

2017年度

日本における医療労働組合の歴史的特質
—戦前・戦後の生成過程より—

千葉大学大学院
人文社会科学研究科
博士後期課程

岡野 孝信

日本における医療労働組合の歴史的特質

—戦前・戦後の生成過程より—

〔目次〕

序章

- 第1節 問題の所在 [1]
- 第2節 課題と方法 [2]
- 第3節 先行研究 [3]
 - 第1項 医療労働組合における戦前と戦後 [3]
 - 第2項 「企業別組合の弱点克服」に関して [4]
 - 第3項 「病院統一スト」と「ニッパチ闘争」について [7]
- 第4節 対象と時期区分 [9]
 - 第1項 対象 [9]
 - 第2項 時期区分 [9]

第1章 戦前の医療労働組合

- 第1節 戦前の医療労働者の争議 [11]
 - 第1項 明治期の争議 [11]
 - 第2項 大正期から昭和10数年までの争議 [13]
 - 第3項 松澤病院における争議 [16]
 - 第4項 戦前の看護婦等医療労働者の争議の時期による区分と主たる特徴 [20]
- 第2節 わが国最初の医療労働組合—看護婦同盟の結成と消滅 [21]
 - 第1項 看護婦同盟の結成と組織の概要 [21]
 - 第2項 看護婦同盟の特徴 [23]
- 第3節 医療労働組合の生成過程と消滅 —1922（大正11）年～1940（昭和15）年 [24]
 - 第1項 総同盟、評議会時代 [24]
 - 第2項 全協と医療労働者の組織化 [25]
 - 第3項 関東病院従業員組合の結成から日本医務労働組合へ [28]
 - 第4項 日本一般使用人組合への統合 [30]
 - 第5項 全協崩壊後の医療労働組合 [30]
- 第4節 医療社会化運動 [32]
 - 第1項 医療社会化運動の概要 [33]
 - 第2項 実費診療所 [33]
 - 第3項 医療利用組合 [34]
 - 第4項 無産者医療運動 [35]
 - 第5項 セツルメント運動と、新興医師連盟 [35]
- 第5節 日本医療団による医療機関の統合 [36]
- 第6節 戦前の医療労働者の組織化 [37]
 - 小括 各節の概要 [38]

第2章 戦後の医療労働組合

- 第1節 第1期—医療労働組合の生成期—1945～1950年 [39]

- 第1項 戦後医療労働運動をリードした戦前の活動家たち [39]
- 第2項 戦後の国民医療と医療供給体制 [40]
- 第3項 戦後早い時期の医療労働組合（単位組合）の結成 [41]
- 第4項 日本医療団での労働組合の結成から医療産別組織・全医協の結成へ [46]
- 第5項 国立病院、国立療養所での労働組合の結成 [48]
- 第6項 全日赤（全日本赤十字従業員組合）の結成 [51]
- 第7項 全医協（全日本医療従業員組合協議会）と産別会議 [52]
- 第8項 東京と新潟における産業別組織の結成 [56]
- 第9項 全医労協（全国医療労働組合協議会）の結成準備と挫折 [57]
- 第10項 レッド・ページと医療労働運動 [58]
- 第2節 第2期—産業別組織の空白期—1950～1957年 [60]
 - 第1項 レッド・ページ克服の契機 [61]
 - 第2項 都医協（東京地方医療労働組合協議会）の再建—地場民間労組の結集 [63]
 - 第3項 中央医従協の結成と地方における産業別組織の結成 [63]
 - 第4項 厚生連従組、健保労連、全労災の結成 [66]
- 第3節 第3期—産業別組織・日本医労協の結成と発展—1957～1987年 [67]
 - 第1項 日本医労協の結成 [67]
 - 第2項 「連絡会」から「協議体」へ [69]
 - 第3項 医療労働組合と職場闘争方針 [71]
 - 第4項 「病院統一スト」と「増員・夜勤制限（ニッパチ）闘争」 [73]
 - 第5項 「医療研」運動のスタート [73]
 - 第6項 個人加盟労組について [74]
 - 第7項 日本医労協第30回大会（1981年）に見る「総括」 [75]
 - 第8項 日本医療労働会館の建設と国民医療研究所の設置 [75]
- 第4節 第4期—連合体（日本医労連）結成以降—1987～2010年 [76]
 - 第1項 日本医労協の連合体化 [76]
 - 第2項 全労連（全国労働組合総連合）の結成と、日本医労連からの議長派遣 [77]
 - 第3項 日本医労連共済会の発足 [77]
 - 第4項 連合体化以降の主な運動 [78]
- 第5節 産業別組織の発展と「企業別組合の弱点克服」の端緒 [80]
- 小括 各節の概要 [81]

第3章 「病院統一スト」の歴史的意義

- はじめに [85]
- 第1節 「病院統一スト」の背景と要因 [85]
 - 第1項 背景 [85]
 - 第2項 主体的要因 [88]
- 第2節 「病院統一スト」の概要 [89]
 - 第1項 「病院統一スト」以前のストライキ [89]
 - 第2項 「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） [90]
 - 第3項 「病院統一スト」の時期区分と各期の概要 [90]

- 第4項 患者と世論の支持 [92]
- 第5項 慶応病院での闘い [92]
- 第3節 産業別組織の強化と単一組織への志向 [94]
 - 第1項 中央・地方における産業別組織の強化・拡大 [94]
 - 第2項 単一組織化への志向 [94]
 - 第3項 単一組織化“挫折”の要因 [96]
- 第4節 「病院統一スト」の歴史的意義 [97]
 - 第1項 歴史的意義 [97]
 - 第2項 富岡次郎の見解に対する批判 [98]
- 小括 各節の概要 [99]

第4章 「増員・夜勤制限（ニッパチ）闘争」の特徴と歴史的意義

- はじめに [101]
- 第1節 看護職場の実態と背景 [102]
 - 第1項 看護職場の実態 [102]
 - 第2項 背景 [104]
- 第2節 「ニッパチ闘争」の概要 [107]
- 第3節 個別事例における闘いの特徴 [111]
 - 第1項 新潟県職員労働組合の闘いの特徴 [111]
 - 第2項 山形市済生館従業員組合の闘いの特徴 [113]
 - 第3項 岩手県医療局労働組合の闘いの特徴 [115]
 - 第4項 全労災と関東支部の闘いの特徴 [116]
- 第4節 「ニッパチ闘争」の歴史的意義 [117]
- 第5節 先行研究における職能別組合志向について [118]
- 小括 各節の要約 [120]

終章

- 第1節 戦前の“遺産”―戦後の医療労働運動は戦前から何を引き継いだか [123]
- 第2節 「企業別組合の弱点克服」の視点 [123]
- 第3節 わが国の医療労働組合の特質 [125]
 - 第1項 産業別労働組織の強化を志向 [125]
 - 第2項 「生活と権利」と「患者・国民の医療」を守る運動の追求 [126]
 - 第3項 看護職員が組織的・機能的に職能団体と労働組合に「分離」していること [127]
 - 第4項 今後の研究課題 [129]

○凡例 [131]

○資料・文献 [132]

- | | | | |
|---------------|-------|---------------|-------|
| 1. 非公刊資料 | [132] | 5. 資料閲覧・提供者 | [141] |
| 2. 公刊資料（年表関係） | [134] | 6. 作図 | [142] |
| 3. 参考文献 | [134] | 7. 作表 | [142] |
| 4. ヒアリング協力者 | [141] | 8. 『別冊資料』（目次） | [142] |

日本における医療労働組合の歴史的特質

―戦前・戦後の生成過程より―

序章

第1節 問題の所在

企業別労働組合（以下、「企業別組合」）といわれるわが国の労働組合が、いかにしてその弱点を克服できるかということは、戦後 1950～60 年代の労働運動研究の、また、実践者たちの大きな課題であった。しかし、その企業別組合も、すでに戦後 70 年を経てわが国の社会にすっかり定着したかに見える。賃金要求でも、それを実現しようとする労働組合のストライキや統一行動はかつてに比べて影をひそめている。また、政府の首脳が経済対策として経団連（日本経済団体連合会）に賃上げを要請し、経団連会長が傘下の企業に賃上げを訴える姿がマスコミで大きく報道されているように、いま、労働組合の存在感が問われている。

日本の労働運動は、1973 年のオイル・ショックを受け、春闘の「終焉」といわれた 1975 年以降に後退傾向を強め、80 年代に入るや臨調「行政改革」や「構造改革」の攻勢を受け、また総評の解体・連合の発足を経て民間、公務共に部門においても、その後退が顕著になっている。労働組合の推定組織率は、厚生労働省「平成 28 年労働組合基礎調査」によれば、1950（昭和 25）年の 55.8%を最高にして低下傾向を示し、1983（昭和 58）年には 29.7%と 3 割を切り、2016 年（平成 28）現在では 17.3%まで低下している。また、ナショナルセンターの組合員数も、1999（平成 11 年）から 2015（平成 27）年までに連合が約 750 万人から 688 万人へ 62 万人減少し、全労連も 116 万人から 78 万人へ 38 万人減少している。

また、総務省「平成 27 年労働力調査」によれば、正規の「職員・従業員」3,304 万人に対して、非正規は 1,980 万人と全体の 37.5%にまで拡大している。さらに、派遣労働者も 126 万人に拡大し、登録されている予備軍を含めれば大きな階層となっている。これらが、わが国の正職員を中心とした企業別組合の組合員減少に影響したことは明らかであるが、同時に、これまでの労働組合自体の組織と運動のあり方も問われている。

一方、高齢化の進展はいちじるしく、総務省人口推計(2017 年 4 月 1 日)では、わが国の 65 歳以上の高齢者人口は 3,491 万人(総人口の 27.3%)に達している。そして、良質な医療と介護をどのように提供するかということが、差し迫った、そして将来の社会のあり様にも影響する大きな課題となっている。現在、介護サービスを担う介護従事者は約 200 万人¹、

¹ 厚生労働省「介護人材地域戦略会議（第 3 回）平成 27 年 8 月 20-21 資料 2-1）における「2025 年に向けた介護人材にかかる需給推計」による。2017（平成 29）年度では、「需要見込み」2,078,300 人、「供給見込み」1,953,627 人となっている。

病院や診療所の従事者は約 300 万人²となっている。この、医療と介護の従事者約 500 万人の内、病院経営者や開業医などを除く多くが医療と介護の労働者であり、双方には、いくつかの共通点がある。

第 1 に、生命や人間の尊厳に関わる公共的な労働であること、第 2 に、「看護」と「介護」は、介護保険制度の創設にともなって制度的に分けられたが³、元々「介護は」「看護」の重要な一部であったように、労働が類似していること、第 3 に、国の類似する社会保険制度（医療保険と介護保険）のもとにあり、そのあり様が、労働条件にも深く影響すること、第 4 に女性が多い職場であること、第 5 に、人手不足による過重労働、過酷な夜勤、健康不安、そして、労働基準法違反が蔓延する職場であること⁴、などである。

これらの医療と介護の類似性から、戦後 70 年の運動と組織の歴史をもつ医療労働組合が、介護労働者の組織化⁵に対して果たすべき役割があるように思える。現に、日本医労連（日本医療労働組合連合会）傘下の愛知県医労連や埼玉県医労連では組織名称を「医療労働組合連合会」から「医療介護労働組合連合会」に変更して介護労働者の組織化に取り組み始めている。約 500 万人の医療と介護の従事者が、どのように組織され、どのような運動を行うかは、わが国の医療と介護サービスのみならず労働運動にも大きな影響を与えるものと思われる。

医療労働運動は、長期的に見ればゆるやかに発展しつつあるが、積年の課題である組織率の向上には至らず、賃上げ要求や看護師の切実な増員要求は抑えられ、これらの要求の根幹となっている医療制度・政策の枠を破れないでいる。このような医療労働組合の発展を展望するためには、ゆるやかであっても発展してきた医療労働組合の持つ特質を歴史的に明らかにすることが必要である。なぜなら、その特質が、医療労働組合の基本的な発展に関わるものと考えられるからである。

第 2 節 課題と方法

本研究の課題は、戦前・戦後の医療労働組合の生成過程を明らかにするとともに、わが国の医療労働組合の特質を歴史的に明らかにすることにある。

そのため、第 1 に、これまで医療労働運動史としての先行研究が無く、その実態が不明であった戦前の医療労働組合の生成過程を明らかにし（第 1 章）、第 2 に、戦後の医療労働組合の生成過程を検証し（第 2 章）、第 3 に、医療労働運動における代表的な産業別統一闘争であり、医療労働者の組織化に大きな役割を果たした「病院統一スト」（1960 年）と「増員・

² 厚生労働省「医療施設調査」（平成 26 年）では、施設の常勤換算従事者数（常勤換算）が、「病院」2,043,369 人、「一般診療所」681,101 人、「歯科診療所」317,157 人、合わせて約 300 万人となる。ただ、数十万人（統計調査は無い）といわれる医療機関における下請および派遣労働者は換算されていない。

³ それによって、「医療」は医療保険で、「介護」は介護保険でと分けられることによって、「医療」と「介護」の双方を必要とするケースが多い高齢者が給付上の不便を被る事態となっている。

⁴ 詳しくは、日本医労連（2010）「切実に求められる看護職員の増員—看護職員の労働実態調査」財団法人日本医療労働会館『医療労働』No.526 特集号、また、岡野孝信（2009）「介護・福祉労働者の労働と健康実態—日本医労連・介護福祉労働者の労働実態調査より」、pp. 10-15。なお、介護労働者の組織化と医療労働運動の関係については、岡野孝信（2000）「介護労働者と医療労働運動」国民医療研究所編・野村拓監修『21 世紀の医療・介護労働—国民的大連帯をめざして』本の泉社、pp. 327-337 参照のこと。

⁵ 介護労働運動は、2000（平成 12）年の介護保険制度の発足で、その条件ができたようなものである。

夜勤制限闘争」(1968年、ニッパチ⁶闘争)をとりあげて分析し、それらが持つ組織・運動上の意義を明らかにする(3章、4章)。このように、医療労働組合の「組織と運動」を統一的にとらえたいうえで、課題である特質を歴史的に考察したい⁷。

その際、まず、第1に、戦後の医療労働組合は、戦前の運動からいかなる“遺産”を引き継いだのか⁸、第2に、「企業別組合の弱点克服」という問題が、医療労働組合においてどうであったのか、そして、それを考えるうえでどのような視点が求められるのかを考察したい。そして、「病院統一スト」と「ニッパチ闘争」が、どのように行われ、いかなる力によって要求を実現し、医療労働者の意識と組織の発展にどのような影響を与え、何を課題として残したのかという、諸点に注視しながら本研究の課題に迫りたい。

戦前の生成過程(第1章)については、わずかに残された原資料⁹や当時の争議関係新聞記事、婦人関係雑誌、労働組合機関紙、関係者のルポルタージュや手記、『日本労働年鑑』、『日本労働史年表』、『特高月報』、看護史関係の先行研究などから事実を集め組み立てる。

また、戦後、第2章から第4章の主な原本資料は、日本医労連本部をはじめ全医労、全日赤、全労災、東京医労連、新潟県医労連などの加盟組合や、慶応病院労働組合、全日赤・医療センター第一労働組合、結核予防会労働組合などに保管されたものや、大原社会問題研究所所蔵の資料、他の医療労働組合の機関紙・縮刷版や大会議案を活用する。さらに、戦後の医療労働運動の幹部・活動家16名からの聞き取りを行う¹⁰。

第3節 先行研究

第1項 医療労働組合における戦前と戦後

戦前の医療労働運動については、現在、先行研究においていくつかの争議名と組合名が曖昧なままに知られているだけであり、研究らしきものは無い¹¹。例えば、医療労働運動史研究で代表的な富岡次郎(1972)『日本医療労働運動史』にあっても、戦前の医療労働組合についての調査・研究がない。そのため、第1章が「医療労働運動の誕生」とされているものの、その第1節が、「戦前の医療労働運動」ではなく、「戦前の医療運動¹²」とされている。確かに戦前に、医療社会化運動という「医療運動」は存在し、医療労働運動にも影響を与えるのではあるが、医療労働運動がなかったわけではない。

富岡は、この第1節で、「昭和5年ごろ、産業別労働組合全国協議会に加盟していた一般使用人組合から医務労働組合が独立し、医療労働者を組織した」として、「階級闘争が激化

⁶ 「夜勤は2人以上で、月8日(回)以内」という看護体制を示した要求。

⁷ 医療労働組合の特質についての先行研究は無い。

⁸ このことは、本研究(第1章)において、戦前の医療労働者と労働組合の運動が明らかになることによって、初めて解明されることとなる。

⁹ 大原社会問題研究所および大阪産業労働資料館の所蔵資料。

¹⁰ 対象者については、本論文巻末の「参考資料」を参照のこと。

¹¹ ただ、看護歴史研究の分野では、明治年代よりの33件の看護婦の労働争議がまとめられ、1912(大正11)年に結成された派出看護婦による看護婦同盟の結成も明らかにされている。

¹² 「医療運動」という言葉が最初に使われたのは、吉田秀夫・谷みゆき編『戦後医療運動史年表I・1945-1961』であり、そこでは、「医療を中心とした社会保障運動」(谷みゆき)ととらえているようだ一と指摘されている。〔野村拓(1987)『日本の医療と医療運動』労働旬報社、p.19〕

してきた昭和6年には東京、大阪、京都など少ないながらも病院争議が発生¹³したとされている。そこでは、この時期の全協傘下の運動の一部しか紹介されず、それをもって戦前の医療労働運動のように描いている。そして、第2節を「戦後における医療労働者のめざめ」としている。戦前の医療労働組合の調査・研究がされていないのであるから当然の帰結であるが、結局、戦後の医療労働運動が戦前から何を引き継いだか明らかでない。

本論文では、まず、戦前の医療労働者や医療関係者の運動とともに、戦後の早い時期の医療労働組合の生成過程を検証することによって、戦後の医療労働運動が戦前から何を引き継いだか、いわば、その“遺産”を明らかにしたい。なお、関連して、研究史上の1つの論点である戦後早い時期の労働組合結成の中心人物についての通説¹⁴に関連して、それが、医療労働組合ではどうであったのか、限られた事例からではあるが考察したい。

第2項 「企業別組合の弱点克服」に関して

次に、企業別組合と産業別労働組合の関係に関して考察したい。医療労働組合も、多くが企業別組合（従業員組合）¹⁵であり、唯一の医療の産業別組織である日本医労連もその企業別組合が基礎となっている¹⁶。よって、医療労働組合の特質¹⁷を歴史的に明らかにしようとする本研究の課題の考察には、企業別組合の対極に置かれてきた産業別労働組合（単一組織）との関係をどのように捉えるべきかの考察が必要である。

1) 主な見解の概要

「終戦後最初の3年間は、量的に驚異的な発展をみせた組合運動も、昭和24年（1949年）に入ってから停頓状態に入り」、「経営者側が組合の弱みに乗じて力押しに失地回復に力めつつある情勢」¹⁸となり、研究的にも実践的にも「企業別組合の弱点克服」の課題が強調されるようになった。企業別組合に関しては、これまで大河内一男に始まり多くの研究者が

¹³ 富岡次郎『日本医療労働運動史』p.3。ここでは、戦前の組合名について富岡の引用文献の誤りをそのまま記載したが、正しくは、「産業別労働組合全国協議会」は日本労働組合全国協議会（略称：全協）であり、「医務労働組合」は、日本医務労働組合である。同上。

¹⁴ 通説について、山本潔は「東京大学社会科学研究所の『戦後労働組合の実態』調査以来、一定の通説が形成されている。戦後の労働組合は、戦前の労働組合とは『一応無関係』に戦前の運動経歴を持たない『新人』によって『大勢に順応』して結成されたという考え方である」〔山本潔「戦後労働運動の出発点」隅谷三喜男編『日本労使関係史論』p.263〕としている。ただ、氏原正治郎は、「戦後の労働組合が戦前の労働組合運動の経験と一応無関係に結成されたことは否定しえないし、注目すべきことである。」としつつ、「しかし、過去の運動の経験が戦後の急激な組織の拡大にたいして、一つの大きな動因をなしたことを否定することはできないであろう」〔氏原正治郎（1950）「戦後における労働組合の結成」東京大学社会科学研究所編『戦後労働組合の実態』p.29〕としている。なお、三宅明正は、戦後早い時期の東芝堀川工場（川崎市）での組合結成（1945年12月14日）前後の実態とその分析において、「組合の結成において、中心になったのは戦前に社会運動の体験をもつ者であった」としている。〔三宅明正（1983）「戦後労働運動の創始—東芝堀川工場における『従業員組合』の結成—」神奈川県『神奈川県史各論編』第1巻、pp.787-815。〕

¹⁵ 戦後早い時期の労働組合は、一般的に、事業所別、又は企業別に正職員によって結成された「工職一本」の従業員組合であり、いわゆる職業別、産業別、地域別などの横断的な労働組合に比べ、労使が癒着し、闘いきれない傾向があると指摘された。

¹⁶ ただ、日本医労連（元、日本医労協）の組織構成は、全国組合（全国に加盟単組や支部をもつ全国組織の企業別組合）と47都道府県の産業別組織である県医労連によって構成されている。

¹⁷ 筆者は、この「特質」が医療労働組合の基本的な発展要因に関連していると考える。

¹⁸ 末弘巖太郎（1950）『日本労働運動史』中央公論社、p.249。

さまざまな見解を述べている¹⁹。その論点の1つは、企業別組合の根拠（要因）についてであり、2つには、「企業別組合の弱点克服（又は脱却）」の方法に関する議論である。

本研究は、企業別組合論を課題とするものではない。よって、第1の「根拠」に関する考察は割愛し、本研究と関連する第2の論点、すなわち「企業別組合の弱点克服」に関する先行研究を振り返ることとする。

産業別労働組合（単一組織）への移行に関する見解は、大きく分けて企業別組合とその連合体の漸次的強化を強調する見解と、闘いを強調する見解に分かれる。移行において、企業別組合と産業別組織（連合会）の漸次的強化を強調する主張は、大河内一男や白井泰四郎に顕著に見られる。

大河内は、「企業内組合のもつ弱さ、そして資本系統別の連合体（企連）の制約をも含めて、それらを克服するただ一つのは、産業別の単産組織とその統一行動の重要性を認識することであり、それを固め」、「宿命的な弱さを克服するためには産業別の連合体と、…傘下の企業別の単位組合を有機的に結びつけることである」とした。そして、「企業別『脱皮』の問題は、単組としての企業内組合と産業別の横断連合体—企業連合体ではなく—たる単産との有機的結合のうち具体的に見出すことができる」とし、そのために「単位組合（単組）の当面している現実の問題を十分に尊重すること」と、組合員教育によって単産に対する理解を深める課題を指摘した。²⁰

また、白井は、まず、「企業別組合こそは労働運動の現実の出発点だという事実は動かすことができない」のであって、わが国の労働運動の「鍵を握っているのは、やはり企業別組合なのである」²¹との認識を示した。そして、「現実の組合政策としては、企業別組合が企業内の職場に密着した組織であるという利点をよく利用しながら、その欠陥といわれる企業主義あるいは御用組合的体質を改善し、産業別組合や地域および中央連合体の機能強化を漸進的にはかる以外にはなさそうに思われる」²²とした。さらに、企業別組合か産業別組合か、という二者択一の発想がそもそもの誤りである²³、と主張した。

これらに対して、闘いを強調する主張は、高木督夫や高橋洗などに見られる。高木は、「企業別組合が資本の攻撃の結果として成立している以上、その欠陥も、全体的な資本の攻撃と結合して作用するものであり、組合機能の欠陥を、企業別という『組織』の性格にのみ矮小還元化して理解すべきではないこと、したがってまた企業別組合の克服は単なる組織の変更でなく資本との激烈な闘争を意味せざるをえない」と指摘し、「企業別組合は闘いによって克服されるし、闘いによってのみ克服しうる」とした²⁴。

また、高橋は、「労働市場の封鎖性と階層性に宿命づけられているかにみえる労働組合の組織と運動が直面している壁は、資本の政策の結果として作り出されたものである」として、資本の組織的攻勢に対応できる「組織づくり」が必要だとした。そして、この労働組合の主体的条件の復位を出発点に労働者階級の統一行動と組織的統一が前進する度合い

¹⁹ 見解の一部については、本論『別冊資料3—(1)』参照されたい。

²⁰ 大河内一男（1957）「戦後における組合運動の前進と後退」『労働組合運動への提言』三井書房、p. 72。

²¹ 白井泰四郎（1979）『企業別組合』第9版、中央公論社、「はしがき」。初版は、1968年。

²² 同上、p. 202。

²³ 同上、p. 207。

²⁴ 高木督夫（1959）「労働組合の組織活動」岩波書店『思想』、p. 104。

に応じて企業組合主義の克服の展望が切り開かれていくとした。そして、そのエネルギーを職場組織の確立と職場闘争に求めた²⁵。

2) 問題点と論点

先行研究に見られる4氏の見解は、差異はあるものの「企業別組合の弱点克服」の課題が組織形態だけの問題ではないこと、また、産業別統一闘争と産業別組織の強化が必要であるとの点ではほぼ一致している。

大河内は、産業別結集と「単組と単産の有機的結合」の必要性を強調し、「単位組合（単組）の当面する問題の尊重」や「組合員教育」をあげている。しかし、闘いの必要性について触れていない。また、白井も、企業別組合の利点を利用し欠陥を改善し、地域および中央連合体の機能強化を漸進的にはかることを強調している。しかし、白井もそれを実現する方途としての闘いにはふれていない²⁶。その意味で、両者の見解は「企業別組合の弱点克服」に対する「漸進的な対応」と見ることができる。これに対して、高橋や高木の見解は、企業別組合の根拠に対する見解とも関連して、「弱点克服」の課題での「闘いの持つ意義」を強調するものとなっている。

以上の4氏の見解は、「企業別組合の弱点克服」について重要な点を述べているものの、職場からの闘いに対する意義づけが弱いと思われる。確かに高橋は、企業組合主義の克服の展望を切り開くエネルギーを「職場組織の確立と職場闘争」に求め、資本の組織的攻勢に対応できる「組織づくり」を強調している。しかし、そのための強力なエネルギーは、職場からの闘いと、産業別統一闘争、地域共闘を統一して闘うことによってこそ拡大していくものであると考えられる。このことは、「病院統一スト」や「ニッパチ闘争」の分析を通して明らかにしたい。

また、重要な問題だと思われるのは、「企業別組合の弱点克服」という課題が、組織形態とともに極めて運動論的な課題であり、両者を統一した考察が求められていたにもかかわらず、先行研究では、具体的な闘争からの考察がほとんどみられないことである。

本論文では、十分とはいえないまでも、医療労働組合の生成過程と医療労働運動史上における産業別統一闘争である「病院統一スト」と「ニッパチ闘争」の分析を統一的に行うその際、「病院統一スト」7単組と、「ニッパチ闘争」4単組での闘いの事例（概要）²⁷を把握することによって、「企業別組合の弱点克服」に重要だと思われる視点を考察したい。

3) 医療労働運動史研究における「企業別組合の弱点克服」について

医療労働運動における「企業別組合の弱点克服」に関する研究の最初は、大河内一男ゼミ（東京大学）の学生たちの、大学の「五月祭」に向けた報告書『病院ストをめぐる諸問題』（1961年）である。これは、「現在の医療労働運動のもつ問題点を、組合論という観点から」捉えようとしたものである。彼らは、当初、日本の労働組合運動の課題とされていた企業別組合からの“脱皮”が、全国的に盛り上がった「病院統一スト」での看護婦たち

²⁵ 高橋 洸（1965）『日本的労使関係の研究』未来社、pp. 69-72。

²⁶ 大河内も白井も、変革や改善には「闘い」は当然のことと捉えていたのかもしれないが一。

²⁷ 本論『別冊資料』参照のこと。「病院統一スト」7組合、「ニッパチ闘争」4組合での闘いの事例（概要）を掲載している。

の決起を見て、看護婦のクラフト・ユニオンの結成が可能だと考えた。しかし、実際に闘いの現場に行き調査を行うなかで、クラフト・ユニオンというような「形態の組織で闘えるのかは疑問である」と思うようになり、「それよりも、現在、組織の進んでいる組合を真に闘える組合として育て上げることに専念すること」であると考え、「医療労働運動はやはり現在の企業別組合によって闘いつつ“産業別”へ整理していくことが一つの方向ではないだろうか」²⁸と結論づけた。

次いで、富岡次郎（1972）『日本医療労働運動史』は、その「結語」で、「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であろうか。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」²⁹と述べ、さらに、「企業別組合の欠点を克服し、産業別組合へ脱皮するため」に、「産業別組合形式への方向を志向し、その一里塚として」、産業別組合のそれぞれの専門部会³⁰として、勤務医や看護婦、薬剤師、などの職能別組合（クラフト・ユニオン）の結成を強調した。しかし、当時の医療労働運動は、また、活動家の意識はそこまで到達しておらず、富岡の主張は現実から遊離した性急なものであったことがわかる。このことは、本論第3章「病院統一スト」の分析を通して明らかにしたい。

第3項 「病院統一スト」と「ニッパチ闘争」について

1) 「病院統一スト」（3章）

大河内一男ゼミの学生たちにつづいて、「病院統一スト」の総合的な研究をめざしたのは、関谷嵐子（1963年）「病院争議」である。関谷は、闘いの中心となった東京医労連と全日赤のケースを初めて詳述したが、「1960年から61年にかけての病院ストの内容とその諸結果について語るだけ」³¹になったとしている。

「病院統一スト」の総合的な把握と分析を行ったのは、富岡次郎（1972）『日本医療労働運動史』（第10章「病院統一争議」）である。ここでは、それ以前の研究との論争的な部分は見られず、「病院統一スト」が医療労働運動に質的变化をもたらしたとして、次の4点の「歴史的意義」を強調した。

第1は、企業別組合から産業別労働組合（単一組織）への展望が開けたこと、第2は、医師層から看護婦、事務員など一般医療労働者へ指導層が移行したこと、第3は、開業医の医療費値上げに追随したそれまでの賃上げ運動から、統一要求による正面からの賃上げ闘争に転換したこと、第4は、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、であるとした。しかし、これらの見解について、第1と第4はそこまで到達し

²⁸ 東京大学大河内一男ゼミ（1961）『病院ストをめぐる諸問題』p. 27。

²⁹ 富岡次郎（1972）『日本医療労働運動史』p. 527。

³⁰ ここで、富岡が「専門部会」としているのは、イギリスにおける「部門別組合（departmental union）」（G・D・Hコールによる労働組合の5分類の1つ）を想定したものと思われる。それは、「コールの定義によれば、……熟練・未熟練を問わず、機関部門のすべての労働者—機関手のみならず火夫および清掃婦—を含むような」労働組合であるとされている。—西岡孝男（1971）『日本労働組合組織研究』pp. 5-6。

³¹ 関谷嵐子（1963）「病院争議」、塩田庄兵衛編『戦後日本の労働争議・下』御茶ノ水書房、pp. 587-589。

ているようには思えず、第3には異論はないが、第2の「指導層が医師層から他に移行した」という点については、検証が必要であると思われる。これらの点については、本論文第3章「病院統一スト」で事実を明らかにしたい。

なお、「病院統一スト」が各労組でどのように闘われたについて、本章では紙数の関係でごく一端しかとりあげることが出来ず、本論文の『別冊資料』1—(1)～(9)において、「病院統一スト」の中心的な闘いとなった7労組³²の闘いの概要を別記する。

2) 「ニッパチ闘争」(4章)

「ニッパチ闘争」については、詳細で感動的なルポルタージュ³³はあるものの、先行研究は少ない³⁴。富岡次郎(1972)『日本医療労働運動史』は、「ニッパチ闘争」(夜勤制限闘争)を取り上げているが、その内容は、夜勤制限の『人事院判定』(1965年)を引き出した全医労の闘い³⁵と、最初に「ニッパチ闘争」に勝利した68年の新潟県立病院での闘いについてのみである。そこでは、新潟から始まり70年代初めにかけて全国に拡大した「ニッパチ闘争」の全体像が把握されていない。「ニッパチ闘争」は、自治体病院を組織する自治労、民間及び国立、自治体病院の一部³⁶を組織する日本医労協、国立大学付属病院を組織する日教組大学部という3つの単産にまたがって闘われた統一闘争ではあったが、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。

本章では、限られた事実からではあるが、「ニッパチ闘争」の全体的な概要とともに、代表的な闘いと思われる4労組³⁷の闘いの特徴を検討し、「ニッパチ闘争」の持つ歴史的意義を明らかにしたい。なお、4労組における「ニッパチ闘争」の概要と経過については、紙数の関係で本論文では割愛し、『別冊資料』2—(1)～(4)にその概要を別記する。

これらの分析においては、ストライキ権を奪われた自治体病院や国立大学病院の公務員が、なぜ、自主的な勤務表である「組合ダイヤ」を作成して闘うというような闘争が可能であったのか。また、そこでは、「企業別組合の弱点克服」のキーワードになるとと思われる「職場闘争」「地域共闘」「産業別統一闘争」を統一させた闘いがどのように進められたのか。さらには、闘いを通して看護婦の意識がどう変化したのか。これらの諸点を注視した

³² 全日赤、健保労組、全労災、新潟県医労協、東京医労連(慶応義塾労組、順天堂労組、東京女子医大労組)。

³³ 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。

³⁴ しかし、医療、看護という視点からの研究では、石原信吾(1970)「ニッパチ問題の分析的把握」と、松井耶依(1970)「ニッパチ問題の発端とその経過」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。なお、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〔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」〕。他にも、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」などがある。

³⁵ 本論文第4章第2節(「ニッパチ闘争」の概要)を参照のこと。

³⁶ 日本医労協に組織されていた自治体病院関係は26組合(単組)・60病院と、国立大学医学部付属病院関係4組合である。(日本医労協組織部「日本医労協自治体関係組織名簿」1972年)。

³⁷ 新潟県職員労働組合、山形市済生館従業員組合、岩手県医療局労働組合、全労災(関東支部の闘いを中心に)。

い。なお、現実から遊離した見解であると思われる、先行研究における「ニッパチ闘争」を捉えた「職業（職能）別組合」志向論について、批判的検討を試みたい。

第4節 対象と時期区分

第1項 対象

本論文で研究対象とした「医療労働組合」とは、医師や看護婦等、主に病院や診療所等の医療機関で働く医療労働者の労働組合のことである。戦前にあつては、個人加盟の職業別労働組合や産業別組合をめざした医療労働組合等も含む。

戦後(1945年8月15日以降の意味。以下同様)の医療労働者の組織は、唯一の医療産業別組織である全医協から日本医労協、さらに日本医労連へとすすむ医療の産業別労働組合(連合体組織)と、自治体職員による自治労、教職員による日教組などに分散して、現在に至っている。本研究では、企業別労働組合と医療分野の産業別労働組合の関係について考察することから、また、執筆者による関係資料収集の条件からも、主に産業別の労働組合である日本医労連とその傘下の組合を主な研究対象とする。

第2項 時期区分

時期区分は、通常の労働運動史の区分とは異なるが、医療労働組合の生成過程把握を必要とする本論文の趣旨から、大きく戦前と戦後に分け、以下のように、戦前は最初の医療労働組合結成の1922(大正11)年前と結成後に区分して考察し、戦後は医療労働組合の生成過程を念頭に区分した。

1) 戦前

第1期—医療労働組合未結成期—1896(明治29)～1922(大正11)年

第2期—医療労働組合結成後—1922(大正11)～1945年(敗戦)まで

2) 戦後

第1期—医療労働組合の生成期—1945～1950年

第2期—産業別組織空白期—1950～1957年

第3期—医療産業別組織(日本医労協)の結成と発展期—1957～1987年

第4期—連合体(日本医労連)結成以降—1987～2010年

第1章 戦前の医療労働組合

本章は、これまで不明であった戦前の医療関係労働組合の生成過程を明らかにしようとするものである。労働争議は、労働組合の結成に直接つながらなくとも、そのなかで培われた経験や意識が当事者のみならず他の労働者にも影響を与えるものであり、医療労働者にあってもそれは同様であると思われる¹。よって、まず、医療労働者の労働争議を概観し、それを手掛かりにして医療労働組合の生成過程を明らかにしていきたい。

戦前の医療労働者の争議については、高橋政子が「戦前の看護婦のストライキ」についてまとめ、そこでは、明治期4件、大正期17件、昭和期12件、計33件のストライキを中心とした看護婦の争議が示されている²。本研究では、この高橋の集約した33件の争議に加え、新たに確認した27件の争議を追加し、明治期5件、大正期26件、昭和期29件、合わせて60件の争議を集約した【表1-1】。また、各争議の典拠とともに、争議の特徴（性格や要求）を記した。作成に当たっては、当時の労働運動に関する新聞、雑誌、大原社会問題研究所『日本労働年鑑』及び同研究所所蔵の資料などを活用した。

なお、高橋の調査は、「看護婦及び生徒」の争議を対象をしぼったものとされているが、「従業員」と表記されているのもいくつか見られ、厳密には看護婦のみでない。よって、筆者が追記した争議にも医師、薬剤師等、看護婦以外の「従業員」が参加したものも含めた。それには、確かに看護婦の争議が中心であったが、医療労働者の争議が看護婦から始まり、他の従業員も含めた争議に発展してきたということを示す意味もある。以下、明らかになった60件の争議を基に、戦前の医療労働者の争議の特徴について見ていきたい³。

第1節 戦前の医療労働者の争議

第1項 明治期の争議

わが国の労働争議は、明治の初頭1870年代より鉱山、炭坑等における暴動等として発生している。女性のストライキ（同盟罷業）は、早くも1873（明治6）年に東京の「徒歩新宿芸者が7日間にわたり同盟罷業」⁴したと記されている。また、1885（明治18）年に山梨県甲府町の製糸工場、女工が公平な待遇を求めて「日本で最初の工場労働者のストライキ」⁵を行っている。さらに翌年には、雨宮製糸工場の女工約100人が、わが国の近代的製糸工場では初めてのストライキを行い、労働条件改善要求を実現している。また、紡績業でも1889（明治22）年の大阪天満紡績会社の女工約300人の争議や、1896（明治29）年の三重紡績会社における三次にわたる女工900人の争議などがあるが、いずれも、労働条件が若干改善したものの、警察や憲兵を利用した経営側の弾圧によって争議の中心的活動家

¹ このことは、本論3章、4章の運動事例で明瞭である。特に、看護婦にあつては、同じ女性であり、深夜勤務、寮生活など類似する労働環境にあつた製糸女工の争議の影響が大きいと思われる。そのことは、本章第一節第1項で示した日赤青森県支部の看護婦の回想録にも一端が見られる。

² 高橋政子「戦前の看護婦ストライキ」『看護の科学』看護の科学社、1975年6月号、pp.41—50。各争議の出典は、青木虹二（1968）『日本労働運動史年表、第1巻』、および三井礼子（1963）『現代婦人運動史年表』である。34件の争議が記載されているが、1931（昭和6）年の「東京市療養所」と「野方療養所」の争議は同一のものであり、筆者作成の一覧表では両者の正式名称である東京市中野療養所に一本化した。

³ 各争議については、一部を除き詳細な内容までは分からない。

⁴ 『索引政治経済年表』p.163。「徒歩新宿」（かちしんじゅく）とは、東京の品川宿の一部である。

⁵ 賃金の前借について、既婚と未婚、また容姿によって差別したことに対する抗議であった。『山梨日日新聞』1985年8月13日〔犬丸儀一・中村新太郎『物語日本労働運動史』pp.34～35頁〕。

が解雇されている⁶。この当時の争議には、「労働者は未だ争議を意識的にも組織的にも行っていないのである。即ち其処には何ら近代的意義を持つ労働争議の存在は見当たらなかった」⁷といわれるように、労働組合組織を持たない労働争議の弱さが見られる。

この点では、明治期の医療労働者の争議⁸も同様で、職場を放棄して逃避したりして監督者に反省を求めるといふもので、いわゆる集団的な「交渉」や実力行使を背景にして要求を実現するところまで至っていないケースが多い。そして、「時代の古いものほど自然発生的で団結弱く、一時の激情に駆られ惨めな敗北に終わっているものが少なくない」⁹。

いまだ、医療労働者の労働組合は結成されておらず、「集団で施設より逃げる」（同盟罷業）ことによって、自己主張を行うよりほかなかったのである。1899（明治32）年に看護婦養成所の2・3期生が同盟休校（ストライキ）した日赤青森県支部（八戸）や、1908（明治41）年に看護助手34名が同盟罷業（集団で脱走）した日赤長野県支部の争議でも、病院当局、家族などによって、いわば社会的に追い詰められて職場に復帰しているが、「首謀者」は厳しく処罰されている¹⁰。しかし、うら若い彼女たちの懸命の抵抗による争議がマスコミを通して社会的に明らかになり、前述した日赤青森支部にあっても、運営等の是正を迫られていることにも注視しなければならないだろう。以下、わが国最初の医療労働者の争議とみられる日赤青森県支部の争議¹¹の概要である。

1896（明治29）年、日赤青森県支部の救護看護婦養成¹²が青森公立病院に委託されて始まり、1回生6人は2年間の修養を経て卒業した。この養成課程の2期生（1897年採用）と3期生（1898年採用）が共に1899（明治32）年1月27日、突然に同盟休校して帰郷してしまった。生徒らには、①日赤支部独自の規則を作らないこと、②支部の看護婦養成委員が冷淡であること、③第1期卒業生の醜業¹³を処分しなかったこと、④養成助手の醜業などについて何度となく支部養成委員に申し入れていたが放置されていたことなど、不満が蓄積していた。彼女たちは、支部が復帰するよう呼び掛けても応じなかった。支部は、約40日後の3月9日、中心となつた生徒1名を退学処分とし、他の2人を謹慎、同調者5名は情状酌量として不問にする一方、支部書記、養成委員等一同を辞職とした。東奥日報は、「赤十字支部の失態—看護婦同盟罷業の真相—」（3月11日）、「社説・赤十字県支部の組織改革論」（3月15、16日）などで日赤側を批判した。事態は、日赤養成所の一時的な閉鎖、青森県病院側の囑託辞退を検討するまでに発展した¹⁴。

このストライキに参加した三上よしさん（明治14年生まれ、青森県下北郡佐井村居住）の回顧談が残されている¹⁵。

「…赤十字看護養成所に三期生として入所したのは19歳の年でした。志願者がかなりあった中からえらばれ、一年に5人ぐらいしか採用になりませんでした。ストライキは第二期生と第三期生がいっしょになってやりました。理由は厳格な教育方針に対する反発とい

⁶ 大河内一男・松尾洋『日本労働組合物語—明治』p.30、犬丸義一・中村新太郎『物語日本労働運動史』pp.38~39、など。

⁷ 村山重忠『日本労働争議史概観』p.7。

⁸ 本章【表1】の、明治の看護婦の争議4件中3件がこのように性格を持っていた。

⁹ 前掲、高橋政子「戦前の看護婦ストライキ」p.41。

¹⁰ 同上、pp.41—50。

¹¹ 概要は、亀山美知子『近代日本看護史I、日本赤十字社と看護婦』ドメス出版、pp.116—120より。

¹² 救護看護婦の養成は、日清戦争の進攻に伴い、戦時救護の需要に因應するために日赤において1896（明治29）年に始められ、修業年限は本社3年間であるのに対して、支部2年間であった。一大串靖子、他「青森県における明治期の看護教育」『青森保健大雑誌』2005年6（3）、pp.361—368。

¹³ 詳細は不明であるが、養成所内の関係者間の男女問題であると思われる。

¹⁴ 前掲、亀山美知子『近代日本看護史I』pp.116—120より。

¹⁵ 青森県民生労働部労政課（1969）『青森県労働運動史』p.211。

ったようなものでした。首謀者（は）…いわゆる新しい女といえる人で、私たちはそれに従ったかたちでした。その方は、あとでアメリカに渡ったと聞いております。その頃は、…紡績の女工さんたちがストライキをやっていたし、娼妓の自由廃業もなかなかぎやかに伝えられていました。私たちの黄色い声は世間の人たちを驚かせたようですが、もうこまかい事はよく覚えていません」（昭和41年3月3日、談）。

第2項 大正期から昭和10数年までの争議

わが国の労働争議件数は、1914（大正3）に50件（7,904人）であったものが、10年後の1924年（大正13）には333件（54,526人）に増大している¹⁶。また、昭和に入ると1,200件を超え、治安維持法による弾圧（1928年）で若干減少するものの、1930（昭和5）年から1937年（昭和12）年までは2,000件前後で推移し、その後減少に転じている¹⁷。

一方、労働組合としては、1912（大正元）年8月1日に「友愛会」が創設される。友愛会は、1919（大正8）年に大日本労働総同盟友愛会に、翌年には日本労働総同盟友愛会に、1921（大正10）年には日本労働総同盟（総同盟）へと徐々に名称を変更し、わが国最初のナショナルセンターとして確立する。そして、同年には、組合数も300となる¹⁸。

大正期の労働争議の拡大には、前近代的な労使関係や劣悪な労働条件に対する労働者の反発、前述した総同盟を中心とした労働組合の確立や、1917（大正6）年のロシア革命の世界的な影響、翌18年の米騒動¹⁹、小作争議の拡大²⁰、知識人（大山郁夫、河上肇、吉野作造、等）の影響を受けた学生運動²¹、婦人解放運動など、社会運動の影響が大きい。

このようななかにあつて、わが国の労働組合運動は、大正中期、総同盟の確立によって発展し、医療労働者にも賃上げなどの「待遇改善」要求による争議が見られるようになる。

しかし、1900（明治33）年に公布された治安警察法によって労働者の団結権、団体交渉権、争議権が禁止され、また、1925（大正14）年に公布された治安維持法によって社会変革や労働運動等に対する弾圧が強化され、さらに、それを強化する「改正」が1928（昭和3）年に行われる。これによって、労働運動に対する弾圧（検挙や解雇）がますます露骨となり、賃上げ等の労働条件改善要求と併せて「解雇撤回」を要求する争議が多くなる。そして、労働組合は1940（昭和15）年に産業報国会に吸収され崩壊する。

医療労働者の昭和初期の争議は、政治的な色彩が濃く、病院内にいる全協（日本労働組合全国協議会）²²関係の数名の活動家の“決起”的なものが多い。その多くの争議は弾圧さ

¹⁶ 何れも作業停止争議数のみ。内務省「労働争議累年比較調査」であり、大正3年は警保局、大正12年は社会局の調査である。

¹⁷ 塩田庄兵衛（1982）『日本社会運動史』岩波書店、p.62、「表1—第二次大戦前、労働組合・労働争議の推移」より。原典は『日本労働運動資料第10巻』で、1924年からは、「作業停止争議」以外も含まれる。

¹⁸ その後の組合数は、1935（昭和10）年に993組合まで増大するが、翌年から減少に転じ、1940（昭和15）年ほぼ壊滅する。前掲、塩田庄兵衛（1982）『日本社会運動史』p.62、「表1」より。

¹⁹ 同上、pp.58—59。1918（大正7）年7月22日～9月12日までの53日間に、1道3府39県、500カ所で数百万人が参加したといわれている。

²⁰ 同上 p.66、「表2—小作争議件数と参加人員の推移」。小作争議は、1917（大正6）年の85件から、1920（大正9）年には408件となり、翌1921年には1,680件に急増、1928年の弾圧で若干減少するものの太平洋戦争に突入する1941年12月まで3,500～4,800件と続く。また、参加小作人総数は、1920（大正9）年の34,605人から21年には145,898人に急増している。

²¹ 同上、学生たちは、「当初デモクラシーを唱えたが、急速に社会主義を信奉するようになり、マルクス主義運動が主流となつていった。学生運動参加者のなかから、共産主義はじめ社会民主主義の各派にわたる多数の政治・社会運動の指導者が育つていった」p.70。

²² 総同盟から分裂した左翼の評議会（日本労働組合評議会）が、1928（昭和3）年の「3・15事件」後の4月10日に治安警察法によって解散させられ、同年12月25日再建されたのが全協（日本労働組合全国協議会）である。非合法組織で、日本共産党の指導下にあつた。

【表 1-1】 戦前の看護婦等医療労働者の争議一覧 (2016年12月末現在、判明したもの)

No.	時期(年)	争議の特徴(性格、要求など)	典拠
1	1899(明治32)	1/27~2/9、日赤青森県支部看護婦養成所2期・3期生徒全員10数名が同盟罷業 ＜監督者の風紀問題、不公平＞	青森県労働運動史第1巻・210~212頁。朝日:1899.3.15・16、3.22。東奥日報1899.2.25
2	1899(明治32)	10/2頃、和歌山県立病院・医院「解雇反対」でスト ＜解雇反対＞	○<東京日日>1899.10.4、「青木」
3	1901(明治34)	7/11、十全病院(横浜市)看護婦80人中60人が同盟辞職・逃避 ＜監督者に不満＞	時事新報1901.7.13、横浜市史第四巻下、「青木」
4	1903(明治36)	4月下旬、東京・巣鴨病院(旧、松沢病院)看護婦16名がスト	労働運動史・社会運動史年表(青木書店)55頁
5	1908(明治41)	4/12、日赤長野県支部の看護助手全42人中34人が同盟罷業(脱走事件) ＜監督者の風紀、不公平、就学条件無視＞	信濃毎日1908.4.13、14、17、22、23、5.2 東京朝日1908.4.1
6	1912(大正元)	11/14、東大病院模範薬剤員が局内の対立から同盟休業	○東京朝日1912.11.15、「青木」
7	1917(大正6)	7/28、東京帝大付属病院看護講習生が勤務配置の不満でサボタージュ ＜勤務条件＞	○「三井」 読売1917.7.24
8	1919(大正8)	山梨県立病院看護婦が賃上げ紛争 ＜賃上げ＞	○山梨労働運動史146頁、「青木」
9	1919(大正8)	6/29、秋田公立大館病院看護婦25人が決起、外科室で合唱。内13名が鉄道へ大滝温泉に逃避。 ＜事務方の不当な行為＞	○秋田県労働運動史25頁、「青木」 今野賢三編著『秋田県労農運動史』1954.12.30
10	1919(大正8)	京都の私宅看護婦600人、値上げ要求<賃上げ>	京都地方労働運動史165頁、「青木」
11	1919(大正8)	11月、松沢病院でストライキ ＜賃上げ＞	浦野シマ『日本精神科看護史』
12	1920(大正9)	7/2、門司市の防疫班看護婦9人が2円50銭→3円に引き上げ求めスト ＜賃上げ＞	労働年鑑64・317頁、「青木」
13	1921(大正10)	1/27、慈恵会病院看護婦講習所生徒2名が婦長に叱責され自殺、看護婦抗議	「三井」
14	1921(大正10)	5/5、大分県立病院医員12名が待遇改善要求でスト ＜労働条件＞	○東京朝日1921.5.7~8 「青木」
15	1921(大正10)	9/17武田病院(高知市)看護婦40名が賃上げを求めてスト ＜賃上げ、賃金制度＞	○国民新聞1921.9.21 読売1921.10.10
16	1922(大正11)	1/29、大阪鉄工所因島工場病院看護婦15人が風紀の改善要求でスト ＜風紀改善＞	○労働運動調査報告173頁、「青木」
17	1923(大正12)	5月、東京・富山病院で、看護婦50人	労働年鑑第5巻(大正13年版)268頁、「青木」
18	1923(大正12)	8/13、鹿児島県立病院看護婦60名が同盟罷業 ＜待遇改善＞	日本労働年鑑第5巻(大正13年版)、268頁、「青木」
19	1924(大正13)	2/3~3/3、札幌鉄道病院医師 15名	○日本労働年鑑第5巻(大正13年版)268頁>「青木」
20	1924(大正13)	2/27~3/3、松沢病院従業員193人中76人 ＜賃上げ、待遇改善＞	東京朝日1924.3.5 労働運動調査報告247頁
21	1924(大正13)	7月、共済会長浦病院(神奈川県)看護婦17人	日本労働年鑑(大正14年版)292頁
22	1924(大正13)	12月、宮城県立病院(仙台市)見習看護婦32人	労働年鑑第6巻(大正14年版)292頁
23	1925(大正14)	3月、宇都宮病院看護婦40人、争議	労働年鑑第7巻、(大正15年版)202頁
24	1925(大正14)	4月、長野県諏訪郡平野村製糸工場付属病院看護婦9人	労働年鑑第7巻、(大正15年版)202頁
25	1925(大正14)	5/14~17、名古屋脳病院従業員スト	「労働時報」「青木」
26	1925(大正14)	5/27~6/2、愛知医大附属病院看護婦130人中10人。過失による電話受話器の故障に対する賠償命令に抗議から。 《労働条件》	日本労働年鑑第7巻、(大正15年版)202頁、「労働運動年報」(大正14年)
27	1925(大正14)	8月、十全病院(横浜市浦船町)	○神奈川労働運動史 1051頁「青木」
28	1925(大正14)	11月大分県・大分病院看護婦40人	労働年鑑大正15年版202頁
29	1926(大正15)	2/10~2/20、十全病院(横浜市浦船町)12名、4にん解雇 ＜解雇撤回＞	○横浜貿易新報1926.2.16 「青木」
30	1926(大正15)	東京・戸山脳病院(精神科)で、労働条件と患者の処遇改善を求めた看護婦7人が解雇され、さらに、他の全従業員が東京合同労働組合に入り解雇撤回を迫ったところ、全従業員の解雇に及ぶ。 ＜解雇撤回＞	○無産者新聞社新聞『無産者新聞』1926年6月5日
31	1926(大正15)	7/7、九州帝大附属病院付添看護婦の団体(恵愛団)の賃下げに対して特殊付添看護婦120人が同盟罷業をめざして争議、他の付添看護婦も応じる。 ＜賃上げ>獲得	○読売新聞1926.7.8
32	1926(大正15)	9月、松山市派出看護婦スト計画 ＜賃上げ＞	資料愛媛労働運動史5-362、「青木」
33	1929(昭和4)	12月、東京・烏山病院(精神科)で、労働条件と患者の処遇改善を求めた看護婦2人が解雇。東京合同城西支部他が支援 ＜労働条件><患者の処遇>	○無産者新聞社新聞『無産者新聞』1930年1月7日

No.	時期(年)	争議の特徴(性格、要求など)	典拠
34	1930(昭和5)	南湖院(神奈川)	○ 労働年鑑昭和6年版230頁
35	1930(昭和5)	4月、松沢病院争議、看護婦80人を含む看護人等約200人。全協、関東自由・日本化学が支援	○ 読売新聞1930.5.16、労働年鑑昭和6年版230頁、警視庁「労秘1469号」1930.5.12
36	1930(昭和5)	秋、至誠病院での組合結成(個人加盟)に対する組合員への弾圧(解雇)等に対する ＜解雇反対、労働条件改善＞	『女人芸術』1930年12月号78～84頁、労働年鑑第12巻昭和6年版232頁
37	1930(昭和5)	12/11、京都帝大付属病院看護婦80人がスト、「首謀者」3人解雇。全協医務労組京都支部 ＜賃上げ・解雇撤回・寮生活の自由＞	朝日新聞1930.12.12「三井」 京都日出新聞1930.12.13 労働年鑑昭和6年版23頁
38	1930(昭和5)	65 神奈川南湖院	労働年鑑昭和6年版231頁
39	1931(昭和6)	1/10、東京同愛記念病院看護婦スト、医師5人、看護婦68人、生徒63人、事務員や小使も合流の気配。全協・一般使用人医務班 ＜賃金等改善＞	読売新聞1931.1.11、同12 労働年鑑昭和6年版236頁
40	1931(昭和6)	3月、東京市立中野療養所での労働条件改善要求に対する弾圧との闘い。全協・一般使用人医務班 ＜待遇改善、解雇反対＞	『女人芸術』1931年5月号78～84頁、労働年鑑昭和7年版、236頁
41	1932(昭和7)	3月、尼崎共立病院5人、ストライキ	○ 労働年鑑昭和8年版252頁
42	1932(昭和7)	5月、精神病院保養院(東京・巣鴨)24人。総同盟北豊島支部。	○ 労働年鑑昭和8年版245頁
43	1933(昭和8)	4月19日、総同盟・中央合同組合第一支部(東京帝大病院炊事員)、同院患者付添婦130名解雇撤回させる	○ 全日本労働総同盟『総同盟五十年史第二巻』1086頁
44	1933(昭和8)	4/19～4/27、根岸病院(東京)で看護人ら108人がスト(内50人が女子) 労働総同盟関東合同労働	「全国労働組合同盟」関東化学一般労組根岸医労支部「争議報告文書」
46	1933(昭和8)	聖路加国際病院(東京) 総評関東医務従業員組合	○ 労働年鑑昭和9年版、244頁
47	1933(昭和8)	6/21、根岸病院(東京)の従業員約120人が4月の解雇者の復職を嘆願。40人の男女看護人が宿直室に籠城。 ＜解雇撤回＞	前掲、労組「争議報告文書」 東京朝日1933.6.22、日本労働年鑑昭和9年版244頁
48	1933(昭和8)	4月、倉敷市医師会附属看護婦会看護婦全16人がスト	労働年鑑昭和9年版252頁
49	1933(昭和8)	6月、東京産婆看護婦会看護婦スト、3人	労働年鑑昭和9年版252頁
49	1933(昭和8)	12月、名倉看護婦会、13人	1934(昭和9)
50	1934(昭和9)	平民病院(東京)で昨年秋から争議が続いていたが、2/20に3人の看護婦解雇される。 ＜待遇改善＞＜解雇撤回＞	○ 東京朝日1934.9.21
51	1934(昭和9)	2月、相生組合病院(群馬)、25名スト	○ 労働年鑑昭和10年版272頁
52	1934(昭和9)	9月、久成産婦人科病院	○ 労働年鑑昭和10年版272頁
53	1935(昭和10)	4/16、横須賀平和看護婦会スト	
54	1936(昭和11)	7/18、順天堂医院看護婦(再発)50人 ＜待遇改善＞	労働年鑑昭和12年版159頁
55	1936(昭和11)	7/28、巣鴨保養院争議で、ポイラー技士の解雇に、全日本労働組北豊島連合の組合員26名が事務長に撤回を要求、街頭デモ。 ＜解雇撤回＞	東京朝日1936.7.29、「全日本労働総同盟中央合同労働組合本部」「保養院争議団本部」の連名の「ニュース」あり
56	1937(昭和12)	5/10、順天堂医院看護婦(32人)、男子雑役等(3人)が賃上げ等の嘆願運動、5月13日、要求が貫徹され勝利。医師、看護婦、雑役、男子使用人ら。労働総同盟が応援。 ＜賃上げ獲得＞	読売新聞1937.5.11、5.14 東京朝日1937.5.14
57	1937(昭和12)	6/2、順天堂医院の5月の争議の関係で6月にリーダーの事務員に解雇通知。関東一般病院組合が支援 ＜解雇撤回＞	○ 読売新聞1937.6.3
58	1937(昭和12)	6/16、聖路加病院の看護婦養成学校生徒40名は、看護婦3人と共に公休週1回、無報酬実習時間短縮、米国式教育の是正などを要求、一蹴されるや、女生徒と看護婦約70人が16日朝より怠業に入る。	○ 読売新聞1937.6.17
59	1937(昭和12)	5月救世軍騒動	○ 読売新聞1937.6.1
60	1938(昭和13)	10月、山形県米沢市、三友堂病院看護婦サボタージュ、17人 ＜寄宿舎移転反対＞	労働年鑑昭和14年版137頁

※本表は、高橋政子作成「明治、昭和(戦前)、における看護婦および生徒の争議一覧」(「戦前の看護婦ストライキについて」『看護の科学』1975年6月号pp.41-50)に記載された34件(重複1件あり削除)の争議に、筆者が2016年12月末までに調査し新たに判明した26件(○印)を加えた60件の争議一覧表である。新たなものの中には、医師や薬剤師、また、看護婦と他職種の双方が含まれる争議も含めた。また、新たに典拠を示した。

(注1)「青木」=青木虹二『日本労働運動史年表』、「三井」=『現代婦人運動史年表』、「労働年鑑」=『日本労働年鑑』(大原社会問題研究所)。<>内は、争議の特徴(性格、要求など)である。

(注2)高橋の「一覧表」では、1931(昭和6)年の「東京市療養所」と「野方療養所」の争議が別々に記載されていたが、この2つは同一の争議であることが判明し、本表では一本化した。ちなみに、「野方」とは中野療養所の存在した地名である。

れ、活動家が検挙、解雇されている。後述するが、全協傘下の日本医務労働組合も、1930（昭和5）年12月16日指導部が検挙され、ほぼ崩壊する²³。

先行研究では全く触れられていないが、全協崩壊後の医療労働者の争議は、全協以外の合法組織である総同盟や日本労働組合総評議会（戦前の総評）、日本労働組合全国評議会（全評）のものが見られる。一例を示せば、1936（昭和11）年の巣鴨保養院（東京豊島区）の争議がある。当時の新聞²⁴によれば、「看護婦、看護人、雑役夫等に応援の全日本労働組合員を合わせて約80名がメーデー歌を高唱、同院から中山道に繰り出し街頭デモを起こして忽ち巣鴨署の警官隊に総検束（ママ）されるとある。当時、検挙されるのがわかっていながらもこのような行動をすることで、当時の最左翼の労働組合・全協の活動スタイルの一端を見ることができる。これらについては、本章第3節で取り上げて考察する。

第3項 松澤病院における争議

戦前の医療労働者の争議【表1-1】60件の中から、松澤病院（東京、精神科）での、4度（明治36年、大正8年、同13年、昭和5年）の争議を概観しておきたい²⁵。松沢病院を取り上げるのは、大正時代以降の3件の争議の概要把握と比較ができること、さらには、戦前、全協傘下の医療労働組合結成の1つの拠点となったのが、この松澤病院の労働者たちであったことによる。

松澤病院（現在、東京・世田谷区上北沢）は、1879（明治12）年、東京府癲狂院（てんきょういん、上野公園内）としてスタートし、移転を重ね1889（明治22）年に東京府巣鴨病院と改称、1919（大正8）年11月、現在の地²⁶に移転した。以降、松沢病院として約100年を経るわが国の公立精神医療のパイオニア的存在である。1901（明治34）年、わが国精神医療の第一人者となる呉秀三を院長に迎え、1955年にナイチンゲール記章を授与される看護長の石橋ハヤの指導で比較的高いレベルの看護が提供されていたとされる²⁷。

1) 1903（明治36）年の争議

1903年の争議の記録は、小山弘健、他編（1956）『日本労働運動史社会運動史年表』で、1903年「4月下旬、巣鴨病院（松沢病院の旧名）看護婦16名スト」と記述されているのみである。

2) 1919（大正8）年の争議

松沢病院は前年の米騒動や、小作争議の拡大、第一次世界大戦後の経済恐慌という世相の最中、1919年11月7日、東京府小石川区巣鴨駕籠町から同松沢村（現在の地）に移転する。その際、看護人一同より当時の呉院長に「我等看護人従業員ノ薄給者ハ到底遠隔シタル不便ノ土地ニ於テ勤務スル事ハ不可能ノ事ニ属スルモ此際貳拾銭均一ノ増給ヲセラレタクニハ忍ヒテ勤務を独行スベシ」との嘆願書が出された。これに対して当局は、「貳拾銭ハ到底可能性ノモノニ非ス拾銭位ハ増給スベシ」「其ノ発表期日ハ移転後七日以内ニ於テスベ

²³ 雫不二子「京都帝大附属病院看護婦騒動について」『女人芸術』1931年6月号、p.148。

²⁴ 『東京朝日』1936年7月29日。

²⁵ 明治36年の争議は、松沢病院の旧名である「巣鴨病院」として年表などに記載されている。

²⁶ 敷地は192,558㎡で、東京ドーム（46,755㎡）4個分を超え、森あり、田ありの壮大な敷地であった。

²⁷ 看護長・石橋ハヤの下で働き、後に看護科長になった浦野シマは、「戦後、日本の看護の実態を調査に来たアメリカの調査団が『この病院の看護はすばらしい。決してアメリカに引けを取らない。それは、『医師と看護婦と患者の関係が良いことだ』と言った。それができたのは石橋さんがいたからで、教わったことを戦時中の苦しい時もみんなで頑張って守ってきたからだ』と、何度も強調した。（2012年9月1日、筆者聞き取り、若松福祉会就労支援施設「ギャロップ」にて）。なお、1948年、石橋ハヤはGHQ東京軍政部より表彰されている。「終戦後、衛生課長として赴任してきたマニトフという婦人の少佐が…松沢病院を視察して石橋女史の功績にいたく感じて…東京軍司令部（大佐）より表彰が贈られた」という。〔秋元波留夫監修、浦野シマ編著（1996）『石橋ハヤ女子の軌跡』牧野出版、pp.57-58〕。

シ」と回答したため、移転作業は無事終わることができた。しかし、当局が出した辞令は金五銭の賃上げであったため、怒った看護人等は11月16日午前9時を期して組長（病棟主任）一人を残して一同宿舎に引き上げるというストライキに入った²⁸。看護人の総代5名は、院長等と協議、「明17日に東京府と再交渉する」との約束を取り付け、看護人一同は病棟へ復帰した。17日には、呉院長、主事、看護長、組長等が東京府庁に出頭し5銭の増額を懇願、間もなく要求は入れられ、争議は解決する²⁹。

看護人であった宮内允は当時を回顧して、「勤務の厳しさは正に女工哀史的であった」「黙って働く時代とはいえ病棟に入れば厳しさ、封建制、養成所制度、待遇の悪さなどのため看護者が定着しなかった」「軍需景気が男子看護者を離職させ」「病院に残る人は減ってゆき人員不足を来した」³⁰としている。

3) 1924 (大正 13) 年の争議

大正13年2月26日、76名の看護人署名の以下の「要求書」が病院に提出された³¹。

『自覚セル我々ノ改善ニツイテノ要求』

①教育方法ノ改善（正規ノ教育法三ヵ月又ハ四ヵ月連続講習、機会教育）、②人格陶冶（精神講話一ヶ月一、二回）、③研究会（学術研究ノ目的ヲ以テ月一、二回）、④看護人ノ待遇改善（月給額ノ最低ヲ示ス、組長・壹円五拾銭、一等看護人・壹円貳拾銭、二等看護人・九拾銭）⑤食糧、手当、休養時間ノ件、⑥蝶友会ヲ共済会ト改メ積立額ヲ増シ付与方法及び其額ヲ改定スベキ事、以上

別紙³²各項ノ通り時勢ニ鑑ミ緊急御実行ヲ仰ぎ度キ問題トシテ各自ノ発意を具申仕り候也
大正拾三年二月二十六日 同意者連盟（※76名の署名、印がつづく）

看護人等は、要求提出後の2月27日から3月3日までの間「同盟罷業」に入り、病院側は中心メンバーとの交渉を繰り返した。病院側は、役職間の分断を策した回答を行うなどしながら、看護人の中心メンバーに「組長拾五銭、一等看護人拾銭、二等看護人五銭、外ニ看護法（課程）卒業者ハ拾銭、全上修業者拾銭、但シ現ニ資格増額ヲ受ケテイルモノハ除ク、マタ軍人看護卒ハ看護法修業ト見做ス」との提案をして説得する。大勢は病院側の

²⁸ 岡田靖雄（1981）『私説松沢病院史』では、当時の労働環境が紹介されている。1926（昭和元）年5月現在の松沢病院従業員中の看護人は、「看護夫」136人、「看護婦」83名であり、勤務は、日勤が午前8時出勤の18時までであるが実際は午前0時まで16時間ぶっ通しで、翌日は午前6時に起こされて18時までの12時間勤務であるが、実際は21時までの15時間勤務、あくる日（3日目）が6時から18時までの12時間勤務である。丸三日間拘束されて4日目にやっと解放される。全員寄宿舍生活で、看護人の夜勤料はソーパー杯分の1回僅か7銭であった。患者が逃亡するなどで「始末書」を書くと賞与（年1回約50～60円）から1枚につき約5円引かれた（pp.514-517）。また、「昭和3年東京府立松沢病院年報『精神資料集成』第2巻、によれば、従業員は、「職員」（医師、調剤院、看護長等）と「雇用員」（雇員、看護人、炊夫、雑夫、等）に分かれており、看護関係のトップは看護長で、取締、副取締、一等看護人、二等看護人、見習い看護人と続き、看護人には男女あり、女性の看護人を「看護婦」と称し、女性病棟を担当した（pp.257-261）。

²⁹ 争議の概要は、浦野シマ（1982）『日本精神科看護史』牧野出版、pp.89-92を要約した。

³⁰ 宮内允（1985）『松沢病院を支えた人たち』私家版、pp.55～56。松沢病院図書室所蔵。

³¹ 金子嗣郎（1982）『松沢病院外史』pp.144-145。

³² 別紙には、「要求ノ重ナル理由」として、①勤務時間ノ長キコト、②現在俸給ノ過少ナルコト、③特ニ組長・一等看護人ノ責任トヒシ俸給ノ過少ナルコト、④食料ノ不足、⑤徹夜勤務ニ対スル賄料ノ少額ナルコト、⑥患者ノ逃走時全部ニ旅費ヲ給セザルコト、⑦本院ノ予算ニ疑ノ点アリタルコト、⑧機会教育（実地教育の機会をつくること）、⑨人格陶冶（有徳の師よりの精神講話の希望）、⑩蝶友会ヲ共済会ニ改メメントスルコト（互助会の共済組合化）、⑪看護法講習ニ関スル件（講義と実習の制度化）、などの詳細が記載されている。（浦野シマ『日本精神看護史』pp.102-118）

提案で収拾やむを得ずという意見であったが、三名の強硬派があった。そのようななか、世田谷署より高等刑事3名と東京府庶務課長の事情聴取が入るに及び、争議は落着する³³。東京府も病院の回答を事後承認する。

しかし、病院側は、「現在ノ日給ニテ家族生活ヲ為シ能ハサル事」との認識を内部で確認しつつも、まず4月21日組長を辞職させ、続いて6月16日、7月11日、9月14日、翌年3月28日と、巧妙にも日をずらして「首謀者5名」を辞職に追い込んでいる³⁴。

4) 1930 (昭和5) 年の争議

1930年の争議は全協の活動家が主導したもので、これに対して使用者と官憲が連携して活動家を解雇・弾圧するという昭和初期の争議を象徴するものであった。この争議に関して、「東京府立精神病院松沢病院の紛争に関する件」との、警視総監丸山鶴吉から内務大臣安達謙蔵、社会局長官、大阪府および神奈川県各知事への報告書³⁵が残っている。昭和5年5月12日～6月17日までの5報であり、以下その概要である。

(1) 第1報 (5月12日) は、争議の「要旨」として、①看護人ハ親和会ナル団体ヲ組織シ団体ノ威力ヲ以テ待遇改善ノ要求ヲ求メ首謀者六名ハ本月 (5月) 五日解雇セラル。②被解雇者ハ寄宿舎ニ立籠モリ策動シタルモ七日退去ス」とし、その状況を以下のように述べている。

記

①本院看護人百三十名ハ本年三月十五日親和会ナル親睦団体ヲ組織シ看護人西野與一代表者トシテ病院幹部ノ承認受ケタル処

②四月十八日、西野外五名は副院長杉田直樹ニ面接シ口頭ニテ左ノ要求ヲ出シタリ

- 一、組長ニヨル其ノ所属病棟看護人ノ成績報告書廃止ノ件
- 二、茶菓料ハ病院負担ノ件 (従来ハ各人月十銭ヲ支出ス)
- 三、月一回公休日制定ノ件

右要求ニ対シ杉田ハ要求事項中承認シ得ルモノナキニ非サルモ何分本院ハ公営ニシテ予算関係上府会ノ承認を必要トスルモノニ付キ适当ノ考慮ヲ為す旨ヲ答ヘタリ

③然ルニ代表者ハ客月三十日前記要求ヲ嘆願書トシテ親和会ノ名義ニテ提出シ且ツ七日以内ニ回答アリ度キ旨ヲ附言セリ

④病院側ニテハ之ヲ以テ団体ノ威力ヲ以テ上司ニ反抗シ規律ヲ紊ヒテハ病者保護ノ職務ヲ完フシ得サルモノトシ本月五日別記 (一) ノ如キ揭示ヲ出シテ親和会ノ解散ヲ命スルト共ニ首謀者六名ニ解雇辞令ヲ交付セリ

被解雇者 西野與一、高橋亀次郎、中島信次、山本俊夫、山本朝光、橋本正一、

⑤被解雇者等ハ解雇ノ理由ナシトシテ事例ヲ突返し寄宿舎ニ立籠ツテ策動シ別記 (二、三、四) ³⁶ノ如キビラヲ配布シ扇動ニ努メタルモ警戒嚴重ナル為メ遂ニ七日午後四時病院ヲ退出セリ

⑥退出後更ニ別記 (五) ³⁷ノ如キビラヲ撒布シタルガ尚策動ノ模様アルヲ以テ注意中右乃 (通) 報告候也

(2) 第2報 (5月31日) では被解雇者側の動きについて、要旨、以下のように述べている。

(A) ①被解雇者ハ日本化学労働組合東京支部荏原方面某街頭分会ノ指導ヲ受ケ…数回ビラ、

³³ 交渉の詳細は、金子嗣郎 (1982) 『松田病院外史』からだの科学選書、pp. 144-150 より。

³⁴ 同上、pp. 147-150。

³⁵ 大原社会問題研究所所蔵「協調会資料」。「第4報」は欠如。

³⁶ 「従業員一同」名で病院従業員宛に撒かれた、「解雇絶対反対」「親和会解散絶対反対」「松沢病院従業員団結万歳」と訴えるビラのこと。

³⁷ 労働条件の改善とともに解雇撤回闘争を断固闘うことを訴える、「被解雇者一同」名で撒かれたビラ。

ニュース撒布シ、残留看護人ノ一マン扇動ニ努メツツアリ、②五月十四日午後零時三十分頃被解雇者西野與一、橋本正一ノ一マン兩名ハ病院構内ニ潜入シ炊事場前ニテ立話中ノ構内理髪所主中村米三ヲ発見シ裏切者トシタル上殴打シテ逃走セルヲ以テ手配中、③…山本俊夫ハ（五月二十三日）病院内ニ侵入シビラニュースヲ撒布シツツアルヲ発見取締所轄世田ヶ谷警察署ニテ取り調べ中

(B) 看護人ノ一部ハ被解雇者ノ復職ヲ嘆願セルモ拒否セラル

(C) 病院ニテハ多少ノ待遇改善ヲ為ス意向ナリ

(3) 第3報（6月5日）一省略、

(4) 第4報（不明）

(5) 第5報（6月17日）＝「解決」として、「其ノ後被解雇者ハ弁護士布施辰治ヲ介シテ病院側ト折衝ノ結果病院当局ヨリ本月十一日別記ノ通同情金ヲ支給シ解決シタリ」。

以上は、警視総監から政府等への報告（概要）であるが、金子嗣郎により詳細な内容が記されており³⁸、以下、何点かにまとめ要約したい。

第1に、警視総監の報告書は3月15日の親和会の結成から始まるが、事の起こりは、病院看護長（清水弘一）への看護人42人連名の「嘆願書」（3月4日）に始まる。「嘆願書」の内容は、西一病棟・田中組長のそれまでの横暴に対し、看護長として「御一考」を願うというものであった。そして、当日持たれた「労使」の会合で病院側は3月7日を回答日と約束するが、翌日になり、「集団行動は困る」「不平不満は個人でもって来てほしい」とする。これに対して、看護人たちは「親睦団体」としての親和会を届け出て、承認を受けるや³⁹、これを母体に要求を提出する⁴⁰。

第2は、6名の解雇に対して、看護人130人に看護婦80人も合流し、ほぼ全員の2百余名が決起する、それまでには見られない大きな病院争議となったことである。

第3は、争議に対する警察の具体的な介入である。5月5日、解雇された6名は、「解雇の理由なし」とし、解雇辞令を受けとらず宿舍へ引きあげ、「解雇と親和会解散を認めるな」とのビラを他の看護人に配布する。これに対して病院側は世田谷署に通知、高等係員2名と警備係員制服巡査4名が来院し被解雇者と懇談し、被解雇者の要求にそって病院側が解雇理由を説明するようにする。病院側から説明された理由は、一言でいって「不穏の情勢を誘導した」というものであったが、東京府の特高刑事と高等係員が立ち会っている前で被解雇者たちは一言の反論もできず、沈黙するほかなかった。

第4は、解雇となった6人に対して「同情金」が、元同僚たちから235円45銭、看護会から29円00銭、蝶友会から25円00銭、副院長以下有志から54円50銭、計343円95銭が集められ、6人にほぼ等分に配られていることである。これを金子は「ほとんど転勤もなく同一職場で働く人々の連帯感、いわゆる松沢一家意識」と説明している⁴¹。

第5は、「首謀者」とされた6名の解雇によって争議が一段落した後もビラ配布が続き、警察は新たに7名を拘留・検束する。そして、解雇された彼らは、「今度の我々の強制辞職も結局我々の力が弱いからです」「我々は如何なる障害も困難も断固として突き破り正義の旗印を掲げて突進する」との「全従業員諸君」宛の文書を残して松沢病院を去っている⁴²。

³⁸ 金子嗣郎（1982）『松沢病院外史』からだの科学選書、pp.142—171.

³⁹ 同上、pp.152-154.

⁴⁰ なかなかの駆け引きであり、後に配布される多くのビラから判断して全協の活動家と見られる。

⁴¹ 同上、p.164.

⁴² 同上、p.170.

5) 松沢病院における争議の特徴

争議を通していえることは、第1に、使用者に「現在ノ日給ニテハ家族生活ヲ為シ能ハサル事」⁴³といわせるほど、低賃金の改善が労働者の切実な要求であったことである。

第2は、要求の変化である。大正8年の要求は賃上げのみであるが、大正13年の要求では、「大正デモクラシーの発展に伴って労働者の意識も向上してきて」⁴⁴、賃金や労働時間の改善要求のみならず、自らの職能の向上を求める教育方法やその内容、研究会の充実等、さらには共済会の発足まで、要求が多様化している。これに比べて、昭和5年の争議では、強力な弾圧の時代を反映して、「組長ニヨル其ノ所属病棟看護人ノ成績報告書廃止」や「茶菓料ハ病院負担ノ件」「月一回公休日制定ノ件」と要求の幅が狭まっていることである。

第3は、弾圧の強化である。1919（大正8年）の争議では、呉院長の進歩的な姿勢も影響し、十分とはいえなくても賃上げ要求が実現して解雇も発生しなかった。しかし、大正13年、昭和5年の両争議では、要求に対して一定の譲歩はしつつも、治安維持法等による取り締まりの強化を反映して、使用者と官憲の連携によって、争議の「首謀者」の解雇（斬首）が躊躇なく強行されていることである。

第4は、大正13年（76名）、昭和5年（42名の看護人）が連名で「要求書」を提出していることである。このようなことは、この時期の他の医療関係の争議ではほとんど記録がなく、松沢病院における労働者の要求獲得への決意と結束の強さを示すものでもある。松沢病院では、精神科ゆえの患者からの暴力等の危険性、業務上の精神的負担の大きさ、長時間・低賃金などが重なり、従業員の不満が強かった。また、世帯主となる男性の看護人が従業員の中核にいて、また、兄弟とか縁故関係の採用が多いことなどが労働者の連帯を強め連名の「要求書」になったものと考えられる⁴⁵。

第5は、全従業員の争議に発展したことである。1930（昭和5）年の争議では、「首謀者」5名の解雇に対して「二百余名の看護人、看護婦」⁴⁶が争議に結集したように、松沢病院の争議がそれまでの他の争議とは違って全従業員の争議に発展していることである。

第4項 戦前の看護婦等医療労働者の争議の時期による区分と主たる特徴

以上、概観した戦前の医療労働者の争議の主たる特徴は、次の3つに分類できる【表1-2】。

(A)は、最初の争議である青森日赤看護学生のように、管理者の横柄な態度やモラル、また学生に対する「不公平」な扱いに対する抗議としての施設からの集団逃亡である。明治から大正にかけて比較的多い。

(B)は、賃金等の労働条件（待遇）の改善要求にかかわる争議であり、これが、戦前を通して最も多い。大正期には一定の要求を実現するケースが目立つが、昭和期に入ると、弾圧によって要求の実現が困難となってくる。

(C)は、要求が(B)と類似するものの、使用者と警察が連携し、それまで以上に強権を発動して争議の中心活動家を検挙、解雇し、いわゆる争議の「首謀者」を職場から排除するものである。昭和に入ると比較的多く見られる。

⁴³ 同上、p.148、病院側の総括の一部。

⁴⁴ 浦野シマ（1982）『日本精神科看護史』p.102。

⁴⁵ 大正9年より大正15年まで松沢病院に勤務した看護人の一人は、「あの頃は悪いことをするときびしくて、『すぐやめなさい』といわれ首になった。1年間に50～60人やめる。1年経つと先輩になる。講習を受けて卒業の免許状をもらう人は7～8人になってしまう。」「兄弟とかエンコ関係で働いているものが多かった」という。「大正9～大正15年頃—斉田喜七郎氏談話より—」宮内允雄『語り部の記録』pp.2-6。

⁴⁶ 『読売新聞』1930年5月16日。

争議の首謀者たちは、解雇され職場から追放されることによって労働運動の厳しさを体験するとともに活動家としての経験と度胸を蓄積していく。本章第3節で詳しく述べるが、

【表 1-2】 戦前の看護婦等医療労働者の争議の時期による区分と主たる特徴

種類	争議の特徴（性格、要求など）	比較的多い時期
(A)	不公平扱いなど、監督者に対する抗議（集団逃亡）	明治期～大正期
(B)	(A) +賃金等労働条件（処遇）の改善要求	大正期
(C)	(B) +要求に対する「首謀者」の検挙・解雇	昭和期

昭和5年の松沢病院の争議で解雇され、職場を追われた「首謀者」たちは、同年、他の病院の活動家たちと共に、関東医務労働組合を結成する。そして、それを基盤に全国的な日本医務労働組合を結成し、小なりとはいえ産業別労働組合をめざして活動を開始するのである。また、戦前、松沢病院の他に、神奈川の十全会や、東京の順天堂などでも争議が繰り返されている【表 1-1】。

「首謀者」が強権によって排除されたとしても、団結して闘った争議の経験は、他の労働者にも影響を与え、程度の差はあってもそこに蓄積された闘いの経験は、後に労使問題が起こった際には思い起こされて闘われたのではなかろうか。

第2節 わが国最初の医療労働組合—看護婦同盟の結成と消滅

第1項 看護婦同盟の結成と組織の概要

明治中期、慈善事業として始まった派出看護婦活動であったが、在宅看護の需要の拡大に沿っていわゆる営利の派出看護婦会が急増する。うら若い「見習い看護婦」の供給源は疲弊する農村であった。各看護婦会は、無資格の「見習い看護婦」を囲い込み、二階などに住ませながら自由を束縛し低賃金で派遣し、約5割⁴⁷もの中間搾取を行っていたという。各看護婦会には、「看護婦規則」⁴⁸に沿った正規の看護婦と「見習い看護婦」がいた。大正期に入り、婦人運動や労働運動が高揚するに及び、賃上げ等労働条件の改善を求める派出看護婦の争議も起こるようになる。例えば、京都では、1919（大正8）年秋、600名もの私宅看護婦（派出看護婦）が看護料の引き上げ（賃上げ）を求めて争議となっている⁴⁹。

このようななか、1922（大正11）年6月29日、看護婦同盟が、「看護婦令」下の看護婦並びに病院付の看護婦達によって、労働婦人同盟本部（東京都牛込区砂土町3-4）を会場に結成された⁵⁰。組織を働きかけたのは、平民病院⁵¹の院長であった山口若葉であり、弁護士や他医療機関の医師等も顧問になった⁵²。東京市内には、派出看護婦会が約370⁵³あったが、

⁴⁷ 『東京朝日新聞』1922（大正11）年6月30日号記事「新たに看護婦同盟—八月一日頃発会式」。

⁴⁸ 看護婦という職業を規制する「看護婦規則」は、1900（明治33）年東京に始まり全国に普及し、1915（大正4）年に政府・内務省で制定される。

⁴⁹ 村尾昭子（1978）「派出看護婦のあゆみ」近代女性史研究会『わたしの近代』柏書房、pp. 255～280 参照。

⁵⁰ 前掲、『東京日日新聞』1922（大正11）年6月30日。

⁵¹ 社会運動家の医師・加藤時次郎（1858—1930）が設立した病院。加藤は、高額な医療費によって医療を受けることができない低所得者のために、安価な実費診療所を1911（明治44）年開設した。平民病院は、1915（大正4）年、加藤が自己の病院を改組して開設したものである。（「wikipedia」等、参照）

⁵² 前掲、『東京日日新聞』1922（大正11）年6月30日。

⁵³ 1920（大正9年）11月、東京府看護婦会組合連合会成立時数値（『日本労働年鑑』大正10年版、p. 317）

ここに属する看護婦は当時 4,000 人程度であったであろう⁵⁴。派出看護婦会に属する看護婦は、何れも紹介料（約 2 割～2 割半）の他に、室代、会費、消耗品代等、収入の大半を会長とか会主とかいう者に支払わされた。そのうえ、派出看護婦は、病院内では病院の看護婦にいじめられたり、派遣先の民家では卑しまれたりして、不満を蓄積していた⁵⁵。

遠藤恵美子は、当時の派出看護婦の以下の呼びかけは、「派出看護婦の新しい気概を示したものとして注目に値する」として、全文を紹介している⁵⁶。その呼びかけ文は、一人の派出看護婦が看護婦をめざした動機と、看護婦になるまでの努力、派遣看護婦となって知った過酷な労働環境、派出看護婦会・会長の横暴と派出システムの不合理という、派出看護婦がおかれた実態を自己の体験に沿って淡々と述べた後、以下ように結んでいる⁵⁷。

「私ノ思ヒハ平凡ナ当然ナ事デスケレド、…ソレハ私ラ自身ガ団結シテ会長ノ為ノ会デハナク
会員ノ為ノ会ニスル事デス。私等ノタメノ会ヲ組織スル事デス。…コノ社会ヲ少シデモ住ミヨク
スルタメニ努メル事ハ、私等人間トシテノ務メデアルト信ジテ、私ハ同志ノ方々ニ申シ上ゲマス。
目覚メマシヨウ。ソシテ、務メマシヨウ。少シデモ住ミヨイ、苦シミノナイ社会ニナル様ニト」

看護婦同盟結成の「趣旨書」は下記のように格調高いものであり、組織の背後にある婦人運動の関係者や加藤時次郎のような西洋の事情に詳しい知識人の姿が浮かぶ。

「正しき職業及び労働に従事する婦人が平和幸福なる生活を営む権利と自由を獲得せんが為に団結することは極めて正常のこととあります。然るに、久しい間の因縁と習慣は職業及び労働の尊厳と価値を考えずに無自覚のまま過ごしてきましたが、今や人生の最大要素たる自由と平等は男女共存の大義であることが警醒せられまして、私共は同盟団結の必要を感じたのであります。殊に、殉教的精神と同情博愛の下に病者の看護に努め社会奉仕をして居る看護婦をして在来の奴隷的境遇より解放しその人格を認め権利と自由とを承認し共済扶助を実行する事は国家社会の安寧幸福を保全する所為であります。茲に鑑み私共同志は看護婦同盟を組織して、其の目的の完成を図りたいのであります。奮って加盟あらんことを希ふ」⁵⁸

また、看護婦同盟は、①看護婦養成所及び寄宿舎の設置、②派出部は、病院及び一般患家に応じる、③共済部は、会員の相互扶助を実行するための資金を積み立てる、④人事相談部は、秘密厳守で本部理事及び顧問が担当してあらゆる人事、相談に応じる、⑤調査部は、病院、医師、看護婦会等の状況を詳細に調査し会員に報告する、⑥宣伝部は、本同盟の「趣旨」を全国各地に宣伝して同志の加入を勧誘し、事業の完成を図る。⑦看護学講習、各種講習会、慰安会、殉職者追悼会などの開催、⑧図書、雑誌、パンフレットの発行、の 8 項目の事業・活動を方針とした⁵⁹。

さらに、「規約」では、①総会（最高決議機関、毎年 1 回）。評議員会（準決議機関、30 名）、理事会（執行機関、7 名）の運営体制、②加入は「団体又は個人」で、申込先は「本

⁵⁴ 中央職業紹介義務局『職業婦人調査』（1927 年）では、1926 年の東京の看護婦数は 8,4025 人で、内、派出看護婦会 4,672 人、病院所属 2,237 人である。看護婦同盟結成 4 年後の数値であるが、目安にはなる。

⁵⁵ 前掲、『東京日日新聞』1922（大正 11）年 6 月 30 日。

⁵⁶ 遠藤恵美子（1983）『派出看護婦の歴史』勁草書房、pp. 152-157。

⁵⁷ 吉村ズエ「或ル看護婦ノ訴へ」職業婦人社『婦人運動』第 4 巻 2 号、1926 年、pp. 26-28。この訴えは、看護婦同盟結成後、約 3 年半後のものであるが、当時の派出看護婦の意識を現したものと見える。

⁵⁸ 『日本労働年鑑（第 4 巻）大正 12 年版』p. 261。

⁵⁹ 前掲、pp. 261-262。

部又は支部」とすること、③本部と支部の「規定」は別に定める、④毎月1回、機関雑誌として「看護婦同盟（ナースユニオン）」を会員に配布する、⑤経費は、寄付及び会費をもって充当する、などとした⁶⁰。

8月6日の第3回役員総会では、①会費を4円（他、一切を徴収しない）とすること、②改良看護婦服を採用すること、③発会式は10月に挙げる、④熊本に支部を設置すること、などを決定した。会議後、山口若葉⁶¹は、記者に対して「現在、会員は356名で、その内70名は本部直属」「北千住に300名を収容する寄宿舍を建設中で、完成してからはなばなく発会式を挙げる」「寄宿舍は、湯殿、図書室、食堂、室内運動場、などを備えている」「8月10日からいよいよ派遣を開始する」「看護婦の地位、品性の向上を目的に努力して、ゆくゆくは労働婦人同盟とも提携するつもりである」「派出先は、各自の境遇に応じて、親や兄弟の扶養義務のある者は忙しくとも収入の多い方へ、勉強したい者はひまな方へまわし、貧困の境遇にある家には手のすいた会員を無料で派出する」「会員の冠婚葬祭には事情に応じて応分の手当てもする予定である」と話している⁶²。

なお、同盟は発足後1ヵ月余の9月末には組合員が、内地672名、在米1名、在英国1名、在中華民國2名、合計676名となる⁶³。また、会員を普通会员と派出部員とに分ち、会費は前者一ヵ月50銭、後者5円とした⁶⁴。

しかし、結成した年の9月以降の看護婦同盟の消息を記した資料は、現在、見当たらない。その要因については以下のようなことが推測される。第1は、官憲の弾圧による消滅である。看護婦同盟の活動が公然としたものであっただけに、その活動の動向は派出看護の業界に容易に伝わり、各看護婦会を管轄していた警察に伝わるのは明らかである。また、「働き蜂」の看護婦を看護婦同盟に奪われ、事業の存亡にかかわってきた看護婦会の事業主たちが、看護婦会を管轄していた警察に看護婦同盟が左翼的であること通告したり、もともと、派遣看護婦の存在そのものに反対していた医師会から“横槍”が入った事も考えられる。また、左翼や婦人運動との関係が深い左翼の加藤時次郎とつながる平民病院の関係者が看護婦同盟に関与していたことに官憲が目を向けていたことも十分考えられる。

第2は、事業が困難になったことである。派遣先の病院、医師会などの圧力で看護婦同盟の事業（営業）に困難をきたしたのかも知れない。また、関東大震災（1923年9月1日）によって、300人収容の宿舎が崩壊するなど、さらには、中心的な活動家が死傷することなどによって事業の継続ができなかったのかもしれない。

第2項 看護婦同盟の特徴

看護婦同盟は、以下のような特徴をもっていたといえよう。

第1は、村尾昭子が指摘したように⁶⁵、当時の婦人運動や労働運動の影響を多分に受けて結成されたことである。それは、友愛会の「婦人部趣意」と看護婦同盟の「趣旨」文が極めて類似していることや、看護婦同盟が労働婦人同盟の事務所で準備され、結成されたことなどでも分かる。

⁶⁰ 前掲、p. 262。

⁶¹ 平和病院院長。労働婦人同盟理事。看護婦同盟の「指導顧問」。

⁶² 『東京朝日新聞』1922（大正11）年8月7日号。

⁶³ 前掲、『日本労働年鑑（第4巻）大正12年版』p. 262。

⁶⁴ 『日本労働年鑑（第4巻）大正12年版』p. 262。会費は、8月時点の4円とは相違するが、後に会員を普通会员と派出部員とに分けることによって会費の変更が行われたものと思われる。このように変更されたものと思われる。

⁶⁵ 村尾昭子（1978）「派出看護婦のあゆみ」近代女性史研究会『女たちの近代』柏書房、p. 274。

第2は、わが国最初の医療労働組合であり、看護婦の職業(職種)別労働組合であったことである。そして、東京を中心に、熊本での支部設置を早々に決め、規約の中にも支部規定を設けるなど、全国的な看護婦の職業別労働組合をめざしていたことである。同時に、その活動内容に「情報提供」や「講習会」「学習会」など職能団体的なものが目立ち、労働組合と職能団体の双方の機能を持った組織をめざしていたように見える。英米在住の会員が各1名含まれているが、米英の看護婦の組織状況などの情報も入っていたことであろう。

第3は、看護婦同盟が、家庭や病院への組合員の派遣事業を行うことによって、会員の就労に深く関与する、いわば、現在の労働者供給事業⁶⁶のようなことを行っていることである。それは、派出看護婦会に対抗して労働組合自らが組合員の就業と雇用に関与するという、当時のわが国の労働組合では貴重な経験であった。

第4は、賃金など労働条件だけでなく、派出看護婦としての「働き方」や、さらには、「労働の尊厳と価値」「自由と平等」「貧富の差なく平等な医療」を提供するために団結するという(結成「趣旨書」)、今日、医療労働組合のあり方を考えるうえでも、極めて先進的な“芽”を持っていたことである。遠藤恵美子は、「看護婦同盟に参画した派出看護婦らのめざしたものは、労働者としての要求である労働条件の整備と人間らしい生活環境の確保であり、職業に就く者の社会的責任と自覚と実行であったと思われる」⁶⁷と指摘している。

派出看護婦の切実な要求の改善と、全国的な職業別労働組合の結成を展望して看護婦同盟が結成され、数ヶ月の内に東京で676名もの看護婦を結集したという組織化の経験は、長くは続かなかったとしても、戦前の医療労働組合史に輝く貴重な組織化の経験であった。

第3節 医療労働組合の生成過程と消滅 —1922(大正11)年～1940(昭和15)年

1912(大正元)年に結成された友愛会は、1921(大正10)年に日本労働総同盟へと発展するが、1925(大正14)年5月、左派の日本労働組合評議会が結成されることによって左右に分裂(第一次)する。さらに翌26年12月(第二次)、29年(第三次)と分裂を重ねる。その後も、左右、中間入り交じり労働組合の再編がつづくが、1940年までに既存の労働組合はすべて解散して産業報国会に吸収される。

この過程で、医療労働者の組織化、医療労働組合の生成と消滅はどのように展開したのであろうか。【表1-3】は、戦前の医療労働組合の組織動向である。また、【表1-4】は、の友愛会結成以降のわが国の労働組合の動向(表左側)と、医療労働者の争議および医療労働組合とその結成の時期(表右側)を示したものである。以下、この2つの表を参照しながら、戦前の医療労働組合の生成過程を明らかにしたい。

第1項 総同盟、評議会時代

まだまだ少数ではあったが、医療労働者は争議などを通して総同盟の各地の合同労組⁶⁸との関係をもつようになっていった。ところが、評議会が結成され総同盟が分裂(第一次、1925年)することによって、それまでの総同盟の各地の「合同労組」も左右に分離し、合わせて医療労働者も左右に分離することになった。

⁶⁶ 職業安定法第44条は、何人も、「労働者供給事業を行い、又はその労働者供給事業を行う者から供給される労働者を自らの指揮命令の下に労働させてはならない」と労働者供給事業を禁止しているが、同法第45条は、「労働組合等が、労働大臣の許可を受けた場合は、無料の労働者供給事業を行うことができる」として労働組合等による労働者供給事業を認めている。

⁶⁷ 遠藤恵美子、等(1983)『派出看護婦の歴史』p.159。

⁶⁸ 職種や企業を問わない地域を単位とした単一の労働組合。

第2節で述べたように、わが国の医療労働組合は、1922（大正11年）8月に結成された看護婦同盟（消滅時期不明）にはじまり、その後、医療労働者の一部は地域の一般（合同）労働組合に加入していく。それは、以下の2つの争議を見ても明らかである。1つは、1926（昭和元）年6月に東京・戸山脳病院（精神科）で、労働条件と患者の処遇改善を求めた看護婦7人が解雇されたのを契機に、この7名の看護婦をはじめ「従業員全員結束して東京合同労働組合に加入」⁶⁹したとする記録である。いま一つは、1929（昭和4）年12月、東京・烏山病院（精神科）で、労働条件と患者の処遇改善を求めた看護婦2人が解雇され争議となった際の、「合同城西支部他城西地方無産団体応援」⁷⁰との記録である。そして、東京合同労働組合は評議会の中心組合であった⁷¹。

当時の最左翼の労働組合である評議会が医療労働者を組織したことは、その後の医療労働組合の性格にも影響を与えることになる。評議会時代の看護婦の組織化に関しては、1924（大正13）年の東京合同労働組合結成の中心メンバーでもあった渡辺政之輔の妻・丹野セツ⁷²の存在が大きいように思われる。

丹野セツ⁷³は、1919年茨城県日立市の日立鉱山・本山病院で見習い看護婦となり、21年に看護婦試験に合格し、看護婦として働くなかで、看護労働や鉱山における労働者の悲惨な状態を実感し、「労働者の解放」「社会主義」への関心を強める。同年、本山病院での3年間の就労義務年限が終わらないうちに東京の杏雲堂病院（現、東京都文京区）で看護婦をしている友人の姉を頼って上京した。そして、順天堂の看護婦や新橋の実費診療所の看護婦をしながら左翼の活動家となっていく。この時期の労働争議の多くは看護婦である。看護婦である丹野セツが看護婦の労働実態や気持ちを最もよく理解し、他の病院の看護婦たちともつながりることのできる最適のオルガナイザーであったことは容易に考えられる。そのうえ、彼女は、評議会第2回大会に婦人部設置を提案したり、1927年に「関東婦人同盟」の常任委員となるなど、婦人労働運動家としてこの時期の先頭を走っていた。

第2項 全協と医療労働者の組織化

1928（昭和3）年3月15日の日本共産党および共産青年同盟の一斉検挙⁷⁴につづいて、同年4月1日、評議会、労働農民党、全日本無産青年同盟の3団体に解散命令が出される。残存した評議会の幹部たちは、弾圧がつづくなかで評議会の再建準備活動をすすめ、同年12月25日に全国代表者会議をもって全協（日本労働組合全国協議会）を発足させる。

全協の研究を行った渡部徹は、『日本労働組合運動史』で、全協は「日本における唯一の革命的労働組合（赤色労働組合）として」「共産党の指導下に革命的闘争を展開したが、33年春の弾圧を転機として衰退し、34年夏には組織的に殆ど壊滅状態となり、その後は再建をめざして努力されたが、内外の事情により、殆ど進捗をみないうちに36年の弾圧で名実ともに滅んでしまったのである」⁷⁵と記している。

⁶⁹ 無産者新聞社『無産者新聞』1926年6月5日。

⁷⁰ 同上、1930年1月7日。

⁷¹ 東京合同労働組合が評議会参加の組合であることは、細谷松太（1981）『日本労働運動史<細谷松太著作集1>』鼎出版、p.154で確認できる。また、「合同城西支部」も、評議会解散後の再建組織である全協の「城西地区」の組織であることは、金子嗣郎（1982）『松沢病院外史』日本評論社、p.166、で確認できる。

⁷² 戦後、丹野セツは保健婦や看護婦として働き、1965年、東京都葛飾区の民主的な「四つ木診療所」の設立・運営の中心となった。筆者が、2015年、四つ木診療所当時の丹野の同僚に彼女の話を聞くと、「まさに、献身的に患者・住民のために働き、地域で大きな信頼を得ていた」とのことであった。

⁷³ 牧野菊枝・山代巴編（1969）『丹野セツ—革命運動に生きる』勁草書房参照。

⁷⁴ 「三・一五事件」。検挙1,568人、起訴483人といわれている。（岩波書店『日本史年表』2001年）

⁷⁵ 渡部徹（1954）『日本労働組合運動史』青木書店、p.85。

日本の労働運動史に登場し実質4年にも満たない全協の時代に、医療労働組合が生成し、消滅していく。まず、戦前の医療労働組合とも関連する全協の組織方針、特に産業別組合に関する動向について渡部徹の研究から、以下の5点（要旨）を確認しておきたい。

第1は、元々、評議会は、当初より全国的産業別組合の全産業的一大階級組織の達成を目標としていたが、実態として、組織的に先行していた地方評議会に重点が置かれていたこと⁷⁶。また、全協においても、組織化の主力が産業別協議会の結成に置かれたが、遅延と

【表 1-3】戦前の医療労働者の組織動向

1922 (大正 11)	8 月、看護婦同盟結成 (消滅時期不明)
1926 (昭和元)	6 月、看護婦 7 名が支援を得ていた東京合同労働組合に加入
1930 (昭和 5)	7 月、関東病院従業員組合結成 (日本医務労働組合へ発展)
1930 (昭和 5)	10 月、日本医務労働組合結成。(12 月 16 日本部が捜査を受け、常任他 6 名が検束・拘留される)
1931 (昭和 6)	5 月、日本一般使用人組合結成。弾圧の強まりのもと、医務、一般、教育が合同して、名称を日本一般使用人組合とする
1932 (昭和 7)	10 月、関東一般使用人組合医務従業員支部結成
1933 (昭和 8)	6 月 15 日、関東医務労働組合結成。7 月 15 日に総評加盟
1933 (昭和 8)	10 月 金属、土建、交通中央と共に日本一般使用人組合の指導部及び組織に弾圧が加えられ、崩壊状態になる ⁷⁷
1934 (昭和 9)	春、全協、組合としての実態を失う ⁷⁸
1936 (昭和 11)	12 月、一斉検挙で全協崩壊

【表 1-4】わが国における労働組合組織の動向と医療労働組合の関連略表 (戦前)

日本の労働組合組織		医療労働組合組織の動向	
1912 (大正元)	8 月 1 日、友愛会結成	1922 (大正 11)	①8 月、看護婦同盟結成
1921 (大正 10)	10 月 1 日、友愛会、日本労働総同盟 (総同盟) に発展		
1924 (大正 13)	3 月、在東京の左翼 6 労働組合が総同盟・関東同盟に加入		
1924 (大正 13)	10 月、関東同盟大会で左派 4 組合退場。左翼中心幹部の除名へ		
1924 (大正 13)	12 月、関東同盟を排除された左派が、総同盟関東地方協議会を新たに結成		
1925 (大正 14)	4 月 12 日、総同盟左派 25 組合、「総同盟革新同盟」を結成。 4 月 16 日、総同盟が関東地方評議会を除名		
1925 (大正 14)	5 月 24 日、総同盟、左右に分裂。左派は日本労働組合評議会結成		
1926 (大正 15)	1 月日本労働組合総連合結成		
1926 (大正 15)	4 月 9 日、治安警察法改正		
1926 (大正 15)	12 月 4 日、総同盟二次分裂。日本労働組合同盟結成される		

⁷⁶ 同上、p. 86。

⁷⁷ 同上、p. 349。

⁷⁸ 同上、p. 356。1934 年春、「全協傘下の産業別組合で大衆の基礎を持っている組合はただの 1 つも」なく、「すべてすでに組合としての実態を失って単なる看板だけが残っているにすぎない」との実態となり、「34 年下半期に入ると『看板』さえも失われ、実質的には崩壊状態に陥ってしまったのである」としている。〔神山茂夫 (1948) 『日本における革命運動の基本問題』 201 頁〕

1928 (昭和3)	4月10日、日本労働組合評議会他に解散命令		院の争議で、看護婦7名が支援を得ていた東京合同労働組合に加入。
1928 (昭和3)	12月25日、日本労働組全国協議会(全協)「結成」		
1929 (昭和4)	9月9日、総同盟第三次分裂、9月16日、労働組全国同盟結成	1929 (昭和4)	③12月、東京・烏山病院(精神科)の争議で、合同城西支部、城西地方無産者団体、他が支援
1930 (昭和5)	6月1日、全国労働組合同盟(全労)結成。	1930 (昭和5)	④5月、東京府松沢病院で争議
	6月10日、全協内の本部批判派が刷新同盟結成。本部の極左偏向と非現実的な産業別労働組合結成方針に反対した	1930 (昭和5)	⑤7月、関東病院従業員組合結成
		1930 (昭和5)	⑥10月、日本医務労働組合結成(全協の外で結成され、全協加盟)
1931 (昭和6)	4月、日本労働組合同評議会(総評)結成	1931 (昭和6)	⑦12/11、京都帝大付属病院看護婦80人がスト、全協医務労働京都支部準備会
1932 (昭和7)	4月、全国労働組合同議結成(合法左翼運動の中心となる)		⑧5月、日本一般使用人組合結成(全協の医務、一般、教育が合同)＝日本医務労働組合は、弾圧により、1931年に3組合と合同
1932 (昭和7)	9月25日、日本労働組合同議結成(右派・中間派の統一組織)		
1934 (昭和9)	11月18日、日本労働組合同評議会(全評)結成	1933 (昭和8)	⑨東京・根岸病院争議(同盟系)
1936 (昭和11)	1月、総同盟と全国労働組合同議が合同して全日本労働組合同盟(全総)結成		
	9月、陸軍工廠労働者の組合禁止、違反者は解雇	1936 (昭和11)	⑩7月28日、東京・巢鴨保養院争議
1937 (昭和12)	12月、全評、治安維持法で結社禁止となる 「人民戦線事件」で、加藤勘十(全評議長)や、鈴木茂三郎、向坂逸郎ら著名な研究者、運動家等446人が検挙される。翌年2月、さらに美濃部達吉ら38人が検挙される。		
	10月17日、全総が、大会で事変中の同盟罷業絶滅を宣言。	1937 (昭和12)	⑪5月、東京・順天堂病院争議
1938 (昭和13)	7月、日本労働組合同議が産業報国会への参加を決定	1937 (昭和12)	⑫6月、東京・順天堂病院争議
	7月、産業報国連盟発足		
1940 (昭和15)	7月全国労働組合同議解散		
	7月、総同盟「自発的」解散、産業報国会に組み入れられる。		
1941 (昭和16)	11月、大日本産業報国会創立		
1942 (昭和17)	12月8日、太平洋戦争開戦		
	国民医療法制定。同法29条に沿って「日本医療団」設置。		
1945 (昭和20)	8月15日 敗戦		⑬6月、東京・聖路加病院生徒争議

して進まず、1929年6月時点での結成は電気産業のみであった⁷⁹。そして、「地方協議会の結成・強化でこれを推進しようとしたが、これも初期の目的を達しえないうちに(中心となっていた関東地方協議会の)弾圧によって挫折を余儀なくされてしまった」⁸⁰こと。

⁷⁹ 前掲、pp. 90-91。

⁸⁰ 前掲、p. 95。

第2は、全協の具体的な組織及び活動の重点が、①全国的産業別労働組合の総協議会であり、②不断に日常の利害問題を捉えて未組織労働者を闘争に動員、組織し、改良主義組合の組合員大衆にいろいろな問題を捉えてアピールし、改良主義組合内に工場を基礎として左翼分派を組織し、革命化をめざすことにあったこと⁸¹。

第3は、全協発足当初、医療の「産業別協議会」はなく、医療労働者は各地の合同労組に加入していた⁸²。ところが、1929（昭和4）年11月に全協本部が、「これまでの産業別協議会結成方針から突如として産業別単一組合即時結成方針に急激に転じ」、「日本××労働組合といった単一（産業別）組合が金属・電気・交通運輸・科学・出版等に設立され」た⁸³。この性急な机上の方針が、その後の全協の方針をめぐる混乱を招く大きな要因となるのであるが、皮肉にもこれが医療労働者の産業別結集の契機となるのである。

第4は、いろいろと問題を孕みながらも、1930年後半期までに11の産業別組合の体制ができ、その1つに、「会社等の従業員」を組織対象として日本一般使用人組合があり、機関紙『一般使用人』を発行していたとされている⁸⁴。この時期、医療労働者の一部もここに組織されていたものと思われることである。

第5は、「関東病院従業員組合は全協に加盟して、日本医務労組へ発展し、31年1月末には東京・大阪・京都に支部を、秋田・水戸・横浜に分会準備会をもつに至った」⁸⁵とされている。そして、弾圧の影響で組織が弱小化し、1931年5月31日に、日本一般、日本医務、日本教育労働者の各組合が合同し、日本一般使用人組合が結成されたとされていることである⁸⁶。

第3項 関東病院従業員組合の結成から日本医務労働組合へ

全協への医療労働者の組織化は、評議会時代からの合同労組への組織化を基に、全協の産業別組織化の進行に沿って日本一般使用人組合（東京支部）⁸⁷に組織されるようになり、その中の病院争議の関係者等が中心となり、1930（昭和5）年7月、関東病院従業員組合を結成する。この関東病院従業員組合は、関東（主に東京）の地方組織であったが全協に加盟し、組織の拡大をめざした。

当時の『戦旗』⁸⁸には、関東××東京病院分会・島本みどり名の「全国の病院従業員・看護婦に訴ふ」との呼び掛け文が掲載されている。そこでは、「松沢の兄弟はスパイやサーベルの横行する病院内で如何に勇敢に闘ったか。そして何故負けたのか？組織がなかった、病院従業員の組合がなかったからだ。団結の訓練がなかった。確固たる組織がなかった。」とし、「私達は此のストライキを通じて、私たちの組合、関東病院従業員組合を結成したの

⁸¹ 前掲、p. 104。

⁸² 前掲、pp. 107-109。

⁸³ 前掲、pp. 125-129。

⁸⁴ 前掲、pp. 198-189、「産別組合の名称及びそれに加入すべき労働者・機関紙」より。

⁸⁵ 前掲、p. 190。その典拠は、産業労働調査所『産業労働時報』第18号（1931年3月10日）であり、「4月の東京府立松沢病院の敲首反対、待遇改善の要求争議の後、8月には神奈川南湖院（営利の結核病院）、9月台北馬階病院、10月は至誠病院（吉岡彌生経営）、さらに京大附属病院、同愛記念病院の争議が起こった。そして、この闘争を通じて、関東病院従業員組合は全協・日本医務労働組合へ発展し、現在東京支部大阪支部京都支部他に秋田、水戸、横浜各分会準備会をもつ全国単一組織になっている。」と記されている。

⁸⁶ 前掲、p. 470。

⁸⁷ 『特高時報』（1930年9月）p. 28に、全協の組織図があり、そこでは、「日本一般使用人組合東京支部、120人」と記されている。翌年結成される日本一般使用人組合とは同一名称であるが、本論では、前を「日本一般使用人組合（東京支部）」と表記する。

⁸⁸ 全日本無産者芸術連盟（ナップ）の機関誌として1928（昭和3）年5月に創刊され1931年12月に廃刊となるが、本書は弾圧によって廃刊される3ヵ月前の9月号である。

だ」、「関東病院従業員組合は今、九州、秋田の同志たちと現実に手を握り合っている」、「そして、どしどし医務労働者の全国的結束のための闘争を闘っている」、「全国の病院従業員団結万歳!」、「戦闘的関東病院従業員組合万歳!」としている⁸⁹。アジテーションはともかくとして、ここで、医療労働者組織化への強い意欲をみてとることができるとともに、看護婦同盟（1922年結成）から8年目にして医療労働者の労働組合である関東病院従業員組合が結成された事実を確認することができるのである。

日本医務労働組合については、前述した経過からしても関東病院従業員組合が発展して結成されたことがわかるのであるが、その経過について、「松沢病院の争議（1930年4月）を通して同病院及び応援した数病院内同志により関東病院従業員組合が結成され、さらに…他地方の医務労働者と結ばれるに及んで全国的単一組合、日本医務労働組合に組織変更を行なった」⁹⁰との文書が残っている。そして、関東以外の組織では「大阪、京都、秋田、水戸、九州、横浜等各地」⁹¹とされている。

ここでは、関東病院従業員組合の結成が1930年7月であったこと、さらに日本医務労働組合が関東病院従業員組合からの“組織変更”であったことが明記されている。この組織変更（発展）には、当然、前述した全協の組織方針も影響しているであろう。なお、30年6月21日に結成されたとされる日本一般使用人組合⁹²から分枝して日本医務労働組合が結成されたとする見解については、実証するには至らなかった。

富岡次郎（1972）『日本医療労働運動史』は、「昭和5年ごろ、産業別組合（の）全国協議会に加盟していた『一般使用人組合』から『医務労働組合』が独立し、医療労働者を組織した」⁹³とされている。しかし、これでは、関東病院従業員組合の結成から日本医務労働組合への発展という医療労働組合の歴史的な事実が捨象されることになってしまう⁹⁴。

なお、日本医務労働組合への移行の時期について渡部作成の年表では1930年12月⁹⁵となっているが、宇田川次保は「10月には大阪や京都、秋田などと連絡がつけられ、日本医務労働組合と改称」⁹⁶したとしている。この点では、1930年10月付の日本医務労働組合大阪支部の機関紙「大阪医務労働者」1号に「日本医務労働組合大阪支部確立す」との見出しで、「日本医務労働組合大阪支部が確立せられた。既に、東京、京都、秋田、千葉に於いて日本医務労働組合の旗の下に勇敢な看護婦は闘争を開始し…」⁹⁷との記事があり、さらには、当時の活動家と思われる者の「目覚めた病院の看護婦さん達によって結成された労働組合（当時の名は関東病院従業員組合であったが）10月に日本医務労働組合という全国的単一

89 戦旗社（1930）『戦旗』9月号 pp. 119-123。

90 日本医務労働組合東京支部執行委員会名の「日本医務運動方針書」（1930年12月6日付）。〔大原社会問題研究所所蔵〕

91 雫不二子「京都帝大附属病院看護婦騒動について」『女人芸術』1931年6月号、p. 148。

92 警視庁労働課「全協再建後の情勢—昭和5年8月至昭和7年6月」〔『特高警察関係資料集成（労働運動）』1991年12月20日、富士出版、p. 483〕。また、ここでは、地方支部及び準備会は16府県で、創立が1930年6月21日となっている。

93 富岡次郎（1972）『日本医療労働運動史』 p. 3。

94 富岡は、金高ますゑ（1967）『根っこは枯れず—無産者医療を守った人々』KK医療図書出版社 p. 16、および、野口ワカ（1967）「無産者診療所」医療文芸集団編『白の青春』東邦出版社 p. 126、に記された内容を引用しているのであるが、金高と野口両氏の証言では「関東病院労働組合」の結成と、日本医務労働組合の関係が触れられていないため、そのまま引用したものと思われる。なお、野口ワカの一文は、金高よりの引用である。

95 渡部徹（1954）『日本労働組合運動史』 p. 469。

96 宇田川次保（1983）『戦後医療労働運動史』あゆみ出版、p. 19。

97 同機関紙は、1号は1930年10月となっている。〔大阪社会運動協会労働資料室所蔵〕

組合に成長した」⁹⁸とする一文もあり、10月にはすでに日本医務労働組合が結成していたとみることができる。よって、本論では日本医務労働組合の結成時期を「10月」とする。

第4項 日本一般使用人組合への統合

日本医務労働組合は、結成後数ヵ月、1930年12月16日には早くも指導部（4名の常任他2名）が検束されるなど⁹⁹、相次ぐ弾圧のなかで組織と指導体制が崩れ、翌年5月31日、「日本一般・日本医務・日本教育労働者の各組合と合同し日本一般使用人労働組合を結成」¹⁰⁰することになる。この組織統合について、日本医務労働組合本部が31年2月6日、組織合同の意義を訴える声明を各支部に出したが、大阪支部は常任委員会の「合同反対理由書」を本部に送付している¹⁰¹。これに対して、大阪支部の「合同反対理由書」を批判する文書¹⁰²が、本部組織部名で出されている。そして、これを受けた大阪支部は支部大会でこれを協議し、了承すること決定した旨のメッセージ¹⁰³を5月24日付で本部に送付している。

本論の課題から、複雑な合同の意義及び反対理由についてはふれないが、合同労組や一般労組から分離して医務労働者の結集をめざすという意義を受けて、弾圧と隣り合わせで頑張ってきた活動家たちからすれば、組織合同には容易に賛成できなかったものと考えられる。この全協内組織の合同について、1931年3月の『特高月報』では、「一般使用人組合ト医務労働組合ハ合同運動中」とあり、同5月では、「日本一般使用人、日本医務、日本教育、日本映画。各労働組合ハ5月31日合同シ日本一般使用人組合ヲ結成シ、部門トシテ金融、商業、官庁、医務、映画、教育等を設クル模様」と記されている。

いずれにしても、この時をもって、全協内における医療労働者独自の労働組合は消滅することになる。また、再編された日本一般使用人組合も、1931年6月8日には中心となっていた東京分会が検挙され、さらに32年に入ると検挙が頻繁となっている¹⁰⁴。

第5項 全協崩壊後の医療労働組合

全協の崩壊によって医療労働組合も崩壊してしまったのであろうか。確かに、全協を冠した組織は衰退するが、渡部徹が指摘するように、全協が「組織的に崩壊状態に陥った」としても、「これまでの組合員が全く消滅したことを意味するわけではなく、…連絡や組織的指導を失いながらも所在で活動をつづけたものはこのときなお少なくはなかった」¹⁰⁵のである。その一端は、上部団体を変えて組織を温存しながら活動していた1つの医療労働組合の存在にも見ることができる。

全協が実質的に崩壊した後の医療労働者の争議については、これまでもいくつか知られていたが、医療労働組合の存在については全く知られていなかった。ところが、1枚の「調査票」¹⁰⁶から関東医務従業員組合（執行委員長・枝川雪枝、組合員140人）の存在が明らか

98 雫不二子（1930）「至誠病院奮戦記」『女人芸術』12月号、p. 78。

99 前掲、雫不二子「京都帝大附属病院看護婦騒動について」p. 148。

100 渡部徹（1954）『日本労働組合運動史』p. 470。

101 日本医務労働組合大阪支部機関紙「大阪医務労働者」No.8 付録。〔大阪社会運動協会労働資料室所蔵〕

102 大原社会問題研究所所蔵。

103 大原社会問題研究所所蔵。

104 『特高月報』1931年6月報告、他。

105 渡部徹（1957）『日本労働組合運動史』p. 356。

106 その「調査票」は、B4用紙裏表に書かれたもので、大原社研に保管されている故吉田秀夫（元法政大学教授）のファイルの中に挟まっていた1枚である。その「調査票」には明記されていないが、他所に大原社研が実施した類似の「調査票」が保存されていたことから、当時の大原社研が行った労働組合への

かになった。戦前の日本労働組合総評議会（総評）に1933（昭和8）年7月15日加盟したとされている。

注目されるのは、その経過であり、調査票【表1-5】に「昭和5年全国医務従業員組合として結成したが、昭和7年10月、総評議会所属の関東一般使用人組合準備会と合同し、関東一般使用人組合医務従支部として活躍してきた。然して去る6月15日、総評・関東地方協議会の第二次臨時戦闘組織方針にしたがって関東医務従業員組合として結成されて現在に至る。」と記されていることである。ここでは、昭和5年に「全国医務従業員組合」として結成したとしていることが注視される。歴史的に見て、昭和5年に結成されているのは「全協・日本医務労働組合」以外になく、「日本」を「全国」に変えて組織名を報告しているものと考えられる。

【表1-5】 関東医務従業員組合について

・組合名	関東医務従業員組合	・調査年月	1933年7月
・組合事務所所在	東京市下谷区竹町123	・創立年月日	昭和7年6月15日
・組合員数	140名（女125名、男15名）		
・執行部	執行委員長・枝川雪枝、書記長・今井秀子、執行委員・奥村正子、越智正子、佐々木常子、山田敏雄、他11名		
・支持政党	なし		
・「日本労働組合同議」	加盟、非加盟、 排撃		
・支部名	1. 東京支部 東京病院分会、東京看護婦会分会、共栄看護婦会分会、共同病院分会、下谷病院分会、聖路加病院分会、準備会4 2. 神奈川支部		
・加盟せる同盟会、連合会	日本労働組合総評議会		
・組合費 合計金	50銭		
	内 訳（分会費、組合費、連合会費、支部費、本部費、各10銭）		
・争議基金	123円	・組合基金	600円
・機関紙	1ヶ月（2付）1回	・機関紙名	「あかつき」「みとりの友」
・青年部	無	・少年部	無
・婦人部	有（婦人組合同員協議会）		
・過去1年間（昭和7年7月～8年8月）における主要なる動き	昭和5年全国医務従業員組合として結成したが、昭和7年10月、総評議会所属の関東一般使用人組合準備会と合同し、関東一般使用人組合医務従支部として活躍してきた。 然して去る6月15日、総評・関東地方協議会の第二次臨時戦闘組織方針にしたがって関東医務従業員組合として結成されて現在に至る。		
・1ヶ年間の主要争議	共栄看護婦会の争議（一般使用組合当時）、東京産婆看護婦会争議（現在闘争中）、共同病院の争議（一般使用人当時）		

また、昭和7年10月に「総評議会所属の関東一般使用人組合準備会と合同した」とされているが、この時期は、全協・日本一般使用人組合が、弾圧を受け崩壊状況になってきた時期であり、全協の医務関係者等が「関東一般使用人組合準備会」をつくり、さらにはそ

アンケート調査の一枚である見られる。吉田秀夫は、社会保障の研究者で、戦後の全日本産業別労働組合同議（産別会議）に全医協（全国医療従業員組合協議会）から専従役員（執行委員、保健部部长）として派遣され、社会保障運動等に活躍した。また、「社会保障勧告」（1950年）を出した社会保障制度審議会（会長・大内兵衛）の委員としても活躍している。また、1950年には短期間（約2ヵ月）であるが事務局長の任に就いている。戦前は、東京帝大のセツルメントにも関係していた。

の「医務従業員支部」として総評傘下に入っていたものと思われる。そして、昭和8年6月15日、「総評・関東地方協議会の第二次臨時戦闘組織方針にしたがって関東医務従業員組合として結成されて現在に至る」と読み解くことができる。

全協という非合法組織から合法左翼であった総評の傘下に入り、その時期の争議にもかかわらず、1933（昭和8）年の聖路加病院の争議の関係団体として「総評関東医務従業員組合」と記載されている事実¹⁰⁷からもわかる。また、1936（昭和11）年7月28日に検挙されることを承知で街頭デモを行っている東京・巣鴨保養院争議¹⁰⁸や、翌37年の順天堂¹⁰⁹の争議の様相などからも十分推察される。医療労働者の組織は評議会・全協、総評、総同盟と別れていても、もともとは総同盟という「幹」から分離した「枝」であり、活動者間の人脈もあったものと思われる。

総評が1934年、日本労働組合全国評議会（全評）に合流し、1940年産業報国会に吸収される過程のなかで、関東医務従業員組合がどのような変遷を経たかは現在明らかにすることはできない。しかし、戦前において、全協から移行したと考えられる関東医務従業員組合が、1933～34年頃まで存在していた事実は、戦前の医療労働組合史において明確にしておかなければならない。

また、独立組合ではないが、労働総同盟加盟の中央合同労働組合の中に、1933（昭和8）年4月、東京帝国大学病院の炊事員によって組織された厨房第一支部と、同病院の付添看護婦130名を組織した本郷第二支部が存在したことも記しておきたい¹¹⁰。

なお、1941（昭和16）年12月8日の太平洋戦争（日米戦争）開戦に向けて日本の労働組合は消滅したとされている。しかし、1945（昭和20）年8月15日の敗戦までの期間にも東京の国立中野療養所に労働組合が存在し、処遇改善の要望などを出していたという証言¹¹¹があることも記しておきたい。もちろん、公に「労働組合」として活動していたのではなく、活動期間も明確ではないが、中野療養所が戦後最も早く（1945年12月）組合を結成し、他の病院に組合の結成を呼び掛け医療労働者の全国組織をつくりあげる核となったこと、また、中野療養所には戦前の全協の有能な幹部であった医師・須田朱八郎¹¹²が所属していたことなどを考えれば、上掲のような証言のような活動があったことは十分考えられる。

第4節 医療社会化運動

第1項 医療社会化運動の概要

ここでは、戦前の医療労働運動に関し、また、戦後早い時期の医療労働組合の結成にも影響を与えた戦前の医療社会化運動について、概要を述べておきたい。

¹⁰⁷ 「労働年鑑」昭和9年版 p.244。

¹⁰⁸ 本章第1節第2項、戦前の医療労働者の争議一覧表を参照のこと。

¹⁰⁹ 金子嗣郎（1982）『松沢病院外史』p.166に、「全協・一般使用人組合表」（組織図）が紹介されているが、その組織の末端に「松沢（病院）」や「順天堂病院」が記されている。なお、金子嗣郎（1930-1997）は精神科医であり、「病院統一スト」での全労災の闘いの山場に、全労災の中核支部である関東支部（神奈川県横浜市）の支部長に選出されている（1961年2月13日臨時大会）。その就任挨拶で金子は、「強固な闘いを組んでいくにはすべての医療労働者を含んだ組織でなければならぬであろうと僕は思う」と、労働組合に「医師まで含めて」組織する方向を強調している（『全労災関東支部40年のあゆみ』1999年、p.21）。

¹¹⁰ 全日本労働総同盟『総同盟五十年史 第二巻』pp.1086-1087、によると、4月19日、派出看護婦130名の解雇問題に際して調理員達が尽力し解雇撤回を勝ち取り、4月24日に派出看護婦の支部が組織された模様であるが、それ以外の内容は不明である。

¹¹¹ 敗戦後、レッド・パージまで国立病院・療養所の医療労働組合をリードした一人である医師・肥田舜太郎の証言。「友人の須田（朱八郎）君から何度か聞いた。間違いない。須田君が生きていれば詳しい内容が聞けたのに残念だ」と話された（2013年9月22日、さいたま市の氏の自宅で筆者聞き取り）。

¹¹² 須田朱八郎に関しては、本論文第2章で参照のこと。

佐口卓は、「医療の社会化」について、医療の公営化あるいは非営利化、医療費負担の社会化、社会保険化などを指すなど特に定義されていないが、「医療の存在を社会的なものにすることを指していることには間違いのないであろう」¹¹³としている。また、前田信雄が、「医療の社会化とは医療の機会均等を意味し、医療機関の普及と医療費負担の軽減（安い医療の提供と、公的扶助、社会保険又は国庫負担など）という方向で実現される（要旨）」¹¹⁴としていることを紹介しつつ、「医療の社会化」をより広く捉え、それは、医療の「機会均等」、すべての人々への「医療の解放」、「医療の普及」ということになるろう、強調としている¹¹⁵。

「医療の社会化」運動は、第一次大戦後の世界的大恐慌による生活窮乏と社会不安のなかで、農民をはじめ多くの国民が医療を受けるのが困難となり、医療の「機会均等」が切実に求められるなか、安価な医療費の実費診療所から始まった。運動は、薬価低減運動など、労働組合、農民組合あるいは社会主義政党（いわゆる無産政党）の指導のもと行われ、各地に実費診療所が開設されていった。ただ、実費診療所には、政府の政策に沿った公益団体や慈善事業家などのものも相当数あった¹¹⁶。

なお、関東大震災後の東京帝大生等のセツルメント活動から、東大医学部・曾田長宋教授を中心に東大・社会医学研究会が生まれるが、この社会医学研究会が1926年に『医療の社会化』（同人社）を出版し、当時の医学生等に影響を与えた。その内容は、当時のわが国の医療機関の実態などを調査し、「医療の特権階級の専有物から民衆のものに解放するべきである」と主張するものであった¹¹⁷。

以下は、戦前の医療社会化運動としての、実費診療所、無産者診療所、医療利用組合、東大・柳島セツルメント医療部などの活動の概要である。

第2項 実費診療所

医療社会化運動として、最初に動き出したのは実費診療所運動であった。1911（明治44）年7月、鈴木梅四郎（1862-1940、立憲政友会・衆議院議員、王子製紙専務）と加藤時次郎（外科医、ドイツ留学後帰国して社会主義に傾斜）によって設立されたのが最初で、東京府京橋区に加藤時次郎の病院の一部で、夜間のみの診療からはじまった。

この実費診療所の特徴について川上武は、「医師にあらざる者（鈴木）が診療所を開設し経営したこと」と「内務省の許可をえて診療費を低減にしたこと」¹¹⁸であったとしている。実際、「薬代・治療費・その他はいずれも医師会の協定料金の三分の一に過ぎず、そのうえ診療料をとらなかったので、患者の負担は他の病院・開業医に行く場合に比較すると四分の一程度の負担にすぎなかった」¹¹⁹。

医師会は、この「薄利多売」によって行政との協定料金が引き下げられるのを恐れ、実費診療所を非難した。しかし、医療費の重圧に苦しむ国民の実費診療所への期待は高く、1929年には全国で153カ所（実費専門41、施療と実費を兼営するもの112）に広がった¹²⁰。

¹¹³ 佐口卓（1982）『医療の社会化 第二版』勁草書房、p. 2。

¹¹⁴ 前田信雄（1963）「国民健康保険制度成立前史—農民の窮乏化とその医療事情に関する史的分析」東北大学経済学会『研究年報 経済学』第24巻、66・67合併号、p. 221。

¹¹⁵ 前掲、佐口卓『医療の社会化 第二版』pp. 2～3。

¹¹⁶ 全国厚生農業協同組合連合会（1968）『協同組合を中心とする日本農民医療運動史』pp. 124-125。

¹¹⁷ 野村拓（1987）『日本の医療と医療運動』労働旬報社、p. 41。なお、社会医学研究会『医療の社会化』（1926年）の結語では、「診療機関をして全民衆のものたらしめると共に、他面、今日、次第に窮境に陥らんとしつつある開業医をして安定を得しむべき方策を見いだす事之である。」（p. 108）とされている。

¹¹⁸ 川上武（1965）『現代日本医療史』第3版、勁草書房、p. 337。

¹¹⁹ 同上、pp. 338-339。

¹²⁰ 同上。

1916（大正4）年、加藤と鈴木は対立し、鈴木は実費診療所を継続し、加藤は平民病院¹²¹を設立することで袂を分かち、全国の実費診療所は、1927（昭和2）年の健康保険法の施行と、医師以外の医療機関の開設禁止により30年代には次第に衰退していくが¹²²、実費診療所の運動志向は、無産者診療所や医療利用組合の設立にも影響を与えていくことになる¹²³。

第3項 医療利用組合

医療利用組合¹²⁴は、産業組合法（1900年）に沿って開設された協同組合的な医療機関であり、1919（大正8）年に島根県鹿足郡青原村の無限責任青原村信用販売購買利用組合が医療事業（診療所）をおこなったのが始まりである。産業組合が医療利用組合を設置する動機について、賀川豊彦は、「第1の原因は医師の分布少なくして、その地方住民一般が医療に不便を感じるためであり、したがって遠隔地より医師を迎えるには、あまりにも往診料を多く支払わされる苦痛より免がれんとするためであり、経済上の理由は第2の原因と見做されるのである」¹²⁵と述べている。また、それは、「医療の社会化を考えてあるから」¹²⁶であり、「病気からくる貧乏を根絶しやうというのが医療組合の根本方針である」¹²⁷としている。その後、岡山、長野など十数カ所に拡大したが、「医師一人、看護婦一人というような極めて小規模なものであった」¹²⁸。

医療利用組合は、昭和期に入り、組織を「広区域化単営経営」とすることで財政基盤と供給体制を充実させ、全国に拡大していった¹²⁹。その中でも、東京医療利用組合・中野組合病院（東京市中野区、昭和7年開設）¹³⁰は、新渡戸稲造、賀川豊彦などの名士の呼びかけによって、医師会の妨害を乗り越えて設立された。「趣旨書」では、「組織化せる保健運動」を重視する「協同組合」病院としての性格が明確にされ、全国的にも大きな影響を与えた。賀川は、その意図について、それまでの自然発生的なものではなく、「東京医療組合に至っては、全く意識的発生であり、社会改造途上の一聖戦として起こされたものであり、従来の開業医制を批判し、之を根底から覆へし、新しき医療制度の樹立という、全く医療

¹²¹ この加藤の平民病院が1922（大正11）年の看護婦同盟の結成に関わったことは先に述べた。

¹²² 衰退の原因としては、他に「医師会の弾圧、政府当局の開業医体制保護政策、鈴木・加藤の分裂、支部設置制限など、幾多の迫害」とされている。『協同組合を中心とする日本農民医療運動史』p.126]

¹²³ 例えば、「実費診療所を行った個人開業医の診療所には、無産者診療所の設立に深い関わりをもった労働者診療所（1924年、東京、馬島側）と公衆病院（1925年、大阪、岩井彌次）があり、東京・大阪の無産者診療所の設立にも大きな影響を与えた。岩手県八戸の無産者診療所も実費診療所から出発している」〔全日本民医連（2012）『無差別・平等の医療をめざして』p.30〕。

¹²⁴ 青木郁夫（2017）『医療利用組合運動と保健国策』は、「産業組合による医療利用事業は総称して医療利用組合と呼ばれるが、そこには種類の異なるものが含まれている」として、医療利用組合には、①1町村を事業単位としてそこでの事業の1つとしての医療利用組合、②郡単位の広区域単営医療利用組合、③町村を単位とし、群または県レベルの連合体組織によって医療事業行うものがあり、それは、医療利用組合の発展段階も示し、その特徴は、「協同組合による医療事業であり」、「協同組合の基本原則、組合員による出資・経営・利用の三位一体的構成」にあるとしている。（p.1）

¹²⁵ 賀川豊彦（1963）「医療組合論」賀川豊彦全集刊行会『賀川豊彦全集第11巻』キリスト新聞社、p.114。（原本は、賀川豊彦『医療組合論』全国医療利用組合協会、1936年）

¹²⁶ 同上、p.86。

¹²⁷ 同上、p.98。

¹²⁸ 同上、p.115。

¹²⁹ その端緒となったのは、青森市の「東青購買利用組合」東青病院（1市2町21カ村）、鳥取県・厚生病院（鳥取県2群、岡山県2群）、高知県・昭和病院（25カ村）であった。なお、昭和11年3月時点の医療利用組合（昭和10年までに設立許可を受けた組合）は51カ所となった（前掲、『協同組合を中心とする日本農民医療運動史』pp.182-183）。

¹³⁰ 病院建物は二階建て（一部三階）延べ150坪、木造モルタル建てで病床21と、今日から見ればこじんまりしたものであるが、4科各1～2名の常勤医をそろえ、当時としては堂々たる大病院であった（『東京医療生協五十年史』pp.86-87）。

制度上の革命運動としての目的のもとに出発されたものであった。…私共は日本の中央である東京に、たとえ小さくとも、一つの標本を示すことにより、全国にこの運動を速やかに宣伝することが可能だと信じて東京医療組合の設立を企てた」と述べている¹³¹。

医療利用組合は、1937（昭和12）年末には単独組合で医療事業を経営するもの103となり、病院数87、診療所数175、医師500名まで拡大し¹³²、1943年には107病院となる。しかし、1943年から44年にかけて国家統制を一元化するための農業団体統合のあおりを受けて農業会に移管され、戦時医療体制に組み込まれていく。

「農村の医療利用組合は戦前激烈にたたかわれた農民組合運動の性格をもっていましたし、都市の消費者運動は労働組合運動とかかわりを持ち、自ら無産者運動を自認する者もありました」¹³³といわれているように、新潟などでは、戦後、早い時期の医療労働組合の結成や運動に医療利用組合（協同組合）運動の経験者が影響を与えることになる。

第4項 無産者医療運動

戦前の無産者医療運動について、医師として活動に参加した金高満すゑは、無産者医療運動とは、「思想的には無産者解放思想（社会主義）を根底とし、無産者解放運動の一翼として、医療を通じて日本の医療の社会化、医療制度の変革をめざし、労働者、農民、無産市民の生活と健康を守ろうとする運動であった。」¹³⁴としている。

岩井弼次（医師）は、1922（大正11）年から3年間、東京の実費診療所で働いた後、1925年、大阪の東野田に“医療の社会化”を目的とした「公衆病院」を設立した。当時、「公衆」という言葉は「社会化」と同義語であった。その前年、馬島憊（医師）が、東京の本所で「労働者診療所」を開設し、当時の労働運動の活動家達との連携を強めていた¹³⁵。馬島憊は、前述した東京医療利用組合・中野組合病院の発起人にも名を連ねている。無産者医療運動の萌芽であった。

1930年、山本宣治の暗殺に対して『戦旗』¹³⁶が呼びかけた「労働者農民の病院を作れ」とのアピールによって、最初の無産者診療所である大崎無産者診療所（東京）が開設された。その後、25ヵ所前後の無産者診療所が設立されたが、弾圧・検挙などにより1941年には消滅した。無産者診療所の全体的な組織や運動について割愛するが、本論文の関係で注視したいのは、無産者診療所が、その献身的な診療活動とともに、当時の労働運動を始めとする左翼活動家のいわば“アジト”的な位置をしめていたことである。解雇された看護婦が無産診療所で働いたり、診療所で働く者が他病院等の争議支援に行ったりしていた¹³⁷。

第5項 セツルメント運動と、新興医師連盟

関東大震災の救援活動を契機に1924年に東京帝国大学セツルメントが結成され、東京市本所区柳島にセツル・ハウスが完成・開設される。それは、「帝国大学学生がその余暇を以

¹³¹ 前掲、賀川豊彦「医療組合論」p.116。

¹³² 川上武（1965）『現代日本医療史』第3版、p.418。

¹³³ 野村拓（1987）『日本の医療と医療運動』p.55。

¹³⁴ 金高満すゑ（1967）『根っこは枯れず』p.8。

¹³⁵ 岩井弼次（1969）「大阪周辺での無診の活動」勁草書房『医療社会化の道標—25人の証言』p.136。

¹³⁶ 全日本無産者芸術連盟（ナップ）の機関紙。

¹³⁷ 「関東労働組合協議会第12回メーデー対策委員会の救護班として、大崎ならびに亀有診療所の従業員全部を動員した」（『働く女性』1932年5月号p.21）、「無産者診療所では、ストライキ、その他労働者の争議があった時には応援にゆきました。…健康診断や救急診療」が中心で、松竹レビュー団などの争議の応援にも行ったという。（大崎診療所の初代所長大栗清實の証言。1968年、岡山大学医学部新聞）、「診療所を労働者、農民で管理するために無産者病院班を確立」（三島無産者診療所「無診療ニュース」第1号、1931年8月20日、大原社会問題研究所蔵）などにも、無産者診療所と労働運動とのつながりの一端が見える。

て労働者街に入り彼らの生活状況を科学的に調査し之を社会に発表し、又彼らの生活をより幸福なものにしようという学生の社会事業運動である。」¹³⁸と、医療部設立の中心メンバーであった来住弥二郎は述べている。だが、社会事業運動とはいえ、セツルメントから社会変革の運動に関係していった学生も少なくなく、さまざまな妨害をうけ1938（昭和13）年に廃止に追い込まれる。

しかし、開設とともに設置された医療部（医療室）は、社会医学研究会とともに医学生等が「医療社会化」の思想を育む拠点となっていた。「学生層のこの事業への関心は異常に大きく、医学部学生の参加人員は60名以上に達した。」¹³⁹とされている。

本論の、医療労働運動の関係から注視したいのは、このセツルメントに参加した学生や若き医師たちのなかから、無産者診療所を援助したり、「新興医師連盟」（非合法）を結成していく者たちが現れ、細い線であっても全国的な医師のつながりを生んだことである。また、無産者診療所に入出入りすることで、左翼の活動家たちの感化をうけたことである。

新興医師連盟の部会は医師と医学生に分かれていた。当時の状況について、金高満すゑは以下のように述べている。

「部会は大崎無診あるいは帝大柳島セツルメントでひらかれていたが、よく出てくるのは帝大医学部、日本大学医学部、慶大医学部、千葉医専、帝国女子医専、東京女子医専の代表たちだった。慈恵医専、東京医専、昭和医専からもきていたと思う。…女子医専で20名近くいたと思う。東京帝大には一番大勢いた。医師も帝大出身者が多かった。医師たちは、大崎無診の診療の手つだい、ストライキや小作争議の応援診療、犠牲者救援診療、メーデーの救援活動などをやり、学生たちはその医師の手伝いもしたが、病院ストの応援のピラ張り、ピラまきなどもした。組織活動はもちろんである。連盟に参加している医師たちの影響で、いわゆる“赤く”なった看護婦も多かったことであろう」¹⁴⁰

また、金高によれば、1931年の1月か2月の「新興医師連盟」第1回全国大会には、ほとんど全国の医学生の活動家代表が参加したという¹⁴¹。戦後、レッド・ページまでの医療労働運動を指導したのは医師層であり、本節で述べた医療社会化運動に関係した医学生や医師等のなかからその中心的な活動家が生まれるのであるが、その点は、本論第2章（戦後の医療労働組合）で明らかにしたい。

第5節 日本医療団による医療機関の統合

1942（昭和17年）、国民医療法が制定され、日本医療団（政府出資を主とする特別法人）が設立されることとなった。当時、陸海軍病院や傷痍軍人療養所、日赤病院、国立病院などは既に国と軍の直接管理下にあった。日本医療団の設立は、それ以外の公立や医療利用組合病院、私的医療機関などを統廃合したり、また、買収することによって、わが国の医療提供体制を一括管理・運営しようとするものであった。そのねらいを、野村拓は、「医療

¹³⁸ 来住弥二郎（1979）『東京帝国大学セツルメントの過去及び現在』『東京帝大柳町セツルメント医療部史』新日本医学出版社、p. 206。1926年『鉄門』第5号よりの転載。

¹³⁹ 大森俊雄編（1998）『東京帝国大学帝大セツルメント12年史』久山社、p. 130。また、ここでは、セツルメントの準備過程で、賀川豊彦、馬島憊等の意見を仰いだことが記されている。

¹⁴⁰ 金高満すゑ（1967）『根っこは枯れず』pp. 38-39。

¹⁴¹ 同上、p. 40。

関係の人員、資材を軍事中心にし、その残りの部分で、国民のギリギリの戦争継続能力を保持しよう」¹⁴²とするとところにあったとしている。

日本医療団は、全国的な医療機関の整備を「一般体系」（東京と大阪に中央総合病院—都道府県総合病院—地方総合病院—地方診療所—地方出張所と、医療機関の縦系列の合理的配置）と「特別体系」（結核療養所の一本化）の二本立てで行おうとした。特別体系は、政府出資の資金もつぎ込み順調にすすんだが、「一般体系」の方は、医師会や産業組合（医療利用組合）の反対もはげしく、ストレートには進まなかった。

医療利用組合は、「医療組合病院を接收して国家的医療体系一本化にすることは産業組合の持つ自主的な性格を否定し農民医療を官僚化する」¹⁴³ものとして反対した。また、日本医療団のめざす方向が、自由開業医制を機軸とすることへの厳しい批判もあった。例えば、「革新的な構想は少しも反映しないで、依然として営利主義に立つ開業医制をもってその根幹とし…」、「医療の統制は開業医および営利的施設に重点」がおかれ、「将来の医療施設の開設は医療団と開業医に限定され、産業組合の医療利用組合施設を封鎖することは開業医の擁護である」などと批判した¹⁴⁴。国家総動員令が出されているこの時代、このような強い主張が行われたのには、開業医の高額な医療費が払えない貧苦のなかから、なけなしの金を持ち寄り、“命の綱”となる“オラが病院”を守ってきた農民の強い意志があった。

政府や医療団も上記のような意見を無視することができず、民間機関の委任経営も認めることとし、産業組合の経営のまま、日本医療団の統制下に入り運営されることになった¹⁴⁵。

日本医療団の医療施設は、都道府県病院 20、地方病院 198、診療所 282、産院 5、結核療養所 87、奨健寮 96、計 688¹⁴⁶とされているが、「一般体系」については医師会も反対し、戦争の推移も重なって、当初の計画通り進まなかった。

医療労働運動に目を移せば、戦後いち早く労働組合を結成したのが日本医療団の中野療養所（東京、結核療養所）であった。ここから、全国の医療団施設に組合の結成が呼び掛けられ、1946年3月、戦後最初の全国的な医療労働組合である全医従（全国医療団従業員組合、2,500人）が結成される。戦前からの医療団の全国的な医療機関と医療従事者のつながりが、戦後の医療労働者の結集をリードすることになるのである。そして、同年4月には、この全医従がリードして、産業別組織である全医協（全国医療労働組合協議会、18,000人）が結成されるのである。第2章にて詳述する。

第6節 戦前の医療労働者の組織化

戦前における医療労働者の組織化がどのようにして行われたかという点について、先行研究では、「無産者医療運動と並行して戦前の医療労働者の組織化もすすめられた」¹⁴⁷とされている。しかし、本章にて述べたように、医療労働者の争議は本研究で確認されたものだけでも1899（明治32）年に始まり1938（昭和13）年まで60件あり、医療関係の労働組合も1922（大正11）年に結成された看護婦同盟（676人、東京）をはじめ、昭和初期の医療労働組合も全協系、同盟系、総評系と1つではなかった。戦前の医療労働者の組織化は、争議による医療労働者の闘いと、労働組合の結成によるところが大きい。

¹⁴² 野村拓（1987）『日本の医療と医療運動』p. 52。

¹⁴³ 全国厚生農業協同組合連合会（1968）『協同組合を中心とする日本農民医療運動史』p. 418。

¹⁴⁴ 同上、p. 419。

¹⁴⁵ 前掲、pp. 419-420。

¹⁴⁶ 前掲、p. 420。

¹⁴⁷ 富岡次郎『日本医療労働運動史』p. 3。

また、無産者医療運動の期間は10数年（1930—1941年）である。それをもって、戦前における医療労働者の組織化を説くことはできない。無産者医療運動は、第3節で述べたように当時の医療社会化運動や政党との関係が強く、前述したように労働運動への協力も明らかである。だからといって、「無産者医療運動と並行して戦前の医療労働者の組織化もすすめられた」といえるものではない。

小括 各節の概要

本章では、戦前の医療労働組合の生成過程について述べ、以下の点を明らかにした。

第1節では、戦前の医療労働者の争議に注目し、集約した60件の争議の分析を試み、戦前の医療労働者の争議の特徴を3つに分類した【表1-2】。また、松沢病院（東京、精神科）における3度（大正8年、同13年、昭和5年）の争議を概観した。

第2節では、1922（大正11）年、派出看護婦を中心に結成された看護婦同盟（組合員676人、東京）の結成と消滅に関して述べた。これまで、看護婦同盟の存在は、看護史研究の分野で派出看護婦に関連して「自主管理の組合」とされていたが、医療労働運動史の分野では全く触れられていなかった。本論では、「看護婦同盟」が、わが国最初の医療労働組合であり、医療社会化運動や婦人運動の影響を受けた先進的な組織であったことを確認した。

そして、看護婦同盟が全国的な看護婦の職業別労働組合をめざすとともに、「情報提供」や「講習会」など職能の向上を活動の1つの柱としていたことから、労働組合と職能団体双方の機能を持つ欧米的な看護婦の組織を志向していたことを指摘した。

また、派出看護婦会に対抗して、労働組合自らが雇用に関与する労働者供給事業を行うという、当時のわが国の労働組合運動のなかではほとんど見られない活動をおこなっていたこと、さらには、賃金などの労働条件の改善だけでなく、派出看護婦としての「働き方」や、「貧富の差なく平等な医療」を提供するために団結するという、今日、医療労働組合のあり方を考えるうえでも、極めて教訓的な“芽”を持っていたことも指摘した。

第3節では、1930（昭和5）年に結成され「全協」傘下で産業別労働組合を志向した関東病院従業員組合の結成から日本医務労働組合への発展、弾圧による後退、全協・日本一般使用人組合への合同、そして、「全協」崩壊後に“生き残った”職場の活動家たちが合法左翼の日本労働組合総評議会（戦前の「総評」）の傘下に入るなどして活動した事実を明らかにするなど、これまで不明であった戦前の医療労働組合の変遷の骨格について解明した。

第4節では、実費診療所、無産者診療所、医師、医学生らによるセツルメント、農民らの医療利用組合など、「医療の機会均等」を求めた医療社会化運動の概要を述べた。これらの医療社会化運動を経験した医師等が戦後早い時期の医療労働運動をリードしたことは次章で明らかにすることになる。

第5節は、開戦から敗戦へ向かう時期の労働組合の変容と、戦後の医療労働組合の形成過程にも影響する日本医療団についてその概要を述べた。次章で詳述するが、戦後の医療労働組合の全国的結集の起点が、この日本医療団の労働組合である全医従（全国医療団従業員労働組合）となるのである。

第6節では、戦前の医療労働者の組織化について、「無産者医療運動と並行してすすめられた」とする先行研究の見解を批判した。本章で明らかにした戦前の医療労働者の争議だけでも60件あり、また、1922（大正11）年に最初の医療労働組合（看護婦同盟）が結成され、さらに、昭和期の医療労働組合も全協系、同盟系、総評系と1つではなかったことを明らかにし、これらの争議や医療労働組合の結成とともに医療労働者の組織化が行われたと主張した。

第2章 戦後の医療労働組合

第1節 第1期—医療労働組合の生成期—1945～1950年

第1項 戦後医療労働運動をリードした戦前の活動家たち

第1章第4節において、戦前の医療労働者の労働争議と医療社会化運動（実費診療所、無産者医療、医療利用組合、セツルメント）について述べた。戦後の医療労働運動は、これらの活動や闘いに参加した人たちによってその経験が少なからず引き継がれる。特に顕著なのは、戦前の全協の活動や医療社会化運動に参加した医学生や医師たちであり、彼らが戦後に医療労働組合をいち早く結成し、医師たちに医療労働組合への結集を働きかけ、医療労働運動の指導層を形成したことである。

例えば、敗戦の年の12月に早くも日本医療団中野療養所（東京）に従業員組合を結成し、全国の医療団の施設に組合結成を働きかけた須田朱八郎（医師）は戦前の全協の幹部であった¹。わが国最初の医療産業別組織・全医協の書記局メンバー（大塚しん子・吉田節俊・飯岡敬、等）も戦前からの活動家であり、また、同じく全医協の副委員長宮本忍（国立東京病院、「全療」委員長）は戦前の医療社会化運動の中心にいた一人であった²。池内達郎（日赤中央病院従組初代委員長）と井上健（都立駒込病院、東京医協書記長）は戦前の慈恵医大の学生運動グループの一員であった³。

また、東京の中心的な労働組合であった結核予防会従業員組合の委員長で、後に全医協の委員長となる岡田久もその一人であった。岡田は、予防会で「戦前に社会運動、共産党を中心としたたたかひに参加した者は医者の中にも三人いた。佐藤俊次（現千葉北部病院）、益子義教（現新日本医師協会都支部長）と私だったが、特に佐藤はたたかひの経験がすぐれていた⁴と述べている。長野県の佐久病院で従業員組合を結成して委員長になった若月俊一や、同県北信病院従業員組合結成の中心となり執行委員長となった永田丕も、戦前の学生運動など左翼の活動に参加していた⁵。また、慶応病院の北沢和夫（全医協傘下の東京医協委員長）、大阪千石荘従業員組合の林喜彦、都立松沢病院の組合結成の中心となった江副勉たちも戦前の学生運動など左翼の運動に関係した医学生又は医師であった⁶。

なお、「筑紫病院（福岡）には戦時中から従業員有志の会があった⁷。また、敗戦まで中野療養所（東京）には労働組合が存在していたという証言もある⁸。因果関係は明らかに

1 須田若枝（2002）『春の麦』。

2 宇田川次保（2002）『エピソードでつづる戦後医療労働運動史』 pp. 10-17。

3 銘苅進「戦前の医療労働者物語—学生運動の中心に」『医療労働者』No.223、1961年11月25日。

4 岡田久（1981）『医師として生きて』労働旬報社、pp. 31-32。

5 若月俊一（1969）「暗い谷間での挫折と臨床研究」川上武編『医療社会化の道標』勁草書房 pp. 299-309。永田丕「厚生連従業員組合結成の頃」『住民とともに長厚労40年のあゆみ』1990年、pp. 26-28。

6 前掲、宇田川次保（2002） pp. 10-17。および、『医療社会化の道標』 pp. 337-348。

7 『全医労三十年の歩み』1987年、p. 8。

8 元全医労副委員長であった肥田舜太郎は、「戦前、中野療養所には組合があったことを須田君から何度か聞いた。弾圧の激しい中でも、療養所の中には共産党員やそれに近い人たちが潜っていた。患者のグル

できないが、この2つの病院で敗戦の年、早くも11～12月に労働組合が結成されている。

第2項 戦後の国民医療と医療供給体制

敗戦とともに、「軍需工場をはじめ各工場がいっせいに大量の人員整理を行い、このために職を失った労働者は、1945（昭和20）年10月当時で400万人にのぼった。そのうえ、軍の解体とともに内地部隊200万人の復員兵士や、海外からの引揚者たちも失業者の仲間入りをした。こうして大量に作りだされた失業者の数はたちまち1,300万人⁹を超えた。

「政府は、…臨時軍事費として用意してあった340億円の資金と1,000億円にのぼる食糧・原材料・製品を大資本家・大地主・高級官僚・高級軍人などに分配した。資本家はこれらの資材の値上がりを見込んで生産の再開をサボタージュした。日銀券発行残高は、この莫大な資金の流出で8月15日の303億円から8月末には423億円となり、勤労国民の生活を破局に追い込むインフレーションが始まった。…勤労国民の生活に決定的な影響をあたえたのは食糧難であり、多くの国民は飢餓線上をさまよった」¹⁰。そして、「このような危機的な生活からの脱却と、戦時中の抑圧からの解放を求める国民の行動は、急激に日本の民主化と、生活難突破の運動に成長していった」¹¹のである。

国民の健康も、「水、石鹼、燃料などの不足のため入浴も自由にならず、衛生状態は極度に悪化した。赤痢、コレラ、腸チフスなどの悪性伝染病の流行¹²で病人が増大、栄養失調の進行と重なって、いのちと健康が極度に脅かされた」¹³。そのうえ、1947年になっても結核による死亡者は14万6,241人¹⁴いた。

このような衛生、患者、死亡状況にもかかわらず、医薬品はもちろん、国民医療を担う医療機関やその医療従事者の実態は深刻であった。それは、わが国の戦争遂行優先策と東京大空襲や原爆を始めとする非人道的な米軍による空爆によるものであった。

国内の病院数は、太平洋戦争が始まった1941（昭和16）年には4,858病院であったものが、敗戦の1945年には645病院（13.3%）となり、同じく一般診療所が45,808から6,607（14.4%）へ、診療所で収容施設のあるものが20,245から1,855（9.2%）になっていた。また医師は3万2,236人から6,865人（21.3%）に、看護婦・准看護婦¹⁵は14万9,992人

ープと職員のグループがあって、非公然の活動がつづけられていた。岡治道さんという結核治療の権威（所長）がいて、その部下の中にも共産党員がおり、彼らは岡さんにかくまわれていた。活動は、患者の待遇や治療の中身の改善など、おとなしくお願いするというようなものであった。全国の療養所にも“生き残り”が一人か二人はいて、それが戦後、すぐ首を持ち上げて公然と労働組合を再開した。それを、須田君は代表して戦後に伝えてくれたんです」と証言している（氏の自宅にて2013年9月22日、聞き取り）。

⁹ 敗戦時、海外にあった軍人軍属及び一般邦人は660万人であった。また、敗戦時の陸軍の総兵力は547万人、海軍の兵力は242万人であった（『厚生省五十年史・記述編』1988年、pp.884-885）。海外から順次復員した兵士たちの多くは農村や漁村に向かうが、多くは実質的な失業者であった。

¹⁰ 『社会保障運動全史』労働旬報社、pp.62-63。

¹¹ 同上。

¹² 厚生省『衛生局年報』によれば1945年、法定伝染病である「赤痢」の患者は9万6,462人、死亡は5万7,933人、「腸チフス」は患者5万7,933人、死亡は7,999人、「デフテリア」は患者8万5,833人、死亡7,826人である。〔厚生省医務局（1955）「法定伝染病患者数及び死亡数」『医政八十年史』pp.794-799〕。

¹³ 前掲、『社会保障運動全史』pp.62-63。

¹⁴ 前掲、『医政八十年史』p.789。

¹⁵ 昭和12～20年の間に日赤が国内・外に派遣した救護班は960班33,156名。救護員の復員は昭和30年まで続く。戦死者は1,113名とされている。別途、日赤以外の従軍看護婦もいた。一野村拓（1978）『戦時下医療政策ノート』医療図書出版、菅沼隆（2006）『日本医療団史』図書センター、など参照。

から3万6,944人(24.6%)に激減、まさに、医療供給体制は崩壊状態にあった¹⁶。

第3項 戦後早い時期の医療労働組合(単位組合)の結成

敗戦後早い時期、わが国の医療機関の主なものは、【図2-1】に示したように①陸・海軍病院、②傷痍軍人療養所、③日本医療団 ④日本赤十字社、⑤農業会病院、⑥民間病院⑦国立大学付属病院、⑧診療所、などであった。敗戦4ヵ月後の1945年12月、まず陸・海軍病院と傷痍軍人療養所が国(厚生省)に移管され、国立病院と国立療養所として再出発する。そして、日本医療団、国立、日赤、に結成された労働組合と、結核予防会従業員組合(東京、清瀬市)などが、戦後早い時期の医療労働運動の“核”を形作っていった。以下は、その医療労働組合結成の一端である。

1) 最初の組合結成

戦後、早くも1945年11月から12月にかけて3つの従業員組合が結成される。最初、11月に結成されたのは国立筑紫病院(臨時福岡第二陸軍病院)における国立筑紫病院従業員組合である¹⁷。次いで、12月、日赤中央病院従業員組合(東京都渋谷区)と、日本医療団中野療養所従業員組合(東京都中野区)が結成された(本章第4項参照のこと)。

2) 日赤中央病院での組合結成

日本赤十字社(日赤)は、「創立以来、政府の御用機関として軍隊と共に行動してきた¹⁸。その内部構成は旧軍隊と全く同様で、首脳部は皇室、皇族を中心に軍人で占められ、各病院の院長も高位の軍医であった。軍と密接な関係にあった日赤病院は、戦時中は臨時の軍病院としてその援助を受けていたが、敗戦による軍の解散でその財政基盤が崩れ、入院患者も三々五々散り」¹⁹、この事態に日赤本社も病院も手をこまねいていた。

『日赤医療センター第一労働組合50年史』は、当時の日赤中央病院の状況と、労働組合結成の経過を以下のように記している(要旨)。

入院患者はすべて軍人であったから、軍の解散で患者はいなくなり、外来診療だけやっていたが、それまで軍から来ていた資金や物資(米、麦、粉、砂糖、豆、毛布、シーツ、等々)もストップした。職員が食べていくために外来時間の延長や、患者集めにレントゲン車で街頭に出し、テントを張って診療をした。当時は結核が多かったから、症状の悪い人はどんどん入院

¹⁶ 前掲『医政八十年史』pp.812-824。

¹⁷ 1945年、「11月26日、国立筑紫病院の医療従事者が、従業員組合を結成し、その結成大会で民主化の促進、労働条件の改善、組合の承認と団体交渉権の確立を決議、院長に要求するという行動に出た」『社会保障運動全史』労働旬報社、1982年、p.64。これまで、戦後最初の医療労働組合の結成は、富岡次郎(1972)『日本医療労働運動史』p.15で、最初に「日赤本社の従業員たちは、日赤中央従業員組合を結成し、…」とされたため、医療関係の『労働組合史』ではこれが「戦後のトップを切るもの」とされてきた。しかし、本論文で明らかにしたように、国立筑紫病院従業員組合が最初である。なお、日赤中央病院従業員組合は、日赤本社従業員が結成したものではなく、日赤中央病院の従業員が結成したものである。

¹⁸ 「そもそも、日赤病院は、(戦時ならびに災害時の)救護看護婦養成の実習病院として始まっている。…(養成規則)の第2条に『看護婦生徒ヲ志願スル者ハ修学年間専ラ之ニ従事シ且ツ卒業ゴ二年間病院ニ於テ看護婦ノ業務ニ服シ後二十年間ハ身上ニ何ラノ異動ヲ生ズルモ国家有事ノ日ニ際セハ速ニ本社ノ召集ニ応シ患者看護ニ尽力センコトヲ誓フ可シ』(亀山美知子『近代日本看護史—日本赤十字社と看護婦』)とあり、その規則によって、後に日赤の看護婦を戦時救護に向けていくことになる」〔野村拓監修(2003)『日本赤十字の素顔』あけび出版 pp.128-129〕。

¹⁹ 全日赤『全日赤の誕生』p.1(要旨)、(未定稿)。

させてベツトを埋めていった。銀行や沖電気など企業と団体契約を結んで患者を確保した。経営者はあてにならず、経営管理に組合がかかわり積極的に運営した。労働組合が結成されたきっかけは、「物資の差し押さえだった。軍から来ていた物資を、軍の上の人が持っていかないように差し押さえするには労働組合しかないと思ったから。物資は全職員に公平に配布することができた。物のなかった時で皆んな大いに助かった。そして、年末突破資金として一人 1,000 円くらい支給させた。皆に喜ばれた。これで、看護婦と一部の医師以外の人たち全員が組合に加入した。看護婦が加入しなかったのは、あの当時の看護婦が置かれていた環境の影響が大きい。全寮制で検閲がきびしく私文書・手紙等の検閲が軍隊の名残りのままやられ、寮の部屋のドアにはのぞき穴があって監視されていた。だから、レントゲン技師の鎌倉さんが看護婦に加入をよびかけたが、西ノ寮で看護婦十数人に夜中までつるしあげられたりして、組織できなかった」²⁰。

組合結成への動きは、まず、院内各所での有志の集まりから始まり、これらが結集して 1946 年 12 月 18 日、約 60 名で準備会が開かれた。しかし、経営側がこれを察知して切り崩し工作を始めたため、組合は翌日の 19 日、一挙に日赤中央病院従業員組合（東京都渋谷区、160 人、池内達郎委員長）が結成した。翌 20 日、「要求書」²¹を院長に手渡し、交渉を行うが決裂し、組合は生産管理闘争に入る。そして、1 月 22 日には、非番の医師及び職員 100 名が直接交渉を求めて中央病院から日赤本社（現、港区）にデモを行う。これらの 1 ヶ月余の闘いで、ついに経営側も組合の要求を基本的に認めることになる²²。

この中央病院従組の闘いを契機に、各地で同様の要求、組合結成の動きが強まり、結成された 3 組合（日赤中央病院、京都第二日赤、長野日赤）によって 46 年 3 月 1 日、全国の日赤における労働組合の全国組織（全日赤）結成が呼びかけられる²³。

3) 結核予防会（東京都清瀬市）での結成

敗戦翌年 1946 年 2 月 1 日、結核予防会（東京都清瀬市）で、結核予防会研究所清瀬従業員組合（122 人）が結成され、これを基に、同年 6 月、都内の結核予防会の各施設が結集して結核予防会従業員組合を結成する。同年 9 月には組合員が 298 人となり、東京の医療労働組合の中心的な組合となる²⁴。労組は、1966 年 5 月に『わが労働組合のあゆみ』という冊子をまとめているが、その中に、当時を回想した鈴木邦夫医師（「2・1」ストに向けた闘争委員長）の一文が掲載されている。そこでは、「組合結成の筋書きのほうは、今は予防会にいないが、佐藤俊二君や岡田（久）くんの手でどんどんすすめられていたらしい。で、昭和 21 年はじめにだったか、組合ができたらしい」（p. 1）と述べられている。前述したように岡田久や佐藤俊二は、戦前からの活動家である。

²⁰ 「創立の頃～インタビュー」『日赤医療センター第一労働組合 50 年史』1996 年、p. 2。当該労組による、当時の組織部長・伊藤一氏（医師）よりの聞き取り内容であり、これを要約した。

²¹ 要求事項は、①院内より軍国主義的な諸制度、秩序等を追放し、民主主義的に改めること、②組合を経営に参加せしめること、③待遇の根本的改善、となっている。前掲『全日赤の誕生』p.3。

²² 前掲『全日赤の誕生』pp. 1-10。

²³ 同上、pp. 5-9。

²⁴ 結核予防会従業員組合（2001）『五十年の歩み』、p. 6、同、『五十年のあゆみ』作成メモ。

4) 新潟県における結成

福島富は、「戦前、新潟県には二つの優れた医療運動があった」として、木崎村小作争議を引き継いだ無産者医療運動と、「なけなしの金を出し合い、病院や診療所をつくって自らの医療を確保しよう」した医療利用組合(敗戦時は日本医療団所属)をあげている²⁵。新潟県での戦後の医療労働運動は、少なからずこれらの影響を受けることになる。

『新潟県医療労働運動運動史—白い軌跡』によれば、新潟で戦後最初に結成されたのは、日本医療団十日町病院従業員組合(46年1月、45名)であり、院長を除く全員が加入し、副院長が組合長、事務から書記長を出した。同従組の働きかけで、同じ医療団の中央病院にも3月、組合が結成される。両組合は、全医従の結成に参加し、同年4月14日には他の医療団施設にも呼びかけて日本医療団従組新潟支部の結成大会を開いている。27カ所900床、職員321人で、組合員は約300人となっている。

続いて、長岡日赤(46年3月、120人)、国立新潟療養所(同年4月、職員145人中142人)で組合が結成された。新潟療養所職員組合の副委員長になった堀江信二郎は、後に国立療養所の「全療」と、全医労の初代の委員長に選出されている。新潟療養所においても、所内民主化は組合結成の最大の目的であった。続いて、国立病院や大学病院、農業会などでも組合が結成された。院長等数名を除く全従業員組合であった。組合結成の特徴は、第1に強い民主化要求の結集、第2に全国的な連携、連絡を取り合う中で組合づくりをやりとげていること、第3に活動家が実によく学習し、有志をさがし出し、まさに手弁当で情熱的に組合づくりに取り組んだことだとされている²⁶。

5) 長野・佐久病院や北信病院での組合結成

戦後早く、農村における労働組合の結成も進んだ。それは、戦前の農村における医療利用組合を源流とする農業会関係の病院で顕著であった。以下はその一例(要旨)である。

戦後、長野県の佐久病院で最初に行動したのは看護婦たちであった。昭和20年10月、外科外来の一室に10人あまりの看護婦たちが集まっていたが、やがて、「配給物資を公平に分配してください、事務当直者への茶菓子接待の看護婦負担はやめてください、食費の内容をはっきりしてください、名前を呼び捨てにしないでください」との要求が出された。まだ、組合が結成されておらず、看護婦は看護婦だけでまとまろうとしていた。その1ヵ月後、医局、看護婦、事務局の有志で劇団部がつくられ、組合結成の機運を盛りあげた。劇団部が生まれてから3ヵ月、組合の結成に反対な病院幹部と一部の従業員を説きといて一応全員の賛成のもとに、1946年2月9日、佐久病院従業員組合の結成大会が開かれた。戦前、東京帝大の学生として医療社会化運動等の経験を持つ外科医・若月俊一が委員長に選出された。²⁷

若月は、従業員組合の推薦によって同年10月病院長となる。また、同月24日、戦前の医療社会化運動や労働運動に関わった医師・永田丕(後に院長)のリードで、北信病院従

²⁵ 『新潟県医療労働運動運動史—白い軌跡』 p. 1.

²⁶ 『新潟県医療労働運動史—白い軌跡』 pp. 40-50 要約。

²⁷ 飯島貞次『佐久病院従業員組合の歴史(その1)』同従組機関誌『佐久病院』第1号、1950年、pp. 9-16。

業員組合（長野県中野市）が結成された²⁸。

6) 岩手県での組合結成

戦後早い時期の岩手県での労働組合の結成については、岩手県医療局労働組合（1993）『県医労四十年の歩み』（pp. 24-26）に見ることができる。それによれば、戦前の1943年までに医療利用組合が17病院20診療所に拡大されたが、敗戦時には農業会に属しており、戦後はまずこの農業会病院単位に労働組合が結成された。

早くも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、農業会病院における労働組合設立の動きが盛岡病院（現、県立中央病院）の従業員を中心にすすみ、翌46年4月の全医協（全日本医療従業者組合協議会、産業別組織）の結成に盛岡病院と胆沢病院の従業員組合代表が参加している。そして、同年6月26日には農業会経営の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²⁹。

しかし、1947年、農業会の解散にともない病院は厚生連や県に移管される。一方、日本医療団岩手県支部は、日本医療団が解散する1947年までに7病院、4産院、12診療所など30施設を保持していたが、同年、内6病院、9診療所を岩手県に譲渡する。

このようななかで、1951年6月10日、岩手県医療職員組合連合会（県医療連）が結成される。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する。「綱領」では、「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点が強調されている。

各病院長も組合員であった。会長（委員長）、副委員長（副委員長）の人選について準備会は全病院長会議を招集し、有力な病院長の一言の指名で会長、副会長の候補が確認された。また、医療局連絡課長が書記長となった。まさに戦後早い時期の企業別労働組合の一面をうかがわせるものであった。

7) 全日本農業会病院従業員組合の結成

戦前の産業組合法による医療利用組合（病院、診療所等）は、戦中の1943年に農業会の傘下に入り敗戦を迎える。この農業会に属する病院等で働く従業員等は、1946年に全日本農業会病院従業員組合（2,763人）を結成し、46年4月に結成された全医協の第2回大会（46年11月）にも参加している³⁰。48年8月、GHQの命令で農業会が解散となるにおよび、関係病院は自治体や各県の厚生農業協同組合連合会（厚生連）等に移管される。各病院では従業員組合が結成され、さらに、厚生連の全国組織結成へと動いていく。³¹

²⁸ 永田は、労働組合での講演で、自らの戦前における運動経験を述べたことがあるという。（同労組関係者談、2014年頃）。

²⁹ 同年12月に岩手県農業会医療従業者組合に名称変更。

³⁰ 『日本医労協三十年の歩み』pp. 74-75。

³¹ 厚生連関係病院従業員組合の全国組織については、本章第2節第4項を参照のこと。

第4項 日本医療団での労働組合の結成から医療産別組織・全医協の結成へ

敗戦の年、1945年12月に日本医療団中野療養所（東京都中野区）で労働組合が結成される。そして、1946年2月に日本医療団に全国的な単一労働組合である全医従（全国医療団従業員組合、2,500人）が結成され、同年4月に医療産別組織である全医協（全国医療従従業員組合協議会、結成時、1万3,500人、後に1万8,000人まで拡大）が結成される。この時期の医療労働運動は、戦前の労働運動や医療社会化運動を経験した医師たちによってリードされ、その医師の中核にいたのが、中野療養所の献身的かつ優秀な結核医であった須田朱八郎（以下、須田）である。この須田という人物を抜きにこの時期の医療労働運動は語れないほど彼の活躍は秀でたものであった³²。

1) 須田朱八郎の活躍

須田は、戦前、学生自治会のリーダーであり、また全協（日本労働組合全国協議会）の運動にも関わり、治安維持法によって検挙され、静岡高校（旧制）を論旨退学処分（放校）となる。20歳で左翼労働組合のナショナルセンターであった全協中央の役員として活動するが再び治安維持法によって検挙される。拷問にも不屈に闘うが、共産党や全協の組織が崩壊するに至り、静岡高校入学時の目的であった医師を志し東京医学専門学校に進む。在学中、二等兵として召集され2年後に除隊、復学して医師となるが、軍医として再び召集され伊豆大島で敗戦を迎える。戦後は、結核医として日本医療団中野療養所で働きながら、医療労働運動、特に労働組合の組織づくりに手腕を発揮する。1948年、全医労（全日本国立医療労働組合）結成への中心的な役割を果し、副委員長になる。以下は、須田の就任挨拶である。須田の労働組合運動に対する考えと姿勢が現れていると思われるので、少し長いを紹介する。見出しは「生き生きとした組合に」となっている³³。

「私のこの1ヵ年程の組合本部（「全療」）での経験（で）は、幹部だけの、本部まかせの組合運動ではいつまでたっても組合は成長しないということだ。本部執行部の生活は、執行部員をとかく温室育ちにしてしまう。職場での、組合員の家庭での生活の苦しさが本部生活には届かない。したがって、本部はこまごました事務に忙しいが、組合員の生活からの、日常勤務からの要求が直接反映しないと、とかく、真剣味や気魄が欠乏してくる。…私としては、私自身のこうした自戒の言葉に答えて、組合の皆さんが、支部において、地方、地区（県）において、組合員生活と勤務に根をおいた闘争をどしどし展開され、本部の尻をたたいてくださることを要望する」。そして、これまでは、支部の活動が、「一支部内にのみ止まり、一支部の経験が他の支部に、全国に知らされ、発展しなかった。全国的な単一組合にもかかわらず壁に閉じこもった一支部毎の組合の集まりにしか過ぎなかった。新組合の発足に当たって、こうしたことをまず無くしたい。各支部の経験を交換し、闘争を発展してこそ、全組合の成長は早いし、支部も地方も地区も本部も組合員の要望に真にこたえる役に立つ組合となる。こうしてこそ、組合はハツラツとする。私は、全医労を、各支部の自力闘争の上に立つ生き生きとした組合にしたいと思う」³⁴

³² 須田については、岡野孝信（2016）「生活と勤務に根をおいた闘争を一須田朱八郎と戦後医療労働運動」三宅明正編『近代日本における個人史研究の射程』を参照のこと。

³³ 明らかな文字の誤り、句点、句読点の修正は筆者にて行った。

³⁴ 全医労『全医療新聞』第32号、1948年12月4日。

この須田の主張は、第1に、労働組合運動の原点である職場の感覚で、職場を基礎とした活動を行うこと、第2に、運動の発展のためには、一つひとつ企業（病院）の枠を超えた運動を行うこと、第3に、上からの指令で動く組合から主体的に動く組合に脱皮していくこと、第4に、組織をあげて“組合員の要望に真にこたえる役に立つ組合”を目指すことを強調したものであった。

しかし、須田は、レッド・パージの弾圧で、職場と自ら組織づくりに尽力した全医労も去ることになる。須田は、地域の住民や労働者の協力を得て1950年1月に赤羽診療所（東京都北区）を開設し、所長をしながら同年開設された八王子共立診療所の診療の応援を続ける。「診療所といっても、小さい民家を改造した程度のもので、「国立王子病院の仲間や地域の人々の支援がありました、ほとんど無一文でつくられたもので、医療器具などほとんどありませんでした」³⁵という。須田は、パージされた医師や看護婦の生活のことを考え、地域住民の医療要求に沿った民主的診療所の設立を主張、自らその実践の先頭に立ったのである。このような診療所は全国に拡大し、1953年6月、全日本民主医療機関連合会（全日本民医連）の結成となるが、須田は懇願されて会長に就く。以下は、須田の会長就任挨拶である。全日本民医連の発展方向を示唆たものと思われる。

「病める患部を、その患者、患者の生活を全体として診ること、医師、看護婦、事務、診療所全体の力が、患者とその家族、否、もっと多くの同じように生活とたたかっている人たちと力を合わせ、その合作した力で一人の患者を治療し、健康と健康が支えられる生活を守ろうとしているのです。大衆の中から生まれ出て大衆の中で育ち、発展してきた私達、全国の民主的病院、診療所のあり方は、こういうものだと思います」³⁶

須田は、医師として働きながら、全日本民医連の会長職を結成から16年間も務め、その在職中の1969年4月22日57歳の若さで永眠した。20余年にわたる結核医としてのレントゲン線被曝による「再生不良性貧血」（白血病）であった。

2) 中野療養所従組、全医従、全医協、全医労の結成へ

中野療養所は、戦前の東京市療養所（大正9年、貧困の結核患者の治療・入院のために設立）であり、敗戦の数年前に日本医療団に移譲されたのち、1947年4月1日に厚生省に移管され国立中野療養所となった。本論文第1章に示したように、1931（昭和6）年、左翼の労働組合であった全協と関係した争議があったことが記録されている。戦後の早い時期に、中野療養所で労働組合が結成され全国的な医療労働組合結集の中心となったのには、中野療養所が全国の結核医療の“メッカ”的な位置にあったことや、須田の存在が大きい。須田は、1945年10月、日本医療団中野療養所に復員するや労働組合の結成に動き、1945年12月、日本医療団中野療養所従業員組合（以下、中野療養所従組）を結成する。そして、全国の医療団施設に呼びかけて、翌46年3月、全医従（全日本医療団従業員組合）を結成し³⁷、後藤励蔵を委員長に、自らは書記長に就く。さらに、同年4月には全医従が

³⁵ 須田若枝（2002）『春の麦』須田民雄（私家本）、360頁。須田若枝は須田の妻で、民雄は須田の長男。

³⁶ 当時の全日本民医連（全日本民主医療機関連合会）機関誌『全国民医連』第1号1953年。

³⁷ 全国組織である全医従の結成について、須田朱八郎は、「簡単だよ。鯰（なまず；厚生省次官）との交渉経過を書いて全国の院所に配り、全国組織をつくろうと呼びかければいいよ。…医療団の職員だってこ

中心となり、わが国最初の医療産別組織である全医協（全国医療従業員組合協議会）を結成する。ここでも後藤励蔵を委員長に、須田は書記長に就いている。委員長と書記長を中野療養所従組が担当し、副委員長には宮本忍（国立東京病院）、池内達郎（日赤病院従組）、岡田久（結核予防会従組）等、戦後の医療労働運動をリードする医師が顔を並べている。多くが戦前の社会運動の経験を持つ医師達であった。

この全医協は、医療労働組合の戦後最初の産別組織ではあったが、実態は須田が率いる全医従が事務所と財政を担っていた。全医協と全医従の書記を兼任し、後の医療産別運動の中心となる宇田川次保の賃金も全医従から出ていたという³⁸。さらに、須田は、この全医協を率いて同年8月、ナショナルセンターである産別会議（21単産、163万人）結成に参加し、全医協副委員長の池内達郎を役員（幹事）に送っている。前年12月に中野療養所従組を結成してからわずか8ヵ月であった。一方、医療団では、3月の全医従結成に先立つ46年1月、総連合（日本医療団職員組合総連合、1,200人）が院長はじめ管理職を中心に「反共」色の強い組合として結成され、総同盟に加盟している。

第5項 国立病院、国立療養所での労働組合の結成

1) 「全療」と「国病」の結成

戦後、旧陸・海軍病院（119ヵ所）は主として国（厚生省の外局として医務局を設けて所管とする）に移管され国立病院となり、また、傷痍軍人療養所（51ヵ所）も主に国に移管され、国立療養所となった³⁹。

国立療養所では、新潟療養所職組が全国の国立療養所51ヵ所に組合結成を呼びかけ、1946年8月11日、「全療」（全日本国立療養所職員組合、10組合、約3,000人）が結成された⁴⁰。要求は、①団体交渉権の確認、②組合としての国立療養所の運営への参加、③互助会の民主化、④待遇改善、⑤結核対策（無料収容、国費負担など）、⑥厚生省医務局の民主化、などであった⁴¹。「全療」は、全医協と全官労（全国官庁職員労働組合協議会、1946年9月26日結成）の双方に加盟した。1947年の「2・1闘争」では、どちらに結集して闘うかで意見が分かれ、「両方の協議会の一員として各協議会の発展のために活動することは勿論である」としながらも、「あくまで全官労でゆくべきだ」と決定し、「その後殆ど全官労一本の戦線で動いてきた」⁴²。

国立病院では、1946（昭和21）年11月21日、東京第一病院（清瀬市）と国府台病院（千葉県松戸市）の両労組の呼びかけで東京近郊15組合による国立病院職員組合促進委員会が結成され、同年12月14日に東京第一病院の講堂で「国病」（国立病院労働組合）の結

のインフレで組合をつくりたくてウズウズしている、と真面目な顔をして言い切った」と、後藤励蔵（初代委員長）は回想している。〔藤励蔵(1984)『人民は大地であった』p.95〕

³⁸ 宇田川次保の証言（2013年10月12日、筆者聞き取り）。

³⁹ 旧軍人・復員軍人・軍属を優先扱いは許されないと占領軍の指令によって行われた。しかし、医務局では受け入れ態勢が整わず、将来方針や構想も不明確なまま、運営経験もなく混乱が続いた。賃金の遅配、食糧費や医薬品の予算の滞りなどで、軍関係から引き継いだ医薬品、食料でかろうじて運営していた。〔『全医労三十年の歩み』p.7〕。

⁴⁰ 堀江信二郎『全療三年間の懐古』（1948年11月15日）では、「吾々のこの単一（労組）は、…東京療養所本館二階会議室に於いて誕生した。東京療養所職員組合が発起となり…」と記されている。

⁴¹ 『全医労三十年のあゆみ』pp.7-8。

⁴² 前掲、堀江信二郎『全療三年間の懐古』p.13（本冊子は、「全療」の解散大会で配布された）。

成大会が開かれた。全国 64 支部、組合員 10,396 人という、医療労働組合の全国的な単一労組としては過去最大の組織であった。組合費は一人 1 ヶ月 1 円であり、要求は、①団体協約案、②生活費に基く最低賃金、越年資金最低 10,000 円、家族手当増額、③団交権、協約権の確立、④国立病院廃止反対、⑤病院の民主化と民間への開放、⑥医療内容の向上、などとされた。医療産別（全医協）と総同盟には加盟せず、全官公労加入を志向した。

2) 全医労の結成－「全療」と「国病」の統一

1948 年 11 月の全医労（全日本国立医療労働組合、2 万 8,000 人）の結成は、その後の医療労働運動、とりわけ医療における産業別の労働組合の結成、運営に組織的にも財政的にも大きな影響を与えることになる。

「全療」と「国病」が結成され、さらに、医療団が国に移管されるに及び、医療団における労組の全医従と総連合が「全療」に加入することによって、国立病院と療養所の労働組合を一本化することが次の組織課題となった。その論議は、すでに両組織結成当初から行われている。「国病」では、結成大会での「主要議案」で「全療、医療団、国病」戦線統一に関する件」が掲げられ、47 年 3 月 18 日の第 1 回拡大闘争委員会（構成員 41 名）でも「全療との合同の件」が主要議案となっている⁴³。同じ国の職員としての労働条件や協約問題が根底にあった。さらに、この年、日本医療団を解体しこれを国（厚生省）に移管する方向が鮮明になってきた。しかし、医療団には加入するナショナルセンターを異にする左右の 2 つの組合があった。それも、管理職と一般職員に分かれていた。これに対して、「全療」の委員長であった堀江は、以下のように記している⁴⁴。

「移管することが分かった時から、合同は当然の問題⁴⁵だったのだが、…相当の紆余曲折はあった。先ず、全医従側から…全国立を一本にしようという意見が出た。而してそれは賛成されなかった。（問題は、）医療団の組合が…単に 2 つあるだけではなく、産別（会議と）総同盟に各々加盟したうえでの二つであるだけに容易ならぬものと予想していたのである。…全療としては、包含して融和せしめ得る自信をもって累々自らの運動と経過について説明に努めた。…（そして、）双方の指導者も合同するために努力された。それによって（昭和）23 年 1 月の総連合の加入をもって完全に合同し得たのである。…合同に際しては慎重であったが、決してセク特的ではなかったと思う。」

また、全医労結成 15 周年を記念した委員長経験者の座談会の記録⁴⁶には以下のように記されている。

司会 統一には反対意見もありましたか。

⁴³ 国病「国立病院職員組合の歴史」（小冊子）。内容からして、1947 年夏ごろ作成されたものと思われる。未定稿。

⁴⁴ 堀江信二郎『全療三年間の懐古』pp. 21-22、未定稿。

⁴⁵ 組織統一への動きの背後には、経営主体が一つになったことと同時に、医療機関の再編成と連動した国家公務員の「定員法」による「首切り・合理化」、国立病院の「特別会計制」、新たな労働協約締結問題など、労使関係での大きな課題があった。

⁴⁶ 全医労に統一される前後の動向について、当時の岩崎清作（国病、後の全医労委員長、1957 年結成の日本医労協初代議長）、堀江信二郎（全療委員長、全医労初代委員長）、井上五郎（全療副委員長、後の全医労委員長）の 3 人の座談会（1968 年 11 月 20 日）の記録。記録原稿は未定稿。〔全医労本部所蔵〕

井上五郎 ある。ある。僕なんか反対だった…。一番“癌”になったのは「全療は共産党員が多い」ということでしたね。これをどう抑えるか（笑）が問題でね…。

堀江信二郎 「国病」と「全療」の統一の動きの中で、特に統一のために努力したのが医療団の諸君だった。国立病院、療養所は戦争中陸海軍病院だったために職員にもそういう空気が残っていた。けれども、日本医療団は半官半民組織だったから比較的民主的な機運が強かった。

堀江信二郎 「全療」の須田さんが一番熱心だったですね。共産党員だし、“統一”のためには努力しなければならないということもあって⁴⁷、非常に努力した。「国病」には（熱心な人が）少なかったですね。「下から闘う中での統一」などと言っても否応なしに先頭に立つ活動家がやらねばならんですな。私は…須田書記長と何回も「国病」に行って、毎回いや気がして帰ってきた。「もう統一はだめだ」なんて考えたこともずいぶんあったよ。「国病」は佐伯さんがやっていたね。…須田君の影響⁴⁸も力があつたな…。

井上五郎 「国病」は、「同じ公務員だし統一しなきゃならん」と思っていたようですがね、確かに肌合いが違っていましたよ。「全療」には（半官半民の経験のある）全医従も（合流して）入っていたし、戦前の社会主義運動の（関係者）がいたけれども、（国立病院は）元々軍病院でしょう。だから（「国病」には）軍隊組織の人が多くて（笑）。

堀江信二郎 そうだな。

岩崎清作 たしかに「国病」の印象は軍隊組織でした。本部には肥田（舜太郎）さん、小野木（貞久）さんなどいてね⁴⁹。“統一”といえ、政令 201 号が出たことが直接の影響と思います。私は、北海道の地方協（協議会）にいて、統一の方向はわかっていたつもりであったが、肌合いの違いや、産統一をどうするかなど問題はいろいろあったが、今考えれば、経済主義的な問題が統一を阻んでいたと思います。が、結局、政令 201 号が出て、「こりゃあ、ますます大きく固まらなくちゃあ」ということになったわけです。

須田が統一をリードしたことは、当時、「国病」の副委員長（専従）であり、須田の友人であった肥田舜太郎（医師）の以下の証言（要旨）⁵⁰がある。

須田さんとは、私が戦時中の日本医療団中野療養所に研修に行ったことで知り合った。結核菌の染色のしかたを教えてくれた。戦後、広島国立柳井病院で組合を結成するとき、須田さんに労働組合のことを教えてもらった。しばらくして、私は、「国病」の専従役員として東京に出てきた。そのころ、日本医療団の県などへの引き渡しに際して、全医従の後藤励蔵委員長が、いろいろと要求して施設の前に座り込んでいた。「国病」もこれを支援し、私が激励に行った。

その時、後藤さんは、「ちょうどいいところへ来た。もうすぐ須田君が来る」といった。後藤さんは、その時、「全療と国病を合併しろ」と言って二人を握手させた。組合の合併が一番難しかったのは新しい委員長をどちらの組合から出すかということであった。須田さんは、気心の

⁴⁷ 「統一戦線」は、須田自身の思想である。先に紹介した全日本民医連会長就任挨拶や、戦後の医療労働組合の組織統一に尽くしてき彼の実績、労働組合運動に対する彼の発言をみれば明らかである。

⁴⁸ 当時の医療労働組合の指導層であった医師達との組織を越えた、また、政黨員間のつながりなどもあったものと思われる。

⁴⁹ 二人とも軍医（将校）であった。

⁵⁰ 埼玉県さいたま市の肥田舜太郎氏の自宅にて筆者聞き取り（2013年9月22日）。

通った自分と同じ組織（「全療」）の委員長（堀江信二郎）を統一した全医労の委員長にしたいと思っていた。やりやすいからね。私は、「国病」の小野木委員長にあきらめてもらう方法を考えた。もともと小野木さんも軍人だから、上の方で決めれば話は決まると思った。そこで、私が彼より上官であったことを利用して、国立病院の元軍関係者の者たちが集まる場で人事を確認した。小野木さんは、確か社会党系であったと思う。こうして、「全療」の堀江さんが統一された全医労の委員長となり、「全療」の須田さんと「国病」の私の二人が副委員長になった。

全医労の結成大会（1948年）では、須田が開会の挨拶をし、結成に至る「経過報告」（準備委員会報告）を行っている。そればかりではない。結成大会決定の「運動方針」では、「全官労」と「医療民主化全国会議」⁵¹への加入を決め、「運動方針」で、「新しい全医協（医療労働者の産別組織）を結成し医療戦線の統一をはかる」ことを決定している。そして、全医労結成大会を伝える機関紙の題字の横には「大医療産別結成促進」と記されている⁵²。こうして、国立病院・診療所で働く27,208人の単一組織が確立したのである⁵³。

第6項 全日赤（全日本赤十字従業員組合）の結成

2回の準備会を経た1946年3月1日、3労組（日赤中央、京都第2、名古屋）連名で、日赤の民主化、職員の処遇改善などの要求討議と全日赤結成などを話し合うために「全国赤十字病院及び赤十字支部の組合の代表者会議（3月9～10日、東京）」が呼び掛けられる。そして、代表者会議の翌11日、全日本赤十字従業員組合（全日赤）が結成される。10単組が合同した「単一組織」とされたが、実態は各地の日赤にある従業員組合の連合体（企業連）に近かった⁵⁴。同月結成の全医従と共に戦後最初の全国規模の医療労働組合であった。全日赤の組織は、その後、47年に13単組、48年には17単組に拡大した。

全日赤は結成翌日の12日、大会で決定した17項目の要求書を本社に提出する。本社（中川望副社長）は、その内14項目を即時承認した。しかし、他の要求についての交渉は進展せず、全日赤は、1月22日午後2時、非番の医師を中心に約100名が中央病院（渋谷区広尾）から日赤本社（浜松町）に向けてデモ行進したが、話し合いは前進しなかった⁵⁵。

日赤本社は、全日赤に対抗して3月27～28日に全国院長会議を招集し、①組合を分裂せしめること、②御用組合を作ること、③全日赤に参加せしめざることを意思統一してさまざまな分裂策に出る。看護学生を使って「組合4幹部（4役）は退職すべし」という宣伝を策動したり、組合大会を妨害し流会にさせたりした。このような攻撃で、京都第2日赤では組合員の半数が組合を脱退する事態となるなど、全日赤は波乱の出発となった⁵⁶。

⁵¹ 医療民主化全国会議（1948年10月24日結成）は、「医療及び保険に関係ある民主団体を拡大強化し、あらゆる民主団体と協力して人民の健康を守る運動を推進する事」（規約）を目的に結成された。労組、患者団体、新日本医師連盟、医学生団体、関西医療民主化同盟など、約50団体（結成大会出席名簿より一全医労所蔵）が結集した。

⁵² 当時、このようなことを考え実行できるのは、おそらく須田朱八郎しかいなかったであろう。

⁵³ 結成大会の記録より。『全医労三十年のあゆみ』や、機関紙「全医療新聞」（1948年12月4日）、大会議案、大会報告書などより。

⁵⁴ 全日赤は、後の1949年12月の全国大会で「規約改正」を行い、翌年1月から連合体組織となる。

⁵⁵ 『読売報知』、1946年1月23日。

⁵⁶ 『全日赤の誕生』pp.10-14より。

なお、全日赤の組織運営の弱点については、初代委員長の池内達郎氏が後に、「私のやっていたころは下からの話し合いを十分やらず、解決すべき問題が緊急で多すぎたせいもあるが、上からの引き回しが多かったと思う。それから、組織の中心が主に医者だったので労働者的要素に欠けていた」⁵⁷と述べている。

第7項 全医協（全日本医療従業員組合協議会）と産別会議

これまで、全医協の結成時の状況がほとんど明らかになっていなかった。ここでは、新たな資料などによって、その概要と、産別会議における活動の一端を述べておきたい。

1) 全医協結成の概要

1946年3月、日本医療団に全医従が結成されたが、早くも同年4月1日には医療の産業別組織である全日本医療従業員組合協議会（全医協）が結成された。結成時の全医協傘下の組合員数は7,828人であった⁵⁸。リードしたのは、全医従の書記長であった須田朱八郎である⁵⁹。もちろん、その背景には、日本新聞通信放送労働組合の呼びかけで全日本産業別労働組合会議準備会（産別会議）の発起人会が2月20日に開催されるなど、産業別結集への動きが急速に展開されてきたことがある。全医協の結成大会でも新聞通信放送労働組合の代表が激励のあいさつを行っている。大会は、全医従が主になって準備し全医従の拠点である日本医療団中野療養所で開催された。「創立大会議事録」⁶⁰には、大会の状況が以下のように記録されている⁶¹。

(1) 総会への参加団体・個人

結成「総会」（大会）への「参加名簿」によれば、①医療団（中野、長野、福岡）②全日赤、③東京通信病院従組、④結核予防会従組、⑤北里研究所従組、⑥都立駒込病院従組、⑦三井厚生病院従業員組合、⑧神奈川医療従業員組合、⑨国立東京療養所職員組合準備会、⑩東京山楽病院従業員組合設立準備会、⑪慶応大学及び東京大学の附属病院従業員組合関係者、その他が記載されている。なお、農業会関係病院からの参加は、①北海道・旭川厚生病院、②岩手県・胆沢病院、盛岡病院、③長野県北信病院、④群馬県・下仁田病院、⑤宮城県農業会、⑥新潟県農業会技師、などとなっている。

(2) 経過報告

岡田久（結核予防会従組）が、結成までの経過報告を行い、「1月中旬より有志（医療団中野療養所従組、日赤中央従組）で準備を始め、3回の準備会をもち結成準備に入った。…反動なる者に対抗するため医療関係者の単一組織を目的とするが、すでに“縦”の組織もあり、単一組織にすすめるためには協議会を必要とする。」（要旨）と述べている。

(3) 医療運動

全医協が中心となって医療団体、患者、労組などの医療民主化全国会議をつくることなどを確認した。そして、大会で出された緊急動議で、当時流行を極めていた「天然痘、発疹チフスに対する対策」「引き上げ同胞者の救療」「困窮者の救療」を可決、委員会をつく

⁵⁷ 全日赤(1976)『いぶき』p. 34-35。

⁵⁸ 産別会議の「調査票」に、1946年12月頃記入された数値。

⁵⁹ 本章第3項において、その根拠は明白である。

⁶⁰ 原本は全医労本部書庫保管。

⁶¹ 討議内容については割愛する。

って運動することになる。委員会は、労働組合、学校、町会、隣組、及び医療関係団体に呼びかけ、「医療民主化、伝染病対策協議会」を結成する取り組みをおこなった。産業別組織としての全医協の最初の活動が、「医療を守る運動」であったことが注目される。

(4) 当面の組織方針

「総会」では、各地方に全医協の地方組織を確立することが確認された。また、上部団体加入問題について、いくつかの意見が出されるなかで、須田朱八郎が「我々は、当面の問題に向かうために第一に、日赤、医療団、国鉄の線に従って進む方針とする」⁶²とまとめている。

(5) 役員体制と事務所の設置

事務所は中野療養所内の全医従書記局内に設置され、機構として、常任実行委員会、実行委員会を置き、三役体制は以下のようにした。名称は、全医協（全国医療従業者組合協議会）となっているが、結集が容易な実行委員会としていることも注目される。

実行委員長 後藤励蔵（全医従・日本医療団中野療養所）
副実行委員長⁶³ 池内達郎（全日赤）、林喜彦（全療大阪千石荘支部）
寺沢正一（福岡清光園）、岡田久（結核予防会従組）
書記長 須田朱八郎（全医従）

(6) 全医協の事務局（書記局）

全医協結成1ヵ月後の1946年5月から全医協に勤務していた宇田川次保は、全医協書記局の状況と書記局で働いていた仲間について、以下のように述べている（要旨）。

書記長の須田は、医師として勤務しているため非専従であり、朝、後藤委員長と書記と打ち合わせをして、各々業務（主にオルグ）に散るというスタイルの毎日であった。書記には、宇田川の他に大塚しん子、飯岡敬、吉田節俊の三人がいた。大塚は、戦中の非合法活動の中で婦人の闘士としての教育を受けて鍛えられた人で、全医協の婦人部を確立するなどの有能なオルガナイザーであった。飯岡は、豪放な性格で、争議で日本刀を振り回す暴力団と渡り合ったこともあった。吉田節俊は、後年、新日本医師協会理事、治安維持法犠牲者国家賠償要求同盟東京副支部長として活躍した戦前からの活動家であった⁶⁴。

敗戦後まもないこの時期にどのようなルートでこれらの書記が選ばれたかは興味深いことではあるが、須田朱八郎、大塚しん子、吉田節俊、岡田久など、昭和初期の全協など左翼の活動家たちが、戦後の医療産業別組織の中核にいたことは注目される。

前述したように書記長の須田朱八郎は戦前の全協の筋金入りの活動家であり、副実行委員長の岡田久（東京・結核予防会従組、医師）も1932年共産主義青年同盟員として活動中に検挙され、放校処分となった昭和初期の活動家であった。戦前、医療社会化運動の中心にいた医師・宮本忍（全療東京療養所支部）も全医協の副委員長に就いている。

⁶² 意見が違う時点では加入する上部団体を決めず、先に共同した運動を行うなかで決めようとする考えにとれる。全医協は、1946年8月の産別会議結成時に加盟している。

⁶³ 「実行委員長」とあるように、ゆるやかな協議体であった。後に、「委員長」、「副委員長」というように役職名は変えられるが、その時点で新たに副委員長に宮本忍（全療、国立東京療養所）が加わっている。

⁶⁴ 宇田川次保『エピソードでつづる戦後医療労働運動史』pp. 15-17。

2) 産別会議・保健部設置と全医協

全医協は、組織としては弱々しいものであったが、わが国唯一の医療産業別組織として産別会議に加盟し、「2・1 闘争」に向かう。その準備過程で組織の拡大を図り結成時の2.4倍となる18,976人まで組合員を拡大する。その活動の詳細は割愛するが、ここでは、産別会議において全医協が果たした貴重な活動の一端を紹介したい。それは、須田朱八郎から産別会議事務局長・吉田資治宛（1947年8月16日付）に出された須田直筆の「要請文書」に見ることができる⁶⁵。【表2-2】

産別会議の臨時大会（1947年7月10-14日）で須田は、産別会議に保健部⁶⁶を設置することを提案、満場一致採択される。この要請文は、それから1ヵ月余経過して出されたものである。この一通の要請文の意味するところは何か。

【表2-2】産別会議への須田朱八郎の要請文書 [原文通り。但し、()は筆者による補強修正]

産別会議事務局長 吉田資治 殿

去る産別臨時大会に於いて、全医協は、産別保健部創設を提案し、大会の決議を得たのでありますが、その後 我々の微力のため、大会の決議が延々として実行に移されていないのであります。本日の全医協執行部会は、此の問題に関する我々の従来の無活動を自己批判すると共に、産別幹事会並びに執行委員会に対して左の如く提案し 即時実行に移されん事を要望致します。

産別執行委員会は 其の決議に基づき、

一、各単産より保健部員一名を推薦せしめること、
全医協より左の四名を保健部員に決定しています。
鈴木（邦夫）＜結核予防会＞ 吉田（秀夫）＜全国農業会病院＞
須田（朱八郎）＜国立中野療養所＞ 未定＜国立療養所＞

二、保健部書記一名（有給）を採用すること。
全医協執行部会としては、全医協書記 宇田川次保君を推薦します。

三、保健部員を決定次第、第一回保健部会を徴収〔召集〕する事、第一回保健部会に於いて部員決定、活動方針を協議したいと思います。

（中略）

「労戦」⁶⁷八月第二週号（で）土橋一吉氏が産別代表として健康保険診療報酬協議会に出席させることになったのを知りましたが、此処に保健部会を至急開催する必要があると思います。

一九四七年八月一六日
全医協執行部会、全医協書記長 須田朱八郎

第1は、この内容からして、要請文書は、通常、単産委員長から産別会議議長宛てで出されるものであるが、書記長から事務局長宛てになっていることである。そこには、「保健部創設」は大会決定であり、後は実務的に推進するもので、後戻りは認められないという須田の強い意志が示されていることである。第2に、全医協が保健部の運営に責任を持つために、専従書記と須田本人を含め4名もの部員を派遣するとしたことである。産別会議本部と各単産が、「これならやれる」と思うようなきわめて現実的な提案となっている。第

⁶⁵ 時勢を反映してか、陸軍の便箋を使用し、須田の直筆で書かれている。

⁶⁶ 名称は「保健部」であるが、年金問題なども扱っており、「社会保障対策部」的なものであろう。

⁶⁷ 産別会議機関紙『労働戦線』のこと。

3 は、保健部の委員を産別会議に加盟する全単産から出すという提案である。医療・社会保障問題が全労働者、全単産の課題であることを認識させ、この分野での「統一戦線」を推進しようという須田の意図が見えることである。医療・社会保障問題は制度を含め複雑であり、その対応には専門家の力が不可欠である。須田は、後に社会保障の専門家である吉田秀夫を全医協から産別会議の役員に派遣している⁶⁸。吉田秀夫は、後に、保健部の責任者に就任し、産別会議を代表して社会保障審議会の委員なども務め活躍する⁶⁹とともに、医療・社会保障運動に大きな貢献をすることになる。

3) 全医協の組織方針

1946年11月14日の全医協第2回全国大会議案書には「組織方針と戦線統一」とした1項がある。そこでは、「全医協は強力な単一労組へ発展しなければならない。産業別単一組合のみがよく医療労働者の生活を向上させ医療の危機に対して闘える組織であるからである…この時には、国鉄医協、全通医協は親組合のもとにあつて我々とは職能協議会として共同に闘いに参加するにいたるであろう」と、産業別労働組合（単一組織）の必要性和同時に、国鉄や全通など他の単産に組織されている医療労働者との組織関係、共闘関係の有り方についての現実的な考えを示している。また、「日赤、済生会、…等においては企業別の単一組合の完成をはからなければならない」とし、さらに、「開業医に勤務する看護婦の全市的な職能組合の結成も促進されなければならない」としており、「共同闘争を通じて医療労組の統一へ！ 単一医療労組の結成へ！ これが我々の合言葉とならなければならぬ」と強調している。このように、全医協にあつては、医療労働者の単一組織化が組織方針の基本になっていることがわかる。しかし、「単一化」への志向は、前述したように、各組織の発展段階をふまえたものであったことがわかる。

4) 全医協の後退

全医協は、医療労働者の産業別組織として結成され、傘下の組合員数も結成時(46年4月)の7,828人から、同年12月には18,976人(女性55%)と約2.4倍へと拡大したが、産業別組織としての強化には至らず、消滅への道を歩むことになる。おそらく、須田は「まずは情勢が求める形を作って、内実はそれから高めていけばよい」と考えたのであろうが、実際はそのように進まなかった。

全医協の組織は、日本医療団の全医従、全日赤、国立療養所の「全療」、東京の結核予防会従組などが中心であったが、全医従と労使関係にある日本医療団が国(厚生省)に移管されることとなり、1947年、全医従は同じ国立の「全療」と合体するために全医協を脱退する。そして、「全療」も48年11月「国病」と合同して全医労を結成することによって「全医協」を脱退する。

また、全日赤(1,200人)は、委員長であり全医協の幹部でもあった池内達郎の解雇事

⁶⁸ 産別会議は、役員条件を加盟労組の組合員としていた。宇田川次保は、「須田さんの指示で、吉田秀夫を東京の自由病院の組合員にして、全医協の役員にした。そして、全医協の役員として産別会議の役員に送り出した」と、証言している(2013年10月7日、筆者聞き取り)。

⁶⁹ 吉田秀夫は、社会保障制度審議会(大内兵衛委員長)の労働側委員として、「社会保障制度に関する勧告」(1950年)作業に活躍する。大内は、「(吉田君は)主張が貫徹するまで(議論を)やめないのである。そして、最後には、この主張は日本の労働者の全体の要求であると言うことを必ず忘れない。…吉田君は紳士的ではあるが、やはり階級のインタレスツを正しく代表する理論家である。」と述べている(吉田秀夫・近藤文二(1951)『社会保障勧告の成立と解説』社会保障調査会、5頁、序文)。

件や第2組合結成による組織力の低下などで、48年12月に全医協を脱退する。さらに、農協関係の従業員組合も労使関係のある農業会の解散（1948年8月）によって分散する。そればかりか、自治体病院は自治労へ、逓信病院は全逓（全逓信労働組合）へ、そして国鉄病関係も国労（国鉄労働組合）に、さらに国立大学病院関係も日教組大学部に統合・結集を強め、全医協に結集していた有力組合が次々と医療産別組織から離脱していった⁷⁰。

全医協自体としても「過去の大会に於いて中央委員会及び執行委員会の選出をみたけれども正式に各機関の運営は行われなかった」⁷¹り、貧弱な財政を強化することができなかった。そして、1948年5月以降は、わずか月13,000円～14,000円の収入となり、書記の給与、活動費、ニュース発行費、産別会議の会費納入などにも困窮するようになった。

このように、全医協は組織的にも財政的にも後退しつつ、東京を中心とした数千名の組合員となり細々と組織を保っていたが、中核となっていた結核予防会従組がレッド・パージで弾圧を受けるなかで産別組織としての実態を無くした。そして、1953年4月20日に都医協⁷²（東京地方医療労働組合協議会1,915人）が結成（再建）されるに及び、都医協が全医協を代行するような形となり、産別会議が解散する1958年2月15日まで産別会議の旗を守ることになる⁷³。

第8項 東京と新潟における産業別組織の結成

地方における医療労働組合の産業別組織は、この時期、東京、新潟にみることができる。以下、その概要である。

1) 全医協・東京地方協議会と、東京医協（東京地方医療労働組合協議会）の結成

1946年4月に結成された全医協は、各地方に全医協の地方組織を確立することを確認しているが、最初に組織されたのが全医協・東京地方協議会（1946年11月9日結成）である。都下に散在する医療関係の組合を1つに結集し、医療従業員の労働条件の改善と労働協約を結ぶことを当面の課題として、2回の準備会を経て結成された⁷⁴。そして、12月5日、東京逓信病院会議室で「東京地方医療従業員最低生活獲得共同闘争委員会」を結成し、12月15日の全国医療従事者婦人大会（東京、慈恵医大病院臨床講堂、500人参加）を開催し、大会で、①最低賃金制（手取り600円）の確立、②越年資金1,200円以上、家族手当300円支給、③諸待遇の改善、などを婦人部の統一要求⁷⁵として決定する。

全医協東京地方協議会は、全医協に結集しつつ「2・1闘争」に向かう。そして、全医協組織の後退と「2・1闘争」後の情勢のもとで、東京における新たな医療産別組織の結成を

⁷⁰ 『東京医労連30年のあゆみ』1983年、pp.29-30。

⁷¹ 1947年の全医協全国大会議案。

⁷² 略称の「都医協」の「都」は正式名称になく、やはり「全医協」に対する呼称と思われる。

⁷³ 産別会議は、全医協と金属が最後まで残ったが、1957年総評全金と産別金属の統一が決議されるに及び、1958年2月15日に解散する。

⁷⁴ 全医協東京支部協議会機関紙「支部協ニュース」第1号（1946年11月7日）。東京医協結成直前に出されたニュースで、「全医協東京支部」との名称で出されている「ニュース」はこの1号のみである。以降は、「全医協東京地方協議会」の名で発行されている。〔宇田川次保氏所蔵より〕

⁷⁵ 他の統一要求は、「衣服類の現物支給」「加配米1合即時至急」「三交替制、一週44時間、生理休暇3日、有給休暇20日以上、産前産後8週間」「看護婦徒弟制度の撤廃」「寄宿舎制度の自治化」などである。東京地方医療従業員最低生活獲得共同闘争委員会準備会「闘争ニュース」第1号（1946年12月）、および東京医協「地方協ニュース」第6号（1946年12月19日）より。〔宇田川次保氏所蔵より〕

めざすことになる。懇談会が重ねられ、1948年10月13日、東京逋信病院会議室で東京地方医療労働組合協議会（東京医協）結成大会が開かれた⁷⁶。この東京医協は、ゆるやかな協議会体であり、情報交換、共闘・支援などを中心に一年余り活動したが、地方の産業別組織として力をつける間もなくレッド・ページの弾圧のなかで流れ解散のようになっていく。1953年4月20日に結成された都医協（東京地方医療労働組合協議会）は、この東京医協の再建組織ということになる⁷⁷。

2) 県医協（新潟県医療関係従業員組合協議会）の結成

『新潟県医療労働運動史—白い軌跡』によれば、新潟では日本医療団従業員組合新潟支部が呼びかけ団体となり、国立新潟療養所、長岡赤十字病院、農業会の組合が加わって46年6月に県医協（新潟県医療関係従業員組合協議会）が結成されている。地方の産業別組織としては全国に先駆けた結成であり、中心となり事務局を引き受けたのは、中央の全医協と同じく医療団従業員組合であった。県医協は、さっそく県当局との交渉を始め、まず、病院の燃料不足をとりあげ、燃料配給を確約させる。

また、中央の全医協提唱の医療復興運動に呼応して、県医協の呼びかけで県医協と公立病院長会議が合同した新潟県医療復興会議を発足させた。役員体制は、会長に医療団中央病院長、副会長は双方から1名ずつ、事務局長は県医協の尾口平吉（日本医療団十日町病院従組）、幹事は院長会議から5名、県医協から7名とした。復興会議の主な課題は1点単価（診療報酬）問題であった。当時、国保は1点単価を県単位で決めることになっていたが、国保連合会と県医師会の意見が対立してまとまらなかった。復興会議では診療報酬決定について、①医療従業員の最低生活を保障する、②医療内容を向上させる、③前2項を満足させる範囲でもっとも低廉なこと、との3条件を決め、それに基づいて算定し、県と国保連に提案して、この年の単価大幅引き上げを実現した。

1947年6月には医療団の解散・県への移管問題が起こる。従業員組合は、医療団県支部、院長団、従業員組合の三者構成で医療団新潟県支部経営協議会をつくり、これを移管問題協議の場とするとともに、公的な医療機関・県立移管を求める県民世論を結集させた運動を強め、49年11月1日の新潟県立病院発足に際して、医療団病院従業員全員の一括県立移管、職員の賃金の現給移行を実現させた。

医療団の県立移管運動の中心となった尾口平吉は、後に、「県民の圧倒的世論の前に遂に移管は成功した。そこにはイデオロギーも、政界もなく、県民の医療をいかにするかという真実一路があるのみであった」⁷⁸と回想している。それは、医療労働組合として“住民とともに医療を守る”運動をやり切るなかで医療労働者の労働条件を守るという、医療労働組合運動発展の1つの方向を示したものでもあった。

医療団従業員組合は、1949年10月に新潟県立病院職員組合を結成し、1950年11月19日に新潟県庁職員組合と合併する⁷⁹。

⁷⁶ 結成大会の参加名簿には、約30の組合名と約50名の出席者の氏名が記載されている。しかし、正式に加盟した組織と傍聴者、後に加盟した組織などの判明が困難である。

⁷⁷ これまで、富岡の先行研究や東京医労連の『年史』でも東京での産業別組織の変遷が明確でなかったが、ここで、それを明らかにした。

⁷⁸ 『新潟県医療労働運動史—白い軌跡』前掲、p. 80。

⁷⁹ 同上、pp.50-80より。この合併した組合が、1968年の全国的な「増員・夜勤制限闘争」（本論第3章）の発火点となる後の自治労・新潟県職員労働組合（県職労医療部会）である。

第9項 全医労協（全国医療労働組合協議会）の結成準備と挫折

産別組織であった全医協は、国立病院と国立療養所の労働組合の統一（48年11月）によって、組織の中軸となっていた全医従と「全療」が去り、組織的にも財政的にも大きな後退を余儀なくされた。しかし、「国病」と「全療」の統一で結成された全医労（組合員27,208人）を基礎に、日赤、厚生連、自治体、都道府県の労組を含め約4万人を超える（全医協は最高時で組合員約1万8,000人）産業別組織を結成しようとの懇談会が発足する。この方向は、全医労の結成大会の方針でも「新しい全医協（医療労働者の産別組織）を結成し医療戦線の統一をはかる」ことが承認されていた⁸⁰。

「医療労組懇談会」が翌49年3月10日、4月14日、「結成準備会」が5月16日、6月13日、7月18日と開かれている。5月16日の懇談会への参加者は、全医労（組合員約29,000人）、全日赤（同、2,500名）、国鉄医協（同、8,000人）、全医協（同、4,000名）、全通医協であり、各複数の代表である。また、産別会議保健部員・宇田川次保、医療民主化全国会議役員2人、東京第一病院労組が傍聴している⁸¹。

7月の結成準備会では、「組織」「運動方針」「規約」「声明書」などの検討もされ、①名称を、「全日本医療労働組合協議会（略称：全医労協）」とすること、②運動目標を当面、「医療の防衛・復興」とすること、③組織の性格を協議体とし、各参加労組の自主性を認めること、④組織構成は都道府県医療労組協議体を主体とし、これに全国的組織をもつ単位医療労組を加えることとした⁸²。

しかし、結成の準備がほぼ整った1949年9月5日、その中心にあった須田朱八郎をはじめとする医療労働組合の幹部がレッド・ページを受ける。その数は中心組織であった全医労だけで幹部・活動家等127名に及んだ。この弾圧で全医労協の結成は流れ、わが国の医療労働運動は1957年に日本医労協（日本医療労働組合連絡協議会）が結成されるまで、産業別組織不在の時代となる。

1957年に結成された日本医労協の組織や方針は、1949年の全医労協結成準備会で議論された組織・運動方針に類似していた⁸³。日本医労協結成の中心になったのは、須田が統一に尽力した全医労であり、また、須田が産別会議に派遣し、1949年の全医労協結成準備会を傍聴していた宇田川次保等であった。須田が灯した火は消えていなかったのである。

第10項 レッド・ページと医療労働運動

1) 全医労や結核予防会従組などへの弾圧

全医労が結成された1948年11月の翌月、GHQは経済の安定と経済復興などへ「経済九原則」を指令し、翌49年3月にはこの実施をに向けて政府の支出を極度に抑えることなどを目的としたドッジ・ライン（超均衡財政）を指示する。これに沿って政府は、医療機関で最も統制の容易な国立病院に対して病院収支の均衡を指向させ、人減らし「合理化」を推進するための国立病院特別会計法（案）を国会に提出した。全医労は、住民との共闘組織をつくり、約50万の反対署名を国会に提出するが、5月、僅か6票差で法案は可決され

⁸⁰ 『全医労三十年の歩み』、p. 19。

⁸¹ 全日本医療労働組合協議会結成準備会報告書。〔全医労本部所蔵〕

⁸² 同上。

⁸³ 本章3節参照のこと。

る。そして政府は、同法をさらに国立療養所へ拡大しようとしていた。

これに対して、全医労は49年5月に第2回全国大会を開催し秋からの闘いの強化を決める。しかし、9月1日、闘争委員会委員長にあった須田朱八郎をはじめ、渡辺利夫副委員長、肥田舜太郎中闘委員等127名（一次）が人員整理を装った「解雇通告」（実質レッド・ページ）を受ける。9月28日の「解雇通告」46名（二次）と合わせて全医労は173名の中心的な活動家を失い、また、約800名の「依願免職」や「希望退職」の形による“解雇”など、約1,000人の組合員を失う。

さらに、解散する組織は90支部に及び、残った支部でも役員の引き受け手がなくなり、組織は形骸化し、組合員数は結成時の27,208人から15,899人に激減する⁸⁴。結成わずか1年足らずの全医労は大きな危機に遭遇する。

全医協や東京医協の主力組合であった結核予防会従業員組合でも43人がページされた。労組は、経営側と、また、GHQ本部と何度も交渉を重ね⁸⁵、「共産党員ではない」とした5人の解雇撤回・職場復帰を勝ちとる。その後、残された37人で裁判闘争に入ったが、1951年4月、「和解勧告」を受け入れ解決金（退職金）を得て收拾する。レッド・ページによって、医療労働組合の組織と運動は全体的に大きな打撃を受ける⁸⁶。

レッド・ページの攻撃に抗することがきわめて困難なかで、長野県の佐久総合病院（長野県厚生連）では、レッド・ページの攻撃をはね返すという貴重な闘いを残した。レッド・ページの該当者が多くいると見られていた佐久病院では、「連日、ジャーナリズムが、われわれの動向を注目して報道し、一部には動揺が起こった。…ただちに反対署名運動をはじめた。町村自治体、農協諸団体の代表者は殆どもれなく、われわれに支持を与え、1日、2日と署名簿は積み重なり、7日間で4万5,000に達する署名が集められた」⁸⁷。患者会も「追放反対」を決議するに至り、「新しい厚生連の塩川藤一会長は、佐久病院に対する地域住民の強い支援を目の当たりにして、ページ強行を断念した」⁸⁸。佐久総合病院では、医師と職員らが献身的な農村医療を通して日頃から住民と強く結びついた。患者会も反対決議を行い、労使も共闘して住民とともにレッド・ページの攻撃をはね返したのである⁸⁹。

2) 戦後早い時期の医療労働運動をリードした医師たちの排除

戦後の医療労働運動をリードしてきた須田朱八郎はこのレッド・ページに対してどう考え、どう動いたのか。全医労は、レッド・ページへの対応と組織の立て直しをめざして1949

⁸⁴ 『全医労三十年の歩み』p. 24。

⁸⁵ その経過と、意義については、三宅明正『レッド・ページとは何か』大月書店 pp. 62~74 参照のこと。

⁸⁶ 当時の幹部たちは「朝に一城、夕べに一城、将棋倒し的に支部が解散した」と嘆いたが、くい止めることができなかったという一（『全医労三十年の歩み』pp. 25-26）。また、「北海道では14支部中残ったのは3支部であり、執行部8名も最後には議長である私一人となり、組織としての機能も果たせないところまで落ち込んだ。」（『北海道地方協議会三十年の歩み』1979年、p. 50、後の全医労委員長、岩崎清作の談）。

⁸⁷ 飯島貞次『佐久病院従業員組合の歴史（その1）』機関誌『佐久病院』第1号、1950年、pp. 15-16。

⁸⁸ 同上、pp. 15-16。また、佐久病院史作成委員会（1999）『佐久病院史』p. 47。

⁸⁹ 佐久総合病院従組の初代組合長であり、後に従組の推薦で院長となった若月俊一は、戦前の自己（学生時代）の活動を振り返り、「あの階級闘争の失敗はどこにあったのか」、「一般民衆と結びついて運動していなかったところに根本的な欠陥があった」。「結びついていない者には敵はなんだってできる」。「しかし、もし、民衆とむすびついていれば、そう簡単にはいかない」。「政治宣伝だけではだめです。広く民衆の生活と仕事の中で…。私はそこで医学も大切でないかと思直しました」。「民衆との共感の中に仕事をすすめていくことです」と述べている。〔若月俊一（1969）「暗い谷間での挫折と臨床研究」医学史研究会川上武編『医療社会化の道標』勁草書房 pp. 306〕。

年 11 月 17～19 日に第 3 回臨時大会を開催する。大会議論の最大の焦点は、全医労を「法内組合」（パージされた人たちを役員からおろし、人事院に職員団体として登録すること）とするか、「法外組合」（交渉団体として認められない）になるかという選択であった。大会での議論で須田は、「私は、組合員多数が“法内”を望んでいるのは知っているから、無用な混乱を起こしたくない、ただ、これは人事院でさえも政府に抵抗した問題であり、たとえ“法内”になるにしても組合の自主性を技術的な面で確保したい」⁹⁰との発言をしている。議論は白熱し、採決の前に、「行政整理の犠牲者の意見を聞きたい」という代議員の意見が採択された。発言に立った「須田さんは拳で涙をぬぐいながら『全医労は一步後退しても、必ずたたかう全医労として組織を再建してほしい』と訴えた」⁹¹という。

午後 8 時 5 分、賛成 161 対反対 0、保留 6 で採決された。全医労は、「組織を守るために」「涙をのんで法内組合、つまりパージされた人々を役員から外し、人事院に登録することを決定」したのである⁹²。前述（本章 1 節第 4 項）したように、須田は戦前、治安維持法によって静岡高校を放校になるとともに、労働組合運動でも投獄された。そして、いままた、日・米の国家権力によって職場を追放されたばかりか、その策謀によって、自ら築いてきた全医労からも去らなくてはならなくなったのである。

レッド・パージは、その言葉の通り、「共産党員の排除」であるが、敗戦後早い時期から医療労働運動をリードした須田朱八郎、肥田舜太郎、岡田久、後藤励蔵、佐藤俊二など、左翼の医師たちの医療労働運動からの強権による排除でもあった。医療労働運動はレッド・パージによって貴重な運動の経験を持つ人材を無くしたのである。

第 2 節 第 2 期—産業別組織の空白期—1950～1957 年

産別会議の後退と並行して 1950 年 7 月 11 日、日本労働組合総評議会（総評、33 単産、559 万人）が結成される。戦後医療労働組合の第 2 期（1950～1957 年）は、レッド・パージによって産業別組織であった全医協が実質的に崩壊するとともに、多くの組合が解散や減少、“寝たきり”になっていった時期である。

しかし、1950 年中頃からの労働運動の高揚とともに、医療労働組合もレッド・パージの弾圧から立ち上がり、組織と運動を回復していく時期でもある。全医労や全日赤は総評に直接加盟し、地方組織は各単組が総評の地方組織である県評や地評に加盟し、共闘や共同行動に加わるとともに、医療「合理化」と闘っていく。その意味では、この時期を産業別組織（日本医労協、1957 年結成）への再建・準備期とみることもできる。

富岡による先行研究では、日本労医協結成（1957 年）の過程が十分明らかにされてい

⁹⁰ 全医労機関紙『全医療新聞』1949 年 11 月 25 日、第 127 号。

⁹¹ 岩崎清作「須田さんの思い出」全医労機関紙『全医労新聞』第 1013 号 1969 年 5 月 5 日。全医労第 3 回臨時大会（1949 年）から 20 年後の須田の死去に際して、当時、日本医労協議長（全医労委員長）であった岩崎清作が投稿した記事。1969 年 5 月 2 日の須田の葬儀での岩崎清作の弔辞もほぼ同様の内容である（全日本民医連機関紙『民医連新聞』166 号、1969 年 5 月 11 日）。岩崎の胸には、20 年前の第 3 回臨時大会での朱八郎の言葉が強く残っていたのであろう。須田は、全日本民医連の結成から 16 年間会長として、また岩崎も日本医労協結成後 17 年間議長を務め、それぞれの組織の基礎を築き、共に在職中の 57 歳で亡くなっている。

⁹² 全医労機関紙『全医療新聞』1949 年 11 月 25 日、第 127 号。

い。1959年、準備された産業別組織・全医労協の結成（1949年）はレッド・ページの影響で流されたが、それから8年後に日本労医協が結成されるまでの過程を、この期の代表的な闘いと、新たな医療労働組合の結成を通して、以下明らかにしたい。

第1項 レッド・ページ克服の契機

1) 「看護婦法」改正運動

レッド・ページの影響で、組合員が4割強も激減した全医労が、「そのどん底からはい上がっていったのは看護婦法改正運動であった」⁹³。1948年、GHQの看護政策に沿って、「保健婦・助産婦・看護婦法」（「保助看護法」）が制定された。そこでは、看護婦が国家試験による「甲種看護婦」と都道府県試験による「乙種看護婦」に分けられた⁹⁴。それは、「治療」と「看護」を分離させ、従来、医師の従属下にあった日本の看護婦の地位を引き上げ、アメリカのように自立した看護婦への養成教育を強めようとする意図をもっていた。

しかし、2つの大きな問題があった。第1は、これまでの約15万人の看護婦が国家試験を受けなければならないこと、第2は、看護婦の甲、乙への二分化である。50年10月の第1回国家試験をひかえ、全医労や、職能団体などによる看護婦法改正運動が国会に向けて行われた。全医労や看護婦たちの要求は、「一定の経験年数があり、厚生省の補習教育を終えた者に甲種看護婦の免許を与えよ」「甲乙2種に区別せず、“看護婦”一本にせよ」⁹⁵というものであった。問題が、法改正という目前の政治課題となっていたことから、当初から労働組合はもちろん全国の看護婦達の目は国会に向けられた。

この時期、この運動を仕組み、リードしたのは全医労であった。全医労本部は、闘争方針を確立するとともに学習用パンフを作成、地方へオルグを派遣、国会請願署名を呼びかけた。また、医師会や他の医療関係労組、さらに、運動を支持する衆参厚生委員会の委員⁹⁶や日教組とともに「看護婦法改正研究会」を組織し、国会対策の拠点とした。請願署名は、1950年10月5日現在7万6,329を集約している⁹⁷。このようななかで、総評は、医療労働者を組織する傘下の国労、日教組、都職などに対して闘争と共闘をリードした⁹⁸。

運動の結果、当初の案は「甲種看護婦、乙種看護婦の区別を無くし、これを看護婦と准看護婦する」とし、さらに、旧看護婦規則で看護婦の免許を受けた者は、法改正後でも「看護婦の名称を用いて従来通りの業をなすことができる」⁹⁹と修正された。これによって、旧制度における看護婦が、再度国家試験を受けなくとも新制度における看護婦に移行でき

⁹³ 『全医労三十年史』p.28。

⁹⁴ それまで、戦前の国民医療法に基づいて、「看護婦規則」（大正四年内務省令）、「産婆規則」「保健婦規則」とした個々の勅令であったが、1948年GHQのオルト少佐が中心となり「保・助・看護法」に統一、看護婦を「甲種」と「乙種」に分けた。「甲種看護婦」は高卒後3年制の看護学校を卒業して国家試験を経て看護婦になった者で、「乙種看護婦」は中卒後2年制の看護学校を卒業して都道府県知事の免許を受けて看護婦になった者とした。両者とも、「療養上の世話または診療の補助をなす事を業とする女子」とされた。詳しくは、平岡敬子（1999）「占領期における看護制度改革の成果と限界」を参照されたい。

⁹⁵ 全医労『看護婦法の改正はこんな影響がある』（パンフレット、1950年8月15日、p.16）。

⁹⁶ 堤つる子、福田正子、松谷天光、川崎なつ、山崎道子、という当時の社会党の著名な女性議員や、井上なつえ（無所属、看護協会会長）等がメンバーであった。

⁹⁷ 「全医労ニュース」No.10、1950年10月5日。

⁹⁸ 同上。

⁹⁹ 「保健婦、助産婦、看護婦法の一部を改正する法律案要綱（案）」1951年3月。

ることになった。しかし、当初の「甲種」、「乙種」への分離は無くなったものの、それに代わって「看護婦」の他に「准看護婦」が導入されることになった。このように、「看護制度の一本化」の要求は、それ以降も医師会などの反対で現在まで実現できていない¹⁰⁰。

「准看制度」という大きな課題を残した運動ではあったが、この運動が全医労の組織再生への契機になるとともに、以下の様な運動的な教訓を残した。第1は、医療従事者の中の最大勢力である看護婦自らが運動することによる大きなエネルギーを示したこと、第2は、職能団体である日本産婆看護婦保健婦協会（1951年6月に日本看護協会に名称変更）が、まず請願署名約4万筆を関係当局へ提出し¹⁰¹、後に労働組合等と共に「看護婦法改正研究会」をつくり、これを国会対策の場としていること。すなわち、職能団体、労働組合、政党による共同行動（共闘）が行われていること、第3は、全医労が産業別に結集した運動を組織しようし、一定の拡大を示すのではあるが、より大きな産業別の運動に発展させるという点では限界を示したこと、などである。

2) 国立病院移譲反対闘争

1951年3月に「看護婦法」の運動が収束するやいなや、同年6月には国立病院・療養所における1,500余名の人員整理とともに、国立病院60カ所の地方移譲問題が表面化する¹⁰²。

政府は国立病院99カ所の約3分の2に当たる60病院を地方に譲渡する法案を国会に提出した。全医労は、レッド・パージで組織が大きく減少するなか一丸となった闘争を仕組むことができなかったが、組合員一人40円の資金カンパで8名の拡大中執（専従4ヵ月）の賃金等を確保、15の拠点を設置して力を集中した闘いに入った。また、医療対策専門委員会（17名）を設置して「医療白書」を作成した。さらに、反対署名によって友誼団体や地元住民の支持を得るところから運動に入った。翌52年1月には各地の議会で「反対決議」が上がりはじめた。地元住民による国会議員への働きかけも行われ、地方新聞でも大きく報道されるようになる。15府県が「反対決議」を行い、請願は140件、署名数は150万（国会提出20万）という、全医労結成以来の大きな運動になった。法案は参議院では可決できず、衆議院に戻され可決されたが、3票差であった。

国は、反対運動が強まるなか、当初計画した60施設を1952年度10施設、53年度10施設、結核病床への転換16施設と計画を縮小するが、全医労は、さらに各地で共闘を強め、52年度の移譲を秋田病院のみとさせ、最終的に10カ所の移譲で止めた。この闘いで、全医労は、各地の総評傘下の労働組合との共闘をすすめ、第7回定期大会（1953年5月）で総評加盟を決定する。また、看護婦の労働時間が週48時間とされていたのを44時間にすべきとの「行政措置要求」運動を行い、人事院より「厚生省は標準通りの看護婦を配置できるよう適切な措置を講じて44時間に改めることがのぞましい」等の判定を引き出した。

これらの闘いを通して全医労は、154支部15,899人（53年7月大会）と減少していた組

¹⁰⁰ 「看護婦」は高卒3年の看護教育を受けて国家試験で、「准看護婦」は中卒2年の看護教育を受けて都道府県知事が実施する准看護婦試験でとなった。准看護婦の業務内容は看護婦と同一であり、「看護業務の専門性という視点から見ると矛盾を生じ、現在も問題として残っている。」〔川島みどり、他（2008）『日本の看護120年』日本看護協会出版会、p.86〕。

¹⁰¹ 日本看護協会編（1967）『日本看護協会史、1』日本看護協会出版部、p.269。

¹⁰² 『全医労三十年史』pp.30-35参照。

織を、181支部18,446人（57年5月の大会）まで回復し、同年8月の日本医労協結成の中心的な役割を果たすことになる。なお、この過程で、看護婦の全寮制の改善を求める婦人部の活動や、「全医労雑仕婦協議会」の結成（1954年4月）など現業労働者の組合活動が活発となってきたことも注目される。

第2項 都医協（東京地方医療労働組合協議会）の再建—地場民間労組の結集

東京では1948年10月13日、全医協傘下で最初の地方組織として民間の労働組合を中心に東京地方医療労働組合協議会（東京医協）が結成される¹⁰³。しかし、中心の結核予防会労組や東京女子医専従組等の幹部がレッド・パージを受け、結成後わずか1年余で活動が停滞する。50年代に入ると労働運動の基軸はすでに総評に移り、産別会議には数単産が残るのみになっていた。その産別会議の強化方針とし、全医協（実質は東京医協）の再建・強化が目指され、1953年4月11日、東京の民間労組による都医協（東京地方医療労働組合協議会、1,915人）が発足する。この都医協の発足で産別会議に加盟していた全医協は、実質的に都医協が担い、1958年2月15日の産別会議解散までそのままいくことになる¹⁰⁴。以下、『東京医労連30年のあゆみ』に見るこの期の主な活動である。

1953年には、清瀬の救世軍施設で患者自治会と共闘して待遇改善と民主化を要求、ハンスト、座り込み、街頭宣伝、救世軍本部への抗議を繰り返し、ついに独裁的な院長の退陣など、患者と組合の要求を実現させている。また、東村山の篠田病院、練馬の清風荘で組合を結成するなどして、徐々に組織を拡大していく。

1954年1月には、東京と全国の民間労組の結集について討議、4月には婦人部組織の結成と、北京メーデーに付添婦組合の物上律氏を産別会議代表として送ることを決める。また、11月には、ブロック地区協議会結成を決定する。さらに、「うたごえ」や演劇などの文化運動や、日鋼室蘭の解雇撤回闘争へのカンパ、「合理化」に反対して闘う高萩炭鉱への医療班の派遣などの運動に取り組む。

1955年には、健康保険改悪、付添婦の解雇を伴う形式的な「完全看護」などに反対して闘う。また、篠田病院従組では、地域の支援も得て27%の賃上げを勝ちとる。

1956年には、結核患者の入退所基準引き締め、付添婦廃止などに反対して患者と共闘して闘う。また、慈恵医大第三病院、同青戸病院、緑風荘などの組合が加盟し、組織は22組合2,700人に拡大する。そして、1957年5月の第7回大会で、賃金と退職金の引き上げ要求とともに、都医協の拡大と全国組織確立に向けた活動の強化を方針化する。こうして、同年8月31日、全医労や全日赤等と共に日本医労協結成へと動くのである。

第3項 中央医従協の結成と、地方における産業別組織の結成

1) 中央医従協の結成と組織方針

中央医従協（社会保険医療改善医療従業員組合協議会）¹⁰⁵は、1953年7月2日に結成さ

¹⁰³ 「東京医協ニュース」（No.1～No.115）及び懇談会関連資料より。

¹⁰⁴ 産別会議の歴史に「都医協」は出てこない。しかし、53年の都医協結成以降は、実質的に全医協＝都医協となる。ゆえに、産別会議解散に伴う資産の一部も都医協に分配されている。これまでの医療労働運動史に関する文献では、「産別会議、全医協、都医協」の関係が不明であり、本章で明らかにした。

¹⁰⁵ 中央、地方の協議会は、名称に差異あり、それらを総称して「医従協」と呼ばれた。

れ¹⁰⁶、同年11月18日「医療従業員全国大会」を日本赤十字社の講堂に労働組合や民主的診療所など75団体159人を結集して開催した。

大会では、「国庫負担による社会保障制度の確立」「1点単価の即時大幅引き上げ」「制限診療反対」「医療従業員の待遇改善、最低賃金制の確立」などを要求して運動することを確認した。また、「運動方針」では、「この運動を通じ、将来、全国的な医療従業員組合の統一組織をつくる」ことをめざすこと¹⁰⁷、さらに、「地方における協議会」の結成をめざし、その地方組織は、「名称にこだわらない」「地方事情に合った自主性をもつ」「独自のもの」としながらも、中央組織の要請には「原則的に従い」「負担金を中央に納入する」とした。

2) 地方組織の結成

地方では、53年11月18日の全国大会までの間に12組織、すなわち、8月に京都と滋賀、9月に新潟、群馬、富山、松江（島根）、福岡、和歌山（準備会）、10月に山口、千葉、広島、岩手で結成された。その全ての組織に全日赤の地方組織と、全医労の多くの支部が加盟していることから、全日赤と全医労本部が地方組織の結成をリードしたことがわかる。

広島では、10月28日、国立大学、広島医科大学、全医労（3支部）、全日赤（4単組）、工場病院（帝人、新三菱、日立造船）、農協・厚生連関係（4単組）、済生会、呉共済、他民間（3）等21単組・支部が加盟した。それは、まさに地方における医療労働組合の幅広い産業別組織であったが、組織はまだ、実行委員会形態の域を出なかった。

岩手では53年10月13日、盛岡赤十字病院講堂で岩手医従協（岩手医療従業員組合協議会）が、県立病院28単組、岩手医大教職員組合、盛岡赤十字従組、全医労岩手地区協議会、国労・盛岡鉄道病院分会（オブザーバー）の2,000名で結成された。これは、明らかに機関と規約、役員体制を持つ地方における産業別の労働組合組織であり、未組織の組織化、労働条件の交流、互いの争議支援等統一行動を強めていく。そして、日本医労協結成（1957年）後の60年11月、岩手県医労協（岩手県医療労働組合協議会）に名称を変更した¹⁰⁸。

京都では、中央医従協が結成される1ヵ月前の53年6月5日、第二日赤従組の呼びかけで、京医労（京都医療労働組合協議会、8単組、800人）を結成した。運動目標は、同年7月に結成される中央の医従協とほぼ同様のものであった。京医労は56年7月、全医労京都地区5支部697人、府立病院532人、民間5単組685人、2,199人の全国で最初の「県医労協」を結成し京都地評に加盟した¹⁰⁹。

新潟では53年9月19日、医療協（新潟県社会保険改善医療従業員組合協議会）が長岡日赤病院従組、全医労新潟地区協議会、新潟県職病院支部、新潟厚生連労組など8労組、約2,350人で結成され、事務局を長岡日赤従組に置いた。これが、新潟における産業別組織の第一歩となった。医療協は、中央医従協の結成（1953年結成）に沿って1954年の大会で名称を医従協（新潟県医療従業員組合協議会）改めたが、実行委員会的な医従協の活

¹⁰⁶ 宇田川次保の証言によると、「吉田秀夫から全日赤と宇田川に対して『戦線を統一しなければならない』との話があり、まず、吉田と全日赤と3人で意思統一してから、全医労に呼びかけた」という（2013年10月23日、宇田川次保証言）。全日赤『全日赤10年史資料ファイル13』（未定稿）には、1953年「6月23日には、全医労で第4回医療労組懇談会を持ち、来る7月2日に」衆議院第一会館第一会議室で医従協結成大会の開催を決定したとある。

¹⁰⁷ 「医療従業員全国大会資料」。「全日赤本部所蔵」

¹⁰⁸ 『県医労四十年の歩み』p.32。

¹⁰⁹ 『京都医労連25年のあゆみ』p.9、pp.14-15、pp.21-22（年表）。

動は停滞していった¹¹⁰。しかし、1956年に入り、職場の民主化や賃上げなどを求める新潟精神病院従組のストライキに対する支援を通して県内医療労働者の結集を強め、同年7月に県医労協（新潟県医療労働組合協議会）と再び名称を変更し、会費も一人月3円とし、労働組合らしい役員体制を整えた。また、前年、県職員労働組合から独立して結成された県病労組（新潟県立病院労働組合）が、議長と事務局長を出し、事務局も長岡日赤従組から引き継ぎ、医労協運動の中心に立つことになる¹¹¹。

山形県では、1957年2月、県内の国公立病院職員組合の協議体を結成しようとの会があった。しかし、民間も含めた協議会にすべきだとの意見が全医労や全日赤関係の支部より出され、同年4月に、山形県医療協（山形県医療従業者組合連絡協議会）を22単組、2,934人で結成し、組合事務所を山形県職員組合（山形市内）内に置いた。山形県医療協は、翌58年7月に結成された篠田病院労働組合（山形市内、5施設520人）の争議支援を通して団結を強め¹¹²、争議中の58年7月に日本医労協に加盟し、8月8日の第3回大会で名称を山形県医労協（山形県医療労働組合協議会）と変更した¹¹³。

日本医労協が1957年に結成される以前に、京都、新潟、山形などで地方の産業別組織が結成されていたことは注目される。1946年に全医協が結成された当初、地方組織の結成が課題であったが、紆余曲折を経て10年後、全医労や全日赤という企業別組合の支援も得て、地方に産業別組織が結成されだしたのである。それを促したのが医従協の運動であった。

3) 中央医従協の解散と、その歴史的意義

産業別労働組合結成への歴史的役割を果たした中央医従協も1956年3月23日の第2回総会で、「より幅広い医療従業者組合の産業別結集をめざして解散することを決定した」¹¹⁴。中央医従協の運動には、以下のような問題があった。

第1は、職場の運動とのつながりが弱く、組織は当初から実行委員会的な性格の組織であった。そのため、職場で進行する医療「合理化」に対峙できず、結局、幹部だけの活動組織となっていたこと。第2は、ゆるやかな共同行動を超えて、国労や全通などの単産に属す医療労働者の結集を図ろうとすると、たちまち組織問題を引き起こしたことである。第3は、財政力の弱さで¹¹⁵、運動を行う主体的な財政力を持っていなかったことである。

中央医従協は、「呼びかけ」組織の域を出ない実行委員会組織であったが、全国的な運動を組織し、「1点単価」の引き上げ運動¹¹⁶などに貢献した。また、県医従協などの産業別組織の結成を各県に働きかけた。結成された各県医従協の組織と統一行動は、後の県医労協

110 『新潟県医療労働運動史—白い軌跡』 pp. 123-130。

111 同、pp. 151-152。

112 当時、まだ病院でのストライキが一般化していないなかで、篠田病院労働組合のストライキ（1週間を構え、4日間の全面ストを決行）は、新潟精神病院のストライキ（年）に続いて、医療労働者のストライキの先駆けであった。地区労、県労評、医療協などの全面的な支援もあり勝利した（山形県医療協『病院労働者が全面スト4日間決行、遂に勝利を得た記録』1958年）。

113 『山形県医療労働組合協議会 20年のあゆみ（抄録）』1978年。

114 全医協「中央医従協の発展的解散に当たって」『全医協通信』No.4、1956年4月10日。

115 同上。予算における収入は年間わずか17,000円であり、支出も、事務局員に対する謝礼と交通費8,000円、印刷・通信費7,320円、雑費1,680円という貧弱なものであった。ちなみに、1957年の公務員初任給は9,200円である。

116 診療報酬にはそれぞれ点数が付けられており、各点数に単価をかけたものが金額となる。この単価の引き上げを要求した運動のこと。

結成の基礎作りともなった¹¹⁷。

第4項 厚生連従組、健保労連、全労災の結成

この時期、厚生連従組（全日本厚生連従業員組合協議会¹¹⁸）と健保労連（健康保険病院労働組合連合会¹¹⁹）、全労災（全労働福祉事業団職員組合連合会）の3つの全国組合が結成される。

1) 厚生連従組

全国の農業会の解散（1948年）によって、農業会病院は地方自治体や厚生連等に移譲される。各病院の従業員等は移譲先において直ちに従業員組合を結成し、全国的な結集を目指した。まず、48年、北海道、青森、岩手、福島の4組織で北日本厚生連従組協議会を結成し¹²⁰、54年6月の第7回総会を厚生連従組の結成大会に切り替え、10組織（北海道、青森、秋田、山形、宮城、福島、新潟、石川、富山、長野）の厚生連従組が結集した。その後、青森、山形、宮城、石川が、厚生連から県立病院などに移ったために離脱したが、厚生連従組は、1957年に結成される日本医労協に結集していく。

2) 健保労連

(1) 健康保険病院の概要

戦後、国（厚生省）は、厚生保険特別会計で健康保険病院を設置し、この経営を都道府県に委託した。また、都道府県は、財団法人社会保険協会¹²¹に病院の運営を受託させる。こうして、社会保険協会は厚生省保険局、都道府県の保険課幹部の「天下り」先となった。

(2) 転機になった松籟荘労働組合の闘い

健康保険病院での労働組合は、敗戦の翌年から1950年前半までに全国10数カ所の病院で個々に結成された。医師層を中心とする親睦会的なものであったが、経営側のあまりにも専制的・独善的な支配に対する反発から、若手医師たちを先頭に各施設で“独裁打倒”“院内民主化”“労働条件明示”の要求が高まったが、経営側の強力な壁を破れなかった。

その転機になったのが、1952年の松籟荘労組（千葉）の結成と闘いであった。松籟荘では同年5月、労組の結成大会目前に、経営側の息のかかった医局と事務局幹部の妨害で大会を2ヵ月後に延期する。また、組合結成準備委員2人が解雇され、7月に再び結成大会を開くが妨害で組合員は20人に止まり、同時に第2組合（約30人）が結成される。しかし、組合は、諸要求実現への地道な活動を積み重ねながら、第2組合に組織統一を働き続け、ついに53年2月、第2組合が解散し、大部分の職員の結集に成功し、「唯一交渉団体」協定を結ぶ。これを契機に団体交渉が進展し、賃金等労働条件の改善を勝ち取っていく¹²²。

(3) 関東連合会の結成から健保労連へ発展

単組間の横の連携は、54年7月中旬の東京周辺の医師（労組役員）たちの職能的な集ま

¹¹⁷ 富岡『日本医療労働運動史』では、医従協運動について触れられていない。しかし、医療労働者の産業別結集に果たした医従協運動の意義は大きい。

¹¹⁸ 全日本厚生連従業員組合協議会の現在の名称は、全国厚生連労働組合連合会。

¹¹⁹ 健康保険病院労働組合連合会は現在、全日本地域医療機能推進機構病院労働組合（全JCHO病院労組）。

¹²⁰ 岩手は、その後、県立病院に移管されたため、厚生連従組から離れた。

¹²¹ 都道府県の各社会保険協会は、保険者団体で健保制度の普及及び指導を目的とした財団法人としてつくられたものであり、健康保険病院の経営受託者となる。

¹²² 健保労連『健保労連35年の記録』1997年、pp.19-23、要約。

りから始まった。7月26日、第1回準備会が8組合17人の参加で開かれ、情報交換から始め、関東地区の連合会づくりを先行することと、各地で地方組織をつくることを決定し、組合未結成の病院も含めて22病院・診療所に「呼び掛け文」を発送した。

これらを察知した経営側は、7月24日に各病院長、事務長による関東ブロック会議をもち対応を意思統一し、8月10日、呼びかけ組合の1つである蒲田労組の委員長（医師）に解雇通告を出す。しかし労組は、近隣の労組と準備会各労組の抗議行動によって「解雇通告」の撤回を勝ち取る。そして、同年9月26日に、健保労連関東連合会が8組合で発足する。そして、翌55年の第2回大会で、組織を関東連合会から全国組織としての健保労連（健康保険病院労働組合連合会）とする。9組合、組合員913人（職員数1,088人の83.9%）で、会費は結成時の月1円から5円に引き上げた¹²³。

3) 全労災

1957年5月に労働福祉事業団法が国会で成立し、7月から全労働福祉事業団（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、同年6月に全国労災病院職員組合協議会が発足する。

労組は、労働省や労災協会との労働条件等の交渉を行いつつ、全国の労災病院の組合に結集を呼びかけ、同年8月、全労災（全国労災病院職員組合連合会）を7職員組合772人で結成する。組織形態は、単一組合は時期尚早として連合会とした¹²⁴。全労災結成時、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¹²⁵。第3回大会（59年8月）では19組織2,888人¹²⁶となり、残る未組織は2病院のみとなった。

第3節 第3期一産業別組織・日本医労協の結成と発展—1957～1987年

第3期は、日本医労協（日本医療労働組合連絡協議会）結成から連合体に移行し日本医労連に改組されるまでの約30年間（1957～1987年）である。日本医労協は、初の産業別統一闘争であった「病院統一スト」（1960～61年）、その後の「合理化」攻勢をともなう組織攻撃との闘い、2度目の産業別統一闘争であった「増員・夜勤制限闘争（ニッパチ闘争）」（1965～70年代初め）を経て産業別の労働組合（単産）として発展し、さらに組織の拡大・強化を行いながら1987年に「連合体」に移行することになる。

第1項 日本医労協の結成

中央医従協の運動が行き詰まり、1956年3月にその解散を決定した後、中央（在京）で新たな産業別組織日本医労協（日本医療労働組合連絡協議会）結成への動きが始まる。日

¹²³ 同上。

¹²⁴ 『全労災30年のあゆみ』pp.6—7要約。

¹²⁵ 同上、p.7。なお、戦後早い時期の医療労働運動をリードした医師はレッド・ページ追放されたが、医師が労働組合の代表的な位置にある労組はまだ多かった。

¹²⁶ オブ加盟であった北海道の美唄（146人）を含めた人数。

本医労協の結成については、これまで、結成年月・場所、規約、加盟労組、役員、が知られるだけであった¹²⁷。以下、新たな資料¹²⁸による結成に至る経過について述べておきたい。

1957年に入って、産業別再結集の動きは、1957年2月22日に開かれた中央（在京）における第1回「医療従業員組合懇談会」から始まった。「全医労、全日赤、国鉄医協、都医協」の連名で呼びかけられたもので¹²⁹、懇談会は、4回（2/20、3/26、7/24、8/27）開催された後、8月31日に日本医労協が結成された。懇談会では、当初、各労組が抱える「給与問題」などの交流から始め、「その他」の討議課題として新たな産業別組織結成の話し合いに入っていた。第3回懇談会（7/24、会場・全医労本部）の記録（メモ）によれば、日本医労協結成に関する協議は全日赤代表の発言から始まっている。以下はその一部である。なお、出席は、全医労（不明）、全日赤（2人）、健保労連（2人）、都医協（3人）、全通医協（2人）、国鉄医協（2人）、慈恵医大従組（3人）である。

- 全日赤 新潟医従協大会で、中央でも医労協をもてという意見が出た。（医労協は）山形にも、岩手にもある…。
- 国鉄医協 懇談会ではなく、はっきり組織をつくりだしてゆくべきだ。（診療）単価、看護法の問題を国会、厚生省に持ちこめる体制をつくってゆくべきではないか。全国にそれを広げていく、…。
- 司会（全医労） 実は、都医協、日赤、全医労で協議会を持っていた。（他に）呼びかけても広まらなかった。国鉄さんから提案されたことは画期的な発展だ。
- 全通医協 医療関係だけの組織を持っていないので、解答できない。
- 国鉄医協 規約第何条、組合費何円ということではなく、とにかく何かをつくってみるかっこうが出来たら今度は組合費や規約が必要ならつくろうということの良いのではないか。
- 司会（全医労） そのよびかけをどうするか。
- 国鉄医協 寄らば大樹。全医労で案をつくってもらって、今度来るとき（までに各組織で）話しあって来るようにしたらどうか。
- 都医協 名称と規則の案を作ってもらって…
- 司会（全医労） 名称は、日本医療労組連絡協議会とし、目的は、①医療関係（組合）の集まりは必要であること、②社会保障の推進のため、それらを労働組合の中の問題にしてゆく、ということかどうか。また、呼びかけ先は、（各々で組織確認し）全医労に連絡してほしい…。
- ※（ ）内は筆者加筆。

この「協議メモ」では、企業別組合である全日赤が、地方の産業別組織を評価し、中央における産業別組織結成の必要性を強調していること、また、企業別組合の内部組織であ

¹²⁷ 富岡次郎『日本医療労働運動史』、宇田川次保『戦後医療労働運動史』、日本医労協『日本医労協の30年の歩み』、など。

¹²⁸ 日本医労協本部及び全医労本部、宇田川次保等幹部等が保管していた日本医労協結成当時の原資料。

¹²⁹ 日本医労協第2回幹事会「一般報告並びに運動方針」p.2。しかし、案内状は、全医労本部（委員長名）の発文書として出されている。最大勢力の全医労が実務を担ったものと思われる。なお、第3回の懇談会では、すでに全医労、全日赤、都医協三者による非公式協議会が存在していたことが明かされているが、この場での結成に向けた事前の協議があったものと思われる。

る国鉄医協（国鉄労働組合の医療部門）が医療の産業別組合の結成に積極的な発言をしていることが注目される。そして、「医療関係だけの組織を持っていないので、解答できない」とした全逋医協（全逋信労働組合の医療部門）の発言は、医療労働者の産業別結集の一つの難しさを示している。さらに、全医労が日本医労協結成前から医療労働者の産業別結集の中心となっていたことがわかる。

1957年8月31日、国鉄労働会館（東京）に12組合（本部及び単組）から32人の幹部が参加して日本医労協の結成大会（結成会）が開かれた。会では、各労組から組織現況や、要求、課題などが報告された。即日加入を決定したのは6組合であった¹³⁰。「規約」では、名称を「連絡協議会」とし、組織の「目的」を「医療労組の連絡協議」を行うとし、さらに、「組織」については、「連絡協議をはかるために地方医労協をおくことができる」としているように、「連絡協議組織」であることを強調している¹³¹。

また、医労協の目的は、「権利の確立」「生活向上」「医療機関の民主化」「社会保障制の拡大」「全国の医療関係労組の強化」にあるとしている。さらに、加盟組合の代表による「幹事会」を決議機関とし、「常任幹事会」を執行機関とした。役員は、9月30日の常任幹事会（第2回）で最終決定され、議長・岩崎清作（全医労委員長）、副議長・高杉明（国鉄医協議長）、同・内藤芳明（全日赤書記長）、米山忠治（全医労医療対策部長）、常任幹事・宇田川次保（都医協）、同・阿部文夫（慈恵大学労連）が選出された。出発当初の日本医労協は、労働組合の形態を整えたものの、財政収入は年間僅か3万200円（分担金など）という貧弱なものであり¹³²、独自の事務所も専従体制もなく、役員体制や実務においても全医労に多くを頼るゆるやかな「連絡協議」会であった。

第2項 「連絡会」から「協議体」へ

1) 第4回大会（1959年8月）—名称から「連絡」を削除

日本医労協の結成は、地方に新潟県医労協が存在するにもかかわらず、加入をよびかけず、全国組合の本部と都医協だけで結成された¹³³。しかし、結成大会後、新潟県医労協の強い要請を受けて、9月18日の常任幹事会は新潟県医労協の加盟を承認する。同年10月には東京の結核予防会従組と厚生連従組協議会、11月には全労災が加盟して、翌58年2月の第2回幹事会時点では10組合（約5万人）になった。さらに、6月には健保労連、7月に岩手医療職員組合（県医療）、8月に山形県医労協と加盟がつづいた。そして、1959年8月の第4回大会で「規約改正」を行い、これまでの名称から「連絡」を削除し「日本

¹³⁰ 日本医労協第2回幹事会「一般報告並びに運動方針」（1958年2月2日）p.17。なお、即日加盟した6組合は、役員名簿と『日本医労協三十年の歩み』p.81から、全医労、全日赤、国鉄医協、都医協、慈恵労連、東京民医連従業員組合（民従連）であることがわかる。結成時の組合員数は約30,000人である。

¹³¹ 「…組合の形態はまちまちである。…形態組織論として幾多議論のあるところであるが、結成当初であり、医療労組であれば広く結集する方針をとり、“連絡協議会”としてゆるい形態をとったのである。」（日本医労協第2回幹事会「一般報告並びに運動方針」p.10）とされている。

¹³² 前掲、p.12。

¹³³ このことを、晩年の宇田川次保に聞くと、「いろいろと難しい問題があるから、まず、中央でと…」としか答えなかった。

医療労働組合協議会」(略称は今まで通り日本医労協)とした。また、「当面の運動方針」において「全都道府県に医労協を結成」することを目標とした¹³⁴。

2) 第5回大会(1960年8月)一産業別組織強化へ具体的方針決める

第5回大会では、産業別組織の強化と地方医労協結成への取り組みがより鮮明にされた。例えば、組織強化について「医療労組の産業別統一を目指して」「当面は、縦割り単産(マ) ¹³⁵を基本とした運営を行い、地方組織の結成の中心となる。このため全国単産の各下部組織が、1県(に)2つ以上ある場合は必ず地方医労協をつくり、それを拡大する活動を行い、全国単産本部及び日本医労協は、これに対する援助を行う」こと、また、1単組であっても「準備会」として日本医労協への加入を認めることとした¹³⁶。

さらに、「規約改正」を行い、「地方医労協を置くことができる」としていたのを、「地方医労協(地方医労協結成準備会)を置く」とし、大会と大会の間の決議機関として「幹事会」を設定した。また、財政対策として、少額であるが、負担金(加盟費)を一人当たり1円から1円50銭に引き上げ、専従を1名から2名にするとした。

3) 日本医労協加盟組合(1960年8月)

1960年7月には京都医労協が連合体に改組して加盟し、日本医労協は第5回大会(1960年8月)時点で11組合¹³⁷、約438単組・支部等、5万5,107人となった。【表2-3】

【表2-3】 日本医労協加盟組合 (1960年8月)

加盟組織	単組・支部数	組合員数(人)
全医労(全日本国立医療労働組合)	187	20,000
全日赤(全日本赤十字労働組合連合会)	47	6,662
国鉄医協(国鉄労働組合医療協議会)	28	5,300
全労災(全国労災病院職員組合)	20	3,500
健保労連(健康保険病院労働組合連合会)	22	2,250
厚生連従組(全国厚農業協同組合連合会労働組合)	8	3,000
東京医労連(東京地方医療労働組合連合会)	49	5,500
新潟県医療労働組合協議会(新潟医労協)	10	3,116
山形医労協(山形県医療労働組合協議会)	20	2,800
県医療職組(岩手県医療職組連合会)	28	1,600
京医労(京都医療労働組合協議会)	19	1,379
11組織	438	55,107

(注)「単組・支部数」は、単一組合の場合は支部数、連合体や協議体組織は単組数である。全労災は第4回大会(60年8月)、岩手県医療職組は58年日本医労協加盟時、健保労連は第7回大会(60年8月)、京医労は第3回大会(60年7月)、東京医労連は機関紙「東京医労連」第54号・1960年7月30日より。なお、国鉄医協は、支部数が未定のため判明している当時の「地方協」数とした。「組合員数」は概数である。日本医労協の傘下の組合は、「日本医労協の現状と当面の組織活動」文書1960年12月20日による。他の組合は、日本医労協第3回大会「資料」(各組織状況一覧表)による。

¹³⁴ 日本医労協「第4回大会経過報告並びに運動方針案」1959年8月24日、p.23。

¹³⁵ 「単産」との表現は、単位としての産業別組織を指すものであり、本来は日本医労協などを指すが、この議案では全国に単組・支部を持つ組合、すなわち全国組合をも単産と呼んでいる。

¹³⁶ 日本医労協第5回定期大会議案書。

¹³⁷ 東京の一部の単組(慈恵医大、順天堂)は、日本医労協発足時に日本医労協に直接加盟していたが、この時点で都医協に一本化されている。

第3項 医療労働組合と職場闘争方針

この時期、医療労働組合においても、総評の「組織綱領草案」（1958年）の影響を受けて「職場闘争方針」が試みられる。総評に直接加盟していた全医労（1953年加盟）や全日赤（1959年加盟）、また、総評傘下の県評や地区労に加盟している県医労協などを通して日本医労協にも伝えられた。以下、その顕著な例を全医労にみるが、その前に、総評の「組織綱領草案」（1958年）について少し述べておきたい。

1) 総評「組織綱領草案」

産別会議の後退と並行して1950年7月11日、総評（日本労働組合総評議会）が結成される。以降、総評がわが国の労働組合運動の中核となる。総評は1952年、「賃金綱領」を策定し、続いて、第7回大会（1956年）で「組織綱領」の作成を決定、第10回大会（1958年）に『組織綱領草案』（以下『草案』）を発表し組織討議に下すが、組織決定されるに至らなかった。その後、安保闘争や三池闘争などを経て、第19回定期大会（1962年）に運動方針と共に「組織方針案」が提案・討議され、下部討議を重ね、第26回定期大会（1964年）で『組織方針』として決定された¹³⁸。

『草案』と『組織方針』の相違は、その構成にも現れている。『草案』では、1. 職場活動と職場組織、2. 産業別組織と企業別組合、3. 総評、府県総評、地区労、などとなっているのに対して、『組織方針』では、1. 全国的中央団体としての総評の任務と組織、2. 産業別統一闘争強化のために、3. 職場活動について、と順序が入れ替わっていることが目につく。労働組合の方針では、重視されるものが先にくるのが一般的である。

太田薫は、『草案』発刊にあたって、『草案』は、「最近数年の経験を総括し、帰納的に労働組合組織の一般基準を引き出そうとした」と述べ、「その内容を貫くものは、日本の労働組合の発展過程に即しながら、いかにして確固とした産業別単一組織をつくりだすかということ」であるとしている¹³⁹。

また、『草案』のもう一つの柱は、労働組合の闘う組織づくりの出発点を「職場におくこと」¹⁴⁰であり、「職場組織、職場闘争を重視し、その基盤のうえに、産業別統一闘争の骨格を柱に組織面を体系化した」¹⁴¹ものであった。

兵藤釗は、“ニワトリからアヒルへ”の「総評の転換過程は、産別としての労働組合の単一化をめざす産業レベルでの共同闘争の推進と職場における労働生活の組合規制をめざす“組織づくり”運動をささえとすることによって、総評運動の労働組合運動としての再生を表示するもの」となり、その方向が、1952年暮れの協約闘争以降の北陸鉄道労組や1953年の企業整備反対闘争以降の三鉱連三池炭鉱労組の職場闘争の経験を労働組合運動の基調にすえるべきと説いたのが『草案』の発表であったとしている¹⁴²。

また、『総評二十年史』（p. 795）は、『草案』が「直接多くの組合幹部、活動家にアピー

¹³⁸ 「組織方針第二次草案」の「まえがき」（加藤万吉組織局長）の一部を要約（『総評組織綱領と現代労働運動』労働教育センター1979年、p. 247。

¹³⁹ 総評（1958）『組織綱領草案』p. 1。

¹⁴⁰ 清水慎三（『組織綱領草案』執筆者）と内山光雄（総評副事務局次長）の対談発言。前掲、『総評組織綱領と現代労働運動』p. 15。

¹⁴¹ 蛭谷武弘「組織綱領（草案）復刻にさいして」、前掲『総評組織綱領と現代労働運動』、p. 4。

¹⁴² 兵藤釗（1982）「職場の労使関係と労働組合」清水慎三編著『戦後労働組合運動史』p. 211。

ルしたばかりでなく、…多くの有力単産の綱領作成運動をよびおこし」「その後の数多くの組織問題に対応し、重大な役割を果し、運動の組織的発展につながったことは明らかである」としている。

この『草案』に導かれ、医療労働者は、「病院統一スト」（1960年、本論第3章）や「増員・夜勤制限闘争」（1967年、本論第4章）という医療労働運動史に残る大闘争を行うことによって、医療の産業別組織をつくり上げていくのである。しかし、「産業別単一組織」への脱皮は、単組・支部が400を超え、そのうえ、国立、公的、民間など多様な経営主体の労働組合からなる日本医労協にあっては容易なものではなく、大会で基本方向を確認するにとどまり、実現には致らなかった。

2) 全医労と職場闘争

全医労は、1958年8月の第12回大会で職場闘争を重点に闘う方針を決定する。大会の討議では「職場での合理化攻撃が強まっている。要求は、もはや中央交渉や幹部闘争だけでは闘いとれない。一人ひとりの組合員がめざめて立ち上がり、職場でたたかえる体制をつくらなくてはならない」（要旨¹⁴³など、職場闘争を求める意見が強く、①生休、年休、産休、休憩を完全にとる、②ただ働きはしないことが「行動目標」とされた¹⁴⁴。また、各職場からの強い要望で、看護婦、調理師、放射線技師などの職種別協議会（懇談会）の組織化が行われ、徹底した教育・宣伝（ニュース、ビデオ、パンフ、講演会¹⁴⁵、等）とオルグ¹⁴⁶が行われた。

そして、2年間の職場闘争の総括では、「職場に団結の根がひろがり、活動家が生まれ、職場に労働組合がうまれていることこそ、なにものにもかえがたい職場闘争の成果だ」とされ、以下の教訓が述べられている（要旨¹⁴⁷。

第1に、職場闘争は、「生活の立場にたって諸権利をはじめとしてさまざまな職場要求をみんなで話し合い、みんなでたたかうことにはじまり」、「この過程を通じて職場に団結の根をはり、職場にほんものの労働組合をつくるのが目的である」こと。また、職場闘争は要求を抑える側（職制）との闘いなしに前進しないが、一致できる要求で共に闘う方向で、一人でも多くの職制を味方にしていく努力が必要であること。

第2に、方針を実行する組織体制について、組合員の根強い「執行部まかせ」と幹部の「大衆不信」が共存するなかでも、すすんだ支部では、まず執行部が団結して職場に入り要求を組織していったこと。

また、「問題点」としては、①職場闘争と統一闘争の関係があいまいであったこと、②患者との共闘に弱さがあったこと、③職場には、まだまだ、組合不信や企業意識、職种的なエゴ意識などが根強く残っており、これらの分断策動につながる“芽”を封じる対策が弱かったこと、とされている。

¹⁴³ 『全医労三十年の歩み』 p. 49。

¹⁴⁴ 『全医労第13回全国大会議案書』（1959年9月、p. 18）。翌年の14回大会では、さらにこの2点を「本年度の行動目標」として、まさしく全医労の運動方針の重点に据えられた。

¹⁴⁵ 職場闘争の先進的な他単産の役員等が学習会の講師となっている。内山光雄（私鉄総連中執）の講演「職場に労働組合を」などは、ほぼ全文が「全医労通信」（第3巻、9号）によって全支部に配布された。

¹⁴⁶ 方針の徹底をめざした各支部へのオルグとともに、本部役員と書記がペアとなった長期の「定着オルグ」（1週間から1ヵ月）が行われ、職場からの闘いを組織していった。

¹⁴⁷ 『全医労第14回大会議案』（1960年5月、pp. 12-15）。

そして、「方針」では、職場闘争とは、「職場にほんものの労働組合をつくることであり、それ以上のものでも以下でもない」とし、あくまで「労働者の団結を職場につくっていくこと」であるとし、職場闘争と、産業別統一闘争、地域、患者との共闘を強調している¹⁴⁸。

また、組織強化のために、執行委員を5名増やし¹⁴⁹、各地方協議会（7ヵ所）に各1名の役員を配置する。さらに、強まる医療「合理化」に対峙するために産業別組織の強化が必要であり、日本医労協へ「全医労より専従役員を送る最大の努力をばらう」¹⁵⁰とした。

全医労の職場闘争は、問題をかかえながらも組織を活性化させ、組織の拡大・強化への契機となった。そして、産業別統一闘争や患者・国民との共闘の必要性を再確認させ、他単産に対して遅れた医療の産業別組織・日本医労協を強化する課題を鮮明にしたのである。

第4項「病院統一スト」と「増員・夜勤制限（ニッパチ）闘争」

医療労働組合は、初の産業別統一闘争となる「病院統一スト」（1960年）と、「増員・夜勤制限闘争」（ニッパチ闘争、1968年）を闘うなかで、「連絡会」的な日本医労協の組織を産業別の労働組合に発展させる基盤をつくる。この医療労働運動史上の2大闘争については、本論の第3章および第4章で詳しく述べることにする。そして、この2つの大闘争を通して7つの全国組合と都道府県医労協で構成される現在の日本医労連の組織形態がほぼできるのである【図2-2】。

第5項「医療研」（医療研究運動）のスタート

「ニッパチ闘争」最中の1969年、医療労働組合の医療研究運動（「医療研」）が新たに始まった。「医療研」は、教育労働者の教育研究運動（教研）や自治体労働者の自治研究運動（自治研）など、他の労働組合の研究集会運動とほぼ同様の性格のものである。

日本医労協は、「病院統一スト」と看護婦の「増員・夜勤制限（ニッパチ）闘争」を経て、「医療労働者の生活と権利」と「患者・国民の命を守る」課題を統一して運動する路線を確立するが、その1つの現れが「医療研」でもあった。この運動路線に沿って、69年8月、日本医労協「第1回全国医療研究集会」（東京、600人参加）が開催される。「基調報告」では、「医療研」の目的を、「国民のための医療を確立すること」とし、職場からの「医療の見直し」が強調され、医療機関ごとの実態調査と問題点の点検活動が提起された¹⁵¹。当初は、各分科会討議も、多分に企業内の労働条件の交流会的色彩が濃厚であったが、職場の人員体制など労働条件の交流は、それが医療内容と密接に関連することから、患者の状態や医療のあり方を労働者に意識させ、患者の立場に目を向けた討議が各分科会で展開されていった。

そして、第6回全国集会（74年）の「基調報告」では、「医療労働者は自らの生活条件の改善をめざして闘うとともに、国民の医療を守る使命を統一的に発展させること」が必要であり、「こうした目的をもった医療労働の確立をめざすことによってこそ、国民を結集させ、医療を国民の手にとりもどす展望が開かれるものであり、ここに医療労働者の今

¹⁴⁸ 同上、pp. 28-31。

¹⁴⁹ そのために、組合費を一人一ヵ月20円値上げをこの大会で決定した。

¹⁵⁰ 『全医労第14回大会議案』p. 32。全医労が人件費を負担して、派遣するということである。

¹⁵¹ 日本医労協「第1回医療研究集会議討資料・基調報告」、1969年8月、p. 7。

目的な任務と役割がある」とした。¹⁵²

また、第7回全国集会（75年）の「基調報告」では、地域的な医療問題の解決をめざして「医療労働者がイニシアチブを発揮し、関係団体によびかけて」、「患者、国民の医療を守るという共通の要求をつねに出発点とし原則的で弾力性のある要求設定と行動を展開し、地域医療の拡充に努力すること」が強調された。¹⁵³

このように、「医療研」運動は、具体的に「職場での医療の見直し」としてスタートし、医療労働者をして、労働を単なる賃金の対象と見るだけでなく、医療労働のもつ社会的任務に対する自覚を高めさせる契機となっていくのである¹⁵⁴。

第6項 個人加盟労組について

個人加盟による産業別の単一組合¹⁵⁵は、日本医労協第8回大会（1962年）で提起され、68年の第14回大会で方針化された。そして、72年まで5回の全国交流集会がもたれ、80年までに16都道府県で結成され、膨大な未組織労働者を組織する方法として注目された。しかし、「指導上の未熟さと、担当者まかせになったこと、個人加盟労働組合の役割が一面的に強調されて、既存の労働組合との信頼関係がそこなわれたこと等の弱点も生まれ」¹⁵⁶、全体として成功しなかった。

日本医労協組織部の文書、「個人加盟労組の『組織方針』についての問題提起」¹⁵⁷によれば、「個人加盟はその出発点から『企業別組合の弱点の克服』という方針の下に、既存の労働組合、企業別組合の弱点だけ見て、戦後から今日に至る、日本の労働組合運動を発展させてきた重要な役割を正しく見ず、これを軽視する傾向や事実上の企業組合の否定論にたつて、既存の組合との協力・共同、産業別の結集や団結のうえで、努力を欠き、セクト的な傾向が生まれた。また、未組織の組織化の活動でも個人加盟、産業別結集を機械的に絶対化する傾向が生まれ、必要と条件によって、企業別又は地域別に結集するなど、実践から出発して適切な組織形態をとって、組織化、拡大（するという）点で欠ける点があった」と報告されている。

¹⁵² 日本医労協「第6回医療研究集会基調報告」『医療労働』号外、1976年9月、p.11。

¹⁵³ 日本医労協「第7回医療研究集会・基調報告」『医療労働』号外、1976年10月、p.13。また、「岩手では、県医労協・看護委員会が責任をもち、看護制度、看護内容、労働条件を三身一体のものとしてとらえ、研究と実践が進み、この中で育った人たちが今ではそれぞれの病院の施設側の研究会の中心的役割を果たすまでになっています。」と紹介がされている（第9回医療研究集会・基調報告『医療労働』号外、1978年2月、p.6）。

¹⁵⁴ 兵藤釗は、「労働組合が転換期にふさわしい労働組合機能を担っていくためには、いま、労働組合は、主体形成を支えるに足る思想的革新を求められている」として、「この思想の核心は、おそらく、賃金労働者という狭い視点に自らを閉じこめるのではなく、より広くというか、いやより根元的にというか、生活者としての人間の視点をわがものとして自らのうちに確立することにあるのではなかるうか」と指摘している。〔兵藤釗（1990）「政策・制度闘争に問われているもの—生活者、そして地域への立脚—」対案戦略研究会編『現在における労働組合の対案戦略運動』、p.32）。

¹⁵⁵ 実質的に「一人でも入れる労働組合」として、各県医労協傘下に組織された産業別の単一組合。

¹⁵⁶ 『日本医労協第30回大会議案書』機関誌『医療労働』号外、1981年、p.50。

¹⁵⁷ 1978年10月30付の文書で、「宇田川レジュメ」と書かれていることから、宇田川次保（当時、日本医労協副議長）が会議で報告したものと思われる。

第7項 日本医労協第30回大会（1981年）に見る「総括」

日本医労協は、結成後約4分の1世紀を経た1981（昭和56）年の第30回定期大会での、「組織強化拡大5ヵ年計画」（案）の提起に当たって、組織が、結成時の3万850人¹⁵⁸から7全国組合40県医労協（準備会含む）14万3,000人と4.5倍に拡大、発展してきた教訓をまとめている。その第1は、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闘う路線を確立したこと。第2は、経営主体や規模の違いをこえて、医療労働者として、共通の生活・労働要求を基礎に中央・地方で医療産業別結集をすすめ、ゆるやかな「協議体」であっても、中央・地方で、指導体制の強化を図ってきたこと。第3は、医療労働者がもっている特殊な側面をできるだけ広汎にとり入れ、それにふさわしい要求の組織化と運動形態を追求してきたこと。第4は、要求の実現を目指して職場で闘うとともに、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、などとしている。そして、克服しなければならない運動課題として、「組織率の向上」「少数組合の勢力拡大」「産別統一闘争と指導体制の強化」「政策活動の強化」「財政の確立」の5点だとしている¹⁵⁹。

第8項 日本医療労働会館の建設と国民医療研究所の設置

産業別組織強化の志向は、「産別運動の“砦”」と位置付けた—日本医療労働会館（1979年）の「建設」にも現れている。当時、日本医労協本部をはじめ、東京医労連と7つの全国組合本部書記局は都内に散らばっていたが、産別運動の強化のためにも1カ所に結集しようとの議論が強まり、全組合員による2億円のカンパで上野駅近くの入谷に7階建てのビルを購入した。すでに自らの会館を建設していた全医労は入居しなかったが、日本医労協とともに、在京の6全国組合の本部と東京医労連が結集し、日常的な連携が強められた¹⁶⁰。

また、日本医労協は1985年1月、財団法人・日本医療労働会館の1階に小さいながらも資料室と事務室を備えた国民医療研究所（財団の附置研究所、所長・沼田稲次郎）¹⁶¹を設立する。研究所は、その設置規定で、「国民の立場から、保健・医療の確立をきずることを目的とする」とし、その目的は「医療労働組合と医療労働者、学者、研究者、専門家、および関係諸団体との密接な連帯、共同の研究活動を通して達成される」とした。研究者をはじめ、医療労働組合、保団連、全日本民医連、日本生活協同組合連合会医療部会、日本患者同盟等が、運営委員会（役員会）を構成して活動した。また、緊急の課題であった国立病院療養所の統廃合攻撃に対する調査・政策活動や、看護政策、医療機関の業務委託問題での調査・政策づくりなど、医療労働組合の調査・政策活動を支えた。

¹⁵⁸ 発足時は、3全国組合（全医労、全日赤、国鉄医協）、1県医労協（都医協）、慈恵労連、東京民医連従業員組合（民従連）の6組織。

¹⁵⁹ 『日本医労協第30回大会議案書』1981年、pp. 50-53。

¹⁶⁰ 「各労組の専従者が飲食や情報交換を日常的にしたり、闘争時には上京した組合員が会館に大挙して泊り、団交に出かける際は、会館内の各労組の専従者がみんなて激励したりした。諸会議や打ち合わせも容易になった。まあ、団結が強まり、産別組織の強化にとって有意義なことであったと思う。（要旨）」（宇田川次保談、2013年10月18日）。

¹⁶¹ 現、公益財団法人日本医療総合研究所の前身。

第4節 第4期—連合体（日本医労連）結成以降—1987～2010年

本節では、日本医労協の日本医労連への移行（連合体化）について述べ、他は、本論の課題を考察するうえで、組織と運動に関わる重要と思われる変化について何点か記す。

第1項 日本医労協の連合体化

1980年代に入ると、労働戦線の統一問題（総評解体、「連合」への再編）を背景に、日本医労協では、組織を「協議体」から「連合体」に移行させようとの動きが始まる。第30回定期大会（81年7月）で、「第3次組織強化拡大5ヵ年計画」（81年7月～86年6月）を決定するが、計画期間内に「連合体」に移行することとした。その後、組織部を中心に顧問弁護士や総評の組織部の清水明氏等の出席も得て検討を重ね、①日本医労協の運動と組織運営はすでに協議体の段階を超え、実質的に連合体化していること、②協議体のままでは産業別組織としての役割を十分果たせないこと、③労働戦線の右よりの再編がすすむなかでの連合体化の意義、などが確認された。

1983年9月、「組織担当者会議」で討議を行うとともに、翌84年3月、常任幹事会（執行委員会）は、7全国組合、7地方協議会の代表による「連合体検討委員会」を設置した。議論の中心は組織形態であり、同年6月5日の答申では、日本医労連の構成を「全医労」「民間全国医労連」「地場医労連」の3つの縦割りに整理し、各県医労連には県下の全単組・支部が加盟する、いわゆる「県本部」とする「案」が提起された。また、そこに到達する過程として現行の県医労協をそのまま県医労連とする「案」も示された。

しかし、日本医労協傘下の単組には、国立から民間の診療所までさまざまな経営主体があり、7つの全国組合の組織も「単一組織」「連合体」「協議体」と別れているなかで、それらの統一は容易なものではなかった。さらに、「組織論を先行すべきではない」との意見も強まり、結局、組織形態は、現行の加盟形態を変更せず、「協議体」組織は各自「連合体」組織に移行し、新たな日本医労連に加盟することと確認された。

「十分な検討期間をおくこと」との検討委員会の答申に沿って、約2年半の間に、加盟組合での討議が重ねられた。この間に、協議体であった全厚労が「連合体」に移行し、健保労連は「連合体」から単一組織に移行した。

1987年7月の日本医労協第36回定期大会では、まず、「日本医労協の連合体化移行」（案）が決定され、続いて日本医労連の「綱領」「規約」「規定」、最後に1987年度の「運動方針」（案）と「予算」（案）が決定された。すべて満場一致であった。すでに大会までには30県医労協が「連合体」に移行しており、16県が準備中であった。

日本医労協が1957年に「連絡会」として結成されてから、「協議体」を経てちょうど30年目であった。執行部体制も70年代前半は15人前後であったものが連合体化する数年前から27人となっている。会費は引き上げられて日本医労連の収入は増えたが、その分、それまで加盟組織が負担していた大会への参加旅費を日本医労連が負担するようになるなど支出も増えた。

組織としては、新たな規約で、地方協議会、全国組合協議会、青年協議会、婦人協議会が「補助機関」として位置づけ、「中央執行委員会の業務執行を補助する」ことが任務とされた。地方協議会は、東北、関西など全国8地方（ブロック）のそれぞれの県医労連と全

国組合地方組織の代表で構成された。また、「地方的な運動の強化と加盟組織の交流、連絡の緊密化をはかる」とされていたものが、「地方協議会内の相互支援、交流、共闘を行う」と改正され、運動、役員選出等の点で自主性を強めた。

青年協議会、婦人協議会は、それまで日本医労協内の委員会であったものが、加盟組織の青年部、婦人部、またはこれに準ずる組織で構成されるものとされ、全国組合及び地方協より選出される委員によって運営されるものとされた。¹⁶²

第2項 全労連（全国労働組合総連合）の結成と、日本医労連からの議長派遣

日本医労協は、1974年に結成された統一労組懇（統一戦線促進労働組合懇談会、1974—1989年）の中心単産¹⁶³として共闘を重ねてきた。総評の解体、「連合」の発足が確実視される1989年4月、日本医労連は純中立の民放労連や出版労連などが呼びかけた「ナショナルセンター懇談会」に参加、その線上で同年6月、6組織（日本医労連、国公労連、等）の代表による「たたかうナショナルセンターづくりに向けての円卓会議」を呼びかけ、第1回の円卓会議が32単産と単産準備会の代表で開催され、議論が重ねられた。そして、同年8月4日、「たたかうナショナルセンター準備会」が発足、同年11月21日に全労連（27単産、41地方組織、140万人）が結成された。日本医労連は委員長であった松本道廣を全労連の議長に派遣する。他方、同日、「連合」（78単産、約800万人）が結成される。

全労連の組織は、「産業別全国組合および都道府県別組合で構成する」（規約第3条）とされ、単産と地方組織が平等にそれぞれ独立して、「縦糸」と「横糸」が縫い合わされるように構成されている。これは、日本医労連が、全国組合と県医労連の対等平等の権利関係で構成されていることとも類似している。一言でいって、縦と横の組織を統一して組織強化を図ろうとするものであった¹⁶⁴。単産の集合体であり、大会などには参加するが、地方組織が決議権を持たないかつての総評や現在の「連合」の組織との大きな差異でもあった。

第3項 日本医労連共済会の発足

1987年、協議体から連合体に移行した日本医労連は、直ちに共済事業の検討に入り、1990年1月から日本医労連共済会をスタートさせる¹⁶⁵。加入者は、2016年現在、約7万人（組合員25,000人、家族4万5,000人）となり、予算規模は全体で21億円、給付額を差し引いた事業費規模では日本医労連の予算規模とほぼ同額の約6億円となり、専従役職員も15名体制となっている。日本医労連の組合員数（約17万2,000人）からして、まだまだ伸びる可能性が高く、共済会が組合員と日本医労連との結びつきをより強めることが期待されている。また、未組織の組織化にも貢献してきている¹⁶⁶。産業別組合の機能として欠かせ

¹⁶² 日本医労協第33回大会（1984年7月）資料「日本医労協の連合体化について」の一部を要約した。

¹⁶³ 総評加盟の日本医労協、国公労連、全日自労、運輸一般の4単産。

¹⁶⁴ 『全労連20年史』大月書店、2009年pp.51-73、および『統一労組懇のあゆみ』（1989年）参照。

¹⁶⁵ 組織共済としての「団結」「慶弔」、個人共済としての「生命」「医療」「火災」共済でスタート、後に「自動車」共済を追加した。

¹⁶⁶ 吉村得王彦医労連共済事務局長によると、「全労連横浜支部は、10名を切るような少数組合であったが、4年前、新人歓迎会の際に共済加入呼びかけたのを契機に組合員が増えだし、毎年新人歓迎会で呼びかけ、今年も10数名が共済と組合に加入、今では組合員も50人を超えたという嬉しい話も出てきている」という（2017年4月28日、筆者聞き取り）。

ない組織力の向上に共済活動が果たす役割は小さくない。

第4項 連合体化以降の主な運動

最後に、本研究との課題と関連で重要だと思われるこの期における4つの闘いとその特徴について若干述べておきたい。

第1は、国立病院・療養所の統廃合・移譲反対闘争である。これは、1980年代の臨調行政「改革」に沿った、国鉄民営化と国鉄労働組合攻撃のいわば「医療版」である。86年、政府は、国立病院・療養所239施設の内74施設（約3分の1）を「10年計画」で切り捨てることを決定した。当該の全医労（246支部4万4,518人、86年当時）は、職場からの組合員の総決起とともに、各地で住民や患者団体、労働組合等を軸に幅広い地域共闘を組み、また、全医労・日本医労連・国公労連（日本国家公務員労働組合連合会）の三者共闘を強め闘った。

政府は、統廃合・移譲のための「特別措置法」と対象施設への予算の削減や停止による病院の“立ち枯れ”策などによって計画を強行したが、その終了には28年を要した。この闘いにおける産業別、そして地域住民との共闘の多くの教訓は、続く公的病院（労災、健康保険、厚生連、自治体病院）の統廃合反対闘争に引き継がれていく。組合員が、地域に何度も足を運び、病院職員に対する当初の住民の「不信」を真摯に受け止めて絆を深め、共に反対闘争に立ち上がる、その過程が組合員の意識変革をとまなう闘いとなっていたこともこの闘争の1つの特徴であった¹⁶⁷。

第2は、ナースウェーブと看護職員確保法制定の闘いである。1985（昭和60）年の医療法改正では、病床規制を先取りした病院の駆け込み増床が全国的に広がり、看護婦不足が深刻な事態となった。日本医労連は、1988年10月に全組合員を対象にした「医療労働者の合理化健康実態調査」（94項目）を実施、約半数の組合員8万2,983人（内、看護職員は48,603人）から「調査票」を回収し、看護職員の人手不足による過重労働と健康破壊の実態をマスコミ等に広く発表した。また、日本医労連は1989年秋、白衣の看護婦1,300人で銀座をデモ行進した。これをマスコミが大きく報道したのを契機に、白衣で街頭に出てデモや宣伝行動を行う「ナースウェーブ」（1989年～）が全国に広がった。運動が高揚していくなか、日本医労連が実施した「看護婦ふやせ」の署名は500万を超え、「看護職員確保法」の成立（1992年）を促した。

しかし、「看護職員確保法」には法規制がなく、法制化の運動が続けられ、2007年の第166国会で「看護職員確保法」の改正を求める署名が全会一致で採択された。その内容は、①医師・看護師など医療従事者を大幅に増員すること、②看護職員の配置基準を夜間は患者10人に対して1人以上、日勤時は患者4人に対して1人以上とすること、③夜勤日数を月8日以内に規制すること、などとなっており、「看護職員確保法」の改正など、法規制をめざすものであった。しかし、現在まで法規制には至っていない。

第3は、病院給食等の業務委託反対闘争である。病院給食業務委託反対の闘いは、60年代にも国立や私立大学病院の一部で見られたが、主に業務委託に関わる雇用問題が焦点で、

¹⁶⁷ 詳しくは、岡野孝信・岡部義秀編（2016）『地域医療の未来を創る—住民と医療労働者の協同』旬報社、を参照されたい。

病院給食の内容（質）にまで踏み込み、地域・住民に訴えるような、さらには産業別の闘いには至らなかった。これに対して、90年前後からの闘いは、日本医労協が「直営による病院給食改善の闘い」を大会で方針化し、労働者の権利と職場を守る課題と治療食としての病院給食を守り・改善をめざす運動が統一して進められた。

日本医労連は、業務委託が病院給食の内容（質）に及ぼす問題点を調査・研究し、それを学習・宣伝の焦点とし、団体交渉でも活用した。また、病院給食の委託・センター方式に対しては、先行する海外4カ国の実態調査も実施された。

これらの精力的な運動前進への契機は、1969年から始まった「医療研」全国集会給食分科会での「患者の立場に立った病院給食の充実」への討議の蓄積にあった。現場の栄養士や調理師を中心とする恒常的な対策委員会が、日本医労連本部と県医労連（10数県）に設置された。闘争では、対策委員や産別本部の担当専従が現場に入り、当該職場、労組、県医労連と共に反対闘争をリードする形ですすんだ。その多くで勝利したが、給食職場の団結が崩れた場合や、患者食の充実に向けた取り組みが弱かったところでは阻止できず、強行されたところもあった。そこでは、組合員としての団結とともに、日頃の仕事と患者食に対する栄養士や調理師の意識も問われた¹⁶⁸。

第4は、健康保険改悪反対闘争である。1983年、政府は、医療費抑制のために保険料の引き上げや給付の縮小など、患者・国民負担を拡大する「改正」案を次々と打ち出した。日本医労協は、「健保改悪反対」を掲げて1983年10月から約2ヵ月間、宣伝カーによる全国キャラバン行動を展開した。各県では健保改悪反対連絡会議などの共同行動が行われ、自治体、病院などへの「申し入れ」は6,000団体、「反対決議」は37県議会、1,232市町村議会、国会請願署名も750万に達した。

この運動は、1989年、日本医労連、全国保険医団体連合会、日本生活協同組合医療部会、全日本民医連など医療関係14団体によって結成された「国民医療を守る共同行動推進本部」に引き継がれる。すべての都道府県に共同行動の推進組織が結成され、再度全国キャラバンが2ヵ月間にわたって展開され、930万を超える署名が集約された。

さらに、運動は、96年4月に結成された中央社保協（中央社会保障推進協議会）に引き継がれる。2002年の、2割から3割への健保本人自己負担の引き上げや、高齢者の窓口1割負担などの健康保険改悪反対闘争では、全労連、連合、医団連（医療団体連絡会）¹⁶⁹、日本医師会、歯科医師会など、合わせて約2,000万の署名が集約された。

¹⁶⁸ 詳しくは、岡野孝信（1997）「業務委託と労働組合」。

¹⁶⁹ 日本医労連、保団連、全日本民医連、日生協医療部会、日本患者同盟、新日本医師会の6団体で結成。

第5節 産業別組織の発展と「企業別組合の弱点克服」の端緒

戦後の医療労働組合の生成過程を概観して言えることは、医療の労働組合（単組や企業連）が企業別組合を基本としながらも、戦後70年を経て、産業別の労働組合＝日本医労連と県医労連を「発展」させてきていることである。それは、以下のような事実によっても明らかである。

日本医労連の組織範囲は、国立、公的、自治体、民間、大学、診療所など、さまざまな開設主体に拡がり、近年は医療と関係の深い介護福祉分野の組織化もすすめられ、執行委員会のもと開設主体別の分野別部会が設けられている。また、連合体化にあたって規約が改正され、それまでは交流・共同行動・共闘の場であった全国組合協議会と地方協議会（全国8地方の県医労連と各全国組合地方協議会で構成）が日本医労連の「補助機関」として位置づけられ¹⁷⁰、自主的な交流や共同行動も行われている。そして、地方協議会には、青年協議会、女性協議会の地方協議会代表も参加している。

県医労連も日本医労協結成当初は数県であったものが、いまでは全都道府県に結成されている。財政上の問題¹⁷¹で、各県医労連の専従者はまだ数名しか配置できてはいないが、緩やかな進歩ではあっても各県の医療労働者の産業別組織（センター）として内実を整えつつある。日本医労連本部も、他の同規模の単産に比べれば少ないが、共済事業局を含め30数名の専従者（役員と書記）を配置している。

また、歴史的な産業別統一闘争であった「病院統一スト」や「増員・夜勤制限闘争（ニッパチ闘争）」の後も、毎春闘、秋闘での産業別統一要求、回答指定日の設定、統一ストライキや統一行動を全国的に展開してきた。さらに、80年代後半から全組合員対象の大規模な「労働実態・健康」調査をほぼ一定期間毎行い、定期的な政府交渉（要請行動）も行われている。特に医療法や健康保険、診療報酬など医療政策の根幹にかかわる問題では医療関係団体との共闘による運動も行ってきた。1985年には、研究者や医療関係団体、患者団体と共に国民医療研究所（現、公益財団法人・日本医療総合研究所）を設立し調査・政策能力の強化をめざした。また、1990年には共済事業として日本医労連共済をスタートさせ、組合員と日本医労連の結びつきを強めている。もちろん、これらの取り組みの質的強化が課題となっていることはいうまでもない。

注目されるのは、地方協議会、県医労連のレベルで産業別の交流や統一行動が行われ、春闘などでは県医労連はもちろん、地方協として各県の経営者への要請行動を行うなど、産業別の共同行動や共闘が各地で行われていることである¹⁷²。

また、産業別組織が強化されてきた顕著な例を日本医労協の構成組織の変化に見ることができる。日本医労協は、全国組合と県医労連（1986年までは県医労協）によって構成さ

¹⁷⁰ 日本医労連「規約」第21条および「補助機関、専門局等運営規定」（2003年7月）。

¹⁷¹ 全国組合の支部は、本部とのつながりが強く、支部の組合費は約2%と決して低くはないが、本部への納金と同じように県医労連に納金するまでに至らない。また、自治体病院労組で自治労連に加盟、国立大学病院で全大協に加盟している組合は、県医労連へは二重加盟のうえオプ加盟のところが多く、県医労連への納入が一般的に低い。これらが、県医労連の財政に大きく影響しているが、「まず、共同行動、共闘を先行する」というのが県医労連の一般的なスタンスである。

¹⁷² ただ、日本医労連や県医労連は、病院の経営者団体を産業別の交渉に応じさせるだけの産業別統一闘争を実現できていない。歴史的には1960年の「病院統一スト」の時、東京で産業別交渉が行われている。

れている。全国組合は全国に支部や加盟労組のある企業別組合であり、県医労連は加盟組織が企業別組合であるものの地方における産業別の労働組合（連合組織）である¹⁷³。（【図 2-2】）。

「病院統一スト」直後（1961年）の日本医労協の組合員は、全国組合（5組織）が3万9,330人に対して、県医労協（14県組織）が1万8,030人で、県医労協に対して全国組合の比率が高かった。それが、1995年に逆転し、2016年には全国組合（7組織）6万5,330人に対して県医労連（47都道府県組織）11万2,800人と、県医労連の構成比率が、全体的に組織数、組合員数共に全国組合を大きく上回ってきている¹⁷⁴。

全国組合には、日本医労連の「産別強化」方針（1961年8月大会決定）に沿って、単組や支部の県医労連結集を推進してきた半世紀の歴史があり、全国組合本部と傘下の単組・支部が、県医労連の発展に果たした役割も少なくない¹⁷⁵。それには、全国組合傘下の単組や支部が、それぞれ正式に横線で県医労連に加盟し日本医労連に結集し、また、全国組合という企業連の縦線で日本医労連に結集するという組織構成【図 2-2】も影響している。

これらは、緩やかであっても、企業別組合が産業別組織（連合体）に結集して産業別組織を発展させてきた過程であると同時に、個々の企業別組合にとって「企業別組合の弱点克服」への端緒となるものと思われる。

現在、日本医労連は、単一組織の産業別労働組合ではなく「連合体」形態ではあるものの、7つの全国組合（企業連又は単一の企業組合）と共に、全都道府県の産業別組織（地方における企業別組合の連合体である県医労連）が直接加盟する組織形態となっている。

県医連は、明らかに産業別組織であり、地方における産業別の労働組合である。日本医労連の発展も（それが、いかなる組織形態であっても）、県医労連の発展の程度に負うところが大きい。また、「企業別組合の弱点克服」の道は、企業別組合（単組・支部）が要求実現の闘いで全国組合に結集するとともに、既存の地方、中央の産業別組織に結集し、産業別組織を強化・拡大していくのが現実的な道であると考えられる。

小括 各節の概要

本章では、戦後の医療労働組合の生成過程について述べ、以下の点を明らかにした。

第1節（戦後第1期—1945～1950）では、戦後の医療労働運動が、戦前の医療労働者の争議と、医療社会化運動（無産者医療運動、医療利用組合運動、医学生へのセツルメント運動）の経験者たち、とりわけ医師を中心としてリードされていたことを、戦前と戦後の人脈を通して明らかにした。そのことによって、戦後、医療労働組合をいち早く結成し、医療労働者の全国的な結集をリードしたのが、なぜ、日本医療団・中野療養所の従業員組合であったのか、また、産別運動をリードした中心的な指導層がなぜ医師層であったのかも判明した。そして、戦後における単組、全国組合、産業別組織の形成と後退過程を再確認しながら、新たに結成しようとしていた産業別組織・全医労協が、発足寸前にレッド・パー

¹⁷³ 第2章第3節、【図 2-2】（p. 80）参照のこと。

¹⁷⁴ 各年の日本医労連大会『資料』等より。

¹⁷⁵ 県医労連毎では差異はある。

ジによる幹部の追放で流されたこと、などを明らかにした。

第2節（戦後第2期—1950～1957年）は、レッド・パージで後退した組織を、運動を強化しつつ回復していく時期である。医療の産業別組織が存在しないなかで、全医労、全日赤、再建された都医協がリードしながら中央医従協を結成し、全都道府県に医従協の結成を呼び掛ける。この、「医従協」の運動が1957年に結成される日本医労協の、また、各県医労協結成の基盤になっていった。京都、岩手、新潟では、中央で日本医労協が結成される以前に地方の産業別の労働組合（県医労協など）が結成された。これまでの先行研究では、「医従協」の組織と運動が医療労働者の産業別結集に果たした役割の評価が薄く、本節でこれを明確にした。

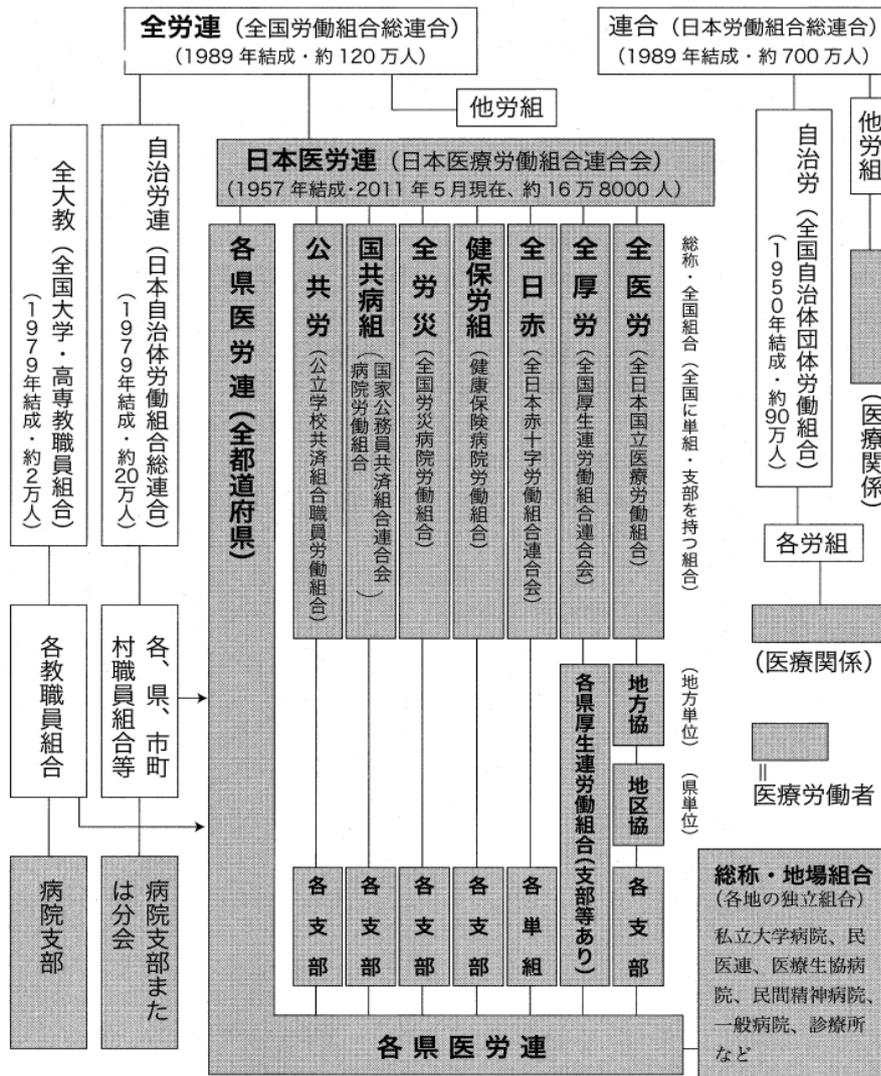
第3節（戦後第3期—1957～1987年）は、日本医労協（連絡会）の結成から日本医労連（連合体）に改組されるまでの30年間である。ここでは、新たな資料によって、日本医労協結成に至る経過を明らかにしたが、その中で、全医労がその中心になるとともに、当時の国鉄医協（国鉄労働組合の病院部門）が結成に積極的な役割を果たしたことなどを明らかにした。また、いわゆる「職場闘争」が医療労働組合の組織と運動に与えた影響について述べた。日本医労協は、初の産業別統一闘争である「病院統一スト」（1960年）と「増員・夜勤制限闘争（ニッパチ闘争）」を経て、産業別の労働組合としての基礎を築くが、その点に関わって、結成後約25年経った1981年の日本医労協大会議案での総括（発展の要因と課題）を紹介した。さらに、その過程での「医療研」運動のスタート、個人加盟組合運動、医療労働会館の建設、国民医療研究所の設置についてその概要と意義を簡略に述べた。

第4節（戦後第4期—1987～2010年）は、日本医労協の連合体化以降、現在に至る約20数年間である。臨調行政「改革」に沿った医療「合理化」と、それに対する闘いが前進する時期であった。一方、総評が解体され、日本医労連が新たに結成された全労連の中心単産となっていく時期でもある。本節では、全労連への加盟、未組織の組織化も見据えた日本医労連共済の発足、そして、この期を代表する4つの闘いについて述べた。

第5節は、産業別の組織と運動の発展とともに見られる「企業別組合の弱点克服」の端緒について述べた。特に、日本医労連の組織構成が、全国組合に対して県医労連（地方の医療産別組織）のウェイトが大きくなってきていることに注目した。それは、全国各地の企業別組合が、都道府県の産業別組織（県医労連）に結集し、自ら中心となり緩やかであっても県医労連を発展させてきている一つの現れと見ることができ、「企業別組合の弱点克服」への端緒になるものと見た。医療労働運動において、企業別組合が要求実現の闘いで既存の産業別組織に結集し、それを拡大・強化してきたことが注目された。

【図 2-2】現在の医療労働組合の組織図

現在の医療労働組合の組織図（概略）



- (注1) 全医労の場合、県医労連への加盟形態は、地方協・地区協・支部の三つがある。
- (注2) 日本医労連の組織人員の中には介護・福祉関係者も含む。
- (注3) 自治労連と全大教の下部組織の県医労連加盟はオプ加盟が中心であるが、二重加盟もある。
- (注4) 単組・支部・分会では、上記の図の以外の加盟形態もある。 (作成：岡野 2011年8月)

第3章 「病院統一スト」の歴史的意義

はじめに

「病院統一スト」¹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産業別統一闘争であった。賃上げ要求を中心に全国125の労組（約300病院・35,000万人²）がストライキによる統一闘争に立ち上がったとされており、日本医労協および加盟の全国組合と県医労協ごとに統一行動日を設定した波状的なストライキが約6ヵ月にわたって行われた。

本章では、この「病院統一スト」の背景や要因、展開過程を概観しながら、この闘争を契機に日本医労協大会に提案された単一組織化案の内容を明らかにし、それがもつ意味を含め、医療労働運動史における「病院統一スト」の位置と歴史的意義を考察する。

第1節 「病院統一スト」の背景と要因

第1項 背景

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、高度経済成長へとすすむなかで、「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³。

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。

¹ この争議は一般的に「病院スト」と呼ばれている。先行研究では「病院統一争議」「病院争議」などとされているが、本稿では、病院における初の産業別「統一スト」という点を重視し「病院統一スト」とした。

² 日本医労協『第7回定期大会議案』1961年、p.6。これは、60年末の概数で、正確な全体の数値は不明。

³ 朝倉明子「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」（「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、p.7。

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」⁴と特徴づけている。このような低医療費政策の下に、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⁵。この制度には、高度経済成長に進む労働力（健康）の保持や、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（提供）体制の未整備」の4点を指摘し、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」⁶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」⁷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3-1】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年の一般病院における病床数と医療従事者の比較である。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いる。そのため、看護職員一人当たりの病床数（病床数／看護職員計）は、4.24床から4.6床人に0.43ポイント増えている。もともと少ない看護体制が、ほとんど改善されず、逆に看護職員一人当たりの病床数が増加したのである。逆に、看護助手は53年の7,442人から60年の21,058人と2.83倍に増加している。また、【表3-2】で

【表3-1】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	1960年	増減差	対比（倍）
病床数（床）	243,921	479,032	235,111	+1.96
総従事者数（人）	167,370	295,610	128,240	+1.77
看護職員計（人）	57,568	102,515	44,947	+1.78
看護助手（人）	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、看護人の合計である。

⁴ 吉田秀夫(1960)「病院ストと医療制度」『労働経済旬報』p.16。

⁵ 東京23区などでは59年11月から先駆けて国民皆保険を実施した。

⁶ 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、pp.248—249。

⁷ 菅谷章(1977)『日本医療政策史』日本評論社、p.310。

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。また、看護助手も7,442人から21,058人へ2.83倍となっている。医療、看護の高度化にともない、本来なら高卒後3年課程の看護婦（21歳）を増やさなければならないところを、これを減らし、中卒2年課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 3-2】一般病院における看護職員数の経年比較

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

(厚生省医療施設調査より作成)

(3) 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は、既に多く語られており、以下、簡略に示したい。まず、看護婦たちは、前述したような看護体制の下で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。医療労働者の多くは、国家試験を経た専門職であるが、他産業に比べて賃金が低く、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。【表 3-3】は、日赤と人事院勧告の賃金比較である。一覧して、その賃金格差は明白である。

また、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・大津赤十字病院労働組合の柘植つ子は、「当時、院長さんや部長さん、婦長さんは絶対的な権限もっていて、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

【表 3-3】日赤と人事院勧告の賃金（本俸）比較表

(1960年8月)

		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) (『全日赤通信』号外1961年1月10日)。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。厳密な比較ではないが大筋は分かる。また、原資料では「人事院勧告」は「勧告」と表記されていたが、「人勧」とした。

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⁸と振り返っている。

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。多くの看護婦が、戦前の製糸女工（工女）ほどではないと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⁹。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、やっとな食事、それから学校へ行く¹⁰」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。

4) 「完全看護」と人手不足

戦後、GHQ（連合国総司令部）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 年の診療報酬の改定で、「完全看護」¹¹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くる¹²。また、勤務体制は「2 交代・当直制」から「3 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、政府が、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¹³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¹⁴」となっていった。

第 2 項 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”と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、または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、中央医従協（「社会保険医療改善」中央医療従業員協議会）¹⁵での共闘を土台に日本医労協を結成した。

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

⁸ 柘植ついで (1989) 「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』看護の科学社、1989 年、p. 133。

⁹ 慶応労組 (1979) 『慶應義塾労働組合 20 年史①』p. 6。「座談会」での組合役員たちの回想（要旨）。

¹⁰ 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）。

¹¹ 付添などを除く看護婦のみによる看護のことであり、1958 年には「基準看護」と名称変更された。

¹² 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、p. 11）。

¹³ 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、p. 297。

¹⁴ 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、p. 128。

¹⁵ 1953 年 7 月結成。診療報酬改善、健康保険改悪反対等を求める医療関係団体と医療労働組合の共闘組織。

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年を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（約4割）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に入り、他の看護婦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¹⁶「病院統一スト」に立ち上がったのである。

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¹⁷。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闘うことになる。その意味では、統一闘争にとって、加盟組合の組織力は大きな条件となる。

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など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¹⁸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1960年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¹⁹。

第2節 「病院統一スト」の概要

第1項 「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。最初は、1957年3月の新潟精神病院（新潟市青山、従業員128人）の労組であった。同病院は、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²⁰。組合は、こま闘いで「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²¹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。

¹⁶ 「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。」（全日赤中央病院従組が61年のメーデー前夜祭で上演した『構成詩』の一部、pp.11～13。

¹⁷ 日本医師会『病院の紛争に関する資料(七)』1962年、における「医師の組合加入状況」pp.75～177。

¹⁸ 「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）。

¹⁹ 「病院ストに共闘会議—総評医療制度改革めざし—」『朝日新聞』1960年11月11日。

²⁰ 新潟県医療労働運動編集委員会（1975）『白い軌跡』労働旬報社、p.139。

²¹ 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余年8月）において病院ストの合法性を認めさせた。

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。都医協は、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。同年5月、都医協は第11回定期大会で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²²。

そして、都医協は、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。一方、全労災は、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）を執行して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を歴史的な「病院統一スト」の舞台に引き上げるのである。

第2項 「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を決定する。それは、「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の大衆的規模の学習・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（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を提出（10月末）し、来春早々に実力闘争に入る構えで進むというものであった²³。要求額は不統一であっても、より職場に近い組合員の要求が反映されるようにした²⁴。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日に東京医労連が先行してストに入り、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²⁵。

第3項 「病院統一スト」の時期区分と各期の概要

「病院統一スト」は、60年11月1日の東京医労連の統一ストから闘いが全国に拡大する60年年末までの前半と、政府・日経連・経営側の反撃と弾圧が本格化する翌年1月から決

²² 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、すでに加盟していた慈恵医大、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。

²³ 日本医労協『第5回定期大会議案』1960年、p.17。

²⁴ 例えば、全日赤は「一律5,000円以上」、健保労連は「一律3,000円」、地場組合は、ほぼ「3,000円」前後であった。

²⁵ 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。また、東京医労連は11月1日から4月

18日までの21波（各4～19単組）、全日赤は11月25日～3月28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3月28日の13波まで「全国統一スト」を設定した。

着までの後半に分けられる。さらに、前半は東京医労連の 11.1 統一ストに始まる初期（第 1 期）と、全日赤が参加して闘いが全国に拡大する日本医労協第一波の 11 月 25 日から全国的な 7 波の統一ストが展開される年末まで（第 2 期）に分けられる。また、後半は、年明から日本医労協の戦術転換まで（第 3 期）と、方針転換から妥結するまで（第 4 期）に分けることができる。紙面の関係で内容を詳しく説明できないが、1～4 期がそれぞれ密接につながっていることは強調しておきたい。

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 組合前後が参加する 4 波の統一ストで先行させ、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、「病院統一スト」への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

「病院統一スト」は 11 月 25 日、全国に加盟単組のある全日赤が決起して日本医労協の第 1 波に加わることによって全国的に拡大する。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要求をほぼ全額獲得する。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、多くの労組が要求額を獲得していく²⁶。

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い、「闘争強化」を決定し、2 月 3 日～3 月 28 日までに 6 波の全国統一ストを設定した。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（三役解雇など）、東邦医大（役員ら 30 名解雇など）で弾圧が始まる。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る。さらに、全日赤に対しては、中心単組であった日赤中央病院従組で刑事弾圧やロックアウトが行われ、全国的な第 2 組合結成の動きも強まる。

3 月 28 日には、公労協（公共企業体等労働組合協議会）が仲裁裁定を受諾してストを中止し、春闘は全体的に終結に向かう。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」²⁷との方針を確認する。そして、日本医労協と総評は、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」ようにとの、闘争終結の方向を提案する²⁸。

4) 第 4 期 戦術転換から妥結に至る時期

全日赤と全労災は議論の末、「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

²⁶ 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」賃上げ、「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）。

²⁷ 日本医労協『第 7 回定期大会議案』1961 年、p. 23。

²⁸ 同上。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、経営側の弾圧と労務管理の強化に対する闘いが続いた。

用(賃上げ額の妥協)へと方針を転換する。それは、弾圧が強まるなかでの労資の力関係からすればやむを得ないものであり、組織防衛という点では賢明な措置であったといえよう。政府は、当然のこと、「病院統一スト」が、国家の医療制度・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てきた。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活動、宣伝などを行ってきた。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」にして闘うような準備はできていなかった。

第4項 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、このことをハッキリ認識しなければならない」²⁹などと好意的・同情的であった。日本患者同盟も「病院統一スト」への支持を表明、東京都患者同盟も11月4日、東京医労連と共に、「医療労働者の要求と患者の要求は一つの根から出、闘いの方向も同じだ」との共同声明を発表した。

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、また日本医師会と日本病院協会に対して「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」を発表する。「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。

第5項 慶応病院での闘い

ここで、各労組の闘いを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。経過も含めた概要は、本論文『別冊資料』1-(5)「病院統一スト」の個別闘争事例(慶応義塾労働組合)を参照されたい。

『慶應労組20年史』第1部(1979年)と当時の『慶應労組ニュース』によれば、結成時の労組が以下のように紹介されている(以下、要旨)。

1959年6月、慶応病院の新卒看護婦たちが先頭に立って組合を結成した。同月、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)が結成された。有志の精力的なオルグが展開され、慶応義塾従業員2,554名の内1,742名(約7割)が組合に組織された。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、看護婦など他の職員はほとんどが加入した³⁰。結成にあたり、「単一組織にするか(各施設毎の労組の)連合体にするか」の議論は伯仲したが、塾当局がバラバラな組織(連合組織)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単一組織にしようということになったという³¹。

7月14日には早くも医学部・慶応病院の労働者らは慶應義塾労働組合四谷支部を結成し、都医協(東京地方医療労働組合協議会)に加盟する³²。そして、四谷支部に続いて慶応義塾の施設のあった、①三田(東京都港区、慶応の本拠地)、②日吉(日吉キャンパス、横浜

²⁹ 「病院スト解消のために」『毎日新聞』社説、1960年11月4日。

³⁰ 『慶應労組ニュース』No.2、1959年7月14日。

³¹ 『慶應労組20年史』の座談会—p. 18。

³² 四谷支部の組合員は約700人であったが、会費納入の関係か500人で加盟を申請している(慶応労組四谷支部の都医協への「加盟申請書」1959年7月14日付より)。

市)、③小金井(工学部、東京都小金井市)、④志木(普通科高校、埼玉県志木市)の5支部が組織され、三田に本部が置かれた。慶応における「病院統一スト」では、10月7日の要求提出から賃金要求が妥結する12月15日までに拡大闘争委員会が27回、団体交渉が18回もたれている。労組は、4回のストライキを打ち、要求した一律3,000円を満額獲得した。最大規模となった1960年12月2日のストライキ(第3波)について、機関誌はその一端を以下の様に伝えている(要旨)³³。

第3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んで労働歌を高唱した。7時半から委員長の挨拶、団交報告、行動説明などが行われ、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した。隊列を組んで闘争本部前まで行進し、挨拶や報告を聞いてピケに合流した。ピケは、途中で何回か交代が行われ、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時半に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が行われた。そして、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た。参加者は、「要求貫徹!」「最後まで頑張ろう!」と誓い合い帰りのバスに分乗した。四谷支部組合員は、歌声と拍手で彼らを送った。

ストライキの間、病棟では保安要員が配置された³⁴。組合は院内を「パトロール」し、患者や使用者側とのトラブルに対応するとともに、来院した外来患者に事情を説明し、急患以外は院内に入れなかった。闘いは労組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、労組の本質に迫る以下の様な問いかけも見られる³⁵。

医療と私学の仲間との統一行動のなかで、組合は一律3,000円の賃上げや初任給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。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う弱点も露呈した。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こそ成り立つものであるからだ。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。

また、執行部は、発足(1960年7月)してすぐ夏季手当に対する賃金カット攻撃への対応を行いつつ、年末一時金と賃上げ要求の集約作業、さらに、年末に向けた賃上げ闘争(病院統一スト)に入っていったため、執行部の運営や組合組織全般にわたる検討を行うに至らなかった。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發揮できた。しかし、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

³³ 『慶應労組ニュース』No.20、1960年12月5日。

³⁴ 病院でのストライキは、直前に労使が交渉し患者の安全確保のため最低限必要な「保安要員」を労組も配置する。「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)。

³⁵ 慶應労組『第2回大会資料』p.1~11、要旨。

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。日常の一つひと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。

「病院統一スト」における慶応労組の闘いでは以下の点が注視される。第1は、労組が「オール慶応」の職員の約7割を組織した単一労組として結成されたこと。それによって、ストライキを行った四谷（医学部・病院）支部に対して、教員層と職員層がそれぞれの持ち分を活かした支援³⁶をおこなったこと。第2は、「私学」「医療」という2つの単産レベルでの共闘を実現しつつ、「病院統一スト」という産別別統一闘争高揚の「追い風」に乗って闘ったこと。第3は、医療労働者の中心的な位置にある看護婦の大部分を組織し、看護婦の団結が職場から築かれたこと。

第3節 産業別組織の強化と単一組織への志向

第1項 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。日本医労協の加盟組織は、「病院統一スト」前の11組合（4万8,200人）から19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、加盟組織を拡大した。「病院統一スト」を支援した全医労も14支部を新たに結成した³⁷。そして、日本医労協は、全国的な医療労働組合の連絡網を築き、さらに組織の拡大を展望することとなった。

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、補助機能的な「ブロック会議」を設置³⁹した。

予算は、「病院統一スト」に入る前の1960年度は僅か86万7,600円であったが、「病院統一スト」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用紙（裏表）から、商業新聞と同じ大判（同）の活版印刷になった。そして、総評には、それまで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加盟することを決定した。

第2項 単一組織化への志向

³⁶ 信頼の厚い大学の教員が、組合員の学習会や団体交渉でその能力を発揮した。また、ストライキを妨害する医師の説得にも当たった。さらに、法学部の教員は法律や弾圧対策、警察官への対応役を引き受けた。

³⁷ 日本医労協『第7回定期大会議案』1961年8月、p.27。

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、p.1。

日本医労協は、「病院統一スト」とともに、協議体組織から単一組織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化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）

日本医労協は、第5回定期大会での「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」を行うこととした。そして、「全国組合の下部組織が1県に2つ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こととした。

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」真っ最中の第6回定期大会では、「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。そこでは、第一段階で、まず全日赤などの企業連傘下の単組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）

第7回定期大会で、「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「3ヵ年計画」【図3-4】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」とした。そして、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。」とされた。

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」、を当面の組織活動の重点にするべきとの「修正案」を提出した。

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ヵ年計画）の枠は取り外し、出来るだけ

⁴⁰ 日本医労協『第5回定期大会議案』p. 20。

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

⁴² 日本医労協「第7回定期大会議案」1961年、pp. 36～39。

⁴³ 第7回定期大会「資料」では、全医労が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、組織間に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、p. 19。

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った。大会は、この再提案を受けて満場一致でこれを決定する⁴⁵。こうして、単一組織への移行は実質的に“努力目標”になった。それは、日本医労協の単一組織化が今後の産業別統一闘争の前進と日本医労協、県医労協の組織強化の程度に賭けられたということでもあった。

【表 3-4】日本医労協組織体制 3 カ年計画

(1961 年 8 月第 7 回定期大会、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 総評会費ワク外
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 総評会費ワク外
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

第 3 項 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 1 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。全国組合の支部や単組は県医労協にも加盟している。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、それは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」で各労組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たのである。

「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などといった「根拠」で直ちに組織の単一化を具体化しようとするのは性急であった。

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た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立し、有利に闘いを展開することは困難である。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（従業員）を対象とした「従業員組合」

⁴⁵ 前掲、p. 20。

⁴⁶ 日本医労協「第 7 回定期大会議案」1961 年、pp. 37—38。

⁴⁷ 富岡（1972）、p. 359。

に合流している⁴⁸。こうした事実をふまえると、富岡の主張は現実からかけ離れた側面を持つものであるといえよう。

第4節 「病院統一スト」の歴史的意義

第1項 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る。

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を掲げた全国的な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。それは、医療労働者のそれまでの賃金闘争を質的に転換（発展）させるものであった。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行われた⁵¹。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⁵²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。また、日本医労協の単一組織化は成らなかったものの、「病院統一スト」終結後の大会で「産業別組織強化」を満場一致決定し、その後の日本労医協強化への組織合意を得たことであり、それが、日本医労協の「理念」となっていたことである。そこには、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。例えば、東京医労連が自らの大会の「総括」⁵³で、先の大会で決定した「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」にあると強調したことのなかにも見られる。さらに、「病院統一スト」は、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るとともに、組合員と中央・地方の産業別組織との距離を縮めたのである。

第3 は、国の医療政策の転換を求める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」では、組合側の「国庫と資本家負担による単価（診療報酬）引き上げ」や「医療保障の給付引き上げ」などの要求に対する闘いは十分仕組まれず、基本的には賃

⁴⁸ 国立千葉大学付属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、p.4。

⁵¹ 「病院統一スト」が終息に向かう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。このことは、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。

⁵² 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』—「まえがき」。

⁵³ 東京医労連『第12回臨時大会議案』1961年2月、p.13。

金闘争の枠を大きく超えることはできなかった。組合側には、医療政策要求を実現するために、体制側を「敵」にして闘う準備はなかった。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⁵⁴に限られ、全体的なものにはなっていなかった。

第4は、医療労働者の権利意識を高めたことである。「病院統一スト」は、生活保障を求める賃上げ闘争であるとともに、寮生活・通勤・結婚の自由を求めるという「人権闘争」的性格と、専制的な職場の民主化を求める「民主化闘争」的な性格を持っていたが、これらが相互に作用し、それまで、抑圧されていた医療労働者の権利意識を高めた。

第5は、職場闘争、産業別統一闘争、地域共闘⁵⁵の統一した闘いによって、医療労働者の闘争エネルギーを引き出し、闘いを有利に展開したことである。それは、まだまだ端緒ではあったが、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』⁵⁶などに強調された方向を一定、実証したものであった⁵⁷。

第2項 富岡の見解に対する批判

最後に、先行研究において、「病院統一スト」の歴史的意義について述べた富岡の見解についてふれておきたい。序文で述べたように、富岡は、「病院統一スト」の歴史的意義は、第1に、企業別組合から産業別労働組合（単一組織）への展望が開けたこと、第2に、医師層から看護婦、事務員など一般医療労働者へ指導層が移行したこと、第3に、開業医の医療費値上げに追随したそれまでの賃上げ運動から、統一要求による正面からの賃上げ闘争に転換したこと、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であったとした。

富岡が主張する第1の、「企業別組合から産業別労働組合（単一組織）への展望が開けた」という点については、すでに、それが性急なものであったことを本章第3節第3項「単一組織化“挫折”の要因」において明らかにした。

第2は、「医療労働運動における指導層の移行」があったとしている点である。確かに、富岡のいうように、「病院統一スト」の中心は看護婦、事務員等一般の医療労働者であったが、闘いの中心ということと「指導層」とは同一ではない。本論の第2章第1項でみたように、戦後早い時期からレッド・ページ（1950年前後）までの医療労働運動の指導層は医師であった。これらのなかで主に共産党員であった医師がレッド・ページで排除され、その後の執行部は残った医師を含め各職種・職場を代表する組合員によって構成された。

富岡は、東京の2つの組合の委員長と書記長が医師でないこと、全日赤では委員長がエックス線技師であったことをもって、「病院統一スト」の指導層が医師から他に移る論拠と

⁵⁴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。

⁵⁵この時期の地域共闘は主に各地域の労組の支援・共闘であり、総評の地方組織であった地区労や県医労協が果たした役割は大きかった。具体的には、本論文『別冊資料』1-(1)～1-(7)の闘争事例を参照のこと。

⁵⁶『総評組織綱領草案』については、本論文第2章第3節第3項「医療労働組合と職場闘争方針」を参照のこと。

⁵⁷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」⁵⁷と、強調していた（日本医労協「第5回定期大会議案」1960年、p.17）。

している。しかし、「病院統一スト」後半の中心となった全労災の執行部は8人中4人が医師であり、健保労連も執行部14人中8人が医師であること、そのうえ、両労組の委員長と副委員長が医師である⁵⁸。また、全日赤にはもともと医師の組合員が少なかったこと、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などをみると⁵⁹、「病院統一スト」で指導層が医師から一般医療労働者に移行したとはいえない。

第3の、開業医の医療費値上げに追従したそれまでの賃上げ運動から、統一要求による正面からの賃上げ闘争に転換したという点には異論はない。それまでの運動では、診療報酬が上がらなければ、賃上げ要求を自制するという意識が医療労働者に働いた。また、賃上げ闘争転換の意義については、本章4節「病院統一ストの歴史的意義」の「第1」においてすでに詳述した。第4の、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という主張の問題点についても、そこまで発展したとはいえないということを、本章4節「病院統一ストの歴史的意義」の「第3」において、すでに明らかにした。

小括 各節の概要

本章では、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」をとりあげ、医療労働運動史におけるその歴史的意義を明らかにした。

第1節では、「病院統一スト」の背景について述べた。高度経済成長による国民の生活様式の変化、労働運動と安保闘争の高揚、政府の低医療費政策に沿った低賃金、国民皆保険体制に向けた病床数の拡大に追いつかない看護体制の人手不足、そのことによる看護職員の過重労働、非民主的な職場と自由を抑圧された全寮生活、などがあったことを確認した。

また、主体的要因として、このような情勢をリードする産業別の労働組合（日本医労協）の結成や、数年前から全日赤や都医協、全労災で統一行動が育まれていたことを指摘した。さらに、看護婦層が患者との狭間で悩みながらも決意してストライキの先頭に立ったことを述べた。

第2節では、「病院統一スト」の展開過程の概要を4期に分けてまとめた。第1期は、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4波の統一ストで先行しつつ、全国の医療労働者に決起を促す時期である。第2期は11月25日～年末までで、全日赤が決起し日本医労協第一波「病院統一スト」に加わり、「病院統一スト」が全国に拡大していく時期である。第3期は翌年1月～3月下旬である。日本医労協が、「闘争強化」を決定、東京医労連、全日赤などに続いて健保労連、全労災も本格的な闘争に入るが、2月になると東京や全日赤などで弾圧がはじまり、日本医労協が「成果を固めて戦線を整理し、次の闘争に備える」⁶⁰との方針転換を行う時期である。第4期は、最後まで闘っていた全日赤と全労災が、「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）へと方針転換する時期である。なお、単組における闘いの一例として「病院統一スト」を象徴する闘いとなった慶応病院における労組の闘いを紹介した。

⁵⁸ 『全労災30年の歩み』p.24、および『健保労連35年の記録』p.58。一各労組発行。

⁵⁹ 日本医師会『病院の紛争に関する資料(七)』1962年、における「医師の組合加入状況」pp.75～177。

⁶⁰ 日本医労協『第7回定期大会議案』1961年、p.23。

第3節では、「病院統一スト」によって拡大・強化された産業別組織の状況について述べた。また、当時の日本労医協における単一組織への志向を大会議案によって検証した。「病院統一スト」によって、中央・地方における産業別組織が拡大し、日本医労協は大会に単一組織への移行案を提案する。しかし、「単一組織化」への志向は、まだまだ一部幹部の意思であり、単組や組合員との間には大きな溝があり、議論の末、「産別強化」の基本方針は満場一致決定されるが、単一組織への移行は“努力目標”となった。単一組織化が、産業別統一闘争の前進と日本医労協および県医労協組織の発展の度合いに賭けられということであった。

第4節では、「病院統一スト」の歴史的意義について述べた。第1は、初の産業別統一闘争で賃上げ要求額をほぼ獲得し、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、第2は、医療の産業別組織の基礎を築いたこと、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、第4は賃上げ闘争による生活保障とともに、寮生活・通勤・結婚の自由を求める「人権闘争」、専制支配的な職場の民主化を求める「民主化闘争」の性格を合わせ持つ闘いであったとした。そして、これらが相互作用しながら医療労働者の権利意識を高めたとした。第5は、職場闘争、産業別統一闘争、地域共闘の統一した闘いによって、医療労働者の闘争エネルギーを引き出し、闘いを有利に展開したことである。それは、まだまだ端緒ではあったが、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を一定、実証したのもであった。最後に、「病院統一スト」の「歴史的意義」に対する富岡の主張に対して、批判的検討をおこなった。

第4章 「増員・夜勤制限（ニッパチ）闘争」の特徴と 歴史的意義

はじめに

看護婦を増員し夜勤日数を制限する要求は、わが国の医療労働運動の当初から現代に至るものである。本章で扱うのは、1968年の新潟県立17病院における自治労新潟県職員労働組合（以下、新潟県職労）の劇的な勝利にはじまり、70年代前半まで全国的に拡大した「増員・夜勤制限闘争」であり、マスコミを含め広く「ニッパチ闘争」¹と呼ばれた時期の闘いである。「ニッパチ闘争」は、看護婦の夜勤を「2人で、月8日以内にせよ」という要求を、看護婦自身が病棟毎に討議して作成した「勤務表」（組合ダイヤ）を基に、実力行使を機軸に闘い、全国約300²の病院で「夜勤協定」を獲得した闘いである。自治労、日本医労協、日教組大学部という3単産がそれぞれ主導する統一闘争としてすすめられた³。

本章では、「ニッパチ闘争」全体の大まかな経過、背景について把握し、さらに、4つの個別単組の闘い⁴を概観することによって、「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明らかにしたい。

本章で取り上げる4つの個別事例は、「ニッパチ闘争」を全国に波及させる最初の闘いとなった新潟県職労（新潟県職労）、新潟の勝利を引き継いで勝利した済生館従組（山形市済生館病院従業員組合）と県医労（岩手県医療局労働組合）、そして、「ニッパチ」要求に対して勤務体制「合理化」の逆提案を受け、最初は強行されるが、さらなる勤務体制の「合理化」攻撃をはね返して勝利した全労災（全国労災病院労働組合）と同、関東支部の闘いである。いずれも「ニッパチ闘争」を象徴する闘いである。また、民間病院も組織する日本医労協が深く関わった傘下の山形と岩手の闘いは、自治体病院に始まった「ニッパチ闘争」を民間の病院労組に波及させる契機となる闘いである。

分析に当たっては、職員がストライキ権を奪われた公務員である自治体病院にあって、「ニッパチ闘争」（自主的な勤務表による「組合ダイヤ」による実力行使というような戦術と闘争）がなぜ可能であったのか、また、闘いを通して看護婦の意識がどのように変化したのか、さらに、企業別組合の弱点を克服するキーワードと思われる、「職場闘争」「地域

¹ 一般的に「ニッパチ」とは、看護婦の「夜勤は2人（複数）で、月8日まで」との要求を表現したものである。「ニッパチ闘争」が、「患者のためのよい看護」や「医療政策の転換」を求めていたことからすれば、「ニッパチ闘争」との呼称は闘争の実態を狭めかねないが、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 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」と記している。〔日本医労協『第17回定期大会議案書』p.5〕

³ 3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）。

⁴ 4つの個別事例の内容は、紙数の関係で割愛し、本文にはそれぞれの闘いの「特徴」のみ示した。各々の闘いの状況については、本論文添付の「別冊資料」2-1から2-4を参照されたい。

共闘」「産業別統一闘争」の様相などについて注視した。

「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、切実に求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』⁵のタイトルにも端的に示されている。

第1節 看護職場の実態と背景

第1項 看護職場の実態

看護職場の実態を、看護婦たちは以下のように訴えている。

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年12月16日）

「私たち（泌尿器科は）、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ばりつけたまま、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、準夜勤務⁶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っ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。私たちには看護婦控室もなく、一日中すわ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⁷）

「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」（19頁）一患者の声。

「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、ジイちゃん、バアちゃんが、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。

⁵ 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労連組合員（全国の看護職員）27,545人から回収された労働実態調査の報告書。

⁶ 看護婦の3交替勤務は、患者に24時間対応するためのもの。例えば、昼間の「日勤」（8時00分～16時30分）、準夜勤務（16時00分～0時30分）、「深夜勤務」（0時～8時30分）など。

⁷ 同労組（1968）『しあわせはみんなの願い、二人以上の夜勤でよい看護を』より。

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、…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、よく無断離院が起きます。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2人夜勤であれば、…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⁸

「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。」(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。1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しなくなる」(東京・慶応病院)

「…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、1ヵ月も体を拭けない状態です。それに深夜勤で1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3時には足がつっぱり明け方には引きずるようになります。6時には60名の患者の検温に走り回り、7時まで一人ひとり人の検温をし、あと1時間で書類に記入し、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

⁸ 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)。

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。」(東京・慶応病院看護婦)⁹。

第2項 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年代後半は、高度経済成長が終焉に近づく時期であり、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)体制とも矛盾を来すようになる。

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」¹⁰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」が、「病床数」と「看護体制」の関係においてどのように現れたのか、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」を実施するとして、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」に類する仕事がいきおい看護婦の肩にかかってくる。また、当時、勤務体制は「2交代・当直制」から「3交代制」への切り替えが進んでいたため、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)を定め看護婦の増員を抑制した。当然のこと、人手不足が慢性化し看護婦の労働強化が進んだ。「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」¹¹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」¹²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、

⁹ 日本医労協機関紙『医療労働』200号、1968年4月5日より。

¹⁰ 西岡幸泰(1985)『現代日本医療政策論』労働旬報社、p.28。

¹¹ 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、p.297。

¹² 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、p.128。

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っ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1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なり、そのうえ、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誰がみても明らかであった。「ニッパチ」は、看護婦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まさにギリギリの要求であった¹³。

(2) 国民皆保険と看護体制

第2は、国民皆保険にともなう問題である。国民皆保険が61年4月からすべての市町村で実施される。この制度は、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を持つものであった。しかし、先に3章第1節で述べたように、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」¹⁴であり、「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(提供)体制」が整わず、「両者の矛盾が段々と表面化するよう」¹⁵なり、人手不足は看護婦において深刻な事態となっていた。

国民皆保険は、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が拡大する。それを見込んで医療機関の新設や増床に向けての“競争”が激化した。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、看護婦にとって“手のかかる”「重症患者」が増え、ますます労働密度が高まった¹⁶。

しかし、看護婦の人員配置基準は改善されず、勢い看護婦不足が加速する¹⁷。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事態となった。

(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4-1】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

¹³ 「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。

¹⁴ 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、pp.248—249。

¹⁵ 菅谷章(1977)『日本医療政策史』日本評論社、p.310。

¹⁶ 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、p.19など。

¹⁷ 同上。

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」について比較した。この間、「病床数」は400,430床から836,485床へ436,055床、約2.09倍に増加している。一方「看護職員計」（助産婦含む）も、80,583人から199,482人へ18,899人、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いる。また、看護職員一人あたりの病床数も、1957年の4.97床から4.18床へ下がっている。しかし、前述したように、もともと少ない看護体制が少し伸びたということであり、この間の病床数の拡大、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それらに対応できるものとはいえず、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といえる。

さらに、【表4-2】に見るように、1957～1970年の13年間で、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）が抑えられ、逆に人件費の低い中卒2年課程の准看護婦（17歳）が増やされたのである。そして、1957年には看護婦59,053人に対して准看護婦が3分の1強の21,530人であったのが、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。

【表4-1】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（床）	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
病床数/看護職	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」は小数点第3位を四捨五入した倍率。

（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」後の数値としてもみることができる。

【表4-2】一般病院における看護婦、准看護婦、看護助手数の経年比較

	1957年	1960年	1967年	1970年	1975年	増減差	対比（倍）
						1970-1957	1970/1957
看護婦（人）	59,053	60,597	81,982	96,197	136,482	37,144	+1.63
准看護婦（人）	21,530	41,988	82,507	103,285	122,906	81,755	+4.80
看護助手（人）	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」は小数点第3位を四捨五入した倍率。

（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、1975年は「ニッパチ闘争」後の数値として見ることもできる。

2) 「病院統一スト」後の最大の課題であった「増員・夜勤制限闘争」

国の低医療費政策にとも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、後半からは経営側の強力な反撃を受けるなかで、いま一つの重点要求であった「増員」への闘いを仕組むことができなかつた。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のである。ゆえに、「ニッパチ」を認める「人事院勧告」に関連して、「ニッパチ闘争」が自治体病院や国立大学病院から始まり、「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急激に拡大していったのである。

本論文第 3 章で述べたように、「病院統一スト」は、賃金闘争とともに人権闘争、民主化闘争という性格をもっていた。そのなかで、看護婦は、自らが闘い、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。ただ、「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他に波及したとしても、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、当然のこと、人権と職場の民主化を求める看護婦の要求が、「ニッパチ闘争」にも大きく影響していったものと思われる。

第 2 節 ニッパチ闘争の概要

本章の冒頭で述べたように、「ニッパチ闘争」は、看護婦の夜勤を「2 人で、月 8 日以内にせよ」という要求を「組合ダイヤ」による実力行使を機軸にして闘い、全国約 300 の病院で「夜勤協定」を獲得した、自治労、日本医労協、日教組大学の 3 単産がそれぞれ主導する統一闘争であった。

「ニッパチ闘争」に至る過程を見れば、「病院統一スト」後、日本医労協は、「増員・夜勤制限闘争」を最大の課題と位置付けにながらも、全国的な増員闘争を組織するに至らなかった。このようななかで、1963 年 4 月、傘下の全医労（全日本国立医療労働組合）が、人事院に対して看護婦の夜勤を制限を求めて「行政措置要求」を提出した。人事院は、現地での公開調査¹⁸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 ヶ月の夜勤免除、④夜勤の休憩時間の明示、などの「人事院判定」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」¹⁹ 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。これを受けた県医労（岩

¹⁸ 公開調査の場は、つもりつもった職場の不満をぶちまける場となった。岩国病院（山口県）の場合、全医労岩国支部（組合員 160 名）が、午前 9 時 40 分から午後 10 時まで職場闘争さながら調査に対応したという（全医労『全医労三十年の歩み』p. 66）。

¹⁹ 全医労『全医労三十年の歩み』p. 72。

手県医療局労働組合)は、3月30日の団交で、①3 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人+病院採用11人)の増員を確約させる成果を上げる²⁰。

県医労の「増員・夜勤制限闘争」を知った新潟県職労医療部会は、調査団を岩手に派遣し、①当局も「人事院判定」を無視できないこと、②患者や住民、マスコミなど社会に支持を得られる闘いであること、③切実な夜勤制限要求の実現へ看護婦が職場から立ち上がったという、県医労の闘いの経験を学び、新潟での新たなニッパチ闘争の戦術(組合ダイヤ)を練っていく²¹。そして、新潟県職労は、1968年春、「組合ダイヤ」による実力闘争に入り、見事に勝利するのである²²。

68年3月の新潟で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」を経て全国に波及する。集会は自治労が主催(総評医療共闘協賛)し、看護婦を中心に全国から532人が参加した。その約半数の260人が日本医労協からの参加であった²³。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述べるなど、医療の大産別的な集会となった²⁴。また、ニッパチ闘争を全国に広げる大きな契機になるとともに、新潟にとっても、孤立せず、勝ちとった協定を実行させる上での重要な集会となった。

【表4-3】は、新潟の後、同年8月からの5ヵ月間(12月末まで)に「ニッパチ闘争」に入り、「ニッパチ」協定が結ばれた病院である。新潟での全国活動者会議の3ヵ月後には、隣県の山形(済生館従組)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病院で「協定」が結ばれ、さらに翌年69年6月には18府県162病院まで拡大する。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くる。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、(組合は)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)²⁵、と指摘されている。また、国立病院をはじめ、日赤病院、健康保険病院、労災病院などでは、交替勤務

20 『県医労三十年の歩み』p.145。なお、早くも1962年2月には、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、地区労と共闘を組み、市民への宣伝を強める。これをマスコミが大きく取り上げたため、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2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、と回答した。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」させている(pp.133-139)。

21 新潟での劇的なニッパチ闘争の勝利の要因の1つに、この岩手への調査団派遣にあった。闘争への看護婦の主体的参加、社会的アピール、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に見られるからである。また、県医労が日本医労協の中心的な単組であることからして、日本医労協のそれまでの闘いの経験や教訓なども交流されたであろう。そして、新潟県職労の勝利の経験と教訓が岩手に伝えられ、同年秋の県医労の「ニッパチ闘争」勝利へと続く。

22 『県医労三十年の歩み』pp.146-147。

23 日本医労協(1968)「第14回定期大会議案」p.7。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」(p.245)と記している。

24 日本医労協機関紙『医療労働者』No.205、1968年5月25日。

25 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、p.5。

時間の変更によって、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」が志向された。「ニッパチ闘争」の広がりに対する経営側の反撃であり、「ニッパチ闘争」にブレーキをかけようとするものであった。「新勤務体制」の「合理化」提案に対して、全医労や岩手県医労などは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、全国的にも影響した。

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（神奈川県川崎市）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²⁶。このようななか、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る。



慶応病院での「ニッパチ闘争」のストライキ(1968年5月23日)²⁷

否したため、労使の紛争が強まる。労組の大会議案には、「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、1ヵ月5波のストライキ」²⁸など、総力をあげた闘いとなったと記されている。労使は、5月31日の団交で、「昭和44(1969)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」²⁹し、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5人の看護婦に対して「上司の命に服さず誹謗中傷を行った」などとして1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³⁰。

慶応における「夜勤制限闘争」は、1969年4月11日、労組からの「1人夜勤廃止、月平均8日以内」をはじめとする38項目に及ぶ要求が始まる。当局は、4月30日、「47(1972)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さず、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

²⁶ 「新勤務体制」及び「新々勤務体制」について、また、全労災と関東支部のたたかいについては、本論文『別冊資料』の「個別報告2—(4)—全労災と関東支部(個別事例4)」を参照のこと。

²⁷ 写真提供:日本医労連。

²⁸ 慶応義塾労働組合四谷支部「第10回大会議案」1969年。

²⁹ 日本医労協第『第16回定期大会議案』1970年。

³⁰ なお、慶応労組のこの後の闘いについては、十分な資料が得られず、今回は割愛した。なお、慶応義塾

【表 4-3】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。

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し、最終日に法案を廃案に追い込んだ。これは、「ニッパチ闘争」とも相互に関連する闘いではあったが、「ニッパチ闘争」への集中度が分散されたことは否めない。

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、それを押し返しつづも、「医療労働者が一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」³¹のである。もちろん、拡大のスピードと闘いの集中度は落ちたとはいえ、その後も「ニッパチ協定」は全国に拡大していく。

なお、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と、参議院決議（1969 年 6 月 10 日）を採択するところまで迫ったが、さらなる法制化への運動には至らなかった。

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」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

（1987）『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）は現在（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）。

³¹ 日本医労協「1970 年度運動方針（案）」『医療労働者』号外 1970 年 7 月 1 日 3 面。

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かちとると予想され、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³²。

また、使用者側の対応にも、市の助役、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を行ったり、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するなどの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や、比較的容易に協定化を了承する病院があるなど、病院間にかなりの差があったが、いずれも労組が勝利したとしている。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³³。

第 3 節 個別事例における闘いの特徴

本節では、紙数の関係で各個別事例の特徴のみ述べた。それぞれの具体的な背景、闘いの経過、結果等については割愛し、本論文の『別冊資料』「2」に掲載した³⁴。

第 1 項 新潟県職員労働組合の闘いの特徴

看護職員の増員・夜勤制限を求める新潟県職労の「ニッパチ闘争」³⁵は、「夜勤は 2 人以上とし、月 8 日以上勤務を拒否する」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。以下、この闘いの特徴と思われる点である。

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。労働組合が、各病棟看護婦の創意による「月 8 日を超えた夜勤のない（夜勤をしない）」「組合ダイヤ（勤務表）」を作成し、実力行使に入るという戦術を方針としたのである。スト権を剥奪された公務員をして、一見、無謀とも思えるこの戦術は、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かちとる他ない」と決意した闘いであった。

争議が長期化すれば、労使ともに大きな打撃を受ける可能性があり、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、そして、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

³² 自治労『月刊自治研』1969 年 10 月号、pp. 106-113。

³³ 同上。

³⁴ 原資料は、岡野孝信(2017)「看護婦『増員・夜勤制限（ニッパチ）闘争』の特徴と歴史的意義」三宅明正編『日本労働史の研究』千葉大学人文社会科学研究所「研究プロジェクト報告書」第 311 集、pp. 18-76。

³⁵ 1968 年 3 月の妥結 2 ヶ月後の 6 月には新潟県職労よりルポルタージュ『夜明けがくる一立ち上がる看護婦たち』が、また、70 年 8 月には「夜勤協定」後の闘いを中心にした横山廣・前川清治『白い波濤』が発行された。両書の執筆の中心となったのは、闘争の中心にいた新潟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ルポルタージュとなっている。これらによって、新潟の「増員・夜勤制限闘争」のほぼ全容が分かる。

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は、これらの一つひと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³⁶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った。

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、劇的な勝利を得たのである。その勝利が、閉塞感に包まれた全国の看護婦に増員・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」の確かな発火点に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。

新潟県職労は、病棟の看護婦による職場闘争を機軸に、自治労の産業別の支援と新潟県医労協や他の地域の労働組合の支援・共闘を合わせて闘った。これらの支援で職場闘争の限界を補いつつ、また、闘いに対する患者・県民・マスコミの共感を得て、看護体制の問題を社会問題化した。そして、医療職場の問題を政治の場に持ち込み、社会的支援のもとに知事の「指示権」を引き出し、「ニッパチ」要求をかちとったのである。

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、いわば医療の「大産別」共闘が行われた。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」と支援を強めた。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。」³⁷と強調している。

第3は、新潟県医労協が、県立病院の看護婦の夜勤切れ対策の保安要員（緊急時の連絡員）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として県立病院内の病棟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、組合員の企業意識を越えさせ、企業別労働組合の殻を破っていく萌芽を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、新潟県職労『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、中央の各病院で（に対応し）、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。

³⁶ 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った。

³⁷ 福島富（2011）「白衣の胸に“赤いバラ”」岡野孝信編著『なかまと共に一医療労働運動を進める12章』本の泉社、p. 271。

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2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。」(p.8~9。一部要約)

第4は、増員をかちとることによって、医療法の看護職員配置基準で「4対1」（患者4人に対して看護職員1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、か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。また、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。

第2項 山形市立済生館従業員組合の闘いの特徴

新潟県職労の勝利（1968年3月）に続いたのは、山形市立病院済生館従業員組合（済生館従組、当時の組合員280人）であった。闘いは、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³⁸および夜勤回数1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）を交わして勝利した。新潟では、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が、済生館従組の場合は1つの病院であり、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、全国的な労組や、患者、住民の支援を得た闘いであり、以下、その特徴である。

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、「赤ちゃん取り違え」という信じられないようなや事件や、医療事故寸前の「輸血事件」などでの職場での危機感もあったが、新潟の夜勤制限闘争勝利のニュースの衝撃が大きかった。さらに、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が組織されたことも、看護婦が団結して闘いに立ちあがるうえでの大きな力となった。

第2は、看護職場（全9病棟）における職場闘争が行われ、それが闘争体制の“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。まず、東3病棟の看護婦が総婦長と交渉して「2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

³⁸ 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。

にはなったが、「2人夜勤」の実績を作ることで増員への展望を開いていく契機となった。

これは、新潟の場合と異なる点である。臨時的措置とはいえ、「2人夜勤」が病棟毎の「職場闘争」によって8月中旬までに全9病棟で実現したのである。闘いの山場となる「組合ダイヤ」以前に「2人夜勤」が実現していたことは注目される。これが、後の夜勤制限(1ヵ月・8日)への実行行使の大きな自信となっていった。また、看護婦自ら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、日本看護協会から地方の一労組の闘いに激励文が届き、県支部長らが激励に来るといふ職能的な支援を得たこと、さらに、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、闘いへの看護婦の結集をより強いものにした。このように、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」戦線の拡大によって、市当局を孤立させ、勝利を確かなものにしていったのである。

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を得て闘われた。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産業別の労組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」でおこる「夜勤切れ」に対する保安要員の体制を組織した。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

【表4-4】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		72年平均
	67年(72年)	67年	72年	67年	72年	
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)より。

(注4) 1972年の数値は山形県医労協「看護婦夜勤実態調査」[『第4回看護婦討論集会(1972年)資料』より]。

での団結をいっそう強め、「闘いは産別で！」との伝統を育んでいくのである³⁹。

最後に、闘争に入る前の1967年と1972年(妥結4年後)の看護婦配置数の比較表【表4-4】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、1ヵ月の夜勤回数(平均)では、4病棟が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。

第3項 岩手県医療局労働組合の闘いの特徴

県医労岩手県医療局労働組合(岩手県医療局労働組合)は、前述したように、日本医労協の方針提起(1962年)を受け、全国に先駆けて夜勤制限・増員の闘いに入り、1962年に県医労胆沢支部、1964年に花巻厚生支部が増員要求を実現する。また、1965年に全医労が引き出した「人事院判定」を基に、日本医労協が夜勤制限に向けた全国統一行動を呼びかけたのに応え、満足のいくものではなかったが、67年度からの増員をかちとる。そして、この岩手の闘いを踏まえて、新潟県職労が「組合ダイヤ」による実力闘争に勝利する。今度は、この新潟の闘いに学び、岩手県医労協傘下の県医労、岩手医大教職組、全日赤・盛岡日赤労組の3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のである⁴⁰。以下、その闘いの特徴である。

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・住民に訴えるなかで大きな支持を得て、看護婦自らも「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。ここでは、明らかに山形済生館従組の経験が引き継がれている。

第2は、産業別組織としての日本医労協と県医労協が、「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、日本医労協は、「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、同じく全日赤の東北地区協議会、東京医労連、新潟県医従協などから、県医労が組織する18病院66病棟が実力行使に入った場合の保安要員として1,500人の看護婦を派遣してこれを支えることを決定して現地の闘いを励ましている。

新潟県職労や山形済生館従組の闘いでは、県医労協の支援・共闘が中心であったが、岩手の闘いでは、その支援・共闘が日本医労協レベルに拡大してきていると見ることができる。これらの産業別の支援・共闘は、明らかに「協議体」組織や、企業別組合の枠を超えるものであり、企業意識と企業別組合の枠を破る端緒を示すものでもあった。

³⁹ 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。後年、「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。

⁴⁰ 『県医労三十年の歩み』pp.146-147。

第3は、新潟や山形の闘いでは当事者が1つの組合であったのに対して、岩手では県内3組合（県医労、岩手医大教職組、盛岡日赤労組）が県医労協に結集して戦術会議を行いながら、統一闘争として展開されたことである。盛岡市内にあっても、労組の関係する病院は中核病院であり、3労組の連携したこの闘いに対して市民やマスコミも関心を高めた⁴¹。

第4項 全労災と関東支部の闘いの特徴

全労災の闘いは、「増員・夜勤制限」の要求に対して、経営側である労働福祉事業団が勤務体制の「合理化」（新勤務体制及び新々勤務体制）の逆提案を行い、「増員・夜勤」要求を抑圧しようとしたことに対する、勤務体制「合理化」阻止の闘いでもある。以下、その特徴である。

第1は、「職場の実力拒否を土台に運動を地域に広げ、社会的、政治的な問題とする」⁴²なかで勝利したことである。全労災における「ニッパチ闘争」は、他と違って、経営側による「新勤務体制」、さらには「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あった。全労災関東支部は、看護職場における職場闘争を強めつつ、闘いを病院内だけに止めず、多くの組合員が地域に出て、看護婦の勤務体制や病棟閉鎖の問題点などを直接住民等に話すことによって⁴³、地域医療を守ろうとする“共闘”を組織していく。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となり、事業団側を追い込み勝利するのである。地域医療を守る運動と自らの生活と権利を守る闘いが統一されて行われたのである。

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いくことが大事だ。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」⁴⁴と発言している。また、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。」⁴⁵と強調している。

さらに、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…、

⁴¹ 『県医労三十年の歩み』、p. 172。

⁴² 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広げ、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。

⁴³ 『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（要請）、県議会や市議会、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」（全労災機関誌『全労災』No.172、1970年5月25日号、（関東支部 M・K）記名の投稿。

⁴⁴ 全労災機関紙『全労災』No.171、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。

⁴⁵ 同上、関西支部の中央委員の発言。

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⁴⁶たと報告されている。看護婦が地域に出かけ、医療を守る立場から住民と話をしたり、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、また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ていくのである。

第3は、企業別労働組合の弱点を克服していく端緒と思われる点が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」のなかに、また、現実の仕事を捉え直し、「患者の立場に立つ」「医療を守る」という看護婦の意識の高揚のなかにも、個々の企業・病院の従業員という「企業意識」の枠を超えた、産業別の、また社会的任務を意識した「医療労働者」意識が培われつつあることである。

第4節 「ニッパチ闘争」の歴史的意義

以上、「ニッパチ闘争」について、全体の概要と4つの代表的な闘争事例の特徴を概観したが、これらから、「ニッパチ闘争」の歴史的意義を以下の様にまとめることができる。

第1は、看護婦増員の桎梏となっていた看護婦配置基準（医療法による患者4人に看護婦1人）の厚い“壁”に職場から“穴”を開けたことである。労組は、「人事院判定」（「ニッパチ」を勧告）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、患者、地域、職能団体、マスコミ等、広い支援を得て要求を実現した。

闘いは、「4対1」の医療法を改正するに至らなかったが、その後の診療報酬での「3対1」「2対1」などの配置基準の導入に道を開いた。また、この闘いを通して、自分たちを縛っている「枠」が、自ら行動することによって変えられることを医療労働者に実感させた。これらの運動的な意義は大きい。

第2は、看護婦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では看護婦が、「夜勤問題委員会」を結成、自らの労働強化を承知で「患者さんのために」と、自主的に「複数夜勤」を病棟毎に実施し、それを総婦長に認めさせている⁴⁷。

このような看護婦の自主的な職場組織と闘いは、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」の活動などにも見られる。そして、事例として示した職場闘争が、職場闘争至上主義に陥らず、執行委員会と、さらには地域共闘や産業別の労働組合と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」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、協議体組織の枠を越えた産業別の支援を展開したことである。それは、大規模な支援集会や、職場に入った長期のオルグ（指導）、「組合ダイヤ」による「夜勤切れ」に対応するために他労組からの「保安要員」の派遣（動員）計画を組織したことなどに顕著に見られた。例えば、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1,500人の派遣を決定したことなどに見ら

⁴⁶ 前掲、全労災機関誌『全労災』No.172、1970年5月25日。

⁴⁷ 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。

れる⁴⁸。そして、「ニッパチ闘争」は、「職場闘争」「地域共闘」「産業別闘争」を統一して闘うことによって、要求を実現するとともに、わが国の労働組合の課題である「企業別組合の弱点克服」の端緒となる教訓を残すのである。

第4は、「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が、「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）を確立するうえで大きな役割を果たしたことである⁴⁹。「ニッパチ闘争」において、看護婦たちは、患者の願いと自らの要求を統一してとらえ、「患者のために良い看護をしたい」「患者のための看護婦でありたい」という本来の看護を求める職能意識を共有し、闘いへの確信とした。その意識は、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り、「ニッパチ闘争」への大きなエネルギーとなった⁵⁰。このように、「ニッパチ闘争」は、患者や住民の立場に立ち、自らの仕事を見直し、社会的役割（任務）に対する自覚を高めるという意識の自己変革をとげる闘いとなったのである。また、「病院統一スト」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ていくのである。

第5節 先行研究における職能別組合志向について

富岡次郎（1972）『日本医療労働運動史』⁵¹は、全国的な産業別統一闘争による「病院統一スト」「ニッパチ闘争」での看護婦たちの決起をとらえ、「結語」で、看護婦等の職能別労働組合結成の必要性を強調した。全国の看護婦は、「労働市場において極度に不足する売り手市場にあるとき、この機会を有利につかみ、一挙に看護婦のクラフト・ユニオンを結成することはそれほど難事業ではない」として、「企業別組合の欠点を克服し、産業別組合へ脱皮するため」に産業別労働組合（単一組織）を志向した、看護婦、薬剤師、X線技師などの職能（職種）別労働組合の結成を提起したのである⁵²。

しかし、労働市場の状況だけで容易に「企業別組合からの脱皮」ができるものではない。「労働組合の組織は生産過程、産業構造、権力構造、労働市場などの客観的要因に規定され、他方では資本にたいする労働者の階級闘争と切り離すことができないという点で、すぐれて実践的、主体的な性格」⁵³であり、「単に形態のみを重視する場合には形式論におち

⁴⁸ 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。

⁴⁹ 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」とであると強調している。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。

⁵⁰ 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』、p.179）。

⁵¹ 本書は、現在におけるわが国の医療労働運動史研究の到達点でもある。

⁵² 富岡（1972）『日本医療労働運動史』p.527。

⁵³ 舟橋尚道（1954）「労働組合組織の特質」大河内一男編『日本の労働組合』東洋経済新報社、p.13。

いらざるをえない」⁵⁴。

富岡が、看護婦の職能的労働組合の結成を強調したのも無理はない。富岡が指摘しているように看護婦不足という売り手市場でもあったが、それだけではない。「病院統一スト」と「ニッパチ闘争」が看護婦の組合への結集と闘いへの決起を強めていたこと、また、看護婦が病院職員の約4割を占める院内の最大勢力であったこと、さらに、職能意識も強く、職能別に結集する可能性が高い存在であったからである。

しかし、本論第3章で明らかにしたように、富岡の主張は医療労働組合の現実から遊離したものであった。当時の医療労働組合は力量的に、また医療労働者の意識のうえでも産業別の単一組織化に進むまでには到達していなかった。それは、「病院統一スト」後の日本医労協第7回大会（1961年）で、単一組織化への提案が修正され、「努力目標」となり全会一致で「産業別組織の強化」が確認されるに止まったことにも顕著に現れていた。

「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等⁵⁵を組織する日本医労協、国立大学付属病院を組織する日教組（大学部）という3つの単産にまたがって闘われた。また、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。医療労働者が、このように開設主体によって大きく分断しているもとの、単一の産業別労働組合や単一の職業別組合の結成は、富岡が主張するほど安易なものではない。それは、「ニッパチ闘争」においても、個別事例⁵⁶を見れば、企業別（内）労働組合の長所を生かした、全職員のな的な団結によって多く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った。

「病院統一スト」や「ニッパチ闘争」において、看護婦たちは、自らの企業別組合に必死で結集し、その企業別組合の全従業員のな的な団結の力をもって闘いを有利に展開した。多くの組合では、団体交渉も院内の各職種の代表で構成される執行部が中心になって行われた。そこからは、看護婦だけの職能別労働組合を結成しようとする意識は生じない。むしろ、企業別組合という組織形態に問題があるなら、その弱点を「改善」しようとするものである。これらのことからしても、富岡の主張は、現実から遊離した形式的なものであったことがわかる⁵⁷。

ただ、富岡が主張した看護婦の職能別組合の結成は、決して突飛なものではない。むしろ、先進国では職能別組合が多い。アメリカ、イギリス、オーストラリア3国の看護職の労働組合と職能団体を見ても、全く同一ではないが、職能団体が労働組合の機能を、また

⁵⁴ 同上、p. 17。

⁵⁵ 当時、日本医労協に組織されていた自治体病院関係は、26組合（60病院）である。なお、国立大学医学部付属関係が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）。

⁵⁶ 本論文【別冊資料】「2」-（1）～（4）を参照のこと。

⁵⁷ その点では、「病院統一スト」の現地調査に入った学生たちが、「クラフト・ユニオンが望ましいと考えるが、そのような形態の組織で闘えるのかは疑問である。それよりも、現在、組織の進んでいる組合を真に闘える組合として育て上げることに専念することであり、医療労働運動はやはり現在の企業別組合によって闘いつつ“産業別”へ整理していくことが1つの方向ではないだろうか」（要旨）とした見解が目される。〔東京大学の大河内一男ゼミ編（1961）『病院ストをめぐる諸問題』p. 27〕

労働組合が職能団体の機能を併せ持つており、いわば職能団体と労働組合が「融合」している状態にある。ニュージーランドのように、看護婦の職能別労働組合が病院の他職種を組織化しつつあるところもある⁵⁸。

現在、わが国の就労看護職員は約 163 万人（病院では 99 万人）であり、職能団体である日本看護協会にはすでに約 70 万人が組織されている。ところが、上記の 3 ヶ国と違い、わが国の医療機関の開設主体は、国立、日赤、済生会などの公的、県立、市町村立、民間などに細分化している。そのうえ、日本看護協会と日本看護連盟（政治団体）が政権与党に近く、わが国で先進国の職能団体のように労働組合機能を強化しようとしても、その実行は容易ではない。しかし、看護職員の結集した力を強めることによって、それを看護の質的向上とともに、それを保障する労働条件の改善につなげることが、客観的に見て職能団体と労働組合の共通の課題となっていることは確かである。

小括 各節の要約

第 1 節では、夜勤と人手不足が看護婦の労働と健康におよぼしている過酷な状態と、それが患者の処遇に与えている影響について、当時の事実を示した。また、その要因が、主に、看護婦の配置基準（医療法）にあることを指摘した。さらに、国民皆保険にともなう医療需要の増大と医療供給体制の矛盾が、看護婦の人手不足と夜勤回数の増大となっていることを、一般病院における病床数と看護婦数等の関係についての経年比較を行うことによって明らかにした。

第 2 節では、「ニッパチ闘争」の経過と全体の概要について述べた。1968 年 3 月の自治労新潟県職労の劇的な勝利にはじまり、夏には隣県の山形（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、国立大学病院へと拡大していく。これに対して、国立病院や労災病院などでは、交替勤務時間の変更で夜勤日数を形式的に減少させる「新勤務体制」が提案、試行される。全医労や全日赤などではこれを阻止するが、全労災では強行され、さらなる「合理化」である「新々勤務体制」が提案される。しかし、全労災は、関東支部での闘いを通してこれを阻止する。このようななか、「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（東京）で行われる。労使は、「定員を超えて早期に 39 名の増員に努力する」との確認書を交わすが、経営側は診療体制の『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、さらには、闘いの中心にいた 5 人の看護婦を一週間の停職処分にするなど、労組に対する分断攻撃が強める。

このようななか、看護婦の養成期間を高卒 3 年から高卒 1 年に短縮し、「安上がりの看護体制」をめざす「合理化」案が自民党によって、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は、これを廃案に追い込む。また、同共闘会議は、「増員・夜勤制限」の法制化等をめざす請願署名運動を推進し、参議院決議（1969 年 6 月 10 日）が採択されるが、法制化の実現までには至らなかった。

第 3 節では、「ニッパチ闘争」における 4 つの闘いの個別事例（新潟県職労、山形済生館

⁵⁸ 諸外国における看護婦の労働組合と、職能団体の概要については、本論文の『別冊資料』3—(2)を参照のこと。

従組、岩手県医労、全労災) について、それぞれの特徴を示した。

第4節では、個別事例の特徴を総合的に考察して、「ニッパチ闘争」が以下の4点の歴史的意義をもっていたことを明らかにした。第1は、病棟毎の「組合ダイヤ」による実力行使を基礎に、医療法の看護婦配置基準「4対1」医療法の厚い“壁”に職場から“穴”を開けたことであり、第2は、看護婦による自主的で果敢な「職場闘争」が展開されたこと、第3は、日本労医協および県医労協が、協議会組織の枠を大きく超えた支援を行うとともに、「職場闘争」「産業別闘争」「地域共闘」を統一して闘うことによって、「企業別組合の弱点克服」の端緒となる教訓を残したこと、第4は、「ニッパチ闘争」が「医療労働者の生活と権利」と「患者・国民のための良い医療」を守ること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）を確立するうえで大きな役割を果たしたことである。

第5節では、富岡が主張した看護婦の職能別組合の結成が、性急なものであることを明らかにした。また、アメリカ、イギリス、オーストラリア3国の看護職の労働組合と職能団体を概観し、全く同一ではないが、そこでは職能団体が労働組合の機能を、また労働組合が職能団体の機能を併せ持っており、いわば職能団体と労働組合が融合している状態にあることを指摘した。そして、看護職員の結集した力を強めることによって、看護の質的向上とともに、それを保障する労働条件の改善につなげることが、職能団体と労働組合の共通の課題であるとした。

終章

本研究では、まず、戦前および戦後の医療労働組合の生成過程を明らかにするとともに(第1章、第2章)、最初の産業別統一闘争であり医療労働者の要求実現と組織化に大きな役割を果たした「病院統一スト」(1960～61年)と、看護婦の「増員・夜勤制限闘争(ニッパチ闘争)」(1968～70年代初め)を分析した(第3章、第4章)。

終章では、以上の組織と運動を統一的にとらえ、第1に、戦後早い時期の医療労働組合の形成と運動が、戦前の医療労働者とその関係者の運動から何を引き継いだのか、第2に、わが国の労働組合運動の実践的かつ研究的課題であった「企業別組合の弱点克服」という問題が、医療労働組合においてどうであったのか、また、それをどうとらえるべきかを考察する。そのうえで、本研究の課題であるわが国の医療労働組合の「特質」を歴史的に明らかにしたい。

第1節 戦後の“遺産”—医療労働組合は戦前から何を引き継いだか

本研究において、戦前の争議や医療労働組合の生成過程や医療社会化運動などを把握することによって、戦後の医療労働組合が、その形成と運動において戦前から何を引き継いだかを明らかにすることができた。

第1は、労働者の生活と権利を守る闘い(争議)の経験とともに、権力と資本の弾圧によって挫折させられた全評、全協傘下の医療労働組合の産業別労働組合への志向である。

第2は、「医療の平等性」を求める医療社会化運動の思想と実践経験である。具体的には実費診療所運動、無産者医療運動、産業組合法による医療利用組合(協同組合)運動、セツルメント運動¹の、4つの運動の経験であった。

戦前の社会運動を体験した、あるいはこれらの活動を見聞した、医師や医学生、医療労働者等が、敗戦後の新たな情勢のもとで労働組合結成に加わり²、さらに、医療分野(病院や診療所、等)の産業別組織である全医協(全国医療従業員組合協議会)を46年4月に結成し、医療労働運動をリードしていくのである。また、彼らの医療社会化運動の経験は、戦後の医療労働組の「患者と国民の医療を守る」運動方向にも影響を与えることになる。

第2節 「企業別組合の弱点克服」の視点

「企業別組合の弱点克服」という問題は、医療労働組合においてどうであったのか、そして、それをどのような視点でとらえるべきであろうか。医療労働組合の組織の生成過程と、「病院統一スト」、「ニッパチ闘争」という2つの産業別統一闘争から見て重要と思われるのは、以下の3点である。

¹ 東京帝国大学柳島セツルメント医療部の活動など(第1章4節5項)。

² もちろん、全ての医療労働組合の結成と運動がそうであったわけではない。しかし、彼らが、レッド・ページで職場と労働組合を追われるまで、全国的な医療労働運動やその主要労働組合(単組)の指導層にあったことは、本論文第2章第1節第1項「戦後医療労働運動をリードした戦前の活動家たち」、および第3項「戦後早い時期の医療労働組合の結成」において明らかにした。

第1は、「職場闘争」³「地域共闘」⁴「産業別統一闘争」⁵という「3つの闘争」を統一した闘いの必要性である。医療労働組合における「企業別組合の弱点克服」の端緒は、「病院統一スト」と「ニッパチ闘争」において顕著にみる事ができた。この2つの闘争で、医療労働者は産業別に結集して職場闘争と地域共闘を統一して闘い、要求をほぼ実現した。そして、医療労働者に産業別に結集して闘うことの「力」を実感させた。また、「病院統一スト」は、日本医労協と加盟組合の組織を拡大するとともに、全県に県医労協やその準備会、共闘組織を生み、全国的な医療産業別組織の強化に大きな役割を果たした。そして、そのエネルギーの重要な1つは、「3つの闘争」が統一して闘われたことにあった。

「企業別組合の弱点克服」の方法に関して、これまでの先行研究では、「3つの闘争」を統一した闘いの必要性が強調されず、別々にその意義が強調されてきた。しかし、「病院統一スト」や「ニッパチ闘争」が示したものは「3つの闘争」を統一して闘うことの意義であった。また、それは、それぞれの闘争が持つ短所を補い合うものでもあったのである。

第2は、拙速に「単一化」をめざすのではなく、いまある現実から出発して、企業別組合と産業別組織（連合体）双方の組織強化⁶を「漸進的」に図っていくことである。わが国の医療労働組合は、企業別組合ではあるものの、「連絡会」から「協議会」、そして「連合体」へと産業別組織を発展させてきた。また、産業別組織の機能も徐々にではあるが発展させてきている（第2章詳述）。その発展は、企業別組合が産業別労働組合（単一組織）に「脱皮」して実現したのではなく、加盟する企業別組合が自らの組織強化とともに日本医労協という産業別組織を協力して発展させてきた過程であった。労働の場での日常的な信頼関係を基に、自らの要求を地域へ、そして、より広く国民にも訴えながら、労働組合組織全体としては産業別に結集して行動することで、医療労働者は産業別組織を発展させてきた。

労働者が自らの要求を実現させるために組織が必要になるのであって、その逆ではない。医療労働組合にあっても、個々の労働組合では乗り越えられない医療制度・政策の壁を産業別組織の強化に求めて、「連絡会」から始めて「協議体」へ、そして「連合体」へと発展させてきたのである。

第3は、職場又は単組からの闘いの位置づけを明確にすることである。「企業別組合の弱点克服」の課題に対して、先行研究に見る「漸進的な対応」と「闘いの持つ意義」を強調

³ 労働運動史における「職場闘争」とは、実力行使と職制等との職場ごとの交渉を伴うものをいうが、ここでいう「職場闘争」とは、「病院統一スト」にみるように、「一人一人の組合員が職場から立ち上がって闘う」というような意味である。しかし、「ニッパチ闘争」の場合は、看護婦による「看護闘争委員会」等の設置がされ、職場（病棟）ごとに自主的な「組合ダイヤ」を作成して闘い、一部では職場交渉も行われたが、多くは、単組ごとの交渉であった。

⁴ 「病院統一スト」や「ニッパチ闘争」での「地域共闘」は、各地の医療労働組合や他の労働組合、患者団体、民主団体等との支援・共闘が中心であった。

⁵ 「病院統一スト」における産業別統一闘争は、日本労医協が統一要求、統一行動日（ストライキ）を設定し各労組が参加するというものであった。これに対して、「ニッパチ闘争」では、自治労、医労協、日教組が、総評（医療共闘）で連携しつつ、3単産ごとに、各単組の到達闘争として闘われた。

⁶ この点については、「単産と単組とを一体として組み合わせることで、はじめて日本の労働組合は労働組合としての機能をつくしたことになるだろう。企業別『脱皮』の問題は、単組としての企業内組合と産業別の横断連合体—企業連合体ではなく—たる単産との有機的結合のうちに具体的に見出すことができると言える。」との指摘もある。〔大河内一男（1957）「戦後における組合運動の前進と後退」『労働組合運動への提言』三芽書房、p. 72。〕

する双方の見解は、共に職場からの闘いに対する意義づけが弱くなっている。

労働組合の組織が、「すぐれて実践的、主体的な性格」⁷を持つものであり、「組織はつねに労働者の多面的な闘争との結びつきにおいて把握することが必要」⁸であるとするならば、まず、各職場での、要求をめぐる労使の「綱引き」に労働組合が力を発揮できなくては、「企業別組合の弱点克服」などは到底無理なことである。

そもそも、「企業別組合の弱点克服」の課題は、経営側の攻勢に対抗して労働者の切実な要求が実現できる力を持った労働組合への“脱皮”を念頭においたものであり、いかにして労働組合を強化・発展させるかという課題の線上にあった。そこでは、当然、一人ひとりの労働者が、要求実現のために職場から団結して主体的に行動することが決定的に重要であった⁹。

以上の3つの視点は、本論文において、医療労働組合の組織の生成過程と具体的な闘争を統一的に把握することによって導いたものである。先行研究では、具体的な闘争からの考察がほとんど見られなかった。「企業別組合の弱点克服」課題は、組織形態とともに極めて運動的な課題であり、両者を統一して考察しなければならないことからすれば、先行研究には立論のしかたに問題があったといわざるを得ない。

第3節 わが国の医療労働組合の特質

本論文の課題であったわが国の医療労働組合の特質については、第1に、産業別組織の強化を志向してきたこと、第2に、「生活と権利」と「患者・国民の医療」を守る課題を統一した運動を追求してきたこと、第3に、看護職員が組織的にも機能的にも職能団体と労働組合に「分離」していること、にあるといえる。

第1項 産業別組織の強化を志向

特質の第1は、医療労働組合が、歴史的に産業別組織の強化を志向して闘ってきたことである。戦前の日本医務労働組合（1932年結成）が属していた全協は、「規約」で全国的な産業別単一労働組合をめざしていた¹⁰。また、戦後、全医協が加盟した産別会議も、規約で「単一産業別労働組合の結成をはかること」¹¹とされていた。このように、日本の医療労働

⁷ 舟橋尚道（1954）「労働組合組織の特質」大河内一男編『日本の労働組合』東洋経済新報社、p. 13。

⁸ 同上、p. 17。

⁹ それは、決して「職場闘争至上主義」的に主張するものではなく、「3つの闘争の統一」の一環として、また、その基礎となるものとしての職場又は単組からの闘いの位置づけを明確にすることの意義である。

なお、「労働組合の組織が全体としての『運動』の組織であるということは、…内部構造において『運動』の要素を充分にくみあげる民主的な構成をとっていなければならない」〔石田雄（1961）『現代組織論』p. 209〕。そして、「時間的、空間的に閉鎖された利益関心を拡大し、新しい形式での象徴過程と対応した組織過程を絶えず再生産することによって、『運動の組織』たる性格を確保しない限り、（企業組織との）組織競争において優位に立つことが出来ない」〔同、p. 212〕ならば、職場は、まさにその原点であろう。（ ）は筆者。

¹⁰ 規約では、「本組合の構成は、労働者使用人を産業別に組織する全国的産業別単一労働組合である。従って凡ての組合員は当該産業別組合に所属する」とされていた。〔渡邊徹（1970）『日本労働組合運動史』青木書店 p. 362。〕

¹¹ 労働運動史研究会（1970）『産別会議—その成立と運動の展開』労働旬報社、p. 196。産別会議の初代議長の高橋克巳は、「産別会議は、産業別単一組合を標語として、日本の全産業に統一された戦線をつくりあげるためにたたかった」と述べている。同上、p. 5。

組合は戦前において、また戦後のスタートにおいても、産業別労働組合を志向する路線の中において、その影響をうけたことは明らかである¹²。

1957年に再建された日本医労協は、2年後に「連絡会」から「協議体」となり、1960年の「病院統一スト」とともに、単一組織化への志向を強め、「病院統一スト」終結後に具体的な単一組織化案を大会に提案する(第3章第3節)。討議の末、単一組織化は実質的に「努力目標」となったものの、「産別強化」を全会一致で決定した。この「産別強化」の大会決定が、その後の日本医労協の発展に大きく影響するのである(第2章)。

産業別組織が強化されてきた顕著な例は、日本医労協の構成組織の変化に見ることができる。日本医労協は、全国組合と県医労連(1986年までは県医労連)によって構成されている。全国組合は全国に支部や加盟労組のある企業別組合であり、県医労連は加盟組織が企業別組合であるものの地方における産業別の労働組合(連合組織)である¹³。(第1章【図2】、p.72参照のこと)。

「病院統一スト」直後(1961年)の日本医労協の組合員は、全国組合(5組織)が3万9,330人に対して、県医労協(14県組織)が1万8,030人で、県医労協に対して全国組合の比率が高かった。それが、1995年に逆転し、2016年には全国組合(7組織)6万5,330人に対して県医労連(47都道府県組織)11万28人と、県医労連の構成比率が、組織数、組合員数共に全国組合を大きく上回ってきている¹⁴。

そして、この過程で、全国組合本部が、傘下の単組や支部を積極的に県医労連加盟に誘導し、また、各県の単組や支部も県医労連の結成とその発展に力を発揮してきたことが注目される。これらは、産業別の連合体組織が、単一組織に移行しないまでも¹⁵、「企業別組合の弱点克服」の1つの端緒と見ることができる。そして、県医労連の拡大・強化が、発展しつつある日本医労連の共済制度や、歴史的に育まれてきた医療労働組合の産業別統一闘争の追求とともに、日本医労連強化の重要な要因となっていくことと思われる。

医療労働者の賃金や職場の人員体制(増員)などの切実な要求は、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、住民組織など広範な国民との「統一戦線」を志向することになる。それらが自然発生的に生じてくるものでない限り、産業別の連合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の労働組合が求められる。その意味で、医療労働組合にとって、産業別組織の強化は機軸の課題となるのである。

第2項 「生活と権利」と「患者・国民の医療」を守る運動の追求

特質の第2は、医療労働組合が、「医療労働者の生活と権利」と「患者・国民の医療」を守ることを統一した運動を追求してきたことである。わが国の多くの労働組合が賃金・労

¹² 50年代に入り総評がナショナルセンターの中心となり、産別会議は細々と組織を維持していたが、最後の1単産になるまで残ったのは、実質的に東京の組織だけとなった「全医協」であった(1958年)。

¹³ 第2章第3節、【図2】(p.72)参照のこと。

¹⁴ 各年度の日本医労連大会資料および日本労医協組織部資料より。

¹⁵ 産業別組織の単一組織への移行の意義と効用を否定するものではない。必要とされる組織力と政策能力の伴った産業別労働組合(単一組織)の有効性を否定する者はなからう。

働条件の改善要求を主な運動としているなかにあつて、医療労働組合は、賃金等の労働条件改善要求と患者・国民の立場に立った医療改善要求の課題を統一して闘うことを基本方針とし、十分とはいえないまでも実践してきたことである。そこでは、労働者としての権利意識とともに医療労働者としての社会的役割（任務）に対する一人ひとりの自覚が求められることになる。

例えば、看護婦についてみると、1960年からの「病院統一スト」で労働者としての権利意識を高揚させたものの、一部の先進的な部分を除いて全体的にはまだ医療労働者としての社会的任務を自覚した意識を高揚させるまでにはいかなかった。しかし、7年後の「ニッパチ闘争」での「夜勤は2人以上で、月8日までに」という要求は、看護婦の労働条件改善要求であると同時に、患者の処遇、すなわち看護の質を向上させるという内容を包含していた。看護婦たちは、「患者のために良い看護をしたい」「患者のための看護婦でありたい」という、あるべき看護を求める職能意識を高揚させた。そして、患者の願い（処遇の改善）と労働者としての権利（労働条件）の改善要求を一体のものと捉えることによって、闘いへの確信を培っていった。それは、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いく中でより確かなものとなり、看護婦自身の意識変革を伴った闘いとなっていったのである¹⁶。

この「病院統一スト」と「ニッパチ闘争」で、ほぼ要求を獲得したという確信から、医療労働運動は「医療労働者の生活と権利」と「患者・国民の医療を守る」課題を統一して闘うという基本路線を志向し、確立していくのである¹⁷。

医療労働組合は、戦後早い時期からの患者運動への支援・共闘からはじまり、医療機関の統廃合に反対した地域医療を守る闘いでの住民との共闘、さらには健康保険など医療制度をまもる運動での国民的な共同行動など、「患者・国民の医療を守る」運動を蓄積してきた。また、一方、不十分ながらも毎年の春闘、秋闘時の産業別統一闘争などを実施し、十分とはいえないまでもこの基本路線を歩んでいる。

第3項 看護職員が組織的・機能的に職能団体と労働組合に「分離」していること

特質の第3は、先進国における看護職員の職能団体と労働組合が組織的にも機能的にもいわば「融合」しているのに対して、わが国ではそれが「分離」していることである。

例えば、本論文第4章第5節で述べたように、アメリカでは、職能団体としてのANA（American Nurses Association—アメリカ看護師協会）があり、ここに加盟する州毎の看護師協会が、労働条件や看護制度の改善めざす労働組合的な活動（機能）を持っていた。

¹⁶ 看護婦たちの医療労働者としての社会的任務に対する自覚の高まりは、他の職種の労働者にも影響を与え、自治労の地方自治研究全国集会（自治研）での議論や、1969年の日本医労協の医療研究「全国集会」（医療研）の発足、1973年に全国医科系大学懇談会（全国医大懇、1973年）へと展開していく。そして、第4回医療研究「全国集会」（1972年）からは、「医療の公共性の確立をめざして」が中心テーマとされた。なお医療研運動の概要と分析については、岡野孝信（1997）「業務委託と労働組合—病院給食の業務委託に関して—」財団法人日本医療労働会館『医療労働』No.392、pp. 38-47、参照のこと。

¹⁷ 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、統一して闘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」であると強調している。（日本医労協「1981年度方針案」日本医労協医協機関誌『医療労働』号外、1981年、p. 50）

しかし、カリフォルニア、マサチューセッツ、ペンシルベニアの3州が、2009年に“穏健な”ANAを脱退してNNU（National Nurses Union—全米看護師労働組合、18万5,000人）を結成してAFL-CIO（American Federation of Labor & Congress of Industrial Organizations、アメリカ労働総同盟&産業別組合会議）へ加盟した¹⁸。看護職員の職能団体が労働組合に組織替えしたのである。

また、ANMF（オーストラリア看護師・助産師連合、約25万人）は、もとは職能団体であるANF（Australian Nursing Federation—オーストラリア看護師連盟）であったが、1994年に規約を変更して職能団体から労働組合に組織の性格を変えた。契機は、それまでの職能団体の規約ではストライキができず、看護師の切実な賃金等労働条件を改善する強力な戦術がとれなかったからである。現在、労働組合と職能団体の機能を併せ持つ組織に成長し、オーストラリアの看護師の約40%を組織している。なお、イギリスでも、看護師の職能団体RCN（Royal College of Nursing、王立看護協会）が労働組合機能も果たしてきたが、1977年以降、労働組合としても登録されている。

これに対して、わが国では職能団体である日本看護協会と、医療労働組合が「分離」している。医療施設に就労する看護職員（保健師・助産師・看護師）数は、約133万3,000人で、日本看護協会には約70万人が組織されている¹⁹が、労働組合的な機能は弱い。一方、労働組合に組織されている看護職員数は約20万人²⁰いるものの、大きく分けて5つのグループ²¹に分散しているうえに、職能団体的な機能が弱い。そして、双方の連携した運動もほとんど見られない²²。

このように、わが国では、労働組合が企業別組合ということもあるが、職能団体と労働組合の間に前述した海外の3国のような「融合」関係はなく、「分離」していると見ることができる²³。そして、この特質が、わが国の看護職員をして切実な増員要求など労働条件改善運動への結束を弱める1つの要因にもなっている。

わが国の職能団体と労働組合の双方にとって、患者・国民の医療・看護の質的向上とともに、それを保障する看護職員の労働条件を改善することは長年の共通する課題であり、両者の連携した運動が求められている。

医療労働組合は看護職員の職能に関する要求の実現をこれまで以上に追求することによって「職能団体」的な機能を強めること²⁴、一方、職能団体は看護職員の労働環境を整える

18 JIL「海外労働時報—アメリカ合衆国—登録看護婦労組がAFL-CIOに加盟」、2011年9月。

19 日本看護協会ホームページ：<http://www.nurse.or.jp/home/statistics/index.html>、2017年5月1日閲覧。

20 正確な統計はなく、筆者が推計。日本医労連約8万人、自治労約6万人、他約6万人と捉えた。

21 本論で取り上げた、日本医労連と、自治労、自治労連、全大協、上部団体を持たないその他の労働組合である。

22 かつて、「看護婦法改正運動」（1950年。本論文第2章2節第1項）での国会対策、「ニッパチ闘争」への看護協会の激励（1968年。本論文第4章第3節第2項）などはあった。

23 労働組合の組合員であり、看護協会の会員である看護師は一定数いるが、正確な数は不明である。

24 兵藤釗は、「市民社会に根ざす職業団体としての労働組合は、職業団体たることに恒常的組織として存立しうる基盤を有しており、同時にまた、仕事を媒介として市民の社会的連帯を組織するコーディネーターたるべき位置に置かれている。これらの社会的責務を果そうというスタンスに立つべきである。労働組合がそういう位置にふさわしい責任を担っていくためには、自らの職域で問われる問題から逃げることなく、社会的公正を求める他のアソシエーションとも連携し、その解決にあたるというスタンスが求められている」と強調している。（兵藤釗「労働問題」研究と公共性 我孫子誠男・水島治郎編著『持続可能な福祉社

運動をより強めることによって労働組合的な機能を強めること、いわば、双方から看護職員の切実な要求の実現に向けた“橋を架けていく”運動が求められているのである。

以上、医療労働組合の3つの特質について述べたが、第1と第2の特質は、医療労働者が戦後の闘いのなかで築いてきたものであり、わが国の医療労働組合を発展に導いてきた大きな要因でもある。これに対して第3の特質は、わが国の医療労働組合の発展への「矛盾」であると思われるが、今後の医療労働組合の展望は、やはり、この3つの特質の延長線上にあるものと思われる。

第4項 今後の研究課題

本論文は、わが国の医療労働組合の生成過程、特に産業別組織の発展との関連に注目したことから、その対象は主にわが国唯一の医療産業別労働組織である日本医労協（現在の日本医労連）とした。よって、医療労働者を組織する他の単産（自治労や自治労連、全大協など）の状況把握と分析には至っていない。また、当初予定した他産業の労働組合の歴史をふまえた比較研究には及ばなかった。

なお、近現代日本の歴史的研究と本研究をどう統一させるのか、また、わが国の医療保険制度のもとでの医療労働組合の特殊性と、そこでの賃金闘争をどう位置づけるか、さらには、医療労働運動と医師の関係について、重要と思わるこれらの作業に入るに至らなかった。今後の研究課題としたい。

○凡例

- 1) 脚注は、その番号の位置が、句点の後ろにある場合はその段落全体を指し、句点の前にある場合はその前の「 」部分や1つのセンテンスに対応したものとした。
- 2) 引用に当たっては、原則として原文通りとした。旧漢字は一部当用漢字に改めた。また、漢数字は、基本的にアラビア数字とした。
- 3) 引用文内の()は、筆者が補ったものである。
- 4) 本論文の「資料」は別冊とした。
- 5) 基本的に敬称は省略した。
- 6) 引用した資料や発言中の点線部分(…)は、引用者による省略の意味である。
- 7) 法政大学大原社会問題研究所所蔵の資料は、「大原社研所蔵」と略記した。
- 8) 編者および発行者名が表題から容易に知りうる場合は、一部省略した。
- 9) 「筆者所蔵」の資料については、宇田川次保、仲恭男、宇和川邁、正木正夫氏等、医療労働組合運動の活動家や、労働組合より寄贈されたものなどの一部である。
- 10) 罫線で囲んだ資料は、【表】として扱った。
- 11) 用語について

- (1) 「看護婦」と「看護師」—2002年に「保健婦助産婦看護婦法」が改正され、「保健師助産師看護師法」となり、以降、呼称は「看護婦」から「看護師」になった。しかし、本論は「看護婦」と呼称された時代のことを多く扱うことから、ごく一部を除いて「看護婦」と表記した。なお、現在、「看護婦」には高卒3年以上の看護婦と、中卒2年の准看護婦がある。本論で「看護婦」という場合は、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。
- (2) 産業別労働組合に関して一産業別の労働組合には、主に「単一」、「連合体」、「協議体」という組織形態があるが、一般的に産業別労働組合といえは単一組織が想定されてきたことから、本論においてもこれを踏襲した。しかし、一部では、産業別労働組合(連合体)、産業別労働組合(単一)などの表記で区別した。また、連合体組織のことを「単産」とも表記した。

12. 略称

- ・日本医労協(日本医療労働組合協議会)
- ・日本医労連(日本医療労働組合連合会)
- ・全医労(全日本国立医療労働組合)
- ・全労災(全国労災病院労働組合)
- ・日教組(日本教職員組合)
- ・単組(単位労働組合)
- ・産別(産業別)
- ・中央医従協(「社会保険・医療改善」中央医療従業員協議会)
- ・厚生連従組(全日本厚生連従業員組合協議会)
- ・県医労協(県医療労働組合協議会)
- ・県医労連(県医療労働組合連合会)
- ・全日赤(全日本赤十字労働組合連合会)
- ・自治労(全日本自治団体労働組合)
- ・総評(日本労働組合総評議会)
- ・単産(単位産業別労働組合)
- ・医療産別(医療産業別)
- ・労組、組合(労働組合)

○史料・文献

1. 非公刊史料

1) 戦前

- 「東京府立精神病院松沢病院の紛議に関する件」(警視総監から内務大臣、社会局長官等への報告書)(1930年5月12日～6月30日、第1報から第5報)大原社研所蔵。
- 「日本医務運動方針書(草案)」(日本医務東京支部執行委員会、1930年3月6日)大原社研所蔵。
- 「日本医務と日本一般労働組合の合同に就いて」(全協・組織部)大原社研所蔵。
- 「大阪無産者病院ニュース」等、同類のニュース(1931年8月11日)大阪産業労働資料館所蔵。
- 「大阪医務労働者」第1号(1930年10月)大阪産業労働資料館所蔵。
- 「根岸病院争議応援に起て」(チラシ、協調会資料)大原社研所蔵。
- 「東京同愛病院看護婦および外科医の待遇」(1931年1月15日、協調会資料)大原社研所蔵。
- 「関東医務従業員組合の概要」(大原社研調査票、1933年7月)大原社研所蔵。
- 「左翼組合の一般方針」(全協準備委員会、1928年9月20日)大原社研所蔵。

2) 戦後

(1) 全医協関係(筆者所蔵、含む複写)

- 「全国医療従業員組合協議会創立大会」関係資料。
- 「闘争ニュース」(全医協中央共同闘争委員会書記局、第1号・1946年12月24日～第14号1947年2月11日)。
- 「全医協加盟組合一覧表」作成時期不明。
- 「全医協全国大会議案(第2回)」1947年11月14日。
- 「第3回産別定期大会に際しての全医協の現状についての報告書」1948年11月11日。
- 「全医協ニュース」No.1(1947年7月21日)、No.2(1948年3月10日)。
- 「全医協書記長・須田朱八郎から産別会議事務局長・吉田資治への要請文」1947年8月16日。
- 「東京医協関係ニュース、等」1948年。

(2) 日本医労協関係(筆者所蔵、含む複写)

- 「日本医労協結成に向けた準備会メモ」。
- 「日本医労協結成大会関係資料」。
- 「日本医労協發文書」
結成直後の第1号(1957年9月27日)～第27号(1957年10月8日)。
- 「日本医労協大会議案」、同「資料」、同「事務局報告」。
第2回大会(1958年2月、東京)～第67回定期大会(2017年7月、伊東)。第2回、3回は、「幹事会」となっているが、回数に数えられている。大会議案以外は不揃い。なお、一部は、日本医労協の機関紙『医療労働者』や機関誌『医療労働』にも掲載されている。
- 「日本医労協機関紙『医療労働者』縮刷版」第1号～第7号、1960年9月10日～2000年7月15日。
- 「日本医労協機関誌『医療労働』データファイ①～④」1961年創刊号～2006年(No.487)、
作成:国民医療研究所(現、日本医療総合研究所)。
- 「医療労働者の結集と産業別統一闘の組織方針(案)」(日本医労協、1967年12月)
- 「日本医労協秋等討論集会一増員・夜勤制限関係」1968年8月29～30日。
- 「全労災に対する組織攻撃ファイル」(日本医労協・仲恭男、1969年)。
- 「日本医労協『医療研究集会』討議資料および議事録」第1回(1969年)～第39回(2012年)。

(3) 全医従、全療、国病、全医労関係（全医労本部所蔵）

- 「全医従中央闘争本部『情報』」No.1～No.40、1947年1月8日～1947年4月7日。
- 「国立病院職員組合第9回中央委員会議事録」1948年5月2日。
- 「国立病院職員組合歴史」（作成時期不明）。
- 「全寮第2回大会報告」1948年5月10日。
- 「全療第2回臨時大会資料（其の2）」1948年11月17～18日。
- 「全寮3年の懐古」堀江信二郎、1948年11月15日。
- 「全医労大会議案と資料」1958年11月結成大会～1972年5月第26回大会。
- 「全医労機関誌『全医労新聞』縮刷版」No.1～No.8、1948年8月1日～1971年5月24日。第1号～200号（1952年5月23日）までは名称が『全医療新聞』。
- 「全医労歴代委員長の座談会—全医労結成前後の懐古」（仮題）実施時期不明。

(4) 全日赤関係（全日赤本部および日赤医療センター第一労組所蔵）

- 「全日赤十年史編纂委員会編「全日赤の誕生」作成日不明、データファイル。
- 「全日赤大会議案」1946年結成大会～1968年6月第23回定期大会。
- 「全日赤『日赤中央病院におけるロックアウト』」1961年。
- 「全日赤『刑事弾圧の正体』」1961年8月23日。
- 「全日赤『全日赤ニュース』縮刷版」No.1～No.2、1949年6月15日～1976年5月31日。
- 「全日赤第1回臨時大会議案と資料」1960年12月24日～25日、東京。
- 「全日赤第2回臨時大会議案と資料」1961年4月11日～12日、東京。
- 「全日赤第3回臨時大会議案と資料」1961年5月14日～15日、東京。
- 「全日赤第4回臨時大会議案と資料」1961年6月15日～16日、大津。
- 「全日赤役員情報」1963年12月9日～1964年6月11日、伊藤茂平執筆。
- 「全日赤役員情報」1964年7月8日～1965年5月22日、柘植ついで執筆。
- 「全日赤単組のたたかひの状況」1960年12月下旬。
- 「全日赤中央闘争本部—さらに闘いの発展のために—」1960年12月7日。
- 「全日赤・「日赤メモ」および「日赤問題資料」」1960年12月。
- 「全日赤組織部資料」No.2、1956年、No.3、1956年10月30日。
- 「全日赤の歩み・主な闘いと経過—1949年から1971年」『政策づくりのために』No.4、1971年7月1日。
- 「日赤中央病院従業員組合『要求・契約書・申込み・回答綴り』」1950年2月2日～1965年6月。

(5) 慶応義塾労働組合（本部および四谷支部所蔵）

- 「慶応労働組合『慶応労組ニュース』」1959年7月（結成）～1962年6月。
- 「慶応労組結成関係資料」1959年。
- 「慶応労組、ニッパチ闘争時の発文書」1969年4月11日～8月28日。
- 「1959年末闘争をかえりみて」1959年12月10日。
- 「40回生クラス会ノート」1959年2月～60年3月。
- 「慶応労組大会議案書」1961年6月第2回定期大会～1976年9月第17回定期大会。
- 「慶応労組四谷支部機関紙『よつや』」No.1～No.9、1959年8月27日～62年8月13日。

(6) その他

- 「全労災機関誌『全労災』」No.1～No.250、1957年9月30日～1975年11月10日。
- 「全労災『速報』」No.108～No.200、1962年1月26日～1965年12月3日。
- 「健保労連『健保労連ニュース』」No.1～No.29、1960年12月2日～1961年8月25日。
- 「健保労連『健保労連』」No.30～No.111、1961年9月5日～1964年6月30日。
- 「新潟県医労協第9回定期大会議案集」『月刊新潟医労協』通巻No.37、1961年6月。
- 「新潟県医労協機関紙・夜勤制限、増員闘争特集号」No.158、1968年12月27日。
- 「都医協機関紙『都医協』」No.45～No.52、1959年6月1日～1960年4月20日。

- 「東京医労連機関紙『東京医労連』No.53～No.80、1960年5月30日～1963年10月8日。
- 「全労災『第6回臨時全国大会議案』」1961年5月12～13日。
- 「全労災に対する組織攻撃ファイル」（日本医労協・仲恭男、1969年）筆者所蔵。
- 「正木正夫『覚書ノート』1961年6月～1972年4月。（正木は元東京医労連書記長）
- 「宇田川次保『戦後医療労働運について』2012年。（労働総研労働運動史研究部会による聞き取り記録、2012年）。
- 「日本患者同盟『全日赤労働組合と日本患者同盟の共闘の総括』」1963年。
- 「山形県医療協議『病院労働者が全面スト四日間決行 遂に勝利した記録（篠田病院労働組合）』1958年。
- 「根岸病院争議闘争方針書」および「根岸病院争議解決報告」（全国労働組合同盟関東化学一般労働組合根岸医療支部、1932年6月11日、『精神障害者問題資料集成』戦前編、第5巻、六花出版。

2. 公刊資料（年表関係）

- 青木虹二（1970）『日本労働運動史年表』新生社。
- 青木郁夫編（1996）『日本無産者医療同盟資料集』。
- 小山弘健他、年表編集委員会（1956）『日本労働運動史、社会運動史年表』青木書店。
- 三井禮子編（1963）『現在婦人運動史年表』三一書房。
- 渡部徹（1961）『現代労農運動史年表』三一書房。
- 年表編集委員会（1956）『日本労働運動史社会運動史年表』青木書店。
- 谷みゆき編・吉田秀夫監修（1965）『戦後医療運動史年表』I（1945～1961）、同II（1962～1965）。
- 渡部義通・塩田庄兵衛編（1956）『日本社会運動史年表』大月書店。
- 総同盟（1962）『友愛会・総同盟50年史年表（上巻）1912～1940』。
- 法政大学大原社会問題研究所（1995）『新版-社会・労働運動大年表』労働旬報社。
- 法政大学大原社研（1935～2000）『日本労働年鑑』。
- 内務省警保局保安課（1930～1944）『特高月報』。
- 内務省警保局編（1971）『復刻版・社会運動の状況』1～5、同『付表』三一書房。
- 政経出版社（1973）『特高月報総目録一昭和5年～昭和19年』。
- 田中惣五郎（1970）『資料大正社会運動史』上・下、三一書房。
- 高等法院検事局思想部編（1990）『思想月報』高麗書林。
- 小森恵（1972）『思想月報総目次録』文生書院。
- 全国労働組合同盟関東化学一般労働組合根岸医療支部（1932）「根岸病院争議闘争方針書」および「根岸病院争議解決報告」『精神障害者問題資料集成』戦前編第5巻、六花出版。

3. 参考文献

1) 戦前の医療労働運動関係（一部、医療運動を含む）

- 青木郁夫（2017）『医療利用組合運動と保健国策』高菅出版。
- 犬丸義一・中村新太郎（1974）『物語日本労働運動史』新日本出版社。
- 岩井会編（2001）『岩井〇次—75年の足あと』創生社。
- 浦野シマ（1982）『日本精神科看護史』牧野出版。
- 浦野シマ編著（1996）『石橋ハヤ女史の軌跡—明治・大正・昭和を駆け抜けたナイチンゲール』牧野出版。
- 遠藤美恵子、等（1983）『派出看護婦の歴史』勁草書房。
- 大河内一男・松尾洋（1966）『日本労働組合物語—明治、大正、昭和』筑摩書房。
- 遠藤美恵子、等（1983）『派出看護婦の歴史』勁草書房。

大串靖子、他（2005）「青森県における明治期の看護教育」『青森保健大雑誌』。

岡田靖雄（1981）『私説松沢病院史』岩崎学術出版。

大森俊雄編（1998）『東京帝国大学帝大セツルメント 12 年史』久山社。

岡野孝信（2016）『“生活と勤務に根をおいた闘争を”—須田朱八郎と戦後医療労働運動』三宅明正編『近代日本における個人史研究の射程』（千葉大学大学院人文社会科学研究所「研究プロジェクト報告書第 296 集」）。

金子嗣郎（1982）『松沢病院外史』日本評論社。

川口啓子・黒川章子編（2008）『従軍看護婦と日本赤十字社』文理閣。

川上武（1965）『現代日本医療史』第 3 版、勁草書房。

川上武、医学史研究会編（1969）『医療社会科の道標—25 人の証言—』勁草書房。

賀川豊彦（1963）「医療組合論」賀川豊彦全集刊行会『賀川豊彦全集第 11 巻』キリスト新聞社。

金井 廣（1998）『無産者診療所—光を求めて』光陽出版社。

金高満すゑ（1967）『根っこは枯れず』東京民主医療機関連合会。

亀山美知子（1983）『近代日本看護史 I、日本赤十字社と看護婦』ドメス出版。

亀山美知子（1985）『近代日本看護史 IV、看護婦と医師』ドメス出版。

佐口卓（1964）『医療の社会化』勁草書房。

佐口卓（1982）『医療の社会化—第二版』勁草書房。

産業労働調査所編（1926）『日本労働組合運動の現勢』希望閣。

滋賀秀俊編（1979）『東京帝大柳町セツルメント医療部史』新日本医学出版社。

雫不二子（1931）「京都帝大附属病院看護婦騒動について」女人芸術社『女人芸術』3 月号。

雫不二子（1930）「至誠病院奮戦記」『女人芸術』12 月号。

杉浦正雄編（1964）『戦時中印刷労働者の闘いの記録』出版工クラブ。

須田若枝（2002）『春の麦』私家版。

高橋政子（1975）「戦前の看護婦ストライキ」看護の科学社『看護の科学』。

全国厚生農業協同組合連合会（1968）『協同組合を中心とする日本農民医療運動史』。

全日本民主医療機関連合会（2012）『無差別・平等の医療をめざして』。

野村拓監修・赤十字共同プロジェクト（2003）『日本赤十字の素顔』あけび書房。

野口ワカ（1967）「無産者診療所」『白の青春』東邦出版社。

牧野菊枝・山代巴編（1969）『丹野セツ—革命運動に生きる』勁草書房。

牧瀬菊枝編（1975）『田中ウターある無名戦士の墓標』未来社。

水野進（1977）「戦前の日本無産者医療同盟および無産者診療所の活動について」岩井会。

宮本忍（1936）『社会医学』三笠書房。

宮内允（1985）『松沢病院を支えた人たち』私家版。

村尾昭子（1978）「派出看護婦のあゆみ」近代女性史研究会『女たちの近代』柏書房。

山内みな（1975）『山内みな自伝—12 歳の紡績女工からの生涯』新宿書房。

若月俊一（1969）「暗い谷間での挫折と臨床研究」川上武、医学史研究会編『医療社会科の道標—25 人の証言—』勁草書房。

2) 戦後の医療労働運動関係（一部、医療運動、社会運動を含む）

宇田川次保（1983）『戦後医療労働運動史』、あゆみ出版。

宇田川次保（2002）『エピソードでつづる戦後医療労働運動史』萌文社。

大河内ゼミ報告（1961 年）『病院ストをめぐる諸問題』。

岡田久（1981）『医師として生きて』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。

岡野孝信（1997）「業務委託と労働組合」日本医療労働会館『医療労働』No.392 特集号。

岡野孝信（2000）「介護労働者と医療労働運動」野村拓編「21 世紀の医療・介護労働」本の泉社。

岡野孝信（2003）「医療労働組合と政策活動～政策活動の現状と課題～」国民医療研究所編、野村拓監修『21 世紀の医療政策づくり』本の泉社。

岡野孝信（2016）「生活と勤務に根をおいた闘争を一須田朱八郎と戦後医療労働運動」三宅明正編『近代日本における個人史研究の射程』千葉大学大学院人文社会科学研究科「研究プロジェクト報告書」第296集。

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研究科『人文社会科学研究』第34巻。

社会保障運動史編集委員会（1982）『社会保障運動全史』労働旬報社。

関谷嵐子（1963）「病院争議」塩田庄兵衛・藤田若尾編著『戦後日本の労働争議』御茶ノ水書房。

富岡次郎（1972）『日本医療労働運動史』、勁草書房。

全日本民主医療機関連合会（1983）『民医連運動の軌跡』あゆみ出版。

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。

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。

日本医療労働会館「第30回医療研究全国集会・基調報告」（「医療労働」No.448号、2003年1・2月合併号）

増岡利和（1978）『物語・東京民医連史』東京民医療機関連合会。

間野絢子（1999）『赤土の記憶—後藤マンの軌跡—』光陽出版社。

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。

横山廣・前川清治（1970）『白い波濤』労働旬報社。

長宏（1978）『患者の運動』勁草書房。

日本患者同盟（1991）『日本患者同盟40年の軌跡』。法律文化社。

佐久病院史作成委員会（1999）『佐久病院史』勁草書房。

東京医療生活協同組合（1982）『東京医療生協50年史』。

中野勤労者医療協会（1999）『中野勤医協の50年』。

3) 医療制度・政策関係

朝倉新太郎（1983）『朝倉新太郎著作集全4巻』旬報社、1983～1984。

青柳 精一（1996）『診療報酬の歴史』思文閣出版。

厚生省医務局（1955）『医政八十年史』印刷局朝陽会。

川上 武（1965）『現代日本医療史』勁草書房。

川上 武（1961）『日本の医者』勁草書房。

川上 武編（1975）『戦後医療の30年—概観、図説、年表』日本評論社。

慶応義塾『塾監局小史Ⅱ』編集委員会（1987）『塾監局小史Ⅱ』。

国立療養所史研究会（1975）『国立療養史（総括編）』厚生省医務局国立療養所課。

島崎謙治（2011）『日本の医療—制度と政策』東京大学出版会。

菅沼隆（2006）『国民医療法と医療団』日本図書センター。

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）。

菅谷章（1977）『日本医療政策史』日本評論社。

菅谷章（1976）『日本医療制度史』原書房。

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。

西岡幸泰（1985）『現代日本医療政策論』労働旬報社。

日本医療団清算人編（1977）『日本医療団史』。

野村 拓（1968）『講座医療政策史』医療図書出版。

野村拓（1976）『日本医師会』勁草書房。

野村拓 (1978)『戦時下医療政策ノート』日本医療出版社。
野村拓 (1987)『日本の医療と医療運動』労働旬報社。
吉田秀夫 (1960)「病院ストと医療制度」『労働経済旬報』。
吉原健二・和田勝 (1999)『日本医療保険制度史』東洋経済新報社。

4)看護史関係 (一部、他の分野も含む)

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』。4月10日。
植月秀子(1980)『白き流れはたえもせず』あゆみ出版。
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。
岡野孝信 (2009)「介護・福祉労働者の労働と健康実態」働く者のいのちと健康を守る全国センター『働くもののいのちと健康』No.38。
岡野孝信 (2000)「介護労働者と医療労働運動」国民医療研究所編・野村拓監修『21世紀の医療・介護労働』本の泉社。
片岡昇・富岡次郎・園部逸夫 (1961)『看護婦』三一書房。
川島みどり(1977)『看護の自立―現代医療と看護』勁草書房
川島みどり(1982)『看護の自立 2―看護婦の労働と仕事』メヂカルフレンド社。
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ブへの軌跡」『看護学雑誌』。
看護学雑誌編集室(1969)「浮かび出る“よい看護”―ニッパチ闘争その後」『看護学雑誌』1969.12。
木下安子 (1969)『近代日本看護史』メヂカルフレンド社。
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。
国民医療・医療労働研究会 (1985)『看護労働の未来』労働旬報社。
富岡次郎(1966)『看護婦現代史』医学書院。
土曜会歴史部会 (1973)『日本近代看護の夜明』医学書院。
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)。
日本看護協会 (1967)『日本看護協会史』日本看護協会出版部、同2 (1968)。
日本医労協編集、吉田秀夫監修(1969)『看護婦白書』労働旬報社。
平岡敬子 (1999)「占領期における看護制度改革の成果と限界―保健婦助産婦看護婦法の制定過程を通して―」広島文化学園大学『看護学総合研究』1巻1号(1999.9)。
松居耶依 (1970)「ニッパチ問題の発端と経過」『病院』vol.29、N08。
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)。
日本医労連 (2008)「介護・福祉労働者の労働実態調査(報告書)」機関誌『医療労働』No.504。
岡野孝信 (2009)「介護・福祉労働者の労働と健康実態」働く者のいのちと健康を守る全国センター『働くもののいのちと健康』No.38。
日本医労連 (2010)「看護職員の労働実態調査(報告書)」機関誌『医療労働』No.256。

5)労働史関係 (1)

アンドルー・ゴードン、二村一夫訳 (2012)『日本労使関係史 1853-2010』岩波書店。
内山光男 (1973)『新組合活動家ノート』労働旬報社。
市原博「戦前期日本の労働史研究」(『大原社会問題研究所雑誌』、No. 510/2001. 5)。
磯村秀次 (1932)『日本労働組合評議会史』京都共生閣。
伊藤晃 (2001)『日本労働組合評議会の研究』社会評論社。
氏原正治郎 (1989)「日本における産業別組合論に関する覚書」、同『日本の労使関係と労働政策』東京大学出版会。
大原社会問題研究所 (1996)『証言・産別会議の誕生』総合労働研究所。
大原社会問題研究所 (2000)『証言・産別会議の運動』御茶の水書房。
岡崎三郎他 (1971)『日本の産業別組合―その生成と運動の展開―』総合労働研究所。

黒川俊雄（1970）『社会政策と労働運動』青木書店。
 栗田健（1978）『現代労使関係の行動』東京大学出版。
 河野貢（1931）『我国に於ける労働問題』平凡社。
 産別会議資料整理委員会編（1958）『産別会議小史』（非売品）。
 塩田庄兵衛（1964）『「日本労働運動の歴史」』労働旬報社。
 末弘巖太郎（1950）『日本労働組合運動史』共同通信社、同（1954）『同、決定版』中央公論社。
 谷口善太郎（1975）『日本労働組合評議会史』新日本出版社。
 全通信労働組合（1963）『職場闘争必携—大衆路線とその実践—』
 中村政則（1998）『労働者と農民～日本近代を支えた人々』小学館。
 二村一夫著作集（ネット、<http://oohara.mt.tama.hosei.ac.jp/nk/>）。
 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（1992）「社会的共通資本を担う人々と自治」宇沢弘文・高木郁郎編『市場・公共・人間』第一書林。
 兵藤釗（1997）『労働の戦後史上・下』東京大学出版会。
 兵藤釗（2010）「労働問題研究と公共性」我孫子誠男・水島治朗編『公共性と労働—福祉ネクサス』勁草書房。
 富呂彼巖太（1932）『再建後の左翼労働組合運動』労農書房。
 三宅明正（1978）「近代日本における鉄工組合の構成員」『歴史学研究』454号。
 三宅明正（1994）『レッド・ページとは何か～日本占領の影』大月書店。
 三宅明正（2011）「60年安保闘争と労働者の運動」三宅明正編『日本の社会・労働運動の史的研究』千葉大学大学院人文社会科学研究所刊。
 三宅明正（2010）「日本における『労働力商品』の原則の受容」我孫子誠男、水島治朗編『労働—公共性と労働』勁草書房。
 三宅明正（2001）「戦後期日本の労働史研究」（『大原社会問題研究所雑誌』、No. 510/2001年5月）
 村山重忠（1930）『日本労働争議史概観』文明協会。
 山崎五郎（1957）『日本労働運動史』労務行政研究所。
 米田佐代子著（1972）『近代日本女性史、上』新日本新書。
 渡部道太郎（1930）『我国労働組み合の研究』労働事情調査所。
 渡部徹（1954）『日本労働組合運動史—日本労働組合全国協議会を中心として—』青木書店。
 労働問題文献研究会（1966）『文献研究、日本の労働問題』総合労働研究所。
 労働運動史研究会（1970）『産別会議—その成立と運動の展開』労働旬報社。
 全労連（2009）『全労連20年史』大月書店。
 総評（1964）『総評十年史』、同（1974）『総評二十年史』、同（1986）『総評三十年史』。

6)労働史関係 (2) 企業別組合の弱点克服論関係

石田雄（1961）『現代組織論』岩波書店。
 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。
 氏原正治郎・藤田若尾・船橋尚道（1960）『日本型労働組合と年功制度』東洋経済新報社。
 大河内一男（1951）「労働組合における日本型について」一橋大学経済研究所編『経済研究』第2巻4号。
 大河内一男（1953）『日本労働組合論』慶友会。
 大河内一男（1957）「戦後における組合運動の前進と後退」『労働組合運動への提言』三芽書房。
 大河内一男（1957）『労働組合の生成と組織』東京大学出版会。
 大河内一男（1957）『労働組合運動への提言』三芽書房。
 大河内一男（1980）『大河内一男集 第4巻 労働組合論』労働旬報社。

- 大河内一男（1981）『大河内一男集 第5巻 戦後労働組合論』労働旬報社。
- 大河内一男・隅谷三喜男（1955）『日本の労働者階級』東洋経済新報社。
- 大友福夫（1952）「組織」遠藤湘吉編『統一的労働運動の展望』第5章、労働法律旬報社。
- 大友福夫（1981）『日本労働組合論』未来社。
- 舟橋尚道（1954）「労働組合組織の特質」大河内一男編『日本の労働組合』東洋経済新報社。
- 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』。
- 河西宏祐（1988）『企業別組合の理論』日本評論社。
- 栗田健（1978）『現代労使関係の構造』東京大学出版会。
- 小松隆二（1971）『企業別組合の生成』御茶ノ水書房。
- 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。
- 白井泰四郎（1968）『企業別組合』中央公論社。
- 高梨 昌（1966）「産業別労働組合の研究—大河内一男教授の企業別組合論を巡って」大河内一男先生還暦記念文集刊行委員会編『社会政策の基本問題』有斐閣。
- 高橋洸（1965）『日本的労使関係の研究』増補第3刷、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。
- 東京大学社会科学研究所編（1950）『戦後労働組合の実態』日本評論社。
- 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）』。
- 中林賢二郎（1979）『現代労働組合組織論』労働旬報社。
- 二村一夫（1984）「企業別組合の歴史的背景」法政大学大原社会問題研究所『研究資料月報』。
- 二村一夫（1987）「日本労使関係の歴史的特質」社会政策学会編『日本の労使関係の特質』御茶ノ水書房。
- 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。
- 日本労働組合総評議会（1958）『組織綱領草案』。
- 西岡孝男（1971）『日本の労働組合組織に関する研究』関西大学出版・広報部。
- 藤田若雄（1956）「労働組合の組織問題」社会政策学会『企業別組合論』とその『批判』について」社会政策学会編『戦後日本の労働組合—』有斐閣。
- 兵頭淳史（2013）「労働組合の変貌—非正規労働者の組織化とコミュニティ・ユニオンを中心とする研究動向の検討—」社会政策学会編『社会政策』第4巻第3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。
- 松村文人（2013）『企業の枠を超えた賃金交渉』旬報社。
- 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。
- 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」土地制度史学会『土地制度史学第』第131号。
- 山本潔（1977）「戦後労働組合の出発点」隅谷三喜男編著『日本労関係史論』東京大学出版会。
- 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。

7) 医療労働組合史（日本医労連および全国組合）

- 日本医労連（1987）『日本医労協三十年の歩み』桐書房。
- 日本医労連（2007）「日本医労連たたかいの50年」。
- 全医労（1968）『全医労二十年の歩み』。
- 全医労（1977）『全医労三十年の歩み』。
- 全日赤『全日赤の誕生』（作成年未定）。

全日赤『五十年のあゆみ』（作成メモ）。

全日赤（1976）『全日赤結成 30 周年の集い—いぶき—』（2 分冊）。

全国労災病院労働組合（1988）『全労災 30 年のあゆみ』。

健保労連（1997）『動脈—白衣きらめいて—健保労連 35 年の記録』。

公立学校共済組合職員労働組合（1976）『20 年の歩み—公共労 20 年小史』。

堀江信二郎（1948）『全療三年間の懐古』（未定稿）。

東京医労連（1973）『東京医労連 20 年のあゆみ』。

東京医労連（1983）『東京医労連 30 年のあゆみ』あゆみ出版。

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。

岩手県医療局労働組合（1993）『県医労四十年の歩み』。

岩手医科大学教職員組合（1997）『組合結成 50 周年記念誌“前進”1947—1997』

山形県医労連（1978）『山形県医療労働組合協議会 20 年のあゆみ（抄録）』。

京都医労連（1978）『京都医労連 25 年のあゆみ』。

京都医労連（1983）『30 年のあゆみ—京都医労連運動小史』。

全医労・北海道地方協議会（1979）『30 年の歩み』。

全医労・関東信越地方協議会（1999）『関信 50 年の歴史』。

全医労新潟地区協議会（1980）『30 年のあゆみ』。

全日赤・盛岡赤十字病院労働組合（1996）『夢を持ち夢を語れ—50 周年記念誌』。

全日赤・長野赤十字労病院労働組合（1986）『かぐわしき明日へ—40 周年記念誌』。

全日赤・日赤医療センター第一労働組合（1996）『ともに歩んだ汗と涙の感動の記録』。

健保労組千葉病院支部（1993）『40 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』。

結核予防会従業員組合（2001）『五十年の歩み』。

長野県厚生連労働組合（1990）『住民とともに長厚労 40 年のあゆみ』。

長野県厚生連労働組合（2000）『医療民主化と経営参加—長厚労 50 周年記念誌』。

飯島貞次（1950）「佐久病院従業員組合の歴史」同労組機関誌『佐久病院』1～2 号。

新潟県医療労働組合（1961）『団結が希望を—上村病院の闘争記』。

新潟県医労協（1971）『新潟県医労協の 20 年—その略年史—』。

新潟県医労協（1982）『新潟県医労協 30 年』。

新潟県厚生連労働組合（1981）『団結—組合 30 年の歩み』。

新潟大学職員組合（1980）『30 年のあゆみ』。

新潟大学職員組合夜勤制限闘争委員会（1969）『踏み出した第一歩、新大病院夜勤制限闘争の記録』

東京医労連・順天堂大学教職員組合（2006）『かがりび—50 周年記念誌』。

東京医労連・東京女子医科大学労働組合（1980）『“夜星、朝星を仰いで”七転八起のあゆみ—結成 20 周年記念誌』。

東京医労連・桜ヶ丘社会事業協会労働組合（1998）『桜ヶ丘労組 50 年の歩み』。

東京医労連・東京勤労者医療協会労働組合（1994）『40 年の歩み』。

東京医労連・健康文化会医療労働組合（2007）『明日へ—健康文化会医療労組 55 年史』。

東京医労連・慶応義塾労働組合（1979）『慶応義塾労働組合 20 年史』①1959～1961 年、②1962～1963、③1963.7～1965.6。

東京都職員労働組合病院支部（1996）『病院支部 30 年のあゆみ—1966～1996』。

4. ヒアリング協力者（敬称略）

- ※役職名が労働組合の「中央執行委員長」や「中央執行委員」であっても、「委員長」、「執行委員」と表記した。他役職も同様である。
- ※ヒアリング協力者の所在地は（都道府県名）は役職名の後に示した。
- ※「故人」とあるのは、ヒアリング後亡くなられた方である。
- ※ヒアリングは、主に各自の経験を聞くとともにき、運動史上の事実を確認することであった。なお、電話での聞き取りに協力していただいた方もいる。

朝倉 明子（元、日赤医療センター第一労働組合委員長、看護婦）埼玉。
浅沼 道夫（元、全厚労委員長、長野全厚労組委員長、佐久労組書記長）
東 喜久子（元慶応義塾労働組合四谷支部副委員長、東京医労連副委員長、看護師）静岡。
石坂 修二（元、日本患者同盟事務局長、全医労書記、執行委委員）東京、故人。
石坂 正義（元、東京医労連の元書記長、単一労組の中心人物）埼玉。
浦野 シマ（元、都立松沢病院看護科長、看護師）東京。
宇田川次保（元、産別会議専従、都医協書記長、日本医労協副議長）東京、故人。
遠藤 祐子（全労災千葉支部支部長、千葉県医労連委員長）千葉。
工藤きみ子（元、長野厚生連労働組合委員長、同、佐久病院支部支部長、看護師）長野。
小柳みちる（元、全労災関東支部書記長、神奈川県医労協副委員長、看護師）神奈川。
坂巻 晃（元、総評書記から全日赤書記、書記長、委員長）東京。
塩谷 義雄（元、済生会新潟病院労働組合委員長、新潟県医労連委員長、放射線技師）新潟。
順天堂教職員組合（「病院統一スト」当時の以下の組合員から集団で聞き取り）
後藤億嶺（元、労組書記）、武田一美（元組合員、看護師）、村井信江（元組合員、看護師）、
永村誠朗（元、労組書記）、倉本恭一（元組合員、図書館司書）。
中野千香子（日本医労連副委員長、元委員長、看護師）東京。
永島日出雄（元、全医労新潟地区協書記長、新潟県医労協事務局長）
肥田舜太郎（元、国病専従副委員長、全医労副委員長、医師）埼玉、故人。
福島 富（元、新潟県医労協事務局長、『白い軌跡』の著者）新潟。
古川 純義（元、全医関東信越地方協議会書記、茨城県医労協事務局長）茨木。
松島 松翠（佐久総合病院名誉院長）長野。
松本 道廣（元、全医労委員長兼日本医労協議長、全労連議長）
吉津佳代子（元、全日赤大阪執行委員、全日赤執行委員、日本医労協執行委員、看護師）兵庫。
吉村得王彦（日本医労連書記次長、共済事業局長）東京。
米沢 哲（日本医労連執行委員、介護対策委員会事務局長、介護福祉士）東京。
渡邊 明（元、全医労書記）千葉。

5. 資料閲覧・提供者

1) 団体

法政大学大原社会問題研究所、大阪産業労働資料館、日本患者同盟、都立松沢病院図書館、(財)日本医療総合研究所、医学史研究会、治安維持法犠牲者国家賠償要求同盟、日本患者同盟、日本医労連本部、全医労本部、全医労関信地方協議会、全医労新潟地区協議会、全日赤本部、全労災本部、健保労組（現：全日本地域医療機能推進機構労働組合）本部、公共労本部、新潟県医労連本部、東京医労連本部、結核予防会労働組合、順天堂教職員組合、東京女子医科大学労働組合、東京都庁職員労働組合病院支部、日赤医療センター第一労働組合、桜ヶ丘社会事業協会労働組合、慶応義塾労働組合四谷支部、癌研究所労働組合、長野厚生連労働組合佐久支部、新潟大学教職員組合医学部分会、等。

2) 個人

故・宇田川次保（元、日本医労協副議長）、故・仲恭男（元、日本医労連事務局長）、故・宇和川邁（元、日本医労協書記次長）、故・正木正夫（元東京医労連書記長）、故・岡本改平（元、全労災書記長）、本間肇（東京都庁職員労働組合病院支部）、喜多井恭子（元、代々木病院管理栄養士）、野口英雄（国際労働運動研究家）、中村雄二（翻訳家）。

6. 作図

- 【図 2-1】戦後早い時期の医療労働組合の形成（略図）〔42〕
- 【図 2-2】現在の医療労働組合の組織図〔83〕

7. 作表

- 【表 1-1】戦前の看護婦等医療労働者の争議一覧〔14〕
- 【表 1-2】戦前の看護婦等医療労働者の争議の時期による区分と主たる特徴〔21〕
- 【表 1-3】戦前の医療労働者の組織動向〔26〕
- 【表 1-4】わが国の労働組合組織の動向と医療労働組合の関連略表（戦前）〔26〕
- 【表 1-5】関東医務従業員について〔31〕
- 【表 2-1】産別会議への須田朱八郎の要請文書〔54〕
- 【表 2-2】日本医労協加盟組合（1961）〔70〕
- 【表 3-1】一般病院における病床数と医療従事者数の経年比較〔86〕
- 【表 3-2】一般病院における看護職員数の経年比較〔87〕
- 【表 3-3】日赤と人事院勧告の賃金（本俸）比較表〔87〕
- 【表 3-4】日本医労協組織体制 3 ヶ年計画〔96〕
- 【表 4-1】一般病院における病床数と医療従事者数の経年比較〔106〕
- 【表 4-2】一般病院における看護職員数の経年比較〔106〕
- 【表 4-3】看護婦「増員・夜勤制限闘争」による協定（1968 年）〔110〕
- 【表 4-4】看護婦配置数の比較（1967 年と 1972 年）〔114〕

8. 本論文『別冊資料』（目次）

1) 院統一スト」の個別闘争事例（概要メモ）

- (1) 全日赤（全日本赤十字労働組合連合会）〔1〕
- (2) 健保労組（健康保険病院労働組合連合会）¹〔9〕
- (3) 全労災（全国労災病院労働組合）〔15〕
- (4) 新潟県医労協（新潟県医療労働組合協議会）〔25〕
- (5) 東京地方医療労働組合連合会・慶応義塾労働組合〔32〕
- (6) 東京地方医療労働組合連合会・順天堂教職員組合〔51〕
- (7) 東京地方医療労働組合連合会・東京女子医科大学労働組合〔62〕

2) 増員・夜勤制限（「ニッパチ争」）闘争」個別事例

- (1) 新潟県職員労働組合（事例 1）〔67〕
- (2) 山形市立病院済生館従業員組合（事例 2）〔73〕
- (3) 岩手県医療局労働組合（事例 3）〔83〕
- (4) 全労災と関東支部（個別事例 4）〔90〕

3) その他資料

- (1) 企業別組合の「根拠」と「弱点克服」に関する見解（一部）〔101〕
- (2) 看護職一職能団体と労働組合の融合〔106〕
- (3) 医療関係の職能別組合—英、米、NZ—に関して〔108〕
- (4) 「病院統一スト」での要求〔111〕
- (5) 「病院統一スト」に対する経営側の対策の一端（団体交渉）〔113〕
- (6) 執行部に占める医師の割合（健保労連と全労災）
—1950 年代半ばから 60 年代半ばまで—〔115〕

¹ 現、全日本地域医療機能推進機構病院労働組合（略称：全地域医療 JCHO 労組）