

IyoroRodo

医療労働

医療・介護・福祉労働者のための月刊誌
October 2018 No.616

10

2017年度 日本医労連「院内保育所実態調査」



特別寄稿 長時間・過密労働と低処遇の解消は福祉・保育労働者の切実な要求

全国福祉保育労働組合書記長 澤村 直

みんなでストップ! 患者負担増

全国保険医団体連合会事務局次長 名嘉 圭太

講 演 社会福祉・児童福祉をめぐる課題と労働組合への期待

社会福祉法人二葉保育園常務理事 武藤 素明

旧優生保護法から考える人権

北海道合同法律事務所弁護士 小野寺 信勝

日本医療労働組合連合会

1 調査結果

2017年度日本医労連

院内保育所実態調査結果について

9 特別寄稿

長時間・過密労働と低待遇の解消は 福祉・保育労働者の切実な要求

澤村 直（全国福祉保育労働組合書記長）

11 講演

児童福祉施設及び障がい者施設の労働組合全国学習交流集会
(2018年6月3日)から

社会福祉・児童福祉をめぐる課題と 労働組合への期待

武藤 素明（社会福祉法人二葉保育園常務理事／元福祉保育労副執行委員長）

17 特別寄稿

みんなでストップ！患者負担増

「骨太方針2018」でもねらわれる負担増を許すな

名嘉 圭太（全国保険医団体連合会事務局次長）

24 第25回北海道医療介護研究集会（2018年6月30日）から

講演

旧優生保護法から考える人権

小野寺信勝（弁護士／北海道合同法律事務所）

対談

「国は謝罪を」が何よりの願い

小島喜久夫さん（旧優生保護法強制不妊手術提訴原告）

小野寺信勝（弁護士／北海道合同法律事務所）

連載コラム

31 心すなおに風のごとくに……………松浦健伸（石川労働者医療協会城北病院精神科医）

32 よろしく(あたらしくなまになりました)……………（まぶら労働組合〈大阪〉）

2017年度

院内保育所実態調査結果について

2018年10月 日本医労連保育対策委員会

「2017年度院内保育所実態調査」結果がまとまりましたので報告します。低賃金と劣悪な労働環境の中で、よりよい保育をめざして奮闘する保育士の仲間の実態改善に活かしていきたいと思います。

*（ ）内数字は2016年度の結果

I. 調査概要

- 調査目的：院内保育所の状況を把握し、院内保育所の改善・拡充の運動に活用する。
- 調査時期：2018年3月1日を基本として調査。
- 実施対象：医労連加盟組織内にある院内保育所を中心に対象とした実施。未加盟組織にも協力頂いた。
- 調査・集計方法：日本医労連加盟組織を通じて送付。保育対策委員の協力も得て回収、2018年5月末までの分を集計。
- 集約結果：33都道府県121施設（20都道府県68施設）から集約した。未加盟施設が24施設（16施設）で、加盟組織は96施設（52施設）だった。加盟単組・支部の院内保育所数は48.6%・449施設のため、回収率26.9%程度（11.7%）と考えられる。回答施設の81.0%は認可外だった。また、委託率は48.1%で、2014年以降増加傾向にある。

II. 調査結果

1. 設置主体・運営主体

院内保育所の設置主体として最も多いのは「病院」で76.0%・92施設。一方で、運営主体別にみると「病院」は42.1%・51施設、「企業」に委託している施設は33.1%・40施設だった。企業委託と回答した41施設（運営主体の病院・企業を含む）のうち、39施設が企業名を記入し、18企業に及んだ。企業名は、アイグラン15施設、アートチャイルドケア5施設、プライムツーワン3施設、ライクアカデミー2施設などだった。

2. 労働条件

（1）雇用形態

- 保育士の雇用形態は正規が53.2%、非正規46.8%（うち1.7%は派遣と回答）で、約半数が非正規となっている。保育助手では正規が11.9%、栄養士・調理師では正規が22.1%と、圧倒的に派遣を含む非正規職員で構成されている。
- どの職種も、フルタイムを支えるように週労働30～40時間未満、30時間未満の職員を配置し、正規の長時間労働に対応していることが伺えた。特に保育士では、非正規職員の47.3%が「30時間未満」だった。

（2）勤続年数

- 保育士の正規・非正規の勤続年数はそれぞれ、「1年未満」10.0%・19.3%、「1～3年」16.4%・20.2%、「3～5年」16.8%・21.1%、「5～10年」22.5%・24.0%、「10～20年」17.3%・11.4%、「20年以上」17.0%・4.1%だった。1年未満をみると、非正規は正規の1.5倍となっている。また、正規ではどの年代も平均的に配置されているが、非正規は5年未満までで60.6%と6割を超えており、経年的に見てみると、非正規の割合が年々増加傾向にある。

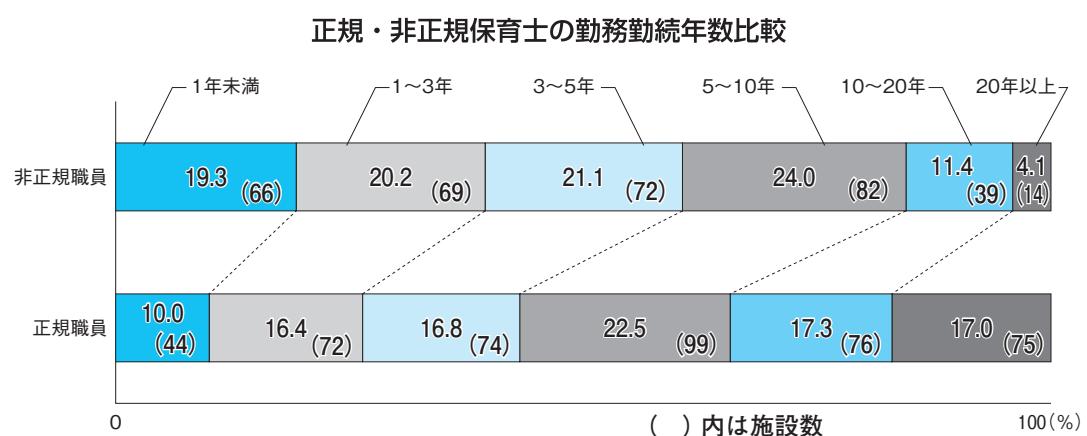
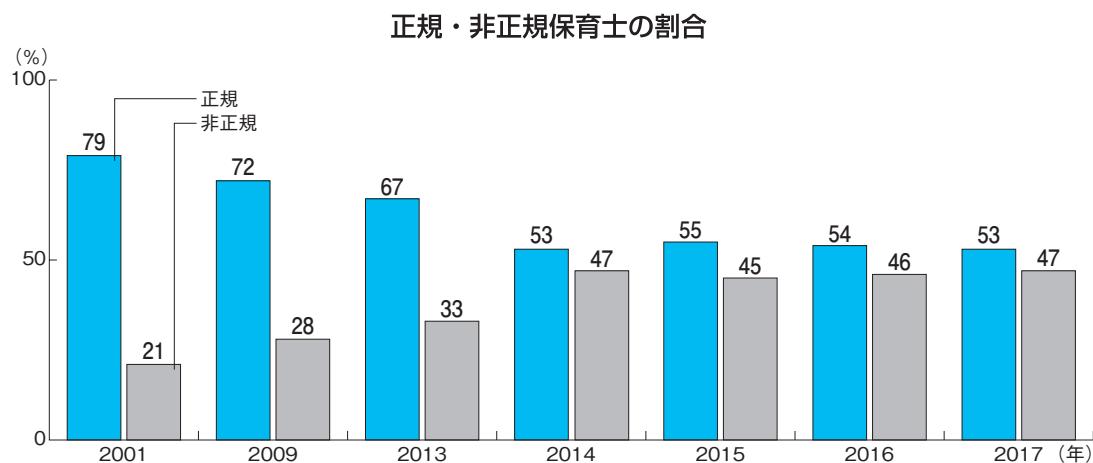
- 非正規のみをみると、保育助手では「5年未満」が71.7%、栄養士・調理師で73.3%と7割を超えており、

（3）就業規則の有無

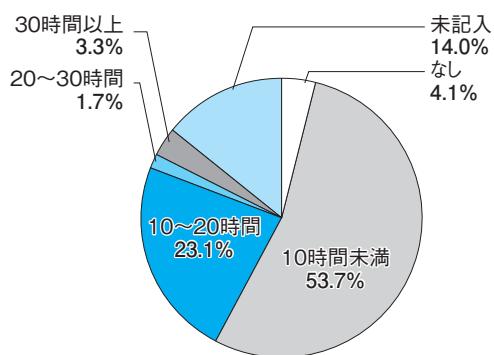
- 就業規則が「ある」は84.3%・102施設、「ない」は1施設のみで、「わからない」と「未回答」が18施設あった。

（4）待遇について

- 年休の取得状況については、「取りやすい」39.7%・48施設、「1カ月に1回」29.8%・36施設と続き、「ほとんど取れない」は4.1%・5施設だった。施



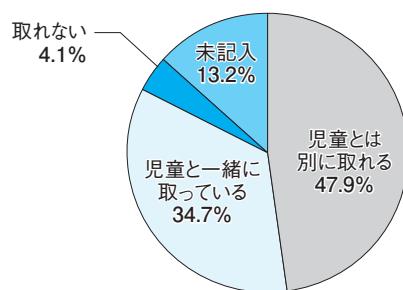
時間外労働の状況



設単位調査のため個人の取得状況は不明である。

②時間外労働については、「10時間未満」53.7%・65施設（61.8%・42施設）が最も多く、「10~20時間未満」23.1%・28施設（17.6%・12施設）、「なし」4.1%・5施設（2.9%・2施設）と続いた。8割に何らかの時間外があることが分かった。また、時間外労働に対する支払いは、「あり」が76.9%・93施設（63.2%・43施設）だが、未記入も23.1%・28施設（36.8%・25施設）あった。未記入28施設中、

休憩時間の取得(取り方)



8施設には残業があり、「10時間未満」が5施設、「10~20時間」3施設だった。
 ③休憩時間については、「規定の時間取れている」34.3%・36施設、「9割以上取れている」26.7%・28施設、「7~8割取れる」13.3%・14施設だった。一方で、休憩の取り方についてみると、「園児とは別に取れる」47.9%・58施設（52.9%・36施設）、「一緒に取っている」は34.7%・42施設だった。規定時間もしくは約9割休憩が取れているグループ

も、「園児と一緒にとる」が35.7%で本来の休憩になっていない。「園児と一緒に」「休憩が取れない」を合わせると38.8%で、約4割が休憩をきちんと取れていなことがわかった。

④生理休暇については、「取れない」28.1%・34施設が最も多く、「毎潮時取れる」は14.0%・17施設だった。未記入26施設を除いても、8割以上が生休取得もできない状況にある。

(5) 賃金について

①賃金表の有無について、「ある」58.7%・71施設、「ない」12.4%・15施設、「わからない」12.4%・15施設で、未記入は16.5%・20施設だった。「賃金表がない」または「わからない」が24.8%あった。

②初任給は、保育士では平均165,543円〔最高196,900円、最低128,000円／差68,900円〕、保育助手は平均145,450円〔最高146,400・最低144,500／差1,900円〕だった。時間給では、保育士平均900円〔最高970円、最低700円〕、保育助手は平均807円〔最高850円、最低750円〕だった。

③正規保育士の一時金については、46施設が回答した。回答のあった施設でみると、平均「2.703ヶ月+20,800円」／年で、最高4.5ヶ月、最低で1.0ヶ月だった。また、非正規では平均「1.88ヶ月／年」で、最高2.88ヶ月、最低0.7ヶ月であったが、3施設のみの回答であり参考値として報告する。

④手当関係については、早出、遅出、夜勤・当直、休日出勤手当について調査した。この項目は未回答が多く、参考値である。いずれも額は少額で、正規でみても1回の早出手当は平均573円〔最高1,000円、最低100円〕、遅出手当は平均474円〔最高1,600円、最低300円〕。

夜勤・当直手当や休日出勤手当は、正規・非正規に関わらずほぼ制度化されている。夜勤・当直手当と休日出勤手当は非正規が正規より高かった。夜勤・当直手当は正規で1回平均4,310円〔最高11,000円、最低1,000円〕、非正規で平均6,600円〔最高12,000円、最低1,000円〕だった。また、休日出勤手当では正規が平均2,090円（最高7,000円、最低600円）、非正規で平均2,550円〔最高6,000円、最低1,200円〕だった。

(6) 非正規職員の公的保険（健康保険、厚生年金保険、雇用保険）加入状況

この項目も「わからない」「未記入」が3割弱あった。回答があった中で、「週30時間以上」の職員

で健康保険「ある」は72.7%・88施設、厚生年金では「ある」71.9%・87施設であった。また、「20時間以上」の職員で雇用保険「ある」は、69.4%・84施設だった。

(7) 退職金制度

「わからない」「未記入」を除くと、「ある」65.0%、「ない」33.0%だった。また、正規職員にはあるが、非正規職員にはないとの回答が2施設あった。

3. 保育内容

(1) 保育時間について

未回答の24施設を除いた通常の保育時間については、「8～9時間未満」は6.2%・6施設（5%・3施設）しかなく、「13時間以上」は9.3%・9施設（7.7%・7施設）もあった。「10～11時間未満」が最も多く32.0%・31施設（30.8%・20施設）、ついで「11～12時間未満」22.7%・22施設（32.3%・21施設）、「9～10時間未満」20.6%・20施設（18.5%・12施設）、「12～13時間未満」9.3%・9施設（6.2%・4施設）と続いた。

開園時間は、「7時30分～7時59分」が最も多く46.3%・56施設、次いで「8時～8時29分」28.1%・34施設であった。閉園時間は、「18時～18時29分」26.4%・32施設、「18時30分～18時59分」18.2%・22施設、と続いた。「20時以降」も9.1%・11施設あった。同調査の経年比較をみると、8時前の開園は、2015年度、2016年度と比べると減少しているが、6割を超えており、20時以降の閉園は、ほぼ横ばいで推移している。

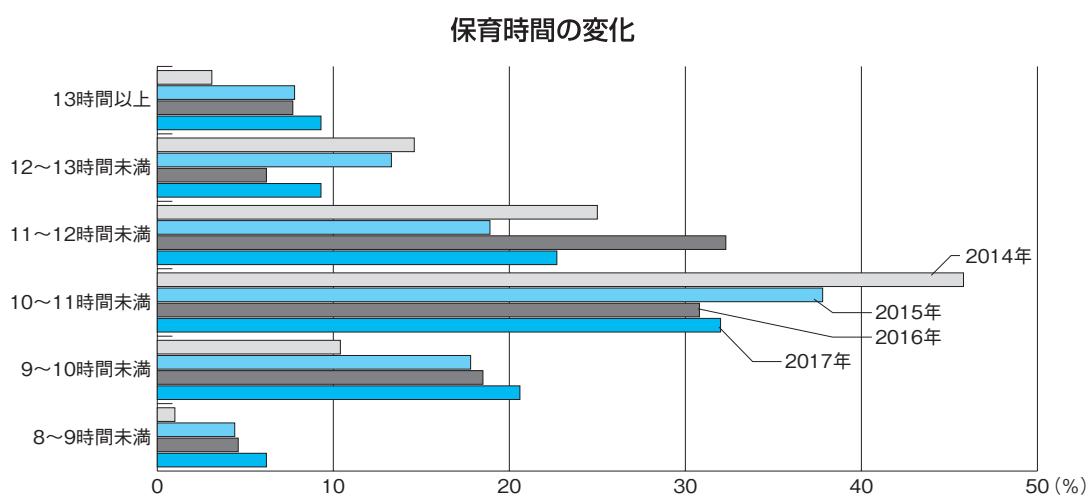
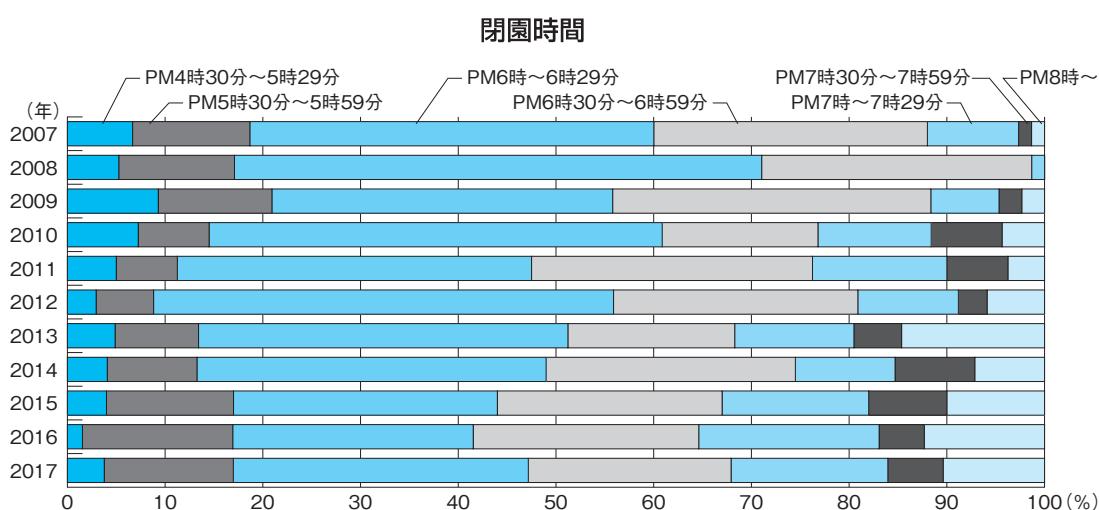
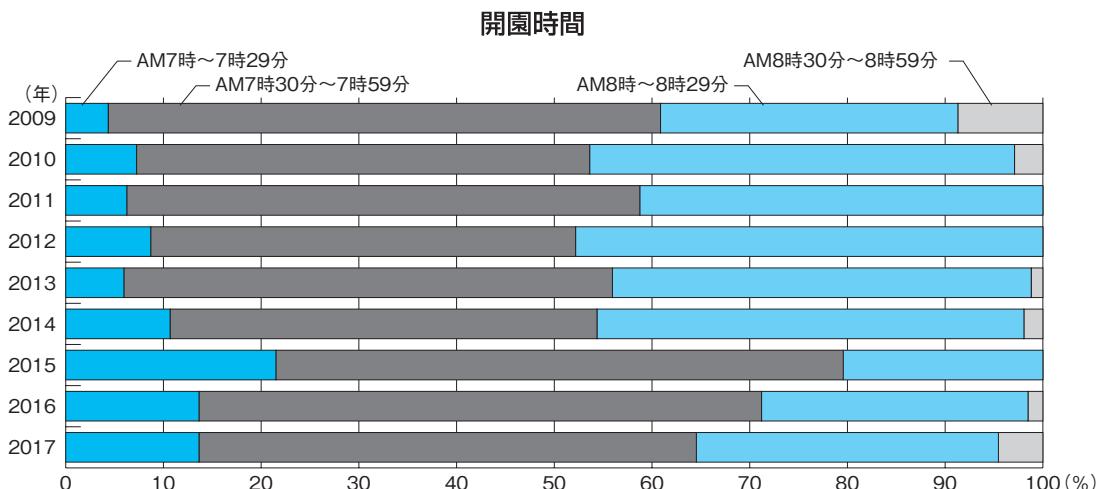
(2) 延長保育について

延長保育については、「実施している」73.6%・89施設、「実施していない」が19.8%・24施設、「未回答」6.6%・8施設だった。

開園前の延長保育については、「未回答」が58.4%・52施設と多かったが、「30分前」22.5%・20施設、「1時間前」5.6%・5施設、「1時間30分前」2.2%・2施設、「2時間前」1.1%・1施設、「その他」10.9%・9施設だった。閉園後の延長は、「お迎えがあるまで」が50.6%・45施設と半数を超える結果となった。また、「1時間」「1時半」「2時間」はそれぞれ1割前後だった。

(3) 休日保育について

土曜日に「実施している」79.3%・96施設、「実



施していない」14.9%・18施設だった。日曜日に「実施」は48.8%・59施設、年末年始に「実施」は35.5%・43施設あった。

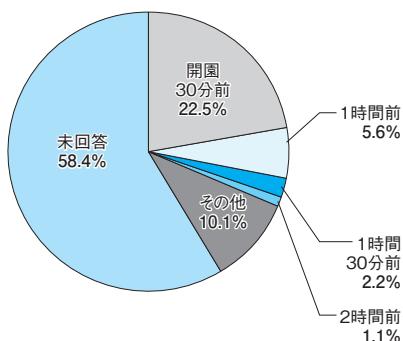
土曜保育の開園時間は、「全日」が81.3%・78施設と圧倒的に多く、「半日」は4.2%・4施設だった。

(4) 夜間保育について

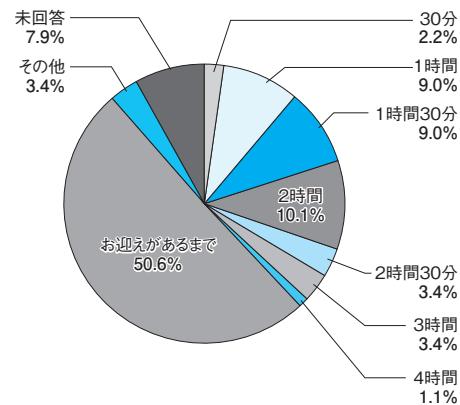
夜間保育「実施」は40.5%・49施設だった。

夜間保育回数は、「月4回」が24.5%・12施設で最も多く、「8回」と「10回以上」はそれぞれ12.2%・6施設、「毎日」も6.1%・3施設あった。

開園前の延長時間



閉園後の延長時間



(5) 24時間保育について

24時間保育については、「実施している」31.4%・38施設だった。月の実施回数を見ると「8回」が7施設と多く、「4回」と「不定期」がそれぞれ4施設、あとはバラツキがあった。利用者の要望に合わせた運営状況が推察され、保育士の労働負担もが強くなっていることが推測できる。

(6) 病児保育等について

病児保育「実施」は21.5%・26施設(29.4%・20施設)、病後児保育「実施」は23.1%・28施設(33.8%・23施設)で前年度より減少している。

(7) 園児数について

定員数については19.8%・24施設が未記入だったが、回答のあった中では、「20人～29人」が25.6%・31施設で最も多く、次いで「30人～39人」が15.7%・19施設、「10～19人」が13.2%・16施設の順で多かった。また、「70人～80人」が4施設、「100人以上」も2施設など大型の院内保育所もあった。児数については20.7%・25施設(8.8%・6施設)が未記入で、回答のあった中では「10～19人」が24.0%・29施設、次いで「4～9人」が14.0%・17施設、「20～29人」が12.4%・15施設だった。定員数と受入数をみると平均マイナス2.6人で、定員充足は15.6%(10.3%)、定員通り4.4%(13.8%)、定員不足80.0%(75.9%)だった。

園児の年齢は0歳児から学童まで幅広く、「受診者の子の一時預かり」まで多様な要望に沿った保育になっている。「職員の子」でみると「1歳」30.3%・848人が最も多く、次いで「2歳」22.7%・634人、「0歳」18.6%・519人と続き、「0歳～2歳」までで71.6%を占めた。夜間も「1歳」、「2歳」、「3歳」の順に多く、「0歳」も約1割を占め

た。「地域の子」では、「1歳」24.1%が最も多く、「3歳」22.0%、「4歳」18.4%だった。

(8) 毎月の保育料以外の費用について

定期の保育料以外には、土曜、延長、病児、病児後、夜間、24時間、受診者以外の一時預かり、特別(小学3年生まで)、臨時、短時間等、多様な設定があった。

「土曜保育料」は平均1,263円〔最高2,600円・最低ゼロ円〕、「延長保育料」は平均500円〔最高1,000円・最低ゼロ円〕、「病児保育料」平均1,800円〔最高3,000円・最低300円〕だった。「夜間保育」は平均1,276円〔最高3,000円・最低300円〕、「一時保育」は時間単位や回数単位で対応などさまざまだった。

(9) 給食・おやつの実施

「給食実施」は83.5%で、「保育所内調理」は22.8%、「病院内調理」17.8%、「業者」58.4%だった。おやつ「実施」は93.4%で、「保育所内調理」が4.4%、「病院内」8.0%、「業者」86.7%だった。

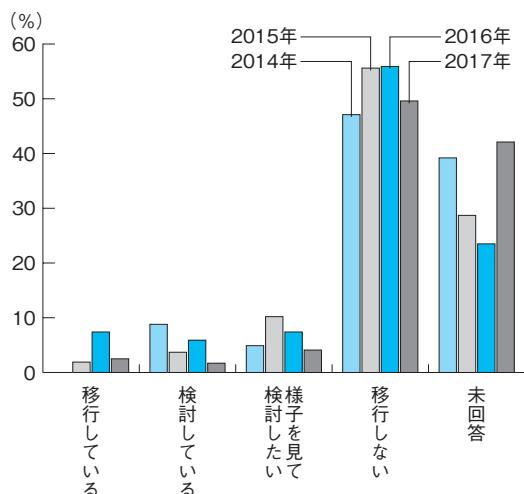
(10) 気になる子へのマニュアルについて

16.5%・20施設の未記入を除いて、マニュアル「あり」は20.8%・21施設、「なし」は79.2%・80施設だった。気になる子への具体的な対応については33施設から回答があり、主な対応として、「保護者との面談や対話」「専門職員による巡回と相談」「市・地域の保健師との連絡」などがあった。

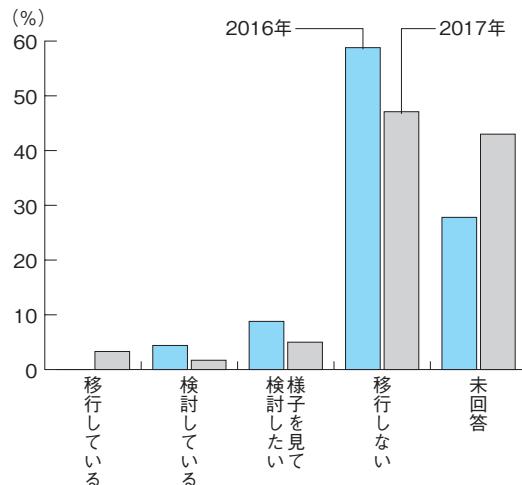
(11) 研修等について

職員が受講している研修については110園からのべ201の回答があり、最も多かったのは「自治体」32.3%・65施設だった。次いで「保育団体」が23.4%・47施設、「病院」18.9%・38施設、「企業」13.9%・28施設だった。受講に対する要望では、乳児や発達障がい、障がい児などについて専門的な研修を希

新制度移行について



企業主導型保育事業移行について



望する声や、研修会の情報が入りづらく、インターネットで調べて参加しているなどの回答があった。

4. 保育委員会・保育連絡会

(1) 保育委員会について

委員会が「ある」は48.8%・59施設で、委員会に「労組が参加している」のは25.6%・31施設(39.0%・16施設)だった。最も多い構成では、「経営者・保護者・保育士・労働組合」だった。

未回答を除き、保育委員会の開催は「定期」が最も多く36.0%・31施設、「不定期」32.6%・28施設、「開催していない」31.4%・27施設だった。頻度については、「月1回」が最も多く32.3%、「2カ月に1回」19.4%、「年2回」16.1%、「年1回」12.9%だった。

(2) 父母会等について

父母会「あり」は38.8%・47施設、「なし」は38.0%・46施設だった。院内保育所連絡会は「その他」「わからない」「未記入」が51.2%・62施設と多く、そこを除いて「あり」は23.7%だった。また、自治体交渉についても、「その他」「わからない」「未記入」が52.1%・63施設と多かった。そこを除外しても、「交渉に参加」は6.9%・4施設、「交渉はあるが参加していない」は8.6%・5施設で、84.5%・49施設は「交渉がない」であった。

5. 制度変更による変化

(1) 診療報酬改定による変化

2016年度診療報酬改定において、看護職員の夜間勤務負担軽減策をとる施設に加点された。その項目の選択肢の1つに「夜間保育」が入り、その影響を前

回調査に続いて今回も質問した。夜間保育開始は、新たに9施設増え、未回答を除くと13.2%だった。

(2) 「子ども子育て新システム」移行について

未回答を除くと、「移行している」4.2%・3施設(9.6%・5施設)、「検討中」「様子を見て検討」が9.7%・7施設(17.3%・9施設)、「移行しない」86.1%・62施設(73.1%・38施設)だった。

(3) 「企業主導型保育事業」の移行について

未回答を除くと「移行している」は5.6%・4施設(0施設)、「検討中」「様子を見て検討」が11.3%・8施設、「移行しない」は83.1%・59施設だった。

「新制度」「企業主導型」について、両方とも未回答を除くと「両方とも移行予定なし」は76.1%、「どちらか一方でも検討中または検討したい」は16.9%となった。「移行しない」理由は、「職員受け入れ優先」「病院管理者や上司にその気がない」「待機児童がいないため認められていない」などの記載があった。

(4) 新制度による保育内容の変化

移行した3施設の中では、1施設が「延長保育」「一時預かり保育」が追加されたと答えた。

(5) 待機児童問題による影響

39.7%・48施設が未回答だった。未回答を除くと、「影響あり」は32.9%・24施設だった。「影響あり」についての記載では、「入りづらいという理由から、0歳児から早めに希望を出す人が多い」「公立保育園入園までの一時預かり」「人数が増えて職員が不足」「夏休みなど長期休みのとき、一時利用者が多く定員などの関係もあり利用しにくい」などが目立った。

6. 保育所運営費について

(1) 補助金の活用について

何らかの補助金を受けている施設は33.1%・40施設で、そのうち最も多かった補助金は、医療介護総合確保基金で25施設あった。

(2) 厚労省院内保育所補助について

院内保育所補助申請は「A型」が最も多く32.8%、次いで「していない」31.3%、「B型」26.6%、「特B型」「特A型」4.7%だった。「24時間保育補助」の申請「あり」は27.6%・16施設、「休日保育補助」申請「あり」は37.3%・22施設だった。一方、

「病児保育補助」申請「あり」は5.5%・3施設のみ、「児童保育補助」申請と、「緊急一時保育補助」申請はゼロだった。

(3) 自治体からの補助

「県の補助」は「あり」が25.5%・13施設で平均額2,985,143円〔最高3,823,000円、最低1,912,000円〕、「市町村補助」は「あり」が13.0%・6施設で平均額1,953,757円〔最高3,833,148円、最低74,366円〕だった。

(4) その他からの補助

その他からの補助は、「こども未来財団」から「あり」が2.1%・1施設だった。

(5) 病院の運営費負担について

病院の負担については、回答記入が38.0%・46施設だった。負担の平均額は18,110,163円〔最高73,998,282円、最低161,720円〕と大きい差があった。

III. 結果の特徴と今後の課題

1. 長時間労働が常態化

通常の保育時間は、7割以上の施設が「10時間以上」と答え、うち13時間以上が1割近くになった。経年変化をみても開園時間はより早く、閉園時間はより遅くなっている。保育時間前後の準備や後片づけなども含めると総じて労働時間が長くなっていることは明らかである。延長保育は早朝6時半からお迎えが来るまでと長く、特に閉園時間後の延長保育は「お迎えがあるまで」が半数または5割強にまで増えている。保護者である医療・福祉労働者の長時間労働の影響を受けて、保育時間がさらに長時間化している。

さらに土曜日が約8割、日曜が約5割、年末年始も約4割が保育を行っている。夜間保育は4割、24

時間保育も3割強で実施、病児・病後児保育も行われ、医療・福祉労働者がフルに働くために、保育士はじめ保育所職員、ひいては子どもたちに大きな負担がかかっていることがわかる。

一方、時間外労働をみると、8割が何らかの時間外を行っているものの、「10時間未満」53.7%とさほど多い印象はない。しかし、これだけ多い開園日と長時間開園になっていることを考えると、施設調査であることや、「残業」として扱いが周知されているのかの疑問も残るため、引き続き今後の調査課題としたい。いずれにしても、この長時間労働の常態化は医療・福祉労働者の働き方が起点であり、人手不足を互いの犠牲で補うやり方には終止符を打たねばならない。保護者や院内保育所職員の働き方は、子どもたちの「育ち」や親子の関係にも大きな影響を与える事態である。労働者に働き続けてもらうためには、必要人員の確保と長時間労働の規制が必要である。

2. 処遇改善から取り残されている

2016年、「保育園落ちた、日本死ね」のブログから、日本の待機児童問題が社会化し、政府は「子ども子育て新システム」や「企業主導型保育事業」を打ち出したが、未だ問題は解決の見通しが立っていない。保育士の争奪戦が始まり、各自治体で処遇改善も打ち出されているが、院内保育所は処遇改善からほど遠いところにある。認可園に入れず院内保育所の定員が膨らんだり、職員の子の入園確保のために年度の前後で定員が大きく違ったりなどの待機児童問題に大きく影響受けているにも関わらず、多くが認可外のために補助金が少なく、職員の処遇改善がはかられていない。実際、地域医療介護総合確保基金の「病院内保育所運営事業基金」は、国として少子化対策支援を進めている中でも伸びていない。

処遇の悪さの最も大きな要因の1つは、委託化である。院内保育所の設置主体は約8割が「病院」であるが、運営主体は「病院」が42.1%、「企業」が33.1%である。2012年度には63%だった病院運営は年々企業委託化が進み、最近では最初から委託での保育所設置がされるようになってきた。病院等からすれば運営に伴う煩雑な業務からの解放と、経済的負担が軽減する「メリット」があり、選択しやすい状況にある。しかし、当然ながら保育労働者の賃金や処遇は直営より低下する。夜勤・交替制労働者確

2017年初任給調査

2017		院内保育所 調査	賃金労働条 件実態調査	H29賃金構造基本統計調査				
初任給	保育士(57)	保育士(44)	保育士 (女性)	幼稚園教諭 (女性)	調理師 (女性)	栄養師 (女性)	看護師 (女性)	
平均	¥165,543	¥169,916	¥187,600	¥192,200	¥174,000	¥190,400	¥235,300	
最高	¥196,900	¥196,560						
最低	¥128,000	¥132,500						

保策として活用し、病院都合に合わせた長時間・休日・夜間・病児病後児など多様な保育を担う職場を切り捨てて良いわけがない。処遇改善の責務は経営者にも、待機児童対策として結果的に活用している国・自治体にもある。また、同じ職場の仲間の処遇改善として労働組合の奮闘も求められている。

3. 専門職としての処遇改善が急務

院内保育の大きな特徴のひとつは、ゼロ歳児から学童までという園児の年齢層の幅広さと、「0歳～2歳」までが7割強を占める低年齢児の多さである。厚労省の保育施設の現況調査（2017年3月／「0歳～2歳」認可園で42%、認可外で54%）と比較しても、2歳までの多さが際立っている。多様な発達段階にある多数の園児を保育する高い専門性が求められているにもかかわらず、長時間労働の常態化とともに低賃金とそれに伴う人員不足が顕著である。厚労省賃金構造基本統計調査（平成29年）で平均所定内賃金をみると、看護師は235,300円、保育士187,600円、幼稚園教諭192,200円であるが、今回の院内保育所の調査では165,543円で、同じ資格を持つ保育士と比較しても22,000円低かった。日本医労連が実施した「2018年春闘働くみんなの要求アンケート」で、院内保育士含む保育士297人の回答では、生活実感として「かなり苦しい・やや苦しい」が約6割だった。また、同調査での「賃金の不足額」の平均は約38,000円だった。低賃金の背景に非正規職員の多さがある。今や職場の約半数が非正規で、その勤続年数は「1年未満」が19.3%で、3年未満までが約4割・39.5%になっている。常勤職員で確保できない経営基盤であること、また安全のために職員をプラス配置することによって平均賃金が

低下する状況を生んでいる。

また、人員不足により年休取得もままならず、休憩時間についても園児と一緒に取っている」が3割を超え、休憩もきちんと取れていない状況にある。気になる子へのマニュアルあるいは21施設だったが、気になる子への具体的な対応については33施設から回答があり、マニュアルがないもとで対応せざるを得ない状況にある。乳児・障がい児・発達障害などについて専門的な研修への要望も高いが、参加できる状況にない人員不足が根底にあり、専門職としての教育・研修の保障はもちろん、賃金・労働条件改善は園児の安全性や保育の充実からみても急務である。

4. 国・自治体に制度改善させる

2016年4月の診療報酬改定で「看護職員夜勤配置加算」を取得するための要件として「夜勤時間帯を含む院内保育所を設置している」ことが選択肢に入ったことで、40.5%・49施設が夜間保育を実施しており、そのうち3施設は、毎日実施していると答えた。今年度も新たに9施設が夜間保育を開始している。制度・政策の変化によって、保育内容の変更や保育士の働き方が変わってくる。

政府の医療・介護・福祉政策は、増員せずに業務や資格の枠を規制緩和する「合理化」を進めるものである。それぞれの専門性の否定につながる政策が進められている時だからこそ、保育の充実を国・自治体に求め、制度改善させなければならない。そのためにも仲間を増やして、保育士自らが運動に参加すると同時に、同じ攻撃をかけられている医療・介護・福祉労働者全体と連携して社会保障充実の取り組みを強化する必要がある。

長時間・過密労働と低待遇の解消は 福祉・保育労働者の切実な要求

—院内保育所実態調査結果に寄せて



さわむら ただし
澤村 直
全国福祉保育労働組合書記長

院内保育所は圧倒的に認可外施設が多く、認可保育所よりも厳しい労働環境であることが、今回の調査結果で示されました。4割で夜間保育を、5割近くで日曜保育を実施しているなど、保育労働者には長時間の保育体制維持のツケがしわ寄せされています。福祉保育労働組合が主に組織している民間の認可保育所でも、長時間・過密労働と低待遇の問題は年々、その深刻さを増しています。保育労働者の労働環境と、その根本的な原因、改善に向けた課題について考えてみたいと思います。

保育労働者の実態

福祉保育労働組合18春闘アンケートに回答した保育労働者2,638人（うち正規職員2,146人）の生活実感は「かなり苦しい」「やや苦しい」が60.5%、「家庭であると月額5万円以上が必要」が64.4%にのぼります。低賃金を反映して、賃上げ要求額（加重平均）は正規で月額3万3,560円・非正規で時間額183.7円と過去最高の水準になりました。

仕事や職場の不満・不安には、「賃金が安い」70.8%を筆頭に、「人手が足りない」41.1%、「休暇が取れない」34.1%、「仕事がきつい」25.9%、「ただ働きがある」20.7%、「労働時間が長い」18.8%が続きます。慢性的な人手不足で長時間労働が常態化し、

休暇も取れずに働きづめなうえに、賃金が保障されない労働まであるのが実態です。

「あいち保育労働実態調査プロジェクト」が2017年11月～2018年2月に実施した調査の結果でも、持ち帰りを含まない時間外労働が平均で1ヶ月18.9時間であるのに、超過勤務手当の支払いは平均4.2時間分。また、1ヶ月で休憩時間が「ほとんど取れなかった」56.3%、「ときどき取れなかった」23.3%と、労働基準法違反の実態もまかり通っています。時間外労働の内容は、会議や保護者対応、記録などの事務作業という通常業務であり、現場に必要な職員数が充足されていないと考えられます。

今回の院内保育所実態調査では、1ヶ月の時間外労働は「10時間未満」が53.7%とかなり少なくなっています。福祉保育労働時間調査でも同様の傾向で、現場の労働者が書類作成や保育準備などを時間外労働と認識していない可能性が高いといえます。また、子どもの午睡中に保育室で過ごす時間や、保育室から離れた休憩室での事務作業を休憩としている場合もあります。労働者自身が、労働時間や休憩時間を正しく認識することによって調査結果の信頼性を高めることが課題となっています。

労働組合がない職場から福祉保育労働に寄せられた相談でも、「タイムカードを打刻してから日常的に残業がある」「有給休暇を申請したら園長が『そんな休暇は取れない』」などの法令違反に加えて、「子どもができたら辞めてもらってもいい」などのハラスメントがあることが浮かびます。保育職場では、社会問題になった「妊娠順番制」にも通じる人権侵害が横行しているのが現実です。

春闘アンケートでは、回答者の93.5%が仕事に「やりがい」を感じている一方で、70.8%が仕事を辞めたいと思ったことがあるという矛盾した結果が出ています。仕事に対する不安として「忙しそう」34.2%、「体がもたない」19.6%、普段の仕事で「とても疲れる」41.4%、「時々疲れる」55.6%、仕事や

職場で強いストレスを「常に感じる」20.5%、「時々感じる」64.4%という危機的な状態です。厚生労働省研究班の調査でも、2016年度にメンタルヘルスケアが必要だったり実際に治療を受けたりした保育士が1人以上いた保育所が27%と、保育士が強い精神的負担を抱えている現状が明らかになっています。

劣悪な職員配置基準と少ない予算

こうした実態の大きな要因に、現場実態に合わない職員配置基準（例えば4・5歳児30人に保育士1人）の低さがあります。この基準で算出した必要な保育士数に、1人あたり月額20万円に満たない水準の賃金を乗じた額が、自治体から保育所に委託費として給付されます。

保育所は少なくとも11時間以上の開所が求められ、すべての時間帯で職員配置基準を下回ってはならず、職員の労働時間は原則1日8時間以下とすることが労働基準法で要請されています。しかし、現状の委託費では職員配置基準・労働基準法どちらも守ることはできず、労働者が過重な負担を強いられています。認可外の院内保育所では、公費助成が少ないために経営的にはさらに厳しい状況です。

子どもの命を守り、一人ひとりの発達段階に応じた保育を行うために、院内保育所には全国平均で国基準の1.8倍の保育士が配置されています（全国保育協議会の調査結果を基にした村山祐一保育研究所長の試算）。限られた財源で職員配置を手厚くすれば、1人あたりの賃金が大幅に下がるとともに、正規を非正規に置き換えるをえません。院内保育所で保育士の46.8%が非正規雇用なのも、コストダウンを図る経営的な側面が大きいでしょう。

その結果、少ない正規労働者は心身ともに疲れ果て、多くの非正規労働者は会議や研修への参加も保障されずに情報共有やスキルアップもままなりません。院内保育所の非正規職員のうち39.5%が勤続年数5年以上であり、経常的な業務に携わっていると思われますから、本来は正規雇用とされるべきです。

保育をめぐる最近の動向

子ども・子育て支援新制度の導入から3年が経過

しても、待機児童は一向に減らず、政府は待機児童ゼロ達成を先送りにしています。一方で、子どもの命を守り発達を保障するための基準を引き下げる規制緩和で待機児童の解消を図ろうとしています。

2017年6月22日に厚生労働省が発表した「子育て安心プラン」では、賃金補助の対象となる保育補助者の雇用要件が、都道府県で数週間の研修を受けた「子育て支援員」から、保育士になりたい人全般に拡大されました。2018年6月の国家戦略特区諮問会議では、配置基準の4割までを無資格者で置き換えるも運営費が補助される「地方裁量型認可化移行施設」（仮称）の創設が認められました。いずれも人材確保のため資格要件を緩和するもので、保育の専門性が否定されています。4月には子ども・子育て支援法が一部改正され、都道府県単位で待機児童対策協議会を設置して、「自治体独自に上乗せしている基準を見直す（国基準と同じ水準まで引き下げる）」議論をすることが可能になりました。基準のさらなる引き下げにつながることが懸念されます。

公費による予算確保が必要

今、保育の人材確保に必要なことは、大幅増員による労働時間の適正化（労働法令違反の一掃）と、健康で文化的な生活が営める賃金水準への引き上げであり、それを裏付ける公費負担による予算確保です。そのためには、労働時間に関する現場の法令違反の実態を可視化して、十分な予算確保を伴った配置基準引き上げによる大幅増員が必要だということについても世論化することが重要です。

保育労働者は、現行の不十分な保育制度を理由に「仕方がない」「頑張るしかない」と、労働環境の改善を後回しにしてはいけません。保育労働者が健康で文化的な生活を営み、安心して働き続けられなければ、子どもの保育を受ける権利が侵害されてしまうからです。

福祉保育労は、「働き方の見直し」を行って長時間労働を解消する努力をしつつ、経営側には法令遵守の徹底を求め、国や自治体には制度改善を迫ることを一体的に進める方針です。医労連のみなさんとも連携して、保育労働者の労働環境改善を進め、子どもの保育を受ける権利を守ることに力を尽くしたいと思います。

児童福祉施設及び障がい者施設の労働組合全国学習交流集会（2018年6月3日）から

社会福祉・児童福祉をめぐる課題と 労働組合への期待

—新しい社会的養育ビジョンの動向をめぐって—



むとう そめい
武藤 素明

(社会福祉法人二葉保育園常務理事／元福祉保育労副執行委員長)

私は全国児童養護施設協議会の副会長をしています。全国には現在、児童養護施設が615施設あります。私の役割は、本日のテーマでもある「社会的養育ビジョン」をめぐって厚生労働省や国会議員と折衝することです。本日は、「社会的養育ビジョン」でこれまでにないような考え方が出されているので、そのことについてお話しします。

社会・児童福祉の動向と課題

政府は、「これまで高齢者福祉に力を入れてきたが、このままでは少子化が止まらず日本の人口が減少してしまう」と保育や子どもの福祉にもようやく力を入れようとしています。

私も内閣府の子どもの貧困対策有識者会議のメンバーで、子どもの貧困問題を何とかしなくてはということで、もっと公的な制度を導入しないと子どもの教育や養育、自立の面で格差が生じているではないかとの間、主張してきました。その結果、ようやく児童養護施設等、貧困家庭の子どもたちの給付型の奨学金が実現しました。大学に行く子どもたちに月4万円程度の支給型の奨学金が創設され、児童養護施設などの子どもも、月5万円程度の貸付制度

ができて、卒業後5年間働けば借りたお金が償還免除になります。子どもの貧困対策や社会的養護の充実は、少しずつですが前進しています。

子どもを取り巻く深刻な状況

とはいえ依然として、最重要課題である児童虐待が全く止まっていません。これは非常に深刻で、虐待の相談件数もさることながら、虐待によって亡くなる子どもたちも減っていないし、むしろ虐待は残酷で深刻な状況になってきています。

こうした問題を何とかしていこうと、2年前に児童福祉法を大幅改正して、予算や制度などを充実させるための審議を続けてきました。私も社会保障審議会・児童部会の中にある専門委員会に入って、意見を言ってきました。

児童福祉法は大幅に改正されましたが、そこの予算はほとんど取れていません。今年も政府に「児童福祉法を変えたにもかかわらず、全然制度が変わっていないのではないか。もっと抜本的で具体的な政策づくりをすべきだ」と意見を言ってきました。

「新しい社会的養育ビジョン」

2016年に大幅改正された児童福祉法は、児童虐待について発生予防から自立支援まで一連の対策のさらなる強化をはかることを目的に、児童福祉法の理念を明確化するとともに、市町村や児童相談所の体制強化、里親への委託を推進していくことなどが主な内容となっています。この改正を受けて具体的な政策づくりのために、国の方で2つの検討会と2つのワーキングチームをこの1年間開催して、具体的な政策づくりの検討をしてきました。4つの検討会

で今後の制度のあり方を議論して、2017年8月に「新しい社会的養育ビジョン」がまとめられました。

「ビジョン」の特徴としては、まず、虐待を受けた子どもたちに対してこれまで、里親や施設に「措置」というかたちで対応してきたのですが、これからは「在宅措置」という概念を入れることになりました。家庭の中で、親子ぐるみで虐待をせずにするような仕組みです。現在は「見守り」として児童相談所等が関わっていますが、この「見守り」は

“ほったらかし”という実態になっているのですね。しかし、措置というかたちですぐ子どもを引き離すということではなくて、在宅の中で何とかできる子どもたちは、在宅でやっていこうという考え方です。

いままでは施設措置や里親委託など、虐待を受けた子どもや要保護の子どもに対してすぐに介入していましたが、そこにワンクッション置くということで、「在宅措置」を入れました。

これは非常に危険な側面もあって、ここに関わる職員が十分いるのであれば別ですが、現状のように専門スタッフが少ないと、結局は在宅でほったらかしになる可能性が高くなります。

何よりもまず、各区市町村の専門ワーカー、ソーシャルワーカーを増やしながら、家庭ぐるみの支援をするということであれば、そこに常に関われる専門職を質・量ともに拡充することが必要です。ひとつとするといまの3～4倍くらいの人員を配置する必要があるかもしれません。いまの脆弱で不十分な市区町村の子育て支援体制では、虐待はまだ止まらないだろうと思います。しかし、私たち現場からすると、傷ついて身も心もボロボロになってから施設にたどり着くと、子どもたちの心の回復や社会的な自立は難しいものになります。虐待の予防が大切です。

虐待の予防が緊急の課題

私たちの思いとしては、日本はもっと虐待の予防に抜本的に力を入れてほしい。そうでないとひどい虐待を受けた子どもたちが多くなり、その子どもたちが親になっていくですから、20年後、30年後の日本が心配です。ですから、「在宅措置」や家庭

ぐるみでしっかり支援するというシステムを抜本的に強化しないといけない。ただ単に施設や里親を増やせばいいということではなく、元を断たないといけないのではないか。私は最近、国や自治体にそのことばかり言っています。

「ビジョン」もそこが大事だと言っていますが、もっと緻密なビジョンを描かないと、「こうあるべき論」で終わってしまって、実際の虐待対策や貧困対策が十分に行われないのではないかと危惧しています。

里親への移行を強化

「ビジョン」では就学前の子どもの施設入所措置を原則として停止するとしています。ほとんどの子どもたちを里親委託していくということで、里親の数値目標として75%が掲げられています。現在の里親委託率は18%程度で、これを急激に50%、75%に上げる目標が示されています。

この方針が実際に各都道府県に通知されると、実現できる自治体も一部あるかもしれません、ほとんどの自治体で里親は増えていないし、里親への支援も十分にできていません。そうしたなかで里親を増やすことは、子どもたちへ最善の養育を保障できる状況にはならないのではないか。また、欧米のように、里親の中で、ここでダメだったらあっち、あっちでダメだったらそこ、という状態をつくってしまうのではないかと懸念しています。

自民党内に「児童の養護と未来を考える議員連盟」（塩崎恭久前厚生労働大臣が会長）がありますが、75%・50%という目標に向けて強引に進めなければダメだという考えです。しかし、都道府県も施設関係の業界も反対しています。里親さん自身、「いま里親を受けるのは大変だし、こんなに増やすと言いますが、私たちも自信がありません」というのが本音だと思います。それを、今回の「ビジョン」で強引に進めていこうという動きがあるわけです。

こうした課題を抱えた「社会的養育ビジョン」を、都道府県推進計画に落とし込む作業が現在進行しています。

「ビジョン」をめぐる“争点”

「ビジョン」をめぐる動きについて。今年3月中には「都道府県推進計画の見直し要領」がまとめられて各都道府県に発出予定でしたが、発出が遅れています（5月7日現在）。

何についてもめているかと言うと、「最終争点」とされていますが、①計画策定にあたっての「ビジョン」の位置づけ、②里親委託率などの数値目標の必須化、③本体施設内ユニットの可否一の3点になります。

①の「ビジョン」の位置づけについて。地方分権によって、ほとんどの福祉制度は各区市町村が権限を持っています。唯一、都道府県に権限が残っているのが社会的養護の分野です。保育や障害者・高齢者福祉などはすべて区市町村が管轄しています。

これまで、国が通知を出しても「これは地方自治法によって、あくまで国からの技術的助言ですよ」と必ず最後につけていました。それを今回は、

「国は進めますよ」と押しつけようとする動きがあって、そのため「ビジョン」の位置づけはおかしいのではないかという声があがり、都道府県と議連とのたたかいの中で、真ん中の厚生労働省がどっちに行こうかとウロウロしている状態です。厚労省はどうちらかというと都道府県・施設現場・里親現場寄りなので、議連との対立構造もあります。

③の本体施設内ユニットの可否については、昔の児童養護施設は広い部屋に子どもたちの布団をバッと敷いて、食堂があって、何十人も一緒に食事をするという、いわゆる大舎制という生活様式が主流でしたが、ここ10年ほどはユニット制といって、一つ一つの部屋をつくって、そこで生活が自己完結できるようにしています。玄関もお風呂もトイレも寝室も、6～8人で生活できるようにする改革をこの間してきました。それを今回は、「施設内ユニットはダメだ。これは家庭的養護と言わない。家庭的養護は、全部地域に出さないとダメなんだ」と。障害者の施策がそうですね。施設内を小さくしていく、それをグループホームというかたちで外に出して地域移行していくという考え方です。これが児童養護施設でも行われようとしています。

問題なのは、やっと大舎制をユニット制にしよう

としているところに、いきなり全部外に出さなければいけないという通知が出されると、現場は相当混乱するだろうということです。少なくとも10～20年くらいは施設内ユニットも認めて、家庭的養護という概念も少し広めに考えて、小集団での養育は施設の中でもいいのではないかという考え方もあり、その折り合いがつかず議論しています。

「ビジョン」にはこのほかにも問題点がありますが、さまざまな議論や意見があるにもかかわらず、2017年8月3日に組閣が行われて大臣が半分ほど変わることからと、前日の8月2日に関係者の意見も十分に聞かずに無理やりまとめたのが最大の問題です。審議会でもいろいろな意見が出たのですが、「座長預かりにしてください」と無理やりまとめてしまったわけです。これは民主的なやり方とは言えません。結論ありきの強引な進め方は問題です。

それによって、現場の職員のモチベーションが下がるなどの問題も起きています。「ビジョン」では児童の施設措置は原則しないとされているので、施設に乳児が入って来ないのであれば乳児院はいらないのではと。検討中の課題があるのに政策が先行してしまっていて、児童養護施設や乳児院で働く職員のモチベーションが落ちていることが気がかりです。

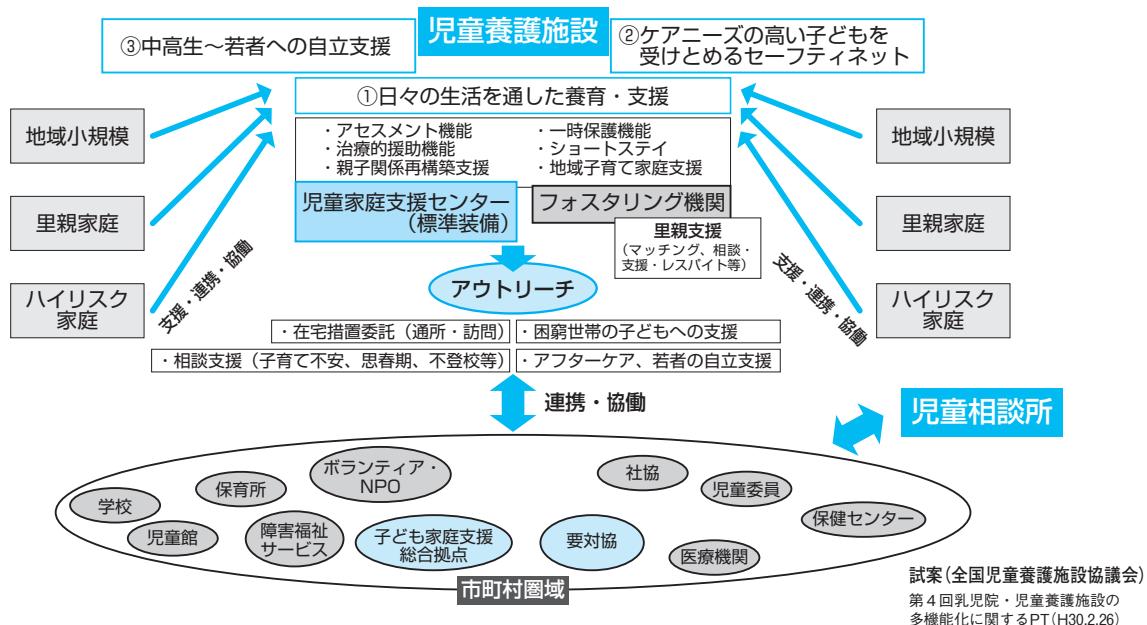
施設の小規模化と地域分散

いま、国のプロジェクトチームなどで検討されているのが、施設の小規模化と地域分散化です。

これについては、例えば私の勤務する二葉学園では、ほとんどの子どもたちが地域移行してグループホームで生活をしていますが、いまの子どもたちはいろいろと課題を抱えているだけに、地域の中ではなかなか難しかったり、学校がそういう子どもたちを受け入れない状況もあります。

施設の多機能化・高機能化は、私も推奨してきました。虐待を受けて身も心もボロボロになって施設にたどり着いてからでは遅いので、虐待の予防のところに踏み込んで、ショートステイや、大変な状況の場合はいつでも受け入れるなど、施設への入所や里親で引き受けるハードルを下げて、ひどい状況になる前に親子ともども利用できるような施設が必要だと思います。ショートステイやトワイライト、子

図1 地域における児童養護施設の機能展開



育て支援、また、家族支援やアフターケアも含め、必要とされているさまざまな機能を地域で展開することは重要です。今回の「ビジョン」ではそういう方向が打ち出されているので、進めるべきだと思っています。

里親と施設の連携強化を

私たち全養協（全国養護施設協議会）が考える地域展開や機能展開のイメージは図1の通りです。乳児院も児童養護施設も地域にさまざま展開をしていくというイメージで、ショートステイや一時保護機能、場合によってはフォースターリング機関（里親開拓から研修、マッチング、養育支援までを総合的に行う機関）ということで、里親の支援を児童養護施設や乳児院が積極的にやる。これまで里親と施設とがバッティングしているような傾向もありましたが、今後は連携の強化が求められています。

施設と里親が常に連絡を取りながら補い合うというか、連携しながら、社会的養護が必要な子どもたちに対応していく構図が必要だと思います。しかし、歴史的にそういうことがなくて、施設にいる子どもたちが里親に行くと社会性が育っておらず、「施設は一体、どのように子どもの養護をしてきたのか」という批判が里親から出されることも多かったのが実情です。今後は、もっと地域で里親と施設

の連携を進めていくべきでしょう。

特に児童養護施設で重要なのは、市町村圏域での役割です。さまざまな諸機関と常に連携しながら、施設の子どもたちだけではなく、地域の子どもたちの状況も把握しながら施設としての専門性を發揮していくことが重要だと思います。

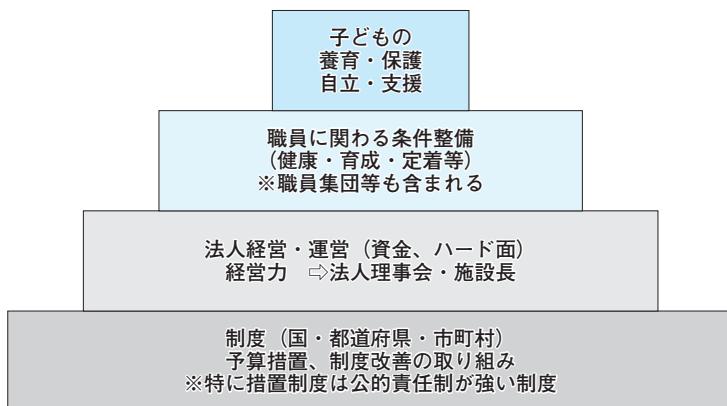
社会的養護に対する予算措置

最近、社会的養護関係に職員の待遇改善などの予算がついています。しかし、高齢者も障害者もそうですが、待遇改善の制度が現場にマッチしていません。私も子ども育て会議や社会保障審議会などで常に言っているのですが、現場に任せるべきです。また、もっと基本的なベースとなる部分を上げていかないと、こんな一時手当をしてもあまり効果がないと思います。

施設の小規模化・多機能化を進めるための予算も今年、育児指導員の配置や、医療連携の看護師の配置などされ、若干改善されたと感じています。

ただし、国が予算をつけても社会的養護の分野は2分の1を都道府県が準備しなければならないため、各都道府県が予算をつけなければ、予算は執行されません。情報をいち早くつかみ、自治体に「国は予算をつけているのだから、うちの県や市でもちゃんとつける」という取り組みをしないと、予算は

図2 四位一体の取り組み



つかないと思います。

社会的養護の施設などが今後強化すべき課題のうち、労働組合にも取り組みをお願いしたいのが、職員の育成と専門性の向上です。子どもの最善の利益を担保できるような制度をつくるには、それを実践するための職員が職場に定着して、専門性を持って生き生きと働けなくてはなりません。また、職員たちが情緒不安定で心も体も病んでしまった状態で子どもに関わることはとても失礼になると思います。

そういう意味からも、私たち自身が個として健康で働く。そして、その基盤を整備する施設・法人、それを担保するような都道府県の責任、そのあたりをしっかりと踏まえておくことが重要です。

「四位一体」の取り組みを

子どもたちの養育を保障するには、職員の条件整備をしっかりしなければなりませんし、職員集団のチームワークも重要です。共同・連携しながらどれだけ仕事ができているかを法人や施設長、管理職がチェックしながら支え、働く基盤をきちんと整備しなくてはなりません。

図2で「四位一体」としていますが、土台に予算措置や制度があり、法人の経営力や職員にかかる条件整備が整ってこそ、子どもの養育や自立支援が可能になります。

社会的養護は、措置制度が唯一残っている分野です。それ以外の福祉分野はすべて、利用契約制度になってしまいました。利用者が施設と契約を結ぶ。費用の補助制度はありますが、基本は契約の制度で

す。しかし、社会的養護の分野は、親が当てにならないことも多く、行政や公的責任で養育が行われます。公的責任を担保する制度ですから、一番下の土台をしっかりとくらなければいけません。そのための人員配置や予算、生活費など、「ここが足りない」という運動を四位一体で展開していくなければなりません。

今回の社会福祉法の見直しで、社会福祉法人のガバナンスの問題など制度改革をしているところですが、本来、社会福祉法人は企業とは違うわけですから、法人としての理念を持ちながら、経営力をしっかりと高めていく努力をしなければいけないと思います。

自分の施設を分析して、自分のところはどこが弱いのか、そのためにはどういう改善が必要なのかについて方針化する。経営がサボっているのであれば、都道府県が監査指導をする責任があるわけですから、「あそこの法人をちゃんと点検しろ」と言つていかなくてはなりません。

私が福祉保育労東京地本の副委員長をやっていた時や、全国養護施設の責任者をやっていた時には、必ず年に1回は東京都の査察指導部の人と話をして、「この施設はいまアップアップだから、今度監査に行った時には、こういうことを指摘してほしい」などと伝えていました。職員が施設長や理事会に向けて言ってもなかなか改善できませんが、そういう人たちほど上から言われると意外とすぐに改善するので、そこを利用しながら「指導・指摘事項の中にこれを入れて」と。「日常的に子どもの人権侵害が起こっている」「職員配置が現実的には足りていないみたい」などと行政にも伝えていました。

自治体要請のコツ

皆さんが都道府県に申し入れをする際は、具体的なデータをしっかり持って行ってください。あれもこれもと全ての要求を持って行ってもダメなので、焦点を絞り、ここを改善するということができるということも含め、説得力あるデータや資料を集めたり、そのための調査をして、ソーシャルアクションに結びつけていってほしいと思います。

また、新たに制度をつくる時には、私たちの要求

を審議会の提言や答申に盛り込ませる。そうすると予算もつけやすくなります。

私のところには常に新聞社の人たちが「ちょっと話を聞きたいんだけど」とやって来ます。メディアの人たちとも一緒にソーシャルアクションをしていくことも非常に有効だと思います。

労働組合への期待

最後に労働組合への期待について。施設長になる前は私も、皆さんと同じように団体交渉をする側だったのですが、いまは常務理事なので、労働組合から要求・要望を聞きます。経営者側になってみて初めて分かったのですが、要求や要望の中身を全職員が本当にそう思っているのかどうか、そこはとても重要です。

組合は「同じ職場の中で働く職員の要望をちゃんと聞いてここに持ってきてている」と言いますが、経営者としては全労働者の要望なのか、組合だけの要望なのかで、回答もだいぶ違ってきます。過半数以上の組合を組織していない分会であれば、非組合員の人たちも巻き込みながら要望を聞いて、要求書をつくるのがいいと思います。

要求活動は重要で、個人としての要望はどこなのか、図2で示した中で、どれが最も重要な問題で、どう改善すべきなのかについて、組合としても分析することが必要です。

経営側からすると、今最も困難な課題は人材対策も必要です。人材確保難で職員が集まらない。途中で産休・育休等に入ってしまったり、病休になってしまう人がいるなど、年度途中の職員補充ができなくて、いま健康で働いている人も、これまで泊まりが週1回なのに週2回やらなければいけない状態になってしまいます。結局、人手不足が職員全体の健康破壊につながっていくこともあります。養成校等にこのことがバレてしまうと「あそこの施設はいま、危機的な状況みたい。そこにだけは就職しないほうがいいよ」となってしまう。そこへの対応が遅れてしまうと、慢性的な人手不足など悪循環に陥りかねません。

私からすると、職員・労働者の確保に困っているのだから、給与はきちんと保障しなければいけないし、休みたいときに休ませなければいけません。途

中で職員に大量に辞めていかれると経営者も困ります。だから皆さんから具体的に「私たちが定着するにはこんなことが必要だ」と主張してほしい。

とはいっても、要求を10も100も言われてもダメだから、「せめて来年にこれだけは実現しないと」とアドバイスしてください。労働者を大事にしない施設や法人は間違いなくつぶれますから、職員が健康で長く働いていける条件整備をしていかなければいけないし、後輩たちがこの施設で働いてよかったと思えるような職場環境をつくっていかなければなりません。

そこが労働組合の一番の力の発揮どころだと思いますので、そういう意味では、日常的な要求活動や、それを実現した成果を次に生かしていくことがとても大事だと思います。

そのためには学習したり、本日のように皆さんに全国から集まってもらい、「うちはこういうことで悩んでいるけど、どうしたらいい?」と相談してみる。「うちは、こういうことをして予算が取れたよ」などといった経験を職場に持ち帰り、具体的な提案をすることが重要だと思います。

第三者評価も全く同じで、自己点検しながら、自分のところの良いところ、悪いところ、遅れているところをはっきりさせながら、それを改善していく1つのツール(方法、道具)だと思っています。

社会的養護で養護される子どもたちは「私はここが嫌だから別の施設を選ぶね」ということができません。どこの施設に入っても、大学進学が保障され、勉強や習い事がさせてもらえるなど、子どもたちが自己実現できる施設になっていかなくてはなりません。それを自分たちでチェックできるシステムを導入しないと、自己満足している施設ほど、とんでもないことをやっていたりするものです。

私は現在、経営側ですが、「どんどん組合をつらなきやダメだ。組合に入った方が良い」と言っています。「けっこう楽しいよ」「こんなこともやれるよ」などと話すのですが、最近は組合に入らない人が多くて困っています。

ぜひ労働組合には頑張っていただきたいし、第一線に立ち、組合員からも非組合員からも信頼されるような活動を続けてほしいと思います。

今後の皆さんのご活躍を期待して、話を終わります。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

みんなでストップ！患者負担増

—「骨太方針2018」でもねらわれる負担増を許すな



なか けいた
名嘉 圭太
全国保険医団体連合会
事務局次長

75歳以上の窓口負担の原則2割化など、政府は患者負担増をさらに推し進めようとしています。このままでは患者さんの受診抑制が今以上に広がります。医療従事者と患者さんが手をとって、「みんなでストップ！患者負担増」の運動を進めましょう。

負担増をめぐるせめぎあい

安倍政権は、2013年8月の社会保障制度改革国民会議「報告書」、2013年12月の社会保障制度改革プログラム法、2014年6月の医療・介護総合確保推進法、2015年5月の医療保険制度改革関連法と、次々と医療制度改悪を進めてきました。

改悪は多岐にわたりますが、大きくいうと「患者・利用者負担増」と「医療・介護提供体制の再編」です。

上記の法案成立後、安倍政権は、2015年6月に経済財政諮問会議の「骨太方針2015」で医療や社会保障費の削減を重点課題とした「経済・財政再生計画」を掲げました。これは2016年度～2018年度を「集中改革期間」と位置づけるものでした。さらに今年6月に「骨太方針2018」が出され、2019年度～2021年度を「基盤強化期間」と位置づけました。

本稿では、一連の改悪のうち、「患者・利用者負担増」の動向について触れます。「格差と貧困」の

拡大を背景に、受診抑制も広がっています。「負担増」をめぐるたたかいは、世論づくりもあわせてまさに「せめぎあい」の中にあります。

いま、患者さんは

政府の進める患者負担増について指摘する前に、患者さんの声、受診実態について触れてみます。

「年金はどんどん下がるし、これ以上、医療費や保険料が上がると生きていけません」(73歳・女性)

全国保険医団体連合会（以下、保団連）が取り組んだ「クイズで考える私たちの医療」ハガキに書き込まれた「声」の一つです。これが、高齢の患者さんたちの切実な声です。

このほか、寄せられた「患者さんの声」を紹介します。

・私の母が60代の時に、「70歳になれば患者負担が1割になるから家計が助かる」と思っていたら、70歳が2割負担になりました。母は、「75歳まで頑張ろうと思っていたのに、また、負担が増えればつらい」と言っていました。

・50代で手術し、毎日服薬の生活です。飲み忘れの薬分の投薬を減らしてもらっています。さらに1年に1回、処方箋を出さずに残りの薬で調整して切り詰めています。

・私と弟が両親と祖母の医療費を払っているので、負担が増えると本当に厳しいです。助けてください。

・70歳になって医療費負担が1割と思っていたら2割になって、病気になってしまって病院に行けなくてとても大変です。国はいのちを守ってください。

2014年から、70歳～74歳の方は順次、患者負担が1割から2割になっています。負担があることで受診をためらわざるを得ない高齢者の姿、負担増は高齢の両親を支える現役世代も追い詰めていることが、「患者さんの声」から伝わります。

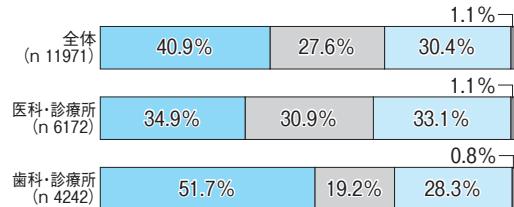
医師・歯科医師からみた受診抑制

次に、医師・歯科医師の目からみた患者さんの状況を紹介します。保団連は、2015年に受診実態調査を実施しました。返信数は1万2,252医療機関で、回収率は14.9%でした。

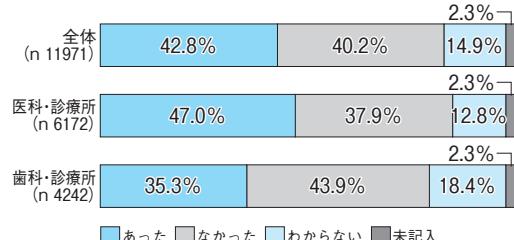
この中で「医療機関の4割が患者さんの経済的理由による治療中断を経験」していることが明らかになりました。医科・歯科別で見ると、医科が34.9%なのにに対し、歯科は51.7%と半分以上の医療機関が「経済的な理由での治療中断」を経験しています。さらに、「医療費負担を理由に検査や治療、投薬を断られたことがあったか」を聞いたところ、医科の47.0%が「断られたことがあった」と回答しています（図表1）。

図表1 負担増に耐えられない国民の暮らし

●経済的な理由による治療中断



●医療費負担を理由に検査や治療、投薬が断られるケース



■ あつた ■ なかつた ■ わからぬ ■ 未記入

2015年の保団連受診実態調査より

図表2 どんどん増えてきた窓口負担（抜粋）

年	なし (その後、定額負担に)	なし	1割 負担	2割 負担 ^{※2}	3割 負担	なし	なし	なし	なし	なし
1961年	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
1973年	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし

※1 1968年に国保は3割 ※2 外来は加えて薬剤一部負担 ※3 1987年より定額負担が順次引き上げられる ※4 月4回まで。加えて薬剤一部負担 ※5 2002年に現役並み2割に

歯科で「治療中断の経験があり」の割合が高く、医科は治療にきても「検査、治療、投薬拒否の経験があり」の割合が高いことがわかります。

具体的な受診困難事例では、「薬の飲み伸ばし」「長期処方の希望増」「受診抑制、治療中断等による重症化」「高齢者の通院困難、生活困難」「労働環境の悪化」「生活保護の増加」があげられました。

とくに「薬の飲み伸ばし」については、「1日2回の薬を1日1回にして、受診日数をおさえている」「2週間分、3週間分の薬を間引いて服用し、1カ月から1カ月半に薬を取りに来る人が増加し、高血圧、糖尿病、心疾患が悪化する例が増えていく」といった事例が報告されています。

増え続ける患者負担

受診抑制が広がっているのは、「格差と貧困」が広がっていることとあわせて、患者負担が増えていくのも大きな原因です。

サラリーマン（被用者本人）など現役世代は、1984年に患者窓口負担が1割になって以降、1997年に2割負担、2003年には3割負担となりました。

高齢者は、1973年に国の制度として無料化されました。しかし、1983年に定額負担となり、その後随時引き上げられ、2001年には原則1割負担。2014年より70～74歳が随時、原則2割負担となっています（図表2）。

「いつでもどこでも誰でも」安心して医療が受けられるというのが、国民皆保険の特徴です。しかし、ヨーロッパの主要国では、医療費は無料か低い負担の国が多い中、「原則3割負担」という日本の窓口負担の高さは国際的にみても際立っています（図表3）。

図表3 医療費自己負担の各国比較

イギリス	原則自己負担なし (歯科は3種類の定額負担)
ドイツ	外来 無料 入院 1日10ユーロ (1290円)。 年間28日まで
フランス	国民の約8割が加入している「補足疾病」で ほとんどの自己負担がカバー ただし、外来診療負担金(1回1ユーロ=129円。年間50回まで) 入院定額負担金(1回18ユーロ=2322円)の負担は発生
スウェーデン	外来 広域自治体(日本の都道府県のような 自治体)が独自に設定 1回あたり0~300クローナ (0~5187円) 患者の年間自己負担上限は1100クローナ (1万4855円) 入院 日額上限100クローナ(1485円)の範囲 内で広域自治体が独自に設定 1日あたり50~100クローナ
日本	3割

社会的弱者がまずターゲットに

安倍政権のもとで2014年に成立した医療・介護総合法で「現役並み所得者」とされた方の介護利用料が1割から2割負担(2015年度より実施)に、2015年に成立した医療保険制度改革関連法で入院時食事代の患者負担分が1食260円から460円に引き上げられました(2016年、2018年と段階的に引き上げ)。

さらに、「経済・財政再生計画」では、2016年度から2018年度までの3年間、社会保障費の「自然

増」を1.5兆円(1年にすると5,000億円程度)に抑えることが目標にすえられ、毎年、着実に実行されました(図表4)。この期間中に検討・実行された患者負担増は、70歳以上の患者負担限度額引き上げ、65歳以上の療養病床の居住費の引き上げ、介護保険利用料の3割負担(「現役並み所得者」の中のさらに一定以上の所得者)などです。

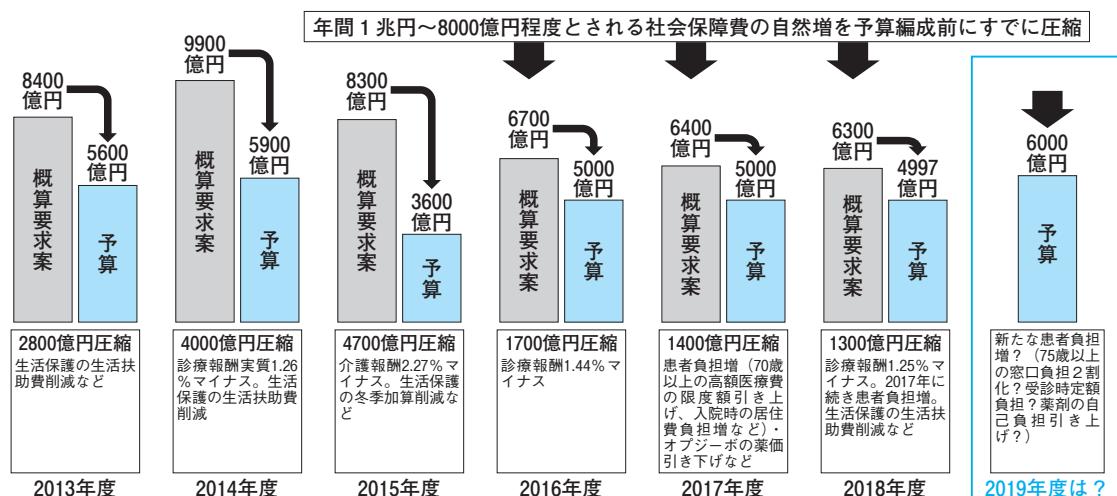
図表4を経年的に見ると、自然増の圧縮は、①診療報酬・介護報酬のマイナス改定、②2013年～2015年、2018年は生活保護の削減によって、2017年から「高齢者ねらいうち」ともいえる負担増で圧縮してきたことがわかります。社会的に「弱いもの」をターゲットに自然増を圧縮してきたのです。

一方、「経済・財政再生計画」で掲げられた検討課題(改革項目)には、いまだ検討中のものがあります。2018年度末までに、以下の項目が検討されることになっています。

- ①後期高齢者医療制度の患者負担の在り方(75歳以上の窓口負担の原則2割化)
- ②外来受診時の定額負担の在り方(受診するごとに定率負担に加えて100～500円の定額負担)
- ③薬剤自己負担の引き上げ(薬ごとに負担割合を変える、保険から外すなど)
- ④医療保険制度の負担への金融資産等の反映(老後のたくわえが「資産」とみなされ、大幅負担増)

まずは、上記の検討課題を具体化させないことが当面の課題です。

図表4 続く社会保障費「自然増」圧縮



図表5 「骨太方針2018」で掲げられた「検討項目」（患者・利用者負担増）

◎これまでの改革項目 ◆新たな提案

- ◎後期高齢者の窓口負担の在り方（75歳以上の窓口負担原則2割化）
 - ◆医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直し（現役並み所得の対象拡大）
- ◎受診時定額負担の導入
- ◎薬剤の自己負担引き上げ
- ◎高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を評価し、負担を求める（金融資産等の保有状況を考慮に入れて負担を求める仕組み）
 - ◆介護のケアプラン作成、多床室室料
- ◎介護の軽度者への生活援助サービスについて、給付の在り方を検討
 - ◆保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料、公費負担、患者負担について総合的な対応を検討する

「骨太方針2018」にある「負担増」

「骨太方針2018」では、新たに2019～2021年度を「基盤強化期間」と位置づけ、図表5の内容を盛り込みました。前述した検討項目の①～④が引き続き掲げられています。さらに、「現役並み所得の対象拡大」へ向けた検討が新たに掲げされました。

（1）75歳の窓口負担2割化

日本経団連は、歳出改革で進捗が不十分な項目として、「75歳以上の高齢者に対する自己負担引き上げ」をあげています（日本経団連「わが国財政の健全化に向けた基本的考え方」2018年4月17日）。

これは、財界のいら立ちを示すものです。この間、日本経団連だけでなく、経済同友会、日商、健保連、協会けんぽ、連合、財務省などが早急な検討と原則2割の実現を求めていました。

特に財務省は、「（自己負担が2割となっている者が）75歳到達後も2割のままにすることに加えて、すでに後期高齢者となっている者についても、数年かけて段階的に2割負担に引き上げる」と具体的に提案しています（財務省・財政制度等審議会「新たな財政健全化計画に関する建議」（2018年5月23日。以下、財務省・財政審「建議」）

具体的に検討を進める厚労省・社会保障審議会医療保険部会（以下、医療保険部会）では、日本経団

連、日商、健保連、協会けんぽからの委員が毎回、早急な検討と結論を迫っています。

これに対して、「一律の負担増は反対」という意見は出るもの、「負担能力に応じた負担」については、賛意を示す委員も多くいます。そのため、介護保険の利用料3割のように、現役並み所得の対象拡大といった形で「所得によって導入」する可能性もあります。今回の「骨太方針2018」で新たに「現役並み所得」の判断基準の見直しを打ち出したこととあわせて、この動きにも注意する必要があります。実際に「政府・与党が、75歳以上の」「3割負担の対象の拡大を検討している」（「産経新聞」8月19日付）という報道もあります。

（2）受診時定額負担

受診時の定額負担について、図表6のイラストを見ればわかりやすいと思います。現在の1割～3割負担のうえに、さらに100～500円の追加負担を課すというものです。

これは、これまでさまざまなもの提案がされてきました。民主党政権時代の2011年、「高額療養費の負担上限の引き下げの財源」捻出を口実に、「ワンコイン（100円）」を前提に検討されたものの、医療界や多くの国民の反対があり、導入されませんでした。

「骨太方針2015」および「骨太方針2018」での導入の理由は、「かかりつけ医普及」です。しかし、この間の医療保険部会では、この「かかりつけ医普

図表6 受診時定額負担とは



及」を理由とした導入について、積極的な意見が出ませんでした。その一方で、日本経団連・健保連などが「かかりつけ医普及」にこだわらず、広く定額負担について議論すべきと主張しており、その点は要注意です。

(3) 薬剤の自己負担引き上げ

保険給付されている薬を保険から外したり、現行の1~3割負担以上に負担を求める提案もされています。「骨太方針2018」では、「市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる」としています。財務省・財政審「建議」は、薬によって患者負担を設定しているフランス（一般の薬は35%、胃薬等は70%の患者負担など）などの例などを出して、検討と実施を迫っています。

(4) 金融資産等の保有状況も考慮

医療や介護の負担について、これまで給与や年金など「所得」を基準に定めていたものを、新たに「資産」も加えようとしています。すでに介護保険の「補足給付」（市町村民税非課税世帯の介護保険施設への入居者に食費や居住費を補助する制度）で導入されています。

財務省・財政審の「建議」は、「まずは、入院時生活療養費等の負担能力の判定に際し、介護保険の保険給付と同様の仕組みを適用すべき」「医療保険・介護保険とも、マイナンバーを活用して、所得のみならず、金融資産の保有状況も勘案して負担能力を判定するための具体的な制度設計の検討を進めるべき」と提案しています。

多くの高齢者は貯金を崩しながら生活しています。「老後のたくわえ」があるからと負担が増えれば、高齢者は「受診できない」「生活できない」事態に陥るおそれがあります。

負担増の根拠は「負担の公平論」

この間の「高齢者ねらいうち」というべき負担増で、その世論形成にむけ登場したのが、「負担の公平論」です。この「負担の公平論」は、時には「世代間公平」、時には「医療・介護（もしくは入院と在宅）の負担の公平」を理由に登場します。

とくに「世代間の公平」論は、「高齢者は若者と比べ恵まれている」という言説を流布し、高齢者と現役世代・若者を分断させるものです。また、負担増に苦しむ人々が声をあげることを萎縮させ、あきらめさせます。そして何よりも「負担増やむなし」という世論形成に一定の力を持っていることに注意を払う必要があります。

「世代間公平」論が説得力をもつ形で表現されるのは、「年齢でなく負担能力に応じた負担」です。もともとこれを唱えたのは、2013年8月に出された「社会保障制度改革国民会議報告書」です。そこでは、「高齢者については、一律横並びに対応するのではなく、負担能力に応じて社会保障財源に貢献してもらう」ことを主張し、「『年齢別』から『負担能力別』に切り替えるべき」と結論付けました。

そして、「骨太方針2015」や「骨太方針2018」でも「負担能力に応じた公平な負担」を掲げています。

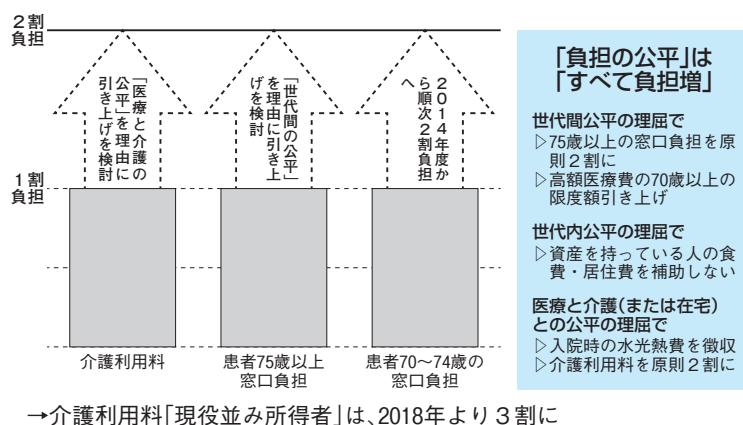
前述したように、75歳以上の窓口負担についての医療保険部会の議論においても、原則2割（一律2割化）に反対はあっても、「負担能力に応じた負担」については容認する雰囲気があります。

あらゆる世代が負担増に

この一見、もっともなように見える「負担の公平化」は、何をもたらすのでしょうか。

「世代間の公平」を理由に、70~74歳の患者窓口負担が2014年度から原則1割から2割となりまし

図表7 「負担の公平」と言って、結局、負担が重いほうに



た。これに続くのが、75歳以上の窓口負担の原則2割化です。また、介護分野では2016年に「医療と介護の公平」を理由に介護利用料についても原則1割から2割負担の拡大が議論されました。その過程で出てきたのが、一定所得以上の「現役並み所得者」の3割負担です。

高額療養費制度についても、70歳以上は「現役並み所得」「一般所得」者は、「70歳以下」とあわせて限度額が引き上げられました。低所得者は「据え置き」となったものの、現役世代と負担を「あわせる」「近づける」ことで、高齢者の大部分が引き上げとなりました。

結局、政府の言う「負担の公平」は、負担の重い方にあわせてあらゆる世代を負担増に導くものです（図表7）。

「高額療養費制度の見直し」が議論された2016年度の医療保険部会での議論では、厚労省配布資料にあった「一人当たり医療費は高齢になるほど上昇するのに対して、一人当たり平均収入は減っていく」点を指摘して、高齢者の負担増に慎重な意見がだされました（2016年7月14日の第96回医療保険部会）。

一方で、日本経団連や日商等の委員は、「世代間負担の公平」を理由に負担増を主張しました。「負担の公平論」によって、高齢者の経済的状況や疾病・疾患の状況は考慮の外におかれてしまします。

高齢者の疾病・疾患が無視される

厚労省の資料でも「後期高齢者の86%は、外来で

何らかの慢性疾患を治療」「後期高齢者の64%は、2種類以上の慢性疾患を治療」していることが示されています（2016年12月8日の医療保険部会「資料1－2 議論の整理（案）に関する参考資料」58ページなど）。

図表8の「ある1日にどれくらいの患者さんが医療機関を受診したか」を表す「受療率」を見ると、「75歳以上」は働き盛りの「45～49歳」と比べて、外来は3.1倍で入院は9.8倍の受療率です。疾病別（外来のみ）で見ると、加齢と共に増える「前立腺肥大（症）」「白内障」は実際に50倍以上、「脳血管疾患」は20倍、「関節症」は27倍、「高血圧」は12倍と続きます。歯科でも「補てつ」は3倍を超え、「歯肉炎及び歯周疾患」も1.6倍です。どの疾病をみても、治療を続けなければいけないもの、リハビリを中断してはいけないものばかりです。

「複数の疾病をかかえて長期に治療している」。これが多くの高齢者の姿です。その点を見ずに、「負担を現役世代と同じにすべき」と主張するのは乱暴な議論です。

図表8 疾病別でみた外来受療率（人口10万対）

	45～49歳(①)	75歳以上(②)	倍率(=②/①)
総数	3827人	11906人	3.1
前立腺肥大（症）	2人	109人	54.5
白内障	5人	254人	50.8
脳血管疾患	16人	335人	20.9
関節症	36人	607人	16.9
高血圧性疾患	157人	1908人	12.2
糖尿病	97人	471人	4.9
胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	16人	53人	3.3
歯の補てつ	180人	559人	3.1
歯肉炎及び歯周疾患	298人	473人	1.6

厚労省「平成26年（2014）患者調査」より作成

高齢者世帯は家計収支が悪化

総務省の「家計調査報告」によると、高齢夫婦無職世帯（夫65歳以上、妻60歳以上の夫婦のみの無職世帯）の収入は、2017年で約20.9万円（うち年金収入は約19.2万円）、支出は約26.4万円で家計収支は

約5.5万円の不足となっています。この5.5万円の不足は貯蓄から取り崩すことになります。月5.5万円の不足分とは、貯蓄額が300万円でも4年半で底をつき、1,000万円あっても15年程度しかもたない金額です。

ちなみに、2000年頃の同じ高齢夫婦無職世帯では、年金収入等は約22.9万円で年金収入は今より多く、家計収支は約0.9万円の不足で、今ほど貯金に頼る生活ではありませんでした。明らかに高齢者の家計収支は悪化しています（図表9）。

さらに、2017年6月に公表された厚労省「平成28年国民生活基礎調査の結果」では、貯蓄のない世帯は全世帯で14.9%、高齢者世帯（65歳以上の者のみ、またはこれに18歳未満の未婚の者が加わった世帯）では15.1%にのぼります。

このような中で後期高齢者の窓口負担の2割化などが進められれば、受診抑制を引き起こし、高齢者の生活が成り立たなく恐れがあります。

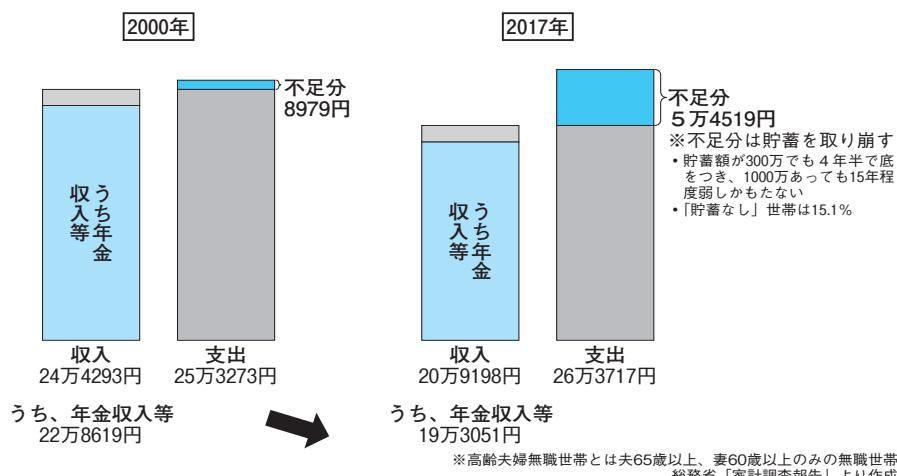
現役世代も共倒れに

高齢者の負担増は、親の介護を担う「現役世代」にも直撃する問題です。

「平成29年就業構造基本調査結果」によれば、65歳以下で介護をしている方は約430万人。介護離職は、この1年間で10万人近くになります。育児と親の介護を同時に担う「ダブルケア」も30～40代で増えており、全国で25万人を超えていました。

ワーキングプア、メンタルヘルス、DV（家庭内

図表9 高齢夫婦無職世帯の家計（高齢期の2人暮らしの場合の1カ月の生活費平均から）



暴力）などが原因で、成人した子どもを高齢世代が経済的に支えなければいけない事例もあります（藤田孝典『続・下流老人』朝日新書、2016年）。

このように、「世代間公平」論による負担増は、「高齢者世代」のみならず、現役世代も大きな影響を受け、場合によっては「共倒れ」も引き起こしかねません。

みんなでストップ！患者負担増

私たちの課題として、75歳以上の窓口負担原則2割化をはじめとする患者負担増を具体化させない大きな運動が必要です。

患者負担増は、国民が直接、影響を受けます。たとえ、国会の力関係が一強体制でも、一定の世論の支えがなければ、進めるることは容易ではありません。だからこそ、「負担の公平論」なるものを持ち出して、国民の運動を「分断」「萎縮」「あきらめ」に導こうとしています。

「改革集中期間」の2016年度、2017年度も、当初、財務省等が描いた改悪シナリオに対して、検討が先送りになったり、負担増の対象や引き上げ幅が圧縮された形で実施されています。必ずしも政府・財務省の思惑通りにはいっていないのです。

その背景には、この間の中央社保協の「医療・介護大運動」、保団連の「ストップ！患者負担増」の取り組みがあります。もちろん、そこには医労連に集う医療・介護・福祉労働者の協力がありました。

保団連は9月から、「みんなでストップ！患者負担増」署名と「クイズで考える私たちの医療」に取り組みます。医療従事者と患者さんが手をとつて、「みんなでストップ！患者負担増」の世論をつくっていきましょう。

第25回北海道医療介護研究集会（2018年6月30日）から

旧優生保護法から考える人権

—「優生手術」被害者の救済に向けて



おのでら のぶかつ
小野寺 信勝
弁護士（北海道合同法律事務所）

本日は、旧優生保護法の話をさせていただきます。基本的な知識をお伝えした後、国に損害賠償を求めている裁判の原告である小島さんと対談形式でお話しします。ぜひ、小島さんの被害について知ってください。

優生保護法の目的

優生保護法というのは、いわゆる優生思想や優生政策に基づく法律です。ナチスの断種法のようなイメージを持たれている方も多いと思いますが、この法律が制定されたのは戦後、1948年です。ちなみに、ナチスの断種法は1933年に制定されました。内容は主に2つ。1つは妊娠中絶に関する規定、もう1つが、今般問題になっている不妊手術に関する規定です。

では、優生保護法の目的は何でしょうか。第1条にはこうあります。「この法律は、優生上の見地から不良な子孫の出生を防止するとともに、母性の生命健康を保護することを目的とする」。

優生思想というのは、戦後、学問的に華やかな時代があったようです。主に2つのアプローチがあるようで、1つは積極的優生学、端的に言うと「優れた子孫」を残すというための学問で、もう1つは「劣った子」を減らすという消極的な優生学。この

ような学問的な分類があったようです。

この法律を制定するに当たり、優生思想をあらわしている発言がありますので、紹介します。昭和23（1948）年6月19日に衆議院厚生委員会で谷口弥三郎委員が発言した、この法律の提案理由です。ちなみに谷口氏は医師です。「子どもの将来を考えるような比較的優秀な階級の人々が普通産児制限を行い、無自覚者や低脳者などはこれを行わんために、国民素質の低下即ち民族の逆淘汰があらわれてくる恐れがあります。現に、わが国においてはすでに逆淘汰の傾向があらわれ始めております」。

この時代の1つのキーワードとして「逆淘汰」という言葉が頻繁に出てきます。これは、「劣等者」の人口に占める割合が増加すると、相対的に優秀な比率が減ってしまう。そうすると国民全体の質が低下する、こういう考え方を「逆淘汰」と言います。当時は敗戦直後で、戦争で若い人が大勢亡くなっていて、国民の中には戦争に行けなかった人や戦争で障がいを負ってしまった人が相対的に増えていた。こうした時代背景のもとで、「逆淘汰」に対する危機感が非常に強かったようです。

旧優生保護法の成立過程

旧優生保護法の成立過程について説明しましょう。優生保護法ができたのは1948年ですが、戦前に国民優生法という法律があり、これが旧優生保護法の前身になります。結局、優生保護法は96年に母体保護法に改正されるまで生き続けます。

戦前、国民優生法のもとで多くの優生手術が行われたのではないかと思いがちですが、実際には国民優生法の下での優生手術はそれほど多くはありません。当時は戦争中で、国策として「産めよ増やせよ」という人口増加政策を取っていたこと、また、国民は天皇の子どもだという思想的な話もあったようです。いずれにしても、人口を増やすことが最大

の国策になっていた時代です。国民優生法は対象を遺伝的な疾病に限定をしていて、もちろんこれも許されないことではあります、対象を少し絞っていました。そして、国民優生法の力点は中絶規制の強化でした。できるだけ中絶をさせないための規制の強化に力点を置いていたのです。人口増加に向けたひとつの法律的な裏づけになっていたようです。

戦後、優生保護法の話が出てきますが、ここもまた1つ、時代的な背景があります。社会党の国会議員になった加藤シズエ氏は、子どもを産むのを制限しようという「調整運動」をしていた活動家でした。この加藤氏が優生保護法を一度提案したのですが、この時は審議未了で不成立に。翌年、先ほど紹介した谷口氏などと10人で優生保護法の提案をして、成立しました。無党派による法案ですが、提案者10人中8人が医師でした。医療従事者がこの法律の成立に積極的に関わっていたということです。

ここも1つ時代的な背景があります。最大のネックは人口増加問題です。戦争が終わり、引揚者によって人口が爆発的に増えてしまった。それによって食糧危機や住宅難などの社会問題が起こっていました。女性への性暴力による妊娠の問題もあったようです。ソ連兵に暴行されて子どもを身ごもってしまったということが社会問題になっていて、中絶についての社会的な関心もわりに高かったそうです。

過剰人口問題を背景にして、今度はより産むことを制限するような規定になっています。1つは遺伝性とは言われていない疾患についても手術の対象を拡大したこと。2つ目は、中絶の規制を緩和したことです。中絶規制については、遺伝的な疾患などによる中絶、暴力によって妊娠した場合の中絶に加え、経済的理由による中絶が規定されました。

不妊手術の対象

旧優生保護法は中絶と優生手術という2つの規定をしていますが、ここからは不妊手術、優生手術に限って説明したいと思います。

優生手術は、同意に基づく手術と同意がいらない強制手術という2つの分類があります。1つは本人または配偶者の同意があれば不妊手術ができるというもので、これは遺伝性の精神疾患、精神薄弱、身体疾患、ハンセン病です。これらは同意が必要な不

妊手術です。

同意がいらない不妊手術が強制不妊手術ですが、1つは医師が疾患の遺伝防止のために公益の必要があると判断した場合。つまり、医師が判断した時には優生保護法審査会の審査によって手術を行うことができるとされていました。もう1つが非遺伝性の精神疾患。遺伝しない精神疾患の場合で、保護義務者の同意があるときです。おそらく、後天的に精神疾患や事故などによって精神薄弱と評価された場合に、両親などの同意で手術ができるといったことだろうと思います。

同意による不妊手術というのはどういうケースだったかというと、例えば、ハンセン病の方が、結婚の条件として不妊手術をするということはよくありました。聾の方も、結婚の条件として不妊手術を強要されることがあったと聞いています。

このように、優生保護法というのはひどい法律ですが、さらにひどいのは、優生手術を実施するためには有形力の行使、実力行使をしてもいいという通達があったことです。やむを得ない場合には身体の拘束、麻酔薬を使うこと、あとは欺罔、つまりだますことによって手術をしても構わないという内容です。例えば、盲腸の手術をすると偽って実際には不妊手術だったなど。こうしたことが許されていたのです。小島さんも、だまされて手術を受けさせられました。

北海道における強制優生手術

北海道は全国で最も優生手術が行われた自治体です。全国の実施件数は、強制に限って言うと1万6,000件。本人の同意がある場合を含めると2万5,000件ほど実施されたと言われていますが、このうち北海道は2,593件で全国最多です。2番目が宮城県の1,900件ですから、圧倒的な差です。なぜ、北海道がこれだけ突出しているのかは分かりません。ただ、行政が積極的に手術を促していたのは間違いないようです。

毎日新聞がこの点について分析しています。1884年の段階で北海道の人口は約22万人。全国で最少の自治体だったようです。1945年は引き揚げによって351万人に人口が膨らんで、全国最多の自治体になったようです。急激な人口増によって食糧難や住宅

問題があったのが1つ、もう1つは精神科病棟が全国で2番目に多い自治体であったこと。

また、北海道は1次産業の従事者が多いので、障がい者の介護を家族で担うのが難しいという状況がある、それが精神科病棟が増えた要因ではないかという指摘もありました。毎日新聞の分析が的を得ているように感じます。

「公益性」を重視した優生手術

『優生手術（強制）千件突破を顧みて』というパンフレットがあります。これは、北海道が優生手術を1,000件実施した際に記念して発行したものです。ワセダクロニクルというジャーナリズムN G Oのホームページがあって、ここで優生手術をかなり熱心に取り上げています。このホームページは非常に分かりやすいし、深い取材をしています。

このパンフに何が書かれているかというと、例えば、「社会の害毒やくざの例」。「独身、精神分裂病、小学校の成績は劣等。生来の怠け者。放浪癖があり、15歳ごろから家に寄り付かず、チンピラと交わり、ヤクザの群れに投する。トバク常習、ヒロポン常習者でもある。3人兄弟。いずれも私生児。母は決まった夫がなく精神病質の疑いが推考。遺伝歴は確認されなかったが、母、本人ともに性格異常が推考され、本人の分裂病という疾病の特質性と生来の反社会的性向に伴う公益性から優生手術を行った」。こうしたことが紹介されているんです。

小島さんの例と非常に似ています。小島さんも若い頃、生活が荒れていて、反社会的性向に伴う公益性の必要から手術が行われたのではないかと思います。病気かどうか疑わしいことに加えて、「公益性」をかなり重視をして手術を実施していることが分かります。

もう1つ。「精薄3代女の乱れた家庭」。これは「まともなのは2歳と7歳の子どもだけ。これも将来どうなるか分からない。生活扶助を受けている。実母は精薄であり、実父に逃げられ再婚。この間に生まれた本人もまた精薄で好色的。本人は義父と関係し娘3人を産む」というケース。この記述だけでは精神疾患や知的な問題があったかどうかは全く分かりません。

このパンフには多くのエピソードが載っています

が、この2つだけを見ても分かる通り、かなりずさんなやり方だったことが分かります。優生手術は、男性も女性も、手術の方式が規則によって規定されています。女性の場合は子宮の管を縛る。男性の場合は精子の出る管を縛るという規定ですが、実際に子宮や睾丸を摘出された例もあったようです。先日、熊本で提訴したケースでは、優生手術の際に睾丸を摘出されています。

優生手術は手術を決定してから2週間の不服申立期間がありますが、不服申立期間中に手術をしたケースもあったようです。精神疾患があったのかどうかよく分からぬ、おそらく人にも手術を行ったというケースがあったわけです。

旧優生保護法の違憲性

ここから裁判の話をしたいと思います。

旧優生保護法を憲法的な見地から捉えると、間違いなく違憲だと考えられます。まず、何より自己決定権に反します。自分の人生は自分で決めるというのは当たり前の話です。子どもを持つこと、もしくは持たないこと、何人持つか、いつ持つか、こういったことを自分の意思で決めることは憲法で保障されています。優生保護法は、障がいのある方については子どもを持つ・持たないの自由を認めなかった。この点で憲法に違反しているのは明らかです。

同意に基づく不妊手術であっても、ハンセン病の方に対して結婚の条件として優生手術を行うというように、婚姻の自由も認めていませんでしたし、家族をどのように形成して育むかという家族を持つ権利も侵害しているわけです。

障がいの有無による差別もありますし、手術自体、「残虐な刑罰の禁止」という憲法の規定に抵触すると、弁護団としては考えています。

裁判は仙台が先行していて、仙台も同じように旧優生保護法の違憲性を主張していますが、国は違憲性について何も言っていません。違憲であるとも合憲であるとも言っていません。裁判官から「憲法について主張しなさい」と国に求めているところです。これが合憲だとはとても言えないと思いますが、かといって、違憲と言ってしまうと裁判上、不利になるので、それも言えないということで沈黙しているのでしょうか。

テクニカルな話になってしまいますが、1つだけネックになっている問題があるって、それは時効の問題です。法律上、時効は3年間です。最も長くても20年。多くの方は1950年代、60年代に手術を受けていたため、すでに時効が成立してしまっています。この裁判は、手術を受けたことそのものについて、国に責任を問わせることができないのです。弁護団としては、明らかな被害者に対しての救済を怠っているという不作為を主張しています。国が被害を放置したという不作為の責任を問うているのです。そうすると、小島さんを含めて被害者の方は救済を受けていないので、現在も被害が続いているという理由で裁判を行っています。

全国で提訴へ

優生保護法をめぐる問題は、弁護士の間でも何となく知られていましたが、これほどの人権問題ではありながら、それほど強い関心を持っていなかったのも事実です。我々弁護士が関心を持っていなかつたことについては反省しなければいけないと思っています。

2018年1月30日に、仙台で宮城在住の女性が提訴しました。これによって宮城の弁護士たちはこの問題を熱心に議論したと思いますが、全国の他の地域ではあまりこの問題を追っていました。いわば、降ってわいたような問題が、提起がいきなりなされて、弁護団を急いで組んで提訴にこぎつけたというのが実態です。

北海道では5月17日、小島さんが提訴しました。6月28日にも女性が提訴しています。現在は仙台、札幌、東京、熊本で提訴しています。兵庫と仙台で、さらに提訴を考えていると聞いています。

6月28日に提訴した女性がどのような手術を受けたかと言うと、幼い頃の病気が原因ではないかと本人は言っておられます。中等度の知的障がいがあります。ご主人と結婚をしてお子さんを身ごもったのですが、親族が中絶を促して、結果的にご主人も同意してしまって手術をしたというケースです。優生手術と中絶手術を同時に受けている方です。

このケースが大変痛ましいのは、ご本人はもちろんそうですが、ご主人は自分も加害者になってしまったということです。長年、非常に悔やんでいらっしゃる



たようです。

同意を得て不妊手術をしたケースについて、「裁判するのはなぜですか」と質問されることがあります。そもそも本当に同意なのか、眞の同意と言えるのかどうかというのは問題です。憲法違反の法律に基づいて同意させているわけですから、これは同意があろうとなからうと、優生手術の被害者であることに変わりはないと弁護団としては位置づけて、同意した方についても強制手術を受けた方と同列に扱っています。

政治解決に向けた動きも

裁判を着々と進めていますが、政治の動きも大変速い動きを見せています。超党派で議連をつくっていただいて、政治解決に向けて動いてもらっています。どういった政治解決がなされるのかは全く分かりませんが、全国弁護団では救済立法を検討していて、被害者の方全員が保障されるような枠組みを議論しているところです。

裁判も政治の動きも、まだ始まったばかりです。なかなか関心の持てない問題かもしれません。被害者は現在生きている方で、いままさに被害を受けている方ですので、当時合法だったかどうかということではなくて、現在の被害者をどのように保障するかということを考えていきたいと思います。

特に、この問題は法曹界も医療関係者もある種、加害者側に立っている歴史があるわけです。審査会には法曹も医療関係者もいるわけで、こうした点については責任があると思います。ぜひ、この問題について皆さんで考えていただき、裁判にもご協力いただけたらと思います。

「国は謝罪を」が何よりの願い

優生手術を受けた被害者の思い

小島 喜久夫さん（旧優生保護法強制不妊手術提訴原告）

小野寺 信勝弁護士（北海道合同法律事務所）

ある日突然、精神科へ

小野寺 小島さんは、旧優生保護法強制不妊手術裁判の原告です。19歳頃に札幌の中江病院で優生手術を受けました。はじめに、中江病院に入院するに至ったいきさつを説明してもらえますか？

小島 私は育ての親にいじめられて、非行に走って遊んだりしていました。ある日、帰ってきたら警察と義理の父親がいて、オートバイに手錠をかけられて警察に連れて行かれました。「お前みたいなのは一生出してやらない」と言われました。私は少年院に行くのかなと思ったのですが、中江病院に連れて行かれ、そこで手錠を外されました。「精神科・内科」と書いてあって、おかしいなと思いました。

すぐに看護師や事務長が来て、診察も何もしないで、「小島さん、寝なさい」と押さえつけられて、麻酔か眠剤か注射を打たれて、そして目が覚めたら、独房みたいなところに入っていました。

小野寺 小島さんは入院以前、精神科にかかったことはあったのですか？

小島 いいえ。1回もありません。

小野寺 警察に手錠をかけられて病院に連れて行かれたようですが、警察官からはどこに行くという説明はありましたか？

小島 説明は全くありませんでした。それほど悪いことをしていたわけではありませんが、育ての親に憎まれていたし、弟もできたところだったので、少年院に入れられるのかなと思ったんです。足が悪いので農家もできないし。でも、連れて行かれたのは中江病院でした。

小野寺 補足すると、小島さんは養子で、ご両親と血のつながりがないんです。しばらくすると弟と妹が生まれて、それによってご両親や祖母と小島さん

の仲が悪くなってしまい、小島さんが非行に走ってしまったという経緯があります。

小島 私は障がい者で、右足が悪いんです。弟がてきて、小学校でも足のせいでいじめられることもいっぱいありました。

反抗すると注射や電気ショック

小野寺 中江病院に入院させられて、最初は独房に入れられ、そのあと大部屋に移ったわけですね。

小島 2日ほどして大部屋に移ったら、精神薄弱の人やヒロポン中毒の人などが大勢いました。そして、優生保護手術を5人ずつくらいやっていて、「お前もそういうふうにされるぞ」と言われました。看護師さんに「どうして俺をここに入れたんだ」と聞いたら、「あんたは精神分裂症だし、障がい者だから、そのうち優生手術をします」と言われてびっくりしました。

小野寺 入院している人の中にはアルコール依存症の人やヒロポン中毒の人もいるという話でしたが、障がいがない方もいたのですか？

小島 5、6人いました。

小野寺 病院の待遇についてお聞きしたいのですが、看護師さんや職員に反抗的な態度を取ると、どういったことをされるんですか？

小島 中江病院では、病院に入っている私たちのような男たちに洗濯や配膳をさせていました。婦長さんは威張って命令的でした。それに逆らうと注射を打たれる。暴れると、手が動かないような注射を打たれて、また独房に入れられます。独房は6つか7つあって、ずっと入っていてその独房で亡くなった人もいます。だから私も少し利口になって、看護師さんの言うことを聞くようにしました。

小野寺 頭部に電極を当てられたこと也有ったそう



小島喜久夫さん

ですね。

小島 電気ショックは、暴れるとやられるんです。電気をかけられると、ガーンと分からなくなるんですね。暴れると、看護師の手伝いをしている患者さんが押さえつける。看護師さんがやることもありましたが。私も5、6回やられて大変な思いをしました。

強制的に行われた手術

小野寺 手術をしたのは、入院してからどれくらい経ってからですか？

小島 入院したのは18歳の秋頃で、手術を受けたのは19歳の時でした。優生手術をされてショックでしたが、看護師さんが今度は仕事を与えるんですね。洗濯場だとかゴミ捨てだとか。でも、看護師さんから「一生出してやらない」と言わっていましたから、こんなところにいてもどうしようもないと思って、裏口からゴミを出したときに逃げました。逃げて伯母のところへ行って、そこで引き取られたので助かりましたが、一生病院の中の人もいたし、障害のない人でも8~10年は入院させられていました。

小野寺 入院してから手術を受けるまでの間に医師から診察を受けたことはあったのですか？

小島 優生手術をするからと言われて逆らったのですが、診察などは全然ありませんでした。「先生、精神分裂なんて病名、診察もしないでだれがつけたんだ」と言ったら、「そんなこといいでしよう」と怒られました。そして優生手術をする2、3日前に、「明日は小島さんの番だから。優生手術するから」と言わされました。

病院の中には手術した人たちがいたので、優生手術をされると子どもができなくなる、そんなことは

嫌だなと思いましたが、何か言えばまた注射を打たれたり、電気をやられるので、恐怖心もありますよね。周りもみんな、「なんぼ騒いでもダメだから」と言うし、そのままいたら私の番になったんです。

2人がかりで手術室の前に連れて行かれて、睾丸のところに注射を打たれて、1時間ちょっとかかったと思います。手術中は痛くなかったけれど、その後が痛くて痛くて、3日ぐらい睾丸が腫れて大変でした。

診察もなしに精神病扱い

小野寺 手術を受けた後も入院は続くわけですね。退院できるとは言われなかつたのですか？

小島 退院する人は誰もいませんでした。中江病院がいっぱいになつたら平松病院や金谷病院などの空いている病院へ護送車みたいなのに乗せて連れて行くんです。私もそうされるのではないかと思ったので、いつか逃げてやろうと思っていました。

小野寺 聞いた話では、模範囚のようにおとなしくしていると、仕事も楽になったり、外に少し出やすくなるそうですが…。

小島 少し態度が良くなった人は、茶碗にご飯を入れる係になったり、洗濯場に出されたり、職人みたいなことができる人は、病院の植木をいじったり。お金は1銭もくれませんが、それが作業だと言って働かされました。

小野寺 小島さんは何年入院していたんですか？

小島 1年半ほどです。

小野寺 その間、医師に会ったのは、入院した日と手術を受けた日の2回だけですか？

小島 医師は1カ月に1回くらい回診に来るだけで、ほかに診察なんて受けませんでした。

小野寺 小島さんは分裂病（統合失調症）ということで手術を受けたようですが、何か精神科の治療を受けていた経験はあったのですか？

小島 全くありません。障がい者手帳の2級はもらいましたが、精神科には行ったこともないし、自分では精神分裂病なんて思ったこともありません。

小野寺 病院から逃げ出して伯母さんのところに駆け込んだそうですね。

小島 病院からスリッパのまま逃げて、ちょうど来たバスに乗つたら大通りまで行って、でも、お金を

持っていなくてバスの運賃が払えなかつたのですが、運転手さんが「いいよ」と言ってくれて助かつたんです。伯母さんの家へ行って「逃げて來た」と言つたら、「今度は私が引き取るから」と引き取つてくれました。その伯母さんは育ての親の姉なのですが、引き取つてくれたんです。

小野寺 病院から逃げた後は、タクシー運転手などを主にされていたわけですが、手術を受けてから、優生手術を受けたことを誰かに話したことはありますか？

小島 一度もありません。中江病院に入っていたことや優生手術をされたことは、とてもカッコ悪くて言えませんでした。妻にも言ったことはありません。57年間、私の胸にしまつっていました。子どもができればいいなと思っていましたが、手術をされているのだから私にはできないだろうと思っていました。

小野寺 子どもができないと、ご夫婦の間で「子どもができないのはどうしてだろうか」という話になるものですが、その時はどうしたんですか？

小島 妻には、私には子どもができないと話しました。おたふくかぜで子どもができなくなるということを誰から聞いていたので、「おたふくかぜをやつたから」と言い続けました。辛かったです。

小野寺 優生手術を受けた後に一番辛かったことは何ですか？

小島 やはり、子どもができないことです。子どもがいれば人生も変わっていたと思います。私は21の歳からずっと働いてきましたが、動物園などで家族連れを見るたびに、自分の子どもだったらなあと思っていました。

実名を出して立ち上がるまで

小野寺 優生手術を受けたことを奥さまに打ち明けたのはいつでしたか？

小島 今年の1月29日に仙台の人が優生保護手術のことでの北海道新聞に出ました。妻は入院していて、夜中に新聞を読んだようでした。退院してきた妻に「優生手術をどう思う？」と聞いたら、「こんなことをされたらかわいそうだ」と。「俺もこういうことをされたんだ」と言つたら、「嘘でしょ？ おたふくで子どもが生まれないって言ったでしょう」と

言われましたが、もういいやと思って。

そのうちに妻が電話相談で相談してみたらと言うので、ちょっと相談してみたら、弁護団の先生方から「それは大変なことだ」と言われ、手術を受けたみんなと一緒に頑張ろうと思いました。妻の協力がなかったら提訴はしていなかつたと思います。

小野寺 奥さまにお聞きしますが、ご主人が優生手術を受けたというのを告白されたときの心境はどうでしたか？

小島（妻） とにかく驚いたの一言でした。嘘だと思いました。新聞では知っていましたが、まさか身近にそんなことをされた人がいるなんて、まして自分の夫が。ただ唖然としました。「いくら何でもひど過ぎない？ 私は信用できないけど」って。「ここに電話相談の番号が書いてあるから、私も聞いているから、そこで手術のことを先生に相談してみたら？ そうしたら信用するわ」と言いました。

小野寺 今回、小島さんは実名で裁判に立ち上りましたよね。熊本の原告も先日、実名を出しましたが、実名を出した被害者は小島さんが初めてだったので、全国的にも強い印象を与えたと思います。実名で裁判をしようと考えた理由を教えてもらえますか？

小島 中江病院で手術された人の中で、障害のない人が5、6人いたので、私が実名を出せば、そういう人が1人でも出てきてくれるかなと思いました。それから、優生手術をして恥ずかしくて出られない人がいっぱいいます。私も初めは恥ずかしかったですが、私が実名を出して頑張っていけば、そういう人がいっぱい名乗り出てくれるのではないかと考えています。

小野寺 奥さまは、実名を出すことに抵抗はなかつたですか？

小島（妻） ちょっと戸惑いましたが、とても悔しい思いをしたのだから、思い通りにさせてあげたいと思いました。

小野寺 まだ国からは、この裁判に対する主張は出てきていませんが、小島さんが国にしてほしいことは何ですか？

小島 国には謝罪してほしいですが、謝罪をされても生きているうちは、自分の心というものは絶対消えないと思います。謝罪されてもやっぱり悲しいです。でも、ちゃんと謝罪はしてほしいと思います。

小野寺 本日は、ありがとうございました。(拍手)

心すなおに風のごとくに

第22回

朋あり遠方より来る

中学の同窓会に参加した。これまで何度も何度か開かれてきたのだが都合がつかず、今回が初めての出席であった。あらかじめ多少アルバムを開いてみたりしていたものの、ほぼ43年ぶりに顔を合わせてみると、誰々とはわからないやつも多い。15歳の思春期真っただ中から、急に還暦前までワープしたようなものだから当然なのかもしれない。それでも言葉をかわしあって、顔をよく見ていると、昔とほとんど話し方も態度も変わっていないことにも気が付いた。あとで考えると、その通り今もそれぞれは変わっていないのかもしれないが、懐かしく談笑しているうちにその時だけ中学時代の自分が戻ってきて、それが表情にも態度にもよみがえってくるのかもしれないと思われた。

人格というのは一貫しているようで、案外そうでもない。人にはいろいろな自分がある。子ども時代もあれば、思春期・青年期、成人になって、あるいは状況や人間関係に応じての自分がある。「けんしん、お前が一番だれかわからんだわ」などと言われて、喜んでいいやらちょっと悲しんでいいやら。

ところで自分たちの学年は、4クラス170人くらいいたのだが、参加は50人程度であった。3分の1にも満たず少ない印象を受けた。自分がそうであつ

たように当然仕事など様々な事情があるに違いない。残念ながらすでに亡くなっている人もいる。臨床で出会う人たちにも少なくないのだが、こうした同窓会を好まない人もいる。学校時代にいじめなど嫌な体験があって振り返りたくない人もいる。この年代で同窓会となれば、子供やさらに孫のこと、病気のことなども話題になりやすい。しかしこうしたことにして触れられたくない人にとっては、たとえ過去は懐かしくても、参加はしにくい。もちろん、出席者も実は人には言いにくい事情を一方で抱えているのかもしれない。参加してみて、当然これは期待したことであるが、同窓会はにぎやかで楽しい。一時的でも現実を離れる機会を求めているのかもしれない。あるいは言いにくい事情もすでに消化し受け止められる心境にあるのかもしれない。

こうして同窓会は、出席した人たちとの旧交を温め、言葉にしなくともお互いの無事を喜ぶ場であるとともに、欠席した人たちのこともまた思い返す機会となっている。ちなみに今回の同窓会は最初温泉での1泊で計画されていたようだ。しかし、その会費が2万5千円であったらしく、それでは参加がしにくいだろうと、日帰りで1万円に変更になったという。経済的事情も考慮が一層必要な時代である。



まつうら けんしん●1984年金沢大学卒。青森で研修し、現在は石川労働者医療協会城北病院。主な専門分野は産業精神医学、精神療法、総合病院精神医学、ハンセン病・神谷美恵子、無差別平等の医療。

結成後初の春闘で一時金の成果



結成大会にて

大阪府寝屋川市北河内地域を中心に高齢者住宅・在宅介護サービス・在宅介護支援センター、調剤薬局などを展開する株式会社ぽぶらに、昨年12月13日、7人の組合員で「ぽぶら労働組合」を結成しました。株式会社ぽぶらは、地域に根差した介護を中心とした事業を展開しており全従業員は180人です。

全員で奮起して団交申し込み入れ

結成後、すぐの18春闘でした。とくに今夏一時金課題での初回答が口頭で「ゼロ」発言という中、全員が奮起し団体交渉を申し込みました。団体交渉前には「0.8ヶ月」発言も出てきましたが、昨年は1.6ヶ月なので半額回答も許さないと、交渉時には組合員を30人に拡大し、団体交渉に挑み、昨年同様の

1.6ヶ月を獲得することができました。

一時金は、労働者にとって月々の給与の生活補給金として大切な収入です。18春闘交渉の結果は、職員の生活だけでなく、離職を防ぎ事業の運営も守る運動にもつながったと思います。

医労連共済にも加入

8月17日には大阪医労連の北河内ブロックの仲間21人が集まり、ぽぶら労組激励懇親会も開催しました。

結成時に医労連共済にも加入。今後も医労連の仲間と交流し、まだまだ仲間を増やしたいと思いますので、みなさんの応援よろしくお願ひします。

(ぽぶら労働組合一同)

定期購読・バックナンバーのご案内



8・9月号 (2018年9月10日)
No.615

第45回 医療研究全国集会in長野
医療・介護提供体制をめぐる動きと
医療研運動／記念演劇「志願兵」



7月号 (2018年7月10日)
No.614

日本医労連「次世代育成セミナー」
労働関係法を活用し、いきいきとした組合活動をつ
くろう／労働相談への対応と、使える法律知識／
次世代の育成に向けた日本医労連としての課題



6月号 (2018年6月10日)
No.613

韓国保健医療産業労組国際セミナー
国立大学における有期契約労働者の無期転換
を求めるたたかい／財界・政府による「働き方改革」の危険なねらい／特定最低賃金の新設を



5月号 (2018年5月10日)
No.612

憲法改悪を許さない
核兵器のない世界への歩み／私と憲法／看護学
生が豊かに学ぶために／「医療・介護・福祉職場
ではたく青年職員に対するハラスメントについて」



4月号 (2018年4月10日)
No.611

「戦争できる国」を許さず、平和と民主主義守る道へ
名護市長選結果を受けての、今後の沖縄基地問題の
展望と課題／働くルールが守られる看護職場／夜
間に働くことのリスクを知ろう／「退勤時間調査」結果



3月号 (2018年3月10日)
No.610

地域医療を守り、充実をめざして
平和とくらしと医療・介護／京都府の地域医
療構想をめぐって／生活保護基準引き下げは
許さない！／職場で取り組むハラスメント対策



2月号 (2018年2月10日)
No.609

2017年介護施設夜勤実態調査結果
介護施設の夜勤対策は待ったなしである／「介護の社会化」から
ますます遠のく介護の現場



1月号 (2018年1月10日)
No.608

憲法を活かし守る18春闘
非正規雇用問題、格差・貧困問題に労働組合はどう
取り組むべきか／無期転換で非正規に労働組合を
／たたかいの中で仲間を増やし、勝利をかちろう！



12月号 (2017年12月10日)
No.607

専門職としての働き方を考える
精神科医療のあり方への提言(概要)／厚労省
「医師・看護師等の働き方ビジョン」報告書の問題
点／介護の未来がかかる特養あづみの里裁判



11月号 (2017年11月10日)
No.606

2017年度 夜勤実態調査
夜勤の個人対策を通して成果の
「見える化」をめざそう！—2017年度
夜勤実態調査の結果を踏まえて



10月号 (2017年10月10日)
No.605

核兵器のない平和な世界の実現を
核兵器禁止条約交渉会議・ニューヨーク行動に参
加して／「安倍9条改憲」を許さない国民的な大
運動を／労働漫談「君は組合を知っているかい？」



8・9月号 (2017年9月10日)
No.604

第44回 医療研究全国集会in北海道
貧困と格差問題—医療と介護の
『脱商品化』戦略／看護・福祉領域のメンタルヘルス

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 _____

住所 _____

職種 _____

電話 () FAX ()

E-mail _____