

「病院スト」と医療従事者の賃金

西村 健

- 1 問題意識
- 2 雇用ルール明確化の要求から「比較到達闘争」へ
- 3 「懇談会」の設置と賃金体系の国公準拠化
- 4 「国公準拠化」が医療労働や労働組合の行動に与えた影響
- 5 結 論

1 問題意識

本稿の目的は、「病院スト」における賃金闘争とその帰結が、医療従事者の賃金にどのような影響を与えていったのかを実証的に明らかにし、その意義を検討することである。

1960年の秋頃から翌年春にかけて、「病院スト」と呼ばれる産業別統一闘争が展開された。それは日本で最初の医療従事者による産別闘争であり、医療労働運動史上、重要な意味を持った出来事であった⁽¹⁾。賃上げ要求を中心に全国125の労働組合（約300病院、35,000人）がストライキによる統一闘争に立ち上がったとされ⁽²⁾、日本医労協（日本医療労働組合連絡協議会）及び加盟の全国組合と県医労協は、それぞれ統一行動日を設定して波状的なストライキを約6カ月にわたって展開し、統一要求の中心であった賃上げをほぼ実現した（岡野2018, 85頁）。統一闘争が計画され実行に至った背景には、高揚する労働運動と安保闘争によって、女子労働力を中心とする看護婦において労働者意識の高まりが見られたこと、また、国民皆保険体制下で医療需要の増大が見込まれたにもかかわらず、それに対応した医療供給体制の整備が行われず、医療機関の労働環境に大きな矛盾を生み出していたことなどがあった（菅谷1977；岡野2018）。

この「病院スト」の賃金闘争面に関する評価として、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、「病院スト」

(1) 「病院スト」のきっかけの1つは、国立高田病院における「妊婦制限事件」に対する全日本国立医療労働組合の闘争であったと言われている。この病院では看護婦の妊娠に「割り当て」があり、6年に1度しか出産の機会が巡ってこないような制限が課されていた（富岡1972）。本稿の関心は賃金闘争にあるため取り上げないが、「病院スト」にこのような人権闘争の側面があったことは忘れてはならない。

(2) これは日本医労協『第7回定期大会議案』（1961年, 6頁）に依拠したもので、1960年末の概数である。正確な全体の数値は不明とされる（岡野2018, 85頁）。

における賃金闘争は、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あったと先行研究では指摘されてきた（富岡 1972；岡野 2018）。こうした評価について筆者に異論はない。しかし、従来あまり注意を払われてこなかったこととして、以下のことが指摘できるのではないだろうか。

今日、企業横断的な労働市場が確立している職種の典型例としてしばしば引き合いに出される医療従事者ではあるが、こと賃金決定に関しては、何らかの基準や相場が当初から労働市場で成立していたわけではなかった。同一職種で見た時に病院間での職務の類似性が高いにもかかわらず、雇い主の恣意性が強く働き、賃金面で大きな格差が生じてしまうという矛盾が、1950年代末の医療労働運動のなかで特に問題視されるようになったことは、そのことを裏付ける有力な証拠である。「病院スト」とは、こうした矛盾に対し、医療従事者の間に募っていた不満が顕在化した出来事だったのであり、医療労働市場において、賃金水準・体系の企業横断的特質が形成される上で1つの画期としての意義があったのではないだろうか。

また賃金制度の面では、「病院スト」の結果、国家公務員型の賃金体系が公的病院や民間の医療機関に導入されたとししばしば言われる（労働省編 1963；藤本ほか 1966；富岡 1972）。しかし、紋切り型にこう表現することには、ややミスリーディングな面があると思われる。なぜなら、実際には「病院スト」以前から賃金体系の形式的な公務員準拠化が行われていた病院は少なくなかったし、また、「病院スト」後も労使の駆け引きが続くなかで、実質的な準拠化は決してスムーズに行われなかったからである。とは言え、流動的だった病院の賃金体系を国家公務員に準拠させる流れとなっていくことは確かであり、そこにはやはり先に挙げた労働市場の横断的特質という観点から見て、一定の意義があったように思われる。また、そうした賃金決定の在り方は医療従事者の仕事や労働の在り方にも影響を与え、具体的には賃金決定の単位となる「職種」と職場で実際に担われる「職務」の違いを明確にする機能を持ったのではないだろうか。

以上のような問題関心を念頭に、本稿では「病院スト」の経過とその帰結について検討する。

2 雇用ルール明確化の要求から「比較到達闘争」へ

まず、「病院スト」における労組の賃金闘争方針が生まれ、運動のなかで広まっていった過程と、ストの経過・結果についての検討から始めよう。

(1) 東京医労連を起源とする「比較到達闘争」

1950年代までの日本の医療機関では、雇用ルールが曖昧なことが多く、そのため労働条件の決定が経営者の恣意に左右される場面は相当に多かったと推測される。例えば、戦後最も早い時期に行われた看護婦の労働条件調査によれば、1950年2月の時点で見た関東・東北地方の252の病院・診療所のうち、初任給、昇給、早出残業手当、深夜労働手当の決定基準がはっきりしない事業場の数はそれぞれ172、195、189、198にも上っていた（労働省婦人少年局編 1951、54頁）。もっとも、調査対象の医療機関のうち169は19床以下の診療所であり、従業員規模が小さく、労働基準法による就業規則の届け出が義務付けられていなかったことが、こうした結果の1つの要因だった可能

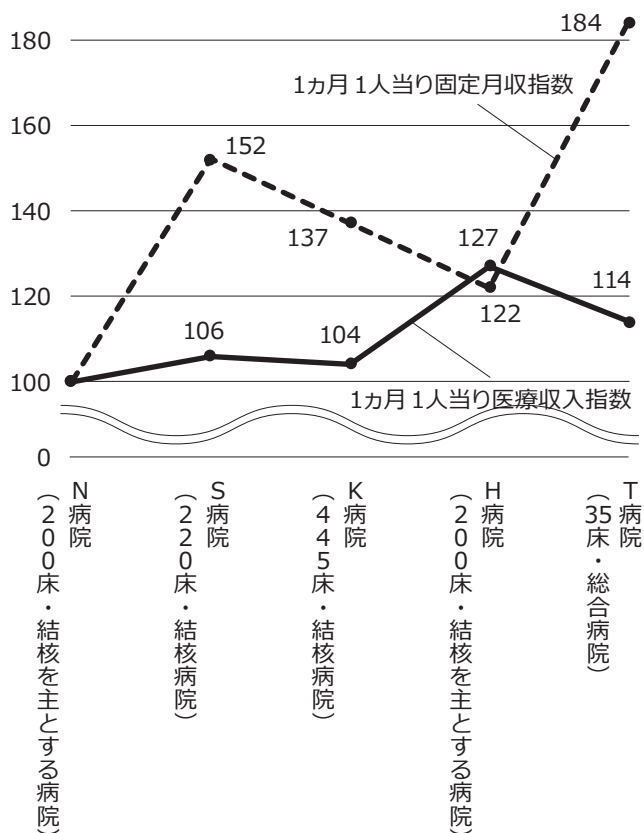
性は考えられる⁽³⁾。しかし、1950年の医療法改正による医療法人制度の創設を最初の契機として私的医療機関への優遇策が次々に打ち出され、多くの個人立病院・診療所で病床規模の拡大が図られていくなかで（菅谷1981）、雇用ルールの曖昧さや運用上の恣意性をいかに排除していくかが、次第に医療機関の労使間で争点となっていった。そのなかで、例えば東京都公務員並みの待遇を求めた1956年の結核予防会の労使紛争のように（東京都地方労働委員会事務局編1962、194-198頁）、他の病院の労働条件との均衡を視野に入れた要求が全くなかったわけではないが、1950年代までの医療労働組合の要求の中心は、病院内部の雇用ルールの明確化により、経営者の恣意に左右される職場慣行を改めることにあった。労働条件をめぐる争議が個別の病院で続発したことが意味するところは、医療労働市場における労働力の価格付けに関して、その決定基準が病院ごとに実に振れ幅の大きいものであったということだろう。同一職種内の処遇の相場がはっきりとしないなかで、当時の医療従事者たちは、まずは自らが勤める病院での労働条件の向上に精力を注ぐ必要があったのである。

ところで、1950年代も半ばになると大規模な争議が全国で起こり、三池・安保闘争（1960年）へと労働運動の高揚は続いたが、特に「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に喘ぐ看護婦らの共感を呼び、労働者意識の芽生えを促したと言われる（岡野2018、85頁）。これらは医療労働運動の在り方にも具体的な変化を迫り、1959年には運動の焦点が従来の「権利闘争」から「賃上げ闘争」へと移行した。この変化は、従来の国立病院・療養所の労組ではなく民間病院労組を中心とし、かつ医師以外の一般医療従事者のなかから生じた点で、画期的な意義を持つ出来事だった（富岡1972、301-302頁）。

この賃上げ闘争への舵切りで先頭に立ったのは、東京医労連（東京地方医療労働組合連合会）であった。その前身となる都労協（東京地方医療労働組合協議会）は、1959年5月の大会で「職種別最低保障賃金の要求」を闘争の目標とし、賃金専門委員会を設置した。1960年5月にこの都労協を改組して再出発する東京医労連の賃金問題への関心は、この時期から明確な形を整え始める（関谷1963、615頁；東京地方医療労働組合連合会編1983、48頁）。1960年2月の第2回賃金研究討論集会では「長期賃金闘争方針——医療労働者の賃金綱領」が決定され、「医療費が安いから賃金が低いのではなく、賃金が低いから医療費もまた賃金の低いなりに改められてきた」という考え方が医療労働運動のなかで初めて打ち出された（富岡1972、302-303頁）。そのなかで、同月に争われた愛育会病院の争議は、上記の賃金綱領にしたがって闘争が展開された最初の事例となり、平均5,200円という高率の賃上げが獲得されたことで、以後の賃金闘争の裏付けとなる東京医労連の成功体験となった（富岡1972、310-311頁；東京地方医療労働組合連合会編1983、50頁）。

(3) 調査結果のうち病院の賃金規則の状況について見ると、「官国立は国家公務員の給与に関する諸規則で規定して」おり、また「公益法人立等の病院では比較的形式的にはととのつた賃金規則を持つて」いた。しかし「私立の小病院では、賃金規則と云つても、極めて簡単に二、三の規則を示しているにすぎない」。例えば、「東京KY病院賃金規則（女子従業員規則の3）」は次のように定める（以下、「原文通り」）。「(イ) 普通看護婦の初任給は経験年数により異なるも最低月額2,700円とし勤務振りにより随時昇給せしむ。(ロ) 見習看護婦は初任給を月額2,500円とし随時昇給せしむ。又、6ヶ月以上勤務の場合はK区の看護婦学校に通学せしむ。(ハ) 当直料は一人金20円とす。」（労働省婦人少年局編1951、54-55頁）

図1 東京都5私立病院の賃金・収入比較



注：N病院の医療収入・賃金をそれぞれ100として比較した。なお、人件費比率は、N病院では27.9%で、T病院では51.7%であった。1959年、東京医労連調べ。
出所：富岡（1972、304頁）を筆者改変。

また、賃金闘争方針の裏付けとして、東京医労連組合員に対する賃金実態調査も1959年以来たびたび実施された。例えば、図1は東京都の5つの私立病院について、1959年第1・四半期1カ月平均の従業員1人あたりの医療収入と毎月の平均賃金の関係を比較したものである。医療収入が比較的同程度であるにもかかわらず、賃金水準は病院間でかなりの格差があること、つまり賃金と収入が決して比例していないことをこの調査結果は示し、病院の収入と関係なく賃金が決められ、そこに賃金の病院間格差が生じていることを主張する根拠とされた。

また、1960年2月には東京医労連傘下の48組合（約5,000人）から10組合が抽出され、民間病院における医療従事者の賃金格差が調査された（次頁表1）。その結果は、同一職種であっても勤務する病院が異なることによって初任給で50～100%の賃金格差が生じており、さらに勤続年数が長くなるにつれてその格差が拡大する現状を明らかにし、賃金の企業間格差をなくすために統一賃金闘争が必要であることを訴える上で、やはり根拠とされた（富岡1972、303-304頁；東京地方医療労働組合連合会編1983、49頁）。

表1 東京医労連傘下の医療従事者の賃金比較

(単位：円)

職 種	格差	初任給	5年勤務	10年勤務	15年勤務	20年勤務
医 師	最高	23,000	36,800	47,100	54,250	61,400
	最低	10,000	11,300	13,000	14,600	16,300
看護婦	最高	14,650	19,050	23,450	26,750	29,450
	最低	8,100	8,700	9,700	10,700	11,700
准看護婦	最高	14,100	18,500	22,900	25,925	29,225
	最低	8,000	8,600	9,600	10,600	11,600
事務職員 (高校卒)	最高	14,100	18,500	22,900	25,925	29,225
	最低	7,820	8,600	9,500	10,500	11,500
X線技師	最高	15,200	20,150	25,100	28,400	31,700
	最低	8,000	9,600	10,500	11,500	12,500
用務員	最高	11,900	14,100	16,300	18,225	20,150
	最低	6,500	7,900	9,100	10,200	11,200

注：1960年2月、東京医労連関係任意抽出10病院調べ。

出所：東京地方医療労働組合連合会編（1983、49頁）。

ところで東京医労連の賃金委員会の討議結果は、しかしながら職種別賃金の方向には具体化せず、当面の賃金要求として次の点が整理された。それは、医療産業が極めて低賃金であり、しかも病院間職種間のばらつきが大きいという既述の認識から出発する。その上で、最低保障額を決め、かつ一律賃上げを要求して賃金水準の底辺を持ち上げ、病院間の賃金格差を縮める方向に持っているのが賃金闘争の当面最も可能性のある方法であり、「職種別最低賃金」をいきなり持ち込むことは、組合活動の経験が乏しく、また職種別の賃金体系自体が極めて不明確な多くの病院労組では、いたずらに混乱をひきおこす可能性が潜んでいるというのがその主張であった。また産業別最低賃金の確立を土台として、この上に職種別最低賃金の要求を具体化することによって、医療産業の労組の横断性、統一性が成立するであろう、というのがその将来の理論的見通しとなった（関谷1963、615-616頁）。そして、東京医労連は1960年5月の第11回定期大会において、「企業間格差の撤廃と是正を目指して、低いところが高いところへ追いつくための比較賃金による引上げを目指しての到達闘争を組むこと。」「累進的年功賃金、低賃金を固定化するための定期昇給制の打破と、最低生活保障と、同一労働同一賃金を目指しての最低賃金一万円・一律三千円の賃金引上げの実現」などの闘争方針を決定した（富岡1972、306-307頁）。

こうした東京医労連の賃金闘争の考え方は、明確な賃金闘争方針がまだ生まれていなかった日本医労協へと受け継がれていった。1960年3月28～29日に開催された日本医労協の第6回常幹会議では東京医労連の代表が基調報告を行い、「どのように賃闘をやるか」に関して「①格差をなくする闘い。低いところを高いところに比較到達闘争をやる。②年功賃金打破の闘い。最底者のソコ上げ（^(マ)最底賃一〇,〇〇〇円）と一律制（一律三,〇〇〇円引き上げ）の闘争を組織する。」という考え方が披露された。すでに見た通り、これはその後5月の定期大会で正式に決定される東京医労連の賃金闘争の基本方針である。この常幹会議の討論では「賃金引き上げの闘い」について、「全

般に賃金理論についておこなっている。その中で東京都医協の出した賃金綱領草案は医療労組の先鞭をつけたものとして高く評価される。更に全体に拡めるために賃金を含めた討論集合をもち地域に^(ママ)拡める」と意見がまとめられた⁽⁴⁾。

1960年7月11～12日には日本医労協の常幹会議が開かれ、統一賃金闘争の方針について「要求額および方法（一律か一率か、混合方式か）は各組合の実情にあわせてきめられるが、最低賃金額は一〇,〇〇〇円の統一要求とし、公務員体系の打破をめざす」ことが確認された⁽⁵⁾。この統一闘争方針は、1960年8月22～23日の第5回定期大会で正式に決定され、「全日赤、全労災、健保労連等の全国組織の闘争を軸に秋から冬にかけて賃上げ統一闘争で大巾賃上げをかちとる」ことなども決定された⁽⁶⁾。また、9月の常幹会議では10月下旬までにすべての組合が要求を出し、東京医労連をトップとして春まで切れ目なく闘争することなども決定された（労働省編1962、715頁）。

東京医労連の統一賃上げ闘争の理論とその闘いは、さらに各地の医労協の活動にも大きな影響を及ぼし、統一闘争の全国的拡大への基盤を作っていった。例えば新潟医労協は、東京医労連の賃金綱領を参考にして2度にわたる賃金実態調査を基礎に要求を討議し、賃上げ共闘会議の中心組合だった厚生農業協同組合連合会の10病院の労組では、一律4,000円の賃上げと最低保障10,000円の要求が打ち出された。岩手県医療職員組合は公務員共闘の一律3,000円賃上げの要求を中心に、初任給及び昇給条件の改善、諸手当の引き上げなどの統一要求を掲げた。山形県や京都府でも、地方医労協がほぼ同様の統一賃上げ闘争方針を組んだ（富岡1972、312-313頁）。

(2) 「病院スト」の経過

「病院スト」は東京医労連が1961年11月1日に第1波統一ストに突入し幕を開けた。11月25日には全日赤（全日本赤十字労働組合連合会）の第1波ストも決行され、やがて健保労連（健康保険病院労働組合連合会）や山形、新潟、京都、岩手の府県医労協にも波及し、闘争の規模は全国的なものとなった。1960年の年末までに日本医労協の統一ストライキは7波まで繰り返され、12月中旬にはストライキ参加組合は125組合、300病院、35,000人に達した（労働省編1962、721頁；日本医療労働組合連合会編1987、124頁）。

組合側のこうした動きに対して、病院経営側は全般的に争議を自主的に解決する能力に欠けていた。また、一部には相当な賃上げ回答を行って解決した事例もあったが、多くは医療費単価の引き上げがない限り賃上げは不可能という態度をとった（労働省編1962、715頁）。診療報酬の改定がスト解決の大前提であるとの経営側のこうした基本姿勢は、上部団体が発した各種声明からも読み取ることができる。日本医師会は11月10日に「われわれは極めて早期に当局が抜本的解決の熱意を表明して、事態の改善を計ることを強く要望する。」との声明を出し、制限診療の撤廃とともに診療報酬の引き上げを訴えた⁽⁷⁾。また、日本病院協会も同日政府に対し「ストに際しては医師、看

(4) 『日本医労協ニュース号外』1960年5月11日付。この資料については文末に挙げた縮刷版を利用した（以下同様）。

(5) 『日本医労協ニュース』No.31、1960年7月28日付。

(6) 『日本医労協新聞』1960年9月10日付。この資料については文末に挙げた縮刷版を利用した（以下同様）。

(7) 『日本医師会雑誌』44(9)、1960年、1頁。

護婦などについて保安要員は絶対に確保するよう特別措置を講じてほしい」と要望し（労働省編 1962, 716 頁）、さらに 12 月 16 日には「病院争議に関する声明書」及び「要請書」を発表した。声明書は「慎重協議を重ねたところ（中略）あくまで労、使、公益三者構成による労働委員会へ、あつせん、調停を依頼する態度を変えず、病院側は、経営実態をありのままに労働委員会へ披れきするガラス張りの態度で調整を受けることが、事態早期解決への途でもあり、公正な方法でもあるとの結論に達しました。」と述べ、組合側に対して労働委員会を活用した問題の解決への理解を求めた。また要請書では「世上かかる事態の発展をことごとく病院管理の不徹底に帰し、その原因を下級労務者に対する待遇軽視にありとなすものがあるが、およそ上級下級を問わず、待遇の改善をはかるにはこれに応ずる財源を要することは明白であります。」と、スト発生の責任の一端を診療報酬の不備に求め、中央社会保険医療協議会の開催と診療報酬の早期改定を要請した⁽⁸⁾。

事態の推移を注視していた労働省は、「病院スト」の社会的影響を考慮して 11 月 8 日には労働大臣談話を発表して争議の早期解決と保安要員の確保を要望、11 日には都道府県知事宛てに労使の紛争処理について具体的に指示し、さらに 12 日には厚生省に対して保安要員基準の作成と合理的経営の指導について申し入れを行った。これを受け、18 日には厚生省からも都道府県知事に宛てて「病院における争議行為について」と題する通達が出された。これらの談話・通達は、いずれも医療の公益性と社会的責任をとりわけ強調して争議行為の平和的解決を求め、まずは労使間での自主的解決を図り、それが困難な場合には労働委員会を活用することを関係者に要望する内容であった（労働省編 1962, 716-718 頁）。先に見た労働委員会の活用を訴える日本病院協会の声明書は、この政府の談話・通達を踏まえてのものだったと言えよう。

年が明けると東京医労連傘下の組合や全日赤への弾圧が行われるなど、経営側の反撃が次第に強まっていった（日本医療労働組合連合会編 1987, 132 頁）。公労協（公共企業体等労働組合協議会）が 3・31 ストを中止するなど春闘が終結に向かい始めるなか、日本医労協はついに「成果をかためつつ闘争を終結させる」ことを決定（日本医療労働組合連合会編 1987, 133 頁）、全日赤でも内部の意見対立を乗り越えて戦術転換が行われ、中労委へのあつせん申請が行われた⁽⁹⁾。全労災（全国労災病院労働組合）でも同様の戦術転換が行われ、病院ストは終息に向かった。

東京医労連では、1961 年 5 月の時点で 50 の組合が統一要求を提出し、全面解決は 35 組合、未解決は順天堂大学など 15 組合であった。解決組合で一律 3,000 円を獲得したのは 13 組合、一律 2,000 円以上で見ると 25 組合、10,000 円以上の最低保障を獲得したのは 8 組合であった（東京地方医療労働組合連合会編 1983, 54 頁）。新潟県医労協では、3,000 円以上を獲得したのは 4 組合、平均 2,000 円以上は 11 組合で、京都医労協でもほぼ同様の賃上げが実現された（日本医療労働組合連合会編 1987, 135 頁）。このように、中小の民間病院を相手とする東京医労連や地方医労協では、一律賃上げと最低賃金保障という統一要求の内容が獲得された。これに対し、全日赤や全労災など巨大経営体を相手とする組合では、闘争が労働委員会へともつれ込むなど長期化し、また必ずしも十分な成果を得ることはできなかったのであった（富岡 1972, 355-358 頁）。

(8) 『日本病院会協会々報』76, 1960 年, 1044-1045 頁。

(9) 『全日赤ニュース』No.158, 1961 年 4 月 25 日付。この資料については文末に挙げた縮刷版を利用した（以下同様）。

3 「懇談会」の設置と賃金体系の国公準拠化

「病院スト」を受けた利害関係者らの動きは、スト後の医療従事者の賃金水準・体系にどう影響していったのだろうか。次にこの点の検討に移ろう。

(1) 「懇談会」の提言と賃金の規模間格差の縮小

「病院スト」を受け、1960年12月には厚生大臣の求めによって病院の経営管理の改善に関する調査・審議を目的とする「病院経営管理改善懇談会（以下、懇談会と呼ぶ）」が設置され、労務管理の徹底や適切な賃金体系の整備などについての提言を含む懇談会の要旨がまとめられた（厚生省医務局編1963）。厚生大臣に手渡されたこの要旨は、厚生省によって1949年以来設置されていた「病院管理研修所」の「永年に亘る（中略）研究結果と主張が主体と」なったものであるということから（厚生省病院管理研究所編1970、11頁）、「病院スト」以前から、すでに厚生省内でまとめられていた病院の労務・賃金管理の在り方を示したものとして読むことができる。また、ここで提言されている病院管理の手法・方針は、同研修所（1961年6月以降は「病院管理研究所」へと改組）で開所以来実施されてきた研修のなかで、各病院管理者に対して指導されていたものと推測される。

その懇談会の要旨は賃金管理について次のように言う。「(1) 病院においては、その職種が多様であるので、全職員一律の給与体系は必ずしも適当とは思われない。少なくとも、①医師、歯科医師 ②看護婦、助産婦、准看護婦 ③薬剤師、診療エックス線技師、衛生検査技師、栄養士などの医療技術員 ④事務員 ⑤その他の職員の五つのグループごとに適正な給与体系を確立するのが妥当であろう」。つまり、複数の職種が同一の賃金表のなかで処遇される方法に否定的な見方を示し、職種別の賃金体系の必要性を説いた。これは、国家公務員に対して1957年4月から適用されていた8等級制俸給表を念頭に置いた提言だと思われる。さらに「(2) 病院における給与の体系が各種手当の乱設とあいまつて、きわめてあいまいであり、しかも給与表が制定されていない病院や、経営者などの独自の判断で適当に定められているものもあり、そのため各病院間、各職種間はもとより、個々の職員間においてもかなりのアンバランスと不公平がみうけられる。したがって、まず適正な給与体系を確立し、給与表を制定し、特に初任給、昇給、昇格の基準を明確にすると同時に、諸手当のうち当然本俸に入れるべきものはこれに繰り入れるなど、内容の調整を図るとともに、諸手当の支給基準を明確にする必要がある。」と、同一職種内での病院間賃金格差を是正する必要があることを指摘した⁽¹⁰⁾。

こうした厚生省による「指導」を背景に、経営側では病院の労務管理への意識が高まり、病院間・職種間の賃金水準・体系の整合性を図ろうとする動きが急速に広まった。当時の『日本医師会雑誌』を紐解けば、労務管理や病院職員の賃金に関する論文がたびたび登場し（例えば藤野1961）、神奈川県病院協会による神奈川県内病院の主要職種別モデル賃金、モデル賞与・一時金に

(10) 以上は厚生省医務局編（1963、20-21頁）による。

表2 規模1,000人以上の賃金を100とした時の企業規模別賃金指数（年齢計）

職種	企業規模	1961	1964	1967	1970
医師（男）	10～99人	115.4	132.9	—	169.1
	100～999人	110.1	118.5	—	133.1
薬剤師（女）	10～99人	62.8	78.6	79.3	89.0
	100～999人	76.1	89.2	86.8	93.5
診療エックス線技師（男）	10～99人	87.5	88.1	—	95.4
	100～999人	98.9	97.4	—	92.7
看護婦（女）	10～99人	69.8	74.8	72.2	79.8
	100～999人	81.7	87.3	89.7	93.9
准看護婦（女）	10～99人	80.7	91.2	83.8	86.8
	100～999人	89.2	95.4	93.0	95.1

注：サービス業における残業手当なども含んだ月間平均現金給与額での比較。1961年については、1,000人未満の企業規模は①10～29人、②30～99人、③100～499人、④500～999人に分けられている。そのため、10～99人については①と②、100～999人については③と④からそれぞれ得られる労働者数・賃金額を使って指数を算出した。1967年の医師（男）と診療エックス線技師（男）についてはデータなし。調査月は1970年のみ6月、その他は4月である。

出所：労働省大臣官房労働統計調査部編（1963；1965；1968；1971）より筆者作成。

関する調査結果が掲載されるなど（神奈川県病院協会1963；1964）、経営側は病院の労務管理に関する情報共有に熱心であったことがうかがえる。

一方、厚生省や経営側のこうした動きに対して、日本医労協は「病院スト」後も産業別最低賃金と一律を含む賃上げの2本立ての要求を掲げ続け、賃金の底上げによって病院間賃金格差の縮小を目指す「比較到達闘争」の態勢を緩めることはなかったのであった⁽¹¹⁾。

実際、こうした政労使の動きを背景として、医療従事者の賃金水準・体系には具体的な変化が現れていった。まず水準面で見ると、病院間の賃金格差は縮小に向かった。政府統計を用い、規模1,000人以上を100とした時の企業規模別賃金指数の変化を見てみると、規模100～999人の診療エックス線技師（男）で例外的な動きが見られるとは言え、医師以外の相対的に賃金水準の低い職種では、1961年⁽¹²⁾から1970年の間に指数は100に近づき、賃金格差が縮小していったことがわかる（表2）。このことは、この間に中・小規模病院において相対的に高い賃金上昇が実現したことを意味している⁽¹³⁾。もちろん、ここには高度経済成長を背景とする当時の労働需給の影響もあるだろうが、労組の「比較到達闘争」、厚生省主導の懇談会の提言、そしてそれらを受けた経営側の対応が、こうした格差縮小の動きのなかで果たした役割には、無視できないものがあったと考えられる。

(11) 「病院スト」後の日本医労協の闘争方針については『医療労働』各号を参照。

(12) 1961年については4月時点の調査であり、「病院スト」の賃上げ闘争の成果が完全に反映される前の結果として読むことができる。

(13) 医師では規模間格差が逆に拡大しているが、これは元来、中・小規模病院ほど賃金水準の高い医師でも同様の賃上げ傾向をたどったことを意味しており興味深い。その理由としては、労働運動の成果の他に、医療需要が増すなかでの医師不足や、医局制度の確立に伴う固有のキャリア・パターンの影響など、医師労働市場特有の問題が挙げられるだろう。

（2）賃金体系の国公準拠化

一方、賃金体系の面でも、懇談会の提言に沿うような形で国家公務員給与体系を基礎とし、あるいはそれに準じた体系の導入が進んだ（労働省編 1963；藤本ほか 1966；富岡 1972）。国公準拠化によって職階別賃金体系が持ち込まれば、組合内部の賃金格差拡大につながり運動が分断されるとして、日本医労協はこの流れに強く反発したが、結局は日赤、労災、社会保険病院などの全国規模の病院、東京では女子医大、日医大、結核予防会などの大手病院、さらにはそれまで固有の賃金体系を持っていなかった病院⁽¹⁴⁾などで、国公準拠体系の導入が進んだ（東京地方医療労働組合連合会編 1983, 64 頁）。

この賃金体系の国公準拠化は、実際のところどのような労使のやり取りを経て進んだのだろうか。以下、全国規模の病院（日赤、労災病院）の事例からその実態を見てみたい。

まず日赤病院では、従来の一本建て通し号俸制から職階別への賃金体系の改変が問題となった⁽¹⁵⁾。全日赤は 1960 年 5 月 12～14 日の第 15 回定期大会において、賃金格差と不合理是正を図り大幅賃上げを要求することなどを決定、10 月 25 日には日赤本社に対して一律 5,000 円賃上げ、最低賃金 10,000 円、昇給期間の短縮などを要求した。一方、本社は「現状では医療費の改正がなされない限り全職員に対して給与改善を行なうことは不可能である」旨を回答、以後あっせん申請まで幾重にも団交が重ねられたが、一部の事項を除いて解決には至らなかった。

ところが、1961 年 2 月 2 日の団交時には、本社から逆に「現行の一本建通し号俸制を国家公務員の給与体系に切換えたい」と賃金体系の改変が提案された。全日赤は「日赤従業員の賃金全体が低いから、体系の改定よりも先ず給与全体の底上げから着手すべきだ」とこれに強く反発したが、3 月 9 日にはさらに本社から新給与試案が提示され、「現行の一本建本俸表は生活給を中心としたものであつて今日の事情に即応したものでないで職務給体系⁽¹⁶⁾の新給与試案を提示したものである」「職務給体系に切り換える以上ある程度の上厚下薄はやむをえない」「この試案は給与体系の改定に併せて全日赤側の要求する一斉ベ・アにも応えたものであつて要求を無視したのではない」などの意見が述べられた。一方、全日赤は「何故一律ベ・アがいけないのか了解できない、この回答は上厚下薄を内容とする給与体系改悪案であつて、ベ・ア要求に対する回答ではない」と主張、ベ・ア問題とは別に今後十分な時間をかけて検討すべき問題であると反発した。

その後も団交は続いたが結局結論は得られず、4 月 5 日には労使双方によるあっせん申請に至る。中労委の調整過程では、各病院で独立採算制が採られるなか、新賃金体系による一斉ベ・アをどのように実現するのが問題となった。本社は、日赤では設立以来一貫して独算制度の方針が貫かれ

(14) 例えば、1960 年 7 月 30 日現在で行われた東京医労連傘下の 46 組合に対する賃金規定アンケートの調査結果によると、昇給規定のないものは 10 病院、退職金規定のないものは 8 病院だった（『労政時報』1596, 1961 年 1 月, 5 頁）。もちろん、多くの民間病院では国家公務員に準拠しつつ、経営の都合や従業員規模に応じて改変した賃金体系の導入が進んだ。当時の賃金規定の具体事例を知る資料としては、30 の病院について実例を収録した東京病院協会編（1967）がある。なお、賃金水準が国立医療機関に比べて極端に低かった中小零細規模の医療機関では、国公準拠の賃金体系の導入は（特に看護職において）賃金水準の大幅な上昇を生むため、むしろ歓迎された可能性もある。西村（2019）を参照のこと。

(15) 以下は『中央労働時報』367, 1961 年 6 月, 33-37 頁、及び 52 頁による。

(16) ここで述べられる職務給体系とは、実質的には第 4 節で詳述するように「職種」給の賃金体系を意味する。

ていること、病院ごとに困難を切り抜けてきた経緯もあって、感情的にも中央集権的体制にはなじめないこと、全国的プール制を実施するとしても各施設に対する日赤本社自体の行政能力には限界があること、各病院の経理事情には大きな差があり、成績を上げている病院職員の勤労意欲を阻害する恐れがあることなどを挙げ、独算制の建前を崩すこと、及び全国的プール制を実施することは困難であると強調した。一方、全日赤は運営の実態は独算制でないことを強調、全国的プール制にすれば本社が言うベ・アにおける障害は除去されると述べた。こうして、独算制の原則の下に国公準拠の体系を取り入れつつ一斉ベ・アを行うとの本社の主張と、現行の一本建て賃金体系のまま底上げを中心とした一斉ベ・アを行うとの全日赤の主張は最後まで対立した。

結局、1961年5月5日にあっせん員の独自の判断に基づいて出されたあっせん案は、本社の経営能力に対する厳しい見方を示したうえで、ベ・ア実施に関わる財源問題がクリアできない病院に関しては本社、本部の間で自主交渉することを条件に、基準内給与を1人1カ月平均3,000円（税込）増額すること、増額分のうち1,000円（税込）を一律配分とし、残余の配分については労使で自主交渉すること、その場合本社が提案する国公準拠の賃金体系案を基礎とすること、従業員の最低給与を6,600円（税込）とすることなどを言い渡した。

次に、労災病院ではすでに国公準拠の賃金体系が導入されていたが、全労災はこれに準拠しなければならぬ必要性はないと主張、一本立て通し号俸制への移行を要求した⁽¹⁷⁾。

1957年の労働福祉事業団設立以来、政府の委任によって労災病院を運営する事業団と全労災の間では、賃金体系・水準を国公準拠とすべきかどうか1つの争点となっていた。例えば1957年末からの団体交渉では、全労災は初任給の引き上げや昇格・昇給基準の是正とともに、職階別賃金体系を医療従事者に適用することには幾多の矛盾や不合理が生じるため反対であり、身分的でまぎらわしい職位の名称や、抽象的で漠然とし、客観性を欠く職位規定は廃止すべきだと事業団に要求した。しかし、この時は中労委の調停を経ても結論が出ず、結局労使間での自主交渉に委ねられることとなった。

こうした賃金体系を国公準拠とすべきかどうかの労使対立は、「病院スト」でも再燃する。全労災は1960年7月に組合員に対して賃金実態調査を行い、回答者の40.8%が手取り10,000円に足りていない実情を把握、その生活実態に照らしても10,000円以下の賃金では生活維持は困難だとの結論を得る。その後、8月の第4回定期大会で最低保障賃金制の確立と大幅賃上げ、賃金体系改定などを要求する方針を決定、最低保障10,000円、平均8,000円賃上げ、賃金体系改定などを求め、10月17日に事業団に要求書を提出した。賃金体系改定の内容は、俸給表の統合（一般医療職と特殊医療職、事務職と特殊業務職で俸給表をそれぞれ統合すること）、本俸への地域給全額繰り入れ、結核・X線手当を統合した危険手当の支給であった。

一方の事業団は、「国の行政事務を代行する機関としての性格を持っていることからみて、その給与も国家公務員に準じた改定以上の事はできぬ」と主張、12月に入り、最低保障10,000円、平均8,000円の引上げについては、国家公務員に準じて1960年8月の人事院勧告による12.4%の改

(17) 以下は『中央労働時報』328、1958年7月、38-42頁、及び『中央労働時報』367、1961年6月、27-33頁による。

定の枠内でしかできない、俸給表の統合はできない、地域給の繰り入れは賛成だが方法については改めて協議したい、危険手当は公務員に準じた形で1961年1月末を目途として具体案を検討する、と回答した。全労災はこれを「要求に対するものとしてはゼロ回答」と判断、また事業団が主張する国家公務員の俸給表についても「上下格差が大きい」と指摘した。その後の労使交渉のなかでも上記の原則論は解決しないままに推移し、1961年4月中旬には中労委へのあっせん申請へと至った。

調整過程では労働省当局の関係官が招致され、労災病院の賃金を国公準拠とすべきか否かの原則論や金額面での当局側の許容の限界などについて、あっせん員による意見聴取が行われた。また大蔵省主計局関係官に対しても、あっせん案が事業団の回答の線（12.4%アップ＝国家公務員並み）以上のものであったとしても、予算的措置について極力協力願いたい旨が要望された。この間には労使の歩み寄りに向けた努力も重ねられたが、結局上記の原則論は解決せず、あっせん員は事業団の賃金体系は国公準拠とするのが妥当と判断し、その具体的折衝は以後の自主交渉に委ねられることになった。1961年4月28日のあっせん案では、1960年10月以降、従業員一人あたり一カ月3,000円（税込）の原資をもって賃金を改定すること、賃金体系は国公準拠とすることなどが言い渡された。なお、最低保障賃金の問題は賃金体系を国公準拠化し賃上げするなかで消化を図ることが望ましいとして、あっせん案では特に触れられなかった。

以上、日赤と労災病院の事例からは、従来、賃金体系が国公準拠型でなかったところでは準拠した体系が持ち込まれ、逆にすでに国公準拠型の体系だったところでは、準拠化の方向性が明確にされたという点で、賃金体系の国公準拠化の決定過程に違いがあったことがわかる。しかし同時に、賃金体系を国家公務員に準じさせる必要性の有無が争点となるなかで、労使双方の歩み寄りが見られず、結局はあっせん員の判断によって賃金体系の国公準拠化が紛争解決の落としどころとされた点で、両事例は共通していたと言えるだろう。

（3）「国公準拠」の実質化をめぐる単組レベルの労使交渉

「病院スト」によって賃金体系面での国公準拠化がその後の既定路線となったのに対し、水準面での国公準拠化は容易には実現されず、スト後の民間病院労使の争点となっていった。なかでも日赤で見られたように、組織的には賃金決定に関する重要な部分は本社（本部）が統一的に決定するにもかかわらず、財源的には各病院が独立採算制の建前をとるために、病院の経理などの事情によって賃上げの実施時期・内容が左右されるという問題は、賃上げの実施を不確実にし、また交渉のプロセスをも複雑にしたため、組合側の不満の種となっていった⁽¹⁸⁾。「病院スト」によって広まった国公準拠という「基準」ではあったが、その実現は連合会レベルの中央交渉によって自動的に達成されたわけではなく、単組レベルの労使交渉に実質化の余地が残されていたのである。

例えば、1963年に行われた水戸赤十字病院労働組合（以下、水戸労組）の賃上げ交渉は、この問題の実態を示す格好の事例である⁽¹⁹⁾。水戸労組の上部団体であった全日赤は、同年2月の臨時大

(18) 『中央労働時報』478、1969年1月、27頁。なお、この問題は社会保険病院においても同様に現れた。

(19) 以下、特に断らない限りは日赤労組水戸支部運動史編纂委員会編（1992）504-524頁による。

会において一律 2,000 円を含む平均 4,000 円の賃上げ、最低保障 12,000 円の確立など、大幅賃上げの要求を決定、翌日から日赤本社と春闘の中央交渉を開始した（労働省編 1965, 150 頁）。6 月 6 日に本社は、4 月 1 日付で国公準拠の水準で全国的に賃上げを実施すると表明するが、同時に例外の病院も列挙し、水戸赤十字病院は賃上げ実施不可であることが判明する。ところが、5 月 21 日に行われた水戸労組と病院長の単組レベルの労使交渉では、病院長は「4 月 1 日実施を目標に努力したい」と水戸労組に対して賃上げに前向きな回答を寄せ、労使間で確認書も交わしていたのであった。こうして本社と病院長の見解には齟齬があることが判明し、早速、水戸労組は病院に対本社折衝の経過説明を求めにかかった。

水戸労組はおよそ 2 カ月にわたって早期の賃上げ実現を求め、病院長と交渉を続けたが、この一連の労使交渉に参加した日赤茨城県支部事務局長が、交渉の確認事項を書面で交わす労使慣行を批判したり、本社に先んじて賃上げの意向を水戸労組に伝えた病院長に対して、本社には不信感があることを暴露するなど、経営側は意思の疎通が十分図られていない実態を晒し、交渉は混乱した。一方、水戸労組に突き上げられる格好となった病院長は、この間に賃上げ実施の対本社折衝を続けた。

こうした一連の経過を経て、6 月 28 日には 7 月 1 日付で賃上げ実施を許可する本社の通達がようやく出る。先に賃上げされていた他の日赤病院との間に生じる 4 月 1 日から 6 月 30 日までの賃上げ差額分については、交渉のなかで「組合員に損をさせない」旨を水戸労組が強く要望した結果、病院長の裁量によって「時間外手当」として 9 月から追加支給されることとなった。本社の公認の賃上げ額にこの「色」が加えられたことで、水準面での国公準拠化にたろうじて内実が備わった格好であったと言えるだろう。

4 「国公準拠化」が医療労働や労働組合の行動に与えた影響

前節では「病院スト」を契機として賃金体系の国公準拠化がどのように進んでいったのかを見た。本節では、この国公準拠化がスト後の医療労働における「職種」と「職務」の違いや労組の行動に与えた影響について検討する。

(1) 「国公準拠化」が医療労働へ与えた影響

「病院スト」後に多くの民間病院が準拠の対象とした国家公務員給与体系とは、すでに述べた 1957 年 4 月より適用の 8 等級制の職階別給与体系を指している。そもそも、国家公務員の給与体系では、職務給の原則が掲げられながらも、厳密に職務分析を行うのではなく、実際上は「職名」をもって職務の内容を推定するという「職名主義」の考え方が採られてきた経緯がある。それは実質的には「職種」に対する賃金支払いルールであり、また俸給表における実際の格付けや昇格は、学歴と経験（在等級）年数に基づき決定されるという年功的な性格を持っている（人事行政学会編 1958；岡田 2003；川手 2005）。

したがって、職階別賃金体系の導入には、医療従事者の賃金決定が官民を問わず「職種」という概念に基づいて行われるようになること、それと同時に、賃金が職場において実際に発生する様々な「職務」には依らずに決定されることを、実質的に方向付ける意味合いがあったと言え

る⁽²⁰⁾。本質的には、医療従事者の賃金を「職務」給として捉えるのではなく、「職種」給として見る賃金思想が顕在化し、それを具体化する賃金体系の形式的な整備が進んだのである⁽²¹⁾。本稿で詳しく触れる余裕はないが、「病院スト」後の医療労働運動が、賃金決定の基準である「職種」に対する賃上げを要求する一方で、職種が受け持つべき「職務」の範囲の明確化に反対していったことは、この文脈において自然な流れであったと言えるだろう。それは、例えば看護業務で「職務」の明確化や「職務」給化が進めば、従来は有資格者の看護婦が担っていた「職務」に看護補助者など低賃金の無資格者が充てられるように、有資格者数の抑制と医療従事者全体の低賃金化が進むことを組合側が危惧したからであった⁽²²⁾。

(2) 「国公準拠化」に対する労働組合の評価と対応

労組のこうした動きからも察せられるように、「病院スト」後の日本の医療労働における「職種」と「職務」の違いを特徴付けていったのは、賃金体系の国公準拠化が本来的に有していた特質だけだったのではなく、国公準拠化に対して労組がとっていった政策も両者の違いを特徴付ける上で少なからぬ影響を与えたと考えられる。次に、賃金体系の国公準拠化を労組がどう評価し、またそれに対応していったのか検討しよう。

(20) もっとも、伝染病作業、放射線取扱といった「特殊勤務」に対する手当は存在しており、それらは「職務」給としての性格を持っていたと言えよう。しかし、賃金全体に占めるそれらの割合は総じて極めて低かった。

(21) 厚生省の技官として国立病院・療養所看護婦の待遇改善に尽力した大森文子は、1948年12月の大蔵省への陳情によって初任給の改善がなかったところ、全日本国立医療労働組合の役員から「看護婦給与が薬剤師の初任給より良いのはけしからん」と言われ、「あなた方は労働組合でしょう。足を引っばらないでください。看護婦給与を足場にして、他の職種についても徐々に頑張ればよいでしょう」と応じたエピソードを残している（大森2003, 137-138頁）。また第2節で触れた結核予防会では、1946年に全従業員によって従業員組合が結成されて以来、賃上げ要求の内容は生活給的性格に終始し、同年齢者は同額という年齢給の手法が採られていた。しかし、医師と薬剤師から技術・技能を反映した賃上げを求める声が上がリ、1954年春の従業員組合大会において医師と薬剤師に一号加俸の動議が出された。しかし、他職種からの反対に遭いこの動議は否決され、結局、医師と薬剤師は従業員組合を脱退、結核予防会医薬師労働組合を別途結成し、1956年の労使紛争に至った（東京都地方労働委員会事務局編1962, 194-198頁）。これらのエピソードや事例が示唆するのは、戦後以来、必ずしも職種間の賃金格差には自明視されるような明確な序列があったわけではないということだろう。「職種」給の賃金思想の顕在化と波及で重要だったのは、賃金表が職種別に分けられるようになったという形式上の変化だけでなく、むしろ、職種間の賃金序列を自明なものとして医療従事者に了解させていく機能だったのではないだろうか。もちろん、それは医療職種のヒエラルキー化を強化する働きも持ったはずである。一方、組合側にとってこの職種間の賃金格差・ヒエラルキーの固定化問題への対処は難題であった。そのため、以下の日本医労協の主張の通り、この問題に対する組合側の態度はアンビバレントなものとならざるを得なかった。「基本賃金の要求は、医療労働者の低賃金をひきあげるために一律分をどうしてもとり入れるべきである。とくに小規模の賃金の上下がはげしいところではとくに必要である。しかし、医師をはじめ数多くの職種にわかれていた医療労働者の現状では画一的に一律を固執することは適当ではないであろう」（傍点は筆者、『日本医労協新聞』1962年1月16日付）。

(22) 『医療労働』No.96, 1969年9月20日付。この背景には、懇談会の要旨が科学的な業務分析を重ねて職務分掌の明確化を図るなど、客観的方法による業務の明確化・合理化を提言し、特に看護業務の職種間での分担には問題が多いとの認識を示したことがあった（厚生省医務局編1963, 22頁）。この問題は以後、看護制度改革の文脈から議論されていったが、日本医労協はチームナースやタイムスタディなどによる職務の明確化・合理化に反対するなど、職務の整理については一貫して反対の姿勢を示した。例えば1966年の日本医労協の闘争方針では、賃上げと増員・夜勤制限が闘争における車の両輪として位置付けられ、職務給導入への反対、看護制度改革への反対、職務の合理化に伴う下請け化への反対が明記されている（『医療労働』No.59, 1966年8月20日付）。

賃金体系の国公準拠化に対する労組の評価として最初に挙げられるのは、職階別賃金体系が職種別賃金構造の輪郭を明確に縁取る機能を持つことにより、運動が分断されるというものであった。日本医労協は国公準拠化を指して「組合内部の間に、賃金の大幅に上がる者と上がらない者の差別をつくりだす分断策の強化」であると評している（日本医療労働組合連合会編 1987, 131 頁）。

この職階別賃金体系をかつての通し号俸制の体系へと逆戻りさせることが状況的に難しいなかで、労組の運動は賃金水準の向上をひたすらに指向するものとならざるを得なかった。そこで第2の評価として、「国公準拠」は人勧待ちによって賃上げの時期を遅らせるだけでなく、「低賃金」であるとの根強い不満が立ち現れる。例えば東京医労連は次のように言う。「これは低賃金の押し付けという点でも、賃上げを人事院勧告待ちにして労組のたたかいをしばるという点でも、経営側にとって一石二鳥の攻撃でした」（東京地方医療労働組合連合会編 1983, 64 頁）。こうした評価の背景には、一般論として公務員の給与が民間に比べ低いという事情があったのはもちろんだが⁽²³⁾、以下に見るように、「国公準拠」の年功的側面が必ずしも中身を伴っていなかったという事情も関係していた。

この「国公準拠」の年功的側面には2つの論点があった。賃金カーブの傾きの大きさと、学歴・経験年数が賃金決定に与える影響の2点である。まず前者について、実は国公準拠といっても、民間病院の新賃金体系で想定される賃金カーブは必ずしも国家公務員のそれほど傾きが大きかったわけではなく、また組合の見立てによれば賃上げには上厚下薄の傾向も認められた。さらに新体系への切り替えも、切り替え前の格付けを基準に行われるなどしたため、従来の病院間格差が温存される格好となり、実際には国家公務員のような処遇の全国一律化が完全実施されたわけではなかった⁽²⁴⁾。例えば、全日赤は機関紙のなかで次のように新賃金体系への不信をあらわにする。「他の職員は格付けについては大体公務員なみ（但し実際の号俸はひくい）ですが、医師のうち、院長、副院長、部長、副部長については公務員の格付けより高くきめられています。これら格付けについては病院の大きさによつて差があつたり、その他矛盾や不合理もたくさん出ております。」「この表は全部定期昇給は一年となつており、従来のような九カ月、十五カ月昇給はなくなりました。これを見てすぐわかることは、どの等級も最初のうちは順調に昇給してゆくようですが、しばらくすると定期昇給額が前よりも減り、さつぱり上がらないようになっていきます。」⁽²⁵⁾

また、賃金カーブの傾きが緩くなる要因としては、賃金表における頭打ちの問題もあった。例えば日赤では通し号俸制の時代から職種ごとに号俸の幅が決められ、原則その幅のなかで昇給が行われることとなっていたため、従来からこの問題はあった。しかし、頭打ちへの組合員の不満は根強く、全日赤が日赤本社と頭打ち解消の交渉を続けた結果、1957年7月には頭打ちの場合には職種の転換による昇給も可とする旨の通達を本社から引き出し、頭打ち問題に一旦けりをつけた経緯が

(23) ただし、1950年代末から1960年代の時期には、医療労働組合の主力を為す看護職では逆に国家公務員の給与水準が民間よりも高い状態が続いていた。このため、「国公準拠」が完全実施されれば民間病院の看護職の待遇改善はかなり期待できたはずであり、組合側が準拠化の完全実施を求めた理由の1つもここにあったと思われる。当時の官民給与較差の推移については西村（2019）を参照のこと。

(24) 全日本赤十字労働組合連合会編『日赤本社の職階給試算について』1961年1月25日付、1頁。

(25) 『全日赤ニュース』No.168, 1961年10月10日付。

あった⁽²⁶⁾。そこへ「頭うちがはっきりし、従来のような職名きりかえによるスライドが遮断されている」⁽²⁷⁾ 職階別賃金体系が持ち込まれたことで、かつての組合の努力は水泡に帰す羽目となったのである。

この頭打ち問題は、1960年代後半に准看護婦が増加するなかで再燃した。1967年12月に全日赤、健保労連が日本医労協との連名で中労委へ調停を申請すると、争点の1つとして准看護婦の昇格問題が取り上げられた⁽²⁸⁾。医療制度上、法律によって看護婦と准看護婦の仕事には区別があるものの、実質的には両者の間で仕事の区別はなく、また准看護婦の量的増加もあり、准看護婦の昇格についていわゆる「わたり」を認める公立病院などとの間で賃金格差が大きくなっているというのが組合側の主張であった。ただし、この時の調停では、全日赤については労使協議によって何らかの「わたり」をつけること、健保労連については今後の労使協議で改善を図ることとされ、「わたり」問題が明確に解決されるには至らなかった⁽²⁹⁾。

一方、学歴・経験年数についても、組合側は従来から積極的にこれらを賃金決定に反映させるよう経営側に求めてきた経緯があった。一般の労働者と比べて、医療従事者では職種の継続性、労働市場の流動性がともに高いため、中途採用者が前歴を十分換算されなければ、転職による賃金の低下を免れないからである⁽³⁰⁾。しかし、やはり経営側の都合によって学歴・経験年数の賃金決定への反映が恣意的であったり、不十分であったりしたことから、組合側が「国公準拠」を強く求め、具体的には中途採用者について、同一職種による転職の場合には前歴を10割で換算するよう求める事例が少なくなかった。

例えば全労災は、1957年末の団体交渉の時点で経験年数の10割換算を求めているし⁽³¹⁾、健保労連と全日赤も1967年12月の中労委への共同調停申請の際に、同一職種の中途採用者の前歴換算を10割とするよう要求している⁽³²⁾。なお、健保労連、全日赤のいずれもが、賃金規定上は同一職種の場合、採用者の前歴換算率は「10割以下」となっていることから（日本医療労働組合協議会1967）、これを運用において確実に「10割」とするよう求めたものと推測される。

このように、「病院スト」を契機として民間病院における賃金体系の国公準拠化が既定路線となると、組合側は労働運動を阻害するとして国公準拠の職階別賃金体系の側面を批判しつつ、他方で賃金水準の向上を図るために国公準拠の年功的側面の実質化を求める運動を展開したのであった。こうした動きは、前項で見た医療労働における賃金決定と職務決定の切り離しを一層推し進め、賃金決定の単位となる「職種」と職場で実際に担われる「職務」の違いを明確化するよう機能したと考えられる。

(26) 『全日赤ニュース』No.69, 1957年7月25日付。

(27) 全日本赤十字労働組合連合会編『日赤本社の職階給試算について』1961年1月25日付, 1頁。

(28) 調停申請には国共病組（国家公務員共済組合連合会病院労働組合）も加わったが、「わたり」問題は国共病組では主張されなかったためここでは省略する。

(29) 『中央労働時報』467, 1968年3月, 42-51頁。『医療労働』No.76, 1968年1月20日付。『医療労働』No.83, 1968年8月20日付。

(30) もちろん看護婦などでは結婚・出産による労働市場からの退出は少なくなかった。

(31) 『中央労働時報』328, 1958年7月, 38-42頁。

(32) 『医療労働』No.83, 1968年8月20日付。

5 結 論

「病院スト」は、賃上げを大きな軸として全国的に展開された統一闘争であった。また、その前後の時期には、雇用ルールの明確化を図る労働運動も繰り広げられた。なかでも医療従事者の賃金決定がいかなる基準に基づいて行われるべきかという問題が、争点として次第に重要な意味を持っていった。もちろん、「病院スト」以前から関係者らは医療従事者の賃金決定に大きな関心を寄せてはいたが、政労使を含めた医療関係者全体の議論の土俵に、医療労働力の価格付け問題が上ったことはなかったと言えよう。

本稿での分析を踏まえれば、「病院スト」は2つの経路を通じて医療従事者の賃金に影響を与えていったと結論付けられる。1つは賃金の水準面に関する影響であり、もう1つは体系面に関する影響である。いずれも医療労働市場に横断的特質を与える方向で作用したと考えられる。

まず、賃金水準面に関しては、東京医労連を起源とする「比較到達闘争」の考え方が日本医労協へと受け継がれ、一律賃上げや、底上げを目指す「最低保障賃金」の要求が「病院スト」における賃金闘争方針として掲げられた。この統一要求は粘り強い労働運動のなかで、中小の民間医療機関を中心に獲得されていった。一律や最低保障による賃上げは、特に低賃金だった職場・職種での底上げに大きく寄与したと考えられる。一方、「病院経営管理改善懇談会」の提言が象徴的であったように、厚生省も病院経営者らを「指導」して労務管理に対する意識改革を促し、体系の整理とともに賃金のアンバランスを是正するように求めた。こうした動向は、いずれも病院間に生じていた同一職種内の賃金格差を縮小に向かわせる働きをもったと考えられる。

一方、賃金体系面で「病院スト」に対する1つの回答として示された国公準拠という「基準」は、労使の物別れの結果、労働委員会のあっせん員の判断などによって「上」から降りてきた面が否定できない。そして「病院スト」後の賃金交渉は、この「基準」に沿って行うことが既定路線として定着していった。厚生省がスト解決に介入し、賃金体系の在り方を具体的に提示していった背景には、1961年から医療の国民皆保険が始まるにあたり、医療従事者の人件費の水準とともに、決め方に関しても「適正化」を図ることで、医療機関の安定運営だけでなく、国民医療費の抑制を同時に実現したい政府側の思惑も透ける。しかし、労使の主張を子細に検討してみれば、「上」から降りてきた国公準拠という「基準」を、労使はそれぞれに都合良く解釈し、交渉のなかで利用していった節もうかがえる。経営側は必要以上に賃上げを行わない根拠として「基準」を利用し、組合側は職階別賃金体系が労働運動を分断すると批判しつつ、賃金体系の年功的側面に関しては準拠の実質化を求め、個別の経理事情などを理由に国公準拠をはぐらかす経営側に食い下がったのであった。

こうした国公準拠の賃金体系の波及は、官民を問わず、「職種」という単位に対して賃金決定することをルール化していった意味で、やはり医療労働市場へ企業横断的な特質を与える機能を持ったと考えられる。しかし、それは医療の世界に伝統的に存在してきたヒエラルキーに強く捕らわれた賃金決定の枠組みであったとともに、賃金決定が「職務」を単位とされず、また年功賃金化が同時に指向された点で、実はすぐれて日本的な賃金決定のあり様をも内包していたと言えるのではな

いだろうか⁽³³⁾。

（にしむら・たけし 松山大学経済学部准教授）

【謝辞】

本誌における審査の過程で2名の査読者から多数の貴重なコメントをいただいた。ここに感謝の意を表したい。

【参考文献】

- 大森文子（2003）『大森文子が見聞した看護の歴史』日本看護協会出版会
- 岡田真理子（2003）「国家公務員の職階制——制度導入・制定・形骸化過程の分析から見える人事制度の特徴」『立教経済学研究』56（4），87-111頁
- 岡野孝信（2018）『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』博士論文（千葉大学）
- 神奈川県病院協会（1963）「神奈川県における病院労務管理調査（第2報）」『日本医師会雑誌』50（5），395-421頁
- 神奈川県病院協会（1964）「神奈川県における病院労務管理調査（第3報）」『日本医師会雑誌』51（10），1725-1750頁
- 川手 撰（2005）『戦後日本の公務員制度史——「キャリア」システムの成立と展開』岩波書店
- 厚生省医務局編（1963）『病院経営管理の指標——病院経営管理改善懇談会懇談要旨』厚生共済会
- 厚生省病院管理研究所編（1970）『創立20年記念誌』厚生省病院管理研究所
- 厚生労働省（2018）『過労死等に関する実態把握のための労働・社会面の調査研究事業報告書（医療に関する調査）』，<https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000511979.pdf>，2020年7月2日アクセス（なお、この調査はみずほ情報総研株式会社への委託事業として実施されている）
- 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
- 菅谷 章（1977）『日本医療政策史』日本評論社
- 菅谷 章（1981）『日本の病院——その歩みと問題点』中央公論社
- 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
- 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
- 東京都地方労働委員会事務局編（1962）『東京都地方労働委員会十五年誌』東京都地方労働委員会事務局
- 東京病院協会編（1967）『病院給与規定集 1967年度』東京病院協会
- 富岡次郎（1972）『日本医療労働運動史』勁草書房
- 西村 健（2019）「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」『大原社会問題研究所雑誌』724，52-68頁
- 西村 健（2021）『「医師の働き方改革」と日本の医療政策』『経済論叢』195（1），107-124頁
- 日赤労組水戸支部運動史編纂委員会編（1992）『歴史の回顧と未来への伝承——日赤労組水戸支部運動史』日本赤十字労働組合水戸支部
- 日本医療労働組合協議会（1967）「医療労働者の賃金体系比較（上）」『総評調査月報』6，53-66頁

(33) 賃金決定と職務決定とを（あるいは意図的に）結びつけない雇用慣行は、今日の医療機関でもさほど変化がないように見受けられる。医師と看護職員について、労働時間として認められる業務内容の就業規則などでの定め有無を尋ねた厚生労働省（2018，参考資料102頁）によれば、回答した1,078病院のうち、「定めている」とするのは医師については27.4%，看護職員については31.5%にとどまっている。医療現場の日々の仕事は、「職種」概念を根拠として回されており、より下位の概念である「職務」の特定化は職場や事業所内においてそれほど進んでいないことが示唆される。詳しくは西村（2021）を参照のこと。

日本医療労働組合連合会編（1987）『日本医労協三十年の歩み』桐書房
藤野志朗（1961）「病院における労務費と賃金の分析」『日本医師会雑誌』45（11），1053-1063頁
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
労働省編（1962）『資料労働運動史 昭和35年』労務行政研究所
労働省編（1963）『資料労働運動史 昭和36年』労務行政研究所
労働省編（1965）『資料労働運動史 昭和38年』労務行政研究所
労働省大臣官房労働統計調査部編（1963）『昭和36年 賃金実態総合調査結果報告書』第11巻，労働法令協会
労働省大臣官房労働統計調査部編（1965）『昭和39年 賃金構造基本統計調査報告』第5巻，労働省大臣官房労働統計調査部
労働省大臣官房労働統計調査部編（1968）『昭和42年 賃金構造基本統計調査報告』第6巻，労働省大臣官房労働統計調査部
労働省大臣官房労働統計調査部編（1971）『昭和45年 賃金構造基本統計調査報告』第5巻，労働省大臣官房労働統計調査部
労働省婦人少年局編（1951）『病院診療所の看護婦——労働実態調査報告』労働省婦人少年局（高橋久子・原田冴子・湯沢雍彦監修（1991）『戦後婦人労働・生活調査資料集』クレス出版，第3巻，労働篇3に再録）

（資料）

全日本赤十字労働組合連合会編『全日赤機関紙縮刷版 全日赤ニュース No.1～162 第1分冊』
全日本赤十字労働組合連合会編『全日赤機関紙縮刷版 全日赤ニュース No.163～295 第2分冊』
全日本赤十字労働組合連合会編『日赤本社の職階給試算について』（1961年1月25日）
日本医療労働組合協議会編『医療労働』
日本医療労働組合協議会編『医療労働者 縮刷版 第1号』