

医療労働

No.667
May 2023

5



記念講演 住み続けられる地域を守る

公益財団法人日本医療総合研究所研究・研修委員 寺尾 正之

全ての子どもたちの幸せのために!

岩手県医師会子どもたちの「生きる力」を育む検討委員会 千田 恵美

組合員全員のたたかいを —23国民春闘の焦点

全労連事務局長 黒澤 幸一

調査報告 日本医労連「2022年秋・退勤時間調査」結果の概要

1 医療崩壊の危機を 再び繰り返さないために

鎌倉 幸孝 (日本医労連中央副執行委員長)

2 記念講演 第13回地域医療を守る運動全国交流集会 (2022年11月23日)

住み続けられる地域を守る

—医療提供体制の再編と公立・公的病院削減政策の破綻と再生—
寺尾 正之 (公益財団法人日本医療総合研究所研究・研修委員)

9 記念講演 日本医労連第44回院内保育所会議 (2022年11月27日)

全ての子どもたちの幸せのために！

—今、私たちが知っておきたい非認知能力とは—
千田 恵美 (千田クリニック/岩手県医師会子どもたちの「生きる力」を育む検討委員会)

15 記念講演 日本医労連全国医科系大学労組23春闘対策会議 (2023年2月18日)

組合員全員参加のたたかいを

—23春闘の焦点—
黒澤 幸一 (全労連事務局長)

24 調査報告 日本医労連「2022年秋・退勤時間調査」 結果の概要

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)
- 32 よろしく (あたらしくなまになりました) ……………レストピア労働組合 (佐賀)

医療崩壊の危機を 再びくり返さないために



日本医労連3・9統一ストライキ（2023年3月9日、愛知県医労連）

医療現場はコロナ禍以前から、歴代政府による医療従事者の抑制でぎりぎりの体制を強いられ、感染症危機に対応できる余力を徹底的にそぎ落とされてきました。この医療体制の脆弱さこそ、克服すべき最大の問題です。政府は今年3月、新型コロナウイルス感染症の5類移行に向け、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について」を発表しましたが、救えるはずのいのちを救うことができない状況をどのように回避するのかについて、ただ数値目標のみを示すだけで必要な人員体制の拡充には触れていません。具体案を国民に示さないのは全くの無責任であると言わざるを得ません。

コロナ禍が3年以上続く中、医療や介護の現場は、感染症と向き合いながら必死に奮闘を続けていますが、政府による医療・介護への十分な補償も補填もないため、そのしわ寄せは労働者への賃金・労働条件等の切り下げなどの形で表れ、大量の退職者も発生しています。

医師・看護師など十分な医療従事者がいなければ、どれだけ病床が空いていたとしてもコロナ患者を受け入れることはできません。常に病床と医療従事者に一定の余力を確保しておく必要があり、そのための医師・看護師など医療従事者の増員が緊急に求められています。しかし政府は、コロナ禍の現在でも医療費抑制政策を積極的に進め、病院の再編・統合、病床削減が惨事便乗型に加速して行われています。

これからどのような変異株が増えるかは予想できないうえに、アメリカで流行している「XBB.1.5」は、より感染力が強いと言われており、「5類感染症」に位置付けたところで、新型コロナウイルスの性質自体が変わることはありません。政府は変異株の状況など、今後の感染状況次第では対策を強化するとしていますが、そうであるなら、この時期に「5類感染症」への移行はやめるべきです。

医療崩壊の危機を再びくり返さないために、第9波に備え、政府は一刻も早く、感染者が医療にアクセスできる医療提供体制づくりを進めるべきです。そのため医療機関に対する補助の継続や緊急の診療報酬改定の実施とともに、患者負担の軽減を図ることを強く求めるものです。

（日本医労連中央副執行委員長 鎌倉 幸孝）

住み続けられる地域を守る

—医療提供体制の再編と公立・公的病院削減政策の破綻と再生



てらお まさゆき
寺尾 正之

公益財団法人日本医療総合研究所
研究・研修委員

予算の削減をという主張です。「防衛予算の減額・増加はこれまで他の経費の削減・効率化で実現してきた。今後複数年度にわたる防衛予算を編成するのであれば、あらゆる経費との配分の議論に直結する」として、これまでも防衛費増のために社会保障予算を削ってきましたが、今後、2倍以上に防衛予算を膨らませるのであるならば、一層の経費の配分見直しを進める必要があると言っています。

地域医療構想に固執する岸田政権

軍事費増のために社会保障削減

コロナ禍によって、日本の医療体制、公衆衛生がこれほど脆弱^{せいじやく}だったのかということが、誰の目にも明らかになりました。これは、長年の政権が進めてきた医療費抑制政策が原因です。需要と供給の両面からの抑制政策。

需要面では「健康の自己責任」に基づき、「受益者が負担する」という考え方に沿って患者負担を増大させてきました。その結果、経済的な弱者を中心に受診抑制に追い込まれました。見かけ上の医療需要は確かに削減されましたが、潜在的な医療需要が広がる中で、健康格差の拡大を招いているのではないのでしょうか。供給面では、医療費の伸びの多くを占める入院医療費を抑制してきました。急性期医療を中心に病床が削減されてきました。医療の効率化を図る政策が進められた結果が、コロナ禍における医療崩壊でした。

本来であれば、医療体制拡充の方向に踏み出すべきですが、財務省の財政制度等審議会の分科会は危険な内容の提言を出しています。

一つは医療費の伸び率管理を導入して、対GDP（国内総生産）比などの指標で管理を抑制するというものです。ここには介護給付費も含まれていません。もう一つは、軍事費を増やすためには社会保障

医療提供体制の再編縮小と公立・公的病院削減政策を進めているのが「地域医療構想」です。急性期医療の病床を大幅に削減することがねらいです。

岸田政権は、地域医療構想の推進を正当化するために、「日本の人口当たりの病院数・病床数は諸外国に比べて多い」「G7に比べても多い」「医療資源、医療従事者、さらには病床、あるいは医療機器などが散在している」などと言っています。そして、「医療費適正化、すなわち医療費抑制の観点から、医療提供体制そのものの再編・統合を含めて効率化をしていく」としています。

人口1,000人当たりの総病床数の算出については、G7の中で日本だけ基準が違っています。日本の総病床数を過大に見せる算出基準が適用されていることは指摘しておきたいと思います。

政府の基本的な姿勢は、「日本の人口は減少している」「人口が減少すれば医療需要も縮小する」「医療需要が縮小する限り入院医療を提供する病床は削減しても問題ない」というものです。政府は、患者別の診療結果であるレセプト（診療報酬請求明細書）のデータを元に医療需要を推計していますが、地域ごとの実態や、経済的な問題で医療へのアクセスが阻害されていることなどは反映されていません。このデータをもとに医療需要は縮小すると決めつけ、病院の統廃合と病床を削減するという地域医

療構想は、そもそも大本が間違っていると言わざるを得ません。

とりわけ問題なのは、コントロールしやすい公立公的病院を標的にしていることです。しかし、公立病院の統廃合は住民に不安を与えるだけでなく、民間病院も含めた地域の医療現場を混乱させることとなります。

次は外来医療を標的に

医療提供体制の再編縮小を狙う具体策を決めた「骨太の方針」は閣議決定です。国会で審議・議決したわけではありません。しかし、安倍政権以降、骨太方針に盛り込まれると、それが決定事項のように独り歩きしています。

骨太の方針2022は岸田政権が決定したもので、地域医療構想の達成状況を都道府県別に公表し、未達成の都道府県の責務を明確化するとしています。目標を達成できなかった都道府県には、必要な法制上の措置も行って責任を取らせませす。この「必要な法制上の措置」が、岸田政権の骨太方針に新たに盛り込まれました。菅政権を上回る強権を発動して、法的なペナルティも科して都道府県を統制下に置いて進めようとしているのです。

さらに、岸田政権の肝いりで作られているのが「全世代型社会保障構築会議」です。議論の中間整理では地域医療構想について、病院だけでなく「かかりつけ医機能」や在宅医療等を対象に取り込む、そして地域医療構想を2025年目標で終わりにせず、2040年に向けてバージョンアップを図るとしています。

すなわち、病院統廃合、病床削減という入院医療費を対象とした地域医療構想を進めつつ、今度は新たに外来医療を対象にして管理・抑制を広げていくということです。

中間整理に答える形で、経済財政諮問会議において経団連の十倉雅和会長は、「診療所・医師の『かかりつけ医機能』を制度化する」「要件を満たす診療所を都道府県等が認定して、利用希望の患者、被保険者が登録する」という、患者が1人のかかりつけ医に登録することを含めた「かかりつけ医の制度化」を主張しています。

経団連と並ぶ財界団体である経済同友会は、外来

医療について「定率負担に上乗せして定額負担を導入」することを求めています。

財界等が主張する外来医療の管理抑制、その中心に「かかりつけ医機能」の制度化が位置づけられ、それは新たな窓口負担増にもつながっていく、そうした内容が骨太方針2022で示されているということです。

一方で厚生労働省は、かかりつけ医機能を担う医療機関について、「紹介受診重点医療機関」を明確化し、これを現在、都道府県が策定している「外来医療計画」の中に位置づけようとしています。

イメージとしては、普段はかかりつけ医を受診して、紹介を受けて紹介受診重点医療機関を受診する。さらに逆紹介によって、かかりつけ医に戻るといった流れです。今年度から、外来診療データを収集する外来機能報告制度が始まりました。病院機能報告制度の外来版ということです。これを踏まえて、2023年7月頃には紹介受診重点医療機関を都道府県が公表することになっています。

そして、「第4期の医療費適正化計画」の中では、例えば白内障手術等の外来移行について数値目標を定めています。そして、医療資源の投入量に地域差があることは問題だとして、「都道府県間の差を縮減・圧縮する」としています。

シナリオは経団連の提言

骨太の方針、全世代型社会保障構築会議、さらには厚労省が打ち出している「外来医療に関わる制度化・機能分化」、岸田政権が進めている「医療提供体制の見直しに関する具体策」、このシナリオを書いたともいえるのが経団連の提言です。

この提言に基づき、2024年度から第4期の医療費適正化計画が始まり、地域医療構想あるいは外来医療計画を含む第8次の医療計画、さらには介護保険改悪を前提とする第9期介護保険事業計画が2024年からスタートし、これに向けて介護保険の改悪法案を2023年通常国会に出そうとしています。2024年度は診療報酬、介護報酬の同時改定があります。これに障害福祉サービス報酬も加わり、トリプル改定となります。

経団連は「2024年度に医療・介護制度に大きな影響を与える計画の新たな始期を迎える」と発破をか

けています。2021年10月には、「これに間に合うように制度改革を実行してトリプル改定に反映すべきだ」と提言しています。とりわけ、「医療提供体制の効率化、医療費そのものの伸びの抑制、これを優先的に取り組む」としています。

公立・公的病院削減政策の今

岸田政権が推し進める公立・公的病院削減政策は、コロナ禍のもとで綻びが見えています。それが、再検証対象医療機関の検討状況や公立病院アンケート調査結果に、一定程度反映しています。公立・公的病院の再編統合、病床削減が政府の思うように進んでいないのです。地域に医療ニーズがあるのだから当然ですが。

しかし、地域の実態、医療現場の状況を見無視して、経済財政諮問会議（2019年5月31日）で経団連会長らが、公立病院のみならず民間病院まで含めて、達成状況と取り組み状況を詳細に「見える化」するよう要求しました。

そして、その年の骨太方針2019には、国が地方に対して一方的に「再検討し結論を得る」という指示をする内容が盛り込まれました。その状況について、厚労省は再検証と名指しされた436病院の検討状況を2021年末に公表しています。

ポイントだけ紹介すると、436病院のうち再検証した結果について合意済み、あるいは合意結果に基づいて措置しているという病院は175でした。そのうち、病床削減は67病院、再編統合は24病院。厚労省や財界に真っ向から反対する「従前通り」とした病院は44でした。この44病院の理由としては、「見直す必要がないと考える」26病院、「住民が反対しているから」2病院でした。

厚労省の指示で渋々再検討を行ったけれど、病床の機能転換はしない、ダウンサイジングも行わない、これまで通り病院を存続させる、とした公立・公的病院は28ありました。公立・公的病院が地域でいかに大きな役割を果たしているかを示していると思います。

公立病院に対するアンケート調査

再検証対象の436病院については、急性期医療対応の病床を2025年までに約3万床削減するという方

針が示されていますが、あくまでも見込みです。

「3万床」を機械的に実行させないためには、自治体レベルで住民や医療機関の意見を十分反映させる必要があります。気になっているのは、地域医療構想調整会議です。あまり開かれていませんが、これを形骸化させないことも大事だと思います。

総務省は各公立病院に対してアンケート調査を行い、約850病院から回答が寄せられています。例えば「地域医療構想を踏まえた病院の役割の明確化」のところでは、「急性期対応の病床削減を含めて急性期機能をダウンサイジングした」と回答したのは737病院のうち99病院にとどまっています。他は現状維持です。

いくら地域医療構想があっても、公立病院としては地域の医療を支えるために急性期機能の病床を減らすことはできない。その声が本当に多数になっていると感じています。

「病院の統廃合を含む再編・ネットワーク化」については、「実施予定なし」の回答が423病院と、約半数を占めています。理由としては、「病院の規模、あるいは病床の機能等を維持することが適切と判断した」が219病院でした。一方で、「再編・ネットワーク化を行う必要がない」と断言した病院も138あります。「住民・議会の理解が得られなかったから再編・ネットワーク化を行わない」も5病院。再編・統合を行わない公立病院が半数を占めています。

経営形態については、回答のあった850病院のうち「経営形態を変更しない」が496病院で約6割。その理由としては、「経営形態の見直しを行う必要がない」197病院、「行政の責任で地域の医療提供体制を確保する」が117病院。つまり公立病院として医療活動を行っているという病院が6割を占めています。これは、地方自治法第1条の「住民の福祉の増進を図ることを基本とする」という視点からも極めて重要なことだと思います。

このアンケート結果は、総務省がこれまで打ち出してきた公立病院政策に、少なからず影響を与えたのではないかと考えています。

「公立病院経営強化プラン」の策定

総務省は公立病院850病院に対するアンケート結果も踏まえながら、2022年3月に「公立病院経営強

化ガイドライン」を各地方自治体に通知しました。

この通知の中で注目した3点を紹介します。

第1は、「コロナ対応に公立病院が中核的な役割を果たした」として、公立病院の重要性を改めて認識している点です。病院間の役割分担の明確化や最適化、医師・看護師の確保などの取り組みを、感染有事に備え平時から進めていく必要性が浮き彫りになったと結論づけています。

第2は、医師の時間外労働規制の対応です。2024年度からなので、実行を迫られています。そうした状況も踏まえて、公立病院の経営強化という方針を打ち出しました。

第3は、「公立病院がその地域で担っている役割、あるいは医療機能を見直す場合には、自治体が住民に対して丁寧な説明を行い、住民の理解を得ながら進めるようにしなければならない」としたことです。国が自治体に責任を押し付けた側面もありますが、自治体に対して、住民の理解を得ながら統廃合・医療機能を見直していくことも盛り込まれました。

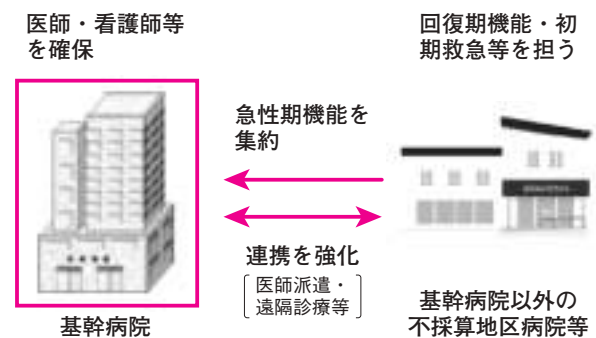
このガイドラインに基づいて、次は都道府県が公立病院経営強化プランを策定することになっています。各公立病院は2022年度中に経営強化プランを策定して、2023年度にそれを都道府県で集約・検討し、第8次医療計画を来年度作成するというスケジュールです。

この経営強化プランの特徴点は、病院の統合を含む「再編・ネットワーク化」を、病院間の役割分担と連携強化に主眼を置き換えたことです（図表）。「再編・ネットワーク化」の文言が消え、代わりに「機能分化・連携強化」という目標ができました。「再編・ネットワーク化」が消えて「機能分化・連携強化」に置き換えたということです。

具体的には例えば、公立病院の役割機能を明確化・最適化し連携を強化するとしています。もう一つは、地域の中に基幹病院を設定し、そこに急性期機能を集約する。医師・看護師もそこに集中させる。そういう名の「機能分化・連携強化」を打ち出してきたわけです。それは、地域の中における基幹病院以外の公立病院は、回復機能や初期救急を担いなさいということです。

この、広域における基幹病院一本化方針は、医療機能と医師の集約化を進めることになり、現在議論が起きている医師の偏在は、さらに強まるように思

図表 機能分化・連携強化のイメージ（例）



（出所）総務省「公立病院経営強化ガイドライン説明会資料」（2022年4月20日）

います。

住民や公立病院からの反発も大きく、コロナ禍における地域医療の実態からも、公立病院の統廃合をめざした再編・ネットワーク化をそのまま継続するのは難しいというのが総務省の判断です。地域住民の運動や自治体の声・要求、これを無視できなかったことも反映していると思います。根本から転換はしていませんが、軌道を見直したとはいえるでしょう。

医師・看護師の働き方改革

医師・看護師の不足に加えて時間外労働規制の対応も踏まえて、公立病院経営強化プランには、新たに医師・看護師等の確保と働き方改革を記載事項に追加するということが盛り込まれています。

プランの中では、基幹病院から中小病院等への積極的な医師・看護師の派遣も示されています。基幹病院から不採算地区にある公立病院に医師・看護師を派遣する、あるいは、不採算地区病院で受診した患者の遠隔診療を基幹病院にいる医師が行う、といったことも盛り込まれました。

岩手県の達増拓也知事などによる会が2022年7月に提言したように、感染症大流行の対応のためにも医師の絶対数を増やすことや、大学医学部の定員増・延長、あるいは恒久化といった根本的な対応策をとらないと、医師・看護師の働き方改革を公立病院経営強化プランに盛り込んでも、絵に描いた餅でしょう。

経営形態の問題でも、このプランの中では、地方独立行政法人化、あるいは事業形態の見直しなどのいずれかを選択するのか、それをいつまでに実施するのか、などの記載が求められることになっています。

総務省は「柔軟な人事・給与制度を通じて医師の確保につながる経営形態の見直し」として、独立行政法人等への移行を促しています。これを先取りして強行したのが東京都の都立病院・公社病院の独法化です。

コロナ禍で地域の住民は、公立・公的病院と民間医療機関との機能分化や連携が保たれていることが「見える化」されたことが確認された、そういうきっかけになったのではないかと思います。

住民の命と健康を守るためには、不採算の医療もいとわない公立病院の存続が不可欠です。そのためにも今、各地でいろいろな運動が展開されています。千葉県松戸市などでも取り組みが広がっていると聞いていますが、地域で幅広い分野の人を巻き込んで声を上げていくことが、ますます重要になっていると思います。

国は地方自治体に責任押し付け

厚生労働省は、国と地方の協議の中で、都道府県に対し「地域医療構想の推進の取り組みは、病床の削減や病院の統廃合ありきではなく、各都道府県が地域の実情を踏まえ、主体的に取り組むを進めるもの」と言っています。

実はこの後、もう1項目あって、地域医療構想の重点支援地域や、病床機能に対する補助金の制度などをあげ、そうした政策を通じて国は地方の支援をしていきますよ、と言っています。ただし、あくまでも都道府県が主体であり、そのことは経営強化プランにも盛り込まれています。

これまでの公立・公的病院の削減政策は、政府・国が主導する病院統廃合や病床削減というやり方でしたが、その見直しをせざるを得なくなっています。そこで都道府県を前面に立てて地域医療構想を推進していこうとしているのではないかと思います。

その背景には大きく3つあると思います。1つは地域住民の民意です。「公立・公的病院は私たちの命と暮らし、健康を守る上で大事、必要だ」ということが認識された。

2つ目は、コロナ対応を含めた第2種感染症の医療機関のうち、約8割は公立・公的病院です。こうした公立・公的病院を取り巻く状況、地域で果たしている役割、これを国も無視できなくなった。

3つ目は、全国知事会や市長会、町村会からも声が上がっています。岸田政権もさすがにこれらの声を無視することはできなかったのでしょうか。

国民の命を守るのは国の責任

ここからは、医療提供体制の再生、あるいは公立・公的病院の充実に向けてどんな課題があるのか、お話ししたいと思います。

地域医療は個々の医療機関だけで提供しているものではありません。いわば「面」で支えているわけです。地域医療を支えてきた公立・公的・民間医療機関は、住民の生活を支える基本インフラであり、健康と命を守る“地域の砦”である——こうした認識が、住民に共通となり、行政もそれを無視できなくなっていると思われます。

コロナ禍の現在、公共の力が問い直されています。東京・杉並区長に当選した岸本聡子さんは、「公共の力、これを重視して杉並区政においても具体的な施策を立てて実行したい」といった趣旨の発言をされていました。コロナ禍の今こそ、公共の力が問い直されていると思います。

地域における公立・公的病院の役割は感染症への対応だけではなく、災害医療などの政策医療をはじめ、地域に必要とされる、まさに地域の住民の医療ニーズに対応する病院機能が求められます。

そして、公立・公的病院がその地域に存在すると、その地域に雇用が生まれます。この雇用創出効果については厚生労働省も認めているところです。

さらに、医療にとどまらず地域包括ケアや介護、医療従事者の教育など、公立・公的病院はさまざまな機能を持っています。地域で唯一の救急や入院機能を持っている、総務省の言う「不採算地区病院」も多く存在しています。

こうした実態を踏まえた上で、公立・公的病院の充実に向けた政策を打ち出していくことが、今こそ求められているのではないのでしょうか。

総務省や岸田政権は、独法化によって機動的に病院の運営ができるような人材を柔軟に集められると言っていますが、本当にそうでしょうか？ 独法化のねらいは、医療従事者の雇用、あるいは賃金水準を柔軟にして、解雇しやすく、賃金を引き下げやすくするというのではないのでしょうか。

救える命が救えない！

地域に中小規模の病院や病床が数多くあるということは、私たちの身近に医療を受けられる体制が整っていることを意味しています。そうした医療機関が安定的に機能することを、政府の政策は難しくしてきたわけです。診療報酬や医師・看護師養成の抑制によって、医師や看護師が慢性的に不足し、人員不足による空床が発生しています。私たちの医療を守るには、こうした政策を根本から変えていく必要があります。

政府はこの間、「住み慣れた地域で豊かに老いる」と、なるほどと思うようなスローガンを掲げて、医療と介護の連携を推進しています。しかし、実際には在宅医療や介護施設の整備は進んでいません。病床削減と病院再編等だけが先行しています。

高齢化が進む中、急性疾患にかかる患者が増え、急性期治療を受けた後に亡くなるケースが多数になっています。しかし、政府は「高齢者が増加すれば慢性期の医療中心になる」と、急性期の医療の需要は減るという方向で医療政策を進めてきました。感染症病床を含む急性期病床を大幅に削減してきたわけです。それが今回、コロナ禍の中で救える命が救えないという状況を生み出したわけです。

まさに、政府の政策判断の誤りです。それを真摯に反省することなく、在宅医療・介護施設の充実を促進するどころか、介護保険の大改悪を進めようとしているのは大問題です。

高齢者の在宅生活を支えている介護

高齢者の在宅生活や在宅医療を支えているのは介護です。介護サービス量が制限されれば、重度の要介護者が多数出現するでしょう。利用料の負担増は、必要な介護サービスを我慢したり、訪問介護などの頻度を減らすことにもなりかねません。状態悪化の早期発見もしにくくなります。高齢者にとっては、生活と医療と介護、この3つは不可分なのです。

住み慣れた地域で高齢者が豊かに老いるためには、在宅生活や在宅医療、在宅介護を支える医療・介護の連携が極めて重要になります。

新型コロナ第7波による死者数は1万4,000人超という過去最悪の状況となりました。第8波も進行中です（2022年11月現在）。感染症の波は何度でも来ます。その中で、保健所は健康危機管理の担い手として位置づけられています。公衆衛生と医療が連携を図り、高齢者施設への対応を含め、「危機に備える」ことが不可欠だと思います。

保健所の機能強化を

健康危機管理の担い手である保健所の機能強化が求められるところです。今年度900人ほど保健師が増員されましたが、焼け石に水です。もっと保健師を増やす。そして、保健所を増設することなしに「地域で医療・介護・公衆衛生が連携する」「住み慣れた地域で豊かに老いる」の実現はほど遠いのではないのでしょうか。

政府は「通常医療の制限の下で、緊急的な病床を確保する」というやり方で感染症対策をしようとしています。感染症医療、感染症以外の一般医療の役割分担を地域の中で強化し、この両方の医療機関が成り立つような支援の枠組みがないと、地域医療は崩壊しかねません。

感染症法改定法案（2022年12月2日成立）の国会審議の公聴会で、大阪・耳原病院の院長が述べていたように、「病床があったとしても医師や看護師などの医療従事者の人手不足のため、患者の受け入れが進まない」という問題が全国的に広がっています。人員不足は深刻な状況があるにもかかわらず、国は放置したままです。病院の自己責任にされているわけです。

東京都医師会の尾崎治夫会長も、新型コロナ感染が拡大する中で、「医療を守るのはベッドではなく人だ」と話しています。人がいなければ、いくらベッドがあっても医療はできないわけです。人をどう確保するかという問題意識が感染症法改定法案からは欠落しています。

ねらいは医療提供体制の効率化

地域医療連携推進法人をどう見るのかについて。2022年4月1日現在、31法人が認定されているそう

です。

例えば、山形県酒田市にある日本海ヘルスケアネット。酒田市も参加している地域医療連携推進法人ですが、報道によると参加法人全体の経営収支が改善したそうです。

厚生省は、「病床過剰地域でも参加法人の間で病床を融通することが可能」と言っています。同省のアンケート調査では、地域医療連携推進法人に参加している法人間での病床の融通について現在実施しているのは3法人。今後、実施予定が10法人となっています。31法人中13法人ですから、まだ半数に達していないという状況です。

地域医療連携推進法人の出発点は、安倍晋三元首相がダボス会議で、アメリカ型の法人を作ろうと発言したのが起点です。それに対して、医療界などが先頭に立ち問題点を指摘して一定の制限を加えて、営利追求を目的としない非営利型の地域医療連携推進法人という形で落ち着いているわけですが、ねらいは医療提供体制の効率化にあります。

看過できないのは財政制度等審議会の提言です。医療費抑制の観点から、「診療報酬体系を『横連携型』の会計にシフトしていく」「地域医療連携推進法人に参加する複数の医療機関等に対して診療報酬を一体として包括報酬を支払う」と主張しています。

地域医療連携推進法人に参加している複数の医療機関にまとめて、1カ月いくらかという包括診療報酬、つまり定額の診療報酬を一括して支払うというものです。医療機関と病床・人員の集約化を進めて、効率一辺倒の医療提供体制づくりをめざしているものといえるでしょう。私たちも、この問題については注視していく必要があるでしょう。

全体の地域医療構想を策定した2015年時点では、急性期病床は高度急性期を含めて76万床ありました。これを2025年度までに53万床まで減らす、つまり23万床削減＝3割カットするというのが地域医療構想です。ところが2018年以降、急性期病床は70万病床台で推移しています。

これに対して財政審の分科会は「2021年時点の医療機能ごとの病床の必要量と見込みの間にギャップがある状態であり、急性期病床を3割削減するという取り組みの状況は捗々しく^{はかばか}ない」と述べています。政府のねらい通り削減されていないことを問題視しているわけです。

しかし、すでに述べたように、地域に急性期の病床が必要だという医療ニーズがあるのですから、いくら政権が変わってもねらい通りに削減されていくことはないでしょう。

2012年版「厚生労働白書」は、「日本国憲法に生存権が規定されて以降、いろいろな社会保障制度が大きく発展し、さまざまな仕組みが整備されてきた」と述べています。自己責任や助け合いで解決しないからこそ社会保障の制度と政策が作られてきたのです。社会保障を自己責任や家族・地域の助け合いに置き換えることは、公的責任すなわち国の責任を曖昧にすることになり、歴史的にも逆行するものです。

次世代に安心な社会を受け渡したい

生存権を守り社会保障を充実させるためには、医療・介護の政策を抜本転換して、次世代の人たちに安心な社会を受け渡すことが必要なのではないでしょうか。

利用したくても利用できない制度に改悪される介護保険改定を許さず、マイナンバーカード義務化につながる健康保険証廃止の撤回、そして物価高対策の一つとして、75歳以上医療費窓口負担「2倍化」を凍結する。運動が大きく広がりつつある、これらの課題と公立・公的病院の削減政策を転換させる運動が共同して取り組むことが求められています。

注目したいのは子ども医療費助成制度の対象年齢の拡大です。これはこの10年間、各地域でねばり強く取り組まれてきた住民と医療従事者等の共同した運動が土台となっています。最初はなかなか対象年齢拡大が進みませんでした。共同の運動を続けることで、対象の拡大を勝ち取っています。こうした成果にも学びながら、取り組みを進めていきましょう。

自治体を競合させながら地方統制を強めているのが岸田政権のやり方です。これに対し、私たちの求める政策への転換を求めて、国民的な運動を大いに進めていこうではありませんか。公立病院・公的病院削減政策の転換も、その国民的な運動の中に位置づけていくことの重要性を訴え、私の話とさせていただきます。

ご清聴ありがとうございました。

全ての子どもたちの幸せのために！

—今、私たちが知っておきたい非認知能力とは



ちだ えみ
千田 恵美

千田クリニック
岩手県医師会子どもたちの「生きる力」を育む検討委員会



イラストは全て
筆者作成

はじめに——子どもたちの幸せのために

今日は「非認知能力」についてお話しさせていただきます。ここしばらく、コロナ禍で病院関係の皆さんは大変なご苦労をされてきたと思います。また、それを支える保育関係の皆さんも、本当に大変だったと思います。今日は、保育に関わる皆さんにとって、知っているといいのではないかというお話をさせていただきます。何か新しく知ることがありましたら、ぜひ同僚の皆さんや、保護者の皆さんに何かの機会にお伝えくださるとうれしいです。

第一次ベビーブームの1950年度に2,943万人であった15歳以下の児童が、2021年度には1,465万人と、実に半減する事態となっています。子ども数が減るという事実は、それ以外にも社会的にさまざまな問題をはらんでいます。

この状況に一石と投げようと、岩手県医師会では2016年に少子化対策委員会を発足させ、勉強や対外的な活動を継続してきました。子どもの数がもし増えなくても、今を生きる子どもたち、そしてこれから生まれてくる子どもたちが、一人残らず幸せになってほしいと思っています。今年度から、少子化対策委員会は「子どもたちの生きる力を育む検討委員会」に名称を変え、活動をしていくことになりま

した。

少子化対策にはいろいろな方策がありますが、私たちの委員会は「こどもの育ちに関する支援」に着目しました。給付金のような一時的な経済支援などのように消えてなくなるものではなく、その子どもの根幹からの力になる「マインド面」の指導やサポートが重要であると考えました。その結果、子どもたちに最も必要なものは、今回のテーマである「非認知能力」であると結論しました。

1. 非認知能力とは

非認知能力とはなんでしょうか。例え話ですが、皆さんの周りに、高学歴だけれど、空気が読めなかったりイライラしている「高学歴Aさん」がいるとします。一方、学歴は普通でも「心優しく気配りできるBさん」もいるとします。皆さんと一緒にいたいのはどちらでしょうか。私はやはりBさんです。まさにこの優しい、気配りできるといったところが「非認知能力」なのです。非認知能力は「認知能力に非^あらず」と書きます。

認知能力とは、テストの点数のように数値化できる、いわゆる「学力」です。一方、非認知能力は数値化できず、目にも見えない、内面のチカラです。大きく分けて、自制心などの「自分と向き合う力」、自己肯定感などの「自分を高める力」、そして「人とかわる力」の3つがあります。非認知能力

の第一人者である遠藤利彦先生は「非認知能力は家の骨組みにあたるもので、これがしっかりしていないと、あとで認知能力をつけようとしても、うまく育たない」と指摘しています。これからの時代、この非認知能力は、ますます大事になっていくと言われています。

2. 非認知能力はなぜ重要か

なぜ、非認知能力が大切なのでしょう。現代は、大災害や今回のような新たな感染症、そして軍事侵攻など、本当に先が読めない大変な時代です。このような時代に必要なのは、何があっても回復していきける「レジリエンス」という力です。レジリエンスは、自制心や自己肯定感、人と人とのつながりなど、さまざまな非認知能力によって構成されます。

ペリーの就学前プロジェクト

この非認知能力について、世界が注目することになった研究があります。それは、ノーベル経済学賞をとったジェームズ・ヘックマン氏の「ペリーの就学前プロジェクト」というものです。これは、1960年代から現在まで行われている研究で、アメリカのペリー幼稚園で行われたものです。調査の対象は、貧しいアフリカ系アメリカ人、IQ70~85 (IQの平均は100) の3~4歳の子どもたちです。いわゆる教育的リスクがあると思われる集団です。

この子どもたちを、プレスクールに通わせた群と通わなかった群とで比較しました。プレスクールでは、平日に2.5時間の勉強と、週末ごとに1.5時間の家庭訪問をしました。児童だけでなく、保護者への教育もしたわけです。

この2群を追跡し、大人になったときのさまざまな状況を比較しました。40歳時に、プレスクールに通った群では、通わなかった群に比べ、明らかに年収が高く、持ち家があり、生活保護を受けていなかったという結果になりました。子どもたちが経済的に自立することで得られる社会収益率は、年率15~17%でした。5%くらいでいい方だと言われていますので、このプロジェクトは非常にコストパフォーマンスが高いものなのです。

早期教育が子どもたちのIQを高めたから、このような結果になったのでしょうか。実は、最初の数

年こそ、介入群はIQが上がりましたが、10歳前後には、両者のIQには差がなくなりました。そのため、人生をよりよくするものは、IQではない別のもの、おそらく非認知能力なのであろうということ、そして、幼少期にこの力を高めることが将来の収入や幸福度を高めることにつながる、とヘックマン氏は結論づけました。

この研究を契機に、世界中で非認知能力に注目が集まることになりました。日本の教育現場でも、2018年に幼稚園・保育園の教育要項に非認知能力が入り、2020年には小学校で教育指導要領に入りました。

マシュマロテスト

非認知能力の中でも、最初に理解していただきたいのが「自制心」です。この自制心についても有名な研究があります。こちらが1960年代にアメリカで行われたもので、「マシュマロテスト」といいます。4歳の子どもに1個のマシュマロを見せて、「これを食わずに15分我慢できたら、あとでもう1個あげるよ」と部屋に1人にします。ようするに、15分間、食わずに我慢できるかどうかです。3分の2の子どもは、すぐに食べてしまいました。残りの3分の1は、食わずに待つことができました。これらの2群を成人期まで追跡調査しました。

18歳になった時、マシュマロを食べなかった子どもたちは、有意に学力が高く、肥満にならず、自己評価でのアンケートでは、自尊心が高くストレスに強いという結果になりました。ニュージーランドで生まれた約1,000人の子どもたちを成人期まで追った研究では、3歳時の自制心が高いほど、大人になってから収入が高く、健康状態が良いと、心身ともに好ましい状態の傾向が見られました。また、大人になってからの幸福度が高いという結果も得られました。

マシュマロを食べるかどうかは些細なことかもしれませんが、京都大学の心理学者、森口佑介先生は、「すぐに食べてしまった子は『今がよければいい、今を生きる子ども』であり、食わずに待った子は、『未来に向かう子ども』であるとも言え、残念ながらこの差は二極化している」と指摘しています。そして、森口先生は、これらを「発達格差」と呼び、「未来に向かう子ども」になってもらうよう育成することが大事であると述べています。

3. 非認知能力は どうやったら育むことができるか

非認知能力が大事だとわかりましたが、それでは、どうやって育てていったらいいのでしょうか。これは、年代別に分けて考えると理解しやすいです。

赤ちゃん時代——大事なのはアタッチメント

赤ちゃんの時にまず身につけたい非認知能力は「自己肯定感」です。なぜこれが大事かという、自己肯定感、非認知能力の中でもより深い位置にあり、あとから身につけにくいものだからです。「三つ子の魂百まで」というのはこのことで、この時に身につけることが大事です。教育哲学者の汐見稔幸先生は「自己肯定感を高めるには、まず基礎となる基本的信頼感を赤ちゃんの時に築くことが大事」と述べています。基本的信頼感とは、赤ちゃんが「ボクはママに愛されている、産まれてきてよかったんだ」という気持ち、ありのままでもいいという感覚で、非認知能力や認知能力の土台となるものです。

自己肯定感には、4つの要素があります。まず基本的信頼感があり「他者への信頼感」を持ちます。その上で「自分への信頼感」が育ちます。さらに「コミュニケーション力」が付き、最終的に「自己主張できる力」が育まれるのです。つまり、核となる基本的信頼感がなければ、自己肯定感は育たないのです。

基本的信頼感を育むゆりかごが「愛着（アタッチメント）」です。これは、子どもと養育者との間で築かれる心理的な結びつきです。赤ちゃんが泣いたら、お母さんがかけつけて抱っこしてくれる、それで赤ちゃんは安心します。アタッチメントとは「くっつく」という意味で、これが育まれることを「愛着形成」と呼びます。愛着形成がうまくいき、赤ちゃんの心の中に安心感が芽生えたと「大丈夫そうだなあ」という見通しが立ちます。見通しがあるから、一歩進むことができ、これが「自立」の始まりになるのです。

基本的信頼感、ゆるぎない自信としてその子を一生守ります。逆に、愛着形成が不十分だと、無気力、消極的になってしまったり、人に対して不信感ばかり持ってしまう、何かに依存してしまうことがあります。これがいわゆる「愛着障害」です。



幼少の頃のアタッチメントが安定している群と不安定な群を追跡調査した報告によると、不安定群では成人期に、血圧上昇や喘息発作などの身体症状が、安定群の4倍見られました。アタッチメントは、生涯にわたり、健康状態にも影響を及ぼすのです。ただし、決して特別なものではなく、子どもに優しく触れる、穏やかに声をかける、子どもの目をみて微笑むなどの行為です。

スマホはとても便利ですが、赤ちゃんといえる時は、まずスマホは置き、赤ちゃんの目を見つめてほしい。今だけの大事な、大事な時期なのです。赤ちゃんをまずしっかりと抱きしめてあげるのが一番ですが、それがうまくいかない家庭もあると思います。そのような時は、古いアフリカのことわざの「一人の子どもは村中みんなの知恵と力で育てる」のように、みんなで基本的信頼感を育てばいいのです。今こそ、この意識が大切です。

幼児～学童期——6つの重要なポイント

皆さんが関わるのはこの時期のお子さんが多いと思います。この時期に心がけたい6つのポイントをお話しします

①夢中になる遊び、そして自己決定

園でもたくさん遊びをしていると思いますが「夢中になる遊び」は非認知能力を伸ばすと言われていきます。大事なのは「主体性」と「好奇心」で、夢中になる遊びはこれを満たすものなのです。そして、遊びにしる勉強にしる、大人は、子どもが興味を惹く仕掛け（ギミック）をちょっと作ってあげるといいのです。勉強が苦手な子に「塾に行かないといけないうよ」と言ったら、おそらく「いやだよ」と言うでしょう。しかし「塾に行ってみる？」と言うと、子どもは自分で決めて「うん！」と言うかもしれません。自分で決める、ということが大事なのです。

京都大学が2万人を対象に実施した調査で、何が

幸福と関係あるのか調べたものがあります。その結果、幸福度と関係があるのは1位が健康、2位は人間関係でした。これは予想がつくものですが、第3位は「自己決定」という因子でした。自分で決めたことは行動の動機づけと満足度を高めるからではないかと研究者は指摘しています。

児童心理学の大豆生田啓友先生も「これからの時代に大切なのは自己決定力」と述べています。2歳くらいになるとイヤイヤ期になって、なんでも自分で決めたい、やりたい！と言います。親は大変ですが、このイヤイヤという行為は自己決定の始まりであり、将来の幸福につながるものなのだ、保護者さんにアドバイスしてあげるといいと思います。

②本の読み聞かせは最強！

絵本の読み聞かせなどの読書習慣は非認知能力の育成のためにとっても効果があります。国立青少年機構の調査で「大人になってから非認知能力の要素が高い人は、子どもの頃に読書をしていた」という報告があります。さらに興味深いのは、同じ研究で「特に紙媒体で読書する人の方が非認知能力が高い」という結果も得られたことです。脳生理学的には「スマホやタブレットは『情報として見るもの』であり、紙媒体は『五感を使って読むもの』である」と言われています。非認知能力の育成には、よりアナログなものの方がいいのかもしれませんが。

また脳科学的に、子どもが読み聞かせをされると、脳内では大脳辺縁系と側頭葉が特に活性化されるといふ結果が得られました。大脳辺縁系は感情や記憶を司る「心の脳」と言われており、側頭葉は「聞く脳」です。これらが活性化されることで、コミュニケーション力や学力が向上すると言われてい

ます。絵本作家の五味太郎氏は、子どもは絵本の絵を見ているのではなく「絵を読んでいる」のだといいます。読み聞かせで絵本を読み、声を聴き、文字を読む、このような複数の情報を取り込むことで海馬の機能を高め、語彙力が飛躍的に向上するのです。語彙力が上がることで学力も上がり、事実、家庭における読書活動が子どもの学力に最も影響力を及ぼすという報告もあります。長年、読書活動に携わってきた秋田喜代美先生の研究では、子ども時代の読み聞かせは、大人と一緒にできて、大人から褒められる経験であり、「読み聞かせは子どもの心の基盤となる基本的信頼感を育むもの、アタッチメントなの

です」と述べています。

読書といえば、漫画はどうでしょう？「脳トレ」で有名な川島隆太先生は「漫画も、とことん読み込むことが大事で、のちの読書経験につながるからいいものなのです」と話しています。読み聞かせを含む読書習慣は、子どもたちの認知能力、非認知能力両方を高めるため、ぜひ身につけてもらいたいものです。

③正しい生活習慣

正しい生活習慣で鍛えられるものがあります。それは「自制心」です。早寝早起き・朝ごはんといった行動は、毎日の小さな自製のくり返しです。このくり返しがやがて習慣となり、自己管理能力につながっていくのです。

保育・学校の環境では、毎日の生活の中で常にこの実践が行われてきたため、実はずっと前から子どもたちの非認知能力を育ててきたと言えます。これからもそのサポートをしてもらえたらと思います。

④アートと運動

非認知能力を高めるものとして、アートと運動習慣が挙げられます。オバマ大統領は、国家戦略としてSTEAM教育を掲げました。S (Science ; 科学)、T (Technology : テクノロジー)、E (Engineering : 工学)、M (Mathematics : 数学)、これにさらにA (Art : アート) が加わったものです。これらを横断的に学ぶことで、感性や総合的な思考を育む教育方針であり、非認知能力を高めるものとしても世界中で注目されています。

音楽や美術が非認知能力を育むことが、さまざまな調査から報告されています。あのさかなクンが、著書の『さかなクンのいちぎょいちえ』で記していますが、さかなクンは吹奏楽部を「水槽学部」だと思って入部したそうです。結局、高校まで吹奏楽部を継続し、現在もバスサックスの演奏を楽しんでいるそうです。「部活動から得られるものは大きかった」と述べています。アートは敷居が高いと感じる方もいるかもしれませんが、先ほど紹介した絵本は、子どもが最初に出会うアートだと思います。ぜひ読み聞かせを続けてください。

⑤リフレーミング

リフレーミングとは、ある物事の枠組み（フレーム）をいったん外し、他の視点から見る（リフレーム）ことを指します。コップの半分の水という有名な例えがあります。コップの水が半分しかない時

「半分しかない」と思えば、それはネガティブなことですが、リフレーミングして「半分もある」と思えば、ポジティブなことに転換できます。

子どもたちも同じです。注意欠陥・多動障害（ADHD）のお子さんの「多動で落ち着きがない」をリフレーミングすれば、「エネルギーが豊富である」と捉えることができます。また、「注意散漫」は「一つのことにとらわれない斬新な心」と言えます。多動＝行動力の塊であり、上手にコントロールしていくことを学べば、いい方向に向かうでしょう。

このように、短所だと思っていたことをリフレーミングして長所に変えてあげることで、子どもたちの自己肯定感を高めることができます。大人でも、周りに仕事の遅い人がいたら、それは「仕事が丁寧」なのかもしれません。反応が薄い人は「熟慮している」なのかもしれません。言い方がキツイ人は「正直で裏表がない人」と捉えることもできるでしょう。リフレーミングすることで、自分のイライラが軽くなり、自分にもとってもいいと言えます。よく、「自信がない」と言う人がいますが、それは常に「こうあるべきだ」という理想があり、危機意識の高い、努力しようとしている人とも言えます。ぜひ、皆さんもリフレーミングしてみてください。

⑥非認知能力レンズで褒める！

この年代の最後のポイントは「非認知能力レンズで褒める」です。子どもの行動の中で見つけた非認知能力を見つけて、褒めてあげる（フィードバックする）のです。この時、大事なことは結果を褒めるのではなく、その過程（プロセス）を褒めることです。なぜならば、折れない心を作る言葉とは「成功体験をした時に、その過程での失敗や苦勞を思い出させる言葉」だからです。

脳内には、rIPFC という場所があり、ここではこれまでの経験をパターン化して学習します。「成功体験」と「つらい体験」をセットにすると、つらい体験のあとには大きな喜びが待っていると脳が学習するのです。そして、非認知能力レンズを最大限に有効活用するには、子どもをなるべく多くの大人に会わせることです。その中でもお薦めは「おばさん」です。おばさんは、おせっかいだけじゃなく、母性を持って子どもの良い点を見つけてくれます。

ヘックマン氏は、非認知能力を育むのは「環境」と言っています。環境には「物質的環境」と「人的環境」とがありますが、特に大事なものは「人

的環境」です。なぜならば、非認知能力は一人で学ぶのではなく、人と人との関わりから教えられるものだからです。

成人期——この時期でも非認知能力は伸ばせる！

次は大人です。実は大人になっても、真面目さや精神的な安定といった非認知能力は十分高められるのです。逆に非認知能力がスキルであると捉えれば、大人は自分に何が足りないかを分析し、鍛えていくことができるのです。

その一つの方法として、エンゼルスの大谷翔平選手が高校時代に行っていた「マンダラート」があります。これは、9×9のマスのマスに達成したいことを書いていくもので、人生設計やビジネスに応用されています。大谷選手は尊敬する野茂英雄投手がドラフト1位に8球団から指名されたことから、自分もそれを真ん中に書き、達成するにはどうしたらいいか考え、一つ一つ努力してきました。大谷選手は人間性もずば抜けていますが、いい野球をするには人間性も大切と考え、それも実行してきました。このように、やるべき事を「可視化」することが行動につながり、大人でも自己肯定感を高めることができると言われています。

自己肯定感を高めるために覚えておきたいのは、心理学用語の「ストローク」です。ストロークは自分の存在を認めるもので、プラスのストローク（自分が心地よいと思う）とマイナスのストローク（不快だと感じる）とがあります。私たちは、子どもの頃から、プラスのストロークを貯金してきて、何か大きな壁にぶち当たったとき、この貯金をはたいて乗り越えると言われています。

では、どうすればプラスのストロークを貯められるのでしょうか。一番簡単な方法は、「挨拶」や「笑顔」です。挨拶は相手の存在を認めるものですし、笑顔を見せられてうれしくない人はいませんね。実は赤ちゃんは、よく見えないときから相手が笑顔かどうか分かるそうです。また、認知症になっても相手が笑顔かどうか分かると言います。それだけ、笑顔とは強いものなのです。

また、相手が言われてうれしい言葉で、小学校の学習指導要領にも入っている「ふわふわ言葉」（相手の心を温める言葉）があります。ありがとう、お疲れさま、といった言葉を、これからも園で積極的にかけてあげるといいですね。

次にとっておきのプラスのストロークは「よかった探し」です。『少女ポリアンナ』という児童書があります。ポリアンナは幼くして両親を亡くし、親戚のもとで苦労します。牧師だったお父さんの遺言で「どんなに辛いことがあっても、寝る前に今日あったよかったことを一つ思い出して寝るんだよ」という言葉を、ポリアンナは守ります。よかった探しはしだいに村中に広がっていきます。

子どもたちにも、足元の幸せを忘れないでほしいと思います。ご飯が食べられる、自分の足で歩ける、そのような幸せに気づくのは、それを失った人なのです。そして、よかった探しは「感謝の気持ち」です。心疾患がある人で感謝の気持ちのある人は、ない人よりも心不全を起こしにくいという報告もあり、感謝は健康にも影響をもたらすのです。

先ほどの高学歴Aさんですが、Aさんはある日、自分に非認知能力が足りないと気がついてしまいます。どうやったらAさんは非認知能力を高められるのでしょうか。そこは、優しいBさんの出番です。非認知能力を高める一番簡単な方法は「非認知能力の高い人と交わること」なのです。優しいBさんのそばにいただけで、Aさんはしだいに変わっていくのでした。

4. 「食」は非認知能力を育む

最後に、食事について。心理学者であり管理栄養士でもあった室田洋子氏は、著書の中で「食は心をつなぐ媒介物です。いい食卓が心を救うのです」と書いています。嫌なことがあっても、おいしいご飯を食べると気持ちがほっとします。そして誰かと食べるともっとうれしい、食卓はプラスのストロークに包まれています。

脳科学の川島隆太先生は「朝ご飯を親子で食べることは塾よりも効果的」と指摘しています。朝ごはんを食べる子は、食べない子に比べて成績が良く、幸福度も高い、さらに睡眠問題が少なく、不定愁訴ふていしゅうそも少ないといった心身において良い影響がみられます。川島先生は、朝ごはんを親子で食べることは、子どもにとって何よりのアタッチメントなのだと言っています。

パンやご飯だけでなく、おかずも大事です。心を安定させるGABA（ギャバ、γアミノ酪酸）やメラ



トニン、がんばるためのアドレナリンといった脳内物質やホルモンは、その生成過程でビタミンやミネラルが必要です。ナイアシン、ビタミンB6、葉酸、鉄などの重要な栄養素は、普通の和食のおかずに含まれるものです。また、親子で調理することも効果的です。非認知能力を司る前頭前野は、調理という行為で活性化するため、親子で一緒にお料理してみるといいでしょう。「人を良く育てる」と書いて「食育」となります。非認知能力を育むためには、食事も大切な要素として捉えてほしいです。

もし、その子が劣悪な環境にいたとしても、誰かとの楽しい、うれしい経験がその子を救います。園でご飯を食べたあと「全部食べられたね!」と褒められたら、その子はとてもうれしいでしょう。アタッチメントは、養育者（親）との結びつきだけでなく、その後に関わるあらゆる人とも形成されると言います。安心基地はみんなで、社会全体で作ってあげたいものです。そのためには、皆さんの力が必要です。皆さんの存在が子どもたちを救い、お母さんたちを救い、日本を救う、そして世界を救うのです。

絵本作家の石井桃子さんの素敵な言葉で、私の話を締めくくりたいと思います。

「子どもたちよ、子ども時代を楽しんでください。大人になって、老人になってからあなたを支えてくれるのは子ども時代のあなたなのです」

子どもたちには、幸せな子ども時代をすごしてもらいたいですね。保育園での暮らしを、子どもたちは大きくなったら覚えていないかもしれません。でも、皆さんの温もりやたくさんさんの経験は、きっと子どもたちの人生を守るはずです。

これまで岩手県医師会では、いろいろな立場の方々に非認知能力について伝えてきました。私の話で知って良かったことがありましたら、ぜひ周りにお伝えいただければと思います。皆さんが幸せなら、子どもたちも幸せになります。皆さんのご多幸をお祈りしています。

組合員全員参加のたたかいを

—23国民春闘の焦点



くろさわ こういち
黒澤 幸一

国民春闘共闘・全労連事務局長

本日は「23春闘の焦点」というテーマでお話しします。コロナ禍で、こうして集まるのは久々だと聞きました。ようやく、医療、保育、ケア労働者でも集まりが復活してきたのかなと思います。

レイバー・ノーツの集會にて

私はレイバー・ノーツというシカゴの労働組合の集會に2022年6月に参加してきました。2年に一度、世界中の労働組合の活動家を集めて集會をやっているのです。日本でいうと労働者教育協会のような存在で、『学習の友』のような労働雑誌を作ったり、勤労者通信大学のようなこともやっています。今回は3年ぶりの開催で、世界中から4,000人が集まりました。分科会がたくさんあって、対話をしながら考えていくというやり方です。参加者の約7割は女性で、30～40代の女性の参加が多かったように思いました。

アメリカの労働組合員は現在、男女が概ね同数になってきています。女性の組合員たちが積極的に発言していて衝撃的でした。日本とは全然違う。日本ではどの集會に行っても男性ばかりですよ。ここは変えていかなければならないと感じています。

集會では、組合員が増えたという報告があると拍手喝采で、スタンディングオベーション。日本でも、スクール形式で黙って話を聞いて終わり、とい

う集會のあり方を変えていきたいですね。

あなたが一番実現させたい要求は？

最初に、「あなたやあなたの職場では今春闘で何を一番実現させたいですか」というテーマで、3人ずつくらいでグループを作ってください、3分間話し合ってみてください。

（3分経過）時間になりました。そちらのグループは、どんな話になりましたか？

参加者A：私は「賃上げ」と発言したのですが、3人で話していたら、このコロナ禍の中で人員に関する疲弊・負担という実態があるので、緊急性の高さで考えると、仕事の負担を減らすための人員確保が大事ではないかという話になりました。

参加者B：やっぱり今年は賃上げだと。久留米大学は20年連続してベースアップがないので、ここでベアがあれば歴史が変わるのではないかと。

参加者C：私たちも何より賃上げを実現させたいと話しました。職員のやる気にもつながるので、それを実現させたいです。

参加者D：慶応と久留米（大学）からの参加者と話をしました。久留米は20年間、慶応は21年間ベアがない。この物価高の中、本当に賃上げを頑張ろうという話になりました。慶応は住宅手当が10年前からなくなり、職場で怒りがわき上がっていて、それも含めて今、頑張っているところです。私も看護師ですが、普段から人員が足りないのに、コロナ禍で業務量が多くなった上に、職員も休んだり自宅待機となる中で本当に大変な3年間でした。今春闘でも人員増を頑張っていきたいと思っています。

参加者E：ベースアップだとか、賃上げなんていう言葉ではない。金でしょ！（笑）。方法は何でもいい。今の物価高騰を含めて、とにかく金を寄せせと。

ありがとうございました。皆さんの要求が賃上げ

と人手不足に集中するのは当然だと思います。

海外では「ストがストを呼ぶ」

今、労働組合は世界中で、ストライキを構えて賃上げを求めています。

例えば、アメリカ・ニューヨークの看護師らが人手不足の解消を求めてたたかっていますが、「看護師不足を解消するために賃上げしろ」と要求し、ストへの参加が10万人を超えているそうです。また、アメリカのスターバックスで働く大学生がテレビで「私の給料はたった16.45ドルだ」と話していました。日本円で時給2,300円。「これでは生活できない」と労働組合をつくってストに立ち上がり、時給30ドル（約4,200円）を要求しています。時給2,300円は、日本ではとても無理な水準ですが、アメリカでは大学生がスタバで働くと時給2,300円。いかに日本が安い国になっているかということです。

イギリス医療労働者たちのたたかいもすごい。連日ストで「賃金上げろ」と訴えています。これに影響されて運輸業の労働者や大学の先生など、さまざまな業種の人たちがストに立ち上がっています。

圧巻なのがフランスの「年金の改悪を許すな」のストですね。年金支給開始年齢が62歳から64歳に引き上げられることに反対して100万人が立ち上がりました。現在では300万人まで増えています。

世界中で今、ストがストを呼ぶような状況になっていますが、日本では連合が「日本は、ストライキをたたかわなくても賃金上がることをこの春闘で証明する」とくり返しています。政府や財界も含め「それが今の日本の労働組合のあり方だ」などと言っていますが、それは嘘ですよ。

仲間づくりができる労働組合に

本日の話のポイントは次の4つです。

1つは、賃上げを必ず勝ち取る腹を固めようということです。賃上げの世論も高まっていますが、個別企業内でのたたかいになると、簡単にはいきません。ここをどうするか。

2つ目は、これまでの春闘からバージョンアップする。そのためにはストでたたかえる労働組合にな

る必要があります。公務員は争議権が禁止されているためストが打てませんが、アメリカの公務労働者たちは禁止されていてもストを打っています。処分されるかもしれませんが、ストを打てないわけではないし、スト以外にも、例えば廊下に座り込むなどたたかう方法はある。そうやって交渉力を高めようということです。統一闘争への結集も重要。産別にしっかり結集し、地域の統一行動にも参加する。

3つ目、仲間を増やして春闘に勝利する。これまではどうしても、春闘に勝利したら「労働組合が頑張ったからです。皆さん労働組合に入りませんか？」という呼びかけになっていました。そうではなくて、春闘に取り組みながら、その要求の求心力で組合員を増やしていくことに挑戦していく。

4つ目、春闘を政治の転換にもつなげよう。2022年末に軍拡と増税という、賃上げに冷や水をかけるような政府の方針が示されました。これまでの平和の方針を大転換するものであり、私たちは声を上げていかなければなりません。

「希望は労働組合」

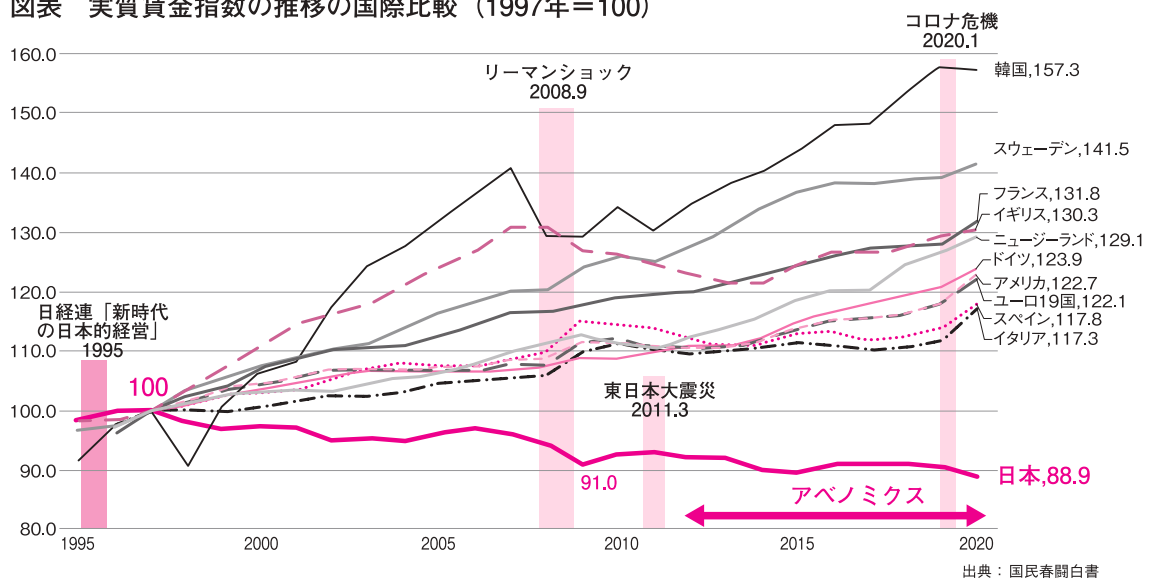
東京に出版情報関連ユニオンの取次ぎ支部という出版労連傘下の労働組合があります。本の棚卸などの仕事で、若者たちが最低賃金で働いています。時給1,072円では、とても食っていけない。彼らのワンコインの昼食代は500円ではなくて100円。食べない人も結構多い。そんな生活だけれど、彼らはこの職場に「希望がある」と言います。なぜなら、「労働組合があって、交渉したら要求が前に進むから」。パートだから年次有給休暇が取れていなかったのを、交渉で取れるようにした。無期雇用転換も、契約が更新されて5年経ったら5年ルールに基づいて無期雇用の転換にさせた。いつ首を切られるかという心配がなくなっただけでも本当によかったと。

だから彼らは、「労働組合が希望なんだ」と言うのです。私は春闘の中で、そういうたたかいをしたいと思っています。

実質賃金 downloader 続いている日本

実質賃金 downloader 続いていることは皆さんもご存知でしょう。問題は、この実質賃金の低下は、コロ

図表 実質賃金指数の推移の国際比較（1997年=100）



ナ禍の中で物価が高騰してきたからだけではないということです。日本はこの30年余り、実質賃金が下がり続けてきました。こんな国は日本だけです。

図表をご覧ください。1997年を100として、OECD（経済協力開発機構）諸国で実質賃金の推移を見ると、日本だけが下がり続けています。しかも10%を超えて下がっています。韓国はこの25年間に実質賃金が1.5～1.6倍になっています。スウェーデンも1.4倍、フランスも1.3倍。物価が少しずつ上がっているけれど、給与もちゃんと上げるという経済の循環が起きている。これに対して、日本は「失われた30年」が、このグラフに表れています。すぐにでも賃上げしないと、私たちの生活は世界から置いていかれてしまいます。

日銀の黒田前総裁は、「物価が上がれば賃上げが必ず起きる」と、賃上げが自然に起きるように言っていました。「それが経済のルールだ」と。しかし現在、物価は上がっていますが、賃金は上がっていませんよね。

中小企業の内部留保

中小企業の内部留保は20年間で11.3倍にはね上がっています。私たちは「大企業の内部留保は500兆円もある」と訴えています。実は中小企業も、資本金1,000万円未満の小さな企業でも、2000年には1.6兆円だった内部留保が2020年には18兆円に増えています。実に11倍。

先行き不安で、企業はとにかく金を持っていないと不安なのです。「中小企業は大変で、体力もない」と皆、思っているかもしれませんが、数字はそうっていない。だから春闘の時に、自分の会社の決算がどうなっているのか、きちんと見なければなりません。

「賃上げなんかしたら、会社がつぶれる」と中小企業の経営者は言いますが、全国の企業倒産件数の推移を見ると、もともと1万,8000～1万9,000件あった倒産件数が、現在は約6,000件。倒産の件数は減り続け、安定してきています。これは、私たちの給与がそちらへ回っているということです。労働者の賃金を上げずに、とにかく会社を守っていく。それによって雇用を守ってきたとも言えるかもしれませんが、こうした状況が賃金の低い今の日本をつくってきたともいえます。

男女の賃金格差は3割

男女の賃金格差も激しく、日本は最悪です。男性は55歳くらいの時に年収がピークになり平均668万円ですが、その時の女性の賃金は平均311万円。男性の46.5%ということです。

これは、女性に非正規労働者が圧倒的に多いこと、そして、子育ての時期に職場を去ってしまう人が多いこと、働き続けていても昇進昇格で差別を受けていることなどが要因です。このため女性の賃金は上がらない状態がずっと続いています。OECD

諸国の中で最も格差が大きいのは韓国です。次がイスラエルで、その次が日本です。この格差はやはり是正させていかなくてはなりません。

男女の賃金格差の開示義務は法律で定められています。2022年7月に決まりました。決算が終わったら、3カ月以内にホームページなどに「うちの職場の男女の賃金格差はこれだけです」と開示しなくてはなりません。3月末が決算というところが多いでしょうから、4～6月くらいまでに開示しなくてはなりません。病院は大体、従業員規模が300人を超えているため、開示が義務づけられています。

3割を超えて差があるところは、日本全体の平均すら守れていないということなので、是正を求めていかなければいけません。しかし、これは簡単ではない。非正規労働者を正規化するか、あるいは思い切った賃上げをやらない限り、男女の賃金格差はなくなっていくのではないかと思います。

2つの賃金闘争とともに

23春闘でやらなければならないのは、社会的な賃金闘争と職場でのたたかひの両方を成功させることです。社会的な賃金闘争というのは、最賃の引き上げや公務員の賃金引き上げ、あるいは公契約をきちんと守らせることなどを通じて、「国や自治体がその気になれば上げられる賃金」をきちんとさせる。あわせて、社会的な賃金の引き上げについての世論もつくっていかうということ。それを受けて職場の中でもしっかりとストを構えてたたかって、賃上げを実現していく。

社会的な賃金闘争と職場での賃金闘争、どちらが欠けても賃上げはできません。社会的に「これだけ賃上げが必要だ」となっても、職場の中だけでたたかいていても賃上げは実現しません。社会的に賃上げの世論をつくっておかなければなりません。大変ですが、両方やらなければならないのです。そして、これを実現するためには、産別や地域の統一闘争にしっかりと結集していくことです。会社ごとの個別の労働組合でたたかって、「うちのところは厳しいかな」という言葉に負けてしまったら、賃上げは実現しない。だから、産別に結集しようということ。です。

5%では物価上昇に追いつかない

全労連・春闘共闘の今年の要求は、「賃上げ3万円以上、時給で190円以上」です。昨年の2万5,000円/150円から1.2倍くらい上がっています。これを受けて多くの単産でも要求額を昨年より高くしています。3万円は平均10%の引き上げです。

連合は5%しか要求していませんが、これでは足りません。定期昇給分が約2%で、残りの3%は物価高騰分だとしていますが、物価はもう4%を超えて上がっているの、連合の要求は「実質賃金は下がってもいいですよ」というものになってしまっている。これではたたかえませんよね。

年が明けてから、大企業は次々と「賃金を上げます」と表明しています。ユニクロは40%の賃上げを大宣伝しています。労働組合の要求水準よりも企業の方がいい回答を先に示すといった形になっていきますが、これは労働組合つぶしなので気をつけなければいけません。労働組合を無視している。交渉なんかなくても賃金は企業が決めるんだと。これは不当労働行為だと思っています。

私たちはしっかり賃上げ要求を掲げ、労働時間の短縮なども掲げていこうと呼びかけています。

人手不足を解消するためにも賃上げを

人員増の要求は、医療・介護・福祉職場では非常に大きいですね。なぜ人手不足になるかということ、賃金不足だからです。皆さんの職場でも途中で辞めてしまう労働者が大勢いると思いますが、賃金がある程度高い職場は人が辞めません。多少、人間関係が厳しくでも、「ここで何とか頑張ろう」と思うものです。でも、「この人間関係でこの賃金」と感じてしまうと、辞めてしまう。やはり賃金不足を解消することが、職場を改善に向かわせることにつながるということです。

だから、賃上げをきちんと実現しようということにこだわってこの春闘をたたかうことが、人手不足の解消にもつながるということです。もちろん、長時間労働の是正にもつながっていきます。

日本の賃金は、なぜ上がらないのか？

では、「日本の労働者の賃金はなぜ上がらないのか」ということについて、冒頭の3人のチームで3

分間、話し合いをしてください。(3分経過)では、話し合いの結果を報告してください。

参加者F：出た意見は、連合が悪い(笑)。あとは、労働者が声を上げないのは、やはりよくない。自分がこうしてほしいとか、要求を話さないと、動かないのではないかと思いました。

参加者G：労働組合の組織率の低さ、仲間が増えないと力を持っていないのではないかという意見が出ました。また、お話にあったように企業内だけだと賃上げは難しいのかなど。やはり産別に結集するような形で社会的な運動にしていかないと難しいのかなどという議論をしました。

参加者H：転職すると、確実に給料は下がる。外資で働いている人のようにキャリアアップで転職していくのではなくて、田舎ではどんどん元のところに勤められなくなって、それ以上稼ぐには「都会に出ます」となってしまう。それが田舎の現実だね、という話になりました。

参加者I：労働組合の活動がもっと積極的にならないといけないのではないか。今回の大学部会も、もっと大きい規模でやれたらもう少し変わっていきけるのかなど。企業レベルの話では、やはり収益を内部留保に回して人に投資していないという問題、国レベルでは、政府の施策が大幅な賃上げにつながっていないという話になりました。

私が話さなくても、皆さん全部分かっている感じですね。日本では声を上げることができていない。声を上げるためには労働組合が必要なはずですが、そこは私たちもなかなか力が及ばずにいます。ぜひ、職場の中でも「賃金を上げるにはどうしたらいい？」という議論をしてください。上から話をするのが全てではない。周囲の人たちと素朴なところから話をする必要があると思っています。

声を上げるしかない！

日本は企業別の労働組合で、決裁権も妥結する権利も、全て単組が持っています。その結果、会社の業績に基づいて最終的に判断することになってしまうので、それを横断的な労働者の力で打ち破っていくというのが春闘なわけです。

財界はこの30年余り、この春闘を黙らせれば賃金

を上げなくて済むと考えたわけです。黙らせるのに最良の方法は何かと言えば、独法化もそうですが、公共でやっていたものをどんどん市場に委ねて競争させる。有期雇用の非正規労働者をどんどん増やせば、モノは言わなくなるだろうと、この30年間、非正規労働者をどんどん増やしてきたのです。

案の定、労働組合はそのために力が弱くなってしまった。労使関係が、力が均衡して対等な立場に立てるようになれば賃金は上げられると思いますが、労働組合の方が弱過ぎる。だから頑張る以外にないのです。相手の敵の攻撃はメチャメチャ大きい。しかし、それを乗り越えない限り、私たちの賃金は上がらない。もちろん地域住民の皆さんや、利用者・患者さんとも力を合わせていくことも私たちの大きな武器になります。

賃金は経営者・使用者が決めるものではありません。あくまでも労使の力関係の中で、どちらの力が強いかでその額が決まっていくということをしっかり踏まえておく必要があるし、それを実行しているのが諸外国のストなわけです。ストや行動もせずに賃金が上がることは絶対にありません。ここは、労働組合の私たちがしっかり頑張らなければなりません。

労使対等原則の形骸化

全労連は昨年春闘の学習会で、労働政策研究・研修機構の呉学殊(オウ・ハクスウ) 研究員に講演してもらいました。「資本主義社会では労働者は労働力の売り手で、使用者は買い手だ。われわれは労働力を時間で売って賃金を得て生活をしている。労働条件は労使対等の下で決められるのは当たり前のことで、しかし日本においてはこの労使対等の原則が形骸化している。このことが日本で賃金が上がらない最も大きな原因です」と明確に指摘されました。「日本では労働者の側が労働争議、ストライキを避けて、納得のいく回答がなくても交渉を収めてしまう。この傾向が強いために、結局、このことが努力をしない企業をつくって日本経済を冷え込ませている原因となっている」とのことでした。

私も経験がありますが、病院で「人手不足だ」と言う経営者はどうするか。誰かが定年退職すれば、その分で3人のパートを雇うのです。私自身、

労働組合を30年近くやってきましたが、そのことにダメだと言ってきませんでした。現場からは「パートでもいいから埋めてくれ」と。でも、それは結局、安い賃金で働く労働者を増やしたことになります。ここは私たちもしっかり反省し、これからは非正規労働者を増やさないことも含めてたたかっていくことが必要だし、そのために労使対等の原則を貫く必要があると思います。

30年前に全労連や春闘共闘が結成された時には、賃上げは1万6,000円くらいありました。それが今は5,000円とか6,000円とかですから、ひどいよね。この間にどんどん増えたのが非正規労働者です。労働組合の組織率はそれに比例して落ちていった。ということは、労働組合の組織率が高くなり、組合がしっかり機能することによって労働者の声が上げられるようになれば、賃金は上がるということなのです。

憲法28条が意味すること

労働条件の労使対等原則は労働基準法と労働契約法に書かれています。労基法の第2条には「労働条件は、労働者と使用者が、対等の立場において決定すべきものである」と書いてあります。労働契約法も、第3条に「労働契約は、労働者及び使用者が対等の立場における合議に基づき締結し、または変更すべきものとする」と、変更するときも合意が必要だと定めています。これが守られれば、労使関係も随分違ってくることになります。

対等の立場といっても、1対1だったら圧倒的に労働者は弱いわけだから、労働組合で固まる以外にないのです。サークルではダメで、なぜ労働組合かという、労働組合は憲法や法律で、きちんと認められた存在だからです。1対1だと個別の契約しか結べませんが、使用者と対等になると集団的な労働契約が結べることになります。

正規労働者のところは就業規則に基づいて契約を結ぶということになっていると思いますが、パートの人たちは個別契約に落とし込まれてしまい、弱い立場に置かれてしまう。憲法28条はそのことをしっかり分かっている、団結権や団体交渉権、ストをする権利を規定しているのです。



写真1 大勢の組合員が参加しての団体交渉

私の理解では、これは困った人が労働三権を使ってたたかってもいいよ、というものではなくて、「労働者はこの労働三権を使わない限り使用者とは対等になれませんよ。だからちゃんと使ってください」と憲法は言っているのだと思います。ここを踏まえないと形だけの権利になってしまう。

アメリカでは、職場の過半数の人たちの投票で「ここに労働組合をつくることを私は賛成します」ということを確立しないと労働組合の交渉権を得られません。日本では2人でも職場で労働組合がつくれるし、1人でも入れる労働組合もあります。憲法28条は極めて重要な条項だと思うし、だから今、労働者が労働組合に入って声を上げて、力をつけていくことが極めて重要になっていると思います。

相手がどんなに良い経営者でも、私たち労働組合は労働者の立場に立ち切って、対等の立場で交渉を進めることが大切だと考えています。

写真1は、私の出身、北海道勤医協の労働組合の団体交渉の様子です。前列に私もいますが、執行部だけで団体交渉に臨むのと、100~200人いて交渉をやるのとでは、経営側に与えるプレッシャーが格段に違います。組合員たちも、普段はなかなか組合活動に参加できなくても、この場にいるだけで「労働組合って、こういう場面で役に立つんだ」「こういう活動をしているんだな」ということが分かる。労働組合はここに力を尽くさなければいけないし、この場に参加し、発言することが組合員教育の最たるものでしょう。皆さんの職場でも、全員団交による追及をお勧めします。

ストをしたことがない組合もたくさんありますよね。まずは学習会からでもいいと思います。「ストの学習会をやります」と組合事務所の廊下に、経営

者に見えるように貼っただけで要求実現したところも結構あるそうです。「組合がストの準備を始めているぞ」と、経営側にはそれだけでもプレッシャーになるのです。全医労が今、全国140カ所の病院でストの準備を始めていますが、それだけで社会的に大きな影響を与えるので、ぜひ頑張って準備をしてほしいと思います。

ストライキの意義

ストは「労働力の提供を拒否すること」です。私たち労働者が労働力の提供をしなくなったら経営者は生産ができなくなるわけです。病院も介護事業所も、労働者がいない限り成り立たない。だから、「労働者にきちんと賃金を払わなければ」と経営者に思わせるためには、ストを背景にたたかい、納得いかない回答の時にはストを打たなければいけません。

「迷惑がかかる」「患者さんのことも心配」と考えてしまう気持ちはよく分かります。また、少数組合の場合、「うちの組合がストをしても仕事は止まらないから、影響なんて与えられない」と思うかもしれませんが、そんなことはない。経営者にとっては大きなダメージになります。例えば、夜勤の人がストをするというやり方だってあるわけです。病院のここを止めれば動かなくなるという部署がありますよね。

アメリカの大学の先生たちはノロノロ研究をするという戦術を決めて、2～3カ月で論文を出さなければいけないのを、わざと出さないでノロノロやるというストをやったりしています。ストと一口にいっても、手法はいろいろとあるわけです。ちなみに、『学習の友』2023年2月号はストライキ特集を組んでいるので、ぜひ活用してください。

ストライキの経験から

ストの事例をいくつか紹介しましょう。

全労連・全国一般PUC分会 20年間ベアなしの中、22春闘でスト160人

全労連・全国一般PUC分会（現在はTW分会）は、東京都の水道事業外郭団体の労働者でつくる労



写真2 160人が参加したスト

働組合です。IT部門を委託されている会社ですが、ここで大きなストライキが起きました。

2015年に専任社員と呼ばれる限定正社員が、労働組合に相談もなく導入されたのが発端です。転職ができない人は、正規労働者と同じ仕事をするけれど、賃金が3割ほど安くなる。労働組合は怒って、東京都の労働委員会もあっせんをして「きちんと交渉しなさい」ということになり、2015年から3年かけてほぼ正規労働者と同じ処遇を実現しました。

このときの最大のポイントは、専任社員の多くは女性だったのですが、彼女たち40人を組合に組織したことです。そして、その人たちが当事者として使用者側と交渉をした。それで待遇改善を実現したのです。

昨年の22春闘で、よく考えたらこの20年間、ベースアップがないよね、この物価高騰の中で異常だよ、という話になって、同分会はストを決行しました。写真2のスト決行中の写真は、都庁でのものだと思います。

この分会がすごいのは、スト決行前に、「賃金を上げさせるために、労働組合ではストやろうとしている。だからまだ組合に入っていない皆さん、ぜひ入ってストライキに参加しましょう」と呼びかけたことです。この呼びかけによって、ストの3日前までの間に50人が組合に入り、160人がストに立ち上がったそうです。

ここから学ぶべきことは、真剣に結果を取りに行くたたかいには、労働者は必ず応えるというか、「私もやろう」という話になるということです。中途半端なたたかいには、労働者はつき合わないと思います。「こんなに忙しいのに」となってしまう。とりわけ女性たちは子どもの世話や家のこともあって本当に忙しい。中途半端なたたかいにはつき合わないでしょう。本当に取りに行くというたたかいだ

からこそ、労働者は「忙しくてもやらずにね」となるのではないかと思います。

岩手医大教職員労働組合 21年末一時金引き下げ阻止

岩手医大のたたかいも素晴らしいですね。2021年、年末一時金が入金されようとした時に、労働組合の組織力をフル活用して止めたたたかいです。スト通告をして、地域でも署名を集め、ストを知らせる。36協定の改廃も掲げ、「回答いかなければ36協定を結ばんぞ」と突きつけました。

ここまで腹をくくったところに成功のカギがあったと思いますし、いわて労連や地域の地区労連の皆さんが書いた訴えの手紙を1万枚以上配布したということも大きいと思います。「単産や地域が一体となった春闘をたたかおう」といつも呼びかけていますが、こうした事例が増えていくことが大事ですし、医療機関の人たちの賃金を上げることは、もう社会的合意です。今、絶対に実現しなければならないことですから、この事例から学び、一緒に賃上げに向かっていければと思います。

かがみ田苑労働組合 組織拡大とスト通告

かがみ田苑労働組合は神奈川県横須賀市の社会福祉法人の、医労連加盟の労働組合です。障がい者の施設が6期連続の赤字で、2021年に1.5億円の赤字を出してしまったそうです。

使用者側は、職員のボーナスを削る、あるいは定期昇給をやめるといった賃下げで乗り切るといった作戦に出ました。組合員は最初6人だけでしたが、これではたたかえないというので、組合員を増やして、ストを通告して、使用者側の提案を全部撤回させました。職員が150人いる中で組合員は24人と2割弱ですが、本気のたたかいで撤回させることができた。6人のままだったら撤回させられなかったかもしれません。組合員を24人に増やしたことに大きなカギがあるのではないかと。「人数が少ないから」と諦めてしまう必要はないと思います。

仲間を増やして春闘に勝利する

この春闘で私たちがやらなければならないのは、仲間を増やして春闘に勝利することです。

皆さんには要求がありますよね。賃上げや人手不足の解消など。これを実現するために作戦を練りますよね。そして、「こういう方法でやりましょう」と闘争方針を決めます。この方法を決める時にも、組合員の合意が取れているか。みんなで考えたこととして取り組んでいるかどうか。誰かが立てたプランでたたかわされても、面白くも何ともありません。自分も一緒に決めたから「やりましょう」となるわけです。ですから、たたかいの相手に「うん」と言わせるためにどういう作戦が必要なのか、よく考えるということが大事なのです。岩手医大の事例は、地域に問題を知らせることによって、年末一時金引き下げを撤回させたのだと思います。

この作戦を練ったものを、例えば執行部で「こういう方針でいきましょう」と決めたら、それをすぐ要求書にして使用者に出して執行部が交渉をして、それで「上がった」「下がった」とやっているようでは、組合員たちは成功体験を実感できないのではないのでしょうか。ショートカットしてはいけません。組合員と一緒にやるのはもちろん、未組織労働者、まだ労働組合に入っていない皆さんに、「この春闘要求を実現するために、ぜひあなたも一緒に労働組合に入って交渉に参加しませんか?」と呼びかける作業を徹底的にやるのが重要です。交渉にも参加してもらって、一緒に賃上げの成功体験が実感できれば、「労働組合って、やっぱり必要だよね」ということになると思います。

これが、「今年の春闘で賃上げがいくらか実現しました」「労働組合が頑張ったんです」と後から未組織の人たちに声をかけても、組合には入らないと思います。私も言いましたが、入りませんでした。だって、人がやってくれるから。わざわざ組合費を払って自分がやらなくても賃金が上がるんだ、という風にしかならない。新入職員の人たちは、声をかければ入るかもしれませんが、やはり、成功体験と一緒にすることが大切ではないのでしょうか。今、私たちがやらなければいけないのは、回答前や交渉中に仲間が増えるということだと私は考えています。

その意味で、この春闘は成功体験を共にする大チャンスです。いくらかでも賃上げがある可能性が高い。「これは一緒にやったからだよ」と言える大チャンスです。春闘が終わった時に組合員数が1.3倍くらいになっているかどうか。ぜひ、実践に結びつけてください。

労働組合をつくって未来を変えよう

今、全労連は「労働組合をつくって未来を変えよう」というチラシを配っています(写真3)。東京医労連でも、「労働組合に入ることが良い職場をつくる」という横断幕を掲げていますよね。今、労働組合が希望なんだと知らせていくことが重要です。このチラシには加入申込書がついていて、全国で配り始めたら、入りたいという人がこれまでに4人いました。全員が非正規労働者でした。今、労働者たちはかなり真剣に考えている。そこに私たちが依拠してたたかっていくことが重要だと思います。

ケア労働者アクションの成果

全労連はこの間、ケア労働者の賃上げアクションを続けてきました。昨年、「菅首相への手紙」という形で、皆さんにも一言ずつ書いてもらいました。全労連に寄せられたのは1万通余りで、それをまとめて菅首相に提出しました。そうしたら菅首相は総理大臣を辞めました(笑)。このタイミングは本当に絶妙だったんです。いずれにしても、菅首相のままでは選挙に勝てないということになったわけです。

そして、岸田首相に「ケア労働者の皆さんの賃上げをする」というところまで言わせたのです。看護師は4,000円、介護は9,000円などと中途半端な額でしたが、それでも政府にそうした対策を取らせたのは、私たちの歴史的なたたかひが背景にあったからです。たたかわなかったらそんなことはなかったはずですよ。政府は現在も、看護師も含めケア労働者の賃上げの検討を続けています。

ところがその時に、公務の保育士だけが対象から外されたんです。人勧で決めるので出さないと。「なぜ、私たちは上がらないんだ」ということになって、名古屋市職員労働組合の保育士たちがアクションを起こしました。

組合員は非正規で働いている保育士が13人でしたが、とにかく仲間を増やそうと頑張って、たった1カ月で63人にまで増やしました。彼女たちはニュースに、「給与月額を4万円上げるチャンスです。そのために、いま皆さんの組合加入が必要です」とストレートに書いて、加入申込書もつけました。これを13人の組合員が手分けをして、自分の職場の人た



写真3 全労連作成のチラシ

ちに一人ひとり話をして歩きました。それで1カ月で63人、4倍以上になった。

13人で交渉するのと63人で交渉するのでは、当然ながら雲泥の差ということになるでしょう。公務の保育士さんたちは4万円を本当に勝ち取るかもしれません。

私たち労働組合の最大のパワーは何かといえば、組合員です。全労連には100万人の組合員が結集していますが、この100万人がみんなで声を上げれば、大きな前進がつくれるということです。ここに依拠してたたかうことをぜひ最後まで貫く春闘にしていきましょう。

運動を省略しない

先日、レイバー・ノーツのバーバラ・マデローニさんが全労連の学習会に来て、たくさんの言葉を残してってくれました。例えばこういう言葉です。

「信頼し合い、互いに傾聴し、共同による計画立案などの基本的な要素が欠けていると、運動には勝利できるかもしれないが、変革の力を秘めた未来の勝利に向けた基礎を固められない。決して焦ることなく、基本的な段階を省略しないために、訓練と明確な目的が必要である」

つまり、省略しない。請け負って、やれる人だけでやる運動にしてしまわないことを、この春闘の中で貫いていくことが大切です。大きな運動にするためには、まず組合員を「一緒にたたかう」というところまで持ち上げていく。そのために皆さんと一緒に頑張っていきたいと思います。「It's Union Time」、今こそ労働組合！（拍手）

日本医労連「2022年秋・退勤時間調査」結果の概要

日本医療労働組合連合会 2023年3月

日本医労連は2022年秋、長時間労働の是正・不払い労働の根絶を目的に全国一斉「不払い労働一掃・退勤時間調査」に取り組みました。10月を集中月間とし、新型コロナウイルス感染症が蔓延する中での実施となりました。

「不払い労働一掃・退勤実態調査」は、総対話型の組織拡大行動として位置づけ、組合加入に結びつける行動として取り組んできたため、調査時間は、日勤終了時間から2～3時間程度とし、聞き取り対象は日勤がほとんどを占めています。

医療・介護現場では、依然として長時間労働や不払い労働が蔓延しています。働き続けられる労働環境づくりのためにも、その是正が求められています。

調査概要

※（ ）は昨年の数値

- 実施期間 2022年9月から2023年1月末までの5カ月間(10月を取り組み集中月間に設定)
- 対象者 加盟組合の組合員、職場の労働者
- 集約数 104単組支部18,384人(87単組支部14,773人)

調査結果の概要

1) 所定労働時間を超えて約8割が時間外労働。全体の4割超えが始業時間前も終業時間後も時間外労働を強いられていた

調査日に時間外労働を行った人は14,524人・79.0%(10,439人・70.7%)と昨年から8.3ポイント増加。始業時間前のみ4,088人・22.2%(2,721人・18.4%)、終業時間後のみ2,183人・11.9%(1,462人・9.9%)といずれも増加し、始業時間前と終業時間後の両方8,253人・44.9%(6,256人・42.3%)では

2.6ポイント増加した。

2) 始業時間前の時間外労働の発生は約7割。看護師で約8割、医師・リハで6割以上

始業時間前に時間外労働が発生した人は、12,341人・67.1%(8,977人・60.8%)と6.3ポイント増加した。

職業別では、「看護職員」7,116人・79.1%(5,171人・73.2%)と5.9ポイント増加し最も多く、次いで「リハビリ技師」1,288人・64.7%(992人・62.1%)と2.6ポイント増加、「医師」106人・61.3%(56人・56.0%)と5.3ポイント増加した。

3) 新人にあたる「24歳以下」で始業時間前の時間外労働が11.5ポイント増加し、約8割。「60歳以上」では10.2ポイント増加し、約6割。全世代で増加

始業時間前に時間外労働が発生した人を年齢別にみると、「24歳以下」1,495人・79.9%(979人・68.4%)と11.5ポイント増加し、「25～29歳」1,866人・69.8%(1,875人・64.3%)と5.5ポイント増加、「60歳以上」626人・56.9%(331人・46.7%)と10.2ポイント増加した。「24歳以下」「60歳以上」の層の割合が10ポイント以上高くなっていると同時に、全世代で始業時間前の時間外労働が増加していた。

4) 終業時間後の時間外労働の発生は、6割弱。リハビリ技師、看護職員、医師で約6割以上

終業時間後に時間外労働が発生した人は、10,436人・56.8%(7,718人・52.2%)と4.6ポイント増加した。

職業別では、「リハビリ技師」が最も多く1,361人・68.3%(1,055人・66.0%)と2.3ポイント増加し、次いで「看護職員」5,743人・63.8%(4,132人・58.5%)と5.3ポイント増加、「医師」108人・62.4%(61人・61.0%)と1.4ポイント増加した。

時間数で見ると「1時間以上」4,413人・24.0%

(3,186人・21.6%)、「2時間以上」1,360人・7.4% (948人・6.4%)、「3時間以上」371人・2.0% (246人・1.7%) だった。

5) ひと月の未払賃金は1人当たり6万5,000円を超える

調査結果から始業時間前・終業時間後の時間外労働・休憩時間未取得による未払賃金を試算すると、1人当たり51,200円(59,155円)。休憩未取得により発生した時間外労働分15,360円(15,252円)を加味すると、1人当たり66,560円(74,407円)だった。

1年間に換算すると1人当たり798,720円(892,884円)もの未払賃金が発生している。請求を一部しかしていない回答者は含まれていないため、実際の対象者や未払賃金はさらに多くなる。

調査結果の詳細

1) 職種

調査職種における労働者数は18,384人(14,773人)。職種は、「看護職員」が8,997人・48.9%(7,060人・47.8%)と最も多く、次いで「医療技術職(リハ以外)」が2,176人・11.8%(1,810人・12.3%)、「事務」2,003人・10.9%(1,682人・11.4%)、「リハ(OT・PT・ST等)」1,992人・10.8%(1,598人・10.8%)、「介護職」1,659人・9.0%(1,437人・9.7%)、「医師」173人・0.9%(100人・0.7%)の順だった。

(注：2021年より職種に「事務」を追加)

2) 年齢

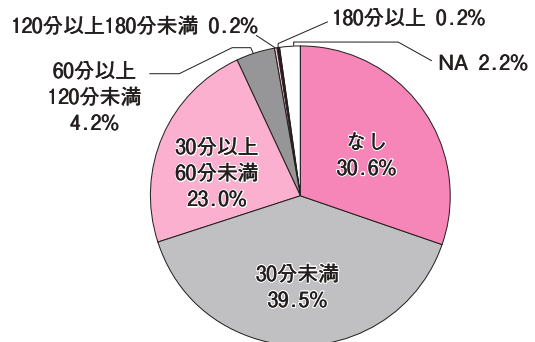
年齢分布は、「40代」が4,899人・26.6%(4,023人・27.2%)と最も多く、次いで「30代」が4,365人・23.7%(3,714人・25.1%)、「50代」3,453人・18.8%(2,856人・19.3%)、「25~29歳」2,672人・14.5%(2,014人・13.6%)、「24歳以下」1,871人・10.2%(1,431人・9.7%)、「60歳以上」1,101人6.0%(709人・4.8%)の順だった。

(注：2021年より「50歳代」と「60歳以上」に分けた)

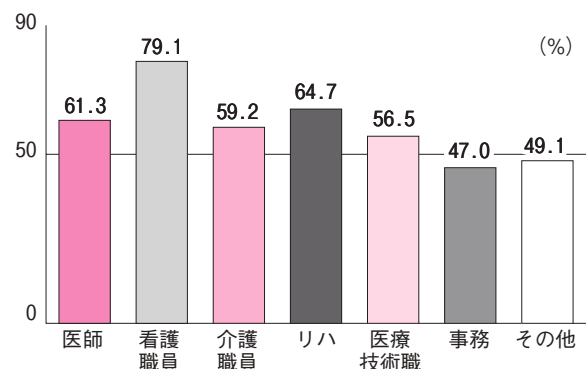
3) 今日の勤務はなんでしたか？

調査日の勤務について、「日勤」が78.1%

図表1 今日の始業前時間外労働はどれくらいでしたか？



図表2 始業時間前時間労働



(79.8%)で最も多く、「その他」12.5%(9.5%)、「遅出日勤」4.0%(4.1%)、「早出日勤」5.1%(5.0%)だった。

職種別にみると、日勤は「医師」の93.1%(91.0%)、「看護職員」の75.0%(78.2%)を占めた。

4) 今日の始業前時間外労働はどれくらいでしたか？

始業時間前「なし」5,633人

調査日の時間外労働について、始業時間前「なし」は30.6%(33.1%)と2.5ポイント減少した。

始業時間前「あり」12,341人

始業時間前「30分未満」39.5%(37.8%)、「30分以上60分未満」23.0%(19.5%)、「60分以上120分未満」4.2%(3.2%)、「120分以上180分未満」0.2%(0.2%)、「180分以上」0.2%(0.1%)だった。始業時間前1時間以上は4.6%(3.5%)と1.1ポイントの増加となり、3時間以上は0.1ポイント増加した。

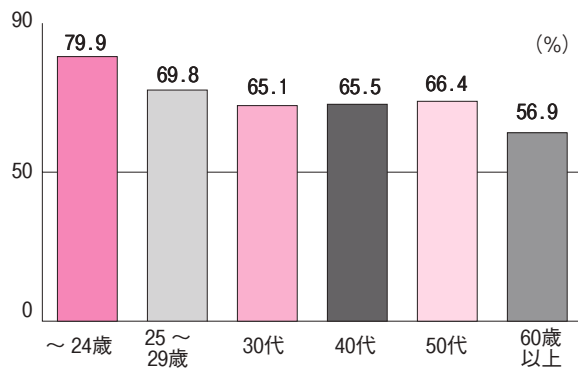
職種別にみると、始業時間前「あり」は、「看護職員」79.1%(73.2%)と5.9ポイントの増加、「リハ」64.7%(62.1%)、「医師」は61.3%(56.0%)と5.3ポイント増加した。また、1時間以上は「医師」が最も多く19.8%(17.0%)、次いで「看護職

員] 6.3% (4.7%)、「リハ」 3.2% (2.8%) だった。

年齢別にみると、始業時間前「あり」は、「24歳以下」 79.9% (68.4%) と11.5ポイント増加、「25～29歳」 69.8% (64.3%) と5.5ポイント増加、「30代」 65.1% (59.9%) と5.2ポイント増加、「40代」 65.5% (60.1%) と5.4ポイント増加、「50代」 66.4% (60.3%)、「60歳以上」 56.9% (46.7%) と10.2ポイント増加した。

「24歳以下」「60歳以上」の層の割合が10ポイント以上高くなっていると同時に、全世代で始業時間前の時間外労働が増加していた。

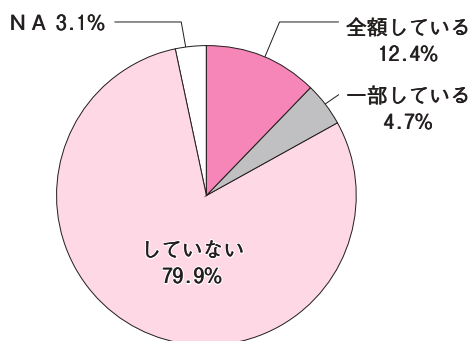
図表3 始業時間前時間労働（年齢別）



5) 始業前時間外労働は請求していますか？

始業前時間外労働の請求について、「全額請求している」は12.4% (13.2%)、「一部している」は4.7% (3.8%) と0.9ポイント増加し、「していない」 79.9% (78.6%) は1.3ポイント増加していた。昨年に続き、回答者の8割超が未払賃金を請求していなかった。

図表4 始業前時間外労働の請求



6) 今日の終業時間後、どれくらい残業しましたか？

終業時間後「なし」 7,078人

調査日の時間外労働について、終業時間後「なし」は37.5% (39.5%) だった。

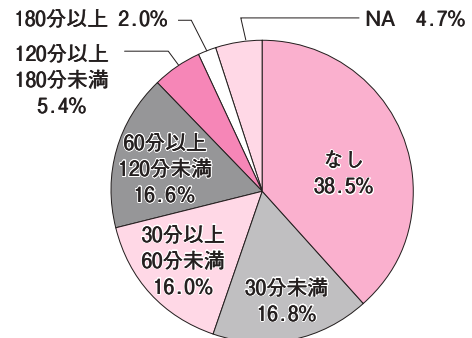
終業時間後「あり」 10,436人

終業時間後「30分未満」 16.8% (16.5%)、「60分以上120分未満」 16.6% (15.8%)、「30分以上60分未満」 15.9% (15.0%)、「120分以上180分未満」 5.4% (4.8%)、「180分以上」 2.2% (1.7%) だった。終業時間後1時間以上は24.0% (21.6%) と2.4ポイントの増加となり、3時間以上は2.2% (1.7%) と0.3ポイント増加した。

職種別にみると、終業時間後「あり」は「リハ」 68.3% (66.0%) と2.3ポイント増加し、「看護職員」 63.8% (58.5%) と5.3ポイント増加、「医師」 62.4% (61.0%) と1.4ポイント増加した。また、2時間以上は「医師」 12.2% (11.0%)、「事務」は11.3% (7.4%) と3.9ポイント増加、「看護職員」は10.1% (8.4%) と1.7ポイント増加した。

2019年4月施行の改正労働基準法により、法律（労基法36条）上、時間外労働の上限として「月45時間・年360時間」が明記され、当然、違反には罰則が課せられる。しかし、今回の調査結果では、上限越えにつながる2時間以上の時間外労働は7.4% (6.6%) と0.8ポイント増加した。

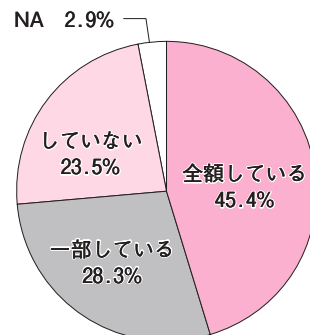
図表5 就業時間後の時間外労働



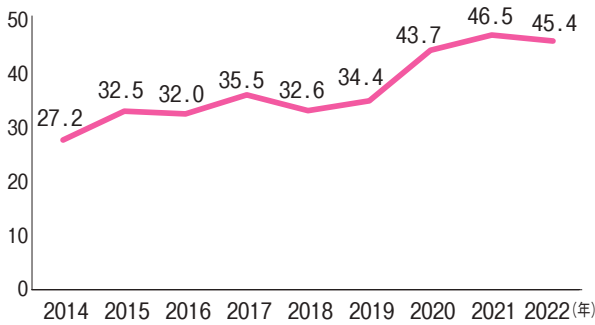
7) 終業時間後の残業は請求していますか？

終業後時間外労働の請求について、「全額請求している」は45.4% (46.5%) と1.1ポイント減少し、

図表6 就業時間後の残業代の請求



図表7 終業後の残業代を全額請求している割合 (%)



年 度	2014	2015	2016	2017	2018
回答数	3,661	4,073	4,001	3,975	3,688
年 度	2019	2020	2021	2022	
回答数	3,886	5,449	6,863	8,340	

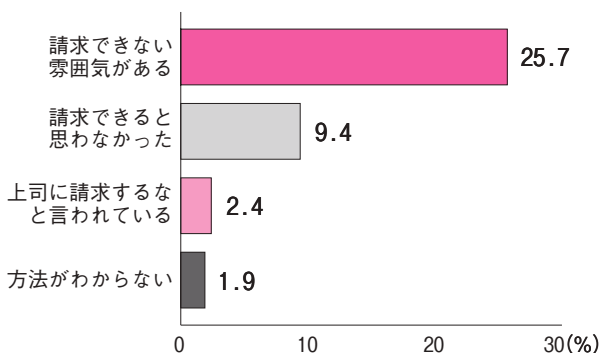
「一部している」28.3% (26.2%)、「していない」23.5% (23.4%) だった。回答者の約半数が未払い賃金を請求しておらず、前年度に比べその実態は悪化していた。

年齢別にみると、「全額請求している」は「25～29歳」49.2% (51.8%)、「30歳代」47.1% (47.9%)、「24歳以下」44.3% (43.3%) の順だった。

8) 残業代未請求の理由は何ですか？

始業時間前・終業時間後の未払賃金が請求できなかった理由については、「請求できない雰囲気がある」25.7% (23.8%)、「請求できると思わなかった」9.4% (8.3%)、「上司に請求すると言われていた」2.4% (2.0%)、「方法がわからない」が1.9% (1.9%) だった。

図表8 残業代を請求しない理由



「請求できない雰囲気がある」4,724人

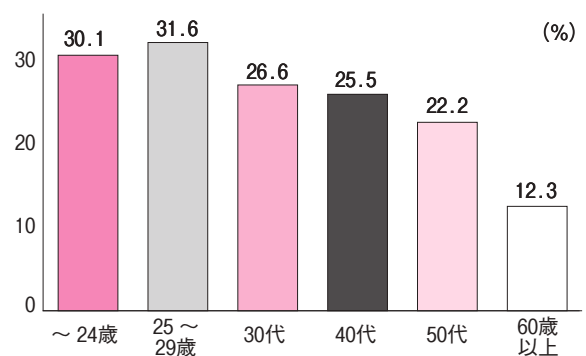
「請求できない雰囲気がある」と回答した4,724人のうち、未払賃金の請求を始業時間前「一部している」35.3% (33.5%)、「していない」28.7% (27.4%)、

終業時間後「一部している」43.6% (42.7%)、「していない」31.8% (32.3%) だった。

職種別にみると、「請求できない雰囲気がある」は、「看護職員」31.7% (31.0%) で最も多く、次いで「リハ」23.8% (23.5%)、「介護職員」21.5% (21.6%) の順だった。

年齢分布では、「請求できない雰囲気がある」は、「25～29歳」31.6% (28.0%) で最も多く、次いで「24歳以下」30.1% (29.1%)、「30代」26.6% (24.0%) の順だった。

図表9 請求できない雰囲気がある (年齢別)



「その他」4,881人

「その他」と回答した4,881人の自由記述2,158人の内訳は、「自分の能力不足・自己研鑽」247人、「1～15分だから」224人、「業務との区別が付きにくい・業務指示がでない・委員会や係の仕事・新人教育・情報収集」155人、「30分未満だから」123人、「始業時間前だから」114人、「育児時間だから」6人、「他の人も申請していないから」5人、「言いづらい・言えない」5人だった。一方で、「申請の記入が面倒・忘れた」83人、「別にいいや・なんとなく」45人だった。

また、上司から「できない・書くと言われた」19人、「始業前はサービス残業と言われている」11人、「30分以上から請求するよう言われた」9人、「全額請求すると嫌味を言われる」4人だった。

(注：各自由記述は回答者の記述を尊重して、原則として原文のまま掲載)

9) 請求した超勤手当は支払われていますか？

残業代の不払いが法律違反であることを知っていますか？

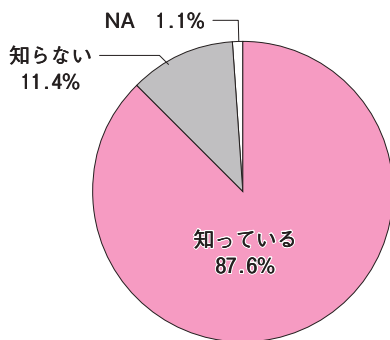
超過勤務手当の支払いについて、「きちんと支払われている」は89.2% (89.7%)、「一部だけ支払わ

れている」4.7% (3.9%)、「請求しても払われない」0.7% (0.7%) だった。

未払賃金について、法律違反を「知らない」11.4% (10.4%) だった。

前年度に続き1割の労働者が、未払賃金は「法律違反」の認識を持っておらず、「請求しても払われない」違法行為も存在していた。

図表10 残業代の不払いは法律違反と知っていますか？



10) 今日の休憩時間はどの程度取れましたか？

調査日の休憩時間について、取得率「76~100%」は65.3% (63.7%) だった。

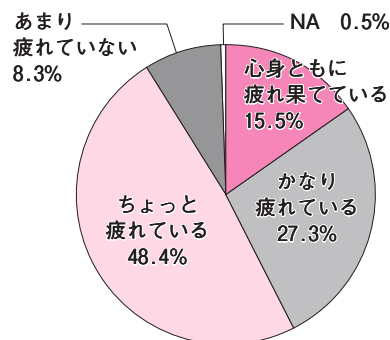
職種別にみると、取得率「76~100%」は「医師」が39.3% (44.0%) で4.7ポイント減少、「リハ」51.1% (55.5%) で4.4ポイント減少し、「看護職員」61.6 (59.8%) だった。

取得率「0.0%」の回答は、「医師」4.0% (4.0%)、「介護職員」1.5% (0.8%)、「看護職員」1.1% (1.0%) だった。

11) あなたの今の心身の状況はどうですか？

調査日の心身の状況について、「ちょっと疲れている」が48.4% (49.3%) と最も多く、次いで「かなり疲れている」27.3% (26.0%)、「心身ともに疲れている」15.5% (15.7%) だった。

図表11 心身の状況



疲れ果てている」15.5% (15.7%) だった。「あまり疲れていない」は8.3% (8.4%) で、回答者の9割以上が心身の疲れを訴えた。

未払賃金の試算

調査結果から、始業時間前・終業時間後の時間外労働・休憩時間未取得による未払賃金を試算した。

始業時間前の時間外労働の未払賃金

始業時間前の時間外労働の請求について、「していない」と回答した14,681人 (11,605人) のうち、時間外の労働時間(問4)を回答した10,916人 (8,453人) の時間外労働時間の合計は259,556分 (225,510分)。厚生労働省「令和3年賃金構造基本統計調査」を用いて未払賃金を算出すると、1人当たり20,480円 (22,878円) だった。

請求を一部しかしていない回答者864人は含まれていないため、実際の対象者や未払賃金はさらに多くなる。

図表12 始業時間前の時間外労働を請求していない時間

請求していない時間	人数(人)	総時間数(分)
30分未満	6,546	84,710
30分以上60分未満	3,702	127,147
60分以上120分未満	642	41,669
120分以上180分未満	13	1,635
180分以上	13	4,395
合計	10,916	259,556

① 回答者10,916人 (8,453人) の時間外労働時間259,556分 (225,510分) から1人当たりの時間外労働時間を算出すると23.77分 (26.67分)。(注：小数点以下第3位で切り捨て)

② 月平均所定労働日数を20日とし、月平均の時間外労働時間を算出すると、475分：7時間55分 (533分：8時間53分)。

(注1：月平均所定労働日数は、365日から年間休日(土曜52日、日曜52日、祝日16日、年末年始休5日、夏季休暇3日)を除いた年間所定労働日数237日を12カ月で割って算出。少数点以下四捨五入／注2：小数点以下切り捨て)

- ③ 厚生労働省「令和3年賃金構造基本統計調査」による「医療業」の「所定内給与月額」327,700円(327,500円)、「所定内実労働時間」160時間(161時間)から1時間当たりの基礎賃金を算出すると2,048円(2,034円)。時間外労働の割増賃金率を25%とし、1時間当たりの時間外割増賃金を算出すると2,560円(2,542円)。未払賃金は、1人当たり20,480円(22,878円)。

(注1：厚生労働省「提供分類1：令和3年賃金構造基本統計調査、提供分類2：一般労働者、提供分類3：産業中分類(P.83医療業)『第1表年齢階級別きまって支給する現金給与額、所定内給与額及び年間賞与その他特別給与額』」企業規模計〔10人以上〕より／注2：50銭未満を切り捨て、50銭以上を切り上げ／注3：月の時間外労働の合計を30分未満を切り捨て、30分以上を切り上げて計算)

終業時間後の時間外労働の未払賃金

終業後時間外労働の請求(問7)について、「していない」と回答した4,312人(3,456人)のうち、時間外の労働時間(問6)を回答した2,599人(2,120人)の時間外労働時間の合計は95,234分(87,645分)。厚生労働省「令和3年賃金構造基本統計調査」を用いて未払賃金を算出すると、1人当たり30,720円(35,962円)だった。

請求を一部しかしていない回答者5,205人は含まれていないため、実際の対象者や未払賃金はさらに多くなる。

図表13 終業時間後の時間外労働を請求していない時間

請求していない時間	人数(人)	総時間数(分)
30分未満	1,263	16,204
30分以上60分未満	715	24,528
60分以上120分未満	463	31,852
120分以上180分未満	121	15,380
180分以上	37	7,270
合計	2,599	95,234

- ① 回答者2,599人(2,120人)の時間外労働時間95,234分(87,645分)から1人当たりの時間外労働時間を算出すると36.64分(41.34分)。
(注：小数点以下第3位で切り捨て)
- ② 始業前の未払賃金の試算と同様に、月平均所定

労働日数を20日とし、月平均の時間外労働時間を算出すると、732分：12時間12分(826分：13時間46分)。

(注：小数点以下切り捨て)

- ③ 始業前の未払賃金の試算と同様に、厚生労働省「令和3年賃金構造基本統計調査」から1時間当たりの時間外割増賃金を算出し2,560円(2,542円)とした。未払賃金は、1人当たり30,720円(35,962円)だった。

(注1：50銭未満を切り捨て、50銭以上を切り上げ／注2：月の時間外労働の合計を30分未満切り捨て、30分以上を切り上げて計算)

休憩時間未取得による未払賃金

調査日の休憩時間について、取得率「100%未満」と回答した8,427人(5,641人)のうち、始業前・終業後の時間外労働の請求を共に「していない」と回答した2,024人(1,609人)を対象に未払賃金を算出すると、1人当たり15,360円(15,252円)だった。

図表14 休憩時間未取得の不払い賃金試算

休憩取得	人数(人)	総時間数(分)
1分～15分	95	845
16分～30分	453	12,475
31分～45分	739	30,515
46分～60分	658	34,067
61分以上	79	6,690
合計	2,024	84,592

- ① 休憩時間「100%未満」かつ始業前・終業後の時間外労働の請求を「していない」2,024人(1,609人)の休憩時間の合計は123,470分(99,485分)。そのうち取得時間の合計は84,592分(68,151分)だった。休憩未取得により発生した時間外労働時間の合計38,878分(31,334分)から1人当たりの時間外労働時間を算出すると19.20分(19.47分)だった。

(注：小数点以下第3位で切り捨て)

- ② 月平均所定労働日数を20日とし、月平均の時間外労働時間を算出すると、384分：6時間24分(389分：6時間29分)。

(注：小数点以下切り捨て)

- ③ 始業前の未払賃金の試算と同様に、厚生労働省「令和3年賃金構造基本統計調査」から1時間当



退勤時のシール投票（2020年10月、全医労東京地区）

たりの時間外割増賃金を算出し2,560円（2,542円）とした。未払賃金は、1人当たり15,360円（15,252円）。

（注1：50銭未満を切り捨て、50銭以上を切り上げ
／注2：月の時間外労働の合計を30分未満切り捨て、30分以上を切り上げて計算）

1カ月の未払賃金

1カ月の未払賃金は、始業前時間外労働20,480円（23,193円）と終業後時間外労働30,720円（35,962円）を合わせ、1人当たり51,200円（59,155円）だった。

休憩未取得により発生した時間外労働15,360円（15,252円）を加味すると、1人当たり66,560円（74,407円）だった。

調査結果に基づいて

2019年4月施行の改定労働基準法により、時間外労働の上限規制が明記されたが、始業時間前6.3ポイント増加、終業時間後4.6ポイント増加し、時間外労働の実態は悪化していた。職種別では、始業時間前「看護職員」5.9ポイント増加、「医師」5.3ポイント増加し、一昨年度4.5ポイント増加した「リハビリ技師」は今年度さらに2.6ポイント増加した。終業時間後では、「リハビリ技師」0.5ポイント増加、「看護職員」2.4ポイント増加、「医師」は2.2ポイント減少した。

上限越えにつながる2時間以上の時間外労働も1.0ポイント増加しており、働き続けられる労働環境づくりのためにも、引き続き是正が必要である。

始業時間前の時間外労働が昨年度に比べ大幅に増加する中、時間外労働の請求を始業時間前「全くしていない」は約8割で1.3ポイント増加、終業時間後「全くしていない」は昨年に続き2割超えだった。1年間の未払賃金を試算すると1人当たり798,720円で、「請求できない雰囲気がある」は1.9ポイント増加し4,724人だった。コロナ禍で申し送りなどが廃止されたことからの影響か、未請求の理由では、自由記述に「自分の能力不足」247人と、過重労働の中、自責の念に駆られ孤立する労働者の心理が垣間見えた。その他にも、始業時間前においては「業務との区別がつきにくい・業務指示がでない」155人、「始業時間前だから」144人など、始業時間前の時間外労働の管理を怠る管理者の姿があった。

時間外労働の請求ができない実態に加え、「請求しても払われない」は121人だった。明らかな違法行為が存在し、不払い労働根絶に向けた手だてが必要だ。未払賃金について、1割超が法律違反であると「知らない」と回答し、使用者の労働時間管理責任が問われる一方で、労働者自身の学習の促進や、時間外労働の請求・支払いは当たり前の職場づくり、請求方法の明確化、透明性など一層の改善が求められる。

自由記述には2,018人の声が寄せられ、「人手不足」243人、「時間外労働の未払い・管理責任」225人、「休憩時間の未取得」195人、「始業時間前時間外労働の請求・明確化」174人、「コロナ禍による業務過多・心身の不調」67人、「年休が取りづらい」29人だった。人員増や時間外労働の改善を求める声が多く寄せられた。

医療・介護現場では、慢性的な人手不足に加え、長時間夜勤と夜勤回数の制限に対する法的規制がないことも原因となり、離職者が多く発生している。コロナ禍で医療従事者の過酷な働き方が改めて浮き彫りとなり、本調査においても時間外労働は増加し、過酷な実態が明らかになった。日本医労連は、使用者の労働時間管理の徹底と行政による監督監査の強化、長時間労働や夜勤回数、短すぎる勤務間隔を規制する法整備の改善を求めて奮闘する。

心すなおに風のごとくに

第40回

みんな頑張ってきたね～と過去形で言いたい、新型コロナ3年

5月8日、新型コロナは季節性インフルエンザと同様に「5類」に位置づけられることになった。3年以上に及んだコロナ禍からようやく抜けられると安堵する人も多いだろうし、本当に大丈夫なのかとマスクを外せない人も少なくないだろう。医療現場はどうなのか、総合病院で働く精神科医として、職員のヘルスケアに携わってきた一人として、今この時期に思う。

新型コロナは、社会全体、生活や働き方を大きく変えた。医療や介護の現場はさらに変貌した。職員は感染防護着を着ての作業と緊張の持続だけでなく、度重なるクラスター発生などによる勤務体制や業務の大きな変化、人手不足の中で必死に現場を守ってきた。凶らずも感染したり濃厚接触者になったりしたため自宅隔離になった職員も、感染自体の不安だけでなく、残った職員や患者のみなさんに迷惑をかけたのではないかと悩んだ。入院患者さんは、自室に隔離されて廊下にさえ出られず困惑し、面会制限で家族や知人と会うこともできない辛さを抱え、リハビリの制限の中で心身の機能も低下し、不安や抑うつが増大する場合も少なくなかった。そうした人々の苦悩に職員は寄り添おうと努力し、かわりが大きく制限された中でも一生懸命に頑張ってきた。

自分と家族の健康を守り、仲間同士で支え合ってきた。重症者の治療やケアにあたってきた人は、医療のひっ迫の中でいのちの選択など倫理的なジレンマを体験した。とても書ききれないくらいのさまざまなストレスに耐えてきた。本当によくやってきたね、と言いたい。

しかし5類に下げても私たちの警戒は簡単には下げられない。政府は、日本のコロナ死者数が諸外国よりも少ないことなどを理由に、対策がうまくいったと自画自賛している風である。何をか言わんや。どれだけ多くの医療介護従事者の献身があったか。助かるはずの命がどれだけ、医療にたどり着けないうまま亡くなったか。新型インフルエンザまん延の時の教訓を生かしていれば違っていたはずである。過去を見ずにどうやって未来を描けるのだろうか。

感染対策に留まらない。政府は、敵基地攻撃能力の保持、原発回帰など、未来志向という名で、過去を無視し国民にも過去を見ないように—それはメディアも使って過去に言及しないという手法で一仕向けている。このままでは戦争も大規模災害なども、繰り返されないか。ああ、しかし、せめて今だけでも、みんな、頑張ったね、と過去形で、労いたいののである。



まつうら けんしん ●1984年金沢大学卒。青森で研修し、現在は石川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。

よ・ろ・し・く

Vol.40

あたらしくなかまになりました

レストピア労働組合（佐賀）

職場の改善をすすめるには 労働組合しかない



全国や県内の仲間から祝福を受けた結成総会。右から2人目が中嶋委員長（2022年8月3日）

佐賀県医労連で介護職員たちによる「レストピア労働組合」が結成され、2022年8月3日に結成総会が行われました。

パワハラ・年休など問題山積

介護施設レストピアは、1991年に佐賀市に80人規模の定数で開設され、職員はパート含め約35人です。

数年前から師長のパワハラを発端に、県医労連と継続的に相談の場を設けていました。この師長は、気に入らない職員へのパワハラのほか、入所者への態度の悪さも指摘されていました。

これらを問題視した中嶋好謙さん（今回、レストピア労働組合委員長に）が施設の業務改善委員会で師長の態度に対する改善を訴えましたが、理事長・事務長にも取り合ってもらえませんでした。他にも、年休も取れないなど問題山積でした。

まずは労働組合立ち上げ

県医労連と7回ほどの準備会を経て、「年をとっても自分らしい生活を継続したいという高齢者の思いを実現させ、働きやすい職場に改善し、安心して長く働きたい」という思いから、労働組合を立ち上げ、今後の活動のなかで仲間を拡大していこうという意気込みで結成総会を開きました。今後、医労連の方針に結集し、全国の仲間と共に、働きやすい職場づくりのために奮闘します。

結成総会には県労連北野修議長と日本医労連田中直光副委員長が来賓として参加。また、結成総会前段で日本医労連介護対策委員会事務局長の寺田雄中執から「介護労働者の現状と改善に向けて」と題して講演をしていただきました。

全国の医労連から多くの激励のメッセージも頂きました。改めて、全国や県内の県労連の仲間にご心よりお礼申し上げます。

（佐賀県医労連書記長 稲富 静男）

定期購読・バックナンバーのご案内



4月号 (2023年4月10日)
No.666
人間らしく、自分らしく働ける職場に
人間らしく生き、働き続けるために／
労働組合で自分の権利をとりもどす
／医療・介護で給食を担うみなさんへ



3月号 (2023年3月10日)
No.665
2022年 介護施設夜勤実態調査結果
介護保険制度の充実で「全世代
型社会保障」の実現を



2月号 (2023年2月10日)
No.664
労働組合の力を発揮させ大幅賃上げを実現しよう
国民のための政治を取り戻し、23春闘を「大
幅賃上げ元年」にしよう／日本の賃金はな
ぜ上がらないのか、どうすれば上がるのか



1月号 (2023年1月10日)
No.663
ジェンダー平等の社会をめざして
人間らしく生き、働きたい! だから労働
組合／専門職としての看護／3
休(年休・生休・連休)アンケート調査



12月号 (2022年12月10日)
No.662
2022年度 夜勤実態調査
夜勤実態調査にちよい足して
勤務シフト改善に活かす



11月号 (2022年11月10日)
No.661
コロナ禍の危機を転じて語ろう
看護の真価と可能性／安全保
障と国民生活／2021年度院内
保育所実態調査



10月号 (2022年10月10日)
No.660
参院選で何が明らかになったの
か／沖縄の本土復帰50年におも
う／たたかう労働組合のパージョ
ンアップを



8・9月号 (2022年9月10日)
No.659
第49回医療研究全国集会オンライン集会
沖縄から伝えたい。米軍基地の
話。／沖縄の子どもたちの貧困
問題、人間と平和



7月号 (2022年7月10日)
No.658
2022年度診療報酬改定の特徴
職場で労働基準法を実現するた
めに／ジェンダー平等と女性の
支援



6月号 (2022年6月10日)
No.657
日本医労連の最賃生活体験から
広げよう! 全国一律1,500円／誰
もが安心して暮らせる社会に!



5月号 (2022年5月10日)
No.656
コロナ禍の今だから考える感情と看護／今、改
めて考える介護労働／新たな国会情勢下で
の新しい署名、社会保障拡充のたたかい／
労働組合が、なぜ平和の課題に取り組むのか



4月号 (2022年4月10日)
No.655
日本医労連の産別統一闘争と春闘の歴史
春闘の歴史—教訓を学び、地域・
職場から運動づくりを／日本医労
連の歴史から学ぶ産別統一闘争

定期購読・バックナンバー購読

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

このページをコピーしてご記入のうえ、FAXしてください。

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

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

名前 _____ 所属 _____ 職種 _____

住所 _____

電話 () _____ FAX () _____ E-mail _____