

全日本民医連第39回定期総会

運動方針

はじめに

先の総選挙で日本国民は、「国民の意思で社会のあり方を決めることができる」ことを経験し、新しい国づくりへ第一歩を踏み出しました。「派遣村」に代表される反貧困のとりくみ、後期高齢者医療制度撤回を求める運動、医師・医

学生増員運動など、私たちや国民の運動が大きな役割を果たしました。こうした前向きな変化を逆戻りさせず、憲法9条、25条が輝き、誰もが安心して暮らすことができる新しい社会、医療、社会保障制度へと転換させるために奮闘し

目次

はじめに	3
I 章 変革期の情勢～連立政権をどう見、運動するか	4
II 章 「構造改革」のもたらしたものと民医連の10年	5
1 節 情勢の大局的な流れと特徴	5
2 節 構造改革と対峙した全日本民医連の10年	9
3 節 困難な課題を直視し、その克服を	12
III 章 総会方針に照らし、この2年間の活動の特徴	13
1 節 この間のとりくみに確信を深めよう	13
2 節 権利としての社会保障を実現する民医連の運動	14
3 節 民医連の平和・憲法を守る活動の前進	16
4 節 たたかいの中で加えられた民医連攻撃	17
5 節 医療活動の特徴	17
6 節 介護・福祉分野の活動	19
7 節 医師養成・医学生対策のとりくみ	19
8 節 民医連を担う専門職および職員育	

成の活動	20
9 節 経営活動の到達点と課題	22
10 節 共同組織の活動	22
11 節 民医連綱領改定学習討論運動	22
12 節 全日本民医連理事会・共済制度・地協・県連機能について	23
IV 章 新たな前進めざして～長期の展望に立ち、今後2年間の重点	24
1 節 平和・民主主義の擁護、権利としての社会保障、健康権の実現を	24
2 節 貧困と格差・超高齢社会に立ち向かう民医連の医療活動を前進させよう	26
3 節 これら民医連の事業と運動を担う医師養成・医学生対策の飛躍的前進を	31
4 節 介護・福祉分野のとりくみ	34
5 節 民医連運動を担う専門職の確保と養成	35
6 節 「構造改革」の抜本的転換期における経営活動	38
7 節 「あらゆる活動を共同組織とともに」を徹底して貫き、共同組織の強化を	39
8 節 全日本民医連機能、県連機能の飛躍のために	39
おわりに	40

なければなりません。

2009年臨時国会後、粘り強い運動で障害者自立支援法の「応益負担」が廃止されることになりました。厚生労働大臣は「障がい者の尊厳を傷つけた」と訴訟原告の前で謝罪しました。

今ががんばり時です。

歴史の転換期にあたり、民医連は共同組織の仲間とともに、いっそう共同や連帯を追求し、平和・民主主義擁護の運動の前進、貧困と格差に真正面から立ち向かう日常実践、権利としての社会保障の確立をめざし奮闘します。

〈総会の任務〉

1、「新しい時代の第一歩を踏み出した」情勢認識を一致させ、今後2年間の活動方針を確認すること。

2、「構造改革」と対峙した民医連運動の前進面や課題について、全国の経験や教訓をもち寄り、交流すること。

3、新綱領を代議員の総意で決めること。(別議案として提案)

4、これら方針の先頭に立つ役員を選出と決算・予算を決定すること、です。

I 章

変革期の情勢～連立政権をどう見、運動するか

今日の時代は、国民の力で政治や医療、社会保障制度を変えることのできる時代であるとともに、それを阻もうとする勢力とのせめぎ合いの時代です。私たち民医連への期待はいっそう高まります。平和、生活向上、医療、社会保障政策の抜本的転換を求めて奮闘しましょう。

新政権は、「『構造改革』から国民を守り、国民生活第一を貫く」、「コンクリートから人へ」などをスローガンに掲げました。毎年、社会保障2200億円削減政策からの転換や、公的医療費(診療報酬)を当面OECD(*1)平均並みに増やすこと、医師増員、介護・福祉充実など、多くの部分で私たちの要求を反映しています。これからの運動次第で、医療、社会保障政策を転換させる大きな可能性をもっています。

しかし、黙っていても要求が実現できないことも明らかです。オバマ政権に代わっても普天間基地の移転押しつけに見られるように日本政府に対する政策は変わっていません。政権への財界・大企業からの圧力は引き続き強大です。新政権が「構造改革」路線の転換に舵を切ったわけではなく、これまで一度も「憲法9条・25条を守る」とは言っていません。民主党内部には、改憲推進派や新自由主義的構造改革をさらにすすめるよう主張するグループも存在します。「事業仕分け」でも大企業の権益や軍事費には

手をつけませんでした。未だに日米安保条約(軍事同盟)(*2)やアメリカの「核の傘」論にしばられています。

私たちは決して傍観者にならず、運動と提案力を高め、「連帯、参加、共同」の運動の「要」として役割を果たす決意です。

普天間基地撤去や核密約問題の解明(日米関係のあり方を変える=9条を守る)、後期高齢者医療制度廃止問題など(社会保障「構造改革」からの決別と転換=25条の実現)は、政権の憲法9条と25条に対する態度が問われ、この国のあり方にかかわる重要な問題です。

私たちは、「全日本民医連の医療・介護再生プラン案」(*3)をバージョンアップさせ、提案し共同を広げます。それは、「真に人権が保障される平等な社会=福祉国家」の概要をなすものであり、学者、医療・社会保障関係者、「非営利・協同研究所のちとくらし」などと共同作業を行います。

2010年は、名護市長選挙、京都府知事選挙、参議院選挙、沖縄知事選挙、さらには2011年には統一地方選挙が行われます。国政にも暮らしにも大きな影響を与える選挙です。政治の主権者として、革新自治体誕生、要求実現めざして奮闘しましょう。

Ⅱ章

「構造改革」のもたらしたものと 民医連の10年

1 節 情勢の大局的な流れと特徴

1. 新自由主義政策としての「構造改革」のねらい

急進的にすすめられた医療費抑制、社会保障削減政策は、「戦後政治の総決算」と叫ばれた1981年の臨調「行革」(*4)路線に始まり、1990年代半ば以降、戦後勝ちとってきた社会保障制度を根底から覆そうとするものでした。

この政策は、アメリカと日本の大企業が大儲けできる日本社会へと全面的な「改造」＝「構造改革」を行い、医療や社会保障分野では国や企業の責任を放棄する一方で、医療や介護を営利の対象にする「民営化・市場化(商品化)政策」をすすめました。日本政府は1994年以来、毎年アメリカから出される「年次改革要望書」(*5)に応え、医療分野では混合診療の容認や患者自己負担拡大、医療器機・医薬品分野の市場開放、民間医療保険拡大などをすすめました。このように他国の「要望」を受け入れ、忠実に実行する国は日本以外にありません。保険業法や会計制度の改定、郵政民営化もこれらの要求に応えたものです。

新自由主義的政策の本格的実施は1996年の橋本内閣からです。1997年には、9兆円もの国民負担が強行されました。消費税が増税され(3→5%)、健康保険本人の負担増(1→2割へ、2003年には3割へ)、老人医療費の定額負担拡大(2002年には定率負担化)など次つぎと改悪されました。民間医療保険はアメリカ系資本を中心に大きくシェアを伸ばしています。自己負担の拡大とともに広がりました。

2001年の小泉政権誕生を機に「構造改革」の流れは一気に強まり、国民生活の全分野に激しいひずみを生じさせました。小泉首相(当時)は、日本社会の中に漂う閉塞感^{ただよ}を逆利用し、「自

民党をぶっ壊す」「痛みをがまんすれば、未来は明るい」と豪語しましたが、壊したのは国民生活でした。

1999年には労働者派遣法が改正され、2003年には非正規雇用は製造業を含む全分野で自由化されました。「採算性の悪い企業では国際競争力に勝てない」と中小零細企業や農業などを潰し(食糧自給率4割の異常さ)、地方を疲弊させ、大企業をあらゆる面で優遇しました。

主要国別比較では、日本の社会保険に占める事業主の負担が異常に低くなっています。フランス44.7%、イタリア41.7%、スウェーデン41%に対し日本は27.1%にすぎません。しかし、フランスに進出した日本企業は同国の基準で支払っており、EU加盟国に比べて日本では個人負担(保険料+医療費窓口負担)が大きく増えています。

2. 財界・大企業の横暴と消費税のあり方

日本の大企業(資本金10億円以上の金融・保険を除く全社)は内部に貯め込んだ利益(内部留保)を1998年からの10年で98兆円増やしました。「派遣切り」、「期間工雇い止め」の先頭を切ったトヨタ一社だけで12.6兆円もの利益を貯めこみ、2009期も株主への中間配当を627億円も行っています。

金持ち優遇税制の一つである株式の売買益・配当益の税率はわずか10%(本則20%にもかかわらず)です。例えば、サラ金大手会社会長の年間株配当益40億円に対する税率は、勤労世帯の税率を大幅に下回ります。

消費税が導入されて20年経過しました。この間に消費税額は累計213兆円増収となる一方、法人3税(法人税、法人住民税、法人事業税)

は184兆円減収となりました。お金持ちにも赤ちゃんにも同率で課税する消費税分のほとんどを大企業減税に回したことになります。トヨタ、キヤノンなど輸出大企業は、輸出製品の海外での販売には消費税を課税できないという口実で、材料の仕入れにかかった消費税分を国から還元させています。しかし、医療機関は購入する医療材料や経費には消費税がかかるのに、消費税分がすでに含まれていると説明される診療報酬は引き下げられる一方で、医療経営を圧迫する大きな要因となっています。医療にこそ「ゼロ税率」(*6)適用が必要です。

諸外国並みに大企業や富裕層への課税を行い、世界第5位にまで膨れあがった軍事費を「聖域」とせず手を入れれば、消費税を上げる必要はまったくありません。イギリスなどEUや北欧の消費税率の高さに比べ、日本の消費税率の低さが問題にされますが、多くの国では生活必需品などは低率・非課税となっています。すべての消費に一律課税される日本の一般消費税と単純に比較することはできません。

3. 構造改革は国民生活に深刻な影響～「貧困と格差」の異常な拡大

(1) 国民生活の苦難

全国民の2割が生活保護基準以下の収入で暮らし、1人親世帯の8割は生活保護基準以下の生活を強いられています。2つも3つも仕事を掛け持ちせざるを得ず、それでも「学校給食が唯一のまともな食事」「子どもが給食を家に持ち帰り、皆で食べている」といった状況すらあります。

1人親の生活保護世帯では、「健康上の理由で就労できない」が65%となっています。生活破壊は健康破壊に直結しています。人生のスタートラインからの貧困は、発達の阻害や希望(自己肯定感)の喪失という「負の連鎖」を生み出しており、貧困の克服は急務です。

日本には貧困世帯を根底からささえる公的機能(セーフティーネット)がほとんどなく、生活保護を受けることができる基準が高く設定されています。自公政権のもとで生活保護の老齢・母子加算が廃止(*7)されました。しかし、

廃止撤回を求める裁判が行われ支援の輪が広がっています。昨年末、世論と運動によって新政権のもとで母子加算は復活させました。全日本民医連SW委員会が行った老齢加算廃止の影響調査では、多くの人が「1日2食ですませている」「外出や近所づきあいを控える」といった状況です。生活保護費を下げることは、憲法25条の「最低限度の生活」の基準を下げることにほかならず、労働者の最低賃金制度に連動するものです。

保育所の入所定員が絶対的に不足しており、待機児は2万8000人を超え(2009年・厚生労働省)、働きたくても働けない人が増えています。国連の人権条約で高等教育の無償化条約を批准していない国は日本とマダガスカルの2カ国のみで、OECD加盟30カ国中、高校教育はほとんどの国がすでに無償であり、大学教育無償実施国は半数を超えています。子ども、高齢者、障がい者などを大切にしない社会に未来を見いだすことはできません。

全労働者の賃金は2008年度統計で、1998年に比べ92.4%(年額減少32.5万円)に落ち込み、この間、非正規雇用労働者は579万人増える一方、正規雇用労働者は408万人減少し、3人に1人以上が非正規という異常さです。20歳代の約半数が非正規雇用です。そして、非正規雇用労働者の64%が年収200万円以下の生活を強いられ、多くは労災や健康保険も適用されないなど無権利状態になっています。

日本で働く外国人労働者の登録数も2008年末で221万人を超え、「技能習得」などを建前として実際には最低賃金以下の不当な低賃金で働かされ、健診などはなく、結核などが広がっているといれています。雇用破壊をもたらした労働者派遣法を直ちに全面「改正」すべきです。

この1年間、失業者は90万人増加し、376万人と過去最高になり、派遣切り、契約満了、請負中止などで職を失った人は25万人にのぼります。トヨタ、キヤノンなどの日本のトップ企業が率先して派遣切りを行いました。労働者は「商品」ではありません。働くことは憲法27条に定められた国民の権利です。国はこれを保障する義務があります。

正規労働者も差別賃金、成果主義賃金(*8)、過重労働によって心身を病み、1998年度健診で

有所見率が40%だったものが、2009年度では51.3%と急増し、過労死・過労自殺も増加しています。中でもメンタルヘルス関連疾患は厚生労働省の統計でも、この10年間で2.4倍に膨れあがっています。

国の中小企業対策費は駐留米軍に対する「思いやり予算」(*9)よりはるかに低く、倒産件数は四年連続増加しています。しかも「事業仕分け」で中小企業対策費も当初予算を17%も削減されました。日本経済をささえてきた物づくりや中小零細企業はさびれ、安い外国製品などに取って替わられています。全国展開を行っている大型資本によるショッピングモールの進出と、生活の困難による消費の落ち込みによって、全国どこでも商店街は「シャッター通り」化しています。

〈国民健康保険など医療保険制度の深刻な実態〉

国民健康保険(約5000万人)加入世帯の4分の3は、年所得200万円以下であり、2008年の滞納率は20.9%となっています。資格証明書(*10)発行世帯(実質「無保険」状態)が34万世帯になっています。払わないのではなく、高く払えないのが実態です。しかも、払わない人には、行政が児童扶養手当など、生活をささえる原資の差し押さえまで強制執行する事態も起きています。

最も高額な保険料を徴収しているパナソニックの城下町・寝屋川市では年所得200万(40代夫婦と子ども2人世帯)の保険料は50万3900円にも上り、市の国保滞納率は3割を超えています。

この最大の要因は1974年49.8%あった国庫負担率が2007年には25%まで下げられたことです。その結果、1974年当時一人当たり39,020円だったのが、2007年度には84,367円と2.16倍も増えています。

国保の場合、本人、家族とも窓口では3割負担を払わなければなりません。さらに国民年金、介護保険料・利用料の支払いなども加わります。子どもがいる世帯にも資格証明書が発行され、2008年9月現在、全国で中学生以下の資格証明書発行世帯は3万3000世帯、高校生の無保険者が1万人にものぼりました。国保法が改定され、国会で中学生以下への資格証明書発行は中止さ

れ、高校生の無保険状態をなくすとの表明がされました。しかし、短期保険証が自治体の窓口留め置かれ、取りに行かない限り使えないのが実態です。生活保護世帯・人は、2009年12月時点で130万世帯・181万人と、1995年以来増加の一途をたどり、抑制政策をとり続けているにもかかわらず過去最高を日々更新しています。

2008年、国保証取り上げによる「手遅れ死亡」事例は判明しただけで31人にのぼります(全日本民医連調査)。国保法第1条は「もって社会保障及び国民保健の向上に寄与することを目的とする」となっていますが、国による自己責任の強要、国庫負担の削減などによって、もはや社会保障といえる状況ではありません。医療機関の窓口未収金も膨大な額になっています。

2010年5月以降、後期高齢者制度の対象となる75歳以上の高齢者に資格証明書の発行が適用されようとしており更に深刻です。協会けんぽ(旧政府管掌健保)も都道府県単位になり、財政赤字を理由に大幅な保険料値上げが予定されています。国庫補助金は削られたままです。

1998年以来、2009年度(速報値)も含め12年連続で自殺者が3万人を超えました。異常な自殺率の高さです。人間のいのちを大切にする国への転換を願わずにはおられません。

(2) 医療、介護、社会保障の崩壊

「医療や社会保障に税金を使うのは無駄」として、社会保障費をこの8年間で8.3兆円も削減した結果、深刻な医療・介護崩壊が起きました。「地方公共団体財政健全化法(財政健全化法)」(*11)と「公立病院改革ガイドライン」(*12)のもと、自治体病院への財政支援がどんどん削られ、赤字で合併や廃止があい次いでいます。大学病院や公的病院も同様です。こうした政治が、全国各地で起きている「救急受け入れ先がない」「お産できる施設がない」などの事態を生み出しました。また、大流行した新型インフルエンザへの対応は、日本の公衆衛生行政のお粗末さを露見させました。保健所を減らし続けてきた問題が浮き彫りになっています。

医療費抑制のために実施した後期高齢者医療制度ほど、人間を粗末に扱う制度はありません。また、公的医療保険のある国で、成人の自己負担が3割という高率の国はほとんどなく、多く

の国は無料が原則です。

昨年4月で介護保険法は施行10年目を迎えました。「介護保険の10年」は「構造改革の10年」でした。利用者・家族の生活や介護よりも「財政の論理」を優先させた徹底的な給付抑制方針のもとで、介護の取り上げや報酬引き下げ、基盤整備の総量規制が実施されました。創設時に掲げられた「介護の社会化」の理念は放棄され、家族介護の強要と介護の営利化・市場化が進行しています。軽度介護の切り捨て、施設などの居住費・食費の保険外しを強行した2005年の制度改悪は、利用者、事業者双方に困難を押しつけるものでした。あい次ぐ制度改悪のため、介護は2つの危機に瀕しています。1つは、深刻な人手不足と経営難による介護事業所存続の危機、2つ目は、必要なサービスを受けられない利用者・家族の介護と生活の危機です。「介護心中・介護殺人」事件は、介護保険ができて以後、むしろ増加しています。「誰のための」「何のための」介護保険なのかが正面から問われています。特別養護老人ホームへの待機者は42万人を超えています

歯科医療の危機が深く進行しています。収入階層による歯科受診率の格差が極端で、貧困層は歯が痛くても歯を失って噛めなくなっても受診できず、がまんしています。そのための劣悪な口腔状態が健康悪化や社会参加の障害となり、貧困の連鎖を生んでいます。これまで「歯は命に関係ない」と歯科医療、診療報酬は軽視されてきました。歯科経営は厳しく、歯科医師の「5人に1人がワーキングプア（年収300万円以下）」と報道される状況です。

4. 構造改革の対抗軸と新しい世界の動き

(1) 憲法に定められた国民の権利

日本国憲法は、すべての国民は「基本的人権」が保障され、これらは「侵すことのできない永久の権利」(97条)と定めています。とりわけ25条では生存権、26条では教育権、27条では労働権が定められ、それぞれ具体的条項を付して実現への道を示しています。こうした見地から、今この国で起きていることを問いただすと、この間すめられてきた政策がいかに憲法違反であ

るかを物語っています。

(2) 権利としての社会保障を貫き、「自己責任」論の克服を

権利としての社会保障がゆがめられています。国や大企業、自民・公明党政権は、自己責任を前提とした「自助・共助・公助」論を振りまき、国民は孤立、分断されてきました。国の責任の放棄と自己・家族責任の強要、競争をあおってきた結果です。自己責任論は、イラクでの日本人青年の人質事件の際に顕著になりました。この考えは、現在もメディアなどを通じて宣伝が続き、国民に浸透しており軽視できません。反貧困ネット事務局長の湯浅誠氏は、イスとりゲームになぞらえて「どんどんイスの数を減らしておいて、イスに座れなかったのはアンタのせい」というのが「自己責任論」と言っています。世界青年意識調査でも日本の青年の「自己肯定感の低さ」が際だっています(2006年・内閣府)。1997年、政府が「成人病」という呼称から「生活習慣病」と置き換えたことも同じ意味合いです。

私たちは「孤立に対し連帯」「分断に対し共同」「健康の自己責任ではなく健康の自己主権」「権利としての社会保障」という立場に立ちます。患者や利用者の生活背景を多角的にとらえ、日常の実践とケースカンファレンスなどを通じて、「誰でも人間らしく生きていく権利がある」との人権意識を高め、自己責任論を乗り越えていきましょう。

(3) 軍事大国化と利益第一主義から平和の創造を

「利益第一主義」による経済活動は地球温暖化・環境破壊という危機をつくり出しました。最大の環境破壊行為は戦争です。

アメリカでは「ブッシュの戦争」で多くの若者が死にましたが、戦争をやめようとはしていません。戦争をすればするほど儲かる軍事産業の主要なメンバーが国の中枢を占め、国家予算に占める軍事費は4割にも達しました。片方に戦争で巨利をあげる者がいて、他方に彼らのために戦地に追いやられる貧しい若者がいます。ちなみに1945年の日本では、予算に占める軍事費は85%にも上りました。戦争と人権はまった

く両立しません。

オバマ大統領は、平和や核兵器廃絶を唱える一方で、アフガニスタンに軍隊を増派、在日米軍再編強化を強要する矛盾を抱えています。世界一の軍事力によって国際紛争を解決しようとするアメリカと、「国の交戦権を認めない」とする憲法9条を持つ日本とは「価値観」が違います。9条を持つ国、唯一の被爆国日本が、平和を力に国際的に果たさなければならない役割がいっそう大きくなっています。憲法9条は世界を変える「力」があります。

(4) 資本主義の本質と限界、「ルールある経済社会」へ

一方、「ルールある経済社会」を求める大波が世界中で起きています。

中南米では多くの国で親米政権が退き、貧困撲滅を掲げる政権が次つぎと誕生しています。キューバは、アメリカからの経済封鎖の影響を受け1人当たりの年収がアメリカや日本の40分の1という貧しい国です。しかし、50年間の徹底した平等政策の下、医療費、教育費の無料制度が続けられています。人口当たり医師数は日本の3倍であり、住民参加に裏付けられた保健予防と健康管理で、世界トップクラスの健康度を達成しています。

EU加盟国では、新自由主義政策を安易に採用せず、健康格差解消にむけた国の指標を掲げるなど、公的責任を明確にし企業の横暴に規制を加え「ルールある経済社会」を前進させています。北欧では、医療・介護・教育への公的支出が大きく、安定した経済成長を実現し、格差

の少ない社会をつくっています。非営利・協同の企業体が多いのも特徴です。

アメリカでは新政権のもと富裕層への課税、公的医療保険制度導入の動きを見せています。

地球温暖化を防ぐ新たな国際的協定づくりも始まっています。

日本は全世界の約1割にあたる年間約500兆円のGDPを有しているにもかかわらず、富を大企業や一握りの富裕層が独占し、一方で労働者をモノのように使い捨て、医療や社会保障、教育などを先進国中で最低ランクです。またこの間、蓄積されてきた富の大部分が金融投機に注ぎ込まれ、新たな産業や雇用を生み出す投資にはほとんど使われなかったことが明らかになっています。経済は国民の幸せのためにこそあります。

2009年、日本で政治の大きな変化が起きました。この変化を国民本位に切り替えるチャンスです。外需依存中心型経済から内需拡大・地域循環型社会に転換させることが重要です。経済成長率の高い北欧を見るまでもなく、医療、介護・福祉、教育などの拡充や、製造業など中小零細企業へ支援を行うことは雇用を増やし、地域経済を活性化させ、GDPの6～7割を占める個人消費を引き上げます。今後、医療、介護の需要はいっそう高まります。生活関連の雇用を増やし、生活できる賃金を保障することこそが安心社会をつくります。

今、世界も日本も、大きく変わろうとしています。私たちは歴史の歯車を社会進歩の方向に動かす一員として役割を果たさなければなりません。

2 節 構造改革と対峙した全日本民医連の10年

第34回総会（2000年）は、21世紀初頭の課題として「人権と非営利」「より開かれた民医連～連帯と共同」「働きがいと事業所の発展の統一」「安心して住み続けられるまちづくり」の4つを掲げました。この立場から私たちは、①構造改革に正面から立ち向かい共同を広げ、たたかうこと、②患者の人権と事業所の経営を守ること、③これらの事業と運動を担う人材を自らの手で育てることの3つの課題を、どれも弱めることなく統一して追求してきました。

この10年、逆流に抗して踏みとどまり、善戦健闘し新しい地歩を築いてきました。民医連綱領と総会方針が羅針盤として大きな役割を果たしました。

1. 社会保障を守り、発展をめざすとりくみ

私たちは、社会保障改善運動を「民医連のたましい」と位置づけ活動してきました。事業所の中だけでは、地域で起きている深刻な受療権

の侵害や「貧困と格差」の実態はつかむことはできません。最も困難な人は受診すらできません。この間「事例にこだわる」「地域に打ってでる」「人権のアンテナの感度を高める」ことを強調してきました。大阪民医連が5年前から行っている「熱中症」調査などに見るように、事実をまとめ民医連内や行政、マスコミなどに発信してきました。こうした活動が寒冷地生活実態調査や高齢者生活実態調査など多くの調査と現場からの事実による告発活動につながっています。「貧困や格差の実態をつかもうとすれば、医療問題では民医連に行き着かざるを得ない」というのがマスコミ関係者の評価です。

医療や社会保障構造改革ストップのために、中央社会保障推進協議会(中央社保協) (*13) や医療団体連絡会 (*14) (6団体で構成)、「軍事費を削って医療・福祉・教育にまわせ」国民大運動実行委員会などと共同の運動をすすめてきました。中央社保協に事務局長を派遣し、地域社保協など共闘組織の中でも大きな役割を果たしています。各地域で共闘組織の中心的な役割を担って奮闘しています。

この間の大きな特徴は、これまでつながりがほとんどなかった多くの団体や個人との連携や共同を広げてきたことです。医療界のオピニオンリーダーはじめ日本看護協会や日本慢性期医療協会(旧療養病床協議会)、全国自治体病院協議会はじめ病院関係団体、介護関係団体との懇談や連携、共同行動を行ってきました。そのことが運動の発展と具体的な成果に結びついています。

2. 平和と9条を守るとりくみ

2001年の「9・11」以後、ブッシュ政権によるイラク、アフガニスタン戦争の開始と連動し、憲法9条を変え日米軍事同盟を強化しようとする動きが強まりました。自民・公明政権は「押しつけ憲法」「国際貢献」などをふりまき、自衛隊の海外派兵を強行しました。自民党結党50年には改憲案が出され、安倍政権は改憲を可能とする国民投票法 (*15) を強行成立させ「自分の内閣で改憲する」と公言しました。

しかし、2004年に大江健三郎氏、梅原猛氏ら9氏のおかげで始まった「9条の会」は全国津々浦々に広がり約7500の「会」が結成されて

います。この会には、戦争体験者、自衛隊は専守防衛に徹すべきといった人、首長経験者や保守系議員など幅広い人が参加し、「ともかく戦争反対、改憲反対」という一点で活動しています。張本勲さん、吉永小百合さん、沢田研二さんはじめ多くの著名人が意思表示をしています。世論調査では63%が「憲法9条を変えるべきではない」と答えています(2008年5月3日付「読売」)。圧倒的多数の国民の声であり、9条の会の広がりや世論調査の結果が並行しているのが特徴です。

しかし、国民投票は2010年5月以降、国会の発議があればいつでも実施できる情勢です。鳩山首相自身が改憲を公言しており、「靖国派」と呼ばれる改憲勢力が虎視眈々と巻き返しを狙っていることを軽視できません。

民医連は「武力で平和は実現しない」と戦争に一貫して反対してきました。原水禁世界大会 (*16) には毎年千数百人の民医連関係者が参加しています。2004年以来、第19次にわたる辺野古支援連帯行動(各県連実施含め約2000人以上の実参加者)はじめ、平和を守るたたかひや憲法を守る活動を重視し、運動してきました。

3. 医療安全・医療倫理・医療の質向上をめざすとりくみ

21世紀は激動の中で幕を開けました。耳原総合病院セラチア菌院内感染問題(2000年)、川崎協同病院、京都民医連中央病院の事件(2002年判明)や幾多の医療事故問題に遭遇しました。政権政党(当時)は、これらの事件や事故を最大限に利用し、本格的な「民医連つぶし」の攻撃をかけ、「人殺し病院」の見出しをつけた数千万枚に及ぶ攻撃ビラをまきました。国会では自民党議員が公然と民医連攻撃を行いテレビでも放映されました。民主的な運動の先頭に立つ民医連をつぶすことで運動を押さえ込もうとする狙いでした。

民医連はこの事件や医療事故・院内感染問題で、医療安全は人権保障の重要な柱であることを再確認し、①なによりも患者の人権を最優先する姿勢の確立、②共同のいとなみの医療の確立・患者参加の重視、③事実謙虚に向き合う姿勢の確立、などの教訓を導き出しました。セラチア菌院内感染問題で外部の責任者としてか

かわった医師から「これだけ真摯^{しんし}に教訓を伝えようとしている医療機関は他に見られない」と評価されました。川崎では、何度も地域に出かけ、「終末期医療のあり方」を考える住民公開講座も行いました。京都では、管理運営のあり方について徹底的に検証しました。こうした方針と実践を通じて、住民としっかりした結びつきを強め信頼を得、攻撃を跳ね返しました。

これらの経験をもとに、全国の民医連事業所で徹底した自己分析を重ね、医療安全、医療倫理など、医療の質向上、管理運営の改善をめざすとりくみをすすめました。

全日本民医連は医療安全交流集会などを通じて教訓を徹底し、医療事故報告制度の開始、警鐘の事例の収集と発信、副作用モニター制度の拡充を行い、『院内感染予防マニュアル』『転倒転落事故を予防するために』『みんなで取り組む注射事故予防』などにまとめ民医連内外に普及しました。さらに、いち早く「公正中立な医療事故問題を扱う第三者機関」(*17)の設置を提唱し、2004年6月には広く国民、医療関係者に呼びかけて「なくそう医療事故、高めよう患者の権利」シンポジウムを開催し、すすんだ国の視察を通じて第三者機関のあり方について提言を行うなど運動を続けてきました。

4. 医療・社会問題へのとりくみ

2000年、厚生労働省は「健康日本21」をスタートさせました。これに対し全日本民医連は、WHOオタワ宣言の「一次予防を重視」するなどの積極面を持ちつつも、国民の健康権を保障するという視点が欠落していることを指摘し、住民参加、職場・居住の環境づくりの中に健康づくりを位置づけるよう求め、見解を明らかにしました。しかし国は、民医連や日本公衆衛生学会などの勧告を無視し、医療費抑制を目的とした自己責任に基づく健診制度へ後退させました。

健診、健康づくりの運動を重視していることは民医連の大きな特徴です。また、アスベスト被害、原爆症、労災職業病、大気汚染公害や水俣病、薬害など医療・社会問題に、被害者の権利を守る立場から積極的にとりくんできました。全国の振動病、じん肺の患者の多くが民医連事業所の患者であるように、民医連のこの分野で

の活動は医療界の中でも際立っています。1998年冬、全日本民医連と全労連が中心になり、学者・研究者も加わって「働くものいのちと健康を守る全国センター」を発足させました。2009年現在27県にセンターができ活動しています。同全国センターに事務局長を常駐派遣しています。

5. 介護保険導入と民医連のとりくみ

介護保険制度は過大な家族介護への負担軽減を理由に『介護の社会化』をうたい、それまでの措置制度から介護保険制度として導入されました。しかし、一方介護保険制度は構造改革の一環として、高齢者の医療費、介護費用に政府の負担を少なくし、介護分野をビジネスチャンスとして営利企業に開放することを意図したものでした。コムスンをめぐる一連の事態は、市場原理に基づく営利の追求と介護に求められる公共性とはまったく相容れないもの、とあらためて示しました。

民医連は、2000年の介護保険創設を機に、介護・福祉分野を重視し、制度の矛盾に立ち向かい、たたかいつつ、生活を丸ごとささえる事業、介護実践にとりくみました。2009年4月現在で介護保険指定サービス事業所数は在宅サービスを中心に2500に達し、約75%を医科法人、20%を社会福祉法人、5%をNPO法人、株式会社などが担っています。この10年で特別養護老人ホームは3施設から18施設に、老健施設は29から46施設に増え、地域密着型サービスや地域包括支援センターなどの新設事業や、住まいづくりなど制度を超えたとりくみにも挑戦してきました。介護分野の職員数は2001年から2007年までに5倍化しています。医科法人の事業収益に占める介護分野の割合は13.7%を占めるに至っています。

制度改善のたたかいでは、利用者・家族の実態から問題点を発信し、福祉用具の利用基準をはじめ、制度の改悪を押しとどめるなど重要な成果を勝ちとってきました。各自治体で、利用料や保険料の減免、上乘せ・横出しサービスなど独自施策を実現させています。

6. 大きく前進してきた共同組織の活動

共同組織を『民医連運動にとって不可欠の構成要素』と位置づけ、この10年来、「安心して住み続けられるまちづくり」「あらゆる活動を共同組織とともに」をスローガンに掲げ、健康増進、平和・社保活動、助け合い、医学生への援助活動はじめ人づくりや出資、利用など具体的な経営・運営参加など事業所を支え、民医連運動のあらゆる分野でなくてはならない存在として役割を強めてきました。この10年間で共同組織は65万増加し340万、「いつでも元気」は1.5万部増え5.6万部の到達となりました。全国集会の準備と日常交流を目的とする全国連絡会への参加県連（第38期は36県連から代表派遣）も増えました。2004年の総会で確認した今後10年間で400万、「いつでも元気」10万部の実現にむけて、さらに質量とも強固な共同組織目指しましょう。次期、集会は全国で初めて老人医療無料化が実現した岩手で開催されます。被爆地長崎から全国初の老人医療無料化を実現した岩手へ、まさに9条から25条へつながるものとしましょう。

7. 民医連の経営活動と医師養成、組織現勢

2000年、第34回総会では、「これまでの延長線上の努力では第一線の医療を継続・発展させることはできない」とし、「医療経営構造の転換」を提起しました。1998年から2004年まで「支出抑制型とならざるを得ない」との認識のもとで経営改善のとりくみをすすめて、2000年度には、医科法人合計の経常利益率は2.1%と過去最高の水準に到達しました。しかし、2002年以降4回の診療報酬改定で、計7.73%も引き下げとなり、介護報酬は制度発足以来2回連続で引き下げられました。さらに患者負担増による受診・利用の抑制など、社会保障費の徹底した抑制によって、民医連の経営を直撃しました。

民医連は費用管理とともに収益拡大の追求も重視してきました。しかし、民医連の外来患者

件数・延べ数ともに2001年をピークに減少傾向が続いています。経常利益率は、2000年度をピークに、2002年から2005年は1%台で、2006年以降は1%以下まで落ち込んでいます。

こうした中、全日本民医連への改善計画報告を必要とする「要対策項目該当5ポイント以上」の法人数は、2000年度17法人から毎年増加し、2008年度に58法人（36%）に達しています。連続的な損益の悪化は、経営管理の弱点とも重なって、資金危機として表面化し、2006年には徳島健康生協に、2007年には川崎医療生協に、全日本民医連の対策委員会が設置されました。

全国の病院数は2000年以降の八年間で約500減少、病院の1日あたり患者数は180万人から130万人に減少しています。多くの医療機関が赤字となり、経営破綻や経営譲渡なども増加しています。その中で民医連経営は、医療活動を軸に介護福祉分野へも積極的に活動を広げ、「たたかいと対応」の方針のもと総合的にとりくみ、黒字法人比率66%（2000年82%）と、よく踏みとどまり全体として奮闘してきています。

医師数抑制政策の中で、民医連の医師養成の特徴は大学医局に依存せず、独自の医学生対策や医師研修の受け入れを行ってきたことです。総合力と一定の専門性をもつ医師を養成することを目的に、過去、4000人以上の医師を自前で育ててきました。この実績を踏まえ、2004年度から始まった新医師臨床研修制度（*18）においても積極的に医師養成に挑戦し、2004年～2009年の6年間で、57の管理型臨床研修病院で初期研修医を1068人（2009年度マッチングまでの5年間）受け入れました。「ニポポ」「群星」など他の臨床研修病院と共同して地域の医療を担う医師養成をすすめました。また、全国にある93の家庭医養成プログラム中、民医連の参加するものは41あります。

そして今、民医連は加盟事業所数1761、職員数約8万人（常勤5.1万人、パート約3万人）、共同組織340万という、日本の医療・介護の分野で確固たる位置を占める事業・運動体に成長しています。『いつでも元気』は2009年度に創刊200号を超え、5.5万読者を有しています。

3 節 困難な課題を直視し、その克服を

このような前進とともに、民医連運動をすすめる上での困難や課題も鮮明になっています。

第1は、医師、医学生対策です。2009年度現勢調査では常勤医師数は2年間で186人減少しました。15年前と比べ、医師の中心層は40歳代から50歳代へ移行しています。10年後に民医連運動を担う医師集団は育っているのでしょうか。民医連の「心」をもった大量の医師集団をつくり出すことなしに、民医連運動の継続や前進は困難です。

第2は、経営管理のいっそうの改善、飛躍です。病院などの建て替えや耐震補強などリニューアルで大型投資を必要とする事業所が少なくありません。こうした中で、経営を守る活動は総力をあげてとりくむ重要な課題です。

第3は、民医連運動の中心的な担い手である

医師、看護師、事務など幹部の不足です。定年期を迎える世代があり、経営困難に伴う事務系の採用控え、急速な事業拡大などが要因です。幹部養成、保全が重要です。

第4は、県連や地協機能の強化です。1法人1県連の努力だけでは、前進が困難な時代です。全国・地協・県連機能を強めるとともに、法人、事業所の民医連運動への自覚的結集が不可欠です。

医師問題や経営問題など私たちがかかえる困難や課題は、他の医療機関や患者、国民のかかえる困難と根は同じです。「目を内に向ける」ことなく、医療や社会保障政策の転換をはかる中で、自らがかかえる課題を前向きに解決していく視点で奮闘しましょう。

Ⅲ章

総会方針に照らし、この2年間の活動の特徴

1 節 この間のとりくみに確信を深めよう

この2年間、あらゆる活動に「まっすぐな人権意識」を貫くことを確認し活動してきました。平和と憲法の危機、貧困と格差、医療・介護の崩壊の中で、民医連は、これらの課題と正面から向き合い、ナースウエーブやドクターウエーブ、介護ウエーブ、歯科ウエーブなどの大波を起こし、平和を守り、構造改革の転換を迫る運動に全力をあげました。

職場では、一人ひとりの患者、利用者に寄り添い、療養、生活をささえる活動を行ってきました。地域では、共同組織の仲間とともに、健康づくりと誰もが安心して暮らせるまちづくりのために奮闘しました。

このような運動によって大きな成果を生み出しました。

4半世紀ぶりに医師数抑制政策を転換させ、1221人もの医学部定員増を実現させたことは、日本の医療運動の中で歴史的な成果です。参議院での後期高齢者医療制度廃止法案可決、原爆症集団訴訟における原告側が21連続勝訴、肝炎対策基本法の成立、水俣病大検診、核廃絶にむけての運動の前進など、国民的運動と私たちの共同運動があったからこそ、実現できたことで

す。テレビ金沢が作成し全国ネットで放映され、その後新書にもなった「笑って死ぬる病院」に紹介された石川・城北病院の活動が大きな感動を呼んでいます。番組や本の中で紹介されている実践は、民医連がすすめている医療・福祉の活動そのものです。この本にふれ、民医連での

研修を決意した医学生も生まれました。無料低額診療事業（*19）の活用や国保法44条（*20）を適用させるとりくみも「民医連ここにあり」を示したものです。

川崎医療生協への全国的連帯基金（*21）の発動（完全返済）や、徳島健康生協の経営改善など、経営困難や災害に対して、民医連は全国連帯の力を大いに発揮しました。こうしたこの2年間の活動を確信にしましょう。

総会方針を全職員や共同組織の仲間の確信とするために学習月間にとりくみました。運動方針や全日本民医連の「医療・介護再生プラン案」、綱領改定草案の理解を深めるために、総会DVDなどを作成しました。学習運動は5県連が職員参加率100%を達成し、全体では72%でした。

全国の方針や経験から学び経験を生かすことは、さまざまな活動の前進の糧になっています。

民医連と職員、共同組織をつなぐ『いつでも元気』の職員購読率は平均で34.7%（最高100%、最低7.1%）です。職員読者比が10%程度に留まっている県連もあり、とりくみを強めなければなりません。また、医師に対する制度教育が全体として遅れており工夫が必要です。

加盟事業所数は1743から1761に（2010年1月現在）、職員数は2年間で2730人増加し、常勤換算で6万7829人になりました。介護分野やリハビリ関連の職員数が大きく伸びています。病院数は三減、訪問看護ステーションは344から322へ減少した一方、小規模多機能施設など在宅関連事業所は増加しました。

2 節 権利としての社会保障を実現する民医連の運動

1. 憲法25条村を実現させた「派遣村」のとりくみ

2008年末に起きた大規模な派遣切り、雇止めなどによって多くの労働者が路頭に迷う事態が生じました。自公政権は「日本に貧困問題はない」「格差はかならずしも悪くない」「努力されたものが報われる社会が是」とし、貧困の実態は明らかにされてきませんでした。貧困研究も遅れた分野でした。しかし、多くの団体・個人が連携し「派遣村」が生まれました。

多くの国ぐにでは、貧困問題は「生活保護率の高さ」という形で表れ、国や自治体が責任をもって対応しますが、日本では貧困＝即「生存の問題」そのものとなって表れました。派遣村には民医連の多くの仲間がボランティアで駆けつけ、診察などを行いました。派遣村の1日の受診者130人全員が無保険者であり、その日のうちに4人が入院しました。日比谷「派遣村」は、多くの市民、全労連や連合、政党の共同した運動でした。市民の「参加・連帯・共同」を基調とする従来にない運動として注目を集め、国を動かしました。1月2日には厚生労働省の講堂を開放させ、住所がない人も生活保護を受け付けさせるなどの成果を勝ち取りました。派遣村は「新自由主義の入り込む余地の一切ない、憲法25条村」といえる運動です。

民医連は、共同組織とともに各地で多くの団体・個人と共同して、生活・医療援助など生存権を守る活動を広げました。「住まい」を提供するなど、困難な人の最後のよりどころとして役割を果たしています。

2009～2010年の年末年始は公設派遣村ができました。一歩前進といえますが、住まいや職を求める人はあとを絶たず、昨年より入村者が増えたにもかかわらず、行政の対応は極めて不十分です。民医連の多くの仲間が支援活動に参加し、他の団体、個人といっしょに生活や健康相談活動にとりくみました。

2. 無料低額診療事業への挑戦

第38回総会でよびかけた無料低額診療事業は、「必要性は薄らいだ」としてきた政府見解を国会で小池晃議員が取り上げ、ただしたことから「各自自治体の判断で受理されるべき」との行政指導により制度活用に道が開かれました。

民医連事業所では、すでに実施していた80の事業所に加え、この1年間で新たに61事業所が受理され、24事業所が現在、準備中です。全実施医療機関の4割以上が民医連の医療機関で、患者の受療権を守るうえで重要な役割を果たしています。老健施設でも積極的に同制度の活用が行われています。

実施事業所では記者会見し、町内会、小中学

校、他医療機関を訪問するなど制度の紹介と活用を呼びかけ、多くの期待が寄せられています。マスコミも注目しています。実際、医療から排除されていた人の受診が多く、その後、生活保護の申請などにつながっています。制度利用者の疾患別統計をみると、整形疾患やがん、糖尿病が多いのが特徴であり、生活苦が受診抑制を助長し必要な治療を阻んでいる実態がうかがえます。

しかし、いまだに受理しない自治体があり、とりくみの強化が必要です。また、この制度は保険薬局には適用されず、減免分は医療機関の持ち出しがほとんど（旧公益法人、生協法人、老健などは固定資産税など非課税制度あり）です。適用事業所や減免制度の拡大とあわせて国保法44条の適用の拡充や生活保護取得基準の緩和などの運動が必要です。石川・輪島健康友の会などが設けている「助け合い基金」（薬局の負担分相当を援助する）（*22）についても、学び検討する必要があります。

3. 全日本民医連の医療・介護再生プラン案を力にした運動

全日本民医連の「医療・介護再生プラン案」（第38回総会）をもとにシンポジウムを行い、積極的に提言し運動を強めました。この提言は日本の医療・介護のあり方や、「税金の集め方、使い方を変えるだけで医療、社会保障の拡充は可能」と財源確保の道筋を示したものです。今や民医連が提起した「再生プラン案」の内容は医療界の共通の認識になっています。近畿地協はじめ各地でもシンポジウムが開かれ、医師会や自治体首長、病院長など多くの関係者や専門家の賛同を得て、医療・介護を再生する共同運動の足がかりとなっています。

〈後期高齢者医療制度撤回、診療報酬再改定・臨研制度の見直しを求めるたたかい〉

2008年春、後期高齢者医療制度、療養病床の削減、特定健診・保健指導、診療報酬引き下げ、介護保険制度の改悪などが実施されました。

全日本民医連はいち早く、後期高齢者医療制度の撤回を主張し運動を強めました。政府が「7割の人の保険料が下がる」と発表した翌日に、数千に及ぶ高齢者生活実態調査をもとに「4割

以上の方が上がる」との記者会見を行い、政府がそれ以後「保険料が下がる」などと一切口にできない状況をつくりだし、野党共同提案（当時）による参議院での廃止法案可決に大きな役割を果たしました。運動の強化や政治革新による医療・社会保障政策の転換を求めて、民医連独自にビラ（2年間で6種類、1330万枚）、紙芝居作成や学習・宣伝資料を発行しました。

診療報酬制度における選定療養（保険外診療）と入院時医学管理加算とのリンク（史上初）（*23）、回復期リハにおける成果主義導入及び疾患別日数制限（東大の多田富雄名誉教授などの自発的な署名運動も盛り上がった）、新医師臨床研修制度の見直しなどの問題点について、即時撤回、診療報酬の再改定、大幅引き上げを求めて運動しました。2009年3月末、全日本民医連は財務省、厚生労働省と交渉し、シンポジウムを行いました。多くの議員や他の医療機関、事業所の賛同を得ました。この行動には医師約30人が参加しました。100床台の病院の研修医は「この病院でこそ、地域に密着した総合的な研修ができています。後期研修もここで行うつもり。地域医療を担う医師になりたいという夢を奪う新医師臨床研修制度見直しを撤回してほしい」と迫りました。

〈大きな力を発揮し現場から発信した各種実態調査〉

全日本民医連は、高齢者生活実態調査、国保死亡事例調査、寒冷地生活実態調査、生活保護老齢加算廃止影響調査、熱中症実態調査、介護実態調査（1000事例）などで現場の実態を次々と告発し、国や自治体に対し要望書を提出、交渉を行ってきました。マスコミなどが大きくとりあげました。また、議員や自治体からの問い合わせも少なくありませんでした。

〈3 ウエーブの提起と大波〉

看護ウエーブ、ドクターウエーブ、介護ウエーブは医師、看護師、介護職など当事者が主体となった運動となり、これまで経験したことのない幅広い個人、団体との共同や連帯を広げました。各ウエーブは、「自分たちの運動が情勢を確実に変えてきた」という確信を広げ、職員の成長につながっています。

2008年度、本田宏済生会栗橋病院副院長、夏川周介佐久総合病院長、邊見公雄赤穂市民病院長（当時）、近藤克則日本福祉大学教授、宇敷萌医学連委員長（当時）の呼びかけで始まった医師・医学生による「医師増員署名」は、日野原重明聖路加病院理事長ら多くの医師、医学者、医学生の賛同や超党派議連の協力も得てとりくまれました。署名は医師・医学生のみで約2万2000筆集まり、医学部定員増を実現させ、党派を超えた紹介議員の発議によって参議院で決議が採択されました。また、全国医師連盟や全国医師ユニオンなどの新たな医療改善、労働条件や権利擁護を求める組織も生まれました。

第38期、2度にわたり日本看護協会との懇談を行いました。地域看護協会との懇談も実施しました。日本看護協会も独自の調査から交代勤務の看護師のうち2万人が過労死基準を超える実態にあることを発表しました。そして、2009年の「社会保障を増やして、国民のための医療・介護への転換を！ 10・22集会」には日本看護協会の幹部が参加し発言するなど共同が広がりました。地域の病院と共同して看護師増員や処遇改善に向け、行政との懇談や交渉にとりくんでいる経験も各地で生まれています。

介護ウエーブも、民医連の介護・福祉分野の職員が自らの労働条件改善と、利用者が必要な介護を受けられる制度改善を求めて立ち上がりました。ニュース発行も100号を超え、各地のとりくみを激励しました。署名・宣伝、介護シンポジウム、自治体交渉など創意あふれるとりくみを通して介護改善を求める共同行動が広がりました。2008年秋に実施した「介護1000事例調査」では、重い費用負担による利用抑制など介護保険をめぐる「9つの困難」を明らかにしました。この実態調査は運動をすすめる大きな力、職員の確信となり、日本リハビリ学会優秀演題賞を受賞しました。

こうした運動の結果、3%という低い水準で

すが、前回からの介護報酬引き下げの方針を変換させることができました。また新たな処遇改善・雇用対策の実現、認定制度見直しにおける認定基準の大幅修正、施設整備の促進、自治体での介護保険料引き下げや独自施策の実施などの成果を生みだし、今後の足がかりをつくりました。

〈歯科ウエーブのとりくみ〉

全日本民医連は「歯科再生プラン（案）」（*24）を発表し「保険で良い歯科医療の実現を」めざす歯科ウエーブの運動にとりくみました。民医連歯科学術・運動交流会を成功させ、「保険で良い歯科医療を」連絡会議と連携した請願署名活動、10・8入れ歯デー、「入れ歯が危ない」集会、11・8いい歯デー、国会要請行動などにとりくみました。歯科請願署名は、民医連で11万6000筆、全体でも20万筆を超え、自治体意見書採択は400を突破しています。民医連は運動の牽引車として役割を果たしました。

〈運動による制度改善〉

これらの運動の成果はまだ限定的ではあるものの、国や自治体の施策として結実しています。群馬県では所得制限なしで中学生まで入院、外来の窓口負担無料化が実現しました。群馬民医連や社保協などが役割を果たしました。また、いくつかの自治体でも高齢者の医療費無料、中学生までの医療費無料を実現するなど独自の施策が行われています。

東京大気汚染裁判が勝利した結果、公害病の気管支喘息患者の自己負担をなくす制度ができました。川崎市でも1割負担となっており東京都と同様の制度をめざしています。大阪民医連も加わる「あおぞらプロジェクト大阪」は、公害指定地域解除以後も増え続けている大気汚染公害患者の被害実態の調査を行い、医療費無料化運動をすすめています。

3 節 民医連の平和・憲法を守る活動の前進

平和アクションプランのもと、原水禁世界大会や辺野古支援連帯行動（*25）、平和学校（2期）や平和ツアーなど活発にとりくみました。これらの活動にかかわった職員、青年を中心に

各地で、自転車平和リレーなど平和を守る運動が前進しています。徳島県民医連には109の9条の会ができ、活動しています。青森・あけぼの薬局が就業前に行っている9日、25日の宣伝

行動は5年目を迎えました。

一方、2008年4月に実施した第16次辺野古支援連帯行動中に東原進全日本民医連副会長（当時）を水難事故で失うという痛恨の経験をしました。この教訓を生かし、安全対策を講じ、事故が再び起きないように器具の扱いについて経済産業省に申し入れなどを行い、連帯行動を再開しました。

長年の平和と核兵器廃絶を求める運動が、オバマ大統領の「核兵器のない社会をめざす」発言に見られるように国際的な世論を動かしつつ

あります。2010年5月に開催されるNPT再検討会議にむけた署名は現在50万筆の到達（目標120万）です。医療者9条の会、反核医師のつどい（金沢・鹿児島）の成功のためにとりくみました。第28回医学会総会（2011年・東京）にむけ、「戦争と医の倫理」の検証を進める会が発足し、日本の医学界が戦争に加担した加害の歴史を真摯に反省し検証することを求め活動を開始しています。この分野でも幅広い医療関係者が参加しています。

4 節 たたかいの中で加えられた民医連攻撃

2008年夏、国会で自民党議員による民医連攻撃（耳原総合病院、水島協同病院が登場したNHKドキュメントを偏向番組と攻撃）が行われました。長野中央病院が玄関に掲げた「守ろう憲法9条・生かそう憲法25条」の横断幕・のぼ

りが「憲法を守ろうとする人を誘導する」という理由で医療法広告規制違反として保健所から不当な指導を受けました。全日本民医連と当該県連や法人、事業所、共同組織は機敏に反撃し撤回させました。

5 節 医療活動の特徴

1. 患者に寄りそう民医連の医療活動は「宝物」

医療の質向上を重視し、人権を守る日常の医療実践にとりくみました。その内容は、2009年秋に開催した第9回学術運動交流集会（群馬）に過去最高の932の応募があり、採用701演題が発表されました。どの発表も珠玉の内容でした。また、テレビ放映された「笑って死ぬる病院」のとりくみや過疎の町で診療所の病床を高齢者の住宅に転換した北海道・黒松内診療所などの経験は、地域とそこに暮らす人たちのいのちと健康、暮らしを守るとりくみとして大きな共感を呼びました。ここには民医連の医療・介護活動そのものが紹介されており、誰もが望む普遍的な医療の姿があります。

これらのとりくみは民医連の「宝物」であり、働く職員の「誇り」です。その他、各地で民医連の医療・介護のとりくみが注目を集め、テレビなどで放映されました。

2. 医療安全、医療の質向上にむけて

医療安全、事故を扱う公正・中立な第三者機関設置にむけて、厚生労働省との懇談を重ね発言したのをはじめ、第4回医療安全集会、第3回顧問弁護士・病院管理者交流集会、メディエーター養成講座、医療倫理委員会活動交流集会、慢性疾患医療交流集会、診療情報管理交流集会を開催、経験の交流や普及に努めました。臓器移植法「改正」にあたり、拙速な成立に抗議し、引き続き十分な検討を求める見解を発表、「人体の不思議展」中止を求める運動をすすめました。さらに公的責任をあいまいにする産婦人科医療補償制度の改善要求やヒブワクチンの公的接種を求める運動（会として4.5万筆の署名を提出）に協力してとりくみました。

新型インフルエンザが発生した際には、早速、国や自治体に対応強化を求める要望や交渉をおこなうとともに、神戸や大阪における集団発生の教訓を生かし、徹底し、現場での対応に力を注ぎました。

3. 生活と労働の視点を確かにした医療・社会問題へのかかわり

2009年9月21～22日に実施した不知火海沿岸

水俣病大検診には、認定地域外で暮らす人を含めて17会場で1044人が受診しました。この検診では9割以上の人に明らかな水俣特有の症状が見られました。こうした検診をはじめ被害者救済活動は、「チッソ救済法」とも「水俣病募引き法」(*26)とも言われる「水俣病救済法」のあり方に対する、大きな問題提起となりました。その後、現地や各地の民医連事業所に検診や相談の問い合わせが続き、近畿、関東地協でも掘り起こし検診が行われています。

アスベスト被害の実態を明らかにするため、約900の症例を検討した「アスベスト多施設調査」では原発性肺がん患者の8人に1人の割合で石綿関連所見が見られました。このとりくみは学会で大きな注目を集めました。今後数10年つづく疾患であり、あらためて生活歴、職歴、病歴をつかむことの重要性を示しました。

原爆症認定集団訴訟(*27)支援に立ち上がった民医連医師団や関係者の活動も、原爆症被害者の救済に道を開くうえで大きな役割を果たしました。集団訴訟の主治医意見書をまとめたある医師は「多くの被爆者が高齢になりつつある今、この灯火が消える前に私たちが継がねばならない、原爆の実相を伝え、平和を希求する」義務があるとのべています。兵庫民医連では全法人とインターネットで結ぶ被爆者委員会を県連内に設置し、58人の掘り起こしを行っています。

旧日本軍が中国に遺棄した毒ガスによる中国人被害者の実態、病相は明らかにされてきましたが、被害者救済支援活動に民医連もかわり、検診活動を通じて、解明をすすめてきました。

これら「生活と労働の視点」から病気の原因をとらえるという民医連の医療理念に裏付けられた活動は民医連の真骨頂といえるものであり、健康の自己責任をおおる国や大企業と正面から対峙する活動です。

4. 特定健診・保健指導の問題点と民医連の保健・予防活動のとりくみ

医療費抑制を目的とした「特定健診・保健指導」は、後期高齢者の検診を必須事項から努力義務に格下げし、40歳から74歳までの検診目的

をメタボリック（内臓脂肪）症候群にのみ限定、労働実態やストレスなどを考慮せず要因を自己責任に帰するものです。このような内容で国民の健康を守ることは困難です。この制度実施の結果、初年度である2008年度の健診実施率は、46道府県で軒並み低下しました。特に、国保受診者は3割弱、協会けんぽ被扶養者（家族）受診者が11.2%と、いちじるしく低率となっています。協会けんぽ生活習慣病受託の拡大、自治体が行うがん検診を拡充することが急務です。

民医連はそうした中でも、地域・職域の健康管理の前進をめざし、独自の住民健診や共同組織健診、事業所健診や共同組織と一緒にいる青空健康チェックなどを重視してきました。医療生協かわち野では、「あなたのいのちが大切です」とあらゆる公的検診制度を活用しつつ独自の健診を広げ、話題を呼んでいます。また、健診結果を踏まえ共同組織の仲間とともに健康づくりに積極的にとりくんでいる経験もたくさん報告されています。

憲法25条では「公衆衛生の向上及び増進」は国の責務とうたっており、いま行われている「特定健診」を廃止し、元の老健法にもとづく制度に戻すこと、同時に、今回制度化された保健指導を、メタボリックに限定することなく拡大していくことを求めます。

5. 民医連事業所の役割、機能の見直しのとりくみと連携

構造改革による「上」からの医療機関の機能分化がすすめられる中、民医連の各事業所は地域の中で果たすべき役割を模索してきました。全国一様ではなく、地域の医療事情や住民要求、主体的力量などを考慮して事業所の機能や役割を定めることや見直すことを提起してきました。特に、事業所や法人内の自己完結型から、法人内連携および地域連携を重視する方向を打ち出しました。また、自治体病院始め公的病院を守る運動に積極的にかかわり、地域カンファレンスの開催や参加など具体的な共同と連携をすすめました。

民医連病院・診療所機能のあり方について各地の病院見学などを踏まえ、全日本民医連としての問題提起を行いDPC(*28)病院交流会、中小病院交流集会、医療活動方針検討会議、診

療所所長交流集会を開催しました。集会は、身近に生活する地域こそ「いのちと健康、暮らし」を守りささえる場であり、地域医療や福祉を担う民医連の急性期病院、中小病院や診療所、介護事業所が互いに連携を強め、他の事業所や施設と共同して役割を果たすことの重要性を明らかにしました。特に、民医連の事業所には「今こそ出番」ともいうべき役割があること、地域の医療と生活をささえる医師を養成することの重要性が実践報告や討論を通じて確認されました。

各問題提起は、今後一定期間の民医連医療活動の基本となる方針です。あらためて学び、活用しましょう。

6. 歯科分野の活動

歯科分野は、2011年までに「すべての民医連の歯科事業所で黒字体質づくりをめざす」方針

6節 介護・福祉分野の活動

「24時間365日」「最後まで安心して」をスローガンに、生活をささえるさまざまな事業にとりくみ、活動領域を広げ、質を高めるために奮闘してきました。施設が5カ所増えたほか（特養2、老健3）、小規模多機能居宅介護、療養通所介護、認知症デイサービス、住まい・居住系施設などの新たな事業を拡大するなど、地域の生活をささえるまちづくりの拠点を増やしてきました。改定介護報酬への積極的な対応によ

7節 医師養成・医学生対策のとりくみ

医師の確保と養成は、各地でとりくまれている奨学生活動や医学生をつどい、研修面での改善や充実など、確実に成果が生まれています。2009年度は東大からの7人の研修医受け入れをはじめ、困難であった和歌山医大などでも成果をあげました。これらは、粘り強いとりくみの結果です。

しかし、民医連全体の奨学生数は、2000年初頭に450人前後であったものが、現在、国内79大学中66大学に356人、国外6大学に7人、の計363人。2桁以上の奨学生を有する大学は9大学と減少しています。早急にこれまでの水準に戻すとともに、医学部定員増が実現した新し

を確認し、2008年11月の全国歯科院所長・事務長会議で「経営改善方針」を提起しました。県連・地協での学び合いと相互チェックのとりくみなどを通じ経営改善の基調をつくり出しています。口から見える格差と貧困〈歯科酷書〉づくりを行い、歯科の現場で遭遇する厳しい現実を訴えました。

歯科医師臨床研修必修化から3年目をむかえ、指導医養成、地協ごとの管理型施設の確保、研修内容の充実をすすめました。2008年度からは民医連でも診療所の単独型や管理型施設が生まれ、厚生労働省からも研修の典型と評価されています。

医科分野や福祉施設との連携の強化、障がい者の歯科医療、派遣村や貧困に陥った人への支援活動など、民医連ならではの活動にとりくみました。

って経営改善がはかられています。自己点検・内部監査など法的整備のとりくみが大きく前進したことも特徴です。職員の確保と系統的な職員養成が重要な事業課題となっており、力を注いできました。「人間らしく」「その人らしく」暮らし続けることに寄り添う介護実践が各地で展開されています。こうした実践にもとづき「民医連の介護・福祉の理念」を整理し、提起しました。

い条件のもとで、過去最大の奨学生数確保を目標にする必要があります。「民医連の医療と研修を考える医学生をつどい」には多くの奨学生がかかわり成長の機会となっています。

一方、研修医のマッチング数は2004年度の219人をピークに2008年度162人、2009年度148人と減少傾向にあり、また、後期研修へすすむ割合も減少しています。加えて、2010年度より新医師臨床研修制度が改悪され、中小病院での研修を閉め出す動きが出ました。全日本民医連は改善を求めて運動を行っています。

医師養成と医学対を前進させる上で、どのような医師集団をめざすのかを明らかにする医師

政策づくりが重要と提起してきました。医師委員会を中心に多くの県連で討議と検討がはじまっていますが、今後の医療福祉構想がはっきりしないなどの理由で完成が遅れています。また「医学対担当者は宝」と位置づけ、担当者の研修にもとりくんできました。全体としては奮闘

していますが、担い手が不足している状況です。

医師体制や看護師体制の困難さは事業の一部縮小、撤退も余儀なくされており、民医連運動を担う医師の確保と養成は引き続き、待ったなしの最重要課題です。

8 節 民医連を担う専門職および職員育成の活動

1. 民医連運動を担う幹部育成と健康管理

民医連運動の後継者づくりが急務との立場から、次代を担う事務幹部養成めざして2009年度、第1回事務幹部学校を開始しました。受講者の平均年齢40.3歳でした。また、病院トップ幹部養成研修会（第7回目）、看護トップ研修会、第2回青年医師ワークショップ、介護幹部研修会や薬剤幹部研修会を行いました。研修会参加者から、「幹部の最大の役割は人づくりにある」と思いました。すべての職員を対象に、目の前の患者と現実から、自らが学び続けること。全国にこのような仲間がたくさんいること。『汝の立つところを深く掘れ、そこに泉がある』、その腹を決める機会になった」と感想が述べられるなど貴重な学びの場となっています。

全日本民医連教育要綱や事務政策改定作業に着手しました。

民医連職場でも増えているメンタルヘルスの問題や健康管理について、「健康で働きつづけられるために（案）」の改訂版を発行し交流会を行いました。全日本民医連厚生事業協同組合から3カ月以上の疾病給付を受ける職員は、年々増加傾向にあり、2008年度は504件、疾患別では、「精神神経」62.7%、「筋骨格系」と「悪性新生物」がそれぞれ10.9%を占めています。健診の重要性やメンタルヘルス問題への積極的介入の重要性を示しています。

2. 青年育成のとりくみ

第33回全国青年ジャンボリー（J B）（*29）は福岡・原鶴温泉で開催され、韓国・緑色病院からの参加者5人を含む1000人以上の民医連青年が集まり「Do action!」（行動を起こそう!）を確認し合いました。職種、県連や法人を超え

て学び集うJ Bは各地協でも活発にとりくまれました。次代の担い手づくりの運動としていっそう重要です。

また、青年の育成をすすめる全国交流集会にむけて民医連青年意識調査を行い、次代をになう職員の成長にむけて、援助担当者の役割、県連・法人青年委員会機能などについて経験交流しました。強調されたことは「青年が育つのは民医連の職場そのもの」であることです。

3. 看護師の確保と養成

2008年受け入れが700人台と厳しかった状況乗り越えるために、看護委員長・看護学生委員長会議や看護師受け入れ対策担当者会議を開催し、新卒看護師1000人以上を迎え入れるという「V字回復」を行うことを意思統一しました。2009年新卒入職は892人、2010年度新卒入職予定者は2010年1月末時点で952人と回復しつつあります。激しい「看護師争奪戦」といわれる中で、すでに10県連が目標を超過達成しています。教訓は、民医連看護の理念や実践を語り伝えていることや、高校生1日看護師体験からのつながりや奨学生対策、事業所あげでの受け入れなどの結果です。「こんな看護をしたい」と思われるような豊かな実践と人間的なまなざしが民医連への入職につながっています。

1150人が参加した第9回看護・介護活動研究交流集会の成功や看護増員を求める共同行動が多くの地域で行われました。現場における看護管理者の役割を高めることを目的に、「今日的に求められる民医連の看護管理のあり方」をまとめて発表し、実践と検証をよびかけました。全国組織としての連帯性が強く発揮されています。

2008年度には国民医療研究所と共同して病院看護師約11000人の看護師を対象に「民医連の

看護師として働き続けられる」ために何が必要なのかを調査しました。いま、看護の現場はたいへんな激務です。民医連では1割近い看護師の退職があります。その背景には絶対的な看護師不足があり、養成と定着のための国や行政の対応が必要です。看護実態調査から見てきたことは、看護師が働き続けられる要因として、①民医連の看護にやりがいを感じられること、②医師をはじめ上司、職種間、他職種とのコミュニケーションがしっかりと取れ、孤立させないこと、③激務となっている労働の改善や家庭との両立のために看護業務を整理すること、④休暇や休息の取得状況の改善や看護力量向上にむけての方針を持つことです。これは民医連の看護職場だけの問題ではありません。この結果を今後の看護活動及びナースウエーブの運動に生かさなければなりません。

4. 薬剤分野の活動

薬学教育6年制化によって新卒受け入れが2年間(2010年、2011年)空白という事態を受け、医学対や看護学対活動に学び「育てる薬学対」にとりくみました。また、2010年からの実務実習に向けて「実務実習受け入れの手引き(案)」を作成しました。兵庫県連では初めて県連の位置づけで、高校生の薬剤師1日体験を開催、90人近い高校生の参加で成功させた経験、関東・北関東甲信越地協で初めて薬学セミナーを開催し学生、職員合わせ70人以上の参加で成功させるなど新たなとりくみがありました。

全日本民医連薬剤師政策の策定のために、病院、保険薬局薬剤師の医療安全や薬事委員会、チーム医療などの分野での役割を強めることや、病院、保険薬局との共同、他職種や地域の薬剤師との交流の重要性の議論を開始しました。

民医連副作用モニター制度は、その規模と内容において社会的に貢献しています。さらに、薬害や副作用被害を教訓に、医薬品評価を集積する新薬モニターを開始しました。タミフル問題で、厚生労働省へ10代への投与解除をしないように声明を出し、データにもとづいて中外製薬に対して添付文書の改訂を申し入れました。

民医連の保険薬局は327カ所(2010年1月現在)となり、処方箋枚数で日本の1.35%(2008年度実績、保険薬局分)を担っています。この

間、保険薬局政策にもとづき、相談活動やジェネリック医薬品への切り替えによる一部負担金の軽減など、受療権を守る活動をすすめました。民医連保険薬局での誤投薬事故を受け、処方箋受付・投薬システムの総点検をよびかけました。2009年8月に薬害根絶デー10年目に呼応して「薬害根絶のための民医連のつどい」を開催しました。薬害肝炎訴訟(*30)を支援し、肝炎対策基本法の制定にむけ奮闘しました。

5. 各職種の活動、自主研究会の活動

SW、栄養部門、検査、放射線、鍼灸、保育の各職種委員会が開催されました。SW委員会では独自に生活保護高齢加算廃止後の実態調査を行い、生存権裁判支援にとりくんでいます。またSW政策指針案をまとめ討議をよびかけました。栄養部門委員会はNSTなどチーム医療と医療・介護の質向上にむけての栄養管理活動や健康づくり活動への参加、外注化問題などについて交流することを目的に県連代表者会議を準備しています。リハビリ技術者県連責任者会議を2009年秋に開催し、入院、外来、介護分野へのかかわりや後継者養成などについて交流を深めました。検査部門は2009年秋に第12回検査部門交流会を開催し民医連検査の役割や後継者育成について交流しました。そして全国的な連帯で職種としての役割を高めようと、広島から全国の仲間へ、のアピールを発表しました。2009年に開催された保育交流集会は院内保育の重要性の確認と子どもの成長、小規模保育所などでがんばっている1人保育士への激励と連帯、院内保育所への助成運動を強めることなど確認しました。放射線委員会は前期提起した「技師政策」の討議をすすめています。関東地協の千葉、東京の4つの法人でマンモ検診車を共同購入・共同活用する経験が生まれました。各地協では、それぞれの職種の交流が活発に行われています。

現在、民医連では全国レベルで小児医療研究会や消化器、循環器、呼吸器、腎、糖尿病、神経リハビリ、整形、認知症、振動病、元気で長生き追跡調査の会などの15の自主研究会が行われています。また、地協や県連においてもさまざまな職種や自主研究会活動がおこなわれ、連帯の発揮や意欲向上につながっています。

9 節 経営活動の到達点と課題

2006年に成立した医療制度改革関連法や、2008年診療報酬マイナス改定の影響を受け、多くの法人が苦戦を余儀なくされました。2008年度の医科法人合計の経常利益率は0.7%まで落ち込みました。現預金残高も2005年の月商倍率1.7倍から2008年度は1.4倍に減少しています。

全日本民医連は、川崎、徳島での資金困難による経営危機の教訓も踏まえて、資金管理の改善強化や資金源泉と資金使途などキャッシュベースで経営を把握し、「必要利益」を確定することなどを提起してきました。資金危機を未然に防止し、早期の対策を可能とするために、新たに緊急対策としての短期「要対策2項目」を設定してきました。長期にわたる赤字の継続、退職金支払い負担の増加、病院リニューアルなど大型投資、特定協力債や出資金の減少などで、経営基盤の弱い法人では資金困難が表面化するという事態となりました。短期指標該当法人は、2007年度31法人、2008年度33法人となり、医科法人の約2割が該当する状況です。

この間の企業会計基準や病院会計準則などの改定も踏まえて、民医連統一会計基準の見直し、2010年1月理事会で改定を行いました。新自由主義政策のもとで、経営状況の開示制度としての会計分野でも、金融商品評価、退職給付会計、税効果会計、減損会計などが蔓延する市場の「会計理論」が金融資本の判断の道具と化している面をもっていることを、私たちはよく見極めて

いく必要があります。民医連統一会計基準の内容の準拠とともに、「たたかいつと対応」の視点からあるべき会計基準を追求するという姿勢を貫くことと、法的に必要な対応をはかることの両面を正確にとらえることが必要です。また、管理会計（*31）として確立してきた事業所独立会計、部門別損益管理のとりくみも十分とはいえない状況です。困難法人には共通して、管理会計制度の未整備、医事会計の未整備、予算討議をはじめとする全職員参加の経営へのとりくみの不十分さがあります。継続的な改善と前進をめざしたとりくみが重要です。

各種法人制度の改正へのたたかいつと対応をすすめてきました。2つの民医連法人が社会医療法人に認定されています。また、公益法人制度改革に対応するために民医連内公益法人交流会を開催し、医療の公益性を守るためのたたかいつと対応をすすめました。

民医連事務職場の「派遣」について、第38回第2回評議員会で、見直し、検討を呼びかけました。いくつかの事業所は常勤の採用や派遣からパート職員への切り替えを始めています。民医連らしく引き続きとりくみを強めましょう。

県連事業として給食事業の共同化にかかわって経営困難に陥り、全国支援を行ったケースがありました。長期的な経営見通しをしっかりと持つことなど、事業のあり方について検討が必要です。

10 節 共同組織の活動

共同組織は前総会時より11万増加しました。後期高齢者医療制度撤回を求めて1万人規模の不服審査請求運動の中心を担いました。地域での助け合い活動や医学生への日常的な援助、健康班会、事業所の利用と運営参加、出資金・地域協同基金への参加、「いのちを守るステッカー」張り出しなどの生活相談活動なども活発に

行われています。

2009年6月に長崎で行われた第10回共同組織活動交流集会にはこうした実践が持ち寄られ、経験を広げる上で大きな役割を果たしました。現地、長崎県連は新しい地域で友の会の支部を建設し、『いつでも元気』読者の自主目標を超過達成し集会を迎えました。

11 節 民医連綱領改定学習討論運動

全日本民医連理事会は第38回総会で綱領改定

草案を提起し、この2年間、全国的な討議に付

してきました。多くの感想や意見が寄せられました。「綱領改定学習・討論運動」は、私たち民医連はどんな歴史があり、誰のために、何のために、誰と、どのような運動をすすめるのかを考え、新たな決意を固め合う機会、「私と民医連」を語る大きな運動になりました。全日本民医連理事会は、次世代に民医連運動のバトンをつなぎ、新しい時代を前向きに切り開く綱領として寄せられた意見を理事会で積極的に受け止め、(新)民医連綱領案を第39回総会の第2号議案として提案します。

〈改めて室料差額徴収問題について〉

前総会で議論となった「民医連の事業所が室料差額を徴収する」動きに対し、全日本として当該県連に対し、情勢を踏まえ「新病院建設計

画の検証」と「室料差額徴収の見直し、再検討」するよう「問題提起」を行い、当該県連四役会議と協議を重ねています。『室料差額を徴収すべきでない』との全日本民医連の立場に変わりはありません。

老人医療有料化(1983年)、健康保険本人1割化(1984年)と同じ時期に、国は「民間医療保険」の発売を解禁し、原則禁止としていた「室料差額徴収」を容認・拡大する施策を実施しました。その後、室料差額はいくつかの制約がありつつも(実態は野放し状態)、徴収料金は拡大の一途をたどっています。必要とされるすべての医療は公的保険で、の原則が今こそ重視され、高い自己負担を減らすことが重要です。そのためにも、室料差額徴収を必要としない診療報酬引き上げをあらためて求めるものです。

12節 全日本民医連理事会・共済制度・地協・県連機能について

全日本民医連の運営には多くの理事、部員、委員が参加し活動しています。また、地協や県連単位での活動が行われています。多忙な中、民医連運動の前進のために奮闘されている理事や運営委員、各部・委員、活動をささえていただいている県連、法人、事業所、職場の仲間の援助のたまものです。

経営困難に陥った川崎医療生協、徳島健康生協に全日本対策委員会を設置し、経営、医師支援を継続してきました。川崎は2008年6月、経営改善を踏まえ「全国連帯基金2億円」を完済しました。徳島は医師派遣や幹部派遣を行い、医療・経営構造の転換などをすすめています。

保険業法の改悪により民医連の「共済制度」のあり方が問われる中、全日本民医連は制度改悪の見直しを求める運動に参加するとともに、民医連で働く仲間の助け合いの制度を守るために検討を行い、全日本民医連共済制度を全日本民医連厚生事業協同組合および民医連退職者慰労会として整備してきました。慰労金制度を守るため、引き続き制度の見直しを求める運動をすすめ、適切な組織のあり方について探究して

いきます。

2009年1月の茨城・城南病院の火災に際して、支援カンパ(全日本民医連として3400万円)にとりくみ、地協内事業所への職員の受け入れなどを行いました。鈴木篤全日本民医連会長を先頭に現地での訪問行動に多くの職員が参加し、仲間を激励しました。ミャンマー地震・四川地震(カンパ額734万円)、岩手・宮城地震(同506万円)、イラク・アフガニスタン人道支援(同210万円)にとりくみ、全日本災害基金からも国際ボランティアセンターやユニセフ、中国大使館に全日本民医連として700万円を義援金として送り、現地の被災者を激励しました。

千葉県知事、宮城県知事選に民医連職員が出馬し、要求を県政に反映させるなど役割を果たしました。全国46番目の県連として2008年7月、「小さいながらも輝く」栃木県民医連が誕生しました。韓国の労災職業病のたたかいから生まれ、全日本民医連と相互交流協定(第37回総会)を結んでいる緑色病院(*32)・韓国人道主義医師実践協議会との交流、キューバの医療事情視察や大使館などと交流を行いました。

新たな前進めざして～長期の展望に立ち、 今後2年間の重点

2010年代を、構造改革路線ときっぱりと決別し、憲法が輝く新しい日本とすることをめざし活動を強めましょう。これからの2年間、共同組織の仲間とともに、平和と民主主義を擁護する活動を強めること、「貧困と格差」に立ち向かい人権を守る医療・福祉の活動を創造的に行

うこと、地域の医療・福祉の再生、社会保障の構造改革からの抜本的転換をめざし多くの人びとと大同団結していくこと、などを追求します。そして、それらを担う民医連職員の確保と養成、とりわけ医師養成を大きく飛躍させることを重視します。

1 節 平和・民主主義の擁護、権利としての社会保障、 健康権の実現を

1. あらためて憲法を学び直し、 米軍基地撤去、憲法9条と平和 を守りぬく

今年、日米安保条約改定から50年です。冷戦終結後、多くの国ぐにが軍事同盟を解消し軍事費を減らしている中、日本は増やしています。沖縄の米軍基地は米軍が住民から「銃剣とブルドーザー」で無理やり奪い取ったものです。戦後65年が経過して今なお、占領支配の状況が解消されるどころか、拡大の方向にすすんでいます。戦争をするのも人間なら、やめさせることができるのも人間です。日本の起こした戦争でアジア2000万人、日本310万人の尊い生命が奪われ、この反省に立って日本国憲法は生まれました。武力で世界を動かす時代ではありません。

いま、多くの国民の目に日米安保条約の矛盾が明らかになりつつあります。日本はアメリカ海兵隊が常備軍を置く唯一の国です。この部隊は日本を守る役割は一切負っておらず、常時沖縄から、イラク、アフガニスタンなどに多くの米兵を派兵しています。また、自衛隊との合同訓練が日常化しています。そのことを日本のマスコミはほとんど国民に知らせていません。あらゆる機会を通じて軍事同盟そのものである日米安保の実態を学び、真実を見抜く力を養いましょう。普天間基地撤去の問題は、沖縄の問題でなく日本国民全体の問題です。無条件撤去を

めざして日本列島騒然となる運動を起こしましょう。全国の基地を抱えている県連や地協と協力し、基地周辺地域の健康被害調査を行います。

諫早湾干拓事業による被害を踏まえ佐賀地裁の判決を受け早期開門を求めます。また、自事業所、地域および地球レベルでの環境問題をこれまで以上に重視しましょう。

しっかりと憲法を学び直すことを重視します。戦争放棄の憲法9条を持つ国の医療・福祉の専門家として、今期、9条の会の飛躍、核兵器廃絶にむけての大きな前進をかちとるために全力を上げます。原水禁世界大会、NPT再検討会議（*33）の成功などに力を尽くすとともに、すべての県連で民医連「第39期平和アクションプラン」を作成しとりくみます。

2. 憲法25条を日常生活に活かし、 全ての人びとの「健康権」を保 障させる運動

私たちが掲げ続けてきた「いつでも、どこでも、誰もが、良い医療を受けること」は憲法25条の実現そのものです。しかし日本社会に広がり続ける貧困の実態は、「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」とした憲法25条が形骸化していることを示しています。

国際人権規約では、とりわけ最も社会的に不利な立場の人の人権を守ることを『「健康権」

保障の最重要課題」として重視しています。全日本民医連が提起している「最も困難な人びとの視点」に立って医療や福祉を行う立場と一致するものです。

構造改革路線を抜本的に転換させるために国民と医療・福祉分野が大同団結し、国や自治体が社会保障に対し責任を果たせるよう働きかけましょう。国民生活の土台を社会保障や教育がしっかりとささえることで、国としての活力を生み出す新しい福祉国家への道が開かれます。「ハンセン病問題に関する検証会議の提言に基づく再発防止検討会報告書（*34）（2009年4月）」では、現行法では患者の権利にかかわる規定がいくつかの医療関連法規に分かれており、患者の権利擁護という観点からみて重要な法規定は存在せず、医療の基本法制定を提言するとのべています。法体系の整備と、憲法25条にかかわる草の根の運動が合流し、憲法25条の生存権、健康権を実質化させる国民的運動が必要です。私たちが発信源となる決意をもって奮闘しましょう。「貧困実態調査」はじめ、これまでの経験を生かし各種調査活動を行い、提案や運動を行います。

医療や福祉の担い手である私たち自身が、WHOもあらためて強調している「人権保障の担い手、専門家」とあるという自覚を高めることが重要です。そのために、事例から学ぶ、社会保障の歴史から学ぶ、地域に出て実態から学ぶ活動を強めましょう。

3. 社会保障制度の拡充と「医療・介護の再生」めざして

後期高齢者医療制度即時廃止、「特定健診制度」の早期廃止、療養病床削減撤回を求めます。粘り強く診療報酬引き上げを要求し運動を強めます。この10年間に下げられた診療報酬は約8%です。新政権のもとで、2010年改定は0.19%の引き上げにとどまりました。連立政権合意でも任期中の四年間にOECD平均並みにすると明記していますが、少なくとも毎年2%上げて初めてOECD並みになり、10年前の水準に戻るにすぎません。また、少ない引き上げの中で、配分を病院と診療所、科ごとに意図的に配分し、分断するような恣意的政策は断固認めるわけにはいきません。同時に、「診療報酬が上げれば

保険料負担が増える、窓口負担が増える」といったキャンペーンにくみせず、諸外国では当たり前の窓口負担無料化の実現をめざし、当面3割負担を2割、2割負担を1割、高齢者や中学生までの負担無料を求めて運動を行います。

無料低額診療事業の実施事業所の拡大と国保法44条や生活保護制度の拡充、無保険者ゼロ、窓口自己負担大幅軽減、高額療養費給付制度（*35）の大幅引き下げなど具体的な要求を掲げ、地域の社協に結集し、医師会をはじめ多くの団体、個人との幅広い共同や連携を強めます。

医療崩壊によって、病院の閉鎖や救急受け入れの困難が続きドミノ倒しのような状況で、救急・急性期病院は限界状態にあります。地域から身近な医療機関がなくなり、助かるいのちを救えなかったり、無保険や窓口負担増による受診抑制が顕著で、中断や来院時には「手遅れ」といった状況があります。医師不足の根本原因は、医師や医療機関の地域偏在でも、新医師臨床研修制度によって大学が医師を引き揚げたためでもありません。人口当たりの医師数がOECD加盟30カ国の中で下から2番目という絶対的不足であり、医療費削減政策の結果です。地域医療を守るためにいま、国民と医療界が再生へむけ大同団結する時です。私たち民医連はそのために力を尽くしましょう。

同時に、地域で現実起こっている「いまある危機」に立ち向かわなければなりません。具体的な連携をすすめるとともに、自治体病院の存続運動などへ積極的に参加し、提言や運動をすすめましょう。

4. 「政治」を変え、医療・福祉・暮らしを良くしよう

政治が変われば暮らしが変わることを、私たちはこの間の選挙で強く実感しました。あらためて「選挙に行つて医療、福祉、暮らしを良くしよう」とよびかけます。これからの2年間、今後の日本のあり方を左右する重要な選挙が行われます。主権者として学習し、行動しましょう。全日本民医連として、適宜、職員や共同組織の仲間などが学習し、宣伝できるチラシなどを作成します。また、「日米軍事同盟重視、大企業中心の政治」を転換し、憲法を生かす政治を掲げる地域革新懇運動の強化のために役割を

果たしましょう。

3月に石川県知事選挙、4月には京都府知事選挙に民医連の職員が立候補します。かつて、京都では7期28年間にわたって民主府政が続き、府庁舎には大きく「憲法を暮らしに生かそう」の垂れ幕が掲げられ、老人医療費無料化実現など、「革新の灯台」として全国の仲間を励ました。再び、「日本の夜明けは京都から」を

合い言葉に全国的支援で門祐輔知事（京都民医連第二中央病院院長）実現をめざしましょう。

7月の参議院選挙は重要な選挙となります。憲法を守る政党を前進させるために奮闘しましょう。参議院選挙・東京選挙区には、私たち民医連の仲間である小池晃参議院議員が出馬します。政治の根本的変革をめざす運動を強めましょう。

2 節 貧困と格差・超高齢社会に立ち向かう民医連の医療活動を前進させよう

1. 貧困と格差がもたらす国民の暮らしといのち・健康—深刻な「健康格差社会」

私たちは、あらゆる世代で深刻にすすんでいる貧困と健康格差を告発・可視化し、地域・職域に密着した臨床調査・研究の実践（学会発表と科学的根拠の創出）をすすめ、「健康格差」に立ち向かう実践をすすめます。

〈超高齢社会の未来予測に抗し、変革を実践と提案・共同の運動をつくりだそう〉

日本は、2007年に「超高齢社会（65歳以上が21%以上の社会）」となりました。2025年には人口が減少し、高齢者は30.5%、1人暮らしの高齢者が680万人（全世帯の37%）という世界でも経験のない事態が予測されています。疾病動向予測では、悪性新生物・脳血管障害・心疾患・認知症など急性期疾患や生活習慣病・がんなど継続的な医療、看護・ADL（*36）ケアを必要とする患者が急増することが予測され、2025年には、団塊の世代が75歳以上になり人口の2割を占めます。人口の減少や高齢者の急増にどう立ち向かうか、日本の将来にかかわる課題です。

現在のような子どもの貧困を無視した「少子化対策」でなく、フランスのような抜本的な子育ての政策的介入（1994年から14年間で合計出生率1.64から2.07へ）が必要です。国、自治体と企業の責任で手厚い出産・育児制度を実施し、仕事と子育ての両立を可能にしましょう。そのことが出生率を引き上げることに繋がります。同時にそのことが実現したとしても人口が増加

に転じるのは数10年後であり、当面の高齢者の急速な増加は避けられません。「2025年の超高齢社会」は、高齢者の医療・介護需要が質量ともに急速に増加していく「未来」です。

高齢者・労働者とともに子どもが健やかに育つ地域医療、まちづくり、社会こそが、未来へ向けて希望を託せる社会です。私たちは運動を通じて「悲観的未来」ではなく、「希望ある未来」へと医療実践の蓄積と提案・共同の運動を通じて変えていくことをめざします。高齢者医療ではリハビリテーション医療と在宅医療の量的・質的強化が重要です。現場に役立つ「高齢者医療実践ハンドブック」を発行しました。活用をよびかけます。

2. 新たな時代を切り開く民医連の医療理念のもと総合的な医療の質を向上させよう

〈民医連の医療理念が輝く時代—「人権を守りぬく無差別・平等の医療」〉

民医連が創立以来の実践の中で獲得してきた医療観、疾病観、患者観などの医療理念は、「患者中心の医療（PCM）」や「ソリッド・ファクト」（*37）「健康権」などの今日の医療学や社会疫学の成果からみても、その先駆性と普遍性は光るものです。私たちの仕事の対象は、病気の背景にある社会的要因を取り除き、健康な生活を確立することです。「人権を守り抜く無差別・平等の医療」は、健康格差・超高齢社会に立ち向かい新たな時代を切り開く未来の力強い医療理念です。

〈総合的な医療の質の向上へ向けて—民医連の医療指標の設定と組織機構の検討〉

説明責任（公開性）が求められる時代に受け身ではなく、患者・利用者を中心とする綱領理念の具体的実践として、私たちのとりくみを客観的に指標化するため診療情報などを生かして集約・分析・改善していく過程（PDCA〔計画→実践→点検・総括→行動〕サイクル）を重視し、その成果を積極的に公開しましょう。医療活動方針検討会議で報告された埼玉協同病院の診療情報の管理・活用、臨床（質）指標の設定と改善過程などからも学び、民医連らしく、ホームレスの受け入れ・国保資格証明書や生活保護患者・利用者比率・無料低額診療実施件数と事例調査、職員の喫煙率や職員健診後の精検率など多面的な評価指標（群）の設定と改善に向けたとりくみを開始し、総合的な医療の質の向上にとりくみましょう。

総合的な医療の質向上は、医療活動と医師養成の基盤です。そのためにも病院・事業所に医療安全委員会や医療倫理委員会と同等に位置づける組織機構の検討を行いましょう。

医療安全は医療の質向上と一体のものとして重視すべき課題です。さらなるレベルアップをめざしましょう。全事業所の安全管理の向上をめざすために、地協・県連の役割が重要です。医療安全への医師の参加はとりわけ重視すべき課題です。医師のインシデント・アクシデント報告数のアップ、ピアレビュー（医師同士の同僚評価）の促進、教訓的な死亡事例カンファレンスの実施などを進めていきましょう。また、改めて、医療事故を取り扱う公正中立な第三者機関の設置を求める運動を強めましょう。医療メディエーション（※38）の学習、実践を進めましょう。メディエーターを配置している病院では、組織的にメディエーションの理解をすすめる、とりくむことが必要です。

3. 人権を守り抜く医療実践を前進させ未来を切り開こう

健康格差・超高齢社会に立ち向かう民医連の医療活動は、民医連の存在意義そのものであり、職員の意欲を高めるものです。今回、「8つの重点課題」として医療活動を整理し、挑戦する

ことを呼びかけました。具体化する上で、個別事業所の医療活動のみならず、連携の強化など地域医療を総合的に発展させていく視点が重要です。県連や法人理事会で医療活動の強化のために体制づくりを含めて、知恵を出し合ひましょう。地協レベルでの検討と協力、連携が重要です。

（1）健康格差を克服するヘルスプロモーション・保健予防活動

ヘルスプロモーション（※39）と総合的な健診・保健予防活動の実践を前進させましょう。そのために、①貧困問題に正面からとりくむ医療活動の実践、②アスベスト対策など働く人たちの健康を守るとりくみと水俣病などの公害医療や被爆者医療を守る活動の強化、特に、疾病の社会的背景に対する『目と構え』を研ぎ澄まし日常的に職歴や生活歴などの問診に事務職なども含めて全職員の活動として重視すること、事例検討を強めること、③「特定健診」の廃止を求め、総合的な健診・保健予防活動の実践にとりくみましょう。

貧困と健康被害の実態把握、事例検討会、「貧困と医療」研究会といった活動を通じて貧困問題を可視化し、事業所や地域の連携によるカンファレンス、学会活動を強めましょう。

保健衛生活動と医療機関で働く労働者の健康増進をあわせて行うWHOの「ヘルスプロモーションホスピタル（HPH）」を具体化しましょう。日本では、福岡・千鳥橋病院が認定され、活動が注目されています。保健予防活動を総合的に発展させていくために、①健〈検〉診で発見された病気を治療や健康管理につなげるフォロー活動を強めること、②共同組織との連携を強め健康増進活動を強めること、③健康相談など反貧困のとりくみなどと結合した社会保障活動との連携を重視しましょう。

アスベスト問題、じん肺、振動病障害など社会的な問題を背景にした多くの潜在患者が多数います。働くもののメンタルヘルスへのとりくみを強めましょう。すべての県に「働くもののちと健康を守るセンター」をつくり、その中心的な役割を担いましょう。

原爆症、大気汚染公害被害者、熊本・新潟の水俣病被害者に対する支援を地協や県連で積極

的に位置づけ、掘り起こし検診や救済活動、治療に全力をあげてとりくみましょう。とりわけ水俣地域以外に数万人とも言われる潜在被害者がおられます。熊本地裁から和解案が出されようとする情勢のもと、中でも多いと言われる九州、関西、東海、首都圏で地協、県連が中心となって掘り起こし検診や提訴支援など救済活動を一気に強めましょう。原爆症なども全国的課題と同様です。これらの分野は民医連に対する期待が大きい分野であり、組織的なとりくみとして重視しましょう。

ヒブワクチンをはじめ、成人用・小児用の肺炎球菌ワクチン、インフルエンザワクチン、子宮頸がんワクチンなどを早期に定期接種化し個人負担をなくし、予防接種で防げる病気を日本からなくしていくこと、国や自治体に働きかけ実現をめざしましょう。

厚労省の2008年度患者調査では、うつ病患者が100万人を超え急増していることが発表されました。貧困問題や雇用情勢、労働環境の悪化が大きく関与していると考えられます。働く人たちのメンタル問題への対応、高齢者のうつ、認知症、子どもの問題など、医療・介護の実践全体に精神疾患への理解・対応が求められており、全ての県連でこの分野の活動を重視しましょう。

(2) 慢性疾患医療にこだわる民医連の医療活動—がん医療も含む

外来医療活動の基本的な3つの視点（①健康被害の実態把握と事例集積、②チーム医療の向上と、患者中心の連携強化、③健康増進活動強化）に沿い、慢性疾患医療の強化をはかりましょう。高齢者の慢性疾患医療を軸にしたとりくみでは、①動脈硬化性疾患対策、②老年症候群や運動器不安定症候群などの新しい概念をとりいれ高齢者慢性疾患医療の幅を広げていくとりくみ、③高齢者総合機能評価（CGA）の活用、④臨床倫理4分割法の活用、⑤患者の立場に立った薬物療法の実践的研究などが重要です。

今後がん患者が増えます。長期の療養を必要とする「がん医療」を慢性疾患としてとらえ、民医連らしい総合的な緩和ケアの探究と実践をすすめましょう。そのために、入院における治療、外来での維持化学療法、終末期の対応などについて病院、診療所、在宅での連携を重視し

しましょう。そのことが「がん難民」を生まない保障です。無差別・平等を貫く緩和ケア病棟づくりに挑戦しましょう。

慢性疾患医療を推進するうえで、主治医機能の確立が重要です。疾患のみの主治医ではなく、社会生活を送る患者の生涯にわたる主要な援助者であり、主治医機能をささえる医師集団と多職種からなるチームづくり、主治医のリーダーとしての力量アップをはかりましょう。

(3) 地域ぐるみで救急医療をささえる民医連事業所の役割と実践

地域の救急医療の確保のために、救急・急性期を担う病院が同じテーブルにつき、病院や経営体の枠を超え一体となって「オール地域」で救急医療ネットワークを構築することが必要です。このとりくみは、ネットワークのあり方を根本的なところで変え、地域医療を住民本位に変革する契機です。民医連の事業所は、地域連携の推進役としての役割を発揮していきましょう。

新型インフルエンザに対する地域をあげての連携と対応、公的助成などに全力をあげてとりくみましょう。

(4) 安心して子どもを産み育てられる社会の実現と「子どもの貧困」に立ち向かう運動と実践

安心して子どもを産み育てられる社会を実現するためには、妊娠期・出産期の支援、育児支援、親の勤労保障、就学支援など子育てのサイクルにあった支援が必要です。産科・小児科を有する事業所では子育て教室や病児保育などを積極的に実践していますが、子どもの貧困、健康への影響を克服するためには実態を明らかにし、制度や社会を改善していくことが前提として必要です。

第38期、初めて産婦人科医師会議を開催し、民医連産婦人科の役割や後継者育成の課題に関わる「医師政策」を検討しました。子どもを産み、育てる上で産婦人科や小児科の役割は事業所内に留まらずますます重要です。

社会的困難を抱えた妊婦に対し行政と協力して医療を保障していくとりくみや、地域の学校や共同組織と協力しての生徒・学生への講演活

動など、思春期保健分野への積極的なとりくみをすすめてみましょう。医師集団全体で可能な限り小児疾患の初期対応能力を身につけることや、小児救急医療体制への参加、小児科医療機関との日常的な連携を積極的に行いましょう。

子どもの貧困問題へのとりくみを強めましょう。特に、経済的困難をかかえた家庭の子どもたちの健康を守るために、以下の点を重視します。①地域分析の徹底、②無料低額診療事業の拡大、③困っている家庭の早期発見（受付などの機敏な対応能力）、④共同組織などとの連携による地域の情報収集、⑤小中学校の教師・養護教諭・校医・学校薬剤師などとの連携と懇談、⑥困難事例をまとめて社会や学会へ発信しましょう。

（５）リハビリテーション医療の新たな展開

リハビリテーション医療は、介護予防・急性期・回復期・慢性期、そして、終末期に至るまであらゆる段階と領域での展開が必要で、全ての職種が関わる医療活動です。「地域で暮らせる」という視点をもってとりくむことが大切です。介護予防、早期リハビリによる廃用症候群の予防、回復期リハビリの充実や在宅と緩和ケアなどリハビリ医療の新たな実践が求められています。理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などのセラピストの確保と養成がいっそう重要です。在宅ケアの中心的職種の一つとして、若い世代のロールモデルとなる人材の養成やチーム医療の中心的な役割が期待されています。民医連の医療理念を共有し、管理者の養成やその系統的・総合的な育成プログラムの策定など研修を重視しましょう。すべての専門職が、リハビリ医療の理念・考え方の到達点を身につけましょう。

（６）介護、居住施設と結びついた在宅医療の新たな展開

急性期から亜急性期・回復期・慢性期・緩和ケア・終末期までの質と量を担う在宅医療は、「医療と介護の連携」のうえに成り立っています。今後の在宅医療は、従来のように外来医療の延長線上にあるという考え方から、入院医療の一局面（在宅病床）に変化しており、医療度

の高い患者、末期状態の患者を受け入れる在宅医療を体系立てることが重要です。特に、急性期病院や緩和ケア病棟を有する病院と在宅医療チームの連携が必要です。医療と介護の連携、地域の連携をすすめる上で民医連訪問看護ステーションの役割が重要です。看護体制のかかわりもあり、今期は減少しましたが、あらためてその役割、機能を強めましょう。往診活動はパート医師などの力を得ることも含めて、在宅医療をささえる職員の育成活動を強めましょう。在宅における従来のチームに加え、麻薬を管理する保険薬局の職員なども加わったケアチームの確立をすすめてみましょう。姫路医療生協は、事業収益の50%が在宅や介護・福祉事業となっています。小規模病院ですが、在宅・介護をささえる病院として位置づけ、地域の中で連携の要として役割を担っています。

高齢者が安心して住み続けられるまちづくりへ向けて、高齢者住宅と併設した病院・診療所・在宅ケアセンターなどの複合施設を自治体との連携・協同して建設していくことや施設が在宅かかの選択ではなく、地域の医療・介護施設が連携・共同していくことが必要であり、挑戦していきましょう。

（７）チーム医療の実践と発展のために

民主的集団医療の理念を前進させ、患者の権利を守り、医療の質を高めるためにチーム医療の充実が必要です。民医連が最も優位性を発揮してきた分野です。日常の医療活動をすすめている外来や病棟でのチーム、患者・利用者を中心にすえた連携をいっそう重視しましょう。特に、NST（*40）・褥創チーム、救急・救命チーム、慢性疾患医療チーム、ICT（*41）、緩和ケアチーム、認知症ケアチームなどの質的發展をめざしましょう。チーム医療の活性化（医療スタッフの満足度）には、医師の役割が重要です。権威勾配をなくす、コミュニケーション能力をみがく、他職種の意見を傾聴する姿勢など民主的なチームリーダーとしての役割を果たしましょう。高い知識と技術、実践能力を持つ看護師や専門職の養成も欠かせません。組織的に専門看護師・認定看護師（感染管理、緩和ケア、糖尿病、がん化学療法、皮膚排泄ケア、認知症など）の育成をすすめることとサポート体

制を確立し、看護部全体の力量向上をめざしましょう。患者を中心に最新の知識や技術に学び、積極的にとりいれましょう。診療情報管理と活用などチーム医療の組織者として、事務系職員役割を高めましょう。

（８）地域医療の連携の構築・発展と民医連病院・診療所のポジショニング

民医連病院・診療所は、保健・医療・福祉複合体として、これまでの延長線上でない「顔の見える」連携をすすめ、地域住民の生命と健康を守る活動の要の役割を担いましょう。そのためにも、地域の疾病動向や生活状況、人口動態、各医療機関や福祉施設の動向など徹底して『地域分析』を重視しましょう。

〈民医連病院の地域での役割〉

急性期病院（DPC病院など）は、地域医療を担う総合医・専門医の養成とともに、今後増加する悪性疾患・脳血管障害・虚血性心疾患・筋骨格系疾患など急性疾患に対応する急性期医療・救急医療を担う重要な役割がますます求められます。急性期病院の機能は、地域医療ネットワークの基盤です。①総合診療（総合内科）と各専門科医療をバランスよく築くことと医師養成、②外科的医療技術の意識的な追求、③ER型の救急展開と地域ER（*42）ネットワークへの参加、④「4疾患（がん、脳血管障害、心筋梗塞、糖尿病）・5事業（救急、災害、小児、周産期、へき地医療）」を担う分野の明確化、⑤DPC情報の分析・活用も含めた臨床指標の設定と医療の質の向上と公開、⑥入退院経路など病床管理と地域の医療機関や福祉施設や他民医連事業所との連携の強化、⑦看護師の確保と養成の継続的な強化、⑧規模にふさわしい病院管理・組織の構築などを意識的にすすめましょう。

急性期病院退院後の生活の基盤は地域です。地域の中小病院は、患者の療養と生活、地域住民の健康管理をささえるうえで重要な役割を担っています。また、急性期病院と診療所、在宅との地域連携の結節点となり、自らは急性期の一部から亜急性期・回復期、慢性期、外来・在宅まで含んだ幅広い領域をカバーする地域医療の最も重要な役割を担う存在です。地域中小病

院の総合性とその質が問われています。人権・共同の地域医療の構築へ向けて積極的なポジショニングと戦略を打ち出していくことが必要です。①急性期一般病床・療養病床とともに亜急性期病床・回復期リハビリ病床の機能を強めること、②初期救急医療を重視すること、③急性期病院、在宅医療、介護・福祉施設との連携の要として役割を強めること、④外科系診療の守備範囲の検討、⑤地域医療を担う総合的力をもった医師の養成と医師配置をすすめること、⑥労働者や地域住民の健康管理や健診を含めた総合的保健予防活動を強めることなど具体化しましょう。

〈民医連診療所の地域での役割〉

保健・医療・介護・福祉・まちづくりの要の役割をいっそう強めましょう。中心課題として、①病気とともに暮らし、生活をささえる機能を強めること、②臓器別管理から予防、リハビリまで総合的全人的医療の実践および入院から在宅をつなぐ連携を強めること、③健康づくりや子育て支援機能、働くものの健康を守る砦としての機能を強めること、④地域の社会保障改善運動の牽引車^{けんいんぐるま}など、があります。これらをすすめるうえで、診療所医師から看護師、事務、介護職員、さらには共同組織の総合力が問われています。地域に密着した活動を行っている共同組織の存在は重要です。法人・県連のネットワークと地域の他の施設や行政などとの連携を共同組織とともに強めましょう。エレベーターのない公営住宅の上階に住む高齢者の一言から地域ぐるみで高齢者の健康・生活実態調査を行い、階段の上り下りに不自由している住民を1階に移させた札幌・もみじ台内科診療所の経験や、健診や無料個別送迎、助け合いの活動を行っている経験など、全国500カ所を超える民医連診療所ならではの活動の可能性は大いに広がっています。

そのためにも、健康な地域づくりの担い手である診療所所長の役割が重要です。優れたロールモデルとなる先輩医師がたくさんいます。将来、地域医療を担いたい、診療所所長の任につきたいという医師は研修医を含めて少なくありません。民医連の診療所には、医師がやりがいをもって働くことができる土壌があります。後継者の本格的養成に県連・法人が着手していき

ましよう。

4. 民医連の歯科活動

歯科分野にも貧困問題は深刻な影響を与えています。待っていたのでは、「口腔破壊」の実態は見えてきません。成人を対象にした公的健診制度も事実上ありません。近年、噛むことと認知症、歯周病菌が肺炎、低体重出産に関与しているとの報告がされています。

「歯みがき」など徹底した保健予防活動を重視すること、成人を対象にした公的健診制度を拡充させることにとりくみ、早期治療につなげる活動を強めましょう。共同組織の中で活動などを強め、保育園や学校などとも連携していきましょう。病院、診療所や福祉・障がい者施設、在宅との連携で、高齢者の「口から食べる権利」

3 節 これら民医連の事業と運動を担う医師養成・医学生対策の飛躍的前進を

民医連の医師養成は最重点の課題であり、地域の医療の守り手を育て、「医療崩壊」に立ち向かう確かな処方箋です。特に、前項で提起した医療・福祉活動の重点課題の実践と医師養成の前進は不可分の関係にあり、一体的にすすめることで新たな飛躍をめざしましょう。

1. 日本の医師臨床研修制度を守り発展させよう

2004年に開始された新医師臨床研修制度は、将来の専門科にかかわらず初期研修では全ての医師が総合的な診療能力を身につけるために幅広く医学・医療を学ぶという、国民の期待と医学生希望をかなえる可能性をめざしたもので大きく前進しました。しかし、「医師不足を解消するために研修を1年にすればよい」との発言や「大学に医師を戻せば、医師派遣機能が回復し医療再生できる」などの乱暴な主張のもとに、この制度の根幹を成す理念や研修目標がないがしろにされようとしています。特に「年間新入院患者3000人」を基幹型臨床研修病院の要件にしたことは、もっとも地域に密着した中小病院を、研修機能を担う病院として認めないという暴挙です。約1000カ所の基幹型病院のうち約90病院が対象となり、うち民医連は3分の1

を守りましよう。

また、必要な治療行為はすべて「保険で良い歯科医療を」の運動や、京都、福岡など歯科で無料低額診療事業を実施している経験から学び、積極的に挑戦しましょう。歯科相談活動など貧困問題へのかかわりを強めましよう。

第39期は経営改善の正念場となります。「管理部・歯科医師集団が決意して」、「職員の力を引き出して」、「全国・地協・県連に結集して」など経験から学び、すべての事業所で黒字体質をつくりあげましよう。

歯科としての総合的な力量を高めるうえで、歯科医師集団や衛生士、技工士、事務での事例検討やチーム医療を強化ましよう。歯科医師の確保と養成、研修を重視し、歯科のない県連での歯科建設に挑戦ましよう。

です。新入院3000人以下の中小病院における初期研修医の募集は、2012年度までで打ち切られる方向が示されました。全国の民医連や自治体からの働きかけを通じて医道審議会臨床研修部会では審議委員の多くから「質の評価もされないうまま、激変緩和措置を止めるのは絶対反対」「真面目に取り組んでいる医療機関を閉め出すべきではない」との意見が多く出されました。地域中小病院での初期研修の優位性を示し、再改定を求めるたたかいを一気に強めましよう。

「地域医療を守る医師を育てる」立場から医療界、国民に働きかけ、医師研修の初期に地域に密着した病院で学ぶことの積極的意義を発信してましよう。

2. 「オール民医連」で医師研修を発展させよう

民医連の医師研修では、共同のいとなみの視点を貫きながら、第1に、基本的臨床能力を獲得すること、第2に、チーム医療の構成メンバーがその専門性を発揮できるよう援助する経験を積むこと、第3に、基本的人権を擁護する立場を常に意識すること、第4に、「地域丸ごと健康づくり」の活動に積極的に参加すること、第5に、地域医療のプロフェッショナルとして、

生涯学習の姿勢を醸成することなどが大切です。とくに、患者さんの多面的な問題を受け止め、解決するために他職種と協力する実践そのものを研修としてすすめることに民医連における医師研修の最大の特長があります。

〈初期研修〉

民医連の初期研修は新制度発足後6年間で大きく前進しました。医師の基本姿勢（「患者の立場に立つ」、「生活と労働の視点」、「人権の尊重」、「主治医機能の発揮」など）を養うことに加えて、新しい教育技法なども積極的にとり入れ、他の医療機関からも高い評価を受けてきました。民医連初期研修医の「研修満足度」は他の施設のそれと比較して明らかに高くなっています。

しかし、ここ2～3年、民医連マッチング数の減少がみられるとともに、後期研修は民医連外に求める傾向が強まり2009年度、継続者は約半数にとどまりました。今後、大学での初期研修の実質1年化や臨床研修病院の競争激化が予想される中で、今まで以上に意識的に「民医連的研修内容」にこだわり、往診や外来など、病棟だけでなく幅広い現場で研修すること、患者の全人的把握と人権擁護の立場をカンファレンス、サマリー、症例レポート、地域フィールド活動のなかで育てることを大切にすることが重要です。そして、2年間の初期研修の到達目標として「民医連への共感」を位置付け、「民医連が好きになる」研修を追求していきましょう。

〈後期研修〉

後期研修の抜本的な改革を行いましょ。研修医の動向をみると、総合的な診療能力獲得という初期研修の目的と新卒医師のニーズに合致した民医連の初期研修に比べると後期研修の内容が研修医のニーズに必ずしも合致していない現状が見てとれます（3年目調査より）。また、新制度発足後、研修医の大学医局や病院組織への帰属意識は決定的に薄れ、1病院にこだわらず自らのキャリアパスを積み上げることが重視される傾向も明らかです。初期研修でプライマリケア、後期研修で専門医取得、その後自分に合ったところで医師人生というような、キャリアアップモデルでいいのか、民医連として国民

の期待に応えうる医師像と後期研修を具体的に示していくことが求められています。そして2年目の研修医に民医連における後期研修の魅力を語り、後期研修医をサポートする後期研修委員会などの体制づくりが必要です。全国や地協でも必要な体制をとります。

各県連・事業所の医療・福祉の重点と構想、それを実現するために必要な医師集団としての力量と個々の医師が描くビジョンをすり合わせ、同一方向に向けるような議論と配慮、工夫が大切です。医療構想の重点課題を達成するために、誰がどのように研修し、必要な専門医を獲得していくのかについての議論が必要です。この議論の中で後期研修の到達目標や研修場所を定め、後期研修にかかわる体制を確立しましょう。認定医・専門医の資格取得や各学会施設認定は各医師のキャリアアップという側面だけでなく、地域や事業所の共有の財産です。技術獲得は「何のために、誰のために」の視点を堅持し、全日本民医連の他の病院や民医連外の施設の協力も得て可能な限り実現するようにとりくみましょう。

〈地協、オール全日本民医連としてのネットワークの構築〉

初期研修においては臨床研修病院の資格要件、後期研修においては学会の認定医・専門医資格取得条件など、今や自院所・自県連だけでは必要な研修ができない時代です。急性期など各分野の専門性を持った病院、地域密着型の中小病院や診療所、離島医療や水俣病など社会医学的アプローチも可能な良さを生かして、地協や「オール民医連」で民医連医師を育てあげる姿勢が決定的に重要です。従来の連携や協力の形態を根本から見直し、より高い新しい水準をめざしましょう。このための組織体制強化を全国や地協ですすめます。

3. 医学対活動を新たな峰へ

医学生自身が民主的に成長し、医療変革・医療再生の担い手となるよう援助すること、さまざまな自主的活動や奨学生活動を通じて民医連の役割を学び、確信をもって民医連に参加し、地域医療の担い手となるよう援助することが医学対活動の役割です。新制度発足以後、ピーク

時には200人余りの初期研修医を受け入れましたが、現在は150人前後です。今期こそ毎年200人以上の初期研修医を迎え入れ、新たな峰を築きましょう。研修を目的とした民医連への参加を否定的に見る必要はありません。医師として人生の最初の選択に民医連を選んだことは、医療活動や理念に対する共感なしにはあり得ません。同時に、現在のキャリアアップ志向、大病院・専門医重視の政策誘導、大学病院への帰還の大合唱の中で、あらためて民医連の研修決意、参加を促すための方針と体制づくりが必要です。

今求められることは、中学生や高校生からの1日医師体験や中低学年からの奨学生対策、奨学生の成長を促すための医師や職員、共同組織参加の医学対活動、「医学生をつどい」の成功、医学生運動への援助、そのための大学の動向や医学生の要求の把握と企画など、これまで試され済みのさまざまなとりくみを、様変わりしている今の医学生の実態に即してていねいにすすめることです。これらのとりくみを各大学に対する民医連の医学対活動の総合的な方針としてまとめ、方針化しましょう。

長野の健和会の実践に学び、抜本的に高校生対策を強化しましょう。医学部をめざす段階で、地域医療の発展に自覚的に参加する気概を持った受験生を育成するために従来になく大胆な行動を組織しましょう。そして、1221人定員増という新しい状況にふさわしい積極的な奨学生獲得目標を立てましょう。全国として、全国すべての大学に奨学生を誕生させることと各学年に90人以上の確保をめざします。全医学生を対象にして低学年のうちに健康とは何か、医学となにか、医師の社会的使命とは、など現在の医学教育に欠けがちな医学概論を学ぶこと、地域や患者さんの実情を知るフィールド活動を重視しましょう。そして、これまで重視してきた奨学生活動をさらに発展させ、卒業時の民医連運動への共感度の高さを最終的な成果項目として評

価するような構えが重要です。この夏には、新たな情勢にふさわしい医師養成と医学対に関する全国会議を開催し意思統一をはかります。

4. 民医連医師集団の形成と後継者の意識的な養成を

民医連に入職した医師が、元気に働きつづけられ、成長するための条件整備を重視しよう。

退職問題の背景はさまざまな要因が重なっていますが、内部でできる努力を積み上げていきましょう。①一人ひとりの医師の悩みや将来について、幹部や同世代、女性医師の会など話し合う機会を意識的にもつことや、定期的に医師面接を行うことなどを重視し、医師同士、幹部と医師などとのコミュニケーションを強めましょう。②制度教育や医局会を重視しましょう。「私と民医連」を語り合うなど民医連綱領や歴史、理念、総会方針などを学び、語り合う機会を意識的に強めましょう。③奨学生時代には熱心に社会医学的な視点を強めていたものが、臨床の多忙さの中で、そうした活動や問題意識を深める機会が少なくなりがちです。毎日の医療活動の中で「育つ」とともに、意識的に社会医学的視点を持つ活動を強めましょう。④医師労働は大変な激務です。あらゆる工夫を凝らして、民医連の医師が働きつづけられるために、個人の善意に頼ることなく健康管理を強め、労働条件の改善など管理部はじめ全職種への援助を強めましょう。⑤女性医師が増えています。出産、育児など女性医師をとりまく状況を踏まえ、特段の配慮を行い、働き方についても工夫しましょう。⑥いま、医師は大変流動化しています。民医連の輝きは、後期研修医にも既卒医師にとっても大変魅力的な存在であり、少なくない医師が民医連に入職しています。全日本民医連として全国的な宣伝物などを作成し、民医連の良さを伝え入職や研修参加をよびかける活動を重視します。

4 節 介護・福祉分野のとりくみ

1. 介護ウエーブのうねりを広げ、 介護保険改善・介護保障拡充を 必ず実現させよう

介護ウエーブは第2ラウンドを迎えます。2010～11年は5年に1度実施される介護保険法の改定の時期です。給付抑制方針の継続、または単なる手直しにとどめるのか、それとも給付抑制方針そのものを根本から見直し、ゆき届いた介護を保障する「介護の社会化」の真の実現と、それをささえる介護従事者が誇りをもって働き続けられる環境整備をはかるのかが大きな争点です。応能負担（負担は能力に応じて）・必要充足（給付は必要に応じて）の原則にもとづき、費用負担の軽減、現行認定方式の抜本的見直し、もしくは廃止、支給限度額廃止をはじめとする利用制約のしくみの大幅な是正、基盤整備の拡充のほか、「自立支援」など制度理念にふみ込んだ制度改革が必要です。介護保険改善を求める声と新たな共同を、地域から、現場から、大きく広げます。

第1に「介護保険制度の検証と提言運動」にとりくみます。事実から出発し、制度の問題点を掘り下げ、利用者・現場の実態、具体的な要求をとりまとめ発信する「提案型」の運動をすすめます。「介護再生プラン案」をいっそうねり上げるとともに、各地域でも「地域版再生プラン」をつくり、制度改善を求めていきたいと思います。第2に、従来にない思いきった働きかけが必要です。議員や関係団体、国、地方の段階でさまざまなチャンネルをつくり、利用者や現場の実態をリアルに伝え、協力・連携を広げましょう。介護改善の運動をすすめる恒常的な組織づくりを追求します。制度の当事者である利用者、家族とともにとりくむ運動へさらに発展させましょう。

2012年は介護報酬と診療報酬との同時改定であり、介護・医療提供体制の一体的な再編が大きな焦点になります。介護・医療・社会保障の改善・拡充を求める大きなうねりを起こしていきましょう。障害者自立支援法のすみやかな廃止と、障がい者が人間らしく生きる権利を真に

実現する新たな制度の確立を求めていきます。

2. 地域の要求に応え、「24時間 365日」「最後まで安心して」を 追求しよう

「24時間365日」「最後まで安心して」をささえる民医連の事業・実践をいっそう強化していきましょう。急性期医療を積極的に展開していくうえでも在宅医療・介護の強化は不可欠の課題であり、医療との連携を強め、中重度認知症への対応を強化しましょう。連携の要となる訪問看護の役割や位置づけなどの強化が必要です。ケアマネジャーは一人ひとりの利用者の生活をささえ、制度改善の課題を発信する「たたかうケアマネジャー」としての役割が重要です。地域で暮らし続けることをささえる地域福祉の拠点としての高齢者施設の役割、民医連社会福祉法人の二重の役割を深め発揮しましょう。1県連1施設づくりにあらためてとりくみましょう。絶対的に不足している特別養護老人ホーム建設に挑戦しましょう。地域包括支援センターの機能強化と法人の支援を強めます。共同組織と連携し、生活の場を保障する住まい・居住系施設づくり、助け合い活動やコミュニティづくりをすすめます。特に国民年金受給者や生活保護の方でも入所（居）できる施設づくりにむけた実践に挑戦しましょう。

高齢者（世帯）の経済基盤の弱体化、独居・老老世帯の増大、利用者の重度・重症化、介護の長期化と介護者の高齢化、家事機能低下にともなう生活障害の増大、医療支援の不足、住宅の不備などにより、住み慣れた地域で暮らし続けることそのものに重大な困難が生じています。最も困難な人びとの生活、要求から出発する民医連の原点にあらためて立ち返った事業、実践をすすめます。単独では展開が困難な事業でも、医療をふくめた法人全体の事業の中に位置づけ、相乗効果をうみ出し経営改善にもつなげている経験に学び、「複合体」の強みを生かした事業を推進していきましょう。地域の要求を組織化し、必要な事業を基盤整備の課題として自治体に求めるなど、運動の視点を貫いた事業方針づ

くりにとりくみます。自治体からの要請に応え、障がい者の自立支援の活動を位置づけとりくみましょう。

2015年、2025年に向けて、今後「地域包括ケア」(*43)という考え方を軸に国の制度・政策が動いていくものと思われまます。政府の構想の限界、問題点を押さえながら、国民本位の内容として実現させる運動課題としてとりくみ、同時に、民医連としてあるべき「地域包括ケア」について、実践的に整理し提案していきます。

介護・福祉分野の職員の確保と養成を最重点課題としてとりくみます。事業展開や今後の事業計画に見合った職員の計画的な確保とキャリアアップなど養成の仕組みづくりが必要です。

「民医連を自分の言葉で語れる」職員の養成を追求します。3分の2を非正規職員（訪問系は9割）が占めているなど、医療分野と異なる特徴をふまえた工夫が必要です。管理者の力量向上と集団化が求められており、管理者の養成を重視し推進します。養成責任者の役割が重要です。県連での介護職部会の設置など介護職の組織化にとりくみます。

法的整備の水準の向上を引き続き重視します。業務管理体制の義務化に伴って法人の責任が強

められており、事業所任せにしない対応が必要です。相互点検を強めましょう。給付「適正化」のもとで、理不尽な利用制限に対するたたかひの視点を貫いた法的整備のとりくみが求められます。

民医連介護・福祉の理念（「3つの視点(案)」①利用者のおかれている実態と生活要求から出発し、②共同のいとなみの視点に立ち、③利用者の権利を守るためにたたかう、と「5つの特徴(案)」①人権を何よりも大切に、それを守り抜く実践（無差別の追求）、②自己決定に基づき、生活史、その人らしさを実践（個別性の追求）、③生活を丸ごと支える実践（総合性の追求）、④根拠に裏打ちされた実践（科学的性の追求）、⑤利用者・家族・職員、ボランティアがそれぞれの立場で協力しあいながら、地域に根ざし、地域の中でひとりひとりに寄り添う実践（共同のケア）の実践を事業所・職場ですすめましょう。具体的な事例や介護に対する思いを共有することを通して深めましょう。介護の質の向上や職員養成のとりくみなど日常の活動に活かしていくことが大切です。各地の意見を集約し、とりまとめます。

5 節 民医連運動を担う専門職の確保と養成

民医連で働く職員は、多くの専門職種で構成されています。セラピストや介護事業で働く職員も増加しています。また、事務は医事、経理、情報管理、組織部や人事など、専門的な知識と能力が求められています。各職種・職能を高め、民医連活動に積極的に生かすためには計画的な採用を行うことと民医連的な成長を促す意識的な養成が欠かせません。

いのちの平等の実践を掲げる民医連で、仲間を大切に、集団性を高め、育ち合う事業所や職場をつくるのが民医連運動を前進させる原動力です。技術部門やSWの自主性を尊重し専門性を高めるための認定資格への挑戦や専門的力量的の向上に向けて計画的にとりくみましょう。

1. 「はたらきがいある・人権が輝く・人が育つ」民医連の事業所・職場をつくろう

看護部門の調査でも、青年アンケートでも、民医連で働きつづける条件の高位に「やりがい」、「生きがい」があります。人間関係も重要な要素です。やりがいを生み出すには、「人権の担い手」として医療や介護活動の実践、「いのちの平等」を掲げる民医連の理念や歴史の学習、運動面への主体的な参加を促す風土づくりが重要です。基本は職場づくりとチーム医療にあります。コミュニケーション強化のための手法もさまざまに開発されています。積極的に学び、とりいれ、育ち合う職場づくりをすすめましょう。職責者研修が必要です。意識的に時間を生み出し事例検討を行うことや、民医連新聞の記事の読み合わせなども有効です。厳しい体制の中においても、国会要請行動や辺野古支援連帯行動へ代表を送ること、研修会や全国、県連の学術運動交流集会などに演題を出し参加を促すこと、意識的に地域に足を踏み出し、患者・利

用者の立場から要求や生活実態をつかみ実践に生かすこと、スタッフへの適切な評価を行うことなどをすすめてみましょう。

広島共立病院では、被爆者が自分たちで発行していた「ピカに灼かれて」が高齢で出せなくなったことを受け継ぎ、2年目の全職員が組を作って被爆体験を聞く機会をつくって発表会と文集発行を継続しています。管理部が「育てる」ことにこだわり、意識的に追求しましょう。

今期は、継続的に討議している「今日的な民医連事務政策」と「教育要綱」を完成させます。

職員の健康管理を強めましょう。「働きつづけられるための健康づくりパンフレット」(改訂版)を生かし具体化しましょう。

2. 看護師の確保と養成を

日本の看護師は、100床当たり66.8人の配置です。ドイツ117.8人、フランス105.8人、イギリス335.9人などとは桁違いの配置数です。ベッドが多いからという論者がいますが、別の統計では、OECD30カ国の人口1000人当たり平均9.7人の中、日本は9.3人で、いずれも少ないのが現状です。医療事故の発生数と看護師配置数とは反比例し、看護師が多いほど平均在院日数が短くなる傾向であるとの統計があります。看護師数を増やすことは、医療安全、医療の質向上にとって不可欠です。看護師増員を確実に実現させるためにウエーブを大きくしていきましょう。夜勤労働の軽減や賃金、労働条件の改善のためにも診療報酬に反映させましょう。医師不足を背景に2007年末に厚生労働省医政局から「医師及び医療機関関係職と事務職員等との間での役割分担の推進について」通知がだされて以降、『ナースプラティクショナーの育成』(*44)に見られるように、看護の裁量権、看護業務の範囲の拡大など「看護職の役割拡大」についての問題が急に看護界で論議されるようになってきました。これらの論議は、医師不足に対する補完的な視点からの論議のみとなりおり現状では容認できません。看護とは何か、看護の専門性とは、看護師養成はどうあるべきかなど十分論議し、根本にある看護師不足の解消と国民が求める医療・看護の充実に向けて運動を強化していくことが重要です。また、保助看法および、人材確保法の改正により、新人看

護師研修が2010年から努力義務となります。2009年末には新人看護職員研修ガイドラインが発表されました。新人看護職員の研修内容を見直し、整備していくことが求められます。厚生労働省や看護協会の動向を注視し、「新人看護職員研修事業」の申請、制度改定についてたたかいと活用、提案の立場で準備を整えていきましょう。

看護とは、「その人らしく、人間らしく生きていくための人間の尊厳を守る」労働です。民医連看護3つの視点(患者の立場に立ち、患者の要求から出発し、患者とともにたたかう)と4つの優越(総合性と継続性、無差別平等、民主性、人権と運動)と重なりあうものです。患者の立場に立って、患者は看護に何を求めているかを問い直し、医師をはじめとする他職種との連携をいっそう強化し、よりよい医療・看護を患者に提供すること、そのために看護の総合性と専門性をさらに磨き、看護内容や質の向上にとりくみましょう。認定看護師の養成は、医療や看護の質を高める上でも重要であり、チーム医療の質の向上につながります。意識的に養成計画を持ちましょう。

民医連看護の理念と看護実践を結びつけた看護師養成に力を入れましょう。入職や採用の原動力は「自らの成長が見通せ」「めざす看護そのものに対する共感」です。民医連職場でのキャリア開発も検討し、看護職員一人ひとりが目標を持って働き続けられるように生涯教育システムをつくりあげましょう。そして、毎年必ず1000人以上の新卒看護師の受け入れと既卒看護師の受け入れを行いましょ。看護師の退職を生み出さない職場づくりには、経験と法則があります。知識や技術的に未熟で「不安で自信がない」ことに応える職場環境づくりが重要です。がんばったことを皆で評価しあえることも大切です。仲間づくりを重視し、社会性もち、退職を生まない職場づくりにむけて奮闘しましょう。民医連看護学校は、『いのちの平等』を貫く看護教育が行われており、後継者の確保の上でも、日本の看護教育の面でも大切な役割を担っています。同時に、運営上の苦勞も少なくないのが現状です。これまでも自主交流など行われてきましたが、全日本民医連としても援助していきます。

2010年、第10回看護・介護活動研究交流集会在石川で開催されます。多くの実践を積み上げ、持ち寄り、明るく元気な民医連看護集団として成長しましょう。

3. 民医連における薬剤師分野の活動

民医連の薬剤師は、医薬品の専門家という立場から、人権の守り手として、患者に寄り添い適正な薬物療法の担い手になることです。地域の要求に積極的に目を向け、憲法と民医連綱領を実践する民主的な医療人の一員としての薬剤師をめざさなければなりません。実践課題では、医薬品評価（新薬モニター活動）、副作用モニター活動のとりくみのさらなる重視、患者の立場に立った有効で安全なジェネリック医薬品の使用促進、「医薬品副作用被害救済制度」を医療従事者や患者の中に広めながら一人でも多くの患者が副作用被害から救済されるようとりくみをすすみましょう。薬害被害者に寄り添い、被害の実態に学びながら、薬害根絶のために先頭に立って奮闘しましょう。2009年6月の改正薬事法で、消費者の安全性確保から一般用医薬品がリスクに応じて三段階に分類され情報提供も強化され、通信販売も大きく規制されました。新たに「登録販売者」という資格もできました。いずれは第一類（H2遮断薬など）を除く圧倒的な種類の一般用医薬品がコンビニ等でも販売できる流れがつくられ、新たな薬害を生む危険性もはらんでいることを注視する必要があります。世界でも類のない新薬の高薬価構造や、製薬大企業がだもうけしている実態を国民の中に示し、医療費や診療報酬に還元させる運動も重視しましょう。「民医連の薬剤師像」を明確にした「薬剤師政策」の策定を行います。

在宅医療が外来医療の延長線から入院機能の一面に変化している中で、保険薬局における在宅分野のとりくみをさらにすすみましょう。従来の服薬指導の延長線ではなく、在宅分野で薬剤師の新たな役割が発揮できるよう検討を大いにすすみましょう。人権を守り、地域になくてはならない薬局をめざし、患者の生活背景を把握する努力を強め、保険薬局での相談機能を高め、薬局でも無料低額診療事業が実施できるよう運動を強めましょう。薬局法人は株式会社

・有限会社という条件の中でも非営利・協同と集団所有を追及してきました。公益法人制度改革による新たな「非営利一般法人」への検討と挑戦を行いましょ。

病院薬局では、この10年あまりで医療安全の業務など薬剤師が担うべき業務範囲が増大しています。しかし、医療法で定める薬剤師定数や診療報酬上での評価はそれらを保障するものとなっていません。医療チームの一員としての役割をさらに発揮していくために必要な薬剤師が病院に配置されるよう運動を強めましょ。国民皆保険の下で製薬大企業が暴利をあげている実態や薬害根絶の課題、薬剤師の配置や正当な診療報酬上の評価など真に国民のための医薬品のあり方をめざす「薬剤師ウエーブ」（仮称）の運動を検討します。

2010年から薬学教育6年制による実務実習が病院薬局と保険薬局で始まります。後継者確保の位置づけを強め実務実習の受け入れを大きく成功させましょ。「育てる薬学対」活動を通じて薬学奨学生は120人を超えました。地協や県連で、奨学生に民医連医療を理解してもらう学習会やセミナーなどを旺盛にとりくみましょ。各県連での医学対や看学対と連携を強めましょ。

4. 青年職員の成長にむけて特別の援助を強めよう

5つの県連（北海道、宮城、長野、大阪、岡山）で34歳以下の青年職員の44%に当たる2200人からアンケートをとりました。アンケートでは「職場の人間関係がよい」が7割、「やりがいを感じている」が8割と高い比率になっている一方、「民医連活動に参加」は半数以下にとどまっています。「民医連の好きなおところ」は「患者・利用者の立場に立った実践」（79.7%）という回答が圧倒的でした。この間の歴史と綱領の学習を通じて特徴的だったのは、ポリオワクチンのたたかいや訪問看護の制度化を実現したとりくみなど、民医連が何より人権を大切に、運動しながら権利を拡大してきた実践が新鮮な感動をもって受けとめられたことです。

選挙に行くどうかの設問には、「必ず行く、だいたい行く」が、74%で一般社会より高い投票行動がうかがえます。健康保険本人の自己負

担や老人医療費の自己負担も当たり前の時代に
民医連に入った世代ですが、地域活動や事例を
通じて感性豊かに大きく成長する可能性を持っ
た世代です。こうした仲間が青年JBに参加し、
沖縄での辺野古支援・連帯行動、平和活動や綱
領学習運動などを通じて、大きく変化していま
す。押しつけではない、自らの頭で考え行動す
る職員に育てることは、簡単ではありません。
地道に、粘り強く、働きかけていくこと、機会
をつくること、青年と話し合い、きちんと評価
をすることが重要です。すべての県連で青年育
成方針を持ち、青年委員会などの活動やJBの
活動など青年の活動への援助を行いましょ
う。第34回全国青年JBは2011年9月に宮城で開
催されます。各地協のJBの成功とともに、全国
JBを成功させましょう。

5. 幹部養成は意識的に追求すべ き「第一級」の課題です

私たちは、この間、トップ幹部などの独断や
非民主的な運営によって、組織が困難に陥るこ

6 節 「構造改革」の抜本的転換期における経営活動

2010年の診療報酬改定は4期続いたマイナス
改定から、プラス改定に転じました。しかし、
2010年度の診療報酬改定はわずか0.19%にすぎ
ず、自動的に経営改善に結びつくものではありません。
このプラス改定を社会保障構造改革転
換の第一歩として大きく前進させなければなり
ません。科学的管理と民主的運営を貫き、民医
連経営の優位性をいかに発揮した「たたか
いと対応」の真価が問われています。

一方、近年中にリニューアルにとりくまな
ければならない事業所や、団塊の世代の退職など
多額な資金が必要となる期間でもあります。経
営改善の課題は、引き続き特段の努力が求めら
れている課題です。

1. 診療報酬、介護報酬改定への たたかいと対応を

診療報酬改定の内容をそれぞれの事業所の実
態に即して分析し、対応可能な項目の具体化方
針を迅速に作り上げることが必要です。しかし、
病院重視と言われる今回の改定も、民医連の多

とを経験してきました。方針や綱領路線に基づ
いて全国や県連の方針に結集すること、現場を
知り仲間を信頼すること、民医連運動を担う人
づくりを重視することは事務幹部の重要な任務
です。幹部は突然育つものではありません。現
場で鍛えられる、仲間や地域の中で鍛えられる、
研修を通じて系統的な力を蓄える、このことを
いっそう強めなければなりません。

民医連の研修の特徴は、理念と管理、知識、
態度、実践の統一をめざす点にあります。今の
情勢は多くの幹部を必要とします。しかし、研
修や試される機会が少ないのが現状です。ト
ップ管理者研修会、事務幹部学校など計画的に
実施します。事務幹部学校第2期、3期を実施
します。第1期卒業生が学んだことを力に、大
いに役割を果たすことを期待します。各地協な
どでとりくまれている養成講座などもさらに充
実させましょう。さらに、民医連外のさまざま
な機会を有効に活用し計画的に幹部養成をすす
めることも重要です。幹部の保全のあり方を検
討しましょう。

数を占める中小規模病院の経営改善につな
がることは期待できません。地域の医療崩壊を
食い止めるためには、引き続き診療報酬引き
上げに向けたたたかいを重視します。

2. 全職員参加の経営の追求、統 一会計基準の準拠・徹底と管理 会計制度の確立を

全日本民医連は、新たな状況に対応した会
計基準の改定や毎年の全国の経営統計の発表、
さらには事業所独立会計、部門別損益管理の
要綱策定などを通じて、それぞれの法人や事
業所の経営実態の正確な把握や、同種、同
規模事業所との比較が可能な条件を確立し
てきました。自らの経営実態を正確に把握
し、全職員で共有しなければなりません。
その上に立って、具体的に現実的な予算
や経営改善方針をつくりましょ
う。

3. 資金管理を改善強化しよう

資金問題は、経営の存続を決定づける課
題で

す。正確な資金需要見通しを明らかにすることは、第一義的な経営課題として明確です。共同組織に依拠した資金結集や金融機関との事前の打ち合わせはもちろんです。必要な場合には、県連や全日本への報告や相談を迅速に行い、連帯の力を生かしていくことが重要です。

4. 経営改善の具体化を

経営改善の具体的な方針は、それぞれの経営の実態によって異なりますが、今日の情勢のも

とでは、以下の諸点について検討しておくことが必要です。①医師、看護師、セラピストなどの人材確保条件の整備、②高齢者の医療介護要求に対応した活動と事業の強化拡大、③退職金、給与体系など人件費対策の検討、④補助金、助成金などの情報収集と活用、⑤無料低額診療事業の届け出を増やし、国保法四四条による負担減免の実現など患者・利用者負担軽減策の拡大、⑥薬品や材料の仕入れ価格引き下げ対策の強化、などです。

7 節 「あらゆる活動を共同組織とともに」を徹底して 貫き、共同組織の強化を

共同組織は他の医療機関にない民医連運動最大の特徴の一つです。民医連運動は、医療・福祉専門職と共同組織との共同した運動です。「共同のいとなみ」の立場は、医療者と患者との関係だけにとどまるものではありません。まちづくり運動においても共同の関係が生かされ、健診や健康づくり、平和活動や社会保障拡充の運動、助け合いなどの活動をともにすすめてきました。また医系学生、研修医、若い職員を育てることに力を注いできました。事業所の運営や経営参加の上でも、共同組織に支えられてきました。こうした共同の活動を今後いっそう強めていきましょう。

運営委員、共同組織の仲間には、多くの知識や技能、地域のつながりを持った人が参加しています。子育てなど人生の先輩でもあります。これから、学生運動や労働運動、市民運動などを経験した世代が地域活動に参加されます。共同組織の仲間として、安心して住み続けられる

まちづくり運動の心強い担い手として役割を果たしていただくよう働きかけましょう。退職する民医連の職員にも共同組織の活動への参加を積極的によびかけます。そして、「あらゆる活動を共同組織とともに」を貫く立場を堅持して活動しましょう。次期総会までに共同組織360万と、『いつでも元気』誌の購読・活用を重視し6万部をはるかに超える読者拡大と利用をすすめましょう。全ての職員が購読を目指し、各県連が達成目標を持ち実現しましょう。第11回共同組織活動交流集会（2011年・岩手）を大きく成功させるために、全ての県連から全国連絡会に代表派遣しましょう。新しい連絡会は2010年5月に発足します。集会は全国で初めて老人医療無料化が実現した岩手で開催されます。被爆地長崎から全国初の老人医療無料化を実現した岩手へ、まさに9条から25条へつながるものとしましょう。

8 節 全日本民医連機能、県連機能の飛躍のために

全日本民医連理事会は、新たな情勢を切り開く立場で様々な共闘組織への参加と役割を發揮することなど中央団体としての役割を強めるとともに、各県連や職員に対し、機関紙誌の充実、ホームページの改善・充実などを通じて、必要な情報の提供と交流、経験や教訓の発信、方針の提起、課題毎の交流機会の確保、各県連からの要請に応えるなど積極的に役割を果たしていきます。

理事会運営の充実と効率化をめざします。現場をもつ役員がいっそう多忙となる中、常駐役員、事務局機能強化に努め、県連や現場に寄り添った活動を行います。

県連は、各地方における民医連組織を代表する組織です。たたかひの強化や医学対、医師養成など重点方針を必ずやり遂げる立場から県連機能の役割を高めましょう。県連事務局長アンケート調査では、さまざまな悩みや苦勞が出さ

れました。理事会で十分討議する時間が取れない、医師の参加が困難、事務局体制や予算がない、規約で統制や決定機能をもたない等々です。県連事務局長の位置づけも県連によって違ってきます。

第32回総会（「6つの県連機能」）や第36期第2回評議員会（「県連機能7つのミニマム」）①全日本民医連方針の討議と具体化、県連理事会機構の整備、②県連長期計画の策定と具体化、法人事業計画と経営の掌握と指導援助、③県を代表する運動組織としての役割、④共同組織の拡大と交流、『元気』の普及、⑤民医連運動を主体的に担う職員育成と後継者養成の計画と具体化（制度教育の推進）、⑥医師問題の前進、地協と共同して民医連運動を担う医師養成推進、⑦民医連組織を守り、弱める傾向とたたかうこと）で県連の役割について述べていますが、あらためて、こうした立場から見直しを呼びかけます。

特に、県連会長、事務局長の位置づけを強めることが重要です。全日本民医連として地協活

動の強化、地協事務局長会議の充実とともに県連事務局長会議を重視し、同規模県連毎の県連事務局長討議や県連事務局長の役割と交流や研修を強めます。また、県連事務局員研修会を全日本民医連や地協レベルで開催します。

核兵器廃絶の共同行動、社会疫学に基づく交流や研究、医師、医学生の交流、非営利・共同事業の探究など目的を明確にして国際交流をすすめます。

全県連で、『いつでも元気』の職員読者過半数以上を実現しましょう。民医連新聞や『いつでも元気』、民医連医療、民医連資料は全国のさまざまな経験や集会の内容を伝えるものです。積極的に活用しましょう。全日本民医連事務局への人事派遣を幹部養成の視点から意識的にすすめましょう。

「非営利・協同研究所 いのちとくらし」の役割について期待し、民医連のかかわりについて検討します。全日本民医連50年史を初夏に発行予定です。

おわりに

第39回総会は、山本宣治（山宣）生誕の地京都で、無産者診療所（大崎）開設80年の年に開催されます（*45）。また、岩手県・沢内村（現西和賀町）に日本で初めて老人医療無料制度ができて50年になります。全日本民医連も協賛した「いのちの山河～日本の青空Ⅱ」が上映されています。

蒞昭三名誉会長はトップ管理者研修会で「人

間にとって最高の幸福とは何か。それは人びとのために働くことではないか」と問いかけました。生きがい、働きがいと民医連で働くことを一致させる努力を重ね、「人権を守る専門家」として成長しましょう。

第40回総会は2012年、岡山で開催します。次期総会にむけて、志高く奮闘しましょう。

以上

用語解説

* 1 OECD

経済協力開発機構の略称で、経済にかんする先進諸国の国際協力機関。OECDの目的は、①加盟国の経済成長、雇用増大、生活水準の向上、②開発途上国援助、③多角的な自由貿易の拡大、の3点ですが、国際社会の多様化に対応して、資源エネルギー、1次産品、環境保護、国際投資および多国籍企業、教育、消費者保護などの諸問題についても積極的にとりくむ姿勢をみせています。現在30カ国が加盟。

* 2 日米安保条約（軍事同盟）

日本とアメリカの安全保障のため、日本に米軍が駐留することなどを定めた2国間条約で、正式名称は「日本国とアメリカ合衆国との間の相互協力及び安全保障条約」。

この条約は、日本の独立後の米軍の駐留継続だけではなく、米軍と自衛隊による共同軍事行動を盛り込んだ軍事同盟条約です。

この条約があるため、首都・東京を含む全国85カ所に米軍基地が置かれ、多くの国民が爆音被害や米兵犯罪に苦しめられています。その矛盾が最も集中しているのが沖縄です。在日米軍基地の75%が集中し、とりわけ住宅地のど真ん中にある普天間基地は「世界1危険な基地」で、無条件即時撤去は沖縄県民・国民が切望する待ったなしの課題です。

* 3 「全日本民医連の医療・介護再生プラン案」

崩壊の危機に瀕している日本の医療・介護の再生をめざした提言。全日本民医連第38期理事会が、第38回総会での討議を踏まえて発表しました。プラン案では財源も提案しました。民医連はこのプラン案をもとに、医療・介護の分野をはじめ各界の方を迎えたシンポジウムなどを開催し、国民的合意づくりに努力してきました。

* 4 臨調「行革」

1981年に中曽根内閣が設置した臨時行政調査会（臨調）が、「増税なき財政再建」をめざす行財政改革（行革）について提言しました。その「基本理念」は、国内的には「活力のある福祉社会の実現」、対外的には「国際社会に対する積極的貢献」の2つ。活力のある福祉社会の実現のために、民間企業の活力を大前提とし、「自立・自助」と「連帯・相互扶助」が社会の基本とされました。これにもとづき、社会保障の切り捨て、大企業や高額所得者優遇税制、電電公社など3公社の民営化などが実行されました。

* 5 「年次改革要望書」

1993年の日米首脳会談後から日米両国間で交換されている文書で、「経済発展」のために市場開放、規制緩和、構造改革の要求が盛り込まれています。

アメリカからの要求に「健康保険のきかない医療を増やせ」という項目があり、ほかにも民間の医療保険、生命保険の会社が日本で業務を拡大できるようにすること、医療への株式会社参入などを要求しています。郵政民営化もアメリカの要求の柱でした。

* 6 ゼロ税率

業者から医療機関が購入する薬や医材などには消費税がかかっています。しかし医療は非課税のため消費税を請求できません。その分医療機関の持ち出しとなり、経営を圧迫しています。税率が上がれば、さらに経営困難に追い込まれることが予測されます。

ゼロ税率とは、非課税とは異なり、課税はするがその税率はゼロという意味です。ゼロ税率になると、薬や医材などの仕入れにかかった消費税分が還付され、医療機関の持ち出しはなくなります。

* 7 生活保護老齢・母子加算の廃止

生活保護の70歳以上の高齢者には、肉体的、社会的条件からくる高齢者の特別需要を補うことを目的に、月額1万7930円（都市部）が老齢加算として上乗せ支給されてきました。ところが厚労省は、特別の需要があるとは認められな

いとして2005年度末で全廃しました。

また、生活保護を受けているひとり親世帯に支給される母子加算（都市部で子ども1人の場合、2万3260円）は、2005年度から段階的に削減され2008年度末で全廃されました。しかし国民の運動と世論により、母子加算復活を公約に掲げた新政権のもとで2009年12月1日に復活しました。

* 8 成果主義賃金

年齢や勤続年数ではなく、労働者個人の業績・成果を評価して決める賃金制度のこと。評価で賃金が増減するほうが従業員の意欲を引き出せると言われていますが、①リストラ推進の中で賃金上昇を抑えながら、労働者に競争と労働強化を強いることで人件費総額を抑える、②「成果」をめざす労働者同士の競い合いを意識的に利用して労働者の団結を崩す、との目的で多くの企業で導入されました。

* 9 思いやり予算

在日米軍の駐留経費の日本側負担分のうち、義務がないのに負担している経費のことです。もともと日本側の負担は軍用地料だけでした。ところが自民党政府は1978年、「思いやりの精神で米軍駐留経費の負担増に応じる」と、新たな負担に応じました。2008年には2083億円と、当初の30倍にも膨張し、この30年間で2兆7000億円を超えています。

米軍家族住宅や教会などの施設のほか、水光熱料、演習費、戦闘と不可分の施設整備など、米軍活動のほとんどすべてを対象にし、米兵がレジャーで利用する高速道路の料金まで負担しています。

* 10 資格証明書

資格証明書は、国保料（税）を滞納した世帯に、制裁措置として発行されるものです。資格証明書は給付の一時差し止め通知にあたり、受診した場合はいったん窓口で医療費全額を支払い、還付請求をすると七割分が戻ります。

* 11 地方公共団体財政健全化法（財政健全化法）

正式名称は、「地方公共団体の財政の健全化

に関する法律」。2007年成立。地方自治体の財政悪化の「早期是正」を掲げ、政令で定める基準（赤字比率）を自治体を超えた場合に、「財政健全化計画」の策定などを義務づけています。

国保事業特別会計や自治体立病院特別会計なども連結決算として計算されるため、国民健康保険や公立病院の赤字を抱える自治体では、国保料の滞納者に対する取り立て強化や公立病院経営を黒字化するための統廃合などがすすめられています。財政の健全化（黒字化）のために、福祉などの住民サービスの予算も削られています。

* 12 公立病院改革ガイドライン

2007年12月に総務省が策定したガイドライン。経営状態の悪化と医師不足に伴う診療体制の縮小がすすむ中、公立病院の役割の明確化とともに、①経常収支の黒字化のための経営効率化、②病院再編・ネットワーク化、③経営形態の見直しの3つの視点での改革の推進を求めています。民間と競合する部門の廃止や統廃合など公的病院の再編、経営効率化については給与体系の見直しや民間的経営手法の導入、病床数削減をうながす内容で、民間への譲渡を含む経営形態の見直しも提起しています。このガイドラインを踏まえ地方自治体には、2009年度内に公立病院改革プランを策定することが課されました。

* 13 社会保障推進協議会

略称は社保協。社会保障の拡充を願う団体・個人が共同して運動をすすめるための組織。中央社保協には全国労働組合総連合や全国建設労働組合総連合など28の労働組合、全日本民医連はじめ全国保険医団体連合会や全国商工団体連合会など12の団体、政党では日本共産党が加盟しています。そして、県や地域に地域社保協をつくり、地域の要求にもとづく運動をすすめています。

民医連は、すべての県連・事業所が共同組織と力をあわせ、対応する社保協の運営や地域社保協づくりに積極的な役割を果たすことを呼びかけています。

* 14 医療団体連絡会

略称は医団連。全日本民医連、全国保険医団

体連合会、日本医療労働組合連合会、日本生活協同組合連合会医療部会、日本患者同盟、新日本医師協会の6団体で構成しています。各団体の共同によって、社会保障改悪反対のとりくみをすすめています。集会や学習会などを開催し、社会保障の改善運動に大きな役割を果たしています。

* 15 国民投票法

正式名称は「日本国憲法の改正手続きに関する法律」。「改憲手続き法」とも呼ばれます。憲法改正に必要な法律がないとの理由で、2007年5月、慎重な審議を求める圧倒的多数の国民の声や野党の反対を押し切って、安倍政権が強行成立させました。2010年5月18日に施行予定。

* 16 原水禁世界大会

原水爆禁止世界大会のこと。1954年3月1日、太平洋のビキニ環礁でアメリカが行った核実験による日本の漁船乗組員の被ばくは日本国民に衝撃を与えました。これを契機に原水爆禁止の署名運動が全国に広がり、翌1955年に第1回原水爆禁止世界大会が広島で開かれました。

この運動は、唯一の被爆国日本の国民が生みだした壮大な大衆的平和運動として、歩み続けています。民医連からは毎年1500人前後の職員・共同組織構成員が参加しています。

* 17 公正中立な医療事故問題を扱う 第三者機関

医療事故問題の解決のために、全日本民医連は2003年、医療事故を調査する第三者機関の創設を厚労省に要望しました。

その後検討を重ね、①医療機関・患者双方から相談を受けつける相談窓口、②被害者の救済制度の創設、③裁判外での紛争処理機関の設置、④医療事故を調査し公開し、原因究明・再発防止に役立てる、の四点を柱とする要望書を翌年に提出しました。

さらに2007年、オーストラリアのビクトリア州の死因究明制度の視察などをふまえて3度目の要望書を提出。右記の4つの柱に加え医療従事者の行政処分について、独立性と透明性の確保や独自の調査システムをもつなど、自律的な機能を要望しました。

2007年、厚労省に「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」が設置され、2008年4月に「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案（第3次試案）」、6月に「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」が発表されましたが、パブリックコメントでは賛否両論が寄せられています。

* 18 新医師臨床研修制度

2000年11月の医療法、医師法改正により、診療に従事しようとする医師は、医師国家試験合格後、2年以上大学附属病院か厚労省の指定する病院（臨床研修病院）で、臨床研修を受けることが義務化され、2004年4月から実施されました。医学部6年生・研修病院の双方が、希望する病院・受け入れたい医学生を登録し、マッチングと呼ばれるしくみで研修する病院が決定されます。

2009年四月に、①研修の必修科を削減し、実質的に1年の研修だけで専門研修に入ることを可能にする、②年間入院患者数が3000人を超えることを臨床研修病院の条件にして中小病院での研修数を制限し、大学病院に研修医を誘導する、③大都市に研修医が集中することを避けるために都道府県ごとの研修定員に上限を設定することを目的に見直されました。

しかし、見直し反対の声が多数寄せられたことをふまえ、従来の臨床研修の理念や到達目標は維持されるとともに、都道府県毎の定員の削減幅や臨床研修病院の条件の運用については激変緩和措置が設けられています。

* 19 無料低額診療事業

無料低額診療事業とは、社会福祉法に定める「生活困難者のために、無料又は低額な料金で診療を行う事業」（同法第2条3項の9）のこと。

事業を行うには届け出が必要で、それには、総患者数の1割以上が生活保護受給者、援助を受けた困窮者であること、減免方法の明示、SWの配置、無料の健康相談、保健教育などの要件があります。どの経営主体でも届け出をすることで事業が可能で、法人税や固定資産税などの税制上の優遇処置が、とれる場合があります。

*20 国保法44条

国保一部負担金（窓口負担）減免制度のこと。国民健康保険法第44条で、「特別な理由があり一部負担金を支払うことが困難な場合、自治体が負担金を減免、猶予できる」と定めています。

しかし、国による統一的な運用基準がなく、自治体が減免分を全額負担する必要があるため、実際に実施・適用している自治体は一部です。「生活保護の1.1倍から1.4倍」など、低所得を理由とする減免の判定基準をもつ自治体は、広島市や沖縄県豊見城市など155自治体にすぎず、実施・適用がゼロという県も多数あります。すべての自治体でこの制度を活用させ、国保患者の窓口負担を軽減させる運動が必要です。

*21 全国連帯基金

経営困難な法人などに対して、経営再建のために必要な資金の貸し付けを行う民医連独自の基金で、全日本民医連経営困難組織支援規定の中に盛り込まれたものです。

この支援規定では、1年以内に資金ショートに陥る危険がある状態を経営困難と規定し、その対応として、①予防（統一会計基準の徹底、経営実態調査、大規模設備投資の事前報告と個別指導）、②実態把握、③判定（自力再建・県連内支援再建・全国支援再建・その他）、④対策委員会の組織、⑤全国支援、⑥全国連帯基金の貸し付け、⑦総会等への報告が規定されています。第36回総会で決定され、総額は2億円です。

*22 石川・輪島友の会で行っている独自の「たすけあい基金」

石川県の奥能登健康友の会では、経済的に厳しい患者さんの自己負担軽減のために、保険調剤薬局での窓口負担などを援助する「たすけあい基金」をつくっています（石川勤医協は、公益法人として無料低額診療事業を実施していますが、薬代は無低診の対象となりません）。「たすけあい基金」は、「いつでも元気」の還元金（1冊100円）と、「たすけあい基金募金」をもとに運営され、年間40万～50万円が利用されています。

*23 選定療養、入院時医学管理加算とのリンク

2008年度診療報酬改定で、急性期医療を担う病院医師の負担軽減を目的に、外来を縮小するための措置で、初診時の『選定療養費』の届け出には、「実費徴収を行っている」ことを算定要件としました。「診療報酬本体」と「選定療養費」をリンクし、本来「取っても取らなくても『自由』なはずの」選定療養を条件に加えたことが問題です。今後、診療報酬本体と「選定療養費」のリンクの拡大も予測され、実質「混合診療」につながり、日本の医療制度を根幹から破壊します。

さらに、入院時医学管理加算の要件に「内科、精神科、小児科、外科、脳神経外科、整形外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に関わる入院医療を提供していること」などを加えました。急性期・救急医療を担い、年間数千件の救急車を受け入れている病院でも、これらの条件をすべて満たさない限り、入院時医学管理加算は算定できなくなりました。

*24 歯科再生プラン（案）

2007年総務省家計調査では、経済的理由で歯科受診を控えた人が、低所得層で40%、高所得層で13%と、3倍の格差となっており、貧困・格差の問題は歯科においても顕著です。健診制度も不十分で、特に成人期は労働安全衛生法や特定健診・特定保健指導にも位置づけられず、「歯科医療は自己責任」とされています。

歯科は医療費抑制の先陣と位置づけられ、医療費総計に占める割合は年ごとに減少しています。約30年間も新しい技術が保険適用されないなど、長期にわたる低診療報酬制度が続いています。その結果、歯科医師の5人に1人がワーキングプア、技工士の3割が年収250万以下です。「歯科再生プラン（案）」は、保険適用範囲や公的健診の拡大、口腔ケアの拡充など日本の歯科医療再生への提言です。

*25 辺野古支援連帯行動

辺野古沖沿岸新基地建設反対支援・連帯行動は、2004年10月にスタートしました。

現在、沖縄・辺野古の海を埋め立てて1600メ

ートのV字形滑走路をつくる新基地建設計画がすすめられ、それを拒否する沖縄県民との間で大きな問題となっています。辺野古は在日米軍再編の要と位置づけられ、米軍の新たな出撃拠点であるグアム基地建設と連動している点も重大です。

連帯・支援行動は、現地で命がけの反対運動をしている人びとを全国から激励・支援し、平和にとりくむ民医連職員の活動をより一層発展させる契機にすることを目的としています。2010年2月までに19回実施しました。

*26 「水俣病幕引き法」

公害の原点である水俣病の被害者を切り捨て、加害企業チッソの責任を免罪する水俣病特別措置法。2009年7月、「これではチッソ救済法だ」と反対する患者の声に背を向け、民主、自民、公明の賛成で成立しました。

同法は、公害健康被害補償法にもとづく国の判定基準で認定されていない患者を対象とし、手足や全身の感覚障害のある未認定患者を「救済」するとしています。しかし、救済対象の範囲や判定基準などの重要事項は何も決まっておらず、認定申請者や訴訟提起者は対象外としているなど、水俣病に苦しむ人たちすべての救済とはほど遠い内容です。

*27 原爆症認定集団訴訟

被爆者が原爆症認定申請をしても、厚生労働省の認定基準が厳しく、被爆者約27万人のうち認定された人はわずか2000人余で、認定率は0.7%にとどまっていた。これに対し、「自分の病気を原爆の被害によるものと認めてほしい」と、全国17地域で306人（09年12月現在）の原爆被害者とその遺族が原告となって原爆症認定を求めて訴えました。全ての裁判で原告勝利の判決が出され、国は21連敗しました。

政府・厚生省は、原爆症認定基準の見直しを余儀なくされ、認定者数は大幅に増加しました。09年8月には麻生首相（当時）と日本被爆者団体協議会との間で「確認書」が交わされ、同年12月、国会で集団訴訟原告を救済するための「原爆症基金法」が全党一致で成立しました。しかし、未認定者の認定や原爆症認定行政の抜本的な改善、被爆者全員の救済など多くの課題が残

されています。

*28 DPC

診断群分類別包括制。入院患者が入院期間中にどのような疾患で、どのような状態の治療をしたかをコード化した診断群分類です。DPCによる1日定額払い制度では、1日あたりの入院費用の支払い額を入院期間内で治療した疾患によって決定。支払い額は、前年実績などが医療機関別係数で調整されて病院ごとに異なります。2010年改定では、新たな機能評価係数の導入が検討されています。

2008年度現在、DPC対象病院は合計718病院、一般病床・約91万床に占めるDPC対象病床・約29万床の割合は3割強に達しました。2009年度は新たに567施設が導入し、一般病床の5割弱が対象病床となります。

*29 全国青年ジャンボリー（JB）

1972年に「ひとりぼっちの青年をなくそう」と、山梨県西湖畔で第1回民医連全国青年ジャンボリーが開催されました。以来、毎年開催され、2002年以降は隔年開催しています。

全国JBには、全国の民医連で働く青年職員約1000人が参加します。青年職員が主体となって交流し仲間を広げながら、ともに学び、民医連職員として成長を図ります。09年には福岡県原鶴温泉で第33回全国青年JBが行われました。次回は2011年秋に宮城県で開催予定。

*30 薬害肝炎訴訟

汚染された血液製剤を投与され、C型肝炎に感染した薬害被害者が、2002年に国と製薬企業を相手に集団で起こした訴訟。5年の裁判で原告は200人以上となり、2008年1月に国会で薬害肝炎被害救済法が成立。原告と政府の間で基本合意が締結され、1年後には被告企業とも合意が成立しました。民医連は全国でたたかいを支援してきました。

すべての肝炎患者の救済を目的に2009年11月、肝炎対策基本法が成立。しかし、B型肝炎訴訟（感染原因が注射針・筒を連続使用した集団予防接種にあるとした裁判）は続けられています。すべての肝炎患者が安心して療養と生活支援が受けられるよう、さらなるとりくみが求められ

ています。

* 31 管理会計

経営組織の規模・特徴などに応じ、経営上のさまざまな目的にしたがって行われる会計のことをいいます。決算書作成のための会計や、総代会、社員総会などで承認を受けるといった一定の法制度にもとづく外部報告目的の会計が、「財務会計」です。一方「管理会計」とは、事業所独立会計や資金繰り表による管理、予算管理など内部管理目的の会計です。管理会計の目的として、①経営の改善、財産の保全、②職員などの経営参加があげられます。特に、経営の権限と責任を経営トップに集中させず、できる限り現場に委譲する「分権管理」をすすめ、職員の経営参加を推進するためには、この管理会計を有効に活用することが大切です。

* 32 相互交流協定を結んでいる緑色病院

韓国の源進^{ウォンジョン}レーヨンが日本の東洋レーヨンから輸入した工場設備で、二硫化炭素中毒の労働災害が起きました。その解決基金をもとに、職業病専門病院として1999年6月、源進・緑色病院（Green Hospital）や研究所が設立されました。これには80年代の韓国民主化闘争をたたかった進歩的な医師たちが尽力しました。

全日本民医連は、同院と2006年3月、「お互いの総会などに代表を招待し、青年職員をはじめ、職員の見学・交流をすすめる」とする交流協定を結びました。

* 33 NPT再検討会議

2010年5月にアメリカ・ニューヨークで開かれる国連の会議で、正式名称は核不拡散条約（NPT）再検討会議。アメリカ・イギリス・中国・フランス・ロシアの5カ国だけが核兵器を保持することを認めた差別条約との批判もあります。2009年4月には、米国のオバマ大統領が「核兵器のない世界を追求する」と演説し、注目されました。

NPT再検討会議で「核兵器のある世界から、核兵器のない世界へ」と転換できるかどうか、重要な焦点となります。

* 34 ハンセン病問題に関する検証会議の提言に基づく再発防止検討会報告書

「ハンセン病問題に関する検証会議」が2005年3月に最終報告を公表しましたが、その中で再発防止のために患者・被験者の権利擁護の法制化について提言しました。「ハンセン病問題に関する検証会議の提言に基づく再発防止検討会」は、その「ハンセン病問題に関する検証会議」による再発防止のための提言を十分検討し、その実現に向けたあり方、道筋などを明らかにすることを目的に設置されたもので、2009年3月に報告書が公表されました。その中で、第1に、患者の権利に関する体系、第2に、疾病を理由とする差別・偏見の克服、国民・社会への普及啓発について述べています。

* 35 高額療養費給付制度

医療費が高額となる場合、その負担を緩和・軽減するのが「高額療養費給付制度」です。制度が定める自己負担限度額を超えた部分が払い戻されるしくみで、1973年に始まりました。被保険者、被扶養者ともに1人1カ月の自己負担限度額は所得に応じて算出されますが、制度改定のたびに限度額が引き上げられています。

現在、上位所得者で「15万円＋（総医療費－50万円）×1％」で、一般は「8万100円＋（総医療費－26万7000円）×1％」、住民税非課税世帯で3万5400円です。保険外併用療養費の差額部分や入院時食事療養費、入院時生活療養費の自己負担額は対象になりません。

* 36 ADL

日常生活動作（Activities of Daily Living）の略で、食事、排泄、着脱衣、入浴、移動、寝起きなど、日常生活の基本動作のこと。高齢者の身体活動能力や障害の程度をはかる重要な指標の一つです。最近は日常生活活動という言い方もされています。

また、IADL（手段的日常生活動作・Instrumental ADL）は、ADLを基本にした日常生活上の複雑な動作のことで、買い物や洗濯、電話、薬の管理、金銭管理、乗り物などが含まれます。

*37 健康の社会的決定要因（ソリッド・ファクト）

WHO（世界保健機関）は、健康の社会的決定要因に関する意識の向上を目的として、1998年からソリッド・ファクト（根拠のある事実）を公表し、2003年には第2版を発行しています。

ソリッド・ファクトでは、社会的決定要因として、「社会格差」「ストレス」「幼少期」「社会的排除」「労働」「失業」「社会的支援」「薬物依存」「食品」「交通」をあげています。

2005年の「国際化した世界における健康づくりのためのバンコク憲章」（WHO）では、国際化した世界における健康の決定要因を管理するために必要な活動と責務、誓約が確認されています。

*38 医療メディエーション

医療メディエーションとは、医療現場においてトラブルや医療事故等が発生した際に、対立する患者・家族と医療者をメディエーターが中立で第三者の立場から援助し調整することで、患者・家族と医療者が自分たちの力で合意し、葛藤を乗り越えようとするための仕組み。

*39 ヘルスプロモーション

WHO（世界保健機関）が1986年のオタワ憲章で提唱した新しい健康観に基づく21世紀の健康戦略で、「人々が自らの健康をコントロールし、改善できるようにするプロセス」と定義されています。健康は毎日の生活のための資源であり、人生の目的とはなりません。健康は身体的能力だけでなく、社会的、個人的な面での資源という点を重視した前向きな考え方です。

*40 NST

Nutrition Support Team の略で、日本語では「栄養サポートチーム」などと訳されます。さまざまな医療スタッフがチームを組み、患者に適切な栄養管理が行われるように支援をすることを目的としたチームです。栄養状態が悪いと免疫機能が低下し、感染症が起りやすくなったり、合併症を起こす危険が多くなったり、全身状態の悪化、QOLの低下などを招きます。チームの活動は、入院日数の短縮にもつなが

っています。

*41 ICT

Infection Control Team の略で、「感染制御チーム」のこと。医療施設で感染管理を担当する専門職によるグループを指します。

*42 ER

Emergency Room の略で、一般的には北米型の救急システムのこと。24時間、365日、すべての救急患者を受け入れるのが特徴で、ERドクター（ER専門医）がすべての科の診断および初期治療を行い、必要があれば各専門科につなぐ仕組みです。

日本では従来、1次、2次、3次と、重症度に応じた医療機関が設定されており、それに応じて救急隊が搬送する仕組みでした。3次救急医療を中心に発展してきましたが、1次、2次救急医療の整備が急務となり、1次、2次の救急医療もこなせる救急医療システムおよび救急医を育成する方向へ転換が図られています。

*43 地域包括ケア

厚労省がまとめた「地域包括ケア研究会報告」（2009年5月）では、「地域包括ケア」体制について、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスをふくめたさまざまな生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供できるような地域での体制」としています。今後の高齢化に向けた積極的な考え方ですが、同時に、公的責任よりも「自助・互助」を強調している点や介護保険制度について「効率的かつ効果的な制度設計」を目指すとされているなど問題点も含んでいます。今後予定されている介護保険の見直しや介護・医療提供体制の一体的再編の中心的な考え方のひとつとして位置づけられています。

*44 ナース・プラクティショナー

医療従事者の1つで、大学院で専門教育を受け、比較的安定した状態にある患者を主たる対象として、自律的に問診や検査の依頼、処方等を行うことが認められた看護師のこと。

アメリカではクリニカル・ナース・スペシャリスト・麻酔看護師・助産師と共に上級実践看護師の1つとして位置づけられています。日本では、08年現在、医師法により医師・歯科医師以外による診断や投薬などは認められていませんが、08年4月から老年及び小児のナース・プラクティショナーの養成教育が始まっています。

*45 山宣、無産者診療所

1889年、京都に生まれる。東大に学び、同志社、京大講師を務めるかたわら貧乏人でも幸せになれるよう産児制限運動を行うなど労働者、農民への限りない愛情を注ぎ実践を行った生物学者だった。1928年の第1普通選挙に労農党(当時、日本共産党は非合法)より立候補し当選。日本が本格的に中国への侵略を開始する前夜の時代であった。1929年、治安維持法を最高刑死刑とする事後承諾案が上程される中、唯一人、治安維持法の反対を貫いた。国会開催の前日大阪で行った「山宣一人孤塁を守る・・・」は余りにも有名な言葉。その後上京したが国会開会日の夜(1929年3月5日)、常宿の神田・光栄館(現在の岩波ホール近く)で右翼に襲われ絶命、享年39歳。

多くの労働者、農民がその死を悼み「労働者、農民の病院をつくれ」のアピールが出され、翌年1930年に東京に大崎無産者診療所が誕生した。できては潰され潰されてはでき、以後、天皇制政府によって新潟の2つの無産者診療所が弾圧されるまでの11年間に、全国に1病院23診療所が誕生し、20数県連に準備会ができた。人権もなにもない時代に侵略戦争反対、人権を守り抜く医療実践、友の会の組織化など残した教訓は大きい。戦後、この運動は民主診療所に受け継がれた。

運動方針に関する資料

※資料の表中に「福岡」と記してある箇所は「福岡・佐賀」、

全日本民医連組織概況 14年間の推移

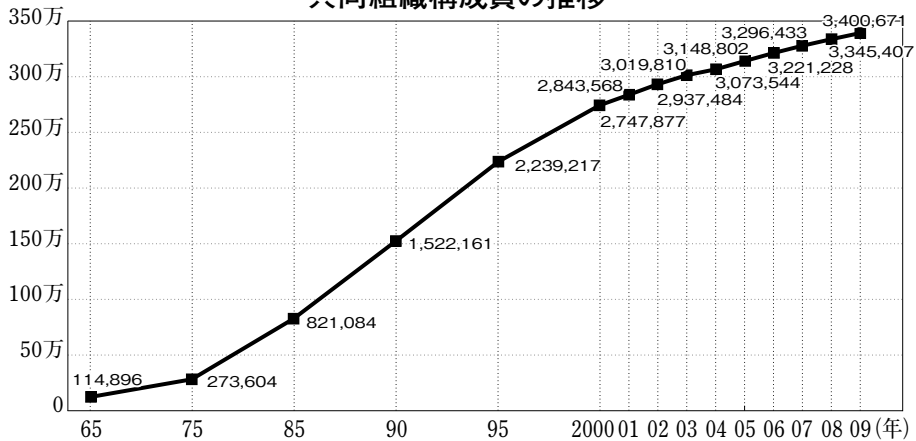
(カッコ)内は対前年差

	病院	医科診療所	歯科施設	その他事業所	常勤換算職員数
1996年	155	367	79	195	41,285
1998年	154(-1)	408(+41)	82(+3)	411(+216)	44,654(+3,369)
2000年	153(-1)	461(+53)	95(+13)	664(+253)	47,943(+3,289)
2002年	154(+1)	481(+20)	107(+12)	803(+139)	52,264(+4,321)
2004年	152(-2)	511(+30)	111(+4)	908(+105)	56,773(+4,509)
2006年	154(+2)	522(+11)	116(+5)	977(+69)	62,287(+5,514)
2008年	151(-3)	523(+1)	111(-5)	1,000(+23)	65,101(+2,814)
2010年	147(-4)	525(+2)	111(±0)	1,018(+18)	67,754(+2,653)

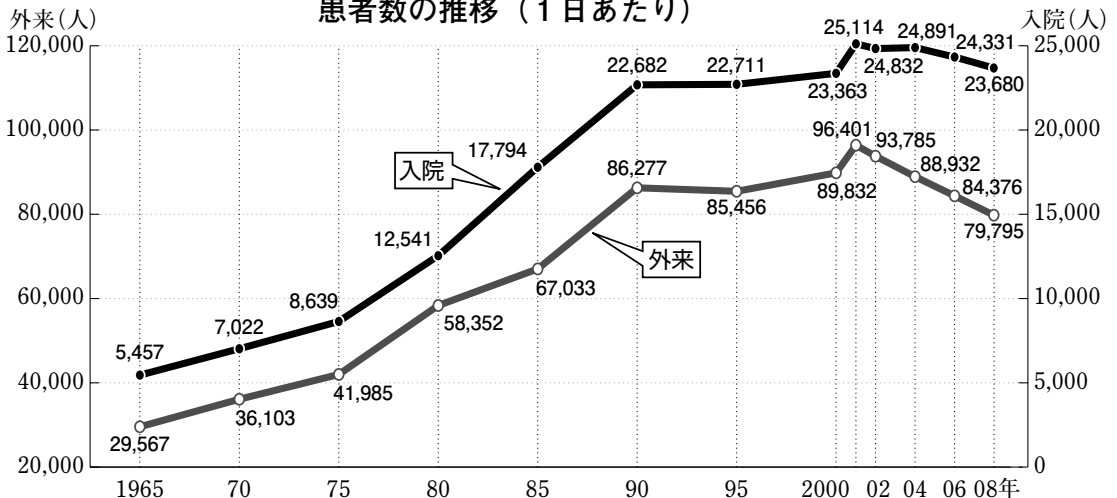
*事業所数は毎年1月の理事会で確認した加盟数

*職員数は前年の4月1日現在、04年調査からは前年10月1日時点

共同組織構成員の推移



患者数の推移 (1日あたり)



*~90年は「民医連現勢」より。95年以降は「経営実態調査」より。

共同組織関係資料

① 構成員現勢は現勢は2009年11月末現在の数字 ② 『いつでも元気』は2010年2月号(2010年1月12日締)の数字

県連名	単位	仲間ふやしと構成員現勢				『いつでも元気』			参考指標				
		2009年度 拡大目標	2009年度末 到達目標	今年度累計増減(09年4月～11月)		2年前 2008年2月号	最新号2010年 1月12日	増減	職員一人あたり 部数	対比			
				拡大数	減数	純増			正職員数				
北海道	人			7,954	4,651	3,303	263,601	6,721	6,869	148	3,485	2.0	
青森	人	6,200		2,665	1,724	941	113,682	579	648	69	1,342	0.5	
岩手	人	1,700	30,074	739	421	318	28,692	159	175	16	221	0.8	
秋田	人	930	9,728	163	223	-60	8,422	294	268	△26	1,051	0.3	
山形	人	4,438	67,407	1,477	3,667	-2,190	62,362	1,253	1,239	14	1,309	0.9	
宮城	両		50,000	2,376	1,426	950	47,397	2,792	2,983	191	1,480	2.0	
福島	人	3,873	84,695	1,422	56	1,366	81,769	279	290	11	981	0.3	
栃木	人	750	12,360	236	102	134	11,745		53	53	69	0.8	
群馬	両	5,000		2,062	1,753	309	113,321	613	581	△32	1,342	0.4	
茨城	両	1,000	20,788	448	155	293	20,038	340	327	△13	292	1.1	
埼玉	世	10,444		6,216	2,109	4,107	225,017	623	587	△36	1,189	0.5	
千葉	両	3,500	40,750	2,865	1,657	1,208	38,812	1,897	2,193	296	924	2.4	
東京	両		250,000	4,969	2,260	2,709	238,200	5,731	5,601	△130	6,107	0.9	
神奈川	両	8,950	144,000	4,725	1,837	2,888	140,896	1,415	1,505	90	1,561	1.0	
山梨	世			703	538	165	19,581	1,264	1,294	30	1,058	1.2	
長野	両		128,000	5,706	2,371	3,335	125,332	2,127	2,409	282	2,238	1.1	
新潟	人	1,850	34,217	1,132	578	554	32,921	655	635	△20	962	0.7	
富山	人	1,000		541	346	195	26,433	381	381	0	456	0.8	
石川	人	3,800	50,000	2,305	1,374	931	48,144	1,928	2,039	111	918	2.2	
福井	人	1,000	19,964	298	78	220	19,184	268	252	△16	246	1.0	
岐阜	両	817	13,750	331	44	287	14,040	637	683	46	282	2.4	
静岡	世			649	289	360	12,177	806	863	57	230	3.8	
愛知	両	11,400		3,426	2,553	873	164,318	980	1,017	37	2,045	0.5	
三重	両	1,850	43,000	672	59	613	42,691	210	200	△10	316	0.6	
奈良	世	2,171	35,486	1,762	521	1,241	35,100	1,270	1,292	22	1,178	1.1	
京都	両	5,000	60,000	1,736	-666	2,402	55,669	4,406	4,352	△54	1,886	2.3	
滋賀	人	500	7,958	406	105	301	7,789	491	508	17	116	4.4	
大阪	両	17,000	317,000	11,318	2,903	8,415	308,194	2,428	3,043	615	2,513	1.2	
和歌山	人	1,000		682	221	461	26,293	149	152	3	330	0.5	
兵庫	両	9,000	156,000	5,303	1,744	3,559	155,347	1,069	1,069	0	1,485	0.7	
岡山	人	8,232	132,300	5,169	1,716	3,453	129,521	1,031	1,024	△7	2,015	0.5	
広島	人	6,000	97,799	2,530	1,144	1,386	93,185	361	318	△43	930	0.3	
鳥取	人	2,400		1,314	341	973	44,337	362	349	△13	564	0.6	
島根	人	5,500	58,571	1,889	1,087	802	53,840	290	281	△9	1,050	0.3	
山口	人	2,000		399	257	142	17,587	175	160	△15	228	0.7	
徳島	人	4,500		1,643	841	802	41,761	141	157	16	369	0.4	
愛媛	人	3,000	41,841	2,131	667	1,464	40,543	179	193	14	316	0.6	
高知	人			1,074	428	646	52,670	118	121	3	205	0.6	
香川	人	2,900	44,383	1,694	261	1,433	42,916	180	179	△1	456	0.4	
福岡	両	8,700	85,775	2,729	898	1,831	79,428	5,297	5,275	△22	3,204	1.6	
佐賀	世	1,730	23,763	992	6,446	-5,454	22,631	181	168	△13	235	0.7	
大分	人	1,120	24,235	650	498	152	23,465	1,515	1,457	△58	561	2.6	
熊本	人	1,213	13,889	513	18	495	13,171	445	604	159	380	1.6	
長崎	人	2,800		1,838	409	1,429	44,097	280	275	△5	212	1.3	
宮崎	人	7,100	149,609	5,660	2,454	3,206	145,715	1,024	1,098	74	1,116	1.0	
鹿児島	人	4,000	72,637	2,533	217	2,316	68,637	340	429	89	900	0.5	
沖縄	世												
		164,368	2,319,979	108,045	52,781	55,264	3,400,671	53,684	55,596	1,912	50,352	1.1	
								個人購読→ 合計部数→	261	19			
									53,945	55,876	1,931	50,352	1.1

(年間拡大目標数・到達数は、県連としては数値目標を持っていないところ、あるいは片方だけ決めているところがあります。)

(職員数は2009年10月1日の職員数による)

『いつでも元気』14年間の推移

年度	年間実増	到達部数	活動交流集会
97年2月号		25,575	
98年2月号	6,042	31,617	第4回集会／福岡
99年2月号	2,166	33,783	
00年2月号	6,463	40,246	第5回集会／北海道
01年2月号	2,452	42,698	
02年2月号	3,059	45,757	第6回集会／石川
03年2月号	1,362	47,119	
04年2月号	3,652	50,771	第7回集会／東京
05年2月号	1,333	52,104	
06年2月号	726	52,830	第8回集会／岡山
07年2月号	503	53,333	
08年2月号	612	53,945	第9回集会／長野
09年2月号	967	54,912	
10年2月号	964	55,876	第10回集会／長崎

共同組織構成員拡大・脱退数(16年間の年次推移)

年度	加入数	脱退数	実増数
94年	187,796	37,875	149,921
95年	169,568	46,176	123,392
96年	158,727	49,492	109,235
97年	182,623	73,803	108,820
98年	158,878	56,875	102,003
99年	147,909	53,455	94,454
2000年	174,641	59,222	115,419
01年	175,020	72,561	102,459
02年	158,167	63,546	94,621
03年	145,160	65,085	80,075
04年	149,932	87,696	62,236
05年	153,442	65,064	88,378
06年	143,441	45,064	98,377
07年	164,696	87,282	77,414
08年	168,135	100,518	67,617
09年11月末	108,045	52,781	55,264 (11月末現在)

介護保険・指定事業数

	2008年4月		2009年4月	
	事業所数	利用者数	事業所数	利用者数
介護予防訪問介護	253	5,663	256	5,896
訪問介護	261	14,051	267	14,867
訪問介護計	261	19,714	267	20,763
介護予防訪問入浴	6	1	5	0
訪問入浴	8	171	8	178
訪問入浴計	8	172	8	178
介護予防訪問看護	309	1,176	314	1,303
訪問看護(介護保険)	327	15,988	331	17,448
訪問看護計	327	17,164	331	18,751
介護予防訪問リハ	58	86	61	96
訪問リハ	73	1,179	75	1,368
訪問リハ計	73	1,265	75	1,464
■訪問系サービス合計	669	38,315	681	41,156
介護予防通所介護	200	2,189	229	2,476
通所介護	217	9,868	244	10,898
通所介護計	217	12,057	244	13,374
介護予防通所リハ	215	2,209	205	2,297
通所リハ	227	12,203	222	12,694
通所リハ計	227	14,412	222	14,991
療養通所介護	2	10	1	7
■通所系サービス合計	446	26,479	467	28,372
介護予防短期入所生活介護(併設型事業所)	19	79	23	96
短期入所生活介護(併設型事業所)	24	1,243	29	1,410
介護予防短期入所生活介護(単独型事業所)	15	38	16	46
短期入所生活介護(単独型事業所)	18	1,144	21	1,401
短期入所生活介護計	42	2,504	50	2,953
介護予防短期入所療養介護	43	12	44	21
短期入所療養介護	52	1,424	50	1,426
短期入所療養介護計	52	1,436	50	1,447
■短期入所サービス合計	94	3,940	100	4,400
介護予防特定施設入居者生活介護	4	7	4	6
特定施設入居者生活介護	4	95	4	103
特定施設入居者生活介護計	4	102	4	109
介護予防福祉用具貸与	24	378	24	487
福祉用具貸与	64	5,540	69	5,982
福祉用具貸与計	64	5,918	69	6,469
○居宅サービス合計	1,277	74,754	1,321	80,506
介護予防支援事業(地域包括作成分)	50	7,351	55	7,755
居宅介護支援事業	534	43,868	536	45,818
受託予防ケアプラン		3,764		3,860
(※再掲：特定事業所加算算定分)	24	2,784	90	12,435
○介護予防・居宅介護支援合計	584	54,983	591	57,433
老人福祉施設	15	1,084	17	1,149
老人保健施設	37	2,876	38	2,979
介護療養型医療施設	16	689	13	610
○施設合計	68	4,649	68	4,738
夜間対応型訪問介護	0	0	1	21
介護予防認知症対応型通所介護	31	9	35	8
認知症対応型通所介護	52	837	57	908
認知症対応型通所介護計	52	846	57	916
介護予防小規模多機能居宅介護	12	17	17	23
小規模多機能居宅介護	19	254	24	365
小規模多機能居宅介護計	19	271	24	388
介護予防認知症対応型共同生活介護	23	0	24	0
認知症対応型共同生活介護	39	494	42	538
認知症対応型生活介護	39	494	42	538
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	1	16
地域密着型介護福祉施設	0	0	1	29
○地域密着型サービス合計	110	1,611	126	1,908
総計	2,039	135,997	2,106	144,585

※「事業基本調査」より

介護収益／事業収益比推移 (医科法人)

	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年
A法人	7.4	8.6	10.3	11.2	11.8	11.3	11.3	11.0	11.3
B法人	10.3	11.0	12.9	14.7	15.2	16.6	19.3	19.1	19.3
C法人	7.9	9.8	12.0	13.7	17.7	16.7	15.8	16.8	17.3
D法人	19.4	23.1	26.9	30.5	33.6	33.4	32.3	32.7	33.8
E法人	19.7	22.0	25.1	28.1	32.0	33.5	34.4	34.8	35.9
計	8.3	9.8	11.5	12.6	13.3	13.3	13.5	13.3	13.7

※「経営実態調査」より

介護施設・事業所一覧

	2002年	2005年	2008年	2010年
特養ホーム	9	13	16	19
老健施設	33	38	41	47
ケアハウス	7	8	9	8
グループホーム	4	29	35	36
訪問看護ステーション	415	387	344	342
ヘルパーステーション	137	154	164	159

※2002年、2005年、2008年は、「現勢調査」データより(各年1月)
 ※2010年は、全日本民医連理事会報告より(1月)

黒字・赤字法人分類別推移

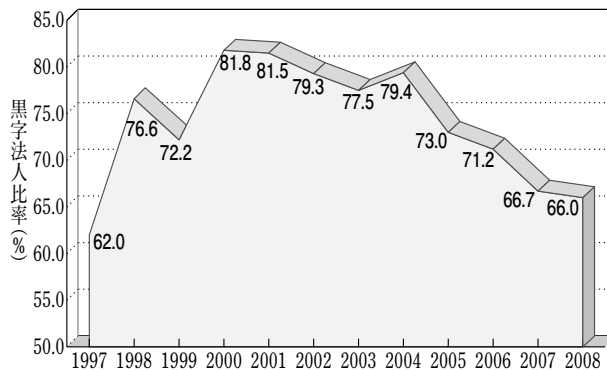
*年度途中開業・規模変更法人を含む

	年度	A法人	B法人	C法人	D法人	E法人	合計
黒字法人数	1999	51	17	4	18	32	122
	2000	53	23	4	22	28	130
	2001	53	21	3	22	33	132
	2002	53	21	4	23	29	130
	2003	49	19	6	23	27	124
	2004	54	19	4	24	26	127
	2005	49	20	3	19	28	119
	2006	43	17	3	21	32	116
	2007	49	19	4	11	25	108
	2008	46	21	2	18	20	107
赤字法人数	1999	10	13	1	11	12	47
	2000	8	8	1	6	6	29
	2001	10	7	2	7	4	30
	2002	10	6	2	7	9	34
	2003	14	7	0	8	7	36
	2004	9	8	2	4	10	33
	2005	13	7	3	10	11	44
	2006	19	12	3	7	6	47
	2007	13	10	2	17	12	54
	2008	16	8	4	10	17	55
黒字法人率(%)	1999	83.6	56.7	80.0	62.1	72.7	72.2
	2000	86.9	74.2	80.0	78.6	82.4	81.8
	2001	84.1	75.0	60.0	75.9	89.2	81.5
	2002	84.1	77.8	66.7	76.7	76.3	79.3
	2003	77.8	73.1	100.0	74.2	79.4	77.5
	2004	85.7	70.4	66.7	85.7	72.2	79.4
	2005	79.0	74.1	50.0	65.5	71.8	73.0
	2006	69.4	58.6	50.0	75.0	84.2	71.2
	2007	79.0	65.5	66.7	39.3	67.6	66.7
	2008	74.2	72.4	33.3	64.3	54.1	66.0

【法人分類】

A法人 ……150床以上の病院を含む統一経営
 B法人 ……149床以下の病院を含む統一経営
 C法人 ……単独病院
 D法人 ……診療所のみ統一経営
 E法人 ……単独診療所

黒字法人比率12年間の推移(医科法人全体)



出所:2008年度全日本民医連経営実態調査

職種別職員数の推移

職 種	2005年 10月1日現在	2007年 10月1日現在	2009年 10月1日現在	前回比較		4年比較		
				増減数	増減率	増減数	増減率	
医 師	正職員	3,290.0	3,287.5	3,102.2	△ 185.3	94.4	△ 187.8	94.3
	非正職員	769.6	668.2	769.8	101.6	115.2	0.2	100.0
歯科医師	正職員	323.4	315.9	329.6	13.7	104.3	6.2	101.9
	非正職員	29.6	33.4	27.2	△ 6.2	81.4	△ 2.4	91.8
薬 剤 師		2,468.8	2,538.0	2,616.8	78.8	103.1	148.0	106.0
看 護	保健師	286.2	298.3	414.3	116.0	138.9	128.1	144.7
	助産師	324.5	326.0	346.7	20.7	106.3	22.2	106.8
	看護師	18,207.3	18,901.0	19,299.3	398.3	102.1	1,092.0	106.0
	准看護師	3,864.7	3,848.0	3,756.9	△ 91.1	97.6	△ 107.8	97.2
	看護業務補助者	1,653.1	1,321.0	1,459.1	138.1	110.5	△ 194.0	88.3
介 護	介護福祉士	3,449.5	5,035.0	6,205.9	1,170.9	123.3	2,756.4	179.9
	ホームヘルパー	3,221.4	3,124.0	3,129.2	5.2	100.2	△ 92.2	97.1
	その他の介護職	2,164.2	2,500.0	2,539.2	39.2	101.6	375.0	117.3
歯 科	歯科衛生士	692.7	696.2	674.1	△ 22.1	96.8	△ 18.6	97.3
	歯科技工士	181.9	177.3	171.9	△ 5.4	97.0	△ 10.0	94.5
	歯科業務補助者	70.2	77.5	68.1	△ 9.4	87.9	△ 2.1	97.1
放 射 線	診療放射線技師	1,035.7	1,015.0	1,017.0	2.0	100.2	△ 18.7	98.2
	診療X線技師	4.9	7.8	7.3	△ 0.5	93.6	2.4	149.9
検 査	臨床検査技師	1,604.8	1,588.0	1,577.8	△ 10.2	99.4	△ 27.0	98.3
	衛生検査技師	32.0	13.1	12.2	△ 0.9	93.1	△ 19.8	38.1
臨床工学技士		345.2	385.2	426.3	41.1	110.7	81.1	123.5
リハビリ	理学療法士	989.8	1,352.0	1,788.0	436.0	132.2	798.2	180.6
	作業療法士	825.4	1,008.0	1,284.2	276.2	127.4	458.8	155.6
	視能訓練士	50.8	50.6	64.6	14.0	127.8	13.8	127.2
	言語聴覚士	167.0	238.9	309.8	70.9	129.7	142.8	185.5
	義肢装具士	0.0	0.0	1.0	1.0		1.0	
マッサージ師		61.2	45.2	38.5	△ 6.7	85.2	△ 22.7	62.9
鍼灸師		86.3	78.2	66.2	△ 12.0	84.7	△ 20.1	76.7
栄 養	管理栄養士	502.1	565.5	589.4	23.9	104.2	87.3	117.4
	栄養士	166.4	128.0	119.5	△ 8.5	93.4	△ 46.9	71.8
	調理師	1,181.8	1,139.0	1,097.7	△ 41.3	96.4	△ 84.1	92.9
	調理員	603.4	619.0	694.6	75.6	112.2	91.2	115.1
その他の技術員		427.3	384.0	338.3	△ 45.7	88.1	△ 89.0	79.2
S W	社会福祉士	403.1	528.3	588.6	60.3	111.4	185.5	146.0
	精神保健福祉士	101.9	98.9	102.7	3.8	103.8	0.8	100.8
	その他のSW	297.6	266.4	237.2	△ 29.2	89.0	△ 60.4	79.7
保 育 士		333.8	240.1	226.5	△ 13.6	94.3	△ 107.3	67.9
事務職員		10,470.6	10,831.6	11,081.0	249.4	102.3	610.4	105.8
その他の職員		1,580.7	1,330.0	1,573.8	243.8	118.3	△ 6.9	99.6
合 計		62,268.9	65,060.0	68,152.5	3,092.5	104.8	5,883.6	109.4

注■ 医師、歯科医師以外は「正職員数」＋「非正職員の正職員換算数」。
2003年より現勢調査が隔年となったため、前回から4年比較を掲載（以前は5年比較）。
2005年より「ホームヘルパー」は登録ヘルパーを含めた人数となっている。

新卒・初期研修医受入総数の推移

医師受入数	
卒業年	新卒数／受入総数(人)
1998年	101／113
1999年	94／107
2000年	96／114
2001年	102／122
2002年	110／118
2003年	92／98
2004年	155／164
2005年	183／197
2006年	143／161
2007年	133／146
2008年	118／135
2009年	127／143

新卒看護師受入数の推移

新卒看護師受入数	
卒業年	受入数(人)
1997年卒	1,248
1998年卒	1,168
1999年卒	1,207
2000年卒	1,193
2001年卒	1,051
2002年卒	957
2003年卒	1,041
2004年卒	943
2005年卒	975
2006年卒	900
2007年卒	858
2008年卒	776
2009年卒	892

* 保健師・助産師を含む

民医連綱領

私たち民医連は、無差別・平等の医療と福祉の実現をめざす組織です。

戦後の荒廃のなか、無産者診療所の歴史を受けつぎ、医療従事者と労働者・農民・地域の人びとが、各地で「民主診療所」をつくりました。そして1953年、「働くひとびとの医療機関」として全日本民主医療機関連合会を結成しました。

私たちは、いのちの平等を掲げ、地域住民の切実な要求に応える医療を実践し、介護と福祉の事業へ活動を広げてきました。患者の立場に立った親切でよい医療をすすめ、生活と労働から疾病をとらえ、いのちや健康にかかわるその時代の社会問題にとりくんできました。また、共同組織と共に生活向上と社会保障の拡充、平和と民主主義の実現のために運動してきました。

私たちは、営利を目的とせず、事業所の集団所有を確立し、民主的運営をめざして活動しています。

日本国憲法は、国民主権と平和的生存権を謳い、基本的人権を人類の多年にわたる自由獲得の成果であり永久に侵すことのできない普遍的権利と定めています。

私たちは、この憲法の理念を高く掲げ、これまでの歩みをさらに発展させ、すべての人が等しく尊重される社会をめざします。

- 一．人権を尊重し、共同のいとなみとしての医療と介護・福祉をすすめ、人びとのいのちと健康を守ります
- 一．地域・職域の人びとと共に、医療機関、福祉施設などとの連携を強め、安心して住み続けられるまちづくりをすすめます
- 一．学問の自由を尊重し、学術・文化の発展に努め、地域と共に歩む人間性豊かな専門職を育成します
- 一．科学的で民主的な管理と運営を貫き、事業所を守り、医療、介護・福祉従事者の生活の向上と権利の確立をめざします
- 一．国と企業の責任を明確にし、権利としての社会保障の実現のためにたたかいます
- 一．人類の生命と健康を破壊する一切の戦争政策に反対し、核兵器をなくし、平和と環境を守ります

私たちは、この目標を実現するために、多くの個人・団体と手を結び、国際交流をはかり、共同組織と力をあわせて活動します。

2010年2月27日

全日本民主医療機関連合会 第39回定期総会