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

Title	医療保障政策の政治経済学：日本の医療供給政策と看護労働力[II]
Sub Title	The Political Economy of the Health Care Policy : The Supply Policy of Medical Service and the Labor Power of Nurses in Japan [II]
Author	権丈, 善一(Kenjoh, Yoshikazu)
Publisher	
Publication year	1993
Jtitle	三田商学研究 (Mita business review). Vol.36, No.5 (1993. 12) ,p.13- 47
JaLC DOI	
Abstract	政策論が普通に分析対象としている制度とは,つまりは,人為的なものなのであって,この人為的な制度要因は,これにかかわる人達の権力構造に強く依存して決められる。それゆえ,政策論のなかでは,制度の影響下にあるミクロ・レベルでの観察事実のそのほとんどが権力構造の変化に連動する制度要因とは独立ではないことを,想定して取り掛らざるを得ない。ために,政策論にあっては,前提,すなわち,"動かしがたい思考の定点"は,そう簡単には見出せず,そこでは,どのレベルの事実を前提において考えていくことが妥当なのかという問題への判断の要請が,たえず突きつけられるようになってくる。ところで本稿では,「看護労働力不足」という題材の政治経済学的性質の検討をとおして,日本の医療保障制度を対象とした政策論を展開する。そして,慢性疾患患者およびその親族の満足度を高めつつ,看護職員を含む医療従事者に時間的ゆとりをもたらし,かつ将来的には労働力不足が危惧されている国民経済の安定成長を達成する目的のためには,第1に,病院病床-これは看護労働力需要を主に派生する-から,福祉施設-これは看護職員と介護職員とのチーム・ケア需要を派生する-へのスクラップ・アンド・ビルド政策をも併用しながらの福祉施設の急増政策,第2に,介護職員の急増政策,第3に,チーム・ケアのコーディネーター養成制度としての看護職員教育制度への再編政策に,積極的に取り組む必要のあることを論じる。
Notes	
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00234698-19931225-04083983

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5号
1993年12月

1993年11月11日掲載承認

医療保障政策の政治経済学[1)]

——日本の医療供給政策と看護労働力〔Ⅱ〕——

権　丈　善　一

<要　約>

政策論が普通に分析対象としている制度とは，つまりは，人為的なものなのであって，この人為的な制度要因は，これにかかわる人達の権力構造に強く依存して決められる。それゆえ，政策論のなかでは，制度の影響下にあるミクロ・レベルでの観察事実のそのほとんどが権力構造の変化に連動する制度要因とは独立ではないことを，想定して取り掛らざるを得ない。ために，政策論にあっては，前提，すなわち，“動かしがたい思考の定点”は，そう簡単には見出せず，そこでは，どのレベルの事実を前提において考えていくことが妥当なのかという問題への判断の要請が，たえず突きつけられるようになってくる。

ところで本稿では，「看護労働力不足」という題材の政治経済学的性質の検討をとおして，日本の医療保障制度を対象とした政策論を展開する。そして，慢性疾患患者およびその親族の満足度を高めつつ，看護職員を含む医療従事者に時間的ゆとりをもたらし，かつ将来的には労働力不足が危惧されている国民経済の安定成長を達成する目的のためには，第1に，病院病床——これは看護労働力需要を主に派生する——から，福祉施設——これは看護職員と介護職員とのチーム・ケア需要を派生する——へのスクラップ・アンド・ビルド政策をも併用しながらの福祉施設の急増政策，第2に，介護職員の急増政策，第3に，チーム・ケアのコーディネーター養成制度としての看護職員教育制度への再編政策に，積極的に取り組む必要のあることを論じる。

<キーワード>

政治経済学，経済政策，社会政策，公共経済，社会保障論，医療サービス，福祉サービス，病院経営，看護労働力

---

1)　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」をもとにして，報告当日にいただいたコメントを考慮しつつまとめたものである。また，大会にて報告した内容の基礎研究部分および報告内容の一部については「“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〕～」〔『三田商学研究』Vol. 36, No. 4，1993年10月〕によって公刊している。

なお，当日，座長ならびに討論者の労をとってくだ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からは，数多くの有益なコメントをいただいた。さらに，1990年度より慶應義塾大学大学院保険学特殊研究（社会保険の経済理論）を担当してくださった駿河台大学の地主重美先生には，4年間にわたり懇切なご指導をたまわった。諸先生方には，ここに記してお礼を申し上げます。

1. はじめに

いかなる諸国でも，インダストリアリゼーションから，死亡率低下と出生率低下および社会的移動性の高まりが“運命決定論的”に生じる。このうち出生率低下と死亡率低下はその初期に人口高齢化を引起こして，高齢化過程での生産年齢人口比率と家計貯蓄率の低下傾向を伴いながら，最終的には，生産年齢人口比率と家計貯蓄率との低度での停滞を招来する。[2] またこれと並行して，出生率低下は親族ネットワークを小規模化して家計のリスクプーリング機能を弱体化させ，この家計機能の弱体化は社会的移動性の高まりによる核家族化により加速されることになる。こうした社会経済構造の転換のなかで社会保障制度は，家計収支に直接働きかけ，インダストリアリゼーションが醸成する“市場問題”と“生活問題”との同時的解決手段として重視され続け，この政策企図に合致した制度への改編を求められ続けてきた。[3]

とはいえ，**表1　社会保障レベルと社会経済構造との相関**に観察されるように，社会保障の充実

表1　社会保障レベルと社会経済構造との相関

	社会保障レベル		
	1960	1970	1980
高齢化レベル	0.76**	0.66**	0.68**
成長率	-0.23	-0.38	-0.78**
1人当り成長率	-0.16	-0.24	-0.47
総固定資本形成トレンド	-0.16	-0.13	0.01
総貯蓄トレンド	-0.24	-0.03	0.07

**p〈0.01，*p〈0.05

出所　拙稿（1992）〔「社会保障と経済政策～公平イデオロギー形成の実証分析～」『三田商学研究』Vol. 35，No. 2，p.38.〕より部分引用。

注　①Cameron（1978）で分析された18ヶ国から，社会保障給付費データに欠損値のあるSpain（1960，'70年）を除く17ヶ国を対象。対象とした17ヶ国は，次の通りである。
オーストラリア，オーストリア，ベルギー，カナダ，デンマーク，フィンランド，フランス，西ドイツ，アイルランド，イタリー，日本，オランダ，ノルウェー，スウェーデン，スイス，UK，US。
②社会保障レベル：ＩＬＯ基準の社会保障給付費／ＧＤＰ，成長率：実質ＧＤＰ変化率，1人当り成長率：実質1人当りＧＤＰ変化率，総固定資本形成トレンド：総固定資本形成比率（総固定資本形成／ＧＤＰ）の変化ポイント，純貯蓄トレンド：純貯蓄率（純貯蓄額／ＧＤＰ）の変化ポイント。
③成長率，1人当り成長率，総固定資本形成トレンド，それに純貯蓄トレンドは，社会保障レベル基準年以降10年間〔ただし，1980年以降のみ9年間〕を対象とした。

---

2)　公的年金給付のもつリスク・プーリング機能が家計貯蓄率に与える影響にかんして，中立であると唱える者であれ，阻害要因として働くと唱える者であれ，かれらの実証分析では，コントロール変数としてモデルに組込まれた高齢化レベルが，家計貯蓄率にたいして最大のマイナス要因であることが双方から観察されている〔Feldstein (1977, 1980), Barro and MacDonald (1979)〕。

3)　拙稿（1992），pp.39-40.

した高福祉国家での成長率鈍化傾向が，1980年代に入って顕在化するにいたっている。

その責任を問われてでもなかろうが，社会保障が当面する重要課題を検討するためのISSA（国際社会保障協会）の関心は，人口高齢化につれて高まる社会保障給付費の増嵩圧力，なかでも保険者と被保険者とのあいだに介在する医療供給者の意思決定の自由度に，医療費の増嵩圧力が強く依存する医療保障問題に，集中していたようである。たとえば，1990年の「リサーチ・シンポジウム」では，医療システムの制御方法が議題として取上げられているし，[4] 1992年の研究報告書は，より直接的に，医療費抑制策というテーマのもとに編集されている。[5]

この国際的な動向とは日本も独立ではありえないようで，経済政策の主題をリードしてきた日本経済政策学会でも，1992年，『人口動態と経済政策』という共通論題のもとに人口高齢化と医療・福祉マンパワー，および老人医療の問題等が，メイントピックとして論議された。[6]

そこで本稿では，社会保障にたいする国内外の政策的関心に沿う。そしていまでは，「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」[7] とまで目されている日本の「看護労働力不足」問題を分析の手掛りとしながら，看護労働力を派生的に需要する医療サービスが，目下直面している数多くの政策課題に，プライオリティをつけることをねらった考察をおこなうことにする。

2. 看護労働力の経済分析前提

看護労働力の経済分析に取り掛かるまえに，まずは，看護労働力需要を派生する医療サービスの経済特性，および看護職員の就業率と看護職員数・病床数にかんする諸事実——本稿の前編に相当する拙稿（1993 b）において詳論している——の確認をおこなう。

1. 医療サービスにたいする2つの分析前提

医療サービスの経済分析を試みる本稿では，つぎの2つの分析前提をおく。

1）社会サービス利用者からみて，ランカスター的な意味での特性（characteristic）が重なりあった部分をもつ政策領域を一つの研究対象領域とみなすという理由にもとづき，医療と福祉を統合して分析対象とする。

2）医療・福祉サービス交換の場を，たとえ市場と呼ばれていても，その市場の分析では，消費者需要の神聖不可侵性という経済学上の約束事を守り通さない。[8]

第1の分析前提から，看護労働力の経済分析には，つぎの視角が導入される。

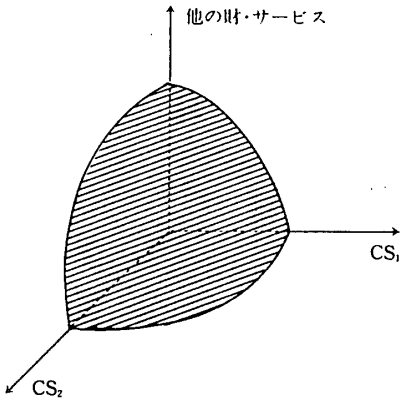
---

4) ISSA（1990）.
5) ISSA（1992）.
6) 日本経済政策学会（1993）.
7) 二木（1991），p.164.
8) 医療サービスの経済特性と制度特性とを考察している拙稿（1989，1993 a，1993 b）を参照。

- 看護労働力需要は医療・福祉サービスの派生需要である。
- 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。
- 看護サービスのなか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。
- 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。

ここで，この4つの視角を複合すれば，看護労働力の資源配分問題を解くときには，**図1　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。

図1　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
CS_2：ケア施設の下でのケア・サービス

そして，第2の分析前提ゆえに，医療サービスの派生需要である看護労働力需要――看護労働力の限界価値生産物――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，つぎの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，消費者の意思にもと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，消費者の意思にもと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。これゆえ，医療サービス市場の経済分析やこの市場にたいする政策は，医師誘発需要仮説――観察される需要にたいして消費者主権の神聖不可侵性という経済学の先験的公準を直線的には当てはめない市場モデル――に依拠しておこなわれることになる。[9)]

よって，この市場では，規範分析の拠り所となる神聖不可侵な思考の定点を，絶えず模索する必要に迫られる。[10)] 常識的には，この思考の定点を医師＝専門家の判断に求めることになるのであろう。

9)　日本での医師誘発需要仮説の検証例については西村(1987)を参照。
10)　詳細は，拙稿(1993b)を参照。

だが，医師の判断という概念には，ときに曖昧さが残る。池上（1989）は，その曖昧さを医師の欲求にまでさかのぼって端的に指摘している。いまその指摘をまとめた**表2　医療サービスに対する需給双方の欲求**を参考にしてもらいたい。

表2　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)	リハビリテーションと看護サービス	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，このような振り分けを行うプライマリ・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ビリテーションと看護サービスである。そしてこれらの分野はプライマリ・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。

2.　看護職員[11]の推計就業率と潜在労働力

つぎは，**資料1　看護職員（有資格看護労働者）の推計就業率**により，看護職員の就業率を確認しておく。

11）日本看護協会の概念規定にならい，看護職員＝有資格看護労働者（＝正看護婦（士）＋准看護婦（士）），看護要員＝看護職員＋無資格看護労働者（＝看護補助者＋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ときは，とくに断りのない限り，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。

資料1　看護職員（有資格看護労働者）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	60%	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（1992）「看護就業者数の動向に関する研究～「厚生省報告令」（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。

普通ならば，「看護婦は平均すると，いまは6年ちょっとで辞めています。〔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」[12]という厚生省大臣官房審議官の弁でもうかがえば，ともすれば3K職種の代表とも評される看護労働にあっては，看護職免許をもちながら働いていない者がよほど多いのではないかと連想される。

しかしながら，いくつかの推計就業率のなかでも最も信頼性の高い値は，72%となっている。そしてこの就業率は，なお，過少推計の傾きがあるらしい（資料1　注参照）。さらに，この就業率レベルは，いまにはじまったことではないことも，奥村（1992）に報告されている。[13]またさらに，「な

12）「医療ジャーナル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.
13）米国においても，1988年次の有資格看護職員の就業率は，80%であることが報告されている〔エイケン（1992），p.103.〕。

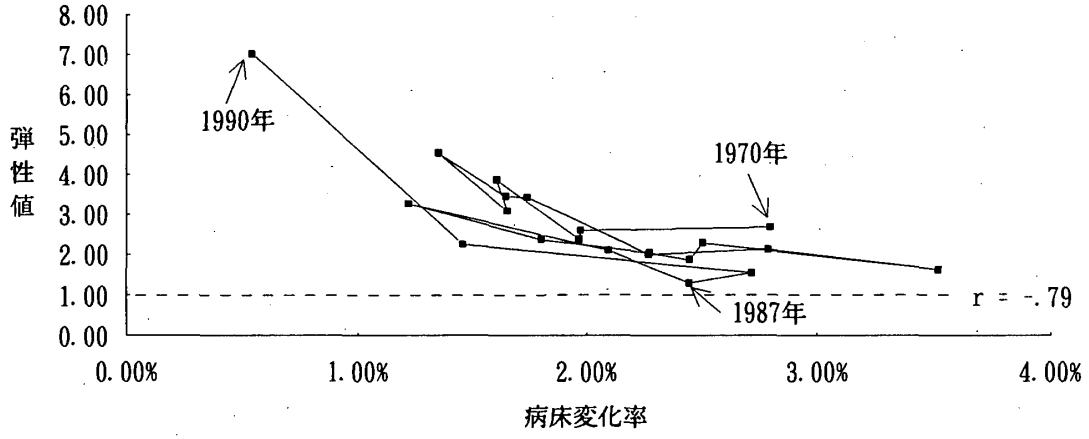
るべく働き続けるという意志」を，1989年の常勤女子雇用者の21％の者が表示するにすぎないのに，病院勤務の20代看護職員は未婚者で49％，既婚者で81％の者が表明している。[14] しかも，職場選択において，現在の職場を選ぶにしても前回の職場を退職するにしても，給与のことをことさらにあげる者はほとんどいない。[15]

つまり，看護職員は移動を繰返しはするが，なかなか離職せず，給与・労働条件を引上げても，マクロの労働供給増加はさほど見込めないのである。そこで，実態に近似するための抽象として，潜在看護職員の存在量はネグリジブルなものと仮定する。[16]

3. 病床変化率と病床対看護職員弾性値

ところで，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とらえ，“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。[17] そして，この需要者である患者は，それみずからの看護職員の仕事を創出する。それゆえ，看護労働力の需要について考察をおこなうばあいには，病床数を視野にいれた検討を要することになる。そこで，看護職員数と病床数との関係を，**図2　病床変化率と病床対就業看護職員弾性値**で概観してみる。

図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）。

14) 日本看護協会（1992），p.33.
15) 同上，pp.30-2．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。
16) 看護労働供給の制度要因にかんする検討は，拙稿（1993b）において展開している。
17) Romer and Shain (1959).

病床対就業看護職員弾性値は，1987年次を最低としながらも対象とする区間のなかで，常に１以上であり，しかも，その散らばりは，病床の変化率と強い逆相関をもつ。これは病床対就業看護職員は，たえず増える一方で，その増加率は病床変化率の変動に強く左右されていることを意味している。

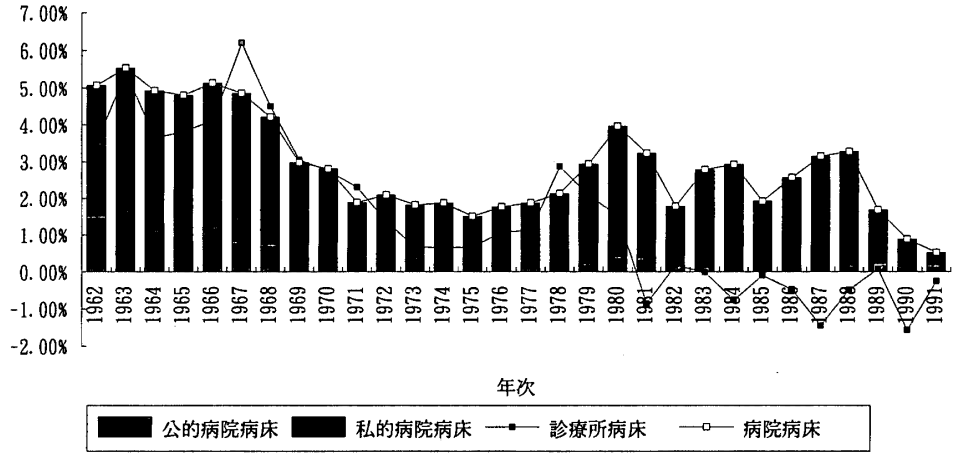
この事実を踏まえ，つぎには，病床変化率はなぜ変動するのか？という問に答えるモデルを構築するために，日本の増床トレンドから観察される諸事実の確認作業に移る。

3.　医療機関の増床トレンドと看護労働力需要

1.　医療機関の増床トレンド

図３　医療機関の増床トレンドにより，２点を確認する。

図３　医療機関の増床トレンド



資料　厚生省大臣官房統計情報部『医療施設調査・病院報告』各年版。

１）　増床トレンドには，散らばりがあること。

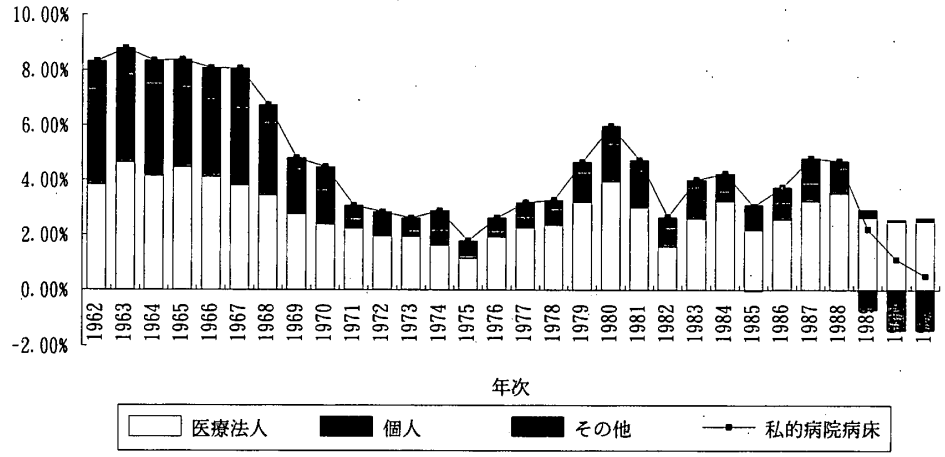
２）　増床トレンドの牽引者は，私的病院病床であること。

なお，ここから当面は，有床診療所の存在を捨象して，病院病床，なかでも私的病院病床に分析の焦点をあてていく。そしてさきでふたたび有床診療所，公的病院を視野にいれたときに，医療機関というタームを用いることにする。

2.　私的病院の増床トレンド

図４　私的病院の増床トレンドにより，２点を確認する。

図4　私的病院の増床トレンド



資料　厚生省大臣官房統計情報部『医療施設調査・病院報告』各年版。

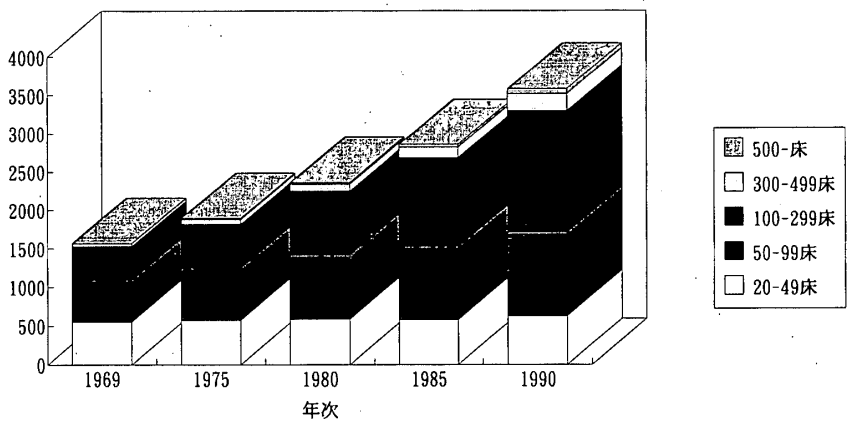
1）　最近の私的病院の増床トレンドは，医療法人が牽引者であること。

2）　細かくみれば，1989年あたりから，地域医療計画による病床のマクロ規制効果があらわれはじめたことを原因として[18]，私的病院の増床トレンドは鈍化傾向にはいり，そこでは，個人病院が医療法人化している傾向があること。

3.　病床規模別医療法人・個人立一般病院数

図5　病床規模別医療法人・個人立一般病院数では，1点を確認する。

図5　病床規模別医療法人立一般病院数



資料　厚生省大臣官房統計情報部『医療施設調査・病院報告』各年版。

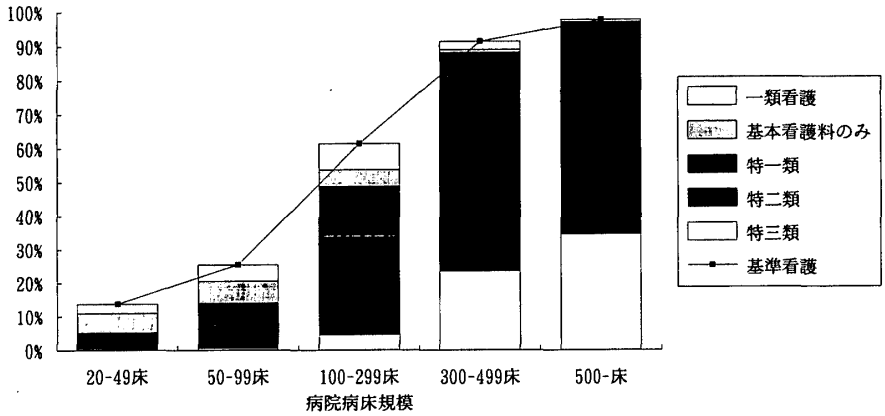
18）　地域医療計画による病床規制は，あくまでも医療圏のなかでのマクロ（総量）規制なのであり，個別病院を対象としたミクロ規制ではないことに注意してもらいたい。マクロ規制のもとでは，病院と病院とのあいだで，既存病床の既得権を売買可能なのである。

1）　病院の増加は，大規模病院の増加によること。

4.　病床規模別基準看護実施病院比率

図6　病床規模別基準看護実施病院比率で，1点を確認する。

図6　病床規模別基準看護実施病院比率（1990年）



資料　厚生省大臣官房統計情報部『医療施設調査・病院報告』各年版。

1）　医療法人・個人立病院のみを取上げることはできないが，総体的にみると，病院規模の拡大につれて病床対看護職員の需要は強まること。

それではつぎに，私的病院が増床と看護職員増員とのあいだの経営選択をおこなうさいの制約条件について，考察してみる。

4.　私的病院の経営計画[19]

1.　私的病院の経営計画モデル[20]

病院のもつ需要規模は，診療圏の拡大と診療圏のなかでの人口密度や高齢化指数の高まりにつれて，増大することを仮定する。

病院の需要規模　　$SD_k = f\ (D_k,\ X_k)$　　（1式）

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：診療圏

19）ここからの問題設定は，「病床を先に拡大するか，それとも基準看護をとるか，両者について看護料などの収入は，病院経営にどのような影響を与えるか，また病院経営が看護婦給与にどのような関係をもっているか」〔西村（1992b），p.44.〕という西村と同じ問題意識に立っている。

20）モデル構築の詳説については，拙稿（1993b）を参照。

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：病院

病院経営の収入関数と費用関数は，一般的な恒等式で表現できる。

収入関数 $R_k \equiv SD_k\bar{p}$ （2式）

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）

費用関数 $C_k \equiv C_{Fk} - C_{Vk}$ （3式）

C_F:固定費　C_V:変動費

日本の病院経営の非営利的性格を，収支制約条件で表す。

病院経営の総収支差額均等式[21] $R_k \equiv C_k$ （4式）

そして，病院経営の収支差額均等式に，収入関数と費用関数を代入すれば，病院の固定費関数を導出できる。

病院の固定費関数 $C_{Fk} \equiv SD_k\bar{p} - C_{Vk}$ （5式）

この固定費用関数の含みは，剰余金の配当を禁止されている日本の病院では，固定費は診療報酬収入と可変費との差額に常に等しいということである。[22]

ここで，日本の増床トレンドを牽引する私的病院経営の意味を考えてみる。それは，「所有と経営の分離」がなされていない日本の私的病院では，自己資本とともに他人資本をもとにした投資計画をたてる。よって，病院の固定費には，給与費という準固定費や病床の維持費およ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。そしてこのとき，就業看護職員を準固定的生産要素とみなせば，病院の生産関数，費用関数は次式で表される。

病院の生産関数 $MS = f\ (BEDS_k,\ N_k,\ Z_k)$ （6式）

$BEDS$：病床数　N：就業看護職員数　Z：可変的生産要素

病院の固定費 $C_{Fk} = BEDS_k c_b + N_k w_k$ （7式）

c_b：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 $c_b = f(r)$ （8式）

21） 総収支差額＝医療収支差額〔医療収入－医療費用〕＋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〕。ここでは，総収支差額と医療収支差額との違いを把握しておいてもらいたい。

22） 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」および医療法五四条「医療法人は，剰余金の配当をしてはならない」〔医療法参照〕。とはいえ，医療機関の非営利的性格は，単年度における内部留保の存在を否定するものではないことも指摘しておく。

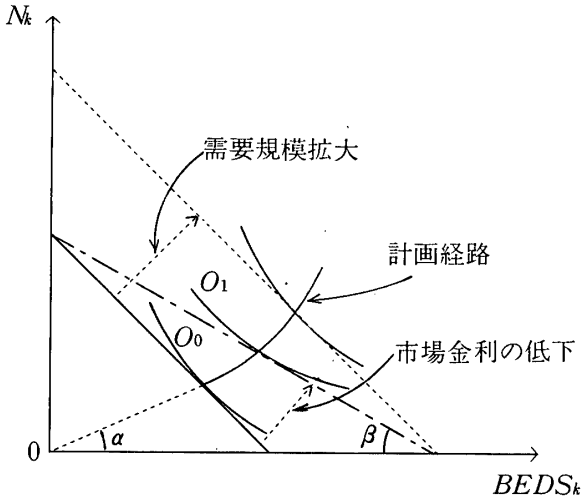
r：市場金利

さて，いま医療機関がアウトプット極大化行動をとることを想定すれば[23]，剰余金配当の禁止を義務づけられている私的病院は，$C_{Fk} \equiv SD_k\bar{p} - C_{Vk}$の割引現在価値という制約条件のなかで，サービスの生産計画をたてることになる。

2.　医療法人・個人立病院の増床関数

図7　医療機関の経営計画経路には，市場金利の低下によって病床の増加が生じること，また，診療圏内の高齢化指数が高くなって需要規模が拡大すれば，病床は増加する現象を描いている。この**図7**に準じて，医療法人・個人立病院の増床関数を推計してみる。

図7　医療機関の経営計画経路



O_i：医療サービスの等量線
$\tan\alpha = N_k / BEDS_k$
$\tan\beta = c_b / w_k$

仮定　増床は$\tan\alpha$の縮小を犠牲にして行われることはない。
（本論　図6　病床規模別基準看護実施病院比率　参照）

23）ここでは，増床トレンドと看護労働力需要との関係を探る目的に焦点をあてるために，病院の生産関数を想定してアウトプットの極大化行動を考えている。けれども，医療機関の投資行動の全般にわたる分析に目を向けるのならば，病院経営者の効用関数を想定して効用極大化行動を考えたほうが妥当であろう。そして，病院経営者の効用極大化行動を仮定するばあいには，この市場に登場する患者，医師，病院経営者の欲求構造の関係をつぎの論理でつなげていけばよいと考えている。

「診療の種類や診療期間の選択については，消費者自身が行うことは，まずない。医療機関を訪れた医療消費者，すなわち患者は，医療供給者にその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ことを，過程効用の前提は意味している。ならば，医療機関の選択は，どうであろうか。このばあい，入院という種類のサービスは医療供給者の意思決定領域と考えられる。そこで，外来患者の病院選好にみられる傾向から，つぎの仮説をたてることができる。すなわち，消費者はなんらかのパラメータ↗

医療法人立病院と個人立病院の病床投資の利子弾性値――高度経済成長を経て第1次オイル・ショックの余波が終息した1975年から，地域医療計画の効果を見た目にも把握できる直前の1988年までを対象――を推計してみれば，**表3**でみるように，この間，病院病床投資利子弾性値は，2.35であった。

なお，**表3**では，65歳以上人口の増加トレンドは，医療法人・個人立病院増床トレンドとまったく関係ないことも確認しておく。

表3　医療法人・個人立病院の病床投資利子弾性値（1975-88年）

		切片	r（t－1）	△Pop65-	DUMMY	adj. R^2
△BEDS	△BEDS	14.77	-2.35			0.58
		(13.7) **	(-4.4) **			
参考モデルⅠ	△BEDS	16.05	-2.96		-0.31	0.60
		(11.3)	(-4.2) **		(-1.3)	
参考モデルⅡ	△BEDS	10.16		0.00		0.08
		(1.9)		(-0.0)		

：p〈0.01，:p〈0.05
（　）内はt値。
資料　厚生省大臣官房統計情報部『医療施設調査』各年版。
　　日本銀行『経済統計月報』各版。
　　総務庁統計局『国勢調査報告』『推計人口資料』各版。
注　　データはすべて対数表示。
ただし，△BEDS：医療法人病床と個人病院病床の和の増加絶対数。
　　r（t－1）：前年の全国銀行貸出約定平均金利。
　　△Pop65-：65歳以上人口の増加絶対数。
　　DUMMY：駆込み増床ダミー（1986-'88年）。

↘に頼って医療サービス消費にかんするいくつかの選択を行うことになる。このとき消費者が医療サービスから過程効用を得るのであれば，過程効用関数のなかの構成要素が医療機関選択に作用するはずである。そして，医療サービスには不確実性があるという通念のなかで消費者が危険回避的な行動をとるのであれば，彼らは，先進医療機器の整備度，または大規模病院や医療機関の看護職員の充実度，それに医療機関の知名度，さらには医療機関が有名な医療機関と提携関係にあることなどをもとに医療機関選択を行うことになるであろう。なぜならば，過程効用にとっては，消費者行動の結果のいかんを問わず，医療機関にたいする威光と信望の度合そのものが重要なのであるから。

このとき，医療供給者に価格競争を展開させる誘因は薄い。そして先進医療機器の利用などは，結果として，1件当り医療費を引上げることになる。それゆえ，表面的には，医療サービス市場は威信財にみられる経済特性を帯びることにもなろう。ために，各医療機関は，供給する医療サービスの質を高める目的と表裏の関係で，患者を獲得するためにも，みずからの医療機関の重装備化，大規模化の誘因を強く意識して，いわば威信獲得競争を展開することになる。

一方，医療機関に，威信獲得競争を展開する誘因をもたらすのは，なにも，消費者側の要因からのみではない。医療従事者には，養成校においても長期にわたる学園生活を共有させ，技術の習得とともに，専門職としてのアイデンティティと行動規範の確立が図られる。こうして医療従事者は，プロフェッショナル・アイデンティティにもとづき，みずからのスキルの発揮できる職場環境を選好するようになる。それゆえ，〔中略〕医師の規模別賃金格差は，一般の雇用労働者のそれとは逆の方向に，規模の拡大につれて賃金が低下していくという特異な性格をもつことになる。この医師の規模別賃金格差にみられる特性は，医療機関の設備投資は医師への賃金支払と等しい意味をもつことにもつながろう。

この状況下では，病院診療所経営は，強い市場支配力の行使を手段として，患者を獲得するためにも，また，高いスキルの専門家を雇用するとともに雇用されている一人一人の専門家のモラールを高めるためにも，より高度な医療を提供することができる人的および物的資本の整備を意識した威信獲得行動という社会経済行動をとるということが考えられる」〔拙稿1993a，pp.69-71.〕。

つぎに，総病院の病床投資高齢人口弾性値[24)]——47都道府県を対象に1975年起点で5年間隔——を推計してみる。表4では，病床投資の高齢人口弾性値は，いずれも1近辺で有意にあらわれる。

表4　病院の病床投資高齢人口弾性値（47都道府県）

△BEDS	切片	ΔPop65- 1975-'80年	1980-'85年	1985-'90年	adj. R^2	参考相関行列 Pop 1975年	1980年	1985年	Y/Pop 1975年	1980年	1985年
1975-80年	4.83	0.89			0.57						
	(12.4) **	(7.9) **									
1980-85年	4.7		0.94		0.67						
	(13.8) **		(9.6) **								
1985-90年	2.7			1.3	0.64						
	(5.0) **			(9.1) **							
参考相関行列 △BEDS											
1975-80年						0.80**			0.58**		
1980-85年							0.79**			0.55**	
1985-90年								0.82**			0.46**
Y/Pop											
1975年		0.83**				0.83**					
1980年			0.78**				0.81**				
1985年				0.74**				0.80**			

**:pp 〈0.01，*:p 〈0.05
（　）内はt値。
資料　厚生省大臣官房統計情報部『医療施設調査・病院報告』各年版。
　　総務庁『国勢調査報告』各年版。
　　経済企画庁『県民経済計算年報』各年版。
注　弾性値推計データは対数表示。その他，参考相関行列推計データは実数表示。
ただし，△BESD：病院病床の増加絶対数。
　　△Pop65-：65歳以上人口の増加絶対数。
　　Pop：総人口。
　　Y／Pop：1人当たり県民所得。

ようするに，私的病院病床は，血液が動脈を流れるように，市場金利が低いときを見計らってドクッドクッと鼓動しながら，高齢者のいるところをめがけて増加してきた，と理解することができよう。[25)]

ところで，今回の看護婦不足論議は，“駆込み増床”の影響を無視できないというのが定説に

24)　表4では，医療法人・個人立病院病床の都道府県データを入手できないため，総病院の病床投資高齢人口弾性値を推計している。これについては，1975年以降にあっては，医療法人・個人立病院の増床が，全体の増床トレンドを主導しているうえに，1990年段階で老人病院総病床にたいする医療法人・個人立病院老人病床の比率は97％を占めている。ゆえに，表4の推計結果をもとにして，表3と整合性をもった理解をしても，問題ないと考えている。

25)　ここで留意しておきたいことは，高齢者人口が多い都道府県は，いうまでもなく人口が多いところであり，一方で人口が多いところには都市型の都道府県が含まれるので，1人当たり県民所得水準も高くなる。したがって，病床の伸びが大きい都道府県では，1人当りの所得水準も高いという見せかけの相関が現れる。これは，都市型の都道府県で増床がなされ，その看護労働需要量の増加に供給量が追い付かず，結果的に，看護職員の給与が高くなったとき，都道府県民1人当りの所得水準と看護職員の給与との間に見せかけの相関が生じる可能性もある，ということである。

なっている。けれども，表3における駆込み増床ダミーは，私的病院の増床と有意な関係をもっておらず，駆込み増床の事実は確認できなかった。[26] ということは，1986年以降における医療法人・個人病院の増床力は当時の金融市場環境が与えたものとみなすことができそうである。

さて，こうした私的病院の増床トレンドとその発生メカニズムをおさえて，つぎには，看護職員の需要の問題にふれることにしよう。

5. 病院経営と看護職員給与

1. 看護労働市場モデル

ここでは，看護職員は病院内の企業内労働市場に組込まれているというあたり前の事実を確認しておくことからはじめる。この企業内労働市場のなかにあっては，労務管理上の理由から職種間の相対給与を急変させない力が働く。そのうえ，こと対象が女子労働力であるゆえに，看護労働力需給の調整は，給与によるよりは即効性のある福利厚生面で，生じはじめる。[27] だが，福利厚生の分析はデータの制約もあって容易ではない。ために，次善策としての給与分析に取り掛かることにする。

そこでまず，潜在看護職員の存在量はネグリジブルなものであるとみなす。このとき，他の条件が等しき限り，有資格看護職員が増加すれば，看護職員のバーゲニング・ポジションは弱まるという関係を，次式で表しておく。

看護労働市場モデル

$$N \equiv \alpha QN \equiv \sum_{i=1}^{k} N_i \qquad (9式)$$

N：就業看護職員　　α：一定就業率

$$\partial W / \partial QN \leq 0 \qquad (10式)$$

W：マクロ平均賃金率　　QN：有資格看護職員

そしてこの看護労働市場モデルにもとづけば，2つの情報を演繹することはできる。第1に，短期では，ミクロの買手がこのインプットを購入するには，他の買手から購入せざるをえない。ために，11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，この市場は必然的に買手寡占の市場構造をもつことになる。結果，私的病院での経営選択は，公的病院のみならず診療所経営とまで相互に関係しあう。

$$w_1 = W^1(N_1, N_2, \ldots, N_k), \ldots, w_k = W^k(N_1, N_2, \ldots, N_k). \qquad (11式)$$

第2に，看護学校の教育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，看護

26) 表3　医療法人・個人立病院の病床投資利子弾性値における“駆込み増床ダミー”の導入については，西村周三先生に有益なコメントをいただいた。

27) 拙稿（1993）〔p.73.〕での“表3　看護労働力不足規準とその性格の一例”における「研究例および関連事例行」・「パレート効率生産規準列」を参照。

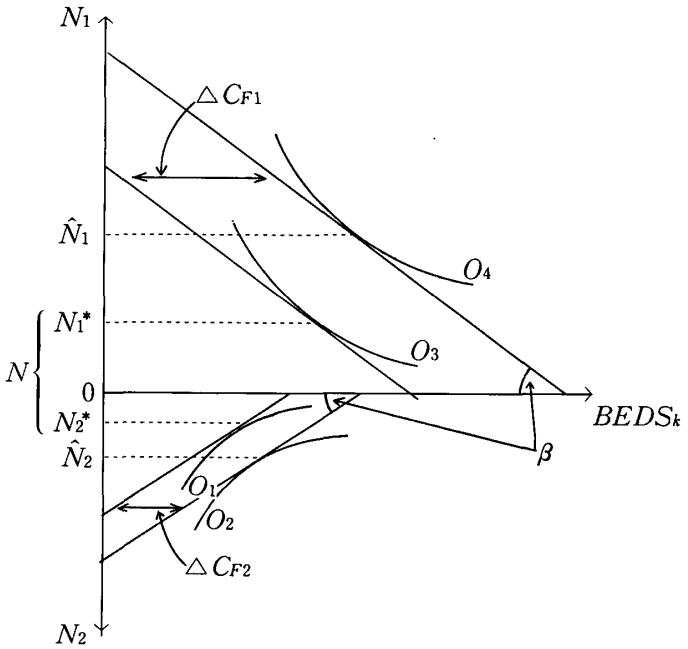
系学校の定員をコントロールすることのできる公共の政策下にある。

2.　病院経営と看護労働市場，それに政策変数

そこでつぎに，病院経営と看護労働市場，それに政策変数との関係について詳論する。

さきほど，**図7　医療機関の経営計画経路**では，経営計画は均衡点に成立しているように描いた。しかしながら，潜在看護労働力の存在量はネグリジブルという仮定のもとでは，**図8　看護労働力の潜在・顕在需要複占モデル**にみるように，私的病院が増床したばあい――私的病院の固定費関数（$C_{Fk} \equiv SD_k\bar{p} - C_{Vk}$）が拡張方向にシフトすることを原因とするものとしよう――公的病院や有床診療所を巻込んだ医療機関の看護労働力需要については，シュタッケルベルクの寡占モデルがあてはまる（図8では，複占モデルとして描いている）。

図8　看護労働力の潜在・顕在需要複占モデル



O_i：医療サービスの等量線
N_k^*：顕在需要
$\hat{N}_k$：潜在需要
$\triangle C_{Fk}$：固定費関数制約シフト

仮定1　$N \equiv \alpha QN \equiv \sum_{i=1}^{k} N_i^* < \sum_{i=1}^{k} \hat{N}i$

ただしN：就業看護職員数　α：一定就業率　QN：有資格看護職員数

仮定2　$W_1 = W^1(N_1^*, \ldots, N_k^*)$,　$W_k = W^k(N_1^*, \ldots N_k^*)$.

すなわち，病院１と２が，リーダーとして行動しようとすれば，シュタッケルベルクの不均衡状態に陥って，不均衡の最終的な結果を，先験的に決定することはできない。だが，少なくとも，つぎのことはいえる。

1） 増床は医療機関の経営視点からみた潜在的な看護労働力需要を高める。そして他の条件の等しいときに潜在的な需要増加が顕在化したばあいには，看護職員給与の競上げ競争を惹起して経済的な戦争状態となり，一方が他方の主導に屈伏するか，あるいは共謀の協定が成立するまで均衡は成立しない。だが，そのいずれにしても$\tan\beta$は寝はじめて，給与費の上昇と企業内労働市場のなかでの看護職員相対給与の上昇を帰結する。

また，看護労働市場をシュタッケルベルクの寡占モデルに見立てれば，つぎのこともいえる。

2） Δpという診療報酬の引上げは，医療機関の分配能力を高める。それゆえ，企業内労働市場内での職種間相対給与の安定下でも，看護労働力への需要は高まる。

3） 看護系学校の定員が増加すれば，看護職員のバーゲニング・ポジションは弱まり，$\tan\beta = c_b / w_k$は立ちはじめ，そのときの所得効果のために看護労働力需要は高まる。

4） 地域医療計画のような病床マクロ規制が実効性をもちはじめると，c_bが禁止的に大きくなり，$\tan\beta$は立ちはじめ，この代替効果のために看護職員需要は高まる。

とはいえ，リーダーとフォローワーとが登場する寡占モデルでは，その結果を予測できるわけではない。そこで，時系列と横断面にわたって看護労働市場の実態を観察してみよう。

3. 看護職員給与の時系列分析

前節までの理論的検討のなかでは，看護料と看護職員給与とのつながりを無視できるものとみなして，捨象してきた。しかし，看護料とネーミングされた医療機関収入源の高低が，労使交渉でのバーゲニング・ポジションと独立であると想定するには無理がある。さらに，基準看護承認病院病床数が60％強でしかない現状にあっては，看護料レベルが医療機関の看護労働力需要の行方に与える影響にも関心があろう。そこで，看護料レベルと看護職員給与との関係を観察するために，看護料小計／入院診療報酬収入を，『社会医療診療行為別調査報告』により推計して，これを時系列での看護職員給与関数の説明変数に含めてみる。[28] なお，この看護料小計／入院診療報酬収入は，1972年以降のみ推計可能なので，関数推計の区間は1972年以降となった。その結果は，つぎのようにまとめられる。

28） 表５で説明変数に含めた看護料小計推計には，西村（1992ｂ）を参考としたので，その推計方法をここに引用しておく。「厚生省大臣官房統計情報部『社会医療診療行為別調査報告』（昭和47～平成２年〔原文では元年〕，財団法人厚生統計協会）のうち，病院の入院部分に病院総点数，入院総点数，入院診療件数，入院診療日数，看護料（病院），看護料重症者加算と室料（昭和57年度から），基準看護料（特二，特一，一類，二類，三類，特３類が昭和63年以降〔原文では63年だけ〕，乳幼児加算，新生児介補料／

表5　看護職員給与関数（1972-1990年）

向こう2年間平均変化率		補正1件当り入院医療費変化率	看護科指数	病床変化率	正看護系学校卒業者数	准看護系学校卒業者数	診療報酬医療費ベース医科点数改訂指数の変化率	adi. R^2
補正初任給	正看護婦	0.33	0.13	-0.09	-0.04	-0.10		0.48
		(3.8) **	(1.6)	(-1.3)	(-0.5)	(-1.0)		
	准看護婦	0.42	0.10	0.73	-0.03	-0.09		0.34
		(3.1) **	(0.8)	(-0.7)	(-0.3)	(-0.6)		
補正所定内給与	正看護婦	0.26	0.13	-0.78	-0.15	0.04		0.00
(44—48歳)		(1.2)	(0.7)	(0.5)	(-0.5)	(0.2)		
	准看護婦	0.50	0.18	-0.57	-0.20	-0.31		0.13
		(2.4) *	(0.9)	(-0.3)	(-1.0)	(1.3)		
参考モデル	補正1件当り入院医療費変化率						1.51	0.78
							(11.6) **	

**:p〈0.01，*:p〈0.05
（　）内はt値。

資料　人事院民間給与局『民間給与の実態調査』各年版。
総理府社会保障制度審議会事務局『社会保障統計年報』各年版。
総務庁『消費者物価指数年報』各年版。
厚生省大臣官房統計情報部『社会医療診療行為別調査報告』各年版。
厚生省大人官房統計情報部『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』各年版。
厚生省保険局監修『医療保険統計便覧』平成3年版。

注　1. 補正：消費者物価指数で実質化。
2. 看護科指数＝看護料小計／入院診療報酬収入×100（1972年以降推計可能）。
なお，看護料小計は，西村周三「看護料，病院経営，看護職員給与」〔厚生省保険局編『看護マンパワーの経済分析』社会保険福祉境界pp.37-57〕における脚注1に基づいて推計した。
3. 点数改訂指数：公示された診療報酬改訂率を月間加重平均して暦年化した指数。

1）　看護職員の給与変化率には，1件当り入院医療費変化率（Δp）が有意に影響を与えている。

2）　看護料指数は，看護職員の給与変化率に影響を与えていない。すなわち，1件当り入院医療費につながらない看護料の引上げは，看護職員の給与上昇に影響を与えてこなかった。[29)]

3）　看護職員の給与変化率は，病院病床と看護系学校卒業者数とのそれぞれの変化率に影響を受けていない。その原因は，いまだつかめていない。

↘（特二，特一，一類，二類，その他，二類は昭和57年度以降なくなった），乳幼児介補料を用いた。昭和57年以前，各項目の総点数は公表されていないため，甲表と乙表からそれぞれの和を求めた。昭和47年2月の診療報酬点数改正に入院料を室料と看護料に分けたが，昭和60年以前，それぞれの総点数が公表されていないため，各年の入院診療日数をその年の室料単価にかけて総室料を求めた。そして，総看護料から総室料をひいて純看護総点数を算出した後，1件当りの看護料と室料を求めた」〔西村（1992b）pp.48-9.〕。

29）ちなみに西村は，「看護料の改正によって看護婦給与の引き上げされる可能性が示唆される」〔（1992b）p.43〕と論じている。西村の論拠は，1件当り看護料を一つの説明変数とした都道府県別の民間病院の看護給与関数において1件当り看護料の標準偏回帰係数が有意差をもつ，という観察事実に依拠している。ところで，この1件当り看護料は，昭和61年の1件当り看護料／入院料の比率を都道府県別の1件当り入院料に乗じて算出したものである。それゆえこのばあいは，1件当り入院料の改正によって看護婦給与のアップがなされる可能性をもつとするのが，素直な解釈であろう。

4） 補正１件当り入院医療費変化率（Δp）は，診療報酬改訂指数の変化率によって，その変動の78％が説明される。

4. 看護職員給与の横断面分析

つぎに横断面での看護職員給与関数を推計する。ここでは，看護職員給与に，労働力の潜在・顕在的な需給ギャップ――図８ 看護労働力の潜在・顕在需要複占モデル参照――の与える影響を観察するために，前者には充足率を，後者には県外出身就業者率を適用した。

表６ 看護職員給与関数（47都道府県）

モデル賃金		加重平均値	切片	県外出身就業者率 43.30%	充足率 92.20%	１件当り医療費 303千円	adj. R^2
初任給	基本給	164,470円	185,756	121	-653	108	0.63
			(10.6)**	(2.8)**	(-4.8)**	(3.5)**	
	給与総額	218,400円	299,694	211	-1,462	138	0.71
			(10.8)**	(3.0)**	(-6.9)**	(2.8)**	
勤続10年	基本給	225,390円	307,449	348	-1,230	224	0.64
			(8.3)**	(3.8)**	(-4.3)**	(3.4)**	
	給与総額	280,770円	221,454	186	-715	198	0.58
			(8.0)**	(2.7)**	(-4.5)**	(4.3)**	
参考モデル	１件当り医療費	303千円	375	0.299	-0.922		0.09
			(5.9)	(1.4)	(-1.4)		
参考相関行列	県外出身就業者率	43.30%			-0.35		

**：p〈0.01，*：p〈0.05
（ ）内は＋値。
資料 厚生省『看護職員見通し』1991年。
日本看護協会『看護職員の移動と定着に関する調査研究』1992年。
日本看護協会『1991年 病院看護基礎調査』1993年。
厚生省保険局調査課『国民健康保険事業年報』1992年。
注 1. モデル賃金（1991年次データ）
看護部長に対して，当該病院における次の条件下での代表的例をアンケート調査。
初任給：「高卒・３年課程養成所卒，単身で民間アパートに居住」
勤続10年：「勤続10年，31-2歳，非管理職」
2. 県外出身就業者率（1989年次データ）：
｛県内就業者－県内出身就業者（＝職場移動経験なし県内出身者＋職場移動経験あり県内のみで就業）｝／県内就業者×100
なお，上の定義に基づいて，県外での就業経験ありの県内出身者，つまりＵターン就業者（11.4％存在）は，県外出身就業者として扱っている。
3. 充足率（1992年次データ）：
（看護職員見通しにおける供給数／看護職員見通しにおける需要数）×100
4. １件当り医療費（1990年次データ）：国民健康保険・総数入院
5. パート時給夜勤帯では，佐賀県データが欠損しているため，サンプル数は46となっている。

結果は，つぎのようにまとめられる。

1） 看護職員の給与には，１件当り入院医療費（$\bar{p}$）が影響を与えている。

2） 潜在需給ギャップおよび顕在需給ギャップのいずれも，看護職員給与に影響を与えている。ようするに，看護労働力の給与も，看護労働力の需給逼迫度に応じて決るのである。

3） 潜在需給ギャップである充足率と顕在需給ギャップ指標である県外出身就業者率との間に

は，有意な相関はないことを確認しておく。それなのに，充足率が低いと看護職員の給与は高くなるということは，看護労働市場で，なんらかの形で給与の競上げ競争が展開されていることを示唆している。

4） 潜在需給ギャップおよび顕在需給ギャップを原因として1件当り医療費を引上げ，これにより高まった分配能力によって，看護職員に高い給与を支払うという因果関係は成立しない。すなわち，横断面で観察される1件当り医療費は，医師誘発需要仮説の検証には不向きな管理価格部分とみなされる。[30]

なお，横断面の看護職員給与関数の解釈には，1つの留意点がある。それは，看護職員の給与の高い医療機関すべてで，看護職員へ支払う給与費総額が高くなっているとは限らないということである。というのも，看護職員の給与にも曲りなりにも年功的形状が観察されるのであって，ミクロには高い給与を支払いながらマクロには給与費総額を抑制する手立てはある。その手立てとは，看護系学校を卒業したての若い看護職員を比較的高い給与で雇用したうえで，早期退職させる労務管理政策を重ね合せる方法である。かりに，この労務管理政策をとり得るリーダー的医療機関が存在するとなると，給与支払体系が相対的に高くなった地域においては，看護職員の再就職先となるフォローワー的医療機関での経営は，相当厳しいものとなる。

6. “看護労働力不足”とネーミングされた医療機関経営難

“自由”という言葉は，なかなか俗耳に順いやすく，と同時に，本質的に曖昧な概念であるため，攻守の術を備えながらことの説得にあたるさいには，きわめて好都合な言葉である。

ところで，日本の医療保険制度については，国民皆保険，自由開業医，出来高払の3原則を「今後も堅持していきたい」[31]ということが，政策当局によって表明されている。この3原則のうちの自由開業医についてであるが，実際には“自由”というのは名ばかりで，日本の医療機関は市場と政策の狭間に位置するのであって，医療機関の経営計画は医療供給政策により強力にコントロールされている。すなわち，医療機関の拮抗力には，医療費支払の寡占体である保険者，しかも保険者の

30） なお，「横断面で観察される1件当り医療費は，医師誘発需要仮説の検証では不向きな管理価格部分とみなされる」というのは，特定の疾病にたいするある医師による診療行為は，横断面で観察される標準的な診療行為に従っているであろうということを意味している。とはいえ，標準的な診療行為に個々の医師が従っていたとしても，標準的な診療行為そのものが変化すれば，診療報酬の実質的な伸びを据置いていても医療費は自然増部分をもつ。この標準的な診療行為の変化に沿った個々の医師による診療報酬の変化そのものは，「“診療の適正化対策”としてしばしば出てくる“審査・指導監査の充実”という政策ベクトルのスカラーの強化」（拙稿1989，p.200）では，チェックできない現象であるということも指摘しておきたい。

31） 厚生省保険局医療課長 篠崎英夫「講演 医療保険の現状と課題」『総合社会保障』1993年，4月，pp.66-70.

なかでリーダーとして働く公共のモティベイションが強く作用している。こうした，生産者行動と公共政策との拮抗関係ゆえに，医療機関の経営問題は，いきおい政治問題として議論されることになる。とともに，「権力を行使する場合には，そのほとんどは，権力行使の事実を隠そうとする社会的条件づけ権力という形で行使されるようになっている[32]」現代社会において，教養としての経済学の普及をとおして，「自由企業体制のなかでは，個人の力とは無関係な市場メカニズムを通して実現される消費者主権が最大であるとも教えられている[33]」ためか，医療機関の経営難という現象にネーミングされた“看護労働力不足”というキャッチ・フレーズは，最終消費需要があるにもかかわらず，インプットとしての看護労働力が不足しているのであろうという理解を得ながら，市民には素直に受止められていくのだろう。

もっとも，医療サービス市場では，病床が存在すれば，いわゆる患者＝最終消費需要は存在する。そして，最終消費需要が存在する経営体の存在意義を云々ということは，「消費者の行動によって示されるかぎりでの選好を与件として受け取る他はない[34]」経済学の範囲には属さない問題であるようにも思える。しかしながらここでは，医師誘発需要仮説——この仮説は，消費者需要の神聖不可侵性という経済学の先験的公準を放棄している——にもとづいて考察を展開している。そしてこの医師誘発需要仮説に足場をおいて医療資源の配分問題に答えを出すためには，はじめから，「何らかの第三者の立場における価値評価にもとづく他はない[35]」ことを覚悟しておかなくてはならない。

ところが，何らかの第三者の立場における価値評価を行うための科学的方法などあろうはずはない。せめてもの方法は，「関連の適切性，有意義性，整合性，実現可能性[36]」をもつ価値前提を見出す目的をもって，対象の観察をおこなうことくらいである。そこでこの目的を意識しながら，つぎには昨今の看護労働力不足論議をめぐる医療保障政策——医療供給政策と医療保健政策とからなる政策——を概観してみる。

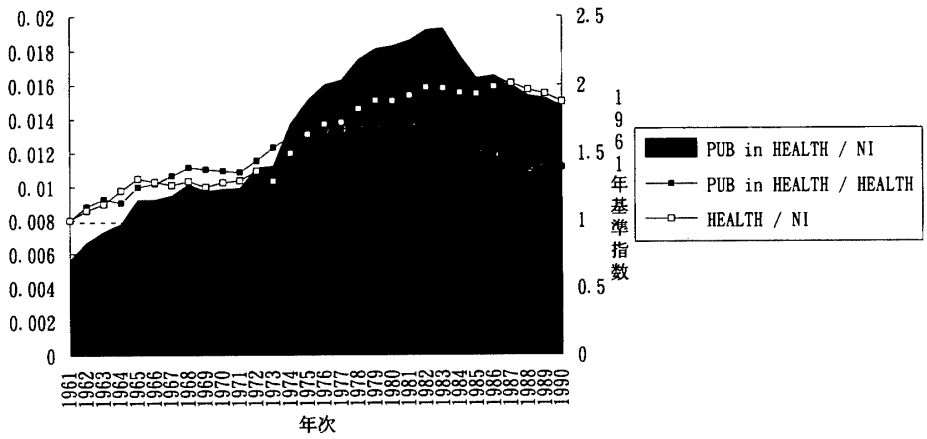
7. ’80年代の医療供給政策と看護労働力不足論議の概要

’80年代の医療保障政策の狙いは，**図9　医療保障政策のモティベイション**をもとにして，つぎのように要約できる。

まず，シーリング予算編成の枠組みのなかで，高齢人口と比例して伸びゆく年金財政に慎ましくも譲歩しただけではなかろうが[37]，厚生行政における医療保障政策は，国民所得に占める国民医療費

32) Garblaith (1983), p.11.〔邦訳，p.26.〕.
33) Garblaith (1983), p.11.〔邦訳，p.26.〕.
34) 熊谷 (1978), p.276.
35) 熊谷 (1978), p.276.
36) Myrdal (1973), p.55.
37) 1982年3月，武見太郎氏は，日本医師会会長の地位を退いている。

図9　医療保障政策のモティベイション



資料　厚生省大臣官房統計情報部編『平成2年度　国民医療費』。
注　PUB in HEALTH：国民医療費への国庫負担額
NI：国民所得
HEALTH：国民医療費

への国庫負担の比率を抑制することを主眼とするようになった（1983年以降のPUB in HEALTH／NIを参照）。そして，この政策は2方向から展開されてきた（PUB in HEALTH／NI＝（PUB in HEALTH／HEALTH）×（HEALTH／NI））。

一つの方向は，「保険医療費の公平な負担および制度の長期的な安定を図る」という名分のもとに，国民医療費の国庫負担率（PUB in HEALTH／HEALTH）を引下げる医療保険政策である。この政策は，国民健康保険――事業主という稼得源単位で捉えきれなかった残余の国民を地域単位で編成した医療保険――への法定国庫負担額を，退職者医療制度と老人保健制度という2つの財政調整制度をとおして，被用者保険にコスト・シフトする政策と要約できる。

いま一つの方向は，「良質で効率的な国民医療をめざして」という名分のもとに，国民医療費の伸びそのものを抑制する医療供給政策である。この医療供給政策の評価基準が，よく知られる「医療費の伸びは国民所得の伸び以内に」（HEALTH／NI）という合言葉である。そしてこの政策は，薬価基準，診療報酬点数表，医療法という3つの政策チャネルをつうじておこなわれてきた。

まず，「1981年以降は，診療報酬の引き上げを薬価基準の引き下げがほとんど相殺するという，いわば“ゼロサムゲーム”の改訂[38]」を断行し，長期にわたり薬価基準引下げ分を含む診療報酬を据置く[39]。そしてその間，診療報酬改訂時に薬価を大幅かつ継続的に引下げることによって，薬価差益に

38）二木（1990b），p.27.
39）もっとも，“ゼロサムゲーム”的な診療報酬改定の断行が，直線的に，医療費や医療従事者の給与の伸びをゼロにする訳ではないことは周知のことである。そこで，いくつかの医療経済データを対象として，1980年を基準年とした1991年の指数をあげておくことにする。医科診療報酬指数（1.03），消費者物価指数（1.26），国民医療費指数（1.81），医薬品製造業給与指数（1.64），医療業給与指数（1.39），産業計給与指数（1.46）〔給与指数は，労働省『毎月勤労統計要覧』における，常用労働者1人平均月間現金給与額より作成。なお，産業計は，『毎月勤労統計要覧』の調査産業計である〕。

依存していたのでは経営が不安定になることを医療機関に周知せしめ，医療機関の経営体質を変化させる。つぎに，入院患者の年齢構成や入院期間というような医療供給にとって比較的アンコントローラブルなファクターを用いて医療機関を分断することにより，診療報酬の配分チャネルのマルチ化，つまり政策チャネルのマルチ化を図り，分断された医療機関の間への診療報酬の流れにアクセントを設ける。

具体的には，生活自立性を欠く人間を家計内に抱えもつという生活リスクのプーリング機能をはたしていた高齢者の長期入院に，「社会的入院」というレッテルを貼って大衆の思考を停止させる。そして病院から在宅へという御旗を掲げて，高齢者を病院から家計のもとに戻すことによって，「社会的入院」というリスク・プーリング・システムを衰弱させながら，公共から家計へのコスト・シフトを敢行する。

そしてこの動きと並行しながら，第1次医療法の改定により，病院の病床投資に足枷を科し，実質的には病床のマクロ規制をおこなう。つぎに，第2次改定によって，大学病院での研究費と保険医療費との混在の状況を見直すフィールドを設けることを企図した特定機能病院と，いまのところ老人病院ではない一般病院を，医療ケアと生活ケアのいずれをも供給する中間施設的な機能をはたす施設に取込むことをねらった療養型病床群を設定した。

ところで，第1次医療法改定が実効性をもちはじめるのは1989年からである。だが，それ以前の1985年から1988年は，経済政策の失敗ゆえに，バブル経済真っ盛りの時期であった。そしてこの時期，低金利政策という市場環境の渦中にあった医療法人病院と個人病院の病床数は急増した。その結果，医療法人・個人病院は増床に見合った看護労働力獲得競争に乗出した。ところが，有資格看護職員はそのほとんどが就業しているという特殊事情も働いて，医療法人・個人病院の看護労働力獲得競争は，公私を問わず，かつ病院・診療所を問わず，医療機関全体を巻込んで看護労働力不足感を蔓延させることになる。とともに，医療機関のなかでは看護労働力の節約を中心としたリストラの圧力が高まっていると推察される。とはいえ，リストラは当然のごとく企業内労働市場の改革を意味するのであって，この改革は，企業内での職種間の利害衝突を惹起する。たとえば，看護職員の「診療上の補助」や「他の業務」（連絡，事務，物品管理，清掃，搬送等資格のない者ができる業務）[40]などを効率化するといえば聞こえはよいが，この効率化は，看護職員の手による医師および他の職員へのサービス低下を意味するのであって，きわめて困難な利害調整を要請する。

もっとも，通常の経営体であるならば，その収入は，個々の経営体の市場的政治的努力によってはなかなか動かすことのできない消費者需要に左右されると納得もできそうである。ために，経営体の内部での困難な利害調整にも致し方なしという諦めが生じる見込みもある。しかしながら，医

40） この看護職員の業務規定については，厚生省健康政策局（1993）を参考としている。

療機関にあっては，まずその収入の源となる需要単位当りの平均価格（$\bar{p}$）も，そして費用を構成する看護職員の平均給与（$\bar{w}$）を規定するであろう労働市場の規模そのものも政策レベルで決められるのであるから，医療機関のリストラは，いきおい政治問題となりやすい性格をもっている。そして，その看護労働力不足の訴えは，政策当局によって，出入国管理法に看護職員特例を設けさせ[41]，看護系学校の定員増[42]，診療報酬における看護料の引上げを組込んだ今世紀では残すところ最大と目される診療報酬引上げという，見返りを受けることになる。

ところが，潜在看護職員の存在を見込めない環境のなかでの患者対看護職員数を医療資源配分のパラメータとした看護料の引上げは，看護職員の偏在している，公と民を比較すれば公的病院，大と中小を比較すれば大規模病院の育成を図る一方で，民間中小病院の看護労働力不足感を煽りながらも大規模病院への転換の道を断つ政策，つまり民間中小病院の淘汰を図る産業政策の展開と軌を一にする。

それゆえ結局，日本の看護労働力不足問題とは，この民間中小病院の存在意義，しかも高齢者の絶対数が多く，ためにバブル経済下で勢いよく私的病院病床が増加した大都市を含む都市型都道府県における民間中小病院の存在意義を，どのように評価するかという問題に帰着する。

だがその評価作業をおこなう前に，看護労働力不足論議というこの政治経済現象は，今後も継続しておこなわれるのか？という，少し趣の異なった問題について考えてみることにしよう。

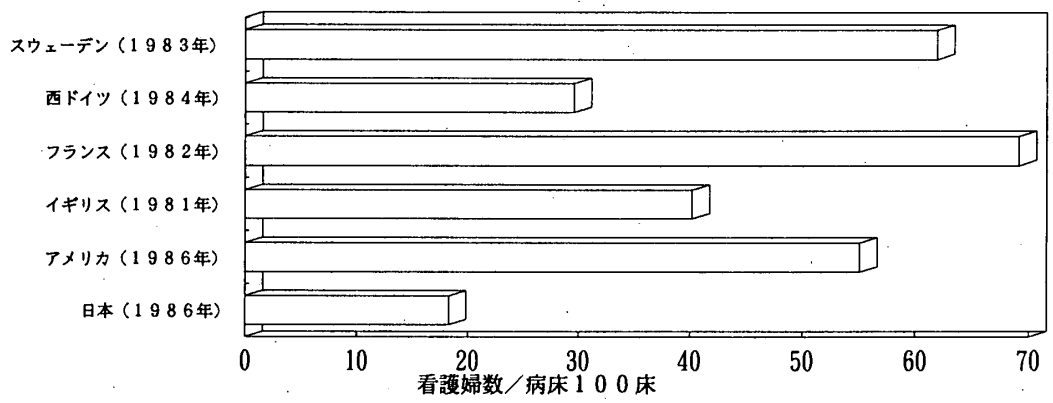
8.　看護労働力不足論議の長期予測

看護労働力不足論議は，これからも継続すると予測される。というのも，昨今の医療供給政策は，医療機関の看護労働力需要を高める方向に強く作用しているからである。まず，病院病床規制政策による代替効果ルートから，つぎに，1990年の看護料大幅引上げにより診療報酬収入の実質増加につながった病院での所得効果ルートから看護労働力需要の増加を見込めるし，さらには私的病院の75％弱が基準看護承認を得ていない現状をかんがみれば，看護職員の限界収支差額に上積みしつつある，昨今の診療報酬改訂が，私的病院の看護労働力需要を増加させる影響も予測される。ゆえに今後も，看護系学校の定員増要請や，1992年にはじまった外国人看護婦の移入を正当とする話題を中心として，ときに，診療報酬引上げ要請の名分に利用されながら，看護労働力不足論議は，続くものと思われる。そしてそこでは，図10　**病床100床対正看護婦数の国際比較**などが引用され，

41）　1990年に出入国管理法が改定され，外国人にも日本の看護学校を卒業すれば，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た〔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〕。

42）　看護婦不足のおりから1990年には，厚生省は，看護系学校定員の１～２割増しの入学許可を申渡している。

図10　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）p.11.における「図7　病床　100床当たり医師・看護婦数」より作成。

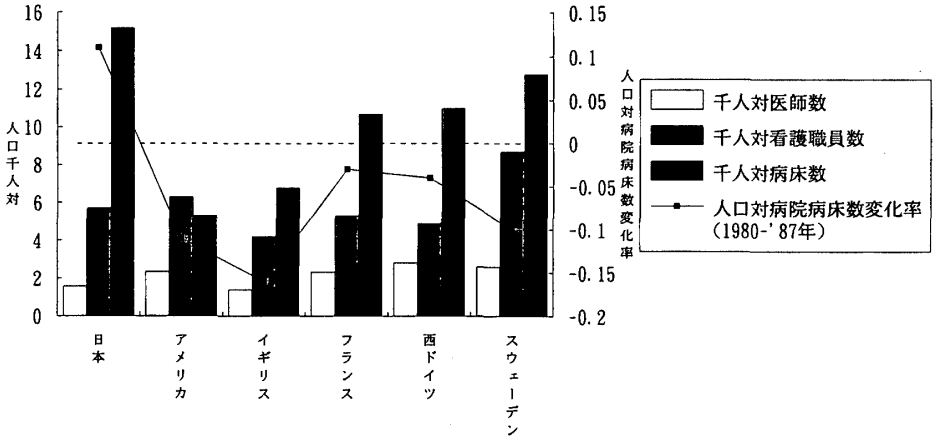
この論議に信憑性が加味されよう。

ところで，日本の看護労働力不足の状況を説得するさいにしばしば引用される図10では，正看護婦のみを分子に置き，分母には病院病床数がとられている。これでは，その比率が次第に低下してきたとはいえ，現在でも看護職員の46％を准看護職員が占める日本の現状にそぐわない。そこで，准看護職員をも分子に加えてみる。またさらに，分母については，病床を人口に置き換えてみる。[43] 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，日本よりも高齢化した他の先進諸国（以下，高齢先進諸国。除アメリカ）では，看護職員とともに介護職員をも配置した老人ホームもがその供給責任を担っている。その結果，日本の人口対病院病床数は，老人ホームの充実した他の高齢先進諸国よりもかなり多くなっている。[44] ということで，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，そして病床数をも看護職員と一緒に並べた，図11　医師数・看護職員数と病床数の国際比較を作ってみれば，日本の看護職員数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いる。ちなみに，'80年代の高齢先進諸国の一般的動向は，人口当りでみて日本よりも少ない病院病床数の一層の削減であった。

43）なお，「看護婦に限らず，医療従事者の国際比較をする場合には，病院当りの数値と人口当りの数値の両方を用いて，検討する必要がある」〔二木（1991），p.170.〕ことを，二木は，詳細な“病院の看護職員数〔看護婦（士）＋准看護婦（士）＋看護業務補助者〕の日米比較”を通して，指摘している。

44）“OECD加盟国の病院病床と老人ホーム定員”の国際比較については，二木（1990），p.10. を参照してもらいたい。

図11　医師・看護職員数と病床数の国際比較（1987年近辺）



資料　OECD, *Health System in Transition*, Paris, 1990.
注　1）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。
　　2）人口対医師・看護職員数
　　フランス・スウェーデンは　1985年次データ。
　　3）人口対病院病床数
　　フランス・アメリカは　1986年次データ。
　　4）人口対病院病床数変化率
　　フランス・アメリカは，　1980-'86年次を対象とした変化率。

9.　「看護労働力不足論議」への政治的判断

さていよいよ最後に，「看護労働力不足論議」にたいして，一つの結論をまとめてみようと思う。とはいえ，「看護労働力不足」問題そのものは，いくつもの価値座標軸がかかわってくるポリティカルな問題である。この問題について，たとえば，パレート効率という一座標軸上で，「充足」を「最適」概念に置換えた分析を試みても，「充足」する必要のない「不足」という円い三角のような定義しかできず，それではまったく無意味な結論しか得られない。[45]「看護労働力不足」問題については，日本の医療保障政策のみならず日本の社会経済政策が直面するポリシー・ミックス環境のなかで，看護労働力を増やす政策は，いかなるプライオリティをもつ政策なのかという問に置換えるしか方法はない。そして政策へのプライオリティの判断は，さまざまな価値座標軸にたいする価値評価なくして応えようがない。

この理由にもとづき，「経済政策の大部分の問題には，利害の対立がある」[46]ことへの十分な認識をもとに，「忠実な説明の方法は，批判されるかもしれない論点を曖昧にしないことである」[47]として，

45）拙稿（1993 b）では，「不足」概念を「パレート最適」概念に置換えた，いわゆる経済学的な不足の定義の持つ，月夜に背中を炙るような通性を指摘しているので参照してもらいたい。
46）Myrdal（1955），p.193.〔邦訳，p.296.〕
47）Myrdal（1955），p.192.〔邦訳，p.294.〕

「社会科学の進歩は，ベールで覆われることのない激しい論争を通じて達成される」[48]というミュルダールの言葉に励ましてもらいながら，「看護労働力不足」問題に向かって政治的判断をくだすことに，許しを願いたい。

ということでまず，結論にたどりつくための3つの思考前提についてまとめておく。

1） 「老人医療費と老人福祉費を合計して判断し，家族の機会費用を考慮するかぎり，現在行れようとしている政策は結局のところ，いわゆるコスト・シフティングに過ぎないということであった。〔中略〕老人医療費を削減することは，結局家族の在宅ケアの実質的な負担を増すように働くだけで，全体としての費用削減にはならない」[49]という西村の事実前提を継承する。

2） 医療・福祉サービスと“生活問題”との関係に思考を集中し，制度の機能論をおこなうために，いったんは，公共，保険者，家計という費用負担チャネルから医療・福祉領域へ流れる資源配分量という条件を一定として，静態的議論をおこなう。[50]

3） 医療・福祉領域への資源配分量について考えるばあいには，議論を動態化する。ただし，対象としていない領域，すなわちランカスター的な意味で異なった特性をもたらす財・サービスとの間での資源配分のプライオリティを一つ一つ論じていく方法は手に負えない。ゆえに，対象領域への資源配分量とマクロ経済循環で生じる“市場問題”との関係を考察することにより，この動態的議論を代用する。

この思考枠組のなかでの，看護労働力不足問題および看護労働力関連問題にかんする判断のポイントを説明しておこう。

スタートは，日本の病院病床数の過不足問題である。これについては，急性疾患患者の入院待ち行列は社会問題化していないという事実に，日本の病院病床数は高齢先進諸国に比べて人口当りでみてすでに多い段階にあるという事実を参考程度に配慮して，日本の病院病床数は過剰であると判断する。

そしてさらに，出来高払を旨とする老人病院が，医療ケアと生活ケアを合わせて提供する中間施設群（以下，老人保健施設，介護力強化病院を含めて指すものとする）の内の介護力強化病院に転換したばあい，当の病院理事長により，以下の証言があること。

- 「これまでだと出来高払いである以上できるだけ高い薬を使用する，あるいは薬の種類を変えるといった経営努力があったが，これからはこうしたことが不要になり，治療がシンプルにな

48） Myrdal（1972），p.viii,〔邦訳，p.4.〕.
49） 西村（1993），p.46.
50） 量を固定した静態的議論をおこなわなくては政策のプライオリティを考えることができないために，抽象的に量を固定しているにすぎないのであって，医療・福祉領域に流れる現行の資源配分量にたいして，これを妥当な水準であるとみなしているわけではないことに注意してもらいたい。政策のプライオリティを考察するためには，思考技術として，いったんは抽象的に量を固定した静態的議論をおこなわざるをえない，という方法については，拙稿（1992）のなかで触れている。

るという効用がでている[51]」

- 「薬をこれまでどおり欲しいという患者もいるが，投与量の減少により食欲がでてきた，あるいは高血圧症患者の血圧にとくに大きな影響は出ていない[52]」
- 「薬の長期大量投与により腎機能の衰えた患者は感染症にかかりやすいが，今年の夏は少ない。薬の投与が減少したことで食欲が回復し，点滴の必要もなくなる[53]」
- 「査定をすることなく医師が考えた通りの必要な医療ができ，不必要な無駄な医療がなくなった[54]」

および中間施設群のなかの老人保健施設での生活環境は，在所している高齢者にとってもそしてその親族にとっても，病院での入院環境よりも高く評価されている[55]ことを判断材料として[56]，入院している急性疾患患者とその親族が損害を被ることなく，入院している慢性疾患患者，すなわち池上の言葉を借りれば病弱者（表1参照）とその親族の満足度をより高める余地があるという観点にたち，病院資源の中間施設群資源へのスクラップ・アンド・ビルドは，早急に行うべきであると考える[57]。

とはいえ，病院資源の中間施設群資源への転換は，病院の直接的な中間施設群への転換もあれば，いったん病院の倒産を経て，その資源が中間施設群の開設を待って移っていく状況もあろう。そして後者のプロセスをたどるとき，入院利用者や無医地区の市民に損害を与えることのないような保護措置を準備しておく必要のあることはいうまでもない。

ところで，中間施設群のなかでは，医師には，慢性疾患患者の様態悪化という緊急時でのキュアが期待されるのであって，患者の症状が安定しているときには，ケアが中心となる。そしてこのケアに要するマンパワーについては，現行制度のもとでは，**表7　現行制度の下でのケア・スタッフ**

51）「老人病院は入院管理料で医療に変化」『週刊社会保障』，№1604，p.7.
52）同上，p.8.
53）同上，p.8.
54）同上，p.9.
55）この実感は，『総合社会保障』のなかに掲載されている，水野肇の一連の対談のなかで得たものである。
56）証言や印象を論拠にする方法は，部分を全体に推量る誤謬をもたらす可能性がある。とはいえいまのところ，他の条件を一定にして，中間施設群と老人病院とのあいだでの利用者の満足度の比較をおこなえるデータは，管見の知るところでは存在しない。そこで次善策として，出来高払を旨とする老人病院が，医療ケアと生活ケアを合せて提供する中間施設群に転換したばあいの利用者をサンプルとして，その満足度の変化を観察する必要がでてくる。
　もっとも，中間施設群の1つである老人保健施設での投薬量が，老人病院のそれよりも少なくなることは容易に想像できる。しかしながら，診療パターンに変化が生じたとき，この変化が，利用者の満足度を高めたのか低めたのか，および医学的有効性の視点からながめて改善であったのか改悪であったのか，診療を担当した医師以外の第三者が，診療パターンを眺めるのみでは決して判断できるものではない。というのも，医療や福祉は，規格財ではないからである。それゆえ，本論では，医師の証言をあげることにした。
57）ただし，つぎの留保条件を満たしたうえでの支持であることを断っておきたい。「慢性期医療は“条件付き”で定額払い制を主体にすること。その条件とは，以下の三つである。一つは，例外的に重症な患者や例外的に高額なサービス・医療品等には，別枠の追加的支払を行うこと。二番目は，患者を“寝かせきり”にしない良質な医療・看護・介護を提供できる診療報酬が設定されること。三番目は，診療報酬を賃金・物価の上昇に対応して，毎年引き上げること」〔二木（1993）〕。

表7　現行制度の下でのケア・スタッフ配分数〔入院（所）者100人対〕

＜1993年段階＞		看護職員数	介護職員数	介護職員／看護職員
中間施設群	介護力強化病院Ⅰ	17	25	1.47
	Ⅱ	17	20	1.18
	Ⅲ	17	17	1.00
	老人保健施設	8	20	2.50
参考				
福祉施設	特別養護老人ホーム	3	22	7.33
老人病院	特例許可老人病院	17	13	0.76
一般病院	基準看護　その他3種	20	-	
	～			
	基準看護　特3種	40	-	

資料　①厚生省大臣官房政策課『社会保障入門』中央法規出版社，1992，p.110.
②「'92年4月診療報酬改訂のポイント」『社会保険旬報』№ 1754，p.6-13.
③東京都福祉局指導部監修『施設運営ハンドブック～民間社会福祉施設運営のために～』東京都社会福祉協議会，1992。

注　①老人病院＝老人（65歳以上）収容比率が60％以上の病院。
∴　一般病院にも老人慢性疾患患者は存在する。
②表7は，制度のガイドラインを示したものであり，数多くの制度特例を捨象している。詳細は，資料を参照してもらいたい。なお，資料は1992年時のものであるが，1993年に入って表記した部分の変更は行われていない。

配分数にみるように規定されている。

もっとも，ケア・スタッフが充実すればするほど，ケア・スタッフに時間的余裕が生まれ，それがケアの質向上につながることは間違いなかろう。けれども，現行の制度規定のもとでも，中間施設群での利用者は，病院での入院よりも高い満足を得ているのであるから，少なくともつぎのことはいえる。すなわち，中間施設群では，看護職員と介護職員とのチーム・ケアが中心となるのであって，このとき，医療と福祉の両域にわたるケアの専門職として，看護職員はチーム・ケアのコーディネイターとしての役割が期待されることになる。そしてここに，病院が中間施設群に転換したり病院倒産のために，いわゆる“病院病床”が減少したりすると，他の高齢先進諸国に比べて圧倒的に少ない病院病床対看護婦数は改善されるという見込みを組込む。その結果，

①介護職員の増員，

②チーム・ケアのコーディネイターとしての能力をそなえもつ看護職員の養成，

そしてこの目的に合致した看護職員教育制度への再編

は，病院経営者のいだく今日の看護婦不足感を解消するために，現行看護職員教育制度をとおしておこなわれる看護職員増員政策よりも，短期的にも長期的にも高いプライオリティをもつと判断する。

なお，現在でも病院の淘汰政策は進められており，それは，民間中小病院の淘汰政策という性格を帯びたものとなっている。はたしていかなる病院が，どの規準からみてその存在意義は高いのか。この問題にたいして，現段階でのわたくしにはつぎの理由から判断がつかない。その理由とは，第1に，この市場は規格市場ではない。たとえば，高度先端医療をおこなう病院と地域医療に取組む病院とでは，その機能はまったく異なる。そしてもし，この機能が病院規模と有意な関連をもつのであれば，規模を基準とした病院淘汰政策の支持にはためらわざるを得ない。第2に，これは医療のみならず福祉にもあてはまることでもあるが，医療・福祉はサービスである。ゆえに，その利用者である患者とその親族は，供給者を訪れなければならないという条件が必然的に付帯される。したがって，財の供給者の存在意義の優劣を問うときに，たとえば施設ケアにおけるスティグマ（汚名）の払拭というような価値前提の存在を視野に入れる必要もなく，適用が容認されてきた“規模の経済”という規範ツールを，この分野にも襲用できるとは考えられない。ために，医療・福祉サービスの利用者を，家計単位ではなく個人単位と想定した分析結果の解釈には，いつも慎重にならざるを得ないのである。そこで現在，以下のことをいえるための条件整備の方途を摸索している。

それはすなわち，医療サービス市場では，消費者主権の原則という先験的公準は成立しにくい，と同時に，医学という学問分野の性質ゆえに病院の経営者である医師の欲求には偏向が生れ，医師が利用者のエイジェントとして機能することも想定しがたい。そこで，医師と患者との間にたって，現行の医療の矛盾を肌で感じ取っている看護職員による病院評価能力を，病院淘汰基準として用いることはできないのであろうか。

というのも，看護職員のもつ3つの職務，「診療上の補助」，「療養上の世話」，「その他」は，順に，医師へのサービス，患者へのサービス，医師を除く他の従事者へのサービスと読み直すことができる。そして**表8　看護職員が前回の職場を退職した理由**でみるように，看護職員が移動する際に，前回の職場を退職する理由として「仕事内容への不満」が上位にあげられている。

これは，あまりにも療養上の世話に時間をかけられないことから生れてきているものと解釈でき

表8　看護職員が前回の職場を退職した理由
（20代の病院勤務正職員・職場移動経験がある者について・無回答を除く）

未婚（N＝162）		既婚（N＝74）	
①仕事内容への不満	39.5	①結婚	37.8
②他分野への興味	34.0	②仕事内容への不満	31.1
③契約期間満了	23.5	③労働時間への不満	24.3
④労働時間への不満	20.4	④他分野への興味	20.3
⑤人間関係	19.1	⑤契約期間満了	16.2
		⑤出産・育児・子供のため	16.2

資料　日本看護協会『看護職員の移動と定着に関する調査研究』1992，p.31.

る。となれば，看護職員の利害と医療・福祉サービスの利用者との利害は一致しているとみなしてよいのではなかろうか。

なお現在，看護職員の職能集団として日本看護協会が存在する。この協会には，現在進められているナース・センターのネットワーク化を利用して，看護職員の職場への不満を収集し，独自の病院評価データをまとめ，いずれは，消費者や消費者の寡占体である保険者とその情報を共有できるような体制の整備を進めてもらいたい。

ところで，施設ケアを充実させることばかりを説いてきたが，巷間では在宅ケアが喧びすしくいわれている。そしてその根拠は，高齢者は介護されたい場所として「家庭」をもっとも強く希望していること[58]，および高齢先進諸国では，大規模施設ケアでの非人間的処遇への反省にもとづき，施設ケアから在宅ケアの方向へ政策の舵を大きくシフトしていることなどがあげられている。

けれども，福祉サービスは救貧対策として誕生する傾きをもっていたのであり，そのあと，救貧対策時代の政策技術は独り立ちして，ひろく平均的な国民の生活問題解決策に応用されてきた歴史をもつ。このため，今日の福祉サービスは，救貧対策時代のスティグマ（汚名）のイメージを払拭できないままでいる[59]。この状況下で，人々に施設ケアと在宅ケアとではどちらが望ましいかを問いかければ，在宅の方を選択するのは当然である。そしてさらに，高齢先進諸国の在宅ケアを引合いにだすとしても，たとえば，施設ケアから在宅ケアへの政策を大胆に展開しているスウェーデンにあっては，高齢者が独居できるだけのストックを整備し，親族の生活とは精神的にも経済的にも独立を保障したうえでの政策転換，すなわち，生活自立性を欠く人間を家計内に抱えもつ生活リスクへのプーリング・システムを準備したうえでの施設ケアから在宅ケアへの政策転換なのである。日本のように，施設ケアの整備にウェイトをおく政策を一足飛びに越えた，家計内の嫁と資産を当て込んだ在宅ケアの推進策とは桁が違い過ぎる。高齢先進諸国の経験からの教訓は，医療・福祉サービスの利用者は，個人ではなく家計であることを十分に認識して，市民生活と中間施設群での生活とを融和させながら，中間施設群の充実を進めていくことであろう[60]。

なお，ここでの議論は，日本の病院病床数の過不足問題からスタートした。しかしながら，日本

58） 厚生省大臣官房統計情報部（1990）『保健福祉動向調査（老後の介護と医療）』.

59） 病院に老親を預けるのであれば良いが，福祉施設に預けるのでは世間体がどうもという感情の背後にある，福祉施設のもつスティグマ・イメージは払拭すべきである。この点，老健施設は，無理を承知のうえで，病院から在宅へ移る間の通過施設としてその性格を規定することにより，供給者のモラールを高めるとともに，利用者にも施設にたいする明るいイメージを与えることに成功している。これは，一つのアイデアとして高く評価されることである。それゆえ，老健施設における在所期間が長期化している実態に素直に対応して，この施設の中間施設としての性格規定を放棄するようなことはする必要はなかろう。なお，本論のなかで等しく中間施設群として取扱っている老人保健施設と特別養護老人ホームとを比べたばあい，その利用手続が，前者では施設と個人の契約，後者では福祉事務所長の入所措置という点で，その性格は大きく異なる。施設のもつスティグマを払拭させるためには，できることなら，官僚制の弊害を本質的に備えもつ福祉事務所の介在を，極力避けるようにしたいものである。

60） とはいえ，中間施設群の充実を，公的な費用負担でもって進めていくことには，ためらわざるをえな↗

の病院における入院環境そのものが，市民の標準的な生活レベルの向上に追随しきれず，今日では極めて貧相な印象を与えていることは否めない。[61] そして，医療費を抑制するという医療供給政策のモティベイションのもとで，この貧相な病院のサービス・レベルに規定されつつ中間施設群の収入や，ケア・スタッフ配分数は算定されているのであるから，中間施設群のサービスも，従来から福祉というタームが備えていたスティグマを払拭できるだけのレベルに到達しようはずはない。それゆえ結果として，高齢者がスティグマを避けて生きていこうとすれば，自らの属する家計に直接の負担をかけざるを得なくなる。ところが，インダストリアリゼーションの流れのなかでの出生率低下は親族ネットワークを小規模化して家計のリスク・プーリング機能を弱体化させ，この家計機能の弱体化は社会的移動性の高まりによる核家族化により加速されているのである。[62]

10.　おわりに

“生活問題”ばかりに目を向けるのみでは，実のところ，資本制経済のなかでは軽視される運命にある「社会改良主義的道義論以外のものは生まれてこないだろう」。[63] 医療・福祉を含めた社会保障という所得再分配政策の「正しい理解は，何よりも，これを資本制経済にとって内在的に必然的

↘い。この判断の根拠は，つぎの引用によって概観することができるため，参考にしてもらいたい。

「わが国で皆保険政策が達成されたのは，昭和36年4月のことである。国民的医療保障としての皆保健への政策選択は，一種の諦観にもとづくものであった。このことは，昭和31年の『医療保障制度に関する勧告』のなかにみることができる。“わが国の医療保障制度が保険主義をとり，しかも当分の間は，2本建てをとらなければならないのは，一つには，わが国の医療制度が英国のような公営医療を実現し得るような体制になっていないことに基づく。今日多くの国が公営医療主義より保険主義をとっているのも，全くかかる理由からである”〔社会保障制度審議会（1980），p.362.〕。けれども，公営医療をおこなう英国においては，朝鮮戦争後の冷戦のさなか，“国防上の要求と社会保障の要求”〔小山（1969），p.27.〕という対立の中で，公営医療の発展の遅速性という短所が露呈してくる。これを機に，わが国では，医療保険政策への評価も転換し，①安定した自主財源を確保できる②経済成長に弾力的な社会保障給付水準を達成できる，という2点から，積極的な評価がおこなわれるようになった〔小山（1969），pp.287およびpp.128-9.〕」〔拙稿（1989），pp.22-3〕。

ところが現在，国民健康保険と政府管掌健康保険という保険主義の脱落者の存在が，医療保険政策の長所を色あせたものに後退させているのである。公共の介入を極力排除しながら，共同消費システムを発展させていくというのは，はたして夢物語なのであろうか。

61）これを実証するために，衣食住の視点からみた市民の標準的な生活水準と病院での入院環境との時系列推移を観察すればよい。そこで，衣食住のなかの住に焦点をあて，1人当り畳数と病床当り病棟面積の時系列推移を観察しようとしたのだが，病棟部門の建物の面積を含む施設の面積の調査項目が調査されはじめたのは，『病院経営実態分析調査表』（全国公私病院連盟）で1982年，『医療施設静態調査調査表〔3年間隔調査〕』（厚生省）で1987年でしかない。それゆえ，いまのところ，“日本の病院における入院環境そのものが，市民の標準的な生活レベルの向上に追随しきれず，今日では極めて貧相な印象を与える”という仮説の検証を行うことはできなかった。

ちなみに，総務庁（総理府）『住宅統計調査』によれば，1人当り畳数は，1963年から1988年のあいだに，専用住宅で1.9倍，持家で2.0倍，借家平均で1.8倍に拡大している。

なお，アメリカの医療経済学者が，日本の医療保障制度についてまずあげる特徴は，貧相な病院施設であるということは，周知のことである〔「国際シンポジウム　日本の医療費構造＜特集＞」『社会保険旬報』№1806〕。

62）拙稿（1992），p.40.

63）大河内（1949），p.41.

な，その内的な“自然律”として必要とされ貫徹されなければならないものとして，理解することによってのみ可能なのである[64]」。

そこで最後に，“はじめに”において観察した，社会保障レベルと経済成長率との間の逆相関を“見せかけの相関”とみなす一つの仮説を準備し，これを日本の医療保障政策と結び付ける作業をもって，本稿の“おわりに”としたい。

すなわち，一面では，家計貯蓄率の低下による投資への影響を阻止して労働生産性の維持向上を図る期待から，年金制度の財政方式を賦課方式から積立方式に比重を移して公共貯蓄による資本蓄積がおこなわれる。また他方では，生産年齢人口比率の低下・停滞による労働力への影響を労働力率の引上げによってカバーする期待から，家計に潜在する女子労働力の有効活用の意図に，ときに出生率引上げの意図とが交錯して，高齢者や児童の生活自立性を高める社会福祉サービスの整備が進められている。またこの社会福祉サービスの整備には，労働市場における需給の質変化，つまりサービス経済化と女子の高学歴化とが女子労働力の有用性を男子労働力のそれに接近させる状況が，好機となって作用することにもなる。

このように，社会保障という再分配政策は，資本蓄積，労働力率引上げという視点から，経済政策の目標である，成長，ときに安定のための政策手段として位置付けられることになる。しかしながら，こうした労働生産性の向上策，労働力率引上策にもかかわらず，出生率の低下による総人口伸び率鈍化傾向のなかで従属人口指数の高まりの影響はいかんともしがたく，結局は，成長率，国民１人当り成長率の低下傾向は顕在化してくる。それゆえ，社会保障レベルと成長率との逆相関が表れてくることになる。“表１　社会保障レベルと社会経済構造との相関係数”をみる限り，社会保障政策は，インダストリアリゼーションにより“運命決定論的”に生じる死亡率低下と出生率低下，その結果として生じる人口高齢化という，経済政策の外生要因が惹起する“市場問題”をマネッジメントしているとみなすことができる。[65]

そこでもしかりに，日本の経済政策が，社会保障制度のもつ“市場問題”へのリスク・マネッジメント機能を視野に入れるのであれば，生産年齢人口比率の低下・停滞による労働力への影響を労働力率の引上げによってカバーする期待を込め，家計に潜在する女子労働力の有効活用を企図して，生産インフラとしての中間施設群の整備を早急に進めていくべきであろう。そしてこの施設群にマンパワーをスムーズに配分するためには，’80年代の医療供給政策のつけ，――それは，医学的には新しい分野であった慢性医療に取組む医療機関を，市場競争の脱落者扱いしたゆえに，医師および看護職員の急性医療選好を助長したこと――を，真剣に清算する努力をはらわなくてはならないのではなかろうか。

64）　大河内（1949），p.123.
65）　拙稿（1992），p.40.

参考文献

Barro, R. J. and MacDonald, G. M. (1979), "Social Security and Consumer Spending in an International Cross Section," *Journal of Public Economics* 11 : 275-90.

Cameron, D. R. (1978), "The Expansion of the Public Economy: A Comparative Analysis," *The America Political Science Review* 72: 1243-61.

Feldstein, M. (1977), "Socurity and Private Savings: International Evidence in Extend Life-Cycle Model," in Feldstein, M. and Inman, R., eds., *The Economic of Public Services*, London, pp.174-205.

_____ (1980), "Internarional Differences in Social Security and Saving," *Journal of Public Economics* 14: 225-244.

Galbraith, J. K. (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〕.

ISSA. (1990), *Current Research in Social Security,: Comparative Studies*, Geneva.

_____ (1990), *Studies and Research No. 32: Cost Control for Quality Care: Meeting the Challenge of Health System Financing*, Geneva.

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

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

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

池上直己（1989）「医療の公共選択」『公共選択の研究』Vol. 13.

_____ (1992)『医療の政策選択』勁草書房.

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.

大河内一男（1949）『社会政策（総論)』有斐閣〔増補版（1980)〕.

奥村元子（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.

熊谷尚夫（1978）『厚生経済学』創文社.

厚生省健康政策局編（1986）『改正　医療法　法令・通達・全資料』中央法規出版.

_____ (1991)『平成3年版　看護白書』日本看護協会出版会.

_____ (1993)「看護業務検討会報告書」『看護』Vol. 45, No. 9, pp.186-209.

厚生省大臣官房統計情報部（1990）『保健福祉動向調査（老後の介護と医療)』.

厚生省保険局医療課（1993）『社会保険における基準看護・給食・寝具設備，重症者の収容の基準の実際』社会保険研究所.

小山路男（1969）『現代医療保障論』社会保険新報社.

社会保障制度審議会（1980）「医療保障制度に関する勧告　昭和31年」『社会保障制度審議会30年の歩み』社会保険法規研究会.

二木立（1990a）『90年代の医療"医療冬の時代"論を越えて』勁草書房.

_____ (1990b)『現代日本医療の実証分析　続　医療経済学』医学書院.

_____ (1991)『複眼でみる90年代の医療』勁草書房.

_____ (1992)『90年代の医療と診療報酬』勁草書房.

_____ (1993)「"世界一"の医療費抑制政策を見直す時期」社会保険旬報掲載予定原稿.

日本看護協会編（1992）『看護職員の移動と定着に関する調査研究』日本看護協会出版社.

日本経済政策学会（1993）『人口動態と経済政策　日本経済政策学会年報XLI』勁草書房.

西村周三（1987）『医療と経済分析』東洋経済.

_____ (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)「看護料，病院経営，看護職員給与」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.

_____ (1993)「人口動態と医療問題」日本経済学会編『人口動態と経済政策　日本経済政策学会年報XLI』勁草書房.

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.

_____ (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.

(1992)「社会保障と経済政策～公平イデオロギー形成の実証分析～」『三田商学研究』Vol. 35, No. 2, pp.24-46.

_____（1993 a）「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.
_____（1993 b）「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）～」『三田商学研究』Vol. 36, No. 4, pp. 23-50.