

おはよう

2006年7月6日

発行 土佐市民病院労働組合

2交代制問題学習会特集 NO.2

収益対策 = 病院の将来構想問題こそ急務

2交代制問題でごたごたしている時ではない

6月27日の2交代制問題学習会での田口県医労連書記長の報告を紹介します。

1. 6月7日の病院側との事務折衝で分かったこと、並びに確認したこと

今回の二交代制導入の検討は、費用対策委員会の検討事項の具体化から出発したもの。

(看護部から出たものではない。)

具体的には、二交代制導入により申し送り時間が1回なくなり、その分超勤手当が削減できる。

検討課題になっていたものを放置しておくのは良くない。提案し、具体化する方向に意識を変えてもらうという意味もある。

病院として、試行について具体的に(案)を検討している訳ではない。

香川県の三豊総合病院にこの問題で視察に行った経過はある。あくまで、メリット、デメリットを純粹に研究している段階。(案)を作ったとか、検討しているという段階ではない。

一部職場での説明が、誤解を与えたようだが、誤解を与えるような行動は自制する。

検討材料については、医労連側からも出してもらいたい。

賃金、労働条件は、労働組合との合意事項。

・二交代制の実施は、労働組合と協議し、合意した上で行う。合意なしで、強行するようなことはしない。

・二交代制の試行についても、試行の目的、内容、実施時期等について労働組合と協議し、合意した上で行う。合意なしで、強行するようなことはしない。

2. 6/7日の事務折衝で労働組合が、主張、提案したことと今後の対応

費用対策から出た話ということだが、新病院の建設に入っている現段階で最優先して検討すべきは、収益対策。すなわち、新病院の目指すべき方向、位置づけを情勢の変化に応じて、再確定すること。(「医労連からの政策提案などを行ってほしい」と西村氏。)

診療報酬の改定内容、医療提供体制の再編成の方向などについて、組合としても勉強し、病院

側に提案していく。

二交代制の導入検討で職場では動揺が広がっている。良かれと思ってしたことが、退職などを引き起こしたらマイナスになる。行動は慎重にし、労働組合との事前の十分な協議、合意が重要。（1の、の確認になる。）

医労連としては二交代には、反対である。しかし、反対だから協議もしないという対応はとらない。2交代制に関する全国の事例、研究成果なども学習する中で、2交代制の問題点を明らかにしていく。病院側に資料の提供も積極的に行う。必要があれば、調査にも同行する。

職場組合員の意見をしっかりと受け止め、「労働条件の労使対等決定」という労働組合の権限を行使し、病院側の動きに歯止めをかけ、導入を阻止する。

【資料 06 診療報酬改定における入院基本料と医療提供体制の再編成】

入院基本料

区分	基準	一般病棟
区分A 旧 1.4:1 相当	点数 実質配置 看護比率 在院日数	1 5 5 5 7 対 1 以上 7 0 % 以上 1 9 日 以内
区分B 旧 2:1 相当	点数 実質配置 看護比率 在院日数	1 2 6 9 10 対 1 以上 7 0 % 以上 2 1 日 以内
区分C 旧 2.6:1 相当	点数 実質配置 看護比率 在院日数	1 0 9 2 13 対 1 以上 7 0 % 以上 2 4 日 以内
区分D 旧 3:1 相当	点数 実質配置 看護比率 在院日数	9 5 4 15 対 1 以上 4 0 % 以上 6 0 日 以内

旧とあるのは患者さんに対する職員配置数。実質配置とあるのは、患者さんに対する実勤務者数のこと。

土佐市民病院は、4月から「13:1」を届出。看護職員は「10:1」に見合う分居ると思われるが、平均在院日数の基準がクリアーできない。

入院基本料を「13:1」から「10:1」にすれば、単純計算で年間約9千万円の増収になる。

看護師1人当り月約2万円の超勤手当となっている。年間で約2千6百万円。（準深夜1勤務の）2交代にすれば、準夜勤務者分の超勤が減るが、4百万円程度だろうか。何が優先課題であるかを考える必要がある。

「10:1」にするためには、平均在院日数を短縮しなければならない。このまま単純に短縮すれば

ベッドの稼働率が落ち、単価は上がっても総収益は下がるということになりかねない。

そうしないためには、例えば1個病棟を回復リハ病棟にするとか、一部を亜急性期病床にするとか検討する必要がある。これは、同時に病院のあり方自体を再度見直すことでもある。

新築なった土佐市民病院が、地域医療にどう貢献していくのかを診療報酬改定や医師不足などの新たな状況下で、早急に検討し直す必要がある。

医療提供体制の方向性

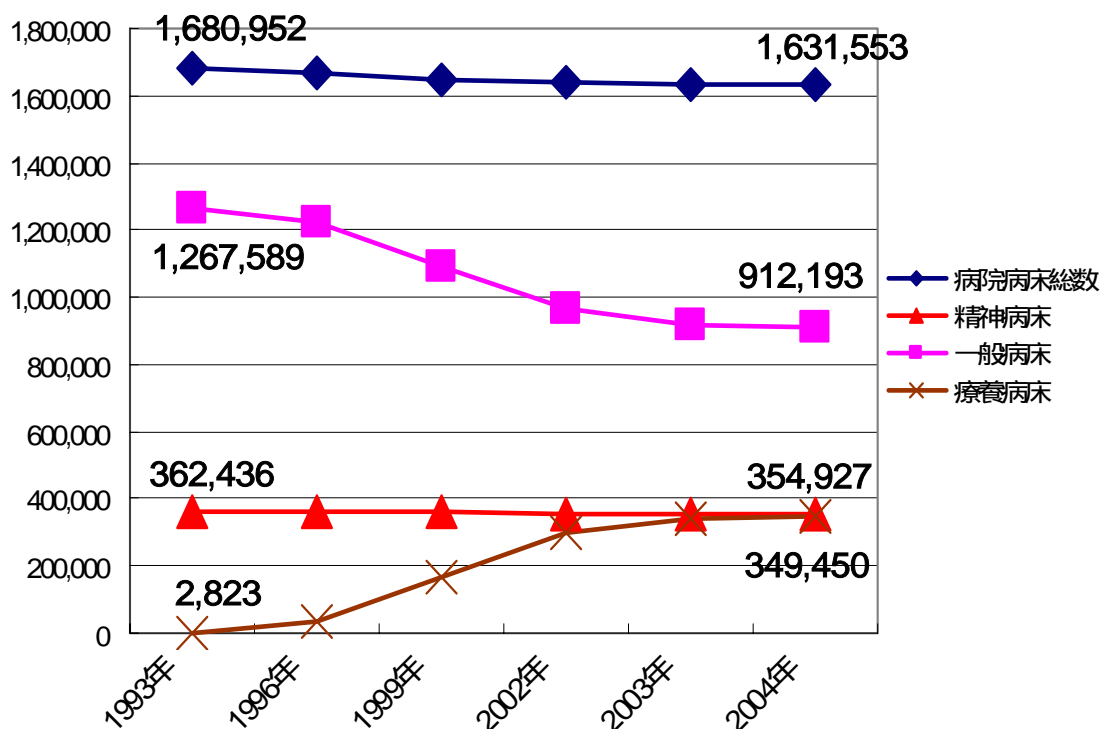
今回の診療報酬改訂は、単なる点数引き下げにとどまらず、医療提供体制の再編成を先取りするものです。

2012年の介護療養病床の廃止、医療療養病床への医療区分の導入(これらを通じて38万床 15万床:6割削減)は、医療から「社会的入院」を完全に排除し介護保険に移すこと、介護施設は特養と老健施設とし、老健施設への誘導をうながす一方、ケアハウスなどの特定施設や低価格の老人アパートなど「多様な在宅」の整備を進めるものです。

急性期は、在院日数を更に短縮し DPC(疾病分類別包括払い制)へ誘導する方向です。急性期は、「10:1」以上しか残さないと厚労省の課長は発言している。

一言で言えば、急性期と在宅を両極にして、「(中小病院、療養型の)中抜き現象」が起きるといこととです。

病院病床数の推移(病床区分別)



現在はグラフの通り、全体で163万床。内訳は一般病床約91万床、療養病床約35万床、精神病床約35万床。

将来は、一般病床60万床(DPC = 40万床 + の一般病床、亜急性期病床、回復期リハ病棟)
療養病床: 15万床
精神病床: 30万床?
合計 105万床? 程度になると言われている。

(高知県内)

現在の県内ベッド 19,661(一般7,462 療養7,985 精神3,931)
療養病床5,000床の削減か? 一般病床も4~5,000床程度に?

高知大学付属病院、近森(DPC) + 医療センター、国立高知、日赤、幡多県民(計2,607床)
急性期型の一般病床へ
県立安芸、JA 高知、土佐市民(計400床) は? 急性期型or亜急性期型?

土佐市民病院のあり方が、問われている。

マスタープランの当時から変化した医療情勢。

- ・診療報酬のマイナス改定
- ・医療提供体制の縮小再編成、機能分担と連携
- ・医師不足

病院の将来構想の再構築こそが優先課題。

職員の英知を集め、住民、患者要求を把握し、地域の医療機関、介護施設、行政との連携をイニシアチブを發揮して構築し、地域医療の中での土佐市民病院の役割を確定していく必要がある。