

【論文】

看護婦「増員・夜勤制限（ニッパチ）闘争」の特徴と歴史的意義

岡野孝信

はじめに

第1章 「ニッパチ闘争」の背景

第2章 闘いの展開（全体の概要）

第3章 個別事例

I 新潟県職員労働組合

II 山形市立済生会従業員組合

III 岩手県医療局労働組合

IV 全国労災病院労働組合と関東支部

第4章 「ニッパチ闘争」の特徴と歴史的意義



夜勤では、一人の看護婦が
40～50人の患者を見ていた。¹

はじめに

1. 問題の所在と研究課題

本論の課題は、1968年新潟（県立病院）にはじまる看護婦²の「増員・夜勤制限闘争」（ニッパチ闘争³）の分析を通して、その特徴と、医療労働運動史上の歴史的意義を明らかにしようとするものである。

看護婦の増員と夜勤制限を求めた「ニッパチ闘争」は、今から約半世紀も前のことであるが、現在においても、看護婦不足は解消されず、看護と看護労働に深刻な影響を与えている。その実態は、“人手不足で過密労働、過酷な夜勤、健康不安切実にもとめられる看護職員の増員”との「看護職員の労働実態調査報告書」（2010年、27、545人）⁴のタイトルにも端的に示されている。

「報告書」によれば、「疲れが翌日に残る」「いつも疲れている」とする「慢性疲労」が7

¹ 岩手県立病院にて（1968年頃）一写真提供：岩手県医療局労働組合

² 2002年より、「看護婦」は「看護師」と名称変更されているが、本論は、「看護婦」とされていた時期のことを中心に扱うことから、「看護婦」で統一した。なお、「看護婦」には高卒3年以上のいわゆる正看護婦と、中卒2年の准看護婦がある。本論で「看護婦」いう場合は、この両方を含む。しかし、両者の比較等を行う場合は、「看護婦」「准看護婦」と表記する。

³ この時期の看護婦の「増員・夜勤制限闘争」は、一般的に「ニッパチ闘争」と呼ばれている。「夜勤は、2人（複数）で月8回まで」との要求を表現したものである。闘いが、単なる「ニッパチ」だけではなく、「患者のためのよい看護」や「医療政策の転換」を求めているという性格からすれば狭い意味の表現ではあるが、この時期の闘いを象徴する表現でもあり、本論では「ニッパチ闘争」と表記する。「2人夜勤で8日以外の夜勤はしない」という実力行使を中心に闘い、全国約300の病院で「夜勤協定」を獲得した。

⁴ 財団法人日本医療労働会館『医療労働』No.526、2010年7月号特集。2009年11月から2010年1月にかけて実施された日本医療労働組合連合会（日本医労連）の組合員である全国の看護職員27,545人から回収されたアンケート調査で、回収率は約5割であった。

割強（73.5%）で、約20年前（1988年）の同じ設問の調査⁵での66.3%を7.2ポイントも上回っている。そして、看護する立場にある看護婦の約3分の2（64.9%）が、自らの「健康に不安」であると答えている。また、切迫流産は34.3%で、これも20年前の24.3%からさらに10.0ポイントも増えている。このような状態は、看護の内容にも影響し、「十分な看護が実現できていますか」との問いに対して、「できている」と答えた者はわずか8.8%の状態である。さらに、できていない「主な理由」（三択）を聞くと「人員が少なく業務が過密」とするものが81.4%と最も多くなっている。⁶

増員・夜勤制限の運動は、長年にわたり医療労働組合によって粘り強く続けられ、「ニッパチ闘争」後も1992年には看護師確保法に基づく「指針」で、また、2007年には「夜勤は月8日以内」の国会決議がされるが、先の調査のように依然として「9日以上」の夜勤が約3割（31.7%）もいる。そして、現在も、「増員・夜勤制限」は、医療労働運動の大きな課題になっている。このような事態にあるにもかかわらず、「増員・夜勤制限闘争」の長い歴史のなかで、最大の闘争となった1960年代半ばからの「ニッパチ闘争」について、感動的なルポルタージュ⁷はあるものの、運動論的な研究はあまり見られない。

2. 先行研究

「ニッパチ闘争」については、医療、看護という側面からの研究⁸が医療、看護関係者を中心に行われているものの、「ニッパチ闘争」を医療労働運動という角度からおこなった研究は少ない。近年では、杉林ちひろの論文⁹の中で「ナースウェーブ以前の看護婦闘争」として触れてはいるが、その最大の闘争であった「ニッパチ闘争」の分析がされず、富岡次郎『日本医療労働運動史』（1972）と労働組合の『年史』（日本医労連、全医労）からの経過の引用に止まっている。

「ニッパチ闘争」は、「病院統一スト」¹⁰と並び医療労働運動史上最大の産業別統一闘争として、その意義がわが国の医療労働運動のなかで強調されてきた。それは、数少ない先行研究の1つである富岡次郎の『日本医療労働運動史』においても、「画期的な闘い」であり「完全な勝利を獲得した」と評価され、さらに、同書の「結語」では「医療産業別組合（単一組織）形成の第一歩として看護婦のクラフトユニオン（職能別組合、又は職業別組合）を結成し、看護婦の全国的横断市場を把握し、看護婦の労働条件をこのクラフト・ユニオンで決定してはどうか。現在のように看護婦が極度に不足している状態で、看護婦が労働市場において売り手市場であるとき、この機会を有利につかみ、一挙にクラ

⁵ 20年前（1988年）のデータは、同じく日本医労連の「合理化・健康実態調査」における看護職員48,603人の回答である。なお、両年の「調査」及び「報告書」の作成は筆者が中心に行った。

⁶ 回答は、次いで、「看護以外の業務が多過ぎる」（49.3%）、「自分の能力や技量の不足」（39.3%）と続く。

⁷ 新潟県職員労働組合編（1968）『夜明けが来る』、山形市立済生館従組編（1969）『たんぼぼは咲いた』、植月秀子（1980）『白き流れはたえもせず』、など。

⁸ 吉武香代子（1980）「ニッパチが看護にもたらしたもの」、清水嘉与子（1980）「ニッパチがマンパワー問題にもたらしたもの」など。これらについては、本論の課題からして割愛する。

⁹ 杉林千尋（2010）「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」北海道学園大学経済学研究科『研究年報（10）』1-30。

¹⁰ 1960年秋から翌年春にかけて、賃上げを中心とした統一要求を掲げて闘われたわが国初の医療産業別統一闘争。職場や看護婦寮での人権、民主化を求める闘いでもあった。詳しくは、岡野孝信（2017）『病院統一スト』の歴史的意義と企業別組合克服への萌芽『千葉大学人文社会科学研究所』第34号を参照のこと。

フト・ユニオンを結成することはそれほど難事業ではないと思う」¹¹とまで述べている。しかし、富岡の研究で取り上げられた事実は、夜勤制限の『人事院判定』（1965年）を引き出した全医労の闘い¹²と、これを根拠にして闘い勝利した新潟県立病院での闘いの経過と成果のみであり、新潟から始まり 68 年から 70 年代初めにかけて全国に拡大した「ニッパチ闘争」の全体像が見えない。

「ニッパチ闘争」は、自治体病院を組織する自治労、民間及び自治体病院の一部¹³を組織する日本医労協¹⁴、国立大学付属病院を組織する日教組大学部会という 3 つの単産にまたがって闘われた。それは、各単産が闘争集中時期を決めたとしても、基本的にはそれぞれの加盟単組が判断した適切な時期に闘うという「到達闘争」でもあった。それゆえ、全体的な闘いの掌握が至難の業であることが、富岡以降、「ニッパチ闘争」についての労働運動史的な研究が行われてこなかった大きな要因であると思われる。また、大原社会問題研究所編『日本労働年鑑第 40 集 1970 年版』（1969）では、この「ニッパチ闘争」が「社会保障闘争」として扱われているが¹⁵、このような分類が、反「合理化」闘争としての「ニッパチ闘争」の研究を阻害させてきたのかも知れない。

関係する先行研究としては、他に、石原信吾「ニッパチ問題の分析的把握」（1970）と、松井耶依「ニッパチ問題の発端とその経過」¹⁶が注目される。両者の論文の主張に共通するのは、看護婦増員のための制度的（医療法改正）・財政的（医療費）保障の必要性から、「ニッパチ闘争」の限界性を指摘した点である。正論であると思われるが、国の低医療費政策に沿った医療「合理化」が進行する職場で心身共に追いつめられた看護婦たちが、その厚い“壁”に“穴”を開けるために、やむにやまれず「ニッパチ闘争」に立ち上がり、運動上の弱点を抱えつつも実力で闘うことによってその“壁”に“穴”をあけたという運動論的な側面もみなければならぬものと思われる。

3. 研究方法

本論では、「ニッパチ闘争」全体の大まかに経過、背景について把握し、さらに、4 つの個別単組の闘いについて概観するとともに、それぞれの特徴について分析し、その作業の

11 富岡次郎（1972）『日本医療労働運動史』527 頁。

12 2 章の 1（「ニッパチ闘争」の経過）を参照のこと。

13 日本医労協に組織されていたのは自治体関係 26 組合（単組）、60 病院と、国立大学医学部付属 4 病院である。（日本医労協組織部「日本医労協自治体関係組織名簿」1972 年）。なお、自治労に組織されている病院数は 700 弱である（自治労組織部、月刊『自治研』1969 年 10 月号）。

14 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）などの 6 全国組合（全国的組織の企業連）と 5 県医労協（地方の医療産別組織）、48,200 人（1960 年）の組織であった。日本医労協は、1986 年に「連合体」に移行し、現在、日本医労連（7 全国組合、43 県医労連、組合員、約 17 万人）となっている。組織図は本論「資料」参照のこと。

15 「ニッパチ闘争」が政府の医療政策に抗する闘いであるという側面からすれば、「社会保障闘争」としての側面をもつことは確であるが、どちらかといえば「合理化」反対闘争としての性格がはるかに大きいものと思われる。基本的には単組ごとの闘いであり、社会保障闘争というまでに至っていない。

16 両氏の論文は、医学書院（1970）『病院』第 29 巻・第 8 号—「特集—ニッパチ問題」。松井の論文は、「ニッパチ闘争」のはじまりから終息までの要点を記した唯一のものと思われる。しかし、「ニッパチ闘争」を社会問題として捉え分析しているものの、闘争内容の分析や運動論には及んでいない。

うえに立って、「ニッパチ闘争」の特徴と、その医療労働運動史上の歴史的意義を考察したい。本論で取り上げる個別事例は、「ニッパチ闘争」の口火を切った自治労・新潟県職員労働組合（新潟県職労）、新潟に続いて勝利した山形市済生館病院従業員組合（済生館従組）、岩手県医療局労働組合（県医労）、全国労災病院労働組合（全労災）と同関東支部の4単組の闘いである。山形と岩手の闘いは、自治労新潟県職労の闘いを民間病院を組織する日本医労協に引き継ぎ、医療産業別闘争に発展させた闘いであり、全労災と関東支部の闘いは、「ニッパチ」要求に対して、勤務体制「合理化」の逆提案を受け、これをはね返して勝利した、いずれも、「ニッパチ闘争」を象徴する闘いである。

分析に当たっては、①スライキト権を奪われた公務員にあって、「ニッパチ闘争」（「組合ダイヤ」というような戦術と闘争）がなぜ可能であったのか、②闘いを通して看護婦の意識がどのように変化したのか、③企業別労働組合（企業別組合）の弱点を克服するキーワードとされてきた、「職場闘争」「地域共闘」「産業別統一闘争」の有り様などを注視しながら作業を進めたい。

4. 略称

- ・日本医療労働組合協議会（日本医労協）
- ・全日本国立医療労働組合（全医労）
- ・全国労災病院労働組合（全労災）
- ・日本教職員組合（日教組）
- ・単位労働組合（単組）
- ・県医療労働組合協議会（県医労協）
- ・全日本赤十字労働組合連合会（全日赤）
- ・全日本自治団体労働組合（自治労）
- ・日本労働組合総評議会（総評）
- ・単位産業別組合（単産）

第1章 「ニッパチ闘争」の背景

1. 看護職場の実態

山形県、酒田市立病院労働組合夜勤制限闘争委員会が行った「患者アンケート」では、『看護婦さんからもっと親切にしてもらいたい』『看護婦さんをもっと増やしてもらいたい、夜間は特に不安です』¹⁷という要望が圧倒的に多かったという。

なぜ、看護婦たちは、患者の存在を気かけながらも、「2人夜勤で、8日を超える夜勤はやらない」というような闘いに立ち上がったのであろうか。

その理由が、「人手不足」を根源とする過重労働と“看護”の質的低下に対して、これで良いのか」と自問する専門職としての職能意識と、自らの健康と生活を守ろうとする労働者としての権利意識の高揚にあったことは明らかであると思われるが、以下の、彼女たちの訴えが、それを実証している¹⁸。

(1) 院長交渉での看護婦の発言—東大病院職員組合情宣部号外・1968.12.16、より

「物療内科は“24時間当直勤務”です。50床で看護婦数5名ですので、当直が5日に一ぺん回ってきます。当直の疲れがとれないまま、次の当直になり、疲労が蓄積します。法律で禁じられている宿直¹⁹にもかかわらず、病院はそれを放置し、(形式は「当直」なので)ナースコールもありません。夜間に具合が悪くなった患者さんは、当直室まで急いで看護婦を呼びに来なければなりません。私たちは、24時間当直を月に2回するので、それだけで48時間も超勤していることになります。しかし、超勤は18時間しかつきません。0時から5時までは仮眠時間として事務に届けてあるからと婦長さんは言いました。“仮眠時間”と言われても、重症者がいれば私たちも横になれません。婦長さんは、“仮眠時間”に職場にいるのがイヤだったら寮に帰ってもいいですよ、と言いますが、それは、患者放棄以外の何物もありません。」

「私たちは(泌尿器科)、月に12日夜勤をしています。検温は患者さんにまかせています。尿量や尿比重まで付添さんや患者さんに測定させることがあります。体温計もベッドの柵にしぼりつけたまま、消毒もされていません。こんな状態は看護婦として本当に恥ずかしいです。現在、準夜を二人で行っていますが、肝移植のある時は一人の看護婦は完全にその患者さんに付きっきりとなり、あと一人の看護婦が、手術を終わって帰って来る患者さんを含め40人もの患者さんを看なければなりません。そんな体制でいったいどこまで患者さんに責任を持てと病院当局は言うのでしょうか」

「脳外科では、術後の患者のほとんどが意識不明で、いつ呼吸停止がくるかわからない状態です。また、薬を器械で飲んでる人の管理もできず、血液が逆流したり、薬がなくなっているのに気付かないこともしばしばです。私たちは看護婦控室もなく、一日中すわる

¹⁷ 同労組作成の市民向けビラ(1969年9月)

¹⁸ 紙数の関係で、一部、割愛、要約をした。

¹⁹ 原文では、「当直」とあったが、実質的に「宿直」という意味であり、誤記と思われるので「宿直」とした。「宿直」は、通常の業務を行うことが労働基準法で禁止されている。

どころかご飯を食べる間もないほどです。昼食や夕食も医師勤務室の片すみでこっそり食べたりする状況です。」

(2) 患者と看護婦の声—富山県職員労働組合中央病院総支部『しあわせはみんなの願い、二人以上の夜勤でよい看護を』(1968年)、より。

「もっと看護婦さんを増やして、何でも相談できる余裕のある看護婦であってほしい。精神的看護を望む」「看護婦さんを増やしてください。特に夜勤の看護婦さんが一人ではすくなくすぎます。何かやって下さいと頼んでも、ちょっと待ってくださいと言われる。そのちょっとが一時間、いや半日になり、あげくのはては忘れられています。これじゃ私たち患者はたまったものではありません。何とかしてください」「“完全看護”といいながらなぜ付添が必要なのですか」(19頁) —患者の声。

「月のうち半分は主人とすれ違い。主人は、子どもたちに『病院には、お母さんや、お父さんから離れた病気の子供や、デイチャン、バアチャンがお母さんが来るのを皆待っている。もう三つねんねしたら、あんたのお母さんになってくれるから』と、言って聞かせます。もう三つ、一つと指数えて待っている子供の気持ちを思うと、一日でもいいから、夜勤が少なくなければ、と強く思います。」(10頁)。

「今夏猛暑の頃、乳児、未熟児が多く、泣き暴れていても見てあげることができず、暑い部屋で放置されていてあせもをつくり、切開するような患児を2~3人出してしまった。いまでも治癒せず治療している有様である」(6頁)。

「哺乳で、抱っこしてゆったりとした気分で与えなければならないのに、現状では、ラップ飲みをさせ、離しても、なかなか再びくわえさせることもできぬ有様。また、吐乳で入院した乳児すら上体を高くしたままでラップ飲みさせ、十分見てあげられない」(6頁)。

「神経科病棟では、準夜、深夜共に一人夜勤であり、遅出、早出もありませんので午後4時40分から午前8時30分までの間は全く一人で40人前後の患者を看護することになります。興奮患者や自閉患者、たえず脱走してやろうと看護婦のスキをねらっている患者、等々。生活指導も興奮患者に手を取られて全くできない状態であり、ましてや、患者の良き話し相手となることなどできません。開放病棟で、手のかかる患者が一人いれば、その患者にかかってしまい、他の40人余りには目がとどかず、よく無断離院が起こります。その度に、勤務者が始末書を書かされるわけです。患者が無事ならば、それで済みますが、もし、離院中に事故があった場合、その責任は誰が負うのでしょうか。私は二人夜勤であれば、このようなことも防ぐことができるのではないかと思います」(2頁)。

(3) 長時間労働と夜勤の連続でクタクタ—新潟大学職員組合医学部分会の市民向けビラ(1968年11月)、及び機関誌『どっけし』208号、1968年10月25日、より。

「私たちの日常の勤務状態は夜勤が月の10日にも及び、その他に昔の女工並みの1日13時間労働が月2~6回もあります。……夜勤時においては、重症患者、救急患者が多く、腰かける暇もなく暁を見ることもしばしばです。また、40人もの患者を一人でみているために、大切な命をあずかる責任感で神経は常に緊張の連続です。ちょっとゆるがせにすれば命にかかわる事故は目前です。勤務が終わるとただ寝るだけです。人間として、女性として向上しようと思っても、おけいこ事もできません。既婚者は家族ぐるみ犠牲になる夜勤

で家族争議のもとになっています」

「7時からの早番があり、朝食をとれないまま昼まで勤務する人が多い。朝の食事時間がほしい。残りをなくして夜勤を二人にしたい。外来とかけもちで病棟の患者に責任がみもてない。どうしても増員が必要だ」（泌尿器科）。

「外来に看護婦がとられ40人の患者を二人で看ている。手術日には患者の移送だけで大変。一人夜勤のため異常がくれば定期巡回はもちろん時間注射も遅れる」（耳鼻科）。

「重症患者室ではいつ呼吸が止まるかわからないような患者を二人も見ている。30分毎の検温、脈拍、血圧、呼吸の測定、数本のドレーン（管）からの吸引量の測定、二本のイリゲーター（容器）への液の追加等、監視と記録に追われている。患者に異常があれば最初の三分間の手当てが“決め手”といわれているだけにトイレにも行けない。緊張の連続で一人ではとても大変。どうしても二人にしてほしい」（胸部外科）。

「13人で二人夜勤、日勤は5人で外来をかけもち、50床の病棟に1~2人のときもある。治療室はほとんど空で付添婦が電話をとり継ぐことさえある。準夜明けに早番の時はほんとうに辛い。また、日勤が夜勤以上に忙しくて厳しい。体の具合が悪くなると、個人衛生が悪いと言われる」（整形外科）。

(4)「明け方は足で立っている感じがなくなる」—民間病院での状況—東京医労連資料及び日本医労協機関紙『医療労働』200号、1968年4月5日、より。

「ベッドの回転を速め、一床たりの収入を増やすために、特に大病院などでは最近手術数が増大している。そのため、手術室勤務の看護婦は、昼食はおろか、夕食すらとれずに、ムンムンする狭い手術室で一日中、缶詰で仕事をさせられる日が多くなっている。朝は、準備もあるので6時頃から準備室に入り、夜は12時、翌日の2時、3時まで入りきりになり、20時間、足はふくれてしまっている。ひどい時などは数日もこんな時が続くことがある」（東京女子医大）²⁰。

「外来患者は、待合室に延々と列をつくり、3時間、4時間と待たされる。看護婦はヒステリックになり、注射などはまったく機械的に行なわれ、処置するだけで精いっぱいである。“看護”などという言葉は、遠いどこかの国の話で、職場は戦場のように騒々しく非人間的で、彼女らは一つの機械のようである。寮に帰っても話すことを忘れ、うるおいが失われていく自分を悲しく思っていると訴えている。」（慶応病院）

「精神病院の人手不足は、まったくひどいの一語につきる。作業療法と称して患者を病院の清掃に使ったり、軽症患者に重症者の世話をさせたりして人員不足を補っている。ある病院などは、定床以上に患者を入院させ、廊下をベッド（病室）がわりに使う。井之頭病院では無資格者に一人で当直させ、事故が起こった場合でも看護婦並みに始末書を書かせる。これらは、精神病院の一般的傾向である。」

「…職場に入って一年。現実には患者の訴えを聞くどころかブザーが鳴っても行けず、一ヵ月も体を拭けない状態です。それに深夜勤で一人でも重症がいれば、処置室や患者の所をとびまわり、その間をぬってカルテ整理、処置や投薬の記入、午前三時には足がつっ

²⁰ 東京医労連「資料」と記されているだけで、その他は不明である。内容と文章からして東京医労連の専従者が現場から聞き取ってまとめ、集会等の資料したものであろう。

ぱり明け方には引きずるようになります。六時には 60 名の患者の検温に走り回り、7 時まで一人一人の検温をし、あと一時間で書類記入をして 8 時に昨日のことを簡単明瞭に誤りなく日勤の人に申し送ります。その時の私は足で立っている感覚はなく、頭はガンガンして口が思うように回らず、何回も言いなおさなければならなくなっています。こうした勤務が月に 10 日以上もあるなかで、先輩はどんどんやめて行くのです。どこか、せめてもうすこし看護らしい看護のできる病院はないか、と。そんな病院は今の日本のどこにもないのです。私たちは訴えます。夜勤「報告」少なくしてください。一日でも、二日でも」（東京・慶応病院看護婦、島崎光子）。

2. 背景

（1）高度経済成長と国民医療

「ニッパチ闘争」が起こる 1960 年後半は、高度経済成長が終焉に近づきつつある時期であり、社会との矛盾が顕著になりつつあった。1969 年 4 月、自民党・医療基本問題調査会は、「国民医療対策大綱」を発表する。そこには、「最近の社会経済構造の急激な変動は社会構造に重大な変化を与え、人口の急速な高齢化は成人病を激増させ、経済の高度成長による高度工業社会への移行、人口の都市集中は、労災、職業病、公害、交通事故による死傷者の増加をもたらし、医療需要の量と質における急激な変化」をおこしているとして、「もはや従来の制度、施策では到底対応できない」と、自ら推進してきた経済政策と医療政策のゆきづまりが述べられている。

単純な比較ではあるが、厚生労働省『患者調査』によれば、「推計患者数」は高度経済成長初期の 1955 年には約 294.7 万人であったものが、1965 年には 580.1 万人（1.97 倍）となり、1970 年には 724.7 万人（2.46 倍）に拡大している。患者の増大は、当然、看護婦などの要員体制を含む医療提供（供給）体制にも影響を及ぼすことになる。

この時期、すなわち 1960 年代の医療提供体制の特徴について、西岡幸泰は、『『高度成長』＝『強』蓄積過程を土台とする公私医療機関の無政府的増床競争。産業再編成＝労働力流動化と同一方向に沿う公私医療機関のスクラップ・アンド・ビルドと大都市集中、地域的偏在の強化』²¹と、指摘している。ここで西岡が指摘する「無政府的な増床競争」のもつ影響について、その一つである「病床数」と「看護体制」の関係について、以下、その特徴を見ることにしたい。

①「完全看護」と看護婦不足

第 1 は、「完全看護」にともなう問題である。国は、1950 年に「完全看護」²²の実施に向けて、同年の診療報酬で「完全看護」に対する診療報酬点数を加算し、その引き換えに診療報酬上の「付添い」を廃止した。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²³。また、勤務体制は「二交代・当直制」から「三交代制・24 時間看護」への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

²¹ 西岡幸泰（1985）『現代日本医療政策論』労働旬報社、28 頁。

²² 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。

²³ 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）

護体制の現状に沿って「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」²⁴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」²⁵となっていたのである。

そもそも、看護婦の配置基準である「患者 4 人に看護婦 1 人という医療法」の規則は、看護業務の密度や看護婦の労働条件（権利）から導き出されたものではなく、制定当時（1953 年）の看護婦数の実態をもつて基準としたものであった。「4 対 1」といっても、常に 4 人の患者に対して看護婦が一人いるというのではなく、例えば一病棟 40 人の患者であれば、10 人の看護婦がその病棟に配置され、交代勤務（2 交替、又は 3 交替）で回さなければならない。その 10 人で、一人ひとりの「休日」や「病休」、「年次休暇」、「生理休暇」（ほとんど取得できない）などを全て含めて 365 日の業務を回さなければならない。もちろん、「病休」などの予備要員はいない。このような体制では、準夜勤務、深夜勤務には一人しか配置できなく、夜勤回数も増え、月に 10～15 日も夜勤をしなければならない職場が多かった。1 病棟 40 人～50 人の患者に対し、夜勤の看護婦一人では看護婦としての責務、その使命を果たせないことは看護婦はもちろん、誰がみても自明のことであった。「ニッパチ」は、看護婦たちにとって労働密度の高い過重な労働を担い、看護婦自らの健康と生活を維持し、専門職として働き続けるためのギリギリの要求であった²⁶。

②国民皆保険体制と看護体制

第 2 は、国民皆保険にともなう問題である。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」²⁷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²⁸、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」「不安定な保険財政」「低い給付水準」「皆保険体制に対応した医療供給体制の未整備」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」²⁹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、

²⁴ 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。

²⁵ 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。

²⁶ 「2 人夜勤」のためには、1 病棟につき「準夜勤務」2 人+深夜勤務 2 人で 1 日 4 名の夜勤要員が必要となり、一ヵ月では延べ 124 人となる。一人ひとりの夜勤日数を 8 日（回）に抑えるための看護体制は $124 / 8 = 15.5$ で、16 人となる。これに通常は夜勤に入らない婦長 1 名を加え、1 病棟 17 名体制となり、そのための増員が必要になる。

²⁷ 吉田秀夫「病院ストと医療制度」1960 年、『労働経済旬報』16 頁。

²⁸ 東京 23 区などは 59 年 11 月から先駆けて皆保険を実施した。

²⁹ 土田武史（2011）「国民皆保険 50 年の軌跡」、『季刊社会保障研究』第 7 巻第 3 号、国立社会保障・人口問題研究所、248—249 頁。

それに対応する医療供給（提供）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」³⁰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り、人手不足は看護婦において顕著であった。

国民皆保険は、このような看護職場の「人手不足」に拍車をかけることになる。「国民皆保険」によって被保険者が拡大し、それによって患者数も拡大し、それを見込んで医療機関の新設や増床に向けての“競争”が激化する。しかし、看護婦の人員配置はそのままであり、看護婦不足を加速させる。加えて、医学の進歩とともに、医療内容が高度化し、脳外科や癌科などでの複雑な手術が多くなり、いわゆる看護婦にとって“手のかかる”「重症患者」がふえ、労働密度をさらに高めることになる³¹。人手不足による過重労働が看護職場に蔓延し、「赤ちゃんのとりちがえ」などの信じられないような医療ミスが起り、「医療の荒廃」がマスコミをにぎわすようになる。

③病床数の拡大と看護体制「合理化」

第3は、病床数の増大と、医療の高度化にともなう看護婦の増員が行われず、そのうえ看護体制の「合理化」がすすめられたことである。

【表1】は、病床数の拡大と看護体制の経年的な関係を見たものである。看護体制は病院の種類によって大きな差があるため、厚生省「医療施設調査」に見る1957年と、1970年の「一般病院」について見たものである。この間、「病床数」が400、430床から836、48床5へ436、055床と約2.09倍に増加している。一方「看護職員数計」（助産婦含む）も、80、583人から199、482人へ2.48倍増加している。病床数の増加に対して『看護職員』の伸びが若干上回っており、また、看護職員一人あたりの病床数も、1957年の4.97から4.18へ改善されていることがわかる。しかし、前述したように、もともと少ない看護体制がそこまで伸びたということであり、また、この間の医療の高度化、業務の複雑化による労働密度の強化を考えれば看護婦の伸びは決して高いとはいえない。看護職場では、依然として人手不足による過重労働が続いていたのである。

さらに、【表2】では、1957～1970年の13年間で、看護婦（「正看護婦」）が59、053人から96、197人へと37、144人（1.63倍）増加したのに対して、准看護婦は21、530人から103、285人へ81、755人（4.80倍）も増加していることがわかる。無資格の「看護助手」も17、369人から46、027人へ27、446人（2.65倍）増加している。

医療、看護技術が高度化していくなかで、本来必要とされる高卒後3年の養成課程の看護婦（21歳）の伸びが抑えられ、養成期間の少ない中卒2年課程の准看護婦（17歳）が賃金を低く抑えられることなどの理由で大幅に拡大される。そして1957年には准看護婦（21、530人）が看護婦（59、053人）の36.5%であったのが、1970年には逆転して准看護婦（103、285人）が看護婦（96、197人）を0.7%上回ることになる。

高卒3年課程の看護婦を抑え、准看護婦を拡大し、さらに無資格の「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。これらが、看護婦たちの精神的負担を含めた過重労働の一因となったことはいうまでもなからう。

³⁰ 菅谷章（1977）『日本医療政策史』日本評論社、310頁。

³¹ 松居耶依「ニッパチ問題の発端と経過」『病院』vol.29、N08、1970年8月号、19頁など。

【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

	1957年	1960年	1967年	1970年	増減差	対比(倍)
					1957-1970	1970/1957
病床数	400,430	479,032	749,107	836,485	436,055	+2.09
全従事者数(人)	167,370	295,610	482,197	560,271	392,901	+3.35
看護職員計(人)	80,583	102,515	164,489	199,482	118,899	+2.48
看護職/病床数	4.97	4.67	4.55	4.18	0.79	-0.84

(厚生省「医療施設調査」、同「病院報告」より作成)

(注1)「看護職員計」は看護婦、准看護婦、助産婦、看護人の合計。「看護婦」「准看護婦」共に男性(「看護人」)を含む。「対比」は四捨五入した倍率。

(注2)1957年は国民皆保険以前として、1960年はそのスタート時点、1967年は「ニッパチ闘争」に入る直前、1970年は「ニッパチ闘争」後の数値として見る事ができる。

【表2】一般病院における看護職員数の経年比較

	1957年	1960年	1967年	1970年	1975年	増減差	対比(倍)
						1970-1957	1970/1957
看護婦	59,053	60,597	81,982	96,197	136,482	37,144	+1.63
准看護婦	21,530	41,988	82,507	103,285	122,906	81,755	+4.80
看護助手	17,369	21,058	42,799	46,027	56,447	27,446	+2.65

(厚生省「医療施設調査」、同「病院報告」より作成)

(注1)「看護婦」「准看護婦」共に男性含む。「対比」は四捨五入した倍率。

(注2)1957年は国民皆保険以前として、1960年はそのスタート時点、1967年は「ニッパチ闘争」に入る直前、1970年、1975年は「ニッパチ闘争」後の数値として見る事ができる。

(2)「病院統一スト」(1960年)を引き継ぐ課題として

国の低医療費政策にとまなう低賃金の引き上げと、人員不足に対す増員は当時の医療労働者の二大要求であった。前述した「看護職場の実態」「病床数と看護婦数の比較」看護体制「合理化」などから見ても、看護婦と労働組合にとって、「増員・夜勤制限」が切実な要求となっていたことは容易にわかるであろう。

1960年秋から翌年春にかけて全国的に闘われた「病院統一スト」は、賃上げ要求をほぼ実現させたが、後半からは体制的な反撃を受けるなかで、「増員」要求実現への闘いを仕組むことができなかつた。その点からも、看護婦を中心とした「増員・夜勤制限」要求の実現は、官民間わず「病院統一スト」後の医療労働運動の最大の課題となっていた。

また、「病院統一スト」は、賃金闘争とともに、封建的な職場と寮に縛られた看護婦の人権闘争、民主化闘争という性格をもっていて、看護婦自らが闘うなかで労働者としての権利意識を高め、職場と寮運営を改善させた。しかし、「病院統一スト」を闘ったのは主に民間病院の医療労働者であった。それらの影響は当然波及したとしても、国立大学や自治体の病院には、60年当時の職場の状況がまだまだ残っており、人権と職場の民主化を求める看護婦たちの思いが「ニッパチ闘争」のエネルギーにも大きく影響したと思われる。それは、「ニッパチ闘争」が自治体病院や国立大学病院から始まり全国に拡大するとともに、「病院統一スト」後の労務管理の強化と「合理化」攻勢に苦しめられていた民間病院に拡大していったことにも現れている。

第2章 闘いの展開（全体の概要）

1. 「ニッパチ闘争」の経過

看護婦を増員（ふや）し、夜勤日数（回数）を制限する要求は、賃上げ要求とともに医療労働運動における最大の課題であった。とりわけ看護婦にとっては、専門職としての仕事と私生活の両立、患者の安全の確保、母性保護、等から切実な要求であった。その運動は、わが国の医療労働運動の当初から現代に至る歴史を持つものであるが、本論で扱うのは、その「増員・夜勤制限闘争」における1968年～70年代前半の闘いであり、マスコミを含め広く「ニッパチ闘争」と呼ばれた時期の闘いであり、また、医療の産業別組織である日本医労協傘下の組合の闘いを中心としたものである。以下、その闘争経過の概要である。

このいわゆる「ニッパチ闘争」は、1968年3月の新潟県立17病院における新潟県職員労働組合（以下、県職労）の劇的な勝利にはじまり、70年代前半にかけて全国的に拡大する。日本医労協は、1972年2月時点の集約で、「自治労177（自治体）病院、日教組9国立大学付属病院、日本医労協88病院で「ニッパチ」の協定化が実現した」³²としている。「ニッパチ闘争」は、自治労、日本医労協、日教組大学部という三単産がそれぞれ主導する統一闘争であった³³。

「ニッパチ闘争」に至る日本医労協の動向を振り返れば、1960年秋から翌年春にかけた初の産業別統一闘争であった「病院統一スト」でも増員闘争を組織することができず、増員・夜勤制限が看護職場の最大の課題となっていた。1963年4月、傘下の全日本国立医療労働組合（全医労）が、人事院に対して看護婦の夜勤を制限するよう行政措置要求を提出した。人事院は、現地での公開調査³⁴を経て、65年、①夜勤は平均月8日を目標とする、②一人夜勤の廃止に向かって努力すべき、③産後6カ月の夜勤免除、④夜勤の休憩時間の明示、などの「人事院判定」（要旨）を行った。その内容は、全医労にとって、「夜勤の実態をある程度あきらかにし、改善の必要性を認めながらも…夜勤制限の根本問題である増員についてはまったくふれない」³⁵不満なものであった。

しかし、この全医労が引き出した「人事院判定」を根拠に、日本医労協は65年末闘争と66年春闘で「増員・夜勤制限闘争」での全国統一行動を提起する。これを受けて岩手県医療局労働組合（県医労）は3月30日の団交で、①三交替職場の複数夜勤の実施、②「夜勤日数は12日でやれるように年度中に努力する」との確約を得、4月から114人（新採用103

³² 日本医労協（1971）『第17回定期大会議案書』5頁。また、大原社会問題研究所編（1970）『日本労働年鑑第40集1970年版』（351頁）では、「全国7500余の病院中100床規模以上の病院の2割が（協定）をたたかいとり、看護婦の増員は約1万人（日本労医協報告）に達した」とされている。

³³ 三単産は、総評の「医療共闘会議」の中心的なメンバーであり、新潟県職労の闘いでは「共闘」の域を超えた医労協の動員（保安要員派遣）計画がされたとして、「ますます団結を強めようではないか」と強調している（県職労機関紙『自治労新潟』224号—夜勤制限闘争総括特集、1968年5月5日）。

³⁴ 「公開調査の場は、つもりもった不満をぶちまける場となった。岩国病院（広島県）」の場合は160名の組合員が午前9時40分から午後10時まで「職場闘争」しながら続けられたという（全医労『全医労三十年の歩み』66頁）。

³⁵ 全医労『全医労三十年の歩み』72頁。

人十病院採用 11 人) の増員を確約させる成果を上げる³⁶。この県医労の「増員・夜勤制限闘争」の闘いを知った新潟県職医療部会は、調査団を岩手に派遣、岩手での教訓を学び、「人事院判定」を拠り所とした新たな新潟でのニッパチ闘争の戦術を練っていく³⁷。

68 年 3 月の新潟のニッパチ闘争の勝利は、5 月 11～12 日に新潟市内で開催された「夜勤制限・増員全国活動者会議」を経て全国に波及していく。集会は自治労（総評医療共が主催（総評医療共闘協賛）したもので、看護婦を中心に全国から 532 人が参加したが、その約半数の 260 人が日本医労協からの参加であった³⁸。集会は、自治労をはじめ、総評医療共闘、日本医労協、日教組、国労など医療労働者を組織する中央単産の役員が揃って決意をのべるなど、医療の大産別的な集会になった³⁹。この集会が、ニッパチ闘争を全国に広げる大きな契機となったが、新潟にとっても孤立せず、かちとった協定を実行させていくにも重要な集会であった。（【表 3】は、新潟の後、同年 8 月からの 5 ヶ月間に「ニッパチ闘争」に入り、労働組合と「ニッパチ」協定を結んだ病院である。）

新潟での全国活動家会議の 3 ヶ月後には、隣県の山形（済生館従組、日本医労協傘下）の勝利へと引き継がれ、自治体病院から、民間、国立大学病院へと年内に 17 労組、73 病院に拡大（表 1 参照）、さらに翌年 69 年 6 月には 18 府県 162 病院⁴⁰まで協定化が拡大する。しかし、民間病院では独立採算制による「合理化」や、看護単位（各病棟）の統合・拡大、増員なしの勤務体制の「合理化」などによって闘いが阻まれるケースも出てきた。そして、“夜勤切れ”による不測の事態を当局や経営者が逆用して、医療上の責任を組合側に転嫁し、闘いの孤立化や分断攻撃を受けるようになり、有利な情勢をにありながらも協定化の実現が 162 病院にとどまっている」（要旨）⁴¹、と指摘している。

また、国立病院をはじめ、日赤病院、健康保険病院、労災病院など全国的に、表面的には夜勤回数を減少したかに見せかけながら、労働量の増大と労働密度を高める「新勤務体制」の提案・試行が行われる。ニッパチ闘争の広がりに対する体制側の反撃であり、「増員・夜勤制限闘争」の発展に対するブレーキとなった。「新勤務体制」⁴²の「合理化」提案に対

³⁶ 早くも、1962 年 2 月、県医労の胆沢支部は、病院の移転に伴う「合理化」に反対して職場闘争を展開しつつ、地区労との共闘を組み、市民への宣伝を強め、これをマスコミが社会問題とし大きく取り上げるなかで、当初増員を拒否していた当局も、①17 人の増員、②夜勤は一看護単位二人、③二階病棟は看護婦を増員配置した後に患者を収容する、との 3 点の要求を実現し、岩手における「増員・夜勤制限闘争」の口火を切っている（459 頁）。また、1964 年の秋闘で花巻厚生支部は、「産後の夜勤免除」の闘いに取り組み、「65 年 1 月から看護婦 17 名の増員をかちとり、夜勤 2 名制、産後一年の夜勤免除を実現」（139 頁）させている。

³⁷ 劇的なニッパチ闘争の勝利が新潟で起こった 1 つの要因が、この岩手への調査団派遣にあったように思われる。看護婦一人ひとりの闘争への主体的参加、運動の社会化、人事院判定の活用など、新潟の闘いのいくつかの特徴がすでに岩手の闘いで見られるからである。また、県医労が日本医労協の代表（中心）的な単組であることからすれば、日本医労協のそれまでの闘いの経験や教訓などもそこで交流されたものと考えられる。そして、新潟県職労の 68 年春の勝利の経験と教訓が岩手に伝えられ、県医労 68 年秋の「ニッパチ闘争」の勝利へと続く。

³⁸ 日本医労協（1968）「第 14 回定期大会議案」7 頁。この集会の様子について、『夜明けが来る』（1968 年）は「会場は熱気にあふれ、予定の二倍近くの看護婦たちが集まったため、コンクリートの床にむしろと毛布を敷き、そこに座った」（245 頁）と記している。

³⁹ 日本医労協機関紙『医療労働者』No.205、1968 年 5 月 25 日。

⁴⁰ 日本医労協「1969 年度運動方針」機関誌『医療労働』No.94、1969 年 7 月 20 日、5 頁。

⁴¹ 同上。

⁴² 「新勤務体制」及び「新々勤務体制」については、本論の「個別報告 4、全労災と関東支部のたたかい」

して、全医労や岩手県医労などが試行段階でこれを阻止したが、組織攻撃を受けた東京厚



生年金病院や、全労災などで強行され、全国的にも一定の⁴³影響を受けた。また、全労災では、更なる「合理化」である「新々勤務体制」が提案されたが、全労災関東支部は、1970年2月以来約3ヵ月間わたって看護職場の闘いを基本に、患者・住民への訴え、全労災全体、県医労協、日本医労協、総評などの支援を得た闘いを展開した。この関東支部の闘いを通して全労災は「新々勤務体制」を阻止する⁴⁵。

休憩時間に「組合ダイヤ」の検討(1970年、慶応病院)⁴⁴

このようななかで、ニッパチ闘争の“天王山”といわれた熾烈な闘いが慶応病院で行われた。慶応における「夜勤制限闘争」は、1969年4月11日、労組からの「一人夜勤廃止、月平均八日以内」をはじめとする38項目に及ぶ要求に始まった。当局は4月30日、「47年3月までに月8日夜勤を実現する」と回答するが、具体的な増員数を示せず、労組は5月1日より、まず20病棟が「組合ダイヤ」に入る。当局は、支部団交を拒否し、労使の紛争が強まる。労組では、「支部の専門部として『看護婦闘争委員会』」が確立し、組合始まって以来の大きな闘争力を発揮した。また、この闘争期間に120名の組合員を拡大し、支部の組織力、闘争力を高め…、この闘争で看護職場の力関係は大きく逆転し」さらに、「宣伝ビラ



慶応病院での「ニッパチ闘争」のストライキ(1968年5月23日)⁴⁷

内部向け5万枚、外部向け12万枚、指名スト150名の他労組オルグ、150名での白衣による東京駅頭ビラ配布、一ヵ月5波のストライキ」⁴⁶などを展開、5月31日の団交で、「昭和44年度の予算定員は581名であるが、この予算定員を超えて早期に39名の増員に努力する」との確認書を交わして妥結する。

しかし、当局は「協定書の履行をさぼり、看護婦の増員をせず、逆に診療体制の『合理化』などで全病棟の稼働率を高め、採算性の低い病棟の閉鎖、協定書の一部の一方的破棄通告」⁴⁸、さらには「増員・夜勤制限闘争」の中心となっていた組合役員の5人の看護婦に

を参照のこと。

⁴³ 写真提供:日本医労連。

⁴⁴ 写真提供:日本医労連。

⁴⁵ 全労災関東労災の闘いについては、本論の「個別報告4」を参照のこと。

⁴⁶ 慶応義塾労働組合四谷支部「第10回大会議案」1969年。

⁴⁷ 写真提供:日本医労連。

⁴⁸ 日本医労協第(1970)『16回定期大会議案』。

対して「上司の命に服さず誹謗中傷を行った」などとして一週間の停職処分にしたのをはじめ、労組に対する分断攻撃を強めた⁴⁹。

一方、看護婦の養成期間を高卒 3 年から高卒 1 年に短縮することを骨子とした、いわゆる「安上がりの看護体制」への「合理化」案が自民党によって 69 年秋より具体的に画策さ

【表 3】看護婦「増員・夜勤制限闘争」による協定（1968 年）

（協定締結日）	（病院名）
1968. 3. 3	新潟県立病院（17 病院）（自治体・県立）
1968. 8. 20	山形市立病院済生館（自治体・市立）
1968. 9. 30	東京・西新井病院（民間）
1968. 9. 30	富山県立中央病院（自治体・県立）
1968. 11. 4	松山赤十字病院（民間）
1968. 11. 14	高岡市民病院（自治体・市立）
1968. 11. 14	岩手県立病院（30 病院、県立）
1986. 11. 29	市立函館病院（市立）
1968. 11. 30	新潟厚生連病院（12 病院、民間）
1968. 12. 3	盛岡赤十字病院（民間）
1968. 12. 4	東京慈恵医科大学付属病院（民間）
1968. 12. 6	国立新潟大学医学部付属病院（国立）
1968. 12. 11	高知県立病院（自治体・県立）
1968. 12. 15	国立東京大学医学部付属病院（国立）
1968. 12. 20	国立九州大学医学部付属病院（国立）
1968. 12. 27	国立名古屋大学医学部附属病院（国立）
1968. 12. 28	国立京都大学医学部付属病院（国立）

（注 1）日本医労協「勝ちとった夜勤制限、増員についての協約・確認事項」（『医療労働』No.88、1969 年 1 月号）、『資料労働運動史』昭和 43 年版、等より作成。
（注 2）表では 17 病院名となっているが、「新潟県立病院」のように 17 病院を開設しているところもあり、病院数では 73 となる。

れ、70 年春の通常国会に提出される。総評医療共闘会議を中心とした闘いで全野党が反対の立場となり、最終日のギリギリに法案を廃案に追い込み阻止する。もちろん、これらは、ニッパチ闘争とも相互に関連する運動ではあったが、ニッパチ闘争への集中度が分散され

⁴⁹ この点について、慶応義塾『塾監局小史Ⅱ』編集委員会（1987）『塾監局小史Ⅱ』は、『塾監局小史Ⅱ』は、「労組は組合ダイヤによる実力行使を継続して、遂に 9 月 1 日まで争議を収めなかった」「文字通り行き詰まる緊張と混乱が続いた」「（夜勤回数）現在（1985 年頃）はおおむね 8 回台に収まっているが、…この問題は今日なお、十分な解決を見ていない。」としている。（287-288 頁）

たことは否めない。

このように、ニッパチ闘争は、69年に入り体制的な反撃を受け、それを押し返しつつも、「医療労働者が1昨年からの自らの闘いを通じてつくり出した有利な医療情勢をさらに発展させ、職場の医療内容の改善、権利を守り労働条件を大幅に改善させる成果に全体としてのばすことはできなかった」のである。もちろん、その後も拡大のスピードと闘いの集中度は落ちてとはいえ、ニッパチ闘争は全国に拡大していくのである。

総評医療共闘会議は、「増員・夜勤制限」の法制化等をめざす請願署名運動を展開、参議院決議（1969年6月10日）を採択するところまで漕ぎ着けたが、さらなる法制化への運動の展開には至らなかった。

1968年春、自治労衛生医療評議会は、「夜勤制限闘争中間総括案」⁵⁰をまとめている。それによれば、新潟県職労の1968年3月の勝利以降、「約200病院、…闘争が予定されている病院を加えると、自治労に結集している病院の約半数までが月8日、複数夜勤の制度化を勝ちとると予想され、当初予想していた以上に幅広く、強力な闘いが組織されていた」とし、実際の闘争では各自治体や病院での労使関係の有り様や、労組の力量によって、さらには各病院の看護婦たちの意識によって、先行した闘いを基準にしながらも、いろいろ“創意工夫された”「組合ダイヤ」や戦術がとられたことが記されている。

また、使用者側の対応にも、青森県・黒石市立病院のように助役、市議員を先頭に組合員の家庭まで出向いた切り崩し工作や外部団体のオルグが入ってくるという理由で警察官を導入したりありとあらゆる攻撃を加えたりするところもあれば、「夜勤切り」に入るにも関わらず、何の対策も打てない病院当局がいたり、比較的容易に協定化を了承する病院があったり、病院間にはかなりの差があった。しかし、いずれも労組の勝利となっている。そして、「今後、この闘いの結果勝ち得た条件を確定、実施させていく闘いが、なお残っており、ある意味ではこれらの闘いがいっそう重要となってくる。」としている。

⁵⁰ 自治労『月刊自治研』1969年10月号、106-113頁。

第3章 個別事例

I 新潟県職員労働組合の闘い(個別事例1)

1. 闘いの概観

看護職員の増員・夜勤制限を求める新潟県職員労働組合(県職労)の「ニッパチ闘争」は、「夜勤は2人以上、月8日以上勤務は拒否する」という、各病棟の看護婦たちが討議し作成した「勤務表」(「組合ダイヤ」)を基にした実力行使を戦術としたものであった。ストライキを禁止された公務員による実質的なストライキでありながら、ほぼ要求を当局に認めさせるという劇的な勝利を得た。この勝利が発火点となり、「ニッパチ闘争」が全国の病院に拡大していくことになる。

この新潟の闘いの記録は、その総括も含め県職労によってまとめられているが⁵¹、同じ県立病院の労働組合である岩手県医療局労働組合(県医労)が、この歴史的な闘争を以下のように簡潔にまとめている⁵²。

新潟県立病院は赤字経営のため1955年(昭和30)、全国で最も早い時期に地方公営企業法の全面適用を受け、59年(昭和34)には赤字解消のための再建計画が立てられ、職員の定数は厳しい制限を受けました。1966年(昭和41)に新潟県職労医療部会(以下、新潟県職労)が行った夜勤の実態調査では、最高22回もの夜勤が強制され、平均でも10回以上であり、さらに県立16病院の殆どの病棟は一人夜勤という状態でした。(新潟県職労『夜明けが来る一立ちあがる看護婦たち』)

こうしたなかで、県医労の増員、夜勤制限のたたかいを知った新潟県職労医療部会では、岩手に調査団を派遣してきました。…岩手でのたたかいの教訓にもまなび、「人事院判定」の夜勤制限に向けて、①…労働基準法は、婦人の深夜労働を原則的に禁止しており、適用除外の特別措置があったにしろ、無制限な夜勤は許されてよい筈はない、②スト権の代償措置としての人事院の判定は、民間にたとえるなら、裁判所の判定・労働委員会の判定に等しく、同じ効力を持つ。その判定を当局が無視するなら、それを実力で守らせる、ということに強い確信をもって職場討議を組織していきました。そして組合は、このたたかいの性格と意義を次のように定式化し、組合員一人ひとりに確信をもたせました。

第一に、…自らの労働条件を改善させ、母体と生活を守るたたかいであること。第二に、医療の人減らし「合理化」政策と対決して、一人夜勤をなくし、よい医療とよい看護を実現するものであること、第三に、看護婦という職業を子どもが生まれても働きつづけることのできる専門職

⁵¹ 1968年3月の妥結2ヵ月後の6月にはルポルタージュ『夜明けがくる一立ちあがる看護婦たち』が発行された。その後、70年8月には「夜勤協定」後の闘いを中心にした『白い波濤』が発行された。両書の執筆の中心となったのは、闘争の中核にいた県職労の横山廣である。闘争の現場にいた者でなければ書けないリアリティーのある感動的なものであり、新潟の「増員・夜勤制限闘争」のほぼ全容が分かる。

⁵² 岩手県医療局労働組合(1993)『県医労四十年の歩み』146頁。本文中「新潟県職」は「新潟県職労」と修正して記した。

として確立し、婦人の社会的地位と権利を確立するものであること、第四に、…政府と県当局に法律を守らせるたたかいであること。

以上のようにたたかいの性格と意義を明らかにし、看護婦集会・看護婦交流会を単組)、地域、県段階規模へと組織していきました。1969(昭和43)年3月、新潟県職労医療部会は新潟県医労協を中心とする全県規模の医療労働者に支えられ、病棟を単位とした実力闘争、「組合ダイヤ」と呼ばれる組合の「自主的な勤務表」を作成し、「夜勤は月八日以上はやらない」というたたかいを組みました。そして、実力行使に入る直前の県当局との交渉で、「人事院判定を三年計画で実施する」ことを認めさせ、勝利をおさめました。この新潟のたたかいの勝利は、全国の医療労働者に大きな勇気を与えました。

また、現地で支援・共闘した新潟県医労協事務局長・福島富は後年、「夜勤(制限)闘争は、医療事故寸前の看護の実態を克服してたたかわれた。看護婦たちは、看護のひどい事実を他へもらすことは『恥』だと教えられてきた。その自分の恥部をさらけ出すことによって、医療「合理化」の共犯者であることに別れを告げ、失われていた患者と看護婦の信頼関係をとりかえしていった。このように夜勤(制限)闘争は“よい看護をする”という看護婦の“こころ”をとらえたたたかいであった。だからこそ、多くの看護婦の胸をうち、共感をよび、全国にひろがるたたかいとなった。そして、制度の上では、医療法の「4対1」(患者4人に対して看護婦一人)という基準を破り、看護の必要から看護婦を配置するという画期的な前進をかちとるものとなった。」⁵³と述べている。

2. 闘争の経過

以下、県職労『夜勤制限闘争の記録』に記された闘いの「経過」(要旨)である。⁵⁴

①1959年、新潟県立病院は「赤字」対策として「施設、設備への投資」(起債)と②「基準職員数」(医療・看護に必要な基準人員ではなく、収支のバランスから逆算した人員数)を中心とした再建計画を策定する。以来10年近く、この実態に合わない(少ない)「基準人員数」が人手不足をもたらした。1ヵ月10~10数回の夜勤で過重労働が蔓延するとともに、患者の処遇低下となっていた。

②1965年、全医労が国立病院・療養所に対する「夜勤制限」の人「事院判定」を引き出す。日教組大学部傘下の国立5病院(新潟大、東大、など)も「行政措置要求」を提出する。このようななかで、同じ公務員である自治体病院にも「夜勤制限」への機運が高まる。

③1967年10月、県職労医療部会第11回総会は「夜勤制限」を実力行使でかちとる決意を固め、職場での方針討議を始める。しかし、どこの職場でも、「そんな闘いが出来るだろうか」「でも、この機会をのがしたら…」との不安と期待が交差していた。しかし、すでに限界に来ていた夜勤を、「なんとかしなければ」と決意を固めていく。県職労は10月25日、「夜勤制限」「医師補充」「差額ベッド反対」の要求を提出する。

26日には、看護婦の夜勤実態と健康状態について「夜勤実態調査」を実施する。

⁵³ 『白い軌跡—新潟県医療労働運動史』309頁。

⁵⁴ (資料1)「労使協定」、(資料2)「闘いの足あと、(行動日誌)」、(資料3)「組合ダイヤ」例、を参照のこと。

④11月、医療部会幹事会（分会長会議）を開催、職場討議の進展状況を点検、職場別に闘争委員会を設置することなどを決めるとともに、医療部会幹事会（分会長会議）と本部、部会役員による職場オルグを徹底する。

⑤11月13～14日の自治労衛生医療評議会は、東日本地区の医療合理化反対の拠点を新潟のに決定、全県的な支援を決める。

⑥12月25日、医療部会幹事会（分会長会議）で準備状況を点検するとともに、2月を夜勤切り捨て（一人8日で、それ以上の夜勤はボイコットすること）の予備行動として「8日夜勤勤務表（組合ダイヤ）づくり」に取り組む。また、1～2月の行動計画を作成、住民、患者に対する宣伝活動を開始する。

⑦12月26日、夜勤制限要求で病院局長交渉。局長は「制度化を前提とした検討はできない」と回答。県職労は、住民、患者に宣伝チラシをまく。

⑧1968年1月、「夜勤実態調査」の集計が出来る。夜勤回数、月平均10回、一人夜勤体制42病棟、胃腸障害や妊娠障害などの健康破壊の実態も明らかにされる。

⑨2月9日、県職労が闘争委員会開催、病院の闘いから県職労全体の闘いへの体制確立を行う。また、県職労闘争委員会として看護婦大集会に参加することを決定する。

⑩2月10～11日、看護婦大集会（新潟市内野）。県下17病院から約150人が参加する。3月1日から「組合ダイヤ」実施への最終確認を行う。また、夜勤を8日で打ち切った後の勤務の「穴」対策や、事故対策などを検討する。

⑪2月11日、県内医療労働者総決起集会（新潟市）400名の参加で開かれる。県職労の闘いを支援する県下の共闘体制ができる。この集会には、自治労本部、日本医労協の代表も並んで参加、激励した。13日、当局に実力行使の「通告」をする。各病棟毎に3月1日からの「組合ダイヤ」作りが始まる。15日、院長会と事務長会への要請行動。

⑫2月20日、県医労協傘下の全医労新潟地区協議会は闘争委員会を開催、県職労の闘いを自らの闘いと位置付け、夜勤打ち切り後の「穴」へ保安要員を動員することを決定する。また、24日には新潟県医労協も幹事会で県職労への「保安要員」の派遣を決定する。

⑬2月21日、実力行使を一週間後にひかえ、病院局長との交渉が行われる。予定を超える60名の看護婦が参加、医療事故寸前の職場の実情や患者の安全、看護の充実を求める発言が7時間に及ぶが、当局の態度は固く「努力する」「実施計画案を早急に組合に提示する」と答えるものの、具体的な回答を行わず交渉は進展しない。その後、各支部は各病院長交渉を強化し、各病院長に県職労の要求の正当性を認めさせる。

⑭2月22日、三条結核病院分会は、患者（三友会）に闘争の趣旨を説明、協力を要請する。これに対して、患者たちは自主的に集会を計画し、支援決議を行うとともに、患者の立場から局長交渉を行う。県職労は「医師のみなさんへ」の訴えを出す。

⑮実力行使3日後にひかえた28日の交渉で、当局は、「夜間看護改善実施計画」を示す。内容は、①夜勤日数は月8日を最終目標とする、②夜勤体制は、患者数、病床数を考慮して改善する、などと具体的実効性のないものであり、県職労は「悲願である制度化が前提となっていない」「組合の反対する長期計画であり、しかも抽象的で、事実上の“ゼロ回答”である」として、3月1日から実力行使に入ることを表明する。

⑯2月28～29日、県職労は中央委員会を開き、3月1日からの実力行使突入を指令する。直ちに、本部役員、中央委員は全員現地（各病院）にはりつき闘争指導にあたる。

⑰3月1日零時30分、32の病棟では、各病院の寄宿舎の看護婦全員の激励と見送りのなか、夜勤勤務者が胸に赤いバラをつけ、それぞれの職場討議で作った「組合ダイヤ」による勤務に入る。患者からも闘争支援の声があがる。新潟県医労協では「穴」動員計画が編



成される。⑱3月2日、組合員一人一人に「病院が指示した勤務につくように」との業務命令が出されるが、各職場はこれを一括返上、抗議によって撤回したり、「組合ダイヤ」による業務命令を出す院長も。

⑲3月2～3日、新潟県知事は、県職労の整然とした実力行動、県民、患者の闘争支持という事態に争議を放置できず、地方公企法16条に規定する企業設置者の「指示権」を発動、事態の解決に動く。知事は、「組合ダイヤ」への引継ぎ場面（1968年3月1日）⁵⁵ 組合には要求の実現を「確約」し、病院局長に対してはその実現を指示する。⑳これを受けて3月3日、県職労は病院が処分者を出さないことを妥結条件として要求し、病院局長もこれを承諾、労使の妥結・調印となる。県職労は「組合ダイヤ」を解除し、勝利の報告集会を開く。（【表4】「覚書」参照のこと）

3. 新潟県職労の闘いの特徴

第1は、「組合ダイヤ」という特異な闘争戦術をとったことである。ストライキ権を剥奪された公務員にとって、労働組合自らが勤務表を作成し、月8日以内は夜勤をしないという、一見、医療の労働争議では無謀にもみえる「組合ダイヤ」の戦術は、スト権の代償措置としての人事院判定すら無視する当局に対して、夜勤回数の制限は実力で勝ちとる以外にない」と決意しての闘いであった。争議が長期化すれば、労使ともに大きな打撃を受ける戦術であり、労働組合が勝利するにはいくつかの困難な条件があった。

まず、一人ひとりの看護婦の決意に基づく職場の強い団結、全職員及び全組合員的な支援、夜勤切れ（8日以降）対策への地域の医療労働者の献身的な支援・共闘、患者・住民・世論の支持、議員・議会の支持、そして解決へ向けて最終判断の権限（指示権）を持つ知事を組合側に有利に動かすことなどである。いずれも、容易なものではないが、新潟県職労と看護婦たちは、これらの1つ1つの条件を獲得して当局を追い込み、勝利につなげたのである。その基底には、新潟における権利闘争蓄積の歴史⁵⁶とともに、自己の健康と患者のためのよい看護を実現したいという看護婦の職能意識と、それに対する社会の共感があつた。

⁵⁵ 新潟県立ガンセンター外科病棟では2人夜勤から3人夜勤へ。写真提供：新潟県医療労働組合連合会（川島寅雄氏撮影）。

⁵⁶ 新潟では、戦前の木崎村小作争議（1923年）の闘う伝統を受け継ぎ、戦後は1957年に国鉄新潟闘争、1958年からの全医労の「職場闘争方針」に沿った人権闘争（新潟支部の生理休暇取得闘争、高田支部の看護職の妊娠制限撤廃闘争）、看護婦の勤務時間48時間を44時間に短縮させた全医労と県職労の「四四闘争」など、職場における権利闘争の蓄積があつた。

第2は、政府の低医療費政策に伴う看護職員の人員体制抑制策という医療「合理化」に対して、職場から看護婦自らが先頭に立って闘い、劇的な勝利をかちとったことである。その勝利が、閉塞感のあった看護婦たちに「増員・夜勤制限」要求実現への展望を与え、たちまちのうちに全国的な「ニッパチ闘争」に拡大していった。すなわち、新潟の闘いが、後につづく全国的な「ニッパチ闘争」の確かな発火点となるという医療労働運動史上の大きな役割を果たしたことである。

その闘いは、わが国の「合理化」反対闘争の教訓を受け継ぐかのように、看護病棟の看護婦による職場闘争を機軸に、地域共闘と産業別闘争を統一させて闘い、また、患者・県民・マスコミの支援を得て社会問題化し、看護職場の問題を政治の場に持ち込み知事の「指示権」を引き出して勝利をかちとったのである。

もちろん、産業別統一闘争という点では十分な準備はできていなかったが、現地で自治労・日本医労協・日教組大学部本部と地域組織が共闘するという、医療労働者を組織する3単産の、いわば医療「大産別」共闘として闘ったのである。自治労は新潟県職労の闘いを東日本の闘争拠点と位置付け、「人も金も」支援を強めた。いわば、職場闘争の限界を患者・住民を含めた地域共闘と産業別闘争が包み込んで闘ったのである。当時の新潟県医労協事務局長であった福島富は「この夜勤闘争の基盤となったのは、一つには、全県の医療労働者が労働戦線の別を乗り越えて一本にまとまってたたかったことです。」⁵⁷と強調している。

第3は、新潟県医労協が、県職労の夜勤切れ対策の保安要員について支援動員計画を組織したことである。他病院の看護婦が、県立病院での闘いの支援と患者を守るために、組合の指示によって保安要員（緊急時の連絡員）として県立病院に配置されるのである。このようなことは、かつての医療労働組合運動にはなかった。そこには、「ニッパチ闘争」とその産業別の支援が、県医労協自体がゆるやかな産業別組織であり、加盟組織も企業別労働組合であるにもかかわらず、組合員が企業意識を超え、企業別労働組合の殻を破ってく過程としてリアルに見ることができる。

その具体的な支援の行動について、『県立病院夜勤制限闘争の記録』では、「“共闘”の域を超えた医労協の動員計画」として、以下のように記されている。

「夜勤空白時の保安体制はA体制とB体制。Aは医労協の動員（連絡員として病棟に配置）、Bは自力体制とした。A体制は、県立新発田、ガンセンター、吉田、三結、小出、中央で、それぞれ病棟毎に動員を中心とする共闘連絡会議が行われた。この動員は、病棟の組合員看護婦に代わって闘うという性格を持ち、その意味では“共闘”の域を超えていた。とくに全医労は自分たちが勝ちとった人事院判定の実行を県職労が闘っていることに共感し、新潟県内の全医労組織の婦人部長会をくり返し開いて体制をつくった。全医労新潟支部（柏崎）では、46名の動員計画をたて、そのための子守や保育所の手配、旦那さんの協力体制などの計画を自発的にすすめた。中立や第二組合の看護婦さんも当局にこっそりと年休をとってこの計画に加わった。そこには、受け入れる側の何倍もの取り組みがあった。また、白根健生病院の院長は『県職労の闘争は、低医療費の枠を破るものであり、正に干天の慈雨』であるとして、組合員に『ご苦労だが行ってやっ

⁵⁷ 福島富（2011）「白衣の胸に“赤いバラ”」岡野孝信『なかもと共に一医療労働運動を進める12章』本の泉社、271頁。

てくれ』と激励した。このようなことが、かつて新潟県の医療労働運動にあったであろうか。」
(8～9 頁、一部要約)

第 4 は、地方の新潟における医療労働者の実力行使が、増員を勝ちとることによって、医療法の看護婦配置基準で「4 対 1」(患者 4 人に対して看護婦一人)と定められていた枠を崩し、看護の必要量(複数夜勤)によって人員を配置するという方向へ、すなわち、政府の医療制度、政策の厚い壁に看護職場から“風穴”をあけたことである。“風穴”を大きくできるか否か、また、勝ちとった協約を実質的なものにできるか否かは、その後の運動にかかってくる。そのためにも、新潟の成果を全国に拡大して「ニッパチ」と、そのための実質的な増員を全国的に一般化していくことも新潟県職労の大きな課題となっていた。

それは、全国的な「増員・夜勤制限闘争」を仕組み、医療の産業別統一闘争を核とした医療制度改革への国民的運動を組織するという医療労働運動の大きな課題でもあった。

【表 4】覚書(労使協定)

覚 書							
新潟県立病院における看護職員の夜間勤務等については、「夜間看護改善実施計画」のとおりに合意に達したのでこれを確認し、ここに覚書を交換する。 昭和 43 年 3 月 3 日							
新潟県病院事業管理者		新潟県病院局長		井 村 繁 樹			
新潟県職員労働組合		執行委員長		佐 藤 博			
夜間看護改善実施計画書							
夜間看護の改善については組合の要求並びに人事院の判定を尊重し、なお、診療費体形及び看護職員の充足状況の現実を考慮して、これが改善の計画を次の通り定めてその実現について努力する。							
1. 計画の基本							
(1) 夜勤日数は一人月平均 8 日とする。							
(2) 夜勤体制は各看護単位における入院患者の症状並びに病床数を考慮して改善する							
2. 昭和 43 年度計画							
(1) 夜勤日数が一人月平均 10 日を超える看護単位については、一人月平均 8 日とする。							
(2) 夜勤体制を次により改善し、その看護単位の夜勤日数は一人月平均 8 日とする。							
(3) これがための所要人員を 175 名とする。							
3. 昭和 44 年度以降計画—夜勤日数の短縮については、その目標を昭和 44 年は一人月平均 9 日、昭和 45 年度は一人月平均 8 日とする。							
夜勤	準夜	深夜				準夜	
体制	一人	一人	2・1	2・2	3・2	3・3	のみ
現状	32 単位		7	30	0	1	1
改善	△20		△5	△ 7			△32
			2	23	1	6	32
改善後	12		4	46	1	7	1
							71

II 山形市立病院済生館従業員組合の闘い(個別事例 2)

1、概観

新潟県立病院での県職労の「ニッパチ闘争」の勝利(1968年3月)に続いたのは、山形市立病院済生館従業員組合(以下、済生館従組、当時の組合員280人)であった。闘いは、看護婦を先頭に同年春から夏にかけて行われ、「夜間勤務体制については、複数制⁵⁸および夜勤回数一人月平均8日を基本的に認める。」等、要求に沿った「覚書」(労使協定)を交わした。【表】

新潟は、県立17病院を対象とした自治労本部と自治労新潟県職労のオルグが指導した闘いであったのに対して、済生館従組の場合は、1つの病院で、上部(加盟)団体の違う日本医労協と県医労協が中心となって指導・支援した闘いであった。双方ともに、全国のおよび地域の労組をはじめ、患者・住民・の支援を得た闘いであった。以下、その闘いの概要を済生館従組『白衣の力—複数夜勤、夜勤制限闘争の記録』(1968年11月)を中心に見てみよう。

2、山形市立病院済生館と済生館従業員組合

1877(明治6)年、現在の山形県天童市に地元の豪商らによって1つの私立病院が誕生する。翌年、この病院は、初代県令三島通庸が引き継ぎ、場所を山形市七日町に移転して、1878(明治11)年に山形県立病院として開設される。しかし、経営上の問題から1888(明治21)年に民営となり、併設していた医学校は廃止される。その後1904(明治37)年4月に山形市に無償払い下げられ山形市立病院済生館となる。東北地方の名門病院で、病院長は「館長」と呼称される。旧本館(右写真⁵⁹)は東北地方洋風化の象徴的な建物として1966年12月に国の重要文化財に指定された。



(山形市立病院済生館旧本館)

済生館従業員組合が夜勤制限闘争に入った1968年は、市立済生館病院開設90周年に当たり、旧本館・正面の塔が市内霞城公園で復原保存される工事の真最中で、闘争は市民の注目を集めた。当時の病床は453床で、山形市内の基幹病院であった。

済生館従業員組合(以下、済生館従組)は1947年9月、泌尿器科医長・藤田論三の主唱によって結成される。藤田は就任の挨拶で、組合の結成について以下のように述べている⁶⁰。

⁵⁸ すでに、産婦人科は「二人夜勤体制」であり、「複数夜勤」との表現は、「二人以上」ということである。しかし、圧倒的に「一人夜勤」が多かった。

⁵⁹ 写真はBS朝日ホームページより。http://www.bs-asahi.co.jp/tatemonoisan/prg_034.html。2016年12月20日。

⁶⁰ 済生館従組『白衣の力—複数夜勤、夜勤制限闘争の記録』2頁。

「憲法の精神に従い、一つには我々従業員の生活を守り、それを高めるためであり、また従来の封建的な病院経営を民主的原則に従って改善し、合理化していくためである。この目的に向かって将来組合は従業員の創意に基づいて色々要求を出したり、あるいは権利を主張したりするであろう。しかし、……お互い協調と努力によって、すぐれた医術とサービスとで患者から信頼と感謝を受ける理想の病院を作りあげ、われわれ従業員にとっての明るく豊かな職場としたい。」⁶¹

済生館従組は、この藤田の理念を守り、待遇改善等にあっても「適切な要求措置」をとり、「当局側との大きな確執はなく」、「労働組合であると同時に親睦団体として活動してきた」。委員長は、七代まで代々医師であり、その医師を中心に全職種が一体となり、和気あいあいとした「済生館一家」のようであった。問題が起こっても、「労使双方の紳士的な話し合いでたいていは解決し、鋭く対立することはなかった。」⁶²

しかし、政府の低医療政策による「合理化」が強まるとともに、労働強化や人員不足がすすみ、労使は対立するようになる。「親睦団体」のような済生館従組も、他の医療労働組合と連帯する必要性から山形県医療協結成（1957年、後の県医労協）に参加する。安保闘争での21回に渡る統一行動への参加、東根闘争⁶³での共闘などがその脱皮に大きな影響を与えた。専従書記も1名から2名に増やした。また、医師が委員長であった従来の慣例を破り薬剤師を委員長とした。医師は、同じ組合員であっても院内では特殊な立場にあり、人員不足からくる労働強化や研究時間の不足を痛切に感じていても、実力行動に訴えて解決に乗り出すまでには踏み切れないものをもっていた。しかし、医師の代表4名が執行部に入った⁶⁴。医師が組合側につくか、経営側につくか、組合活動への影響は大きい。

3、背景

政府は、医療費抑制を医療政策の基本としていたが、早くも1949年に国立病院を、また1967年には国立療養所を「特別会計制度」に移行し、国や自治体から病院への繰り入れを抑制しようとした。自治体病院にあっては、管轄する自治省の「指導」という形での経費削減をめざす医療「合理化」が推進された。それは、済生館病院においても顕著に現れた。

最初は1962年の、現業部門（特に清掃部門）の下請けによる人減らし「合理化」であった⁶⁵。済生館従組は、これに対して40日間の闘いで撤回させる。しかし、1963年から着工された病院の全面改築の経費は政府起債（約6億円）に頼ったことから、自治省からの指導が強化され、「経営健全化」と称したさまざまな経費削減策（下請け化、差額ベッド、人件費の抑制、など）が推進された。1964年には企業会計方式（独立採算制の強化）を導入し、病院「再建六カ年計画」を立てる。同年、再び病院給食（食器洗浄）や清掃の下請け提案が出

⁶¹ 同上。

⁶² 同上。

⁶³ 東根日赤病院を廃院し自衛隊病院とすることへの反対闘争で、全国的な支援のもと1年半にわたって闘われた。

⁶⁴ 医師が組合側につくか経営側につくかは、労使の力関係にも大きく影響する。

⁶⁵ 医療機関の業務委託問題については、岡野孝信「業務委託と労働組合」日本医療労働会館『医療労働』特集号（1997年2月号、No.392）参照のこと。

され、済生館従組も闘争に入るが、経営側の巧妙な分断戦術の前に下請化の突破口が開かれる。

しかし、経営の収支は当初の「再建六カ年計画」通りに進展せず、「合理化」への自治省の圧力がさらに強まるなかで、当局は、薬剤師と用務員の宿直を廃止、さらには看護婦の救急当番も廃止しようとする。当然、患者や市民からの苦情が出てきた。

しかし、1966年に至りこれまでの不良債権(累積赤字)9300万円の内3100万円を償還する企業債権を受けるに至り、自治省のしめつけ⁶⁶とともに、当局の「合理化」はますます強化され、看護部門の人手不足も深刻な状況になった。例えば、1967年の入院患者数(一日平均)362人に対して看護婦は86人で、医療法施行規則基準(患者4人に看護職員1人で、91人)に5人不足、また、外来患者755人に対して看護婦18人で、同基準(外来患者30人に看護職員一人の医療法基準で26人)に8名不足している⁶⁷。その上、入院、外来共に患者数が年々増加し、さらに医療、看護技術向上に伴う看護業務の複雑化(労働密度の強化)によって、看護婦の過重労働は深刻なものとなっていった⁶⁸。

東三病棟(52床)には重症患者が多かった。「たった一人の夜勤の私に、何人もの重症の患者さんを見る責任が重くのしかかってくる。この多くの患者さんに同時に急変が起きたとき、私はいったいどの患者さんの所へ走っていけばよいのか…自分自身が不安だった。まるで注射屋さんで、いかに多くの点滴、静注などの処置を能率よくするかであり、看護の道とは程遠いものであった。夜勤が来るたびに、どうしてナースになったんだろうか、これが本当のナースなのかと考えさせられた。その解決は私にはあまりにも困難な問題であり、…(解決するには)自分自身その場から逃避することであった。しかし、看護の仕事は好きだったし、それを捨てる勇気もなかった。そんなとき、新潟の看護婦たちの夜勤制限闘争勝利の話が伝わってきた。ああ、これが一番の解決の糸口なんだと思った。とにかく、不満が皆に充満していた。」⁶⁹

4、闘いの経過

(1) 始まった看護婦同士の話し合い

1967年9月、済生館で「赤ちゃん取り違え事件」⁷⁰が判明した。出産後、すでに1年半が過ぎていた。この事件は、専門職である看護婦たちに大きなショックを与えた。従組は、事件が、「看護婦の人員不足と過重労働」によるところが大きいとした。しかし、総婦長は「原因が人手不足であったとして、増員要求が出ているようですが、人の不幸をダシにし

⁶⁶ 自治省からの指導には、①ベッド利用率を約90%にする、②差額ベッドを増やす、③医師一人当たりの収入の最低額150万円とする、④検査料の充実、⑤職員一人当たりのベッド数を1.7床程度にし、下回る場合は職員を削減する、⑥入院、外来、それぞれの患者一人当たりの収入基準、などがあつた。各基準数値は、全国黒字病院の平均値であつた。(『複数夜勤、月八日以内の夜勤闘争勝利の足あと』2頁)

⁶⁷ 『たんぼぼは咲いた—看護婦夜勤制限闘争勝利の記録』37頁のデータを基に、『複数夜勤、月八日以内の夜勤闘争勝利の足あと』2頁で計算されていたものであるが、一部誤りがあり、筆者にて修正した。

⁶⁸ 済生館従組『白衣の力—複数夜勤、夜勤制限闘争の記録』3～5頁(要旨)。

⁶⁹ 看護婦斎藤トモ子氏の証言(要旨)—『白衣の力—複数夜勤、夜勤制限闘争の記録』45～46頁。

⁷⁰ 当時、「赤ちゃん取り違え事件」は、大津日赤(滋賀県)、静岡市立病院など全国で相次いで起こり、マコミでも大きく報道された。

て自分たちだけが良くなるとういうやましい考え方や行動だけは、厳につつしんでほしい」と看護婦たちを前に強調した。病棟婦長の中には「事件の原因は、一部の人たちの“看護倫理の低下”にあった」として、看護婦増員の要求にブレーキをかける者もいた⁷¹。看護婦たちの多くは「私たちは一生懸命やっています。もう手いっぱいなのです。それで事故が起こるのは私たちのせいではありません。病院が看護婦を増員しないから」⁷²だと考えていたが、この時は、従組の増員要求とともに闘う決意までには至らなかった。

しかし、看護婦を増員しなければ状況が変わらないことは自明のことであった。看護婦たちは、従組がいう増員要求に対して「いったい（私たちは）どういうことをしてきたらうか。（増員を）一番切実に感じながら、組合の執行部まかせ、あなたまかせじゃなかったかしら。私はそんな気がするのよ。」⁷³というところから、看護婦同士の話し合いが徐々に始まっていった。

そんなおり、日本医労協の機関紙⁷⁴が新潟での「ニッパチ闘争」の勝利（「複数、週8日」）を伝えて来た。68年5月に新潟で開かれた「夜勤制限・増員・医療を守る全国活動者会議」には全国から523人が参加した。済生館従組からも3名の看護婦が派遣された。その報告集会が病棟毎に開かれ、看護婦たちは「新潟のように私たちの病院でも…」との気持ちを高めていった。組合は5月27日、執行委員会で看護婦の夜勤制限闘争を68年度の運動方針の柱とすることを確認、看護婦の執行委員を中心に夜勤問題でのオルグを実施していった。以下、済生館従組がまとめた闘争経過の要旨である。

（2）闘いに立ち上った看護婦、自主的に複数夜勤へ

病棟勤務者76人、婦長9人、9単位（病棟）を受け持つ看護婦たちは、「赤ちゃん事件」の責任を感じ、病棟ごとに4月から5月にかけて話し合いをすすめた。そして、6月には、「赤ちゃん事件」をはじめ医療事故につながる問題の大きな要因が「合理化」による人員不足にあることを確認した。そして、病棟単位の集会や全体集会がもたれるなかで、「複数夜勤」「月8日以内の夜勤」の要求が確認され、要求が通るまで闘い抜くことを決める。

また、各病棟から1名の委員を出し、新潟の集会に参加した3名を中心に「夜勤問題委員会」を作った。そんな折、済生館が薬剤師の宿直を廃止したため、患者に血液型が誤って提供される寸前に看護婦が発見するという「輸血事件」が東3（外科）病棟で起こった。この事件は、「ニッパチ闘争」への看護婦たちの決意を一段と高めることになった。

7月、外来と病棟の総勢123人の看護婦が集まり、早急に闘いに立ち上がることを決定し、現行の看護婦数で「複数夜勤」をしようとするれば当然のこと一人あたりの夜勤回数が増えるが、「患者さんのために」と、自主的に「複数夜勤」を実施し、これを総婦長に認めさせる行動を病棟ごとにとりくんでいった。

「輸血事件」のあった東3（外科）病棟の看護婦たちは、「事故があってからでは遅い」「夜勤回数が多くなってもいまの段階ではやむをえない」として全員一致して、「ただちに複数夜勤に入る」ことを執行部に報告した。この、看護職場の決起に執行部は東3（外科）病棟の

⁷¹ 『たんぼぼは咲いた—看護婦夜勤制限闘争勝利の記録』24～25頁。

⁷² 同上31頁。

⁷³ 同上32頁。

⁷⁴ 日本医労協機関紙「医療労働者」No.198、1968年3月5日。

代表と共に総婦長に「複数夜勤」の実施を申し入れた。総婦長は、夜勤回数が多くなり看護婦の健康に影響するので認められないとしたが、看護婦たちは総婦長の口ぐせの「看護の倫理」をもちだし引き下がらず、臨時的措置として複数夜勤を認めさせ、東3病棟(外科)は7月15日から「複数夜勤」に入った。

(3)看護婦の闘いから済生館従組全体の闘いに

翌16日、執行委員会は、①「複数・夜勤制限」要求の闘いを全組織で取りくむ、②全組合員集会を開きこの方針とその意義を明らかにする、③要求書を直ちに市当局に提出する、との三項目と、「当面、病棟ごとに現在の人員でかのような範囲での複数夜勤を自主的に行い、その事実を総婦長に認めさせていく」との方針を確認する。翌17日の職場委員会、18日の全組合員集会に提案し、満場一致決定される。看護婦たちの健康や家庭の問題、現行人員体制で「複数夜勤」に入ることによって不足してくる日勤者の問題など、まだ意思統一できていない病棟もあったが、「患者のための看護婦でありたい」「良心的な看護をしたい」、そして、「その先頭に立って複数夜勤に入った東3(外科)病棟の仲間を守らなければ」「自分たちも立ち上がらなければ」との看護婦たちの意思が集会を支配した。組合は同日、市当局に要求書を提出する。それまでの看護婦だけの行動は、組合全体の闘いとなった。

(4)進展しない団体交渉、「組合ダイヤ」による実力行使方針確立

病院とは数度の団体交渉を行うが、「市に報告します」との答弁に終始。7月22日の市当局との交渉でも、「財政再建期間中であり、ただちに要求に応じられない」との実質「ゼロ回答」であった。このような膠着した交渉のなか、患者から「命につながる世話をしていることの重大さを分かってもらえるまで頑張してほしい」「患者も頑張るので看護婦さんも頑張ってください」との支援文や寄せ書きが多数寄せられ、市長に直接電話したり手紙を書いたり、組合にカンパをする患者も出てきた。このような患者の支援に励まされ、各病棟が次から次へと「複数夜勤」に入っていく。8月6日には、NHKテレビが「県民のみなさんへ」の時間で済生館の争議を大きく取り上げ、看護婦不足や患者の実情とともに、患者、県民にとっても団体交渉での回答が期待される旨の報道がされる。

しかし、同日の団体交渉で総務部長は、「複数夜勤を認める」と回答するも具体案を示さず、すでに看護婦たちが自主的に実施している複数夜勤を、無理があるからすみやかに解消せよと主張した。ここに至って、従組は、「組合ダイヤ」による実力行使以外に戦術はないと判断、8月10日に臨時総会を開き、①8月20日から全病棟複数夜勤(準夜、深夜共、産科病棟3人、他病棟2人)を行い、1人8日で夜勤を打ち切る、②8月12日、市当局に対して実力行使の通告する、ことを満場一致決定する。そして、「自らの健康と生活を守り、私立病院の医療を一段と向上させるために、実力によって複数夜勤と月8日以内の闘いとる」ことを決議する。臨時総会(大会)には、山形県医労協傘下の各組合代表、県医労協、日本医労協、新潟、岩手の代表も参加して、済生館従組を励ましたばかりか、「合同戦術会議」を開き、実力行使通告後の具体的な闘い方を討議し、県医労協としての指導と支援体制の確立を決定した。こうして、済生館従組の闘いは、後につづく日本医労協傘下の組合での「ニッパチ闘争」拡大への契機となっていく。

(5) 広がる済生館従組への支援―病院運営委員会、医局会、看護協会も―

済生館従組への支援に山形県医労協は全力を集中した。まず、在山形市内の各単組が従組支援の集会を開くとともに、実力行使に入った場合の待機要員確保の準備に入った。県医労協は予定していた8月の定期大会をとり止め、大野幸吉事務局次長(専従)が闘争本部に常駐した。また、闘争本部には、済生館従組の執行委員が交代で、そして各単組からも各1人が交替で、さらには、山形県医労協や日本医労協の専従2人が常駐した。彼らは、手分けをして山形県労働組合評議会(県労評)、山形地区労働組合会議(地区労)⁷⁵およびその傘下の組合などへの支援要請オルグを急いだ。看護婦たちも昼休みを利用してオルグに回った。

夜勤を一人8回で打ち切る実力行使の戦術では、患者の容態の急変に対応する態勢が必要になる。済生館従組は、それに対応する「臨機体制」(保安要員による待機態勢)を労使協議を経て配置することになる。山形県医労協は、済生館従組が実力行使の「通告書」を市庁に提出した8月12日の翌日には、その「臨機体制」の準備を仕上げていた。看護婦たちの「臨機体制」の組織には、5月に新潟で開催された「夜勤制限・増員・医療を守る全国活動者会議」に山形から参加した各労組22人の看護婦が先頭に立った。

市当局は、市長の諮問機関である病院運営委員会(院内の課長、科長、事務局長、総婦長で構成)に夜勤問題で市当局の意に沿った答申を期待して諮問するが、逆に「組合の要求は当然であり、市当局は善処すべき」との答申が返された。

また、医局会も、「従組の要求は当然の要求であり、早急に解決しなければならない重大な問題である。誠意をもって満足し得る回答を提示するよう要求する。誠意ある回答を得られない時は、医療上の混乱は必然であり、我々医師としては責任ある診療を行い得ない状態にたちいたると思われるので、早急な善処を重ねて強く要望する。」(要旨)との「要望書」を市当局に提出した。

県医労協は8月17日、済生館玄関前の広場で「医療危機突破山形県集会」を開いた。済生館従組からは勤務者以外の看護婦全員120人を含む200人の組合員、県医労協傘下の酒田、荘内、米沢の自治体病院労組、岩手県医労協及び新潟県職労の代表(新潟は、横山廣)、さらには済生館の看護婦の夫である同盟系の労働者なども参加し、約400人の大集会となった。この集会は、済生館従組を励ますとともに、市当局の姿勢を変えさせる転換点となる。

また、19日には日本看護協会会長と同山形県支部会長より激励電報が届くとともに、県支部長らが激励にかけつけ、看護婦たちは勇気づけられる。

(6) 実力行使で、「ニッパチ」を協定化

8月20日からの「組合ダイヤ」を前に、19日午後3時30分から休憩もはさみながら深夜0時25分まで、白衣の看護婦を中心に130名が参加する集団団交が行われた。市議会厚生委員会の委員らも傍聴した。市長は、①「二人夜勤」は43年中に実施する、②夜勤回数は、43年度は現状(10.5日)を維持し、48年度をめどに一人平均8日とする、等回答した。従組は、夜勤回数を今年度も含めて3年計画で実施すべきと主張。両者譲らず、0時になっ

⁷⁵ 「県労評」「県評」などは総評傘下の県組織であり、「地区労」はその「県評」傘下の各地域の労働組合。



看護婦を中心に、130人で市長交渉。(1968年9月19日)⁷⁶ 日夜勤」を何年計画で実現するかにしばられた。市当局は、先に「6年計画」としていたものを「3年6ヵ月」まで譲歩する。従組は、一時休憩をとり、回答を検討し、①ほぼ全面的に要求が受け入れられた、②団結が最も固まっている時点での妥結が良策だ、として妥結する。(【表5】「覚書」を参照のこと。なお、経過については、[資料2](#) の闘争の経過を参照のこと。)

5、済生館従業員組合の闘いの特徴

済生館従業員組合の闘いは、以下の様な特徴をもつ。第1は、新潟の闘いと同様に、当事者である看護婦の闘う決意(腹)が固まったことである。それには、信じられないような「赤ちゃん取り違え」や「輸血事件」も影響したが、新潟の夜勤制限闘争勝利のニュースの衝撃も大きかった。また、それを組織する看護職場のリーダーたちが、看護婦自らの生活と健康のみならず、「患者のための看護婦でありたい」「良心的な看護がしたい」という、本来の看護を求める看護婦の胸の奥底にある職能意識を組織できたことも大きかった。

第2は、看護職場(全9病棟)における職場闘争が展開され、それが闘争態勢の“核”となったことである。看護職場からの1~2名の代表と執行委員合同の「夜勤問題委員会」が設置され、職場と執行部の連携した行動が実現した。東三病棟の看護婦たちが、総婦長と交渉して「二人夜勤」を認めさせた。それは、看護婦一人ひとりの夜勤回数をさらに増やすことにはなったが、「二人夜勤」の実績を作ることによって増員への展望を開いていったのである。これは、新潟の場合と異なる点でもある。臨時的措置とはいえ、「二人夜勤」が、病棟毎の「職場闘争」によって8月中旬までには全9病棟に拡大、闘いの山場となる「組合ダイヤ」以前に実現していたことは注目される。これが、後の「月8日」の夜勤制限の実力行使(組合ダイヤ)への大きな自信になったに違いない。また、看護婦たちのこの積極的な行動が執行部と他の組合員の闘う姿勢にも大きく影響したものと考えられる。

第3は、労働組合関係の共闘とともに、患者、市民、医局、看護協会、病院運営委員会(済生館の経営幹部)、社会党、共産党、民主団体などの広い支持・支援を受けたことである。特に、患者たちの支援を得たうえに、職能団体の全国組織である日本看護協会から地方の

⁷⁶ 写真左の二人の男性は日本医労協本部のオルグ宇和川邁、三宅正博(いずれも故人)。写真から判断すると、会場の横にあって、当該労組の団体交渉を見守っている様子である—写真提供:日本医労連。

一労組の闘いに激励文が届き、県支部長らが激励に来たこと、また、病院業務の中核にある医局が市当局に厳しい「要請書」を提出して看護婦の支援に回ったことなどは、看護婦たちに闘いへの確信をもたせたものと思われる。いわば、市当局は、ほぼ全面的に「医療・看護を守る」戦線に包囲され孤立して要求を承諾するより他なかった。そして、済生館従組の闘いは、新潟の闘いを引き継ぐとともに、「医療・看護を守る」戦線の拡大が、勝利をより確実なものにすることを鮮明にした。

第4は、日本医労協傘下の済生館従組が、自治労傘下の新潟県職労の勝利を引き継ぐことによって、「ニッパチ闘争」を主に民間病院を組織する日本医労協傘下の組合に拡大していく役割を果たしたことである。済生館従組の闘いは、山形県医労協、日本医労協をはじめ東北各県医労協の大きな支援に包まれて闘われた。県医労協と日本医労協が専従者を常駐のオルグとして従組に派遣した。全国の県医労協からも激励が集中した。また、山形県医労協は新潟県医労協から県産別としての支援体制の経験を学び、加盟組合の積極的な協力を得て、「組合ダイヤ」でおこなう「夜勤切れ」に対する保安要員体制を組織した。山形県医労協は、この済生館従組への支援と勝利をとおして、地方の医療産業別組織としての団結をいっそう強め、「闘いは産別で！」との伝統を育てていくのである⁷⁷。

最後に、闘争に入る前1967年と1972年(妥結4年後)の看護婦配置数の比較表を示し、済生館従組の闘いの成果を確認しておきたい。病床数等の若干の変化や正看と准看の比率、労働の強度、質的变化などを考慮した厳密な比較とは言えないが、看護婦数は1967年の86人から1972年には143人に増え、一か月の夜勤回数(平均)では、4病院が8回となり、他の5病棟も改善され8回に近づいていることがわかる。

【表5】覚書(労使協定)

覚 書	
山形市立病院済生館における看護婦の夜間勤務については、次のとおり合意に達したので、これを確認し、ここに覚書を交換する。	
昭和43年8月20日	
山形市長	金沢忠雄 印
済生館従組員組合委員長	多田昭三 印
夜間看護実施計画書	
夜間看護体制については、人事院の判定を尊重して、次のとおり定め、その実現に努力する。	
1 夜間看護体制については、複数性および夜勤回数一人平均8日を基本的に認める。	
2 昭和43年度の複数性については、看護婦の要員確保が困難であるから、逐次要員を充足し、昭和44年1月を目途として実施するようにする。夜勤回数は現状(一人平均10.5日)を維持したい。	
3 第1項の複数性および夜勤回数(一人平均8日)の実施計画は次のとおりである。	
昭和44年4月1日から	一人平均 10日
昭和45年4月1日から	一人平均 9.5日
昭和46年4月1日から	一人平均 9日
昭和47年4月1日から	一人平均 8日
4 伝染病棟については、昭和44年4月1日から分離する予定なので、同日以降は計画から除外する。	
5 夜間看護体制の複数性、一人平均月8日制については条理化する。	
6 この覚書については、議会の議決を得た後に効力を発生する。	

⁷⁷ 山形県医労協は、その後の賃金闘争や反「合理化」闘争にあっても、「産業別統一闘争」を重視するという点では、日本医労協加盟の中でも先進的であった。また、「連合」と「全労連」の選択が求められた1987年の日本医労協臨時大会で、日本医労協は一糸乱れず連合体に移行し、全労連への加盟を決定する。大会の全体討議の最後に、立場の違いを乗り越えて医療産別運動、日本医労協に結集することの重要性を強調したのは、1968年の「ニッパチ闘争」時の済生館従組の副委員長、山形の代議員であった。

【表 6】看護婦配置数の比較(1967年と1972年)

(病棟)	病床数		看護婦数		夜勤日数		
	67年	(72年)	67年	72年	67年	72年	72年平均
東一病棟(小児科)	37	(38)	8	15	9~12	8~9	8.25
東二病棟(整形、耳鼻)	46	(44)	10	15	9~12	7~9	8.13
東三病棟(外科、他)	52	(52)	11	14	9~12	6~12	9.00
東五病棟(内科)	52	(45)	11	16(1)	9~12	6~9	7.50
西一病棟(産科)	40	(48)	13	23	9~12	7~9	8.00
西二病棟(整形、他)	48	(50)	11	15	9~12	7~11	9.00
西三病棟(内科)	56	(54)	8	15	9~12	7~9	8.25
西五病棟(結核)	56	(50)	7	15(1)	9~12	8	8.00
西伝染病棟(結核)	66	(63)	7	15	9~12	7~9	8.00
計	453	(444)	86	143(2)			

(注1) 看護婦数の()は看護婦数の内のパート数。
(注2) 1967年の数値は4月~9月の平均値。1972年の数値は9月。
(注3) 1967年の数値は、済生館従組『病院実態報告書』(1969年)、
(注4) 1972年の数値は山形県医労協「第4回看護婦討論集会」(1972年)の資料「看護婦夜勤実態調査」より。

Ⅲ 岩手県医療局労働組合の闘い（個別事例 3）

岩手県医療局労働組合（県医労）の闘いにふれる前に、岩手県立病院と県医労の歴史の一端に触れておきたい。それは、岩手県立病院の性格及び県医労の闘いを理解するうえで必要な事のように思えるからである。以下、県医労がまとめた『県医労四十年の歩み』（1993年）にみられるその概要（要旨）である。

1. 岩手県立病院

1919（大正8）年、産業組合法にもとづく医療利用組合が生まれる。岩手県では1930（昭和5）年、気仙郡矢作産業組合（現・陸前高田市）が開業医と契約し、毎週一回の診療と看護婦と助産婦を常駐させる医療事業を開始したのが始まりである。この医療利用組合は拡大し、1936（昭和11）年までに県下に9病院が設立される。同年、経営条件の悪い地方の病院も足並みをそろえて運営できるように、全病院の会計をプール制とした全県的な連合組織（岩手県医薬購買利用組合連合会）を結成する。

1938（昭和13）年には、国民健康保険法が制定され、市町村ごとに国民健康保険組合の設立がすすめられる。代行が認められていたので、各町村単位の産業組合が全県に普及した国保事業の75%を代行し、保険と医療の一体的運営がすすめられた。しかし、日本の敗戦が色濃くなるなかで、戦争遂行のための統制が強められ、1943（昭和18）年に農業諸団体の統制をはかるために設立された官制の農業会に産業組合が移管されるが、同時に医療事業（医療利用組合）も農業会に移管される。

他方、戦時の医療体制の整備と人的戦力の維持増強を目的として日本医療団が1942年に設立され、戦後の1947年までに日本医療団岩手県支部は病院、産院、診療所、療養所など30施設を開設した。

戦後、戦争遂行を目的として設立された農業会も日本医療団も共に1947年に解散させられ、これらの団体が抱えていた病院の多くが岩手では県に移管され、1950年に県立病院（岩手県医療局所管）として発足することになる。

こうした経過に見られるように、岩手県立病院の多くが戦前から農民などを中心として自主的に設立・運営されてきた医療機関であったことから、県立病院が「おらが病院」と意識される傾向が住民の中に強かったことは注視したい。

2. 岩手県医療局労働組合

戦後の岩手県での労働組合結成の動きは早く、まず農業会病院単位に組合が結成され、1945（昭和20）年11月23日には県農業会職員連盟結成準備会がもたれ、46年4月1日の医療労働者の最初の産業別組織である全医従（全日本医療従業員組合協議会）結成総会にも参加している。そして、同年6月には農業会経営の17病院、農業会厚生部職員をもって岩手県農業会医療関係従業員組合が結成される。農業会→厚生連→岩手県、また医療団→国保連→岩手県へと、県下の病院の経営主体の変遷に沿って労働組合も組織名を変え、両者

が県に移管されることによって、51年6月10日に岩手県医療職員組合連合会(県医療連)が結成された。結成準備会では、「単一組織とするか、連合体組織とするか」が最大の議論になった。両組織とも単一組織の形態はとっていたが、実質は連合体的運営であり、会費など財政的な統一も容易ではなく、「早急に全体の意志統一をはかり、単一組織に切り替える」ことを確認して、県立病院発足から8ヵ月後に連合体組織として発足した。「綱領」は、「組合員の社会的、経済的、文化的地位の向上を期す」「職場における封建的、官僚的性格を排除し真に医療を受益者県民のものとするを期す」「医療の社会化を促進し、完全なる社会保障制度の確立を期す」との3点が強調された。そして、各病院長も組合員であった。

準備会は、全病院長会議を招集し、病院長のなかでも有力で中心的存在であった病院長が、委員長、副委員長を指名して確認された。また、医療局連絡課長が書記長となった⁷⁸。準備会が根回ししたものであったが、まさに戦後早い時期の企業別労働組合をうかがわせる一面である。

1952年3月21日、労組の書記が半非合法化された日本共産党の発行する非合法機関紙『平和と独立のために』を所有していたとして「政令325号・占領目的阻害行為処罰令違反」で逮捕される事件が起こった。この時、当局より労組に対し、この書記の解雇を求める圧力が加えられ、組合内の議論も二分したが、議論の末、執行部は「思想及び良心の自由は、これを侵してはならない」とする憲法を守る立場に立ち、書記の身分を守ることを決定、医療局、警察、検察に抗議行動を展開して書記を守った⁷⁹。

連合体であった県医療連は、1955年6月26日の第6回臨時大会で単一組織に改組し、名称を岩手県医療職員組合(県医療)とした⁸⁰。さらに、60年4月1日から県立病院には地方公営企業法が全面適用され、組合も地方公営企業労働関係法が適用となり、名称を岩手県医療局労働組合(県医労)に改称した。その際、県医労は、『規約』の「組合員の権利」の第一に「思想・信条の自由、政党支持の自由」を掲げた⁸¹。

一方、53年7月、政府が医療費単価の不十分な改定とともに、制限診療による医療費引き締めをおこなったため医療機関の経営が悪化し、そのしわ寄せが医療労働者にも大きくなるなか、中央では「社会保険医療改善医療従業員協議会」(医従協)が結成され、各都道府県での医従協結成が呼びかけられた。これに応じて岩手では、県医療連(県立病院の労働組合)が、岩手医大教職員組合、盛岡赤十字病院従業員組合、全医労岩手地区協に呼びかけ、この4者で「岩手県医療労組懇談会」を発足させる。この懇談会は、医師会や保険医主導の診療報酬単価引き上げ運動にも積極的に参加し、「労医提携」の橋渡しの役割を果たした。そして、53年10月30日、4労組で岩手県医療従業員組合協議会(岩手県医従協)を結成する。岩手医従協は、規約と機関をもった県内医療労働者2000人が結集する医療労働者の産業別組織(労働組合)であった⁸²。中央の医従協は機関をもたず、共通

⁷⁸ 『県医労四十年の歩み』24—26頁。

⁷⁹ 同上、27頁。

⁸⁰ 同上439—440頁。

⁸¹ 同上29頁

⁸² 1953年には、東京で「都医協」(4月、組合員1915人)、京都で「京医労」(8単組、800人)、新潟で「県医療協」という地方の医療産業別組織が結成されているが、同様に岩手では、「岩手医従協」が結成される

する要求の実現をめざす共闘組織として結成され、その運営も実行委員会方式で、医療労働者の日常活動と闘いを指導する体制をもっていなかった。そのため「流れ解散」となり、新たに1957年に日本医労協を結成するのであるが、その4年前に岩手において医療労働組合の産業別組織が結成されたことは注目される。岩手医従協は、60年11月、岩手県医療労働組合協議会(岩手県医労協)と改組し、先に単独で日本医労協に加盟していた県医療を含め一本で日本医労協に加盟し⁸³、1960年秋から翌年春にかけての「病院統一スト」で医療労働者の産業別統一闘争を経験する。

3. 闘いの経過

(1) 県医労胆沢支部の「増員・夜勤制限闘争」

日本医労協は1962年2月の幹事会で、「病院統一スト」の総括のうえにたって、「医療改善・増員」の闘いを決定するが、これと連動して県医労は1月27～28日の中央委員会で、「夜勤は2名以上月6日以内」などを要求とする方針を決定する。この、岩手における看護婦増員闘争の先陣を切ったのが県医労胆沢支部であった。

1962年2月23日、胆沢病院は新築病棟完成に伴い、当局は、増員なしで看護婦を移動させようとした。これに対して、県医労胆沢支部は「増員して、責任のもてる看護体制を整えようとして移転せよ」と主張して増員闘争に入った。経営側の組合批判と分断攻撃に対して、組合は患者に増員要求の必要性を訴えると同時に、地域の労組と民主団体と共闘し、市民に対する宣伝を強めた。市民の関心は急速に高まり、NHKはじめ各新聞社も社会問題として大きく報道した。県医療局(以下、医療局、又は当局)と病院側は、患者・市民の強い支持を得た組合に抗することができず孤立し、最終的に、①夜勤は1看護単位2名にする、②看護婦を17人増員する、③看護婦を増員した後でなければ患者を収容しない、ことを確認する⁸⁴。

この年、岩手県医労協加盟の組合では、岩手医大教職員組合が、「夜勤二名制度」「分割勤務反対」を要求して闘い55人の増員をかちとり、全労災岩手支部でも「一人夜勤をなくすように検討する。出来るところから二人夜勤に切り換える」という確約をとり、まず一病棟で実施させる。また、全医労盛岡支部、同岩手支部、盛岡日赤労組でも看護婦の増員をかちとるなど、県医労協全体で増員・夜勤制限闘争がすすんだ⁸⁵。

(2) 県医労花巻厚生支部の「増員・夜勤制限闘争」と、産後一年の夜勤免除の実現

これらは、明らかに労働組合であり、他県の実行委員会組織としての「医従協」とは性格を異にする。『日本医労協30年の歩み』(1987年)では、「岩手医従協」が、その「医従協」という名称からして他県の「医従協」とみなされたのか、1957年の日本医労協結成前に結成されていた地方の産業別組織とされていない。『県医労三十年の歩み』(1993年)、32頁では、県立病院28単組、岩手大学病院、盛岡日赤病院、国立病院、岩手鉄道病院の各労働組合、2000人が結集した岩手における医療産業別組織が結成されたとされている。

⁸³ 岩手県医療労働組合(県医労)の全身である岩手県医療職職員組合(県医療)は、1958年日本医労協(1957年結成)に単組として単独加盟していたが、60年に岩手県の医療産業別組織であった岩手県医従協が岩手県医労協に名称変更した際に、岩手医労協一本で日本医労協に加盟した。(443頁)

⁸⁴ 『県医労三十年の歩み』133—135頁。

⁸⁵ 同上、136頁。

増員・夜勤制限の闘いが発展してくるなかで、1963年に医療局は「増員、夜勤制限、医療改善などは管理運営事項なので地方公営労働関係法第七条に定める団体交渉の対象外である」として県医労の要求を拒否する。県医労は地域の労働組合、民主団体、政党、住民に呼びかけ「地域懇談会」を組織しつつ、「医療労働者の生活と権利を守り、県民の医療を向上させる」全県署名を展開、県議会に請願し、議会の場でも県立病院のあり方について議論をまきおこした。

また1964年の医療局からの「夜勤実態調査」実施の申し入れを受けた県医労は、「調査した結果、増員しないで、二名制がやれる」との結果を出そうとする当局の意図を見抜き、64年の秋年末闘争で「産後夜勤免除」のたたかひに取り組む。まず、花巻厚生支部が1965年1月から看護婦17人の増員をかちとり、夜勤二名制、産後一年の夜勤免除を実現させた。看護婦たちは、わずかな時間を見つけては職場で討論を組織し、「夜勤記録」をつくり、これらを基に全員が当局に押しかけて交渉するというような「職場闘争」を展開した。これに励まされ、二戸支部が産前6ヵ月、産後一年の夜勤免除を、中央支部、汽仙支部、遠野支部が産後一年間の夜勤免除をかちとる⁸⁶。

(3) 「人事院判定」を基に、県医労、岩手医大教職組、盛岡日赤労組が共闘

全医労が引き出した「人事院判定」(夜勤制限を内容とするもの)は、夜勤制限の必要性は認めながらも、その具体的措置として増員には触れず、満足できるものではなかったが、「増員・夜勤制限闘争」の土台を築くものであった。日本医労協はこの「人事院判定」を基に65年秋闘と66年春闘で夜勤制限に向けた全国統一行動を呼びかける。これに応え、岩手県医労協は、県医労、岩手医大教職組、盛岡日赤労組を中心に闘うことを8月の定期大会で決定する。

まず、県医労が、66年3月30日の団体交渉で、①三交代病棟での複数夜勤、②夜勤日数は月12日以内、③4月1日からの124人増員、を確認する。しかし、当局は、この増員と同時に一看護単位の拡大や病棟の合同、さらには生理休暇・年次有給休暇・育児時間等への権利侵害による「合理化」に踏み込んできたが、県医労は、これと粘り強く闘い67年4月1日には25人の増員と、「毎年、一ヵ月の夜勤日数を1日ずつ減らす」との確約を勝ちとる⁸⁷。一方、岩手医大教職組も66年4月1日から、①夜勤は11日以内、②242人増員、を確認する。

(4) 新潟が岩手に学び、岩手が新潟に学んだ「ニッパチ闘争」

県医労の増員・夜勤制限闘争とその成果を知り、新潟県職労医療部会は調査団を岩手に派遣してきた。そこで、彼らは「人事院判定」のもつ意味の大きさと、それに基づいた県医労の実践と教訓を実感し、①当局も「人事院判定」を無視できないこと、②患者や社会の支持は得られること、③切実な要求実現へ看護婦が立ち上がるであろうこと、から、「実力行使に入ってもやれる」という確信と得たものと思われる。そして、新潟県職労は、1968年春、「組合ダイヤ」による実力闘争を展開し、見事に勝利するのである⁸⁸。

⁸⁶ 『県医労三十年の歩み』136-139頁。

⁸⁷ 同145-146頁。

⁸⁸ 同146-147頁。

日本医労協東北地方協は、この新潟の実践と教訓を学ぶために新潟から講師を招いて同年、東北医療労働者集会を秋田で開く。参加者約 100 人の内、岩手県医労協から 38 人が参加し、夜勤制限闘争への意思統一が図った。5 月に新潟で開催された「夜勤制限・増員・医療を守る全国活動者会議」にも岩手県医労協から 20 名が参加するなど⁸⁹、岩手での「ニッパチ闘争」の準備がすすめられていった。

そして、県医労、岩手医大教職組、全日赤・盛岡日赤労組が県医労協に結集して共に「複数夜勤・月 8 日」の実現に向けた闘いに入る。県医労は、7 月の第 20 回定期大会で、実力をかけた夜勤制限闘争を決定、9 月 8～9 日に「夜勤制限を闘うための看護婦大集会」（110 人参加）を開催、「まともな医療、よい看護」を自分たちの手で確立しようとの意思統一を行い、集会后、全支部での職場討議を経て、①「組合ダイヤ」の作成、②職場毎の増員要求数の確定、③一人 5 名目標の署名活動、④大量宣伝などの活動に入っていった⁹⁰。

(5) 岩手での産業別統一闘争の発展、日本医労協東北地方協の大きな支援

しかし、団体交渉は進展せず、9 月 28 日、岩手医労協は盛岡地区看護婦大集会を開催するとともに、県立、大学、日赤病院の 3 組合による合同戦術会議を開き、岩手における産業別統一闘争の強化を確認する。日本医労協は 10 月に入り「緊急東北地方協議会会議」を開き、各県医労協、全医労東北地方協議会、全日赤東北地区協議会が、県医労が実力行使に入った場合の保安要員として 1500 人の看護婦を派遣してこれを支えることを決定する⁹¹。

こうしたなかで、少数組合として差別を受け、団体交渉すら拒否されていた盛岡日赤労組が 10 月、「夜勤 2 名以上、月 8 日以内」、さらに「10%の事故率をみたくて 68 年度に実施する」という回答を引き出した。執行部は、三労組の「合同戦術委員会」の決定に基づき 3 組合が妥結するまで闘争体制を解除せず、変則勤務(早番、遅番)をなくす闘いなどを継続した。岩手医労協は、この 3 労組の闘いを支えるために 10 月 20 日、「医療危機突破岩手県中央集会」を開き、集会后に市民にビラを配布しながらデモを行い支援を訴えた⁹²。

「ニッパチ闘争」に対する世論の支持が広がるなかで、医療局は 10 月 24 日、「夜勤は月平均 8 日以内、2 年計画で 220 名増員する」との回答を出したが、「夜勤人員(体制)は現状のままでおこなう」「増員に必要な費用は独算制の枠内で行う」とした。県医労は、要求した夜勤体制の変更を含めた 584 名の増員要求にほど遠く、「合理化」の強化を意図したものとしてこれを拒否、団体交渉は行き詰まった⁹³。

こうしたなか、11 月 1 日からの「実力行使」を前に医療局は 10 月 30 日の「岩手日報」に紙面の下 5 段の半分を使って「意見広告」を掲載、組合を批判し、市民との分断を図る

⁸⁹ 『県医労三十年の歩み』147-148 頁。

⁹⁰ 同上、520-521 頁。

⁹¹ 同上、153-154 頁。このような性格の、それも大規模な支援体制は、新潟の闘争時の支援をはるかに超えるものであった。新潟の場合は、県内からの派遣であったが、岩手の闘いでは産業別組織である日本医労協が仕組むことで東北規模の派遣計画が決定されたのである。それは、「協議体」の産業別組織の枠をはるかに超えた“共闘”であった。

⁹² 同上、154 頁。この集会には、日本医労協・仲恭男事務局長をはじめ、先に勝利した新潟県医労協・福島富事務局長、山形県医労協の赤倉治事務局長らが参加、「私たちは勝った。看護婦たちは勝ったんです。岩手でも必ず勝ちます」と激励している(『県医労三十年の歩み』522 頁)。

⁹³ 『県医労三十年の歩み』154-155 頁。

とともに、看護婦全員に「警告書」と「業務命令書」を送り付け、弾圧の意図を示した。しかし、そのことが、看護婦たちと他の組合員の怒りと、「実力行使」への決意をいっそう強くさせた。ちょうどその時、東北各県医労協から「(保安要員の)派遣準備は整った。いつ何人派遣するのか」との電話や電報が県医労と各支部に入り、看護婦たちを勇気づけた⁹⁴。

(6) 地方労働委員会（地労委）での攻防

実力行使を翌日にひかえた 10 月 31 日、当局は「地労委に調停申請するので実力行使突入は延期してほしい」と申し入れてきた。県医労は、「猶予期間は 1 週間」との条件をつけて実力行使を延期する。一方、10 月 2 日に増員要求を提出した岩手医大教職組では団体交渉が進展せず「決裂」の通告を行い、スト権を確立する。しかし、労働協約で地労委による斡旋申請が不調に終わらない限り実力行使に入れないうちになっており、10 月 30 日、地労委に斡旋申請する。地労委では、県医療局の調停申請と岩手医大の斡旋申請は同一の性格のものとして、同一日程で作業が進められた。



地労委の調査に応える看護婦 行われるることになる。地労委の事情聴取と現地調査がすすめられる間、県医労は全県下で看板や白衣による街頭宣伝、個別訪問による署名運動に取り組み、県民の支持を拡大し、当局を社会的に孤立させていく。県医労は、地労委に対して調停作業を 11 月 15 日までに終わらせるよう要請し、不調の場合は 16 日午前零時 30 分からの実力行使を決定する。



実力行使に入る前日の 15 日夕方、県医労の 18 支部が地域の労組等の支援を受けて「夜勤制限、増員を勝ちとる決起集会」を開催、実力行使への決意を固めているところへ⁹⁵、地労委から「徹夜で作業をして 16 日の昼ごろまでに調停案を出すので待ってほしい」との要請が入る。対応を決定する中央闘争委員会には、日本医労協と県医労協のオルグも参加して、実力行使の

「組合ダイヤ」の職場討議（岩手医大）⁹⁶ 延期を決定する。地労委は、約束通り「調停案」（夜

⁹⁴ 『県医労三十年の歩み』160-161 頁。

⁹⁵ 同上、824 頁。「実力行使に入るのは 18 病院 66 病棟で、一週間にわたり『組合の勤務表』で『良い看護を実践する』、それでも要求がいられない場合は第二次実力行使を予定した。日本医労協は、この初の産業別統一闘争を重視し、長期のオルグの派遣とともに、実力行使に入った場合の保安要員を東北五県と新潟県医労協、東京医労連から派遣することを決め…、延べ 1500 人の看護婦を岩手に派遣する支援体制をとった。この決定はマスコミにも発表した。職場に勇気を与え、勝利の展望を切り開いた。」とある。

⁹⁶ 元、岩手医大教職組の看護婦小林禎子氏は、「当時、いまだ封建色の濃かった私立医大での闘争で、日本医労協本部からオルグが入り…毎日のように職場集会が開かれ、勤務が終わると組合事務所に集まって話し合い、「私たちは良い看護をしたい」、この一点で職場はまとまりました。「提灯行列」や「医大の仲間を励ます集会」など多くの仲間や患者さん、市民の支持を得て”複数で平均 8 日以内”の夜勤協定を結ぶことができました。」と述べている。（盛岡医療生協機関紙『さわやかさん』2015 年 10 月号より）

勤制限とその増員計画)を提示、労使双方受諾、県医労の勝利となった⁹⁷。

岩手医大教職組も、12月25日、地労委の斡旋案の受諾とともに、大学側から、①夜勤日数制限にともなう増員計画は、昭和44年度14人、昭和45年度22人、合計36人である。但し、状況に応じて45年度分の人員を44年度に採用することもある、②病棟勤務の無資格者を有資格者に切り替え、夜勤の軽減をはかる、③勤務体制については、職場代表を加えた小委員会を構成し協議する、との回答を得て受諾する。こうして、県医労、岩手医大教職組、盛岡日赤労組が岩手県医労協に結集して闘った「ニッパチ闘争」は、60年の「病院統一スト」という産業別統一闘争の闘いを土台として企業の狭い枠を超えた産業別統一闘争の勝利で68年1月25日、終結した⁹⁸。(【表7】【表8】参照のこと)

【表7】岩手医大労使に対する地労委の「斡旋案」

「斡旋案」
①月間平均夜勤数は、昭和44年度平8.5日、昭和45年度平均8日とする、
②個々の看護婦の最高夜勤日数は逐次改善し、昭和45年度においては月間10日を超えないようにする。
③夜勤体制については、他の大学病院等の改善方法を参考に看護単位ごとの実情を勘案して増員をはかる。

【表8】県立病院労使に対する地労委の調停案

調停案
看護婦等の夜間勤務については下記のとおり改善すること。
1、基本目標
①月間平均夜勤数は、一人平均8日とする。
②夜勤体制の人員については原則として2名とするも、各看護単位の実情を勘案し、増減をはかることができるよう配慮すること。
2、実施目標
①改善のための人員増加は、次の年次計画を目標とすること。 昭和44年度 126.5人、昭和45年度90.0人、昭和46年度 45.0人
②月間夜勤日数は、次の目標で行う。 昭和44年度 一人平均9日 昭和45年度 一人平均8日
③夜勤看護婦の最高夜勤日数は逐次改善し、昭和45年度においては、10日を超えないようにつとめること。
3、以上の実施については、労使協議すること。

4. 県医労の闘いの特徴

第1は、荒廃する医療・看護職場の実態を職場から地域に出て社会的な告発を行いつつ、患者の願いと看護婦の要求を一体のものにとらえ、看護の本質に迫る主張を患者・住民に

⁹⁷ 同上、162-168頁。

⁹⁸ 『県医労三十年の歩み』168-170頁。

訴えるなかで大きな支持を得て、看護婦自らが「患者のために良い看護をしたい」「患者のための看護婦でなければならない」と、患者の立場から自らの仕事を見直すという、意識の自己変革をとげる闘いとなっていったことである。

第2は、産業別組織としての日本医労協が、「協議体」組織でありながらも、単一組織に劣らないようなオルグと指導、支援をおこなっていることである。単組である県医労の中に深く入り、戦術会議や団交対策にオルグとして指導・援助している。また、日本医労協が「緊急東北地方協議会」を開き、加盟の全国組合（企業別労働組合）である全医労の東北地方協議会、同じく全日赤東北地区協議会、東京医労連、新潟県医従協などから、県医労が実力行使に入った場合の保安要員として1500人の看護婦を派遣して支えることを決定している。これらは、明らかに「協議体」組織を超えるものであり、企業別労働組合の枠を破る端緒である。「ニッパチ闘争」が「職場闘争」と「産業別統一闘争」「地域共闘」を統一することによって、企業別労働組合の枠と意識に大きな影響を与えたと見ることができる。

第3は、新潟や山形のたたかひの当事者が1つの当該組合であったのに対して、岩手では3組合（県医労、岩手医大教職組、盛岡日赤労組）の産業別統一闘争として展開されたことである。3労組は、県医労協とともに戦術会議を持ちつつ、統一闘争を展開した。盛岡市内の3労組の関係する病院は、市内の中核病院であり、3労組の連携したこの闘いに対して、市民もマスコミも関心を高めた。この3労組の統一闘争は、「増員・夜勤制限闘争」における地方での初めての産業別統一闘争であり、岩手における医療労働者の連帯を強めるのである⁹⁹。

⁹⁹ 『県医労三十年の歩み』172頁。

IV. 全労災と関東支部の闘い(個別事例 4)

全労災の闘いも、同時期の「ニッパチ闘争」の性格を持つものである。他と異なる点は、「増員・夜勤制限」の要求に対して、経営側が勤務体制の「合理化」(新勤務体制及び新々勤務体制)の逆提案行い、「増員・夜勤制」要求を抑圧しようとしたことに対する、勤務体制「合理化」阻止のための闘いの性格が強くもつことである。

1. 全労災の結成と運動の発展

1957年5月に労働福祉事業団法が国会で成立、7月より同事業団(以下、「事業団」)が発足する。それまで、労働省所管の国立病院として開設された労災病院の運営・管理を受託していた労災協会(財団法人)は解散し、新たに事業団が労災病院を運営・管理するようになる。このような情勢のなかで、すでに結成されていた九州、秋田に続いて東北、東京の各労災病院で組合が結成され、まず同年6月に全国労災病院職員組合協議会が発足する。この協議会が中心になり労働省や労災協会との交渉(給与体系、定員、労働協約、等)を行いつつ、全国の労災病院の組合に呼びかけ同年8月全労働福祉事業団職員組合連合会(略称「全労災」)を7職員組合772人で結成する。組織形態は、単一組合は時期早尚として連合会とした¹⁰⁰。全労災結成時、また第1回大会で選出された委員長、副委員長(2人)、書記長、執行委員は、全員医師であった¹⁰¹。

全労災は、第2回大会時点(58年8月)で11組合、組合員1,538人となり職員の過半数を組織し、翌第3回大会(59年8月)では19組織2,888人¹⁰²に拡大し、残る未組織は2病院のみとなった。そして、60年春闘では医療労働運動史上初めての、もちろん全労災としても初めての全国統一ストライキ(5波、2~8時間)を打ち、公労協の仲裁800円を上回る1,100円の賃上げを獲得するまでに団結力を高めた。そして、同年8月の第4回大会時点で連合体から単一組織化への提案を行い、翌年61年1月の第5回臨時大会(23支部3,761人)で単一組織に移行し、組合費も引き上げ、本部の専従体制も増やすなどの組織強化を図った。そして、全労災は、61年の年明けから初の医療労働者の産業別統一闘争である「病院統一スト」に参加、強力なストライキを展開するが、政府と事業団の強力な反撃を受け、「病院統一スト」後組織が減少する。

その組織攻撃の一端は、事業団が労働省の事務次官を常勤の理事長とし、総務部の中に職員課を設け、①懲罰委員会規定の制定、②病院の組織規程を変更し、医師の組合からの分離させることを狙った『副部長制』や看護婦の『婦長制』の導入、③不当処分通告と中間管理職の組合からの脱退攻撃、④病院ごとの独立採算制の実施、⑤赤字病院の経営診断の実施、⑥看護部長・婦長・主任の職務基準の制定、⑦職員の名札規定制定、⑧オーダーシステムの導入、⑨清掃部門の全面下請け『合理化』、⑩『職場懇談会の実施』、⑪全労災の方針に対する批判、中傷ビラの配布、⑫事業団本部から施設長への指示・監督の強化、⑬組合対策強化と不当な処分乱発等々によって、支部幹部の動揺を誘うことなどで、支部

¹⁰⁰ 『全労災 30年のあゆみ』6-7頁要約。

¹⁰¹ 同上、7頁。

¹⁰² オブ加盟であった北海道の美唄(146人)を含めた人数。

毎の全労災脱退や毎年数百人の単位で組合員の減少を強いていったことなどに見られる¹⁰³。

また、事業団は 1967 年には職員課を職員部に昇格させ、「労働条件や権利の締め付け、中間職制の拡大などと合わせ全労災の分裂と解体、御用組合づくりを管理者、第二組合や同盟の幹部と一体となつてすすめ」、「67 年度から、管理職を中心に研究費を大幅に引き上げる一方、医師、大卒事務の初任給基準を引き上げ在職者調整を行うとともに、看護婦昇任試験を 9 月に実施し 45 名の合格者を 1 号俸昇給させたことに続いて、組織規程を改定、看護部門に主任（現在の婦長補佐）、事務部門に係長を新設し、11 月に 229 名の主任を発令」するなど、組合員への分断攻撃を強めた¹⁰⁴。

このような、労使関係のなかで、全労災では、看護婦の「増員・夜勤制限」を全組織的に闘うことがきわめて厳しい状況にあった。しかし、医療「合理化」の拡大は、労災病院にあっても看護職員の増員・夜勤制限の要求は切実なものとなっていた。

2. 全労災における「増員・夜勤制限闘争」

以下、『全労災 30 年のあゆみ』に見る「増員・夜勤制限闘争」の要旨である。

(1) 経過

1963 年 3 月、「1 人夜勤は好ましくないので 2 名とするよう研究する」ことを労使で確認、事業団は翌 1965 年 10 月、人事院の「夜勤判定」に対応して、厚生省が国立病院で導入しようとして失敗した「新勤務体制案」をもとに、勤務体制合理化の私案を 10 月の看護部長会議で示し検討を指示した¹⁰⁵。

これに対して、全労災は 1965 年 10 月、「一人夜勤廃止、夜勤月 6 日以内」の要求を欠員補充や増員要求とともに提出する。また、11 月に第一回看護婦代表者会議を開き、新勤務体制反対、8 時間 3 交替制の確立、変則勤務の廃止、欠員補充、大幅増員、無資格者やパート導入反対などの要求を決定する。職場では、「対策委員会」「実行委員会」「研究会」などが組織され、新勤務体制の討議や「合理化」問題の学習、アンケートや「新勤務体制反対署名」などの取り組みが未加入者も加わってすすめられ¹⁰⁶、66 年春闘で改めて「一人夜勤廃止と月 6 日以内」の要求を退出する。これに対して、事業団は「新勤務体制案」を逆提案し、第二組合や未組織病院で試行（テスト）を始める。しかし、岡山支部が、スト権を確立して中止させるなど、全労災の各支部・職場からの闘いで事業団の思惑は中断する。そして、労使の本部間で「小委員会」を設け、9 月末をメドに検討することとなった。

(2) 「新勤務体制」反対闘争での挫折とその影響

小委員会は、労使の意見の対立で結論を得ることなく解散し、事業団は看護婦主任会議や看護部長会議などを相次いで開き推進体制を固めると同時に、全労災への誹謗中傷を行い、就業規則の一方的改定で 66 年 11 月から新勤務体制を実施しようとする。

¹⁰³ 『全労災 30 年のあゆみ』 130—131 頁。

¹⁰⁴ 『全労災 30 年のあゆみ』 49～50 頁。

¹⁰⁵ 『全労災 30 年のあゆみ』 44 頁。

¹⁰⁶ 同上 44 頁。

一方、全労災では、中央執行委員会で「条件闘争」¹⁰⁷が提案されるが、「多くの支部から批判や反対意見が出され、長時間にわたる激しい議論のすえ、『22時交替反対』を基本に勤務体制改善の具体的要求（一勤務の実働時間は8時間以内、交替制は三交替以内、代休・休日は暦日で24時間以上、夜勤の仮眠確保、権利消化の保障、車送り実施、パート・助手の規制、欠員・産休・長期欠勤者の補充、…など）15項をまとめて闘う方針」¹⁰⁸を決定する。しかし、4時間全面ストライキを背景とした徹夜の団体交渉では、複数夜勤、三交替原則、4週間で10日夜勤、深夜勤務の2時間の休息・休憩、休日の暦日24時間保障、休養施設改善などは前進させたものの、『合理化』の柱であった“22時交替”の実施を認める結果となった¹⁰⁹。一方、本部間の団体交渉と並行して、各支部でも一方的実施に反対する激しい闘いが続けられ、5支部が11月実施を延期させたほか、14支部が年末にかけて統一ストライキと結びつけて闘った。

一年にわたった新勤務体制反対の闘いは、職場を基礎とした一人ひとりの自覚的なたたかいや未加入者の結集など多くの成果をかちとった。しかし、「22時交替反対」が本部の団体交渉で貫かれなかったことで、闘いがすすんでいた職場ほど挫折感が強く残り、その後の「増員・夜勤制限闘争」が停滞する一因となった¹¹⁰。

(3) 「増員・夜勤制限闘争」の取り組み

1968年、全労災は、日本医労協や総評医療共闘会議の集会や署名などに積極的に参加する一方、看護婦代表者会議を開き、増員・夜勤制限闘争への意志統一、看護研究会などを中心に新勤務体制の点検と討議を行い、看護改善運動に取り組む。新潟県立病院の闘いを描いた『夜明けがくる』『白の青春』などの書籍の普及などもすすめる¹¹¹。

全労災は、1969年に再度「月8日夜勤、複数以上の夜勤体制と必要な増員」などを要求するが、事業団は「『準夜勤』という勤務はない、月8日は無理だ、増員も一切できない」との回答を繰り返すだけで交渉は進展しなかった。

全労災は、4月に東北、福島、東京、関東、富山、中部、旭、関西の八支部の代表者会議を開き、夜勤でのストライキを実施し、「参加者は日頃手抜きされている基礎看護を日勤で行う」との方針を決め、4月に9支部177名、5月に7支部192名が夜勤でのストライキを実施した。また、東北、関東支部が4月から、5月からは全支部が「時間外・宿直拒否」に入った。これら、春から夏にかけてのねばり強い闘いで、「複数・八日夜勤は66年の協定で解決済み」との事業団の態度を変えさせ、「育児時間、妊産婦の勤務制限は本人の意思を尊重し考慮する」、「仮眠・休憩・更衣室等の必要なものは予算措置する」旨の協定をし、夜勤環境改善費を各施設に配布させた¹¹²。それは、労使の「夜勤協定」への足がかりとなるものでもあった。

¹⁰⁷ 例えば、人減らしの「合理化」提案に対して、それを基本的に了解したうえで、何がしかの譲歩を得ようとするもので、一般的に、この様な譲歩をすれば、労働組合はさらなる「合理化」と闘えなくなる。

¹⁰⁸ 『全労災30年のあゆみ』45頁。

¹⁰⁹ 同上。

¹¹⁰ 同上。

¹¹¹ 同上、53頁。

¹¹² 同上、58頁。

(4) 「新々勤務体制」による「合理化」攻撃を阻止

ところが、事業団は1969年、「ニッパチ協定」が全国的に広がるなかで、看護婦の勤務体制の統一的運用を口実に、①拘束・実働時間の延長、②休日の年間プール化、③個人の勤務交代規制、④「ターム制」¹¹³、⑤勤務日23日、休日5日、変形日数導入、などの通達をだし、年末までの実施を各施設に指示した。

全労災は、この提案が、「66年協定」を無視して「複数月10日夜勤、深夜勤の仮眠や休憩の24時間付与」などを故意に除外した通達であるだけでなく、増員・夜勤制限要求の交渉中に、交渉事項にかかる労働条件を一方的に変更する通達は許されないとして撤回を要求し、撤回しなければ職場で阻止することを通告する。

また、全労災は、1969年8月末に看護婦代表者会議（第3回）を開き、「ターム制」反対闘争の具体化と意思統一を図るとともに、11月末には臨時中央委員会を開き、増員、労働時間短縮、医療改善の要求と結合し、人減らし「合理化」に反対して徹底的に闘う方針を決め、「ターム」の起点ごとに統一行動を設けた職場の闘いをすすめた。その結果、6支部で、年内実施を延期させ、他の支部も通達に基づく勤務体制を骨抜きにし、事業団の指示を形骸化させていった。¹¹⁴

しかし、翌70年、事業団は、年度末までに全病院で「ターム制」を実施することをめざして施設管理者への指示を強めるなかで、関東労災では2月4日、院長名で看護婦の新々勤務ダイヤが告示され、同月5日から実施してきた。

関東支部では、病院側の協定や慣行を無視した「22時交替」と「月4時間の実労働時間の延長」を含む「ターム制」の一方的実施に抗議し、団体交渉で追及したが、病院は事業団の強い指示のもと姿勢を変えなかった。支部は、リボン・腕章の着用やビラ貼りをすすめ、2月28日には4時間の抗議ストライキを行う。全労災は、「ターム制」廃止闘争の天王山となったこの関東支部の闘争支援のため、東北から関西までの8支部の看護婦代表を関東労災に集めて対策会議を開くとともに、2月28日には統一行動として職場集会を開き、支援カンパを訴える一方、日本医労協、神奈川県医労協を含めた闘争対策会議を結成して支援を強めた。

2ヵ月余にわたって職場での実力闘争が続く一方、地域では「医療守る共闘会議」が発足、患者自治会から事業団・中西実理事長へ病院の正常化を求める「要望書」が提出され、神奈川県議会から4大臣（内閣総理、厚生、労働、自治）に意見書を提出、参議院社会労働委員会の調査が行われことなど、事業団本部も無視できなくなり、全労災本部、事業団も加わった現地での団体交渉が行われる。しかし、事業団・病院側は告示の撤回に踏み切れず交渉は中断する。最終的には4月19日、参議院社会労働委員であった国会議員と労働事務次官立ち会いのもと、「2月4日の告示は白紙とし、組合は66年11月1日の本部協定、11月9日の支部確認を認める」「カド過渡的経過措置として3ヵ月は従来どおりの勤務とする」「今回の争議での責任追及はしない」ことが確認され決着する。

¹¹³ 勤務を一ヵ月単位でなく、4週間・28日（168時間）単位で実施するもの。年間12ヵ月ではなく、“13ヵ月”（365日/28日=13）となる。勤務日数月23日、休日5日、変形日勤導入、に変更することによって、実働を月4時間延長するというものであった。

¹¹⁴ 『全労災30年のあゆみ』58頁。

3. 全労災・関東支部における「増員・夜勤制限闘争」

(1) 関東労災病院における労使関係

労災病院における「新勤務体制」(1966年)と、さらなる「新々勤務体制」に反対する闘い(1970年)の概要については前述したが、以下、その闘いの中心となった全労災関東支部の闘いについて、同支部がまとめた『全労災関東支部40年のあゆみ』(1999年)を中心にその概要を述べておきたい。

全労災関東支部は、関東労災病院(神奈川県川崎市、1969年当時561床、16科、職員約400人)において、その前身の関東労災病院職員組合(組合員234人)として1959年結成され、翌年には全労災の単一組織化にともない関東支部(組合員335人)となった。初のメーデーや安保闘争、三池への医療班の派遣に積極的に参加するとともに、労働条件の改善闘争などを経て、61年新春から全国的な「病院統一スト」¹¹⁵に参加、賃上げや看護婦の「四四制」を勝ちとる。「病院統一スト」の翌年から、「事業団が組合の弱体化・弾圧に乗り出した。支部三役の不当処分をはじめ、組合費のチェックオフ拒否、事務職員の脱退と第二組合工作、職制の強化、不当配転、婦長制の導入、副部長制度による医師組合員の脱退工作、技師長制の導入などやつぎばやに攻撃を仕掛けてきた。増員なしでの四四制導入で職場は混乱した。昼休みが取れない、超過勤務の増大、時間内の勤務も窮屈になった。一時凌ぎで不足要員を緩和しようと外来看護婦を病棟(に)配置したが、外来はパートタイマーでいっぱいになった」¹¹⁶。さらに、事業団は62年5月、看護部門の組合活動家4人への見せしめ的な懲罰解雇を強行する。約3年間の闘で、65年2月に和解¹¹⁷が成立する。この解雇撤回闘争を全労災とともに他労組等の大きな支援を得て闘ったことが、関東支部の団結力を強める。しかし、事業団は翌66年、全労災が要求する懸案の夜勤体制の改善要求に対して、「新勤務体制」を逆提案してくる。

(2) 新勤務体制について

国立病院の労働組合である全医労は、1963年人事院に対して、「夜勤日数を月6日、看護単位を40床とし、一人夜勤を禁止すること」などの「看護婦等の夜勤制限に関する行政措置要求書」を提出して運動を強化、65年に、①夜勤日数は月8日を目標とすること、②一人夜勤は廃止の方向で計画をたてて努力すべきである、等の「人事院判定」を引き出すという大きな成果を獲得したが、それには、実行するための増員の保障がなかった。

この「人事院判定に」対して、増員をしないで対応しようとしたのが国立病院・療養所

¹¹⁵ 支部では、この「病院統一スト」を「100日闘争」と言う。4波のストライキの末、無期限ストに入り、途中で中労委の職権斡旋を受けるが、全労災と共に支部も力を出し切って闘った。

¹¹⁶ 『全労災関東支部40年のあゆみ』22頁。

¹¹⁷ 和解条項は、①懲罰解雇は取り消す、②2月末で任意退職とし、それまでの間は就労したと同様に取り扱い賃金を支払う」「再就職にあたっては不利益な措置は一切とらない」というものであった。全労災は、「最高裁までの長期闘争は避ける」との方針を決めた(『全労災30年のあゆみ』41頁)。後年、当事者の一人であった看護婦の一人は、「何よりも強く印象に残っているのは全労災本部、各支部、関東支部の役員組合員一人一人が不当解雇について真正面から受け止めて最後まで断固として闘いをすすめることができたということです。…どうしても組合の動きを圧迫する必要に迫られた不当解雇ですから、撤回まで一糸乱れずたたかった意味は有意義なことだったと思います」と回顧している。(「解雇撤回闘争の思い出」『全労災関東支部40年のあゆみ』40頁)

を開設する当時の厚生省であった。当時、看護婦の三交替は、例えば「日勤」(7時30分—16時)、「準夜勤」(15時30分—24時)、「深夜勤」(11時30分—8時)の場合、「夜勤」及び「夜勤日数」といえば「準夜勤」と「深夜勤」の双方のことを指していた。ところが、厚生省は労働基準法の「深夜業」が22時であることを根拠として「準夜勤」の時間帯の終業時間を2時間早めて24時から22時に変更し、これを「中勤」(なかきん)と名称変更して夜勤日数にカウントせず、名目的に夜勤日数を減らそうとした。当然のこと業務の混乱を招き、国立病院は二カ月のテスト(試行)期間を繰り上げて一カ月で中止、それにつづいた日赤病院でも組合の反対で実施に至らなかった。

事業団は、この「新勤務体制」を、全労災からの「二人夜勤・月8日以内」要求に対抗する形で逆提案した。しかし、「中勤」は、手術や検査直後の観察・看護が集中する時間帯のため、患者の消灯時間の21時までには看護記録がとれなく、どうしても22時に引き継ぎを終えることができず、結局超過勤務が強いられる。また、夜勤と日勤の交代時間が6時とされることによって、深夜勤務者が重症以外の患者と接触しないままの引継ぎとなり患者の状況把握が困難になること、さらに、深夜勤務の拘束時間の延長や変則勤務による労働条件の悪化が明白な勤務体制であった¹¹⁸。

(3) 「新勤務体制」との闘い

1966年、事業団は全労災が未組織の病院や第二組合のある病院で新勤務体制をテストし、事業団の機関紙『動き』で、その宣伝を強めた。これに対して全労災は、各支部で新勤務体制反対実行委員会を発足させ、幅広い署名活動の展開に入った。そして、中央団交の結果、「新勤務」は「静止」状態とし、小委員会を設置して同年7月から3ヵ月間で討議することになった。小委員会は、労使の代表の他に看護部長は愛媛と関西、看護婦は中部と関東各労災病院から選出され6回開かれた。討議は、看護業務の分析をしながらの検討となり、看護部長といえども看護業務が厳しくなることを認めざるを得ないところまで来たが、最終回で協議は決裂した。しかし、前述したように全労災は、4時間全面ストライキを背景とし10月31日から徹夜の団体交渉を行い、複数夜勤、深夜勤務の2時間の休息・休憩など13項目の要求を確認し妥結するが、同時に、看護体制『合理化』の柱であった“22時交替”の実施を認めることとなった¹¹⁹。

11月11日、新勤務体制が施行されるが、関東労災病院では看護婦の退職者が60人を超え、1967年3月には2病棟(100床)の閉鎖を余儀なくされる。その間、支部は職場要求を基に月1回ねばり強く交渉を重ね、「中勤」と「深夜勤」の業務「申し送り」を22時半から開始し23時までとすることを、事業団本部役員から直接に口頭で許可を取り付け(「紳士協定」として)た。以来、関東労災病院では、70年2月に勃発した「新々勤務体制」反対闘争まで23時交代勤務を続けることになる。関東支部が、全労災本部と事業団の先の「協定」内容と、事業団の「新勤務体制」への思惑を一步改善させていたのである¹²⁰。

¹¹⁸ 『全労災関東支部40年のあゆみ』22頁。

¹¹⁹ 全労災機関紙『全労災』No.138、2016年1月20日。13項目の内、6項目は「努力する」「配慮する」との文面になっており、団体交渉ではここまでしか押せなかったものと推察される。

¹²⁰ 全労災と事業団との「協定」(1966年11月1日)で、看護婦の三交替の勤務時間は、「日勤」10—16時、「中勤」14—22時、「深夜勤」22—8時となっていた。関東支部が「中勤」の22時を超えることで、労働基準法上の「深夜労働」となる。また、その業務上の必要性については前述した。

(4) 「夜勤制限闘争」に対して「新々勤務体制」を逆提案

事業団は1969年、施設毎の交代勤務（時間）のばらつきを統一する必要があるとし、それまでの「新々勤務体制」のさらなる「ターム制」による実働時間の延長などの「合理化」（新々勤務体制）の導入へと動く。関東労災病院では、66年11月の「新々勤務体制」実施以来多くの看護婦が退職して2病棟の閉鎖をよぎなくされており、ようやく落ち着きを見せ始めた時に看護体制を変更することには、主任をはじめ看護職場全体に反対の意向が強かった。看護部長が「主任・婦長合同会議」でその「是非」について発言させたが、誰一人として「よし」とする者はなかった。この間の支部の地道な交渉で労働条件は徐々に改善されたとはいえ、仮眠は看護室の片隅にぼんぼんベッドをひろげ毛布を頭から被って横になる状況であった。

2月に「新々勤務体制」が「通告」されるまでの支部（看護職場）の闘いについて、その一端が全労災機関紙に「関東支部通信」¹²¹として掲載されている。以下、その要旨である。

支部は、1966年以来立ち消えていた看護婦連絡委員会を復活させ、討議に入っていた。連絡委員会は11月から週1回必ず開き、具体的行動を一つ決定、次回までに必ず実行することにした。まず、「新々勤務」に対するアンケートをとったが、結果は実力行使も辞さないというのが大勢であった。反対の意志が明確となったところで、看護婦集会を開き、「新々勤」反対運動は病院から提案された時点で闘うこと、増員・夜勤制限要求に立ち戻って運動を進めることを決定した。そして、準備できた病棟から「10日以上夜勤」を行わない闘争に入った。まず、12月から「五ノ一」病棟が、「10日以上夜勤」を止め、その余力を「日勤」に出勤し日頃多忙でできない看護をすることにした。しかし、「日勤」に回った者の仕事は、「良い看護のため」どころか、日常の業務で手一杯であった。

病院側は、毎日、「業務命令に背き日勤に出ても（勤務とは）認めない」旨の「通告書」なるものを持参し、該当する看護婦一人ひとりに手渡そうとした。強い人は一人で、弱い人はみんな抗議してそれらを追い返した。病院側は、朝には「認めない」旨通告し、夕には該当者から平気で報告を受けるという奇妙な光景であった。看護婦たちは自分たちの体験の中から看護の本来の仕事を見つめる目を育み始め、仲間意識も強まっていった。

1月になって4セッションで討議が進められ、夜勤制限の実力行使に入った。病院側はこれを十分予期し、非組合員の多いセッションを除いてほとんどを10日夜勤に組みかえてきた。看護助手を外来に回し、外来勤務の夜勤可能看護婦を病棟に上げた。主任にも10日の夜勤をつけた。外来では問題が出てきたが、4月の新入者が来る頃には完全に「2人—10日」、又は「2人—8日」を満たしたうえで、閉鎖された病棟を開く、という運動方針を立てた。（関東支部通信）。

このように、「夜勤制限闘争」が進展しつつあった70年2月2日の夕方、「新々勤務体制」を2月5日から実施する旨の通告文書（B5用紙）が食堂の片隅に院長名で張り出された。また、病院は2月16日、3月1日までに三病棟を閉鎖する旨を支部に通告してきた¹²²。

¹²¹ 機関紙「全労災」171号、1970年2月20日。

¹²² 『全労災関東支部40年のあゆみ』56頁。

【表9】「新勤務体制」と、新たに通告された「新々勤務体制」の比較

	日勤	準夜勤務（中勤）	深夜勤務
新勤務体制（現）	8:00—16:30	16:00—23.00	22:30—8.30
新々勤務体制	8.00—16:45	15:45—22:00	21:30—8.30
勤務時間増減（分）	+15	-45	+60

(5) 「新々勤務体制」反対の闘い

関東労災での「新々勤務体制」に反対する闘いは、3カ月にわたる職場での実力による拒否闘争を土台に、運動を地域に広げた。事業団が行った病棟閉鎖の強行策が地域からの批判となり、県議会、国会で取り上げられる。3月19日の本部団交で全労災は「関東問題は



“喫緊”の問題である」として「優先解決」を申し入れ、4月22日までに13回の団体交渉が続けられる。交渉は難航したが、社会労働委員として実情調査を行った議員らの尽力で、4月27日には労働事務次官立ち合いのもと、基本方針を確認し支部代表も入って本部団交が行われ、妥結に至る。「協定」内容は、①看護婦確保は今後引き続き努力する、②病院長告示は白紙とする、③勤務体制は「8時～16時30分、16時～22時30分、22時～8

全労災関東支部のストライキ（1970年）

時30分」とする、④労使は不信感をなくし病院の正常な状態を確立するよう努力する、⑤賃金カット相当額を解決金として支払う、というものであった¹²³。

この間の関東支部での具体的な闘いについては、看護婦の中心となって闘った役員の報告が全労災の機関紙¹²⁴に、「運動を広げ、自覚した闘いで—関東（支部）“新々勤”を粉砕」との見出しで掲載されている。他ではなかなか見られない活動家の気持ちや、職場、地域等での具体的な闘いなどが記されているので、やや長いですが、以下紹介する¹²⁵。

「新々勤反対」の闘いは、昨年4月12日に事業団が「統一運用」と称して通達を出してから、各支部ですすめられてきた…。2月2日、に突然「病院長告示」が出され「新々勤」が5日から強行と知った時、東北支部の仲間の顔が浮かび、負けられない、関東の闘いが全労災に結集している仲間のこれまでの闘いを生かすことにも殺すことにもなるし、さらに1964年の「新勤」を完全にはねのけられなかった「合理化」攻撃をいま全力で反撃しなければ「労災方式」として全国の医療の仲間にも広がりつつあることの責任をとるチャンスは二度と到来しないと、決意を固め、仲間の力を正しく評価し信頼して闘ったのが勝利の要因であったことをまず強調しておきます。

◇ “夜勤カット”で自信と自覚が生じる

¹²³ 機関紙「全労災」172号、1970年5月25日。

¹²⁴ 前掲に同じ。

¹²⁵ 若干の文章整理のみ行った。

関東支部では、昨年11月から看護婦連絡委員会を毎週1回開いて、12月が検討期限となっている「新々勤」をどうはね返し、増員に力を結集するかを討議し、決めたことはすぐ行動に移すことにしました。しかし、忙しいなかで集まりもよくなく、仲間の反応が適確につかみにくいことから“ぐちの会”に終わりがちでしたが、必ず結集できるはずだという信念で、強行された場合の態度についてのアンケートもとりました。そして、看護婦集会では「強行の際は従来通りの勤務をする」ことを決め、まず、夜勤制限・増員の闘いからをすすめました。各病棟毎に“討議”し、意思統一ができたところから「2人夜勤、月10日」を実行する（10日以上はやらない）ことにし、12月から1病棟、1月から4病棟に広がるなかで、病院当局は病棟の助手を外来の看護婦と交替させ「2人夜勤、月10日」の勤務表を示してきました。“やればできる”という自信と自覚がこの時から私たちに芽生えました。

◇ “パトロール” でデータを集め、宣伝

2月5日から「21時半、交替励行」を強行しようと、婦長と非組合員主任が時間になると病棟に張り付き、事務の管理者や非組合員がボデーガードとして各階に配置され、組合のパトロールを威かく妨害し、非組合員を「告示」に従わせようと躍起になってきました。約2ヵ月にわたってパトロール合戦を続けるなかで、私たちは準夜勤務（中勤）、深夜勤務のでき事や業務の実態を病棟毎に必ずメモ化し「新々勤」の不当性を、だれにでもわかるようにするデータ作りをすすめました。勤務開始前と後には、組合事務室に必ず集まり討議し、翌日の闘いの進め方を体験からつかみとっていくと同時に、前夜の状況を掲示板に写真入りで貼り出し、また、「速報」にしてみんなに知らせました。

◇ 組合員ぐるみで地域に輪を拡げる

さらに、「新々勤」の実態や不当性を市や県当局をはじめ国会、保健所、人権擁護委員会、新聞、テレビなどありとあらゆるところに訴える一方、県医労連の全面的な支援のもとで労働基準局に対する突き上げ、県会や市議会、国会に対する請願署名運動を地域の仲間に対する支援要請とあわせて、役員だけでなく、組合員一人ひとりが出かけて行って訴えて歩きました。県医労協の献身的な協力と共闘体制は、私たちのなかに仲間の大切さと団結の力強さを教えてくれました。

◇ “患者を守る” ことと、職場の“民主化” が闘いの行動基準になる

2月17日に病院当局が、さらに三病棟を閉鎖すると告示し、患者の強制退院を始めたことから、改めて「看護とは何か」ということを自覚しはじめました。そして、“お任せ”の組合闘争ではなく、自分の闘いとして、職場の不満を爆発させた民主化闘争が始められました。3月7日、事業団本部の職員30数名が動員され、患者を荷物のように力で移動しようとしたことを見て、患者を守る闘いが皆の行動（基準）となり、患者自身も結束して「自治会」を発足させました。「院長補佐」と称する7人の各科部長、副部長、非組合員医師に対しても、“患者を守る”立場で突き上げ、各病棟では部長を囲んでの討論が自発的に進められるなど、組合員一人一人が“看護を守る”ことへの自覚を高めていきました。

◇ 妨害かって加入一闘いの基盤固まる

非組合員だけを不当な配転で同一の職場にまとめてしまい、組合の働きかけから「守ろうとする」病院当局の対応にもかかわらず、たたかいの中で組合に入ってきた仲間たちとその活躍、皆の力のすばらしいこと…。院外でも、“医療を守る”ことへの呼びかけと闘いが多くの人々の共鳴を呼び、「医療を守る共闘会議」が4月25日の決起集会で発足しました。本部、支部執行部の粘り強い交渉と国会議員、特に吉田、藤原両参議院議員の尽力で円満解決できたこと。また、“組

合が皆の宝であり、生活である”ことが身にしみて判ったことなど、表現できない喜びと、「今（これ）からだ」という引きしめる気持ちを同時に感じています。（関東支部 M・K）

4. 全労災と関東支部のたたかひの特徴

第1は、全労災における「ニッパチ闘争」が、他と違って、事業団による「新勤務体制」「新々勤務体制」による「合理化」案を撤回させる闘いと並行して展開され、その闘いの“天王山”となった関東支部での闘いで、いわば、「地域医療を守る統一戦線」といえるような社会的支援を得て勝利したことである¹²⁶。全労災関東支部の闘いでは、看護職場における職場闘争を強めつつ¹²⁷、闘いを病院内だけに止めず、多くの組合員が地域に出て直接住民等にうったえることによって、医療を守る地域「ぐるみ」の“共闘”が組織されていく。それが、神奈川県議会での「関東労災病院の運営正常化に関する意見書」の採択や、参議院社会労働委員の現地調査と同委員会での追及など、事業団側の内堀・外堀を埋め、勝利につながっていくのである。それは、地域医療を守り、その運動を通してのなかで自らも守るといふ医療労働運動の基本路線を示したものである。

第2は、他の「ニッパチ闘争」と同様に、看護婦が自らの仕事を見直し、その社会的役割（任務）に対する自覚を高めていったことである。関東支部の看護婦は、「この闘いのなかで、看護の点検がすすめられ、私たち自身の姿勢を正す必要に迫られてきている。かくされた医療事故を明らかにし、低医療費のなかで収入第一主義の競争にかりたてられ、反射的に仕事をせざるをえなくされている。医師にも問題提起をしていける看護婦になって行くことが大事だ。すでに、組合員は急速に変わっているし、創意と自主的な闘いが発展している」¹²⁸と発言し、関西支部の看護婦も「新々勤を闘った者と闘わなかった者との間に看護に対する受け止め方に差がでてきている。」¹²⁹と強調している。また、先に紹介した、「関東支部 M・K」氏の記事では、「病院当局が、…患者の強制退院を始めたことから、（看護婦は）改めて『看護とは何か』ということを実感しはじめ…、患者をまもる立場から、…各病棟では部長を囲んでの討論が自発的に進められ…“看護を守る”ことへの自覚を高め」たと報告されている。さらに、看護婦が地域に出かけ、患者を守り医療を守る立場から住民等に訴えたり、また、医療・看護に対する住民の期待などを聞くことで、看護婦として、医療労働者としての社会的役割（任務）への自覚をさらに高めたと考えられる。

第3は、企業別労働組合の弱点を克服していく端緒が多く見られることである。前述した、第1、第2の特長にある「職場闘争」や「地域共闘」、「産業別共闘」、をはじめ、さらには看護婦たちの「患者の立場に立つ」「医療を守る」という意識の高揚のなかにも個々の

¹²⁶ 全労災機関紙『全労災』（No.172、5月25日）は、「関東労災の2月5日からの看護婦勤務体制改悪の一方的強行に反対する闘いは、3ヵ月にわたって職場の実力拒否を土台に運動を地域に拡げ、社会的、政治的な問題とするなかで4月29日に円満解決した。」としている。

¹²⁷ もちろん、「ニッパチ闘争」の場合、看護職場、それも病棟単位の団結と闘いが基本となる。しかし、看護職場だけの闘いでなく、支部全体の闘いにしていかなければ孤立する。職場での管理職との交渉で、要求が確認されたりすることはあっても、職場毎の協定はない。

¹²⁸ 『全労災』171号、1970年2月20日。全労災第19回中央委員会（1970年2月10～11日）での関東支部の中央委員の発言。

¹²⁹ 同上、関西支部の中央委員の発言。

企業・病院の従業員という枠と意識を超えた「医療労働者」としての意識が培われつつあることをみてとることができるのではなかろうか。

【表 10】全労災関東支部の闘争経過（パンフレット「関東労災病院の闘争経過」1970年より抜粋）

1970年	
2月2日	新々勤務体制、組合に口頭で通告
4日	病院長告示（新々勤務体制「合理化」）出る
5日	病院長12時20分、訓練棟において告示を読み上げ、日勤より新々勤務に入る。 支部団交決裂し、組合は現行時間帯で就労することを通告
7日	日本医労協へ連絡、県庁交渉、病院に対して「一方的実施撤回要求書」提出
9日	闘争委委員会（経過報告ととりくみ）
16日	弁護士来組（打ち合わせ）
17日	県医労協が病院に抗議。支部団交、病院当局三病棟閉鎖発表
18日	弁護士と、都立大初山教授訪問。県医労協関東ブロック会議
20日	決起集会
21日	不当配転発表
26日	春闘討論集会参加、支援要請
27日	全体集会 セキリン患者社会労働委員会に事情訴え
28日	時限スト突入（8時30分～10時）
3月1日	「5の1」病棟が「自主ダイヤ」突入
2日	看護婦集会
3日	本部間団交において覚書及び確認書を交わす。
4日	支部団交、基準局交渉、職場大会
5日	支部団交
7日	患者強行移送、新聞テレビが大々的に取り上げる
10日	労働省・厚生省交渉と国会請願
12日	社労委（藤原道子議員単組3名）調査視察。東京新聞が「患者はどこへ行く 関東労災病院紛争の背景と問題点」と大きく報道（15、16日と3回）
13日	国会請願
18日	社労委で事業団・中西理事長が追及される
19日	本部間団交（賃金関係）
20日	職場大会
23日	本部間団交（関東問題で決裂）
24日	関東労災病院患者自治会が事業団中西実理事長に正常化への「要望書」を提出
25日	職場大会、決起集会、「医療守る共闘会議」が発足
26日	「7-1病棟閉鎖」
27日	神奈川県議会が4大臣（内閣総理、厚生、労働、自治）に意見書を提出
4月29日	妥結

第4章 「ニッパチ闘争」の特徴と歴史的意義

すでに、「ニッパチ闘争」における4つの闘争事例を概観し、一定の分析をおこなったが、以下、これらを基に「ニッパチ闘争」の特徴と医療労働運動における歴史的意義について考察したい。

1. 「ニッパチ闘争」の特徴

第1は、「ニッパチ」を勧告した「人事院判定」を根拠とした、病棟毎の「組合ダイヤ」による実力行使（職場闘争）を基本に、産別・地域・患者・市民など広く社会的な支援を得て「ニッパチ」の要求を実現し、看護職員増員への桎梏となっていた医療法の看護婦配置基準「4対1」（患者4人に看護婦1人）という医療制度の厚い“壁”に職場から“穴”を開けたことである。闘いは、「4対1」を法改正するまでに至らなかったが、その後の診療報酬での「3対1」「2対1」などの看護職員の配置に道を開いた。

石原信吾は「ニッパチ闘争」によって、「基準の枠は今や明らかに取り崩される結果となった。これは、まさに1つの重要な歴史的なできごとといってよい」と評価しながらも、闘いが「4対1」の基準を打破する方向に十分展開できなかったことの限界性を、「労働争議という形」がとられた結果であるとし、本来なら「争う相手は、看護婦と開設者ではなくて、病院側と制度制定者側（政府）でなければならなかった」としつつ、労働争議という戦術がそれを困難にしたのだと強調している¹³⁰。

確かに、「ニッパチ闘争」は、制度・政策闘争を進展させ法改正を実現するまでには至らなかった。そして、看護職員配置基準の法改正など大きな運動課題を残した。それは、石原がいうような「労働争議という戦術」がいけなかったのではなく、体制側の制度・政策に抗して、「合理化」を推進する経営者を含めてあるべき法改正を行う国民的な医療運動を仕組むまでの力を医療労働運動はまだ持っていなかったということである。そのような条件の下にあって、政府の医療「合理化」に沿った経営政策として人手を増やさない医療・看護の「合理化」がすすめられ、医療・看護の荒廃と看護職員の過重労働が慢性化している職場にあって、切羽詰った看護婦たちは争議によって風穴を開けていく他に方法がなかったのではなかろうか。

第2は、なんとといっても、看護婦たちによる自主的で果敢な「職場闘争」の展開である。山形市立済生館従組の闘いを見ても、看護婦たちは、「夜勤問題委員会」を結成し、それを闘いの核として、外来と病棟の総勢123人の看護婦が集まり闘いへの決起を確認し、労働強化を承知で「患者さんのために」と、自主的に「複数夜勤」を実施し、これを病棟毎にとりくみ、総婦長に認めさせている¹³¹。当然、「増員」が次の課題となってくる。このような看護婦の自主的な闘いは、全労災関東支部の「看護婦連絡委員会」、慶応病院労働組合・

¹³⁰ 石原信吾「ニッパチ問題の分析的把握」医学書院『病院』1970年8月号、第29巻・第8号、30頁。

¹³¹ 全労災関東支部の闘いでも、まず「複数夜勤」の実力行使から始めている。

四谷支部の「看護婦増員夜勤制限闘争委員会」の活動などにも見ることができる。また、その端緒はすでに1965年の岩手県医局労働組合花巻厚生支部の看護婦たちが、わずかな時間を見つけては職場で討論を組織し、「夜勤記録」をつくり、これらを基に全員が当局に押しかけて交渉するというような、職場のエネルギーを発揮した闘いにもみられる。

そして、これらの職場闘争が、4事例に見るように職場闘争至上主義に陥らず、執行委員会と、さらには地域共闘と産業別の連携のなかで闘われていることである。

第3は、「ニッパチ闘争」が、地域医療に対する医療「合理化」と闘う基本的な運動の教訓を示したことである。職場での闘いを基本に、地域共闘と産業別闘争を統一して運動するというに加えて、問題を政治的な課題にまで発展させていることが注目される。職場での闘いについては、前項の「職場闘争」で述べたが、当該の看護職場を中心に全組合員・全職种的な、いわば「企業別労働組合」の長所を生かした“職員ぐるみ”の闘いとなっている点も注目される。院内の最大の勢力である看護婦であったとしても、看護婦だけで闘うのは困難である。地域共闘は、4つの事例で明らかのように、職場の問題を社会問題に発展させ、労使の力関係にも大きな影響を与えている。産業別闘争という点については、4事例における県医労協や日本医労協、自治労の支援・共闘をみれば明らかである。また、ナショナルセンター（総評医療共闘会議）での連携を基にした、医療労働者を組織する自治労、日本医労協、日教組（大学部）の大産別共闘の意義も注目される。当時、新潟県医労協の事務局長であった福島富が後年、「この夜勤闘争の基盤となったのは、一つには、全県の医療労働者が労働戦線の別を乗り越えて一本にまとまってたたかったことです。」¹³²と強調している。

第4は、「ニッパチ闘争」に対して、ゆるやかな産業別の協議体組織である日本医労協と県医労協が、単一組織でも困難と思われる産業別の支援を展開したことである。それは、山形や岩手の闘いで県医労協が大きな支援集会を開き激励したことや、日本医労協本部と県医労協の専従が長期に職場に入って指導したこと、さらには、「組合ダイヤ」による「夜勤切れ」に対応するため、他労組からの「保安要員」の派遣（動員）計画を県医労協と日本医労協が協力して組織したことなどに見られる。岩手県医労の闘いでは、日本医労協が「緊急東北地方協議会」を開き、加盟の全国組合（企業別労働組合）である全医労と全日赤の東北地区組織、また、東京医労連、新潟県医従協などから全体で、保安要員1500人の派遣を決定している¹³³。関連して、注視したいのは、このような共闘ができた1つの要因に、企業別労働組合の枠を超えた看護婦たちの職能的な連帯意識があったことである。山形でも岩手でも、新潟の勝利の後、1968年5月に開催された「夜勤制限・増員・医療を守る全国活動者会議」に参加した看護婦たちが積極的に保安要員組織化の中心になった¹³⁴。

¹³² 福島富（2011）「白衣の胸に“赤いバラ”」岡野孝信『なかと共に一医療労働運動を進める12章』本の泉社、271頁。

¹³³ 山形、岩手の闘いでは、他労組によるこれらの看護婦の保安要員派遣の寸前に、自治体や病院側が労組の要求をほぼ受け入れ、妥結に向かった。

¹³⁴ 「夜勤制限・増員・医療を守る全国活動者会議」には、全国の看護婦を中心に532人の参加があり、山形から22人、岩手から20人が参加している。

第5は、患者や住民の立場から自らの仕事を見直し、看護婦としての社会的役割（任務）に対する自覚を高めるといふ、意識の自己変革をとげる闘いとなり、それが闘いの大きなエネルギーとなっていたことである。看護婦が、患者の願いと看護婦の要求を一体のものにとらえ、「患者のために良い看護をしたい」「良心的な看護をしたい」、さらには「患者のための看護婦でありたい」といふ看護婦の胸の奥底にある、本来の看護を求める職能意識を共有し、闘いへの確信を培っていった。その意識は、看護婦自身が、職場から地域に出て荒廃する医療現場の実態を住民や他の労働組合に訴えて支援を求める中で、より確かなものになっていくのである。全労災関東支部の闘いでも、「組合員一人一人が“看護を守る”ことへの自覚を高めていきました。」と報告されているように、看護婦の意識変革が「ニッパチ闘争」の大きなエネルギーになっていたことがわかる¹³⁵。

「ニッパチ闘争」で育まれた医療労働者のこのような意識は、自治労の地方自治研究全国集会（自治研）での議論となり、また日本医労協が1969年に医療研究集会（医療研）を発足させ、さらには1973年に全国医科系大学懇談会（全国医大懇）が始まる契機となっていくのである。

第6は、「ニッパチ闘争」が、企業別組合の枠を超えて闘われることによって、医療の産業別結集を強める作用をしたことである。前述して産業別の支援、共闘を通して各単組（企業別労働組合）にその力を実感せしめ、日本医労協への結集を強めさせた。そして、その基底には、「医療を守る」「患者の立場に立つ」といふ医療労働者の意識の高揚があった。

富岡は、大著『日本医療労働運動史』の結語で、「ニッパチ闘争」を概観し、「医療産業別組合（単一組織）形成の第一歩として看護婦のクラフト・ユニオンの結成」を提起している¹³⁶。しかし、前述した4事例をみれば、「ニッパチ闘争」が、院内では企業別（内）労働組合の長所を生かした、完全ではないにしても全職員のな的な闘いによって支えられていたことが明らかである。富岡のいう看護婦の職能別組合の結成は、「産業別組合形成の第一歩」になるというよりは、むしろ、医療労働者の運動と組織の分断につながる危険性もある。

また、富岡は、看護婦の労働市場が売り手市場にあることをもって、「一挙にクラフト・ユニオンを結成することはそれほど難事業ではないと思う」¹³⁷としているが、労働市場の有り様をもってストレートに労働組合の組織形態を決定できるほど労使関係や労働組合の組織形成は単純なものではない。戦後の『日本医療労働運動史』を編纂した富岡が戦後の医療労働組合の苦難に満ちた組織形成過程を知らない筈はなく、その発展過程を考慮することなく、職能別組合の結成を主張したことは、やはり、現実の労働組合の組織と運動を見る富岡の視点に弱さがあったようにしか思えない。闘争に参加した看護婦たちも強調していたのは医療労働者全体の団結の意義であった。

¹³⁵ 戦後医療労働運動のリーダーであった宇田川次保は、「増員・夜勤制限をたたかった多くの看護婦、医療労働者は、『自分たちこそ医療の守り手』であることに誇りをもち、『よい看護と医療』の本質をつかんでたたかいを前進させた」と述べている（『戦後医療労働運動史』、179頁）。

¹³⁶ 富岡次郎（1972）『日本医療労働運動史』527頁。この見解が現実から遊離したものであったことは、前掲、岡野「『病院統一スト』の歴史的意義と企業別組合克服への萌芽」参照のこと。

¹³⁷ 富岡次郎（1972）『日本医療労働運動史』527頁。

2. 「ニッパチ闘争」の歴史的意義

第1は、「ニッパチ闘争」が、看護婦の「増員・夜勤制限闘争」の大きな発火点となり、その展望を切り開くとともに、「病院統一スト」(1960年秋から翌年春)後、経営側の弾圧と「合理化」攻勢に押され気味であった医療労働運動を活性化させ、その闘いを通して医療労働者の産業別結集を強めたことである。

第2は、日本医労協が、「病院統一スト」に続く「ニッパチ闘争」という産業別統一闘争を経ることによって、「医療労働者の生活と権利」と「患者・国民のための良い医療」を統一して運動するという医療労働運動の基本路線(方針)を確立したことである¹³⁸。

第3は、「ニッパチ闘争」が、職場闘争を基礎とした闘いで、医療制度(医療法の看護婦配置基準「患者4対看護婦1」)の厚い“壁”に“穴”を開け、基準を超える増員を勝ちとったことである。看護婦たちに、自分たちを縛っている「桎」が、自ら行動することによって変えられることを実感させた運動的な意義は大きい。そして、「医療を守る」国民的な統一戦線への医療労働運動におけるの制度・政策闘争の課題をより鮮明にしたことである。丸岡秀子は、当時、「ニッパチ闘争」について、「労働運動は、その基盤に“国民運動”としての自覚や自信を持つことによって、その強さと拡がり期待できると思う」¹³⁹と述べているが、まさに卓見である。

第4は、「ニッパチ闘争」が、「職場闘争」「地域共闘」「産業別闘争」を統一して展開されることによって、わが国の労働組合の根本問題でもある企業別組合の弱点克服の端緒となる多くの教訓を残したことである。その端緒については、すでに述べたが、「ニッパチ闘争」が、看護婦など専門職の職能意識の高揚による連帯を強化することの重要性を医療労働組合に示唆していることは最後に強調しておきたい。もちろん、それは、富岡が強調するような職能別組合をつくることによってではなく、産業別組織の内部活動の強化として取りくまなければならない課題であろう。

¹³⁸ 日本医労協は「ニッパチ闘争」から10年を経た第30回定期大会(1981年)で、到達した運動と組織の教訓の第一に「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」と強調している。そのことに、「ニッパチ闘争」が大きく影響したことは本論の叙述からも明らかであろう。

¹³⁹ 丸岡秀子(1968)「平素から患者の共感を得る努力を」医学書院『看護学雑誌』vol.32.No.6、80頁。

県立吉田病院第5病棟 組合ダイヤ、勤務割当予定表

氏名	曜		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	日	曜	日	土	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日		
A																																				
B																																				
C																																				
D																																				
E																																				
F																																				
G																																				
H																																				
I																																				
J																																				
K																																				
L																																				
M																																				
N																																				
O																																				
P																																				
Q																																				
R																																				
S																																				
T																																				
U																																				

日勤
 単夜
 深夜
 週休
 年休
 半休
 祝日休
 チーム
 ナーシング
 リーダー

(解説) (1) この病棟には、闘争前は①大看護単位制②病棟看護(重症と軽症を病棟別にする)③チームナーシングをとっており、県立病院学会で、モデル病棟として紹介されたところである。
 (2) 組合ダイヤミ作成の職場協議の結果④大看護単位制を廃止する。(現在の病棟を、重・軽症の二ヶ病棟に分ける)⑤重症病棟は、単夜2人、深夜3人夜勤とする。⑥軽症病棟は、単、深夜1人夜勤とする。
 (3) 重症病棟(2~3人夜勤)は、15日の深夜から「穴」とする。軽症病棟の人員は、現員の21名を12~9名の比で分けることにした。
 (4) 1968年3月のものは、29日から「穴」とする。「月8日夜勤」とする
 出所: 県職労・医療組合方針

資料2 山形市立病院済生館従業員組合夜勤制限闘争(経過・概要)

(済生館従組 (1968)『夜勤制限複数夜勤・月八日以内の夜勤闘争勝利の足あと』や
同 (1968)『白衣の力―複数夜勤、「夜勤制限闘争」の記録』などより作成)

1967年

- 9 「赤ちゃん取り違え事件」発覚する。従組が増員と病院の体質改善を要求する。
11. 従組は、「病院実態報告書」(自治省の指導に沿った「合理化」の問題点、人員不足、劣悪な労働条件、救急病院の必要性、など)を作成、市議員を個別訪問して病院の実情を訴える。

1968年

3. 11 県医労協、「看護婦の権利と健康調査」に取り組む。
3. 17 県医労協、「看護婦討論集会」を開催、従組から7名参加。
4. 日本医労協東北ブロック夜勤制限討論集会、従組から4名参加。
5. 11～12 新潟での「夜勤制限全国活動者会議」に従組から3名参加。
5. 27 県医労協、「夜勤制限闘争方針」を確認する。
5. 28 「看護婦委員会」(看護婦の執行委員と職場委員)を設置、夜勤制限闘争をすすめることを確認する。
6. 3、5、看護婦全員集会で、新潟での「夜勤制限全国活動者会議」の報告を行う。
6. 8 執行委員会、夜勤制限闘争を運動方針の柱とすることを確認する
6. 26 看護婦集会、夜勤室の改善要求を確認する。
7. 1～13 新潟集会の報告「資料」を作成し、病棟ごとに報告会開く。
7. 10 県医労協、「夜勤制限、増員闘争のための単組代表者会議」開催。従組、5名参加。従組、職場委員会で経過報告。看護婦委員会、各病棟に「夜勤問題委員」を置くことを決定する。
7. 12 「輸血事件」(確認不足で輸血型を誤り、処置寸前に発見)起こる。
三役会議、看護婦の夜勤制限闘争を発展させることを再確認する。
7. 13 東三病棟から「2人夜勤が絶対に必要」との強い訴えあり。
7. 15 三役と東三病棟の代表が総婦長に会い、東三病棟での2人夜勤を認めさせる(準夜は以前より2人)。この日から、深夜の2人夜勤始める。看護婦集会を開き、東三病棟の経過を報告。
7. 16 執行委員会で当面の方針を確認する。
7. 17 緊急職場委員会で方針討議を行う。
7. 18 全組合員集会を開き、実力で闘うことを意思統一。市長宛要求書提出。
7. 19 第1回夜勤問題委員会開催。病院当局と交渉を始めるが、「市に報告する」と、繰り返すのみ。
7. 22 市当局は文書で「現在、市は財政再建期間中であり、貴組合の要求に応ずるわけにはいかない」との『ゼロ回答』を返してくる。
7. 23～31 病院当局と数回にわたる団交行う。
7. 24 執行委員会。市総務部長との団交、7月31日と決まる。
7. 25 第2回夜勤問題委員会開く。

7. 27 東三病棟に続いて東五病棟も 2 人夜勤に入る。
7. 29 31 日の団交に向けて看護婦集会開催する。
7. 31 市総務部長交渉。夜勤実態調査と欠員補充は確約するが、増員夜勤制限については回答なし。
8. 01 看護婦集会で団交の内容を報告。事務局長交渉。入院患者へチラシ配布。西一病棟、東一病棟、東二病棟で複数夜勤に入る。
8. 02 緊急執行委員会開く。
8. 03～4 執行部、夜勤実態調査に取り組む。
8. 05 市側（総務部長ら 4 人）、夜勤の実情を視察する。
西三病棟、深夜 2 人夜勤に入る。玄関前でチラシ配布する。
8. 06 総務部長交渉、「複数夜勤を認める」と回答するも、具体案なし。執行委員会
が 8 月 20 日からの実力行使を確認、総会へ提案を決定する。
8. 07 看護婦集会（団交報告、今後の進め方検討）開く。
8. 07～9 職種別集会を開く。他職種への協力要請行う。
8. 08 人事課長来組、三役と話し合い。
8. 10 臨時総会、①8 月 20 日から全病棟複数夜勤を行い、一人 8 日で夜勤を打ち切
りにする、②8 月 12 日に市当局に対し実力行使の通告をすることを決定。11
日、日本医労協オルグ、県医労協オルグ、執行委員会三者で「通告書」を作
成する。
8. 12 市に対して 20 日から「組合ダイヤ」に入る「通告文」を提出する。併せて、
地区労と県労評に支援要請を行う。
8. 13 腕章闘争に入る。闘争委員会開く。チラシ配布（13～16 日まで）
他労組への支援要請オルグ（13～19 日）
病院運営委員会（条例による済生館長の諮問機関）が組合の要求を支持。
8. 14 看護婦全員集会開く
医局会が市長に「要望書」提出する
8. 15 看護婦全員集会（総婦長との話し合い）。市民への個別訪問を開始する。
8. 16 闘争委員会。日本医労協が支援に来組。看護婦交流会開く。
病院運営委員会が「具体案示せ」と診療報酬に要請する。
8. 17 市長交渉、「要求は基本的に認める」と回答。病院の玄関前決起集会（県医労
協主催）500 人参加。新潟、岩手、県内各労組、地区労県労評等からからも支
援の参加あり。
8. 19 市長交渉は、白衣の看護婦を中心に県医労傘下の他の組合の代表も参加した
130 名の集団交渉となった。市は、昭和 44 年から 5 年間の計画案を提示する。
8. 20 20 日午前 0 時 25 分、9 時間にわたる団交決裂。団交参加者の激励を受け、つ
いに 0 時 30 分、「組合ダイヤ」に入る。市議会厚生委員会傍聴。看護協会よ
り激励電報。闘争委員会開く。
8. 20 「組合ダイヤ」に入り、昼休みに全員集会。市長交渉で妥結する。
8. 21 正式妥結文書調印。「勝利」報告集会。入院患者に「お礼」のチラシ配布。
8. 26～27 市民に「お礼」のチラシを配布。

主な参考文献

- 新潟県職員労働組合（1968）『私たちは勝ちました—新潟県立病院夜勤制限闘争の記録』。
新潟県職員労働組合（1968）『夜勤制限に立ち上がる県立病院看護婦大集会』資料集。
新潟県職員労働組合編（1968）『夜明けが来る』労働旬報社。
横山廣・前川清治（1970）『白い波濤』労働旬報社。
及川和男・盛岡看護セミナー（1978）『人間として看護婦として』あゆみ出版。
新潟県医療労働運動史編集委員会編（1975）『白い軌跡—新潟県医療労働運動史』労働旬報社。
山形市立済生館従業員組合（1968）『夜勤制限複数夜勤・月八日以内の夜勤闘争勝利の足あと』。
山形市立済生館従業員組合（1968）『白衣の力—複数夜勤・夜勤制限闘争の記録』。
山形県医労協、山形済生館従組編（1969）『たんぼぼは咲いた—看護婦夜勤制限闘争の記録』労働旬報社。
全国労災病院労働組合（1988）『全労災 30 年のあゆみ』。
全労災関東支部（1999）『全労災関東支部 40 年のあゆみ 1959—1998 年』。
岩手県医療局労働組合（1993）『県医労四十年の歩み』。
植月秀子（1980）『白き流れはたえもせず』あゆみ出版。
石原信吾（1970）「ニッパチ問題の分析的把握」医学書院『病院』vol. 29、第 8 号。
松居耶依（1970）「ニッパチ問題の発端と経過」医学書院『病院』vol. 29、第 8 号。
吉武香代子（1980）「ニッパチ闘争が看護にもたらしたもの」『病院』1980 年 39(5)。
清水嘉与子（1980）「ニッパチがマンパワー問題にもたらしたもの」『病院』1980 年 39(5)。
阿部繁（1984）「新たな活路を求めて—」ニッパチ闘争より 15 年」労働旬報社『賃金と社会保障』1984 年 4 月 10 日。
中居京子（1989）「看護婦の労働条件の変遷と 2・8 闘争を振り返って」『看護実践の科学』1989 年 14(13)。
杉林千尋（2010）「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」北海道学園大学経済学研究科『研究年報（10）』。
土田武史（2011）「国民皆保険 50 年の軌跡」、『季刊社会保障研究』第 7 巻第 3 号、国立社会保障・人口問題研究所。
川島みどり（1998）「道拓かれて—戦後看護史に見る人・技術・制度⑩、ニッパチからナースウェーブへの軌跡」『看護学雑誌』1998 年 4 月号。
.....
富岡次郎（1966）『看護婦現代史』医学書院。
日本医労協編集、吉田秀夫監修（1969）『看護婦白書』労働旬報社。
富岡次郎（1972）『日本医療労働運動史』勁草書房。
宇田川次保（1983）『戦後医療労働運動史』あゆみ出版。
日本労医協（1987）『日本労医協 30 年の歩み』桐書房、
岡野孝信（2017）「『病院統一スト』の歴史的意義と企業別組合克服への萌芽」千葉大学大学院人文社会科学部研究科『人文社会科学研究』第 34 巻。
全医労（1978）『30 年史』。
日本医労協機関紙『医療労働者縮刷版』No.1~2、1960 年 9 月 10 日—1973 年 12 月 15 日。

日本医労協機関誌『医療労働』No.409、1999年1・2月合併号、同No.526、2010年7月号特集。
日本医労協『定期大会議案』（第5回～21回・1960～1973年、同30回・1981年。
※その他、単位労組の「ニッパチ闘争」関係資料。

.....
川上武（1965）『現代日本医療史』勁草書房。

菅谷章（1976）『日本医療制度史』原書房。

菅谷章（1977）『日本医療政策史』日本評論社。

朝倉新太郎（1983）『朝倉新太郎著作集・第1巻・日本の医療と医療政策』旬報社。

西岡幸泰（1985）『現代日本医療政策論』労働旬報社。

野村拓（1987）『日本の医療と医療運動』労働旬報社。

青柳 精一（1996）『診療報酬の歴史』思文閣出版。

吉原健二・和田勝（1999）『日本医療保険制度史』東洋経済新報社。

島崎謙治（2011）『日本の医療—制度と政策』東京大学出版会。

.....
日本労働組合総評議会（1958）『組織綱領草案』。

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。

石田雄（1961）『現代組織論』岩波書店。

高橋光（1965）『日本的労使関係の研究』増補第3刷、未来社。

白井泰四郎（1968）『企業別組合』中央公論社。

小松隆二（1971）『企業別組合の生成』御茶ノ水書房。

戸木田嘉久（1976）「日本における『企業別組合』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（1971）『日本における労使関係の展開』東京大学出版会。

兵藤釗（1981）『現代の労働運動』東京大学出版会。

兵藤釗編（1984）『国鉄労働運動への提言』第一書林。

兵藤釗（1997）『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。

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」大月書店『日本の
労働組合運動（1）労働組合運動の根本問題』。

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。

川西宏祐（1989）『企業別組合の理論』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—“従業員組合”の生成」土地
制度学会『土地制度史学 第131号』。

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、ミネルブア書房。

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。