

医療・福祉分野における 特定最低賃金新設の展望

小澤 薫・中澤 秀一

はじめに

2020年から始まった新型コロナウイルスの度重なる感染の波は、多くの人々の仕事や暮らしにダメージを与えている。幾度もの緊急事態宣言やまん防（蔓延防止等重点措置）等により、休業を余儀なくされた労働者は空前の数字となった。しかし、そのような状況下でも住民の命や生活を守るために働き続けねばならなかった労働者が多く存在した。エッセンシャルワーカーやケア労働者と呼ばれる労働者たちである。コロナ禍において、医療・福祉、農業、小売・販売、物流、通信、インフラ・公共交通機関など社会生活を支える現場で働いている労働者の総称としてエッセンシャルワーカーやケア労働者などの存在感が改めて広く社会に示された。そして、エッセンシャルワーカーやケア労働者の決して少なくない割合が最低賃金近傍で働いている事実が広まり、労働運動は「エッセンシャルワーカーに報いるために賃上げを！」や「ケア労働者の大幅賃上げと職員配置基準引き上げ」などをスローガンに掲げ、さらなるアクションを展開させた。

本稿では、エッセンシャルワーカーやケア労働者の代表格である看護師や介護職など医療・福祉分野の賃金水準を、その働きに報いる水準にまで底上げするための有効な方策として注目

される特定最低賃金（旧産業別最低賃金）の展望について考察する。具体的には、2019年に日本医労連が看護師および介護職の特定最低賃金の新設を求めて、厚生労働大臣に提出した申出書や2006～2007年に秋田県医労連が「秋田県病院最低賃金」の新設を求めて、秋田地方最低賃金審議会に提出した資料等の検討に加えて、オーストラリアにおける産業別最低賃金の状況なども紹介しながら、医療・福祉分野における特定最低賃金新設の可能性について論じてみたい。

1 現行の特定最低賃金

現在の日本の最低賃金制度には、地域別最低賃金と特定最低賃金（特定最賃）の二つが存在する。本稿にて取り上げる特定最賃とは、特定の産業または職業について設定される最低賃金であり、最低賃金法第15条で規定されている（以下、下線は筆者による）。同条1項では、「労働者又は使用者の全部又は一部を代表する者は、厚生労働省令で定めるところにより、厚生労働大臣又は都道府県労働局長に対し、当該労働者若しくは使用者に適用される一定の事業若しくは職業に係る最低賃金（以下「特定最低賃金」という。）の決定又は当該労働者若しくは使用者に現に適用されている特定最低賃金の改正若しくは廃止の決定をするよう申し出るこ

とができる。」とあり、労働者や労働組合、使用者を特定最賃に関する事項を申し出る主体として定めている。

また、第15条2項では、「厚生労働大臣又は都道府県労働局長は、前項の規定による申出があつた場合において必要があると認めるときは、最低賃金審議会の調査審議を求め、その意見を聴いて、当該申出に係る特定最低賃金の決定又は当該申出に係る特定最低賃金の改正若しくは廃止の決定をすることができる。」とあり、特定最賃に関する事項の申出があつた際には、厚労大臣または都道府県の労働局長が最低賃金審議会の意見を聞いて、その決定を行う旨を定めている。

さらに、第15条3項には、「第十条第二項及び第十一条の規定は、前項の規定による最低賃金審議会の意見の提出があつた場合について準用する。この場合において、同条第二項中『地域』とあるのは、『事業若しくは職業』と読み替えるものとする。」とある。ちなみに第10条2項は、地域別最低賃金の決定について「厚生労働大臣又は都道府県労働局長は、(中略)最低賃金審議会の意見の提出があつた場合において、その意見により難いと認めるときは、理由を付して、再び最低賃金審議会に再審議を求めなければならない」ことを、第11条は、「最低賃金審議会の意見に関する異議の申出」に関する事項を、それぞれ定めている条文であり、つまりは特定最賃も地域別最賃と同様の手続きが取られるということである。

特定最賃の適用労働者数は約292万人(2021年3月末現在)であり、都道府県別に特定の産業ごとに226件が定められている(他に全国単位が1件のみ定められている)。ほぼ、地域別・産業別最賃ということになる。その水準は

地域別最賃とほとんど変わらないか、中には、地域別最賃の水準を下回り、事実上効力を失っている特定最賃も数多い。ちなみに、東京都や神奈川県ではすべての特定最賃が地域別最賃を下回っている状況である。このように現行の最低賃金制度は、地域別最賃をベースとしてすべての労働者をカバーしているのに対して、特定最賃はマイナーな存在として残っているに過ぎず、ほとんど機能しているとは言えない状況である。

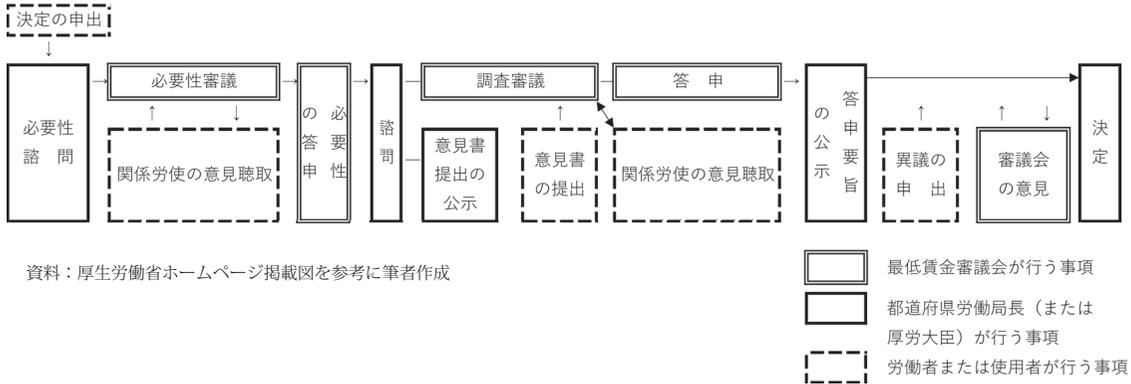
2 特定最賃を新設するまでの手続き

特定最賃を新設するまでの手順は以下のとおりである¹。まず、関係労使の特定最賃の新設申出により、厚生労働大臣または都道府県労働局長が、中央または地方の最低賃金審議会に諮問を行う。各最低賃金審議会では関係労使から意見を聴取したうえで新設の必要性について調査審議を行い、必要性について答申することになる。ここでの答申が「必要性あり」だった場合には、厚生労働大臣または都道府県労働局長は再び各最低賃金審議会にその最賃額について諮問することになる。最低賃金審議会は関係労使から意見を聴取し、さらに関係労使が提出した意見書等をもとに最賃額を決定して、厚生労働大臣または都道府県労働局長がこれを公示する手続きとなっている(図参照)。なお、新設申出には、以下の2つのケースがある²。

①労働協約ケース(同種の基幹的労働者の相当数について最低賃金に関する労働協約が適用されているケースが該当)

関係労使の間で、同種の「基幹的労働者」の相当数(原則として1,000人以上)に適用される賃金の最低額に関する合意(労働協約)があ

図 特定最低賃金の新設決定までの流れ



る場合には、ア. 基幹的労働者の2分の1以上が労働協約の適用を受ける場合か、イ. 労働協約の当事者の労働組合または使用者の全部の合意により行われる申出であることのどちらかの条件を満たすときに特定最賃の新設申出が認められている。

②公正競争ケース（事業の公正競争を確保する観点から、同種の基幹的労働者について、最低賃金を設定することが必要であるケースが該当）

企業間、地域間または組織労働者と未組織労働者の間等に特定（産業別）最賃の設定を必要とする程度の賃金格差が存在する場合に適用されるケースである。公正競争ケースについては、1992年に中央最低賃金審議会が了承した『「公正競争ケース」検討小委員会報告』（以下、「検討小委員会報告」）では、「労働協約」ケースとは異なり）「申出の内容は個別の事案により種々異なることが想定され、また賃金格差の程度についてもその生ずる要因は多様であり、申出の要件として定量的要件を一律に付すことは適当ではない。」と定量的要件を設けていないが、その目安として「当該最低賃金の適用を受けるべき労働者又は使用者の概ね3分の

1以上のものの合意による申出があったものについては受理・審議会への諮問が円滑に行われることが望ましい。」としている（下線は筆者による）。

3 最低賃金制度の役割—分配の適正さと交換の適正さ

前出の「検討小委員会報告」では、最低賃金の役割の一つとして考えられる公正な賃金の確保、つまり労働者の賃金の不当な切り下げによって競争することを防ぐという公正競争の確保について、次のように整理している。公正競争の概念は幅広く、他の法律における概念と最低賃金法におけるそれとは必ずしも同一ではなく、第1条にある法目的＝「労働条件の改善を図り、もつて、労働者の生活の安定、労働力の質的向上及び事業の公正な競争の確保に資するとともに、国民経済の健全な発展に寄与すること」のなかで、「公正競争の確保」は前段に掲げられている「労働条件の改善を図る」という第一義的な目的とは異なり、最低賃金の設定により達成される副次的な目的であるとしている。2005年に中央最低賃金審議会が了承し

た「最低賃金制度のあり方に関する研究会報告書」でも、このような考え方が継承されている。「最低賃金制度の第一義的な役割は、すべての労働者を不当に低い賃金から保護する安全網（セーフティーネット）としての『一般的最低賃金』としての役割であり、また、この役割は最低賃金制度を取り巻く環境変化の中で、その重要性は一層増していると考えられる。これに対して、公正な賃金の決定という役割は、これを最低賃金制度に担わせるとしてもあくまで第二義的、副次的なものであると考えられる」。つまり、最低賃金審議会では、公正な賃金の確保をそれほどまでに重視していないのである（むしろ、軽視している）。同報告書では、（当時の）産業別最賃が機能していないこと、サービス経済化の進展により本来対象とすべき労働者層のウエイトが減少の一途をたどったり、あるいは本来対象とすべき労働者が対象外となったりすること等をふまえて、産業別最賃については「その廃止を含め抜本的な見直しを行う必要がある」とさえ述べている。

いま一度、最低賃金制度の役割の一つである公正な賃金の確保について、きちんと理論的に整理をすることが重要だろう。この点に関して、労働法に詳しい神吉知郁子氏は次のような整理を行っている。まず、神吉氏は労働契約において最も重要な要素である賃金を、国家が強制的に規制する最低賃金制度は、法的な原則に照らせば契約の自由への介入にはほかならないが、それでも国家が介入する正当性があるとする。法原理的には、賃金が労働の対償である以上、最低賃金には労働と賃金の交換レートとしての適正な下限を定めるという「交換の適正さ」が求められる。また他方で、最低賃金は労働者の生活保障や格差を是正する機能も持ち合

わせており、「分配の適正さ」も求められる。地域別最賃は両者のバランスをうまく図ることが課題となるが、こと特定最賃に関しては、地域別最賃による下支えがある以上（実際に下支えが実現できているか否かは別にして）、「交換の適正さ」、つまり、仕事の価値に見合った公正な賃金が支払われるか否かを純粋に追求することが可能であるとし、神吉氏は特定最賃には賃金水準の引き上げを先導する役割を果たしうると評価している。後に取り上げるように、医療・福祉分野における賃金水準を引き上げるとは労働者だけの問題ではなく、政治にとっても喫緊の課題となっている。看護師や介護職の特定最賃新設はその切り札になると考える。次に、実際に特定最賃の新設をめざした日本医労連や秋田県労連のアクションについてみていこう。

4 日本医労連による特定最低賃金新設の取り組み

日本医療労働組合連合会（日本医労連）は、2019年に厚生労働大臣に最低賃金法第15条の1の規定に基づいて看護師および介護職における全国一律の特定最低賃金の決定（新設）を公正競争ケースによって申し出ている。日本医労連は、2018年にも同様に特定最賃の新設について申し出を行っているが、厚生労働省労働基準局賃金課の「公正競争ケースでの申出要件にそぐわない」との判断から、中央最低賃金審議会に諮問されることもなく却下されている。2019年の申出は前年のものを補強して再度提出されたものである。

このように日本医労連には特定最賃の新設に向けた取り組みの実績があり、今後の特定最賃

をめざした運動にとって大いに参考になるだろう。改めて2019年に提出された「特定最低賃金決定の申出書」（以下、申出書）の内容を確認しておく。

ちなみに、公正競争ケースでの特定最賃新設を申し出る際には、①申出を行う者が代表する基幹的労働者又は使用者の範囲、②当該特定最低賃金の適用を受けるべき基幹的労働者又は使用者の範囲、③申出の内容、④申出の理由（事業の公正競争を確保する観点から同種の基幹的労働者について特定最賃を設定することが必要である理由）の4点を明らかにする必要がある。①について日本医労連は、看護師約80,000人の賛同を、介護職については約15,000人の賛同をそれぞれ集めている。②については、申出当時の日本国内における、日本標準産業分類831に規定される病院を営む使用者に使用される看護師数は869,757人、日本標準産業分類854に規定される老人福祉・介護事業で直接介護に従事する介護職員数は1,831,000人であった。つまり、看護師については約9.2%の、介護職員については約0.8%の賛同者を代表しての特定最賃新設の申出ということになる。

本稿では、日本医労連が提出した申出書の内容のうち、④申出の理由について検討したい。日本医労連が看護師および介護職員の特定最賃の新設を申し出た理由は、次の6点である。

第1－医療・介護等の事業の特殊性

申出書では、先述した「検討小委員会報告」から「公正競争の概念は幅の広いものであり、それぞれの法律の目的等によりその意味するところは当然に異なる」を引用し、「医療や介護の事業における非営利性や、公的産業ゆえにその事業収入の大部分は診療報酬・介護報酬とい

う公定価格で定められ、医療法・医師法・保助看法・介護保険法など様々な法的規制がかけられる」という医療・介護等の事業の特殊性を考慮すると、現状ではこれらの事業に公正競争が確保されていないとみなすべきと主張し、特定最賃を新設する一つ目の理由として挙げている。

第2－最低賃金法の法目的の観点

申出書では、看護師や介護職員の著しい賃金格差は、看護師や介護職員の賃金抑制に作用し、人材確保に支障をきたしており、その改善なくしては最低賃金法に定められた法目的である「労働者の生活の安定」や「労働力の質的向上」は実現しないとしている。また、公正な競争の阻害要因としては、事業収入の基礎が公定価格で全国一律に設定されている事業において、人件費を低く抑えた地方にある事業所が利益を増やし、赤字の事業所を買収して事業拡大を行うなどのケースが実際に行われており、公正競争になっていないと判断できるとしている。さらには、医療や介護の担い手である看護師と介護職員において賃金抑制やそれに影響される離職者増と人員不足が改善されなければ、現場で医療崩壊や介護崩壊を招くことになりうるが、特定最賃の新設によって「賃金格差を解消し、処遇の改善を図ることによって安定した人材を確保し、医療・介護の安定した供給体制を確保」につながれば、「国民経済の健全な発展に寄与する」と、説明している。

第3－看護師や介護職員の賃金の地域間格差をなくし、底上げする

申出書では、公定価格で決められ、事業者が自由に価格設定をできない医療・介護等の事業における公正競争とは何かを考慮すべきだと主張する。公定価格が抑えられているために、使

用者は賃金の上昇を抑制し、利益を確保する。公定価格で事業収益が決められている以上、人件費には水準の低い上限がかぶせられ、人員不足であろうとも公定価格で賄える人件費の範囲を超えた賃金設定は行えるわけがないため、労働者側も賃金抑制を受け入れざるを得なくなる。一方で、賃金水準を低く抑えられる地域では、さらなる賃金抑制の下で利益を増やし、人件費水準が高く事業が成り立たなくなった地域の医療・介護等の事業を買収するという仕組みが成り立っていると現状を批判する。さらに申出書は、そのような仕組みの中で、総じて賃金抑制効果が働き続け、看護師や介護職員の賃金は全産業平均と比べても低い実態となっているのだと分析し、「賃金切り下げあるいは賃金引き上げに対する強い抑止力が続く中で、専門職としての最低限の賃金保障（ミニマム保障）を定めることが、公正競争を確保し不当な切り下げを防止することに該当する」と結論付けている。

第4 - なぜ全国を適用地域にしなければならないのか

全国一律の公定価格による事業収入を主として事業が成り立ち、看護師はもちろん、介護職員においても資格職が大多数であり、その資格は全国どこでも通用する。したがって、働く地域により賃金格差が生まれることは正さねばならぬ問題であり、その賃金格差を放置することが看護師や介護職の賃金が全産業平均と比較して低いことに直結している、つまりは看護師や介護職の地域間にある著しい賃金格差は、「特定の地域間」で生じる公正競争の阻害要因としてではなく、「全国どの地域でも起こり得る」公正競争の阻害要因であると捉えるべきであると日本医労連は主張し、全国一律の制度を求め

る理由としている。

第5 - 地方自治体・首長・国会議員等による全国一律制への賛同

申出書で日本医労連は、看護師・介護職の全国を適用地域とした特定最賃の新設を求めた意見書が各自治体で採択されていることを挙げて（2018年12月時点では、「看護」23自治体、「介護」24自治体で採択）、特定最賃の新設が必要であることの理由としている。また、県知事も全国一律最賃を求める声があがっていることにも注目する（福井県の西川前知事、山形県の吉村県知事など）。これらの地方の声は制度を変える・創る時に大きな後押しになるだろうとする。さらに、与党自民党内に全国一律の最低賃金を目指す「最低賃金一元化推進議員連盟」が設立されたことにも注目している。

第6 - 日本の最低賃金制度の特殊性

申出書で日本医労連は、世界の最低賃金制度は、全国一律制が主流であり（ILO調査報告によれば、調査対象国の58%）、特に発達した資本主義国で最低賃金法制を定めている国は、ほとんどが全国一律制度を採用し、地域別最低賃金制をとっているのは9%に過ぎず、その多くが発展途上国か連邦国家で、面積が大きく、各地域の経済的な完結性が高く、かつ、地域間の格差が大きい国であるとし、地域別最賃は日本に相応しい制度ではないと批判する。さらに、ILO調査報告で日本の最低賃金制の特異性があることを指摘していることを理由に加えている。すなわち、日本では47都道府県ごとの地域別最賃のほかに、地域ごとに細かい特定（産業別）最賃も設定されていて、複数の最低賃金は最低賃金制を変質させる可能性が高く、全国一律に向かう世界の動向とは真逆であるとする。

以上が、日本医労連が看護師や介護職の特定最賃の新設を申し出た理由である。医療・福祉分野において公正競争が実現していない問題と、地域別最賃の弊害とに大別されるだろう。このうち後者に関しては申出書において、全国一律の特定最賃制度が必要な理由を、看護師、介護職それぞれについて議論を展開しているので、以下でその内容について検討するが、前者についてさらなる理論的な整理が必要ではなかったか。先に述べたように、法原的に特定最賃に求められる役割は「交換の適正さ」である。特定最賃と地域別最賃の役割分担を整理し、「交換の適正さ」が医療・福祉分野では特に実現されておらず、地域別最賃だけでは公正競争の確保が難しく、特定最賃を新設する必要性が高いことは明白である。

5 看護師に全国一律の最賃制度が必要とされる理由

申出書では、看護師や介護職に全国一律の特定最賃制度が必要な理由が述べられており、ここでは看護師について検討する。公定価格で賃金が定められている看護師の賃金にはいくつかの問題点があり、それらの問題点を解決するために全国一律の最低賃金制度が必要な理由を次の5点からの整理を行っている³。

第1に、医療業の賃金が高産業と比較して低い実態にあり、これを是正していかなければならないからである。2018年賃金構造基本統計調査によると、医師を除く医療業の平均所定内賃金は296,928円であり、全産業平均306,200円と比べ9,272円の差と、2017年の差8,942円からさらに格差は広がっているとしている。ま

た、看護師の平均所定内賃金298,300円と全産業平均の差は7,900円(2017年と比較して3,200円増)。さらに、国家資格を有する看護師と、同じく国家資格を有する高等学校教員の賃金と比較して、看護師298,300円に対し、高等学校教員413,600円と115,300円の格差があることを指摘している。看護師の8割以上を占める女性の賃金実態では、高等学校教員(女性)との比較では40歳代で10~13万円、50歳代で16~17万円の差が生じており、「社会的役割にふさわしいものとは決して言えない」としている。さらに、看護師の年収の推移を賃金構造基本統計調査からみると2003年=4,211,200円、2018年=4,396,100円と16年間で184,900円しか上がっておらず、賃金抑制が顕著である実態を指摘している。

第2に、最低賃金法第9条では、最低賃金は労働者の生計費を考慮要素に挙げているが、最低生計費調査の結果によれば全国で生計費に大きな差はみられず、最低と最高額が時給で221円もの差がある現行の地域別最賃には問題があるからである。特に、日本医労連が問題視しているのは、同一のライセンスを取得し、全国共通の診療報酬のもとで運営される医療機関において看護業務に携わっているにもかかわらず、地域間、施設間、雇用形態(正規職員・パート等)で大きな賃金格差があることである。日本医労連による「2018年賃金労働時間等実態調査」によれば、看護師初任給で最高247,650円、最低157,700円となっており、その差は89,950円にも及んでいる。パート時給の比較でも最高2,400円、最低850円と1,550円もの差が生まれている。2021年賃金構造基本統計調査から県別に看護師の所定内賃金を比較すると、最高額の東京で333,300円、最低額の宮崎

で242,000円と91,300円もの差がある。上位5県は地域別最低賃金のA・Bランクに属し、下位5県は宮崎、佐賀、鹿児島、大分、長崎とDランクに集中している。地域別最賃と看護師を含む医療・福祉業が深く関連している点を指摘し、地域別最賃より高い水準での公正競争を確保する特定最賃の設定が、労働力の県外流出を防止し、とりわけ深刻な「看護師不足」を解消し、地域医療を確保するうえで必要であるとしている。

第3に、現行の地域別最賃と深く関連した看護師賃金の地域差は、全国同一の公定価格（診療報酬）のもとで、医業利益にも地域差を生んでいるからである。厚生労働省の「平成30年度病院経営管理指標」によれば、医療法人を開設者とする一般病院の指標をみると常勤看護師一人あたりの人件費は九州が年間5,043千円で、関東が5,858千円、中部が5,465千円となっている。そして、人件費をみると、賃金構造基本統計調査2021年では、看護師の毎月決まって支給される現金給与額で東京は36.38万円であるのに対し、宮崎県で25.99万円、愛知県34.76万円、全国平均は33.24万円である。仮に、100人規模の特養で、50人の正規職員がいるとすると、月額賃金の差だけみても、東京都と宮崎県では10.39万円の差がある。月に約520万円もの差額となり、1年で6,234万円もの差が出る。このように、地方圏で低く抑えられた人件費によってつくられる利益をもとに病院買収し、グループ化するケースもみられることを申出書のなかでは指摘している。買収先の病院ではグループ内の条件統一を理由に賃金・労働条件を低いほうに揃える結果、さらなる利益に結びついているともする。

第4に、ILO看護職員条約・勧告を根拠

に、「病院の最低賃金」新設は、労働する施設、地域または部門の如何を問わず、同程度なものであるべきであるとする国際的な要請にもかなうものであるからである⁴。

第5に、看護においても非正規労働者が急増し、外国人労働力の導入などの動きも始まっているなかで、医療・看護の質を向上させるために賃金格差の拡大を防止する手段を講じる必要があるからである。ILOは、移民等の労働者の権利と労働条件の保護に関する条約・勧告（97号条約、143号条約、151号勧告等）を採択しており、国連では「移住労働者と家族の権利の保護に関する国際条約」を採択している。これらの国際条約の見地からも現状の地域ごとに格差の大きい賃金を是正する措置が求められる。申出書では、これ以上の低賃金・無権利労働者の拡大を防止し、看護の質を担保する上でも、看護師の全国を適用範囲とする特定最賃の新設が必要であるとしている。

「いつでも、どこでも、誰でもが安全・安心の医療・看護」を受けられることは、国民の切実な願いであり、強い要求であるとする日本医労連は、一定レベル以上の医療・看護水準を確保するためには、全国共通の診療報酬に、看護職員をはじめ医療労働者の労働単価を正當に反映させることが重要であると主張している。2017年に日本医労連が行った「看護職員の労働実態調査」によれば、医療労働者のなかで健康への不安を訴えているのが7割に及び、「慢性疲労」も7割に達している。また、妊娠時の状況については、3人に1人の割合で「切迫流（早）産」、約1割で流産となっており、母性も危ぶまれている。さらに、看護師の約7割が仕事をやめたいと思いつつ働いている。やめたい理由は「仕事がきつい」「賃金が安い」

「休暇が思うように取れない」が上位にあがっている。仕事の達成感でも「十分な看護ができていない」と思っているのは約5割に達し、その理由として人手不足による忙しさを挙げている等の過酷な労働実態を報告されている。こうした労働環境を改善するためには、医療労働者の数を増やすとともに、仕事に見合った賃金が支払われること、つまり「交換の適正さ」が実現することが必要であり、その土台となるのが全国一律で特定最賃を設定することなのである。なお、病院では看護師以外の職種も多く働いているが、看護師は職員の半数を占める基幹的労働者である。看護師に特定最賃を設定することは、診療所を含む医療機関に働く他の労働者（職種）にも影響を与え、多くがライセンス労働者である医療労働者全体に影響を与えることを申出書では付け加えている。

6 介護職に全国一律の最賃制度が必要とされる理由

申出書のなかで日本医労連は、介護職についても全国一律の最低賃金制度が必要な理由を説明している。高齢化や認知症の増加等により、介護職の人手不足は深刻であり、その要因は介護従事者の仕事に見合っていない低賃金にあるとする。介護事業は、人件費の割合が高く、介護報酬の引き下げが繰り返される中で、利益確保のために人件費が調整弁とされることが多い。また、2019年4月からは在留資格「特定技能」が創設され、介護分野へも適用されることにより、より安価な労働力確保に傾斜する懸念も出てきている。他方、外国人労働者の立場に立てば、地域別に賃金に格差があるなかで、より賃金の高い地域に集中することが容易に予

想される。介護事業は医療事業と同様に、基本的に全国一律の公的介護保険制度・介護報酬によって運営されているにもかかわらず、施設間や地域間で大きな賃金格差が存在することは不合理であり、公正な競争を妨げているとする。賃金水準の地域格差を前提として、固定化し拡大する「報酬の地域区分」ではなく、賃金全体の底上げが必要であり、そのためには全国一律の最賃制度でなければならないと主張する。

申出書において、介護職に全国一律の最賃制度が必要とされる理由として、以下の7点を挙げている。

第1に、将来に展望がもてるようになるためには賃金の底上げが必要だからである。介護職の賃金は、もともと低い上に介護保険制度の開始以降に減少してきた経過があり、とりわけ世帯形成期以降の中高年層の賃金の減少幅が大きい。介護職の賃金カーブは、勤続年数を重ねてもほとんど上昇せず、将来に展望のもてない賃金が離職の大きな要因になっている。

第2に、看護師と同様に、介護職の専門性、社会的役割にふさわしい賃金水準が確保されていないからである。

第3に、介護職は、同一のライセンスを取得し、全国共通の介護報酬のもとで経営される介護事業所で介護業務に携わっているにもかかわらず、地域間、施設間、雇用形態（正規職員・パート等）で大きな賃金格差があり、この格差を是正しなければならないからである。

第4に、介護の質を確保するためである。介護保険制度のあり方を議論している財政制度審議会は、介護保険制度においては事業者が介護サービスの公定価格（厚生労働大臣が定める基準により算定した額）を下回る価格を設定することが可能となっていることを前提に、事業者

間のサービス価格の競争を促し、サービスがより安価に提供される仕組みの構築を目指している。このような不公正な競争を抑止し、介護の質を確保するために、介護職の賃金の下限を設定する必要がある。

第5に、介護職全体の賃金水準を引き上げるためである。介護職の人材確保対策として2009年から取り組まれている処遇改善は、加算（介護職員処遇改善加算）での対応となっている。介護職全体の賃金水準を引き上げるためには、賃金のベースアップが必要である。しかし、加算はベースアップを要件としていないため、実際の賃金改善方法でベースアップを実施している事業者は加算を取得した事業所の22.5%にとどまっている（厚生労働省「平成29年度介護従事者処遇状況等調査」）。介護職の専門性にふさわしい最低賃金を設定することにより、事業所はベースアップを余儀なくされ、加算が適正に活用される。それだけにとどまらず、「各サービスの基本サービス費」における適切な人件費水準が明確になるため、介護報酬自体の適正化を生み出すことにもつながる。介護職の最低賃金を設定することは、介護職全体の賃金水準を引き上げることに大きな役割を果たすことになる。

第6に、介護労働者の定着を図るためである。厚生労働省が、この新人材確保指針の視点に沿った人材確保のための取り組みを総合的に講ずる必要があるとして整理した「人材確保指針に関連する厚生労働省の取組について」（2012年度）においては、給与について、「キャリアと能力に見合う給与体系の構築等」とともに、他の分野における労働者の給与水準、地域の給与水準等も踏まえ、適切な給与水準を確保すること。なお、給与体系の検討に当たっ

ては、国家公務員の福祉職俸給表等も参考とすること」としている。若年層から魅力ある仕事として評価・選択され、従事者の定着を図るために、介護職全体の処遇改善、賃金の底上げのための実効ある措置として、介護職の最低賃金の設定が必要である。

第7に、低賃金・無権利労働者の拡大を防止するためである。介護分野は、非正規労働者が多く、施設で4～5割、在宅では8割が非正規雇用である。介護事業所は、不動産業界等の異業種からの参入も増加している。低賃金・無権利労働者の拡大を防止し、介護の質を担保するうえでも、介護職の全国一律最低賃金の設定が必要である。

介護の現場は、人手不足の中で疲弊しており、介護福祉士養成校の定員割れや介護事業所の倒産も相次いでいる。日本医労連は申出書において、介護職の賃金水準の引き上げと労働環境の改善は、国民の願いにこたえる介護を実現するために、喫緊の課題であり、介護職の全国一律の特定最賃の設定が、介護事業における「公正競争」の確保とともに、「安全・安心の介護」の実現に大きく寄与するとしている。しかし、ここでは仕事に見合った賃金が支払われること、つまり「交換の適正さ」を実現させることの意義と、全国一律の最低賃金制度を実現させることの意義とがきちんと整理されていないのではないか。

小括

2019年の日本医労連による看護師や介護職における特定最賃の新設を求めた厚生労働大臣への申出もまた、公正競争ケースに必要な賛同者数を集約できず、中央最低賃金審議会に諮問されず却下されている。次の秋田県医労連の事

例にも関わらず、全国一律の特定最賃を求めるのと、地域別の特定最賃を求めるのではかなり難易度に差がある。もちろん、全国一律の特定最賃の実現は大きな意義があり、特に看護師や介護職の場合は労働者の報酬したいが公定価格となっているため、最終的には特定最賃が新設されるならば全国一律がめざされるべきであろう。しかしながら、最低賃金審議会への諮問の要件を満たすのが難しいのであれば、先に要件を満たし易い地域で特定最賃の新設をめざす戦略を選択してもよいのではないか。これは地域別最賃制度にも言えることであるが、中央から変えるのか、地方から変えるのか、きわめて重要な戦略の選択である。次に、地方から最賃を変える戦略の一手として秋田県の事例をみていこう。

7 秋田県医労連による看護師の産業別最賃新設の取り組み

特定最賃新設の取り組みは、先に紹介した日本医労連が初めてではない。2006年に日本医労連に加盟する地方組織による一斉の取り組みが行われている。同年3月には岩手、秋田、山形、福島、長野、島根、山口の7県で、病院の看護師、准看護師を対象とする産別最賃（当時）の新設への意向を各県労働局に表明し、同年7月には全国で初めて秋田県医労連が看護師や准看護師の産業別最賃である「秋田県病院最低賃金」の新設を公正競争ケースで秋田県労働局長に申し出ている⁵。そして、翌年の2007年にも同様に申し出ており、ここでは2007年の秋田地方最低賃金審議会に置かれた「秋田県産業別最低賃金に関する特別小委員会」の資料をもとにして、地方から最賃を変える可能性に

ついて考えてみたい。

秋田県医労連では、公正競争ケースでの産業別最低賃金の新設をめざして、当時秋田県において、病院を営む使用者に使用される看護師・准看護師の免許を取得し、業務に従事する者が6,519人のところ、4,139人が秋田県病院の最低賃金の新設の申し出を行った（病院で働く看護職員の63.5%が決議と署名を行ったことになる）。秋田県医労連が挙げた秋田県病院における最低賃金の新設を求める理由とは、看護師不足の解消をめざして県内で働く看護師に働きやすい環境を整備するため、地域間、病院間、雇用形態に存在する大きな賃金格差を是正するため、一定レベルの医療・看護水準を確保するため、未組織労働者の賃金格差を是正するため、病院で働く労働者の約半数を占める看護師・准看護師は病院における基幹労働者であり、その最低賃金を定めることは医療労働者全体に影響を与えるため等であった。

実に6割を超える看護職員の賛同を集めることによって、秋田県労働局長は「秋田県病院最低賃金」の新設の必要性について、秋田地方最低賃金審議会に諮問することになった。その後、同審議会において看護師の産業別最賃の必要性について審議されたのであるが、秋田地方最低賃金審議会に置かれた秋田県産業別最低賃金に関する特別小委員会が最終的に下した結論は、「（看護師の産業別最低賃金の新設決定について）必要性有りとすることはできない」というものであった。このような結論に至ったのは、同小委員会では全会一致でまとまらなかったからである。ここでは使用者委員の賛同を得ることができなかった。では、使用者側はどのような意見で新設を反対したのか。委員会に提出された使用者意見では、看護師・准看護師の勤務

する事業所は病院や診療所に限らず、介護・福祉の分野に及ぶこと、同じ病院でも特定機能病院・救急告示病院、一般病院を始め、精神科病院・療養病床病院などがあり、その業務内容は看護必要度などにおいて相当の違いがあること、診療所においては入院施設を有しない医院が多く、急性期病院とは労働内容や労働密度において相当の違いがあること、病院において従事する労働者は、医師、薬剤師、放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、臨床工学技師など多数の専門職が存在し、看護職のみに産業別最低賃金を設定すべきではない等が挙げられている（平成19年度第2回秋田地方最低賃金審議会資料より）。

これらの使用者側の産業別最低賃金の新設に対する反対は、法の趣旨に合っているとは言い難い。仮に、これらの理屈が通るとすれば、すでに産業ごとに設定されている最低賃金そのものが否定されてしまうことになってしまう。また、審議の過程で使用者側から出された意見は、「基本は労使自治」という考えに基づいていた。公益委員でさえも「賃金問題は企業内の賃金配分・成果配分の問題である」と述べている。最低賃金制度とは、政治が賃金に政策的に関与できる制度であることの認識が審議会委員に欠けていることは由々しき問題である。そして、この問題は秋田県に限ったことではなく、すべての地方最低賃金審議会が抱えている問題でもある。最低賃金制度の役割の整理がなされないまま、「労使自治」として制度が運用されるならば、最低賃金法の目的を達成することはできないはずがないだろう。

ちなみに、当時の関係者の証言によると、審議会の労働者代表はとても協力的で、公正競争ケースで審議しようと積極的に発言していたそ

うである。しかし、事務局と使用者代表が新設に消極的であったため、審議会は全会一致で新設を認める結論にならなかった。全会一致にならなかった理由の一つには、秋田県医労連は看護師最賃を新設するために、県内看護師の6割を超える署名を集めたが、使用者側から看護師が産業の主要な職種と言えるのかという疑問が呈され、それを否定できなかったことがある。病院では、医師はもちろんのこと、看護師、薬剤師、作業療法士、理学療法士、臨床検査技師、臨床工学技士、社会福祉士などの医師をサポートする専門職のほか、管理栄養士、調理師、医療事務、リネン管理、清掃スタッフなどさまざまなスタッフが働いている。「平成29年 病院運営実態分析調査の概要」（一般社団法人全国公私病院連盟）によると、一般病院100床あたりの職員数は172.4人で、職種別にみると、医師20.8人、看護部門職員97.2人（うち看護師84.4人）、薬剤部門職員5.1人、放射線部門職員4.7人、検査部門職員6.1人、リハビリ部門職員8.6人、栄養（食事）部門職員3.4人等となっている。つまり、病院職員に占める看護師の割合はおよそ5割である。

全会一致に至らなかったもう一つの理由は、労働協約ケースであれば審議するが、公正競争ケースでは審議できないという事務局の主張であった（過去に確認された審議会の申し合わせ）⁶。秋田県医労連では初任給を最低賃金とみる労使協定が多かったが、企業内最賃協定書は多くはなかった。そのため、公正競争ルールでの申し立てを行ったが、結果としてそれを理由に審議がなされなかった。なぜ、労働協約ケースでの申出のみが審議の対象なのか、公正競争ルールでの申出の重要性について、いま一度議論する必要があるだろう。

8 海外の事例（オーストラリアのしくみ）

ここでは職業別最低賃金が広く適用されているオーストラリアの最賃事情を紹介する。オーストラリアでは、フェアワーク委員会（Fair Work Commission：FWC）が最低賃金額を設定している。フェアワーク委員会は、2010年の労使関係法改正及び新職場関係法（Fair Work Act）の施行により設立された独立機関で、最低賃金の設定をはじめ、アワード（労働裁定）の制定、協約の承認、不当解雇への対応、労使交渉や労働協約に関する勧告、職場における労働争議の解決に向けた労働者と雇主への支援等を行っている。

最低賃金は、一部の例外を除いたすべての従業員に適用される（21歳未満の者、支援賃金制度の労働者、実習生と研修生については、これより低い賃金水準が設定される）。最低賃金額は毎年見直しが行われ、例年7月1日に改定される。2022年7月から2023年6月の全国の最低賃金は、前年から5.2%引き上げられた。時給は21.38豪ドル（約2,010円※1豪ドル＝約94円）で前年の20.33豪ドルから1豪ドル増加している。週給では812.60豪ドルとなる。あわせて、職業別に定められた労使裁定における最低賃金（2022／2023年度）は4.6%引き上げられた。これらの決定の背景として、インフレによる生活費の急激な上昇と、失業率の低下など雇用状況の改善が挙げられていた。

この決定による国の最低額、職業別の最低額は、少なくとも270万人の労働者に影響を与え、7月1日から発行される。なお、新型コロナウイルスの影響が大きく、回復が遅い一部の

部門（航空、観光、ホスピタリティ部門）については、10月1日からの発効となる。なお、経済界からは、雇主に79億豪ドルの追加コストを捻出させるもので、経済全体へのリスクを高めること、それがインフレをさらに強めるものになるという懸念が示されている。今回の決定を受けて、アルバニー首相は「われわれが低賃金労働者を支援するために闘ったおかげで、素晴らしい結果を得ることができた」と歓迎している。

オーストラリアの職業別の最低賃金は、オンラインで確認ができる。職業、経験、勤務時間、有給の有無などによって設定されている。例えば、Child care worker（保育士）＝21.85豪ドル（約2,054円）、Aged care employee（介護職）＝22.67豪ドル（約2,131円）、Enrolled nurse（准看護師）＝25.22豪ドル（約2,370円）、Registered nurse（看護師）＝26.98豪ドル（約2,536円）である。

9 特定最低賃金・職業別最低賃金の可能性

本稿では、看護師や介護職における特定最低賃金の新設の意義について論じてきたが、他の産業・職種でも特定最賃のもつ可能性についてさまざまな研究者が論じている。

女性労働論を専門とする蓑輪明子氏は、やはり賃金が低水準に抑えられた業界である保育業界について、その解決策として「保育最賃」を提案している。一般的に、保育労働者の賃金水準として公務員準拠が挙げられるが、低すぎる若年賃金水準、非正規率の高さ、ワーキングプア層の広がり等を考量すれば、保育産業全体の最低賃金規制を、最低生計費プラスアルファ

の水準で構築することが必要であると説く。そして、その具体策として、①特定最賃制度の活用と、②公契約条例をあげている。①については、本稿で主に論じてきたので、ここでは公契約条例について触れておきたい。

近年、自治体で制定が広がっている公契約条例であるが、公契約条例には2つのタイプがあり、一つは適切な労働条件の確保などを目標に掲げつつも、それを実現する具体策を設けてはいない理念型である。もう一つは公の仕事を受託した業者に、労働者に支払う賃金の最低額を契約で義務付ける賃金条項型である。2022年8月現在では、全国77自治体（賃金条項型27自治体、理念型50自治体）で公契約条例が制定されている。例に挙げると、保育士の下限報酬額は、千葉県野田市では1,084円、東京都足立区では、有資格1,194円・有資格以外の職種1,094円等が設定されている。

公契約条例は、最賃制度とは異なり、労働者へ支払われる賃金を法権力で強制するのではなく、自治体と業者の間の契約により賃金を“整える”ものである。賃金条項型公契約条例の下限報酬額の算出根拠と具体的な金額の決め方は、仕事の内容や必要となる技能などを反映させることが期待されている。現在では、地域別最低賃金額や当該自治体職員の初任給、生活保護基準などがその算出根拠となっており、それらがそもそも低水準で生計費原則の観点から問題をはらんでいることをみれば、まだまだ試行錯誤の段階である。しかしながら、条例賃金はどこでも地域最賃額を上回っており、最賃と条例賃金、公務員賃金、民間賃金がリンクして、その地域の賃金水準の底上げに関して大きな役割を果たしていることは確かである。

仕事に応じた最低基準を設定し、上乘せをは

かることは、重層的な賃金規制を可能にする。そのことによって経済に「正義」がもたらされると養輪氏は主張しており、ベースとなる全国一律の最低賃金（1日8時間働けば普通に暮らせる）があり、その上に特定最賃や公契約による条例賃金が設定されるというのが理想的な形であろう。

賃金論の業績も多い労働社会学者の木下武男氏は、最低賃金が後追いする低賃金の社会的相場は、低熟練労働者の職種別賃金であると説明する。そして、この低熟練労働者の職種別賃金は家族形成可能な「一人前賃金」の水準になるとする。

この「一人前」をどう考えるかであるが、（家族成員すべての生計費を充たせることはできなくとも）少なくとも家族形成が照準に見えてくるような水準でなければならないだろう。筆者が全労連地域組織との共同で実施している最低生計費試算調査では、若年単身者の最低生計費を月額約24～26万円、年額300万円程度との結果が出ている。また、同調査では子育て世帯の最低生計費試算も行っているが、30代夫婦+子ども2人の4人家族の最低生計費は年額550～600万円との結果が出ている。つまり、単身者の最低生計費月額約24～26万円が2人分になると、家族4人分の生計費が賄える計算である。もちろん、成人2人がともにフルタイムで働くという前提であるので、さまざまな条件が整っている必要があるが、少なくとも家族形成が照準に見えていることは確かである。では、最低生計費月額約24～26万円とは時給換算すると、どれくらいの水準なのか。労働時間によっても変動するが、少なくとも時給1,500円に相当する。したがって、ベースとなる全国一律の最低賃金の水準（1日8時間働け

ば普通に暮らせる)とは、現時点では1,500円を目安にすればよいのである。ベースとなる地域別最賃が、全国一律制度となり、時給1,500円、つまり、どこでも1日8時間働けば普通に暮らせる水準に到達していれば、エッセンシャルワーカーやケア労働者の賃金が、たとえ最賃の1割増しであったとしても、現在とはかなり意味合いが異なってくるだろう。

おわりに

2007年の最低賃金法改正により、地域別最賃のみに考慮要素(労働者の生計費、賃金、通常の事業の支払い能力)の規定が及ぶようになり(第9条2項)、さらに同条3項として生活保護を下回らないような水準になるような配慮が求められたのには、地域別最賃には社会保障制度と同様に生活保障や格差を是正する所得再分配機能=「分配の適正さ」がより重視されなければならないという含意があったと考えるべきである。つまり、地域別最賃には、その金額で人間らしい生活が送れるか否かの絶対的最低基準が問われなければならない。全労連とその加盟地域組織を中心に取り組まれている最低生計費試算調査が最賃運動で力を発揮しているのは、絶対的最低基準については他にはないエビデンスを提供しているからである。

一方で特定最賃には、その産業の賃金構造に鑑みて、たとえば初任給がその産業のスタートラインの賃金として妥当であるというコンセンサスがあればその額に、またはその産業における平均賃金や中位賃金の5割といった相対的最低基準が問われるべきだと、前述の神吉氏は説く。それは、特定最賃に求められる役割が、「交換の適正さ」であるからである。しかしな

がら、現行の特定最賃には地域別最賃のような考慮要素の法規定は明記されていない。法律で定められているのは、地域別最賃を上回るものでなければならないという一点のみである(第16条)。したがって、今後また関係労使からの申し出により看護師や介護職、保育士などの特定最賃の新設が決定したとしても、最低賃金審議会にて最賃額を決定することは実際のところ困難なのではないだろうか。その法的根拠がないからである。今後、特定最賃の役割について法律にきちんと明記し、地域別最賃と同様に考慮要素の規定を新たに設けることを要求する運動も展開する必要がある⁷。

これまでにみてきたように、特定最賃の新設のハードルは決して低くはない。だからこそ、世論の後押しが必要で、そのためには社会の共感を創り出すことが重要である。ただ、現在それを進めやすい環境になりつつある。労働者の賃金が、その仕事の価値に合致していない、その社会的役割にふさわしくないことは、いまや世界では非常識である。現在のトレンドはESG投資である。現在、環境(Environment)や社会(Social)に配慮して事業を行っていて、適切な統治(Governance)がなされていない企業あるいは国からの投資離れが急速に進んでいる。「新しい資本主義」の実現を政治目標に掲げる岸田政権は、デジタル、グリーン、人への投資の3分野に重点を置いているが、このうち人への投資に関して、政府は看護師や介護職などのエッセンシャルワーカーやケア労働者の低賃金問題を今後放置することはできなくなるだろう。看護師や介護職における特定最賃の新設を求めるならば、「交換の適正さ」の観点をもっと強調すべきであると考えられる。

(おざわ かおる・新潟県立大学准教授、
労働総研理事)

(なかざわ しゅういち・静岡県立大学短期大学部
准教授、労働総研理事)

【参考文献】

- 笹島芳雄 (2009) 『労働の経済学 少子高齢社会の労働政策を探る』中央経済社
- 山本興治 (2010) 「最低賃金制の今日的意味」『現代労働問題分析 労働社会の未来を拓くために』法律文化社
- 神吉知郁子 (2011) 『最低賃金と最低生活保障の法規則』信山社
- 神吉知郁子 (2016) 「最低賃金制度の役割」『季刊労働法』No.254
- 後藤道夫ほか (2018) 『最低賃金 1500 円がつくる仕事と暮らし 「雇用破壊」を乗り越える』大月書店
- 中村和雄 (2022) 「最低賃金制度の現状と改革について」『労働法律旬報』No.1999+2000
- オーストラリア最低賃金関係
<https://www.fairwork.gov.au>
<https://calculate.fairwork.gov.au/FindYourAward>
<https://www.theguardian.com/business/2022/jun/15/australias-minimum-earnings-to-receive-40-a-week-pay-rise-fair-work-commission-rules>
<https://www.jetro.go.jp/biznews/2022/06/9f04bf8406970d9c.html>
- 厚生労働省海外情勢 2014
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/15/dl/t7-01.pdf>

- 1 特定最賃の改正や廃止も同様の手続きをとる。
- 2 昭和 61 年 2 月中央最低賃金審議会答申「現行産業別最低賃金の廃止及び新産業別最低賃金への転換等について」
- 3 一部、引用されているデータを最新のものにアップデートしている。
- 4 ILO 看護職員条約・勧告 (1977 年) 「Ⅶ 報酬 25 (1) 看護職員の報酬は、看護職員の社会的及び経済的必要性、資格、責任、任務及び経験に相応する、看護職に固有の拘束及び危険を考慮に入れた、看護職員をその職業に引きつけかつ留めておくような水準に決定されるべきである。(2) 報酬の水準は、同様な又は同等の資格を必要とし及び同様な又は同等の責任を負う他の職業の報酬の水準と同程度なものであるべきである。(3) 同様な又は同等の任務を有し及び同様な又は同等の条件の下で労働する看護職員の報酬は、労働する施設、地域又は部門の如何を問わず、同程度なものであるべきである。(4) 報酬は、生計費の変化及び国内の生活水準の向上を考慮に入れて随時調整されるべきである。(5) 看護職員の報酬は、なるべく、労働協約によって決定されるべきである。」
- 5 日本医労連ホームページより。「秋田県医労連『看護師最賃』を申請 - 産別最賃へ歴史的一步」<http://www.irouren.or.jp/old/jp/html/menu11/2006/20060731225318.html> (2022 年 5 月 25 日最終アクセス)
- 6 前出の「検討小委員会報告」(1992 年) では、(産別最賃は) 労働協約ケースを中心に想定していたものと理解することが適当である点、「関係労使が労働条件の向上又は事業の公正競争の確保の観点から地域別最低賃金より金額水準の高い最低賃金を必要と認めるものに限定して設定すべき」点の 2 点を基本的前提にしている (傍点は筆者による)。
- 7 これとは別に、地域別最賃の考慮要素の一つである通常の事業の支払い能力については、最賃引き上げを阻んできた主要因となっており、最低賃金法の条文から削除することを要求する必要がある。