

経済学からみた看護サービスの現状と展望

日本銀行 篠塚英子

1. 視点

経済学からみた看護サービスの分析としてはすでに、『看護マンパワーの経済分析』という優れた報告書がある¹⁾。そこでは看護サービスについて論じるべきものはすべて論じ尽くされていたといつてよい。しかし、すでにこの報告発表から10年を経ている。しかもこの10年は日本経済にとって「失われた10年」と呼ばれるほどの、戦後初めて経験した大不況に苦しめられた10年であり、現在もまだその途上にある。その意味では、この間に起こった経済環境が看護サービスのあり方にたいしてどのような変化をもたらしたのか、あるいは、なにも変化などもたらさなかったのか、を見極めることは重要である。それは、看護サービスが政治・経済の中で、どのような位置付けにあるのかを確認する作業でもある。

結論を先取りするなら、第1に、わたしは、この「失われた10年」という惨憺たる経済状況の中であって、働く人々の価値観が大きく揺らぎ、既存の雇用制度が崩れつつあるが、その中であつても、専門職としての看護サービスの位置付けがむしろ、専門職として強まったことをまず指摘したい。その背景にあるのは、モノから得られる満足

よりもサービスから得られる満足へと、人々の経済における価値観が大きく変わったからである。第2に、さらにそれを支えるのが、すでに始まっている高齢化社会における医療・介護サービスのマンパワーの需要増大である。新規に雇用を創出する分野として、現在、産業界では情報・通信分野と並んで看護職への期待が大きく、また目下、政府の支援策が講じられている。第3に、しかし、この分野はまだ依然として女性が圧倒的に多い。そこで男女共同参画型社会の形成のためには、高度な専門職である看護サービスの人的資源を維持するため、夜勤回数を軽減するなど就労条件改善の方策に向けて、英知を結集すべきである。以下、順次見てゆく。

2. 経済学におけるサービス労働の発見

現在の経済学の原型は、イギリスの産業革命が起り始めていた1776年、イギリスの道徳哲学者アダム・スミス (1723-90) の『国富論』にさかのぼる。スミスは経済取引の行為、すなわち交換が自由競争の原理で行われるほどお互いに利潤と便益をもたらすとして、できるだけ政府の介入が無い世界が富をもたらすという思想を導いた。こ

1965年武蔵大学経済学部卒、慶応大学商学博士、(社)日本経済研究センター研究員、お茶の水女子大学家政学部助教授、同教授、同大学生生活科学部教授、98年3月退職、同年4月より日本銀行政策委員会審議委員現在に至る。労働経済学専攻。主な論文「付添婦—歴史的変遷と現状」(『女性が働く社会』第8章)、「The Supply of Manpower for Care Services from the Viewpoint of Care Insurance」(『Review of Population and Policy』No.7)など。

うした交換による取引が成立するのは、この取引に参加するものが共に利益を得るからである。取引引きによって、生産者は利潤から、消費者は購入した商品から、大きな満足を得るのである。産業革命がスタートした当時、金銀貨幣こそ富の源泉であるという重商主義と、農業こそ国の富を生み出す源泉であるという重農主義が勢力を持っていた。これに対して年々の労働こそ富の源泉であり、したがって、一国の富とは、第一に、農工商などの生産的労働における分業の細分化によって、第二に、生産的労働者を雇用する資本蓄積度の度合いによってきまるもの、とスミスは見た。そこでこの富の源泉である二つの条件を妨害する、封建制と重商主義を支持する国家の規制こそ排除すべき対象と批判した。現在はスミスこそ自由競争の元祖といわれているが、それはこうした当時の時代背景があったのである。

ところでこの経済学の世界で、「生産的労働」とは何を指すかは、大きな論争であった。重農主義の時代には農業こそコストを超えた純生産を生み出すものとみなした。それがスミスの登場のよって、「すべての商品の生産と分配は生産的」と定義し直された。とはいえ、それでも、スミスがモノを生産する以外のサービス労働すべてを、生産的労働と定義したのかどうかは、不明である。サービス労働も生産的労働であるとして、国民所得に取り入れるべきとして認知されたのは、スミスから110年以上経過したアルフレッド・マーシャル(1842-1924)によってである²⁾。彼によってサービス労働もまた生産的労働であり、一国の富を形成するとして経済学上の生産的労働とみなされた。ようやく、家事使用人、弁護士、兵士などと一緒に、医療従事者である看護サービス労働も経済を支える重要な項目になったわけである。

経済学上にサービス労働が、所得の源泉として位置付けられたことは大きい。介護、福祉サービス労働は、古くから社会には欠かせない大きな役

割を担っていたにもかかわらず、戦争における看護職は国民の当然の義務であり、貧困者への介護・救済は富める者の当然の行為、という認識が長く続いた。そのため、こうした職業は生産者の経済行為とは一線が引かれ、需要と供給により市場で価値(賃金)が決まるというサービス労働一般の職業から区別されてきた。また看護職というサービスは、福祉職と共に、女性が伝統的に担ってきた職業であるために、生計の主たる責任者でない女性労働には関心が低い時代が長く続いた。そのため、労働条件の改善などにたいして社会的認識も低かったと思われる。

しかし、時代は変わり、経済に富をもたらす源泉は逆転した。モノからサービスによって作り出される方が大きくなった。その結果、そこに従事する労働者の数も、サービス労働の方が大きくなったのである³⁾。

3. 看護サービスの現状

3.1 看護サービスの量・価格の決定

前節でみたように、看護サービスは現在、経済学の中で、一般の経済財や他のサービス職業と同様に経済学の対象であり、分析にも同じ手法が用いられる。すなわち、需要demand(以下Dで示す)と供給supply(以下S)によりその財やサービスの価格と数量が決まるのである。看護サービスにおける価格とは賃金wage(以下W)あるいは給料であり、数量とは看護職従事者の人数である。

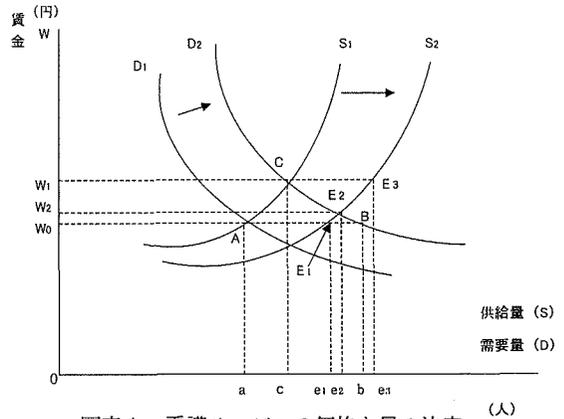
これまで看護婦不足であった時代が長く続いていたが、この状況も通常の労働市場における需要と供給の枠組みを用いて、ある程度の説明ができる。図表1を用いる。縦軸が賃金、横軸が看護婦の人数である。需要は看護婦を必要とする病院の賃金提示とその需要量を表す。他方、供給は看護職従事者が、働きたいと思う賃金とその人数の行動である。需要者は賃金が高いほど雇用者を減ら

そう思うため、賃金に対して右下がりとなる。他方、働く側の供給者は、賃金が高いほど働く人が増えるので、賃金に対して右下がりになる。

図に即してみる。当初需要は D_1 であったが、時間の経過と共に病床数の増加や病院建設の増設で需要が増加して、 D_2 に上方シフトした。それ以前、市場はA点で均衡し、賃金は W_0 、看護者数は a 人であった。しかし、需要が増大して看護職が足りなくなった。だが足りなくなったからといって、看護婦がすぐに誕生するわけではない。専門学校での教育が必要だから、時間がかかる。

もし商品なら在庫があるから人間のサービス供給ほど時間がかからであろう。モノの市場ではすぐ価格が高くなって、供給も増えるかもしれない。もし潜在的な看護婦が大量にいながら職につかないであまっている状況なら、モノと同様に即座に市場に参入できる。その結果、賃金は W_1 に上昇し、かつ、看護者もC点に移動して、 a c 人だけふえるであろう。しかし、前述したように、簡単に看護婦はふやせない。また、賃金も医療保険制度の診療報酬点数で固定されており、弾力的に即座に対応できないのが一般である。そこで、通常は需要と供給のギャップが AB で示され、看護婦不足の人数は a b となる。また賃金水準はもとの低いままである(W_0)。しかし長い時間をかければやがて市場には賃金上昇圧力がかかり、いずれC点に上昇する。その結果、賃金は W_1 に跳ね上がり、看護婦もAからCに増加するはずである。

しかし、最近では後述するように、そうなるまえに看護職不足への対応がみられる。とくに専門的技術をもった看護職への需要増加に対しては、積極的に供給面での増加がみられる。とくに看護関係の大学学部(学科)の増設が顕著であるから(これは単に人数不足の解決ではなく、サービスの質的向上、すなわち生産性の向上を意味する)、供給曲線は明らかに右側にシフトしている。そこで図表1では供給を S_1 から S_2 にシフトさせた。



図表1 看護サービスの価格と量の決定

にもかかわらず、現状で依然として賃金は W_0 の低い賃金水準にとどまっていたとしたら、新しい供給 S_2 になっても、 W_0 の賃金で成立するのは E_1 の交点である。この状態では E_1 A が供給過剰として存在している。しかし現実には起きたことは、需要不足に対応して供給を増やす政策がとられた。すなわち、現実には E_3 を通じて E_2 に移動したとおもわれる。すなわち、均衡状態 E_2 では当初の需要不足 AB (又は a b)が若干解消され、 A E_2 人の供給になった。賃金は W_1 よりは低いが必要不足であったときの賃金 W_0 よりは高くなっている。

もちろん、現実の看護職の賃金と人員の過不足は公立・私立の病院により異なり、賃金も図表1のような理論通りにはなっていない。しかし、後述するように、大枠はこの概念図で説明できる。問題は個別の職場条件、雇用形態、地域差などにより、それぞれ相違があることで、これについては、個別に検討していかなければならない。そこで本節での論点は看護職といえども、他の専門職のサービスとまったく別個のものではなく、市場の需要と供給の影響を色濃く残して変化をしているということである。その意味では特殊なテーマではなく、国民経済を担う重要な人材の能力・開発という雇用政策の同じ土俵で考えるべきである。そのうえで、このサービス特有の問題とは何かを

分析すべきと考えている。

3. 2 看護サービスの国際比較

このテーマの視点は、前述したように日本の看護職には日本だけが抱える特殊な事情がどれだけあるのか分析することである。しかし、筆者の能力の限界で独自にデータにあたることは出来なかった。ここで紹介するのは大半は、平成11年版『厚生白書』によっている。

図表2はOECDのデータにより作成した、1時点のみた医師・看護婦数の人口1000人当たりの9カ国比較である。1時点だけであり時間的な変化はわからない。しかし、1時点でも明らかなことは、日本の看護婦数は他国と比較して決して少なくないことである。むしろ医師数の方が相対的に少ない。日本では医師数の供給（大学定員）を制限していることの現われでもある。しかし人口1000人当たりだけでは、患者という直接の看護需要との関係がわからない。

図表3では、これを考慮して病床、患者行動、医療施設別に看護職の比較を見た。これから次の点に分かる。第1に、日本は病床数が飛びぬけて多い。第2に、そのため病床1床当たりの看護職員数が少なくなる。すなわち患者からみると看護婦不足である。しかし、この状態もゆるやかに改善しつつある（一般病院100床当たり看護職員数は10年間で1.3倍の増加）。第3に、平均在院日数が飛びぬけて日本は多い。このことも看護職員の不足感を高める。

図表4は平均在院日数の国際比較である。たしかに日本の日数の長さが異常であるが、1985年をピークに減少に転じている。これは「日本の病院機能や、入院医療の在り方、患者の入院行動等が他国と明らかに異なっていることを示唆している。」（平成11年厚生白書、p.105）。他国でもこれまでは在院日数が30日を越えていたが、最近では20日以下に減少したという。日本でも医療に関わる人的・

物的資源に限りがあることから高齢期に必要な医療サービスと介護サービスの見なおしが始まっており、現在その途上である。平均在院日数の過去10数年におよぶ減少もその効果の現われと見て良いのではないだろうか。

以上を要約すると、交際比較のみた看護職員数のわが国の現状は、平均以上にみえる。問題は日本的な特殊事情である病院在院日数の長さが、実感としての看護婦不足を過大にしているのではないだろうか。

3. 3 西村・巖(1990)の分析

看護婦職の80年代の急速な増加については、前述した『看護マンパワーの経済分析』における西村周三・巖 善焔による優れた研究がある⁴⁾。ここでは彼らの結果を簡単に紹介するに止める。次章で検討する彼らがカバーした後の1990年代以降について、その分析がまだ有用であるかどうかの材料としたい。

看護職数の変化は医療保険制度における診療報酬点数の「基準看護」（1958年創設）と切りはなせない。

入院患者に対し何人の看護婦を配置するかという「基準看護」の変化がそのまま、看護職の需要になり、給与の引き上げにも反映されると考えられるからである。

西村・巖論文から明らかになったのは、以下のことである。

- 1) 1974年以降、基準看護料は80年代にかけて9回引き上げられ、入院の普通看護料は1973年の30点から89年の140点まで引き上げられた。しかし、総点数に比べて看護料はそれほど高くない。
- 2) その背景には、1972年までは看護料が室料と一括した「入院料」としてあつかわれていたが、その後は看護料と室料に区別されたことがあげられる。入院行為1件当たりの報酬点数は入院

料（約6割）が最も多く次に、看護料約2割、室料約1割になる。このうち室料は入院料の約2割前後を占め病院の重要な収入源である。そこで80年代以降は、病床数の増加が一般的になり、その結果、看護婦数の需要増が生じた。すなわち、看護婦数増加は病床数の増加でかなり説明できる。

- 3) 他方、看護料は入院料の35%を占め、室料よりウエイトは高いが、看護料以外の注射料、手術料、処置料などの診療行為の中にも看護サービスの対価は含まれるとも理解できる。すなわち、1件当たり「看護料」だけでは看護婦の「給料」をすべて表す指標とはいえないかもしれない。
- 4) 病床数の増加による看護婦数の増加は結果として、看護職の給与の上昇に結びついたのであるか？西村・巖氏はまずデータ利用上の困難さを指摘したうえで、限定的としながらも、労働省『賃金構造基本調査』を用いて、両者の時系列的な変化（実質賃金の変化率と病床数の変化率）をみた。その結果は両者の間に明確な関係は見出せなかった。
- 5) そこで次に、データーを公私病院連盟の「病院経営実体調査」から、公私別に、100床当たり医業費用、給与費、材料費、医業収入、入院費用などを、他方、自治省「地方公営企業年鑑（病院）」からは、看護婦と准看護婦の「基本給」を消費者物価で実質化したものを、取り出した。それぞれの変化率を用いた1973年～89年までの時系列データで回帰分析を行い、相関係数をみた。主な発見は次の通り。

- ①公的病院では看護婦数（100床当たり看護婦数）の増加と医業収益や入院費用の増加率の間には正の相関が見られたが、看護婦の給与の間には正の相関はなかった。しかし、1件当たり看護料と医業収益、入院費用、看護婦給与の間には相関があった。このことは看護婦の給与引き

上げは看護人数の増加よりは看護基準の改定に応じて引き上げられると解釈できる。

- ②私立病院の場合は、看護婦数の増加と医業収益や入院費用の増加率の間に正の相関は見られず、また看護婦の給与とも相関は無かった。さらに、1件当たり看護料と医業収益、入院費用、看護婦給与の間には公的病院のような有意な相関はみとめられなかった。これは私的病院では7割が基準看護をとっていないということによるのであろう。
- ③看護婦と医師の賃金格差は、公的病院よりも私的病院のほうが大きい。しかし格差は時系列的には縮小してきている。公的病院では医師が看護婦の2倍、准看護婦の1.8倍に対して、私的病院では看護婦が3.1倍、准看護婦が3.4倍であった（1989年）。

結局、西村・巖（1990）の分析から、看護婦の労働条件は私的病院の増床志向により、大きく攪乱されてきたことが明らかにされた。そこで、看護婦不足を解消するのに基準看護料引き上げは一時的な効果を果たしたが、今後長期的に看護労働を確保していくためには、看護料の水準が看護婦給与という原価にもっと近づける工夫が必要という結論であった。しかし基準看護を実施していない多くの私的病院には、別途の対応が必要ということになる。

以上が80年代以前の看護職の状況であった。その後続く90年代に入ると、ここで発見された情報を変更する必要があるのか、という点から以下見ていこう。

3. 4 看護職数の推移と看護教育

医療従事者の変化

図表5は主要な医療関係従事者の約40年におよぶ推移である。医師、歯科医師、薬剤師の緩やかな増加に対して、看護婦と准看護婦は、特に80年

代以降、急速な増加がよみとれる。これは前節でみた、80年代の病床数の増加に対応したものである。

図表5は病院だけでなく診療所などの従事者を含むことに注意が必要である。図表5の下部に80年代半ば以降の看護職の増加がいかに顕著であったかを数値で示した。90年を境にして看護職の年平均増加率は以下のような特徴がある。第1に、全産業の雇用者数の平均増加率よりはるかに高い伸びを示した（90年代の雇用者の年平均増加率1.6%に対し、看護婦（士）5.1%、准看護婦（士）2.0%）。第2に、女性雇用者全体は男性より大きな伸びを示していたが、看護職はそれを上回る伸びであった。第3に、医師よりも看護婦（士）、准看護婦（士）の方がともに増加が大きい。第4に、看護婦は90年代に入っても増加率は衰えていないが、准看護婦数の伸びは低下している。その背景には准看護婦が看護婦にシフトすると同時に、働く先が病院勤務で減少し、地域医療になう診療所に相対的に移ってきたと考えられる。後者については90年代に入ってから地域医療へのシフトは、看護職全体においてみられる（病院勤務の割合は84年、看護婦（士）86%、准看護婦（士）69%から、96年は看護婦（士）83%、准看護婦（士）63%）。

女性政策の国際的潮流

このような90年代に入り、看護職増加傾向の直接的背景には遅れていた看護教育に対する社会的な関心の高まりが、一気に現実的な対応に向かったことがあげられる。その要因としては、高齢化社会の不安と、そこに従事する医療マンパワーへの対応が厚生省のゴールドプラン、新ゴールドプランを通して認識されたこと、さらに国連が主催する世界的な女性の地位向上に向けた強力な運動があげられる。すなわち、1975年に『国際女性年』の立ち上げ、それに続く『国連女性の10年』を国際的な運動期間として定め、女性の地位向上を達

成するために政府に行政的組織を設置することが規定された。日本でもこれを受けて、総理府に『婦人問題企画推進本部』設置が閣議決定された（75年9月）。

90年代に入ると、着実にその成果があらわれ、日本政府にも男女共同参画型社会を実現するための組織として新たに総理府に男女共同参画室および男女共同参画審議会が設置（1994年6月）され現在に至っている。同審議会の誕生によって初めて国の女性政策が国政として議論されることになった。

こうした一連の女性の社会的な地位を向上させようという内外の運動の中から、女性の職業として最も伝統があり、かつ、人数が多い看護職の見なおしに向かったのは当然のことであろう。とくに、国連の運動では、女性の社会的地位が低い背景として、どこの国でも普遍的な古い慣習に根ざした性差別意識があることから、すでに1967年に国際法として『女子差別撤廃法』宣言を採択していた。日本で同法を批准したのは、「国連婦人の10年」も終わるデッドラインである1985年であった。こうした国際法を受け入れたことで、日本における女性の働く環境は国際法のもとでもチェックを受けるものになった。『男女雇用機会均等法』（1985年）の成立、施行（翌年86年4月）など法律の対応も、こうした国際的な潮流の中で誕生した。

看護の高等教育

看護職はもっとも男女差別が残る職業といわれてきた。医師と看護婦の関係を単なる補助省ではなく対等のパートナーシップを持った職業に高めるには教育による質の向上が先決である。こうした看護職を高等教育に位置付ける機がようやく熟した。

図表6からその推移が明確に確認できる。これまで看護職の教育は学校養成所でおこなわれていたが、准看護婦学校養成所は減少の傾向をたどり、

より質の高い看護婦学校養成所の数が増加している。さらに4年制の看護大学(看護学部または看護学科)の整備が90年代以降急速に整備されてきた。1999年度時点でその数は76学部(学科)におよび、また大学院修士課程を持つものは31、博士課程では9校となった。看護サービスは量と質の向上に向けて大きく動きだした。残る問題は看護職の労働条件に代表される賃金や雇用形態である。最後にこの点を検討しよう。

3. 5 雇用発展が期待される医療・福祉分野

本章の冒頭で述べたように一般的に、サービス価格は、労働の需要と供給により市場で決定されるとみてよい。これまで見てきたことは、大筋で医療サービスの需要増加が看護職の不足を招き、看護基準料で一時的な給与への対応がなされてきた、しかし、給与面の対応は十分になされていない、というものであった。以上は80年代までのデータによるものであった。90年に入っても同様の傾向が続いているのが以下見てみよう。

図表7は80年代と90年代に分けた産業の雇用増加を医療産業との対比でみたものである。すでに図表5でも確認できたが、この図表からは90年代に入り、モノを作る製造業からサービスを提供する分野に雇用吸収の役割が移り、特に医療と社会福祉に分野で年率3%を超える高い雇用を吸収してきたことがわかる。すなわち、依然として看護職への労働需要は今後も期待されるのであり、それに応えるべく、人員と教育の向上にむけた投資が現在おこなわれている。さらにこの表の意味するのは、今後の日本経済の成長に寄与するのは、モノを作る分野ではなく、サービスを提供する分野であるということである。そのために、その人材の確保と高い生産性を上げるために、労働の質を高めるさまざまな工夫が、国をあげて検討課題に上がっている。

こうした状況を法律面でも支援する動きが活発

になってきた。例えば、「介護労働者の雇用管理の改善等に関する法律」(1992年)、「看護婦等の人材確保の促進に関する法律」(1992年)、「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な方針」(1993年)などである。加えて、人口構造はすでに少子化の流れにあり、将来、若年層の労働力確保は難しくなってきた。そこで、医療・福祉分野のマンパワーの確保には、中高年の働く意欲のある人材活用が重要な課題として上がっている。看護資格を持っていながら埋もれている人材については、中高年齢層の再教育や能力開発の体制、看護職養成機関における社会人が参加可能な整備など、課題としてあがっている⁵⁾。

看護職についてはこうした面での対応がより強く求められる。なぜなら看護資格を有している人材がなぜ現在就業していないかという理由を把握し、その原因がどこにあるかを探ることが有限な人的資源を有効に使う一番の近道だからである。看護職はこれからいっそう高度な教育投資が投入されていくことから、そうした教育にみあった社会的処遇をすることが結局、社会への還元につながるといえる。

3. 6 看護サービスの労働条件

西村・巖(1990)で、すでに看護職の給与は医師と比較した格差が80年代を通して縮小傾向にあることをみた。本項では男女間格差に視点をおいてみてゆく。一般に給与の男女間格差をもたらす最大の要因は、勤続年数である。女性は結婚、出産、育児などのライフ・サイクルに合わせて退職や再就職を余儀なくされる場合が多いため、どうしても男性と比べた勤続年数が短くなる。日本的な雇用慣行にあっては男性を中心に年功的な賃金形成がなされてきたから、勤続年数の違いはすぐ給与水準の相違に跳ね返る。

図表8は「労働白書」から、産業別に医療従事

者の勤続年数がどのような特徴を持つかをみたものである。これによると明らかに医療や社会保障関係の従事者は勤続年数が短くなっている。男女別・学歴別にみても同様な傾向がみられることから、この分野における特有の傾向であろうと、白書では分析している。その要因として、この分野の離職率を掲げて、「離職率が産業計などと比べても高くなく、また、ほとんどの年齢階層においても入職後5年未満の者の割合が全産業と比べて高めの傾向であることから勤続年数の短さは、これらの分野が急激に発展して、新規参入が相次いでいるためと考えられる」⁶⁾ (この説明に用いている付属資料は本文では省略した)。

この意味するところは、経済学でいう労働需要が活発におこなわれているところでは、労働供給者の転職機会を促す情報が多くあり、その結果この分野の労働者はより良い条件を求めて上方にシフトしていることを示す。このことから、看護職についても、他の職業にくらべてよりよい労働条件を求めているという、プラスの労働環境の中にあると言って良いであろう。

図表9は労働省『賃金構造基本調査』を用いて、医療従事者の給与・賞与水準と年齢などを性別にみたものである。比較のために、一般労働者のなかからサービス業の男女も掲げた。年齢を見たのはほぼ勤続年数に置き換えることができ、給与水準の格差のうちかなりの部分を説明できるからである。そこで年齢格差にほぼ見合って給与格差がついているならその格差は勤続年齢によるものとみて、差別とはいえなくなる。また近年、看護職への男性の参入は目覚しく⁷⁾、長年、長年、女性だけの職場といわれてきたなかに意識変化をもたらし、労働条件の改善にも結びつくよききっかけといえる。

このように見てくるとこの表から次のことがいえる。第1に、勤務先規模を合計した数値でみると、医師、看護婦(士)、准看護婦(士)の3職業

については、給与・賞与ともに、医師の男女間格差が年齢格差に比して大きい。医師は病院規模などを考慮しても依然として、男女間の給与格差は大きい。しかし看護婦・准看護婦はほぼ年齢格差に応じた給与格差とみてよい。すなわち、看護職では男女間賃金格差は無視しえるものである。第2に、勤務先規模が1000人以上の大規模になると、むしろ看護職の方が賞与を中心に年齢格差以上のものを得ている。第3に、しかし規模が小さい所になると逆転し、看護職は年齢格差に比べて給与、賞与ともに男女間格差は拡大している(年齢は女性のほうが高いのに、給与は低くなっている)。第4に、しかし、一般のサービス労働者に目を転じると、男女間の給与格差は大きく、年齢格差は男性の93%にすぎないのに、給与・賞与ともに給与の6割と少ない。そこで看護職は専門職として位置づけられ、一般労働者に比べ給与面の優位性は歴然としている。

3.7 看護職の配置基準

残る労働条件の問題は働き方であろう。図表9の規模計には所定内実労働時間と超過実労働時間も掲げた。これで見ると、とくに看護職が超過時間労働の状態にあるとはいえない。

とするとやはり、看護職の働き方の問題は深夜勤、准夜勤、昼勤という交代制に尽きるのであろう。この分野の研究もすでに草刈(1990)の優れた論文がある⁸⁾。看護婦不足について苦慮したアメリカのケースを紹介した草刈論文では、現在の問題の所在とその解決策を次のようにまとめている(前掲P.85)。

全米で看護婦不足に直面したとき、逆に看護婦不足を招いていない病院ではどのような経営をやっていたかを徹底的に探求した。その結果、看護婦が病院を選んでいった基準は、給与が第1ではなく、患者と看護婦の人的配分にこそ人々の最大の関心が集まっていた。これこそ良い看護サービ

スのための最も基本となるものだといっているのである。

現在、日本では看護婦不足に対処するには夜勤の解決がもっとも重要な課題といわれている。この問題もつきつめるなら、上記の患者と看護婦の望ましい人的配置に突き当たる。現在日本でとられている「入院患者4人に対し看護婦1人」という医療供給体制の基準は、半世紀もまえの1948年に設定されたものである。だが過去半世紀におよぶ日本医療の現場で起きてきた劇的な変化を考えると、これほど長い期間に渡り配置基準が固定されてきたことの異常さこそ、指摘されなければならない。

単に医療サービスの需要が増大したことだけが配置基準の変更要求なのではない。医療技術の高度化、それに求められる医療従事者の高度な専門技術の習得、さらに入院患者の長期滞在化と人員増大などが再考の背景にある。現在(2000年2月20日)、「入院患者3人に看護婦1人」の実現に向けた医療提供体制の改革が大詰めを迎えている。欧米では「1対1」さえも珍しくないという。日本でも「3対1」の基準はすでに86%の病院が達成しているという⁹⁾。しかし日本医師会は「地方の病院は看護婦を雇いたくても集まらない」として、現行基準の維持を譲らない。厚生省案の「3対1」は、2月21日の医療審議会に答申する予定といわれ注目されていたが、今春の国会(2000年)提出は廃案になった¹⁰⁾。

もし「3対1」になれば、夜勤体制も変わる。例えば入院患者48人を例に取ろう。3対1なら看護婦の定員は16人になり、昼も夜もこの人数で患者をみる。夜勤回数月8回として、昼勤、準夜勤、深夜勤の交代表を作ると、昼間は病棟に看護職を6.4人配置できるので、この場合1人の看護婦が担当する患者は7.5人になる。しかし、夜勤には看護婦が2人しか配置できず、1人の看護婦が担当するのは24人である。夜勤に3人の看護婦を配置するには「3対1」では不足で、「2対1」が

必要になる。つまり、現状の提案3対1でさえはこのような状況である。

仮に「3対1」が実現したとしても、なお深夜勤の勤務回数をどのようにして減らしていくかという問題が残る。このテーマも草刈論文では丁寧なサーベイしている。このテーマについて筆者は十分な情報を得ていないが、草刈論文を読んだ限りでは、専従夜勤勤務の活用に今後は全面的に切りかえることが必要と思われる。(この点、筆者は知識がないので、ご批判いただきたい)。

その理由は2点である。第1は、すでに日本の看護職も高等教育を受けることが自然な流れに変化した。ということは学生が昼は勉強をし、シフト形態で専従夜勤が可能な環境が整っているということである。あとは学業と夜勤の負担をいかに少なくするかといった運用面の工夫をすればよい。この点は現場から反論があるかもしれない。先と併せて、ご批判をいただきたい。

第2は、すでに看護職は女性だけの特別な労働ではなく、他の専門的労働と同様に、職業と人生が一体化した女性のライフスタイルが定着している、という点である。すでに一般の女性労働は、世帯数の半数を占め、何らかの形で就労している。働き方も多様である。フルタイム労働だけが労働のモデルではない。オランダではパート労働が一般的である。この国では大臣でさえパートである。日本でも看護職だから常勤が望ましいとか、常勤でなければ責任ある仕事が任せられない、という「べき」論から脱却する局面に達した。それでなくとも、21世紀は労働力不足の時代である。従来発想を転換しなければ前進できないのではなからうか。

5. 要約と展望

要約

以上を簡単に要約する。日本の看護マンパワーについて経済学から概観すると、日本的な特殊事

情はあるものの、総じて経済学のフレームワークで分析できる。すなわち医療サービスの需要と供給という枠組みが使える。そのように見ると、これまでサービスはモノを製造するのに比べて経済的価値は低く見られてきたことが反省される。特に、主として女性が従事するサービスの価値は低かった。すなわち給与・報酬が低かった。しかし医療サービスへの需要が高まり、病床数の増加がこれに対応するにつれて、看護婦需要の増加が生じ、その結果、看護婦不足が発生した。他方医療価格は市場で決定されるのではなく、依然として医療保険制度のもと、基準看護として規制を受けていた。しかし医療需要の上昇に伴い診療報酬制度の点数も上昇をし、基準看護料も一時的に上昇するという形での対応となった。すなわち、看護婦の給与水準も上昇した。しかし、給与と基準看護料は完全に対応していないため、両者の関係は確定できない。

一方、日本経済も成熟化には入るとともに、モノの生産により成長をもたらす余地は少なくなった。今後はサービスが経済に寄与することが期待され、現に90年代に入り雇用吸収はサービス分野が担ってきた。特に医療と福祉の分野で雇用増加が顕著であった。こうしたなかで、90年代には圧倒的に女性の職場であった看護職に男性の参加が進んだ。その結果、男女間で給与の比較ができるまでになった。現在、男女間で看護職の給与の比較をすると、その格差は皆無といってよい。しかし規模の小さい病院等では、まだ女性のほうが男性より低い給与を得ている状況があり、小規模ほど旧来型の男女差別による経営がなされているとも考えられる。また、他の一般サービス業に従事する労働者の給与では、依然として男女間格差が大きいことから、相対的に看護職は、女性の専門職としての優位性が保持されているといってよい。問題は患者と看護婦（士）との人員配置による良質のケアが提供出来る状態を今後、いかに確保す

るかというところにある。現在、「3対1」にむけた医療提供体制の改革が50年ぶりに国会で審議される直前まで運動が盛り上がった。しかし、今後の方向については依然、混沌としている。そこで、こうした政治的な交渉の場に、該当する女性も参加すること、すなわちこの場合は政策決定の場に看護職の女性が参加することが、労働条件を改善させる鍵になる。重要な国会、政府および地方の各種審議会等の場に、医療サービス分野から有力な女性を送り込む、いわゆるロビー活動等をも視野にいれた運動が、必要となる。

展 望

今後、日本の看護マンパワーの展望については、筆者は楽観している。なぜなら以上見てきたように看護職への需要は高まる一方で、それへの対応は現実に、着実に良い方向に向かっているからである。さらに次の補論に見るように、日本では、医療部門で高い雇用吸収を維持しているアメリカとの類似性が、感じられるからである。すなわち、第1に、医療サービスへの需要は今後ますます増えていくだろう。他の産業分野では需要が減衰しているため、新たな商品を開発しなければならないことに苦慮している点を考えれば、これは大きな違いである。第2に、しかしこれからますます、人々の関心は良質の看護サービスへ向かうだろう。「入院患者3人対看護職1人」の実現は目前にある。そこで従来型の政治的な駆け引きは一時的には成功しても長期的には世論の批判のまに長続きしない。すなわち政治家の選挙という審判のまえに、彼らの力はかってと比べ物にならないくらい低下し、既得権益の保守は脆弱化している。第3に、人々の働く形態は一層多様化し、流動化していく。やり甲斐のある仕事を求めて、専門の深夜勤務も、十分な報酬を用意することでかなり魅力的な職場になるはずである。むしろ既存の看護職者自身が、こうした新しい働き方の形態を柔軟

に受け入れることができるかどうか、という寛容性が要求されよう。しかし当然のことながらそこに至るまでには、十分な研究および情報の収集が必要なことはいうまでもない。

(2000年10月31日加筆修正)

補論 90年代のアメリカの経験

1990年年初、アメリカは現在の日本と同様の不況に苦しんでいた。90年代末の日本とまったく同様に、金融政策で経済を活性化させるために、実質ゼロ金利政策が、91年から93年にかけてとられた。ただ日本と異なるのは、日本で名目の政策金利の水準自体が、すでにゼロに近く、物価上昇率もゼロに近かったのに対して、アメリカでは政策となる短期金利（フェデラルファンド・レートという）は91年から92年で平均3.3%、消費者物価上昇率も3.0%であったから、実質金利はほぼゼロ%だが、名目ではまだ3%台であった。92年当時、日本の失業率は2.1%の完全雇用に対し、アメリカは5.7%の高水準であった。現在は日米のこの数値は完全に逆転し、日本が4.6%（99年12月）、アメリカが4.0%（2000年1月）である。米国では労働組合で守られていた製造業から、失業者が続出し、組合のないサービス産業に参入した。その結果、移動した労働者の賃金は低下した。こうした流れの中、労働者は積極的に、新たな雇用の場を求めて、医療、健康、福祉サービス等に向かった。この間、ジョブレス・リカバリーと（雇用なき経済回復）いわれたリストラに覆われた。新たな雇用増加が生まれず、比較的労働力が不足しており、かつ需要の高い健康、医療、福祉分野で雇用が急速に伸びた。数年遅れて情報、通信などいわゆるIT（インフォメーション・テクノロジー）革命が起こり、これが新たな雇用吸収力を持ち、2000年に入り一段と好景気が加速された。

しかし医療、健康、福祉サービスの雇用は92年

以降、政府の医療保険制度改革により大きな変化をみる。すなわち財政赤字に対処するため、政府は大幅な医療費削減を意図した戦略をとる。そこで医療保険制度改革は診療報酬料の見直しとなり、医療従事者にとってコスト削減となる変更がとられた結果、医療分野から労働者は緩やかな流出が生じた。そこで、現在90年代初期のような高い伸びこそみられないものの、依然として雇用吸収の力は衰えていない。

以上の流れを図表10の人員の変化および、図表11の賃金の変化から読み取ることができる。90年代に入り、雇用は緩やかに減少しているが、賃金は他のサービス業に比べて上昇を続けている。こうしたアメリカの経験に照らしてみると、現在日本でおきている、不況の中での厳しいリストラと雇用削減と、他方で医療分野での人手不足という状況は、1990年代初期のアメリカとの類似性として見るができるであろう（Cynthia Engel, "Health services industry: still a job machine?" *Monthly Labor Review*, March, 1999）。

参考文献

- 1) 財団法人 社会保険福祉協会『看護マンパワーの経済分析』厚生省保険局編、1990年。
- 2) 経済学におけるサービス労働の扱いについてはマリリン・ウォーリング著・篠塚英子訳『新フェウミニスト経済学』（東洋経済新報社）、2章を参照。
- 3) 国内総生産は国民経済計算年報によると1997年508兆円で、モノを生産する分野（1次、2次産業）が35.9%、サービス（3次産業）64.1%、他方、就業者は、1995年国勢調査によると6,412万人で、モノを生産する従事者が37.5%、サービス従事者が62.5%。
- 4) 西村周三・巖 善焔「看護料、病院経営、看護職給与」『看護マンパワーの経済分析』第2

- 章, 脚注1) 参照。
- 5) 労働省平成11年版『労働白書』 p. 188-195.
- 6) 前掲『労働白書』 p. 191.
- 7) 病院従事者でみると, 1990年では看護婦34万人に対し看護師0.9万人であったが, 97年には看護婦46万人に対し, 看護師は1.5万人, 同じく准看護婦は90年の22万人, 准看護師1.3万人から, 97年は准看護婦23万人, 准看護師1.6万人(厚生省統計情報部『平成9年病院報告』)。
- 8) 草刈淳子「看護婦の労働条件」『看護マンパワーの経済分析』(注1参照) 第3章。
- 9) 朝日新聞2000年2月16日付け朝刊。
- 10) 2000年2月21日, 医療審議会は, 医療提供体制の配置基準などを織り込んだ医療法の改正法案要綱について, 厚生省の諮問案を了承し, 丹羽厚生大臣に答申した。ただ, 日本医師会は看護職員の配置基準については現行のまま4対1とすべきだとして, 答申に1部反対意見として付記するこ形をとった。厚生省では今国会に提出し, 10月施行を目指す方針だが, 自党内には反対論が根強く, 法案提出には曲折が予想される。(日本経済新聞2000年2月21日付け夕刊)。その後正式に廃案となった。