

コロナ下における労働組合の意見調整機能

—2つの公立病院の事例¹—

前浦 穂高

労働政策研究・研修機構副主任研究員

はじめに

本稿では、2つの公立病院を対象に、コロナ下の労働組合の意見調整機能を取り上げる。ここでいう意見調整とは、職種が異なる職員間の不満や要求などの意見の相違に対して、調整を図ることを指す。病院には、医師、看護師、薬剤師、検査技師、理学療法士等の専門職種に加え、事務職員が勤務する(田尾2001)。病院は、多くの職種が勤務する組織であり、職員間で意見の相違が発生しやすいと考えられる。職員間の意見の相違への対応を分析するには、病院は相応しい対象といえる。

ところで、職員間で意見の相違が発生した際には、誰が調整を図るのだろうか。その対象の1つとして考えられるのが労働組合である。労働組合とは、労働者の自主的な組織であり、主に組合員の

労働条件や生活条件の維持・向上を図るという目的を追求し、そのための活動を行う恒常的な組織である(前浦2021)。労働組合は組合員の声を聞き、組合員のための活動を行う組織である。

具体的な分析に入る前に、日本の労働組合の組織的特徴を考えてみたい。欧米では、労働者が加入するのは産業別組合や職業(職種)別組合、一般組合である。産業別組合や職業(職種)別組合に加入するのは、特定の産業や職業(職種)で働く労働者であり、一般組合については、誰でも加入することができる。欧米では、労働組合は企業の外にあり、同じ企業の労働者でも加入する労働組合は異なる。そのため、労働者間の意見の相違は、組合の対立関係や敵対関係として表れると考えられる。これに対し、日本の労働組合の主な組織形態は企業別組合である。企業別組合とは、特定の企業ないし事業所ごとに、その企業の本雇いの従業員(正社員のこと、筆者)という身分資格を持つ労働者だけを組合員として成立し、その運営上の主権をほとんど完全な形で掌握している独立の労働組合と定義される(白井1992)。近年では、非正規労働者を組織化する労働組合が増えており、上記の定義に修正が必要になるものの、欧米との比較でいえば、日本の労働組合は企業の中にあり、その組織的特徴は、企業の従業員であれば、職種に関係なく、同じ労働組合に加入する資格を持つ工職混合組合という点にある。それゆえ、日本の労働者間で意見の相違が発生する場合、同一組合内で調整が図られ

まえうら ほだか

2006年3月東京大学大学院経済学研究科博士課程単位取得満期退学。経営学修士。人事管理論、労使関係論専攻。2006年4月立教大学経済学部助教、2009年4月独立行政法人労働政策研究・研修機構研究員、2015年4月より同機構副主任研究員。

最近の主な業績として、『コロナ禍の教訓をいかに生かすか—医療従事者の働き方の変化から考える』(2023年、ぎょうせい)、『看護師、介護職員、保育士、幼稚園教諭を対象とした処遇改善事業の有効性の検討に向けて—先行研究レビューを手がかりとして』(2023年、JILPT Discussion Paper 23-04)等がある。

ると考えられる²。

本稿では、公立病院を取り上げる。公立病院(自治体病院)は、公的病院(済生会病院や赤十字病院等)と同様、コロナ感染者受入可能な病院が多く³、また、公立病院は労働組合が結成されていることが多い。その労働組合は企業別組合であり、当該組合に同一病院内の多くの職種の職員が加入している。病院は、コロナ下における労働組合の意見調整機能を分析するのに相応しい対象だと考えられる。

分析課題

病院内で労働組合に意見調整が求められるケースには何があるだろうか。その1つとしてあげられるのが、COVID-19(以下、コロナ)下で支給された補助金や防疫等作業手当(以下、コロナ手当)である⁴。

コロナ下では、コロナ病床を確保した病院やコロナ病棟に空床が発生した病院に補助金が支給された。コロナ病床確保のための補助金の活用については、補助基準額の2/3以上をコロナ感染症に対応する医療従事者に充てることとされ、その対象は医療機関が決定することになっていた。医療機関が支給対象者を広く設定すれば、1人当たりの配分は少なくなり、対象者を限定すれば、1人当たりの配分は多くなる。

コロナ手当は日額3,000円～4,000円とされ、支給対象者はコロナ感染者に対応する医療従事者に限定された。ここに職員間で意見の相違が発生する可能性がある。コロナ病棟は、他の病棟から隔離され、同病棟の医師や看護師は、感染リスクを負いながら、PPE(ガウン、手袋、マスク、キャップ、エプロン、フェイスシールド、ゴーグル等)を装着し、治療や処置を行ってきた。しかし、コロナの影響を受けたのは、一般病棟も同じである。病院は、コロナ感染者の増加に対応するために、コロナ病棟を拡張した。その際に、一般病棟の入院患者を別の病棟に移し、スペースを確保していた。その結果、一般病棟は、通常以上の入院患者を収容しただけでな

く、異なる診療科の入院患者をケアしなくてはならなくなった⁵。しかし、コロナ病棟の職員にはコロナ手当が支給されるが、一般病棟の職員はコロナ手当の支給対象外であった。

3. 事例分析

(1) 組織概要

本稿が取り上げるのは、A病院とB病院である。どちらの病院も職員数が1,000人を超える総合病院であり、厚生労働省が定める感染症指定病院である。A病院は、コロナ第1波からコロナ感染者を受け入れた。同病院は最大で40床ほどのコロナ病床を確保し、感染状況に応じて、コロナ病床を拡大するなどしてきた。同病院の救急病棟はコロナ重症者を、コロナ病棟は中等症や軽症者を受け入れていた。A病院のコロナ病棟の看護師は、組合の要請を受けて、各病棟から希望者を募って集められた。その人数で、2ヵ月単位のローテーションを組み対応してきた。

B病院は、第1波の終わり頃からコロナ感染者を受け入れた。同病院は、30床程度のコロナ病床を確保し、都道府県庁の要請により、適宜、病床を増やす等の対応を行ってきた。コロナ病棟の看護師を選定する際は、組合の要請により、「本人の同意を得ること」「育児や介護を抱える看護師は対象から外すこと」が原則になった。この原則に基づき、看護師長が経験のある看護師40人程度を各病棟から選抜した。選ばれた看護師は、2ヵ月単位のローテーションを組んで、コロナ病棟に勤務していた。

2つの病院には、労働組合があり、オープンシフト制を採っている。組合員の範囲は、管理職以外の全職員(正規職員以外の職員を含む)である。医師を除く正規職員に限れば、A病院の組織率はほぼ100%であり、B病院の組織率は93.2%である。どちらの病院も、コロナ下で補助金や慰労金の支給を受け、コロナ感染者に対応した医師や看護師にはコロナ手当が支給された。なお、本稿では、紙幅の制約から、補助金の活用とコロナ手当に焦点を当てる。

(2) A病院の事例

①補助金の活用

A病院の補助金の活用をみていこう。A病院が受給した補助金の一部は、職員のホテル宿泊費とコロナ手当に活用された。A病院労組の組合役員によると、2020年度は、半年以上、ホテルに宿泊していたという。当初、A病院は宿泊費のみを負担していたが、組合がホテルに宿泊する職員の食事代の支給を求めたこと、都道府県庁が医療従事者のためにクラウドファンディングを実施していたことから、食事代(夕食と朝食)も病院負担となった。A病院のコロナ手当は、国の基準に則るものであるが、コロナ感染者に接する職員には4,000円、コロナ感染者の検体を扱う臨床検査技師など、直接コロナ感染者に接することのない職員には3,000円が支給された。また、A病院では、コロナ病棟に勤務する全職員にコロナ手当が支給された。

②コロナ手当に関わる問題

A病院では、コロナ手当の支給をめぐり、2つの問題が発生した。どちらもコロナ手当の支給対象の職員と支給対象外の職員との間で発生した。

1つ目の問題は、救命救急センター、一般病棟、救急病棟で発生した。コロナ下では、発熱がなければ、PCR検査を実施していなかったため、全ての入院患者や搬送者がPCR検査を受けるわけではない。そのため、A病院の救命救急センター、一般病棟、救急病棟には、発熱していないコロナ感染者を収容する可能性があった。しかし、救命救急センターの職員には、コロナ感染者の有無に関わらず、コロナ手当が支給されていたが、一般病棟と救急病棟はコロナ手当の支給対象外であった⁶。これに対する不満が、一般病棟と救急病棟の職員から出た。この不満に対して、組合は「これは当局が対応すべきだ」というスタンスを採った。その背景には、①救命救急センターの大変さは理解できること、②組合は、当局に対して、コロナ手当の支給を主張する根拠を持ち得なかったことがある。前者については、救命救急センターは、コロナ下で人員が補充さ

れず、発熱外来を引き受ける等の業務負担が増加していたこと、コロナ前から積極的に救急搬送者を受け入れてきたことがある。後者については、誰が感染しているか分からない状況は、全ての患者に共通することである。そこまでコロナ手当の支給対象を拡大すると、全ての病棟の看護師にコロナ手当を支給しなくてはならなくなる。こうしたことから、組合はこの問題に積極的に関わることをしなかった。この状況はコロナ下の3年間続いたが、2023年5月8日にコロナが5類に引き下げられた際に、A病院はコロナ手当を撤廃した。これ以降、この不満は出なくなった。

2つ目の課題は、一般病棟でコロナ感染者が出た時のコロナ手当の支給である。一般病棟はコロナ手当の支給対象外であった。しかし、1つ目の課題で指摘した通り、一般病棟にコロナ感染者が入院することもあった。例えば、誤嚥性肺炎で搬送されてきた患者が、入院後に、コロナ陽性者と発覚したケースである。入院後に、コロナ感染が発覚するケースが何度か発生したため、一般病棟の看護師から組合に相談が寄せられた。それを受けて、組合は当局と交渉を行い、一般病棟にコロナ感染者が出た場合は、コロナ手当が支給されることになった。ただし、当初は、コロナ感染者に対応する看護師に限定された。その看護師以外は、コロナ感染者に対応したかどうか分からないからである。これに対し、組合は、同じフロアで勤務する他の看護師が、コロナ感染者に対応していないことも証明できないことから、同じフロアに勤務する看護師にコロナ手当を支給するよう求めた。その結果、同じフロアで勤務した看護師にもコロナ手当が支給されるようになった。

(3) B病院の事例

①補助金の活用

B病院が受給した補助金の一部は、時間外手当とコロナ手当に充てられた。組合は、労使交渉で「時間外手当はコロナ前からあり、補助金の一部を活用するのはおかしいのではないかと指摘したが、当局は「コロナ下の残業に対して支払うもので

あるため問題はない」と回答した。組合は、「新たな手当新設など職員が目に見えるような形で支給することが望ましい」と主張し続けてきたが、当局側は実施しなかった。B病院では、コロナ下で申請された時間外労働に対して時間外手当が支払われていたが、同病院の時間外労働は、コロナ前から変わっていないという。B病院のコロナ手当は、国の基準に則るものである。コロナ感染者に接する職員には4,000円、コロナ感染者の検体を扱う臨床検査技師など、直接コロナ感染者に接していない職員には3,000円が支給された。ただし、B病院のコロナ手当の支給対象は、同じフロアに勤務した全ての職員ではなく、実際にコロナ感染者に対応した職員に限定された。そのため、コロナ下で支給された補助金は人件費として活用されたものの、コロナ病棟やコロナ感染者に対応する職員以外には見えにくいものとなった。

②コロナ手当に関わる課題

B病院のコロナ手当に関わる課題は2つある。1つは、コロナ手当の支給に関わる課題であり、もう1つは、夜勤のコロナ手当の金額であった。

コロナ手当の支給に関わる課題から取り上げよう。コロナ手当の主な支給対象は、コロナ病棟の医師や看護師であった。しかし、コロナ下では、物品調達作業等、事務職員の業務量が増えた。そのため、コロナ手当が支給されない事務職員から、「自分たちもコロナ下で業務が増えているのに、コロナ手当は1円も支給されていない」という不満が出た。この不満は、事務職員がコロナ下の頑張りを認められていないと感じていたことに起因していた。組合は、事務職員に支給できる手当がないかを模索し、当局に事務職員への手当支給を盛り込んだ要求書を提出した。しかし、当局は、「通常業務が増加しただけである」と回答し、その要求に応えることはなかった。事務職員は、その回答に納得はしなかったものの、その結果を受け入れた。ただし、その後、全職員に対して、国からの医療従事者向けの慰労金(1人20万円)が支給された⁷ことで、事務職員の不満は減少したという。

次に、夜勤のコロナ手当の金額の問題を取り上げよう。B病院は2交替制を採っており、夜勤は2日勤務の扱いになる。そのため、夜勤のコロナ手当は8,000円(4,000円×2日分)になるはずであるが、B病院は、夜勤のコロナ手当を6,000円に定めた。組合は「何故、夜勤のコロナ手当が6,000円なのか」と説明を求めたが、夜勤の実労働時間は15時間程度で2日分の勤務時間(8h×2日=16h)に満たないということだけで、当局から明確な説明はなかったという。その後、コロナ病棟では、人工呼吸器やECMO(エクモ)を必要とする患者が増加し、看護師に高度な知識が求められるようになった。こうした処置を担当する看護師から「現場は大変だ」という声上がり、組合は当局に業務の対価として相応しい処遇を求めた結果、コロナ手当の金額は7,500円に改善された。これ以降、夜勤のコロナ手当に対する不満は減少したという。

まとめ

ここでは、2つの公立病院の事例分析から得られた主な事実発見について整理する。ただし、補助金の活用については、職員間で意見の相違が発生しなかったため、ここではコロナ手当について言及する。

まず指摘すべきは、2つの病院の労働組合は、職員間で発生した意見の相違に対応したことである。労働組合は、多くの職種の職員の不満や要求を聞き、労使交渉を通じて当局に対応を求めたり、場合によっては、「当局が対応すべきこと」だとして静観したりしていた。前者に該当するのが、A病院の一般病棟にコロナ感染者が出た際のコロナ手当の支給、B病院の事務職員への手当支給の模索と夜勤のコロナ手当の金額の改善である。後者は、A病院の病棟(救命救急センター、一般病棟、救急病棟)間で発生したコロナ手当支給に伴う不満への対応が該当する。

そのうえで、上記の対応により、組合が課題を解決したかどうかが重要になる。2つの病院では、労使交渉を通じて、課題が解決されることが示され

た。A病院では、一般病棟でコロナ感染者が出た場合、コロナ手当は支給されていなかったが、労使交渉を通じて、同じ病棟に勤務する全職員にコロナ手当が支給されることになった。ただし、同病院の病棟間で発生したコロナ手当支給をめぐる不満については、その解決はコロナが5類に移行するまで待たなくてはならなかった。B病院では、組合はコロナ手当が支給されない事務職員への手当支給を模索したものの、実現されなかった。しかし、労使交渉により、夜勤のコロナ手当の金額が改善された。

コロナ下の病院では、多くの職種の職員を組織する労働組合が、コロナ手当をめぐる組合員間の意見の相違に対応していた。労働組合がその調整を行えば、必ずしも課題が解決できるわけではないが、解決できることもある。また、A病院の病棟間で発生したコロナ手当支給をめぐる不満については、組合は「当局が対応すべき」と静観した。結局、この問題の解決は、コロナが5類に移行するまで待たなくてはならなかった。このことは、逆に、組合の存在意義を示しているようにも思われる。いずれにせよ、労働組合は、コロナ下で、組合員間の意見の相違を調整するという役割を果たし、その存在意義を示したといえるのではないだろうか。■

《注》

- 1 本稿の分析は、2つの公立病院の組合役員に実施したインタビュー調査に基づく。特に断らない限り、本稿の分析は調査結果に基づく。A病院の調査は2024年2月26日（月）の19:00～20:45、B病院の調査は、2024年2月21日（水）の9:00～10:30に実施した。必要に応じて、調査以外にも適宜問い合わせをしている。
- 2 日本にも組織内に複数の労働組合が存在することはあり、組合間の対立は起こる。ただし、欧米に比べ

- 3 総務省自治財政局準公営企業室「公立病院の現状について」によると、公的医療機関と公立医療機関でコロナ感染者を受け入れ可能な医療機関は7～8割であるが、民間医療機関は2割程度であった。https://www.soumu.go.jp/main_content/000742388.pdf（アクセス日は2024年2月25日）
- 4 コロナ下の補助金については、「令和5年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）に関するQ&A（第2版）について」<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000968570.pdf>、「『令和3年度新型コロナウイルス感染症患者等入院受入医療機関緊急支援事業補助金』のご案内」<https://www.mhlw.go.jp/content/001103104.pdf>、防疫等作業手当については、「人事院規則」<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=423RJNJ09129000#C>を参照した（全てのアクセス日は2024年3月14日）。
- 5 このようなコロナ下のコロナ病棟と一般病棟の状況については、前浦（2023）を参照されたい。
- 6 A病院の救急病棟はコロナ重症者を受け入れていたため、コロナ感染者が入院していれば、コロナ手当は支給されていた。ただし、コロナ感染者が入院していない時は、コロナ手当は支給されなかった。
- 7 B病院には、精神科を専門とする病院や子どもに特化した病院がある。B病院単体の慰労金は職員1人当たり20万円であったが、その他の病院は10万円であったため、これが病院をまたぐ職員間の不満につながったという。なお、この点については、紙幅の関係で、別稿に委ねることとする。

《参考文献》

- 白井泰四郎（1992）『現代日本の労務管理 第2版』東洋経済新報社
- 田尾雅夫（2001）『ヒューマン・サービスの経営—超高齢化社会を生き抜くために』白桃書房
- 前浦穂高（2021）『労働組合の組織と運営』仁田道夫・中村圭介・野川忍編『労働組合の基礎—働く人の未来をつくる』日本評論社
- 前浦穂高（2023）『コロナ禍の教訓をいかに生かすか—医療従事者の働き方の変化から考える』ぎょうせい

