

看護サービスの特殊性と政策介入の必要性

角 田 由 佳

1. はじめに

医療施設、なかでも病院において、「医療サービス」の一生産要素として投入されることの多い「看護サービス」は近年、訪問看護ステーション等を通じて直接、生産者と消費者との間で取引されはじめている。しかし、医療サービスの取引が市場の均衡価格メカニズムになじみにくい特殊性があるがゆえに、政策介入の必要性が論じられるのに対し、看護サービスについては特殊性に関する議論が尽くされないうちに、すでに医療サービスと同様の政策介入がなされている。

そこで本稿は、看護サービスの取引における政策介入の必要性をあらためて検討するため、介護保険関連施設の1つである「訪問看護ステーション」の利用者に関する全国データを主に用いながら、看護サービスの特殊性について分析する。

2. 問題の背景

第2節ではまず、看護サービスが大量に生産投入されている医療サービスの特殊性について整理した上で、看護師の職能団体による看護の定義から、看護サービスの性質を探っていく。

2-1. 市場での取引を困難にする医療サービスの特殊性

角田（2007）によれば、医療サービスの特殊性は大きく4点を挙げること

ができる。4点のうち3点は、以下に概説するように、均衡価格メカニズムをうまく機能させず、市場における「資源配分の効率性」の達成を妨げる特殊性である。

第一に、消費者が購入すべき財・サービスに関して、購入する消費者本人よりも生産者の方がよく知っているという、「情報の非対称性」が挙げられる。消費者は通常、購入する財・サービスの価格や品質等に関する情報を十分に獲得しており、それらの情報を踏まえながら、財・サービスの消費からどれだけの効用を得られるかを考え、購入を決める。しかし医療サービスの場合、消費者である患者は、自分がどのような疾病に罹り、それゆえ治療をはじめとする医療サービスについて、どのようなサービスを購入すればよいのか、よくわからないものである。消費者本人がサービスに関する情報を十分に持っておらず、購入の意思決定が生産者に委ねられる、「情報の非対称性」(「不完全情報」)を、医療サービスは有している。

第二に、消費者がいつ、どれだけサービスを購入するのか予測することが難しいという「不確実性」が挙げられる。消費者はいつ、どのような傷病を負うのか、治療のためにどれだけ通院や入院をする必要があるのか等、医療サービスの消費時期や消費量、また消費内容について予測困難である。同時に、サービスの生産者側も、例えば治療の効果を確実に予測できないという「不確実性」に直面している。

第三に、ある者の消費行動あるいは生産行動が、市場での取引を経由せずに他者の行動に影響を及ぼす「外部性」が挙げられる。特に感染症に対する医療サービスについては、ある消費者が罹患した際に完治するまで十分なサービスを購入しないとき、他者に感染してサービスの購入を必要とさせることがある。このように他者の効用を侵害するケースは「負の外部性」(「外部不経済」)、他者の効用を高めるようなケースが「正の外部性」(「外部経済」)である。

以上3点の特殊性のほかに、そもそも均衡価格メカニズムでは達成されない「資源配分の公平性」という観点からの特殊性、「価値財」を挙げる必要

がある。「価値財」(「merit goods」)とは、消費者の意思や購買力の多寡にかかわらず、その消費が保障されるべきであるという社会的な価値判断が働く財・サービスのことであり、医療サービスもこれに該当すると考えられる。価値財としてとらえられる医療サービスの取引を、仮に市場の均衡価格メカニズムに委ねると、サービス消費の必要性がいくら高くとも購買力の低い消費者は、これを購入することはできない¹⁾。

これらの特殊性を有するがゆえに、市場のメカニズムに任せておくと適切な取引が実現されにくい医療サービスに対し、さまざまな政策を導入して適切な取引の成立を目指すことになる。例えば、情報の非対称性があるなかで消費者が必要なサービスを適切な価格で購入できるように、「医師法」「保健師助産師看護師法」等に基づく国家免許制度を導入して生産者の技能を一定以上に確保し、「診療報酬制度」によってサービス価格を公定する。また、情報の非対称性を利用して過剰あるいは不必要なサービスが取引されないように、利潤最大化の動機を持つ民間企業の参入を禁止したり、過大広告を防止すべく医療施設の広告を規制したりする。さらに、国民全般の不確実性に対して、強制加入の公的医療保険制度を導入することで対処し、あわせて、サービス購入時の自己負担率を低く設定することにより、早期発見・早期治療を促して負の外部性を抑えている。価値財としての医療サービスへの対応は、所得に応じた医療保険料の拠出で企図されることになる²⁾。

1) なお、医療サービスの特殊性として何をとりあげるのか、専門家の間でも見解の一致をみていない。しかし、これほど多くの特殊性が指摘されるサービスはほかにはないといっても過言でなく、数多くの特殊性を有すること自体が医療サービスの特殊性である、と述べる専門家もいる(例えば、漆(1998)、Folland, et. al. (2001)など)。田中(1993)では、さまざまな専門家から挙げられた医療サービスの特殊性が整理、検討されている。

2) 4つの特殊性を持つ医療サービスを市場の均衡価格メカニズムに任せるとどのような状況が引き起こされるか、またそれを防ぐべく各政策介入がどのようになされるか、より具体的な説明は、角田(2007) pp.8-12を参考にされたい。

2-2. 職能団体の定義にみる看護サービスの特殊性

看護師の業務は、保健師助産師看護師法上、「傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話または診療の補助」(第5条)と規定されている。日本における看護師の職能団体、「日本看護協会」の「看護の本来的な機能と役割」(1973年)では、次のように記されている。

『看護とは、健康のあらゆるレベルにおいて個人が健康的に正常な日常生活ができるように援助すること』ということができます。この場合の『健康のあらゆるレベルにおける援助』というのは、健康危険、健康破綻(はたん)、健康回復など健康のどのレベルにおいても、対象となる人がそれまでもちつづけていた生活のリズム(健康な状態)にまで整えるという意味です。…(中略)…看護と他のチームメンバーとは、対象(患者)とのかかわり方に他と区別されるものがあります。看護師と対象との関係は、ある目的をめざして両者が協同していく相互作用の過程である、ということができます。この過程でめざしているものは、対象の『自助力』への働きかけです³⁾。

また、日本看護協会『看護にかかわる主要な用語の解説』(2007年)における「看護」ならびに「看護の目的」をみると、次のように記されている。

「看護とは、広義には、人々の生活の中で営まれるケア、すなわち家庭や近隣における乳幼児、傷病者、高齢者や虚弱者等への世話等を含むものをいう。狭義には、保健師助産師看護師法に定められるところに則り、免許交付を受けた看護職による、保健医療福祉のさまざまな場で行われる実践をいう」(「看護」)。

「看護は、あらゆる年代の個人、家族、集団、地域社会を対象とし、対象が本来もつ自然治癒力を発揮しやすい環境を整え、健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通して、その人らしく生を全うすることができるよう身体的・精神的・社会的に支援することを目的としている」(「看護の目的」)⁴⁾。

3) 日本看護協会(2005) p.352より引用(原資料は、日本看護協会(1973))。

日本看護協会の1973年の定義では、看護の対象、つまり看護サービスの消費者は、「健康のあらゆるレベル」にある者であることが示されている。したがって、日本看護協会（2007年）の「看護の目的」にも示されるように、「健康の保持増進」や「疾病の予防」といった、健康な状態により近い消費者への看護サービスほど、情報の非対称性、不確実性、外部性、そして価値財のいずれの特殊性も弱まり、一般の財・サービスと同様に取り扱うことが可能になると考えられる⁵⁾。

ところで日本看護協会『看護にかかわる主要な用語の解説』（2007年）では「看護サービス」を定義づけるなかで、「無形性」「生産と消費の同時性」「結果と過程の等価的重要性」「顧客との共同生産」という、「サービス」一般の4つの特性を挙げている⁶⁾。仮に看護サービスの特性がこれら4点のみであれば、例えば訪問看護サービス等、医療サービスの間接投入財ではなく最終財として取引される看護サービスについては、他のサービスと同様に、市場での自由な取引は可能となる。なお同書では、「看護」とは別に「看護サービス」が解説されているが、そこでは、「看護サービスは、主に市場または経営学の視点から捉えた看護職の行為をいい、サービスの受け手である顧客（患者やその家族）をいかに満足させるかが基本的な関心事となる。つまり、看護の対象者側の視点に立ち、看護の対象者が主体になったときや、顧客満足に焦点をあてたときに用いられる看護や看護ケアを指すものである」とされ、「サービスの受け手」に主体を置いている⁷⁾。本稿では、角田（2007）にならない、看護師の労働力をはじめ看護補助者など他の労働力、ならびに看護機器・用具等の資本を投入して生産される「看護」というサービスを、「看護サービス」

4) 日本看護協会（2007）p.10より、「看護」と「看護の目的」のいずれも引用。なお、「看護の目的」ではさらに、定義の文中に記されている「身体的支援」、「精神的支援」、「社会的支援」についても解説されている。

5) ただし、健康な消費者であっても正常分娩に関するサービスについては、必要な検査・処置の内容や種類、回数等、十分な情報を持っているとはいえ、情報の非対称性を有するといえよう。

6) 日本看護協会（2007）p.17を参照されたい。

7) 日本看護協会（2007）pp.16-17を参考にされたい。なお引用部分はp.16からである。

と呼んでおり⁸⁾、生産者であれ消費者であれ主体は中立にとらえている。

3. 取引の現状分析にみる看護サービスの特殊性

職能団体による「看護」の定義や「看護サービス」の定義をみるかぎり、看護サービスは政府の介入によらずに取引可能であると考えられる。それでは実際にどのような看護サービスが生産者と消費者の間で取引されているのだろうか。第3節では、「訪問看護ステーション」により生産されている看護サービスの取引の実態を分析する。

本稿で用いる資料は、「訪問看護ステーション」や「特別養護老人ホーム」をはじめとする介護保険関連施設に関してデータを収集している、厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』である。訪問看護サービスの消費者の状態やサービス内容等、詳しく調べる大規模調査が特に3年ごとに行われているため、その最新調査に当たる2007年度の統計をここでは使用する。

3-1. 消費者の実態

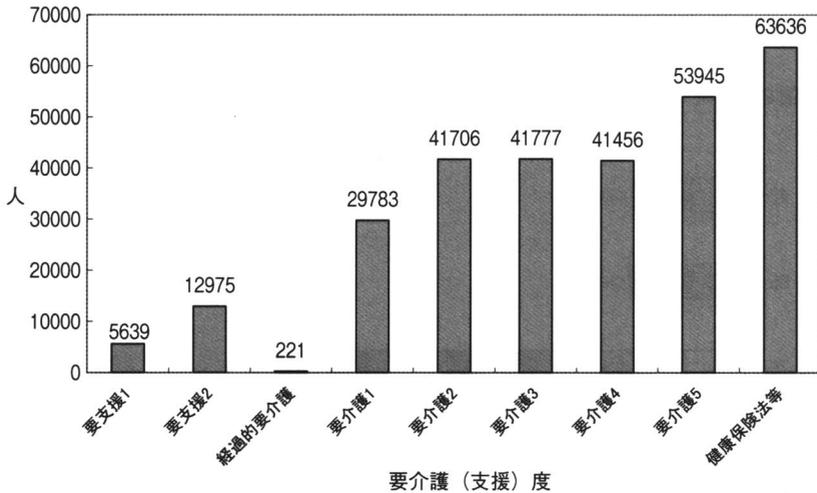
2007年10月1日現在、訪問看護サービスを提供している訪問看護ステーションは、全国で5407施設、前年10月1日に比べて63施設減少している（対前年比1.2%減）。この5407施設から、看護サービスを購入している消費者数29万2839人（実人員数）について、特徴を以下に観察していこう。

図1は、寝たきり等により介護、あるいは日常生活の支援がどれだけ必要かを判定する「要介護認定」を受けて介護保険給付を受けている者、あるいは健康保険の適用により、看護サービスを購入している者の人数を、要介護（支援）度別（介護保険適用者のみ）に表している。「要支援」がこの中では最も軽度であり（日常生活の一部に介護が必要であるものの、介護サービスの適応な利用により心身の機能維持・改善が見込めるような状態）、「要介護5」

8) 角田 (2007)pp.3-4を参照されたい。

が最も重度となる（日常生活全般に全面的な介助が必要であり、多くの問題行動や全般的な理解の低下が見られるような状態）。この図をみると、健康保険の適用者を除いて、最重度の要介護5の状態にある消費者が最も多く5万3945人、要介護2から要介護4の消費者が4万1千人台でほぼ並んでいることが分かる。反面、症状の軽い要支援、また要介護1の消費者は比較的少なくなっている。

図1 看護サービスの要介護（支援）度別消費者数（2007年9月）



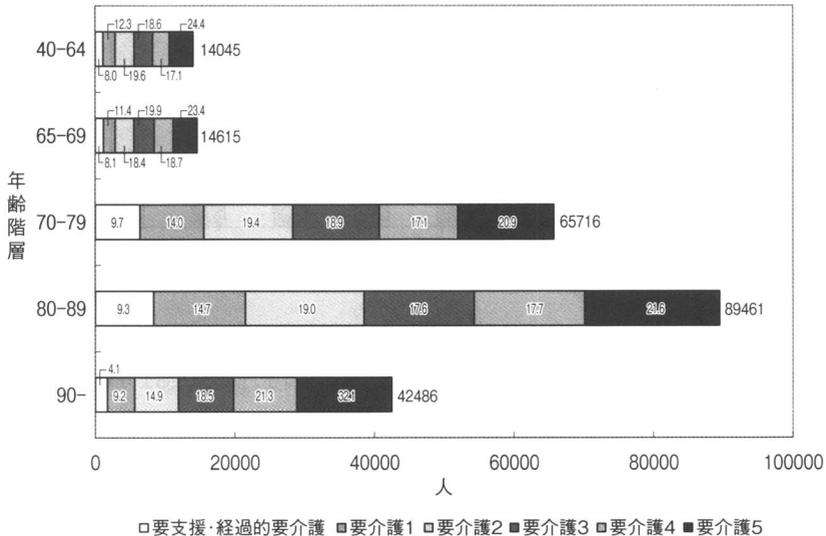
資料：厚生労働省「平成19年 介護サービス施設・事業所調査」pp.554-555より算出，作成。

次に、上記の介護保険適用の訪問看護ステーションの利用者計22万6323人について、年齢階層別人数と要介護度別構成割合をあらわしたものが、図2である⁹⁾。80歳代が最も多く89.5千人、次いで70歳代の65.7千人と続いている。90歳以上の利用者は、特別養護老人ホーム等介護保険関連施設への入

9) 健康保険法の適用者のほか、年齢等不詳者も除いた利用者数に基づき、構成割合を計算している（厚生労働省「平成19年 介護サービス施設・事業所調査」（2009年，pp.554-555））。

所や医療施設への入院などにより、42.5千人と比較的少なくなっている。90歳以上の利用者に次いで少ないのが、65～69歳の14.6千人、そして40～64歳の14.0千人である。利用者の要介護度をみると、最も重い状態にある「要介護5」の利用者がいずれの年齢階層でも最大の割合を占めており、90歳代で32.1%、それ以外の年齢階層で20～25%となっている。次いで「要介護2」の利用者が多くなる傾向にあり、80歳代、70歳代、そして40～64歳で、2番目に大きな割合を占めている。「要介護5」に次いで重い状態の「要介護4」の利用者は、90歳以上で2番目に多く、80歳代と65～69歳では3番目に多くなっている。

図2 看護サービス消費者の年齢階層・要介護度別人数および割合 (2007年9月)
(単位 %, 人)



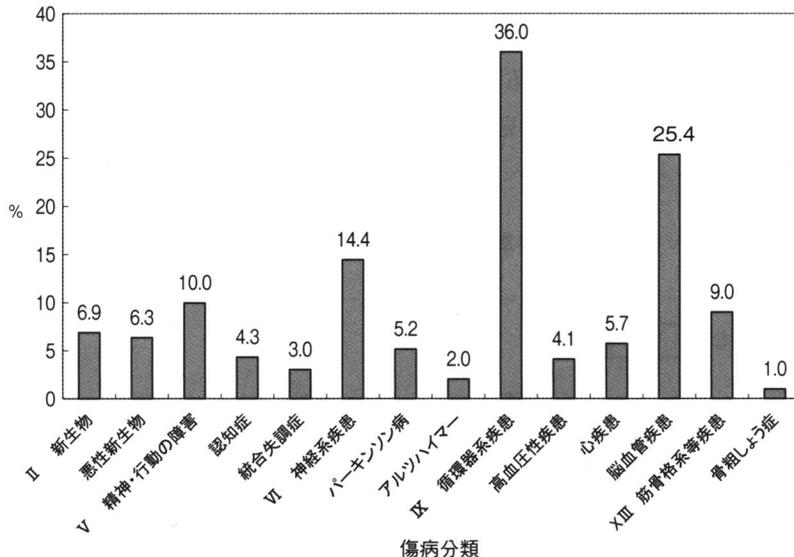
資料：厚生労働省「平成19年 介護サービス施設・事業所調査」pp.554-555より算出，作成。

健康保険の適用者を含む全ての利用者について、罹患する主な傷病を観察できるものが図3である。この傷病分類は、「疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10回修正」によるものであり、利用者のほぼ全員が何らかの傷病に

罹患している。図3では、利用者の罹患している上位5つの傷病について、全体に占める各利用者割合をあらわしたものである。

利用者全体のうち最も大きな割合を占めるのは「IX 循環器系疾患」であり、36.0%と全体の1/3以上を占めている。なかでも「脳血管疾患」は、25.4%で全体の約1/4となっている。次いで大きな割合を占めるのが「パーキンソン病」や「アルツハイマー」等の「VI 神経系の疾患」14.4%であり、「認知症」をはじめとする「V 精神・行動の障害」10.0%と続いている。

図3 看護サービスの消費者の主な傷病（2007年9月）



注：傷病名の前に付している番号は、「疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10回修正」における分類番号である。

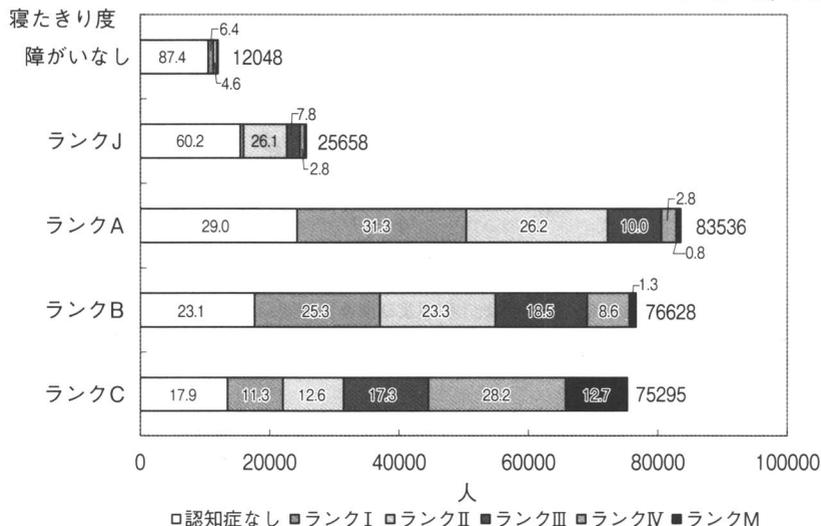
資料：厚生労働省「平成19年 介護サービス施設・事業所調査」pp.556-557より算出、作成。

以上のように、訪問看護サービスの利用者は2007年現在、全体の8割以上が70歳以上の高齢者で占められ、ほぼ全ての利用者が何らかの傷病を有している。比較的軽い状態の「要介護2」の利用者も多い反面、最重度である「要介護5」の状態にある利用者が最も多くなっている。症状の重い利用者が比

較的多い事実は、次に示す図4からもみてとることができる。

図4は、要介護度判定とは別に、日常生活自立度をあらわす「寝たきり度」と「認知症の状況」から利用者の症状を観察できるものである。寝たきり度の「ランクJ」は、もっとも軽度であり（何らかの障がい等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出できるような状態）、ランクCがもっとも重度である（1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要するような状態）。またランクCに次ぐランクBであってもかなり重い状態にある（座位を保てるものの、日中はベッド上での生活が主体となっているような状態）。一方、認知症については「ランクI」が最も軽度であり（何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立しているような状態）、「ランクM」がもっとも重度である（著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする状態）。訪問看護ステーションによる看護サービスの消費者にはランクMの状態にある者はご

図4 看護サービスの寝たきり度・認知症の状況別消費者数および割合（2007年9月）
（単位 %，人）



資料：厚生労働省「平成19年 介護サービス施設・事業所調査」pp.560-561より算出，作成。

くわずかであるが、次いで重い「ランクⅣ」（日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とするような状態）の者は、寝たきり度の最も重い「ランクⅢ」で30%近くいることが示されている。

3-2. 看護サービスの供給内容

訪問看護ステーションの利用者に供給されているサービスについて、具体的に示しているものが図5-1および図5-2である。図5-2で示されるサービスは特に、医療処置にかかわる看護サービスである。サービスの調査項目は、前回調査が行われた2004年度において、ほぼ全員が消費していた「病状観察・脈拍血圧測定等」や、日常生活動作の「介護」に関わる項目が削られたため、従来の36項目から17項目に減っていた。しかし、2007年度調査では「病状観察」があらためて項目に入ったり、項目が細分化したりするなどして、33項目に増えている¹⁰⁾。

図5-1をみると、利用者のほぼ全員に供給されているサービスは従来通り、「病状観察」であり、全体の96.4%を占めている。次いで、「本人の療養指導」58.3%、「その他リハビリテーション」54.8%、「家族等の介護指導・支援」52.6%と続いている。50%にはとどいていないが、「身体の清潔保持の管理・援助」も、49.4%の利用者に供給されている。

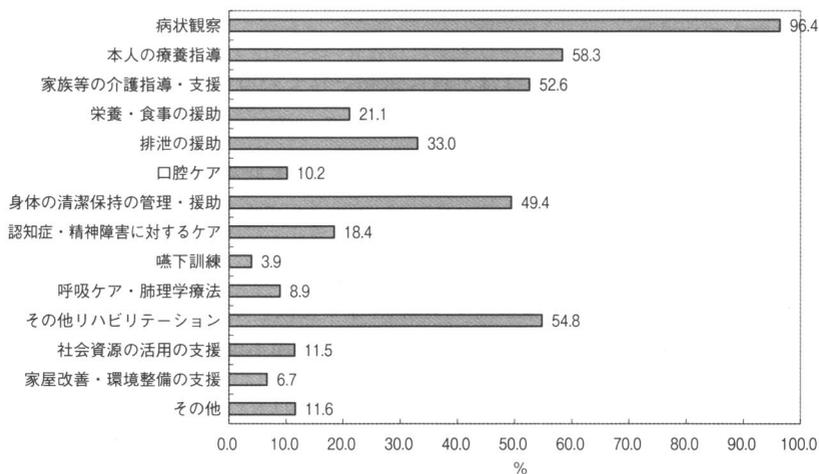
「本人の療養指導」や「家族等の介護指導・支援」が多くの消費者に供給されているという観察事実は、看護サービスが情報の非対称性をもつがゆえに消費者本人やその家族等に看護師が「指導」を行い、結果として生産者と消費者側との情報の非対称性を改善させることを意味していると推察される。さらに、比較的数値は低いとはいえ、18.4%の利用者に供給されている「認

10) 調査項目数は、いずれの調査年度についても「その他」を除いた数である。2004年度調査では、「体位交換」「整容・衣服の着脱の援助」「移動・移乗・散歩時の介助」といった、介護労働者が担いやすいサービスが削除される傾向にあった。

知症・精神障害に対するケア」も、看護師によって適切に供給されることにより、利用者の徘徊行動などの減少を通じて、近隣住民への不利益が減少するという外部性を有している。

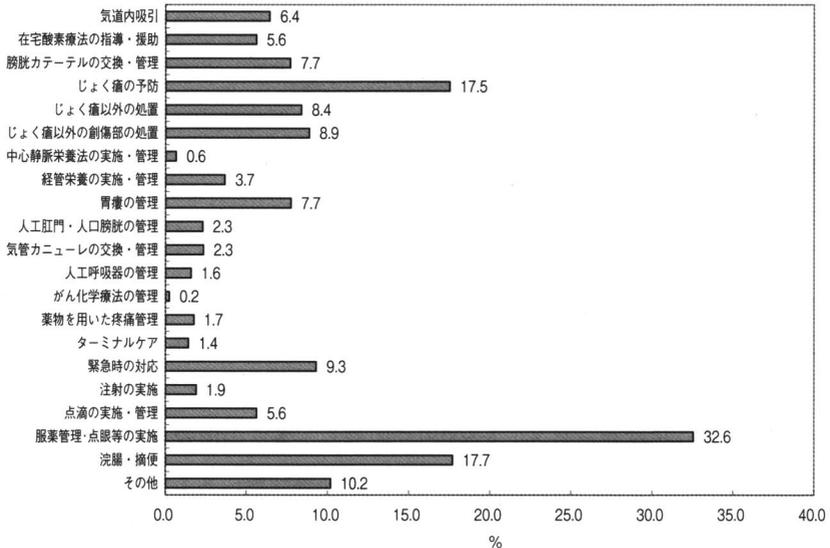
図5-2の医療処置にかかわる看護サービスでは、「管理」をとまなうサービス項目が非常に多くなっている。その中でももっとも供給されているのが「服薬管理・点眼等の実施」で32.6%，次いで「浣腸・摘便」17.7%，「じょく瘡の予防」17.5%である。2007年度調査では、2004年度調査における調査項目にくらべて、専門知識・技術を要するサービス項目が細分化あるいは増設されており、上述の「じょく瘡の予防」をはじめ、「膀胱カテーテルの交換・管理」「中心静脈栄養法の実施・管理」「胃瘻の管理」「人工肛門・人工膀胱の管理」「がん化学療法の管理」「薬物を用いた疼痛管理」「注射の実施」についてあらたに調査されている。

図5-1 看護サービスの内容 (2007年9月)



資料：厚生労働省「平成19年 介護サービス施設・事業所調査」pp.566-567より算出、作成。

図5-2 看護サービスの内容：医療処置にかかる看護（2007年9月）



資料：厚生労働省「平成19年 介護サービス施設・事業所調査」pp.566-567より算出，作成。

以上のように，専門知識・技術を要する看護サービスほど「情報の非対称性」も高まるものと考えられる。さらに，「その他」に次いで利用者の多くなっている「緊急時の対応」は，図1から図4で示されたように高齢で重篤な傷病を有し，症状の重い消費者に看護サービスが供給されているがゆえに，症状の急変などの不確実性に対処する必要性が生じているととらえられる。

4. おわりに

第3節において，訪問看護ステーションの利用者に関する各種データを分析し，看護サービスの消費者の特徴，そして取引される看護サービスの特性を検討してきた。そこでは，看護サービスの消費者が，比較的高齢で重篤な傷病を抱える者が多く，また要介護度も高い者が多いこと，そして供給される看護サービスは「情報の非対称性」を有することから，消費者やその家族

への「指導」や「管理」をともなうものが多くなっているととらえられた。さらに、供給される看護サービスのなかでも「認知症・精神障害に対するケア」や「緊急時の対応」は、「外部性」や「不確実性」を有する看護サービスがあることを示している。これらの特殊性は、医療施設において、より急性で重篤な状態にある入院患者に供給する看護サービスの場合、一層強まるといえる。

看護師の職能団体による「看護」の定義や「看護サービス」の定義をみるかぎり、特に健康な状態に近い消費者への看護サービスほど、均衡メカニズムが働きにくい特殊性は弱まり、市場での自由な取引が可能になると考えられる。実際、看護師の起業例である「ワンコイン検診」は、「予防医療」の一環として「検診サービス」を500円で販売し、多くの消費者がこれを購入している¹¹⁾。一方で、重篤な傷病をもち、要介護状態にある消費者に対する看護サービスは、情報の非対称性や不確実性、あるいは外部性を有することから、従来どおり、「訪問看護療養費」にみる看護サービス価格の公定等、何らかの政策介入により適切な資源配分に導く必要がある。看護サービスについては、一括りにするのではなく、市場のメカニズムに委ねられるサービス範囲と、政策の介入を要するサービス範囲に区分した上で、後者に対する政策設計と導入を行っていく必要があると考えられる。

参考文献

井部俊子・中西睦子監修、金井Pak雅子編『看護管理学習テキスト 第2版 看護経営・経済論』
医学書院、2011年。

漆博雄「日本の医療保険制度と国民医療費」(第1章)、漆博雄編『医療経済学』東京大学出版会、
pp.1-16、1998年。

田中滋『医療政策とヘルスエコノミクス』日本評論社、1993年。

角田由佳「医療経済学からみた看護経済学」『看護研究』38(4)、pp.281-293、2005年。

11) 「ワンコイン検診」事業の詳細は、井部・中西・金井(2011) pp.132-142を参照されたい。

角田由佳『看護師の働き方を経済学から読み解く－看護のポリティカル・エコノミー』医学書院, 2007年。

日本看護協会「看護制度改善にあたっての基本的考え方」『看護』25 (13), pp.52-60, 1973年。

日本看護協会『日本看護協会看護業務基準集 2005年』日本看護協会出版会, 2005年。

日本看護協会『看護にかかわる主要な用語の解説』日本看護協会, 2007年。

Folland, S. et. al. "The Economics of Health and Health Care. 3rd ed.", Prentice-Hall Inc., 2001.