

人事組織×病院経営の観点から掘り下げる病院運営のポイント

～コロナ禍に負けない、経営体質を強化するための人と組織のマネジメント～

社会保険労務士
富士本 大祐

株式会社チームアップ

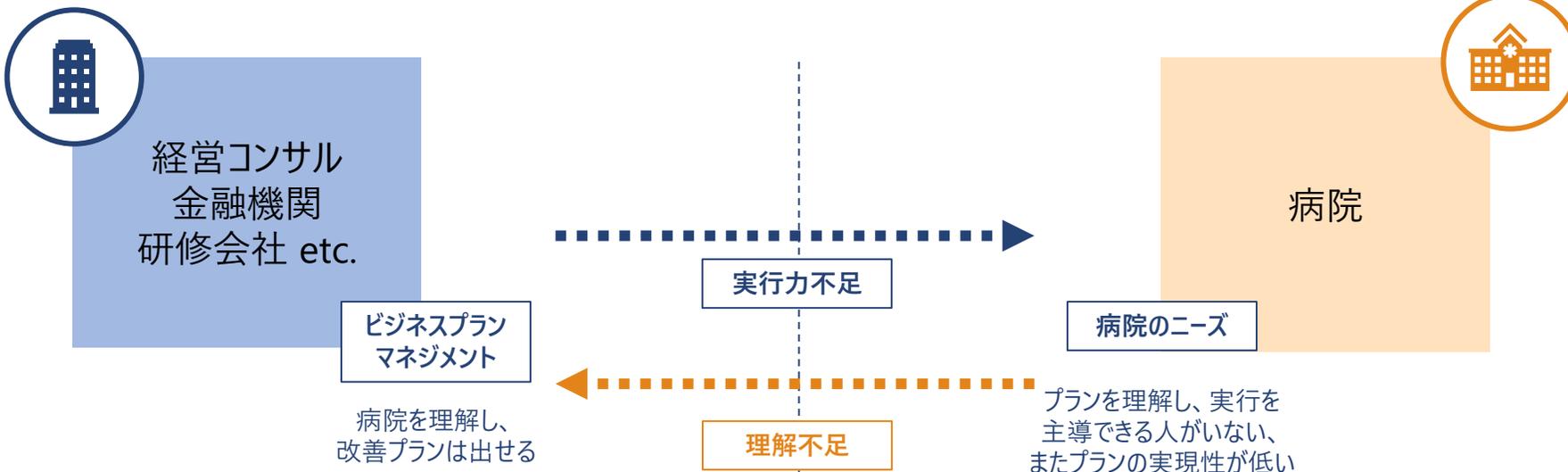
1. 病院経営と人事の関係
2. 最適な人員配置管理とは？
3. 事業計画を実現するための採用活動

～理念を実現する採用の事例（ムービー）

※尚、時間の制約上、目標管理については別の機会で共有をさせていただきます。

1. 病院経営と人事の関係

いま起きていること ～なぜ病院の経営改善が進まないのか？



第1フェーズ = 絵を描く段階での壁

10年前：病院経営を理解しているコンサルが不在

第2フェーズ = 実行する段階での壁

現在：病院経営を理解し、絵は描けるようになったが、実行できない

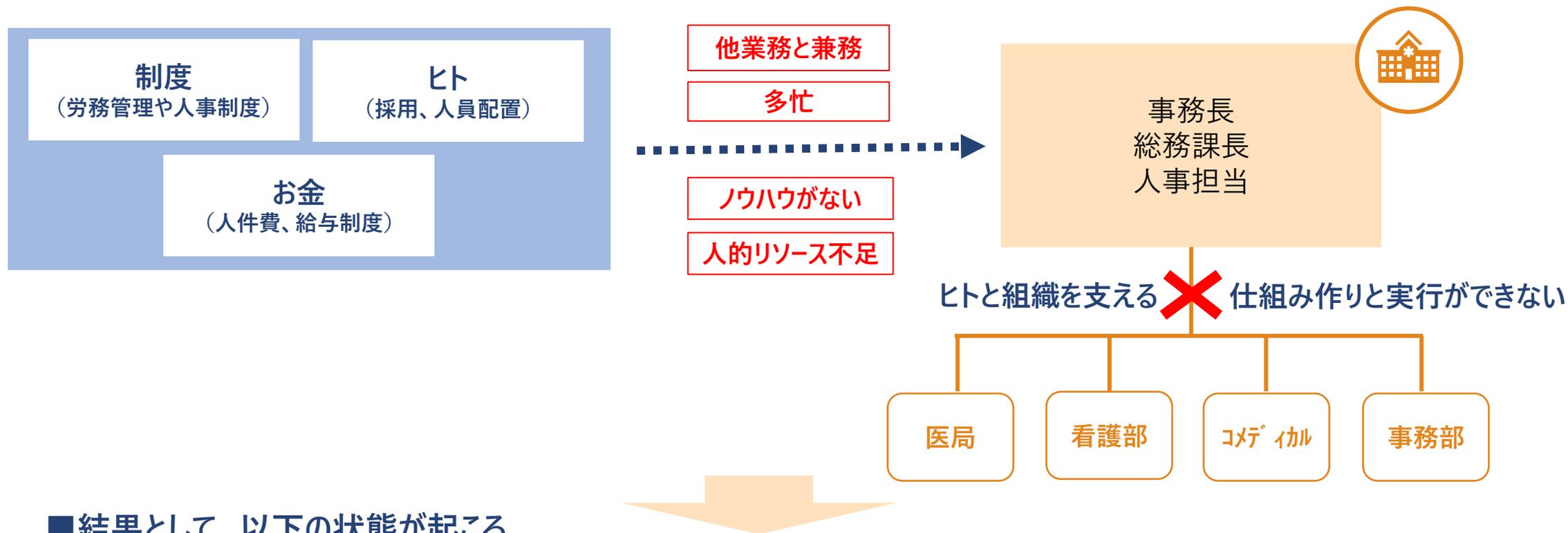
・全体をコーディネートできる旗振り役がない
・各論のソリューションはあっても、使いこなせない



各業務ラインはバラバラに外部サービスを利用（部分最適）

できる部分・できない部分が人に依存（俗人化）

病院経営の基盤となる「ヒト」に関わるリソース・ノウハウ不足している結果

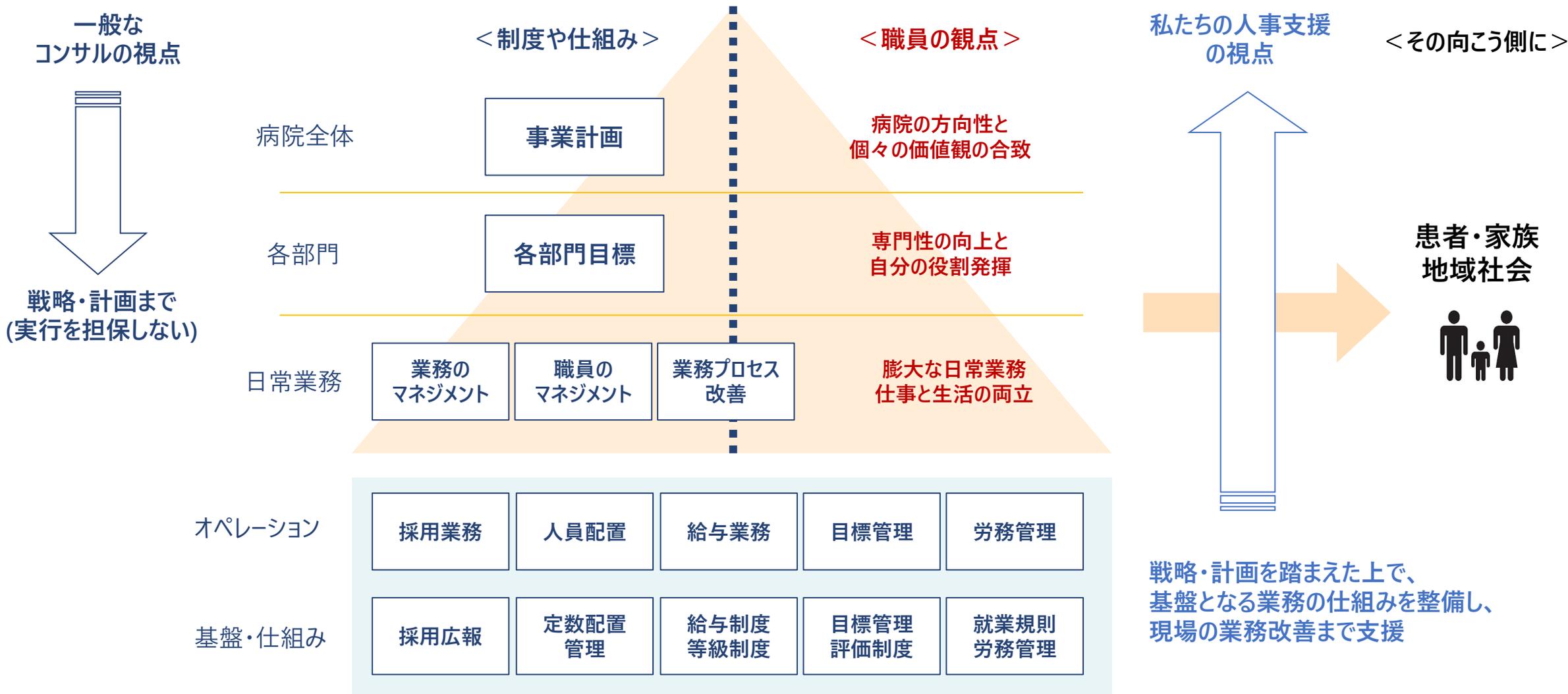


■結果として、以下の状態が起こる

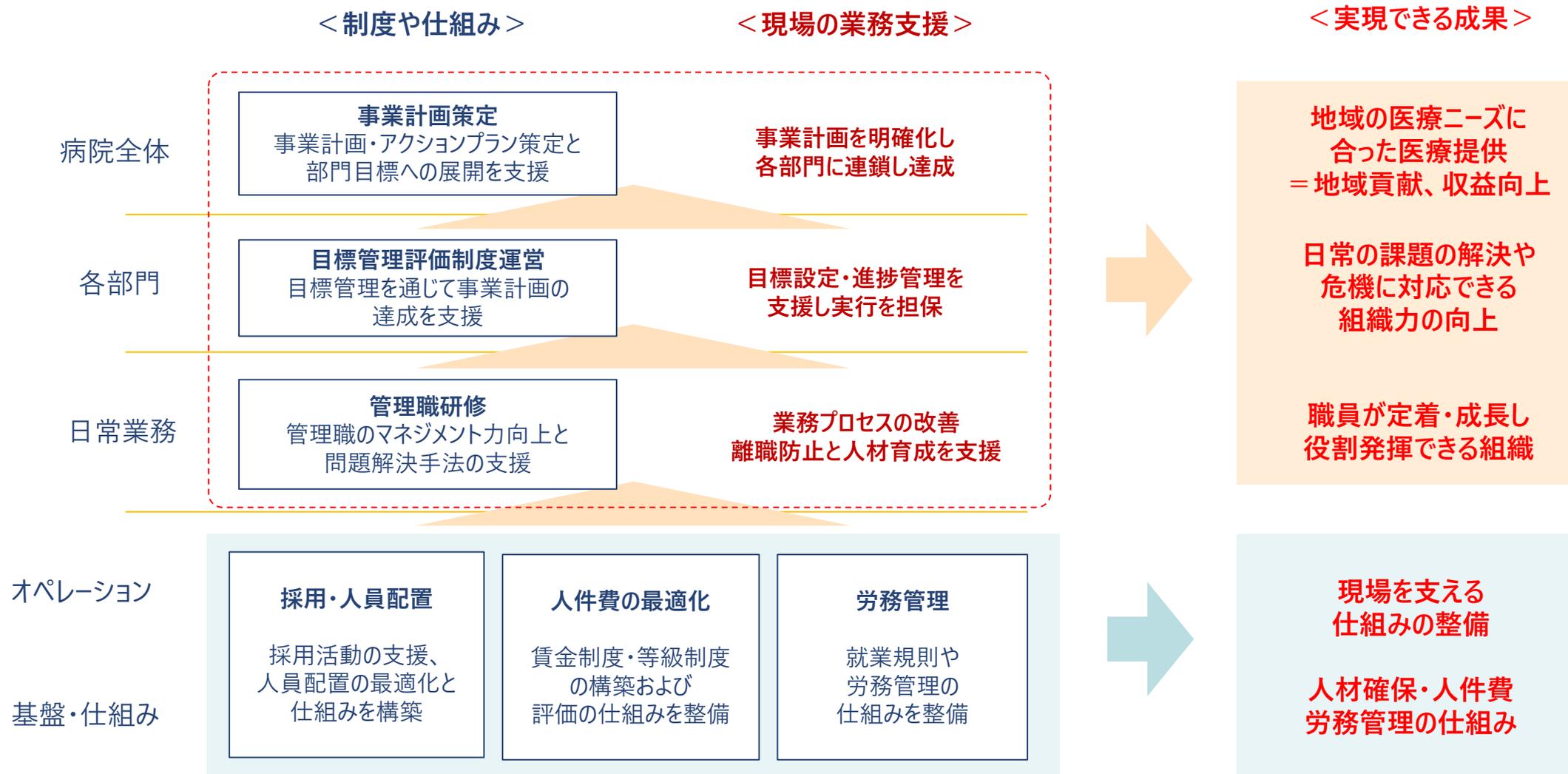
- | | | |
|-----|-----|---|
| 採用 | ... | 人手が足りない／過剰な人員配置など、適正な人員管理ができない |
| 人件費 | ... | 賃金が低くて採用できない・定着しない／年功昇給で人件費が増大、人件費が管理できない |
| 管理職 | ... | 人と仕事のマネジメントができない／病院目標と各部門の動きがバラバラで達成できない |

病院経営と人事業務の関係

制度や仕組みの向こう側にある、現場の業務改善を支援することが必要

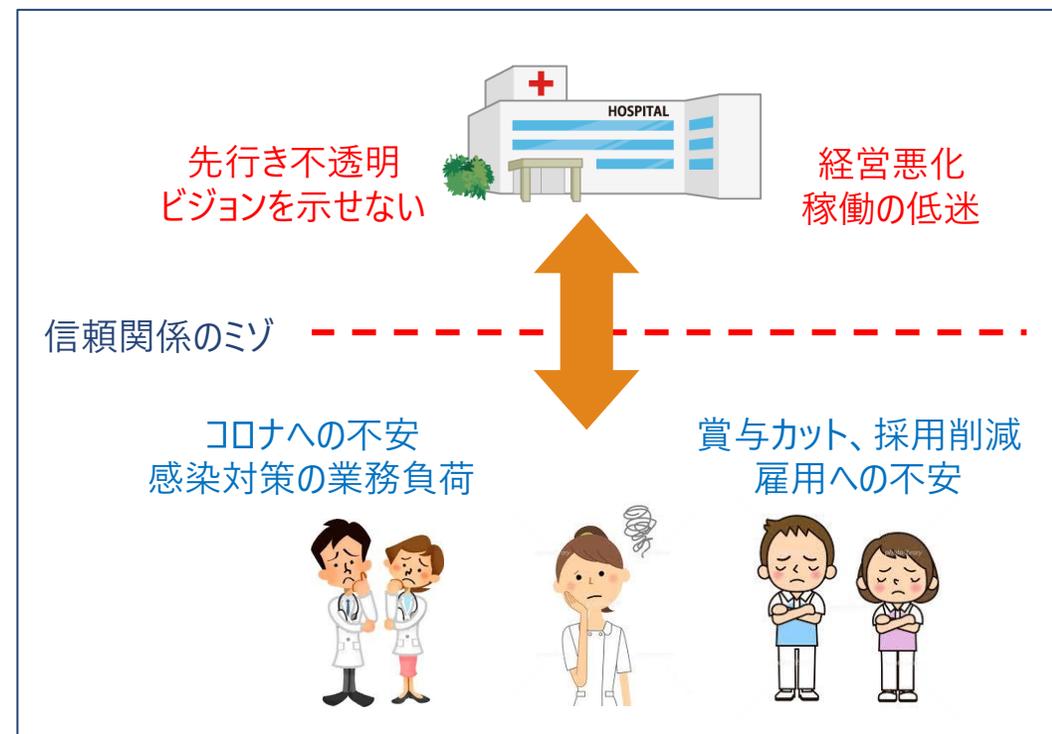
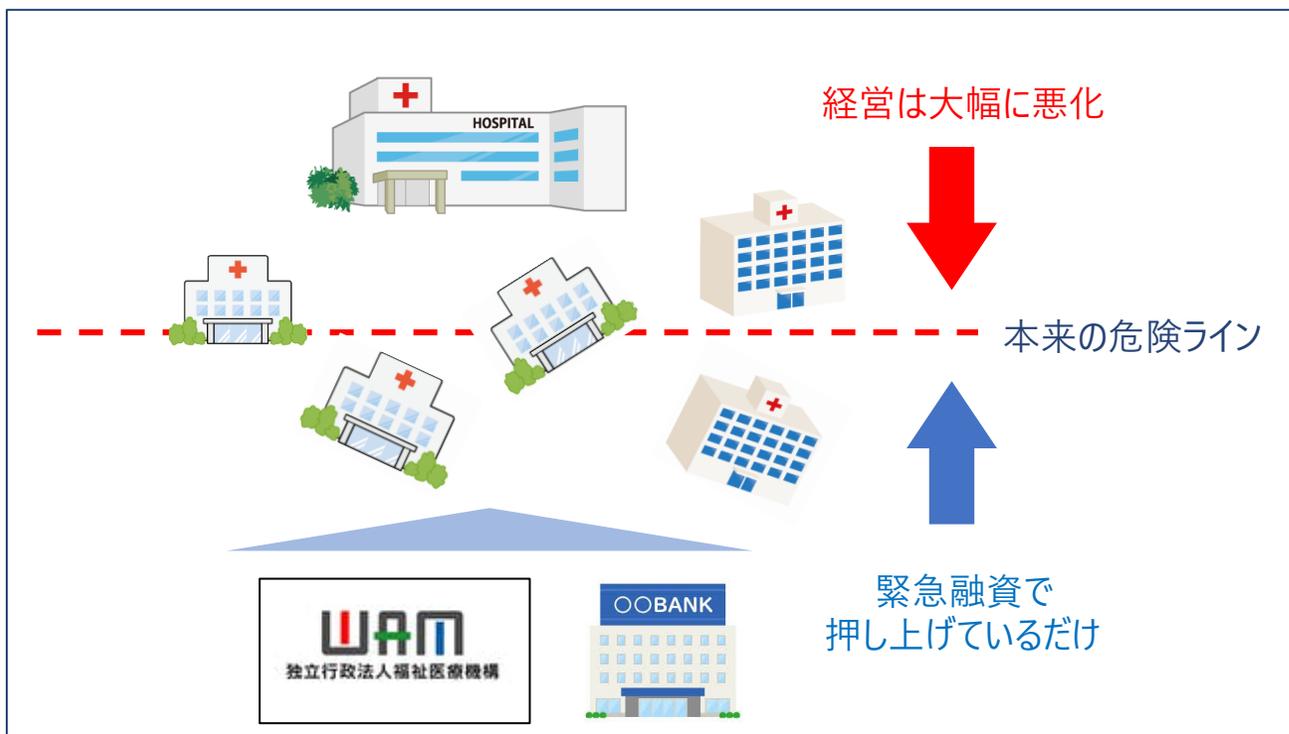


仕組みを整備し、現場の業務プロセスを改善し、病院の事業計画を実現すること



コロナ禍に対して、これから起きることに対して、必要なこと

■コロナ禍により、病院の経営も、病院と職員の信頼関係も傷んでいる



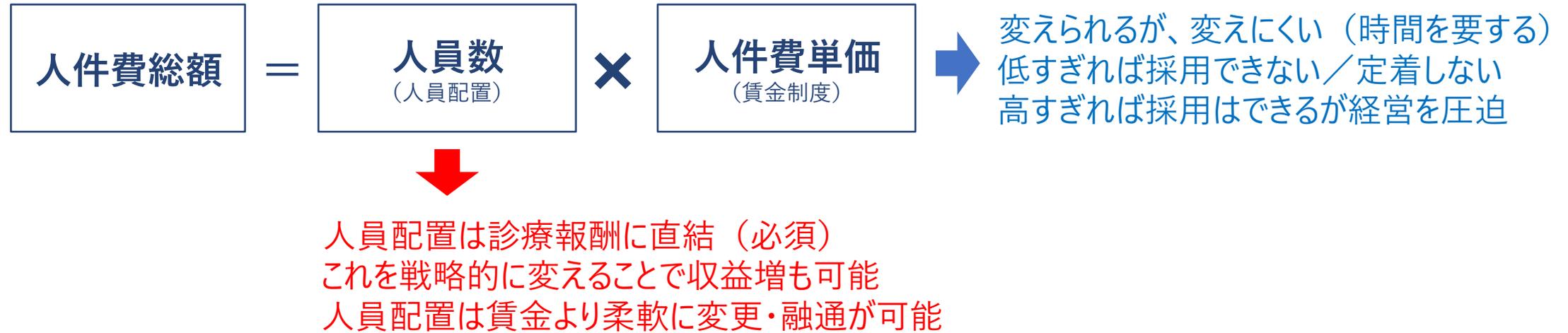
どの病院も、資金・職員・患者を確保・維持し、次に来る事態に備えている状況

→①コロナ第2波がどうなるか、どう対応するか ②このままの経営状態が進行したときにどうするか

コロナ禍に負けない、経営体質を強化するための人と組織のマネジメントが必要

2. 最適な人員配置管理とは？

■人員管理の重要性



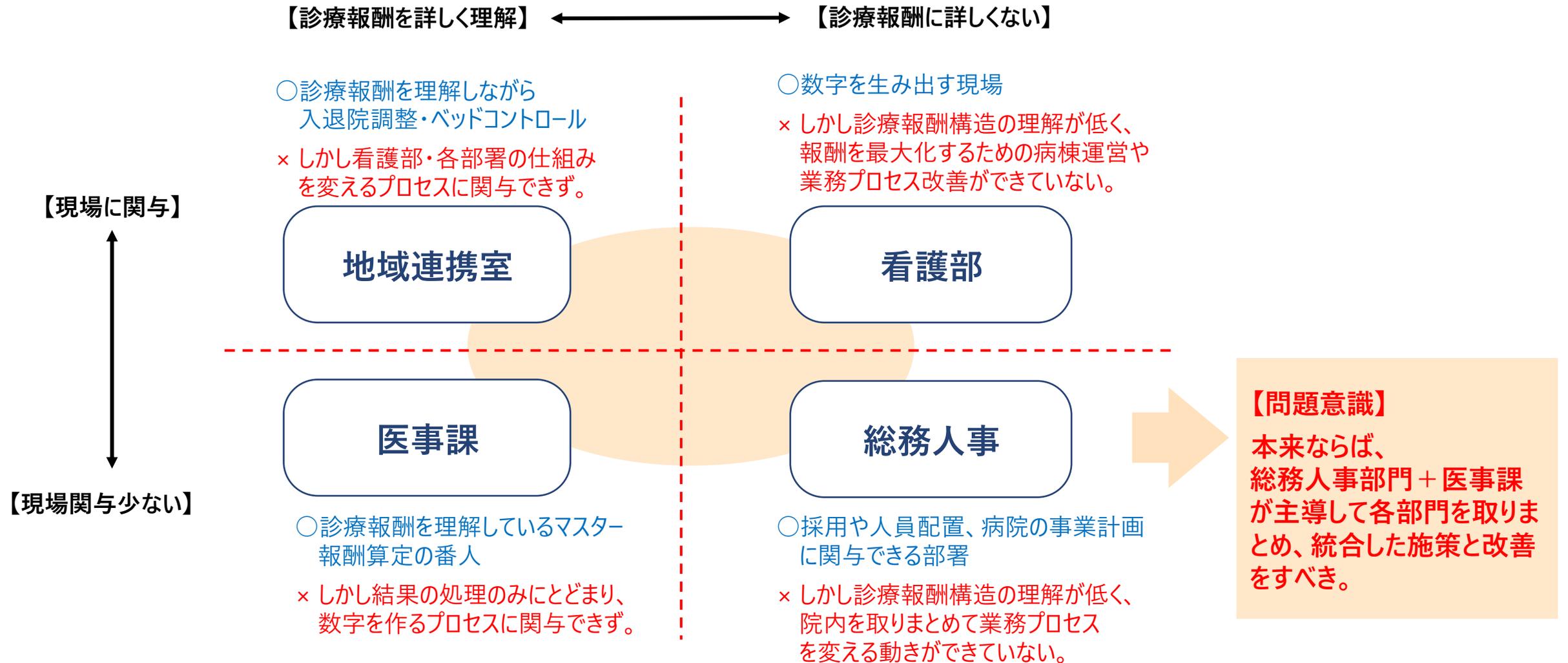
※人件費を考える際、人件費単価 (賃金制度) と並行して、人員数 (人員配置) を見直すことが重要。

○ 変えられる = 人員配置 →まず確認すべき事項

△ 変えにくい = 賃金制度 →長期的インパクトを考慮し、全体像を描いて構築することが必要

しかし、多くの病院で起きていること

■診療報酬を理解した現場運営がきていない 【よくある風景】



■病院の人員管理において、見るべきポイント

①人員配置基準を満たしているか

・・・必須で遵守しなければならない事項。働き方改革の上でも必須。

②人員定数が適切に設定されているか

・・・経営視点で、各部門の人員定数を設定し、過不足を管理する仕組みがあること。

③入退職を先読みした人員配置管理がされているか

・・・人員基準に基づく定数を満たしているか、先読みした人員管理と採用・異動調整を行っているか。
また、採用退職を担う人事部門が、人員管理を理解し、このプロセスに関与しているか。

④月次での様式9管理（看護部）

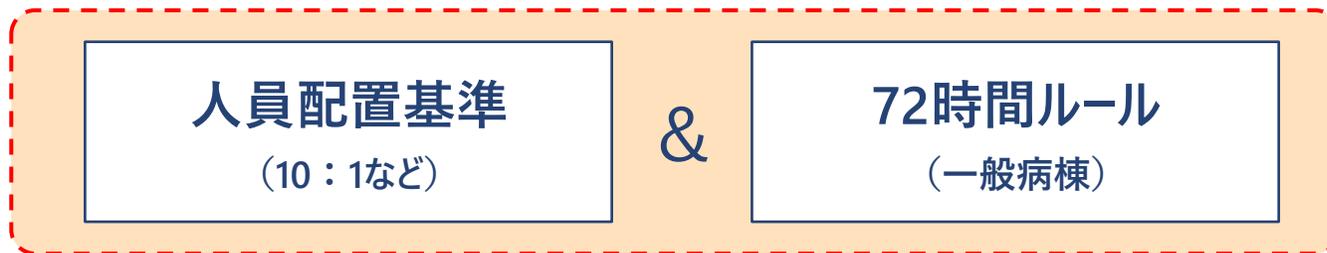
・・・結果ではなく、予定と実績を把握し、基準を欠けることが想定される時点で対処をしているか。

① 診療報酬と人員配置基準

■ 診療報酬の構造（主要要素）

人員配置基準

=



患者割合
(重症度・医療・看護必要度等)

平均在院日数

在宅復帰率

これが遵守できていない場合、

- ・基準引き下げ／加算取り下げ
- ・診療報酬返還
- ・最悪の場合、指定取り消しに（虚偽申告など）

これを現場任せにせず、人事部門が理解した上で
人員定数と配置管理、採用・異動を行うことが必要。

診療報酬基準と人員配置

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価⑥ (1)急性期医療

急性期一般入院基本料(急性期一般入院料1~7)の内容

➤ 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)について、入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を選択できるような、実績に応じた評価体系を導入し、将来の入院医療ニーズの変化にも弾力的に対応可能とするため、急性期一般入院料1~7に再編する。

		入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員		10対1以上 (7割以上が看護師)						7対1以上 (7割以上が看護師)
患者割合 []内は 200床未満の 経過措置	重症度、 医療・看護 必要度 I*1	測定していること	15%以上	21%以上	27%以上	— [26%以上]	— [27%以上]	30%以上
	重症度、 医療・看護 必要度 II*2	測定していること	12%以上	17%以上	22%以上	23%以上 [21%以上]	24%以上 [22%以上]	25%以上
平均在院日数		21日以内						18日以内
在宅復帰・ 病床機能連携率		—						8割以上
その他		—						・入院医療等に関する調査への適切な参加 ・届出にあたり入院料1の届出実績が必要 医師の員数が入院患者数の100分の10以上
データ提出加算		○						
点数		1,332点	1,357点	1,377点	1,387点	1,491点	1,561点	1,591点

■急性期一般

→7:1 または 10:1 (正看7割以上)

■地域一般

→13:1 (正看7割以上) または15:1 (正看4割以上)

■地域包括

→13:1 (正看7割以上)

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価⑥ (2)急性期医療~長期療養

地域一般入院基本料1~3の内容

➤ 一般病棟入院基本料(13対1、15対1)について再編・統合し、新たに、地域一般入院基本料とする。

	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員	15対1以上 (4割以上が看護師)	13対1以上 (7割以上が看護師)	
平均在院日数	60日以内	24日以内	
重症度、医療・ 看護必要度の 測定	—		○
点数	960点	1,121点	1,126点

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価⑥ (2)急性期医療~長期療養

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1~4の内容

➤ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分とを組み合わせた体系に見直すとともに、在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価する。

*1. 現行方法による評価 *2. 診療実績データを用いた場合の評価

	管理料4	入院料4	管理料3	入院料3	管理料2	入院料2	管理料1	入院料1
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度 I*1 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度 II*2 8%以上							
在宅復帰に係る職員	当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当するものを適切に配置							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
在宅復帰率	—						7割以上	
室面積	—						6.4㎡以上	
自宅等から入棟した 患者割合	—	1割以上 (10床未満は 3月で3人以上)	1割以上	—	—	1割以上 (10床未満は 3月で3人以上)	1割以上	—
自宅等からの 緊急患者の受入	—	3月で3人以上		—	—	3月で3人以上		—
在宅医療等の提供(*3)	—	○	—	—	—	○	—	—
看取りに対する指針	—	○	—	—	—	○	—	—
届出単位	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟
許可病床数200床未満 のみが対象	○	—	○	○	○	—	○	○
点数(生活療養)	2,038点(2,024点)		2,238点(2,224点)		2,558点(2,544点)		2,738点(2,724点)	

実績部分

診療報酬基準と人員配置

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価② (2)急性期医療～長期療養

回復期リハビリテーション病棟入院料1～6の内容

➢ 回復期リハビリテーション病棟において実施されているアウトカム評価の推進を図る観点から、当該入院料の評価体系についてリハビリテーションの実績指数を組み込むなどの見直しを行う。

	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	15対1以上(4割以上が看護師)			13対1以上(7割以上が看護師)		
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤のPT2名以上、OT1名以上			専従常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上		
社会福祉士	-			専任常勤1名以上		
管理栄養士	-			専任常勤1名(努力義務)		
リハビリ計画書の栄養項目記載	-			必須		
リハビリテーション実績指数等の院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○(200床以上の病院のみ)					
休日リハビリテーション	- ※休日リハビリテーション提供体制加算あり					
「重症者」の割合(日常生活機能評価10点以上)	-		2割以上		3割以上	
重症者における退院時の日常生活機能評価	-		3割以上が3点以上改善		3割以上が4点以上改善	
自宅等に退院する割合	-		7割以上			
リハビリテーション実績指数	-		30以上		37以上	
点数(生活療養を受ける場合)	1,647点 (1,632点)	1,702点 (1,687点)	1,806点 (1,791点)	1,861点 (1,846点)	2,025点 (2,011点)	2,085点 (2,071点)

実績部分

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価③ (3)長期療養

療養病棟入院料1～2の内容

➢ 看護職員配置20対1以上を要件とした療養病棟入院基本料に一本化することとし、医療区分2・3の該当患者割合に応じた2段階の評価に見直す。

	療養病棟入院料2	療養病棟入院料1
看護職員*	20対1以上 (医療法上の4:1)	
看護補助者*	20対1以上 (医療法上の4:1)	
医療区分2・3 該当患者割合	5割以上	8割以上
データ提出	200床以上の病院は必須	
点数	医療区分1 735点～902点 医療区分2 1,151点～1,347点 医療区分3 1,389点～1,745点	医療区分1 800点～967点 医療区分2 1,215点～1,412点 医療区分3 1,454点～1,810点

■回復期リハ

→13:1 (正看7割以上) または15:1 (正看4割以上)

看護補助者、リハ職配置要件

■療養

→看護職員20:1 + 看護補助者20:1

※尚、いずれもH30年改定の構造をベースに、R2年に改定が行われています。

②定数の決定 ～人員配置基準と72時間ルールから（看護部）

■人員配置基準

・基準必置数の計算方法

$$\frac{\text{平均患者数}}{\text{配置基準 (10:1など)}} \times \text{3交代 (24時間)} \times \text{1.5 ※ (30日)}$$

※営業30日／就業20日として最低係数は1.5
有給・欠勤等あるため1.6～1.7で計算。

■72時間ルール

一般病棟 …… 月平均夜勤時間数72hが上限。夜勤専従、日勤常勤は除外可能。
→1人平均4.5回が上限（上限72h÷1回16h＝上限4.5回）

一般以外 …… 回復期、療養、地域包括等は夜勤時間の規制なし。通常は月5回程度で計算。

・夜勤時間数からの必置人数

$$\frac{\text{月必要人日 (夜勤人数} \times \text{30日)}}{\text{夜勤可能回数 (一般病棟なら4.5回)}}$$

②定数の決定 ～人員配置基準と72時間ルールから（看護部）

■例題

①基準必置数の計算から

$$\text{平均患者数} \div \text{配置基準} \times 3\text{交代} \times 1.5$$

【問題】 平均患者数 30名、急性期 10：1 の場合、必要看護師数は？

【解答】 $30 \div 10 \times 3 \times 1.5 = 13.5 \rightarrow 14$ 人

②夜勤時間数からの必置人数から

$$\text{月必要人日（夜勤人数} \times 30\text{日）} \div \text{夜勤可能回数（一般病棟なら4.5回）}$$

【問題】 上記の病棟で、夜勤 3 名体制の場合、必要看護師数は？

【解答】 $(3 \times 30) \div 4.5 = 20 \rightarrow 20$ 人

③結論

【問題】 上記の病棟で、必要看護師数は結局何人？

【解答】 $\rightarrow 20$ 人

②定数の決定 ～人員配置基準と72時間ルールから（看護部）

■人員定数＝人員配置基準と72時間ルールから決まる（多い方で決まる）

■基準必置数

患者数	20	25	30	35	40	45	50	55	60
看護師配置									
10対1	10	12	15	17	20	22	24	27	29
13対1	8	10	12	13	15	17	19	21	23
20対1	5	6	8	9	10	11	12	14	15

■夜勤配置からの必置人数

夜勤回数／月	4	4.5	5	6
夜勤体制／日				
看護1名	8	7	6	5
看護2名	15	14	12	10
看護3名	23	20	18	15

■基準必置数・・・患者数÷配置基準×3交代×1.5（※）

※営業30日／就業20日として最低係数は1.5。欠勤有給あるため1.6～1.7で計算。

■夜勤配置からの必置人数・・・月必要人日÷夜勤勤務可能回数（※）

※一般病棟では72h規制のため、1人4.5回が上限（上限72h÷1回16＝上限4.5回）

※療養・包括他では規制なし、月5回程度で算定。

■夜勤体制を加味した必置数

患者数	20	25	30	35	40	45	50	55	60
看護師配置									
一般10対1・夜勤1名	10	12	15	17	20	22	24	27	29
一般10対1・夜勤2名	14	14	15	17	20	22	24	27	29
一般10対1・夜勤3名	20	20	20	20	20	22	24	27	29
一般13対1・夜勤1名	8	10	12	13	15	17	19	21	23
一般13対1・夜勤2名	14	14	14	14	15	17	19	21	23
一般13対1・夜勤3名	20	20	20	20	20	20	20	21	23
療養20対1・夜勤1名	6	6	8	9	10	11	12	14	15
療養20対1・夜勤2名	12	12	12	12	12	12	12	14	15

※一般で看護夜勤1名は不可

※患者40名までは72h制約での必要人数が上回る

※患者40名までは72h制約での必要人数が上回る

※一般で看護夜勤1名は不可

※一般で40名以上では看護夜勤3名が現実的

※一般で40名以上では看護夜勤3名が現実的

※療養は助手夜勤があるため、40名以内では看護夜勤は1名も可

※療養で40名以上（2病棟運用）では看護夜勤は2名が現実的

③入退職を先読みした人員配置管理

■定数を設定したら、先を見越して欠員・補充等の動きを取ること

- 6か月程度先まで退職・入職を先読みした上で、人員配置管理と採用・異動調整を行うことが重要。
- 人事部門がこの管理を担い、急募や先読みした人員補充に動くことが重要。採用には最低でもリードタイム2か月は必要。

【例】人員配置表による管理

2階病棟 急性期 10:1 42床							3階病棟 地域包括 13:1 40床							外来						
※看護師比率70%以上 夜勤2名 60日÷4.5回=13.3							※看護師比率70%以上 夜勤2名 60日÷5回=12							看護師 定数:6名+パート2名						
看護師	氏名	4月	5月	6月	7月	備考	看護師	氏名	4月	5月	6月	7月	備考	看護師	氏名	4月	5月	6月	7月	備考
1	看護師長 田中 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0		1	看護師長 青森 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0		1	看護師長 福岡 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0	
2	看護師 山田 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0		2	看護師 宮城 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0		2	看護師 山口 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0	
3	看護師 岡田 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0		3	看護師 秋田 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0		3	看護師 中津 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0	
4	看護師 鈴木 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0		4	看護師 北上 ○○	1.0	1.0			5/31退職	4	看護師 西条 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0	
5	看護師 斎藤 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0		5	看護師 遠野 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0		5	准看護師 三原 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0	
6	看護師 中島 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0		6	看護師 酒田 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0		6	准看護師 松山 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0	
7	看護師 飯島 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0		7	看護師 梶上 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0		7	看護師 福山 ○○	0.7	0.7	0.7	0.7	日勤パート
8	看護師 中野 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0		8	看護師 金山 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0		8	准看護師 大野 ○○	0.7	0.7	0.7	0.7	日勤パート
9	看護師 佐々木 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0	6/30退職	9	看護師 白川 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0		9						
10	看護師 佐久間 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0		10	看護師 那須 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0	7/1~産休	10						
11	看護師 青山 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0		11	看護師 福島 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0								
12	看護師 大野 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0		12	看護師 村上 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0								
13	看護師 小宮 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0		13	看護師 上田 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0								
14	看護師 大村 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0	日勤常勤	14	准看護師 米沢 ○○			1.0		6/30退職							
15	看護師 橋本 ○○	1.0	1.0			5/31退職	15	准看護師 飯坂 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0	日勤常勤							
16	看護師 町田 ○○			1.0	1.0	5/1入職	16	看護師 要補充					夜勤可必須							
17	看護師 鈴木 ○○			1.0	1.0	6/1入職	17	看護師 要補充					夜勤可必須							
18	看護師 大泉 ○○	0.7	0.7	0.7	0.7	日勤パート	18													
19							19													
20							20													
	小計	15.7	16.7	16.7	15.7			小計	14.0	14.0	14.0	12.0			7.4	7.4	7.4	7.4		
	週不足	0.7	1.7	1.7	0.7			週不足	2.0	2.0	2.0	0.0			1.4	1.4	1.4	1.4		
						夜勤1名 30日÷6回=5														
看護補助者 夜勤1名 上記定数:5							看護補助者 夜勤1名 上記定数:5							看護部						
看護補助	氏名	4月	5月	6月	7月	備考	看護補助	氏名	4月	5月	6月	7月	備考	看護部	氏名	4月	5月	6月	7月	備考
1	看護補助 佐藤 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0		1	看護補助 大宮 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0		部長	看護 美千代	1.0	1.0	1.0	1.0	
2	看護補助 安藤 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0		2	看護補助 白岡 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0								
3	看護補助 森田 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0		3	看護補助 森岡 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0								
4	看護補助 雨宮 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0		4	看護補助 高崎 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0								
5	看護補助 下田 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0		5	看護補助 浅川 ○○	1.0	1.0	1.0	1.0								
6	看護補助 木田 ○○			1.0	1.0	6/1入職	6													
7							7													
	小計	5.0	5.0	6.0	6.0			小計	5.0	5.0	5.0	5.0								
	週不足	0.0	0.0	1.0	1.0			週不足	0.0	0.0	0.0	0.0								

■押さえるべきポイント

- ・定数割れは稼働低下・加算落ち・単位取得数低下 = 収益ダウンに直結。
- 納期までに絶対に採用すること
- 採用が間に合わない場合は、他部署から異動し止血を最小限にとどめる。
- 異動の余白もない場合、応援NS等を活用。報酬ダウンより良い。
- ・異動の余白もない場合、勤務シフトや働き方を考え、人員を捻出する。

④月次での様式9管理

■結果ではなく、予定と実績を把握し、基準を欠けることが想定される時点で対処をすること

→予定作成時点で満たしていなければ、直ちに充足するよう採用・異動調整が必要。

日々の欠勤・休職・退職等を反映し、欠けることが予想される時点で対処を行う。結果が出てからでは遅い。

【例】押さえるべきポイントを抜粋した総括表を作成し、予定・実績をチェック



SAMPLE

④月次での様式9管理

■チェックすべきポイントと対処法

①総配置時間数の余剰人員

→この分が補助者みなしに回る。絶対数が足りない場合は直ちに採用。

②夜勤時間数

→72h超過懸念の場合は直ちに対応が必要。

- 余裕がある病棟から夜勤可能なスタッフを異動、平均時間を下げる。
- 通常シフトの職員をその月だけ夜勤専従勤務にする。
- 日勤常勤のスタッフに1回だけ夜勤に入ってもらう。

③看護師比率

→足りない場合は直ちに採用。

④看護補助配置加算

→平均患者数が増加した場合、みなしが減少するため注意。足りない場合は直ちに採用。

- 外来の診療補助スタッフ、健診スタッフ等を病棟の看護補助に異動
- 補助者を採用できない場合、看護師・准看護師を採用してみなしに回す。

※地域包括はみなしがきかないため注意、最優先で補助者を確保。

※補助者加算は、看護配置加算と同じくらい収益へのインパクトが大きいため、注意が必要。

基準が落ちた場合の報酬へのインパクト

※急性期病棟で患者40名の場合

■看護職員の夜間配置加算

看護職員夜間配置加算 12対1 加算 1 105点
 $105点 \times 10 \times 30日 \times 40名 = \underline{\text{月額126万円}}$

■看護補助者の配置加算

50対1 急性期看護補助体制加算 200点
 $200点 \times 10 \times 30日 \times 40名 = \underline{\text{月額240万円}}$

■看護補助者の夜間配置加算

夜間50対1 急性期看護補助体制加算 115点
 $115点 \times 10 \times 30日 \times 40名 = \underline{\text{月額138万円}}$

令和2年度診療報酬改定 1-3 タスク・シェアリング/タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進 -③-

看護職員と看護補助者との業務分担・協働の推進

看護補助者の配置に係る評価の充実

➤ 看護職員の負担軽減、看護補助者との業務分担・協働を推進する観点から、急性期看護補助体制加算等の評価を充実する。

現行	改定後
【急性期看護補助体制加算】	
25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上) 210点	25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上) 240点
25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満) 190点	25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満) 220点
50対1急性期看護補助体制加算 170点	50対1急性期看護補助体制加算 200点
75対1急性期看護補助体制加算 130点	75対1急性期看護補助体制加算 160点
夜間30対1急性期看護補助体制加算 90点	夜間30対1急性期看護補助体制加算 120点
夜間50対1急性期看護補助体制加算 85点	夜間50対1急性期看護補助体制加算 115点
夜間100対1急性期看護補助体制加算 70点	夜間100対1急性期看護補助体制加算 100点
【看護補助加算】	
看護補助加算1 129点	看護補助加算1 141点
看護補助加算2 104点	看護補助加算2 116点
看護補助加算3 76点	看護補助加算3 88点
夜間75対1看護補助加算 40点	夜間75対1看護補助加算 50点
夜間看護加算(療養病棟入院基本料の注加算) 35点	夜間看護加算(療養病棟入院基本料の注加算) 45点
【看護補助加算(障害者施設等入院基本料の注加算)】	
イ 14日以内の期間 129点	イ 14日以内の期間 141点
ロ 15日以上30日以内の期間 104点	ロ 15日以上30日以内の期間 116点
看護補助者配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注加算) 150点	看護補助者配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注加算) 160点

➡令和2年の診療報酬改定で加算額が増加。
 看護補助者の加算は落とすとインパクトが大きい。

※目的は
 医療従事者の負担軽減、タスクシェアリング、
 つまり「働き方改革」を目指すための政策的誘導。

そもそも、なぜ「人が足りない」のか

「人員定数」を満たしているのに、なぜ「人手が足りない」となるのか

確認すべきは以下事項

- ①絶対数（＝定数人員）は足りているか
- ②夜勤可能人数は足りているか
- ③常に定数ギリギリで運営していないか
- ④勤務シフト・業務プロセスが硬直化していないか

①②絶対数が足りない／③定数ギリギリの場合

→直ちに採用し、各病棟、定数＋1名程度の余剰は持つこと

④絶対数は足りている場合

→勤務シフト・業務プロセスを変えること

看護師＋補助者の夜勤人数は多過ぎないか？

他部署応援はできないか？ 外来・手術室から人手の捻出が可能ではないか？

2交代を一部3交代に変更する（夜勤後半は業務量が少ない／準夜のみなら可能なスタッフはいる）

2交代フルシフトの正職員・正看護師にこだわっていないか？

夜勤専従・日勤常勤・短時間常勤・夜勤パート・期間雇用など、多様な働き方で募集する

→働き方・業務プロセスを変えることが本当の働き方改革ではないか？

3. 事業計画を実現するための採用活動

■病院の経営において、採用は生命線

病院の基準を維持し、目指す事業計画（医療の質向上やサービス向上＝加算取得や収益向上）を実現するためには、人材確保・定着は必須の課題となる。

しかし採用に苦戦する病院は多い。特に看護補助者の確保がカギとなる。

■目指す姿

- ①恒常的に採用ができること
- ②直接採用を増加させ、人材紹介に頼らない採用ができること（採用コスト削減）
- ③そもそも、離職を減らし定着を能力発揮を促すこと

→採用が出来なければ、直ちに収益ダウンに直結する。（稼働抑制／加算落ち／取得単位減）
これを人事部門が理解し、病院経営に人事としてコミットすることが必要。

採用力を構成する要素

■変えられるものを変えることが先決

区分	項目	内容	変数
構造	①基礎条件	立地、施設規模・種別	×変えられない
	②雇用条件	給与、手当、賞与、休日、人材育成、子育て支援	※変えられる
仕組み	③人員計画	人員定数・推移の可視化と採用計画	○変えられる
	④採用広報	採用ホームページ他における採用情報の量・質	○変えられる
プロセス	⑤採用活動	適切な採用活動・ルート展開の実施	○変えられる
	⑥プロセス改善	応募者管理、進捗管理からのプロセス改善	○変えられる

※雇用条件について

「定量条件」・・・ 給与水準・休日等が、近隣と比較し中位水準以上であれば応募先として検討候補となる。
まずは採用広報・採用活動を実施した上で、それでもネックとなるのであれば改善を検討。

「定性条件」・・・ 貴法人ならではの取り組み、職場の魅力を掘り下げ、ターゲットに合わせたPRが必要。
新たに実施する場合も、給与条件と比べ低コストで実施可能。定着にも効果あり。

➔ **雇用条件が近隣中位以上であれば、「変えられる項目」に取り組むことが先決。**

採用から、理念を実現する採用へ

■採用活動に、各職員を巻き込み参画してもらうこと

看護採用は看護部、リハ採用はリハ科・・・で進めると、部分最適の活動となる。
外部に発信するノウハウも、人手も十分に割けない。

一方で人事部門や本部だけで採用活動を進めると、地に足がつかず、現場理解に乏しい「浅い内容」の採用活動しかできない。（外部の人材紹介会社や求人広告会社と同様）

→人事部分が主軸を取り、各セクションを取りまとめ、現場と協働して採用を進めることが重要。

■採用に参画してもらうことで、一人一人の思いが形になり、理念を共有することができる

採用活動で制作した資材（募集案内、ホームページ、ムービーなど）は、内部にも発信を。

- ・協力してくれたスタッフへ配布、周知し御礼を。
- ・院内の集まりで周知を。（全体朝礼、全体研修、忘年会etc）
- ・入職するスタッフにも配布、上映を。（見学説明会、新人研修、新人歓迎会etc）

→繰り返し繰り返し、伝えることで、そこに込めたメッセージや理念が浸透する。

■皆さんの病院では、

- ・病院経営に寄与する人事組織施策を実施できていますか？
- ・コロナ禍に対して、そして、これから起きることに対して、必要な対策に取り組んでいますか？
- ・外部環境に左右されない経営体質を作るために、人と組織のマネジメントに取り組んでみませんか？

それが、真の「働き方改革」につながると考えています。

ご清聴ありがとうございました