

看護師間の賃金格差の実態とその要因： 職務価値の差異からのアプローチ

角 田 由 佳

1. はじめに

労働力の不足問題を背景として、看護師の養成規模は年々拡大し、就業者数は2011年に100万人を超えるに至った。看護師の就業者数は2014年現在、1,142,319人である。このうち男性看護師は73,968人で、全体の6.48%と徐々に増加しているものの、依然として女性看護師が多く就業している¹⁾。

看護師は女子労働者が多くを占めることから、結婚、また出産後は世帯主の勤務地や子どもの生活環境など家族の状況に制約を受けやすく、自らの良い雇用条件を求めて地域外に職場移動することは難しい現状にある。加えて一専門職であり、雇用主が医療施設、特に病院に限定されやすい看護師は、病院の立地が少ない地方に住む場合、職場移動も限られる。これらの特徴から看護師の労働市場では、病院が多く立地する都市部を除いて、雇用主側がマーケット・パワーを持ち、「限界価値生産物」よりも低い賃金が支払われる「需要独占市場」が成立しやすいことが従来の研究により説明されている²⁾。

しかしながら需要独占市場において低い賃金が支払われやすい看護師にあっても、比較的高い賃金が支払われている者がいる。年齢階層や技能の違いを取り除いてもなお観察される、看護師間の賃金の格差は、いかなる要因

1) 以上、看護師の各就業者数や割合は、日本看護協会出版会編・発行『平成27年 看護関係統計資料集』pp.8-13より抜粋、または算出した。なお看護師（3年課程）の養成機関は大学を含め、2015年4月現在、823校（前年より26校の増加）、1学年定員50,488人（前年より2,277人の増加）であり、年々増加している（同上pp.34-35より抜粋、または算出）。

2) 先行研究を含め、看護師の労働市場における需要独占構造の成立について角田（2007）第6章を参考にされたい。

から生じているのだろうか。本稿は、看護師間にみられる賃金格差の現状を明らかにした上で、看護師の担当する業務内容、すなわち「職務価値」の差異から格差要因について分析する。

2. 看護師間にみられる賃金格差の実態

ここでは看護師の賃金格差の実態について、勤務する病院の特性を踏まえながら分析する。

2-1. 勤務先の規模の違いによる賃金格差

はじめに、厚生労働省「賃金構造基本統計調査」を用いて、勤務先の規模別に看護師の賃金を分析しよう。

図表1は、2015年現在、看護師に支払われている1時間当たり賃金を、勤務先の規模別に示したものである。本稿ではこの1時間当たり賃金を、上記「賃金構造基本統計調査」における調査項目を利用しながら、以下の式を用いて算出する。

$$\text{賃金} = \frac{\text{決まって支給する現金給与額(月間)} + \text{年間賞与その他特別給与額} / 12}{\text{〔所定内実労働時間数(月間) + 超過実労働時間数(月間)〕}}$$

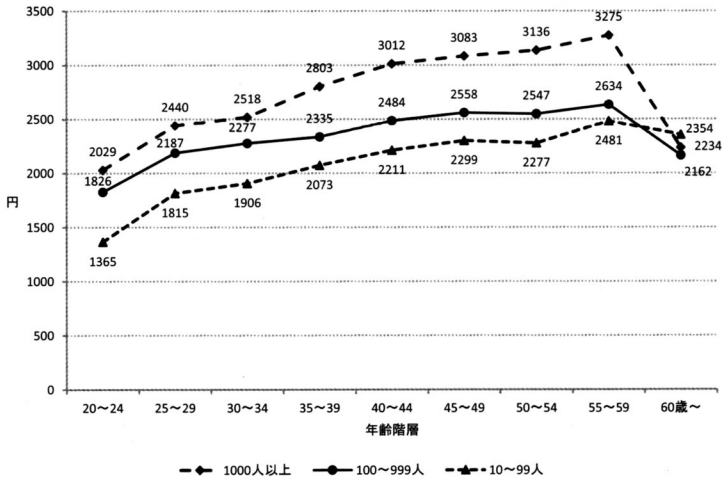
所定内実労働時間と超過実労働時間とを合わせた労働時間数で給与全体を除すことにより、労働時間数の違いによる給与の差を除去するとともに、年間賞与や特別手当も1時間当たりに換算し、賃金を算出することができる。なお看護師の業務に対して特徴的に支払われる夜勤手当や深夜勤手当は、「決まって支給する現金給与額」に含まれる³⁾。

図表1をみると、看護師養成機関を卒業した直後の20～24歳階層の看護師について、常用労働者1,000人以上の病院では2,029円、100～999人規模の病院で1,826円が1時間当たり支払われ、10～99人規模の病院における1,365円と

3) 賃金の算出方法について、詳細は角田(2007) p.34を参照されたい。

比較的差が開いている。しかしその後、100～999人規模の病院の賃金の上昇は緩やかであることから、10～99人規模の病院の賃金と接近し、1,000人以上規模の病院の賃金との差が広がっている。最も賃金の格差が大きいののは50～54歳階層の看護師で、1,000人以上規模の病院と100～999人規模の病院の間で1時間当たり589円の差が生じている。100～999人規模の病院と10～99人規模の病院との賃金格差は270円である。

図表1 病院規模・年齢階層別にみた看護師（女子）の1時間当たり賃金（2015年）



注：60歳以上の賃金については、60～64歳、65～69歳、70歳以上の各看護師の賃金に、各年齢階層の調査人員数でウエイトづけし、平均賃金を算出した。

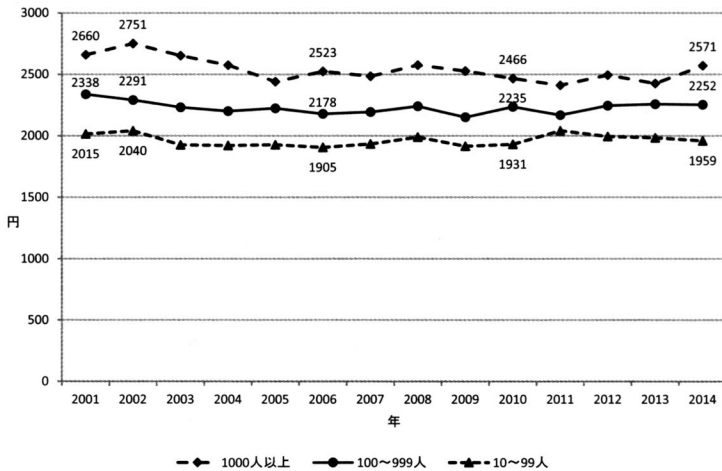
資料：厚生労働省「賃金構造基本統計調査（2015年）」第3巻より算出、作成した。

同じ年齢階層にあっても、勤務する病院の規模によって生じている賃金の格差は、2015年にのみ観察されるものではない。30～34歳階層と50～54歳階層の看護師について、それぞれ図表2-1と図表2-2で賃金の推移を観察すると、一貫して賃金に格差が生じている⁴⁾。なお、50～54歳階層の看護師につ

4) ここでの分析に用いている厚生労働省「賃金構造基本統計調査」では、「年間賞与とその

いては、1,000人以上規模の病院の賃金が減少傾向にあり、2001年時点で100～999人規模の病院や10～99人規模の病院との間にあった約800～1,000円以上の格差は、約400～800円まで縮小してきている。

図表2-1 病院規模別にみた看護師の賃金推移（女子，30～34歳）

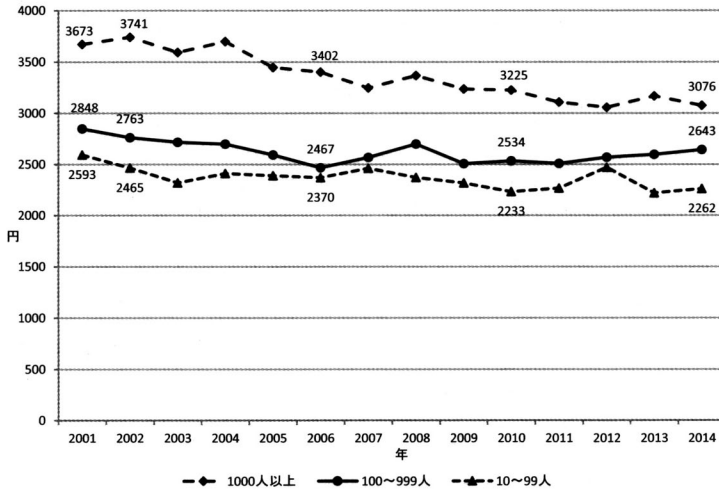


注：「年間賞与其他特別給与」について調査時点を調整して1時間当たり賃金を算出している。

資料：厚生労働省「賃金構造基本統計調査（各年）」第3巻より算出，作成した。

他特別給与額」については毎年、前年の金額が回答されている。そのため図表2-1・図表2-2は、この調査年のずれを調整して算出した賃金の推移を示している。図表1においては、2016年調査（において回答される2015年の「年間賞与其他特別給与額」）をまだ利用できないため、調査年のずれを調整していない数値を示している。

図表2-2 病院規模別にみた看護師の賃金推移 (女子, 50~54歳)



注：1時間当たり賃金の算出方法については図表2-1の注に同じ。
資料：図表2-1に同じ。

2-2. 勤務先の開設主体の違いによる賃金格差

つぎに、看護師の職能団体である日本看護協会の調査「病院看護実態調査」を用いて、勤務先の病院を開設主体で分類し、賃金を分析しよう。この病院看護実態調査は4年に一度、全国すべての病院を対象に実施され、病院における看護職員の労働環境や業務の実態等を把握することを目的としているものである⁵⁾。この調査を用いると、勤続年数10年で31~32歳、非管理職の看護師の賃金を、開設主体別にみた病院間で比較することができる。なお本稿では、開設主体の分類を厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査」における大分類基準に則り、「病院看護実態調査」の分類を変更して各賃金を算出している（回答病院数による加重平均値を算出）。

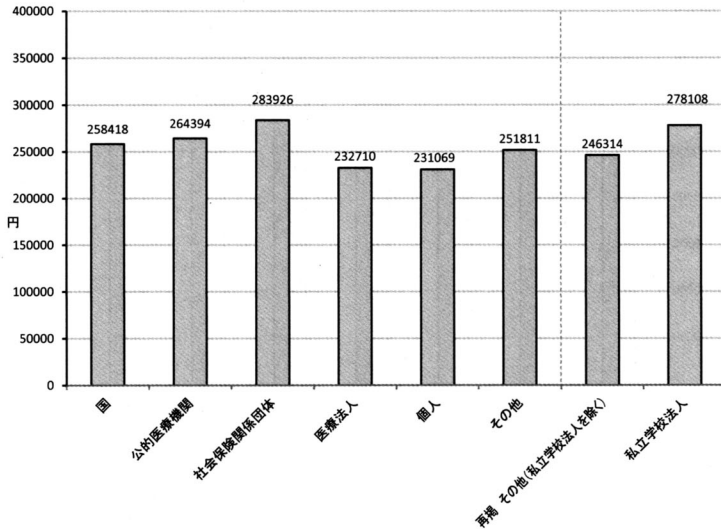
図表3-1は、2015年における月間の基本給与額を示したものである。これ

5) 従来の名称「病院看護基礎調査」から、2003年に「病院看護実態調査」と変更された本調査は、2007年以降、全国の病院すべてを調査対象としている（これ以前は、日本看護協会の会員が勤務する病院のみが調査対象）。

をみると、最も高い基本給が支払われているのは「社会保険関係団体」立の病院に勤務する看護師で283,926円である。次いで都道府県や市町村など各自治体立病院が含まれる「公的医療機関」、そして「国」立病院と、いわゆる「公的病院」に勤務する看護師に、比較的高い賃金が支払われていることがわかる。一方、「医療法人」や「個人」立病院といった、いわゆる「私的病院」に勤務する看護師の基本給は、同じ年齢や勤続年数であっても、23万円台前半と低い金額となっている。私的病院の中でも「その他」の病院に勤務する看護師は25万円台前半と、公的病院の中で最も低い「国」の賃金に近づくが、これは図表1～図表2で示したように、高い賃金が支払われている大規模な「私立学校法人」立病院が分類基準上含まれるためである⁶⁾。図表3-1で再掲するように、「私立学校法人」立の病院を除いて「その他」の病院の賃金を算出すると、24万円台半ばに低下する。そして「私立学校法人」のみの賃金を観察すると、「社会保険関係団体」に次いで高い基本給、278,108円が支払われていることがわかる。

6) 「私立学校法人」立病院の平均病床数は2014年現在、一病院当たり507.9床である（厚生労働省「平成26年医療施設（静態・動態）調査」上巻・第3表より算出）。

図表3-1 病院開設主体別にみた看護師（勤続10年，31～32歳，非管理職）の月間基本給与額（2015年）



注：「公的医療機関」には、本調査の設置主体分類における「公立」「日本赤十字社」「済生会」「厚生連」「北海道社会事業協会」が含まれる。この月間基本給与額は、開設主体別病院の各回答数でウェイトづけて算出した。

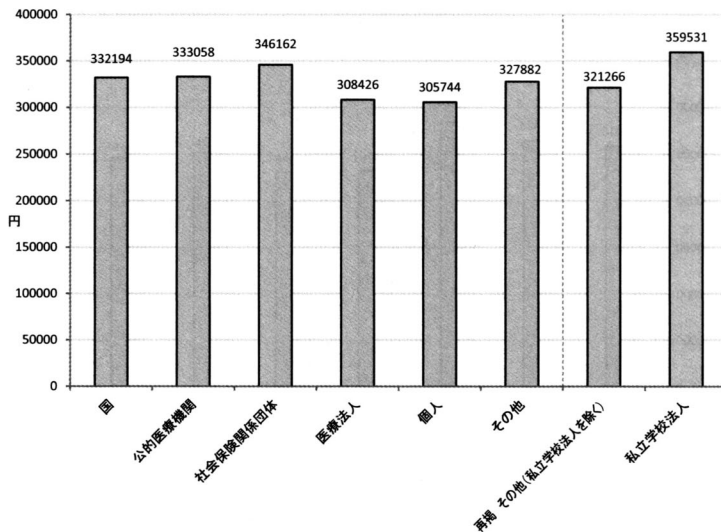
「その他」には、本調査の設置主体分類における「公益法人」「私立学校法人」「社会福祉法人」「医療生協」「会社」「その他の法人」が含まれる。この月間基本給与額は、開設主体別病院の各回答数でウェイトづけて算出した。

資料：日本看護協会「2015年 病院看護実態調査（2016 日本看護協会調査研究報告）」p.171より算出，作成した。

同様の傾向は、図表3-2の税込給与総額でも観察される。時間外手当を除き、夜勤手当や通勤手当等の各種手当分を含めた給与総額⁷⁾を比較すると、公的病院に勤務する看護師に比較的高い賃金が支払われ、私的病院には低い賃金となっている。ただし最も高い賃金が支払われているのは、「私立学校法人」立の病院に勤務する看護師である。

7) 夜勤手当については、夜勤をした場合に3交代で月8回、2交代では月4回したものとして回答が求められている（日本看護協会「2015年 病院看護実態調査（2016 日本看護協会調査研究報告）」p.183を参照のこと）。

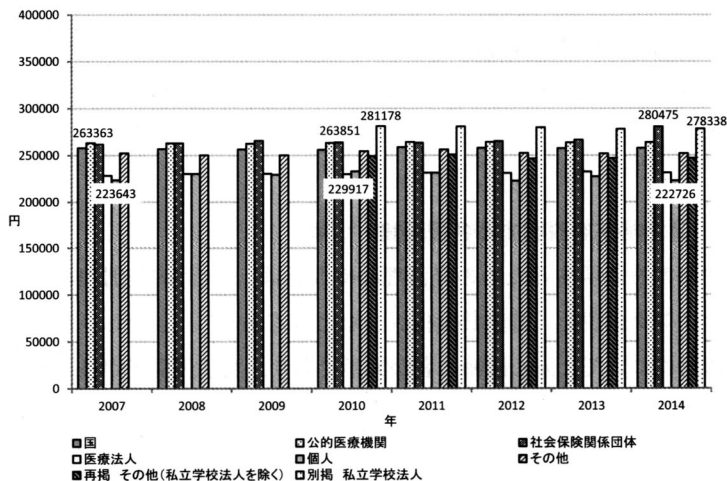
図表3-2 病院開設主体別に見た看護師（勤続10年，31～32歳，非管理職）の月間税込給与と総額（2015年）



注：病院開設主体の分類，給与額の算出方法は，図表3-1の注に同じ。
資料：図表3-1に同じ。

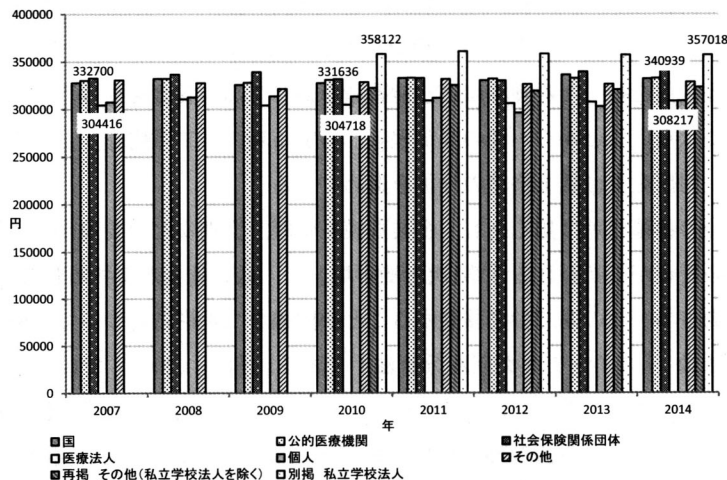
同じ年齢や勤続年数であっても，勤務する病院の開設主体によって生じている賃金の格差は，規模間格差と同様，2015年にのみ観察されるものではない。日本看護協会が勤務する病院のみならず，全病院に調査を実施するようになった2007年以降，図表3-1や図表3-2で示される看護師の賃金格差は存在し続けていることが，図表4-1と図表4-2から確かめられる。

図表4-1 病院開設主体別にみた看護師（勤続10年，31～32歳，非管理職）の月間基本給与額の推移



注：開設主体の分類，給与額の算出方法は図表3-1の注に同じ。なお資料の制約上，2009年までは「私立学校法人」を別掲することはできない。
 資料：2007年および2011年は，日本看護協会「病院看護実態調査」，ほかの年は，同「病院における看護職員需給状況調査」(各年)より算出，作成した。

図表4-2 病院開設主体別にみた看護師（勤続10年，31～32歳，非管理職）の月間税込給与総額の推移



注：開設主体の分類，給与額の算出方法等，図表3-1，図表4-1の注に同じ。
 資料：図表4-1に同じ。

3. 看護師間の職務価値の違いと賃金格差

同じ専門職である看護師にあって、年齢階層や勤続年数、そして職位を同等にしてもなお観察される賃金の格差は、いかなる要因から生じているのであろうか。

3-1. 賃金格差を説明する各種理論・仮説

賃金格差を説明するための経済理論や仮説は、「統計的差別理論」や「クラウディング仮説」、「補償賃金仮説」など多くある⁸⁾。しかし、日本における看護師について、同じ国籍の者が大半であり、女子労働者が多くを占めている「女性優位職」であることから、その賃金格差を説明可能にする理論は限られる。

角田(2007)は、看護師間に観察される賃金の格差について、まず「人的資本論」からの説明を試みている。「人的資本論」では労働者の賃金格差を、教育やトレーニングによって養成される技能の差から説明することを踏まえ、「一般的技能」の代理指標として看護師の学校教育費用、「企業特殊の技能」の代理指標として病院内の教育・研究費用を採用し、賃金の分析を行っている。結果として、各教育・研究費用と看護師の賃金との関連性は無く、教育等費用を投じた看護師ほど技能蓄積を通じて高い賃金を受け取っているわけではないことから、別の経済理論、労働市場の「二重構造」という視点から、同研究では賃金格差の分析を進めている。

技能の蓄積に差は無くとも、企業規模や学歴、性別などの要因から労働者に高い賃金が支払われる「第1次労働市場」と、低い賃金が支払われる「第2次労働市場」との間で労働移動することが困難な二重構造について、検証する方法は、「スイッチング回帰分析法」である。角田(2007)では賃金格差の実態を踏まえ、看護師の労働市場において、公的病院や大規模な学校法人立病院といった、看護師養成機関と採用上の関連を持つ病院が雇用主の第1

8) 角田(2007)p.110を参照されたい。

階層（第一次労働市場）と、そのほかの中小規模の私的病院が雇用主となる第2階層（第2次労働市場）が成立する、という仮説を設定する。そして、看護師教育の機会費用を代理する学校教育年数、また勤続年数や年齢などを説明変数とした各階層の賃金方程式と、看護師がいずれの市場に所属することになるのかを表す「スイッチ方程式」の計3本を、日本看護協会「1989年 看護職員実態調査」の個票2,948票を用いて同時推定を行っている。このスイッチング回帰分析法を用いた分析の結果、仮説に示す二重構造が成立し、技能を蓄積しても自由に階層間を労働移動することが難しく、看護師間で賃金格差が生じることが検証されている。

さらに角田（2007）では、職種や雇用形態の異なる労働者間の賃金格差の妥当性を検討することのできる、「同一価値労働同一賃金原則」に着目し、「職務価値」の視点から看護師の賃金格差を説明することを試みている。「同一価値労働同一賃金原則」（Equal pay for work of equal value）とは、「異なる職種・職務であっても、労働の価値が同一または同等であれば、その労働に従事する労働者に、性の違いにかかわらず同一の賃金を支払うことを求める原則⁹⁾」である。言い換えれば、職務の価値が相違すれば、賃金格差が生じることになる¹⁰⁾。角田（2007）は、同じ専門職である看護師の中でも、第1階層を形成する病院と第2階層を形成する病院では、携わる職務の価値の差異を要因として賃金に格差が生じている可能性を考察したのである。

看護師全体の職務評価分析を行った研究として、森・朝倉（2010）がある。この研究では、看護師のほか、医療・介護に携わる職種として診療放射線技師、施設介護職員、ホームヘルパーを採り上げ、これら4職種間において比較可能な範囲で職務項目を設定し、「知識・技能」「責任」「負担」「労働環境」の4つの評価要素（「職務評価ファクター」）に基づいて「得点要素法」から

9) 森・朝倉（2010）p. i より引用。ILO第100号条約に基づく。厳密には、「同一価値の労働についての男女労働者に対する同一報酬に関する条約」に規定された、「男女同一価値労働同一賃金原則」である（同上p. i）。

10) 職務の価値が同一でない場合に職務の価値に比例した賃金の支払いを求める「比例価値労働比例賃金」について、森（2010）を参照されたい。

各職務評価点数をつけている。そして看護師の職務を大きく15項目に分類する中で、最も高い評価点数がついた項目が「急変時の対応」であり、次いで「看護職員・看護学生の指導」、「病床・病棟の管理業務」に高い点数結果を導出している¹¹⁾。

先に挙げた角田(2007)では、看護師の労働市場における第1階層と第2階層の病院それぞれについて、勤務する看護師の職務を直接観察できる統計資料は見当たらないとして、より重症な患者の受け入れを予測させる各種手術¹²⁾や、全身麻酔症例の実施件数の違いから、職務価値の比較分析を試みている。より重症の患者が入院・外来診療を受ける状況にあるとき、病棟における日常の看護をはじめ、術前・術後の管理等、職務の一評価要素である「技能」を要する職務が看護師にもそれだけ増えることを想定したためである。さらに、各種手術等により重症の患者が入院・外来診療を受ける場合、森・朝倉(2010)で明らかにされた、看護師の職務の中で最も評価点数の高い「急変時の対応」、そして「病床・病棟の管理業務」といった職務が一層多くなるものと解釈できる。したがって仮に、第1階層の病院に勤務する看護師に、価値の高い職務が多く観察される場合、その賃金は、第2階層の看護師の賃金に比べて高く支払われることは妥当性があると言える。

それでは現在、第1階層と第2階層の病院に勤務する看護師の職務は、それぞれどのように評価することができるだろうか。本稿は最新のデータ、さらに各種手術や全身麻酔症例以外のデータも分析しながら、病院間の職務価値の差異について検討する。

11) 一方、看護師が日常携わる職務としては、高い評価点数がつけられた職務が多くないために、職務全体としての評価点数の平均値は低くなっているとも述べられている。山田・大槻・木下(2010)では、看護師の職務評価と賃金について、他の医療・介護職種との比較の中で細密な分析が行われている。

12) 具体的には、厚生労働省「平成8年 医療施設調査・病院報告」より、「悪性腫瘍手術」「開頭手術」「人工心臓を用いた手術」「経皮的冠動脈形成術」「ペースメーカー手術」の計5種の手術を採用している。

3-2. 職務価値の差：救急医療、手術等の実施状況の違い

ここでは、看護師の職務価値に関する先行研究の分析結果を踏まえながら、厚生労働省「平成26年 医療施設（静態・動態）調査」を用いて、看護師間で職務価値の差が発生しているのか否か、評価を試みる。具体的には同調査における、病院の開設主体別・病院規模別にみた、難易度の高い手術等の実施状況や救急医療体制、そして特定集中治療室（ICU）等特殊診療設備の設置状況と取扱患者数について分析する。

厚生労働省「平成26年 医療施設（静態・動態）調査」では、病院の病床数や開設主体別に、救急医療体制の整備状況をはじめ、「全身麻酔（静脈麻酔は除く）」、「内視鏡下消化管手術」や「悪性腫瘍手術」（「食道」「肺」「胃」など計11種）、「人工透析」、そして「正常分娩」を含む「分娩」について実施状況が調べられている¹³⁾。さらに特殊診療設備として、「特定集中治療室（ICU）」「脳卒中集中治療室（SCU）」「母体・胎児集中治療室（MFICU）」「無菌治療室（手術室は除く）」「放射線治療室」「外来化学療法室」「新生児特定集中治療室（NICU）」「心臓内科系集中治療室（CCU）」「新生児治療回復室（GCU）」「小児集中治療室（PICU）」「陰圧室」の設置状況と、各患者延数が調べられている。

本稿では、角田（2007）における各種手術等を通じた職務分析、ならびに森・朝倉（2010）の得点要素法に基づく職務評価分析の結果を踏まえ、より急性で症状の重い患者の受け入れが行われ、術前・術後の管理や急変時の対応、さらに病棟における日常の看護等を難しくすることが予想される調査項目を採用する。具体的にはまず、救急医療体制の中でも、重症患者が対象の「二次救急医療」に該当する「入院を要する救急医療施設」、そしてより急性で症状が重い患者が対象の「三次救急医療」に該当する「救命救急センター」がどれだけ設置されているのか観察する。そして「全身麻酔（静脈麻酔は除

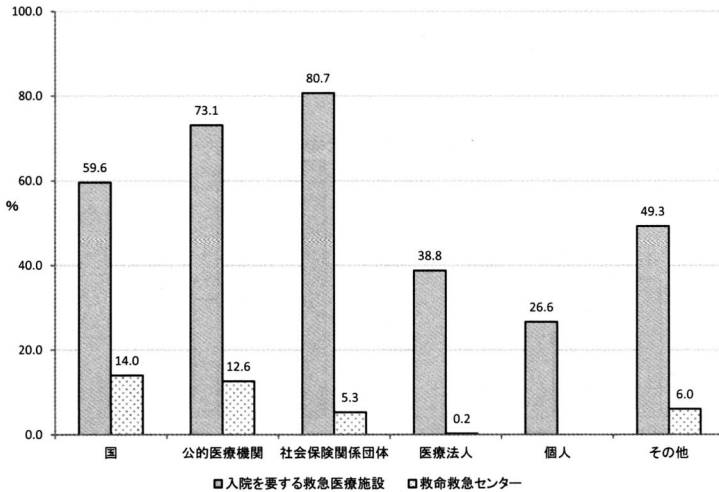
13) 脚注12) で述べたように、角田（2007）では、階層間の職務分析を行う際に、厚生労働省「平成8年 医療施設調査・病院報告」より、「悪性腫瘍手術」のほか、「開頭手術」「人工心肺を用いた手術」等、計5種の手術を扱ったが、2008年調査以降、本論で述べる手術等に調査項目は変更されている。

く)」と「悪性腫瘍手術」全体の実施施設割合と実施件数、さらに特殊診療設備のうち1カ月当たりの取扱患者数の多い「特定集中治療室 (ICU)」「外来化学療法室」「無菌治療室」の設置割合と患者延数について観察を進めていく。なお、第2節において賃金を分析した看護師の勤務先に合わせ、ここでの分析対象は、2014年現在、全体の12.6%を占める「精神科病院」(1,067施設)も含めた「病院総数」(8,493施設)に置いている¹⁴⁾。

図表5-1は、病院の開設主体別に、「入院を要する救急医療施設」ならびに「救命救急センター」の設置状況を表したものである。「入院を要する救急医療施設」が最も多く開設されているのは「社会保険関係団体」立の病院の80.7%であり、続いて「公的医療機関」73.1%、「国」59.6%と、公的病院に多く開設されていることがわかる。私的病院の中で最も多いのは「その他」の病院49.3%であり、「医療法人」38.8%、「個人」26.6%と続いている。「救命救急センター」の開設は最も多い「国」でも14.0%であり、「医療法人」「個人」ではほとんど開設されていない。なお、「その他」では6.0%と、「社会保険関係団体」よりも開設の割合は高くなっている。

14) 「一般病院」(2014年現在7,426施設)の分析結果については、本稿の終わりに付図として掲載するが、全体として、本論中の病院総数の各数値よりも高い数値結果が導出されている。なお一般病院数を含め本文中の各病院数等は、厚生労働省「平成26年 医療施設(静態・動態)調査」上巻・第6表より抜粋、あるいは算出している。

図表5-1 入院を要する救急医療施設，救命救急センターの開設状況
(病院総数，開設主体別)



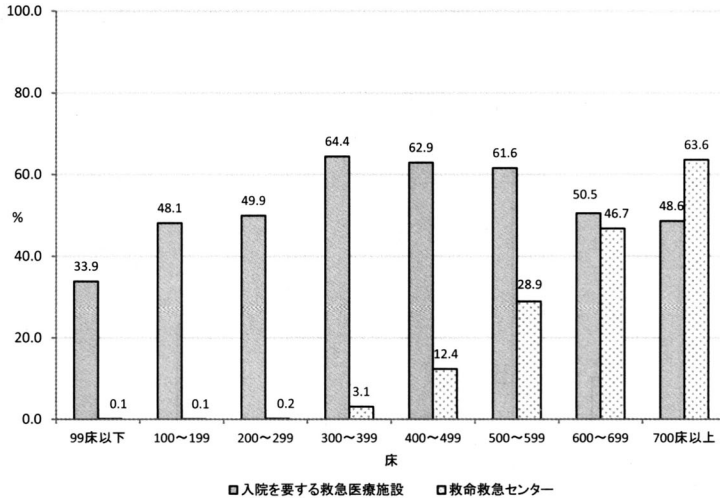
注：「公的医療機関」には、「都道府県」「市町村」「地方独立行政法人」「日赤」「済生会」「北海道社会事業協会」「厚生連」「国民健康保険団体連合会」が含まれる。

「その他」には、「公益法人」「私立学校法人」「社会福祉法人」「医療生協」「会社」「その他の法人」が含まれる。分類上、図表3や図表4のように、「私立学校法人」を別掲することはできない。

資料：厚生労働省「平成26年 医療施設（静態・動態）調査」上巻・第45表より算出，作成した。

「その他」の病院に救急医療施設が比較的多く開設されているのは、規模の大きな「私立学校法人」立の病院が含まれるためであり、これを除外して観察すれば、「その他」における開設割合は低くなるものと予測される。資料の制約上、「私立学校法人」について救急医療体制を別途観察することはできないが、図表5-2において病院規模別に開設状況を観察すると、病床数300～399床をピークに、「入院を要する救急医療施設」割合が低下し、より重症患者を受け入れる「救命救急センター」の開設割合が上昇している。したがって、二次、三次の救急医療体制は公的病院、あるいは規模の大きな病院でより整備されていると捉えられる。

図表5-2 入院を要する救急医療施設，救命救急センターの開設状況
(病院総数，病院規模別)



資料：厚生労働省「平成26年 医療施設（静態・動態）調査」上巻・第46表より算出，作成した。

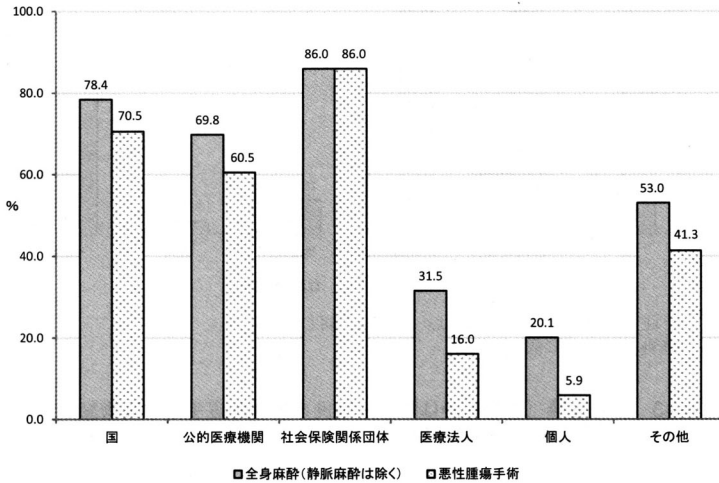
このような病院間の違いは，難易度の高い手術の実施や特殊診療設備の設置・取扱患者数においても同様に観察される。

図表6-1をみると，「全身麻酔（静脈麻酔は除く）」，「悪性腫瘍手術」のいずれも，「社会保険関係団体」立の病院の実施割合が最も高く86.0%，そして「国」の70%台，「公的医療機関」60%台と，公的病院に高い実施割合が示されている。他方，私的病院の実施割合は低く，その中で最も高い割合を示す「その他」の病院でも，「全身麻酔（静脈麻酔は除く）」「悪性腫瘍手術」ともに，「公的医療機関」より15%以上低くなっている。図表6-2で2014年9月中の「全身麻酔（静脈麻酔は除く）」，「悪性腫瘍手術」の1カ月当たり実施件数をみても，「その他」の病院の悪性腫瘍手術件数が「公的医療機関」とほとんど同じ以外は，「国」を最多として公的病院に実施件数が多くなって

15) 本稿では，看護師の勤務する開設主体別病院等の平均的な賃金の違いを職務価値の差異から検討することを目的としているため，手術等実施件数は，手術等全く実施していない病院も含めた平均件数を算出している。

いる¹⁵⁾。「その他」の病院の手術等実施割合や件数が比較的高い数値を示すのは、救急医療体制の結果と同様、「私立学校法人」のように、手術等を多く実施している大規模病院が含まれるためである（図表6-3、図表6-4参照）。

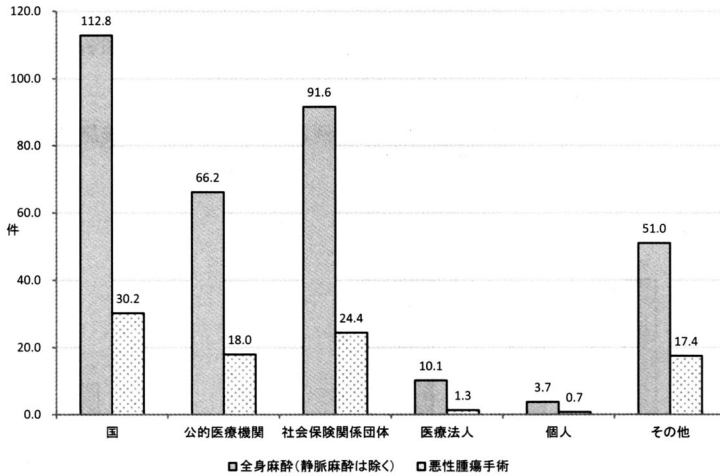
図表6-1 全身麻酔（静脈注射は除く）症例と悪性腫瘍手術の実施施設割合（病院総数、開設主体別）



注：開設主体の分類方法は、図表5-1に同じ。

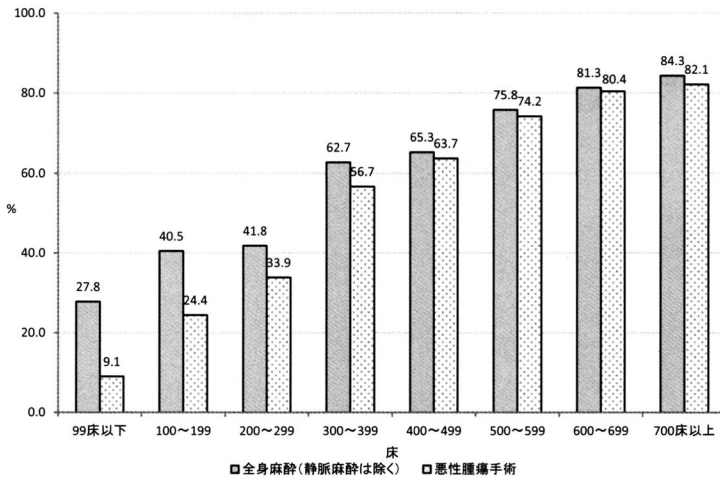
資料：厚生労働省「平成26年医療施設（静態・動態）調査」上巻・第81表より算出、作成した。

図表6-2 全身麻酔（静脈注射は除く）症例と悪性腫瘍手術の実施件数
（病院総数，開設主体別，平成26年9月中）



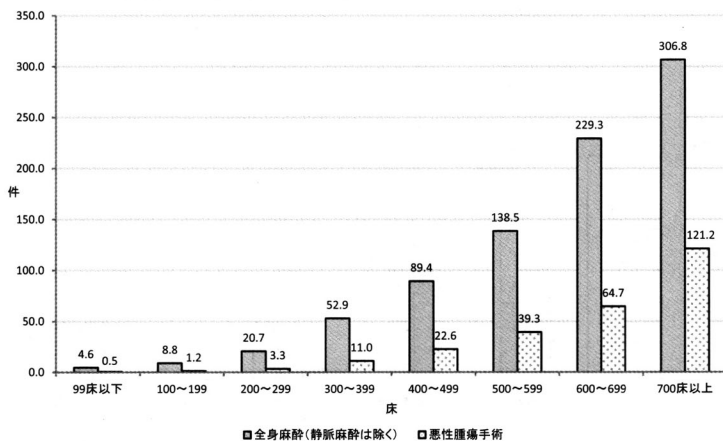
注：開設主体の分類方法は，図表5-1に同じ。
資料：図表6-1に同じ。

図表6-3 全身麻酔（静脈麻酔は除く）症例と悪性腫瘍手術の実施施設割合
（病院総数，病院規模別）



資料：図表6-1に同じ。

図表6-4 全身麻酔（静脈麻酔は除く）症例と悪性腫瘍手術の実施件数
（病院総数，病院規模別，平成26年9月中）

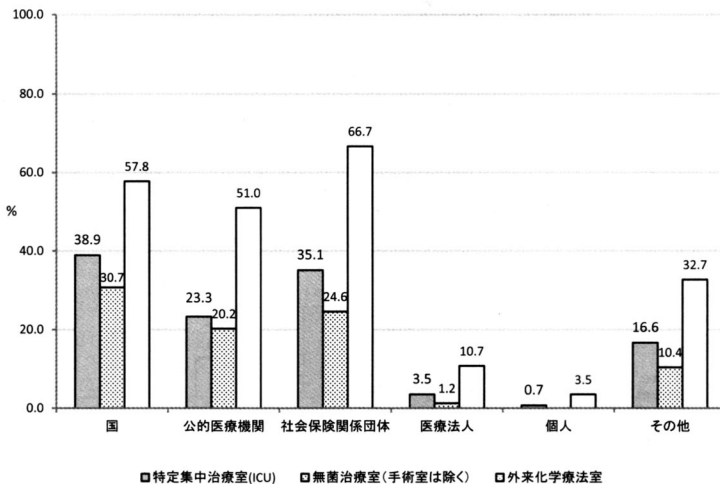


資料：図表6-1に同じ。

図表7-1と図表7-2は、全体として取扱患者数の多い順に3種類の特殊診療設備、「特定集中治療室（ICU）」「無菌治療室（手術室は除く）」「外来化学療法室」について、設置割合と患者延数をあらわしたものである。「社会保険関係団体」立の病院に「外来化学療法室」の設置割合が最も高いほか、すべてに「国」が最も高い数値を示す結果となっている。一方、これまで観察した図表と同様に「その他」の病院に比較的高い数値は観察されるものの¹⁶⁾、いずれの特殊診療設備ならびに患者延数も、私的病院全体としては低い数値が示される傾向にある。

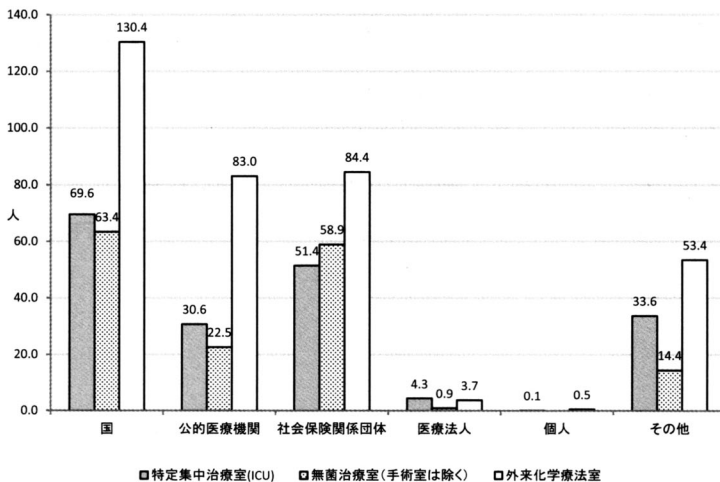
16) 病院規模別にみた、「特定集中治療室（ICU）」「無菌治療室（手術室は除く）」「外来化学療法室」の設置割合と患者延数については、本稿末の付図1と付図2を参照されたい。

図表7-1 各種特殊診療設備の設置割合 (病院総数, 開設主体別)



注：開設主体の分類方法は、図表5-1に同じ。
 資料：厚生労働省「平成26年 医療施設（静態・動態）調査」上巻・第75表より算出、作成した。

図表7-2 各種特殊診療設備の取扱患者延数 (病院総数, 開設主体別, 平成26年9月中)



注：開設主体の分類方法は、図表5-1に同じ。
 資料：図表7-1に同じ。

以上に観察してきたように、救急医療体制や手術の実施状況、そして特殊診療設備の設置・取扱患者数の状況のいずれをとっても、公的病院に高い数値が示され、私的病院の数値は低くなっている。私的病院の中でも「その他」の病院は比較的高い数値が観察されたが、それは「私立学校法人」立の病院のように、規模が大きく救急医療体制や特殊診療設備の設置等、実施状況について高い数値を示す病院が含まれているためである。これらの観察事実から、公的病院や規模の大きな病院に勤務する看護師は、より急性で症状の重い患者を対象として、救急医療や外来診療に際しての対応、術前・術後の看護、そして病床・病棟の管理など、「職務価値」の高い業務に多く携わっているものと捉えられる。

公的病院や規模の大きな病院に勤務する看護師に、「職務価値」の高い業務が多くなることは、第2節で分析した賃金格差、すなわち公的病院や規模の大きな病院に勤務する看護師に賃金が高く、私的な、また中小規模の病院の看護師に賃金が低いという実態に相応する。つまり看護師間の賃金格差をもたらしている要因として、勤務する病院間の「職務価値」の差を挙げることができるのだ。

4. おわりに

本稿は、女子労働者が多くを占める看護師について、年齢階層や技能、職位の違いを取り除いてもなお生じている賃金の格差に対し、「職務価値」の視点から分析を行った。具体的には、看護師の勤務する病院を開設主体、規模別に分類し、救急医療体制や難易度の高い手術等の実施状況、また特殊診療設備の設置・取扱患者数の状況を分析することにより、病院間で看護師の携わる業務に「職務価値」の差が生じているか否か、明らかにしようと試みた。

結果として、高い賃金が支払われている公的病院や大規模な病院では、救急医療体制や難易度の高い手術、特殊診療設備の設置・取扱患者数のいずれ

も高い数値が観察され、急性で重症な患者に対して看護サービスを提供する中で、看護師が「職務価値」の高い業務により多く携わっているものと捉えられた。つまり看護師間の賃金格差は、その携わる業務の「職務価値」の差を一つの要因として生じていると捉えられる。

今後、増加する高齢者に対して地域の包括的な支援・サービス提供体制（「地域包括ケアシステム」）の構築が進められていくにあたり、看護師は病院だけでなく、訪問看護ステーションや有床診療所等の勤務を通じて、居宅での看護サービス提供に携わっていくことが求められている。しかし角田（2014）で明らかになったように、とりわけ訪問看護ステーションにおける看護師の労働力不足は大きく、その一因として賃金の低い非正規雇用の多さが考えられる¹⁷⁾。本稿は、病院に勤務する看護師間の賃金格差の実態とその要因を分析するにとどまっているため、今後は居宅サービスを提供する看護師も含めた、「職務価値」の差異と賃金格差の分析を進める必要がある。

引用・参考文献

居城舜子（2011）「同一価値労働同一賃金原則の変遷と課題」『大原社会問題研究所雑誌』No.632, pp.40-60。

角田由佳（2007）『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。

角田由佳（2014）「日本における看護職員の労働力不足の実態：「第七次看護職員需給見通し」における不足の意味と現状分析」『山口経済学雑誌』63（1・2），pp.23-49。

角田由佳（2015a）「「常勤換算」から見えてくる労働の実態（そのデータから何が見える？）経済学の視点から「看護職員需給見通し」を読んでみよう！②」『看護』67（10），

17) 厚生労働省「平成24年度 衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況」から、2012年現在、看護師をはじめ保健師、助産師、准看護師を含めた「看護職員」について、病院勤務者の12.5%が非正規雇用である一方、訪問看護ステーションの勤務者の40.4%が非正規雇用であると算出できる（角田（2015a）p.92を参照のこと）。なお、医療・介護保険関係施設によって異なる看護師の労働力不足の実態については、角田（2014）、角田（2015b）を参考にされたい。

pp.91-93。

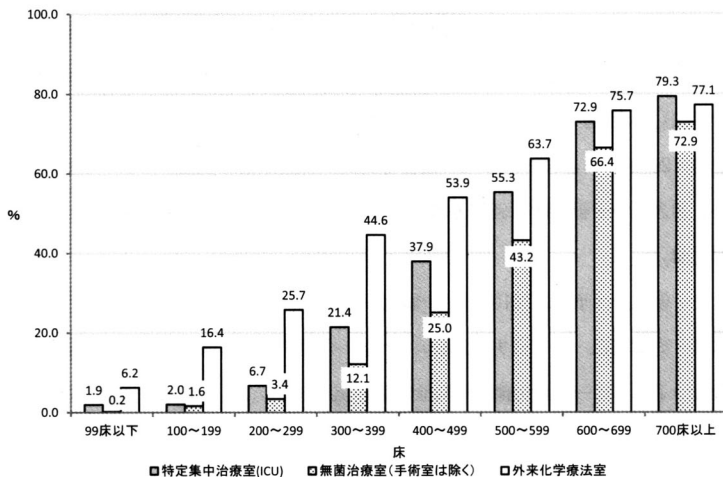
角田由佳 (2015b) 「看護職員の不足解消に向けて：就業者数を正確に把握する必要性（そのデータから何が見える？ 経済学の視点から「看護職員需給見通し」を読んでみよう！⑤）」『看護』67 (13), pp.91-93。

森ます美 (2010) 「日本における同一価値労働同一賃金原則の実施システムの構築」森ます美・朝倉むつ子編『同一価値労働同一賃金原則の実施システム』（第10章）pp.321-344, 有斐閣。

森ます美・朝倉むつ子編 (2010) 『同一価値労働同一賃金原則の実施システム』有斐閣。

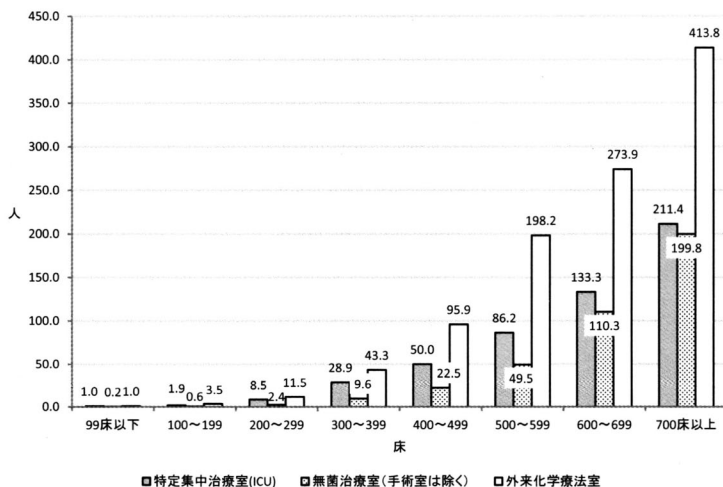
山田和代・大槻奈巳・木下武男 (2010) 「医療・介護サービス職の職務評価」森ます美・朝倉むつ子編『同一価値労働同一賃金原則の実施システム』（第2章）pp.27-87, 有斐閣。

付図1 各種特殊診療設備の設置割合 (病院総数, 病院規模別)



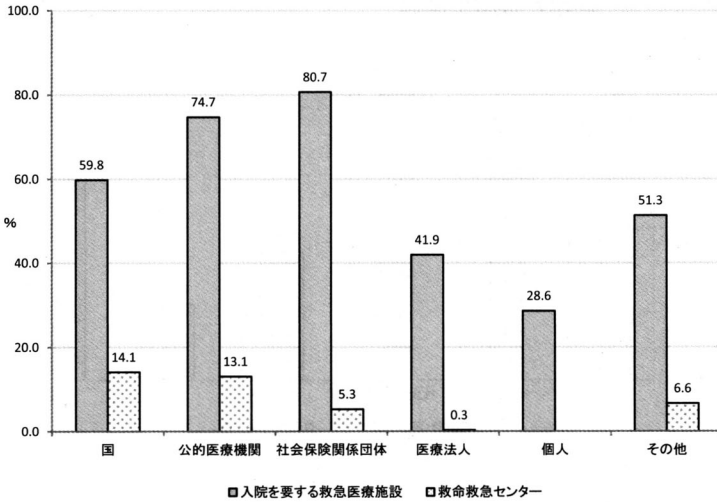
資料：厚生労働省「平成26年 医療施設（静態・動態）調査」上巻・第76表より算出，作成した。

付図2 各種特殊診療設備の取扱患者延数 (病院総数, 病院規模別, 平成26年9月中)



資料：付図1に同じ。

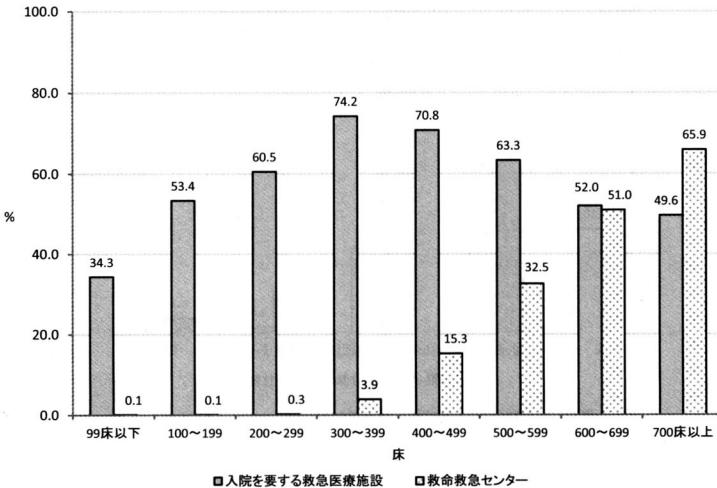
付図3 入院を要する救急医療施設、救命救急センターの開設状況（一般病院，開設主体別）



注：「公的医療機関」には、「都道府県」「市町村」「地方独立行政法人」「日赤」「済生会」「北海道社会事業協会」「厚生連」「国民健康保険団体連合会」が含まれる。
 「その他」には、「公益法人」「私立学校法人」「社会福祉法人」「医療生協」「会社」「その他の法人」が含まれる。

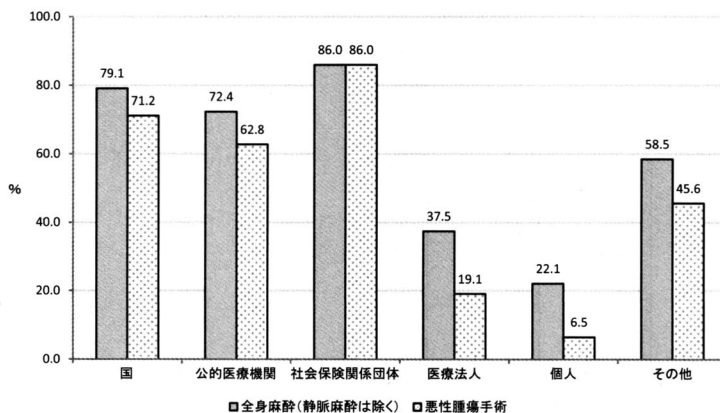
資料：厚生労働省「平成26年 医療施設（静態・動態）調査」上巻・第45表より算出、作成した。

付図4 入院を要する救急医療施設、救命救急センターの開設状況（一般病院，病院規模別）



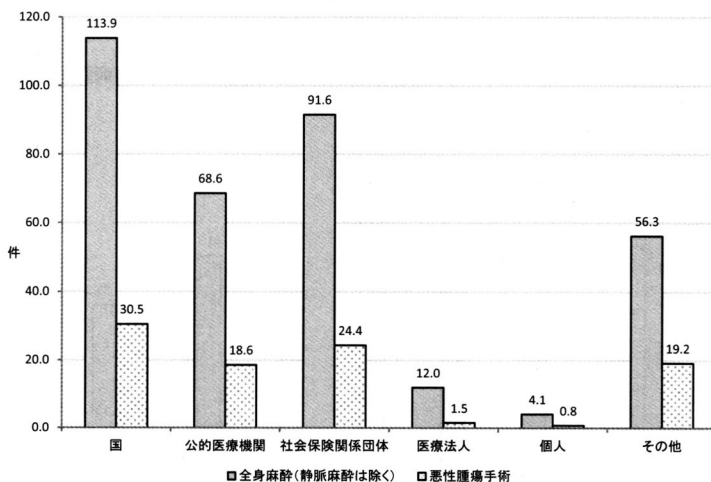
資料：厚生労働省「平成26年 医療施設（静態・動態）調査」上巻・第46表より算出、作成した。

付図5 全身麻酔（静脈注射は除く）症例と悪性腫瘍手術の実施設割合（一般病院，開設主体別）



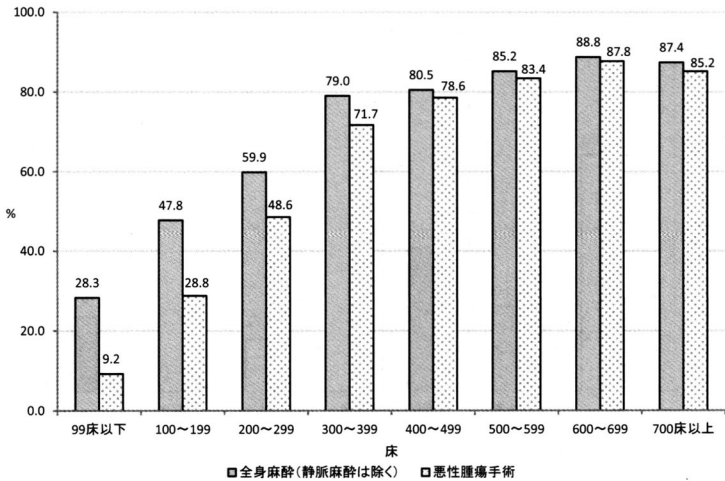
注：開設主体の分類方法は、付図3に同じ。
 資料：厚生労働省「平成26年 医療施設（静態・動態）調査」上巻・第81表より算出、作成した。

付図6 全身麻酔（静脈注射は除く）症例と悪性腫瘍手術の実施設数（一般病院，開設主体別，平成26年9月中）



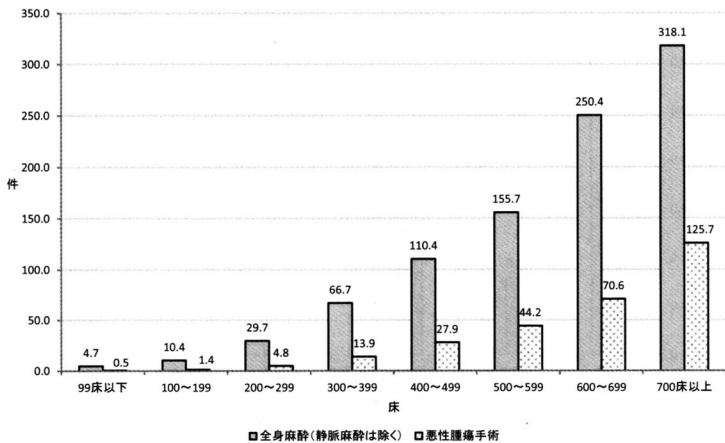
注：開設主体の分類方法は、付図3に同じ。
 資料：付図5に同じ。

付図7 全身麻酔（静脈注射は除く）症例と悪性腫瘍手術の実施設割合（一般病院、病院規模別）



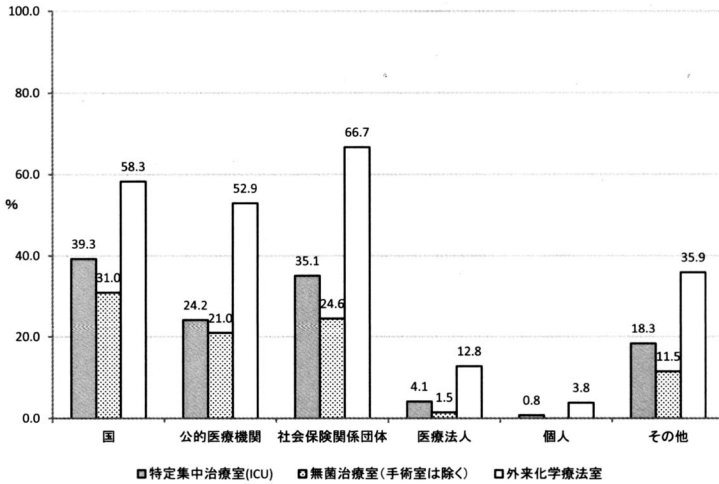
資料：厚生労働省「平成26年 医療施設（静態・動態）調査」上巻・第82表より算出、作成した。

付図8 全身麻酔（静脈麻酔は除く）症例と悪性腫瘍手術の実施件数（一般病院、病院規模別、平成26年9月中）



資料：付図7に同じ。

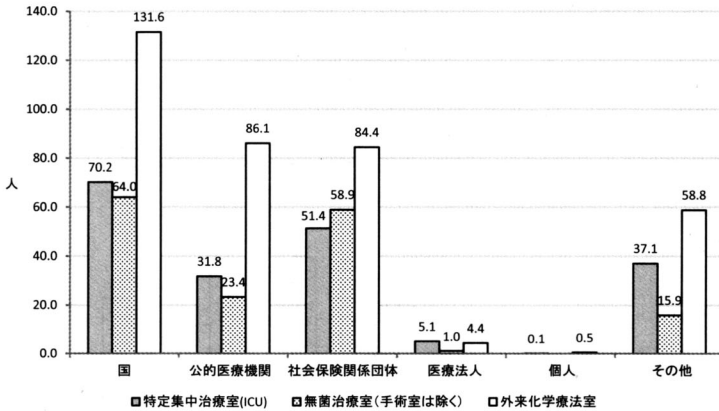
付図9 各種特殊診療設備の設置割合 (一般病院, 開設主体別)



注: 開設主体の分類方法は, 付図3に同じ。

資料: 厚生労働省「平成26年 医療施設(静態・動態)調査」上巻・第75表より算出, 作成した。

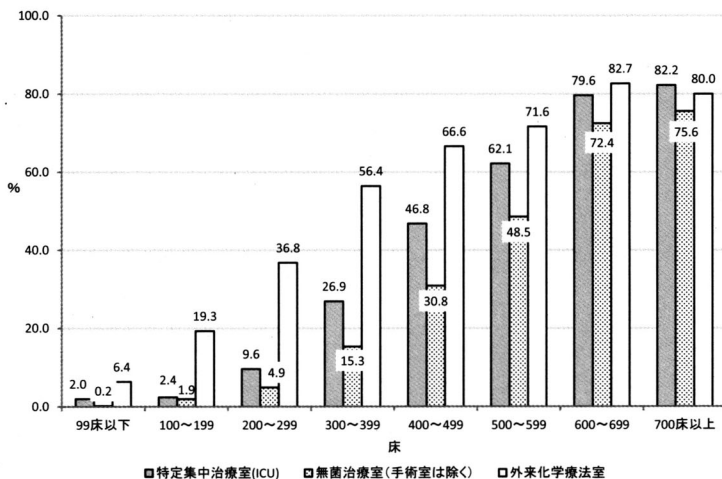
付図10 各種特殊診療設備の取扱患者延数 (一般病院, 開設主体別, 平成26年9月中)



注: 開設主体の分類方法は, 付図3に同じ。

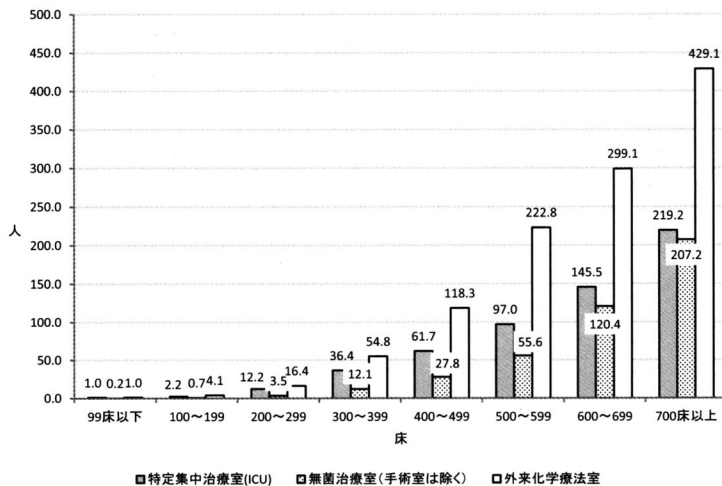
資料: 付図9に同じ。

付図11 各種特殊診療設備の設置割合（一般病院，病院規模別）



資料：厚生労働省「平成26年 医療施設（静態・動態）調査」上巻・第76表より算出、作成した。

付図12 各種特殊診療設備の取扱患者延数（一般病院，病院規模別，平成26年9月中）



資料：付図11に同じ。