



特集

米軍基地問題から平和を考える

報告 第34回平和ツアーin沖縄

講演 利用者、福祉労働者の権利を学ぶ ―福祉労働における労働運動の特徴を中心にして
日本医療総合研究所研究・研修委員 磯野 博調査報告 2025年秋全国一斉「不払い労働一掃・退勤時間調査」
2026年看護職員の入退職に関する実態調査

1 百害あって一利なし 米軍基地は今すぐ撤去を！

山田 義勝（沖縄県医労連執行委員長）

2 第34回平和ツアーin沖縄（2026年5月29～31日）

米軍基地問題から平和を考える

普天間基地、嘉手納基地をめぐって

ガイド 山田 義勝

参加者の感想

近藤 直己（愛知県医労連）

松尾 沙緒理（福岡医療団労働組合）

傳田 明美（長野地域民医連労働組合）

12 講演

日本医労連福祉部会第37回障害者・児童福祉労組全国学習交流会（2026年5月22日）

利用者、福祉労働者の権利を学ぶ

福祉労働における労働運動の特徴を中心にして

磯野 博（日本医療総合研究所 研究・研修委員）

18 調査報告

2025年秋 全国一斉

「不払い労働一掃・退勤時間調査」結果

25 2026年 看護職員の入退職に関する実態調査

連載コラム

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

32 よろしく（あたらしくなかまになりました）……さくら会病院労働組合（大阪）

表紙写真：第34回平和ツアーin沖縄 糸数アブチラガマにて（2026年5月30日）

百害あって一利なし 米軍基地は今すぐ撤去を!



辺野古新基地建設現場

1995年の米軍人による忌まわしい少女暴行事件に、それまでうっせきしていた沖縄県民の怒りが爆発し、日米両政府を震撼させるものになりました。県民の怒りは全国にも波及し、米軍基地あるが故の事件、事故が今なお続いていることへの思いが国民に共有されました。鎮静化のために日米両政府は同年、「沖縄に関する特別行動委員会（SACO）」を設置し、翌年の最終報告で北部訓練場の過半の返還、嘉手納基地以南の基地の整理縮小、普天間基地の返還が発表され、沖縄県民はたたかいの勝利を喜びあいました。

しかし、後日マスコミが報道した合意内容は県民が望んでいた普天間基地の無条件返還ではなく、移設条件付き返還合意でした。その移設先とされたのが名護市辺野古沖だったのです。県民が求める「基地の無条件閉鎖・撤去」の願いが、政府・マスコミ主導で普天間基地の移設にすり替えられ、県民が求めている辺野古新基地建設につながっているのです。連日、作業現場には400台を超えるダンプカーや工事車両が列をなして入っていきます。

先般の船舶事故を利用した誹謗・中傷、捏造画像などが拡散され、県民のこれ以上の基地負担「NO!」の県民運動を封殺しようとしています。しかし、日本で唯一の地上戦を経験し、戦争の愚かさを知っているからこそ「新基地建設反対! 戦争は嫌だ」の抗議の声を沖縄県民は発し続けます。

SACO 合意から30年を迎えた今年、衝撃的な事実が報道されました。辺野古に新基地が完成しても滑走路の長さが3,000mを満たしていないため、普天間基地の運用は今後も続けるとの文書が明らかになったのです。30年前の合意事項で日本政府はこの事を承知していたにもかかわらず、「辺野古が唯一の解決策」と県民を欺き続けてきたのです。辺野古に基地をつくるという根拠が崩れました。

基地あるが故に発生する事件、事故は後を絶ちません。また人体に影響を及ぼす PFOS・PFOA（有機フッ素化合物）の問題も深刻です。百害あっての一利なしの米軍基地を1日も早く撤去するために本年9月の沖縄県知事選へのご支援をお願いします。

（沖縄県医労連執行委員長 山田 義勝）

米軍基地問題から平和を考える

普天間基地、嘉手納基地をめぐる

ガイド：沖縄県医労連執行委員長 山田 義勝

日本医労連は5月29～31日、第34回平和ツアー in 沖縄を開催しました。参加者は沖縄各地の戦跡や米軍基地などを見学し、平和の大切さを学びました。今回はその中から普天間・嘉手納両基地を見学した際の様子を報告します。

激戦の跡を伝えるモニュメント

——嘉数高台公園

こちらが嘉数高台公園です。ここは沖縄戦の最初の激戦地でした。当時の沖縄県の人口約70万人のうち、4人に1人が亡くなったと言われています。その中でもこの宜野湾市嘉数では、2人に1人が亡くなったとされています。

このおびただしい砲弾の跡を見てください。これは、ここのお宅の方が、将来にわたって戦争の悲惨さを伝えていきたいと、自宅の塀をそのまま残したものです。この公園一帯を平和教育に生かそうということで、沖縄選出の参議院議員・伊波洋一さんが宜野湾市長だった時に、その壁を切り取ってモニュメントとして残したのが始まりです。自民党の市政に変わった途端、整備がストップしてしまいました。

54万人の米兵が押し寄せた

この嘉数高台は、日本軍の陣地として構築されました。丘の中は縦長にガマ（鍾乳洞）が広がっています。そのガマに人工的に横穴を作り、出入口をいくつか作ったようです。現在は、壕の入口は1カ所だけで、あとは全部崩落しています。この丘の向こう側から米軍が上陸を開始しました。ここは激戦地になり、大勢の日本兵が命を落としました。

沖縄戦が始まった頃、沖縄に駐留していた正規の日本軍は約10万人。それに加えて現地・沖縄で急場しのぎに徴用された兵士は、12～14歳の少年と50歳以上の男性たちでした。18～40歳くらいまでの男性

たちはすでに召集されていたからです。しかし、根こそぎ動員して、集まったのが3万人弱で、正規軍と合わせて12万人の兵力でした。

現地で集められた少年と男性たちに与えられた武器は、先のとがった竹槍1本でした。これで米兵と戦えと。そして、手榴弾を各自2個持つ。1個は敵目がけて投げろ、もう1個は捕まったら自害しなさい。これが日本軍の戦い方でした。

連合国軍（アメリカを中心にイギリスやその他の国々で構成された軍隊）の中で沖縄本島に上陸したのは米軍で、石垣島や宮古島などの離島に送り込まれたのがイギリス軍でした。沖縄戦に投入された米軍は54万人。沖縄の当時の人口に匹敵するほどの軍隊が押し寄せてきたわけです。

そんな軍隊に対抗できると思いますか？ 武器・弾薬は一切なく、兵力も全く足りない。圧倒的な火力で勝る米軍が勝つに決まっています。その中で戦わなければいけない、しかも負けてはいけないという戦いの中に、沖縄は追いつまれていきました。

そうした中で、どのような戦い方をしたのか。それが「たこつぼ作戦」です。あちらこちらに顔を出せるだけの穴が開いています。モグラ叩きを想像してください。ここを叩けば反対側から顔を出して、そこを叩くと、また反対側から顔を出す。叩いても叩いても、別の所から顔を出すというような、そうした基地の作り方をしています。

攻めてきた米軍は、自分がどこから狙われているか分からなくなる。前にいる日本兵を目掛けて撃ち込むと、後ろから攻撃されるという状況です。だから、ここでは本当に総攻撃。日本も総力戦で戦い、一進一退の戦いになりました。

この戦いの中で米軍は23台の戦車を失います。これだけの損失は、アメリカの戦争史上初めてのことでした。それほどものすごい戦いだったわけです。米軍も多大な犠牲をこうむりました。死者数は日本軍ほど多くはありませんが、違う意味での被害者が

出ています。それは、精神異常者です。米軍も、精神を病んでしまうほどの過酷な戦いを強いられたのです。

住民に自決を強いた日本軍

1945年4月1日、米軍が読谷村から嘉手納、北谷にかけて上陸を始めました（図表1）。沖縄本島の上陸前に米軍は、慶良間諸島を制圧します。その際にも多くの島民が命を失いました。慶良間諸島の全ての島々に日本兵が配置されましたが、米軍による制圧の際、日本軍はまったく抵抗できないまま降伏というような状況で、兵士たちは山奥の中に逃げ込んでしまいました。

その日本兵が山奥に逃げ込む際、住民に対しては自決を宣告するのです。ある森の中では家族が車座になって座り、母親や父親が自分の親や子どもを手にかけていく。首を絞めたり、鎌で頸動脈を切ったりしたのです。上陸した米軍が、あまりにも残酷な状況を見て「地獄だ!」と叫んだそうです。慶良間諸島の住民たちは米軍ではなく、日本軍の命令によって命を落としたのです。

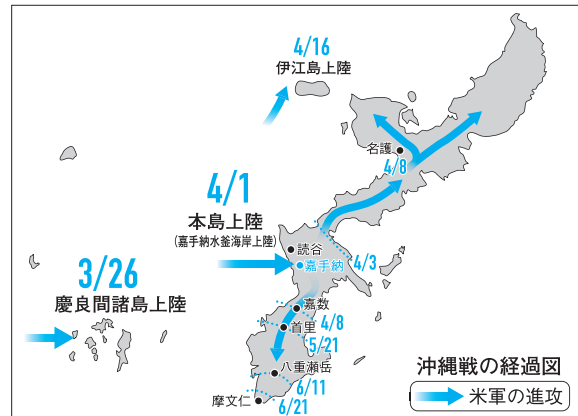
しかし、文部科学省は歴史教科書を、「日本軍の強要や関与はなかった」「住民の意思で、自ら自害した」と書き換えました。信じられない話です。

基地があるから攻撃される

嘉数周辺で2人に1人が亡くなった理由は、ここに日本軍の基地があったからです。現在のアメリカによるイランへの攻撃やロシアのウクライナ侵攻でもそうですが、まず攻撃されるのは軍事拠点です。軍事拠点を壊滅させるのが戦争の鉄則です。当然、住民が巻き添えを食うわけです。逃げ場を失った住民たちは米軍の砲弾を浴びることになり、その結果、住民の2人に1人が亡くなったのです。

一方、慶良間諸島の中で一つだけ、まったく米軍の攻撃を受けなかった島があります。前島という島で、ここは一発の攻撃も受けませんでした。この島には日本兵がいなかったからです。前島の住民たちは、この島は住民で守るから、日本軍の皆さんはほかの島を守ってくださいと追い出した。日本兵がいなければ、米軍は戦う必要もない。そのため、この島の住民たちだけは、砲弾によって亡くなることは

図表1 沖縄戦の経過



なかったそうです。

基地をめぐる議論で、「基地があるから守られている」とよく言われます。基地の強化は自国を守るためだと。しかし、基地がなければ攻撃を受ける“的”にはなりません。基地があるから攻撃を受けるということが沖縄戦の事実からも明らかです。

実際に、北朝鮮や中国からのミサイルは、嘉手納基地を目がけています。つまり、沖縄県民がターゲットになっている。南西諸島、石垣島、宮古島、鹿児島島の奄美大島、与那国島では、自衛隊がミサイルをどんどん配備しています。それによって中国や北朝鮮との緊張が増し、本当に危機的状況です。

砲弾だけで死ぬわけではない

沖縄本島に上陸した米軍は1日のうちにここを制圧し、半分は南下、もう半分は北上する部隊になります。北部に進撃した部隊は、伊江島も含め4月16日までに制圧を完了します。しかし、北部の兵士を再び南部に集結させて、住民を含めて激烈な戦闘が起こるわけです。

沖縄戦を語る際は、ほとんど中南部のことになります。ひめゆり学徒隊や白梅学徒隊も南部の野戦病院などに送られました。中南部に日本軍が集中したため、食糧問題もあって住民は疎開させられました。住民の命を守るために疎開させたわけではありません。日本軍は、自分たちの食糧を確保するために、不要な住民を移動させたのです。

北部の米軍に制圧された集落には、すぐに捕虜収容所や民間人収容所ができて、兵士や住民はそこに収容されました。その中には子どもたちもいて、すぐに学校生活が始まります。南の方では砲弾の音が



写真1 普天間基地は市街地に囲まれている

鳴っているけれど、北部ではもう戦後を迎えていたわけです。このように、北と南で戦争に巻き込まれた状況は異なりました。

疎開を強いられた住民たちも大変でした。日本軍から「あなたたちはここに疎開しなさい」と指令が出て、ジャングルの中に送り込まれましたが、すぐに飢餓とマラリアが住民たちを襲い、多くの人々が命を落としました。戦争では、砲弾などによって傷を負って亡くなるだけでなく、飢餓や病気で亡くなった人々が大量にいるということです。

4月16日に米軍に制圧された伊江島は、土地取り上げに対するたたかいが有名です。阿波根昌鴻さんという平和活動家が戦後、米軍による強制土地接収に反対する運動を主導しました。県民に、無抵抗の抵抗、拳を肩から上げない、座って対話で解決するということを説きました。

このたたかいの伝統を受け継いだのが現在の辺野古であり、沖縄のたたかいです。絶対に暴力をふるわないという沖縄のたたかいを始めたのが、伊江島の阿波根昌鴻さんなのです。

世界一危険な基地——普天間基地

ここが普天間基地です。ここには昔、田畑や学校、役場などがあって、本当にのどかな田園地帯でした。それが米軍によって土地を強制的に接収されます。戦後すぐに米軍は、住民たちを追い出して収容所に入れます。収容所から戻ってきた時には、自分たちが住んでいた土地、家屋、畑は全部つぶされて、入ることができなくなっていました。米軍は住民から強制的に土地を奪い、基地を作り上げました。

日本保守党の百田尚樹議員は、「宜野湾市民はお

金目当てで、好き好んで基地の周りに家を建てた」などと言っていますが、決してそんなことはありません。強制的に家や土地を取り上げられて住むところがなかったの、やむなく基地の周りに家を建てたのです。

なぜ、普天間基地が世界一危険なのでしょう。皆さん、この地図（写真1）を見てください。

宜野湾市のちょうど真ん中に米軍基地があります。実は普天間基地は、飛行場としての提供を日本政府は許可していません。滑走路の延長線上に住宅があるからです。普通、飛行場周辺に建物やマンションはありませんよね。建築許可が下りません。では、なぜ、普天間基地の周辺では建築許可が出ているのかと言えば、ここは飛行場としては存在しないはずだからです。だから建物の建築許可が出るわけです。そうしたいびつな構造になっています。

ヘリの部品が学校や保育園に落下

1995年の少女暴行事件に端を発して嘉手納基地以南の基地の返還が発表され、世界一危険といわれる普天間基地の返還も合意されました。

この普天間基地がどれだけ危険かというと、基地の近くに沖縄国際大学があります。ここに2014年、米軍のヘリコプターが墜落しました。幸い8月の夏休み中で生徒がいなかったため、犠牲者は出ませんでした。

普天間第二小学校では、子どもたちが運動場で体育の授業をしていた時に、ヘリコプターの窓枠が落下したことがあります。この小学校には避難場所があります。空から落ちてくるヘリコプターなどの物体から避難するためです。滑走路の延長線上には保育園もあって、子どもたちがいる遊ぶ園庭の上にヘリコプターの部品が落下したこともあります。

こうしたことが日常的に起きているので、世界一危険と言われるのです。基地を撤去するという話になった時、宜野湾市民は大いに喜びました。危険である上に、昼夜問わず騒音もひどいからです。

ここには2,800メートルの滑走路が1本あるので、同じ施設を移設してくれるのであれば撤去してもいいというのが米軍の条件で、移設条件付き返還合意と言われています。この変換先として選ばれたのが名護市の辺野古でした。

唯一、現存するトーチカ

皆さんの正面にあるのがトーチカ（防御陣地）です。ゴツゴツした岩にしか見えませんが、れっきとした構造物です。ここに鉄筋が組まれています。もともとは平らな建物だったのでしょうか。風化もあると思いますが、こうなるほどの、ものすごい量の砲弾が飛び交ったということです。

反対側に出入口があって、そこから中に入り、海岸線から押し寄せてくる敵に砲弾を撃ち込む。ここから大砲の砲身を出して、あそこからは機銃を出して…という形で敵を迎え撃つための施設です。

もとは出入口の向こう側の方にも壕が掘られていました。こうした施設がいくつか作られていたようですが、現存するのはこれだけです。ここも、伊波洋一さんの市長時代に整備・保存されました。

「京都の塔」に込められた思い

沖縄本島には全国から大勢の兵士が送り込まれ、命を落としました。ここには京都の塔があります。この陣地に、京都の兵士を中心にした部隊が組まれていたためです。

この塔の隣にある碑文を、ぜひ知っていただきたいので紹介します。皆さんの地元で戦没者を祭る慰霊の塔があったら、ぜひ碑文を読んでみてください。亡くなった兵士のことは「英霊」と書かれていると思います。しかし、京都の塔の碑文には英霊という言葉は書かれていません。

「昭和20年春沖縄島の戦いに際して、京都府下出身の将兵2530有余の人びとが遠く郷土に思いを寄せ、ひたすら祖国の興隆を念じつつ、ついに砲煙弾雨の中に倒れた。また多くの沖縄住民も運命を共にされたことは誠に哀惜に絶へない」

他県の人たちが沖縄県民に対して哀悼の意を込めた碑文は、この京都の塔だけです。

「星霜19年を経て今この悲しみの地にそれらの人びとの御冥福を祈るため、京都府市民によって『京都の塔』が建立されるにいたった。再び戦争の悲しみが繰り返されることのないよう、また併せて沖縄と京都とを結ぶ文化と有縁の絆がますますかためられるようこの塔に切なる願いをよせるものである」

戦争の悲惨さを訴え、二度と戦争はやってはいけ

ないという思い、そして戦争に巻き込まれた沖縄県民への哀悼の意が込められています。

英霊とは、兵士を英雄と祭り上げ、戦争賛美に利用する言い方です。そうした言葉が京都の塔には書かれていないことが、他の都道府県の碑文とは違います。碑文の日付は「昭和39年4月29日」。昭和39年当時の京都府知事は革新府政の^{にながわとらぞう}蛭川虎三さんでした。もとは憲法学者で、こよなく憲法9条を愛し、亡くなるまで憲法9条のことを研究、世界に発信していたそうです。革新府政の時代に作られた慰霊の塔だということですね。

軍隊は国民を守ってはくれない

京都の塔の隣に「嘉数の塔」があります。嘉数集落で亡くなった人々の慰霊の塔です。

ここに日本軍の陣地ができる時に、沖縄県民は次のように教え込まれました。天皇の軍隊・皇軍、天皇の国・皇国、要するに天皇の国であり天皇の軍隊である。天皇は絶対的神、そのもとにある軍隊は絶対的最強の軍隊だと。

この陣地が完成する際、日本軍から疎開命令が出されましたが、嘉数の人たちは、「なんで逃げる必要があるの?」「ここに世界最強の軍隊がいる。天皇の軍隊が負けるはずがない」と考え、疎開しなかった。しかし、敵からの砲弾は住民のところにも飛んできます。住民は逃げ惑うしかなかった。何度も言いますが、軍隊は決して住民を守らない。軍隊があれば自分たちを守ってくれる、核があれば守ってもらえる、そんなことは決してありません。

嘉手納基地の米兵たち

（移動中のバスから）ここは、嘉手納基地の米兵たちを相手にした繁華街です。横文字ばかりのお店がずらっと並んでいて、夜になると迷彩色の軍服を着た軍人が闊歩^{かつぽ}しています。給料日には、かなり遅い時間までいます。

ただ最近、女性に対する暴行事件が多発しており、綱紀肅正ということで夜9時以降は絶対に基地外に出たらダメとなっています。

ここは、1970年にコザ暴動という事件があった場所です。中学生の少年が米軍のジープにひかれて死亡したのに、ひいた兵士が無罪となったため、沖縄

県民の怒りが爆発し、路上に止まっている米軍車両を燃やしたという事件です。

嘉手納基地には、3,600メートルの滑走路が2本あります。兵士の出勤時間は朝7時半くらいで、朝早くは出勤の車で道路は渋滞します。終業は午後4時だったと思います。

正面に歩道橋、陸橋がありますね。これは、基地の人たちが、艦隊の基地に渡るためだけに作られたものです。私たちが使える歩道橋ではありませんが、これに5,000万円もの税金が投入されています。米軍にとっては至れり尽くせりです。この基地の中で生活している以上は、ほとんど懐からお金が出ることがないため、本国に帰るよりもここで生活したほうがずっといい暮らしができてと言われているそうです。

将校クラスになると基地の外で生活をします。そして、彼らは地域に溶け込む努力をしています。「軍隊は怖くないよ」と。日本の女性たちを招いてホームパーティをしたり、母親たちを集めてママ会をやったり。父親たちとはサッカーなどスポーツを兼ねた集まり。学校にも入り、英会話教室を無料でやるなどしています。こうしたことも、任務の一つに位置付けられています。

嘉手納弾薬庫

右側にあるのが、嘉手納弾薬庫です。地下の弾薬庫で、嘉手納町、読谷村、沖縄市、恩納村、うるま市までまたがる広大な敷地を持つ基地になっています。嘉手納基地と嘉手納弾薬庫は、一体のものです。この弾薬庫から嘉手納基地に弾薬を運び、嘉手納基地から戦場に飛んでいくわけです。

あちに、地下通路があるのが分かりますか？ 1970年代のベトナム戦争時代、「ベトナムの友を撃ち殺すな」「沖縄を悪魔の島にするな」と先輩たちが、嘉手納弾薬庫から嘉手納基地に弾薬を運び込ませないよう座り込みをしました。そうしたら、米軍はあつという間にあの地下道を作ってしまいました。

沖縄が最重視する嘉手納基地

——道の駅かでな

ここが嘉手納基地（嘉手納飛行場）です。「嘉手納エアポート」は米軍にとって、沖縄県で最も重要



沖縄平和祈念資料館（糸満市）

な飛行場・基地です。空軍の滑走路がありますが、海軍・陸軍、海兵隊も使えるようになっています。陸軍、海軍、空軍、海兵隊をあわせて4軍と言いますが、4軍全てが使える基地であり、ここには4軍調整官がいます。アジアの中でも最大の、米軍の最重要拠点がこの嘉手納基地です。

滑走路の奥の方に、長方形の長い管制塔がありますね。あれは嘉手納ラプコンと言い、沖縄の上空を全て支配しています。ここからゴーサインが出た日には、那覇空港に民間機が降りることは許されません。

この嘉手納基地も街の真ん中にあるので、かなり危険な基地です。ベトナム戦争の時にはB-52という爆撃機が、多くの爆弾を積み込んでベトナムに向かう途中、ここで墜落して大爆発したことがありました。その時には、周辺の住宅の窓ガラスが、振動で全て割れ、震度3～4くらいの地震のように揺れたそうです。それほど爆発があったということです。その後も、F-15イーグルの車輪が豚小屋に落ちたり、ハリヤーがこの近くでホバリングをして上がろうとした時に墜落して真っ黒こげになったりするなど、事件・事故は多数あります。

ここでパラシュート降下訓練も行われます。協定では、嘉手納ではパラシュート降下訓練はやらず、伊江島の方でやることになっているのですが、なし崩し的になっています。

パラシュートは、ゆらゆら降りてくるように見えますが、実際にはサーッと落ちてきます。その時に下に人がいたら、即死です。そうした危険な訓練をこの街の中でやっている。米軍が沖縄県民の命をないがしろにしていることがよく分かります。

「リトルアメリカ」の優雅な暮らし

嘉手納基地は「リトルアメリカ」と呼ばれるほど、アメリカの生活が何の不自由もなく送れます。住宅街の中には幼稚園から大学まであります。自動車教習所やボウリング場、映画館、ダンスホールなどの娯楽施設もあります。警察、裁判所、郵便局、病院、刑務所まであります。唯一ない公共機関は税務署です。この中では税金がかからないからです。

例えば、皆さんが買っている缶ビールは1缶300円くらいですが、基地の中では税金がかからないため100～150円くらいです。ガソリン税もかかりません。これらは全て、私たちの税金でまかなわれています。基地の中には4階建ての診療所（入院ベッド24床）もあります。今から15年ほど前に建てられましたが、総工費は約75億円です。そのお金も私たちの税金から出されています。

ここで7月4日のアメリカ独立記念日にアメリカンフェスタが行われます。その時には私たち沖縄県民も自由に出入りできます。何年か前に、このフェスタを訪れた県民が食事をのどにつまらせてしまいました。基地の中に病院があるのに、そこには運ばず、基地の外の民間の救急車を呼んで、近くの救急病院に連れて行きましたが、手遅れでした。私たちの税金で建てた病院なのに…。

正面にあるドーム型の格納庫は戦闘機用で、私たちの思いやり予算（税金）で作られています。格納庫を一つ作るのに5億円かかり、あの中に15個あるので75億円。これも、私たちの税金から出されています。

かまぼこ形の建物の後ろに三角の屋根がありますね。あの建物も戦闘機の格納庫です。あれはアメリカの国防予算で作られましたが、1機分の建設費は5,000万円です。日本に作るように命令して建設させた格納庫は1個5億円。この格納庫の屋根は、核戦争にも耐えうるほどの、非常に太いコンクリートで作られています。しかし、そのシェルターに私たちは入れません。入れるのは米軍とその家族だけです。不条理を感じます。

嘉手納との併用案は却下された

辺野古に新基地を作るのではなくて、嘉手納基地

を併用してはどうかという案もありましたが、米軍の言い分としては、ジェット機（戦闘機）とヘリコプターは共存できないと。しかし、嘉手納基地にはオスプレイも駐機しています。オスプレイはヘリコプターです。日本政府の言い分は矛盾だらけです。

戦闘機が手前の滑走路を使った時の騒音は本当にすごい。戦闘機が離陸する際には、耳をつんざくほどの音と振動で、歯がガチガチ震えます。こうした爆音に、この地域の住民たちはいつも悩まされています。実際、耳に異常をきたす難聴児が多いです。

あそこに掲げられている白い看板には、「ここは米国の所有地です」と書かれています。このフェンスから向こう側は米軍に提供している施設・用地で、基本的に沖縄県民は入れないのですが、あのように畑が耕されています。黙認耕作地と言います。

黙認耕作地は、何かの有事の際には否応なしに全部ブルドーザーで敷き直して基地にする、というものです。それでも構わないのなら、平時であれば使ってもいいよと提供されている土地なのです。しかし、ここにももともと住民がいました。中には、土地を奪われたために沖縄で暮らせなくなり、南米やハワイに移住した人もいます。

戦後、生活するために食糧を確保しなければならず、空いている土地を耕し始めたのが、黙認耕作地の始まりです。

「基地」を観光の目玉に

「道の駅かでな」について。道の駅はたいてい、観光地に行く途中にちょっと休憩するような場所にあって、その土地の物産やお土産を売っていますよね。しかし、この周辺に観光地はありません。そして、なぜ、ここに展望台があるのでしょうか。

嘉手納町は、基地との共存を選んだ町です。基地がなくなってしまうたら、この展望台の意味がなくなってしまう。つまり、基地で収入を得ようとしているわけです。ここの建物も、基地を受け入れた自治体に交付される基地交付金によって建てられたものです。

「道の駅かでな」の向かいには、「安保の見える丘」があります。この丘に立てば日米安保条約が見えます。どれだけ沖縄県民が被害を受けているか、沖縄の現実と日米安保の実態を肌で感じる事ができる丘だということです。

辺野古新基地建設の現場から

——瀬嵩(せだけ)の浜

転覆事故の現場にて

ここに花が手向けられていますね。これは3月に転覆事故で亡くなった高校生と金井船長への献花です。向こうに長島、平島という2つの島があって、船は本来、その島の内側を航行するはずでした。当時の状況はよく分からないのですが、島の外側から船を回したようで、予期しなかった5メートルほどの高波が来て、ひっくり返ってしまったようです。

船は2隻出されていました。最初に「不屈」という船が出て、その船長が金井さんでした。「不屈」がひっくり返ったので、後ろを航行していた「平和丸」がそれを助けるつもりで追いかけていった。そこに5メートルの波が来て、高校生が乗っていた平和丸もひっくり返ってしまった。救命胴衣は全員着けていましたが、亡くなった子は、船の何かに引っかかって浮き上がれなかったそうです。

事故はあってはなりませんが、今、マスコミでは抗議船に乗った・乗せられたということが問題にされています。確かに日常的に、フロートの外側から抗議活動をしています。外側、つまり海側から基地工事の進捗状況を見たい、それで平和を学ぼうという思いで学生や一般市民が訪れてくれているので、その人たちの要望に応じていました。現在の報道では、抗議船に強制的に乗せられたという話になっているのが残念です。

ここで事故の犠牲者に黙祷を捧げたいと思います(黙祷)。

核兵器貯蔵のうわさも

——辺野古弾薬庫

正面に見えるのがキャンプ・シュワブです。ここは辺野古崎と言います。右側にある山の正面に見える白い三角の屋根が、辺野古弾薬庫の入口です。海兵隊の弾薬庫です。先ほど見た嘉手納弾薬庫は空軍の弾薬庫で、沖縄にはこの2つの弾薬庫があります。嘉手納には自衛隊の弾薬庫もあります。

ここも地下弾薬庫のため、見た目ではよく分かりません。1972年5月15日に本土に復帰するまで沖縄は米軍の統治下にあり、それまでこの弾薬庫には核兵器が貯蔵されていたといううわさもあります。この弾薬庫がある山にはヤギやウサギが放し飼いされ

ています。小動物は臭いや周囲の雰囲気にとっても敏感なので、化学兵器のガスなどが少しでも漏れれば、それを感知して騒ぎ始めます。それだけ危険な弾薬が保管されていたということです。

確かな話ではありませんが、アメリカ本国の核兵器の保管場所と同じような構造をしている建物を、現在建設していることが暴露されています。この辺野古弾薬庫に核兵器をまた持ち込もうとしているのかもしれない。

キャンプ・シュワブはリゾート地!?

本日は青空で海もきれいに见えますね。アメリカで海兵隊員を募集する時、このキャンプ・シュワブの写真がポスターになっています。青い海原、白い砂浜、そして青空。まさにリゾートの雰囲気です。

アメリカは大陸の内部にもたくさんの州があって、海を見ないまま生涯を終える国民も大勢います。そのため、高校生が卒業する頃に、そのポスターを持って行き、「あなたもリゾート地で訓練しませんか?」と宣伝するのです。アメリカは現在、徴兵制ではないため勧誘が必要なわけです。

貧困層の青年たちは見たこともない海に憧れて、キャンプ・シュワブにやって来る。ここは新米の海兵隊が訓練する場所なので、18歳くらいの青年たちがやって来ます。海が初めてなので、海岸でヤドカリが動いているのを見てびっくりしています。

そのような純真無垢な青年たちが、ここで人殺しの訓練をさせられます。隊列を作って行軍する時のかけ声は、「Kill, kill kill!(殺せ、殺せ、殺せ!)」です。3カ月の訓練期間が終わる頃には、人殺しのマシン(機械)になっています。

命と生活を支えてくれた海

この辺野古崎にも住民がいました。1950年代、訓練場を作るからと強制的に土地を取り上げられました。住民たちは、1坪コカ・コーラ1本分とも言われる代金しか支払われず、強制的に移住させられました。まだ本土復帰前、米軍の統治下だったため、住民たちはやむなく土地を明け渡しました。しかし、現在建設しているこの基地には反対しています。基地は絶対に作らせないと座り込みを始めました。

この場所は、大潮になるとすごい干潟になります。



はえばる
悲風の丘（南風原陸軍病院壕の本部壕の跡）

辺野古の浜から平島まで、実は歩いて行けます。この辺野古の住民たちにとっては、この平島や長島は憩いの場所です。沖縄では「もーあしびー」と言いますが、今で言う婚活パーティー。独身の男女が集まって、酒を飲み踊る、そうした場所でした。そこが今、埋め立てられ、渡れないようになってしまいました。

おじい・おばあちがなぜ反対しているかという、戦争反対はもちろんですが、戦後の何もない復興の時代、食料もない時代に自分たちが生きてこられたのは、この豊かな海が目の前にあったから。ここで魚や貝を捕り、海の恵みで生きることができた。その海を、基地を作るために埋め立てることは絶対に許さない、と。かつて戦争に駆り出されたことのあるおじいたちは、もう二度と人殺しをしたくない、そうした思いで立ち上がった。それが辺野古の基地建設反対の歴史です。

ここには世界でも類を見ないほどの豊かなサンゴ礁群があります。それを埋め立てるとは、とても信じられません。

基地が完成したら、護岸も含め港が作られます。そして、母艦や軍艦が入ってくる。海も空も陸も、全ての軍がこの基地の中で訓練できる、そうした基地に作り上げようとしています。日本政府は、「ここには輸送船しか入りません」と言っって港を作っていますが、作ってしまえば否応なく軍艦がやってくるでしょう。嘉手納基地のパラシュート降下訓練も、やらないという協定を結んでいるのにやっているのです。「やらない」というのは口先だけです。

埋め立てられたら、今の豊かな海がなくなってしまふ。自然の力というのはすごくて、ちょっとでも

人工的な構造物を作ってしまうと、潮流が変わります。私たちの抗議運動に対し、政府がコンクリートでフェンスを作ったのですが、それが海の方に10メートルほど出ています。その壁によって潮流が変わり、砂浜の段差が2メートルほどできました。

潮流が変わったら、辺野古の漁師たちだけでなく、周辺の漁師たちも全てが被害を受けるでしょう。辺野古の漁師たちが賛成したことによって、何の補償もなく被害を受けるだけの、他の港の漁師たちは怒っています。

「マヨネーズ地盤」をどうするのか？

——大浦湾を臨んで

「もう、辺野古の埋め立てが始まっているのだから、あきらめなさい」という人もいますが、南側の埋め立てが完了したのは浅瀬だったからです。しかし、メインのこちらは工事が進んでいません。なぜなら、ここの海底の地盤が非常に軟弱な地盤だからです。いわゆる「マヨネーズ地盤」。杭を打っても打っても、どんどん奥に入り込んでしまい、どこまで打ち込めば止まるか分からない。そのために砂杭を打って地盤改良をしています、この湾の中に7万本を打ち込むそうです。しかし、昨年から今年に打ち込んだのはたったの200本。砂杭を打つだけで何年かかるのかという話です。

この軟弱地盤がある限り、滑走路が作れないことは明らかです。関西国際空港は人口島に作った空港ですが、あそこは年に何ミリかずつ沈んでいて、それをジャッキで上げています。ここも同じ状況になるでしょう。それにもまた費用がかかります。それでも政府は基地を建設しようと躍起になっています。砂杭を打ち込む作業をする船は、世界に1台しかないそうです。世界でも類を見ない工事をやろうとしています、果たして完成するのでしょうか。

ここはジュゴンが入ってくる最北端だったのですが、今は生息していないことが分かりました。ここにはウミガメもいます。ウミガメは、あの白い砂浜で卵を産みます。政府はそこも全部埋め立てようとしています。

自分たちの税金が何兆円も、人殺しの基地を作るために、それも日本のためではなくてアメリカのために使われているのが現状です。そのことを疑問に感じてもらえたらと思います。



語り継ぐことの意義を再確認できた

愛知県医労連 近藤 直己

想像以上の悲惨さ、過酷さ

今回、初めて沖縄平和ツアーに参加しました。ニュースなどで見聞きする基地や米軍のこと、沖縄の高齢者が基地建設反対のために座り込みを行っていることなど、これまで持っていた沖縄についての断片的な知識を、このツアーを通して一連のものとして理解することができました。

ガイドの山田さんの説明はとても詳しく、当時の人たちを想像することができました。壕やガマでの避難生活や野戦病院でのひめゆり学徒隊の様子など、戦争の悲惨さ、過酷さは想像以上のものでした。戦時下では、軍の命令は絶対であり逆らう事ができず、最後まで戦うことや米軍の捕虜にならず自害することを強要されるなど、非人道的な行いも当然とされていたのだと知りました。

巻き込まれていった住民たちのことを知れば知るほど、なぜ、なにも罪のない人たちがこれほど悲惨

な目に遭わなければならなかったのかと思わずにはいられませんでした。史実も時の政府によって歪められてしまうことを知りました。

「基地があったから狙われた、軍隊が来たから戦争に巻き込まれ、残虐な目に遭うことになった。二度と同じ思いはしたくない、後世に同じ思いをさせたくないとの強い思いから基地建設に反対している」というガイドさんの言葉が印象的でした。

歴史が今に続いていることを実感

辛い体験を、勇気を振り絞って語ってくれた証言者の方々がいたことで、私たちは真実を知ることができます。同じ過ちを犯さないために、戦争体験を語り継ぐことの意義を再確認できました。

今回のツアーでは、歴史は過去の事ではなく、今に続いていると実感できました。とても有意義な3日間でした。



沖縄の悔しさと怒りが伝わってきた

福岡医療団労働組合 松尾沙緒理

基地問題は他人事ではない！

沖縄には平和学習として何度か足を運んでいて、医労連主催の平和ツアーへの参加も2回目でしたが、今回もたくさんの学びを得ることができました。

今回の2泊3日のツアーを通して、今もなお、沖縄に住んでいる方々の“当たり前”が、環境も人間関係も、さまざまなことがじりじりと壊されている！と感じました。基地問題について、特に私は日常の生活で感じるものがほとんどなく、どこか他人事のようにとらえてしまいがちですが、平和ツアーに参加する中で、かつての歴史の中でも踏みこじられてきた沖縄の方々の思い、悔しさや怒りがと

ても伝わってきて、決して他人事ですまされてはいけないし、他人事ではないと思われました。これまで何度か足を運んだ「道の駅かでな」では、実際に戦闘機が訓練から帰ってくるところを見ることができ、その騒音も体験することができました。

感覚が麻痺していくことの恐ろしさ

沖縄戦の歴史においても多くの住民たちが、信じていた軍に守られることなく、捨て駒のように扱われ、犠牲になっています。戦中を生き抜く中で、本来持っていた感覚が麻痺していく恐ろしさ、教育の重要性と恐ろしさ、その中にある差別……平和祈念

資料館やひめゆり平和祈念資料館にある証言や写真の中には、思わず目を背けたくなるようなものもたくさんありましたが、証言の方が少なくなる中で、

見て、聞いて、学び、伝えていくことの重要性も感じることができました。

沖縄の戦争はまだ終わっていない



長野地域民医連労働組合 傳田 明美

基地の移設ではなく撤退を

沖縄平和ツアーに参加して、嘉手納基地や辺野古、沖縄戦の戦跡や平和資料館、ひめゆりの塔などを訪れました。戦争が人々の暮らしや命を奪った悲惨な歴史を学ぶと共に、現在も続いている基地問題について考える機会となりました。戦後80年以上が経った今もなお、沖縄には多くの米軍基地が集中しており、騒音や事故などへの不安など、沖縄の住民の負担が続いています。

辺野古基地問題では、軟弱地盤のため新基地建設工事が難航している現状を学びました。完成までに長い年月と膨大な費用が必要とされており、その財源には私たちの税金が充てられています。しかし、有事の際、住民が基地内のシェルターに避難できるわけではなく、「住民を守る」という視点が置き去りにされているように感じました。沖縄戦で住民が犠牲になった歴史を学んだだけに、そのやるせなさは一層強く心に残りました。

終戦後、何もなくなってしまう状態から生き延びることができたのは、「青い海があり、海の恵みがあったから」という言葉が印象に残りました。二度と戦争で汚さないためにも、おじいやおばあは辺

野古基地移設反対で座り込みをはじめました。100歳になるおばあが今でも座り込みを続けていると聞き、胸が締め付けられる思いです。きれいな海を守り続けたいという現れだと思います。沖縄県民は基地の移設ではなく、撤退を望んでいるのです。

不発弾処理が今でも毎週、毎月どこかで行われており、すべての処理が終わるまでに、あと80～100年かかると言われています。その現実を知り、「沖縄の戦争はまだ終わってはいない」という言葉の重みを強く感じました。戦争って何だろう？喜ぶのは時の権力者だけです。

平和は私たち自身で守るもの

今回、沖縄で学んだ戦争の悲惨さや、今も続く基地問題を決して他人事にせず、一人ひとりが平和について考え、行動することが大切だと感じました。平和は誰かが与えてくれるものではなく、私たち自身が守り続けていくものです。今回の学びを職場や地域の方々に伝えながら、誰もが平和で安心して暮らせる社会の実現に向けて平和活動に取り組んでいきたいと思っています。



ひめゆりの塔



新基地建設反対の座り込み行動（辺野古）

利用者、福祉労働者の 権利を学ぶ

福祉労働における労働運動の特徴を中心にして

いその ひろし
磯野 博
日本医療総合研究所
研究・研修委員



本日は、児童や障害者福祉の現場で働き、福祉サービス利用者の日々の生活に関わる皆さんに、利用者の権利や労働者としての権利を知っていただき、職場で生かしていただける話をしたいと思います。

はじめに——自己紹介

はじめに、自己紹介をしたいと思います。実家は愛知県犬山市です。歴史好き・お城好きの方にはたまらない町そうですね。おすすめは入鹿池です。江戸時代、入鹿村という村を沈めて日本最大の人工の池を造りました。その際にノミで削った跡がまだ残っています。また、少し離れていて岐阜県になりますが、杉原千畝記念館があります。「命のビザ」で有名なリトアニア領事・杉原千畝の生家があったところです。

私の両親は伊勢湾台風（1959年）の被災者です。新婚当初、名古屋市南区に住んでいて、そこに伊勢湾台風が襲来しました。周囲は水浸しになって、一時は行方不明者リストに入っていたそうです。死者数は5,000人にのぼり、全国的なニュースになりました。

その後、両親は名古屋市北部の社宅に引っ越ししました。ここは災害とは縁のない土地で、そこで私と兄が生まれました。被災者の中で、いち早く避難して被災から復興していく人と、そのまま被災地に住み続ける人がいます。その違いは何でしょうか。本日は能登半島地震で被災した石川県、また、東日本大震災で被災した福島県からの参加者もいっしょ

いますね。

要は社会階層が影響するのです。私の両親は、三菱重工という大企業の正社員でした。社会階層が比較的高い人々は、被災地からいち早く抜け出せたわけです。社会階層の低い人たちは、いわゆる復興住宅、名古屋市営住宅に住み続け、そのまま子どもの代まで住み続けます。本日の話にも関連しますので、心に留めておいてください。

労働運動における福祉労働の特徴

本論に入ります。まず、労働運動における福祉労働の特徴について考えてみましょう。

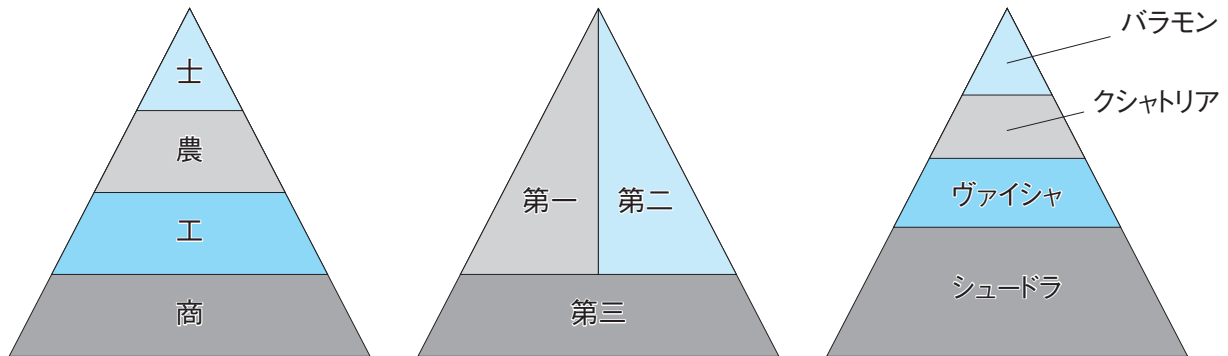
労働運動の構造——階級闘争を通じて

まず、労働運動の構造について考えてみましょう。「階級とは何か？」が一つの重要なテーマになります。図表1は身分制度を示したものです。「士農工商」は日本の江戸時代、「第一身分・第二身分、第三身分」はヨーロッパですね。「パラモン・クシャトリヤ・ヴァイシャ・シュードラ」はインドのカースト制度です。これらは社会の支配体制または慣例によって決められたものですが、生来のものとして継承され固定的であるという特徴があります。

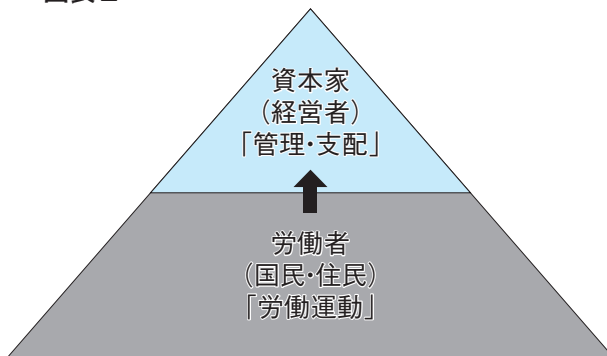
図表2は資本家階級と労働者階級を示したようになります。現在は必ずしもこの階級が固定的ではないかもしれませんが、もともとはこの階級を打破しようということで労働運動があったわけですね。

現在では、社会階層が重要になっています（図表3）。社会階層とは、職業・所得・社会的威信など、共

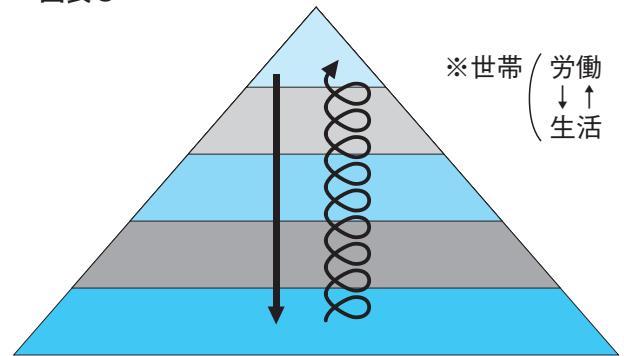
図表 1



図表 2



図表 3



通性を有する集団のことを指します。多くの場合、所得階層として分類されます。この図では5つに分けていますが、政府の統計などでは10に分けています。

ただ、ここで言う社会階層は所得階層ではありません。重要な点は、労働と生活の枠組みによって決まるということです。仕事との関係ですね。仕事と生活。それも世帯を単位にしています。これは、同じ低所得階層でも、安定した労働に従事している人は収入が確実に見込めるわけで、明日の仕事があるか分からない、来月どうなるか分からない、という人よりは上位の社会階層に属するからです。

世帯を単位にしているのはなぜかというと、収入の柱である父親が失職したとしても、母親が生活を支えられれば、その社会階層は維持できるからです。世帯を単位にした労働と生活、これを基準に分けたのが社会階層です。

社会階層は「移動」しうる

この社会階層の最大の特徴は流動性があるということです。生活が維持できなくなると上位階層から

下位階層に移動していく。一番下が貧困層というわけです。そして、社会階層はさまざまな原因によって動いていきます。

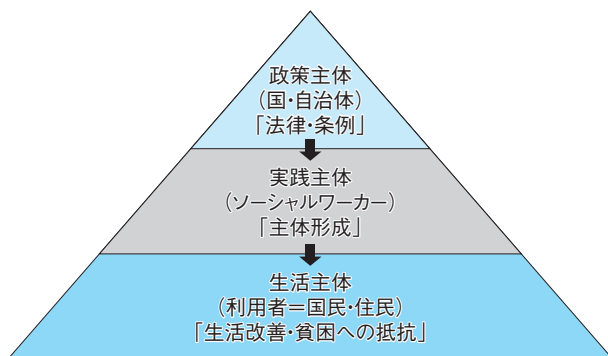
図表3の左側の矢印はダイレクトにバットと下に向いています。右側の矢印は、グルグルと回りながら上に向いています。社会階層は、一度落ちたらそのままというわけではありません。そこからまた這い上がろうとする努力、これを「貧困への抵抗」と言っています。貧困状態に陥らないようにする力であり、貧困状態に陥っても這い上がろうとする性向がある。ただし、その性向はなかなか実らない。そのため、グルグルと巻いた図になっています。

このような状態に陥った労働者階級の仲間、あるいは福祉・医療・介護の従事者たちのために一緒にたたかうのも、労働運動の役割だということです。

福祉労働の特徴——「三元構造論」を通して

ここで「三元構造論」という言葉が出てきます。社会福祉分野、福祉労働の特徴として「三元構造論」という言葉があります。

図表 4



図表 4 をご覧ください。皆さんは福祉労働に従事する労働者であると同時に、社会福祉の実践主体・ソーシャルワーカーでもあるということになります。「社会福祉従事者」でも結構です。つまり、労働者であると同時に医療者に支援を行う、サービスを提供する従事者でもある。そのため、ここで政策主体、実践主体、生活主体という 3 つに分かれるわけです。図表 4 にある通り、政策主体が設定した制度・サービスを生活主体の生活改善に活用する、という流れです。

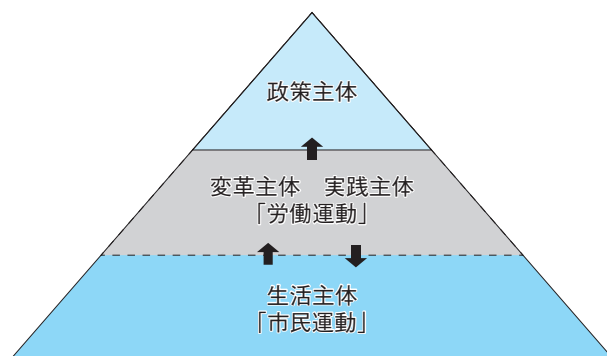
ただ、ここで大事なことは、私たちソーシャルワーカーの任務は、サービス提供や法律制度の活用だけではなく、主体形成を行うことが最大の使命、ミッションであるということです。これは先ほど「貧困への抵抗」と言いましたが、利用者・国民・住民が単にサービスの利用者ではなく、「貧困への抵抗」を行う主体として自らの生活を再建する、そのように支援していくことも大事だということです。

ソーシャルワーカーが行う支援のことを「自立支援」と言いますが、この「自立」という言葉にはいろいろな意味があります。単にサービスを利用しなくなるようにする、生活保護から抜け出すなどという意味ではなく、自分自身の抱える貧困状態に対する抵抗を行う、そこから抜け出すような視点、そういう主体形成を意味しているということです。

市民と連帯して社会を変える役割

実践主体は変革主体でもあります。つまり、図表 5 が最も重要になってくるわけです。私たち実践主体が、生活主体に対して主体形成も含めた支援を行う実践者であると同時に、生活主体とともに変革をしていく変革主体でもあるということです。これが

図表 5



「三元構造論」の最大のポイントです。

社会福祉士の職能団体である日本社会福祉会の倫理綱領の前文には次のような文章があります。「われわれ社会福祉士は、すべての人が人間としての尊厳を有し、価値ある存在であり、平等であることを深く認識する」。ここまでは実践できていると思います。前文ではさらに、「われわれは平和を擁護し、社会正義、人権、集団的責任、多様性尊重及び全人的存在の原理に則り、人々がつながりを実感できる社会への変革と社会的包摂の実現を目指す専門職」とされています。

平和を追求する。昨日も議員会館前で憲法改悪反対の集会が行われていました。残念ながら、日本社会福祉会がこのような場に出て来て平和を主張する姿を見たことはありません。ましてや、自分たちが利用者とともに社会を変革する変革主体だと主張しているところを見たことはありません。もし、そうしたことを言うと変わり者だと見られるでしょう。

私の母校である日本福祉大学は、私が学生だった時代には、こういうことを声高に言っていました。今でもそう主張している先生方はいますが、学内では「過激だ」と言われています。学生に「ああいう過激な集団には近づかない方がいい」とアドバイスをする先生もいるそうです。

ソーシャルワークの分類の中には、マクロソーシャルワークとか、ラディカル・ソーシャルワークという分野があります。「ラディカル」は直訳すれば「過激」です。ただ、単に直訳して「過激だ」ということではなく、ちゃんと変革主体として社会の変革を担うからこそラディカル・ソーシャルワークという言葉になるわけです。「過激だ」と批判する先生方は、そうしたことを本当に理解しているのか、

はなはだ疑問です。

ですから、本来、ソーシャルワーカーである自分たちが労働運動の担い手である、そして同時に、生活主体が行う市民運動・住民運動と連携・連帯しつつ社会を変えていくということに従事できるか、部会員の役割というものの一つはここにあるだろうと私は思っています。

図表5で実践主体と生活主体の間の矢印が上下双方向になっていて、実践主体と生活主体の間が実線ではなく点線になっているのは、そういう意味を示したものです。

米国では政策立案にソーシャルワーカーが関与

アメリカのハワイ州立大学は非常にソーシャルワーク研究の進んでいる大学で、そこで1日、学生と一緒に研修を受けたことがあります。その中で、教授が学生に「君はどう思う？」と当てて聞いていく場面がありました。ソーシャルワークが何をするものなのか問われ、学生も考えていろいろと意見を言うのですが、なかなかこの部分が出てこない。

全米ソーシャルワーカー連盟は社会変革と同時に、もう一歩進んで、ホワイトハウスに補佐官を出しました。その後も必ず入っています。現在のトランプ大統領の補佐官にはいませんが…。共和党政権の時にはあまり入らないようです。オバマ大統領やクリントン大統領など、民主党政権の時にはアメリカの社会保障も一定の前進がありました。

「オバマケア」はご存知ですか？ オバマ大統領の時に、アメリカも曲がりなりにも国民皆保険制度を確立したのです。それを「オバマケア」と呼んでいます。詳細について本日は省略しますが、アメリカではこうした政策立案をする際の担い手が、ホワイトハウスにいる全米ソーシャルワーカー連盟の補佐官なのです。アメリカではソーシャルワーカーが政策主体として関わっているということです。

1935年に世界最初の社会保障法を制定させたフランクリン・ルーズベルト大統領はその象徴といえます。あのニューディール政策を断行した大統領です。今はトランプ大統領がディールという言葉を出していますが、そもそもニューディール政策というのは、あのような世界平和や人々の生活を脅かす者ではないことはいまでもありません。

日本では、かつての民主党政権も含め、社会福祉の改革にあたってソーシャルワーカーの補佐官が派

遣されたなどという話は、残念ながら聞いたこともありません。日本におけるソーシャルワーカーの役割や自立性は、まだまだ発展途上だということです。

福祉労働が保障すべき人権

次に、福祉労働が保障すべき人権について考えていきましょう。

自由権から社会権への系譜

自由権や社会権が、自然に保障されるようになったと思っている学生も少なくありません。しかし、人権は、人々が貧困、飢餓、戦乱、専制政治などを乗り越えて獲得してきたものです。

皆さんご存知の通り、市民革命によって自由権が中世から近代社会において自由権が形成されました。アメリカの独立宣言は1776年、フランスの人権宣言は1789年のことです。

アメリカの独立宣言の中には、人権が「天賦のもの」「神から与えられたもの」と書いてあります。これは、アメリカの独立戦争がイギリスから独立するためのもので、そもそもイギリスからアメリカに移民をした人々は、イギリスにおける宗教の退廃を憂い、自分たちの思想信条、信仰心に従った理想国家をつくろうと移民していったという背景があります。

20世紀に入り、第一次世界大戦後、社会権が登場します。最初に提起したのはドイツのワイマール憲法（1919年）です。第一次世界大戦中、ドイツは帝国でした。その後、ベルサイユ条約を経てドイツは大統領を選挙で選ぶ共和国になり、世界で最も民主的と呼ばれる憲法をつくりました。それがワイマール憲法です。

このワイマール憲法の中で、男女平等、労働者の権利、労働者の団結権、男女普通選挙、就学の機会の保障などが言われ、同時に社会権がうたわれています。ワイマール憲法の中では経済活動は自由です。会社をつくって儲けるのも自由。ただ、経済活動をするにも国民全体の人権保障がベースにあるので、国民全体の人権を侵すものは制限されます。例えば、会社が儲けるために労働者に低賃金・長時間労働を課すことは労働者の生活と健康を脅かすため制限されます。同時に国家は、労働者の生活と健康を守るために医療や社会サービスを提供しなくてはなりません。これが「経済活動の自由は正義の原則の下に

成り立っている」という内容の意味です。現代の社会権に結びつく大事な条文だったと思います。

しかし、ワイマール共和国はヒトラーの登場によって崩壊します。ただし、ヒトラーは独裁者ですが、きちんと選挙で選ばれています。選挙に選ばれて何を言ったかという、「憲法の中に、非常大権として憲法停止の権限が大統領にはある」。大統領が国家の危機だと思えば、国軍と協力して、逮捕状なしに逮捕できるし、搜索令状なしに家の中を搜索できる。憲法にそういうことが書いてあって、ヒトラーはそれを忠実に実行したのです。

現在、日本でも憲法改正の議論の中で、緊急事態条項を入れる・入れないという問題があります。日本の政権がヒトラーと同じことをするとは思いませんが、過去の歴史から何を学ぶのが大事だと思います。現在の憲法改正で議論されている緊急事態条項は、ワイマール憲法の問題に準じないかという懸念があります。

社会福祉各分野における人権保障

はじめに大きな話をしましたが、次に分野ごとの人権について見ていきたいと思います。

児童分野における人権保障

児童分野における人権保障、児童福祉法は、ある意味で日本の社会法制の中で最も優れている法律ではないかと思われます。なぜかといえば第1条、これは1947年に児童福祉法ができたときからあったわけではありませんが、同条には、「すべての児童は、児童の権利に関する条約の精神にのっとり」という一文があります。

国際人権条約に基づいて社会福祉法制があると書いてあるのは児童福祉法だけです。今般、障害者基本法の改正が叫ばれていて、国会での議論の予定にも入っていますが、障害者NGOは、この児童福祉法にならって、障害者基本法第1条に「障害者の権利に関する条約の理念にのっとり」という一文を入れようということを運動のメインテーマの一つにしています。児童福祉法から学ぶべきものは大きいということです。

では、「児童の権利条約」に何が書かれているか。ポイントは、「子どもは保護されなければならない権利があると同時に、自分に関わる意思決定に参加

する権利、聞いてもらう権利がある」という部分です。日本には1951年に制定された「児童憲章」がありますが、これとの違いとしては、子どもは保護される者だけではなく、自らの意見表明権を持っているということが明記されていることが挙げられます。これは障害者権利条約も同様ですが、「かわいそうだから、大変だから守ってあげる」ではなく、地域社会の権利の主体として地域で暮らす、学校で学ぶ、職場で働く仲間も権利の主体だということを明確にしています。

「児童の権利条約」に関しては、いち早く子どもを保護される存在だと同時に、権利の主体として認めているということが重要です。それは「児童憲章」がベースになっていることは言うまでもありません。「児童は、人として尊ばれる」「児童は、社会の一員として重んぜられる」「児童は、よい環境の中で育てられる」と書かれています。

高齢者分野における人権保障

高齢者分野のことも少しお話をしておきます。老人福祉法の第2条、第3条に「老人」の定義が書いてあります。一般的に「老人」は65歳以上とされていますが、老人福祉法は「老人」を年齢では定義していません。多年にわたって社会に貢献してきた者として高齢者をいつくしみ、一方では高齢者自身もこれまでの経験・知識を生かして引き続き社会に貢献してください、と書いてあります。

高齢者は保護される存在であると同時に、引き続き社会に貢献する存在でもあるわけです。「貢献」は就労だけではなくありません。さまざまな社会活動を通じて社会に貢献する。こういう現在につながる進んだ考え方が老人福祉法が制定された1963年の日本にはあったということです。

残念ながら、老人福祉法は介護保険法に変わってしまいました。老人福祉法自体は現在も厳然としてありますが、離れを貸すつもりが母屋を取られたという状況になっています。ただ、老人福祉法による定義が、現在、国連で作業を進めている高齢者権利条約につながっています。障害者権利条約に続く21世紀の2つ目の人権条約、高齢者権利条約の作成が現在、進行しています。しかし、残念ながら、日本政府も高齢者NGOも、この会議に今のところ参加しておらず、意見書も出していないようです。

いずれにせよ、高齢者は、単にソーシャルワーカー

が介護保険のサービスを提供するという存在ではなく、広い意味では高齢者権利条約と一緒に策定していく変革主体であり、そこにどう巻き込んでいけるかということが問われているということです。

障害者分野における人権保障

最後に障害者分野の人権保障について述べておきます。本日は障害者権利条約の話まではできませんが、先ほど述べたように、障害者基本法の改正にどう取り組んでいくかが現在の最大のテーマになっているということです。

障害者基本法の特徴としては、国際的な流れの中で成立し、改善していった法律ということがあります。国際障害者年、「国連障害者の10年」、それらを合わせた段階でできました。その後、1993年に「アジア太平洋障害者の10年」があり、2000年には滋賀県大津市で会議が開かれました。その10年後、韓国の仁川で会議が持たれました。その後も、インドネシアのジャカルタで会議が開かれ、現在も続いています。1981年の国際障害者年以降、国際的動向の中で障害者基本法ができて、改正されています。

その最も典型的な条文が、障害の定義に関するものです。今、日本の障害者福祉は、医師が検査によって数値化したものを、国が策定した基準に合わせて算定します。私は身体障害者1級の手帳を持っていますが、これをタクシーの運転手さんに見せると料金が1割引になります。静岡から東京までのJRの運賃は半額になります。このような絶大な給付は、視覚障害なら目がどの程度見えるか、つまり視力によって決まるといっても過言ではありません。

しかし、障害者基本法だけは、「社会との障壁の間で生じる生活のしづらさが障害である」と定義しています。これはICF（国際生活機能分類）と類似した考えだと言われています。日本の障害者関係の法律の中で、障害者基本法だけは国際的動向に見合った定義になっているわけです。これは非常に重要なところであって、もっと基本法として位置づけなければいけないと思います。

最後に、憲法第98条は、日本国憲法が最高法規だと規定しています。第2項には、憲法に続いて「日本国が締結した条約及び確立された国際法規は、これを誠実に遵守することを必要とする」と書いてあります。憲法があって、条約があって、個別法がある。ですから児童の権利条約、障害者の権利条約、

これからできる高齢者の権利条約は、それぞれの法律の上に位置付けられます。しかし、日本は国際人権条約を非常に軽視する。これは裁判所もそうです。とりわけ障害者の場合は、憲法があって、障害者権利条約があって、この障害者基本法があってそれぞれの法律があると、こういう位置付けも明確にしないといけないと、障害者NGOの中では議論しています。

ご清聴ありがとうございます（拍手）。

政策と現場との接点は？——質疑応答

質問 海外ではソーシャルワーカーが政策に携わっているという話がありましたが、日本の場合は制度政策をつくる際、現場を知らない人たちがつくっているの、非常に現場との乖離（かいり）が生まれているなどと思っています。ソーシャルワーカーが参加することで現場に見合った政策ができていのでしょうか。

磯野 アメリカのことは詳しくないのですが、聞くところによると、アメリカには社会福祉学会がありません。全米ソーシャルワーカー連盟が社会福祉学会を兼ねているからです。ですから、全米ソーシャルワーカー連盟が、実践者であり、研究者であり、政策立案者でもあるということです。組織として研究面で深め、実践を集約し、それを政策に生かすという体制ができていているということのようです。

なぜそういうことができるかというと、アメリカでMSWは「マスターソーシャルワーカー」です。アメリカでは、ソーシャルワーカーは大学院の修士課程を修めないと取れません。日本でも臨床心理士がそうですね。ですから、彼らはそれだけの経験と力量を持っているわけです。

中国や韓国、台湾も、日本の社会福祉士を参考にしながら独自の国家資格をつくっています。韓国、中国の資格制度の最大の特徴は、ソウル大学と北京大学に社会福祉学部があることです。日本の国策を左右する国立大学には一つも社会福祉学部がありません。ただ、北京大学やソウル大学の方々が現場を知っているかというと、そこはお寒い限りです。現場との接点を、どのように組織的に担保していくかについては、日本、韓国、中国、共通した私たちソーシャルワーカーの大きな課題の一つだと思っています。

2025年秋

全国一斉「不払い労働一掃・退勤時間調査」結果報告

日本医療労働組合連合会 2026年4月

日本医労連は、2025年10月を集中月間とし、長時間労働の是正と不払い労働の根絶を目的に、全国一斉の「不払い労働一掃・退勤時間調査」を実施しました。

この調査は、総対話型の組織拡大行動としても位置づけられ、組合加入につなげる取り組みとして行ってきました。そのため、調査の実施時間は日勤終了後の2～3時間程度とし、主に日勤者を対象に聞き取りを行いました。

現在も医療・介護現場では、長時間労働や不払い労働が蔓延しており、安心して働き続けられる労働環境づくりのためには、こうした状況の是正が急務です。私たちは今後も、労働環境の改善に向けた取り組みを進めていきます。

調査概要

※（ ）は昨年の数値

- 実施期間 2025年9月から2026年2月末までの6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 81単組支部15,848人(84単組支部14,348人)
- 有効回答数 15,703人(14,348人)

調査結果の概要

(1) 年間の未払い賃金は1人当たり約76万7,000円、1カ月当たりは約6万4,000円

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、年間1人当たり766,692円(785,580円)もの金額が発生していた。

1カ月1人当たりは63,891円(65,465円)。内訳

は、始業時間前および終業時間後の時間外労働により発生した47,224円(49,099円)、休憩未取得により発生した時間外労働分16,667円(16,366円)だった。

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。

(2) 回答者の7割が所定労働時間を超えて時間外労働を行い、始業前・終業後いずれも時間外労働を行ったのは約4割

調査日に時間外労働を行った人は11,108人・70.7%(10,722人・74.7%)。始業時間前のみ2,778人・17.7%(2,940人・20.5%)、終業時間後のみ1,719人・10.9%(1,880人・13.1%)と人数・割合とも昨年からいずれも低下、始業時間前と終業時間後の両方では5,639人・35.9%(5,902人・41.1%)と5.2ポイント減少した。

(3) 始業時間前の時間外労働の発生は約6割。看護師で約7割、リハビリ技師で約6割

始業時間前に時間外労働が発生した人は、9,008人・57.4%(8,842人・61.6%)と、割合は昨年から4.2ポイント減少した。

職業別では、「看護師」の割合が5,317人・68.4%(5,332人・72.0%)と最も高く、次いで「リハビリ技師」946人・60.5%(913人・62.4%)、「医師」91人・53.2%(117人・59.4%)。

(4) 新人にあたる「24歳以下」での始業時間前の時間外労働の発生は約7割。若年層ほど始業前時間外が多い傾向

始業時間前に時間外労働が発生した人を年齢別に見ると、「24歳以下」は、1084人・69.4%(1,087人・73.3%)、「25～29歳」1,317人・64.0%(1,273人・66.8%)、「30代」1,911人・54.6%(1,999人・

61.7%)と年齢が上がるにつれて始業前時間外労働の発生が少なくなっている。

(5) 終業時間後の時間外労働の発生は、約5割。リハビリ技師と医師は6割強

終業時間後に時間外労働が発生した人の割合は、7,649人・48.7% (7,782人・54.2%)と5.5ポイント減少した。

職業別では、「リハビリ技師」は1,001人・64.0% (955人・65.3%)と1.3ポイント減、次いで「医師」は、109人・63.7% (138人・70.1%)と6.4ポイント減で、ともに昨年より減少した。

時間数で見ると「1時間以上」1,981人・12.6% (3,049人・21.3%)、「2時間以上」512人・3.3% (848人・5.9%)、「3時間以上」158人・1.0% (244人・1.7%)と1時間以上はいずれも減少し、昨年より改善しているが、およそ半数の人について終業時間後の時間外労働が常態化している状況は、変わっていない。

調査結果の詳細

1) 職種

調査職種における労働者数は15,703人 (14,348人)。職種は、「看護職員」が7,775人・49.5% (7,407人・51.6%)と最も多く、次いで「医療技術職 (放射線・検査・薬・CE)」が1,913人・12.2% (1,495人・10.4%)、「事務」1,722人・11.0% (1,305人・9.1%)、「リハ (OT・PT・ST等)」1,564人・10.0% (1,463人・10.2%)、「介護職」1,202人・7.7% (1,266人・8.8%)、「その他」1,308人・8.3% (1,111人・7.7%)、「医師」171人・1.1% (197人・1.4%)の順だった。

※CE：臨床工学技士、OT：作業療法士、
PT：理学療法士、ST：言語聴覚士

2) 年齢

年齢分布は、「40代」が4,207人・26.8% (3,816人・26.6%)と最も多く、次いで「30代」が3,502人・22.3% (3,242人・22.6%)、「50代」3,260人・20.8% (2,783人・19.4%)、「25～29歳」2,059人・13.1% (1,907人・13.3%)、「24歳以下」1,562人・9.9% (1,483人・10.3%)、「60歳以上」1,062人・6.8% (975人・6.8%)の順だった。

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79.9% (79.6%)と最も多く、「その他」11.3% (11.4%)、「早出日勤」4.7% (4.2%)、「遅出日勤」3.6% (3.6%)だった。

職種別に見ると、日勤の割合が多かったのは「医師」の95.9% (93.4%)、「看護職員」の77.1% (79.4%)だった。

4) 今日の始業前時間外労働はどれくらいでしたか？

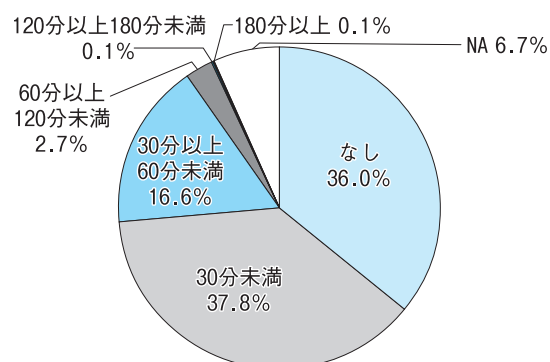
始業時間前「なし」5,653人 (4,562人)

調査日の時間外労働について、始業時間前「なし」は36.0% (31.8%)だった (図表1)。

始業時間前「あり」9,008人 (8,842人)

始業時間前「30分未満」37.8% (39.8%)、「30分以上60分未満」16.6% (17.6%)、「60分以上120分未満」2.7% (3.3%)、「120分以上180分未満」0.1% (0.2%)、「180分以上」0.1% (0.8%)だった。始業時間前1時間以上は2.9% (4.2%)と1.3ポイントの減少となった。

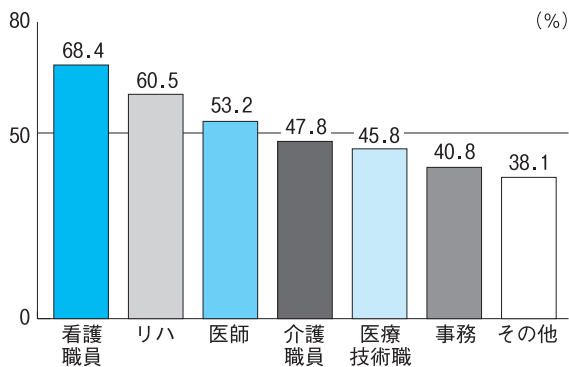
図表1 今日の始業前時間外労働はどれくらいでしたか？



職種別に見ると、始業時間前「あり」は、「看護職員」68.4% (72.0%)と3.6ポイント減、「リハビリ技師」60.5% (62.4%)と1.9ポイント減、「医師」は53.2% (59.4%)と6.2ポイント減、「介護職員」47.8% (52.2%)、「医療技術職」45.8% (51.3%)、「事務」40.8% (45.0%)といずれの職種でも始業時間前は減少していた (図表2)。また、1時間以上は「医師」が最も多く16.4% (12.7%)、次いで「看護職員」3.4% (4.8%)、「リハビリ技師」3.1% (4.6%)、「事務」2.9% (3.8%)、「医療技術職」

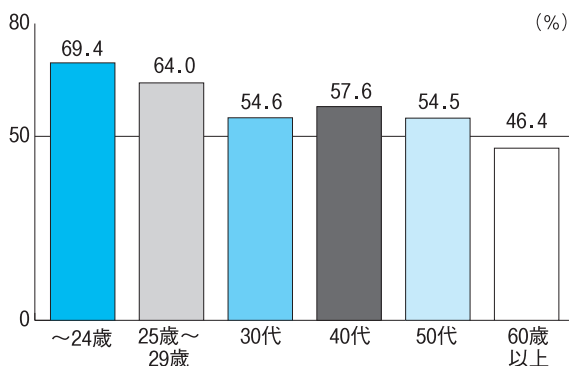
2.6% (3.3%)、「介護職員」1.7% (2.2%)だった。

図表2 始業時間前時間外労働（職種別）



年齢別に見ると、始業時間前「あり」は、「24歳以下」69.4% (73.3%)、「25～29歳」64.0% (66.8%)、「30代」54.6% (61.7%)、「40代」57.6% (60.9%)、「50代」54.5% (60.4%)、「60歳以上」46.4% (48.8%)だった（図表3）。

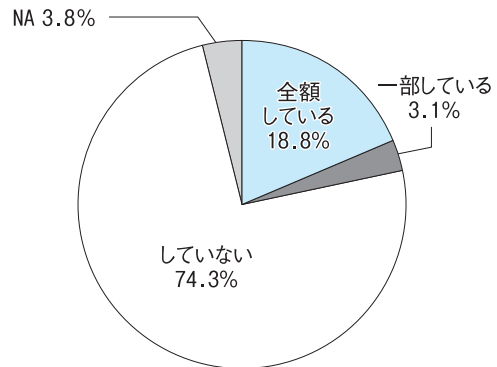
図表3 始業時間前時間外労働（年齢別）



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、「していない」は74.3% (73.9%)と0.4ポイント増加、「全額請求している」は18.8% (17.6%)と1.2ポイント増加、「一部している」は3.1% (4.0%)だった。昨年と比べ若干の改善は見られるものの、回答者の7割超が未払賃金を請求していなかった（図表4）。

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？

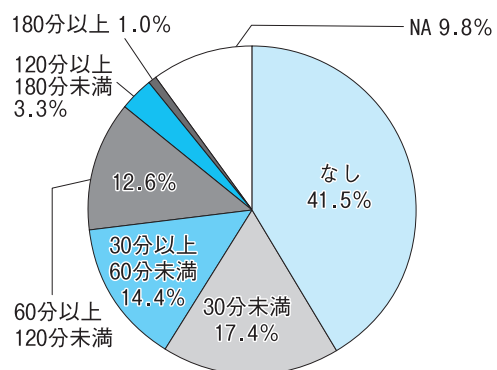
終業時間後「なし」6,510人 (5,244人)

調査日の時間外労働について、終業時間後「なし」は41.5% (36.5%)だった。

終業時間後「あり」7,649人 (7,782人)

終業時間後「30分未満」17.4% (16.9%)、「30分以上60分未満」14.4% (16.1%)、「60分以上120分未満」12.6% (15.3%)、「120分以上180分未満」3.3% (4.2%)、「180分以上」1.0% (1.7%)だった。終業時間後1時間以上は16.9% (21.3%)と4.4ポイントの減少となり、2時間以上は4.3% (5.9%)と1.6ポイントの減少だった（図表5）。

図表5 就業時間後の時間外労働



職種別に見ると、終業時間後「あり」は「医師」63.7% (70.1%)と6.4ポイント減、「リハ」64.0% (65.3%)と1.3ポイント減、「看護職員」55.2% (61.2%)、「事務」41.6% (48.2%)、「医療技術職」34.7% (40.8%)と始業前残業と同様にいずれの職種でも減少した。また、2時間以上は「医師」11.7% (14.2%)と2.5ポイント増加、「事務」は6.1%

(7.3%)、「看護職員」は5.3% (6.7%) と医師以外は1ポイント程度の減少だった。

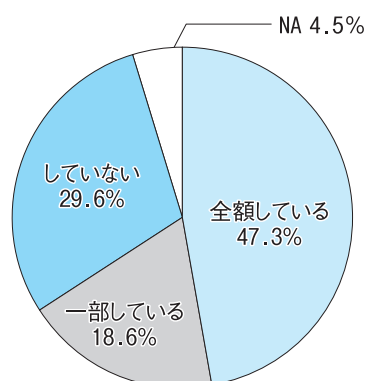
7) 終業時間後の残業は請求していますか？

終業後時間外労働の請求について、「全額請求している」は47.3% (47.1%) と0.2ポイント増加した一方で、「していない」が29.6% (25.1%) と4.5ポイント増加、「一部している」は18.6% (22.9%) と4.3ポイント減少した (図表6)。前年度に比べわずかに改善が見られるものの、回答者の半数以上が未払い賃金を請求していなかった。

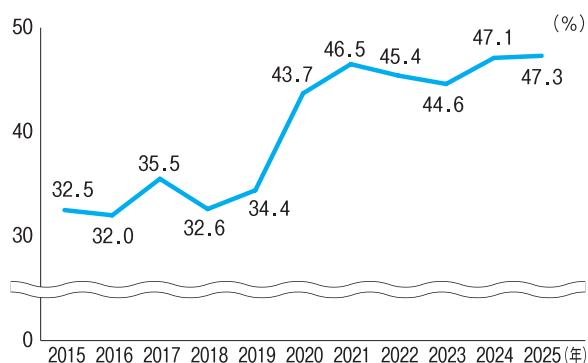
年齢別に見ると、「全額請求している」は「25～29歳」49.9% (50.9%)、「30代」49.2% (51.0%)、「24歳以下」48.3% (49.4%) の順だった。

しかし、「全額請求している」は、2015年度調査時点で32.5%、10年前と比較すると約15ポイント引き上がっており、大きく改善している (図表7)。

図表6 終業時間後の残業の請求



図表7 終業時間後の残業代を全額請求している割合 (年度変化)



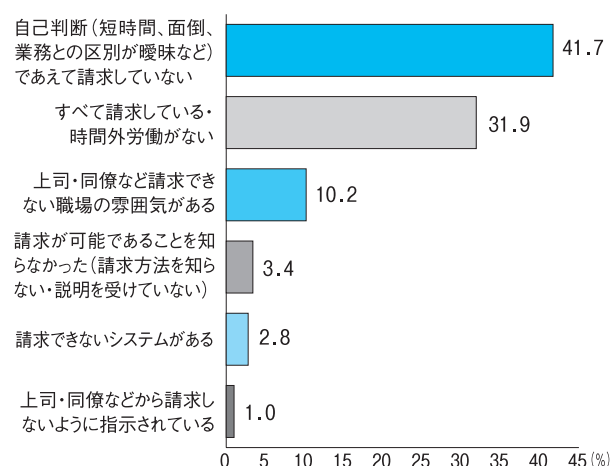
年 度	2015	2016	2017	2018	2019	2020
有効回答数	12,518	12,510	11,189	11,296	11,307	12,556
年 度	2021	2022	2023	2024	2025	
有効回答数	14,773	18,384	17,251	14,348	15,703	

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、「自己判断であえて請求していない」41.7% (35.4%)、「上司・同僚など請求できない職場の雰囲気がある」10.2% (13.6%)、「請求が可能であることを知らなかった」3.4% (4.9%)、「請求できないシステムがある」2.8% (4.1%)、「上司・同僚などから請求しないように指示されている」1.0% (2.0%) だった (図表8)。

(注：2024年より選択肢を変更)

図表8 残業代を請求しない理由



職種別に見ると、「上司・同僚など請求できない職場の雰囲気がある」は、「看護職員」13.2% (17.9%) で最も多く、次いで「介護職員」9.2% (9.8%)、「リハビリ技師」8.9% (12.0%) の順だった。

年齢別では、「上司・同僚など請求できない職場の雰囲気がある」は、「24歳以下」が13.7%で最も多く、次いで「25～29歳」13.0%、「40代」10.4% の順だった。

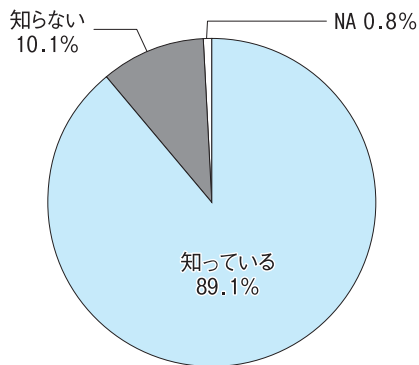
(注：2024年より選択肢を変更)

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89.1% (89.2%)、「一部だけ支払われている」4.5% (4.6%)、「請求しても払われない」0.6% (0.7%) だった。

未払賃金について、法律違反を「知らない」10.1% (10.9%) だった (図表9)。

図表9 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72.8% (66.1%) だった。

職種別に見ると、取得率「76～100%」は「医療技術職」86.5% (80.7%)、「事務」79.6% (76.2%)、「介護職員」77.1% (76.2%)、「看護職員」71.9% (63.4%)、「リハビリ技師」55.7% (56.4%)、「医師」39.8% (38.6%) だった。

取得率「0.0%」の回答は、「医師」が5.3% (5.1%) と他職種が1%程度なのに対して圧倒的に多かった。

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。

(1) 始業時間前の時間外労働の未払賃金

図表10 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)		
	25年度	24年度	23年度	25年度	24年度	23年度
30分未満	5,407	5,048	6,181	67,138	63,293	79,405
30分以上60分未満	2,311	2,208	3,500	78,380	74,463	121,862
60分以上120分未満	325	347	592	21,351	22,886	38,430
120分以上180分未満	22	12	22	1,495	1,370	2,785
180分以上	11	80	14	4,030	5,295	3,992
合計	8,066	7,695	10,309	172,394	167,307	246,474

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11,673人 (10,603人) のうち、時間外の労働時間があると回答した8,066人 (7,695人) の時間外労働時間の合計は172,394分 (167,307分) (図表10)。厚生労働省「令和7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19,445円 (19,094円) だった。

請求を一部しかしていない回答者483人 (581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。

①回答者8,066人 (7,695人) の時間外労働時間172,394分 (167,307分) から1人当たりの時間外労働時間を算出すると21.37分 (21.74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、427分：7時間7分 (435分：7時間15分) だった。

(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7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」348,900円 (342,600円)、「所定内実労働時間」157時間 (157時間) から1時間当たりの基礎賃金を算出すると2,222円 (2,182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2,778円 (2,728円)。未払賃金は、1人当たり19,445円 (19,094円)。

(注1：厚生労働省「提供分類1：令和7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30分未満を切り捨て、30分以上を切り上げて計算)

(2) 終業時間後の時間外労働の未払賃金

図表11 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）		
	25年度	24年度	23年度	25年度	24年度	23年度
30分未満	1,564	1,136	1,466	19,664	14,150	18,819
30分以上60分未満	720	605	887	25,325	20,632	30,718
60分以上120分未満	308	360	473	21,332	25,459	33,211
120分以上180分未満	64	92	115	8,143	11,646	14,610
180分以上	14	23	36	2,750	4,322	7,125
合計	2,670	2,216	2,977	77,214	76,209	104,483

終業時間後の時間外労働の請求について、「していない」と回答した4,645人（3,599人）のうち、時間外の労働時間を回答した2,670人（2,216人）の時間外労働時間の合計は77,214分（76,209分）（図表11）。厚生労働省「令和7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26,778円（30,005円）だった。

請求を一部しかしていない回答者2,925（3,284）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。

①回答者2,670人（2,216人）の時間外労働時間77,214分（76,209分）から1人当たりの時間外労働時間を算出すると38.92分（34.39分）。

（注：小数点以下第3位で切り捨て）

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、578分：9時間38分（688分：11時間28分）。

（注：小数点以下切り捨て）

始業前の未払賃金の試算と同様に、厚生労働省「令和7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2,778円（2,728円）とした。未払賃金は、1人当たり27,779円（30,005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）

(3) 休憩時間未取得による未払賃金

図表12 休憩時間未取得の未払い賃金試算

請求して いない時間	人数（人）			総時間数（分）		
	25年度	24年度	23年度	25年度	24年度	23年度
30分未満	72	77	88	629	701	1,136
30分以上60分未満	373	377	478	104,65	10,335	13,170
60分以上120分未満	674	542	780	27,978	22,440	32,011
120分以上180分未満	647	564	661	33,876	29,267	34,199
180分以上	96	72	96	8,458	6,810	8,430
合計	1,862	1,633	2,160	81,406	69,553	89,921

調査日の休憩時間について、取得率「100%未満」と回答した5,204人（5,912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1,862人（1,870人）を対象に未払賃金を算出すると、1人当たり15,596円（15,508円）だった。

②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」1,862人（1,870人）の休憩時間の合計は115,212分（102,130分）。そのうち取得時間の合計は81,406分（69,553分）だった（図表12）。休憩未取得により発生した時間外労働時間の合計33,806分（32,577分）から1人当たりの時間外労働時間を算出すると18.16分（19.94分）だった。

（注：小数点以下第3位で切り捨て）

③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、363分：6時間3分（399分：6時間39分）。

（注：小数点以下切り捨て）

④始業前の未払賃金の試算と同様に、厚生労働省「令和7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2,778円（2,728円）とした。未払賃金は、1人当たり16,667円（16,366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）

(4) 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19,445円(19,094円)と終業後時間外労働27,779円(30,005円)を合わせ、1人当たり47,224円(49,099円)だった。

休憩未取得により発生した時間外労働16,667円(16,366円)を加味すると、1人当たりの未払賃金は、63,891円(65,465円)だった。

調査結果の考察

時間外労働の割合は改善傾向

2025年度の結果では、始業時間前の時間外労働は57.4%、就業時間後の時間外労働は48.7%が「あり」と回答している。時間外労働が常態化しているという状況は変わらないが、時間外労働を行った割合は昨年より改善した。

職種別の状況では、始業時間前・就業時間後とも医師・看護師が多い傾向に変わりがない。

時間外労働の請求状況は改善傾向にある

時間外労働の請求については、始業前74.3%、終業後29.6%の人が請求を「していない」と回答していた。また、時間外労働を請求していない理由については、「自己判断であえて請求していない」が41.7%と4割を占め、次いで「上司・同僚など請求できない職場の雰囲気がある」が10.2%だった。時間外労働の請求は、全体として改善が見られるものの依然として始業前で7割、終業後で3割の人が全額を請求していない状況は改善が必要である。

しかし、10年前の退勤時間調査結果と比較すると年代別の時間外労働の請求状況は、若年層中心に改善してきている。「24歳以下」の始業前終業後の全額請求は倍以上に増加、「25歳～29歳」も始業前で約10ポイント、終業後で約20ポイントも改善している(図表13)。

図表13 時間外労働を全額請求していた人の割合 (%)

		24歳以下	25歳～29歳	30代	40代
2015年度	始業前	6.4	7.3	10.0	11.8
	終業後	21.4	28.1	33.4	33.4
2025年度	始業前	14.0	17.1	19.3	18.2
	終業後	48.3	49.9	49.2	45.4

啓発・総対話活動としての退勤時間調査の取り組みを

日本医労連は、10月を全国一斉「不払い労働一掃・退勤時間調査」集中月間として啓発とあわせて退勤時間調査を実施している。また、総対話型の組織拡大行動としても位置付けて取り組みを呼びかけてきた。加盟組織の精力的な取り組みによって、毎年約15,000人前後の回答が寄せられている。依然として、始業前で約7割、終業後で約3割の人が時間外労働を全額請求していない課題は残されているが、経年で見れば申請状況は改善傾向にある。今回、未払いの時間外労働は休憩時間も加味すると63,891円という試算が出た。時間外労働の申請は、使用者に労働時間を正しく把握させるとともに時間外労働を恒常的に行わないと業務が終わらない実情を知らせることもつながる。

退勤時間調査は、周知・啓発とともに、調査活動を通じた組合員との対話や労働組合の可視化にもつながる重要な取り組みだ。時間外労働の請求に関する項目の改善は、取り組みの積み重ねの成果とも言えるだろう。労働組合は1人ひとりの不平や不満を要求として練り上げ、改善に結び付けていける組織である。医療・介護の現場は慢性的な人手不足に加え、長時間夜勤や過重労働など深刻な状況にある。対話を積み重ね、職場・そして制度政策の改善に向けて声をあげていこう。

2026年「看護職員の入退職に関する実態調査」

7割を超える施設で看護職員が不足し、4割を超える施設で採用予定者数を満たせていないことが明らかに。看護職員の不足が「患者サービスの低下」を招いている。

日本医療労働組合連合会 2026年6月

概要

日本医労連は、医療現場の長期化する人手不足はもとより離職者増と新入職員の募集枠が埋まらないなどの状況をうけて、実態を明らかにし、改善を求めるために調査を行った。調査期間は2026年4月1日～5月14日、回答施設数は34都道府県134医療機関（法人単位17組織含む）、平均稼働病床数は335.6床、平均看護職員数352.8人であった。※昨年は36都道府県145医療機関（法人単位3組織）

7割以上の施設で看護職員が不足と回答。深刻な看護師不足があらわに

- ・看護職員は現在「不足している」と回答した施設が75.4%と調査に協力した多くの施設で看護師が不足していることが明らかになった。

退職者が採用者数を上回った施設が約5割 看護職員の減少がすすむ

- ・25年度年間採用者数と25年度年間退職者数を比較すると、64施設52.9%が年間採用者数を上回る年間退職者数だった。また過去3年間分の回答があった施設を比較すると、採用者数を上回る退職者数だった施設が、23年度は47施設48.0%に対し、24年度は49施設50.0%、25年度53施設54.1%と人員体制が年々悪化している。

4月採用は、募集をかけても4割を超える施設が募集定員を満たせず

- ・26年度4月新規採用予定者数と26年度4月新規入職者数を比較すると、50施設45.0%が採用予定者数を満たせなかった。

医療提供体制への影響 患者サービスの低下が8割

- ・看護職員不足による医療提供体制への影響は、8割の施設で「患者サービスの低下」と回答。具体的な内容としては「患者・家族との関わりの減少」「ナースコール対応の遅れ」が6割を超え、「入浴・清潔ケアの減少」も5割を超えていた。具体的な事例では、「入浴回数を週2回から1回に」「センサーコール等に人手が足りず、間に合わない」等の事例があげられていた。

看護職員不足を解消するために処遇の改善を

- ・看護職員不足に関して、配置基準の低さを指摘する声があった。しかし、配置基準を見直しても看護師が確保できなければ看護師不足の問題は解消しない。看護師確保のためにも賃金をはじめとした処遇改善が早急に求められている。また、看護学校の定員割れなど次世代の看護師離れに対しても対策が必要との声もあった。

I. 看護職員の入退職動向について

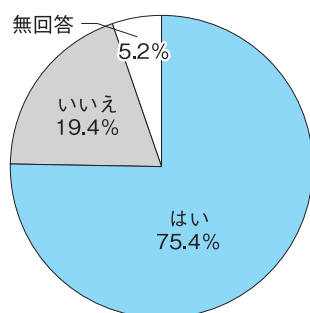
(1) 看護職員は現在、不足していますか？

施設の75.4%が「不足している」と回答。不足していないと回答したのは、19.4%だった(表1、2)。

表1 看護職員は現在、不足していますか？

	回答数	割合%
①はい	101	75.4
②いいえ	26	19.4
無回答	7	5.2
合計	134	100

表2 看護職員は現在、不足していますか？



※これ以降の設問の割合は無回答を除く有効回答を母数として算出している。

(2) 直近3年間の看護職員の年間採用者数・年間退職者数とそれぞれの次年度新規採用予定者数と次年度新規入職者数の状況

直近3年間の看護職員の年間採用者数(A)・年間退職者数(B)・翌年度4月新規採用予定者数(C)・翌年度4月新規入職者数(D)の状況について回答された数字をもとに集計・比較を行った。

1 25年度入退職・26年度4月採用の状況

①5割の施設で採用者数を退職者数が上回る

25年度の年間退職者数が年間採用者数を上回った施設は52.9%だった。前年の調査では、58.1%が退職者数を上回っており、前年と比較すると5.2ポイント改善しているが、依然として半数以上の施設で年間退職者数が年間採用者数を上回っている(表3)。

表3 25年度の入退職動向

25年度の退職者数が採用者数を	施設数	割合%
上回った施設(A<B)	64	52.9
上回らなかった施設	57	47.1
有効回答数	121	

②新規採用予定者数を45%の施設で満たせず

26年4月新規採用予定者数と新規入職者数を比較すると、45.0%の施設で新規採用予定者数を満たせなかった。前年では、満たせなかった施設が40.7%となっており、新規採用予定者数を満たせなかった施設が4ポイント程度増加をしている(表4)。

表4 26年度4月新規採用予定者数と26年度4月新規入職者数の比較

予定者数を	施設数	割合%
満たせなかった(C>D)	50	45.0
満たせた	61	55.0
有効回答数	111	

2 直近3年間の入退職者数の動向

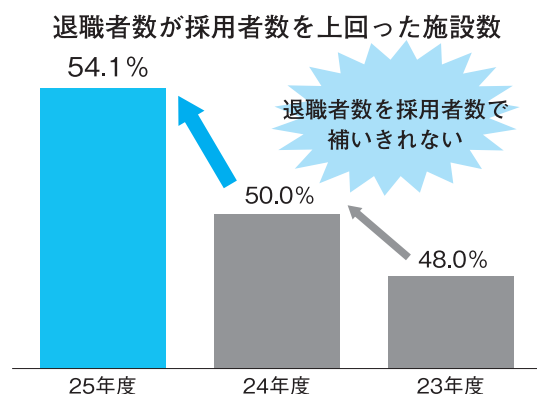
3年間分の人数の動向を回答している施設のみを抽出し、年間採用者数・年間退職者数の比較、採用予定者数・新規採用者数を比較すると以下のとおりとなった。

①退職者数が採用者数を上回る施設は増加傾向

3年間の入退職動向を比較すると、年間退職者数が年間採用者数を上回った施設が、23年度は48.0%だったのに対し、24年度は50.0%、25年度は54.1%と年々悪化をしていることがわかった。退職に歯止めがかからず、看護師不足が進んでいる(表5)。

表5 退職者数が採用者数を上回った施設

	25年度		24年度		23年度	
有効回答数	施設数	割合%	施設数	割合%	施設数	割合%
98	53	54.1	49	50	47	48



②採用予定人数を4割の施設が満たせていない傾向が続く

同様に3年間分を比較すると、新規採用予定者数を満たせなかった施設が、23年度42.9%、24年度

45.9%、25年度42.9%と4割の施設で新規採用予定者を満たせていない傾向が続いている（表6）。

表6 新規採用予定者数を満たせなかった施設

	26年度		25年度		24年度	
有効回答数	施設数	割合%	施設数	割合%	施設数	割合%
98	42	42.9	45	45.9	42	42.9

③2割の施設は、3年連続で退職者が採用者数を上回っていた

3年連続で、退職者数が採用者数を上回った施設は、23施設・23.5%だった。

Ⅱ. 医療提供体制について

（1）看護職員不足による医療提供体制への影響について（複数回答可）

※看護職員が不足していると回答している施設のみ

医療提供体制に対し実際に起きている影響は、「患者サービスの低下」が最も多く、83施設・83.0%が回答。次に「インシデント・アクシデントの発生」58施設・58.0%、「病棟・稼働病床の休止・削減」33施設・33.0%だった。看護職員不足が、患者サービスの低下やインシデント・アクシデントの発生など医療の質や安全性に多大な影響を与えている（表7）。

表7 医療提供体制への影響

	回答数	割合%
病棟・稼働病床の休止・削減	33	33.0
入院受け入れの制限	19	19.0
患者サービスの低下	83	83.0
インシデント・アクシデントの発生	58	58.0
その他	15	15.0
有効回答	100	

（2）（1）で病棟・稼働病床の休止・削減を回答した施設の休止している病床数や削減（直近3年間で）した病床数

看護職員不足によって病棟・稼働病床を休止・削減した施設の休止・削減病床数は、平均31.4床、最高で60床だった（表8）。

法人単位で回答した施設の中には最高で422床も休止・削減したとの回答が寄せられており、経営状況の悪化等によって病床を丸ごと削減、病院の外

機能のみを残す形に変更したことによる影響で、大幅な削減となっていた。その他にも同様に大幅に病床削減した施設が2施設あった。

このような状況が続けば、地域医療を支えていた医療機関が次々と閉鎖に追い込まれ、地域医療の崩壊を招きかねない。

表8 休止・削減病床数

	病床数
平均	31.4
最高	60
最低	1
有効回答	26

（3）（1）で患者サービスの低下と回答された方にお聞きします。具体的にどのような患者サービスが低下していますか？（複数回答可）

患者サービスの低下と回答した施設に具体的な内容を聞いたところ、「患者・家族との関わりの減少」が最多の53施設・65.4%、次いで、「ナースコール対応の遅れ」が52施設・64.2%、「入浴・清潔ケアの減少」45施設・55.6%であった。看護師不足によってあらゆるサービスが低下していることがわかった（表9）。

表9 患者サービスの低下

	回答数	割合%
入浴・清潔ケアの減少	45	55.6
ナースコール対応の遅れ	52	64.2
患者・家族との関わりの減少	53	65.4
診療科目の減少	6	7.4
有効回答	81	

（4）「患者サービスの低下」の具体的な事例として寄せられた事例

「患者サービスの低下」については、79件の事例が寄せられた。具体的な事例は、入浴回数・清拭など清潔ケアの減少、ナースコール対応の遅れの2種類が大多数を占めた（以下に事例を一部抜粋して掲載）。

●清潔ケア関連

- ・入浴回数を週2回から1回に減らした
- ・おむつ交換を定時のみに後回し、清拭日は決まっており、その日にできないと次に回される
- ・1週間更衣を行えず、「着替えをしてくれないの

か」と苦情につながった

●ナースコール対応関連

- ・ナースコール対応遅れが転倒につながった
- ・センサーコールとナースコールが重なり、センサーコール優先でも対応しきれない
- ・そもそもナースコール（センサー対応含む）が1日1,000回以上、スタッフ3人で対応しているので、同時に鳴れば対応できない
- ・スタッフ数は減っているが、患者数は減らず、看護師1人あたりの業務が増えたことで対応が間に合わない

●その他、患者・家族との関わり減少に類する事例等

- ・夜勤時に人員不足で胃ろう対応ができず、3食から2食に減らし日勤時に対応。食事介助が必要な患者さんの食事も高カロリーゼリーに変更して日勤対応
- ・レクリエーションや食堂での15時ティータイムが減った
- ・家族に退院時指導が十分にできておらず、食事形態変更や内服管理について伝わっていない
- ・夜勤時にトイレに連れていくことができず、今は「おむつでベッドでして」と言っている
- ・患者さんや家族が来られたときにゆっくりと話を聞いて、思いなどを確認したくてもできない。この病院じゃなければもっと違う看護が受けられるのではないかと患者さんに申し訳なく思うことがある

（５）（１）で「インシデント・アクシデントの発生」の具体的な事例

55件の事例が寄せられた。人員不足からセンサー類への対応が遅れたことによる転倒・転落、患者誤認や与薬ミスなどのケースが複数寄せられた。いずれも人員不足が原因によるもので、現場のひっ迫感が伝わってくる（以下に事例を一部抜粋して掲載）。

- ・転倒予防マットを使用しているが、同時にコールがなると看護師の人数で対応ができず間に合わない事があり、転倒してしまう。実際に転倒して骨折してしまった事例もある
- ・患者の転倒・転落・骨折、自己管理薬の内服間違え、点滴の自己抜針、看護師による食前血糖測定忘れ

（６）看護職員不足による労働者への影響について（複数回答可）

看護職員不足による労働者への影響は、実際に起きていることとして「夜勤回数の増加」が84施設・83.2%（昨年105施設・72.4%）と一番多く、次に「時間外労働の増加」が74施設・73.3%（昨年85施設・58.6%）と続いた（表10）。

表10 看護職員不足による労働者への影響

	回答数	割合%
夜勤回数の増加	84	83.2
母性保護に関する時間外や深夜業免除ができない	28	27.7
時間外労働の増加	74	73.3
休暇が取れない	55	54.5
休憩が取れない	65	64.4
その他	14	13.9
有効回答	101	

（７）看護職員不足を解消するための対策として、もっとも必要なことは何だと考えますか？また、看護職員不足を解消できない場合、今後どのような影響があると思いますか。

①看護職員不足を解消するための対策

115件の回答が寄せられた。看護職員不足に関して配置基準の低さを指摘する声や賃金をはじめとした処遇改善、D X推進や看護師養成数の引き上げが必要との回答が多かった。

配置基準については、基準を見直しても看護師が確保できなければ看護師不足の問題を解消できない。看護師確保のため、賃金をはじめとした処遇の改善が早急に求められている（以下に一部抜粋して掲載）。

- ・配置基準の見直しが必要となるが、その場合、人件費が増える対策として病院収入をアップする必要がある。特に夜勤人数の確保が必要。とにかく日勤15：1、夜勤30：1では無理。そもそも看護師になる人を増やす必要がある
- ・処遇改善：賃金・夜勤手当・回数の改善 看護学生の確保：都市部へ流れないように 離職防止：待遇・職場環境改善・福利厚生充実 委員会減らす、学生担当時の業務軽減、次の勤務の人に仕事を頼む
- ・看護に興味を持ってもらえるよう中高生に向けたキャリアフェスや1日看護体験等で看護の仕事を知



る機会を作っている。看護大学へのリクルート活動、1人1人の看護師が心身共に働きやすい職場環境を作ること

- ・賃金をあげる（とても忙しくてもこれだけの給料をもらえたら働けると思える金額）、時代に合った働きやすい職場をつくる（看護師はサービス労働やマイタイムで自己研鑽が当然というような風潮を廃絶する）

- ・事業体の計画としてケアができるような十分な人数を確保するものを策定すること、7対1など看護基準を満たす人数がいればOKとする方針を改めさせること。退職を止めない上司が散見されるので、止めるように転換すること

- ・DXの推進：自動音声入力による記録類の簡素化、AIの活用

- ・各帳票類（入院基本料等）の簡素化を望みます。

薬剤師や理学療法士等も記録が多い

- ・他職種が職種の垣根を超えてやれることを協力してやっていく体制が必要。事務職員も車椅子搬送等応援など

- ・医師の派遣制度のような、看護師が派遣する制度の確立

- ・看護師配置基準が外国に比べて低すぎる。外来部門、検査部門など含めてすべて正職での配置基準が必要（パートや臨時が多くを占めている状況）

- ・時間外に行う看護研究、各種委員会、各種ワーキンググループなどを適切に時間外申請させること

- ・医療職は、業務開始時間と勤務開始時間が同じなのはおかしいので、更衣時間を認めること

- ・診療報酬を引き上げて給料を上げる、DX化・病棟閉鎖

- ・国が看護師や介護士などの配置基準を見直し、手厚い看護やケアができる配置基準とする。看護師や介護士を目指しやすいよう学費無償化、返さなくて良い奨学金制度を充実させる。処遇の改善

- ・1人の患者にかけられる時間が限られ、見落としや放置が常態化し、ケアの質低下と職員のモチベーション低下が起き、離職が進む悪循環に陥る（例）日中離床をすすめるようになっていのに、ほぼ寝かせきりか、抑制帯をつけて1日中座らせっぱなしでADLが上がらない（回復期リハ病棟）

- ・養成数を増やす。他産業に負けない賃上げを実現するための抜本的な報酬の見直し

- ・忙しいのに賃金安いじゃ誰も看護師をやろうと思

わない

- ・労働人口が減少していくことは明白ですので、“人手不足を解消”ではなく“労働者が減少しても看護・医療が成り立つ仕組みづくり”に着目した方が良いと思います

- ・診療報酬に必要なかもしれないが～同意書、～計画書などデスクワークが多く、患者のところにいけないため、安全を考慮しているかもしれないが最小限にしてほしい。ITにできるところはITにしてもいい、そのための費用は補助してほしい

- ・看護師の仕事量と言われている看護必要度は、そこに示されないことがたくさんある。それでは評価できていなのでやめてほしい。やめないのであれば、ゆるくしてほしい（書かれていることと実際が違うとか、毎日入力するとか）

- ・若い世代の看護師離れ（看護学校定員8割以下という数字で顕著に表れている）に対して、看護職全体の処遇改善。大変な仕事を安い給料でやりたいとは今の若者は思わないため。まず大変だけど対価もあるという所で対策していく必要があると思う

- ・病院を縮小しているため、不足はしていないが、夜勤をする人はいない（若い人がいない）→何かをやめる必要があるか（救急等）

- ・病院は職員を増やすためには“人件費率が多くてこれ以上増やせない”と言い続けて増員をしてくれない。診療報酬で人件費に多く使用できるように指導してほしい

- ・看護記録をAIにする予定、看護師以外でもできる仕事はタスクシフトする、入院1日患者の受け入れ制限、60床だが入院患者数を制限する

- ・看護配置基準の緩和、看護師を多く配置しても経営の持ち出しとならないようにすること。持ち出し、人件費がかさむため経営も人を多く入れない。今もこれからも抑制・鎮静剤など使用していることができなくなっている。今は夜勤も暇ではなく、昼間以上に人手が必要となってきた。夜勤人員の増員も（6人以上）は必要と考える。根本的な制度を変えていかないといけない。コストカットばかりではもう減ぶのみである。残るには変えないといけない

②看護職員不足の影響

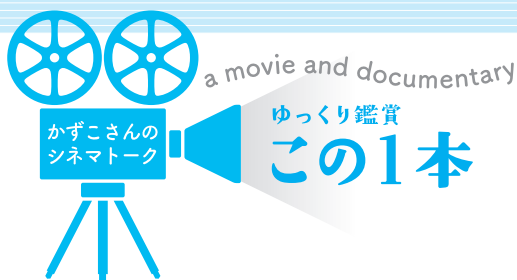
110件の回答が寄せられ、看護職のやりがい低下、離職増加や閉院・地域医療の崩壊を危惧する回答などが寄せられていた。（以下に一部抜粋して掲

載)

- ・人員不足に応じた病院経営となり、病床数が減っていく。地域医療にも人員が必要なので、医療を受けることができない人が減ってしまう。早期発見・早期治療もできず、重症化してしまう。長期に治療が必要な方にも十分な医療が提供できなくなる
- ・看護師不足が続けば患者満足度は下降し、病棟運営は破綻し、病床減少、病棟閉鎖、ひいては閉院につながっていくと思う
- ・患者サービスの低下やインシデントの発生、職員の身体的・精神的負担が増加すると考えます。健康面・特にメンタル不全者が増えないようにしたい
- ・患者へのニーズを満たすことができず、結果看護師のやりがいさがれてしまう
- ・看護配置基準が満たせず、休床や病床廃止など最悪の場合は病院自体の存続も。影響を受けるのは医療を必要とする患者さんとなる。夜勤超過など看護師の負担軽減どころか負担増、心身にも影響を及ぼす
- ・他産業と比較して賃金が低く、仕事量に見合わず心身ともに疲弊していく。(例え人数が足りている状態でも) 人手不足感は強く、やりたい看護ができず、現場を離れてしまう
- ・新採用者の指導が十分にできず、夜勤の独り立ちが遅れ、独り立ちができない新採用者が増加する。夜勤回数が3交替で月9回以上が増える。多忙で休暇も思うようにとれず、疲労困憊となり、退職者が増える。他部署へのリリーフありきでの運用からやりがいや専門性が見いだせず離職につながる
- ・外来では専任看護師が減らされて、ブロックごとのリリーフ看護師が多くなっているが、患者1人1人に必要な看護ができない
- ・病棟では検査や治療のため病棟外に患者を搬送する機会が多いが、看護補助者の人数を増やしているため、看護師は患者の状態よっての判断をしないですべて看護補助者に任せてしまい、点滴・ドレーン・酸素吸入など十分確認しないで連れていく
- ・患者への説明はクリニカルパスを渡すだけで済ませてしまう
- ・一番防ぎたいことは、患者の安全の低下である。看護師の業務負担の増大でのストレス疲労などでのバーンアウトとなることへの懸念。超高齢化社会での医療需要への対応が困難になることで、病院経営

にも悪影響を及ぼしかねないこと

- ・看護師の魅力が薄れてきている
- ・患者に関わりたいが仕事が追いつかず患者の所へ行けず負の連鎖
- ・昔は、なりた職業にもなっていて目指す子どもたちも多かった、手に職をつける、もしくは給料がいいから看護師になる人もいた。今は、ほかの仕事でも看護師以上の給料がもらえるところはたくさんあるため責任のあるところより責任がなくいい給料がもらえるところがいい、となっている
- ・ブラックな病院が多い(自己研鑽で勉強会や研修会に参加、時間外はサービス残業、年休が申請しにくい)
- ・患者視点で言えば人手不足による医療の質の低下。労働者の視点で言えば忙しさによる労働者の疲弊とそれによる医療ミスの増加、人手不足による夜勤回数の増加、休憩が十分に取れないことや有給休暇の取得困難、それによる退職者の増加の悪循環。病棟閉鎖や診療科の削減につながり、病院経営のさらなる悪化
- ・サービスの低下はもちろん、カルテを観て患者の状態をアセスメントしたり、必要なサービスや連携を考えたりする事もできなくなる。ただ処置をするだけの医療になる
- ・2026年4月欠員10人、定期人事異動・入学等の行事もあり、残された人たちの時間外労働の増加。休憩が忙しすぎて取得困難に(取ると遅くなるので)、落ち着くまでは、毎年こんな感じ。夜勤体制プラス2~3人の人員配置が必要
- ・施設基準が満たせず、病床閉鎖することになれば、災害やパンデミックの時のように患者を受け入れることができなくなる。在宅で悪化した患者さんを24時間受け入れることができなくなる。病院が倒産すると地域医療が崩壊すると思う
- ・病棟のコンパクト化で占床率97%目標になりました。多い時は100%超えます。ほとんどが混合病棟になってしまい、従来関わっていなかった診療科の患者の入院も増え、標準的な対応も一から学習し確認するため業務に対するストレスの増強や時間外勤務の増加が生じている
- ・募集は紹介会社へ1人100万円近く支払ってやっと確保できている状況で、経営にも影響する。賃上げの原資が減らされる



かずこさんの
シネマトーク

ゆっくり鑑賞

この1本

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



「わたしのかあさん－天使の詩－」

—かあさんは障がい者でしたが、私にとって最高の母でした—

社会性★★★★★ いいね★★★★★



HP:<https://www.gendaipro.jp/index.html>

©現代ぶろだくしゅん提供

『わたしのかあさん』という、知的障がい者を両親に持つ菊池澄子（原作者）の実話の映画を観た。昨年92歳で亡くなった日本最高齢女性監督・山田火砂子監督の現代ぶろだくしゅんの作品だ。俳優陣には寺島しのぶ・常盤貴子・安達祐実・春風亭昇太・東ちづる・渡辺いっけい・高島礼子・船越英一郎、といった誰でも知っている役者陣がずらり名前を連ねる。山田監督に共感しての参加が想像できる。小作品だが心を持ち寄った日本映画だ。

子供の頃に患った病気のために知的障がい者となった両親を持つ高子（落井実結子・小学生時代／常盤貴子・現代）は一目置かれる秀才だったが、成長するとともに両親が他の親と違うことを恥じた。親友の優子の父（船越英一郎）は開業医で高子の良き理解者でもあり何かと励ましてくれる。両親の障がいを知った時、祖母（高島礼子）から、母・清子（寺島しのぶ）や父（渡辺いっけい）の話が聞かされた。高子は苦しみながらも周りの多くの人から、そして誰よりも無垢な清子の言動や姿から両親を、障がいを受け入れていく。

清子は絵を描くのが好きで、その絵は他者を感動させコンクールで入賞を果たした。高子は優子と、地域の子供たち、障がいを持つ子も分け隔てなく集える様に教室を開くことにした。その教室を清子も手伝い、清子が得意な絵を教えたり、高子が絵本の

読み聞かせをしたり、優子が折り紙を教えたりと、子供たちがそれぞれ興味に合ったコーナーで自由に過ごすことができるようにした。集まる子供たちは増え、最初は怪訝に思っていた地域の親たちも次第に心を開いていく。面倒見の良い清子は子供たちから好かれ、作るカレーは子供たちに人気だった。この成功を、清子や父の高等部（特別支援）の恩師（東ちづる）も温かく見守り支えていた。

成長した高子は大学で児童文学を学び、卒業後は大学非常勤講師、障がい者支援の教育実践活動に従事する道を選ぶ。現在は特別支援施設「愛清園」の園長として障害を持つ子供たちの教育支援を行っている。この映画には人間の“生きる”が見える。かあさんの言葉と姿、磯村みどり・山田邦子が演じる認知症2人の老女、心が和み思わず笑んでしまう。

障害者ボランティアに力を入れる知人がいる。「老いればみんな少なからず障がいを持つことは避けられないのよ」と彼女は言う。障がい者が生きやすい社会は私たちが生きやすい社会ではないか。障がい者や認知症を取り巻く痛ましい事件も多い。すぐ傍らに社会からはじかれた子供、大人の何と多いことを私たちはよく知っている。10年ほど前になるが、石川県の鳥越村の満蒙開拓集団自決を地元劇団が舞台化し感動した私は、能登にも満蒙開拓の歴史がおそらくあったと確信し、それをきっかけに労組の能登の2支部（羽咋、輪島）との交流を計画した。その際、学習に使ったのが山田火砂子監督の現代ぶろだくしゅんのDVD映画「望郷の鐘・満蒙開拓団の落日」だった。

私は時々こういう映画を観たくなる。何かをできるわけではないが、寄り添い、ほっこりする心になりたいと思う。新聞の連載で、親が心の病を持つ子供の支援をするNPO法人を立ち上げた青年の姿が紹介されていた。

今夜も憲法が危ういとのニュースが流れてきた。
25条を今一度心に留め置く!! (114分)

医療労働者の地位向上をめざし奮闘します！



皆で仲間を増やし楽しい職場をめざします

経営側の傲慢な姿勢

さくら会病院は、147の病床とデイサービス・訪問介護を運営している医療法人です。

さくら会病院労働組合は、労働者にもものを言わせない傲慢な経営姿勢の下で、労働環境改善やハラスメント事案に対して改善を決意し、2023年8月1日結成しました。結成後は団体交渉を重ねて掲示板を獲得するなど、一定の成果を上げてきました。しかし、当時の上部組織は、医療・介護に特化した組織ではなく、団体交渉でも医療・介護の情勢や制度の仕組み、特有の働き方や医療経営実態を理解しない助言に終始していました。そして、2025年11月の団体交渉では上部組織が当組合の要求事項よりも組合の体裁を繕うことを優先したため、管理側との信頼関係が一気に悪化し、以降、不当な人事異動が続いていました。

そのような状況のもと、医療・介護分野における

知識量や上部組織の指導に疑念が生じ、大阪医労連のことを知りたい旨の相談が当時の執行委員長から入りました。以降、何度も打ち合わせを重ねる中で、大阪医労連の専門知識や情報量、独自の宣伝物、それらに基づく指導を受け、加盟に至りました。

大阪医労連と共に

大阪医労連に加盟して以降、不当な人事異動は止まっていますが、過去の使用者側の人事権濫用ととれる行為や、ハラスメント事象にまともに対応しない姿勢の是正については未解決のままです。現在、大阪医労連が入った団体交渉を行うために規約の整備など改正を進め、臨時大会の準備を進めています。今後、労使関係の正常化と賃金・労働条件の向上・職場環境の改善に取り組み、医療労働者の地位向上をめざすために奮闘する決意です。また、さらなる組織拡大を行い強固な組織をめざします。

(さくら会病院労働組合執行委員長 西上 加奈子)

定期購読・バックナンバーのご案内



6月号 (2026年6月10日)
No.701
真の震災復興を求めよう
遅々として進まぬ能登の震災復興／総選挙からイラン侵攻、そして経済危機へ



5月号 (2026年5月10日)
No.700
戦争の痛苦の経験を学び平和を守る決意を新たに
東京大空襲を学ぶ／医療労働者の賃金が上がらないのはなぜか？／介護保険制度は誰のための制度なのか



4月号 (2026年4月10日)
No.699
新・地域医療構想と加速する病床削減／障害分野から見た人権と「いのち」／実例に見る労働組合への結果とその取り組みのすばらしさ／「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」



3月号 (2026年3月10日)
No.698
2025年 介護施設夜勤実態調査結果
介護保険制度の危機と介護労働の危機



2月号 (2026年2月10日)
No.697
産別の力で大幅賃上げを勝ち取ろう
産別の運動で切り開いた情勢を大幅賃上げに結びつける春闘に／外とつながる味方を増やす／非正規労働者の労働運動をどう進めるか／「スロー」ストライキの経験



1月号 (2026年1月10日)
No.696
医療労働者の組織化で患者の権利を守ろう
世界的な抑圧の台頭と労働組合の役割／公立病院労働組の賃金闘争／賃上げをめぐる情勢と労働組合の役割／介護・福祉施設の人員配置についてのアンケート



12月号 (2025年12月10日)
No.695
2025年度 夜勤実態調査
選ばれる職場をめざして



11月号 (2025年11月10日)
No.694
夜勤規制と大幅増員をめざすアクションプラン
夜間に働くこと／医療・介護職場で安全に健康に働くための夜勤交代勤務スケジュール／院内保育所実態調査／看護職員の入退勤実態調査



10月号 (2025年10月10日)
No.693
戦後80年 医療労働運動のあゆみ
日本政治は根本的に転換し、新たな時代がはじまる／産別統一闘争の重要性と組織強化



8・9月号 (2025年9月10日)
No.692
第52回医療研究全国集会オンライン集会
デジタル・トランスフォーメーションと医療労働／医療・介護のデジタル化でいかなる変化が生じ、何が問題か



7月号 (2025年7月10日)
No.691
悲惨な戦争を二度とくり返さない
平和とツアーin沖縄／ベトナム全国医療労働組合を訪ねて／1日7時間労働をめざして



6月号 (2025年6月10日)
No.690
余力のある地域医療体制をめざして
医師不足にもほどがある／タスクシフト・シェアで医療・看護レベルが保たれるのか／介護労働の社会的評価とジェンダー

定期購読・バックナンバー購読

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

このページをコピーしてご記入のうえ、FAXしてください。

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

☐ バックナンバー購読	年	月号 No.	購読します。	☐ 定期購読	年	月号	冊、購読を開始します。
名前				所属			
住所							
電話	()	FAX	()	E-mail			