

# 看護師増員のために

山口大学 経済学部 教授  
馬田 哲次

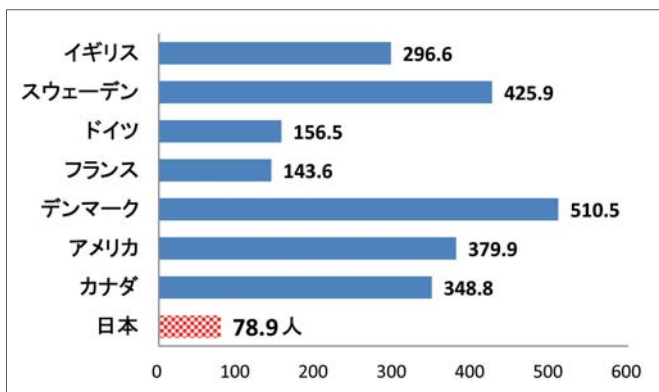


専門は理論経済学。組合で病院担当になったのをきっかけに、医療問題も研究の一部にしています。

はじめに

図 1 の通り、100 床あたりの日本の看護職員数は、先進国の中で極端に少ないです。

図 1



出所：日本看護協会の看護統計資料より作成

この主な原因は、診療報酬制度をはじめとした医療保険制度、多くの日本人がとる思考・行動のパターン、そして、看護師の権利意識とその行使のやり方にあると思われます。制度的な問題については、これまでも、充分とはいえませんが、拙稿馬田 (2012a)、(2012b)、(2014) で論じてきたので、本稿では取り扱いません。思考・行動のパターンとは、何か問題に直面したときに、多くの日本人は、自分が我慢するという行動を選ぶ人が多くいるように思われることです。表だって不平・不満を言うのではなく、何も言わずに病院を辞めていく人も多いようです。このテーマも本稿では扱いません。本稿では労働者の権利意識とそれをどう行使するか、そのためにどうやって組合員を増やし、組合を通じて権利をどう実現していくかということについて、看護師を中心に、国立大学の附属病院を念頭に置きながら論じます。

## 1. 労働者の権利

労働者にはどのような権利があるか知らない人も多いと思われます。看護師の増員に関連して特に重要なのは、労働基準法の次の条文だと思えます。

第 32 条 使用者は、労働者に、休憩時間を除き 1 週間について 40 時間を超えて労働させてはならない。

2 使用者は、1 週間の各日については、労働者に、休憩時間を除き 1 日について 8 時間を超えて労働させてはならない。

第 34 条 使用者は、労働時間が 6 時間を超える場合においては少なくとも 45 分、8 時間を超える場合においては少なくとも 1 時間の休憩時間を労働時間の途中に与えなければならない。

第 35 条 使用者は、労働者に対して毎週少なくとも 1 日の休日を与えなければならない。

第 39 条 使用者は、その雇入れの日から起算して 6 ヶ月間継続勤務し

全労働日の8割以上出勤した労働者に対して、継続し、又は分割した10労働日の有給休暇を与えなければならない。

要するに、これらの法律をきちんと守り、守らせるためには、十分な人員が必要で、これを実現するだけでもかなりの増員になると思われます。

第32条が守られればいいのですが、現実には不可能な場合が多いので、次の、第36条があります。

第36条 使用者は、当該事業場に、労働者の過半数で組織する労働組合がある場合においてはその労働組合、労働者の過半数で組織する労働組合がない場合においては労働者の過半数を代表する者との書面による協定をし、これを行政官庁に届け出た場合においては、第32条から第32条の5まで若しくは第40条の労働時間（以下この条において「労働時間」という。）又は前条の休日（以下この項において「休日」という。）に関する規定にかかわらず、その協定で定めるところによって労働時間を延長し、又は休日に労働させることができる。ただし、坑内労働その他厚生労働省令で定める健康上特に有害な業務の労働時間の延長は、1日について2時間を超えてはならない。

労働者の代表と労使協定を結ばないと1日8時間を超える労働をさせてはいけないので、労働者代表は大きな権利をもっていることになります。労働者代表に労働者の立場に立つ者が選出されるか、使用者側の立場に立つ者が選出されるかは、労働条件に大きな影響を及ぼします。過半数組合であれば、自動的にその組合の代表者が過半数代表になり、使用者の立場に立つ者が労働者代表に選ばれることはないので、過半数組合をつくることはそういう意味でも重要です。

実際に増員するには、労働基準法の次の条文が非常に重要だと考えます。

第37条 使用者が、第33条又は前条第1項の規定により労働時間を延長し、又は休日に労働させた場合においては、その時間又はその日の労働につ

いては、通常の労働時間又は労働日の賃金の計算額の2割5分以上5割以下の範囲内でそれぞれ政令で定める率以上の率で計算した割増賃金を支払わなければならない。ただし、当該延長して労働させた時間が1ヶ月について60時間を超えた場合においては、その超えた時間の労働については、通常の労働時間の賃金の計算額の5割以上の率で計算した割増賃金を支払わなければならない。

要するに、時間外手当をきちんと支払わせ、サービス残業を無くす必要があります。時間外手当を支払うことは、費用の増加になり、時間外手当を支払う方が、増員するよりも費用が増加するという状況になると、使用者に増員をするというインセンティブが働くことになります。

どれくらいの時間外労働があると増員した方が得なのか、計算してみます。全大教(2016)によると、終業後の業務は、看護記録が一番多く、79.8%になっています。時間外労働を減らすには、原因を詳しく分析する必要がありますが、単純に人手不足のために時間外労働が発生していると考え、1日8時間、週40時間を標準的な労働時間と考えます。時間外手当が、1人の8時間労働の賃金を上回れば、1人多く雇った方が得なので、時給をw円、時間外労働時間をx時間とすると、

$$1.25 w x > 8 w$$

が成り立てば、1人多く雇った方が得になります。これを解くと、

$$x > 6.4$$

となります。このxは、雇用されている労働者全員の時間外労働を足し合わせたものなので、もし、雇用されている労働者が10人なら、1人あたりの平均時間外労働時間が1日当たり、0.64時間を超えていれば、1人多く雇った方が使用者にとっては得になります。

全大教(2016)によると、23人に1人が月60時間以上の時間外労働を行っています。また、始業前と終業後を合計して、時間外手当が完全に支払われているのは12.8%で、全く支払われていないのは3.4%です。実働時間の申告については、始業前については、ほとんど申告は9.0%、申告なしは79.7%、

終業後の実働時間の申告については、ほとんど申告は38.3%、申告なしは9.2%となっています。時間外手当をきちんと請求し、支払わせることが、看護師増員のためには重要です。

また、7対1看護の導入で看護師が増員されましたが、その大きな理由の一つは、診療報酬の増加です。しかしながら、最低限必要な人員以上に増加させると費用の増加につながるの、出来るだけ最低限の増員で済まそうとするインセンティブが働きます。<sup>1</sup>

## 2. 権利を行使する

**労**働者には前節で述べた以外にも労働者を守るための法律がありますが、なかなか守られていません。何故守られないかという、これらの権利は、主張しなければ実現しないものだからです。

今野は、次のように述べています。

じつは、法律的に「正しい」というとき、そこには2種類の正義—国家（警察や検察など）の“取り締まり”によって実現する正義と、自由な市民同士“関係（約束・契約）”によって実現する正義—が存在する。（今野晴貴、2013、p.31）

契約上の権利というものは「主張しなければ実現しない」（同書、p.32）

実際には権利とは、契約など市民相互の関係に基づいて請求するものであり、常に「争って勝ち取るもの」なのである。（同書、p.33）

<sup>1</sup> 詳細な説明は、拙稿馬田（2012a）参照。

病院も経営体である以上、利潤をあげなければなりません。そしてより多くの利潤をあげるためには、費用は出来る限り削減する必要があります。そして、看護師を取り換えのきく労働力と考えるならば、辞めたら、或いは、極端に言って過労死したとしても、新しい看護師を雇うだけの話になります。資本主義経済の下での雇用は、基本的に、このような側面があります。

これらの権利を労働者が行使しない and / or 行使できない大きな理由の一つは、日本の企業の場合は、労働組合が存在しないか、存在していても企業別組合であるからだと思われま。

経済が高度経済成長時代のように拡大している間は、年功賃金、終身雇用で企業の成長と共に労働者の賃金も増加していくという側面がありますが、経済が停滞し、使用者から、雇用をとるか賃金をとるかを選択を迫られ、雇用を選択すれば、低賃金で働かざるをえなくなります。また、他の企業や海外での競争にさらされ、価格競争をするようになれば、より安い価格を実現するために、賃金をさらに引き下げざるをえなくなります。マクロ経済的には、賃金を引き上げる方が、消費需要が多くなり景気回復のためにはいいのですが、個別の企業にとっては、価格を引き下げのために賃金を引き下げるのが合理的です。企業の決定に任せていては、賃金が低く抑えられ、消費需要が増えないので、賃金を全体的に高く維持し、引き上げていく仕組みを作ることが、景気を良くするという観点からも重要です。

病院の場合は、診療報酬制度があるので、価格競争にさらされて賃金が低くなることはありませんが、看護師を増やしたり、或いは、ベテランの看護師を雇って、看護の質を高めたとしても、それが収入の増加につながるわけではないので、できるだけ看護師の数を最低限に抑え、低賃金で済むならば、ベテランではない看護師を雇おうとします。また、時間外手当を支払えば、利潤を引き下げることになるので、出来るだけ支払わないようにします。従って、黙っていても、時間外手当は支払われません。従ってまず、時間外手当の支払いを病院に要求する必要があります。

このときに問題になるのが、労働時間とは何かということですが、安西によると労働時間は次のように定義されています。「労働時間とは、一般に『労

働者が使用者に労務を提供し使用者の指揮命令に服している時間』をいうと定義されて」(安西愈、2013、p3) います。

さらに、次のように述べています。

実際に作業指揮下に入った時間が労働時間であることは明白であるが、その前後の付帯時間、たとえば作業服に着替えたり、掃除や整理、入浴、あと片付けなど実作業時間に接着する前後の時間が、どこまで労働時間になるかという問題がある。

これらの時間が労働時間になるか否かは、それがその作業や業務にとって必要不可欠で、かつその行為が労働者の自由裁量で任意的に行われるのではなく使用者の指揮命令の下に拘束され強制的に行われているとみられる時間であれば労働時間になる。(同書、P.8)

看護労働の場合は、始業開始前の情報収集、看護研究、看護計画、退院・通勤サマリー、臨床指導者の実習記録の点検、業務上の「研修会」「委員会」「会議」、プリセプター業務、新人看護師への指導、病棟相談会、チーム会は労働時間であり、これらの業務が時間外に及んだ場合は、時間外手当の対象となります。

また、新人だから残業代は請求してはいけないと言われるという話も良く聞きますが、上述したことから容易に判断できるように、使用者の指揮命令下にあり、労働時間なので、当然時間外手当の支払い対象になります。

重要なのは、何が労働時間であるかを労働者がきちんと認識し、時間外労働を自分がどれくらい行っているかきちんと把握することです。

そして、何が労働時間であり、時間外手当の支払いの対象になるか、使用者と話し合い、双方が理解し、納得する必要があります。今まで、時間外手当を支払わずに済ませたのは、使用者は支払う必要はないと思っているからかもしれません。また、知っていても、要求されない限り支払おうとしないからかもしれません。

話し合いをするという場合に、1人で交渉に行っても、まともに相手をし

ない可能性もあります。また、嫌がらせを受ける可能性もあります。そういう場合は、労働組合が団体交渉を申し込めば、使用者には、「団体交渉応諾義務」と「誠実交渉義務」があるので、労働組合と誠実に交渉する義務があります。

労働組合のメリットが議論になることがあります。看護師の増員をはじめ、労働条件の維持・改善のためには、労働組合は、入って当然です。労働者の権利は、自分たちで主張してはじめて実現できるものなので、黙っていても実現することはありえません。労働組合は入って当然だという時代がありました。でもそれは、みんなが入っているからだったのではないのでしょうか？ 労働契約に基づく権利の実現のためには、労働組合は入って当然だのように意識を変えていくことが重要です。

何が労働時間であり、時間外労働手当の支払い対象になるかを労使で確認したら、それを請求し、支払う仕組みをきちんとつくる必要があります。とりわけ、労働時間をどう管理するかが問題になります。タイムカードを使う、パソコンのログイン・ログアウトの記録を利用する、あらかじめ師長の許可を得る、事後報告で構わない等々の様々な取り決めが必要になります。

病院で勤務時間をきちんと管理するとともに、自分でも働いた時間をきちんと管理することが必要です。手帳を使えば、簡単に管理できると思います。よく使われている、1月当たりの日付がマス目状になっているタイプより、ノートのように、横に罫線が引かれたものが、労働時間の管理には都合が良さそうですが、手帳の使い方は人それぞれなので、自分で工夫すると思います。

新人看護師が入職した際に、時間外手当の申請方法を教えてもらうためには、労働組合に加入しなければならないような状況になれば、組合の加入者も増えるかもしれません。入職時の組合のオリエンテーションの際も、「時間外手当の申請方法教えます」と言えば、皆さん会場に残って話を聴くかもしれません。また、新人看護師には、給与明細の読み方や、時間外手当がきちんと支払われているか確認することを教えることも重要です。

病院に時間外手当を支払うお金がないから請求しないという話も良く聞きますが、本当にお金がないかどうかは、病院の損益計算書と貸借対照表を見

ないと分かりません。まずは、団体交渉等を通じて、それをきちんと請求することが必要です。

また、時間外手当の申請は、労働者間で問題になることはないと思いますが、年休の申請となると、時に労働者間で問題を引き起こすことがあります。限られた人員で業務を行っている場合には、多くの職員が同時に休めば、仕事が回らなくなることがあります。こういう場合は、使用者に「時季変更権」があり、希望する日とは別の日に年休を指定することが可能にはなっていますが、安易な行使は認められていません。看護師が何人いれば希望日に年休が取れるのか労使双方で確認し、人員増を実現させる取り組みが重要になります。

この点は、日本人の思考・行動のパターンに関わることで、正当な権利の主張でも上手くやらないと、労働者間で信頼関係を失ったり、使用者から敵視されることがあるので注意が必要です。

後述するように、診療報酬等の制度的な問題で病院の収入が低く抑えられているために、労働条件が良くないという側面があります。解決するためには、単組を超えた繋がりを広め、強化していくことが必要です。病院の中で争うことは、逆に、問題解決から遠のくこともあるので注意が必要です。

### 3. 病院支部を新たに作り、組合員を増やす

**大**学に労働組合があり、病院支部が機能していれば、上述したことが基本的な戦略になると思いますが、労働組合があっても病院支部がない場合があります。そのような場合、どうやって支部を作り、機能させていくかということについて、少し書いてみようと思います。

#### (1) 掲示板やチラシ等の配布ルートの確保

とにかく、大学に労働組合があるということを、看護師等に周知する必要があります。現代はインターネットが普及しているので、組合のHPやSNS

等を用いるのも1つの方法だと思いますが、意識的に検索エンジン等を利用しないと大学に労働組合があることが分からないので、古典的ですが、掲示板や配布ルートの確保をまずすべきだと思います。とりえず、労働組合の存在を知ってもらう必要があります。

キャンパスが複数に分かれていて、病院や医学部に行くことさえ大変だということもありますが、これをしないと始まらないと思います。

病院長、医学部長、看護部長等と話し、組合と一緒に、労働条件を良くするという話をすれば、それほど難しいことではないと思います。ついでに、医学部や病院を見学し、組合の部屋として使えそうなところはないか探しておくといいと思います。組合への加入者があれば、いずれ必要になります。

医学部や病院の事務等に組合員がいれば、彼らに掲示や配布を依頼することも可能かもしれません。また、学内便はどこの大学でも使えると思うので、学内便を利用すれば、封筒代等の費用はかかりますが、教職員に組合の配布物を配布することは、それほど難しくはないと思います。

#### (2) 掲示物、配布物の作成

掲示板や配布ルートを確認したら掲示物や配布物の作成が必要になります。病院には、一般の事務職員や教員とは違った固有の問題もあるので、掲示物や配布物を作るのは、病院支部がない単組には難しいかもしれません。そういう場合には、全大教病院協議会で作成しているリーフ、全大教新聞号外等からとりえず始めたらいいと思います。

その場合に重要なのは、それらには単組の連絡先が書かれていないので、単組の連絡先と「困ったら組合に相談して下さい」等の文言を別の用紙に書いて、同じ場所に掲示するか同時に配布する必要があります。

単組で組合ニュース等を配布している場合には、記事の一部を病院用に替えたり、加入申込書をつけたらいいかもしれません。

病院の問題に限りませんが、全国的に共通する問題と、単組に固有の問題があります。共通する問題については、病院単組交流ルームやHP等を活用

すれば、配布の問題はないと思うので、残る問題は、誰が、どういう内容で、どれくらいの頻度で作成するかということになります。

また、掲示物や配布物を見ただけで、組合に加入しようという気にさせる必要があります。どの病院でも様々な問題を抱えていて、共通する問題も多いので、ある問題が他の単組で解決したという情報を流せば、組合に加入しようと思う人が出てくるかもしれません。

掲示物や配布物を見て、労働問題について問い合わせが来て、それが、相談者の個人的な問題ではなく、病院内で働く看護師さんに共通した問題であれば、それを取り上げるにより、組合への加入者が増えることも期待できます。

逆に、個人的な問題であっても、労働組合を通じて解決可能な問題であれば、解決の手段・方法を説明し、そこで、まず組合員になってもらうことも重要です。組合員のための組合ということを明確にすることが必要です。

### (3) 入職時の組合オリエンテーション

多くの単組では、新入職員に対する入職時オリエンテーションを利用して、組合のオリエンテーションを行っています。しかしながら、病院に支部がないと看護師を対象とした組合オリエンテーションの開催は難しいと思われるかもしれません。

申し込む前から大学が断るのではないかと思います、申し込まない単組もあるかもしれませんが、あっさりと許可を出す大学もあるようです。

山口大学教職員組合では、大学から開催を拒まれたことはありませんでしたが、看護師対象の組合オリエンテーションを実施したにもかかわらず、加入者がいない年が何年も続きました。

現場で働いている人が、オリエンテーションで加入を訴えれば、身近な人の訴えで安心できるのと、さらに、多くの現職の看護師組合員が勧誘すれば、「みんな入っている」という意識が生まれ、多くの新人が加入しやすいと思います。

しかしながら、仕事等の都合で、現場からの参加が難しいので、何年も加

入ゼロが続くとさすがに無理ではないかと思いましたが、「あきらめたら人生は終わり」、「この方法はうまくいかないことが分かった」とポジティブに考えつつ、アイデアは湧いてくるので、アイデアが出なくなったら終わりと思いつつ、手を変え、品を変え続けていました。

2011年に、「看護師2万人に過労死の危険」というビデオを初めて流したときに、思いがけず、47名（参加者の約3分の2）の新人看護師の加入がありました。その後、22名（2012年）、4名（2013年）、30名（2014年）、21名（2015年）、75名（2016年、参加者の約半数、看護師の約3分の2）となっています。やっていることは毎年ほとんど同じです。ビデオを流し、「こういうことを二度と起こしたくないから組合加入を」と訴え、パワーポイントを用いて労働組合の説明をし、病院用組合加入リーフや全大教新聞号外を用いたクイズで場を盛り上げることです。病院の支部がなく、現職の看護師がオリエンテーションに参加できなくても、工夫次第で加入者を増やすことは可能です。

### (4) 組合員のフォロー

病院支部がなく、なおかつ地理的に離れていれば、加入後のフォローが出来ないので、組合への勧誘をしないということを聞いたことがあります。しかしながら、フォローのやり方は様々あります。全ての組合活動をフォローしようすれば大変ですが、一部は、完全に任せてしまうことも可能です。

組合活動は大きく分けて二つに分けられると思います。一つは、要求書を作成し、交渉するといった、労働条件の維持・改善に関わることで、もう一つは、レクリエーション等の親睦に関わることです。

要求書を作成し、交渉するということは、入ったばかりの新人看護師には難しいと思います。全大教病院協議会では、学長・病院長への要求書(モデル)を作成しているのですが、それに加筆・修正を加えると、要求書は何とか作成できるかもしれませんが、誰に提出し、どういう手順で交渉をするかといった経験がないので、初めのうちは手取り足取り教える必要があるでしょう。

そのときに必要になるのが、病院支部の部屋です。組合に加入すれば、そ

れがあった方が、格段に活動がやりやすくなります。

要求書の作成等で話をするときには、実際に会って話をするのが一番いいのですが、現在は、インターネットを利用して、顔を見ながら話することも可能です。病院支部に部屋を確保し、インターネットに接続してテレビ会議が出来れば、移動の手間がなくなります。

また、組合の部屋があれば、時間があるときに駄弁ったりしてストレスの解消になったりもします。職場の問題点を自分1人で抱え込まずに、みんなで共有することも可能になります。

要求書の作成や交渉に関しての経験を何年か積みめば、徐々に自分達だけで出来るようになると思います。

レクリエーションや懇親会等に関しては、予算と支払いの方法を明確にして、新人の組合員に完全に任せてしまうという方法もあります。年齢を重ねると経験が災いして新しいことが思いつきにくくなるようです。新入組合員に任せてしまった方が、斬新な楽しい企画を思いつくかもしれません。

また、最近は、新卒ばかりではなく、他の病院を辞めてこられる看護師もいます。前の職場で組合の活動の経験があるかもしれません。

上述したように、離れた病院支部に組合員が加入した後のフォローについては、それほど難しく考える必要はないと思います。

#### (5) 病院支部規約の作成

いつの段階がいいのかよく分からないところもありますが、組合員が増えた時には、病院支部の規約が必要になると思います。ある程度の組合員が加入したとしても、早い段階では、活動の中心がレクリエーションや懇親会等であれば、必要な費用もその都度中執と相談してということでも可能かもしれませんが、病院支部の組合員が増えれば、支部の役員や財政も独立させて、名実ともに自律的な組織にしておくことが必要だと思います。

この段階になれば、中心的な人も現れていると思うので、彼ら／彼女らを中心に、自分たちで規約を作っていくことが重要だと思います。

役員が、苦にならず、楽しんで続けられる組合を作っていくことが大切です。

## 4. 予想される使用者側の反応

**時** 間外手当の支払い等で団体交渉を申し込んだ場合は、使用者側の反応がいくつか予想されます。対応のやり方について書いてみようと思います。

### (1) 交渉に応じない場合

使用者側が交渉に応じない場合は、「団体交渉応諾義務」と「誠実交渉義務」があるので、交渉に応じなければならぬと使用者側に教えましょう。独法化以降、団体交渉のやり方が大きく変わっています。労働基準法や労働組合法を全然知らない使用者もいるようです。組合の役員になったら、労働法の重要な箇所は勉強しておかないと交渉する上で不利になります。

それでも、交渉に応じない場合は、労働委員会に申し立てる等の方法があるようです。

### (2) お金がないから支払えないと言われたら

お金がないから支払えないという話も良く聞きます。しかしながら、お金がないというのは本当でしょうか？ 数年前の診療報酬引き下げの理由の一つは、病院収益の黒字でした。本当に赤字かどうか、病院の損益計算書と貸借対照表を提出させて、確認する必要があります。過剰な設備投資が行われていたり、不要不急の無駄な支出が多い可能性もあります。

本当に赤字だった場合は、その原因によって、対応は様々だと思います。不払い残業は労働基準法違反で、使用者は6ヶ月以下の懲役または30万円以下の罰金に処すると定められているので、不払いの時間外手当は支払われると思いますが、力関係その他により、どこまでさかのぼって支払われるかは、ケースバイケースのようです。いずれにしても、不払い労働ということを証明する必要がありますから、労働時間を記録しておくことは必須です。

重要なのは、赤字の原因が使用者にあるのか、制度等の問題にあるかの見極めだと思います。

国立大学法人の場合は、病院の赤字を運営費交付金で補填してでも、時間外手当は支払うと思われませんが、このような状態が持続すれば、教育研究に影響が出てきます。問題の原因が、診療報酬等の制度的な問題にある場合、使用者と争っても、問題は解決しません。職場の人間関係を悪くするばかりです。医療ミスの原因になるかもしれません。組合が悪者にされたらたまりません。我々の労働条件は悪化の一途をたどることになります。

赤字の原因が制度的な問題にある場合は、問題の原因を労使で共有し、様々な機会をとらえて、診療報酬の引き上げや、大学の附属病院の場合は、運営費交付金等の増額を要求することが、とても重要になります。

## 5. 診療報酬制度等、制度の問題にどう対応するか

**病**院の収入は診療報酬制度で決まるので、それを変えない限り、病院の収入は増えません。診療報酬制度に合わせて、収入が増えるように診療を変えということも、理論的には可能ですが、大学の附属病院は地域医療の中心でもあるので、儲けにならないから治療をしないというのは、なかなか難しいと思います。

診療報酬制度は、医療保険制度全般に関わり、本稿の中心テーマではないので詳しく論じることはしませんが、医療保険制度の財政問題を解決するための根本的な方法は、拙稿馬田（2012a）で論じたように、罹病率を引き下げることですが、根本的な解決策がとられない場合は、税金を投入するにせよ、保険料を引き上げるにせよ、いずれにせよ、誰かの負担を増やす必要があります。

保険料を引き上げるにせよ、税金を増やすにせよ、広義の財源の一つは、使われていない大企業の内部留保になると思います。

日本経済が停滞しているもっとも大きな原因は、大企業の内部留保です。これが国内の設備投資に使われたら、日本経済は一気に回復します。しかしながら、利益の上がる投資先が見つからないので、使われずに残っています。

資産税を導入したり、法人税を引き上げたり、所得税の累進課税を高めたりと様々な課税方法はありますが、大企業中心の政治が行われている限り、それは実現しません。

内部留保を減らして、賃金を増やせば、消費需要も増え、景気も回復していきます。経済が成長すれば、社会保障の負担も軽減されます。しかしながら、日本の労働組合は企業別組合であるために、企業が存続するために、価格を引き下げて競争に勝つためにサービス残業を増やし、賃金を引き下げようとする側面があります。

また、雇用問題を自己責任の問題にし、自助努力を進め、正規労働者と非正規労働者、派遣社員間との競争を激化させ、労働者の分断を図り、労働者間の無益な競争に追い込むこともあります。こういう状況では、たとえ正社員になったとしても、過酷な労働条件であることに変わりはありません。

これを解決する一つの方向性は、同一労働同一賃金であり、それを実現する一つの方法は、職種別組合の結成です。世界的にはこの制度が一般的なようですが、すべての職種が一斉にということは難しいかもしれません。やれるところからやるということは、一つの方向性だと思います。

看護師の場合は、他の病院で働いても同じ労働条件であるならば、辞めて労働条件のいいところに異動することは意味がなくなるので、同じ職場で働き続け、労働条件を良くするために、労働組合を通じて頑張ることになるので、労働条件の維持・改善に努めることに繋がると考えられます。

看護師の場合は、同一労働同一賃金を比較的達成しやすい状況にあると思われませんが、それでもその実現のためにはかなりの年数が必要だと思われます。それまでに必要なのは、単組でサービス残業をなくす取り組みを進めるとともに、単組間の繋がりを強化して、その取り組みの経験を共有することです。何を労働時間・超過勤務の対象とするか、労働時間を自分で、また、病院でどう管理するか、どのように交渉を進めるかといったことは、単組ごとに手探りで進めるよりも、交流して経験に学ぶ方がはるかに分かりやすく効率的です。

単組ごとに賃金、労働条件の交渉を進めながら、全ての単組が同一の賃上



げを要求し、それを実現することを通して、同一労働同一賃金が実現し、職種ごとの全国的な労働組合が結成されていくのかもしれませんが。

また、病院の収入を増やすには、診療報酬の改正を含め、社会保障の充実が必須です。国会議員への働きかけも重要な取り組みとなります。個人で、また単組だけでできる取り組みではないので、ここでも単組を超えた繋がりが重要になります。

さらに、繋がりを無くしていくと、自分一人で権利を実現することは難しくなるので、賃上げ等を政治家の強力なリーダーシップ等に求めるようになります。これは、ファシズムに繋がる危険性があります。自分たちの権利は、自分たちで実現すること、繋がりを強化して実現することを意識して行動することが、とても重要です。

## おわりに

**本**稿では、看護師の増員を実現するためには、日々の労働の現場で、今もっている権利を意識し、それを実現しようと行動することの重要性について述べてきました。権利は行使しなければ、知らぬ間になくなってしまいかもかもしれません。自分自身が健康でないと、いい看護はできません。自分たちの権利を行使することは、自分たちの健康を守るため、患者の命を守るため、そして、労働者全体の労働条件を維持・改善し、日本の社会保障を充実させていくためにも重要なことです。決して、労働者個人の身勝手な要求ではありません。

また、病院支部がない単組で、どのようにして、看護師の組合員を増やし、病院支部を立ち上げていくかについて、試論を述べてきました。単組が置かれている状況は様々だと思います。全ての単組に当てはまるたった一つの方法はないでしょう。マニュアル化できるところとできない所があります。ここで述べた試論を基に、単組で様々な工夫をされ、組合員の拡大と労働条件の維持・改善に繋がれば幸いです。

## 【参考文献】

- 安西愈（2006）『新しい労使関係のための労働時間・休日・休暇の法律実務  
〔全訂六版〕』中央経済社
- 馬田哲次（2012a）『看護労働改善のために』全大教時報 Vol.36, No.1
- 馬田哲次（2012b）『安全・安心の医療を目指して』全大教時報 Vol.36, No.4
- 馬田哲次（2014）『2025年モデルを考える』全大教時報 Vol.38, No.4
- 今野晴貴（2013）『日本の「労働」はなぜ違法がまかり通るのか？』星海社  
新書
- 佐藤優（2016）『資本主義の極意 明治維新から世界恐慌へ』NHK出版新書
- 日本医療労働組合連合会（2014）『2014年度版 女性の権利ノート』日本医  
療労働組合連合会
- 全大教（全国大学高専教職員組合）（2016）「国立大学病院看護労働実態調査  
中間報告」全大教

## 【参考 HP・ダウンロード資料】

労働基準法

<http://law.e-gov.go.jp/htmlldata/S22/S22H0049.html>

2016年6月30日参照

諸外国の看護師等の数、人口対比

<https://www.nurse.or.jp/home/statistics/pdf/toukei10-2016.pdf>

2016年7月24日取得