

タイトル	日本医療政策の変遷と医療労働運動：ナースウェーブを中心に
著者	杉林，ちひろ
引用	北海学園大学大学院経済学研究科 研究年報(10)：1-30
発行日	2010-03-31

日本医療政策の変遷と医療労働運動

—— ナースウェーブを中心に ——

杉 林 ち ひ ろ

はじめに

日本の医療機関では、深刻な慢性的医師不足や看護師不足がおきており、「医療崩壊」も心配されている。新聞の見出しを検索してみると、全国各地で医師不足や看護師不足による病棟閉鎖、受け入れ拒否などが起きていることがわかる¹。これらの報道の背景にはいくつかの要因があるが、この間国民に明らかにされたのは、医師や看護師の人員不足と長時間過密労働である。

医療労働者で組織される日本医療労働組合連合会（以下日本医労連）²は、2005年に「看護職員の労働実態調査」を、次いで2006年には「医師の労働実態調査」を行なった。看護職員実態調査は、日本医労連に加盟している組合の職場を対象にしたものだ。医師の労働実態調査は、日本医労連加盟の医療機関に勤務する医師、自治労連に加盟する自治体病院とそこに勤務する医師、各加盟組織が地域の医療機関などに呼びかけ、参加が得られた医師について調査を行ったものである。

2005年の看護職員の労働実態調査の集計結果は、「看護現場がいっそう忙しくなり、労働条件が悪化している。超過密労働のもとでミスやニアミスを起こしたことがある」と答えたものが86.1%となっており、患者の命と安全が脅かされている。「看護職員が疲れ果て、退職や燃え尽きが進行する」という看護師不足の悪循環に陥っている」と特徴をあげている³。2006年の「医師の労働実態調査」では、「3割を超える医師が「過労死ライン」の一週80時間以上の勤務を行っており、3割近くが「前月の休みはゼロ」との回答であった。日勤後に宿直を行い、その後日勤をする（8+16+8=32時間勤務）と答えた医師は8割以上であり、超長時間労働が常態化している。慢性疲労状態の医師が6割で、職場をやめたいと考えて

いる医師が50%以上いる。そして9割が医師不足を感じている」といった特徴があげられる⁴。

これら調査の対象は医療機関の一部ではあるが、医師や看護師が過酷な勤務実態のもとで働いていることが明らかにされたものである。調査の実態を裏付けるような事件としては、関西医大の耳鼻科研修医の過労死、小児科医の過労自殺などがある。医師の過労死や過労自殺、事故などは過労死弁護士全国連絡会が集約した分だけで22件あり、実際にはこれ以上だろうといわれている⁵。

看護師の過労死については、2007年5月に東京済生会中央病院で24歳の看護師が月100時間もの超過勤務を行い、致死性不整脈で死亡し、2008年10月に労災認定されている。また、大阪の国立循環器病センターでは25歳の看護師が2001年2月13日にクモ膜下出血で倒れ、3月10日に死亡した。死亡前2ヶ月の超過勤務が80時間に及んでおり、2008年10月30日に裁判で公務災害と認定されている。

命を預かる医療現場で働く職員が過労死する。このような状態で働いているというのでよいのだろうか。医療現場は一体どうなっているのか、労働組合は何をしているのか、という疑問が生じる。

医療現場の変化は、この数年を見ても非常にめまぐるしいものであった。医療技術・医療機器の発展・高度化による変化はもちろんだが、医療法改定や健康保険法改定などによる大きな変化があった。ある病院では「一般病院」を選択したが、在院日数が長くなると診療報酬が下がるので、急性期病棟を維持するためにいっそうの在院日数短縮が必要となり、ベッドの回転率が高まり業務が過密になった。在院日数が短くなるということは、仕事の密度も高くなるし、患者の入れ替わりが多くなるため、それに伴う業務量は増えることになる。医療制度の変化によって急性期病棟ではますます過密労働となり、療養病棟では重介護者の増加などによる過重労働……と

¹ 朝日新聞データベース [聞蔵II]、読売新聞記事データベースで「医師不足」「看護師不足」などのキーワードで2005年1月～2009年1月までを検索した。

² 日本医療労働組合については2章で紹介する。

³ 日本医療労働組合連合会「特集「看護職員の労働実態調査」報告」『医療労働』No.479、2006年2月、1ページ。

⁴ 日本医療労働組合連合会「「医師不足問題」特集「医師の労働実態調査」最終報告」『医療労働』No.492、2007年5月、1～30ページ。

⁵ 岡井崇他著『壊れゆく医師たち』岩波書店、2008年。

いう具合である。

医療現場がますます過密労働となったのと同様だが、患者の医療に対する意識にも大きな変化があった。1990年代から「医療事故」が報道として取り上げられるようになり、同じ頃から、医師・患者関係にも変化が見られるようになった⁶。1999年横浜市立大学医学部付属病院の「患者取り違い手術」、東京の都立広尾病院では「注射ミスによって患者が亡くなる」という事件があった。これらの医療事故では刑事事件として医師や看護師が起訴され、医師や看護師が有罪となった。これらのケースは国民の医療不信を招く大きな原因となっている。

2006年に福島県立大野病院の産科医が逮捕された事件は、医療界に大きな衝撃を与えた。この事件は、逮捕から2年半後の2008年8月20日に無罪判決が出ているが、産婦人科学会をはじめ、日本消化器外科学会、2008年に設立された全国医師連盟⁷などの団体がこの事件と判決に対しての声明を発表しているし、判決の日に医師の呼びかけでシンポジウムが開催されるなど、この事件が医療者からの注目を集めていたことがよくわかる。

新聞報道にもあるように、この間、産婦人科や外科、小児科などリスクが高い診療科の医師をはじめとし、麻酔科医、内科医などの退職が相次ぎ、それによって全国各地で病院の一部病棟休止や外来休止などが起こっている。2004年には東北大学病院で麻酔科医がやめてしまい、手術件数が減ってしまったという報告もある⁸。

医療事故関連の報道(「たらい回し」報道や、産科の「受け入れ拒否」報道も相次いだ)だけではなく「医師不足」や医療現場の実態が報道され、さらには医療従事者自身も声を上げ始めたことなどから、現在の医療のあり方について国民的な関心が高まったのである⁹。

本田宏氏¹⁰は現役の外科医師でありながら、各地で医師や医療現場の実態について講演をしている。医師不足について発言をしているのだが、医師の代表であるはずの日本医師会は医師不足を認めてこなかった。本田氏の意見を要約すると次のようになる。

日本の医師不足の原因は、日本の低医療費政策にある。1983年に当時の厚生省局長吉村仁氏が発表し、医療費の急増を背景に宣伝された「医療費をめぐる情勢と対応に

関する私の考え方」¹¹に基づいて、医師数や医療費の抑制を行ってきたことがそもそもの原因である。それに対して、当時は異を唱えたものがいなかった¹²。医師会はパイの取り分が少なくなるからということで、医師数が増えるのをよしとせず、減らすことに同意してきた。そこに、現在の医師不足があり、医療崩壊につながったのである¹³。

本田氏をはじめとし、過重労働を強いられている医師たちが声を上げ始めたのである。日本医労連は2005年7月の定期大会で、医師不足問題に言及し、医師の絶対数を増加させて医療を守らなければならない、と方針を打ち出した。「医師不足問題対策プロジェクト」を発足させ、2006年11月に、前述の医師の労働実態調査および医師不足アンケート(施設調査)を行った。2006年10月27日には東京で「医師・看護師を増やせ、地域医療を守れ」の中央集会を行い、5,300人が全国から参加している。

日本医労連には医療労働者が組織されているが、医師が組織されている組合は多くはない¹⁴。医師の組織となると、医師会や保団連などが代表的なものである。

2006年に日本医師会の唐沢会長が、日本の医師数が足りないということを事実上認める発言をし、2008年2月に超党派の国会議員でつくる「医療現場の危機打開と再建を目指す国会議員連盟」が発足した。彼らの運動の結果、1982年の医師数抑制の閣議決定と、1997年の医学部定員削減の閣議決定を見直し、医学部の定員を増やすことが決められた。厚生労働省も2008年にいたってようやく、「医師は足りている」「医師は偏在」といつてきた主張を、事実上撤回したといえるのである。

2009年1月1日から産科医療補償制度¹⁵が発足した。これについては、意見はいろいろあるが、ひとつの前進と考えてよいと思われる。もちろん医療過誤は起きてはならないが、「医療の不確実性」についてわれわれ国民が認識しなければ、医師(病院)対患者という不毛の対立

⁶ 権丈善一『医療政策は選挙で変える【増補版】再分配政策の政治経済学Ⅳ』、慶應義塾大学出版会、2007年、56～59ページ。

⁷ 2008年6月8日設立、勤務医が中心の医師の団体。勤務医の診療環境の改善などをめざしている。740人で設立された。ホームページ(<http://www.doctor2007.com/oono2.html>)

⁸ 本田宏『誰が医療を殺すのか』洋泉社、2007年。

⁹ 1999年以降は医療事故報道が多かったが、2003年頃から「医師不足」報道も増えてくる。権丈、前掲書。

¹⁰ 済生会栗橋病院副院長であり外科部長。NPO法人医療制度研究会の代表理事。

¹¹ 吉村仁「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」『社会保険旬報』1424号、社会保障研究所、1983年、12～14ページ。

¹² 注11の吉村氏の論文については日本医労協(日本医労連の前身)機関紙『医療労働』に掲載し、その内容を批判しているが、世論化されなかった。

¹³ 本田、前掲書。

¹⁴ 医師の組織数について、日本医労連では正確な内訳は明らかにしていないが、インタビューから推測するに一部が組織されているにとどまるようである。医者は経営も担っていることから、勤務医でありながらも純粋に「労働者」として認められないということがあると推測される。

¹⁵ 産科医療補償制度とは、医療機関がこの制度に加入している場合、分娩に関連して、重度脳性まひとなった赤ちゃんが生まれた場合に医師や助産師に過失がなくても患者側が総額3,000万円を受け取ることができるというものである。医療機関による保険料の支払いで運営される。根本の解決になるかは疑問の声も上がっている。

の構図が解消されないからである。

医師や看護師が過労死するような状況で、国民は安心して医療を受けられないのは当然であろう。それでは、いままで医療従事者は、医療労働組合はどのような運動をしてきたのか？

われわれ国民が「良い医療を受けたい」と考えるのと、医療従事者が「良い医療を提供したい」と考えるのは当然のことだと思われる。互いの希望は一致している。しかしそれができないのはなぜか？「患者」対「病院（医療従事者）」という無意味な対立が起きてしまうのはなぜなのか？

医療の現状について、医療労働者の歴史を振り返ることで、現在の現象がなぜ起きているのか、その原因を明らかにし、次にこの過酷な現状を改善するにはどのようにすればよいのかを考えてみたい。そこで、日本で唯一の医療産別労働組合組織である日本医労連の歴史を振り返り、それが果たしてきた役割や成果を問い、今後の運動への展望につなげていきたいと考える。

医療労働者の歴史を振り返ってみると、第二次大戦前の日本では、医療従事者、特に医師や看護師は「聖職」という意識があったため、賃金闘争をするということは、当時は考えられなかった。しかし、戦後日本の民主化のなかで、個々人の基本的人権が確立され、労働者の労働基本権が法認められるようになると、いたるところで労働組合が組織され、医療従事者も労働者であるという認識を持つことができるようになった。この労働運動の発展の中でこそ聖職者意識を克服して、患者とともに命に直結する医療労働者の労働条件改善闘争につながったのである。実際は戦前にも日赤看護婦養成所や、看護助手による待遇改善を求める運動などがあった。しかしそれは労働組合運動として組織されなかった。

他人の命を救い、病を治すという医療の特殊性、医者の労働、看護師の労働、その他医療労働者の労働の特殊性は、人間が労働対象であり患者の命と健康に直結するということである。したがって労働条件を適正に保つことこそ、他人の命と健康を守る医療の前提となるのである。

医療労働運動の始まりは、先進的な考えを持った医師から出発したが、その後運動の主体は看護婦が担うようになった。なぜ「看護婦」なのかというと、医療は医師だけで成り立っているものではなく、看護婦をはじめとし、診療放射線技師、検査技師、理学療法士、作業療法士、栄養士、調理師、事務員などの他職種と協同して行うものであり、何よりも「患者」の生命がその中心になればならない。そして、「患者」に医療が提供されるなかで、常にもっとも「患者」に近いところにいて、その訴えを聞き、医師の指示で処置をほどこすのが看護婦であり、しかも看護婦は医療労働者の半数以上をしめてい

る。また、最近では男性の看護師も増えてきたが、もともとは「看護婦」¹⁶であり、女性の仕事という特徴があった。

本論文では、日本で唯一の医療産別労働組合である日本医療労働組合連合会の歴史について、特にナースウェーブを中心に述べる。今回ナースウェーブに注目したのは、医療労働者の半数以上を占めるのが看護師であり、女性でありながら過酷な労働を強いられ、かつ差別的な賃金のもとで、「聖職者」から「労働者」へと変化し、自ら労働組合運動の主役として立ち上がっていったという歴史があるからである。また、労働組合運動全体が低迷する中での闘争としては攻勢的な運動であるからである。

現在の医療とそれに携わる医療労働者がどのような状態にあるのか。労働組合はどのような役割を果たしているのか。今後の医療の発展にどうかかわっていくのか。これらの疑問を解き明かし、今後の労働組合の方向性を展望するため、日本医療労働組合の歴史をまとめるのである。

研究は、文献および現場の見学、そしてインタビューにて行った。文献研究は、1960年代までは富岡次郎氏の『日本医療労働組合運動史』を中心に、また、1970年代以降は日本医療労働組合連合会の50年史『日本医労連たまたかの50年』および機関紙『医療労働』、大会議案を中心に行った。日本医療労働組合運動についての先行研究は極めて少なく、1960年代までは富岡次郎氏が『日本医療労働運動史』¹⁷で、また、芝田進午氏が『医療労働の理論』第三部「医療労働運動と統一戦線」¹⁸で医療労働運動について述べている。そのほか、宇田川次保氏が『戦後医療労働運動史』¹⁹と『エピソードでつづる戦後医療労働運動史』²⁰で日本医療労働組合の運動をまとめているのみである。

なお、2002年に保健婦助産婦看護婦法が改正され、看護婦・看護士は看護師と名称変更になった。2001年までは従来どおりの看護婦と、2002年以降からは看護師と表記することとした。

第1章 日本の医療政策の変遷

本章では、日本の医療政策の変遷について年代順に述

¹⁶ 傍点は著者。看護の歴史のなかでは女性が担ってきたこと、女性ゆえに賃金の差別を受けたり、妊娠・出産など現在では当然の権利が認められないという差別を受たりしてきた。

¹⁷ 富岡次郎『日本医療労働運動史』勁草書房、1972年。

¹⁸ 芝田進午編『医療労働の理論 双書現代の精神的労働 4』青木書店、1976年。

¹⁹ 宇田川次保『戦後医療労働運動史』あゆみ出版、1983年。

²⁰ 宇田川次保『エピソードでつづる戦後医療労働運動史』萌文社、2004年。

べる。特に健康保険制度と医療法改定を中心とするが、診療報酬改定による医療機関への影響についても特徴的な部分について示す。

医療保障制度は、医療サービスをどのように提供するかという「医療供給」(delivery)と、その費用をどのように調達し決済するかという「医療財政」(finance)の2つから成り立っている。この医療保障制度は、医療供給、医療財政いずれも各国の制度設計によって異なる。わが国の医療保障制度の特徴としては、①国民皆保険、②フリーアクセス、③現物給付、④原則出来高払いの診療報酬の4点が挙げられるのが通例である²¹。

1961年に国民皆保険制度が確立され、医療機関の整備が図られるとともに、健康保険の給付内容が改善されていった。それに伴い、国民医療費が急激に膨張し、保険財政を圧迫するようになった。高度経済成長を背景に1973年には老人医療費支給制度が実施されたが、オイルショックにより高度経済成長の終焉を迎え、国家財政が悪化した。1980年代以降は財政の建て直しのため無駄な歳出を削る「臨調行革路線」によって、医療費抑制政策が推し進められた。しかし、「臨調行革路線」が破綻したことが明らかになった後も医療費抑制政策は続けられ、2001年4月に出現した小泉内閣によって、更に厳しい政策が実行されていった。ここでは、1980年代から続いた医療費抑制政策によって、患者も医療機関も大きな負担が強いられてきたことを示す。

以下、日本の健康保険制度と診療報酬などの医療政策の歴史的な特徴について述べる。

1. 戦前の医療制度

わが国の医療保険制度は、1922年に制定(関東大震災の影響等により施行は1927年)された健康保険法(以下「健保法」と略称する)をはじめとする。この時代に健保法が制定された背景としては、第一次世界大戦後、社会経済情勢が急激に変化したことが挙げられる。日露戦争後の日本経済は外債の償還負担などにより危機的な状況にあったが、1914年に勃発した第一次世界大戦は、外需の急増などを通じ未曾有の好況をもたらした。また、第一次世界大戦は工場の飛躍的発展を促し労働者数は急増した。特に重工業の発展により男子労働力は1914年から5年間で倍増した。

しかし、この好景気の底は浅く、特に1920年の東京株式市場の大暴落を機に始まった戦後恐慌以後、日本経済は深刻な不況に陥った。大量の失業者が発生し、労働争

議が多発し、労働運動が過激化していった。恐慌と国家財政の困難さのなかで、労働者に対する政府の取り組みとして、労働者の健康維持、労働者の生活上の不安を除去することを目的として、実際には労働能率の増進、労使乖離の防止と対立の緩和、国家産業の発展を目的に健康保険制度が設立された。昭和初期の戦時体制下では、健兵健民を目的に健康保険制度が利用された。

世界恐慌の影響は農村にも大きく、多くの農家が副業としていた養蚕による収入の落ち込みに加え、1930年の米価の急落、翌年の冷害による大凶作などで、一戸当たりの所得が半減した。収入の少ない農民は病気になることも医療費の支払いが困難なため、死亡診断書を書いてもらうときだけ医者にかかるということも少なくはなかった。結核の蔓延などで死亡者も増えてゆき、国防国家へとすすむわが国としては、軍隊の強化のために農村の健康保険制度に取り組みざるを得なかった。そこで、1933年に内務省社会局は国民健康保険法案を立案した。国民健康保険の実施に当たり、1937年議会では経営主体などが議論となり、翌1938年に法案を再提出、成立し4月1日公布、7月1日より施行された。その後、日中戦争に突入したことにより、国民は強制的に軍需産業に動員されるようになった。国策の最重要課題が健兵健民政策であり、国民健康保険組合は地方長官により強制設立ができるように法改正がなされ、1943年に全面実施となった。しかしその活動はふるわず、医療の給付面では医師、看護婦、医薬品のすべてが不足しており、終戦当時には事実上ほとんど瓦解していく²²。

1939年には職員健康保険法および船員保険法が制定され、同時に健康保険法も改正されたが、戦争が長引き、敗戦が近づくにつれ、健康保険も国民健康保険も次第に機能を喪失した。

2. 戦後から1970年代までの医療制度

(1) 国民皆保険制度の実現

1945年8月15日、日本の敗戦により第二次世界大戦は終結した。終戦直後の日本の状況は、一千万人を超える失業者と戦災者、孤児、復員軍人、海外引揚者などがあふれていた。インフレーションと工場の休止、閉鎖は失業者を増やし、貧困者が増大した。

厚生省は、1945年12月に生活困窮者緊急生活援護要綱を策定し、当面の貧困者への対応と、伝染病対策などに取り組みながら、社会保険制度の再建などに取り組んだ。1946年に設置された社会保障制度審議会では健康保険制度について、健康保険の給付費の1割程度を国庫負担にすべきであると勧告を行った。国民皆保険について

²¹ 島崎謙治、「わが国の医療保険制度の歴史と展開」池上直己、遠藤久夫編著『医療保険・診療報酬制度』勁草書房、2005年。

田中滋「わが国の医療提供体制の展開」田中滋、二木立編著『保険・医療提供制度』勁草書房、2006年。

²² 相澤興一『日本社会保険の成立』山川出版社、2003年、82～89ページ。

は1950年の社会保障制度審議会の勧告においてもすでにふれられているが、1955年以降に急速に政治課題として浮上していく。すなわち、1955年10月の「七人委員会の報告」²³等の提言が盛り込まれ、これを受け社会保障審議会における審議も本格化した。同審議会の議論は1956年11月の「医療保障制度に関する勧告について」に結実するが、この勧告の大きな柱は、国民皆保険制度の確立である。国保法の全面改訂が行われ、1958年末に新国保法が制定・公布（施行は1959年）され、市町村は1961年4月1日までに国保事業を実施することとされた。これにより国民皆保険が実現した。

（2）保険財政と国庫負担

国民皆保険の達成は国民が医療を受けることを容易にしたが、医療費支出の面から見れば、皆保険の達成に加え、給付内容の改善²⁴は、医療機関の急速な整備（皆保険後10年間で病床数は約1.5倍に増加）を促し、医療費は急激に膨張し保険財政を圧迫することとなった。1973年には健康保険の被用者家族の7割給付実現が図られるとともに、高額療養費制度が発足した（国保は1975年から全面实施）。同年、国の制度として老人医療費支給制度（いわゆる老人医療費無料化制度）が実施に移され、その後老人医療費は急増した。

医療保険財政とのかかわりで、法律改定を見てみると、健康保険財政は1962年頃から赤字が出はじめ、1967年に健保臨時特例法（一部負担金と保険料率の臨時特例などが内容）、1973年の健保法改正（政管健保の定率10%国庫補助の導入、保険料率と国庫補助率連動性の導入）、1977年の健保法改正（ボーナスを対象とした特別保険料の徴収、一部負担金の見直し）などがある。これは、皆保険達成以降1980年代前半までずっと、健康保険は財政赤字対策に追われることとなったためである。

また、国民健康保険の国庫負担率については、新国保法制定当時は定率分が医療費の20%、財政調整交付金分が医療費の5%であったが、1962年には定率分が25%に、1963年には財政調整交付金分が10%に引き上げられた。1966年には財政調整交付金分が医療費の5%にもどされたものの、定率分が医療費の40%と大幅に引き上げられた。この結果、国民医療費に占める国庫負担割合も、1960年には15.7%であったのが、1980年には30.4%と

大幅に増加した。この背景には、1950年代半ばから第一次オイルショックが起こった1973年頃まで、非常に長期にわたる高度経済成長とそれに伴う国庫収入の自然増収があった。しかし「福祉元年」と称された1973年10月にオイルショックがおきたことで、高度経済成長の終焉を迎えることとなり、経済成長に対して医療費や社会保障給付費の増加が国庫負担の額を増加させ、国の財政赤字の原因の1つといわれるまでになった。経済成長や国民所得の伸びを上回る社会保障費の増加は、社会保障のあり方について見直しの議論を呼んだ。

また、国民皆保険達成後、対象人員増加と給付改善などにより医療費が急増したことに加え、1970年頃から人口の高齢化と産業構造の変化が急速に進んだ。医療保険制度の中でも特に国民健康保険は老人の加入が多くなった。

人口の高齢化と産業構造の変化は、被用者人口の増加や農村から都市への若者の流出をまねき、農村では無職高齢者などの被用者保険に属さないものをすべて受け入れる国民健康保険制度が最も影響を受けることになった。1981年の老人の制度別加入率は、医療保険平均で5.9%であるが、国保は9.8%、健保組合は2.7%、政管健保は4.0%となっている。また、老人医療費が保険財政に占める割合を見ると、医療保険全体で21.2%、国保は32.0%、健保組合が12.5%、政管健保が12.4%と大きく相違している。1973年の老人医療費無料化の実施は老人医療費の急騰を招き、国保を始め医療保険財政に大きな影響を与えた。また、疾病構造の中心が結核などの感染症から成人病（生活習慣病）に移行する中で、老人の健康保持という観点から壮年期からの成人病の予防や早期発見の対策の必要性が指摘されるようになった。このため、①負担の公平、健康に対する自覚や適正な受診を促すという観点から老人にも一部負担を求めること、②老人医療費を国、地方公共団体、各医療保険者が共同で拠出することにより全国民で公平に負担すること、③疾病予防や健康づくりを含む総合的な老人保健医療対策を推進することなどを内容とする老人保健法が1982年に制定された。

3. 1980年代の医療制度

（1）臨時行政調査会の医療費抑制政策

低成長期における財政困難は社会保障費の増大によるものとする考え方が日本の社会を覆い始め、社会保障費を抑制しなければならないという「福祉見直し」論や、個人・家族の自助努力を強調する議論が出てくるようになった。

1980年11月に「臨時行政調査会設置法」が国会で成立し、1981年に「第二次臨時行政調査会」が設置され、1982年に第二次答申を政府に提出した。そこでは「医療費の

²³ 島崎謙治、前掲書、13～14ページ。「七人委員会」とは同年4月に健保などの財政対策審議のために設けられた7人の学識経験者からなる委員会の通称。

²⁴ 例：国保の場合、1963年10月に世帯主の全疾病について7割給付、1968年1月に世帯員についても7割給付の完全実施、1963年4月の健保・国保の療養給付期間の制限撤廃、制限診療の撤廃（療養担当規則、各種治療指針及び使用基準の改正による新薬や新療法の早期導入措置など診療報酬制度の改善）など。

適正化」「医療保険の合理化」等が提言された。

1982年に「老人保健法」が成立、1983年2月から老人医療が有料化され一部負担が導入された。老人保健制度は、医療と医療以外の保健事業に別れ、保健事業としては市町村が40歳以上の住民を対象に健康手帳の交付や健康診査などを行うことになった。また、政令改正で高額療養費の自己負担限度額が引き上げられた²⁵。

1983年3月14日、第二次臨時行政調査会は最終答申を提出し解散した。解散後に行政改革の監視・推進を目的にする「臨時行政改革推進審議会」が設置された。同年8月に厚生大臣は「今後の医療制度一視点と方向」という文書を発表し、被用者本人の保険給付率や保険の適用範囲の引き下げ、退職者医療制度の創設などを表明した。厚生省の「国民医療費適正化総合対策推進本部」は「医療費適正化対策の推進」について基本的な考え方を発表した。

厚生省の医療費適正化対策が盛り込まれた健康保険法改定案は、1984年8月に成立し、10月1日から実施された。この改正は、行政改革と「増税なき財政再建」が至上命題とされる中で、医療費の増加の抑制を正面から目的に掲げ、被用者保険本人の定率1割負担の導入を行った改正である²⁶。そのほかの改正内容は、①高額療養費制度の改善（世帯合算や同一世帯で4回目以上高額療養費の対象となる場合の限度額引き下げ）、②特定療養費制度の導入、③退職者医療制度の創設、④国保に関する国庫補助の合理化など幅広い内容を含んでいる。

続いて老人保健法の一部を改正する法律案が1987年1月より実施された。この改正では、①一部負担の引き上げ、②加入者按分の引き上げ、③老人保健施設の創設、④国民健康保険料の悪質滞納者に対する給付の一時差し止め、などの措置を構ずるというものであった。1987年1月に国民医療総合対策本部が設置され、6月26日に「国民医療総合対策本部中間報告」が公表された。この報告では①老人病院の見直し、医療保険からの支払額に上限を設ける定額制の導入を検討する、②老人を中心とした長期入院の是正、③大学病院などの高度専門病院の外来診療は紹介状のみに限る、④病院給食は患者のニーズにこたえる複数メニューの提供をはかる一方、患者負担を導入するとしている。医療法改正による国民医療費抑制政策が具体化してきたのである。

(2) 第一次医療法改正とその影響

1948年に制定された医療法は、わが国の医療の基本法として国民医療の整備と向上に大きな役割を果たしてきた。病院と診療所の区別や医療法人制度などはこの法に基づいている。医療法は、傷病者があまねく科学的かつ適正な診療を受けられるようにするために、施設基準などを定めた医療供給体制の根幹をなしてきた。1969年、自民党医療基本問題調査会は『国民医療政策大綱』において、必要最低限の医師を1985年頃までに養成し、人口10万人当たり150人の医師を確保することを決めた。さらに1973年政府の「医科大学構想」は1985年を目標に、10万人当たり150人の医師を確保するとしていた。

これに対して1982年の臨時答申を受けた閣議は、将来の供給過剰を防ぐためとして、医師数抑制の方針を確認、翌83年の吉村論文は、日本の医師が人口10万人当たり150人を越えたとして、医師数の削減を提言した²⁷。

老人医療無料化以降の医療需要の急増と、医療施設や医療従事者の増加は国民医療費を急増させたが、厚生省は医療需要は医療供給の拡大と平行して増大することから、医師や病院など医療供給者の側が医療需要をよび起こす特徴があることに着目した。よい医療を与えたいと願う医者は、患者に多くの医療を与える傾向があるからである。

1970年代後半から、国民医療費は毎年1兆円の規模で増大していた。財政の窮迫に頭を悩ませていた厚生省は、医療の供給を抑える方針に転換をはかった。医師や病院、病床の「過剰」と国民医療費の急増、財政破綻が宣伝されだした。そうした中で1985年3月、「医療法の一部を改正する法律案」が提出され、11月の臨時国会で一部修正のうえ可決されたのである（第一次医療法改定）。

この改正は、国民医療費の増大を抑えるために、これまで拡大されてきた医療資源の供給に歯止めをかけようとするものであった。この「改正」を主導した厚生省は、この段階ですでにわが国の医療施設が全国ベースで量的整備が達成されたとの認識に立っており、これからの課題を、人口高齢化、医学の進歩、疾病構造の変化に対応して医療資源を効率的に活用を計ることであるとしているのである。これによれば、病院数、病床数、医師数、看護婦数など医療資源はすでに充足しているか、近いうちに充足するというのであり、この改正によって「わが国医療行政史上初めての過剰防止策が実施され医療資源の偏在を是正する試みがなされた」²⁸ というのであった。

改正医療法は、都道府県は医療圏の設定、必要病床数、病院の整備目標などを盛り込んだ地域医療計画を策定す

²⁵ 1982年の政令改正で高額療養費の自己負担限度額は39,000円から45,000円に、1983年1月からは51,000円に引き上げられた。低所得者は据え置き。

²⁶ 本人2割負担の導入を決めたが、段階的に実施することとなり、1984年10月1日より1割負担導入、1986年から2割負担を導入。

²⁷ 日野秀逸・本田宏「対談・医師不足・地域の医療が危ない」『経済』2007年1月号、新日本出版社。

²⁸ 岡光序治『社会保障行政入門』有斐閣、1994年、59ページ。

ることとし、国はその計画作成の対象となる区域・必要病床数を厚生省令で定めるという内容である²⁹。このときから医療費の膨張を抑えるために病院、病床、医師、看護婦の数の抑制が行われるようになった。1986年「将来の医師需給に関する検討委員会」が最終答申を出したが、それによると、2025年に医師が過剰になるので、当面1995年までに「医師の新規参入を最小限10%程度削減」というのであった。「朝日」「読売」マスコミはこれを支持したので、1987年から医学部定員10%削減が始まり、1998年橋本内閣は「医学部定数の削減にとりくむ」閣議決定を行った。この方針は2006年一部見直されたが2007年まで続けられた。これが現在の深刻な医師不足をもたらしたのである³⁰。

1986年厚生省は、全国に253ヶ所の国立病院・療養所を今後10年間で統廃合もしくは地方自治体や民間に移譲する計画を発表した。さらに1992年6月、厚生省主導の医療法改正案が成立した（第2次医療法改正）。これは病院機能の分化を進め、療養型病床群を位置づけるなど、安上がり医療、あるいは医療供給の制限を容易にするものであった。

4. 1990年代の医療制度

(1) 1994年の改定

1990年1月、厚生省は「21世紀をめざした今後の医療供給体制のあり方」を発表したがこれが先にのべた1992年の第2次医療法改正となった。ここで特定機能病院と療養型病床群について定められた。1993年は国民健康保険法の一部を改正する法律が可決され、低所得者の保険料軽減分に対する国庫負担が減らされることになった。

1994年の健康保険法等の一部を改正する法律では、食事療養費の導入（入院時食事代の別途負担化）、付添看護療養費の廃止、在宅医療の推進、訪問看護事業の拡大、出産育児一時金の創設などが実施された。

入院給食代の自己負担導入は、治療上必要な給食費を保険からはずして自己負担とするという点が問題である。また付添看護の廃止は段階的に行われたとはいえ、看護婦の配置など条件が十分に整っていない状態で実施されたため、看護婦の労働条件が悪化し、実際は患者にしわ寄せがいった点でも問題である。

この1994年の健康保険法改正の目的は、付添看護療養費の助成制度の廃止で、国は年間1,000億円の還付金が削減できたといわれている³¹。この年、診療報酬の改正も

実施され、付添看護廃止に伴い新看護体系に移行することになり、看護婦の業務が増えることになった。看護婦の人数が増えたわけではなく、いっそう労働実態が悪化したといわれる。

(2) 介護保険法成立

経済グローバル化および日米経済協議の進展を背景とし、1997年の第二次橋本内閣のもとで、改めて行政改革、経済構造改革、金融改革、財政構造改革、社会保障改革、教育改革といった「6大改革」が政策目標として打ち出された。

社会保障構造改革では、介護保険制度の導入について法案がまとめられ、1996年11月に介護保険関連3法案（介護保険法、介護保険施行法案、医療法の一部を改正する法律案）が提出され、1997年に成立した。

1997年には被用者保険本人2割負担、外来薬剤一部負担の導入、老人保健の一部負担増の改定が行われた。ここでも70歳以上の老人医療費の増大により医療費が増大しているということが強調された。医療費の抑制という政府の方針から、国民健康保険への削減された国庫負担は回復されず、1998年にさらに引き下げられた。

(3) 診療報酬改定と第3次医療法改定

1998年には診療報酬改定が行われ、一般病院の平均在院日数の要件が短縮され、平均在院日数が看護基準に合致しない医療機関は、入院料が減額になるか看護基準の見直しをせざるを得なくなった。とくに、長期入院の患者を抱える医療機関にとって大幅な減収となる改定であった。1997年12月に成立し、1998年4月から施行された第3次医療法改定では、総合病院の廃止、地域医療支援病院の制度化などが行われた³²。

(4) 1990年代のまとめ

1990年代の国民医療費（若人・老人全体）の年平均伸び率は4.6%、老人医療費の年平均伸び率は7.8%であるのに対し、GDPの伸び率は年平均2.1%であり、医療費の増加と経済成長の間に大きなギャップが生じたといわれた。1990年代後半の医療制度改正は、一口で言えば、増大する医療費と経済の低迷による深刻化する保険財政の悪化を防ぎ、医療保険制度の財政的運営の安定化を計ることに主眼が置かれた面が強い。

1990年代の医療制度改革は、財政運営上の安定化を図るという目的で国庫負担が引き下げられる中で、医療機関での窓口負担が引き上げられるといった特徴がある。

²⁹ これによって医療機関に対する政府の統制を強めることになる、などとして医療団体連絡会議が反対した。日本医師会は反対から転じた。

³⁰ 日野秀逸・本田宏、前掲書、94～95ページ。

³¹ 伊藤周平『権利・市場・社会保障 生存権の危機から再構築へ』青木書店、2007年、212ページ。

³² 『国民衛生の動向・厚生 の指標 臨時増刊・第55巻第9号通巻第864号』財団法人厚生統計協会、2008年、164ページ。

5. 2000年代の医療制度

(1) 介護保険の施行

2000年4月1日に介護保険が施行された。これに伴い、医療保険から介護保険にサービスを移したものがいくつかあった。療養型病床群の一部が介護療養型医療施設へ移行となった他、訪問看護ステーション、介護老人保健施設などが移行された。2000年4月の介護保険法施行により、介護保険が適用される介護型療養病床（介護療養型医療施設）が創設された。厚生労働省は、医療構造改革推進本部で療養型のあり方を検討し、療養病床は医療の必要性の高い患者を医療保険で受け入れるものとした。医療の必要性の低い患者は、在宅、居住系サービス、または老健施設等で対応することとした。

2001年の健康保険法改定では、高齢者の医療費一部負担金が定額負担から定率一割負担に変更となった（1ヶ月の上限あり、診療所の場合には定額制も選択可能）。年金などで年収630万円以上の高齢者夫婦世帯（単身者で年収380万円以上）は「高所得者」とされ自己負担は2割とされた。さらに、外来の医療費の負担上限月額は、一般で1万2,000円、高所得者で4万200円、住民税非課税世帯で8,000円に引き上げられた。

2001年3月に施行された医療法等の一部改正（第4次医療法改正）では、病床を一般病床と療養病床に区分し、病床の機能分化をおこなった³³。

(2) 診療報酬本体初のマイナス改定

2002年は診療報酬本体初のマイナス、医療機関の入院患者について、180日を越える場合に基本料を一部特定療養費化、高齢者の一部負担を完全一割負担化した。

2001年末から、政府・与党社会保障改革協議会のワーキングチームで健康保険法改定の検討、とくに健康保険本人の3割負担導入が焦点となった。「健康保険法などの一部を改正する法律案」が通常国会に提出され、2002年6月に衆参両議院で可決・成立した。

2002年10月から、老人保健法の対象となる高齢者の自己負担も、月額上限と診療所での定額負担制が廃止されて完全定率1割とされた。

2003年4月から、健康保険本人の窓口負担が3割負担とされ、健康保険などの保険料の計算が標準報酬制から総報酬制に変更され、保険料率も8.2%とされたため、給与生活者の保険料の負担が増加した。

2002年改正法の施行にともない行われた同年4月の診療報酬の改定（以下「02年改定」という）も劇的なものであった。これまで診療報酬は、1998年の改正で、薬価2.8%引き下げ、診療報酬本体1.5%引き上げの実質は1.3%のマイナス改定になったことはあるが、少なくとも

診療報酬本体について引き下げはなかった。しかし、02年改定では、診療報酬本体が初めて1.3%の引き下げとなり、薬価・医療材料とあわせて全体で2.7%の引き下げとなった。診療実日数の多い患者ほど引き下げ率が大きく、長期に受診する患者を多く抱える医療機関が大きな打撃を受ける形となった。

さらに、02年改定では、入院期間が180日を超えて入院している患者については、難病患者などを除いて、特定療養費として入院基本料の基本点数の85%を給付し、残りの15%（月額約5万円）を患者の自己負担とする改定も行われた。

もともと、特定療養費制度は、高度先進医療が保険適用されるまでの過渡的制度として導入されたもので、高度先進医療と選定医療に限定されていた。02年改定による入院基本料の特定療養費化は、患者が選定できない仕組みで、実質的には保険給付範囲の縮小である。こうした特定療養費制度を利用した「保険はずし」には、入院費用負担の不安から、民間保険会社の参入を促すという政策的意図もあると考えられる。実際に、この時期から、新聞紙上でもアメリカ資本の「がん保険」や「入院保険」などの広告がめだつようになる³⁴。

保険外負担の増大により、低所得の患者を中心に長期入院患者の多くが「社会的入院」とされ、退院を余儀なくされる事態が広がった。長期入院患者を多く抱えている療養病棟の病院の多くは、介護保険適用への移行を模索したものの、すでに介護保険事業計画等で介護保険適用の療養型病床群の数が規定されており、計画数に達している自治体では、介護保険適用への申請があっても認められない状況にある。しかも特別養護老人ホームなど介護保険施設の待機者は激増し、老人保健施設ですら待機者がでている現状では、経済的理由で退院をせざるを得ない患者は在宅に戻るしかないが、現在の介護保険のサービス水準では、家族の負担が大きく困難である。2012年の介護保険適用の療養病床廃止で、患者の行き場所がなくなるといような事態はさらに加速すると予想される³⁵。

02年改正法による患者負担増、保険料引き上げによる国民負担増は、年間1兆5,000億円にも上り、医療関連団体、労働組合のほか日本医師会からも反対や批判が相次いだ。法案への反対署名は各種団体あわせて約3,000万筆に達した。しかし、負担増と給付抑制は断行され、2003年4月1日からの健保本人3割負担の導入を含む医療保険法改正法が成立した³⁶。

2003年に「医療保険制度体系および診療報酬に関する

³³ 同上、164ページ。

³⁴ 伊藤、前掲書、286～287ページ。

³⁵ 伊藤、前掲書、235ページ。

³⁶ 伊藤、前掲書、235ページ。

基本方針」が閣議決定され、新たに高齢者医療制度を創設する案が出された。65歳以上の高齢者の健康保険を2本立てにするというこの制度案は、「75歳以上」と「65歳以上74歳以下」とで健康保険を分けて保険料徴収などを行うという内容であった。

(3) 2006年の法律改定とその影響

2005年10月に厚労省は「医療制度構造改革試案」を提示し、同年12月に政府・与党の「医療制度改革大綱」がまとめられ法案化された。

この医療制度改革大綱にもとづき、2006（平成18）年6月14日、「健康保険法等の一部を改正する法律」と「良質な医療を提供する体制の確保を図るための医療法の一部を改正する法律」（健康保険法のほか国民健康保険法、老人保健法など7件、医療法など医療制度に関する5件の合計12件の改正法、以下、両者を総称し「医療制度改革関連法」という）が成立した。医療制度改革関連法は2006年10月より順次施行されることになった。

この改定では、2012年3月末の介護療養型医療施設全廃が決まり、経過的類型の療養病床が創設された。高齢者医療制度の設立も決まり、2008年4月からの実施とされた。

2006年4月施行の医療関連法とあわせて、診療報酬の改定が実施され、これによりリハビリテーションの事実上の制限や、慢性期入院医療への医療区分・ADL区分にもとづく評価が導入されたことによる退院の加速、入院の受け入れ拒否などが起こっている³⁷。

2006年に決定し、2007年4月より施行された改正医療法（第5次医療法改正）では、医療法全般にわたる改正が行われ、患者への医療情報の公開の推進や、地域連携クリティカルパスの普及などを通じて医療機能の分化・連携を推進する、地域や診療科による医師不足問題への対応、医療安全の確保などが謳われている。

この第5次医療法改正では、在宅医療の推進などが盛り込まれており、医療計画において急性期病院、回復期・慢性期病院、診療所などの医療機関間の連携を強化するとともに、在宅支援診療所の制度を創設し、24時間体制で対応が可能な在宅診療所の整備をすすめることになった³⁸。

2008年4月からは、70歳から74歳までの中低所得の高齢者の窓口負担も1割から2割に引き上げられ、療養病床に入院している65歳から69歳までの高齢者については食費・居住費が自己負担とされた。

こうした負担増は、高齢者の受診抑制を加速させ、お金がなければ十分な医療が受けられない、入院もできないという医療保障の階層化を進めることになる。医療保障の階層化は、高齢者の健康格差をさらに拡大させ、低所得者の医療を受ける権利のみならず、憲法25条にいう「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」そのものを侵害することにつながる。なお前期高齢者（65～74歳）の2割負担、後期高齢者（75歳以上）の1割負担という負担構造は、将来的には介護保険の利用者負担（現在は65歳以上の高齢者で1割負担）にも持ち込まれる可能性がある³⁹。

(4) 高齢者医療制度の創設

医療制度改革関連法では、老人保健法の全部が改正されて「高齢者の医療の確保に関する法律」とされ、2008年4月から、75歳以上の高齢者（後期高齢者）を被保険者とする独立の社会保険制度が創設されたが、この制度にも多くの問題がある。

高齢者の独立保険制度に関しては、2003年の「基本指針」で構想が示され、2005年7月7日に、社会保障審議会医療保険部会が「高齢者医療制度について」を発表し、方向性が定められた。今回創設された高齢者医療制度は、75歳以上の高齢者から新たに徴収される保険料（約1割）、各医療保険者からの支援金（約4割）、そして公費（約5割。国25%、調整交付金8%、都道府県と市町村で各8%の定率負担）で給付費をまかない、高齢者の一部負担は1割とされている。このほか、レセプト1件当たり80万円を超える高額な医療費に対する2分の1の公費負担（事業規模は約1,000億円）や後述する低所得者への保険料軽減にかかわる公費による補填（保険財政安定制度。事業規模は約1,700億円）が設けられている⁴⁰。

高齢者医療制度は、後期高齢者を被保険者とする独立の保険制度でありながら、現役世代からの支援や公費負担によらなければ存続できず、結局は、従来の老人保健の拠出金の一部を高齢者の保険料負担に肩代わりさせた仕組みといえる⁴¹。

後期高齢者医療の保険料は、現行の国民健康保険料（税）の賦課方式をモデルとしており、低所得による保険料の軽減を認めているものの、全額免除はなく、介護保険料と同様に、生活保護基準以下の所得であっても、全く所得がなくても保険料が賦課される。そもそも最低生活費に明らかに食い込む保険料徴収は、生存権侵害であ

³⁹ 伊藤周平『権利・市場・社会保障 生存権の危機から再構築へ』青木書店、2007年、331～335ページ。

⁴⁰ 伊藤周平『権利・市場・社会保障 生存権の危機から再構築へ』青木書店、2007年、335ページ。

⁴¹ 伊藤周平『権利・市場・社会保障 生存権の危機から再構築へ』青木書店、2007年、335～336ページ。

³⁷ 伊藤周平『後期高齢者医療制度 高齢者からはじまる社会保障の崩壊』平凡社、2008年。

³⁸ 『国民衛生の動向・厚生指針 臨時増刊・第55巻第9号通巻第864号』財団法人厚生統計協会、2008年、165～166ページ。

り、憲法違反との指摘もある⁴²。

さらに、国民健康保険料(税)の滞納の場合と同様に、高齢者医療制度の被保険者が保険料を滞納した場合には、通常と比較して有効期間の短い短期保険証を発行し、滞納発生後1年を経過した滞納者に対しては、特別な事情のない限り、被保険者証の返還を求め資格証明書を交付するとされている。国民健康保険では、2006年には保険料滞納世帯への短期保険証の発行が122万世帯、資格証明書の発行も35万世帯に上っている。資格証明書の場合は、医療費が窓口で全額自己負担となるため、保持者が病気の自覚症状があっても医療が受けられず手遅れとなり死亡する事例も出てきている。短期保険証も、半年や3ヶ月の有効期間が切れた後も再発行などの措置をとっていない自治体が多く、多数の人が無保険状態で放置されている。これまでは、老人保健法の対象となる75歳以上の高齢者に対しては、資格証明書の交付などの制裁措置はなかったが、低年金や無年金などの、滞納の可能性がある高齢者にも資格証明書の発行を拡大するという点で大きな問題である⁴³。

以上、見てきたように、「国民皆保険」とはいいながら、低所得で保険料支払いが困難なものにも「資格証明書」を発行するなど、事実上「無保険」の者も発生している点では国民皆保険制度とはいえない状況である。

国家財政節約のために過度に医療費が抑制されており、その結果、患者負担が一方的に増大し、保険あって医療なしの状態が蔓延している。

小泉「構造改革」は国民の福祉を支える国家責任を放棄し、ついに「医療崩壊」を人々の目に見えるものにした。

1980年代以降繰り返し強行された健康保険と医療法の改悪に正面から反対して闘ってきたのは、医労連を中心とした人々であった。いまや医療を国民の権利として守るためには、医師も患者も立ち上がらねばならなくなっている。医療労働運動は、医療そのものを守るための運動でもあったことが改めて想起されなければならない。

第2章 医療労働運動の誕生から看護婦闘争へ

本章では日本医療労働組合連合会の前身である日本医療労働組合連絡協議会の組織の結成から、その後の医療労働運動の発展について述べる。

第二次世界大戦後、労働組合運動の高まりの中で、医師を中心として医療労働組合が結成されていく。結成当初は低賃金の改善を求める運動であったが、それはやがて看護婦闘争——看護婦の労働条件改善を求める運動を中心にしてゆく。看護婦の人権侵害に対する闘争や夜勤制限闘争は、患者にとって一番近い位置にいる看護婦が、良い看護をしたいという要求を掲げた運動でもある。看護婦の労働条件改善を求める運動は、病院ストやニッパチ(2・8)闘争における患者の支持があった。また、看護婦が結婚・通勤の自由を勝ち取った後も仕事を続けられる条件として、保育所は欠かせないものであり、保育所への助成などを求めて運動をした。ここでは、院内保育所の取り組みも含め、1989年からはじまるナースウェーブ以前の看護婦闘争を中心に述べる。

1. 日本医療労働組合連合会の組織

日本医療労働組合連合会(以下日本医労連)は1957年8月に「日本医療労働組合連絡協議会(以下日本医労協)」の設立に始まり、1987年に協議会から連合体化された医療労働組合の連合体である⁴⁴。2008年12月現在、日本で唯一の医療産別労働組合であり、ナショナルセンターとして全労連に加盟している。日本医労連は7全国組合(全日本国立医療労働組合、全国厚生連労働組合連合会、全日本赤十字労働組合連合会、健康保険病院労働組合、全国労災病院労働組合、国家公務員共済組合連合会病院労働組合、公立学校共済組合職員労働組合)と47都道府県医労連で構成されている(図1)。47都道府県医労連には全国の国公立・私立病院および訪問看護ステーション、老人ホーム・保健施設、調剤薬局、重症心身障害児(者)施設・肢体不自由児施設、保育所などの福祉施設に働く労働者が加盟しており、全体で16万5,104人が組織されている⁴⁵。

全日本国立医療労働組合(以下全医労)は、国立病院機構・国立高度専門医療センター・国立ハンセン病療養所にはたらく医療労働者によって組織される組合である。全国厚生連労働組合連合会(以下全厚労)は厚生病院に働く労働者によって組織される。健康保険病院労働組合(以下健保労組)は全国の健康保険病院に働く労働者によって組織されている。全国労災病院労働組合(以下全労災)は全国の労災病院にはたらく労働者によって

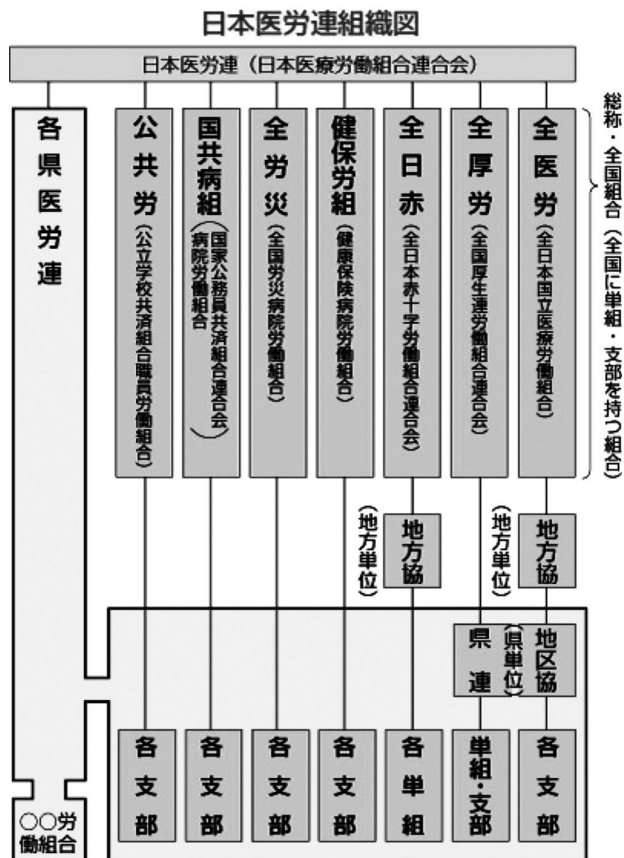
⁴⁴ 日本医療労働組合連合会は1987年に連合体となり、それ以前(1957年から)は日本労働組合連絡協議会(以下日本医労協)であった。1987年連合体結成までの記載は日本医労協とし連合体結成以降は日本医労連と表記する。

⁴⁵ 法政大学大原社会問題研究所「日本労働年鑑第78集/2008年版」旬報社、2008年による。厚生労働省「平成19年労働組合基礎調査結果の概況」によると、2007年6月30日現在14万6千人となっている。

⁴² 伊藤周平『権利・市場・社会保障 生存権の危機から再構築へ』青木書店、2007年、338ページ。

⁴³ 伊藤周平『権利・市場・社会保障 生存権の危機から再構築へ』青木書店、2007年、337～339ページ。

図1 日本医労連組織図 (<http://www.irouren.or.jp/jp/i01/02.html>) 2008.12.24 現在



組織される。国家公務員共済組合連合会（国共病組）は全国国家公務員共済病院で働く労働組合員によって組織される。公立学校共済組合職員労働組合（公共労）は、公立学校共済組合の職員で組織された労働組合で、病院関係の支部が日本医労連に加盟している。

単位組合は、都道府県医労連に加盟する形である。また、労働組合が無い場合は、個人加盟で都道府県医労連に加盟することができる。

日本の医療・福祉労働者は593万人⁴⁶で、労働組合に組織されているのは45万3千人（2008年6月30日現在）、そのうち日本医労連は16万5,104人（公称2008年3月末現在）である。福祉関連の労働組合は別にあるが、日本医労連には同一法人内に医療施設と介護・福祉施設が設置されている場合があるため介護・福祉関連の職員も組織されている。

日本労働組合総連合会に加盟している医療労働者は、全国医療等関連労働組合連絡協議会に組織されていたが、2007年12月14日に同協議会は解散となった。

そのほかにナショナルセンター未加盟の医療労働者の

組合がある。

2. 戦前の医療労働運動

わが国では、明治政府により1884年から1887年にかけて看護婦の養成が始まった。1899年には赤十字青森支部看護婦養成所生徒がストライキに立ち上がり、1901年には横浜市十全病院で看護助手60人がストライキを決行した。

戦前は、実費診療所の開設や無産者医療運動、非合法的な労働組合活動という形で医療運動が展開された。明治37年ごろに医師加藤時次郎が平民病院を経営して無産者の診療に当たった。次いで明治44年には加藤時次郎と王子製紙株式会社の専務取締役鈴木梅四郎が中心となって実費診療所を設立した。

第一次大戦後の労働運動高揚期には、主として友愛会系統の労働組合と結合して発展した医療運動、キリスト教と結びついた医療運動、学生のセツルメント運動の一環としての医療運動があった。

1922年には健康保険法が可決され、翌年より実施されることになった。しかし、関東大震災のために実施は1927年になった。1925年（大正14年）に組織された日本労働組合評議会は労働者の保険料拠出を定めている健康保険法に反対し健保ストライキを決行した。

労農党代議士山本宣治が暗殺された翌年の1930年に東京品川に大崎無産者診療所が開設された。無産者医療運動の始まりである。次いで1931年には大阪福島に大阪無産者診療所が作られた。その後東京や大阪を中心に各地で無産者医療診療所が設立された。この全国に広がった無産者医療運動を結集して1931年に日本無産者医療同盟が結成された。

1930年頃に、産業別労働組合全国協議会に加盟していた「一般使用人組合」から「医務労働組合」が独立した。1931年に、日本一般、日本教育労働者と三者で日本一般使用人組合を結成し、1932年に桜ヶ丘保養院、養育院などの争議を組織したが、戦争の拡大と弾圧の下で労働組合運動は全体が中断に追い込まれることになった。

無産者医療運動も同様に弾圧が加えられ、1941年の新潟県五泉・葛塚両診療所の閉鎖により、戦前の無産者医療運動が断ち切られることとなった⁴⁷。

3. 戦後の医療労働運動

1945年8月15日、ポツダム宣言受諾により日本は連合国に無条件降伏をし、第二次世界大戦が終わった。戦後の日本は、連合国の占領下で軍国主義の一掃、主権在民、民主主義の育成を強制され、民主的な政府が確立す

⁴⁶ 2008年3月時点調査。総務省統計局・政策統括官（統計基準担当）・統計研修所による。

⁴⁷ 富岡次郎『日本医療労働運動史』勁草書房、1972年、1～3ページ。

るまでは連合国軍隊、事実上はアメリカの軍隊の占領下で復興することになった。占領軍総司令部 (GHQ) による命令で、日本政府は1945年10月9日にすべての政治犯の釈放、治安維持法・治安警察法などの弾圧法規および特高警察を廃止した。翌10月10日には共産党の徳田球一をはじめ共産主義者、民主主義者、平和主義者などの政治犯がいっせいに釈放された。GHQはその翌日に五大改革指令、(婦人参政権と婦人の解放、労働者の団結権・団体交渉権の保障、圧制的諸制度の廃止、教育の自由化、経済の民主化)を出した。

戦後の労働運動は、失業、食糧難などの混乱の中で広がった。1945年9月に夕張炭鉱の朝鮮人労働者が暴動を起こし、労働者の反抗は各地に広がり、労働組合が急速に組織されていった。1945年12月になると労働組合法が制定され、労働者の団結権が認められることになり、全国で509組合、38万人が組織されることになった。1946年11月には日本国憲法が公布、翌47年5月に施行され、第28条において労働者の団結権、団体交渉権、ストライキ権を中心とする労働基本権が保障された。1946年6月末には12,000組合、368万人、組織率41.5%という規模に達した⁴⁸。

終戦直後の医療労働者もほかの労働者と同様に労働組合を結成した。中心となったのは、日赤病院、国立病院・療養所の医療労働者である。

日本赤十字社は創立当初より皇室の保護を受け、戦前は軍と結びついて医療界の名門を誇っていたが、敗戦と同時に皇室の保護と軍の強力なバックを失い、それとともにその経済的基盤をも喪失した。そして1946年にこれまでの日本赤十字社は廃止された。しかし、アメリカ占領軍司令部、日本政府および赤十字委員会は、アメリカ赤十字の援助を得て、日本赤十字を新たに「社団法人」として再建させた。こうして、日赤病院は軍人優先のための病院ではなく、もっぱら一般国民のための医療機関になった⁴⁹。

こうして存続することになった日本赤十字社も、その財政は極度に苦しく、新しい資金調達の方法として赤十字募金の白い羽根や、共同募金の赤い羽根に頼るという有様であった。財政的にピンチに追い込まれた日赤本社は経費節約のため、炊事人約20人に解雇をいわたした。戦時中には戦争協力のため、国策遂行という大義名分の隠れ蓑の下で、さんざん酷使しておきながら、終戦後にはこれらの労苦になんら報いることなく、飢餓と失業の渦巻く混乱した戦後社会へ彼らを裸で放り出そうとしたわけである⁵⁰。

これに対し、戦後、民主主義に目覚めた日赤本社の従業員たちは、日赤従業員組合の結成準備をはじめ、炊事人解雇に反対し、さらに越冬資金を要求して、日赤の民主化を要求し始めた。1945年12月に結成された組合は、民主化の一環として、社内からの軍国主義者の追放闘争を展開した。これは戦争中、日本軍国主義の政策に協力することを強いられてきた日赤労働者の厳しい自己反省のあらわれであった。次いで1月下旬に、全国の日赤労働者を組織するための準備会が持たれ、これと並行して各地の日赤病院の多くにも、次々と従業員組合が組織され、1946年3月ついに全日赤従業員組合が結成された。これは戦後医療労働運動の中で、全国的組織としてつくられた最初のものであった。その後における全日赤の組合活動は活発であった。1946年5月9日に、全日赤は日赤本社との間に労働協約を締結し、さらに同月中旬には第1回経営協議会をもって、経営の民主化にのり出した⁵¹。

しかし、1947年の2・1ゼネストの禁止、それにつづくレッドパージによって全日赤の活動も一時停滞した。

1952年頃から日赤病院でも営利化の方向が打ち出され、日赤労働者の低賃金が顕著になり、その上日赤病院の統廃合が日程に上ってきた。これらの日赤の合理化攻勢に対し、全日赤は組織を立て直し、昭和33年に組合結成以来はじめて、スト権をかけて1,500円賃上という闘争を行った。この闘争の中から、全日赤はさらにたたかう組織として大きく前進するために、1959年の第14回高松定期大会において総評加盟を決定した。

その他では1946年には結核予防会、国立療養所、清瀬病院、都立駒込病院、仙台・名古屋・長野・京都・広島の日赤病院、岩手・宮城・長野・新潟の農協病院など次々に組合結成が広がった。国立療養所関係では患者自治会の結成と連動し、東京国立療養所の宮本忍医師、神奈川県国立療養所の渡辺鴻次郎医師などを中心に、8月までには東京・神奈川・新潟・岐阜・茨城で全日本国立療養所職員組合(全療)を結成するまでに発展した⁵²。また、1946年3月31日に日本医療団施設の従業員を結集した全日本医療団従業員組合が結成された。1946年4月1日に医療産別組織である全日本医療従事者組合協議会(全医協)の結成大会が、中野療養所で開催された。全医協は医療労働者の待遇改善、病院内の民主化などの要求を掲げた。全医協の方針の下に、全療傘下の国立療養所30支部、全日赤、慶應病院および桜丘病院の組合が闘争を開始し、続いて慈恵医大、結核予防会などが闘争に入った。しかし、個々の組合で闘争するには医療労働組合は

⁴⁸ 富岡、前掲書、10～11 ページ。

⁴⁹ 富岡、前掲書、14 ページ。

⁵⁰ 富岡、前掲書、14～15 ページ。

⁵¹ 富岡、前掲書、14～15 ページ。

⁵² 日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会『日本医労連たかひの50年』日本医療労働組合連合会、2007年、24 ページ。

弱体であったため、闘いに勝つために医療労働組合の東京地方協議会がつくられた⁵³。全医協は大会で産別会議準備会に加盟を決め、産別会議の結成大会に代議員 24 名が参加した。

全医協は 1947 年 1 月 6 日に 2・1ゼネストへの参加を決め、全日本患者生活擁護同盟に共闘と協力を呼びかけたが 2・1ゼネストはアメリカ占領軍の指令で中止された。

全医協は産別会議の提唱する産業復興闘争のなかで、医療の復興を目指し「医療民主化協議会」を各地方に設置することを提起した。また、産別会議の中に保健部の設置を提案し、全医協から専従書記を派遣した。

1948 年 7 月、芦田内閣はマッカーサー書簡を根拠に政令 201 号を公布し、公務員の団体交渉権と争議権を剥奪した。同年 11 月、全療と国病が合同して生まれた全日本国立医療労働組合（全医労）の結成大会が開かれ、約 2 万 7 千人が全医労に結集することになった。

1948 年のレッドパージによる弾圧⁵⁴を受けながらも国立病院や、全労災、全日赤、慈恵医大などの労働組合が「社会保険医療改善・医療従業員協議会（以下医従協）」などを結成し、診療報酬単価運動などいわゆる「労医提携」による健保改悪反対闘争などをおこなった⁵⁵。医従協は共闘組織として発足し、実行委員会形式での運動を展開したため、運動が職場に定着せず停滞したといわれる。その停滞を打破するため、1957 年 8 月 31 日に産業別組織である日本医療労働組合連絡協議会（以下日本医労協）が結成された。1957 年は社会保障闘争として有名な「朝日訴訟」が始まった年でもある。

日本医労協は国立・公立・私立を問わず、全国の医療施設で働く医療労働者が共通の問題に取り組み、一緒になって問題の解決の方向を探そうという目的で結成されたとされる⁵⁶。

この組織に加盟したのは、全日本国立医療労働組合（全医労）、全日赤従業員組合連合会（全日赤）、国鉄労働組合医療協議会（国鉄医協）、東京都医療従業員組合協議会（都医協）、民医連従業員組合連合会（民従連）、結核予防会従業員組合（予防会従組）、慈恵医大労働組合連合会（慈大労連）、新潟県医療労働組合協議会（新潟県医労協）、全国厚生連従業員組合（厚生連従組）の 9 組織であった。

この当時、全国の医療機関で働く従業員は約 30 万人と推定されていたが、当時組織されていた医療労働組合員数はその約 5 分の 1 の 6 万人に過ぎず、しかもその組合員全部が日本医労協に加盟したわけではなかったため、日本医労協は一応全国的組織であったとはいえ、他産業労働者の組織にくらべて、まだまだ弱い組織であった⁵⁷。

日本医労協は 1957 年の結成から、賃金・労働条件をはじめとし、医療改善などをめざす医療労働運動に取り組み、結成当時には 30,850 人だった組合員数が 1980 年には約 13 万 7 千人となった。

4. 賃金闘争——「病院スト」

日本医労協が 1957 年の結成後に最も力を注いだのは、医療労働者が医療費単価の据え置きによる犠牲となっている実態と、国民医療の危機（医療労働者の安い賃金と人手不足の実態、制限診療の事実など）を明らかにすることであった。1958 年には低賃金の克服のための闘争方針を決定した。それは、1960 年からはじまる「病院スト」⁵⁸へと発展する。1960 年は新安保条約・行政協定が結ばれ、それに反対する大きな「安保闘争」が起きた年でもあった。日本医労協は結成当初から、他団体とともに社会保障推進協議会を結成し、国民健康保険闘争、朝日訴訟支援、国民年金闘争、小児麻痺から子を守る闘いなどに取り組んだ。特に国民年金と小児麻痺の闘いは、医療労働者を中心に全国的な統一闘争となった⁵⁹。

1960 年から始まる「病院スト」と呼ばれる統一ストライキは、医療労働者の低賃金打破を目指した取り組みであり、東京医労連から全国に広がった闘争である。当時の賃金は民間他産業労働者の平均賃金が 2 万 5 千円、国家公務員ベースが 2 万円余であったのに対して、東京医労連調べの平均賃金は 1 万 4 千円という水準であった。その上、基準内賃金が 1 万円以下の比率は病院により 20%～60%という状況であり、低賃金の背景には病院による賃金の格差があることが明らかになった。病院間の格差と低賃金を打破するため、東京医労連は 1960 年に賃金綱領⁶⁰を打ち出し、11 月 1 日、東邦医大付属病院、東京女子医大付属病院、北里研究所付属病院、芝浦船員保険診療所、城西病院、結核予防会、東京船員保険中央病院の 7 病院労働組合が、最低賃金 1 万円保障と一律大幅賃上げという統一要求ををかけて半日ストライキに入った。11 月 8 日に第二波ストライキに 10 組合が参加、11 月

⁵³ 富岡、前掲書、20～22 ページ。

⁵⁴ レッドパージにより日赤中央病院をはじめとし、全医労では 179 名が指名解雇、800 名に及ぶ犠牲が出た。結核予防会では 43 名が職場を追放された。全医労は結成時の 233 支部、27,208 名がパージによって 191 支部 22,418 名になり、組合員の脱退や支部解散などで 1953 年には 154 支部 15,889 名になった。さらにパージは、駒込病院や逓信会病院、国鉄病院にも広がり活動家が追放された。

⁵⁵ 富岡、前掲書、124～131 ページ。

⁵⁶ 富岡、前掲書、291 ページ。

⁵⁷ 富岡、前掲書、294 ページ。

⁵⁸ 1960 年から 1961 年にかけての病院統一闘争である。医療労働者の低賃金と、1959 年に問題となった看護婦の人権侵害（妊娠・結婚・通勤などの自由が奪われている状態からの開放）の改善が闘われた闘争である。

⁵⁹ 富岡、前掲書、294～295 ページ。

⁶⁰ 富岡、前掲書、305～306 ページ。

14日に第三波ストライキ、と参加組合を増やし、東京医労連から全国組合へ、そして各県医労協へと統一行動を拡大していった。日本医労協は「病院スト」について、国民の支持なしには勝てないと考え、東京医労連の統一ストライキ突入後から、20万枚のピラをまき都民にアピールし、医療制度の矛盾や医療労働者の劣悪な労働条件を明らかにした。そしてこの闘争は、保険医全国大会での病院スト「支持」表明、患者同盟からもストライキ支持を受けるなど、国民の各層からの支持が得られた。労使の力関係によって成果はまちまちであり、「一律大幅アップ」と「最低1万円保障」という組合統一要求を獲得できたのは一部であった⁶¹。

1970年代以降も医療労働者の賃金闘争は、一律に低賃金をおしつける人事院勧告準拠打破を目指すものであった。1971年の大会で「生活と権利の要求と国民医療を守るたたかいを結合してたたかう」という方針を出した。民間全国組合は全日赤・健保労連・国共病組・全労災・公共労の5組合で共同の労働委員会調停申請を行い、春闘決着への移行をめざしたが、依然として決着が図れないため、1973年以降は労使による自主決着に向けて共闘を強める方針をうちだした⁶²。

1974年は石油危機によって、激しいインフレと異常な物不足が起こるなかでの春闘であった。全国的な労働運動のもりあがりによって春闘共闘が32.6%の賃金アップを勝ち取り、日本医労協は20.9%の賃上げ(過去最高)であったが、企業間・地域間格差は解消されなかった。

1975年以降はインフレと不況、いわゆるスタグフレーションのもとでの春闘となり、他産業の賃金アップが抑制される中で春闘相場を上回る賃上げを勝ち取っていく。1979年で6年連続で春闘共闘を上回ったが、全産業平均の賃金水準との格差をあまり縮小できなかった⁶³。

5. ナースウェーブ以前の看護婦闘争

看護婦の労働時間についてみると、厚生省は国家公務員の週44時間制実施に際して、1950年に国立病院・療養所に働く看護婦は週48時間労働にすえ置くという省令第1号を発している。これにより、国立病院・療養所で働く看護婦は、同じ公務員でありながら週44時間労働の適用外とされた。これに対し、全医労は1953年に人事院に対して行政措置要求を提出し、人事院は「44制時間にすべきである」との内容の判定をした⁶⁴が、厚生省は

否定的であり、実施がなされなかった。1959年新潟県立病院の労働者が「44時間制闘争」にはいり、5月1日から44時間制を実施するという協定を交わした。この闘争は山形や福岡の自治体病院に波及し、県内の日赤病院や済生会・厚生連病院に広がった。

国立病院・療養所では、「人事院判定」後も週48時間制が実施され、さらに超勤手当の未払、年休・産休など有給休暇の許可の出ししぶりなど、48時間制以上の労働強化が行われていた。全医労は44時間制完全実施の獲得要求を続ける方針を出し、40時間労働を目指す総評の支援の下に運動を展開した。全医労の強力な闘争と人事院判定におされ、厚生省はようやく1961年8月に44時間制実施に踏み切った。しかし、国立病院・療養所では、週44時間制実施にあたり、少なくとも2,500名の増員が必要であったが、厚生省が実施したのは300名の増員であったため、人員不足が原因と推測される患者の死亡事故などが起きている⁶⁵。

1959年には新潟の国立高田病院で、看護婦の妊娠制限が、看護婦の人権を侵害している、ということで大きな問題として新聞でも取り上げられ⁶⁶、看護婦の「通勤・結婚の自由」の闘争が展開された⁶⁷。

1963年、全医労は夜勤実態調査を行った。全医労が行ったアンケートによると、看護婦の3人に1人が流産や異常出産を経験していること、一ヶ月の夜勤が多いところでは17回あることなどがわかった。それを契機に夜勤制限闘争が始まり、1965年に人事院判定「月8日以内」⁶⁸が出され、次いでそれを守らせるためのニッパチ(2・8)闘争が各地に広がった。ニッパチ闘争とは、看護婦の夜勤は「看護婦2人以上で月8回以内」を求めた闘争のことである。この当時、全日赤の調査でも、夜勤回数が多いところは月15～16回、一人夜勤が3分の1の病棟で行われていることが判明した。1965年の人事院判定では、増員についてはふれられなかったため、全医労

⁶⁵ 富岡、前掲書、99～100ページ。

⁶⁶ 国立高田病院の妊娠制限闘争は1959年8月に全医労に届いた手紙によって、国立高田病院では看護婦の妊娠は年に4人以内という規則を設けているということが発覚したものである。これに対して全医労の支援もあり、高田病院で組合が結成され、団体交渉などを行って妊娠制限を撤回させたものである。当時、人権侵害として、マスコミでも取り上げられた。日本医労連結成50周年記念誌編集委員会、前掲書、48ページ。

⁶⁷ 日本医労連結成50周年記念誌編集委員会、前掲書、48ページ。
日本医労連結成50周年記念誌編集委員会、前掲書によると、新潟県国立高田病院の職員から投書があり「看護婦の妊娠は輪番制で、3年に1度、年4人までしか妊娠をしてはいけない」ということが決められており不当だという内容であったという。

⁶⁸ 1963年4月、全医労は人事院に対して「看護婦の夜勤制限に関する行政措置要求書」を提出した。人事院は2年かかって調査を行い1965年5月24日付で判定を出したものである。富岡、前掲書、457～478ページ。

⁶¹ 日本医労連結成50周年記念誌編集委員会、前掲書163～164ページ、富岡、前掲書、301～315ページ。

⁶² 日本医労連結成50周年記念誌編集委員会、前掲書、167～168ページ。

⁶³ 富岡、前掲書、83～95ページ。

⁶⁴ 日本医労連結成50周年記念誌編集委員会、前掲書、175ページ、富岡、前掲書、92～100ページ。

は、人事院判定を実施させるための運動を起こすことを決定し、全医労から公立医療労働者に運動が広がった。

この夜勤制限の取り組みは、新潟県立病院夜勤制限闘争によって画期的な成果を獲得するに至った⁶⁹。

その後も夜勤制限闘争は続けられ、1975年には「いのちと健康、生活を守る産別統一行動」が組織され、11月18日にストを含む全国統一行動がたたかわれた。その中で「国立病院において1976年度における約2,600人の増員、車送りの予算化に努力する」「夜勤制限通達」を出すという文書を厚生省との間にとりかわすことができた。また、診療報酬に関しても、「厚生省として診療報酬の改定に努力する、基準看護内容の引き上げなど改正を考える」という回答を引き出した⁷⁰。

1960年代から1970年代にかけて、世界的に看護婦不足と医療の質の低下が問題とされ、1977年にはILOが看護職員条約・勧告を採択した。日本医労協は、増員・労働条件改善の要求を実現するために、ILO総会に代表を送り政府に働きかけたが、日本はこの条約を批准するにはいたらなかった。

日本医労協は1973年の厚生省との交渉で「(1970年から1975年までの看護婦倍増の)5年間で全国全病棟の8割で夜勤を複数・8回を実施する」という回答を得た。労働省通達なども出された。

6. 院内保育所を求める運動の広がり

結婚・通勤の自由を獲得した看護婦は、子育てをしながら働き続けるための保育所を必要とした。看護婦の労働条件には夜勤・変則労働を伴うため、それに対応した保育所を必要としたが、夜勤・変則労働を保証するような保育所は地域になかったのである。また、地域の保育所自体が不足しており、子供が生まれると退職せざるを得ないような状況があった。それを解決するために院内保育所が必要とされ、医療労働運動として広がっていった。

1954年に、国立旭川療養所に初めて院内保育所が開設された。その後は賃上げや増員・夜勤制限運動とともに、院内保育所設置を望む声が高まり、1974年には日本医労協加盟の院内保育所は全国で214ヶ所となった。東京都では1968年に院内保育所助成が実現した。その後、厚生省にも毎年交渉し、1974年に保母人件費の国庫補助が実現した。これは、看護婦不足対策の一環であり、病院事業に限って保育所助成が行われるというものであった。当初は国立病院・療養所の院内保育園、自治体立、公的

病院を助成としていたが、1974年に民間病院にも保母人件費補助が認められた。自治体、公的病院、民間病院の保育所の設置は1978年に402ヶ所、医労連に加盟する病院の4割となった⁷¹。院内保育所の広がりや保育所助成は、看護婦確保策として経営者や厚生省側にとっても必要であり、対応せざるを得なかったといえるだろう。

1980年代になると臨調「行革」による社会保障の縮小の流れの中、職場保育所助成の拡大がかなわなくなり、補助の打ち切りや削減が行われた。これに対し、日本医労協は大蔵省や厚生省と交渉を行ない、一定の成果を勝ち取っている。

7. 日本医労協の医療改善を求める運動

日本医労協は、医療産別労働組合として医療労働者の労働条件の改善を求めるだけでなく、国民の医療を受ける権利を求める運動を患者・国民とともにこなっている。

1960年代に健康保険制度が整備され国民皆保険となり、国民の医療への要求が高まった。1962年から健康保険財政は赤字となり、1964年に佐藤内閣が赤字対策として「保険料率の引き上げ、労働者本人外来・入院2割負担、薬代半額負担、総報酬制の採用」の導入を検討し始めた。

日本医労協の呼びかけで、総評・社会保障推進協議会、労働組合が「健保・共済改悪反対中央連絡会議」を発足させ、被保険者の保険料引き上げ反対や大衆負担による医療費引き上げ反対などを掲げた運動を開始した。この運動は、地方にも広がり、医療の実態なども含めて地域住民に訴えた。1965年法案は見送られたが、翌年1966年に健保の保険料率の引き上げが導入された⁷²。

その後も連続して健康保険の保険料率引き上げや一部負担金の引き上げなどの政府方針が出されたのに対し、日本医労協は各団体・労働組合とともに集会やストライキなど反対行動や抗議行動を行った。1967年8月「健康保険法改正」が成立し、初診料や入院料金、薬剤負担の負担増が実施されることになった。しかし、国民の医療に対する要求の高まりを反映して、岩手県沢内村など乳幼児や60歳以上の高齢者に対する医療費負担をゼロとする自治体も現れるようになっていた。

1967年に東京で革新知事が誕生し、その後革新自治体が広がった。1969年に東京都は68歳以上老人医療費の無料化を実施し、他の革新自治体もそれにならったので、1972年、政府は老人医療の無料化を実施、70歳以上の老

⁶⁹ 新潟県立病院では、組合ダイヤ(看護婦の勤務表を組合がつくった)をつくり、実力行使による闘争で、協定を勝ち取ったという経過がある。

⁷⁰ 日本医労連結成50周年記念誌編集委員会、前掲書、86ページ。

⁷¹ 日本医労連結成50周年記念誌編集委員会、前掲書、195～196ページ。

⁷² 日本医労連結成50周年記念誌編集委員会、前掲書、217～218ページ。

人の医療費は無料となった。1973年に春闘で賃上げとともに、増員・夜勤制限・医療改悪反対・国公立病院の統廃合中止などを要求して各界の賛同を求める運動を行った。この運動には90名の学者や研究者、文化人などから賛同が寄せられ、田中内閣は前年提出した内容の改定(国庫補助の定率化、家族給付の5割から7割への引き上げなど)を導入した⁷³。

その後も政府が健康保険の改定法案などを出すごとに、日本医労協は署名やストライキを打って大衆負担を高める法案の成立阻止に向けて運動した。

第3章 看護婦闘争—ナースウェーブ

本章では日本医労連(日本医労協は1987年に連合体となり日本医労連となった)が1989年から取り組んだ看護婦闘争—ナースウェーブについて述べる。ナースウェーブは夜勤実態調査から明らかになった、看護婦の労働条件の劣悪さと一層の悪化をうけて、日本医労連が看護婦の増員を求めて運動に取り組んだものである。1989年からの取り組みと、当時の実態などについてインタビューも交えて示す。1989年以降の看護婦(師)闘争について、日本医労連は「ナースウェーブ」と呼んでいるが、ここでは1992年の「看護婦等の人材確保の促進に関する法律」制定までをナースウェーブとして位置づけた。また、2005年以降の看護師闘争は医師・介護労働者の闘争に発展し、多くの団体に広がったことから、ここでは新しい運動として位置づける。

1. 時代背景—臨調「行革」の時代

「1973年の石油危機を契機に資本主義世界は長く続いた高度経済成長の終焉を迎え、低成長の時代に突入した。それにともない、戦後経済政策の主役を演じ「大きな政府」をつくってきたケインズ政策が見直され、80年代にはその主役の座がマネタリズムなどに基づいた新保守主義の経済社会政策に取って代わられた。

日本の政府は1973年に福祉元年を宣言したが、その年の10月に石油危機が起これ、世界経済及び日本経済は混乱に陥った。福祉国家の充実に向けて拡大していた歳出はその後同じ傾向を続けたが、景気停滞の影響から税収が相対的に伸び悩み、深刻な歳出歳入のギャップが生じた。こうした状況のなかで従来のように福祉を拡充していくことに疑問をなげかける議論・福祉見直し論が登場してきた。」⁷⁴

1970年代の石油危機をきっかけにして高度経済成長がとまり、この時景気回復のために膨大な財政投資を行った結果、財政赤字が積み重なり、国債償還・利払いが毎年对国家財政を圧迫するようになった。高い成長へ復帰することはできず、低成長経済の中で均衡予算がめざされたが、巨額の国債償還を増税ではなく行政経費の削減によって実現することを目標として臨調行革が実施されることになった。つまり、臨調行革政策とは、本来は無駄な行政経費を削減するということであったが、それと同時に医療や福祉、教育、行政などへの支出を切り詰めて、財政赤字を減らすということであった。国家財政の建て直しのため、できるかぎり国庫負担を減らし、国の責任を後退させて民間を活用するという方針である。

臨調行革のために、医療では様々な形での「合理化」がすすめられた。その際、厚生省保険局長である吉村仁の論文は非常に大きな影響を与えた⁷⁵。それは、これまでの医療拡大で供給はほぼ達成されたので、医療の偏在を正すなど費用効率の高い医療行政が必要になっているとの提言であった。毎年1兆円の医療費の拡大が社会保障財源を食い尽くすとか財政負担を大きくするとか宣伝されていたときであったから、この提言は以下のように具体化されていった。

- ①病床規制の方針により、国立病院・療養所の統廃合をはじめとした公的病院の統廃合を行う。また地域医療計画を策定し、民間病院も競争させ効率化をすすめる。
- ②医師や看護婦、検査技師など医療技術職の養成数を増やさない。
- ③国民の医療負担(保険料・受診料とも)をふやす。
- ④アウトソーシングをすすめる。給食、清掃、検査、事務など。
- ⑤看護などの「効率化」(看護と介護を分ける、機械での管理など)。

臨調は、「官業非効率論」をおしだし、国鉄、電電など公企体の「分割・民営化」をすすめ、国民資産の大企業への払い下げや、大企業の事業活動に対する規制の緩和など大企業の利益援護をはかろうとした。

国民に対しては「自立・自助」「受益者負担」強化を要求し、老人医療無料化の廃止をはじめ、医療、福祉、教育の切り捨て、民主的諸制度の改悪や反動的再編成をすすめ、国民に犠牲を転嫁した。「増税なき財政再建」は、不況の長期化、歳入不足の恒常化で完全に破綻したにもかかわらず、臨調路線はその後執拗に追及され続けた。

2. 1980年代以降の賃金闘争

1980年代前半の賃上げ闘争は、1970年代の石油危機に

⁷³ 日本医労連結成50周年記念誌編集委員会、前掲書、67～82ページ。

⁷⁴ 田多英範「1980年代日本の社会保障制度改革とその意味」『流通経済大学論集 vol.25、No.3』流通経済大学、1991年。

⁷⁵ 吉村、前掲書。この内容から「医療費亡国論」といわれている。

よる不況と、労働戦線をめぐっての対立の中で行われ、日本全体の賃上げ率は下がっていった。

日本医労協は、他産業と比べ低く抑えられている医療労働者の賃金を上げるべくストライキなどの賃上げ闘争を行ったが、賃上げの率は小さくなっていった。1980年の日本医労協の賃上げ平均は8.38%、11,716円であった。1981年には8.5%、10,270円であったが、1982年は人事院勧告の凍結がなされ6.85%、10,492円となった。1983年になると、全労災や国共病組、公共労の賃上げ決着が越年し、結果として賃上げ平均5.1%、8,415円となった⁷⁶。

1985年は前年に比べ若干上昇し、1986年は5.20%、9,120円と前年を上回った。全日赤が中央労働委員会の斡旋を受け、健保労連は人事院勧告4月実施の上、技術職、労務職の待遇改善を約束するなどで決着した。全医労は1986年勧告⁷⁷をめぐり調整額改定の動きに反対し、反対の支部署名、施設長申し入れ、三波にわたる中央行動を実施した⁷⁸。

1987年に連合体となった日本医労連が初めて取り組んだ1988年春闘は、6万4千人を超える「暮らしの要求アンケート」を集約し、労働者の生活と労働の実態に基づく要求を掲げた春闘となった。医療経営者側から「中間報告（国民医療総合対策本部中間報告）による医療経営危機」が強調され、賃金抑制の経営方針のなかで、全国統一ストライキを打つなどの取り組みを行ない、5.14%、9,532円の結果であった⁷⁹。

1980年代後半から1992年まではバブル経済を反映して賃上げ率が上昇していく。連合体となった日本医労連は1988年の医療労働者実態調査にもとづき看護婦闘争に取り組む方針を打ち出した。1989年は「医療労働者の生活と労働の実態に基づく3万円以上の大幅賃上げ」「看護婦・准看護婦・誰でも最低賃金協定の締結」などを賃金要求の中心に春闘を闘い10,642円、5.67%の賃上げとなった。1990年は単純平均12,160円、6.18%の賃上げだったが、相次ぐ物価上昇や年金・保険料の引き上げなども行われている中で獲得したものであった。1992年は単純平均14,731円、6.90%であった⁸⁰。

1993年は連合の大手組合が一発回答・ストライキなしで妥結するという春闘であった。1992年をピークに1993年から賃金は額・率ともにほぼ毎年さがってゆく。

1999年以降も前年実績でマイナスが続いた。2002年は診療報酬が史上初の本体マイナスとなり、医療機関の経営を直撃し、賃上げは前年比-640円、-0.27%となった。

2002年・2003年は人事院勧告が連続本俸マイナスとなり、2002年からは9割近くがベアゼロ回答となっている。また2003年には健保労組が5%の賃下げ提案をされた。2004年も外来患者減や医師確保困難などを理由に、引き続きベアゼロ回答や定昇切り下げ・定昇凍結などの回答が多く、8月の人事院勧告では一時金の大幅削減が行われた。

2005年はベア獲得が28組合となり、回答組合の1割を超え、前年を106円、0.08%上回る結果となった。パートの時給引き上げも21組合となった。

しかし2006年は診療報酬の過去最高の引き下げ(3.13%)が行われ、医療機関に大きな影響を与えた。日本医労連はストライキなどの統一行動で闘ったが、単純平均で5,600円、2.24%となり、前年実績を83円、0.08%下回るといった結果であった⁸¹。

3. 看護婦（師）闘争—ナースウェーブ

(1) 看護婦闘争の始まり

1960年から1961年にかけて、民間病院が中心となった「病院スト」では、看護婦は「無賃（ないちん）ガール」とマスコミで報じられ、看護婦の低賃金や通勤の自由が無い状態が社会的な問題になり、世論の後押しもあり要求をかちとった⁸²。

「病院スト」以降、政府・医療経営者は合理化を強化し、営利化を進めた。政府の「低医療費政策」により、病院経営者は医療労働者の増員を行わずに合理化を進めたため、医療労働者の労働強化となったが、中でも看護婦への影響が大きかった。看護婦の労働強化は国立岩国病院で夜勤が月17日も割り当てられるなど、過酷な勤務状態となって現れていた。また、新潟県立がんセンターでは妊娠者の2人に1人の割合で流産や異常出産をしているという調査結果が報告されている。全医労の1963年のアンケートでも、3人に1人の割合で流産、異常出産をしているという集計が出ていた。このようなひどい状態での労働により、看護婦の多くは転職を希望していた。全医労新潟での調査は、調査に応じた看護婦の実に58%が

⁷⁶ 日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、前掲書、98～107ページ、169～170ページ。

⁷⁷ 1986年の人事院勧告は2.31%であった。この年は史上最低であったが、翌年1987年はさらに下がり1.47%となった。全医労50年史編纂委員会『全医労50年のたたかい』全日本国立医療労働組合、1998年、170ページ。

⁷⁸ 日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、前掲書、171ページ。

⁷⁹ 日本医療労働組合連合会「日本医療労働組合連合会第37回定期大会議案」『医療労働』別冊、1988年、6～8ページ。

⁸⁰ 日本医療労働組合連合会「第38回定期大会議案大会議案」『医療労働』別冊、1989年7月、5ページ、日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、前掲書、171～172ページ。

⁸¹ 日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、前掲書、128～157ページ。

⁸² 同上、52ページ、175ページ。

夜勤のない職業に変わりたいと答えていた⁸³。

そこで全医労は、看護婦の健康を守るために夜勤を制限する運動をおこし、1963年4月19日に「国立病院および国立療養所に勤務する看護婦、准看護婦、助産婦の夜間勤務規則に対する行政措置要求書」を提出した。

その要求の中身は、①月勤務日における夜間勤務（準夜勤・深夜勤）を月6日以内にすること、②夜間勤務者は、看護単位40床以下につき1組最低2名以上とすること、③産後1年間は夜間勤務を禁止すること、④休憩・休息時間を職員個々に明示すること、の4つである。

全医労の「行政措置要求」に対して、人事院は2ヶ年あまりかけて国立30施設の公開調査、国立以外の24施設の調査を行い、1965年5月に判定をだした。

人事院判定に当たり、人事院が行った調査の結果の概要については以下のとおりである。

人事院の調査によると、①看護婦の夜勤日数は1人平均9.4回で、看護単位ごとの平均日数の分布は10日を超えるものが27.9%あり、なかには16日というものもある。全医労の要求6日以内という病棟は4.3%であり、夜勤の通勤は困難、夜勤前後の就寝は難しく、夜間の業務は多忙である。

②看護単位の平均病床は57.9床で、平均収容患者実数は51.7人である。その上夜勤時に2以上の看護単位を1つにまとめる例が多い。1人夜勤は71%あり、突発事態発生時の措置・連絡などが困難なことは施設側も認めている。一人夜勤による不安・恐怖・寂寥などの心理作用が看護婦の精神的負担を増大させている。

③産後の夜勤免除については、産後8ヶ月と6ヶ月がそれぞれ1施設あるが、その他の8施設では出産後3ヶ月ないし2週間の夜勤免除をしている。そのほかの施設では夜勤免除の配慮をしていない。

④看護婦の休憩・休息時間について規定を設けている施設はほとんどない。大半の施設では夜勤時の休憩・休息時間を勤務のどの時間帯におくかも明らかにしていない。準夜勤・深夜勤は、一人夜勤や業務多忙のため休憩・休息時間を明示されても勤務環境その他の事情のため、現状のままではなんら実益が無い、と述べている⁸⁴。

この調査では、東京第1病院や中野療養所で審査官を準夜・深夜勤務に立ち合わせるなどの取り組みが行われた⁸⁵。

人事院の判定は、①夜勤回数については月間勤務数の3分の1にあたる月8日を月平均夜勤日数とし、個々の

看護婦の月間夜勤日数はこれを大幅に上回らないようにすること、②看護単位は一律に規定できないが、看護単位の患者数は看護力の限界に見合うように考慮し、勤務者の配置を講ずること、③1人夜勤は廃止の方向で計画を立てること、④産後6ヶ月程度を標準に夜勤免除すること、④休憩は明示すべきであり、夜間については明示の実効が無い場合、6時間勤務などを考える必要があることなど、4つの要求それぞれについて、要求どおりではないが、看護婦の労働強化に一定の歯止めをかける内容であった。

1965年5月の判定は、人事院の2ヶ年あまりの大きな調査に基づいたものであったが、「増員なし」の判定だったため、全医労は夜勤制限を具体的に勝ち取っていくという方針を立て闘争を続けた。全医労を中心とし、日本医労協の運動などを経て、人事院は1965年8月に夜勤特殊勤務手当100円を新設した。その後要求闘争を続けた結果、夜勤手当の改善がなされ、1979年には2時間以上で2,000円まで拡大（2時間未満は1,600円）、1977年には夜勤者の通勤加算（車送り）が実現した⁸⁶。

全医労の闘いの成果である1965年5月の人事院判定を受けて、新潟県立病院で実力行使による夜勤制限闘争⁸⁷が起り、全国に広がっていった。この闘争は、看護婦の夜勤は「看護婦2人以上で月8日以内」を求めることから「2・8（ニッパチ）闘争」とよばれている。全医労から始まり、自治体・民間病院へと広がった2・8闘争であるが、この新潟の闘争は、全国の労働組合からの支持・支援を受け、1968年総評医療共闘主催の3・30医療危機突破中央集会の開催に1,500人⁸⁸が参加するなど、大きな取り組みとなった。ある地域や病院で一定の成果はあったが、それは確固としたものになっていなかった。

⁸⁶ 日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、前掲書、175～177ページ。

⁸⁷ 1968年、新潟県立病院では増員・夜勤制限闘争に取り組むに当たり、患者家族などにも訴えのピラを作成し支援を得るなどしながら、実力行使による闘争（組合グイヤの夜勤実施）で夜勤制限の協約を勝ち取ったものである。その後、全国的な夜勤制限闘争へと広がった。富岡次郎、前掲書、第14章第2節「新潟県立病院夜勤制限闘争」に詳しい。

実力行使による闘争という非常に厳しいものを想像するが、川島みどり『歩きつづけて看護』2000年、医学書院、107～108ページによると、「当時取材に入った記者が見た光景は夜勤者が増えたため「看護婦さんのサービスがよい」とニコニコ顔で歓迎する患者の姿がそこにあった」とある。当時の看護婦の過酷な勤務状態と人員不足による患者サービスの低下がうかがえる一節である。

⁸⁸ 1968年3月30日、総評医療共闘主催。1,500人のうち1,300人は日本医療労働組合協議会。日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、前掲書、70ページ。

⁸³ 富岡、前掲書、457ページ、日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、前掲書、59ページ。

⁸⁴ 富岡、前掲書、457～458ページ。

⁸⁵ 全医労50年史編纂委員会『全医労50年のたたかい』全日本国立医療労働組合、1998年、138ページ。

(2) ナースウェーブと看護婦確保法制定

1980年代に入り、日本医労協はほぼ毎年夜勤実態調査を行っていた。1965年の人事院判定から15年たっても、看護婦の労働の実態は改善したとはいえない状況がそこにはあった。

1980年夜勤制限の協定化の闘いでは、全医労が206支部で「看護婦の夜勤は複数・月10日」の協定を結び、全日赤では3度のべ800人の本社動員を行い「協定化に努力する」との回答が得られた。全厚労では殆どの単組で協定を実現させるなど、1965年の人事院判定後も夜勤の実態はあまり改善されていない状況であった⁸⁹。

1981年からの調査では、夜勤の人員も1人の病院もあれば2人もあり、2人であっても一人当たりの患者数が多い病棟もある⁹⁰。また、1ヶ月の夜勤日数についても「8日以内」が増えてきているが、9日以上も多く、県などによって差があることがわかった。

1983年夜勤実態調査では、増員が進まず、看護密度が高まっていく中で夜勤が増加する傾向が見られた。国立病院では前年に比べ夜勤回数が9.3日（前年は8.9日）に増加した。

1984年10月、夜勤実態調査と同時に取り組んだ「合理化」「労働条件実態調査」は7全国組織、32県医労協、施設数で355、個人調査で22,208人分が集約された。調査結果では、新採用者が入った4月と10月との対比で、約3分の1の職場で人員が減っており、欠員があっても補充されず、産休や長期欠勤者の代替要員も入っていない職場が多くある。「いつも疲れている」という慢性疲労型の労働者が3分の1もいることが明らかにされた⁹¹。

1986年夜勤実態調査は6全国組合、32県医労協、555単組・4,081病棟という規模で取り組まれた。この調査で①夜勤回数が前年度よりさらに増えている、②休憩時間が殆ど取れない、③8割をこす病棟で超過勤務があるということが判明し、夜勤の実態が悪化したことを示していた。

夜勤制限協定締結のたたかひの成果は、1986年6月時点で、全国組合339施設（69.6%）、県民間120施設（28.1%）、全体では締結必要な914施設中459施設（50.2%）という結果である。東京、愛知、新潟など全国で協定化が進んだ⁹²。

1988年夜勤実態調査の結果、「慢性疲労」が6割に達し、4年前の2倍、切迫流産が24%、7割が妊娠異常など、心身ともに疲労し、バーンアウトにいたる状態にあることが判明した。また職場では「病人が患者を看る」という状態で、「人手を増やして良い看護をしたい」「当たり前の生活がしたい」という切実な要求が蔓延していた。看護師の過労死や医療ミスも発生する状況にあった。

たとえば、全医労では1980年から1989年までの10年間で看護婦の在職中死亡が130人を超え、看護婦在職死亡者平均年齢は44.4歳、死因は脳血管疾患、心臓疾患、がんなどである⁹³。また、夜勤明けで帰宅途中の看護婦の交通事故死もある。ある病院の救急外来勤務の看護婦は「日勤で働き、17時～8時30分まで当直をし、また半日（12時30分）まで勤務する状況である。夕食を食べる時間もないほど働き、夜中も救急車が来るので起きており、さらに半日の仕事では頭がぼーっとし、体が疲れている」という調査結果がある⁹⁴。A病院のB看護師は、1980年代の看護婦の勤務について次のように語っている。

「1976年頃に夜勤拒否の闘争があり、月8回の夜勤を超えたら次は日勤として働くということで増員の交渉をした。9回まではやむなしとし、10回目の夜勤はしないと交渉をした。勤務の実態を知ってもらうために、総婦長に夜勤を見もらったが、夜勤の初日に（総婦長が）倒れてしまった。1980年代は、準夜勤務—日勤（半日勤務）、半日日勤—深夜勤務というような勤務があった。準夜勤務が終わったら病院に泊まり2—3時間眠り、朝7：30から勤務、11：30で終了。この早出勤は土曜日の半日勤務を振り替えてつけていた。半日日勤—深夜勤務は7：30—11：30の半日勤務の後に深夜勤務をおこなうというもので、今ではとても考えられないような勤務だった。勤務の間隔が短く12時間も開いていなかった。」

看護婦の過酷な労働条件はこれ以上放置できない、看護婦の大幅増員と労働条件を改善し、患者の医療・看護を改善しようということで、日本医労連は1989年大会で3年をめどにした「看護婦闘争」を全国統一闘争として取り組む方針を決定した。これは、「看護婦不足」を「社会的な問題」として世論に訴え、政治的な解決を求め、国や地方自治体、経営者に向けた闘いを展開するという提起であった⁹⁵。

日本医労連1989年大会直前の7月に開催された東京

⁸⁹ 日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、前掲書、179ページ。

⁹⁰ 日本医療労働組合協議会「'82年度夜勤調査の概要」『医療労働』1983年10月、No.256によると1982年夜勤実態調査では、病院・病棟の診療科による性格の違いはあるが、病棟平均の看護婦数、看護婦1人当たりのベッド数を見てみると、一部の県では1病棟あたり60床をこえるところがある。

⁹¹ 「特集 医療労働者酷書（1985年版）「合理化」・労働実態調査報告」『医療労働』No.250、日本医療労働組合協議会、1985年。

⁹² 日本医療労働組合協議会「第35回定期大会1986年度方針案」『医療労働』号外、1986年6月、8～9ページ。

⁹³ 全医労50年史編纂委員会『全医労50年のたたかひ』全日本国立医療労働組合、1998年、349ページ。

⁹⁴ 日本医療労働組合連合会「看護婦白書」『医療労働』No.327、1989年9・10合併号。

⁹⁵ 日本医療労働組合連合会「第38回定期大会議案大会議案」『医療労働』別冊、1989年7月。

医労連大会では、看護婦の労働の実態についての発言が相次いだ。東京医労連では看護婦闘争委員会を発足させ、10月に大規模な集会・デモを行うと宣言した。そして数日後の日本医労連大会で東京医労連が「10月6日は1,000名の白衣の集会を開き、首都東京の看護婦がいよいよ立ち上がったと全国を激励する。」と宣言をし、当日は1,300人が集会・銀座デモを行った⁹⁶。東京医労連の行動をきっかけに「ナースウェーブ」と呼ばれる看護婦(師)闘争が始まったのである。

東京の行動を皮切りに、全国でさまざまな宣伝方法で看護婦増員の取り組みが行われた。地方自治体に対しては看護婦実態調査を実施し、1991年春までに各都道府県の看護婦需給計画を要求にそって見直しをさせるとともに、看護婦予算の増額など自治体の看護婦確保対策の充実・強化を目指した。政府・国会に対しても看護婦需給計画の見直しに関する都道府県への指導強化などを求めて看護婦中央行動を実施した。

看護婦闘争2年目の1990年には、大幅増員・夜勤協定の締結をめざした。新たに夜勤は「複数・月6日以内」を基本要素として、当面すべての組合で「複数・8日以内」の病棟ごと協定を締結することを目標とした。増員では3人・4人夜勤、年休・生休の完全取得、週休2日制の実施、医療・看護の改善などを保障する大幅増員を目指した。地方自治体や政府、自治体にも引き続き働きかけた。全医労は236支部で「複数・月8日以内の夜勤」の実現と約5,000名にのぼる増員計画の確認書の締結をした。ほかにも、全国組合の支部や県医労連の組合の支部などでも増員の約束がされている。しかし、実際は看護婦が確保されず、そのため「外来看護婦不要論」など合理化に拍車がかかった。

また、1990年11月9日、「看護婦ふやせ」の全国統一ストライキを決行し、1,097職場が参加した。マスコミも、21年ぶりに「全国統一ストライキ」と報じた⁹⁷。

1991年の春闘では、3月28日に看護婦中央行動に520名が参加し、厚生省・労働省・人事院との交渉を行った。また、当日は全労連の統一行動にあわせ、産別統一行動として38都道府県で白衣の集会や宣伝行動が行われた。5月11～18日を、「春のナースウェーブ」行動期間として設定し、看護婦の抱える深刻な実態と看護の質低下の危険を訴えようと、40県で集会やデモ、シンポジウム、医療相談などが実施された。

さらに、日本医労連、自治労連、全大教、東京医療春闘共闘が初めて共催した1991年5月30日の「5・30看

護婦中央総決起集会」に全国から3,000人の看護婦が参加し、集会、デモ、各政党・関係省庁への要請行動を行った。

これらの行動の中で、各政党が看護婦政策を発表、国会議員の賛同署名も広がった。看護婦問題に関する集中的な国会審議も開催された。1991年10月2日に衆議院厚生労働委員会は全会一致で「医療・保健・福祉マンパワーの確保に関する決議」を採択した⁹⁸。

医労連は、「看護婦確保法」制定のため10月に看護婦闘争全国活動者会議を開き、「看護婦確保法署名推進」を決定、さらに「11・2看護婦中央行動」に取り組み、603人が厚生省前で座り込みをした。この日までに署名は120万筆に達した。

11月13日には「看護婦増員・実効ある確保法制定を求める」全国統一ストライキを実施した。全国1,182施設で10万人を超える組合員がストライキを含む行動に立ち上がった。さらに12月にも白衣の国会要請行動が行われ、12日までに確保法署名は累計206万筆となり、暮れまでは274万9,320筆となった。

運動の高まりを背景として、1992年4月24日、参議院で全会一致、6月19日には衆議院で全会一致で「看護婦等の人材確保の促進に関する法律」(看護婦確保法と略称)が制定された。この法律は「看護婦の養成」「勤務条件の改善」「就業の促進」などについて、国が「基本指針」を策定するものであった。

日本医労連は、「週40時間労働」、「複数・月8日以内夜勤」などが盛り込まれるよう、これらが「基本指針」に反映させるための取り組みをはじめた。政府交渉を行い、「医療関係審議会」「中央職業安定審議会」への医労連代表の参加や審議の公開も求めた。両審議会への要請はがき運動、政党・国会議員への要請行動、看護協会などの医療関係団体に対する申し入れ行動などを行った。

11月に厚生省が各県に示した「基本指針案」は、「夜勤は月平均8日」「他産業動向にそった週休2日制」「変則3交替や2交替制の採用」など、日本医労連が求めてきた内容とは異なり、看護合理化などを含む内容であった。各県医労連で緊急の自治体交渉を実施し、中央でも5回に及ぶ交渉を行った。12月25日に告示された「基本指針」では、「平均」の削除、「完全週休2日制」「勤務状況を考慮した給与水準」などが明記された。国が定める指針に労働条件の具体的目標が示されたのははじめてであった。しかし、「基本指針」には「勤務体制の柔軟化」「看護業務の合理化」など看護「合理化」が含まれ、夜勤を含む無資格者の拡大、増員なしの「効率化」「合理化」の項目も含まれており、その後に課題を残した。

⁹⁶ 田中由紀子、田中千恵子、宮崎洋子『看護婦 ナースウェーブで輝いて』学習の友社、1994年、42～43ページ。

⁹⁷ 日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、前掲書、122～123ページ。

⁹⁸ 同上、124～125ページ。

医労連は看護婦確保法にもとづく実効ある基本指針を策定させる為、全力をあげてたたかった。1992年「ナースウェーブ」の最中に、11月5～6日の2日間「看護婦110番」を、44県・71ヶ所で行い、全国では1,102件の相談がよせられた。この「看護婦110番」は、政府の「基本指針」策定に対して未組織看護婦の労働条件を明らかにし、具体的改善を指針に盛り込ませるために実施したものである。看護婦「110番」はマスコミの大々的な報道とあいまって、看護婦問題への関心を大きく広げた。

看護婦「110番」では、准看護学生から「お礼奉公」に代表される実態や、差別が横行していることが訴えられた。また、未組織職場の前近代的な雇用関係や、最低賃金法・労基法にも違反する劣悪な賃金・労働条件を社会的に明らかにした。

看護婦と准看護婦は同じ業務をしているが、教育課程が異なるものである。看護婦は高校卒業後3年となっているのに対し、准看護婦は中学卒業後2年ないし3年（定時制4年）であり、看護婦は国家試験だが准看護婦は知事試験である。准看護婦に対する賃金などの差別の原因は、政府の准看護婦養成政策にあるとして日本医労連（医労協）は1977年のILO看護職員条約をもとに准看護婦制度廃止を求めた。また、看護の質の向上の為に「准看護婦制度」廃止と公的保障による高卒後3年以上への制度一本化が必要であることを訴えた。この問題の解決のためには、准看護婦制度廃止と公的保障による高卒後3年以上への制度一本化が必要であることを訴えた。この運動によって「お礼奉公」が社会的な問題となり、日本医師会や日本病院労務管理学会の「改善通知」が出された⁹⁹。

4. 看護婦確保法制定後一看護制度の一本化を求めて

1993年5月にも「看護婦110番」を実施した（2日間で903件相談）。また、同年11月にも「さわやかな看護をめざして・看護婦110番」を中央と44都道府県、64箇所に電話200台、ファックス45台を設置して行い、549件の相談があった。そこにはたとえば、「組合のない職場での恐るべき低賃金の実態、逆らえば解雇、30年働いても昇給なし、院長の自宅の家事手伝いまで無料でやらされる」¹⁰⁰など悲惨な声が寄せられた。前年に引き続き看護学生の「お礼奉公」と、これを拒否した場合に奨学資金の全額返済の脅しがあったことなどが明らかになった。これら「お礼奉公」の実態について、日本医労連本部や県医労連が援助し、病院と交渉する中でいくつかの

ケースが解決した。このような運動のなかで、「お礼奉公」禁止の通知が出される、夜勤の日数が改善されるなどの成果が得られている¹⁰¹。

1994年秋闘では全日赤高松が35人の増員と8日夜勤協定への改善、広島医師協労組は外来当直の交替制への移行と増員を実現した。1995年春闘では全厚労が全体で658名の看護婦の増員を約束させ、群馬積善会労組、長野中央労組など11組合が増員を実現した。夜勤協定の締結と改善の取り組みでは、長崎医師協労組が春闘で病棟ごとの2・8協定に改善させたのをはじめ、新潟小千谷労組、東京健和会労組などで協定の内容を改善させるなどの成果が得られた。

しかし、一方では1994年10月の診療報酬改定で、新看護料体系の導入に伴い、准看護婦の削減やパートによる欠員補充、夜勤人員の削減、変則2交替の導入など、労働条件の悪化もみられた¹⁰²。

1995年には厚生省が「お礼奉公」についての改善指導を徹底するよう都道府県に通知を出し、翌1996年に厚生省の准看護婦問題検討会は「21世紀の早い段階までに看護婦養成制度の統合に努める」との報告をまとめた。

1996年に日本医労連は「すべての准看護婦を看護婦へ」のスローガンを掲げ、准看護婦制度の廃止、看護制度一本化の運動を産別運動の最重要課題に位置付け、運動を展開した。1996年度の「看護職員確保対策費」は前年比1.6%増の1,011億9,000万円となった。また、日本医労連の「看護婦110番」で准看護婦・学生の劣悪な待遇が明らかになり、厚生省も調査、改善の指導を開始した¹⁰³。

厚生省の「准看護婦問題調査検討会」は、全国の准看護学校の教員や生徒を対象に行った調査結果を発表し、奨学金返済に絡む「お礼奉公」問題や無資格者による注射、点滴行為、勤務と学校の両立の困難さなど、劣悪な実態が明らかにされた。

闘いと世論の声が広がる中で、12月には厚生省の「准看護婦問題検討会」は「21世紀の早い段階までに看護婦養成制度の統合に努める」とする提言をまとめた。

1999年4月に厚生省は「准看護婦の移行教育に関する検討会」が「移行教育は就業10年以上を対象者とする」という報告をまとめた。

日本医労連は、報告が出された後も、移行教育の早期実現と看護制度一本化を求めて運動を続けた。2002年7

⁹⁹ 日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、前掲書、126～127ページ、181ページ。

¹⁰⁰ 日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、前掲書、128ページ。

¹⁰¹ 日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、前掲書、128ページ。

¹⁰² 日本医療労働組合連合会「日本医労連第45回定期大会第1号議案」『医療労働』別冊、1995年7月。

¹⁰³ 日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、前掲書、134～138ページ。

月、衆議院決算委員会で「2004年度から開始したい」と坂口力厚生労働大臣が答弁し、移行教育の日程が具体化されることになった。日本医労連は多くの准看護師が移行教育を受けられるよう、各県1校の学校開設を求めた。

5. 看護婦確保法後に労働条件が悪化

ナースウェーブや「看護婦110番」により看護労働に対する社会の認識は深まったかに見えた。しかし厚生省の1993年の「看護業務検討会報告」以降、2交替制の導入、外来と病棟の一元化、夜勤専門看護婦や看護補助者の導入、他職種への業務委譲、申し送り廃止などの看護「合理化」が推進され、「看護支援システム」としてコンピュータによる業務管理や伝票整理などの導入が広がった。厚生省は1994年10月診療報酬改定で付添看護制度を廃止し、新たに「新看護体系」を創設したが、看護婦数を増やさず、現行の枠内で改善しようとするものであった。

日本医労連は実態把握のために1994年秋闘で「看護業務実態調査」を実施し、258施設1,579病棟の現状を集約、1995年5月に調査結果をまとめた。「看護業務検討会報告」以降に看護業務を見直した施設が38%、82%の施設では業務改善・「合理化」の推進体制を設置、約半数の病院で病棟・外来の応援体制がとられ、13%の病院で勤務体制の変更検討中であった。入浴、食事介助、清拭、リハビリ、検温、経管栄養、注射薬準備、血圧測定などさまざまな看護業務が看護補助者によって行われ、家族付き添いやボランティアの拡大も顕著であった¹⁰⁴。

日本医労連は「看護業務の見直しに関するプロジェクト」を設置し、①看護婦の大幅増員を行うこと、②看護単位は40床以下、③働き続けられる労働条件を確立すること、④看護業務の見直しや変更にあたっては労働組合との協議を前提とすること、⑤看護の質の向上をはかるため看護教育レベルアップと生涯教育制度の確立をはかることなどを提言した。また、「看護と介護問題プロジェクト」は、新看護体系のねらいが、看護業務から介護を切り離し、看護婦の増員抑制と看護補助者の拡大や介護料の特定療養費化であり、医療・社会保障の後退につながることを、医療機関において看護と介護の分離はできず、看護業務は看護婦によるべきことを明確にした。医療技術の高度化は製造業などとは異なり、より質の高い看護労働力を多量に必要とするのである¹⁰⁵。

神奈川県医労連では、県内29病院の看護業務の実態と看護婦の意識アンケートに取り組んだ。「本来の業務以外

の仕事が多い」と感じる看護婦が4分の3を占め、その原因として医療機器の操作方法や新薬の効能・副作用、投薬方法などの習得に追われ、「テンポが速く追いつくのが大変」「薬漬け傾向を助長する」「看護がおろそかになる」などと答え、増員・労働条件の整備、事前研修の必要性などを明らかにした。

政府・国会に対しての取り組みは、1994年秋闘や1995年春闘で国会要請、厚生省・人事院交渉を実施、「看護給与の適切な水準について、診療報酬上の措置を承知する」「おれ奉公や学生に有資格業務をさせている問題では正通知を出す」(厚生省)などの回答を引き出した。人事院判定30年にあたる1995年5月10日には自治労連、東京医療関連協との共催で「ナースウェーブ中央集会」を開催、1,700人が参加し、政府交渉、厚生省包囲行動、宣伝活動、銀座デモをくりひろげた。

1996年、厚生省は看護婦の長時間勤務を容認する2交替制度の導入を進めた。日本医労連は全医労とともに厚生省前で座り込みをするなど、抗議行動を行った。しかし厚生省は、国立病院看護婦に交替制導入を通知し、労働組合の運動で延期した施設もあったが、いくつかの病院に2交替制を導入した。

看護業務の合理化が進むなか、全日赤では2交替夜勤を導入しないと、健保労組では一度導入したものを撤回させるなどの成果が得られた。

A病院のC看護師は次のように述べている。

「1986年頃からは組合に対する攻撃がひどくなっていた。(法人)本部では1988年頃から2交替の導入の話が出ていた。その後A病院では2007年に2交替制の導入についての話が出されたが、A病院労働組合は2交替反対署名を行い、導入には至らなかった。しかし、A病院の系列病院では一方的に2交替制が導入された。」

6. 労働条件の悪化と運動

1998年の日本医労連の「夜勤実態調査」では、前年まで一定の改善が見られていた夜勤回数が増加しているという結果が得られた。夜勤実態調査には、総計410施設、2,476病棟が調査に参加した。「3交替」の1ヶ月の夜勤回数は「8日以内」76.3%で平均夜勤回数は7.65日、1988年から月8日以内が全国的な基準になりつつあったが、4人に1人が月9日以上夜勤を行っているということがわかった¹⁰⁶。また、2交替制が導入された国立病院・療養所の夜勤実態調査では、看護婦の疲労度が増し、患者へのサービスが低下したとの実態が明らかになった。看

¹⁰⁴ 日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、前掲書、183ページ。

¹⁰⁵ 日本医療労働組合連合会「第45回定期大会第1号議案」『医療労働』別冊、1995年、12ページ。

¹⁰⁶ 日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、『日本医労連たたかいの50年』日本医療労働組合連合会、2007年、184～186ページ。

護要求のたたかいでは、「200 万人以上看護体制の実現」と「1.5 対 1」「1 対 1」看護基準の実現と看護料の大幅引き上げの要求をかかげた。

1999 年の「夜勤実態調査」は、6 月調査で 3,505 病棟 8 万 5,812 人を集約した。1 ヶ月の平均夜勤日数は 7.63 日となった。「8 日以内」が 78.5%。看護婦確保法・基本指針の制定から 7 年が経過したが、2 割を超える看護婦が月 9 回以上で働いている状況にある。

1999 年は医療事故・看護事故の発生で社会的に大きな問題となった。日本医労連の「200 万人以上看護体制」「1.5 対 1」「1 対 1」看護基準の要求は、重大事故につながる恐れのあるニアミスなどを防ぎ、患者の安全を優先するために要求としてかかげたものである。「1.5 対 1」「1 対 1」看護基準の要求は患者対看護婦配置のことである。1988 年に最高の「2 対 1」つまり患者 2 名に対して看護婦 1 名という配置が診療報酬で定められた。しかし、これは実質の配置ではなく、入院患者に対して雇用されている看護婦の数であるため、実質は「10 対 1」であった。この間の医労連調査で明らかにされた看護婦の「慢性疲労」や「過密労働」「長時間勤務」を改善するためには、より高い看護基準の設置と看護婦の絶対数が足りないことが問題であるとし、具体的な要求をかかげたのである。

2000 年の看護要求のたたかいでは、「200 万人以上看護体制の実現」を最重点にすえ、中央・地方で運動を強化する方針を確認した。各県での「看護婦体制要求」は、40 県で看護婦需給計画要求が作成され、34 県で交渉を行った。

厚生省は 2003 年 3 月 26 日、2004 年度から開始する准看護師から看護師をめざす「2 年制課程通信制」創設の省令改正を公布した。

しかし、決定された「2 年制課程通信制」は多くの不十分さがあり、「移行教育を受講したい」と決意しているすべての准看護師が、学んで卒業し看護師資格を取れるように条件を整備する課題も明らかとなった。

2004 年には中医協など各種審議会の中でも看護現場の過密労働と配置基準の低さが問題として取り上げられた。2004 年の診療報酬改定は、安全や人員配置の充実を求める声により、財界や官邸・財務省の診療報酬マイナス改定の圧力をはねかえしプラスマイナス・ゼロ改定となった。

日本医労連は「看護師メッセージ運動」や、「看護職場の労働実態調査」「看護現場の事故防止実態調査」などを行い、中医協委員や国会議員、マスコミなどへの働きかけ、看護師の過酷な実態を明らかにする運動をおこなった。「看護師メッセージ」には、各地からの看護師の切実な実態が寄せられ、日本医労連として 4841 名分を集約して「看護酷書」にまとめた。

また「医療事故をなくし。安全・安心の医療・看護を確立」することは医療労働組合として重要な課題となってきた。さまざまな労働組合の協力を得てシンポジウムの開催や「患者・住民アンケート」などの取り組みを行った。宣伝行動やシンポジウムなどのとりくみにより、安全・安心の医療・看護を確立する上で医療現場の過酷な労働実態の改善が重要との認識が広がった。労働組合として「医療事故をなくす」たたかいを課題として位置づけ、チェック機能や職場点検の強化を呼びかけた。

坂口力厚生労働大臣も「医療の現場があまりにも忙しすぎる」と国会で答弁し、「医療安全対策会議」が設置され、調査、報告書が発表された。報告書では「リスクを考慮した適正な人員の配置」が打ち出され、「医療事故」防止のためにも、人員の補充、不足対策の重要性が強調されるようになった。

日本医労連は、政府交渉を行ったが、政府は「平成 14 年に看護職員の就労実態の調査を行い、結果によっては看護職員確保法の見直しも考えている」ことを明らかにした。

2005 年、200 万人以上の看護体制実現をめざすたたかいでは、「看護職員需給見通し」策定を最重点に取り組んだ。厚生労働省交渉や「検討会」委員への働きかけなども繰り返し行われた。その結果、厚生労働省は 05 年 4 月都道府県に通知した「策定方針」に一定の改善策を盛り込み、需給見通しは 2006 年～2010 年までの 5 年間の計画となった。政府・厚生労働省の「需給計画」は、国の予算も不十分、都道府県の対応も統一されておらず、今後さらに計画の改善と実施の監視が必要となっている。

2005 年 12 月、厚生労働省の「看護職員需給見通し検討会」は「第 6 次需給見通し」を発表した。見通しでは、2006 年に約 131 万人から 2010 年に約 140 万人と 4 年間に 9 万 2,000 人 (7.0%) の伸びにとどまると予測している。日本医労連は「200 万人の看護体制」を求めて、100 万筆の署名運動を展開し、短期間に 18 万筆集めた。

7. 新しい運動の広がり

2006 年の看護師闘争は、2005 年の日本医労連第 55 回定期大会で、産別の最大の重点課題として「医師・看護師を始めとする医療労働者の大増員闘争」に取り組むことを決定した。

そのため、劣悪な労働条件を明らかにするため「看護職員の労働実態調査」に取り組んだ。これは、約 4 万人を集計した大規模な調査となり、調査結果は深刻な看護職場の実態を浮き彫りにするものとなった。調査結果の主な特徴は、①看護現場がいっそう忙しくなり労働条件が悪化している、②超過密労働の下で患者の命と安全が脅かされている、③看護職員が疲れ果て、退職などバーンアウトが進行して、看護職員不足の悪循環に陥ってい

る、ということを明らかにし、関係者はもとより政府関係者や議員、国民の多くに衝撃を与えた¹⁰⁷。

この結果は、中央・地方でマスコミに大きく報道され、大きな反響を呼んだ。これに呼応して春闘段階で、すべての県医労連でナースウェーブ行動が行われ、看護師不足をアピールするなど、世論を喚起し、国民の理解を深めた。

2006年10月27日には日比谷野外音楽堂に5,300人の医療関係者が集まり、「医師、看護師を増やせ、地域医療を守れ」の中央大集会を行い、銀座をデモ行進し、アピールした。

続く2007年には医師の労働実態調査(2006年11月～2007年1月調査)の結果をまとめマスコミなどに明らかにした。

2007年10月18日「医師・看護師ふやせ、ストップ医療崩壊10・18中央集会」は日本医労連を含む11団体で実行委員会を構成し、4団体の協賛を得て、5,100人の参加で開催された。この集会には医師も参加し改善を訴えた。

「看護師ふやせ」の運動では第165国会で「看護師をはじめとした医療従事者を増やしてください」の請願が国会で採択された。また、第166国会には、「安全・安心の医療と看護の実現に関する請願」が採択された。

これらはいずれも、現場にいる組合員が声を上げ、各労働組合が日本医労連に結集し運動に取り組んだ成果だといえる。そしてそれは、過酷な労働の中で自ら声を上げ、署名や宣伝行動に参加し、患者や国民から支持された看護師や医療労働者の勝ち取ったものである。多くの団体がこの運動に参加したが、毎年集会を続けてきた日本医労連が果たした役割は大きい。

2008年10月19日に開催された「STOP医療・介護崩壊 増やせ社会保障費10・19中央集会」には著名人や各地の医師会などの賛同を得られ、本田宏氏や全国医師連盟の黒川衛代表、労働者福祉中央協議会の笹森清会長(前連合会長)が連帯のあいさつをするなど、更なる運動の広がりが見られた。また、2007年に実施した介護・福祉労働者の実態調査の報告などとあわせて医療・介護労働者の連帯が広がった。

8. 保育所の現在

1990年に入り、看護婦闘争の拡大により、13年ぶりに保育の助成ヶ所が561から616ヶ所に拡大、9,800万円が増額された。各県でも助成を求めて取り組みを行い、保育所の新規開設などが認められ、1991年度は744ヶ所に増加した。助成金も1億5,000万になった。さらに1992

年は「看護婦確保法」「基本指針」に院内保育所が評価され、保育所数は804ヶ所に拡大し、延長保育促進費が4時間から8時間に延長された。1993年には875ヶ所へ拡大し、延長保育は8時間から11時間に延ばされた。

その後も保育は拡大し、休日や時間外(24時間)保育の補助が実現したが、2000年代に入ると保育料相当分を補助金から差し引くなどの削減が行われた。育児休業制度の利用や少子化などもあり、院内保育所利用者も減少するなど、認可園へのきりかえなどが行われてきた。

2000年の日本医労連大会議案では「看護婦は充足した」という厚生省の政策や経営者のもとで、院内保育所の縮小・廃止や保育料値上げなどの問題が各地で発生している、としている。政府の補助金減額に対して、日本医労連は厚生省に団体署名を提出、院内保育の拡充を求めた。2000年4月に実施した保育所調査では5組合29県医労連の125保育所から回答があり、保育所の運営が厳しくなり、パート・臨時などの職員が増えていることなどが特徴であった。

2004年の日本医労連大会議案によると、保育所対策委員会のアンケート結果は病院経営の悪化や総人件費の抑制方針による院内保育所の民間委託への不安が強く現れていた。日本医労連は院内保育所予算確保に向けた政府交渉や団体署名に取り組み、2005年度予算は従来どおりの看護課予算として確保されたが、2003年度から導入された「保育料相当分」や「負担能力指数」による補助金削減の影響が大きく、さらに消費税の非課税基準の引き下げによる税金負担増がのしかかっている。続く2005年には、署名・政府交渉を行ったが、2006年度の保育所の予算は削減され、公的4団体(日赤、済生会、厚生連、北社協)対象分は廃止となった。

しかし看護師不足問題などから病院経営側が自ら院内保育所を設けるような動きもみられる。医師不足の問題も出てきたことから、看護師や女性医師がやめずに働き続けられる条件を作るために病院内保育所の整備が拡大してきた。24時間保育の動きが出てきている。しかしまた、子どもにとっての24時間保育の影響や経営的負担の問題などが挙げられている。

2007年日本医労連定期大会議案によると、夜間勤務のある医師や看護師の人材確保には安心して働ける環境作りが不可欠であるということから、院内保育の役割が注目され、全労災、全日赤、健保労組などのいくつかの支部で新設、大学病院や自治体病院などにも広がった。日本医労連は、他団体とともに厚生省交渉に参加した。また、厚生労働省に対する「院内保育所拡充署名」は団体署名275箇所、個人署名10,127筆を提出、財務省に対する団体署名276箇所、個人署名9,393筆を提出した。

2008年の政府予算では医師・看護師等の確保対策として「病院内保育所」の整備がうたわれ、2008年度政府予

¹⁰⁷ 日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、日本医労連たまたかの50年』日本医療労働組合連合会、2007年、156ページ。

算では補助単価の引き上げが実現した。日本医労連では、「女性医師、看護師の働き方、子どもの生活と成長、保育士の労働と生活」の観点から「24 時間保育」への対策を討議し、利用者の調査なども行い、保育所存続・拡充の運動に取り組んできた。全医労では 2004 年から保育所委託が行われており、委託先のピジョンと保育内容の維持・向上とパート時給引き上げなどの職員の処遇改善の交渉を行っている¹⁰⁸。

9. 国立病院・療養所をめぐる運動—全医労の闘争

全日本国立医療労働組合（全医労）は国立病院機構、国立高度専門医療センター、国立ハンセン病療養センターに働く医師、看護師、医療技術者、事務などすべての部門で働く職員が加入している労働組合で、2007 年現在 2 万 2 千人が組織されている。

全医労は、医労連の中でも重要な地位を占め、これまで組合運動を積み重ねてきたが、近年重要なのは国公立病院、療養所などの統廃合反対闘争である。

1980 年以降は、第二次臨時行政調査会による「行政改革」の答申にもとづく国立病院・療養所の統廃合計画および病床削減が始まった。国立医療を守る闘争を「グリーン運動」と名づけて国立病院の統廃合や地方移譲、現場労働者の業務委託などに反対する運動を展開した。地方自治体に申し入れを行い、2,960 の自治体決議をとった。病院の統廃合が計画される中で、看護婦の増員についても採用規制がなされるなど厳しい状況のなかで夜勤制限闘争を行った。また、国立病院・療養所を守る運動とともに、老人医療の無料継続などの闘争も行った。1985 年、厚生省は翌 1986 年に「全体計画」が発表される前触れとして、8 月に国立統廃合 61ヶ所の年度着手 8 ケースを発表した。

1984 年に厚生省は国立療養所「長寿園」を廃止し、国立療養所西群馬病院に統合する計画を発表した。未整備で木造立ての長寿園は過疎地にあり、高齢者世帯も多い土地であった。全医労と長寿園の患者、地元の住民は長寿園存続を求めて運動し、1985 年に廃止とされた長寿園を 1986 年 3 月までは継続すると厚生省に約束させた。1,500 人を超える住民代決起集会、1,800 人を集めた前橋

決起集会など、繰り返し集会や厚生省玄関前行動などを行った。1986 年の 2 月 17 日～3 月 3 日までの期間、医労協各地区から長寿園支援行動を展開し、大雪の中で団結小屋を拠点に宣伝行動、自治体要請行動、労働団体要請行動などを行った。これには全国から 1,000 人が参加した。1986 年 3 月の厚生大臣交渉では、長寿園の一部を当分の間、西群馬病院の分棟として残し、新設する診療所は当面国が運営するという事になった。

その後も厚生省は診療所医師の退職など、診療制限をおこない、1989 年に分棟廃止の圧力をかけ、町長が合意をしたことで、1990 年 3 月末で長寿園が廃止されることが決まったが、厚生省交渉などで、6 月 30 日まで延長させた¹⁰⁹。

1989 年～1991 年の日本医労連「ナースウェーブ」には全医労も参加し、1992 年「看護職員などの人材確保に関する法律」が制定され、12 月には「基本指針」が制定された。しかし処遇改善については国家公務員および地方公務員は除外されていた。

1993 年 6 月、政府・厚生省は「看護業務検討会報告」、1994 年 10 月 1 日診療報酬改定などを発表し、看護人員のスリム化、勤務時間の変更、看護業務や看護体制の変更などの看護「合理化」をうちだした。具体的には、増員を少数にとどめ、2 交替制を導入することで夜勤回数を減らすということが出された。これは、厚生省が 1992 年から 3 年間かけて民間病院を対象に調査を実施し、1994 年には国立病院医療センターの 2 病棟での 2 ヶ月間の研究にもとづくものであった。続いて 1995 年 9 月からは 10 施設 12 病棟を選定し、「実証的研究」として 2 交替制勤務を導入した。翌 1996 年、厚生省は国立病院・療養所に 2 交替の本格的実施を強行した。全医労は長時間の 2 交替の勤務は、疲労が重く十分な看護が行えない、医療ミスの可能性が高くなるなどの危険性から導入反対の闘争を行った。日本医労連とともに厚生省前で 48 時間の白衣の座り込み闘争なども行った。2 交替制の強行実施が導入された後も支部では学習を積み重ね、患者の医療・看護を守り看護婦の健康と生活を守る立場から導入反対の訴えを地域などでも行い、地方議会・国会議員への要請行動などを行い、100 人を越える国会議員が請願署名の紹介議員になるなど支持が広がった。国立東京病院では 2 交替制の 1997 年度実施を中止させた。

1987 年 8 月、「国立病院特別措置法」が国会に提出され 9 月に採決された。日本医労連は全医労を中心に地方自治体の 9 割をこす 3,000 議会の決議、450 万の国会請願署名、12 次、2,000 名を超える国会行動を展開した。また国会審議の中で厚生大臣に「地元の合意が得られるま

¹⁰⁸ 2004 年国立病院の独立行政法人化と同時に、129 の院内保育所が一括で民間委託された。一括委託に当たり、全医労は保育内容と職員の雇用・労働条件を守る運動を行い、職員の 9 割が院内保育所にとどまることを希望し、希望者全員の雇用を勝ち取ることができた。運営は病院負担 61%、保育料収入 34%、共済補助 3%、その他 2% (2004 年) となっており、病院の負担は大きく保育職員の賃金・処遇は低く抑えられている。

山田真巳子「国立病院院内保育所の一括委託後の運営と運動」『医療労働』No.506、日本医療労働組合連合会、2008 年、35～36 ページ。

¹⁰⁹ 日本医労連結成 50 周年記念誌編集委員会、前掲書、227～229 ページ。

で見切り発車をしない」と答弁させ、その後の職場・地域での闘いの貴重な土台となった。

全医労は同年11月に厚生省交渉を行い、「再編成問題では国会答弁を守り、地域住民と話し合い、職員団体とは誠意をもって労使協議を行う」という確認書を締結した。

次年度、国立病院・療養所の廃止・移譲に反対し、国立医療の充実を目指して学者、研究者を始め患者団体、労組、民主団体などの34団体が参加して「国民の医療と国立病院・療養所を守る中央連絡会議（国立中連）」が3月24日結成された。代表には西岡幸泰専修大学教授などが選出され、その後「国立中連」は15年間にわたり廃止対象箇所の地域の医療実態調査等を精力的に行い、国立つぶしを強行しようとする政府を厳しく批判し、反対運動を行っている医療労働者や住民を励ました。

その後、次々と具体化された移譲計画は、住民の反対署名と8割以上も集めた国立療養所阿久根病院、国立福知山病院などでも、反対署名など、地元住民との運動を進めた。

1993年12月、国立闘争支援のために「国立医療・全医労攻撃阻止、国民医療を守る闘争委員会」が発足した。「全体計画」発表から8年が経過したが、全医労や医労連、全労連や地域住民のあついき期待と支援を受け、阻止運動を展開し、統廃合5ケース、移譲2ケースの強行にとどまった。

長寿園闘争の中で、長寿園にかかわる地元の人たちのための診療所建設の運動が1990年6月から取り組まれてきたが、ついに大戸診療所が9月9日完成した。

国立病院・療養所の統廃合廃止反対の運動が引き続きすすんだ。住民の手で1992年につくられた「全国守る会」は5月に厚生省交渉を行い、住民の合意を無視した統廃合に反対の立場を強く訴えた。1999年、厚生省は1986年の国立医療機関74ヶ所の統廃合・移譲に、新たに12施設をプラスした拡大見直しを発表した。この再編計画に反対して存続・拡充を求める運動は120を超える「守る会」を作るなど大いに奮闘した。全医労、医労連を先頭に住民ぐるみの反対運動によって統廃合15ケース、移譲11ケースの26施設の統廃合を止める成果をあげた¹¹⁰。

2000年4月、国立病院・療養所の「独立行政法人化反対、存続・拡充」のための地方議会決議は7道県1,033市町村議会で採択された。署名も1万5千を超える団体を集約した。

この間の国立統廃合・移譲反対闘争では、多くの国立病院で統廃合・移譲が強行されたが、移譲に屈せず、組織化が取り組まれた。2001年には、山口、湯田川、明石、

伊東、足利、習志野では組合を作ることに成功し、日本医労連・県医労連に加盟した。

厚生労働省は、2004年度にナショナルセンターとハンセン療養所以外を単一の独立行政法人とすることを決めた。

秋田・本庄市では、地元自治体・議会、「住民の会」の一貫した国立秋田病院存続要求を、全国で初めてとなる、条例制定の直接請求署名運動に取り組んだ。全労連をはじめとして全国から物心両面の支援が取り込まれ、1ヶ月間で有権者総数の約半数1万5,000筆に達した¹¹¹。

小泉政権下で公的病院つぶしの攻撃が強まり始めた。総務省勧告での4地域9労災病院の統廃合計画に対して、全労災は地域住民、患者団体とともに反対の世論を広げ、北海道美唄で住民の8割の反対署名を集めたのをはじめ、全国で30万筆の署名を集めた。関係自治体8県、市、区での意見書も採択され、反対の世論の中、北海道、北九州での分院化は残るものの、すべての労災病院の存続を約束させた。全医労、医労連の運動がなければ統廃合はどんどん進んだであろう。その意味でも医療労働運動は医療労働者を守るだけでなく、地域住民と医療そのものを守っているのである。

2002年、国共病組にも病院の再編成計画が提案された。北海道の幌南病院と斗南病院との統合計画に続いて、大阪枚方市の新香里病院と京阪奈病院の統廃合計画が明らかになり、国共病組は反対運動に立ち上がった。それぞれの病院が廃止ではなく、当面は統合・分院という形で存続されることになった。その後、新たな再編・合理化計画で2006年に新香里病院の病床を廃止し、京阪奈病院へ病床を統合、新香里病院は診療所として存続することになったが2006年8月に閉院となった。斗南病院と幌南病院は幌南病院に一部病床を移し、斗南病院は幌南病院の分院として存続することになった¹¹²。

第4章 看護労働運動の特殊性

医療労働運動は、直接生きた人間を労働対象とする点で、有用なサービス労働ということができるが、その主たる目的は、救命、病気の治療、そして非自立の人間生活の尊厳ある全うである。対象とする人間が本来的に持つ至高性、多様性、複雑性によって、医療労働もまた、精神的・肉体的な労働能力の総体、あるいは人間的な人格をかけた倫理的なものとなる。

医療労働は、人間の医療にかかわる科学的知識と技術を吸収しつつ創造的に行わなければならないという意味

¹¹⁰ 日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、前掲書、131～142ページ。

¹¹¹ 日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、前掲書、147ページ。

¹¹² 同上、147ページ、229～230ページ。

で、高等教育、専門教育を前提としており、その担い手である医師、看護師、その他の医療専門家の養成訓練を不可欠なものとしている。医療が高度化すればするほど、その質的ならびに量的充実は欠かせないものとなるのである¹¹³。

そうした医療労働の人間的特質を最大限に発揮させるためには、労働用具である医薬品、医療機器、ベッド、病院などが十分に用意されていることが前提となるだけでなく、労働環境、労働条件が快適なものでなければならぬ。そうした条件の下にあってのみ、人間の医療にふさわしい、全人格的な創造的労働が可能となるのである。

しかし現在、医師、看護師など医療労働の中核をになう専門職が非常に不足していること、労働環境も不十分であることは見てきたとおりである。現在、医療労働者の中で看護婦（師）が占める割合は50%以上であり、その大部分が女性である。古くから看護婦（師）は病人や障がい者を対象とする職業として、あるいは医師の補助者として存在してきたが、医療概念の拡大、医療の高度化にともなって、看護もまた人間の健康のあらゆる段階に責任を持つ職業として認められてきている。

川島みどり氏は、看護婦（師）の専門性と労働者性について次のように述べている。「看護労働の果たす役割を概括すれば、病人や障害者の人間としての基本的な要求を満たし、積極的な回復意欲を動機付けることであり、したがって看護婦は個人としてもつねに、労働者としての意識と専門家としての意識の葛藤のもとにおかれている。そして従来しばしば、看護婦の労働条件を改善することと、看護労働の質を高めることは、矛盾し対立するものであるとの理解があった。だが、看護婦が非人間的な抑圧された職場環境のもとで、過酷な労働条件を強いられて、質の高い看護労働を提供できるはずはなく、また、看護労働の本質を追及せずして労働条件改善を叫んでも、看護サービスの対象となる患者（国民）の共感や連帯は得られない。その労働者性と専門職制は二者択一ではないのである。」¹¹⁴

医療労働運動は、最初のころは先進的な医師が中心となって運動を行ってきており、看護婦の結集は決して多くはなかった。「看護婦」は「労働者」ではないという意識があったからである。しかし、1957年の日本医労協設立後は、主に看護闘争を中心とした運動を行ってきた。そこには、厳しい看護労働を通して「看護婦」は「労働

者ではない」という意識を乗り越え、労働者として自分と患者を守る自らの立場を認識し、「賃金闘争」をふくめ、労働条件改善闘争に立ち上がっている姿がある。

医療労働の特殊性＝労働対象が人間であり、生命と生活に直結する労働であるということは、その労働が全人格的な性質を帯びるということと、医療の発展を担いいうる高度の専門性を備えていなければならぬものであることを意味する。従来から医師は、医療行為において主導力を発揮する立場に置かれていることから、それなりの地位と権威を与えられてきた。それとは対照的に看護婦（師）は、病人の世話や医師の補助者としてのそれまでの歴史から、低い地位に位置付けられたままであり、その後の医療の発展＝高度化と複雑化によって看護労働の比重が高まり、その重要性を高めているにもかかわらず、看護婦（師）の労働はますます苛酷になるばかりで、その地位と賃金は低いままに据え置かれてきた。

その典型的なものが、少人数で従事する夜間の医療労働であって、それは看護婦（師）の個人生活、家庭生活に大きな犠牲を強いるものである。そして対人サービス労働であるという事実は、労働時間を規定以上に長引かせるばかりでなく、非定期的な予想外の追加的労働をも必然的に伴うことになるのであり、それらがまた他人の生命と直結するリスクの高いものであることをも意味しているのである。

そのような事実にもかかわらず、勤務時間にはそのような配慮はほとんど含まれておらず、そのうえ賃金は他の専門職と比較して著しく安く、その上昇は緩やかで、勤務の過酷さによって労働生涯は短い。そのために看護婦は未婚者、離婚者が多く、定年まで働いたとしても貯えは少なく、年金は低いのが現状である。

しかし医療の現場を担い、患者にとって重要な看護労働を適切に提供するためには、医療機器や病院の環境が適切であるばかりではなく、看護婦（師）の労働時間が適切で、またその能力を回復し発展させるための自分の時間と、日常生活を営むに十分な賃金が保障されていなければならない。良い看護を行うためには、十分な数の看護婦（師）と良い労働条件がなければならないという自覚こそ、看護婦（師）たちが団結権を行使して運動にかかわろうとする原点である。

医療現場で数が多く、患者の命と直結する立場にいることは、看護婦（師）達に労働運動を行う上で有利な地位を与えている。医療の改善は看護婦（師）を抜きにしてはあり得ないという事実は、看護婦（師）達が医療の改善要求を出した場合には、それを簡単に無視することができないことを意味しているからである。そして看護婦（師）達は自分達の労働条件を守り引き上げる運動は、医療を改善しその水準を引き上げることであることを十分に理解しているのである。

¹¹³ 芝田進午「序章 医療労働の理論」芝田進午編『医療労働の理論 双書 現代の精神的労働 4』青木書店、1976年、17～20ページ。

¹¹⁴ 川島みどり「看護婦の労働」芝田進午編『医療労働の理論 双書 現代の精神的労働 4』青木書店、1976年、73ページ。

看護婦(師)を中心とする医療労働運動は、労働組合運動の枠組みを超えて、「国民の医療を守る」「国民の命を守る」という患者やその他の国民をも巻き込む運動へと発展している。医療労働者たちの人権、労働権を守る闘いは、「国民医療を守る」闘いへと拡大進化したのである。

1970年代に高度経済成長を終えたわが国は、1980年代の臨調・行革路線に固執し、医療を含めて「社会保障」は「抑制する」という政策をとってきた。しかし、医療技術の高度化と国民の長寿化によって医療需要は量的質的に増大し、医療費は年々上昇してきた。それを危惧した政府・厚生(労働)省は国民皆保険の財政的維持を口実にいっそうの医療費抑制政策を図るようになった。それは、病院に対しては診療報酬の切り下げであり、医師・看護師数の抑制であり、また、患者の医療費自己負担の増加であり、健康保険料率の引き上げであった。これらの政策は、貧しい患者から医療を奪うばかりか、医療労働者の業務の過重負担となり、表面化したのが「医師・看護師不足」「医療事故」そして「リスクの高い診療科の休止」である。1980年代には病院や医師の将来的な過剰が、1990年代には「医療事故」報道が意図的に流されていった。医療という魂を失った保険の形骸化は患者と医療従事者の間にあるべき信頼関係を破壊し、現在まさに医療崩壊をもたらしている。

政府が進めてきた低医療費政策や医療民営化路線がこの底流にあるのであり、今まで献身的で聖職者さながらの「労働」を行う医師や看護師によって支えられてきた医療が、続けられないところまで来てしまったのである。

とはいえ、3章で述べたように、「医療崩壊」を乗り越えるための新たな運動の広がりが見られる。1989年から始まった看護婦(師)を主体とする「ナースウェーブ」のように、労働組合の枠を超えて、政党の枠を超えて「医療崩壊」に立ち向かうという流れができてきているのである。

それは、まさに医療労働の特殊性ゆえの「医療労働運動」の特殊性、つまり労働組合だけではなく、患者＝国民をも巻き込み彼らに支持される「運動」になっているからである。これは、医療のもつ特徴であり、医労連が「国民のための安全・安心の医療」を求めて政府や経営者と立ち向かう原点なのである。

3章では、日本医労連の組合員のインタビューも交え、医労連の職場の労働組合がどのような活動をしているかを明らかにした。日本医労連は団結の大きさと恒常性を維持することにより、古くから専従役員を置き、機関誌の発行を続けてきた。それによって組織は強化され運動の理論水準も維持されてきている。

ある組合では「月8日以内夜勤」を守らせ、同じ職種のなかに差別的な賃金を持ち込もうとする「成果主義賃

金」の導入を食い止め続けている。民間の企業で「成果主義賃金」の導入がなされ、医療機関にも導入されているが、「チームでなければ医療はできない、チームを壊すような賃金体系は導入させない」という労働組合の粘り強い闘争により、多くの医療機関では経営者が毎年提案してきている「成果主義賃金」は実施されないでいるのである。

日本の労働組合は企業別組合であり、賃金闘争が中心であるが、産別組合としての結集は困難であり、そこに決定的な弱点を持っている。それに対して医療労働者は、医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師、検査技師、栄養士、調理師、事務など、職種も免許も異なる者がチームとなって働いているため、職種ごとの専門性にもとづく闘争を組織しなければ要求を勝ち取れないことが明らかになり、産業別に結集しなければならないという実態があった。日本医労連は医療労働者の中で最大割合を占める看護師を中心とする組合であり、まだ組織数は少ないが、企業(法人)の違いを乗り越えて結集し、日本で唯一の医療産別組織としてその役割を果たすべく闘いを続けてきたのである。

医療労働運動は、患者・国民の支持なしにはすすまないが、看護職は医療と国民を結びつける立場に在るといえるだろう。

日本医労連は第40回大会(1990年)に全医労出身で看護師の江尻尚子氏を執行委員長に選出し、第51回大会(2000年)でも全医労出身で看護師の田中千恵子氏を執行委員長に選出している。二人の看護師である女性が日本医労連の委員長に選出されたこともそれを反映したものと考える。

医療労働者の半数以上が看護師であり、医師がいなければ医療は成り立たないが、医師だけでも成り立たない。看護師をはじめとして、検査技師、リハビリ技師など、その他の医療職、栄養科、事務、清掃などさまざまな職種が分担して働いていることで医療は成り立っている。それがどんな雇用形態であれ(雇用形態は経営側の都合など本人の希望がある場合もある一で正規と非正規・派遣などに労働者の身分が別れている)その仕事は協同がなければ成り立たない。

近年労働法の改定で女性の深夜労働が拡大しているが、医療機関の中で特に劣悪なのは医者と看護師である。

労働組合に組織されている16万5千人のなかで、圧倒的多数を占める看護職が看護師不足解消＝労働条件改善を求めるということは、労働者としては当然のことであるが、看護師が運動を起こすことの意義は大きい。彼らこそ医療の要の位置を占めているからである。

そしてその運動の先頭に立つ委員長が看護師であり、(現国立医療センターという過酷な労働条件の下で働いてきた)現場出身の看護師であることは、医療労働運動

が医療という厳しい現場から出発していることを象徴していると考ええる。

日本医労連の運動は、企業別組合を超え、ナショナルセンターを超え、政党も思想も超えて「要求で一致し」てたたかうという、労働組合のあるべき姿を示している。それは、労働運動を「日本型」の企業別運動から抜け出させ、新しい運動への可能性を示唆しているといえるかもしれない。日本医労連の組織はまだ小さく、日本のナショナルセンターの分裂などの克服すべき課題はあるが、国民を巻き込む運動はそれを乗り越える可能性を見せているのではないだろうか。

医療労働は、人間が生きる権利を保障するものであり、すべての人間の生命にかかわる貴重な仕事、重要な労働である。すべての人間にとって不可欠の役割を果たすべき医療の現代における危機は、とりわけ医療をになう人びと、医療労働者・医療従事者の労働条件の改善なしには、これと結びついた医療改革の大衆運動の発展なしには克服されないであろう。

引用・参考文献一覧

- 相澤興一『日本社会保険の成立』山川出版社、2003年
- 朝倉新太郎他編『講座日本の保健・医療5 現代の医療と医療労働』労働旬報社、1991年
- 池上直己、遠藤久夫編著『医療保険・診療報酬制度』勁草書房、2005年
- 池上直己、J. C. キャンベル『日本の医療』中央公論新社、1996年
- 伊藤周平『構造改革と社会保障 介護保険から医療制度改革へ』萌文社、2002年
- 伊藤周平『権利・市場・社会保障 生存権の危機から再構築へ』青木書店、2007年
- 伊藤周平『後期高齢者医療制度』平凡社、2008年
- 宇沢弘文『社会的共通資本』岩波書店、2000年
- 宇田川次保『戦後医療労働運動史』あゆみ出版、1983年
- 宇田川次保『エピソードでつづる戦後医療労働運動史』萌文社、2004年
- 岡井崇他著『壊れゆく医師たち』岩波書店、2008年
- 大津廣子「看護師の賃金と労働条件」(『オイコノミカ』第42巻第1号)、名古屋市立大学経済学会、2005年
- 大津ミキ「看護婦像の探求」(『九州大学医療技術短期大学紀要 vol. 4』九州大学、1977年
- 大村昭人「医療従事者の劣悪な労働環境をいかに改善するか」(『生活経済政策』第132号)生活経済政策研究所、2008年
- 岡井崇、川人博、千葉康之、塚田真紀子、松丸正『壊れゆく医師たち』岩波書店、2008年
- 岡光治『社会保障行政入門』有斐閣、1994年
- 唐鎌直義編『どうする！あなたの社会保障①医療』旬報社、2007年
- 川上武『岐路に立つ医療問題』勁草書房、1984年
- 川上武編著『戦後日本病人史』農山漁村文化協会、2002年
- 川島みどり、木下安子、坂本玄子、小坂富美子『女の自立』勁草書房、1980年
- 川島みどり『新訂キラリ看護』医学書院、1993年
- 川島みどり『看護技術の現在 看護の時代②』勁草書房、1994年
- 川島みどり『いま、病院看護を問う 看護の時代①』勁草書房、1997年
- 川島みどり『歩きつづけて看護』医学書院、2000年
- 川島みどり『看護の技術と教育 看護の時代③』勁草書房、2002年
- 川島みどり『看護を語ることの意味―“ナラティブ”に生きて』看護の科学社、2007年
- 川渕孝一『医療再生は可能か』筑摩書房、2008年
- 木村茂他『鉄鋼業の労働編成と能力開発』御茶ノ水書房、2008年
- 権丈善一『再分配政策の政治経済学Ⅰ 第2版日本の社会保障と医療』慶應義塾大学出版会、2006年
- 権丈善一『医療政策は選挙で変える【増補版】再分配政策の政治経済学Ⅳ』慶應義塾大学出版会、2007年
- 国民医療・医療労働研究会『看護労働の未来』労働旬報社、昭和60年
- 小松秀樹『医療の限界』新潮社、2007年
- 芝田進午編『医療労働の理論 双書 現代の精神的労働4』青木書店、1976年
- 柴田嘉彦『日本の社会保障』新日本出版社、1998年
- 全医労50年史編纂委員会『全医労50年のたたかい』全日本国立医療労働組合、1998年
- 多田英範「1980年代日本の社会保障制度改革とその意味」(『流通経済大学論集』第25巻3号)流通経済大学、1991年
- 田中滋、二木立編著『保険・医療提供制度』勁草書房、2006年
- 田端博邦『グローバルゼーションと労働世界の変容 労使関係の国際比較』旬報社、2007年
- 富岡次郎『日本医療労働運動史』勁草書房、1972年
- 二木立『90年代の医療「医療冬の時代」論を越えて』勁草書房、1990年
- 二木立『複眼で見る90年代の医療』勁草書房、1991年
- 二木立『90年代の医療と診療報酬』勁草書房、1992年
- 二木立『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』勁草書房、1994年
- 二木立『介護保険と医療保険改革』勁草書房、2000年
- 二木立『21世紀初頭の医療と介護 幻想の「抜本改革」を超えて』勁草書房、2001年
- 二木立『医療改革と病院』勁草書房、2004年
- 二木立『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房、2006年
- 二木立『医療改革 危機から希望へ』勁草書房、2007年
- 西岡幸泰「医療「構造改革」と国民皆保険体制(特集日本の社会保障動向と現在(3))」(『大原社会問題研究所雑誌』No.525)法政大学大原社会問題研究所、2002年
- 日本医療労働組合協議会「'82年度夜勤調査の概要」(『医療労働』1983.10.No.256)
- 日本医療労働組合協議会「特集 医療労働者酷書(1985年版)「合理化」・労働実態調査報告」(『医療労働』No.250)、1985年
- 日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会『日本医労連たたかひの50年』日本医療労働組合連合会、2007年
- 日本医療労働組合連合会「看護婦白書」(『医療労働』No.327、1989年9・10合併号)
- 日本医療労働組合連合会「特集「看護職員の労働実態調査」報告」(『医療労働』No.479、2006年2月)
- 日本医療労働組合連合会「「医師不足問題」特集「医師の労働実態調査」最終報告」(『医療労働』No.492、2007年5月)
- 日本医療労働組合協議会「1980年度方針案」(『医療労働』号外、1980年6月)
- 日本医療労働組合協議会「1981年度方針案」(『医療労働』号外、1981年7月)

- 日本医療労働組合協議会「日本医療労働組合協議会第32回定期大会議案」(『医療労働』号外、1983年6月)
- 日本医療労働組合協議会「日本医療労働組合協議会第33回定期大会議案」(『医療労働』号外、1984年6月)
- 日本医療労働組合協議会「日本医療労働組合協議会第34回定期大会議案」(『医療労働』号外、1985年6月)
- 日本医療労働組合協議会「第35回定期大会1986年度方針案」(『医療労働』号外、1986年6月)
- 日本医療労働組合協議会「第36回定期大会議案」(『医療労働』号外、1987年7月)
- 日本医療労働組合連合会「日本医療労働組合連合会第37回定期大会議案」(『医療労働』別冊、1988年)
- 日本医療労働組合連合会「第38回定期大会議案大会議案」(『医療労働』別冊、1989年7月)
- 日本医療労働組合連合会「第40回定期大会議案」(『医療労働』別冊、1990年7月)
- 日本医療労働組合連合会「第41回定期大会議案」(『医療労働』別冊、1991年7月)
- 日本医療労働組合連合会「第42回定期大会議案」(『医療労働』別冊、1992年7月)
- 日本医療労働組合連合会「第43回定期大会議案」(『医療労働』別冊、1993年7月)
- 日本医療労働組合連合会「日本医労連第45回定期大会第1号議案」(『医療労働』別冊、1995年7月)
- 日本医療労働組合連合会「日本医労連第46回定期大会第1号議案」(『医療労働』別冊、1996年7月)
- 日本医療労働組合連合会「日本医労連第47回定期大会第1号議案」1997年6月
- 日本医療労働組合連合会「日本医労連第48回定期大会議案」1998年6月
- 日本医療労働組合連合会「日本医労連第49回定期大会議案」1999年6月
- 日本医療労働組合連合会「日本医労連第50回定期大会議案」2000年6月
- 日本医療労働組合連合会「日本医労連第51回定期大会議案」2001年
- 日本医療労働組合連合会「日本医労連第52回定期大会議案」2002年
- 日本医療労働組合連合会「日本医労連第53回定期大会議案」2003年
- 日本医療労働組合連合会「日本医労連第54回定期大会議案」2004年
- 日本医療労働組合連合会「日本医労連第55回定期大会議案」2005年
- 日本医療労働組合連合会「日本医労連第56回定期大会議案」2006年
- 日本医療労働組合連合会「日本医労連第57回定期大会議案」2007年
- 日本医療労働組合連合会「日本医労連第58回定期大会議案」2008年
- 日野秀逸『医療構造改革と地域医療 医師不足から日本の医療を考える』自治体研究社、2006年
- 日野秀逸・寺尾正之著、国民医療研究所監修『「医療法改革」でどうなる、どうする』新日本出版社、2006年
- 日野秀逸・本田宏「対談・医師不足・地域の医療が危ない」(『経済』2007年1月号、新日本出版社)
- 日野秀逸『新版医療構造改革と地域医療 後期高齢者医療と財政問題から日本の医療を考える』自治体研究社、2008年
- 法政大学大原社会問題研究所「日本労働年鑑第78集／2008年版」旬報社、2008年
- 本田宏『誰が日本の医療を殺すのか』洋泉社、2007年
- 本田宏編著『医療崩壊はこうすれば防げる!』洋泉社、2008年
- 山田真巳子「国立病院院内保育所の一括委託後の運営と運動」(『医療労働』No.506) 日本医療労働組合連合会、2008年
- 結城康博『医療の値段—診療報酬と政治—』岩波書店、2006年
- 吉原健二、和田勝『日本医療保険制度史』東洋経済新報社、2008年
- 吉村仁「医療費をめぐる情勢と対応に対する私の考え方」(『社会保険旬報』1424号)、旬報社、1983年