推進や好事例の周知が必要と考えられる。

また、医療機関の勤務環境改善の取り組みに関するアンケート調査<sup>8</sup>によると、85.5%の病院が勤務環境改善についての重要性を認識しながらも、そのうち全職種を対象とした勤務環境改善の取り組みを行っている病院は55.8%であった。また「重要な課題である」と回答した病院においても、その割合は66.3%にとどまっている。取り組んでいない理由を聞いた結果では、①人員や時間に余裕がない、②どのように取り組めばよいかわからない、③費用がかかる、の順に取り組みの阻害要因が示されている。



図表 8 勤務環境改善に取り組んでいない理由（病院）

<sup>8</sup> 医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究事業報告書（厚生労働省、平成 30 年 3 月）

### 3 更なる取り組みの推進に求められる事項

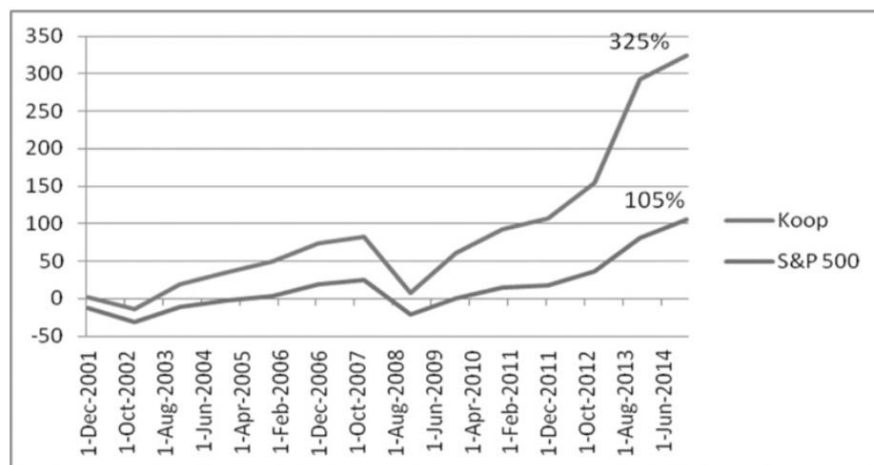
これまでの調査結果から、医療機関の勤務環境改善に関して一層の取り組みを推進するには、取り組みの阻害要因についての検証と支援が求められていることがわかる。しかしながら、特に費用を理由にした取り組みの未実施については、これまで十分な検証もしくは支援が行われてこなかった可能性がある。その理由を以下に示す。

1. 我が国の医療機関における勤務環境改善による経営への影響を検証した研究がないこと。
2. 個別の医療機関の経営状況に応じた実践的支援が不足していること。
3. 勤務環境改善に係る診療報酬が算定できる施設や施策に偏りがあること。

1つ目の理由として、我が国の医療機関における勤務環境改善による経営への影響を検証した研究がないことを挙げた。

他業界では医療業界に先駆けて、従業員等の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に実践する「健康経営」の考え方が普及し始めている。このきっかけは、Corporate Health Achievement Award（以下、CHAA）の受賞企業の調査により、従業員の健康の改善に取り組んでいる企業は、他社と比較して業績や株価の向上が見られるということが明らかになったことである。CHAAは、リーダーシップと管理、健康的な労働者、健康的な環境、健康的な組織を評価する賞である。CHAA受賞企業（非上場企業や買収による影響を除く）の株価と、アメリカの代表的な大型株500銘柄から構成される株価指数S&P500とを比較した調査結果<sup>9</sup>によると、全てのシミュレーションの方法において、CHAA受賞企業群の株価の方がS&P500と比較して1.6倍から2倍の上昇が認められたのであった。

その後、「従業員の健康管理を積極的に行うことは、企業経営に良い影響を及ぼす」という仮説は、複数の調査で裏付けられている。従業員の健康増進に掛かるプログラムに投資をし相応の成果を挙げた企業を表彰するThe C. Everett Koop National Health Awards（以下、Koop Awards）の表彰を受けた企業26社の株価と、S&P500とを比較した調査<sup>10</sup>では、Koop Awards受賞企業の株価は、S&P500と比較して14年間で3倍以上の上昇が認められた（図表 9）。

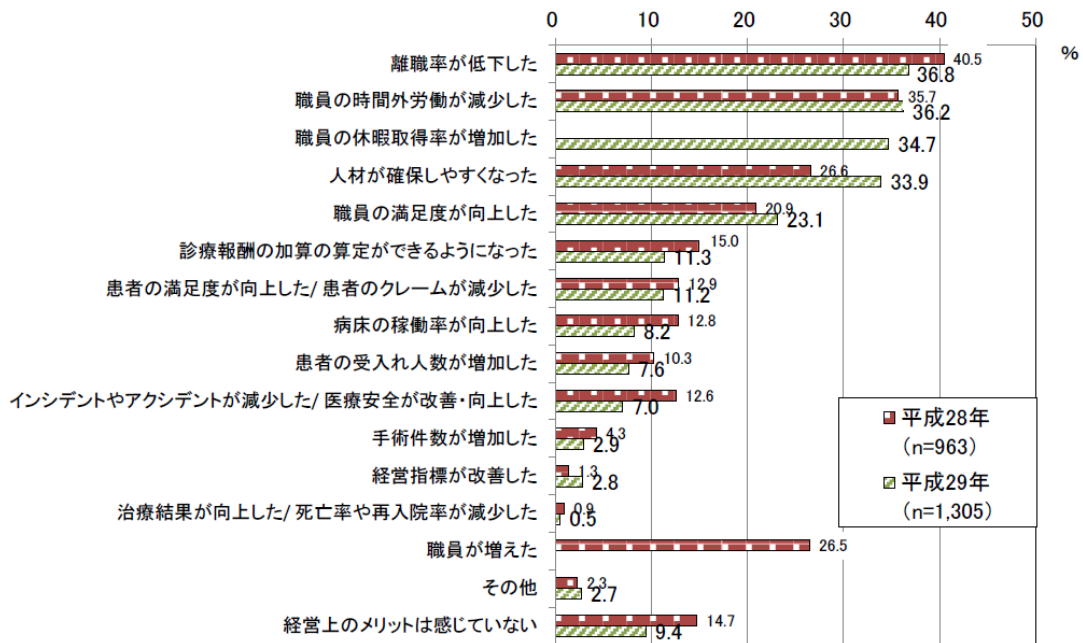


図表 9 KOOP AWARDS 受賞企業と S&P500 との株価の比較

<sup>9</sup> The link between workforce health and safety and the health of the bottom line: tracking market performance of companies that nurture a "culture of health". (Fabius R, J Occup Environ Med. 2013 Sep;55(9))

<sup>10</sup> The Stock Performance of C. Everett Koop Award Winners Compared With the Standard & Poor's 500 Index. (Ron Z. Goetzel, J Occup Environ Med. 2016 Jan; 58(1): 9-15.)

医療機関における勤務環境改善の推進においても、同様に経営的メリットを明らかにすることが重要と考えられる。実際にアンケートにおいても、勤務環境改善に関する取り組みの効果として、経営上のメリットがあったことを上げる声がある（図表 10）ことから、これらを裏付ける情報の整理を行い、医療機関の勤務環境改善に係るモチベーションを喚起する取り組みが求められる。



※「職員の休暇取得率が増加した」は平成29年、「職員が増えた」は平成28年のみ

図表 10 勤務環境改善による経営上のメリット

2つ目に、個別の医療機関の経営状況に応じた実践的支援が不足していることを挙げた。

図表 11は各都道府県に配置されている医療勤務環境改善支援センターの活動状況の調査結果<sup>11</sup>である。活動内容には、セミナー開催やパンフレットの配布などによる画一的な支援が多く、個別の医療機関への訪問支援や相談対応の回数は月当たり1.5～2件と少ないことが分かる。

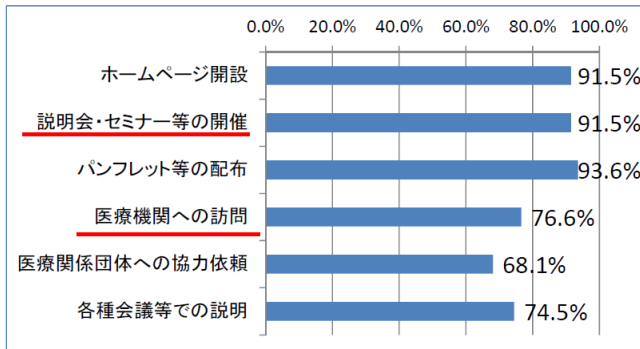
元々、勤務環境改善マネジメントシステムは、その取り組みの性質として、各医療機関のそれぞれの実態に合った形で自主的に行われる仕組みであることを想定している。そのため、医療勤務環境改善支援センターから派遣される医療労務管理アドバイザーや医業経営アドバイザーには、個々に異なる事情を持った医療機関に対して、専門的・総合的な知見をもってカスタマイズした支援策を行うことが求められているといえる。特に費用に係る取り組みの実施是非の判断には、個々の病院の経営状況を鑑みた実践的なプランの検討・実効支援が欠かせないものであり、各医療機関の取り組みの推進には、今後の個別支援の強化が求められる。

またこの個別支援の有効性を高めるためには、経営的な視点での勤務環境改善に係る好事例の整理と情報提供が望ましい。

<sup>11</sup> 資料1 医療機関における勤務環境改善の取組について（厚生労働省 第4回医師の働き方改革に関する検討会、平成29年11月10日）

医療勤務環境改善マネジメントシステムの  
周知・啓発の取組状況

n=47

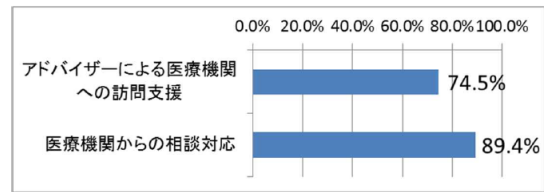


◆説明会・セミナー等の開催 平均開催回数3.3回(年)  
平均参加者数(延べ) 158名

◆医療機関への訪問 平均延べ訪問回数24.0回(年)

医療勤務環境改善マネジメントシステムの  
導入・定着支援の取組状況

n=47



◆訪問支援 平均延べ訪問回数18.8回(年)  
◆相談対応 平均相談対応回数20.5件(年)

図表 11 医療勤務環境支援センターの活動状況

3つ目に、診療報酬が算定できる施設や施策に偏りがあることを挙げた。

これまで、勤務環境改善に係る費用に対する補助として、タスクシフティングを推進する加算などの設定が行われてきた。しかしながら、職種や病院機能を問わない様々な広範な取り組みの推進を前提とする場合、これらの加算による効果は限定的であった。

例えば、総合入院体制加算<sup>12</sup>は、実質的に高度急性期医療を提供する総合病院に特化した加算である。算定には、医療従事者の負担軽減及び処遇の改善に資する体制の他、急性期医療にかかる多くの実績を求めており、地域包括ケア病棟入院料を算定している病院は算定できないなどの厳しい要件がある。そのため届出件数は増加傾向ではあるものの、平成29年7月時点では加算1が37施設、加算2が103施設、加算3が186施設、計326施設<sup>13</sup>にとどまっている。

また医師事務作業補助体制加算は、平成20年に新設されて以降、その有用性が評価され、診療報酬点数の引き上げが続いている。しかしながら、文字通り、医師の事務作業を補助する専従者の配置を評価するものであるため、他の医療職の業務を代替する事務職員については評価されていない。そのため、医師の作業を看護師が代替し、看護師の業務を事務職が代替するなどの職種間での業務分担の整理を行った結果として、医師以外の職員の業務を代替する事務職を追加配置する場合は算定できないものとなっている。

近年の医療機関を取り巻く経営環境は厳しさを増しており、多くの医療機関が入院患者の継続的な確保と入院単価の維持・向上などの収入増および、材料費などの費用削減に努め、経営の安定化を図っている。また医療安全対策、医療の質向上、医師・看護師の確保、外来患者の待ち時間短縮、セキュリティ対策など、求められることも多い。そのため医療機関の中で勤務環境改善に関する取り組みの優先順位を相対的に引き上げるためには、経営視点での誘導が必要である。勤務環境改善にかかる取り組み

<sup>12</sup> 総合入院体制加算は、十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制、及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価した加算であり、入院した日から起算して14日を限度として算定できる。

<sup>13</sup> 中央社会保険医療協議会 総会(第401回)資料 総-8-1(厚生労働省、平成30年11月14日)



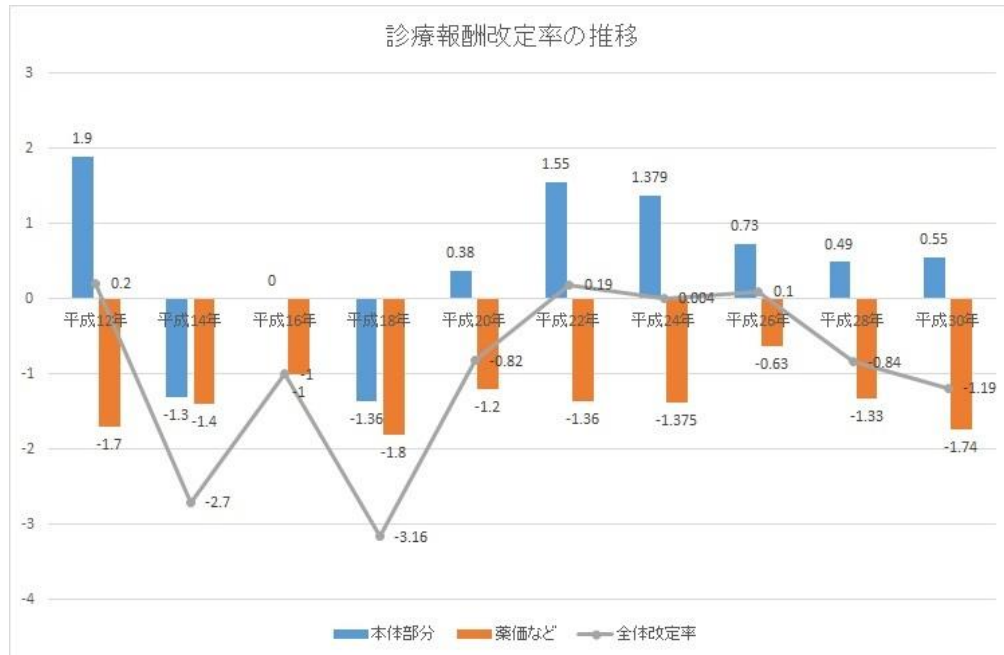
は、これまで実施による経営的なメリットが明確にされていないという点で、限りある資源の振り分け先として選ばれにくい状況になっているものと考えられる。

したがって本調査では、勤務環境改善の取り組みが医療機関の経営に及ぼす影響について、検証することを目的とする。

#### 4 近年の医療機関の経営状況

医療機関の経営への影響を評価するにあたって、まず近年の医療機関の全体の経営状況について整理したい。

近年、医療機関の経営は、厳しい状況が続いている。図表 12は、診療報酬改定率の推移である。近年は診察料や入院基本料などの本体部分はプラス改定が進んでいるが、薬価の大幅な引き下げがあり、全体としてはマイナス改定が継続している。



図表 12 診療報酬改定率の推移

福祉医療機構の病院運営実態分析調査<sup>14</sup>によると、629病院のうち31.0%（195病院）が黒字で、69.0%（434病院）が赤字であった。これを年次別にみると図表 14となる。平成22年から26年まで赤字病院の割合は回復傾向であったが、平成26年以降、再度赤字病院の割合が増える傾向となっている。

開設者別にすると黒字病院は、自治体病院324病院のうち11.7%（38病院）、その他公的病195病院のうち45.1%（88病院）、私的病院110病院のうち62.7%（69病院）であった。

また、費用と収益の推移について、図表 14および図表 15に示す。

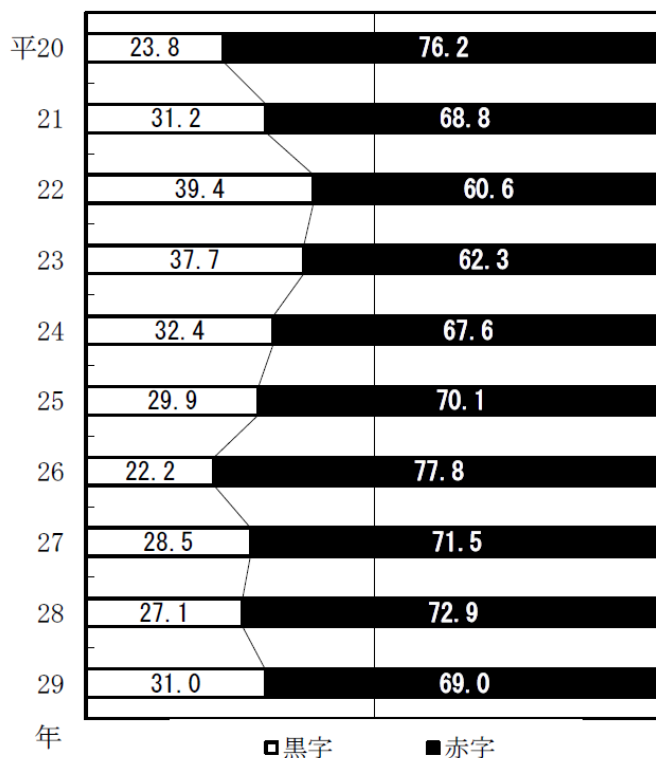
平成29年度の総費用は210,950千円（前年6月比・伸び率2.2%増）に対して、総収益は198,961千円（前年6月比・伸び率2.5%増）であり、差し引き△11,989千円（前年6月△12,362千円）の赤字となる。総費用対総収益比率は、106.0%（前年6月106.4%）になっている。

医業費用は206,751千円（前年6月比・伸び率2.5%増）に対して、医業収益は194,735千円（前年6月比・伸び率2.8%増）であり、差し引き△12,016千円（前年6月△12,325千円）の赤字となる。医業費用対医業収益比率は、106.2%（前年6月106.5%）になっている。

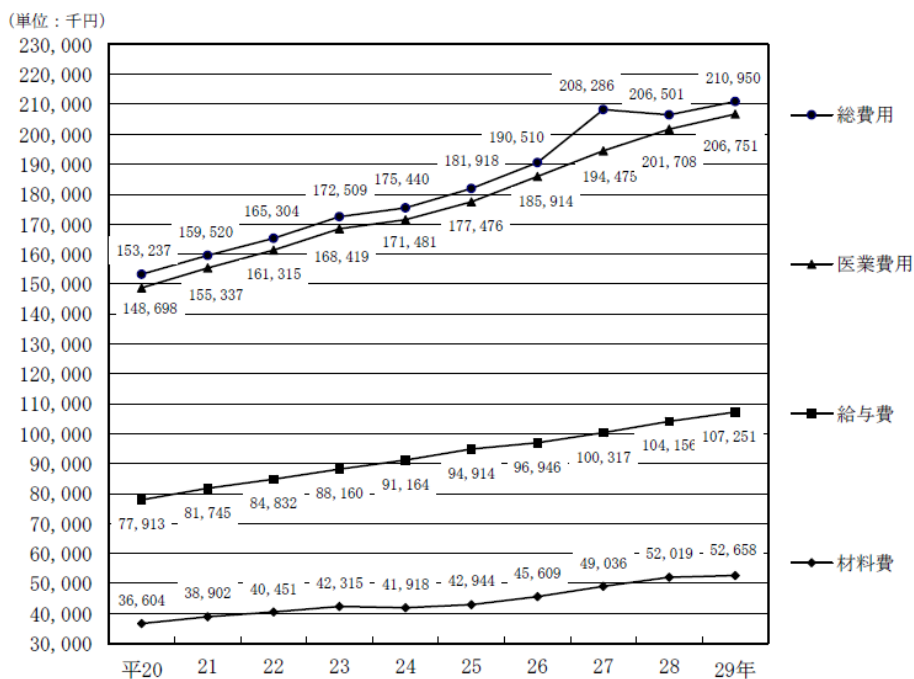
以上より、病院経営は全体的に赤字の傾向が続いており、特に政策医療を担う自治体病院における経

<sup>14</sup> 平成28年度病院の経営状況について（独立行政法人 福祉医療機構、平成29年12月26日）

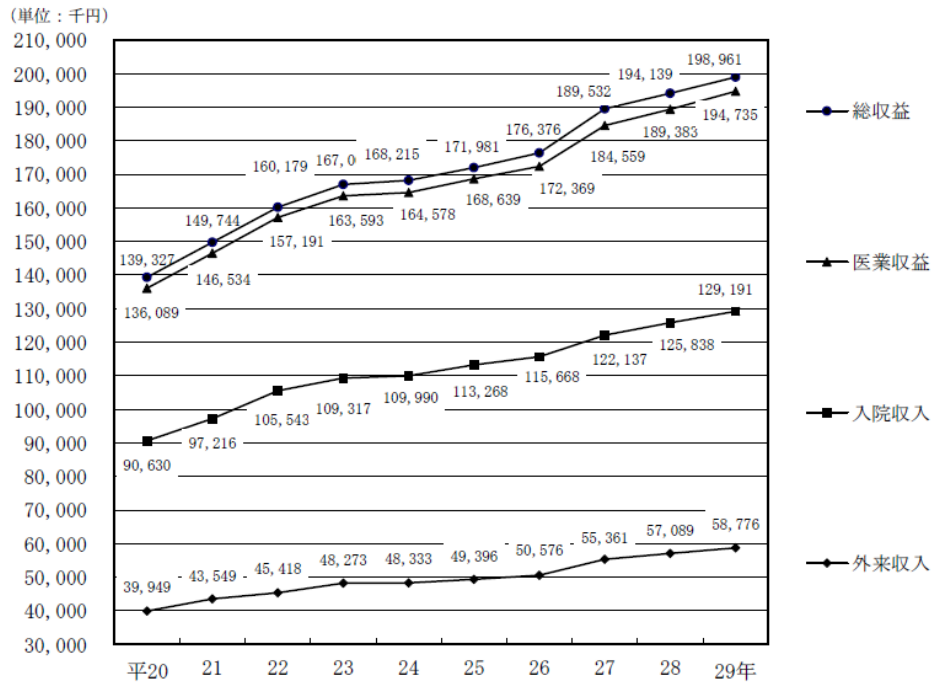
営況が悪いことが分かる。この様な状況で、継続的に黒字を確保している病院は、経営が安定しているといえるだろう。



図表 13 黒字・赤字病院の割合年次推移



図表 14 100床当たりの総費用／医業費用／給与費／材料費の年次推移



図表 15 100床当たりの総収入／医業収益／入院収入／外来収入の年次推移

## IV 統計調査

統計調査では、医療従事者の勤務環境改善に係る取り組みの実施状況と当該施設の経営状況との相関関係に着目し、CHAA受賞企業やKoop Awards受賞企業の株価が高かった様に、「勤務環境の改善に取り組んでいる医療機関は経営状態が良い」と統計的に言えるか否かを検討した。

### 1 いきサポ掲載の施設の経営状況

勤務環境の改善に取り組んでいる医療機関として、いきサポへ取り組み事例を掲載している施設を抽出してそれらの経営状況の検証を行った。対象施設は、経営状態の把握のしやすさから、公立病院（6施設）に限定し、経営状況の確認は平成28年度の地方公営企業年鑑を用いて行った。

その結果、対象施設6施設すべてにおいて経常損失を抱えており、他会計繰入金によって赤字の補填が行われている状況であった。従って、「いきサポに事例を掲載している様な勤務環境改善へ積極的な施設は、経営状況も他施設と比較して良い」ということは、可能性として低いことが推察される。ただしサンプル数が少なく、政策医療の提供を求められる公立病院のみを対象としていることから、いきサポ掲載施設全体を代表するとは言えないため、本結果は傾向を把握するためのみに利用した。

(1)施設及び業務概況に関する調			(2)損益計算書									
業務			収益(円)		費用(円)		経常利益又は 経常損失	純利益又は 純損失	他会計繰入金 (特別利益 分を除く)	経常収支 比率	医業収支 比率	
(2)1日平均患者数(人)		入外比率	総収益計	(1)医業収益	総費用計	(1)医業費用						
1日平均入院患者数	1日平均外来患者数											
134	394	2.94	3,372,013	3,000,145	4,933,597	4,702,601	-1,561,584	-1,561,584	367,849	68.3	63.8	
274	740	2.70	8,299,329	8,100,883	9,357,872	9,096,239	-1,053,504	-1,058,543	52,014	88.7	89.1	
525	1,596	3.04	22,207,431	19,217,494	23,335,654	22,617,421	-1,667,476	-1,128,223	1,868,476	92.9	85.0	
445	1,304	2.93	14,680,405	13,194,790	14,663,260	14,076,945	-81,177	17,145	1,128,216	99.4	93.7	
464	1,380	2.97	17,897,638	16,727,533	18,938,992	17,658,969	-554,559	-1,041,354	1,368,982	97.0	94.7	
175	258	1.47	3,682,379	3,066,238	3,642,484	3,503,104	-45,491	39,895	308,549	98.8	87.5	

図表 16 いきサポ掲載施設の経営状況

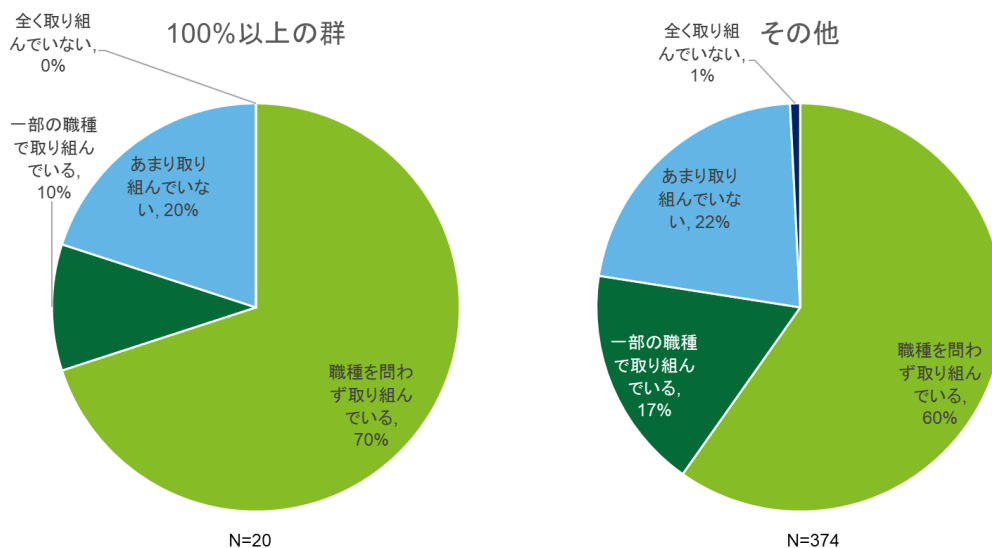
### 2 経営状況の良い施設における勤務環境改善の取り組み実施状況

次に、経営状況が良い（医業収支比率が100%以上である）施設とその他の施設における、勤務環境改善の取り組み実施状況の差異を確認した。（図表 16）

平成28年度の地方公営企業年鑑において、医業収支比率が100%以上である20施設と、その他の施設の勤務環境改善に関する取り組み状況を比較した。

経営状況が良い施設の方が、職種問わず勤務環境改善を実施している割合が高い様に見受けられる<sup>15</sup>。

<sup>15</sup> ただし、図表 11 にある 2 群の比率の差を確認するため、検定を行ったところ、P 値は 0.356 となり統計分析上の有意差は示されなかった。

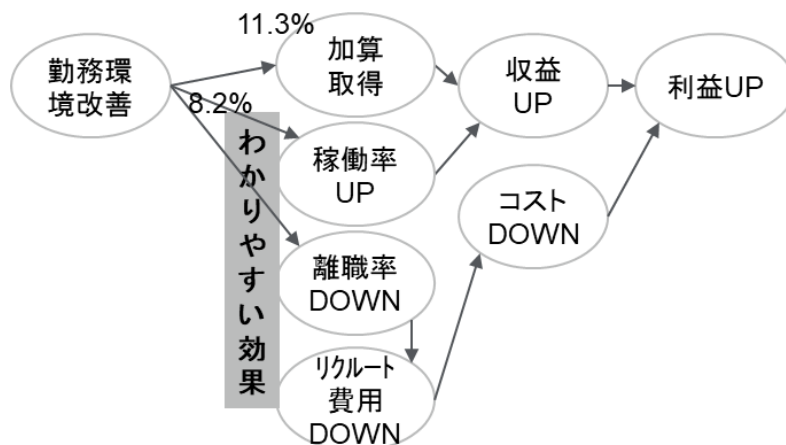


図表 17 勤務環境改善に関する取り組み状況の比較

### 3 統計調査のまとめ

勤務環境改善の実施是非で、経営状況に差があるか否かを統計的に確認することは出来なかった。医療機関は事業構造が複雑で、合理的な経済活動ができる企業とは異なり、特有の規制や診療報酬改定の影響を受けるため、単純な2群比較では差異を確認することが難しいためと考えられる。

アンケートでも、勤務環境の改善に掛かる取り組みの効果が高いと回答した施設のうち、「勤務環境の改善により経営指標が改善した」と回答した施設は2.8%と少ないことから、直接的な影響は高くないことが推測されており、本統計調査の結果とも一致する。



図表 18 勤務環境改善と経営改善効果の関係性

## V ヒアリング調査

統計調査では、勤務環境改善に掛かる取り組みと病院の収支との関係性を明確に証明することは出来なかった。そのためヒアリング調査では、各施設における取り組み内容と、個別の経営指標への影響に注目して詳細な調査を行った。また経営にプラスの効果をもたらす勤務環境改善の実施手法の特徴の把握にも心掛け探索的な調査を行った。

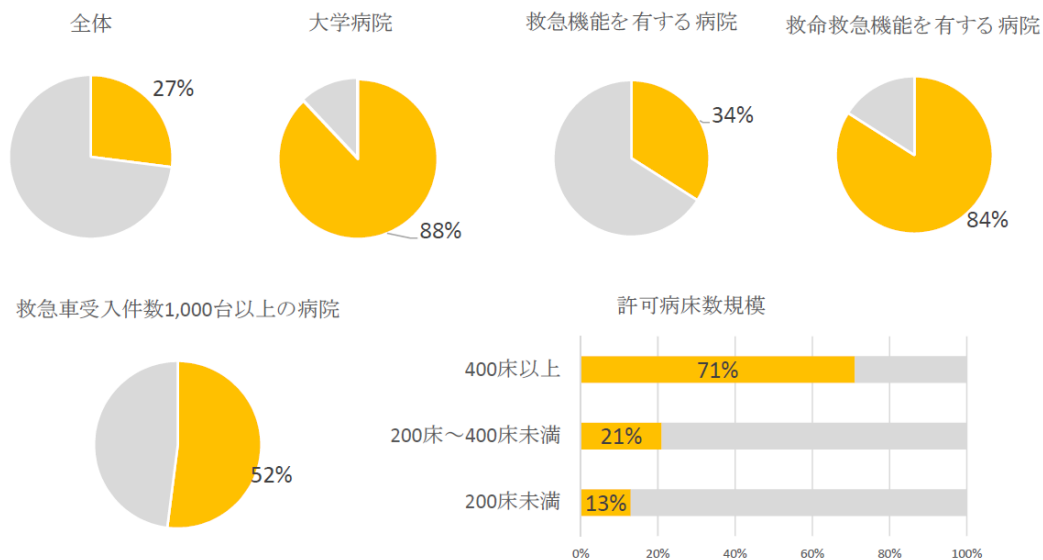
### 1 調査対象施設の選定に係る方針

ヒアリング調査を行うにあたっては、病院の立地（都市部／地方）、病床数、医療機能について、満遍なく候補病院を抽出し、加えて二次・三次の救急体制を持つ急性期病院について重点的に調査した。

これは、病院の医療機能と、当該病院に所属する医師の時間外勤務時間の関係を調査した結果<sup>16</sup>において、医療機能が高く規模の大きい病院ほど、年間の時間外勤務時間が多い医師が所属する割合が高いことが示されており、勤務環境の改善に掛かるニーズが高いと推測されるためである。実に、大学病院の88%、救命救急機能を有する病院の84%、400床以上の病院71%、救急車受け入れ台数が年間1000台以上受け入れている病院の52%に、年間の時間外勤務時間が1860時間（月当たり155時間）を超える医師がいることが推測されている。

また、救急医療を受け持つ急性期病院では、状態の安定しない患者が多く、夜間・休日の緊急入院・緊急手術が突発的に発生する性質から、医療職の体力的・精神的負担が高く、勤務環境の改善のニーズも高いと推定される。

年間の時間外勤務時間が1860時間を超えると推定される医師がいる病院の割合



※1 平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」研究班の集計結果から、「診療外時間」（教育、研究、学習、研修等）における上司等からの指示（黙示的な指示を含む。）がない時間（調査票に「指示無」を記入）が4.4%であることを踏まえ、「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」における個票の診療外時間より「指示のない時間」を削減した。

※2 大学病院、救急機能を有する病院（救急告示、二次救急、救命救急のいずれかに該当する病院）、救命救急機能を有する病院、救急車受け入れ台数については平成29年病床機能報告を用いた。

図表 19 時間外勤務時間が多い医師の所属する医療機関の特徴

<sup>16</sup> 時間外労働規制のあり方について5（議論のための参考資料）（厚生労働省 第19回医師の働き方改革に関する検討会、平成31年2月20日）

## 2 調査対象施設の選定手法

統計調査で示されたように、勤務環境改善の取り組みが直接的に医療機関の経営指標への影響することは考え難く、図表 18 の様に間接的な効果をもたらすことが予想される。したがって、ヒアリング先施設の選定にあたっては、単純な勤務環境改善の取り組みの実施是非ではなく、この間接的な効果に着目して、より経営に影響を及ぼす可能性の高い勤務環境改善の取り組みを実施している施設を選定することが望ましいと考えた。

そのため、図表 3 で示した勤務環境改善の 4 領域における代表的な各種取り組み例から、経営指標への効果を想定できる取り組みを抽出し、影響をもたらす論理を効果仮説として図表 20 にまとめた。あわせてヒアリング先候補病院に対してこれらの取り組みの実施有無にかかる事前調査を行い、取り組み状況を把握した。(図表 21)

なお各効果仮説の背景にある情報の整理を、次項「V4 効果仮説に係る説明」に記載した。下表の対応番号は、それに準ずる。

図表 20 勤務環境改善の取り組みが経営へ影響をもたらす効果仮説

### (ア) 働き方・休み方の改善

	取り組み内容	効果仮説	対応番号
1	スマートフォンの導入	・電話連絡が減ることで作業に集中でき、残業時間が減って給与費が減少する	①
2	その他 ICT の導入	・ICT の導入により業務が効率化する	②
3	総労働時間の管理	・労働時間の正確な把握により、残業の多い職員に退勤奨励等が行えるようになることで、給与費が減少する	③
4	連続勤務時間数の制限やインターバル制度の採用	・疲労が軽減されて生産性が向上し、医療の質があがることや手術等の件数が増加する	③
5	職員の有給休暇・リフレッシュ休暇の取得推進	・職員の組織へのコミットメントが向上し、離職率が低下する	④
6	医師事務作業補助者へのタスクシフティング	・医師の残業時間が減り、給与費が減少する ・医師事務作業補助体制加算の算定ができる ・医療業務に集中できるようになることで、外来患者数、新入院患者数、救急件数、手術件数等が増加する	⑤・⑥
7	特定行為研修を修了した認定看護師へのタスクシフティング	・医師の残業時間が減り、給与費が減少する ・医師がより高度な診療業務に集中できることにより、外来患者数、新入院患者数、救急件数、手術件数等が増加する	⑤
8	看護補助者へのタスクシフティング	・看護師が看護業務に集中できることにより、残業時間が減少する	⑤
9	外来機能を縮小	・病床利用率の向上や平均在院日数の短縮となる	⑦



	取組み内容	効果仮説	対応番号
	し、入院および救急機能への注力	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手術室の稼働率が向上する</li> <li>・休診日分の医療事務の委託料が減少する</li> </ul>	
10	複数主治医制の採用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・容体が安定しない患者のケアをチームで行う事で経験症例数が増えるため、臨床研修終了後の医師の定着率が向上する</li> <li>・医師の残業時間が減り、総額として給与費が減少する</li> </ul>	⑤
11	会議時間の圧縮	<ul style="list-style-type: none"> <li>・残業時間が減り、給与費が減少する</li> </ul>	①

(イ) 職員の健康支援

	取組み内容	効果仮説	対応番号
1	職員のカウンセリングの利用の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>・メンタルヘルスの問題で休職する職員が減る</li> <li>・職場環境が向上し離職率が低下する</li> </ul>	④

(ウ) 働きやすさ確保のための環境整備

	取組み内容	効果仮説	対応番号
1	管理者の定期的な面談を実施し、職員のケアを早期に実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>・子育て・介護による離職が減る</li> <li>・メンタルヘルスの問題で休職する職員が減る</li> <li>・職場環境が良くなり、離職率が低下する</li> </ul>	④
2	夜勤免除制度の実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>・子育て、介護による離職が減少する</li> <li>・医師確保の難度が下がる</li> <li>・看護師確保の難度が下がる</li> </ul>	⑧
3	夜勤明けの業務負担の軽減	<ul style="list-style-type: none"> <li>・子育て、介護による離職が減少する</li> <li>・医師確保の難度が下がる</li> <li>・看護師確保の難度が下がる</li> </ul>	⑧
4	短時間正職員制度の導入	<ul style="list-style-type: none"> <li>・子育て、介護による離職が減少する</li> </ul>	⑧
5	人員配置の見直し	<ul style="list-style-type: none"> <li>・子育てや、介護による離職が減少する</li> <li>・業務量の偏りがなくなり平準化され、離職率が低下する</li> </ul>	⑧
6	人員配置や採用ルールについて柔軟性を高めた	<ul style="list-style-type: none"> <li>・子育てや、介護による離職が減少する</li> <li>・臨機応変な人員配置が可能となり、業務量の偏りが平準化されることで残業が減り給与費が減少する</li> <li>・人員が不足した際に即座に補充が可能となり、業務負荷による離職が減る</li> </ul>	⑧
7	院内保育所や提携保育所の整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・子育てによる離職が減る</li> <li>・医師確保の難度が下がる</li> <li>・看護師確保の難度が下がる</li> </ul>	⑧
8	職場への復帰支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・子育て、介護による離職が減る</li> </ul>	⑧

	取組み内容	効果仮説	対応番号
9	休憩用スペースの新設	・仕事と休憩時間の区別が明確になり、仕事時間の生産性が向上して残業時間が減り、給与費が減少する	④
10	遠隔診断システムの導入	・放射線科医の負担を軽減しつつ、検査機器の稼働率が向上する ・病理医の負担を軽減しつつ、検査件数が向上する	①
11	ハラスメント対策の実施	・職場環境が向上し離職率が低下する	④

(エ) 働きがいの向上

	取組み内容	効果仮説	対応番号
1	表彰制度の実施	・業務改善・効率化に係る職員からの提案が増加する	-
2	キャリアアップ支援	・職員が専門の研修を受け、加算が算定できるようになる	⑨
3	給与体系の見直し	・職員のモチベーションが向上し、収益が増加する	-

### 3 調査対象施設

上記確認を行った結果、以下の施設をヒアリング対象として想定した。ヒアリング先施設の各取り組みへの対応状況については、図表 21 に示す。

	病院名	病床数 (許可病床)	開設主体	病院機能				所在地
				高度急性期	急性期	回復期	慢性期	
1	東邦大学医療センター	934 床 (大森病院) 319 床 (大橋病院) 451 床 (佐倉病院)	大学	●	●			東京都
2	横須賀市立うわまち病院	417 床	自治体立	●	●			神奈川県
3	医療法人社団美心会黒沢病院	130 床	医療法人	●	●			群馬県
4	聖隷福祉事業団	—	社会福祉法人	●	●	●	●	静岡県
5	医療法人栄仁会宇治おうばく病院	555 床	医療法人		精神	●	●	京都府
6	医療法人恵仁会なぎ辻病院	169 床	医療法人				●	京都府
7	山口県立総合医療センター	504 床	地方独立行政法人	●	●			山口県
8	医療法人八女発心会姫野病院	140 床	医療法人		●	●		福岡県
9	阿蘇医療センター	124 床	自治体立		●			熊本県

領域	No.	質問内容	東邦大学	うわまち 病院	黒沢病院	聖隷福祉 事業団	宇治おう ばく病院	なぎ辻病 院	山口県立 総合医療 センター	姫野病院	阿蘇医療 センター
(ア) 働き 方・休み方 の改善	1	スマートフォンの導入		○						○	
	2	その他ICTの導入	○		○			○	○	○	
	3	総労働時間の管理	○	○		○		○	○	○	○
	4	連続勤務時間数の制限やインターバル制度の採用	○								
	5	職員の有給休暇・リフレッシュ休暇の取得推進	○	○	○	○	○			○	
	6	医師事務作業補助者へのタスクシフティング	○	○	○		○			○	○
	7	特定行為研修を修了した特定行為に係る看護師へのタスクシフティング	○	○							
	8	看護補助者へのタスクシフティング	○		○					○	
	9	外来機能を縮小し、入院および救急機能への注力			○			○			
	10	複数主治医制の採用	○	○						○	
	11	会議時間の圧縮	○		○		○			○	
(イ) 職員の健康支援	1	職員のカウンセリング利用の推進した	○	○	○	○	○			○	○
(ウ) 働き やすさ確保 のための環 境整備	1	管理者の定期的な面談を実施し、職員のケアを早期に実施	○							○	
	2	夜勤免除制度の実施	○		○		○			○	
	3	夜勤明けの業務負担の軽減	○	○	○					○	
	4	短時間正職員制度の導入		○	○		○				
	5	人員配置の見直し	○		○				○	○	
	6	人員配置や採用ルールについて柔軟性を高めた	○							○	
	7	院内保育所や提携保育所の整備	○	○	○					○	
	8	職場への復帰支援	○	○	○	○				○	
	9	休憩用スペースの新設								○	
	10	遠隔診断システムの導入									○
	11	ハラスメント対策の実施	○	○	○	○	○			○	
(エ) 働き がいの向上	1	表彰制度の実施	○		○	○				○	
	2	キャリアアップ支援	○		○	○	○			○	○
	3	給与体系の見直し			○	○				○	
その他独自の取組みを行った				○	○	○		○	○		

図表 21 ヒアリング先施設の勤務環境改善にかかる取り組み状況

#### 4 効果仮説に係る説明

勤務環境改善の取り組みに関する補足及び、効果仮説立案にあたっての背景情報を以下に整理する。

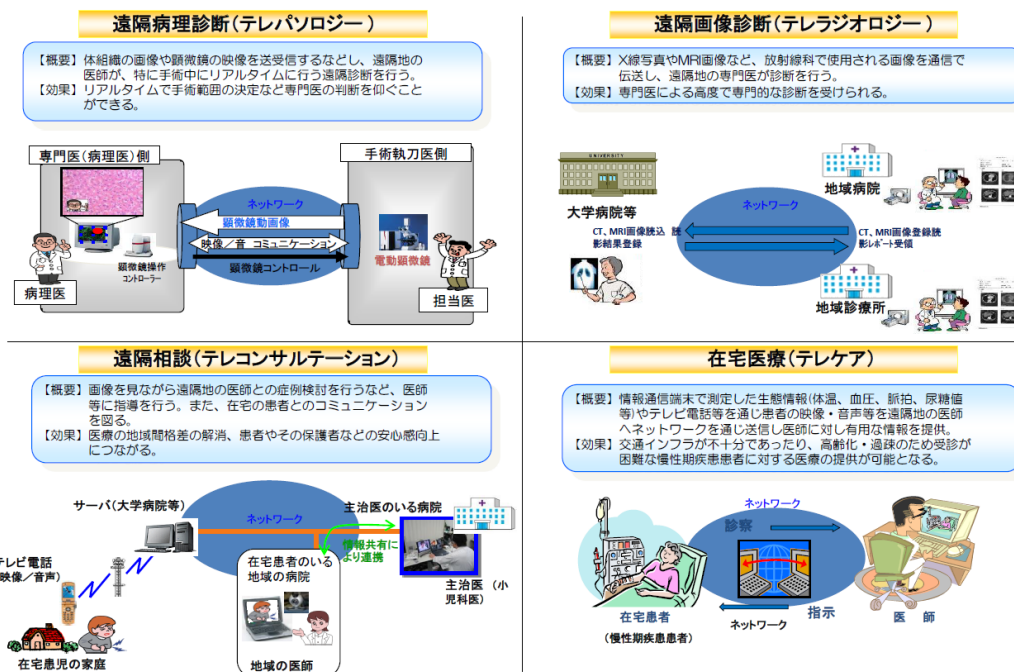
##### ① ICT の積極的活用

ICT の活用は、働き方改革の業務効率化において重要な要素であり、自院の医療機能や課題に応じた選択をしていくことが求められる。

ICT の活用において、急速に普及しているものはスマートフォンである。これまで院内の連絡手段は PHS による通話が主であったが、近年スマートフォンを導入する病院も多い。PHS はメール機能が充実していないため、急な要件でなくとも通話による連絡が多く、通話のたびに業務を中断することも多々あった。スマートフォンでは、チャット等通話以外の連絡手段が使えることにより、業務を中断して対応をする頻度を減らすことができ、業務の効率化が期待できる。複数職員間でのチャット等の活用は、会議時間の短縮に貢献する可能性もある。

また、院外にいる医師との連絡手段として、電子カルテのデータや放射線検査画像の参照が可能なスマートフォンを活用している医療機関も増えている。院内にいる職員にとっては専門医の不在時にも的確な指示が貰え、院外にいる医師にとってもその場で指示を出せるため呼び出しの回数が減るなどの効果があるという。また、脳卒中などの急性期の患者は、発症から治療開始までの時間が治療の効果に影響する場合もあるため、入院期間短縮などの効果も期待できる可能性がある。

図表 22 に様々な ICT を活用した遠隔医療の形を示した。<sup>17</sup>放射線科医や病理医の不足を背景に、院内で撮影した検査画像を外部機関や提携病院の専門医に読影してもらうことができる、遠隔画像診断システムや遠隔病理診断システムの普及も進んでいる。ICT の活用は、医療の質を向上させるほか、業務効率化や職員の負担軽減などに貢献し、医療機関にて大きな変化をもたらす可能性がある。



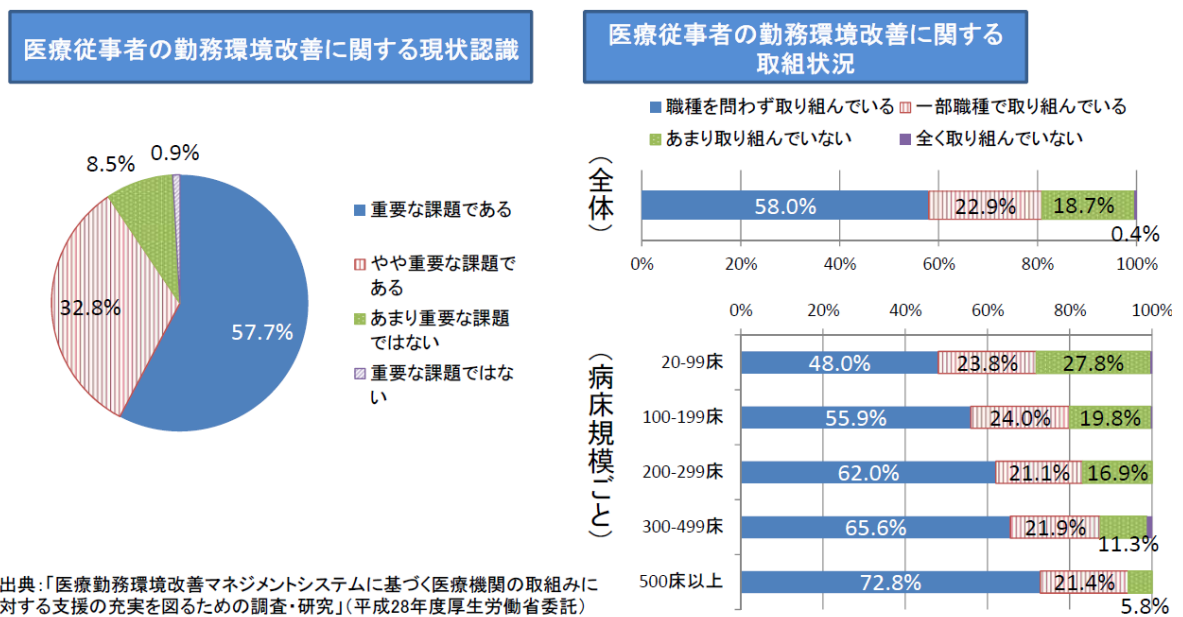
図表 22 様々な ICT を活用した遠隔医療

<sup>17</sup> 資料 3 医師の労働時間を取り巻く状況について (厚生労働省 第 5 回医師の働き方改革に関する検討会、平成 29 年 12 月 22 日)

## ② 労働時間の管理

労働基準法では、使用者は原則、1日に8時間を超える労働及び1週間に40時間を超える労働をさせてはならないと定められているが、労使協定（36協定）により1か月で45時間、1年で360時間の限度基準が定められ、さらに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ることとされている。

医療現場において、特に医師は、業務の特殊性や医師法第19条の応召義務等により時間外業務の発生は当たり前となっている実情がある。医師の医療機関における取組状況の調査<sup>18</sup>によると、医師の労働時間の管理方法について、労働時間を管理していないという回答が16.2%を占めていることが分かっている。また、時間外労働時間についても時間外労働時間数の認知をしていないという回答者が20.2%、時間外労働時間数を申告していないという回答者が43.9%を占めており、労働時間の管理が徹底されていない現状が見て取れる。（図表23）



図表 23 医療機関における労働時間の管理方法

労働時間の管理の方法は、出勤簿や管理簿といった紙媒体で行われてきたが、近年はタイムレコーダーやICカードを活用したデータ管理も増加している。効率的に実績を分析できるようになったことで、より状況を把握しやすくなっている。

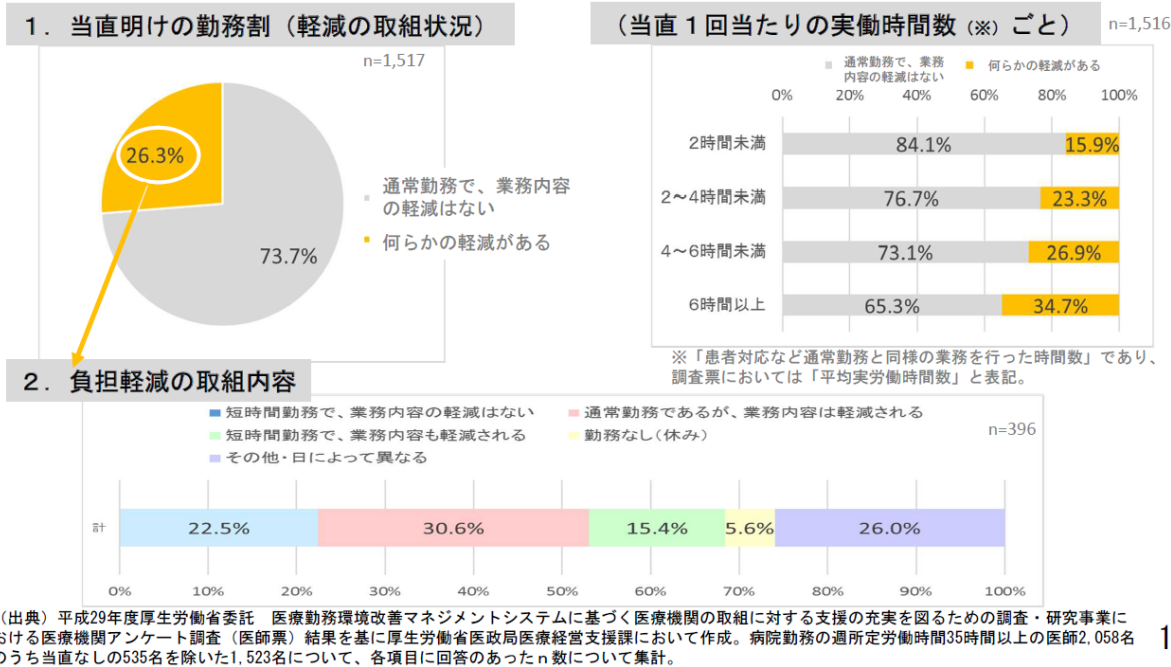
## ③ 当直や夜勤・夜勤明けの業務負担の削減

医師には応召義務があるため、他職種と比較して決められた時間に業務を終えることや決められた日時に休暇を取得することが難しい場合が多い。医療法第16条に医業を行う病院の管理者は、病院に医師を宿直させなければならない、と規定されているため、病院には必ず24時間医師が在席している。当直や夜勤といった体制を取り、院内に24時間医師がいる状態をつくらせている病院がほとんどだが、当直明けや夜勤明けの医師が継続して勤務し、外来診療や手術の執刀を行うことも多いという。

<sup>18</sup> 医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組みに対する支援の充実を図るための調査・研究事業報告書（医療分野の勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する充実を図るための調査・研究委員会、平成29年3月）

実際に、勤務間インターバル<sup>19</sup>の導入状況を調査した資料<sup>20</sup>をみると、当直明けの勤務について、「通常業務で、業務内容の軽減はない」との回答が73.7%を占めている。(図表 24)

勤務間インターバルを取らずに当直明けに業務を行うことは、医師本人の健康問題はもちろん、疲労が蓄積した中での診療は、医療の質低下にもつながる恐れがある。



図表 24 当直明け負担軽減策の取組み状況

④ 医師のメンタルヘルス対策

医師は常に医療ミスや医療訴訟と隣り合わせで、心身ともに緊張状態にある。従事する業務全般において、責任が問われ、ミスが許されないことから強いストレスがかかっているといえる。また、病院内では多職種のリーダー的存在であり、メンタルヘルス<sup>21</sup>に不調が生じても自ら相談することが難しい立場にもある。

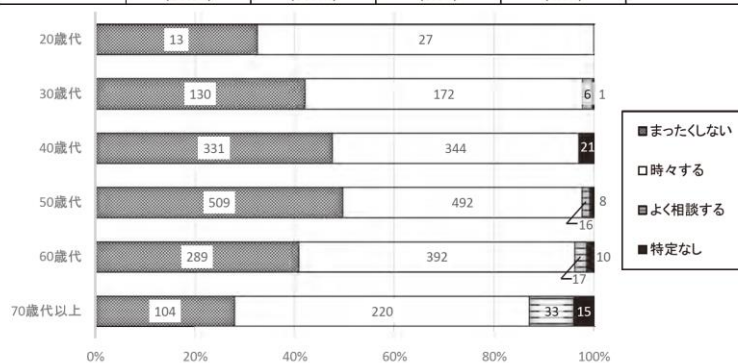
日本医師会が行ったアンケート調査<sup>22</sup>では、「うつ症状の分布は休日回数と明確な関連があり、休日が多いほど低い」「当直回数が多い者ほど「生きている価値への疑問」を感じる割合が高い」「当直日以外の日の平均睡眠時間が短い群ほど、早期退職希望者が多い」など、勤務環境と医師のメンタルヘルスの関係性に関する様々な示唆が得られている。

また、「自分自身の体調不良について他の医師に相談することはあるか」という質問に対しては、40%以上が「まったくしない」という回答となっている。(図表 25) さらに、その理由(図表 26)は、「自分で対応できる自信があるから」や「同僚に知られたくないから」といった理由が多く、医師が他の医師に相談することがあまりないことが見受けられる。

<sup>19</sup> 勤務間インターバルとは、勤務終了後一定時間以上の「休息时间」を設けることで、働く人の生活時間や睡眠時間を確保するもの  
<sup>20</sup> 資料3 勤務環境改善策について(厚生労働省 第11回医師の働き方改革に関する検討会、平成30年11月9日)  
<sup>21</sup> 心の健康のこと  
<sup>22</sup> 勤務医の健康の現状と支援のあり方に関する アンケート調査報告書(日本医師会 勤務医の健康支援に関する検討委員会、平成28年6月)

14. 自分自身の体調不良について他の医師に相談することはあるか？【年代別】

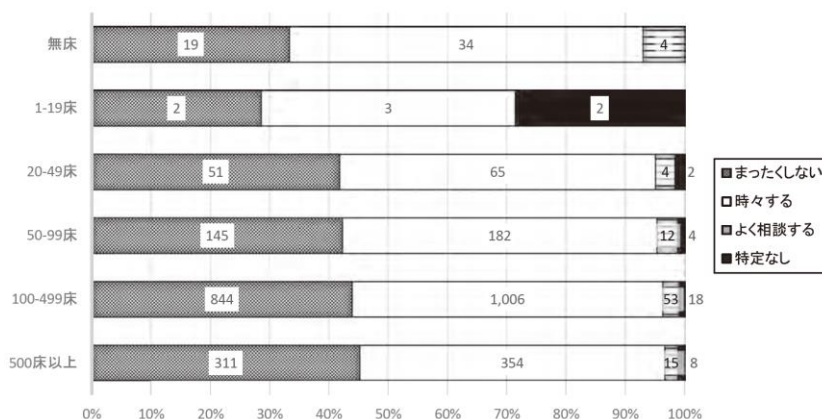
	まったくしない	時々する	よく相談する	特定なし	合計
20 歳代	13 (32.5%)	27 (67.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	40
30 歳代	130 (42.1%)	172 (55.7%)	6 (1.9%)	1 (0.3%)	309
40 歳代	331 (47.6%)	344 (49.4%)	0 (0.0%)	21 (3.0%)	696
50 歳代	509 (49.7%)	492 (48.0%)	16 (1.6%)	8 (0.8%)	1,025
60 歳代	289 (40.8%)	392 (55.4%)	17 (2.4%)	10 (1.4%)	708
70 歳代以上	104 (28.0%)	220 (59.1%)	33 (8.9%)	15 (4.0%)	372



図表 25 自分自身の体調不良について他の医師に相談することがあるか

14. 自分自身の体調不良について他の医師に相談することはあるか？【病床数別】

	まったくしない	時々する	よく相談する	特定なし	合計
無床	19 (33.3%)	34 (59.6%)	4 (7.0%)	0 (0.0%)	57
1-19 床	2 (28.6%)	3 (42.9%)	0 (0.0%)	2 (28.6%)	7
20-49 床	51 (41.8%)	65 (53.3%)	4 (3.3%)	2 (1.6%)	122
50-99 床	145 (42.3%)	182 (53.1%)	12 (3.5%)	4 (1.2%)	343
100-499 床	844 (43.9%)	1,006 (52.4%)	53 (2.8%)	18 (0.9%)	1,921
500 床以上	311 (45.2%)	354 (51.5%)	15 (2.2%)	8 (1.2%)	688



図表 26 体調不良の相談をしない理由

医師が自ら相談しにくいことへの対策としては、定期的な管理者による面談やカウンセリングの利用を組織的に促進することが挙げられる。院内のルールや、病院全体で相談しやすい環境をつくることで、普段言えない悩みや抱えている問題（ハラスメント等）の相談先となり、医師のメンタルヘルスに寄与するのではないだろうか。

日本医師会では、勤務医の健康を守る病院7カ条を掲げている。（図表 27）

「医師の休息が医師のためにも患者のためにも大事と考える病院」といったように、病院としての考え方を整備するものもあれば、「子育て・介護をしながらの仕事を応援してくれる病院」のように制度や柔軟な雇用形態等を推進すること、「より快適な職場になるような工夫をしてくれる病院」では、院内にいても心身ともに休まるよう快適な休憩室の整備をうたっている。このように、多様な側面から医師を支援することで医師のメンタルヘルスケアに寄与することが出来る。

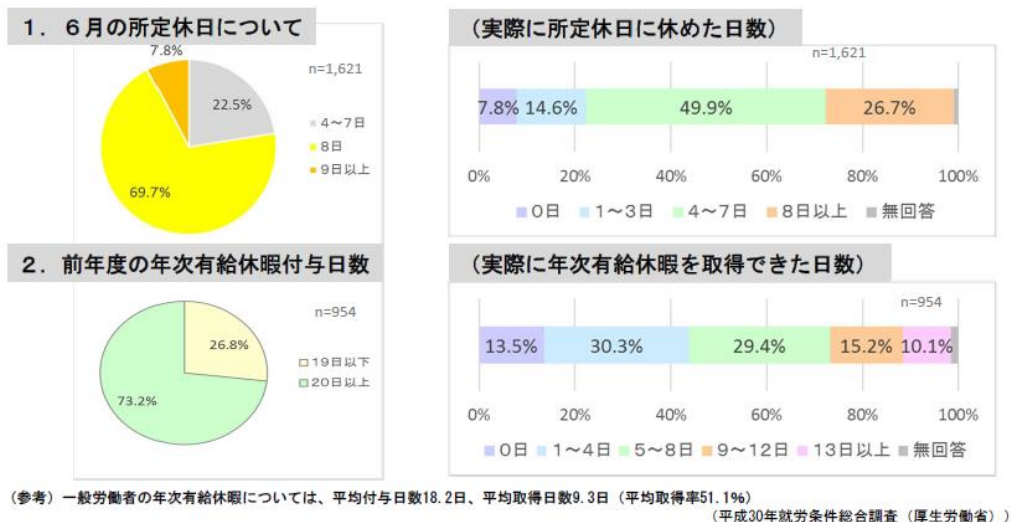
**勤務医の健康を守る病院7カ条**

<p><b>1 医師の休息が、医師のためにも患者のためにも大事と考える病院</b>  <small>必要な睡眠時間や少なくとも週1回の休日がとれる体制が必要です。</small></p> <p><b>2 挨拶や「ありがとう」などと笑顔で声をかけあえる病院</b>  <small>挨拶から始まる良好な人間関係こそが職場の財産です。</small></p> <p><b>3 暴力や不当なクレームを予防したり、組織として対応する病院</b>  <small>事例の多くは組織的対策により予防や早期解決が可能です。</small></p> <p><b>4 医療過誤に組織として対応する病院</b>  <small>医師個人の責任ではなく、組織としての対応が医師・患者に必要です。</small></p>	<p><b>5 診療に専念できるように配慮してくれる病院</b>  <small>業務の効率化・補助者の導入などで負担が減ると、診療の効率もあがります。</small></p> <p><b>6 子育て・介護をしながらの仕事を応援してくれる病院</b>  <small>柔軟な勤務時間、妊娠・育児中の勤務軽減、代替医師の確保が望まれています。</small></p> <p><b>7 より快適な職場になるような工夫をしてくれる病院</b>  <small>清潔な仮眠室や休憩室、軽食がすぐに食べられると元気がわきます。</small></p>
--	--

図表 27 勤務医の健康を守る病院7カ条（日本医師会）

医師のメンタルヘルス阻害の要因として、休暇が取得できない状況も挙げられる。図表 28 をみると、所定休日のうち、実際に休めた日数が 4~7 日/月が最も多いが、1 日も休めなかったが 7.8%存在している<sup>20</sup>。また、年次有給休暇については、取得できた日数 0 日が 13.5%であり、4 日以下が 44%程度を占める結果となっている。所定休日はもちろんだが、有給休暇を取得できる環境や公休と有給休暇を合わせて長期休暇を取得できる制度を構築し、医師のメンタルヘルスを守ることも重要ではないだろうか。





図表 28 休日・休暇の取得状況

⑤ タスクシフティング・タスクシェアリング

医師が実施する業務の中には、他職種へのタスクシフティングが可能な業務も存在する。医師の長時間労働の是正には、長時間労働の原因となる業務を洗い出し、医師以外の他職種へのタスクシフティングやタスクシェアリングを推進する必要がある。

タスクシフティングを行うには、まず、医師が直接実施すべき業務とそうでない業務の明確化が必要である。医師以外の他職種が実施可能な業務としては、患者への説明や医療記録業務、基本的なバイタル測定、検査室等への患者の移送等多岐に渡る。

タスクシフティングの先としては、看護師やメディカルスタッフはもちろん、医師事務作業補助者や外来クラーク、病棟クラークといった事務業務を行う職員が挙げられるが、ここでいう外来クラークとは、外来診療に伴う事務業務を担い、病棟クラークは入院患者に関する事務業務を専門的に行う。一方、医師事務作業補助者は、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制を確保することを目的として、医師、医療関係職員、事務職員等との間での業務の役割分担を推進し、医師の事務作業を補助する専従者をいう。

病院勤務医の勤務実態調査<sup>23</sup>(タイムスタディ調査)によると、医師が事務作業に費やす時間は、当直ありの場合は4時間程度、当直なしの場合は2時間程度となっており、いずれも診療時間の20%程度を占めている。(図表 29)

図表 30 では他職種にタスクシフティング可能な業務とその中でも分担できる業務<sup>24</sup>に費やした時間が示されているが、医療記録に最も多くの時間を費やしており、なおかつ最も多くの時間が分担できることが分かる。実際に、医療機関の多くは医師事務作業補助者を導入し、診断書の作成補助や電子カルテの代行入力という記録業務を医師の代わりに行わせ、医師の業務負担を減らしている。

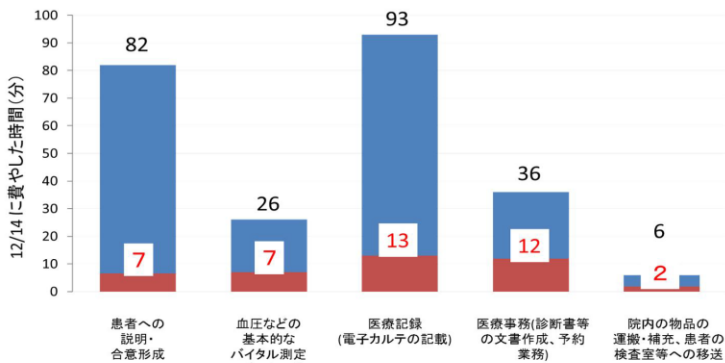
<sup>23</sup> 第8回医師の働き方改革に関する検討会より

<sup>24</sup> 資料2 時間外労働規制のあり方について③(厚生労働省 第17回医師の働き方改革に関する検討会、平成31年1月21日)

タスク・シフティング 事務作業の時間(当直あり・他計式)							タスク・シフティング 事務作業の時間(当直なし・他計式)						
○ 診療に係る事務作業の時間は、4時間程度であり、診療時間の21%程度をしめる。							○ 当直なしの場合も、当直ありの場合と同様に、事務作業の時間は2時間弱程度であり、診療時間の21%程度をしめる。						
	平均時間(時:分)			構成割合				平均時間(時:分)			構成割合		
	全体	大学病院	その他	全体	大学病院	その他		全体	大学病院	その他	全体	大学病院	その他
診療	18:57	18:32	19:17	59.2%	56.7%	61.1%	診療	8:29	9:03	8:18	75.3%	68.3%	78.1%
うち診療記録・各種書類の作成(①)	3:04	3:08	3:00	9.6%	9.6%	9.6%	うち診療記録・各種書類の作成(①)	1:26	1:04	1:33	12.8%	8.1%	14.7%
うち指示書記入・オーダー入力(②)	0:56	1:01	0:53	3.0%	3.1%	2.9%	うち指示書記入・オーダー入力(②)	0:19	0:24	0:17	2.9%	3.1%	2.7%
診療外	3:33	4:38	2:45	11.1%	14.2%	8.7%	診療外	1:37	3:00	1:11	14.5%	22.7%	11.2%
休憩	8:16	8:14	8:17	25.8%	25.2%	26.3%	休憩	0:45	0:48	0:44	6.8%	6.1%	7.0%
その他	1:14	1:15	1:12	3.9%	3.9%	3.8%	その他	0:23	0:22	0:23	3.4%	2.9%	3.6%
合計	32:01	32:41	31:32	100.0%	100.0%	100.0%	合計	11:16	13:16	10:37	100.0%	100.0%	100.0%
医師数	89人	38人	51人				医師数	66人	16人	50人			
	平均時間(時:分)			診療時間に占める構成割合				平均時間(時:分)			診療時間に占める構成割合		
	全体	大学病院	その他	全体	大学病院	その他		全体	大学病院	その他	全体	大学病院	その他
①+②	4:01	4:09	3:54	21.2%	22.5%	20.3%	①+②	1:46	1:29	1:51	20.8%	16.5%	22.4%
診療記録・各種書類の作成 最大値	9:32	9:32	6:06				診療記録・各種書類の作成 最大値	3:42	2:32	3:42			
診療記録・各種書類の作成 最小値	0:12	0:23	0:12				診療記録・各種書類の作成 最小値	0:00	0:00	0:00			
指示書記入・オーダー入力 最大値	3:47	3:47	2:35				指示書記入・オーダー入力 最大値	1:35	1:35	0:48			
指示書記入・オーダー入力 最小値	0:00	0:05	0:00				指示書記入・オーダー入力 最小値	0:00	0:00	0:00			

図表 29 病院勤務医の勤務実態調査における診療時間の事務作業時間の時間数

1. 他職種(看護師や事務職員等のコメディカル職種)との分担(他職種に分担できる時間(分)/12月14日の1日に費やした時間(分))



出典: 医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)

2. 「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」における「4 タスク・シフティング(業務の移管)の推進」(抜粋)

各医療機関においては、医師の業務負担軽減のため、他職種へのタスク・シフティング(業務の移管)を推進する。

- 初療時の予診
- 検査手順の説明や入院の説明
- 薬の説明や服薬の指導
- 静脈採血
- 静脈注射
- 静脈ラインの確保
- 尿道カテーテルの留置(患者の性別を問わない)
- 診断書等の代行人力
- 患者の移動

等については、平成19年通知(※)等の趣旨を踏まえ、医療安全に留意しつつ、原則医師以外の職種により分担して実施することで、医師の負担を軽減する。(後略)

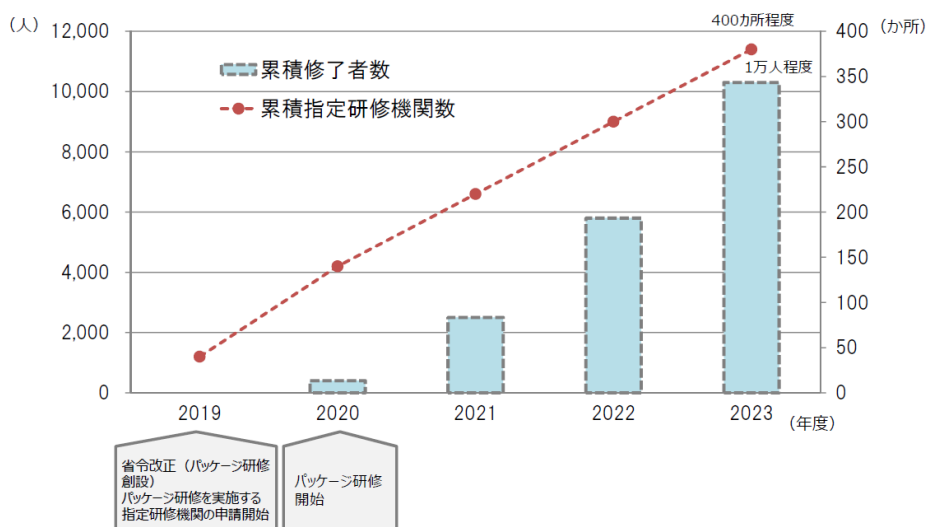
(※)「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」(平成19年12月28日医政発第1228001号厚生労働省医政局長通知)

図表 30 多職種にタスクシフティング可能な業務と時間

血圧等基本的なバイタルの測定については、看護師へのタスクシフトが期待される。また看護師においてはさらに特定行為の実施によるタスクシフトも期待されている。特定行為とは、診療の補助であり、近年は特定行為研修を受講することにより、一定の診療の補助を行う看護師を養成し確保する動きが活発化している。特定行為研修をパッケージ化し、2023年度までに1万人程度の研修修了者の確保を目指している。(図表 31) その他、特定行為に係る看護師以外にも認定看護師やNP(Nurse Practitioner)、PA(Physician Assistant)といった診療の一部を、タスクシフトが可能な看護師が増えている。(図表 32)

また、看護師に医師の業務をシフトするには、看護師もやるべき業務に集中できなければならない。ベッドシーツの交換や清掃といった患者の身の回りの世話をはじめとする看護師以外が実施できる業務については、医師同様に看護助手にタスクシフティングを行うことで、看護業務に集中することが出来る。

■ パッケージ研修に係る指定研修機関数及び研修修了者数見込み



図表 31 特定行為研修制度におけるパッケージ研修を修了した看護師の養成

種類	認定機関	内容
特定行為に係る看護師	国	特定行為研修を受講し、医師又は歯科医師があらかじめ作成した手順書に沿って特定行為を行うことが出来る看護師
認定看護師	公益社団法人 日本看護協会	高度化及び専門分化する保健、医療及び福祉の現場において、熟練した看護技術及び知識を必要とする看護分野として日本看護協会の認定看護師制度委員会が認めた分野に精通した看護師として、認定看護師認定審査に合格し、ある特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を有することが認められた者
NP (Nurse Practitioner)	一般社団法人 日本 NP 教育大学院協議会	一般社団法人日本 NP 教育大学院協議会が認める NP 教育課程を修了し、本協議会が実施する NP 資格認定試験に合格した者で、保健師助産師看護師法が定める特定行為を実施することができる看護師
PA (Physicians Assistant)	—	医師の監督のもとに診察、薬の処方、手術の補助など、医師が行う医療行為の 8 割方をカバーする医療従事者のこと。現在日本にはこのような制度はない。

図表 32 タスクシフト可能な看護師の種類

医師同士で業務を共有するタスクシェアリングの代表的な手法としては、複数主治医制が挙げられる。日本の多くの病院では、患者一人に対し一人の医師が対応する主治医制が採用されているが、患者一人に対し複数の医師で構成するチームで担当するのが複数主治医制である。複数の医師が患者の情報を共有しているため、休日に呼び出される頻度が減少する等プライベート時間を確保することができ、医師の疲弊を防ぐことが可能となる。

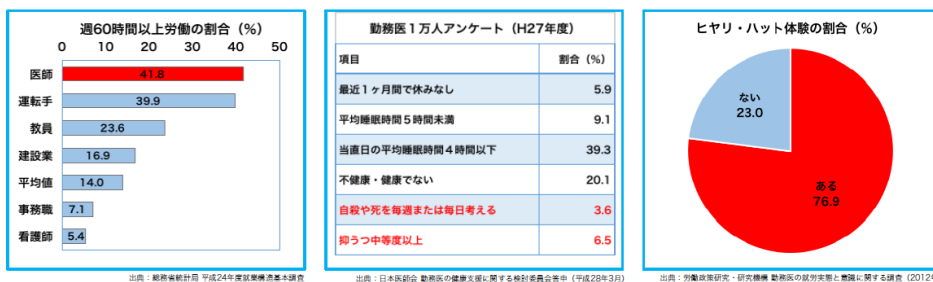
人員不足でタスクをシェアできる医師がいないケースもあり、また主治医以外の医師が対応することについて患者および患者家族の理解を得る必要がある等課題も多い。しかし、「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」によって提案された「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言！<sup>25</sup>を活用して、医師の疲弊を防ぐことは生産性を向上させ、医療の質向上に繋がることを周知し、理解してもらうことが重要である。(図表 33)

まず、日本において「**医師は、全職種中、最も労働時間が長い**」  
という現実を知ってください。

また、日本の医師の「**3.6%が自殺や死を毎週または毎日考える**」(※1)こと、  
「**6.5%が抑うつ中等度以上**」であること、  
「**半数近くが睡眠時間が足りていない**」こと。

そして、「**76.9%がヒヤリ・ハットを体験している**」ことなども知ってください。

### こういう現実を放っておくと、 確実に医療の現場は崩壊します。



※1 米国の研究では、男性医師の自殺率は一般男性の1.4倍、女性医師では一般女性の2.7倍であることが示されている (Schemhammer ES, Colditz GA. Am J Psychiatry 2004;161: 2295-2302)。

#### 市民のアクションの例

- 患者の様子が普段と違う場合は「信頼できる医療情報サイト」(※1)を活用し、まずは状態を把握する
- 夜間・休日に受診を迷ったら#8000や#7119の電話相談を利用する
- 夜間・休日よりも、できるだけ日中に受診する
- ・ 日中であれば院内の患者・家族支援窓口(相談窓口)も活用できる
- ・ 夜間・休日診療は、自己負担額が高い、診療時間が短い、処方期間など、受ける側にもデメリットがある
- 抗生物質をもらうための受診は控える
- ・ 抗生物質はかぜには効かない
- 上手に「チーム医療」(※2)のサポートを受ける
- ・ 日頃の体調管理は看護師に、薬のことは薬剤師に聞くなど、医師ばかりを頼らない

#### 医師/医療提供者のアクションの例

- あらゆる機会に医療のかかり方を啓発する  
(待合室、母子健診、小児健診、成人健診、高齢者健診、学校健診、職域健診、公開講座)
- 電話相談や「医療情報サイト」などの最新情報をチェックして質を保つ
- タスクシフト・タスクシェア(業務の移管・共同化)を推進する
- ・ 医療の質を上げ、患者の満足度を上げることにつなげる
- どの医療従事者に相談したらよいかをサポートする患者・家族支援体制(※3)を整える
- 管理者は働き方改革に真摯に取り組み、地域医療の継続にも貢献する
- 医療従事者も患者の安全のため、健康管理に努め、きちんと休暇をとる

※1 現在、様々な情報が多くのサイトに掲載されており、どこに正しい情報があるのかを市民は判断できない。国の認証や支援を受けた「信頼できる医療情報サイト」を早急に作成する必要がある(→5つの方策)。  
 ※2 医療機関では、医師、薬剤師、看護師、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)など、様々な専門職の人が働いている。それぞれの高い専門性を活かし、業務分担しつつも連携・補完し合い、患者の状況に応じた的確な医療やケアを提供することを「チーム医療」と呼ぶ。  
 ※3 患者・家族の相談や苦情に対して適切に対応するために支援窓口を設け、適切な職員が対応できる体制を整えることを言う。

図表 33 「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言！より

25 資料2「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言！(厚生労働省 第5回上手な医療のかかり方を広めるための懇談会、平成30年12月17日)

他職種と連携するタスクシフトや医師同士で共同するタスクシェアは、どちらもチームとして医療を提供している。今後はチーム医療の取組みが、医師の疲弊を防ぎ医療の質向上に寄与していくかもしれない。

#### ⑥ 医師事務作業補助体制加算の算定

多くの病院が、医師事務作業補助者（以下「補助者」とする。）の導入を進めている。補助者を配置することにより得られる収益的効果として、医師事務作業補助体制加算の算定が挙げられる。医師事務作業補助体制加算の算定は、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を図るための医師事務作業の補助の体制その他の事項につき、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出れば算定が可能となるが、加算には所定の施設基準がある。特に、当該加算には加算1及び加算2と2種類あり、大きな違いとして、加算1は、補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われていることとしており、注意が必要である。

また、補助者の人員体制によって加算点数が区分されており、病床数別に年間の診療報酬額を図表34及び図表35にシミュレーション<sup>26</sup>としてまとめた。前提条件として、今回は一般病床を対象としており、平均在院日数、病床利用率は病床数別に設定<sup>27</sup>している。

補助体制	加算点数	病床数別の補助体制ごとの診療報酬額（円/年）				
		700床	500床	300床	200床	100床
15:1	920	156,897,770	110,677,676	55,295,345	31,076,798	12,664,709
20:1	708	120,743,067	85,173,690	42,553,375	23,915,623	9,746,319
25:1	580	98,913,812	69,775,056	34,860,109	19,591,894	7,984,273
30:1	495	84,417,822	59,549,402	29,751,300	16,720,668	6,814,164
40:1	405	69,069,127	48,722,238	24,341,973	13,680,547	5,575,225
50:1	325	55,425,843	39,098,092	19,533,682	10,978,217	4,473,946
75:1	245	41,782,558	29,473,946	14,725,391	8,275,886	3,372,667
100:1	198	33,767,129	23,819,761	11,900,520	6,688,267	2,725,666

図表 34 病床数別年間診療報酬額（加算1を算定した場合）

<sup>26</sup> 年間診療報酬額 = 病床数 × 加算点数 × 病床回転数（30日/平均在院日数） × 病床利用率 × 10 × 12ヶ月で算出

<sup>27</sup> 一般社団法人全国公私病院連盟 平成29年病院経営分析調査報告を参照

	700床	500床	300床	200床	100床
平均在院日数	11.57日	11.53日	13.20日	15.14日	18.17日
病床利用率	78.3%	77.06%	73.46%	71.03%	69.48%

補助体制	加算点数	病床数別の補助体制ごとの診療報酬額（円/年）				
		700床	500床	300床	200床	100床
15:1	860	146,665,307	103,459,566	51,689,127	29,050,050	11,838,750
20:1	660	112,557,096	79,399,202	39,668,400	22,294,225	9,085,552
25:1	540	92,092,169	64,962,984	32,455,964	18,240,729	7,433,633
30:1	460	78,448,885	55,338,838	27,647,673	15,538,399	6,332,354
40:1	380	64,805,601	45,714,692	22,839,382	12,836,069	5,231,075
50:1	305	52,015,022	36,692,056	18,331,609	10,302,634	4,198,626
75:1	230	39,224,443	27,669,419	13,823,836	7,769,199	3,166,177
100:1	188	32,061,718	22,616,742	11,299,484	6,350,476	2,588,006

図表 35 病床数別年間診療報酬額（加算 2 を算定した場合）

近年の診療報酬改定でも、当該加算の診療報酬点数は増加しており、補助者の配置を促進している。ただし、補助者を配置するにあたっては、導入費用や配置人員数を考える必要がある。

また、当該責任者は、補助者を配置してから 6 ヶ月は研修期間として業務内容に必要な研修を行い、その 6 ヶ月の間に 32 時間以上の研修を実施するものとされている。院内でカリキュラムを作成し研修を実施することも可能だが、院内での講師確保やカリキュラムを作成する余裕がない場合は、院外から講師を招いて研修を行うことも多いため、研修に費用がかかる。

図表 36、図表 37<sup>28</sup>には、加算 1 及び加算 2 を算定した場合の最低必要人員数と加算の診療報酬に対する一人当たりの費用対効果をまとめた。平均在院日数や病床利用率にもよるが、病床数が多い病院ほど効果が大きいことが分かる。自院の在院日数や病床利用率を考慮して適正配置することで、より効果的な補助者の配置が可能となる。

補助体制	左：必要人員数(人) 右：一人当たりの費用対効果（円/月）									
	700床		500床		300床		200床		100床	
15:1	47	280,175	33	276,694	20	230,397	13	194,230	7	158,309
20:1	35	287,483	25	283,912	15	236,408	10	199,297	5	162,439
25:1	28	294,386	20	290,729	12	242,084	8	204,082	4	166,339
30:1	23	301,492	17	297,747	10	247,928	7	209,008	3	170,354
40:1	18	328,901	13	324,815	8	270,466	5	228,009	3	185,841
50:1	14	329,916	10	325,817	6	271,301	4	228,713	2	186,414
75:1	9	373,059	7	368,424	4	306,779	3	258,621	1	210,792
100:1	7	401,990	5	396,996	3	330,570	2	278,678	1	227,139

図表 36 病床数別の必要人員数と一人当たりの費用対効果（加算 1 を算定した場合）

<sup>28</sup> 前程条件は表 1、表 2 と同様

必要人員数 = 病床数/補助体制の人数を四捨五入

一人当たりの費用対効果 = 病床数別年間診療報酬額（表 1、表 2 より）/病床別必要人員数/12 ヶ月

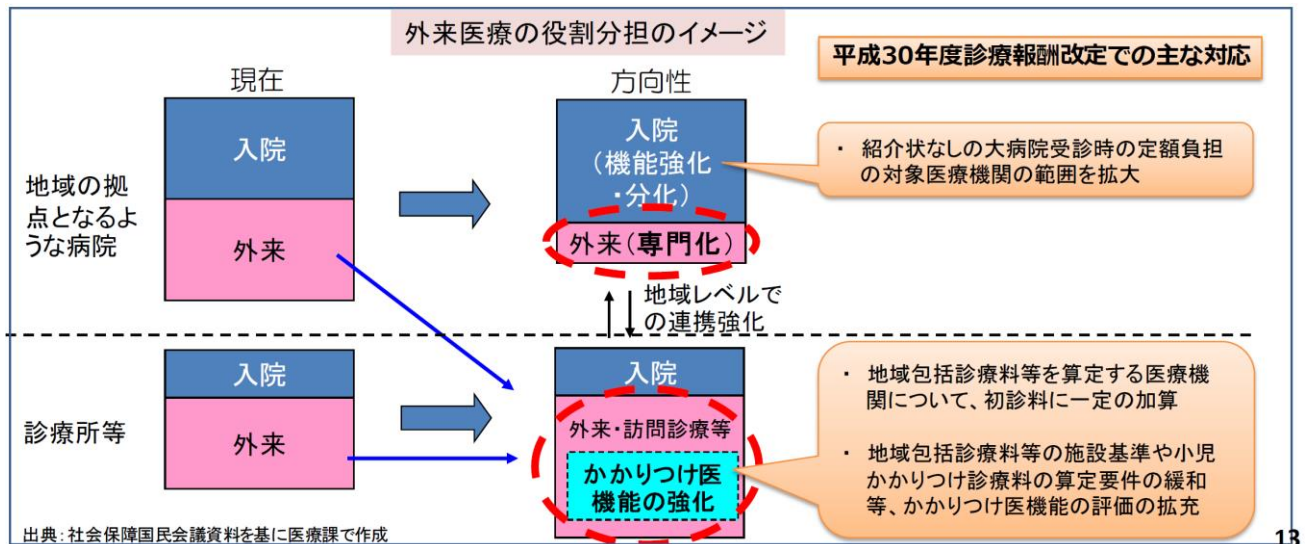
補助体制	左：必要人員数(人) 右：一人当たりの費用対効果（円/月）									
	700床		500床		300床		200床		100床	
15:1	47	261,902	33	258,649	20	215,371	13	181,563	7	147,984
20:1	35	267,993	25	264,664	15	220,380	10	185,785	5	151,426
25:1	28	274,084	20	270,679	12	225,389	8	190,008	4	154,867
30:1	23	280,175	17	276,694	10	230,397	7	194,230	3	158,309
40:1	18	308,598	13	304,765	8	253,771	5	213,934	3	174,369
50:1	14	309,613	10	305,767	6	254,606	4	214,638	2	174,943
75:1	9	350,218	7	345,868	4	287,997	3	242,787	1	197,886
100:1	7	381,687	5	376,946	3	313,875	2	264,603	1	215,667

図表 37 病床数別の必要人員数と一人当たりの費用対効果（加算 2 を算定した場合）

⑦ 外来の縮小と入院への注力

平成 30 年度診療報酬改定では、外来医療の今後の方向性<sup>29</sup>が示された。患者が大病院等への選好を現状のまま続けたのでは地域包括ケアシステムが機能しないことから、フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するための考え方として、紹介状を持たずに受診した患者が負担する定額負担の対象医療機関を拡大し、かかりつけ医への受診を基本とする仕組みの構築を目指すことが明記された。したがって、地域の拠点となるような病院では、現在の外来診療を縮小して専門化し、入院機能の強化・分化を図っていく考えである。（図表 38）

医療費についても、第 3 期医療費適正化計画<sup>30</sup>では、入院医療費は、都道府県の地域医療構想に基づく病床機能の分化・連携の推進の成果を反映させて推計しているが、外来医療費は医療費の適正化効果を織り込んで推計されており、外来医療費の適正化を進めていくことが分かる。（図表 39）



図表 38 外来診療の今後の方向性

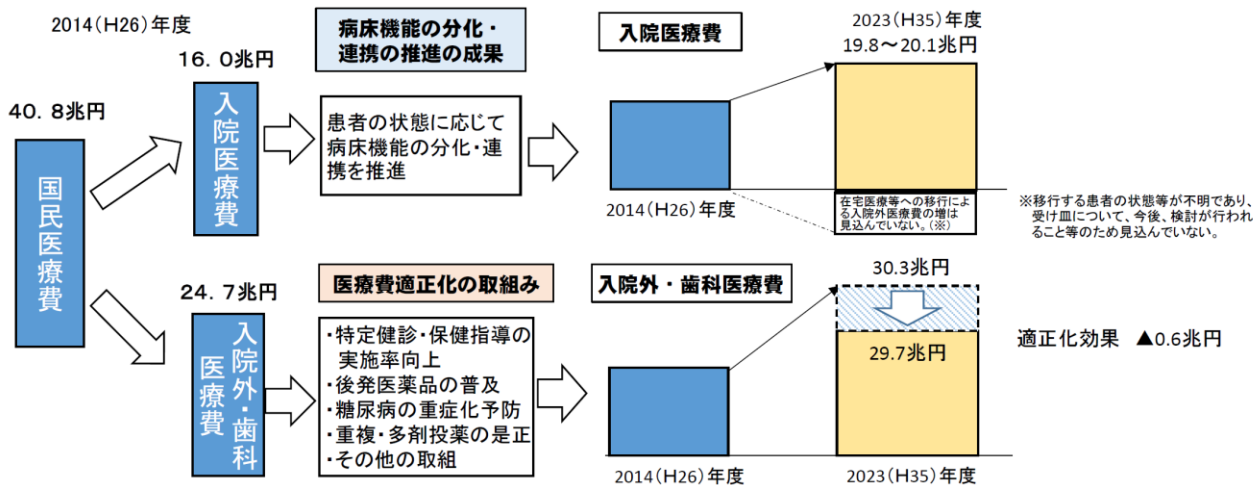
<sup>29</sup> 平成 30 年度診療報酬改定の概要（厚生労働省、平成 30 年 3 月 5 日）

<sup>30</sup> 第三期医療費適正化計画（2018～2023 年度）（厚生労働省）

【標準的な算定式による医療費の見込みのイメージ】

※下記は国において一定の仮定の下に試算（実際は今後、都道府県が策定）

2017年1月 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第2次報告書



【外来医療費 2023年度時点の適正化効果額（※機械的試算）】		計
①特定健診実施率70%、特定保健指導45%の目標達成		▲約6000億円
②後発医薬品の使用割合の目標達成（70%⇒80%）		▲約200億円
③糖尿病の重症化予防により 40歳以上の糖尿病の者の1人当たり医療費の平均との差が半分になった場合		▲約4000億円
④重複投薬（3医療機関以上）と多剤投与（65歳以上で15種類以上）の適正化により投与されている者が半分になった場合		▲約800億円
		▲約600億円

図表 39 第3期医療費適正化計画

今後も、医療機能に応じた役割分担の最適化が進むことが予想される。自院の医療機能に応じた入院／外来の業務配分ができていくかを点検し、外来入院患者比率や紹介・逆紹介率の適正化をしていくことで、診療報酬改定や医療費訂正化計画の方向性に沿った医療資源の活用が可能となり、将来的に経営の適正化につながる可能性が高い。

⑧ 女性医師の働きやすい環境

医学部合格者・国家試験合格者に占める女性の割合は近年増加しており<sup>31</sup>、女性医師数は平成 28 年時点で全医師の 21.1%を占めている。特に若年層における女性医師が増加していることが、国家試験合格者や医学部入学者に占める割合の高さからも見て取れる。（図表 40）今後も医療業界の貴重な人材として女性医師の比重は高まっていくと思われるため、女性医師が働きやすい環境づくりが必要となる。

女性医師の就業率は、医籍登録後すぐに減少を始め、38 歳ごろに底を打った後、回復する M 字カーブを描くことが分かっている<sup>31</sup>。（図表 41）この減少期間は、ちょうど出産・育児の期間に重なることから、これは子育てを理由とした離職であると考えられている。実際に女性医師に休職・離職理由を聞いた調査結果<sup>32</sup>においても、「出産・子育て」を理由とした離職が最も多いことが分かっている。（図表 42）

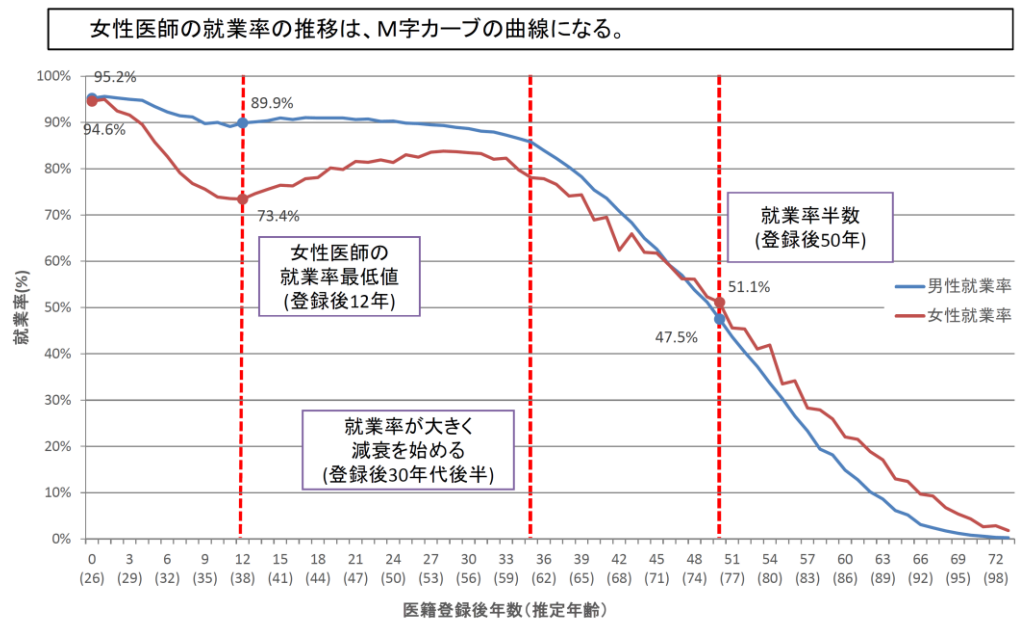
<sup>31</sup> 資料 3 勤務環境改善策について（厚生労働省 第 11 回医師の働き方改革に関する検討会資料、平成 30 年 11 月 9 日）

<sup>32</sup> 女性医師の勤務環境の現状に関する調査報告書（日本医師会男女共同参画委員会 日本医師会女性医師支援センター、平成 29 年 8 月）



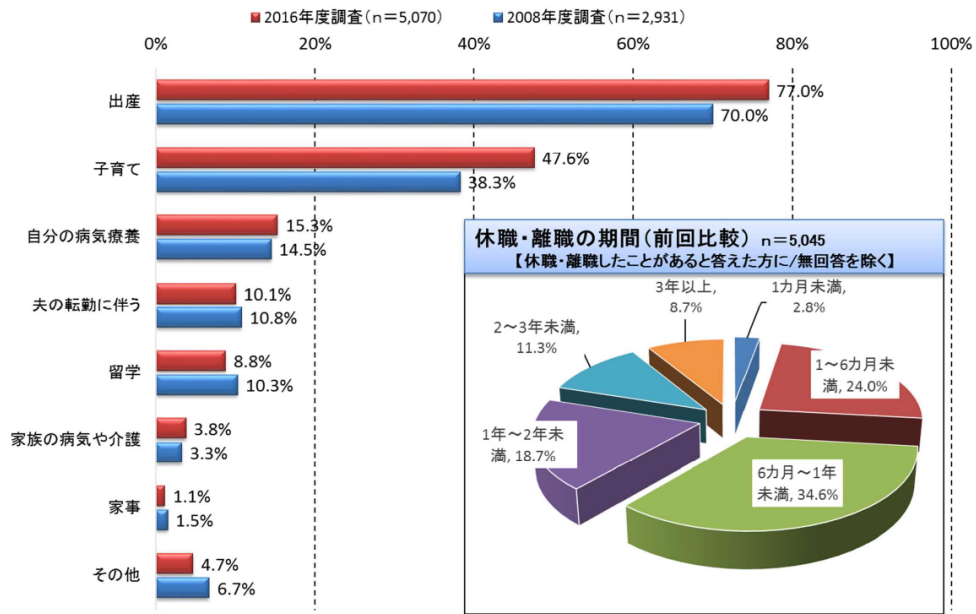


図表 40 女性医師数の推移・状況



※2004年～2014年の医師・歯科医師・薬剤師調査（医師届出票）および厚生労働省から提供された医籍登録データを利用して作成  
 ※推定年齢は医籍登録後年数が0年の届出票の満年齢（12月末時点）の平均値が26.8歳であることを考慮し設定  
 出典：医療従事者の需給に関する検討会 第4回医師需給分科会 資料より

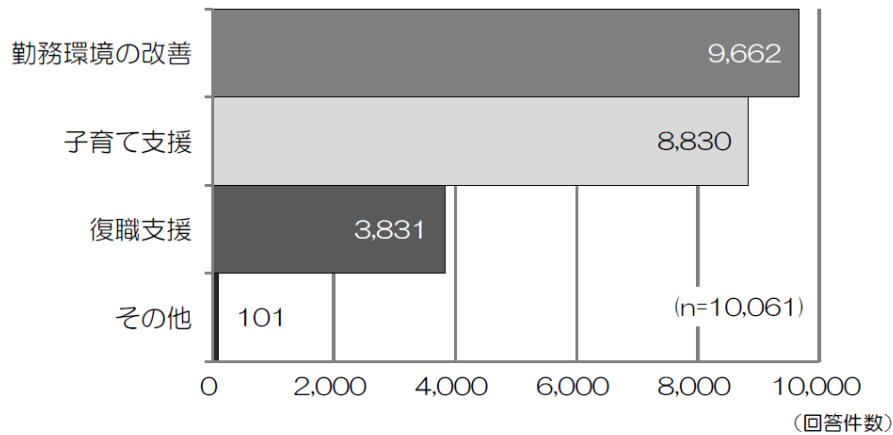
図表 41 女性医師の就業率の推移



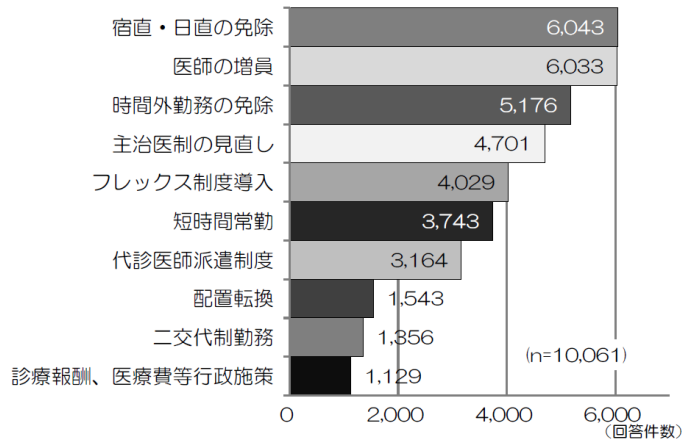
(出典)平成29年8月 女性医師の勤務環境の現状に関する調査報告書(日本医師会男女共同参画委員会・日本医師会女性医師支援センター)

図表 42 女性医師の休職・離職の理由

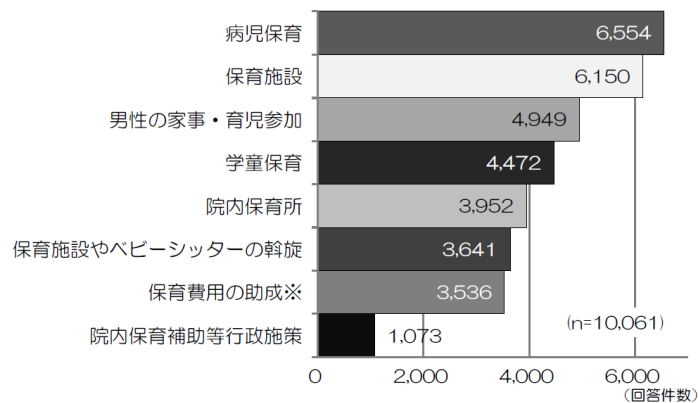
病院に勤務する女性医師に対するアンケート調査<sup>32</sup>によると、実際に仕事を続ける上での必要な支援として、「勤務環境の改善」と「子育て支援」のを重視する回答が多い。(図表 43 エラー! 参照元が見つかりません。)勤務環境の改善の具体的な施策としては、「宿直・日直の免除」や「時間外勤務の免除」など、勤務時間に関する配慮を望む声が多い。(図表 44) また、子育て支援の具体的な施策としては、保育・病児保育の整備を望む声が多い。(図表 45)



図表 43 仕事を続ける上で必要と思う支援

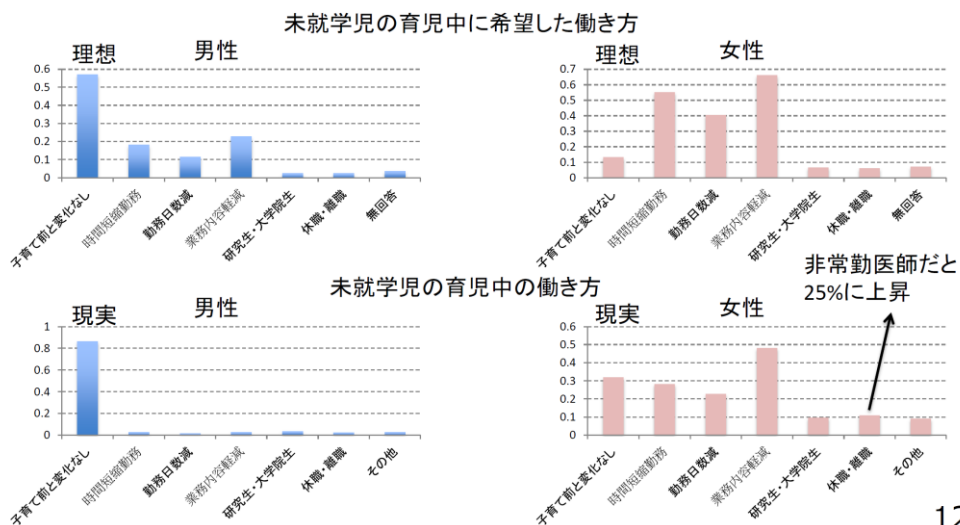


図表 44 勤務環境の改善に関して必要と思う支援



図表 45 子育てに関して必要と思う支援

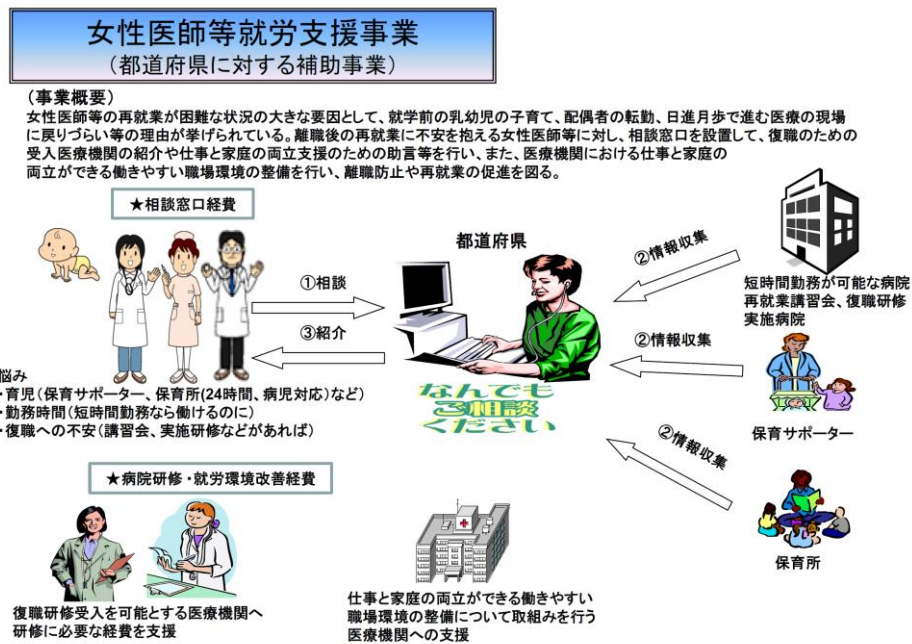
しかし、育児中に希望した働き方と実際の育児中の働き方を比較すると、時間短縮勤務や勤務日数減、業務軽減を希望した女性医師のうち、実際にそうした医師は約半数しかおらず、女性医師の希望や生活実態に即した働き方が出来ない環境があることが見て取れる。(図表 46)



図表 46 育児中の働き方

育児中の女性医師の希望に沿う働き方を提供するために、短時間正職員制度を導入する医療機関もある。短時間正職員制度とは、育児や介護等の様々な制約によってフルタイムの就業が困難な場合に、勤務時間や日数をフルタイムの正職員よりも短くしながら、正職員の身分を有したままで働くことが可能にする制度のことであり、これにより休職・離職することなく働きつづけることができる。

一方で、休職や離職後の復職支援として、各都道府県は、受付・相談窓口を設置して、復職のための研修受入医療機関の紹介や出産・育児等と勤務との両立を支援するための助言及び就労環境の改善を行っており、都道府県に対しての補助事業として、女性医師等の離職防止や再就業の促進を図るために必要な経費を補助する取り組みもある。(図表 47)



図表 47 女性医師等就労支援事業

女性医師のワークライフバランスの実現や、正職員として働き続けることによるキャリア形成の実現には、人員配置の工夫や採用の柔軟性、勤務の柔軟性を持たせることが、重要である。医療機関にとっても、働く意欲や能力の高い人材を確保し続けられることや、職場満足度の向上による定着率の向上、人員の補充のためのリクルートコストの削減となる。

### ⑨ 認定看護師による加算

キャリアアップの支援をすることにより加算が算定できる制度として認定看護師が挙げられる。認定看護師制度は、特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて水準の高い看護実践のできる認定看護師を社会に送り出すことにより、看護現場における看護ケアの広がりや質の向上をはかることを目的としており、図表 48 の 21 分野<sup>33</sup>が特定されている。

認定看護師を取得することで、より専門性の高い業務が出来るようになるが、取得までに半年以上の教育期間があり、認定審査を経なければならない。研修を受けられる認定施設も決まっているため、研修費用だけ

<sup>33</sup> 看護協会 HP より

でなく滞在費や生活費もかかることになる。しかし、認定看護師が病院にいて、算定できる加算も多く、病院にとってもメリットは大きい。そのため、研修期間の給与の保障だけでなく、研修費用や滞在費用も補助する病院もあるという。病院の経営戦略と看護師自身のキャリアアップのタイミングを合わせて、認定看護師資格を取得することで、病院と看護師双方に有益な結果となることが好ましい。

認定分野	認定開始年月	知識と技術（一部）
救急看護	1997.6	・救急医療現場における病態に応じた迅速な救命技術、トリアージの実施 ・災害時における急性期の医療ニーズに対するケア
皮膚・排泄ケア	1997.6	・危機状況にある患者・家族への早期的介入および支援 ・褥瘡などの創傷管理およびストーマ、失禁等の排泄管理
集中ケア	1999.6	・患者・家族の自己管理およびセルフケア支援 ・生命の危機状態にある患者の病態変化を予測した重篤化の予防
緩和ケア	1999.6	・廃用症候群などの二次的合併症の予防および回復のための早期リハビリテーションの実施 ・疼痛、呼吸困難、全身倦怠感、浮腫などの苦痛症状の緩和
がん化学療法看護	2001.8	・患者・家族への喪失と悲嘆のケア ・がん化学療法薬の安全な取り扱いと適切な投与管理
がん性疼痛看護	1999.6	・副作用症状の緩和およびセルフケア支援 ・痛みの総合的な評価と個別的ケア
訪問看護	2006.7	・薬剤の適切な使用および疼痛緩和
感染管理	2001.8	・在宅療養者の主体性を尊重したセルフケア支援およびケースマネジメント看護技術の提供と管理 ・医療関連感染サーベイランスの実践
糖尿病看護	2002.8	・各施設の評価と感染予防・管理システムの構築
不妊症看護	2003.8	・血糖パターンマネジメント、フットケア等の疾病管理および療養生活支援
新生児集中ケア	2005.8	・生殖医療を受けるカップルへの必要な情報提供および自己決定の支援 ・ハイリスク新生児の病態変化を予測した重篤化の予防
透析看護	2005.8	・生理学的安定と発育促進のためのケアおよび親子関係形成のための支援 ・安全かつ安楽な透析治療の管理
手術看護	2005.8	・長期療養生活におけるセルフケア支援および自己決定の支援 ・手術侵襲を最小限にし、二次的合併症を予防するための安全管理（体温・体位管理、手術機材・機器の適切な管理等）
乳がん看護	2006.7	・周手術期（術前・中・後）における継続看護の実践 ・集学的治療を受ける患者のセルフケアおよび自己決定の支援
摂食・嚥下障害看護	2006.7	・ボディイメージの変容による心理・社会的問題に対する支援 ・摂食・嚥下機能の評価および誤嚥性肺炎、窒息、栄養低下、脱水の予防
小児救急看護	2006.7	・適切かつ安全な摂食・嚥下訓練の選択および実施 ・救急時の子どもの病態に応じた迅速な救命技術、トリアージの実施
認知症看護	2006.7	・育児不安、虐待への対応と子どもと親の権利擁護 ・認知症の各期に応じた療養環境の調整およびケア体制の構築
脳卒中リハビリテーション看護	2010.6	・行動心理症状の緩和・予防 ・脳卒中患者の重篤化を予防するためのモニタリングとケア ・活動性維持・促進のための早期リハビリテーション
がん放射線療法看護	2010.6	・急性期・回復期・維持期における生活再構築のための機能回復支援 ・がん放射線治療に伴う副作用症状の予防、緩和およびセルフケア支援
慢性呼吸器疾患看護	2012.6	・安全・安楽な治療環境の提供 ・安定期、増悪期、終末期の各病期に応じた呼吸器機能の評価及び呼吸管理 ・呼吸機能維持・向上のための呼吸リハビリテーションの実施
慢性心不全看護	2012.6	・急性増悪予防のためのセルフケア支援 ・安定期、増悪期、終末期の各病期に応じた生活調整及びセルフケア支援 ・心不全増悪因子の評価およびモニタリング

図表 48 認定看護分野一覧

## VI ヒアリング結果

各調査対象施設へのヒアリング結果を以下に示す。

### 1 東邦大学医療センター

#### (ア) 医療機関概要

東邦大学医療センターは、大森病院（934床：東京都大田区）、大橋病院（319床：東京都目黒区）、佐倉病院（451床：千葉県佐倉市）の3つの総合病院からなる。

大森病院は、救命救急センター、総合周産期母子医療センター等を有し、地域がん診療連携拠点病院、東京都災害拠点病院等の側面も持つ特定機能病院である。

大橋病院は、二次救急を受け持つ総合病院である。平成30年（2018年）6月に新築移転し、平均在院日数の短縮に伴い病床数を減らして、より高機能で良好な療養環境を提供する病院となった。

佐倉病院は、地域周産期母子医療センターや災害拠点病院等の機能を有する総合病院である。地域の中核病院として地域住民の医療健康を支え、大学病院としての高度医療を担っている。



図表 49 東邦大学医療センター大森病院外観

#### (イ) 勤務環境改善を推進する組織体制

東邦大学医療センターでは、医師の働き方改革推進を目的として、医師業務軽減委員会を組織した。診療・働き方・感染担当副院長を中心に、勤務環境の改善や調査、対策の立案等を行っている。

#### (ウ) 活動内容

##### ① 働き方・休み方の改善

##### (a) 総労働時間の管理

大森病院では、勤怠管理システムを導入したことで、個々人の業務時間、滞在時間を把握ができるようになった。平成17年9月以降、事務職から順次導入し、現在は研修医から教授まで医師を含めた全職種で実施しており、打刻率は90%以上である。

平成31年（2019年）1月末からは、診療行為の時間と自己研鑽などそれ以外の時間を分けて可視化する取り組みを行う予定であり、より詳細な時間の利用の仕方を把握することが可能

となるという。

平成 29 年度には、経費節減プロジェクトの一環として「業務効率化による時間外労働業務の削減」を掲げ、法人全体の 1 人当たりの月間平均時間外時間数を前年度より 1.36 時間短い 10.67 時間に圧縮することに成功した。今年度も、10 時間以下を目標に削減を進めている。

残業時間は年々減少傾向にあり、平成 29 年度（2017 年度）は 37 科 568 名の医師のうち、1 名を除いて三六協定を順守できていた。残り 1 名については、ヒアリングの結果、自己研鑽による超過であることが分かっている。

#### (b) 勤務間インターバルの管理

救急救命センターや外科系の医師は、業務の性格上、特に勤務間インターバル<sup>34</sup>の維持・管理が難しいと感じているという。手術時間の延長や重症患者の搬送受け入れなどで予定していた時間に退勤できないことが頻繁にあるが、翌日の勤務開始や外来診療の開始を延期することなども現実的に難しいためである。

しかしながら医師の勤務間インターバルについて大森病院の勤怠管理システムのデータを元に調査した結果、64.3%の医師が 8 時間以上のインターバルが取れているか、若しくは翌日の勤務が無く、80%以上の医師が 6 時間以上のインターバルを取得できている、という結果であった。

大森病院は、救命救急センターの医師に、変形労働時間制を採用している。平日に通常より 1 時間多い 9 時間の勤務をすることで、毎週土曜を休みにできる制度である。土曜が休みになることで、子供のイベントなどへの参加が容易になることから、子育て中の医師などから評判が良いという。土曜出勤の医師が足りない場合は、他科を含め協力する体制を組んでいる。

#### (c) 他職種へのタスクシフティング

医師の負担軽減策として、医師事務作業補助者や認定看護師を活用し、タスクシフティングを進めている。

例えば大森病院では、平成 23 年（2011 年）より周術期管理センターを開設し、周術期における多職種連携による業務改善を開始した。麻酔科医師の管理となる予定手術における術前・術中・術後の業務を整理し、従来麻酔科医が実施していた業務の一部を他の職種へ移管した他、各職種の担当業務を実施するに必要な人員の配置を検討した。図表 50 は、予定手術における周術期管理チームの各職種の業務量を可視化した資料である。

<sup>34</sup> 勤務間インターバルとは、勤務終了後、一定時間以上の休息時間を設けることで、労働者の生活時間や睡眠時間を確保するものである。平成 30 年 6 月に成立した働き方改革関連法に基づき労働時間等設定改善法が改正され、前日の終業時刻から翌日の始業時刻の間に一定時間の休息を確保することが事業主の努力義務として規定された（平成 31 年 4 月 1 日施行）。医師の勤務間インターバルについては、医師の勤務における特性をふまえ、医師の働き方改革に関する検討会にて平成 31 年 2 月現在、方針を審議中である。当直及び当直明けの日を除き、24 時間の中で、通常の日勤（9 時間程度の連続勤務）後の次の勤務までに 9 時間のインターバル（休息）の確保を目指す方針が打ち出される見込みである。

## 予定手術・麻酔科管理症例における医師以外の業務量

職種	タイミング	業務内容	1患者当たりの業務量(分)
看護師	術前	術前外来:オリエンテーション・リスク評価, 麻酔に関するICへの同席等	18
	術中	麻酔関連作業補助:サインイン, 点滴介助, 挿管介助, 薬剤・薬液・輸血ダブルチェック, 体位変換, 体温管理, 覚醒確認, 抜管介助, サインアウト	手術時間・麻酔時間に相当
	術後	術後ラウンド・術後急性痛管理 回診・情報収集等	24
		合計	42 + α
薬剤師	術前	術前外来:面談服薬内容チェック・処方提案, 術後鎮痛準備	43
	術中	管理薬剤の払い出し, 残薬回収, PCAポンプ調製, 等	20
	術後	術後痛評価・APS 回診	5
		合計	68
臨床工学技士	術前	PCAポンプ・フットポンプ・, 麻酔関連機器の保守点検 等	32
	術中	麻酔関連機器の修理・対応など	不定期
	術後	各種機器の回収・保守点検, PCAポンプデータの解析等	35
		合計	67 + α

図表 50 周術期管理チームにおける各職種の業務量整理結果

また大森病院では、平成 29 年 7 月より医師事務作業補助体制加算を 75 対 1 から 50 対 1 に手厚くし、さらに平成 30 年 2 月には 40 対 1 とした。平成 31 年 1 月現在、派遣を含め 169 名のクラーク・ヘルパー職が勤務しており、職員の平均勤続年数は約 27.1 年、派遣・その他は約 4.4 年と、ベテラン職員による安定的な運営となっている。

佐倉病院では、平成 29 年度より救急車の受け入れ要請の多い 18～23 時の時間帯に看護師、ヘルパー、クラークの人員を強化した他、緊急手術の受け入れのために、看護師の遅番勤務の時間変更を行った。

### (d) 複数主治医制の導入

大森病院の全 37 診療科中 15 診療科、大橋病院の全診療科で複数主治医制を採用している。複数主治医制への変更に伴って、夜間の呼び出しが減り、医師のストレス軽減に繋がっているという。

一方で、複数の医師が協同して診療を行うことを患者に理解してもらうには、まだ課題が残っている。例えば、手術後の患者への説明は執刀医（＝主治医）が行い、他を担当医に任せるなど、押さえるべきポイントを整理して制度を活用することが必要と考えているという。

### (e) 行政・地域との連携

大森病院では小児科医の業務軽減のため、大田区と大田区三医師会（蒲田、大森、田園調布）と連携し、平成 18 年 4 月より平日の 20～23 時の間、医師会の小児科標榜医が救急外来の一室で小児の救急初療室を開いている。また大橋病院でも同様の取り組みを行うため、目黒区や近隣医師会と連携し、平成 31 年 4 月からの実施に向けて準備を進めている。



(f) 女性医師の支援について

女性医師が働きやすい環境を提供するために医学部附属保育園（定員 45 名）の他に平成 22 年より病児保育室（定員 5 名）を設立した。また、ベビーシッターを雇う際の費用補助も行っている。

勤務体制については、常勤が困難な女性医師に対し、週 3.5 日の勤務という選択肢を提供する准修練医制度を平成 22 年 4 月より設けている。研究を行う場合についても年間 20 万円を人件費に充てることが出来る研究活動支援員派遣制度を設ける積極的な支援を行っている。

(g) 会議時間の圧縮

平成 29 年に、学内全体に会議時間の見直しなど生産性向上を求める通知を出した。

特に 3 病院が集まる会議では、佐倉病院からの参加者には往復 4 時間の移動時間がかかっていた。そのため TV 会議システムを整備し、積極活用を推進した。平成 30 年 4 月以降、月 4、5 回の会議が TV 会議で実施されるようになり、これまでに 170 時間以上の削減効果が出ている。

② 働きやすさ確保のための環境整備

(a) 夜勤免除・短時間勤務制度の策定

就学前の子供を持つ場合や介護がある場合などに、申請を行うことで夜勤を免除する事ができる。看護師の定着率を高めるために実施している。

(b) 職場への復帰支援

メンタルヘルスに起因する休職者には、産業医が復職支援プログラムを作成し、支援を行っている。

(c) 人員計画の定期的な見直し

毎年、医師、看護師、コメディカルの人員配置計画の見直しを行い、診療報酬点数の加算や、患者数、医療収入を参考として、人事部で計画の妥当性を確認している。病床稼働率が高い病棟や高稼働な部門には、各職種の人員を増員するなど、各部署の努力に応じたインセンティブを与えている。

なお看護師は、柔軟な運用ができるよう、配置基準の 1.2 倍の数を確保することを目標に採用活動を行っているという。

③ 働きがいの向上

(a) 表彰制度

毎年、優秀な成果を挙げた部門やチームに対して理事長表彰と所属長表彰を 10～15 の部門に対し実施している。金一封と賞状を渡すほか、法人内の広報誌に掲載している。

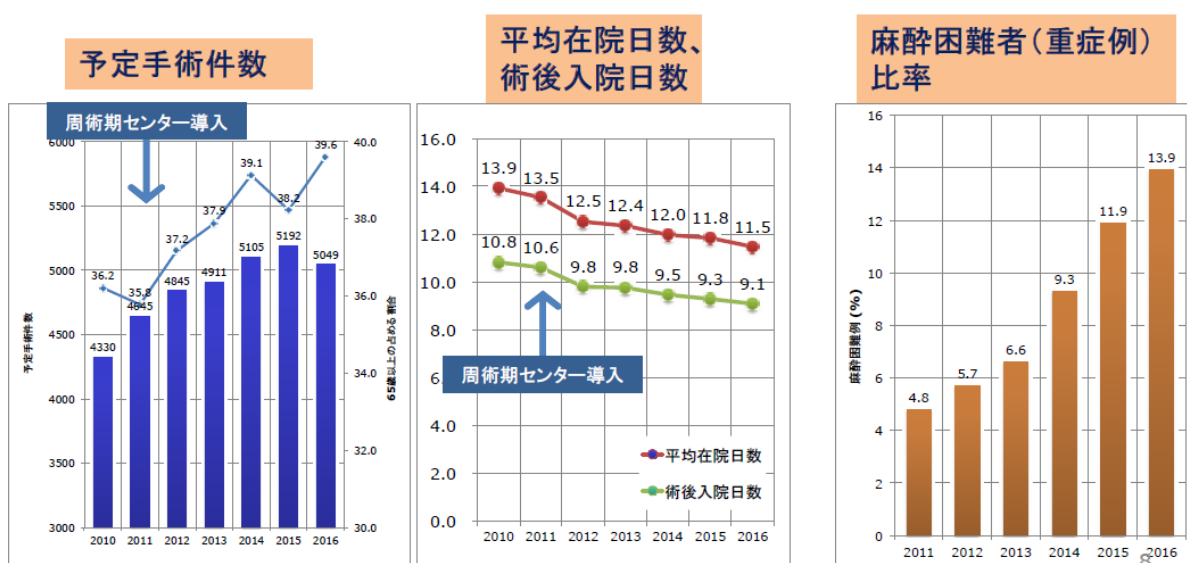
(b) キャリアアップ支援

医師向けのキャリアアップ支援として、研究や学会参加のための費用について、年間一人当たり数十万円の補助を行っている。また東邦大学は研究機関でもあることから、職員の学会参加や論文作成の補助を行う機関として、教育研究支援センターや国際交流センターを設置している。

(エ) 活動成果

① 診療成績の向上

大森病院が平成 23 年から開始した周術期管理における多職種連携は、導入前後において顕著な診療成績の変化があった。患者の高齢化率上昇 (+3.4%)、重症化にもかかわらず、手術件数は約 400 件増加し、平均在院日数は 2.4 日、術後入院日数は 1.7 日短縮した。(図表 51)

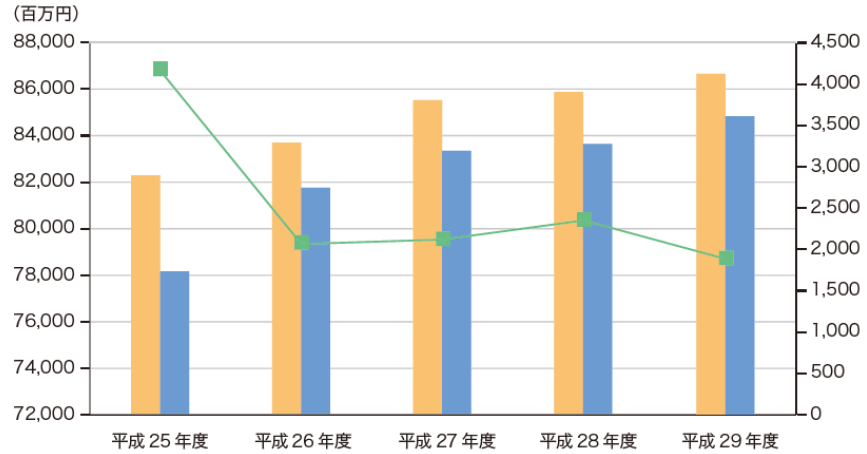


図表 51 予定手術における周術期管理センター開設の効果

また佐倉病院では、救急医師への協力体制が一層整備されたことにより、救急車の謝絶率が 27.7% (前年度 28.5%) と目標であった 30%以下を達成した。救急車受け入れにおいては、3,478 件 (前年度比 29 件増) となった。

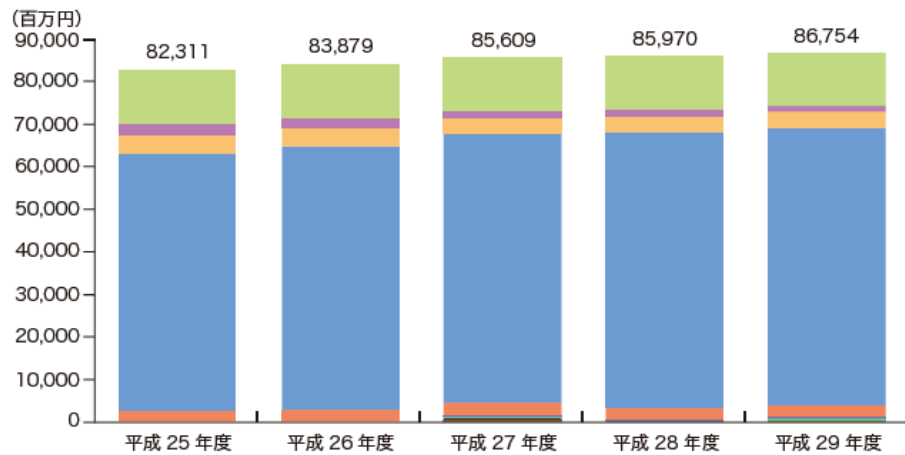
(オ) 経営状況

図表 52 に、東邦大学の直近 5 年間の基本金組入前当年度収支差額の推移を示した。平成 25 年度に 42 億円の黒字を計上して以降、消費増税や診療報酬実質マイナス改定の影響もありながら、安定して黒字を確保している。また図表 53 に、直近 5 年間の事業活動収入の推移を示した。収入の約 75%を占める医療収入は、継続的に増加しており、過去 5 年間で 46 億円の増加を達成している。



■ 事業活動収入【A】(旧: 帰属収入)	82,311	83,879	85,609	85,970	86,754
■ 事業活動支出【B】(旧: 消費支出)	78,107	81,826	83,430	83,597	84,831
■ 基本金組入前当年度収支差額【A-B】(旧: 帰属収支差額)	4,204	2,052	2,179	2,372	1,923

図表 52 基本金組入前当年度収支差額の推移

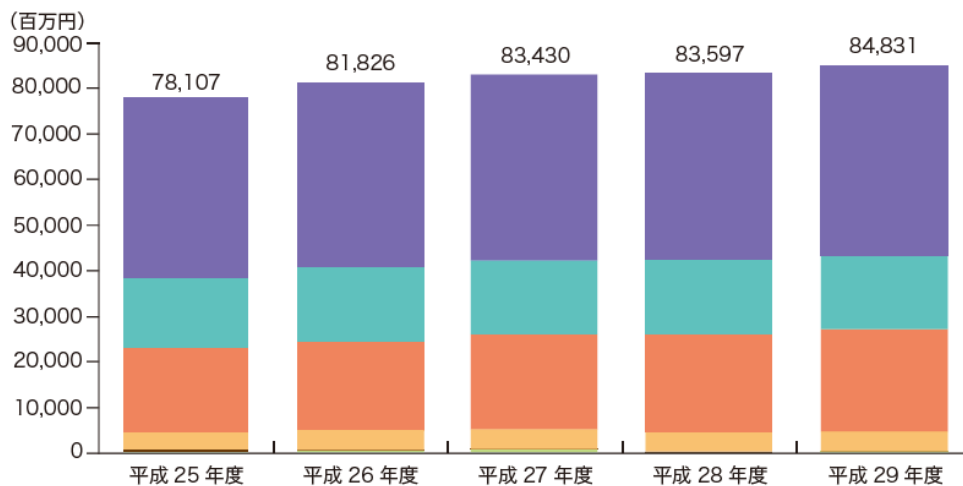


(単位: 百万円)

科目	平成25年度	構成比	平成26年度	構成比	平成27年度	構成比	平成28年度	構成比	平成29年度	構成比	
教育活動	■ 学生生徒等納付金	12,409	15.1%	12,386	14.8%	12,199	14.2%	12,310	14.3%	12,423	14.3%
	■ 寄付金	2,474	3.0%	2,614	3.1%	1,855	2.1%	1,851	2.1%	1,431	1.6%
	■ 経常費等補助金	4,375	5.3%	4,214	5.0%	3,586	4.1%	3,676	4.2%	3,940	4.5%
	■ 医療収入	60,347	73.3%	61,711	73.6%	63,314	74.0%	64,678	75.2%	64,949	74.9%
	■ その他	2,567	3.1%	2,842	3.3%	3,011	3.5%	2,746	3.1%	2,941	3.4%
教育活動収入合計	82,174	99.9%	83,769	99.9%	83,967	98.1%	85,262	99.2%	85,686	98.7%	
教育活動外	■ 受取利息・配当金	135	0.1%	109	0.1%	96	0.1%	46	—	51	0.1%
	教育活動外収入合計	135	0.1%	109	0.1%	96	0.1%	46	—	51	0.1%
特別	■ 施設設備寄付金	—	—	—	—	411	0.4%	135	0.1%	607	0.7%
	■ 施設設備補助金	—	—	—	—	670	0.7%	424	0.4%	291	0.3%
	■ その他	1	—	—	—	463	0.5%	101	0.1%	117	0.1%
特別収入合計	1	—	—	—	1,546	1.8%	661	0.8%	1,015	1.2%	
事業活動収入合計	82,311	100.0%	83,879	100.0%	85,609	100.0%	85,970	100.0%	86,754	100.0%	

図表 53 事業活動収入の推移

図表 54 に、直近 5 年間の事業活動支出の推移を示した。人件費の事業活動収入に対する比率は 47～48% 台で推移しているが、人件費の削減を進めていることはなく、医師等の医療職の採用に力を入れて売り上げを上げることによって、人件費率を結果的に下げるといふ現理事長の経営方針によるという。



(単位：百万円)

科目	平成 25 年度	構成比	平成 26 年度	構成比	平成 27 年度	構成比	平成 28 年度	構成比	平成 29 年度	構成比
教育活動										
■人件費	39,566	48.1%	40,764	48.6%	40,928	47.8%	41,020	47.7%	41,587	47.9%
■教育研究経費	15,212	18.5%	16,323	19.5%	16,337	19.1%	16,409	19.1%	16,153	18.6%
■医療経費	18,698	22.7%	19,687	23.5%	20,992	24.5%	21,591	25.1%	22,340	25.8%
■管理経費	4,071	4.9%	4,417	5.3%	4,307	5.0%	4,260	5.0%	4,325	5.0%
■徴収不能類等	10	—	14	—	12	—	10	—	12	—
教育活動支出合計	77,559	94.2%	81,207	96.9%	82,578	96.4%	83,291	96.9%	84,418	97.3%
教育活動外										
■借入金等利息	145	0.2%	99	0.1%	97	0.1%	118	0.1%	125	0.1%
教育活動外支出合計	145	0.2%	99	0.1%	97	0.1%	118	0.1%	125	0.1%
特別										
■資産処分差額	402	0.5%	519	0.6%	753	0.9%	186	0.2%	285	0.3%
■その他	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—
特別支出合計	402	0.5%	519	0.6%	754	0.9%	187	0.2%	286	0.3%
事業活動支出合計	78,107	94.9%	81,826	97.6%	83,430	97.4%	83,597	97.2%	84,831	97.7%

図表 54 事業活動支出の推移

(カ) まとめ

東邦大学医療センターでは、働き方改革に係る議論が始まる以前より、継続的に取り組みを進めていた。タスクシフティングによる手術数の向上や救急車受入数の増加など、直接収入増に関連する取り組み以外にも、広範な支援を行っている。

これは、現場職員が疲弊しないよう、適切な支援を行っていくことが重要という経営層の方針が反映されているという。

(キ) 参考データ

各病院の基本データについて、下記に示す。

1	施設名	東邦大学医療センター大森病院
2	開設主体	その他（大学）
3	経営形態（公立のみ）	—
4	主たる医療機能	高度急性期
5	病床数（稼働病床数/許可病床数）	934 床/934 床
	一般	898 床
	療養	—
	精神	36 床
	感染	—
	結核	—
6	職員総数（常勤換算）	2,134 人（平成 30 年 12 月 1 日時点）
	医師数	562 人
	看護師数	1,802 人
	看護師の交代制勤務の状況	二交代制（変形労働時間）
	医師事務作業補助者数	29 人
	看護補助者数	84 人
7	1 日あたりの平均外来患者数	2,278 人（平成 30 年上期）
8	1 日あたりの平均入院患者数	805 人（平成 30 年上期）
9	一般病棟の平均在院日数	12.1 日（平成 30 年上期）

10	病床稼働率	85.6%（平成30年上期）
11	算定している入院基本料	特定機能病院入院基本料（一般7対1、精神13対1）
12	病院機能	特定機能病院 救命救急センター（三次救急） 東京都指定二次救急医療機関 総合周産期母子医療センター 地域がん診療連携拠点病院 東京都脳卒中急性期医療機関 東京都肝疾患診療連携拠点病院幹事医療機関 東京都感染症（診療・入院）協力医療機関 東京都災害拠点病院 東京DMA T指定病院 東京都難病医療協力病院 エイズ診療拠点病院 緊急大動脈重点病院 CCUネットワーク加盟医療施設 東京都小児がん診療病院
	救急指定の状況	三次救急
	ICU、HCU等の整備状況	ICU 9床 HCU 8床 NICU 15床 GCU 18床
13	勤務環境改善を推進する組織体制及び組織名	委員会「医師業務軽減委員会」
	組織の責任者及びリーダー	診療・働き方・感染担当副院長 五十嵐 良典
	組織の職種構成	委員会の構成と人員 ①委員長…病院長が任命した者 ②副院長（看護担当） ③外科系医師（病院運営審議会の推薦による） ④内科系医師（病院運営審議会の推薦による） ⑤③及び④に属さない医師（病院運営審議会の推薦による） ⑥事務部長 ⑦委員長が必要に応じ指名した者 医師4, 看護師1, 事務5 計10名

1	施設名	東邦大学医療センター大橋病院
2	開設主体	その他（大学）
3	経営形態（公立のみ）	—
4	主たる医療機能	高度急性期
5	病床数（稼働病床数/許可病床数）	319床/319床
	一般	319床
	療養	—
	精神	—
	感染	—
	結核	—
6	職員総数（常勤換算）	962人（平成30年12月1日時点）
	医師数	241人
	看護師数	439人
	看護師の交代制勤務の状況	二交代制
	医師事務作業補助者数	8人
	看護補助者数	48人
7	1日あたりの平均外来患者数	1,036人（平成30年上期）
8	1日あたりの平均入院患者数	271人（平成30年上期）
9	一般病棟の平均在院日数	8.6日（平成30年上期）
10	病床稼働率	85.0%（平成30年上期）

11	算定している入院基本料	一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1）
12	病院機能	二次救急医療機関 東京都 CCU ネットワーク 東京都がん診療連携協力病院（胃・大腸・肝） 東京都難病医療協力病院 地域医療支援病院
	救急指定の状況	二次救急
	ICU、HCU 等の整備状況	ICU 6床 HCU 8床 SCU 6床
13	勤務環境改善を推進する組織体制及び組織名	安全衛生委員会
	組織の責任者及びリーダー	医師 杉本 英樹
	組織の職種構成	医師・看護師・コメディカル・事務・心理士



1	施設名	東邦大学医療センター佐倉病院
2	開設主体	その他（大学）
3	経営形態（公立のみ）	—
4	主たる医療機能	高度急性期
5	病床数（稼働病床数/許可病床数）	451 床／451 床
	一般	451 床
	療養	—
	精神	—
	感染	—
	結核	—
6	職員総数（常勤換算）	1,013 人（平成 30 年 12 月 1 日時点）
	医師数	225 人
	看護師数	569 人
	看護師の交代制勤務の状況	二交代制
	医師事務作業補助者数	15 人
	看護補助者数	41 人
7	1 日あたりの平均外来患者数	1,228 人（平成 30 年上期）
8	1 日あたりの平均入院患者数	389 人（平成 30 年上期）
9	一般病棟の平均在院日数	11.1 日（平成 30 年上期）
10	病床稼働率	87.8%（平成 30 年上期）

11	算定している入院基本料	一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1）
12	病院機能	地域周産期母子医療センター 認知症疾患医療センター 救急告示病院 災害拠点病院 地域医療支援病院
	救急指定の状況	二次救急
	ICU、HCU等の整備状況	ICU 8床 SCU 6床 NICU 6床 GCU 6床
13	勤務環境改善を推進する組織体制及び組織名	業務連絡会議
	組織の責任者及びリーダー	副院長・看護部長 高橋初枝
	組織の職種構成	医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、管理栄養士、理学療法士、 臨床工学技士、診療情報管理士、 事務職員

## 2 横須賀市立うわまち病院

### (ア) 医療機関概要

横須賀市立うわまち病院（以下「うわまち病院」という。）は、公益社団法人地域医療振興協会を指定管理者とする神奈川県横須賀市の市立病院である。横須賀市のほぼ中央部に位置し、三方を海に囲まれた気候温暖な周辺環境にある。病床数は 417 床で、急性期から社会復帰まで一貫した患者支援を基本とし、成人先天性心疾患センター、心臓脳血管センター等機能の特化を進めている。

また、「顔の見える診療連携」を合言葉に、周囲の医療機関との連携を大切にし、救命救急センターを有する横須賀市の基幹病院として医療を提供している。



図表 55 横須賀市立うわまち病院外観

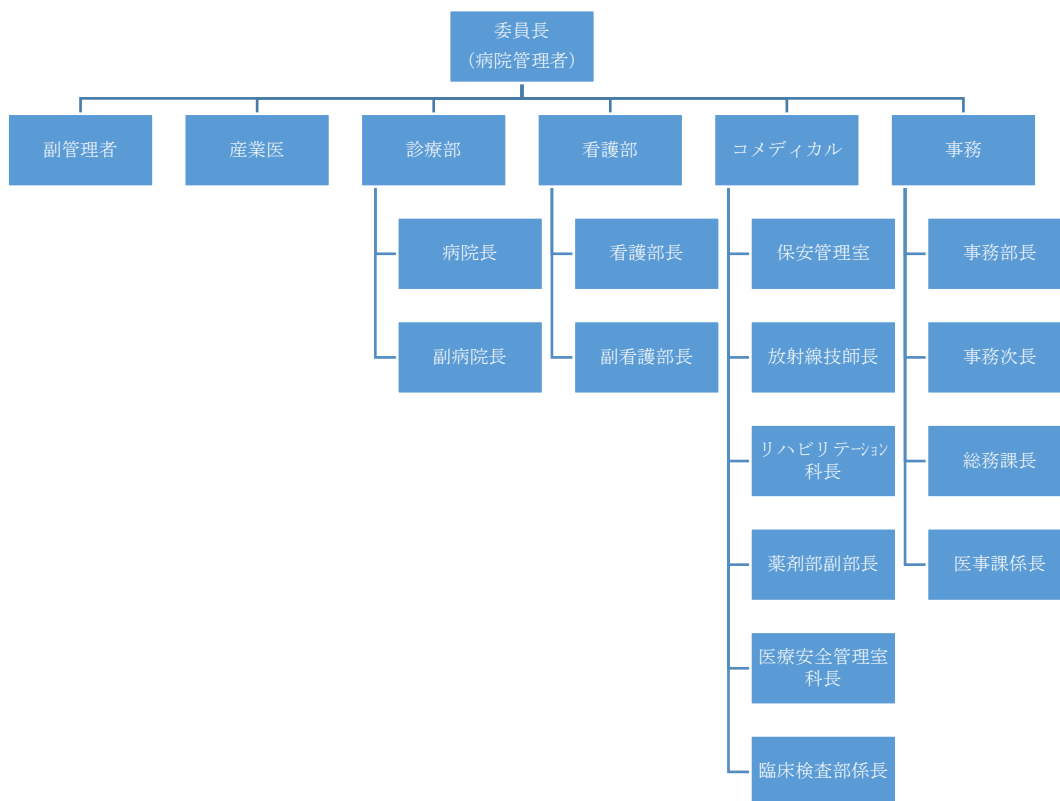
### (イ) 勤務環境改善を推進する組織体制

うわまち病院では、平成 21 年度より病院管理者を委員長とする医師、看護師の勤務環境改善委員会を組織し、勤務環境の改善に努めてきた。平成 30 年度には、対象を医療従事者全般まで拡大し、更なる活動推進を進めている。

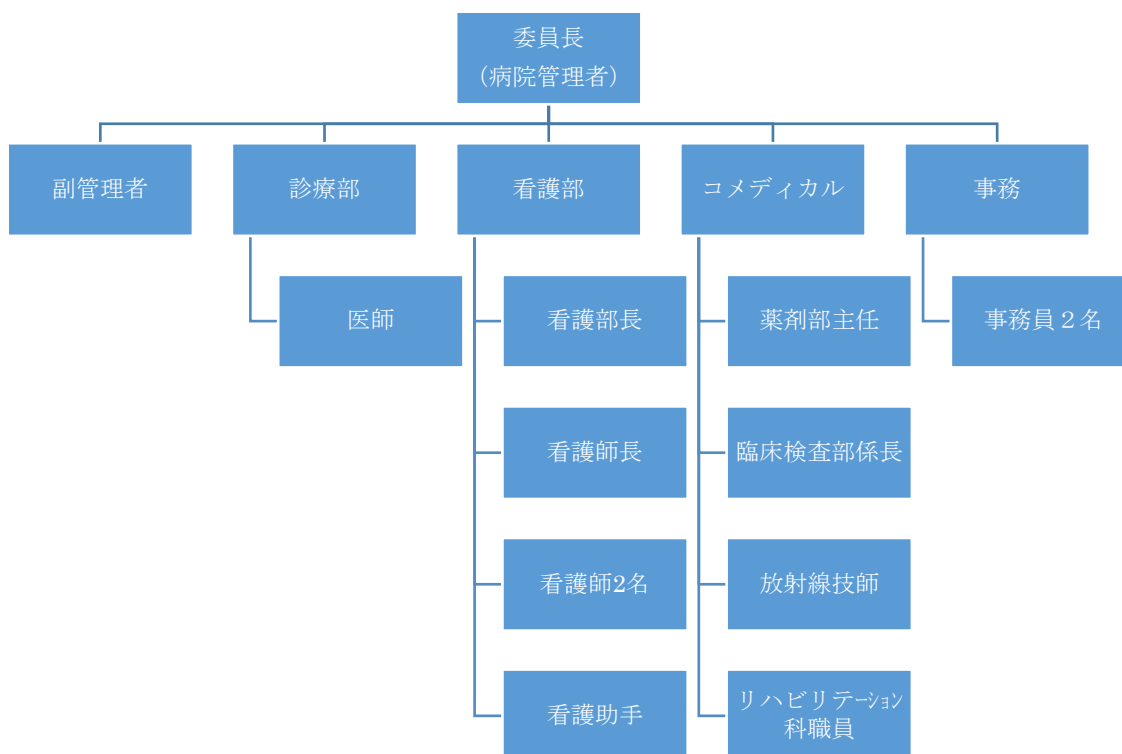
委員会の構成職種は、医師、看護師、コメディカル、事務からなり、医師、看護職、その他の医療従事者の勤務環境改善に係る施設整備や、医師事務作業補助者の人員配置、短時間勤務職員の就業等、勤務環境の改善に関することを全般的に審議している。

また平成 28 年度には、同じく病院管理者を委員長とする「女性の活躍推進プロジェクト」を立ち上げた。委員会の構成職種は、勤務環境改善委員会と同様に多岐にわたるが、構成員の多くが女性であり、月 1 回の定例会を通して、女性の働き方改革を推進している。

各組織の組織図を、図表 56、図表 57 に示す。



図表 56 医師、看護師、その他医療従事者勤務環境改善委員会 組織図



図表 57 女性活躍推進プロジェクト 組織図

## (ウ) 活動内容

### ① 働き方・休み方の改善

#### (a) 総労働時間の管理

うわまち病院では、超過しがちな医師の勤務時間を月別に管理し、一人当たりの平均勤務時間をグラフ化し可視化している。可視化することによって、超過勤務への危機意識を持ち、働き方を変える必要性を訴える材料となるという。

超過勤務の状況については、勤務環境改善委員会で審議の議題としており、病院全体で医師の超過勤務時間の削減に取り組んでいる。

#### (b) 時間単位の有給取得制度の実施

ワークライフバランスを考慮した勤務を実現するために、時間単位の有給休暇制度を実施している。さらに、取得率向上を目的として、うわまち病院版プレミアムフライデー<sup>35</sup>制度を構築し、概ね3ヶ月に1度、午後3時から2時間の時間有給を取得すること（金曜日に限らない）を病院全体で推奨している。また、部署毎に有給取得率を定期的に調査し、有給取得を呼びかけている。この取り組みを受けて、有給休暇取得率は平成27年から平成29年にかけて、全職種で10.7%向上しており、特に医師を中心とする診療部では、平成27年では18.7%しか取得できていなかったが、平成29年には42.4%の医師が取得できているという結果になった。

#### (c) 人員配置や制度新設によるタスクシフティング

医師の負担の軽減及び処遇の改善を目的として、病棟薬剤師の配置や認定看護師・特定行為研修を修了した特定行為に係る看護師の配置、医師事務作業補助者の増員、救急夜間における医師遅番体制の導入を行っている。

薬剤師の病棟配置により、病棟配置薬剤師の在庫管理や持参薬の管理、重複薬剤のチェック、患者の状態観察に基づく副作用のチェック等の医師・看護師の業務負担が軽減された。平成27年4月から配置を開始し、これまでに4名の薬剤師を新たに雇用している。

また、うわまち病院には、10名の認定看護師が在籍し、特定行為に係る看護師の研修制度を修了した特定行為に係る看護師も2名在籍している。認定看護師および特定行為に係る看護師の積極育成・活用により、専門的な視点からの観察や判断が可能となり、医師との連携がスムーズになることで、チーム医療の文化が醸成され、医療の質向上に繋がっている。その他にも、医師が手術や急患対応ですぐに対応が困難な場合の初期対応をタイムリーに行えており、医師が業務を中断せずに済んでいるという声が挙がっている。看護師同士で専門分野の相談が出来、教育面においても有効であるとの意見も多い。経営面においても、感染管理認定看護師による感染防止対策加算の算定により年間約27,000千円の増収効果や、特定集中ケア認定看護師による特

<sup>35</sup> 「プレミアムフライデー」とは、2017年に経済産業省主導で始まったキャンペーンである。個人が幸せや楽しさを感じられる体験（買物や家族との外食、観光等）や、そのための時間の創出を促すことで、下記の効果を狙う取り組みである。

(1) 充実感・満足感を実感できる生活スタイルの変革への機会になる (2) 地域等のコミュニティ機能強化や一体感の醸成につながる  
(3) (単なる安売りではなく) デフレ的傾向を変えていくきっかけとなる  
プレミアムフライデー ～月末金曜、豊かに過ごそう～（経済産業省）

([http://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/service/premium-friday/index.html](http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/service/premium-friday/index.html))

本レポートのうわまち病院版プレミアムフライデーとは、その概念を広げ、フライデー(金曜日)に限定せずに実施したものである。

定集中治療室管理料 1 及び 2 により年間約 174,000 千円の増収効果がある。資格取得には、半年から数年の期間を要する専門の教育機関への通学が必要になるが、その間の勤務時間の調整や、経済的な支援、復帰後のキャリアの保証などのサポートを行っている。

医師事務作業補助者の配置は、平成 20 年 4 月より診断書の作成補助という形で導入して以降、医師の医療秘書業務や病棟での診療実績のコスト入力、その他入力事務業務まで、順次配置人数と業務内容を拡大した。平成 31 年 2 月現在、20 : 1 の配置基準を達成している。

救命救急センター（救急外来勤務の救急部医師、小児科医師、研修医は夜勤（当直ではなくシフト勤務）としている）では、夜勤医師の負担軽減を目指し、夜勤医師のヘルプ要員として一部の医師の勤務時間帯を 12 : 30 ~ 21 : 00 までの遅番とする制度を導入した。平日は 1 人の医師が交代で遅番勤務を実施している。

この制度の導入により、20:30 までに救急外来を受診し、その後緊急入院となった患者については、入院時のオーダ入力や家族への病状説明、夜勤医師への引継ぎを各科の遅番担当医が行うこととなり、夜勤医師の業務負担が大きく軽減された。医師からは、「遅番医師の指定と業務時間の規定により、自身が夜勤をする際にも引継ぎや相談がし易く、より安心して夜勤を行うことができるようになった」など、制度を評価する声が挙がっている。本制度は、人事制度の変更によるものであり、費用の増加はなかった。

#### (d) 複数主治医制の採用

特定の医師に業務負担が集中しないよう、各種取り組みを行っており、その代表的な施策が複数主治医制の採用である。総合内科、小児科、救急総合診療部などの一定数の医師が所属する診療科では、1 人の入院患者に対し複数の主治医を設定している。

複数主治医制の導入にあたり、チーム内でカンファレンスを実施して治療方針を共有することで、本治療体制を確立することが可能となった。患者の容体の変化が比較的短いスパンで起きることが多く、オンコールによる医師の負荷が高い診療科を選択基準として検討した。

また、小児科では、診療科の特性上頻回の呼び出しがあることから、入院患者に対する初期対応を行う医師を日毎にシフト決めし、その他の医師が業務に集中できる体制を取っている。

その他、各診療科において夜間・休日のオンコール対応を行う担当医師を日毎に決め、初期対応を行う取り組みを行っている。

## ② 働きやすさ確保のための環境整備

### (a) 当直シフトの見直し

平成 30 年 2 月から職員の当直勤務に関する内規を改正している。当直明けの時間を時間外勤務とし、超過勤務手当の対象としたことや、当直翌日が日曜、祝日及び土曜日に当たる場合は、原則翌月末までに同勤務分を振替休日として取得することとする等、職員の働きやすさを確保するための環境整備を推進している。

### (b) 短時間正職員制度

全医療従事者に対して、基準に該当する場合に、原則 2 年間、正職員の身分を有したまま（社

会保険等の加入も継続したまま)、短時間勤務を適用できる短時間正職員制度を構築している。本制度は、採用困難職種の確保を意図して平成 21 年度に医師向けの制度として始められたが、平成 23 年度に看護師に、平成 30 年度に全医療従事者へ適用を拡大した。適用には、明確な理由があり、当直・夜勤を含む常勤職員としての復帰が見込まれる者である必要がある。当直・夜勤に従事する職員との待遇差を明確にし、不平等感を是正することに努めた。

これまで本制度を利用した職員は、医師 3 人、看護 11 人、その他医療職 1 人である。時短勤務制度を活用した看護師からは、役職や給与がリセットされるパート勤務への転向と違い、自身のキャリアを諦めずに働き続けることができる点や、気心の知れた環境での勤務継続により周囲からの協力を得やすい点を評価する声が挙がっている。

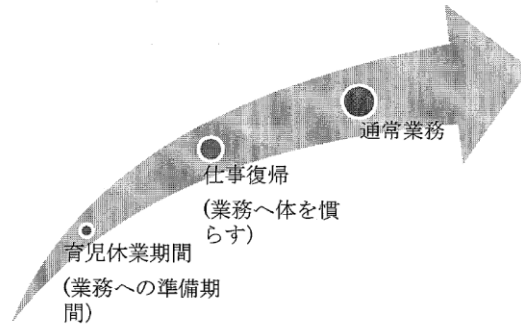
#### (c) 育児休業者の復職支援

院内組織「女性の活躍推進プロジェクト」からの提案により、平成 29 年から育児休業から復帰する職員を対象として、子育てと仕事の両立を精神面や制度面から支援する目的で、職種毎の段階的な復帰をサポートするプラン（育児休業者漸次復職プラン）を作成し、実行を支援する体制を構築した。

図表 58 は、リハビリテーション科における理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を対象としたプランである。この例では、復帰前の 5 日間は半日の勤務を行い、担当する患者数を状況に応じて相談しながら増やしていくプランとなっている。これまで本制度を利用した職員は、医師 3 人、看護師 4 人、その他医療職 2 人である。本制度を利用した職員からは、自身の個別の事情を相談する機会が設けられていることで、復帰にあたっての不安が低減されたと、本制度を評価する声がある。

- ☑育児休業が終了する日の1週間前から仕事復帰。
- ☑当該1週間は半日勤務。
- ☑状況に応じ、担当患者を増減(復帰初日は1人から)
- ☑育児休業終了後は、基本的には病態が落ち着いている回復期・療養担当(3か月程度)

※可能な限りモデルプランに沿って進めていきますが、各状況に応じて柔軟に対応していただけるよう、一緒に話し合いをしていきましょう。



【復帰までの1例】※復帰前1週間の半日勤務は、午前または午後にて調整可能

	育児休業期間							育児休業復帰	
	復帰 7日前	復帰 6日前	復帰 5日前	復帰 4日前	復帰 3日前	復帰 2日前	復帰 1日前	~3か月程度~	4か月日以降
8:30	【勤務】 初日は患者1名から			【勤務】 漸次業務量の調整				基本的には病態が落ち着いている回復期・療養担当	通常勤務
12:30	育児休業			育児休業					
17:00	育児休業			育児休業					

図表 58 リハビリテーション科 育児休業者漸次復職プラン

(d) 院内保育所の整備

うわまち病院では、平成14年度の病院開設当初より、病院職員として保育士を20名雇用し、24時間365日稼働する院内保育所を運営しており、1日平均24.4人の保育を行っている。病院職員の利用料金は、3歳以下は月2万3千円、3歳以上は月1万8千円である。

また、院内保育所に併設して病児・病後児保育センターがあり、子供の体調が悪くなった場合も預けられることや、24時間365日稼働している院内の小児医療センターもすぐに受診可能であるため、安心して預けられると職員からの評価も高い。(図表 59)





図表 59 病後児保育室

③ 働きがいの向上

(a) 表彰制度

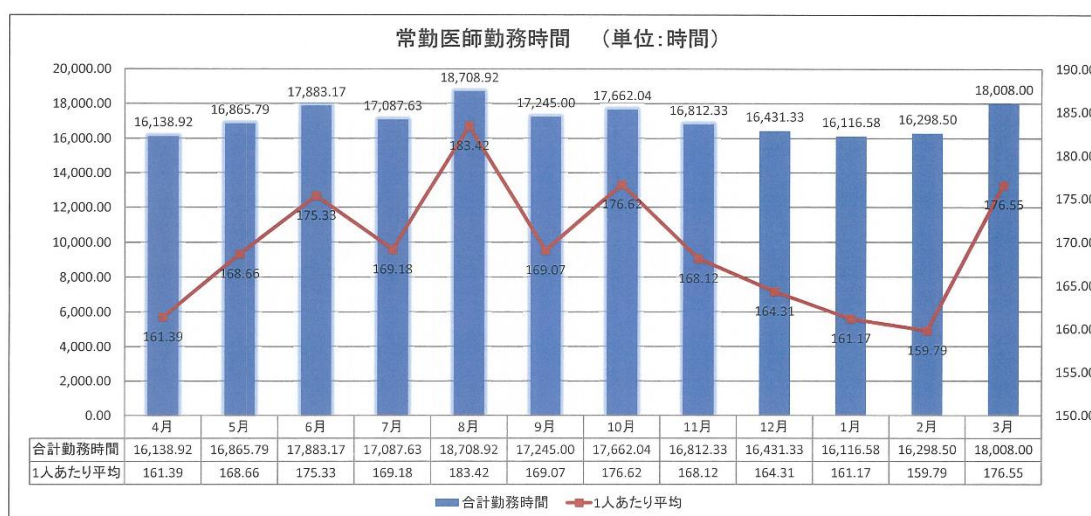
また、うわまち病院では、その他にも Uwamachi Award と称した職員表彰制度の実施を行っており、全職員、全部署を対象としてモチベーションの向上に繋がる取り組みを積極的に行っている。

(エ) 活動成果

① 常勤医師の労働時間

うわまち病院における平成 29 年度の常勤医師の総労働時間のデータを図表 60 に示す。月別の常勤医師一人当たりの平均労働時間は 170 時間程度<sup>36</sup>となっており、1 週間あたりの労働時間は、最も多い 8 月でも 41.42 時間である。病院に常勤で勤務する医師の週当たりの勤務時間の平均は、男性が 53.24 時間、女性が 44.72 時間<sup>37</sup>であることから、平均的な病院と比較して医師の業務時間が低く抑えられていることが分かる。

	平成29年												平成30年			合計
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月				
合計勤務時間	16,138.92	16,865.79	17,883.17	17,087.63	18,708.92	17,245.00	17,662.04	16,812.33	16,431.33	16,116.58	16,298.50	18,008.00	205258.21			
1人あたり平均	161.39	168.66	175.33	169.18	183.42	169.07	176.62	168.12	164.31	161.17	159.79	176.55				



図表 60 常勤医師の勤務時間表

② 看護師の離職率

看護師の離職率は、地域毎に大きく異なり、神奈川県における正規雇用の看護職員の離職率は 14.7%<sup>38</sup>である。うわまち病院における看護師の離職率の推移を図表 61 に示す。

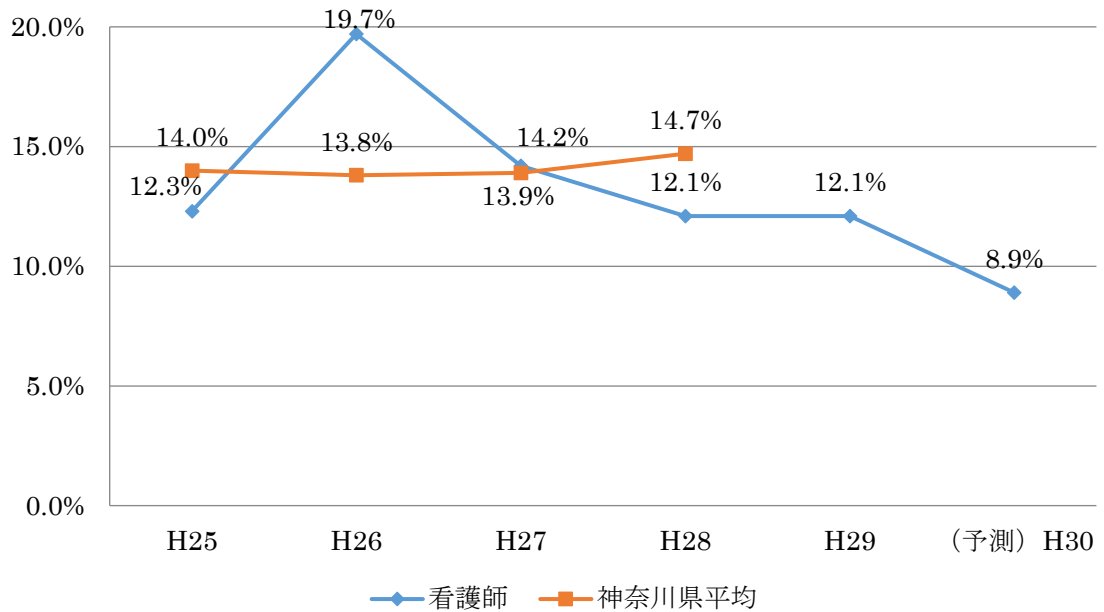
平成 25 年に救命救急センターを設置したことで、新たに職員が大量採用された。新職員および新職員への指導などサポートする職員の勤務環境が変化した結果、看護師の離職率が平成 26 年に 19.7%となった。その後、一連の勤務環境改善の取り組みを続けることで、離職率は低減し、平成 27 年には 14.2%と神奈川県の看護師離職率の平均並みとなった。平成 28 年、29 年には 12.1%と平均以下の水準で推移している。

離職率の低下に伴って採用に係る費用が減少した。数字には表れないが、離職率の適正化に伴って、新規採用者を指導する先輩看護師の業務負荷も軽減傾向にある。

<sup>36</sup> 平均労働時間＝所定労働時間数（週 38.75 時間）＋超過勤務時間数で算出（短時間勤務の女性医師含む）

<sup>37</sup> 平成 29 年 4 月 6 日医師の錦見実態及び働き方の意向等に関する調査 p.13 勤務医（常勤）の年代別平均値の診療＋診療外時間より算出

<sup>38</sup> 2017 年 病院看護実態調査（日本看護協会、2018 年 5 月 2 日）



図表 61 看護師離職率の推移

③ 女性医師の勤務継続

平成 25 年度から平成 29 年度までの間、女性医師の中で育児休暇を取得したのは 9 人、離職したのは 25 人であった。離職理由の多くが医局人事によるローテーションのための退職である。出産、育児による退職者はおらず、全て産休もしくは育休取得後に復職をしている。365 日 24 時間対応可能な院内保育や、病児・病児後保育、復職支援制度や短時間正社員制度の活用等、病院として復職に向けた支援を行っていることが功を奏していると考えられる。

④ 診療収益の増加

医療機能の拡充や勤務環境改善のための人員雇用などから、平成 26 年から平成 29 年にかけて医師の給与費が 10%、全給与費が 7%増加した。一方で、手術件数は 14%増加し、入院診療収益が 6%、外来診療収益が 13%増加した。医業収益 100 対給与比率は 52%前後で推移し、平均的数値<sup>39</sup>を維持している。

病棟の薬剤師配置や医師事務作業補助者の増員、入院患者の複数主治医制等、医師の勤務環境改善の取り組みを行うことで、医師が本業である診療業務に集中できる環境が整い、密度の濃い医療提供が可能になった効果と推測できる。

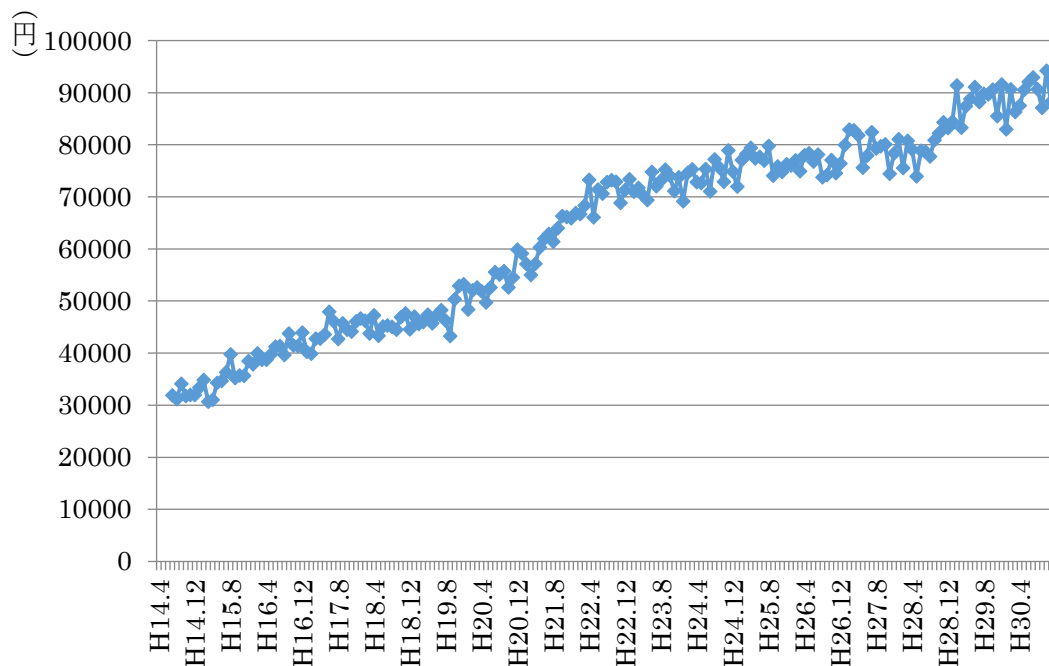
(オ) 経営状況

うわまち病院は、10 年以上経常黒字を計上しており、平成 27 年度には自治体立優良病院総務大臣表彰を受賞している。

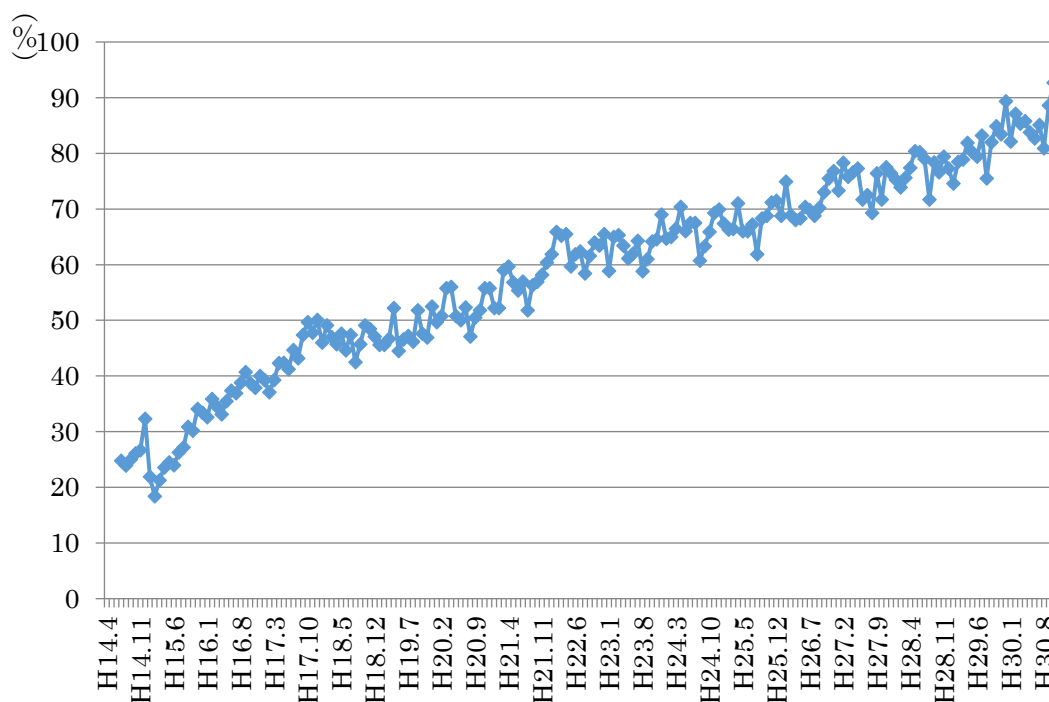
平成 30 年 7 月の一般病床の病床利用率は 77.6%、平均在院日数は 9.6 日、入院診療単価は約 92,250 円、紹介率（地域医療支援病院基準）は 74.2%であった。平成 14 年の開院以降、入院

<sup>39</sup> 平成 29 年度 病院運営実態分析調査（一般社団法人 全国公私病院連盟、平成 30 年 3 月 1 日）

診療単価（図表 62）、外来診療単価、紹介率（図表 63）共に上昇傾向にあり、地域の中での自院の役割が確立されていることが伺える。



図表 62 一般病床の平均入院単価推移



図表 63 紹介率の推移

これらの経営安定化に係る要因は、勤務環境改善だけでなく、その他の収益向上と支出削減に係るその他の取り組みも少なからず関係していることが推測できる。勤務環境改善に係る施

策には、医療機器の導入や専門医の招聘などと比較すると、一部の例を除き病院経営に直接的な影響を与えることは少ない可能性が高いが、組織の強化という間接的な影響をもたらし、結果として収益増加や支出削減の要因となることが推測される。

(カ) まとめ

うわまち病院は、地域の医療需要の変化に対応するため、平成 25 年に救命救急センターの指定を受け、その翌年の平成 26 年には地域周産期母子医療センターの認定を受けている。その後も機能特化したセンター化を進めている。

医療機関において事業拡張や新たな取り組みを行う際、事業に見合った収入を確保するために、診療報酬上定義される施設基準に沿った人員配置の転換や増強が伴うことが多い。その結果として、職員の働く環境をはじめ、様々な状況の変化をもたらすことが想定される。

例えば、うわまち病院では、平成 26 年の救命救急センターの設置により、職員の業務負担が高まり、看護師の離職率が一時的に増加した。病院管理者は、この出来事をきっかけとして、市立病院として求められる役割を果たし続けるためには、勤務環境を改善し職員に選ばれる病院になる必要があると認識したという。その後、積極的な取り組みの結果、翌年から離職率は減少し、地域の医療需要を賄うために必要な医療機能が保たれている。

この事例から、「医療機関の持続的な経営には、勤務環境の改善が不可欠である」という意識を、管理者が持つことの重要性が示唆される。

医療は多様な職種が密に連携して行われる高度なサービスであり、質の向上および変化への柔軟な対応を可能にするは、人材の確保と長期的な視点での育成が必須である。勤務環境の改善は、その具体的なソリューションであり、うわまち病院の事例はそれを体現していると言えるのではないか。

## (キ) 参考データ

1	施設名	横須賀市立うわまち病院
2	開設主体	横須賀市
3	経営形態（公立のみ）	指定管理者制度
4	主たる医療機能	高度急性期、急性期、回復期
5	病床数（稼働病床数/許可病床数）	387 床/417 床
	一般	337 床/367 床
	療養	50 床/50 床
	精神	—
	感染	—
	結核	—
6	職員総数（常勤換算）	759.6 人
	医師数	145.5 人
	看護師数	325.8 人
	看護師の交代制勤務の状況	3 交代制（変則含）／2 交代制（変則含）／3 交代制と 2 交代制のミックス（同一病棟内）／それ以外の交代制／当直制／オンコール体制／その他
	医師事務作業補助者	11 人
	看護補助者	77.8 人
7	1 日あたりの平均外来患者数	486 人(平成 30 年 4 月～11 月までの実績)
8	1 日あたりの平均入院患者数	304 人(平成 30 年 4 月～11 月までの実績)
9	一般病棟の平均在院日数	10.5 日(平成 30 年 4 月～11 月までの実績)

10	病床稼働率	78.7%(平成30年4月～11月までの実績)
11	算定している入院基本料	急性期一般入院料1/回復期リハビリテーション病棟入院料1 及び3/救命救急入院料1/特定集中治療管理料3/新生児特定 集中治療室管理料2/小児入院医療管理料2
12	病院機能	救急告示(病院群輪番制病院) 救命救急センター 地域周産期母子医療センター 心臓脳血管センター 消化器病センター 心臓リハビリテーション 療養指導、糖尿病教室、母親学級、未熟児医療、母子医療 臨床研修指定病院 レジデント研修施設 セミオープン、医療機器の共同利用、4時間連携在宅支援
	救急指定の状況	三次救急
	ICU、HCU等の整備状況	ICU 8床 NICU 6床 GCU 7床 SCU 3床 救命救急センター 24床
13	勤務環境改善を推進する組織体制及び組織名	女性の活躍推進プロジェクト
	組織の責任者及びリーダー	病院管理者
	組織の職種構成	医師・看護師・コメディカル・事務

### 3 医療法人 社団美心会 黒沢病院

#### (ア) 医療機関概要

医療法人 社団美心会 黒沢病院は、群馬県高崎市に位置する 130 床（SCU12 床）の総合病院である。

美心会は、「良質な総合医療サービスの提供」を理念とし、病院の他、健診・ドック、外来・入院・透析、介護、健康増進事業など、各種サービスを運営している。

美心会が管理・運営する施設は以下の通りである。

- ・ 黒沢病院
- ・ 黒沢病院附属ヘルスパーククリニック
- ・ 疾病予防運動施設「メディカルフィットネス&スパ ValeoPro（ヴァレオプロ）」
- ・ 人間ドック・健診施設「高崎健康管理センター」
- ・ 地域包括支援センター「高齢者あんしんセンターくろさわ」
- ・ 介護老人保健施設「老健くろさわ」
- ・ 訪問看護ステーションくろさわ
- ・ 居宅介護支援センターくろさわ
- ・ ヘルパーステーションくろさわ
- ・ サービス付き高齢者向け住宅「ラ・ヴィオラ中居」
- ・ 特別養護老人ホーム「シエステさとの花」
- ・ 介護付有料老人ホーム「カーサ・デ・ヴェルデ黒沢」
- ・ 生活支援サービス「ベンリーくろさわ」



図表 64 美心会 黒沢病院外観

#### (イ) 勤務環境改善を推進する組織体制

黒沢病院では、勤務環境の改善を推進する組織部門として、総務部企画推進課が中心となって活動している。各部署の主任以下の代表者で構成される連絡会議において、職員から勤務環境などに関する意見の収集・審議を行い、上位組織である法人運営全体に関する事項を協議する運営会議への上申を行う。



また労務管理面におけるより専門的な審議の場として、副理事長を含む総務管理職による総務部管理会議を運営している。

## (ウ) 活動内容

### ① 働き方・休み方の改善

#### (a) 専門職種が担うべき業務の整理とタスクシフティング

医師、看護師、薬剤師などの専門職が担うべき業務と、クラークなどの事務職員でも対応できる業務を整理し、各専門職の業務を補助するクラークをそれぞれ配置している。

医師及び看護師の業務負荷軽減のため、平成 18 年から外来にクラークを配置している。翌年には 2 名のクラークを病棟に配置し医師や看護師の事務的業務を実施、平成 20 年からは病院に 2 名の医師事務作業補助者を専従配置し、書類作成等を代行している。医師事務作業補助者の導入後、医師の残業が減っていることを体感できている他、診断書に係る患者からのクレームが顕著に減った。

また、診断書の作成にかかる期間が、2 週間から 1 週間に短縮され、患者の利便性も向上した。現在、病院の医師事務作業補助者は、4 名専従で代行入力や行政上の業務などを担当している。そして資格を有する専任職員も 7 名おり、支援体制を整えている。

看護師の業務負荷軽減のため、平成 21 年の外来移転、新規開設に伴い、新たに 5 名のクラークを外来へ配置し、外来診察室内での医師の診療補助や患者への問診業務を看護師からクラークへ移管した。現在は 8 名の外来クラークを配置している。病棟では、看護管理部へ 2 名配置、病床管理や勤怠管理を担当し行っている。

当初、院内ではクラークが問診を行うことへの懸念も示されたが、最初は看護師と一緒に行うなど訓練を積むことで、大きな問題はなく移管できることが分かった。また副次的な効果として、医師や看護師には言いにくいことも、身近な存在に感じられるのか、クラークには言い易いという患者が一定数いることが分かり、問診業務の効率化にもなっている。

看護師は看護業務に専念でき、クラークも患者に直接接する機会が増えたことで、仕事へのやりがいが増したという。外来や病棟の業務を経験したクラークは、医療職の業務内容を詳細に把握することになるため、人材育成の 1 ステップとしても有用と位置付けている。例えば、医事業務など多くの前提知識が必要で各部署との調整事が発生する業務には、外来配置のクラークからの異動を行うことがある。

黒沢病院では、医療の質向上のため、薬剤師が院外処方も含め全ての処方の監査を自主的に行っている。また看護師の業務負荷軽減のために、病棟へも薬剤師を配置している。

この様に多忙な薬剤師の業務負荷軽減のため、平成 27 年から薬剤クラーク 2 名を配置している。薬剤クラークは、従来薬剤師が担っていた業者からの納品物品の受取など、事務的な作業を代行している。

#### (b) 診療業務の整理と専門科の開設

平成 26 年 7 月の新病院開院と併せて、脳卒中センターを開設した。脳卒中センターの開設により、医師の業務負荷軽減と、救急医療への更なる注力が可能となると考えたものであ

る。

それまで救急患者があった場合、医師は外来診療を中断して救急患者の診察に当たっていたため、医師の負担が大きかった。また、そのタイミングは予期できないものであるため、通常の外来診療の待ち時間が救急対応によって突然伸びることになり、患者からのクレームの原因となるなどの課題があった。

脳卒中センター開設に伴い、新たに医師 5 名、看護師 20 名を配置し、施設整備を行った。救急車の受け入れ台数は、年間 1,169 台（平成 25 年）から 2,529 台（平成 30 年）へ伸びた。

#### (c) 会議の整理と圧縮

ISO9001 認証取得の取り組みをきっかけに、組織内における会議体の種類及び参加者、その目的などの整理を行い、参加者が重複する会議を統合し開催回数を見直した。結果、会議の時間は、従来約 2 分の 1 になったという。ただし診療報酬の改定に伴って、院内・院外共に開催が必要な会議はその後増加しており、定時内での会議開催の推進など、今後も継続的な取り組みを行っていく予定である。

### ② 職員の健康支援

#### (a) 職員のカウンセリング利用推進

院内にはカウンセラーが常駐しており、患者及び職員からの相談を受けている。当初は患者やその家族のために、療養上の不安を相談していただいたり、グリーフケアを行ったりすることを想定して開設した。（図表 65）実際は、職員からの相談の方が多く、職員のメンタルヘルスに寄与している。



図表 65 カウンセリングルームの様子

### ③ 働きやすさ確保のための環境整備

#### (a) 当直シフトの見直しと休暇が取りやすい文化の醸成

平成 29 年より、連続勤務時間の短縮を目的として、勤務間インターバルを規定した。

当直明けは、医師は半日、看護師は原則丸 1 日休みとし、当直明け医師の不在について、事務から全職員向けにメールで周知することで、医師が休みを取り易い環境を整えている。

コメディカルと事務職員については最低半日休みとした。ただし、半日の有給休暇の取得を合わせて推奨しており、多くの職員が 1 日の休みを取っている。

#### (b) 当直勤務の環境整備

厚生労働省が実施した調査において、日常業務のうち最も負担が大きい感じる業務について医師にたずねたところ、整形外科以外の全ての診療科において「当直」が最も多い回答となった<sup>40</sup>。

黒沢病院では、新病院への移転を機に、救急部門の整備を行うため、全部署で当直者の配置が必要となった。そこで、職員の負担を減らすため、環境整備を行い、医師からの要請を踏まえて当直室とは別に医師向けの仮眠場所を 2 部屋設けることや、当直を行う事務職員向けに当直室を整備した。また、救急患者の多い時間帯における当直者の負担軽減のため、早番（午前 7 時から）と遅番（午後 8 時まで）の当直支援担当者を設けている。

### ④ 働きがいの向上

#### (a) 希望者へのダブルワークのあっせん

勤務環境改善による職員への影響には、2 面性があると言われている。勤務時間が長く多忙な職員にとっては勤務時間が短縮されワークライフバランスが保たれる。一方で、残業代の減額による収入減に困惑する職員もいる。病院が業務削減や外注、ICT 導入等を経て業務時間の削減に成功するほど、職員はこれまで貰っていた給与が減ることになるため、効率化にブレーキがかかる要因となる。

黒沢病院では、この二律背反に、希望者へのダブルワークのあっせんという形で対応している。美心会では、訪問介護の延長として、日常生活における様々な支援の提供を目的とした生活支援サービス業（ベンリーくろさわ）を平成 28 年 10 月から開始し、希望する職員は自身の空き時間を利用してベンリーくろさわのスタッフとして働くことができる。これまで 13 名の職員がベンリーくろさわスタッフとして登録し、働いている。（図表 66）

またこれ以外のダブルワークも法人グループ内で実施している。この様な制度の背景は、法人として職員には様々な経験をして人間の幅を広げてほしいという思いがあるという。

<sup>40</sup> 病院勤務医の負担軽減の実態調査（厚生労働省、平成 20 年度）



図表 66 生活支援サービス ベンリーくろさわ

(b) 給与体系の見直し

平成 27 年から、医師および全ての当直者に対し、当直時の業務負荷に応じたインセンティブを支給している。以前、救急車を積極的に受け入れない医師が一部おり、法人の方針とは異なる上、積極的に受け入れる医師との間に不公平感があったことから、受け入れた患者数および救急車数に応じた手当をつけることとした。

また看護師については、他院の給与水準との比較を行い、給与や手当の見直しを行った。

⑤ その他

(a) ホワイト 500 認定の取得、働きやすい病院評価認定

業務品質向上のため、各種認定取得の取り組みも実施している。これまでに、取得した主な業務改善に係る認定を以下に示す。

平成 10 年	10 月	病院機能評価認定
平成 13 年	12 月	ISO9001 認証
平成 20 年	11 月	働きやすい病院評価 <sup>41</sup> 認定
平成 30 年	5 月	健康経営優良法人（ホワイト 500） <sup>42</sup> 認定

<sup>41</sup> NPO 法人イーজেイネットが平成 18 年より実施する、病院の働きやすさを評価・認証する事業。「働きやすい病院づくり」という視点での法人の方針と状況を訪問調査し、働きやすい病院づくりが進められていると評価される医療機関に認証を付与している。平成 31 年 2 月 1 日現在、25 施設が認証を受けている。参考) <http://www.hospirate.jp/>

<sup>42</sup> 経済産業省が平成 28 年から実施する、特に優良な健康経営を実践している法人を顕彰する制度。健康経営に取り組む優良な法人を「見える化」することで、従業員や求職者、関係企業や金融機関などから「従業員の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に取り組んでいる法人」として社会的に評価を受けることができる環境を整備することを目標としている。



図表 67 各種認定の取得

(エ) 活動成果

① 求人効果・離職者の減少

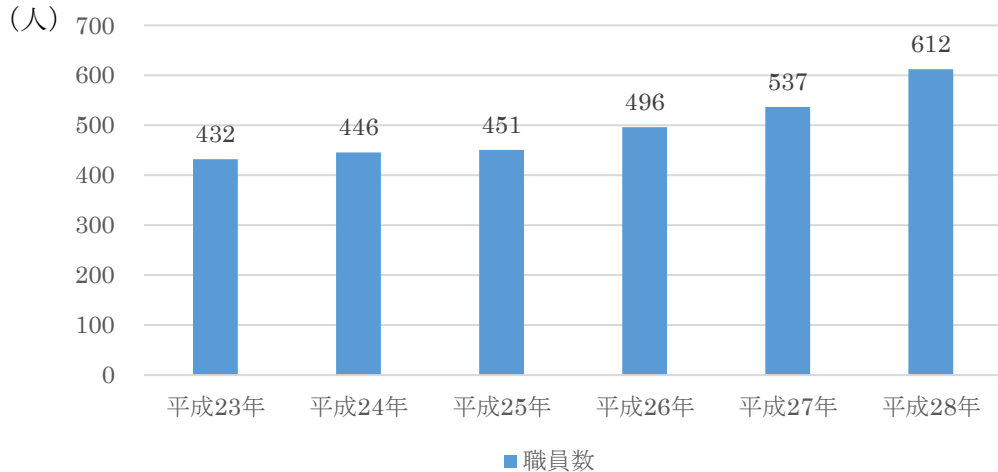
近年職場環境を重視する求職者が増えたため、健康経営優良法人や働きやすい病院評価認定を取得したことは、職員のリクルートの面でイメージアップ効果があったという。

美心会では、平成 26 年の新病院への移転以降、様々な機能拡張や施設開設を行い、業務を拡大している。(図表 68)

職員数は、離職者をふまえても毎年 50 名程度の純増となっており、新規事業の運営に必要な人員が適宜確保できていることが分かる。(図表 69)

図表 68 美心会関連施設の沿革

平成 26 年	7 月	黒沢病院 新築移転 脳卒中センター開設
平成 27 年	4 月	介護老人保健施設「老健くろさわ」開設
平成 28 年	7 月	高崎健康管理センター 健診部門 開設
	8 月	生活支援サービス「ベンリーくろさわ高崎中居店」 開設
	9 月	フィットネスクラブ「ValeoPro ANNEX」開設
平成 29 年	4 月	地域包括支援センター「高齢者あんしんセンターくろさわ」 開設
平成 30 年	9 月	介護付有料老人ホーム「カーサ・デ・ヴェルデ黒沢」 開設

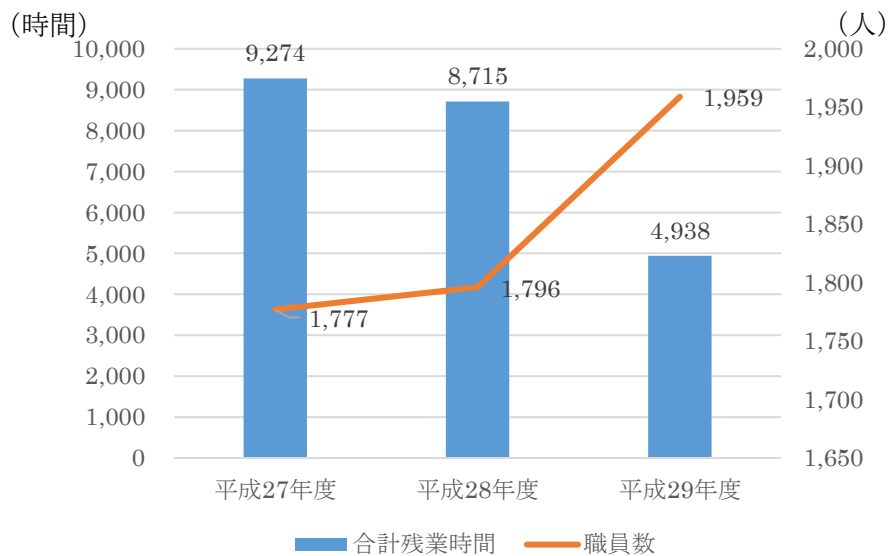


図表 69 美心会職員数推移

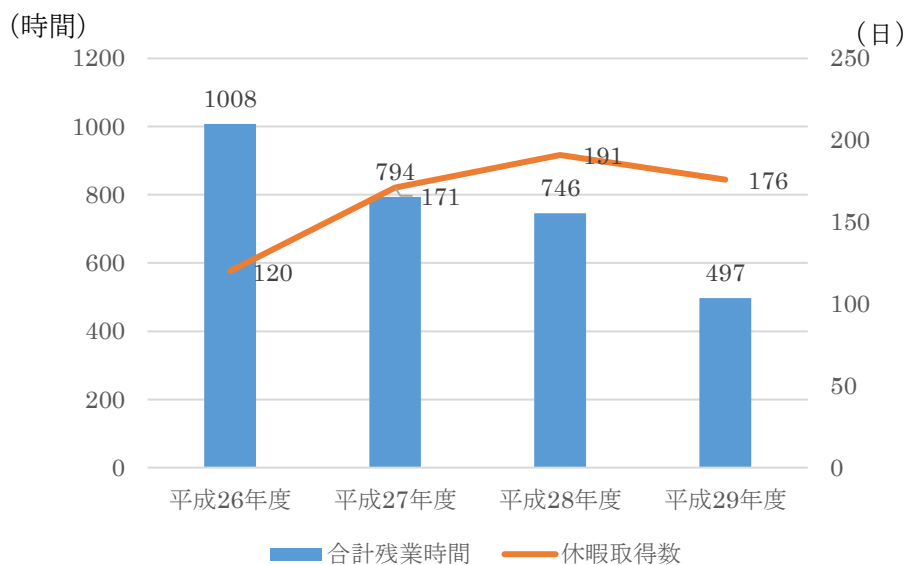
② 残業時間の減少

タスクシフティングや当直翌日の帰宅推奨等の取り組みの結果、職員の残業時間は減少傾向にある。図表 70 は、美心会の医師及び管理職を除く一般職員の残業時間の合計と職員数の推移を示す。事業展開に伴って職員数は増えている一方で、総残業時間は減少している。

また図表 71 に、管理者を除く常勤医師 16 名の合計残業時間と、休暇取得状況の推移を示す。残業時間の減少により、職員数増による人件費の増額が緩和され、事業運営に好影響を与えていることが推測される。



図表 70 一般職員数と一般職員の年間残業時間の推移



図表 71 常勤医師 16 名の年間残業時間数の推移

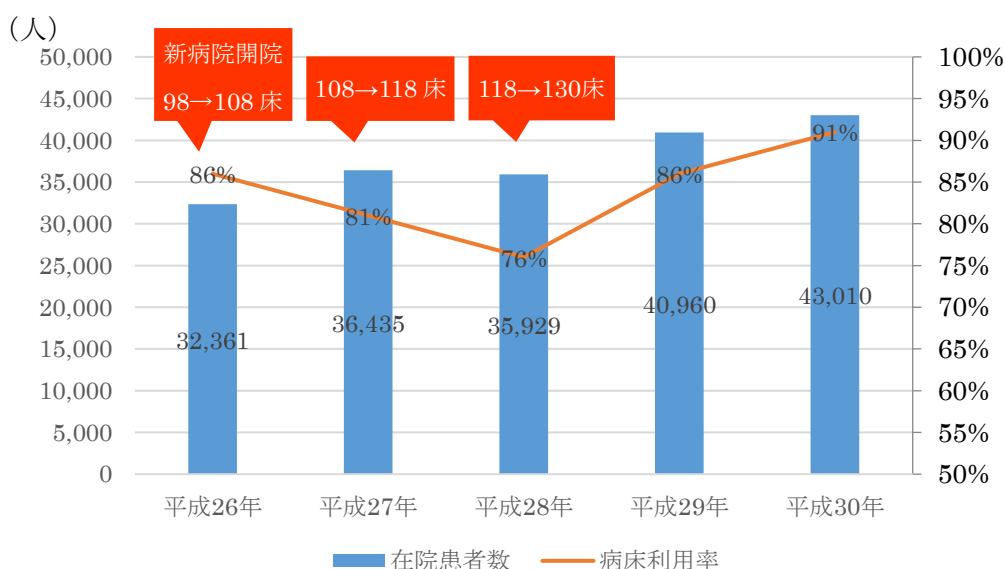
(オ) 経営状況

美心会は法人全体として平成 26 年の病院移転以降も、継続して営業黒字を計上している。

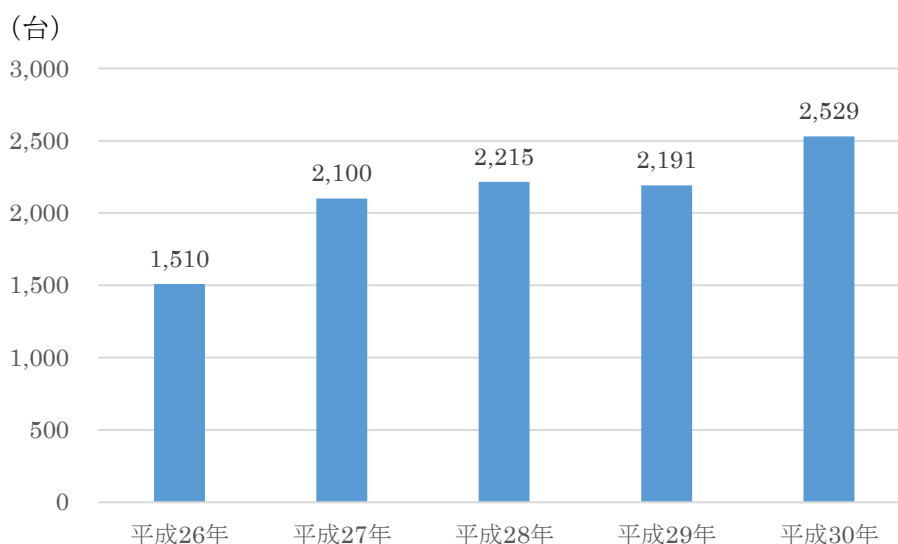
黒沢病院は、平成 26 年に 98 床から 108 床で増床移転し、その翌年には 118 床、さらに翌年には 130 床となった。病床利用率は、増床によって一時期減少したが、救急車の受入数増などを要因もあり、規模に見合う入院患者数の維持が可能になっている。(図表 72、図表 73)

救急車受入数は平成 30 年には年間 2,500 件を超え、平成 26 年対比で 67%の増加となった。平成 30 年の病床利用率は 91%、平均在院日数は 14.0 日、入院診療単価は約 48,800 円、紹介率は 64.2%であった。

効率的な運営により、職員の残業時間を減らしながら、収益を上げる構造を作っている。



図表 72 入院患者延数と病床利用率の推移



図表 73 救急車受け入れ数の推移

(カ) まとめ

本事例は、既存の業務分担に固執せず、クレークを中心としたタスクシフティングにより、勤務環境の改善を行っている好例である。本事例の要点は、クレークを正職員として採用し、思い切った裁量を与えて育成する姿勢を病院が示していることであると考えられる。

一方で、公立病院では、定数の関係から正職員でのクレーク採用が難しいケースがあり、流動性が高いパート・アルバイトのクレークを採用せざるを得ず、クレークが育たない難しさがあるという声もある。採用形態に応じた対応の検討が必要である。

また、勤務環境改善のマイナス面にも目を向け、副業を可能とするという具体的な提案を行っている例であった。多様な働き方に関する議論では、時短勤務や就業時間の自由、就業場所の自由などが話題になることが多い。しかし本例から、「もっと働いて収入を得たい」「もっと経験を積みたい」という声に対して、研修医や若手医師に限った話ではなく、全職員のキャリア形成及び労働の自由として捉える必要があるということが示唆される。



参考データ

病院の基本データについて、下記に示す。

1	施設名	医療法人社団美心会黒沢病院
2	開設主体	医療法人
3	経営形態（公立のみ）	—
4	主たる医療機能	急性期
5	病床数（稼働病床数/許可病床数）	130床/130床（SCU12床）
	一般	130床
	療養	—
	精神	—
	感染	—
	結核	—
6	職員総数（常勤換算）	617人（530人）
	医師数	30人（うちクリニック10人）
	看護師数	108.5人
	看護師の交代制勤務の状況	2交替と3交替の混在
	医師事務作業補助者	4人（他に非常勤専従4人・専任3人）
	看護補助者	19.2人
7	1日あたりの平均外来患者数	病院130人/日・クリニック360人/日
8	1日あたりの平均入院患者数	125.9人
9	一般病棟の平均在院日数	14.0日

10	病床稼働率	91%
11	算定している入院基本料	一般病棟 7 対 1 入院基本料/地域包括ケア入院医療管理料 1 (16 床) /脳卒中ケアユニット入院医療管理料
12	病院機能	救急告示病院 群馬県ドクターヘリ搬送収容対象病院
	救急指定の状況	二次救急
	ICU、HCU 等の整備状況	SCU 12 床
13	勤務環境改善を推進する組織体制及び組織名	①総務部管理会議 ②連絡会議
	組織の責任者及びリーダー	①副理事長 ②年度交代制
	組織の職種構成	①事務員 ②医師を除く全職員

#### 4 聖隷福祉事業団

##### (ア) 医療機関概要

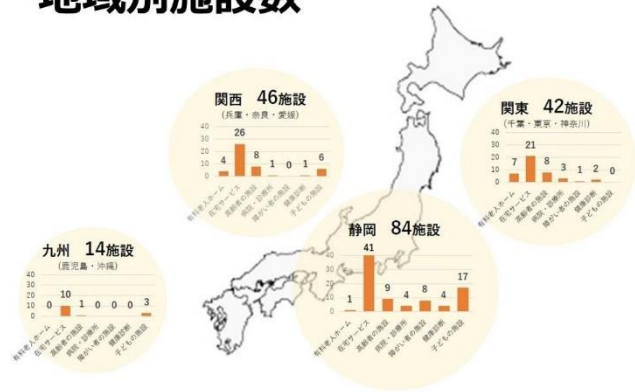
聖隷福祉事業団は、保健、医療、福祉、介護サービスを総合的に提供する社会福祉法人である。国内に152施設・349事業を有し、平成29年度のサービス活動収益約1,136億円、職員数約15,000名の大規模法人である。聖隷福祉事業団の事業領域を図表74に示す。

### 事業内容

- 病院・診療所
- 保健事業
- 特別養護老人ホーム
- 保育所・こども園
- 障がい・福祉サービス
- 訪問看護事業
- デイサービスセンター
- ケアプランセンター
- 有料老人ホーム 等



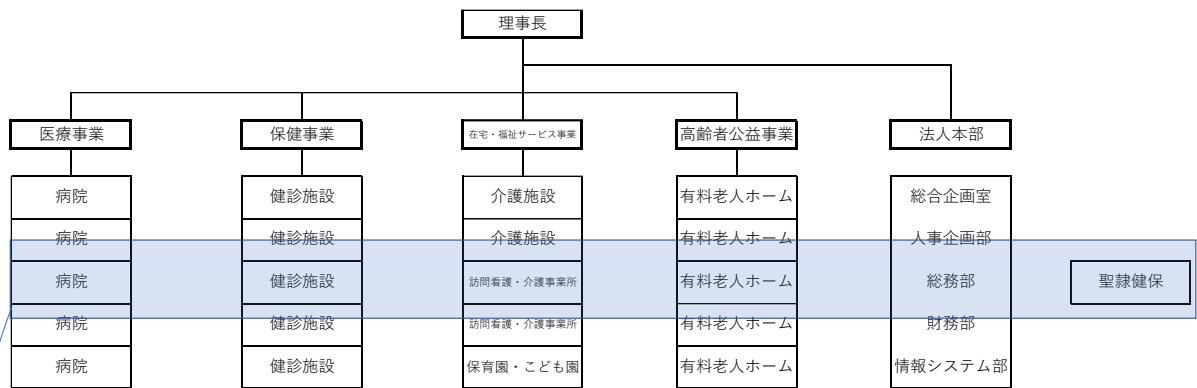
### 地域別施設数



図表 74 聖隷福祉事業団概要

##### (イ) 勤務環境改善を推進する組織体制

聖隷福祉事業団では、各事業部組織を横断して組織されている部門長会にて勤務環境改善にかかる各種協議を行っている他、本部組織における勤務環境改善の取り組みと合わせて、事業所毎に課題・事情に沿った個別の取り組みを行っている。本レポートでは、本部組織における取り組みを取り上げる。図表75に概念図を示す。



各事業部を組織横断した部長や部門長会において、勤務環境改善の推進と取り組みを行っている。

図表 75 勤務環境改善に関する情報共有の仕組み概念図

## (ウ) 活動内容

### ① 働き方・休み方の改善

#### (a) 総労働時間の管理

事業所毎に毎月の残業時間の確認を行っている他、事業団全体として月 2 回の部門毎の責任者が集まる会議に労働時間の長い職員のリストを共有し、対応を依頼している。超勤が続く場合、本部の人事企画及び総務部が介入して、是正対応を行っている。

規模の大きい事業団ならではの活動として、部門内での生産性向上にかかるノウハウの共有を、組織を超えた部門毎の部門長会で実施している。

#### (b) 休暇取得の管理

有給休暇の取得率については、毎年、全施設全職場を調査し法人内でワースト 30 を開示している。ワースト 30 に入る職場には傾向があり、規模の小さい職場や人材確保に苦戦している職場ほど有給取得率が低い傾向がある。ワースト 30 に入ってしまった職場の職場長には、次年度に向けた改善施策をレポートで提出させている。

この取り組みの結果、平成 28 年度（2016 年度）に 45.1%であった有給休暇率は、平成 29 年度（2017 年度）には 46.7%に上昇した。

### ② 職員の健康支援

#### (a) 人間ドック、医療費、スポーツ等への補助

職員の健康維持に係る費用の低減・補助を積極的に実施しており、スポーツエールカンパニー<sup>43</sup>にも認定されている。

- ・ 35 歳以上の人間ドック受診無料
  - ・ 医療費は、互助会から全額給付
  - ・ ジムやクラブ活動の活動費補助
- (いずれも指定施設で実施の場合)

また、傷病の発生割合のモニタリングも行っており、平成 25 年度以降、休職を伴う疾病の発生割合は全職員の 3%程度で推移している。特にメンタルヘルスに関する予防、対応について注力しており、手引きを作成し周知を行っている。メンタルヘルスに起因する傷病割合は、平成 25 年度と比較し平成 29 年度には 0.89%から 0.79%に低下した。

### ③ 働きやすさ確保のための環境整備

#### (a) 夜勤免除・短時間勤務制度の策定

聖隷福祉事業団の職員の男女比率は、男性 32%、女性 68%で、女性が多く活躍している組織である。実際に多くの職員が子育てをしながら働く母親であり、優秀な職員の離職を予防し人員を引き付けるためには、子育て世代への配慮が必須と考えられる。

<sup>43</sup> スポーツエールカンパニー認定制度とは、運動不足である働き盛り世代のスポーツの実施を促進し、スポーツに対する社会的機運の醸成を図ることを目的として、社員の健康増進のためにスポーツの実施に向けた積極的な取り組みを行っている企業を認定する制度である。スポーツ庁にて、平成 29 年度（2017 年度）から開始された。平成 30 年 12 月現在、347 社が認定を受けている。（スポーツ庁、[http://www.mext.go.jp/sports/b\\_menu/houdou/30/12/1411665.htm](http://www.mext.go.jp/sports/b_menu/houdou/30/12/1411665.htm)）

育休は、法令期間を超えて産後3年間取得することができる。また一度育休から復帰した後も、(次子の妊娠・出産ではなく)同一の子供に対して再取得ができる点を特徴としている。産後3年間適用できる育児期間中の短時間勤務制度と、小学校就学まで適用できる看護職・介護職向けの短日・短時間勤務ワークシェア制度がある。

夜勤が難しい看護師に対しては、理由を問わず、勤務時間を限定する制度の適用が可能となっている。時短勤務制度適用者は処遇面の変更もあるため、時短制度の整備・周知により、非時短勤務者の不公平感を是正している。平成29年(2017年)の育休取得者数は666人、育児短時間勤務利用者数は345人、ワークシェア利用者数は163人であった。

また介護に伴う休職制度も整備している。がん治療をしながら働くという選択肢を職員に提供するため、2019年4月より支援制度の開始を予定している。

**パパも育休取得!**  
いつかはパパでも育休取得を実現したい!そんな風に思っている方に知ってほしい男性職員育休取得の本当のところ。1か月間の育休を取得した男性職員、澤柳さんから、父親として、夫として、実際に体験したことを掘り起こり聞いてみました。

**育休取得理由・きっかけは?**  
同じ職場の男性スタッフも過去に取得していたので、私も子どもが生まれたら取得しようと考えていました。妻にその話をしたら「それは助かる!」と喜んでくれたので、産後2か月後から1か月間の育休取得を決めました。  
育児期間中、スタッフに仕事を任せるとは申し訳ないと思いましたが、子どもが生まれることを職場に報告すると、課長からは「何月取る?」と取得の挨拶があり、周りからも「育休を取るの?」と自然に声がかかりました。子どもの成長はともども早いと聞いていたから、子どもとの時間を大切にしたい気持ちもあったので、理解のある職場に感謝しています。

**育休取得に向けて準備したことは何ですか?**  
① 期間中に代行してもらいたいリーダー業務である院内研修への参加、病棟で実施する勉強会の資料作成をお願いしました。  
② 夫婿で役割分担を決めました。(私は子どもをお風呂に入れる係、買物は交代制→妻の気分転換にもなる)

**取得中に苦労したこと・悩んだことは?**  
授乳でしか子どもが泣き止まなかった時、自分は無力だなぁと感じました。

**育休を終えて**  
妻と子育ての時間が共有でき、子どもの変化を見守って子育てに没頭できる時間でした。私が仕事をしながらだと、妻も私に気を遣います。子育てに専念したことで、一人で育児をする大変さを知ることができました。子育ては皆ですものだと思います。私の職場は前例があるから、スタッフも肯定的で育休が取得しやすいです。取得する本人は「育休の前例がない」、「職場に申し訳ない」など思いがちな、周りからの後押しで取得後につらい、その後に続く風土が提供してほしいと思います。

**上司より**  
「パパも育休」応援します!  
澤柳さんから育休取得希望の相談をされた時どう思いましたか?  
澤柳さんはB3病棟で4人目の育休取得者です。子どもが生まれる報告を受けて、育休を取得するのは当然だと思っていました。  
取得が決まった際の周囲の反応は?  
B3病棟では当たり前のことです。新入職員が入職したら、男性職員の育休取得についての紹介をしています。  
取得前に澤柳さんと職場スタッフにどのような支援をしましたか?  
澤柳さんは係のリーダーですので、係内の調整と、チーム間の配置を変更しました。  
育休を取得した男性職員だからこそ、今後期待することは?  
子育て中の女性スタッフも増えてきているので、育休を取得した男性の視点で女性を支援してくれることを期待しています。

**家族より**  
「パパも育休」ママはいかがでしたか?  
育休期間は家事も育児も積極的に手伝ってくれて、時には一人で出掛ける時間を作ってくれるなど、リフレッシュさせてくれたのでとても助かり、心強かったです。  
子どもが生まれて間もない貴重な時期に二人で一緒に育児をすることができて子育ての大変さや嬉しさ等を共感し合い、家族三人で過ごすかけがえのない時間となりました。

**聖隷の育休制度について**  
Q いつまで取れるの?  
A 子どもが3歳に達するまで取得可能。  
※パート・アルバイト職員、専業主婦は子どもが3歳に達するまで、法(法改正)年未満の場合および雇用契約の内容によっては、取得できない場合があります。  
Q 育休中のお金はどのようになるの?  
A ①事業主からの給与と支給は停止されますが、雇用保険の育児休業給付が受けられます。育児休業開始日から80日間は賃金の67%、それ以降は賃金の50%の相違額が支給されます。また、2017年10月1日、保育費に入園できない等の理由があれば、子どもが2歳に達する日時まで給付金の支給期間を延長できます。  
②健康保険・厚生年金の保険料が全額免除されます。互助会費は半額免除されます。

**注目** 聖隷三方原病院は2014年に第8回「ワーク・ライフ・バランス大賞」を受賞。職員のワーク・ライフ・バランス実現に力を入れています。

図表 76 男性の育休取得を奨励する社内報記事

④ 働きがいの向上

(a) 表彰制度の改定

平成30年(2018年)より表彰制度を改定し、これまでの人命救助などを行った職員への表彰に加えて、各施設で取り組んでいるサービスの質向上や生産性向上に寄与する様々な業務改善の取り組みを申告してもらい、表彰する制度に改定した。

背景には、各施設で実施している工夫や努力を施設内に留めずに、各施設から積極的に発信

してもらうことで、同業他施設の業務改善に役立ち、多数の事業所を持つ強みを生かすことに繋がるのではないかと、という思いがあったという。

平成 30 年には、様々な施設から 14 件の事例報告があり、うち 5 件が表彰された。表彰事例は、Web ページや社内報に掲載されている。以下に、エントリーされた取り組みを示す。

No.	タイトル
1	患者さん・ご家族向けのミニ講座「ホス地下」を開催
2	【表彰】QC サークル「僕・私 CT 検査頑張ったよ」
3	職員支援のもと、委託スタッフが行った接遇向上の取り組み
4	診療材料在庫削減
5	プッシュ型広報（攻めの広報）ツール 「LINE@」の導入
6	がんで人生一休みしている働く世代、子育て世代の人が集う 患者サロン「いっきゅう.com」
7	高齢者に対する入院中のアクティビティ向上を目的としたデイケア実施
8	【表彰】骨粗鬆症に対する地域多職種連携の先進的な取り組み ～骨粗鬆症リエゾンサービスの導入～
9	健康経営における労働衛生機関の役割と効果
10	咀嚼力低下入居者への食支援 ～刻み食からやわらか食導入の試み～
11	【表彰】介護職員初任者研修の取り組みについて
12	仕事とプライベートの充実 ～最高のサービスは職員の幸せから～
13	【表彰】利用者様に安全に水分摂取していただくために ～とろみ調整食品の施設基準設定と導入への取り組み～
14	【表彰】地域包括契約等による電気料金削減

**ポテトチップス夫袋** 脂質61.2g/袋  
うすしおは 油にするごんごんに含まれています!

**ミニ特集**  
2017年7月に表彰日程が改訂し、2017年度は14件の申請がありました。

**LINE@** はじめました!

**功労表彰**

### 功労表彰とは

**目的**  
各施設で取り組んでいるさまざまな業務改善を事業団として表彰することにより、評価する。また事業団全体で取り組みを共有し、活用することにより、全体の仕事の質向上を図る。

**表彰の種類**  
① 社会貢献  
② 事業団貢献  
③ 業務改善

**対象**  
職員、パート・アルバイト職員、派遣職員および業務に関係する職員（業務委託先の職員もこの個人または団体が対象）

**申請期間**  
毎年2月ごろ（事務連絡あり）

**選考期間**  
毎年4～5月ごろ

**授与時期**  
毎年6月定時評議委員会時

**副賞**  
賞金3～20万円

## PICK UP! 2017年度および 人命救助功労表彰式での発表

#### 骨粗鬆症に対する地域多職種連携の先進的な取り組み～骨粗鬆症リエンサービスの導入～

聖隷済生堂病院 食糧配給センターサービス課

特色ある病院として地域にPRすべく、骨粗鬆症リエンサービサービス(OLS)を導入。地域多職種医療連携システム(さくらモデル)を構築し、骨粗鬆症学会でも「OLS活動奨励賞」を受賞するなど、治療の貢献のみならず病院の活性化や全国へのPR、病院経営にも役立つ新たな働きとなった。

#### 地域包括契約等による電気料金削減

富士エネルギー温暖化防止委員会事務局

2016年4月電力小売りの全面自由化に伴い、電気料金に関し各電力会社と再交渉を実施。複数年の包括契約とし、スケールメリットを生かすことで、施設、事業部、法人間の垣根を越え効率的に交渉。関連法人を含め、合計で2015年度比11,974万円の電気料金削減ができた。

#### QCサークル「僕・私CT検査頑張ったよ」

聖隷浜松病院 消化器科医務課

小児の腹部単純CT検査が滞りなく行えるよう、小児が理解しやすい説明や意義シールを導入し、やる気を引き出すことで検査完了率アップにつなげた。「頑張った」という経験が小児の自信になると同時に、スタッフのやりがいにもつながった。

**工夫や努力を各職場に留めてしまうのはもったいない! 積極的に発信しよう!**

事業団HPで詳細が見られます!

**功労表彰 人命救助**

ご利用者とその家族を火災から救出  
いしご愛光園 竹田 由希さん

利用者宅にて入浴介助中、別室より出火。消火器で消火活動を行うと共に消防と警察へ通報、ご利用者を安全なところに避難させ、ご利用者の配偶者を室内より救出。

図表 77 表彰制度

(b) キャリアアップ支援

平成 30 年（2018 年）に人事制度を変更し、新たな人材育成の基本方針及び事業団キャリアパスを作成・周知した。事業団キャリアパスは、「職業経歴上の道筋であり、職員が自ら描いた将来像を実現できるよう、事業団が行う人材育成を体系化し表したもの」になる。これにより職員は将来の自分の姿に向かって目標を持ち、モチベーション高く働くことで「人材育成の充実」に繋げることができる。

また、聖隷福祉事業団では、えるぼしの最高段階の認定<sup>44</sup>を取得している。平成 30 年度は、理事長からの「女性の活躍推進とキャリア支援」のメッセージのもと、女性活躍推進セミナーを実施した。社会的な背景や組織からの期待を理解してもらい、今後のキャリア形成に向けてビジョンを描くことをねらいとしたものである。

今後は、事業団キャリアパスに則り、男女の区別をすることなく働きやすい環境を整備し、経営視点を持つ管理職・経営に関わる幹部職員を育成する研修や配置管理を引き続き実施していく。

<sup>44</sup> えるぼし認定とは、女性の職業生活における活躍の推進に関する法律（女性活躍推進法）にもとづき、厚生労働大臣が、女性の活躍推進に関する取り組みの実施状況等が優良な事業主を認定する制度である。基準を満たす項目数に応じて3段階の認定がある。平成 30 年 12 月現在、775 社が認定を受けており、そのうち 507 社が最高段階に認定されている。

## (エ) 活動成果

様々な健康経営に関する取り組みの結果、聖隷福祉事業団は、平成 30 年 2 月より、健康経営優良法人認定制度のうち大規模法人部門（通称ホワイト 500）<sup>45</sup>に認定されている。主な取り組みの成果を以下に示す。

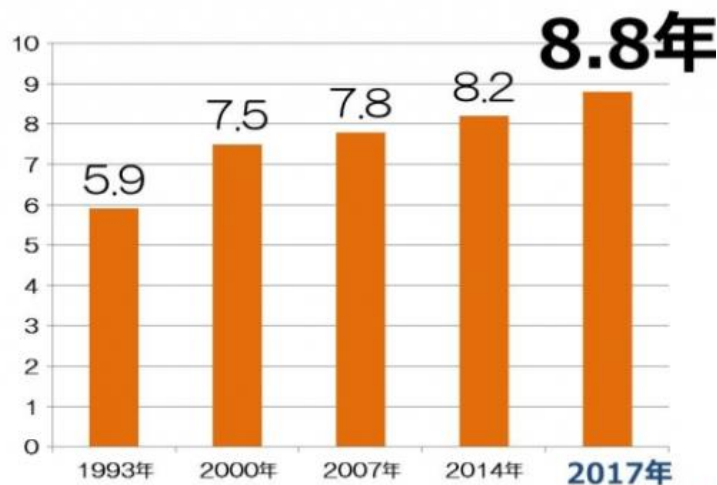
### ① 生産性の向上

事業の拡大に伴い、職員数は過去 3 年間で約 10%増加しており、人件費も伴って増加している。しかし生産性の指標としてモニタリングしている「一人当たりのサービス活動収益」や「一人当たりの付加価値」も約 1.3%増加し、法人全体のサービス活動総収益に対する人件費率は維持されている。

### ② 採用活動におけるメリットを実感、離職者減

聖隷福祉事業団では、過去 3 年間で約 1380 名の人員を採用している。近年、説明会や採用面接時において、学生に有給休暇取得率を聞かれることもよくあり、学生の勤務環境に関する関心が強くなっていると感じているという。実際に平成 29 年（2017 年）に実施した内定者向けのアンケートにおいて、聖隷福祉事業団を選んだ理由の 1 つとして、「健康経営優良法人の取得など、働き方改革に積極的な法人であること」を挙げた学生が 18.7%あった。

また、離職者や休職者の減少も実感しているという。法人全体での職員の勤続年数は、平成 5 年（1993 年）に比較して約 1.5 倍に伸びた。（図表 78）



図表 78 職員の勤続年数の推移

## (オ) 経営状況

聖隷福祉事業団では、平成 25 年度以降、5 か年連続でサービス活動収益の増収を達成している。平成 29 年度のサービス活動収益は、4 年前（平成 25 年度）と比較して 17%増となっている。

<sup>45</sup> 健康経営優良法人認定とは、地域の健康課題に即した取り組みや健康増進の取り組みをもとに、特に優良な健康経営を実践している大企業や中小企業等の法人を顕彰する制度である。経済産業省にて、平成 29 年（2017 年）から開始された。規模の大きい企業や医療法人等を対象とした「大規模法人部門」と、中小規模の企業や医療法人等を対象とした「中小規模法人部門」がある。平成 30 年（2018 年）には、大規模法人部門に 541 法人、中小規模法人部門に 776 法人が認定された。（経済産業省、<http://www.meti.go.jp/press/2017/02/20180220003/20180220003.html>）



る。(図表 79)

医療、保健、福祉、有料老人ホーム事業のそれぞれにおいて、高稼働・高単価を達成している。

医療分野においては、医師招聘による診療体制の確立に加え、病床稼働率の向上、手術件数の増加、抗がん剤治療をはじめとする高単価化学療法の増加があった。

保健分野においては、人間ドックおよび一般受診者の増加、巡回健診の新規契約締結による検診車稼働率の向上があった。

福祉分野では、特別養護老人ホームについては入居待機者の確保により高い入居率を維持しており、こども園事業の拡充や障がい者就労支援など新たな事業展開を行っている。有料老人ホーム分野では、入居率が向上した。



図表 79 サービス活動収益の推移

(カ) まとめ

聖隷福祉事業団では、法人本部による積極的な関与と支援が行われていた。施設間でのノウハウ共有や競争の推進、互助会による補助、幹部候補の集団育成などは、大規模法人の強みを生かした仕組みといえるだろう。

また、勤務環境改善の推進は、求職者に選ばれる組織を作る上で、重要な要素であることが分かる。聖隷福祉事業団では、「勤務環境改善により、優秀な人財を引き付けることで強い組織を作る基礎ができ、収益を上げ続けることができる。収益を上げ続けることで、職員への還元や更なる事業投資を行うための原資を確保できる。」という好循環をみることができるといえよう。

(キ) 参考データ

聖隷福祉事業団については、事業主体が多岐にわたるため、各施設の基本情報については割愛する。

## 5 医療法人 栄仁会 宇治おうばく病院

### (ア) 医療機関概要

医療法人 栄仁会 宇治おうばく病院は、京都府宇治市にある 555 床の精神科に特化した病院である。2つの精神科救急病棟と1つの精神科急性期治療病棟があり、京都府の精神科救急に対応する輪番施設として、患者の受入を行っている。

また、内科医の常勤も多く、身体合併症患者の受け入れ体制も充実している。精神疾患と内科疾患を合併している方に対して、精神科医と内科医が協力して治療にあたっている。



図表 80 宇治おうばく病院外観

また、宇治おうばく病院を運営する栄仁会は、重度の精神疾患で救急入院された利用者が早期に退院され、在宅での生活を少しでも長く維持できるよう、おうばく病院の他に、クリニックやグループホーム、復職トレーニングを行う専門デイケアバックアップセンターなど、複数の事業体を運営している。

### (イ) 勤務環境改善を推進する組織体制

宇治おうばく病院では、経営管理会議（月 2 回開催）にて勤務環境の改善に係る議論を行っている。経営管理会議のメンバーは次のとおりである。

理事長、副理事長（常務理事）、院長、医局から副院長 2 名、部長 1 名、看護部長、事務部長

### (ウ) 活動内容

#### ① 働き方・休み方の改善

##### (a) 医師事務作業補助者へのタスクシフティング

宇治おうばく病院では、4 名の医師事務作業補助者が医師の事務作業補助を目的として配置されている。医師の実感として、事務作業が削減され診療に集中できることや、病棟に顔を出

す機会が増えたという声が挙がっており、業務改善につながっている。

#### (b) 余裕を持った人員配置

宇治おうばく病院では、看護師を配置基準よりも2~3割多く配置している。潤沢な人員配置を行うことにより、業務量が分散され患者さんへのケアの質向上に寄与している。また職員の有給休暇や産休、育休などにも柔軟に対応できる。人件費が増えることによる病院運営上の難しさはあるが、職員の体力的、精神的な健康を意識して取り組んでおり、患者さんと職員に優しい病院であるための経営方針であるという。実際に、宇治おうばく病院の医業収益に対する人件費率は68.5%で、黒字の精神病院における平均値60.5%<sup>46</sup>よりも高い数値となっている。

また、潤沢な人員配置により、有給休暇が取りやすい環境にあることが有給休暇取得率の高さから分かる。看護師の平均有給休暇取得率は48.3%<sup>47</sup>であり、医療・福祉産業における労働者の平均取得率は52.2%<sup>48</sup>であることに對し、宇治おうばく病院の看護師の有給休暇取得率は84.0%と高い水準にある。

加えて、定時での帰宅に努めており、看護師の平均時間外業務は1時間以下である。有給休暇の取得率や時間外業務の少なさは、求職者へのアピールとしても効果を発揮している。

一方で、近年、診療の傾向が急性期にシフトして在院日数が短くなっているため、相対的に新規入院患者が増えている。そのため、入退院の窓口である精神保健福祉士（精神科ソーシャルワーカー）の業務が増え、退勤時間が遅くなっている点が課題であるという。特に患者との面談記録の記載に時間が掛っていることから、現在、音声入力で作成できるシステムの導入を検討している。

#### (c) 会議や勉強会の定時内開催

多くの病院で、会議や勉強会は時間外に行われているが、宇治おうばく病院では、全ての会議や参加必須の勉強会が業務時間内に開催されている。これも、余裕を持った人員配置を行っていることによって、現場での柔軟な対応が可能になっているためと考えられる。

### ② 働きやすさ確保のための環境整備

#### (a) 育児休暇や短時間勤務制度による子育て支援

宇治おうばく病院における育児休暇の取得率は100%である。また男性職員による育児休暇の取得例もあり、現在までに看護師1名（2回）、コメディカル1名が取得している。病院の育児休暇に対する考え方が浸透している結果と言えるだろう。

また、育休から復帰した職員向けの短時間正社員勤務制度もあるため、個々の職員の事情に応じた早期の職場復帰も可能になっている。短時間正社員勤務制度は、現在は子供が3歳までに限った制度であるが、子育てと仕事の両立が難しく短時間勤務終了後に離職してしまうケースがあったことから、子供の対象年齢を上げ、より働きやすい環境とすることを検討している。

<sup>46</sup> 平成28年度病院経営実態調査報告（一般社団法人 全国公私病院連盟、平成28年6月）

<sup>47</sup> 2017年看護職員実態調査（公益社団法人日本看護協会、平成30年5月16日）

<sup>48</sup> 平成30年就労条件総合調査 結果の概況（厚生労働省、平成30年10月）

医師については、自身の生活スタイルによって4種類の勤務帯（8：15～17：00、8：30～17：15、8：45～17：30、9：00～17：45）から定時を選べるほか、個別に勤務時間の相談にのっている。女性医師の中には、期間限定で9:00～16:15までの時短勤務を行っている医師もいる。

#### (b) 当直の対応

医師の業務負担軽減の一環として、平成29年から当直業務は当直専門医に依頼している。当直が可能な医師が少なくなったことや、医師からの要望を反映した結果であり、働き方に考慮した形となっている。

一方で、当直時間帯の診療の質の担保については、難しさを感じているという。アルバイトの医師には、かかりつけの患者であっても普段の様子が分からないため、入院要否やケア方針の判断などに難しい面があるという。

#### (c) ハラスメント対策の実施

ハラスメントに対しては院内で研修を行っている。実際の事例を使用したケーススタディを行い、世代の異なる職員同士をグループにして、どのような考え方の違いがあるのかを議論・共有している。

研修後には、ハラスメント窓口への相談が増えたという。また管理職を中心に研修ではよい気づきがあったという意見が挙がっており、研修実施自体にも意義があるといえる。

### ③ 働きがいの向上

#### (a) 福利厚生 の 充実

職員のモチベーション向上のため、福利厚生 の 充実を重視している。チーム医療の促進を目的として、人間関係を育むための多職種によるサークル活動が行われており、11団体が活動している。病院は、サークル活動費として1団体あたり年間約20万円を補助している。

#### (b) キャリアアップ支援

職員のキャリアアップの支援も積極的に行っている。

他科出身の医師の精神保健指定医や専門医の取得を支援しており、現在在籍している精神保健指定医15名のうち10名が、宇治おうばく病院で精神保健指定医を取得した。

看護師には認定看護師等の資格取得を支援しており、研修にかかる間の給与をはじめ、交通費、宿泊費等は、全て病院が負担している。その他、学会や研修、セミナーの参加についても法人が負担しており、職員の意欲を積極的に応援している。

### ④ その他

人事部門の職員は、京都府医療勤務環境改善支援センターのセミナーなどにも参加し、勤務環境改善に関する知識の習得を心掛けているという。

また、近隣の医療機関と3ヵ月に1回程度の会合を行っており、公的な病院も含め、意見交換を行っている。その際、勤務環境改善に関しての相談等も行われている。

## (エ) 活動成果

様々な活動の結果、以下の様な成果が出ている。

### ① 低い離職率の維持、医療職の確保

宇治おうばく病院の職員の離職率は 8~9%程度、勤続年数は 8 年程度である。京都府における看護師の離職率は 11.7%<sup>49</sup>であるため、宇治おうばく病院では、平均より低く抑えられている。

また、宇治おうばく病院では、理学療法士や介護士などの一部職種を除いて、欲しい職種はほぼ不足なくリクルートができていているという。医療機関全体の 60.8%<sup>49</sup>、長期療養に対応する施設の 71.6%<sup>49</sup>が、目標とする機能役割を果たす上での課題として「看護師不足」を上げており、業界全体の深刻な問題となっている。労働集約型の産業である医療業界において、必要な人材を適切にリクルートできることは、医療需要の変化に伴った適切な機能の追加・変更を可能にするために重要な要素である。一般科の病院とリクルート面で競合しにくいという精神病院の特殊な事情もあるものの、宇治おうばく病院の状況は出色といえよう。

看護師が重要だと考える職場環境の要素について聞いた調査では、理想と現職場における充足度のギャップが大きい要素として、「収入」「休暇」「超過勤務」「勤務形態の柔軟性」が上がった。宇治おうばく病院の時間外勤務の少なさや休暇の取りやすさなど、職員にやさしい勤務環境の整備が職員を引き付けていると考えられる。

### ② 施設基準を満たす人員確保に伴う医業収益増

宇治おうばく病院では、平成 10 年頃から精神科救急を意識した取り組みを始めた。自院の患者の救急時は夜間や休日であっても確実に受け入れるということから始め、他院患者や精神科初診患者も受け入れていった。そして平成 21 年に施設基準を満たし、当時京都府の民間病院では初となる精神科救急病棟を開設し、平成 27 年に 2 つ目の病棟を開設した。

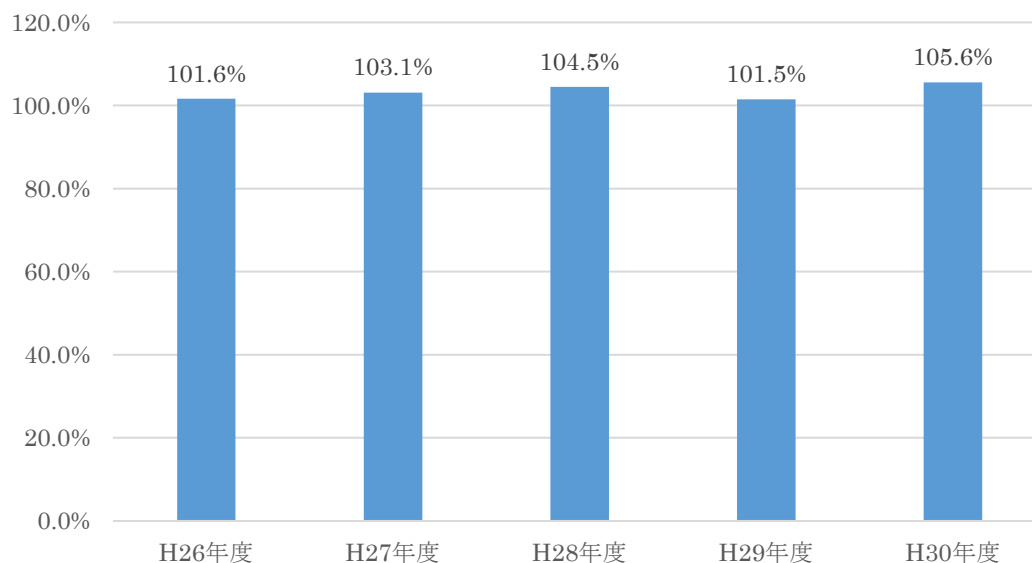
精神科救急には、「精神保健指定医が常勤で 5 名以上いること」などの高い基準が設けられているが、職員のキャリアアップ支援等を通して、必要な人員の確保と環境整備を行ったことで算定が可能になった。精神科認定看護師も 2 名誕生しており、専門性を生かした看護を提供している。

## (オ) 経営状況

宇治おうばく病院は、近年安定して黒字経営を続けている。(図表 81)

平成 30 年 4 月から 11 月の病床利用率は 91.3%で、救急搬入受け入れ数は 29 件であった。精神科救急病棟の平均在院日数は、それぞれ 53.6 日、50.2 日である。紹介率は 63.8% (精神科のみ) であった。近隣の救命救急センターや救急告示病院からの紹介が多く、身体面での急性期を脱した患者の精神面のケアに係る後方支援病院として、重要な位置を占めている。

<sup>49</sup> 2017 年病院看護実態調査 (公益社団法人日本看護協会、2018 年 5 月 2 日)



図表 81 医業収支比率の推移

栄仁会が運営するその他の施設についても、その多くは黒字で推移している。グループホームやケアプランセンターは赤字だが、「早期退院と自宅での生活の維持には、在宅支援サービスの整備が必要」という経営方針に基づいて一体運営を行っている。赤字は、法人内で施設によって給与水準に差を設けていないため、人件費率が高い状況になっていることに起因する。

(カ) まとめ

余裕を持った人員配置による好影響が、有給休暇の取得率や離職率等様々な面で好影響を与えている。少子高齢化により、労働力不足を嘆く医療機関が多い中で、人員が確実に確保できているということは、宇治おうばく病院の強みだといえる。

その中でも人事担当者の実感としては、近年受け入れる患者が急性期寄りに移行しているため、業務には慌ただしさを感じられるようになってきたというが、一般病院と比較して時間の流れがゆっくりであることなど、精神科特有の違いによって、良好な勤務環境が整えられていることが推察される。

## (キ) 参考データ

1	施設名	医療法人 栄仁会 宇治おうばく病院
2	開設主体	医療法人 栄仁会
3	経営形態（公立のみ）	—
4	主たる医療機能	高度急性期（精神医療）、慢性期
5	病床数（稼働病床数/許可病床数）	547 床 / 555 床
	一般	42 床
	療養	58 床
	精神	395 床
	感染	—
	結核	—
6	職員総数（常勤換算）	466 人 （440.46 人）
	医師数	29 人 （24.41 人）
	看護師数	228 人 （218.78 人）
	看護師の交代制勤務の状況	2 交代勤務
	医師事務作業補助者	4 人
	看護補助者	42 人 （37.32 人）
7	1日あたりの平均外来患者数	150 人
8	1日あたりの平均入院患者数	486 人
9	一般病棟の平均在院日数	精神科救急病棟 2 単位 53.6 日、50.2 日 精神科急性期治療病棟 61.2 日 精神科療養病棟 2 単位 522.7 日 610.2 日 医療療養病棟 249.2 日

9	一般病棟の平均在院日数	メンタルヘルス病棟 51.5 日 認知症治療病棟 234.8 日
10	病床稼働率	91.3%
11	算定している入院基本料	精神科救急入院料 1 2 単位 精神科急性期治療病棟入院料 1 精神療養病棟入院料 2 単位 認知症治療病棟入院料 1 介護療養型医療施設 精神病棟入院基本料 (15 : 1) 地域一般入院料 3 療養病棟入院基本料 1
12	病院機能	—
	救急指定の状況	精神科救急 輪番施設
	ICU、HCU 等の整備状況	—
13	勤務環境改善を推進する組織体制及び組織名	経営管理会議
	組織の責任者及びリーダー	理事長、副理事長、院長
	組織の職種構成	医師、看護師及び事務



## 6 医療法人 社団 恵仁会 なぎ辻病院

### (ア) 医療機関概要

医療法人 社団 恵仁会 なぎ辻病院（以下、なぎ辻病院）は、京都府京都市山科区に位置し 169 床の障がい者病棟有する慢性期の病院である。平成 17 年に、当時 77 床の桑原病院と 111 床のなぎ辻病院を新築移転・統合して開設された。



図表 82 医療法人社団恵仁会 なぎ辻病院 外観

### (イ) 勤務環境改善を推進する組織体制

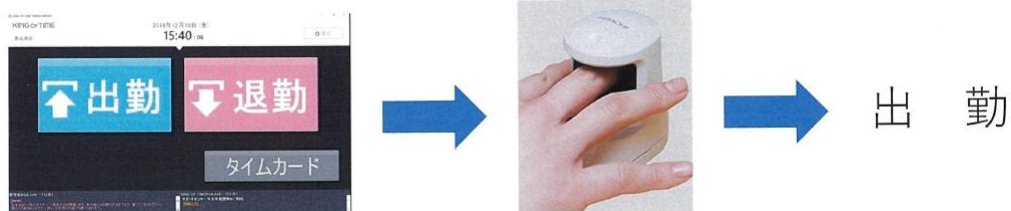
なぎ辻病院では、労働基準監督署による立ち入り検査をきっかけに、平成 28 年から勤務環境改善の取り組みを開始した。勤務環境改善に特化した組織はないが、理事長をリーダーとして、各部署の担当者と議論を重ね、業務改善を進めている。

### (ウ) 活動内容

#### ① 働き方・休み方の改善

##### (a) 職員の勤怠管理の自動化

平成 28 年より、職員の勤怠管理をタイムカードから静脈認証による勤怠管理システムに変更した。システム化により、出退勤の情報を元に給与計算まで自動で行い、銀行へ自動で振り込み処理まで行えるようになった。そのため、毎月の給与確認および支払い業務の短縮に成功した。



静脈認証によるタイムカード

タイムカードを自動給与  
計算システムへ移行



図表 83 勤怠管理の流れ

その他、タイムカード等の物理的な保存が不要になったことや、静脈認証であるため代理打刻がなくなり正確な退勤情報が把握できるようになった、システム化により分担作業が可能になったなどのメリットがあった。一方で、認証が通らない職員への対応や、打刻忘れの修正、汎用的なソフトウェアを使用していることによる手作業での修正は依然として残る。

なぎ辻病院が導入したシステムは、職員1名につき毎月500円で使用できる汎用的なパッケージシステムである。医療機関向けのシステムではないため、管理できる勤務シフトの数に制約があり、導入のために従来あった勤務シフトの整理が必要であったという。これまで早番の職員が行っていた業務を前日の定時内の対応にする、もしくは当該業務を無くすなど、勤務シフト整理に伴うルーティン業務の変更もあった。従来のタイムカードによる方法と比較して、コストは増加したが作業人員が半減に成功した。

この仕組みは大規模な製造業における労務管理の仕組みを真似たものであるという。病院という業態を特別視せず、大企業の工場などでは数万人の従業員の出勤と支払いをシステム管理しているのであるから、職員数百人の病院でもできるはずである、という発想の転換があった。よく医療業界は特殊であるとされ、特別扱いされがちであるが、一般企業の仕組みをうまく取り入れられる部分とそうでない部分について、自院の機能や規模を鑑み検討を進めることで効率化が見込めることが考えられる。

#### (b) 職員の勤務時間のモニタリング

給与振り込みまでほぼ全自動化する点は、思い切った施策にも感じられる。これは「従来の確認にかかる作業コスト」と、「確認の粒度を荒くした場合に発生する可能性のあるコスト」とを比較し、働き方改革のために後者のコストを許容し確認粒度を減らすことが必要であると決めたためという。

職員の残業を確認する頻度は、1日単位ではなく月単位とし、上長が1日毎に個別に承認する形から、一括で残業者をリスト化し、是正が必要な場合のみ理事長が介入することとした。

#### (c) 外来機能の縮小

なぎ辻病院では、平成30年(2018年)4月より、職員の残業時間短縮のために、複数の施策を実施した。夜の外来診療の終了もその1つである。平成30年4月まで、なぎ辻病院では皮膚科、内科、外科16時～20時の外来診療を行っていた。

医療の業務は、医師が出す指示を起点として、看護師やコメディカル、事務が対応することで進む。そのため、医師が診療を行って指示を出す限り、その他の職種は業務が終了しないことになる。夜の外来診療自体を終了することで、この仕組みを逆手に取った。

この変更により、病院スタッフの生産性は確実に上がったという。夜に掛かっていた外来患者は全体の15・20%にあたり、当初はこれらの患者が来院しなくなることによって減収が想定された。しかしながら、実際には外来患者数の減少は7%に止まっており、夜の外来患者の半数以上が午前・午後の診察に来てくれるようになっていることが分かった。そのため、職員の残業代の減額分が、診療収入の減額分を上回り、夜の外来診療の停止は黒字要因となった。

#### (d) 面会時間の短縮・退勤奨励

職員を定時で帰すためには、日々の業務を効率化する必要がある。なぎ辻病院では、従来9時～20時までを面会時間としていたが、面会に訪れる患者家族への対応は、特に新規入院のある午前中や日勤帯の職員が帰った後の夕方以降は、看護職員の負担となっていた。

そのため平成30年(2018年)4月から、面会時間を13時～17時までに制限した。あわせて、面会時間の終了時間5分前に院内でチャイムを鳴らすようにし、面会者および職員への退館を促すこととした。

また更に病院の意思を職員に明確に示すため、職員通用口へ電子錠を導入し、平日17時30分～翌6時まで、土曜は14時～翌外来日まで自動で施錠することとした。電子錠は、当直医や看護師など出勤が予定される部署・職員のみ配布し、残業を行った者や救急で来られた患者などはインターホンを使用して入館する事となった。副次的な効果として、不審者の侵入が物理的に困難になったことから、夜間の警備員の配置を止めることができた。

#### (e) 給食業務の徹底した外注化

従来、入院患者及び職員食堂の食事は院内で調理していたが、平成27年より院内での調理を止め、入院食をクックチル<sup>50</sup>に切り替えた。クックチル導入のきっかけは、調理室から出た2度のボヤ騒ぎと、調理業者の派遣額増額要請であった。この事態から、なぎ辻病院では院内でHACCP<sup>51</sup>に沿った衛生管理に準拠するための対応を行う方向と、一切の院内調理を行わずに食品衛生法の適用を受けない仕組みを構築する方向とを検討し、後者の具体的ソリューションであるクックチルの導入を選択した。

毎日栄養科に患者毎に配膳された状態で冷凍された食事が届き、各階にあるリヒート室で再加熱し、提供している。下膳後は、食器や包装をそのまま業者に返却する。

クックチル導入のメリットとして、以下の通りである。

- ・ 調理場が不要になりスペースが有効に使えるようになったこと

<sup>50</sup> クックチルとは、加熱調理(芯温75℃/1分)した食品を急速冷却し(加熱後30分以内に冷却開始し、90分以内に芯温3℃に冷却)、喫食時間に合せて再加熱し提供する調理システムである。安全に「味」を損なわず製造日を含めて5日間の保存が可能で、多種多様な病院給食などにおいて作業の平準化・コストダウン・衛生管理をより完全な形で適時適温給食が可能となる。

<sup>51</sup> HACCP(Hazard Analysis and Critical Control Point:ハザップ)とは、食品等事業者自らが食中毒菌汚染や異物混入等の危害要因(ハザード)を把握した上で、原材料の入荷から製品の出荷に至る全工程の中で、それらの危害要因を除去又は低減させるために特に重要な工程を管理し、製品の安全性を確保しようとする衛生管理の手法である。平成30年6月13日に公布された食品衛生法等では、原則としてすべての食品等事業者がHACCPに沿った衛生管理に取り組むことが義務化された。

- ・ 在庫管理がシンプルになった
- ・ 災害発生時にも、調理済のアレルギーや食事形態に配慮した食事が 1 食分は提供可能であるという安心感がある
- ・ 大きな経費節減効果があった
- ・ 栄養科職員の労働時間が減少した



図表 84 リヒート室の様子

(エ) 活動成果

① 残業時間の抑制に伴う収益増加

様々な取り組みの結果、なぎ辻病院の職員の総労働時間の減少により、年 1000 万円程度の残業代の費用削減に繋がった。

なぎ辻病院では、17 時 30 分が定時であるが、17 時を過ぎれば退勤して良いことになっており、医師を含め多くの職員が残業をせずに 17 時 30 分前に退勤する様になった。また栄養科職員の早出勤務の出勤時間が 1 時間遅くなり、遅出勤務の退勤時間が 1 時間半早くなった。

病院はこの黒字分を原資として、残業代の減額による給与の減少補填として、全職員に臨時ボーナスを支給した。また、医師の給与の見直しを行った。

(オ) 経営状況

病院希望により非公開

(カ) まとめ

これまでの「全ての面で患者さんのためにベストを尽くす医療」から、「病院職員のために、患者さんにも一部の便利は諦めてもらい、良いバランスを見つけていく医療」への転換の必要性が議論されている。なぎ辻病院における取り組みの背景にも、病院における勤務環境改善を実現するには、この前提が必要だという病院管理者の確信があったという。

(キ) 参考データ

病院希望により非公開

## 7 山口県立総合医療センター

### (ア) 医療機関概要

山口県立総合医療センターは、山口県防府市に位置する 504 床（一般病床 490 床・感染症病床 14 床）の総合病院である。山口市、防府市で構成される山口・防府医療圏において、最も病床数の多い病院であり、救命救急センター等、高度急性期病院としての機能に加え、基幹災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域がん診療拠点病院などの機能を有する、地域の基幹病院である。

平成 23 年に地方独立行政法人化し、現在は地方独立行政法人 山口県立病院機構が運営している。



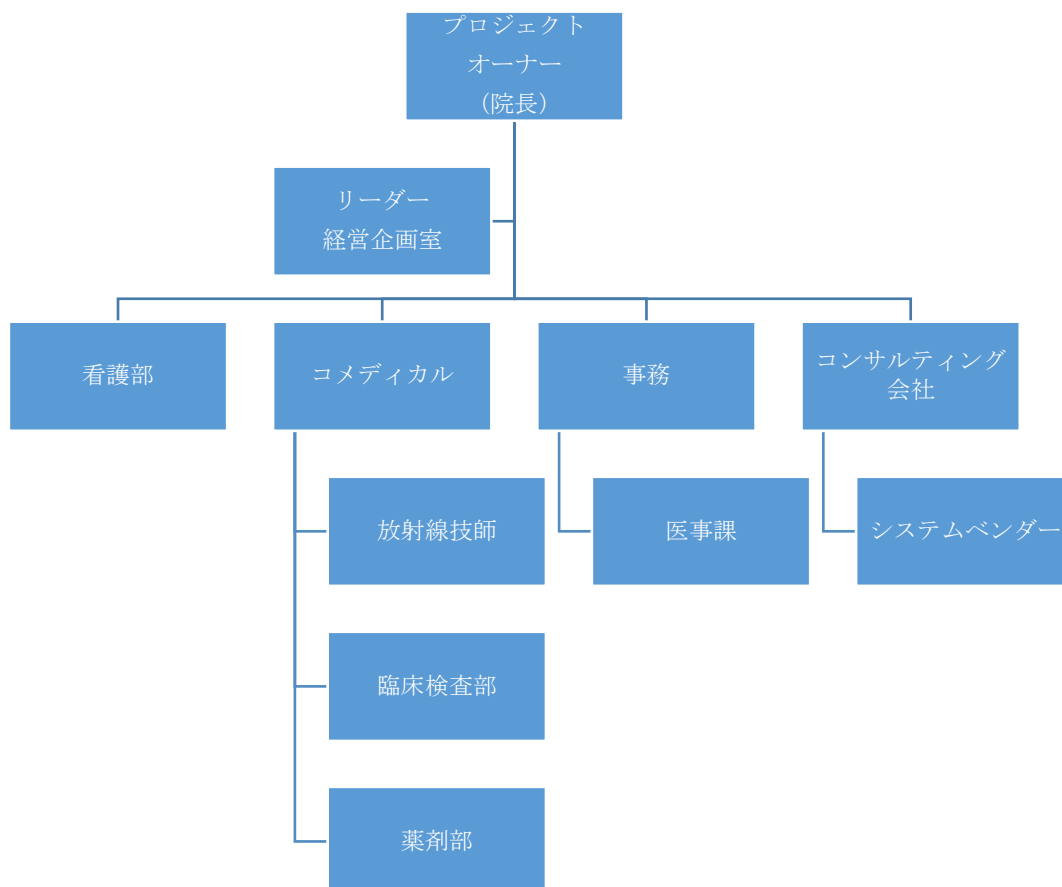
図表 85 山口県立総合医療センター外観

### (イ) 勤務環境改善を推進する組織体制

山口県立総合医療センターでは、業務改善による生産性向上と職員の業務負担軽減にかかる取り組みを実施するため、個別の課題に対してプロジェクトチームを立ち上げて活動を行っている。

山口県立総合医療センターの組織体制の特徴として、コンサルティング会社とシステムベンダーが体制に含まれている点が挙げられる。平成 24 年度に外来患者の待ち時間削減を目的とした業務改善を行う際、電子カルテをはじめとする各種システム内のデータを用いた検討とモニタリングを行ったことがきっかけで、データに基づく業務改善を精力的に推進している。

プロジェクトチームの構成は個々の業務に応じて調整を行うが、例として平成 26 年度から実施している看護業務の検討を行うプロジェクトチームの体制を図表 86 に示す。看護師の業務 66 項目（記録、清拭、ミキシング等）に掛かる時間の記録と分析を通して、業務量の平準化、多職種との連携等の活動を進めている。



図表 86 プロジェクトチーム構成

(ウ) 活動内容

① 働き方・休み方の改善

(a) 外来看護師応援体制の構築

山口県立総合医療センターでは、外来の診療科により患者数や業務量に差があり、看護師の業務時間にばらつきがみられた。このことから、診察を終了した診療科の看護師が終了していない診療科をフォローする体制を構築している。

構築にあたっては、本人の希望確認と合わせて、フォローする診療科を事前に決定して、テスト的な配置、事前勉強会による診療科毎の特性を踏まえた対応がスムーズに行えるよう配慮している。

また、テスト的な配置により事前にフォローする診療科と顔の見える関係構築がはかれることで、短期間での離脱希望者の発生を抑制している。

山口県立総合医療センターでは、長期間勤務する看護師が多い一方、いわゆるセクショナリズムに近い状況も散見されたが、応援体制の運用以降、外来の看護師全体で「助け合い」気質が生まれる様になり、業務負荷の高い診療科へのフォローが順調に進んでいる。

#### (b) 病棟看護師業務の見直し

業務量調査の結果より、病棟看護師の業務負荷は薬剤科領域（病棟製剤）、リハビリ領域（病棟リハビリ）、SPD 領域（病棟機材の受け入れ、確認）等にあることが分かった。これを受けて、改めて病院全体での検討を行い、病棟薬剤師の配置、病棟リハビリの理学療法士、作業療法士との業務整理、SPD 委託業者との調整を図り、看護師業務の負荷を軽減した。

病棟看護師の業務の一部を薬剤師、理学療法士、作業療法士に移管するに当たり、薬剤師、理学療法士、作業療法士の体制を強化した。平成 29 年時点において、薬剤師、理学療法士、作業療法士はそれぞれ平成 23 年時点より、13~14 名の増員を行っている。

#### (c) 産休、育休看護師の交流機会の創出（育サポの会）

他の医療機関と同様に結婚、出産等のライフイベントにおける看護師の離職を防ぎ、経験と技術のある看護師の育成を図る目的で、平成 26 年より、産休、育休を取得する看護師に対し、「育サポの会」を組織して支援を行っている。

日常的にはメーリングリストを作成し、病院のイベントや研修制度等について継続的に情報を発信し、病院との繋がりを継続させている。

また、月 1 回程度病院内に希望者が集まり、ベビーマッサージ講習、食事会等のイベントを開催して利用者からは好評を得ている。

#### (d) バイタル自動入力の導入

病棟看護師の記録にあたっては、発生源入力を基本として実施しているが、職員から記録にかかる時間や記録内容に関する負荷軽減の要望が上がっていた。業務量調査においても病棟看護師の業務時間のうち記録に占める割合が大きいことが分かった。

この改善を図るため、医療機器で測定した体温、血圧、脈拍、血糖値等のデータを電子カルテに自動的に取り込める仕組みを導入した。この仕組みの導入により、看護記録に掛かる負荷軽減とより詳細な記録の作成が図れている。

### ② 働きやすさ確保のための環境整備

#### (a) 勤務シフトの見直し

現行の勤務体制は、3 交代を基本としている。しかし、比較的経験年数の少ない若手の看護師から 2 交代制での勤務を希望する意見が上がった。このことを受けて、試行的に平成 30 年 11 月から 3 交代と 2 交代の勤務を病棟により分けた運用を開始した。

#### (b) オンライン研修制度の導入

年々医療技術の向上、専門性への対応が求められると同時に女性看護師は家事、育児等にかかる時間もあり、継続的に出席が必要となる集合型研修の実施が難しい状況が発生していた。

これを改善する目的で全看護職員に対して、オンライン研修制度を導入している。ID、パスワードを全看護職員に配布し、パソコン、スマートフォンなどからいつでも必要な研修が受講できる体制を確保している。



研修のメニュー、コンテンツ、テキストは、基本的に病院側で作成している。また、受講率の管理や課題、定着確認テストを実施し、定期的な受講状況、テスト結果を確認し受講への促しやコンテンツの見直しを図っている。

(エ) 活動成果

① 残業時間の減少

外来看護師応援体制の構築をはじめとする取り組みにより、外来の終了時間は短縮された。また、病棟看護師業務の見直しや記録業務の自動化により、病棟でも時間外労働が減少し、看護師全体の残業時間が減少したことで、残業代の支出が抑えられた。

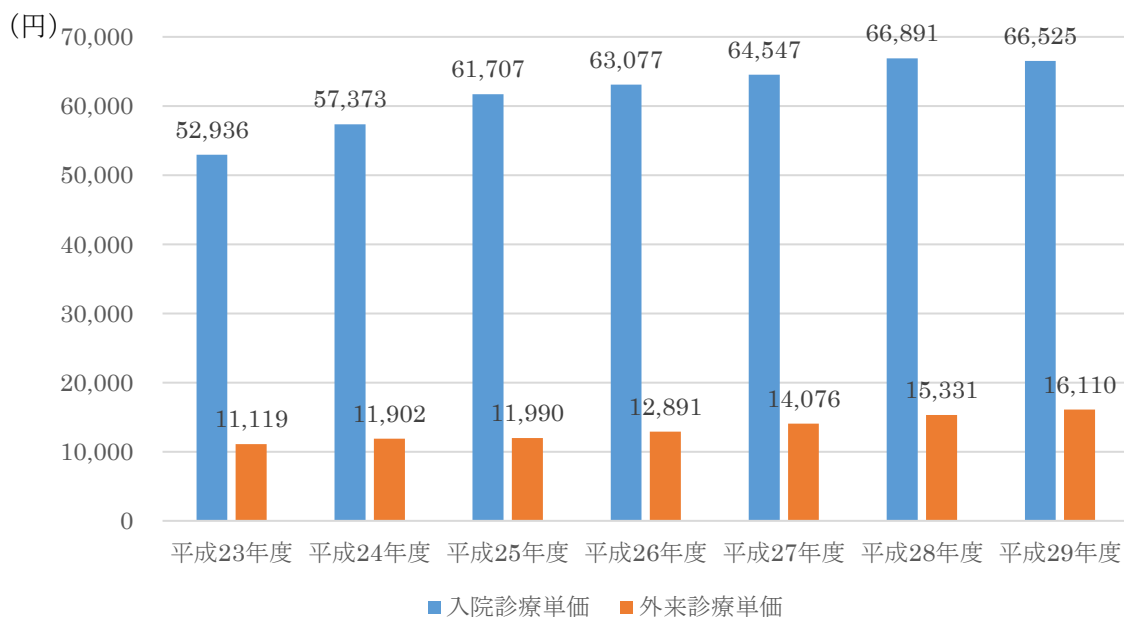
② 離職者の減少

外来の応援体制から派生し、看護全体で助け合いの風土が醸成された。働く環境として風通しの良い職場環境となり、以前よりも離職率が減少している。これにより、採用コストの抑制とともに、教育の負担が削減されたという。

(オ) 経営状況

山口県立総合医療センターは、平成 23 年の開設以降、継続して黒字を計上している。平成 29 年度の一般病床の病床利用率は 86.8%、平均在院日数は 13.2 日、入院診療単価は約 66,500 円、紹介率は 77.1%であった。

診療単価は上昇傾向である。手術件数の増により、入院診療単価と材料費の増が発生している。図表 87 に診療単価の推移を示す。入院診療単価は、平成 29 年度において平成 23 年度比 25%増となっている。平成 26 年に集中治療室の拡充を、平成 27 年度には手術室の改修を行い、急性期医療の提供体制を強化した。



図表 87 診療単価の推移

山口県立医療センターでは、独立行政法人化に伴って人事の裁量権が拡大したことから、平成 24 年度から人事給与制度の見直しを進めている。職員の能力や実績を適切に反映して職員の意欲向上に資する給与体系に変更し、能力ある職員の給与増を行った他、職員数も大幅に増員している。平成 29 年時点では、平成 23 年度と比較して 128 名（医師 19 名、看護師 33 名、事務 17 名、薬剤師 13 名、理学療法士 13 名、作業療法士 13 名など）の増となっており、給与費も 23% 増額となっている。

病院としての機能拡張と、勤務環境改善に掛かる投資とを並行して進めていることがうかがえる。

(カ) まとめ

山口県立医療センターでは、データの二次利用によるエビデンスベースの業務改革が進められていた。余裕を持った職員配置に努め、部門内および職種間でのタスクシフティングがしやすい環境を整えると共に、ICT の導入による業務自体の削減も効果的に進められている。

システムデータの利活用は、どの様な種類のデータがあるのかや、その出力方法、解釈の仕方などが専門的であることを理由に、未だ多くの病院で進められていない。システムベンダーや専門家の力を借りて業務の全体像を俯瞰し、最適化していくプロセスは、今後多くの病院で求められることが予想される。

## (キ) 参考データ

1	施設名	山口県立総合医療センター
2	開設主体	独立行政法人山口県立病院機構
3	経営形態（公立のみ）	地方独立行政法人
4	主たる医療機能	高度急性期
5	病床数（稼働病床数/許可病床数）	504床/504床
	一般	490床/490床
	療養	—
	精神	—
	感染	14床/14床
	結核	—
6	職員総数（常勤換算）	700人
	医師数	133人
	看護師数	439人
	看護師の交代制勤務の状況	3交代制（変則含）／2交代制（変則含）／3交代制と2交代制のミックス（同一病棟内）／それ以外の交代制／当直制／オンコール体制／その他
	医師事務作業補助者	30人
	看護補助者	82人
7	1日あたりの平均外来患者数	900人（H30年4月～11月までの実績）
8	1日あたりの平均入院患者数	310人（H30年4月～11月までの実績）
9	一般病棟の平均在院日数	12.1日（H30年4月～12月までの実績）

10	病床稼働率	80% (H30年4月～12月までの実績)
11	算定している入院基本料	急性期一般入院料 1/回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 3/救命救急入院料 1/特定集中治療管理料 3/新生児特定 集中治療室管理料 2/小児入院医療管理料 2
12	病院機能	救命救急センター (第3次救急医療機関) 総合周産期母子医療センター 地域医療支援病院 臨床研修指定病院 へき地医療拠点病院 地域がん診療連携拠点病院 第一種感染症指定医療機関 基幹災害拠点病院 結核指定医療機関 戦傷病者特別援護法指定医療機関 指定自立支援医療機関 (更生・育成・精神通院医療) 原子爆弾被害者医療指定医療機関 原子爆弾被害者一般疾病医療取扱医療機関 中国残留邦人等支援指定医療機関 特定疾患治療研究事業委託医療機関 指定小児慢性特定疾病医療機関 地方公務員災害補償指定医療機関 エイズ治療拠点病院 山口県DMA T (災害派遣医療チーム) 指定病院 山口県肝疾患専門医療機関 認知症疾患医療センター
	救急指定の状況	三次救急
	ICU、HCU 等の整備状況	ICU 12床 HCU 6床 NICU 12床 GCU 18床
13	勤務環境改善を推進する組織体制及 び組織名	—
	組織の責任者及びリーダー	—
	組織の職種構成	—

## 8 医療法人 八女発心会 姫野病院

### (ア) 医療機関概要

姫野病院は福岡県南西部の八女市にある 140 床の病院で、整形外科（リハビリ科）、内科、小児科をメインの診療科としており、急病から在宅まで、家族全世代で通える地域に根差した病院である。「患者様のために、ご家族のために、地域のために。」を病院の理念に掲げ、地域の駆け込み寺であり続けるために、患者ファーストの診療を続けている。

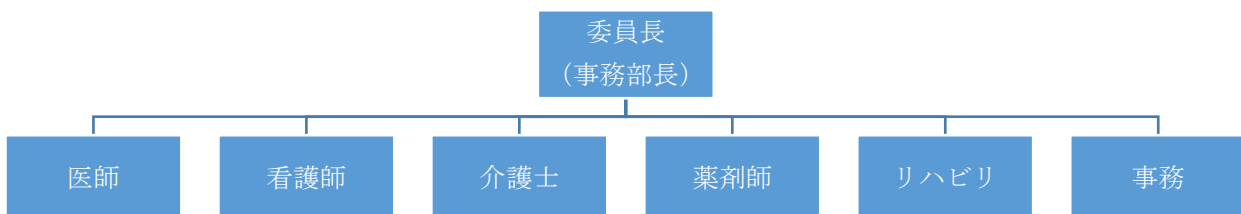


図表 88 姫野病院の外観

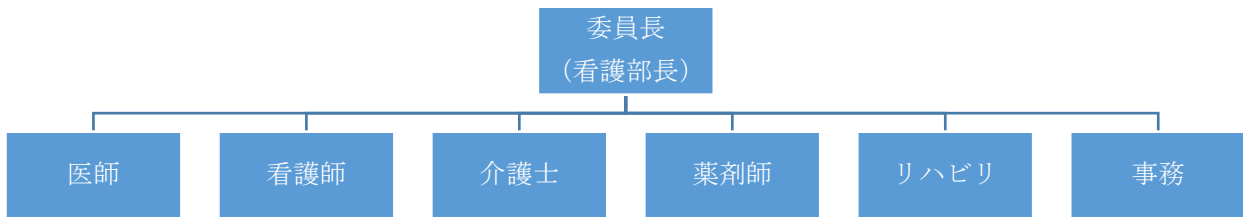
### (イ) 勤務環境改善を推進する組織体制

姫野病院では、勤務医の負担軽減を目的とした病院勤務医負担軽減検討委員会、看護職の業務の改善を目的とした看護職員業務改善委員会という 2 つの組織で勤務環境の改善に取り組んでいる。

病院勤務医負担軽減検討委員会の委員長は事務部長、看護職員業務改善委員会の委員長は看護部長であるが、どちらも構成員は医師、看護師、介護士、薬剤師、リハビリスタッフ、事務から成り、様々な職種の見解を取り入れることで多様な側面から勤務環境の改善を検討できる構成となっている。図表 89、図表 90 に組織図を示す。



図表 89 病院勤務医負担軽減検討委員会 組織図



図表 90 看護職員業務改善委員会 組織図

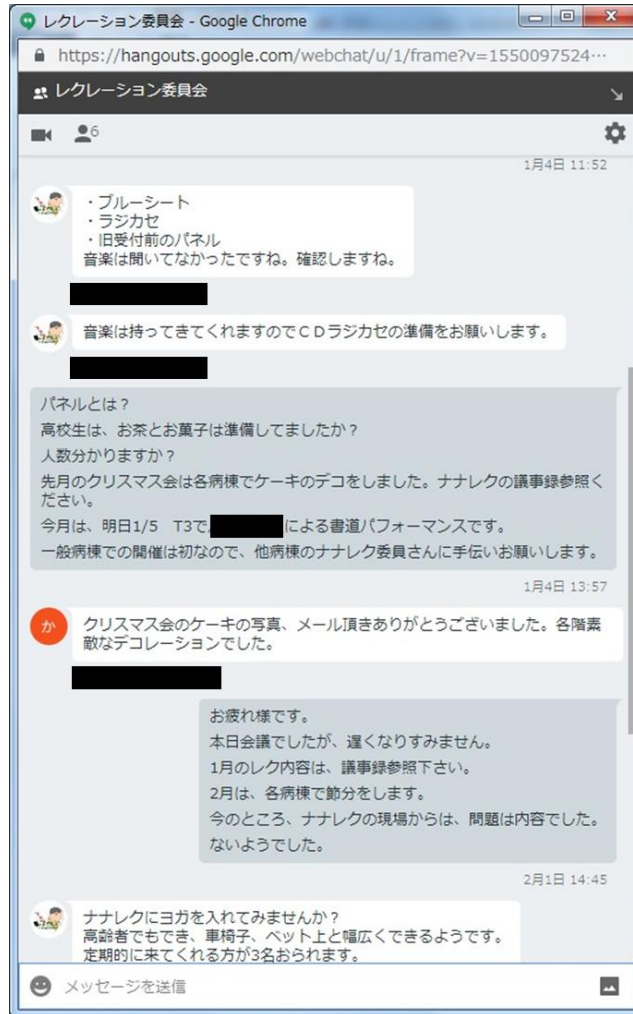
(ウ) 活動内容

① 働き方・休み方の改善

(a) ICT の活用

姫野病院では、業務の効率化を目的としてチャット機能を有するアプリケーションを活用している。図表 91 のように、チャットを用いることにより、通話が必要最低限に抑えられる様になり、通話による時間の拘束がなくなることで、急ぎでない業務によって手を止められることがなくなり、業務の効率化につながっている。

また、ハングアウトチャットの活用は、会議の在り方にも好影響があった。姫野病院では、会議の枠を 30 分に設定しているが、事前にチャットで会議の議題や内容を周知することで、会議時間の短縮につながり、会議の時間を超過することはほとんどなくなり、むしろ時間が余るようになったという。



図表 91 ハングアウトチャットの使用例

病棟ではナースコールカメラ（見守りシステム）やインカムを使用して業務の効率化を図っている。特に、ナースコールカメラはスマホにも連動して病室の様子を映すことが出来るため、病棟が広く、移動に時間がかかる姫野病院では、その場で患者の様子を確認することが出来るようになり、無駄な導線の最小化に繋がっている。（図表 92）

その他にも、システムを利用しスケジュールを徹底管理することで、業務を効率化し、病院の実績や病床稼働率、タスク管理等をスプレッドシート化<sup>52</sup>して、ファイルを送る手間を省いている。内容が更新されれば、メールが各職員に自動的に届くようになっており、職員は各々で内容を確認することが出来る。そのため、報告を目的とした会議は行っておらず、会議数、会議時間の短縮に寄与している。（図表 93）

<sup>52</sup> 表計算ソフトのこと。



図表 92 ナースコールカメラ（見守りカメラ）



図表 93 システムによる業務効率化

(b) 職員の有給休暇・リフレッシュ休暇の取得推進

職員の有給休暇取得率は以前から 8 割を超えていたが、近年は、夏期、冬期の公休に合わせて有給休暇を取得するように推進している。これにより、長期の休暇を実現し、職員のワークライフバランスの向上に努めている。

(c) タスクシフティング（メディカルクラークの導入）

姫野病院では、時間外業務が発生する一つの要因として、医師の事務作業による時間外業務を課題にしている。医師が時間外業務をすることにより、その他スタッフも時間外業務をするようになってしまっていたという。そこで、事務作業の補助を目的としたメディカルクラークを導入した。



メディカルクラークの業務は、文書の代行作成を基本とし、医師の事務作業補助としては、外来でのオーダ入力、退院サマリ、紹介状の下書き、訪問診療の録音記事の書き起こし等多岐にわたる。医師以外の事務作業を補助するクラークもおり、訪問看護の指示書や、介護関係書類の作成等を行っている。

メディカルクラークを導入したことで、事務作業による時間外業務は削減された。また、文書作成までのスピードが向上したことにより、患者に文書を渡すまでの時間が短くなったことや、外来の診察時に、医師が入力のために電子カルテばかりを見て話すことがなくなり、患者への診療に集中することができるようになった。実際に、患者からもクレームが減ったという意見も挙がっている。

#### (d) 看護補助者へのタスクシフティング

姫野病院では、看護師が看護業務に集中できるよう、病棟に介護士を手厚く配置している。平成 26 年 4 月に介護士・介護福祉士は 40 人であったが、平成 30 年 4 月には 44 人となっている。

## ② 働きやすさ確保のための環境整備

### (a) 夜勤の免除制度

医師の働き方を尊重した結果、夜勤については、夜勤を希望する医師以外は免除としている。夜間はオンコールも無くし、当直専門の医師を非常勤で雇っている。また、当直医に対しては、常勤、非常勤に関わらず手当があり、受け入れ救急車数や患者が入院した数によりインセンティブを付加している。

看護師の夜勤については、育児中やシングルマザー、介護をしている看護師を免除の対象としている。一方で、夜勤を積極的にしたいという看護師も多く採用しバランスを保っている。

また、夜勤明けは、朝 9 時には必ず帰宅するよう徹底している。

### (b) 院内保育所の整備

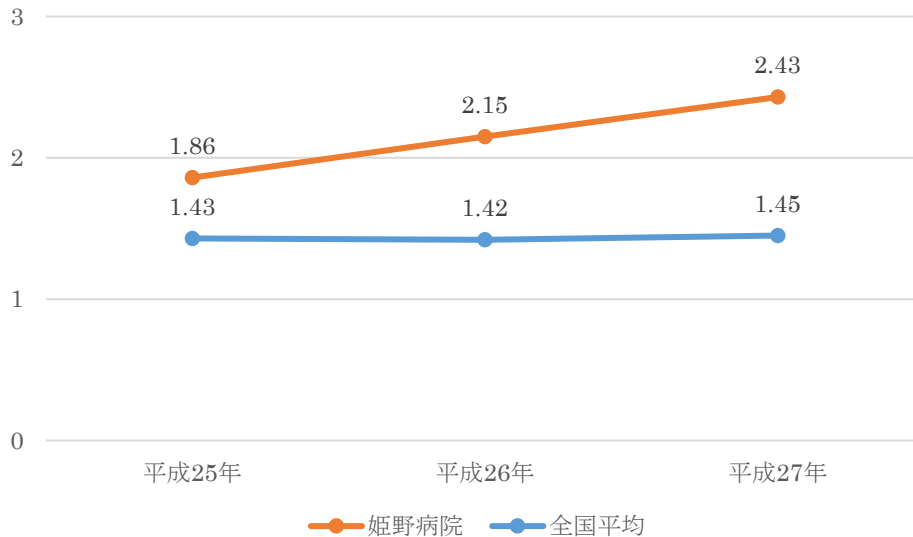
姫野病院は、職員が子育てをしながら自信を持って仕事に取り組めるように保育事業部を設置している。出産を機に仕事を離職してしまうことや、仕事と子育ての両立が困難で出産を諦めてしまうことがないようにという思いから発足した部署である。

姫野病院には、2 つの保育施設と病児保育施設が完備されている。保育施設のうち、はなまる保育園は姫野病院の敷地内にあり、平成 30 年 3 月に開園し、病院職員をはじめ、共同利用企業、地域にも一部開放されている。定員は 102 名となっており、生後 3 ヶ月～未就学児の子供を対象にしている。「保育園おひさま」は、法人職員専用で定員は 20 名、生後 3 ヶ月～2 歳児までの子供を対象にした施設である。「病児保育おひさま」は、広川町から委託された施設でもあり、「保育園おひさま」と同じ建物内に設置されている。

保育施設の充実により、働きながら子育てができる環境が整備されているため、姫野病院の職員は出産が多い傾向にある。合計特殊出生率をみると、平成 27 年の全国平均が 1.45 である

のに対し、姫野病院は 2.43 と 1 ポイント近く高い結果<sup>53</sup>となっている。(図表 94)

子育てをする職員が多いことはその他の職員にも好影響があり、子育て中の職員は、定時に帰宅する傾向が高く、結果的にその他の職員も自然と定時に業務を終える風土になっている。



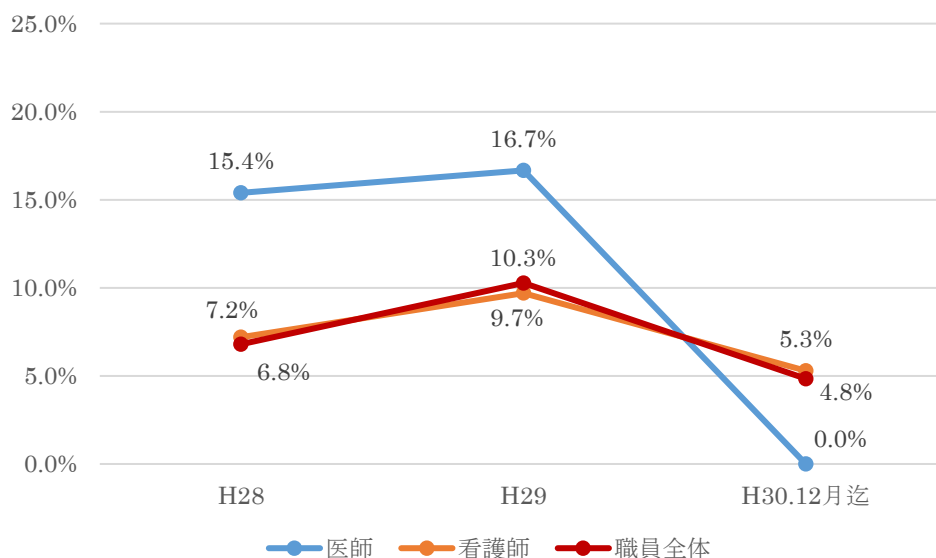
図表 94 合計特殊出生率の推移

## (エ) 活動成果

### ① 離職率の低下

職員の働く環境の向上を意識した取り組みにより、姫野病院の離職率は減少傾向にある。離職率の推移を図表 95 に示した。平成 28 年から平成 29 年は微増しているが、平成 29 年から平成 30 年 12 月にかけては、医師、看護師、職員全体ともに大きく減少している。特に医師の離職者は、平成 30 年は 12 月時点で 1 人もいなかった。職員の採用にはコストがかかるが、特に医師の採用には費用がかかる。平成 29 年には 2 名の医師の離職に対し 2 名採用をしているが、平成 30 年は 12 月時点で離職がないため離職による採用コストはかかっていない。その他職員についても、離職率の低下は採用の費用を抑えることに繋がっている。

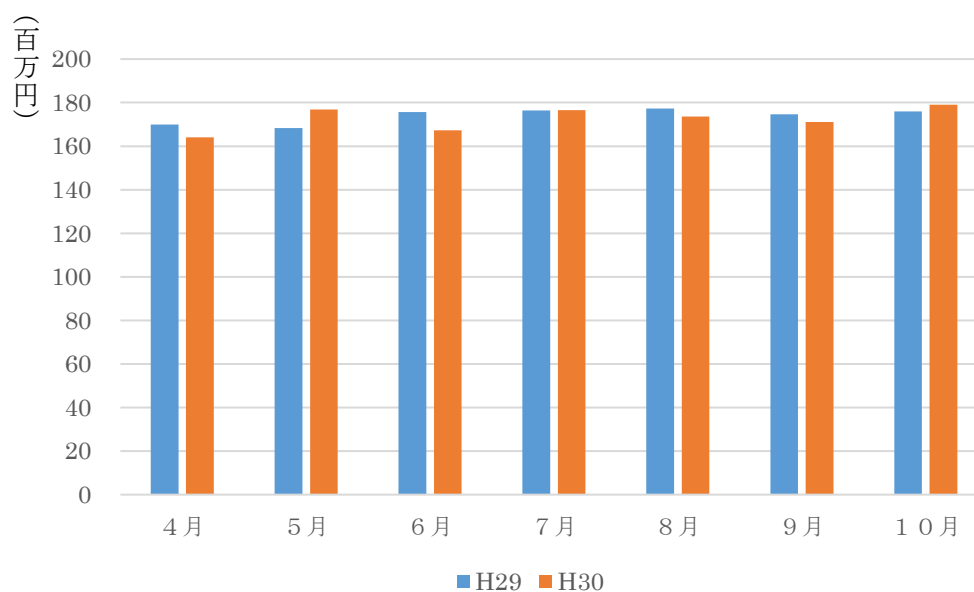
<sup>53</sup> 内閣府少子化対策白書 (<https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/index.html>) より



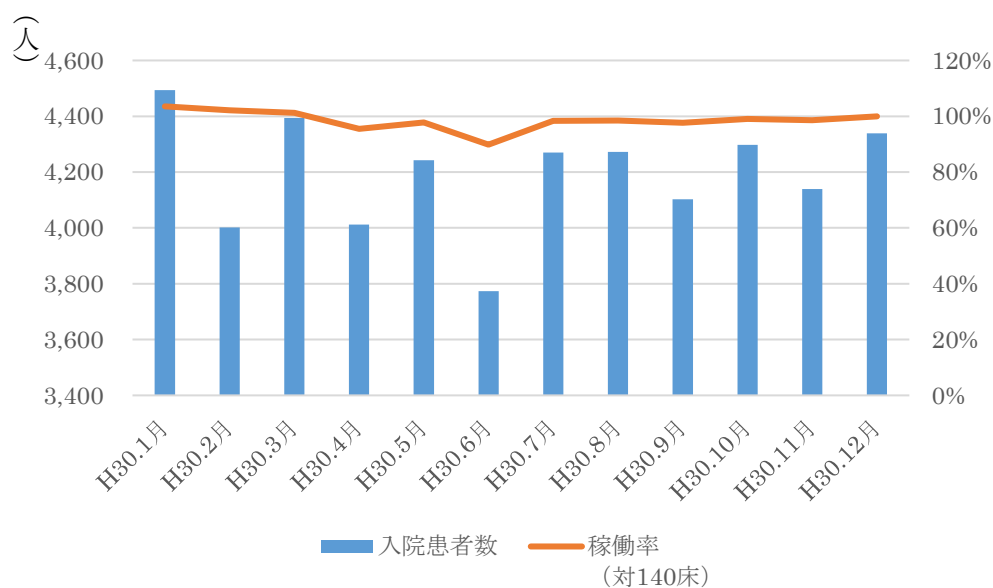
図表 95 離職率の推移

(オ) 経営状況

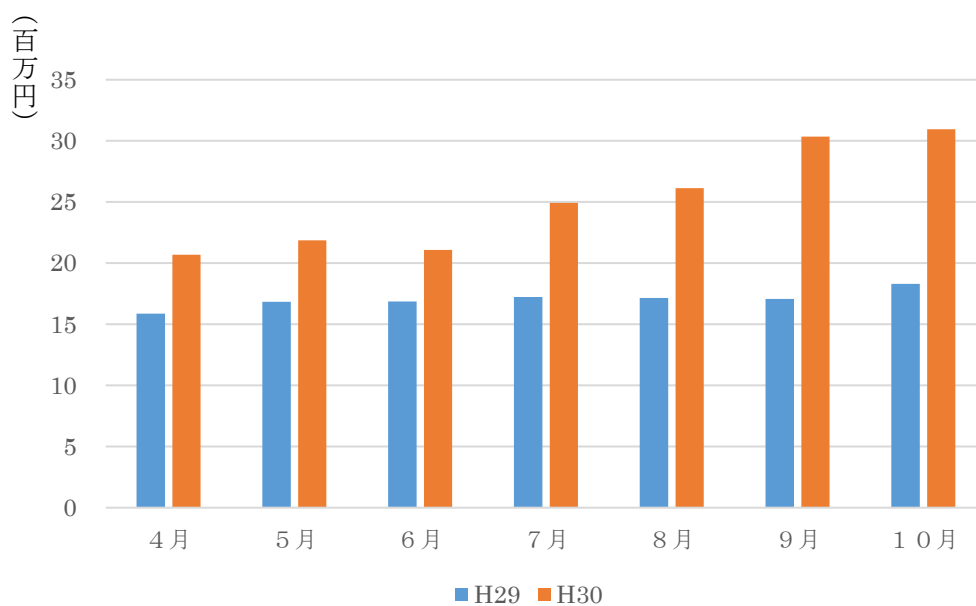
今年の入院売上は昨年とほぼ横ばいであるが、病床稼働率（対 140 床）は 90%以上を保っている。（図表 96、図表 97）また、訪問看護の売上が、昨年と比較すると大きく伸びている。業務の効率化によって、看護師を訪問看護に配置することが可能となったことや、以前は看護師が訪問時の記録を記載していたが、訪問記録を音声で録音し、クレークが文書に起こす作業を取り入れたことで、1日の訪問数が増え売上が増加した。（図表 98）



図表 96 入院売上（平成 29 年・平成 30 年）



図表 97 入院数と稼働率 (平成 30 年)



図表 98 訪問看護売上 (平成 29 年・平成 30 年)

(カ) まとめ

姫野病院では、ICT を積極的に導入し、業務の効率化を図るとともに夜勤の免除や院内保育所の整備を通じて医師等医療従事者の働く環境を整えている。長く働ける環境が整い、結果として、合計特殊出生率の高さや離職率の低下として表れている。

また、経営への影響として、取り組みを積極的に始めた平成 26 年から平成 27 年にかけて総売上 5%増加、病床稼働率 6%増加、人件費 8%削減 (在宅事業にシフト)、時間外業務 20%削減という結果が表れている。

こうした姫野病院の取り組み成果は、働きやすさの確保により経営に好影響を与えたモデルケースと言えるのではないだろうか。

## (キ) 参考データ

1	施設名	医療法人八女発心会 姫野病院
2	開設主体	医療法人八女発心会
3	経営形態（公立のみ）	—
4	主たる医療機能	急性期、回復期
5	病床数（稼働病床数/許可病床数）	140 床/140 床
	一般	140 床（うち地域包括ケア病床 70 床）
	療養	—
	精神	—
	感染	—
	結核	—
6	職員総数（常勤換算）	—
	医師数	20.1 人
	看護師数	150.2 人
	看護師の交代制勤務の状況	2 交代制
	医師事務作業補助者	7.5 人
	看護補助者	40 人
7	1日あたりの平均外来患者数	287.0 人（平成 30 年 1 月～12 月）
8	1日あたりの平均入院患者数	137.9 人（平成 30 年 1 月～12 月）
9	一般病棟の平均在院日数	12.9 日（平成 30 年 1 月～12 月）
10	病床稼働率	98.5%（平成 30 年 1 月～12 月）

11	算定している入院基本料	急性期一般入院料 1 地域包括ケア病棟入院料 1
12	病院機能	—
	救急指定の状況	二次救急
	ICU、HCU 等の整備状況	—
13	勤務環境改善を推進する組織体制及び組織名	①病院勤務医の負担軽減検討委員会 ②看護職員業務改善委員会
	組織の責任者及びリーダー	①事務部長 ②看護部長
	組織の職種構成	①医師、看護師、介護士、薬剤師、リハビリ、事務 ②医師、看護師、介護士、薬剤師、リハビリ、事務

## 9 阿蘇医療センター

### (ア) 医療機関概要

阿蘇医療センターは、熊本県阿蘇市の中央部に位置する 124 床（一般：120 床（うち地域包括ケア病床 21 床・開放型病床 5 床）、感染症 4 床）の地域の拠点病院である。旧阿蘇中央病院の老朽化に伴って平成 26 年 8 月に新築移転した。救急告示病院として、脳卒中、心筋梗塞への対応を含む急性期医療を担い、熊本市内の 3 次救急施設まで車で 90 分以上かかる阿蘇地域において、重要な拠点となっている。

また災害拠点病院として免震構造を備え、平成 28 年 4 月に発生した熊本地震では、地域の医療機関の中で唯一十分な医療提供を継続できたことから、多数の救急患者の受け入れ、DMAT の活動拠点として地域の災害時医療の中心となった。熊本地震以後は、熊本市内へつながる幹線道路の通行止めや JR 豊肥本線の運休により熊本市内への通院が困難となった患者の受け皿となっている。

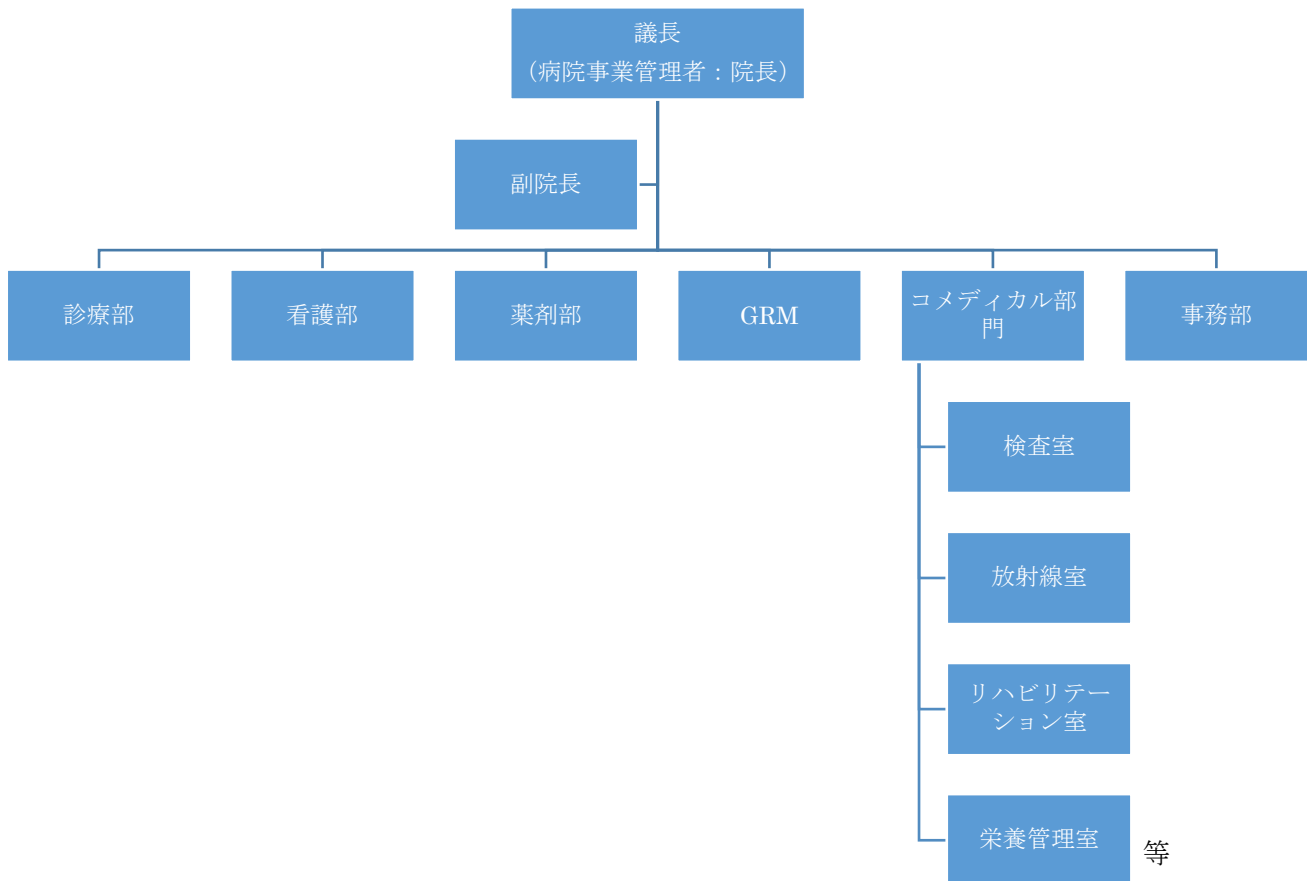


図表 99 阿蘇医療センター外観

### (イ) 勤務環境改善を推進する組織体制

病院幹部、常勤医師及び各部署の長で構成する月 1 回の運営協議会を開催し、病院の管理運営、経営に関する施策を検討し、勤務環境改善に関する施策も協議されている。





図表 100 運営協議会の構成

(ウ) 活動内容

地方における医療従事者の勤務環境の改善は、そもそもタスクをシェアする人員の確保が困難であるという点で、非常に推進が難しい側面がある。特に医師・看護師の人員不足に起因する労働負担は大きく、阿蘇医療センターでも、医師の負担軽減についてはまだまだ課題があるという。その様な厳しい状況の中でも、自治体や医師会、看護協会と協力をしながら、既存の枠組みを超えた取り組みを行っている。

① 働き方・休み方の改善

(a) 当直明け勤務の見直し

平成 30 年 7 月から、当直明けの医師について原則翌日の午後勤務を無くすシフトに変更した。ただしやむを得ず勤務をお願いする医師については、手当を支給することとした。

加えて、十分な負荷軽減施策が実施できていない代わりとして、当直時間中の業務内容を時間外手当の支給額に反映するインセンティブ制度を開始した。当直時間中に診療した患者数、実施した検査の内容、算定した診療報酬点数、入院となった患者数などを指標として独自の点数換算を行っている。

#### (b) 人員配置によるタスクシフティング

平成 28 年 1 月より、医師の負担の軽減及びチーム医療の推進を目的として、認定看護師等多様で高度な医療機能提供に必要とされる各医療職種の資格取得を推奨している。病院は、研修受講中の住居費用を負担する他、常勤のまま出向扱いとすることで、職員の金銭的な負担を軽減し、取得意欲を持ってもらえる環境を築いている。

その結果、過去 4 年間で 3 名の認定看護師が誕生し、経営面においても寄与している。例えば、感染管理認定看護師の配置により感染対策管理料 2 の算定が可能になり、また認知症看護認定看護師を中心とした認知症ケアチームの活動開始に伴って、認知症ケア加算が算定も行った。

医師事務作業補助者の配置は、平成 28 年 4 月より導入した。常勤医師 9 名を 3 名（うち 1 名は産休取得中）の医師事務作業補助者で支援している。主に診断書、入院診療計画書、退院時サマリの作成支援を実施しており、医師の事務作業の軽減のほか、間違いや漏れ、期日の遅延防止に役立っているという。

看護業務分野でのクラーク活用も進めている。特に効果が大きかった取り組みは、看護師が電子カルテに入力した看護必要度の評価を、クラークが二重でチェックする取り組みであったという。1 名のメディカルクラークにて、看護師が実施したケアが漏れなく評価に反映されているかを確認してもらうこととした。また医事課職員から看護部に対し、看護必要度の正確な評価が病院経営にどのような影響を与えるかを説明し、協力を要請した。

#### (c) ICT 導入によるタスクシフティング

放射線科医、病理医の確保は、地域医療において特に困難である。阿蘇医療センターにおいても、常勤医の確保が難しいため、ICT の導入によるタスクシフティングに取り組んでいる。

平成 24 年に熊本大学病院との間の救急搬送支援に係るコンサルテーションシステムを、平成 26 年に放射線画像の遠隔読影システムを、平成 28 年に遠隔術中迅速病理診断システムを導入している。

放射線画像遠隔読影システムは、専門の放射線診断専門医による読影サービスを提供する業者と契約しており、検査結果が出るまでの期間が短縮され患者の利便性が向上した他、専門医へのコンサルテーションが気軽に行えることから医師の負荷軽減にも繋がった。

テレパソロジーによる遠隔術中迅速病理診断システムは、熊本大学病院病理部と提携し、専用のネットワークを通じて高解像度の顕微鏡画像を転送している。院外にいる熊本大学病院病理医は、遠隔で電子顕微鏡を操作し、病理組織標本を観察することが可能な環境が構築されており、タイムラグなく病理診断結果が参照できることは外科医にとって大きなメリットになっているという。

また開院にあたり、住民からの要望が大きかった脳・心疾患の急性期医療に対応するため、三次救急医療が必要な場合に備え、阿蘇医療センターにはヘリポートが整備されている。重度の脳血管障害が疑われる場合、発症後 4~5 時間以内の超急性期における加療が重要であることから、熊本大学病院と MRI・CT 画像を共有してコンサルテーションを依頼し、治療をしながら搬送をすることが可能な仕組みを整備した。脳血管障害が疑われる救急搬送の件数は増加傾向にあり、医療の質向上と共に、医師の負担軽減に繋がっている。

## ② 働きやすさ確保のための環境整理

### (a) 人員確保のための制度新設

熊本地震以降、熊本市内への通院が困難になったことで阿蘇市内における医療需要が増えた一方で、熊本市内に住む医療従事者の通勤もまた困難になった。その影響から、阿蘇医療センターでは看護師の実に2割に当たる18名をはじめ、医師やその他医療従事者がやむを得ず離職する結果となった。

熊本県は震災後の地域の、医療提供の継続に重大な影響を及ぼす事態を憂慮し、看護協会と協力して、市内の5病院と共同で「くまもと復興支援ナース」制度を立ち上げた。応援者には住居の他、地域の観光資源を生かして温泉や観光施設の無料券・割引券の特典を提供しており、1ヶ月からの短期で応募が可能としている。平成29年5月の開始以降、本制度には計77名が登録し、44名が実際に阿蘇地域の病院に1~3ヶ月の短期間赴任した。そのうち28名が熊本県外からの応援であり、3名が阿蘇市内に定住を選択した。

この成果に結びついた要因として、応援看護師を迎え入れる病院側の姿勢も重要であったと病院管理者は分析する。実際、制度開始前には、病院のローカルなルールを知らない短期間の応援看護師が、どの程度活躍できるのかについて、懐疑的な声もあったという。しかしながら、震災によってDMATとの協業を経験したことで、阿蘇医療センターの職員の中に、院外の医療従事者と協力して成果を出すということに対する良い意味での意識の変化があった。そのため高い意欲を持って応援に来る看護師をチームの一員として活かすことができる風土の醸成に繋がったという。

## ③ 働きがいの向上

### (a) 医師のキャリア志向もふまえた外来診療科の整理

阿蘇医療センターでは、現在常勤医師10名（うち1名は歯科医師）、非常勤医師18名が外来診療を行っている。医師の確保は医療提供体制の維持に欠かせないものであり、医師のモチベーション管理が重要であると病院管理者は言う。

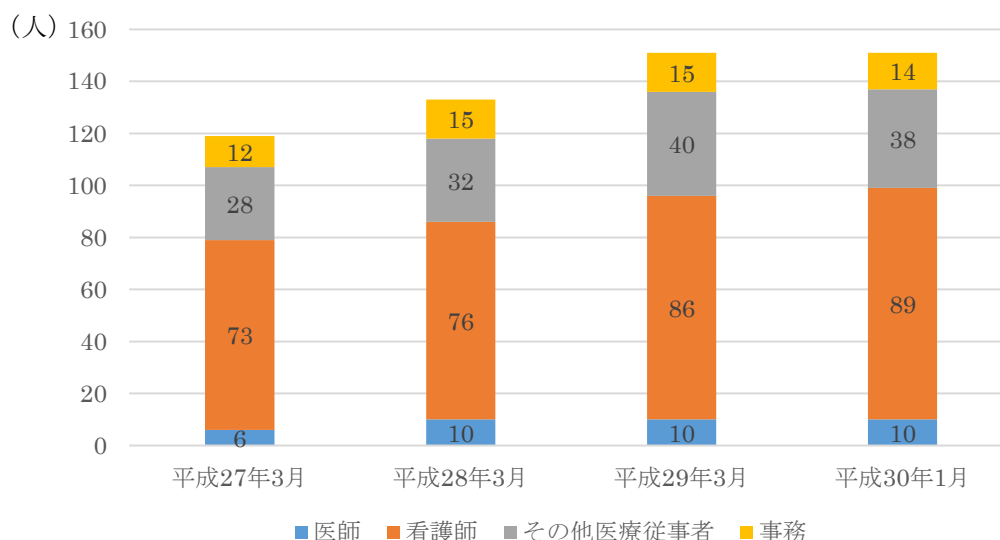
阿蘇医療センターは、地域における位置づけ上、紹介状を必須とする医療機関ではないため、軽症例も多く取り扱っている実情がある。そのため特に若い医師は、自身の志向する専門性の症例が少ないことにより意欲が低下し、離職に繋がってしまうこともあるという。

阿蘇医療センターでは、実際に医師からの相談を契機として、専門外来の開設と共に総合診療を担当する医師との役割分担を整理し、医師の志向・専門性と患者とのマッチングを改善した。

## (エ) 活動成果

### ① 正職員数の増加

阿蘇医療センターにおける正職員数の推移を図表101に示す。平成26年の新病院開院以降、積極的な採用活動を行うと共に、環境整備を行ってきたことで、震災による退職者を考慮しても、正職員数が約1.3倍に伸びた。



図表 101 阿蘇医療センターの正職員数の推移

② 診療収益の増加

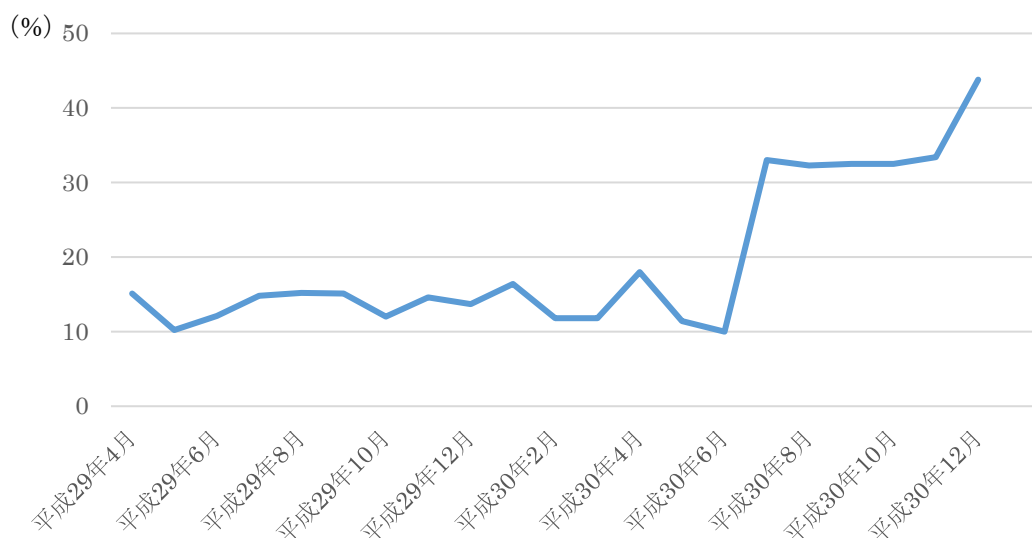
人員増により、平成 26 年度から平成 28 年度にかけて職員給与費が 24%増加した。一方で、手術件数は約 2 倍、救急車受け入れ件数は 58%増となり、入院診療収益が 123%、外来診療収益が 44%増加した。医業収益 100 対給与比率は、平成 26 年度の 88%から、平成 28 年度に 62%まで低下し、徐々に同規模の黒字病院の平均値<sup>54</sup>55.9%に近づいている。

また人員増と地域包括ケア病床開設に伴う配置転換により、平成 28 年 7 月から 10 対 1 一般病棟入院基本料が算定できるようになった。加えて、平成 30 年 7 月に開始したクラークによる看護必要度の評価漏れ確認の効果で、それまで 10%台であった一般病棟の看護必要度が、一気に 30%以上の水準となった。この取り組みにより平成 30 年 10 月以降、急性期一般入院料 4 の算定を開始し、平成 30 年改定後の急性期一般入院料 6 と比較しても年間約 750 万円の増収となった。

図表 102 一般病棟の入院基本料に係る経緯

時期	取り組み	診療報酬請求状況
平成 26 年 8 月	開院	13 対 1 入院基本料 (1,121 点) 算定開始
平成 28 年 7 月	地域包括ケア病床の運用開始	10 対 1 入院基本料 (1,332 点) 算定開始
平成 30 年 4 月	診療報酬改定	急性期一般入院基本料 6 (1,357 点) 算定開始
平成 30 年 10 月	看護必要度の評価確認	急性期一般入院基本料 4 (1,387 点) 算定開始

<sup>54</sup> 平成 29 年度 病院運営実態分析調査 (一般社団法人 全国公私病院連盟、平成 30 年 3 月 1 日)



図表 103 一般病棟における平均看護必要度の推移

(オ) 経営状況

阿蘇蘇医療センターは、旧阿蘇中央病院時代の平成 13 年度から、毎年継続して累積欠損金が発生している厳しい経営状況にある。特に平成 26 年度には、新築移転に係る費用や退職引当金の増額、入院患者の抑制に伴う病床利用率の大幅な減少による収入減により、436 百万円の他会計負担金の繰り入れを受け、762 百万円の純損失を計上した。平成 27 年度以降、赤字額は減少傾向にあるものの、平成 28 年度は 249 百万円の繰り入れを受け、純損失 187 百万円を計上している。

一方で、阿蘇市が国民健康保険の保険者として阿蘇市内の医療機関に支払う費用が、阿蘇医療センターの開院前と比較し、平成 29 年度では約 450 百万円減少したという分析結果もある。

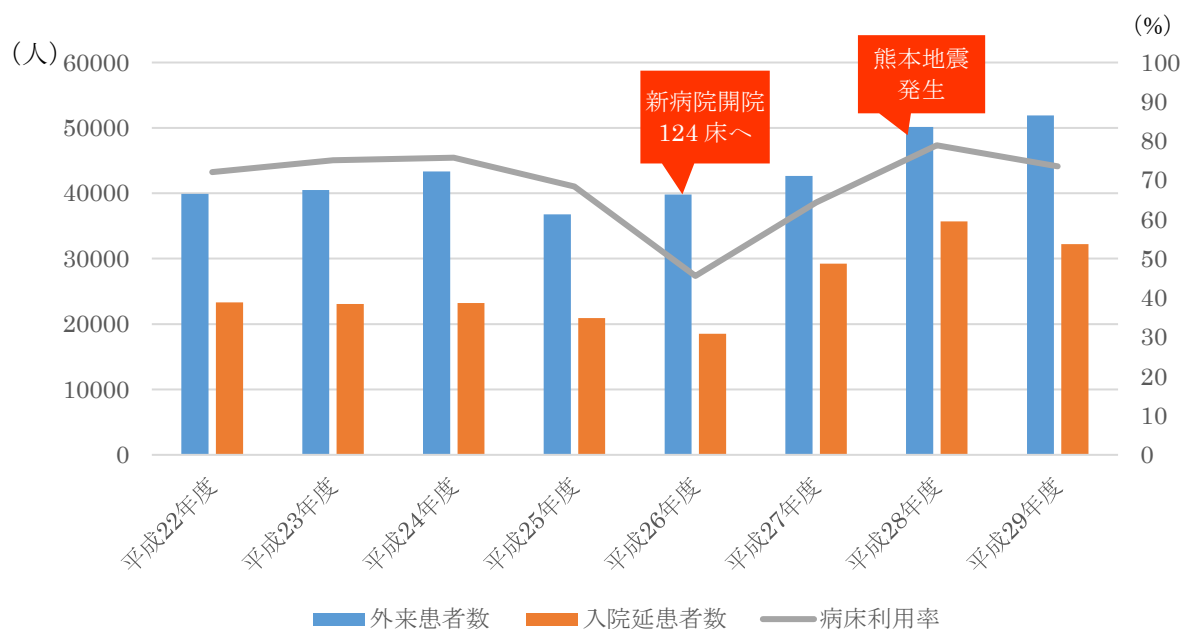
継続的な経営努力が求められる状況ではあるが、地域住民が地域で必要な医療を受けられる体制が充実したことで、費用負担の形が変わったとも言えるだろう。

平成 28 年度の病床利用率は 81.5%、平均在院日数は 18.1 日、入院診療単価は約 31,900 円、紹介率は 33.7%であった。

経営面における主な成果を以下に示す。

① 患者数の増加

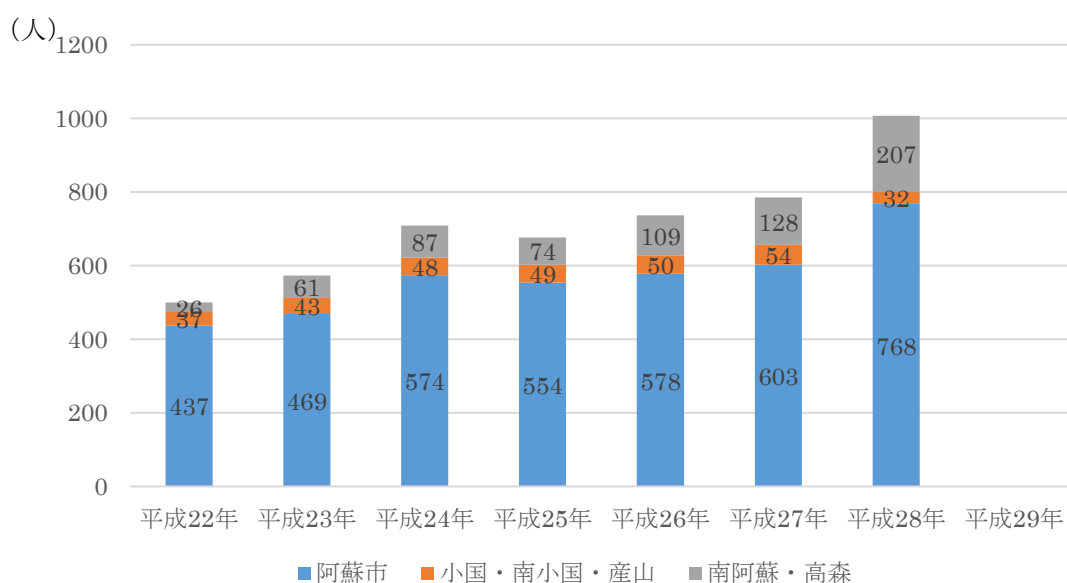
開院後は、救急車の受け入れや手術件数の増加、認知症ケアチームや震災関連に係る専門外来の開設などを通して、地域の医療需要への対応を行っており、入院・外来共に患者数が上昇傾向にある。



図表 104 阿蘇医療センターの患者数推移

② 救急車受け入れ件数

阿蘇医療センターにおける救急車の受け入れ台数は、開院以降増加傾向にある。



図表 105 救急車受け入れ件数の推移

③ 必要とされる医療機能の整備

建て替え前の旧阿蘇中央病院は、築 60 年以上の老朽化・狭隘化した施設や、慢性的な医師不足といった要因から、許可病床 124 床のうち 36 床が休床となっていた。多くの住民が熊本市内の病院に通院・入院しており、建て替えに係る議論の中では、病院の存続の必要性を問う意見もあったが、熊本県が平成 21 年度に提示した「地域医療再生計画事業」の一つに、阿蘇地域の救急医療体制の整備というテーマが織り込まれ、地域住民の病院存続の声を背景にした阿蘇市の行政的判断により同事業の継続がなされた結果、病院の新築移転が決定した経緯がある。

そのため阿蘇医療センターでは、収益向上と支出削減に係る取り組みと共に、地域住民の信頼を得るために、地域に必要な医療機能とは何かを考え、整備することに力を入れている。

認知症ケアチーム稼働に加え、今後はがん医療（放射線・抗がん剤治療や緩和ケア）、栄養サポート、口腔ケア、在宅医療、医科歯科連携の機能拡張を計画している。

(カ) まとめ

地方の急性期病院では、圧倒的な医師不足により、十分な勤務環境改善に係る環境整備が遅滞している実情にある。

しかしそうした中でも、本事例を通して、病院が自治体や関係機関を巻き込んで新たな施策を講じ、院内・院外のリソースを上手く活用することで、改善が可能であることが示されたといえるだろう。

## (キ) 参考データ

1	施設名	阿蘇医療センター
2	開設主体	阿蘇市
3	経営形態（公立のみ）	地方公営企業法全部適用
4	主たる医療機能	急性期
5	病床数（稼働病床数/許可病床数）	124 床
	一般	120 床（うち地域包括ケア病床 21 床・開放型病床 5 床）
	療養	—
	精神	—
	感染	4 床
	結核	—
6	職員総数（常勤換算）	163.2 人
	医師数	11.4 人
	看護師数	95.2 人
	看護師の交代制勤務の状況	2 階病棟：3 交代制・2 交代制 3・4 階病棟：3 交代制
	医師事務作業補助者	3 人（うち 1 人は産休中）
	看護補助者	10 人
7	1 日あたりの平均外来患者数	97.8 人
8	1 日あたりの平均入院患者数	206 人
9	一般病棟の平均在院日数	18.1 日
10	病床稼働率	81.5%



11	算定している入院基本料	急性期一般入院基本料 4 地域包括ケア入院医療管理料 1
12	病院機能	脳卒中急性期拠点病院 脳卒中回復期医療機関 急性心筋梗塞急性期拠点病院 急性心筋梗塞回復期医療機関 救急指定病院の告示 災害拠点病院指定 第二種感染症指定医療機関 へき地医療拠点病院 地域包括医療・ケア施設認定 地域密着型リハビリテーションセンター指定
	救急指定の状況	二次救急
	ICU、HCU 等の整備状況	—
13	勤務環境改善を推進する組織体制及び組織名	経営企画会議・運営協議会
	組織の責任者及びリーダー	病院事業管理者（院長）
	組織の職種構成	経営企画会議（11名）：院長、副院長、医局長、地域医療連携部長、看護部長、医療技術部長、事務部長、総務課長、医事課長、医療情報係長、同係員 運営協議会（31名）：院長、副院長、常勤医師、歯科医師、看護部長、看護師長、薬剤部長、医療技術部長、各室長、GRM（医療安全管理者）、事務部長、総務課長、医事課長、診療所事務部長

## VII 考察

### 1 各病院の取り組み状況

図表 21 に今回ヒアリング調査を実施した各施設における勤務環境改善に掛かる対応状況を再掲する。医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取り組みに記載された事項のうち、特に「医師の労働時間管理の適正化に向けた取組」に該当する総労働時間の管理や、「既存の産業保健の仕組みの活用」に該当するカウンセリング利用やハラスメント対策、および「タスクシフティングの推進」に該当する医師事務作業補助者の活用について、実施割合が高かった。

実施割合が低かったものとして、勤務間インターバルの規定制度や特定行為に係る看護師へのタスクシフティング等があった。

実施割合が高い（7施設以上）改善策	実施割合が低い（3施設以下）改善策
<ul style="list-style-type: none"><li>・ ICT 導入による業務効率化</li><li>・ 総労働時間の管理</li><li>・ 職員の休暇取得推進</li><li>・ 医師事務作業補助者へのタスクシフティング</li><li>・ 職員へのカウンセリング</li><li>・ ハラスメント対策</li><li>・ 職員へのキャリアアップ支援</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 連続勤務時間数の制限、勤務間インターバルを規定する制度</li><li>・ 特定行為研修を修了した看護師へのタスクシフティング</li><li>・ 外来医療の縮小</li><li>・ 管理者面談の実施</li><li>・ 人員配置や採用ルールの柔軟性向上</li><li>・ 休憩用スペースの新設</li></ul>

領域	No.	質問内容	東邦大学	うわまち病院	黒沢病院	聖隷福祉事業団	宇治おうばく病院	なぎ辻病院	山口県立総合医療センター	姫野病院	阿蘇医療センター
(ア) 働き方・休み方の改善	1	スマートフォンの導入		○						○	
	2	その他ICTの導入	○		○			○	○	○	
	3	総労働時間の管理	○	○		○		○	○	○	○
	4	連続勤務時間数の制限やインターバル制度の採用	○								
	5	職員の有給休暇・リフレッシュ休暇の取得推進	○	○	○	○	○			○	
	6	医師事務作業補助者へのタスクシフティング	○	○	○		○			○	○
	7	特定行為研修を修了した特定行為に係る看護師へのタスクシフティング	○	○							
	8	看護補助者へのタスクシフティング	○		○					○	
	9	外来機能を縮小し、入院および救急機能への注力			○			○			
	10	複数主治医制の採用	○	○						○	
	11	会議時間の圧縮	○		○		○			○	
(イ) 職員の健康支援	1	職員のカウンセリング利用の推進した	○	○	○	○	○			○	○
(ウ) 働きやすさ確保のための環境整備	1	管理者の定期的な面談を実施し、職員のケアを早期に実施	○							○	
	2	夜勤免除制度の実施	○		○		○			○	
	3	夜勤明けの業務負担の軽減	○	○	○					○	
	4	短時間正職員制度の導入		○	○		○				
	5	人員配置の見直し	○		○				○	○	
	6	人員配置や採用ルールについて柔軟性を高めた	○							○	
	7	院内保育所や提携保育所の整備	○	○	○					○	
	8	職場への復帰支援	○	○	○	○				○	
	9	休憩用スペースの新設								○	
	10	遠隔診断システムの導入									○
	11	ハラスメント対策の実施	○	○	○	○	○			○	
(エ) 働きがいの向上	1	表彰制度の実施	○		○	○				○	
	2	キャリアアップ支援	○		○	○	○			○	○
	3	給与体系の見直し			○	○				○	
その他独自の取組みを行った				○	○	○		○	○		

図表 21 ヒアリング先施設の勤務環境改善にかかる取り組み状況（再掲）

## 2 勤務環境改善による経営への影響

本ヒアリング調査を通して、勤務環境改善による医療機関の経営への影響として、大きく 3 つの効果を確認できた。

1 つ目は、生産性の向上による手術数の増加や平均在院日数の短縮など、直接的な収入増の効果である。東邦大学医療センターにおける周術期管理センター開設の効果は著しい。

2 つ目に、総労働時間の短縮による残業代等の費用減の効果である。そこには、業務自体の本質的な必要性まで立ち返り、業務そのものを止める判断や、ICT 等を用いた効率化、他者への移管（外注、タスクシフティング）など様々な手段を取ってきた、なぎ辻病院や山口県立総合医療センターの例がある。

3 つ目に、離職率の低下および求める人材の採用が容易になることによる組織力の強化である。横

須賀市立うわまち病院の救急救命センター機能の安定運営には、勤務環境改善による離職率の改善が不可欠であった。また聖隷福祉事業団や黒沢病院を運営する医療法人社団美心会が進める新業態の展開にも、必要な人員確保を行える組織的な魅力の維持・向上が必要である。ここには、勤務環境改善によって、地域が求める医療機能を充足するための組織力が養われ、それに見合う医業収入が得られるという、好循環が見て取れる。

この様に、勤務環境改善に関する種々の取り組みには、直接的に医業収益、医業費用の数字に影響を及ぼすものもあれば、間接的な効果をもたらすものもあることが分かる。

ここでは特に 3 つ目の効果について、取り上げたい。これは短期的に経営の数字へ影響を及ぼすものではないが、長期的に医療機関の事業継続性に大きな影響を与えると考えられるからである。

少子高齢化、人口減少社会に対応し、増え続ける社会保障費を抑制するため、診療報酬は時代に応じて絶えず変わり続けており、また地域における医療事情を考慮した医療機関の再編統合も進んでいる。こうした外部環境の変化に対応していくことが、医療機関が生き残っていくための道であり、そのためには時代の変化に応じた新しい事業の展開や転換も求められる。労働集約型産業である医療では、新たな事業の展開や転換には新しい部署や担当者の配置など体制の整備が必要となるため、良好な勤務環境を提供できない組織は必要な人材を確保することが難しくなり、柔軟な対応が困難になることで、徐々に収益を上げられなくなっていくことが予想される。

つまり、勤務環境の改善に取り組めるか否かが、医療機関が事業を発展させ、継続的に収益を維持・拡大していくための重要な条件であるということである。

医療機関の経営層は、この重要な示唆を理解し、求められる組織であり続けるために、病床稼働率や平均在院日数のモニタリングと同じ様に、職員の勤務環境の良し悪しを評価することに意識を向けていくことを期待したい。この示唆に対する補足として、最後に離職率低下による一般的な経営的効果について、考察を加える。

#### (ア) リクルート費用の削減

医療従事者を採用する方法は、病院のホームページ経由での募集の他、教育機関への訪問・PR、転職サイトや求人情報誌を利用した一般公募、人材紹介会社からの紹介などがある。特に医療関連職種の仕事紹介に関わる規制緩和の後、同事業の市場規模は急拡大し、人材獲得競争の激化に伴い、紹介手数料は増加している。近年、病院の採用における人手不足を背景とする人材紹介会社の活用が増えている。活用メリットとしては、応募者の一般公募では集まらないキャリア人材の採用や、採用のレベルを落とせない場合に多くの候補者から厳選できることが挙げられる。

人材会社の料金体系は、採用が成功した場合に料金が発生する成功報酬型が一般的であるが、求人広告の掲載の場合は採用の成否に関係なく報酬を支払うことになるため、リスクが少ないように思える。しかし、一人当たりの採用に対しては、多くの料金が発生するため注意が必要である。人材紹介会社へのアンケートによると、医師・看護師の紹介料については、図表 106<sup>55</sup>の調査結果とな

<sup>55</sup> 医師・看護師に係る医師職業紹介に関するアンケート調査結果より（平成 26 年 6 月実施）

っている。医師の採用に係る紹介手数料の平均は22.14%、看護師の採用に係る紹介手数料は18.18%であり、医師の平均年収<sup>56</sup>を12,960千円とすると2,869千円が一人当たりの紹介料となり、看護師の平均年収<sup>57</sup>を4,308千円とすると783千円が一人当たりの紹介料となる。

新たな人材確保には費用がかかり、離職率が高いほど、費用が増加する。よって、勤務環境改善による離職率の低下は、リクルート費用の削減に寄与していると考えられる。

## 医師・看護師の職業紹介について(紹介事業者調査①)

### 1. 紹介手数料率(年収に対する割合)

(単位:%)

	総数	5%未満	5~10%未満	10~15%未満	15~20%未満	20~30%未満	30~40%未満	40~50%未満	50~80%未満	80%以上	無回答	平均値
医師(N=56)	100.0	1.8	-	8.9	8.9	66.1	10.7	-	1.8	1.8	-	22.14%
看護師(N=91)	100.0	4.4	-	14.3	27.5	45.1	4.4	-	-	1.1	3.3	18.18%
全職種(N=1283)	100.0	4.5	5.1	17.5	10.4	28.1	20.3	0.4	1.4	2.7	9.7	22.01%

(注)職種ごとに設定している手数料率。固定して定めていない場合は、最も適用件数の多い料率を回答。

※各職種の紹介手数料割合を回答した事業所数を総数として集計。

### 2. 紹介した職業の年収(のべ件数)

(単位:件)

		100万円未満	100~200万円未満	200~300万円未満	300~500万円未満	500~700万円未満	700~1000万円未満	1000万円以上	総計(※)
医師	紹介件数	199	27	78	66	3	5	205	583
	就職件数	189	16	30	24	13	37	381	690
看護師	紹介件数	475	59	161	1,240	611	3	-	2,549
	就職件数	343	44	131	2,338	558	10	-	3,424
全職種	紹介件数	19,352	17,829	19,624	44,009	13,639	10,469	1,368	126,290
	就職件数	10,072	9,209	8,665	12,526	4,084	8,533	1,992	55,081

(注)平成24事業年度の実績。雇用期間が1年に満たない場合は、賃金を年収に換算した上で回答。

※「年収不明」の欄への回答件数は除いている。

2

図表 106 医師・看護師の職業紹介について

### (イ) 診療収入への影響

医師が一人離職し、仮に次の医師を確保するまでに期間が空くと、その分の診療収入を見込むことが出来なくなる。DPC病院での医師一人一日当たりの診療収入<sup>58</sup>は335千円、DPC以外の病院の医師一人一日当たりの診療収入<sup>59</sup>は398千円となっており、経営への影響は少ない。

また、外来は医師による部分が大きいので、小規模の病院では休診せざるを得ない状況になる場合もある。収入面でももちろんだが、患者が離れていく恐れもあるため、医師の離職率を下げることは病院経営において重要な指標の一つといえる。

<sup>56</sup> 平成29年病院経営実態調査報告 常勤医師一人当たりの平均給与月額1,089千円×12ヶ月×22.14%  
<sup>57</sup> 平成29年病院経営実態調査報告 常勤看護師一人当たりの平均給与月額359千円×12ヶ月×18.18%  
<sup>58</sup> 平成29年病院経営実態調査報告 DPC病院の医師一人一日当たりの診療収入の総数より  
<sup>59</sup> 平成29年病院経営実態調査報告 DPC以外の病院の医師一人一日当たりの診療収入の総数より