

医療労働

No.689
May 2025

5



特集

人権の尊重が平和への道

交流集会

ハンセン病の歴史から人権を考える 一国立療養所多磨全生園を訪ねて

記念講演

看護師が安全に健康に働き続けるための交替制勤務スケジュール

労働安全衛生総合研究所主任研究員 松元 俊

再起しつつあるアメリカ労働組合から学ぶ

明海大学経済学部准教授 宮崎 礼二

1 患者・利用者と労働者を守る組合活動は「積極的平和」活動

吉田 岳彦（日本医労連中央副執行委員長）

2 第19回憲法平和学習交流集会（2025年2月10～11日） ハンセン病の歴史から人権を考える 国立療養所多磨全生園を訪ねて

10 記念講演 2024年春・看護要求実現全国交流集会（2025年2月20日） 看護師が安全に健康に働き続けるための 交替制勤務スケジュール

松元 俊（独立行政法人労働者健康安全機構 労働安全衛生総合研究所主任研究員）

17 記念講演 全国医科系大学病院労組 春闘対策会議（2025年2月15日） 再起しつつあるアメリカ労働組合から学ぶ 「公正社会」実現のための運動

宮崎 礼二（明海大学経済学部准教授）

25 調査結果 日本医労連・給食対策委員会 2023年度病院給食実態調査

連載コラム

32 ゆっくり鑑賞この一本 かずこさんのシネマトーク …… 券田和子（石川民医労書記）

表紙写真：国立療養所多磨全生園を訪ねて（2025年2月10日 憲法平和学習交流集会）

患者・利用者と労働者を守る 組合活動は「積極的平和」活動



国立療養所多磨全生園で、再現した寮を見学する憲法平和学習交流集会参加者

ある特定の人たちや為政者が、利益や権力欲を追求する手段として戦争があります。戦争は良くない事だと国民は知っているのに、為政者はあらゆる手段で戦争やその準備を正当化しようとします。

近年の日本政府は、不安定な国際情勢と中国の脅威^{けんてん}を喧伝し、なりふり構わず防衛費を積み上げています。国民医療費をはじめ社会保障の削減を財源にすることなど誰も望んでいませんが、反対世論が大きくならないよう、常に社会へ分断政策を仕掛けています。貧困と格差の拡大、所得階層ごとの分断、高齢者攻撃、性的マイノリティ差別、外国人排斥運動など、国民をいがみ合わせることで軍備拡大に目が向かないよう誘導しつつ、マイナンバーカード等による国民の管理統制をすすめている情勢を見て、戦争を体験した世代が「戦前とよく似ている」と評するほど、いまの日本は戦争に近づいています。

2月に鬼籍に入られた平和学の祖ヨハン・ガルトゥング博士は、戦争（直接的暴力）のない状態は「消極的平和」であり、戦争の要因となる貧困・格差・差別（構造的暴力）、それを許容・増長させる社会の風潮（文化的暴力）を変える取り組みを「積極的平和」と定義しました。

私たちが日々働く現場においても、医療・介護政策に起因する人手不足や業務の細分化がすすみ、自己責任論の蔓延^{まんえん}や賃金格差の発生、ハラスメントが横行する中、患者・利用者の健康と生活を守り、同時に自らが安心して働き続けられる職場をつくるという労働組合の運動方針と日々の実践が、戦争の種である構造的、文化的暴力に立ち向かう「積極的平和」活動であると私は考えています。

核兵器廃絶や反戦・改憲反対などさまざまな署名宣伝行動や、広島・長崎・沖縄を訪ね知見を広げる活動と同じく、医療・介護、福祉労働者が互いを尊重しあう職場づくり、そして誰もが安心できる医療・介護、福祉制度の実現をめざす取り組みもまた、平和な世界をつくる直接的な第一歩なのです。

（日本医労連中央副執行委員長 吉田 岳彦）

ハンセン病の歴史から 人権を考える

国立療養所多磨全生園を訪ねて

日本医労連が毎年取り組んでいる憲法平和学習交流集会。今年は人権から平和を考えることをテーマとして、長きにわたって偏見・差別に苦しめられてきたハンセン病問題の歴史を学ぶため、国立療養所多磨全生園（東京都東村山市）を訪問しました。ガイド（国立療養所多磨全生園学芸員 石井千尋）のお話と参加者の感想を掲載します。

「盲導線」と「盲導鈴」

ガイド 足元に引いてある白線は「盲導線」です。弱視や全盲の入所者がこの白い線を辿って園内を歩いていました。この盲導線や、皆さんの後ろにある「盲導鈴」（スピーカー）が辻や角に等間隔に置かれているので、この音を何個聞いて角を曲がったら病棟に着く、などという覚え方をしました。昔は療養所の東側と西側で音が違い、例えば今、自分が東側にいると把握できるようになっていました。

ハンセン病の患者さんは知覚麻痺といって、後遺症で熱い・冷たいという感覚が分からない人がいます。例えば、足の裏の感覚がないと、点字ブロックは意味がありません。逆に、雨の日に滑ってしまい危ないので、療養所内では点字ブロックはあまり使われていません。ハンセン病によって手の感覚がなくなってしまう、舌で点字を読む（舌読）人もいました。後遺症で視力を失う人も多いので、点字を一生懸命に覚えていたそうです。

この辺りにはかつて、火の見櫓やぐらがありました。当時は園内で火災が起きても近所の消防署に来てもらえなかったのが、自分たちで守るほかなかったからです。消防団も入所者たちでつくっていました。資料館にうちの消防ポンプが飾られているはずですので、見ていただけたらと思います。

園内には動物飼育部があって、ヤギや羊、うさぎ、猿などの実験用動物が飼われていました。らい菌を

植えつけるのは医局がやったと思いますが、動物たちの管理は入所者たちが行っていました。

「治療棟」は、いわゆる一般外来です。今はハンセン病の人はいないので、入所者たちは高齢者がかかる一般的な病気の治療を主に受けています。

「病棟」は、病気が悪化するなどして自分の家では過ごせない人が移る場所です。昔は園内で手術などもしていましたが、現在は園内で診られないため、外の病院に依頼することが多くなりました。

園内の宗教施設

ガイド ここが「礼拝堂跡」です。現在のように園内にお寺や教会がなかった頃は、ここに各宗派の祭壇が置かれていて、お坊さんの説法などを聞いていました。学校がない時代は、子どもたちが学ぶ場所（寺子屋）としても使用されていました。

入所者の中には、「患者狩り」から逃げるために山の奥や家の納屋に隠れていた人もいて、学校に通えなかったため文字の読み書きができない人がいました。「家族に手紙を書きたいので、文字を習いたい」と、この寺子屋に通った40～50代の女性もいたようです。最初は図書館もあり、文化祭の会場になるなど、園内の文化の中心地でもありました。

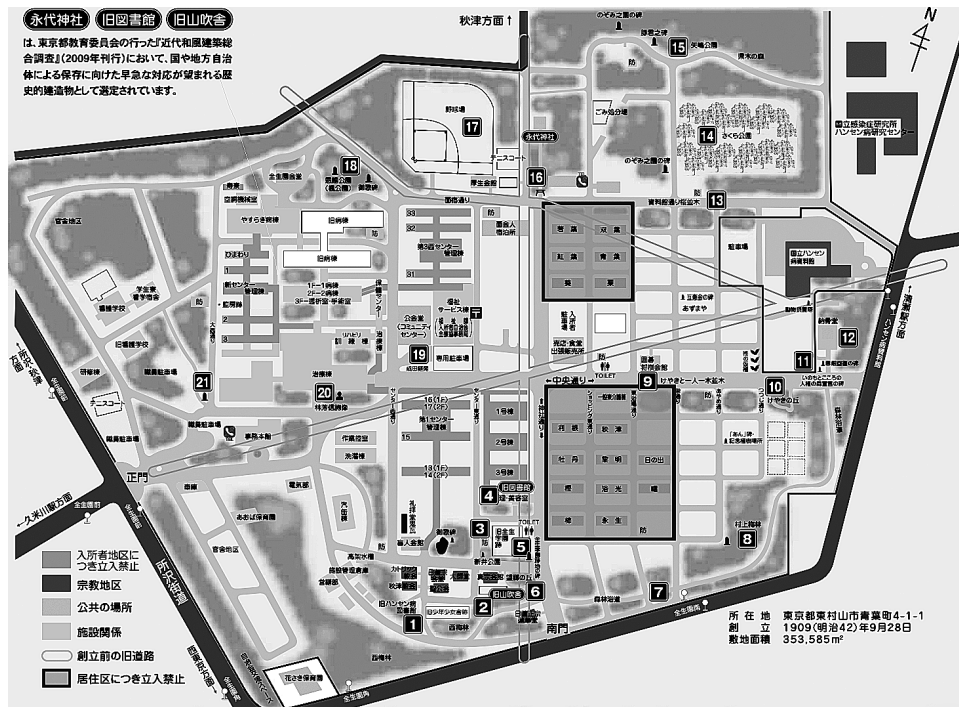
参加者 大きな建物ですね。建設費用は誰が出したのでしょうか？

ガイド 国ですが、これは全生病院の時代なので、都道府県、東京都を含むこの近辺の自治体が主に財源を出していたかもしれません。園内のものは、入所者がすべて費用を賄っていました。

「センター」は、看護師と介護員が24時間常駐しています。昔は症状の重い入所者たちが暮らしていました。現在は、1人で生活するのが大変という人向けの施設です。目の不自由な人が多かったのが、この辺りには盲導柵や盲導線がたくさん残っています。

教会やお寺があるエリアは「宗教地区」と呼ばれ

多磨全生園マップ



国立療養所多磨全生園 HP より

ています。国立の施設の中に宗教的施設があるのは政教分離の観点からはそぐわないものですが、目的の1つは脱走防止のため。宗教を学べば心も落ち着いて、脱走したくなる気持ちもなくなるだろうと。

2つ目は、亡くなった後を考えてのことです。お葬式をどのタイプであげるのかという意味で、「必ず宗教に入りなさい」というのが園・病院の方針でした。現在は信教の自由が保障されているので、無宗教でも構いません。

強制的に入れられた宗教であっても、入所者にとっては心の支えや生きがいの一つとなり、現在も信仰している人はいます。少し前までは教会で毎週日曜日に集会を開いていました。今は高齢化で閉めつつある状況で、カトリックだけが残っています。宗教施設は入所者や各宗派の親元のようなところが寄付して建てているので、園はノータッチです。

図書館から資料館へ

ガイド 「ハンセン病図書館」は、現在の国立ハンセン病資料館のもとになった場所です。ハンセン病は21世紀になると日本では1人も患者がいなくなるだろうと、当時うちの入所者自治会が考えて、この歴史をくり返してはいけない、自分たちで啓発をしようと、各療養所で使っていた物や、ハンセン病の

患者さんが書いた本などを集めてきたのが始まりです。もとは別に旧図書館があったので、そこに「ハンセン病文庫」としてハンセン病の本だけを集めたのですが、場所が足りなくなり、啓発を目的にこちらを建てました。

図書館では本の貸し出しを行うほか、展示室もつくり外の研究者等に使ってもらっています。この役割は、現在は全て国立ハンセン病資料館に移っていて、ここにあった資料のほとんどは資料館に行っていました。

なぜ、ここに図書館をつくったのかというと、多磨全生園に『いのちの初夜』という本を書いた北條民雄という入所者がいました。23歳で亡くなってしまいましたが、とても才能があり、作家の川端康成（後にノーベル文学賞を受賞）が親しくしてくれていました。その北條さんとながりのあるここに、図書館をつくりたいということで選ばれたようです。

この辺りは敷地のはずれにあって、有料地区とも呼ばれていました。お金を払って部屋を広々と使えた場所だったようです。

ヒイラギの垣根

ガイド 園を囲んでいるフェンスは、もとは社会との垣根だったヒイラギの垣根でした。高さは3メー

トルを超えるものもありました。近年は、老木となって倒木する恐れもあり、入所者たちを守る防犯上の理由などから、フェンスに替わっています。「隔離の象徴であるヒイラギの垣根を切るのは何事だ」と近所の人たちから言われましたが、「外に倒れて車にぶつかったり、怪我人が出てしまったら大変なので」と説明をして理解を得ました。それを知らない人からは今もお叱りの電話をいただいています。

「旧少年少女舎」は、子どもたちが生活する建物でした。2023年2月までここに建っていましたが、真ん中が朽ちて陥没してしまったため取り壊しになりました。もともと女の子と男の子は別々に暮らしていましたが、子どもの入所者が減ってしまったため、真ん中を区切った状態で一つの舎に統合しました。現在、全国に13ある療養所で少年少女舎が残っているのは、岡山の邑久光明園のみです。

子どもは発病しているけれど親は発病していないから園内にいないという子もいれば、親も子も発病していてここにいるというケースもあり、「あの子は親と一緒にいるのに、私はなんで1人なの」とならないよう、子どもは子どもだけで生活しましょうということで子どもの舎がつくられたようです。

子どもだけで生活するのは大変なので、患者作業の一つとして寮父さん・寮母さんというお父さん・お母さん代わりの入所者が一緒に住んでいました。大人の入所者は自分の子どもを持てなかったので、子どもの患者をととてもかわいがったようです。

女の子の舎には20代、30代の男性が近寄るのを、寮母さんがすごく嫌がりました。何か悪さをするのではと心配だったのです。たまたま寮母さんに伝言があってこの舎に来たところ、すごい剣幕で追いつ返されたという話をしてくれた男性の入所者もいました。

現在の入所者に子ども時代の話聞いたところ、ひな祭りの話になり、「おひなさまが一つだけだとみんながけんかになるから何台か置いた」「自分が気に入っているお人形さんを並べたからフランス人形が飾ってあった」「私の時代のひな祭りは、ひな人形を飾って写真を撮っただけだった」などいろいろな思い出が出てきました。

入所者自身が造った「敷石道」

ガイド 皆さんの足元に敷石が敷いてありますね。

これは「敷石道」といいます。昔は土の道で、雨が降ると地盤がゆるみ足や目の不自由な入所者が転んでしまうということで、自分たちでお金を集めて石を買って、築作業もすべて入所者が行った道です。お金が足りず、治療棟や不自由者棟の周りなど、一部分しか敷けなかったと聞いています。

「山吹舎」は、比較的症状の軽い男性の独身舎だった建物を2003年に復元したものです。もとは1928（昭和3）年に建てられ、1970年代までは人が住んでいました。人が住まなくなると朽ちるのが速いので、「人権の森構想」という中で復元しようと、スタジオジブリの宮崎駿監督が発起人ようになって寄付を募って建てたものです。

1部屋は12畳半で、多い時には8人が生活していました。部屋が増えたり人数が減ったりすると6人で1部屋、4人で1部屋、2人で1部屋ということもありました。

昔は夫婦舎がなかったので、結婚すると、夜に男性が奥さんの部屋に行く通い婚という形で生活していました。女性も同じ12畳半の部屋に8人で生活していたので、仮にそのうち5人が結婚していると、夜に男性が女性8人の部屋に5人来ることになりました。敷居も一切ない状態です。「夜、寝返りを打つと、目の前によその旦那さんの顔があった」という話もあります。ちゃぶ台の足を片方折りたたんで立てかけて、敷居代わりに使っていたこともあったそうです。

ここには流し台、洗面台、トイレ、キッチンがあります。一つ、ないものがあります。

参加者 お風呂かな？

ガイド 正解です。もっとも、この時代はお風呂がない家は一般的で、庶民は銭湯に行っていましたよね。ただ、現在も一般舎にお風呂はついていません。ハンセン病の後遺症で知覚麻痺があると、やけどをしやすいため、お風呂は人の目があるところで入るというルールになっています。

知覚麻痺に関して、入所者は足の裏にとっても傷をつくりやすいのです。傷に気づかずにそのままにしまったとか、廊下を歩いていて、ふと見たら床の足跡が血だらけだった。何かと思ったら、足の裏に釘が刺さっていたという話も聞きます。傷が悪化・化膿して足に穴が開いてしまう人も実際にいました。そのため、お風呂に入って清潔にして治療をする外科場が脱衣所に設置されていました。

昔、「ストーブの前で昼寝をしていて、何か香ばしい香りがすると思ったら、自分の手を焼いていた」といった話もあります。やけどの手術で、「お腹の肉を手の手術のために使った」と話してくれた人もいました。

入所者が暮らしていた家も、もとは入所者自身で建てたものでした。患者作業として木工部や大工部のようなものがあって、もとは大工だった人が教えて建物を建てたりしていました。外から大工さんが来たがらないので、自分たちで全てやらざるを得ませんでした。

参加者 木材の費用などはどうしていたのでしょうか？

ガイド 材料については園から外に発注して、届いたら「自分たちでやって」となります。

参加者 作業のお金は？

ガイド 作業をすると、患者作業の作業賃という形で月いくらかが支払われます。ただし、園内通用券、つまり園内でしか使えないお金で支払われるのです。働けない人には慰安金という補助金が出ましたし、最後には障害者年金が支給されました。そこから拠出して建物や道などをつくっていたわけです。もっとも、衣食住は全て国から支給されるので、お金がそれほど必要というわけではありません。

参加者 衣食住は国が保障していたのですか？

ガイド そうです。そのため服も、この入所者と分かる服を渡されていました。

参加者 調理はどうしていたのでしょうか？

ガイド 食料部でまとめてつくって各舎に分配するので、各自で調理をすることはほとんどありませんでした。たまに自前調理の日がありました。

参加者 その時、火はどうするんですか？

ガイド 七輪を使って外で焼いたりしていました。また、まとめてつくってもらった食事が気に入らないから自分でつくろうということもあります。お金があれば材料を買うことはできました。

学校跡地にて

ガイド ここは学校跡地です。男性と女性は壁で仕切ってあって、一切交流ができません。しかし、それでは落ち着かないので、結婚させて生活を落ち着かせようという方針が取られました。

ここは「全生学園」のあったところで、小学校と

中学校の校舎が建っていました。最初は礼拝堂で寺子屋式に勉強をしていましたが、葬式や説法が入ってしまうと授業がお休みになってしまうため、1931（昭和6）年に校舎が建てられました。

建てたばかりのころは正式な学校ではなかったため、外から先生が来てくれません。先生だった入所者などが先生代わりになりました。

後に社会復帰して働く際、履歴書に書くことができない卒業証書では、学歴がないのと同じ扱いになってしまいます。それではまずいので、1953（昭和28）年に東村山市にある小中学校の分校という形を取りました。もっとも先生は小学校と中学校に1人ずつしかいなかったため、補助教諭という形で大人の入所者が先生の補助をしていました。

当時は教科書も学年に1冊あればいいくらいのものでした。外の子たちの余った教科書を、療養所の職員があちらこちらの本屋さんからかき集めていました。学年によっては教科書が1冊もないこともあったり、5年生が6年生の教科書を使ったりしていました。

評価は、昔は相対評価だったので、本校の子たちが5や4をもらうと、療養所の子はどれだけ成績が良くても、残った3や2、1しかもらえなかったという時代もありました。また、本校の子たちの運動会や体育祭に呼ばれても、見学だけで一緒に参加することは許されなかったようです。

子どもの患者がいなくなり、1970年代に療養所の学校は閉校します。最後の生徒たちの卒業作品が「たびだちの碑」です。入所者がリハビリで陶芸をやっていて、その陶芸の釜で焼いた煉瓦でつくったものです。校舎は2008（平成20）年までありました。

療養所が開院して2年間、火葬場がない時にはここが墓地でした。土葬です。穴を掘って埋葬して、墓標代わりに松を植えたそうです。後に全員掘り起こして、現在は納骨堂に眠っています。墓地と学校跡地とは、すごい組み合わせですが…。よく子どもたちが「火の玉を見たよ」「心霊現象があった」などと話していました。その後は、盆踊り大会の会場になっています。

職員地帯と患者地帯

ガイド 現在の多磨全生園は35万3585㎡あると言われています。これは、東京ドーム約8個分。森を含め

るとディズニーランドとほぼ同じ面積です。入所者が増えるにつれて拡張し、今の広さになっています。

現在、入所者はどこに行っても自由ですが、昔は職員地帯と患者地帯に分かれていました。主に職員がいる施設や医師の詰所などが職員地帯、入所者が現在暮らしている場や治療棟が患者地帯で、職員地帯は無菌地帯、患者地帯は有菌地帯と言われていました。入所者は職員地帯に入ることは許されていませんでした。職員地帯と患者地帯の間には堀を掘って、土提を築いて橋渡しまでしていました。土提の上にはカラタチのチクチクした木を植えたり、有刺鉄線をめぐらせたりして、飛び越えられないようにしていました。

土提や堀を造るのはすべて入所者です。自分たちを閉じ込めるものですら自分たちで造らなければなりません。この時に出土切り株や土を運んできたのが、築山です。当時は園内で一番高い場所はここだったので、この上に登れば自分の故郷の方を見ることができた、あるいはできるかもしれないと言って、「望郷の丘」という別名がついています。

初期の入所者は、土木工事の強制労働によって手足を切断してしまう人も多かったので、「ここにあまりはいい思い出がない」と話す人も多いのですが、戦後の入所者は、「この上から外を見たよ」「いろいろ景色が見えた」「子どもの時にそりで滑って遊んだよ」などの楽しい思い出を語る人もいます。時代によって思いが違う場所の一つです。

理・美容室はかつての図書館

ガイド 「理・美容室」は現在も使用されています。園内に現存する建物では2番目に古く、1936（昭和11）年につくられたものです。

屋根などは補強していますが、入所者が建てた建物がそのまま残っています。当時は外の大工さんが来てくれないこともあり、患者大工が患者作業の一つとして従事していました。もともと大工さんだった人が親方になり、他の入所者を指導していたようです。

今は理・美容室ですが、かつては図書館でした。入所者のための図書館です。ハンセン病図書館の前身であるハンセン病文庫が、この一角に置かれていました。

現在は職員が髪を切っていますが、昔は入所者が

切っていました。中には美容師などの免許を持っている人もいましたが、ほとんどが無免許で、器用な人が担当していました。

入所者には理髪券が渡されるので、それを持って来て、ここで髪を切っていたわけです。人気の美容師のところには行列ができたようです。ここは歴史的建造物として後世に残そうとしています。

「一般舎」は、自分で生活できる人が主に住んでいます。終の棲家という考えで、暮らしておられます。何かあった時には近くにある介護棟に看護師や介護員がいて、対応しています。

全生園入所者自治会売店

ガイド ショッピングセンター「全生園入所者自治会売店」では、昔は販売係も全て入所者が行っていました。お菓子や飲み物、総菜などの他、下着や洋服、寝具まで売っています。八百屋さんが来て野菜も売っています。今のコンビニのような感じですね。

あちらには郵便局もあります。お葬式の会場から納骨堂、火葬場まで、全部この中で成り立っていたわけです。「全てあるのだから外に出る必要はないよね」という意味にもとれます。

以前、「全生歌舞伎座」という歌舞伎を上演する劇場がありました。野球場、テニスコート、神社、お寺もあります。昔の入所者の中には、「奇妙な国」と一つの国に捉えて本を執筆した人もいました。

参加者 植木1本1本に名前が書かれていますが、なぜですか？

ガイド これは「1人1木運動」の時のものです。第2次世界大戦の時に園内の木を防空壕のふたにしたり、炭をつくったりするので全部、掘出してしまったのです。その後、緑は大切だし、自分たちを受け入れてくれた東村山に緑を残そうと、緑を活性化するために入所者たちが運動をして、お金を出しあって木を購入しました。その時の購入者の名前が書いてあります。

参加者 椿が多いですね。

ガイド 1本5000円でしたが、当時にしたら相当な金額です。それでも、中には1人2本植えた人もいます。

参加者 全生園が建設された時、周囲は畑や林だったのでしょうか？

ガイド 畑などが広がっていました。この辺りはあ

まり治安も良くないところで、追いはぎも出たようです。私立の療養所があった目黒の辺りも候補とされましたが、そちらは反対もあってこちらになりました。こちらでも反対は多く、石を投げられたりしてすごかったそうです。

尊厳回復の碑

ガイド 「尊厳回復の碑」は、胎児標本となった子どもを慰めるためにつくられた石碑です。入所者は結婚が認められていましたが、子どもをつくらないことが条件でした。結婚すると男性が断種手術をして、それでも女性が妊娠してしまった時には堕胎をしなければなりません。堕胎された子どもはホルマリン漬けにして、胎児標本として残されていたようです。

国賠訴訟後の2002年の検証会議で、そのことが発覚しました。その時に全国で100人以上の胎児標本が残されていたことが分かり、全生園にも36の標本が残されたと聞いています。その子どもたちのための石碑で、2006年に建立されました。標本にされていた胎児たちは火葬にして茶毘に付されたそうです。

「納骨堂」は、亡くなった入所者が入るお墓です。ハンセン病の場合、偏見によって亡くなった後も自分の故郷に帰れず、入るお墓がないということで、園内にあったわけです。引き取り手のない遺骨という形になります。

この納骨堂は1986（昭和61）年に建てられた2代目で、1935（昭和10）年に建てられた納骨堂は入所者たちがお金も自分たちで集めてつくったものでした。ハンセン病になって、終生隔離という形でここに連れて来られて、「亡くなった後もここにいなさい」と言っておきながら、国はお墓をつくる費用を出しませんでした。

多磨全生園が1909（明治42）年9月28日に開院して、2024年5月1日までに4,291人が亡くなり、そのうちの2,737柱は今もこの納骨堂で眠っています。半数以上の人は故郷がない状態ということです。

国賠訴訟の頃から徐々に、家族に連れて帰られる遺骨が増えています。ただ、自分の故郷よりここで暮らした期間の方が長いことから、「友だちがいるから」と、こちらのお墓を選択する人もいます。

現在、全生園は男性が34人、女性が54人の計88人で、平均年齢は88.7歳です。ほとんどが80～90代で、

100歳超えの人もいます。新規の入所者が増えることはないで、今後はどんどん平均年齢が上がり、入所者が減っていくことになります。

2020年に1人、日本人にハンセン病が出たようです。らい菌はもともと弱い菌で、誰でも体に持っている可能性があると言われています。通常は免疫力があるので発病することはありませんが、2020年に出た患者は高齢者で、手術や病気などで免疫力が落ちてしまって発病してしまった可能性があります。少菌型であればすぐに完治するし、多菌型でも1年もあれば完治するので、一般の病院での治療が可能です。

園内で火葬もしていた

ガイド ここが最初の「火葬場跡」です。開園から2年後の1911（明治44）年から、1965（昭和40）年まで園内で火葬をしていました。2代目、3代目の火葬場もありましたが、今は石碑と看板のみです。

火葬業務は入所者が行う患者作業の一つでもありました。初め火葬場は園の外にあったので、どんなに親しかった人でも火葬場で最期のお別れをすることができず、学校跡地辺りの壁や土塁から、煙が上がるのを拝むことしかできなかったそうです。初代の火葬場は関東大震災で煙突が倒壊して使えなくなりました。現在は外で火葬しています。

昔は、亡くなった入所者は解剖されることが多く、中の臓器がないからなのか、焼けるのがとても速かったという話を聞いたことがあります。僚友を火葬するなど、今では考えられないことですが、作業賃が一番高かったそうです。

私は以前、鹿児島島の星塚敬愛園という療養所にいましたが、そちらでは1996（平成8）年まで火葬業務は入所者がしていました。らい予防法の廃止が同年なので、それでようやく職員に切り替わったのではないのでしょうか。現在も香川の大島青松園の火葬場は使用されています。あちらは島で外に搬送できないということで、園内で職員が火葬業務を担っています。

「全生村」の鎮守様

ガイド 「永代神社」は、園内に現存する最古の建物です。1934（昭和9）年に入所者の手で建てられ

たものです。最初は「3カ月治療すれば帰れるよ」と言って連れて来られますが、入所者たちはすぐに、一生出られないことを悟るわけです。昔はここを「全生村」と呼んでいたのですが、自分たちの村の鎮守様がほしいと、自分たちで神社を建立したわけです。伊勢神宮の廃材で造られたものです。

ハンセン病療養所は、昔は内務省の管轄で、今で言う県知事や警察、衛生局、神社庁も内務省が管轄していました。そのつながりで伊勢神宮の遷宮の際に出た廃材を融通してもらったのでしょう。

1945（昭和20）年の敗戦後、GHQによって「国立の施設の中にある神社などは全て取り壊しなさい」という指令が出て、各療養所の神社も取り壊しの対象になりました。そのため、ほとんどの療養所は神社を取り壊しましたが、ここはご神体を礼拝堂の中に隠して、鳥居は全て取り壊し、「ここは神社ではありません」と言って難を逃れたようです。10年ほど経ってから、神社の鳥居をつけ直して神社として復活したようです。今では園の外の近所の方にも大切にされている神社です。

こちらは「帰省門跡」になります。本来は終生隔離のため入ったら出られないのですが、親などが危篤になった場合、帰れるかもしれないということで帰省門という名前が付けました。医師から「もう菌がないから出てもいいですよ」というお墨付きを得れば出られると言われていましたが、ほぼ使われることはありませんでした。形だけ造ったという感じですね。

当時は職員が門のそばや見張り所に隠れていて、誰かが脱走しそうになった時には出た瞬間に捕まえるという体勢をとっていたようです。入所者がこっそり外に出る場合はヒイラギの垣根の足元を切り取って、そこから出て行って、そこに板の壁を置いて隠しておきます。帰りはそこから入ってきて、「外へは行っていませんよ」という形にしていました。

こちらは「全生劇場の跡」で、歌舞伎などを上演する劇場がありました。歌舞伎のお弟子さんに入っていた人が入所してきて本格的な歌舞伎を教えたようで、近所の人にもとても評判がよかったようです。

当時は自給自足で、園内で野菜をつくっていましたが、それだけでは賅えないので、近所の人に野菜の寄付をお願いしていました。そのお礼に歌舞伎のチケットをあげていたそうです。残念ながら、目の

不自由な入所者がろうそくを倒してしまった火が元で焼けてしまいました。今、残っていたらとても価値があったのではないかと思います。

参加者 これも患者さんが建てたんですか？

ガイド そうですね。

反抗すると「監房」へ

ガイド こちらは「収容門」です。正門は職員とお客さん専用で、入所者はこの収容門から入っていました。ここから入って来て消毒風呂に入り、荷物も消毒されました。入所者が正門を使うことは許されませんでした。

こちらが昔の「旧看護学校」です。現在は新しい看護学校があって、そちらで看護学校が運営されています。ここで働く職員を育成するために、看護学校が各療養所の中につくられていました。現在はうちと岡山の長島愛育園だけにしか残っていません。1学年20人ほどです。

こちらが「監房跡」です。園のルールに従わなかったり、脱走や犯罪に近いことをしたりした入所者は、監房に入れられました。外の塀はかまぼこ型をしていました。真っすぐな壁だと、どこかに手をかけて登れますが、かまぼこ型だと手に後遺症のある人はなかなかつかめずに外に出られないのではないかと考えられたようです。後に精神病棟が監房代わりになりました。

ルールといっても法律などがあったわけではなく、園長のさじ加減で罪状が決まっていました。当時の園長・院長には懲戒検束権が与えられていて、量刑の指示を出していました。

この監房に入っても反省しない場合は、群馬県・草津の栗生楽泉園にある重監房に送られました。よく、「言うことを聞かないと草津に送るぞ」と脅されていました。栗生楽泉園の重監房は9年間、使用された間に93人が入れられて、23人が凍死しています。ほぼ屋外に近い監房で、氷点下23℃になることもある、とても過酷な場所でした。

外で暮らすハンセン病の人も犯罪を犯す人がいるけれど、普通の留置所に留置すると他の犯罪者が嫌がるということで、療養所内に留置所をつくろうとしたこともありました。入所者たちがその動きを察知して阻止しました。

療養所が関西にないのは？——質疑応答

参加者 療養所は全国にあります、自分がどこに入るかはどうやって決まっていたのでしょうか？

ガイド 昔は5園が公立でした。その時代は第1区が東京で、第2区が青森、第3区が大阪、第4区が香川、第5区が九州でした。全生園は1区12県、関東と愛知県までをカバーしていて、そのエリアで暮らしていた人が入る形でしたが、その後でできた13の療養所は、概ね近いところに入るものの、沖縄だと愛楽園がなかった頃には鹿児島島の療養所に入ることもありました。病床数が一応決まっていたので、空きがない場合は例えば草津（栗生楽泉園）に入れられることもあったようです。

参加者 関西にないのはなぜですか？

ガイド 大阪には外島保養園がありましたが、1934（昭和9）年の室戸台風で全て水没してしまって、死亡者も多数出ました。助かった人たちが、岡山の長島愛生園の島が半分空いているからと、呂久光明園と名前を変えて移動したのです。そのため、岡山県に2つあるのです。同じ島の中ですが、真ん中辺りに、境目の岩が置いてあります。

参加者 子どもたちは、一番小さい子で何歳くらいの子がいたのでしょうか？

ガイド 2～3歳くらいの子もいたようです。15歳になると成人舎に移ります。

参加者 小さい子どもたちは、生涯親と会えなかったのですか？

ガイド 同じ園の中にいれば行事などで一緒になるでしょうし、時間があれば顔を見に行くことなどは問題なくできたと思います。未感染児童の場合は、確か1カ月に1回、面会ができましたが、10m離れて、絶対に触れてはいけない、などのルールがありました。

参加者 未感染児童の施設があったのですか？

ガイド ここにはなく、横浜にありました。

参加者 軽症の人が重症の人の世話をするといったことはあったのでしょうか？

ガイド ありました。それが一般的で、患者作業の一つでした。

参加者 現在の入所者の平均年齢は88歳を超えていて、近い将来、入所者が施設からいなくなるようになりますよね。その後、この施設はどのように運

用されていくのでしょうか？

ガイド 法律的には、用途を終えた場合は土地を国土交通省に全て返さなければなりません。ただ、将来構想という形で、残すための話し合いが行われています。ここを「人権の森」として、人権を学ぶ基地として残したい、公園化したいという考えがあって、協議を続けています。話し合いを始めるのが遅すぎたとは思いますが…。

参加者一同 本日は貴重なお話をありがとうございました。（拍手）

人権回復のためのたたかい——感想交流

参加者A 1996年のらい予防法の廃止まで、実は患者さんたちが人権回復のためにいろいろとたたかってきたことが分かりました。過去の歴史が過ちだったと思っている職員さんたちがいることも知りました。らい予防法廃止に向けては全医労も頑張ってきたと聞いて、勇気づけられた気がしました。

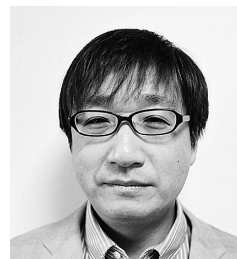
参加者B 無らい県運動は競争をさせるので、みんな独自でやっていく。それはすごく怖いと思いました。入所者さんたちのたたかいに労働組合が加わったことはすごいと思う。この先もこのような活動をしなくてはいけないと思いました。

参加者C 療養所のはしりが、浮浪者が悪さをしないための隔離だったという話でした。その後、全員を強制隔離するようになったという流れがよく分かりました。全員隔離するときも、「いいところだ」「設備もしっかりしていて、娯楽もあって、病気も治るよ」みたいな話をして、でも実は二度と出られない状況で、だまされる形で連れて来られて一生を終える人が多かった。日本政府のやり方はひどい。戦争の時の強制労働や従軍慰安婦の話と同じだなと感じました。こういうことをくり返さないようにしていく不断の努力が私たちに求められていると実感しました。療養所の人たちが毎年のお祭りなどを楽しみにしていて、絶望の中でも楽しみをつくって生きてことは、少しだけ救いでした。

参加者D 過去にこういうことがあったという話ではなく、今も同じようなことがくり返されている。コロナの時もそうだったし、部落差別も同じ。誰かを差別して見下したり、だましたりすることは今でもあって、こうしたことを知ることがとても大切だと思いました。

看護師が安全に健康に働き続けるための 交替制勤務スケジュール

夜勤の有害性と夜勤改善の必要性

まつもと
松元しゅん
俊独立行政法人労働者健康安全機構
労働安全衛生総合研究所主任研究員

皆さん、こんにちは。私は普段、交替勤務を含む不規則勤務の勤務スケジュールで、働きやすい勤務スケジュールは何かについて研究しています。看護のシフトワークにも長く関わってきましたので、本日は不規則勤務に関する国内外の研究の知見についてお話しします。

過労死の多い業種

私は研究所で、過労死等防止調査研究センターに所属しています。2014年に過労死防止法（過労死等防止対策推進法）が施行されたことから、その防止策の研究をしています。過労死認定基準の中で交替勤務はどう位置付けられているのか。はじめにそこからお話しします。

過労死は主に長時間労働で認定されます。脳・心臓疾患の発症直前の時間外労働が月100時間以上である、また、直前6カ月の時間外労働が平均して月80時間以上というのが主な認定基準ですが、実は認定基準の中には交替勤務、不規則勤務もリスクであることが書かれています。

脳・心臓疾患による労災認定基準は2021年に改定されたばかりで、労働時間が認定要件の主なものであるということはありませんが、労働時間以外の負荷要因ということで勤務の不規則性の問題が書かれています。また、短い勤務間インターバルが負荷要因であることが新しく認定基準に入りました。私の関心は勤務の不規則性の問題ですので、これらの働き方に特に注目しています。

どういう勤務が問題なのかというと、勤務スケ

ジュールの変更頻度が多い、次の勤務時間がなかなか決まらない・予測できないこと。また、交替勤務にも当てはまりますが、始業終業時刻がバラつくこと。ほかに、夜勤によって夜間に十分な睡眠がとれないこと、1回の勤務時間が長いこと、勤務中に休憩がとれないこと——などが体への負荷が大きい働き方ということになります。これらの働き方が過労死の認定の際に考慮されることが労災認定基準に書かれています。

こうした働き方の何が問題かということ、生体リズムと実際に働いたり生活したりしているリズムがずれることによって疲労が進展し、それが回復せずに疲労が蓄積していった、最終的には脳心臓疾患になってしまう、といった関係で説明されています。つまり、「長時間労働＋不規則勤務」が、脳心臓疾患による過労死のリスク要因になっているわけです。

2010～2019年までの10年間のデータで、どの業種・職種に過労死が多いのかを見てみると、最も多いのが運輸業のうち、トラックドライバーです。次いで卸売・小売業、製造業、建設業、サービス業、宿泊・飲食サービス業と続きます。「医療、福祉」は、過労死の件数としては他業種ほど多くありません。

「医療、福祉」の過労死も、看護師ではなくて医師や介護職員に多いのが実態です。この結果から見て取れるのは、長時間労働に加えて不規則勤務や交替制勤務、そして深夜勤務が多く行われている業種に過労死が多いのではないかとことです。

過労死多発職種であるトラックドライバーは交替勤務より、もっと不規則な働き方をしています。毎日の勤務時間が変わるような働き方も多く、次の日

図表 1

看護師の過労死ライン「60時間以上」が0.7%・253人

不払い労働（サービス残業）を含む前月の時間外労働は「5時間以上」が64.1%、「20時間以上」19.4%、「30時間以上」で9.0%だった。看護師の「過労死ライン」と言われる「60時間以上」は0.7%・253人いた。

問11 前月の時間外労働

合計	なし	5時間未満	5～10時間未満	10～20時間未満	20～30時間未満	30～40時間未満	40～50時間未満	50～60時間未満	60～70時間未満	70～80時間未満	80時間以上
100.0%	7.4	28.5	22.4	22.3	10.4	4.4	3.1	0.8	0.3	0.1	0.3
34,810人	2,564	9,925	7,810	7,755	3,625	1,515	1,084	279	109	50	94

事業所別に20時間以上の合計をみると、「公立大学」29.5%が最も多く、「国立大学」28.6%、「独立行政法人地域医療機能推進機構」24.5%と続いた。高度急性期医療を担っているところが多い傾向であった。

交替制勤務は時間外労働は長くなりにくい勤務間インターバルには影響（医労連、2022）看護職員の労働実態調査より

の勤務が前日の夕方になって初めて分かる、といった働き方もよく見られます。

不規則勤務の中でも過労死が多く見られるのは夜間早朝勤務に従事している人であることが分かりました。過労死事例の解析データでは、長時間労働をやっていない人でも、不規則勤務に就いていると脳・心臓疾患が多い可能性がうかがえます。

増える2交替制勤務

翻って看護師の働き方を見てみましょう。図表1は医労連の「看護職員の労働実態調査」（2022年）から、看護師の時間外労働時間の統計を見たものです。時間外労働が月60時間を超えると脳・心臓疾患発症リスクが高くなりますが、この統計上では該当者が0.7%にとどまっています。

看護師の過労死の労災認定数が少ないのは、労働時間があまり長くないことが背景にあるのではないかと思います。もちろん交替制勤務によるリスクはあるわけですが。そもそも交替制勤務は残業時間が多くないことが前提です。終業時間が来たら次の人に交替するので労働時間が長くなりようがないというのが建前になっています。

看護現場の不規則勤務の動向としては、2交替の病棟が増えていて、割合として3交替を超えてしまったということが今年のトピックとして挙げられます。さらに、2交替の中でも「12時間以上」と「16時間以上」に分けられると思うのですが、16時間以上の割合の方が全体としては多いことが医労連の調査でも示されています。

交替制の変化の背景はいろいろと考えられます

が、「日勤 - 深夜」の組み合わせを含む逆循環3交替制が、もう時代にそぐわないという側面があるのではないのでしょうか。看護師の皆さんはもう、逆循環3交替勤務に疲れ切ってしまって、長時間労働だけど2交替の方がいいのではと、2交替に活路を見出してしまうような職場もあるのではないかと思います。

さらに、2024年の夜勤実態調査の結果によると、1カ月あたりの夜勤日数は3交替の方が増加傾向にあります

（図表2）。2交替も増えていましたが、2024年の調査では少し下がりました。3交替はさらに夜勤負担が増大してしまっていることが見て取れます。

交替制勤務の問題点

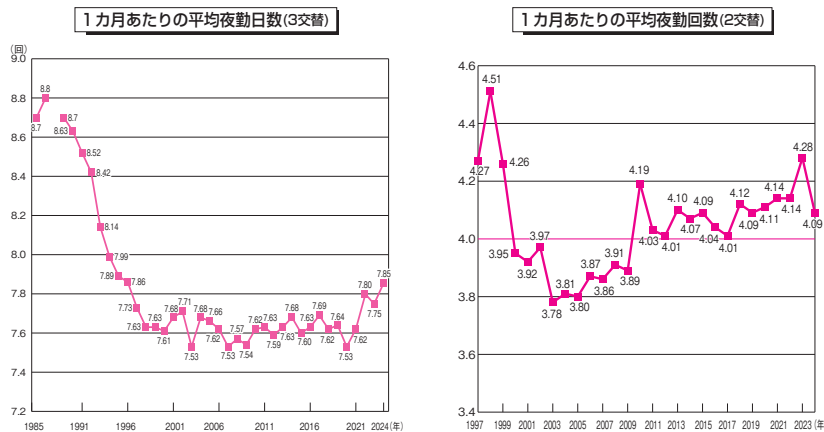
こうした実態を踏まえた上で、実際の看護師の交替勤務がどのような働き方なのか、おさらいしたいと思います。基本的に、生体リズムと生活リズムのずれが問題です。夜勤・交替制勤務をしているとどんな疾病発症リスクがあるかというと、心筋梗塞、虚血性脳卒中、乳がん、子宮内膜がん、前立腺がん、消化性潰瘍などの胃腸障害、2型糖尿病、多発性硬化症、メンタルヘルス不調などが挙げられます。けがや事故のリスクも高くなると報告されています。

短期的な問題としては、睡眠の問題と、それにより疲労回復ができない、ということがあります。その仕組みを簡単に説明すると、そもそも夜勤前後ではメインの睡眠を夜間に取りにくくなります。午後7～8時くらいと朝10時前後が、1日の中で特に眠りにくい時間帯であると言われています。しかし、夜勤をやっていると、このあたりに睡眠を取らなければならないくなります。

体のリズム（概日リズム）と起きている時間の長さで、いつ眠気が強くなるかが分かります。ちょうど夜中から明け方にかけてが一番眠くなります。この時間帯に十分な睡眠を取って、初めて疲労が回復するということです。

夜勤時間帯に当たる午前2時から朝8時くらいまでは、一般的に交通事故のリスクが高いことが分

図表2



3交替の1カ月あたりの夜勤日数が増加傾向(夜勤負担増大)

(医労連、2024) 夜勤実態調査より

かっています。午前2時から4時くらいがピークです。この時間帯は最も安全上問題がある、手元が疎かになり集中できない、眠い、という時間帯であることが研究結果ではっきり示されているのです。

「大事故は夜明け前に起きる」という傍題が付いた書籍があります。その中で世界的に有名な大事故は全部、夜中に起きていることが示されています。チェルノブイリ原発事故、チャレンジャー号爆発事故、スリーマイル島の原発事故、インドの化学工場の爆発事故など、いずれも注意集中ができない深夜から明け方にかけての時間帯に起きています。

夜中の眠気は二日酔いと同程度

夜勤の眠気の強さは、お酒に酔った状態と同じくらいという研究結果もあります。ずっと起き続けていて、さらに夜勤時間帯に重なると、飲酒運転で捕まるレベルと同等の覚醒水準であることが分かっています。患者の健康・命に直結する事故を起こしかねないので、ここはきちんと対策を立てる必要があるわけです。

「夜勤は続けたほうが慣れる」という意見もありますが、研究では夜勤にはなかなか慣れないことも分かっています。夜勤をやっていると昼間に寝なければならず、これでは十分に疲労が回復できません。「夜勤に慣れる」とは簡単に言えないのです。

昼間にしか寝られないなどの睡眠不足状態が続くと疲労が蓄積して、その後に8時間以上の睡眠を取っても、元の水準には戻りません。流行語にもなりましたが、これが「睡眠負債」です。3～5時間といった短い睡眠時間が続くと、その後に8時間寝

ても、最初のラインまではなかなか戻らないことが実験結果から明らかになっています。夜勤を続けるということは睡眠負債がたまった状態であるということです。

夜勤による影響には個人差があります。一般的に、20歳くらいまではどんどん夜型になっていくのですが、以後は徐々に朝型に変わっていきます。平均的に見れば、加齢により朝型になっていくのです。ですから、若い人は、夜勤もへっちゃらで、夜勤の方がむしろ楽という人も多いかもしれません

が、年齢を重ねていくと夜勤がどんどんきつくなっていきます。

朝型・夜型には個人差があります。朝方(ヒバリ型)と夜型(フクロウ型)では、体温が最も低くなる時間帯が2時間ほどずれています。これによっても夜勤の辛さの程度が変わってくるでしょう。

「こうすれば短時間睡眠者になれる」といった本が売られていますが、基本的になれないと考えてください。体質を変えるのではなく、勤務スケジュールを変えることが大切です。

FIOHの「信号機」勧告

次に、交替勤務スケジュールのどこに注目しているのかについて、さまざまな研究成果をもとにお話ししていきます。

最近、交替制勤務の新しいガイドラインが発表されました。FIOH(フィンランド労働衛生研究所)の「信号機」勧告というもので、交替勤務の推奨条件が示されています(本誌2024年3月号で詳細に触れています)。高過負荷で避けるべき(赤信号)から推奨(青信号)まで、基準が数値ではっきり書かれています。例えば、1回の勤務時間の長さや4週間の総労働時間を何時間以内にするか等です。夜勤時間で言えば8時間以下が青信号、12時間以上は赤信号です。ちなみに、世界的に2交替という多くは10～12時間の勤務を指します。

もう一つは勤務のタイミングに関するものです。連続する夜勤や早朝勤務を月何回まで行ってもいいか、などの基準です。連続夜勤は月2回以内に収め

れば青信号です。

回復のところでは、勤務間インターバルについて示されています。11時間未満の勤務間インターバルが4週間で何回以内であればOK、などの基準が書かれています。休日についても、週末に休日が当てられること、連休をとることが推奨されています。

皆さんがよくご存知なのはルーテンフランツ9原則でしょう。これは1982年に発表されたもので、基本的な内容は踏襲されていますが、「信号機」勧告は数値基準が示されている点が新しいと言えます。

ルーテンフランツ原則の7番目に「交代方向は正循環が良い」とありますが、「信号機」勧告で言うと11時間以上の勤務間インターバルをクリアすると、逆循環3交替勤務はできません。交替勤務研究の中で、11時間未満の勤務間インターバルは「クイックリターン」と呼ばれています。勤務が終わって家に帰っても、すぐに職場に戻ってくるという意味です。

短い勤務間インターバルは、交替勤務研究では古くから問題視されていました。さらに踏み込んで「11時間未満が特に問題です」と最近、言われるようになりました。11時間未満の勤務間インターバルは、逆循環3交替にしか基本的に存在しません。日本では例えば日勤-深夜の時に11時間未満の勤務間インターバルが生じます。

世界的に報告が多いのは夕勤-日勤です。看護で言えば準夜-日勤のようなクイックリターンが多いのです。日勤-深夜と準夜-日勤の大きな違いは、睡眠を昼間に取るのか夜に取るのかという点です。準夜-日勤の場合は夜間に5~6時間の睡眠が取られますが、日勤-深夜の場合は昼間に3時間未満です。昼間は、長くは寝られないわけです。しかも日本の日勤-深夜は、勤務間インターバルが8時間未満なので、そもそも睡眠時間を確保できません。それによって疲労や眠気に悪影響があるということが国内外の研究で明らかになっています。

インターバルは11時間以上で

日本でも、勤務間インターバルを11時間以上にしましょうと国が推奨しています。これはEU（欧州連合）労働時間指令からそのまま持ってきた基準です。交替勤務者でこれを実現しようとする、シフトスケジュールを変えて勤務間インターバルを長く

するしか方法がありません。

当研究所の研究によると、常日勤のIT労働者では、11時間インターバルがあると睡眠時間が6時間くらい取れます。ただし、インターバルを13時間くらい取らないと睡眠に質は確保できないことがわかりました。11時間というのは睡眠の長さだけ見た場合の本当にギリギリのラインです。

看護師の交替勤務における勤務間インターバルでは圧縮勤務という考え方があります。3交替の準夜と深夜をくっつけると2交替勤務になるわけですが、夜勤が長時間にはなるものの、勤務間インターバルは問題なく確保されます。16時間夜勤は、海外の研究では見かけません。ダブルシフト（double-shift）といって連続する2つの勤務時間帯をくっつけて16時間にする勤務はあるようです。8時間勤務が基本ですが、人員不足などやむをえない場合に生じる働き方です。ダブルシフトの研究では、日勤が15.5時間だと勤務間インターバルは8.5時間で、その場合に睡眠時間は5時間ほどになり、疲労回復しにくいことが示されています。

また、長時間夜勤（12時間夜勤）の怪我リスクを調べている研究があります。長時間労働に夜勤が組み合わさると、事故リスクが高くなります。5日間の8時間日勤に対して、4日間の12時間夜勤では怪我リスクが1.5倍以上になります。とはいえ、すぐに悪影響が出るという訳ではないようです。

世界的にも2交替化が進んでいることは確かで、いろいろな研究の知見から、8時間勤務と比べて12時間勤務で安全、健康、生活面の差は見られていないのですが、注意すべき点として加齢による影響が指摘されています。加齢により長時間夜勤はつらく、身体的負担が大きい勤務は過労のリスクが高くなります。また1回の勤務時間に加えて時間外労働が長くなれば健康リスクが高くなります。勤務中だけでなく、夜勤後の通勤中の事故リスクが、12時間夜勤後は8時間夜勤後に比べると高くなるとの研究結果もあります。

長時間夜勤が生活に与える影響

16時間夜勤においては、対策として2時間の仮眠を取ることが推奨されています。しかし、病棟でデータを取らせてもらったところ、120分の仮眠休憩時間を取っても疲労回復には足りないかもしれないと

いう結果が出ました。

別の病院での調査では、16時間夜勤中どこの時間帯で仮眠をとっても、夜勤中の眠気を抑えきれないという結果でした。また、16時間夜勤を試行してもらった病棟での調査では、休日の趣味・娯楽時間が減ることが分かりました。

交替勤務者では休日の過ごし方によって疲労回復の度合いが変わるという研究があります。休日に外出指向の人、外にパッと出ていく人の方が疲労回復は早く、疲労を蓄積させないことが分かっています。これは2交替でも3交替でも同じでした。外に出て元気に動く方が疲労回復も早く、バーンアウト度も低く、長期的に見た疲労の蓄積度も低いことが分かっています。長時間夜勤によって自宅外での趣味・娯楽が減ると、疲労回復にも影響するのではないかと考えられます。

1カ月あたり72時間を超える夜勤を行う看護師は、自由時間が少ないことも調査で確かめられています。これは2交替と3交替で同じ結果でした。72時間以内に収まる働き方としては、8時間夜勤だと月9回以内、12時間夜勤だと6回以内、16時間夜勤だと4.5回以内ということになります。72時間を超える夜勤を行った看護師では、自宅外活動時間が減り、また疲労感が強いことが示されました。

さらに、12時間2交替と16時間2交替の勤務間インターバル、睡眠、疲労を比べた、当研究所の研究があります。クイックリターンは逆循環3交替でしか生じないと言いましたが、12時間2交替だと生じる可能性のあることが調査で示されました。それは長日勤、もしくは夜勤が連続した場合です。12時間2交替では長日勤が入ってきてシフトが複雑になると同時に、インターバルと睡眠時間が短くなるという問題も生じます。少し残業をすれば、インターバルがすぐに11時間を切ってしまうわけです。また、16時間2交替よりも12時間2交替勤務のほうが疲労・ストレス度が大きいことが分かりました。

3交替でも準夜勤からの日勤や早朝勤務といった組み合わせは睡眠時間が短いことが分かっています。準夜勤一日勤だとクイックリターンになるため、睡眠時間も6時間未満になります。また、インターバルは長くても、早朝勤務だと睡眠時間が短くなることも分かっています。例えば、朝6時くらいの出勤時間では、インターバルをどれだけ空けても睡眠時間がそれほど変わらないという研究結果が出てい

ます。朝起きる時間は決まっているので、睡眠時間を伸ばすなら寝る時間を早くすればいいわけですが、寝る時間を早めるのは実際には難しいものです。そのため、朝が早ければ早いほど睡眠時間は減ってしまうという問題が出てきます。

早朝勤務で睡眠時間があまり取れないと、朝に起きられるか不安だという人が出てきます。その不安度が高いほど、疲労回復に必要な深い睡眠を得られません。寝ている時にもストレスがかかり、睡眠の質を悪化させてしまいます。早朝勤務は夜勤と同じくらい眠気が強い勤務になってしまいます。

勤務スケジュール見直しのポイント

では、夜勤・交替制勤務は安全、健康、生活上のリスクが高いということを知った上で、どうすれば改善できるのか。ここが本日、一番お伝えしたいところ です。

先ほどの「信号機」勧告で考えると、青信号の働き方は正循環3交替です。「日勤 - 準夜 - 深夜 - 休日」を基本にした働き方がいいということです。3交替の方が日勤も夜勤も労働時間が短く、正循環であればクイックリターンも生じません。

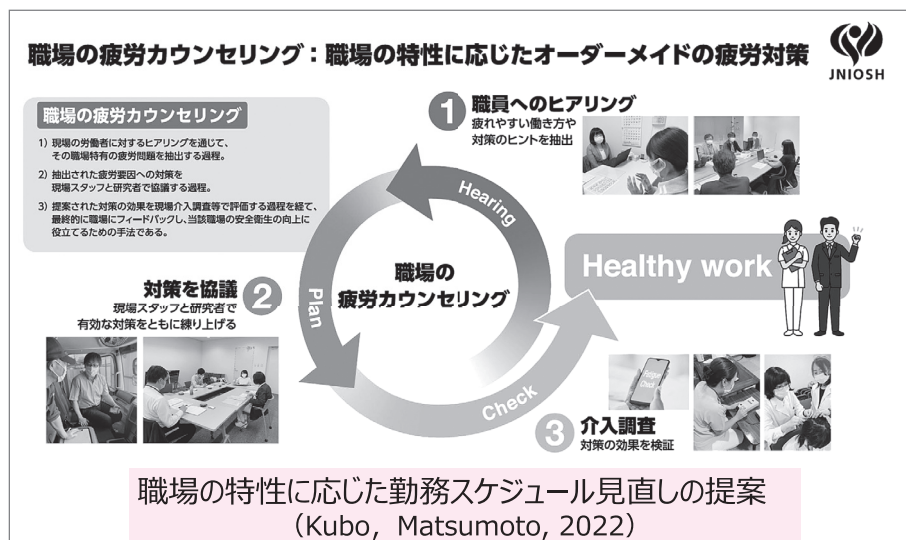
唯一、問題があるとしたら社会的側面です。休日の取り方に不満が生じるだろうと思います。連休が取りづらい。しかも、正循環の準夜 - 深夜の間の休日をどうするか。公休とするのかしないのか、残業代は出るのか出ないのか、というところがこれまで問題になってきました。そこをクリアできなければ現場はそんなに簡単に変えられない、と思われるかもしれませんが、それでも体には優しいということをお伝えしたいと思います。

仮眠の効果

交替勤務の対策として仮眠に効果があることは古くから言われています。日本でも多く研究が行われています。実は海外では夜勤中に仮眠を取るという文化があまりありません。特にキリスト教圏では「労働中に睡眠を取るというのは何事か」という考え方があるからです。

8時間3交替の夜勤の場合、仮眠に効果があることはいくつかの研究結果があります。その中の看護師を対象とした研究でも、夜勤前の昼間に自宅外で取る睡眠に比べると、夜勤中に仮眠を取った方が、

図表3



疲労抑制効果が高いことが明らかになっています。

さらに、夜勤中の仮眠時間が長いほど、勤務後の睡眠時間が短くなり生活時間が長くなります。ちなみに、年齢が高くなると、夜勤中や夜勤後に仮眠を取っても途中で目が覚めてしまう回数が増えることも分かっています。

もっとも、3交替の8時間夜勤中に長い仮眠は取れないと思いますので、多くの人にとってあまり現実的な対策ではないかもしれません。それでも、12時間や16時間の長時間夜勤であれば、仮眠は対策になるかもしれません。先ほど、16時間夜勤中の2時間の仮眠休憩では疲労や眠気を抑える効果が弱いとお話ししましたが、それに反論する論文が最近発表されました。16時間夜勤中に90分以上の仮眠（実際に眠っている時間）がとれると、疲労を抑制することができるというものです。この論文では仮眠環境についても詳細に調べられていて、90分以上仮眠を取れている群は、仮眠環境が非常に良いということが分かっています。質のよい仮眠は長時間夜勤対策に有用そうです。

インターバル協定の重要性

医労連の「夜勤実態調査」（2024年）で月の夜勤回数の夜勤協定について見ると、調査に参加した病院のうち7割は協定を締結しています。しかも3交替だと月8日以内、2交替だと月4日以内という内容が多くを占めています。ただし、インターバル協定の締結は17.6%にとどまりました。しかも、3分

の1が12時間未満のインターバル協定であり、実効性がない可能性があります。

逆循環・正循環、あるいは2交替・3交替の善し悪し前に、実はインターバルをきちんと空けることができれば、おのずとシフトスケジュールも改善の方向に議論が進むのではないかと考えています。今後、皆さんが勤務されている病院や病棟の勤務スケジュールを改善する際には、このインターバルに注目してみてください。例えば、クイックリターンを実際に減らすという改善をすると、不眠症や日中の眠気が改善する、という研究結果も報告されています。勤務間インターバルの重要性は今後、ますます強まるのではないかと考えています。

逆循環3交替制の病院で、勤務間インターバルを延長するという介入研究を行ったことがあります。逆循環3交替を正循環にする前段として、日勤・深夜の間の睡眠時間を増やせないか、勤務間隔を延長できないか、という視点で行った介入が、日勤・深夜を半日勤・深夜にする、というものでした。実際の勤務間インターバルは日勤・深夜では残業を入れると平均5.4時間、睡眠時間は平均2.0時間しかありませんでした。それを、半日勤・深夜にすることによって、インターバルが平均11.4時間、睡眠時間は平均3.5時間に伸びていました。勤務スケジュールへの対策によって、疲労や睡眠の問題はある程度、解消できるということです。

最近、別の病院でも勤務間インターバルを延長した事例があります。その病院は深・深・準・準を導入しており、4連続夜勤が行われていました。深夜と準夜の切り替わりのところが一番辛いという現場の看護師の意見が得られたため、深・深と準・準の間に休みを1日入れる介入を行いました。勤務間隔が31時間だったところを55時間まで増やしたわけです。

その結果、ひと月あたりの夜間睡眠の回数とともに総睡眠時間を増やすことができました。この介入のポイントは、ひと月あたりの労働時間や休日数を変えずにシフトが組まれたことです。勤務間隔の延

長は夜間睡眠を増やす効果があり、さらに疲労やストレスを改善することができました。

このような介入がそのまま、どこの職場にもあてはまるということではなくて、スケジュールを改善するための議論の場をつくることが重要です。勤務間インターバルを伸ばすために、ただ「やりましょう」では動きませんので、まずは現場の管理者や実際に勤務している看護師に、現在の勤務の問題点、どこがキツかったり辛かったりするのかを聞いて、問題点を洗い出しました。その上で、4連続夜勤がキツイという結論になったため、ではどうするか話になりました。現場の皆さんに私たち研究者を交えて議論して、間に1日休日を挟むことなら、現在の体制の中でできそうなのでやってみよう、ということになりました。

第三者がいた方がいいのかもしれませんが、何より現場のヒアリングを行うことが大切です。対策を協議する際には、科学的知見で言えばこういう働き方が体には優しいですよ。現場ではこういうやり方ができますよ、問題はそこではありません、といった話し合いをした上で、介入のポイントを定める。これまでの介入研究の経験から勤務を部分的に変えるだけでも効果があつたので、まずは最も問題のあるところを変えてみてはどうかと思います。

さらに、客観的事実として調査データをとって効果を示す。こうした一連の取り組みを私たちは「疲労カウンセリング」と呼んで、様々な不規則勤務職場で提案しているところです（図表3）。

ツールも活用しながら

本日紹介した研究以外でも、看護や介護職場でシフトスケジュールやクイックリターンへの介入を行ってきました。例えば、早朝勤務を3連続以内にすると、遅日早を早日遅の正循環に変える、遅夜から早夜へ勤務間隔を延長するといった勤務に変えた例があります。また、「信号機」勧告を作ったフィンラ

図表4



ンドの研究チームは長周期の逆循環シフトを短周期の正循環シフトに変える介入研究の結果を報告しています。この研究でも、重要なのは現場の労働者や管理者の意見、それに病院の勤務ルールなどを全て加味した上で、シフトスケジュールを変えた点です。

手続きをきちんと踏んだ上でシフトスケジュールを改善することによって、一般的な健康や社会生活、職場での幸福度、家庭生活などが全体的に改善していました。シフトスケジュール改善には、実現していくプロセスこそが重要であることを強調したいと思います。

もっとも、何でもかんでも意見を取り入れればいいものでもなくて、個々の自由にシフトを組んだ結果、むしろ労働時間が増えてしまったというようなケースの研究報告もあります。こうしたことから私たちは、システム会社と協力して、シンクロシフトというツールを開発しました（図表4）。シフトを組むには、「この日に何人いなければいけない」「1人夜勤は月に何日以内にしなければいけない」「労働時間は何時間以内にしないといけない」「AさんとBさんは一緒に夜勤に入れられない」など、考慮しないといけないことが多いわけですが、人力でやっていたところをA I（人工知能）を使って比較的簡単に組めるようにしました。労働者の意見をきちんと反映させるという意味では、このようなツールを活用するのもいいのではないのでしょうか。興味のある方は声をかけていただけたらと思います。

ご清聴ありがとうございました。（拍手）

再起しつつある アメリカ労働組合から学ぶ

「公正社会」実現のための運動

みやざき れいじ
宮崎 礼二

明海大学経済学部准教授



皆さん、こんにちは。私の専門は世界経済論、アメリカ経済論です。この数年、アメリカの労働組合は非常に元気で、活発になりつつあります。そこから日本でも学ぶことがあると考えています。また、新自由主義を乗り越えて公正社会を実現していく目標に向かっていけば、医療の現場も医療労働者も、患者さんにとってもより良い環境が作れるのではないかと考えています。

新自由主義と医療費抑制政策

1980年代中曽根政権で導入され、2001年の小泉政権以降に全面開花した新自由主義改革は、医療・介護・福祉・教育など公的・非営利の公共的な領域における規制緩和と効率化のもと、度重なる医療費抑制政策を強行してきました。国民皆保険制度は、危機的状況に追い込まれつつあります。

医療現場で言えば、労働者がどんどん追い詰められて、離職率が高まっていく。その背景には何より賃金の問題があります。このままでは、医療の質が下がっていくでしょう。お金のある人たちは、自由診療の方にどんどんシフトしていきます。そこに付け込んで、民間の医療保険会社が医療保険を売るといように市場化していきます。

国民皆保険制度を守ることと、皆さんの労働条件をより良くしていくことは軸が同じです。つまり私たちは、新自由主義の考え方を乗り越えていかなくてはなりません。ここを切り崩さない限り、良い医療、または皆さんの労働条件改善は実現しないとい

う根本的な問題があります。

アメリカで労働組合活動、労働運動が高まっているのは、「公正さ（ジャスティス）」というキーワードで結集しているからです。アメリカも1980年代以降の新自由主義で徹底的に公正さが失われています。ここに人々が怒りを向けています。

市場を万能とする新自由主義

新自由主義とは、市場原理、効率性、福祉国家の解体、民営化、規制緩和などをキーワードに、「伝統的」価値の再興を通じて「小さな政府」の実現を唱導する政策思想と定義づけられます。つまり、儲けることを最大の目的とする政治経済思想ということです。金儲けこそが正義で、効率的に仕事をしている、努力をしている、頑張っているから金儲けができるのだと。金儲けができないのは怠け者である、また、赤字を税金で埋めるのは無駄であるから、金儲けの世界＝市場の競争でやっていくことが一番望ましく、そうすれば効率的な経済になって経済成長に結びつく、という考え方です。

このような考えのもと、中曽根政権が日本国有鉄道（国鉄）をJRに、日本電電公社をNTTに民営化しました。その後、小泉構造改革で郵政も民営化されました。国立の機関なども独立行政法人化されています。この40年間、公的な領域から市場に開放していくことが着々と進められてきたわけです。これは日本に限りません。

第2次世界大戦後、多くの先進工業国が、いわゆる「福祉国家」の方向に動いていましたが、高度経

済成長が終わり、資本側が「社会保障はコストだ。俺たちの儲けを削っている」と主張し、徹底的に社会保障を削って福祉国家を解体し、資本側が自由に金儲けできる世の中を作ろうという運動が、1970年代後半、さらに80年代に強まったわけです。

新自由主義改革の正体

資本側の大企業や超金持ち、ここでは「資本家」と表現しておきますが、彼らは「おまえたちに俺たちの取り分が取られているから、それを取り返そう」と、労働者や市民に階級闘争を挑んできたわけです。これが新自由主義改革です。そのたたかいに、労働組合をはじめとする国民側が負けました。分断されて、結集しなくなってしまった。その結果、日常のかつ徹底的に新自由主義改革が浸透していき、ありとあらゆるところに影響が出てきました。

日本や世界の多くの国では「市場経済」を採用しています。図表1は、一つの国の経済を100%とした時に、市場経済の部分がどのくらいあるのかを図示しています。例えば、お腹が空いたからコンビニに行っておにぎりを買う。これは市場（営利領域）です。お金のない人は食べられません。それに対して、一番右の斜線部分、非市場（公共財）の領域は、例えば警察や消防など、市場領域では提供できない財やサービスの部分になります。

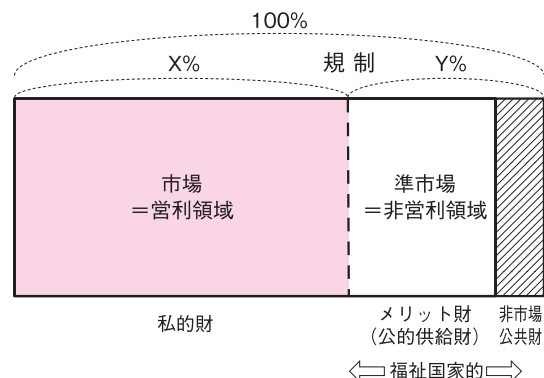
市場領域は私的財=商品です。商品になるためには、排除可能性と消費の競合性の二つが必要です。

排除可能性は、代金を払わない人は排除されるということです。代金を払わなければ、この財やサービスを得ることはできない。空気や太陽はお金を払わなくても享受できるので、商品としては成立しません。

消防や警察については、例えば警察が存在しないと、市場経済で治安が守れません。そのため、税金で集めたお金で運営していくことになります。警察がなくても、セコムのような警備会社があればいいではないかという人もいるかもしれませんが、あれは警察という治安の維持があって、その上で成り立つサービス商品です。

消防も同様です。消防が商品だとすると、火事で119番に電話しても、「あなたは会費を払っていないから消火には行きません」では、火事が広がってしまいます。人々の安全・安心、幸せを考えると、非

図表1 営利領域と非営利領域



市場の領域は必要なのです。

医療や介護、保育、教育などは、もともとは商品でした。しかし、それらが全て商品だとしたら、お金がない人には生存権や教育権が保障されないことになってしまいます。そのため、市場の外に出して、準市場として公的に供給する領域を作りましょう、となったわけです。私たちが意識的に市場から外して、人々を守っていく領域を作ったのです。その代表的なものの1つが医療です。

市場と準市場（非営利領域）を分けるものは、法律や規制です。金儲けを是とする市場側が「もっと金儲けの領域が欲しい」と言っていて、医療や介護、保育、教育を商品に戻すために、XとYを分けている点線=規制を右側にシフトさせる規制緩和です。

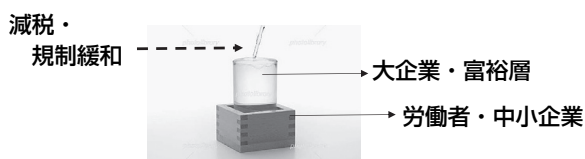
日本の多くの企業が新自由主義を貫いた結果、賃金が上がらず、多くの人たちが貧しくなっています。つまり、購買力がなくなる。企業側としては、客がいなくなるので儲からない。かつ、長期的には少子高齢化で人口減少となれば、商売の領域が小さくなる。それなら、市場を新しく作っていかうと、規制で守られている領域をねらっているわけです。

ですので、皆さんが直面している問題は、新自由主義・構造改革のもとで、「俺たちをもっと金儲けさせろ」という企業などの攻撃によるものです。資本家側にとっては、皆さんの労働力や人件費は、単にコストでしかない。儲けを出すためにはコストを削減します。医療や介護で働く労働者は儲けのために犠牲にならざるを得ない。それがこの間、ずっと続いているのです。

なぜ自己責任論なのか？

このように新自由主義改革は、19世紀末から20世

図表2 トリクルダウン理論



紀初頭、日本では第2次世界大戦後に積み上げてきた福祉国家・社会保障を壊すことによって儲けの世界を作っていこうという攻撃です。図表1のY%の領域は未開拓の市場、フロンティアだから、ここをねらい撃ちしていこうということで、まさに皆さんの職場は、ねらい撃ちの的なのです。

新自由主義改革が進んだ結果、Y%の公共・非営利領域が縮小され、X%の私的・営利領域が拡大します。すると、守られている領域がどんどん小さくなってしまふ。そこで、国民から不満が出ないようにと、資本家側は「自己責任」や「自助努力」という言葉で責任を転嫁していきます。「自分の健康や命は、自分の責任や努力で守ってください」という価値観を植えつけていくわけです。

これまでの福祉国家であれば、社会保障制度で救済してきましたが、このセーフティーネットの網の目をどんどん大きくしてきたわけですから、こぼれ落ちてしまう。その結果、危険な状況になります。

そこで、伝統的価値への回帰唱道するのです。日本で言えば家制度です。公助という社会保障制度を薄くして、家や地域の共助に転嫁する。または自己責任で、自分の面倒は自分で見ろと、責任を個人に落とし込んでいくのです。その時に、この考え方を正当化するものが伝統的な価値観です。「家族で助け合いなさい」と。介護も現在、家族で面倒を見なさいという方向で進んでいますよね。

これは世界共通で、アメリカやイギリスではキリスト教の価値観に回帰して、地域・教会が救済するという考え方を強めていきました。

安倍政権も、「戦後レジームの脱却」を主張しました。戦後レジームとは戦後体制のこと。日本国憲法が保障する社会保障のある福祉国家の枠組みです。これを否定して、「大日本帝国憲法に戻れ」ということです。選択的夫婦別姓を認めずに、家制度を復活させる。自民党の憲法改正案を見れば明らかですが、彼らは「家」を軸にした日本社会を作ろうとしています。

皆さんの目の前にある労働条件や経済要求を勝ち

取っていくためには、遠回りのように見えますが、この根っこにある新自由主義をしっかりと理解して、ここを変えていかなければ、目の前の労働条件が改善されることは決してないということになります。

トリクルダウン論のねらい

このような中で新自由主義改革は、「トリクルダウン」という理論を宣伝します。これは、大企業や富裕層を優遇すれば、より多くの富が生み出され、その富が全体に滴り落ちるという考えです。

これによって正当化される政策は、大企業・富裕層の減税、そして労働規制の緩和です。労働者は守られ過ぎてコストだから、解雇も自由にしてどんどん安く働いてくれば、経済成長して皆さんも豊かになる、との考えです。

トリクルダウンは、例えるなら**図表2**のようになります。居酒屋で日本酒を飲むと、注いだ時にこぼれても大丈夫なように受け皿(枡)付きで出てきます。酒の入ったコップが大企業・富裕層です。政府が減税や規制緩和でどんどんお酒をついでくれて、お酒があふれた分が労働者や中小企業の分というわけです。

でも、いつまで経ってもお酒はこぼれてきません。そこで新自由主義の人たちは、規制緩和と減税がまだ足りないから、もっと大企業や富裕層を減税して、もっと規制緩和していきましょう、そうすれば皆さんのところに滴り落ちてきて潤いますよ、と。国もそう言って、法人税の減税を進めてきました。大企業が減税の恩恵をより多く受けるような仕組みです。

皆さんの生活を見てみると、所得税は1986年に15段階が7段階と、段階が半分になりました。つまり、累進課税制が壊されています。累進課税制は、所得が高くなればなるほど税率が高くなるという税制です。これは福祉国家を支える税制です。応能負担原則といって、市場経済において強い人ほど多く負担するという考え方です。市場の競争で負けて所得の低い人は、負担能力が小さいから負担も小さくていいということです。それが15段階から7段階になり、最高税率は70%から45%に引き下げられました。金持ち減税です。金持ち・富裕層減税はずっと続けられています。住民税は14段階だったものが今は1段、累進制はまったくなくなっしまいました。

福祉国家を支えてきた応能負担原則を、新自由主

義は「平等ではない」と考え、経済成長を阻害すると捉えています。金持ちから多く税金を取って公共サービスを充実させると、中・低所得の市民たちが市場で買わなくても、公共図書館で本が読めたり、無料で音楽が聴けたり、DVDが観られたりするわけです。しかし金持ちは、それらがタダであることに納得がいかない。便益を受けたら代金を払うのが市場経済です。しかも、自分たち金持ちが払った税金で、そんなことをして、と。彼らにとっては、非市場・非営利領域を小さくして市場を大きくすることが正義なので、「まずは俺らの税金を安くして、あいつらがタダで受けているサービスを市場経済に戻せ」と主張するわけです。

いわゆる福祉国家の時代は、累進制で金持ちがより多く負担し、これを財源にした社会保障制度を通して所得を再分配して格差を是正してきました。公平・公正な社会を作っていくという合意が政治的にあったわけです。

福祉国家は経済的にも正当化されてました。なぜならば、格差が拡大して、一部の大金持ちと多くの貧しい人の世の中になってしまうと、社会の大部分の人の購買力がなくなってしまうからです。そうすると、この国の市場は成長できなくなります。実際に多くの先進国の場合、GDP(国内総生産)の60%の規模を国民一人ひとりの消費が支えています。しかし日本の場合、新自由主義の税の目的は経済成長にあります。現在はそれが57%くらいまで縮小しています。経済の土台の部分がどんどん弱くなっています。

経済成長をどう考えるか

福祉国家の時代は、累進課税制を通じて所得再分配をして経済を安定化させてきました。これを否定するのが新自由主義です。新自由主義の税の目的は、経済成長にあります。

この場合の経済成長とは、生産性上昇を指します。例えば、賃金を下げるとコストが下がり、生産性は上昇します。付加価値が大きくなり、経済成長するという考え方です。

生産性上昇のためには、企業の設備投資、AI(人工知能)、デジタルなどのイノベーション、技術開発が必要です。その先端技術のためには、企業が研究開発や新しい機械に投資できなければなりません。そのための費用をどこから持ってくるか。一つ

は内部留保(貯金)から出します。もう一つは、外部から持ってくる。

企業が資金調達しやすくなった方が、イノベーションが起こりやすい国になって、成長できる。それには、お金を借りる時の金利が低い方がいい。また、株価は上昇している方が資金調達がしやすい。そのためには、お金が金融市場にどんどん入ってくる方がいいということになります。

福祉国家と新自由主義の違い

月給20万円の人は、消費と貯蓄の割合はどのようになるでしょうか。ほとんどが消費に回るでしょう。つまり、所得が低いほど、所得に占める消費の割合が大きくなり、貯蓄の割合は小さくなります。では、月給が5億円の人はどうでしょうか。消費し切れませんね。貯蓄の割合が圧倒的に大きくなります。先ほどの事例とは逆に、所得が高くなればなるほど、所得に占める消費の割合は小さくなり、貯蓄の割合が大きくなります。

この20万円の人と5億円の人を並べた時に、福祉国家の場合は、中・低所得の人を減税した方が消費は大きくなり、これが経済を支えていくと考えます。しかし、新自由主義は、中・低所得の人たちを減税しても、消費は大きくなるかもしれないがイノベーションは起こらないと考えます。それよりも、金持ちを減税すれば、株を買ってくれたり、銀行に預金してくれたりします。金融市場にお金がどんどん入ってくれば貸出金利は下がり、また、株価は上昇していく。すると、企業は資金調達しやすくなり、イノベーションが起こる。だから、金持ち減税こそが大切である。

金持ち減税をした分のお金がイノベーションに回っていくと経済成長して、コップが満たされて、こぼれたお酒が庶民に回ってくる、これがトリクルダウンと金持ち減税・大企業優遇のロジックです。しかし、2001年の小泉政権の時に明言されてから、もう20年以上待っているのです。いいかげん待ちくたびれますよね。

税制を作っているのはどこですか。もちろん財務省も加担していますが、法律を作っているのは国会です。ですから、財務省を責め立てる前に国会、国会議員を変えればいいのです。つまり政治なのです。

成長できていない日本

なぜ消費税なのかといえば、税率がフラットだからです。みんな平等で何が悪いのか。同じ税率で、同じ条件で競争して、その結果、勝った人は金持ち、負けた人が貧乏で何がいけないのか。これが新自由主義の「正義」なのです。その考えに基づいた政治が行われているわけです。

よく「失われた30年」と言いますが、主要国の経済を見ていくと、日本だけが成長できていません。その背後には歪んだ富の分配があります。

図表3は、1990年を100として、経常利益、配当金、従業員給与、利益剰余金（企業の内部留保）の推移を見たものです。配当金は、1990年に100だったのが、2022年度は900です。利益剰余金（内部留保）も安定的に伸びています。一方で、従業員給与は変わりません。これが「失われた30年」です。

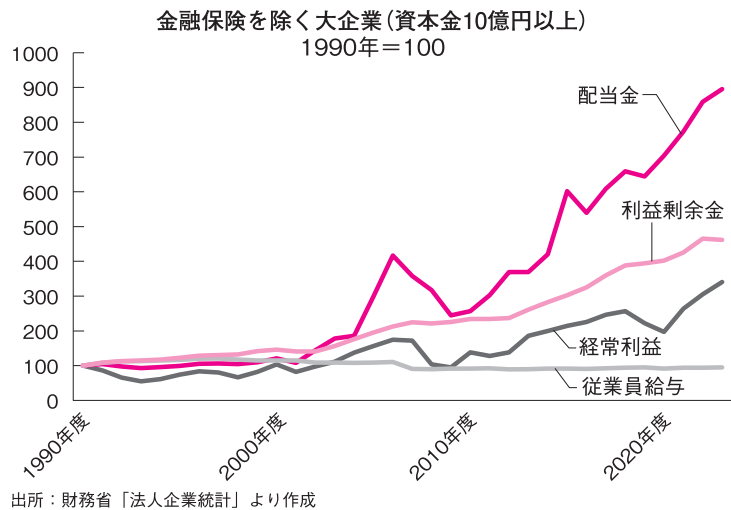
新自由主義の結果、私たちが働いて生み出した富は、私たちのところには来ていないということです。税制改革や規制緩和を通じて、どんどん金持ち・大企業にお金が集まっていく状況が人為的・政治的に作り出されてきたのです。

図表3のグラフをよく見ると、傾向に変化が出始めるのが、2001年度あたりですね。小泉構造改革です。政治が変われば、これだけ変わる。逆をやれば、逆に変わるでしょう。このグラフは、階級闘争で資本家側が勝ったことを示しています。しかし、民主主義では「数は力」です。私たちには数という力があるのです。それを発揮できれば、富が私たちの手に戻ってきます。

諸外国と比べても明らかに、日本は経済成長していません。この30年間、日本の労働者は必死に働いてきた。それなのに成長できないということは、富の分配がおかしいからです。今の日本の政治、日本の大企業・財界がやろうとしていることは、経済成長を犠牲にしてまでも自分たちだけが富を獲得するというものです。これは平等どころか不公正です。

図表2のコップ酒には、実は2本のストローが刺さっているのです。税制改革と規制緩和の結果、私たちのところに滴り落ちてくる前に、株主と大企業が吸い上げてしまっているのです。ここをしっかりと

図表3 歪んだ富の分配



と捉えたうえで、労働組合のたたかいが必要になってきます。

平均賃金も、国際比較をすると日本は地面をはいつくばったように推移しています。まだ日本が経済大国という意識を持っている人たちもいるようですが、この30年を見る限り、日本は着実に新興衰退国化しています。衰退していく一方。このままでは、いずれ日本は先進国ではなくなるでしょう。

先進国である必要はないのですが、GDPが2位から4位まで落ちただけで、これだけ貧しくなっているわけですから、もっと経済が弱くなっていけば、私たちはさらに貧しくなるのです。ですから、今これを転換させていく。それが、皆さんの労働条件の向上のためにも、日本の未来を作るためにも必要だということです。

賃金はコストではない

皆さんの賃金は新自由主義ではコストですが、労働者にとっては自分が働く能力の価値です。また、今日働くことによって肉体的・精神的に支出した部分を、明日また元気に働くために労働力を再生産する費用でもあるわけです。

ですから、「全て国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」とした憲法25条の生存権が土台にあって、そのうえで労働基準法第1条が、「労働条件は、労働者が人たるに値する生活を営むための必要を充たすべきものでなければならない」と定めています。つまり賃金は、労働力の再生産の費用を賄えなければならないと法律でも規定さ

れているのです。

そもそも労働力とは何でしょうか。私たちは商品が中心の市場経済の社会に生きています。パン屋さんはパンを生産する機械を持っていて、生産手段である機械を使って原料を投入してパンを作って、商品としてパンを販売して代金を受け取ります。商品をお金で得るのが商品経済=市場経済です。

皆さんは、商品を生産する機械=生産手段を持っていません。唯一持っているのは働く能力です。私たちは労働市場で、働く能力を商品として時間で区切って売っているわけです。労働力を売って得たお金（賃金）で商品を購入して生きていく、このくり返しです。

この商品の価値は、労働力という商品を再び作るために必要な価値です。明日も今日と同じ労働力を売れるよう、労働力を復活させるだけの金額が、その人の労働力の価値だということになります。

労働力の価値はどのように決められているか、マルクスは次のように説明しています。そこには3つあって、1つは「労働力の所有者の維持に必要な生活諸手段の価値である」。つまり、皆さんが今日と同じ元気な力を回復させるために必要なものを、購入できるだけの賃金でなければなりません。

2つ目は、「労働力の生産に必要な生活諸手段の総計は、補充人員すなわち労働力の子供たちの生活諸手段を含む」。これは、1人の労働者が、明日・明後日に元気に職場に戻るだけでのことではありません。資本主義・市場経済を延命させたい資本家としては次世代が必要です。そこで、労働者が労働力を再生産するものの中には、次世代の人たちの再生産も含まれます。つまり養育費・教育費が含まれるということです。

日本の少子化の1つの大きな原因は、多くの若者が、現状の賃金では子どもを産み育てることはできないと考えているからでしょう。つまり日本の賃金は、労働力の再生産費用にすらなっていない。子どもを産み育てることができないほどのひどい賃金になっているということです。だから少子化になるのです。

3つ目としては、特定の労働部門における技能と熟練とに到達し、発達した独特な労働力になるには、特定の養成または教育が必要であり、費用もかかります。だから、専門職の人たちの労働力の価値は、高く評価されなければいけません。そうでないと、

専門職は再生産されません。

本人が生きて、家族を持ち子どもを育てられること、職業人としての成長が保障されること——これこそが、皆さんが要求している賃金の最低限の基準だと思います。それによって初めて、皆さんの労働力の再生産費用が賄われるのです。

最低賃金法第9条2項には、「前項の労働者の生計費を考慮するに当たっては、労働者が健康で文化的な最低限度の生活を営むことができるよう、生活保護に係る施策との整合性に配慮するものとする」と定められています。皆さんの賃金の土台となっている最低賃金法は、生活保護の基準を見て決めていることになります。

新自由主義は、賃金を引き上げて皆さんの労働力の価値を評価するよりも、コストなので安く買いたい。ですので、賃金の土台である最低賃金を引き下げたい。そのために生活保護水準を抑制していくことが「正義」なのです。生活保護を抑制していけば最低賃金も抑え込むことができる。そして、労働者の賃金も抑え込むことができる。さらに、新自由主義のもとでは、生活保護・最低賃金抑制と同時に、労働法制を緩和することで低賃金の非正規雇用を創出・拡大していくということもねらわれているのです。実際にそれがこの30年間、続けられてきて、今や労働者の3～4割近くが非正規雇用です。

なぜ、こうなるのかと言えば、新自由主義改革は企業の儲けの最大化がねらいだからです。売り上げを伸ばすことが難しければ、費用の削減が必要だということです。病院は公定価格で行っているため、売り上げを伸ばすことは非常に難しい。費用を削減するには、人件費を抑え込むしかない。

しかし、医療は商品ではありません。それが皆さんのたたかひの原点になるでしょう。

バージョン・アップのチャンス

労働組合としては、バージョンアップのチャンスです。まず、最低賃金の引き上げが、ワーキングプアという社会問題を解消するために必要です。

ワーキングプアをなくしていくには、その土台である生活保護の引き上げが必要です。それが自動的に貧困問題の解消にもつながっていきます。同時に、皆さんは新自由主義に基づく法制度の改悪ともたたかひしていかなければいけません。より良い労働条件

を勝ち取るためには、政治選択が伴わなければなりません。

これらの社会問題と皆さんの労働問題・労働運動を一体化させなければなりません。目の前にある自分たちの労働条件だけではなく、土台にある社会の問題も一緒に解決していかなければならないのです。年金の問題も同様です。現在、インフレのもとで実質的に年金は削減されており、それは高齢者の医療にも大きな影響をもたらします。なぜ年金を抑え込むのかといえば、反福祉国家の新自由主義だからです。皆さんがたたかう敵と同じ敵です。ですから、横のつながりで日本の問題を解決していくことが、皆さんの労働条件を引き上げていく大きな力になります。

アメリカ労働運動の躍進

実際に労働運動と社会運動の連携・融合を遂げて、運動の再起・復活に成功しつつあるのが、アメリカの労働組合です。アメリカの組織率はわずかに9.9%ですが、自動車労組は40%、港湾労組は65%と、とてつもない賃上げを勝ち取っています。図表4に、アメリカでのストライキ参加者の推移を示しました。参加者が増えたといっても1970年代に比べればまだまだ非常に小さい増加に過ぎませんが、近年、ストライキの数は大きく回復しています。

アメリカも日本と同じように1980年代から組合活動が低調になります。これは、レーガン政権の新自由主義改革によるものです。大統領選の時、PATCOという航空管制官の組合が、レーガンを支持しました。レーガンの当選後、賃上げを求めてストライキを打ったのですが、レーガンは激怒して、全員を解雇してしまいました。

そうすると、飛行機が飛ばなくなります。しかし、レーガンは空軍から軍人を派遣して飛行機を飛ばし、PATCOの組合員たちは皆、失業してしまいました。経営者たちは「それができるのなら、俺たちも組合を弾圧しよう」となる。そして労働運動が停滞してしまいました。

それが近年、ストライキの数も参加者数も急増しています。2021年に279回だったのが2022年には470回に、参加者も14万人から50万人近くに増え、大規模ストライキが次々と決行されています。背景には、アメリカでも新自由主義による所得格差と貧

図表4 アメリカのストライキ参加者数の推移
(1973～2023年)



困化が大きく広がっていることがあります。

そのため、社会問題・貧困問題と労働組合が結びつき、公正さを求めるたたかいができる環境が生まれてきたのです。アメリカの労働組合も若者たちも、この格差社会、この不公正さは、税制が問題の1つではないかと気づきました。貧困で地域がスラム化していく。労働者の賃金は上がらない。一方で、富裕層がさらに裕福になっていく。社会の問題と自分たち労働者が苦しい問題は、1つではないか。それをもたらしているものは税制改革、つまり立法府=議会ではないか。政治を変えないと、社会や地域の問題も、自分たちの労働条件も変わらない。連携を意識するようになり、社会労働運動になっていったのです。

労働組合が、職場で労働者たちの抱えている問題や地域の問題を見ていったところ、貧困や低賃金、医療、銃犯罪、差別、自殺、麻薬、教育、女性の自己決定権といった、あらゆる身の回りの問題がこの40年間、新自由主義的な政策によって増幅され、放置されてきたことを目の当たりにしました。アメリカの労働者たちは、自分たちの労働条件が社会環境の土台を成しているだけではなく、社会環境が労働条件を作っている側面もあることを知り、両方が一緒になった運動をしていかななくてはならないと認識したわけです。

そこで、まず労働者が取り分を増やすために資本家とたたかい、次に、労働者のための政治と政策を作ろうということになりました。税制だけでなく、不当労働行為を許さないような法律や行政も必要です。そのためには、政治や政策に労働者が関わっていかなければいけません。新自由主義の政治では、労働者は虐げられ続け、どんどん弱くなっていく

ろう。組合活動をすると弾圧されるようなことを許さない法律が必要である。だから政治参加は必要だという流れになっていきました。

「共感」をキーワードに

アメリカの場合、大きなきっかけは、2011年の「ウォールストリートを占拠せよ」でした。所得と富の格差に対して、「あなたも私も99%だから、手を結んで1%の超お金持ちとたたかおう」という運動ですね。その翌年に、最低賃金を7ドル25セントから15ドルにしようというたたかいがニューヨークのファストフード労働者から始まり、全米に広がっていきました。日本にもその動きが伝わり、最低賃金1,500円のたたかいにつながりました。

さらに2013年、人種差別の問題がクローズアップされ、「ブラック・ライブズ・マター」という、人種差別撤廃を訴える運動が広がりました。職場の問題と人種差別の問題が連携していく流れになっていきます。さらにそこから、職場にはLGBTQ もいるとして、多様性を認めていこうという流れになっています。こうした動きがレインボープライドなどにも結びついていきます。職場の女性たちの自分の体に対する権利の問題に対する女性の自己決定権もあります。妊娠・人工中絶の運動と労働組合が、女性労働者を真ん中にしてつながっていく。

そして、銃規制の問題。これは高校生が「Enough Is Enough」という運動を始めました。職場でも銃の犯罪で被害を受ける労働者たちがいるため、銃規制の問題ともつながるようになっていきます。

これらをどのように解決していくかという点、法制度を作る議会、立法府、また、最高裁判事を任命している大統領の問題がある。大統領はしっかり選ばなければならないということになり、労働組合運動と社会問題、政治選択が一体となり、公正社会のために労働組合はあるのだと位置付けられていったのです。

現在、アメリカでは労働組合に対する評価が非常に高まっています。肯定的に捉える人たちの割合が過去最高になっています。若い人ほど労働組合に対する意識が高くなっていて、労働組合を支持する人は88%、ストライキを支持する人は90%にのぼっています。労働組合が認知されるようになっただけで

はなく、労働組合のたたかいが社会全体に共感され、共有されている。アメリカの労働組合はそうした運動を展開しているわけです。

日本は現在、物価上昇のもとで実質的な賃金はマイナスになり、社会全体が貧しくなっています。そこで、労働組合が先頭に立って賃金を引き上げ、みんなの生活を豊かにするという方針を打ち出していく。そして、多くの人たちの共感を得るためにも、他の運動と連携していく。組織率の低下で非常に厳しい状況であることはよく分かりますが、そのような状況のもとでも、横のつながりや共感を得る運動に取り組んでいく。特に医療は、患者さんだけでなく国民全員の問題ですから、皆さんの要求が国民の医療をより良くしていくものだという共感を得ることは十分に可能だと思います。

大事なことは、外から共感を得るだけでなく、職場で信頼を得るための対話、職場において組合・組合員への信頼を高めることです。つまり、人間関係を醸成していく。難しい顔をしてとっつきにくい印象を与えるのはよくありません。すぐに「組合に入れ」としつこく誘うのもよくありませんね。

潜在的に「組合は怖い」などのネガティブな印象を持っている人が多いのですから、職場で労働組合を前面に出すよりは、まずは信頼を得る人間関係を作る。「この人に相談すると解決策を教えてくれる」「この人に愚痴をこぼすとすっきりする」という人間関係を結んでいくことによって、組合への偏見を乗り越えていく。そして、対話の中から「じゃあ、一緒にやろうよ」という動きをつくっていく。結局は人間性が重要ということでしょうか。

労働組合の原点は、「みんなは一人のため、一人はみんなのため」です。労働組合の人たちは、あなたが困った時にはみんなで助けます。同じように、あなたも他の人を助ける。このような精神を持っているものが労働組合だということを、改めて強調しておきます。

皆さんの労働条件の改善は、国民の命と健康を守るたたかいでもあるという、非常に大きな社会的な使命を帯びています。また、皆さんの要求は、結果として国民要求でもあることを意識してほしいと思います。国民を代弁しているという自信を強く持って、春闘に挑んでいただくことを大きく期待します。

ご清聴ありがとうございました。(拍手)

日本医労連 病院給食実態調査

2024年5月 日本医労連・給食対策委員会

日本医労連は、1990年に初めて給食実態調査を実施し(394病院集約)、全国的な病院給食の実態とそこで働く労働者の労働実態を把握し、政策づくりなど病院給食の運動に活用しました。その後、1996年に2回目、2012年に3回目、2018年に4回目を実施しました。

この間、医療費抑制策、診療報酬の引き下げなど医療切り捨てが強まる中で、治療食である病院給食の実態や労働環境も大きく変化しました。不採算部門として治療食である病院給食に病院が責任を持たず委託化がすすみ、一方で入院患者の重症化などで、手間や技術のいる特別食の割合が増え、過重労働に拍車がかかっています。今、新たな運動を提起する前に5年ぶり5回目の病院給食実態調査を実施することにしました。

今回の調査は、全国の病院給食の実態とそこに働く労働者の実態を把握し可視化することによって、①同じ施設で働く労働者や入院されている方々・利用されている方々や地域住民へアピールし共同を広げる、②治療食である病院給食の社会的アピール、③全国の状況を把握し病院給食と労働条件の底上げを図ることを目的に取り組みました。この調査結果を活用して、全ての病院給食の現場ではたらく労働者の地位と労働条件改善の運動の前進を目指していきます。

調査目的：業務委託の状況や、個別対応食の増加など病院給食の実態と、そこに働く労働者の状況を把握し、厚労省要請に活用するとともに、今後の運動の基礎資料とする。

調査基準月：2023年9月

調査実施時期：2023年10月～2024年1月

調査対象：日本医労連加盟組織のある病院・介護施設

調査方法：日本医労連から各全国組合および各

県医労連へ「調査表」を配布。全国組合および各県医労連はこれを加盟組織などに配布・回収し、日本医労連に返送、集計した。

基礎項目 () 内は前回2018年調査

集計表の回収状況

34都道府県123施設 (33都道府県134施設)。

1 病院の性格

回答のあった病院の性格としては、大学病院2・1.6% (4・3.0%)、一般病院6・4.9% (14・10.4%)、民医連生協24・19.5% (37・27.6%)、精神科病院4・3.3% (8・6.0%)、福祉施設1・0.8% (1・0.7%)、公的病院1・0.8% (10・7.5%)、自治体病院9・7.3% (10・7.5%)、その他2・1.6% (1・0.7%)、国立病院33・26.8% (22・16.4%)、厚生連病院25・20.3% (19・14.2%)、日赤5・4.1% (4・3.0%)、JCHO0・0.0% (1・0.7%)、労災病院1・8.9% (2・1.5%)、公立学校共済0・0.0% (1・0.7%)。

2 災害拠点病院

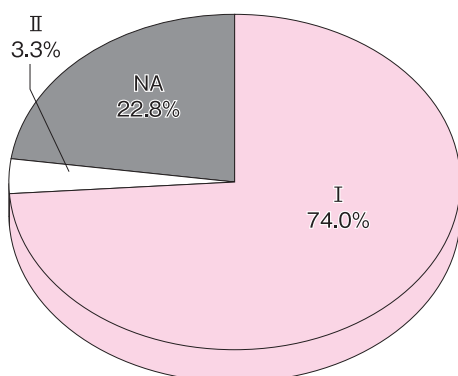
災害拠点病院の指定の有無については、指定されている30施設・24.3%、指定されていない80施設65.0%、NA13・10.5%

NAを除くと、指定されている30・27.2%、指定されていない80・72.7%。

3 許可病床数

49床以下1・0.8% (3・2.2%)、50～100床未満6・4.9% (4・3.0%)、100～150床未満12・9.8% (20・14.9%)、150～200床未満14・11.4% (17・12.7%)、200～300床未満26・21.1% (15・11.2%)、300～400床未満29・23.6% (26・19.4%)、400～500床未満16

図表1 食事療養費の届出



・13.0% (19・14.2%)、500～600床 未 満 5・4.1% (7・5.2%)、600～700床未満 3・2.4% (5・3.7%)、700～800未満 1・0.8% (0・0.0%)、800～900床未満 0・0.0% (1・0.7%)、900～1,000床未満 1・0.8% (0・0.0%)、1,000床以上 8・6.5% (3・2.2%)、N A 8・6.5% (14・10.4%)。

報告のあった病院・施設の病床数は、300床未満 59・47.9% (59・44.0%)、300床以上 56・45.5% (61・45.5%)と、前回調査とほぼ同数だった。

食事療養費の届け出は「I」が最も多く無回答を除くと95.8% (98.0%)となっている (図表1)。

4 職員数 (正規、非正規、委託、派遣、短時間職員) *センターはサテライト職員含む

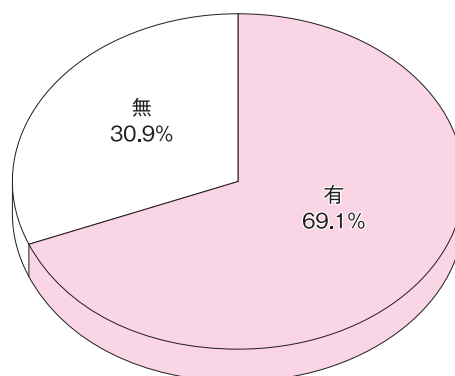
回答者の雇用形態は以下の通り。

管理栄養士：正規3.9人 (9.92人)、非正規1.68人 (0.56人)、委託・派遣3.46人 (0.3人)
 栄養士：正規2.33人 (0.85人)、非正規1.54人 (0.28人)、委託・派遣7.87人 (1.43人)
 調理師：正規6.03人 (5.82人)、非正規4.00人 (1.97人)、委託・派遣5.57人 (1.61人)
 調理員：正規3.57人 (0.88人)、非正規5.11人 (3.32人)、委託・派遣14.01人 (4.21人)
 事務員：正規1.00人 (0.8人)、非正規1.20人 (0.9人)、委託・派遣4.09人 (0.38人)
 短時間職員：正規3.75人、非正規3.91人、委託・派遣11.22人

治療食である病院給食は、管理栄養士、栄養士、調理師、調理員、事務員、短時間職員とさまざまな職種が集まりチームとして食事提供にあたっている。雇用形態も正規職員、非正規、委託、派遣などさまざまである。

前回調査との比較では管理栄養士 (正規) が大幅

図表2 栄養指導室の有無



に減少し、非正規、委託・派遣が増えている。そのほかの職種では正規職員が増えている。前回調査では、非正規職員が減少し、非正規、委託・派遣が増えていた。

5 栄養指導室の有無

栄養指導室の設置については、有85・69.1% (92・68.7%)、無38・30.9% (41・30.6%)、N A 0・0.0% (1・0.7%)。

栄養指導室は、前回調査とほぼ同じ割合になっている。約7割の病院・施設には栄養指導室があるものの、約3割の病院・施設ではない状態になっている (図表2)。

栄養指導室がない病院・施設では相談室や診察室などを使っている割合が大きくなっている。

栄養指導は、個人情報をもく聞くことになるため、プライバシーへの配慮が必要である。感染症対策については、院内で一定の基準が設けられていると考えられることから、栄養指導にも反映する事が求められる。国に対して設置基準を設けるよう求めている必要がある。

6 栄養委員会の有無

栄養委員会の設置については、有116・94.3% (129・96.3%)、無3・2.4% (3・2.2%)、N A 4・3.3% (2・1.5%) だった。

栄養委員会のメンバー (有の場合・複数回答) 医師 100・92.2% (121・93.8%)、看護師108・93.1% (125・96.9%)、栄養士108・93.1% (124・96.1%)、調理師65・56.0% (67・51.9%)、薬剤師30・25.9% (28・21.7%)、検査技師17・14.7% (16・12.4%)、事務87・75.0% (82・63.6%)、言語聴覚士24・20.7% (28・21.7%)、その他19・16.4% (24・18.6%) だった。

栄養管理委員会は、94.3%の病院・施設が設置している。メンバーの構成は、調理師、薬剤師、検査技師、事務員の割合が増えている一方、医師、看護師、栄養士の割合が減っている。その他の職種として、委託業者が入っている報告があった。

栄養委員会の開催頻度については、年に4回（3カ月に1度）の開催が36.6%（27.6%）と最も多く、12回（毎月）が21.1%（28.4%）、6回（2カ月に1度）が9.8%（13.4）となっている。

7 NST加算について

NST加算については、とっている66・53.7%（39・29.1%）、とっていない44・35.8%（80・59.7%）、NA13・10.6%（15・11.2%）だった。

ラウンドについては、有83・67.5%（86・64.2%）、無5・4.1%（18・12.7%）、NA35・28.5%（30・22.4%）だった。

8 専任の職種（複数回答有）

専任の職種については、医師63・51.2%（59・68.6%）、看護師61・49.6%（58・67.4%）、栄養士74・60.2%（67・77.9%）、調理師2・1.6%（4・4.7%）、薬剤師54・43.9%（52・60.5%）、検査技師54・43.9%（21・24.4%）、事務5・4.1%（8・9.3%）となっている。

NST加算をとっているのは、53.7%（29.1%）で、ラウンドについては「有」が67.5%（64.2%）。

NST加算については、施設基準や算定要件もあり、病院・施設での取り組みが必要であり実施ハードルが高い傾向にあったが、今回の調査では、24.6ポイント増となっている。導入された時期より配置基準が緩和されているため、加算がとりやすくなっていることも考えられる。経営方針として、栄養で加算をとる方針であることも考えられる。

給食の内容に関する項目

9 1回あたりの患者食数（平日の昼食）

1回あたりの患者食数は、49食以下7・5.7%（7・5.5%）、50～100食未満16・13.0%（14・10.9%）、100～150食未満26・21.1%（21・16.4%）、150～200食未満16・13.0%（21・16.4%）、200～300食未満41・33.3%（39・30.5%）、300～400食未満8・6.5%（16・12.5%）、400～500食未満3・2.4%（6・4.7

%）、500～600食未満0・0.0%（1・0.8%）、600～700食未満0・0.0%（1・0.8%）、700食以上1・0.8%（3・2.4%）、NA5・5.1%（5・3.9%）となっている。

1回あたりの患者食数は、200食～300食未満が最も多く33.5%（30.5%）となっている。1回あたりの患者食数のうち、常食は平均78.95食（103.74食）、特別食は平均87.69食（95.86食）となっている。嚥下食平均は32.49食（29.46食）、アレルギー対応食は9.30食（8.89食）、個人対応食は23.48食（24.32食）となっている。

10 選択メニューの回数・食数

選択メニューの回数と食数については、0回31・25.2%（18・13.4%）、1～2回14・11.4%（22・16.4%）、3～4回17・13.8%（20・15.2%）、5～9回31・25.2%（25・18.7%）、10回以上5・4.1%（10・7.5%）、NA25・20.3%（39・29.1%）だった。

週の選択メニューの回数は、0回25.2%（13.4%）と5～9回25.2%（18.7%）となっている。3回以上は、合計すると43.1%（41.1%）となっている。

0回が大幅に増えている。要因としては材料費の高騰や業務量の増加が考えられる。選択メニューの増加は、労力と収益に見合っていないことが推察される。

11 年間の行事食数・イベント食数

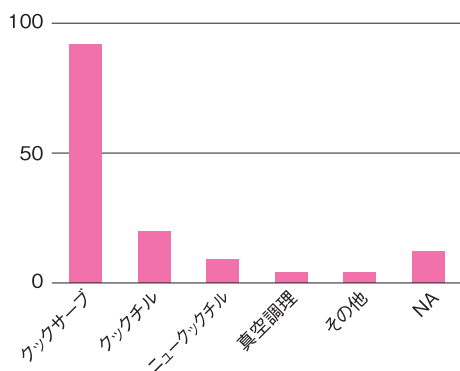
年間の行事食・イベント食数は、0回1・0.8%（0・0.0%）、1～10回未満16・13.0%（24・17.9%）、10～20回未満54・43.9%（64・47.8%）、20～30回未満23・18.7%（30・22.4%）、30～40回未満7・5.7%（7・5.2%）、40～50回未満1・0.8%（1・0.7%）、50回以上2・1.6%（2・1.5%）、NA19・15.4%（6・4.5%）。

年間の行事食数・イベント食については、10～20回未満が最も多く43.9%（47.8%）となっている。30回未満が全体の76.4%（88.1%）だった。

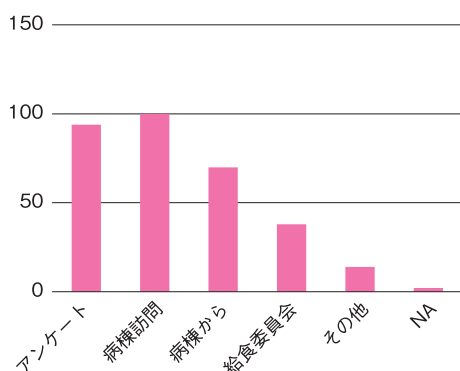
12 1食当たりの給食材料費（2023年9月の平均）

1食当たりの材料費は、500円未満57・46.3%、600～700円未満2・1.6%、700～800円未満12・9.8%、800～900円未満8・6.5%、900～1,000円未満10・8.1%、1,000円以上2・1.6%、NA32・26.0%。1食当たりの食材費の平均は、512.06円となってい

図表3 形態(複数回答有)



図表4 意見集約方法(複数回答有)



る。

直営、一部委託の給食材料費は500円未満が47.2%と約半数を占めている。直営：平均530.45円、一部委託：438.65円、全面委託：623.44円となっている。

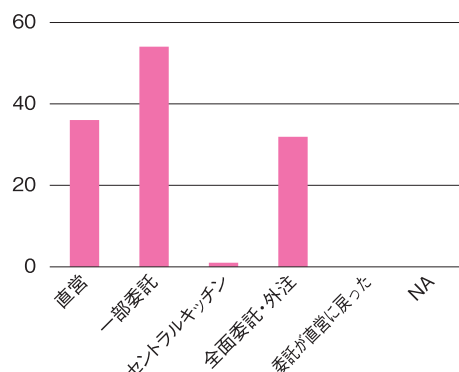
前回調査では、1日当たりの材料費を集計した。単純に平均値を3倍すると、1日当たりの材料費は平均で1,500円を超えることになる。材料費の高騰の影響もあるが人件費の高騰も考えられる。全面委託では材料費が高い傾向にある。

13 給食の形態(複数回答有)

形態としてはクックサーブ92・74.8%(85・63.4%)、クックチル20・16.3%(22・16.4%)、ニュークックチル9・7.3%(8・6.0%)、真空調理4・3.3%(3・2.2%)、その他4・3.3%(9・6.7%)、NA12・9.8%(22・16.4%)だった(図表3)。

前回調査同様でクックサーブが最も多く、今回の調査では7割を超えている。前回調査はクックチルの割合が約2倍に増えていたが、今回の調査ではほぼ同率となっている。

図表5 運営形態



14 食材の決め方(複数回答有)

地産地消34・27.6%(35・26.1%)、国産23・18.7%(46・34.3%)、価格84・68.3%(89・66.4%)、特にこだわっていない10・8.1%(9・6.7%)、わからない10・8.1%(8・6.0%)、NA11・8.9%(10・7.5%)。国産が大きく減っている。

患者さんの意見集約

15 患者さんからの意見の把握方法(*複数回答有)

患者さんからの意見の把握方法としては、アンケート94・76.4%(112・83.6%)、病棟訪問100・81.3%(110・82.1%)、病棟から70・56.9%(78・58.2%)、給食委員会38・30.9%(62・46.3%)、その他14・11.4%(8・6.0%)、NA2・1.6%(4・3.0%)(図表4)。その他としては、嗜好調査や投書箱などとなっている。

16 残食・喫食調査

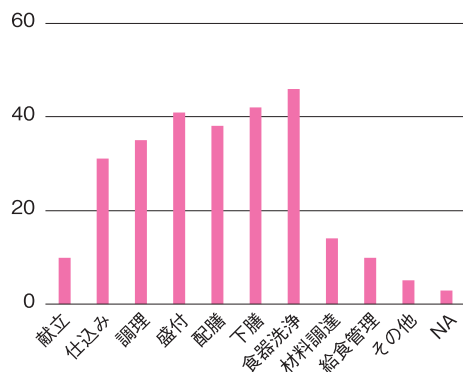
残食・喫食調査では「有」が111・90.2%(121・90.3%)となっている。「わからない」「NA」を除くと「有」は94.9%(94.5%)となる。

運営形態

17 運営形態

運営形態は、直営36・29.3%(50・37.3%)、一部委託54・43.9%(60・36.3%)、セントラルキッチン1・0.8%(0・0.0%)、全面委託・外注32・26.0%(20・14.9%)、NA0・0.0%(4・3.0%)となっている(図表5)。一部委託と全面委託、セントラルキッチンを合わせると70.7%(59.7%)となる。

図表6 一部委託・外注の業務(複数回答有)



直営が減り、全面委託・外注が増えている。医療関連サービス振興会の2021年度委託率調査(患者等給食)では、72.4%となっている。前回調査では医労連の委託率の方が10.6ポイント低くなっていたが、今回の調査では、1.7ポイントほどしか差がなく、委託化が進んでいることがわかる。病院給食の委託化には委託会社からの委託料値上げや倒産などのリスクが伴う。人員確保や経費削減などを理由に委託導入を行うことを提案されるが、労働組合として直営を守り、増やすことが求められる。

18 一部委託の業務内容

「一部委託」と回答した施設について、その内訳を聞いたところ、献立10・18.5%(12・15.0%)、仕込み31・57.4%(37・46.3%)、調理35・64.8%(37・46.3%)、盛付41・75.9%(38・47.5%)、配膳38・70.4%(42・52.5%)、下膳42・77.8%(47・58.8%)、食器洗浄46・85.2%(54・67.5%)、材料調達14・25.9%(22・27.5%)、給食管理10・18.5%(10・12.5%)、その他5・9.3%(2・2.5%)との回答だった(図表6)。食器洗浄、下膳、盛付、配膳、調理、仕込みが多くなっている。

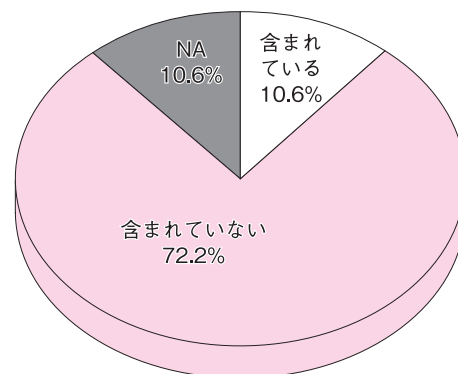
委託の理由は、人手不足39・44.8%(26・32.9%)、経費削減25・28.7%(31・39.2%)、その他21・24.1%(17・21.5%)、NA 8・9.2%(15・19.0%)。理由として人手不足が増え、経費削減が大きく減っている。

慢性的な人手不足がこの間も多く報告されている影響が調査の結果に出ている。

食材費の変化

委託開始前と運営管理費(材料費)を比較すると、増加21・24.1%(14・17.5%)、減少8・9.2%(8・10.0%)、変わらない26・29.9%(25・31.3%)、N

図表7 勤務表に超過勤務が含まれているか(管理栄養士・栄養士)



A 32・36.8%(33・41.3%)との回答だった。

「増加した」が増えており、その理由としては人件費、物価の高騰により、委託料が上がっていることが挙げられている。

委託先の災害マニュアル

委託先の災害マニュアルの有無では、有57・65.5%(32・40.0%)、無1・1.1%(7・8.8%)、わからない20・23.0%(37・46.3%)、NA 9・10.3%(4・5.0%)となっており、半数以上が「有」と回答している。

委託によって起こった問題

委託によって起こった(起こっている)問題としては、人が来ない32・36.8%(29・36.3%)、コスト問題24・27.6%(12・15.0%)、衛生面の問題14・16.1%(11・13.8%)、わからない10・11.5%(14・17.5%)、その他14・16.1%(13・16.3%)、NA 24・27.6%(21・26.3%)となっており、コスト問題の割合が増えている。その他の回答では配膳ミス、質の低下や委託会社職員とのトラブルなどの回答があった。

人手不足・経費削減を理由として委託の導入となったが、委託会社でも人材確保ができない状況や物価高騰などの影響が大きく出ている。

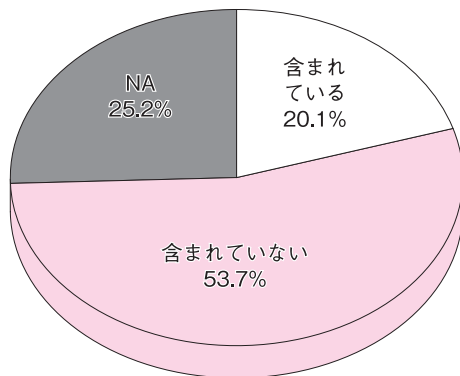
給食部門労働者に関する事項

19 勤務時間

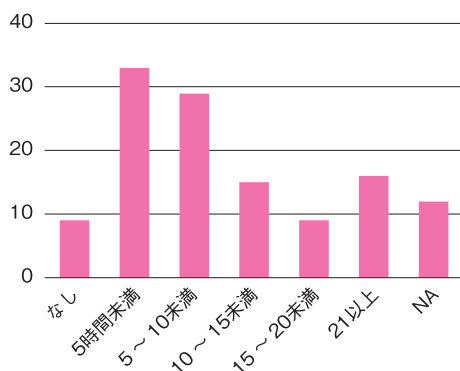
管理栄養士・栄養士の勤務表に超勤が含まれているかについては、含まれている13・10.6%、含まれていない95・77.2%、NA 15・12.2%だった(図表7)。

管理栄養士・栄養士の勤務時間は、8時間30分・64.2%が最も多くなっている。勤務表に超過勤務が

図表8 (勤務表に超過勤務が含まれているか)
(調理師(員))



図表9 時間外労働(栄養士)



あらかじめ含まれているとの回答が約1割あった。勤務時間の最長は13時間30分となっている。

調理師(員)の勤務表に超過勤務が含まれているかについては、含まれている26・21.1%、含まれていない66・53.7%、NA31・25.2%だった(図表8)。の勤務時間は、8時間30分・69.1%が最も多くなっている。勤務表に超過勤務があらかじめ含まれているとの回答が約2割あった。勤務時間の最長は12時間となっている。勤務表に超過勤務が既に含まれている状況があり、人員不足であることがわかる。栄養士、調理師ともに10時間を超える長時間勤務も人員不足によるものと考えられる。特に調理師不足の傾向が出ている。

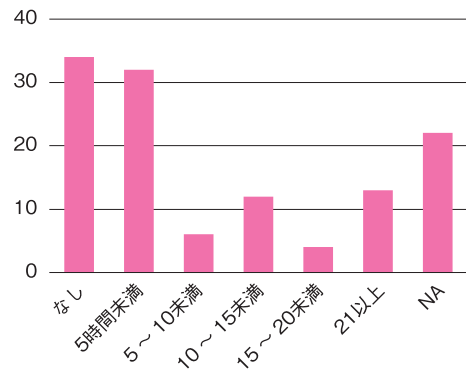
調理師に関しては、賃金や処遇の低さが挙げられる。他産業への人材の流失が顕在化してきていると考えられる。

20 2023年9月の1カ月間の時間外労働(平均時間/月)

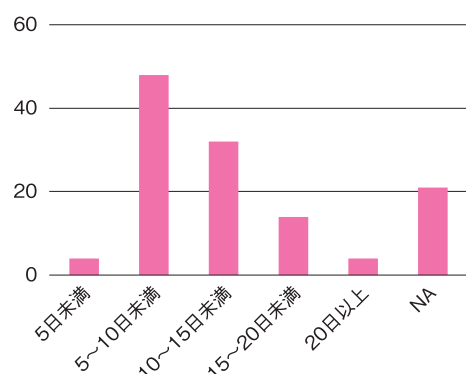
2023年9月の時間外労働については、次のような結果だった。

<栄養士>

図表10 時間外労働(調理師)



図表11 年休取得(栄養士)



無9・7.3%(8・6.0%)、5時間未満33・26.8%(38・28.4%)、5~10時間未満29・23.6%(31・23.1%)、10~15時間未満15・12.2%(22・16.4%)、15~20時間未満9・7.3%(12・9.0%)、21時間以上16・13.0%(12・9.0%)、NA12・9.8%(11・8.2%)(図表9)。5時間未満が最も多くなっているが、5~10時間未満もほぼ同率であり、21時間以上も1割を超えている。

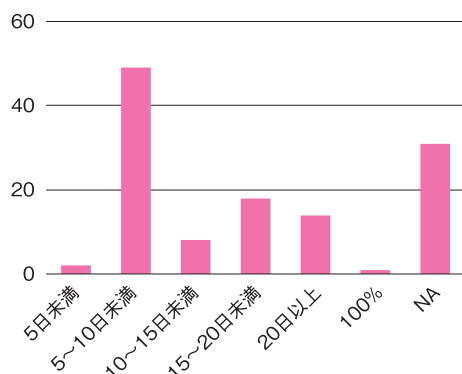
<調理師>

無34・27.6%(15・11.2%)、5時間未満32・26.0%(37・27.6%)、5~10時間未満6・4.9%(22・16.4%)、10~15時間未満12・9.8%(13・9.7%)、15~20時間未満4・3.3%(12・9.0%)、21時間以上13・10.6%(8・6.0%)、NA22・17.9%(27・20.1%)(図表10)。「なし」と5時間未満がほぼ同率になっている。21時間以上も13・10.6%(8・6.0%)と栄養士と同様、1割を超えている。

21 休憩

2023年9月1カ月間の休憩については、栄養士が「とれている」が45.5%、調理師が「とれている」61.0%となっているが、栄養士については「だいた

図表12 年休取得(調理師)



いとれている」が40.7%となっている。

22 前年度1年間の年休取得日数

前年度1年間の年休取得日数については次のような結果だった。

<栄養士>

5日未満4・3.3% (38・28.3%)、5~10日未満48・39.0% (38・28.4%)、10~15日未満32・26.0% (27・20.1%)、15~20日未満14・11.4% (7・5.2%)、20日以上4・3.3% (1・0.7%)、NA21・17.1% (22・16.4%) (図表11)。

<調理師>

5日未満2・1.6% (33・24.6%)、5~10日未満49・39.8% (29・21.6%)、10~15日未満8・6.5% (18・13.4%)、15~20日未満18・14.6% (14・10.4%)、20日以上14・11.4% (4・3.0%)、NA31・25.2% (34・25.4%) (図表12)。

5~10日未満が栄養士・調理師とともに多くなっている。

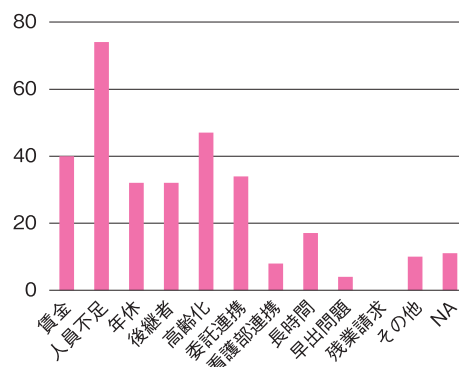
23 健康診断

1回62・50.4% (74・56.1%)、2回54・43.9% (43・32.6%) NA7・5.7% (14・10.6%)

24 療養休暇制度の有無

医師の診断による業務上の傷病およびその他の傷病に対する療養休暇制度の有無については、有99・80.5%、無7・5.7%、わからない7・5.7%、NA10・8.1%となっている。

図表13 職場や職員からの問題点(複数回答有)



25 災害時マニュアル

災害時のマニュアルについては、有115・93.5% (123・93.2%)、無0・0.0% (3・2.3%)、わからない1・5.7% (4・3.0%)、NA7・5.7% (2・1.5%)との結果だった。前回調査とほぼ同率となっている。

26 災害時の備蓄品

災害時の備蓄品については、有121・98.4% (127・96.2%)、無0・0.0% (2・1.5%)、わからない0・0.0% (1・0.8%)、NA2・1.6% (4・3.0%)との結果だった。

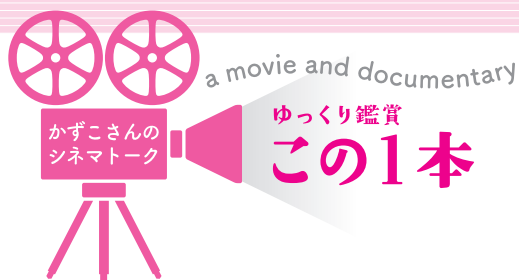
「有」の場合、1日分2・1.6% (4・3.1%)、2日分3・2.4% (6・4.7%)、3日分106・86.2% (101・79.5%)、4日分1・0.8% (0・0.0%)、5日分1・0.8% (1・0.8%)、7日分1・0.8% (3・2.4%)、NA7・5.7% (8・6.3%)との回答だった。

備蓄品については、消耗品であり通常の病院運営でも可能であることから補助の対象とはなっていないが、災害発生時には近隣住民が避難してくることもある。国だけではなく地方自治体にも財政措置を要求することが必要である。

27 現在の職場の問題点

現在、職員から出されている職場の問題点を3つ挙げてもらったところ、人員不足 (60.2%)、高齢化 (38.2%)、賃金が安い (32.5%) の順だった (図表13)。

その他では、病院の老朽化、新人育成や物価高騰の問題の回答もあった。



ゆっくり鑑賞
この1本

券田 和子(けんだ かずこ)
石川民医労書記 保育科卒業後17年の保
育園勤務を経て、1990年石川民医労へ。
趣味は映画・演劇鑑賞、シャンソン、詩の
同人誌会員。



安全地帯に生きる者と社会の穴に落ちた者

「ロストケア」

社会性★★★★★ 映像★★★★★ 音楽の効果★★★★★



©2023「ロストケア」製作委員会

Blu-ray&DVD
発売中
Blu-ray :
6,490円(税込)
DVD :
4,290円(税込)
発売・販売
東映ビデオ

昨今、介護関連死のニュースを耳にする事が多く、その度に何か大きな荷物を背負わされる気持ちで悶々とする。映画の題名に引き付けられた。「ロスト」の意味を調べると“失われた、負け、行方不明、途方に暮れた”とある。

検事の犬友秀美(長澤まさみ)は、子どもの頃に別れた父の腐乱した遺体に立ち会った。孤独死であった。大腿骨折折以後、施設で生活し、認知症の症状もある母には告げていない。

秀美は町の介護センターの利用者宅で重い認知症の利用者の亡くなり方に不審を持ち調べていくうちに、センターで信頼の厚いス波宗典(松山ケンイチ)が、利用者41人と自身の父親を殺害している事実にとり着く。秀美の宗典への取り調べが進み、殺人の事実が明らかになっても、あくまでも「救った」という彼の主張と穏やかな態度、前代未聞の殺人を正義とする宗典に秀美は苛立ち、法を司る検事として追い込まれていく。

「安全地帯にいる貴方には社会の穴に落ちた者の気持ちはわからない」——宗典の言葉は秀美の心の深部に突き刺さり、いつしか宗典の行為を肯定し始

めている自分に苦しみ、自ら閉じていた心の闇の鍵を開ける事になる。母との関係、父を見殺しにした負い目。映画では松山ケンイチと長澤まさみの肉迫した演技、加えて宗典の父親役の柄本明、親たちを介護する家族を熱演した坂井真紀・戸田菜穂たちにより、次々と壮絶な介護の現実が明らかになっていく。

宗典は1人で自分を育ててくれた父を懸命に介護した。正規の仕事辞めアルバイトと父親の月7万円の年金での生活でも幸せを感じていた。しかし、父の認知症が進みアルバイトもできなくなると生活は困窮した。思い悩み生活保護の窓口を訪れるが、「あなたは若い、働けるでしょ」と門前払いされる。全ての門を閉ざされ時々正常になる父が耳元で「殺せ!」とささやく——泣きながら彼はそれを実行する。その後、宗典は介護に苦しむ人々を救う(楽に死なせ、介護から解放する)ことが自分の使命と考えるようになる(自分がして欲しいことをしてあげなさい——聖書マタイ伝)。

秀美は宗典に面会に行き、自分の心の闇を宗典にぶつける。押し殺した悲しみと涙、タラップに主題歌の「さもありなん」(作曲:森山直太郎)が流れる。

介護の現実を映像にするのは何と難しいことか。厳しい労働と安い賃金のギャップ、介護現場の貧弱な環境、貧しい福祉政策をこの映画は炙りだしている。生きる場所には“安全地帯と穴”があり、一度穴に落ちると這い上がることができない。安全地帯にいてと思っている私たちは、すぐ隣に深い穴がある事に気づいているのか。

壮絶な介護から救われた心の安らぎと裏腹に存在する心の葛藤。出口の見えない現実に遭遇したときに初めて私たちはもがき苦しむ。「子どもは親のものではなく社会のもの」とは共通認識だが、家族という絆が呪縛と表裏一体ということを知り、命と背中合わせの介護も社会が負うべきだという共通認識を持たなければいけない。(114分)

定期購読・バックナンバーのご案内



4月号 (2025年4月10日) No.688

会計年度任用職員制度とのたたかい
／新たな地域医療構想の視点・論点／
子育て世帯の生活と労働／すべての
人がありのままの自分で暮らせる社会に



3月号 (2025年3月10日) No.687

2024年 介護施設夜勤実態調査結果
「実態調査」の課題と今後の展望



2月号 (2025年2月10日) No.686

すべてのケア労働者の大幅賃上げを!
職場の団結と産別の力で賃上げ
の展望をつくりだす25春闘／この
春闘にどう取り組むか



1月号 (2025年1月10日) No.685

私たちは今、どこにいるのか?／世界の
運動から学び、たたかう労働組合のパー
ジョンアップを!／ベルギーの精神医療改
革から学ぶ／日本の精神科医療の現状



12月号 (2024年12月10日) No.684

2024年度 夜勤実態調査
安全に健康にシフトワークを行う
ためのレシピ



11月号 (2024年11月10日) No.683

「て・あーて」の実践／災害復興
政策の根本問題／2023年度院
内保育所実態調査



10月号 (2024年10月10日) No.682

最賃全国一律1500円を早期に
最低賃金生活体験調査／看護職員の入退
職に関する実態調査／ジェンダー平等プロ
ジェクト連続オンラインセミナーまなばNight!



8・9月号 (2024年9月10日) No.681

第51回 医療研究全国集会in和歌山
第5波までの全員入院を実現した
「和歌山モデル」／日本の社会保障
はどのような状態に置かれているか



7月号 (2024年7月10日) No.680

世界と連帯し、医療を守ろう
レイバノーツ大会2024に見たアメリカの
労働運動／職場で活かせる働くルール
／全国一律最賃1500円が社会を変える



6月号 (2024年6月10日) No.679

職場から声をあげ、大幅増員・大幅賃上げを!
患者・家族の人権を意識した「より良い看
護」／取材現場から見た看護師の働き方
／報酬改定の動向と介護従事者の処遇



5月号 (2024年5月10日) No.678

憲法・平和を守り、戦争への道を止めよう
憲法・平和オンラインセミナーまなばNight!／
変わりゆく世界のなかで、平和と民主主義を
考える／ジェンダー平等を実現するために



4月号 (2024年4月10日) No.677

欧州、米国の労働運動と非正規
労働者の役割／地域医療構想
は妥当だったのか／保育所のお
となたちの信頼関係を築く

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		