

「病院統一スト」の歴史的意義と企業別組合克服への萌芽

Historic significance of a first nationwide strike by hospital workers and beginning of the development from labor union organized within an individual company towards labor unions

岡野 孝信

OKANO Takanobu

要旨 わが国における労使関係の特質の1つとされる企業別労働組合¹⁾は、戦後70年を経て定着したかに見える。しかし、今、労働組合の存在感がうすれるなかで、労働運動史における企業別労働組合克服の試みについて歴史的検証が求められているように思う。

1960年秋から翌年春にかけ、およそ6ヵ月間にわたり、医療労働者のわが国最初の産業別統一闘争であった「病院統一スト」が闘われた。その高揚は、当時、ゆるやかな協議体の産業別組織であった日本医労協（日本医療労働組合協議会²⁾をして、定期大会（1961年）に産業別労働組合（単一組織）への具体的移行方針を提案させる。本論では、この「病院統一スト」の背景と要因、闘争の展開過程を確認、その歴史的意義を追求し、「病院統一スト」が医療労働組合の企業別労働組合克服の“萌芽”であったことを明らかにし、その“萌芽”が「病院統一スト」の歴史的意義の重要な一つであるとした。

はじめに

(1) 課題と方法

企業別労働組合の弱点の克服は、長年わが国労働組合の根本的な課題となってきた。わが国における、戦後の労使関係の特質とされる企業別労働組合は、70年を経ていまや労働組合の組織形態として定着したかに見える。また、企業別労働組合の連合体組織である産業別労働組合（単産）もその多くが単一組織に移行しないまま現在に至っている。

戦後労働史の研究では、企業別労働組合をわが国の労使関係の特質としてとらえ、その実態や形成過程などに関する研究が行われてきた。企業別労働組合の弱点の克服に関する研究もその一つではあるが、それが、労働組合運動の実践課題でもあったことから注目された。現在、企業別労働組合が日本の労働組合の組織形態として定着したかに見えるなかで、村松文人が、1950～60年代の企業横断的賃金交渉・協定に関連して私鉄総連と全国ビールの単一組織化の試みと挫折をとりあげ、現代的視点から「わが国で産別化（単一組織）論が十分に成熟せずに挫折した理由を明らかにすること」³⁾の重要性を提起しているのが

¹⁾ 企業別組合は、一般的に年功制と終身雇用制を基にした労使関係のうえに、「工員・職員混合の従業員」で構成され、組合役員がその中から選ばれ、上部団体に対する自主性が強く、御用組合化しやすいことなどが特徴とされている。反面、横断的組合に対して企業内での活動や団結が容易であるという側面をもつ。

²⁾ 日本医労協（日本医療労働組合協議会）は、1957年に結成され、全医労（全日本国立医療労働組合、単一組織）、全日赤（全日本赤十字労働組合連合会）など、6全国組合（全国的組織の企業連）と5県医労協（地方の医療産業別組織）を合わせた48,200人（1960年）の組織であった。

³⁾ 村松文人（2015）88～89頁。

注目される。

医療の労使関係は、私鉄や全国ビールの労使のように、企業横断的賃金交渉・協定に至るような段階にはなかったが、日本医労協が1960年の初頭に単一組織化を志向した事実がある。その願意は、主に医療労働者の要求実現に有効な産業別組織の確立にあった。大会に提案された単一組織化は実現しなかったものの、「産別の強化」を満場一致で決定し、産業別組織強化に向かう。結成間もない連絡会のような日本医労協が、なぜ単一組織化を大会に提案するまでになったのか。その契機となったのが「病院統一スト」であった。

「病院統一スト」は、1960年秋から翌年春にかけて闘われたわが国最初の医療労働者の産業別統一闘争であり、賃上げ要求を中心に全国125の労働組合（約300病院、35,000万人）がストライキによる統一闘争に立ち上がったとされている⁴⁾。日本医労協及び加盟の全国組合と県医労協は、それぞれ統一行動日を設定し、波状的なストライキを約6カ月にわたって展開し、統一要求の中心であった賃上げをほぼ実現した。

本論の課題は、第1にこの「病院統一スト」の背景と要因、闘争の展開過程を確認したうえで、医療労働運動史における「病院統一スト」の歴史的意義を明らかにし、先行研究にある見解を検討することである。第2に、これまで先行研究では明らかにされてこなかった、日本医労協大会に提案された産業別労働組合（単一組織）についての議論と結果を明らかにし、これらをもつ意味について考察することである。その際、企業別労働組合の弱点克服という課題が「病院統一スト」においてどうであったのかを注視したい。なお、事実の検証については、主に、当時の日本医労協及び加盟組合の諸資料を活用した。

(2) 先行研究

「病院統一スト」に関する総合的な研究は、関谷嵐子⁵⁾等の先行研究をふまえ富岡次郎⁶⁾によって行われている。本論の課題に関連して富岡は「病院統一スト」が医療労働運動に質的变化をもたらすことになった「歴史的意義」を、第1に、企業別労働組合から産業別労働組合（単一組織）への展望を開いたこと、第2に、医師層から看護婦⁷⁾、事務員など一般医療労働者への指導層の移動がなされたこと、第3に、開業医の医療費値上げに追隨した賃上げ運動から統一要求による正面からの賃上げ闘争へと転換されたこと、第4に、企業内の賃金闘争の枠を超えて医療政策転換闘争まで発展したこと、にあるとした。

しかし、実際は、「病院統一スト」によって「展望が開けた」（第1）、「発展した」（第4）とまでは言いきれないと思われる。「第1」について関谷は「一つの可能性」という評価にとどめている。「第3」に異論はない。「第2」の「指導層の移行」は正確でない。「病院統一スト」後半の中心となった全労災（全国労災病院労働組合）の執行部は8人中4人が医師であり、健保労連（健康保険病院労働組合連合会）も執行部14人中8人が医師である。また双方の委員長と副委員長が医師である⁸⁾。このように、富岡の見解には事実と若

4) 日本医労協『第7回定期大会議案』1961年、6頁。これは、60年末の概数で、正確な全体の数値は不明。

5) 関谷嵐子（1963）「病院争議」。

6) 富岡次郎は、「病院統一争議の歴史的意義」京大『人文学報』第23号、1966年で、後に『日本医療労働運動史』勁草書房、1972年で、「病院統一争議」の経過と特徴について分析した。

7) 現在、「看護婦」は「看護師」と呼称されるが、本稿では当時の「看護婦」という呼称を使用した。

8) 『全労災30年の歩み』24頁、及び『健保労連35年の記録』58頁）一各労組発行。

干異なる点が見られる。

1 「病院統一スト」の背景と要因

(1) 高度経済成長による国民の生活様式の変化

1955年には1人当りの実質国民総生産（GNP）が戦前の水準を超え、高度経済成長へと進むなかで、「三種の神器」（テレビ、洗濯機、冷蔵庫）に代表される生活向上への意欲が社会的に高まり、医療労働者にあっても生活改善（賃上げ）を求める意識が強まっていた。また、病院では、戦後の「民主教育」を受けた若い世代が上意下達の封建的な職場運営と自由を抑圧された寮生活に対する不満を蓄積していた。

(2) 高揚する労働運動と安保闘争

日本の労働運動は、占領軍による「二・一スト」の中止命令（1947年）、レッド・パージ（1949～50年）などで抑圧されていたが、朝鮮戦争の「休戦協定」（1953.7）を境にして高揚期に向かう。企業別労働組合の限界や産業別統一闘争の弱さを持ちながらも、尼崎製鋼の77日間のスト（1954年）、193日に及ぶ長期ストとなった日鋼室蘭争議（1954年）、国労新潟闘争（1957年）などの大規模な争議が各地で闘われ、さらに三池闘争・安保闘争（1960年）へと続く。病院内に“囲われていた”看護婦等の医療労働者も安保闘争では連日の集会や街頭デモに参加、大衆運動のエネルギーを体感し社会に対する視野を広げる⁹⁾。また、1955年には合化労連、私鉄総連など8単産共闘による「春闘」がスタートし、多くの組合がストライキで賃上げを勝ちとっていく。このような情勢のなかで、ストライキなど非常識だと考えられていた病院の中にも「時代の風」が吹いて来る。特に、106日のストライキを闘い「人権闘争」とも言われた近江絹糸争議（1954年）は、同じ女性労働者として低賃金、過酷な夜勤、基本的人権を侵害された寮生活など、類似する労働環境にある看護婦に大きな共感を与えた。

(3) 低医療費政策の矛盾

① 国の低医療費政策と国民皆保険体制

吉田秀夫は、政府の医療保障政策について、「社会保障医療費の総枠の拡大をおさえ、もし若干の広がりがあったとしても、これを被保険者国民大衆に転嫁し、健保組合の労使の保険料負担に攻撃を加え、労働者負担を増加せしめ、国と資本家の負担の軽減をはかってきた」¹⁰⁾と特徴づけている。このような医療政策の基軸の下に61年4月からすべての市町村で国民皆保険が実施されるが¹¹⁾、この制度には、高度経済成長に進む労働力（健康）の保持と、わが国の社会保障制度の充実という社会的な意義とともに問題点もあった。

土田武史は、国民皆保険の問題点として、「制度の分立と制度間格差」「不安定な保険財

⁹⁾ 看護婦の朝倉明子は、「遅番の夜勤でない日は、ほとんどデモに参加した。フランスデモで道幅一杯に広がったデモの波が、国会から南平台までつらな光景が今でも鮮明に思い出される」と回想している。（「労働組合とともに歩んだ37年」『日赤医療センター第一労働組合50年史』1996年、7頁。

¹⁰⁾ 吉田秀夫「病院ストと医療制度」1960年、『労働経済旬報』16頁。

¹¹⁾ 東京23区などは59年11月から先駆けて国民皆保険を実施した。

政]「低い給付水準」「皆保険体制に対応した医療供給（提供）体制の未整備」の4点を指摘、特に医療供給体制が整っていないにもかかわらず、「そこにはいっさい手をつけないままでのスタートであった」¹²⁾と強調している。また、菅谷章は「新国民保険法の成立によって医療保険の適用者は飛躍的に拡大し」、「医療需要の増大が十分予想されていたにもかかわらず、それに対応する医療供給体制」が整わず、「両者の矛盾が段々と表面化するようになってきたのもこの時期」であり、「未曾有の全国的な病院ストライキも、その端的なあらわれとみてとることもできるであろう」¹³⁾と指摘している。政府の低医療費政策が医療労働者に低賃金と人手不足を強いていたのである。

②病床数の拡大と看護体制

医療提供体制の問題は、当時の病床数の拡大と看護体制の推移から読み取ることができる。【表1】は、厚生省の医療施設調査における1953年と、「病院統一スト」が起こった1960年の一般病院の比較である。この間、病床数が1.96倍に増加したのに対して「看護職員数計」（助産婦含む）は1.78倍であり、病床数の増加より0.18ポイント少なくなっており、看護職員一人当たりの病床数（病床数／看護職員数計）が4.24人から4.67人に0.43ポイント増えたことになる。もともと少ない看護体制が、ほとんど改善されないばかりか、逆に看護職員一人当たりの病床数が増加したのである。一方、看護助手は53年の7,442人から60年の21,058人と2.83倍に増加した。また、【表2】では、1956～1960年の4年間で、看護婦（「正看護婦」）が56,415人から55,229人へと1,186人減少したのに対して、准看護婦は13,612人から41,988人へ28,376人（3.08倍）増加していることがわかる。

医療・看護の高度化にともない、本来なら高卒後3年過程の養成が必要な看護婦（21歳）を増やさなければならぬところ、これを減らし、中卒2年過程で養成費用も賃金も低く抑えられる准看護婦（17歳）と、無資格の看護助手を増やすという看護体制の「合理化」が図られたのである。

【表1】一般病院における病床数と医療従事者数の経年比較

	1953年（人）	1960年（人）	増減差(人)	対比（倍）
病床数	243,921	479,032	235,111	+1.96
総従事者数	167,370	295,610	128,240	+1.77
看護職員計	57,568	102,515	44,947	+1.78
看護助手	7,442	21,058	13,616	+2.83

（厚生省医療施設調査より作成）

（注）「看護職員計」は看護婦、准看護婦、助産婦、看護人の合計。

¹²⁾ 土田武史（2011）「国民皆保険50年の軌跡」、国立社会保障・人口問題研究所『季刊社会保障研究』第7巻第3号、248～249頁。

¹³⁾ 菅谷章（1977）『日本医療政策史』日本評論社、310頁。

【表2】一般病院における看護職員数の経年比較

	1956年(人)	1960年(人)	増減差(人)	対比(倍)
看護婦	56,415	55,229	-1,186	-0.02
准看護婦	13,612	41,988	28,376	+3.08

(厚生省医療施設調査より作成)

(4) 看護婦の労働環境と権利意識の高揚

「病院統一スト」の先頭に立った看護婦たちの劣悪な労働条件と労働環境については、既に多く語られており、以下、簡略に示したい。医療労働者の多くは、国家試験を経た専門職である。しかし、他産業に比べて賃金が低く、また、初任給の格付や昇給額の曖昧な病院もあり不満が高かった。看護婦が寮から出て自活するには賃金の引き上げが不可欠であった。さらに、慢性的な人手不足と夜勤・交代制勤務による過重労働の下におかれていた。【表3】は、日赤と人事院勧告の賃金比較であるが、その賃金格差は明白である。

病院は閉鎖的で、医師を頂点とした「上司への絶対服従」が一般的であった。特に日赤では戦前の軍隊的な慣習が残っていた。「病院統一スト」を闘った全日赤・大津赤十字労働組合（滋賀県）の柘植ついで子は、後年「当時、院長さんや部長さん、婦長さんは絶対的な権限をもって、上の命令は下まで浸透していく戦時中の雰囲気はまだ残っていた。それに反発するのは大変勇気のいることで、おそらく私の病院だけではできなかったと思うが、全国的に（「病院統一スト」の）闘いの火が噴くというなかで広がっていった。もちろん、それを裏付ける賃金の安さとか、労働条件の悪さは要求として出ていたが、直接のきっかけは、そういう封建的な支配に対する反発、それにつきると思う」¹⁴⁾と、振り返っている。

【表3】日赤と人事院勧告の賃金（本俸）比較表—昭和35年8月
（『全日赤通信』号外1961年1月10日）（円）

		医師	薬剤師	看護婦	准看護婦	X線技師	高卒事務
初任給	日赤	14,700	11,700	9,400	7,500	9,000	6,800
	人勧	18,400	12,000	11,300	8,500	9,300	8,000
5年後	日赤	17,600	14,200	12,200	9,800	11,700	9,000
	人勧	23,200	16,700	15,800	12,100	13,800	10,200
10年後	日赤	21,000	17,000	14,700	12,700	14,200	11,700
	人勧	31,100	23,200	20,800	16,500	18,900	14,800

(注) 10年後の医師及び看護婦は管理職でない職員。また、衛生検査技師及び栄養士はX線技師と同じとされている。「人事院勧告」は「勧告」と表記されていたが、「人勧」とした。厳密な比較ではないが、大筋は分かる。

¹⁴⁾ 柘植ついで子「医療闘争（病院スト）について—昭和35年～36年—」看護史研究会『看護史をどう教えるか—看護歴史教育セミナー10年のあゆみ』看護の科学者、1989年、133頁。

看護婦（管理職である婦長も含め）と看護学生は基本的に全寮制であった。多くの看護婦は、戦前の製糸女工（工女）ほどではないにしても病院に拘束され、“臨戦態勢”のような雇用管理の下におかれていた。例えば慶応病院の場合¹⁵⁾、看護婦寮は10畳の部屋にロッカーを置いた5人部屋が多く、机やタンスを置くと布団も敷けない状態となり、準夜勤から帰って音を立てると先輩等に睨まれた。看護学生は、「朝6時起床・集合し“ナイチンゲール誓詞”を唱和、それから朝の病棟の掃除、モーニングケアを行って、やっと食事、それから学校へ行く」¹⁶⁾という生活であったという。このような状況では、結婚したら働き続けることが困難であり、実質的に「結婚の自由」が無かった。

(5) 「完全看護」と人手不足

戦後、GHQ（連合国軍最高司令部）は、病院看護婦による「生活行動援助」、いわゆる“患者の身の回りの世話”を日本の看護レベル向上の指針とし、従来の「診療介助」（医師の補助）中心の看護から米国式の病院看護への転換をすすめた。それまでは、一部の大病院を除いて入院患者には家族が付き添っていたが、実際は家族に代わって地域の派出婦会などから派遣された付添婦が患者の身の回りの世話をしていた。

ところが、1950年の診療報酬で改定で、「完全看護」¹⁷⁾に対する診療報酬点数が加算されたのと引き換えに診療報酬上の「付添い」が廃止され、付添婦が行っていた「患者の世話」に類する仕事が看護婦の肩にかかってきた¹⁸⁾。また、勤務体制は「二交代・当直制」から「三交代制・24時間看護」に切り替えが進んだため、看護婦の増員が不可欠であった。

しかし、政府は、看護体制の現状に合わせて、「入院患者4人に対して看護婦1人」という配置基準（医療法施行規則19条）を定め増員をしなかったため、人手不足による看護婦の労働強化が慢性化していった。「このような極端に少ない人員で、欧米式の看護を行なおうとすれば労働強化にならざるを得ない。各地で摩擦が起きたのは当然」¹⁹⁾で、「看護婦の聖職意識に依存する猛烈な労働強化と、看護婦増強の社会的要請に対応しきれぬ遅れた医療体制による看護婦不足」²⁰⁾となっていった。

(6) 主体的要因

「病院統一スト」を成功させた主体的な要因の第1は、産業別統一闘争をリードし、闘争の“核”になる日本医労協の結成にあった。1955年半ばから、レッド・パージの影響で消滅、形骸化していた労働組合の復活と結成が続く。全医労、全日赤、都医協（東京地方医療労働組合協議会）などは、医従協（社会保険医療改善・医療従業員協議会）²¹⁾での共闘や、首都での婦人部運動での共同行動を重ね、これらを土台にして日本医労協を結成した。

¹⁵⁾ 慶応労組（1979）『慶應義塾労働労組20年史①』6頁。「座談会」での組合役員たちの回想（要旨）。

¹⁶⁾ 当時、慶応病院の看護婦であった東喜久子の証言（2014年2月27日、筆者聞き取り）。

¹⁷⁾ 付添などを除く看護婦のみによる看護で、1958年には「基準看護」に名称変更された。

¹⁸⁾ 国立病院・療養所関係では、全国で約4,000名いた付添婦がいなくなり、それに代わったのは2,478名の「常勤労務者」（看護助手）にすぎなかった（「全医労第11回定期大会報告」1957年4月、11頁）。

¹⁹⁾ 木下安子（1980）「看護労働者の歩み」植月秀子『白き流れはたえもせず』、あゆみ出版、297頁。

²⁰⁾ 看護史研究会編（1989）『看護学生のための日本看護史』、医学書院、128頁。

²¹⁾ 1954年結成。診療報酬改善、健康保険改悪反対などを求める医療関係団体と医療労働組合の共闘組織。

第2は、労働組合に結集した看護婦の力である。「完全看護」による人手不足や看護体制の「合理化」で看護職場には不満が蔓延していた。追い詰められた看護婦たちは60年前後して組合への結集を強める。看護婦は数では院内の最大勢力（4割強）であり、業務上も他の多くの職種の職員と日常的な関係を持っている。その看護婦たちが自らの過酷な労働環境と生活改善を求めて組合に結集していく。そして、看護界の「エリート」でもあった日赤の看護婦がストライキの先陣を切り、他の看護婦たちにも大きな影響を与える。看護婦たちは患者への思いと対応に悩みながらも²²⁾「病院統一スト」に立ち上がる。

第3は、当時、全国の病院で働く医師の約31%が組合員であったことである²³⁾。院内での医師の地位は高く、経営側も無視できないことから、労働組合が闘う上で医師が組合員であるメリットは大きい。「病院統一スト」に対して医師層が積極的でなかったとしても労働組合に留まり、妨害する側に回らなければそれだけでも労働組合にとって有利となる。しかし、闘争の激しかった大学病院や日赤病院の一部では医師層による妨害も強かった。

第4は、都医協や全日赤、健保労連、全労災などが、数年前より組織内の統一闘争を徐々に強め、その主体的力量を高めつつあったことである。日本医労協は大会で「病院統一スト」を決定するが、指導体制や財政力が弱く、基本的には加盟組合の本部や単組の幹部が直接指導して統一闘争を展開することになる

第5は、総評、地評、地区労などの支援である。日本医労協は総評に加盟していなかったが、全医労と全日赤が直接加盟、都医協や新潟県医労協は地評に加盟していた。総評から全単産と県評に支援要請²⁴⁾が出され、闘争経験のある総評・地評・地区労幹部が支援した。また、総評は11月10日、病院で働く組合員を抱える日教組、自治労、全通、全電通、国労、などによる全国医療労働者共闘会議を結成して支援した²⁵⁾。

2 「病院統一スト」の展開

(1) 「病院統一スト」以前のストライキ

「病院統一スト」に至る数年前から、賃上げや職場の民主化を求める精神病院でのストライキが始まる。1957年3月、闘いの先陣を切ったのは新潟精神病院（新潟市青山、従業員128人）の組合であった。許可病床302に対して入院患者は450人と定員を大きく上回り、法的に必要な看護婦数100人に対して49人、そのうえ低賃金という状態であった²⁶⁾。組合は、この闘いで「一律1,500円」（約20%）の賃上げと、解雇された三役の職場復帰を勝ち取り、さらに法廷闘争²⁷⁾に勝利し、医療労働者のストライキの合法性を顕示するうえで大きな役割を果たした。また、中小病院の組合を多く抱えた都医協は、閉鎖的な医療の職場に運動

²²⁾ 「看護婦が…職場を放棄してもいいものだろうか。…スト決行の前には不安と心配で幾夜も語り明かした…。人手を十分に増やして患者さんに本当に満足して頂けるよい看護ができれば、…あかるい職場でのびのびと働くことが出来たらという願いが私たちを（ストに）ふみ切らせたのでした。」（全日赤・中央病院労働組合が61年のメーデー前夜祭で上演した「構成詩」、11～13頁。）

²³⁾ 日本医師会『病院の紛争に関する資料（七）』1962年、175～177頁。

²⁴⁾ 「日赤を中心とする日本医労協の闘争支援について」（総評争対発第34号、1960年11月24日）。

²⁵⁾ 「病院ストに共闘会議—総評医療制度改革めざし—」『朝日新聞』1965年11月11日。

²⁶⁾ 新潟県医療労働運動史編集委員会編『白い軌跡』労働旬報社、1975年、139頁。

²⁷⁾ 新潟地裁（1956年10月と1957年2月）、中労委命令（1957年12月）、東京地裁（1959年10月）、東京高裁（1961年9月）、最高裁（1964年8月）において病院ストの合法性を認めさせた。

を拡大するためには医療労働者の統一闘争の強化が不可欠だとの考えを強めていた。1960年2月の「組合代表者会議」で、「低医療費だから低賃金なのではなく、低賃金を基礎に低医療費政策が維持されているのだ」とした『賃金綱領草案』を確認して60年春闘を闘う。しかし、企業内闘争の限界が明らかになり、全国的な産業別統一闘争でこれを切り開こうとする。

都医協は、5月の第11回定期大会では大幅賃上げ闘争を実力で闘う決意を固め、闘争体制を強化するために「協議体」組織を「連合体」に移行させる²⁸⁾。そして、全国的な「病院統一スト」方針の決定を求めて日本医労協第5回定期大会（8月）に臨むのである。全労災も60春闘で3,000円の賃上げを要求、加盟19単組による統一ストライキ（5波）を決行して1,100円を獲得するなど、企業連としての経験を積み重ねていた。これらの先行した闘いが、日本医労協という結成間もない産業別労働組合（単産）を歴史的な「病院統一スト」の舞台に引き上げるのである。

(2) 「病院統一スト」の決定— 日本医労協第5回定期大会（60年8月）

日本医労協は60年8月、「病院統一スト」に向けて賃金闘争方針²⁹⁾を決定する。それは、①「診療報酬の単価が低いから賃上げに応じられない」という考えを克服するため大衆的規模の学習・討論集会を積み重ねる、②大幅賃上げは職場闘争の基礎の上に組織された統一闘争なしに勝ちとすることは困難であり、県を単位として各組合の執行部、活動家等の交流会を組織する、③日本医労協に賃金闘争委員会を組織し各加盟組合の意思統一と戦術調整を行い10月半ばを目途に「賃金綱領」をつくる、④賃上げ要求額は各単組の実情に即して決定するが最低賃金額は10,000円の（産別）統一要求とする、⑤賃金体系は公務員体系の打破をめざす、⑥年内を準備宣伝期間とし、年末（一時金）闘争とあわせて一斉に要求提出（10月末）を行い、来春早々実力闘争に入る構えで進む、というものであった。要求額は不統一だが、より職場に近い組合員の要求が反映されるようにした³⁰⁾。また、総選挙（11月20日）や、公務員部隊の秋の闘いへの合流、年末一時金闘争との統一などの情勢判断から賃上げ闘争を秋から開始し、「年内を準備期間とし、来春早々実力闘争に入る」としたが、11月1日に東京医労連がストに入り、11月25日には全日赤と、新潟、京都の県医労協が参加する全国的な日本医労協第一波「病院統一スト」となっていった³¹⁾。

(3) 「病院統一スト」の時期区分と展開

①第1期—60年11月1日～11月25日前まで—11月25日に設定された初の全国的な「病院統一スト」に先立ち、東京医労連が11月1日から、8日、14日、19日と、毎回10組合前

²⁸⁾ 都医協は、東京女子医大（6月）、東邦医大（7月）での労組結成・加盟で、慈恵医大、慶応病院、順天堂を含め、これまでの民間中小病院労組の協議体から首都の主要病院も組織するまでに成長していた。

²⁹⁾ 日本医労協『第5回定期大会議案』1960年、17頁。

³⁰⁾ 例えば、全日赤は「一律5,000円以上」、健保労連は「一律3,000円」、地場組合ほぼ「3,000円」前後。

³¹⁾ ストライキの実施時間は概ね1時間～1日の間で調整された。東京医労連は11月1日から4月18までの21波（各4～19単組）、全日赤は11月25日～3月38日までの14波（各30～40単組）、健保労連は12月2日～4月5日まで14波（各1～14単組）闘った。この間、日本医労協は11月25日の第1波から翌年の3月28日の13波まで「全国統一スト」を設定した。

後が参加する4波の統一ストで先陣を切り、全国の医療労働者に決起を促した。これに併せて、日本医労協も11月14日、「全国医療労働者賃上げ増員総決起集会」を東京で開催して決意を固めるとともに、医師会や医療関係団体への協力要請を行う。

②第2期—60年11月25日～年末まで—11月25日、全国に加盟組合のある全日赤が決起し日本医労協第一波全国「病院統一スト」に加わることによって、全国的な「病院統一スト」を拡大する。全日赤は年内に7波（各30～40単組）のストを打ち、難航していた各単組の年末一時金の要求額をほぼ全額獲得した。しかし、中央での賃上げ交渉は経営側の強固な姿勢に阻まれて妥結に至らなかった。先行した東京医労連は年末までに11波のストを打ち多くの組合が要求額を獲得していく³²⁾。

③第3期 61年1月～3月下旬の日本医労協の戦術転換まで—日本医労協は、1月23日の第6回臨時大会で中間総括を行うとともに「闘争強化」を決定、2月3日～3月2日まで6波の全国統一ストを設定する。そして、東京医労連、全日赤に続いて健保労連、全労災も本格的な闘争に入る。しかし、2月に入ると、東京医労連の順天堂（三役解雇）、東邦医大（役員ら30名解雇）で弾圧が始まり、3月には全日赤と全労災に対して公務員賃金体系導入の逆提案がされ、両組合が無期限ストを指令する事態となった。さらに、全日赤の中心単組であった日赤中央病院で刑事弾圧やロックアウトが行われ、全国的な第二組合結成の動きも強まる。政府は、闘いが医療制度・政策問題に絡んでいることから、単なる労使問題として放置できず、反撃を強めた。3月28日には公労協が仲裁裁定を受諾してストを中止、春闘も終結に向かう。このような情勢のなかで、日本医労協は、「敵の攻撃が変化しつつあること、医療労働者の闘争体験が全体的に浅いという条件のうえにたって、公務員（賃金）体系の持ち込みをできる限り阻止しつつ、成果を固めて戦線を整理し、次の闘争に備える」との方針を確認、総評と共に、全日赤戦術委員会に対して「労働委員会の利用もふくめて、敵の組織破壊をゆるさない戦術上の配慮を行う」ようにと、闘争終結に向かうことを提案する³³⁾。

④第4期 戦術転換から妥結に至る時期

厳しい議論の末、全日赤、全労災は、「要求貫徹」的な波状ストから妥結に向けた労働委員会の利用（賃上げ額の妥協）へと方針転換する。それは、力関係から見れば当然の帰結であり、組合側の賢明な措置であったと言えよう。日本医労協はこの闘争のなかで「医療を守り営利化、合理化に反対する」との統一要求を掲げ、政府や医療関係団体への要請と国の医療政策改善への署名、宣伝、などを行った。しかし、当初から国家の医療政策を転換しようとするような、いわば、体制側を「敵」にして闘う準備はできていなかった。

(4) 患者と世論の支持

「病院統一スト」に対してマスコミは、看護婦の寮や職場での前近代的な労働環境、低賃金について報道し、「看護婦も立派な労働者である。経営者も世間も、このことをハッ

³²⁾ 闘争参加50組合中37組合が要求額である3,000円前後の回答を引き出す。内24組合が「一律」、「最低保障」は10組合であった（東京医労連機関紙58号、1961年5月27日）。

³³⁾ 日本医労協『第7回定期大会議案』1961年、23頁。他単産の闘争経験が総評などを通して生かされたものと思われる。しかし、妥結後も全日赤や全労災等では、経営側の攻撃（処分、解雇、第二組合づくり等）はすぐには止まらず、弾圧と労務管理の強化に対する闘い続く。

キリ認識しなければならない³⁴⁾などと好意的・同情的であった。

また、東京都患者同盟と東京医労連が11月4日、「医療労働者の要求と患者の要求は一つの根から出、たたかいの方向もおなじだ」との共同声明を発表。日本患者同盟も支持を表明。看護協会は11月、厚生省に対して「医療従業員の待遇改善」について、また日本医師会長と日本病院協会会長に「看護婦の待遇改善について」の申し入れを行った。日本医師会も11月10日、医療労働者の「使命感に生き得る経済的、学術的体制の確立」を強調する「声明」を発表した。「病院統一スト」は世論や医療関係団体から好意的な支持を得ていた。

(5) 慶応病院での闘い

各労組の闘いを本論で詳しく説明するには至らないが、全国的に注目された慶応病院での闘いの一端を紹介しておく。慶應病院では1959年6月、先に新卒の看護婦たちが中心となり組合を結成したが、これを契機に教職員も加わった全塾一つの慶応義塾労働組合（単一組織）が同月に結成された。有志の精力的なオルグが展開され、義塾従業員2,554名の内1,742名（約7割）が組織された。医師たちの結集は無く、教育系職員の加入も約5割であったが、看護婦のほとんどが加入した³⁵⁾。「単一組織か連合体か」についての議論は伯仲していたが、塾当局はバラバラな組織を望んでいるとの情報が入り、それならば当局の望みとは逆の組織にしようと、単一組織になった。

「病院統一スト」について、『慶應組合ニュース』（No. 20、1960年12月5日）は、最大規模となった12月2日のストライキ（第三波）の一端を以下の様に伝えている（要旨）。

第三波はこれまでにない力強さで展開された。寒さが身にしむ早朝7時頃から慶応病院のある四谷支部の組合員は団結の鉢巻きでスクラムを組み労働歌を高唱、7時半から委員長が挨拶、団交報告、当日の行動説明などがなされ、8時から各自の担当部署についた。9時半前後には、三田、小金井、日吉の各支部がバス7台で北里記念館前に到着、隊列を組んで闘争本部前まで行進、挨拶や報告を聞いてピケに合流した。ピケ途中で何回か交代ができて、病院玄関前の広場でスクエアダンスに興じる風景も見られた。11時半、各門とも一斉にピケを解き、組合員は隊列を組んで（闘争）本部前に結集した。支援団体への感謝の拍手、情勢報告、組合旗が大きく振られ“がんばろう”の歌声とシュプレヒコール。こうして、1,100名の静粛な、しかし力強い足取りの院内デモが北里記念館前まで行われ、“要求貫徹”“最後まで頑張ろう”と誓い合い、バスに分乗、四谷支部組合員の歌声と拍手に送られ帰途についた。

ストライキの間、病棟では保安要員が配置された³⁶⁾。組合は院内を「パトロール」し、

³⁴⁾ 「社説・病院スト解消のために」『毎日新聞』1960年11月4日。

³⁵⁾ 『慶應労組ニュース』No. 2、1959年7月14日。

³⁶⁾ 病院労使は、ストライキの直前に交渉し患者の安全確保のため最低限必要な「保安要員」を置く。「保安要員」は通常の業務でなく、「不測の事態」を避けるための要員あり、労組には法律上の義務はない。東喜久子氏（当時、看護婦の執行委員）は、「病棟の業務は私たちがきっちりと把握していたので、スト中、看護に支障のすることはなかった」と証言している（2014年2月27日、筆者聞き取り）。

トラブルに対応するとともに、来院した外来患者には事情を説明し急患以外は院内に入れなかった。闘いは組合のほぼ全面的な勝利に終わったが、総括（第2回定期大会議案、1961年6月）では、以下の様な労働組合の本質に迫る問いかけもみられる。

組合は4波のストと医療と私学の仲間との統一行動のなかで一律3,000円の賃上げや最低初任給9,800円（15歳・最低保障）を勝ちとり、団結力の偉大さを我々に教えた。

しかし、その反面、他の要求で当局案をほとんどのんで終結するとい弱点も露呈した。その根本的な問題は、我々の、組合に対する考え方そのものにあった。組合を単に自分の経済的利益を図ってくれる団体と考えたら、その組合は決して発展しない。何故なら組合の活動は、お互いに自主的に助け合って行って始めて成り立つものである。執行部も一般組合員もこの点での認識の弱さがあった。これでは、自己の経済的要求が満足されれば組合は無用のものとなりかねない。

組合員全体の気持ちが高揚していた時期には綿密な検討と活動が行われ、大きなエネルギーを発揮できたが、ひとたび要求がある程度満たされ、この高まりがなくなると、執行部と組合員の結びつきが少なくなり、少数の執行委員にすべての活動が集中していった。これは、常日頃一人ひとりの組合員の多面的な要求を解決する様な活動をせず、それに対応する組織体制を作り上げることができなかつたことによるものである。日常の1つ1つの問題を解決することを積み重ねていたならば、組合員にとって組合は常に必要なものとなり、どんな個別的問題でも皆が一致して解決に当たるようになったであろうと考える。

3 産業別組織の強化と「単一化」への志向

(1) 中央・地方における産業別組織の強化・拡大

「病院統一スト」は、全国の医療労働者を結集させ、中央・地方の共闘関係を強め、全都道府県に県医労協や同準備会、共闘会議などを結成した。日本医労協は、「病院統一スト」前の11加盟組合（4万8,200人）から19加盟組合（5万7,360人）に、また、東京医労連は13、新潟県医労協7、健保労連9、全日赤7などと、加盟組織を拡大する。「病院統一スト」を支援した全医労でも14支部を拡大する³⁷⁾。日本医労協は、全国的な医療労働組合の連絡網を築きつつさらに組織の拡大を展望した。

また、指導体制の強化に向けて、①常任幹事会を執行機関として確立させ任務分担を行う、②常任幹事（非専従）の中より事務局長を専従とし、専従事務局員を最低4名確保する、③幹事会の定例化（9月、2月）、④事務局強化のため当面、組織・争議対策、教育宣伝、調査、総務の4つの専門部を置く、⑤事務局員を拡大執行委員またはオルグとして役員化する、⑥副議長を2名から4名にする、ことなどを決定した³⁸⁾。さらに、全国の組織を5つに分け、補助機関的な「ブロック会議」を設置³⁹⁾した。総評には、全医労と全日赤が単独加盟していたが、「病院統一スト」後の大会で日本医労協一本での加盟を決定した。

予算は、「病院統一スト」に入る前は1960年度は僅か86万7,600円であったが、「病院統

³⁷⁾ 日本医労協『第7回臨時大会議案』1961年8月、27頁。

³⁸⁾ 日本医労協『全国拡大幹事会議案書』1961年5月。

³⁹⁾ 日本医労協「年末から春へのたたかひの重点」1961年11月17日、1頁。

一スト」を経た61年度は組合費の引き上げで586万1,033円（総評会費除く）と飛躍的に拡大した。機関紙もそれまでのB4（裏表）から、商業新聞と同じ大判（同）になった。

（2）単一組織への志向

日本医労協は、「病院統一スト」とともに、協議体から単一組織化への方針を具体化しつつあった。以下、この時期の日本医労協大会議案に見る単一組織をめぐる動向である。

①単一の産業別組織を志向（第5回定期大会、1960年8月）

「病院統一スト」の決定に際し、単一の産業別組織を志向して、「将来は各県別の地方医労協を基本組織とし、縦割り組織（全医労や全日赤などの全国組合）を補助組織とした運営を行うが、当面は縦割り単産（全国組合）を基本とした運営」を行うとした。そして、「全国組合の下部組織が1県に2以上ある場合は必ず地方医労協（県医従協）を作り、それを全国組合本部及び日本医労協本部が援助する」⁴⁰⁾とした。

②三段階で単一組織めざす（第6回臨時大会、1961年1月）

「病院統一スト」の真っ最中に、「医療労働者の産業別統一へ向かっての当面の組織活動の重点」（第2号議案）として、単一組織への三段階の「大きなみちすじ」が提案される⁴¹⁾。第一段階でまず全日赤などの企業連傘下の組織が県医労協に二重加盟し、第二段階で企業連を随時なくしていき県医労協は地方本部として「単一化」の方向を強め、第三段階で単一の産業別労働組合を結成して組合費は全額本部に納入後に地方組織に還元する、とされた。

③単一組織は“努力目標”に（第7回定期大会、1961年8月）

「産業別統一へ向けての具体的な長期方針」⁴²⁾が提案される。そこでは、単一組織化が「理念としての産業別方針」にとどまり、県医労協は地方の医療産別組織としての内実が伴わず、企業連の「セクト」も生じているとして、先の大会で示した単一化への第一段階の具体的な「三ヵ年計画」【表4】が提案された。そして、3年後には「形態の上で『全日本医療労働組合』が出来上がる」とし、これが実質的な「第一段階であって、財政、指揮権の完全な単一組織はこのあとにつづく第二段階の計画によって達成される。」とした。

しかし、財政や指揮権と、組織形態・運営は密接に関連しており、これを二段階に分けて達成するという提案には無理があった。全医労は、1～2年目を第一段階、3年目を第二段階とし、「早急に第二段階に進みうるよう“努力する”」との「修正案」を出し⁴³⁾、「単一組織化に向けた第一段階から第二段階への移行には県医労協の組織強化と統一行動の発展が必要であり、これなくして形態だけ『全日本医療労働組合』となっても真の産業別統一は望みえない」⁴⁴⁾と主張した。また、全労災も、「未組織の組織化」「各県医労協の確立」「他単産（自治労などに）に結集する医療労働者との提携と協力の強化」、を当面の組織

40) 日本医労協『第5回定期大会議案』20頁。

41) 日本医労協「第6回臨時大会議案」別冊、「第二号議案」A-1～A-4頁。

42) 日本医労協「第7回定期大会議案」1961年、36～39頁。

43) 第7回大会資料では、全医労は日本医労協組合員数の37%を占め、会費の42%を負担し、議長と事務局長を出している。その全医労から大会で修正案が出されるには、強い意見の相違があったと考えられる。それは、単一組織化への性急さと、それが困難な現実を反映した意見の対立であったと思われる。

44) 日本医労協事務局「第7回定期大会議事録」、1961年8月、19頁。

活動の重点にするべきとの「修正案」を提出した。

【表4】日本医労協組織体制三カ年計画（1960年8月定期大会、議案）

	役員	教宣（機関紙）	調査	組織	財政（会費）
1年	専従役員1名、書記4名確保	共同編集を定期化（まだ企業連新聞が中心）	医労協の調査への協力	企業連、県医労協の併存	10円（総評ワケ外）
2年	常任幹事常駐（5専門部）	共同編集号が中心。企業連新聞（は）補助的	調査活動の一本化	企業連加盟単組加盟	20円
3年	役員オルグ増員 企業連事務局統合	日本医労協新聞一本化実現	（同）	単組加盟、企業連協議会結成、地方医労協は地本化	100円。 闘争資金プール

執行部は両修正案を受け入れ、「医療産別に進む基本方針と道筋は満場一致承認する」「第一年度分については方針通り確認する」「年数（3カ年計画）の枠は取り外し、出来るだけ産業別組織（単一組織）を早急に達成するよう“努力する”」と修正した再提案を行い満場一致決定される⁴⁵⁾。こうして、単一組織への移行は“努力目標”になった。単一組織化は、今後の産業別統一闘争の前進と日本医労協の発展の程度に賭けられたのである。

(3) 単一組織化“挫折”の要因

日本医労協にとって、「産別強化」は容易なことではなかった。日本医労協・県医労協・全国組合間の財政問題もその一つである。「産別強化」は、中央（日本医労協）と地方（県医労協）の双方で進めなければならないが、全国組合の支部や単組は県医労協にも加盟しているために全国組合が会費を引き上げれば、県医労協での引き上げが困難となり、日本医労協の会費の引き上げにも影響する。また、自治労や国労、全通などの傘下にある病院の労働者を各県医労協に加盟させようとする「組織を切り取るのか」との批判を受けることになる。当然のこと、「組織論を先行させては分裂を招く」とブレーキがかかる。そこには、幹部や組合員の企業意識もあろうが、「病院統一スト」で各組合が産業別統一闘争に結集して闘ったとしても、基本的には企業別に闘われ交渉されている実態がある。「産業別組織のあるべき姿は単一組織である」とする理念と、「医療労働者は流動性が強く、労働条件も公的な診療報酬などで規定されている」⁴⁶⁾、などとして直ちに組織の単一化を具体化するのには性急であった。

富岡は、「病院統一スト」における日本医労協組織の拡大と看護婦層の結集をもって、「企業別労働組合から産業別労働組合へ脱皮する展望が開けた」とし、まず、看護婦などの職能別組合を結成し、産業別労働組合へ発展させるべきだと強調している⁴⁷⁾。しかし、病院職員の約4割を占める看護婦であっても、要求の実現には従業員全体の支援がなければ孤

⁴⁵⁾ 前掲、20頁。

⁴⁶⁾ 日本医労協「第7回定期大会議案」1961年、37～38頁。

⁴⁷⁾ 富岡（1972）、359頁。

立して、有利に闘いを展開することが困難である。現に、戦後、看護婦だけの労働組合がいくつか結成されたが、自らの要求を実現するために、全職員を対象とした「従業員組合」に合流している⁴⁸⁾。こうした事実をふまえると、富岡の主張が現実からかけ離れたものであるといえよう。

4 「病院統一ストの歴史的意義」

「病院統一スト」は医療労働運動史上、以下の様な歴史的意義をもっていたといえよう。

第1は、わが国の医療労働組合が、初めての産業別統一要求、統一闘争、統一ストライキによって、要求をほぼ獲得したことである。そればかりか、医療労働者のそれまでの賃金闘争を質的に転換（発展）させたことである。従来の賃上げ闘争（運動）は、まず診療報酬引き上げの運動を行い、その成果を賃金に反映させようというものであった⁴⁹⁾。これに対して、「病院統一スト」では、「医療費（診療報酬）が低いから賃金が低いのではない、賃金が低いから医療費（診療報酬）が安い（低い）のだ」⁵⁰⁾と、それまでの医療労働者の賃金に対する考え方を180度転換し、統一要求を掲げた真正面からの大幅賃上げ闘争が産業別統一ストによって展開されたのである。それは、社会の与件として賃金水準の引き上げを要求する⁵¹⁾という労働組合運動本来の姿への質的転換を示唆するものでもあった。

第2は、日本医労協と加盟組合の組織を拡大し、全県に県医労協やその準備会、共闘組織を形成し、医療産業別組織の基礎を築いたことである。日本医労協の単一組織化は成らなかったものの、大会で「産別組織強化」を決定したことの意味は大きい。それには、東京医労連が大会の「総括」⁵²⁾で、大会で決定した「病院統一スト」に約半数に近い組合が参加できなかった原因を、脱皮できない「協議会的性格」「単組の企業主義的意識」にあると強調したように、日本医労協傘下の労組における「企業別労働組合の弱点克服」という視点もあった。また「病院統一スト」は、組合員と中央・地方の産業別組織との距離を縮め、さらに、産業別統一闘争と職場闘争を体感した看護婦等多くの若い活動家を育てる契機となったのである。

第3は、国の医療政策の転換を求めるといふ、医療労働組合の課題をより鮮明にしたことである。「病院統一スト」は、その大デモストレーションによって、賃上げの必要性と、それを規定する国の医療政策の矛盾をマスコミを通して社会に訴えた。終息に向かう3月、政府は当初否定していた診療報酬の引き上げを表明する。それは、全国一斉休診などの実力行使で診療報酬引き上げなどを要求していた日本医師会と政府の交渉によるものであったが、曲がりなりにも医療労働者が「病院統一スト」で掲げた「賃上げ→診療報酬引き上げ」という主張が実現したのである。それは、医療労働者が自らの賃金論を実証し、政府に医療政策の要である診療報酬を引き上げさせたという点で画期的なことであった。

しかし、組合側が要求した「国庫と資本家負担による単価（診療報酬）引き上げ」や「医

48) 国立千葉大学付属病院や大分県立病院における看護婦労働組合など。

49) 日本医労協結成時の共通要求も「診療報酬（一点単価）の引き上げ」であった。（結成準備会メモ）

50) 日本労医協「第7回定期大会議案」1961年、4頁。

51) このような考え方について、兵藤釗は「労働組合らしい思想」としている。兵藤釗（1981）『現代の労働運動』。

52) 東京医労連『第12回臨時大会議案』1961年2月、13頁。

療保障の給付引き上げ」などの闘争は十分に展開できず、基本的には賃金闘争の枠を超えるものではなかった。組合側には、体制側を「敵」にして闘うという「医療政策転換闘争」の準備はなかった。また、医療労働者の意識にも限界があった。看護婦たちは、患者との狭間で悩みながらもストライキの先頭に立った。そこには、労働者としての権利意識の高揚は見られたが、国民の医療と看護に対する社会的役割を自覚し闘うという意識の高揚は、一部の層⁵³⁾に限られ、全体的なものにはなっていなかった。

第4は、「病院統一スト」が、賃上げによる生活保障を求める闘いととも、寮生活・通勤・結婚の自由求をめるという「人権闘争」と、専制支配的な職場の民主化を求める「民主化闘争」の性格を持っていたことである。これらが合わさって職場闘争の大きなエネルギーとなったのである。

第5は、「病院統一スト」が、医療産業別労働運動の基本路線を展望したことである。日本医労協は、「病院統一スト」の決定にあたって、「大幅賃上げは職場闘争の基礎の上に組織された統一闘争なしにかちとることは困難である」⁵⁴⁾と、職場闘争と産業別統一闘争の統一を強調していた。そして、「病院統一スト」が「職場闘争」「地域共闘」「産業別統一闘争」という三側面の闘いによって展開され、医療労働者の闘争エネルギーを引き出していったのである。それらは、企業別労働組合の弱点克服をめざした『総評組織綱領草案』などに強調された方向であり、それを一定、実証したのものでもあった。萌芽ではあるが一。

「病院統一スト」の「総括」では、「医療労働者の今後の闘いは、国民の医療要求を自らの要求としてかかげつつ地域共闘を育てることを活動の中心にしていくことである」⁵⁵⁾としている。そして、「病院統一スト」から20年を経た日本医労協の第30回定期大会（1981年、7全国組合（企業連）、47県医労協、143,000人まで成長）では、到達した運動と組織の到達点と教訓が確認されている⁵⁶⁾。そこでは、第1に「医療労働者自身の要求と患者・国民の医療要求を車の両輪と位置づけ、統一してたたかう路線を確立したこと。医療労働者こそが医療の担い手であり、守り手であることの自負と責任をもち、方針上も明確にして取り組んできたこと」、第2に「共通の要求を基礎に中央・地方で医療産業別結集をすすめ、ゆるやかな組織の『協議体』であっても、…指導體制の強化を図ってきたこと」、第3に「要求の実現を目指して、職場を基礎にしたたたかいと、制度・政策闘争として中央・地方で政府や自治体への要請行動を強めてきたこと」だとしている。これを見ると、「病院統一スト」が、日本医労協の基本路線の確立に大きな影響を与えていることがみてとれよう。

おわりに

医療労働者の切実な賃金や職場の人員体制（増員）などの要求は、個々の病院の労使関係では解決が困難な国の医療制度・政策の厚い“壁”に阻まれている。医療労働者が自らの要求を実現しようと思えば、必然的に医療関係団体や他の労働組合、住民組織など広範

⁵³⁾ 例えば、全日赤内では、「病院統一スト」のことを「医療闘争」と呼称していた。そこには、「病院統一スト」が単なる賃上げ闘争ではなく、わが国の医療を変革する闘いだとの自負もあった。

⁵⁴⁾ 日本医労協「第5回定期大会議案」1960年、17頁。

⁵⁵⁾ 日本医労協「第7回定期大会議案」1961年、34-35頁。

⁵⁶⁾ 日本医労協「第30回定期大会議案」1981年、50頁。

な国民との「統一戦線」を志向することになる。それが、自然発生的に生じてくるものでない以上、連合体組織であれ単一組織であれ、その運動を仕組み展開する力量ある産業別組織が求められる。医療労働運動にとって産業別組織の強化は機軸の課題なのである。

産業別労働組合（単一組織）はその一つの方向である。しかし、半世紀を超えて存在している企業別労働組合を産業別労働組合へ飛躍させるのは、労資の力関係、さらには労組幹部の能力や組合員の意識も問われることであり、決して容易ではない。しかし、それを目的意識的に追求していくなら、医療にける産業別労働組合の結成は不可能ではないと思える。なぜなら、それが医療労働者の要求実現にとって有効な組織形態だからである。めざす組織は、当然、日本的な産業別労働組合であろう。それに至る過程には、その進路や、めざす単一組織の内実の問題もあるが、わが国の企業別労働組合が「政・労・使」間の綱引きによって一般化したとの見解に立てば、その変化によって劇的に変わる可能性もある。

単純には言えないが、企業別労働組合の連合体から単一組織への飛躍は、職場(単組)、地域でのたたかいと統一した産業別統一闘争の強化・発展を通して既存の企業別労働組合の意識改革を目指しながら、団結と組織の内実(組織力、政策能力、労働者の意識)を高め、産別本部の信頼と指導性を強めていくことを目的意識的に追求していくことによってこそ展望されるものであると思われる。その意味では、「病院統一スト」は「産業別組合への展望を開いた」(富岡)のではなく、医療の労働組合をその「入り口」に立たせたのである。

主な参考文献—(企業別労働組合論に関するものは数多く一部を除き紙数の関係で割愛した)

- 高橋洸(1956)『日本の労使関係の研究』未来社。
 高木督夫(1959)「労働組合の組織活動」岩波書店『思想』No.420。
 石田雄(1961)『現代組織論』岩波書店。
 大河内ゼミ報告(1961年)『病院ストをめぐる諸問題』。
 関谷嵐子(1963)「病院争議」『戦後日本の労働争議』御茶ノ水書房、1963年。
 川上武(1965)『現代医療政策史』勁草書房。
 白井泰四郎(1968)『企業別労働組合』中央公論者。
 小松隆二(1971)『企業別労働組合の生成』御茶ノ水書房。
 富岡次郎(1972)『日本医療労働運動史』勁草書房。
 新潟県医療労働運動史編集委員会(1975)『白い軌跡—新潟県医療労働運動史』労働旬報社。
 戸木田嘉久(1976)「日本における『企業別労働組合』の評価と展望」大月書店編集部『巨大企業における労働組合 現在の労働組合運動 7』。
 栗田健(1978)『現代労使関係の構造』東京大学出版会。
 中林賢二郎(1979)『現代労働組合組織論』労働旬報社。
 兵藤釗(1981)『現代の労働運動』東京大学出版会、(1984)『国鉄労働運動への提言』第一書林、(1999)『労働の戦後史 上・下』東京大学出版会。
 清水慎三編著(1982)『戦後労働組合運動史論—企業社会超克の視座—』日本評論社
 宇田川次保(1983)『戦後医療労働運動史』あゆみ出版。
 日本医労協(1987)『日本医労協30年の歩み』桐書房。
 二村一夫(1987)「戦後労働運動の展開過程」『社会政策学会年報』御茶ノ水書房第31集。
 野村拓(1987)『日本の医療と医療運動』労働旬報社。
 労働教育センター編(1979)『総評組織綱領と現代労働運動』労働教育センター。
 松村文人(2015)「企業別横断賃金交渉と産業別組合化論」社会政策学会編『社会政策』第6巻第2号、ミネルヴァ書房。
 兵頭淳史(2016)「戦後70年の労働運動と社会運動ユニオニズム—日本における伝統の検証とその再生のために」経済理論学会編『季刊経済理論』第52巻第4号、桜井書店。
 大木一訓(1984)「今日の労働組合をどう把握するか—社会変革と労働組合」(1984)『日本の労働組合

- 運動 1 『労働組合運動の根本問題』 大月書店。
- 川西宏祐 (1989) 『企業別労働組合の理論』 日本評論社。
- 三宅明正 (1991) 「戦後改革期の日本資本主義における労使関係」 土地制度学会 『土地制度史学』 第131号。
- 飯田鼎 (1997) 『労働運動の展開と労使関係—飯田鼎著作集第2巻』 御茶ノ水書房。
- 大河内一男 (1980~1981) 『大河内一男集 第4~5巻 労働組合論』 労働旬報社。