

「7:1」と病院の将来 —キーワードは「何のために」—

健保鳴門病院支部学習会

2007.5.25

高知県医労連書記長・田口 朝光

今日の話の4つの柱

1. 医療情勢のイ・ロ・ハ

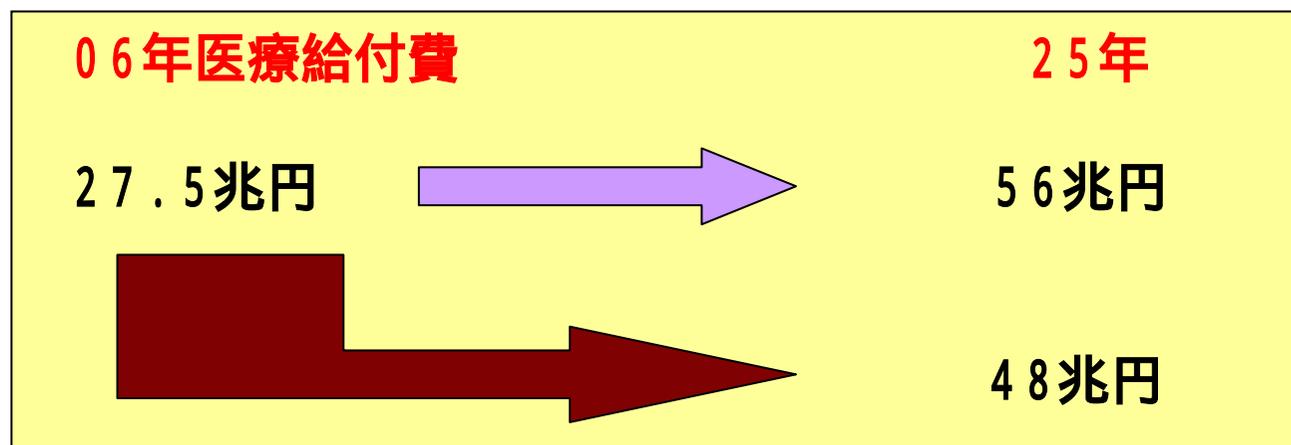
2. 7:1をめぐる新と旧

3. これからの病院にとって
最も大切にすべきもの

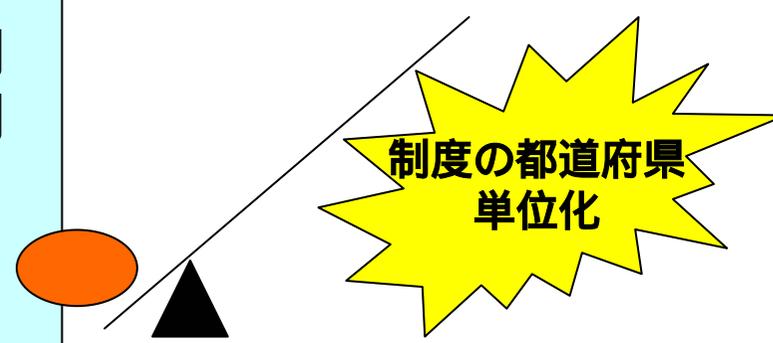
1. 医療情勢のイ・ロ・ハ

医療費適正化(抑制)の総合的推進

医療給付費の伸びを「経済財政と均衡」させる



(短期的効果)	
診療報酬引き下げ	1兆円
患者負担引き上げ	2兆円
(中長期的効果)	
生活習慣病対策	2兆円
病床・在院日数削減	4兆円



医療費削減を単純化して言うと

患者負担を増やす

病院・病床をつぶす

病院を減らしの具体的手法

療養病床を減らす

一般病床削減

- ・平均在院日数短縮
- ・連携、集約化

公的病院の縮減・再編

$$3\text{万円} \times 365\text{日} \times 10\text{万床} = 1\text{兆}1\text{千億円}$$

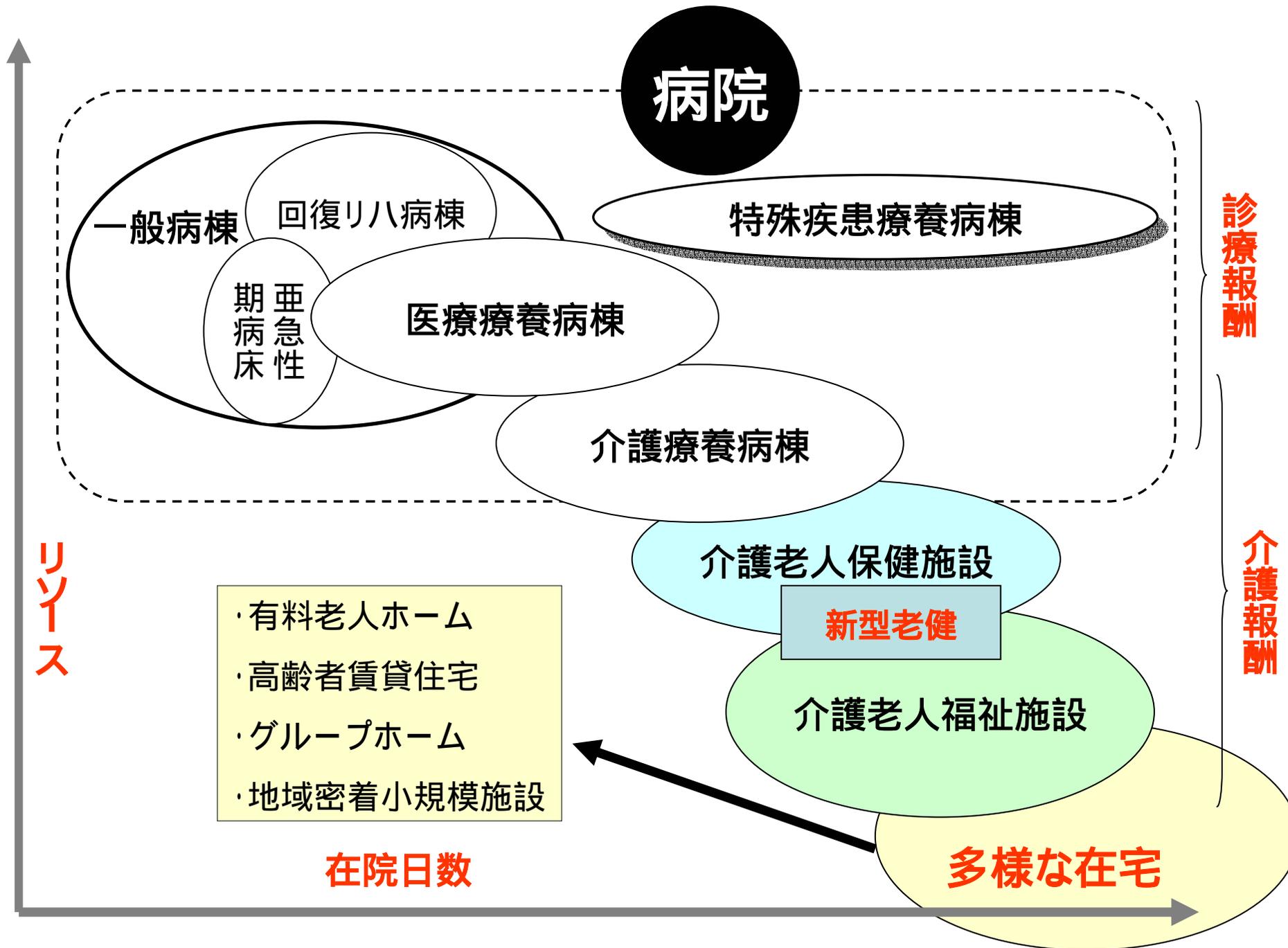
医療提供体制の再編方向の一予測

163万床 一般 91万 うちDPC18万、 「10:1」以上50万 療養 35万 精神 35万 その他	⇒	104万床 一般 60万 うちDPC40万 療養 15万 精神 28万 その他
-------------------------------------------------------------------------------	---	---------------------------------------------------------------

介護療養病床は2011年度末で廃止。
DPC(疾病別定額払制)は、急性期の選択肢ではなく標準装備との見方も。
急性期は将来的には「10:1以上」と厚労省幹部は述べている。
更に、2008年改定では、平均在院日数の短縮は必至。

療養病床の削減

	現在	2012年3月
療養計	38	15
医療	25	15
介護	13	0



病院

一般病棟

回復リハ病棟

特殊疾患療養病棟

亜急性
期病床

医療療養病棟

介護療養病棟

介護老人保健施設

新型老健

介護老人福祉施設

多様な在宅

診療報酬

介護報酬

リソース

在院日数

- ・有料老人ホーム
- ・高齢者賃貸住宅
- ・グループホーム
- ・地域密着小規模施設

(一般) 病床・病院つぶしの方法

平均在院日数の短縮

3 計画

地域ケア構想

地域保健医療計画

医療費適正化計画

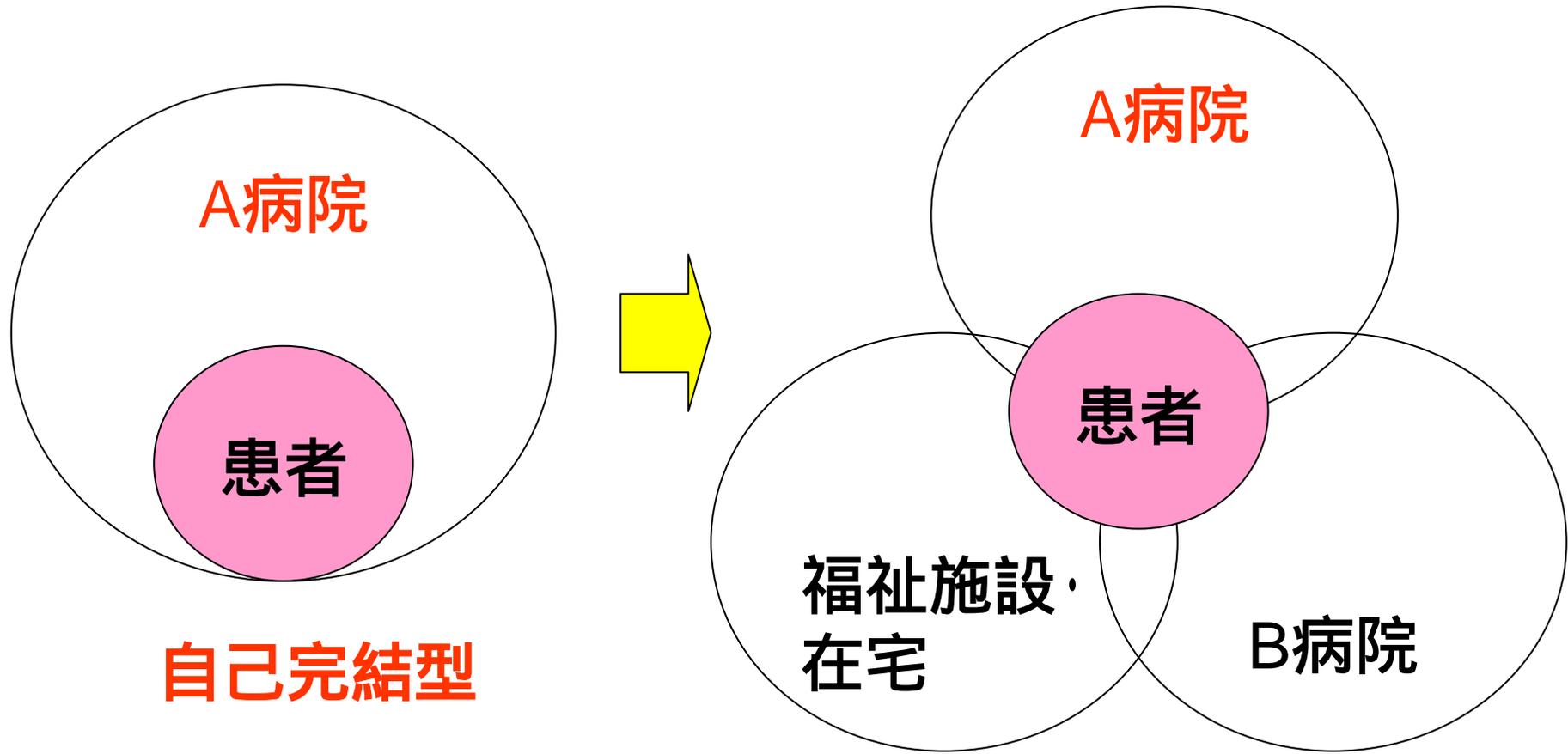
・機能分担と連携、集中・集約

平均在院日数と病床数の関係

	2006年		2015年
平均在院日数	36	→	27
一般病床数	910,000		682,500

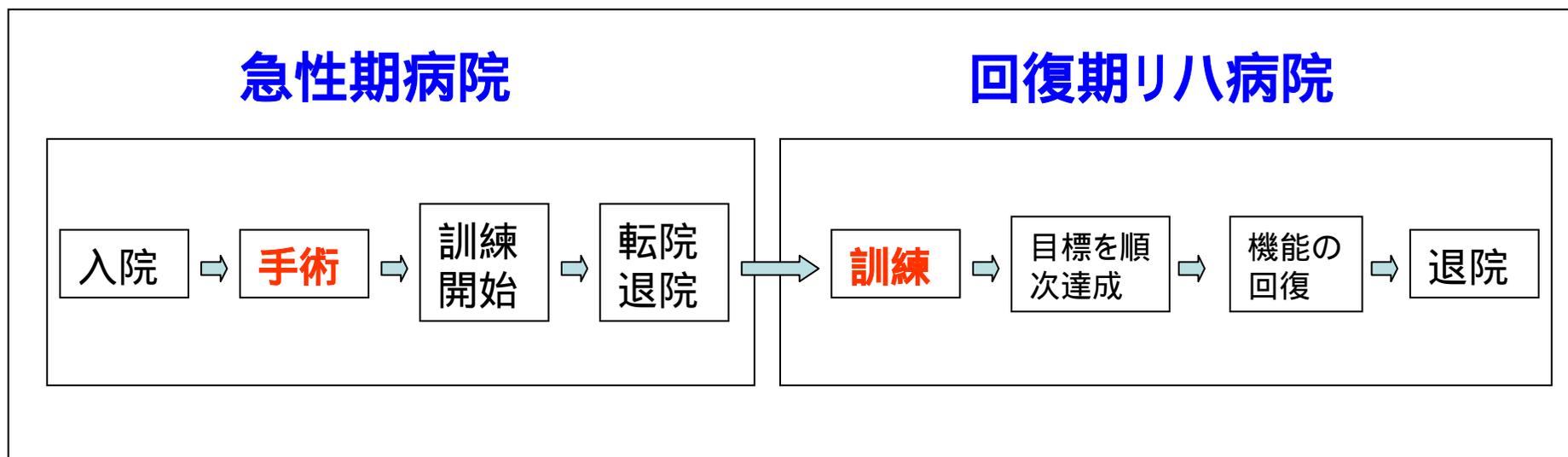
患者数が不変なら、
在院日数の短縮で
25%削減した病
床で対応可能

地域完結型医療とは



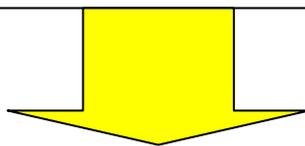
・競争から協調へ！ 説明と理解！ 尊敬と共感

地域連携クリニカルパスのイメージ



地域医療崩壊の危機

平均在院日数の短縮
医師・看護師不足



連携強化の名の下に

病院の集約・集中（とサテライト化）

2. 7:1をめぐる新と旧

7:1をめぐる諸側面

手厚い看護を求める医労連等の運動の成果

一般病床削減・中小病院つぶしのテコ
の思惑 2つの意味

労働条件・看護の質の改善のテコにもなれば、労働条件引き下げのテコにもなる。

「7 : 1」取得病院

10月1日現在

	50床未 満	50 - 99 床	100 - 199	200 - 499	500 -	合計
国立機構	0	1	2	4	0	7
都道府県	4	4	9	11	1	29
市町村	2	1	4	33	4	44
日赤	0	0	3	11	11	25
厚生連	0	1	1	5	1	8
社会保険	0	0	0	10	0	10
医療法人	91	79	53	41	1	265
合計	111	102	104	176	56	549
構成比率	20.2	18.6	18.9	32.1	10.2	

深刻化する看護師不足

「7:1」取得へ新卒の争奪戦

国立病院機構 例年の1.5倍

大学病院 例年の2.0倍

安定的確保のためには、賃金・労働条件の
維持改善画必要

「第6次需給見通し」の見直し急務

入院単価「手厚く短い」ほど儲かる仕組み

患者対看護師比率	平均在院日数要件	正看比率	患者1人1日当り単価(円)	7:1を100とした場合
7:1以上	19日以内	70%以上	15,550	100.0
10:1以上	21日以内	70%以上	12,690	81.6
13:1以上	24日以内	70%以上	10,920	70.2
15:1以上	60日以内	40%以上	9,540	61.4
15:1未満	-	40%以上	5,750	37.0

新旧基準比較表

区 分	旧	新
届出単位	病棟毎	病床種別単位 一般病床全体
基本基準	配置数	実勤務者数
夜勤等加算	各病棟毎に基準 により算定	加算廃止。夜勤 72時間以内が 前提

例) A 46床 + B 48床の2病棟の病院

(旧)

A 2:1 23人配置 + 基準に応じて夜勤等加算

B 3:1 16人配置 + 基準に応じて夜勤等加算

(新)

A 10:1 日勤、準夜、深夜で各4.6人勤務

B 10:1 日勤、準夜、深夜で各4.8人勤務

夜勤等加算は廃止 夜勤72H以内が届出前提に

届出の用語解説

「**1日平均入院患者数**」は、原則として**直近1年間**で計算する（例えば2005年3月～2006年2月）

計算式 = 当該期間の延入院患者数 ÷ 延日数
(小数点以下切り上げ)

「**平均在院日数**」は、基本的に**直近3ヶ月間**で計算する（例えば2005年12月～2006年2月）

計算式 = 当該期間の在院患者延日数 ÷ (当該期間の新規入棟・退棟患者数 ÷ 2) (小数点以下切り上げ)

看護要員(看護職員と看護補助者)の数は、届出時の数で記載し、他部署との兼務者とパートタイムは常勤換算する。保健師と助産師は看護師に含める。

1日必要看護配置数

$$(46 + 48) \div 10 \times 3 = 28.2$$

これを1月平均もしくは4週平均で満たす必要がある。

A、B病棟の勤務者の1月の延べ勤務時間数(夜勤時間含む)……C

C \div (1月の日数 \times 8) が、28.2を上回る必要がある

勤務時間算定の注意点

ここでいう勤務時間の計算は、始業・終業時間で行い、休憩時間等も含める。ただし、時間外労働は除外する

申し送りで重複する時間は、申し送りを受ける側のみに含め、申し送る側は除外して計算する。夜勤時間の計算も同じ

例) 8:30 ~ 17:00 拘束8時間30分。休憩1時間。申送のダブリ30分。

この場合、申し送りをする30分は、準夜の勤務時間に入るなので、8時間となる。

この「勤務時間」からは、病棟外での会議や研修など、病棟の看護(業務)を離れていた時間は除外して計算する。

したがって、各人の勤務時間を記入する時は、勤務計画表に基づいて始業・終業時間から計算した時間から、病棟外での会議・研修等の時間を除外して勤務時間を記載する。

勤務者の具体例

日勤・夜勤が異なる場合(例:A病棟)

A: 日勤4.6人 + 準4.6人 + 深4.6人 = 13.8人

A: 日勤10人 + 準2人 + 深2人 = 14人

でも可!

なぜなら

14 > 13.8 かつ準、深2人以上

勤務者の具体例

A、B病棟で異なる場合

A : 日勤8人 + 準2人 + 深2人 = 12人

B : 日勤11人 + 準3人 + 深3人 = 17人

A、B病棟勤務者数が、異なっても可。

なぜなら、

$$12 + 17 = 29 > 28.2$$

勤務者の具体例

曜日によって異なる場合

例: 3月31日 (平日22日、土日祝祭日9日)

A: 日勤9人(土日等6人) 準2人 深2人

$$9 \times 22 + 6 \times 9 + (2 + 2) \times 31 = 376$$

B: 日勤11人(土日等8人) 準3人 深3人

$$11 \times 22 + 8 \times 9 + (3 + 3) \times 31 = 500$$

月延べ勤務者総数は $376 + 500 = 876$ 人

従って、月平均1日当たり勤務者数は

$$876 \div 31 = 28.258 > 28.2$$

月夜勤時間72H以内

$$\text{月平均夜勤時間数} = \frac{\text{月延べ夜勤時間数}}{\text{夜勤従事職員数}}$$

留意点

「夜勤時間」とは、午後10時～翌日午前5時の時間を含む連続する16時間。各病院で設定。それにかかる勤務時間は、夜勤時間となる。

夜勤専従者と夜勤16時間以下の者は除く(延べ夜勤時間総数からも夜勤従事看護職員数からも除く)。兼務者やパートは常勤換算して勤務者数に参入。

7:1をめぐる二極分化

労働条件改善・
看護の質向上

増員・看護改善

職員満足・
患者満足の上昇

結果としての
収支改善

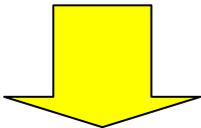
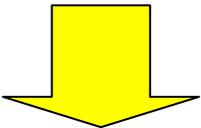
収支改善が
目的

増員を抑え
権利抑制で対応

労働強化と
患者負担増

職員の退職
7:1返上

新旧の看護師配置の仕組み

区 分	旧	新
基本基準	配置数	勤務者数
		
結果として 決まる	勤務者数	配置数
その場合の 調整弁	日勤者数	年間労働日 = 諸権利取得

人員問題のポイント

厚労省は、1人年間労働日数**225日**で計算

職場の平均労働日数 = 225日 同一基準で

旧基準の配置人員数 = 新基準の結果としての配置人員数は一致する

職場の平均労働日数 < 225日

労働条件改善

職場の平均労働日数 > 225日

労働強化

収支問題

例) 100床 10:1 7:1

看護師数 60人 65(9割) ~ 72(10割)人

平均人件費500万円

$$15,550 - 12,690 = 2,860 \text{円}$$

$$\text{年間} 100 \times 0.9 \times 2,860 \times 365$$

$$= 93,951,000$$

$$5 \times 500 = 2,500 \text{万円}$$

$$9,400 - 2,500 = 6,900 \text{万円}$$

12人で6,000万円

$$9,400 - 6,000 = 3,400 \text{万円}$$

3 . これからの病院にとって
最も大切にすべきもの

病院つぶしと医師・看護師不足の挟み撃ちーポイント

政治的な闘い

医師・看護師の養成増！配置基準引き揚げ

魅力ある病院作り

来たい・働きたい・働き続けたい病院へ

「何のために」への答えがある病院

労働組合の役割

これからの柱

- ・病院・法人の理念 = 存在理由 = ポジショニングの確定
 - それにならわしい賃金・労働条件の位置づけ・確保
- ・提言、提案、合意協力型の運動へ
 - 権利に対するしっかりした視点
 - 情勢にたいする広い視点

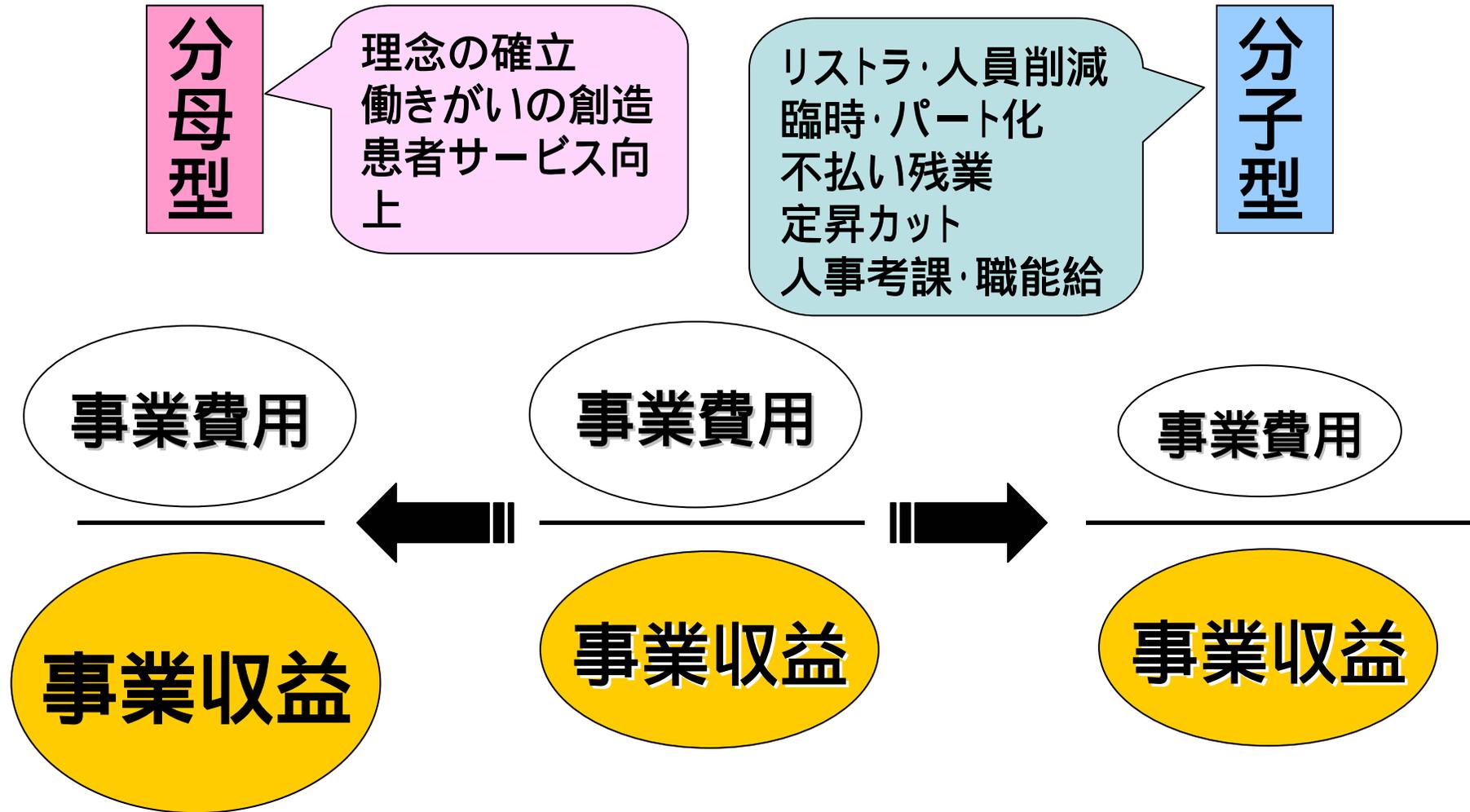
私たちがめざす病院の方向

理念中心の経営

分母型経営

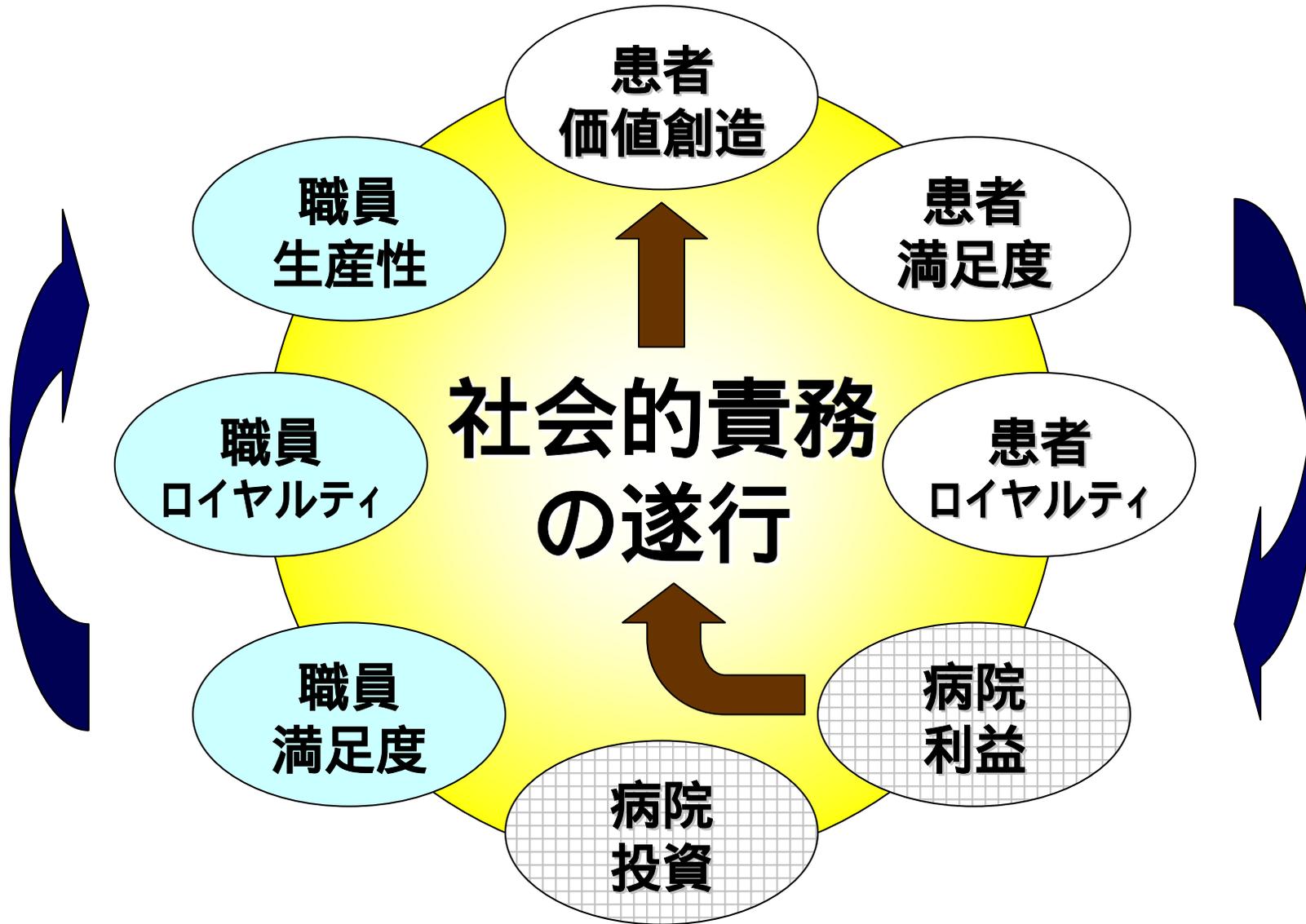
労使の協働と患者・住民参加

経営収支改善の2つの型



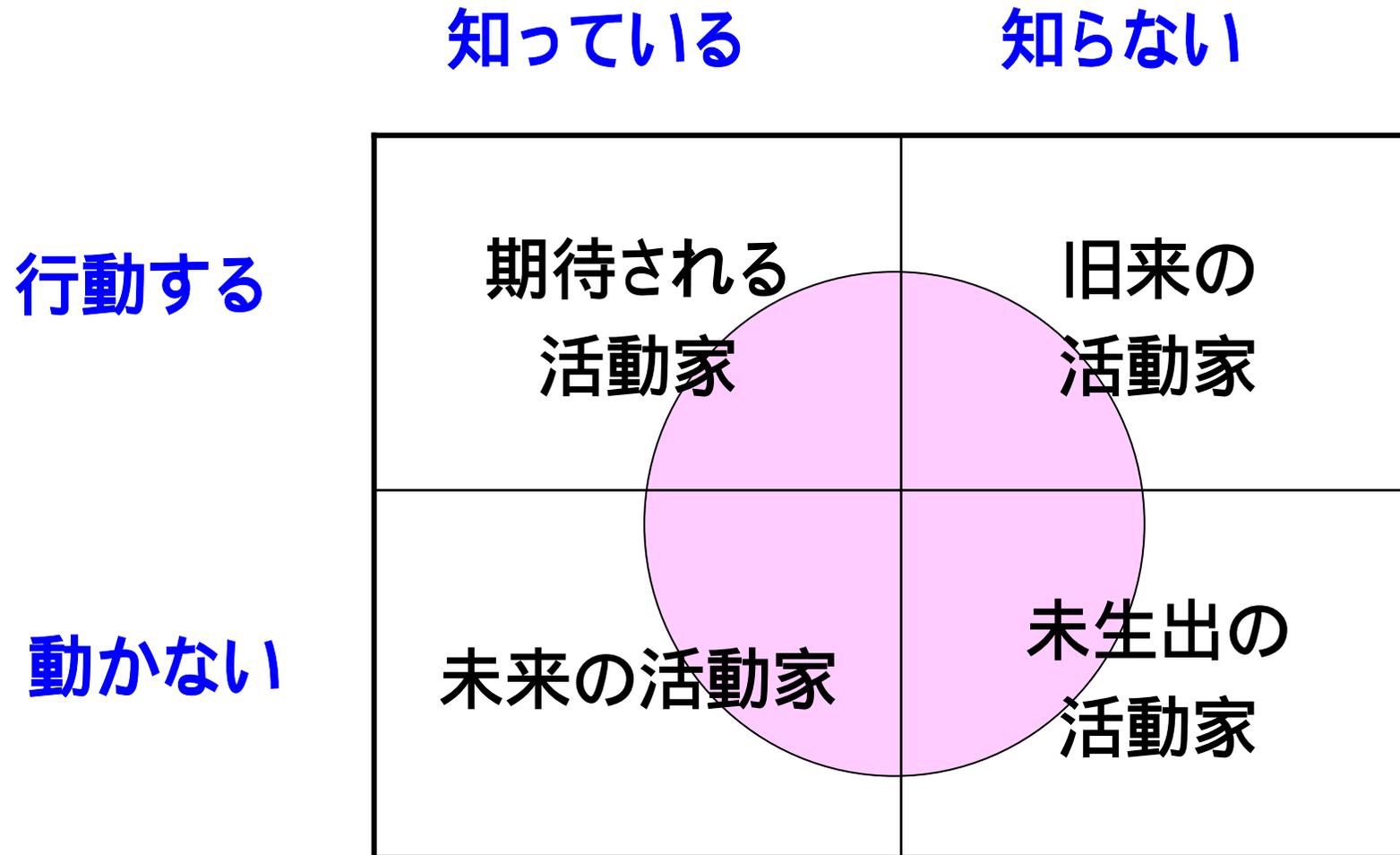
出典:元坂出市民病院院長 塩谷泰一氏

循環型病院運営



出典：元坂出市民病院院長 塩谷泰一氏

組合活動家の窓



仕事の数式

仕事・人生の結果の数式

“能力 × 熱意 × 考え方”

知恵の数式

$0.8 + 0.8 = 1.6$ ではなく

$0.8 \times 0.8 = 0.64$

トップカの数式

(社員力 + 社員力...) × (3 × トップカ)

不満の方程式

$$\text{理想} - \text{現実} = \text{不平不満}$$

勝利の方程式

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{現実} \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|} \hline \text{できる} \\ \hline \text{こと} \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \text{目標} \\ \hline \text{理想} \\ \hline \end{array}$$

ご清聴あ
りがとうご
ざいまし
た！

