

# 医療労働

4



**記念講演** 新・地域医療構想と加速する病床削減 —医療体制の危機を考える  
 佛教大学教授 長友 薫輝

**講演** 障害分野から見た人権と「いのち」 —優生保護法問題の本質、障害者権利条約を社会の隅々に  
 NPO法人日本障害者協議会代表 藤井 克徳

**学習講演** 実例に見る労働組合への結集とその取り組みのすばらしさ  
 弁護士 笹山 尚人

**調査報告** 2025年度「女性労働者の労働実態及びジェンダー平等・健康実態調査」及び  
 「妊娠・出産・育児に関する実態調査」報告

---

## 1 仲間を増やして声を上げ 大幅賃上げと人員増をつかみとろう

油石 博敬 (日本医労連書記次長)

---

## 2 記念講演 第16回地域医療を守る運動全国交流集会 (2025年11月24日) 新・地域医療構想と加速する病床削減 医療体制の危機を考える

長友 薫輝 (佛教大学教授)

---

## 10 講演 日本医労連社会保障・地域医療対策委員会学習会 (2025年12月19日) 障害分野から見た人権と「いのち」 優生保護法問題の本質、障害者権利条約を社会の隅々に

藤井 克徳 (NPO 法人日本障害者協議会代表)

---

## 16 学習講演 2025年度済生会病院関係労働組合全国学習交流集会 (2025年11月29日) 実例に見る労働組合への結集と その取り組みのすばらしさ

笹山 尚人 (弁護士/東京法律事務所)

---

## 22 調査報告 2025年度「女性労働者の労働実態及びジェンダー平等・健康実態調査」 及び「妊娠・出産・育児に関する実態調査」報告

## 32 【声明】 診療報酬改定率3.09%では地域医療は守れない

---

### 連載コラム

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

---

表紙写真：日本医労連の産別統一ストライキに参加した国家公務員共済連合会病院労働組合 (3月12日、虎ノ門病院玄関前)

# 仲間を増やして声を上げ 大幅賃上げと人員増をつかみとろう



「医療崩壊・介護崩壊を招くな！」と宣伝行動（3月4日、財務省前）

かつて全国の看護師が立ち上がった1989年のナースウェーブ運動は、切れ目のない運動を全国で展開し、1991年には1,182病院10万人が立ち上がるストライキで世論を大きく動かしました。

23春闘では、全医労ストに県医労連や地域労連の力も合わせて、47都道府県223組合1万2,000人が立ち上がる「医労連統一ストライキ」を展開し、統一した日に一齐に立ち上がるインパクトを実際に肌で感じました。

25春闘でもストライキの“見える化”など23春闘・24春闘を超えるスト配置・スト実施を行い、現場の声を世論化する運動を展開することで、これまで対象外とされてきた職種や事業所がカバーされる内容の補正予算による処遇改善策を具体化させました。これは、私たちが声を上げ続けてきた運動による成果です。同時に、ストライキに立ち上がる医労連の姿が見えることで、「医労連に加入したい」「組合をつくりたい」など、仲間ふやしにもつながる声が寄せられました。

こうした産別統一闘争で積み上げた経験と力を束ねながら、3倍、5倍と運動を広げることができれば、10万人ストのような世論を大きく動かすデモンストレーションも実現可能です。

「ケア労働者の大幅賃上げ」を実現させて、人員増につなげていくためにも、基本の活動ができる労働組合を築いていきましょう。職場の仲間がかかえる日常の悩みや不安に寄り添うなど話を聞くことからはじめ、仲間ふやしとともに職場のゆずれない要求をみんなで話し合うことで、組合員一人ひとりが団結できる要求を練り上げられる労働組合をめざしましょう。「仲間を増やして要求を実現させる」——そのために必要な対話と学び合いを積み重ねながら、労働組合の姿が見える運動を展開し、大幅賃上げと人員増をつかみとろう。

（日本医労連書記次長 油石 博敬）

# 新・地域医療構想と 加速する病床削減

医療体制の危機を考える



ながとも まさてる  
長友 薫輝

佛科大学教授

本日は、医療政策の動向を見ていくとともに、人口減少・労働力人口減少を理由に医療を縮小しているのか、また、住み続けられる地域づくりに向けて必要なことについて考えていきたいと思えます。

## 人口減少で医療を縮小していいのか？

日本全体で人口が減少しています。財界や経済界は特に、労働力人口の減少を非常に心配しています。労働力人口の減少で影響が出る分野の一つとして、医療があります。人が少なくなっているから「医療を縮小していいのではないか」という動きが各地で起きています。しかし、「人口が減っていくから、これからは医療が縮小していい」と言える根拠を、私は見たことがありません。人が減るから需要が減る、だから医療や行政機関、交通、学校なども縮小・統廃合していいと言う議論です。しかし、それで本当にいいのでしょうか？むしろ医療保障を充実することによって、「住み続けられる地域づくり」を考えていくことが必要です。

昨年度の数字で、自治体病院の9割が赤字です。材料費や人件費の高騰に対して職員給与等を引き上げることが難しい情勢が作られており、そのせいで多くの問題が起きています。大学病院も7割が赤字です。物価や人件費の高騰、そして働き方改革による時間外労働規制などが、赤字に拍車をかけています(朝日新聞2025年9月15日付)。

朝日新聞2025年8月1日付の記事では、「病院維持は困難」という病院側の実態が紹介されています。福岡県のある町の町立病院(56床)で、「もう、こ

の病院維持は難しい。ベッド数を返上して、入院できない体制に」という話になっているそうです。「住民が減って増える赤字、病院維持は困難」という流れが、今、各地で形成されています。

共通項は「医療政策」です。「住民が減っていく」「病院の赤字が増えている」「病院維持は困難」という情勢を、医療政策が作り出しています。

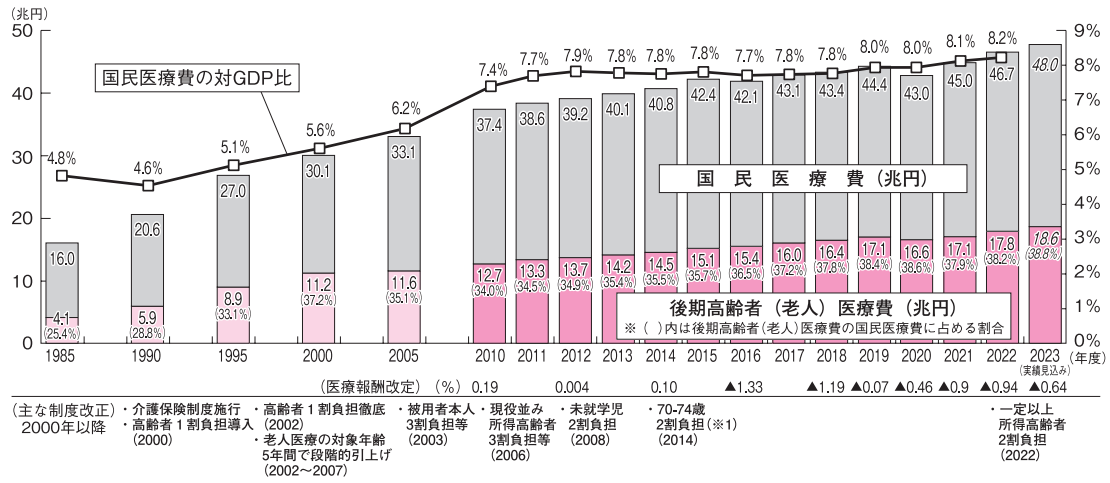
## 年間4兆円の医療費削減をねらう与党

2025年2月に自民・公明・維新が、医療費を年間で最低4兆円下げることでも合意しました。医療費はまだかかり過ぎだ、人が減るから医療も減らしていい、というものです。そのために、「現役世代の負担軽減」を主張しています。しかし、社会保障において「現役世代」と「高齢期世代」という分け方は、やってはならないことです。社会保障は、誰もが病気をしたり、障害を持ったり、年老いたり、不測に備えて対応しているものですから、世代を限定する発想自体、あってはならないのです。

ただ単に「減らす」のであれば、いろいろな方法が考えられます。その一つが「高額療養費の自己負担上限引き上げ」です。石破前政権が凍結しましたが、高市政権は見直す方針で、2025年5月末から高額療養費見直しの会議を重ねています。

医療費がどれくらいかかっているのかというと、2023年度ベースで48兆円です(図表1)。現在行われている医療の1割をカットするというのは、非常に高い率です。もっとも、年間国民医療費48兆円を全額、国が出しているわけではありません。誰が出しているかについては、後で見ていきます。

図表1 医療費の動向



維新の会は、「4兆円下げることによって、現役世代1人当たりの社会保険料を年間6万円下げる」「月額で言うと5,000円下げる」と言っています。そのための改革の方向性として、①医療・介護産業の生産性革命、②持続可能な水準の応能負担、を主張しています。官僚用語で「持続可能な」とは、その分野を縮小するときの言葉ですね。

維新の会などが言う「応能負担」とは、「若い人も高齢者も同じ負担割合にする」ことを指します。窓口での3割自己負担を高齢者にも徹底させる。それが応能負担だ、ということです。これは、社会保障の大原則を変える発想です。「応能負担」とは「支払い能力に応じた負担」のことで、「お金を持っている人はたくさん払う。そうでない人は、それなりで」というものです。維新の会や与党は、理屈をねじ曲げています。しかし、徹底して言い続けると、「そうかな」と思う人が出てくるので注意が必要です。

「生産性革命」とは、市場原理を働かせる、デジタル化を進めるなどの話です。しかし、医療・介護・福祉は人件費が多くかかる分野で、このような改革がなじまないことは学問的にも整理されています。維新の会などの主張で要注意なのが、②の主張です。医療保険などで特に彼らが主張していることは、「健康で医療サービスを使わない人は保険料負担が下がるような保険原理の適用を検討する」ということです。これは民間保険の発想です。

この主張をまともだと感じる人もいるかもしれませんが。自動車保険などは、使わない人には保険料を割引していますね。しかし、社会保険は民間保険と

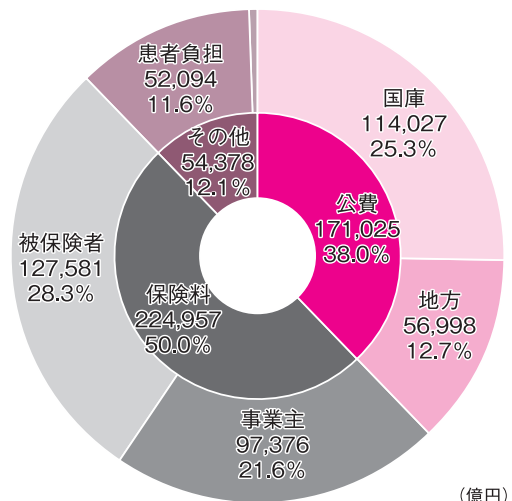
発想が違います。誰もが病気になったり、障害を負ったり、高齢になったりするときのために、国が強制加入の保険として作っているものです。そのため、税金(国庫負担)が入っているわけです。「医療を使わない人は保険料を下げる」などという民間医療保険の発想は、全くなじみません。

## 国の医療費支出割合は4分の1程度

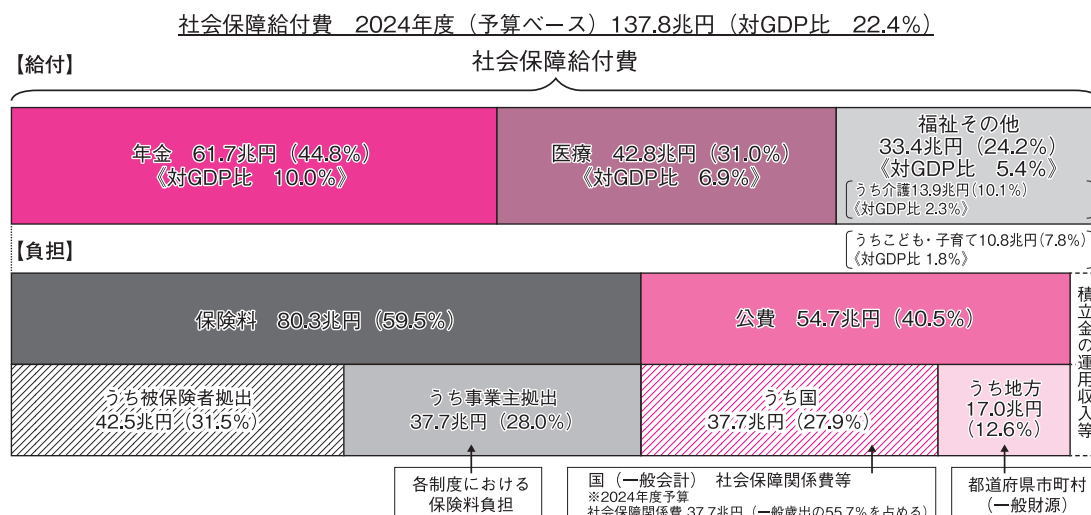
年間48兆円かかっている医療費を、全て国が出しているわけではありません。2021年のデータで、国庫負担率は25.3%。国庫負担額は11兆円です(図表2)。国の支出割合はわずか4分の1で、被保険者の保険料28.3%、ここが最もお金を出しています。患者負担(病院での窓口負担等)が11.6%。被保険

図表2 医療にお金を出しているのは誰か?

(2021年国民医療費の内訳)



図表3 社会保障の給付と負担の現状(2024年度予算ベース)



者の負担とあわせ、約40%が私たちの負担です。そして、この割合が、どんどん多くなっているわけです。国は医療費抑制策によって国庫負担を下げ続け、保険料の割合を増やしてきました。政権与党はそれをやっておきながら、今になって「社会保険料負担軽減」と言っているわけです。

図表3は厚生労働省のデータです。被保険者拠出が社会保障費負担の31.5%と最も多くなっています。つまり、社会保障全体で見ても、私たちの保険料が最も負担割合が高いということです。医療全体でも社会保障全体でも、私たちの保険料が最も多い。国庫負担の支出割合は極めて少ないのです。

これは、なぜでしょうか。私は常々、社会保険は「第2の税だ」と言っています。基本的に1961(昭和36)年に日本は皆保険・皆年金の体制になりました。これは、税とは違う形で国民からお金を取る体制を作り上げたという見方もできます。

もちろん、保険料を徴収するから各地域に医療機関を造っていったという状況もあります。一方で、国としては、国民から保険料を取れば、その分、国庫支出を抑えることができます。これも皆保険・皆年金の体制の意味ということです。そのため、社会保険は常に、私たちから搾り取る体制を作り上げる・再整備するときに活用されます。

「増税する」と言うと選挙に負けるので、保険料をどんどん引き上げてきたわけです。いまや「社会保険料」と言うことはばかれるので、来年から医療保険料に上乗せして取るのが、「子ども・子育て支援金」です。子ども・子育て分野は社会保険の

分野ではありません。事業主負担は一部あるものの、基本的には全額公費で対応している分野です。そこに、私たちから税でもなく、社会保険料という名目でもなく、「支援金」という名前を付けて、医療保険料に上乗せして徴収していくわけです。


日本の社会保険は、医療・年金・雇用・労災・介護の5つです。子ども・子育て支援はこのどれにも当てはまらない。「これは新たな搾取だ」と私は主張しています。さらにひどいことには、私たちから子ども・子育て支援金を取った分、国庫負担を削減します。子ども・子育て支援分野は全く充実しないし、そこで働いている人たちの人件費も上がらない。増えるのは私たちの負担だけで、事業主負担も減ります。これは絶対に阻止しなければなりません。

医療保険料に上乗せして徴収できるようになれば、他の分野でも容易にやるようになるでしょう。障害者福祉分野、安全保障支援金なども考えられます。歴史を見ると、税では取れないから保険料という形で徴収してきました。今度は「支援金」という形で、徴収していくのでしょうか。復興税なども同様です。さまざまな名目で私たちから徴収し、その分、国の負担を減らす。こうしたおかしなやり方に対し、もっと声をあげていかなければなりません。

### 国庫負担の増額こそが必要

むしろ必要なのは、医療であれば国民健康保険をはじめとする皆保険体制の充実を図ることであり、国庫負担の増額です。

図表4 日本維新の会による4つの社会保障改革

<p><b>薬局で買えるお薬への保険適用を見直す</b></p> <p>湿布、胃薬、風邪薬など市販薬でも対応可能。これらの保険適用を見直し、<b>医療費の不必要な膨張を抑えます。</b></p> 	<p><b>公平な窓口負担改革</b></p> <p>70歳以上でも所得や資産があれば2割・3割負担へ。<b>現役世代に重くのしかかる負担を軽減。</b></p>
<p><b>医療DXの推進</b></p> <p>オンラインやAIを活用した診療の推進。電子カルテの完全普及。<b>医療の効率性と質を高めながらコストを削減。</b></p> 	<p><b>病床数の適正化</b></p> <p>過剰な病床数 → <b>医療費削減効果 1兆円</b></p> <p>超高齢化社会に向けて、地域に必要な医療提供体制を構築</p>

(維新の会HPより)

維新の会の4つの改革、「薬の保険適用を外す」「公平な窓口負担」「医療DXの推進」「病床数の適正化」は、それに逆行するものです(図表4)。自民・公明・維新が2025年6月に合意した内容は、「全国の病院で入院ベッド11万床を減らせば、医療費4兆円削減のうち1兆円を達成することができる」というものです。しかも、「2027年4月まで」と期限を設定しています。2027年度から新しい地域医療構想を始めるので、それまでに11万床を減らそうというものです。

次の新しい地域医療構想は2027~2040年の計画で、この計画を11万床減らしたところからスタートしたいということです。11万床の内訳は、一般・療養が5万6,000、精神が5万3,000となっており、各地で大きな影響が出ることは間違いありません。しかも、病床を減らすためにお金を付けます。

これに対して「社会保障の基本」から考えたいと思います。まず、「応能負担」について。憲法14条は「法の下での平等」と言っています。「お金を持っている人はきちんと払い、持っていない人はそれなりで」ということが、法の下での平等の垂直的な公平という発想ですから、応能負担を徹底することが大切です。勤労所得は負担能力・担税力が低く、資産所得は負担能力・担税力が高いので、所得の中身を吟味しつつ応能負担にしていく必要があります。

政府は応能負担の徹底をせずに、所得1億円を超える高所得者の所得税負担は低下する一方で(図表5)、低・中所得者にはむしろ、消費税や国民健康保険料などの税、あるいは社会保険料負担を通じた搾取・収奪を続けています。このような形でやればやるほど、階層の固定化をもたらします。誰でも階

層を移動できるのが健全な社会であり、そのために教育や社会保障などがあるわけです。しかし現在は階層間の移動が難しく、階層が固定化しています。これは、社会が健全な方向に向かっていないことの一つの大きな表れではないでしょうか。

憲法の力で垂直的所得再分配をやるべきなのに、政府はそれをできるだけ圧縮しています。所得再分配は、少数の人にばく大に入るお金を、そうでない大多数の人に分ける機能です。これは税と社会保障を通じて行うわけですが、これをやらないために、支配階層はずっと支配階層に残り、そうでない人は、ずっと厳しい思いをさせられています。

## 薬の保険適用外しの動きも

前述した3党合意の2日後に、「骨太の方針」が閣議決定されました。ここに3党合意の内容が記載されています。これは、予算が付くことを意味しています。また、薬の一部を保険から外すことで、「保険あって給付なし」の状況を拡大しようとしています。目的は医療費削減ですが、中長期的に見ると実は医療費削減にはつながりません。

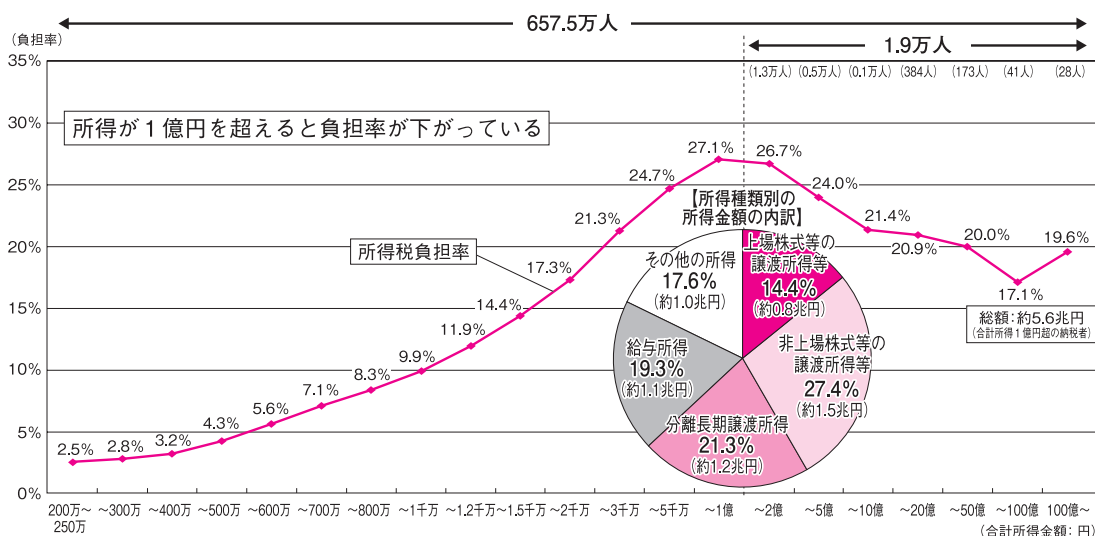
薬の保険適用外しをすると、各自治体を実施している子どもの医療費助成制度からも外され、国の難病公費医療の対象外にもなるため、自己負担が大幅に増える人が多数出ることになります。

もう一つは、薬を一部保険適用から外すという流れが作り出され、これがどんどん拡大すると、総医療費(全体の医療費)が拡大します。すると、やがて公的医療費が拡大します。医療経済学では決着がついている問題であり、薬の保険適用外しは、学問的な話も全く踏まえていない発想です。

アメリカでは治療費などが病院の言い値で決まっているため、総医療費は毎年どんどん増えています。そうすると、大多数の患者は医療を受けられなくなってしまったため、ここの手当のために連邦政府が医療にばく大なお金を拠出しています。日本でも、これと同じことが起きるでしょう。

公的医療保険で対応しているから、医療費がコントロールできるのです。保険適用から外していくと、それこそ製薬会社等の言い値で価格が決まっていきます。そうなれば医療費は拡大して、公的医療費も必ず拡大することになります。そのような観点からも、これはやってはいけないことです。

図表5 所得別の所得税負担率(令和2年分)



## うその情報で分断をあおる

高額療養費の見直しは、「自己負担上限を引き上げれば、病院に行かない人が増えるだろう」という発想ですが、この効果を数字に盛り込んでいくこと自体が問題です。もう一つは、削減効果のうちの2,270億円分は「長瀬効果」で受診控えが起きると言っていることです。これは1935（昭和10）年に作られた計算式で、患者負担が増えると受診率が下がり、医療費が減ることを示しています。非科学的な計算式ですが、これをまた厚労省が持ち込み、与党に都合の良い数字を作り出しているわけです。

2025年6月27日に最高裁判決が出た生活保護基準引き下げ問題も同様です。当時の自民党の公約にあわせて無理やり数字を作り、非科学的なデータを作り、それを引き下げの根拠としたわけです。

このようにして、分断・対立が作り出されています。「負担の公平性」や「高齢者は年金や医療で非常に優遇されている」などと言いながら、本来の問題に目が向かないようにして、庶民同士で争わせるわけです。

2024年9月に出された国民民主党の政策パンフレットには、「現役世代の社会保険料負担の軽減のために、尊厳死法制化をしよう」と書かれています。高齢者に早くエンディングを迎えてもらえば医療費が減り、今、働いている人たちの保険料を下げることができる。だから、尊厳死の法制化をしよう、ということです。この発想の根底にあるのは優生思

想です。労働力として役に立つ人を優とし、社会保障などを必要とする人を劣とするという発想が根底にあります。

「終末期医療を減らせば医療費が下がる」というのも全くのうそです。厚労省のデータによると、終末期医療の費用は医科医療費の3%前後。ここを減らしたところで、社会保険料負担軽減にはつながりません。終末期医療費がかさむような印象操作を行うことが、彼らの主なねらいでしょう。

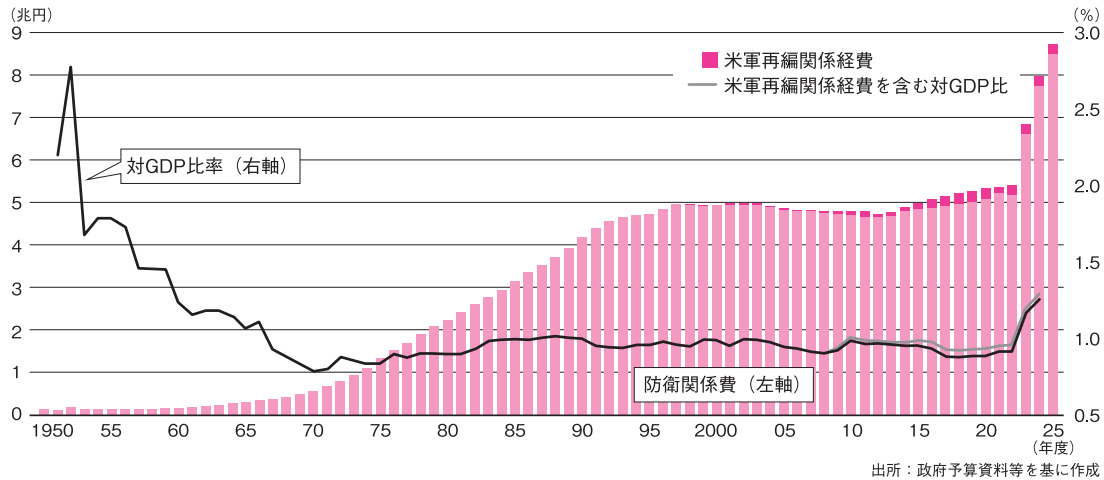
## 医療費削減の一方で大軍拡

国民医療費48兆円のうち、政府の支出分は12兆円弱。これに対し、防衛費（図表6）および防衛関連費が9兆9,000億円まで増えています。次年度以降、ほぼ肩を並べるでしょう。いかに防衛費拡大路線を歩んできているかが分かります。

この一方で、政府はさらに医療費抑制をねらっています。医療費抑制政策のもとになっているのは、1983年に厚生省（当時）の吉村仁局長が提起した「医療費亡国論」です。「これから高齢者が増えると医療費が増えて、やがて国家財政が圧迫される」という考え方です。この時にあわせて登場したのが、医療費の過大推計です。2025年の全体の医療費は48兆円でしたが、1980～90年代は「医療費は140兆ほどかかる」と推計していました。それをもとに、医療費をさまざまな手法で抑制してきたわけです。これが現在まで続いています。

近年の特徴は、「経済財政諮問会議」の要請に

図表6 防衛費と対GDP比



よって医療保障が形成されていることです。この会議は、経済産業省の中に設置されています。マイナ保険証もデジタル化も、公立公的病院の統廃合や地域医療構想なども、ここに端を発しています。

医療費抑制の一つの手法が受診抑制（患者自己負担の引き上げなど）や供給抑制（病床削減、在院日数の短縮化など）です。早く医療の外に出て行ってもらうために介護保険も作りました。とにかく医療にいる時間を短くするということです。

病床を減らして患者を地域に出していくための受け皿が、「地域包括ケアシステム」です。そこで助け合う理念が「地域共生社会」です。「医療から介護へ、介護から地域自治体へのシフト」ということです。タスクシフトも、これと連動して起きています。「医師の仕事看護師、看護師の仕事介護職員が担う。しかし、介護職員はどこでも足りないの、地域住民で」とシフトさせています。無償の労働力で代替するという発想ですから、専門性は問われません。そうすると、医療・介護などの専門職の労働条件が下に引っ張られます。この問題は労働市場の観点からも考えていく必要があります。「人手が足りないからタスクシフトが必要だ」というのは、あまりにも単眼的な発想ではないでしょうか。

## 地域医療構想の歴史

地域医療構想は、1985年の医療法第1次改正で登場した「地域医療圏」から始まりました。翌月に「国立病院・療養所再編成計画」が出され、ここで「3分の1の国立病院・療養所を減らす」という案

が出されました。まず、直営医療機関から減らそうとしたわけです。当時の作戦名は「立ち枯れ作戦」と呼ばれています。「補助金や予算を減らしていけば、いずれ医療機関が立ち枯れるだろう」というものです。これは、地域住民や医療労働者などの運動によって、計画どおりには進まずに現在まで来ています。

2016年、全ての都道府県で「地域医療構想」が作られることになりました。二次医療圏を基本として、医療機関同士で話し合ってもらおうというものです。大都市部以外は医療にいる時間を短くする発想ですから、病床を減らすという数字が出るソフトを作り、ベッド数を減らす議論をしてもらったわけです。

ところが、国が思った通りには進まなかったため、2019年9月、全国424の公立・公的病院に対する名指しの再編・統合リストが発表されます。そこから半年たらずにコロナ禍になり、感染症病床を主に担っている公立・公的病院に対する必要性、役割が重視されました。しかし、病院を再編・統合する政策は、コロナ禍でも進められました。2025年に、ベッド数は当初の見込みを達成しました。それでも、国はさらに減らす方針です。

地域医療構想で各都道府県に出させた数値は、基本的には科学的とは言えず、問題がある数値です。その数字をもとに、ベッド数を減らす計画が進められています。しかし、「医療は供給が需要を決定する」というのが大原則です。人が減るから需要が減るということではなくて、「人がいる限り、そこに診療所や病院を置いておく。このことによって需要が生まれる」、これが医療の大原則です。

ところが、2027年からスタートする新たな地域医

構想を始めるまでに、国は「11万床減らす」と言っているわけです。皆さんはぜひ、各都道府県の策定作業等も注視し、本当にその地域の実態に合ったものかを問いただしてください。

## 外来や在宅の入院ベッドも標的に

新たな地域医療構想の取りまとめは、2024年12月に行われました。これまでは入院ベッドの話が中心でしたが、次は、外来や在宅、介護との連携も含んだ大きな計画になります。これが新たな地域医療構想の大きな特徴です。

より多くの人の意見を聞かなければなりません。自治体からの意見は形骸化しており、介護との連携の話は地域医療構想で全く議論されていません。構図としては、地域医療構想があって、その受け皿が地域包括ケアシステムです。しかしこれまで、地域包括ケアシステムのことは全く考えてきませんでした。今回は、外来、在宅、介護との連携や、人材確保も含めた大きな提供体制全般の計画のため、必ず自治体や介護関係者などの意見も聞かなくてはなりません。「広範囲にわたって意見を聞いた上で、実態を踏まえた上で、計画を作りなさい」とされていますので、ここは、運動のポイントとして押さえておいてください。

本来は、受け皿の体制が整備されてから初めて、入院ベッドの削減を含めた議論になるはずですが、これまでは、「病床を減らすから、あとは地域で頑張ってくれ」という話でした。「そうではない」という動きを作り出す必要があると思います。在宅の受け皿があって初めて、入院できるベッドをどうするかという話になるはずですが、これは、一般病床はもちろんのこと、精神科の病床は、なおさらここが大事だと思います。

次の地域医療構想は、医療計画の上位に位置付けられることもポイントです。非常に大きな総合的な計画になるということです。介護保険の事業支援計画などとも「整合性を図る」としているのです。各市町村や各県単位でも自治体と一緒に考えていく必要があるのではないかと思います。

医療施設などの経営を強化するための緊急支援事業（緊急支援パッケージ）が示されていますが、このパッケージの一つが「病床数適正化支援事業」です。つまり、ベッド数を減らす事業ということで、

2025年度から実施されています。1床当たり約410万円を付けるというものです。「なくすベッドに410万円付けるのであれば、今働いている人に予算を付けて！」と言いたくなるような政策です。

これは、先ほど紹介した「立ち枯れ作戦」と同じです。医療機関を厳しい経営状況に追い込んでおいて、「お金をあげるから、こちらへおいで」と誘導していく政策です。本来であれば、地域のベッド数を含めた医療保障や介護保障という観点から慎重に行うべきですが、医療機関の経営面のみで判断され、その結果、各地域でどんどんベッド数が減らされていくこととなります。

これには全国で5万床から手が拳がり、2025年6月までの第2次段階の予算までで1万1,000床に予算が付きました。第2次からは自治体病院も含まれています。医療機関としては、経営が厳しいため「背に腹は換えられない」ということで、手を上げざるを得ない状況が作り出されているわけです。

## 医療は供給が需要を決定する

これに対して私たちは、「医療は供給が需要を決定する」という大原則を共有しておきたいと思えます。私たち住民にとってアクセスしやすいところに病院や診療所があるから医療機関にかかることができ、需要が発生するわけです。患者がアクセスしやすいところに医療機関がなければ、需要は潜在化します。医療で最も懸念すべきは、患者の重症化です。重症化すると、医療費もよりかさみます。医療費をコントロールする観点からも、私たちの身近に診療所や病院を設置する、あるいは計画的に整備していくことが重要です。医療機関が安定的に医療を供給できるように国庫支出をすることも当然です。これは、学校教育や交通なども同様ですね。

医療費を管理する観点からも、いかに症状が軽い段階で医療にアクセスできるようにするかがポイントです。これは、病院までの距離だけの話ではなくて、窓口での自己負担もそうです。現在の3割負担から下げていくことが必要です。

医師不足についても、「医師が偏在しているから医師が足りない」などと言って、経済的インセンティブにもとづく医師偏在対策のための医療法改正案も出されています。しかし、医師の絶対数は決して増やしません。医学部の定員はさらに抑える方向で、

骨太の方針でも「2027年度以降の医学部の定員適正化」を言っています。「医学部の定員を増やすと、医師が増えて医療費が増える」という考えに基づいていますが、そのようなデータを、私は一度も見ることがありません。実際には、適切に医師が各地域に配置されているから医療費をコントロールできるのです。圧倒的に医師が足りない状況が、むしろ重症化せざるを得ない人たちを生み出しているわけですから、医療費を無駄にかけていると言えます。大事なことは、適切に、どの地域でも医療にかかれるようにすることです。

## 進む病院の再編・統合

現行の地域医療構想では、全国で330ある二次医療圏について、地域医療構想の推進区域とモデル推進区域を設定して、各都道府県と国が調整して形を変えていく必要があるとしています。推進区域以外のモデル推進区域が14道府県の16区域に指定されています。例えば秋田県は、2024年から二次医療圏が8つから3つになりました。これは、拠点となる病院は3つでいいということです。ちなみに秋田県は、全国で人口減少率が最も高い都道府県です。

病院の再編・統合は、全国各地で相次いでいます。医療に関するコンサル会社などは、各自治体病院や自治体議会・首長などに、「早く撤退した方がいい。やめるなら今だよ」と勧めています。彼らは、間に入って儲かるチャンスがあるわけです。再編・統合させれば儲かるチャンスが増えるので、撤退させて病院の新築などをさせようとしているわけです。

医療は、供給がなくなると需要は潜在化してしまいます。人口減少地域における地域医療の再編によって、無住地区が増加することが懸念されます。

秋田県鹿角市には「鹿角の医療と福祉を考える市民町民の会」という、労働組合と住民で作った組織があります。精神科の常勤医師がいなくなることをきっかけに結成された会ですが、最近では産科医もいなくなり、小児科医も厳しい状況です。脳神経外科医もいなくなります。田舎に脳神経外科医がいなくなるのは、最後のダメ押しのようなものです。

専門常勤医がいなくなるということで、私も8月に調査に行ってきました。市民町民の会は市役所などとも一緒に活動しています。同会は、「もはや『医療差別』」と指摘しています。県内で、医師が

県庁所在地のある秋田市にどんどん集中しているからです。秋田市以外では医師が全く増えていないということです。

## 国保の保険料統一化の動き

国民健康保険は現在、各都道府県内で保険料の統一化という動きがあります。すでに大阪府と奈良県は完全統一しました。府・県内のどこに住んでいても、所得が同じであれば、同じ保険料負担です。

奈良県の場合、人口の大半は北部に住んでいて、中南部は吉野の山奥や紀伊半島の真ん中なので、医療機関はほとんどありません。医療を利用するチャンスは同じではないのに、保険料負担は同じ。このような不平等が、これからどんどん生み出されていくでしょう。国は、残る45都道府県にも統一化を迫っています。分かりやすく言うと、地方においては、県庁所在地のある自治体の保険料負担を、それ以外の地域がまかなうこととなります。

「読売新聞」2025年4月1日付の記事では「出産可能な病院遠く」と報じられています。まさに「保険あって給付なし」という状態です。保険料を払っているけれども、実際に医療給付を受けることが難しいわけです。

## 医療や介護には経済効果も

1961年に皆保険体制を作った際には、各地方自治体の議会で、「皆保険になって保険料を皆から取るのであれば、病院・診療所がないとは何事だという話になる。だから、皆で国保診療所を造りましょう」という動きがつけられていきました。そのため、現在でも、「こんなところに病院があるんだ」というような場所に国保診療所があったりするわけです。今は全く逆の方向です。医療を利用するチャンスに地域格差が生み出されています。

医療や介護などの拠点を、「経済にも役立つ」という観点から見ること必要です。病院や介護施設は地元で雇用を生み出し、経済にもいい効果があることがはっきりしています。社会保障にもっとお金を使う流れを打ち出し、供給拠点を整備していくことを、新たな地域医療構想でも実現できるようにしていく必要があると考えています。

ご清聴、ありがとうございました。(拍手)

# 障害分野から見た人権と「いのち」

優生保護法問題の本質、障害者権利条約を社会の隅々に

ふじい かつり  
藤井 克徳

NPO法人日本障害者協議会代表



皆さん、こんにちは。本日は「尊厳死」をめぐる話を、という要望をいただいたのですが、この問題の前提となる議論や情報が必要ではないかと考え、障害分野の歴史を振り返ります。優生保護法の問題が裁判で決着しましたが、この問題をめぐる最新動向を見ながら、今後の方向性の一つとして障害者権利条約について考えてみたいと思います。

## ナチスのT4作戦

障害者の人権と「いのち」を考えていくときに、まず考えたいのはナチス時代の問題です。私は戦後70年の時、NHKにある問題を提起して共同取材を行いました。この時に放映された番組を5分間に縮めましたので、まず動画をご覧ください。

(ナレーター) 第二次世界大戦の終結から70年。この節目の年に、ドイツを訪れたのは、長年日本の障害者施策に提言を続けてきた藤井克徳さんです。藤井さんは、今年どうしても向き合いたい歴史がありました。戦時中、精神障害者や知的障害者などが、大量虐殺されていました。

(藤井) 働く能力がなく、治療の効力もないと見られた人が、ガス室で殺害されました。

(ナレーター) 生きる価値がないとされ、殺された犠牲者は20万人以上。殺害には、医師たちが自主的に関わっていました。そしてこれが後に、ユダヤ人の大虐殺につながったことも分かってきました。

殺害場所には、人目につきにくい施設が選ばれま

した。藤井さんが向かったのは、ドイツ中西部の町、ハダマーです。当時の様子を覚えている人がいると知り、会いに行きました。ハダマーで生まれ育ったハインツ・デュッフシエーラさん、82歳。デュッフシエーラさんが強烈に覚えていることがあります。それは、戦争から帰ってきた兵士が言った言葉でした。

(デュッフシエーラ) 「戦場で死体を焼いているにおいと同じだ」と言ったのです。それを聞いた大人たちは、びっくりしていました。満席のバスがしょっちゅう上がっていくのですが、帰りはいつも空っぽでした。「もう施設の中はいっぱいのはずなのに、おかしい」と大人たちが言っていたのを覚えています。

(ナレーター) ハダマーの精神病院の地下には、今もガス室の跡が残っています。学芸員のレギーネ・ガブリエルさんが、犠牲者が通った道順を案内してくれました。バスから降りると、まずは医務室に連れていかれ、医師の診察を受けます。

(ガブリエル) 診察といっても、実はただの名前の確認です。そしてこの1回の診察で、医師は死因を決めました。そのために死因として60項目の病名リストがありました。例えば、心臓発作とか、肺炎、腸炎、盲腸などです。

(ナレーター) 形だけの診察の後、身長と体重が一人ひとり測られ、写真が撮影されました。その後、「シャワーを浴びる」と説明され、裸にされて、地下に連れていかれます。この先がガス室です。12平方メートルほどの空間に、一度に50人ずつ押し込まれました。ガスが入れられた時間は10分。その後、遺体は滑りやすく加工された通路を引きずられて、

焼却炉まで運ばれました。1941年8月までに、6つの施設で犠牲になった人の数は7万人を超えています。

終戦後、もう一つの事実が明らかになりました。「T4（ティーフォー）作戦（編集部注：ガス室で障害のある人などを殺害する計画）」中止命令後も、障害者の殺害は続いていたのです。野生化した殺害と言われるこの行為は、ハダマーだけでなく、各地で行われていました。最終的な犠牲者は、全国で20万人以上になっていました。

（動画終了）

## 「戦争の役に立つかどうか」が基準

2025年7月にも私はドイツに行ってきましたが、最新の研究では、30万人以上が殺されたと見られています。殺される障害者の基準は決まっていた。まず、働けない者、もっとはっきり言うと、戦争の足手まといになる者です。これが、基準の一つの大きなポイントです。

この作戦には医師を中心に、医療関係者が積極的に加担しました。ヒトラーの命令が怖かったというだけではないのです。

ヒトラーがかねてからしたかったことがありました。それは、人体実験です。実際にさまざまな実験の跡や証拠が残っています。

ニュルンベルク裁判の中で、医者や看護師が証言しています。ある看護師は「最初の1人をやるのは怖かった。でも、2人目からは怖くなくなった」と言っています。別の看護師は、「やっているのは私だけじゃない」。

そして、ここで培われた殺害方法、ガスの効力や焼却炉の性能などのノウハウがそのまま、その直後のユダヤ人大虐殺、アウシュビッツの絶滅収容所に向かって引き継がれていきました。

まず、断種政策（強制不妊手術）が行われましたが、これに先行して、戦争が始まった途端に障害者殺しが始まりました。これが「T4作戦」です。安楽死作戦ともいいます。T4とは地名です。ベルリンのど真ん中の地名、ティアガルテン通り、動物園通りの「T」と「4番地」の4を取った隠語です。このような問題は、当然、日本にも影響を及ぼすわけです。

## 日本の優生思想の歴史

日本で優生保護法が制定されたのは1948年です。新憲法が生まれた直後に誕生しました。

戦前の1941年に国民優生法という法律が作られます。これは、国民の体位向上、強い兵隊さんが大事で、劣る者は消えてもらおうという考え方です。「本法は悪質なる遺伝性疾患の素質を有する者の増加を<sup>ぼうあつ</sup>防遏し」「健全なる素質を有する者の増加を図り、もって国民素質の向上を期することとする」(※ルビは編集部)。この法律があった上で、優生保護法が生まれます。突然、優生保護法が生まれたわけではなく、そのような流れがあったわけです。

優生保護法の目的は第1条に書かれています。「この法律は優生上の見地から、不良なる子孫の出生を防止する」と目的を述べています。

「優生上の見地から」というのは、優生思想の立場からということです。つまり、優生思想を初めて法律で公認したのです。「不良」とは障害者のこと。「その出生を防止する」、これは、障害者はまた障害者を生むに決まっているという固定観念に基づいています。

障害者たちは、戦争中は戦争の足手まといでした。そして、戦後の優生保護法では、戦後復興の足手まといということです。どのような時代でも、優生思想・優生政策は頭をもたげてくるのです。

## 尊厳死につながる優生思想

スウェーデンの優生保護法も、福祉国家を維持するために、障害者を生ませないというような論法でした。優生思想や優生政策は、どのような時代でも生まれます。そしてこれは、尊厳死とは地続きです。非常に怖い考え方です。

もう少し優生思想の歴史を見ると、『進化論』や『種の起源』を記したチャールズ・ダーウィンのいここに当たるフランシス・ゴルトンという人が「優生学」という学問を誕生させました。1883年のことです。明治元年が1868年ですから、江戸から明治になった少し後に優生学が生まれたということです。これが流行のように、一部のアジアに及びます。日本でも1年後に、次のような文章が出ました。

福澤諭吉が書いた『血統論』の一部を紹介します。

「西洋人は牛馬を売買するときその獣籍、すなわち血統を重んじる。人の能力の天賦の差も獣類と同じように、祖先からの遺伝による。日本では王政維新以来、結婚は自由になったが、結婚をする相手の血統の調査が往々にしてなされていない。これは、社会全体のために人種の改良進歩を謀るときに憂うべきことである。門閥ではなく真実の血統遺伝を調べるべきである」

福澤諭吉は、「人の上に人をつくらず、人の下に人をつくらず」と平等論を言った人間だとされていますが、彼でさえも、「人種の改良、進歩、進化」といったことを社会に流布してきたのです。

優生保護法の前に制定された国民優生法を制定する際には、東京帝国大学精神病学教室の教授たちが、非常に影響を及ぼしました。その中に三宅鑛一<sup>こういち</sup>という教授がいました。彼は、非常に優生思想をあおった人間です。ある医療雑誌で、このように言っています。

「私は現在の日本国民一億のうち、極端な断種論者ですが、一千万位は断種してもいいと思うのです。そうしたら低能はもう全部断種です。そうすれば、玉石混交でなく、優れた九千万、八千万になるでしょう」

このようなことを、当時の社会的地位がある人が言っていたわけです。医療関係者にはぜひ、歴史の中から学んでほしいと思います。

## 優生保護法の3つの大罪

優先保護法は3つの大罪を犯しました。1つは、おびただしい数の被害者を生んだことです。具体的には強制不妊手術で、男は精管を、女性は卵管を、結さつ（結ぶこと）してしまいました。この犠牲者が約2万5,000人います。同意のあり・なしが問題にされましたが、後で触れる最高裁判の判決は、「同意を求めること自体が差別だ」と断じました。人工妊娠中絶もあります。精神障害者と知的障害者に限っては、本人同意がなくても家族同意だけで墮胎・中絶ができ、この犠牲者が約5万9,000人。あわせて約8万4,000人が強引な手術を受けさせられたのです。これは、当時の厚生省が発表した数です。実際にはもっと多いと言われています。

2つ目は、優生思想を公認したことです。優生思想とは簡単に言うと、先ほどふれたゴルトンの定義

なども引っ張り出すと、「あるべき社会は強い者だけが残り、弱い者、劣る者は消えてもらいましょう」、これを個人単位で行うのではなく集団——例えば障害グループ、民族集団、ユダヤ人など——で行うことです。戦後に登場した言葉で「ジェノサイド（集団殺害）」と言います。これが優生思想の概念です。「障害者は劣る」という考えが、この法律によって日本中に広がってしまいました。

3つ目は、現在、日本の障害者関係の法律は30本以上あり、トップバッターが優生保護法でした。そこで「障害者は不良」と言い切ってしまったのですから、そのあとの法律の障害者観がまともであるはずがありません。今でも続いているかもしれません。このように、おびただしい被害者を生み、優生思想をまん延させ、障害者立法へも影響したということです。

## 日本国憲法下で生まれた優生保護法

なぜ、基本的人権をうたった新憲法下で、このような法が生まれてしまったのか、本当に悔やまれます。親・家族も加担しました。親は加害者でもあり、また子ども共々被害者でもあります。

現在、裁判に勝利し優生保護法がなくなり、補償が進行していますが、全く手が挙がってきません。背景にはもしかしたら、親や家族が加担してしまったことへの負い目があるのかもしれませんが。それ以外にも、自身の家系から障害者が出たことを、今さら手を挙げて言うことはできないと考えているのでしょうか。

## 最高裁は「憲法違反」と断罪

このような中で、優生保護法問題で2018年以降、39人が裁判に立ち上がりました。ただし、最も被害が多かった精神障害者は原告になっていません。知的障害者もほとんどおらず、聴覚障害者が多かった。これはろうあ連盟が頑張り、組織立って立ち上がるという動きがあったからです。

写真は、裁判に勝った日のものです「勝訴」と旗出しされています。どう勝ったかというところ、最高裁判所の大法廷は、「この法律は成立時昭和23（1948）年、この瞬間から憲法違反だった」「従って、これを制定した国会は責任重大だ」と断じました。優生



原告が勝利した旧優生保護法違憲国家賠償請求訴訟  
(2024年7月3日)

保護法は国会での制定時、全党一致で成立しました。これに対し、最高裁は、このように断じたわけです。

民法の規定で、どのような不法行為でも、20年たつと国家賠償請求権は消えることになっています。国はこれを盾に裁判で争ったのですが、最高裁判決は極めて痛快でした。一種の時効で、除斥期間規定というのがありますが、裁判長は、「本件には適用しない。こんな悪らつなことをやっておいて時間切れなどということはありません」と断じました。この裁判は国の完敗、原告の完全勝訴に終わりました。この勝訴判決をもとに、原告団、弁護団、支援団体と国が基本合意文書を締結しました。短い文章なので、ぜひご覧ください。医療労働者は見ておくべきだと思います。

[https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic\\_page/field\\_ref\\_resources/08ff65b4-e080-4fe8-922f-28bd348731af/47d054f3/20241004\\_kyuuuuseiichijikin\\_39.pdf](https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/08ff65b4-e080-4fe8-922f-28bd348731af/47d054f3/20241004_kyuuuuseiichijikin_39.pdf)

(基本合意書)



## 国会が全会一致で謝罪決議

当時の岸田文雄首相は、原告を官邸に招いて謝罪しました。そして国会が全会一致で謝罪決議が採択されました。同時に、補償金を支払うための補償法を制定しました。2025年1月17日から、補償金の支給が始まっています。対象者は約8万4,000人。強制不妊手術を受けた人には、1,500万円の賠償金が支払われます。この問題では配偶者も被害を受けているため、配偶者にも500万円が支払われます。人工妊娠中絶については、国家賠償は付きませんでした。代わりにということでもないので、慰謝料が200万円支給されます。

賠償金は相続ができるため、死亡した人も対象です。本人のひ孫までが相続できます。最新の判件数は、対象者8万4,000人に対して1,486人、割合にして0.17%です(2025年11月現在)。このような状況で、どんどんと認定件数が減っていることが気になります。5年間の時限立法だからです。

同時に、検証が始まりました。この検証会議は国会で行われています。2025年10月1日から始まり、「なぜ、新憲法下でこんな法律が生まれたのか」「なぜ48年間もの間、君臨したのか」「なぜ、被害者の救済を28年間も怠ったのか」などが議論されています。本来、検証会議は第三者が行います。私も支援団体の一員として、この検証会議のメンバーに選任されました。現在、大変な日程で検証をしている最中です。

以上が、日本の優生政策の歴史です。何やかやと理由を付けて、結局は障害者抹殺の道を突き進んでいく。これが、これまでの歴史でした。

## 障害者権利条約の誕生

尊厳死問題は、新しい優生思想です。これを打ち破り、乗り越えていく一つの規範として、救世主のように現れたのが障害者権利条約です。2006年に国連で誕生した権利条約で、28番目の人権条約になります。障害者権利条約ができた時に圧巻だったのは、国連の審議に当事者が参加したことです。のべ100日間、4年半かかりました。私は、そのうち半分くらいを傍聴しました。

ここでくり返されたのが、「私たち抜きに私たちのことを決めないで」です。患者であれば、「患者抜きで患者のことを決めないで」ということですね。

この条約は、「医学モデルから社会モデルへ」という新しい障害者観をつくりました。医学モデルとは、「症状だけを見て人間を見ず」といったことを指しています。さらに、病気などで障害が残った時にも、「もうおしまいだ」と諦めるのではなく、その人を取り巻いている環境を変えれば生きやすくなる、という考え方です。

## 障害の本質は社会の方にある

私は30年少し前から全盲状態となりました。多分、仕事ももうできないだろうと思いましたが、周囲は

「藤井を取り巻いている環境を変えれば」と動いてくれました。環境とは、私が移動できるアシスタントを配置すること、あるいは音声パソコンという環境を整備することなどです。

障害は、本人に属する部分もありますが、本人を取り巻いている環境との関係で、重くもなれば軽くもなるのです。これを「障害の社会モデル」「障害の環境モデル」などと言います。障害の本質は、社会の方に潜んでいるという考え方です。これを、障害者権利条約は開発しました。

皆さんの病院ではどうでしょうか。患者の症状や障害の感じ方を重くしているのか、軽くできているのか。こうした視点で考えると、政策問題だけでなく実践課題にもつながってくるのです。こうした、きらきらと輝く新しい考え方が、障害者権利条約には埋め込まれています。

障壁との関係で、障害が重くもなれば軽くもなると考えていくと、例えば、「障害」という言葉についてはどうなのか。「害」とは害毒や害虫の「害」で、みんなが嫌がるようなものですね。将来は「障壁の多い人」と言われるようになるかもしれません。「症状が重い患者さん」や「重い障害者」は、「ニーズが多い人」と呼ばれるようになるかもしれません。

車椅子の女性がいますとします。カフェに入りたいけれど、段差があると入れずに困ります。しかし、スロープを付ければ簡単に入れます。この女性の障害は何も変わりません。変わったのは周りです。

日本の精神科医療の父、呉秀三先生は大正時代、初めて座敷牢に関する疫学調査を行いました。次のような文章を残しています。

「わが国十何万の精神病患者は、実にこの病を受けたるの不幸の外に、この国に生まれたるの不幸を重ねるものと言うべし」

つまり、精神病患者は、病気を持った不幸に加えて、日本に生まれた不幸をあわせ持つということです。最大の環境要因は、国家です。呉先生は、社会モデルや権利条約がない時代に、「この国に生まれたるの不幸を重ねるものと言うべし」と言い切ったわけです。

## 父権主義の弊害

この権利条約は、批准しっぱなしではなく、実行状況を評価してくれます。2022年、日本は初めて国

連に行って評価を受けました。「総括所見」という評価書が出されます。この総括所見の中で、決定的とも言える第7パラグラフのa項を読んでみましょう。これは、全体に関わる問題だと思います。

**総括所見抜粋、第7パラグラフa項：委員会は以下を懸念する。障害者への温情主義的アプローチの適用による障害に関連する国内法制および政策と本条約に含まれる障害の人権モデルとの調和の欠如。**

「温情主義」は、英語の原文では paternalist、つまり paternalism、父権主義のことです。父親が「黙って俺についてこい。つべこべ言うんじゃない」などというものです。温情主義は誤訳だと言われています。あえて言うならば、温情主義プラス権威主義、これが父権主義とも言えるでしょう。つまり、総括所見は「日本の政策は、父権主義に満ちている」と言っているのです。

「人権モデル」とは、社会モデルを発展させたものです。社会モデルは、「障壁との関係、環境との関係で障害は決定付けられる」という考え方で、人権モデルは解決モデルとも言われます。

父権主義の問題は、政策面だけではなく、現場にもあるのではないのでしょうか。患者や障害者の上に立って、自分が優位な立場で接していないのでしょうか。障害者の中には「白衣を着ていること自体が権威」と言う人もいます。

## 「尊厳死」「安楽死」の議論の留意点

次に、「尊厳死」「安楽死」の問題になりますが、まだまだ前提の議論が欠如していると思います。そもそも「尊厳死」「安楽死」などの言葉は、妙に死を美化したり、あるいはカモフラージュしたりする言葉です。終末期の医療がどうあるべきかという議論の中であればまだ分かりますが、「楽に死ねますよ」「尊厳の下で死んでいくのだ」ということが、本当に当事者目線なのでしょう。

最近の社会全体にまん延している、効率論や生産性、競争原理や不寛容などの風潮を背景にこのような政策が生まれている中で、「尊厳死」や「安楽死」を語り合うことは建設的なのでしょうか。

こうした問題は、いったん足を踏み入れると、歯止めがきかなくなるでしょう。抑止力という言葉がありますね。お互い相手に対して強がりを示す。最大の弱点は、どこまで行っても相手よりも少しだけ

よくしようとすることで、いたちごっこが続きます。つまり、際限なき抑止力です。

同じように、人の死を考えていくときに、「それなら〇〇ならいいのか」と、必ずその次に進んでいく、そういう危険をはらんでいるということです。

数年前、コロナ禍が始まった頃でしたが、京都で、ALS（筋萎縮性側索硬化症）の女性が医師に殺人を依頼しました。私は、あれは社会の敗北で、携わった医師は論外としても、障害を持った人たちや症状の重い患者が今の社会で生きていく展望がないから、あのような方向に、消去法的に進んでいくのだと思います。

やはり、「生きていてよかった」「こういう道があるんだ」と、誰もが安心して、ALSになっても暮らせる社会にしなければなりません。しかし、現在の貧困な社会保障の中で、誰が安心してALSを迎えられるのでしょうか。改善に向けた政策課題がまだまだ残っているということです。

ご清聴ありがとうございました。(拍手)

## 社会のあり方を見つめ直したい

### ——感想と質疑

**参加者1** 戦争当時のドイツの話など、聞いていて胸が苦しくなりました。福澤諭吉がそのようなことを言っていたと初めて知り、衝撃を受けました。普段、生活している中で、健常者に対しても「あの人は仕事が遅い」など、自分の中でも知らず知らずのうちに、優生思想に染まっていることがあるように思います。社会保障も含めて、社会のあり方を見つめ直さなければいけないと思いました。

**参加者2** 今回、この学習会を企画するきっかけは、高齢者の終末期医療をめぐる問題でした。本日、障害者の人権の歴史的な経過や、今でも社会の中に埋もれていて時折顔を出す優生思想が、自分たちにどのように影響しているのか、改めて考える必要があると思いました。

経済効果の追求が最大関心事という社会の中で、障害者の権利を実現していくたまたかいの一方で、高齢者の尊厳や人権もどんどん侵害されていっています。そのような中で、私たち医療労働者への助言や期待があれば、ぜひ教えてください。

## 高齢者権利条約に注目を

**藤井** 高齢者関係のニュースとしては、2025年4月3日の国連の人権理事会で、高齢者権利条約を作っていくことが決まりました。審議・検討が2026年から始まります。ぜひ、この問題に注目してください。

高齢者問題という言葉がありますが、ただ年を取るだけでは高齢者問題とは言わないと思います。年齢に加えて障害や病気をあわせ持ったときに、高齢者問題となるのだと思うのです。その点からすると、高齢者権利条約と障害者権利条約は“兄弟条約”になっていくでしょう。非常に良い高齢者権利条約が作られると、連携の質も変わっていくのではないかと思います。ぜひ医労連としても、国連の動きを注目したり、意見を言ったりしてもらえるといいと思います。

国民医療は、非常にピンチです。やはり、ここで医労連の存在感を発揮すべきではないでしょうか。そのときに大事になってくるのは、つながることです。「誰と」と「どこを軸に」が問題になってくると思いますが、どこを軸にするのかといえば、それはやはり最も困難な条件を抱えているところです。医労連には、遅れている精神医療を、医労連全体としてどうしていくのかという方向を打ち出していきたいです。

神出病院や滝山病院事件、八戸記念病院など、虐待の問題がニュースに出ると、メディアも社会も、もぐらたたきのようにたたきます。しかし、その背後には構造的な問題があるわけです。それをどうするか。最も厳しい所に焦点を当てるのが、「つながり」の基本です。

もう1つは、自分から遠い人、遠い団体と付き合い方です。これがないと物事は変わっていかないと思います。その点からすると、「いやあ、あの人は」「ああいう団体とは…」と言っているうちはダメです。どうやって一致できる点を探すのか。目的はやはり、医療を良くしていこうということですから、非常に幅広い方が集まる結集軸になりえます。

従って、より困難なところに焦点を当てて、その底上げを目指していく。自分たちと遠い人と付き合い方を持っていくことが、これから特に大事になっていくのではないのでしょうか。

# 事例に見る労働組合への結集と その取り組みのすばらしさ



ささやま なおと  
笹山 尚人  
弁護士 (東京法律事務所)

本日は、労働組合の活動について、私が実際に担当した事件を紹介しながら、その大切さ、そしてどうやって質を上げていくか、考えていきたいと思っています。

## 労働組合がなぜ必要か

### 法律で特別に保護された団体

労働組合は労働組合法によって特別に保護されている団体です。日本国憲法27条、28条で勤労権と労働三権が保障されていて、とりわけ28条で、労働三権が保障され、それを具体化する形で労働組合法があります。この労働組合法によって労働組合は団結権、団体交渉権、団体行動権という特別な権利を保障されています。なぜ、これが特別かと言うと、これらの権利を行使しても、国や使用者から非難されることがないからです。

例えば、労働組合が使用者や国を中傷するようなピラを書いても、それが犯罪になったり、損害賠償請求を受けたりすることはありません。これが労働組合ではない団体の場合は、逮捕されることもあり得るわけです。

### 法令の水準以上の条件をめざす

労働法が期待する労働組合の役割は、法令の基準以上の労働者の権利の維持・獲得です。それが労働組合の本来的な存在意義です。法律の水準以上を望むのであれば、労働者一人ひとりが使用者と交渉するよりも、みんなの力で交渉する方が実現しやすい

し、効果も高いでしょう。労働組合は法的にもそうした役割が認められ、期待されているわけです。

逆に、法律以上の水準の労働条件を勝ち取ったときに、それを崩されないようにするのも労働組合の役割・意義です。労働組合の継続的な要求がなければ、経営者は安易に「賃金を下げよう」と考えます。そういうことを防ぐためにも、一度上げた労働条件の水準を維持することは大切です。

皆さんが何のために労働運動をしているかと言えば、皆さん自身や家族の生活と笑顔を守るためでしょう。その要求を実現するには、一人ひとりの労働者の要求や生活実態に寄り添って、みんなの要求を練り上げて、できる取り組みを通じて助け合っていく。それこそが労働組合です。事例を通じて、それを見ていきましょう。

## 労働組合の必要性を示す事例

### パートナーズダイニング社事件

労働組合の必要性を示す事例ということで、パートナーズダイニング社事件について紹介します。首都圏青年ユニオンの組合の事例です。

パートナーズダイニング社が運営していた居酒屋で働いていた大学生の案件です。店長との関係が悪く、ひどい労働条件もいろいろあったので、辞めたいと会社に申し出たところ、店長から「会社のお金を抜いているだろう」と言いがかりをつけられ、「簡単に辞められると思うな」と圧力を受けてしまいました。労働者は、つてをたどって青年ユニオンに助けを求めてきました。

## 労働者には辞める自由がある

職場を辞めることは、法的には自由です。経営側は、「辞める」と言われたら、それを止めることはできません。ところが、このケースでは「不正があるから辞められないよ」という話をした。労働者は、勤め続けなければいけないのかと思い、どうしようもなくなって組合にきたわけです。

組合は、「もちろん、辞めることはできる」という話をしました。そして、本人の話を聞いているうちに、「これは残業代の未払いがあるね」という話になりました。時間外労働に対する賃金が適正に払われていない。この事件では着替え時間が問題になりました。三菱の長崎造船所事件という有名な裁判例で、必要な着替えは労働時間だということが最高裁の判例で確立しています（三菱重工業長崎造船所事件、最高裁2000年判決）。

組合は、着替え時間は労働時間だから残業代を払えと団体交渉をしました。会社側の担当者として社労士の馬場氏が出てきました。彼は「みんなの前で着替えろ」との提示をしました。「実際に何分かかるか計ってみるわ」と。それ自体、セクハラではないかと組合が猛反発。団体交渉は荒れました。

最終的には「退職は認めます。未払いの残業代は支払います。社会保険料負担の問題も解消します」という内容を勝ち取りました。2016年秋から始まり、2017年3月に労使協定を締結して解決しました。

この馬場氏に絡んだスラップ訴訟については後でお話します。

## 組合がないからブラック化する

労働者は自由に辞められるということから、辞めさせないということが起きるわけです。「辞めたいのに辞めさせてくれない」という相談はよくありますが、「辞めるのは簡単だよ」とお話ししています。教師や美容師などの世界では、3カ月～半年くらい前に言わないと辞めさせてくれない、という就業規則もあります。しかし、「そんなバカな話があるか!」と交渉すれば、簡単に辞められます。法律や自分の権利を知らないと、交渉もできませんね。着替えなどの労働時間の未払い分を計算すると、100万円近くになることもあります。それだけの金額を損していることを知らないわけです。

労働組合に入っていれば。当たり前前に知っていたことでしょう。職場に労働組合がないことが、こう

したことが問題となる原因の1つと考えられます。

労働組合がないと、経営者はすぐに労働者の権利をごまかして儲けようと考えます。こうして、いわゆるブラック職場が出てくるわけです。こうした職場は、労働組合ができて交渉すると、劇的に変わります。パートナーズダイニング社事件でも、団体交渉を2回やっただけで労働者の権利が実現しました。

首都圏青年ユニオンが誕生したのは2000年。私が弁護士になった年でもあります。私の肌感覚で言うと、資本家のやり方も変わってきています。例えば、クビを切りたくても解雇すると労働契約法16条で負けるので、退職勧奨をする。労働時間については、裁量労働制や変形労働制の活用、あとは固定残業代。一見、合法のような残業代の仕組みをつくり、その中で長時間労働を合法化しようとする。そして、気に入らない労働者はハラスメントで追い出す。資本家も巧妙になっています。

## 労働組合の活動の難しさ

### カフェ・ベローチェ事件

次は、カフェ・ベローチェ事件です。千葉県の喫茶店のオープニングスタッフの案件で、大学院生のWさん（女性）が非正規雇用の3カ月の契約を更新して働いていました。15回更新をしたところで、「これ以上の更新はしません」と言われました。2012年のことです。

契約期間に定めのない人を解雇するのは労働契約法16条によって、簡単にはできません。ところが非正規の人たちはたいてい3カ月、6カ月、1年という形での期間契約です。契約期間が満了したら辞めるのが契約の建前になっています。

しかし、現場では正社員の人たちと一緒に働いていて、仕事は正社員とさほど変わらない。しかも、ずっと契約を更新してきたのに、なぜ、突然、「期間満了だ」と言われるのか。この会社の場合は、「15回が上限だ」と1年くらい前に言っていました。納得できず、Wさんをはじめとした3人がユニオンに入って会社側と交渉をしました。

2012年5月から半年で3回団体交渉をしました。翌年1月に会社側が「この3人だけなら契約を継続してもいい」と言ってきました。本人たちと組合は喜びましたが、会社の対応がその後変わり、結局、2013年に3人は雇止め

になってしまいました。

Wさんだけが2013年9月に提訴しました。法律的には難しい事件です。有期雇用契約の場合、「期間が満了したら終わり」が原則です。ただし、労働契約法19条で、「雇用契約の継続を期待させたような場合は更新することになる」ということが定められています。こちら側としては、この条文を活用します。契約が更新されることが当然視される状況のもとで契約を勝手に切ったら、それはダメでしょう、という論法です。

とはいえ、1年も前から「15回上限で打ち切り」と言われていたので、そこがどう判断されるか、非常に難しい訴訟でした。残念ながら、2015年に東京地裁で全面敗訴します。東京高裁に控訴し、結果として話し合いで解決(和解)しました。提訴してから約3年かかりました。本人は職場復帰を強く希望していましたが、残念ながら復職はできませんでした。ただ、東京高裁が頑張ってくれて、かなり高額な和解金を実現しました。

この事件では、15回という回数がミソでした。3カ月契約が15回、合計すると4年になります。つまり、会社側は大学生だけを喫茶店のスタッフとして雇いたかったのです。会社は交渉の中で、「(スタッフの) 鮮度を保ちたい」と言いました。20代の若い女性以外はスタッフとして立たせたくないということです。私たちは、その発言自体が不法行為にあたるのではないかと問題にしました。裁判官も、「この発言はまずい」と言いました。それで和解金が高額になったという経緯があります。

### 失敗の原因はどこにあったか

この事件から分かることは、非正規雇用の人の権利が非常に弱いということです。正社員は簡単に解雇できないけれど、期間雇用の非正規雇用のクビを切るのは簡単です。非正規雇用労働者は、労働条件が正社員に比べて悪いことも多く、賃金格差が大きい。それを是正するような規定が、パートタイム・有期雇用法の中に若干はありますが、それほど強力なものではありません。

そこを是正しようという社会の側の動きも弱く、非正規の問題にスポットが当たらない。社会の要求が弱いことを、私はいつも痛感しています。裁判官は、実はとても世間の目を気にしているので、非正規雇用労働者が訴えている裁判に、ぜひ傍聴に行っ

てください。世間に注目されているかどうかを、裁判官たちは強く意識しています。

この事件で失敗したところは、会社の担当者が3人だけなら雇用をしていいと言ってきた電話を録音しておかなかったことです。そのため、担当者の言葉を証拠にできなかった。それがあれば、この事件の解決はかなり違ったと思います。

こういう闘争をしているときは、会社の担当者から電話がかかってきたら、すぐその場で録音スイッチを押すくらいの構えでいなければなりません。仮にその場で録音を忘れたとしても、その場ですぐ電話をかけ直して、「こういう内容でしたよね」というのを録音すべきです。ここができなかったため、「言った・言わない」になってしまいました。

もう1つは、3人の事件で半年以上、団体交渉をしているのに、この間にストライキをやっていないことです。経営者に圧力をかける意味で、ストはとても重要だと思います。交渉でも、「若さが必要だ」などという非常識な発言を全面に押し出せば良かったのに、そうしなかった。そこがアピールの弱さになってしまったように思います。

それでも、いったん3人については雇用継続と合わせたところは素晴らしかったと思います。そこは組合が交渉したからです。反省点もありますが、組合も十分に頑張ったと思います。

## 労働組合の活動はしんどい

### 「スシロー」宮崎店でのたたかい

さらにもっとしんどい話になります。回転寿司の「スシロー」です。青年ユニオンの分会の一つに回転寿司ユニオンがあって、現在50人ほどの組合員がいます。その発祥は「スシロー」です。2023年に東京でストを打って、時給を200円上げました。24春闘では徳島で80円上げました。25春闘では宮崎でもストを決行し、60円アップで妥結しました。

しかしその後、会社はシフトカットをしてきました。急に、組合員だけ希望通りにシフトに入れなくなったのです。1~2時間、労働時間がカットされ、月に1~2万円の賃下げになってしまう。せっかく時給が上がっても、シフトカットされたら賃上げになりません。しかも、非組合員も同時にカットして、組合員差別には見えない。不当労働行為にならないよう、巧妙に組合員の要求を切り縮めようというこ

とです。

こうしたことをやられると、「生活できない」「組合に入っていたから、こういうことになるんだ」と組合員の足並みが乱れてしまいます。宮崎では現在進行形で起きています。

ストをして賃金が上がると、反作用としてこうしたことが起こる。労使紛争は、こうしたことのくり返しです。

### 馬場社労士スラップ訴訟事件

最初にお話したパートナーズダイニング社事件の続きとして、馬場社労士スラップ訴訟事件があります。2017年3月に労使協定を結ぶまでの団体交渉中の出来事です。組合員たちは、団体交渉での会社側の対応がいかにもひどいかなど、ツイッター（現在のX）でツイートしていました。その中で馬場社労士のことを非難するツイートをしたり、雑誌への寄稿でも「パートナーズダイニング社と社労士がこんなにひどい対応をしている」と書いたりしたわけです。それを、馬場社労士が「名誉棄損だ」と言って、裁判に訴えたのがこの事件です。

これは、名誉棄損は成立しません。ツイートや雑誌に書いたことは本当のことなので、判決も「本当のことが書いてあるのだから問題なし」という内容でした。私たちは2020年11月13日に勝利判決を勝ち取りました。しかし、提訴されてから解決するまで3年かかりました。間にコロナ禍を挟んだとはいえ、長過ぎてしんどいものでした。

### しんどいときこそ民主主義が大事

発端となったパートナーズダイニング社事件は、とっくに解決しているのに、そのときのことを掘り起こして、名誉棄損だという訴えに対し、こちらは付き合わないといけなわけです。裁判に勝ってもお金が入るわけではなく、精神的にしんどい。そうになると、「なんで、あんなツイートしちゃったんだよ」みたいなことが起こります。組合の団結が、こんなつまらないことで乱されるわけです。私たち弁護団がこの訴訟中に気を使ったのは、ツイート・寄稿した組合員を孤立させないということでした。「本当に悪いやつは誰なの？」と、きちんと議論して意思統一することを心がけました。

「スシロー」とスラップ訴訟の経験を通じて皆さんに訴えたいのは、しんどいときこそ民主主義が大

事だということです。しんどくなっている時に、本当の敵は誰なのか、私たちは何を大事にしなければいけないのか、きちんと話し合っ、「こんな不当な訴訟には絶対に負けない」と確認していくのが大事だし、そう対応できてよかったと思っています。

## 労働組合のたたかひのすばらしさ

ここまでの話は、非正規雇用ゆえの辛さという傾向があったかもしれませんが、次に、正社員たちの事例をいくつか紹介したいと思います。

### 少数派になっても負けない——京王新労組

京王新労組事件は2000～2004年の出来事です。京王電鉄は東京の新宿・渋谷から八王子辺りを結んでいる私鉄で、そのバス労働者の話です。電鉄の会社はバスや不動産、住宅販売などの多くの子会社や部門を持っていますね。京王電鉄の場合、京王電鉄本体に所属している職員は、当時は電車の運転手と車掌、あとはバスの運転手たちでした。

ここに、バスを分社化するという攻撃が起こりました。バスを別会社にして労働者の賃金を大幅に下げる。生涯賃金で1人約3,000万円下がるという内容でした。従業員約5,000人のうち、千数百人が対象になるような大きな事件でした。

ここには従業員のほとんどを組織する組合がありました。この組合が、最終的にこのリストラに乗ってしまいます。バスは分社化されて、バスの運転手たちは丸ごと、分社化された会社に転籍しました。

この中に少数派がいて、組合の判断に反対し、脱退して少数組合を結成しました。もともと100人ほどいましたが、会社やもとの組合から圧力がかかり、50人での結成となりました。

京王新労組は2001年12月3日に結成されました。12月10日がボーナスの支給日なのですが、新労組の組合員には会社がボーナスを払わなかった。会社側の言い分は、「ボーナスとは妥結して払うもの。多数労組とは妥結しているから金額が分かるが、少数労組とは妥結していないので、払えない」というものでした。

法的には明解な論理です。しかし、ボーナスを自宅のローンに充てている人も多いですね。これは非常に困るということで、新労組は一気に崩れました。とはいえ、すごい人もいて、新労組に脱退届を

出すと、翌日に管理職が現金でボーナスを持ってきたそうです。そして、ボーナスを受け取った翌日にまた、新労組に戻る(笑)。そういう組合員が何人もいて、組合の方も「ようやく戻ってきたな」と受け入れていました。

ボーナスに関しては仮処分で裁判を起し、「8割は当然払われるものだから」と判断され、年末に払わせた。すさまじい攻撃は、他にもたくさんありました。その後も組合差別が続き、労働委員会にも行き、裁判にもなりました。最もひどかったのは、組合員が全員、バスの運転業務から外されたことです。2002年のことでした。

裁判は2004年12月に解決し、皆、職場に戻りました。現在も少数組合で活動が続いています。解決した時点で組合員は確か34人でした。リストラに反対し、すさまじい攻撃を受けましたが、団結を守り抜いたわけです。

仕事から外され自宅待機とされた時、みんな落ち込むかと思っていたら、毎日本社の前で就労闘争をしました。私も一緒に座ったことがあります。冬は本当に寒かった。でも、会社に対するアピールを元気に続けました。

職場復帰後も、京王バスだけ夏でもネクタイをしなければいけないという問題がありました。他のバス会社はノーネクタイでした。そこで「ノーネクタイ闘争」が始まりました。会社の言いつけに逆らって、ネクタイを外してバス運転を始めたわけです。しかも、ちゃんと記者会見をしてアピールする。最終的には「ネクタイなしでいい」ということで妥結しました。このように、元気はつらつと闘争をしている組合でした。現在も頑張っています。

### 残業代不払いを一掃させた——東京都教育庁事件

次に東京都教育庁事件を紹介します。東京都の教育庁は主に学校の管理を担当する部署で、時間外就労の割増賃金未払いが問題になった事件です。

原告の女性によると、「私は東京都教育庁の職員で、4月に先生たちの配置が変わるために3月にいっぱい残業をしました。でも、残業代の予算が尽きたからと言われて、払われなかった」との話でした。

未払い残業代を計算してみると44万円でした。44万円で裁判をするかという話ですが、裁判をして勝ちました。ただし、時効が成立していた部分が多かっ

たために結局13万円しか勝ち取れませんでした。認められたのは、その年の3月分の残業代だけだったわけです。

最初、彼女がうちの事務所に来たとき、私と先輩の顧問弁護士の2人で話を聞きました。先輩の弁護士は、「時間外労働をしたのだから、残業代をもらえるのは当然です。裁判をしたいというのも分かりますが、あなた1人の事件としてやるのだったら、私はやりません。組合を連れて来てください」と言ったんです。「組合としてこの事件に取り組むのであれば、引き受けましょう。東京都の職場全体に対する警鐘になりますから」と。

彼女は次の打ち合わせに組合の支部長を連れてきました。そして、支部として取り組むことを確認しました。支部が裁判に取り組むということは、東京には都庁職員労組がありますから、東京自治労連が取り組むことになるわけです。裁判の傍聴者で毎回、法廷があふれました。

残業代は労働基準法37条によって、払わなければならないものです。裁判所は当然、「払いなさい」という判決を出しますが、東京都の抗弁の一つに「予算がないから払えない」というものがありました。

「実際に予算がないから仕方がないではないか」と開き直ったわけです。それに対して判決は、「予算がないなどという理由が支払いの不払いの理由にならないことは当然である」という内容の判決を出しました。予算があろうがなかろうが、時間外労働をさせたら払えと。法律家にしてみれば当たり前のことですが、それを判決の中でわざわざ宣告したわけです。これは裁判官が、傍聴している人たちの圧を感じたからだと思います。

その結果が振るっています。東京都教育庁で予算が1億円増えました。それだけあれば、残業代はきちんと払えますね。こうして、東京都の教育庁では、残業代不払いが一掃されました。

ただ、その後の東京都教育庁は残念な状況になっています。例えば、東京都の高校のテストにスピーキングテストというのがあるのですが、ここで問題を多々起こしています。

### 職場の空気を変えた——Y銀行パワハラ事件

最後にY銀行パワハラ事件について。組合の書記長がパワハラを受けて精神的にまいってしまい、「辞める」と言ってしまったために辞めさせられたこと

に対して、復職とパワハラを求めて裁判を起した事件です。当該の単組と金融労連が一緒になってたたかった事件でした。裁判傍聴など、組合が一生懸命に取り組んでくれたことが成果に結びついた事件だったと思います。

これは支店長がパワハラをした事件でした。この事件をたたかう中で、私たちはパワハラに関するビデオをつくりました。訴えた本人がパワハラだと感じたことを全部、演劇にして撮影しました。加害者と被告者はプロに演じてもらいました。そして、それを裁判の証拠にしたのです。

裁判官はそのDVDを見て、フンと鼻で笑っていました。あくまでも被害者の言い分でしかなく、丸ごと信用するわけにはいきません、ということですね。しかし、職場では大反響でした。それほど大きな銀行ではなかったからかもしれませんが、加害者も被害者のことも皆、よく知っていたそうです。支店長たちに、「こういうビデオをつくったので、見てください」と見せたら翌日、「見たよ。あいつはこんなもんじゃない」と加害者のことを言っていたそうです。

こうしたこともあって、職場の空気として、パワハラに対する問題意識が一気に広がっていく。同時に、裁判外でも労使交渉が取り組まれた結果、書記長は子会社に職場復帰を果たしました。

## 組合の役割は何か

この3つの事例を通じて皆さんにお伝えしたいことは、まず、敵を見据えて毅然とたたかうことの大切さです。そして、職場の内外に仲間と世論を広げる。憲法には「基本的人権は不断の努力によって保持しなければならない」と書いてありますが、労働組合の権利はまさに、そういうものではないでしょうか。こうした取り組みは1人では成し遂げられないことばかりです。

## まとめ——提起にかえて

### 済生会労組の取り組みから

皆さんの組合活動への提起として、事前にくつろか済生会労組の組合から資料を送っていただきましたので、その感想を述べたいと思います。

就業規則では、休職期間に賃金が出るという取り扱いになっています。休職期間に賃金が出るという

のは、かなり少数だと思います。これは、皆さんや先輩たちが勝ち取ってきた成果だと思います。

ただ、就業規則の中にハラスメントに関する規定が何もない組合もありました。ハラスメントは現在、法律がかなり前進しているので、その中身を就業規則に盛り込むことは、組合も経営者も、注意を払っておかなければならないと思います。

要求書と回答書の一部も拝見しました。「病院の経営と労働者の稼働実態についてデータを出してほしい」という要望に対して、病院側がデータを示していました。これはすごいことだと思います。病院の経営や稼働実態などは、経営側が「そんなの君たちには関係ないでしょう?」と言いそうなのに、データを出す。これは長い歴史の中で労使の一定の信頼関係があるからできることですね。

組合の議案書も拝見しました。少し気になったところとしては、「組織化が大事だ」「組織化のためにレクリエーションをやります」と書いてあります。もちろんレクリエーションは大切ですが、それで組織化の取り組みが評価されるのでしょうか。レクリエーションはあくまでもきっかけに過ぎませんよね。どうすれば参加してもらえるのか、参加している人をどうやって今後の組合の活動につなげていくのかということに対して、きちんと考えた上でその方針を提起しているのならいいと思いますが、イベントをやること自体が組織化の方針というのは、抽象的過ぎるような感じました。

### 参加したくなる運動に

10月に全労連が開催したレイバーカレッジ（レバカレ）で感動したのが大阪府職労の取り組みです。皆、忙しい中で、いかに充実した会議にするか、多くの実践的な取り組みをしていて、うまくいったことやそうでないことについて紹介していました。

こうしたことから学んで、会議を面白く、充実したものにして、一人ひとりが役割を担い、参加して良かったと思える活動に変えていく中で、労働組合はきっと変わっていくと思います。すると、組合に求められる役割が、一層果たせるようになる。

組合活動をいろいろと工夫していく中で、皆さんの組織を強く大きくしていく。そのことを通じて職場を良くしていただければと思います。

ご清聴ありがとうございました。（拍手）

2025年度

# 「女性労働者の労働実態及びジェンダー平等・健康実態調査」 及び「妊娠・出産・育児に関する実態調査」報告

全労連女性部は「女性労働者の労働実態及びジェンダー平等・健康実態調査」及び「妊娠・出産・育児に関する実態調査」の2つの調査を1992年から5年ごとに実施し、2025年に8回目の調査を行った。調査期間は2025年4～7月。集約状況は、「健康調査」は21単産、46都道府県7,942人、うち医労連3,217人（40.5%）、「妊娠・出産調査」は12単産、45都道府県1,664人、うち医労連892人（53.6%）。日本医労連の結果を報告する。

## 「女性労働者の労働実態及びジェンダー平等・健康実態調査」結果について

●医労連の回答した職種の割合は、看護職員45.6%、福祉・介護職場14.6、技術職19.6、事務13.0、保育士0.7、調理2.1%で、正規職員は73.2（80.6%）（全労連、73.3%）だった。

※（ ）内は前回の数、※（全労連）は全労連の数値

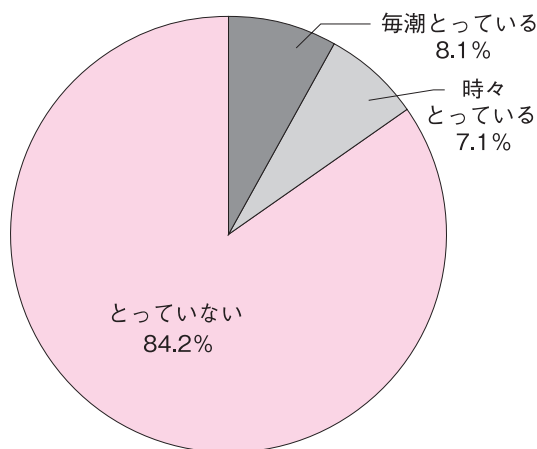
### 1 生理休暇取得は5年前より後退

（1）「月経周期」について、「順調」31.5（39.5%）（全労連、31.4%）、「時々不順」22.2（24.5%）（全労連、21.1%）、「不順」13.0（13.1%）（全労連、11.9%）であった。月経過多や無月経などの「月経異常」を合わせると39.2（41.1%）（全労連、36.5%）と約4割の人が何らかの月経異常を抱えている。

（2）「月経時の鎮痛剤使用」について、「毎潮時」が27.4（25.6%）、「時々使用」の39.8（36.9%）を合わせると67.2（62.5%）（全労連、64.2%）と約7割の人が鎮痛剤を服用しなければならない状態にある。

（3）「生理休暇」について、「毎潮時とっている」8.1（27.9%）（全労連4.7%）、「時々とっている」7.1（5.8%）（全労連、8.8%）を合わせると15.2

図表1 「生理休暇」をとっていますか？



（33.7%）で6～7人に1人しか生理休暇を取得できていない。「とっていない」は84.2（64.9%）（全労連：85.9%）で8割以上の方が取得できておらず、前回調査より取得率が大きく低下している（図表1）。

生理休暇がとれない最大の理由は、「人員不足・多忙でとりにくい」35.9（35.2%）（全労連、31.4%）の一方で、「はずかしい、知られたくない」11.6（8.3%）（全労連、17.5%）、「請求申請の手続きが面倒」8.8（7.0%）（全労連：8.2%）、「制度があるのを知らなかった」7.8（7.1%）（全労連、6.5%）、「就業



規則にない」6.1 (9.7)% (全労連、4.6%) となっている。

前回の調査に比べ、「毎潮時とっている」人が19.8%減少している。月経異常を抱える人は約4割にのぼり、約7割の人が鎮痛剤を服用しながら働いていることから、人員不足や多忙により制度があっても使えない実態が背景にあるといえる。

自由記載には、「生理休暇をとっていいという雰囲気でない」「男性職場でとりにくい」「取得しようとした時に『生理?』と、他の人は取得してなさそうな雰囲気を感じた」「申請の仕方がよく分からない」「生理がこないように薬で止めて、仕事に支障をきたさないようにしている」などの声が寄せられていた。引き続き、施設への要求とともに、母性保護の学習と周知の取り組みの強化が求められる。

## 2 6割以上の人慢性疲労を訴える深刻な働き方

(1) 疲れ具合について「慢性疲労」にあたる「疲れが翌日に残る」37.1(36.7)% (全労連、35.3%)と「いつも疲れている」24.7(20.2)% (全労連、23.6%)を合わせると61.8 (56.9)% (全労連、58.9%)となり、前回よりも増加し、6割以上の人慢性疲労を訴えている。

(2) 「健康状態」について「健康」35.9 (40.8)%に対して、「健康にやや不安」48.6 (45.8)%、「大変不安」7.6 (6.0)%、「加療中」6.3 (5.4)%を合わせると62.5 (57.2)%になり、6割以上の人「健康に不安」もしくは「健康を害している状態」と答えている。「具合が悪くても休めなかったことはありますか」の問いに、「ある」51.9 (50.1)% (全労連、51.8%)で、その主な理由は「人員不足で職場の体制がない」44.6 (46.7)% (全労連、39.6%)、「同僚への気兼ね」42.0 (44.4)% (全労連、32.7%)、「仕事が多忙」27.1 (22.1)% (全労連、34.1%)であった。自由記載には、「体調不良による休みが上司に認められなかった」「コロナ禍で人員不足だった」「発熱などなく痛み止め等で対応可能なため」「自分しか専門職がない」「腰痛は常にあり痛くても内服して働いている」など、自分の健康が後回しになっている実態が寄せられた。

(3) 長時間・交替制労働者が多いにもかかわらず、1日の平均睡眠時間も少なかった。「6時間程度」が最も多く27.7 (30.5)% (全労連、27.6%)、「5時間程度」17.3 (16.8)% (全労連、16.3%)、

「7時間程度」16.0 (15.7)% (全労連：16.5%)の順であった。「4.5時間程度からそれ以下」も1割程度おり、6時間以下の睡眠は64.9%と6割を超えている。睡眠が十分にとれていないことで疲労が回復されず、健康に不安を抱えながら働いている状況が垣間見える。

## 3 8割以上が残業、サービス残業も5割超

(1) 1カ月の残業時間は、「10時間未満」51.2 (52.7)% (全労連、41.4%)、「10～20時間未満」18.0 (20.2)% (全労連、17.1%)と続いた。「残業なし」は17.1 (13.8)% (全労連、21.5%)で、8割以上の人残業を行っていた。「60時間以上」も0.3 (0.4)% (全労連、1.7%)あった。残業をする主な理由は、「自らの責任でやらなければならない仕事だから」59.9 (64.5)% (全労連、63.0%)、「要員・人員不足だから」48.1 (38.6)% (全労連、42.3%)となっており、自由記載では、「前残業をしないと仕事がまわらない」「仕事が多く、残業しないと終わらない」などがあつた。

(2) 直近1カ月間で残業してもお金が支払われない時間(サービス残業)について、「まったくない」が43.9 (47.8)% (全労連、49.0%)で、「30分～5時間未満」38.0 (34.1)% (全労連、27.6%)、「5時間～10時間未満」8.7 (8.6)% (全労連、7.1%)と、サービス残業をしている人は、トータルで52.8 (51.6)%で5割以上にのぼった。自由記載には、「レポートや委員会の業務を勤務時間内に行うことが難しいため、自宅でやっている」などの記述があり、サービス残業は違法であることの周知を図るとともに、自己研鑽と称される研修や教育訓練の受講、業務に必要な学習等の時間は労働時間に該当するとの周知徹底も必要である。

## 4 「休みたいのに休めない」——年休と介護・看護休暇取得の実態

(1) 年休が「自由にとれる」は50.2 (39.7)% (全労連、54.2%)、「ほとんど取れない」3.9 (8.4)% (全労連、4.2%)であった。取得日数をみると、「0日」3.2% (全労連、3.1%)、「0日超～5日未満」2.9% (全労連、3.9%)、「5日以上～10日未満」25.3% (全労連、23.2%)、「10日以上～20日未満」49.3% (全労連、50.3%)、「20～40日」18.5% (全労連、19.0%)で、10日未満の取得率は31.4%

(全労連、30.2%)だった。年次有給休暇5日以上の取得が義務化されたにもかかわらず、1日も取得できていない人が3.2% (全労連、3.1%)、「5日未満」が2.9%いることは問題である。看護師については、「自由にとれる」41.1 (27.5)%で、「すこしとりにくい」37.2 (42.0)%、「ほとんどとれない」4.2 (10.8)%となっている。取得日数でみると10日以上の取得率は56.2%であったが、10日未満の取得率は20.6%、「5日未満」が2.4%、「0日」が2.6%となっている。

(2)「年休をなんのために使ったか(3つ以内回答)」では、「旅行・趣味」47.1 (42.6)%、「休養」38.6 (48.9)%、「自分の病気・通院」36.6 (25.4)%、「子どもの保育・授業参観・行事参加」30.8 (26.8)%、「家族の病気・通院」27.7 (19.6)%となっている。「休養」を年代別に見ると、「25~29歳」48.9%、「30~34歳」40.2%、「20~24歳」37.7%となっており、若年層は体を休めることに使っている。その一方で、「子どもの保育・授業参観・行事参加」では、「40~44歳」65.6%、「35~39歳」59.1%、「45~49歳」53.4%と、子育て世代は子どもを最優先していることが読み取れる。

(3)「家族(配偶者・子・親)のために2週間以上の介護・看護が必要となったにもかかわらず、介護・看護休暇を取得しなかった」理由として最も多かったのが、「人手不足や職場の状況から」27.7 (35.7)%、「制度を知らなかった」が15.8 (17.8)%であった。一方で、「無給など経済的理由」など、あえてとらなかった人が13.0 (9.3)%となっていることから、賃金保障とあわせて取得促進にむけた要求をしていく必要がある。「申請が認められなかった」も1.2 (4.7)%あり、引き続き制度の周知徹底や施設への指導が必要である。

「介護休業(休暇)をとりやすくするため最も要求したいことは(3つまで回答)」について、「人員増」60.7%、「取得できる回数を増やす」26.5(40.7)%、「期間の延長」24.4%、「一時金の支給」23.2%、「代替要員の配置」20.8%の順であった。

自由記載には、「非正規にも同等制度がほしい」「必要な時にすぐにとれる申請が必要」「職場でとりやすい雰囲気をつくってほしい」「親の介護に期限はない」との記述があった。介護・看護休暇は人手不足や制度未周知、無給による経済的不安が取得を妨げており、制度整備と人員確保、賃金補償を一

体で進める必要がある。

## 5 「賃金の引上げ」と「人員増」は不動の2大要求

「職場で今もっとも切実な要求(3つまで回答)」は、「賃金引上げ」78.5 (64.3)% (全労連、68.6%)が約8割を占めた。次いで、「人員増」54.9 (47.5)% (全労連、51.9%)、「休日・休暇の増加」23.7 (25.4)% (全労連、21.4%)、「退職金の引上げ」13.4 (13.6)% (全労連、12.5%)と続いた。「賃金引上げ」は、前回より14.2ポイント増えており、物価高騰の中で実質賃金の低下が現場を直撃していることがうかがえる。続いて、「人員増」が54.9%と高く、「賃金引上げ」と「人員増」を同時に進めなければ、職場改善は進まない。

自由記載には、「給与を上げて欲しい」「適正な人員配置」「夜勤をしなくても正社員になれるようにしてほしい」「子育てと両立したい」「60歳以上の継続雇用者の賃金を低くしないで」などととともに、「副業を許可して欲しい」という記述もあった。専門職にふさわしい賃金への切実な要求と人員増は待ったなしである。医療・介護提供体制の強化を図るためにも、疲労回復のための休みや、母性が守られる職場環境のための土台となるゆとりある人員配置が必要である。

## 6 約4割がハラスメント経験あり——約5割は解決せず

(1)「ハラスメント(セクハラ・パワハラ)を受けたことがあるか」については、「受けたことはない」53.8 (59.2)% (全労連、58.5%)となっている。「受けた」が約4割で、その内容は(複数回答)、「適切でない表現で指示、指導を受けた(人格否定・差別的発言・怒鳴るなど)」13.0 (11.5)% (全労連、11.4%)、「言葉でのセクハラ」10.2 (10.1)% (全労連、9.0%)、「適切でないタイミングや場所で指示、指導を受けた(部下や大勢の前など)」8.5 (7.9)% (全労連、6.7%)となっている。さらに今回、項目を新設した「客や利用者、取引先等からのハラスメント」については10.1% (全労連、8.5%)であった。自由記載には、「医師からの暴言」「人員不足による精神的ハラスメント」「独身という理由で遅くまで残る、早く帰らせてもらえない」「大声で怒鳴られる」「退職しないよう、強い



圧をかけられた」「患者から大きい声を出される」などがあった。

(2)「ハラスメントを受けたことがある」と答えた人の対処方法は、「同僚・友人に相談した」41.6 (50.8) % (全労連、40.0%)、「上司に相談した」37.6 (30.5) % (全労連、36.0%)、「誰にも言わず耐えた」23.3 (24.4) % (全労連、22.7%)となっている。特に、「誰にも言わず耐えた」が「家族に相談した」17.4 (17.3) % (全労連、18.7%) より多く深刻である。「労働組合に相談した」は5.6 (6.8) % (全労連、7.1%)にとどまっている。

相談や抗議の結果、「解決した」は27.9 (24.6) %と約4人に1人で、「解決しなかった」49.6 (46.7) % (全労連、47.2%) が約5割となっている。ハラスメントを受けても、家族に心配をかけまいと1人で抱え、職場でも解決にいたっていないことがうかがえる。人員不足で余裕のない体制のなかでハラスメントが発生し、周囲にも波及する負のスパイラルの構造が推測できる。労働組合としてハラスメントは法違反だという視点で、「しない・させない・見逃さない」という立場での取り組みが求められる。自由記載には、「相手が医者なのでだれも何も言えない」「移動届を出した」「最上部の幹部によるものなので、誰にも言えなかった」など深刻な内容の記述もあった。

## 7 7割以上が離職を考えている

(1)「仕事を辞めたいと思うか」について、「いつも思っている」が17.3 (14.7) % (全労連、14.8%)、「ときどき思う」が56.5 (54.6) % (全労連、53.6%)、合わせて73.8 (71.3) % (全労連、68.4%) と、前

回の調査より2.5ポイント増加し、全労連との比較でも5.4ポイント高かった。理由は(複数回答可)、「多忙で身体的・精神的にきつい」50.8 (48.3) %、「仕事に見合った賃金が支払われていない」39.8 (26.7) %、「職場の人間関係」20.2 (23.2) %、「仕事と子育て介護との両立が困難」18.4 (19.0) %、「いつも仕事のことが頭から離れない」17.2 (17.3) %と続いた。

## 8 不妊治療と仕事の両立——職場の理解が最大の課題

(1) 不妊治療について、「受けたことがある」10.5 (9.0) %、「受けている」1.1 (1.0) %、「受ける予定」0.6 (0.6) %と、1割が不妊治療に関わっている。

「不妊治療と仕事の両立に必要と思われることは」(複数回答)については、多い順に、「上司の理解及び協力」60.6 (57.5) % (全労連、53.1%)、「仕事と治療時間の調整」56.3 (53.4) % (全労連、57.6%)、「治療のための休暇」43.7 (41.4) % (全労連、37.6%)、「同僚の理解及び協力」36.3 (37.4) % (全労連、36.4%)、「国・自治体などの助成金(年齢、回数制限がなく、すべての治療)」24.8 (26.4) % (全労連、25.1%)であった。自由記載には、「不妊治療を考えているが急な休みは迷惑がかかると思って前向きになれない」「不妊治療も妊娠もとても身体が苦しい」「1人目が生まれた後の2人目の治療についても周りの理解が必要。『もういいんじゃない?』『また休む日が始まる?』などの空気感があってはダメだと思う」「上司だけでなく同僚の理解が必要」など切実な声が寄せられた。

※( )内は前回の数、※(全労連)は全労連の数値

## 「妊娠・出産・育児に関する実態調査」結果について

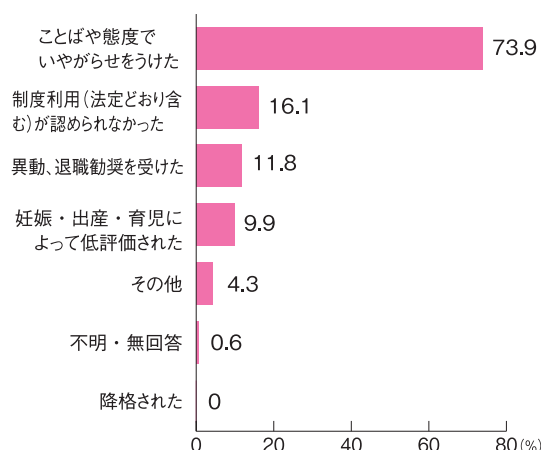
●医労連の中で回答した職種の割合は、看護職員61.0%、技術職21.1%、介護・福祉職場7.0%、事務7.6%、調理0.7%、保育士0.6%で、92.2%が正規職員だった。勤務形態は、日勤のみ63.8 (52.8) % (全労連、71.0%)、3交替15.2 (21.4) % (全労連、8.8%)、2交替11.5 (7.3) % (全労連、6.3%)となっている。

### 1 妊娠・出産・子育てを理由として仕事を辞めた

妊娠・出産・子育てを理由として仕事を辞めた経験のある職員は8.7 (17.4) % (全労連、9.2%)と前回より減少している。

あと回答した人を雇用形態別に見ると、正規では「ある」が5.2 (10.9) % (全労連、5.0%)だったのに対し、非正規(無期)42.1%、非正規(有期)56.0% (全労連、非正規(無期)40.5%、非正規(有期)47.9%)と、非正規が多く、有期雇用の非正規

図表2 マタニティハラスメントの内容



が5割を超えている。

非正規雇用になった理由をみると、「子育て・介護のため」66.7%、「正規のような働き方はできないと思った」15.9%と合わせて82.6%と8割を超えている。このことから、女性の多くが家族的責任を担わざるを得ない状況にあり、仕事と子育て・介護の両立が困難と感じていることが見て取れる。子育てや介護中の人、安心して仕事と両立でき、働き続けられる職場にしていくためにも、ゆとりある人員配置が必要である。

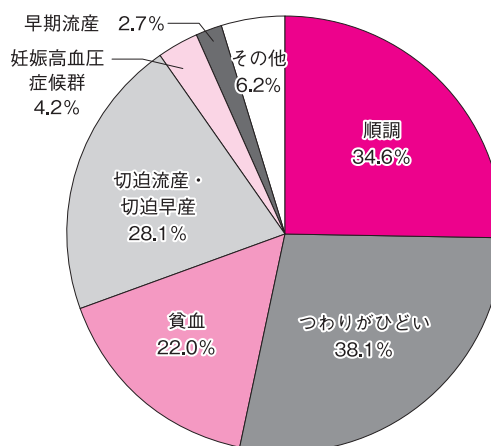
仕事を辞めた理由としては、「自分の体力がもたなそう」が17.9 (22.8) % (全労連、15.1%)、「職場に両立を支援する制度や雰囲気なかった」が16.7 (23.4) % (全労連、21.1%)であった。仕事と子育て・介護の両立の難しさと合わせ、体力的なことを理由に退職した人が多く、医療や介護現場の過酷な実態を物語っていると言える。

「退職勧奨・解雇された」も2.6 (5.5) % (全労連、3.9%)あり、前回より減ってはいるものの、妊娠期間中や育休・短時間勤務が終わって1年以内の解雇や雇止め、介護休暇の取得を理由とした解雇や雇止めなどの不利益取り扱いを行うことは違法とされている中で、そのような違法行為が2.6%あることは問題である。

## 2 なくなるマタニティハラスメント

妊娠・出産・育児にかかわってのハラスメントの有無については、「ある」が18.0 (16.9) % (全労連、17.2%)で、内容は、「ことばでの嫌がらせ」

図表3 妊娠中の状況



73.9 (74.5) %、「制度利用が認められなかった」が16.1 (7.8) %、「異動・退職勧奨」11.8 (12.8) %だった (図表2)。

雇用形態別のハラスメントの有無については、正規が18.1 (17.4) %、非正規(無期) 15.8%、非正規(有期) 16.0 (15.6) %が「ある」と回答している。ハラスメントの内容として「異動・退職勧奨」は、正規が11.6 (11.4) % (全労連、12.0%)、非正規(無期)で16.7%、非正規(有期) 0 % (全労連、非正規(無期)16.7%、非正規(有期) 7.1%)と減少傾向だが、「妊娠・出産・育児によって低評価された」では、正規9.5%、非正規(無期)16.7%、非正規(有期) 25.0%と高い傾向にある。

妊娠・出産・育児に関するハラスメントは18.0%と約5人に1人が経験しており、依然として深刻な状況が続いている。内容は言葉による嫌がらせが中心で、制度利用の拒否も増加している。異動や退職勧奨は減少傾向にある一方、「妊娠・出産を理由に低評価を受けた」は非正規ほど高く、とくに有期雇用では4人に1人のぼっている。

自由記載には、「育休に入ると企業側も負担が大きくなって迷惑といわれた」「放射線科で妊娠していると伝えたがプロテクターの着用もなくドアも開けたままレントゲン撮影された」「異動を強いられる」などの記述があった。人手不足が背景にあると思われるが、妊娠を理由とした精神的圧力や安全配慮の欠如、望まない異動など深刻な人権侵害が確認できる。妊娠・出産を「迷惑」と捉える職場意識の改善が急務である。



### 3 4人に1人が流産経験あり

流産経験「あり」は、26.3 (21.4) % (全労連、23.9%) で4人に1人が流産を経験している。「不明・無回答」を除き、妊娠が「順調」と回答した人は、34.6 (37.9) % (全労連、38.2%) だった。症状の多い順で、「妊娠悪阻つわりがひどい」38.1 (31.5) % (全労連、35.6%)、「切迫流産・早産」28.1 (29.5) % (全労連、24.9%)、「貧血」22.0 (27.6) % (全労連、21.5%) と続いた (図表3)。

流産経験は前回より4.9ポイント増え、全労連と比較しても2.4ポイント多く、妊娠期の健康リスクがより深刻であることがうかがえる。また「順調」と回答した割合も全労連より低く、安心して妊娠継続できる職場環境が、命を守る医療現場にもかかわらず十分に整っていない実態が明らかになった。業務軽減や人員増など母性を守る労働環境の改善が早急に必要である。

### 4 看護師の約3人に1人の妊婦が

#### 深夜業に従事している

妊娠経験のある職員に深夜業 (22時～翌朝5時) が免除されたかどうか聞いたところ、「もともと深夜業はない」「不明・無回答」を除いたうち、「現職で免除された」21.5 (21.5) % (全労連、14.6%)、「一部期間は免除」14.8 (14.6) % (全労連、8.9%)、「配置換え・異動などで免除」1.9 (1.4) % (全労連、1.6%) と、なんらかの深夜業免除があった人は38.2%と約4割にとどまった。

できなかった理由として、「免除できることを知らなかった」6.4 (6.0) % (全労連、4.5%)、「多忙・代替者がおらず請求しなかった」4.5 (5.6) % (全労連、3.2%)、「収入が減るから請求しなかった」3.9 (3.8) % (全労連、2.4%)、「請求したが認められなかった」0.8 (1.1) % (全労連、0.7%) となっている。

看護師だけでみると、「もともと深夜業はない」「不明・無回答」を除いた、深夜業が免除されなかった31.2 (32.6) %のうち、「免除できることを知らなかった」12.8 (11.9) %、「多忙・代替者がいなく請求しなかった」8.9 (11.9) %、「収入が減るので請求しなかった」7.7 (6.8) %、「請求したが認められなかった」1.8 (2.0) %で、看護師の約3人に1人の妊婦が深夜業務をせざるを得ない状況となっている。特に、「免除できることを知らなかった」

が0.9ポイント増えており、権利を知らない=教えてもらえないことは、育児・介護休業法第21条に抵触 (違反) していると言える。

自由記載に、「深夜労働の制限を拡大して欲しい」「時短勤務、深夜免除がとても言いづらい環境」とあるように、慢性的な人員不足が、妊娠しても夜勤免除されない職場環境となっていることを明確に示している。

### 5 周知されていない母性保護のための制度

#### (1) 妊娠中の業務軽減について

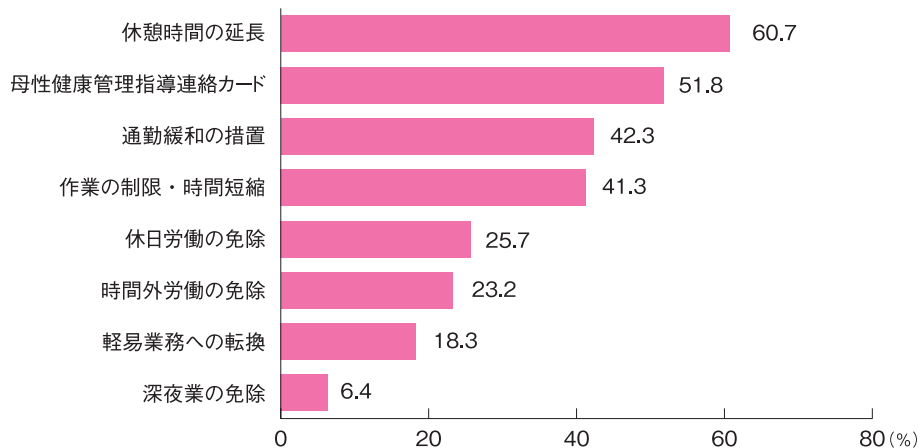
「免除できることを知らなかった」人がどの制度を知らなかったかについては、「必要としない」や「不明・無回答」を除いて、医労連全体として、「深夜業免除」6.4 (6.0) % (全労連、4.5%)、「時間外労働の免除」23.2 (20.8) % (全労連、18.8%)、「休日労働の免除」25.7 (23.9) % (全労連、17.9%)、「軽易業務への転換」18.3 (16.9) % (全労連、15.5%) となっている。また、「通勤緩和の措置を知らなかった」は42.3 (34.5) % (全労連、32.7%)、「妊娠中の休憩時間延長などの措置を知らなかった」は60.7 (56.7) % (全労連、52.0%)、「作業の制限・勤務時間の短縮等」は41.3 (36.3) % (全労連、33.1%) にのぼった。母性健康管理指導事項連絡カードの周知については、「知らない」が51.8 (61.2) % (全労連、50.5%) であった (図表4)。

母性健康管理指導事項連絡カードは、母子健康手帳交付時に保健師が説明することとなっているが、これについても周知されていない実態が浮き彫りとなった。自由記載には、「母性健康管理指導事項連絡カード (深夜労働の制限、時間外労働の制限、休日労働の制限) を死産後も使用できる事を知った。その事を部長に伝えたが『知らなかった』と言われた」などの記述があった。免除や配慮措置について「知らなかった」割合が高く、制度があっても活用されていない実態が明らかとなった。特に休憩時間延長や母性健康管理指導事項連絡カードの未周知は5割以上に達し、職場での周知不足が、妊娠中の負担増にもつながっている。

#### (2) 育児短時間制度について

「育児のための短時間制度」について「不明・無回答」除き、「あるかどうかわからない」が9.0 (16.9) % (全労連、9.8%)、制度がある職場での「制度利用」は71.9 (64.4) % (全労連、64.9%)、

図表4 妊娠中の業務軽減を知らない場合



「自分の意思で取らなかった」24.4 (31.6)% (全労連、31.4%)、「取得したかったが取れなかった」3.7(3.9)% (全労連3.7%)となっている。

利用した群では、「利用してよかった」63.7(72.5)% (全労連、65.9%)と、前回より8.8ポイント低下しており、「賃金が減って困った」は23.3 (12.2)% (全労連、21.5%)と11.1ポイント増加、「多忙で結局時短にならなかった」が16.6 (12.5)% (全労連、14.4%)と4.1ポイント増加しており、今後の課題も示された。

制度を利用しなかった群の理由では、「休業中の所得保障がない」33.3 (26.6)% (全労連、31.9%)がトップで、「人員不足」22.6 (25.4)% (全労連、20.0%)、「特に必要性を感じない」21.5 (31.8)% (全労連、21.1%)と続いた。自由記載には、「制度を知らなかった」「やりたい仕事をさせてもらえなくなる」などの声が寄せられた。2025年4月から、2歳未満の子を育てる時短勤務者向けに、「育児時短就業給付金」が創設され、減額分の一部が補填されるようになったことから、制度の周知が必要である。

### (3) 小学校就学前の子を養育する労働者の深夜業免除

小学校就学前の子を養育する労働者の深夜業免除について、「もともと深夜業はない」「不明・無回答」を除き、「免除されている」18.7 (18.2)% (全労連、14.6%)、「時々免除されている」は5.0 (4.0)% (全労連3.3%)であり、トータルすると23.7 (22.2)% (全労連、17.9%)となり、就学前まで

の深夜業免除は約2割にとどまっている。

### (4) 育休制度の改善について

育休制度の改善については、「不明・無回答」を除き「育休中の所得保障の増額」81.3 (70.8)% (全労連、76.8%)が際立って多く、次いで「期間の延長」46.2 (36.4)% (全労連、38.9%)、「休業期間を勤務したものとみなす」34.7 (31.7)% (全労連、30.5%)と続き、要求のトップ3は前回調査と変わりなく改善が進んでいないことがうかがえる。

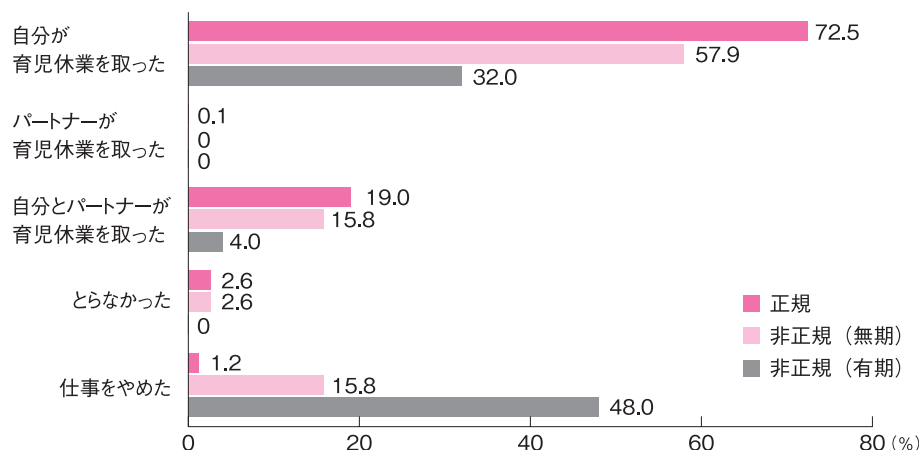
### (5) 子育て両立支援制度の改善について

子育て両立支援制度の改善については、「不明・無回答」を除き「子どもの看護休暇の日数増」67.9 (61.3)% (全労連67.8%)、「参観日・PTA活動など家族的責任を果たすための休暇新設」53.4 (55.8)% (全労連、53.9%)、「子どもの看護休暇の対象年齢の引き上げ」42.8 (33.7)% (全労連、43.6%)であった。

仕事と家庭・育児を両立させて働き続けるための要求については、「子の看護休暇の拡充」50.7 (40.3)% (全労連49.4%)がトップで、「保育料など育児にかかわる負担軽減」40.9 (38.3)% (全労連、38.7%)、「休暇の取りやすい職場環境」40.0 (44.1)% (全労連、42.3%)、「保育や授業参観・行事参加の休暇」38.0 (37.2)% (全労連、36.6%)と続き、育児に関することが上位を占めた。自分の働き方より子育てに重きをおいていることがうかがえる。

自由記載には、「子の看護等休暇を取得しても

図表5 育児休業取得状況



ボーナス・退職金等に影響しないようにしてほしい」、「子の看護等休暇を有給にすること」「子育てするたびに貧しくなる」「もう一人欲しいけれど金銭面から断念するのが現状」「時短勤務で減額され、保育料もプラスすると正社員とは思えない手取りになる」「子どもと過ごす時間とお金の両方を確保したい」との記述があった。

## 6 非正規で働き続けることはより困難

育児休業取得について、全労連全体の取得率は「不明・無回答」を除き、「自分が育児休業を取った」、「自分とパートナーが育児休業を取った」を合わせると92.7 (82.1) %であった。雇用形態別では正規88.0 (87.7) %、非正規 (無期) 60.8 %・非正規 (有期) 47.9 %であり、非正規については、「仕事を辞めた」が無期16.2 %・有期32.4 %と非正規 (有期) が3割となっている。

医労連では、「自分が育児休業を取った」74.6 (87.1) %、「自分とパートナーが育児休業を取

った」19.3 (3.0) %を合わせると93.9 (90.1) %であった。雇用形態別では正規が「自分が育児休業を取った」72.5 (91.0) %、「自分とパートナーが育児休業を取った」19.0 (3.4) %だったのに対し、非正規では、「自分が育児休業を取った」は、(無期) 57.9 %・(有期) 32.0 %で、「自分とパートナーが育児休業を取った」は (無期) 15.8 %・(有期) 4.0 %であった。また、「仕事を辞めた」非正規は (無期) 15.8 %・(有期) 48.0 %と、非正規 (有期) が約5割で退職を余儀なくされる実態が明らかになった (図表5)。

育児休業について、「自分とパートナーが育児休業を取った」が前回よりも16.3ポイント増加しているのは、2022年から段階的に施行されている育児・介護休業法の改正によるものであると推測できる。

しかし、非正規については取得率が低いこと、妊娠・出産によって仕事を辞めたという職員が多いことから、出産後働き続けることが困難である現状があり、制度のさらなる改善が必要である。

## 2つの調査結果を受けて

### 1 責任感だけでは支えきれない——限界に達した医療・介護・福祉の現場を変えよう

日本医労連の集約分の約5割は看護師であり、現場の人手不足がより顕著に表れる結果となった。8割以上が生理休暇も取れず、約7割の人が鎮痛剤を

使用しながら勤務し、6割を超える人が慢性疲労と健康不安を抱えている。

さらに、4割がハラスメントを経験しており、そのうち4人に1人は「誰にも相談せずに耐えていた」と回答している。人員不足で余裕のない職場では、ハラスメントが起きやすく、また声をあげにくい状況であることが推測される。相談しても解決に至らないケースが5割と、社会的に改善していく仕

組み作りが急務と考えられる。

「仕事を辞めたい」と思う人が7割を超えている背景には、身体的・精神的にきつい働き方に加え、仕事に見合った賃金が支払われていないという強い不満があり、責任感だけで現場を支えることは、すでに限界に達している。コロナ禍で、医療・介護体制の脆弱さが社会全体で明らかとなったが、その後も医療費抑制政策のもとで人員不足は放置されたままである。人員不足を長時間労働と自己犠牲で補う構造から脱却し、ゆとりある人員配置と専門職にふさわしい賃金水準を実現することが、いま強く求められている。

妊娠中の状況については、看護師の3割が妊娠中でも深夜業に従事し、流産経験者は前回より4.9ポイントも増加していることも、母性が守られない現場の実態を顕著に表している。深夜業免除や長時間労働など、業務軽減が十分に行われていない環境は、妊娠中の身体に大きな負担を与え、結果として流産や切迫早産などのリスクを高めていることが考えられる。

## 2 権利を知って、使って、充実・強化を

調査では、制度や権利を「知らない」「知らされていない」との回答も多かった。特に深刻なのは、母性保護や両立支援に関する制度が十分に周知されず、活用されていないことである。深夜業免除、時間外・休日労働の免除、通勤緩和、休憩時間延長など、本来法律や制度で保障されている措置について、「免除できることを知らなかった」と回答した人が多数にのぼった。母性健康管理指導事項連絡カードについても、半数以上が「知らない」と答えており、制度があっても現場で説明されず、実際の配慮につながっていないことが明らかとなった。

育児短時間制度や育児休業制度については、「利用してよかった」が63.7%と前回より8.8ポイント低下しており、賃金減少や人員不足を理由に利用をためらう人も多い。とくに非正規（有期）では、妊娠・出産後に仕事を辞めざるをえなかった人が約5割にのぼり、制度の不平等が女性の働き続ける権利を奪っていると言える。

制度があっても「知らない」「使えない」ことが、健康悪化や離職につながっているのが現状であ

る。労働者自身への学習と周知の強化はもちろんのこと、事業主に対しても、制度活用の徹底を図ることとともに、利用を前提とした職場運営を徹底させる必要がある。

## 3 大規模災害や新興・再興感染症にも備えた体制の強化で母性保護を拡充しよう

コロナ禍で人員不足が明らかになったことから、平時から余裕のある体制整備が不可欠である。安全・安心の看護・介護を提供するためにも、医療・介護現場の人員増と配置基準の引上げをすすめ、代替要員を確保できる仕組みを確立することが重要である。

同時に、母性保護制度の周知と利用しやすい職場環境づくり、賃金保障や休暇制度の充実を一体的にすすめる必要がある。

## 4 ジェンダー平等で医療・介護の充実強化を

調査項目「男性に比べ不当に差別されていると思うか」について、「差別はない」は75.9（76.7）%（全労連、72.5%）で、「差別がある」と回答した人は28.1（24.5）%（全労連、34.0%）であった。差別の内容としては、「能力を正当に評価しない」5.5（4.1）%（全労連、5.8%）、「昇進・昇格に差別がある」4.4（3.6）%（全労連、5.8%）「賃金に差別がある」4.0（4.4）%（全労連、3.7%）となっている。医療・介護・福祉現場は「女性が家庭で担っていた仕事」という考え方のもとで賃金の低さや処遇改善の遅れにつながっていることから、根底にある女性差別を撤廃し、ジェンダー平等を実現することが必要である。

自由記載では、「結婚して女性が世帯主でも住宅手当が出ない」「女性は掃除・茶くみ・電話対応が当たり前」「事務系のトップに女性がいない」「男性の方が育休や介護休暇などを取りにくい」「生理休暇が非常に取りにくい雰囲気がある」と訴えている。一人ひとりが大切にされ、誰もが自分らしく生きられる職場と社会を実現していくためには、声をあげた人を孤立させず、声を上げられない人の痛みに寄り添うことが重要であり、それこそが労働組合としての役割である。

# 心すなおに風のごとくに

第51回

## 総選挙後「明日はどっちだ?」——決めるのは私たち

今年の日本海側の冬は、雪が多く、寒い日が長いように感じた。その中で突然、総選挙が行われることになった。雪で足元が悪い上に、準備期間も非常に短い選挙で、点字つきの投票用紙の準備が間に合わないという話もあり、雪で移動が難しい車いすの方々など障害を持つ方、高齢の方には非常に酷な時期の選挙であった。

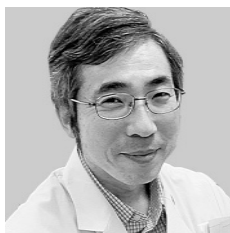
結果は、自民党の空前絶後の大勝利であった。首相の政治姿勢に賛同できない点の多い筆者としては、選挙特番を見る気が失せるほどの衝撃であった。日本の今後の平和や経済について、99%の人が深刻な状況に陥る可能性を危惧する。しかし、テレビで選挙後のインタビューを見ると、若い人たちが非常に喜んでいて、「さなえちゃ〜ん」と、アイドルのような“推し”という現象が言われ、そうなのだと思っていた。政策論争の乏しい選挙戦で、中身の吟味をしない、人気投票のような投票行動だったのかと。しかし、ある若い女性の「これで日本が動いていける、首相の頑張りでどんどん日本が勢いに乗っていける」というコメントにハッとした。

若い人たちは、どうしようもない今の生活や状況、平穏を脅かされる状態をなんとか動かしてほし

いと、首相に希望を託したのだ。私から見れば、「働いて働いて」の言動や、トランプ大統領の横で飛び跳ねたり、ドラムをたたいたりのパフォーマンスなどはひどく浮ついたような印象を受けるのだが、支持した若い世代からは、それが日本を良い方向に動かしてくれるように見えたのだ。

確かに、日本は動いていきそうである。国民は動かされていきそうである。問題はどのような方向に向かうのかである。これだけの絶対的議席数があり、スピード感をもって政策実行していく、という言葉からは、国会でどれだけきちんと議論が行われるのかの懸念がある。非核三原則の見直し、スパイ防止法、さらに憲法改正発議から改憲と続くと、身動きできないまま動かされていくことになる。時代の大波は抗えないほどになるだろう。すでに、そうなりつつあるとさえ感じる。

冬は時間がたてば、自然に春になる。寒さを凌<sup>しの</sup>いで、あせらず待てばいいのだが、人の社会はそうはならない。「力による平和」の行き着く先がどうなるか、歴史が示している。冬のあとが氷河期にならないように、国民主権と人権を維持しなければならない。若い人に憲法前文をぜひ読んでもらいたい。



まつうら けんしん ●1984年金沢大学卒。青森で研修し、現在は石川勤労者医療協会城北病院。主な関心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。

## 【声明】

### 診療報酬改定率3.09%では地域医療は守れない —医療現場の奮闘を顧みない政府の姿勢に強く抗議する

2025年12月19日

日本医療労働組合連合会

中央執行委員長 佐々木 悦子

本日、政府は2026年度の診療報酬の改定率について3.09%とする方針を固めた。高市首相は、改定率も含めた2026年度当初予算案を12月26日に閣議決定する予定としている。

コロナ禍以降、医療現場では人員体制が不十分な下でも患者のいのちを守るために必死に奮闘してきた。それにもかかわらず、物価やエネルギー価格が高騰する状況にあって、医療従事者は賃上げからも置き去りにされてきた。医療や介護、福祉労働者の賃金は、制度の特性上、診療報酬など政府が決定する公定価格が大きく影響する。2026年度の診療報酬改定は、医療従事者の賃上げに対する政府の姿勢といっても過言ではない。その判断が「微増」にとどまったことに対し、日本医労連は満身の怒りをもって抗議し、強く是正を求めるものである。

現在、医療機関や介護事業所は史上最悪の倒産件数を記録し続けている。経営難に加え、職員の離職の増加や採用難が深刻化し、病床閉鎖や事業そのものの継続ができない事態が広がるなど「医療崩壊」「介護崩壊」が現実のものとなっている。こうした事態に、日本医師会や看護協会、6病院団体、介護事業者団体などから物価高騰対策と他産業並みの賃上げに向けた公定価格の大幅引き上げを求める声が相次いだ。また、医療・介護・福祉は、国民生活に欠かすことのできない生活基盤を支えるインフラ産業である。その「崩壊」につながる危機に対し、自治体関係者や国会議員も強い危機感を抱き、私たちと同様に「10%以上の報酬引き上げ」を求めてきた。これとは対照的に、財政制度等審議会が12月2日に出した「令和8年度予算の編成等に関する建議」には、「単に物価・賃金の上昇に対応する全体改定率を求めるなどということがあってはならない」、「医療機関の機能・種類別の経営状況、収益費用構造等を踏まえたきめ細やかな対応とする必要がある」などと明記している。今まさに医療現場で広がっている深刻な事態への対応を「医療機関の機能・種類別」の課題に矮小化し、この期に及んで「きめ細やかな対応が必要」とする考えには、医療現場がおかれている危機を打開しようとする意図は微塵も感じられない。今回の政府の方針には、こうした姿勢が如実に現れており失望を禁じ得ない。

日本医労連は、職場での対使用者闘争を強めるとともに、引き続きすべての医療・介護・福祉労働者の大幅賃上げを可能とする診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の10%以上の引き上げを求め、産業別労働組合の総力を挙げて全国の仲間とともにたたかいをすすめる。また、労使の立場を超えた広範な共同を全国に広げながら、国民とともに医療・介護・福祉を守り抜くために奮闘する決意である。

以上