

## 原 著 論 文

# 看護師のコスト意識の構造

## The Structure of Cost Consciousness for Nurse

森 木 妙 子 (Taeko Moriki)\*

山 田 覚 (Satoru Yamada)\*\*

### 要 約

本研究の目的は、看護師が持つコスト意識の実態とコスト意識の構造を明らかにすることである。552名の看護師を対象に質問紙による調査を行ない、共分散構造分析を用いて分析した。その結果、看護師が持つコスト意識は低いとはいえず、実際に節約意識と投入意識の両者の意識を持っていた。看護師のコスト意識の構造は、一般的に使われているような原価意識をもって低コストをめざす意識ではなく、6つの概念で構成されるコスト意識をもって経営に参画していた。6つの構成概念とは、1) 節約・投入意識、2) 看護サービスとコストのバランスを考え行動する意識、3) 医療材料削減意識、4) 労働力意識、5) 患者主体の品質コスト意識、6) 看護師がしなくてもよい業務へのコスト意識である。

看護師も有益な看護サービスを提供するという視点でコスト意識を考えることが必要であり、そのために必要なコスト意識とは、看護サービスの質的な重みを重視して経営に参画しているという意識を持つことである。さらに労働力意識への関心を高め、看護人員や看護サービスの時間をお金として意識し、サービスとコストのバランスを考え行動する意識をもつことが示唆された。

キーワード：コスト意識、節約、投入

### I. は じ め に

医療の本質は経営優先とか利益追求ということではないが、看護師は経営に関係なく看護に専念すればよいというものではない。病院は独立行政法人化やDPCの導入など医療費削減の取り組みがなされ厳しい経営状況にある<sup>1)</sup>。その状況の中で看護師は職員の半数を占めており、病院経営の安定のためには看護師もコスト意識を持つ必要があると考えた。

医療サービスのコストとは、「患者の治療のために行なわれた診療行為との関係によって把握された医療資源（材料や労働）の消費を、貨幣価値で表したものの<sup>2)</sup>」と定義されており、この定義に基づき看護コストとは看護サービスの生産に使われる労働・材料などの資源の消費と考え、看護コストに対する意識をコスト意識と捉えた。

看護部門と病院経営との関わりについて坂

本<sup>3)</sup>は、「看護組織の継続的な運営と病院施策の策定に参画することである」と述べている。その看護組織の継続的な運営とは、生産性の面では入院日数の短縮や病床稼働率の向上を看護組織も支援することであり、また収益性で表せない価値の部分については患者にとって必要性の高いサービスは赤字であってもサービスの質を落とさず提供していくことである。向田<sup>4)</sup>や石垣<sup>5)</sup>らは、看護の質こそが経営には最も重要であり、看護師一人ひとりが質の高い看護を提供することが病院経営に参画することであると述べている。目に見えない患者のニーズに応え有益な看護サービスを提供することは、看護サービスの質を保障し安定した病院経営に通じるものと考えている。

しかし臨床現場で求められる看護師のコスト意識は、節約節減というコストを抑制してしまう傾向にある<sup>6)~9)</sup>。そのコスト抑制の影響は到底満足 of いかない条件の中での看護の提供を余儀なくしている。看護師がコスト意

\*高知大学医学部看護学科

\*\*高知女子大学看護学部

識を持つことの重要性は、有益な看護サービスの提供を考えたとき、大切な医療資源である人件費や材料費を看護介入のどこで消費しているかという意識に目を向けることにあると考える。

またコスト意識という言葉は、これまで病院職員において極めて漠然としか捉えられていなかった<sup>2)</sup>。看護師によってその使い方にバラつきがあると考えられ<sup>10)~13)</sup>、節約節減のために看護職員にコスト意識を醸成すること<sup>11)</sup>はあっても、有益な看護サービスをするためにコスト意識をもつ必要性を述べている研究というのは見当たらない。

先行研究<sup>14)</sup>において、看護師のコスト意識を構成する要素を探索し、「原価意識」、「節約節減の意識」、「コスト投入への意識」、「材料費に関するコスト意識」、「人件費に関するコスト意識」の5つが導き出された。本研究の目的は、看護師が持つコスト意識の実態を明らかにすることと、先行研究で得られた構成要素をもとにコスト意識の構造を明らかにすることの2つである。その結果、看護師に必要なコスト意識についての示唆が得られ、安定した病院経営に貢献できると考えた。

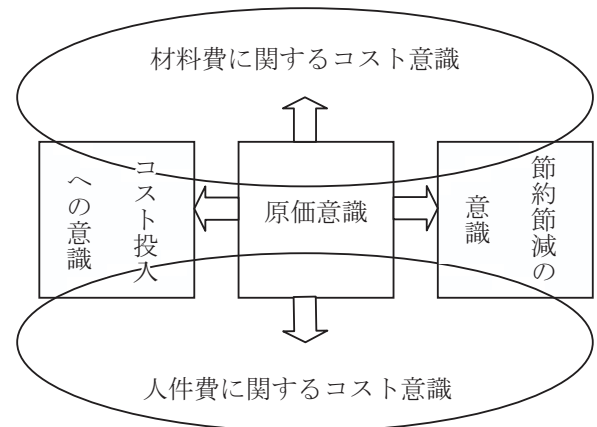
## II. 研究 方 法

### 1. 研究の枠組み

先行研究<sup>14)</sup>で得られた結果をもとに要因図を独自に作成した（図1）。看護師のコスト意識は、「原価意識」「節約節減の意識」「コスト投入への意識」「材料費に関するコスト意識」「人件費に関するコスト意識」の5つの要素から構成され、5つの関係は原価意識をベースとして4つの各要素と因果関係を持っている。また各要素が他の要素に重複する構成となり、5つの要素を含む全体をコスト意識の研究の枠組みとした。

用語の定義：コスト意識とは看護サービスに消費する材料費と人件費に関する意識であり、無駄は省き必要などところへ費用をかけようと行動する意識である。

図1 コスト意識の要因図



### 2. 研究デザイン

質問紙による量的研究

### 3. 研究対象

対象施設の選定は、各施設の看護の質のばらつきを考慮して、病院の規模および機能・医療機能評価における一定の看護サービスの質の保障・看護人員配置数を条件とした。

一般病床数が300床以上で医療機能評価認定病院であり、一般病棟Ⅰ群入院基本料Ⅰを採用していた4施設の看護師552名を対象とした。

### 4. データ収集

研究の枠組みとした要因図をもとにコスト意識の調査項目を研究者独自で作成した。

調査項目は、「原価意識」「節約節減の意識」「コスト投入への意識」「材料費に関するコスト意識」「人件費に関するコスト意識」の5つの要素を導き出した先行研究のインタビュー結果をもとに30項目抽出し、意味内容が類似している項目の精選を繰り返し、アンケート対象者がより回答しやすい時間も考慮し17項目に絞った。

測定尺度は間隔尺度として5段階評定法を用いた。回答者がより正確に答えやすいようにするために、5段階尺度を+2（かなりそう思う）、+1（わりとそう思う）、0（どちらでもない）、-1（あまりそう思わない）、-2（ほとんどそう思わない）とした。

分析時は、測定尺度を数量化するために5

点（かなりそう思う）、4点（わりとそう思う）、3点（どちらでもない）、2点（あまりそう思わない）、1点（ほとんどそう思わない）の分析尺度に変換した。中間点（どちらでもない）は、3点とした。

## 5. 分析方法

- 1) コスト意識の内的整合性の信頼性を確認するためクロンバック $\alpha$ 係数を求める。
- 2) 看護師が持つコスト意識の項目の平均と分散の差の検定を行うために、F検定とt検定（対応なし）を行う。
- 3) コスト意識の構造図を検証するために、（SPSS Ver. 11.5）（SPSS Amos Ver .4.02）
  - (1) 因子分析の主因子法とバリマックス回転を行い、構成要素の探索を行う。
  - (2) さらに共分散構造分析（最尤法）を行い、構造図を検証する。
- ① 共分散構造分析では、構成要素となるものを長方形の観測変数で表し、構成概念となるものを楕円の潜在変数で表した。その誤差をあらわすものとして、観測変数には小さい円状の誤差変数を付け、潜在変数には小さい円状の攪乱変数を付けた。攪乱変数は測定誤差ではなく、潜在変数を規定する観測変数以外の諸要因の集まりの変数である。そして観測変数・潜在変数のそばに表示されるパラメーターは、決定係数（重相関係数の平方）であり、これは要因（観測変数）の影響の程度を表す。一方向の矢印は、標準化偏回帰係数（パス係数）で因果関係の強さを表す。
- ② モデルの当てはまりの良さを表す指標として、カイ2乗値（データとモデルの距離をカイ2乗分布と比較できるように変換した統計量）、適合度GFIと修正適合度AGFI、RMSEA（モデルの複雑さによる見かけ上の適合度の上昇を調整）、AIC（赤池の情報量基準）を使った。個々の因果関係が有意であるかどうかを評価する為、パス係数のワルドの検定（検定統計量が有意差5%水準の標準化得点の値1.96以上）を行なった。

## 6. 倫理的配慮

- 1) 施設長の承諾を得た上で、病院の看護部に研究の目的・意義・方法について述べた文書と質問紙を手渡し、口頭で説明し研究協力の承諾を得た。
- 2) 対象者には紙面上で研究の趣旨と質問紙調査への協力の有無は個人の自由意志であること、研究への参加の有無による不利益は生じないこと、研究結果の公表について説明し、質問紙の回収をもって研究協力の同意とした。
- 3) 質問紙への回答は無記名で、各対象者個人で返信用封筒に封をして病棟に設置した専用封筒に入れてもらい（病棟留め置き法）、4～5日ごとに回収に出向いた。
- 4) 得られたデータは研究目的以外に使用せず、データは統計的に処理し、病院や個人のプライバシーを保護した。

## III. 結 果

アンケート回収結果は552名のうち449名から回答があり（回収率81.3%）、回答に不備のあるものを除いた434名を有効回答（78.6%）とした。

### 1. 対象者の特性

看護師としての経験年数・職位

平均経験年数は14年であり、初心者（経験1年未満）は28名（6.5%）、新人（1年）は30名（6.9%）、一人前（2～4年）は57名（13.2%）、中堅（5～9年）は80名（18.5%）、ベテラン10年以上（10～19年）は111名（25.7%）、ベテラン20年以上は126名（29.2%）であった。

職位では、スタッフが377名（86.9%）、主任・副看護師長は37名（8.5%）、看護師長は20名（4.6%）であった。

### 2. コスト意識17項目の信頼性

コスト意識の質問項目の内的整合性の信頼性確認の為に、クロンバック $\alpha$ 係数を計算し、 $\alpha = 0.8029$ であり、17項目は信頼性があると判断した。

### 3. 看護師がもつコスト意識の因子の分析

看護師のコスト意識の構成要素を探索するために、まず因子分析(主因子法・バリマックス回転)を行った。因子負荷量は表1の通りである。その結果4つの共通因子が抽出された。4つとは「節約投入意識と物品に関する意識」

る意識」、「人件費に関する意識」、「患者主体のサービスに関する意識」、「看護師がしなくても良い業務に関する意識」である。4つの共通因子の累積寄与率は39.712%であった。

表1 コスト意識の因子分析の結果

	共通因子1	共通因子2	共通因子3	共通因子4
人や物をコストとして意識	.540	.343	.140	2.259E-02
節約節約の意識	.823	4.010E-02	.127	-6.037E-02
コスト投入意識	.608	.217	.133	8.407E-02
材料費に関するコスト意識	.626	.250	.208	4.604E-02
医療材料の値段を把握する意識	.575	.301	.223	3.401E-02
物品を無駄にしない意識	.620	3.604E-02	.293	-4.441E-02
勤務時間をお金に換算する意識	.215	.629	.249	.136
人件費に関する意識	.285	.830	.184	1.669E-02
患者のために物品を削らない意識	.292	3.600E-02	.358	.128
効率よく仕事をこなす意識	4.553E-02	8.166E-02	.402	.171
給料に見合う仕事意識	.171	.216	.641	.117
ニーズに応じて時間をかける意識	.257	5.823E-02	.494	.107
看護師がしなくてもいい業務の時間を不経済と思う意識	.210	8.158E-02	1.331E-02	.710
看護師がしなくてもいい業務の看護人員を節約する意識	.167	.104	.127	.608
物品を使いすぎないようにする意識	6.543E-02	1.366E-02	-1.707E-02	-.163
看護師の人数へコストをかける意識	-4.704E-02	7.950E-03	.123	.264
8時間を患者のために使う意識	9.819E-02	9.668E-02	.188	-1.217E-02
固有値	2.843	1.490	1.341	1.077
寄与率(%)	16.724	8.766	7.888	6.333
累積寄与率(%)	16.724	25.490	33.378	39.712

### 4. 看護師が持つコスト意識の実態

全体のコスト意識の平均は、中間点を3.0とすると3.66(SD 0.93)という結果であった。各項目の平均と分散の有意差の有無は、

- 1) 節約意識(平均3.64,SD 0.89)と投入意識(平均3.61,SD 0.88)の間の平均と分散に有意差はなかった。(Fo(432,430)=0.028, n.s.)(to(862)=0.607,n.s.)
- 2) 医療材料の値段を把握する意識(平均3.17,SD 1.07)と物品を無駄にしない意識(平均3.71,SD 0.90)の間の平均と分散に有意差があり、物品を無駄にしない意識のほうが高い。(Fo(430,431)=23.464, p<0.01)(to(839)=8.103, p<0.01)

物品を無駄にしない意識と患者のために

物品を削らない意識(平均3.70,SD 0.78)の間の平均と分散に有意差はみられなかった。看護師は物品を無駄にしない意識を高く持ちながら、物品を削らない意識も同様に持っていることがわかった。(Fo(430,430)=3.691,n.s.)(to(860)=0.282,n.s.)

- 3) 効率よく仕事をこなす意識(平均4.10,SD 0.93)とニーズに応じて時間をかける意識(平均4.00,SD 0.66)の間の平均に有意差はなく、分散に有意差があった。効率よく仕事をこなす意識は、ばらつきが大きく、ニーズに応じて時間をかけようとする意識のばらつきが少ない。(Fo(433,433)=69.133, p<0.01)(to(782)=1.808,n.s.)

効率よく仕事をこなす意識と給料に見合



う仕事意識（平均4.10,SD 0.77）の間の平均に有意差はなく、分散に有意差があった。給料に見合う意識のほうが、ばらつきが少ない。 $(F_{(433,433)}=21.794, p<0.01)$   $(t_{(848)}=1.896, n.s.)$  またニーズに応じて時間をかけようとする意識と給料に見合う仕事意識の間の平均に有意差はなく、分散に有意差があった。ニーズに応じて時間をかけようとする意識のばらつきが少ない。 $(F_{(433,433)}=15.978, p<0.01)$   $(t_{(835)}=0.120, n.s.)$

4) 医療材料の値段を把握する意識と勤務時間をお金に換算する意識（平均3.03,SD1.09）の間の平均と分散に有意な差はみられなかった。 $(F_{(431,433)}=0.385, n.s.)$   $(t_{(864)}=1.925, n.s.)$

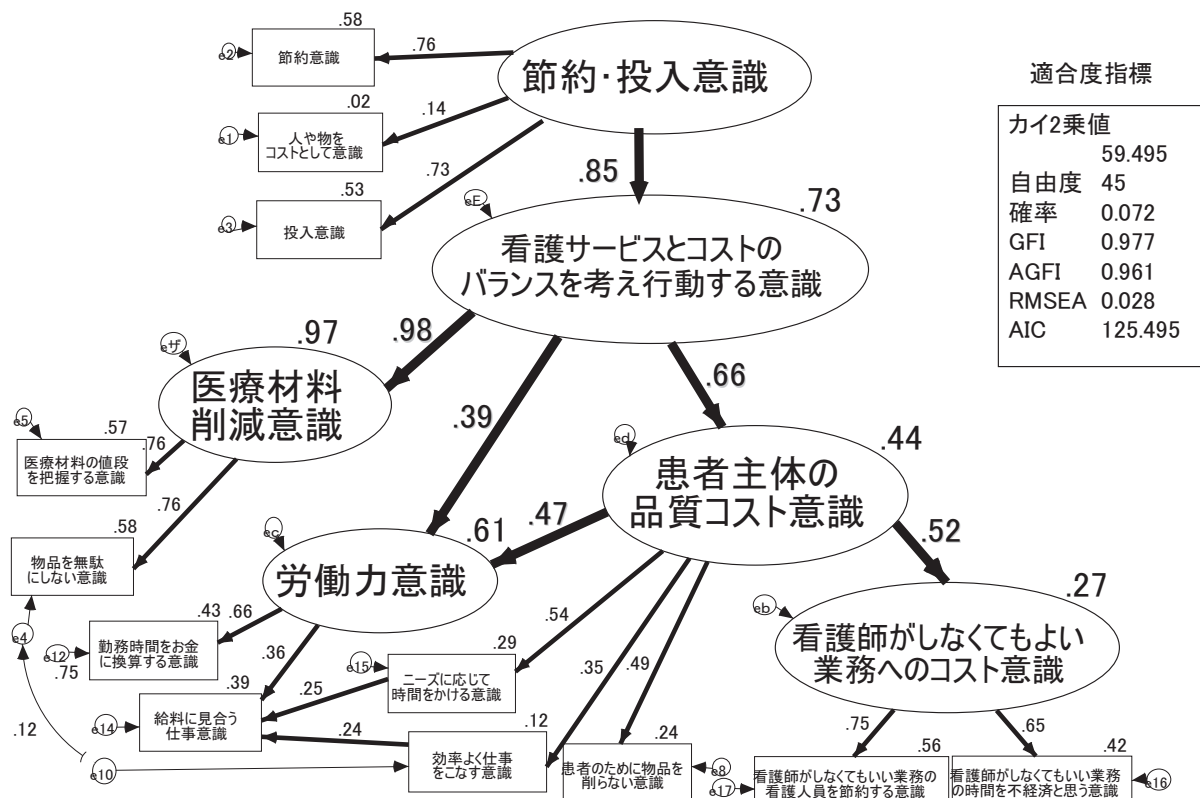
## 5. 看護師がもつコスト意識の構造の分析

因子分析の結果4つの共通因子の累積寄与率は39.712%と低く、このことからコスト意識には他の構成概念が潜んでいるのではないかと考えられた。そこで因子分析から得られた共通因子を説明する変数を参考に、共分散

構造分析（最尤法）を行い、潜在する構成概念を明らかにしそれらの構成概念がどのような因果関係にあるのかを分析した。

その結果コスト意識の構造は楕円形で示す6つの構成概念と長方形で示す12の構成要素から成り立っていた（図2）。6つの構成概念とは1) 節約・投入意識、2) 看護サービスとコストのバランスを考え行動する意識、3) 医療材料削減意識、4) 労働力意識、5) 患者主体の品質コスト意識、6) 看護師がしなくてもよい業務へのコスト意識である。12の構成要素とは1) 節約意識、2) 人や物をコストとして意識、3) 投入意識、4) 医療材料の値段を把握する意識、5) 物品を無駄にしない意識、6) 勤務時間をお金に換算する意識、7) 給料に見合う仕事意識、8) ニーズに応じて時間をかける意識、9) 効率よく仕事をこなす意識、10) 患者のために物品を削らない意識、11) 看護師がしなくてもいい業務の看護人員を節約する意識、12) 看護師がしなくてもいい業務の時間を不経済と思う意識である。

図2 コスト意識の構造図



潜在変数である構成概念間の因果関係は、「節約・投入意識」と看護サービスとコストのバランスを考え行動する意識」との因果関係はパス係数0.85/決定係数0.73であった。また「看護サービスとコストのバランスを考え行動する意識」と因果関係がある「医療材料削減意識」はパス係数0.98/決定係数0.97、「労働力意識」との因果関係はパス係数0.39/決定係数0.61、「患者主体の品質コスト意識」との因果関係はパス係数0.66/決定係数0.44であった。「患者主体の品質コスト意識」と「看護師がしなくてもよい業務へのコスト意識」との因果関係はパス係数0.52/決定係数0.27であった。

このモデルの適合度指標はカイ2乗値59.495、自由度45、確率0.072、GFI 0.977、AGFI 0.961、RMSEA 0.028、AIC 125.495であった。カイ2乗値は小さいほうがモデルの当てはまりが良く、P値が0.072で0.05より大きくモデルは棄却されなかった。GFIは0.977、AGFIは0.961で、どちらも基準の0.9以上を示し、RMSEAは0.028で基準の0.08以下であった。AICも125.495の値が最小のものを選択し、各指標の基準を満たし、仮説と比較してこのモデルが良いという結果を得ることができた。またワルドの検定では、パス係数の検定統計量が1.96を超えており、パス係数はすべて因果関係があると判断した。

#### IV. 考 察

##### 1. 看護師が持つコスト意識の実態

小山は「最近の看護界でコスト意識が本当に低いのかどうかということになると、それを判断する材料に乏しい」と述べている<sup>15)</sup>。全体のコスト意識の平均は3.66であり、中間点3.0と比較すると低いとはいえない。

コスト意識の各項目の平均と分散の差の検定から、実際に看護師が持つコスト意識は節約意識と同様に投入意識も持っていることがわかった。物品に関しても無駄にしない意識と同様に物品を削らない意識も持っていることがわかった。それに対し医療材料の値段を把握する意識は平均が有意に低く、物品を使用する際、値段を把握して使い方を考えると

いう思考より、患者にとって必要だから使うという思考が前提にあり、最終的に患者にとってその物品がどのくらい必要かどうかの判断に基づき、物品の節約投入を意識していると考えられる。

また勤務時間をお金に換算する意識が低いのは、今まで看護をお金に換算することがナンセンスだと思われていた為、時間をお金に換算する意識がついていないからと考えられる。高橋は「看護職員は自分の行なった看護がお金に換算して見えにくいため、看護を金銭と結びつけて考える感覚が薄い」と述べている<sup>16)</sup>。しかし自分自身の仕事を客観化し、効率的・効果的な仕事の考え方ができるようになるには、時間をお金として意識することは必要なことである。

さらに給料に見合う仕事意識・ニーズに応じて時間をかける意識・効率よく仕事をこなす意識の平均はどれも4.0以上と高かった。しかし分散に有意差がみられ効率よく仕事をこなす意識のばらつきは大きく、それに対しニーズに応じて時間をかける意識のばらつきは小さかった。効率よく仕事をこなす意識のばらつきが大きかったのは、有益な看護サービスの提供に時間をかけることを考えたとき、2通りの考え方ができる。第1は、他の業務を素早くこなし本当に必要な看護介入にかかる時間を捻出していることが考えられる。第2は本当に必要なところに看護介入の時間をかけるために効率性を意識することは次の段階という考え方である。それに対しニーズに応じて時間をかける意識のばらつきが少ないのは、看護師が量よりも質を重んじて有益な看護サービスをする意識を強く持っているからだと考える。給料に見合う仕事意識のばらつきに関しては、時間外勤務は給料に反映されなくても苦痛と思わず実施する看護師は、給料に見合うコスト意識は低いと考えられ、それに対し自分の給料が高いと思う看護師はお金に相当する仕事量と内容を実施しようと、給料に見合う意識も高く意識していると考えられる。

##### 2. コスト意識の構造

看護師のコスト意識の構造は複雑な構造を

しており、一般的な使われ方のような原価意識をもって低コストをめざすコスト意識の構造とは異なることがわかった。

コスト意識の構成概念間の因果関係より、節約・投入意識から看護サービスとコストのバランスを考え行動する意識に進展し、さらに医療材料削減意識、労働力意識、患者主体の品質コスト意識、看護師がしなくてもよい業務へのコスト意識へと具体化していた。

経営の側面から考えると、これらの6つの構成概念で構成されているコスト意識をもって経営に参画していた。その特徴は、コスト削減、サービスの質的な重みを重視、看護介入の人件費の部分に無駄な消費があると認識していることであった。看護師がコスト意識を持つことの重要性は、有益な看護サービスの提供を考えたとき、大切な医療資源である人件費や材料費を看護介入のどこで消費しているかという意識に目を向けることにあったと考えたが、松下は「医療資源を大切に使い本当に必要な看護介入は何なのか、何であるべきなのかを究明していかなければ、あるべき医療サービスは生まれない」と述べている<sup>1)</sup>。看護師はこのような視点も考えているため、複雑なコスト意識の構造を示していると考えられる。

また看護師のコスト意識はパス係数の値から考えると医療材料削減意識の占める割合が高く、材料費の削減意識を主体にコストが意識されてきたのではないかと考えられた。それに対し労働力意識や患者主体の品質コスト意識はパス係数の値が低く、労働力や患者主体にコストを意識してきていないためパス係数が低いのではないかと考えられる。病院経営品質の定義によると「病院経営が社会的責任を果たすと共に、利益の源泉である患者の視点から運営され適正利益を確保しつつ、新たな価値を創出しつづける仕組みの達成度である」と述べられている<sup>17)</sup>。

平成18年度の診療報酬改訂で7：1看護が導入され、看護に人件費を投入することで、より高い診療報酬が算定できる社会情勢になった。経営における質的な重みを重視することの意味がますます大きくなり、目に見えない患者のニーズに応え有益な看護サービスを提

供することが経営の安定に貢献することであると考える。坂本は生産性・収益性・安全性・成長性を組織活動の経営評価指標としてあげている<sup>3)</sup>が、医療材料削減意識と労働力意識や患者主体の品質コスト意識の3つの関係は、看護サービスの有益性を考えたとき、この4側面の経営評価指標のバランスにより流動的に変化しているのではないかと考えられる。この3つに共通する潜在変数がコスト意識の構造の中核となる概念と考えた。そのため看護サービスとコストのバランスを考え行動する意識と命名した。看護師がしなくてもよい業務へのコスト意識は、患者主体の品質コスト意識との因果関係を介して間接的に看護サービスとコストのバランスを考え行動する意識と関係していた。

看護師も有益な看護サービスを提供するという視点でコスト意識を考えることが必要であり、そのために必要なコスト意識とは、看護サービスの質的な重みを重視して経営に参画しているという意識を持つことである。さらに労働力意識への関心を高め、看護人員や看護サービスの時間をお金として意識し、サービスとコストのバランスを考え行動する意識をもつことが示唆された。

## V. 結 論

1. 看護師が持つコスト意識は全体の平均が3.66であり中間点3.0と比較すると低いとは言えない。実際に看護師が持つコスト意識は節約意識と投入意識の両者の意識を持っていた。
2. 看護師のコスト意識の構造は複雑な構造をしており、一般的な使われ方のような原価意識をもって低コストをめざすコスト意識の構造とは異なることがわかった。看護師は6つの概念で構成されているコスト意識をもって経営に参画していた。6つの概念とは1) 節約・投入意識、2) 看護サービスとコストのバランスを考え行動する意識、3) 医療材料削減意識、4) 労働力意識、5) 患者主体の品質コスト意識、6) 看護師がしなくてもよい業務のコスト意識である。



3. 看護師も有益な看護サービスを提供するという視点でコスト意識を考えることが必要であり、そのために必要なコスト意識とは、1) 看護サービスの質的な重みを重視して経営に参画しているという意識を持つことである。2) 労働力意識への関心を高め、看護人員や看護サービスの時間をお金として意識しサービスとコストのバランスを考え行動する意識をもつことである。

## VI. 研究の限界と今後の課題

回答が4施設の調査対象者に限られているため、母集団のコスト意識に関して一般化することに限界があることと、共分散構造分析によるモデルは最適と考えられるモデルであり、最終モデルではないことの限界がある。

またさらなるモデルの最適化のために調査対象者を増やし、モデルの検証を行うことが今後の課題である。

## 謝 辞

ご多忙中本調査にご協力くださいました4施設の看護者の皆様、そして研究を承諾して下さいました施設長、看護部長様に心より感謝申し上げます。

本研究は、平成15年度高知女子大学大学院看護学研究科看護管理学専攻修士論文として提出、第8回(2004年)日本看護管理学会学術集会で発表したものに加筆修正を加えたものです。

## <引用・参考文献>

- 1) 松下博宣：看護管理者に対する医療経営教育あり方，病院，64(5)，390～394，2005.
- 2) 飯島佐知子：病院における看護の資源消費量の測定と原価計算の必要性，看護管理，13(8)，598～605，2003.
- 3) 坂本すが：看護部長としての医療経営へのかかわり，病院，64(5)，370～375，2005.
- 4) 向田良子：看護の視点から，看護部長・副院長として病院経営にどう参画するか，病院，64(5)，380～384，2005.
- 5) 石垣靖子：看護の質と医療経営，病院，64(5)，385～389，2005.
- 6) 下原誉子他：コスト削減する為の看護職員の意識の変化，第19回関東甲信越地区看護研究学会収録，348-351，1999.
- 7) 西尾由記子他：看護部と会計課共同による医療材料の削減，日本看護学会論文集第30回看護管理，54-56，1999.
- 8) 武田洋子他：物品管理システム導入とコスト削減策の効果，病院，59(6)，533-536，2000.
- 9) 尾花栄一：看護経営参画とコスト意識求められるマネジメント能力，ナースデータ，17(6)，17-20，1996.
- 10) 今永昌宏 有岡隆他：物品管理の一元化，共済医報，51(3)，275～279，2002.
- 11) 井上宏：婦長の病棟経営はじめの1歩，第4回看護とコスト意識，月刊ナースマネージャー，3(11)，54～58，2002.
- 12) 梶原真由美，平山謙司：原価計算で身につけるコスト意識第1回，患者満足，4(1)，145-152，2000.
- 13) 中村京子：収益性の認識と看護の質向上のための体制づくり，看護展望，25(11)，22-27，2000.
- 14) 森木妙子：看護師のコスト意識を構成する要素，看護・保健科学研究誌，5(1)，13～22，2005.
- 15) 小山秀夫：コスト意識と金銭感覚，病院，62(8)，676～677，2003.
- 16) 高橋礼子：医療の質の観点からの経営参画，看護展望，28(12)，31～38，2003.
- 17) 高梨智弘：個のナレッジをベースとした学習する組織への脱却，日本看護管理学会誌，6(2)，12～19，2003.
- 18) 中山洋子：求められる看護部長・副院長の能力と看護教育，病院，64(5)，366～369，2005.
- 19) 佐藤美智子：患者満足の視点に立った「医療コンシェルジュ」の役割と今後の展開について，臨床看護，33(2)，240～248，2007.
- 20) 武弘道：看護部長は副院長になるべきだ，病院，64(5)，376～379，2005.
- 21) 小林美亜・池上直己：米国における医療経営にかかわる看護職育成の現状病院，64(5)，395～399，2005.