

病院経営と看護職給与

——自治体病院を中心として——

西村 周三*

1. はじめに

看護職のおかれている労働条件を考察するさいには、一方でこの問題を個々の医療施設の内部の問題として捉えることが重要であり、他方で医療施設を取り巻く諸制度との関わりでこれを捉えることが重要である。さらに、これら2つの側面での捉え方がそれぞれ独立して行ないうるものでないこともいうまでもない。例えば、看護職の専門職性を論じるさいには、一方で、一医療施設内での問題としてそれを捉え、そこを訪れる患者との関連、また施設内の他の職種の人々との職務の分担の問題などを明らかにする必要がある。さらに、他方で医療施設を取り巻く諸環境（地域社会、自治体、国家など）のなかで、看護職の専門職性がどのようなものとしてとらえられ、またどのように評価されるのかも考察する必要がある。さらにこれら2つの捉え方が相互に独立したものではありえない。看護労働の社会的評価は一医療施設内での位置づけにも左右されるであろうからである。

* 横浜国立大学

本稿では、このような視点に立ちつつ、特に以下のかざられた問題に焦点をしぼって考察を加えることにする。

- 1) 本稿では、問題を看護労働の経済的側面、特に給与の問題に議論を限定する。議論が経済的側面にのみ限定されるのは、筆者の担当する分担ということによるのであるが、問題が給与に限定されるのは筆者が用いる資料の制約によるものである。
- 2) さらに、われわれは対象を自治体病院にのみ限定することにする。この限定も資料の限定によるものではあるが、その理由によるのみではない。すなわち、本稿では同じ制度的状況におかれたいくつかの病院を比較することによって、病院のとり行動のダイナミズムを推測することを意図するのである。このことの意義は、のちに具体的に述べることにする。以下の論議が他の公的病院、国立病院、私的病院にどの程度あてはまるかは今後の研究をまたなければならない。すでに昨年度の宗像恒次氏の研究によって経営主体別、病院規模別の看護職

労働条件のちがいはいくつか明らかにされているが、本稿ではこういった区別以外のどのような要因が看護職給与に差異を生ぜしめるのかということを検討することを目的とする。

- 3) 以下の議論が統計的・数量的把握に重点がおかれるということもあらかじめ断っておく必要がある。統計的把握が限界をもつことはいまさらいうまでもないが、同時にそれなりの長所を持つことも無視すべきではない。統計的把握に対置される事例研究は、その方法さえ適切であれば、多くの実りのある成果をあげうるということはいまさらいうまでもないが、この場合に、注意すべきことは、1つの事例研究によって得られた結果が他のすべての事例にもあてはまるという一般化の危険をもっているということである。
- 4) 最後に本稿の考察が歴史的要因をほとんど考慮しえないということもあらかじめ断っておきたい。

2. 現行医療制度の経済学的考察

—看護職給与との関連で—

さて、看護職給与に影響を与える要因を経済学的に整理してみよう。以下では、考察を自治体病院を中心に行なうので、医療施設＝病院と考えることにする。看護職給与の問題はこれまで、看護労働市場の問題としてとらえられてきた。このこと自体は定義からいってまったく誤りではないのであるが、看護職者自身が労働する病院の経営との関連については、十分な注

意が払われてこなかったように思われる。われわれが特に注目する自治体病院に関しては、一見すると看護職給与は病院経営の問題と切り離して考察することが可能であるかのように見える。なぜならば、看護職者を含めて、各種職員の給与は自治体の条例で定められており、たてまえとしては病院の経営収支にとっては与件となるものではあっても、経営収支が給与に影響を与えることは考えられないからである。しかし、のちに述べるように、各種職員の給与は病院間でかなりの格差があり、またのちに述べるように自治体病院は独立採算制がしかれているので、病院の経営状態が各種職員の給与に影響を与えることは十分推測されうるのである。また、他の公的病院や私的病院においては、病院の収入が給与に影響を与えることはいまでもない。そこで、まず現行制度の下で病院収入を決定する要因となる診療報酬基準について若干の経済学的考察を加えることにしよう。

2-1 社会保険診療報酬基準の意義

現行制度の下では、保険制度の枠内で病院が診療を行なうかぎりにおいては、すなわち、自由診療を行なわないかぎりにおいては、収入は大部分が社会保険診療報酬基準によって定められることになっている（保険医療機関であっても収入の一部はこの基準によらないものがある。例えば、公衆衛生活動に伴う収入、差額室料など）。個々の診療行為についての価格の不適切さは、つとに批判されるところであるが、このことを論ずるまえに、個々の診療行為について細かな価格づけがなされることそれ自体がそもそも適切であるかが検討されなければならな

い。病院の診療行為に伴う費用をどのような方法で調達するかは種々の方法がある。具体的には、一方の極に現行制度をいま以上に複雑化し個々の診療行為をいま以上に細分化して価格づけを行なうという方法がある。もっとも極端な例としては（実際には考えられないことであるが）、例えば看護婦の一日の職務をタイム・スタディが行なわれるさいに用いられるような分類に従って個々の業務に価格づけということが考えられる。他方の極には、個々の診療行為の差異は無視して、病床規模に比例して一病院の収入の額をあらかじめ固定しておくとか、医師や看護婦現員数の頭数に比例させるとか、患者数に応じた収入額を定めるということが考えられる。この考え方をさらに推し進めた形としては、一病院の受け持ち診療圏を定め、その範囲内での潜在的な受け持ち患者数に比例した収入を定める（イギリスのホーム・ドクター制度にみられる人頭請負方式を想起されたい）という方法がありうる。国立病院の特別会計制というのは、前年度の実績値に基づいて、次年度の予算を定め、これに基づいて収入額の補てんをするという方法であるということができる。これらのいずれの方法もが、それぞれ長所と短所をもっている。例えば、何らかの方法で収入額を定める方法を採用し、費用が収入を上回った場合には、その差額を、例えば国家財政なり、自治体財政なりの一般会計から補てんするというのは、病院にとっては診療に関する自由裁量が直接病院の経営収入を左右する度合いが低いという意味で、少なくとも利潤動機をもたない病院にとっては望ましいものと思われる。し

かし、この場合でも、もしその補てんの方法が定められないのであれば、病院の経営がルースになる可能性があり、職員の給与なども根拠なく引き上げられる可能性がある。従って、この場合も、何らかの補てんのルールを定めざるを得ないのである。それでは収入額を定めるルールが適切であるかどうかを判断する基準は何であろうか。この基準を明確にすることは容易ではないが、この問題を次のように分類して考察することにしよう。具体的には病院の費用は(1)患者、(2)保険者、(3)国または自治体のいずれか、あるいはそれらの組み合わせから調達される。おそらく費用がどこから調達されるかに応じて判断基準は異なるものと思われる。まず疾病が個人の責任に帰せられるべきものとするならば、患者と病院との間でなされる診療行為と、それに対する対価の支払いに対して外部から介入をする余地は比較的少ない。しかし、医療行為によって少なくともすべての人々に最低限の健康を保障するということが必要であれば、事態はきわめて複雑である。この場合、人々が医療行為を受けることが、人々の支払能力に応じて異なるということは認められないのであるから、医療費の支払い方法についてある種のルールを定めざるを得ないのである。この点についてはもちろん反論もありうる。可能な反論の第一は、病院が人々の支払い能力を知ることができれば、病院の判断するところに従って医療費の支払いに格差をつければよいというものである（医は仁術といわれた時代にはある程度このようなことがなされていたといえる。医者は患者が金持ちであるか貧乏人であるかに応

じて高い医療費を請求したり、あるいは無料にしていたのである)。しかし、現代社会では病院が、外部の機関、例えば、国家や自治体や地域社会よりも、人々の支払い能力をよく知りうるという保証はないし、病院が請求する平均的な医療費が適切な水準に定められるという保証もないのである。第二に予想される反論は、医療費の価格は自由なものとし、事後的に要した医療費支出を国家なり自治体が患者に補償するという方法がありうるというものである。しかし、この場合も各病院が適切な価格を付けるという保証は得られない。従って、国家なり自治体なりの財政支出が国民の租税でまかなわれるのである以上、何らかの形で介入が要請されるのである。

ところで、国家ないし自治体あるいは保険者が何らかの形で医療費の支払いに介入すると、新たな問題が生じてくる。それは形式的画一性の要請と情報的効率性の要請というべきものの併存である。形式的画一性の要請というのは次のようなものである。法的な形で何らかの医療費の支払い方法が定められると、行政はそれを画一的に実行することが要請される。2つの病院が一見して同じと思われる診療行為を行なった場合には、どちらの病院についても、その診療行為については同じ収入が得られるようにしなければならない。なぜならば、国家や保険者は、税金なり保険料なりを国民から委託されているのであるから、恣意的な形で2つの病院に差別的な支払いをすることは許されない。しかし、問題はこれのみにとどまらない。いまわれわれは「一見して同じ」診療行為について述べ

たが、「一見して同じ」診療行為に見えても、詳しく検討すると異なるという2つの診療行為についてはどうであろうか。例えば、患者10人に対して看護婦が2人でケアする2つの病院を考えよう。この場合、病院の外部から見るとこれは他の状況が同じであれば、「一見して同じ」診療行為をする病院であるかのように見える。従って、国ないし保険者は同じ看護料金を支払うことになる。しかし「一見して同じ」でも、一方の病院は夜勤の人員が多く、他方の病院は夜勤の人員が少ないというのであれば、これらに対して同じ看護料金を支払うということは好ましくないように思われる。このような例は比較的区別することが容易な例であるが、このように診療行為を細分化していけば、どこかでこれ以上のちがいは無視せざるを得ないという細分化の水準があらわれてくるであろう。そして、細分化が進むとともに、事務上の手続きは煩雑さをきわめてくることになる。しかも、病院の外部から見るとき、事務上の手続きを経て提出された診療行為についての報酬の請求が正しいものであるかをチェックすることも煩雑になる。このような煩雑さの度合をできるだけ少なくしたいという要請を情報的効率性の要請ということにすれば、情報的効率性の要請はつねに形式的画一性をともなうことになるのである。すなわち、できるだけきめの細かい支払い方法を定めようとするれば、情報的効率性の要請がそれだけそこなわれ、逆にできるだけ簡単な形で支払い方法を定めようとするれば(情報的効率性を高めようとするれば)、それだけきめの細かい扱いができなくなるのである。

この結果、診療行為の個別性の貨幣的評価はある水準までは可能であるが、どこかであきらめる必要が出てくるのである。

以上のような考察から、現行診療報酬基準のもつ問題点についての考え方が若干明らかになった。すなわち、現行診療報酬基準を評価するにあたっては、問題を3つに分けなければならない。第一は報酬基準の絶対的な水準の定め方であり、第二は、看護料と薬剤料の比率といった相対的な評価をいかにすべきかという問題であり、第三は、例えば、看護料についてどの程度細分化して定めるべきかという問題である。もちろん、これら2つは相互に関連しているが、これら1つのもつ問題点を指摘することが同時に他の2つの問題点を指摘することには必ずしもならない。むしろ、これら3つの問題はそれぞれ独立して論ずる方がのぞましいということである。

ところで、これら3つの問題のうち第一点は病院の総収入を定める重要な要因である。私的な病院については、この問題について詳しい検討が必要となるが、自治体病院については独立採算制との関連でこれを論ずることが適切であると思われる。次に独立採算制について若干考察することにしよう。

2-2 自治体病院の独立採算制

自治体病院については、その経費は「当該地方公営企業（病院）の経営に伴う収入をもって充てなければならない」（地方公営企業法第17条の2、いくつかの例外項目がある）という独立採算制の規定が設けられている（正確には経費負担の原則）。この結果、毎年経常収支では

ほぼ7割弱の病院が赤字となっている。ただ多くの病院が赤字となること自体がただちに診療報酬の絶対水準を引き上げるべきだということにはならない。なぜならば、かりに赤字となっている病院においてのみ職員の給与が不当に高かったというのであれば、それは黒字病院が正常な状態であるということができるわけだからである。事実はそのような単純な問題に帰せられるのではないが、現に黒字病院が存在することは、単に診療報酬の絶対水準のみの問題ではないということの意味している。絶対水準を引き上げれば赤字病院が減るであろうことは当然であろうが、必ずしもそれが適切な方法であるとは思われない。なぜならば、診療報酬の相対的な水準は現状のままにして絶対水準のみを引き上げれば赤字病院をなくすことはできようが、それに応じて黒字病院はますます黒字となることが予想されるからである。黒字病院と赤字病院とが同じ時点で共存する場合に（正確には収支の差が病院間で大きく異なる場合に）、適切な対処の方法はこのような格差を生じせしめている原因を究明することである。赤字病院が適切な経営努力をしていない場合は、赤字病院に経営努力をせしめるよう指示すべきであるが、他の何らかの要因による場合は適切な処置をとらなければならない。例えば、病床規模の小さい病院に赤字がきわめて多く、規模の大きい病院に黒字が多いのであれば、病床規模に応じて適切な診療報酬の格差をもうける必要がある。もちろん、この場合診療報酬基準の変更があっても病院が診療行為をそれに応じて変更しないという前提が満たされていなければならない

い。また病院がどのような診療を行なうかは事前にはわからず、また訪れる患者の症状も異なるから、いま述べた方法が必ずしも成功するとはかぎらない。しかし、統計的方法によって大ざっぱな見通しを立てることは可能なのである。

以上述べたような観点に立って、現行診療報酬基準における看護労働の評価および看護職給与にかかわる問題について若干の考察を加えることにしよう。

3. 自治体病院経営と看護職給与

まず下の式は、昭和49年度の指定都市を経営主体とする35の病院（精神病院を除く）のクロス・セクション・データに基づいて、患者1人1日当たり診療収入を説明する式の線型回帰式を求めたものである。

$$\begin{aligned} \text{患者} \\ \text{1人1日当り} &= 2571.1 + 33.015 \text{ 医者数} \\ \text{診療収入(円)} & \quad (3.415) \\ & + 2.500 \text{ 看護婦数} + 9.854 \text{ 准看護婦数} \\ & \quad (0.931) \quad (2.151) \end{aligned}$$

$$R^2 = 0.4409$$

$$S^2 = 1057217$$

ここで、係数値の下の()内はt値を示し、 R^2 は自由度修正済決定係数、 S^2 は誤差値の標準偏差の推定値を示す。医師数および准看護婦数に関する係数推定値は1%有意水準で有意であるが、看護婦数のそれは有意ではない。なお、患者1人1日当り診療収入は入院患者のそれと外来患者のそれをたし合わせたものであるが、この比率を説明変数に追加して同様の回帰分析を行なってもここにあげた係数推定値はほとんど変化がない。

この推定式は、次のことを意味している。看護婦数に関する係数推定値が有意ではないが(5%有意水準でも)、このことに注意したう

えでほぼ次のようなことがいえる。49年度の当該クロス・セクション・データ値に関しては、医師の1人の増加が患者1人1日当たり約33円の診療収入の上昇をもたらし、看護婦、准看護婦についての同様の値は約3円、約10円となる。いま、1日当たりの35の病院の平均患者数は661人であるので、各職種別の1人の増加に伴う35病院の平均的な診療収入の増加分が、表一1のように得られる。これを各職種1人1日当たり給与と比較したものが表一1に得られている。このことの意味することは、次のようなものである。平均的な病院が医師を1人増すと、医師の人件費が1日当たり14,000円増すとともに、収入が21,813円増すということであろう。このような値を医師、看護婦、准看護婦について比較すると次のようなことがいえよう。現行診療報酬制度はこれら35病院に関するかぎりは絶対額で医師の労働を最も高く評価するというのは当然のこととしても、それぞれの人件費との相対的な比較でみても医師を最も高く評価し、次いで准看護婦、看護婦の順で評価しているということがいえるのであろう。この結果は次のような推論を裏付ける傍

表一1

医師1人の増加に伴う1日当たりの診療収入の増加分	看護婦1人の増加に伴う1日当たりの診療収入の増加分	准看護婦1人の増加に伴う1日当たりの診療収入の増加分
21,813円	1,983円	6,610円
医師1人1日当たり給与	看護婦1人1日当たり給与	准看護婦1人1日当たり給与
14,000円	7,767円	5,800円

(注) 給与は賞与、諸手当を含む年間給与を365日で割ったものである

証となりうると思われる。第一に、病院にとって収入を考慮するならば、現行制度の下では現在看護職の給与の高いことが赤字の大きな原因になっているという雰囲気生まれるような診療報酬制度になっていること、第二に准看護婦に比較して看護婦を収入の面で高く評価する制度的保証がまったくないということ。

最後にもう1つの興味深い計算結果を示すことにしよう。次の結果は49年度の229の全国の市立病院を標本にとって1病院平均の看護職給与を説明する式を推定したものである。

$$\begin{array}{l} \text{看護婦および} \\ \text{准看護の1病} \\ \text{院平均給与} \\ \text{(千円)(1カ} \\ \text{月当たり)} \end{array} = 77.973 + 0.0123 \text{ 病床数} + 0.0566 \frac{\text{当該市立病院の所在都市の人口}}{\text{1病院平均}} \quad (1.013) \quad (5.016)$$

$$\begin{array}{l} + 4.0325 \text{ 1病院平均} \\ \text{(8.095) 均年令} \\ - 2.0460 \text{ (看護婦+准看護婦) 数} \\ \text{(3.079) 医師数} \end{array} \quad (2.1375) \quad (1.439)$$

$$R^2 = 0.2839$$

$$S^2 = 534.74$$

() 内はt値、 R^2 、 S^2 は前式と同じ、病床数の係数推定値以外はすべて5%水準で有意

この推定結果は次のような興味深い結果を示している。全国の市立病院についてのクロス・セクション・データについては、指定都市の場合とちがってかなり大きな、医師給与、看護職給与に格差がある。この格差は、病床規模のちがいが、当該市立病院の所在する都市の人口のちがいであってある程度は説明されうるが、それとともに、医師の給与が高いほど看護職給与が低く、また医師に比して看護職員(看護婦+准看護婦)が多いほど看護職給与が低いという現象がみられるのである。もちろん、これらの

間に何らかの因果関係があるということはこの結果だけからは何ともいえない。しかし、医師給与の高いところで看護職給与がなぜ相対的に低いのかという原因を探ってみる必要はありそうである。さしあたって次のような推論を試みることはできるのではないだろうか。現行診療報酬制度の下では看護職者の人員を増やすことは病院組織内での診療活動それ自体に貢献することはあっても、医師の増員と比較してそれほど収入の増加には結びつかない。従って看護職者の供給の事情によって比較的低い給与で容易に看護職者を雇い入れることができる場合は、看護職者を増員するが、そうでない場合はそれほど増員しない。また医師の確保は一般に困難なので、高い給与で医師を雇い入れているところでは、できるだけ看護職者を低い給与に抑制するか、あるいは、看護職者の増員を抑制するというものである。このようなことは推測の域を出ないが、少なくとも上の推定結果の示すところと相矛盾するものではない。

4. む す び

本稿で示した計算結果は、きわめてわずかなものであり、第1節で述べた意図のわずかしか果せていないが、それでも病院組織内の給与の配分の一部を垣間見ることができた。これらの問題についての詳しい検討は今後の研究課題とすることにしたい。

参考文献

- 1) 宗像恒次：「看護職の労働条件(給与・労働時間)に関する諸問題—保険料金問題にも言及しつつ—」『昭和49年度日本看護協会調査研究』(日本看護協会)

市原市における保健婦活動の評価と展望

中 島 紀恵子* 松 岡 淳 夫**
鶴 沢 陽 子** 犬 塚 先***

1. はじめに

市原市は、2期にわたる町村合併によって、昭和42年以降、旧市原郡（5町2村）を1市とし、関東においては横浜市に次いで広域な面積を持つ市となった。この間、東京湾臨海部埋立地に造成された工業地域は、京葉工業地帯の中核として、特に重・化学工業の目醒しい進出をみた。これに伴って、労働人口の移動、宅地造成、ゴルフ場などのレジャー産業の再進出など、全地域は、めまぐるしく開発されていった。往時の農業、漁業地域であった景観は失なわれ、住民の経済、消費生活構造にもいちじるしい変化がみられる。この10年間の保健活動上最も大きな問題は、工業地域（臨海部）と後背地域における人口の偏在である。これはかつてのように保健サービスが均等、同質にはゆかないといった課題に対して、変容がせまられる問題を生じせしめた。

ところで、合併によって1郡1市となった市政は、県保健所（市郡管轄→市原保健所）と同一管内の保健サービスを行なうようになった。この場合、保健サービスは2乗にならないまでも、濃厚になるという期待が生じやすい。しかし、1955年頃から保健所行政は、疾病構造の変化とともに、経済5カ年計画によってもたらされた全国的な産業構造の変貌の波の中で、保健所たそがれ論議を派生させつつ、保健所再編成、人員の削減、共同保健計画などが打ち出されていた頃であり、活動は漠として核をつかめない時代であった。市原保健所も例外ではなかったであろう。一方の市原市は、特に資本投下の急増期にあり、市の財源潤沢と二律背反して、公害をはじめ、人口増に伴う医療施設の不足など、住民の健康要求は、多様、かつ強力なものであった。そのため、共同保健計画はそれとして、市独自に、それら要求に効果的に応える事業を早急に企画しなければならなかった。そこで、最初に着手されたのが、保健サービスとしての成人病対策と、それを提供する資源としての保健婦の確保であった。市の保健活

*千葉大学看護学部

**千葉大学教育学部（看護課程）

***千葉大学人文学部