

病院に万全の看護体制を確保するための 財務管理の研究

石原 信吾

1. 研究の目的

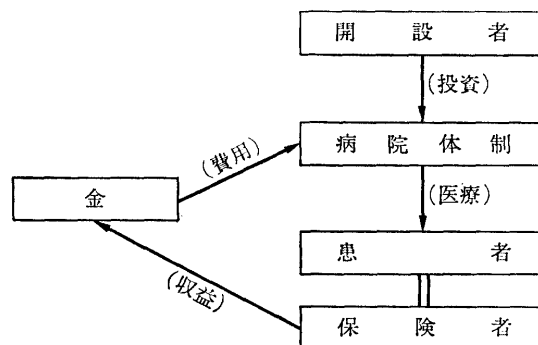
医療が人間の生命と健康の保持・発展を目的とする働きである以上、社会ができるかぎりよい医療を受けとりたいと希求するのは当然である。しかし、近時、医学の進歩はきわめて急速で、かついちじるしく、その医学の獲得したかぎりのものをすべて受けとろうとするならば、社会はおそらく経済的負担に堪えないであろう。そのために、世界の先進諸国では、現在医療費問題が最大の社会的問題となっており、その二律背反にどのように対処するかに苦しんでいる。看護の場合も、その例外ではない。社会は、当然できるだけよい看護を受けとりたいと望んでいるが、同時に経済的負担限度の問題も無視することはできない。

よい医療やよい看護を受けとりたいという受療者側の願いや、それを提供したいという医療従事者側の願いは、経済的側面に対する考慮を欠く場合、まったく抽象的な空疎なものになってしまう。もちろん、そこには医療および看護自体にかかわる技術的側面や看護従事者の意識

的側面の問題等があることはいうまでもない。それは、他の研究に待つこととし、この研究では、もっぱら経済的側面の問題を追及することとする。

2. 病院および看護に関する採算の構造と現状

病院の採算構造をモデル化すれば図一1のようになるであろう。病院は開設者の投資行動によって生み出される。そして、そこに整えられた病院体制によって患者に対する治療活動が行なわれる。それが医療である。医療に対しては、報酬が払われるが、それが病院の収益となる。その収益として得た金は、病院体制を維持する



図一1 病院の採算構造

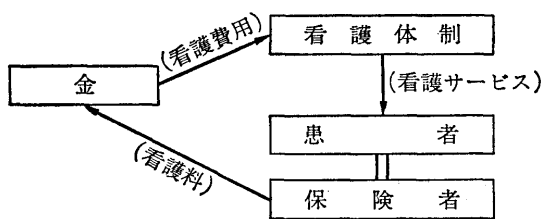


図-2 看護に関する採算構造

ための二つの用途に費消される。それが病院の費用である。

以上のことから、資本によって生み出された病院は、収益と費用のバランスをとりながら、その本来目的である医療活動を継続していくというようにみることができる。つまり、これが採算面からみた病院の基本構造である。

問題を看護に限って同様の見方をしたものが図-2である。病院においては、看護の物的および人的体制が整えられて、患者に対して看護サービスを提供する。それに対して、看護料が支払われ、それを源資とすることによって看護サービスは継続的に生み出されていく。

図-1および図-2では、医療および看護に対する報酬は、社会保険の保険者によって支払われるようになっているが、これは、国民皆保険の現在においては、それが一般的姿であるからである。しかしながら、そうした保険によって支払われる報酬の額、すなわち料金は、現状においては必ずしも適正ではない。特に、医療や看護のサービス内容に対する社会の期待値を満たすためには、きわめて不十分である。そのために、そこには各種のゆがみが発生し、医療提供者側と受療者側の双方のみならず、社会一般の人々の間にも大きな不満を惹起して、いわば三つ巴の不满、あるいは、むしろ怨恨ともいべき感情的衝突さえみられる状況にある。その関係を示したものが図-3である。

現在の看護料では、病院が必要とする看護費用をまかなうのには不十分であるので、その不足分を補填する源資を室料差額等に求める傾向が一般化している。これに対しては、患者側や

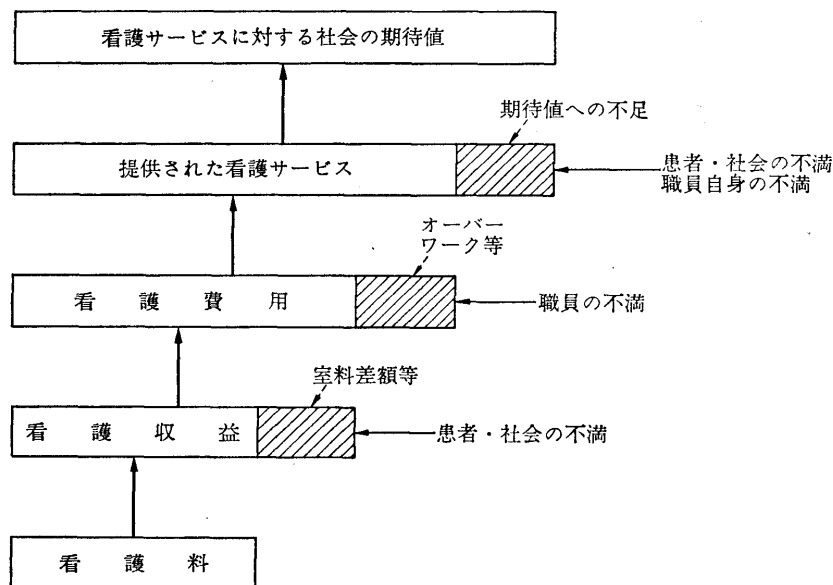


図-3 看護に関する不満の発生状況と原因

さらには社会全般の人々の間に大きな不満が生れていることは周知のとおりである。しかし、それでもなお、病院側が最少限度必要と考える看護サービスを実現するためには不十分であるために、結局は、どうしてもその不足分を看護職員のオーバーワークで埋めざるを得ない実情にある。これに対して、職員の側に不満が発生するのは当然である。しかるに、それまでにして病院側から提供された看護サービスでも、社会の求めている期待値にはなおはるかに及ばない。そこに、患者側や社会側の現在の病院看護に対する一般的不満の発生原因が認められる。しかしながら、理想的看護を実現したいということは、看護職員自身の念願でもあるから、病院看護の現状に対しては、看護職員の間にも根強い不満が存在するのであって、その事実もまた逸してはならない。いずれにしても、こうして、病院看護をめぐる、そのすべての関係者の間に、上記のような不満や怨恨感情が渦巻き、ぶつかり合っているというのが現在における実際の姿であるといえるのである。

3. 看護サービスの実現に関係する各種要素の相互関係

3-1 看護サービスと看護要員数

サービス業務の良否は、労働力の性能(質)だけではなく、量にもかなり大きく関係する。看護サービスの場合も、その例外ではない。従って、最少限度必要な看護要員数は常に配置されるように、制度的にもまた病院運営上も配慮されなければならない。

看護要員数は次の式によって得られる。

$$\begin{aligned} \text{要員数} &= \frac{\text{その業務に必要な1日の総作業時間数}}{\text{職員1人1日の実働時間数}} \\ &= \frac{\sum (\text{単位業務処理時間} \times \text{1日の単位業務数})}{\text{職員1人1日の実働時間数}} \end{aligned}$$

この式からもわかるように、本来の考え方の順序としては、病棟、外来、手術室、中央滅菌材料室等のそれぞれの部処ごとに、そこで必要とされる単位業務は何であるかというすべての業務の種類をまず考え、その単位業務ごとに、1日の必要業務数を考え、それと職員1人1日の適正な実働時間数との関係から配置要員数を考えていくというような順序になるべきものである。この場合にも、その業務ごとにそれが要求する性能を考え、それは誰がするのが適切かということも同時に考えて、少なくとも、看護婦(准看護婦を含む、以下同じ)、看護助手、場合によっては看護実習学生というように、要員の種類を分けて考えていくことも、もう一つ必要である。

しかるに、現在、医療法では、患者4人に対して看護婦1人を配置するのを基準とするというように定めている。これは、この式において、単位業務の種類を分けずに、それを患者1人分の業務というように総括的に考えていることを意味する。従って、そこからは、職員1人1日の実働時間に応じて、患者1人に対して1日にどれだけの時間がかけられるかということだけしか出てこないことになる。業務の種類を問わないから、もし介助の仕事にそのすべての時間がとられれば、患者の世話のほうはゼロになるということもおこりうる。また事務的な仕事に多くの時間がとられれば、それだけ他の仕事に割く時間は減少する。単位業務処理時間

は、本来効率性に最も関係するものであるが、もし、そこに非効率な、あるいは懶惰な仕事が行なわれるとすれば、その分も、他の仕事に回わるべき時間を食うことになる。また、看護婦が助手的な仕事ばかりをしていれば、本来看護婦が行なうべき仕事は、そこでは実施されずに終る。

現行医療法の規定は、上記のような大きな欠陥を含んでおり、現実には、それぞれの病院の実情によっては、その基準数では到底不足を免がれないということから、それをかなり上回る要員数を置いている病院も少なくない。特に、夜勤に2人配置・月8日以内体制（いわゆるニッパチ体制）をとる場合は、その点からも要員数が増える場合もある。従って、わが国の病院における実際の看護要員数は、必ずしも医療法の定める基準には限定されず、現状では、それを上回る例も少なくないのであるが、一方、その基準はなお健康保険の看護料等を定める場合等には基礎とされており、それらの関係から、それが全体としてわが国の病院の看護要員数を大きく規制していることは否定できない。

いま仮りに、看護婦の1日の実働時間を7時間30分とし、週休日、半休日、祝祭日、年末年始休暇、年次有給休暇等を完全にとった場合の年間就業日率の68.4%を用いて計算してみると、年間平均の看護婦1人1日の実働時間は5時間8分となる。もし、看護婦が患者に接触する時間を実働時間の70%と仮定すれば、その時間は3時間36分である。この時間をもとにして、健康保険で定める基準看護について、患者

1人1日当りの看護婦（20%の補助者を含む）の接触時間を計算してみると、3類で36分、2類で43分、1類で54分、特1類で1時間12分、特2類で1時間26分となる。この時間には、診療の介助、諸測定、諸検査の介助等の時間も含まれるから、それらの時間を差し引いた時間が身の回りの世話を当てられることになる。入院を要するほどの患者が、1日24時間の間に受ける世話の時間がそれだけであると考えた場合、それで果たして十分であるかどうかはきわめて疑問であるといわなければならない。わが国で、基準看護をとる場合にもなお付添を置くことが一般化している原因はそこにある。

わが国において、これまで各方面で看護に関するタイムスタディが行なわれ、発表されたものも少なくないが、それらのタイムスタディにおいては、大体みな、看護業務の種類を大別し、科および看護度等を分けて調査を行なっている（別添資料の昭和28、29年度に国立東京第一病院・国立東京第二病院・国立世田谷病院・国立京都病院・国立岡山病院で行なった例、昭和41年から42年にかけて武蔵野赤十字病院で行なった例等を参照）。医療法の上記の考え方が、いかに不合理であるかを考えれば、このように業務の内容を分けた調査法がとられることは当然といえる。

いずれにしても、提供する看護内容という点に主眼を置いて考えた場合、看護の種類と程度に応じて分担職種を分けると同時に、科別、症状度別に必要な各職員数をそれぞれ考慮するという行き方をとることが必要である。診療構造、患者構造の上で、まだ上限下限の差のそれ

ほど大きくなかった頃は、現在のようなごく大雑把な決め方でも、内部的やりくりで、それほど破綻もなく過ごすことができてきたが、最近10年ほどの間に、その開きは、かつては想像もできなかったほどに大きく拡大している。そうなると、そこに発生する矛盾は、内部的調整の努力ぐらいでは、とうてい糊塗することはできない。基準看護の種類が昭和47年2月の改正以来、特1類、特2類と増やされてきていることは周知のとおりであるが、その制度自体の基本的考え方を変えないかぎり、そうした改善の効果には大きな限界を認めざるをえないのである（「こども病院における看護体系の特異性とその対策の検討」：「病院」33巻9号、兵庫こども病院・平田美穂、等を参照）。

3-2 看護人件費と看護要員数

看護サービスの良否は、先にも述べたように、看護の働きの質に関係すると同時に、量にも大きく関係する。従って、必要な看護サービスを提供するためには、必要な看護要員数を配置することが不可欠の要件となる。その点で、現在実際に配置されている要員数がきわめて不十分であることは明かであるから、看護サービスの現状を是正するためには、看護要員数の増加は不可避と考えなければならない。要員数を増加すれば、看護人件費は当然その分だけ増加する。看護人件費が増加すれば、こんどはその分だけ看護料も上げなければならない。そこには、一応、そういう一連の関係が考えられる。

しかし、看護人件費の増加は、ただ単に看護要員数とだけ関係するものではない。同時にまた、給与額とも関係する。給与ベースが引き上

げられれば、看護人件費も当然その分だけ上昇する。そうすると、この場合にもその分だけ看護料を上げなければ、それだけ赤字が発生することになる。そうした赤字を避けるためには、給与ベースが上がっても人件費が増加しないような何らかの措置を講じなければならない。それには、

$$\text{人件費} = \text{要員数} \times \text{平均給与}$$

であるから、結局、給与ベースが上がった分だけ要員数を減らす以外にない。要員数を減らせば、それがサービス低下につながることは避けられない。そのようにみえてくると、この場合の看護料金が、看護サービスに対する抑制要因として働いていることは明かである。看護料金には、その額のいかんによっては、そうした抑制要因として働く面があることを十分に考慮しなければならない。

しかし、上記の関係は、もう一つの見方をすれば、一定の看護料金の下で給与ベースが上がったことから発生しているというようにもみることができる。とすれば、給与ベース増もまた、看護サービスに対して抑制要因として働くことが考えられるわけで、この面も同時に見逃がしてはならない。

3-3 トリレンマの解決要因としての効率

性および組織の合理化

看護サービス量と看護人件費と看護料金との間には、以上みてきたように、いわばトリレンマともいべき関係が存在する。こうした三つ巴の矛盾を解消することが、一般的にいかに困難であるかはいうまでもない。

看護サービスの面を犠牲にすれば、そこに存

在する矛盾は一応は解消するであろうが、それはもちろん望ましいことではない。人件費の増加に伴う赤字をやむをえないこととして忍ぶとすれば、やはりそこでの矛盾は解消するが、その場合には、経営上の問題が出てきて、あるいは医療機関の存続すらおびやかされることにもなりかねない。従って、医療機関にとっては、看護料金を上げる方向で矛盾の解消をはかることが最も望ましいのであって、社会一般の理解と合意を得て、それを実現するように極力努力することが必要である。ただし、もちろん、その方向にも限度があるから、もしも他になお矛盾解消の方途がありうるならば、その方向での努力も怠ってはならない。そうした解決要因として、ここに効率性および組織の合理化の問題が考えられる。

まず、次の式から労働効率の効用を考えてみることにする。

$$\text{看護サービス量} = \text{看護要員数} \times \text{労働効率}$$

$$\therefore \text{看護要員数} = \frac{\text{看護サービス量}}{\text{労働効率}} \quad (1)$$

この式からは二つのことがいえると思う。その一つは、労働効率を高めることができれば、要員数を増やすことなしに看護サービス量を増加することができるということである。これはサービス性への貢献といえる。もう一つは、労働効率を高めることができれば、看護サービス量を減少することなしに、要員数を現在より削減することができるということである。先に、給与ベースが上がっても人件費が増加しないようにするためには、要員数を削減する以外になく、その場合はサービス低下は避けられないと

述べたが、労働効率を高めることによってそれを避けることができるとすれば、その矛盾は解決されることになる。つまり、労働効率は、人件費増の看護サービスに対する抑制圧力を軽減する働きをするとみることもできるのである。従って、この場合は、経済性への貢献であるともみられるし、同時にまたサービス性への貢献であるともみることができる。

次に、もう一步進んで、いまの問題と組織の合理化との関係を考えてみることにする。

$$\text{看護人件費} = \text{看護要員数} \times \text{平均給与}$$

$$\therefore \text{看護要員数} = \frac{\text{看護人件費}}{\text{平均給与}} \quad (2)$$

(1)と(2)式から次の式がえられる。

$$\frac{\text{看護サービス量}}{\text{労働効率}} = \frac{\text{看護人件費}}{\text{平均給与}}$$

この式をみれば、いま述べた、給与ベースが上がっても、労働効率を高めることができれば、看護人件費も看護サービス量も現状を維持することができるという関係が理解できるであろう。

この式において、もし平均給与を下げることでできたとした場合はどうなるであろうか。看護サービス量、労働効率は現状のまま、看護人件費を減少させることができる。また、看護人件費は現状でいくとすれば、現在の労働効率のままでも看護サービス量を増大することができる。つまり、やはり、ここでも経済性およびサービス性への貢献が認められることになるのである。

ただし、上記の平均給与の引き下げが、もし働く者の犠牲のもとに行なわれるということでは

あるとしたら、むしろペースアップを不可避とする現在の一般的情勢の下では、この仮定はきわめて現実性を欠くものといわなければならない。では、個々の給与額には影響することなしに、平均給与を引き下げることが果たして可能であるであろうか。そこに、組織の合理化の問題がでてくることになる。

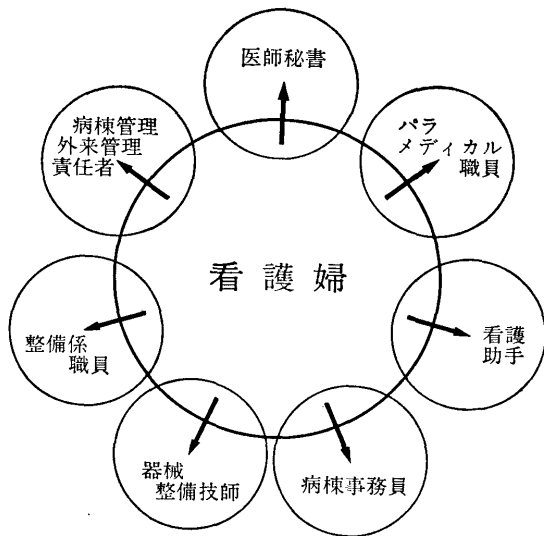
4. 看護業務内容に対応した業務分担 (組織編成)の合理化と人件費

4-1 業務整理の必要性和方向

医療における最も原始的な業務分担関係は、医師の仕事と看護婦と仕事という二つだけのものではあったとみられる。そこでは、医師は医師にとってふさわしい仕事だけを担当し、その他一切の仕事が看護婦に委されるという形がとられたのではなかろうか。そこに、今日の看護婦の業務分担の原型が認められると思う。その特徴を一口でいえば、分担業務の非限定性ということである。そこに、他職種の業務分担のあり方との決定的相違が認められる。他職種は、後になって医療の分野に入ってきたものであるが、薬剤師にしろ放射線技師にしろ、臨床検査技師にしろ、栄養士にしろ、その他最近のPT、OTといった職種にいたるまで、そのすべてが、それぞれの専門性に応じた限定された業務の分担者として入ってきたのであった。その結果、看護婦の業務範囲には、それらの特定業務を除いた、その他の一般的かつ非限定的な業務が何時までも残ることになる。そういった沿革的事情に根ざした看護業務のあり方の特質をまずはっきり認識することが必要である。今

日、看護業務の専門性の確立という問題が盛んに論議されているが、そうした面での前進をはかるためにも、いま述べた事柄に関する実体認識は根底的に重要性をもつ。それと同時に、沿革的事情というものは、それを脱却することがいかに困難であるかという現実認識をもつことも併せて必要である。

現在、看護婦の分担している業務内容を整理する必要があることは改めていうまでもない。専門職種の分担すべき業務は何かという本則論からも、それほど高い性能を必要としない業務を分担することの不能率性を排除するという効率論からも、逆に、その業務内容が非常に高度化して看護婦の手には負えなくなってきているものもあるという現実的事情からも、そうした業務整理の必要性はますます高まってきている。しかし、それ以上に看護業務の整理を喫緊のものとして迫ってきている根本的要因として、ここ数年間に、看護婦に対する業務負荷が飛躍的に増大しているという事実を見逃がしてはならない。その原因となるものは、先にも述べた診療構造、および患者構造の根本的变化である。昭和47年頃から看護婦不足が急激に問題化してきたことの最大の原因の一つが、そうした業務負荷との関係における相対的不足という点に求められることは明かである。ただし、その変化があまりにも急激に起きてきたために、人々の認識がこれに追いつかず、案外それに気づいていない人も多い。それが、これほどの喫緊の事態において、それへの対応が全体的に遅れていることの理由である。看護業務の整理が適切に行なわれるかどうかは、いまや、看護関



図一4 看護婦業務整理の方向

係者のみならず、医療機関全部の今後のあり方を左右するほどの重大な意味をもつものであることを知らなければならない。

その業務整理の方向を示したものが図一4である。現在、医師秘書、パラメディカル職員、看護助手、病棟事務員、整備係職員等に移譲できるはずの業務が、そういう職種が存在しないためとか、惰性的な業務が行なわれていて改善意欲がないためとかの理由で、看護婦の手で行なわれている場合が非常に多い。もし、こうした状況を放置したままで、看護婦不足がいわれたり、看護の専門性が論議されていたりするとすれば、それらはすべてナンセンスというほかはない。そこでは、まず、看護婦の分担業務が明確にされ、その業務を看護婦が実際に行ないうための手だてが講じられることが先決問題である。

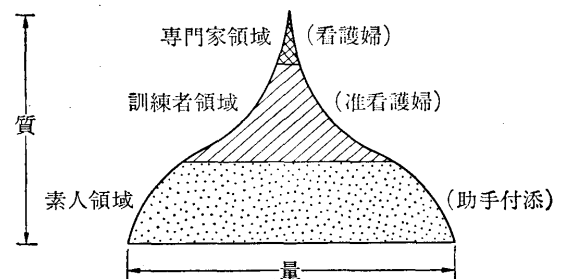
なお、図に器械整備技師とあるのは、最近いくつかの先進病院で置かれるようになった、ME器械類の点検整備等を担当する専門技師を指

す。ME器械類の医療機関への導入は、最近目覚ましいものがあるが、例えば、モニターの器械類が病棟等に設置された場合、その点検整備の仕事はもはや看護婦の手には負えないであろう。従って、そういう仕事は、専門技術者に委せる以外にはない。最近、透析センターにも、機械関係の知識をもつ技術者を置くような例が多い。これも、その一連の方向の現われといえよう。

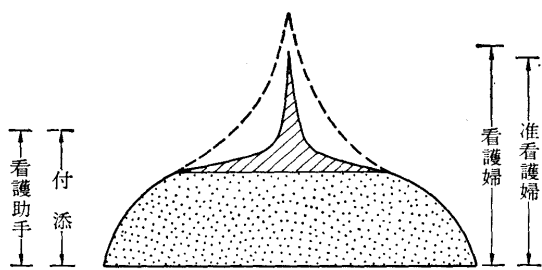
また、外来や病棟のいわば家政的な業務も昔から看護部責任者に慣習的にまかされてきたが、考えようによっては、その業務を医師が看護婦に委せてきたように、看護婦も他の職種にまかせるということがあってもよいのではなかろうか。看護婦は看護婦としての専門業務に専念するということになれば、そうした段階すら考えられなくはないはずである。

4-2 看護業務の内容とその分担の現状

同じ看護業務の中にも、家族や素人付添人でもできる領域と、それを行なうのには一定の訓練を必要とする領域と、真に専門家でなければできない領域とがあるはずである。そういうように業務の質を分け、同時に量の関係も併せ考慮した場合を図示したものが図一5である。素人領域の業務は専門性は低いが、日常の身の回



図一5 看護業務の領域とその分担区分



図一六 図一五に対する現状

わりの世話をする部分であるから、その業務量は圧倒的に多い。これに比べて、特に、専門家を待たなければ、その業務の実現自体が不可能であるという領域の業務量ははるかに少ないものと思われる。もしも、その業務の質に応じて、それぞれの性能を備えた看護要員を配置するとすれば、その数の分布はおそらく図の業務量に対応したものになるであろう。

ところが、現在、医療機関で実際に行なわれている業務は図一六の実線で囲まれているような部分であって、しかも、看護婦、准看護婦、看護助手、家族付添が競合する形でそれを行なっているというのが実情といえよう。特に、看護助手を置かない医療機関では、本来助手でもできる仕事を看護婦や准看護婦が行なうほかはない。素人領域の業務は、質的には低くても、患者の日常生活上欠くことのできないものであるから、何よりもまずそれから行なっていく必要があるからである。従って、そこに配置された要員数が少ない場合には、その領域の業務が行なわれるだけで終わってしまうことになる。否、むしろ現在では、その部分の業務さえ十分に行なわれない場合も少なくないというのが実情であろう。いずれにしても、その領域は、もともと看護婦を必要としない領域であるから、

看護婦のもう一つの業務である診療の補助業務の方に多くの手がとられるようになると、家族その他の素人付添にそこでの業務をまかせることになる。現在、医療機関で看護婦が現実に行なっている仕事が、そういう、場合によると素人にでも代替できる仕事が大部分であるとするならば、そうした状況のもとで看護婦不足がいわれることには疑問がある。看護婦でなくても、少なくとも看護助手を入れればすむことであるからである。

診療の補助業務については、素人による代替はきかない。しかも、最近では、診療構造の高度化に伴って、この領域の業務は飛躍的に増えてきている。しかも、量だけでなく、質的高度化もいちじるしい。そのために、熟練した看護婦の手が、この診療の補助業務のほうに主としてとられるために、患者の看護の方には一そう手が回らなくなる。従って、今後、少なくとも素人領域、訓練者領域に対応する職種をもうけて、それぞれに必要なとされる十分な要員数を配置するようにしないと、医療機関の機能がそこから生ずる看護婦不足のために麻痺することも考えられる。現在、かなり一般化している病棟閉鎖の現象も、その一つの現われとみることもできよう。

看護業務内容に対応した業務分担の一例として、イギリスのセント・トーマス病院の28床のある看護単位の例を参考のために示してみる。

看護管理者 (ward sisterとassistant)	2人
看護婦 (registered nurse)	2人
准看護婦 (enroll nurse)	2人
看護学生 (student nurse)	9人

看護助手 (auxiliary)	3人
計	18人

(「病院」33巻, 10号, 83頁参照)

いずれにしても、現在におけるわが国の看護要員の配置の実情が、以上述べた点に関して、根本的再検討を必要とするものであることは間違いない。

4-3 業務分担の合理化と人件費

以上の考え方にたつて、患者数40人の看護単位において、いま次のような看護要員の編成を行なったものと仮定する。

婦長	1人
看護婦	3人
准看護婦	4人
看護助手	6人
夜勤看護婦	4人 (准看護婦を含む)
計	18人 (患者2.2人に看護要員1人)

夜勤看護婦を置くことにしたのは、この編成では、2人夜勤・月8回以内という例のニッパチ体制が実現できないので、その問題の解決策として夜勤専任者を置く場合を想定したわけである。もちろん、夜勤専任者を置くとすれば、そこには昼勤と夜勤との業務上の連絡をどうするかとか、連日の夜勤は不可能なので、隔日勤務その他の勤務形態を考慮する必要があるとかいう、それに付随する各種の問題はあるが、それはここでは一応別の問題とする。

次に、平均給与月額については次のように仮定するものとする。

看護婦	17万円 (年200万円)
准看護婦	14万円 (年170万円)
看護助手	8.5万円 (年100万円)

以上の仮定に基づいて人件費の年額を計算すると次のようになる。

(1) 上記の編成による場合

看護婦	200万円 × 8人 = 1,600万円
准看護婦	170万円 × 4人 = 680万円
看護助手	100万円 × 6人 = 600万円
計	2,880万円

(2) 看護婦8人、准看護婦8人で助手を入れずに編成した場合(患者2.5人に看護要員1人)。

看護婦	200万円 × 8人 = 1,600万円
准看護婦	170万円 × 8人 = 1,360万円
計	2,960万円

(3) 看護婦だけで16人の編成を行なった場合(患者2.5人に看護婦1人)

$$200万円 \times 16人 = 3,200万円$$

以上の三つの場合のうちで、(2)および(3)の場合は、看護助手でもできる仕事を准看護婦や看護婦が行なっているわけであって、その業務領域では職種によって業務遂行上の差はないものと仮定すれば、(1)の場合よりも2人分だけサービスは低下することになる。しかも、その年間の人件費は(1)の場合が最も少ない。

それぞれの業務領域の要求する性能の格差が現に大きく存在する以上、こうした要員編成上の問題は、今後、真剣に取り組まれる必要があるのではなからうか。特に、看護婦だけ、あるいは看護婦と准看護婦だけの編成を行なった場合は、この例でいえば6人分の看護助手の仕事にその手がとられることになる。これは、専門職種に対する業務配分上の問題としても、その専門性を軽視するものとも考えられるという意味から、大いに問題とする必要がある。まし

て、看護人件費の問題を考える場合においては、こうした面からのアプローチはぜひ必要である。

5. ニッパチ・週休2日制への対応

5-1 要員数増加要因としてのニッパチと週休2日制

ニッパチおよび週休2日制は、多くの場合において要員数の増加要因となる。週休2日制を行なうために、もし週の労働時間を短縮するという方針がとられるとすれば、職員1人1日の平均労働時間が減少するから、サービス内容を現状に維持しようとする場合は、他に特に有効な業務の合理化が行なわれないかぎり、要員数はどうしても増加せざるをえない。

また、ニッパチの場合も、次の式を満たすためには、1日の夜勤従事者が準夜・深夜で合計4人、1カ月の夜勤実施日数が30日という一般的条件のもとでは、夜勤実施メンバー数は最低15名を必要とすることになり、看護単位の規模等の関係でそれ以下の夜勤可能メンバー数しか配置されていない場合には、どうしてもそこに増員が必要となる。

$$\frac{1日の夜勤従事者数 \times \text{メンバーによる夜勤実施日数}}{\text{夜勤実施メンバー数}} \leq 8日$$

しかもこの場合は、増員を要請する原因が勤務条件の改善という点にあるために、場合によっては、業務上の要請とは無関係に増員が行なわれることもありうる場所に一つの問題点がある。

5-2 ニッパチへの対応策

もしも、業務上の要請がなく、単にニッパチ

を実現とするということだけのために増員が必要な場合には、ニッパチは実現しながらなおかつ増員をしないで済ませるような工夫をする必要がある。上の式をもとにして考えれば、その方策は次の三つの方向に求められることになるものと思われる。

- (1) 1日の夜勤従事者数の削減
- (2) メンバーによって行なわれる夜勤実施日数の削減
- (3) 夜勤実施メンバー数の増加

このうち(1)については、現在、例えば「労災方式」とよばれる夜勤体制や、変則二交替制とよばれる夜勤体制などが工夫されている。これは準夜・深夜で4人を必要とする1日の夜勤従事者数を2人、あるいはせいぜい3人に止めるための工夫をしたものである。あるいは、イギリス方式とよばれる工夫例もある。これは20時から翌朝8時までの12時間の間に、3人の勤務者を配置し、交替に4時間ずつの睡眠ととらせるようにして、常時2人の勤務者が業務についているようにするというものである。

(2)については、夜勤専従者の導入が、その最も典型的な工夫例としてあげられる。例えば、4人の夜勤専従者を置いて1日置きに夜勤を行なわせることにすれば、1カ月の30日のうち15日は夜勤専従者によって夜勤をこなすことになり、夜勤実施メンバー数は7.5人でもニッパチは実現できる結果となる。今後は、三交替制の各シフトについて、専従者制の導入の可能性や是否等を積極的に検討する必要があるのではなからうか。

(3)については、例えば、1病棟だけでは夜勤

実施メンバー数がニッパチを実現するのに不足である場合に、2病棟を1夜勤単位にすることにより、必要メンバー数を確保するというような工夫を行なっている例もみられる。あるいは、外来看護婦をそのメンバーに加えることによって、必要数を確保するというような工夫もありえよう。ICUなどでは4ンパチ、5パッチということも考慮しなければならない場合もあり、その場合には、昼間要員数にかなりの余剰が出ることも考えられるので、ICUと手術室を一つの単位として運営するなどの工夫も必要となるかもしれない。現に、その実施例もな

5-3 週休2日制への対応

先に、各種の休日休暇を完全にとった場合の年間就業日率は68.4%であるとして計算を行なったのであるが、この年間就業日率は、隔週2日制をとる場合には64.9%となり、さらに進んで、完全週休2日制をとることになれば、それは61.3%となる。看護要員がそうした休暇をとることによる実働人員減は、夜勤の人員は減らすわけにはいかないから、結局、昼間要員数に現われてくることになる。それを表にしてみたものが表一1である。この場合、1カ月の夜勤回数は8回として計算した。

この表でみてもわかるとおり、週休2日制をとった場合でも、特に、隔週週休2日制の場合には、昼間の実働人員数の減少は思ったほどは顕著ではない。

表一2は、これにさらに、休日体制の人員配置数を平日体制の半数とし、週休2日制の導入により、病棟の休日体制も週に2回に増やすと

表一1 週休2日制の場合における昼間の実働人員の減少状況(1)

1日の夜勤人員数	区分				昼間の実働人員数		
	必要	配置	人員	数	計	現行	週休2日制 隔週
2人	1	1	5.5	7.5	3.1	2.9	2.6
3人	2	1	8.25	11.25	4.7	4.3	3.9
4人	2	2	11	15	6.2	5.7	5.2
5人	3	2	13.75	18.75	7.8	7.2	6.4
6人	3	3	16.5	22.5	9.3	8.6	7.7

表一2 週休2日制の場合における昼間の実働人員数の減少状況(2)

1日の夜勤人員数	区分		現行		隔週週休2日制		完全週休2日制	
	平日	休日	平日	休日	平日	休日	平日	休日
2人	3.3	1.7	3.3	1.7	3.0	1.5		
3人	5.1	2.5	5.1	2.5	4.6	2.3		
4人	6.7	3.2	6.7	3.2	6.1	3.0		
5人	8.4	4.2	8.4	4.2	7.5	3.7		
6人	10.0	5.0	10.0	5.0	9.0	4.5		

いう条件を加えて計算してみたものである。そうすると、週休2日制になると配置人員数が平日の半分になる日がもう1日増えるから、そこで浮いた人員数を他の5日間にまわすことができる。その結果、表一2にみられるように、隔週週休2日制の場合には、昼間の実働人員数は現行とまったく変わらないことになる。完全週休2日制の場合にも、その実際の人員減はそれほど大きくはない。おそらく、ここにみられる位の人員減であるならば、業務の効率化や勤務体制の工夫などによって、その埋め合せは比較的容易につくのではないかと思われる。そこに、工夫を働かせることによって対応をはかる余地が大いに認められるのである。

6. 看護部門に対する研究費の配分

現在医療機関において、実際に行なわれている看護業務がそのまま専門業務と認められるものであるかどうかには疑問があるが、少なくとも、それを専門業務となすべく努力していくべきであるという点については異論はなからう。

そう考えた場合、研究費は看護婦にとっては明かに、ハーツバーグ (Herzberg, F.) のいう「動機づけ要因」(motivators) としてみるべきものである。従って、看護部門に対する研究費の配分はできる限り配慮されることが望ましい。

現在、病院で研究費に回わされている金額は、平均して、収益の大体1%位である。他産業に比べればいじりしく低率であるといえるが、それが、病院では研究開発がただちに収益化につながるものではないという事情と、病院財政の本来的弱体性によるものであることは明かである。そうした中で、看護部門には果たして、どれほどの額が配分されることが適当であろうか。

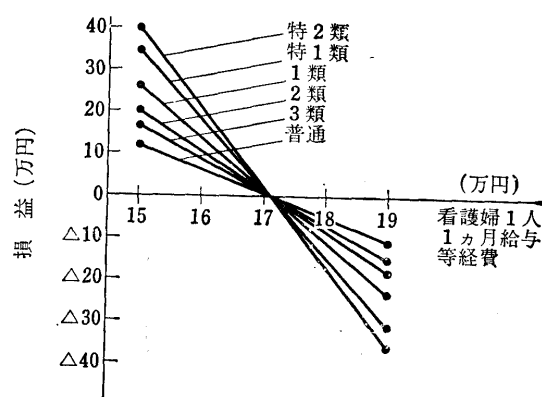
いま仮りに、職員1人1カ月当り収益が40万円であるとし、看護部門には、全職種の大體平均額程度のものが配分されるべきであると仮定すれば、看護婦1人1カ月当りの研究費の配分額は4,000円となる。もし、看護婦数が100人であるとすれば、1カ月の看護部門への配分額は40万円となる。おそらく、そのくらいの研究費の配分はぜひ必要ではなからうか。

7. 看護料金と給与および損益の関係

現在、看護要員（その中には看護婦・准看護

表—3 看護種類別看護員1人1日当り看護料収益

看護の種類	患者1人1日当り看護料	看護員1人当り患者数	看護員1人1日当り収益
特 2 類	2,280円	2.5人	5,700円
特 1 類	1,900円	3人	5,700円
1 類	1,430円	4人	5,720円
2 類	1,140円	5人	5,700円
3 類	950円	6人	5,700円
普通	670円	8.5人	5,695円



図—7 表—3の図

婦・看護助手を5:3:2の割合で含む) 1人1日当りの看護料収益は表—3のとおりで、基準看護のどの種類をとっても、5,700円になるように料金が設定されている。これを月額になおせば、大体17万1,000円となる。従って、もし、看護員1人1カ月の給与等諸経費(賞与、退職給与引当金、社会保険料病院負担分等の月割額、被服費、宿舍経費等を含む)が17万1,000円であった場合には、そこからの損益は0となる。しかし、それが17万1,000円を上回るか下回るかによって、そこには損益が発生する。それを基準看護種類別に、患者48人の場合について計算してみたのが表—4である。そこ

表—4 看護種類別、看護員1人1カ月経費別の1カ月当り損益

(患者48人の場合)

看護種類 看護員1人1カ月当り 給与等経費	特 2 類	特 1 類	1 類	2 類	3 類	普 通
看護員数	19.2人	16人	12人	9.6人	8人	5.6人
15万円	403,200円	336,000円	252,000円	201,600円	168,000円	117,600円
16万円	211,200	176,000	132,000	105,600	88,000	61,600
17万1千円	0	0	0	0	0	0
18万円	△172,800	△144,000	△108,000	△86,400	△72,000	△50,400
19万円	△364,800	△304,000	△228,000	△182,400	△152,000	△106,400

にみられるように、看護員1人1カ月当り給与等経費が、17万1,000円より下回る場合には、上級の基準看護をとるほど利益額が多くなり、それより上回る場合には、逆に、下級の基準看護をとるほど損失額が少なくなる。図—7は表—3を作図してみたものである。いずれにしても、このように給与等経費額のいかんによって、損益の発生に大きな差が出てくることにはやはり一つの問題があるといわなければならないであろう。

8. むすび

看護と財務の関係を考える場合に、最も大切なことは、発想の方向と順序である。ここでは、何よりもまず、患者にとって必要な看護サービスとは、量的および質的に、どのようなものであるべきかということが考えられなければならない。次には、そうしたサービスを実現するために必要な費用の額はどれほどになるかと

ということが考えられることになる。その場合、看護体制の編成の仕方や、夜勤体制の合理化、あるいは、業務の効率化といったようなことが、費用の発生額に非常に大きく関係する。従って、そこでは、必要なサービス内容を実現するための最少額が目標とされなければならない。そうして、最後に、その費用を回収できるだけの料金を設定する。そういう順序で、事柄は考えられなければならないのである。

しかし、現状は順序がむしろその逆になっているように思われる。それが病院には赤字を、看護従事者にはオーバーワークを、そして患者にはサービス不足を生んでいる最大の原因である。このことが、看護界のみならず医療界全体、ひいてはわが国の社会全体の大きな不幸であることは、あらためて述べるまでもあるまい。本研究がそうした現況の改善に少しでも役立つことになるならば、まことに幸いである。