

# 令和元年度 地域医療構想の実現・働き方改革 の推進に向けた病院管理者研修 に参加して

西尾市民病院

禰宜田政隆

## 詳細

- ▶ 日 程：2019/11/12－11/15
- ▶ 会 場：国立保健医療科学院（埼玉県和光市）
- ▶ 対象者：1. 都道府県が推薦する医療機関の長または幹部職員  
2. 1と同等の職位であると院長が認める者
- ▶ 定 員：47名（都道府県から2名を上限として推薦）  
（実参加者：24名）

# 国立保健医療科学院

- 空調運転は極力抑制  
衣服等で調節を
- 宿泊施設はエアコン制限  
食事提供なし  
禁煙・禁酒  
問い合わせても泊って  
くれるなモード全開

どんな所？



立派な施設！  
エアコンも効いていた

宿泊はトラブルがあったらしい・・・

<国立保健医療科学院 –  
Wikipedia> より引用

# 病院所在地別 受講者

- ▶ 出席者は、院長(8名)、理事長(3名)、副院長(3名)、事務方(5名)、事業管理者(1名)、顧問(1名)など様々
- ▶ 病院の規模も様々、大学(1名)や医師会(2名)からも
- ▶ 中部地方からは3名  
千葉と山口は複数名
- ▶ 基本的には6グループに分かれて議論

所在地	人数	所在地	人数	所在地	人数	所在地	人数
北海道	1名	石川	1名	山口	2名	沖縄	1名
岩手	1名	愛知	1名	香川	1名	静岡	1名
栃木	1名	大阪	1名	福岡	1名	広島	1名
群馬	1名	奈良	1名	佐賀	1名	大分	1名
千葉	2名	島根	1名	長崎	1名		
東京	1名	岡山	1名	熊本	1名		

# ねらい

- ▶ 地域医療構想における医療機能の分化・連携を行うことの一助となるよう、医療制度、診療報酬制度、病院再編・統合、人的資源管理、リーダーシップ、組織行動、医療安全等、体系的な組織マネジメントに関する手法を修得する。
- ▶ 地域医療構想に係わる政策動向について説明できる。
- ▶ 地域医療構想において自医療機関が果たす機能とその実現に向けた病院管理者としての役割について説明できる。
- ▶ 自医療機関の地域における医療機関の再編統合の実現に向けた病院管理者として実行力を習得する。

11/12

## ＜講義＞ 地域医療構想の現況について

### 医療提供体制について

(地域医療構想、医療従事者の働き方改革、医師偏在対策)

講師：厚生労働省医政局地域医療計画課 課長補佐 松本晴樹

- ▶ 三位一体改革、診療実績の分析など概ね一般的な内容
- ▶ Student doctorなども検討されてはいる様
- ▶ 医師不足はマクロでは2028年に、医師偏在を入れても2036年には解消される見込み
- ▶ 集約した方が成績も改善 PCIや胃切除など（人口調整未）

11/12

ケーススタディ-A

医療機関の再編統合について・その1

## 過疎・高齢化の進んだ地域における地域医療実現に向けた病院再編事業とその効果

講師：南和広域医療企業団

南奈良総合医療センター 院長 松本昌美

## 南和医療圏（1市3町8村）

- ▶ 高齢化率（2017/10/1時点）
  - 全国：27.7%
  - 奈良県：30.2%
  - 南和医療圏：38.8%
- ▶ 人口：69076人（県の5.1%）
  - ▶ 面積：2346km<sup>2</sup>（県の64%）



## 再編前公立3病院（2016年3月まで）

- ▶ **奈良県立五條病院（五條市）** 急性期199床（運用160床）13診療科  
1972年開設
- ▶ **町立大淀病院（大淀町）** 急性期275床（運用150床）9診療科  
1955年開設
- ▶ **国保吉野病院（吉野町）** 急性期99床 8診療科  
1956年開設
- ▶ 3病院とも奈良医大関連病院
- ▶ 病院間の距離は約10km

奈良県立五條病院



大淀町立大淀病院



吉野町国民健康保険  
吉野病院



南和の医療等に関する協議会  
構成市町村マップ



	人口	高齢化率 (2017/10)
五條市	29713人	36.0%
大淀町	17441人	31.9%
吉野町	6911人	49.5%

<南和医療圏の公立病院/南和広域医療企業団>  
より引用

# 南奈良総合医療センター

- ▶ 2016年開設
- ▶ 232床（HCU 8床、一般188床、回復期リハ36床）
- ▶ **大淀町**に建設
- ▶ 26診療科
- ▶ 救急センターなど9センター
- ▶ 開院時の常勤医54名、うち専攻医9名

## 背景：人口推移など

- ▶ 医療圏の人口推移
  - 10年間で約15%減少（約7万人に）
- ▶ 入院受療動向
  - 約6割の患者は流出
    - 奈良医大などのある中和医療圏へ26.2%
    - 和歌山県（橋本市など）へも9.2% など

# 業績の悪化 1

- ▶ 入院患者の状況

  - 3病院の入院患者は5年間で約25%減少（約300人/日に）

- ▶ 外来患者の状況

  - 3病院の外来患者は5年間で約25%減少（約1000人/日に）

- ▶ 公立3病院の医師数

  - 3病院の医師数は5年間で約25%減少（51人に）

## 業績の悪化 2

- ▶ 公立3病院の看護師数  
3病院の看護師数は5年間で約10%減少（245人に）
- ▶ 救急車搬送件数  
3病院の救急車搬送は5年間で約20%減少（約2100件に）
- ▶ 公立3病院の医業収入  
3病院の医業収入は5年間で約25%減少（約58億3千万円に）
- ▶ 公立3病院の実質損失  
3病院の実質損失は5年間で約10%増加（17-18億円台に）

# 公立3病院が抱えていた課題（2008年時点）

- ▶ いずれも急性期機能を担っていた
  - ▶ 医療従事者の減少（医師ならびに看護師）
  - ▶ 逼迫する経営状況
  - ▶ 施設の老朽化
- 何れも医療機能はじり貧 → 病院の組み合わせが悪い
- 南和地域の住民の医療が守れない

**基本理念 南和の医療は南和で守る！**

# 地域医療構想に向けた再編・ネットワーク化、 経営形態の見直し

- ▶ 地域医療構想を踏まえた役割の明確化
- ▶ 一つの救急病院（急性期（+回復期））と2つの地域医療センター（回復・慢性期）に役割分担
- ▶ 一部事務組合（地方公営企業法非適用 → 一部（財務規定）適用）  
⇒ **企業団方式**（県と地元12市町村13団体 地方公営企業法全部適用）



## 再編前後の成績の改善

- ▶ 救急搬送：公立3病院で2200件前後 → 4000件前後に
- ▶ 手術件数：公立3病院で1200件前後 → 1900件前後に
- ▶ 圏外への流出を3割ほどくい止めに成功
- ▶ 流入もあり、南奈良総合医療センターの稼働率は95%前後に
- ▶ 医師数（常勤換算）：48.4人 → 67.0人（2017年度）に  
（五条25.7人、大淀13.0人、吉野9.7人 → 南奈良58.2人、五條3.0人、吉野5.8人）

現在さらに増加傾向

# 再編後の変化

- ▶ 集約化による急性期機能の向上
- ▶ 病院の役割の明確化による医局からの協力
- ▶ 分娩は奈良医大と提携し、同じ周産期システムを導入し診療情報をリアルタイムで共有、南奈良は外来業務のみを担当
- ▶ 地域がん診療病院に指定（2017/4月から）
- ▶ 地域医療支援病院に指定（2017/10月から）
- ▶ 基幹型臨床研修病院に指定（2018/4月から）
- ▶ 吉野は96床、五條は90（運用71）床の回復・慢性期病院に

# 地域両構想実現に向けての病院再編事業成功の ポイント

- ▶ 地域医療の現状と課題を可視化して、医療圏全体であるべき地域医療の姿を医療関係者、奈良県立医大、行政関係者、住民で共有した。
- ▶ 3病院が組織や文化の違いを超えて、納得いくまでコミュニケーションをとれる場を作った。
- ▶ 知事がリーダーシップを発揮し、関係市町村の首長や議員など関係者を説得した。
- ▶ ビジョンを明確に示し、地域住民の十分な理解が得られるまで、繰り返し統合再編について説明した。

11/12  
ケーススタディ-B  
医療機関の再編統合について・その1

**南和地域医療再編  
行政の挑戦と企業団の今後**

講師：南和広域医療企業団  
企業長 中川幸士

# 行政から見た再編の課題

- ▶ 厚生行政は基本的には国→県
- ▶ 市町村にノウハウがないのは当たり前
- ▶ 首長は医療の素人
- ▶ 医師供給元である医科大学の協力
- ▶ 県のリーダーシップによる奈良モデルの位置付け
- ▶ 統合には県が入ることが重要

# 市町村財政負担軽減策

## ▶ 初期投資

全体事業費約160億円

再生交付金50億円、残りは起債

交付税措置率の高い過疎債（7割ほどバック）、病院債を使用

## ▶ 運営負担

交付税措置分のみ所在市町から補助

県で再編当初の運営費の一部負担

# 再編に向けた取り組み

- ▶ 話がまとまらず協議会組織の立ち上げ
- ▶ 知事がトップ、地域の全市町村長がメンバーに
- ▶ 3病院の院長会議
- ▶ 各市町村長へは協議参加への下地づくり
- ▶ 事務局組織の立ち上げ（県職員中心）
- ▶ **問題点**：正しく伝わらず反発を招く  
一時出入り禁止になった病院も

# その他解決すべき問題

- ▶ 場所の問題はどこからも良いところ  
→ 駅前の場所があった
- ▶ 五條は県立であったので押し切れた
- ▶ 医師派遣での問題は、医師は企業団に入ってもらうが、南奈良に派遣しているという意識が強い
- ▶ 医師確保 → 県、奈良医大が全面サポート



# 演習（1,3,4日目）

## ▶ 1日目 事前課題の共有と自己紹介

### 事前課題

- 1-1 貴院の地域では、地域医療構想の実現に向けて、どのような状況にありますか
  - 1-2 貴院と周辺医療機関との機能分化と連携に関する現状と課題について
  - 1-3 上記を踏まえたうえでの貴院が担っている医療機能の現状と課題について
  - 1-4 貴院と地元の医師会や病院協会等との協力体制構築の状況に関する現状と課題について
  - 1-5 貴院と医師の派遣元となる大学との連携状況に関する現状と課題について
- 医師や他職種の働き方改革について、貴院の現状や取り組み、課題

## ▶ 3日目 地域医療構想に関するグループワーク グループ内で発表 ブラッシュアップ

## ▶ 4日目 地域医療構想に関するグループワーク 1つを選びプレゼン

11/13

## <講義> 地域医療分析

### 地域医療分析

講師：神戸大学大学院医学研究科 特命准教授 小林大介

- ▶ データをインテリジェンスにする分析が大事
- ▶ オープンデータ 厚労省のDPCデータ、NDBオープンデータなど
- ▶ シェアード（セミオープン）データ 都道府県の病床機能報告データなど
- ▶ クローズドデータ 各医療機関のDPCデータなど
- ▶ まずはオープンデータの活用から
- ▶ ベンチマークは気付きの元

# 病床機能報告データ

## 病床機能報告

- ▶ 医療法に基づく義務

- ▶ 病棟単位で医療機能を報告

病棟機能、診療実績など 但し、診療実績の多くの多くの項目は6月診療7月審査1ヶ月分

- ▶ 都道府県から公開

公開のされ方は都道府県により違う

一覧形式であったり病院ごと（個票形式）であったり

- ▶ 厚生労働省からは全国分が一覧で公開

こちらを活用すると良い 今回の公立・公的医療機関等の再編統合の分析にも利用

# 地域医療構想を踏まえた地域医療分析例

## ▶ 二次医療圏充足率

DPC公開データを使用 MDCと地域とを突合させて供給体制を評価

## ▶ 救急搬送と医師数との関係性 病床機能報告データを利用

## ▶ 稼働率、平均在院日数 病床機能報告データから算出

## ▶ クローズドデータ分析 愛知県では105病院からDPCデータを収集してクローズドデータ分析もしているが、手間がかかる、DPC対象病院のみしかデータが取れない、医科保険対象外などのデータは取れない などの欠点あり

11/13

# ＜講義＞ 病院経営戦略立案のためのデータ分析 -病床機能報告データについて-

講師：国立保健医療科学院 保健医療経済評価研究センター  
主任研究官 佐藤大介

- ▶ 高齢者数増加の地域差 都市部中心に高齢者数増加（9都道府県で増加数の60%）
- ▶ 千葉医療圏の入院患者は2030頃がpeak、産科はすでに減少傾向
- ▶ 平成30年度病床機能報告データは年末頃？

# 病床機能報告の問題点

- ▶ 病床機能報告は毎年6月のデータ、精神・結核・感染症病床のみの場合は報告義務なし
- ▶ 医療施設調査は3年毎9月のデータ
- ▶ 病床機能報告では、最も多くの割合の患者を報告することが基本、しかし、慢性期患者主体でも急性期を目指しているから急性期とする医療機関も
- ▶ ICU（高度急性期）でも滞在日数が長い施設もある
- ▶ 2025年必要病床数推計は、各【病期】毎の患者発生見込みを病床数に換算したもの（医療需要）
- ▶ 病床機能報告は、各【病棟】毎の選択を集計したもの（実際は様々な病期）  
割り切って一つを選択 → 現在病床数

11/13

## <講義> 医療の質管理

講師：国立保健医療科学院 国際協力研究部  
上席主任研究官 種田憲一郎

図表で見る医療 (Health at a Glance) 2019

- ▶ OECDにおいて、日本国民の寿命は最長である (84.2歳)
- ▶ 成人の過体重および肥満の割合は、OECD内で最低である (25.9%)
- ▶ 男性の喫煙率はOECD内で8番目に高い (29.4%)
- ▶ 後発医薬品の使用は低いままである (医薬品全体量の40%、OECD平均は52%)

チームSTEPPS エビデンスに基づいたチームトレーニング

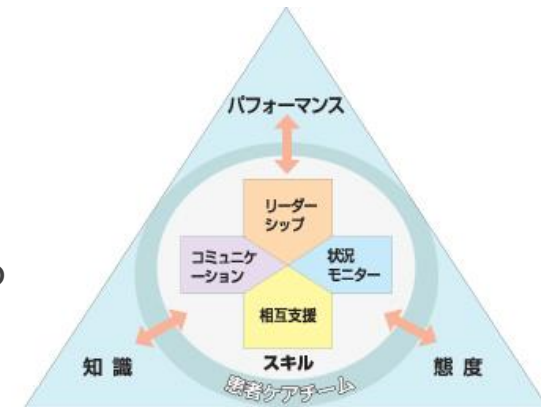
医療安全 Patient Safety

# チームSTEPPS

Team Strategies and Tools to Enhance Performance and patient Safety  
 チームとしてのより良いパフォーマンスと患者安全を高めるためのツールと戦略

- ▶ **TeamSTEPPS**は、米国連邦政府が開発・推進している、航空業界のCRM、軍隊におけるチームワークに関する研究をはじめとした、HROs（High-Reliability Organization；高信頼性組織）の20余年にわたるエビデンス等に基づいたチームトレーニングプログラム。
- ▶ **TeamSTEPPS**では、チームのパフォーマンスを改善し、より安全なケアを提供し、組織の文化を変えていくために、**4つのコアになるコンピテンシー**（顕在化能力、業績直結能力）：**リーダーシップ、状況モニター、相互支援、コミュニケーション** が必須。4つのチームコンピテンシーは独立したものではなく相互に補完。
- ▶ 目的は患者のアウトカム（目標とする治療結果）を最適にすること。
- ▶ 軍の病院などで**TeamSTEPPS**を導入し、医療安全の推進・質の向上に成果を挙げていると言われている。
- ▶ **SBAR**：situation-background-assessment-recommendation 状況・背景・評価・提案  
コミュニケーションにおける他者に重要な情報をわかりやすく伝達するスキル。
- ▶ **CUS**：「心配です（concerned）」「不安です（uncomfortable）」「安全の問題です（safety）」  
相互支援で、患者の安全などに関わる事項を相手に伝える際に、具体的な表現を使って 中断・検討を促す主張の仕方。

## TeamSTEPPSの 4つのコアになる コンピテンシー



(Department of Defense (DoD) Patient Safety Program Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 邦訳：国立保健医療科学院 政策科学部 安全科学室)



# 戦略 改善マネジメント

## 「カモメになったペンギン（Our iceberg is melting）」

ジョン・P・コッター（著）、ホルガー・ラスゲバー（著）、藤原 和博（翻訳）、野村 辰寿（イラスト）  
を読んで問いに答えよ（20問）（**研修中に意見交換**を行う予定）

- 氷山が溶けて崩れる！もっと安全な場所を見つけて暮らそう！
- **変革を成功させるには八段階のプロセスが必要**。特に初期の準備段階が重要。組織を変革し成功に導くためのリーダーシップをペンギンのコロニーを舞台とした物語で示唆。
  - ▶ **変革の準備** ①危機意識を高める ②変革推進チームを作る
  - ▶ **実施すべき事の決定** ③変革のビジョンと戦略を立てる
  - ▶ **変革の実施** ④変革のビジョンの周知徹底 ⑤行動しやすい環境を整える  
⑥短期的な成果を生む ⑦さらに変革を進める
  - ▶ **変革の定着** ⑧新しい文化を根付かせる



# 質問の内容

- ▶ あなたの医療機関（部署）に「フレッド」はいますか。いるとすると「フレッド」はどのように扱われていますか。  
フレッド：主役、若手、好奇心旺盛    アリス：リーダー格の1人、タフ、実践的、皆に平等    バディ：ハンサム、野心なし、信用と好感度抜群  
ルイス：党首ペンギン、経験豊富で賢明    ジョーダン：「教授」、論理的、しかし非社会的    ノーノー：保守的
- ▶ あなたの医療機関（部署）において、変革・改革が必要であることを示唆する情報は何かですか。
- ▶ 他に情報があるとすると、どのようなところを調べてみるとよいですか。
- ▶ 物語の中では「フレッド」は「アリス」を連れて、「アリス」自身で氷山に危険性があることを実際にみて感じてもらいました。あなたの医療機関（部署）であったら、どのようにしますか。
- ▶ 「ノーノー」のような方を知っていますか。その方はあなたの医療機関（部署）における改善にどのような影響を与えましたか。
- ▶ あなたの医療機関（部署）において、改善の必要性についてどのようにコミュニケーションがなされていますか。最も適切なコミュニケーションの方法は何でしょうか。
- ▶ あなたの医療機関（部署）において改善の必要性に関する危機感・切迫感を創造するためには、何ができますか。

...など20問（結局、意見交換は行われず）

11/13

ケーススタディ2-A, 2-B

## 医療機関の再編統合について・その2

講師：北里大学 医療管理学教授 渋谷明隆

### ケースメソッド授業

▶ 知識を伝授するのではなく、討議を通じて互いに学びあう、CPCの様な授業

事例：独立行政法人 山形県酒田市病院機構 日本海総合病院 ケース

- ▶ **設問1** 再編・統合前に酒田市を中心とした庄内二次医療圏の抱えていた問題は何でしたか。
- ▶ **設問2** 独立行政法人山形県・酒田市病院機構の改革プランの成功要因は何だったのでしょうか。

# 山形県酒田市の病院統合

- ①酒田市立酒田病院（一般400床）      ②山形県立日本海病院（一般528床）
- ▶ 平成5年酒田市に設立された県立日本海病院は市立酒田病院から2kmの距離に位置  
2.5次病院でより高度な医療を担うも施設整備などが響き赤字経営顕著
- ▶ 市立酒田病院は経営はV字回復し黒字化していたが昭和44年建造で老朽化  
しかし、酒田病院が改築すれば日本海病院と共倒れの危機

## 統合再編・地方独立行政法人化（H20 山形県・酒田市病院機構）

- ▶ ① **日本海総合病院 酒田医療センター**（H20 一般235床 → H23 療養114床）  
⇒ **日本海酒田リハビリ病院**（H30 回復期リハ・療養114床）
- ▶ ②山形県・酒田市病院機構 **日本海総合病院**（H20 一般525床→H23 646床）に

# 設問 1

再編・統合前に酒田市を中心とした庄内二次医療圏の抱えていた問題は何でしたか。

## 回答①

<当方用意>

▽大都市まで陸路で2～3時間を要する医療圏でありながら、**実態として三次医療機関の機能を果たしている病院が不在**であった。（平成17年時点でも県立日本海病院・市立酒田病院ともに入院単価は36,000円台）

▽また地域内に平日夜間対応の急病診療所等が未設置のため、県立・市立両病院は**限られた医療資源（特に医師）で一次～三次に近い救急機能まで対応せざるを得なかった**。

心筋梗塞、脳卒中、頭部外傷などの重症（救急）患者に対する医療が不十分であり、結核患者や重症心身障害児の入院病床、災害拠点病院としての機能も不足していた。

▽大都市圏から遠隔地である状況から、医療圏全体で医師をはじめとした**医療職の確保に苦慮**されていたことが推測される。（特に新医師臨床研修制度以降）

▽当時より全国平均を上回る状況で高齢化が進展していた地域であるものの、**特に医療圏内北部地域においては回復期・療養機能を担う病床は不足**していた。

## 設問 1 回答②

<当方用意>

▽平成5年酒田市に設立された県立日本海病院が市立酒田病院から2キロの距離に位置し、**非常に近接した状態かつ診療機能でも多くの診療領域が重複**するなど、**非効率な診療提供体制**となっていた。※県立病院設立時における判断ミス。

▽**酒田病院**は黒字化していたものの、**老朽化が進み機能も不十分**であった一方、酒田病院が改築すれば**共倒れの危機**があった。また、**改築した場合**においては、**病床維持は困難**との予測がありながら、**一定病床数以下では経営が困難**な見通しとなっていた。他方、**日本海病院は施設整備が響き、赤字経営**であった。

▽平成17年以降は、**人口が減少してゆく地域**でもあり、特に生産年齢人口や年少人口の減少が著しく、**財政面などでも危惧**される状況にあった。

## 設問 2

独立行政法人山形県・酒田市病院機構の改革プランの成功要因は何だったのでしょうか。

### 回答①

<当方用意>

▽統合後の新病院の構想実現にあたって、**大学医局に理解**があり、バックアップを確約頂けた点は非常に大きい。※他道府県における再編・統合事例においても、現時点、円滑に運営が出来ている団体は派遣元大学医局の理解があり、スケールメリット相当の医師を確保出来ている。

▽また、従来の県立日本海病院と市立酒田病院が**ともに酒田市内に所在**していたことも、再編統合をスムーズに進めるうえで大きな要因であったと考えられる。酒田市の行政サイドの視点からも見ても、酒田市内に更なる高度急性期病院ができ、旧市立病院も機能は異なるものの、病院として残すことが出来たため、議会・地域住民の合意形成を図りやすかったのではないかと推察される。これが異なる自治体間での再編となった場合、特に療養寄りの機能を持つことになる自治体の理解を得るハードルは更に高いと予想される。（※地域住民の理解を得るには、どの自治体も“急性期”の病院を自分の自治体に置いてほしい）

**地理的に2病院は近く、診療機能の片寄を実施・選択しやすい**状況にあった。**療養病床も不足**しており、その増加は地域のニーズに合っていた。また、他の医療圏までも距離があり、自域内で完結しやすく、**他医療圏への流出が起りにくい**ため、検討圏域が狭圏に限定されていた。

## 設問2 回答②

### <当方用意>

▽経営形態について、当時まだ一般的とは言えなかった「（一般）地方独立行政法人」を選択し、**労働組合・職員との調整を丁寧に行い**、病院機能に沿った職員確保を開院当初から実現できた点も移行当初からのスムーズな病院運営に実現に寄与している。そういった点では、**トップの当該再編・統合に対するビジョンや想い**が大きな成功要因の1つであると言える。

▽フレーズとしては当該プラン内に表現されていないが、想いや考えの根幹には、**現代の地域包括ケアシステム構築と同様のビジョン**が見て取れ、地域の状況を踏まえた深い洞察力をお持ちであったことが伺える。

▽**公立病院特例債を導入**して不良債務を解消でき、また、累積欠損金も解消することでリスタートが可能な状態を確保出来た点。

### <その他 追加>

栗谷先生の人柄、大学・地域との関係性、キーマンの存在、決断・実行（トップダウン>ボトムアップ）県と市で同スタンス、給与体系が似ていた、反対勢力もあまりなかった、相手へのリスペクト、根回し、医師派遣が東北大・山形大でポスト争いがなかった、両病院長は友人、電子カルテ導入等による働き甲斐向上 など



11/14

# ＜講義＞ 医師の働き方改革に対する政策動向 ～医療を未来につなぐために、今、働き方改革を！～

講師：厚生労働省 医政局 医療経営支援課 医療勤務環境改善推進室長  
安里賀奈子

- ▶ 若手と年配医師では勤務環境に対する意識が違う
- ▶ 医療機関になぜ「働き改革」が必要なのか

働き手が少ない社会=働き手の獲得競争が厳しい社会 ⇒

(医療機関間でも他業種との間でも)

女性・高齢者等の活躍が必要！ 医療を未来に繋げるためにも勤務環境改善を！

# 医師の働き方改革に対する検討

- ▶ 労働時間に該当するか否かは、労働契約などの定めのためにかんによらず、指揮命令下の行為かにより客観的に判断
- ▶ **応召義務に関しては、通知を出す準備中**
- ▶ 時間外労働規制のA水準（時間外労働 年960時間 月100時間未満(例外あり)）は、適用されると2024年時点では医師が1万人足りない
- ▶ B水準（年1860時間 月100時間未満(例外あり)）は上位1割を減らそうと出た数字  
（現行で年間1,900時間を超える時間外労働の勤務医が1割、それをゼロに）
- ▶ **B水準は救急で指定されれば、救急に従事している医師のみ適用**
- ▶ B水準は医師偏在が解消され、2036年までになくなる予定
- ▶ C水準の根拠となる基準はなかった
- ▶ C水準は中長期的に検証

# 医師の労働時間短縮に向けた取組

- ▶ 都道府県から独立した評価機能による**第三者評価**（未定だが遅くとも2022年度から）
- ▶ その他、三位一体改革、連携・協働、特定看護師へのタスク・シフティングなど一般的な内容
- ▶ 宿日直、研鑽の取り扱い（分かり易くしたといわれるが、未だ納得し難い）

## 東京都過労死を考える家族の会 中原のり子さんから事例提示

- ▶ 夫の小児科医が過労自殺（享年44歳）
- ▶ 女性医師5名、男性医師1名 → 一気に女性3名退職 ⇒ 負担↑↑ → 自殺
- ▶ しかし長女も小児科医に
- ▶ 職業を聖域化しない
- ▶ 女性だけを優遇するのではなく、全体の職場環境から始めるべし

11/14

# <講義> 勤務医環境改善マネジメントシステム ～医療を未来につなぐために、今、働き方改革を！～

講師：厚生労働省 医政局 医療経営支援課 医療勤務環境改善推進室長  
安里賀奈子

- ▶ 働き手が少ない社会では働き方の転換が必要
- ▶ 意識を変革し、P D C Aサイクルを回し続けることが重要
- ▶ 勤務環境改善は医療機関の努力義務
- ▶ 時間外労働規制、大学のアルバイトを連続勤務とみなすかは検討中
- ▶ タスク・シフト タスク・シェア
- ▶ 規制改革が進まない、規制が残ったままタスク・シェアと言われても
- ▶ I C Tの活用 N Pの活用 医師事務作業補助者の活用
- ▶ いきサポ 同種・同規模病院との比較が可能 勤務環境改善に取り組んだ事例紹介

11/14

## <講義> 働き方改革に関する事例紹介

講師：聖路加国際病院 院長 福井次矢

聖路加国際病院 許可病床：520床 常勤医師：436名 2018年度救急搬送件数：10502件

- ▶ 2016年に労基が入る
- ▶ 証拠がないと病院にいる時間は労働 ログイン時間と突合 自己研鑽は含まず（独自の基準）
- ▶ 36協定の再締結 月間：30時間 → 45時間 年間：360時間  
ただし、特別条項として 月間：80時間 → 180時間 年間：750時間 → 1470時間
- ▶ 当直体制の見直し：当直：17,8名 → 13名 変形労働時間制の導入 土曜診療中止
- ▶ 給与の見直し：時間外手当↑ ⇒ 基本給↓（前年度の給料は確保）
- ▶ 聖路加でも一部の科は現在の人数では労働時間短縮困難
- ▶ 今回の取り組みの契機は医師の自殺 医師個人のモニタリングは重要

11/14

## <講義>働き方改革に関する事例紹介

講師：公立森町病院 院長 中村昌樹

**公立森町病院** 所在地：静岡県周智郡森町 許可病床：131床 常勤医師：10名

**森町家庭医療クリニック** 常勤医師：4名 レジデント：5名

**森町訪問看護ステーション**

- ▶ 今回発表された424病院の一つ
- ▶ 在宅医療連携拠点事業 浜松医大のプログラムに
- ▶ 医師補助導入
- ▶ 入退院センター機能の導入
- ▶ 磐田市立総合病院（磐田）、中東遠総合医療センター（掛川・袋井）と二つの救命センターがバック（森町は掛川市、袋井市、磐田市などと隣接）
- ▶ 2018年に労基が入り、夜間は診療制限

11/14

## <講義> 働き方改革に関する事例紹介

講師：社会医療法人宏潤会 大同病院 理事長 宇野雄祐

**大同病院** 許可病床：404床 常勤医師：122名

- ▶ NPを採用しNP科として診療部に組み込む
- ▶ タスクシフト 麻酔科助手や手術助手などに従事

これら終了後、安里賀奈子室長も交えて

### <演習> 働き方改革に関するグループワーク

- ▶ 医師偏在問題の解消が先
- ▶ 大学教授を地域医療維持に努めているかでも評価したらどうか などの意見あり
- ▶ 当院・当地区の状況も述べた

11/14 11/15

## ＜演習＞ 事前課題に基づいたグループワーク

地域の医療提供体制を考えるワークシートの作成（宿題）

- ▶ 各自**研修期間内**に作成、グループ内で討議
- ▶ 11/15に代表的なものを、＜演習＞自院の課題に関するプレゼンテーションとして発表
- ▶ 当方としては前日のグループワークで大分意見させていただいたので他の病院の発表を望んだが、結局、当地区の発表をすることになった。



# 当院の用意したワークシート

地域の医療提供体制を考える ワークシート

1. あるべき姿の実現、課題が解決されることで期待される効果		2. 解決すべき課題(現状とあるべき姿とのギャップ)
地域	人口70万人を抱え、暫くは人口減少しない地域とされており、3次病院も2病院存在し、流出率も低い。主体となる5病院が連携し地域全体で医療を支えることで、医療者側も患者側も満足できる地域包括ケアが展開できる。	急性期病床はやや過剰で、回復期病床は不足ということになっているが、南部の2病院は医師不足に喘ぎ、北部の1病院も医師不足に悩んでいる。3次病院も患者が集中して本来の機能が発揮できず非効率的となっている部分もあり、これ以上急性期患者が集中すると対処困難な状況。医療需要はあるので、医師偏在が解消され任せられる要素は2次病院が引き受け病病連携が進んだり、連携推進法人などを作り、人的交流なども行えば、医療資源を有効活用できる。
自院	カバーすべき地域には人口も十分存在し面積も比較的広い。急性期医療も展開する必要がある一方、地域包括ケア病棟も有しているが担うべき医師がいない。医師不足が解消されれば病病連携も進み、医療資源を有効活用できる。	地域包括ケア病棟も有しているが、医師不足から十分活用できていない。地域としては当院が一定の急性期機能も担うことを要求されているが、高齢の医師にも頑張ってもらっているものの現状の医師数では困難であるし、不足している回復期病床を充足させるべく更に回復期にシフトすれば、スタッフも更に減少し急性期機能も担っていくことは困難になる。

		地域	自院
3. 課題が発生している理由	内部環境	南部は医師不足 北部は標準的	医師不足 看護師不足 経営悪化 内部留保金の減少
	地域の実情や臨床面、組織マネジメント面、財政面等の視点	地域包括ケア病棟を有している急性期病院は2病院あり、公立病院でもあるが、十分機能していない。	
	外部環境	北部の3次病院はJR沿いであり交通も比較的便利。 近隣に新大学病院の建設が予定されている。	名古屋から比較的遠距離 近隣に3次病院はあるが圏域内すべてをカバーできない。 医療需要はあり、しばらく人口減少はしない地域である。 働き方改革や新専門医制度による追い打ち
4. 課題を明確にするための資料、取り組みをモニタリングするための指標等		医療圏のみでなく、医療需要、医療動向、カバー範囲などを勘案し、需給バランスをより正確に反映する医師会や市単位などの医師偏在指標	
2020年度	5. 課題を解決するための対策	医師確保 機能分担 地域医療連携推進法人の検討	医師確保 看護師確保
	6. 課題を解決するための対策実施で気をつけるべきリスク	急性期機能は、特に重症度がさほど高くないものはある程度分散病床を地域で維持 病床削減、病床機能転換も慎重に判断	回復期機能を担う用意はあるがスタッフ不足

# 全体を通しての感想

- ▶ 4日間と長丁場であったが、大小様々な病院の意見が聞けた点は良かった。
- ▶ 47都道府県中、半分程度しか参加がなかったのは残念であった。
- ▶ 課題や演習が多く、講義のみの講習と違い、大変であった
- ▶ 講師陣、特に保健医療科学院の講師陣の対応は、概ね良かった。
- ▶ 通常の講習会とはやや違った視線で議論が進み、質問にも長時間を割き、裏話がいくつかが聞けたのは収穫であった。
- ▶ ケーススタディなどは深く掘り下げた内容となっており、上辺だけではわからない苦労話などが聞いたことは良かったし、多くの場合、丁寧な対応が成功のカギということを感じた。
- ▶ 受講者、発表者問わず、424病院に入った病院も幾つかあったが、それぞれの立場で各々頑張ってみえ、概して地域の事情も考慮してほしいという意見が多かった。
- ▶ 地域医療構想はスピード感も大切だが、丁寧な後悔のない施策をとることが、より重要と思われた。
- ▶ 働き方改革は医師偏在が顕著なうちは難しいと感じた。必要十分な再配置の検討を期待する。



ご清聴ありがとうございました。