

社会保険報酬体系における社会福祉関連職の位置づけ

～診療報酬点数にみる看護職員と介護職員の比較を通して～

The positioning of the social welfare worker in the social insurance payment system.

～The comparison of a nurse and the care person of the health insurance reimbursement～

鎌谷 勇宏

Kamatani, Isahiro

要 旨

“医療から福祉へのシフト”や“医療と福祉の連携”を医療費抑制の手段と捉えることで、福祉が医療の安上がり代替となっている側面にアプローチすることが可能となる。この視点から本稿では、医療機関や診療報酬に社会福祉関係職が組み込まれている実態を批判的に検討した。特に病院において進捗しつつある、「医療行為は看護職員が担当し、医療行為以外は介護職員が担当する」という流れは人件費を抑制する手段であるといえる。介護職員が看護職員の安上がり代替と捉えられていることになるが、この安上がり代替を主導しているのが診療報酬点数であるという仮説のもと入院基本料¹⁾における人員配置と点数の差から看護職員と介護職員の評価差を算出した。その結果、診療報酬点数上では介護職員を看護職員の安上がり代替として扱っていないことが明らかになった。

キーワード：社会保険、診療報酬体系、看護職員、介護職員

はじめに

1980年代より医療費抑制を意図した医療政策が行われ、現在もその方向性が継続されている。この医療費抑制の一つの手段として、医療から福祉²⁾へのシフトが行われている。具体的には、社会的入院の解消、在院日数の短縮、療養病床の削減、などに代表される医療機関から福祉施設・在宅へのシフトである。これに加えて、医療職から介護職へのシフトも平行して行われている。従来、看護職員が配置されていた部分を、資格要件を緩和し看護補助職員でも可とすることによって、人件費を抑制することが可能となる。診療報酬では看護補助者に資格要件を設けていないが、多くの病院の募集要項では介護福祉士やホームヘルパーといった資格要件を求めていることや、業務も介護色の強い内容となっているため、本稿では看護補助者を介護職員として扱う。また、日本病院団体協議会³⁾においても看護補助職員を介護職員と同義に捉えており、⁴⁾中央社会保険医療協議会資料においても看護補助職員の業務内容が、給食（配膳、下膳）、環境整備、リネン交換、患者搬送、入浴介助、清潔介助、排泄ケアなどであることが明らかにされている。⁵⁾

看護職員を介護職員に置き換えることができれば人件費の抑制につながる可能性があるのは、看護職員と介護職員の給与差が大きいためである。ベッドメイキングや介助などの医療

行為でない部分を介護職員が行い、医療行為を看護職員が行う。つまり、人件費の高い看護師には医療行為を担当させ、医療行為以外の部分は人件費の低い介護職員に任せるということである。

そこで、看護職員と介護職員で人件費の差が実際にどのくらいであるのか、また、医療機関の収入の大半を占める診療報酬点数上ではどのような差が設けられているのか、について本稿では検証する。

1章 看護職員と介護職員の比較

1節 医療から福祉へのシフト

まずは、医療から福祉へのシフトの概要について説明する。このシフトの方法は主に3つある。1つは医療保険から介護保険へのシフトであり「制度的シフト」あるいは「財源的シフト」と呼ぶことができる。医療費の高騰を防ぐために介護保険が創設された経緯があるように、医療保険が負担する費用の一部分を介護保険にシフトすることで医療費の高騰に歯止めをかけようとするものである。医療保険から介護保険へのシフトは、結局は財源負担をどうするかという問題であり、日本は介護保険料を徴収することによって新たな財源をつくりだした。

2つ目として、医療機関の患者から福祉施設や在宅の利用者へというシフトであり「サービス提供場所のシフト」である。1つ目の制度的シフトは、どちらかというとな財源的なシフトであることに対して、こちらは医療・福祉サービス提供を行う場所のシフトである。入院が必要でない患者が長期にわたって病院に入院することを社会的入院と呼んでいるが、この社会的入院が高騰する医療費の原因だと捉えられてきた。そして、高騰する医療費を抑制するため、社会的入院患者を介護保険施設や在宅へ転院・退院させようとする政策が行われている。具体的には、一般病院の平均入院日数削減を目指した診療報酬改定や医療保険型療養病床廃止などである。

最後は、看護職員から介護職員へのシフトであり、「サービス提供専門職のシフト」といえる。従来は看護職員が担っていた業務のうち、医療行為ではない部分を介護職員に代替させる方法である。ベッドメイキングや食事介助などは医療行為ではないため、業務をするにあたって看護師資格は必要でない。後で検証するように、人件費の高くつく看護師が医療行為を行い、比較的的人件費を安く抑えられる介護職員が医療行為以外を担当することによって、医療機関が負担する人件費を低く抑えられることになる。

社会福祉の領域で頻繁に主張される「医療と福祉の連携」といえば、患者・利用者に途切れない支援を行えることや、医療現場で社会福祉士や介護職員が活躍できることから、非常に重要で素晴らしいものと考えられているようである。一面的に見れば、社会福祉関連職の活躍の場が増え、患者・利用者への支援を充実させることができるので肯定的に捉えるこ

とができる。しかし、その反面では、介護職員が看護職員の下働きとして捉えられていることも十分に理解しなければならない。このことは、製造業関連の企業が人件費の高低を理由に日本で製品を生産するのではなく海外で製品を生産する、あるいは、一般企業が正規職員を雇用すると人件費が高つくので派遣社員などの非正規職員を雇用する、と同じ土俵で考えるべき問題である。これらの問題に共通するキーワードは「安上がり代替」であり、医療と福祉の連携の裏面では、介護職員が看護職員の安上がり代替と扱われていることも見逃せない。

このように、医療と福祉の連携には安上がり代替としての側面が付きまとう。介護保険にしても、医療費の高騰を解消するべく制定された経緯があり、社会的入院を解消するために医療機関から福祉施設・在宅へ移行していくことも医療費を抑制するためである。さらには看護職員を介護職員に置き換えることで人件費の抑制が期待できるなど、医療から福祉のシフト、あるいは、医療と福祉の連携が政策的に目指される要因として安上がり代替があることを無視してはならない。

医療から福祉へのシフトが行おうとしている安上がり代替の全体像を本稿で扱うことは紙幅の都合上困難なため、その中でも特にサービス提供専門職のシフトについて扱う。次節より、看護職員と介護職員の比較に入るが、介護職員を看護職員の安上がり代替として扱っている主体は誰か、という問題意識のもと検討を行っている。

2 節 看護職員と介護職員の人件費比較

まず、医療機関の中でも特に一般病院を対象に看護職員と介護職員の人件費を比較する。病院における看護職員と介護職員の1ヶ月平均給与を比較すると、看護職員43.4万円に対して、介護職員24.4万円と1.8倍の差となっている（第17回医療経済実態調査⁶⁾）。また、平成21年賃金構造基本統計調査によると、賞与も含めた一般労働者の1ヶ月平均給与⁷⁾は39.2万円となっている。労働条件に問題は抱えているものの、看護師に関しては、一般労働者の平均給与を10%程度上回っている。これに対して介護職員の平均給与は大きく下回っており、一般労働者平均の60%強となっている。

病院における介護職員の平均月額給与は24.4万円であるが、この額はどれほどの額なのであろうか。目安として生活保護基準と比べてみたい。3人家族（父35歳、母35歳、子4歳、大阪市）を例にすると、生活保護基準⁸⁾は食費・光熱費・被服費・住居費などの基礎的生活費だけで月額21.5万円となっており、この額に各種加算がプラスされ、医療費の負担もない。また、3人家族の基礎的生活費が21.5万円であって、4人家族であればさらに4万円程度高くなる。介護職員の平均月額給与は3～4人家族が生活保護から給付される基礎的生活費部分と同等なのである。介護職員が4人家族であったなら、生活保護基準以下の月額給与となる。介護職員の賃金水準が低いことは明白である。

このように看護職員と介護職員の両者を比較すると給与面で大きな差がついていること、また、介護職員の月額給与は生活保護基準に達していない可能性が強くあることがわかる。さらに、看護職員だけでなく、その他の職員と比較しても、介護職員の低賃金は顕著である（〈表1〉参照）。院長、医師、歯科医師、役員は月額給与が100万円を超えており、医療関係職の中では高所得のグループに入る。高所得グループに続くのが薬剤師、看護職員、医療技術員⁹⁾、事務職員の中所得グループである。中所得グループに続いて、技能労務員・労務員¹⁰⁾の低～中所得グループがあり、最後に低所得グループの介護職員がいる。介護職員は、中所得グループの6割程度の賃金にとどまっており、低～中グループの技能労務員・労務員と比較しても月額給与で10万円程度少なくなっている。一般労働者の平均や同じ医療関係職の中で比較しても、さらには、生活保護基準と比較しても介護職員の給与が非常に抑制されていることがわかる。このような介護職員の低賃金は、病院経営者に看護職員の下働きとして介護職員を雇用するインセンティブを生む。具体的に言えば、看護職員が行っている業務のうち、看護職員でなくても業務を遂行できる分野を介護職員に代替させ、それによって人件費を抑制しようとするインセンティブである。

病院における支出の50%強を人件費が占めており、医療は労働集約性の高い領域である。そして、〈表1〉のように人件費の半分近くが看護職員の人件費となっていることから、病院が行う支出の1/4を占める看護職員の人件費を削減できれば、収支改善に効果を発揮することが見込まれる。ここから病院が介護職員を雇用する大きな目的が人件費の削減であるといえる。

〈表1〉医療関係職の職種別月額給与と100床あたり人件費の内訳

| | 100床あたり 平均人員数 | 1人あたり 平均月額給与 | 職種別月額合計人 件費（構成比） |
|--------------|------------------|-----------------|---------------------|
| 院長 | 1.0 | 218.8万円 | 218.8万円（3.7%） |
| 医師 | 11.7 | 123.2万円 | 1441.4万円（24.1%） |
| 歯科医師 | 0.2 | 107.5万円 | 21.5万円（0.4%） |
| 薬剤師 | 3.0 | 47.9万円 | 143.7万円（2.4%） |
| 看護職員 | 60.8 | 43.4万円 | 2638.7万円（44.2%） |
| 介護職員（看護補助職員） | 9.4 | 24.4万円 | 229.4万円（3.8%） |
| 医療技術員 | 14.1 | 42.3万円 | 596.4万円（10.0%） |
| 事務職員 | 11.9 | 40.1万円 | 477.2万円（8.0%） |
| 技能労務員・労務員 | 5.0 | 33.6万円 | 168.0万円（2.8%） |
| 役員 | 0.4 | 100.8万円 | 40.3万円（0.7%） |
| 全体 | 118.6 | — | 5975.4万円（100%） |

(表注)

- ・ 100床あたり人員数は第17回医療経済実態調査では記載されていないため、第16回医療経済実態調査¹¹⁾(2007年実施、一般病院；法人その他全体)を利用している。
- ・ 1人あたり平均給与は第17回医療経済実態調査¹²⁾(2009年実施)を利用している。
- ・ 平均人員数について非常勤は常勤換算している。

看護職員と介護職員では人件費に大きな差があることは明白であるが、病院が実際に看護職員から介護職員にシフトしているのかも確かめなければならない。そこで100床あたりの平均人員数がどのように変化しているのかを〈表2〉で示す。100床あたりの人員数が記載されているのは医療経済実態調査の中でも、2003年の第13回調査から2007年の第15回調査までである。3回分のデータであるが、看護職員が減少し、介護職員が増加していることがわかる。劇的な変化ではなく、少しずつであるが看護職員から介護職員へのシフトが行われているといえる。

ここまでみてきたように給与面で大きく差のついている看護職員と介護職員であるが、病院収入の大半を占める診療報酬での評価、つまり診療報酬点数上における経済的評価を比較し検討する作業を次章で行う。

〈表2〉100床あたりの看護職員数と介護職員数の変遷

| | 14回(2003年調査) | | 15回(2005年調査) | | 16回(2007年調査) | |
|------------------|--------------|-----|--------------|-------|--------------|-------|
| | 人員数 | 前回差 | 人員数 | 前回差 | 人員数 | 前回差 |
| 看護職員 | 64.3人 | — | 62.1人 | —2.3人 | 60.8 | —1.3人 |
| 介護職員 (看護補助職員) | 7.2人 | — | 7.9人 | +0.7人 | 9.4 | +1.5人 |

(表注)

- ・ 医療経済実態調査(その他一般病院；法人・その他の全体)。
- ・ 100床あたりの職員数が記載されている14回～16回調査から抽出。

2章 看護職員と介護職員の診療報酬上での評価比較

1節 診療報酬制度

具体的な分析に入る前に診療報酬について簡単にふれておく。診療報酬とは「医療行為の値段」であり、診療報酬点数表とは「医療行為の価格表」である。診療報酬点数表では、それぞれの医療行為別に細かく点数が付けられており、1点＝10円で計算することで医療行為

の価格を表している。一般的な社会（市場）では、1時間6000円で営業しているマッサージ店もあれば、1時間3000円のマッサージ店もあるなど、サービス提供側（売り手）が自由にモノやサービスの価格を決めている。しかし、保険診療で行われる医療行為は、全てに診療報酬点数が決まっており、医療機関が独自に価格を決定することができない。言い換えれば、医療機関が保険診療をするのであれば、診療報酬点数を遵守しなければならないのである。ただし、診療報酬として公定価格が適用されるのは保険診療のみであって、美容整形などの自由診療は医療機関側が自由に価格を設定することができる。

診療報酬は公定価格となっているため、診療報酬を操作することによって医療のあり方を操作することができる。診療報酬操作が医療のあり方を方向付ける例を2つほど示す。まず、医療費抑制の手段として診療報酬改定（マイナス改定）がある。診療報酬を低く抑制することによって医療費の総枠を抑制することが可能となるなど、医療費にかかる費用を操作することができる。2つ目として、社会的入院などの長期入院を、診療報酬を操作することによって減らすことが可能である。これは、診療報酬を用いて長期入院を直接的に抑制するのではなく、医療機関に患者を長期入院させないようなインセンティブを与える仕組みをとっている。

さらに、診療報酬は2年に1度で定期的に改定されるので、国会で法案を通す場合などに比べて時間や労力がかからず、医療費や医療のあり方を比較的簡単に、それも2年に1回というスパンで定期的に操作できるという特徴も持っている。

2節 診療報酬点数における看護職員と介護職員の点数評価

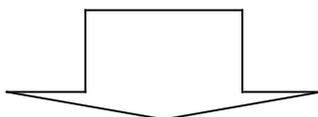
診療報酬点数における看護職員や介護職員の点数評価は明確となっているわけではない。そこで、診療報酬点数における看護職員と介護職員の評価を入院基本料の配置基準の違いから導き出すことで比較する方法をとる。

算出対象として入院基本料を用いるが、看護職員と介護職員の評価を同じ入院基本料から求めるはできない。これは、診療報酬点数上の制約であって、看護職員の評価は一般病床の入院基本料から、介護職員の評価は療養病床の入院基本料から、と違う入院基本料から算出せざるを得ない。看護職員の人員配置によって診療報酬点数が増減するのは一般病棟入院基本料だけである。しかし、一般病棟入院基本料には介護職員が位置づけられていないため介護職員については療養病棟入院基本料から算出する。ここで注意が必要な点として、療養病棟入院基本料に介護職員配置による点数増減が設定されていたのは2006年6月末までであり、7月以降は人員配置基準ではなく、患者の状態で点数が設定されるシステムに変更となったため2006年6月末までの療養病棟入院基本料を用いる（〈表3〉参照）。

〈表3〉療養病棟入院基本料の変更（看護補助職員を本稿では介護職員としている）

2006年6月30日まで

| | 看護配置 | 看護補助配置 | 点数 |
|--------|------|--------|-------|
| 入院基本料1 | 25：1 | 20：1 | 1187点 |
| 入院基本料2 | | 25：1 | 1117点 |



2006年7月1日以降

| | 看護配置 | 看護補助配置 | 点数 |
|--------|------|--------|-------|
| 入院基本料A | 25：1 | 25：1 | 1740点 |
| 入院基本料B | | | 1344点 |
| 入院基本料C | | | 1220点 |
| 入院基本料D | | | 885点 |
| 入院基本料E | | | 764点 |

| | 医療区分1 | 医療区分2 | 医療区分3 |
|--------|-------|-------|-------|
| ADL区分3 | D | B | A |
| ADL区分2 | E | B | A |
| ADL区分1 | E | C | A |

（表注）医療区分は3が重度、1が軽度、ADL区分は1が自立に近く、3は多くの援助が必要。

看護職員と介護職員の具体的な点数評価を算出していくが、それぞれの算出にあたっては、便宜上、患者100名、職員1日8時間勤務の3交替制と仮定している。

①看護職員の評価（一般病床入院基本料から）

〈表4〉一般病棟入院基本料

| | 看護職員配置 | 点数 | 必要看護職員数 |
|--------|--------|-------|---------|
| 入院基本料A | 7：1以上 | 1555点 | 43人以上 |
| 入院基本料B | 10：1以上 | 1269点 | 30人以上 |
| 入院基本料C | 13：1以上 | 1092点 | 24人以上 |

（表注）入院基本料はDとEもあるが、病院の性格が大きく異なることを避けるためA,B,Cを対象とする。必要看護職員数は患者100名で算出。

・入院基本料Aと入院基本料Bの差からみる看護職員1人1日あたりの評価

入院基本料Aと入院基本料Bとの必要看護職員数の差は13人であり、診療報酬点数は患者1人あたり286点（1555点－1269点）増加する。患者1人あたり286点であるから、患者100人に換算すると28600点となり、1点＝10円であることから、28万6千円の増収となる。

ここから看護職員1人1日あたりの評価額を算出すると、28万6千円／13人＝2万2千円となる。さらに1日8時間勤務なので時給換算すると、2万2千円／8時間＝2750円となる。

＊入院基本料Aと入院基本料Bの看護配置と診療報酬点数の差から導き出すことができる、看護職員の1人1日あたりの診療報酬額は2万2千円で、時給換算すると2750円である。

・入院基本料Bと入院基本料Cの差からみる看護職員1人1日あたりの評価

入院基本料Bと入院基本料Cとの必要看護師数の差は6人であり、診療報酬点数は患者1人あたり177点（1269点－1092点）増加する。患者1人あたり177点であるから、患者100人に換算すると17700点となり、17万7千円の増収となる。ここから看護職員1人1日あたりの評価額を算出すると17万7千円／6人＝2万9500円となる。さらに時給換算すると、3688円となる。

＊入院基本料Bと入院基本料Cの看護配置と診療報酬点数の差から導き出すことができる、看護職員の1人1日あたりの診療報酬額は2万9500円で、時給換算すると3688円である。

☆一般病棟入院基本料A，B，Cを用いて算出した結果、看護職員1人1日あたりの診療報酬額は2万2千円～2万9500円であり、時給換算では2750～3688円であることがわかる。

②看護補助者評価（2006年6月までの療養病床入院基本料から）

〈表5〉療養病棟入院基本料（2006年6月末までの点数）

| | 介護（看護補助）職員配置 | 点数 | 必要介護職員数 |
|--------|--------------|-------|---------|
| 入院基本料1 | 20：1 | 1187点 | 15人以上 |
| 入院基本料2 | 25：1 | 1117点 | 12人以上 |

（表注）看護職員配置は25：1で共通。必要介護職員数は患者100名で算出。

・入院基本料1と入院基本料2の差からみる介護職員（看護補助職員）1人1日あたりの評価

入院基本料1と入院基本料2との必要介護職員数の差は3人であり、診療報酬点数は患者1人70点（1187点－1117点）増加する。患者1人あたり70点であるから、患者100人に換算すると7000点となり、7万円の増収となる。ここから介護職員1人1日あたりの評価額を算出すると70000円／3人＝23333円となる。さらに時給換算すると、2917円とある。

☆療養病棟入院基本料1，2を用いて算出結果、看護補助職員1人あたりの評価が1人1日あたり23333円、単時間あたり2917円となる。

〈補足〉評価比較における留意点について

本稿では診療報酬点数の一般病棟入院基本料と療養病棟入院基本料を用いて看護職員と介護職員の評価比較を行ったが、この作業には以下のような限界と制約がある。

- ・ 診療報酬点数上で、看護職員と介護職員の明確な点数評価がされておらず、入院基本料の配置と診療報酬点数の差から算出している。そのため、決定的な比較はできない。
- ・ 診療報酬点数は政策誘導的に設定される側面も持つため、政策策定側の進めたい政策には高い評価が設定されることが多々ある。そのため、診療報酬点数の政策誘導的部分も含めた評価比較となっており、純粹な評価比較ではない。
- ・ 診療報酬は多岐にわたるが、その一部である入院基本料のみを対象としているのにとどまっている。
- ・ 入院基本料の必要人員差と点数から算出した値をそのまま各職員の評価とすることはできない。看護職員、介護職員の1日あたり評価額を算出しているが、この額は専門職の絶対的評価額でない。ここで行えているのは絶対的評価ではなく看護職員と介護職員の相対的比較までである。
- ・ 一般病棟と療養病棟の入院基本料の違いや、病院の性格上の相違を考慮しておらず単純な比較となっている。また、療養病棟入院基本料は2006年6月までの古い点数を使用している。

これらの限界や制約はあるが、現在の診療報酬点数上（入院基本料）における看護職員と介護職員の点数評価を比較することが可能である。この比較を通じて、看護職員と介護職員の点数評価が同等であるのか、違いがあるのかを明らかにすることができる。

3節 評価比較結果の検討

いくつかの限界や制約の条件下であるが、算出した評価比較結果を検討する。一般的イメージでは、診療報酬点数上において看護職員の方が介護職員よりも点数的に優遇されているように感じるかもしれないが、実際はそうではない。看護職員の1人1日あたりの評価額が2万2千円～2万9500円に対して介護職員は2万3333円となっており、点数上では看護職員が優遇され、介護職員が冷遇されている事実はつかめない。つまり、診療報酬点数上においては、介護職員を看護職員の安上がり代替として位置づけていないといえる。

診療報酬上では同等に評価されているとしても、前章で紹介したように現実の給与を比較すると1ヶ月平均給与が看護職員43.4万円に対して、介護職員24.4万円と1.8倍の差となっている。このことから、診療報酬点数が介護職員を看護職員の安上がりと捉えているのではなく、病院経営の立場がそのように捉えていることがわかる。しかし、この低賃金問題を、病院経営者が介護職員を安く雇用している病院経営の問題と捉えてしまっは不十分である。

病院経営の困難さからから、そうせざるを得ない状況に追い込まれているという可能性もある。1980年代からの診療報酬の伸び率抑制に始まり、2002年からは診療報酬のマイナス改定が行われ、病院経営が次第に困難になってきている。その結果、経営を安定化させるために支出を減らす努力がなされ、安い給与で雇用できる介護職員に頼らざるを得ない状況を生んでいる。このことは、低診療報酬に関する問題を介護職員が担わされているともいえる。

診療報酬では看護職員と同等に評価されている介護職員を、病院経営の観点から低い賃金で雇っていることにも問題があるが、それ以上に診療報酬の抑制に代表される医療費抑制政策の過剰から発生する問題である可能性が高い。日本のGDPに占める医療支出の割合は主要先進国（ロシアを除くG8）と比較しても非常に低い。主要先進国のGDPに占める医療支出の割合を示しているのが〈表6〉であるが、日本は最下位である。突出しているアメリカと日本を除く5カ国を平均すると、9.7%であるから、日本は平均よりも1.6ポイント低いことになる。日本のGDPは500兆円程度であるから、額にすると8兆円という大きさになる。日本の国民医療費は35兆円程度であることからすれば、医療費抑制政策の厳しさは目を見張るものである。単純に比較すれば日本の医療費は主要先進国と比較して2割程度抑制されているのであって、この医療費抑制の手段として診療報酬改定が大いに利用されている。介護職員の低賃金問題やその他の多くの医療問題を発生させている根本的な問題が医療における費用の少なさであるといえる。

〈表6〉主要先進国のGDPに占める医療支出¹³⁾の割合

| アメリカ | フランス | ドイツ | カナダ | イタリア | イギリス | 日本 |
|-------|-------|-------|-------|------|------|------|
| 16.0% | 11.0% | 10.4% | 10.1% | 8.7% | 8.4% | 8.1% |

(表注) OECDインディケータ 2009年版¹⁴⁾より。

おわりに

本稿では、病院における介護職員の低賃金問題を診療報酬点数から検討した。そこから、診療報酬上では看護職員と同等に扱われている介護職員であるが、実際の給与は非常に低く抑えられていることを明らかにした。簡潔に言えば、介護職員を看護職員の安上がり代替と捉えているのは、診療報酬点数ではなく、病院経営の立場であるといえる。しかし、この問題を病院経営の問題に矮小化してはならない。1980年代より続く医療費抑制政策で病院経営は非常に厳しくなっており、病院が生き残る手段として介護職員を安く雇用する必要があることも事実である。つまりは、個々の病院の問題ではなく、国家の医療にかかる総枠費用の問題であるといえる。

さらに突き詰めれば、社会的に規定されている介護職員の賃金相場が低いことが問題であ

る。一般的な介護職員の給与水準より病院で働く介護職員の給与水準が低いのであれば、病院経営の問題と捉えることができるが、介護職員の給与水準が低いのは病院だけにとどまらず社会一般の問題である。

病院における介護職員の給与水準を高めるために、診療報酬のプラス改定を望む声もあるが、診療報酬改定だけでは不十分であろう。看護職員と介護職員の比較から明らかになったのは、診療報酬上の評価と実際の給与水準は違うということである。現在の状況の下、介護職員の給与水準を引き上げるには、社会一般の介護職員の水準を引き上げ、そして病院がその給与を支払えるだけの診療報酬収入を確保できる状況をつくるという道筋を順に進むしかない。

注

1) 厚生労働省（我が国の医療制度の概要）による入院基本料の説明は以下である。入院の際に行われる基本的な医学管理、看護、療養環境の提供を含む一連の費用を評価したもの。簡単な検査、処置等の費用を含み、病棟の種別、看護配置、平均在院日数等により区分されている。

(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken01/01.html>)

2) ここでの「福祉」とは主に介護保険施設、介護職員を指している。

3) 日本病院団体協議会とは、以下の団体で構成された組織で医療政策に関する提言などを行っている。所属団体は、国立大学附属病院長会議、独立行政法人国立病院機構、全国公私病院連盟、社団法人全国自治体病院協議会、社団法人全日本病院協会、社団法人日本医療法人協会、社団法人日本私立医科大学協会、社団法人日本精神科病院協会、社団法人日本病院会、一般社団法人日本慢性期医療協会、独立行政法人労働者健康福祉機構、である。

全日本病院協会ホームページ (<http://www.ajha.or.jp/topics/nichibyou/> 2010.12.16) より。

4) 全日本病院団体協議会「平成 22 年度診療報酬改定に係る要望書(第 2 報)」2009 年 7 月 31 日。

5) 中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会(第 144 回)資料「病棟勤務医負担軽減(2)」参照。

6) 平成 21 年調査、一般病院全体の平均値、賞与は 1 / 1.2 として月額給与に算入した。

7) (きまって支給する現金給与額×1.2 + 年間賞与その他特別給与額) / 1.2ヶ月 = 1ヶ月平均給与、とした。また、10 人以上の規模の値を利用している。

8) 生活扶助 160,180 円(第 1 類 106,890 円 + 第 2 類 53,290 円)、住宅扶助 55,000 円として試算した。

9) 診療放射線技師、臨床工学技師、栄養士、理学療法士、作業療法士、歯科技工士などの医療にかかわる専門技術員。

10) 電気・水道・ボイラー業務などの技術員・補助員・労務員。

11) 第 16 回医療経済実態調査については厚生労働省ホームページを参照されたい。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/s0601-5.html>

12) 第 17 回医療経済実態調査については厚生労働省ホームページを参照されたい。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/10/s1030-6.html>

- 13) OECDデータでは、総保健医療支出となっているが、本稿では医療支出としている。
- 14) OECD 編集 (2010) 『図表でみる世界の保健医療 OECD インディケーター (2009年版)』明石書店。