

# 全日本民医連第38回定期総会

## 運動方針

### はじめに

前総会では、憲法を改悪し「戦争ができる国」にしようという動きが急速に強まる情勢のもとで、平和・憲法を守ることを私たちの「第一義的課題」とすること、かつてない貧困と格差拡大、医師不足、看護師不足の状況に対し、全力でたたかうこと、憲法と民医連綱領の立場、す

なわち国民の目線で情勢を捉え、目の前の患者、利用者の権利を守るために事例にこだわり奮闘すること、を呼びかけました。内部の問題に対しても、「困難はたたかいと連帯、団結の力で乗り越えよう」と提起しました。

第37期は、民医連の存在意義を大いに発揮し、

### 目次

はじめに	1
第1章 情勢を変革的にとらえ 展望・希望を創り出すとき	2
第1節 情勢を切り開いてきた民医連の役割に確信を深めよう	2
第2節 日本の政治の動向と新しい国づくりにむけて	3
第3節 国民生活の現状	4
第4節 日本の医療・介護・従事者の現状	7
第5節 日本の医療・介護崩壊から「再生」にむけて	12
第2章 第37期をふりかえって	15
第1節 主な前進点	15
第2節 内部の困難を乗り越えるための主な課題	18
第3章 第38期方針・重点目標	21
第1節 平和・憲法を守り生かす活動を強めよう	22
第2節 社会保障の改善・拡充にむけ、さらなる前進を	22
第3節 人権を守り抜く地域医療の強化に	

むけて	24
第4節 民医連歯科の発展めざして	30
第5節 民医連保険薬局の前進めざして	31
第6節 介護事業と運動の発展のために	32
第7節 共同の財産である民医連事業所の経営改善を	34
第8節 医師集団のあらたな成長めざして	35
第9節 民医連の輝きを～学び、たたかい、成長する看護集団めざして	38
第10節 民医連職員の確保と育成の強化を	40
第11節 あらゆる活動を共同組織とともに、をつらぬこう	42
第12節 民医連の組織的発展のために～たたかいと連帯・団結の力の発揮を	43
第4章 21世紀を切り開く民医連運動の新たな前進めざして ～新綱領改定(草案)の提起	45
第1節 草案提起にあたっての問題意識と特徴	45
第2節 草案討議のすすめかた	46
おわりに	46

情勢を切り開いてきた2年間だったと確信します。「要求をねり上げ、たたかえば、情勢は変えられる」ということを実感することができました。連帯の力も大いに発揮されました。

新たなたたかいはこれからです。第38回総会方針案をねり上げ、今後2年間の方針と新たな役員、予算を確定しましょう。

## 第1章

# 情勢を革命的にとらえ 展望・希望を創り出すとき

## 第1節 情勢を切り開いてきた民医連の役割に確信を深めよう

全日本民医連SW委員会が呼びかけた生活保護高齢加算廃止に伴う生活実態調査(388事例) (\*1)によると、1年間に下着を含む被服を一度も買わなかった世帯が4割を超え、3回以内が77.6%でした。冠婚葬祭にはまったく参加しない、毎日の食費が不足する、との回答が半数以上にのぼっています。ここからは貧困で孤立した高齢者の実態が浮かび上がってきます。

こうした状態は朝日訴訟(\*2)以前の状況への逆戻りであり、憲法25条の定める「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」とした基本的人権の侵害そのものです。橋本内閣以来、小泉・安倍・福田政権とつづく「構造改革路線」は、日本社会に異常な「貧困と格差」を生み出しました。日米支配層によるこの構造改革路線は、日本国憲法の基本理念である平和的生存権、すなわち憲法9条と25条を破壊し、国民の基本的人権を奪おうとするものでした。

### 国民の力で「政治を変えた」、参議院選挙で与野党逆転

私たちは共同組織の仲間とともに、社会保障構造改革路線(\*3)の大転換を求めて運動を行ってきました。昨年7月に行われた参議院選挙は、貧困、医療、年金問題など、あまりにもひどい政治に対し、国民、地方、各層の「いかり」が頂点に達し、自民党・公明党政権は参議院で過半数を割り込むという歴史的敗北を喫しました。自民党医療系候補のほとんどが落選し

ました。このことは競争原理至上主義にもとづく構造改革路線への国民、医療関係者の明確な拒否の審判でした。また選挙の結果は、任期中に改憲を行うと公約し、日本を「戦争できる国・する国」にすることをめざす靖国派(\*4)の策謀に痛烈な打撃を与え、改憲の動きを大きく後退させました。9条の会などの平和と憲法を守る運動が広がり、確実に力を蓄えてきた結果です。

国民の力でインド洋から自衛隊を撤退させました。日本国民による平和を願う世界の人びとへの鮮烈なメッセージとなりました。しかし、新テロ特措法が参議院で否決されたのに、衆議院で数の力で再議決する手法は、いかに現政権が民意からかけ離れているかを端的に示しています。国民的世論で派兵を許さないたたかいを強めましょう。

参議院選挙後、被害者と国民のねばり強いたたかいによって被災者生活再建支援法の抜本的改正、原爆症集団訴訟認定基準の全面見直し表明など、大きな前進を勝ちとりつつあります。

とりわけ葉害肝炎原告団のねばり強く、すべての被害者の救済と国、企業責任を求めた正義のたたかいは全国民の心を揺さぶり、国会で全会一致により、救済法を成立させました。全日本民医連は早くから支援するとともに、各病院においては使用状況の公表、検査の呼びかけ、相談窓口の開設や被告企業に対する不買運動などにとりくんできました。

障害者自立支援法見直し、診療報酬本体部分

引き下げ案などについても政府が一部手直しを表明せざるをえない状況をつくり出しました。

しかし、政策と国民生活との深刻な矛盾は、もはや小手先の対応で批判をかわすことのできない事態です。

国民的な運動によって野党4党が共同して後期高齢者医療制度廃止法案を国会に上程しました。3分の1近い自治体が意見書を採択するにいたっています。野党4党主催の国会内集会には多くの議員が参加し、廃止にむけ決意を語る状況です。全力を尽くして、法案成立の実現をめざしましょう。

### 患者・利用者に寄り添って、医療・福祉・人権を守る活動

私たちは医療・介護の現場で、患者・利用者に寄り添い、医師、看護師、スタッフが共同して医療体制を組み、1人ひとりの生きる権利を守って奮闘してきました。

いち早く後期高齢者医療制度・療養病床削減の中止・撤回を表明し、運動を広げてきました。社保協が集めた署名は350万筆を超え、うち民医連は100万筆以上を集め、増え続けています。

現場からナースウエーブ、ドクターウエーブを起こし、発信してきました。医療事故を扱う公正・中立な第三者機関（\*5）設置の運動をねばり強くすすめてきました。

私たち民医連がこれらの運動を発信した時に

は、まだ医療界でも病床過剰論、医師偏在論などの意見が少なくありませんでした。外に向かった発信が情勢を切り開き、大きな世論をつくり出してきました。高齢者実態調査や国保死亡事例調査などで地域に出かけることを通して、地域や生活実態をリアルにつかみ、社会に対し、積極的に問題提起を行ってきました。

### 現場からのリアルな発信、実践の力で情勢を切り開いてきた民医連の運動に確信を！

私たちがとりくんだ運動や調査、日常の医療、介護の実践に多くのマスコミが注目し、この間、全国各地の新聞や週刊誌、テレビなどで積極的に紹介されました。あるマスコミ関係者が「貧困と格差拡大、医療や介護の崩壊など、いま社会問題になっていることをリアルにつかもうと思うと民医連に突き当たる」「民医連が行っているような医療や介護を国民は求めている」と評するように、現場に立脚し、困難な人びとに寄り添い人権を守る医療、介護の事業と運動をすすめている民医連の役割が高まっています。

まさに「民医連出番の情勢！」といえる状況をつくり出し、実感させる2年間でした。これら情勢を切り開いてきた民医連の仲間、共同組織の仲間とともに、運動に確信を深め、さらなる前進で新しい展望・希望を生み出すために奮闘しましょう。

## 第2節 日本の政治の動向と新しい国づくりにむけて

参議院選挙の結果、新しい政治状況が生まれました。医団連（\*6）の集会には、すべての野党議員が参加し、「医師・看護師増員、患者負担を減らして診療・介護報酬を増やせ」の要求に連帯を表明するなど大きく様変わりしています。医療・社会保障削減方針撤回、後期高齢者医療制度中止・撤回、診療報酬・介護報酬引き上げの要求は医療関係者共通の要求となり、国民的反撃が始まっています。「日本医事新報（10月27日号）」は、10・18集会を紹介しながら、「診療所、病院、大学などの医師が垣根を越えて団結し、ほかの医療関係者や患者団体とも連携して行動することが世論を動かす。大同団結の輪を広げ、世論を形成することが必要」

と指摘しました。民医連は、医療界の大同団結による行動と患者、利用者、国民との協力・共同がさらに広がるよう奮闘する決意です。

### 人間を軽視する政治を根本から変えよう

一方、かつて構造改革路線を競ってきた民主党は、参議院選挙で「生活重視・地方重視」を訴え、大勝しました。しかし、この路線から離れれば民意に背き、急速に信頼を失う可能性があります。事実、自衛隊の海外派兵に道を開く恒久法制定や大企業減税を主張し、消費税増税を否定していません。また「大連立」をすすめるようとする動きも生まれるなど、予断を許しま

せん。

私たちの運動、国民的運動が弱まれば、「大連立」や「反動」がすすむ可能性があります。

こうした時、悪法阻止・要求実現めざして、これまで以上に私たちの運動の量と質を高めることが求められています。

要求運動を基礎に、国民生活切り捨てをすすめる自民党・公明党政権を追い込み、国会解散、衆議院選挙で民意を反映する政権をつくり出すために奮闘しましょう。

## 世界中で新しい変化—孤立するアメリカと日本—人権が花開く新しい日本を

温暖化など、地球規模での環境破壊が大きな問題となっており、生存の危機といっても過言ではありません。日本はアメリカなどに続いて、世界第3位の原油消費国であり、二酸化炭素削減にむけて国際的に積極的な役割を果たさなければなりません。民医連としてもこの問題を重視していきます。

1980年代にサッチャー政権のもと、イギリスは公的医療費削減政策をすすめました。その結果、手術待ちに1年を要する事態を招くなど医療が崩壊し、医師、看護師は海外に去っていきました。医療崩壊に直面した労働党ブレア政権は、総医療費（\*7）を5年間で1.5倍に引き

## 第3節 国民生活の現状

今、日本の全世帯の2割以上が、生活保護基準以下の絶対的貧困層となっています。正規雇用から非正規雇用に切り替えられ、無権利状態の労働者を大量に生み出しました。「無料お試しキャンペーン実施中！1週間無料、1カ月35%オフ、3カ月13%オフ」、これは企業に配られた労働者派遣契約の案内です。労働、人間の尊厳を踏みにじることが当たり前前の社会に怒りを禁じ得ません。

地方、中小企業、農業などが「生産効率が悪い」とばっさり切り捨てられ、人が暮らすことができない地域が全国で続出しています。9年連続、自殺者が3万人を超えました。多くは健康苦と生活苦です。過労死、過労自殺、孤独死も後を絶ちません。阪神淡路大震災から13年を

上げる政策に転換、実行しました。さらに昨年、ブレア政権を引き継いだブラウン政権は、今後5年間で毎年4%、公的医療費を引き上げ、総計25兆円の医療費を支出することを打ち出しました。この額は人口が約2倍の日本の国民医療費にほぼ相当します。このままでは日本はG7の中で総医療費対GDP比で最下位を独走することになります。

欧州や中南米など世界中で、競争を煽り立てる新自由主義政策（\*8）を拒否し、イラク戦争に反対する大きな流れが起こっており、注目を集めています。オーストラリアでは、アメリカに追随してきた政権が大敗北し、政権が交代しました。中南米でも、アメリカ追随の新自由主義路線をすすめ貧困を生み出してきた政権が敗れ、貧困克服・福祉政策を重視する新しい政権が次つぎと誕生しています。チリでは、新政権のもと、さっそく60歳以上の医療費無料が実現しました。アメリカから経済封鎖され続けているキューバでは「治療が受けられない患者はあってはならない」と憲法で定め、国が徹底した予防活動の実施や医療費無料を実現しています。

こうした中、いまだにアメリカべったりで、過去の侵略戦争を謝罪しない日本政府の異常さが、国際的に際立っています。

過ぎた今も、復興住宅では毎年60人前後が孤独死しています。誰にも看取られることなく亡くなるという寂しい死を、これ以上くり返してはなりません。

一方、大企業は史上空前の利益をあげ、「儲かればなんでもあり」という異常な「マネー（投機）資本主義」（\*9）「偽装」「政治との癒着」がはびこっています。

同時に国民は、リストラや失業、病気、高齢などによって誰もが絶対的貧困に陥る可能性があります。憲法で保障された権利が次つぎと侵害され、暮らしをささえるはずの医療や社会保障制度がどんどん改悪されています。これが日米財界と自民党・公明党がすすめてきた構造改革路線そのものです。

こうした状況は、戦後政治の中でも極めて異常な事態です。

私たちの情勢をみる目線、人権意識をより確かなものとしなければなりません。この日本社会の中で圧倒的多くの困難な立場の人びとに寄り添い、生きる権利を守り抜くこと、異常な構造改革路線を変革する立場に立つことが求められています。

## 絶対的貧困の拡大（勤労世帯の貧困）

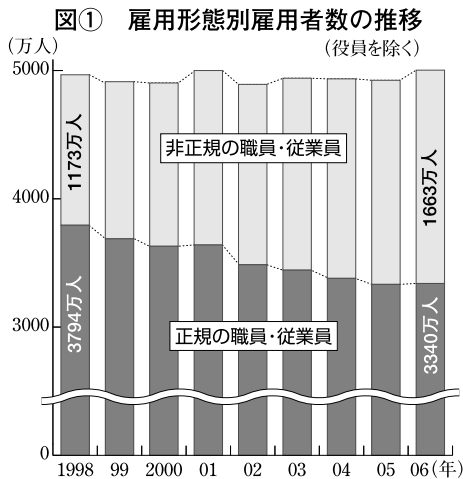
働いても生活保護基準以下にあるワーキングプアといわれる層を含め絶対的貧困層は、生活保護世帯をのぞいて2002年度で1105万世帯（全世帯の22.3%）にもほのぼの（表①）、さらに増え続けています。そのうち勤労世帯は、656万世帯と5年間で、約200万世帯増えました。勤労世帯の相対的貧困率（\*10）は、15.3%で世界第3位です。これは格差社会が大きく進行していることを意味します。その結果、勤労世帯では、4世帯に1世帯が小・中学生の就学援助世帯（援助基準は生活保護の1.1倍の収入）

となり、経済的理由による高校中退が急増しています。働いても生活保護基準以下の勤労世帯が急増した要因は、1999年に全面解禁された労働者派遣法や成果主義賃金の横行など、日本型雇用を解体し、正規雇用から非正規雇用へと労働政策が大きく転換させられたことによります。1998年からの8年間で正規雇用は、454万人減り、非正規雇用は490万人増加しました（図①）。労働者の賃金は7年連続して減少し続け、非正規雇用の多くは社会保険の加入もままならず、低賃金を余儀なくされています。「一度でいいから横になって眠りたい」、これは定職に就くことができず、家賃を払えないためにネットカフェでの生活を余儀なくされている若い女性の声です。12月に放映された「ワーキングプアⅢ（NHK）」では「働きたい…」と、絶句する若者の姿が映し出されました。若者の中で無保険・無年金者が増えています。若者を大切にしない国家に未来はありません。

少子化の要因として、政府統計で「経済的不安」がトップを占めるなど、安心して子どもを生育することができない状況が広がっています。安心してお産ができない状況も少子化に拍車をかけています。

新日本婦人の会が行った母子世帯の家計調査（559例）では、児童扶養手当の減額などで生活が苦しい世帯が85%にのぼり、「支給限度額が改悪され、児童扶養手当の支給が昨年より停止。医療費も3割負担になり、病院に行くのもためらわれます」などの声が寄せられています。また同調査では、年収200万円未満が過半数を占めており、2つ以上の仕事を余儀なくされている人が12%以上です。家計の中で児童扶養手当の占める割合が、4分の1になる世帯が過半数（200万未満世帯）もいます。手当の削減は死活問題です。

欧州各国は、児童手当を増額し、少子化を克



資料：総務省統計局「労働力調査特別調査」(2月調査)(1984年～2001年)、「労働力調査(詳細結果)」(1～3月平均)(2002年～2006年)

表① ワーキング・プア世帯、貧困世帯の推計

	総世帯数(万)			貧困世帯数(万)			貧困世帯率(%)	
	1997年	2002年	増減	1997年	2002年	増減	1997年	2002年
勤労世帯	3569.2	3517.6	▲51.6	458.4	656.5	198.1	12.8	18.7
就業世帯	3531.3	3445.2	▲86.1	441.8	620.3	178.5	12.5	18.0
失業世帯	37.9	72.4	34.5	16.6	36.2	19.6	43.8	50.0
総世帯	4625.0	4960.5	335.5	756.0	1105.1	349.1	16.3	22.3

就業構造基本調査(1997/2002)より作成(後藤道夫)

服しつつあり、フランスは合計特殊出生率（\*11）が1.98まで回復しています。手当の削減は、少子化対策に逆行していることは明らかです。

### （中小零細業者、農民の困難）

中小零細の自営業、農業つぶしが行われ、生活困難が拡大しました。生産者米価はペットボトル1本分（500ml）あたり91円と水よりも安くされ、作れば作るほど赤字になる農業政策は農民の誇りさえ奪っています。食料自給率はついに40%（\*12）を切りました。

中小零細業者で組織する全国商工団体連合会（全商連）共済会の2006年度会員の死亡調査では、初診から死亡までの期間「24時間以内」が16%、「2日から1月未満」が20%という深刻な結果が出ています。ここから健康を害しても医療機関を受診せず、手遅れになってから初めて受診する中小零細業者の生活実態が浮かび上がってきます。しかも年ねん増加しています。また、農民や自営業者のほとんどは国民年金・国保加入者であり、さらに厳しい状況にあります。これが日本の多くの中小零細業者の実態です。

### （高齢者のおかれた状態～長生きは「悪」ですか？）

高齢者世帯の貧困が深刻です。日本の国民年金は保険料を25年間、支払って受給資格ができます（\*13）が、生活が困難で支払えなかった期間があるために無年金となっている人が118万人存在し、さらに今後、155万人に達すると社会保険庁が発表しました。国民年金の平均額は月5万円弱です。これでは月10万円以上かかる特別養護老人ホームなど施設への入所は困難です。「ワーキングプアⅡ（NHK）」でも紹介されたように、空き缶を拾い集めて生活する高齢者もいます。民医連の病院の救急外来に17件目の依頼先として搬送されてきたのはホームレスの93歳の男性でした。

2006年に全日本民医連が行った高齢者生活実態調査では、月収10万円未満の人が4割、女性では5割を超えました。高齢者単身世帯の生活保護基準、あるいはそれ以下の収入です。全調査の86.5%が、体の具合が悪いと答える一方、1カ月間に支払うことのできる医療費、介護利用料の上限を5000円までと答えた人が約半数の

45%にものほりました。

日本医療政策機構（黒川清代表）が2007年度に、「所得と医療機関の受診率」を調査したところ、具合が悪くても医療機関を受診しなかった人の割合は、年収300万円未満の層では40%以上となり、84%が「病気になった時、医療費が支払えるか心配」と答えています。まさに「お金の切れ目がいのちの切れ目」といえる状況です。この上、後期高齢者医療制度の実施は「高齢者は長生きするな」といわんばかりの最悪なもので、断固中止・撤回させなければなりません。病気の多い高齢者をひとまとめにして保険料徴収と自己負担を求め、しかも医療機関への報酬も別立てにし、さらに年金から保険料を天引きし、支払えなければ短期証、資格書を発行するという世界に類を見ない悪法です。

異常な灯油高となっていますが、寒冷地ではこごえている高齢者の生活が報告されています。凍死も心配されます。全日本民医連は、さっそく調査を行い、実態を告発しました。私たち国民の税金が年間100億円、7年間で700億円以上もアメリカのイラク、アフガン戦争の無料給油に使われました。この油を「高齢者、生活者のために回せ」との要求は当然の声です。

### （現代社会のなかでの子ども達の置かれている現状）

社会環境の変化の中で子どもたちは大きな被害を受けています。親の経済的な困難、一人親家庭などの増加など家庭環境の変化の中で、育児の困難さを訴える若い人たちが多くなっています。本来子どもたちが、心豊かに育っていく場である家庭が、生活に追われてゆとりを失ってしまっている中で、心身症、不登校、いじめ、拒食、薬物など様々の問題が増加しています。きっかけは、親の病気、家庭不和、離婚、家庭内暴力、家族の死亡などさまざまですが、貧困の拡大も大きく影響していると考えられます。療育放棄をふくむ児童虐待の問題も深刻です。全国の児童相談所で扱われた虐待事例は年々増え続け2006年度には3.8万件となりました。実際にはその数倍はあると考えられています。学校生活もまた、子どもたちのストレスの温床になっている場合が少なくありません。腹痛や頭痛などの訴えで繰り返して来院することもたちの

中には、学校や家庭など社会環境の変化が要因と考えられるものが多くみられます。このような中で地域の子どもの健康を守り健全な成長を助ける上で、小児科をはじめとする身近な医療機関と福祉や教育関係者それぞれの役割と連携強化がいつそう重要です。

### (障害者の厳しい実態)

障害者自立支援法(\*14)のもと、行政が責任を持つ措置制度から事業者・施設と利用者の直接契約に切り替えられました。その結果、無料また低額であった福祉サービスに応益負担が持ち込まれ、障害者福祉は大きく変質しました。従来の更生医療、育成医療、精神障害者公費負担医療が「自立支援医療」とされ、1割負担となりました。しかも一定所得以上は、医療費3割負担です。

その結果、利用の制限や断念があい次ぎ、家族に多大な負担を強いています。「目の見えない人が移動するのにガイドさんを頼みます。でも、この移動支援を利用すれば、一時間285円の自己負担が取られます。歩くだけでお金が取られるものなのでしょうか」、怒りの声です。障害者分野でも公的責任から自己責任化へ大転換が行われました。

### 切り捨てられる生活保護

北九州市で「おにぎりが食べたい」という遺書を残し、餓死者が発見されたのは2007年7月です。生活保護を断られたり、打ち切られたり、全国で餓死者、自殺者が後を絶ちません。各地で起きているこうした痛ましい事件は、特定の自治体による例外的な人権侵害ではなく、国の政策そのものです。むしろ事件があい次いだ北九州市は優良なモデル自治体と、もてはや

されてきました。高松市などでは生活保護の相談窓口にも元警察官を配置して、威圧的に申請を受け付けないといったことが起こっています。

これは小泉政権以来すすめられた構造改革と地方自治体改革(地方交付税など税源の削減)によって、国民の最後のセーフティーネットといわれる生活保護制度と運用の改悪を加速させた結果です。生活保護制度改悪は、1981年の123号通達(\*15)に始まります。役所の窓口にも相談に来ても、「自立」を促し保護を受け付けない、あるいは辞退届を強要するやり方です。

札幌市で「おまえたちごめんね、許しておくれ母さんを」という遺書を残し、母親が餓死したのは21年前です。今日、さらに生活保護が抑制されつづけています。

それでも保護世帯は1995年の68万世帯から、2006年度には108万世帯へと急増しました。生活保護基準以下で暮らす絶対的貧困世帯が広がっていますが、実際の受給世帯はわずか1割にすぎません。国は2007年度の生活保護予算を400億円削減しました。生活保護老齢加算を廃止したのに続き、母子加算を全廃しようとしています。さらに2008年度は見送ったものの、生活基準そのものの引き下げを打ち出しています。

最低限度の生活基準を下げることは、憲法25条に定める国民の権利を下げることであり、低い基準がさらに賃金や年金の削減につながります。全国的な問題です。

人が生涯の中で遭遇するさまざまな出来事(出産・子育て、教育、病気、失業、障害、高齢など)に対し、自己責任、家族責任を強要する社会か、それとも社会的責任や連帯の力で乗り越えようとする社会なのかが問われています。国の責務と企業の社会的責任を求めます。

## 第4節 日本の医療・介護・従事者の現状

今、医療・介護の分野では、これまで経験したことのないような事態が進行しています。医療供給体制が崩壊し、医療や福祉を受ける権利が著しく奪われています。あまりにも過酷な労働条件、人員不足の中、誇りさえも失いかねない状況です。地域医療の再生には何が必要か、現状をリアルにつかみ、変革していくことが重

要です。

### 医療供給体制の崩壊

(健康達成度世界1は国民皆保険制度と医療従事者の献身性による)

日本人の平均寿命は女性85.5歳、男性78.5歳と世界トップクラスです。2002年のWHO健康

達成度調査（\*16）では「総合世界1」という高い評価を受けていました。保険証1枚あれば「いつでも・どこでも・だれでも」を1961年以来、半世紀近くにわたって保障してきた国民皆保険制度の実施と、医療関係者の献身的努力によるものです。岩手県沢内村（現・西和賀町）は、それまで県内で1番高かった老人や乳幼児死亡率を、村ぐるみでとりくんだ保健・予防活動と、1961年に全国で初めて実施した老人医療無料制度など、行政が生命を守る施策を徹底し全国で初めて乳幼児死亡率ゼロを達成するなど、全国有数の健康な村を実現しました。早期発見・早期治療によって、医療費も大きく下げました。

一方、世界中を見渡しても前例がない異常な長時間労働、過酷な条件の中で、日本の医師、医療従事者は、身を粉にして、献身的に医療の現場を守ってきました。

しかし今、こうした国民がかちとってきた世界に誇る医療制度が音を立てて崩れようとしています。あいにく医療制度の改悪や診療報酬の引き下げ、高度化、複雑化する医療現場と人手不足の中で、医師や看護師が次つぎと医療の現場、とりわけ急性期の現場から去っています。この劣悪な医療現場の改善なくして医療崩壊を防ぐことは困難です。

そのことは患者の安全で安心な医療・介護を受ける権利とも深く関わっています。

**（自民党や官僚の、憲法理念のかげらもない貧困な人間観、医療福祉像！）**

「構造改革路線」がめざすものは、医療崩壊を止めるどころか、まったく逆です。

1979年に自民党が議員向け研修叢書として出した『日本型福祉社会』では、「今日の医療制度は、保険といいながら、所得が多くて病気にあまりかからない人の負担で所得の少なくて病弱な人の医療を保障するシステムになっている。弱者は負担が軽いゆえに、どこまでも需要を膨張させ、弱者になろうとする傾向を助長し破綻に向かう。それだけでなく今後は老人という弱者が増えていく」と、あからさまに彼らの思想を述べています。

そして1996年当時の大蔵省（現・財務省）医療担当主査は、雑誌のインタビューに答えて

「1996年から医療費抑制政策を実施する。第1の方策として需要の抑制、すなわち患者が簡単にかかれないう負担増を図る。第2に病院、医療従事者が多いと医療費が増えるから、病床、医師、看護師を減らす。第3に全国一律の診療報酬では競争原理が働かないので見直す。これらを実施するために皆保険制度を見直し、公的保険は基本的サービスに絞り、それ以上は自己責任と民間でやっていただく。これからは高齢者にも応分の負担をしてもらう」と述べています。なんと貧しい人間観、医療観でしょうか。ここには憲法の理念も、いのちは平等という考えもまったくありません。

これは特殊な人の発想ではなく、自民党・公明党や財界、官僚の本音です。こうした思想に基づいてこの間、さまざまな医療・社会保障改悪政策が打ち出されてきました。

**（医療制度改悪の歴史と医療・福祉の営利化）**

1997年には健康保険本人が2割負担となり、2003年には3割負担となりました。老人医療も1983年から有料となり、今や1割負担、そして今年4月からは70歳から74歳までは2割負担、後期高齢者医療制度などが実施されようとしています。公的医療制度がある国で、こんなに自己負担が突出している国はありません。

こうした医療負担増の間隙を縫う形で、ビジネスチャンス場を広げ、民間医療保険（\*17）が急速に伸びています。2007年12月19日付の『朝日新聞』二面に全面広告が掲載されました。そこには「来年には後期高齢者医療制度が導入される予定です。これからは保険料と自己負担が増えます。自分自身で医療リスクにそなえなければなりません」と、うたっています。大手新聞の二面広告ともなれば1回の掲載料が1億円ともいわれている中、それだけ広告料を払っても儲かる商売ということであり、まさに医療を「商品」化するものです。さらに日米財界は、ビジネスチャンスの拡大を狙っています。アメリカから日本政府に提出された2006年度年次改革要望書（\*18）には、混合診療の全面解禁、株式会社による医療機関運営解禁、医薬品や医療材料の高値購入、さらには中医学専門委員への登用など、露骨な要望が出されています。

医療を受ける権利は、憲法で保障された国民



の基本的人権です。

(医師抑制政策をとり続けてきた政府が、医療制度を崩壊させた)

政府は1982年、1997年の2度にわたって、医師養成数を減らすことを閣議決定し、削減を続けてきました。看護師増員を怠ってきました。

その結果、地域から身近な医療機関、病床がなくなり、「一番近いお産ができる医療施設まで2時間かかる」、大都市部でも「救急車を呼んだが受け入れ先がなく、亡くなった」「看護学生の産科実習病院が何百kmも先」など、枚挙にいとまがないくらい、医療供給体制の崩壊、地域医療の崩壊がすすんでいます。

産婦人科学会の調査では、2002年、全国で6000カ所以上あった出産施設が、3年後には半減したと発表しました。これは地方でも大都市部でも共通の問題です。日本外科学会の調査では、当直明けで手術をせざるを得ない外科医師が7割にものぼっていることを明らかにしました。産婦人科や小児科にすすむ医師が激減していると伝えられています。

地域の病院閉鎖によって急性期病院に患者が集中し、いっそう長時間の激務を強いられ、さらに退職を生む悪循環となっています。実情を無視した「集約化」は、このような矛盾をつくり出します。近畿地協が行った勤務医アンケートでは、68%の勤務医が「過重労働」と回答しています。医師の過労自殺、過労死も後を絶ちません。いのちと健康を守るべき医師や看護師が、自らの健康やいのちをすり減らしながら働かざるを得ない社会は、どう考えても正常な社会ではありません。

(絶対的な医師、看護師不足の解消、地域医療を守ることは国の責務)

日本の医師はOECD平均に比べて14万人以上不足しています(\*19)。しかし国は、現在にいたっても定員削減をあらためようとしていません。世論に押されて一部定員増を認めましたが、財源、責任を各県に押しつけ、県は自助努力で医学部入学定員の地域枠の設定や高額奨学金制度の創設などをすすめています。しかし実効性あるものにはなっていません。さらに国は、都市部の臨床研修病院の受け入れ枠を少な

くし、地方枠を増やすことや後期研修を強制的な形で「僻地勤務義務化」を検討しています。日本病院会が勤務医に対し行った調査によると、僻地や地方勤務について「勤務したい」と「条件があればしたい」を合わせると32.5%、3人に1人が希望しています。その条件とは期間の定めや診療サポート体制などです。新医師臨床研修制度(\*20)の趣旨を歪めることなく、希望に沿って、地方でも都市部でも指導医の確保はじめ、必要な研修条件が整えられるよう財政的支援や、地方勤務の選択が可能となる条件整備こそが求められています。

医学部に入学するまでの競争教育と高学費、入学後の圧倒的に少ない指導教官や予算、過密カリキュラムは、医学生生の民主的成長と医学生運動の発展にとって困難な状況をつくり出しています。独立行政法人化で予算が削減される中、大学教育と大学病院の存続さえ危ぶまれる事態で、「白い廃墟」化しつつあると大学人が自ら言うような状況です。医療崩壊を食い止めるために、医師の養成数を抜本的に増員することは国民的課題です。

看護師も同様です。養成数を増やさず、働く条件整備がすすまない中で離職率も高く、潜在看護師が60万人もいるといわれています。

「7:1」看護(\*21)の取得のため、大学病院などが看護師確保を全国展開した結果、地域の病院に看護師が集まらなくなり、病棟閉鎖や医療機能縮小があい次いでいます。大学病院なども独立行政法人化や財政危機のために、国や自治体から強く採算性を求められた結果でもあります。

国民の願い、医療関係者の願いは、すべての患者に行き届いた医療、看護の実現です。一人前の看護師として育つ、安心して働くことができる環境の整備が急がれます。

(あいつぐ医療機関の倒産・閉鎖、公立病院の統廃合・縮小・民営化)

2007年度の医療機関の倒産件数は過去最高であり、自主的な廃業、閉鎖を含めるとさらに増えることは確実です。公的病院の統廃合、縮小、閉鎖、民営化(指定管理者制度含む)が起きています。「地域医療が壊れる」といっても過言でない状況です。とりわけ公立病院の崩壊の要

因は、国が「財政健全化法」や「公立病院改革ガイドライン」などを地方自治体に押しつけ、独立行政法人化や指定管理者制度、民間委譲などを通じて率先して自治体病院つぶしの旗振り役をしていることです。地域の公的病院を守る運動が各地で起きていますが、自治体の本来の仕事である「公共の福祉の増進」の役割を果たすためにも地域を上げて、大きな運動にしなければなりません。

救急医療崩壊が各地で起きています。無理な病院の集約化や病院つぶし政策と絶対的医師不足のもとで、とりわけ急性期、救急医療が危機的状況です。急速な医療供給体制の崩壊は決して自然現象でなく、「医師の都市集中」などといった偏在でも、医療機関が多いためでもありません。

2001年に発足した小泉内閣以来、毎年2200億円の社会保障費削減を実施し、さらに今後、医療費総額8兆円を削減する方針にいまだに固執していることです。医療費抑制政策を転換し、大幅な医療・社会保障費を増やすことなくして国民の健康、生命、医療機関を守ることはできません。

**（4回連続のマイナス改定！ 本体0.38%引上げでは崩壊は防げない）**

12月18日、政府与党は2008年度診療報酬を本体部分で0.38%引き上げる方針を打ち出しました。あまりにも厳しい医療の現実と医療関係者の声、世論に押されて引き上げを行ったのですが、薬価引き下げを含めると4回連続マイナス改定です。この程度の引き上げは、なんら現実の困難を解決するものでなく、地域の中小病院や診療所に大きな打撃となり、医療供給体制の崩壊にいつそう拍車をかけるものです。さらに、少ない診療報酬の中で小児科、産婦人科へ傾斜配分し、開業医に時間外、休日診療を肩代わりさせ、医師の3交代勤務を取り入れた病院に傾斜配分するといった小手先の策を打ち出しています。勤務医と開業医を対立させ、病院間の競争をあおるものです。しかも診療報酬引き上げの財源に生活保護母子加算の廃止分（50億円）などをあてようとしており、言語道断です。入院時医学管理加算の算定要件に選定医療を行っていることを条件としたり、回復期リハへの

成果主義を取り入れた点数化に反対します。後期高齢者を特別体系にする改定は今後、ますます差別医療を助長するものです。全日本民医連は診療報酬の抜本的な引き上げを求めて再改定を要求してたたかいます。

## 国民皆保険制度の崩壊の危機

国民健康保険法第1条は「社会保障および国民保健の向上に寄与すること」と、うたっています。すなわち、医療を受ける権利は憲法25条に基づく国民に等しく与えられた権利であると宣言しています。

国民健康保険（国保）には全世帯の半数近い2550万世帯、約5000万人が加入しています。しかし2007年の厚生労働省の発表では、加入世帯の約2割、474.6万世帯があまりにも高い保険料のため、滞納を余儀なくされています。松下電器の城下町といわれる大阪府守口市では、年所得200万円の4人家族で、年間保険料が約43万円と収入の2割以上であり、滞納世帯は27%にのぼっています。この市が例外ではなく、全国の多くの自治体が同じような状態にあります。全国の滞納率は19%で、約5軒に1軒が滞納となっています。

国は2000年から滞納者から保険証を取り上げ、資格証明書や短期保険証（\*22）の発行を各自治体に義務付けました。この結果、一部の自治体では「滞納を続けるなら、あなたの信用を失いかねません」といった脅し文句をつけた真赤な督促状を送りつけ、差し押さえを強行するなど、人権侵害行為が行われています。短期保険証が115.6万世帯、資格証明書が34万世帯に発行されています。民医連が行った国保死亡事例調査では2005～6年、保険証取り上げで少なくとも29人の手遅れによる死亡事例が明らかとなっています。孤独死調査でも、国保証を取り上げられたり、生活保護から遠ざけられた人が多いことが明らかになっています。

また100歳を超える高齢者独居世帯に短期証を出す、1日しか使えない短期証を出すなどが急増しています。また乳幼児や学齢期の子どもがいる世帯に資格証明書が発行される事態が広がっています。

滞納世帯の多くは本来、生活保護の対象者です。しかし前述の通り、生活保護自体が削減、

切り捨て政策のもとで深刻な事態がすすんでいます。

滞納世帯が急増する要因は、農漁業、中小零細業者に厳しい経営環境、高齢世帯の増加、社会保険に加入できない非正規雇用者の増大とともに、45%あった国庫補助率が38.5%に引き下げられたこと、補助金カットによる自治体財政の困難があります。国民のいのちと健康を守るはずの国保が、国民の暮らしを破壊し、いのちすら脅かす事態となっている状況を、なんとかしてでも転換しなければなりません。

## 歯科をめぐる情勢

「経済格差→口の格差→いのちの格差」という負の連鎖を生んでいます。日常診療では「どうしてこんなにひどくなるほど放置していたの」というような患者に度たび遭遇します。「8020」(\*23)達成者は、非達成者と比較すると健康寿命が長く、かかる医療費が少ないということが明らかになっています。WHOの報告書によると、国際的に見て日本は、低い歯科受診率となっています。1人平均の歯数は2005年で8.9本です。スウェーデンは唯一、80歳で20本以上を達成している国です。それは徹底した予防活動の結果です。しかし日本では予防が軽視され、度重なる医療費負担増、意図的に保険収載を行わない自費診療拡大政策によって受診抑制がすすみ、口腔内の破壊や機能の格差となっています。「窓口負担なく保険で良い歯科医療」の実現は切実です。

2006年診療報酬の改定で歯科は、打撃的な影響を受けました。その結果、歯科事業所の廃止・休止があい次ぎ、90年代は年間1000前後が、現在2500前後に急増しています。週刊『東洋経済』で「開業歯科医師5人に1人が年収300万円未満というワーキングプア」と報道しました。私立歯科大学の研修医は、月収約12万円前後であり、青年歯科医師、女性歯科医師の労働や研修条件は深刻で、希望を持って働ける条件は失われつつあります。歯科衛生士が勤務していない歯科医療機関は全体の3割強で、現場の困難が採用を抑制しています。歯科技工士の状態はさらに深刻です。

## 医薬品・薬学教育をめぐる情勢の特徴

薬害肝炎など薬害事件は後を絶たず、これまでの薬害事件が教訓化されていないことが浮き彫りになっています。厚生労働省は「新医薬品産業ビジョン」の中で、基礎研究分野での優遇税制の導入、承認審査の簡素化や迅速化、新薬優遇など、新薬開発の加速化をすすめ、副作用被害や薬害の危険性が高まっている医薬品に対する使用規制（適応症の見直し・承認取り消しなど）は後手にまわっています。また、史上空前の利益を上げ続けている製薬大企業による高薬価構造にメスをいれることが重要です。欧米諸国と比較して普及が遅れている後発医薬品の使用を推進する政策がすすめられていますが、厚生労働省が行った「後発医薬品使用状況調査（2007年1月）」では、「後発品に変更可」のらんに署名のある処方箋は全体の17.1%、そのうち実際に変更が行われたものが5.7%となっています。患者負担を軽減するため、民医連事業所でも積極的に制度を活用し、安全で有効なジェネリックの使用を促進することが重要です。2006年4月から薬学教育6年制が導入され、定員は1.5倍に増えましたが、薬学部への志願者は逆に減少しています。医学知識とコミュニケーション能力を備えた「臨床に強い薬剤師」養成をめざす6年制教育の前途は多難です。

## 介護保険の実態

介護保険法が改悪され、大幅な負担増、サービス利用の制限、介護報酬の引き下げ、事業者規制の強化などが実施されました。その影響は深刻です。

### （支払い能力を超える負担増、利用の抑制）

一つは、支払い能力を超える負担増、制度からの排除です。介護保険料引き上げ、税制改定と連動した国保料・介護保険料の増大が、高齢者世帯の家計を圧迫しています。居住費、食費など重い費用負担のために利用をとりやめたり、回数を減らすことを余儀なくされています。「所得の低い層ほど要支援・要介護者の発生率が高い」（日本福祉大学・近藤克則教授）中で、介護保険サービスをもっとも必要とする層が、逆

に制度から排除されています。

軽度者に対して予防給付が導入され、要支援1～2の訪問介護などの利用が大幅に制限されました。福祉用具は要介護1も含め、大幅に利用が制限されました。民医連の事例調査（軽度者2412例）では、4分の1の利用者でサービスの利用が減少し、「病状、病態が悪化した」「閉じこもりがちになった」「家族の負担が増えた」など、深刻な影響が出ています。「予防重視」「自立支援」の名による「介護の取り上げ」「自立の強要」は、「社会的虐待」といっても過言ではありません。

認定結果と実際の状態との著しい乖離は深刻な問題であり、要介護状態であるにもかかわらず、認定更新で要支援1～2に判定されるケースが後を絶ちません。

ヘルパーの長時間利用が制限されるなど、中重度者を抱える家族の介護負担も増大しています。さらに介護給付「適正化」対策の強化で、同居家族がいる場合の生活援助の制限など、国の基準を超えた自治体の独自解釈による過剰な締めつけが広がっており、こうした行き過ぎた行政指導が利用者、現場に多大な困難をもたらしています。

（改悪で介護事業所が存亡の危機に 求人にも集まらない人材）

第2に、あいにく介護報酬引き下げで経営困難になり、存亡の危機にある事業所が少なくありません。2006年報酬改定は2.4%の大幅引き下げとなり、多くの施設・事業所では、人件費の切りつめで対応してきましたが限界です。地域の事業所からは「職員の給料も上げられず、長く働き続ける意欲がもてない状況におかれている」「このままでは人手不足のために介護が崩壊してしまう」「送迎のガソリン代など、経

費の負担が大変」「国の無駄づかいにはあきれられるばかり。税金を有効に使って！」といった切実な声が、民医連に続々と寄せられています。あまりにも低い介護報酬が、職員の賃金・労働条件の改善を困難にし、サービスの質の向上を妨げ、在宅、施設など、地域の福祉・介護の基盤を根底から揺るがしています。

介護職員不足は深刻化の1途をたどっています。全国的に、ヘルパーを募集しても応募がない状態が続いており、2006年度の現任数は対前年比マイナス4.5%で、介護保険発足以来、初めて減少しました。介護職員の離職率は全産業平均より3%も高く、離職者の平均勤続年数は1年未満が42.5%を占めています。平均賃金は、全産業一般労働者の6～7割の水準です（介護労働安定センター）。多くの介護福祉士の養成校で定員割れが生じています。国は介護福祉士の養成制度見直しの中で、「准介護福祉士」資格（\*24）を新設しました。現場に新たな混乱や差別構造をもたらすものです。

（コムスン問題が明らかにした制度の根本矛盾、営利はなじまない！）

コムスンをめぐる一連の事態（\*25）は、介護現場の厳しい実態を明らかにするとともに、市場原理に基づく営利性と介護に求められる公共性とは、まったくあい容れないものであることを示しました。都心部にできた民間有料老人ホームでは入居時一時金2000万円、介護保険自己負担をのぞく月額費用30万円、といったところもあります。偽装請負で業務停止処分を受けた大手派遣会社グッドウィルはコムスンの運営主体でした。市場原理のもとでの「競争」は、国がいう「サービスの質を向上させ、利用者の選択を拡大する」ものではないことは明らかです。

## 第5節 日本の医療・介護崩壊から「再生」にむけて

～再生プランにあたっての民医連の基本的な考え方・立場～

私たち民医連は、こうした医療・介護の崩壊に対して、専門家などの力も得て、「再生」に向けてプランを作成中です。再生プラン（案）を総会に提出します。プランに織り込むべき考

え方を示します。なお、歯科分野の再生プラン案を立案し運動を広げます。

### 民医連の基本的な考え方・立場

1、日本の医療・介護制度は、憲法25条に掲げている「すべて国民は、健康で文化的な最低

限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」という原則に沿って行われるべきです。国の責任で必要な医療・介護を国民に提供しなければなりません。

2、従って、現在すすめられている年間2200億円の社会保障費削減政策（閣議決定）や医師削減政策（閣議決定）、介護給付抑制政策、は直ちに撤回し、総医療費の増額方針への転換が必要です。

3、また、1961年に確立した「いつでも・どこでも・だれでも、安心して良い医療の提供」を大原則とする国民皆保険制度を堅持すること、予防医療を重視すること、必要な介護が保障される「介護の社会化」を実現することと合わせ、すでに公的医療保険制度のある（ないのはアメリカ）先進国の中で、最高の自己負担となっている状況を改善し、経済的格差によって受ける医療や介護の格差を生じないようにすることが極めて重要です（表②）。混合診療や株式会社の参入などの医療・介護営利化の道は、コムスン事件に象徴されるように、国民の「いのち」にかかわる医療や介護を「もうけ」の対象にするものであり、断

固反対します。

4、人口の高齢化や医療技術の進歩によって、総医療費の増加は必然であり、OECD諸国は、その費用を必要経費として保障しています。GDP比の総医療費は、OECD平均では約9%、G7では平均11%を超えており（表③）、GDP世界第2位の日本の国の力をもってすれば、OECD諸国並ではなく、G7並の対GDP比11%以上の総医療費（日本のGDPは年間約500兆円、3%で15兆円となる）をめざすべきです。

5、医療や介護の社会保障費用は、必要な費用を国が保障し、また企業もその社会的責任において負担すべきです。日本の企業負担は、EUと比較して少なく、応分の負担をすべきです

6、すべての国民が必要な医療・介護を受けることができるためには、保険料や一部負担は、能力に応じて負担するという応能負担を原則にしなければなりません。

7、消費税を福祉目的税とする考え方が打ち出されていますが、消費税は応益負担の税制であり、極めて逆累進性が高く、社会保障の財源としては馴染みません（図②）。加えて、消費税を福祉目的税とすることは、今後の社

表② G7＋スウェーデンと日本の患者負担の概要

	米国	ドイツ	カナダ	フランス	イタリア	英国	日本	スウェーデン
外来在宅	年間13,091円免責、超える場合2割定率負担	全額給付	全額給付	全額払戻	全額給付	全額給付	成人3割	1日1,100円定額（年間9,900円上限）
入院診療費	60日まで100,539円免責、その後は1日2-5万円	1日952円定額（14日迄）	全額給付	全額払戻	検査の一部負担	全額給付	成人3割	1日880円定額
薬剤費負担	外来処方全額自己負担	包装単位により448-560円迄	処方薬剤一部負担	全額払戻	一部負担	1処方1,050円	成人3割	処方薬剤一部負担（年間19,800円上限）
軽減処置	なし	低所得者、18歳未満負担免除	1984年差額徴収禁止法制定	長期・高額疾患無料	低所得者、障害者負担免除（労働者保険料負担なし）	児童、妊産婦、高齢者、低所得者負担免除（労働者保険料負担なし）	高額医療制度（一般成人80,100円／月）	20歳未満は負担免除（労働者の保険料負担なし）

（注）保団連：「グラフでみる医療改革」より（1）

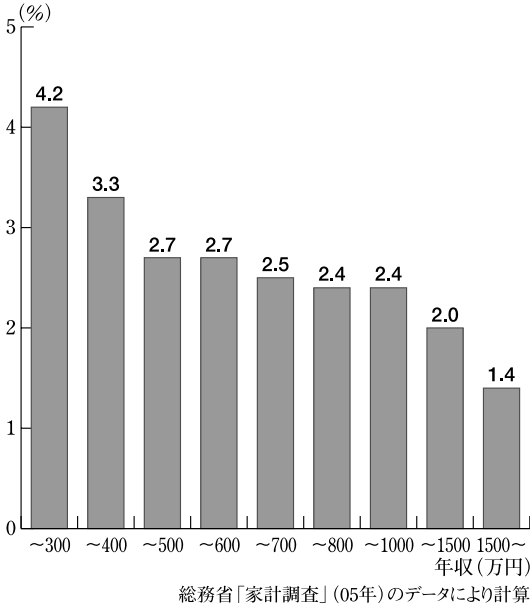
表③ GDP対比総医療費（2005年）

日本	英国	米国	ドイツ	フランス	スウェーデン	OECD平均
8.0%	8.3%	15.3%	10.7%	11.1%	9.1%	9.1%

（注）OECDヘルスデータ2007の公表について（7）より

図② 消費税は所得が低い世帯ほど負担が重い

サラリーマン片働き4人世帯の年取別消費税負担率



会保障費の増大に伴って消費税を際限なく引き上げることが必要となります。以上の理由により、消費税の税率引き上げ、福祉目的税化することには断固反対します。

再生プラン(案)実現のために

すでにヨーロッパを中心とする福祉先進諸国では人間的な社会を構築するために「小さな政府」から、福祉と医療と教育に国の力を投入するという政策転換を行っています。そのことで雇用を増やして経済成長率も高く、所得格差や貧困も少ない社会を実現しています(表④)。日本においても、このような政策転換が必要で

す。今日の医療・介護崩壊といわれる日本の医療・介護を再生し、国民が安心して医療や介護を受けることができるようにするためには、医療や介護に携わる者や団体と国民が大団結し、共同した運動を広げることが必要です。その運動が大きくなれば、日本においても人間的な社会に向けての政策転換が可能となるでしょう。

全日本民医連は「医療・介護崩壊から『再生』へ～全日本民医連のプラン(案)」を持って、国民的な議論を呼びかけ、その実現のために行動を起こしていきます。県連、事業所でも議論し、プランを持って地域での共同を広げましょ

表④ 国民の豊かさと国際競争力維持両立は可能！

順位 OECD	国民の豊かさ 2005年	貧困率2000年 (平均所得50%未満人口)	
1	ルクセンブルグ	メキシコ	20.3
2	ノルウェー	米国	17
3	スウェーデン	トルコ	15.9
4	スイス	アイルランド	15.4
5	フィンランド	<b>日本</b>	<b>15.3</b>
6	デンマーク	ポルトガル	13.7
7	カナダ	ギリシャ	13.5
8	アイルランド	イタリア	12
9	オーストリア	オーストラリア	11.9
10	<b>日本</b>	スペイン	11.5
備考	米国12位	北欧20位以下	6.4 ↓

順位	国際競争力 世界経済フォーラム
1	フィンランド
2	米国
3	スウェーデン
4	デンマーク
5	台湾
6	シンガポール
7	アイスランド
8	スイス
9	ノルウェー
10	オーストラリア

日本昨年9位から12位に転落  
財政赤字・公的債務世界最悪水準  
100位以下

## 第1節 主な前進点

第37期は、厳しい医療・福祉の環境のもと、ともすれば内向きになりがちな傾向を戒め、「困難は、たたかいと連帯、団結の力で乗り越える」「孤立・分断政策に対し、連帯と共同で対抗すること」「人権のアンテナの感度を研ぎ澄まし、一つひとつの事例にこだわり、受療権を守り抜くこと」「地域を主戦場に共同組織とともに地域に打って出て、安心して住み続けられるまちづくりをすすめること」「平和・憲法を守ることは第一義的課題」「いのちの平等をつらぬく民医連運動に確信を深め、人づくりを意識的にすすめること」をキーワードに活動してきました。

### 第14次におよぶ沖縄・辺野古支援連帯行動ははじめ各地で平和、人権をまもる運動が前進した

米軍の新基地建設に反対する沖縄・辺野古支援連帯行動は、この3年間で全日本民医連として第14次におよび、各地の自主的なとりくみを合わせると実数で1600人以上の職員が参加しました。また中国、韓国への平和ツアーの実施、原水禁世界大会や平和大会への参加、平和学校の開催、米軍基地の再編反対の運動を続けている岩国や座間、横須賀での運動などに積極的に参加してきました。沖縄では軍の強制による集団自決はなかったとする教科書検定に対し、「歴史のねじ曲げは許さない」と11万6000人の県民が怒りの声を上げました。辺野古への基地移転計画が日米首脳の間で合意されて10年以上になりますが、現地の「ヘリ基地反対協」は、1419日（3月6日現在）にわたり、撤回を求めて座り込みを続けています。地元のオジイやオバアはじめ住民のねばり強い運動によって、さまざまな妨害をはねのけ、これまで杭（くい）1本打たせていません。地元・名護に民主診療所をつくる運動もはじまりました。

これらの運動の成果を生み出す上で、民医連

の医師や職員、共同組織の力強い支援がありました。

### 憲法を守るたたかひの前進とたたかひの中で民医連職員として成長してきた

私たち民医連は、平和を守ることは医療人・福祉人としての社会的使命であるとして活動してきました。こうしたとりくみに民医連の職員、とりわけ青年が積極的に参加し、平和や憲法を学び、育ち、全国に広げていきました。各地で自転車リレーはじめ、平和サークルなどが自主的、創造的に次つぎと生まれ、民医連の事業所や職場、共同組織にはすでに1500もの9条の会がつくられ、活動しています。青森の薬局では、始業前15分の9日と25日宣伝を4年以上にわたって雨の日も雪の日も多くの職員の参加で続けています。埼玉の産婦人科病棟SAMB A 9条の会は「生まれてくるすべての赤ちゃんに平和に暮らしてほしい」と訴え、賛同した両親によって赤ちゃんの足型によるタペストリーができあがっています。このように民医連ならではのとりくみが各地で行われています。

### 2万人規模の高齢者生活実態調査の実施、地域にでかけ、告発してきた民医連が注目された

私たち民医連は、2万人を超える高齢者生活実態調査（2006年秋）、国保死亡事例調査、介護実態調査、孤独死調査、生活保護高齢加算廃止調査、未収金実態調査、寒冷地高齢者生活実態調査、熱中症調査（\*26）などに職員と共同組織の仲間がいっしょにとりくみ、その現状を告発してきました。

高齢者生活実態調査をこれほど大規模に行ったことは、民医連の団結の力です。大きな反響を呼びました。

また地域や事業所で、相談活動を行い、他団体とともに地域社保協に結集し、条例に基づく国保や介護の減免制度実現や社会資源の積極的活用をすすめてきました。

一つひとつの事例にこだわり、具体的に受療権を守ることを目的に「1 職場 1 事例」運動を提起してきました。「高齢者の生活を守る月間（2007年6～7月）」では住民税・国保料相談活動、さらに熱中症調査（大阪）、団地階段調査（北海道）のように地域に起きている問題を機敏に取り上げた活動が行われました。

医療制度改善が国会で通過した後もあきらめず、後期高齢者医療制度や療養病床廃止実施中止・撤回の運動を行ってきました。またリハビリ日数制限撤回や利用制限撤回など、医療や介護改善を求め運動を全国で展開し、少なくない成果を生み出しています。

後期高齢者医療制度が知られるにつれ、老人会や自治会など多くの団体から各地の県連や民医連の事業所に講師の依頼があい次ぎ、中止・撤回の運動を加速させています。全日本民医連の見解に対して全国の病院や介護事業所から賛同が続々と集まっており、これまでにない共同が広がっています。

## 情勢を切り開いてきた民医連ドクター、ナースウエーブの運動、共同のひろがり

民医連がとりくんだ「看護改善署名」は100万筆を超え、3度にわたって衆議院、参議院本会議で全会一致による請願が採択されました。これは民医連史上初めてのことで、看護師自らの運動によって切り開いてきた成果です。半数以上の自治体で請願や意見書が採択されています。

ドクターウエーブとしてとりくんだ各地の「地域医療を守るつどい」には、民医連関係者だけでなく、地域の公的・民間の病院長など医療関係者が積極的に参加し、発言するなど、地域の医療を守る運動の足がかりになりました。

2006年、2007年と連続して行った日比谷野外音楽堂での医団連の集会は大きく成功し、運動の結節点となりました。歯科は保団連とともに「保険でよい歯科を」の運動にとりくみ、独自で10万筆を超える署名を集めました。党派を超

え、多くの国会議員から賛同が集まっています。

これらの運動をすすめるために全国会費の中から闘争費、教育資料費を予算化し、テレビやラジオなどでのCMの実施（ラジオCMは、消費者が選ぶコマース部門銀賞受賞）や、その時どきにピラや学習・宣伝資料などを積極的に発行し、学びつつたかひ、たかひつつ学び、運動してきました。

## 全国の連帯の力で、経営困難支援や医師支援にとりくんできた

「困難はたかひと連帯、団結の力で」を合言葉に、全国的な連帯の力で経営困難と向き合ってきました。徳島、川崎、北海道などの厳しい経営困難を克服する力となっています。川崎の経営危機では初めて全日本「経営困難組織支援規定」（\*27）に基づく対策委員会を設置し、現地対策本部への常駐化、院長、専務の派遣と医師支援、全国連帯基金を発動しました。徳島には専務はじめ、事務幹部を派遣し、整形外科など、医師支援を行い、前進をつくりだしています。北海道勤医協および北海道民医連からの要請に基づいてとりくんだ北海道勤医協基金は全国、道内、地元から18億円を超え、経営再生の足がかりとなっています。鳥取への薬剤師支援を1年間行いました。

## 地域の中での役割の明確化と保健・医療・福祉施設との連携の探求

第37期、病院経営管理者交流集会、病院長会議、診療所交流集会、介護事業責任者会議などを適宜開催してきました。地域から身近な医療機関がなくなっていく事態が進行する中で、共同して地域の医療を守り抜くこと、民医連の事業所がその中でいかに存在意義を発揮するか、を問題意識として各事業所の「ミッション、ビジョン、アクション」計画づくりを呼びかけました。各事業所がポジショニングを考える際のキーワードとして、「地域の実態と要求」「主体的力量」をふまえ、「機能」「連携」を重視し、実践や経験を交流してきました。特に民医連中小病院の今日的役割と展望を切り開く方向や課題および中小病院の急性期医療の技術課題を提起し、それぞれの病院の置かれた状況や地域事情をふまえ、一律的、一般的でなく、各事業所



の実情に応じた具体化を求めて、医師集団はじめ、管理者集団、職員集団、共同組織の仲間とともに議論を重ねることと、地協や県連レベルでの集団的検討や現地調査を重視しました。

少なくない民医連中小病院は、一般病棟、回復期リハ病棟、療養病棟、介護事業などの総合的な展開と連携を重視し、地域の医療機関や施設、住民から「なくてはならない病院」「差額ベッド代をとらず人権を守る病院」「連携を重視する病院」との評価を高めており、いま輝きを増しています。

新しく地域支援病院を取得した病院も生まれました。

## アスベスト問題、水俣病、原爆症など社会的視点で医療活動を追求してきた

アスベスト問題、原爆症、薬害肝炎、水俣病、大気汚染公害などの医療課題は、国と企業がいのちを軽視してきた姿勢の現れでした。民医連は「生活と労働の場で疾患を捉えること」「被害者の人権を守りぬく」という社会的視点を持ち、医療活動と被害者救済の運動を展開してきました。これまでの原爆症認定集団訴訟(\*28)、薬害肝炎訴訟(\*29)はすべての判決で、国や企業の責任を断罪しました。このとりくみに専門分野の医師はじめ、多くの職員が参加し、支援を続けています。東京都大気汚染公害裁判では、東京都内在住の気管支ぜんそく患者の医療費自己負担を都と自動車会社、道路公団の責任で負担させるという画期的な和解をかちとりました。また、在外被爆者の救済活動や水俣患者の掘り起こし検診を続けるなど、民医連の医療活動の特徴を生かした活動が多く、県連、事業所で行われました。

## 医療事故を扱うための第三者機関設置、民医連内での安全文化の向上めざして奮闘してきた

イギリス、オーストラリアへの視察などを踏まえ、原因究明・再発防止のための「公正中立な第三者機関の設置」「被害者救済制度の確立」「裁判外紛争処理機関の設置」を求める運動をすすめてきました。

とりわけ医療事故報告書を利用した福島県立

大野病院における医師の逮捕(\*30)を契機に、これらの運動は医療界全体の動きにもなり、国による医療事故調査委員会の設置の動きが始まりました。この問題では厚労省交渉や、医療界・法曹界関係者との懇談、検討会試案への意見反映を行いました。視察団報告は『医療関連死を科学する』として出版し、注目を集めています。

2008年1月に開催した第2回目のシンポジウムでは、被害者家族なども参加し、第三者機関のあるべき姿について討論しました。民医連は、医療安全文化を醸成することは「患者の人権を守ること」と位置づけ、全国(医療安全集会、顧問弁護士交流集会開催など)、県連、地協などでのとりくみを重視し、また安全情報、警鐘的事例など全国的に教訓化すべきことの普及に努めました。

医療事故に遭遇した時、何を最優先するのかで組織の本質が問われます。私たちはこの間の経験から、「まず患者の治療に全力、原因究明、再発防止、被害者救済、教訓の普及」という原則を確立し、この立場をすべての現場で貫くことを追求してきました。医療従事者と患者・家族、マスコミを乖離させ、医療不信を広げる状況もあるだけに民医連の活動が目まぐるしくなっています。

## 「最後まで安心して」をささえる介護の事業と運動を行ってきた

介護保険が改悪され、当初掲げられた「介護の社会化」の理念とはかけ離れた費用負担増と利用制限が加えられるもとの、民医連の事業所は地域をささえる拠点として、地域で高齢者の「住まい」づくり、施設建設への新たな事業課題への挑戦やほかの事業所と共同して自治体にむけての制度改善の運動など、住みなれた地域で「最後まで安心」をささえる事業と運動をすすめてきました。現在、民医連の介護事業収益比は、全事業収益の10数%となっています。事業整備と質の向上、たたかうケアマネ養成をはじめとする人づくり、経験の交流と普及などを重視しました。

## 民医連運動をささえる教育・人づくりを追求してきた

民医連運動を担ってきた団塊世代の大量退職

を迎える中で、民医連運動の後継者育成が重要になっています。全日本民医連は、トップ幹部研修会、青年ジャンボリー（JB）（\*31）、青年委員会、全国教育委員長会議、各部門代表者会議、健康を守る交流会などを開催し、教育活動を全国、地協、県連レベルで開催してきました。また、運動の中で「育てる・育ち合うこと」を重視してきました。

大阪で開催された第32回青年JBは、実行委員会が2年間かけて準備し、全国から1000人以上が集まり「しっかり学び発信しよう」をテーマに交流しました。そして、3日間学んだことを「平和がええねん」「みんな同じ仲間やん隣の人を思いやろうな」「絶対政治を変えよう」など、それぞれの思いを込めて御堂筋（みどうすじ）をパレードしました。いっしょに参加した韓国緑色（グリーン）病院の青年は「青年職員が一堂につどい、夢や悩みを語り合い、平和を学び、考え、表現する姿に感動。民医連の豊かさを実感しました。心はつながりました」と語っています。

人が大切にされ育つ環境を持つ組織に未来はある、と確信できるとりくみです。このことは医学生をつどいでも同じです。JBでもつどいでも共同組織がささえ、役割を発揮しました。

## 医師、看護師の確保と養成にとりくんできた

医師、看護師、技術者の確保と養成（奨学生対策、初期研修、後期研修、民医連的成長）に努めてきました。民医連で初期研修を開始する研修医は、2年間で316人、毎年160人前後であり、全国79医学部卒業生の約2校分に相当します。初期研修医の民医連での研修満足度は相対

的に高く、7割近くが後期研修にすすんでいます。中でも低学年からの民医連奨学生は85%と高いのが特徴です。研修指導の充実とともに民医連の民主的なスタッフ関係や医局の雰囲気、人権を大切にす医療活動、地域医療にとりくむ姿に大きな共感を寄せています。

医学生の奨学生は、現在380人を超え、すべての県連に奨学生が誕生しました。奨学生がいない大学は13校です。ゼロを克服した県連では、毎週ランチミーティングを行い、医師や他職種とともに幅広いテーマで学習や交流にとりくみ、決意を生み出しました。共同組織の仲間が、毎週交代で食事を用意するなど援助してきました。

看護師確保は年間900人近い確保となりました。激しい争奪戦の中で目標を超過達成した経験や定着と成長のための様ざまな援助や看護労働支援、再就職セミナーなど、多くの経験をつくり出しています。薬学生確保や薬剤師の養成など技術者対策にも組織的にとりくみました。

## 大きな飛躍をかちとった全国共同組織交流集会、329万共同組織の到達

長野で開催された第9回共同組織活動交流集会（\*32）は2000人を超える集会となり、健康づくりや助け合い、平和や社会保障改善の運動、まちづくり運動、医学生や看護学生を育てる活動、事業所をささえる活動など、多彩で豊かな活動が交流され、大きく成功しました。この準備過程と共同組織の日常的な交流を目的に共同組織活動交流全国連絡会が定期的に開催され、36県連から委員が参加するにいたっています。共同組織は329万、『いつでも元気』は5万4000部の到達となりました。

## 第2節 内部の困難を乗り越えるための主な課題

この間の活動を通じて民医連への期待が高まり、役割が今まで以上に増えています。一方で医療や介護の現場では、あい次ぐ報酬引き下げによる経営悪化と労働の過密化、医師、看護師の確保困難や退職、介護職員の確保の困難や、地域に出かける時間がとれないなど、困難や悩みも広がっています。

こうした「高まる期待と現場の困難」という

かいり乖離をいかに克服するか、管理の水準、職員が育つ環境づくり、医師や看護師などの確保と養成、県連への結集と県連機能などが問われています。

### 医師・看護師問題

医師退職、看護師退職が即、医療機関の経営問題に直結します。医師不足で診療所閉鎖や看

護師不足で病棟閉鎖を余儀なくされている事業所もあります。過重労働で医師や看護師が退職するという問題は民医連でも例外でなく、民医連の医師数は全体として伸び悩み、停滞傾向にあります。

この問題では内向きにならず、日本の医師や看護師の過酷な勤務条件を改善するためにたたかい、条件を広げることを前提とし、さらに確保と定着、養成に全力をあげなければなりません。

同時に、民医連らしく具体的な対策を講じることが求められています。ある県連では、医師労働軽減のため、本人アンケートとともに家族アンケートも行い、改善に向けて検討を開始しています。家族からは「深夜まで書類の仕事に追われ、休日も解放されない。身体的疲労とともに精神的疲労も見られる。医師という仕事が好きで今の職場が好きでがんばっていますが、早い時期に労働条件の改善を望みます」との声が寄せられました。過重労働の中で苦悩する日本の医師、民医連の医師の実情が浮かび上がってきます。

具体的な医師労働の軽減にとりくむことは緊急の課題です。女性医師への配慮、働き方の工夫も必要です。

医師問題の背景にある、多忙、労働条件、研修環境、コミュニケーション不足、各医師の将来像・医師像、技術問題と医療構想とのミスマッチなども指摘されています。

少なくない事業所で医師の制度教育や研修の保障ができていません。多忙な中でも情勢を学び、民医連への確信が得られる機会を意識的に作り出すことが求められます。

看護労働は、とりわけ急性期病棟での労働がいつそう厳しく、時間内に仕事が終わらない、患者さんに関わりきれないなど困難が拡大しており、増員など制度改善と内部での具体的な改善が求められています。

医師、看護師などの確保の上で、高校生や低学年からの民医連への接近が重要です。私たちには人権を尊重する豊かな医療・介護の実践と共同組織や職員集団が存在します。この優位点を生かし、民医連大好き、人間大好き、地域大好き、研修医、看護師、医学生、看護学生、医系学生をどれだけ多くつくるか問われています。

今後の民医連運動の鍵を握る課題です。

## 経営の困難

2006年度の診療報酬▲3.16%、介護報酬▲2.4%の大幅な引き下げで、民医連医科法人の黒字割合は、2005年度の73%から2006年度の71.3%へと減少しました。統一会計基準に基づく退職給付引当金の100%へ向けた積み増しを続けながらの結果であり、全国的には並なみならぬ奮闘の結果と評価することができます。

しかし医科法人合計の事業収益は、2005年度の5411億円から5401億円に10億円の減収となる一方で、費用が増加したために、経常利益は75億円から40億円へと半減しました。経常利益の動向を病床規模別でみると、300床以上の病院は、16.4億円改善しました。D P C（\*33）や、急性期加算、「7：1」看護などの診療報酬対応がすすんだ反映です。

一方、300床未満の中小病院は、2005年度の▲8.3億円から2006年度は▲49.8億円と大幅な悪化となりました。民医連の中小病院の多くはケアミックス病院であり、2006年度の改定で療養病床の診療報酬が大幅に引き下げられた結果の反映です。また診療所の経営も悪化傾向にあります。かつて医科法人では、病院の赤字を診療所で埋め合わせることが可能な構造でしたが、2006年度の調査では、無床診療所の3割、近接診療所の2割弱が赤字となっており、診療所全体の経常利益率も大幅に低下しています。

2007年度上半期のモニター法人調査では、2006年度に比べて全体としては若干の改善傾向にありますが、外来患者の減少傾向には歯止めがかかっていません。民医連以外の医療機関も同様の傾向を示しており、患者負担の拡大に伴う受診抑制の影響が続いていることを示しています。

一方、赤字続きの診療所が、所長を先頭に職員が共同組織の班会に徹底して参加し、地域の人びととの交流を深め、要求把握に努めた結果、患者が増加して黒字に転換したという経験もあります。民医連運動の原点に立ち戻った活動が求められています。

経営困難が続く中で、2006年度の決算では、金融機関との対応などから、統一会計基準を部分的に逸脱した決算がみられました。経営が厳

しい状況であるからこそ民医連統一会計基準（\*34）遵守のとりくみを強めましょう。

また「資金の困難」に直面する法人も増えていますが、改善のためには確実に利益を出す経営構造をつくることや共同組織に依拠した資金結集、金融機関との信頼を強めることが原則です。

一方、運転資金難から銀行に融資を相談したところ、「診療報酬債権の流動化（\*35）」をすすめられる事例があります。「診療報酬債権の流動化」は、基本的にファンドが実施しており、損益改善がすすまなければファンドの資金への依存を高め、「ファンド＝金融機関に管理される医療機関」への道を歩むことにもなりかねません。さらに最悪の場合として、経営が破綻した際は「診療報酬債権の流動化」により、労働債権の保全に困難が生じます。「診療報酬債権の流動化」を検討せざるを得なくなった法人は、明らかに資金問題での「経営危機」に直面しているとの認識に基づいて、すみやかに県連・地協・全日本民医連に報告し、その指導・援助を求める必要があります。全日本民医連は、事前の相談と状況把握の上で必要な場合は「経営困難組織支援規定」も含めて対応することとします。

国の医療機関つぶしの攻撃が続く中で、無差別・平等の医療を貫く事業と運動をすすめる民医連の事業所を守り発展させていくことは、それ自体、全力を投入すべき課題です。一部の管理者のみならず理事会、共同組織、職員の中で状況を共有し、「たたかう経営路線」（\*36）の立場に立って知恵を寄せ合う、民主運営の徹底が必要不可欠です。

## 経営困難に陥った法人からなにを学ぶか

第37期第3回評議員会は「民医連運動が乗り越えなければならない壁」として、いくつかの課題を指摘しました。また、1998年の同仁会問題（\*37）の教訓としてまとめられた「医療と経営」「事業所と地域」「管理と職場」の3つの乖離や「統一会計基準の順守」「全国や県連への自覚的結集の弱さ」などは、今日の情勢のもとで「形」を変えて現れている、と指摘しました。この間、経営困難に陥った法人にみられる

特徴は、現象面では医師退職や診療報酬悪化による急速な収益減、資金減でした。背景には管理運営にかかわるいくつかの共通の問題があります。

第1に、この期に発生した経営困難の中で、新たに浮かび上がってきた重大な問題として、情報を正確に提供すべき基礎的な会計実務力量（医事、経理含む）不足やシステムの未整備、統一会計基準に対する理解不足や逸脱がありました。正確な経営情報の提供なくして正確な分析、方針は出せません。こうしたことを背景に、長年の赤字構造が放置されていました。そのことを法人や管理部、職員集団で共有することが不十分でした。この課題は常に点検し、見直ししながら発展させていかなければなりません。

第2に、情勢の厳しさ、目まぐるしく変化する環境にあって、自らの法人の今後の方向を定める「戦略」が確立できず、対応の遅れがありました。

第3に、リーダーシップの発揮のあり方が問われました。トップ管理には現場（地域や職場）の課題や経営状況をリアルにつかみ、分析し、方針を指し示すことが求められていますが、その機能が不十分でした。したがって評価も不十分でした。法人との関係においても病院のことは病院まかせという状況もありました。管理部が団結し、決めたことを医師や職員集団に徹底し、納得と合意に基づいて、やり抜くということが曖昧にされていました。こうしたことを反映して、職員からは「意見をあげても返事がない」「決まったことが徹底されない」「徹底されなくても責任があいまい」など、不満が出されていました。労働組合との関係も不十分でした。総じて情勢や規模、機能に見合う管理運営システムが構築できていませんでした。

第4に、医師問題や看護問題がトップ管理の重要な課題になっていたかという問題です。医師の退職の要因には、すすめてきた医療、医療技術と経営戦略との乖離やコミュニケーション不足があります。各医師や医師集団と院長や経営幹部がとことん意見をかわして構想を練り上げることが弱くなっている傾向がみられました。そのことが医師退職を生み、さらなる経営悪化を招く事態です。

第5に、経営を守り、民医連事業所を総合的

に発展させる力は、職員や共同組織の主体的な参加と意欲の高さにあります。職員の意欲を高める上で、自らの法人、事業所の歩みや存在する意義、情勢学習や民医連方針の学習が重要ですが、この職員の力量を高め、職員や共同組織に依拠した民主的な運営を行うという点で不十分な状況がみられました。

第6に、自覚的に県連や全国へ結集し、各地の経験から学び、必要な援助を受けるという点での弱さと、起きている課題に、県連として対応しきれない問題もありました。あらためて県連機能とは何かを問い直し、改善していくことが必要です。

いくつかの経営困難法人や県連機能の課題を整理しましたが、特別な法人や県連の問題ではないと考えます。また幹部だけの問題でもなく、職場づくりや民医連運動への主体的な参加の問題でもあります。厳しい時代の中で顕在化してきたとの認識が必要で、どこの県連、法人、事業所でも起こりうる問題です。

今後、多額の投資を計画している法人も少なくありません。情勢は平坦ではありません。あらためて自己点検していくことが重要です。

徳島、川崎など経営困難に陥ったところでは、上記の課題を正面から受け止め、具体的な点検、改善をすすめています。着実に成果を生み出しています。こうした改善の経験からも学び前進を期しましょう。

### あらためて室料差額徴収問題について

第37期、加盟事業所が新病院建設に際して「室料差額徴収を行う」という問題が浮上しました。その論拠として「民医連が1人、がんばっても

情勢は変わらない」「事業の存続のためにはやむを得ない」「時代は変わり、組合員自身の要求でもある」などの意見が出されています。

全日本民医連は、この問題でこれまでの総会や評議員会で「お金のあるなしで医療の差別を持ち込むべきではない」「病床をどう使うかは病状で判断する」などを原則に、医療分野において徴収しないことを方針として確認してきました。療養環境の改善のために個室を少しでも増やす努力を行うことは当然の要求です。必要な医療はすべて公的保険で行うべきです。

第37期第2回評議員会では、あらためて国民皆保険制度の空洞化につながる混合診療に反対し、現時点で室料差額徴収をすべきではないという見解を確認しました。この見解をパンフレットにまとめ、民医連内外に討議を呼びかけました。内外から積極的な賛同がありました。

この態度は、社会保障構造改革、混合診療拡大に対する民医連としてのたたかいと無差別・平等の医療をつらぬく決意の表明です。

今日、貧困の拡大、受療権の侵害がすすむ中、この見地がますます重要と考えます。そのことは民医連に働いてきた職員の誇りであり、無差別・平等の医療をすすめてきた民医連事業所に対する民主勢力はじめ、共同組織や地域住民の大きな信頼となっています。また回復期リハや緩和ケアなどでは、連携を通じて室料差額を徴収しない民医連病院の積極的役割が高く評価されています。

今後、県連を通じ、ねばり強く話し合いを続けて行くことや室料差額徴収なしで建設・経営計画が立案できるよう必要な援助を行っていきます。

## 第3章

# 第38期方針・重点目標

情勢を大きく転換させる2年間となります。消費税増税・社会保障目的税化を許さず、憲法9条と25条を生かし、平和を守ること、社会保障改善のたたかいをいっそう強めます。日常医療・介護活動を強化し、地域医療を守るために力を尽くします。

また医師、看護師、経営など乗り越えなければならぬ課題について、全国各地の経験や教訓を交流し、学びあい、連帯と団結の力で乗り越え前進を期します。

力を蓄え「民医連の出番」の情勢にふさわしく奮闘しましょう。

## 第1節 平和・憲法を守り生かす活動を強めよう

教育基本法が改悪され、改憲手続き法が成立した今、いささかも憲法を守る運動の手をゆるめることはできません。改憲勢力は、自民党改憲草案にあるように「戦争ができる国」にすることをあきらめていません。2010年春以降は、国会で改憲派が3分の2以上を占めれば、いつでも改憲を発動することができます。

今、医療や介護を必要とする多くの人びとは、60数年前日本が起こした戦争にかり出されるなど、加害者にも被害者にもなった悲惨な戦争体験者です。その時どんな苦労をしたのか、何が起こったのか想像する力が必要です。また私たちが生きている同時代に、イラクやアフガニスタンでは何の罪のない子どもや一般市民が殺され、生命の危険や健康を害しています。イラク戦争では15万人以上の生命が奪われました。

その前線基地として在日米軍の再編強化が行われ、日本政府はこれに全面的に加担してきました。戦争になれば真っ先に戦争に駆り出されるのは若者や医療従事者です。そしてイージス艦による漁船衝突事故や少女暴行事件が相次いで起こっています。基地がある限り事故はくり返されます。米軍基地撤去の運動を強めなければなりません。

先の戦争では、全国の病院は国に管理され、新卒医師の配属は国が決めるといった状況でした。多くの医師や看護師が戦場にかり出され、中にははからずも731部隊（\*38）に配属された医師も存在しました。

加害体験も被害体験も含めて、人権と対極に位置する戦争の実相を学ぶことが重要です。高校歴史教科書を書き替えさせる、沖縄戦での「集団自決」で日本軍の強制がなかったとする文科省の検定意見は、戦争を美化する動きの中で起きています。先の県民大会で高校生代表は「私たちはどんなに醜くても真実を知り、伝えたい」と述べました。文科省の検定意見撤回、基地再編反対のたたかいははじめ、戦争体験を聞く会、「日本の青空」上映運動などに意識的にとりくみ、あらためて日本国憲法を読み直し、学び直す学習運動を提起します。共同組織の仲間とともに大きな運動にしましょう。そして事業所・職場・共同組織・職種、地域の中に無数の9条の会をつくり、創造的な運動を広げましょう。

今期も引き続き、継続して辺野古連帯支援行動を行います。全国の基地反対のたたかいと連帯し運動を広げます。原水禁世界大会への積極的な参加を重視します。韓国・中国などへの平和ツアーや第2回平和学校、全国的な平和や9条の会などの交流会を適宜開催します。医療者9条の会、反核医師の会の発展に寄与します。

先日、滋賀・坂本民主診療所から飛ばした風船が、埼玉県秩父に着き、「平和を守りましょう」という連絡が入りました。9条署名の推進、全国1斉に9・25日の宣伝行動を行いましょう。5月に千葉県幕張などで開催される「9条世界会議」を成功させましょう。

## 第2節 社会保障の改善・拡充にむけ、さらなる前進を

### 1. 事例にこだわり、「目とかまえ」 を確かに、患者・利用者の受療 権を守りぬく実践を

「一職場一事例運動」は、日常医療活動・介護実践や地域、患者、利用者を見る視点を高め、人権感覚を研ぎ澄ます機会となっています。人権の感度が鈍ると、中断患者や治療拒否の患者を「患者のわがまま」としてとらえてしまう、資格証明書や短期証の患者が来院しても気づか

ない、未収金の問題を窓口対応だけで済ましてしまうなど、患者が置かれている背景にまで迫りきれないことになりかねません。現場での社保活動をさらに重視し、活動をいっそう前進させ定着させましょう。全日本民医連として全国交流集会を開催しますが、今後、地協レベルでも交流会を開催しましょう。

こうした活動を前提に、事業所全体が職場、地域にアンテナを張り巡らせ、困難事例を機敏につかみ、事業所全体として受療権を守ること

ができる仕組みを確立させましょう。民医連新聞で紹介された青森の生活相談活動や福岡の「とりあえず行きます隊」などは、その一例です。「地域に打って出る」機会は意識的につくりださない限り自然発生的にできる状況ではありません。管理部、職責がしっかりと位置づけ重視してとりくみましょう。

共同組織の仲間とともに地域住民のさまざまな困難をキャッチし、行政を動かし、社会資源活用などを通じて受療権や生活を守る運動につなげていきましょう。そのためにも地域社保協(\*39)がないところでは早急に結成めざし、活動をいっそう強化しましょう。

## 2. 地域の医療崩壊、「医療構造改革」路線に対して、国民医療を守る視点で大運動を

2008年10月19日、医団連を中心に実行委員会をつくり、全国の勤務医や多くの仲間呼びかけ「増やせ医師・看護師、ストップ医療崩壊！（仮称）」国民的大集会を予定しています。運動の結節点として今から準備し、大きな運動として成功させましょう。

後期高齢者医療制度をなんとしても廃止させましょう。4月以降も、各地でも相談活動や高齢者訪問活動などをいっそう強めましょう。

資格証明書や短期保険証発行や無保険者の急増など「病院が患者になれない」事態に対し、生活保護の受給や国保減免制度など社会資源をフルに活用することが重要です。この分野のとりくみを強めましょう。

地域ケア体制整備構想(\*40)が、国の指示に基づいて各都道府県で出されています。地域の実情を無視したもので、各地で矛盾があらわになっています。療養病床の役割を改めて確認し、療養病床削減方針撤回を求めて、見直しと改善を求め、運動を強めましょう。公的病院の縮小・再編の動きが強まる中で、地域の公的病院を守り、役割を果たすことができるよう、地域の住民運動や自治労連、医労連、社保協などと共同して運動を広げましょう。

また医師不足の現実のもとで、いま起きている地域医療の危機を乗り越えるための具体的なとりくみが求められています。行政へ医師の支援を求める運動やささえる運動、具体的な課題

で地域の各医療機関との連携や協力関係を強めることなど、民医連の事業所や共同組織から積極的な提案も行い、地域の医療を守るために奮闘しましょう。

今後の日本の医療のあり方を考える機会として地域、共同組織、事業所で、「シッコ(Sicko)」（マイケル・ムーア監督）上映運動を行いましょう。

生活保護高齢加算廃止・母子加算廃止撤回を求める生存権裁判への支援を強めます。

今後も国保死亡事例調査、生保調査、孤独死実態調査、熱中症調査などのように、地域の患者や住民が置かれている厳しい状況をつかむ活動に適宜とりくみ、記者会見などを通じて社会的にも発信し、自治体交渉などに役立てていきます。

9年ぶりに社保テキストを改訂し新版『明日をひらく社会保障』を発行しました。運動が世界でも日本でも「権利としての社会保障」を前進させてきたことをしっかりと学びましょう。全職員の学習運動を呼びかけます。各県連で具体的な実施計画を確立しましょう。

「療養病床の廃止・削減と患者負担増の中止を求める見解」「後期高齢者医療制度創設や療養病床の削減中止・撤回を求める見解」「医療事故を取り扱う第三者機関設置についての全日本民医連の見解」をそれぞれ全国すべての病院に送付し、対話を行ってきました。全日本民医連の見解に対し、これまでにつながりのなかった病院などからも多くの賛同があり、こうしたことを通じて日本療養病床協会など医療・福祉関係団体とも積極的な意見交換ができる関係づくりができました。日常かつ機敏に、ほかの医療機関や介護事業所とつながり、交流や共同を強めましょう。

各地の運動を強めるために全日本民医連として必要な情報の発信や学習・宣伝材料の提供に努めます。

## 3. 総選挙で医療・社会保障拡充をめざす政治を実現させよう

遅くない時期に総選挙が行われる可能性があります。これまで見てきたように医療・社会保障と政治は切っても切り離せない関係にあります。民医連として、社会保障構造改革路線を転

換させ、再生プランの実現めざし、政治の転換を求めて運動していきます。県連、法人、事業所でも職員、共同組織の中で、大いに学習しましょう。選挙にあたっては私たちの要求実現をめざす立場から運動を行います。

民医連も参加する全国革新懇（\*41）は、①憲法を守る、②暮らしを守る、③アメリカいなるの政治は許さない、目標を掲げ、経済同友会終身幹事の品川正治氏なども参加し、多くの識者が賛同する平和で民主的な社会をめざす運動です。地域革新懇運動への積極的な参加を呼びかけます。

#### 4. 原爆症認定集団訴訟支援など医療課題で社会的支援・連帯を強めよう

原爆症認定集団訴訟は、6つすべての裁判で原告勝利をかちとり、国の責任を断罪しました。この裁判で民医連医師団意見書が大きな役割を

果たしました。与党は原爆症認定基準の見直しを打ち出していますが、全被爆者の救済求めて、いっそう支援を強めます。

旧日本軍が中国で遺棄した毒ガスによる被害者に対する国家賠償運動と関連し、現地検診への参加が要請されています。さらには在外被ばく者検診など、全日本民医連への要請もあり、被害者の人権を守る立場で対応していきます。

#### 5. 公害・環境問題への対応を強めよう

水俣病、諫早湾干拓問題など、地域で起きている公害・環境問題に積極的にとりくみましょう。東京でかちとった大気汚染公害被害者の医療救済制度を全国に運動で広げます。また地球規模での環境破壊が進行しているもとの、環境問題への理解を深め、国や自治体への提案型の運動や民医連事業所自身の問題としても積極的に対応していきましょう。

### 第3節 人権を守り抜く地域医療の強化にむけて

～医療活動の総合的強化を

病気になっても「患者になれない」人たちが急増しています。あらためて医療活動の中ですべての患者・住民の人権を守り抜く、この視点を貫くことが重要です。そうした立場から医療活動を強めましょう。

#### 1. 保健・予防活動の強化を強めよう

(1) 「地域丸ごとの健康づくり」をすすめよう

本当に困難な人は、医療機関に受診していません。民医連がこれまで培（つちか）ってきた保健・予防活動の位置づけを強め、思い切って健診活動、健康づくりのとりくみを強めましょう。

共同組織とともに行う健康班会や健康づくり運動、ワクチン接種、まちかどでの青空健康チェックを重視しましょう。

2008年4月から実施予定の特定健診・特定保健指導（\*42）は、制度の背景に医療費削減と健康の自己責任論があり、大問題を抱えています。また年齢制限や内容にも問題が多く、民間の営利企業を参入させ、企業の利益追求の道具

とする狙いがあります。

一方で、健康づくりの機運をつくり出す契機となる可能性があります。「公的責任」と「労働」の視点を欠く健診への矮小化や、後期高齢者の健診が保障されないなど問題点を、改善させる運動が重要です。自治体交渉などを通じて、後期高齢者にもこれまで同様の健診を維持・継続することを確約させたなどの経験を広げてください。

肺ガン、乳ガンなどのガン検診や肝炎対策、予防接種など国と自治体の責任で拡充させていく運動が必要です。特に、日本の場合、公的責任による予防接種実施が諸外国と比べても遅れており、取り組み強化が重要です。

地域全体では、子育て支援、働きがりの健康問題、高齢者の医療まで、幅広い健康づくりが求められています。「地域丸ごとの健康づくり」の視点から、自治体の保健師や公衆衛生スタッフ、地域住民、共同組織との連携を強め、とりくみをすすめましょう。

(2) 労働者の健康問題を「生活と労働」の視点から、「地域丸ごとの健康づくり」をすすめよう



ワーキングプアといわれる派遣など非正規雇用の若者、中小零細業者の健康は守られていません。民医連として県連などで方針を持ち、行政への対応を求めるとともに、反貧困ネットや青年ユニオンなどの団体と共同して、健康診断や生活相談活動を旺盛に展開しましょう。

中小零細企業の労働者、自営業者、パート、派遣労働者など、健康について困難を抱えている人たちが増え続けています。

働きざかりの過労死の7割が40～50代となっている現状とともに、過労自殺では20～30代が6割を占めるなど、若い世代での健康問題がクローズアップされ、大きな問題となっています。「全国業者青年実態調査」では、1日の労働時間1～1時間以上が5人に1人という実態で、生活破壊や健康破壊が若年層で広がっています。土建組合や民主商工会、各職域の労働組合などと共同し、「職域丸ごとの健康づくり」の視点で労働者の健康問題へのとりくみを強めましょう。

第37期、長年にわたるトンネルじん肺訴訟が勝利するなど、国の労災対策への責任が明示されました。一方、国は振動障害の認定基準を改悪する動きを強めるなど、労働関連疾患の認定を減少させる方向です。不正受給問題などから労災認定への指導が強められています。あらためて医療整備の課題を重視しつつ、労災補償の後退を許さないとりくみを強めましょう。

過重労働やメンタルヘルス問題が増大する中、産業医活動がますます求められています。今後、小規模事業所でも過重労働に対する面接の導入が予定されるなど、産業医の養成を重視しなければなりません。労働者や産業衛生スタッフとともに「健康で働き続けられる職場づくり」をめざし、職域での健康づくり運動をさらに強めていきましょう。

アスベスト問題（\*43）は、第37回総会でとりくみの強化を呼びかけ、被害が多く発生している県を中心に対策委員会を立ち上げ、訪問聞き取り調査、患者会組織づくりなどにとりくんでいます。日常診療のレベルアップを目的に全日本民医連「統一問診票」の作成や、「アスベスト救済マニュアル」の普及、全国交流会やシャーカステンセミナー、「民医連のSW事務向けのアスベスト労災申請分科会」の開催など

を行っています。これらの経験を全国に普及し、広げましょう。2007年11月に肺ガン、肺繊維症、間質性肺炎を対象とした再読影運動を提起しました。隠されたアスベスト被害掘り起こしが目的です。全県連で具体化しましょう。アスベスト被害は今後、数十年続く労災・環境問題です。日常診療における「目とかまえ」を研ぎ澄まし、各地で石綿救済法の改善を求める運動や、国と企業に対して救済・補償させるとりくみを大きく広げましょう。

引き続き、元ハンセン病患者の受療権を守る課題や外国人労働者への対応、精神科の医療分野への積極的なかわりなどを重視しましょう。

## 2. 医療安全、医療の質の向上めざして

### (1) 安全・安心・信頼の医療の追求を

第37期運動方針は「後追いつ的な医療事故防止対策から予防へ」、医療安全と質を向上させることを提起しました。各現場では「警鐘的事例」や「安全情報」が積極的に活用され、また全地協で安全委員会が設置され、安全診断活動などが活発に行われるなど、地協として各県連・事業所のとりくみを底上げすることにつながっています。いっそう地協や県連レベルでの安全問題へのとりくみを強めましょう。

第3回医療安全交流集会では、「すべての事業所で安全管理体制を確立」することを呼びかけました。2007年4月の医療法改定により、無床診療所や歯科診療所も「医療安全管理」が義務づけられました。在宅医療関連分野での安全指針やマニュアルの整備が必要です。医療整備の課題と合わせ、全体での安全管理の質をさらに向上させることが求められます。安全管理における質の向上は、医療管理の軸です。安全管理体制を強化し、リスクマネージャーの力量向上や現場の巡視、リスク評価、再発防止策の立案などを組織的にすすめましょう。

全日本民医連では「医療安全モニター制度」に基づき、登録病院から警鐘的事例を収集し、安全情報として発信してきましたが、2007年9月より、全事業所を対象とした「警鐘的事例報告制度」にあらためました。この間の事例をまとめ、冊子を作成し、教訓を学ぶとりくみを呼びかけました。全国の教訓に学び、医療安全の

とりくみをさらに強め、医療の質向上をはかりましょう。2007年秋に発行した『医療従事者が知っておくべき法的視点』は、管理者必携の書として活用しましょう。

民医連が行っている副作用モニター情報の活用を強め、日常医療活動に役立てましょう。

## (2) 第三者機関設立に向けてのとりくみ強化を

医療事故問題を扱う公正・中立な第三者機関設置に関して大きな変化が生まれています。2007年秋に厚労省が試案を提示し、それを受け、自民党案が出され、今年の通常国会にも法案が提出される動きとなっています。警察関与の可能性を色濃く残した内容となっていることなど問題点も多く、拙速な法制化ではなく、医療関係者、国民の合意づくりを重視する必要があります。全日本民医連は公正・中立で、真に医療事故の原因究明・再発防止と患者救済につながる制度の設立をめざし、引き続きとりくみを強めます。

同時に、患者・家族とのコミュニケーションづくりやメディエーション機能の拡充、病理解剖の充実、原因究明・再発防止のための外部の方も入った院内委員会の活動強化など、この分野でのとりくみを強めましょう。

## (3) 医療倫理問題へのとりくみ強化を

2年間で倫理委員会の設置が31カ所に増加し、103カ所となりました。認知症や経口摂取困難患者の増大、終末期医療のあり方など、病院だけでなく、在宅や介護・福祉分野など日常診療で遭遇する問題が倫理問題の中心です。職員や共同組織の中での学習と討論、現場で起きている問題に即応できる倫理委員会の機能と機動性を高めること、未設置の病院・法人に倫理委員会を設置することを重視しましょう。県連、地協でも援助を強めましょう。現在、臓器移植法の改正が検討されており、民医連としてあらためて脳死や臓器移植への検討をすすめます。また、治験が拡大される中で、民医連としても、事務所としても治験のあり方についての視点とルールを確立し、徹底しましょう。

## 3. 民医連の理念を高く掲げて、日常診療を強化しよう

地域の生活破壊、労働環境の激変の中、病気になっても受診できない、入院できない人が急増しています。また治療中断による病状悪化の事例が後を絶ちません。民医連の急性期病棟も回転率が高くなり在院日数が減少しています。

あらためて患者をトータルに把握する視点、生活と労働の視点、急性期を中心に病棟医療の充実と施設や在宅を結び、切れ目なく地域全体で闘病、生活をささえる視点が重要です。

### (1) 日常診療の強化めざして

民医連の医療活動の特徴は「患者の立場に立ち」、「共同の営み」をすすめること、「親切である」ということです。それは表面的なことだけでなく、その人の人生に寄り添い、その人らしく生きていくことを医療の専門家として援助するということです。

患者・家族との「共同の営み」の医療を重視し強めましょう。闘病の主体者である患者・家族は、納得のいく治療と説明、安全な医療、安心できる環境などを求めています。そのためにも民医連の強みである医師間での集团的検討や多職種によるチーム医療など民主的集団医療をこれまで以上に強めましょう。具体的には、患者を中心にカンファレンスを重視し、生活背景、病状、治療計画、退院後のケアのあり方、社会資源の活用など、総合力を高めていくことが重要です。何よりも患者の要求をつかみ、納得と合意に基づく「患者参加の医療」を重視しましょう。そのことが医療の質を高めることにつながります。

さらに病気を生活と労働の場から捉えるために病歴、職歴など問診や要望をしっかりとつかみ、患者・家族との治療計画を共有すること、カフェや気になる患者訪問、中断対策、相談活動などにチームをつくり、役割を分担しながらとりくみを強めましょう。看護介護活動交流会や学術運動交流会、診療所交流会など全国や地協の各種会議では、人権を守り抜く医療活動がたくさん報告されています。全国のすすんだ経験から学び、積極的にとりいれていく視点が重要です。

慢性疾患に対して、疾病だけで見るのではなく、患者をトータルに捉え、激励し、闘病をささえる条件づくりなど援助を通じて、生活や行動変容に結びつく総合的な医療活動を行いましょう。闘病をささえ合う患者会活動を強化しましょう。これからの医療は、自己完結では成りたちません。救急医療や患者の生活、闘病を地域でささえる視点から、入退院にかかわる地域の医療関係者や福祉関係者との連携（入院中の合同評価、カンファレンスなど）、共同組織との連携を強めましょう。地域医療連携（室）の機能を高めることが重要です。

がん死亡の増加の中で民医連の病院でも緩和ケアを重視し、独自の病棟をつくったり、在宅での看取りを強めているところが増えています。積極的に挑戦しましょう。

患者の知る権利や自己決定権、安全で最善の医療を受ける権利、個人情報保護のとりくみなどを前進させましょう。また患者・家族の苦情、要望を受けつける患者相談窓口の設置など、人権を守る具体的な仕組みをつくることも求められます。

そしてこれらの実践を進展させるうえで、E B M・N B M（\*44）、コミュニケーション能力の向上、診察法など、新しい考え方や技法も積極的に取り入れることが必要です。N S T（\*45）、クリニカル・パス（\*46）や臨床倫理4分割法（\*47）の活用、診療情報管理の強化と有効活用、I Tを活かした業務の効率化や連携強化など工夫してとりくみましょう。

これからは医療機関の情報公開が求められます。病院の理念や方針とともに治療結果のアウトカムを重視することや公表などにも積極的挑戦が求められます。

産婦人科・小児科が地域からなくなり、社会問題となっています。安心して子どもを生み育てることはこの国、地域の最重要課題の一つです。産婦人科では、大学の医師の引きあげなどで、地域の産婦人科がなくなるとともに民医連の事業所においても、分娩をとりやめた事業所も複数あります。国がすすめようとしている強引な小児科や産婦人科の集約化では新たな矛盾を引き起こします。産科と小児科は初期研修の必修科目ですが、研修できる施設が少なく、どこも苦勞しているのが実情です。「地域の子ど

もを診ることのできる医師」の育成という点でも、民医連の産婦人科や小児科を守り、充実していくことが私たちにとって重要です。

前期に行った産婦人科プロジェクトの調査では、厳しい実態が改めて浮き彫りになりました。産婦人科医が働きつづけられ、産婦人科の医療が継続できるよう負担軽減のための具体的な援助や意識的な後継者確保、地域との連携がますます重要です。身近な地域で安心して産み育てることができる医療供給体制の確立を要求し運動をすすめましょう。

小児医療では、集約化に反対する見解の表明、B C G、MRワクチン接種の改善要求、ヒブ・ワクチンの法定接種化・公費負担の実施（\*48）を求め、引き続き予防接種制度の改善や小児医療の公費負担拡大の運動を強めます。地域での子育て支援のとりくみを重視しましょう。

引きつづき、元ハンセン病患者の受療権を守る課題や外国人労働者への対応、精神科医療分野への積極的なかわりなどを強めましょう。

## (2) 高齢者医療の充実・強化めざして

高齢者医療は民医連が真正面から向き合うべき課題です。高齢者の増加により、総年間死亡者は100万人から170万人時代を迎えます。2005年医療活動調査によると民医連では、入院患者の76%が65歳以上であり（全国平均は64%）、医療活動における高齢者の比重が高いことが特徴です。

入院から在宅まで切れ目ない医療、ケアの提供、地域連携、ネットワークの構築と、老年症候群への対応、C G A（高齢者総合機能評価）、チーム医療・チームケア（N S T、摂食障害、嚥下、じょく瘡など）、リハビリやQ O Lの重視、認知症、うつへの対応、終末期医療、ケアでの倫理的対応、介護事業との連携など、新しい知見、技術などに積極的に学び、民医連として総合力と質を高めましょう。特に入院・外来医療とのバランスのとれた在宅分野の展開が求められます。

全日本民医連として「老年医学セミナー」を開催し、認知症医療・ケアに対する最新の知見を学びました。認知症高齢者が増加していく中で、認知症医療やケアのレベルアップが求められます。新たな自主研究会として「認知症懇話

会」がスタートします。

高齢者医療を担う医師養成が急務です。九州・沖縄地協、中国・四国地協などで「高齢者医療を担う医師の会」が設置されています。すべての地協で「高齢者を担う医師の会」をつくり、推進しましょう。

今後、高齢者が安心して暮らしていくには、地域の医療・介護機関、行政、町内の人びとがいっしょになって「地域力」で高齢者をささえるまちづくりが大きなテーマとなります。

以下の医療課題について、高齢者医療の充実・強化をはかります。

- 1、民医連内の在宅療養支援診療所は、高齢者の在宅をささえる新たな役割の発揮、経営改善など、全体として積極的に展開されています。今後の課題として、①医師をはじめとする体制面での条件整備、②看護の力量のレベルアップ、③倫理的課題も含めた終末期対応、④機動力ある連携、が求められています。病院医師との連携は民医連の特徴であり、「在宅支援診は病院医師・医師集団の課題」という視点からの体制の強化、連携が課題です。
- 2、民医連の訪問看護ステーションは、先駆的な実践を通じて大きな役割を担っています。一方、看護体制などの理由から、統合・廃止がすすんでいます。訪問看護ステーションは医療との連携や看取り、認知症など、どの場面においても高齢者の在宅生活をささえる上でなくてはならない要の存在であり、体制強化が求められます。
- 3、療養病床では、医療区分が導入されて以降、患者の重度・重症化に伴う医療処置の増加、看護・介護労働の過密化、患者確保やベッド管理での苦勞、日々の実務量の増大などが指摘されています。療養病床は、今後の展開上、①医療機能の評価と強化、②医師・看護体制の強化、③看護・介護のレベルアップ、業務や連携の見直し、④医療区分への対応などが課題となっています。経営面での黒字体質化が重要です。
- 4、回復期リハ病棟は2007年3月現在、50病院2430床となっており、この1年間で9病院533床増加しています。積極的に地域連携の拠点として役割を果たしている病院がある一方、

開設後、患者確保に苦慮している病院もあります。地域情勢の把握とリハビリ方針を明確にすることが必要です。課題として、①急性期医療機関（病棟）との連携、②医療・リハビリの質の向上（専従医師の役割の重要性、リハスタッフの確保、最低でも脳血管Iの取得、より濃密で十分時間をかけたリハの提供）、③地域連携パスへのとりくみの重視、④在宅や介護保険施設との連携、などがあげられます。

### (3) 無料・低額診療制度活用へ挑戦を

国の制度として、社会福祉法第2条第3項に規定する生計困難者のための無料または低額な料金で診療を行う事業（以下、無料・低額診療事業）があります。民医連加盟事業所でもすでに取得しているところも少なくありません。取得には都道府県や政令・中核都市の認可が必要ですが、経営主体の制限はありません。低所得者や行路病人など、生活困窮者を対象に窓口負担の10%以上または全額の減免を行うことができます。受理された事業所には地方税である固定資産税や不動産取得税などの減免があります。病院、診療所、老健施設などが実施主体となり、取扱患者のうち生活保護もしくは減免を受けた者の総延べ数10%、SWの配置、無料の健康相談や保健教育の実施など、一定の条件はありますが、民医連事業所の多くはほとんどクリアできるものです。

しかし国は2001年、各都道府県、政令・中核都市に対し、この制度の「必要性は薄らいだ」として、申請に対し「抑制的であること」とした通知を出しており、各地の事業所が申請してもなかなか受理されないのが実情です。今日、絶対的な貧困の拡大の中で、必要性が薄らいだどころか、ますます重要性を持っています。

今日の経営困難の要因は、受療権を奪われたことによる患者減です。資産があれば生活保護が受けられないなどの制限の中で、受療権を守り抜く上で、この制度を活用する意義は少なくありません。2001年の通知以降、県に認めさせた事業所も生まれています。地域に民医連らしさを輝かせることとなります。よく研究し積極的に挑戦することを呼びかけます。全日本民医連としても国に対し要望していきます。

## 4. 地域・医療分析を踏まえ民医連事業所としての事業計画の策定と実践を

### (1) 医療「構造改革」に立ち向かう民医連病院の再構築を

今日の医療供給体制の激変の情勢の中で民医連病院の展望を切り開くための基本的なスタンスは、①「差額ベッド」のない、混合診療を許さない民医連病院の優位性の発揮、②地域医療と患者、特に高齢者の受療権を守り抜く病院、③人権に基づく安全・安心・信頼の医療を実践し、地域医療に貢献する医師、医療従事者を育てる病院、④共同組織とともに安心してすみ続けられるまちづくりをすすめる病院、です。

役割を發揮するために、①徹底的に地域の医療と福祉の水準と生活実態や要求の分析を行い、②それに基づき、必要な意見交換や分析を繰り返すこと、③この地域の医療と福祉を守り前進させる上で何が必要なかを提示し、解決にあたって必要な連携のあり方、実践の道筋を探るという作業が必要です。そして、自らの医療技術などの力量や課題、目標を明らかにし、地域の中での医療機関としてのポジションを定めていくことが必要です。

あらためて強調する点は、「機能」や「連携」の視点です。それは法人内、地域のほかの医療機関や福祉、行政、県連、時には地協レベルで地域の人びとの人権を守り抜く病院としてネットワークの要の役割を果たすことです。この構想に、経営的な視点も入れながら、医師、職員、とりわけ医師集団の主体的積極的な参加を得ることで、共同組織の役割も重要です。

今日の情勢や主体的力量を踏まえ、場合によっては事業所の機能変更なども必要です。その際にも地域の財産である民医連の事業所を守り、住民の医療や福祉をどのように地域で保障できるのか示し、展望をつくり出すことが重要です。県連や共同組織、職員、労組との協議を重視し、知恵と力を出し合い、最善の方向を探ることを重視しましょう。

今後の民医連中小病院の方向として、①回復期リハ病棟の積極的な展開と療養病床の機能とその発展を強化すること、②中小病院における「地域一般病床」は、今後も地域医療に不可欠

な機能で存続し、それを見すえた戦略を立てること、③大都市部の中小病院は急性期病院との連携、在宅医療支援の戦略などの機能を鮮明に打ち出すことが求められています。

中小病院を輝かせるとりくみは、先に述べたように、全国各地で始まっています。

またDPC病院の拡大（2008年度728病院予定）に伴い、民医連のDPC病院も2008年度18病院になる予定です。今後はDPC病院が、急性期医療を担う病院の中心になっていく方向です。DPCの導入は、「医療の質の向上」や「経営管理（ベンチマーク分析）」の上で重要な意味を持つことになり、実践を通じて検証が必要です。同時に今後の政策動向を注視することが求められます。

さらに今日の民医連病院は、医師・看護師確保や養成の厳しい状況が経営問題に直結するとともに、黒字・赤字の傾向が固定化しつつあります。交替制勤務のあり方や看護基準の選択の最適化など重視しましょう。

東京はじめ、都市部の中小病院の再構築や経営が困難な状況であり、県連や地協・全日本民医連の機能の發揮が強く求められます。

病院の経営改善の課題として、①病床・病棟機能の再構築、②病床管理、③総合的な地域連携（新入院と退院先確保）、④病棟部門利益率10%以上、などです。

経験や教訓は、黒字の民医連病院で蓄積されており、経営管理の実践と成果に学びましょう。

今後、重視すべきこととして、2008年から実施される「4疾患5事業」などの新医療計画への対応と運動です。「4疾患5事業」（\*49）について、地域でどのような位置を占めるのか、一般病床や回復期リハ、療養病床、緩和ケアなど、どのような病棟構成をめざすのか、方向を打ち出す必要があります。この事業により、急性期拠点病院を中心に連携パス（大腿骨頸部骨折、脳卒中など）が整備され、活用が広がれば、地域における医療機関の役割が明確になり、一般病床再編にもつながります。地域情勢が激動する中、4半期、半期、1年のサイクルなど、継続的な地域・医療分析が必要です。

第38期も適宜、機能別病院長会議の開催など、時宜にかなった病院管理者を対象にした会議開催や情報を発信します。

## (2) 民医連診療所の存在意義を輝かそう

民医連の診療所は、住民にとってもっとも身近な存在です。診療所交流会では、地域で孤独死を経験した痛苦の経験から全国に先駆けて高齢者実態調査にとりくんでいる診療所の経験や、24時間在宅にとりくみ臨終に際して家族ケアを行っている経験、地域の入所機能を守るために有床診療所から高齢者共同住宅に転換した経験、診療所で積極的に医師養成を展開している経験など、元気な診療所のとりにくみが報告されました。

地域が大きく変化しています。また毎年3000～4000の新たな開業、在宅や専門に特化した開業、医療モールなどでのグループ開業などもすすんでいます。

こうした状況を踏まえ、あらためて民医連の診療所が重視すべきこととして、①「病気とともに、暮らし生活をささえる医療・福祉」を追求し、受療権を守る、②臓器別から全身管理へ、診断・治療から予防・リハビリを含めた総合医療の追求、③在宅機能の強化と連携です。内容も高齢者・慢性疾患医療のみならず、地域によっては健康づくりセンターとしての役割や子育て支援機能、労働者の健康を守る砦になる、など、「地域を見る視点、変革の視点」（問題発見力や解決力）を確かなものとし、総合力が求められます。

介護事業を診療所が行うなど、事業が複合化し、介護職員やパート職員が増加する中で診療

所の管理運営の改善が求められます。比較的風通しが良く情報を共有しやすい、管理部の意思が行きわたりやすいという特徴を大いに発揮しましょう。そのためにも管理部が団結を深め、管理運営の改善をはかることが重要です。管理部が元気な診療所は職員も元気です。経営改善の課題を重視し、すすんだ経験に学び前進しましょう。

診療所を担う医師養成は地域から求められています。高齢化や医療体系の変化などによって入院から在宅まで切れ目のない医療への期待があり、地域住民の生活に密着する診療所の重要性が増しているからです。病院と共同して、研修医が育つ診療所づくりを意識的に追求しましょう。県連レベルでモデル診療所を位置づけ積極的に診療所を担う医師養成に挑戦しましょう。1人の医師のライフサイクルとしても、ずっと診療所という形ではなくて病院と行き来するといった形態もあります。診療所を担う医師養成・配置は診療所だけではなく県連、法人の総力でとりくみましょう。

診療所をささえ、地域でまちづくり運動にとりくんでいる共同組織としっかりと連携し、民医連診療所を輝かせましょう。

近畿地協や中四地協では、地協診療所交流集会を開催し、地協内のすすんだとりくみから学び合い、共有し合う場となっています。全地協で診療所活動交流集会開催をめざしましょう。

## 第4節 民医連歯科の発展めざして

民医連歯科の発展の源泉は「無差別・平等の医療」という視点で「もっとも困難な人びと」に歯科医療を提供するため、日常診療活動を行ってきたことです。高齢者や障害者などへの医療活動も重視し、医科や福祉施設、障害者作業所との連携を強めてきました。歯科事業を地域での「保健・医療・介護の複合体」の一つとして位置づけ、連携と治療計画の共有化など、共同の営みの医療をすすめてきました。また歯科医師、衛生士、技工士などとの共同を大切に民主的医療人としての成長をめざしてきました。共同組織とともに歯みがきセミプロ、歯科保健大学など予防を重視し、地域での健康づくりを

すすめました。そして何より「保険でよい歯科医療を」の運動の先頭に立ってきたことです。このことへの確信を持って私たちの未来をつくっていくことが必要です。

この30年間で「う蝕（虫歯）」は激減し、小児患者も減少しています。一方で歯周病と高齢患者は増加し、疾病構造や受診構造が変化しています。こうした状況を踏まえ、あらためて民医連歯科の役割とポジショニングを定め、医療・経営活動の改善につなげましょう。今後はいっそうの技術向上、医科・施設・歯科連携、不足する技術などでの専門的な施設との歯科・歯科連携、訪問診療、予防活動などが重要です。

自己負担の拡大は、受診抑制に大きく影響しています。「保険でよい歯科医療を」の運動は世論として広がっており、引き続き重視しましょう。歯科の分野でも生活相談や社会的資源の活用などができる力をつけ、受療権を守ることを重視しましょう。そのことは経営にも直結します。

約半数の事業所が赤字というもどで「黒字体質」の実現なしに、どんなに「良い医療」を実践しているという自負があっても、民医連運動としての将来性はありません。歯科法人を独立させ、組織を活性化させる中で黒字を実現した経験、訪問歯科などを拡大して大きく経営改善している経験などから学び、すべての事業所で黒字体質を実現しましょう。

高人件費率構造の転換では、職員や労組とよく話し合い、納得と合意のもとにすすめること

## 第5節 民医連保険薬局の前進めざして

1965年に民医連の保険薬局が広島で初めて開設されて以来、今日83法人315薬局（2008年1月現在）が、民医連保険薬局として奮闘しています。

一般に保険薬局には、①安全で有効な薬物を提供すること、②地域住民からの薬や疾病についての相談活動と医療機関へ受診をすすめること、受診にいたらない場合は一般用医薬品（OTC）や薬局製剤の販売を行うことを通じて必要な援助を行うこと、③地域における医薬品・保健・福祉の分野の専門家として役割を發揮すること、④居宅介護支援事業や福祉用具貸与・販売を通じた介護事業、などの役割があります。これらに加えて民医連の保険薬局は、平和と患者の人権を守ること、働いていてよかったと思える、人を育てる薬局になることを目標にしています。青森、福井、静岡などの薬局が、平和活動や受療権を守って奮闘している姿が民医連新聞で大きく取り上げられました。奥能登健康友の会では薬代を負担軽減するために「地域助け合い基金」を活用しています。地域の中で民医連薬局としての存在を示すものです。経験に学び、全国で運動を広げましょう。

薬の自己負担が増える中で、安全性の確認された有効なジェネリック医薬品への切り替えを

が重要です。経営困難な事業所に対し全国や地協、県連の力を發揮し、援助を行います。

「元気な歯科」の姿を示し、29県連113施設に広がっている歯科事業所を「全県連に歯科を」、「民医連の医科事業所に対応できるだけ民医連歯科」の視点で、新たな施設展開について、長期計画を持ってすすみましょう。

歯科臨床研修制度が導入されて2年がたち、民医連歯科は単独型や管理型が3歯科施設（いずれも病院歯科）、協力型は20歯科施設になり、さらに2008年度からは診療所型の単独型や管理型施設が生まれる予定です。こうした中で、民医連らしい臨床研修を打ち出し、奨学生の確保、研修条件の整備を地協や県連単位ですすみましょう。地協と協力して卒後臨床研修の拠点づくりをすすめていきます。

重視しましょう。また自己負担軽減のため、相談機能を高めることも重要です。患者になれない病人の多くは、薬局やドラッグストアで市販薬を買い求め、病状をしのいでいる現状です。民医連の保険薬局は、処方箋調剤を基本にしながらも、医療機関との連携を強みにして、普段から医療機関にかかれない住民に対しても、必要な援助を行い、科学的で正確な情報を伝え、地域の中で医療・健康づくりの拠点としての役割を發揮しましょう。

健康不安からサプリメントの需要も増えています。健康不安や健康増進の要求に応える活動を強めるためにも、班会、患者訪問など地域活動を意識的に強め、生活背景にまで迫る薬剤師活動を追求しましょう。

薬の専門家として、薬害根絶に向けて奮闘すること、医薬品の安全性と有効性の追求、新薬・副作用モニター活動の強化、医薬品分野での規制緩和反対のとりくみが重要です。

人権を守ることを中心にすえた総合的な活動を通じて、民医連運動への理解を深め、幹部後継者の育成と薬剤師の確保、養成を意識的にすすみましょう。対応する民医連事業所との連携を強めましょう。

民医連以外の医療機関に対して保険薬局を展

開していくことには慎重でなければなりません。是非については、民医連運動をその地域で前進させる観点から、県連、全日本民医連県連の指導と援助、対応する民医連の医療機関との関係をふまえて判断しなければなりません。県連や全日本民医連へ結集を強めましょう。

薬局法人はごく一部を除き、ほとんどの場合

が株式会社・有限会社となっています。民医連はたとえ株式会社であったとしても、営利を自己目的としない「非営利・協同」の立場に立ってきました。今後、法人制度改革の中で検討されている非営利法人で保険薬局が運営できるのか、など所有のあり方について検討が必要です。

## 第6節 介護事業と運動の発展のために

### 1. 職場から、地域から介護改善の運動を広げよう

介護保障の充実で「安心して老後を送りたい」との願いは誰にも共通のものであります。自己責任による家族介護への後戻りでなく、公的責任に基づく「介護の社会化」の実現と介護職員の専門性を生かし、誇りを持って働くことができる環境整備が急務です。「介護の崩壊から再生へ」（再生プラン）を求め、現状の困難をただちに打開する緊急改善と、2009年の改定に向けて、介護保険・介護保障制度の抜本的改善をはかるよう、現場から「介護ウエーブ」を起こしていきます。介護事業所・職員がこのたたかひの先頭に立ち、利用者・家族を含めた広範なとりくみをすすめてみましょう。

同居家族がいる場合のヘルパーの生活援助制限など、国の基準を超えた自治体の独自解釈による利用制限に対し、行き過ぎた「適正化」を許さず、必要なサービスを確保しましょう。給付抑制の背景になっている認定制度への対応も重要です。給付実績を一つひとつ確実に積み上げていくことがたたかひです。

### 2. 「24時間365日」「最後まで安心して」に答える介護事業・介護実践の展開を

地域の中で民医連事業所への期待に答えるために、①高齢者の生活と人権を守り抜くたたかひとの結合、②地域の要求に応じた医療・保健・福祉の総合的展開、③安心して住み続けられるまちづくり、の3つの視点を重視し、「24時間・365日、最後まで安心して」を実現する事業活動、介護実践をすすめます。共同組織とも連携し在宅事業、施設、居住系サービス・住ま

い、助け合い活動など、地域の人びととともにつくり出す民医連らしいとりくみを展開しましょう。

制度に振り回されるのではなく、「地域に何が必要とされているのか」を掘り下げ、地域要求、高齢者の生活実態にもっともふさわしい事業を選択し、その実現のためにあらゆる知恵と力を結集しましょう。

厳しい情勢の中で、新規事業の展開などに躊躇ちゅうも生まれています。単独事業としてとらえるのではなく、長期をみすえ、法人の事業構想全体の中で位置づける視点や、法人間連携、法人・グループとしての展開などを視野に入れた検討が必要です。

- ①高齢者の在宅生活をささえるサービス拠点づくりをすすめます。小規模多機能居宅介護など新たな挑戦も開始されています。各地の経験に学び、地域要求をふまえて具体化しましょう
- ②低額の家賃で、介護や居住性を備えた「住まいづくり」に挑戦しましょう。諸外国と比べて「ケア付き住宅」の整備は遅れており、公的住宅保障を求める運動にもとりくみます
- ③民医連の真骨頂である医療と介護の連携をいっそう強化しましょう。入院・外来、在宅の切れ目のない連携を強めましょう
- ④制度改悪により利用が大幅に制限されている軽度認定者への生活支援を強化します。「行く元気になる」介護予防事業をすすめます。法人の保健・予防活動の中に位置づけ、共同組織と連携してとりくみましょう。今後を見すえて事業全体の裾野を広げていく課題です
- ⑤施設の役割が重要です。個別ケアの追求とともに、施設を活用しながら高齢者の暮らしをささえる視点やとりくみが求められます。引



き続き特養はじめ、施設建設を追求します。社会福祉法人のいっそうの役割発揮が求められます

- ⑥ 困難をかかえている利用者・高齢者に対して、あらゆる場面での相談活動を強化します
- ⑦ 共同組織と力を合わせ、移送や配食サービス、軽度者の生活支援、助け合いのとりくみを広げます。1人暮らしが増えている中、ひとりぼっちの高齢者をなくすために「食事会」「サロン」などの居場所づくり・コミュニティづくりをすすめます

### 3. 事業整備（法的整備）や人材の確保と養成、質の向上、経営基盤確立を重視しよう

法令遵守は、事業存続そのものに関わります。質の確保と向上の課題として位置づけ、対応をいっそう強化しましょう。同時に行政の指導に萎縮せず、利用者の生活を守り抜く視点が重要です。日常的な整備を推進するとともに、すべての県連・法人で内部監査の体制をつくり、定期的な内部監査にとりくみましょう。地協内での相互点検や、対応が困難な法人に対する支援も必要です。質の向上の視点から、「登録型」「直行直帰型」の見直し、運営上の工夫など必要にとりくみをすすめます。

介護の質、専門性を高めることが求められています。個別性・安全性を踏まえたケアの力量を高めましょう。中重度ケア、認知症ケア、ターミナルケアの強化をはかります。チームとしてケアのレベルアップを追求します。日々の介護実践をまとめ評価し、全体で共有することを重視しましょう。これまでの実践をふまえ、「無差別・平等」を貫く「民医連の介護・福祉」の理念を整理します。「警鐘的事例」集約が開始されており、リスクマネジメント、事故対応など安全性へのとりくみを強めます。現行の介護予防サービスの有効性を実践的に検証し、制度上の改善課題を明らかにします。特定事業所加算などの報酬対応を質の向上の課題としても位置づけ追求します。外部評価受審を積極的に位置づけましょう。

介護職員の養成・確保は焦眉の課題であり、管理者や事業全体を担う幹部を含めたとりくみを強めましょう。

経営環境は厳しさを増しています。医療や保健分野との連携、共同組織との共同など、民医連の特徴と強みを生かし、総合的な経営方針が求められます。

経営幹部が介護報酬引き上げなど、制度改善の運動の先頭に立ちましょう。行政判断による利用制限を是正させるたたかいは利用者の確保、経営改善に直結する課題です。

依頼があっても体制の事情で断らざるを得ない事態の改善、利用者の確保に向けて、体制整備をすすめる経営判断が必要です。特にケアマネジャーの体制強化が重要です。意識的に養成しましょう。利用者の人権を守り、制度改善のたたかいをすすめる「たたかうケアマネジャー」集団づくりをすすめましょう。専門性の追求、チームケアマネジメントの推進、法的整備、専任化・集団化など県連・法人での「ケアマネ政策」をつくりましょう。

地域包括支援センターの機能・役割をいっそう高めます。自治体に対して体制・財政保障の拡充を引き続き求めます。

### 4. 法人、県連、地協のとりくみをいっそう強めよう

以上を推進していく上で、法人介護事業部の役割が重要です。地域の福祉・医療を守る総合的な視点からの事業方針づくりです。

①地域の実態や要求を「生活の視点」から掘り下げ、法人に発信・提案していくこと、②事業整備、管理運営をはじめ、個別課題を推進していく上での調整や援助、③運動と事業の両面で、地域のほかの事業所との様ざまな連携、共同を推進すること、です。思い切った幹部配置を検討しましょう。

県連の委員会の役割を強めましょう。制度改定の時期でもあり、全県的な視野から各自自治体の動向を把握し、必要な情報を法人・事業所に発信することが重要です。事業の交流、監査、研修、各職種の組織化・部会づくりをすすめましょう。

各地協事業責任者会議の定例化をはかり、情報・経験の交流を行うことや県連の相互乗り入れによる法的整備のとりくみなどを具体化しましょう。

社会福祉法人が増えてきている状況を踏まえ、

## 第7節 共同の財産である民医連事業所の経営改善を

### 1. 民医連経営の強みを徹底して伸ばす戦略を再構築し具体化を

地域住民・共同組織とのかけがえのない共同の財産である民医連経営を守るためには、医師集団をはじめ、職員の意欲を引き出し、「現場の力」を基本に、全職員と共同組織参加の経営をつらぬくことが重要です。

医療改悪、診療報酬引き下げの中で、対応だけで経営を守り前進させることは限界です。小手先の対応では、中・長期的展望は生まれません。経営幹部は、医師・看護師確保をはじめ、医療の質的向上、受療権を守り社会保障を前進させる課題と経営課題を一体的にとらえ、民医連運動を総合的に推進させる姿勢を示しましょう。医療法人・公益法人制度改革や生協法改正の動きの中で、法人としての組織整備の方針を明確にし、対応しましょう。

経営構造の転換を実現する決意と具体策が必要。赤字構造を克服できていない法人・事業所は、必ず黒字にするための見通しを持つことが重要です。

経営構造転換の課題でのこの間の教訓を踏まえ、4点を強調します。

①なぜ黒字、赤字なのかをあらためて明確にすることが必要です。原因のない赤字はありません。特に赤字の法人・事業所では、要因を全職員の共通認識にして、力を集中して克服することが必要です。県連や地協の協力で客観的な分析をしてもらうことも重要です。

②今日の複雑な病棟機能分化や診療報酬制度のもとで、自らの事業所がどの選択を行うのが最適なのか、機敏に対応する力をつけることです。この点では、もっともマッチした診療報酬を選択することと合わせて、「今は不可能だけでも、数年後に実現する」というビジョンや戦略を持つことが必要です。そのための情報の把握やほかの事業所の経験に学ぶことが重要です。

③「連携、ネットワーク」の質を高めていくことが重要です。自己完結では経営的に成り立たないだけでなく、地域住民の期待に応えるこ

とも困難です。

④人材確保と定着のとりくみを抜本的に強めることです。医師、看護師、技術者などは、構想を具体化する上で重要です。

### 2. 経営状況の正確な認識と、経営管理を強化しよう

民医連統一会計基準を全面実践する上で、会計実務の整備と力量の向上をはかりましょう。発生主義（\*50）に基づいて、収益、未収金などを正確に計上し、医療活動の成果を正確に経営結果に反映することは基礎的課題です。すべての事業所で、医事会計に関わる実務の点検を行いましょう。また医事部門と経理部門が相互点検する仕組みなど、ダブルチェックシステムの確立が必要です。

資金の動きを正確に把握するための実務とシステムの確立が急がれます。月次の資金繰り表、日々の資金繰り表が正確に作成できているか再度点検し、統一会計基準の予想貸借対照表に基づく、キャッシュフロー予算を必ず作成しましょう。全日本民医連は資金ショート危機を早期に発見し、対応をはかることを目的に、現預金保有高月商倍率0.7以下を危険水域とするなど、短期の経営状況を掌握する2項目を提起しました。また2年連続医師数減など、これまでの要対策11項目を13項目に変更し、2008年度から実施します。経営が分かる医師や職責、医療にも情勢にも経営にも強い事務集団をつくりましょう。

### 3. 時代を切り開く経営力量の向上と管理水準を引き上げよう

規模、情勢にふさわしい経営力量の向上、管理水準の引き上げが不可欠です。

複雑で厳しい内外環境のもとで民医連の経営幹部は、運動課題を提起し、たたかひの先頭に立つこと、経営方針の立案、職員の経営参加、共同組織とともに民医連運動を推進すること、「事業所独立会計」、「部門別損益計算」などの管理会計の整備をすすめること、法人運営の習

熟、さらには複合体化している組織運営の統括など、総合力が問われます。それは「科学的管理と民主運営」をつらぬくということです。総合的な力量を身につけた経営幹部の育成には、一定の時間がかかります。経営幹部の存在は、民医連運動の中でなくてはならない要です。そのためにも「教育を通じて育つ、現場で育つ、機会を与えて育つ、集団の中で育つ、たたかいで育つ」視点を持って挑戦しましょう。派遣労働に対する考え方について検討します。

また専務機能、事務長機能の集団化と事務集団の力量引き上げを行きましょう。全日本民医連として地協などでの法人経営幹部会議や事務長会議を適宜開催します。

労働組合は、対等・平等の立場で協力・共同し合う仲間です。必要な情報と目標を示し、よく議論を重ね、医療・社会保障の変革、民医連事業所を守ること、職員の権利擁護の課題を推進しましょう。

#### 4. 「必要利益」の確保を重視した経営管理を

今回、あらためて「資金」に着目した「必要利益」目標を提起します。

## 第8節 医師集団のあらたな成長めざして

～民医連運動の生命線として～

人権を守り、地域とともに歩む医師養成への民医連の挑戦は、国民の期待に応えるものです。新臨床研修制度のもとで、研修先を自由に選ぶことができるようになったこと、民医連は大きく門戸を開いており実績があること、地域に密着し、人権重視の医療活動への共感が得られやすいこと、家庭医・総合医を志向する医師が増えてきていることなどから、民医連への参加が広がる可能性は十分あります。内部の「医師問題」での自己改革も重視しつつ、多くの医学生や医師に思い切って民医連への参加を呼びかけましょう。

#### 1. 民医連医師の存在意義を示したドクターウエーブ、さらなる発展で歴史をかえよう

オピニオンリーダーの医師による呼びかけと

本来、各年度で獲得すべき利益は、中長期の医療経営計画に基づいて、計画することが必要です。経営の存続発展のために必要な利益はいくらか、実情と将来構想に基づいて設定しましょう。

予算編成方針などを通じて、なぜこの利益が必要かということを全職員のものとすることを重視しましょう。基本的に利益と減価償却費の範囲内で、長期借入金の返済と設備投資資金を確保することが必要です。そのほか各法人の実情を踏まえながら、資金の源泉と用途について検討が必要です。

「必要利益」目標は理事会、管理部、職責者などでよく検討し、必ず実現しなければならない全職員の共通の目標として確認しましょう。必要利益を確保する上で、収益面、支出面いずれの面でも職員参加が重要です。各職場が何をすればいいのか具体的に分かりやすい目標の設定が必要です。現場にこそ経営を推進し、改善する力が存在します。

なお、2008年度の診療報酬改定に対応する全国レベルでの交流会を5月に開催する予定です。全日本民医連として必要な情報を発信していきます。

民医連のドクターウエーブが結びついて、「日本の医師は絶対的に不足しており、増やすべき」という声が、短期間に医療関係者だけでなく、世論となりつつあります。そしてすべての政党が、医師不足解決を重点政策として掲げるにいたっています。

ドクターウエーブの提起と始動は、2006年7月に開催した医師委員長会議でした。会議では、医療崩壊の根本的原因が、医師数と公的医療費抑制の政策にあり、「医療構造改革」路線はいつそう拍車をかけるものであること、そのことは民医連の医師問題も政府の政策転換抜きには根本的解決ができないこと、そして日本の医療・福祉の未来のために民医連の医師が立ち上がる歴史的な時期にあること、を確認しました。そして全日本民医連として推進本部をつくり、「医師増やして」のパンフレットを50万部発行

するなど、活動を行ってきました。

2006年10月の福岡を皮切りに全国各地で開催されたシンポジウムや集会は、その回を重ねるごとに賛同者、参加者が広がり、内容も発展する中でメディアの注目するところとなりました。

秋田や長野、北海道などのつどいは、県や地区医師会、多くの病院長、自治体首長の賛同を得て開催されるという画期的な広がりを見せました。

全国の勤務医結集の新たな動きも始まりました。今こそ広く世論に訴え、日本の医師や医療団体の大同団結めざして行動すれば、医療政策を転換させるという医療史に残る歴史的な運動に広がることは間違いありません。

そのために、①医師自身が主体者となり、職員、共同組織がささえること、②日本の過半数の医師、医学生を巻き込むウエーブに、③医療の公共性を守り、民主的な医師・患者関係再構築をすすめるウエーブに、④地域の医療・福祉ネットワークを強めるウエーブに、の4つの視点を重視し、運動を発展させましょう。

## 2. 医師政策づくりを本格的にすすめよう

第37回総会では、県連、法人で長期計画や医療構想と一体となった今日的な医師政策（長期的な各分野の後継者養成と医師配置計画）づくりを提起しました。

多くの県連で議論されてきましたが、2008年から本格的に始まる地域医療や保健予防にかかわる計画や整備の具体的な方向が見通せない問題や医師退職、研修医の進路問題などがあり、医師集団が全体として確信が持てる政策化がなかなかすすまない状況があります。総合性の上に一定の専門性を持つ医師というこれまでの総論的な民医連の医師像についても、大枠は変わらないものの、今日的に総合性と専門性の具体的な中身が問われています。すべての県連で本格的な医師政策づくりがすすむよう、以下のような基本的視点での議論を深めましょう。

### (1) 健康問題の専門家としての社会的役割をどう果たすのかという視点

医療崩壊と営利、市場化がすすめられる中で、医師の士気、使命感の低下やモラルハザードが

いっそうすすむ可能性があります。また患者負担が増え続ける中で、医療を消費とみる風潮が浸透すれば、医師・患者関係の悪化、医療不信につながることを予想されます。これらのことを乗り越える試みとして、米・欧合同内科学会の新世紀の医師憲章が策定され、3つの根本原則（①医師は患者の利益をなにより最優先し、市場・社会の圧力に屈してはならない、②医師は患者の自己決定権を尊重し、援助しなければならない、③医師は、医療における不平等や差別を排除するために活動しなければならない）の確認がされています。世界的に医師のプロフェッショナルリズムが強調されており、医師として国民の健康問題や医療のあり方に対し、積極的な発言をしていくことが求められる時代です。

民医連は、その創立時から一貫して疾病発生の社会的要因を重視し、その解決のために奮闘してきました。WHOや欧州は、健康の社会的決定要因をSOLID FACT（\*51）としてまとめ、「臨床現場に現れる健康問題を解決する」ためには、社会的問題を明らかにした政策づくりが必要と提言しています。厚労省が、メタボリック症候群への対策を健康の自己責任問題へと矮小化し、社会問題を軽視する姿勢と対照的です。

民医連医師の社会的役割について、最近の10年では「民医連の医師、医師集団は何をめざすのか」（1998年）や民医連の医療・福祉宣言づくりなど、その時代に対応して議論されてきました。今日のように新自由主義的な政策が横行する時代には、日常診療でも地域でも「人権と非営利」を基本的視点に考え行動することがいっそう求められます。民医連医師の今日的な社会的役割について議論を深めましょう。

### (2) 医療供給体制の変化に対応する医療福祉構想と技術、専門性獲得の視点

第37期、病院のポジション、ビジョンとそれにマッチした医師養成の検討を呼びかけてきました。2008年から本格的に具体化される医療供給体制の変化は「地域完結・地域連携型」の推進で、地域での機能分担と連携が徹底されることになるでしょう。その際、医師の技術獲得と医療構想を一体のものとして練り上げる過程を重視する必要があります。

DPCに参加する病院は、急性期治療と手術を中心とした技術や臓器別専門性の継続発展が必須となります。

民医連の多数である中小病院群は、地域や法人としての位置づけから中心的な機能が急性期から慢性期まで様ざまです。地域での機能分担と連携がすすめば、自らの共同組織からのニーズだけでなく、急性期病院、診療所、介護施設などからの多様なニーズに総合的に応える技術や力量の向上が求められます。また、これまですすめてきた個々の技術展開を継続すべきか否かの判断をすべき局面もでてくるでしょう。

診療所には慢性疾患、高齢患者の継続管理や多様な健康問題の相談、そして24時間対応の在宅ケア体制強化が求められます。

このようにみえてくると、民医連医師の社会的役割や総論的な医師像は共通したものを想定できるものの、具体的に獲得すべき技術や専門性の内容は、それぞれの県連、法人での具体化にかかっていると いえます。医療の質を保証し、高める技術獲得への挑戦は、医師のモチベーションを高める上で、また後継者育成の上で曖昧にできません。医師政策の中に位置づけましょう。当面、同規模で同じような地域医療事情にあるほかの民医連病院との比較や交流を通じて、獲得すべき技術や専門性の議論をすすめたり、同じ医療圏内の連携できる大学や大規模病院に出向研修をすることで、終了後も診療や研修での連携をとるなどの工夫も必要です。

第2回診療所交流集會には50人を超える民医連医師が参加し、熱い議論を行いました。家庭医療学会の家庭医プログラムの約半数が民医連の事業所であり、家庭医療学センターや教育診療所のとりくみや若手医師の交流もすすめられており、医師政策上の位置づけと援助が必要です。家庭医療学会のいう家庭医も総合診療医学会のいう総合医もコアとなる診療能力はほぼ同じといわれており、民医連が強調してきた総合的な診療能力と重なる内容となっています。地域に根ざし、診療所から中小病院、急性期病院を有し、保健予防活動から介護までを展開している民医連だからこそ、幅広く地域に貢献する家庭医、総合医を養成することが可能なのではないのでしょうか。

### (3) 医局運営、労働条件整備、制度教育保障など管理課題と結合して政策化する視点

医師が働きつけられるための医師労働の軽減の具体策（給与・労働条件問題、学術活動の保障、ベテラン医師の働き方や役割、女性医師政策、保育所整備、医師の事務労働への援助など）は、病院を中心とした管理課題ですが、管理部と医師委員会がよく協議して医師政策としても明確にし、その進捗を振り返れるようにしておく必要があります。

民医連らしい医局づくりのために、中期の医療構想や年度の医療活動方針などを十分に討議し、合意することが大切であり、医師政策に医局の役割と運営について明確にしておく必要があります。日常診療から離れて、メリハリをつけて民医連方針や社会情勢などを学ぶこと、制度教育の保障、また班会や地域活動、社保・平和活動、社会的医療活動などへの参加など、モチベーションを高める上でも重視しなければなりません。また、医師退職を生まないためにも幹部医師による毎年の育成面接に加えて、日常のコミュニケーションを重視しましょう。具体的には、日々のカンファレンスの充実、朝礼や医局会議の工夫、医師集団への事務系幹部の日常的な関わり、医師集団内での学習や情報の共有化、管理医師・職責医師の政策づくりと合意形成にむけての努力、などを強めることが重要です。

### 3. 奨学生活動と民主的医学生運動の発展を

民医連奨学生を増やし、自主的な活動を通じて成長を促すことは、民医連運動の後継者育成と日本の医療の未来を切り開く大道です。中低学年で毎年100人増やすこと、奨学生のいない大学をなくすことを目標にします。

医学生の中に存在する「学びたい」「人間として成長したい」との要求に応えるために、人間的にも豊かな関係をつくり、医学や医療、人権と平和、民医連の歴史などについて、学び成長することをどれだけ援助できるかが問われています。奨学生会議への医師や事務幹部の参加や、民医連の事業所、医局と医学生、職員・共同組織と医学生をつなぐことが重要です。新歓期にどれだけ多くの医学生と結びつくかは、そ

の後の医学対活動に大きな影響を与えます。特別な体制を組み、結びつきを強めることを重視しましょう。1日医師体験など高校生対策や共同組織のとりくみを強めましょう。

医学生をつどいは、エネルギーな実行委員と骨身を惜しまない援助担当者の奮闘で、毎年感動の連続です。奨学生の成長、民医連を実感する機会としてさらに重視し、発展させます。1年を通して開催される事務局会議や実行委員会への参加など、全県連で援助を強めましょう。

医学連が自主的に開催している医学生ゼミナールへの協力・共同を強めます。

民医連が何をめざしているのか、どんな医師になってほしいのかなど、医学生に寄り添い、ともに学び苦労し合う医学生担当者の存在は民医連の宝であり、その力量向上が鍵です。全医学生担当者の教育と交流について、全日本民医連としてのとりくみを強化します。

民主的な医学生運動の役割強化が期待される情勢です。新たに医学部自治会をつくる動きも生まれてきています。医学生運動との協力・共同のために、各大学の現状分析と政策を県連理事会や医師委員会の責任でつくるよう提起しています。全国や地協毎の重点大学も決め、一定の前進がありました。各県連で先輩医師が援助できる体制の検討をお願いするとともに、全日本民医連医学生委員会としての援助と点検も強化します。

#### 4. 初期研修、後期研修の成功と次代を担う青年医師集団の形成にむけて

第38期、2年間で350人以上の受け入れとすべての臨床研修病院での受け入れを目標にします。新臨床研修制度が始まって以来、大奮闘し

ているものの受入数は減少傾向にあります。新制度発足後の国としての見直しもありますが、民医連としても医学生に魅力あるものになっているのか、民医連の後継者養成の視点が入っているかなど、ほかとの比較や点検が必要です。少なくない民医連の臨床研修病院で新医師臨床研修評価機構の第三者評価を受審し、認定されています。指導医養成とともに積極的に挑戦しましょう。

新臨床研修制度発足後、最初に入職した医師がいよいよ後期研修終了の時期を迎え、新しい世代を形成しつつあります。今の初期・後期研修世代は、自分のロールモデル（自分のめざす具体的な医師）が誰なのかという眼で、指導医を見て将来を模索しています。この日本社会の中での民医連の役割、医療・福祉構想、医師像を、指導医、先輩医師が自らの歩みと重ねて熱く語り、ひきつづき民医連でいっしょにやろうと呼びかけることが肝心です。特に後期研修は、私たちが目標を明示する必要があり、民医連の医療と運動を主体的に担う後継者として集団的に成長できるような目標づくりや援助を重視しましょう。全日本民医連医師養成委員会では、第38期にこの間の初期研修の評価について、民医連の医師養成との関係で深める努力と新たに後期研修に関するワークショップを企画します。

青年医師のリーダー養成を目的に、第1回「民医連青年医師のためのワークショップ」を開催しました。「日常活動に埋没していた」「あらためて医療情勢や社会の動きを考える機会となった」「民医連運動に確信を深めることができた」などの感想にあるように、参加者に大きな刺激を与えました。今後も継続開催し、多くの青年医師に参加を呼びかけます。

## 第9節 民医連の輝きを～学び、たたかい、成長する看護集団めざして

「もう終わり 今日のやさしさ 使い切り」、厳しい看護現場から去るのではなく、たたかおうと決意し、看護師増員を求めるたたかいは大きく前進し、世論を動かしました。看護師増員は「安全・安心・信頼の医療の実現であり、国民の期待に応えるもの」であることを裏づけま

した。

同時に、この運動を通し、学習すること、語り合うことで民医連の看護への確信が深まりました。運動を通じ、12年ぶりに看護配置が見直され「急性期病院における看護配置7：1入院基本料」が実現しました。日本看護協会は「2006

年病院における看護職員需給調査」影響結果から、「患者へのケア時間が増した、新人の指導に余裕ができた、休憩ができるようになったなど、看護職員の職務満足、あるいは労働環境に良い影響がでていることが判断できる。手厚い看護配置は今後も定着、拡大をめざしていく」としています。

一方、激しい「看護師争奪戦」が起き、予定数に対して2007年度確保できたのは、全国平均で7割（日本看護協会調査）という結果でした。民医連の多くの病院で看護師確保が困難な状況が続いています。看護体制の拡充は、急性期病棟だけではありません。すべての患者が安心して療養できる手厚い看護体制を実現する、大幅な増員運動をさらに強めていく必要があります。

全日本民医連は「看護が輝くために」看護問題を管理の重要な課題と位置づけ、外に向けた運動と合わせて、引き続き「内なる改善」を重視します。看護労働の軽減のための多くの職種の協力も生まれ、業務改善や健康管理対策も意識的にとりくまれています。

新しく作成した看護パンフ『キラッと輝くたからもの』は「いのちの平等」をつらぬく民医連看護実践をまとめたものです。民医連内外に問う「宝もの」です。自らの実践とあわせ、大いに普及し、「看護を語る大運動」を強めましょう。

第38期は、「看護を輝かせるため」にさらなる前進をめざします。

## 1. 運動の成果に確信を持ち、「看護師ふやせ」の運動を具体的に施策に反映・実行させましょう

全日本民医連は「今後の看護改善大運動の方針と要求～国会採択を実効あるものにするために」を07年11月にまとめ、5つの要求に基づく新たな署名用紙と学習パンフを作成しました。2008年末までに50万筆目標を実現させましょう。

看護協会や医労連、看護を良くする会などさらに広範な人びととの共同を強化しましょう。福岡ナースウエーブの会は、発足から1年を迎え、県内400以上の施設に申し入れを行い、現在50施設が賛同、県内病院就業者の約2割近くが会員となり、注目されています。奈良では、民医連看護の実践が12回にわたって地元紙に連

載されました。

こうした経験から学びましょう。そして各自自治体で看護師需給計画の見直しや保育所助成など具体的成果を生みだしましょう。

## 2. 看護問題を県連・法人の第一級の課題に

看護管理を法人・事業所全体の重要な柱としましょう。

全日本民医連は「民医連の看護調査」を行い、看護労働をめぐる現状分析を行います。結果を自法人に引き寄せ、具体的な改善をすすめてみましょう。また子育て支援・勤務形態など「離職防止」や「潜在看護師の確保」などの働きつづけられる条件整備をすすめてみましょう。

現場の看護職員がいきいきと働き続けることができる「魅力ある職場づくり（チーム医療、達成感・充実感の共有、民主的な関係がある）」が大切です。民医連の看護に確信が持て、同時に看護の力量向上がはかれるよう、卒後研修の充実・強化、中堅看護師の資質の向上に力を注ぎ、定着率を高めましょう。

## 3. 看護師確保の激化と困難な情勢を切り開く総合的な看対活動の前進を

2004年度以降、確保が1000人を下回っています。厳しい看護師確保をめぐる状況は続きますが、民医連看護の実績と輝きを伝えきり、各県連、法人の確保目標を必ず達成し、全日本民医連としては新卒1000人以上の確保に再挑戦しましょう。潜在看護師のための再就職セミナーの活動を全国で普及し、既卒確保につなげましょう。看護パンフを積極的に活用・普及しましょう。全日本民医連のホームページを充実させます。地協・県連レベルでの高校生対策や実習の充実、奨学生生活動や看護対策委員会の機能や体制を強化してとりくみましょう。

前進している経験に学びましょう。福岡医療団の新卒看護師確保で1～3年目の若手看護師と先輩看護師や他職種でつくられた看護対策実行委員会「めんたいちどりっこ」の活動が注目されます。「看護技術や医療現場を学ぶ場」「民医連大好きをつくる」「福岡医療団を知る」「先輩看護師や青年職員がかかわることで民医連・

医療団に確信を持つ」などを目標にとりくみ、新卒確保目標を大きく上回る成果を上げています。また学生の状況にあった柔軟な対応を行い、卒後研修の充実、看対活動の強化を図り創意工夫をこらして、目標を上回る確保をすすめている医療生協さいたまの活動などがあります。

2009年度入学生から、看護学校のカリキュラム改定が実施されます。2008年度は各校でその準備が行われますが、民医連の看護学校の強みを発揮し、臨床と大いに議論を深め改定をすすめていきましょう。厳しい看護師確保が続く中で、民医連の看護学校の役割をさらに高めましょう。

#### 4. あらためて、`民医連看護の輝き、を引き寄せ確信にしよう

2008年9月に第9回看護・介護研究交流集会

を札幌で開催します。全国の「いのちに寄り添い」、「あきらめない」看護実践を持ち寄り交流しましょう。

看護職は、民医連の中でもっとも多い職員集団であり、患者ともっとも接する職種です。また交代勤務など厳しい現場です。だからこそ看護トップ管理者、中間管理者が役割を果たせるよう援助していくことは、管理の最重要課題の一つです。「今日的に求められる民医連の看護管理の任務と役割」の作成と看護管理の強化をはかります。「民医連における中堅看護婦の任務と役割」(1982年)の今日の見直しを行います。

第38期は、民医連の看護集団が輝く時代としなければなりません。その時代に存在する私たちです。いのちに寄り添い「誇り」ある実践を築きあげ、多くの仲間を大切に前進しましょう。

## 第10節 民医連職員の確保と育成の強化を

### 1. 民医連における職員教育の眼目と、トップ管理者のリーダーシップ

民医連運動を担う主体的な力量を高めていくことが民医連の未来をつくります。焦点は「教育活動の抜本的強化」です。人もお金もかけ、従来の延長線上でないとりくみを行いましょ

う。民医連における職員教育は、今日の情勢とたたかひの展望も含めた民医連の理念と方針への理解と確信をつくるものであり、民医連運動の原動力です。その教育が、しっかり位置づけられているかどうか点検し、その確実な前進が必要です。

各法人・事業所におけるトップ管理者の強いリーダーシップによる教育のしくみと体制づくりが欠かせません。幹部自らが「民医連とは」を問い直し、確信を持って語りましょ

### 2. 民医連の存在意義と役割を輝かせる多面的で総合的な教育学習活動の前進

民医連における職員教育には、①全職員による「教育学習月間」の実践、②職場教育と職場づくりの向上＝現場の事例を生かす、③「全職

員」の制度教育＝特に医師・介護職員・非常勤職員、④管理者研修の強化と次世代の管理者養成、⑤青年の育成と青年J Bの前進、⑥県連・法人の教育委員会の総合的な役割と構成など、があります。

「全職員」を対象にした「教育学習月間」の成功

第38回総会方針の教育学習月間を2月から7月までとりくみます。この「教育学習月間」は、県連・事業所の最重点課題の一つとして大きな構えでとりくみましょう。

今期の学習月間は、①医師や介護職員・非常勤職員も含めた全職員(7.9万人)の学習会参加、②管理者・職責者の方針・綱領草案の読了、を目標にします。

医療・福祉をめぐる情勢と改革の展望をつかむこと、全国の様ざまな経験や教訓を学び、今後2年間の方向をつかむことが方針学習の「眼目」です。我流でやっつけける時代ではありません。とりわけ管理者、職責者が確信を深め、展望を語ることが事業所や職場を活性化させる鍵となります。大きく飛躍させ、今後の2年間の民医連運動推進の土台をつくりましょ

う。全日本民医連は「方針ダイジェストDVD(全



職員学習用)や「講師用パワーポイント」を作成し、その推進をはかります。県連・法人では、講師養成講座の開催など早めに位置づけ全力でとりくみましょう。

### 「全職員」の制度教育—医師・介護職員・非常勤職員の仲間とともに

「全職員」の制度教育は、今日の情勢や民医連・事業所の理念・方針と歴史、当面の諸課題などについて、管理者と職員が向かい合う重要な機会です。現場が困難であるからこそ、その打開の方向やエネルギーを引き出すのが、教育学習であり、全職員を対象にした制度教育を強めましょう。

「全職員」とは民医連の職場で働く、医師や介護職員、非常勤職員を含めたすべてです。

介護職員は、民医連職員の14%を占めており、経験の浅い職員も少なくありません。制度教育を重視していかなければなりません。

非常勤職員は、この間1.4倍に増え、職員の23%を占めており、民医連運動をすすめる大切な仲間です。総会方針をすべての非常勤職員に手渡せるようにします。福岡・親仁会の非常勤職員の制度教育や大阪・耳原総合病院の派遣職員の教育など、すすんだ経験も生まれ成果を上げています。制度教育への参加について創意工夫し、非常勤職員の参加を位置づけていきましょう。

全日本民医連は、教育学習活動の到達点などもふまえ、作成して10年以上経過している「全日本民医連教育要綱・指針」について見直し・検討をすすめます。

### 民医連の職場教育と職場づくりの前進—貧困と格差社会の実態と事例を学ぶ

地域の実態や事例に、どのように向き合ったのかを学ぶことは民医連で働く意欲を高め、確信につながります。民医連のどの職場であっても患者・利用者の人権を中心にすえた職場づくりをすすめることが大切です。福岡医療団の青年職員の「地域レポート」の作成や広島医療生協の被爆体験をまとめた『ピカに灼かれて』の文集など、体験を取り入れた民医連らしい職場教育や職場づくりの実践が開始されています。患者の人権を中心にすえた育ち合うことのできる

職場づくりと職場教育を推進していきましょう。

### 管理者研修の重視と次世代の管理者養成

次世代の幹部養成の課題は、これまで強調されてきましたが、今日、特に重視すべき課題です。

学習と実践を通して全日本と県連の視野を持ち、民医連運動を総合的に発展させる経営幹部を育成しましょう。宮城の「事務系次世代幹部養成学校」などの経験からも学び、県連・法人では、管理者研修を重視し、次世代の養成へ向けて本格的な議論と実践を開始していきましょう。

全日本民医連は、第37期に提起した「恒常的な幹部養成所」を次世代を担う事務系幹部養成からスタートさせます。現在実施している「トップ管理者研修会（新任の院長・総看護師長・事務長などを対象）」は引き続き開催し、管理者の育成につなげていく機会としてとりくみます。民医連事務に求められる役割に総合的に応える力量をつけることをめざし、全日本民医連レベルや県連レベルで、今日的な事務政策づくりに着手します。

### 青年の育成と青年ジャンボリーの強化—あらゆる活動に青年育成の視点を

全日本民医連で働く常勤職員は約5万人、35歳未満の青年職員は2万人超で4割です。若い世代の成長に力を注ぎましょう。この世代は「入職後に社会にめざめる世代」であり、「明日の民医連を担う世代」です。「職場の中で、運動の中で、地域の中で、教育の中で、同じ世代の中で、青年の育成の活動を強めること」が求められており、青年JBの活動は今日、積極的に重要です。第33回全国青年JBは、福岡で開催されます。全県連から実行委員を選出し成功させましょう。参加と準備の過程が民医連への理解と確信、集団性、組織性を身につける成長のプロセスです。また各県連・事業所にJB実行委員会を組織し、日常的な青年職員の結集の場として活動し、地協・県連の青年JBも積極的に開催し、民医連青年の学びと交流・連帯の中心として発展させていきましょう。

青年の育成のために県連レベルで職種や分野の枠を越え、青年の育成に視点をあてた横断的

な組織である青年委員会（青年と援助者の構成）の設置をすすめましょう。

### 3. 「健康職場づくり」を全事業所の「根幹的な課題」に

非常勤職員も含め、7万人におよぶ職員の健康管理は、医療改悪による激務の中でも仲間を大切にす民医連組織の真価が問われる課題です。「健康職場の5つの視点」（\*52）の確立と合わせ、今後の「健康職場づくり」の前進には、①保健師も含めた衛生管理者の専任化と管理部の連携、②保健師・医師面接や相談室の設置、③メンタルなどの困難者を抱える職責者への「職場復帰支援チーム」の設置、④職員の「特定検診・特定保健指導」の向上、⑤予防的作業管理（筋骨格系疾患予防の人間工学的対策導入など）の重視、⑥職場環境改善のための予算化、⑦小規模事業所の衛生活動への援助、などを重視していくことが必要です。

全日本民医連は『健康パンフ』改定版、『健

康職場作り実践集』、健康指標、メンタルヘルス対策の効果指標などを作成します。小規模事業者や遅れた事業所に対する援助を行います。第4回職員の健康を守る交流集会を開催し、新たな経験を普及します。

たばこの害が社会問題となっています。病院など医療施設が全館禁煙化の流れもそうした中で生まれました。個人の趣味、嗜好の問題にとどめず、健康管理の問題としても検討を深めましょう。

### 4. 薬剤師はじめ技術者・職員の確保を

薬剤師は、6年制導入に伴う2010～11年の新卒不在に対する特別な体制と育てる薬学対のとりくみが重要です。また理学療法士や作業療法士、言語聴覚士はじめ医療、介護の専門職の確保に計画的にとりくんでいくことが重要です。また安易な委託や外注化に走らず、事務職の採用について長期を見すえた計画が大切です。

## 第11節 あらゆる活動を共同組織とともに、をつらぬこう

私たちは、共同組織を民医連運動の不可欠の構成要素として位置づけ、「あらゆる活動を共同組織とともに」を貫こうと呼びかけてきました。1992年以来、2年に一度の共同組織活動交流全国集会を開催し、各地の経験を交流し学び合い、成長してきました。1998年の洞爺湖集會からスローガンに「安心して住み続けられるまちづくり」を掲げ、民医連運動にとっても地域にとってもなくてはならない存在に成長しようと運動をすすめてきました。

2004年の第36回総会では、今後10年間で全国に400万の共同組織をつくることを決定しました。400万の共同組織を実現するため何が必要か、400万の共同組織がどういう活動ができるのかを中心にすえ、共同組織を発展強化させましょう。

共同組織の呼称は、医療生協組合員や友の会会員、互助会、社員組織などの総称です。このことは1992年以来開催されてきた連絡会の中でも確認され、第35回総会で決定した「全日本民医連の医療・福祉宣言」でも明記しています。共同組織は、民医連の事業所といっしょになっ

て、事業所を運営し、守り発展させること、地域のまちづくりの推進や制度改善、仲間の連帯や助け合い、健康の予防や増進、社会保障や平和を守る運動の推進などを行う組織です。法人形態は違ってもめざすものは同じです。各共同組織が発行している機関紙は月数百万規模にのぼり、多くは会員によって手配りされています。特に今、1人ひとりが孤立させられ分断させられている中、連帯し助け合う組織として、また地域の医療・福祉を守り、まちづくりをすすめる医療・福祉住民運動として、共同組織の質、量の発展が重要です。情勢は事業所のない地域でも共同組織が大きく広がる可能性を広げています。

交流を通じて、法人形態の違いを越えて大腸ガン検診のとりくみや助け合いの事業、健康づくりの経験などが全国に普及しています。各地協や県連レベルでの連絡会なども始まっています。

民医連の医師養成や奨学生への援助などにも積極的に関わっています。班会などには医師や多くの職種が講師として紙芝居などを持って出かけるなどしています。こうしたことが医師を

はじめ職員に地域を意識させ、育てる場となっています。

医療崩壊がすすむ北海道・根室管内では、住民運動に友の会会員が積極的に参加し、市立病院の医療存続の運動を行っています。

民医連と地域、共同組織をつなぐ機関誌として『いつでも元気』を発行しています。2008年6月、200号を迎えます。10万部をめざして、共同組織にいつその普及をはかりましょう。

共同組織の発展が、民医連運動の発展といっても過言ではありません。このような活動をしている医療住民組織はほかに例がありません。

こうした組織が400万の仲間と10万の『いつでも元気』を実現し、地域で困ったらあの組織へという存在になれば、日本の医療変革、安心して住み続けられるまちづくりにとって、大きな役割を果たすことは間違いありません。

友の会型の共同組織のいつその量的・質的

発展が期待されます。理事会運営、支部・班運営などですんでいる医療生協の経験から学ぶことも重要です。特に友の会型では、法人の位置づけが弱く、共同組織にふさわしい援助が不足しているところがあります。班や支部活動、活動家づくりでも、組織にふさわしい活動になっていないところが少なくありません。あらゆる活動を共同組織とともに前進させるために、経験を学び合い前進しましょう。

次期総会までに350万共同組織と6.5万『いつでも元気』の普及をめざします。2009年6月、第10回共同組織活動交流集会を長崎で開催します。そのために総会后、ただちに全国交流集会連絡会を発会します。すべての県から委員を送り出しましょう。

共同組織の仲間に、民医連の理念や歴史、各法人・事業所の成り立ちなどについての理解を意識的にうながすことも重要です。

## 第12節 民医連の組織的発展のために ～たたかいと連帯・団結の力の発揮を

### 全日本民医連の役割と地協活動の強化

今の情勢にふさわしく、全日本民医連は中央組織としての機能を強化しなければなりません。激変の情勢の中、たたかいに強く、必要な情報や経験・教訓をリアルタイムに発信し、現場の困難、課題に寄り添い、必要な援助を惜しみなく行うことのできる全日本理事会と事務局機能をめざします。

全国理事会は、毎月1回開催します。全国の知恵や経験を集め、情報の発信や政策提起に努めます。政策を練り上げるために各部、各委員会、各プロジェクトチーム、各職種委員会を組織します。各種委員会等に参加する民医連職員は数百人規模にのぼります。多くの力を寄せ集め、現場に役立つ全日本民医連となるよういつそう努力します。また顧問弁護士や顧問公認会計士の援助を得て、政策提案力を高め、現場への援助を強めます。適宜、全国レベルでの交流集会や県連事務局長会議などを開催し、情勢認識を一致させることや具体的な方針での一致をはかります。院長メールなどリアルタイムで情

報を発信することやホームページの充実をめざします。理事会予算は加盟事業所の貴重な会費からなっています。有効な予算執行をめざします。

全日本役員を送り出す現場は、いつそう厳しさを増しています。任務を分担しつつ、全日本民医連常駐役員や事務局機能の向上を追求します。

地協は全日本理事会機能の一部です。県連機能強化の課題との関係でも今後、ますます役割の発揮が求められています。地協運営委員会の指導性を高め、地協県連事務局長会議や各分野のとりくみを強化します。第37期、宮崎民医連が誕生し、45県連となりました。今期は栃木民医連結成に向けて、準備がすすめられています。積極的に援助していきます。

医薬品や医療材料が大きな比重を占める中で、各県連共同購入事業所が奮闘していますが、さらに全国的な連帯の力で少しでも引き下げができないか検討を行います。

非営利・協同研究所「いのちとくらし」(\*53)の活動を、民医連の運動に役立ち、より現場の活動に資する立場から共同を強めます。

民医連の理論誌としての『民医連医療』や『民医連資料』を少なくとも全職責者が購読、学習すること、すべての職員が『いつでも元気』誌を購読し、学習に役立てること、民医連新聞の活用を呼びかけます。

第8回学術運動交流集会は、平和・人権をテーマに広島で開催しました。各分野から775題の出題があり、民医連の運動、医療・福祉活動の到達点を示すものでした。

全日本民医連は、中央社保協や医療団体連絡会、国民大運動実行委員会はじめ約50の中央共闘組織に加わり、平和と民主主義、医療・社会保障制度の拡充のために奮闘しています。今日、国民的な共同行動の発展が強く求められています。民主団体との共同にとどまらず、日本医師会や看護協会はじめ要求の一致にもとづく幅広い共同を追求します。

### あらためて県連機能強化のために

県連は、その県における民医連運動を総合的に推進する役割を果たさなければなりません。しかしこの間、県連の機能が十分発揮できない状況や事例も発生しています。各県連は1県連1法人の県連から多数の法人のある県連まで、その規模と構成は様々です。地協機能の強化と併せて、実情もふまえながら、県連機能強化の具体化をすすめるべきではありません。いま医師問題、多額の投資を要する事業展開、医療制度改悪との関連など県連の指導力をどれだけ高めていくことができるか、重要な局面にあります。

第35期第2回評議員会では、「求められる県連7つの機能」として、①全日本の方針の討議と具体化、体制整備、②県連長計の策定、法人事業計画の掌握と指導・援助、③県を代表する運動組織、④共同組織の拡大と交流、『元気』普及、⑤民医連運動を担う教育事業の推進、⑥医師の確保と養成、⑦民医連組織を前進させるとりくみ、を提起しました。

全日本民医連として今日、この立場からの県連機能の点検と強化に向けた具体化をすすめます。各県連でも自己点検と論議をすすめましょう。

今日の時代を切り開くキーワードは「県連的団結で乗り越える」。さらに「地協や全国の団

結、連帯の力で乗り越える」。そんな時代ではないでしょうか。

法人指導部の自覚的結集と加盟事業所の民医連への結集が、その前提となります。

### 国際交流・災害支援その他

今期、韓国・源進医療財団・緑色病院との間で相互交流協定（\*54）を結び、交流を深めてきました。3月には平和学校の卒業ツアーとして訪問し、平和・人権・医療などの面で交流を行います。今後、アジアに視点をおきながら、テーマを定めた相互交流・研究などを模索していきます。

昨年、全日本民医連としての災害時を想定した危機管理マニュアルを作成しました。見直しにより現実に沿ったものにしていきます。全国や世界で地震など、災害が多発しています。今期も輪島、新潟中越沖地震などに災害対策基金を活用するとともに、全国的なカンパで被災者への支援を行ってきました。今後も基金やカンパをより有効に活用し、困難な仲間への人道的支援をすすめます。

### 全日本共済組合運動の新たな前進めざして

全国の民医連共済組織は、改悪保険業法（2006年4月施行）（\*55）とたたかいながら、共済運動を守るとりくみを行ってきました。保険会社による保険金不払い事件が報じられる一方、改悪保険業法によって多くの自主共済が廃業に追い込まれるという状況の中、保団連や全商連、労山や労働組合、障害者団体とも共同した運動にとりくみ、マスコミでも報じられてきました。引き続き地域での各団体との共同のとりくみを重ねながら、自主共済を守る運動をすすめます。

全日本民医連厚生事業協同組合が、全日本民医連共済組合の35年の歴史を受け継ぎ、創立されます。全国・県・法人のそれぞれの単位で職員と法人が相互に協力し合い、民医連運動の発展に寄与する新たな共済運動を造り出していきます。

## 第4章

# 21世紀を切り開く民医連運動の新たな前進めざして ～新綱領改定(草案)の提起

## 第1節 草案提起にあたっての問題意識と特徴

### 第37回総会で提起したこと

綱領制定から約半世紀、現綱領は民医連運動の大きな羅針盤として、60年代から今日まで民医連運動の前進に大きな役割を果たしてきました。第37回総会では、①あらためて民医連の歴史と理念に学び民医連運動に確信を持つこと、②民医連の事業と運動は、病院・診療所の枠を越え、新しい制度や事業に積極果敢に挑戦し、保健・医療・介護の分野で総合的に発展してきたこと、③この間の綱領に基づく実践を通じて、「共同組織」「非営利・協同論」「共同のいとなみ」の医療、「生活と労働」の場から捉える疾病観、「環境」問題の重視など、民医連としての新しい理念を確立してきたこと、④改憲の動きの中で、「平和と憲法」を守り発展させる立場や「核兵器廃絶」を改めて積極的に表明することの重要性を再確認してきたこと、⑤「権利としての社会保障」の重要性を再確認すること、などの課題を提起しました。そしてあらためて民医連運動は「何のために、誰のために、誰と、どのように」とりくむ運動なのかを問い直し、21世紀の民医連運動の新たな指針、団結の要となる綱領の見直しを呼びかけました。

### 新しく提案する草案について

新しく提起する草案は、これまでの歴史と現綱領の原則的な理念を踏まえ、①保険薬局や介護・福祉分野の事業と運動の広がりをふまえたものとする、②日本国憲法擁護の立場を表明し、核兵器廃絶や環境問題などへのとりくみを書き込むこと、③「非営利・協同」「共同の営み」「共同組織」など、新しく獲得してきた

概念を明記すること、としました。

「働く人びとの医療機関」について第32回総会で、『働く人びと』の視点、立場として「すなわち、いま日本資本主義の中でもっとも困難な状態に置かれている人びとの命と人権を守る立場、平和と民主主義をつらぬく立場から、特定の階層や医療機関の立場にとどまらない全国的な視野から分析し、すべての民主勢力と手を結んで運動をすすめる変革の立場ということが出来ます」と、確認しました。この労働者をはじめとする地域住民を対象に「人権を守り、変革する立場」をつらぬくことは、民医連の原点であり、発展の原動力となりました。あらためてこの立場と社会的使命を確認したいと思います。

さらに現綱領後文で「すべての民主勢力と手を結んで活動する」とした目標実現の道筋について、「より開かれた民医連」の立場から、要求で一致するすべての団体、個人との共同と連帯を広げることを鮮明に打ち出しました。

また、1986年の第27回総会（岡山）で、規約前文として民医連の歴史が加えられましたが、今回、前文の歴史の部分は要約し綱領前文として記述するようにしました。これに伴い新綱領改定時には、規約前文を削除する提案をします。

また、第35回総会で決定した「全日本民医連の医療福祉宣言」（\*56）は、新綱領策定時には全日本民医連のものとしては役割を終えたと考えます。各事業所や職場の医療、福祉宣言については見直し発展させて活用することを提案します。

2008年度の遅くない時期に、全日本民医連50年史を発行する予定です。

## 第2節 草案討議のすすめかた

今回、理事会が提案する草案は21世紀の民医連運動を中心的に担う職員への「バトン」を手渡す作業です。今後、職員や共同組織の仲間とともに練り上げ、また多くの団体や個人の意見も聞きながら、総意で創り上げていく計画です。旺盛な討議、提案を期待します。また、地協や県連単位での意見交換の場や意見集の発行など

を検討します。議論を重ね可能であれば、次の2010年の総会で決定をめざします。新しく改定する綱領は「無差別・平等」の歴史と伝統を紡ぎ、今日の時代を切り開く民医連運動の「旗印」として生命力を持つものとして考えていきます。

### おわりに

---

---

---

私たちは激動の時代に「いのちの平等」めざして、民医連運動を行っています。歴史をつくり出す仕事に参加しています。その主体となるのは、職員と共同組織の仲間です。次回、第39

回総会は京都で開催します。人権を守る日常活動と医療・福祉の変革めざして、共同の輪を思い切って広げ、学びあい、激励し合って前進しましょう。