

医療労働

4

「いのち署名」の推進をめざして



講演 全世代型社会保障検討会議の最終報告とコロナ禍における医療の現状

津市立三重短期大学教授 長友 薫輝

「負けるが勝ち」の看護と人生

看護師&ライター 宮子 あずさ

誰もが「生まれてきてよかった」と思えるように

幼児教育専門家 熊丸 みつ子

1 「いのち署名」の推進をめざして

佐々木 悦子 (日本医労連中央副執行委員長)

2 講演

日本医労連「いのち署名」推進・学習決起 WEB 集会 (2021年1月29日)

全世代型社会保障検討会議の最終報告 とコロナ禍における医療の現状

長友 薫輝 (津市立三重短期大学教授)

7 記念講演

2020年度春・看護要求実現全国交流集会 (2021年2月5日)

「負けるが勝ち」の看護と人生

—看護師は生きてきたように看護する

宮子 あずさ (看護師&ライター)

15 講演

日本医労連第42回保育所会議 (2020年10月30日)

誰もが「生まれてきてよかった」と思えるように

—手をつなぎ、みんなで子育てしていこう

熊丸 みつ子 (幼児教育専門家)

25 日本医労連「2020年秋・退勤時間調査」結果 の概要

連載コラム

32 ゆっくり鑑賞この一枚 かずこさんのシネマトーク……券田和子 (石川民医労書記)

「いのち署名」の推進をめざして



「新型コロナ重点・協力医療機関調査（年末一時金回答状況）」記者会見（2020年11月25日）

政府が、新型コロナウイルス感染症拡大を抑え込むよりも経済の立て直しを優先してきたことにより、昨年末には感染が爆発的に拡大し、各地のコロナ受け入れ病床が逼迫しました。

1月から11都府県に緊急事態宣言が出され、感染拡大はある程度抑えられたものの、依然、医療体制が逼迫しているとして、首都圏4都府県は解除されず再延長となりました。3月に入ってから、病床使用率は4都府県ですれもステージ4の目安である50%を下回り医療体制のひっ迫が改善されたとして、3月21日で首都圏も解除されることとなりました。しかし、東京・埼玉では新規感染者数が微増し、リバウンドの懸念が高まっています。

新型コロナ感染拡大で日本が陥った医療体制のひっ迫は、これまで医療・社会保障費を抑制し、病床数を減らし続け、医療従事者を少なく抑え込んできた政府が引き起こしたことと言っても過言ではありません。今こそ、感染症拡大や災害など不測の事態が起こっても、国民が必要とする医療を安定して提供できるよう、医療体制を充実・強化させることが求められています。

しかし、政府は、この状況のなかでも、医療提供体制のダウンサイジングを推し進めようとしています。感染者が爆発的に増えた地域の感染症病床が逼迫し、医療崩壊の危機に陥ったにも関わらず、政府は地域医療構想で病床削減を推し進め、削減された病床数に合わせた医師・看護師の配置をすすめようとしています。

このコロナ禍で、病床数や医療従事者不足が国民にも広く認識されることとなった今こそ、安全・安心の医療・介護の実現と、国民のいのちと健康を守るための「いのち署名」に旺盛に取り組み、医療従事者の大幅増員、公立公的医療機関の充実強化、保健所の増設と保健師等の増員、社会保障の充実・強化をめざし、今通常国会での採択を勝ち取りましょう。

（日本医労連中央副執行委員長 佐々木 悦子）

全世代型社会保障検討会議の最終報告と コロナ禍における医療の現状



ながとも まさてる
長友 薫輝
津市立三重短期大学教授

みなさん、こんにちは。本日は、①全世代型社会保障検討会議の最終報告を軸に、現在の制度改革の方向性を理解し、②医療、介護、地域をめぐる政策動向（地域包括ケアシステム、地域共生社会）をあわせて理解し、③地域から社会保障をつくる——ことについてお話ししたいと思います。

なぜ、「全世代型」なのか？

全世代型社会保障改革は、現政権下でも進められています。社会保障というのは、そもそも全世代を対象にしているものですが、わざわざ「全世代型」とつけているところがポイントです。このねらいを把握しておくことが必要です。

社会保障は、雇用・労働と一体でとらえなくてはなりません。今、政府が進めている全世代型社会保障改革も、雇用改革と社会保障改革を一体化させたものです。中心はほとんど雇用改革＝雇用労働改革のところにあると考えると、「改革」の姿がはっきり見えます。つまり、企業等からすれば働かせ方の改革を進める、ここに中心があります。そこに連動して社会保障も改革するという形です。

例えば年金では、支給開始年齢を引き上げていきます。それは社会保障改革の話ですが、大本は、一人ひとりに長く働いてもらうという雇用労働改革で

す。このように、全世代型社会保障改革は雇用労働改革がメインだということです。

真のねらいは労働力の確保

全世代型社会保障改革のねらいは労働力確保です。日本社会は人口が減少しているのです。働き手や社会保障の担い手が減っていくことになります。そこをカバーするために、定年を迎えることなくずっと働く、企業側からすれば長く働かせるという形にする。そのためのキーワードが「人生100年時代」「生涯現役社会」です。長く働いてもらえば社会保障の給付も抑制できる、そういう発想です。

全世代型社会保障改革の“4カ条”をご紹介します。一つ目は「御上に頼るな」。二つ目は「病気になるな」、三つ目が「要介護になるな」。そして、四つ目が「少なくとも70歳まで働け」です。そこに「できれば死ぬまで」と付け加えると、全世代型社会保障改革の中身がよく分かると思います。「できれば死ぬまで働いてくれ」、そうすれば社会保障もいらぬ。究極、そういう発想があるわけです。そして、こうした内容を持っている改革が今の医療・介護・福祉と連動しているのです。

「助け合い」で社会保障費用を抑制

全世代型社会保障検討会議の最終報告が2020年12月15日に閣議決定されました。

現内閣のめざす社会は「自助・共助・公助」、そして絆です。社会保障についても、要は助け合いですよ、と言っています。全世代型社会保障は、いかに公的な支出を抑えるかということで一貫しています。医療や介護、福祉に対する出費をどう抑えるか。そのために地域医療構想、地域包括ケアシステム、地域共生社会が出てきます。つまり、地域にシ

フトして出費を抑えるという内容です。

つまり、全世代型社会保障改革は、雇用労働改革を中心に置きながら社会保障を変えていくというものです。出費を抑える改革をしながら地域にシフトするという改革なのです。「地域にシフトする」の中身は何かというと、地域住民による助け合い、つまり「共助」の話です。これが改革の中身です。

この改革が医療、介護、社会福祉にどう反映しているか。医療について言えば、2019年9月の公立・公的病院に対する再編統合など、本来、地域から積み上げて検討していくような話を、上から一方的に押し付けているのもこの政策の一環です。現在でも地域医療構想は継続しています。病床を減らし、入院から在宅へシフトしていく。医療から介護、介護から地域へという政策はずっと続いているのです。

経済財政諮問会議や骨太の方針等にも記されているように、官邸や財界の意向をもとに改革の中身が決められています。ワクチン接種にマイナンバーを活用するといった話も出ていますね。デジタル化なども使いながら市場化・産業化のきっかけにすると。コロナ禍も市場化・産業化に活用していくということです。

医療・介護・福祉は地域経済を回す

こうして地域にシフトしていくということでは、病院・診療所や歯科診療所が重要になってきますし、病院の統廃合や機能分化は当然、地域で働く医療・介護・福祉職にも影響を与えることになります。

新型コロナの問題があってから、「経済か医療か」といった話によくありますが、基本的には医療や介護、福祉に予算を投じれば、つまり公的な出費をすれば地域経済は回る。これが経済学的にはっきりしていることなので、こうした政策を進めるのが大切です。ちなみに、経済の活性化といえばカジノが一時、注目されましたが、カジノは今やオンライン化が進んでいるそうです。地域経済を回すには、やはり医療や介護、福祉が大事だということです。

あわせて、地方自治体はかなり危険水域にあるという認識を持ってもらうことが必要です。医療や介護や福祉等々、保健所等も含めてコントロールするのは自治体の重要な役割ですが、自治体に対しては統制が強化されています。ただ、その中でも、国の

方針にただ従うということではなく、自分たちで地域の実態を見て、独自の政策を打ったり、PCR検査等の態勢も自分たちで工夫したりという動きもあります。地域の実態に応じた自治体独自の取り組みについては称賛するとともに、自治体とともにそうした活動を進めていく方向性もあるでしょう。

信用できるデータをつくらせよう！

地域住民からすれば、健康権や受療権は大事です。地域住民が医療や介護を利用する際の保障水準をいかに引き上げていくか。新型コロナに関することに矮小化せず、そもそも医療や介護を受ける権利、あるいは健康になる権利をどうやって保障していくか。そのためには住民参加が重要になるでしょう。

ところが、地域における医療・福祉に関する計画は、自治体の総合計画に位置付けられていないケースが多いと感じています。例えば、市民病院など自治体病院を持っている自治体でも、自治体病院と自治体の計画がほとんど連動していないというケースが多い。ここをいかに連動させるかという観点も大事になってくると思います。

特に地域医療構想に関して言えば、医療関係者だけで議論しているのには違和感があります。まちづくりの計画に位置付けて地域で考えていくべきものではないでしょうか。地域医療構想というのは病床をコントロールするだけの計画と理解されているかもしれませんが、むしろ、地域から底上げをはかるという計画に変えていく、そういう性質も持たせる必要があるのではないかと考えています。

ところが現時点では、地域医療構想については、前提となるデータ等が明らかではありません。近年、政府によるデータの偽装や改ざんなど、非科学的な政策対応が相次いでいます。また、コロナ禍においては惨事便乗型の対応も増えています。例えば必ず震災で焼け太りするような自治体があったり、よく分からない公共事業にお金が使われたりするのと同様で、注意していかないといけません。

この間、反証できないデータや未公表部分があるデータを使って、政策が決められているケースが多いように思います。こうしたことはなくしていかなければなりません。特に、地域の生命・生活に関わる行政の根拠となるデータは、すべて公表できる根

拠をもつことが必要です。国がなかなかデータを提供しなければ、自治体が独自にデータをつくることも必要だと思います。皆さんも、運動の中で自治体に働きかけていただきたいと思います。例えば、新型コロナの問題の病床利用率にしても、分母をどこに置いているかという話には全然なっていません。分母をどこに置くかで割合が変わるので、こうした本来住民が求めているデータ、医療現場や介護・福祉の現場の方々が実感している状況とデータの数字がかけ離れないようなデータのつくり方など、数字が独り歩きしないように、そして事実とは異なる認識が広がらないようにしていくことも大事なことです。

医療提供体制の問題では、地域医療構想や名指しリストの公表などは、反証できないデータに基づいた政策です。私たちがもう一度計算をしようと思ってもできないようなデータに基づいているので、そうしたものでは地域の実態は反映できないのではないかと思います。ところが、数値を過剰に信じる人もいて、現場の医師や研究者にも政府の方針に賛同する人たちがいます。数字が出てきたらそれを信用して、数字＝エビデンス（証拠・根拠）だと思ふ人もいるので、そうした事実誤認を解いていくことも必要になってきます。

コロナ禍でも病床は削減

コロナ禍における政策方針について。コロナ対策として新たに予算が計上されていますが、一方で都道府県の病床削減計画にも予算がついています。医療に対してお金を払いますよと言いつつ、それは一過性のものであって、今後継続していくような病床削減計画にも予算がついているということなので、ここは是非、注視してほしいと思います。

政府の方針に対し、地域からはいろいろな疑問の声が上がっています。医療崩壊は以前から明らかなのに、公立・公的病院の再編統合などは粛々と進めていく。地域住民も、問題を知ると疑問の声を上げていて、都道府県が実施するパブリックコメントで多くの声が上がってきています。

今のコロナ禍で、医療がこれだけ大事だということが明らかになっている中で、病院を減らす予算をつけているとは誰も思わないので、署名なども含

め、さまざまな手段で知らせていくことが大切になっていると思います。

コロナ禍やワクチン接種も、マイナンバーとの連動がねらわれています。大学生は住民票を移さずに1人暮らしをしている人が結構多いのですが、そういう人がワクチンを受ける時にマイナンバーがあれば大丈夫、という話も出ています。

政府はマイナンバーで国民を管理していきたいわけですが、管理するためにデジタル化を進めて、市場化・産業化をはかるきっかけとしていきたいわけです。マイナンバーでは確か、小学校や中学校の成績も連動させていく方向です。そういう話をすると、大抵の人は「えっ!？」と驚きます。マイナンバーは、いい風に使われるというイメージを持たされていますが、管理を徹底して、要は同じような労働者をつくりたいわけですが、文句を言わない労働者をつくる。医労連に加入しないような、世の中に疑問を持たない人をつくり出すことがねらいかもしれません。もちろん、その人の病歴なども連動します。個人の情報が漏れるという危険性もあるし、さまざまな問題が出てくると思います。

こうした中で、地方自治体では独自に医療機関への支援を行っているところがあります。中小零細企業や自営業者などに対する休業補償を実施しているところもあり、こうしたことは評価できます。ただし、本来は国がやるべきことですね。それを自治体が補完、代替している。私たちも、そういう認識を持つ必要があるでしょう。

公費抑制のための地域共生社会

全世代型社会保障改革のねらいは公的な支出を抑えることにあるわけですが、公的医療費抑制のために支出を抑制するのとあわせ、そこをカバーする地域包括ケアシステムと地域共生社会を打ち出しています。これにはさまざまな方法がありますが、医療との関連では供給抑制。病院や診療所を減らしていく、病床を転換したり削減する、そして、医療から介護へ、介護から地域へ、あるいは入院から在宅へということで公的な出費を抑えていく。

ただし、地域に転換すればするほど、実はお金がかかります。公的な出費は増加します。病院で一斉に多くの患者さんを診る体制と、それぞれが家にい

て、そこに必要なサービスを届けていくということでは、在宅の方が確実にお金がかかります。

もっとも、公的な出費を抑えるために入院から在宅に行った人に対して、必要な医療や福祉、介護のサービスを提供するのではなく、そこをすべて地域住民でカバーしてくれという政策なわけです。これは実は、1980年代から継続している政策です。

処遇の「底」が下がっていく

2020年6月5日、「地域共生社会実現のための社会福祉法等改正の一部を改正する法律案」が国会で成立しました。2021年4月1日に施行されます。主な内容は、医療から介護へ、介護から地域・自治体へとシフトです。公的な医療に対して公的な出費を抑えるから、そのために地域や自治体で頑張ってくださいね、というものです。

この間の「三位一体の改革」、医師の偏在対策や働き方改革、あるいは地域医療構想などの改革、タスクシフトとも連動しています。医師の仕事が大変なので医師の仕事を看護師に振りますよ、看護師の仕事を介護職員に振りますよ、というシフト。そして、ここで言っているのは、さらに介護職員の仕事を地域住民に振っていきましようということ。より安価な労働力へ、そして、専門職の業務を無償の労働力で代替していこうという政策です。こうした政策がこの間、一貫してとられてきました。

ここで例えば看護師さんが、「私たちの仕事は大変だから、それを人に振ることができればいいや」とか、介護職員が「住民の人が助けてくれるのならいいや」と考えてしまうと、労働市場が全体的に下がってしまうわけです。無償でやる人がいればいるほど、専門職の労働条件等も悪化していくので、ここは重要なポイントです。

だからと言って、医師や看護師の過密労働がこのままでいいということではありません。そこは増員をはかることが大切です。春闘でもこの点は重視していただきたいなと思います。

このようにして、介護職が担っていた仕事を地域にシフトする。「地域の皆さんで頑張ってくださいね」というのが、地域包括ケアシステム、地域共生社会ということ。地域の社会福祉法人に、その地域の助け合いを担わせていき、あわせて地域住民の助け合

いに任せていく。

コロナ禍における医療の現状

次に、新型コロナに関連した日本の医療提供体制の現状を見てみましょう。この間、医療や保健衛生などに対して公的な支出を抑える政策が続けられたことから、保健所や病院が減らされてきました。PCR検査などの検査体制をはじめ公衆衛生の拠点でもある保健所は、1992年には全国で852カ所ありましたが、削減された結果、2020年には469カ所になっています。ちなみに、京都府では「感染症予防計画」を策定していませんでした。他の自治体がどうか、心配しています。

2002年にSARS、2009年に新型インフルエンザ、2012年にMARSなどの感染症が問題になってきたにも関わらず、感染症病床は削減されており、旧伝染病指定病床は1998年に全国で9,060床あったのが2019年4月時点で1,869床に削減されています。各地で、自分の自治体の感染症対策がどうなっているか、確認していくことも必要になっているのではないかと思います。

新型コロナが拡大して以降、各地で病床が不足しています。コロナ禍によって医療崩壊が起きているわけです。新型コロナにかかっても、自宅待機や宿泊施設での待機を余儀なくされている人たちが大勢出ています。現在では、感染者が多い首都圏などで、宿泊施設にすら入れない人も出ている状況です。自宅療養という言い方がされていますが、診療や治療のコントロールの外にある人たちのことを指しているわけで、この言い方でいいのか疑問を感じます。

もちろん、病院をこれ以上忙しくさせたいわけではありませんが、そもそも自宅待機者が6,000人もいるということ自体を問題にすべきだと思います。医療提供体制をこれだけ弱くさせてきたから、こういうことが起きてしまっているわけです。自宅療養が増えると、今度は民間病院を攻撃していますが、常に誰かを攻撃対象にするような世論が形成されようとしています。

皆さんご存知の通り、新型コロナの患者さんを受け入れられる病院は、ほぼすべて受け入れているわけです。でも、新型コロナ以外の患者さんも受け入

れないといけないし、さまざまな療養状態にある人もいるわけで、そこで民間病院を攻撃する手法というのは、つまり分断がねらわれている。そういう論調に簡単に乗らないということについても、皆さんが地域の方たちに周知していくことが大切ではないかと思えます。

「病床削減はおかしい」の世論を

コロナ禍の現状をふまえれば、病床削減計画の実現を急ぐのではなく、「薄氷を踏む状態」になっている医療現場の改善に向けた取り組みが喫緊の課題のはずです。いま、週刊誌やWebも含むさまざまな媒体で、森田委員長はじめ医労連の皆さんの顔を拝見する機会が増えています。それだけ今、求められているということですので、現場が大変だと訴えるだけでなく、こんな状況のもとで病床削減の計画があるんだ、おかしいよね、という世論を形成していくことが重要だと思います。

病床・病院を減らす計画は人を減らすことにつながるわけですから、医療・介護・福祉の専門職がいらないというのはおかしいという世論の形成も必要です。皆さんの現場では今、細心の注意、高い緊張がずっと強いられている状態だと思います。それを少しでも改善させていくことが緊急に求められています。

また、医療機関や福祉施設は新型コロナの影響で減収になっているところが多く、こうしたところも診療報酬や介護報酬などの報酬単価によらない仕組み、加算などの話ではなく公的な出費を求めていくということが、そもそも大事だと思います。

新自由主義的改革に反撃しよう

医療における新自由主義的改革は、現在も進行中です。コロナ禍のもとでも、竹中平蔵氏が会長を務めるパソナは増収増益です。なぜ、そんなことになるのか、考えていく必要がありますし、例えば新自由主義的改革は「効率性」という言葉でよく言い表されますが、医療現場に対して効率性を求めてきた改革も、新自由主義的発想によるものです。

例えば、診療報酬等でも大前提となっている病床

利用率は、効率性を見るものです。病床利用率が100%というのはほとんどなく忙しい現場で、働く人をいじめるような状況ですが、「病床利用率100%」と聞くと、「あそこは効率がいい病院だ」となる、そういう認識も変えていく必要があります。病床利用率は50~60%で十分なのではないか、あるいは、こうしたデータによる管理がそもそもおかしいと疑問視していくことが大切です。

地域から社会保障をデザインする

現在、医療、介護、福祉は地域にどんどんシフトしているのですから、逆に「地域から社会保障をデザインしていく」という発想で考えていきましょう。公的な支出の抑制についても地域に任せていこうとしているわけですから、地域や医労連の皆さんと社会保障をデザインしていきたいと思えます。

社会保障は地域経済の循環を作り出します。自治体が地域の好循環を考えることが大切で、同時に市民の側も社会保障について知り、作っていくことが重要です。その際、社会福祉・医療・介護を分断せず、トータルにとらえることがポイントです。医療だけで考えるのではなく、例えば児童福祉や障害者福祉も医療現場と同じ構造をもっているの、そういったところを合わせて見ていく必要があります。

感染症に強い社会へ

新型コロナの経験を生かして、「感染症に強い社会」が求められています。全世代型社会保障改革は「自助、共助、公助」論ですが、これは、「健康や疾病の自己責任論」そのものです。「自助、共助、公助」という言葉を使うこと自体、そもそもそれは自己責任論の主張になっているということを明らかにしておきたいと思えます。

今の政府は、公的な出費を抑えて地域に振っていくという政策なので、ここを地域の皆さんとともに変えていくことが重要になっています。

こうした話は、医労連の皆さんとともに昨年出版した『地域の病院は命の砦』にも書かれています。是非、この本も読んでいただければと思います。

「負けるが勝ち」の看護と人生

—看護師は生きてきたように看護する



みやこ
宮子 あずさ

看護師&ライター

皆さん、こんにちは。本日は吉祥寺の自宅からお話します。本日は、看護師として33年働いてきた中で出会った壁や悩み、そしてそれにどう対処してきたのか、お話ししたいと思います。

私の看護師歴

私は現在57歳、精神科病院の訪問看護室で働いています。職場は公益財団法人井之頭病院という、1927（昭和2）年から続いている600床を超える大きな精神科の病院です。看護専門学校を卒業したのは1987（昭和62）年です。

長く働いてきて、看護というものはその人の人生の反映だという気持ちが年々強くなっています。私を感じた“壁”や対処法などは、私自身の個性もかなり強く反映していると思います。その中から、みなさんと共有しやすく、特に力になった経験や学習成果を軸にお話をしたいと思います。その軸になる2つのうち、1つは精神科看護の経験、もう一つはジャン＝ポール・サルトルの哲学です。

私は最初、高校を卒業して明治大学文学部に入学したのですが、当時はちょうど女子大生の就職難が言われていた時期で、ここにいても就職できないのではないかという恐怖を感じて、中退して看護専門学校に入学しました。私は大卒ではない看護師だっ

たのですが、勉強したいという気持ちに強く駆られ、でも働くことも続けたかったので、大学通信教育で学び、修士まで取りました。

職歴としては、1987年から2009年3月まで東京厚生年金病院で働きました。今のJCHO東京新宿メディカルセンターですね。社会保険庁の時代に年金病院に就職して、JCHOに売られる前に辞めたことになります。22年間勤務しました。

年金病院では内科に9年、そのあと精神科病棟に13年いました。通常なら数年でローテーションになり、昇格するときは異動というのが原則でしたが、たまたま異動しそびれて、結局、精神科病棟に13年いる中で主任、師長に昇格して、精神科病棟29床と小さいところだったので、そこをみながら緩和ケア病棟もみるということで数年兼務をしました。

どちらの病棟も、看護スタッフが12という小さな病棟でした。勤務表も3交替を12人で組むという勤務表を2枚つくって、今でも勤務表をつくる夢を見ることがあるくらい、それにとり憑かれているような感じでした。

管理者としての自分を振り返ると、労務管理についてのいろいろな気持ちはありながらも、有給休暇はあげないのが当たり前、サービス残業が当たり前という職場環境の中で、そうしたことに則って管理していました。そうした心理的な無理がたたって、親の介護などさまざまなことが加わった時に、仕事が続けられなくなり、退職しました。部下を置いて勝手に逃げたという気持ちがとても強かったので、ほかの組織に移って管理職になるという選択肢は、自分の中ではありませんでした。今も井之頭病院で週3日のパートで働いて、63歳の定年までそこで働くと思います。

部下を置いて辞めるにあたって、自分が嫌だというだけで辞めるのは残る人に申し訳ないという気持ちもあり、いろいろと悩んだ結果、大学院に進学しました。年金病院を退職してから井之頭病院で働き、親の世話も少しして週3日のパートという形で

働いて、最短3年のところ4年かけて博士号を取得して、今に至っています。

精神科で経験を積む

私の臨床経験の特徴は大きく3つあります。精神科の病棟は急性期病院の一般病床でした。精神科病院ではなくて、年金病院の中の29床という小さい一般病床のストレスケア的な病棟でした。統合失調症の急性期の患者さんなどは全然なくて、いわゆる神経症圏というのでしょうか、慢性抑うつ状態で、思考に偏りがあってパーソナリティ障害が強く疑われる方、あとはうつ女性患者が中心でした。

現在、勤務している訪問看護は井之頭病院に通院中の患者さんに限っているので、未治療の人はいません。訪問看護で苦勞するのは、治療している人よりも未治療の人です。そういう意味では、ある程度管理された精神科の患者さんと関わっているということです。長期入院を経て退院した人も多く、今は慢性期の人との関わりを経験しています。

訪問看護でも病棟でも、外来だけでフォローできる人はまずいないので、外来のみで対応できるような軽症者は診ていません。つまり、ある程度重い人とはばかり関わってきたということになります。

緩和ケア病棟での関わりでは、私は内科と精神科緩和の経験しかないのですが、外科病棟の経験がありません。がんの患者さんはかなりの人数を診ましたが、亡くなる患者さんばかり診てきました。治る患者さんを診ていないという限界はあるように思います。私にはこのような臨床の特徴があります。

私がぶつかった3つの壁

この間の看護師の生活の中で、私は大きく3つの壁にぶつかりました。

まず、新人時代。とにかく私は不器用で、本当にできない新人でした。だから、うまくいかないことは全て自分の知識や技術が足りないと考えたし、事実そうだったので、悩むことはいっぱいありました。ただ、深くは悩まない。自分ができるようになればいいんだという気持ちが強かったです。

そして、時間をかけながらも1人前に働けるよう

になりました。そこに、2つ目の大きな壁がやってきました。1989～1991年のバブルの終わりの頃。やっと1人前に働けるようになって、これまで見えなかったものがパッと見えるようになりましたが、それは、あまりいいものではありませんでした。

バブルの時、土地の値段がものすごく上がりましたよね。その時は内科病棟に勤務していたのですが、患者さんが亡くなると、家や土地を持っている人たちは浮き足立ってしまうとか、患者さんが亡くなりそうなのに、息子と娘が、金をめぐって取っ組み合いのけんかをしちゃうとか、自分がいかに孝行しているか、亡くなりそうな患者さんに刷り込んでいっぱい遺産をもらいたいとか、そういうのが見え見えな人たちをたくさん見ました。

お見舞いに来た証明書を出してくれというご家族もいました。とてもショックでした。就職難という壁に突き当たった女子大生が、長く続けられる仕事、経験が評価される仕事に就きたいという、かなり実利なことから看護師になったわけですが、世の中を悪くする仕事ではない、人をだますような仕事ではないというところも、この仕事を選んだ一つの要因でした。また、3年間の看護基礎教育を受ける中で、患者さんが良くなるように手を尽くすという素朴なヒューマニズムも身につけていたと思います。ようやく1人前になってこれから患者さんに尽くすんだ、家族の人とも一緒に、という気持ちだったのに、家族の人たちは金のことしか考えていなくて、ショックを受けたんですね。

患者さんも、セクハラ的なお金持ちがいたり、がっかりすることがすごくありました。患者さんはやっぱり弱者だから、一生懸命尽くしたいという気持ちでいるのに、当の患者さんたちにひどいことをされると、がっかりしてしまう。やり切れない、裏切られたような気持ち、「こんなはずじゃなかった」という気持ちになってしまいました。

ぼやき合える職場だった

この時期はとても辛かったのですが、救いになったのは、ものすごい人手不足だったことです。看護師不足が大きな問題になって、その後、看護師確保法などにつながっていくのですが、逆に、人手不足が悪いのであって、もっと時間をかけて患者と関わ

れば、この人たちだって真っ当なことをしてくれるんだという、自分の中で少し留保ができたという部分もありました。

ぼやき合える職場だったのも良かった。「本当に人間が嫌になっちゃう」みたいな気持ちを先輩にぶつけても、そんなことを言うとか、看護師としてあるまじきとか、絶対にみんな言いませんでした。いろいろなことがあるから仕方がないとか、選ばれた人だけが患者になるわけじゃないということをポンポンと言ってくれる先輩がいて、そういうことにとても救われました。

大学通信教育で学びまくった

この時期も何とか乗り越えて、5年目以降、技術や知識はだんだん向上していくわけです。そして、看護師確保法ができて、働く環境がとても良くなりました。ところが今度は、できることが増えないという壁がやってきました。

この時、自分が強く感じたのは、どんなに頑張っても亡くなる患者さんは亡くなるということでした。看護って実は、頑張った分だけ結果が出るとは限らない。患者さんの背中を1時間さすっても、まだ足りないという人もいれば、5分さすただけで満足してくれる人もいます。そういう反応は患者さん次第。何かそういうことが甲斐のなさとして感じられて、無力感が募ってしまいました。この時、当時の上司には随分と当たり散らしました。嫌な中堅ナースだったと思います。

誰かのせいにせずにいられないという気持ちがあって、あなたの管理が悪いと上司に言いました。主任や師長が科長（上司）にちゃんと言っていけばもっと良い看護ができるんです、みたいなことを結構言って、当時の婦長から、少し研修に行つて勉強してこいと言われました。今思うと、私に消えてほしかったのだらうと思います。嫌なことばかり言っていましたから。

私はその時、勉強するということはいいかもね、と思いました。むしろ看護と遠いことを勉強して、広い世界の知識がほしいと思って、その時は大学通信教育でデザインの勉強を始めました。

勉強は楽しくて、そこから大学通信教育依存みたいになってしまいました。頑張った分だけ報われる

ということに、とり憑かれちゃったんですね。だって、やることが明確なんです。レポートを出す、試験を受ける、スクーリングを受ける。で、単位がくるという。頑張っていけば成果があがるというのが、看護だとなかなかないわけです。

私は狂ったように大学通信教育を受け続けて、中退したところもいくつかあるのですが、結局、学士2つと、短大を出たという準学士、あと修士1つ、合わせて4つの学位をとりました。

学んだことの成果はあって、自分の価値観がすごく変わったと思います。例えば看護の評価で言えば、何ができたということよりも、何が分かったかということに重きを置いて評価をするようになりました。「できた・できない」で言えば、結局患者さんは亡くなってしまふわけですが、その人のことをどれだけ分かったか、事例を通して何が分かったかという、そこに焦点を当てていくことには救いがありました。だから、看護をすることの意味などにちゃんと生かすことができたと思います。

リエゾンナースへの思い

就職したのが1987年で、大学通信教育で学び出したのが1993年でした。ちょうどこの時期、精神科へ異動しました。精神科の看護で経験したことも、私の看護の基盤になりました。ここでの経験をお話したいと思います。

そもそも内科から精神科に異動したのは、専門看護師の資格を取りたいという思いがあったからです。この時、異動先の提案が2つあって、精神科かICUと言われ、私は精神科を選びました。9年いると、そろそろ主任への昇格という話もあったのですが、私は昇格したくありませんでした。他の主任さんたちは本当に忙しそうだったし、臨床から離れたくないという気持ちもありました。

この時、ICUには主任がいなかったのですが、精神科には主任がいたので、精神科に異動すればしばらくはヒラでいられるのだらうと。もう一つ、専門看護師への興味もありました。リエゾンナースというのは、精神看護専門看護師という資格なのですが、大学院を出ないと取得できません。私はその時、通信で大学を卒業したら院にも進めるという気持ちも、学びの動機になっていました。

精神看護専門看護師にはリエゾン精神看護と精神看護の2つがあって、私はリエゾン精神看護の仕事がしたいと思っていました。これは主に、身体科の病院で働く仕事で、身体疾患の患者さんに精神看護の知識と技術を活かして、身体疾患の患者が抱える精神的な問題や課題に対応するという仕事です。また、同業者である看護師への精神的支援を行うという役割もあって、私は看護師をケアする看護という役割に、とても惹かれていました。

ただ、年齢的なものもあったと思いますが、だんだんと自分の気持ちも変化して、昇格して管理をするのもいいかなと思うようになりました。そして、主任になり、看護師長になって管理者の道を歩みました。結局、私はリエゾナーズにはならなかったわけですが、精神科での経験を持つ看護管理者という立場が、自分がやりたいと思っていたリエゾナーズの役割に近かったんです。部下である看護師を支援するのは師長の役割ですよ。ですので、部下に対する支援を中心に考える7年間があったことは満足しています。

管理職になったことへの悔いはありませんが、改めてヒラになってみると、やはり管理者は部下を評価する立場であり、権力者ですよ。本当に純粋に看護師の支援ができるかという点、やっぱりできない点がたくさんある。今考えると、自分がリエゾンの役割を果たせていると思ったのは思い上がりだったのかなとも感じています。だからやっぱりリエゾナーズという役割は必要だし、どんな職場にもいるべきだと思っています。

精神科看護から学んだこと

私が精神科看護から何を学んだかということ、まず、病気をするのは、それだけで大変なんだということです。内科では亡くなる人ばかり見てきたので、亡くなるのがあまりにも自分の中で大き過ぎて、死をめぐって無力感を感じました。病気というのは死ぬから大変だ、みたいな感覚になっていたと思います。亡くなる患者さんのことばかり見てしまって、長患いをしながら歳を重ねていく人への気持ちが足りなかったと思います。病むことをめぐる理不尽が、死への無力感に埋もれてしまう。

それが精神科に行って、長い病歴の患者さんと関

わることで、この人はこの病を得たことで、得たものもあるだろうけれど、やはり多くのことを失ったんだろうと思うわけです。そういう気持ちで患者さんを見られるようになるまでに、自分にはこの年月が必要だったんだと思います。現在、井之頭病院で最も長く入院している人は60年。訪問看護の患者さんの中には55年入院したという人、17歳で入院して77歳で退院したという人もいます。

さまざまな精神科の症状を呈する患者さんを見ていて、不安や恐怖は理性を奪うということを知りました。本質的でないことにこだわったり、誰かのせいにしたりして病気の悪化を認めないという心理的な防衛がありますよね。現状を受け入れられなくて身体症状を出してしまう人など、いろいろな人を見てきましたが、患者さんの不安がものすごく強くと、関わる看護師もものすごく不安になって、チーム自体が揺れてしまうことがあります。不安に囚われた患者さんは、不安から逃れるためにいろいろな症状を繰り返したり、人のせいにしたり、あるいは集団を操作するようなことも起きてきます。

心の闇と暴力

3つ目に、誰にでも心の闇があるということ、精神科の看護を通じて感じました。特に暴力の問題。普通に生活していると、ものすごい暴力性について、あまり考えることはありません。けれど、精神科で働いていると、患者さんが妄想に囚われている時に、すごい恐怖感を感じることがあります。また、そうした単純な暴力性だけではなく、自分の感情が非常にかき乱されるような経験をします。心底腹が立ったり、人間が嫌になったり、自分自身が取り繕えない感情とも関わらなければならない。

内科の看護のように注射や薬で良くする、自分が医療技術を持っていて何か直ちにできるようなことが、精神科の場合はとても少なく、自分自身を使って患者さんと関わって、何かを引き出していくということがすごく多いと思います。だから、患者さんと向き合いながら自分自身とも向き合わなければいけない。やはり、己を知りつつ人間をみる領域だなと感じました。

自分の基準で裁かない

4つ目、私は精神科にいる慢性期の患者さんを通して、過度な期待をせずに自分の基準で裁かないようにするという関わり方を、少しずつ体得できたのではないかと思います。

若年発症で、発達課題をこなす機会を与えられなかった患者さんたちは、普通に私たちが考えるよりも、あることができたりできなかつたり、予測できないことがたくさんあります。だから、「ここまでできて当然」という自分の基準を棚上げしないと関われないところがあります。

私は今、こんな風に考えています。人に多くを求めず、見切っても見捨てない。この人は、ここはできないかもしれないけど、それでもいいじゃないかと思うことですね。それと、ある時、何かの拍子に変わることもあるかもしれない。気長に人を見ろという見方をしたいと思っています。

また、善悪の判断を保留して、起きている出来事をありのまま見ることも大事だと思いました。自分自身の価値観では考えられないようなことも時には起こります。例えば、みんなお金がなくて困っているときに、患者間で売春みたいなことをしてたばこ代をもらっちゃうとか。そういうことは良くないと、もちろん伝えますが、その時に自分の中で、この人は悪い人だ、ダメな人と拒否感から入るのではなく、その人が本当は何に困っているのか、その人がお金に困っているという現実をきちんと見ることが大事なのではないか。これは、時にはなかなか難しいのですが、その難しさを自覚することも含めて、受け止めていきたいと思っています。

そして最後に、人生はやり直せなくても仕切り直しはできると考えたい。患者さんがやり直せないと言った時に、でも仕切り直して、今からだってできるということを、自信をもって伝えていきたいと思っています。こういう風に考えられるようになった自分が、結構気に入っています。

患者さんの「不安」との付き合い方

私が若い頃に、内科病棟で経験した事例を紹介し

ます。患者さんは52歳の男性で肺がんのKさん。家族もいましたが、仲があまり良くて1人で過ごす時間が長い人でした。足のしびれがあるということで終日、下肢マッサージを希望し、少しでもできないと怒鳴りまくってティッシュの箱をぶつけるという、ものすごい怒りを爆発させていました。

当時は言われるまま、ひたすらマッサージを続けましたが、それでも全然満足してくれなくて、罵倒し続けられました。私は彼との関係ではかなり傷ついて、いろいろと解釈しながら語ってきましたが、今、振り返ると、やっぱりこの2つが大事だったなと思ひ至りました。そして、緩和ケア病棟でこの経験は随分と生かせました。

1つは、足をいかに揉むかということだけに、私たち自身が注力してしまっていた。でも、それだけではない。足を揉むという行為だけに集中せずに、目標を設定することが大事だったと思います。

行為だけに集中していってしまうと全体像が見えなくなる。そういう看護は良くないと思います。なぜなら、私たち自身が行為だけに集中して、同じように彼も揉まれるという行為に集中してしまっているからです。そこに満足がなくなる。

では、どうすればいいかということ、この人にどうなってほしいのか、チームで話し合うことですね。Kさんの例では、私たちの目標は24時間揉み続けることになってしまいました。でも、この人に楽になってもらうという目標を立てれば良かったんですよ。楽になってもらうのなら、揉むだけでなく足浴でもいいし、少しそばにいて話をするのもいい。私たち自身の「揉まなくてはい」という切迫感が、彼の状態をますます追い込んでいたのは明らかです。

強迫症のように、例えば手を洗うのは本当は綺麗にするためなのに、それがどこかにいってしまって、洗うために洗うというようなことが強迫症ですよ。ケアも強迫的になってはいけないということだと思います。

彼がなぜ強迫的になっていくかと言えば、不安だから。自分の死や体調悪化と向き合うよりも、揉まないナースが悪い、揉んでもらえばすべてよしと思う方が楽だから。本当の不安から目が逸らせるということです。そういう彼の不安に私たちも巻き込まれて、私たちの不安も強くなっていく。

ですから、「不安」を理解することは必要で、看護師は患者さんの感情を受けて巻き込まれやすい仕

事だという共通理解が必要だと思います。そして、互いの不安が増幅し合うことがあることを理解して、なるべく不安を緩和するように、自分たち自身で不安を緩和するように変わることが大切です。

強度の不安は思考力を奪います。私たちはこの時、相当おかしくなっていて、彼の足を揉むためなら、作り置き点滴だって何でもやっちゃうという、倫理観も飛んじゃうくらいクレイジーな状態になっていました。強度の不安に巻き込まれて思考力が奪われるようなことになってはいけないということチームで確認して、みんなで不安にならない努力をしていく目標を立てていく。それがとても大事だと思いました。

サルトルの哲学と看護

次に、ジャン＝ポール・サルトル（1905～1980年）の哲学についてお話しします。フランスの哲学者・作家で、哲学書だけでなく戯曲や小説、さまざまな分野の作品を執筆しました。社会問題に対しても積極的に発言する知識人と呼ばれる人でもありました。シモーヌ・ド・ボーヴォワールとの契約結婚も、新しい男女の関係として注目されたし、彼の哲学には、彼が生きた時代と彼自身の人生がものすごく反映しています。

特に彼の場合は第二次世界大戦で召集されて、捕虜として収容所体験をしています。戦地でも日記や手紙の執筆を続け、のちの作品に反映されました。だから、彼は戦争の哲学者と言われています。

私がサルトル哲学と出会ったのは、大学院に入ってみたものの、最初にやりたいと思っていた看護管理への思いを失ってしまい、そこから看護そのものについて探求したいという気持ちになったことが契機です。看護と看護師の関係、その人の看護を、ある人の看護が深く明らかにするような研究をしたいと考えたのです。

いろいろな本を読む中で出会ったのがサルトルでした。彼も伝記を書くことを一つのライフワークにしている、自分の哲学に沿った人の描き方をつくりたいという人でした。この方法論は未完なのですが、その方法を私なりにアレンジして、ある人の看護を明らかにしていくというのが、自分の博士論文のテーマでした。

サルトル哲学がなぜ私にヒットしたかということ、まず、サルトルの哲学・人間観が、ある人の選択というものに焦点を当てたものだからです。よく知られている言葉で、「選択はある意味で可能であるが、可能でないのは選ばないということである。たとえ選ばなくてもやはり選んでいるのだ、ということを知らねばならない」というのがありますが、臨床で働いている人には、感覚的に分かるのではないのでしょうか。

もう1つは、「負けるが勝ち」という、勝ち負けだけではなくて負けることの中に人間の味わいがある、負け方に人が出る。勝つことよりも負けるところに焦点を当てたことに、私はとても惹かれました。看護というのは、病を経て弱り亡くなっていく人と関わることが多いわけですから。そういう中で勝つということにこだわっていると、看護はうまくいかないように思います。勝ち方よりは負け方に価値をおいたものの見方が、患者さんを理解することにつながるのではないかという気持ちがありました。私の理解としては、人生は複雑で、正しく選べば勝つとは限らない、そして負けにも価値があるという人間観だと捉えています。

サルトルが表現する「人の死」

もう1つ、「運命を選べない哀れさ」を踏まえた寛容な人間観。サルトルは人の死について、こういう表現をしています。「毅然として処刑に対する心がまえをなし、絞首台の上で取り乱さないようにあらゆる配慮をめぐらしているひとりの死刑囚が、そうこうするうちに、スペイン風邪の流行によってぼっくり連れ去られる」、こういうのが人の死であると彼は書いています。

この文章を読んだ時、この人は本当に臨床というのが分かっている人だと思いました。臨床で使えると思ったのはこれを読んだ時でした。私たちは、より良く生きればより良く死ねると信じたいけれど、実際に私たちが現場で見ている人の死は、そうではない部分もあります。たくさん人を傷つけて邪悪な生き方をしてきた人が苦しみなくぼっくり亡くなるかと思えば、人を幸せに生きてきたような人がものすごく苦しんで亡くなって、苦しむ経過の中で人に当たり散らして、あの人は本当はあんな人なのねと言

われながら亡くなっていったりする。

いい人と言われてきた患者さんが、病で苦しんでおかしくなってしまった時に、その人の人格が本当は良くなかったんだと思うのは、私は嫌でした。

だから、一生懸命頑張って取り乱さないように心構えをしているのに、ぼっくり死んじゃうみたいな、備えようのない、前から来る敵ばかり考えていたら後ろから撃たれちゃうみたいなことが人間なのかな、と何となく思っていたことがサルトルの言葉によって全部整理されたという感じがありました。

こんな言葉もありました。収容所での体験で、「多くの人間と一緒に便所を使っていると、エリートというのは消えるもんだね。あれは観念論が消えてしまう見事な例だ」。私たちが下の世話をしている、そこから学ぶこと、形成される人間観ってありますよね。そういうことをこの人は分かっているという感じがすごくあって、哲学の論理としては雑だし、サルトルが大嫌いな人も多いので、博論も1回落ちてしまったのですが、私はこのサルトルという人は、いい加減で女たらしでどうにもならない人だけれど、人間に対してとても優しい感じがして、この人の人間観でものを見ていくのは一つの手がかりになるのではないかと思いました。

臨床は選択の連続

臨床は本当に選択の連続です。呼吸状態の悪い患者さんの痰が絡んでいるときに吸引するかしないかということ、最近あまり吸引しない方がいいと言われていますが、私が若い頃は、痰がらみはナースの恥みたいな文化があったので、とことん取って、腫瘍からもすごい出血を起こして亡くなってしまったという体験もしました。だから、「やるか・やらないか」で悩む。体位変換した拍子に亡くなったという経験もあります。

また、患者さんから罵倒された時に、言い返すか、黙るのか。患者さんの例ではありませんが、勤務表の休み希望が重なった時に、どうやって休む人を決めるか、その患者さんをどのような人として見るかなど、「選択」に、その人がものすごく表れると思います。例えば勤務表の休み希望が重なった時の決め方など。

私はこういう時、ジャンケンで決めてもらいま

図表 〈臨床における選択の特徴〉

- 予後が不確定な中で、緊急性のある選択がしばしば求められる
- しばしば命に関わる極限の状況で、理性的な判断が求められる
- 高い倫理性が求められ、倫理的葛藤が生じやすい
- 誰もが望む最高の状態（例：すっきり治り再発しない）は、たいていの場合、選択肢として与えられていない
- 経済原理が働かないので、優先度がつけにくい
- しばしば、強く感情が揺さぶられる

す。事情を聞け、真面目にやれと怒られたこともありますが、基本ジャンケン。事情については聞かない。年末年始や家族のいる人だけがずっと休んでいて、独身の人がずっと仕事をしてしまうとといったことがあった時、事情を聞いたらうまくいかないと思ったので、ジャンケンで決めてもらったことがありました。

ジャンケンで決めるというのは、みんな平等ということですよ。グーで負けたらグーを出した自分を恨んでねということですよ。いい加減と怒られても私は、そこは構わない。分かってくれとは思わない。でも、本当にシングルの人がずっと夜勤をやってくれていて、でも、もう今年は嫌だとなった時に、みんなでジャンケンしてもらうことにしました。結局、シングルの人が、あと1年だけと言ってやってくれたのですが。

その時に、彼女はいつも家族のある人だけが優先されて、自分だけが話を聞いてもらえないという気持ちを持っていた。甲乙つけない態度をとったことで、彼女は折れてくれた。だから、選ばないことも一つの選び方だし、能動的に選ぶこともあれば、選ばないことを選ぶこともあるということです。

臨床においては選択というのはとても重要です。臨床における選択の特徴を6つ書きました（図表）。消去法が多いところが一番のポイントかなと思います。病状が進めば進むほど、患者さんにとっては選びたい選択肢が少なくなっていく。私たちも、患者さんにスッキリ治ってほしいけれど、それが許されない場面で、消去法で選ばなければならないことは、とても多いと思います。だから、どこまで割り切れるかということも重要かなと思っています。

寛容な人間観を持つ

2つ目は、「運命を選べない哀れさ」を踏まえた

寛容な人間観についてです。試される状況に置かれた不運ということですよ。

立派で尊敬されていた人が認知症になって、女性ヘルパーを全裸で追いかけてしまったとか、穏やかで優しい人ががんになって、苦しさから周囲に当たり散らしたとか。優しい先輩だと思っていたのに、すごく忙しくなったらすごく嫌なやつだったとか。

その時に、この人は、本当は嫌な人だと思ってしまうか、こんなに忙しい状況になって、お互い嫌なもの・余分なものを見なければならなくなったと思うか。私は、お互いかわいそうだと思う方が気持ちは楽です。

もう1つは、そのような人間に生まれた不幸というものもありますよね。私は、患者さんに対しては自業自得という言い方は絶対にしません。不摂生で病気になったように見える人でも、そんな風に生まれてしまった不幸、不運と考えます。ギャンブル依存で破産してしまって生活保護を受けているけれど、ギャンブルがやめられないとかね。もちろん、肉親が怒るのは当然です。でも、患者さんとして関わる時に、そんな人間に生まれてしまった不幸という考えをちょっと持ってあげると、関わる辛さが少し和らぐように思います。

この、「試される状況」ということと言えば、新型コロナの状況など、まさしくそうですね。私は今も訪問看護の仕事を普通に行っています。マスクをつけて。私自身はコロナの患者さんを診る機会はありませんが、その代わりコロナのステイホームで具合が悪くなったアルコール依存の患者さんが亡くなったというような例をいっぱい見えています。

こんな状況でなければ、断酒会などに行ってなんとか生き延びたかなという人が、給付金の10万円を全部酒にして飲んで死んでしまったり。こんなこと、体制的な人には言えませんよね。「だから、現金給付は悪い」と言われてしまうから。それでも、私は給付金には賛成です。それで助かった人も大勢いますから。

ただ、アルコールの状況は本当に厳しいです。相談もものすごく増えています。この先、アルコールの問題はかなり深刻になるということ、社会が理解しておいた方がいいと思います。まさに新型コロナに私たちは試されている。そういう風に、みんな大変だ、こんな状況におかれて大変だという気持ちを持てる方が、看護的だなと思うのです。人をすぐ

く責めたりするよりは。

看護師を続ける力になったこと

最後に、私が看護師を続けるうえで力になったことを紹介します。人を許そうとする思考、目の前の現象だけに反応せず考える。それによって人に悪意をもたずにすむ。思考が楽になる。

自分はこういう自分でありたいという姿に向かって知識を得ていくこと。そして、肯定的な評価をくれる上司、先輩との出会い。加えて、「覚悟」もこの仕事には必要だと思います。さらに、社会的地位の向上は目指しつつ、それがどうであっても私はこの仕事で働いていくという、ある種の開き直り。そういうものがあるから続けてこられたのだと思います。

嫌なことは嫌々やろうと思っています。この仕事は、心の底から納得できることばかりではありません。大きな話としては、診療報酬の枠の中で私たちも動かなければいけない。問題提起はしながらも、その枠内で働くしかありません。私も管理者をやっていた時は、入院期間の短縮ばかり言うなど言う気持ちはあっても、患者さんには退院を促していました。そういう時に私は、自己を正当化しない態度を選んでいました。自分のプライドに照らしてすごく嫌なことだけれど、それをよきこととして自己欺瞞を貫徹してしまうよりは、自分は嫌なことをやっているという意識をちゃんともっていきることが、良心的であり倫理的ではないかと思いました。

労働組合に集う皆さんは、そうした問題意識はきちんと持っている方たちだと思います。けれど、それ故に自分を追い込んで続かなくなってしまうとしたら、それこそ残念です。ですから、「おかしい」「変だ」と思いながらも、嫌なことは嫌々、最低限やるしかない。そのときに問題意識を持ち続けて諦めないことが大事だと思います。

労働組合は冬の時代と言われています。でも、労働組合があってこそ守られるものがあるということに気づく人が、少しずつ増えているとも感じます。是非、みなさん一人ひとりがこの仕事を長く続けて、息の長い活動を続けてください。私もできることを応援したいと思います。

ご清聴、ありがとうございました。

誰もが「生まれてきてよかった」と思えるように 一手をつなぎ、みんなで子育てしていこう



くままる
熊丸 みつ子
こ
幼児教育専門家

皆さん、こんにちは。まず、横の方と「こんにちは」「こんばんは」とご挨拶をしてください。挨拶が済みましたか？ では、横の方が素敵に見えた方は手をあげましょう。なぜ、私がこんなことをするのかというと、大人でもうれしいですよね？笑顔って。精神安定剤だと思いませんか？

笑顔は最高の精神安定剤

子どもたちも、何が一番好きかといえば、それは、大人たちの笑顔だと思います。こうお話ししていたら、あるママに、「先生、本当に私の笑顔が好きですか？ だって私、毎日ギャーギャー言っています。パパの方が優しいです」と言われました。でも、どんなにギャーギャー言っても、やっぱり子どもたちはママの笑顔が1番好き。間違いありません。パパは2番、3番がおばあちゃん、4番が先生かな？ 最後、5番目がおじいちゃんでしょうか？（笑）。

全国のママや保育士さんたちはこう言います。「先生、笑顔が大事って分かっています。だから、毎日出したいと思っています。でも、出ません」。「朝から晩までギャーギャー言っている自分がある」「落ち込みます。そして子どもにいつも謝ります」。「いつ謝るの？」と聞くと、「子どもが動か

ない時。寝ている時」ですって（笑）。「明日は絶対優しくなる」と決意するけれど、次の日は元に戻っている。

子どものやることに無駄はない

それでいいんです。ギャーギャー言わない親や先生はいません。小学1年の子どもたちに、「先生が君たちを1番かわいいと思う時はいつだと思う？」と聞いてみたら、「じっとしている時」「椅子に座っている時」「100点とった時」「給食全部食べた時」。もちろん、そういう時もうかわいいですね。「でも、先生たちが君たちをもっとかわいいと思うときがあるの。それは、君たちが帰る時よ」と教えてあげました（笑）。「ごめんね、ガミガミ言って。明日は絶対優しくなる」と先生たちも決意する。でも、次の日は元に戻ってしまう。先生たちも人間ですから。ギャーギャー言いたくなります。

そして皆さん、ギャーギャー言うだけでなく、イライラしますよね。私はイライラするママ・パパや先生を見ると、安心するんです。それは、目の前にイライラさせる子どもがいるということだからです。生きる土台を身につける時、彼らは大人をイライラさせます。イライラする大人たちも、させる子どもたちも順調です。

何でイライラし、ギャーギャー言いたくなるのかといえば、言うことを聞かないから。思い通りにならないから。大人は、自分の思い通りになる子が大好きです。でも、現実とは違えますね。「こっちはなさい」「いや」。「座んなさい」、立ちます。「立ちなさい」、座る。「寝なさい」、起きている。「起きなさい」、寝ている。「食べなさい」、こぼす。「走っちゃダメ」、走る。「泣いちゃダメ」、泣く…。これが子どもたちです。

なぜ、子どもたちが悪いか、分かりますか。子どもたちは分かっているのです。この子ども時代、彼

らは手間暇かけて育てられることの大切さを知っている。この時期、手間暇かけて大切に育てられた子は、自分も人も大切にできる。この時期、粗末に育てられた子は、自分も人も粗末にすることを…。

いけないことをするから、叱って「いけない」と教えられる。いいことをしたら、ほめて「いいこと」を伝えられる。じっとしている子には、何にも教え伝えられません。例えば、自分の子が周りの子に噛み付いたら、「噛んではダメ」と教えますよね。人の物を盗ったら、盗ってはいけないこと、順番を待つことや我慢することを教えます。人を叩いたら、「叩いてはいけない」と教えます。こうやって子どもたちは叱られ、してはいけないことを学び、ほめてもらうことで、「いいこと」を学んでいく。

手がかかった分だけ、子どもは素敵に成長します。子どものやることに無駄はない、10手のかかる子は、10の生きる力を身につける。すべて生きる力につながるのです。だから、私たち大人はイライラする。それは、子どももママ・パパや先生たちも順調な証拠です。子どもたちを叱って、ほめて、伝え、愛していく、これしかないと思っと思っています。きっと分かる時がきます。

ただ、子どもたちは1回言っても分かりません。でも、こちらは1回言ったら分かってほしい。だから毎日、子どもたちにこう言っていますか？「何回言ったら分かるの？」「昨日言ったこと忘れたの？」と。でも、くり返しくり返し伝えていくしかないのです。「母さんの気持ちが分からないの？」、分かりません、親になっていないんですから。でも、いつか分かる。

ですから、お母さんも先生たちも自信をもってギャーギャー言って大丈夫ですよ。だって子どもたちは、本能のままのみなさんのギャーギャーは聞いていないと思っっていますから（笑）。子どもたちは分かっています。自分を本当に愛して言ってくれているのかどうか、ちゃんと見抜きます。

最初の仕事は「泣く」こと

講演などで全国を回っていますが、いろいろな子どもたちがいます。貧困など厳しい状況に置かれた子、幸せな子ばかりではありません。でも、みんな

な、産まれてくるときは一緒です。彼らはみんな、「母さん、父さん、幸せになるね」って、親を信じ、大人や社会・地域を信じて産まれてきたのではないのでしょうか。

だから彼らは、産まれたその瞬間から頑張りました。まず、泣きました。お腹が空いた、オムツが濡れた、寂しい、と。彼らは、泣いた数だけ幸せになることを分かっている。泣いた数だけ親や大人が来てくれることを。そうやって人を信じる基礎をつかっていくのではないのでしょうか。信頼関係の土台です。

この時に虐待を受けたり、親や大人たちに関わってもらってない子は、いくつになっても人を信じることができないのではないのでしょうか。10泣く子は10幸せになる。20泣く子は20幸せになる。そのことを子どもたちは、本能的に知っている。私は、そう思います。だから泣くんですよ。ステキですね。

「抱かれる」のも子どもの仕事

親たちは、わが子が泣けばそこに行き、抱っこしますね。「抱き癖がつく」と言われる方もいますが、そんなことはないと思っっています。逆に、今、抱かれる量の少ない子の方が心配です。

これが子どもの2番目の仕事です。抱かれて安定する。これが足りないと、いくつになっても抱かれようとする。

例えば下に赤ちゃんが産まれると、上の子の様子が変わります。下の子におっぱいを飲ませていると、まとわりつく。上の子は言いたいのです。「ママ！ボクね、下がいなかったらもっとベタベタしたいよ。今しないと次の成長の階段にいけないから、ベタベタするね。ママのこと大好きだから！」。親は余裕がないから「あっち行って！」。ベタベタしても、はがされる。でも、子どもは親を恨まない。次のことを考えます。子どもって常に未来を見ているんです。素敵ですね。「肩はダメか、じゃあ腰だ」「腰もダメか、じゃあ夜だ」。ところが夜もダメ。「じゃあ仕方がない、保育園で先生に抱っこしてもらおうか」「先生、ボクね、ママやパパにベタベタしたいんだ。でもママ余裕がないから、次に大好きな先生にベタベタするね」。だから、親だけではなく、いろいろな人に関わってもらうことが大切な

のです。抱き癖なんて絶対につきません。抱いてあげてください。この時期の子どもは、抱かれることで安心し、人としての土台をつくっていくのです。

今、全国を回ると、「今の子どもたち、抱かれていませんよね。親に余裕がないんでしょうか」と言われますが、そのお母さんだって抱きたいのだと思います。でも、余裕がない。あるいは、自分が抱かれていなかったら、抱くという行為ができない。

ですから、「何で抱かないの？ お母さん、抱いてあげなさい」と言うだけではダメ。私たちは親の代わりはできませんが、足りないところを補ってあげることはできます。子どもは、お母さん、お父さんがダメだったら、先生、じいちゃん、ばあちゃん、いろんな人に抱かれようとする。だから、抱いてあげればいいんです。満たされれば離れていくのですから…。

小学1年生でも「抱っこ」

私、自宅でピアノ教室をやっています。うちに来ていた子で、小学1年生でベタベタを“もらいに来た”子がいました。その子が2歳の時に下の子が生まれて、病弱でお母さんがつききりになり、その子はおばあさんが面倒を見ていました。おばあさんは私に、「手がかからないしベタベタしないし、聞き分けがいい」と自慢していましたが、私は、「この子は必死で我慢しているな」と思っていました。

そうしたら、小学1年でパッと降りてきた。「見て見て」がすごいんです。2歳児と一緒に物を投げて、いやいやが始まって、お母さんの後ろを追いかけ回る。それまでいい子だったので、お母さんはパニックになりました。それで、うちのピアノ教室に来ました。初日、「おいで」「いや」。「ピアノ弾こうね」「死んでも弾くか」。お母さんが下の子を連れて来ると暴れることに気づいたので、「お母さん、悪いけど来週は下の子を置いて1人で迎えてに来て」と頼みました。次の週、お母さんは1人で迎えに来ました。その時のことが、私は今でも忘れられません。その子はお母さんにこう言いました。「抱っこ」。

お母さんはカーッと「おかしい、笑われる」と言うので、「笑いません。抱っこしてやって」とお願いしました。彼はもう大きくて、お母さんは小

柄だから足が着いてしまう。そこで、おんぶしてもらいました。帰り、彼は振り返って手を振りました。彼は私に言いたかったんですね。「先生、見て。母さん、僕のこと忘れてない。僕のことを好きなんだよね」。本当にうれしそうでした。

この、おんぶ抱っこは3年間続きました。「お母さん、大丈夫。いつか終わるから、頑張っておんぶしてあげて」と言いました。お母さんは小学1年の終わりの春休み、おんぶしながら不服そうにこう言って帰りました。「先生、本当にいつか終わる時が来るんでしょうね」。来なかったらどうしようかと思いましたが、3年生の時に、彼はお母さんにこう言ったそうです。「母さん、熊丸先生みたいになって」と。お母さんは、「母さんは先生にはなれんよ。あんなにベラベラしゃべれん、ピアノも弾けん、歌も歌えん」と言ったら、「違う、僕の姿が見えなくなるまで手を振って」。私は彼らが帰る時に手を振ります。それが愛されていると思って、お母さんにも求めたんですね。お母さんは1週間、手を振りました。そうしたら、彼が「もういいよ」と言ったそうです。お母さんは「先生、1週間で許可が下りました」と言っていました（笑）。彼は5年生の時にピアノをやめましたが、彼が3年間かけて、2段目の抱かれて安定する成長の階段を踏みに帰ってきたのだと思います。その時、お母さん、お父さん、おばあちゃんだけではなく、私という大人がそこにいて、彼を支える一つを担ったということです。こういう大人がいた時、子どもは安心して帰って来れるのではないのでしょうか。

3つ目の仕事、それは「笑顔」

最初に泣いて、次に抱かれて安心した子どもたちは、3つ目の仕事をします。それは笑顔です。子どもたちは、あのかわいい表情で伝えているのです。

「母さん、父さん、私に笑顔をちょうだい。私は人間の土台をつくるから」「でもね、母さん、父さんの笑顔だけでは足りないんだ。だからおじちゃん、おばちゃん、おじいちゃん、おばあちゃん、先生、私に笑顔をちょうだい」…と。

だから、小さい子どもはあんなにかわいいんですよ。あの子たちは笑顔をもらうのが仕事です。私たち大人は、笑顔をあげるのが仕事。



北海道旭川どんぐり保育園

ただ、講演でまわっていると、「先生、今の子は笑顔が少ないですね」と言われます。「今の子はあいさつをしませんね」「今の子はいたわりがないですね」「言葉も少し遅いですね」とも。

いいえ、昔も今も子どもは変わりません。いつの時代も子どもたちは素敵です。変わったのはもらう量でしょうね。昔の子どもたちは物はなかったけれど、人がいました。今の子どもたちは物があふれているけれど、人との関わりが少ない。

人は人の中でしか育ちません。笑顔をもたらした子はちゃんと笑顔を出します。優しさをもらった子は優しさが出せる。あいさつをしない？それは大人があいさつをしないから。言葉が遅い？当たり前です。もらう量が少ないからです。

昔の子どもたちはもらう量が多かった。1人の子どもの周りに大勢の大人がいたからです。母さん、父さん、じいちゃん、ばあちゃん、小姑、兄弟。「おはよう」だって、昔の子どもは10もらったけれど、今の子は2しかもらえない。10のことばには、10の笑顔、やさしさ、生き方や価値観がついてきます。

今の子どもたちは人間力がないと言われますが、私はこの土台のことだと思っています。人と関わる中で人間力が育つのだと思います。だからこの時期、親だけではなく、いろいろな人に関わってもらうことが大切なのではないでしょうか。

じいちゃん、ばあちゃんと暮らすと、嫁姑の問題など大変なことがたくさんあります。でも、じいちゃん、ばあちゃんの存在はお金では買えない財産ですね。よく、「祖父母は孫を甘やかすからしつけにならない」と言う人もいますが、でも、それでいいんです。親は責任があるから、どうしても厳しくな

ります。じいちゃん、ばあちゃん、おじちゃん、おばちゃんは、いい意味での素敵な無責任さを持っている。その一つは「抜け道」です。優しさ。「あんた、また叱られたね。でも、ママはあんたのことが好きだから叱ったんだよ」「ごめんねって謝っておいで、あんたはいい子だもんね」。子どもには、この抜け道をもった大人が絶対に必要だと思います。今の子どもたちは抜け道がなくて、がんじがらめ。親は一生懸命育てたいし、子どもも親の期待に応えたい。だから、いい子を演じる。でも、本当の自分を見て、そして愛して欲しいと思っているのです。

この「抜け道」のためにも、横のつながりは必要です。だから、横の方、おじいちゃん、おばあちゃんは財産ですよ。

笑顔の次は「口」、そして「指」

笑顔をもたらした子どもたちは、身体の土台づくりをします。子どもたちはまず、口を使います。何でもかんでも口に入れます。これは、しゃべる準備をしているのです。口に入れて「食べる・食べられない」の勉強もしています。口に入れたら危ない時期は片付けないといけません、それも勉強ですね。いけないということを教えていけばいい。

口が終わったら、次は指です。例えば、トイレに行ったらトイレットペーパーを全部出します。穴があったら突っ込みます。紐があったら引っ張る。洗濯物も引き出しもバラバラ。パパがお財布を置いておくと、子どもがバラバラにします。皆さんのお子さんも、したことはありませんか？ その時、どうしますか？「だめ！だめ！」…と叱りますよね。それでいいと思います。

全国を回っていると、あるママが「先生、子どもってほめて育てるんですよね。叱ってはいけないんでしょう？」…と。ほめることはとても大事ですが、叱ることも大切だと思います。この時期の子どもたちは何が良いか悪いか分かりません。やってはいけないことを、叱ることで伝えていく。ほめることで良いことを伝えていく。

でも、ママ・パパだけではダメ。先生、おじいちゃん、おばあちゃん、いろいろな人に叱ってほめて伝えてもらう。1回では無理です。何度も何度もくり返しほめて、叱って、伝えていくことが大事です。

子どもたちは大人たちに伝えたいでしょうね。

「指先を使うと前頭葉が発達するよ。前頭葉が発達すると頭のいい子になるんだよ。それはテストの点がいい子のことではないんだよ。本当に頭のいい子は、ボールが飛んで来たら避ける。転んだら手が出る。見通しをもつ。自分の考えを持ち行動する。これが本当に頭のいい子なんだよ！」…と。

指の次は「足」

さあ、指が終わったらどこを使うでしょう。次は足です。とにかくチョロチョロします。保育園の子たち、2歳からとにかく動きますね。走ったり飛んだりしています。このチョロチョロは、小学4年までは続くでしょう（笑）。5年生で少し落ち着きますが、中1でもまだ動いています。個人差はありますが、中2で落ち着きますね（笑）。

チョロチョロが出たから、落ち着きがあるんですよ。保育園の子どもたちを広い所で遊ばせると、必ず走ります。1周目は時計の反対回り、高いところは必ず登る、登ったら必ず飛び降りる、狭いところは入る、紐があったら引っ張る、カーテンがあったら中に入ってクルクル回る。これが子どもたちの仕事です。

私は親子遊びにもよく呼ばれますが、子どもが1分遊んだら、私には、ママ、この子、第一子ね。第二子、第三子、すぐ分かります。第一子のママは、ケガをさせたらいけない、物を壊したらいけない、叩いたらいけない、だから子どもにつきまといまいます。第三子のママたちは、目しか使いません。目だけで子どもを制する力を持っている。それが子育ての力です。第一子のママと1年目の先生は同じ動きをします。第二子と10年目の先生が同じ。第三子と20年目の先生が一緒、という感じでしょうか（笑）。

信頼している大人の真似をする

ゼロ歳・1歳は人間の土台をつくる時期。泣いて、抱かれて、笑顔をもらって土台をつくっていく。私はこれを子どもの土台づくりの三原則と呼んでいます。次に2～9歳。チョロチョロの時期で

す。これが一生を決める一番大事な時期です。生きる価値観、しつけ、生き方、性格、それはここで学び、身につけていきます。何を目安に？ 簡単です。子どもたちは、身近にいる信頼している大人の真似をして学んでいきます。母さん、父さん、先生、おじいちゃん、おばあちゃん…などなど。

先日、ある保育園に呼ばれた際、指先を使わせたかと思って、5歳児に刺繍用の太い針で縫わせました。その時、ひいばあちゃんの真似をした5歳の女の子がいました。針の先で頭を掻いて、髪の毛の油をつけているんです。びっくりしました（笑）。

4歳の男の子が、折り紙を配るときに唾をつけたのを見たこともあります。あれは、じいちゃんの真似じゃないかしら。テーブルを拭かせると、親や先生のやり方をそのまま真似ていますね。先生の言い方や仕草も、全部真似します。だって、先生のごことが大好きだから。お父さん、お母さんのことも大好き。だから真似をします。

しつけの基礎は家庭です。でも、本当のしつけは、関わったすべての大人たちが叱って、ほめて伝えていく、これが本当のしつけではないかと思えます。

保育園での講演会で、あるお母さんから質問がありました。「うちの子、いつも保育園の先生に叱られます。私の子育てが間違っているんですか」。ママ・パパは、自分の子が注意を受けると、自分の子育てが間違っているのではないかと落ち込み、悩みます。「私が悪いんじゃない、先生のやり方が悪い」と思っている人もいます。私は質問したお母さんに、こう言いました。「ありがたいわね、叱ってもらおう。ほめてもらおう」。子どもたちは、親の見えていないところでいろいろなことをやります。その時に叱ってくれるのは、ありがたい。ほめてくれるのも、ありがたい。だから私たちも、横の子を叱ってほめて伝えていけるような環境をつくっていかねばいけないと思えます。

この時期、親や保育園・学校だけでは無理です。そこに地域がなければ。この3つが一緒になって子どもたちをみていくことが今、とても大切なのだと思えます。私が「地域のおばちゃんやおじちゃんは財産よ」と話したら、あるママは、「そうは言っても、私、地域のおばちゃんやおじちゃんが怖いんです」と言いました。「向こうもそう思っているわよ」（笑）「じゃあ先生、仲良くするにはどうした

「いいんですか？」と聞くから、こう言いました。「もし、地域の行事があったら、その行事に出なさい。おじちゃん、おばちゃん、名前を覚えてくれる。で、言葉をかけてくれる。そしていつも見てくれる。そういう関係をつくってあげばいいのよ」。そして、「あなたもいつかそうすればいいんだからね」という話をしました。

完璧な親である必要はない

子どもが身近な大人の真似をするという話をしたところ、あるママから、「だったら私は、立派で完璧な親にならなければいけない。どうしたらいいのですか」と質問されました。知っていますか？子どもたちは立派で完璧な親や保育士なんて求めていません。それは子どもにとって、とてもきつい。嫌われたくないから、子どもも無理をしていい子でいます。でも、「本当の私を見て」「いけない私を真剣に叱って」「叱った僕を愛して」と思っているんです。彼らが求めているのは、本当に自分を愛して大事に思い、関わってくれる親や保育士です。

親や保育士は、少し抜けていていい。抜けっぱなしはいけません（笑）。そこをママ・パパ、ばあちゃん、横の人に補って貰えばいいんです。そして、自分が余ったら今度はあげればいい。いつか恩返しをすればいいんです。

昔の親が立派？ いいえ、昔は地域があったから楽でした。今の親は自分だけで頑張ろうとしています。それはきついですよ。子育ては親だけでは無理です、今の若いママ・パパを見ていると、自分のことは自分でしなければいけない、弱音を吐いてはいけない、迷惑をかけてはいけない。そういう育て方をされたから、子育てもきついとか言えない。自分を責める。でも、それは違います。頼っていていい、助けてもらっていい子育ては、親だけでは無理。保育園、学校だけでも無理です。そこに地域がなければ、家庭と園と地域と手をつなぐ…。このことが大切なのだと私は思います。

「自分が嫌い」－思春期の子どもたち

大人の真似をして学んだ子どもたちは、次に思春

期を迎えます。大人と子どもの真ん中。私が今、心配しているのはこの思春期をクリアできていない子どもたちが増えてきたということです。土台ができていない子は思春期をクリアできないからです。

親に反抗する？ 当たり前です。自分の考えができたから反抗できる。モヤモヤする気持ちを調整しようとする。だから、親にぶつかったりする。それが思春期です。

今、講演で一番多いのが中学校です。講演の中で、「自分のこと、好き？」と聞くと、小学3年くらいから、ほとんどの子が自分のことを「嫌い」と答えます。

「何で自分のことが嫌いな？」と聞くと、ある子がこう言いました。「私は弱いんです。みんなは強いのに。こんな弱い自分が嫌いです」。ある子はこう言いました。「先生、みんなはできます。僕はできません。できない僕が嫌いです」。中3の子はこう言いました。「私、本当は悪い子なんです。学校でいい子を演じる自分が大嫌いです。人の顔色を見て行動する自分が許せません」。その子に「じゃあ、あなた、悩みがあったらどうするの？」と聞いたら、「誰にも言わない」って。「弱い自分を見せたくないから、親や先生には心配をかけたくないから」…と。

私はその子たちに言いました。「あなたたちは、まだ子どもなのよ。心配かけなさい。かけていいのよ。子どもなんだから。いつか恩返しすればいい」「強い君も、弱い君も、そのままの君が素敵なのよ」「悩みがあったら言っていいの。大人たちは君たちの何倍も生きてきたから、何倍も解決法を知っている。母さん、父さんに言えなかったら、じいちゃん、ばあちゃん、先生、おじちゃん、おばちゃん、誰かに言いなさい」「言うことはちっとも弱いことではないのよ」…と。

産まれてきたことが奇跡

そして、「もしお友達が死にたい、消えてしまいたいと言ったら止めて。絶対に死んではいけないって。君たちは、みんな幸せになるために生まれてきたのよ」と話しています。

「君たち、母さん、父さんに聞いたことがある？どこから産まれたか。どこから来たか」。お母さん

はお腹に赤ちゃんの卵を持っていて、お父さんは赤ちゃんの種を持っていること。その種と卵がくっくと赤ちゃんになるという話をします。中学生はこの辺からニヤニヤします。「君のお父さんはすごいね、君のために、約3億という精子を出した。その3億の精子はお母さんの400個の卵のうちの1個をめぐらして行くの」「その中の1個は残る。2億9,999万9,999の精子は死んでいった。1個残った、それが君よ。奇跡よ。だから、君たちはどんなことがあっても、犠牲になって消えていった2億9,999万9,999の精子のためにも頑張ってお母さんを大事にする、分かったわね」。

お母さんが子どもを産む時の大変さも話します。「昔は赤ちゃんを産んで命を落とすお母さんがたくさんいた。命に代えて子どもを産む。君のお母さんも、君を命に代えて産んだのは同じ。だから、親に『何で僕なんか産んだの』と言ってはいけない。親も、子どもに向かって『あんたなんか産まなきゃよかった』とは、絶対に言ってはいけない。君たちも頑張ったの、お母さんの体の産道から、必死になって産まれてきたの。きつかったよね」。

こういう話をしていたら、高校生が食ってかかってきました。「命に代えて子どもを産んだ？じゃあなんで、子どもを捨てるのか、虐待するのか」。私はその子に言ったんです。「君の言う通りよ。ただね、虐待をしたくてしているんじゃない。本当は子どもを愛したいの。でも愛せない。1人で子育てをして、誰にも相談できず虐待をしてしまうこともある。この時、相談する人や支えてくれる人がいたら虐待はないと思う。もう一つ、人は、もらったものしか出せないと私は思うの。抱かれたことのないお母さんは、抱くことはできない。自分が愛されなかったら、どうやって愛していいかわからない」「自分が大事、それが分かっていたら自分も子どもも愛せる。そういうことを、時間がかかっても私たち大人は、そのお母さん、お父さんを支え、伝えていかなければいけないと思っているよ」。

彼は泣きながらこう言ったんです。「俺は親に捨てられた、俺も子どもを捨てるんだろうが」と。「辛かったね。でも、置いていく方も辛かった。君は17年間親と離れた。でも君はこの17年間、親以外のたくさんの大人に愛してもらったよ。関わってもらったのよ。子どもはね、親だけではなくたくさんの大人に関わってもらって大きくなるのよ。心配な

い、君は素敵な大人になるよ」。彼はニコッと笑いました。

「産んでくれてありがとう」

講演後、たくさんの感想文が届きます。感想文で一番多いのは、「僕は自分の命を大事にします。なぜなら3億の中の1個だからです。消えていった2億9,999万9,999個の精子に悪いから」。神戸の中学生は、「うちには5人兄弟です。俺はおかんなんか大嫌い。でも、あの大嫌いなおかんも俺を産むとき、命に代えて産んだ。今日、家に帰ったら、おかんにありがとうと言おうかな」と書いていました。中3の女の子は、「私には母がいません。母は私を捨てました。何度死のうと思ったかわかりません。でも、先生は私をほめてくれました。笑顔がかわいって。今日から私は、母を恨みません。母は私を産む時、命にかえて産んでくれたから。頑張ります」と書いてくれました。

あるお母さんは、泣きながら私にこう聞きました。「私は離婚をして1人で子どもを育てています。どうやったら夫の分まで頑張れますか?」。私は、「2人分頑張るのことはないのよ。1人分頑張ればいい。足りない分はもらい、余っている分はあげて」「ママ・パパが揃っていたって、子どもの体のタンクの中の笑顔はいっぱいにならない。笑顔はいろんな人にもらっていっぱいになるんだから」と話しました。

周囲と自分を比べない

ある中学生に、「何のために勉強をするんですか」と聞かれました。「君は何のために勉強するのか」と聞いたら、「いい高校、大学に入るため」。「いい高校、大学というのは、君がそこを卒業した後に、本当に通ってよかったと思える学校のこと」「本当の勉強というのは、いい高校、大学に入るためにするんじゃない。君たちが大人になった時に、しっかり考え、何がいいか悪いかを判断し、行動する力を身につける。素敵な自分に出会う、それが本当の勉強よ」「学力はとても大事、でも学力より、もっと大事なものがある。それは人間力よ。優し

さ、いたわり、待つこと、我慢すること。そして笑顔…。人間力は学問では学ばれません。いろいろな人との関わりの中で学び、身につけていくのよ」。

ある子は、「勉強してもいい点数が取れません。失敗ばかり。僕なんかダメですよ」。私はこう言いました。「失敗は神様からのプレゼント。それがあから次がある。いろいろなことを経験する、それが自分の栄養になる」「横の人や周りとは比べない。比べる時は自分の半年前、1年前と比べなさい。ちゃんと成長している。そういう比べ方をして」「男らしく、女らしくじゃない。自分らしく自分の道を歩いてね」と子どもたちに伝えました。

信頼されているから煩わされる

こう聞かれたことがあります。「先生は何がきっかけで、僕たちにこういう話をするようになったんですか」。それは、厳しい状況の地域にある中学校でした。厳しい状況の子が多いから、家庭で親に出せず、学校で出す。大変な中学校でした。

校長先生は、「本当に申し訳ないのですが、うちの生徒たちは多分、話を聞かないと思います。目立つ子が6人ほどいる。その子たちは先生にヤジを飛ばし、脅し、逃げ回るでしょう。先生、どうぞ叱ってください」。入った瞬間、帰ろうかと思いました。真っすぐ並んでいない。横向いている子、円陣を組む子、走り回る子。

目立つと言っていた6人を探そうと思いましたが、そんな子がたくさんいるのです。が、入口に6人がいました。円陣を組んでいました。眉毛はないし、髪の色は変わっていました。彼らは、私が入って行った瞬間、「うわ〜っ!」と私を脅しました。びっくりして彼らをハッと見た瞬間、吹き出しました。顔がアンバランスなんです。マイクを持って、「ありがとうね。私、ビクビクして来たんだけど、あなたたちが『オッス』ってあいさつしてくれてうれしかったわ」と言ったら、彼らはほめられたと思ったのか、「イエ〜」と言っていました。

その中の1人が一生懸命、私の話を聞くんです。私ね、その子に言ったの「君、一生懸命に話を聞いてくれている。私、君に一生懸命話をするね」。彼はうれしかったみたいですが、ほめられたばかりに2時間ずっと正座をしていました。前にいてニコニ

コしている。「あんた、笑顔がいいね。15年間、母さん、父さんに笑顔をももらったのね」。彼は、「俺、親いねえ」。施設から来ている子でした。「君ね、笑顔をいっぱいもらったの。だから、笑顔がかわいいのよ」。その子、うれしそうでした。その子は、私に「先生! オレ、先生好きです!!」…と。

講演の帰り、6人のうちの2人が廊下で叱られているところを通りかかりました。横を通りながら、「さっきはありがとうね」。その2人は私に「はっ」と礼をしました。礼儀正しいでしょう。「体、気をつけて」「はっ」。「私、先に帰るね」と言ったら、「失礼します」…と。先生、うれしかったみたいです。2人の頭を持って「お前ら良かったな」。その2人、私にはお辞儀するのに、先生の手ははねのけて「うるせえ」とか言ってる。

あの子たちは分かっているんです。私には甘えられないけれど、先生には甘えられる。だから、私、後で先生に言ったんです。「先生、幸せね。あの子たちから100%信頼されている。だから、ああやって煩わしさをもらうんですよ」。煩わしさは信頼感の証です。そうしたら、若い先生でしたが、「熊丸先生、信頼されるっっちゃ、きついもんですなあ」と言っていました(笑)。

夜間高校の子どもたち

もう一つ、私、忘れられない高校があります。夜間高校で70人に話をしました。3年間不登校をくり返し、やっと居場所を見つけた子、いじめに遭っている子、虐待を受けている子、みんな自分を出せません。下を向いていました。きついですよ。90分間、1人でしゃべって1人で笑うんですから。

私、落ち込んで帰りました。教頭先生が追いかけてきて、「ありがとうございました。僕は今日、感動しました」って言うから、「何がですか」と聞いたら、「うちの生徒があんなに表情豊かに聞くとは」。あれで?と思いましたが、校長室でお茶を飲んでいたら、まず女の子が1人来ました。パーマでお化粧の子。ピャーッと入って来て、私に抱き着いてきて耳元でこう言いました。「バァリ感動」って。バァリって何?と思いましたが、「幸せになるから、イエィ!」って出て行きました。あっけにと

られました。教頭先生は、「あの子があんなに自分を出すなんてすごい」と言っていました。

次に男の子が2人来ました。もちろん眉毛はありません。「先生、握手してください」。彼は私にこう言いました。「先生、俺、今日心がきれいになりました。俺の人生のタンクの中に、先生の笑顔と優しさを全部入れました」。私も「ありがとね」と言って、こっちの子と握手しようとしたら、彼はもう泣いていました。私も泣きました。3人で泣きましたが、後ろで教頭先生も泣いていました。

私、2人にこう言ってあげたかったです。「素敵に生きていきなさい。自分らしく生きていきなさい」、最後に「幸せになりなさい」…と。子どもたちは幸せになる権利があります。私たち大人は子どもたちを幸せにする責任があると私は思います。

生きていればこそ

私は東北の被災地をよく回ります。震災があった年の12月にも呼ばれて行きました。震災の前から行っていたところで、ボランティアの方から電話がかかってきました。「お母さん方に『クリスマスプレゼント、何がいいですか』って聞いたら、あるお母さんが『熊丸先生を呼んでください』って言うんです。先生、来てくれませんか」と言うので、私が指導している合唱団も連れて、行きました。

その時に会ったお母さんは、お子さんを亡くされていて、声をかけることができませんでした。3年前、同じ場所に講演に行きました。そこにそのお母さんが来ていました。元気になっていて、講演の後、私にこう言いました。「先生、全国を回ったら、お母さん、お父さん、先生方に言ってください。悩める幸せ、抱ける幸せ、追いかけて回れる幸せ、イライラできる幸せ。それは子どもがそこにいるからできる。いなくなったらそれができないということを」「私は子どもが元気で生きている時、もっと速く走れ、もっと高く飛べと思った。そんなことは、どうでもいい、生きてさえいれば。うちの子はもういない。そして、あの何気ない生活がどんなに幸せか、失くして分かるんですよ」。

そのお母さんの横に、年配の方がいて、こう言いました。「実はうちの息子も津波でもっていかれて、息子とはまだ会っていないの」。遺体が見つか



東京病院なかよし保育園

らないんですね。「うちの息子はよくしゃべる子で、本当にうるさかった。でも今は、あのうるさい息子の声が聞きたい。でも、聞けない。電話をかけたくても天国に電話はないもんね」と。

コロナ禍で感じたこと

私はこのコロナ禍で、あのお母さんの言葉が蘇ってきました。このコロナ禍で同じことを感じました。生きている、このことがどんなに幸せなことか…。あの何気ない普段の生活がどんなに幸せかと痛感しました。

もし、今、皆さんが子どものことで悩んでいたら、それは子どもを愛しているから、大事に思っているからです。愛していなければ悩みなんかありません。そして、その悩みを1人で解決しないで、誰かに話す。それは、ダメなことでも、弱いことでもない。それが大事ではないでしょうか。1人では無理です。いろいろな人が手をつなぐことが大事ですよ。

院内保育所で頑張っている皆さんは、看護師や医師の皆さんを支えました。これは、日本のみんなを支えてくれたことになるんです。だから、足りないものは足りないと言っているのではないのでしょうか。助けてと言っているのではないのでしょうか。強い私がいいのではなくて、弱い私も素敵だ。そのことを子どもに伝えていってほしいと思います。そして、生きていければいい、生きていてほしい。

手をつないで、みんなで幸せになろう

私は子どもたちにこう話しています。「今日、いろいろなことを言ったよね。難しいことも言った。分からないこと、あってもいい。いつか分かる。でも、3つだけ覚えておいて。1つ、何かあったら誰かに話しなさい。2つ目、自分を大事にしなさい。3つ目、絶対に死んではいけません。この3つを覚えておきなさい。あなたたちは幸せになるために生まれてきたんだからね。その権利がある、そのことを覚えておきなさい」。

どうぞみなさん、周りの子どもたち、我が子たち、幸せになるためにどうしたらいいのか、それを真剣に考えていきましょう。そして、手をつないでいく。子どもに害を及ぼすものがあったら手をつないで、ダメだと声を上げていく。嫌なことは嫌、ダメなことはダメ、はっきり断る。それも大事ですよ。

私は年間多くの講演をこなしています。中学生から聞かれました。「疲れませんか。なぜ、そんなに頑張るんですか？」と。それは、全国を回ると、こんな子どもがいるのです。「生まれてこなければよかった」。つらい言葉です。すべての子どもが、生まれてきて良かったと思ってほしい。「こんな子、産まなければよかった」という親の言葉も、つらい。すべての親に、この子を産んで良かったと思ってほしい。

そして、「君たちが大人になった時に、自分も人も大事にできる人になってほしい。何が良いか悪いかしっかり判断し、行動できる、そんな人になってほしい。だから、私もお母さん、お父さんも先生たちも、君たちに関わっているの、そのことを忘れないでね」…と答えました。。

ある中学生が、こう言いました。「先生、今の大人は卑怯だと思います」「何が?」「大人は嘘を言っただけじゃないと言うけれど、大人は平気で嘘を言います。何かあったら素直に謝れと言うけれど、大人も親も先生も謝りません。それって、卑怯だと思います」。私は彼に、「君の言う通り。大人こそ嘘を言っただけじゃないし、謝らなければいけない。君たちは大人の真似をして学んでいくんだもんね」。

今の子は笑顔がない。それは、大人が笑顔をあげ

ていないから。今の子どもは挨拶をしない。大人がしていませんもの。今の子は優しさが無い。大人が伝えていませんから。子どもたちは、大人の真似をし学んでいくのですから。私たち大人がどう生きていくのか、これが今、問われているのではないのでしょうか。女らしくでも男らしくでもなく、自分らしく生きていく。そして、そのことを子どもたちに伝えていくべきではないのでしょうか。

コロナ禍の中で唯一、良かったと思うことは、大人の本物の優しさを子どもたちが感じ取ったことです。自分は大変、でも、大変なお母さんやお父さん、子どもたちを助けていこう。レストランのオーナーが、自分たちも厳しいのに無料で食事を配る。マスクを医療関係の方にあげましょう、助けましょう。こういう感謝や思いやりの気持ちが全国に沸々と生まれてきた。これは本当にうれしかったですね。

ただ、私はもっともっと、大人たちが真剣に歩いていく姿を子どもに見せるべきだと思っています。そういう思いで、私たちはできることをやっていきましょう。そして、子どものやることに無駄はないということのを頭の片隅に入れて、今ここにいる幸せを感じながら、子育てや保育をしてほしいと思います。

合言葉、「イライラしたら私も子どもも順調だ」と思って。叱って、ほめて、伝えて、関わり、愛していきましょう。いろいろな人の力を借りながら、またあげながら「この子を産んでよかった。うちの子でよかった」、それがあれば大丈夫です。自分らしく子育てしていきましょう。

子育ても活動も仕事も、やることは決まっています。だったら楽しんだほうがいいですよ。皆さんも幸せになる権利があります。そのことを忘れないで。皆さんも、お母さんが命に代えて産んだ命です。そのことを子どもたちに伝えていきましょう。⑩の力をもった1人の大人が子どもに関わるより①の力をもった10人の大人が子どもに関わる…。このことの方が子どもたちは幸せに豊かになるのではないのでしょうか。①の力を出し合っていきましょう。家庭と園と地域と力を合わせ、手をつないでいきましょう。子どもたちは幸せになる権利があります。そして、私たち大人は子どもを幸せにする責任があります。その責任を果たしていきましょう。できることをできることから…。ありがとうございました。

日本医労連「2020年秋・退勤時間調査」結果の概要

日本医療労働組合連合会 2021年3月

日本医労連は2020年秋、長時間労働の是正・不払い残業の根絶を目的に全国一斉退勤時間調査に取り組みました。2019年4月から改正労働基準法で時間外労働時間の上限規制が始まり「働き方改革」が叫ばれ、各職場でも改善していることが期待できる情勢の中での実施となりました。

しかし、調査結果では、始業時間前残業が大幅に増加している実態が明らかになりました。日常的に労働時間に対する意識が向いた結果ともいえますが、依然として医療・介護現場では長時間労働や不払い残業が蔓延まんえんしています。働き続けられる労働環境づくりのためにも、是正が強く求められます。

- 実施時期 2020年9月から2021年1月末までの5カ月間(10月を取り組み集中月間に設定)
- 調査対象 加盟組合の組合員、職場の労働者
- 集約数 12,556人(57単組支部、昨年68単組支部・11,307人)

調査結果の特徴

1) 4人に3人が、所定労働時間を超えて仕事、うち半数をこえる人が始業前も就業後も働いている。

調査を行った日に時間外労働をした人は9,995人で全体の79.6%。そのうち5,394人が始業時間前から仕事し就業時間を超えても仕事が終わらないという状況。決められた所定労働時間では1日の仕事が終わらず、増員が決定的に必要である。

2) 看護師79.0%、医師60.4%、リハビリ技師の65.2%が始業時間前から勤務につき業務している。始業前残業は若年層ほど顕著。

始業時間前に業務した人は全体の64.7%。看護師の約8割、医師・リハビリ技師の約6割が始業前に業務している。年代別にみると24歳以下76.3%、25

～29歳68.8%、30代64.2%、40代64.2%、50代以上59.2%と全世代とも昨年より増加しており、特に若年層ほど多い傾向がある。看護師の場合24歳以下86.6%、25～29歳の85.1%、30歳代79.7%、40歳代77.1%、50歳代以上71.5%と、「働き方改革」の影響もあり昨年と比較すると、若年層が減少しているものの顕著である傾向は変わらない。

3) 就業後の時間外労働は、全体の55.4%におよび、看護師、リハビリ技師、医師の約7割が残業している。

就業時間後に業務した人は、全体の55.4%。看護師64.6%、医師64.0%とリハビリ技師69.5%となっている。残業時間数では60分以上が25.6%に達し、3時間以上(180分以上)では275人・2.2%いた。

4) 残業代を「全額請求している」のは、始業前残業で11.9%、就業後残業で43.4%程度にすぎない。

残業代をまったく請求していない人の割合は「始業前」で81.2%と8割以上がまともに請求していない。「就業後」で24.5%となっている。

5) 残業代を請求しない理由のトップは「請求できない雰囲気」25.9%。請求できない傾向は、特に若年層(20～30歳代)に強く表れている。

残業代を請求していない理由として全体の約3割が「請求できない雰囲気がある」と答えている。その傾向は若年層ほど強く、40代は24.1%に対し「24歳以下」35.2%、「25歳～29歳」34.1%と3割以上となっている。

6) 残業代不払いが違法だと「知らない」が12.1%。年齢別では24歳以下が20.6%と依然として高い。

残業代の不払いが「法律違反」と認識していない人は、全体の1割強となっている。特に24歳以下で

は20.6%と2割を超えている。「始業前」も「就業後」も両方請求していない人を抽出してみると、12.4%が「請求できずと思わなかった」と答え、不払いが「違法」と知らない割合は昨年14.4%に対し15.2%と若干増加した。「働き方改革」という言葉がメディアで騒がれる中、労働者の権利意識・知識、権利行使については若干意識が向いている傾向にあるが、さらに啓蒙活動を強める必要がある。

7) 1人あたりの不払い残業代は平均6万3,000円を超える。

不払い残業代の平均額は、少なく見積もっても1人当たり月63,681円。休憩未取得を加味すれば月75,934円となる。

8) 残業解消には、例えば1病棟(30人)で、4人程度の増員が必要である。

残業時間解消のために必要な増員数は、例えば看護師30人配置の病棟では約4人の増員が必要と試算される。

調査結果の概要

※ () は昨年の数値

1) 職種

回答者の職種は、「看護職員」が47.2%で最も多く、「その他」19.3%を除けば「医療技術職(リハ以外)」12.8%、「介護職」10.4%、「リハ」9.3%、「医師」0.9%の順となっています。

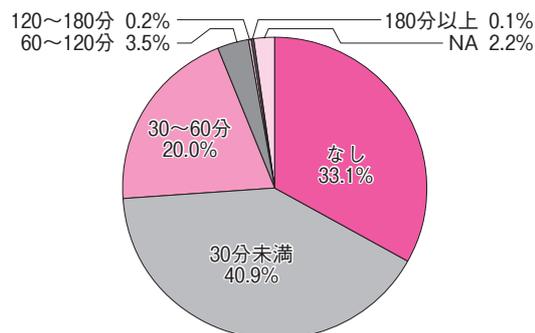
2) 年齢

回答者の年齢分布は、「40歳代」25.8%で最も多く、「30歳代」が25.6%、「50歳以上」22.3%、「25~29歳」15.4%、「24歳以下」10.7%の順となっています。

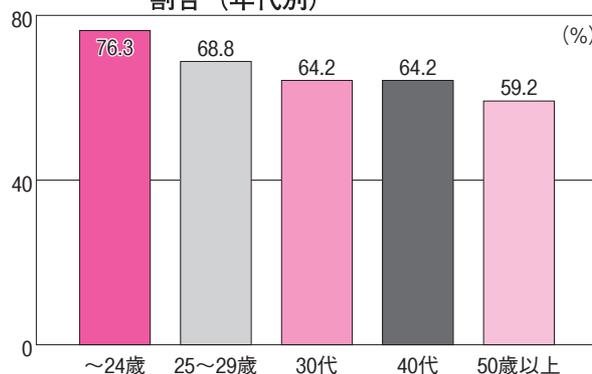
3) 今日の勤務はなんでしたか?

夕方の時間帯に調査を行った施設が多かったため「日勤」が77.9%と圧倒的に多く、「その他」11.8%、「遅出日勤」4.7%、「早出日勤」5.1%でした。職種別でも、「医師」の87.4%、「看護職員」の76.0%が「日勤」であり、長時間勤務の原因にもなっている夜間勤務明けの残業実態は、残念ながらほとんど反映されていません。

図表1 始業時前の残業時間



図表2 始業時間前の時間外労働「ある」の割合(年代別)



4) 今日の始業前時間外労働はどの位でしたか?

「なし」の回答は33.1%であり、昨年調査と比較して9.5%減少し、回答者の6割が始業時間前に出勤して仕事を始めている実態です。始業前時間外労働時間は、「30分未満」40.9%、「30分~60分」20.0%のほか、「60分以上」が3.9%、「60分~120分」3.5%、「120分~180分」0.2%、「180分以上」0.1%も存在しています(図表1)。

職種別で始業前時間外労働を実施している割合は、「医師」60.4%、「リハ」65.2%、「介護職」52.9%、「医療技術職(リハ以外)」52.5%、「その他」46.6%と、昨年と比較すると著しく増加しています。「看護職員」は79.0%と約8割弱となっています。また、1時間以上の長時間に及ぶ始業前時間外労働は「医師」に多く突出しています。

年代別では、「24歳以下」76.3%、「25~29歳」68.8%と若年層の割合が高くなっています(図表2)。

5) 始業前時間外労働は請求していますか?

「全額請求している」は11.9%にとどまり、「一

部している」3.6%、「していない」81.2%と、8割が残業代をまともに請求できていません。

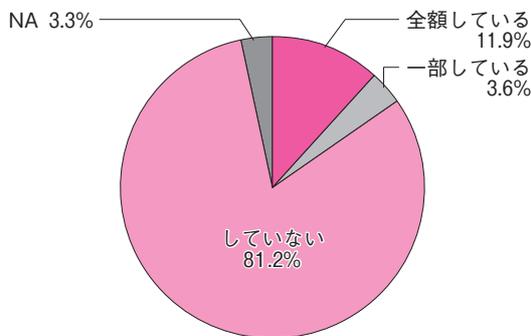
年代別でみると、「全額請求している」は「24歳以下」9.8%、「25～29歳」10.3%という結果で、若年層でほとんど請求できていないのが実態です（図表3）。

6) 今日の就業時間後、どの位残業しましたか？

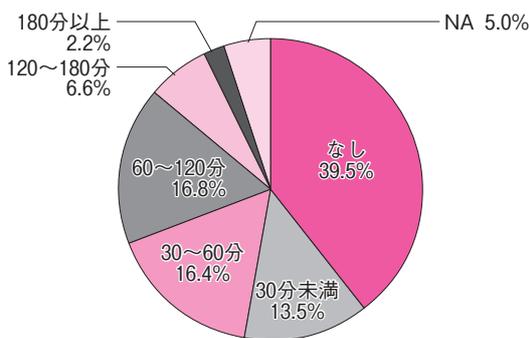
残業「なし」は39.5%。残業ありの時間数では「60分～120分」16.8%、「30分～60分」16.4%、「30分未満」13.5%の順で多く、「120分～180分」も6.6%となっています（図表4）。

職種別の就業時間後時間外労働を実施している割

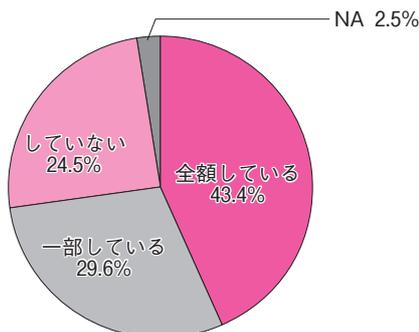
図表3 始業時間前の残業の請求



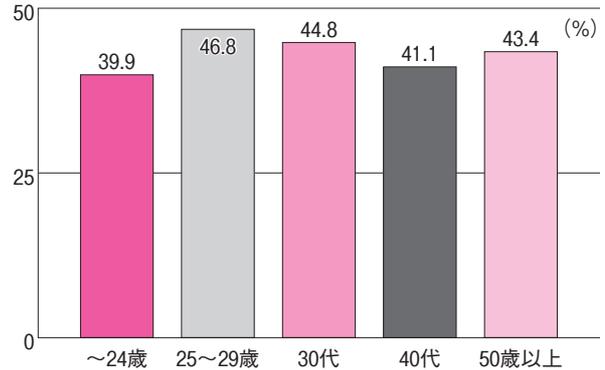
図表4 就業時間後の時間外労働



図表5 就業時間後残業代の請求



図表6 就業時間後の残業代の全額請求「している」の割合（年代別）



合は、「リハ」69.5%、「医師」64.0%、「看護職員」64.6%の割合が高く、昨年と比べても増加しています。2時間を超える長時間残業では「医師」24.3%、「看護職員」10.5%と突出しています。2019年4月から始まった改定労働基準法の上限時間「月45時間、年360時間」につながる「180分以上」も全体で2.2%におよび、職種別には「看護職員」2.8%で163人となっています。

7) 就業時間後の残業は請求していますか？

始業前時間外労働よりは多いものの、「全額請求している」は43.4%でしかなく、「一部している」29.6%と「していない」24.5%で、5割以上の回答者が残業代をまともに請求できていない実態は依然として変わっていません（図表5）。

年代別では、始業前時間外労働と同様に、「全額請求している」は「24歳以下」39.9%、「25～29歳」46.8%（昨年34.5、一昨年29.3）でしかなく、やはり若年層では請求できていません（図表6）。

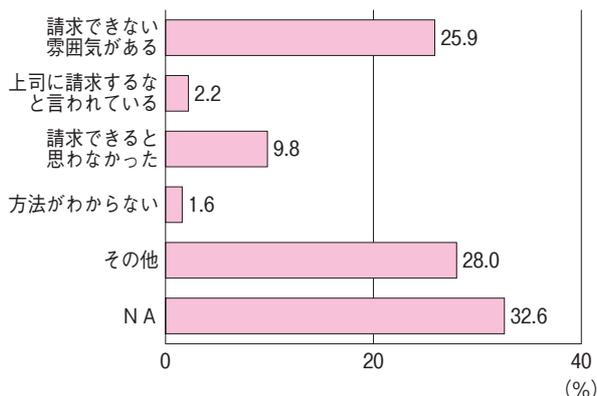
8) 残業代未請求の理由はなぜですか？

全回答者の約3割が「請求できない雰囲気がある」（25.9%）と回答しており、「上司に請求すると言われていない」も2.2%ありました。「請求できると思わなかった」が9.8%、「方法がわからない」が1.6%でした（図表7）。

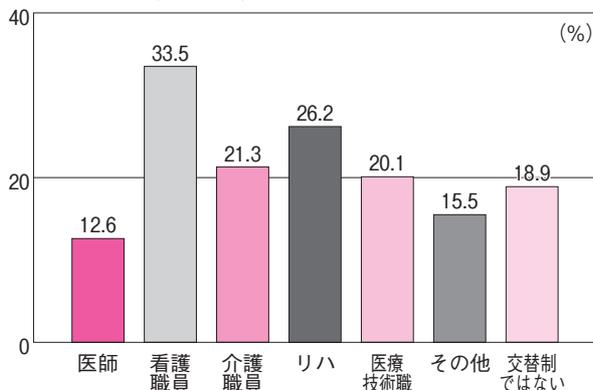
「請求できない雰囲気がある」との答えは、残業代の請求を「一部している」の回答者に割合が高く前残業で33.8%、後残業で42.4%、「していない」でも前残業で29.2%、後残業で30.0%が請求のしづらさを訴えています。

職種別では、「看護職員」33.5%、「リハ」26.2%、「介護職員」21.3%の順で「請求できない

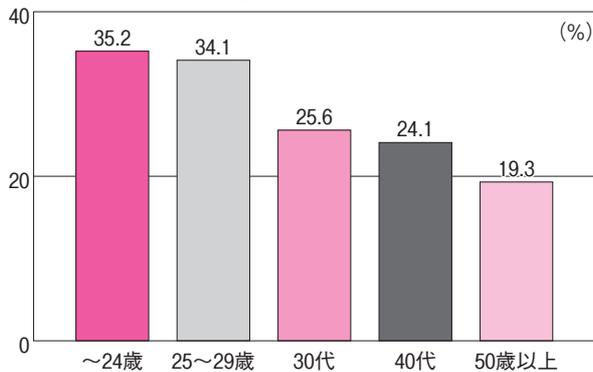
図表7 残業代を請求しない理由



図表8 残業代を請求できない雰囲気がある (職種別)

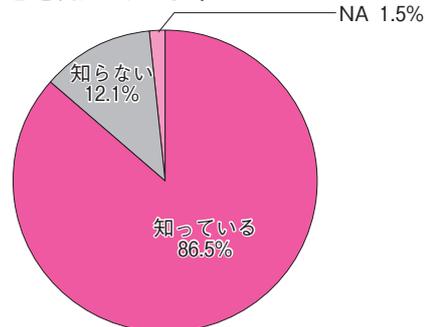


図表9 残業代を請求できない雰囲気がある (年代別)



「雰囲気がある」と答える割合が高く (図表8)、年代別では「24歳以下」35.2%、「25~29歳」34.1%が「請求できない雰囲気」と答え、傾向は若年層に顕著にあらわれています (図表9)。「その他」の自由回答では「力量が伴ってない」として残業代を請求していないという回答が目立ったほか、「年間で時間外オーバーしていると経理から言われた」「残業時間が月に30時間超えないと言われる」「毎日のことなので」などの回答もありました。

図表10 残業代の不払いは法律違反であることを知っていますか?



9) 請求した残業代は支払われていますか?

「きちんと支払われている」は89.9%。しかし、「一部だけ支払われている」と無回答を合わせた4.3%が不払い残業となっていることが推測されます。特に「請求しても払われない」など違法行為がわずかとはいえ存在することは問題です。

10) 残業代の不払いが法律違反であることを知っていますか?

「知らない」が12.1%でした (図表10)。「法違反」との認識を持っていない人が1割以上いることは問題です。職種では看護職員14.8%、リハビリ10.6%、介護職員11.4%の順で高く、年代別では「24歳以下」20.6%、「25~29歳」12.4%、「30歳代」11.3%の順で高く、若年層ほど権利に対する知識、意識が低い実態です。

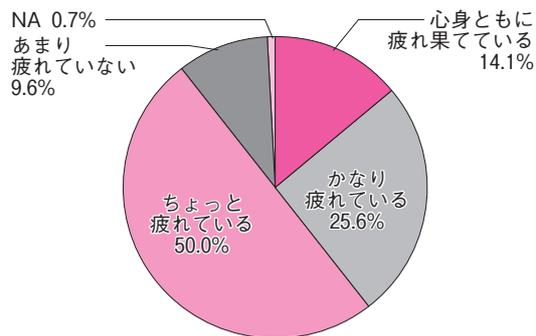
11) 休憩時間の取得は?

就業規則上、各施設で休憩時間の定めが一律ではないため、決められた休憩時間のうちどれくらいの割合で休憩が取れたかをみると、概ね取れていると判断できる「76~100%」の回答は66.8%となっています。「医師」は42.3%しかなく、看護職員で61.5%、リハビリで55.6%です。「まったく取れなかった」の回答は、各職種で1%前後となる中、「医師」では5.4%という実態です。

12) あなたの今の心身の状況はどうか?

「あまり疲れていない」はわずかに9.6%で、「心身ともに疲れ果てている」が14.1%となっています。「かなり疲れている」25.6%、「ちょっと疲れている」50.0%とあわせて、9割が疲れを訴えています (図表11)。

図表11 あなたの今の心身の状況はどうか？



不払い残業代の試算

以上の調査結果から、不払い残業代を試算してみると以下ようになります。

【始業前時間外労働の賃金不払い】

「まったく請求していない」と回答した10,199人（昨年8,113、一昨年8,059）のうち、問4で残業時間を回答した7,363人（昨年5,349、一昨年5,578）

（図表12）の総労働時間は165,507分でした。

①不払い総時間、165,507分（2,758時間、昨年139,845分（2,331時間））、1人あたり1日分22.47分（小数点第3位以下は切り捨て、昨年26.14分）の不払い労働時間

②月平均労働日20日（365－土曜52、日曜52、祝日16、年末年始休5、夏季休暇3＝237/12月＝20）として、月平均449分（少数以下は切り捨て、7時間30分、昨年518分（8時間42分））の不払い労働時間

③厚生労働省「令和元年賃金構造基本統計調査」における「医療業」の平均の「所定内給与月額」は319,200円（昨年316,000）、月平均の「所定内実労働時間」156時間（昨年158時）で除した平均時給額は「2,046円」（昨年「2,000」）。この時給額に時間外割増率25%を加えて乗じて算出した不払い賃金額は月19,181円（昨年21,750）余りとなります。

④「一部だけ支払われている」などは加味されていないため、実際にはさらに不払い額は多くなると思われます。

【就業時間後時間外労働の賃金不払い】

始業前時間外労働と同様の計算式を使い、まったく請求していないと回答した1,831人（昨年2,277）

図表12 始業前請求していない時間

| 請求していない時間 | 人数(人) | 総時間数(分) |
|-----------|-------|---------|
| 30分未満 | 4,700 | 57,551 |
| 30分～60分 | 2,261 | 77,339 |
| 60分～120分 | 371 | 23,607 |
| 120分～180分 | 20 | 2,460 |
| 180分以上 | 11 | 4,550 |
| 合計 | 7,363 | 165,507 |

図表13 就業後請求していない時間

| 請求していない時間 | 人数(人) | 総時間数(分) |
|-----------|-------|---------|
| 30分未満 | 647 | 9,403 |
| 30分～60分 | 482 | 16,734 |
| 60分～120分 | 453 | 32,895 |
| 120分～180分 | 210 | 29,535 |
| 180分以上 | 39 | 7,402 |
| 合計 | 1,831 | 95,969 |

図表14 休憩時間未取得の不払い賃金試算

| 休憩取得 | 人数 | 総時間数(分) |
|---------|-------|---------|
| 1分～15分 | 59 | 2,998 |
| 16分～30分 | 264 | 7,835 |
| 31分～45分 | 512 | 8,076 |
| 46分～60分 | 437 | 3,959 |
| 合計 | 1,304 | 23,428 |

（図表13）の総労働時間は95,969分でした。

①不払い総時間95,969分（1,599時間）、1人あたり1日52.4分（昨年44.1）の不払い労働時間

②月平均労働日20日として月平均1,049分（昨年883）（少数以下は切り捨て、17時間24分、昨年14時間42分）の不払い労働時間

③医療業平均時給額「2,046円（昨年2,000）」に割増率25%を加えて乗じた不払い賃金は月44,500円（昨年36,791.6）となります。

④「一部だけ支払われている」などは計算に足されていないため、実際にはさらに不払い額は多くなると思われます。

【休憩時間未取得の不払い賃金試算】

「始業前」「就業後」の時間外を共に請求していない人は、休憩未取得分も時間外として請求していないものと仮定し、両方とも請求していない2,992人（昨年2,053）（図表14）を対象に試算します。

「休憩時間」を100%取得した回答を除いた1304人の「休憩時間」77,950分から「取得時間」54,522分を差し引いた不支給総時間は23,428分でした。

①不支給総時間23,428分（昨年13,065）、1人あたり平均18.0分（昨年23.8）の不払い労働時間

②月平均労働日20日として、月平均359分（昨年476）（少数以下は切り捨て、5時間59分）の不払い労働時間

③医療業平均時給額「2,046円」に割増率を加えて乗じた不払い賃金は月12,253円となります。

【1人当たりの不払い賃金額】

始業前時間外労働の不払い額19,181円と就業時間後の時間外労働不払い額44,500円を合わせると月額不払い額は1人あたり63,681円となりました。

休憩時間の不払いを加味すれば、1人あたり75,934円もの不払い額となります。

【残業時間から算出した看護職員の人員不足数試算】

医療や介護現場は、入院患者や入所者への対応、救急患者の受け入れなどで365日、24時間稼働の現場です。よって切れ目なく人員を配置するために交替制勤務が組まれており、時間帯ごとの適正な人員配置がされていれば、本来的には交替制勤務職場においてこのような異常なほどの残業時間が発生することはあり得ないことです。

慢性的な人員不足が根底にあるために、勤務交代した務終了後も、残業で長時間働かざるを得ないのであり、残業時間分の人員補充が早急に必要です。

看護職員の場合で試算した、今回の調査結果で明らかになった総残業時間を人員換算すると以下の通りとなります。

①看護職のみの「始業時間前時間外労働」の総残業時間113,308分（昨年116,947）を、「残業なし」1,183人（昨年1,291）と残業人数4,636人（昨年4,654）を足した回答数で割り出した結果、看護職員1人当たりの平均時間外労働時間は「19分（少数点第1位以下切り捨て）」。

②看護職のみの「就業時間後の時間外労働」の総残業時間236,432分（昨年247,112）を、「残業なし」1,813人（昨年1,828）と残業人数3,783人（昨年3,818）を足した回答数で割り出した、看護職員1人当たりの平均時間外労働時間は「43分（少数点第

1位以下切り捨て）」。

③看護職員1人あたり平均の始業前時間外労働時間（①）+就業時間後時間外労働時間（②）を足した看護職員1人あたり1日の平均時間外労働時間は「62分」。

④単純に1日の労働時間8時間（480分）に、看護師1人あたりの平均時間外労働時間を加えた場合、542分（昨年544）の労働時間となり、人員換算で1.13人分の労働と試算できます。この数字を基にすると、例えば看護師30人の病棟では約34人換算となり、残業解消のためには4人程度の増員が必要となります。

調査結果から浮かび上がった傾向

1) 2019年4月から改定労働基準法の上限規制も始まりましたが、始業時間前も就業時間後どちらの残業も減らないどころか増加しています。始業前時間外労働を実施している割合は、医師で昨年59.4%から60.4%、リハビリ技師で昨年60.8%から65.2%と大幅に増加しました。働き続けられる労働環境づくりのためにも、是正が強く求められています。

2) 1人当たりの不払い残業代を試算してみると、平均額は昨年と比較すると1人あたり月1,053円増えました。これは、30分未満の時間外労働が大幅に増えた半面、30分以上180分（3時間）未満の時間外労働が減ったことが主な要因となっています。

全体の残業の量は変わらず、長時間労働が是正される半面、多くの職員に早く出勤し、帰りたくても帰れない状況が広がっている実態が表れています。

3) 使用者の労働時間管理責任が果たされていない実態が表れています。例えば残業代を請求しなかった理由として、回答者の4人に1人が「請求できない雰囲気がある」としており、「上司に請求すると言われていない」も2.2%ありました。「請求できると思わなかった」9.8%、「方法がわからない」1.6%についてもその反映といえます。残業手当は支払うのが当たり前との職場づくり、請求方法の明確化、透明性などの改善が求められます。

4) 始業前時間外労働で8割、就業後時間外労働で

5割がまともに残業請求できていない実態に加えて、「請求したとしても支払われない」が62人いました。明らかな違法行為が存在しています。不払い残業根絶に向けた手だてが求められます。

5) 始業時間前の時間外労働が多く、時間外労働の請求がしづらく、時間外労働が不払いになっている傾向は若年層に強く見られ、この傾向は依然として続いています。若年層に多い要因は、経験の少なさなどから恐怖に近い不安感を強くもつため、「患者情報を事前にしっかりつかまなければ」という意識が強く働いている、もしくはそのように指導されていることが推測されます。加えて、カルテ等から情報収集が完了していることが前提で業務が開始されている可能性もあり、「情報収集も労働時間」という正しい認識が必要です。始業前に限らず時間外請求に対して「新人職員は研修中の身だから、残業は請求しないもの」という代々受け継がれてきた職場の慣習も改善しなければなりません。

6) 使用者の労働時間管理責任が問われる一方で、労働者自身が「時間外まで働かなければならないのは自分の能力が低いから」と請求を自粛する傾向や、「残業代の不払いが法律違反である」ことを「知らない」が1割を超えている事実を重大視しなければなりません。

おわりに

人間らしく働くことができる環境改善を

1) そもそもギリギリの人員配置です。

2) 厚労省は2017年1月、「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン」を発出し、あらためて労働時間とは何かを明示し、労働時間管理の使用者責任を明確にしましたが今回の調査結果からも、「ガイドライン」をもとに労働時間管理が改善されているとは言えません。労働組合として時間管理の徹底を求める要求闘争を強化するとともに、政府・厚労省の使用者への指導強化が求められます。

3) 2019年4月1日から「インターバル規制」が努力義務となりました。しかし、全労連の調査でも、

医療・介護の現場ではインターバル制度の導入はわずか3.3%で、他産業と比較しても低い結果となっています。また、長時間夜勤と夜勤回数の制限に対する法的規制がないことに加え、恒常的な人手不足が続き、離職者が絶えない職場となっています。日本医労連は使用者の労働時間管理の徹底と行政による監督監査の強化、長時間労働や夜勤回数、短すぎる勤務間隔を規制する法整備を強く求めます。

4) 厚生労働省が、2020年12月14日に開催された「医師の働き方改革の推進に関する検討委員会」で、2024年度からスタートする「医師の働き方改革」を推進する枠組みを取りまとめました。2024年4月から、すべての勤務医に新たな時間外労働の上限規制が適用されます。原則として「年間960時間以下」（A水準）が上限となりますが、救急医療など地域医療に欠かせない医療機関（B水準）や、研修医など集中的に多くの症例を経験する必要がある医師（C水準）では、「年間1,860時間以下」までに上限が緩和されます。また以前より位置づけが課題となっていた兼業・副業について、「大学病院や地域医療支援病院などのうち、医師の派遣を通じて、地域の医療体制を確保するために必要な役割を担う医療機関」を新たに「連携B水準対象医療機関（以下、連携B水準）」としました。B水準および連携B水準については、2035年度末の廃止を検討するとし、「医療計画の策定または変更のサイクルに合わせ、3年ごとに段階的な見直しを行う」とし、2027年度、2030年度、2033年度に合わせて検討することになっています。

「1,860時間」を1カ月に換算すると155時間となります。これは、過労死ラインとされる「平均80時間」の約2倍であり、異常な長時間労働を固定化するものです。一方で、医師や医療団体などが強く求める医師の増員についてはいっさいふれていません。「地域医療暫定特例水準」（B水準）を認める代わりに「健康確保措置」として、①勤務間に9時間の休息を確保（勤務間インターバル）し、連続勤務は28時間までとする、②月100時間以上となる前に医師の面接指導を受けるとしています。しかし、連続勤務や勤務間インターバルが実施できない場合には、翌月までに「代償休息」を付与すればよいとしており、「抜け穴」となりかねない内容です。

以上

券田 和子（けんだ かずこ）●石川民医労書記 保育科卒業後、保育園勤務。1990年に保育園を退職後、石川民医労働務。趣味は映画観賞、演劇鑑賞、茶道、温泉大好き。

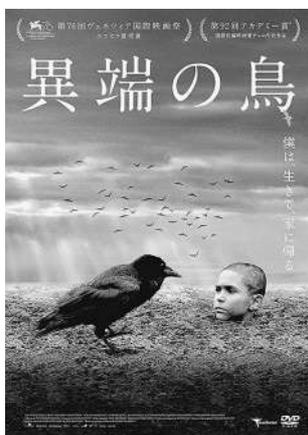


“すべての出来事には時がある”

—旧約聖書コヘルト—

「異端の鳥」

社会性★★★★★ 面白さ★★★★ 映像の美しさ [特異性] ★★★★★



(C)2019 ALL RIGHTS RESERVED SILVER SCREEN CESKCA TELEVIZE EDUARD & MILAD A KUCERA DIRECTORY FILM S ROZHILAS A TELEVIZIA S LOVENSKA CERTICON GROUP INNOGY PUBRES RICHARD KAUCKY
2021年4月2日DVD発売 3,800円(税抜)
3月5日レンタル開始

全世界が未曾有のウイルスと戦う今がまさにカオスか。そんな中、アメリカで前代未聞の大統領選挙が行われた。辛うじてアメリカの良心がバイデン氏の当選を果たさせたが、その勝利宣言で彼は旧約聖書で異端の書と言われているコヘルトの“すべての出来事には時がある”を引用した。

異端とは正統から外れたこと、その時代において正統と認められない思想を意味する。原作はポーランドで発禁。作者はホロコーストからの生還者だ。

衝撃は冒頭からあった。複数の少年たちによる弱い生き物を殺す残虐な行為。次にモノクロの映像は乾いた土地を風が砂を吹きあげ、この世の終わりを連想させる映画『ニーチェの馬（ベルリン映画祭銀熊賞）』を彷彿させた。少年は年老いた貧しい一人暮らしの叔母に預けられ、いつか迎えに来る両親を信じて待っていた。ある日、叔母の急死に驚いた少年はろうそくを倒し、家を焼いてしまう。その日から少年の地獄のような放浪の旅が始まった。辿り着いた放浪の先々では救いようのない体験が観客を絶

望の果てに突き落とす。

少年は異端者（よそ者）として差別、暴力、策略で恐怖の体験を繰り返す。怪しいシャーマン（占い師）にこき使われた時は蔓延した疫病に感染し、疫病を鎮めようとするシャーマンに土で首まで埋められた。身動きできない彼を空からカラスが襲う場面に、私は思わず目をそむけた。鳥飼の男に捕まった際には、鳥飼の男に白いペンキを塗られたカラスが黒いカラスに襲われ血みどろの肉片となって空から落ちてきた。少年は恐怖のあまり命がけでその場から逃げ出した。映画のタイトルとなっている凄まじいシーンだ。

数年の放浪の末、警察に保護された彼は偶然、父親と再会を果たすが、過酷な体験は少年の心を開く事を拒んだ。カメラは父親の腕に彫られたホロコーストの入れ墨をとらえ、父もまた過酷な運命からの生還者だったことを観客は知る。画面はモノクロから色鮮やかなカラーとなり、バスが懐かしい故郷へ向かう。内なる魂を守りぬぎ成長した少年と優しい眼差しで少年を見つめる父親、バスの中で肩を寄せ合う親子の姿は旅の終わりを意味した。

コロナ禍の世界は異端者を認めない人間の愚かさを露呈することになった。ジェンダー、貧困、差別、人間の持つ残虐性と暴力。それは全てを破滅させる戦争への道となりかねない。この映画は原作に忠実で国が特定できないように描かれ、エスペラント語で物語が進められた。人間に潜む普遍的で本質的な、他を認めない残虐性と暴力性を描いている。監督の意図がみえる。それを私たちは肝に銘じることが必要だ。「すべての出来事には時がある」なら、この混沌とした事態を世界中が本当に深刻に受け止めなければならない。（169分）

定期購読・バックナンバーのご案内



3月号 (2021年3月10日)
No.643
 第11回地域医療を守る運動全国交流会
 全世代型社会保障政策を撤回し、安全・安心の地域医療を／第43回争議対策会議から



2月号 (2021年2月10日)
No.642
 2020年 介護施設夜勤実態調査結果
 介護保険20年、介護労働の基盤は整えられたか？



1月号 (2021年1月10日)
No.641
 コロナ禍を乗り越え、政治を変える21国民春闘に
 コロナと向き合う労働者の運動世界のたたかいから学ぶこと／対ロコース裁判と非正規の働き方について／コロナ禍で問われる女性の立場・権利



12月号 (2020年12月10日)
No.640
 2020年度 夜勤実態調査
 夜勤実態調査結果を活用し、豊かなワークと豊かなライフの両立を追求しよう



11月号 (2020年11月10日)
No.639
 いのちと暮らしを守る社会保障に
 国保の都道府県単位化の状況と改善の取り組み／生活保護を本當の権利に／保健所職員の責任感と努力が現場を支えている／特養あずみの里裁判



10月号 (2020年10月10日)
No.638
 最低賃金の大幅な引き上げをめざして
 最低賃金とは何か、運動はどこまで前進したか／医労連「最賃アクションプラン」中間総括と2020年度取り組みについて／院内保育所実態調査結果



8・9月号 (2020年9月10日)
No.637
 新型コロナウイルス禍と公立・公的病院再編問題
 公立・公的病院の再編・統合計画から地域医療を考える／各地のたたかい



7月号 (2020年7月10日)
No.636
 2020年度診療報酬改定の特徴について
 新型コロナウイルス感染症対策関連／給与明細書の見方と社会保険料の負担増



6月号 (2020年6月10日)
No.635
 公立・公的病院の役割を問う
 公立・公的424病院の「再検証」問題／公立・公的病院を守る取り組み



5月号 (2020年5月10日)
No.634
 憲法と介護労働
 戦争法の下で日本はいつでもアメリカの戦争に参戦する危険にさらされている／徴用工、韓国への植民地支配の実態を学ぶ／介護はもっと働きがい実感できる仕事



4月号 (2020年4月10日)
No.633
 看護、保育をめぐる動き
 時代を見すえ、勝ち取る、納得の看護を／子どものコロ(内面)に寄り添う丁寧な支援とは／「2019年秋・退勤時間調査」結果の概要



3月号 (2020年3月10日)
No.632
 第10回地域医療を守る運動全国交流会
 地域に医療を残すために／個人の尊厳から出発する教育論／世界看護師連帯集会2019に参加して

定期購読・バックナンバー購読

日本医労連 FAX03-3875-6270
 (月刊誌「医療労働」FAX連絡票)

このページをコピーしてご記入のうえ、FAXしてください。

- 購読料は年額1部6,000円(送料含む)です。
- 年間購読は毎年6月から翌年5月を基本とします。
- 年度途中からの購読については、月割り購読料をします。
- 購読料の振込先につきましては、別途請求書にてご案内いたします。

バックナンバー購読 年 月号 No. 購読します。 定期購読 年 月号 冊、購読を開始します。

名前 _____ 所属 _____ 職種 _____

住所 _____

電話 () _____ FAX () _____ E-mail _____