

特殊勤務手当をめぐる 国立病院・療養所の労働組合運動

——「俸給の調整額」の制度化とインパクト

西村 健

- 1 問題意識
- 2 人手不足の実態と背景
- 3 「特殊勤務加俸」実現までの経緯
- 4 「俸給の調整額」が与えたインパクト
- 5 結 論

1 問題意識

戦後日本の医療政策を振り返れば、医療保険制度の確立とその運営に政府が注力してきたことは対照的に、医療サービスの供給面では、診療報酬制度や医療法を通じた政府のコントロールなどはあったものの、患者が受ける医療の内容や質といった点で、実質的には個々の医療機関やそこに働く医療従事者たちの裁量や活躍に委ねられてきたところが少なくない（広井 1994；島崎 2011）。その中で、専門性の高さから今や「医療プロフェッショナル」とも呼ばれる熟達した医療従事者たちの安定的養成や、彼らが置かれる雇用環境の整備といった労働市場・労使関係上の課題は、歴史的に見ても現在においても、拡大が続く医療需要に実質的に対処できるだけの医療供給体制を実現していく上で、看過できない問題としてたびたび人々の耳目を集めてきたように思われる⁽¹⁾。

現状に関する認識では、この医療プロフェッショナル労働市場の特徴として技能形成や報酬の面で横断的性格が強いことや、職業別に制度化されていることなどがしばしば指摘されるが（西村 2018）、労働市場をこのように制度化する様々なルールが一体いつ頃、どのように整備されてきたのかや、それによって医療労働市場がいつから「プロフェッショナル労働市場」と呼べるような性格を帯びてきたのかといった問題は、上記のように医療プロフェッショナルの社会的役割の大きさが人々の関心を引いてきた割には、これまで十分明らかにされてこなかったように思われる。そこで、本稿は日本の医療プロフェッショナル労働市場の形成過程を解明する研究の一環として、終戦直後期に国立病院・療養所職員を対象に実現された給与制度である「俸給の調整額」に着目し、そ

(1) 医療従事者の雇用環境の不安定さが患者の不利益につながった事例として、例えば 1950～60 年代に頻発した新生児の取り違え事件が挙げられるだろう（前田 2016）。

の実現経緯や同制度が国立病院・療養所の医療従事者の賃金にもたらした効果、さらにはその後の病院ストへとつながる賃金闘争に与えたインパクトについて検討することを目的とする。

終戦直後期の日本の医療供給体制を顧みれば、民間の医療機関が戦災を受けて壊滅的な状態に陥っていたこととは対照的に、国立病院・療養所へと移管される陸海軍病院・傷痍軍人療養所は市街地から離れたところに位置していたため、その多くが戦災を免れていたことが指摘できる。その結果、戦後の混乱期において国立病院・療養所は結核を中心とした慢性疾患の治療に関して中核的な役割を果たすことになった（厚生省医務局編 1955, 19-20；国立療養所史研究会編 1975, 119；厚生省医務局編 1976, 443）。このように評される国立医療機関の船出は、しかし、実際には重大な運営上の問題にも直面していた。当時の国立病院・療養所は深刻な人手不足に喘いでおり、その結果空床率が無視できない水準に達していたのである（中央労働委員会事務局編 1950, 139-140）。国立病院・療養所において 1946 年に結成された全国立病院職員組合（国病）および全日本国立療養所職員組合（全療）、そして両組合の統合によって 1948 年 11 月に誕生した全日本国立医療労働組合（全医労）は、こうした状況を打開するために、特殊勤務手当制度の確立などによる賃金の改善を求めて労働運動を展開した。その成果として、1948 年末には「特殊勤務加俸」の支給が実現している。それは現行の国家公務員医療職の給与体系における「俸給の調整額」の淵源となる給与制度であり（全日本国立医療労働組合編 1978）、国立病院・療養所の医療従事者の賃金水準を大きく底上げすることになる重要な給与制度上の変更であった。

しかし、従来の研究において、医療従事者の賃金問題が職能団体による闘争の成果としての診療報酬制度の問題として論じられてきたことや⁽²⁾、医療労働運動に関わる先行研究の問題関心が看護制度や職場の要員問題、夜勤体制や労働時間問題、医療機関の統廃合問題、運動指導者の特徴や役割、あるいは組合運動論などに限定されてきたこともあって⁽³⁾、個別医療機関の賃金制度や医療従事者の賃金水準に医療労働運動がどのような変化や影響を与えたのか、またその過程や変化の受容のされ方がいかなるものであったのかはこれまでほとんど学問的検討の対象とされてこなかった。上述の「特殊勤務加俸」の実現についても、それが国立病院・療養所の医療従事者の賃金水準に対して具体的にどのような影響を与えていったのかは、これまでまったく検討されてこなかった。

ところで、医療供給体制が十分に整えられないままに医療保障政策が展開されたことを大きな背景としながら、病院における労務管理の稚拙さ、看護婦の労働環境の劣悪さ、さらには看護婦などを中心とした労働者としての権利意識の高揚などが要因となって、1960～1961 年には統一ストライキが全国的規模で展開される「病院スト」が発生した。従来の医療労働運動がまずは診療報酬の引き上げ闘争を行い、その成果を賃金に反映させようとするものであったのに対して、この病院スト時の賃金闘争は、賃上げ要求を真正面に据えて闘われた点で従来の運動とは一線を画する意義が

(2) 例えば医師に関する猪飼（2010）、橋本（2008；2015）、看護師に関する井本（2015）など。なお、「医師会、歯科医師会及び日本医療団の解散等に関する法律」（1947 年 10 月 31 日）によって戦後に一旦解散となった日本医師会は、再建後しばらくは「民主化に対する虚脱、戦時体制への惰性」の状態が続き、そこから脱却して診療報酬引き上げ問題に取り組み始めるのは 1950 年頃からであったという（野村 1976, 55-56）。

(3) 終戦直後期の医療労働運動に言及するものとして富岡（1972）、芝田・三宅（1976）、全日本国立医療労働組合編（1978）、宇田川（1983；2002）、岡野（2016）が挙げられる。これらの多くは実際に活動家として労働運動にたずさわった著者らによるもので、組合内部の出来事や指導者の人格等に記述の力点が置かれる傾向がある。

あったと先行研究では評価されている（富岡 1972；岡野 2017）。さらに、その帰結として多くの民間医療機関において国家公務員をベンチマークとした水準で賃金交渉が妥結したことや、国家公務員型賃金体系が採用されたことも重要である（関谷 1963；藤本ほか 1966；富岡 1972；東京地方医療労働組合連合会編 1983）。労使間での交渉がこのような条件で妥結した背景には、民間に比べて国家公務員医療職の賃金を高い水準で推移させる要因があったと思われ、「俸給の調整額」はその1つであった可能性が考えられる。本稿では、「俸給の調整額」が制度化されたことの意義の考察に際し、後に発生する病院ストとの関わりから検討を加えていきたい。

本稿の構成は以下の通りである。まず第2節では国立病院・療養所の人手不足の実態を量的に把握し、そうした状態を招いた要因がどのようなものであったのかを検討する。次に第3節では人手不足問題の打開に向けて賃上げを要求した労働運動がどのような経緯をたどって特殊勤務加俸を獲得したのかを明らかにする。さらに、第4節では特殊勤務加俸の実現が後の国家公務員医療職の賃金に与えた影響について考察し、病院スト時に多くの医療機関において国家公務員給与をベンチマークとして賃金交渉が妥結した背景には、とりわけ看護職において「俸給の調整額」による賃金上昇効果が強く作用していたことがあったことを指摘する。最後に、第5節では本稿の結論を述べる。

2 人手不足の実態と背景

終戦直後期における国立病院・療養所の人手不足問題とはどのようなものであったのか。その実態を示す資料は多いとは言えないが、ここでは第3節で見るとおり、国病・全療からの調停申請を受けて中央労働委員会（中労委）が国立病院・療養所の労働環境の実態を調査し、その結果を記した中央労働委員会事務局編（1950, 139-140）を頼りに、人手不足問題の量的側面から見ていくことにしよう。

まず「厚生省の査定した（昭和一引用者）二十二年度定員と二十三年三月一日現在員とを比較すると（中略）、国立病院については総計定員二一、八七三に對し現在員一七、二六四となつており、四、六〇九の不足」であった。「又国立療養所については総計定員三九、五六六に對し現在員一九、〇一四となつており」、実に20,522人の不足であった。「これを職種別に見れば、看護婦、醫師の不足が特に顯著であつて、国立療養所看護婦の如き實に定員に對し七九、二%の不足」の状態であった。ひいては「醫師看護婦等衛生關係従業員の手不足のため使用出来る病床を空置せざるを得ない」状態となり、「国立病院は（昭和一引用者）二十二年度豫算病床數二九、九〇〇に對し二十三年三月三十一日現在入院患者數一九、九三〇であり国立療養所は二十二年度豫算病床數五八、七〇〇に對し年度末稼働病床數五四、八九七、二十三年二月末現在入院患者數三三、四二九となつており、その空床率は国立病院三三%、国立療養所三九%に達」しているような状態であった。

このような深刻な人手不足が生じた背景としては、①元軍医の公職追放、②結核等への感染による病欠者の続出、そして③癩病患者への社会的偏見の問題があったと考えられる。まず、元軍医の公職追放の問題は国立病院において深刻であった。1946年1月にGHQより「公務従事に適せざる者の公職よりの除去に関する件」が日本政府に指令され、戦時中に指導的立場にあった者を公職追放とする方針が示されたが、当時の国立病院職員の大部分は軍病院時代から勤務する者であったた

め、その相当数が公職追放の対象である「帝国正規陸海軍将校又ハ特別志願予備将校」に該当していた。GHQの指令を受けて公職資格審査が進められたが、国立病院では1946年3月28日に元陸海軍軍医少将以上だった21人が退職したのを始めとして、病院長である旧陸海軍高級軍医将校等、戦時中に指導的立場にあった者が退職させられていった。他方、医師及び薬剤師の大部分を占めた元軍医大佐・軍医少佐については、当時焦眉の急であった引揚患者の医療衛生業務を彼らが担っていたことや、民間からの人材確保が困難だったこともあり、内閣官房人事課長に追放の免除が申し入れられた。この申し入れは一旦は了解を得るものの、GHQの指示によって再び資格審査の対象とされ、最終的に1948年4月30日をもって公職追放該当者の全てが退職する結果となった。なお、1947年8月4日現在においてすでに公職追放該当者の約70%は退職しており、国立病院に在職する旧正規陸海軍将校及び特別志願将校の数は614人だったというから、公職追放対象者の総数を概算してみると $614 \div (1 - 0.7) \div 2,050$ 人程度だったと思われる⁽⁴⁾。厚生省医務局編（1955, 473）によれば、1945年の移管当初の国立病院医師の定員数は2,019人であったというから、公職追放が国立病院の人手不足に与えた影響がいかに大きなものであったのかは想像に難くない⁽⁵⁾。当時の新聞記事によれば、公職追放によって「国立病院の医師がぞくぞく退職し、このまゝでは治療はおろか国立病院の存立までおびやかされる苦境に追い込まれ」る事態となり、「患者の間には早くも不安動揺がおり、東京第一陸軍病院の患者組合新生会では全入院患者に呼びかけ全員連名の元軍医の公職追放猶予の嘆願を（中略）衆議院厚生委員会に申出」るようなことも起こったという⁽⁶⁾。

これに対し、国立療養所の人手不足の背景には結核感染等による病欠者の続出と、癩病患者に対する社会的偏見の存在があった。まず前者について、「人員不足による過重労働のため初感染期に療養し得ず、たとえば長野の療養所では相当数の看護婦死亡者を續出し、国立東京療養所では看護婦一四三名中現に結核のため療養中のものが二一名も」あった。また、多磨全生園では「患者一二〇〇名に對し醫師七名、看護手五名、看護婦十九名で、これらの職員が一名でもやめた場合にはその補充が全く不可能」な状態であった。その原因は感染の問題もあったが、それ以上に職務上癩病患者と接していることが社会の偏見の目に晒されることによっていた。例えば「癩病院に勤めているために近所の交際を斷られたり、職員子弟の就職や上級學校への入學を拒絶されたり、看護婦等は結婚不能となり或いはかつて癩病院に勤めたことがわかつて離縁された人も」あった。癩療養所職員にとっては世間が「癩を恐怖し嫌悪し白眼視し（中略）病院の職員を癩患者の親戚であるかのようにあざけり笑つて」いるなかで、「大多数の者は親兄弟や友だちの反對を押し切り救癩事業に、献身している」ような状態であった（伊井1948, 29-32）。

以上のような国立療養所の実情は先に見た中労委調査の中でも報告されており、国立療養所26カ所を調べた結果、「逐月病缺者が増加しつつ」あり、1948年1月「には病缺率一六・一%を示すに至つている」ことが明らかとなったとされている。さらに、これら療養所の看護婦に関して

(4) 以上、公職追放の経過については厚生省医務局編（1955, 247-249）による。

(5) このように見ると、「旧陸海軍の軍医として勤務していたが、現在は民間人として勤務している中佐以下の医師は、スタッフとして残って勤務を続けることができるようになった」と、追放を免れた者がいたことを強調する杉山（1995, 194）の評価はミスリーディングであろう。

(6) 『朝日新聞』1947年11月19日付。なお、記事中の東京第一陸軍病院は当時すでに国立東京第一病院に改称されていた。

は、1947年2月から1948年1月「に至る一ヶ年の間に二、五七六名が一、八六〇名」へと716人も減少したという（中央労働委員会事務局編 1950, 140）。

3 「特殊勤務加俸」実現までの経緯

離職率が極めて高い状況を打開するためには、職場環境の改善と賃金水準の絶対的上昇が何より重要だった。例えば「国立病院労働組合での昭和二三年三月の調査によると全国六十九病院に於て衛生技術者の退職理由は給与の悪いことを理由とするもの五八%」という結果もみられ（伊井 1948, 28）、職務の困難さが処遇に反映されていないとの不満が職員の間はかなり広がっていたことが推測される。

全療と国病は1947年のうちにそれぞれ厚生省との間に労働協約を締結していたが、いずれの協約にも医療労働の特殊性を鑑みて「特殊勤務手当制度」の確立を約する条項が含まれていた⁽⁷⁾。しかし、具体的な支給の水準をめぐって協約締結後の労使交渉は難航する。ついには職員の離職率の高さに起因する過重労働に困苦していること、人手不足に起因して高止まりする空床率、さらには入院患者へ十分な医療が提供できない現状などへの危惧を訴えて、1948年2月19日には国病が、同3月19日には全療が特殊勤務手当の支給などを求め、中労委に対し調停の申請を願い出る事態となった⁽⁸⁾。

この調停をめぐって、中労委の末弘巖太郎会長は医療労働の特殊性を考慮した賃上げの必要性を認めつつも、当時の時代状況を考えれば医療従事者の賃金体系をすぐさま大幅に改変することは、実際問題として困難であると考えていた。すなわち、国立病院・療養所の職員は「官廳従業員であり一般官廳従業員の給与体系を離れて全然別個の給与を求めても實現不可能であるから結局差し當りの具体的解決策としては就中医療技術員の技術的特殊性を職階給与制の上に極力反映せしめること、職場職種特殊性に相應した特殊手当の増額又は新設を圖ること」が現実的であり、また目指すべき賃金水準については「民間工場附属病院の程度までは此際一挙に行えずともせめて日赤が現に行っている程度のことを實現したい」との考えを示していた⁽⁹⁾。

もっとも、厚生省としても特殊勤務手当の支給に否定的だったわけではない⁽¹⁰⁾。1948年2月20日には当時の一松定吉厚生大臣が「国立病院、国立療養所において、病毒污染のおそれのある患者の診療、検査並に嫌悪の業務に従事する職員の職務の遂行は極めて困難な実情にかんがみその職務の維持向上を図るため特別の手当を支給する必要がある」との見解を示し、同日厚生省内に設置さ

(7) 中央労働委員会事務局編（1947, 7）および全日本国立医療労働組合編（1978, 14）。

(8) 中央労働委員会事務局編（1950, 137-138）。

(9) 『全医療新聞』第18号、1948年8月1日付。

(10) 非現業系公務員の労使関係は総じて未開拓の分野であり、特に個別官庁ごとのミクロなレベルでの労使関係の実態についての研究はまだ十分な蓄積がない（松尾 2009；前浦 2013）。終戦直後期の国立病院・療養所に関して言えば、富岡（1972）や宇田川（1983）では、配置換えなどによって厚生省が国立病院・療養所労組の活動を妨害していたことが指摘されており、当時の労使関係が対立的なものであったかのような印象を受ける。しかし、給与交渉の過程を見る限り、厚生省側は必ずしも労組側の要求に対し否定的な態度をとっているとは言えず、労使関係が全面的に対立的なものではなかった可能性が示唆される。

れた「国立病院国立療養所職員特殊勤務手当委員会（以下、特勤委員会と呼ぶ）」に対して早速諮問が行われた。この諮問に対する答申では、国立療養所に常時勤務する看護婦や医師にはそれぞれ100%、国立病院の精神病棟又は国立精神療養所、国立病院の結核病棟又は国立結核療養所に常時勤務する看護婦には30%、医師には25%などとする特殊勤務手当の支給率（俸給又は給料、暫定加俸、臨時増給の合計額に対する百分比）が示された⁽¹¹⁾。そして、厚生省はこの答申の支給水準の実現に向けて、大蔵省との予算折衝に入った⁽¹²⁾。

また調停の経過は概ね順調であったと言え、「国会に於て本問題の公聴會を開き輿論に訴えると共に、政治問題としての關心をも高揚する必要があるということに意見の一致を見」るまでであった。しかし、公務員の労働基本権に制約を課すこととなる政令201号の公布によって事態は急変し、調停は打ち切りとなってしまう⁽¹³⁾。何としても特殊勤務手当の支給を勝ち取りたい全療・国病としては、中労委に対して調停に代わる建議書の作成を重ねて依頼しなければならなかった。中労委としても「問題を未解決のまま放置することは許されない」という強い使命感から、末弘会長自ら建議書を作成することになり、10月8日には臨時人事委員長の浅井清に、11月15日には大蔵大臣の泉山三六、厚生大臣の林譲治、衆議院厚生委員長の佐々木盛雄にそれぞれ提出された⁽¹⁴⁾。

その建議書の冒頭、末弘会長は「現在国立病院及び国立療養所が施設の不備荒廢、従業員の不足等のため崩壊の一步手前に迄來ており誠に寒心すべき状態に置かれていることは否定出來ない」との現状認識を示し、すでに第2節で見たような国立病院・療養所の人手不足の実情を述べた後、「国立醫療關係従業員の待遇について一般政府職員と別個に措置することは抜本的對策としては考へることが出来る。然しこれら従業員が政府職員の身分を有する以上、當面の對策としては一般政府職員の待遇が前提となるのは止むを得ないから、これが改善と併せて特別の考へが拂われなければならない」として待遇改善の具体的方策を挙げた。まず「醫療の現業に従事する者について職階給に考へを加えること」と、俸給表における医療従事者の格付けを現状より優遇すべきとし、例えば「看護婦については、經驗一年から二年に至る者が過半数である現状より考へ初任の者についても相當優遇しなければ問題が解決しない事情があるから初任者（現在五級）を六級に入れるのが適當である」とした。次に特殊勤務手当の支給に関して、癩、精神、結核等の療養所および各種傳染病棟に常時勤務する従業員については「さきに国立病院、国立療養所職員特殊勤務手当委員會が厚生大臣宛て答申したところの支給率を考へした特殊勤務手当を日割支給すること」とした⁽¹⁵⁾。

さらに、1948年11月18日開催の第3回国会衆議院人事委員會公聴會に出席した末弘会長は、「私どもあの国立療養所及び国立病院の労働事情というものを調べてみまして、こんな怠慢なことを今まで一体日本の政府はどうしてやつておつたか。（中略）大蔵省は何もわからないで、ただ當面の赤字がどうだ、こうだというようなことばかり考へて、國民がそのために死んで行く、國民の健康状態が下つていくというような根本問題は考へない。これは内閣が全体として根本的に考へる

(11) 全日本国立医療労働組合編（1978、135-136）。

(12) このことは、1948年5月25日に開催された第2回国会参議院厚生委員会における厚生省医務局長・久下勝次の答弁からうかがえる（『第二回国会参議院厚生委員会會議録第五号』昭和二十三年五月二十五日）。

(13) 中央労働委員会事務局編（1950、138-139）。

(14) 中央労働委員会事務局編（1950、139）。

(15) 以上の建議書の引用は中央労働委員会事務局編（1950、139-141）による。

べき問題、それから国会がまたお考えを願わなければならぬ問題である」⁽¹⁶⁾と内閣、国会、そして大蔵省を痛烈に批判し、国立病院・療養所職員の窮状を改善するよう訴えた。

このように特殊勤務手当支給の必要性が声高に叫ばれ、さらに全療・国病も厚生省との間に団体交渉を重ねたが、厚生省側からは具体的内容に乏しい回答が続いた。おそらく予算をめぐって大蔵省との交渉が難航し、厚生省が当初期待していた路線を実現する目途が立たなかったからであろう。ようやく組合側の要求に対して内容のある回答が示されたのは、1948年12月9日の交渉においてであった。結果的に、特殊勤務手当は手当制度としてではなく本俸額を調整する「特殊勤務加俸」として実現されるに至り、1月に遡及して支給されることとなった⁽¹⁷⁾。

この特殊勤務加俸が実現されるまでには以下のような曲折があった。すでに本節で見た末弘会長の発言の中で若干触れられてはいるが、実は特殊勤務手当問題と並行する形で、全医労はたびたび他の国家公務員とは独立した医療従事者の給与体系を確立するよう厚生省に要求を出していた。「医療従業員に対しまして特殊な給与体系をつくるということにつきましては、私ども厚生省の者といたしましては同感でございまして、その線に沿いまして従来とも努力をいたしておるのであります」という厚生省医務局長次・久下勝次の国会答弁が示唆するように、厚生省も医療従事者の給与問題を根本的に解決する手段として独自給与体系の確立には前向きな姿勢で臨んでいたと思われるが、「医療従業員はひとり厚生省のみでなく、他の省にもある。他の省は厚生省ほどに多くの割合は占めてはおりませんが、そういうふうな関係がありまして、それらのものを別わけにするということになりますと、現在までのところは、とにかく新しい制度による給与体系を全般としてまとめるということが精一ぱいのようなわけでありまして、それを別わくにして、これを合理的に持つて行くということまでは、今日の段階ではむりがあつたというふうに理解しておるのであります。」という久下の認識が示す通り、当時の状況からして医療従事者に独自の給与体系が実現される見込みは薄かったと言えよう⁽¹⁸⁾。

一方、当時政府は国家公務員給与制度の整備を急いでおり、それまで省庁ごとに乱立していた手当制度を極力排し、本俸において処遇することを基本とする方向性で給与体系の模索が続いているような状況だった(尾崎ほか1979)。こうした流れの中で、1948年12月からとなる6,307円ベース給与体系への切り替え時に、特殊性が恒常的に認められる職務に関して手当ではなく俸給そのものの調整によって処遇していく措置として「俸給の調整額(以下、調整額と呼ぶ)」が定められることとなり、詳しくは次節で述べる通り、特殊勤務加俸もこの調整額制度において制度的に位置付けられることとなったのである。尾崎ほか(1979, 192)が指摘するように、この調整額制度は「俸給表に定める俸給月額を調整する趣旨のものであるので、機能的にみれば別の俸給表を定めると同じ効果を有することとなる」ため、上述のように医療労働の特殊性を考慮した別建ての給与体系の

(16) 『第三回国会衆議院人事委員会公聴会議録第二号』昭和二十三年十一月十八日。

(17) 『全医療新聞』第33号、1948年12月11日付。

(18) 以上の久下による国会答弁は『第四回国会衆議院厚生委員会議録第四号』(昭和二十三年十二月二十二日)による。なお、久下がこれに続いて「今後におきましては、これは話し合いによりましては、落ちついた交渉をしますれば私も実は実現をし得る見込みがあるのじゃないかというふうに考えまして、今後とも折衝を続けるつもりでございます。」と、医療従事者の給与体系を他の国家公務員とは別枠で実現していくことに含みを持たせる答弁もしていることは特筆されてよいだろう。

確立に前向きだった厚生省としては、その実現に向けた一歩として、この段階では特殊勤務手当制度の確立に固執することなく調整額制度を実現しておきたいという判断もあったのかもしれない。

これに対し、少なくとも全医労の執行部は特殊勤務加俸とはあくまでも「年内における手取り額を少しでも多くする意味においてその年内支給を交渉し獲得した」⁽¹⁹⁾のものであると認識していたようであり、またその後もしくは厚生省への要求事項として特殊給与体系の確立と特殊勤務手当の実現を掲げていることから、特殊勤務加俸は特殊勤務手当とは別個の給与制度であるとの態度を当面維持していたと考えられる。全医労がここまで特殊勤務手当にこだわった理由がどこにあったのかは必ずしも判然としないが、支給の水準や範囲の点で特殊勤務加俸の内容が先に示された特殊勤務手当の内容に比べて劣っていたことがおそらく一因であったと思われる。

さて、こうした経緯を経て実現した特殊勤務加俸の内容は表1の通りであった⁽²⁰⁾。特勤委員会が示した答申内容と同様、癩療養所の職員への加俸が最も手厚く、いずれの区分においても看護婦（人）への加俸が最も手厚いという特徴があったことが指摘できるだろう。

表1 特殊勤務加俸支給基準表（厚生省案）

区分	職種	
1 国立ライ療養所に勤務する職員	1 看護婦（人）	六号
	2 病理細菌技術者	五号
	3 患者係事務職員、レントゲン技術者（含助手） 齒科技工、消毒婦、病棟勤務清掃人、洗濯婦、機關士、作業手、炊夫、水道手、電気手、營繕手、醫師、薬剤師、栄養士、船員、巡視、運転手	四号
	4 事務職種、事務室勤務清掃人、療工、裁縫婦、交換手、タイピスト、給仕、門衛、小使	二号
2 国立結核療養所及新給與實施本部長の指定する国立病院の結核性病患者を収容する病室勤務の職員	1 看護婦（人）	三号
	2 レントゲン技術者（含助手） 病理細菌技術者、病棟勤務清掃人、患者係事務職員、消毒婦、洗濯婦、作業手	二号
3 国立精神療養所（頭部脊髄損傷患者を収容する施設を含む）又は国立病院の精神病棟に勤務する職員	1 看護婦（人）	三号
	2 レントゲン技術者（含助手） 消毒婦、病棟勤務清掃人、洗濯婦、作業手、病理細菌技術者	一号

出所：『全医療新聞』第33号、1948年12月11日

先の建議書でも言及された通り、人手不足問題の中心は初任者の早期離職にあった。この点を踏まえ、ここで本俸初任給に対する加俸の影響を試算しておきたい。例えば、1948年12月から切替えの6,307円ベースの国家公務員俸給表において、病院・療養所の看護婦（専門学校令による看護婦専門学校卒業生）の初任給は5級1号3,565円に格付けられていた。癩療養所勤務だと6号俸加算なので5級7号4,223円となり、本俸は18.5%増しであった。結核療養所勤務だと3号俸加算なので5級4号3,880円となり、本俸は8.8%増しであった。また大卒医師の初任給は7級1号5,145円に格付けられていた。癩療養所勤務だと4号俸加算の7級5号5,760円となり、本俸は12.0%増

(19) 『全医療新聞』第34号、1948年12月18日付。

(20) 『全医療新聞』第33号、1948年12月11日付。

しであった⁽²¹⁾。

すでに触れたように、こうした支給の内容については特勤委員会が答申した特殊勤務手当の支給率と比較して劣っていると言わざるを得ないし、また例えば「特殊勤務手当支給額は百分の二十以上とする様努力する」⁽²²⁾と記された全療の労働協約水準と比較しても小幅なものにとどまっていると評価できよう。厚生省としても当初案が大蔵省との折衝の中で承認を得るに至らなかったことへの無念があったものと推測される⁽²³⁾。しかし、次節で検討するように、特殊勤務加俸が賃金体系において制度化されたことの意義は決して小さくなかった。

4 「俸給の調整額」が与えたインパクト

前節で若干触れた通り、特殊勤務加俸は第1回人事院勧告をベースとした国家公務員の新給与を定める法律改正により「俸給の調整額」として条文化され、さらに加俸額には上限が付されることになった。すなわち、「政府職員の新給与実施に関する法律の一部を改正する法律」(1948年12月22日)において「俸給の調整額は、その調整前における俸給の月額百分の二十五をこえてはならない」(第15条第2項)とされた。また、1957年の大改訂の結果、国家公務員俸給表は15級制から8等級職階制へと移行し、医療従事者の本俸は職階別に医療職俸給表(一)～(三)として定められたが、このとき調整額の支給方法もそれまでの号俸加算方式から調整数方式へと変更され、1調整数あたり俸給表に定められる俸給月額を4%増額とし、最大6調整数(つまり24%増額)まで適用されることになった。

この調整額制度が後々国立病院・療養所の医療従事者の賃金に与えた影響は小さくなかった。とりわけ看護職においてその影響は顕著であった。先に表1で見た通り、調整額は医師や薬剤師など幅広い職種に適用されることになったが、看護職では調整額による賃金上昇効果が他の職種に比べて大きく、その結果、1950年代から70年代初めにかけて生じていた看護職における官民給与較差に、調整額が少なからぬ影響を与えていたと考えられるからである。

人事院は給与勧告を実施するための参考資料として、国家公務員と民間労働者の給与をそれぞれ独自に調査し、基準内給与⁽²⁴⁾に関して職種別の官民給与較差を算出して次頁表2の通り公表してきた。表2の下に注で記したように、1964年からは比較の方式が変更されているため較差の推移を見る際には注意が必要ではあるが、1970年代に入るまで、医療職のうち民間に比べて給与水準がもっぱら高かったのは、医療職俸給表(三)が適用される看護職であった。病院スト発生直前の1959年について見ると、公務員給与=100としたときの民間の給与水準は78.8であり、民間の給与は公務員に比べて21.2%も低かった。この値は、公務員については1958年7月に実施された

(21) 6,307円ベース俸給表および職種別の初任給格付けについては、行政経営協会編(1962)を参照した。

(22) 全日本国立医療労働組合編(1978, 14)。

(23) このことは「内容的にも差がございますし、また加俸を受けますものの範囲においても、手当制度の観念と大分気持ちが違っております。」という久下の発言が示唆している(『第四回国会衆議院厚生委員会議録第四号』昭和二十三年十二月二十二日)。

(24) 基準内給与とは、公務員については俸給、扶養手当、暫定手当を合計したもの、民間については「決まって支給する給与」から「時間外手当」を除いたもの、と定義される(人事院事務局編1959, 1-2)。

表2 官民給与較差の推移

職種	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966
医療職俸給表(一) 関係	133.4	137.7	135.3	137.9	141.4	138.1	135.6	143.5
医療職俸給表(二) 関係	101.4	105.9	102.1	107.1	103.8	106.3	108.4	108.1
医療職俸給表(三) 関係	78.8	81.2	81.4	87.1	84.1	88.3	91.6	91.7
職種	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	
医療職俸給表(一) 関係	152.5	150.3	150.4	152.5	145.9	132.4	125.9	
医療職俸給表(二) 関係	108.6	107.0	105.3	103.4	107.2	107.2	111.2	
医療職俸給表(三) 関係	91.0	92.0	92.3	94.1	95.0	96.1	100.4	

注：公務員 = 100 としたときの民間の給与水準を示す。比較の資料について、国家公務員については1959年のみ『国家公務員給与支払状況等調査』、それ以外は『国家公務員給与等実態調査』、民間については『職種別民間給与実態調査』が用いられている。基準内給与の比較。なお、1951年以降一貫して事業所規模50人以上の民間労働者を対象に行われてきた官民給与の比較だったが、1964年には事業所規模50人以上かつ企業規模100人以上の者のみを対象として比較する方式となり、1965年以降は『職種別民間給与実態調査』の調査対象自体が事業所規模50人以上企業規模100人以上に変更されている（人事院編1968、216-217）。

出所：人事院編『年次報告書』各年版より筆者作成。

表3 平均俸給額と調整額（1958年7月1日現在、単位：円）

俸給表	平均俸給額	内調整額分
医療職俸給表(一)	25,448	1,222
医療職俸給表(二)	15,797	572
医療職俸給表(三)	12,849	898

出所：人事院『国家公務員給与支払状況等調査報告書』6-7頁。

『国家公務員給与支払状況等調査』から、民間については1959年3月に実施された『職種別民間給与実態調査』から学歴や年齢などを揃えたうえで基準内給与を比較して算出されたものであり、具体的な官民較差の算出手順を示すと(A)公務員給与 = 14,680円、(B)民間給与 = 11,570円としたときに、 $100 - (B) \div (A) \times 100 \approx 21.2\%$ となる（人事院事務総局編1959、30）。

ところで、人事院『国家公務員給与支払状況等調査報告書』には俸給に占める調整額が掲載されており、医療職俸給表(三)では898円だったことがわかる(表3)。ここから基準内給与に占める調整額の割合を計算すると $898 \div 14,680 \times 100 \approx 6.1\%$ となる。この6.1%という値は一見すると小さいようにも見受けられるが、先の基準内給与による官民給与較差のうち調整額による効果を計算すると $6.1\% \div 21.2\% \times 100 \approx 28.9\%$ となる。つまり、基準内給与で見た当時の看護職の官民給与較差のうち、3割近くが調整額の効果によってもたらされていたことになる。

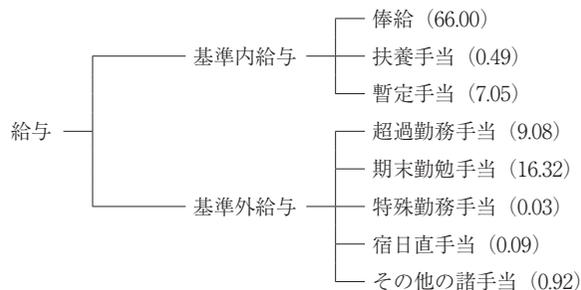
また、調整額制度には俸給の増額効果だけでなく、俸給を算定基礎とする諸手当等を通じて年収ベースで賃金を上昇させる効果もあった。実質的な人事院による公務員給与解説書となる尾崎ほか(1979、193-199)によれば、調整額の対象となる職務とは、そもそも『職務の複雑、困難若しくは責任の度又は勤労の強度、勤務時間、勤務環境その他の勤労条件』が、同じ職務の等級に属する他の官職に比して著しく特殊であることを、まず第一の要件として考えられており、さらにその特殊性は「必然的に安定的、恒常的な特殊性であることを必要と」とすると解せられる。したがって

調整額は「俸給月額調整として安定的に支給されるものであり、期末手当、勤勉手当等の諸手当の基礎となるばかりでなく、さらに退職手当や退職年金の基礎にも」なり、「勤務一時間当たりの給与額の計算の基礎ともされる」。前節においてすでに見た通り、こうした性格を持つことで調整額制度は「俸給表に定める俸給月額を調整する」ことによって「機能的にみれば別の俸給表を定めると同じ効果を有することとなる」のである。

このような調整額制度の性格は、「たとえば対象となる職員が特定されているとは限らない場合とか、特殊性の基礎となる勤務または作業の従事期間が不特定で変動しやすい場合」のように「個々の勤務の実績に応じて措置するようにすることの方が実態に即する」と判断される特殊勤務手当のそれとは対照的である（尾崎ほか1979, 344）。逆に言えば、調整額制度適用の正当性の根拠としては、対象者の範囲に関して一定の規模が存在しているかどうかや、繰り返しになるが、職務の特殊性に関して恒常性が認められるかどうか重要な指標になってくる。特に後者については、例えば癩・精神病患者の治療にあたる医療従事者が一般患者の治療にあたる病棟へ異動することがほとんどない、といった個々の医療従事者の専門性をより詳細に特定する性格を持っていると言え、こうした職務の特殊性あるいは専門性が恒常的であることが、諸手当や退職手当、退職年金の算定基礎に調整額を含むにふさわしい根拠とされ評価されていると捉えることができるだろう。

さて、先の『国家公務員給与支払状況等調査』では1957年1月から12月までの年間給与所得が尋ねられているが、図1ではその内訳を示した。当時の手当制度のうち、俸給が算定の基礎となったものとしては遠隔地手当、寒冷地手当、超過勤務手当、休日給、夜勤手当、期末勤勉手当があったが（人事院編1968, 238-256；大蔵省主計局給与課監修1973, 538-543）、図1からは年収ベースで給与に占める割合が高かったのは超過勤務手当と期末勤勉手当であり、これらと俸給を合わせると年収の91.4%に達していたことがわかる。いま、1957年における平均俸給額と調整額の比率が表3で示した1958年7月時点のものと同じであったと仮定して、調整額が超過勤務手当や期末勤勉手当に与えた影響を試算してみよう。まず、期末勤勉手当について、大蔵省主計局給与課監修（1973, 542）によれば1957年の期末勤勉手当の支給水準は2.55ヶ月分⁽²⁵⁾だったので、調整額の効

図1 看護職の年間給与所得の内訳



注：括弧内の数字は構成比を示し単位は%。医療職俸給表（三）が適用される16,488人に対して1957年1月から12月の間に支払われた人件費総額（38億207万620円）に基づき作成した。
出所：人事院『国家公務員給与支払状況等調査報告書』71頁より筆者作成。

(25) 内訳は6月支給の期末手当が0.5ヶ月、勤勉手当が0.25ヶ月、12月支給の期末手当が1.30ヶ月、勤勉手当が0.5ヶ月である（大蔵省主計局給与課監修1973, 542）。

果は $66.0\% \div 12 \times 898 \div 12849 \times 2.55 \approx 0.98\%$ と計算される。次に、超過勤務手当についてみると、調整額の効果は $9.08\% \times 898 \div 12849 \approx 0.63\%$ と計算される。俸給に占める調整額の効果は $66.0\% \times 898 \div 12849 \approx 4.61\%$ なので、年取ベースで見た調整額の総効果は $0.98\% + 0.63\% + 4.61\% \approx 6.23\%$ となり、基準内給与で見た場合とほぼ同程度の効果があったものと推定される。

ここまで調整額が看護職全体の給与に与える影響を見てきたが、調整額の適用範囲や適用調整数の値についても検討しておく必要がある。これらの点に関しては、医療職は調整額の適用率が他の公務員職種と比べて極めて高かったこと、医療職の中でも看護職では適用される調整数の値が大きかったことの2点を指摘しておきたい。まず前者について、1964年1月15日現在の俸給表別の調整数適用者の分布を示した表4を見てみると、医療職ではいずれも全従事者の50～60%が調整の対象者であったことがわかる。国家公務員全体で見た適用率がおよそ11%であったことと比べれば、医療職への適用率が際立って高かったことが読み取れる。次に、適用調整数の分布を見てみる

表4 適用俸給表別に見た調整数適用者の分布（1964年1月15日現在）

適用俸給表	合計人員	計	うち調整数の適用がある者					
			調整数					
			1	2	3	4	5	6
計	459,622	52,009	14,318	16,939	14,747	703	4,293	1,009
		11.32	3.12	3.69	3.21	0.15	0.93	0.22
行政職俸給表（一）	233,910	14,526	11,699	2,358	361	4	10	94
		6.21	5.00	1.01	0.15	0.00	0.00	0.04
行政職俸給表（二）	66,570	7,740	1,227	3,581	2,086	53	427	366
		11.63	1.84	5.38	3.13	0.08	0.64	0.55
公安職俸給表（一）	17,900	17					17	
		0.09					0.09	
公安職俸給表（二）	18,536	4,615			912		3,703	
		24.90			4.92		19.98	
海事職俸給表（一）	414	152	3	149				
		36.71	0.72	35.99				
海事職俸給表（二）	1,423	727		669		58		
		51.09		47.01		4.08		
教育職俸給表（一）	29,302	6,670	412	6,111	10	136		
		22.76	1.41	20.86	0.03	0.46		
教育職俸給表（二）	1,128	154	2	152				
		13.65	0.18	13.48				
教育職俸給表（三）	2,854	91	91					
		3.19	3.19					
研究職俸給表	9,300	28		1	18	9		
		0.30		0.01	0.19	0.10		
医療職俸給表（一）	3,973	2,373	331	1,631	12	304	93	2
		59.73	8.33	41.05	0.30	7.65	2.34	0.05
医療職俸給表（二）	4,743	2,561	315	2,076	1	96	29	44
		54.00	6.64	43.77	0.02	2.02	0.61	0.93
医療職俸給表（三）	23,001	12,355	238	211	11,347	43	14	502
		53.72	1.03	0.92	49.33	0.19	0.06	2.18

注：調整数の適用がある者について、上段は適用者数、下段は合計人員に対する適用者の割合（%）。2種類の調整額の支給を受ける職員については、その調整数を合計したものをもってその者の調整数としている。また、税務職俸給表および教育職俸給表（四）については調整額の支給を受ける者がいないため省略した。

出所：人事院『国家公務員給与等実態調査報告書 昭和39年』第4表および第5表より筆者作成。

と、医療職の中でも相対的に賃金水準の低い看護職で適用調整数の値が大きかったことがわかる。医療職俸給表（三）の適用対象であった23,001人のうち、実に半数以上の者に対して最低でも3調整数（つまり俸給の12%増額）以上が適用されていたのである。

このように、国立病院・療養所においては、言わば特殊職務の遂行に対する補償賃金として調整額制度が機能することで、癩・結核・精神病患者を扱う診療科勤務の看護職は一般的な診療科勤務の者よりも高い賃金を受け取ることができていた。これとは対照的に、病院スト発生以前において、民間ではとりわけ精神病院の看護職の賃金水準が一般病院に比べて著しく低く、それが1950年代中頃から精神病院で賃上げをめぐる争議が多発する大きな要因となっていたことが先行研究では指摘されている。これら精神病院争議は、病院ストへとつながる賃金闘争を中心に据えた医療労働運動の大きなうねりの1つとして捉えられ、病院における争議行為の是非について最高裁での法廷闘争にまで発展した出来事として重要な位置付けが与えられてきた（関谷1963；富岡1972）。

実際、日本看護協会が1960年5月に100床以上の病院・療養所201施設に勤務する看護婦（看護人、看護助手、免許申請中の者は除く）を対象に実施した調査の結果⁽²⁶⁾から、正看護婦の給与額を見てみると（表5）、国立（厚生省）の一般病院を100とした時の精神病院の給与水準は70.5と計算され、表2が示す水準以上の給与較差が存在していたことが読み取れる⁽²⁷⁾。特に、国立一般病院の精神科病棟に勤務する看護婦には調整額制度によって3調整数（つまり俸給の12%増額）

表5 正看護婦の平均給与額（単位：円）

病院種別、開設者別	1ヶ月当たりの平均給与額
精神病院	12,640
一般病院	15,652
国（厚生省）	17,929
国（厚生省以外）	16,803
都道府県・市町村	15,367
日赤・済生会・農協	14,631
社会保険関係	14,000
会社	17,731
その他の法人	15,526
個人・医療法人	13,007

注：精神病院の開設者は都道府県・市町村が4、公益法人が4、その他法人が2、個人医療法人が17であり、国立は含まない（看護婦会調査委員会1962, 157）。なお、ここでの給与とは本俸に諸手当を加えた税込みの収入総額を指す（出所資料6頁）。
出所：日本看護協会看護婦会編（1961, 22）から筆者作成。

(26) 同調査では195施設9,261人から回答が得られており、施設数で見た回収率は97%と極めて高い（日本看護協会看護婦会編1961, 6）。

(27) 表5下に注記したように、調査対象となった精神病院の開設者には都道府県・市町村立の4施設が含まれているため（看護婦会調査委員会1962, 157）、厳密に言えば民間の給与実態を示したデータにはなっていないが、地方公務員の給与が国家公務員のそれに準拠してきたことを考えれば（中西1984）、精神病院と国立一般病院との間にこのような給与較差が生じている要因は、国立と比べた場合の民間の給与水準の低さにあると見て差し支えないだろう。実際、表5から一般病院の正看護婦の平均給与額を見てみると、国立（厚生省）の17,929円、国立（厚生省以外）の16,803円に対し、都道府県・市町村立は15,367円であり、国立病院の給与水準に概ね準拠していると判断できる。

の適用があったので（人事行政学会編 1958, 95-97）、彼女たちと民間精神病院勤務の看護婦との給与較差はこれよりもさらに大きなものであったと考えられる。これらのことは、例えば国家公務員型の賃金体系の導入や国家公務員水準での賃金支給が、良い意味での驚きをもって労働者側に受け入れられた 1954 年の松山精神病院争議の事例が示すように（愛媛地評史編纂委員会編 1966；愛媛県精神衛生協会編 1977）、争議の帰結として公務員賃金体系が受け入れられやすい土壌が賃金水準の低い民間病院で醸成されていたことを示唆しているが、調整額制度はそうした状況の生成に拍車をかけるような機能を果たしていたと考えることができるだろう。

ところで、民間病院において国家公務員型賃金体系が受け入れられやすい土壌があったことを示唆する以上のような分析の結果は、実は先行研究の解釈と部分的に齟齬を来たす可能性があることを指摘しておかねばならない。と言うのも、先行研究では主に病院スト時の経験を総括する形で、国家公務員型賃金体系の民間医療機関への導入とは、あくまで経営側によって一方的に行われた「低賃金政策」の手段だったと否定的に捉えられてきたからである（藤本ほか 1966；富岡 1972）。従来の研究がこうした評価の立場をとったのは、そこでの問題意識が組合運動論的などところに置かれていたことによって、医療労働運動の中心に位置していた日赤など、従業員規模が大きく賃金水準の面でも相対的に恵まれていた医療機関での問題関心が強調され、結果的に個々の医療機関の賃金水準や従業員規模の違いが労働者側の反応にどう影響したのかというより実態的な問題が見過されてしまったからではないだろうか。もちろん、国家公務員型賃金体系の導入とは「職種別職階制賃金体系の導入を意味し、換言すれば分断賃金の導入であり、今後における医療労働者の統一闘争を困難にする要素をはらんでいる」という富岡（1972, 361）の言葉が示唆する通り、後々の労働運動に国家公務員型賃金体系の導入がどのような影響を与えていったのかという問題は、今後も運動論的観点から実態の解明が求められる課題であるに違いない。しかしそれとは別に、医療機関における賃金制度形成過程の全体像の把握を目指す観点からは、国家公務員に準じた賃金体系・水準の導入にあたって、個別医療機関ごとに労働者側がどのような反応を示したのかが詳細に検討されるべきだろう。調整額制度の機能やインパクトに関する考察は、これまであまり意識されてこなかった後者の作業の必要性に関して示唆を与えているのである⁽²⁸⁾。

5 結 論

本稿では、終戦直後期の国立病院・療養所で発生した人手不足問題の背景と実態を明らかにし、そうした状況を打開するために労使交渉の成果として支給が実現された「特殊勤務加俸」、そしてその後身である「俸給の調整額」制度が、後の国家公務員医療職の賃金にいかなる影響を与えたのかを考察した。公職追放、医療従事者の病氣罹患、そして社会的偏見に起因する人手不足問題の解消に向けて労組が求めた特殊勤務手当制度は、末弘中労委会長自ら建議書を作成し、国会において国立病院・療養所の勤務環境の改善を求める答弁をするなど、周囲の賛同を得ながら実現に向けた努

(28) なお、この点を探ることはまた、労働運動への関わり方の点で医療従事者間にどのような温度差があったのかや、労使関係史の中でそのことをどう評価するのかといった、これまであまり検討されてこなかった論点の開拓にもつながる可能性がある。

力が重ねられた。また厚生省としても支給に前向きな姿勢を示していたこともあり、当初は高水準での実現が期待されていた。しかし、これら当初の目論みは予算折衝の中で大蔵省によって阻まれ、最終的に実現した「特殊勤務加俸」の支給水準は、労組や厚生省が目指していた当初の案に比べれば見劣りする内容ではあった。しかし、「俸給の調整額」として後に制度化されたこの加俸制度は、国家公務員医療職、とりわけ看護職の賃金底上げにおいて画期的な役割を果たすことになった。

病院ストを経て多くの民間医療機関労組が1960～1961年にかけて賃金増額を勝ち取ったこともあり、表2が示す通り看護職では1962年以後、基準内給与に関する官民の給与較差は大幅に縮むこととなった。それでもなお1960年代を通して5～10%程度の給与較差が官民間には存在していたと言えるが、本稿での分析を踏まえれば、その背景には依然として調整額による較差維持機能が働いていたことがあったと見てはば間違いないだろう。調整額制度は1970年代に至るまで生じ続けた官民の給与較差に少なからぬ影響を与えていたのである。

また、本稿の冒頭で言及した通り、1960年から発生した病院ストの帰結として、多くの民間医療機関において国家公務員をベンチマークとした水準で賃金交渉が妥結したことや、国家公務員型賃金体系が採用されたことが挙げられるが（関谷1963；藤本ほか1966；富岡1972；東京地方医療労働組合連合会編1983）、これについて、例えば富岡（1972, 358）は「公務員給与体系の導入は医療労働者の賃金を依然として他産業に比べてはるかに低いところに釘付けようとするものであったとの評価を下している。しかし、労使間の交渉がこうした条件で妥結した背景には、使用者側の思惑だけでなく、組合側の合理的判断も何かしらあったと見るべきではないだろうか。『病院スト』の全国的発展は、『白衣の天使』といわれる看護婦が、世間でも驚くほどの低賃金で働かされていたこと、『ナイチンゲール』ではなくて『無賃ガール』であったことを誰の目にも明らかにしました」と言われるように（宇田川1983, 119-120）、病院ストの本質は病院という閉じられた社会にあった看護職の労働問題が、一般社会に広く露呈したことにあった。医療従事者の中でも量的規模が圧倒的に大きい看護職は、当時の民間医療機関労組にとって最大の構成員でもあったが、そうした労組にとって、調整額制度などによって国家公務員看護職の賃金が底上げされてきたことなどは、人事院勧告を待つまでもなくおそらく肌で実感していたことであつたろう。だからこそ、民間医療機関労組にとって国家公務員並みの賃金水準で交渉を妥結することは、それなりに魅力的かつ合理的な選択だったのであり、また給与体系が十分に整えられていない医療機関などでは、むしろ「ルールなき状態への釘付け」からの解放という積極的意味合いすらあつたのではないだろうか。こうした可能性の実態解明こそが本稿に残された今後の課題であると言えよう。

ところで、日本看護協会が1995年に実施した調査⁽²⁹⁾によれば、国立を除く病院に対して看護職員に適用される俸給表について尋ねたところ、「体系的な給与表はない」と回答した病院、あるいは無回答だった病院を除く2,397病院のうち、およそ63%が医療職俸給表（三）の賃金体系をそのまま導入している、もしくはそれに準じて導入していると回答している（日本看護協会編1997, 212-213）。このことは、言わば「医療労働力の価格付け」についての相場認識が企業横断的にある程度形成されていることを示唆しており、現代の医療労働市場が企業横断的なプロフェッショナル

(29) 1995年7月時点で日本看護協会会員が在籍する全国5,736病院の看護部長（総婦長）を対象に、1995年10月時点で実施された。有効回収票は3,026、有効回答率は52.8%であった（日本看護協会編1997, 17）。

労働市場として成立していることを示す1つの傍証として捉えることができる（西村2018）。先行研究が指摘する通り、国家公務員に準拠した賃金体系・水準が民間医療機関に広まったきっかけが病院ストであったとするなら、病院ストでの賃金闘争にまで少なからぬ影響を与えた終戦直後期の特殊勤務手当をめぐる国立病院・療養所労組の闘争は、こうした「医療労働力の価格付け」に医療従事者自らがイニシアティブをとった最も初期の事例として見ることができるだろう。そして、それはまた、医療労働市場がプロフェッショナル労働市場化していく端緒の1つでもあったのである。

（にしむら・たけし 松山大学経済学部准教授）

【参考文献】

- 伊井弥四郎（1948）『転換期の労働運動』幸書房。
- 猪飼周平（2010）『病院の世紀の理論』有斐閣。
- 井本佳宏（2015）「看護師——量の確保という桎梏」橋本鉞市編『専門職の報酬と職域』玉川大学出版部、181-206頁。
- 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。
- 愛媛県精神衛生協会編（1977）『愛媛県精神科医療史』愛媛県精神衛生協会。
- 愛媛地評史編纂委員会編（1966）『愛媛地評十年史』日本労働組合総評議会愛媛県地方労働組合評議会。
- 大蔵省主計局給与課監修（1973）『公務員給与便覧 昭和48年版』大蔵財務協会。
- 岡野孝信（2016）「生活と勤務（仕事・医療）に根をおいた闘争を——須田朱八郎と戦後医療労働運動」『千葉大学大学院人文社会科学科学研究科研究プロジェクト報告書』296：15-40頁。
- 岡野孝信（2017）「『病院統一スト』の歴史的意義と企業別組合克服への萌芽」『千葉大学人文社会科学科学研究』34：84-100頁。
- 尾崎朝夷・角野幸三郎・清水秀雄（1979）『公務員給与法精義』学陽書房。
- 看護婦会調査委員会（1962）「第2回看護婦実態調査 補遺のⅡ」『看護』14（3）：156-164頁。
- 行政経営協会編（1962）『給与制度の変遷から見た俸給決定の手引』行政経営協会。
- 厚生省医務局編（1955）『国立病院十年の歩み』厚生省医務局。
- 厚生省医務局編（1976）『医制百年史 記述編』ぎょうせい。
- 国立療養所史研究会編（1975）『国立療養所史（総括編）』厚生省医務局国立療養所課。
- 芝田進午・三宅正博（1976）「医療労働運動の現状と課題」芝田進午編『医療労働の理論』青木書店、344-367頁。
- 島崎謙治（2011）『日本の医療』東京大学出版会。
- 人事院編（1968）『人事行政二十年の歩み』大蔵省印刷局。
- 人事院編（各年版）『年次報告書』人事院。
- 人事院事務総局編（1959）『人事院月報』10（8）。
- 人事行政学会編（1958）『公務員給与体系詳説 全訂新版』人事行政学会。
- 杉山章子（1995）『占領期の医療改革』勁草書房。
- 関谷嵐子（1963）「病院争議」藤田若雄・塩田庄兵衛編『戦後日本の労働争議 下』御茶の水書房、585-634頁。
- 全日本国立医療労働組合編（1978）『全医労三十年の歩み』全日本国立医療労働組合。
- 中央労働委員会事務局編（1947）『中央労働時報』39、労働協会。
- 中央労働委員会事務局編（1950）『昭和23年度 労働委員会年報』中央労働学園。
- 東京地方医療労働組合連合会編（1983）『東京医労連30年のあゆみ』あゆみ出版。
- 富岡次郎（1972）『日本医療労働運動史』勁草書房。
- 中西啓之（1984）「地方公務員の賃金」佐藤英善・早川征一郎・内山昂編『公務員の制度と賃金』大月書店、

226-254 頁。

- 西村 健 (2018)『プロフェッショナル労働市場』ミネルヴァ書房。
日本看護協会編 (1997)『1995 年病院看護基礎調査』日本看護協会。
日本看護協会看護婦会編 (1961)『昭和 35 年 5 月 看護婦実態調査 (第 2 回)』日本看護協会看護婦会。
野村 拓 (1976)『日本医師会』勁草書房。
橋本鉦市 (2008)『専門職養成の政策過程』学術出版会。
橋本鉦市 (2015)「医師——『家業』再生産と専門職化との葛藤」橋本鉦市編『専門職の報酬と職域』玉川
大学出版部, 27-51 頁。
広井良典 (1994)『医療の経済学』日本経済新聞社。
藤本武・小島健司・黒川俊雄・青木宗也編 (1966)『賃金事典』大月書店。
前浦穂高 (2013)「公務員の労働組合と発言機能——地方公務員非現業職員を中心に」『日本労働研究雑誌』
55 (8) : 56-67 頁。
前田信雄 (2016)『国民皆保険への途』勁草書房。
松尾孝一 (2009)「公務労使関係の変化——庁内労使関係を中心に」久本憲夫編『労使コミュニケーション』
ミネルヴァ書房, 148-176 頁。

【資料】

- 朝日新聞社『朝日新聞』。
人事院『国家公務員給与支払状況等調査報告書』人事院事務総局給与局。
人事院『国家公務員給与等実態調査報告書 昭和 39 年』人事院事務総局給与局。
全日本国立医療労働組合『全医療新聞』。
参議院事務局『第二回国会参議院厚生委員会会議録第五号』(昭和二十三年五月二十五日)。
衆議院事務局『第三回国会衆議院人事委員会公聴会議録第二号』(昭和二十三年十一月十八日)。
衆議院事務局『第四回国会衆議院厚生委員会会議録第四号』(昭和二十三年十二月二十二日)。