

基準看護と病院経営

石原信吾*

内 容

- I 病院の設立・運営の動機とあり方
 - II 看護定員は何によって決まるか
 - III 病院の高機能化と職員増加の趨勢
 - IV 現在の医療料金の実態
 - V 病院管理からみた看護改善策
- 質疑・討論

I 病院の設立・運営の動機とあり方

病院経営を知る上でいちばん大事なことは、事実をはっきり客観的、原理的にとらえるということです。きょうは基準看護の問題を病院経営の面からみた場合、どうということが考えられるかについて話してみたいと思います。

図1に見られるように、病院の存立性は、社会のニーズに診療機能をもって応えるところにあります。この診療機能を

背後から支えるものが経営機能です。病院が社会のために立派な機能を果たそうと思えば、経営面が十分に整えられていなければなりません。

図2は、病院経営の姿を生物学的に見たものです。資本や収入等の金、マンパワー、技術、それに何よりも需要といった各入力が入ると、出力である機能

図1 病院の存立性

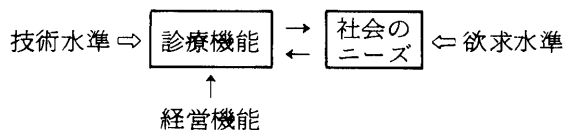
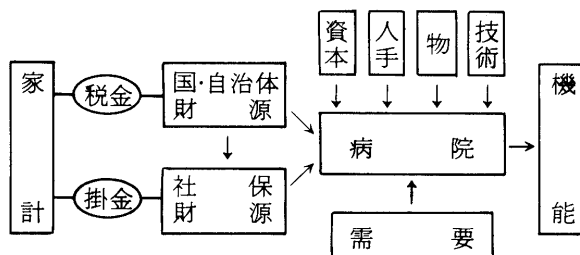


図2 生態学的にみた病院



* いしはら・しんご／病院管理研究所経営管理部

能は十分発揮ができないのであります。

きょうのテーマに関係しますのは、看護の人手でありまして、これが十分入力されなければ、病院の診療機能は十分に発揮できないことはもちろんであります。

それと同時に、金がなくては病院の経営は成り立ちませんので、金の面の仕組みはどうなっているかというのが、きょうのもう1つのテーマになるわけです。

1 病院設立・運営の3つの動機

病院を設立し運営していきますのにはそれぞれ設立の動機、あるいは運営の動機というものがあります。その動機には社会的動機、技術的動機、経済的動機という3つが考えられますが、病院の社会的使命ということだけを考えれば最も望ましいものは社会的動機ということになります。

社会的動機と技術的動機は両立するかということと必ずしもそうではありません。技術的動機から生体解剖をするといった場合は、社会的動機には反することになりますし、あるいは田舎の病院などで、

医師に来てもらうために必要以上の医療機械を買うという場合も、社会的動機とは合致しません。とくに経済的動機というものは社会的動機と合致しない場合が多いかも知れません。

2 病院の経済性と公共性

病院のあり方として、公共性ということが強調されるのは当然ですが、それと同時に経済性というものも無視されてはなりません。たとえば公立病院などは公共性オンリーということも考えられますが、現在のように公立病院が赤字に苦しんでいる場合、そこには経済面からの制約も大きく出ております。

その経済性というものが営利性というものに置き替えられているような場合も実際には見られますが、この営利を目的として病院を設立することは、医療法で禁じられております。そうかといって、純粹に公共性だけでも経営は成り立ちませんので、結局、公共性プラス経済性、あるいは公共性プラス営利性ということになるかと思えます。

Ⅱ 看護定員は何によって決まるか

1 基本＝「業務が数を決める」

次に看護婦^{注1)}の定員というものはどういう因子によって決まるのだろうかということを考えてみたいと思います。本来は看護の業務が要求するだけの数をそろ

注1) 看護婦, 准看護婦の総称として用いる。以下同じ。

えることが望ましいわけですが、現実には、そのようにはなっていないように思われます。もし業務の必要性だけで看護婦数を計算したら、恐らくいまの何倍もの数を置かなければならないだろうという気がします。

業務から必要職員数を決める場合には、私が20年ほど前に考えたものですが、次のような計算式が考えられます。

$$\text{必要職員数} = \frac{\text{その業務に要する1日の総作業時間}}{\text{職員1人1日の実働時間}} \\ = \frac{\sum (\text{単位業務処理時間} \times \text{1日の単位業務数})}{\text{職員1人1日の実働時間}}$$

つまりそこに存在する業務ごとに単位処理時間を出し、1日分の単位業務数と掛け合わせ、そのすべてを合計し、これを職員1人1日の実働時間で割ると必要職員数が出てくるわけです。

2 「数が業務を決める」

もし、そういうことであれば問題はないのですが、実際にはそうはならないで多くの場合、別の基準で人数が先に決まってしまう。その数は一般に必要な数に対して不足する人が多いのですが、そうすると業務のほうがかットされることとなります。こうした基準としては次のようなものが考えられます。

まず、「医療法施行規則第19条1項4号」で、患者4人に看護婦1人という、30年も前に定められた基準があります。

もう1つは健康保健法によるもので、「療養に要する費用の算出方法（昭33・6・30厚生省告示第177号）」というものがあり、それに関連して「同告示第178号」で「看護の基準」というのが示されております。この基準看護に関する点数は数次にわたって改正され、53年に第8次の改正が行なわれて現在に至っております。この制度の基本をなしているのは

これだけの数を置けばここまでの看護はできる、といった考え方です。

しかし、看護職には患者の世話と診療の補助という2つの仕事がありますから、看護職の勤務時間が、その2つにどう配分されるかで仕事の内容が違ってきます。どちらかという、のっぴきならないということで、診療の補助のほうに重点がおかれてくるのではないのでしょうか。そうすると、患者の世話のほうが不足する結果になり、世話を十分するためには人数が少ないということになってきます。

3 「勤務条件が数を決める」

それからもう1つは勤務条件の点から数を決めるという場合があります。たとえば「複数で月8日以内夜勤」という人事院判定、すなわち「ニッパチ」を実現したいということになればそれに必要な数は置かなければならないわけです。

この「ニッパチ」に必要な定数の算出式は次のようになります。

$$\frac{\text{1日の夜勤者数} \times \text{1か月の夜勤日数}}{\text{8日}} = \frac{\text{夜勤}}{\text{メンバー数}}$$

この場合1日の夜勤者数は4人であり1か月の夜勤日数は30日でありますから、それを掛け合わせた120日を8日で割ることになり、15名という夜勤メンバー数が必要だということがわかります。この数よりも人員が少なかったら、どうしてもその数だけは揃えなければなりません。

また、もしこれから週休2日制というような問題が出てきますと、そのため

に必要なだけの数を増やすということも起きてきます。これも勤務条件の点から定員を決める場合の1つの例になります。

4 「経済が定員を決める」

それからもう1つ「経済が定員を決める」という場合があります。病院の経済を左右するのは人件費でありまして、人件費が費用の中に占める率は非常に大きいわけです。60%あるいは場合によれば80%にもなっておりますが、その人件費は経済的な言葉でいえば固定費であります。

たとえばある数の職員が置かれて、それに対する給与制度が決まっておりますと、必ず一定額の人件費が出ます。もし患者さんが1人も来なくてもこの給与費は減らせません。逆に患者さんがだんだん増えて収入が増加しても、この人件費は増えません。その結果、収支状態はよくなります。

この関係は $\frac{\text{人件費}}{\text{収入}}$ で示され人件費率と呼ばれます。ここでは収入が多くなると人件費率は下がるし、収入が減ると人件費率は上がります。それが現在では60%~70%、多いところでは80%という病院もあります。収入がどんどん上がってくれば40%ということにもなり得ます。しかし病院によって機能構造の差が非常に大きくなってきましたので人件費率が60%でも黒字のところもありますし、50%でも赤字になっているところもあります。40年以前頃ですと病院間の機能格差

はそれほどありませんでしたから、人件費率にもそれほど大きな開きがなく、病院の実情がある範囲に固まっておりましたけれども、現在ではそれぞれの病院によって実情が大きく違ってきました。しかし人件費というものが病院の経営に決定的意味を持つことには変わりはありません。

人件費率の内容がどうなっているかを分解してみますと、次の式のようになります。

$$\text{人件費率} = \frac{\text{人件費}}{\text{収益}} = \frac{\text{職員数} \times \text{平均給与}}{\text{患者数} \times \text{平均収益}}$$

そうしますとこの「職員数」と「職員の平均給与」と「患者数」と「患者1人当たりの平均収益」の4つの要素が人件費率に関係してくることがわかります。

普通は患者数に対して職員数、たとえば看護婦は何人というふうに考えますが、収支の問題を考える場合にはこの4つを組み合わせる考えなければなりません。たとえば、職員の平均年齢が高いと平均給与も高くなりますが、もしもその病院が高機能で平均収益が高ければ、人件費はまかなえることになります。また、他の病院に比べて平均収益が倍あれば倍の職員数を置いても人件費率は変わらないわけです。

私は昭和33年に研究所から虎の門病院に行ったときそういう他の要素との関係を考えて定員を決めたことがあるんです。それだけの人員数を置いて、機能を整備すれば、平均収益が非常に高くなる。そ

うすれば他の病院の倍の職員数を置いても経営は成り立つと考えまして、400床に対して職員を800人置きました。

その当時は大体100床あたりの職員数は70人から64~5人というのが普通でし

たから、それを倍の職員数にしてどうして経済が成り立つかとよく言われたものです。それは、平均収益というものを考慮に入れて計算した結果そういうことになったんです。

Ⅲ 病院の高機能化と職員増加の趨勢

1 増員と病院経営

このように経済という立場からこの4つを組み合わせ、職員数を決めることもできるのです。ところがこの4つのうち、昭和40年代には「平均給与」が雪ダルマ式に増えたわけです。毎年10何%、最後には30%というようなベース・アップがありました。それから「職員数」も増えました。私どもの研究所の調べでも40年代の10年間に33%増えております。その増えた第1の原因は、病院の機能が目を見張るような勢いで高度化したことです。そうしますともとの人数ではとてもそれだけの機能を生み出すことはできません。そこで、増員が進んだわけでは

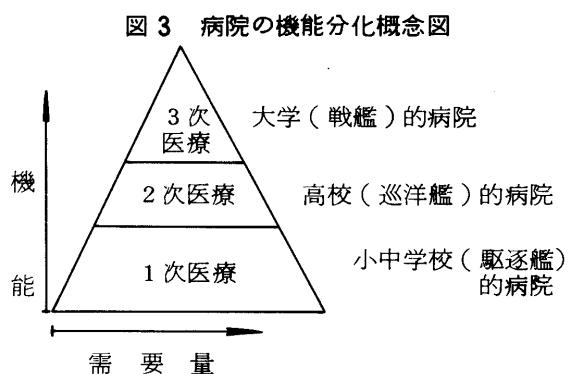
職員数が増え平均給与がどんどん上がったために、ほとんどの病院が破産寸前にまで追い込まれました。職員のうちでいちばん増えたのは、直接医療に関係する医師や看護婦や技術者で、その中でもいちばん増えたのは検査等の医療技術職員で90%も増えその次が看護婦で60%くらいです。これはたまたま私たちの研修に参加された病院のデータですから、そのまま一般化はできないかもしれません

が大体の見当はつくと思います。医師の増加は40%程度でした。もちろん「平均収益」も増えましたけれども、給与増加分が平均収益の増ではまかないきれなくなって特に高機能病院が大赤字になっていったのです。

2 病院機能の分化

昭和40年頃までは、病院間にそんなに大きな機能の格差はなく、その全部を一律にみてもよかったわけです。しかし40年以降あれだけ大きな医療技術の向上がありますと、最上限の病院と底辺の病院ではまったく機能が違ってきています。

図3は病院の機能を縦の方向に、医療の需要量を横の方向にとって描いたものです。



この図は機能分化が進んでいる現在の病院全体の状況を示しています。機能のあまり高くない1次医療の需要は多く、2次医療、3次医療というように機能が高くなるに従って医療の需要は減ってまいります。

この1次、2次、3次という呼び方は医療の働きに質的な差別を設けるような印象を与えるのでよくないという批判もあります。ここではいちばん分かりやすいのでこういうふうな説明にしたわけです。

1次医療というのは小中学校的な病院、2次医療は高等学校あるいは専門学校的な病院、3次医療は大学的な病院と考えれば一そうわかりやすいかもしれません。あるいは1次医療は駆逐艦的病院、2次医療は巡洋艦的病院、3次医療は戦艦的病院と考えてもいいかと思えます。そういうふうに考えてみますとすぐに理解できることですが、戦艦には戦艦なりの乗員数が要ります。巡洋艦や駆逐艦にもまたそれなりの乗員数が考えられましょう。

そこではそれぞれの機能レベルの差によって医療内容が違いますから、同じような技術は適用できません。高機能になればなるほどそれぞれに分化した専門職が必要となり、患者4人に看護婦1人といったような一律の基準ではとてもやっていけないこととなります。ところが行政関係者などは今でも以前と同じような一律的な考え方に立っております。現場というのは患者を抱えておりますから、

それでは非常に苦しいところも当然出てきます。

3 看護業務への影響

ここで、病院の高機能化が看護業務にどんな影響を与えたか考えてみたいと思います。看護の場合、診療の介助と療養上の世話という二つの業務がありますが、その両面において業務の拡大ということをもたらしました。

まず、介助の仕事ですが、医療が高度化して医師の手が足りなくなってきましたと、医師はやはり、上のほうから自分の仕事をとって、それ以下は看護婦に任せます。その結果、看護婦さんにその分だけ多くの負担がかかり、そこを埋めるためにアメリカなどでは看護婦の中に新しい職種が生まれていることは、みなさんご存じの通りです。

このように介助の仕事が増えると同時に、世話の仕事も増えてきました。たとえば大手術が行なわれるようになるとそれに伴って患者さんの世話にも手数がかかりますし、人口の老齢化が進むと老人の難病も増えて、そういう患者の世話にも大変な手数がかかることとなります。そうなりますと昔ながらの看護婦の人数では到底間に合わなくなってきました。そのために前に述べたように、増員がなされたわけです。それでも「業務が数を決める」という本来の考え方からみれば、業務の必要とする人数よりはるかに少ない人数しか置かれていないので、その数

でできる範囲の仕事しかできないということが起こっています。しかし、本来必要とされる仕事が人数が少ないためにできないというのでは困りますから、そこにいろんな問題がでてくるのです。1つには、必要な業務は社会的な要請あるいは看護婦自身の使命感の上からも省けないということになりますと、結局はオーバーワークを強いられることになります。そうなりますと増員しなければならないことになりますけれども、そうすると今度は人件費が上がり、経済的にうまくいかないという問題が出てきます。そういうことで人を増やすようにいくら要求されても応じられず、10年、15年たってもそれが実現できないでいる病院もあります。

2つ目にはもし「ニッパチ」制の上に更に週休2日制が実施されるようになると、基準看護を維持するためにはさらに増員が必要になります。しかし、それにはやはり経済的な面からの問題があります。あるいはそういう制度を実施する場合、ほかのほうにしわ寄せがいくということも起こります。

そういったことでなかなか解決が見つからないのですが、それでも患者の世話の面ではある程度手が抜けるわけでその結果患者さんが見るに見かねる状態になってきますと、外部から付添婦を導入することになります。それによって世話の面の最少限度の必要性を満たしているというのが現状です。

IV 現在の医療料金の実態

1 技術評価料金と原価に基づく料金

次に、医療料金の問題について述べてみたいと思います。医療料金には大きく分けて技術評価にかかわる料金と、原価にかかわる料金とがあると考えられます。

技術評価にかかわる料金というのは医師の働きに対するもので、その働きを社会的にどのように評価して、それに対していくらの報酬を払うかというものです。

そのほかの料金は大体原価にかかわる料金です。実は看護婦さんの働きに対する料金も技術評価に基づく報酬ということにしたいのですが、しかし現在までの

扱い方としては、原価にかかわる料金と見るべきものと思われま

す。原価にかかわる料金の中には、患者数に応じて変わる材料費などのような「変動費にかかわる料金」と、人件費や設備費などのような「固定費にかかわる料金」とがあります。

この固定費にかかわる料金をあらかじめ一定の値段に決めるのは、実は大変むずかしい問題でして、患者さんを何人診るかによって非常に変わってくるのです。固定費がたとえば1,000円の場合に、その固定体制で10人の患者さんを診たとし

ますと1人当たり100円になりますが、もし20人だとしますと1人当たりは50円ということになります。しかし5人診るのが限度だということになれば1人当たりの固定費は200円になり、料金もそれをもとにして決める必要があります。現在職員が増えて人件費がかさみ、機械その他の設備費も高額になって固定費が大変大きくなっています。それに対して患者さん1人あるいは1件当たりの料金をいくらにするかということは、非常に多数の職員を置いたり1台何千万円もするような機械を入れたような場合は、そうでない場合に比べて大きく変わってくるわけで、これを全国一律に決めても意味がなくなってしまうわけです。

これに対して変動費というのは、たとえば給食の材料費のように、患者さんの増減に応じて変動する費用であります。患者さん1人当たりの金額は一定で、患者数によって変わるわけです。この場合は、給食材料に使う費用の額によって料金を決めるべきで、その値段が上がれば、料金も当然上げる必要があるわけです。

看護婦さんの場合、その人件費は一応固定費と考えてよいのですが、看護料金は患者何名に看護婦1人ということで何段階かの料金が決められていまして、患者数が増えれば看護婦数も増やす必要があります。人件費も増えますので、こうした料金の仕組みから見れば、むしろ変動費であるとも考えられます。それで、もし、看護婦と患者の割合で、1:2あるいは

1:1というような看護が受けたければ、これに要する原価だけの料金を設定する必要があるのです。

こうすることで料金決定のメカニズムは医療行為の種類やそれに要する費用の種類によって、その内容に非常な違いがあるわけですが、これはまだ理論的に明確にされておりませんので、現在の料金そのものが非常に便宜的なものになっております。

2 医療費の2つの意味

それからもう1つは医療費とはそもそも何かということです。医療費を上げるとか下げるとか、医療費が高いとか安いとかいいますが、そのときには2つの概念が混在しているわけです。1つの概念は、「医療に対する国民の支払い額」ということで、国民の支払った総医療費が10兆円であればその10兆円が医療費であるという、支払い側の見方に立つものであります。この場合、「医療費を引き上げる」ということは、「国民の総支払い額の拡大」と同じ意味になるわけで、それだけ国民の負担増になるという見方で見られることとなります。

もう1つの概念は、医療者側に立つもので、これだけの医療サービスをするにはこれだけの費用がかかるから、これだけの料金が欲しいというように、「医療の料金」という意味に使われます。

現在使われている医療費という言葉にはこういった2つの意味があるわけです。

ですから国民の側からはその財布の都合でこれだけしか支払いができませんということになりがちで、医療料金も低く抑えられることとなります。そうなれば、医療サービスもそれに見合った程度で提供する以外にないこととなります。

3 看護料金の実情

1) 看護要員配置数の病院格差

同じ看護料金をとっていても、患者100人当たりの看護婦数をみますと、病院によって非常に大きな差があります。

よくベッド数100床当たりで看護婦何人ということを示しますが、これは非常に不正確です。100床のベッドを50床しか使っていないこともあるし、80床使っている場合もあります。また、日本の場合は外来患者数に病院によって非常に多い少ないの開きがあります。そこで、同じ病床規模の病院でも外来患者数には大変大きな差が見られるのです。

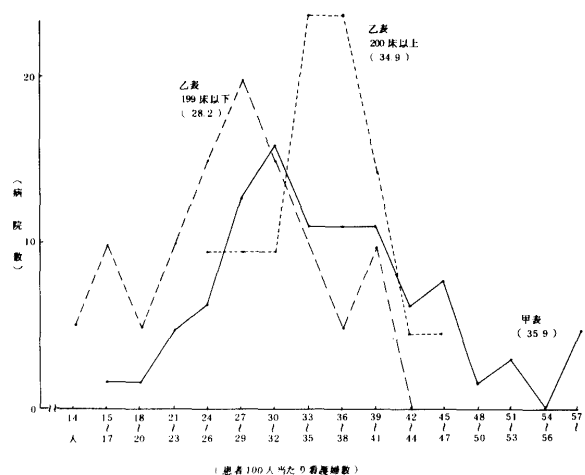
こういう場合にベッド数をもとにして比較するのは非常に不正確なこととなります。そこで、患者実数をもとにして比較するほうがよいのですが、その場合には外来患者を入院患者に換算する必要があります。いま一般には外来3人を入院1人に換算するという計算法が使われています。この換算法で算出した患者数は、一応ある業務量を示すものと考えられます。そうしますと同一の業務量に対しては同じ数の看護婦が配置されてよさそうはずですが、実際には図4、図5のよ

うな結果になっています。これも私どもの研修に参加された病院について調べた統計です。

たとえば図4の甲表のところを見ますと、患者100人に対し看護婦15～17人のところもあれば、57人という非常に高密度の配置をしているところもあります。いちばん山をなしているのは30～32人のところで、平均が35.9人となっております。一部の病棟で「サンパチ」なんかをとる病院では39から44人ぐらいのところが多いわけです。ただし、全体としては30～32以下の病院が比較的多くなっております。

図中にそれぞれ平均看護婦数をだしておきましたが、しかしこんなにデータが分散している場合には平均数というのは

図4 公的病院における看護婦配置の病院格差



注1) 病院管理研究所の研修参加病院(昭和53年108病院)を対象とした。
2) グラフ中()内は平均看護婦数(単位:人)

意味がありません。もし平均数が正常値を示すということであれば35.9の平均に対して57は多過ぎるということになります。業務の必要上で置いているとすれば必ずしも多過ぎるとは言えません。また15人という病院ではその数でやっていけるのかもしれませんが。そういう関係で、たとえば199床以下の乙表病院では、看護婦の配置数は全体的に低い数の方へ寄っております。

それから次の図5を見ていただきますと、私的の199床以下のところでは、54人以上というのが13病院もあるのが見られます。私的の199床以下の病院は、公

的のそれよりも看護婦が少ないだろうという常識的見方は通用しないわけです。

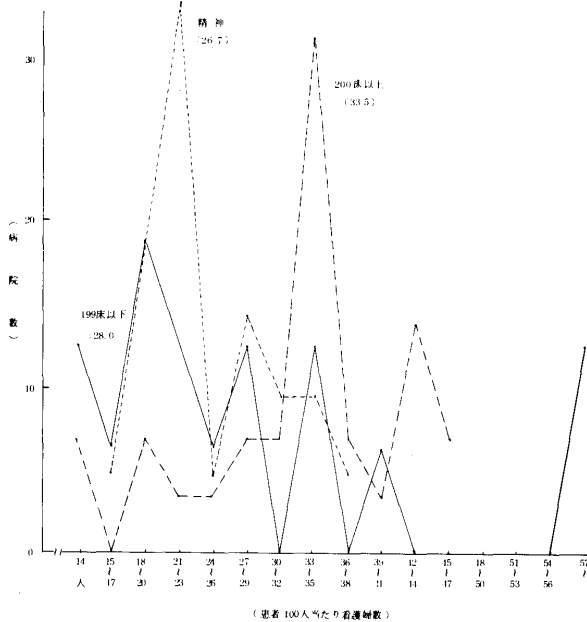
2) 看護婦人件費と看護料金収入

次に、現在基準看護による看護婦1人1か月の収入がどうなっているかを見ますと、たとえば特2類の場合には看護婦さん1人が2.5人の患者さんを見ており、患者1人からの収入が1日3,150円で、その2.5倍が看護婦さん1人による1日の収入ですから、1月にすると基準看護による看護婦さん1人当たりの「収入」は23万6,250円になるわけです。他の類の場合も、同じような計算をしますと、看護婦さん1人当たりの収入は23万円前後でどの類をとってもほぼ同じです。もし、看護婦1人1か月に要する給与その他の「経費」が30万円としますと、看護婦さん1人について1か月6万円の欠損になります。

この場合たとえば患者48人の病棟には特2類では看護婦は19人必要となるので、そうした病棟では1か月に120万円近い損失が発生します。特1類(3:1)の場合は看護婦は16人になりますから1病棟当たりの欠損はもう少し減って100万円弱になります。これを図にしてみますと図6のようになり、看護婦1人当たりの基準看護収入(約23万円)よりも看護婦1人当たりの経費のほうが多い病院では、なるべく低位の類をとったほうが赤字が少なくてすむことがわかります。

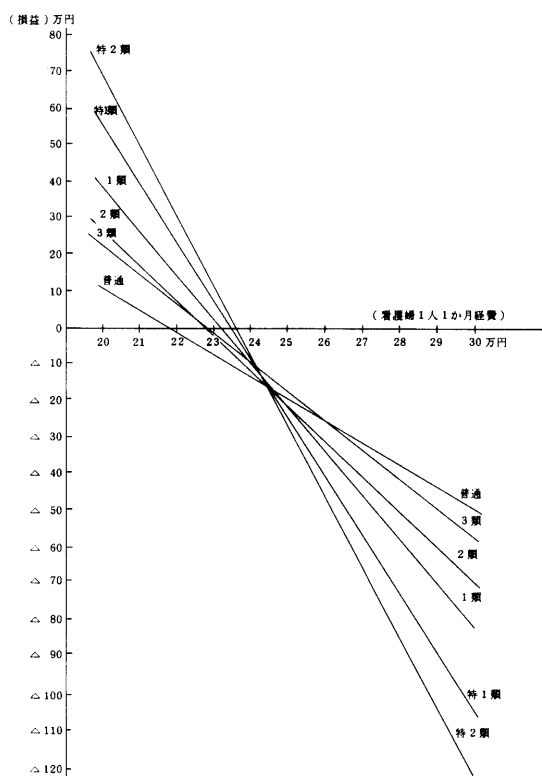
いま公立の病院では看護婦1人1か月

図5 私的病院における看護婦配置の病院格差



注1) 病院管理研究所の研修参加病院(昭和53年74病院)を対象とした。
2) グラフ中()内は平均看護婦数(単位: 人)

図6 看護婦1人当たり経費の差による基準看護種類別1病棟当たりの1か月の損益



の給料その他の経費は、23万や24万どころではないわけです。1つの病棟の患者数は大体48人程度ですから、そんな病棟を10棟も持っていたらいまの計算から大変な欠損になってきます。

4 基準看護料金の改善

基準看護料金が画一的ではなくて段階料金になっていることはいいのですが、その段階の決め方がただ一定の人数を置けばよいということになっているのがいちばん大きな問題だと思います。

先程申しましたように、病院の機能が病院ごとで非常に異なり、看護業務も大

きく拡大してきているのですから、業務内容に正確に対応した段階料金が決められることが必要です。患者数だけでは、決して業務量は測れないことは前に申しした通りです。患者数ではなく、必要とする看護業務量あるいは業務内容によって決めるべきです。

それともう一つ、「診療介助」の分の看護婦の経費をどこでどうみるかという問題もあります。本来、基準看護をとるからにはそれだけの「世話」をする必要があるわけで、そうすると介助の方の人手が足りなくなる。かといって介助のほうの手を抜くことは絶対にできません。そんなことをすればお医者さんが黙ってはいません。それでどうしても看護婦の業務は介助に偏ることになってしまうわけです。

そこで基準看護料金の設定のしかたの改善を考える場合、基準看護の人員は療養上の世話だけをするにすることにするのも1つの改善策になると思います。そうすればそのために置いた看護婦は診療介助はできないことになり、介助のための看護婦の料金は別にみることになってくると思います。今後どんな形にもっていけばよいかは、このような協会がぜひ考えていただきたいものです。

あとは、高機能病院に対してはどうしても特3類を設置することが必要でしょうし、また現在の看護料金を総体的に引き上げることもどうしても必要です。

V 病院管理からみた看護改善策

最後に、病院の現状の中で管理的な努力、工夫によって看護を改善していくことについてお話ししたいと思います。

1 分担業務の整理

看護婦の業務分担を考えてみますと、従来、医師は自分にふさわしい仕事だけを取り、あとは看護婦にまかせてきました。つまり、看護婦は「その他すべての仕事」を分担したわけです。病院の組織化が進むにつれて、薬剤師、放射線技師、検査技師、栄養士等が組織の中に入ってきますが、それらの職種はすべてそれぞれ業務を限定して入ってきます。そのために、看護婦はいつまでたっても「その他すべての仕事」を引き受けなければなりません。

ところが、病院機能の高度化により総体として病院業務量は飛躍的に増加しており、看護部が背負う業務の荷物も当然どんどん増えております。一方、看護人員数には限りがあります。そうすると、どうしても背負った荷物を整理して下ろ

していかないと、十分な仕事ができせんし、またダウンしてしまいます。どういう仕事から整理していくかが問題ですが、現在はどうしてもそれをしなければならない時期が来ていると思われます。

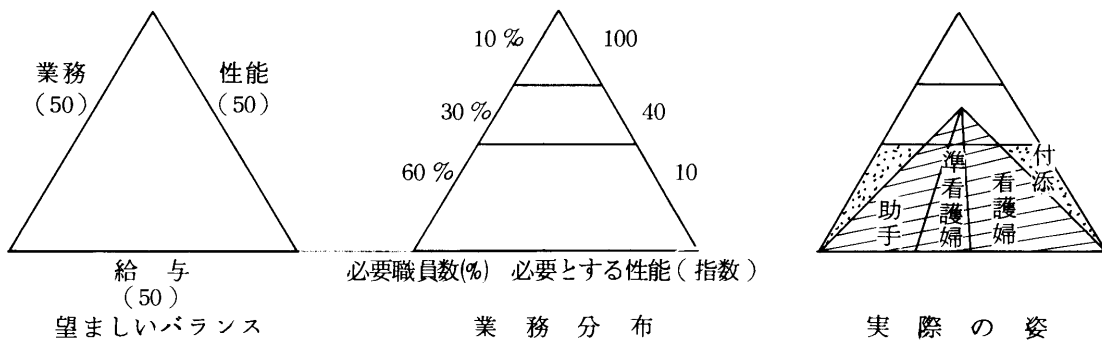
その場合、こちらが一方的に業務を放り出したりすると混乱が起こるので、よく関係部署との調整をとりながらそれを行なう必要があります。いずれにしても、そうしてあとに残る業務は、専門職としての看護婦がするのにふさわしいものであることが望ましいわけです。

2 組織編成の合理化

看護部の組織編成を行なう場合、望ましい姿は、図7に見られるように、たとえば50の性能を必要とする業務には50の性能を持った職員を当て、50の給与を払うという姿になれば最もバランスがとれたいい姿といえます。

一般に、看護部の担当すべき業務分野にはどれだけの性能を必要とする業務がどういう割合で存在するかということを示

図7 勤務編成の姿



したのが図7のまん中の図です。10の性能で出来る仕事は60%も占めていますが、次の段階の40の性能を必要とする仕事は30%ぐらい、最後の100の性能を必要とする仕事は、全体の10%程度に過ぎないということが示されております。40の性能の次の段階が60や70ではなく100の性能となっているところに注意していただきたいと思います。そこはもう、しろうとではとてもできない専門家の業務領域です。これに対して、40までのところは、普通の教育や訓練を受ければできるはずの領域なのです。

いま、もし、この仕事を全部するには100人の職員が必要だとすれば、それぞれの性能を持った職員を10人、30人、60人というふうに配置すれば、左の図の望ましいバランスは実現できます。しかし、実際には、100人必要なところに50人ぐらいしか定員が置かれていません。この場合、仕事は底辺から埋めていかなければなりませんから、結局、いちばん右のような配置の姿となり、なお人手の不足する分は、付添で補っているというのがわが国の実情と言えます。いま取上げているのは、患者の世話の仕事ですが、図のように、看護婦も准看護婦も助手も、みな総がかりで同じ仕事をしています。要するに、それは、将校も下士官も兵隊もみな同じ兵隊の仕事をしている姿と言えます。おまけに、国公立では助手がほとんどいないか、いてもわずかしかないのが普通です。そうすると、これは将

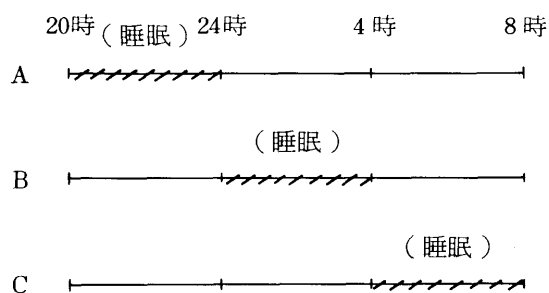
校や下士官だけで編成された軍隊と同じで、そういう人たちが兵隊の仕事をしているわけです。左の2つの図とは程遠い姿と言わざるをえません。しかし、この状態を改善するために、チームの中に助手を入れようとする、今度はたちまち夜勤の問題にぶつかってしまいます。そこに、現在の看護チームの組織編成上の最大の難点が存在すると言えます。

3 夜勤体制の改善

そこでもう1つの問題はいま述べた夜勤体制の改善でありまして、看護婦にとって夜勤というのはどうしても宿命でありますから、夜勤に対する人の配置をどう改善するかということは非常に重要な問題になります。夜勤の場合は業務に対して人を配置するというよりも、時間帯に対して配置するといったほうがいいかもしれません。夜勤をする人はどんなことが起こっても処理できなければいけませんから、それにはどうしても将校（看護婦）が当たらなければならないことになります。もしその病棟の定員が15人でその中に5人の助手を入れたとしますと残りの10人の将校で夜勤をしなければなりません。そうすると将校の夜勤の負担が重くなります。これに対しては、もし夜勤専従者を導入するなどすればその点が非常に改善できます。

それから1日の夜勤者の数を削減するという方法もあります。図8はイギリス方式として紹介されているものですが、

図8 夜勤体制例(イギリス方式)



ふつう4人のところを3人にして各時間帯に勤務者が常に2人就労するように工夫したものです。こういうやり方をしますと夜勤者数は3人ですから次の式から、ニッパチの場合にも15人でなく12人の夜勤メンバーですむことが分かります。

$$\frac{1 \text{ 日の夜勤者数} \times 1 \text{ か月の夜勤日数}}{\text{夜勤メンバー数}} \leq 8 \text{ 日}$$

以上は、この式の分子の部分で工夫したのですが、分母の部分で考えられる工夫もあります。いまそれぞれ夜勤メンバーが10人しかいない2つの病棟がある場合、もしこの2つの病棟を合わせて夜勤を実施できれば、夜勤メンバーは両方で20人という形になり、ニッパチは容易に実現できます。

とにかく現在のように同一メンバーで昼勤も夜勤もするということになると、機能に応じた人員配置といってもそれはできないこととなります。したがって、昼の勤務と夜の勤務をある程度分離させないと、能率的な人員配置はできず、いちばん決定的なこの欠点が改善できないこととなります。もし2人の夜勤専従者を導入することによって、ニッパチの

線は崩さずにメンバーの中に助手を入れることができたかどうかということを示したのが表1ですが、ここにあるようにメンバーの中に約42%の助手が導入できることとなります。

表1 夜勤の半分を夜勤専従者にまかせた場合

① とりうる人員構成

婦長	看護婦・准看護婦	夜勤専従者	助手	計
1	8	2	5	16人

② 昼間配置人員構成

	婦長	看護婦・准看護婦	助手	計
実人員	1	6	5	12人
百分率	58.3		41.7	100.0%

私は現在日本ではどうして同一メンバーによる8時間勤務の3交替制一本になっているのかが不思議でならないのです。そこで調べてみましたところ、昭和25年1月9日に「厚生省訓令第1号」というのが出ているのです。これは国立医療機関に対してのもので、「特別の勤務に従事する職員の勤務時間に関する規定」というものです。その第2条に、「看護婦及び助産婦は交替勤務とし、その各組の勤務時間は休憩時間を除いて1日8時間とする」となっています。

おそらくこの規定が現在の3交替制の基本になっているのではないかと思いますが、しかしこの規定にはほかの勤務方法のこともいろいろ書いてありまして、変形勤務の場合は1週44時間の範囲内で、1日の勤務時間を8時間以上に延長する

ことも認められているのです。

業務効率の向上については、先ほどの必要職員数の算定式で単位業務の処理時間のところを短縮することと、むだな業務があればそれを排除することなどが考えられます。

最後に申し上げたいことは正しい実態認識の重要性です。ここで申し上げてきたような実態認識の上に立って問題の解決を考えまないと、現状のままでただ願望だけに導かれていろいろ考えてみても現実決して動かないということをご理解ください。

質疑・討論

1 看護婦の診療介助による収入のゆくえ

質問 病棟では、基準看護によって看護料金が入ってきますが、診療介助 — 注射料とか手術の介助 — の看護婦の働きは診療収入のほうに含まれることになっていると、かつて厚生省から聞きました。実際は点滴などでも、医師の少ない場合はほとんどを看護婦がやっています。

病院が料金を取る立場ではどちらがやろうと同じですが、看護側からいえば看護の人員の負担になるわけです。ことに低い基準で看護婦の定員を決めているところでは、基準看護による人員以外に診療介助の分として看護婦を置けるだけの収入を明確にすることが必要だと思うのですが。

石原 看護婦が医師のために行なった診療介助については、その分だけ病院は収入を得ております。その分が看護部の給料にどれだけ回されて人員増に使われるのか、それが必要ではないかというのが御質問の趣旨だと思います。

ところが現在の病院ではかならずしも

部門ごとに収入を計算して、その分をその部門に還元するというにはなっていないんです。たとえば、看護料金が非常に高まって、それによってさらに10人の看護婦さんが置ける計算になったとしても、その収入を全部看護婦さんに使うことには、どの病院でも恐らくないはずですよ。

実際には、先ほど人件費のところでも申し上げた4つの要素を考慮して、経済的な立場でどれだけ職員が置けるかを決めて、それを各職種間に何等かの考えに基づいて配分していると思います。

たとえば、職員が本当なら1,000人要るところを500人しか置けなかったとしますと、その500人をどう配分するかという形になります。そのときに、私は大変結構だと思うのですが、一般的には看護婦さんにより多く配分する傾向があると思います。というのはかって昭和40年代の後半に看護婦不足のため欠員が埋まらず、病棟閉鎖や入院制限をせざるをえなくなり、経済が苦しいときに更にそれに拍車がかかったことがありますが、看

看護婦さんの数を減らすことは、却ってそのように収益を減らすことにつながるからです。

もう1つ看護については基準看護のための必要職員数という要素がありますから、そういうことから人員を大きく抑制することはないだろうと思います。

最近多くの病院で「ニッパチ」あるいは場合によると「サンパチ」さえとられています。それは勤務条件の問題のほか、それだけ業務に対応する必要があってとられているんだと思います。

ですから1,000人のところを500人にする場合はまず看護婦さんの必要度を70%ぐらい満たし、事務は50%とし、ケース・ワーカーとか栄養士なんかもそれ相応に考慮するというようにして、全体で500人になるような配分をしているわけです。

質問 看護側のほうに厚い配慮がされるということは、要するに基準看護を実施するためということでしょうか。

石原 そうだと思います。

質問 経済的立場から決められた看護婦の数を、小児病棟とかいろいろな病棟に分けるのはどういうふうな基準で分けるのですか。

石原 それは看護婦さんのほうでやっておられるのではないですか。小児科にはこれくらい要るとか神経科にこれくらいでいいというような点をいろいろ考えて、全体的なバランスがとれるようにそれぞれ調整して決めているんだらうと思

います。

2. 看護婦増員のための料金引上げ

質問 原価計算による出来高払いの中で甲表と乙表があり看護協会の会員は甲表をとってる病院の人が多いいと思います。ところが患者のためには乙表がいいんだというようなことを医師会が言っていて、これからの料金改正の中で乙表をアピールしていくんだという話を聞いたんです。甲表、乙表の間にどんな違いがあるのですか。

石原 昭和33年に甲表と乙表を分けたときはいまと考え方がかなり違っていたんです。

甲表はまとめて料金を払おうということで各医療行為のいちいちに料金を払わないで、いわばできるだけ込みで払おうという考え方です。ところが乙表の場合は医師が何かをやればどんな細かい行為でもその1つ1つの行為に料金を計算して払うというやり方です。

中医協で料金を決める場合に立場や力関係等がありまして、乙表のほうに比較的有利に改訂が行なわれてきたことは事実です。それで結局甲表のほうの方が有利だった部分も乙表に取り入れられ、両者の違いがだんだんなくなってきました。

しかしいまの医療料金は総体的に低いんです。たとえば現在最高の医療料金は26万5,000円ですが、アメリカではそういう医療には200万円くらい払っているんです。その点で日本では医療の全部を

値切っていて極めて低いと言えます。もし最高の医療に 200 万円も払ってくれば、それはやはりそれなりに使えると思うんです。いまの人員配置から言って、もし看護が足りなければそれを増やす方にも使えるわけです。またそうしなければ病院は本当には動けないわけです。ですから看護料を上げるというよりも、医療料金全体を上げれば人員がもっと増やせるという方向も 1 つあるのです。

質問 医療料金が低いというご意見ですが、いま日本では総医療費が高すぎると盛んに言われていますので医療料金の単価が抑えられているという形なんでしょうか。

石原 高医療費、高医療費と盛んに言うのですが、その言い方は非常に片手落ちで、もし正確に言うなら、今の時代は「低医療料金・高医療費時代」と言うべきだと思います。もちろん看護料金も非常に低いのです。ところが、「高医療費」の伸びを抑えようとするれば「低医療料金」の方は上げられず、なかなかその改善はむずかしいわけです。ただし、現在高医療費時代ということが盛んに言われていますけれども、私はわが国の経済力からすれば 20 兆や 25 兆円ぐらいまでは大丈夫だと思っています。

3 看護の質的評価

質問 先ほど先生は看護の質的なものも料金の中に入れるべきだとおっしゃったように思います。やはりそのところ

が大きな問題ではないかと思うんです。

人件費率の説明のところで、経済の立場から言えば、賃金の安い人を入れたら人数が増えてもやっていけるということでした。しかし良心的に仕事をやっていると思えば、経験の少ない未熟な者よりは、良くできる人のほうがいいわけです。私たちはそういう職場的な要求がありますが、結局質的な評価ということがないので、病院の機能が経済的な方向に偏るといったことが起こると思います。

そのところを社会的使命という立場から、どうお考えになりますか。

石原 私は質的な評価をすることが、看護のあり方を変えるのではないかと思います。たとえば私が入院した場合、基準看護サービスを受けたほうがもちろんいいわけです。しかし、世話の分野に質的評価を確立することは現実にはなかなかむずかしいと思います。いまは将校が仕事をみんなやっていますから、それほど個人差は出ないわけです。

アメリカでは助手を大いに導入して渡せる仕事はできるだけ渡していったことにより、看護婦は専門的な働きができるようになったと言われます。

ただ日本では、助手をいれるのは夜勤の問題があり、むずかしいと思います。そこに、夜勤に対する工夫が必要となるわけです。いずれにしても看護婦は専門職ですから、専門的な働きを質的に評価することは最終的には是非達成すべき目標だろうと考えています。

4 適切な病院選択と医療料金

質問 病院の高機能化のことですが、高機能で短期間で済むということならいいんですけども、高機能で入院期間が長くなっちゃって……。

石原 そうです。私が調べたら最近1か月で850万円といった高額な医療費の請求例が現われていますがそこでは検査が主なんです。注射料も200万円です。ところがそれは特殊な例ではなく、その850万円のケースの背後にはそういうのいっぱいあるんですね。ところがその中で看護料金がどのくらいになっているかというところ、想像を絶するくらい低いんです。そういうケースがいまどんどん現われてきており、それが総医療費を引き上げる原因になっています。

質問 いまおっしゃったようなことはだんだんエスカレートしていくと思うんですが、どういうやり方をしたら、それに効果的な歯止めがかけられるでしょうか。

石原 厚生省の医療制度審議会にでも提出できればと思っているんですが、いまは医療料金はどんな病院へ入っても画一的なんです。そういう画一的な制度ではなくて、病院全体の中に、それぞれ適当な段階をつけたらいいと思うんです。

いまは診療所と病院の2段階があるだけですが、そんな極端な2つだけの段階ではなくて、この程度の病院ならここに入ればいいというような段階をもっとつくればいい。いろんな段階をつくって、

その段階に応じた入院をすることにすればいいと思うんです。機能格差の機括ができるようになれば、いまおっしゃった問題なども十分是正できることになると思います。

5 老人病院とナーシング・ホーム

質問 精神病院や老人病院の経営状態はどうでしょうか。

石原 先ほどの人件費率の4つの要素 — 職員数、職員の平均給与、患者数、患者1人当たりの平均収益 — を思い出して下さい。

精神病院や老人病院では患者1人当たりの収入は非常に低いのが普通です。去年日本でいちばん黒字を上げた病院というのは、2つ病院を持っている医療法人ですが30億の黒字を出しています。その病院は精神病院で患者1人1日当たりの入院料は5,800円程度と大変低いんですが、一方そうした病院は職員数のほうも少ない。それでいて入院患者数のほうはものすごく多いということで、1床当たりの利益率が非常に高くなってきます。そういうことでいま言われたような病院は患者の1人当たりの平均収入は少ないけれどもかなり大きな黒字が出ているために、最近ベット数が非常に増えております。

質問 老人病院のような姿はやめたほうがいいと思います。特養なり、ナーシング・ホームなりに移さないと、必要のない医療でお金を取られることになりま

す。ただナーシング・ホームなどを医療費で払うことができるのかといったことが、いまいちばん問題だろうと思います。

石原 長崎県の県立島原病院にうかがったことがあります。院長先生がナーシング・ホームみたいなものを特養でつくっているんです。寝たきりで治る見込みのない老人をいつまでも病院で抱えていることのないために、病院の隣に特養としてそれをつくったんですが、そこでは診療も当然必要になりますから、その

場合は病院の援助が受けられるということで、あんな形にするといいいんですね。

ですからいまのように、病院とか福祉施設とかの境をつけていることが問題だと思いますね。境をつけられないのが現実ですから、ナーシング・ホームのようなものをつくり、わずかな違いですから医療費で払うことができるようになればいいと思います。ただしその場合、医療費に段階をつけることは必要でしょう。

(1980年 2月12日 医療行財政研究交流会にて)

Nursing Fees and Hospital Management under the Medical Insurance System

Shingo Ishihara

The National Institute of Hospital Administration

Under the Japanese system of medical insurance, the fees of nursing care are paid to hospitals by funds. There are five levels of nursing fees based upon the number of patients to nursing personnel. This paper discusses the relationship between the way nursing fees are determined and the way hospitals are managed.

The number of a hospital staff is conditioned by the ratio of personnel expenses to the total earnings of a hospital. This is expressed as follows :

$$\text{Ratio of personnel expenses} = \frac{\text{Staff number} \times \text{Average wage per staff}}{\text{Patient number} \times \text{Average profit per patient}}$$

For example, hospitals that make a high average profit per patient, it means that the hospital can provide a high level medical techniques, can afford to keep a large number of staff.

The medical treatments and techniques have made progress since 1965 and it has brought the increase medical fee per patient.

Also the high rate of economic growth in the same period has increased the average wage of staff members as well, resulting in excessively high rates of personnel expenses. Consequently, the gap between hospitals equipped with sophisticated medical instruments and techniques and those without them is widening today.

Similarly, the number of nursing personnel and services differ considerably depending on the hospital. Some hospitals have 15-17 nurses for every 100 patients, while others have as many as 57. But now, the highest fee of the nursing care cannot make enough profit to meet their personnel expenses. Moreover, since nursing fees have been frozen for four years, the hospital income derived from them is actually not enough to meet their personnel expenses, but has caused many hospitals to go into the red.

February 12, 1980
