慶應義塾大学学術情報リポジトリ
Keio Associated Repository of Academic resouces

Title	「看護労働力不足」論議の政治経済学：日本の医療供給政策と看護労働力[I]
Sub Title	The Political Economy of the Nurse Shortage Problem : The Supply Policy of Medical Service and The Labor Power of Nurses in Japan
Author	権丈, 善一(Kenjoh, Yoshikazu)
Publisher	
Publication year	1993
Jtitle	三田商学研究 (Mita business review). Vol.36, No.4 (1993. 10) ,p.23- 49
JaLC DOI	
Abstract	生産者行動の理論の中から,消費者主権の原則という先験的公準を取外し,と同時に,マスコミをも動員した生産者主導の政治的圧力を重ね合わせれば,生産者行動の制約条件を幾分緩和させることのできる,そうした状況を仮設してみる。そしてこの上で,生産要素の資源配分問題を考察してみることにしよう。この格好の思考練磨の場の1つに,医療サービスのインプットである看護労働力を対象とした「不足」論議という政治経済問題があると言える。そこで「日本の医療供給政策と看護労働力」というテーマのもとで,消費者需要の神聖不可侵性という経済学上の約束事を忠実に守り通すわけにもいかず,かといって専門的な生産者の欲求のみを神聖不可侵視することもできないという,思考に足枷を科せられた環境の中で,昨今では,「看護婦不足の解決は,『国民的合意』を得ている唯一の医療問題」とまで目されている「看護労働力不足」問題を,再考してみることにする。なお本稿は,「看護労働力」にまつわって,いかなる事実認識がなされているのか,そしてその認識は,いかなる価値前提に基づいて「不足」という名で問題視されているのかを明示的に取扱いながら,そこで見出される価値前提は,今日の医療供給政策を支える価値前提と,互いにいかなる関係を持っているのか,すなわち,われわれは医療保障政策に対してどのような選択の局面に立たされているのかを探る作業の,準備段階に相当する。
Notes	
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00234698-19931025-04083970

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

三田商学研究
第36巻第4号
1993 年10 月

1993年8月4日掲載承認

「看護労働力不足」論議の政治経済学

——日本の医療供給政策と看護労働力〔Ⅰ〕*——

権　丈　善　一

<要　　約>

生産者行動の理論の中から，消費者主権の原則という先験的公準を取外し，と同時に，マスコミをも動員した生産者主導の政治的圧力を重ね合わせれば，生産者行動の制約条件を幾分緩和させることのできる，そうした状況を仮設してみる。そしてこの上で，生産要素の資源配分問題を考察してみることにしよう。この格好の思考練磨の場の1つに，医療サービスのインプットである看護労働力を対象とした「不足」論議という政治経済問題があると言える。

そこで「日本の医療供給政策と看護労働力」というテーマのもとで，消費者需要の神聖不可侵性という経済学上の約束事を忠実に守り通すわけにもいかず，かといって専門的な生産者の欲求のみを神聖不可侵視することもできないという，思考に足枷を科せられた環境の中で，昨今では，「看護婦不足の解決は，『国民的合意』を得ている唯一の医療問題」[1]とまで目されている「看護労働力不足」問題を，再考してみることにする。

なお本稿は，「看護労働力」にまつわって，いかなる事実認識がなされているのか，そしてその認識は，いかなる価値前提に基づいて「不足」という名で問題視されているのかを明示的に取扱いながら，そこで見出される価値前提は，今日の医療供給政策を支える価値前提と，互いにいかなる関係を持っているのか，すなわち，われわれは医療保障政策に対してどのような選択の局面に立たされているのかを探る作業の，準備段階に相当する。

<キーワード>

医療経済，医師誘発需要仮説，看護労働力，不足の経済分析，病院経営，政治経済学，公共経済，社会政策，経済政策，ソーシャル・ニーズ論，世論操作

＊　この小論は，日本経済政策学会第50回大会〔1993年5月30日　於慶應ＳＦＣ〕において報告した，「日本の医療供給政策と看護労働力」の基礎研究部分に相当する。なお，当日，座長及び討論者の労をとって下さった亜細亜大学の加藤壽延先生，京都大学の西村周三先生を始めとする報告会参加者からは数多くの有益なコメントを頂いた。ここに記して謝意を表したい。

1)　二木（1991），p. 164.

1　条件づけ権力の行使とソーシャル・ニーズ論

“地の果て・海の限り”という平面の上にではなく，今の有様に楽天的でない誰かが，“現行の制度を改革することによって達成可能なところ”，すなわち時間の先に，当今よりも彼にとって望ましいと思える理想社会を思い描いたものとしよう。そして民主政治という枠組みの中で，彼が理想社会と現状とのギャップを埋めることを企図するのであれば，彼の狙う制度改革に対して世間に共鳴してもらわなくてはならない。この目的を達成する戦略として，世論操作のための権力行使が必須となってくる。ところでガルブレイスによれば，権力一般を行使する手段は，威嚇権力，報償権力，それに条件づけ権力の3つに分類されるという[2)]。

さて，民主社会にあっては，この世論操作の手段としての威嚇権力，報償権力の行使は法によって限りなく牽制されている。ゆえに，制度改革を狙う主導者は，彼の政治的判断と，他者の自発的な政治的判断とが等しくなるように他者を説得するという，条件づけ権力の行使に頼ることになる。この条件づけ権力行使の奥の手の1つに，広く展開されているソーシャル・ニーズ論がある，と考えられる。

もっとも「人間が社会生活を営むために欠かすことのできない基本的要件」[3)]のことをソーシャル・ニーズと呼ぶようで，また人間の欲求や必要性を意味する“ニーズ”を，殊更にソーシャル・ニーズとして捉え直す際の“ソーシャル”の含意は，「その必要を満たすことが社会の合意となっている」ということであるらしい。さらにこのソーシャル・ニーズは方法論的には，

①専門的知識を持つ者によって判断される規範的ニーズ

②ニーズを持つ者によって感得されたニーズならびに表明されたニーズ

③同じ特性を持つ他者・他グループ・他地域などにおいて判断される比較ニーズ

④社会的価値の導入

の4つに分類規定できるとされている。

ここで，ソーシャル・ニーズ論を展開する方法の1つとして社会的価値（Social Value）が並べられている箇所はトートロジーの誹りを免れないのであるが，これについのコメントはさておき，なるほど，ソーシャル・ニーズ論は，上記4つの方法論に括ることはできるようである。けれども，①～④の方法を駆使することが，欲求とか必要という意味のニーズを，ソーシャルの形容を付するに値したニーズ，すなわち「満たすことが社会の合意となっている」ニーズに転化させる保証はな

---

2)　Galbraith (1983).

3)　『新社会学辞典』〔森岡・塩原・本間編（1992），有斐閣〕における「ソーシャル・ニーズ」の項を参考としている。なお，ソーシャル・ニーズに関する詳しい説明については，三浦文夫（1978a.　1978b），江口英一（1981），永山誠（1992）等を参照してもらいたい。

い。よって，先の4つの方法は，条件づけ権力を行使しやすい4タイプの方法を，ソーシャル・ニーズ論として総括したものとみなし得る。

ここでこれから，看護職員[4]を対象として，いわゆる「看護労働力不足」論議について考えていくのであるが，この論議に登場してくるいくつかの論法の性格を，先ずは，条件づけ権力行使に属するソーシャル・ニーズ論に沿ってサーベイすることから始めよう。

1.1　ソーシャル・ニーズ論と「看護労働力不足」論議

1.1.1　規範的ニーズ論・表明ニーズ論と情報のアシンメトリー

「看護労働力不足」論議では，規範的ニーズ論・表明ニーズ論が，そのイニシアティブを握る。その素因は，次の2点に帰すると考えられる。

1）　医療サービスでは、情報が供給者に偏在している。

2）　看護労働力需要は医療・福祉サービスの派生需要である。

一般に，医療サービスでは，<情報が供給者に偏在している>と考えられているゆえに，医療の専門外に位置する人々は，医療・福祉サービスの内の医療については適切な評価ができないと思いがちとなる。そこで一方，看護労働に関する政策の舵を，いかなる方向に取るべきかという政治的判断を行うには，<看護労働力需要は医療・福祉サービスの派生需要である>という性格のため，医療・福祉サービスの中の医療サービスに触れた政策の舵をいかなる方向に取るべきかという政治的判断に行着く。こうした状況下では，①専門的知識を持つ者によって判断される規範的ニーズはそのまま，②ニーズを持つ者によって感得されたニーズならびに表明されたニーズとなるのであって，これら両ニーズ論に依存しながら理想社会を描かざるを得なくなる思考環境と，この規範的ニーズが条件づけ権力の行使にも有効な方法となる政治環境とが，相関することになる。[5]

ところでここで，医師を含めて，医療サービスの需要者である一般国民および病弱者の欲求構造を，**表1－1　医療サービスに対する需給双方の欲求**により確認しておこう。

この欲求構造についての論を踏襲すれば，医療資源のゲート・キーパーの位置にある医師の規範ニーズ論，表明ニーズ論は，「一般国民と病弱者（A∩B）の共有部分については分配の公正いう観点」[6]からの批判，また「一般国民と医師の共有部分（A∩C）については資源配分の効率化という

---

4)　日本看護協会の概念規定に倣い，看護職員＝有資格看護労働者〔＝正看護婦（士）＋準看護婦（士）〕，看護要員＝看護職員＋無資格看護労働者〔＝看護補助社＋看護助手〕というタームを用いる。そしてさらに，看護労働力を用いる時は，特に断りのない限り，職員数あるいは要員数に時間を乗じた意味に留めている。

5)　付け加えておけば，需給者間の情報のアシンメトリーの程度は，医療と福祉の間では対照的となる。この時，議論の重心が医療から福祉に移行するにつれて，ソーシャル・ニーズ論は，条件づけ権力の行使を成功させる神通力を失っていくことであろう。

6)　池上（1989），p. 55.

表1－1　医療サービスに対する需給双方の欲求

	優先されるサービスの分野	急性／慢性
一般国民　(A)	健康確認，健康増進の医療	急性
病弱者　(B)	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝと看護ｻｰﾋﾞｽ	慢性
医師　(C)	専門分化した医療，先端技術の医療	急性
出所　池上(1989)「医療の公共選択」『公共選択の研究』 Vol. 13, p. 54.		
注　欲求の一致分野についての特徴と問題について池上は次の点を指摘している。		
$A \cap B \cap C$	外部性が強く，医師の知的興味を満足させる AIDS対策のような医療サービス。	
	〔問題点〕疾病構造の中心が成人病に移行した段階では外部性のある医療サービスは極めて少ない。	
$A \cap C$	急性期の専門分化した医療サービス。	
	〔問題点1〕サービスの消費者としての選択と，公共財で供給するべき医療資源のレベルについての決定を下す納税者としての選択は異なる。 〔問題点2〕一般国民が専門分化の結果生じる技術集積によって恩典を受けるためには，自分の病態と医師の専門領域とが一致する必要があるが，このような振分けを行う ﾌﾟﾗｲﾏﾘ・ｹｱの領域は自然科学としての厳密性に欠くため医師集団における優先順位は低い。	
$B \cap C$	臓器移植，人口臓器，介護ロボットなどの先端技術を用いることによって障害が改善される分野。	
	〔問題点〕病弱者に対する適用状況は限られており，医療サービスの大半は ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝと看護ｻｰﾋﾞｽである。そしてこれらの分野は ﾌﾟﾗｲﾏﾘ・ｹｱと同様に biomedical reduction の方法論にそぐわないために医師に優先されない。	

観点」[7]からの批判に対してディフェンスの甘さを残すことになる。ちなみに，看護職員には，「診療上の補助」と「療養上の世話」，それに「その他の業務（連絡，事務，物品管理，清掃，搬送等資格のない者のできる業務）」などの仕事があるといわれている[8]。これらの仕事は，「診療上の補助」を医師へのサービス，「療養上の補助」を患者へのサービス，そして「その他の業務」を他の医療従事者へのサービスと読み直すことができる。表1－1では，患者へのサービス部分，すなわちケア・サービス部分が病弱者の欲求する看護サービスと呼ばれていることは，いうまでもないであろう。

1.1.2　際立つ比較ニーズ論の説得力

そこで次に，③同じ特性を持つ他者・他グループ・他地域などにおいて判断される比較ニーズというものを考えてみよう。図1－1　病床100床当り正看護婦数は，日本の看護婦不足をいう時に，度々引用されるデータである。これは，比較ニーズ論の形態をとりながら，わが国において，看護労働力の不足している状況を人々に説得する意図をもって，すなわち条件づけ権力の行使に引用されているようである。こうした比較ニーズ論の奥義は，比較対象となる他者・他グループ・他地域

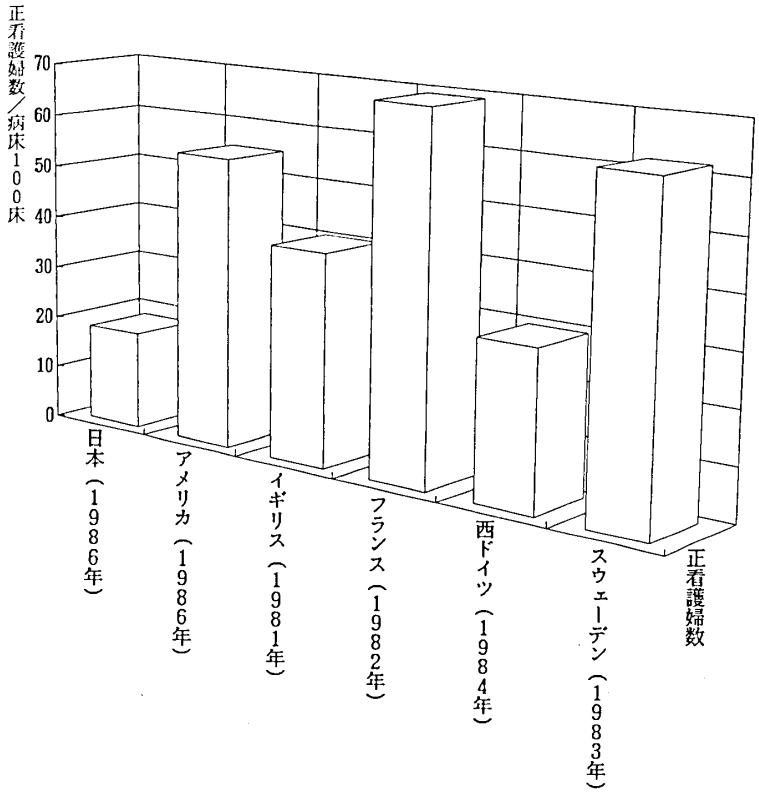
7)　池上（1989），p. 55.

8)　保健婦助産婦看護婦法においては，看護職員を「診療上の補助と療養上の世話」を行える職種であるとの規定があるが，この規定では，現在，看護職員が行っている業務を網羅することはできない。そこで本稿では，看護業務の見直しを討議してきた看護業務検討会の報告書〔「看護業務検討会報告書」〔厚生省保健政策局（1993)〕にみられる，看護業務を念頭において考察を進めていく。

などの「同じ特性」を持つ側面を曖昧にして，「病床100床当り正看護婦数」なる指標の意味をあやふやにしておくことにでもあるのだろう。一見すればなるほど，看護婦の多事多端でやり切れない状況への想像が情緒を揺さぶり，日本の看護婦は「外国に比べてまだまだ圧倒的に少ない」[9]とか「諸外国と比べて極端に低い」[10]という印象と表裏の関係で、日本の看護婦を増やすべきであるという思いを抱かせる。それゆえ，図１－１は，比較ニーズ論による条件づけ権力行使のヒットとして数え上げることができそうである。

しかし，図１－１　病床100床当り正看護婦数の巧妙さばかりを称えていたのでは，話はここで尽きてしまう。そこで，「正看護婦数／病床100床」という指標の分子と分母に少し悪戯をしてみよう。先ずは分子。図１－１では正看護婦のみを取上げているので，1993年段階でさえ看護職員の46%を占める准看護婦をも分子に加えてみる。次に分母については，病床を人口に置換えてみる。というのも，慢性疾患老人へのケア・サービスは，日本では看護職員に強く依存した病院が供給主体であるという事情がある一方で，他の先進諸国では，看護職員とともに介護職員をも配置した老

図１－１　病床100床当り正看護婦数

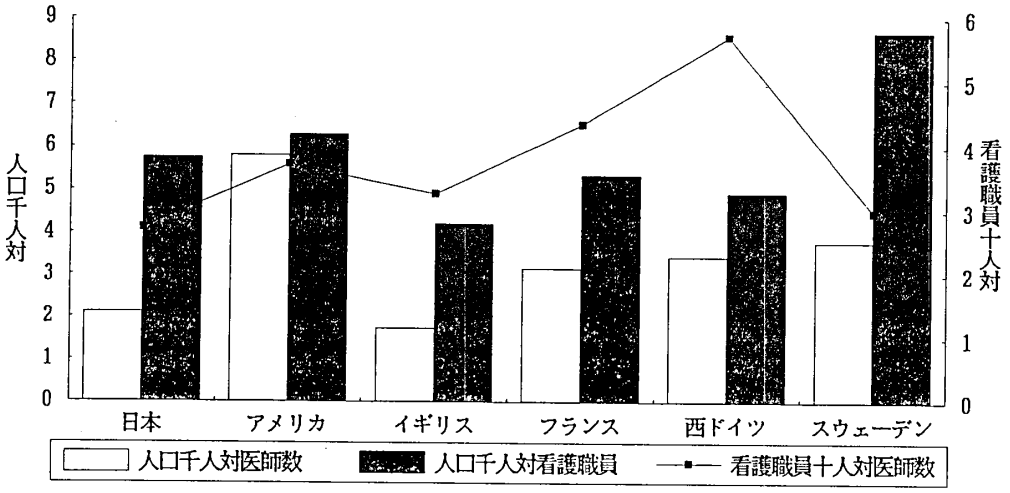


資料　菅谷・松井・川口(1990)「日本の医療と欧米の医療の比較」厚生統計協会「厚生の指標」pp. 8-13.
注　　菅谷・松井・川口(1990)　pp. 11. における「図７　病床100床当たり医師・看護婦数」より作成。

9)　大山杉夫（1991），p. 81.
10)　日本看護協会（1991），p. 14.

人ホームもがその供給責任を担っている。その結果，日本の人口対病院床数は，老人ホームの充実した他の先進諸国よりも相対的に多くなっているのである。これゆえ，准看護職員を含めた看護職員を分子にとるとともに，人口を分母に置き，そして医師数をも看護職員と一緒に並べた，図1－2　医師数と看護職員数の国際比較を作ってみれば，日本の看護職員が他国に比べて圧倒的に少ないという印象は，さほどのものではなくなってくる。そこでもし仮に，このような国際比較をもって，「不足充足」を語るというのであれば，日本で「不足」しているのは，看護職員当りの医師数であると言うこともできそうなのだが，医師については過剰問題ばかりを耳にする。

図1－2　医師数と看護職員数の国際比較（1987年）



資料　OECD, *Health System in Transition*, Paris, 1990.
注　医師数には歯科医師数は含まない。
看護職員数＝正看護職員数＋准看護職員数
フランス・スウェーデンは1985年次データ。

1.1.3　社会的価値導入の思惑とパレート最適

ところで、「看護労働力」不足問題に限らず，人々が現状を観察して，そこに，ある政治的判断を下すには，価値前提と事実認識とをセットにしたアパレイタス（思考装置）が不可欠となる。[11] けれども，条件づけ権力行使の手段となるソーシャル・ニーズ論の中で，このアパレイタスに属する価値前提を，曲がりなりにも明示しようとしているのは，④“社会的”価値の導入のみであって，他の規範的ニーズ論，感得・表明ニーズ論，そして比較ニーズ論においては，その背後を辿れば必ず行着く価値前提を伏せたままにしている。なるほど，本質的にポレミークな価値前提というものを前面に出すことは，批判される怖れをわざわざ求めているようなものである。それゆえ，例えば，専門家やニーズを持つ者が言うからとか，他地域ではこうだからという理由づけに止めて，条件づけ権力の行使に成功するのであれば，その方がよほど賢明な手段とも言える。そうした中にあっ

11）拙稿（1990a，1990b）においては，未だ素朴ではあるが，価値前提と事実認識とのセットをアパレイタスとした分析を行っている。

て，価値前提を隠しきれないままに条件づけ権力を不器用な形で行使しようとしている経済学は，目を引く存在である。いまその様子を眺めてみよう。

「看護労働力不足」論議は，わが国のみでなく先進諸国において共通にみられる現象であり，特にアメリカにおいては「慢性的不足論」が問題視されている。そして彼の国での論議には，多くの経済学者も参加しているようである。だが，そこでの経済学者は，なぜだか十八番のパレート最適という価値前提，そしてその後方に見え隠れする消費者主権という先験的公準を，条件反射的に導入することによってのみ「不足」を定義する傾きがあり，この癖を持つ経済学者は，効率的資源配分の必要条件である限界価値生産力（ＭＶＰ）＝賃金率（ｗ）という基準を充たしさえすれば，その社会を「看護労働力不足」問題が解決されている理想社会として素描することに，自得している模様である。もっとも，パレート最適という価値座標軸そのものは，おそらく“コンセンサス”を得られる概念であろうから，この意味に限って言えば，“社会的”価値と呼ぶに相応しいのかもしれない。だが，医療サービスに関連する諸資源の「不足充足」問題をパレート最適問題に置換えた規範分析は，月夜に背中を炙るような通性を持たざるを得なくなる。この通性を指摘する前に，看護労働力に関する経済分析を試みるにあたって留意しなければならないと，わたくしが考えている５つの普遍条件と１つの個別条件を挙げておこう。

1）医療サービスでは，情報が供給者に偏在している。

2）看護労働力需要は医療・福祉サービスの派生需要である。

3）医療・福祉サービスは，介護労働力需要をも重層的に派生する。

4）介護サービスの中の患者へのサービス，すなわちケア・サービス部分は介護サービスと代替性をもつ。

5）ケア・サービスの供給主体は，キュア施設とケア施設の両方にまたがる。

6）キュア施設の収入源は主に個別出来高払方式によるものであり，ケア施設の収入源は主に定額払方式によるものである。

このうち６）の条件は個別日本的条件であるので，当面捨象しても構わない。それでは，これらの条件は規範経済学のフレームの中でなにを意味しているのかを敷衍しよう。

先ず１）の条件ゆえに，医療サービス市場の経済分析やこの市場に対する政策は，消費者主権の原則を先験的に公準に持たない医師誘発需要仮説に依拠して行われることになる。[12] そして医師誘発需要仮説に足場を置けば，医療サービスの派生需要である看護労働力需要，すなわち看護労働力

12) 医師誘発需要仮説については西村（1987），拙稿（1989，1993）を参照。なお，拙稿（1989）では，医師誘発需要仮説に依拠した政策の枠組みから漏れ出た側面のみを，医師誘発需要的証拠として促える段階にあったことをここに明記しておく。ちなみに，消費者主権を先験的公準に置かない医師誘発需要仮説とミクロ経済学との関係は，ガルブレイスの“依存効果（Dependence Effect）”の文脈に沿えば容易に理解されるであろう〔Galbraith (1976)〕。

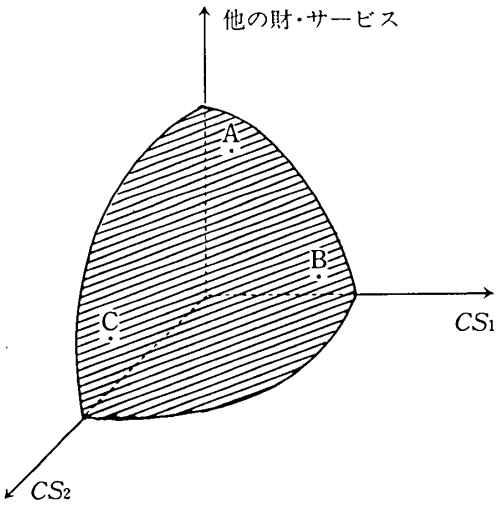
の限界価値生産物は，消費者自らの評価による限界価値生産物ではないことを，次の2点から指摘することができる。第1に，医療サービス価格は，消費者の意思に基づいて決められるものではない。第2に，消費者の購入した医療サービス品目は，消費者の意思に基づいて選択されたものではない。このために，普通は，アウトプット市場における消費者主権の原則という先験的公準ゆえに，直線的に付与されるインプット需要の神聖不可侵性という性格は，こと医療サービスのインプット市場の1つである看護労働市場にあっては，形骸化してしまうことになる。

この与仲のもとに，2）～5）の条件を織込めば，看護労働力の資源配分問題を解く時には，**図1－3　ケア・サービスの生産可能性曲面**をもって考えなくてはならなくなる。

そしてもし，「看護労働力不足」論議の渦中にある経済学者の狙いが，何も知ることができないことの確認にないのならば，パレート最適という価値前提の導入に加えて，他のなんらかの価値前提の導入を図らなくてはならなくなるのは必須である。この点，お決まりの分析にあっては，この医療サービス市場においても消費者主権という先験的公準に寄り縋っていることに，触れることさえしない。

もっとも，「答えは与えられる前に問が発せられなければならない。問はいやしくもわれわれの関心の表現であり，それらは根底において価値判断である」[13]ために，こうした拡がりを持つ設定の

図1－3　ケア・サービスの生産可能性曲面



CS_1：キュア施設の下でのケア・サービス（個別出来高払方式を想定）
CS_2：ケア施設の下でのケア・サービス（定額払方式を想定）

13)　Myrdal (1953), P. viii.（邦訳，p. 7.）なお，Myrdal (1953)は，1930年にスウェーデン語で刊行され，1932年にドイツ語訳が出版された後，さらにこのドイツ語版から1953年に英訳されたものである。そして引用の箇所は，スウェーデン語の初版から23年を経た後の英語版に，ミュルダールが加筆した序文によっている。30年代のミュルダールは，経済学説の中から「あらゆる形而上学的要素を徹底的に切り捨ててしまえば，一団の健全な実証的経済理論が残る」〔p. vii.（邦訳，p. 6.）〕だろうとの期待を抱いていたのであるが，価値判断を排除した社会科学が実践性の乏しいものになると後に悟ったことを，彼は英訳の序文の中で回顧している。

中で「看護労働力不足」問題を考えるかどうかということは，一人一人の研究者の意のままに任される事柄である。ただし，図１－４　静学的不足の定義[14]や，図１－５　動学的不足の定義[15]にみられるように，限界価値生産力（ＭＶＰ）＞賃金率（ｗ）なる条件が見受けられた時に，それが，図１－３におけるポイントＡの近辺でも，ポイントＢ，Ｃの近辺にあっても，等しく看護労働力は不足していると判断したり，これとは逆に，いずれにも情報の不完全さゆえの動学的な必然的現象と指摘するに留まることに気後れしないと言うのならば。とはいえ，パレート最適に依拠していることのみで，その自覚が跡切れてしまう経済学者は，“必ずしも充足する必要のない「不足」”という丸い三角のような「不足」を定義しているのであって，自らの行っている作業を，「正確な記号的な意味での不足」[16]の実証分析であると弁明する。

図１－４　静学的不足の定義

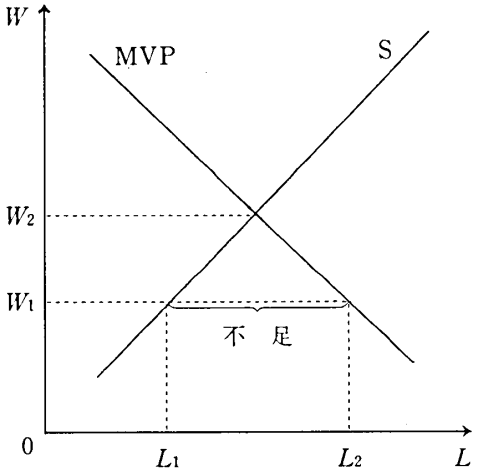
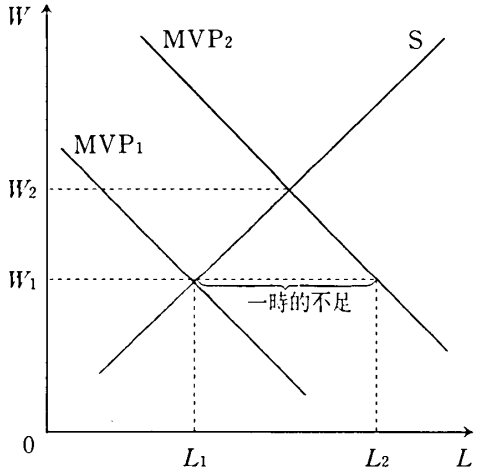


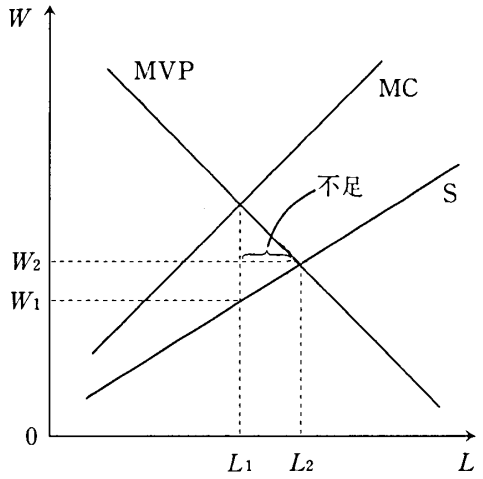
図１－５　動学的不足の定義



ところで，「看護労働力不足」論議には，看護労働市場を買手独占市場と見立て，この構造的性格を「看護労働力不足」論議の原因とする論法も存在する。このモデルの妙趣は，図１－６　買手独占市場モデルにおける不足にみるように，賃金率を引上げることによって，そこで定義されるインプット「不足」を解消することができるという，看護労働運動家にとって堪えられないインプリケーションを持つことにあるとみなし得ようか。けれども惜しいことに，このモデルも医師誘発

14)　Blank and Stigler (1957), Hansen (1964).
15)　Arrow and Capron (1959).
16)　Bunker and Stigler (1957), p. 24.引用は，ブンカーとスティグラーが，エンジニアの不足問題を分析した文献によるものである。けれども，ここでの引用は，実のところ，医師誘発需要仮説が成立する医療サービス市場に限らず，依存効果が支配的な“ゆたかな社会”にあっては，需要が供給を超過した場合，過少供給なのか超過需要なのかを，経済学のフレームの中では先験的に判断できないことを示唆している。
17)　買手独占モデルの持つインプリケーションを誤解している例としてSchramm (1982), Sullivian (1989)などを挙げることができる。ちなみにアメリカでは，労働経済学のテキストで買手独占市場モデルの例として病院看護職員が引かれるほどに，看護労働市場が買手独占市場であるという認識は，ポピュラーである。

図1－6　買手独占市場モデルにおける労働力不足



需要仮説と共存し得ないことに対する批判を抜きにしても，需要者の政治行動と独立な供給を想定している限り，買手独占という市場構造のもとでは，需要者は決してインプット不足を訴えはしないのである。[17] そしてこれとは対蹠的に，需要者の政治行動に従属した供給を想定すると，看護労働の市場構造とは独立に，需要者はインプット不足を訴え続けるとも言える。

1.2　「看護労働力不足」論議の政治経済学

さてこれまで，「看護労働力不足」論議に登場してくる幾つかの論法の性格を，条件づけ権力行使に属するソーシャル・ニーズ論に沿ってサーベイしてきたのであるが，先にも触れたようにソーシャル・ニーズ論の中の4つの方法のうち，④社会的価値の導入を除く，

①専門的知識を持つ者によって判断される規範的ニーズ

②ニーズを持つ者によって感得されたニーズならびに表明されたニーズ

③同じ特性を持つ他者・他グループ・他地域などにおいて判断される比較ニーズ

は，かなり巧みな条件づけ権力行使の方法であると目される。

なお、消費者主権という先験的公準を置いた上での予定調和的なフレームが存在しない時，パレート最適という無難な価値前提以外には，万人のコンセンサスを得られるという意味での，“社会的”価値を見出すことはできそうにない。といって，「価値前提をわれわれは恣意的に選択することは許されるべきではない。それら価値前提は，関連の適切性，有意義性，整合性，実現可能性の検証を経なければならない[18]」という指摘は妥当なものとみなさざるを得まい。

---

18)　Myrdal (1973), p. 55.なお，1953年段階のミュルダールは，同様の文脈において，「価値前提は恣意的に設定されることはできない。それらはわれわれの住む社会に対して適切な関連と意義がなければならない」〔Myrdal (1953), p. viii. (邦訳，p. 7.)〕という指摘に止まっていた。20年の歳月を経て，「政策は事実的なものと可能的なものとに制約されたアート」〔Myrdal (1953), p. 2. (邦訳，p. 5.)〕と認識する彼の方法論は，より具体性を増すとともに，その芸術性にも磨きがかかった様子である。

ところで，医療サービス市場を取巻いて，各国例外なく政治的摩擦熱が発生しているのであるが，特に日本の「看護労働力不足」論議という政治的摩擦熱については，拙稿（1993）において，次のようにその性格規定を試みた。すなわち，「日本の医療保障制度では，需要を社会化することにより供給者に対する支払交渉の窓口を集合化している。この集合化された需要体は，時の費用負担能力をも考量しながら医療需給の質量におよぶミスマッチを名分に掲げ，医療供給者の市場支配力を牽制する需要独占体として，強弱のアクセントをもって立現れる。そしてこの需要独占体は，種々の政策チャンネルを通じて，医療供給者の社会経済行動を操作する医療供給政策を展開しようとする。こうした需要独占体と医療供給者との拮抗関係は，市場の外に存在しており，予定調和的なフレームを持合わせていない。それゆえ，双方の利害の拮抗作用には一種の政治的摩擦熱が生じることになる。この摩擦熱の１つに，看護労働力不足症候群とも呼べる社会現象があると考えられる[19]」。

こうした「看護労働力不足」論議という政治問題になんらかの解を準備するには，ここに登場する論法に埋められている価値前提を掘起こす作業を行うとともに，そこで掘起こされた価値前提の優先順位を決めるための大前提を模索する堂々巡りの中で，とどの詰まりは個人的な価値評価を行わなくてはならなくなってくる。要するに，「看護労働力不足」問題について不可知を確認するに終始しないためには，看護労働市場及びこの労働需要を派生する医療サービス市場に対して「関連の適切性，有意義性，整合性，実現可能性」のある個人的な価値前提を見付けること，方法はこれをもって他に見出し難い。この手順に添って目的に到着するには，当面，看護労働市場と医療サービス市場における需要独占体，しかも独占体のリーダーとして機能する公共と医療供給者との間での利害衝突の様相を押さえておく必要があるのであって，この必要を満たすための作業効率は，利害衝突の場を描写し得る政治経済モデルの構築によって高められよう。そこで取急ぎ，モデル構築の下準備のために，看護労働供給を取巻く社会経済状況を眺め，そしてその後，この下準備から得られる情報を抽象化することにより，不動の技術でも神聖不可侵な需要でもなく，公共の握る政策変数という医療供給の政治活動によって動いてしまう制約条件を持つ医療機関の経営モデル，すなわち医療機関経営の政治経済モデルを構築することにしよう。

2　看護労働供給を取巻く環境

2.1　看護職員の給与と就業率

「看護婦のイメージアップをはかり，すぐれた人材を求める手段として[20]」とくれば，給与を含む

19）拙稿（1993）．p. 72.
20）菅谷（1981），p. 74.

労働条件の改善と続きそうなのであるが，明治中期の日赤病院では，「日赤の社員である皇族・華族の貴婦人を対象に，明治20年6月に篤志看護婦人会を結成させ，篤志看護婦の養成を開始した」[21]という。もっとも，日赤で正規の看護婦養成をはじめたのは，明治23年4月に入ってからなのだが，その時の生徒募集規則の中には，「中流以上の子弟」という規定があったらしい。ところで，さすがに今日では，“血”や“所得”の参入障壁をもって看護職員のイメージを高める策は取難い。そこでやはり今では，「看護婦のイメージアップをはかり，すぐれた人材を求める手段」に，給与を含めた労働条件の向上という策が選択されよう。ということで先ずは，これから対象とする看護職員について，給与を除く労働条件をも網羅して，いろんな情報を一点に集約した給与がさまざまな職種間ではどの辺りに位置するのかを概観することから始めよう。

長期にわたり職種間の給与比較のできる『民間給与の実態調査』の中でも，「看護婦」とか「准看護婦」というように職種名が明確なものはそれほど多くなく，かつ管理職以外の職員となればさらにその数は限られる。そこで，各職種における平均給与のピークに近い44—48歳を対象として，高度経済成長期の初期の1964年，およびその調整期に入った1974年，それと最近時では，今回の看護婦不足の一因とみなされる“駆込み増床”が始まったとされる1986年，そしてデータが得られる直近の1992年という4ケ年の給与を，1992年の給与の高い順に並べてみよう。

表2—1　23職種の相対給与とその順位

	所定内給与								所定外手当含む			
	1992年		1986年		1974年		1964年		1992年		1986年	
	相対賃金	順位	相対賃金	順位	相対賃金	順位	相対賃金	順位	相対賃金	順位	相対賃金	順位
歯科医師	3.19	1	2.03	2	3.06	2	3.13	2	2.98	1	1.85	2
医師	2.85	2	3.42	1	3.55	1	3.40	1	2.72	2	3.21	1
大学教授	1.92	3	1.94	3	1.91	3	3.06	3	1.75	3	1.77	3
大学助教授	1.72	4	1.70	4	1.60	4	2.60	4	1.57	4	1.55	4
高校教諭	1.59	5	1.57	6	1.49	6	2.06	7	1.45	5	1.43	6
大学講師	1.58	6	1.61	5	1.43	8	2.16	6	1.44	6	1.47	5
研究員	1.33	7	1.33	7	1.57	5	2.21	5	1.36	7	1.34	7
技術係員	1.24	8	1.16	8	1.30	10	1.66	9	1.28	8	1.22	9
薬剤師	1.21	9	1.12	9	1.43	7	2.04	8	1.17	13	1.08	15
守衛	1.17	10	1.10	10	1.16	13	1.49	15	1.22	10	1.14	12
事務係員	1.10	11	1.08	11	1.13	14	1.56	13	1.10	16	1.08	14
自家用乗用車自動車運転士	1.09	12	1.07	14	1.17	12	1.59	11	1.24	9	1.23	8
ボイラ技師	1.09	13	1.07	12	1.10	16	1.52	14	1.14	14	1.16	11
電工一般工	1.09	14	1.07	13	1.19	11	1.46	17	1.21	11	1.17	10
機械工作一般工	1.04	15	0.98	19	1.11	15	1.56	12	1.18	12	1.04	16
和文タイピスト	1.03	16	0.84	23	1.06	19	1.39	18	0.96	19	0.83	23
大工一般工	1.01	17	0.99	17	1.06	18	1.33	19	1.12	15	1.04	17
建設機械操作主	1.01	18	0.98	18	1.09	17	1.61	10	1.05	17	1.11	13
看護婦	1.00	19	1.00	16	1.00	20	1.00	21	1.00	18	1.00	18
栄養士	0.99	20	0.94	20	1.31	9	1.49	16	0.96	20	0.90	21
用務員	0.94	21	0.92	21	0.83	23	0.99	22	0.94	21	0.94	20
准看護婦	0.89	22	0.87	22	0.96	21	0.95	23	0.89	22	0.87	22
電話交換手	0.89	23	1.07	15	0.94	22	1.24	20	0.85	23	1.00	19
1992年所定内給与順位基準スピアマン係数			0.94	**	0.91	**	0.87	**	0.96	**	0.92	**

資料　人事院民間給与局編『民間給与の実態調査』各年版。
注　　スピアマン係数(n=23)　**:p<0.01

21)　菅谷（1981），p. 74.

表２－１　23職種の相対給与とその順位が示すように，約10年間にわたる高度成長期を経て安定成長期に入ってからも20年近くを過ぎ，その間，経済構造が大きく変化しているのに，職種間の給与順位は，ほとんど変わっていない。この傾向から外れることなく，看護婦，准看護婦の給与順位も，この間ずっと，和文タイピストなどの女性職種と一緒に，その低位に位置し続けている。[22)]

それどころか，看護婦不足が喧伝されているにもかかわらず，看護婦の所定内給与の順位は，1986年から1992年にかけて下がってさえいる。もっとも，同じ医療従事者である医師，薬剤師との相対給与では上昇しているために，これは医療従事者への分配の基礎となるパイ，すなわち医療費の水準の問題とも絡んでいる。ただし，時間外手当をも含めた看護婦の給与順位は，1986年と1992年とでは，違いはない。これは，時短という一般的な流れに加えて病床の急増という特殊な状況下にあった医療機関経営の中で，高まる看護職員増員の要求に対し，潜在看護職員の掘起しを期待薄とみた労務管理者の反応を物語っているとみることもできる。なぜならば，看護労働力需要は医療サービスの派生需要であって，医療サービス需要は景気変動の影響を受けることはなかろうから，なにも一般の企業と同じように，労働力需要が増加した時に需要の減退する時期を見越して所定外労働で対処する必要はないであろう。看護職員の増員を図って，労働力需要を充たすという方法もあるはずである。

資料２－１　看護職員の推計就業率

推計報告例

推計対象年次	看護業務就業率	他業務就業率	方法	出所
1983年	66%	12%	世帯単位サンプリング調査	「昭和５８年厚生行政調査報告」
1989年	72%	7%	世帯単位サンプリング調査	「平成元年国民生活基礎調査」
1990年	65%	-	看護職員数と免許交付数に正看准看免許重複者数と死亡率を考慮	「保健・医療福祉マンパワー対策本部」

注　「保健・医療福祉マンパワー」

1．上方へのバイアス

分母が過大に推計される。各免許の交付数は把握可能だが，看護婦（士）免許と准看護婦（士）免許の重複所持者の把握が難しく，また今後看護職として就業する意志のない者や死亡等で就業不可能な者を正確に把握することはできない。

2．下方へのバイアス

分子が過大に推計される。厚生省看護課による公式な就業者数が，就業届けと食い違う（就業者の方が少ない）。その原因については，看護職個人の就業届出し忘れ，医療機関側の就業者数の水増し請求，パートタイマー，短期就業の看護職があえて就業届を出さない一方で，医療機関側が就業者として報告することなどが考えられる。

「昭和５８年厚生行政調査報告」および「平成元年国民生活基礎調査」

1．下方へのバイアス

世帯単位の無作為抽出によるサンプリング調査は，寮住まいの看護職は対象とならず，出産・育児・老親の世話等で離職中の看護職が，より多く把握されやすい。

資料　奥村元子「看護就業者数の動向に関する研究～「厚生省報告例」（就業届件数）にみる就業動向～」日本看護協会「看護職員の移動と定着に関する調査研究」pp. 80-6.

注　当資料は，資料に記した文献の脚注を要約したものである。

22)　職種別相対給与とその順位をみる際の，職種選択，対象年齢及び年次選択については，佐野（1989）を参考とした。

ところが，資料２－１　看護職員の推計就業率に観察するように，最も信頼できる看護職員の推計就業率は約72％とされており，資料にまとめているようにこの推計値であっても過少推計の可能性を持つのだから，ここ数年の一般女子就業率である50％強と比べれば，数値の上では極めて高い。[23] これゆえ，「看護婦は平均すると，いまは６年ちょっとで辞めてます。〔中略〕仮に在職期間を倍にできれば看護婦の数を倍にしたのと同じわけですから，できるだけ勤務条件を改善して，長く働いて頂ける条件を整えるということがあると思います[24]」という政策当局の弁は，的を外していると評することもできる。とはいえ，有資格労働者である看護労働者の就業率としてはその高低を即断できず，同時に，潜在看護職員がどの程度なのかを判断することもできない。そこでかなりラフではあるが他にデータも無いので，次の方法で潜在看護職員の数を推計してみよう。日本看護協会による調査では，20代の離職経験を持つ就業看護職員は３年以内に職場復帰した者が78％を占めていることが報告されている一方で，平均年齢34歳の離職看護職員では３年以内の離職期間の者は28％であるらしい。ということは，単純に見積もって現在の未就業者の38％程度[25]を潜在看護職員として見込めることになる。裏を返せば，現在看護業務に就業している者の７人に１人しか[26]，潜在看護職員はいないとも言える。[27] こうした状況を背景として，医療機関の労務管理者は，看護職員数が給与に非弾力的であるという手応えをもとに，看護職員増員の要求を１人当りの労働時間増で対処するべく，労務管理のウェイトを所定内労働から所定外労働へとシフトさせていると推察されるのである。そして実際，表２－２　看護職員の週当り労働時間にみるように，看護職員不足が言われ

表２－２　看護職員の週当り労働時間
週所定内労働時間とその変化率

調査年次	病院	除国公立 1)	一般労働者 2)
1987年	42.3時間	41.7時間	41.7時間
1991年	-3%	-2%	-3%

週所定外労働時間とその変化率

調査年次	病棟	外来	手術室
1987年	8.4時間	5.8時間	16時間
1991年	6%	9%	2%

1)　国立，自治体（都道府県・市町村）を除く病院
2)　労働省「賃金労働時間制度等総合調査」
資料　日本看護協会「病院看護基礎調査」1993。

23)　アメリカにおいても，1988年段階で，有資格看護婦の就業率は80％であることが報告されている〔エイケン（1992），p. 103.〕
24)　「医療ジャーナリスト　水野肇のここが知りたい，ここを聞きたい！　看護婦確保対策をどうする　ゲスト：厚生大臣官房審議官　山口剛彦」『総合社会保障』1992年，July, p. 14.
25)　推計潜在看護職員比率＝｛３年以内離職者比率〔0.28〕×復職可能性〔＝0.78〕＋４年以上離職者比率〔0.72〕×復職可能性〔＝１－0.78〕｝×100。
26)　就業看護職員：潜在看護職員＝0.72：（１－0.72）×0.38。
27)　『看護職員の移動と定着に関する調査研究』における20代の就業看護婦の平均離職期間は，1.6年である一方で，『離職ナースの就業意向調査』での平均年齢34.3歳の離職看護婦の平均離職期間は7.1年である。前者は20代のみならず30代，40代をも対象としているので，対象者全体の離職期間別サンプル数の分布を知ることができれば，より正確な推計が可能となるのであるが，そのデータは公表されていない。

ていた時期に，所定外労働は増加している。

この論理を辿れば，看護労働力の増加には，就業看護職員の労働時間を延長するか，あるいは，新規参入者を増やすしか手がないということになる。この内，就業看護職員の労働時間延長は，短期的にはまだしも，看護職員には，夜勤のために，昼間の時間帯のみでは働けない事情，いわば労働供給時間の振替コストの負担もある上に，**表２－３　看護職員の月当り所定外労働に関する病院数分布**によれば，今でさえ，労働基準法の時間外労働に関する上限（２週間に12時間内）に抵触する可能性を持つ病院が存在するのであるから，とても叶える手段ではない。とすると，厚生省と文部省との共同省令である「補助看学校養成所指定規則」[28]などによって規定されている看護職員養成システムの間口を広くするしか方法がないということに辿り着く。

表２－３　看護職員の月当り所定外労働に関する病院数分布

月当り所定外労働時間	病棟	手術室	外来
24:01-	2.3%	10.3%	1.6%
無回答・不明	6.3%	23.6%	13.0%

資料　日本看護協会「病院看護基礎調査」1991。
注　　労働基準法の時間外労働に関する基準は，２週間以内に12時間以内である。

2.2　養成制度とその効率性

ところで，新規看護職員の７％を養成するようになった看護大学と看護短大を除けば[29]，この看護職員養成制度は，低い授業料[30]と，奨学金[31]，そして推薦制度[32]を活用することにより，看護労働市場

28）看護婦不足の折りから平成２年には，厚生省は，看護学校定員の１～２割増しの入学者許可を申渡している。この場合は，都道府県レベルの看護主管の部局長会議の席上で，技官補佐が口頭でその旨を伝えている。

29）1992年３月における学校養成所卒業生は，レギュラーコース20,264人，進学コース15,309人，准看コース29,743人であり，総計65,316人となる〔日本看護協会（1992d）pp. 62-3〕。このうち，1991年の養成過程において進学コースでは既に59％の者が〔全日制就業者と定時制就業者との加重平均値〕准看護婦（士）として就業している〔日本看護協会（1993a）pp. 41〕。それゆえ，9,002人〔15,309×0.588〕のみが新規参入者と見込まれる。よって，1992年４月における看護婦（士）と准看護婦（士）の純粋な新規参入者は，59,009人と推計される。そして同時期，看護大学卒業生は512人，看護短大卒業生は3,884人である（看護短大には735人の進学コース卒業生がいるが，いまこれを無視することにしよう）〔日本看護協会（1992d）pp. 64-5〕。なお，准看コースの85％，レギュラーコース定時制（レギュラーコースの４％が在籍）の74％が看護助手あるいは看護補助者として就業しているため〔日本看護協会（1993a）p. 41〕，看護労働者を無資格労働者にまで拡張すると，その新規参入者はさらに拡大する。なお，現在のところ，准看コースとしての高校衛生看護科（1992年次卒業生7,690人），進学コースとしての高等学校専攻科（1992年次卒業生1,657人），〔日本看護協会（1992d）p64-5〕の制度があるが，この両校については本論における学校養成所の財政事情等に関する説明は，該当しないことに注意してもらいたい。ちなみに，高校衛生看護科の卒業生は，その67％が〔日本看護協会（1992d）p. 65〕卒業と同時に，進学コースに進むため，現在，その存在意義が疑問視されている。

30）1992年の『看護・医療系学校ガイド』〔現代企画センター（1991）〕をみれば，東京都内の養成所の年間平均授業料は，公立〔ｎ＝17〕で4,412円，私立〔ｎ＝16〕で12,813円である。さらにこと准看護婦（士）学校に限ってみれば，学生の41％は，授業料の負担者は勤務先の病・医院であると応えており，また３年課程においては，授業料はないと応える者が13％である〔日本看護協会（1993b）p. 31〕。ちなみに，同時期における全国の看護大学での年間平均授業料は，公立（ｎ＝７）で365,143円，私立（ｎ＝40）で999,750円であり，同じく全国の看護短大の年間平均授業料は，公立（ｎ＝40）で274,830円，私↗

への参入誘因を高める一方で，公的補助金収入に加えて学校養成所運営費の63%は病院又は開設者からの繰入補塡で賄われている。[33] そしてそこでの合理性は，養成制度を抱え持つ医療機関への，看護職員のみならず看護補助者までをも含めた看護要員の安定確保にある訳だが，この制度も，いまでは看護労働市場における前近代的な雇用関係成立の温床として，受けとめられているようである。[34] [35]

ただこの養成制度の効率性には，目を見張るものがある。「なるべく働き続けるという意志」を，1989年の常勤女子雇用者の21%の者が表示するに過ぎないのに，病院勤務の20代看護職員は未婚者で49%，既婚者で81%が表明している。[36] そして先にみたように就業意志のある者は，ほとんど顕在化しているのではないかと思えるほどの就業率を示しており，しかも，職業選択において，現在の職場を選ぶようにしても前回の職場を退職するにしても，給与のことを殊更に挙げる者はほとんどいないようである。[37]

となれば，現在の看護職員養成制度は，ある目的を最小の費用で達成するという意味で，極めて効率的ではないかということになる。けれども，労働力再生産制度としての安定性という点から，ひとつ払拭できないところもある。なるほど，その因果関係や教育内容については窺い知れないところであるが，確かに看護学校養成所に入学した者は，結果的に極めて高い就業意志を持つ看護職員となっている。しかしながら今後も，この制度の中に，人を呼寄せることはできるのだろうか。

2.3　看護職員再生産制度の不安定性

図2－1　看護系学校定員数と入学者数／定員数比率で，直近の入学状況をみれば，看護婦不足論

↘立（n＝19）で463,863円であった〔現代企画センター（1991)〕。

31）看護学校養成所の1年生のうち就業義務のある奨学金を受給している者は，准看学校で34%，進学コースで40%，3年課程においては48%であることが報告されている〔日本看護協会（1993a)，p. 38〕。

32）推薦入試の定員は，「准看学校」と「進学コース」でそれぞれ，2%，6%であり，それ以外の各課程では12～16%の割合であることが報告されている〔日本看護協会（1993a）p. 30〕。

33）日本病院会（1992)，p. 16.

34）平成元年（ワ）第565号，平成2年（ワ）第547号，立替金等・反訴各請求事件，いわゆる「お礼奉公」裁判の判例参照。

35）次の見解は，極めて妥当なものと思える。「そもそも一定の学費を個別の機関が免除して，将来の労働力確保に備えるといったことが行われているという現状は，あまりにも非近代的である。一般に高学歴化にともなって，労働供給者の人権意識が高まることは必然であり，4年生大学の増新設を含めて，近い将来相当大きな労働力確保政策の転換が求められよう」〔西村（1992a)，p. 523.〕。

なお看護職員の職場移動の観点からなされている次の指摘も参照。すなわち，「職場移動を経験した者でははじめての職場からの移動は勤続2年から3年の間に経験されることがもっとも多い。何歳時点まで「1つめの職場」にとどまるかは，「1つめの職場」に何歳時点で就業したか，つまり何歳時点で就業したかによっておおむね決まってくるといえる。ちなみに，この2，3年という期間は，養成中に貸与を受けた奨学金の返済を免除されるために，奨学金を貸与した医療機関に勤務しなければならない義務年限に対応する」〔日本看護協会（1992a)，p. 47.〕。

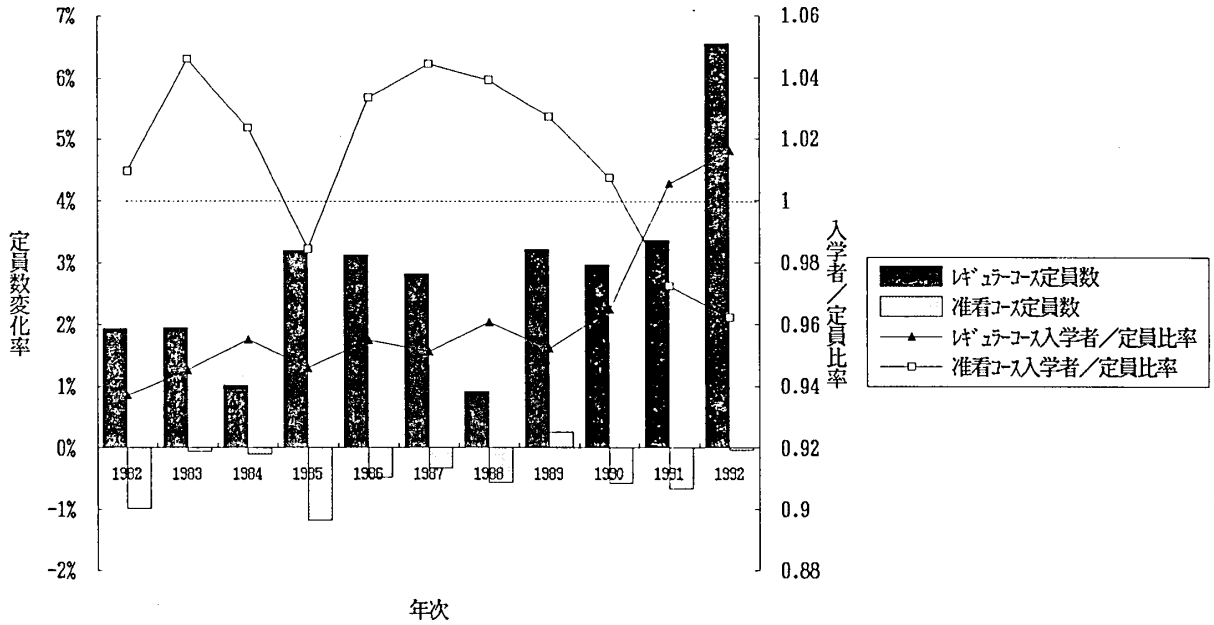
36）日本看護協会（1992a)，p. 33.

37）現在の職場を選んだ理由に「収入がよい」という選択項目は上位5位に登場しないし，前回の職場を退職した理由に「賃金への不満」という選択項目も上位5位には登場していない〔日本看護協会(1992a)，pp. 30-2.〕。

議の中での，レギュラーコースにおける定員数増と入学者数増，准看コースの定員割れという傾向を読取れる。この准看コースでの定員割れという現象は，低い授業料と奨学金などを活用することにより，看護労働市場への参入誘因を高める手法が，そろそろ限界にきたことの兆候であるように思われる。というのも，看護基礎教育全課程の最終学年在籍者を対象として，看護系学校を選んだ理由を「その他」を含めた9項目に複数解答を行わせたアンケートによれば，「他の学校に比べて授業料が安い」という理由は，准看護婦（士）学校で9位，3年課程で5位であることが報告されている。[38] こういう背景の中で，医療機関は看護系学校への繰入補塡の旨味が失せるとともに，診療報酬の据置きの折りから，その繰入負担感が募って来ているのであろう。[39]

なお，昨年行われた「親が子供に望む職業についてのアンケート」では，女の子では，看護婦がトップに挙げられている。[40] そして実際，先にみた看護基礎教育全課程の最終学年在籍者を対象としたアンケートでは，看護学校の志望について，4年生大学と看護短大を除くレギュラーコースの学生の父親は78%，母親は82%の者が賛成している。[41] [42] これだけをみれば，看護職員はおそらく今

図2－1　看護系学校定員数と入学者数／定員数比率



資料　厚生省健康政策局看護課「看護関係統計資料」各年版。

38）日本看護協会（1993a）．p. 17.
39）日本病院会（1992）。
40）日本経済新聞「親が子供に望む職業，男は公務員，女は看護婦」夕刊，1992年5月5日。ここでのアンケートは，繊維，化学品メーカーの「クラレ」が，昨春小学校に入学した子供の親に「将来，子供について欲しい職業」を葉書に1つ書いてもらう方式で集計。男女とも，約2千通の有効回答を得ている。
41）日本看護協会（1992c），p. 17.
42）今年はじめに行われた「看護に関する世論調査」については，「身内の人に職業として看護婦（士）を↗

後も安定的に供給され続けていくだろうと予測できるのであるが，親の強い反対を押し切って看護学校に入学した学生は，反対者が父親の場合には4％，母親では5％[43]であるのをみると，この予測も心許なくなってくる。18歳前後の子女の進路選択には，両親の意向が強く反映すると考えられるのであるが，もしそうであるならば，看護職員再生産制度の安定性は，看護職を志望する子供の両親が，今後も賛成の意向を示し続けるかどうかに懸かっているということになる。

もっとも，近い将来，アメリカにみられるような看護系学校への入学希望者の減少という状況が到来したとしても[44]，その時への対応策は既に打たれているようである。というのも，1990年に出入国管理法が改定され，外国人も日本の看護系学校を卒業すれば、卒後4年間は，研修の形で病院で働くことができるようになっており，この改定に基づく中国人看護婦の受け入れが1992年に始まっている[45]。

2.4　看護労働力の市場構造

それではここで，これまで得られた情報の抽象化を図ることにしよう。本稿の問題設定の中では，当節において2つの情報が重要な意味を持つことになる。それは第1に，目下、潜在看護職員の存在については多くを見込めず，看護職員の増員には，看護系学校の定員増を図る方法に依存せざるを得ないということ。そして第2に，看護系学校の定員増には，行政サイドの対応を待たねばならないということである。

これらそれぞれの情報は，抽象的には，第1に，短期では，マクロの看護労働供給は賃金率に非弾力的であって，ミクロの買手がこのインプットの増量を企図する時には，他の買手からの引抜きを行わざるを得ないのであるから，2－1式にみるように，k個の買手は，それぞれ右上がりの逆供給関数に直面して，結果，この市場は，必然的に買手寡占の市場構造を持つことを意味する。

$$
\begin{aligned}
w_1 &= W^1\ (N_1,\ N_1, \ldots,\ N_k), \\
&\ \ \cdot \\
&\ \ \cdot \\
w^k &= W^k\ (N_1,\ N_1, \ldots,\ N_k).
\end{aligned}
\qquad (2-1)
$$

第2に，看護系学校の就業年限を経た程度の長期においては，マクロ看護労働供給の形状は，公

↘勧めると回答した人は3割以下にとどまった」という側面が強調されて報道されている。けれども，自分の子供や近親者が看護婦（士）を職業として希望した場合の対応は，「勧める」が19％，「どちらかというと勧める」が9％で，「本人の意思に任せる」との回答は62％なのであって，本人が看護学校への入学を希望すれば，その90％は，引き止められないと読むこともできる〔日本経済新聞「総理府世論調査，看護婦のイメージ「きつい・不規則6割」朝刊，1993年5月17日〕。

43）同上。

44）*American Journal of Nurnsing* (1988), p. 526.

45）日本経済新聞「中国から看護婦に波紋，日本で准看資格→3年間お礼奉公」夕刊，1992年9月17日。

共政策の下にあるということを意味しよう。

ところで，買手寡占構造のもとでは，シュタッケルベルクの不均衡状態に陥り、経済戦争状態となって，共謀の協定が成立するか，あるいはリーダーとフォローアーとにk階層に重層化された市場関係[46]の中でフォローアーがリーダーに屈状するまでは，均衡は成立しない。

なお，看護労働力の市場構造に関する問題と，「看護労働力不足」論議との関係は見出し難い。というのも，看護労働力の市場構造がいかなるものであっても，2つの事情を重ね合わせて考えれば，看護労働力の「不足論議」を巡る政治的摩擦熱は発生するという仮説を立てることができるからである。その1つは，看護職員の仕事がダイナミックに増大しているという事情。その2つ目は，＜看護学校の就業年限を経る程度の長期においては，マクロ看護労働供給の形状は，公共政策の下にある＞という事情である。

ただし，この仮説は2つの留意点をもって解釈してもらいたい。それは先ず，看護職員の仕事が増えることは必ずしも需要の増加を意味しないことである。この点を視野に入れなくては，「看護労働力不足」論議の中で，この労働力の買手である医療機関に看護労働力への支払能力を付与することを意味する，診療報酬引上げの要求，ことに看護料引上げの要求が登場してくる政治現象を説明できなくなる。そして次に，看護職員の仕事の範囲を規定している現行の企業内労働市場の枠組は，この企業内労働市場を取巻く制度的枠組みに従属していることである。もし，「われわれが制度的変化の可能性を直視するならば[47]」，看護職員の仕事の範囲そのものも「所与のものではなく，多様な方向と多様な程度で変化しうる[48]」はずなのである[49]。

ところで，ここで1つ奇妙な問題に突き当たる。というのは，市場動向を読み違え，インプットに対する支払能力を伴わない生産計画を立てた普通の企業には，市場は非情な解を準備しているだけなのであるが，医療機関による生産計画のミスの責任は，いかなる名分をもって，公共に転嫁させられ得るのであろうか。そしてそもそも，なにゆえに，医療機関は生産計画のミスをやってしまうのであろうか。この問題を具体的に考察するために，次には，医療機関の経営側面を探ってみることにしよう。

---

46) 小尾（1975，1978）.
47) Myrdal (1953), p. 196.（邦訳，p. 300.）
48) Myrdal (1953), p. 198.（邦訳，p. 301.）
49) 看護職員業務の変化すべき方向については，厚生省健康政策局（1993）「看護業務検討会報告書」にまとめられている内容を支持したい。今後の課題は，そこで指向されている改善への実効策である。なお，看護職員と看護職員以外の職種・部門との業務分担の実情については，奥村（1989）に手際良くまとめられている。

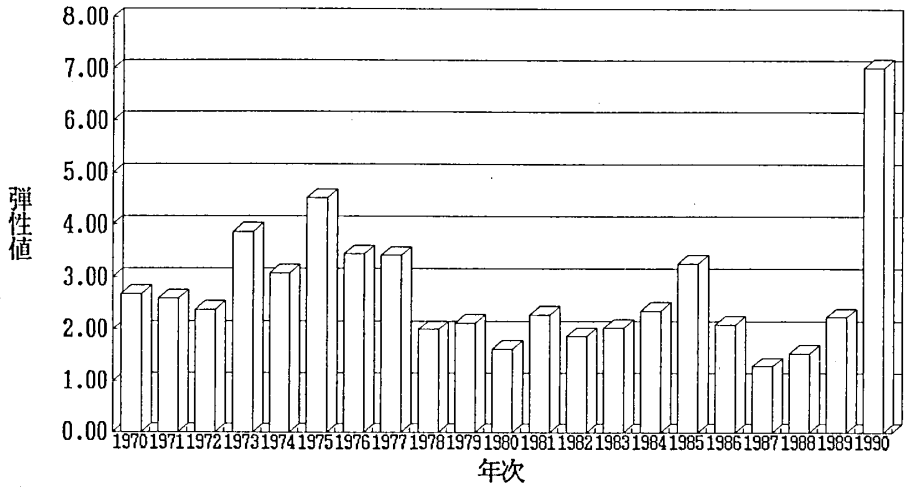
3　医療機関経営モデルの構築

3.1　看護職員数と病床数

病院病床数が増加しても病床利用率がコンスタントである関係を捉えて，“供給はそれ自らの需要を創出する”というセイの法則に擬して表現したのは，ローマーである。[50] そして，この場合の需要者すなわち患者は，それ自らの看護職員の仕事を創るのであって，それゆえ，看護職員の仕事の量について語る場合には，「病床を先に拡大するか，それとも基準看護をとるか」[51] という形で病床数を視野に入れた検討を要することになる。そこで医療機関の経営側面を探るにあたって，先ずは，病床数と看護職員数との関係を概観することから始めることにしよう。

病床数と看護職員という医療サービスのインプットの相対的な変化は，**図3－1　病床対就業看護職員弾性値**によって知ることができる。

図3－1　病床対就業看護職員弾性値

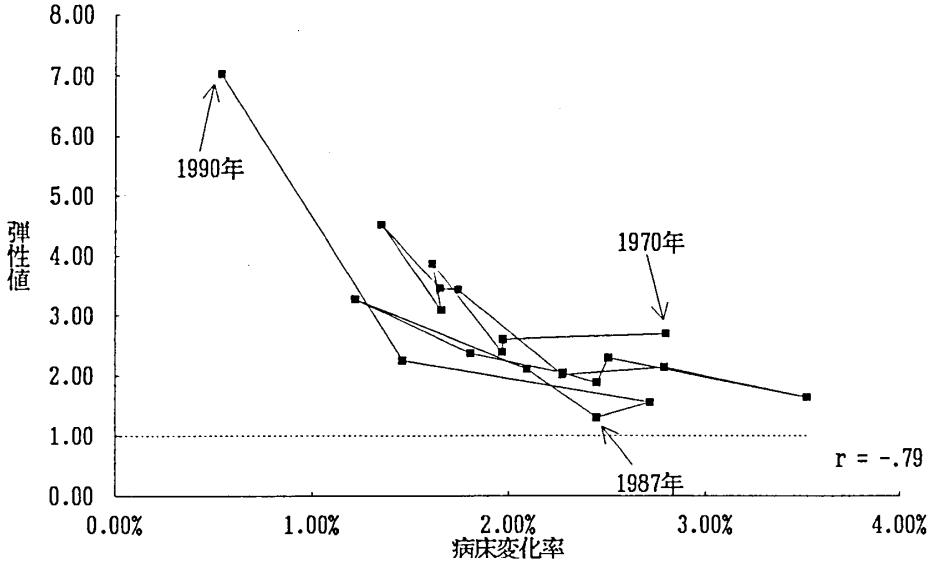


資料　厚生省大臣官房統計情報部編「医療施設調査・病院報告」各年版。
　　厚生省健康政策局看護課「看護関係統計資料集」各年版。
注　病床数＝病院病床数＋診療所病床数。
　　看護職員＝正看護婦（士）＋准看護婦（士）。

これをみれば，病床対就業看護職員弾性値は1987年を最低としながらも，いずれの年でも1を超えていて，この弾性値には，かなりのバラツキを持つことを見て取れる。その原因は，**図3－2　病床変化率と病床対就業看護職員弾性値**で観察されるように，看護職員数は，その社会経済環境に非弾力的な養成システムを通して病床変化率よりも絶えず高い伸びで増加している一方で，病床変

50)　Romer and Shain (1959).
51)　西村（1992b），p. 44.

図３－２　病床変化率と病床対就業看護職員弾性値



資料　厚生省大臣官房統計情報部編「医療施設調査・病院報告」各年版。
　　厚生省健康政策局看護課「看護関係統計資料集」各年版。
注　病床数＝病院病床数＋診療所病床数。
　　看護職員＝正看護婦（士）＋准看護婦（士）。

化率は社会経済環境に弾力的に反応するからと考えられる。そこで次には，病床変化率と社会経済環境との関係を探ってみることにしよう。

3.2　医療機関経営と市場・政策

ここでは先ず，サービス経済に関する井原理論[52]の枠組みを基本に置き“受療に要する時間コスト概念”を明示した，田中の医療需要行動モデルを出発点としよう[53]。

田中モデルでは，医療サービスを求めようとする各家計は，

(a)実質価格で調整した医療供給者の機能水準（に対する期待）

(b)（待ち時間を含む）受療までの所要時間で表したコスト

を比較勘案して，医療機関（病院／診療所）選択を行うことが，仮定される。

(a)の〈医療機関の機能水準〉については，「診療科目，医師数，看護体制，診療設備，クオリティー・オブ・ライフやインフォームド・コンセントへの取り組み，そして“アメニティ”などを総合したコンセプト[54]」と慎重に記されているのであるが，ここでは，田中ほどには，広い意味にはとらない。その代わりに，次の推論に従って，医療機関の機能水準を定義しておくことにする。すなわち，医療サービスにあっては，供給者への情報の偏在とサービス効果の不確実性のために，実

52)　井原（1986）.
53)　田中（1993），pp. 109-17.
54)　同上，p. 109.

のところ，需要者は消費の事後的にも，実質価格で調整した医療機関の機能水準を評価することは難しい。そこで，需要者には，ある状態の結果から効用を得るという期待効用理論よりも，需要者が供給者に意思決定権を委ねる過程そのものから効用を得るという，過程効用の前提を置くことにする。そしていま，過程効用そのものには，診療効果のいかんを問わず，需要者が医療機関に対する威光と信望の度合いそのものが重要なものであることを想定し，この医療機関の威信は，医療機関の規模を表す病床数，そしてそれに附随する看護職員数に依存するものとする。この前提に基づけば，たとい，規模とは係わり無く自らの疾病にマッチした医療機関というものが存在しているとしても，彼らは，その事を知り得ないので，医療機関の規模が大きければ大きいほど，そして看護職員の数が多ければ多いほど，その機能水準を高く評価することになる。[55)]

(b)の〈受療までの所要時間で表したコスト〉であるが，田中はこれを“時間距離”，あるいは単に“距離”と呼んでおり，ここでもこの概念規定に則ることにする。そこで先ず時間距離は，需要するタイミングをずらすのに要するコストである需要時間の振替コストと，交通の便などによって影響をうける利用可能性とによって変化するものと仮定する（以下，〔　〕内は，医療サービスを意識した説明である)。

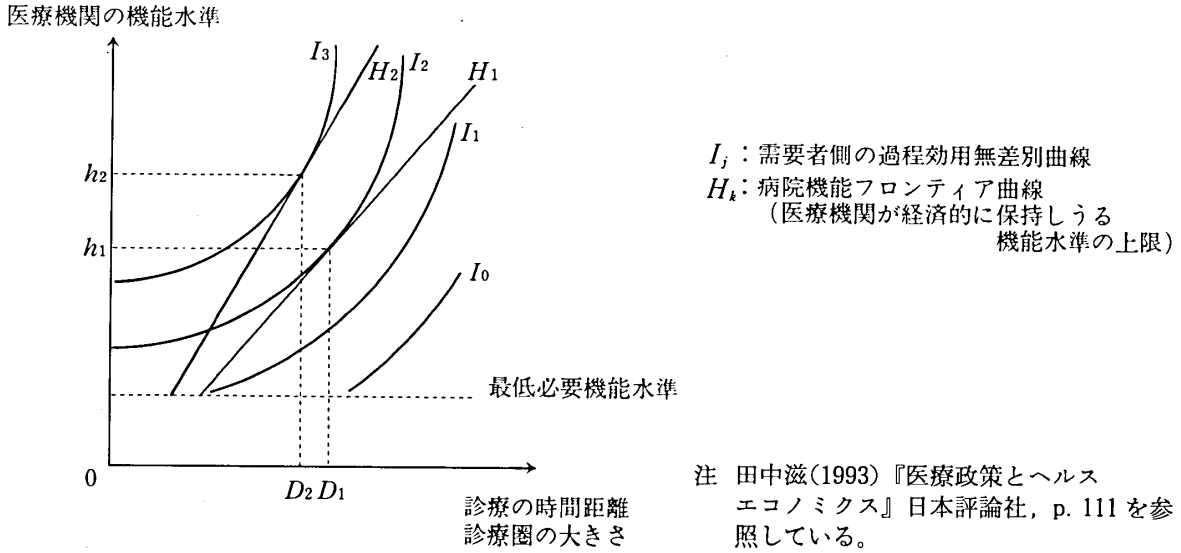
時間距離〔＝診療圏〕

$D_j = f\ (C_{tj},\ \alpha_j)$　　（3－1）

ただし，D：時間距離

C_t：需要時間の振替コスト

図3－3　医療サービス市場における過程効用曲線



注　田中滋(1993)『医療政策とヘルスエコノミクス』日本評論社，p. 111を参照している。

55)　過程効用の前提に始まり，医療サービスを一種の威信財とみなす推論は，拙稿(1993)の中で，外来患者の大規模病院選好という現象を説明する際に立てた仮説に相当する。

α：利用可能性

j：需要者

この時間距離関数を視野に入れた需要者jの効用関数は，**図3－3　医療サービス市場における過程効用曲線**のように，時間距離と機能水準との選好場の中に描かれる。そしてこの選好場における消費者行動の制約条件は“病院機能フロンティア曲線”と呼ばれている[56]。このフロンティア曲線の導出は，以下の手順で行うことができよう。

先ず，病院診療所経営を含めたサービス経営体への需要規模は次式で与えられる。

サービス経営体の需要規模

$$SD_k = f\ (D_k,\ X_k) \qquad (3-2)$$

ただし，SD：需要規模

〔＝単位時間当りの入院患者数＋単位時間当りの入院外患者数〕

D：時間距離〔＝診療圏〕

X：人口密度および1人当り平均需要量に影響を与えるベクトル

〔＝保険給付率，高齢化指数，*etc.*〕

k：サービス経営体〔＝医療機関〕

また，サービス産業に限るまでもなく経営体の収入曲線と費用曲線は次式となる。

収入曲線

$$R_k = SD_k\bar{p} + Y_k \qquad (3-3)$$

ただし，R：収入

$\bar{p}$：需要単位当りの平均価格〔＝診療報酬平均収入＋平均患者自己負担額〕

Y：補助金

費用曲線

$$C_k = C_{Fk} + C_{Vk} \qquad (3-4)$$

ただし，C：費用

C_F：固定費（準固定費を含む）　　C_V：可変費

ここで日本の医療サービス経営の非営利的性格を収支制約条件で表す。

医療機関経営の総収支差額均等式[57]

$$R_k \equiv C_k \qquad (3-5)$$

医療機関の固定費用関数

56）田中（1993），p. 112.

57）総収支差額＝医業収支差額〔医業収入－医業費用〕＋その他の医業関連収入－その他の医業関連費用〔支払利息含む〕〔医療経済実態調査参照〕。

$C_{Fk} \equiv SD_k\bar{p} + Y_k - C_{Vk}$　　（3－6）

この固定費用関数の含みは，診療報酬収入と可変費との差額が存在する時，剰余金の配当を禁止されている医療機関は，これを固定費に投資しなければならないということである。[58] ここで，私的医療機関の経営を仮定しよう。その意味は，「所有と経営の分離」がなされていない日本の医療機関では，自己資本とともに他人資本をもとにした投資計画を立てる。よって，医療機関の固定費には，給与費という準固定費や病床の維持費及び減価償却費のみならず，自己資本の運用益と金融機関への支払利息とからなる利子費用も含まれるということである。そしてこの時，就業看護職員を準固定的生産要素とみなせば，医療機関の生産関数，費用関数などは次式で表される。

医療機関の生産関数

$MS = f\ (BEDS,\ N,\ Z)$　　（3－7）

ただし，$BEDS$：病床数　　N：就業看護職員数　　Z：可変的生産要素

医療機関の固定費用関数

$C_{Fk} = BEDS_k c_b + Nw_k$　　（3－8）

ただし，Cb：平均病床費用〔平均維持費＋平均減価償却費＋平均利子費用〕

w：看護職員1人当り平均給与

平均病床費用関数

$C_b = f\ (r)$　　（3－9）

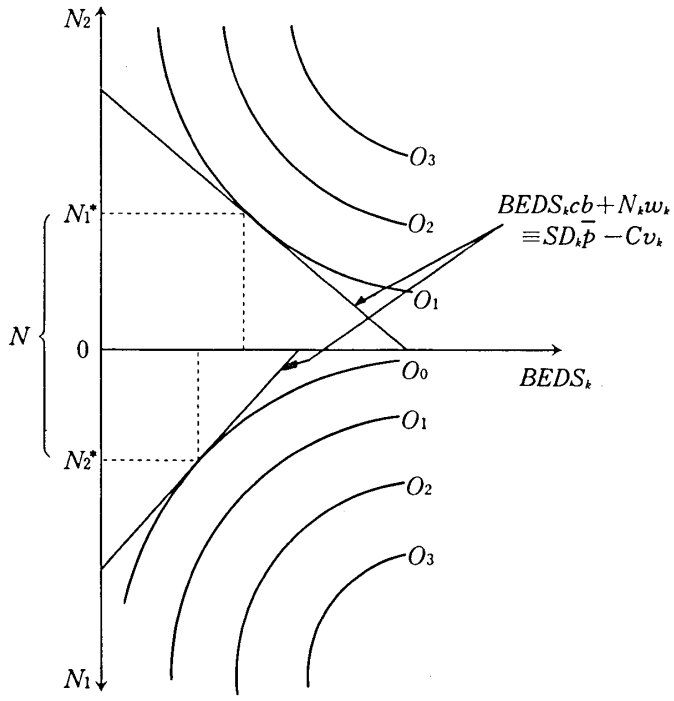
ただし，r：市場金利

ここで，看護労働市場の構造的特質を組込むと，図3－4　**医療機関経営の公共政策制約**（複占モデルとして描写）にみられるように，看護労働供給という制度的な制約条件を背に抱えながら，$C_{Fk} \equiv SD_k\bar{p} - C_{vk}$の割引現在価値という制約条件に直面した状態で，個々の医療機関が生産計画を立てているモデルを描けることになる。

そこで次稿においては，図3－4を用いて，看護労働力の量的な調整および，診療報酬点数操作や地域医療計画にみられる病床規制などの医療供給政策が，医療サービス市場とその派生市場である看護労働市場に与えるインパクトを考察しよう。そしてその過程で，病床の変化率は市場貸出金利の変化に連動しているのであって，地域医療計画の導入に起因する“駆込み増床”という現象は観察されないこと。また，看護職員の給与は医療機関の総収入のレベルと医療機関内での分配の問題であり，少くとも過去においては，看護職の給与と診療報酬点数表における看護料評価のレベルとの間には，因果関係は見出せないこと，及び看護職員の給与は看護労働市場の需給逼迫状況と密

58）医療法七条の4「営利を目的として，病院，診療所又は助産所を開設しようとする者にたいしては，〔中略〕第一項の許可（病院・診療所開設の許可）を与えないことができる」及び医療法五四条「医療法人は，剰余金の配当をしてはならない」〔医療法参照〕。

図３－４　医療機関経営の公共政策制約



O_i＝医療サービスの等量線

仮定１　$N \equiv \theta QN \equiv \sum_{n=1}^{k} N^* k$

ただし，　N：就業看護職員数
　　θ：一定就業率
　　QN：有資格看護職員

仮定２　$w_1 = W^1 (N_1^*, \ldots, N_k^*)$,
　　⋮
　　$w_k = W^k (N_1^*, \ldots, N_k^*)$。

接に関連を持つことなどを実証するつもりである。そしてさらには，消費者需要の神聖不可侵性という“経済学の先験的公準”さえもが形骸化している領域での資源配分問題に対して，いったいどのような思考ツールをもってすれば，不可知に終始しない解に辿り着くことができるのかという方法を探りつつ，これまでかなりひ弱な常識によって育まれてきた「看護労働力不足」問題という題材の政治経済学的性質を検討しながら，日本の医療・福祉サービスへの物的・人的資源配分の在り方を論じてみることにする。

参　考　文　献

Aiken, L. H. (1990), "An Analysis of The U. S. Experience," Fagin C. M. Ed., *Nursing Leadership: Global Strategies*, New York, pp. 3—14

Arrow, K. J. and Capron, W. M. (1959). "Dynamic Shortages and Price Rises: The Engineer-Scientist Case," *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 73, 292-308.

Blank, D. M. and Stigler, G. J. (1957), *The Demand and Supply of Scientific Personnel*, New York.

Friss, L.(1988), "The Nursing Shortage :Do We Dislike It Enough to Cure It ?" *Inquiry*, Vol. 25, 232-42.

Galbraith, J. K. (1976), *The Affluent Society*, Boston.〔鈴木哲太郎訳（1978）『ゆたかな社会』岩波書店〕.

———— (1983), *The Anatomy of Power*, Boston.〔山本七平訳（1984）『権力の解剖（条件づけの論理）』日本経済新聞社〕.

Groshen, E. L. and Krueger, A. B. (1990), "The Structure of Supervision and Pay in Hospitals," *Industrial and Labor Relations Review*, Vol. 43. 134-46.

Hansen, W. L. (1961), "The 'Shortage' of Engineers," *Review of Economic and Statistics*, Vol. 43, 251-56.

———— (1964), "'Shortage' and Investment in Health Manpower," in *The Economics of Health and Medical Care: Proceedings of the Conference on the Economics of Health and Medical Care*, Ann Arbor, pp. 75-91.

Myrdal, G. (1955), *The Political Element in the Development of Economics Theory, London*.〔山田雄三・佐藤隆三訳（1983）『経済学説と政治的要素（増補改定版）』春秋社〕.

———— (1973), *Against the Stream: Critical Essays on Economic Theory*, New York.〔加藤寛・丸尾直美(1975)『反主流の経済学』ダイヤモンド社〕.

Pauly, M. V. (1978), "Is Medical Care Different ?" in Greenberg, W. ed., *Competition in Health Care Sector: Past, Present, and Future*, Prpceedings of a Conference Sponsored by Bureau of Economics, Federal Trade Commission, Germans town. pp. 11-36.

Pope, G. C. and Menke, T. (1990), "Hospital Laber Markets in the 1980s," *Health Affairs*, Vol. 1990, 127-37.

Reinhardt. U. E. (1975), "Projection Long-term in Health Manpower-Methodological Problems," in Schwefel ed., *Indicators and Trends in Health and Health Care*. Heidelberg. pp. 87-107.

Romer, M. I. and Shain, M. (1959), *Hospital Utilization under Insurance*, Chicago.

Schramm, C. J. (1982), "Economic Perspectives on the Nursing Shortage," Aiken, L. H. ed., *Nursing in the 1980s・Crises・Opportunities・Challenges*, Philadelphia, pp. 41-56.〔「看護婦不足に関する経済学的見解」小林・野嶋・数馬・小玉共訳『現代アメリカ看護』日本看護協会出版会，pp. 53-74.〕

Sullivian, D. (1989), "Monopsony Power in the Market for Nurses," *Journal of Law & Economics*, Vol. 32, 135-178.

Weisbrod, B. A. (1978), "Comment on M. V. Pauly." in Greenberg. W. ed., *Competition in Health Care Sector: Past, Present, and Future*, Proceedings of a Conference Sponsored by Bureau of Economics, Federal Trade Commission, Germans town, pp. 37-40.

Yett, D. E. (1975), *An Economic Analysis of the Nurse Shortage*, London.

池上直己（1989）「医療の公共選択」『公共選択の研究』Vol. 13, pp. 51—9.

———（1992）『医療の政策選択』勁草書房。

井原哲夫（1986）「サービス市場の特性と市場問題」『三田商学研究』Vol. 29, No. 1, pp. 91-106.

エイケン，L. H.（1992）「看護婦数の増加は看護婦不足を解消しない～米国における看護婦不足と新たな挑戦」『看護管理』Vol. 2, No. 2, pp. 101-10.

江口英一（1981）『社会福祉と貧困』法律文化社。

大山正夫（1991）「日本医療のアキレス腱—看護婦不足」川上武編『医療・福祉マンパワー』勁草書房，pp. 69—118.

奥村元子（1989）「他職種の病棟進出度とその業務内容～昭和62年病院看護基礎調査より～」『病院』Vol. 48, pp. 452-4.

———（1992）「看護職就業者数の動向に関する研究～「厚生省報告例」（就業届件数）にみる就業動向～」日本看護協会『看護職員の移動と定着に関する調査研究』日本看護協会出版会，pp. 79-86.

小尾恵一郎（1975）「ケインズ雇用理論と労働供給」『季刊　現在経済』Vol. 18. pp. 34-53.
――――（1978）「労働市場のモデル～賃金格差の発生と変動機構の理論～」『三田学会雑誌』Vol. 71, No.4, pp. 441-71.
現代企画センター（1991）『看護・医療系学校入学ガイド』さんぽう。
厚生省保健政策局（1993）「看護業務検討会報告書」『看護』Vol. 45, No. 9, pp. 186-209.
佐野陽子（1989）『企業内労働市場』有斐閣選書。
菅原良男・松井賢計・川口毅（1990）「日本の医療と欧米の医療の比較」厚生の指標，Vol. 37. No.3. pp. 8-13.
菅谷章（1981）『日本の病院　その歩みと問題点』中公新書.
永山誠（1992）「『ニーズ論』論理の検証　社会福祉の変革をめざす『ニーズ論』の誤算」『賃金と社会保障』No.1085，16―27.
二木立（1990）『現代日本医療の実証分析　続　医療経済学』医学書院.
――（1992）『複眼でみる九十年代の医療』勁草書房.
――（1992）『九十年代の医療と診療報酬』勁草書房.
西村周三（1987）『医療の経済分析』東洋経済新報社.
――――（1992a）「看護マンパワーの需給の現状と理論分析」厚生省保険局編『看護マンパワーの経済分析』社会保険福祉協会，pp. 9-36.
――――（1992b）「看護科，病院経営，看護職給与」厚生省保険局編『看護マンパワーの経済分析』社会保険福祉協会，pp. 37-57.
日本看護協会編（1991）『平成３年版　看護白書』日本看護協会出版会.
――――――（1992a）『看護職員の移動と定着に関する調査研究』日本看護協会出版会.
――――――（1992b）『離職ナースの就業意向調査』日本看護協会出版会.
――――――（1992c）『1992年　看護学生の進路選択に関する調査』日本看護協会出版会.
――――――（1992d）『平成４年　看護関係統計資料』日本看護協会出版会.
――――――（1993a）『1991年　看護教育調査』日本看護協会出版会.
――――――（1993b）『准看護婦教育及び准看護婦（士）の実態に関する調査報告書』日本看護協会出版会.
日本病院会編（1992）『平成３年看護学校に関する緊急調査報告』日本看護協会出版会.
藤沢益夫（1970）「医療保障と医療産業」『週刊社会保障』Vol. 24. No. 572. pp. 32-3.
――――（1971）「医療問題の社会経済的視点」『週刊社会保障』Vol. 25, No. 611, pp. 32-3.
三浦文夫（1978a）「対人福祉サービスの今後の方向（その１）―第ＸＩＸ国際社会福祉会議に寄せて―」『季刊社会保障研究』Vol. 13, No. 4, pp. 77-86.
――――（1978b）「対人福祉サービスの今後の方向（Ⅱ）―在宅福祉サービスの展開」『季刊社会保障研究』Vol. 14, No. 3, pp. 12-25.
拙稿（1989）「平均医療費の経済分析～医療保障政策指向モデル～」『季刊社会保障研究』Vol. 25, No. 2, pp. 189-203.
――（1990a）「老人医療保障の政策選択～ポリシーミックスと計画整合～」『嘉悦女子短期大学研究論集』Vol. 33, No. 1, pp. 1-25.
――（1990b）「国民健康保険と公共支出～所得再分配の方向とその性格～」『三田商学研究』Vol. 33, No. 5, pp. 22-40.
――（1993）「医療サービス市場における消費者主権」『三田商学研究』Vol, 36, No.1, pp. 57-74.