国立病院・療養所の再編成・「合理化」 と労働組合運動

原 嘉 彦

は し が き

国立病院・療養所の統廃合・移譲による再編成・「合理化」は、1981年以降数次にわたって出された第二臨調の「答申」と、それを受けた政府の「行革大綱」によって方向づけが行われ、1985年厚生省によって発表された「国立病院・療養所の再編成・合理化の基本方針」（以下「基本方針」）、翌年の同「全体計画」によってその全貌が明らかになった。ここで打出された「再編成・合理化」の中心的内容は、全国立病院・療養所の3分の1にあたる74施設を、86年度から10年計画で廃止するとともに、国立医療機関の役割を高度専門医療に特化し地域の日常医療を切捨てるということである。このことから、国立病院・療養所（ハンセン病療養所を除く）が所在する239地域の住民は、なかでも離島・辺地など医療過疎地域においては多大の犠牲と日常的不安を強いられることになり、地域医療をめぐる国立医療機関の性格やあり方を改めて問い直さねばならぬ多くの問題をなげかけている。

同時に、注目すべきことは、国立病院・療養所の再編成が、1985年の医療法改悪を機にした一般病院・病床の大幅削減と中間施設化構想による医療制度の萎縮的再編成・総量規制と、深い関わりをもって提起されたということであり、かつ先行して進められてきた医療保険制度の縮小・解体政策とも対応したものだということである。要するに、戦後、民主勢力のたたかいによって築きあげ

られた国民医療の基本的枠組みを、「戦後政治の総決算」路線のもとで解体・再編する重要な一環として、国立病院・療養所の再編成が位置づけられているということである。したがって、いま各地で展開されている全医労と地域住民の「存続・充実」を求める共同行動もまた、国の医療政策全般とその根源に向けて発展する性格をもつものとして、改めて注目せねばならないであろう。なお、この点に関しては、再編成の先兵として84年に打出された国立療養所長寿園の廃止・統合をめぐる闘争において、労働組合と住民側が長期の共同行動によって不十分なながらも基本的に阻止しえたことは、今後の運動と国民的動向を展望する上で重要な教訓をもたらしているといえる。

本稿は、以上のような問題意識のもとに、国立医療機関の再編成が内包する諸問題とそれに対応する運動方向について考えてみたいと思う。

I 国立病院・療養所再編成の経過と背景

(1) 戦後の医療政策と国立医療機関の地位

国立病院・療養所（ハンセン病療養所を除く）は、第二次大戦後、陸海軍病院・療養所146施設と戦時医療機関として設けられた日本医療団の医療施設のうち結核療養所93施設が、1945年及び47年にそれぞれ国に移管されたことによって出発した。続いて1948年には医療制度審議会が、わが国の医療供給体制を国公立病院中心に整備する旨の「答申」を打出したが、実際にはそれとは逆の方向に進められることになった。すなわち、翌49年には占領軍の強制によって、「国立病院特別会計制度」いわゆる独立採算制が導入され、51年には国立病院60施設の地方移譲という大がかりな整理計画が発表される。だが、これは全医労（全日本国立医療労働組合）の粘り強い反対闘争によって、52年から3年ばかりで僅かに10施設を移譲するにとどまった¹⁾。その後、労働組合・民主団体の社会保障確立をめざす運動の高まりのなかで、新国民健康保険法が58年に成立、59年に施行されることによって国民皆保険が確立し、病院の量的整備が急がれ

ねばならなくなった時、国・公立病院の設立や病床数を規制する「公的病院病床規則」が共産党を除く各党賛成の議員立法として成立（1962年第41国会）したのである。それが何を意味するかは、おのずから明らかであろう。つまり、その後のわが国における病院の整備充実は、民間中心に展開されることになるのである。²⁾ そのうえで、国立医療機関に対しては、64年に第一次臨時行政調査会が「国立病院・療養所のあり方を根本的に検討し、地方自治体や民間で行いうるものは積極的に移譲すべきだ」との「答申」を行い、それをうけて厚生省は1カ月後に「国立療養所整備特別会計」構想を打出した。これは51年の国立病院地方移譲に匹敵する大規模なもので、国立療養所の半数を実質的に切捨てるというものであったが、これも全医労の反対闘争が続くなかで予算のめどがたたず流産してしまった。³⁾ また、68年には「国立病院特別会計法」の適用を、国立療養所にも拡大する法改正が行われ、ハンセン病療養所を除くすべての国立医療施設において、地域条件や施設の性格を無視した独立採算性による収支管理が強められることになった。

もともと、わが国において公的医療機関の整備・充実が進められなかったのは、戦前の絶対主義的天皇制のもとで、医療制度が自由開業医制度を主体にして発達し、地域住民による自主的な医療機関の育成や、国と地方自治体による公的医療機関の整備・充実が怠たられてきたことにある。⁴⁾ 戦後は、民主運動の高まりのなかで、軍病院の移管などによる国公立病院の整備を軸に医療制度の民主的構築がすすみはじめたが、それが前述のように流産させられたのは、基本的にはアメリカの占領支配によるものであり、それにつづくサンフランシスコ体制のもとでの軍国主義復活、独占資本の復活強化を根源とする政府の低医療費・低福祉政策によるものであった。⁵⁾ だが、ともあれ国立病院・療養所は、こうした制度・政策上の抑制のもとにあっても、なお、戦後における結核医療においてその中心的役割を果たしたばかりか、その後における疾病構造の変化に対応して、脳卒中、リハビリテーション、難病・重症心身障害、進行性筋ジストロフィ、精神・神経疾患などの専門医療に取り組むとともに、地域住民の日常的な医療要求に密着した一般医療を行う医療機関として、しかも社会保険の診

療報酬のみで差別・差額医療をしない非営利的医療の拠点としての役割を果たしてきた。⁶⁾

(2) 医療保険・医療制度の抜本改悪と国立病院・療養所の再編成

国立病院・療養所再編成の直接的な背景は、1974・75年恐慌を機にした自民党政府の医療費抑制策の展開であるといえよう。その政策の主な内容は、医療保険の縮小・解体と医療供給体制の縮小・選別再編成であり、それは同時に医療分野への民間企業の参入、いわゆる「民間活力」の導入を促進するものでもあった。国立医療機関の再編成は、これらの一環として打出されたのである。

すなわち、1975年の大蔵省による民間医療保険の奨励、翌年の同主計局による老人医療無料化批判に始まり、77年には政府の医療保険制度改革14項目発表へと進む。80年代に入るとともに、老人保健医療対策本部（80年6月）、国民医療費適正化総合対策本部（80年10月）が厚生省内に相ついで設置されるが、とくに後者は発足と同時に「国民医療費適正化に関する総合対策推進要綱」を発表し、「当面強力に推進する対策」として行政指導による診療抑制⁷⁾、老人医療の合理化・体系化などをあげるとともに、医療機関・医療従事者の削減・規制など、医療供給を抑制する方向を「検討を急ぎ速やかに実施に移す対策」として打出した。こうして1983年2月には老人保健法が施行されるが、これは有料化の復活、差別診療の導入などによって国が負担する医療費の抑制をはかるとともに、自己負担の増加、私的営利保険の育成への道をきりひらくものであった。その意味で、老人保健法の施行は「日本の医療保障の公的性格を拡充する路線から、私的性を強化する路線へと転換することを象徴的に示した⁸⁾」ものであるといえる。同時に、それは対応する老人病院などの新設による医療機関のランク別制度を導入し、医療供給抑制への布石を敷いたのである。そしてこれが一般病院・病床の大幅削減につながる85年12月の医療法改悪、87年1月の老人保健法改悪実施による老人保健施設の創設（患者負担の大幅増⁹⁾、中小医療機関の転用の強要）へと発展させられたのである。

ところで、病院・病床の大幅削減と老人保健施設など中間施設への転換とい

う医療サービスの総量規制の方向は、いうまでもなくアメリカの医療制度を手本にしたものである。先進諸国のなかで医療保障制度が極端に遅れているアメリカ¹⁰⁾においては、一般病院・病床数とも人口単位当りでみた場合、先進諸国のなかで際だって少ない。しかも、レーガン政権下での公的医療切下げによって病院経営が厳しくなり、1985年までの10年間に、病院数は漸減、病床数は150万床から90万床に激減するという異常な状態をつづけている。他方、中間施設（ナーシング・ホーム）の施設数は85年までの12年間に半減（5年間に3割減）するという大幅な減少を示しながら、病床数は逆に12年間で28万床もの大幅な増加（5年間で19万床増）¹¹⁾を示している。これは大多数が営利企業として設立・運営されていることもあって、施設間の吸収・合併と規模拡大が進んでいることを物語っている。だが、それにしても注目されるのは、ナーシング・ホーム病床数の増加が病院の病床数の減少をカバーしておらず、全体としてはベッド数が大幅な減少を示していることである。寄せ集めの数字であるため、杜撰のそしりをまぬがれることはできないが、大略の傾向と特徴は掴みうるであろう。ともあれ、こうした後進的・営利的なアメリカの方式に向けて逆流させようということ、これが今日の医療制度再編成の中心的内容だということである。国立病院・療養所の縮小再編成は、こうした医療サービスの総量規制・営利化路線の一環として、かつその先導役としての役割を担うものであるということができよう。国立病院・療養所再編成問題懇談会の発足（1984年10月）が、公的医療保険制度の縮小・解体の土台を築いたものと評価されている健康保険制度の抜本改悪（本人10割負担原則の廃止、差別医療や自由診療など営利化への道をひらく特定療養費制度の導入など）をみた直後であることも決して偶然の符合だとはいえないであろう。

(3) 国立病院・療養所の再編成をめぐる長寿園問題の意義

すでにみてきた通り、国立病院・療養所の縮小再編成はこれまでも二度にわたって提案されてきたが、いうまでもなく今回のそれは前回とは大きく異なっている。前の二回は、戦後日本資本主義の復活過程あるいは高度成長過程

において出されたものであり、公的医療機関の役割を担う主体を国と地方自治体のいずれにおくかという議論も多分に含まれていた。だが、今回は、戦後資本主義の構造的矛盾の激化のもとで、世界最強の競争力をもつまでに到達した日本独占資本が新たな世界戦略を展開するために「日米軍事同盟の強化、日本の軍国主義化、帝国主義復活・強化と、日本型ファシズムへの道を新たな段階におしすすめるもの¹⁴⁾」として打出した「戦後政治の総決算」の一環として提起されているということである。したがって、今回は前回とは異なり国立病院・療養所の役割そのものを改変するという、医療制度上の重要問題を含んでいるだけでなく、その遂行の成否が医療政策全般ひいては「総決算」路線全般に影響しかねないという重要性をもっている。それだけに、再編成計画の提案と実施に対する政府の決意は厳しく、たとえば長寿園問題にみるように、事前に最も保守的な地域で既成事実をつくろうとするような手のこんだ策動まで用いているのである。

ところで、国立病院・療養所の再編成問題が公式に明らかにされるのは、第二臨時行政調査会の第1次「答申」（1981年）であった。同「答申」は、「行政の合理化、効率化の推進」の項で国立病院・療養所について「①地域の医療供給体制を踏まえた施設の整理統廃合及びその病床数の削減合理化と、②清掃、給食、電話交換、ボイラー運転等の役務業務の民間委託」を提起した。さらに第3次「答申」（1982年）で「国立医療機関の機能の特化」などが追加され、これら「答申」の線にそった数次にわたる「行革大綱」にもとづいて、厚生省は1985年3月に「国立病院・療養所の再編成・合理化の基本方針」を、翌86年1月に「全体計画」をそれぞれ発表した。また、その実施にあたっての経営移譲や資産譲渡の方法・条件を定めた「国立病院等の再編成に伴う特別措置法」（以下「特別措置法」）は、国会上程後さまざまな屈折を経ながら87年9月に通過、同10月公布され、これによって再編成へのお膳立てが整えられたのである。

ところが、厚生省は「基本方針」や「全体計画」を発表する前の84年8月、突如として国立療養所長寿園（70床、群馬県吾妻町）を86年度末をもって国立療養所西群馬病院（345床、同県渋川市）に統合すると発表してきたのである。い

うまでもなくこの狙いは、全容を表わす前の単なる“瀬踏み”などではなく、これによって既成事実をつくることによって全医労と地元住民との分断をはかり、統廃合・移譲計画全体の突破口にしようというものにはかならなかった。その意味で、長寿園は格好の標的だったのである。

長寿園の地元群馬県は、自民党の得票率が全国屈指の高率¹⁵⁾であり、しかも、同園所在の衆議院第三区は、現職の中曽根首相（当時）と福田元首相という二人の総理を地元選出議員として持つ保守的気風の強い土地柄である。だが、こうした「有利」な土壌のなかで一挙に既成事実をつくりあげようという厚生省の目論見も、見事に覆えされた。全医労、日本医労協（現・日本医労連＝日本医療労働組合連合会）、国公労連（日本国家公務員労働組合連合会）による三者共闘は、患者や地域住民に積極的に働きかけて、地元吾妻町坂上地区を中心に「医療を守る住民組織」の結成に成功するなど、労働者と地元住民が一体になった大衆行動で粘り強くたたかわれた。こうした共同闘争の高まりによって、遂に厚生省は86年3月、長寿園を西群馬病院の分棟（35床、職員32人）として残すという形での決着を余儀なくされたのである。なお、その後も厚生省は分棟を完全廃止に持込むために、「国が運営する坂上診療所¹⁶⁾」を設立するなど異例の措置を行っているが、存続運動の側も「外来を充実させるための坂上診療所の各科増設」要求を掲げるなど、柔軟で粘り強いたたかいを継続している。

こうして長寿園の廃止・統合問題をめぐる闘争は、厚生省の先制攻撃を空振りに終わらせただけでなく、国立病院・療養所の統廃合・移譲の反国民的性格を地域住民の中に鮮明にしたこと、住民の生命と健康をおびやかす医療改悪のような問題については、いかなる保守的地域においてもその圧倒的多数が労働組合と協同して政府に対するたたかいに立ち上がり、粘り強くたたかうものだという¹⁷⁾ことを明らかにした。「全体計画」が発表される前に、この闘争が全国注視のなかでたたかわれたことは、全国の医療労働者と地域住民のなかにはかり知れない勇気を与え、豊かな教訓を残すことになったのである。仕掛人にとってはまさに皮肉な結果であったといえよう。

1) 全日本国立医療労働組合編『全医労20年の歩み』1968年、17～20ページ。なお、

- 10施設の移譲のほかに、15施設を結核療養所に転換して決着。
- 2) このため、国立病院・療養所の全病院中に占める比率は、1951年の7.3%から84年2.7%へ、病床は同じく30.3%から6.2%に激減する。なお、文部省所管の国立大学付属病院数を加えると、国立病院の絶対数は変わらない。全医労・日本医労協パンフレット「今、なぜ国立か」1986年、2ページ参照。
 - 3) 第一臨調「答申」をうけた1964年10月発表の厚生省「方針」は、療養所の敷地処分などで財源を調達し、国立療養所172施設のうち87施設を5カ年計画で整備し、残る85施設は保安整備にとどめ実質切り捨てを狙うものであった。全医労は“国立療養所を半分にへらし、職員1万人以上の首切りをねらうもの”とのスローガンをかかげてたたかい、65年予算編成過程で断念させた。前出『全医労20年の歩み』、62～63ページ参照。
 - 4) 「国民のいのちと健康をまもる——医療保険、医療制度を根本的に改革する日本共産党の提案」『赤旗』1977年7月5日号外、『日本共産党の医療改革への提言』日本共産党出版局、1979年、71ページ。
 - 5) 同前、72～73ページ。
 - 6) 前出『今、なぜ国立か』、12ページ。
 - 7) 1981年6月改定を出発点とする診療報酬のマイナス改定、マルメによる点数の包括化、高額医療の中央審査などレセプト審査強化と査定減、等々を通じての医療機関に対する診療抑制が今日行われている。
 - 8) 日野秀逸編著『日本医療の焦点』、あけび書房、1986年、11～12ページ。
 - 9) 同前、14ページ。日野氏は、厚生省の一般病床削減構想について「1985年8月にだされた中間施設についての『中間報告』をまとめた……懇談会の座長代理をつとめていた佐武利輝彦氏（厚生省・元医務局長、厚生省・病院管理研究所の前所長）……などが、老人保健法をつくる時にさかんに言って歩いたことは『日本には約170万のベッドがあるけれども、本当は70万で間に合う。しかし、すぐさま70万というわけにはいかないから、さし当りは100万ぐらいあれば十分だ』『あとの70万は中間施設に』ということですよ」と、述べている。
 - 10) アメリカにおける公的医療保障制度は、1965年に創設されたメディケア（65歳以上の老人を対象、のち身障者、慢性腎疾患患者に拡大）とメディケイド（貧困者医療扶助制度）だけで、他は自費診療（その多くは民間医療保険に加入）である。なお、この保障制度は、ベトナム戦争での「北爆」を強化しつつ、国内で高揚した黒人の人種差別撤廃闘争、生活擁護闘争をかわずために創設された（日野秀逸『現代日本の医療政策』、労働旬報社、1984年、第5章参照）。
 - 11) 『厚生白書』、昭和62年版、233ページ。
 - 12) 八田英之「拒否すべき未来像」『経済』、1988年9月号、203ページ。
 - 13) ナーシング・ホームの1973年、78年、80年の施設数・病床数は、日野秀逸・西

岡幸泰編『図説・日本の保険医療』、労働旬報社、1984年、321ページ。1985年の数字は、前掲八田英之論文203ページ。

- 14) 「日本共産党第17回大会決議」【前衛】、1986年1月臨時増刊号、84～85ページ。
- 15) 党派別得票率をより明確に示す参議院地方区における群馬県の自民党得票率は、80年で70.09%（大分に次いで第2位）、83年で65.52%（熊本・佐賀に次いで第3位）、86年で67.95%（山梨に次ぎ第2位）（【前衛】、1986年9月、臨時増刊号、「資料」20ページ参照）。
- 16) 「衆議院社会労働委員会議事録」（1985年3月7日）によれば、「診療所について、国が責任をもって診療所を建て、町の負担にならないようにする」という厚生省木戸審議官メモが町助役に手渡されていたことについて、共産党浦井衆議院議員がメモの責任性と診療所の設立主体はどこになるのかという点について追及、大池保健局長の答弁は終始不明確であった。そういう意味で、その後設置された異例の坂上診療所は「紛争中の産物」ということができよう。
- 17) 長寿園闘争について書かれたものは多いが、ここでは次の2点をあげておく。
田岡靖久「長寿園闘争の到達点と教訓」、前出『日本医療の焦点』。日本医労協・国公労連・全医労共催「統廃合・移譲反対闘争推進全国活動者会議・基調報告」【医療労働】、1987年6・7月合併号。

Ⅱ 再編成・「合理化」計画の内容と問題点

国立病院・療養所再編成の中心をなすものは、ハンセン病施設を除く239施設のうち、経営移譲によって34施設、統廃合で40施設、合わせて74施設を廃止し、残る165施設の機能を高度専門医療に特化するとともに、新医療法の「医療計画」に整合するよう5つのランクに再編¹⁾・配置するというものである。なお、この場合、廃止対象施設の選定について「通常、病床数300床を下廻る程度の規模の施設を検討の対象とする。ただし、300床という目安は、担うべき³⁾政策医療の内容等によって弾力的に考える」（「基本計画」4の(1)再編成指標の注2）としているように、「再編成」の本旨はあくまでも国立医療機関の機能を高度専門医療に限定することであり、その院所構成からはみ出す部分を切り捨てるということにはかならない。後にもみるように、「公平」論をはじめあれ

これと廃止の理由をあげているが、それらはいずれも切捨てを前提にしたうえでの後追いの言いわけにすぎない。したがってまた、「再編成」の骨格をきめるにあたって厚生省が強調している「国家財政の長期にわたる窮迫」や「国費の効率的使用の見地」などとはウラハラに、多大の浪費を伴うものになっていることも一つの特徴である。たとえば、再編成の初年度（1986年度）計画は、18施設を指定し、そのうちの13施設を廃止、5施設を従来の場所に残すとともに新たに5つの病院を第3地点につくり、11%493床を削減するという大幅再編を行うものであるが、この18施設の収支率は平均86.8%、赤字額は全体で38億8,000万円にすぎない。つまり、その赤字規模はP3C対潜哨戒機1機分の3分の1、日立1社に対する通産省補助金の2分の1にしか当たらない⁴⁾。しかも、これら「18施設はいずれも新しい病棟に整備されたところ」であり、「たとえば福岡中央病院にはこれまでに32億6,000万円もの整備費が注ぎこまれ」ている。「これを捨てて第3地点に新しい病院を多額の経費で建設する」ということであるから、まったく著しい「血税の浪費」というほかはないであろう⁵⁾。

以下、国立病院・療養所の統廃合・移譲をめぐる主な問題点をあげてみよう。

(1) 地域医療からの撤退

国立病院・療養所の統廃合・移譲による再編成の最大の問題点は、国が地域医療から撤退するということである。すなわち、施設が廃止される地域はもちろんのこと、施設が残る地域でも、そこで行われるものは高度専門医療に限られるため、患者＝住民がこれまでのように直接外来にでかけるという日常の一般診療はすべてなくなるという問題である。この点について厚生省は、財政の窮迫のなかで今日求められている高度先駆的医療に積極的に取組むには、そうする以外にないということを強調している。果してそれが正しい方法であるのか、という問題が残るのは当然であろう。

たしかに、高度先駆的医療に国が積極的な姿勢をとることは至極当然のことであり、必要なことでさえある。しかし、それだからといって、国立医療機関の機能をその点だけに限定するということは、まったく別問題である。また財

政窮迫という点も、それはその原因および今日の財政運営にこそ問い直すべき重要な問題を内在しているということであって、それを理由に国立医療機関が果すべき原則的課題を投げ出してもよいということにはならないであろう。つまり、地域における一般医療は、国民1人ひとりにとって、日常的に生起する生命・健康の危機に対処するための第一線医療であり、保健サービスや予防医療とともに「国民の生存権、国の社会保障的義務」を規定した憲法25条にもとづく基本的人権の保障、国民的最低限の生活に関わる問題だからである。従って、国の責務は、この点に関する国立医療機関の規範性・普遍性を確立・維持することこそにあるといえる。85年改悪以前の旧医療法が、「病院等の不足地域における整備」（5条の2）として、医療機関の不足地域における病院・診療所の計画的整備を国と自治体に義務づけていたのも、まさにこの点にあるのである。

にも拘わらず、厚生省は「財政問題」のほかにもあれこれと理由をあげる。たとえば、すでに医療機関は「マクロ的には量的確保が達成されつつある」と強調し、これを地域医療から撤退することへの言い訳にしようとしていることも、その一つである。だが、すでにみてきたように「量的確保」は、採算を度外視できない民間医療機関を中心に進められてきたし、その結果が、今日みるような病院の都市集中である。各県の「地域医療計画」が均しく示しているように、県庁所在地または大都市を含む「保健医療圏」⁷⁾以外では、すべて既存病床数が「必要病床数」⁸⁾よりも大幅に下回っているのである。⁹⁾そして、経営移譲対象施設もまたこれらの医療過疎地域に集中されており、「量的確保達成」を理由にした主張が空論に過ぎないことを示している。また、「公平」論なるものを持ち出して、医療過疎地域での廃止・撤退への口実にしようとしていることも注目される。すなわち「全体計画」は次のように述べている。「交通不便な地域に設置されている」施設などを国が直営するのは、「国立医療機関の有する機能を国民にできる限り公平に、そして効率的に提供するという観点からみても好ましいとはいえない」と。これは要するに、国の施設のない他の医療過疎地域の人びとに対して不公平にならないよう、現に存在する施設を国から

切り離すという乱暴な議論である。だが、国立医療機関の地域的偏在の問題は、何も今更こと新しく取り上げるほどのことではなく、すでにその出発時点において明らかなことであった。しかも、その後国民皆保険が確立・改善されてゆき、国立医療機関の果す規範的役割がますます重要になったにも拘わらず、また空白地域に対する国と自治体への整備の義務づけがあったにも拘わらず、それを長年にわたって怠ってきたのは、ほかでもない政府自身だったのである。こうした経緯やそれによって固定化されてきた“不公平な偏在”に対しては口を拭い殊更に逆立ちした「公平」論を鳴らすのは、あまりにも無責任だというほかはなかり。

(2) 人べらし「合理化」

次に重要な点は、大がかりな要員削減、人員整理など人べらし「合理化」が予定されていることである。

まず、経営移譲の場合、譲渡先の医療機関に移れる職員数について、厚生省は「職員の過半数¹⁰⁾」になるだろうとの“観測”をもらしているといわれている。この線が譲受け希望者やその団体との下相談の結果であるかどうかは別としても、おそらく賃金職員や間接部門の職員を中心に少なからぬ余剰人員を生み出すものであることが予想される。また、統廃合の場合、残される施設は高度専門医療に特化されるため、地域の一般医療を担当してきた部門がなくされるとともに、経営の効率化を目標に省力化のためのME機器の導入などもすすめられることから、要員の大幅削減が確実にすすむであろう。ところが、こうして生み出された余剰人員の処置について、「全体計画」では「必要に応じて医療スタッフを中心に再配置する」とだけしか述べていない。つまり、コ・メディカル部門や管理・補助部門に焦点をしばりながら、かなりな数の職員を「整理」の対象にしようとしているのである。

さらに、こうした要員削減と関連して注目せねばならないのは、技能労務職員¹¹⁾が携さわる業務の「民間委託」の問題である。今日、病院における下請化・派遣労働者化は、政府の医療費抑制策の強まりのもとで急速に進んでおり、そ

の職種もかなり広範囲にわたっている。しかも、自治体病院や大学病院でさえ、全職員の1割程度にまで及んでいるのが実情である。こうしたなかで、唯一つ国立病院・療養所だけが全医労の粘り強い抵抗によって、ほんの例外的（全体の0.9%）にしか入っていなかったのである。それが今回の「業務委託」化によって崩されることは、国立医療機関の内部だけでなく、全医療機関にとっても極めて大きな影響を与えることになるであろう。すなわち、技能労務の現業部門での導入が呼び水になって、やがて他の職場へと拡がってゆくことはすでに公立病院などの例をみても明らかな通りである。しかも、最後の砦としての国立医療機関での防壁が崩れれば、すでに病院全体で進められている下請け・委託化への歯止めがまったくきかなくなり、やがては医療労働力全体の希釈化を大きく促進することになりかねないのである。

（3）経営効率の追求

第3の特徴は、民間企業なみに「経営効率」を追及するという姿勢が前面に押し立てられていることである。すなわち、「基本方針」では「経営の合理化の方策を推進し、効率的な経営体制の確立をはかる」と述べ、その第一に「負担区分の明確化」をあげながら次のように述べている。「国立病院・療養所の運営上、本来採算にのらない分野を明確化し、これについては一般会計からの繰入れで賄い、その他の経費については診療収入で賄うとの基本原則を確定することにより、効率的経営が図られるよう関係法令の改正を検討する」と。これは、いわゆる結核（強制入所の場合）や難病などのような特定疾患、臨床研究、教育研修などの外はすべて診療収入で賄えという企業採算・企業努力の立場を宣言したものと見える。そして、その推進のためとし「経営管理指標を設定」したり「病院情報システムの導入」を行うばかりか、「経営努力が何らかの形で還元されるシステムを検討する」ということまで掲げている。しかも、注目すべきことは、「経営努力を一層促進するため、病院長・療養所長の権限と責任の在り方を見直す」と述べて、施設長に対して経営責任と職場支配の強化をおしつけようとしていることである。まさに“私企業なみ”である。

ところで、個々の医療施設がそれぞれに「経営効率」を追求するということは、いったいどのような結果をもたらすであろうか。民間病院においては、低医療費政策のもとでも赤字を出さないということが存続する条件であるから、その限りにおいて「経営効率」をはかることはまたやむをえないであろう。だが、その場合でも、個々の患者はある程度の犠牲をしいられることになるのであるが、それは個々の民間病院の責任ではなく、国の責任に帰さねばならぬことであろう。ところが、公的性格をもつ国立病院を先頭に、すべての病院をまき込んだ「経営効率」第一主義の運営となると、話は変わってくる。それは国民の生命と健康にとって極めて否定的な影響を与えることになるからである。この点は、国民全体の生命・健康状態を常に視野に入れておかねばならない立場にある政府にとっては、特に関心を要する筈のことからであるが、方針をみる限り到底望めそうにはない。

もともと国民のための公共サービスである医療において、仮りに「効率」ということがあるとすれば、それは基本的には「効率化」の結果がそのまま国民全体の生命・健康の維持・向上につながるものでなければならないであろう。もしそれを抜きにして、ただコスト削減や収益追求のみに走るならば、当然、医療対象は狭まり、医療の内容と水準も低下し、国全体としてはコスト削減＝「効率化」の進行に比例して病人の数と病状の悪化・重篤化が進むからである。その意味で、厚生省のいう「経営効率」の追求路線は、こうした自縄自縛による破綻の方向をめざすものとしかれない。ちなみに、真に医療の「社会的効率」をあげるためには、予防・早期発見・早期治療を抜きにすることはできない。高度専門医療も、その土台があってこそ始めて力を発揮しうるのである。当然、その方法はプライマリ・ケア（ヘルス・ケアとメディカル・ケアを含む）の確立にほかならず、その実践によって全村民の健康の向上と国保財政赤字の克服に成功した沢内村の経験が、その優位性を見事に示しているところである。また、政府が医療抜本改悪の手本にしているアメリカでさえ、レーガノミックスのもとでの福祉切捨てによる医療費抑制の失敗に懲りて、最近ではプライマリ・ケアの重視を主張しはじめている¹²⁾。ところが、わが国においては「地域医

療のネット・ワークづくり」を標榜する「地域医療計画」においてもプライマリ・ケア抜き¹³⁾になっており、この点でも医療に馴染まない企業家的効率論と好一対をなしている点が注目される。

(4) 「特別措置法」による“国有財産の叩き売り”

最後は、いわゆる“国有財産のプレミアム付き叩き売り”といわれる問題である。廃止対象施設の譲渡条件を定めた「特別措置法」は、その価格の安さや手厚さとともに、法の運用が極めて緩やかになっていることが目につく。すなわち、譲渡先・譲渡資産の範囲、移譲にもなう職員の引受け範囲、補助金など、譲渡にかかわる主要な点はすべて「政令で定める」としており、事実上、厚生省の自由裁量にまかされているのである。たとえば、譲渡先については「医師法第31条に規定する者」（国立・公立を含む公的医療機関）のほかに、「その他政令で定める者」（第2条）をも含め、学校法人、社会福祉法人、医師会などにまで広げている。また譲渡価格は、次のように無償ないしそれに近いところまで大幅に値下げしていることが特徴である。すなわち、移譲の場合は、地方公共団体は無償、それ以外の者は時価の7割引（但し、離島、特別豪雪地帯、辺地、山村、過疎地など特例地域では無償）、資産だけの譲渡の場合は、地方公共団体の時価の5割引（前記特例地域では7割引）、それ以外の者は時価の3割引（同前5割引）である。これら「大割引」の根拠は不可解であるが、それがあまりにも不当な価格であることは、1952年に国立病院60施設の地方自治体への移譲を打出した時の「昭和27年特別措置法」による譲渡価格が、時価の7割引（但し、動産は5割引、消耗品は時価）であったことに較べても歴然としている。なお、同法では価格だけでなく、移譲先、職員の取扱、その他の条件までキチンと法定していたという点でも、今回とは大きく異なっている。さらに驚くべきことは、移譲を受けた者に対しては「運営費の補助」と「医師等の派遣」（7条・8条）、資産だけの譲渡を受けて開設する者に対しては「医師等の派遣」（8条）、などという手厚い「補助」までつけていることである。これらの「補助」は、「引き続き当該地域の医療を確保するため」（1条）という理由づけに

よるものようであるが、もしそうだとするならば、さきの「公平」論はいったいどうなるのか。当然、全国の医療空白地域すべてに、このような補助を出して医療施設をつくるべきではないのかとも言えるであろう。

ところで、このような至れり尽せりの条件で売りに出していることは、それだけ国立病院・療養所の再編成の成功を急いでいるということでもあろう。そして、そのことが医療供給体制の抜本的再編の先導役となり、一般病院・病床の大幅削減と中間施設への転換に大きなはずみをつけることになるからである。そして同時に、国立医療機関がもつ社会保障医療における規範性・普遍性を崩すことによって、医療分野における「民間活力」拡大の条件をより大きく切り拓くことにもなるからである。営利化の方向を軸に国立医療施設の譲渡が進む場合、当然それにかからんでアメリカ流の病院株式会社など民間営利事業が入り込むことが考えられ、国立病院・療養所がもつ広大な土地の営利的再利用まで期待しうるからである。

- 1) 厚生省「国立病院・療養所の再編成・合理化の基本方針」は、「その時代において国の医療政策として、とくに推進すべき医療」つまり「政策医療」の対象を、「①高度先駆的医療、②結核、重症心身障害、進行性筋ジストロフィー、ハンセン病など歴史的・社会的に国に要請されている疾病、③難病、④救急医療等を補完する高度（第三次）医療、⑤老人性痴呆、末期医療などのモデル的实施」に限定し、地域の日常的な一般医療は除外している。
- 2) ナショナルセンター（国レベル）、基幹施設、高度総合診療施設（以上、ブロック単位に配置）、総合診療施設、専門医療施設（都道府県単位に配置）の5ランクに編成・再配置する（全体計画）。
- 3) 日野秀透『日本医療の焦点』1986年、13ページ。日野氏は、ここで「いま、国立病院の再編統廃合……で出てきたガイドラインは、300床以上のところは基本的に残し、それ以下は統廃合しようとするものです。この300床というのは……厚生省の病院管理研究所が1984年の秋にまとめた、病院の経営で一番効率のいいベッド数は350前後だという考え方とほぼ合致しています」と指摘している。
- 4) 『赤旗』1986年7月1日、『前衛』1986年9月臨時増刊号、452ページ。
- 5) 同前、453ページ。
- 6) 『厚生白書』昭和62年版、231ページ。これによれば、1986年10月1日現在の総数に占める私的病院・病床の比率は、病院数で80.2%、病床数で65.0%。

- 7) 新医療法にもとづく都道府県「地域医療計画」で設定する。広域市町村圏などを参考に、日常生活圏を基礎に定めるとされている。
- 8) 厚生省が示した必要病床数の算式（1986年1月）
 （当該区域の性別・年齢階級別人口×当該区域の属する都道府県を含む地方ブロックの性別年齢階級別入院受療率の総和+当該区域への他区域からの流入入院患者数-当該区域から他区域への流出入院患者数）÷全国平均病床利用率
- 9) たとえば、「鹿児島県保健医療計画」（1987年6月）によれば、県下12の保健医療圏のうち、既存病床数が必要病床数を上った病床過剰地域は、鹿児島市をその中に含む「鹿児島保健医療圏」（1,274床=15.4%過剰）だけ、他の11の保健医療圏はすべて大幅な病床不足（合計5,006床=30.6%不足）である。
- 10) 『医療労働』1986年6・7月合併号，68ページ。
- 11) 1985年現在8,144人，うちハンセン病療養所1,287人（厚生省資料）。
- 12) 日野秀逸「地域医療計画の問題点」『週間全医労』1986年11月3日，3ページ。
 同氏は「医療費抑制策を強力に進めているアメリカでも，1985年度『アメリカ経済白書』〈第4章 健康状態と医療〉の中で，予防が医療費という視点からみて最も効率が良いことを強調している。また，共和党のアーカンソー州知事ヒル・クリントンは『われわれは予防的保健ケアと第一線の保健ケアに力を入れなければならない。私は，それらが低い費用で良好な健康を保持するための最良の道であると信ずる』と発言」したことを紹介している。
- 13) 新医療法では「医療計画」で設定する医療圏について，2次医療圏（日常生活圏=広域市町村などを参考）と3次医療圏（都道府県）だけを「必要記載事項」としており，1次医療圏は対象外になっている。また「地域医療計画」のガイドラインによれば，「1次医療」は「日常的疾病に対する外来医療」になっており，プライマリ・ケア（ヘルス・ケアとメディカル・ケアを含む）とは保健を含まない点で基本的に異なっている。なお，日野秀逸氏は，プライマリ・ケアを次のように規定している。「プライマリ・ケアは，人々の生活の場において，全人格的・継続的・包括的に住民の健康・医療要求にこたえていく最も基本的な保健医療活動である」（同前「地域医療計画の問題点」）。

Ⅲ 再編成・「合理化」をめぐる労働組合の課題と方向

以上みてきたように，国立病院・療養所の統廃合・移譲を軸にした再編成は

労働者と国民諸階層が医療問題をめぐって政府と鋭く対立するものとして展開されていることが特徴である。

(1) 再編成・「合理化」と国立医療機関の今日的状況

そこで、まず国立医療の「再編成・合理化」をめぐる運動を展望するにあたって、国立医療の役割およびその現状について改めて確認しておこう。

戦後、国立医療は、憲法第25条の「国民は等しく健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」「国は、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」との規定を、医療の面で担う責務を負って出発した。そして医療の公共性の立場、すなわち「いつでも、どこでも、だれでも、安心して」医療が受けられるという見地にたって「不採算・非営利性」を原則としてきたのである。したがって、国立医療においては一貫して過剰診療や差額徴収を排除し、国立医療機関の赤字が毎年一般会計からの繰入れによって補填されてきたのもその点にある。国立医療は、こうした医療における規範的性格とともに、全国の都市と農村部にひろく展開する253カ所の施設によって、一般医療から高度・専門医療にいたるまでの総合的機能をもつ集団として、私的医療機関や他の公的医療機関では果せない普遍的性格をもっているのである¹⁾。なお、発足時から、今次再編成の提示にいたるまでにも、施設の移譲や統廃合、整備の過急、あるいは特別会計制度の導入など、さまざまな攻撃によってその機能を制限・弱体化し国立医療の基本的立場を弱めるたくらみがなされたが、全医労のたゆまぬたたかいと医療改善運動によって、以上のような基本的性格と役割は保持されてきたのである。

さて、このたびの統廃合・移譲を軸にした「再編成・合理化」計画は、以上のような国立医療が担っている役割とともに、医療における公的責任をも放棄しようというのにはほかならない。²⁾「再編成・合理化」計画の焦点になっている地域医療、つまり地域における日常的・一般的な医療活動は、医療における最も基本的・普遍的分野であり、それを抜きにしては、国民全体に対する公共サービスとしての医療はなりたちえない性格のものである。厚生省は、私的医療

機関や他の公的医療機関によって、それが確保されているかのように主張しているが、これぐらい空虚な言いのがれはない。これらの医療機関はほとんどが採算性を原則にして運営されており³⁾、それ故に医療機関の地域的偏在が著しく、多くの医療過疎地域が放置されているのである。このような医療状況のもとで、国民に均しく医療を保障するためには、国が責任をもってその規範となるべき医療施設を維持・運用し、あわせて不足地域への充足策をすみやかに進めるのはかはないであろう。医療の保障、そしてその適切かつ正しい給付のためには、そのための施設をもれなく提供することを抜きにしてはなりたちえないからである⁴⁾。

統廃合・移譲と高度・専門医療への特化にともなう大幅な人べらし「合理化」と下請化の問題も、公務員労働者の生活と権利に対する厳しい攻撃であるとともに、国の医療機関のあり方を基本的に私企業なみの事業体に変質させるものだということである。全医労は、1960年から1年間にわたる「病院スト」のなかで、「大幅増員、よい医療」のスローガンを医療労働者全体のものとして定着させてきた。つづく60年代後半の国立療養所特別会計制や総定員法による定員削減攻撃に対しても、労働者の生活と権利を守る要求と国民の医療を守る要求を結合した医療改善闘争をたたかい、“1人やめたら1人補充”の原則を確立してきた。全医労が、こうした国民の医療を守る立場、たたかう立場を堅持してきたので、その後、自治体病院における統廃合・縮小、下請化とあわせて国立医療機関に持込まれてきた下請化を含む「合理化」計画に対しても総力をあげてたたかい阻止することができたのである。以来、このたびの臨調「行革」が打ち出されるまで、歴代の厚生大臣や務務局長が「医療は直営が原則」であると繰り返し表明してきた⁵⁾のも、このたたかひの成果によるものであった。すなわち、そのことによって、医療の職場はすべて患者本位であり、各職場・職種の有機的結合による総合的機能の遂行によってこそ、はじめて親切で良い医療を提供できるという見地を再確認したものであった。だが、今日「再編成」に向けての方策が、定年制実施とからむ現場業務での欠員補充の強行、無資格者の導入などとして進められ、明らかに下請化・派遣労働者化を現

場業務以外の職場にまで拡げることが狙って推し進められている。

また、「厚生省・看護体制検討会報告書」にもとづく看護度や業務基準の導入、夜勤「合理化」（無資格夜勤、連続夜勤、新勤務体制、夜勤専従者導入など）、QCサークルの導入など、民間大企業なみの労務管理や効率化が開始されている。このように職場を基礎にし全医労のたゆまぬたたかいかいにもかかわらず、すべての施設・職場において、すでに「再編成・合理化計画」がなし崩しに推し進められていることが注目される。なお、統廃合・移譲については、1986年度を初年度にした具体的計画も、全医労が厚生省との間で取り交わした「11・4確認書」⁶⁾による制約と廃止対策施設の地元におけるたたかいかいの高揚によって、今日まで足踏みをつづけてきた。だが、厚生省は譲受け希望を表明している地元医師会などをはじめ保守勢力を通じて、自治体執行部・議会などへの働きかけや根回しを進めており、89年に入って地元での説明会をつぎつぎに強行するなど、実施に向けての動きを活発化している。

(2) 労働組合運動の課題と方向

ところで、国立病院・療養所の再編成・合理化に反対する労働組合運動の課題は、大略、次の三点にまとめることができる。第一は、職場における人べらし「合理化」に反対し、労働者の生活と権利を守ること、第二は、統廃合・移譲に反対し地域医療の確保・充実をはかり、あわせて国立医療の高度・専門医療への特化による地域の切捨てに反対すること、第三に、医療保険・医療制度の抜本改悪に反対し、あわせてその根源である「戦後政治の総決算」路線に反対すること、である。全医労は、これまでも一貫して職場における労働者の要求と、国民の医療を守る要求とを結合してたたかってきたという優れた伝統もっている。だが、今日の状況は、そうした全医労の原則的な運動方向が否応なしに政治的性格を強めることになるという点で重要であり、しかもそのたたかいかいに地域住民の圧倒的多数を結集し、政府に対する労働組合と地域住民との共同行動を展開することになるという点でさらに重要である。

職場において人べらし「合理化」・効率化が進められていることは、「再編成

・合理化」計画がなし崩しに推し進められるものであると同時に、職場における労働者の団結をきり崩し、全医労の闘争力を弱体化させるものにはかならない。だから、もし再編成反対闘争が統廃合・移譲反対闘争として対象施設だけのたたかいに狭められるならば、それは大きな困難につきあたるであろう。だが、全医労はすでに全支部（全施設）の組合員によびかけて「再編成・合理化」反対500万署名に取組み、1987年1月から開かれた第108国会で「特別措置法案」を再度継続審議に追い込んだ時点で450万の署名（九州では100万目標、99万6,898署名）に成功している⁷⁾。この署名運動への取組みは、1人ひとりの組合員に新たな勇気を湧かたせ、すべての施設での「1対1補充」、「賃金職員の定員化と処遇改善」、「4週6休に関連する職場での課題」、「看護【合理化】に反対する取組み」など、職場の諸要求実現と「合理化」阻止のたたかいを強化する力に転化している。こうした職場を基礎にしたたたかいが、統廃合・移譲阻止をはじめとする、すべてのたたかいで基礎的な力になることはいうまでもないことである。

次に、74施設を統廃合・移譲によって切り捨てるということが、いかに地域住民の感情を無視した反国民的なものであるかということについては、すでに全国の自治体による総反対の決議がこれを明らかにしている。すなわち、厚生省の「基本方針」が発表された直後の1985年5月には、すでに都道府県市町村3,324自治体のうち、77%にあたる2,556自治体が統廃合反対決議を行い、「全体計画」が発表された直後の86年2月には88%、2,935自治体へと広がった。それはまた、全国知事会の強硬な「反対決議」⁸⁾や全国市長会の「要望」にもよく見ることができる。

全医労は、こうした全職場における団結とたたかいの強まり、全地域における「再編成」反対のひろがりを中心に、長寿園闘争の教訓を発展させている。たとえば対象地区における地域医療政策パンフレットの作成（田辺病院・白浜温泉統廃合問題、阿久根病院移譲問題など）、対象地区ごとの独自の署名運動（鹿児島県阿久根市では有権者の85%の署名に成功）や政策ピラ活動による住民への呼びかけ、「守る会」など住民のたたかう組織の結成の援助（福岡県の国立久留米病院

を守る会には3万世帯が結集), 住民組織と労働組合との共同行動などをすすめている。

さらに、「再編成・合理化」に反対するたたかいは、医療保険・医療制度の抜本改悪に反対するたたかいと結合してたたかうこと、また、その根源である臨調「行革」・「戦後政治の総決算」路線に向けてのたたかいと結合することなしには、展望をきりひろくことは困難であろう。この点で、これまで医療問題をめぐる運動がバラバラに行なわれていたものを、1989年に入って医団連6団体⁹⁾の「国民医療改善共同行動」による「1,000万署名」運動として統一したことの意義は大きい。また、全医労が日本医労連、国公労連とともに三者共闘を結成し、中央と都道府県にその組織を確立して、「再編・合理化」反対闘争とともに臨調「行革」を正面に据えた闘争をすすめていることは極めて重要である。

したがって「国立病院・療養所の再編成・合理化」に反対する労働組合の運動形態は、職場における「合理化」反対・諸要求実現のたたかいを基礎に、それぞれの地域で具体的にあらわれている統廃合・移譲に反対してたたかうことがまず出発点にならねばならないであろう。そして地域医療の確保・充実を要求する住民との共同行動を確立することによって極めて強固な力になることはいうまでもない。と同時に、そのたたかいを医療保険・医療制度の抜本改悪に反対する全国的闘争と結合しながら発展させるとともに、臨調「行革」・「戦後政治の総決算」路線に反対する国民的諸闘争と結合しながら、地域的・全国的な運動として展開するときにはじめて、再編成・「合理化」を含む政府の医療政策を変更させるような現実的力量をもつことになるであろう。

- 1) 全医労「医療政策会議・基礎報告」1985年5月、『医療労働』1985年11・12月合併号、123ページ。
- 2) 厚生省の「再編成計画」は、統廃合・移譲によって切り捨てた地域医療を「地方公共団体等」に移譲しようとしているが、「地方行革審」も同時に地方自治体等の病院の民間移譲を強く打出しており、結局、地域医療に関する公的責任をいっさい放棄するものになっている。
- 3) 前出、全医労「医療政策会議・基礎報告」同前『医療労働』、124ページ。同報

告書は「自治体病院は、地方公営企業法によって運営されており、一般会計からそれ相当の繰入れが行われているが、「国立」とちがって単年度赤字は累積債務として残されていくシステムである。このため自治体財政の窮迫とも相まって統合廃合・縮小・現場業務の下請化が大きく進んでいる」と結稿している。

- 4) たとえば、社会主義革命と同時に社会保障に対する政策を積極的に実施したソ連では、第一次5カ年計画後に制定された新憲法の第102条で「老齢、病気および労働能力喪失の場合」の「物質的保障」を規定するとともに、「本権利は、国家の負担による労働者および勤務員の社会保険の広汎な発展、勤労者に対する無料の政府給付、保養のための多くの施設を、勤労者の利用に提供することによって保障される」と規定している（坂寄俊雄『社会保障』岩波新書、1958年、98～101ページ）。
- 5) 前出、全医労「医療政策会議・基礎報告」、同前『医療労働』124ページ。
- 6) 「特別措置法」の成立直後、1987年11月4日、全医労全国支部代表者会議と厚生省との交渉によって取り交わされた文書であり、「再編成問題については、国会答弁を遵守し、地元自治体、地域住民等と話し合いを行い、職員団体とは誠意をもって労使協議を行う」というものである。なお、「国会答弁」とは「特別措置法が国会で審議された際、当時の斉藤厚生大臣が行った「地元のコンセンサスが得られない限り、これまで通り国立病院として運営していく」という答弁。
- 7) 全医労九州地方協議会「'87年秋季年末闘争方針」5ページ。
- 8) 1985年7月17日に行われた全国知事会の決議のなかには「国立病院・療養所は、高度・専門的な医療や地域の医療の確保等に重要な役割を果していることにかんがみ、今後とも地域の実情に合った国の医療施設として、その存続と機能強化をはかるべきである」と述べられている。
- 9) 医団連（医療団体連絡会議）構成団体は、新日本医師協会、全国保険医団体連合会、全日本民主医療機関連合会、日本医療労働組合連合会、日本患者同盟、日本生協連医療部会。