ヒューマンケア通信（Vol.106　H28 年 10 月 2 日）

＝病院事業の労働生産性＝

この 10 年、患者数は減少したものの、病院の人材数は 2 割以上増えました。
今回は、病院事業の生産性の変動について考えてみます。
（参考）

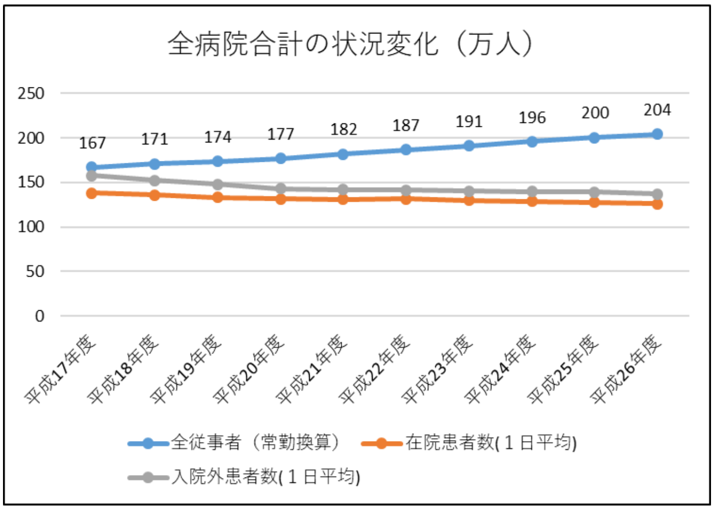
医療費データ	**国民医療費**
介護費データ	**介護給付費実態調査**
患者・従事者データ	**医療施設調査・病院報告**

＜増加する病院事業従事者数＞

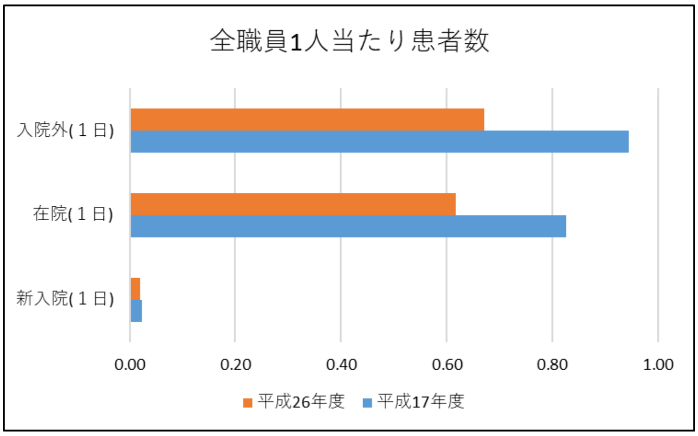
病院には、種々のタイプの病院がありますが、いずれも労働集約的な性格が強い事業です。

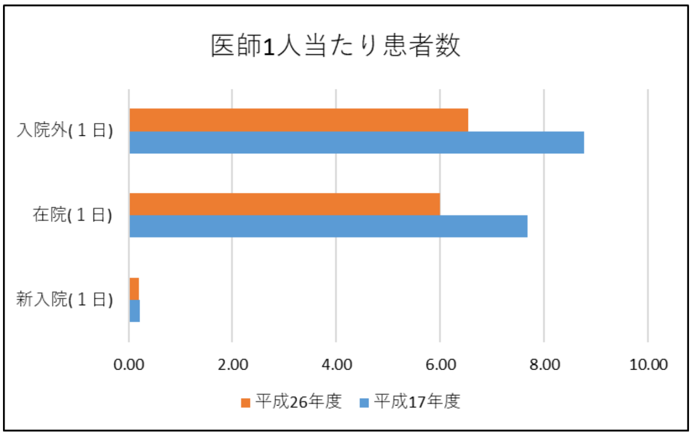
右図のように、病院従事者の総数は 10 年前の平成 17 年度は、167 万人（常勤換算）でしたが、平成 26 年度では、204 万人と 22％の増加です。

この従事者の増加に応じて、病院の患者数は増えていると一般的には考えるでしょうが、実際には、病院の在院患者数は 9％減、入院外患者数は 13％減と大きく減っています。新入院患者数、退院患者数は増えていますが、これも 9％増にとどまっており、この 10 年間は、患者動態とは大きく乖離して病院従事者数が増えたことがわかります。



この結果、従事者 1 人当たりの患者数は、下図のように、全従事者でも、医師あたりでも、入院外・在院で 2～3 割の減、新入院で 1 割程度の減となっています。他のサービス産業で言えば、従事者当たりの顧客数が減っている危機的な状況です。





しかし、この間、病院の在院患者当たりの 1 日単価（医療費＋介護療養）及び入院外患者当たりの 1 日単価が、医療費政策及びそれに対応した病院行動の結果として、3 割前後増えていることから、従事者 1 人当たりの病院収入は、概ね横ばいとなっています。全従事者平均で約 1.0 千万、医師で 9.9 千万という水準です。

この結果、従事者数が増えている分、全体としては病院の収入が増えていることになり、病院収入規模は拡大の一途です。病院にとっては、よい話のように見えますが、次の 2 つの問題が懸念されます。

①　従事者当たりの患者数の減によって生じたはずの時間が何に使われているのか（現状の問題）

②　従事者の増に応じた患者単価の増が今後も継続するのか（将来の問題）

＜従事者１人当たりの生産性が実質低下している懸念＞

従事者当たりの患者数の減によって生じたはずの「時間」が、患者対応に振り向けられ、患者の満足度の向上や、治療効果の向上につながっているのであれば、病院にとっても、患者にとっても、また負担者にとっても良い話であることは言うまでもありません。

しかし、この 10 年間で、医療サービスを提供する医師・看護師等の有資格者の一人ひとりが、これらの医療行為に直接振り向ける時間が減っているように感じます。

例えば医師については、医療訴訟対策として手術前の医師によるリスクの説明が広がっていますが～個人的には医師本人の説明でなくてもよいと思います～これにより医師の手術・処置を行う時間が大幅に減少したことは間違いありません。また、不正請求対策として、細かな事務処理が求められるようになった診療報酬請求事務のために電子カルテ等に向かう時間も増えたと聞きます。

看護師では、お見舞い等で病院に行くと、以前より、スタッフステーションで PC 画面に向かっている人が多いように感じます。これも大量の記録を求められる病院を取り巻く環境変化によるものでしょうし、また、診療報酬の基準設定の失敗で過剰に増えた病院看護師の影響もあるのでしょう。

上記のうち、特に記録等に関するものは、専門職本人でなくても、事務職等による入力で十分と思いますし、本来、患者に直接サービスすることを念頭に、比較的高給に設定されている専門職が事務処理に時間をとられるようでは、専門職の生産性が実質的に低下していることとなります。

こうした問題は、病院の判断で解決すべきでしょうが、どうしても診療報酬制度を経営の基本とする現状では、こうした生産性向上の発想は生まれてきません。今の診療報酬は、基本的に専門職の行動を経済評価するものであり、こうした専門職をサポートする人材の経済評価は医師等に係る一部加算にとどまっています。今後は、経済評価がない人材は増やさないという病院の判断を変えるために、病院の基本体制として、専門職及びサポート人材の配置標準を定めて経済評価をするような方向性が望まれます。

一方、病院も、数多くの人手で行っている今の受付・支払事務について自動化等を早急に進め、その人材を専門職のサポートに振り向けることで、人材の有効活用～生産性の向上を図ることが必要でしょう。

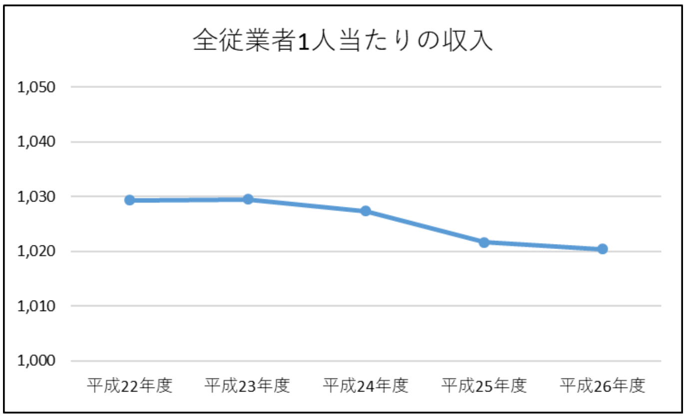
＜既に従事者１人当たりの収入の低下が始まっている＞

人材数が増えると、今までできなかったことができるようになるなど、仕事の質の向上につながると思うのですが、実際には、そうはならない事例が多くあります。

例えば、ある診療科で医師が増えたのですが、当該診療科で行われる手術の難易度は変わらず、件数も増えないということは、珍しいことではありません。また、平成 18 年度に始まった 7:1 看護以降、病院看護師は大幅に増えましたが、院内の教育体制が追い付かず質の面で不安のある人材が増えたという声もよく聞きます。これは事務部門でも同じで、患者数が減っているにも関わらず医事部門等の人員は変わらず、余剰人員が長年放置されているということもよくあります。

いずれも、幹部は、「皆　一生懸命やっている。」と言いますし、やっている本人たちも、楽をしているという認識は一切ありません。しかし、こうした状況が、広がっていないか・・外部の目で一度検証することが必要な段階にあるような気がします。

右図のように、24 年度以降、従業員 1 人当たりの収入が低下傾向～医療費の伸びを上回って従業者が増加中という状況になっており、人を増やすのがサービス改善＝経営改善という図式が成り立たなくなっているからです。



また、今後人材確保も難しくなるという環境もあり、これまでの発想で病院経営にあたると、あっという間に存立の危機を迎えることになります。その結果、医療費の大幅なプラス改定を求めることになるのでしょうが、そうした要請に応える余裕は医療財政にはなさそうです。

病院内を見渡し、人の増えた各部門が一段高い働きをして、良い結果を出せるような環境づくり、設備投資を進めることが、これから 10 年の病院経営者の役割と責任と言えるでしょう。

ヒューマンケア・システム研究所　　代表　北川