

タイトル	日本の医療労働運動：ナースウェーブを中心に
著者	杉林，ちひろ
引用	季刊北海学園大学経済論集，58(4)：13-30
発行日	2011-03-31

《特別寄稿》

日本の医療労働運動

— ナースウェーブを中心に —

杉 林 ちひろ

目 次

1. はじめに
2. 医療労働組合の誕生から看護婦闘争へ
3. ナースウェーブ
4. おわりに

1. はじめに

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を中心とする医療労働運動の歴史について、特にナースウェーブ¹を中心に述べる。日本における「医療崩壊」は、1980年代以降の医療費抑制政策²によって、医師や看護師などが苛酷な労働環境におかれるようになったことと大きく関わっていると考える。そこで、日本政府の医療政策に対抗しようとした医療労働運動、特にナースウェーブに焦点を置いてみたい。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と考えからである。

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³。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）⁴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。看護職員の労働実態調査は、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。

2005年の看護職員の労働実態調査の集計結果は、「看護現場がいつそう忙しくなり、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

¹ 日本医療労働組合連合会（日本医労連）が取り組んだ1989年からの看護婦（師）闘争を「ナースウェーブ」としている。

² 二木立『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』頸草書房、1994年。

³ 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。

⁴ 日本医療労働組合については2で紹介する。

86.1%となっており、患者の命と安全が脅かされている。また、「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」ことも指摘されている⁵。これらの調査の対象となった医療機関は全体の一部ではあるが、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を明らかにしたものと注目される。

調査の実態を裏付けるような事件としては、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ヶ月の超過勤務が月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、医療労働者、特に医師や看護師は「聖職」である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されるようになると、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。

他人の命を救い、病を治すという医療の特殊性、医師の労働、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労働過程そのものが患者の命に直結しているということである。したがって彼らの労働条件を適正に保つことこそ、労働対象である他人の命を守る医療の前提的な条件となるのである。

医療労働運動の始まりは、先進的な民主的考えを持った医師達の運動から出発したが、その後運動の主体は看護師が担うようになった。なぜ看護師なのかというと、医療は医師だけで成り立っているものではなく、看護師をはじめとし、診療放射線技師、検査技師、理学療法士、栄養士、事務従事者などの他職種と協同して行うものであり、何よりも「患者」の健康回復と生命維持がその中心になければならない。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」に近いところにおいて、医師の指示に従って専門技術を要する措置を行い、日々患者の訴えを聞き、医師とともにその患者に対して健康の回復まで精神的な励ましをも含めて、様々な処置をほどこすのが看護師であるからである。しかも看護師は医療労働者の半数以上をしめている。

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」へと意識改革し、自ら医療を守る、患者の命を守るという観点か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。

本研究では、文献収集および現場見学、そしてインタビューを行った。先行研究については、1960年代までは富岡次郎氏の『日本医療労働運動史』を中心に、また、1970年代以降は日本医労連の50年史『日本医労連たかひの50年』および機関誌『医療労働』、大会議案等を中心に

⁵ 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)

した。医療労働の特殊性、看護労働の特殊性については、芝田進午編『医療労働の理論』および、川島みどり氏の著書を参考にした。なお、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、見るべきものとしては①富岡次郎『日本医療労働運動史』⁶、②芝田進午『医療労働の理論』第三部「医療労働運動と統一戦線」⁷、③宇田川次保『戦後医療労働運動史』⁸、④同『エピソードでつづる戦後医療労働運動史』⁹があるのみである。

なお、2002年に保健婦助産婦看護婦法が改正され、看護婦・看護師は看護師と名称変更になった。これを受けて本稿では2001年までは従来どおりの看護婦と表記し、2002年以降は看護師と表記することとした。

2. 医療労働組合の誕生から看護婦闘争へ

ここ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。結成当初は医療労働者の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ことになる。看護婦の人権侵害に対する闘争や夜勤制限闘争は、人権の確立と労働条件の改善を求めるものであったが、しだいに患者にとって一番近いところにいる看護婦が、良い看護をしたいという医療改善要求を掲げた運動に発展していった。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）闘争にみられるように良い医療を求めてい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、保育所の設置や助成などを求める運動も行われた。ここでは、院内保育所設置の取り組みも含め、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。

2-1. 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）の起源は1957年8月に設立された「日本医療労働組合連絡協議会（以下日本医労協）」にあるが、現在は、1987年に協議会から連合体化されて医療労働組合の連合体となっている¹⁰。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国労働組合総連合に加盟している。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・老人保健施設、調剤薬局、

⁶ 富岡次郎『日本医療労働運動史』勁草書房、1972年。

⁷ 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。

⁸ 宇田川次保『戦後医療労働運動史』あゆみ出版、1983年。

⁹ 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。

¹⁰ 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年までの記載は日本医労協とし、1987年以降は日本医労連と表記する。



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

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 5104 人が組織されている¹¹。

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所¹²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

¹¹ 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。日本医療労働組合連合会の組合員の半数以上は看護師である。

¹² 全医労は, 全日本国立療養所職員組合(全療)と国立病院労働組合(国病)が 1948 年に合併して設立された。

会(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(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(全労災)は全国の労災病院にはたらく労働者によって組織される。国家公務員共済組合連合会(国共病組)は全国为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¹³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16万5104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。

2-2. 戦前の医療労働運動

日本の労働運動は、戦前は1938年にピークを迎えたが、治安維持法などの弾圧によりその運動は中断された。医療労働者も戦前から看護婦の争議や無産者医療運動などに取り組んできた。しかし、他の労働組合と同様、国家総動員の体制の下でその運動は断ち切られた。

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が、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人がストライキを遂行した¹⁴。

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。

1930年に東京品川に大崎無産者診療所が開設され、無産者医療運動がはじまった。その後東京や大阪を中心に各地に無産者医療診療所の設立が広がった。全国の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。日本無産者医療同盟は、この年日本一般、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全体が断ち切られた。

2-3. 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。1945年9月の夕張炭鉱における朝鮮人労働者の暴動に端を発して、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。

医療労働者も例外ではなく、急速に労働組合を組織した。中心となったのは、日赤病院、国立

¹³ 総務省統計局『労働力調査』による。

¹⁴ 宇田川次保『戦後医療労働運動史』あゆみ出版、1983年、13-14ページ。

病院・療養所の医療労働者である。1946年には結核予防会や国立療養所、農協病院などで組合結成が広がった。国立療養所では患者自治会の結成と連動して、医師などが中心となって全日本国立療養所職員組合（全療）を結成した。1946年4月1日には医療産別組織である全日本医療従業員組合協議会（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。

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2万7千人の組合が誕生した。

1948～50年のレッドパージによる弾圧¹⁵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¹⁶」などを結成し、診療報酬単価引上げ運動などいわゆる「労医提携」による健保改悪反対闘争などをおこなった¹⁷。しかし診療報酬単価運動は実行委員会形式の運動となり労働運動の停滞をもたらした。

労働運動の強化のため、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。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ろうという目的で結成された¹⁸。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（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¹⁹。

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²⁰。この「病院スト」と呼ばれる統一ストライキは、民間他産業と比べて低賃金におかれていた医療労働者の賃上げを目指したもので、東京医労連から全国に広がった闘争である。東京医労連が賃金綱領²¹を打ち出し、東邦医大付属病院、東京女子医大付属病院をはじめとする7病院の労働組合が、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かかげて半日ストライキに入り、第二波ストライキ、さらに第三波ストライキへ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

¹⁵ 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。

¹⁶ 診療報酬単価の引き上げを求めて開業医や保険医と共闘するために作った組織。

¹⁷ 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、35ページ。

¹⁸ 富岡、前掲書、291ページ。

¹⁹ 富岡、前掲書、294ページ。

²⁰ 富岡、前掲書、52ページ、175ページ。

²¹ 富岡、前掲書、305-306ページ。

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²²。

2-4. ナースウェーブ以前の看護婦闘争

戦後の看護婦闘争は厚生省が1950年に公務員の週44時間制実施に際して、看護婦は48時間労働にすえ置くという省令第1号を発したことに始まる。1953年の全医労の闘争²³により人事院が「44時間制にすべきである」と認める判定を出したが、実施がなされなかった。1959年に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。

それ以降も、国立病院・療養所では、44時間制の判定後も週48時間制が実施されていたため、全医労は闘争を続けていた。この間、1961年8月に44時間制実施となったが、国立病院・療養所では、看護婦の増員が抑えられており、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²⁴。

1959年には新潟の国立高田病院で看護婦の妊娠制限を設けており、看護婦の人権を侵害していると全医労へ訴えがあり、闘争が開始された。これは大きな問題として新聞でも取り上げられ²⁵、看護婦の「通勤・結婚の自由」の闘争が展開された²⁶。当時、看護婦は全寮制が当然とされ、結婚すると退職を余儀なくされていた。この闘争を契機として、結婚や通勤の自由が認められるようになっていった。

妊娠制限・全寮制廃止などの「人権闘争」に続き、全医労は1963年に看護婦の夜勤実態調査を行った。この調査では、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、また1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²⁷が始まった。1965年に夜勤を「月8日以内」²⁸とする人事院判定が出され、次いでそれを守らせるた

²² 日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、前掲書、163-164ページ。

富岡、前掲書、301-315ページ。

²³ 全医労が人事院に行政措置要求を提出した。日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、前掲書、175ページ。

富岡、前掲書、92-100ページ。

²⁴ 富岡、前掲書、99-100ページ。

²⁵ 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周年記念誌編纂委員会、前掲書、48ページ。

²⁶ 日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、前掲書、48ページ。

日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、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。

²⁷ 夜勤制限闘争では、①夜勤は月6日以内、②一人夜勤の禁止、③一看護単位は40床以下、④産後一年間の夜勤禁止、⑤休憩・休息の明示などの内容で人事院に対して行政措置要求を提出した。

²⁸ 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。

めのニッパチ(2・8)闘争²⁹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日以内」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、「月8日以内」はうたったものの増員についてはふれられなかったため、全医労は、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。

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至らなかった。

日本医労協は1973年の厚生省との交渉で「1970年から1975年までに看護婦を倍増し全国全病棟の8割で夜勤を複数・8日を実施する」という回答を得た。労働省はこれに沿った通達を出した。

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・変則労働を保障するような保育所は地域には無かったのである。また、地域の保育所自体が不足しており、子ども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。院内保育所の設置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。1960年代後半から70年代にかけては無認可保育所や院内保育所助成が実現し、70年代に保育所は拡大した。

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おこなわれた。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。

3. ナースウェーブ

ここでは日本医労連(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。

3-1. 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。1970年代に夜勤の協定

²⁹ 新潟県立病院では、労働組合が看護婦の勤務表(組合ダイヤ)をつくり、実力行使で労使間協定とした。

化が進み、1982年までは夜勤の回数の減少が見られたが、1983年からは業務の過密化と夜勤回数の増加が見られた。1988年の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、切迫流産を経験したものの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「病人が患者を見る」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うずまいていた。看護師の過労死や医療ミスも発生する状況にあった³⁰。

たとえば、全医労調査では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³¹。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時から翌朝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³²。このような過酷な状況の一端は次のインタビューからも明らかである。

A病院のB看護師へのインタビューでは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交渉した。9回まではやむなしとし、10回目の夜勤はしないと交渉した。勤務の実態を見てもらうために総婦長に夜勤の実態を見てもらったが、(総婦長が)夜勤の初日に倒れてしまったこともある。/1980年代は準夜一日勤(半日勤務)、半日日勤—深夜というような勤務があった。準夜勤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。この早出勤務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。」³³

このような状況を背景に、1989年の春闘では、大幅増員、ILO看護職員条約・勧告の批准実現をめざし、日本医労連と日教組大学部と協同して「看護改善署名」に取り組んだ。1988年秋に実施した「合理化」健康実態調査や1989年6月に実施した「夜勤実態調査」中間報告などから、看護婦の実態は月の3分の1を超す夜勤の常態化や7割を超す妊娠異常、4人に1人の出産異常など、「病人が病人を見る」という常態であることが明らかになった³⁴。

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年をめぐにした「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るために、国や地方自治体、経営者に向けた闘

³⁰ 日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、前掲書、180ページ。

³¹ 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、349ページ。

³² 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、45ページ参照)。

³³ 2008年9月9日、杉林によるBからの聞きとりにもとづく。

³⁴ 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、44ページ)。

いを展開するという提起であった³⁵。

1989年7月、東京医労連大会が行われた。数日後に日本医労連大会をひかえたこの大会で、看護婦の過酷な労働実態の訴えが相次いだ。この大会を受けて、東京医労連は看護婦闘争委員会を発足させ、日本医労連大会で10月6日に1,000名の白衣の集会を開くと宣言した。同年8月に東京医労連は推進委員会を設立し、毎週行われた推進委員会には常時20人～30人の参加で集会について議論した。「看護婦ふやせ大行進」という名称で昼休みの時間帯に銀座のデモを行うことにした。参加が危うい組合があると聞けば深夜勤務明けにオルグに行き、集会を日勤扱いにしてもらうための経営者交渉を行う、マスコミ関係の知人や友人に取材を依頼するなどの取り組みをおこなった。そして1989年10月6日、1,300人が日比谷公園の集会に集まり、白衣の銀座デモを行った³⁶。

これら一連の東京における行動を皮切りに、日本医労連に加盟する全国の労働組合ではさまざまな宣伝方法で看護婦増員要求の取り組みを行った。地方自治体に対しては看護婦実態調査の実施と、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求めた。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、夜勤は「複数・月6日以内」³⁷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。全医労などで増員計画の確認書の締結がなされたが、実際は看護婦が確保されず合理化に拍車がかかったこともあった。そこで11月9日、「看護婦ふやせ」をかかげる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³⁸。

1991年の春闘では、厚生省・労働省・人事院との交渉を行い、当日は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」行動期間と設定し、看護婦の抱える深刻な労働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。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、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³⁹。日本医労連のD執行委員は当時の状況について次のように述べている。

「あの時は院内集会に自民党も来ていた。労働組合の集会に自民党が来るということにはなかった。看護婦確保法は200人以上に紹介議員になってもらった。今(2008年に行っている

³⁵ 日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、前掲書、180ページ。

³⁶ 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。

³⁷ 勤務日を週休2日として、夜勤はその3分の1以下で計算すると月6日以内と考えられる。注27を参照。

³⁸ 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。

³⁹ 日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、前掲書、124-125ページ。

医師・看護師増員を求める署名)はそこまで(の人数には:筆者補足)っていない。当時は国会の傍聴席を毎回満席にしていた。あの時(看護婦確保法の当時)は自民党の朝の朝食会に江尻さん⁴⁰が呼ばれたりした。⁴¹

このような運動の高まりを背景として、1992年4月24日に参議院で、6月19日に衆議院で「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)が全会一致で可決された。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」を「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っていたため、日本医労連は重ねて交渉を行った。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。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」の項目も含まれていた。

1992年「ナースウェーブ」の最中には「看護婦110番」を行い、全国で1,102件の相談が寄せられた。「看護婦110番」では、労働組合のない職場の労働条件を明らかにし、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。准看護学生から「お礼奉公」といわれるような無給勤務の実態や、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⁴²。

3-2. 看護婦確保法制定後

こうして看護労働に対する社会の認識は深まったかにみえたが、看護婦不足は解決しなかった。1993年以降、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ーによる業務管理や伝票整理などの導入が広がった。

1994年10月の診療報酬改定では付添看護制度を廃止し、新たに「新看護体系」が創設されたが、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「看護業務実態調査」を実施し、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ることを明らかにした⁴³。

⁴⁰ 江尻尚子氏は、1990年に看護婦(師)として初めて日本医労連執行委員長に選出され、2000年に現委員長田中千恵子氏と交代した。

⁴¹ 2008年11月25日、杉林によるDからの聞きとりにもとづく。

⁴² 日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、前掲書、127ページ。

日本医療労働組合連合会、「『看護婦110番』報告」(『医療労働』No.359、1993年4月号)によれば、相談者の65.6%が職場に労働組合がない未組織職場からの相談であり、非組合員は67.5%である。

⁴³ 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、12

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展開した。

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2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ことが約束され、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。この間の経緯を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。」⁴⁴

日本医労連が実施した1998年以降の「夜勤実態調査」によれば、夜勤回数が増加していた。「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のである。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⁴⁵。1998年は診療報酬が改定され、一般病院では在院日数が長くなると診療報酬が下げられる仕組みが導入されたため、医療機関では経営を守るために在院日数の短縮を余儀なくされた。在院日数の短縮に伴い、業務の密度が高まり、人員の配置が増えず、看護婦の疲労が増したと思われる。

1999年には医療事故・看護事故の発生で社会的に大きな問題となったが、日本医労連は看護基準要求、「200万人以上看護体制」、「1.5対1、1対1」⁴⁶をかけた、重大事故につながるニアミスの防止、患者の安全優先など緊急提言⁴⁷した。この間の医労連の看護婦の労働実態調査や夜勤実態調査などは看護婦の「慢性疲労」や「過密労働」「長時間勤務」を明らかにし、これを改善するためにはより高い看護基準の設定と、看護婦の絶対数が足りないことが問題であるとし、具体的な要求をかけたのである。

ページ)

⁴⁴ 2008年9月9日、杉林によるCからのききとりにもとづく。

⁴⁵ 日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、前掲書、184-186ページ。

⁴⁶ 「1.5対1」「1対1」とは、「患者対看護婦」配置のことである。1988年に最高の「2対1」つまり入院患者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、これは入院患者に対して必ず1名配置するのではなく、1名雇用を意味する。2006年の診療報酬改定で、実際に勤務している人数を表記することになったため、従来の配置表現の「2対1」は「10対1」となる。

⁴⁷ 日本医療労働組合連合会、「医療・看護事故の再発防止のための緊急提言」1999年3月
<http://www.irouren.or.jp/jp/old/seisaku/news10.htm>

1999年以降の看護要求のたたかいでは、「200万人以上看護体制の実現」などを掲げて闘争を行い、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⁴⁸。

「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い、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⁴⁹。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⁵⁰。

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」策定に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2005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。

3-3. 新しい運動の広がり

2005年の日本医労連第55回定期大会では、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。2006年1月にまとめられ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、病院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⁵¹。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。2006年の看護師闘争は、これに呼応し、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。

2005年までの運動により、2006年4月の診療報酬改定で、これまでより手厚い看護職員の人員配置である「7対1」（患者7人に対して看護職員が1人勤務している）という基準が新設された。日本医労連が求めてきた高い看護基準が設けられた点については評価できるが、診療報酬のマイナスをうけて、医療機関は経営的な戦略も含めて、この基準を満たすための看護師獲得に必死であった。大病院では人数の確保ができたが、人数を増やさずギリギリでこの体制をとった医療機関や、看護師を確保ができなかった医療機関では看護師の労働が過密になる、病棟を閉鎖

⁴⁸ 日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、前掲書、153ページ。

⁴⁹ 日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、前掲書、151ページ。

⁵⁰ 日本医療労働組合連合会「第54回定期大会議案大会議案」2004年、22ページ。

⁵¹ 日本医労連結成50周年記念誌編纂委員会、前掲書、156ページ。

せざるを得なくなるというようなことになった。また、看護師が都市に集中したために地方の看護師不足に拍車がかかったという問題を生んだ。

続く2007年には、日本医労連は「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日に「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、各職場の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が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。日本医労連D執行委員は2005年以降の運動について次のように述べている。

「2005年の秋からは組織でやろうということで取り組んでいる。看護職員、医師の調査で医療現場の過酷な実状を外に出していこうと、世論に訴えていった。そして今年は介護労働者の実態調査をし、公表した。これで3年連続看護職員、医師、介護労働者と実態調査を行ってきた。介護労働者も介護報酬を上げろという運動を行っている。

介護については、公費投入は画期的な成果だ。医師の養成数の閣議決定の撤回も画期的、閣議決定を撤回するというのはほとんど無いこと。世論におされて撤回することになった。

昨年(2007年)7月2日 国会で看護職員確保法の改正について閣議決定がされた。しかし、看護職員確保法には罰則規定がなく、夜勤月8日は破られている。罰則規定が無いから守られていないので、法を改正しろという運動をしている。

医療労働者の半数は看護師。日本医労連の半数以上は看護師。この組合員が元気になるないと、医療そのものも、医療労働の実態も改善されない。」⁵²

3-4. 保育所の現在

1990年代に入り、ナースウェーブを背景に保育所への補助金が拡大し、延長保育も8時間から11時間に延ばされた。その後、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かれることになった。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、院内保育園を閉鎖したり、認可保育園を活用す

⁵² 2008年11月25日、杉林によるDからの聞きとりにもとづく。

るようになった。

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年度の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⁵³。一方、医師不足、看護師不足の問題などから、以上に述べた動きとは逆に、病院経営者側が自ら院内保育所を設ける事態もみられるようになった。医師不足の問題なども出てきたことから、看護師や女医が辞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⁵⁴。

これは一面では歓迎すべきことではあるが、他面では公的な保育所政策が立遅れていることの裏返しでもある。医師や看護師、医療関係者の労働が直接的に社会的性格を持つ以上、保育所は社会的に整備拡大されるべきなのである。

A病院労働組合の執行委員・元執行委員にたいして実施したインタビューでは、夜勤制限闘争では、患者アンケートに取り組み、患者の要求と医療労働者の要求が一致することを確認し、通院・入院患者の支持をうけながら、署名やストライキなども行ってきたということである。

上記の他、A病院労働組合執行委員E氏、元執行委員F氏、G病院労働組合元執行委員H氏から話しを聞いたが⁵⁵、B氏、C氏、D氏へのインタビューの結果と特徴は同じであった。B氏、C氏、D氏、E氏、F氏、H氏に共通していえることは、要求として掲げてきたものは「夜勤の回数を減らせ」「2人夜勤」「3人夜勤」「院内保育所」「増員」など、一見労働者が働きやすさを求めているように見えるが、その根底には、患者に安全な医療を提供できるようにするためには、十分な人員を配置し、労働条件を改善して、働き続けられる職場にすることが不可欠であるという医療労働の原則なのである。したがって、日本医労連と加盟の各組合では「地域の医療機関をまもる」「患者の自己負担増加反対・患者の自己負担を減らせ」なども同時に要求として掲げている。いずれも医療労働者の労働条件を改善することだけでなく、同時に医療改善を求める要求闘争でもあった。

4. おわりに

医療労働運動は、直接生きた人間を労働対象とする点で、特殊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、健康の回復、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

⁵³ 日本医療労働組合連合会「第56回定期大会議案大会議案」2006年、31ページ。

⁵⁴ 日本医療労働組合連合会「第57回定期大会議案大会議案」2007年、26ページ。

日本医療労働組合連合会『医療労働』No.515、2009年7月号、14-36ページ。

⁵⁵ 2008年9月9日、杉林によるB、C、F、2008年10月8日Hからのききとりにもとづく。

ないという意味で、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⁵⁶。

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ない。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、全人格的な創造的対人サービス労働が可能となるからである。

しかし現在、医師、看護師など医療労働の中核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。古くから看護師は病人や障害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不可欠な職業として認められてきている。

川島みどりは、看護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。」⁵⁷

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、看護師の結集は決して多くはなかった。看護師は「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

⁵⁶ 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。

⁵⁷ 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。

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。

しかし医療の現場を担い、患者の健康回復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。医療の改善は看護師を抜きにしてはあり得ないという事実は、看護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。

看護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」闘いへと必然的に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・閉鎖」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、本稿3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。

「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組合もある。「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の結果である。これは医療がチーム労働であることの確認である。

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、事務従事者など、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。これは看護労働が独自の専門性を持っていることの結果である。

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、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師と看護師である。

日本医労連に組織されている16万5千人(2008年現在)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。彼らこそ多様な医療労働者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、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られる。

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、人間が豊かに生きる権利を保障するものであり、また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の育成・訓練と彼らの労働条件の改善なしには克服されえないが、医療改革の大衆運動の発展を文字どおり担っているのは、看護師たちの運動なのである。