

全日本民医連第40回定期総会

運動方針

はじめに

この2年間は、まさに「閉塞感の広がり」と「せめぎ合い」の時代でした。「国民生活第一」「コンクリートから人へ」を掲げ誕生した民主党政権は、公約を投げ捨て、「構造改革」路線（※1）に完全に回帰しました。アメリカ政府と財界の要望に全面的に屈服した結果です。昨年3月11日に発生した東日本大震災は未曾有かつ複雑な大災害となり、原発事故という人災は今な

お汚染を拡大し続けています。被災地に対する国民的な連帯が繰り広げられましたが、日本の政府の対応は遅れ、機能不全に陥っています。

この十数年、日本では一部に富が集中し、年収200万円以下の勤労者が1100万人を超えると、いう極めて歪んだ「貧困と格差」社会を生み出しました。アメリカ政府と大企業や富裕層の利益のために、社会保障を縮小し、青年労働者、

目次

はじめに	3
第1章 新しい綱領策定後の民医連の活動2年間の振り返って	4
第1節 2年間の活動全体を振り返って	4
第2節 東日本大震災と原発問題に向き合った民医連活動のまとめ	7
第3節 利根中央病院支援について	11
第4節 克服すべき4つの課題はどこまで前進したか	11
第2章 情勢の特徴、日本の現状と今後のあり方をめぐって	15
第1節 平和をめぐる情勢と運動の方向	15
第2節 国民生活の実態および医療・介護・社会保障をめぐる情勢	16
第3節 「3・11 東日本大震災・原発事故」が示したもの	23
第4節 これからの国づくりと社会保障分野の方向をめぐる対決軸	25
第5節 民医連の「医療・介護再生プ	

ラン」の充実と発展に向けての基本的な視点	25
第3章 これから2年間の民医連運動の重点方針	27
第1節 放射能汚染被害と向きあう民医連のとりくみを強めよう	27
第2節 民医連の医療活動の新たな発展のために	28
第3節 介護・福祉の活動	32
第4節 歯科分野の課題	33
第5節 平和を守り発展させる課題と「権利としての社会保障」の拡充にむけて	34
第6節 あらゆる活動を「共同組織」の仲間とともに	35
第7節 民医連運動の推進力～後継者の確保と養成、各職種の役割	36
第8節 民医連の経営を守り発展させるために	41
第9節 民医連運動のさらなる飛躍をめざして	42
おわりに	42

中小企業、農業、地方、国民生活を徹底的に切り捨ててきたことによるものです。

自民党・公明党の政治を見限り、民主党に裏切られた国民の中には、政治不信と憤りが交錯しつつ、政治や社会への怒りが蓄積されています。こうした国民の中にある「閉塞感」に乗じて橋下大阪市長らによる「維新の会」が大きく勢力を伸ばしています。しかし、その主張は、民主主義や人権を全面的に否定するものであり、きわめて危険な動きです。

野田民党政権は原発の再稼働と海外への輸出、TPP（環太平洋経済連携協定）への参加、辺野古への新たな米軍基地建設、社会保障と税の一体改革（以下「一体改革」）という名の国民収奪を当面の最重点課題と掲げています。しかし、そのすべてが国民生活との間で深刻な矛盾を生み出し、かつてない規模での反対運動と一致点に基づく共同行動が広がっています。富の一極集中と圧倒的多数の貧困層の出現は世界的規模でも広がっており、巨大化した金融資本主義が、一国の財政や政策にまで介入し、国の存亡を左右するような事態も生まれています。

そのような変化の時代にあって、私たち民医連はこの2年間、新しい綱領のもと、第39回総会決定を実践し、「権利としての社会保障」の実現をめざして奮闘してきました。とりわけ東

日本大震災・原発事故災害に対する救援活動や復旧・復興支援活動では民医連綱領の精神がいかに発揮されました。

国民の苦難をさらに加速させようとする「構造改革」勢力と、日本国憲法の精神を生かす福祉の国を求める運動との「せめぎ合い」はますます激しさを増しています。私たち民医連は憲法と綱領の立場から、こうした課題に正面から向き合い、約8万人の職員と350万を超える共同組織の仲間が力をあわせて能動的に働きかけ、「要求で一致」する新しい国民的共同運動の「架け橋」となる決意です。「あのときのたたかいが日本を変える転換点になった」といわれるような運動を作りあげましょう。

第40回総会が行われる岡山は、朝日訴訟（※2）（人間裁判）がたたかわれた地です。権利の獲得は国民の運動によってこそ前進することを教えてくれるたたかいの地です。

本総会は、①「せめぎ合い」の時代、「変化をつくりだす可能性」の時代について認識を一致させ、この間の活動をふまえ、今後2年間の全日本民医連の運動方針を決定すること、②全日本民医連の役員を選出すること、③決算と民医連運動を支える予算を確定すること、④全日本民医連の規約改定を行うこと、を目的に開催します。

第1章

新しい綱領策定後の民医連の活動2年間は振り返って

第1節 2年間の活動全体を振り返って

前総会で新民医連綱領を決定しました。この新綱領学習運動には5万人以上が参加しました。そして「民医連とはどんな組織なのか」「民医連はなにをめざすのか」を学びあい、確信としてきました。

この2年間、私たちが特に重視してきたことは、①あらゆる場面で無差別・平等などを貫くこと、②「要求」で一致する多くの団体、個人

との共同や連携を思い切って強めること、③「あらゆる活動を共同組織の仲間とともに」の視点を貫くこと、④「全国は一つ」「オール民医連」の立場を貫くこと、でした。

この2年間の特徴的なとりくみは以下のようによまとめられます。

第1は、昨年、3月11日に発生した東日本大震災と原発事故災害に真正面から向き合い、全

力で救援活動および住民本位の復旧・復興にとりくんできたことです。

第2は、無料低額診療事業（※3）に象徴される受療権を守るとりくみが大きく前進したことです。無料低額診療事業は社会福祉法に基づき、経済的理由で窓口負担ができないために医療を受けられない人々に対し、無料又は低額の診療を実施する制度です。戦後の公的医療保険のない時代にできた制度です。国は、国民皆保険制度の実現などによって、「その必要性は薄らいだ」として、自治体に対し、申請があっても「抑制する」よう指導してきました。しかし、この間の公的医療費抑制政策の下で、民医連は、「国保等死亡事例調査」や「気になる患者訪問」「医療費相談」「共同組織の活動」を通じて、医療機関を受診できない人が急増している実態を明らかにしてきました。私たちはこの実態を社会的に告発するとともに、加盟事業所に対し無料低額診療事業の実施を呼びかけました。現時点で277を超える民医連の事業所（医科、歯科、老健）が無料低額診療事業を実施しており、全国の実施事業所の半数を占めています。現在、届け出準備中の事業所も少なくありません。無料低額診療事業を活用して、「命を救うことができた」事例は数多く寄せられています。この接点を機会に、生活保護の申請や他の社会資源を活用するケースもたくさん生まれています。今の時代に「必要性」はいつそう増えています。さらに積極的に挑戦しましょう。多くのマスコミおよび関係者がこの事業や民医連のとりくみに注目し、行政担当者や学校関係者、民生委員から「困ったら民医連の事業所へ」という状況が生まれています。全国市長会の国保対策委員長を努める高知市長は民医連新聞・『民医連医療』の紙面で、こうした事業をもっと広げていく必要性を説き、高知市は、昨年4月より、無料低額診療事業の対象とならない保険薬局への薬代補助制度を始めました。このとりくみは、民医連の、国民の受療権を守ろうとの決意の表れで、「室料差額を徴収しない」とこととあわせて民医連の存在意義を具体的に示すものです。また、全国各地でホームレス支援などが取り組まれています。

同時に、先進国といわれる国の中で日本ほど医療費の窓口負担が高い国はありません。ほと

んど国は無料か極めて低額です。京都民医連では高額となる外来がん患者の医療費負担軽減を求める署名運動が現場の看護師や患者会を中心にすすめられています。また、群馬県など少なくない地域で中学生以下の医療費を無料にさせている経験も生まれています。先頃、福島県が国に要望した18歳までの医療費無料化を国は拒否しました。県知事は県民の健康を守るために県単独事業として行う方針を打ち出しました。全日本民医連はこの決断を支持するとともに、国の制度として実現するよう運動を強めます。

第3に、前総会方針で提起した「総合的な医療の質の向上」と「医療活動の8つの重点課題」は、積極的に受け止められ具体化がすすんでいます。県連の方針や長期計画作成と結びつけた医療活動方針の議論と学習会の実施、県連の学運交や医師集会において「貧困と健康格差」「超高齢社会を担う地域医療のあり方」や「地域医療を担う医師養成」「医療活動の展望と医師養成」などがメインテーマに位置づけられ開催されています。

この2年間、自主研究会やその代表者会議、慢性疾患医療交流集会、在宅医療交流集会、保健予防活動交流集会、訪問看護ステーション交流集会など多くの集会や研修会が開かれました。その問題提起と全国の経験報告は、私たちの宝であり、大いに学び医療活動の前進に結びつけていきたいと思います。

「総合的な医療の質の向上」の具体化として2011年1月から「民医連Q I 推進事業」（※4）を実施しました。この事業への参加は、当初の55病院から、現在66病院に広がっています。「医療の質を知り改善する」「時系列で改善することへむけて大きな第一歩となりました。

「民医連Q I 推進事業」は、厚生労働省「2011年度医療の質の評価・公表等推進事業」に、3医療団体の一つとして採用されました。住民に一番身近な地域医療を担う中小病院を対象としていること、臨床指標の適切さや内容の統一性と豊かさ、結果が診療現場にきちんとフィードバックされていることなど、高い評価を得ています。また、人権を守り抜く医療活動もさらに前進しました。原爆症認定集団訴訟（※5）では2003年の提訴以来、全日本民医連は一貫して内部被ばく、低線量被ばく（※6）による人体

への影響を訴え続け、29の訴訟で原告側が勝訴し、国との和解合意を実現させました。水俣病患者の掘り起こしについても熊本、鹿児島、新潟はじめ全国各地で検診が行われ、多くの申請者を援助しました。この間の水俣病和解勝利をはじめとした成果ととりくみは、被害者の立場に立ち、ともにたたかってきたからこそ実現できたもので、私たち民医連ならではのとりくみとして確信できる内容です。現在、水俣病特別措置法（※7）による救済制度をまだ知らない被害者も多い中で国は申請期限を切ろうとしています。引き続き、熊本、鹿児島、新潟のみならず全国で被害者の掘り起こし検診をいっそう強めましょう。

第4に、介護・福祉分野の活動の前進です。新綱領は介護・福祉を医療とともに民医連運動の柱として位置づけました。高齢化が急速にすすむ中、医療・介護・福祉を総合的にすすめることができるのが民医連の大きな特徴です。人権を守り、「生活」を支える民医連のこの分野の活動は多彩で大きく広がっています。「小規模多機能型居宅介護」「住まいづくり」など多くの事業が展開されました。民医連の介護事業所は地域の医療・介護の連携の重要な役割を果たしています。現場から介護崩壊を防ぐ介護ウェブのとりくみが旺盛にとりくまれました。また、急速に増えた介護職員の研修を重視し、全日本民医連として初めて法人介護・福祉責任者研修会、ケアマネジャー責任者研修会を開催しました。

第5は、平和問題でのたたかひの前進です。日米軍事同盟（日米安保条約※8）強化の焦点となっている普天間基地の即時閉鎖と名護市辺野古への移転計画を中止させる活動を継続してきたことです。2004年に開始した辺野古支援・連帯行動（※9）は、以来、25次にわたり続けられ、現地のたたかひを大きく励ましています。2010年1月に行われた名護市長選挙では辺野古移転反対を掲げた市長が誕生しました。また、9万人が集った沖縄県民大会の成功、同年11月の沖縄知事選挙を通じて、県民の「普天間基地即時撤去・辺野古への移設反対」の意志は一つになりました。市長選挙支援、県民集会への連帯、歴史的なたたかひとなった県知事選挙には全国からのべ1,800人を超える民医連職員が駆

けつけました。

1996年に日米合意された辺野古移転は運動の力で16年たった今でも、実現させていません。仲井真知事はアメリカでワシントンポストのインタビューに応じて「再び、銃剣とブルドーザーで県民を蹂躪することは許さない」と発言しました。これは党派を超えたたたかひの成果であり県民の揺らぐことのない信念です。沖縄県民、沖縄民医連の力強い奮闘とともに、「一切の戦争政策に反対する」という民医連綱領に基づく活動が情勢を大きく動かしつつあることを確信としましょう。昨年4月1日、名護市に念願の「やんばる協同クリニック」がオープンしました。

2010年5月にニューヨークで開催されたNPT再検討会議（※10）には日本原水協から700万筆を超える署名が寄せられ、国連軍縮部門の責任者を動かすなど核兵器廃絶の動きが高まっています。民医連は100万筆以上を集め、230人を超える代表団を派遣しました。日本の医療関係団体の中で、平和活動を自らの中心課題にする民医連の活動は特筆されるものです。いのちを守る医療・福祉関係に携わる者の使命と考えるからです。たたかひが職員を成長させています。

第6は、医療・介護崩壊、暮らし破壊という事態の中で、日本医師会や全日本病院協会をはじめ多くの医療・福祉団体、個人との共同を広げたことです。日本医師会会長と全日本民医連会長が懇談を行い、国民医療を守るという「一致点」を確認し運動をすすめてきました。全日本病院協会、全国自治体病院協議会、全国医学部長病院長会議なども懇談し意見交換してきました。また、各地で地域医療を守る集会を行いました。こうした活動を通じて民医連の医師が各地で医師会役員を担うなどの関係も生まれています。民医連も積極的に関わったドクターズ・デモンストレーション2011（※11）は昨年11月20日に医師・歯科医師800人以上が参加し「震災復興・医療再生」を掲げて国民世論にアピールしました。これだけの医師が立ち上がるのは国民皆保険制度の実現を迫って行われた集会以来、半世紀ぶりのことです。全国5カ所でこの集会に先立ち集会やドクターズランが行われました。また、中央社保協や地域社保協、医療団

体連絡会、国民運動実行委員会、いのちと健康を守る全国センターなどに結集し活動の前進のために役割を担いました。T P P問題では、J A全中と共同した署名など反対運動を展開しました。

民医連独自で、この2年間に普及した社会保障改善に関連するチラシは5種類、1000万枚を超えました。介護署名、医師や看護師増員を求め、医療・介護崩壊をなくすたたかい、保険で良い歯科医療を求める署名、後期高齢者医療制度廃止を求める署名、薬害根絶のたたかいなど、多くの職員が自ら立ち上がり、主体者として運動を繰り広げていることが特徴です。

私たち民医連の活動の特徴は、「現場」から事実に基づいて実態を告発し、要求の実現を迫ったことです。この2年だけでも介護実態調査、歯科調査を通じた歯科酷書（※12）、生活保護世帯実態調査、国保等死亡事例調査、熱中症調査、寒冷地生活実態調査、医療費支払い困難事例調査、保険薬局窓口一部負担金調査などを次々と行い、貧困が国民の命や健康を蝕んでいる深刻な実態について、記者会見や雑誌の論文などを通じて国民に明らかにし、国会・地方議員などにも直接伝えてきました。これらのとりくみは社会的に大きく注目されています。

第7は、看護分野での活動です。看護師確保をめぐる厳しい情勢の中で、民医連のめざす看護への共感を前面に押し出し、2159人という過去最高（12月末）の奨学生が誕生しました。全職員や共同組織挙げての実習などのとりくみが結果に結びついています。2012年度新卒入職内定者は1,000人の大台を回復しました。9年ぶりのことです。民医連事業所を就職先に選んだ学生が「地域医療と患者に寄り添う看護、人権

を大切にしたい看護をやりたい」と応募動機に記載するなど民医連看護を前面に押し出した看護対策が成果に結びついています。

第8は、引き続き、国際交流をすすめました。キューバには2009年以来、3年連続、医療視察団を派遣し、交流を深めました。日本とは経済事情（国民1人あたりの年間所得が約20分の1以下）や政治体制の違いはあるものの、国づくりの基本を「国民1人ひとりを幸福にする」との理念のもと、半世紀にわたって医療費、教育費などを無料とすることを憲法で宣言し実施しています。人口あたりの医師数は日本の2.5倍であり、第三世界の国々のためにラテンアメリカ医科大学を設立、すでに19,000人の医師を養成しています。また、なによりも地域医療、保健予防活動を重視することで地域住民の健康づくり、地域のコミュニティづくりに力を入れています。医師の養成もその点に力が注がれています。その結果、貧困と格差のすすむアメリカ合衆国に優る健康状態を達成しています。

韓国では日本と同じように新自由主義的な医療・介護制度が導入されており、緑色病院（※13）や人道主義実践医師協議会（※14）、健康権実現のための保健医療団体連合（※15）などとともに日韓の保健・医療のあり方について日韓共同シンポジウムの開催や韓国の離島での医学生実習への参加、被ばく医療や福島原発問題などをテーマにした交流をすすめました。韓国に民医連のような全国的な組織を作りたいとの動きがあり、懇談を行っています。

以上、この2年間の特徴を概括しましたが、他の多くの分野でも綱領や総会方針に基づく多彩な実践が行われました。

第2節 東日本大震災と原発問題に向き合った民医連活動のまとめ

東日本大震災・福島第一原発事故による放射能汚染という緊急事態を受けて、直ちに全日本民医連東日本大震災対策本部（藤末会長・本部長）と緊急被ばく事故対策本部（小西副会長・本部長）を立ち上げ、両本部長を先頭に現地へ赴き実態をふまえて全国に方針を発信しました。支援にあたっての民医連の基本方針として、「な

によりも被災者に心を寄せ、被災者の立場に立った支援を継続して行うということです。第1に、被害が甚大であることを考え現地での支援基盤を確立し、長期的・継続的な支援を行うこと、第2に、被害地域が広大であるだけに、これまで以上に他の医療や福祉関係団体、機関、ボランティアや労働組合や民主団体組織との共

同や連携を追求した支援を行うこと、第3に、福島第一原発事故による放射能被害の広がり留意した支援を行うこと、第4に、現地の民医連事業所が一日でも早く通常診療を取り戻し、これまで以上に地域になくしてはならない施設として復旧すること、第5に、被災者、支援者の心のケアを重視していくこと、第6に、かつてない甚大な被害に対し、災害救助法などの枠組みにとらわれない国あげでの支援策が求められること、原発事故の早急な収束とこれまですすめてきた原発政策の転換を求めること、を掲げ、被災者、国民の立場から支援策を具体化させるとりくみをすすめること」を確認しました。

全国の仲間は、対策本部の呼びかけに、素早く応じました。全国のすべての県連から続々と現地に物資、義援金、人的支援が行われました。その「規模と内容」は内外から「さすが民医連」との評価を得ています。4月16日付読売新聞は一面の記事で日赤と並ぶ支援を行っていることを伝えました。震災への支援者は6月の時点でのべ15000人を超えました。義援金も民医連だけで3.6億円を超え、全額を直接被災地・被災者のために活用しました。民医連の活動を知った見ず知らずの人々にも支えられました。海外からも多くの義援金が寄せられました。民医連の活動はホームページに積極的に掲載した記録動画をはじめ、全日本民医連や現地ニュースの発行、昨年11月に発行された『被災者に寄りそう医療～震災最前線の絆』（全日本民医連監修・稲光宏子著）に詳しくまとめられています。職員、共同組織の仲間、医系学生、つながり組織に大いに普及しましょう。

【東日本大地震・津波による被害への支援活動】

私たちがとりくんだ主な分野として、①坂総合病院を拠点とした、震災直後からの救急・救命活動、②長町病院、松島海岸診療所など民医連の事業所を拠点とした、地域被災者支援を含む多彩で総合的な医療・介護支援活動、③岩手県三陸海岸など民医連事業所の拠点のない地域での民医連と地域地元の医療機関や行政、他の医療団体（DMAT、JMAT、PCATなど※16）と連携し展開した被災地域および避難所における医療・介護活動を展開したこと、④民

医連と「21・老福連」（※17）などと連携して行った「宮城野の里」における福祉避難所の活動、⑤宮城・福島県で民医連精神科グループが大学、行政などと連携して行った「こころのケア」チームの活動、⑥日本医師会や宮城県医師会の要請に基づいて行った気仙沼市立本吉病院など民医連外病院への医師支援など他の医療機関への活動、⑦長引く避難生活の中、避難所、仮設住宅での長期的・継続的な医療・介護・生活支援の活動、共同組織との共同した活動、⑧生活支援として近畿地協や医療福祉社協連近畿有志などと共同して行った宮城県山元町などでの生活支援活動、⑨被災者の生活再建、医療再建を求めた国や県に対する要請行動、⑩全国的な医薬品はじめ物資支援やカンパ活動、などです。

岩手・川久保病院と共同組織の仲間は100キロ離れた大船渡市の仮設住宅での「お茶っこ会」の活動を地道に続けました。宮城野の里は震災当初から、ライフラインが断たれる中、敷地内の木を薪にして暖をとり、温かい食事を提供し被災者を守りました。被災地では今でも仮設住宅訪問などが行われています。

民医連の活動の特徴は、第1に、自ら被災者でありながらも現地の職員、共同組織が医療・介護職として被災地で求められる医療・介護の活動に全力を尽くしたことです。第2に、全国の医師、看護師などの事業所の厳しい人員体制の中でも、「我が身、我が事」として被災地に駆けつけて、支援活動を行ったことです。第3に、被災者の要求から出発して、被災者に寄り添う活動を行ったことです。ここでは、求められていることは「なんでもやろう」という立場から医師はじめ多くの職種が連携して「待つ」医療や介護ではなく積極的に出かける姿勢を貫き、被災者自身が復旧・復興に立ち向かう力を支えました。第4に、被害が広範でかつ民医連の事業所のない地域が多かったこともあり、当初から、医師会や日本プライマリ・ケア連合学会、行政などと連携を強めたことです。全労連や農民連他民主団体との共同も大きな力になりました。第5に、絶えず国や行政に対し働きかけ、具体的な要請や提言を行ったことです。

こうした緊急時の活動は、人権を守ることを第一とする組織の理念の表れです。急に思い立

ってできるものではありません。また、時期により刻々と変化する求められる救援内容に即応できる組織として役割を果たすことができました。この点でも綱領の立場に立った日常的な活動があったからこそです。

今、被災地では、どんな復旧・復興とするか、鋭い対立があります。1つは、この機会をチャンスとして「構造改革」を一気におしすすめようとする財界などの動きです。例えば「水産特区」「医療特区」といった復興計画や「TPP」参入などです。

これらの動きに対抗し、あくまでも住民主体の復旧・復興を行う立場で運動や提言を行うととりくみです。被災県では民医連も参加して復興センターが立ち上げられ活動しています。震災直後の窓口負担免除、保険料支払猶予、失業保険の延長などを認めさせました。復興にあたっては憲法25条が保障する生存権を根拠にしたものでなくてはなりません。今後、被災者の権利を守り抜く上で仮設住宅などでの「震災関連死」「孤独死」を防ぐ具体的にとりくみが重要です。補正予算によって、不十分ながら阪神淡路大震災を超える民間医療機関・介護施設への助成も実現させました。一方、義援金を収入認定し、生活保護を打ち切るという阪神淡路大震災ではなかった新たな事態も発生しています。震災以前に「構造改革」や医療崩壊によって窮地に立っていた自治体を財政的に追いつめた結果の反映ともいえます。

被災3県では住民とともに要求運動の先頭に立ち、救援活動でいっしょに汗水流した革新政党的議員が躍進しました。全日本民医連理事で宮城民医連前事務局長が定数2議席の中、県議当選を果たしました。

今、地震活動期に突入したといわれ、地震多発国である日本で、今後20～30年以内に30%以上の確率でマグニチュード9クラスの大地震が起これるとの予測があります。また、さまざまな種類の災害が起こることも考えられます。坂総合病院で日常的にとりくまれてきた具体的な事態を想定した災害訓練の実施や施設の整備なども重要な教訓となりました。全日本民医連として今回の経験をふまえ、全日本対策本部のあり方や災害対策マニュアルを見直し、民医連としての災害支援チーム「MMAT」（民医連災害

対策特別チーム・仮称）の発足などを内容とする整備をすすめています。あらためて、全国の県連、法人、事業所において今回の大震災の経験から教訓を学び、防災対策を強め、実際の災害を想定した災害訓練や体制整備を行うことを呼びかけます。今後も困難な生活を余儀なくされている被災者のいのちと健康、暮らしを守る活動に継続的に取り組みます。

【原発事故被害への対応】

福島第一原発の重大事故による大量の放射能漏れは、世界最大級の環境汚染となりました。原発事故は一度起これば、まったく「制御」が利かず、生存の危機をもたらすものであることが誰の目にも明らかになりました。一方、事故の当事者関係者は絶えず被害を小さく見せようとします。実際には、今なお福島県民と多くの国民に耐え難い苦難を強い、原子炉内の状態やいつ元の土地に帰ることができるのか分からない状況にも関わらず、「収束宣言」を行うなど世界と日本国民の信頼を失墜させています。

こうした中、全日本民医連緊急被ばく事故対策本部は、現地と連絡を密にしながら、具体的な方針を提起しました。3月15日には、国に対し直ちに廃炉方針を打ち出すこと、正確な情報の提供を行うこと、放射能汚染が人体に及ぼす影響の調査とその対策を講じるよう申し入れを行いました。また、福島県や被災自治体、県や地区の地元医師会長、病院を訪問し支援の申し入れを行いました。福島民医連の病院、福祉事業所や東京、埼玉、神奈川などの事業所では共同組織の協力も得て、避難してきた人たちの受け入れや避難所での救援に献身的にとりくみました。国や東電による「メルトダウンは起きていない」「年間100ミリシーベルトでも安全だ」「直ちに健康に影響はない」といった根拠のない情報が繰り返される中、現地では住民の切実な要望に応じて3月当初から住民むけ学習会がとりくまれました。「テレビに出る学者や国、東電の話はもういい。医者話を聞きたい」という声に応えたもので、福島では水素爆発の直後からとりくまれました。また、5月の連休には全日本民医連の「被ばく事故対策本部」の医師9人を講師に福島県内12会場で1600人が参加する緊急学習会を開催しました。参加した住民

の訴えは切実でした。こうした学習会は現地の医師や放射線技師たちを中心にこれまでに数千人以上の参加があり、今なお続けられています。また、避難者の医療・生活支援、組合員や職員、子どもを守ることを目的にしたプロジェクトが立ち上げられ、独自の放射能汚染状況測定や除染などが行われています。

全日本民医連は、4月上旬、緊急理事会を開催し、「全原発の廃炉を求める決議」や「住民の健康を守るための方針」を再確認しました。この方針をもとに、シンポジウムの開催やパンフレット「福島第一原発事故から何を学び、とりくむのか」を15万部普及、健康を守るための「私の行動記録」を作成し無料で配布しました。これまでつながりのなかった団体や外国からも注文が相次ぎました。全日本民医連は、福島県立医大精神科と連携し、南相馬市を中心に精神科外来や訪問活動など、「こころのケア」チームの支援を行いました。全日本民医連は福島民医連の事業所に対し、放射能測定のための機器の寄贈や医療福祉生協連合会と共同してわたり病院、桑野協立病院への、職員、家族のリフレッシュのための看護師支援（8～9月、1～3月）、わたり病院への医師支援、小名浜生協病院の看護師支援と組合員総訪問（4月）にとりくみました。これらの看護支援は現地で奮闘している仲間を支える活動として歓迎されました。全国組織としての「絆」を深める機会にもなりました。こうした活動は、本来、国や東電が責任を持ってすすめるべきではありませんが、私たちは「待ち」の姿勢には立ちません。全国各地で職員・家族、組合員のリフレッシュ休暇の受け入れや食料物資支援を行っています。また、農民連の呼びかけに応じて放射能の核種測定可能な分析器の購入をすすめています。さらに必要に応じ、新たな募金を呼びかけるなど、安全・安心を支える具体的な対策をとる決意です。

放射能汚染に対する健康不安、将来不安は福島県内に留まらず、関東一円にまで広がっています。関東一帯にホットスポットといわれる高濃度汚染地域が存在します。事実、鼻血や下痢などの症状が3月11日以後にたくさん出ていると懸念する相談も全日本民医連にも寄せられています。戦後、一貫して低線量被ばくや内部被

ばくによる放射能被害に正面からとりくんできた私たち民医連は、「あらゆる可能性を排除せず、住民の健康を守る」という立場でとりくむ方針を確認し、診療や健康相談を行っています。京都、北海道などでは自主避難してきた住民への健康・生活相談が行われています。また、民医連として除染活動、子どもや妊婦の健康を守るための施策の実施、完全な賠償などを求めて国に交渉をすすめてきました。数回の各省庁交渉を通じて明らかになったことは、官僚は本当に現実を知らないということです。東電の原発被災者への賠償は、「加害者が被害者の賠償額を勝手に決める」という酷いものです。国と東電の対応の遅れのために展望を失い、「お墓の中に避難します」との遺書を残して亡くなられた方など、少なくない人が自殺しています。

国や東電の立場で発言した「学者」の多くは原爆症訴訟では低線量被ばく、内部被ばくを否定する国側の証人で、原発を推進する立場にあった人たちでした。しかし、2カ月もたってから、「実はメルトダウンしていた」といった情報が出され、北海道・泊、佐賀・玄海原発での再稼働にむけた「やらせ発言」が明るみになっています。大量に海洋投棄された放射線物質の実態は明らかにされていません。こうした国や、東電などの電力会社に対し、各種世論調査では国民の7割が原発なくせの意思表示をしています。福島第一原発事故の原因も解明されない中で、停止中の原発の再稼働に断固反対します。

全日本民医連は、54基も存在する原発をなくす運動をすすめてきました。多くの著名人が呼びかけ原水爆禁止日本国民会議（以後「原水禁」という）などが事務局を努めた「9・19 さようなら原発1,000万人アクション」には6万人以上の人々が集い、40年ぶりの大集会となり成功を収めました。参加者の半数近くがはじめてデモに参加したという若い母親や父親、市民でした（10.18付「朝日」）。全日本民医連は、「原水禁」を訪問し「脱原発」の一点でたたかう意志を表明し集会成功の一角を担いました。さらに10・30福島集会の大成功をはじめ、11・13福岡集会など、全国各地で原発をなくす運動が広がっています。福島県議会は全会一致で「県内の原発をすべて廃炉」の請願を採択しました。ドイツやスイスなどは、福島第一原発の事故を

契機に原発からの完全撤退を決めたにも関わらず、日本政府は汚染を広げた国でありながら、今なお「原発推進政策」に固執し、ヨルダン、ベトナム、ロシアなどへの「原発輸出」をすすめるようとしています。国と東電に対し、「なくせ」「あやまれ」「つぐなえ」の大きな運動が必要です。

「原発なくせ」はこれからの日本のあり方を

第3節 利根中央病院支援について

この数年、利根中央病院で大学医局からの医師派遣引き上げなどにより、急激に医師数が減少し診療の維持が危機的となる状況が生まれました。その中で、大学からの医師派遣が補充されないのは「病院の民医連加盟に原因がある」といった意見が出され、法人管理部の中で民医連脱退を検討する動きも生まれました。全日本民医連は、事態の背景と実態をつかむために県連や現地と懇談を重ねました。そして、その医師退職の実際の原因は民医連加盟とは直接関係ないことを確認しました。その上で利根中央病院から県連を通じて、全日本民医連に対して支援要請が出されました。全日本民医連は群馬県連、当該法人幹部も参加する対策委員会を設置し、管理体制を確立することを優先しつつ、大学に籍を置く医師とも懇談を重ねてきました。そして、「利根・沼田地域の医療崩壊を防ぐために、地域の拠点病院である、利根中央病院の再生を図る」ことを目的として、内科、循環器、外科の医師5人を1年間継続して送るという全国支援を決定しました。震災支援を継続しながら厳しい医師体制の中、昨年4月1日より北海道から沖縄まで全国の医師による支援が開始されました。民医連の歴史の中でも最大規模の支援です。民医連運動の団結の力を実感させるとりくみは、現地の活動を力強く支えています。

第4節 克服すべき4つの課題はどこまで前進したか

前総会では、今後、民医連運動が前進する上で、克服すべき課題として4点を提起しました。その到達点と課題を述べます。

1. 医師にかかわる問題

めぐって最も鋭い対決点となります。昨年12月13日、全国組織30団体が参加し「原発をなくす全国連絡会」が結成されました。一日も早くすべての原発を廃止し、再生可能な自然エネルギーへの転換を行うことが必要です。全日本民医連は「原発なくせ」の一点で一致する団体、個人と共同して、原発のない社会をめざします。

利根中央病院の再生は道半ばです。困難に陥った要因として、①医師集団と管理集団のコミュニケーション不全、②大学医局からの医師派遣依存体質と独自の医師養成の課題、③地域分析に基づく医療・福祉構想論議の不足、④民医連運動に対する理解、受け止めの問題と結集のあり方、⑤県連機能のあり方などが考えられます。今後、群馬県連を含めた現地自身による「自己点検・分析」を重視し、全日本民医連としても、経験・教訓を全国に発信していきたいと思っています。

この間の医師支援を通じて変化も生まれています。2012年度は民医連の奨学生および職員家族の2人が利根中央病院での初期研修を決意しました。また、総合医を育てる方向が確認され、医師や職員間でのカンファレンスの再開や実施、民医連に対する理解を深める学習などもとりくまれています。

支援した医師が利根中央病院の地域で果たしている役割や献身的な医療活動に触れる機会にもなっています。県連でも真剣な議論が始まり、県連医師団会議などを通じて幹部医師の利根中央病院への派遣が検討されています。今後、全日本民医連として引き続き、地域医療を守る民医連の病院として再生にむけて援助を行います。

常勤医師実態調査開始以来（2年ごと）初めて医師数が減少に転じるという事態を受けて、この問題を克服することなしに民医連運動の展望は生まれないとの認識を示し、力を集中してとりくむことを提起しました。

前進面として、第1に、前総会では、高校生時代から医学生時代を通じて民医連が積極的に関わりを持ち、研修医として参加した教訓が報告されました。その経験が今、全国で広がっています。中学生、高校生からの実習参加や医学生をつどい、奨学生の日常活動、共同組織の援助などを通して民医連運動への共感が高まり、奨学生は低学年を中心に最高水準の400人台に到達しました。学内だけでは体感できない民主的な医療の現実や地域や共同組織の仲間との接点という貴重なフィールドが強みです。第2に、「全国は一つ」の立場で、2010年度より、全国統一新入医師オリエンテーションの実施や研修情報や企画をリアルタイムで伝える全日本民医連医師臨床研修センター「イコリス」(※18)を立ち上げ、ホームページも開設しました。初期研修、後期研修の充実に努めた結果、後期研修に残る率は55%前後という状況ですが、低学年からの奨学生は75%を超えています。初期研修後、いったんは外で研修した医師が戻ってくるケースも生まれています。奨学生からの民医連運動への参加、民医連らしい初期研修・後期研修の充実にを図ることの重要性が教訓として確認できます。民医連の医学生対策の経験を学びたいとの要請に応じて佐久総合病院、徳洲会など複数の団体との懇談を行いました。

第3に、「アンダー3,000件」(※19)をめぐる民医連のとりくみが情勢を切り開きつつあります。2004年に始まった新医師臨床研修制度は、将来どの分野にすすもうとも、初期の2年間で総合的な臨床能力を身につけた医師になることを目的としたもので、民医連も含めた多くの医療団体、個人の努力で実現してきました。それまでは約9割が大学医局に入局し、最初から専門分野の研修を始めるというのがほとんどで、多くの弊害が指摘されていました。新医師臨床研修制度では、研修先として地域医療の第一線医療を担う中小病院まで門戸が開かれ、民医連の病院(最高時58病院)は積極的に参加しました。その結果、2004年から2011年までの8年間で1,318人の初期研修を受け入れてきました。2012年は150人が開始予定です。初期研修を終了した研修医の満足度は80%以上と極めて高いものです。しかし、国は大学などの巻き返しなどで初期研修を実質1年にすることや中小病院

を研修病院から閉め出す方針を打ち出しました。地域医療を担う医師養成に適した中小病院を何の根拠もなく排除するもので、民医連は制度の存続を求めて厚生労働省研修部会の委員や医療関係団体などと懇談を重ねてきました。活動は確実に変化を生み出し、厚生労働省の研究班が中小病院での研修の実際を調査することとなり6病院を事前調査しました。うち民医連の3病院(城北、汐田、上戸町)が選ばれ、「症例の豊富さ、地域密着性、指導医はじめスタッフの熱心さ、研修医のモチベーションの高さ」など「いずれも大学病院や大規模病院以上に良くやっている」旨の高い評価を受けました。また宮崎県では県内の医療を守る立場から県内6臨研病院のうち、124床ながら3番目に受け入れ実績があり、研修医からも高い評価・満足度のある宮崎生協病院を臨研病院から外すなど運動が広がっています。県内すべての臨研病院、県議会あげた運動が行われています。県議会は全会一致で国への要望を決議し、4万筆の請願署名を提出しました。こうした中で、厚生労働省は新たに年間入院件数「3,000件」に満たない30病院を対象に調査し、研修条件が整っており、研修医が目標を達成しているところは継続するとの方向性を打ち出しました。制度存続の可能性が広がり、今後の日本の医師養成にも大きな影響を及ぼします。さらに大きな運動で中小病院での臨床研修制度を守りぬきましょう。

引き続き検討すべき課題は、1970年代以降、民医連運動の先頭に立ってきた主力の医師たちの世代交代期を迎えていることと医師数の絶対数が増えていないことです。医師の確保と養成は民医連運動の存続と発展に決定的な意義を持つものです。民医連がすすめる人権を守る保健・医療・介護の活動と医学生対策・医師養成を一体のものとして推進しようとする動きは始まったばかりです。初期・後期研修のプログラムの充実と、全国組織の強みを活かした専門医・認定医の取得など中長期のスパンでの医師養成をすすめるシステムを早急に確立させなければなりません。日常の業務に忙殺される医師に対するコミュニケーションを重視することや過重労働の軽減策の具体化、医師の集団化、医師に対する民医連の理念や制度教育を保障するとりくみをいっそう重視しなければなりません。そ

のためには、日常的に医師と徹底的につきあう事務幹部の配置と役割が極めて重要となっています。

2. 経営問題・管理運営の水準向上の課題

どんなに厳しい状況でも経営破たんを招く訳にはいきません。国の医療費抑制政策によって2008年までの4回の診療報酬改定（2年ごと）では合計▲7.73%も減少させられました。このことが医療崩壊の要因になりました。2010年は、日本医師会をはじめ多くの医療関係団体が連帯しマイナス改定を食い止めました。しかし、急性期病院への重点配分によって診療所、中小病院は打撃を受けました。

それでも民医連は診療報酬改定の影響と経営改善にむけての内部努力が重なり、2010年度は過去最高の利益率（経常利益率2.2%）となりました。また2011年度も同様の傾向が続いています。経営を守る上で診療報酬・介護報酬の改善がいかに重要な課題であるかを示しています。

厚生労働省の医療経済実態調査によると集計された1,204の病院で室料差額の収益に占める割合は1.4%を占めています。それでも多くの医療機関が赤字です。医療経営が政策的に締め付けられている中で、室料差額徴収を行わず、無料低額診療事業などの受療権を守るために奮闘している非営利・協同の組織である民医連が築いた経営の到達は確信すべきことです。

しかし、とりわけ民医連病院の多数を占める中小規模病院の経営状況や東京での経営環境は引き続き厳しいものがあります。

財務状況は、全国平均で自己資本比率18.6%、自己資本+地域協同基金比率21.1%と若干改善したものの利益剰余金マイナスは前年と同じ67法人、自己資本+地域協同基金マイナスは12法人と財務面での構造的な改善を要する法人も少なくありません。金融機関への1年以内の返済額に事業を通じてのキャッシュフローが不足している法人は56法人、事業キャッシュフローがマイナスの法人も9法人存在します。銀行など金融機関が貸し渋りに出れば、こうした法人ではたちどころに資金難となりかねません。依然として事業キャッシュ獲得能力の向上は大きな課題です。課題を共有するため今期から地協経

営委員長会議を定期的で開催した他、県連の要請に基づいて個別法人への援助を強めました。

2013年11月の公益法人認定（※20）の期限が迫る中、内閣府との交渉などにとりくんできました。京都保健会は公益認定されました。希望する法人がすべて認定を受けるまでとりくみを強めます。社会医療法人（※21）には秋田・明和会、東京・健生会、千葉勤医協、大阪・同仁会、長崎・健友会、熊本・芳和会の6法人が認定され、3法人が準備中です。薬局法人では徳島で非営利一般法人（※22）が認定されました。他県連でも株式会社の非営利法人への移行にむけた準備がすすめられています。法人制度改革も「構造改革」の一環として捉えることが重要です。投資家に都合のいい改革を非営利法人にも押しつけようとするねらいがあります。そうしたことを見抜いた上で、民医連経営を守る「たかひと対応」が求められます。

「経営の質」は単に利益の大小で判断されるものではありません。それは民医連の法人・事業所が非営利・協同の事業体として、人権を守ることが中心にすわり、綱領の実現のために職員や共同組織の参加・協同が追求され、たかこう組織であることです。目先の利益だけに目がいくと、無料低額診療事業への挑戦などはできません。また経営の効率性や経営の安全性の追求が当然必要です。規模に見合って、管理者が科学的で民主的な管理力量を集団として確立していることが重要です。そのためにも、管理部や職員、共同組織の仲間の中で、情報の公開と目標の共有、参加型の経営を貫くことが求められています。この前提として正確な実務が必要であることはいうまでもありません。「経営の質」は、「組織全体の質」であり、あらゆる「活動の質」であるという観点がますます重要となっています。

3. 幹部養成の課題、民医連運動を担う人づくり

民医連運動を中心的に担う幹部の養成と職員の育成は民医連運動を推進する原動力です。しかし、確実に世代交代期を迎えており、全国的には、半数が35歳未満という職員構成のもとで、民医連運動を担う人づくりは待ったなしの課題です。この世代にどう民医連運動の値打ちを伝

え、ともに育ちあっていくかが重要となっています。

この十数年の日本社会は新自由主義イデオロギーによる「自己責任論」(※23)の教育と競争を煽る社会でした。小さいときから競争にさらされ、「すべてにおいて自分の努力が足りなかった」といった自己肯定感を持ってない風潮が蔓延しています。その影響を受けているのは民医連職員も例外ではありません。それは患者、利用者に対する見方や仲間に対する見方にも如実に表れます。この克服は、教育と体験、実践を通じてしかできない課題です。自己責任論を乗り越えて、「すべての人が人間らしく生きていく権利がある」という憲法に拠って立つづくりの実践を民医連でこそすすめていかねばなりません。自己責任論を乗り越え、権利としての社会保障を学び、実現するために青年社会保障セミナーを開催しました。

幹部養成の課題では、この間、全日本民医連としてトップ幹部研修会と事務幹部学校、看護トップ研修会はじめ各職種を対象にした管理者研修会を行ってきました。2004年に始まったトップ幹部研修会は10回目を迎えます。500人以上の研修を行ってきました。民医連運動や管理を系統的に学ぶ機会の少ないトップ管理者の研修の場として役割を果たしています。そして、受講生の多くが実際にトップ管理者のポジションについて期待される役割を担っています。事務幹部学校も3回実施し150人の卒業生を出しています。全国的な事務幹部の集団化という点でも大きな役割を果たしています。参加者は平均年齢40歳と次代を担う事務幹部です。「我流」で民医連の管理運営ができる時代ではありません。系統的な管理者教育や研修を行い、日常の管理運営の飛躍をつくりださなければなりません。そのためには時間も費用も使うことが必要です。

前総会で決定された民医連綱領や民医連の歴

史を学ぶ大運動を行いました。このとりくみは、一度学習したから終了というものではなく、絶えず振り返る、継続性が重要です。また、学習することとあわせて、人が育つ職場づくりや症例検討会や地域活動など様々な機会を意識的につくるのが重要です。

あらためて、医師をはじめすべての職種で、意識的に育てない限り、民医連運動の主体的な担い手は確実に減少する状況にあることをしっかりと認識し、具体的な養成方針を持ちましよう。

4. 県連機能強化について

今期あらためて、県連機能のあり方が問われました。県連全体を視野に入れ、各法人・事業所の構想と県連的な構想を一体のものとして捉え、提起するのが県連の役割です。単なる交流の場ではありません。1法人1事業所では乗り越えることのできない「壁」も県連的な力で乗り越えることは可能です。

東京民医連は大都市での困難な事業・経営環境の中で、県連の積極的なイニシアチブで病院間の共同事業や病院機能の見直しや連携、そのための幹部人事交流などを通じて県連全体で求められる役割に応えようと努力をしています。県連機能強化は、民医連運動のさらなる飛躍につながる課題として位置づけが必要です。県連は、医師対策など人事や教育研修活動、統一事業の推進、自治体への運動や他団体との共同の推進など役割が増えています。そのためには、法人・事業所・職員の県連への自覚的・組織的結集とあわせ、県連会長・事務局長を支える県連体制の強化、県連の課題での県連・法人トップ幹部の日常的な議論の機会やコミュニケーションづくりを格段に強めなければなりません。全日本民医連として第40期、県連会長・事務局長会議の位置づけを高め、研修や交流の機会を設けます。

第2章

情勢の特徴、日本の現状と今後のあり方をめぐって

新自由主義に基づく「構造改革」は、圧倒的な国民の生活を壊す一方、大企業や富裕層に巨大な富を蓄積しました。同様の矛盾が世界各地で広がっています。これに対して中南米ではいくつかの国でアメリカ合衆国の支配を断ち切って左派政権が誕生し、アメリカ国内においても青年を中心に「1%の人間が99%の国民(※24)を犠牲にする政治を変えろ」の大運動が巻き起こっています。韓国ソウル市では市民運動で「構造改革」派市長を交代させました。こうした動きは現在82カ国に広がっています。また北アフ

リカや中東では独裁政権に反対し、民主化を求める運動が広がっています。日本においても原発なくせ、TPP反対などかつてない大きな運動が広がっています。原発なくせの運動は全日本仏教会が「原発のない世界を」のアピールを出したり、全国各地で様々な集会やデモが行われています。こうした運動と一緒に大きな流れをつくりだす2年間としていかなければなりません。情勢を「変革」の視点で捉え、「時代の主体者」として役割を發揮しましょう。

第1節 平和をめぐる情勢と運動の方向

2010年12月、アメリカがイラクから撤退し、8年9カ月に及ぶイラク侵略戦争が終わりました。戦争開始はサダム・フセイン大統領が「大量破壊兵器を隠し持っており、世界の安全を脅かしている」との理由でした。小泉政権は世界のどの国よりも早くこの戦争を支持し、戦後初めて戦場に自衛隊を派遣しました。沖縄や岩国などの在日米軍基地はアメリカの出撃基地となりました。イラクでは10万人以上の人々が戦争によって殺され、アメリカ兵も多数死亡しました。しかし、この戦争では、アメリカ政府自身が「大量破壊兵器はなかった」と発表したように、まったく理不尽な戦争でした。アメリカ政府も日本政府も、戦争を推進した立場の人間は誰一人責任をとっていません。アフガニスタンでは今も戦争を行っています。

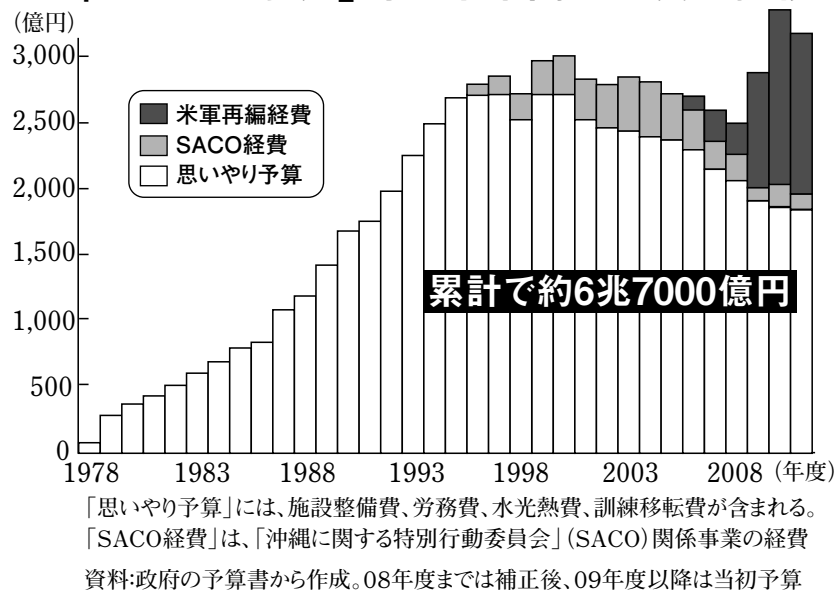
オバマ大統領は、台頭する中国を脅威とみなして日米軍事同盟の強化を打ち出しています。その出撃基地として在日米軍の再編強化がすすめられています。民主党政権は「最低でも県外」といった公約を反故にし、辺野古への基地移転を強行しようとしています。しかも、アメリカの公文書で明らかになったように、辺野古での2つの滑走路を持つ基地建設は、普天間基地の

代替ではなく元々の基地増強計画の一環であることです。

米軍統治が続いた沖縄を日本に返還させてから今年5月で40年を迎えます。県民あげての長く、粘り強いたたかひの成果です。県民の15%以上が犠牲となった沖縄戦を経験した沖縄県民の悲願でした。しかし、日本政府は、日本の面積にして0.6%しかない沖縄県に日本全体の74%もの米軍基地を押しつけています。復帰後だけでも航空機事故が497件発生し、実弾演習による山火事が512件起きています。米兵による犯罪は5,600件を超え、その1割が殺人、強姦、強盗など凶悪犯罪です。横須賀など米軍基地のある地域に共通しています。しかも、米軍による犯罪は日本に裁判権さえ認められていません。日本は主権国家であるにも関わらず、このような実態が続いています。しかし、日本政府は、年約5兆円もの軍事費に加えて、「思いやり予算」(※25)として年間1,800億円以上も国民の税金を投入しています。「思いやる」先が違ってきます。

機を同じくして沖縄県八重山地区の中学「公民」教科書問題で、極右的な行動をとる石垣市長に歩調をあわせた文科省は中国を敵視、憲法

図1) 「思いやり予算」等の米軍関係経費の推移



敵視の教科書採択を迫り、採択しなければ「国は教科書代を出さない。自分たちで買え」と圧力を加えています。中国と日本の関係は文化の面でも、経済の面でも切っても切り離せない友好関係国です。今後、北東アジアの平和を守り発展させるために協力関係を強めていかなければならない国です。南半球のすべての国が「非核兵器地帯」条約(※26)を批准しています。中央アジアも同じです。北東アジアにおいても平和憲法を持つ日本が先頭に立って非核地帯宣言をおこなう行動を起こすときです。

日米軍事同盟の深化を叫ぶ理由の1つが、イラク戦争などで財政危機にあるアメリカ政府にとって日本ほど気前の良い国はないからです。アメリカ自身が財政難から軍事費削減や基地の縮小をすすめています。一方、アメリカ政府高

官や議員からも「基地建設は困難」といった意見が噴出しています。たたかいがアメリカ政府を追いつめています。

沖縄の戦争資料館の最後の展示として次のような言葉が掲げられています。「沖縄戦の実相に触れるたびに、戦争というのはこれほど残忍で、汚辱にまみれたものはないと思うのです。この生々しい体験の前では、いかなる人でも戦争を肯定し、美化することはできないはずだ。

(中略)戦後このかた、私たちは、あらゆる戦争を憎み、平和の島を建設せねばと思い続けてきました。これがあまりにも大きな代償を払って得た譲ることのできない、私たちの信条なのです。」2012年、普天間撤去・辺野古移転断念をめざすたたかいで、必ず勝利しましょう。

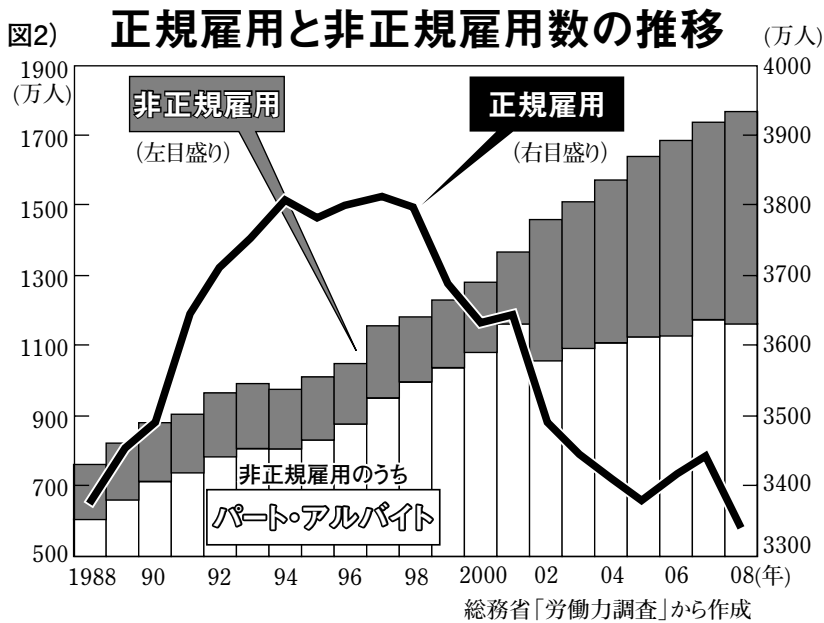
第2節 国民生活の実態および医療・介護・社会保障をめぐる情勢

1. 「貧困と格差」が拡大したこの2年間

民主党政権となってからも国民の暮らしは少しも良くなり、いっそう厳しくなっています。

2009年の相対的貧困率は16.0%と1985年以降で最悪を記録し、貧困ラインに満たない人が約

2,040万人にもものぼるとされます。年収200万円未満の勤労者が5年連続1,000万人を超え、女性労働者の4割が200万円未満です。14年連続して3万人を超える人が自殺しています。他国に比べても異常です。また、NHKの調査では、誰にも引き取られることのない「無縁死」が年間3万人を超えているといわれています。人間関係が



分断され人々が社会的に孤立させられている実態を示しています。過労死・過労自殺も過去最高となり、「就活自殺」もこの数年、急上昇しています。非正規雇用労働者は34%と90年以来最多となり、中でも女性は54.4%が非正規雇用という実態です。これでは結婚も子どもを生み育てることも厳しい状況です。これは大企業が労働者を雇用調整弁としてしか見ていないことを示すものです。

生活保護は過去最高の207万人を超えました。しかし、人口に対する保護率は1.6%にとどまり、ドイツ9.7%、イギリス9.27%などに比べても非常に低くなっています。また、生活保護基準以下の生活を余儀なくされている人は1,000万世帯近くになると推計されます。一人親世帯の貧困はさらに深刻です。

経済的困難のために、医療機関にかかることができない人が少なくありません。全日本民医連が5年連続行っている「国保等死亡事例」調査では、2010年は71例と調査開始以来最高であり、前年度の1.5倍になりました。2011年12月に行った「医療費・介護費相談調査」では、SWが相談を受けた3,029件の4分の3以上が月収15万円未満であり、うち3割以上が無収入でした。相談後に死亡されたケースは141例にもなっています。無年金、低賃金と高い医療費負担が受診を困難なものにしています。協会け

んぽに加入する現役タクシー労働者の手遅れ死亡事例も3例ありました。いずれも賃金は手取りで月額10万円を切っていました。国保料滞納世帯は21%となっています。加入者は約4,000万人ですから、約800万人が滞納していることとなります。1年以上滞納した世帯に発行される資格証明書(※27)は、医療機関窓口でいったんは全額医療費を支払わなければならない事実上の無保険といえるもので、発行世帯は2010年6月の時点で約31万世帯にもなっています。また、後期高齢者医療制度は2010年度、保険料が払えない滞納者が28万5,000人にのぼり、うち年金などの差し押さえが1,792人となっています。しかし、今春、43都道府県で大幅な値上げが予定されており、あまりにも過酷なこの制度は一刻も早く廃止するしかありません。さらに派遣労働者にはそもそも国保に加入していない無保険者が多数存在すると思われます。事業主負担がないのとあわせ国庫負担が1979年の最高時64.2%から1984年には国保法を改悪し、38.5%とし、その後も減り続け2008年度には、市町村一般会計からの繰り入れなどもあり、実質24.3%まで下げていることが最大の原因です。金額ベースでも前年度より国庫負担額は2,297億円下げられています。

公的保険である国保は憲法で保障された権利であり、国保法でも1条で「社会保障制度であ

ること」が明記されています。国民の「相互扶助」ではありません。国保滞納者には、資格証明書の発行に加え、年金など財産の差し押さえが急増しています。後期高齢者からも保険料、自己負担を徴収することとあわせ、まさに憲法25条の否定といえます。

2. 医療・介護・社会保障をめぐる 情勢～「一体改革」のねらい

野田首相は、年明けのテレビ討論会で、「一体改革を政治生命をかけてやり抜く」といい、今通常国会で、「一体改革」を強行する構えです。それは戦後、国民の運動によって実現してきた社会保障制度の「変質」と庶民への大増税を押しつけるものです。

「一体改革」は、あたかも社会保障を拡充するために税制を見直すような受け止めがされがちですが、実態は、消費税の大増税（14年4月から8%、15年10月から10%。そして近い将来には15%～21%に）、大企業・多国籍企業の法人税のさらなる引き下げが本質です。結局、社会保障の財源を所得税や法人税から消費税に置き換えるだけにすぎません。この間「構造改革」で切り縮められてきた社会保障を、「効率化・重点化」などと称してさらに切り捨てようとしており、「大改悪」を覆い隠す目的で「一体」との言葉が使われています。「一体改革」は今年度から段階的・連続的に改悪を行うものです。

国と財界は、「2025年」、戦後のベビーブーム（団塊）世代が75歳以上となり、高齢人口が急増する「超高齢社会」を想定し、今回の「一体改革」を打ち出しています。「国は、そんな費用負担（年金も医療・介護も）はできません。自助や互助で乗り越えてください」、国の役割を「外交と防衛（安保）、治安」に限定して、後は「市場に任せる」という考え方に立っています。この考え方こそ新自由主義そのものです。そして国民負担が増えれば増えるほど、民間医療保険など営利企業が参入するチャンスが増えるという、大企業にとっては「ビッグビジネス」であり、国民にとってはお金の切れ目がいのちの切れ目になる社会です。

「一体改革案」は、「年金の支給開始年齢を68あるいは70歳まで引きのばす」という案も検討されていました。1歳引きのばすと、公費負

担はおよそ1兆円削減できると試算されています。この案は、国民の批判で当面見送られましたが、今後、いつでも上程をねらっています。その年金では、今年10月から3年間で支給額を2.5%下げ、その後も毎年0.9%下げるとしています。10年後には年金支給額が1割カットされることとなります。

生活保護では、老齢加算は廃止されたままです。また、「求職支援制度」の訓練を受けない一定の受給者の保護廃止を打ち出しています。支援制度の活用が事実上、保護の要件とされかねません。体調の悪化などの理由でやむなく訓練を欠席した人まで保護を打ち切られる可能性があります。また、生活保護受給者へのジェネリック薬の強要や生活保護受給者の医療機関への受診制限や生活保護受給者の多い医療機関への指導を強化することなども検討されています。まさに生存権の侵害です。また、基礎年金（月額最高66,000円）との整合性を理由とした「生活保護費の引き下げ」なども検討されています。

医療では、国民の強い批判で、「受診時（通院時）定額負担（100円）」など当面の検討を見送ったものもありますが、窓口の負担を増やし受診を抑えることで、医療の公費負担を削減することが政府のねらいです。この目的で、平均の入院日数を1割～3割減らすとし、介護の入所者とあわせ63万人分の削減目標まで提示しています。早期に在宅療養に移すことで、入院医療費を抑制します。医師の仕事を肩代わりさせる「特定看護師制度（仮称）」（※28）の創設、介護職の「医行為の拡大」などが盛り込まれています。

地域医療計画の見直しもすすめられています。地域医療圏の数を半数にすることを提起し、さらなる広域化を図ります。これによって医療圏での必要病床を減らすことを画策しています。

70歳から74歳までの2割負担化は、12年度は実施を見送りましたが、13年度には1割凍結の解除を予定しています。

また、医療保険の財政基盤の強化（市町村国保の財政基盤の強化）として、後期高齢者医療制度で実施された「加入者の支払った保険料の範囲内での医療」を、国保全体に広げる「国民健康保険の都道府県単位化（広域化）」をおすすめようとしています。そうなれば市町村な

どからの国保財政への繰り入れがなくなり、いまでも高い国保料がさらに引き上げられます。

さらには、「新経済成長戦略」の一環として、「医療・介護・健康関連産業」が「成長牽引産業」に位置付けられ、新たな営利を目的とした「市場」を生み出すことが計画されています。

介護の分野ではホームヘルパーが行う生活援助時間の短縮（60分から45分に）、要支援1、2の利用料を現在の1割から2割負担とすること、施設多床室での室料徴収、ケアプラン作成料の有料化、要支援者数を2025年までに3%減らすなど、さらなる給付削減と負担増をすすめる改悪が目白押しです。昨年6月、介護保険法の改定が行われ「地域包括ケア」（※29）の実現が前面に掲げられました。同時に、「ペイ・アズ・ユー・ゴー」原則が土台にすえられ軽度の給付の切り下げをはじめとするいっそうの給付の重点化・効率化が打ち出されました。さらに、公的責任を放棄し個人契約とし、子育てを企業のもうけの対象にする保育制度の全面的改悪（「子ども・子育て新システム」）や労働者派遣法の改悪などもねらわれています。

「税と社会保障の共通番号制度」の導入は、究極の社会保障の自己責任化です。年金、医療、介護などの「給付と負担」に関する情報や納税に関する情報を個人単位で把握することで、個人レベルで、負担と給付が管理され、負担に比べ給付が多いとの理由で社会保障制度から排除されかねません。

これら「一体改革」には「国の責任でいのちや国民生活を守る」という視点はまったく見あたりません。あるのは、国の責任を全面的に放棄することを宣言し、「自助」「互助」といった助け合いと自己責任を押しつける社会保障の変質と解体です。

後期高齢者医療制度では、47都道府県の広域連合が4月からの保険料値上げを検討中で平均の保険料負担の人で、年間1万円前後の負担増となる見込みです。介護保険料も4月以降の保険料引き上げが検討されています。年間ではやはり1万円前後の値上げです。中小企業のサラリーマンなど約3,500万人が加入する協会けんぽの2012年度の保険料率は全国平均で9.5%が、10.2%に、ついに1割を超える料率となります。国民健康保険料も各地で値上げが繰り返されて

います。

来年度の診療報酬・介護報酬の同時改定が発表されました。この改定はマイナス改定であるだけでなく、国を挙げてすすめようとする2025年をにらんだ「一体改革」の第一歩となるものです。診療報酬は0.004%の引き上げと発表されましたが、実態はマイナス改定です。診療報酬で5,500億円の増に対し薬価引き下げが5,500億円で差し引きゼロです。しかもこの改定率には長期収載医薬品（後発医薬品がある先発医薬品）の特例の引き下げ0.06%が含まれていません。今でも赤字となっている病院は存亡の危機となり、医療崩壊が加速することになります。民主党は「公的医療費をOECD平均まで引き上げる」（約5兆円相当）とした2009年の公約を実現すべきです。

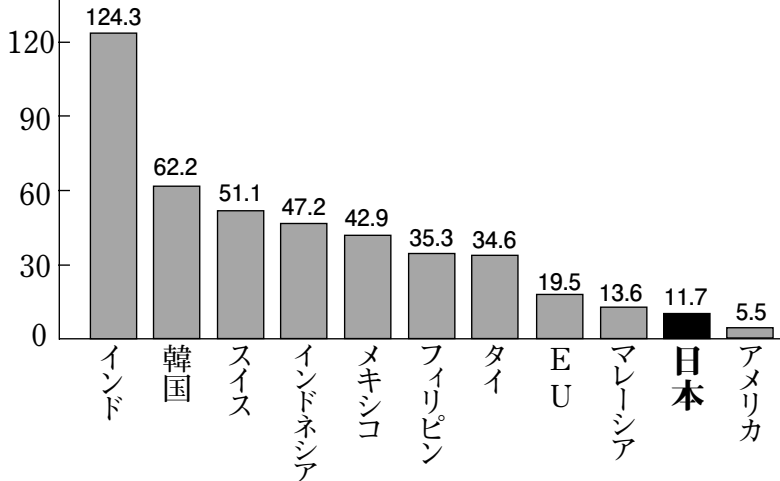
介護報酬は1.2%引き上げとの報道ですが、介護職員処遇改善交付金を廃止し、その相当額（介護報酬2%強の引き上げに相当）を介護報酬に組み込むとされていることから、実質0.8%ものマイナス改定となります。これまで低賃金・重労働に苦しんできた介護職員や介護の充実を求める利用者の願いに逆行した改定であり、介護事業の存続そのものを左右しかねない重大な内容です。全日本民医連は、他の関係団体にも呼びかけ、医療・介護再生のために大幅な引き上げを求め、診療報酬・介護報酬再改定の運動を強めます。

TPPの参入はこの国の農業はじめ医療や産業を減ぼすこととなります。農水省の試算ですら、日本の食料自給率は現在の39%から13%に低下し、農業で4.1兆円、林業で500億円、水産業で4,200億円の生産額が減少するとしています。先進国でこれほど食料自給率が低い国はありません。あの大震災でも物資不足が大問題となりました。震災など有事の際には、真っ先に破たんすることになります。TPPに参入すれば、「関税を含むあらゆる貿易上の障壁を取り除く」とことと「一切の例外を認めない」という原則が適用されアメリカにおける農薬づけの大規模農場からの安い農産物が入れば作付けすらできない東北の復旧はより困難になり、農業は壊滅します。

民主党の前原政調会長が言った「なぜGDPで1.5%しかない非効率的な農業のために輸出

図3)
(%)

こんなに低い日本の関税 生産国の農産物平均関税率 (2000年協定税率)



資料:OECD、1999年調べ 出所:鈴木宣弘東大大学院教授作成

立国の日本が犠牲にならなければならないのか」が本質を語っています。すでに実施されていた米の輸入自由化で1994年日本の米の総産出額は3.82兆円から2007年には1.79兆円に半減したのに対し、トヨタ1社の売上高は10.72兆円から26.29兆円にのび、1つの会社の売り上げが、国民の主食の総生産額の15倍にもなっているのです。TPPはアメリカ政府の利益と輸出大企業のために仕組まれたものです。国際法は国内法より優先され、一切の障壁を設けないため、参入すればBSE対策として日本がとっているアメリカ産牛肉の輸入条件である「生後20カ月までの牛の全頭検査」という条件もなくなります。遺伝子組み換え商品という表示すらなくなると予測されます。

医療でも同じことが起こります。アメリカから医薬品、医療材料、民間医療保険の大量輸入、混合診療の解禁、株式会社の医療への参入などがねらわれています。中でも医薬品は重大な問題となります。アメリカがねらう知的財産権保護強化により、ジェネリック医薬品の供給を脅かし、安価な医薬品の入手が困難になる可能性があります。その背景には、新薬の知的財産権を使って収益を上げようとするアメリカ製薬業界の要求があります。薬の保険ははずしや保険適用の困難化も予想されます。さらに、混合診療の全面解禁や医療特区などアメリカの株式会社

による病院経営への参加が狙われています。国民皆保険制度を守るためにもTPP阻止の運動を広げましょう。民主党は衆議院の比例定数を80削減する法案を「一体改革」の一環として通常国会に提出する構えです。消費税増税の前に増税に反対する世論、民意を封殺しようという暴挙です。

3. 「大企業栄えて民減ぶ」のからくりと、つくりだされた財政危機の実態

財務省が出している「法人企業統計」では資本金10億円以上の法人の役員報酬は2001年度の1,425万円から2005年度には2,811万円にほぼ2倍となっています。東電役員の平均年収は4,200万円を超えています。これに対し全労働者(4,158万人)の年収は平均375万円から352万円へと減少しています。この時期に賃金引き下げと非正規労働者が急増したことが原因です。現在、この格差はさらに広がっていると思われます。雇用破壊を起こし、「大企業栄えて民減ぶ」という社会構造をつくりだしました。

1960年代、日本の「高度経済成長期」と、今日の時代は大きく違っています。1960年から75年の15年間に企業利益は7.8倍に増えたのに対し、労働者のたたかいもあり、賃金も7.3倍に増えました。しかし、今は、「構造改革」によ

図4) 景気後退でも大企業の内部留保は増加

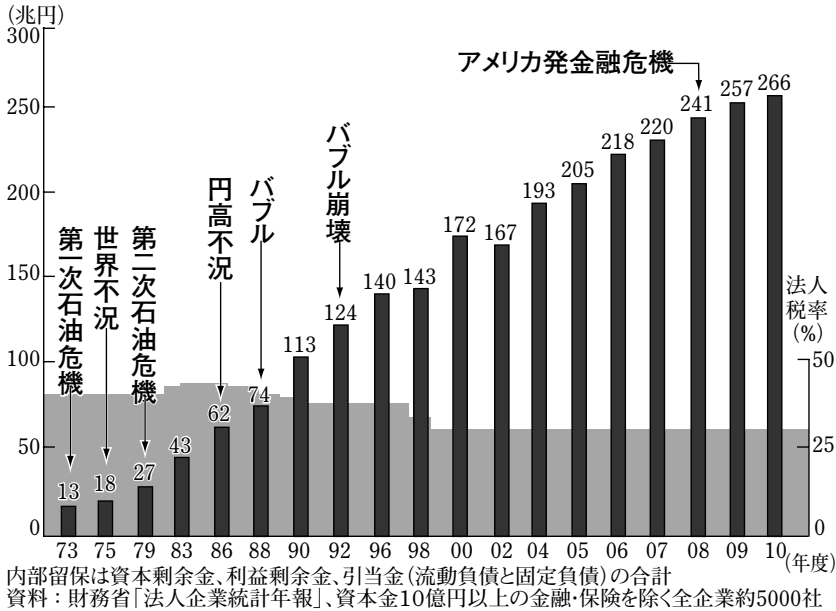
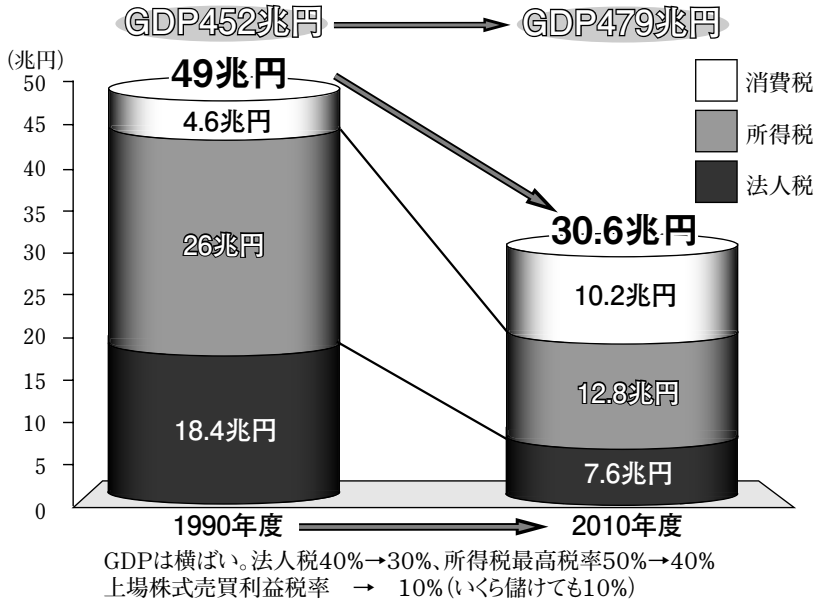


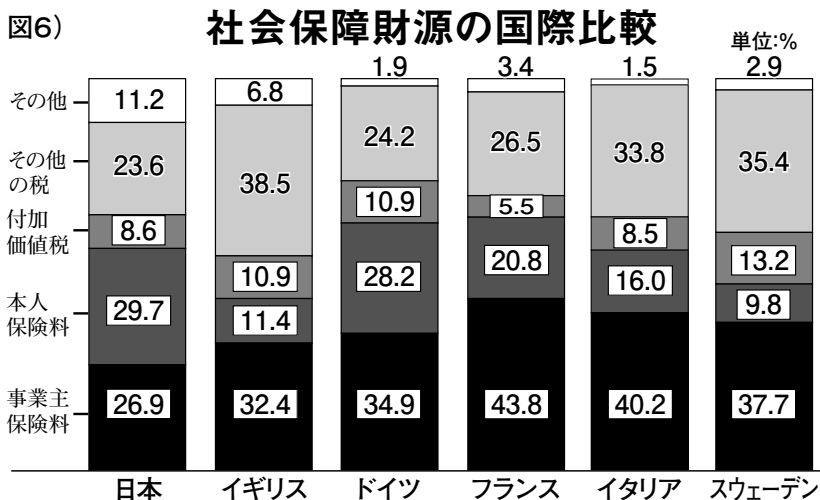
図5) GDPは増えたが、税収は減っている



って大きく変えられました。大企業や大型投資家などの一人勝ちで、その要因はこの十数年、労働者、中小企業、農民、国民の暮らしを徹底的に搾取し犠牲にしてきたことによるものです。資本金10億円以上の大企業の内部留保は史上最高の266兆円(2010年度)にも及んでいます。

元々、資本主義は、利潤第一に資本が自己増殖することを原理としており、「強いものはよ

り強く」という性格を持っていますが、労働者などのたたかいによって資本を民主的に規制し、賃金保障や労働条件など働くものの権利を獲得してきました。さらには病気、失業、障害、教育などに対しては、「必要を充足する現物給付と能力に応じて負担するという応能負担(※30)」「必要充足・応能負担」原則に基づく社会保障制度を拡充させることなどを実現させてき



各国とも2008年度のデータによる比較。付加価値税は、税収全体に占める比率などにより抜分計算して推計

※日本の「その他」は年金積立金の運用収入や、積立金の取り崩し分など

資料：日本は「社会保障給付費」(社会保障・人口問題研究所)2008年度版、ヨーロッパはユーロスタット「社会保護費統計」およびOECDのデータベース

ました。こうして資本主義の枠内であっても、「ルール」をつくって労働者や国民権利を守るしくみを作りあげてきたのが北欧はじめヨーロッパなどの福祉国家です。

しかし、日本の場合、革新自治体を背景とした権利獲得の歴史はあったものの福祉国家形成には至らず、大企業への民主的規制が弱く、企業内福祉(※31)と地方への公共事業などを通じたバラマキによって長く自民党政権を維持してきました。

新自由主義に基づく「構造改革」はそれすら「ぶっ壊し」ました。多国籍化した大企業・財界(株主)を守る一方、中小零細企業、農業、漁業、医療などの企業の利益にとって足かせとなる非効率な産業や地方を徹底的に切り捨てました。

1984年には43.3%であった法人税率は、現在30%まで引き下げられています。名目上法人税率は30%となっていますが、これ以外に証券優遇税、研究開発減税、連結納税、輸出企業への消費税還付などがあり、資本金100億円以上の大企業の実際の法人税は15.93%にすぎません。所得税も最高税率が75%だったものが、今では40%に下げられました。1988年まで0だった消費税は現在、5%にまで上げられました。その結果、GDPは1990年から2010年の20年間で452兆円から479兆円に成長しているにもかかわらず

ず、国税収入は49兆円から30.6兆円に大幅な減収となっています。一方、国に入る法人税は18.4兆円から7.6兆円になんと約12兆円も減り、所得税も26兆円から12.8兆円と半分以下になりました。これに対し、消費税は4.6兆円から10.2兆円に倍加しています。この20年間で、税収の主体が直接税である法人税、所得税から間接税である消費税に転換させられました。消費税の導入は景気を一気に冷え込ませました。

これが日本の財政危機の主要な要因です。医療費や社会保障費が増え財政危機になった訳ではありません。財界・大企業はさらなる法人税などの引き下げを要求しています。法人税を引き下げないと海外に移転すると脅していますが、国内23,065社を対象に行った「海外に流出」しようとする主な要因として、第1に「円高」(49.2%)、「人件費が安い」(39.5%)などであり、法人税、社会保険料負担が高いなどの理由は主流ではありません。

事実、企業の法人税・社会保障事業主負担の合計はフランス(14%)、イタリア(11.7%)、ドイツ(9.1%)に対し、日本は7.6%にすぎません。日本ほど大企業・富裕層に甘い国はありません。輸出大企業は輸出品には消費税をかけることはできないため、国内で生産にかかった消費税を全額還付されています。従って、消費税を上げても輸出が続く限り、むしろ還付額は

増えるしくみで、輸出大企業にとって消費税増税は痛くも痒くもありません。さらに正規雇用から非正規雇用に切り替えたのは、社会保険料の事業主負担を減らすことも目的でした。

第3節 「3・11 東日本大震災・原発事故」が示したもの

「3・11」は日本社会の矛盾を誰の目にも明らかにしました。「構造改革」を徹底的にすすめた結果、本来、市場に任せてはいけない医療・教育・介護や行政といったものまでが「市場＝競争原理」に委ねられました。自治体合併による大型リストラで救助・支援にあたる自治体の職員は大幅に減らされていました。中でも、住民に一番身近な保健師や消防士など生活関連に関わる職員が減らされました。とりわけ東北の沿岸部は農業、漁業を主産業とし高齢化率は日本平均23%に対し軒並み30%を超えるという超高齢社会で限界集落（※32）も少なくありませんでした。人口あたり、面積あたりの医師数は日本平均の半数以下という医療過疎、医療崩壊が最もすすんだ地域でした。福島県浜通地方は東京に電力を供給する原発密集地にさせられていました。

そこに東日本大震災と原発事故が起きました。15,000人以上が亡くなられ、1年経ってもなお、行方不明者が3,000人以上です。また、「避難所で肺炎になった」「津波でぬれて暖がとれなかった」など「震災関連死」と認定された人がすでに960人（12月18日付東京新聞）となっていますが、70歳以上の高齢者が75%を占めます。私たちがめざす高齢者にやさしいまちは、災害に強いまちです。手厚い医療や介護体制の確立や行政の充実、地域コミュニティーの再生が不可欠です。

大震災で国民が塗炭の苦しみを味わっている中、「創造的復興」と称して、農業、漁業をつぶし、大企業による「特区」や震災特需という名の復興ビジネスに大企業が群がり、復興バブルに踊る資本主義の実態が浮き彫りになっています。仮設住宅を一括受注した大手メーカーが三次下請けに対し、不払い労働を行っていた実態も明らかになっています。一方、住民参加の地域の木材、地域の業者を使った仮設住宅建設

これらの大企業は、軍事費、米軍再編、原発開発と密接に結びついて「利益共同体」を形成しています。財界・大企業の社会的責任が厳しく問われます。

などまちの復興をすすめている自治体も生まれています。

自衛隊松島基地に駐機していた戦闘機（1機110億円）やヘリコプターなど28機が津波で流され被害額は2,000億円以上とされていますが、しっかりと第三次補正予算で1,000億円以上が計上されています。アメリカ軍による「トモダチ作戦」（※33）が意識的に流され、日米軍事同盟を深化させています。

生活再建、医療や介護施設の再建は置き去りにされたままです。仮設住宅に入居すれば自立とみなされ、失業保険を受ければ医療費免除の対象から外される。その失業保険の期限切れ延長特例も医療費・介護費免除特例も切れず。被災者が路頭に迷う事態をつくりだしてはなりません。民間医療機関の復旧は「自己責任で」というのが国の基本的立場であり、震災・原発を機に廃業を余儀なくされています。こんな被災者支援があって良いはずはありません。また、原発事故によって十数万人の人々が避難生活を余儀なくされ、財産、生業、生活、人生そのものが奪われたままです。

「原発安全神話」は完全に崩れ去りました。しかし、除染を含めた原発汚染の収束や生活補償は遅々としてすすんでいません。食の安全や健康不安が広がっています。文部科学省が、福島第一原発からの放射性物質の拡散方向などを予測する緊急時迅速放射能予測ネットワークシステム（SPEEDI＝スピーディ）の計算結果を、事故直後（3月14日）に米軍に提供していたことが明らかになりました。計算結果が国民に公表されたのは3月23日で、被災住民の避難の際に活用されませんでした。国民のいのちよりも米軍が大事という国の姿勢が現れています。

福島第一原発事故収束にあたっている現場の労働者は下請けや孫請けであり、彼らの健康管

図7) **そもそもが医療過疎、医師の絶対的不足**
人口10万人あたり医師数(2006年)

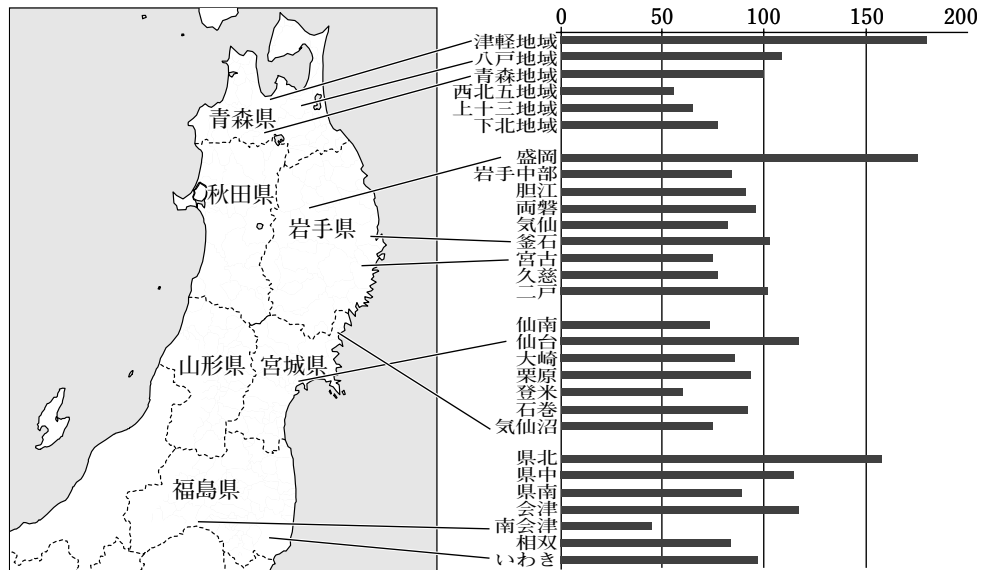
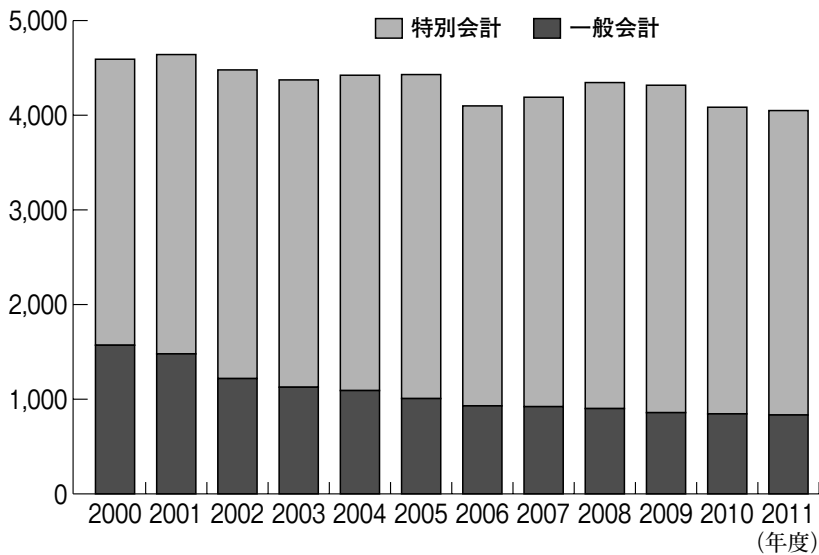


図8) **原発等推進予算の推移**



資料:原子力白書などのデータにより計算。各年度の当初予算額

理はなおざりにされたままです。国や東電は原発労働者に対し、突然、安全基準値を大幅に引き上げる無責任ぶりです。

原発建設をおしすすめたのは、「原発利益共同体」(※34)と呼ばれる名だたる大企業と政治家や「学者」で、つくればつくるほど莫大な利益を生む、その費用は電気料金に上乗せするしくみが長年かけてできあがっていました。そ

して国民に対して、あらゆるメディアを利用して「原発安全神話」を作りあげました。私たちは電力供給会社を自由に選ばせません。にも関わらず、地域独占企業である電力会社の年間広告料は1,000億円以上といわれています。その費用も私たちの電気料金に上乗せされています。そして、今なお、原発が止まれば、「電力不足で不自由な生活を余儀なくされる」などと脅し、

原発推進、再稼働の路線にしがみついています。「東京電力福島原子力発電所における事故調査委員会・検証委員会中間報告」は重大です。報告の第IV章「東京電力福島第一発電所における事故対処」で委員会が重く見たのは、全電源が喪失した場合、自動的に隔離弁が閉じるよう設計されていた簡単な事実、に、当直と呼ばれる11人からなる運転員の誰一人として気づかなかった点であり、当直のうちIC（非常用復水器）を実際に作動させた経験者もいなかったことです。（加藤陽子…原発事故の原因、時代の風、毎日新聞、2012年1月15日）慄然とします。そ

のような中でも、青森県・六ヶ所村の核燃料再処理工場はウラン、プルトニウムを取り出すために、延長1,300キロのパイプラインが走り、26,000カ所の継ぎ目があるといわれています。事故によりプルトニウム（半減期は2.4万年）が漏れ出せば、極めて深刻な事態となります。

3・11の東日本大震災と原発事故を体験した私たちに問われているのは、原発があり大企業が栄え自己責任を強要する「経済大国」なのか、すべての人にやさしい「生活大国」なのかです。これは、私たちと私たちに続く「未来」への責任の問題です。

第4節 これからの国づくりと社会保障分野の方向をめぐる対決軸

私たち自身の中に深く浸透させられてきた「原発安全神話」「経済成長＝人間の幸せ神話」「自己責任論」を乗り越えなければなりません。医療や介護・福祉・教育・保育などの原則は、憲法に基づいて運営されなければなりません。「いつでも、どこでも、だれでも」お金の心配なく必要に応じて医療や介護を受けられるようにしなければなりません。

日本医師会などが提唱した国民医療を守る署名は短期間の間に1,000万筆以上集まっています。日本医師会やJA全中といった組織が私たちと一緒に「構造改革」に立ち向かっています。辺野古への基地建設反対の世論は変わっていません。私たちはこれらの運動に全面的

に連帯し、一緒にたたかいます。国がすすめるようにしている政策の「根」は1つです。それぞれの分野でたたかいが大きくすすめば、日米安保、大企業優先という「根っこ」を大きく揺るがすこととなります。

しかし、「構造改革」をすすめるようとする勢力は巧妙です。大手マスメディアを総動員し、「生活保護世帯の方が収入が多い」「公務員が楽をしている」といった国民を分断させるキャンペーンをはっています。こうした分断攻撃を乗り越えて、学習し、団結し、新しい福祉国家を、「99%の国民」が手をつないで準備しているではありませんか。

第5節 民医連の「医療・介護再生プラン（案）」の充実と発展に向けての基本的な視点

全日本民医連は、2008年の第38回総会で「崩壊の危機にある日本の医療・介護制度の再生を一医療・介護再生プラン（案）」を発表し、広く内外に問いました。絶対的医師不足などによる医療崩壊という現状認識とその打開策を示し、医療・社会保障の制度のあるべき原則、財源論を含む積極的な提言として多くの方々の賛同を得ることができました。あれから4年、私たちと超党派による運動で四半世紀ぶりに国の医師抑制政策を転換させることができました。しかし、いまだ、医療・介護の崩壊は止まっていま

せん。

被災地では言葉を失うほどの被害と多数の犠牲者を出しました。震災直後の地域にとっては、医療はどこでも生存権を守る最前線の役割を担いました。同時に医療・介護は生き延びた人々の生きる支え、最後のよりどころの役割を果たしました。現地と支援に駆けつけた医療・介護のスタッフの献身的な奮闘がなかったら、さらに多くの生命が奪われたでしょう。東日本大震災は、日本の超高齢社会を支える医療・介護体制の不備を浮き彫りにし、あらためて地域に根

ざした保健・医療・介護の総合的なケアシステム確立の重要性を教えました。

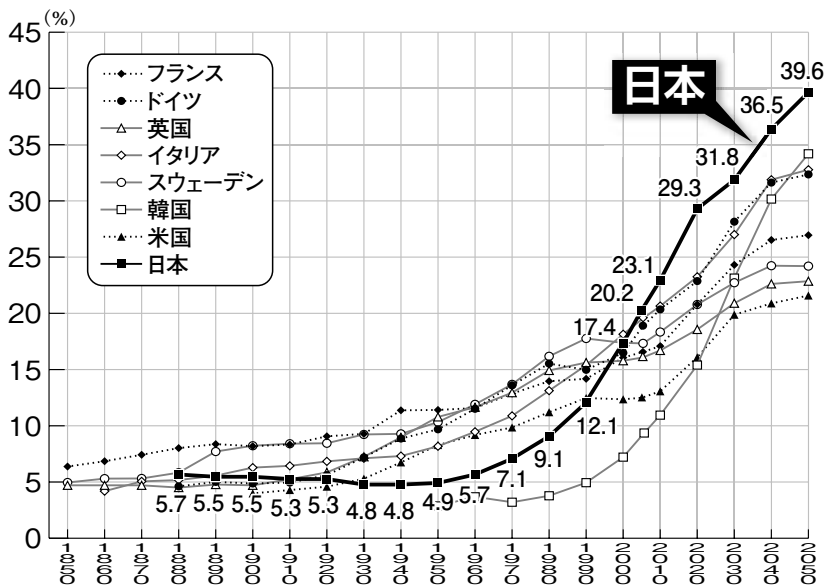
しかし、医師不足を理由に病院を集約化する復興計画の動きが出ています。「3・11」の教訓を無視し、国民の生活をないがしろにする政府に対し、私たちは、先の再生プラン案の基本的な立場をふまえつつ、さらに踏み込んだ提案をすべきときと考えます。世界的に高齢化がすすんでいます。特に東アジアの国々の高齢化は急速にすすんでおり、高齢社会のフロントランナーとしての日本の保健・医療・介護の今後のあり方と実践が問われ、注目されています。それは、国の責任を放棄して迎える「否定的な未来」ではなく、「長生きして良かった」「子どもを生み健やかに育てることのできる」といえる、憲法に基づく人権が輝く新しい福祉国家の展望につながるものでありたいと考えます。

全日本民医連役職員も参加する福祉国家構想研究会（※35）は、新しい福祉国家の柱として次の点をあげています。①憲法25条が謳う人間の尊厳を保障する権利を実現するために必要な雇用保障と社会保障体系の確立、②そうした福

祉国家を運営する財政政策、③復興構想会議が示すような大企業本位の「地域主権改革」（※36）の地域づくりではなく住民本位の農業、漁業、地場産業、福祉型公共事業、医療・介護・教育・保育領域の雇用を中心とする地域社会に根ざすまちづくり、④国の責任を放棄し、地方に丸投げし、ナショナルミニマムさえなくす国と地方のあり方への対案、⑤原発に替わる自然エネルギー政策の提案、⑥日米軍事同盟を見直し憲法9条を具体化する構想、です。

世界の10%近いGDPを有する日本でその成果を国民の利益のために使うことができれば、このような新しい福祉国家の実現は不可能ありません。全日本民医連は、非営利・協同総合研究所いのちとくらし（※37）との共同、さらには日本医師会、より幅広い内外の研究者の提案をさらに深めながら、民医連として保健・医療・介護分野での必要な原則の提示や制度・財源論、医療・介護事業所のあり方論、健康権保障の担い手としての専門職養成論などを項目として再生プランのさらなる充実発展の作業をすすめます。

図9) 主要国の人口高齢化率の長期推移・将来推計



これから2年間の民医連運動の重点方針

地震と大津波と原発事故という人災から約1年が経過しましたが、今なお困難な生活を余儀なくされている人が数十万人と言われています。私たちは、現地で奮闘している民医連の事業所や仲間への支援を引き続き行っていきます。そして仮設住宅などで生活されている人々の生活と健康を守り、孤独死や関連死などが出ないように具体的な行動と国や行政への運動を強めます。そして、「貧困と格差」「少子・超高齢社会」に立ち向かい、「権利としての社会保障」の確立をめざす実践と運動をいっそう強め深化させる2年間とします。

そのために、①「構造改革」を撤回させる運動を大きく広げること、②震災被災者と原発事

故被害者の権利を守るために全力を尽くすこと、③平和と生存権を守る総合的な活動を重視すること、④すべての人が等しく健康で暮らすことのできる社会・地域をめざす運動を強めること、⑤これらのとりくみを通じて新しい福祉国家に向かう第一歩となる2年間にとすること、を中心課題に掲げます。とりわけ「T P P」「原発」「税・社会保障」「普天間基地」はその中心課題です。これらを推進する上で医師の確保と養成、職員集団の成長とあらゆる活動を共同組織とともに貫く活動の強化が重要です。そして、民医連の経営を断固として守り発展させることを通じて、社会的使命を果たしていかなければなりません。

第1節 放射能汚染被害と向きあう民医連のとりくみを強めよう

福島第一原発による放射能汚染およびすべての放射能汚染被害に向きあう活動は長期にわたります。すべての県連、事業所、職員がこの課題に正面から立ち向いましょう。

第1に、54基の原発の廃炉、原子力空母の横須賀からの撤去、原発再稼働反対と新規増設反対の一点で一致する多くの団体や個人との共同を強めます。第2は、今なお、避難を余儀なくされている住民、健康や生活不安を抱えている県民やすべての国民に想いを寄せ、国と東電に対し、徹底的な除染などを通して住み続けられる保障、食の安全確保、完全なる賠償、生活の補償と保障、徹底的な健康管理を求め運動を行います。第3は、人類が経験したことのない長期にわたる放射能汚染が続く中で、「あらゆる可能性を否定せず」、住民に寄り添い、日常診療での親身になった具体的対応を強めることや健康診断や健康相談、健康管理を強めます。第4には、福島民医連の職員、共同組織に連帯し、人的支援、リフレッシュの保障など創意を生かした求められる支援を組織し、民医連の事業所がこの運動の先頭に立ってたたかえるよう全国

的な連帯行動をすすめます。第5に、地域になくはない医療機関や介護施設の存続、医師や看護師確保を国や東電に対し求めていきます。第6に、福島第一原発事故の実相を多くの国民と世界の仲間に知らせ、国際連帯の行動をすすめます。また、脱原発を宣言し、自然エネルギーへの転換をすすめているドイツなどの国々の運動や日本のすすんだ自治体、地域の経験などを学び交流します。医療被ばく問題では山梨・甲府共立病院が県下初、民医連でも初めて、「医療被ばく低減施設」の認定を受けました。こうした経験にも学び、全国に普及させていきます。

これらをすすめるために、①全国のすべての県連に「被ばく対策委員会」を設置し、具体的な行動方針を持ちましょう。②多くの講師や原発をなくす運動の中心となる医師、職員を育て、「原発をなくす会」の結成や運動に積極的に関わりましょう。③民医連として、多くの研究者や運動団体と共同して、具体的な調査・研究活動をすすめて発表や提言を行っていきます。

第2節 民医連の医療活動の新たな発展のために

国は、「医療・介護グランドデザイン」(※38)と称して「2025年」に向け診療・介護報酬の改定、第2期地域医療計画の策定、医療法改定の法的整備をすすめようとしています。その柱である「医療から介護へ」「施設から地域へ」というテーマは、地域の中で医療も介護も完結させるという超高齢社会のニーズに応えるという一面を持ちながらも、強引に介護、住まいに押し込むなど公的医療給付の抑制と市場化がねらいです。私たちは、こうした「地域包括ケア」の二面性を見据えつつ、公的責任を明確にした上で、住民本位の「地域包括ケア」を提示し、実践していかなければなりません。

変革と実践のフィールドは、「地域」です。自らの組織を見直し、県連や法人長期計画などに反映させましょう。

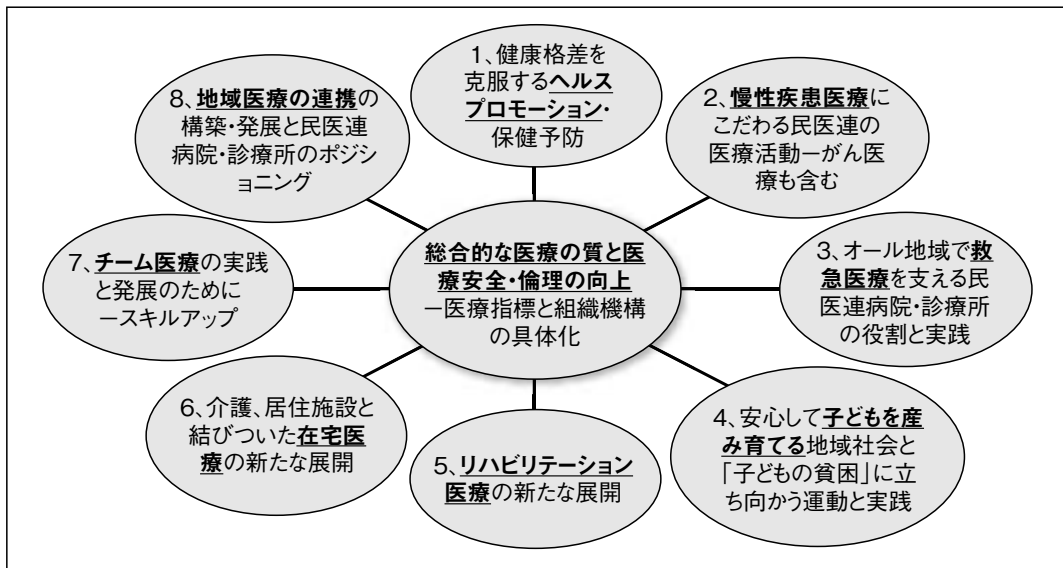
39期に医療活動の2つの柱(※39)として、「総合的な医療の質の向上」と「医療活動の8つの重点課題」を提起しましたが、40期はこの2つの柱と医師養成を一体化させ、県連・法人で長期計画を持ち具体化していきましょう。特に、民医連における中小病院や診療所の発展の

展望を切り開くことは国民の立場に立った日本の医療・介護の未来を切り開くものです。その実現のためにも医療関係団体などの連携・協同をすすめ、私たちのめざす地域医療の実践を政策化し提言していくことを重視します。

1. 健康権を探求し、実践課題として取り組もう

「健康権」については、第39期運動方針において「憲法25条を日常生活に生かしすべての人々の『健康権(※40)』を保障させる運動」として提起していますが、昨年11月に開催した「医療活動・医師養成方針検討会議」などでの提起・議論や在宅医療交流集会などの実践をふまえ、あらためて、実践的課題として提起します。健康権(therighttohealth)とは、「すべての人々が、到達可能な最高水準の身体的および精神的健康を享受する権利」の略称であり、国際人権規約に規定された基本的人権の一つです。世界における健康権は、国際人権法(国際条約機構)やプライマリー・ヘルス・ケア、そしてヘルスプロモーション(※

図10) **貧困と格差、少子・超高齢社会に立ち向かう
民医連の医療活動「8つの重点課題」**



41)、さらに「健康の社会的決定要因」(ソリッド・ファクト図11)の探求、全政策の健康影響評価へ段階的に発展してきたWHOの「健康戦略の実践」を根拠に、すべての人に平等に保障される基本的人権として国際的に定着・発展してきています。当然、健康を破壊する最大の要因である戦争や飢餓の克服はその前提条件です。健康権の提起は、「最も困難な人の最後のよりどころであり、すべての人の人権を守る」という民医連の理念・歴史・実践と共通するものです。

相対的貧困が6人に1人、相次ぐ孤立死など貧困と格差の広がりは、多くの人々の生存・生活と健康を脅かしています。朝日訴訟などを通じて勝ち取った憲法25条の生存権保障のために民医連は全力を尽くすとともに、人びとの健康を脅かす社会的決定要因の究明・克服とすべての人びとの健康権保障の実践・運動を重ね深めていきましょう。さらに、健康権と切り離せない分野として、最大の環境破壊である放射能汚染はもちろんとして、水俣病、大気汚染、アスベスト、基地騒音など環境問題を重視します。

今後深めていく論点として、①国の政策の根底にある健康の自己責任論の対抗軸としての健康権の位置づけ、②憲法13条、25条と健康権の関係、③健康権の到達すべき具体的な内容の提示、④綱領の実践に健康権を位置づける意義、などがあります。日本はこれまでに健康権を規定している国際人権規約を批准しており、条約締結国として人々の健康権を保障する義務を負っています。世界の多くの国々では憲法に定め、すでに具体的な達成目標を持ってとりくまれています。健康権の主体は患者、国民であり、医療・介護職は人権実現の重要な担い手という自覚が必要です。そして、健康権保障の責任は国が負わなければなりません。民医連はすべての国民の生存権を守る活動に積極的に関わるとともに、健康権保障の担い手として大いに奮闘しましょう。

2. 「医療活動の2つの柱」の実践の焦点と具体化

【「総合的な医療の質の向上」】

「総合的な医療の質の向上」では「Q I推進事業」のPDCAサイクル(計画→実践→評価

→行動)の確立が重要です。「Q I推進事業」における医療指標は、医療安全・感染・チーム医療、手術関連、救急医療、個別疾患、人権尊重、患者満足の6つの領域・21指標で実施していますが、すでに標準化している指標だけでなく「ケアカンファレンス実施割合」「職業歴の記載率」「社会資源活用・相談者割合」など民医連の理念に関わる指標にもとりくんでいます。2012年1月からは、「血糖コントロール値」や「カルテ開示率」など個別疾患や人権尊重、地域連携の領域を充実させて28医療指標の測定・分析・改善をとりくんでいきます。「民医連Q I推進事業」への全ての病院の参加を呼びかけます。また、医療安全や医療倫理の飛躍のために、多職種間の連携やコミュニケーションの向上などの「ノンテクニカルスキル」(※42)を新たな水準に高めることをめざします。

【「医療活動の8つの重点課題」の前進】

「8つの重点」の具体化をすすめる上で、40期に強調する点として、第1に、これまでの健診活動の到達点に立ち、地域・職種での健康づくりを視野に入れた総合的なヘルスプロモーションへと発展させましょう。全国各地ではすでに共同組織とともに健康づくり運動や青空健康チェック、健診など総合力を発揮し旺盛な活動が行われています。それらの活動をまとめ、発表し全国に普及して、いっそう発展させることを重視します。具体的な目標の設定や「地域診断」のとりくみなど共同組織とともに住民主体の健康な地域づくり・まちづくりなど新たな前進をめざします。推進にあたっては、保健師の役割を重視することや各職種が専門的な力を発揮することが重要です。そうした一環として、「HPH」(※43)への参加を積極的にすすめましょう。今、日本で参加しているのは福岡・千鳥橋病院と東京健生病院、大泉生協病院、みさと健和病院の4つです。「HPH」には、病院だけではなく、診療所・介護事業所も参加できます。積極的な参加を呼びかけ、民医連内にとどまらず国際的な交流もすすめましょう。

第2に、国がすすめる住民相互の「助け合い」を基調とする安上がりの「地域包括ケア」ではなく、国や自治体の責任を明確にした上で、地域の総合的保健・医療・介護体制の構築とともに

に「住まい」の保障も含めた在宅医療の強化を重視します。在宅医療は、今後の医療・介護の焦点で、最も民医連が力を発揮できる分野です。在宅支援診療所と在宅を担う医師養成が重要な鍵となり、今後の民医連の病院・診療所・介護事業所の中心課題です。在宅医療交流集会で提起した「民医連のめざす在宅医療の基本的な方向と役割、当面の重点課題」をもとに「在宅総合政策」を具体化し、「住まい」も含めた高齢者の人権を守る新たな在宅医療の展望を切り開きましょう。そのためにも、全国有数の調査(1万4,715件)である「民医連訪問診療基礎調査」を積極的に活用していきましょう。また、「高齢者の終末期ケアの質を高める4条件」(※44)を実践的に生かし(「終末期ケア四分割法」など)、どこで看取るかではなく、いかに看取るかなど終末期ケアの質を高めるとりくみを前進させましょう。

第3に、がん医療も含めた慢性疾患医療は、「貧困と健康格差」、「超高齢社会」の進行が大きく関係します。民医連らしい高齢者とがん医療、慢性疾患医療の前進、そのための総合的主治医機能の構築などの具体化をすすめましょう。また、「アスベスト多施設調査」に次いで、全日本民医連として「40歳以下の2型糖尿病と生活背景調査(仮)」を実施し、貧困と格差が糖尿病の悪化と進行に及ぼす影響調査を行い国内外の学会に発表していきます。

第4に、少子社会における課題、子どもの貧困問題への積極的な関わりを重視します。「夏休みに10キロもやせた中学生」「虫歯20本でまったく治療されていない子」などに見られる子どもの貧困や虐待が社会問題となっていますが、なかなか可視化されない問題があります。人生を歩み始めた時期に、希望、意欲まで失われていくという問題であり、社会的な孤立が問題です。虐待する側の3割が非正規雇用という経済問題も背景にあり、貧困問題を抱える母子世帯など一人親世帯の問題でもあります。孤立を生まないためにも産婦人科、小児科、歯科や地域・共同組織・教育・保育関係者などが連携し、具体的な援助や提言を行っていくことを重視します。また、中学校卒業までの医療費無料化の実現や遅れている公的ワクチン接種の拡大にむけてとりくみます。

第5に、チーム医療の新たな前進を図りましょう。子どもの健康や高齢者医療への対応、在宅への展開が求められる中で、看護師など各職種の役割を強め、地域全体を視野に入れたチームづくりが求められています。医療の質・安全の向上においてもチーム医療の向上が重要です。厚労省のもとでチーム医療推進の検討がすすまっていますが、「特定看護師(仮称)」導入議論に見られるように、医師不足の中での各職種の業務範囲の拡大や役割分担、効率性の追求に重きを置いていることに注意が必要です。私たちは民主的集団医療の理念のもとに、「患者の立場に立つ医療」「共同のいとなみの医療」の実践としてチーム医療を発展させてきました。今後さらに、医療者と患者・家族が対等の立場で協力しチームを組み、ともに問題解決に向きあう実践を積み重ねていくことが、医療者と患者、また医療者間の民主的で協力的な関係づくりにつながります。NSTなどのチーム連携がすすむ中で、薬剤師や栄養士・セラピストの役割がますます重要となっています。医師に求められるリーダーシップの中身も変化しています。各職種の能力を引き出し、調整を図るコミュニケーション能力やマネジメント能力が求められています。診断・治療方針の決定と実行だけでなく、患者を地域における生活者として全人格的に捉え、その人らしく健康に生き抜くことを患者自身や家族を含むチーム全体で考え、ささえましょう。

第6に、住民の健康に欠かせない精神保健医療活動の前進と連携を重視していきます。精神疾患の患者数が323万人と最も多い疾患であり、第2期地域医療計画では、あらたに精神疾患が追加され「5疾患5事業」になりました。貧困問題や労働環境などの悪化がうつ病に大きく関与しています。自殺予防も重要です。子どものこころの健康から高齢者のうつ状態や認知症の問題まで、医療・介護の実践全体にメンタルヘルスや精神疾患の理解と対応が求められています。震災後・原発事故後のこころの健康への影響もみておく必要があります。自県連に精神科のあるなしにかかわらず、民医連としてもこの分野の活動をこれまで以上に重視していきます。

こうした、民医連がめざす医療活動を前進させる上で、家庭医・総合医、専門医のバランス

図11) WHO 「健康の社会的決定要因
ソリッド・ファクツ(2003年)」

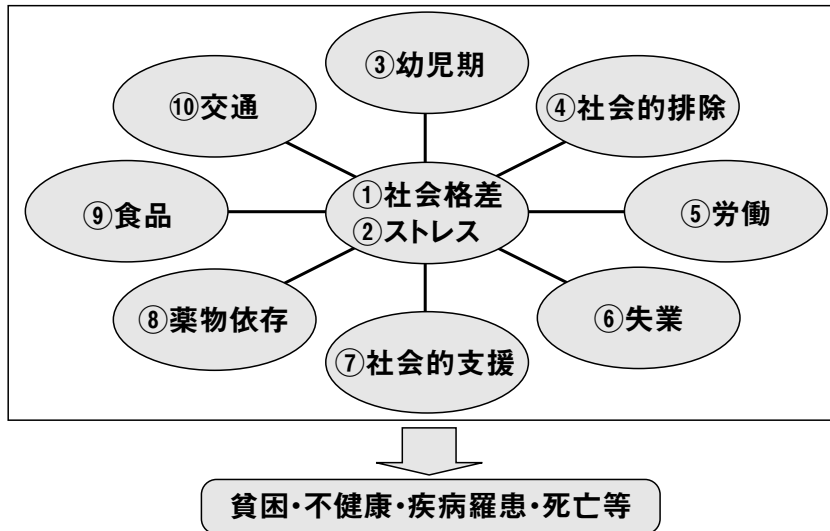
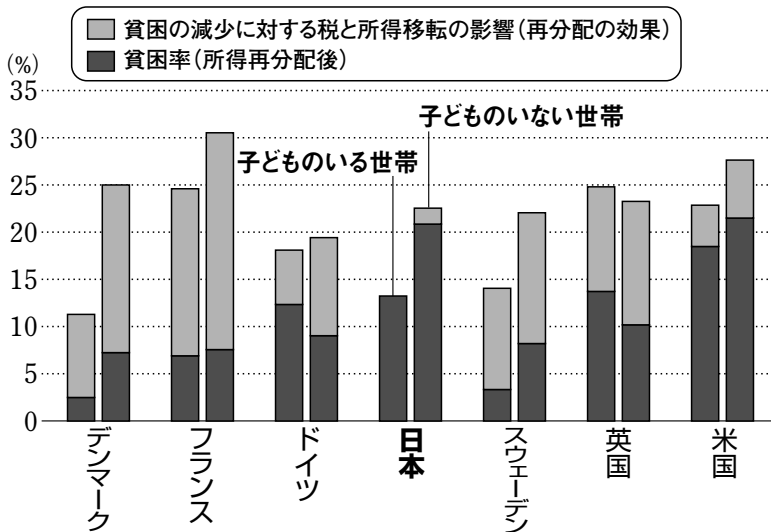


図12) 日本は子育て世帯への所得再分配が皆無に近い
子どものいる家庭の相対的貧困の減少に対する税と所得移転の影響(2000年)



出所：『世界の社会政策の動向』(OECD編、明石書店刊)

のとれた養成とその日常的な連携が重要です。医療部・医師部と自主研究会、診療所委員会、家庭医グループとの連携・協同をいっそうすすめていきます。

3. 民医連における中小病院および診療所の役割

国は「2025年問題」を念頭に、急性期病床を

高度急性期病床18万床（特定機能病院と同等の高機能病院）、一般急性期病床35万床に集中・減少させ、平均在院日数のさらなる縮小と、後は在宅へという流れを加速しようとしています。しかし、震災に見舞われた現地で最も必要とされたのは、救急救命機能とともに、地域に密着し活動を続けた中小病院や診療所でした。その中小病院が今、国の政策によって存亡の危機に

立たされています。地域医療における中小病院が担う役割は地域の人々の生活とケアを支える拠点です。すなわち「主治医機能」としてその人の健康や生活を支えることと地域全体の健康づくりに積極的に関わるといことです。そして具体的には、①地域の急性期医療ネットワークの中で役割を担うこと、②保健予防と慢性期の医療の中心的な役割を担うこと、③在宅医療支援機能を担うこと、があげられます。そしてこれらの役割を果たす上では、同じ中小病院といっても一律ではありません。地域分析に基づく、病院、診療所のポジショニングを定め、他の医療機関との密接な連携を通じて役割に添えていくことが必要です。先に開催した「医療活動・医師養成方針検討会議」では、青森・健生病院、長野・健和会病院、鹿児島生協病院の報告が全体に大きな確信を与えました。民医連の病院はDPC制度（※45）で支払いを受けているところも含め、ほとんどが中小病院です。DPC制度については今後、政策的にも大きく変化します。「たたかいと活用、対応」の立場からこの影響を全国的に検討していきます。

民医連の中小病院は、無料低額診療、QI事業、「アンダー3000件」問題ではその存在を大きくアピールしました。中小病院が輝くことは、地域医療を充実させる要であり、日本の医療の展望を示すものです。

民医連の診療所においては、①24時間365日を支える地域の中での役割、②地域医療の第一線を担う医師養成の役割、③保健・医療・介護の総合的展開の拠点の役割をより重視しなければなりません。診療所（有床診療所含む）は民

医連運動の原点です。より地域に密着し、住民の生活を把握し、病院や介護の事業をつなぐ役割があります。そうした役割が果たせるよう、全国の経験の普及や交流の機会として、全国、地協レベルでの会議の開催などを企画し、診療所を担う医師養成にも積極的に取り組みます。

【青森・健生病院、長野・健和会の教訓】

青森・健生病院や長野・健和会の実践から学ぶべき教訓があります。その第1は、地域の人口の変化と高齢化率、疾病分析、介護認定者数の変化、介護保険・在宅サービス別指標の推移など、「貧困と健康格差」・「超高齢社会」に関する総合的多面的な徹底した地域分析・診断を外部の協力も得ながら経年的に蓄積していることです。第2は、そのエビデンス・可視化をもとに地域の現状・課題を医師と職員で共有し、法人・病院だけのポジショニングだけでなく各科や部門の医療・介護活動の役割・目標を鮮明化していることです。第3は、地域分析のリアルなデータに基づく地域の状況と法人・病院の役割について中学生・高校生1日体験などにも生かしています。そうしたことが奨学生対策の成果や、「地域医療の知識と広い視野」「人権の弦の共鳴」「社会的使命感」など地域に正面から向き合える医師づくりの実践に結びつけていることです。第4は、法人・病院の内むきの戦略と実践に留まらずに共同組織とともに地域医療の構築や健康なまちづくりへ結びつけていることです。これらは病院だけでなく地域における診療所の役割を検討していく上でも重要です。

第3節 介護・福祉の活動

高齢化の進展のもと、地域の介護・福祉需要は今後さらに増大していきます。貧困と社会的孤立が拡大する中で、深刻な生活困難を抱える高齢者、障がい者が増えています。民医連の介護・福祉活動に対する地域の期待はますます高まっています。2025年にむけて「地域包括ケアの実現」にむけた国・自治体でのとりくみが本格化していきます。「誰もが、最後まで安心して住み続けられるまちづくり」の課題として運動と事業の両面から向き合い、「あらゆる活動

を共同組織とともに」の視点でとりくんでいくことを重視します。

制度の抜本的改善にむけた介護ウェーブに引き続きとりくみます。障がい者の人権を守る活動をすすめます。新「再生プラン案」を携え、新たな共同を広げるとともに、自治体に対する提案型の働きかけを今まで以上に重視し、利用者・家族など運動への当事者参加を追求します。

地域に何が必要とされているかを日常生活の圏域で把握・分析し、中長期を見据えた医療・

介護の総合的な事業活動方針を練り上げ実践しましょう。訪問看護や無料低額診療など、いつの時代にも住民の切実な要求に基づいて民医連は時代を切り開く先駆的課題に挑戦してきました。住まいや小規模施設を展開する上での経営的な厳しさもありますが、地域の要求にこだわり、制度改善を求めたたたかいと結びつけながら、事業全体を総合的に前進させる視点で具体化しましょう。自治体の意向や計画をよくつかむとともに、地域に必要な事業を自治体に提案することも重要です。

介護の質の向上を追求します。民医連の真骨頂ともいえる医療と介護の連携を強め、重度、認知症、終末期のケアを強化します。連携の要となる訪問看護の機能強化（大規模化・多機能化）は不可欠の課題です。昨年実施した「往診・訪問診療患者の医療・介護現状調査」（高齢者医療委員会）では、調査対象者の46%が訪問看護を利用しており、訪問看護ステーションが在宅医療の主役となっていることを示しています。一方、「調査」では、訪問介護は、民医連外事業所のサービスの利用が民医連事業所の2倍になっているなど、法人内での連携が必ずしも十分なものとなっていない点もうかがわせました。福祉用具事業についても、自法人のケアマネジャーからの委託が6割にとどまっていると報告されています。「24時間対応」「安心・安全のまちづくり」を実践するとき、あらためて法人内ネットワークの強化と地域連携の視点を貫いた『総合方針』を各法人で作成することが求められています。

地域に安心を保障する「24時間365日」対応を追求します。低所得でも入居できる住まいづくりを居住権保障、まちづくりの視点でとりくみます。特養はじめ地域に必要な施設や小規模多機能居宅介護をはじめとする制度に対応する

第4節 歯科分野の課題

今日の情勢のもとで民医連歯科の存在意義は増しており、現場からの具体的な事実に基づく提案や発信が注目されています。地域に根ざした歯科医療の推進、共同組織の中でのハミガキセミプロづくり、「8020」運動など、民医連歯科の役割は増えています。さらに超高齢社会の

新たな事業課題を検討・具体化しましょう。小規模展開の良さを発揮し、利用者に寄り添った個別のケアの充実に努めます。地域福祉の拠点としての社会福祉法人、施設の役割・機能の強化を図ります。人権と生活を守るケアマネジャーに「たたかうケアマネ」としての役割の発揮がいつそう期待され、求められています。民医連の地域包括支援センターは75カ所になりました。法人の援助を強め、求められる課題にふさわしく役割・機能を強めます。

共同組織とも連携しながら軽度者への介護予防・生活支援、身近な地域での多彩な助け合い活動にとりくみます。特に、介護予防に関して、厚労省は「介護予防・日常生活支援総合事業」という軽度介護の新たな切り捨てにつながりかねないしくみを制度化しました。住み慣れた地域で健康で暮らし続けることはすべての国民の願いです。要介護者にならない予防のとりくみ、行くと元気になる地域の支え合いの拠点づくりを共同組織とともにすすめましょう。

法改正で労働関係法規が指導・監査の対象になりました。事業整備をいつそう重視し手抜きなくすすめる必要があります。改定介護報酬（同時改定）への対応を的確にすすめ、利用者・家族の生活と権利を守り、経営基盤の強化を図ります。「たん吸引」行為などの医療処置行為が介護事業所の介護職に拡大されました。現実的な対応をせざるを得ませんが、責任の所在や十分な研修の保障などを含めた「たたかいと対応」を重視します。民医連の事業所において登録型・直行直帰型の労働形態の見直しを計画的にすすめましょう。介護分野をビジネスチャンスと捉える営利企業の参入が強まっています。非営利事業体としての役割・存在意義を大いに発揮していきましょう。

中で、医科・歯科や介護との連携を行っている民医連歯科の特徴を伸ばしていくことが重要です。

今まで厳しい現実が伝えにくかった歯科医療の現場も、「歯科酷書」の発表以来、大きな反響があります。日本歯科新聞はトップで「口腔

から『人』を、そして『社会』を診る歯科医師たちは診療所を出て地域に飛び込んでいく。それは歯科医療本来の役割に真正面から向かっていく、時代を変えるチャレンジである」と民医連の歯科がとりくんでいる内容を紹介し、「口腔に表れる格差・貧困」にとりくむ民医連歯科の活動を伝えました。NHKをはじめとする報道、各種雑誌や国会でも取り上げられました。

2011年10月末時点で、民医連歯科で無料低額診療を行っているのは25事業所に増え、さらに広がっています。制度を利用して治療を行った症例の調査ではDMF指数（虫歯がある、もしくは治した、歯を抜いた）は明らかに、経済格差が反映しています。今、「歯科酷書第2弾づくり」に着手しており、今期は「再生プラン案」の歯科分野でのバージョンアップの作業をすすめます。

2011年度「保険で良い歯科医療の実現を求める」署名では、運動の牽引車としての役割を果たし、12月15日時点で13万8,594筆になりました。医科・介護の協力も得て、過去2回のとりくみを上回り目標を突破しました（全国では25万筆）。10月8日からの運動強化月間では、仙台での「いい歯と健康」集会ははじめ、「格差と貧困10・30歯科医療危機突破集会」、国会要請行動をはじめ全国で様々なとりくみが行われています。東京、千葉、長野、愛知、大阪、兵庫、大分では県連絡会ができ、地方議会意見書採択

は2011年8月26日現在11県道議会、531市区町村議会（30.4%）となっています。

歯科を恒常的な黒字体質にするには、「保険で良い歯科医療」の運動が重要です。日本の歯科医師の5人に1人が年収300万円との報道もあります。すでに安全で必要な技術として確立している金属部分床義歯などの医行為の保険適用など、医科と比べても拡大している自由診療をなくすこと、予防活動を重視すること、窓口自己負担をなくすことなどが重要です。

3年前、「2011年度までにすべての歯科で黒字にしよう」という具体的な目標を掲げた提起に、全国の仲間が応え黒字事業所比率60%を超え、民医連歯科全体でも黒字となる見通しです。教訓は、黒字を出している事業所の経験を徹底的に学び取り入れたことや地協レベルでの現地懇談会を開催し、より現場際の具体的な指摘や援助を強めたことなどです。改善の一步で、「変化を体験する」ことが、職員の確信となり、さらなる改善へとつながっています。今期は、すべての歯科事業所で黒字化をめざしましょう。

民医連歯科の運動を担う人づくりの課題では、2012年に卒業者を出すと10人となる歯科奨学生を意識的に増やすことが求められています。また、歯科分野を担う医師、事務幹部づくりは県連、法人単位で位置づけましょう。そうした前提で県連長期計画の中で空白県連における歯科の新設を位置づけ挑戦しましょう。

第5節 平和を守り発展させる課題と「権利としての社会保障」の拡充にむけて

この2年間は、日本の将来に関わる重大な年となります。第1に、辺野古への基地建設を断念させるために、県民と日本国民が心を1つにすることです。民医連はその実現のために全力を尽くします。引き続き、全国、地協、県連などで平和学校など様々な活動に挑戦し、平和のために活動する仲間を養成します。日常的に誰もが参加できるよう創意を生かし、平和活動や憲法9条の会の活動を活性化させましょう。

第2に、学習を強め、「一体改革」のねらいを明らかにし、社保協が提起した「1000万署名」の民医連目標300万筆の早期達成で、マスコミも無視できないような大きな運動を組織し、各

悪法の廃案と路線転換をめざします。TPPへの参入問題でも同様です。

第3に、地方自治体にむけてのとりくみを重視します。国の責任を放棄した「地域主権改革」ではなく、住民が主人公となる自治体をめざして、不当なこととはたたかい、求められることには「提案・提言」を積極的に行います。

第4に、医療費・利用料の窓口負担ゼロをめざし、当面、自己負担の軽減をはかるとりくみをすすめましょう。子どもや高齢者、がんなどを含む難病患者の医療費無料制度の実現や高額療養費制度の上限の大幅な引き下げ、国保法44条（※46）に基づく減免制度の適用や生活保護

の取得条件の改善、無料低額診療事業の全事業所での実施と保険薬局など対象事業を拡大させる運動を強めましょう。

第5に、支持率を失った民主党政権のもとで総選挙も近いうちに実施される可能性が大了。来年は参議院選挙も行われます。衆議院比例定数80削減案を阻止し、民意が反映される選挙制度の実現をめざします。今後、政界再編が繰り返される可能性があります。医療・介護の改善、拡充と政治は密接に関わっています。自民・民主合わせても支持率は3割にとどまり、圧倒的な国民は「政治には期待しているものの支持政党なし」という状況です。国政進出を狙う大阪維新の会の動きに対し、事実から出発し、学習し、具体的なたたかいを強めることを重視します。前進も後退もありうる「せめぎあい」の時代です。そうした時に、職員、共同組織の中で学習を強め「本質を見抜く力」を蓄え、「構造改悪」に反対し、憲法9条、25条を守る勢力が国政でも地方政治でも大きく前進できる状況を作り出しましょう。そのために運動や形態も工夫を凝らし、より多くの職員や共同組織の仲間が主体的に参加できる状況を作り出しましょう。国民が主人公の国づくりをめざし「憲法を暮ら

しに生かす」「アメリカ、大企業中心の政治の転換」を掲げ活動する「平和・民主・革新の日本をめざす会」（全国革新懇※47）の役割が重要となっています。保守系の人々をはじめ多くの要求で一致する人が参加する地域革新懇運動へのかかわりを強めることや全国革新懇ニュース読者の普及に努めます。自治体の選挙では要求実現めざして共同を広げ、民主的自治体づくりをめざします。

第6に、これらをすすめるために適宜、学習・宣伝資材を準備します。全日本民医連として、福祉国家構想研究会や非営利・協同総合研究所のちとくらしなどと共同して、新しい福祉国家や医療・介護保障の分野での政策力量、提言力を高めるように努めます。

第7に、「要求」での一致点を大切に、日本医師会、J A全中はじめ、より多くの団体、個人との共同を広げます。また、中央や地域社保協、医療団体連絡会議、国民大運動実行委員会、平和団体、民主団体、労組など民主的諸組織との共同・連携を強めます。各地でも保険医協会や医師会、看護協会など各職能団体へ積極的に参加、共同を広げます。

第6節 あらゆる活動を「共同組織」の仲間とともに

共同組織は、この2年間で構成員が10万の純増となり、350万を超えました。『いつでも元気』は、5万7,000部を超え過去最高に到達しました。しかし、目標には到達していません。一方、各共同組織が力をつけ、健診・健康づくりや地域での支え合いや助け合い、運動面などを通じて地域の中でなくてはならない存在として役割を果たしています。全国の優れた経験が全国連絡会（現在35県連から参加）や県の共同組織の集会などを通じて全国に普及されています。事業所利用委員会の活動や機関紙配布、班会活動、健康づくりや助け合い活動が旺盛に行われています。また、職員と一緒にした平和・社会保障推進委員会への参加、増資運動への参加、医学生や看護学生への援助や医学生対策そのものへの参加も広がりました。共同組織の存在は、「共同のいとなみ」を掲げる民医連の最大の特徴の1つであり、民医連運動の重要な担い手と

して役割を發揮しています。

あらためて、「あらゆる活動を共同組織とともに」の視点を貫き、共同組織の活動を強めましょう。現在、共同組織は350万の到達ですが、実際に日常の活動に主体的に関わることができているのは10～20%です。『いつでも元気』購読者は職員を入れて57,000部（職員17,000部）です。手配り配達者など共同組織の役員に対し、積極的に購読を呼びかけます。地域には高齢者、独居、母子など孤立した住民がたくさんいます。そこに人権のアンテナを高く張りめぐらせ、具体的な援助や参加を広げましょう。共同組織に参加している仲間の力を生かすことができれば、安心して住み続けられるまちづくりにつながります。今期は、各組織が仲間増やしや出資金・地域協同基金などの具体的な目標を持ってとりくみ、2004年の総会で掲げた早い時期に400万共同組織をめざしましょう。そして、「共同組

織の質」を高めるためにも共同組織の活動へ主体的に参加する仲間を増やすことを重視しましょう。

2012年9月には震災の影響で延期となっていた第11回共同組織活動交流会（※48）が若手県花巻市で行われます。メインテーマは「いま、いのち輝く新しい福祉の国づくり、雨ニモマケ

ズ、風ニモマケズ、震災ニマケナイ、原発ノナイ、誰もが安心して住み続けられるまちづくりを」です。全国から1,500人を超える参加で大きく成功させましょう。また、共同組織の日常的な活動へ職員の意識的な参加を追求しましょう。

第7節 民医連運動の推進力～後継者の確保と養成、各職種の役割

1. 民医連の医師運動・医師養成・医学対の前進を

2010年6月に開催した医師の確保と養成に関する全国会議（伊東集会）では、医師運動で勝ちとった「医師増員の局面」における私たち民医連が直面する課題と、医療崩壊を食い止めるために診療報酬引き上げなどの医師が主体となる運動を強め、社会に発信していくことを確認しました。医師養成にあたっては「オール民医連」でとりくむことを提起し、医師像として「地域医療のスペシャリストとして、総合性を自らの専門として高い力量を持つ家庭医・総合医と総合的基礎力を備えた専門医をバランスよく育成する」という基本方針を確認しました。今期はこの到達点に立って民医連医師養成をさらに発展させ、目に見える結果をつくりだしましょう。

（1）民医連の医師養成の発展をめざそう

「全日本民医連医師臨床研修センター（イコリス）」を中心に、民医連がとりくんでいる人権を守る活動を医師養成・研修に具体的に結びつけましょう。また、民医連外の手も借りて各種研修を成功させることを重視します。そして医師養成方針やロールモデルとなるような民医連の医師の姿を医学生や研修医、現役医師自身に分かりやすい形で見えるようにしましょう。各事業所のホームページやツイッター、フェイスブックなどは、医学生が民医連の活動と出会う重要なツールです。重視しましょう。

【初期研修の到達点に立ち、生涯にわたる医師養成の姿を示そう】

民医連の初期研修は、日本の中で一定水準以

上の内容を備えていることは明らかです。このことを確信に、日本の医療のスタンダードな姿として認知されるよう質・量ともに深化した医師養成方針にバージョンアップさせましょう。さらに、続く後期研修を発展させ、「5年後、10年後の自分の姿」が民医連で展望できるような道筋を示していきましょう。

【地域医療のスペシャリストとしての医師養成をすすめよう】

「総合性を自らの専門として高い力量を持つ家庭医・総合医と総合的基礎力を備えた専門医をバランスよく育成する」という民医連医師養成の基本方針は、一人ひとりの医師のアイデンティティーを「専門医」「家庭医・総合医」に固定化されることを意味しておらず、その地域や施設での役割などを常に念頭において捉えることが必要です。その地域や施設で何が求められ、何が必要とされているのかを意識し、ときには総合性を前面に出して、ときにはある特定の分野に専念することを、組織としても個人としても確認しあつてすすむことが大切です。どの分野にすすむ場合も「総合性の維持」を担保した医師養成方針が欠かせません。「総合性に裏打ちされた専門性」が民医連における専門医、家庭医・総合医養成の要です。

（2）新たな情勢に立ち向かう民医連医師養成を前進させよう

医療機関・介護施設の類型化、役割分担化がすすむ中、単独の施設で総合性を発揮しづらくなっており、「機能連携や協力共同」がキーワードです。分野ごとに後期研修や専門医資格取得への道筋が示され、若手医師は「どのパターンに自身を当てはめるのか」という考え方を重

視する傾向にあります。「日本専門医制評価・認定機構」や厚労省の「専門医のあり方に関する検討会」が発足し、専門医・総合医のあり方の検討が急ピッチですすめられています。国の医師数調整戦略も、後期研修や専門医資格への国の介入という形にシフトしてきています。高度医療の分野では、施設も症例も集約化され、かつてのように専門研修において「何にでも手を出せる」時代ではありません。こうした情勢は、総合力をベースにした地域とともに歩む成長の道筋とは異なっています。現在の日本の医療や福祉の状況、そして今回の震災支援や利根支援での教訓から、「現場や地域で生活する人々が求める医師づくり」にこそ医師養成の本道があります。その地域に必要な医療、技術は何か、必要な医師のあり方は何かを明らかにしましょう。そこに地域に密着し急性期から中小病院、診療所、在宅、保健予防、介護・福祉に総合的に関わっている民医連の研修の重要な意味があり、多くの国民が求めている医師像です。研修プログラムで具体的に示していきましょう。

【専門医、家庭医・総合医の協働で諸課題にとりくもう】

どの分野を担おうとも国民の人権と日本の医療の将来に責任を持つ民医連の医師として、個々の事業所での仕事にとどまらず、様々な医療・福祉政策に影響を与えられるような技術の開発やエビデンスの集積に努めましょう。災害医療、被ばく医療、水俣病やアスベスト問題、労働者の健康を守る活動など労災・職業病、環境・公害問題などのとりくみと目の前にある問題、一人ひとりの患者から学び、「社会的視点」をすべての医師が持って活動しましょう。これも民医連で行う研修の醍醐味です。労働衛生分野を担う専門医の養成を全国的な規模で意識的に追求しましょう。自主的な各疾患別研究会や小児科、産婦人科、精神科の各医療委員会、労働者の健康問題委員会など、学術・研究活動を全国的スケールでとりくみましょう。地域の中小病院や診療所、離島や僻地医療などの意義や魅力について、より多くの医師が確信を持てるよう分かりやすく伝えることが必要です。医療空白地域の三陸地方沿岸部での民医連の事業所開設を展望しつつ、関わりを意識的に強めます。

(3) 民医連の医療と運動を地域が求めるレベルに発展させる医師集団づくりを強めよう

民医連の医師養成を前進させるためには、病棟、外来、在宅・往診など日常診療のすべての分野で教育機能をいっそう高めることが必要です。病棟での回診や多くの職員との間での、単に病像の把握に留まらない生活をも診る総合的なカンファレンスを重視し、他の職種との共同で、地域とともに歩む医師として育ち合いましょう。学会や研究会活動、民医連の制度教育などへの参加を重視しましょう。

医師体制、医師労働の厳しさは、医師集団の中に様々な矛盾を生み出しています。医師部や医師委員会、研修委員会などの役割と機能を高め、組織をマネジメントする幹部医師集団形成とそれを全面的に支えるトップ事務幹部の配置が重要です。トップ間の意思疎通を強め、県連的に医師問題に対応していきましょう。

医師事務業務支援課などの部署を設置して、医師労働を積極的にサポートするとりくみがすすめられています。そうした経験にも学び医師労働の軽減策を具体化しましょう。民医連の女性医師比率は全国平均と同様に年々高まっています。女性医師の働きやすい環境づくりのためにさらなる努力を強めましょう。女性医師の会などの集団づくりを重視しましょう。かつて民医連で研修や働いたことのある医師を含め、既卒医師対策を重視し、継続的に取り組みましょう。

上記、多様で多彩な活動をすすめることで、より多くの幅広い医師が民医連に参加することが可能です。そうしたときに、各事業所の中心を担うとともに、県連や地協、全国的視野で民医連運動を語り、組織できるリーダーとなる医師の養成や組織化・集団化が鍵となります。奨学生時代も通じて意識的に育てることを強めましょう。その一環として、全日本民医連レベルで青年医師会議やワークショップなどを企画し、取り組みます。

(4) 民医連の医療活動と医師養成・医学対を一体で医学生に大いに語ろう

3・11を契機として、日本の多くの医学生が「何ができるか」「将来、医師としてどう生きるか」について真剣に模索しつつ、正義感や若

者らしい感性を發揮し、被災地へのボランティア活動、原発問題の学習会や原発をなくす運動に参加しています。反核医師の会医学生部会も活発化しています。自己責任論や競争的価値観の影響を受けてきた医学生が、社会問題に向き合い、社会的連帯の行動にとりくみつつあることは、積極的な変化であり、日本の医療の未来にとっても希望が持てるものです。このような医学生に対して、「民医連医学対活動の2つの任務（医学生の民主的成長への援助、民医連の医師後継者対策）」に基づいて、大いに働きかけを強めましょう。

第1に、震災・原発・貧困・超高齢社会などの社会的問題に対し「地域」に根を張って活動する民医連の医療と運動、理念と実践を語り、医師としての生き方を問題提起しましょう。医学生の社会的関心が高まっている状況のもと、大学の教官などの力も借りて、被ばく医療や貧困・格差問題、少子高齢化問題などの学習・研究を行うサークル（例えばかつての学生セツメント活動や民医研のような）や自主研究会づくりを援助することを提起します。こうした活動が医ゼミなど医学生運動の強化につながります。

第2に、地域医療のプロフェッショナルづくりをめざす研修の優れた特徴を示しましょう。①地域医療を中心的に担う医師として、総合性を基調にして家庭医・総合医と専門医をバランスよく養成していること、②それが可能な条件として、第一線の地域医療を充実させる課題と結合したプライマリケア研修（豊富な症例・コモディジーズの基礎的診療能力、救急・救命、社会的視野、地域の要求に基づく専門的技術と質の向上など）にとりくみ、豊かな実績があること、③民主的集団医療に基づくチーム医療や共同組織の参加によって、疾病だけでなく、その背景をつかみ生活者の視点での育成を重視していること、④研修医、青年医師の自発的な研修づくりや研修改善のとりにくみを重視していること、⑤初期研修から後期研修への連続性を持った研修を位置づけ、この時期に総合的力を蓄えることを重視していることを強調することが大事です。

第3に、全国は1つの立場で連帯し、かつ地域や医療界に開かれた民医連の組織的特徴を分

かりやすく伝えることです。今期中に全国すべての医学部・医科大学に500人以上の奨学生集団をつくること、卒年対策では2年間で300人を大きく超える受け入れの実現をめざします。卒年におけるフルマッチ対策、奨学生の確保と成長、医学生運動との協力共同の課題などを総合的にすすめましょう。そのために、各県連の地元大学対策と地協的全国的な協力を強めましょう。この立場で医師養成と医学対活動をいっそう発展させていきましょう。

2. 看護分野の課題

39期の活動が一定前進したことを確認し、民医連の看護師集団がさらに前進するために課題を提起します。看護委員会ワーキンググループが、①「交替制勤務を中心とした労働環境課題」、②「若手中堅看護師の育成と定着にむけて」の提言をまとめました。また、「あらためて民医連の看護実践のあり方を考える～民医連の看護実践でつちかかってきたもの～」として民医連の創設期からの看護をまとめ、継承と発展のための看護実践のあり方を提起しました。法人や事業所の課題に引き寄せて、健康で働き続けられる職場づくり、人づくりをすすめましょう。重視すべき課題として、第1に、民医連の医療理念を柱に、求められるものに応えられる基礎的看護実践能力を高め、生活援助技術のスキルアップなど、ケアの質の向上にとりくみましょう。民医連職場でのキャリア開発が重要です。特に若手・中堅職員への援助を強めましょう。第2に、在宅医療・介護における診療所や訪問看護ステーションの役割が重要です。在宅医療を担う看護職員の力量向上と育成をすすめ、在宅医療の要としての訪問看護ステーションの役割、機能を強めましょう。第3に、新人看護職員の研修内容をガイドラインに沿って見直し、整備し、新卒研修を丁寧すすめましょう。第4に、地協・県連・法人などの看護政策の策定や見直しを急ぎ、看護管理者を計画的に育成する方針を持ち具体化しましょう。第5に、医師養成の上で看護師集団の役割はいっそう重要となっています。患者を中心に連携や共同、カンファレンスなどを重視し、ともに育ちあうことです。全日本民医連の「2011年新卒看護師など受け入れ／退職状況調査」（毎年4月実施）では常勤

看護職員の離職率は10年度8.7%（09年度9.3%）でした。主な離職理由は、本人の健康、結婚・出産・育児、転居が全体の45%を占めています。あらためて健康な職場づくりの方針、子育て支援の方針など具体的に提案していくことが重要であり、職場保育所の整備・充実、勤務のあり方の見直しなどがが必要です。コミュニケーションづくりや相談活動、適切な評価など全国の優れた経験に学び、事業所の管理課題として目に見える改善につなげていきましょう。

厚生労働省から「看護師などの『雇用の質』の向上のためのとりくみについて」という局長通知が出されました（2011年6月）。その中で看護師などの労働時間の管理や健康を守るとりくみの必要などが各県知事や労働局長あてに示されています。このことは事態の深刻さと緊急な対応の必要性の表れです。私たちは、国や行政に対し、看護労働の実態、事業所の社会的な役割、特に地域の民間医療機関の果たしている役割を具体的に示して支援策を求めて運動を強めます。その際、地域の他の医療機関や看護師との交流を強め、共同してとりくむことを重視しましょう。

今後も看護師不足の解消や診療報酬の引き上げ、制度改善に重点を置いて国民が求める医療・看護の充実にむけて運動を強めます。日本看護協会、各県の看護協会への働きかけ、看護を良くする会、医労連など他団体との共闘を引き続きすすみましょう。地域の病院訪問を行い、看護の中身を通じた連携を強めましょう。

看護師「特定能力認証制度」創設にむけての動きが急です。問題の動向を注視し、創設の背景やそのねらいをしっかりとつかむことが重要です。前期、全日本民医連は、安易な特定看護師制度創設に反対する声明を出しました。看護本来の役割を変える内容を含んでいます。そのねらいを明らかにして医療関係団体などに対し、共同を呼びかけます。内部でも学習を重視しましょう。2012年9月30日～10月1日、徳島で開催予定の第11回全日本民医連看護介護活動研究交流集会を成功させましょう。

3. 薬剤分野の課題

39期は職員育成部の下に薬剤関係の委員会を統括しました。薬剤委員会では初めて「薬剤師

政策（案）」を提起し全国で議論が始まっています。高薬価構造の是正で患者負担軽減と薬剤分野の活動を正に評価させる診療報酬改善をめざす「ファーマ・ウェーブ」は、患者むけのチラシの発行や医療関係者内での学習をすすめました。医薬品評価委員会は、17年ぶりとなる薬事委員会活動交流集会を開催し、あらためて民医連における薬事委員会の役割について深めあいました。保険薬局委員会は、薬局窓口での一部負担金に対する患者の意識調査を行い、高負担率と高薬価によって「お金の切れ目が薬（命）の切れ目」であることを告発しました。薬剤師確保育成委員会は、全国の薬学奨学生を対象にした「薬学生セミナー」を企画しましたが震災により中止しました。薬学生対策では、奨学生が2009年の112人から2011年は215人に増えました。薬学教育6年制に伴う実務実習が始まりましたが、民医連での実習は学生や大学からも評判が高く、実習を通じて民医連に就職を希望する経験も生まれています。

今期の重点は、①全国の討議を経て「薬剤師政策（案）」を作りあげること、②職能団体とも連携してファーマ・ウェーブの運動を大きく盛り上げること。中でもさらなる高薬価構造となる「新薬創出加算」の早期廃止にとりくむこと、③保険薬局での「質」向上のとりのくみ（保険薬局版Q I 事業）に着手すること、④新薬モニター・副作用モニター活動のさらなる発展、⑤6年制対応の研修マニュアルの整備、⑥薬害イレッサ訴訟の全面解決をはじめとする薬害根絶に全力をあげること、です。医療の質や医師研修を充実させる上でも、チーム医療の担い手としても薬剤師の役割が増えています。保険薬局の非営利一般法人化への検討をすすみましょう。

4. 介護分野の課題

民医連の介護・福祉を担う職員の確保・養成のとりのくみを強化しましょう。地域要求や制度の動き、そのもとでの今後の事業展開に見合う確保・養成計画を作成し推進します。「キャリアパス作成指針（案）」に基づき、各層の職員養成の目標・計画をもち具体化します。地協や県連での管理者養成に引き続きとりくみます。職員の処遇改善、働き方の見直し、介護職の医

行為への対応など、必要な条件整備と運動を行います。全日本民医連として法人責任者研修会などを引き続き企画します。

各地で介護職の組織づくりのとりくみが広がっています。すべての県連に介護職部会を立ち上げましょう。現場の意見をふまえ、「民医連の介護・福祉の理念」の「改定案」(※49)を提案しました。日常の介護実践を通して深めるとともに、介護ウェーブの活動、キャリアパス作成をはじめ養成のとりくみにも生かしましょう。全日本民医連として介護職の交流と理念案を確定させる企画を検討します。

5. リハビリ分野の課題

医療と介護の連携の重要なキーパーソンの役割があるのがリハビリ分野です。急性期から在宅まで多くの分野で役割の発揮が期待されています。民医連の医療の質評価事業(QI)によれば、急性期病院のリハビリ実施率は平均29.3%(2011年上半期)であり、在院日数の短い施設ほど実施率が低い傾向にあり、廃用症候群や合併症の予防改善のために発症早期からの実施に努める必要があります。民医連の回復期リハビリ病棟は72病棟で、全国の回復期リハビリ病棟の約5%を占めています。職員数は増加していますが、休日リハビリ提供加算、リハビリ充実加算の取得は全国平均を下回っています。重視すべき検討課題です。また回復期リハビリ対象患者確保のため地域の急性期病院との連携、介護施設との連携や療養型病床や老健でのリハビリは機能回復だけでなくQOL維持のためにも重要です。制約された少ないリハビリ単位数だけでは十分なリハビリを行うことはできません。これまで以上のたかきと対応が必要です。訪問リハビリの重要性が高まっていますが、セラピストが不足しており必ずしも十分ではありません。新たな課題として、回復期リハビリを経ず地域に早期退院となった訪問リハビリ対象者も増えています。これらに対応する民医連セラピストの集団形成が急がれます。急性期リハビリ、回復期リハビリ、訪問リハビリ、デイケアなど、職員は5,000人を超え、3年未満の職員が50%を占めるといふ若い大集団となりました。これに伴い幹部養成を含め、民医連の理念に確信を持つ職員の養成が焦眉の課題です。全

日本民医連としてこうした活動をすすめるために、回復期リハビリ病棟交流集会、療養病床交流集会を準備します。

6. SWはじめその他の専門職種 の課題

SWは、貧困を可視化し、社会問題とすること、そして具体的な援助者を通じて、人権の守り手としての最前線での活動が求められます。栄養・調理、放射線、臨床検査などの分野もNSTなどチーム医療を担い療養指導、食の安全、さらには被ばく問題や環境問題へのかかわりなど人権、健康権の守り手として、専門性を発揮して時代に立ち向かう活動が求められています。新しい綱領では、「地域とともに歩む専門職の育成」を位置づけました。チーム医療の担い手です。そのためにも、全国レベルでの職種委員会や地協、県連レベルでの職種委員会活動を強めましょう。

7. 事務の課題

民医連に働く事務は11,000人を超え、全職員の16%を占めています。それは、あらゆる場面で民医連運動の推進力としての役割を期待されている反映です。だからこそ、事務集団として成長をめざし、また全職員や共同組織あげて民医連の事務を育てましょう。38期に「事務政策作成にあたっての問題提起」を提起し、各地で討議が始まっています。事務の役割は大きく様変わりしています。民医連における事務の役割は、そのポジションによって変わりますが、大きな役割として、「実務力、政策力、組織力」が共通して求められています。それは医療・介護の活動においても、情報提供の分野でも、平和運動や社会保障運動、共同組織の分野でも同じです。診療情報管理士や医療事務専門職、経理などキャリアアップが必要です。積極的に挑戦しましょう。これらを事務職全体で深め「事務政策指針」の作成と実践を強めます。全国的な交流の機会を持ちます。各県連、法人では計画的な採用計画や養成方針を持ちましょう。

8. 民医連運動を担う人づくりと 健康で働き続けられる職場づくり

民医連運動を推進する上で、それを担う職員育成には特別の位置づけが必要です。民医連綱領や歴史を絶えず学ぶことを継続しましょう。また、制度教育を必ず全職員が年に一度は受ける機会を事業所、法人、県連がつくることをあらためて提起します。医師に対する制度教育には特別の配慮を行いましょ。事務職を含む各専門職が、綱領と総会方針が提起している課題をどのように実践するのか、そのためにどんなキャリアアップが必要なのか、年度単位で方針を持ち、定期的なふり返りを行いましょ。

さらに、今期重視すべきこととして、①県連青年委員会などで青年職員の日常的な交流と育成の機会をつくりだしましょ。全国や地協、県連青年ジャンボリーはその節目です。今年3月、延期となっていた全国ジャンボリーを宮城県で開催します。全国からの参加で成功させましょ。②医療や介護の分野は、「人」を対象とすることや多人数、多職種による共同作業を必要とすること、不規則で過密労働ということ

もあり、職員の健康には特別な留意を払わなければなりません。そのためにも「健康で働き続けられる職場づくり（2009年6月発行）」パンフの学習と実践をすすめ、メンタルヘルスの問題や看護、介護などの分野での腰痛対策などすすんだ経験に学び、意識的に健康づくりをすすましょ。また、喫煙の健康への影響や施設内禁煙がすすむ中、民医連職員の禁煙を促進しましょ。③基本となるのは、「職場」です。常に患者、利用者の人権を守る視点を貫き、情報と目標を共有し、働きやすい職場、学び成長できる職場づくりを追求しましょ。これらを踏まえて「全日本民医連の教育政策」を作成していきます。

全日本民医連として、今期も、各職種やトップなどを対象にその時々的情勢や問題意識を提起し、全国的な経験の交流や研修の機会を持ちます。引き続き、トップ管理者研修会や事務幹部学校、各職種の研修の機会を持ちます。また、各職種の委員会を設置します。

第8節 民医連の経営を守り発展させるために

市場原理万能主義がはびこり、大企業がその社会的使命を放棄して、株主の利益擁護のために躍起になっている中で、あらためて企業の社会的責任が問われています。そうした中で、企業理念に基づいて「社会的な役割を果たすことと職員や家族を守る」ことを掲げて奮闘している企業や自営業、農家なども少なくありません。民医連の社会的な役割は、営利を自己目的化せず患者、利用者、地域住民の人権を徹底して守り抜くということです。

民医連が社会的に認知される中、住民参加、職員参加の出資金や地域協同基金が注目されています。それは、配当を目当てにした株主とはまったく異質のものです。この強みを再確認し、とりくみを強めましょ。また、2011年度の経営委員長・幹部会議で強調した、①診療報酬・介護報酬の引き上げをはじめ医療・社会保障改善のたたかいの中で民医連の経営基盤を確立し、幹部はその先頭に立つ、②同時に、改定の動向を的確につかみ具体的対応をすすめること、③あらためて、事業所の立ち位置を確認し具体化すること。東京都では今後、総人口は横ばいな

のに対し高齢者の人口は激増します。一方、島根県は、高齢化率は増えるものの総人口減少で高齢者数は横ばいの状態です。疾患の構造も大きく変化します。そうした分析を行いながら、自らの総合性と地域連携を両面から推進することが重要です。④法人・事業所の分析（SWOT分析※50など）を行い、内部の長所、弱点を見つめ直し、新たな水準の経営管理をめざすこと。月次決算の正確さ、迅速さ、統一会計基準の徹底、事業所独立会計の確立などをすすめます。⑤全日本民医連として、「経営トップむけ講座」や「幹部医師むけ経営講座」など各種研修会や交流会を企画・準備します。また、地協経営委員長会議や地協経営委員会を通じて、個別法人、事業所への援助を行います。今期から統一会計推進士養成講座は地協ごとに実施します。また、今年4月1日に改定予定の診療報酬・介護報酬について日本の医療を守る立場から具体的な要望を強めるとともに、改定内容をふまえ、全国的な対応方針を発信していきます。今年度の早い時期に全国的な交流会を企画します。

第9節 民医連運動のさらなる飛躍をめざして

全国組織として連帯をいっそう強めます。理事会にはその中心的な役割が求められます。理事会機能としての各部・委員会活動、地協機能、それらを支える職員の意識的な登用や事務局の役割を高めていきます。

民医連が発行している民医連新聞や『いつでも元気』には平和や医療をめぐる情勢や各地の様々な実践が掲載されています。『いつでも元気』の常勤換算した職員の購読率は平均で34.7%ですが県連によっては8.7~100%と大きな開きがあります。春には約3,000人の新入職員が入职してきます。全職員を対象に購読を訴えましょう。特に、職員の購読率の低い県連では特別な対応を行いましょ。また、『民医連医療』、『資料』、ホームページ、動画などの積極的な活用を呼びかけます。4~7月、総会方針を中心に学習月間を行います。

民医連会計で、引き続き闘争費や教育資料費を位置づけることや災害対策特別基金の増額などを予算化し、情勢の変化に即応してたたかいつながっていきます。「経営困難支援規定」に基づく対策委員会は川崎医療生協と徳島健康生協です。両法人とも少なくない困難は抱えていますが、再生にむけて多くの努力が行われています。経営基盤を安定化させるための中長期経営計画の策定が両法人に共通する課題であり、この策定支援を重視します。

薬剤の価格交渉は、全国的な民医連共同購入事業所の連帯の力で、現時点では薬価改定前の

状況まで戻しています。また一部の医療材料面での統一購入について具体的な提起を行いました。第38期以来とりくんでいる全日本民医連としての、今後の共同購入のあり方について、引き続き、前進できるよう検討を行います。

民医連の仲間を大切にする活動として共済事業があります。保険業法の改定で存続が危ぶまれた状況の中、仲間の連帯組織を守る方向づけをし、各種共済事業を守る方向を示しました。

全日本民医連第20回総会（1972年）で、「職員の福利向上と同時に、民医連全体の連帯、相互援助の組織として統一と団結に役立つもの」として全日本民医連共済組合の設立が提案され、本年40周年を迎えます。TPPは日米の保険資本による共済分野の市場化を要求していますが、こうした攻撃を許さず、何よりも仲間を大切にする民医連組織として団結を固め、相互扶助の事業を守る運動を大きく広げていきます。

全日本民医連として県連会長・事務局長研修会や県連事務局員の力量向上のための取り組みをすすめます。各県連においては、あらためて県連の役割、予算、体制、災害時の対応などについて前向きな見直しを要請します。民医連規約は前期の第3回評議員会で改定案を提案し、県連事務局長会議での意見集約をふまえて、別号議案として提案します。今回、発行した民医連の歴史、「無差別・平等の医療をめざして」を大いに活用して歴史に学びましょ。

おわりに

2011年は国民皆保険制度発足、国の責任を認めた朝日訴訟一審勝利、日本で初めて岩手県・沢内村（現西和賀町）で老人医療費無料化が実現して50年の節目の年でした。重症結核患者であった朝日茂さんの勇気ある行動が日本の生活保護行政を大きく改善させ、憲法25条を実質化させました。半世紀前、岩手県・沢内村の深沢村長は「人命の格差は絶対に許せない。生命健

康に関する限り国家ないし自治体は格差なく平等に全住民に対して責任を持つべきである」と述べています。今、この国が問われていることそのものです。

一方、2011年は日本の真珠湾攻撃に端を発した日米開戦から70年目の年にあたり、最後の無産者診療所が天皇制政府によって弾圧され終焉させられた年でもありました。私たちの先輩は

その時代から人権を守るためにたたかい続け、弾圧を経てもなお、人権を守る「根っこを枯らさず」、戦後、いち早く民主診療所を立ち上げ、日本国憲法を国民のものにしました。今年が沖縄返還から40年にあたります。「民主主義や人権が否定されたとき戦争は起こる。人権は与えられるものでなく、たたかいによって勝ち取るもの」であることを、あらためて胸に刻む必要があります。時代を後戻りさせようとする動きに対し、私たちはすべての国民の権利を守るためにたたかいます。そして、目の前の患者さん、

利用者さん、多くの国民のいのちと健康を守るために日常の医療・介護活動を発展させていきます。そこにこそ民医連の存在意義があります。2013年、民医連創立60年を迎えます。憲法が保障する権利は「実現されれば望ましい」というものではありません。「地球といのち・健康を守る非常事態」ともいうべき時代に私たちの立ち位置を確認しあい、世界や日本の多くの市民と手を携えて創造的にかつ柔軟に運動と事業をすすめていくことを呼びかけます。

用語解説

※1 「構造改革」路線

1980年代の中曽根内閣の臨調行革路線から1996年の橋本内閣の「6大改革」を経て、2001年の小泉内閣で本格的に強行された政策。「小さな政府」「官から民へ」「中央から地方へ」などの考え方を軸に、社会保障の分野では国の責務を放棄し、医療・介護を営利の対象にする民営化・市場化政策をおし進めてきました。

日本政府は1994年以降、アメリカから出される「年次改革要望書」に応え、混合診療の容認や患者自己負担拡大、医療機器・医薬品分野の市場開放、民間医療保険拡大などをおし進めてきました。こうした、国民犠牲の構造改革政策は、国民生活の全分野に激しいひずみを生み出し、格差と貧困を拡大する結果となりました。

国民生活破壊の構造改革に反対する国民的な期待を担った民主党は、2009年の総選挙で政権交代を果たしました。しかし、アメリカと財界の激しい巻き返して国民の期待を裏切り、自公政権時代以上の構造改革路線の政策を実行しようとしています。

※2 朝日訴訟

1957年、国立岡山療養所で結核の加療中であった朝日茂さん（1913～64）が生活保護処分に関する裁決取り消しを求めた裁判。1960年10月の東京地裁一審判決では、国民の生存権は財源のあるなし、財政の論理ではなく、国家として真っ先に保障すべきものと断じました。上告審まで争われましたが、1967年5月、朝日さんの死亡を理由に、最高裁では判断を下さないまま、訴訟終結宣言が行われました。

しかし、「人間裁判」とも呼ばれる10年にわたるたたかひを通じて、生活保護の水準は格段に引き上げられ、「日本国憲法第25条にもとづく人権の保障こそ社会保障制度の課題」との認識が広がりました。この運動で、社会保障はたたかわずして与えられるものではないことが、国民の前に明らかになりました。

※3 無料低額診療事業

無料低額診療事業とは、社会福祉法で定める「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」です。要件として、総患者数の一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、保健教育などが定められています。

第37回定期総会決定で同制度の活用が呼びかけられ、全国で積極的にとりくまれました。5年余の間に実施事業所は272事業所（2012年1月現在、病院79、診療所165、歯科診療所13、老健15）まで広がりました。

※4 民医連Q I 推進事業

「民医連Q I 推進事業（医療の質の向上・公開推進事業）」は、個別の病院では困難な課題を民医連の組織を活かし、民医連に加盟する病院における医療指標の設定・評価・改善・公開とその組織機構（P D C A管理サイクル）を確立・推進していくとくみです。

この事業の特徴は、医療のプロセス及びアウトカムの医療指標を①医療安全・感染・チーム医療など病院全体、②手術関連、③救急医療、④個別疾患、⑤人権尊重、⑥患者満足、の6つの領域で21指標を設定していることです（2012年から新たに地域連携、慢性疾患医療に関する指標等を追加し、現在28指標）。

事業開始に伴い、迅速で正確な入力・共有・分析のための「医療指標共有・分析システム」を民医連ホームページ上に稼働させ、現場と事務局業務を効率化させています。さらに参加病院が月末入力後、翌月にはすべての参加病院の指標每一覧表・グラフを閲覧・ダウンロードが可能となる「分析表」を導入し、自院で迅速に分析・活用できるようにしています。現在は、「一般職員閲覧用」も実施しています。

今後は、「自院分析表」システム、「経年比較分析表」システムの稼働を予定しています。なお「Q I」とは、「Quality Indicator Improvement」の略称であり、「質向上の指標・改善」で使用しています。

※5 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2,000人余で、その認定率は0.7%にとどまっていた。そこで、「自分の病気は原爆の被爆によるものと認めてほしい」と、全国17地域で306人の原爆被爆者とその遺族が原告となって認定審査会の却下取り消しを求めて提訴したのが「原爆症認定集団訴訟」です。この間、29回にわたり原告が勝訴しています。

その結果、政府・厚労省は、原爆症認定基準の見直しを余儀なくされ、2回にわたって改定し、認定者数が大幅に増加しました。さらに、2009年8月には麻生首相と日本被爆者団体協議会（被団協）との間で集団訴訟の終結に関する「確認書」が調印され、12月に国会で集団訴訟原告を救済するための「原爆症基金法」が全会一致で成立するなど訴訟解決に向けた動きが大きく前進しました。

しかし、8,000人余の原爆症未認定者の認定問題、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。

※6 内部被ばく、低線量被ばく

人間が放射線を受ける形態は、「内部被ばく」と「外部被ばく」の2つがあります。放射線の微粒子や気体、放射性物質が付着した水、農作物、魚介類、牛乳などを体内に取り込んだ場合の被ばくを内部被ばくと言います。

放射性物質が体内に入ると体外に排出されるまで放射線を浴び続けることになります。また、体内にα線を出す放射性物質が入ると、至近距離で細胞に放射線が照射されるためダメージ（細胞死や遺伝子が傷つく）が大きくなり、外部被ばくよりも内部被ばくの方がより危険であると言われています。

低線量被ばくとは、一般的には急性障害を起こさない程度の被ばくを言います。ICRP（国際放射線防護委員会）の平時の許容被ばく量は、年間1mSv（ミリシーベルト）以下に定められています。原爆被爆者の最新データを解析した結果、年間10mSvという低い被ばく線量でも、被爆者のがん発生が増加するとの知見も得

られています。年間10mSv以下の低線量被ばくで安全とは言えません。

※7 水俣病特別措置法

法律名は「水俣病被害者の救済及び水俣病問題の解決に関する特別措置法」。2009年7月施行。手足や全身の感覚障害がありながら、従来の公害被害者救済法では救済されない未認定患者の「救済」を目的としています。10年4月に同法の「救済措置の方針」の閣議決定後、翌5月から申請受付を開始。申請者数は2011年12月末現在で約5万人にのぼります。

一方で、公的検診を受けさせないまま非該当とされる申請者が相次いでいる現状があります。また、同法は「救済措置の開始後3年以内をめどに救済対象者を確定する」と規定しています。国・環境省は、2012年の3月末の打ち切りを予定し準備を進めていますが、いまだに毎月数百人にのぼる申請があり、多くの被害者が存在していることは明らかです。水俣病被害者団体を中心に、申請打ち切りをしないよう、強く求めています。

※8 日米軍事同盟（日米安保条約）

日米軍事同盟の根拠となる日米安保条約は、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二国間条約です。

この条約はもともと、日本が独立した後も米軍が駐留し続けるための根拠、つまり「軍隊をなくした日本を守るため」に1951年に結ばれました。しかし1960年の改定の際、日米共同作戦条項（第5条）が盛り込まれ、日本を米軍の出撃基地にするだけでなく、自衛隊をアメリカの戦争に参戦させる条約に変えられました。

この条約があるため全国に米軍基地が置かれ、国民が基地被害や米兵の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。

軍事同盟を結んでいる国は今では世界の少数派となっています。1960年には世界の53%の国が軍事同盟を結んでいましたが、今では31カ国。世界のわずか16%です。逆に、国連憲章の精神に基づき、多国間の対話・協力・互恵の関係を築くことをめざす地域共同体が、世界で大きく広がっています。

※9 辺野古支援・連帯行動

1996年に日米政府間で、沖縄県名護市辺野古地区に新基地建設が合意されました。新基地建設に反対して地元住民が座り込みを続ける中、全日本民医連は、辺野古支援・連帯行動を、2004年10月から継続して行っています。

現在も日本政府によって新基地建設計画がすすめられようとしており、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。本行動は、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、民医連の平和活動をよりいっそう発展させる契機とすることを目的としています。

※10 NPT再検討会議

NPTは核拡散防止条約のことで、核軍縮を目的に、アメリカ・イギリス・中国・フランス・ロシアの5カ国以外の核兵器保有を禁止する条約です。1970年発効。2008年12月現在の締結国は190カ国です。条約では核軍縮の状況を確認するために5年に一度会議を開くことになっており、これをNPT再検討会議といいます。

直近では2010年5月に開催。全加盟国が合意した最終文書には、核保有国は自国の核兵器廃絶をやり遂げる「明確な約束」を確認し、全ての国が核兵器のない世界を達成する枠組みをつくるために特別の努力を払うことが盛り込まれました。

この会議に向けて国際署名「核兵器のない世界を」がとりくまれ、日本全国で700万筆（全日本民医連102万筆）が集まり、民医連職員を含む日本の代表団がカバクチュラン再検討会議議長に提出、大きなインパクトを与えました。

※11 ドクターズ・デモンストレーション2011

東日本大震災からの復興と医療再生への転換を図るため、大幅な診療報酬引き上げと医療従事者の待遇改善などを求めて、医師・歯科医師自身によりとりくまれた全国的な運動。

2011年11月20日には医師・歯科医師800人を含む2,500人が集まり、「ストップ・ザ・医療崩壊！ ドクターズ・デモンストレーション」を行いました。集会に先立ち、被災地仙台での「震

災復興・医療再生シンポ」と、全国4カ所でのドクターズラン&ウォークがとりくまれました。医師・歯科医師による大規模デモは、国民皆保険実施年の1961年以来半世紀ぶりです。

※12 歯科酷書

格差と貧困の拡大で、歯科での受診抑制は医科よりも深刻と言われています。過酷な労働、派遣切り、無保険、治療費問題で口腔崩壊が進む一方、必要な治療を手控える事例が増えています。2009年11月、全日本民医連歯科部は、全国の加盟事業所から寄せられた事例をもとに「歯科酷書」を発表しました。

歯科酷書は、新聞など多くのメディアで取り上げられ大きな反響を呼んでいます。2011年12月に参議院厚労委員会で歯科酷書が紹介されると、国会議員からどよめきが起きました。私たちの目に触れるのは氷山の一角にすぎず、水面下ではより深刻な口腔崩壊が進行しています。

※13 緑色病院

韓国の源信レーヨンが日本の東洋レーヨン（現・東レ）から輸入した工場設備で、二硫化炭素中毒の労働災害が発生しました。職業病認定闘争による解決基金をもとに、職業病専門病院として1999年6月にできたのが緑色病院です。現在は366床、十数の診療科を有する総合病院です。

全日本民医連と緑色病院は、設立母体の源信財団との交流を通じて、2006年3月に交流協定を締結。お互いの総会への代表招待や平和学校、ジャンボリー、原水禁大会などで活発に交流しています。

※14 人道主義実践医師協議会（人医協）

韓国国民の健康権確立をめざし、医科大学に勤務する医師、公的病院の医師や開業医などで構成する進歩的医師の個人加盟団体。1980年代の韓国の民主化闘争を担った医師を中心に、1987年11月に設立されました。

主な活動として、医療・保健の民主化と向上をめざした運動、労働争議の支援、ホームレスをはじめ貧困者への医療支援、開発途上国への医療支援など。また、医学生とともに離島医療

研修などの活動を行っています。

※15 健康権実現のための保健医療団体連合（保健連合）

韓国の人道主義実践医師協議会、歯科医会、漢方医会、薬剤医会、労働衛生の医療関係5団体で構成。「医療の民営化反対」、「医療を全て保険で保障せよ」など韓国国民の人権を守り保健・医療の要求実現をめざす活動や、核廃絶・脱原発など平和問題に積極的にとりくむ連合組織。

近年は、人医協の医師とともに、広島・長崎で開かれる原水禁世界大会への参加、また、韓国で同連合などが開催する医療・介護のフォーラムに全日本民医連の代表が招かれ交流するなど、友好を深めています。

※16 DMAT、JMAT、PCAT

Disaster Medical Assistance Team の頭文字をとってDMAT（ディーマット）と呼ばれる災害派遣医療チーム。トレーニングを受けた医師、看護師、業務調整員で構成され、大規模災害や多傷病者が発生した事故などの現場で、急性期（おおむね四八時間以内）に活動します。

災害時に活動する医療チームとして、日本医師会災害医療チーム Japan Medical Association Team：JMAT（ジェイマット）や、日本プライマリ・ケア連合学会の災害医療支援チーム Primary Care for All Team：PCAT（ピーキャット）などもあります。

※17 21・老福連

正式名称は「21世紀・老人福祉の向上をめざす施設連絡会」。全国の老人ホーム施設長有志の呼びかけで2001年3月に発足しました。共同理念には「高齢者の人権と人格を尊重することを第一義とし」「だれもが安心して老いることのできる社会の実現と豊かな援助実践」を掲げています。

連絡会には民医連加盟の特養等も多数加盟しています。

※18 全日本民医連医師臨床研修センター（aequalis：イコリス）

ラテン語で「平等」という意味。民医連の理

念「無差別・平等」から命名し、2011年4月にスタートしました。イコリスは、①民医連内外に向けて民医連の研修情報の発信や宣伝、②指導医養成やプログラム整備など、研修内容向上に向けての教育・学習・研究、③研修医受け入れにあたっての調整・相談などが主な活動であり、民医連の研修を紹介し、交流する窓口の役割を果たしています。

※19 アンダー3000件

2004年から始まった新医師臨床研修制度の見直しで、臨床研修病院の指定基準を「年間入院患者数（新規）が3,000件以上」に制限することを厚労省が打ち出しました。民医連の研修病院の約3分の1が該当します。見直しが決定すれば、年間入院患者数3,000件以下の研修病院は臨床研修指定病院から外され、地域医療を守る医師研修、後継者育成が極めて困難になります。

※20 公益法人認定

2008年12月に公益法人関連三法が施行され、2013年11月までに新たな法人形態である公益（認定）法人もしくは一般法人に移行することとなりました。

公益（認定）法人は、公益目的事業が全体の50%を占める等の要件をクリアした上で、各都道府県の公益認定を受ける必要があります。2012年1月現在、京都保健会が民医連として初めて公益認定を受けました（民医連内の旧公益法人＝現・特例民法法人は2012年1月現在、14法人）。

※21 社会医療法人

救急医療やへき地医療など特に公益性の高い医療を担う法人として、2006年の医療法改正で創設。救急医療等について一定の要件や基準を満たした上で、都道府県知事の認可を受ける必要があります。2011年10月時点で、全国で152法人が認定されています。

一般の医療法人に比べて、公益性の高い医療の実施や行政による監督が強化される一方、医療保健業に係る法人税非課税や、社会福祉事業、収益事業の規制緩和などの措置があります。

※22 非営利一般法人

公益法人制度改革のなかで2006年に創設された法人形態の1つ。非営利を徹底する法人として剰余金の分配を行わないこと、解散時の残余財産を国等へ贈与、非営利法人に相応しい運営（理事会等）などが要件です。

認可された場合は、収益事業以外について法人税の非課税措置が受けられます。営利目的でなく医療・福祉等の社会的目的を掲げ、民主的な企業形態をめざす場合の選択肢になり得るものとして注目されています（民医連薬局など）。

※23 自己責任論

新自由主義的な路線を推し進める中で、国民に徹底的に流布されてきた思想。失業や貧困、医療費が支払えないなどの社会問題をすべて個人責任とすることで、憲法で義務づけられている社会保障などの国家責任を不問にしてしまいます。

さらにこの考え方は、なぜ、そうなったのか?、という疑問や問題意識を国民に持たせない狙いがあり、政府は怒りや運動を抑える手段として、マスコミも動員して繰り返し宣伝しています。

※24 99%の国民

「99%の者の権利を求める運動」として、2011年9月に「ウォール街を占拠せよ」のデモ活動に象徴される貧困と格差への抗議行動が広がりました。1%は富を独り占めしている金持ちや支配層を指し、99%はその政策により、増税、賃金抑制、雇用喪失など生活水準の低下を強いられる国民を指します。

この運動は、財政危機が深刻化するヨーロッパ、そしてアジアやオーストラリアなどにも広がり、10月15日には世界82カ国、951の都市でデモが行われました。東京でも「貧困をなくせ」「原発反対」「TPP反対」などを掲げた集会とデモが行われています。

※25 思いやり予算

在日米軍の駐留経費のうち日米地位協定上、本来は米政府が負担すべき経費を、日本政府が肩代わりしていること。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、「米国の財政が厳しいので、思いやりの精神で日本政府が負担する」と、新たな負担に応じました。2011年には1,858億円と、当初の30倍にも膨張し、この33年間で5兆9,400億円を超えています。

基地内の軍事施設や米軍家族の住宅、教会などの建設費、水光熱費、基地の日本人従業員の給料、演習移転費など米軍活動のほとんどすべてを対象にし、日本の税金で負担しています。この思いやり予算は、日本の財政が厳しい現在でも聖域とされ、いっさい削減されていません。

※26 非核兵器地帯条約

条約を結んだ国々の領域内で核兵器の使用（開発、核実験、保有、配備、実際の使用等）禁止を定めた条約のこと。また、領域外の核保有国が領域内で核実験・配備・使用することも禁止しています。

これまでに、中南米33カ国すべてが参加したトラテロルコ条約、太平洋の13の国と地域（自治領）が参加したラロトンガ条約、東南アジアのASEAN10カ国が参加したバンコク条約、アフリカ28カ国が参加したペリンダバ条約、中央アジア5カ国が参加したセメイ条約の5条約が結ばれています。

※27 資格証明書

資格証明書は、国民健康保険や後期高齢者医療保険の保険料（税）を滞納している世帯から保険証を取り上げ、制裁措置として保険証に代えて発行されています。保険給付の「一時差し止め通知」です。

資格証明書を持って受診した場合、医療機関窓口でいったん医療費全額を本人が支払ったのうち、7割を保険者に還付請求することになります。

※28 特定看護師

医師の包括的指示に基づき特定の医行為が実施できる新資格として、厚労省・チーム医療推進会議を中心に論議されています。「専門看護師」「認定看護師」など、質の向上を目的とした資格認定制度とは違い、医師が行うべき医行為を看護師に肩代わりさせるもの。医師不足解

消の安易な方策であるとして、日本医師会をはじめ多くの医療団体から反対の声があがっています。

「特定看護師」の呼称について、名称独占や業務独占への懸念が示されていることを踏まえ、厚労省は「看護師特定能力認証制度」として改めて提示しました。2011年12月の社会保障審議会に提出され、「社会保障・税一体改革」関連法案として「保健師助産師看護師法」の一部改正法案も準備されています。

この法案は特定の医行為とは何か、どのような教育カリキュラムであるべきかなどの本質には触れていません。特定の医行為の実施にあたっては、危害を生じる恐れのない業務実施体制と医師の具体的な指示の2要件が整えば、誰が実施してもよいという法案になっています。

※29 地域包括ケア

厚生労働省は「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、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々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。「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を、理想的な地域包括ケア圏域として提示しています。

厚労省が示す地域包括ケアは、身近な地域を単位に、生活の場である住まいを重視し、医療、介護、福祉が保障される体制であり、今後の重要な課題といえます。しかし、真の狙いは、「自己責任」「市場化」の理念を土台にすえ、高齢者・国民の要求を逆手にとり、国にとって「安上がり」な、「公費抑制・効率化システム」をつくりあげることにあり、病棟の再編や介護療養病床の廃止と連動し、その受け皿となる体制づくりといえます。社会保障・税一体改革の中で位置づけられ、「改正」介護保険法や介護報酬改定の中心的な考え方となっています。

※30 応能負担原則

社会保障の財源（保険料）は、所得の再分配によってまかなうのが原則です。収入が多い階層が応分の負担をし、収入が少ない階層は負担が免除されます。こうして、社会保障の給付は、

所得の格差に関係なく平等に享受できます。この原則は税金の徴収にも適用されることが必要です。

これに対し、各種サービスの受益者負担原則を強調した徴収方法を「応益負担」原則と言い、歴代の政府・厚労省が実施してきた考え方です。

※31 企業内福祉

企業が従業員に対して行う食事提供、家族手当、社宅などの福利厚生。もともとは恩恵的な生活保障の側面を持っていましたが、戦後日本では高揚する労働運動に対する「社会的妥協」という側面を持ちながら、日本の企業社会の柱として60年代から70年代を通じて、主に大企業の男性・正規職員を中心に拡大されてきました。

※32 限界集落

65歳以上の高齢者が集落人口の半数を超え、社会的共同生活の維持が困難な状態に置かれている集落。この限界を超えると、やがて集落の消滅に至るとされています。

高知大学名誉教授の大野晃氏が1991年に提唱した概念。2008年の国土交通省の調査では、65歳以上の高齢者が半数以上を占める全国7,878集落のうち、423が10年以内に消滅の可能性があるとされています。

※33 トモダチ作戦

東日本大震災の災害救助・救援を行った米軍の作戦のこと。最大時で人員2万人、艦船約20隻、航空機約160機を投入しました。

沖縄の普天間基地移設問題などで反基地の機運が高まる中、米軍の救援活動の姿を日本国民に見せることで、沖縄に米軍が駐留する必要性をアピールするために大いに利用されました。海兵隊は演習先だった東南アジアから日本へ急行し、4月1日に気仙沼・大島救援のための揚陸作戦を実施しました。

また、「トモダチ作戦は恐らく、放射線環境下では最も有名な作戦になるだろう」という米指揮官の発言にもあるように、米軍にとって絶好の軍事演習の機会ともなりました。

※34 原発利益共同体

原発建設や原発政策の推進によって利益を得

る関係者・団体などの総称。「原子カムラ」とも呼ばれます。原発1基の建設費は3,000～5,000億円。核燃料費、ランニングコスト、廃炉費用などは、すべて発電コストとして電気料金に含めてよいことになっています。また、電力会社の利潤も含めるので、原発にどんなに費用がかかっても電力会社の懐は痛みません。

原発をつくる原子炉メーカーも決まっています。原発をつくる際の建物建設や敷地整備などの工事を請け負うのは大手ゼネコンです。原発はほとんど鉄とコンクリートの固まりで、製鉄会社やセメント会社ももうかります。工事期間は約10年の長期になるため、資金調達は大銀行が引き受けます。これらが「原発利益共同体」の実態です。

こうした大企業は、政党・政治家に献金。政党・政治家が官僚に原発推進の制度・しくみをつくらせて、予算を確保します。共同体を維持するために、事故やトラブルが起きても、原発推進派の学者・研究者を総動員し「原発はあらゆることを想定し、安全対策を二重、三重にとっており危機的な事故は起こらない」との「安全神話」を振りまいてきました。安全神話の欺瞞は今回の福島第一原発事故ではっきりしました。

※35 福祉国家構想研究会

歴代の自公政権や政権交代した民主党政権が実行してきた構造改革政治をやめさせ、新たな福祉国家をめざす福祉国家型対抗構想を発表し、活発な論議を喚起することを目的としてつくられた研究会です。

共同代表には、岡田知弘京都大学大学院教授、後藤道夫都留文科大学教授、二宮厚美神戸大学教授、渡辺治一橋大学名誉教授の4人が就任しています。各分野の研究者・専門家だけでなく、全日本民医連をはじめ保団連、中央社保協、全労連などの運動団体も入会し、いっしょに議論をしています。

これまで、シンポジウム・説明会などを開催し、広く意見を求めてきました。2011年10月に『新たな福祉国家を展望する 社会保障基本法・社会保障憲章の提言』（福祉国家と基本法研究会編、旬報社）、12月に『誰でも安心できる医療保障へ 皆保険50年目の岐路（シリーズ新

福祉国家①）』（福祉国家構想研究会編、大月書店）を刊行しました。今後も介護、教育、雇用、税・財政、安保・外交政策など順次、発表予定です。

※36 地域主権改革

地方自治の本来のあり方は、その自治体の自らの権限と責任において地域の行政を処理するという「団体自治」と、その自治体の住民の意思と責任に基づいて行政を行う「住民自治」が、車の両輪として機能することが必要です。

しかし、民主党政権は「地域主権改革」の名の下に、憲法の「地方自治」を骨抜きにする道州制導入を前提に、一定規模の市町村に組み替えた基礎的自治体に変えようとしています。本来、国がやるべきナショナルミニマムにもとづく「公共サービス」（医療・介護・福祉・保育等）を地方に丸投げし、国民の安心・安全に関わる問題も後退させる重大な内容が含まれています。法律改正に伴い、各地方自治体では条例改正が必要とされ、2012年4月から具体化がされようとしています。

へき地の中にさらにへき地を作りだし、地域に生きる住民を自治体行政から遠ざけた平成の大合併が、東日本大震災の被害を拡大し、復旧・復興を遅らせました。憲法が掲げる「地方自治」の精神に沿って、住民参加型の住民自治の実現が地域と日本を再生する道です。

※37 非営利・協同総合研究所いのちとくらし

2002年に、全日本民医連が主体となって設立した研究所。目的は我が国の医療、福祉等の歴史やさまざまな制度、施策の調査・研究であり、特に非営利・協同の理念、意義、管理、経営、労働、会計、法制、税制等をテーマにしています。

現在、300を超える団体、医療関係者、学者などが加入し、海外調査、公開研究会や機関誌、研究所ニュースの発行や書籍の出版、研究助成の公募などを行っています。

※38 2025年医療・介護グランドデザイン

政府、厚労省が医療・介護の機能再編に向け、

2025年頃までのサービス需給状況、必要な費用やマンパワーについて推計し改革の方向性を示した。「社会保障・税一体改革」のなかで構想されています。医療・介護提供体制を「施設から地域へ」「医療から介護へ」と転換させていく構想といえます。

2012年の診療報酬・介護報酬同時改定と2013年第2次地域医療計画からスタートし、必要な法的整備をして、2025年に向けて完成させるとしています。病院・病床の機能分化（一般病床を「高度急性期」「一般急性期」「亜急性期・回復期」の3つに機能分化・類型化、平均在院日数短縮と病床数削減）、在宅医療の強化・地域包括ケアシステムの確立、人的パワーの確保と専門職種間の協働・役割分担の3つが主な柱です。

超高齢社会に必要な今日的な課題を提起している側面をもちつつも、本質的には新自由主義的な改革で、理念・サービス・財源など公的医療介護制度の変質・解体につながる危険があります。私たちも批判にとどまるだけでなく、「2025年」の医療・介護提供体制をどのようにしていくのか、特にその「3つの柱」についての対案を示し、運動と実践を進めレベルアップしていくことが求められています。

※39 医療活動の2つの柱

第39期運動方針で提起した「総合的な医療の質の向上」と「医療活動の8つの重点課題」を「医療活動の2つの柱」と位置づけています。

「総合的な医療の質の向上（Q I・医療安全・倫理）」を中心に置き、貧困と健康格差・超高齢社会に立ち向かい、地域医療を構築していく実践的医療課題として「8つの重点課題（①ヘルスプロモーション・保健予防、②がん医療も含む慢性疾患医療、③救急医療、④子どもを産み育てる地域社会と、子どもの貧困の克服、⑤リハビリ医療、⑥在宅医療、⑦チーム医療、⑧地域医療の連携）」を位置づけています。

これは、すべての事業所で実践・発展させる課題であり、「8つの重点課題」は、徹底した地域医療分析を前提に、各県連・法人での中長期的な戦略的策定の課題・水準を提起しています。

※40 健康権

健康権とは、WHO憲章前文や世界人権宣言に明文化されている「到達可能な最高水準の身体的及び精神的健康を享受する権利」の略称であり、多くの主要な国際人権条約に規定された人権の1つです。日本も健康権を規定した国際人権条約を批准しています。

「到達可能な最高水準の健康」という考えは、単に「健康である権利」ではなく、「最高水準の健康の実現のために必要な様々な施設、物資、サービス、条件、教育及び情報を享受する権利」と解釈されます。健康権はヘルスケアに対する権利だけでなく、安全な飲み水、十分な衛生、安全な食料、栄養及び住居の十分な供給、健康的な職業及び環境条件、並びに健康に関する教育及び情報へのアクセスのような、健康の基礎となる前提条件に対しても及ぶ包括的な権利です。

そうした広範な内容をもつ健康権を保障するために、国家には多くの義務が課せられています。特に、傷つきやすい人や社会の周辺に追いやられた人たちのために、差別なくアクセスする権利を保障することを健康権の中核的内容の1つとしています。さらに、健康権の実現には、健康に関連する全ての意思決定に人々の参加が保障されることが不可欠であり、「説明責任」「透明性」が確保されることが重要とされています。

また、健康権保障のあり方には、裁判等の司法救済による「司法アプローチ」と、健康権を政策プロセスに組み込んで、政策的に促進していく「政策アプローチ」があります。

※41 ヘルスプロモーション

WHO（世界保健機関）が、1986年のオタワ憲章において提唱した21世紀の健康戦略。「自分自身の健康をコントロールし改善していくとともに、これらの諸要因、健康のための基本的条件ないし資源をコントロールし、改善していくこと」と定義されています。

健康教育や生活改善等を通じて、個人が自分の健康を自分で管理するという個人的側面が強調される健康の自己責任論に対し、ヘルスプロモーションは個人的な側面とともに、健康に影響

響を与える環境を改善するという社会的側面が強調されており、環境の改善を伴うアクションを含んでいます。

とりわけ、ヘルスプロモーション活動は、現在の健康格差を少なくすることや、すべての人びとが自分の健康の潜在能力を十分に発揮できるような平等な機会と資源を確保することを目的としています。また、コミュニティ＝地域社会が実質的に健康増進の基本単位となるべきとし、コミュニティに権限と財源を分配すべきであると強調しています。端的に言えば、「健康権推進活動」と解釈できます。

※42 ノンテクニカルスキル

人間には認知能力の限界や心理的プレッシャーの影響など人間としての特性（ヒューマンファクター）が存在するため、専門的な知識や技術（テクニカルスキル）のみでは安全に業務を完遂できるとは限りません。近年、安全管理を進める上で、テクニカルスキルを補完し安全で効率よく業務をこなすために、ノンテクニカルスキルといわれる技能の重要性が強調されるようになりました。

ノンテクニカルスキルには「状況認識」、「意思決定」、「コミュニケーション」、「チームワーク」、「リーダーシップ」、「ストレス管理」、「疲労への対処」の7つの大きな柱があるとされています。

日本医療機能評価機構の医療事故情報収集・分析・提供事業の2009年医療事故報告によると、「知識が不足していた」「技術・手技が未熟だった」「教育・訓練に問題があった」などのテクニカルスキルが発生要因とされたものは12.9%であったのに対し、「確認・観察を怠った」「判断を誤った」「通常とは異なる身体的・心理的条件下にあった」「連携ができていなかった」「勤務状況が繁忙だった」などのノンテクニカルスキルが発生要因とされたものは69.2%を占めています。

※43 HPH (Health Promoting Hospitals & Health Services)

HPHとは、一般的には、「健康増進活動拠点病院」といわれていますが、正確には、診療

所や介護事業所も含まれます。

世界中で健康格差が深刻な社会問題となり、健康格差対策は、EUや国レベルの対策とともに、地域では、行政、労働組合、学校、NPO等が連帯し協力して進められています。病院の伝統的な役割は治療でしたが、それに加え、地域社会の一員として健康的な地域づくりにも貢献することが求められています。

HPHはWHOが提唱したもので、住民が健康に働き暮らすことが可能な支援的環境づくりを、病院の使命と自認する病院です。まさに民医連の病院・事業所といえます。HPHは2010年3月時点で41カ国、地域の777施設が加入する世界的ネットワークへと急速に発展しています。

アジアでは、台湾、シンガポール、タイ、日本、韓国に加入施設があります。国内では2008年に千鳥橋病院が第1号となり、最近、東京健生病院、大泉生協病院が加入しました。3施設以上だと日本支部が形成され、「HPH Japan Network」を作ることができます。

千鳥橋病院では、患者・職員・地域住民を対象に次の3つの健康実践を総合的にとりくんでいます。①患者の健康実践として「慢性疾患患者への包括的な禁煙アプローチ」、②職員の健康実践として「職員参加型の職場メンタルヘルス対策」、③地域の健康実践として「近隣学校と協力した子どもの虫歯予防教育」です。さらに、全職場参加型の活動として「1職場1HPHの実践」の具体化を開始しています。このような考え方や実践からすると、HPHとは、「健康権推進拠点病院」と表現する方が適切です。

※44 高齢者の終末期ケアの質を高める4条件

日本福祉大学終末期ケア研究会がまとめたもの。「質の高い終末期ケアの4条件」は、どこで最期を迎えたかという場所に着目するのではなく、どのようなチームで、どう看取ったかというプロセスに着目しました。

①本人や家族の明確な意思表示、②ケアを支える介護力やサポート、③終末期ケアを支える医学・医療的ケア、④本人や家族の願いを実現するために利用できる資源を結びつけるケアマネジメントを「質の高い終末期ケア」実践の4

条件（課題）としています。「臨床倫理4分割法」と同様に「終末期ケア4分割法」として積極的な活用・運用が期待されます。

※45 DPC制度(DPC・PDPS)

「DPC」の呼称については、①診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定制度を意味する場合（正確には包括部分と出来高部分で構成されている）と、②患者分類として診断群分類を意味する場合とが混在し、両者の使い分けを明確にしました。本来、DPC (Diagnosis Procedure Combination) は②の意味で作られた略称であり、支払制度の意味は含まれていません。このため、支払制度としてのDPC制度の略称についてはDPC・PDPS (Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System) とすることで、2010年12月16日のDPC評価分科会において整理されました。

11年4月現在、DPC病院は1,449、準備病院は201。病床数は46万9,329で、一般病床の51.7%を占めています。

※46 国保法四四条

国民健康保険法第44条は、「保険者（自治体）は、特別の理由がある被保険者で、一部負担金を支払うことが困難であると認められるものに対し、一部負担金を減額、支払免除、猶予することができる」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、実施・適用している自治体は一部に限られています。低所得を理由とする減免の判定基準を持つ自治体でも、実施・適用がゼロという自治体もあります。すべての自治体に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。

※47 全国革新懇

「国民が主人公」の日本をめざして、政治革新のために、思想や信条の違いをこえて共同する団体として1981年に誕生しました。

誕生以来、平和・民主主義・生活向上の3つの共同目標（①日本の経済を国民本位に転換し、暮らしが豊かになる日本をめざす、②日本国憲法を生かし、自由と人権、民主主義が発展する

日本をめざす、③日米安保条約をなくし、非核・非同盟・中立の平和な日本をめざす）にもとづく政治革新と、その国民多数派の形成をめざしています。

無党派や保守の人も大勢参加し、構成員は450万人を数え、草の根からの政治革新運動の発展に寄与しています。

※48 第11回共同組織活動交流集会

全日本民医連と共同組織全国連絡会（各県連の共同組織から委員が選出され、全国交流集会の企画、運営を行う）が共催し、組織形態の違いを超えて、全国の共同組織が一堂に集い、活動を交流する場です。

1991年2月に開催された「基盤となる組織活動交流集会」以後、2年ごとに開催されてきました。2010年6月21～22日に長崎で開催された第10回共同組織活動交流集会は、「なくそう核兵器 守ろう平和と人権 今こそ日本の医療と介護の再生を」をテーマに、全国から1,498人が参加し、262演題が報告されました。

第11回交流集会は、当初2011年9月に開催予定でしたが、東日本大震災の影響で2012年9月（岩手県花巻市）に延期されました。

※49 民医連の介護・福祉の理念「改定案」

私たちは、民医連綱領を実現し、日本国憲法が輝く社会をつくるために、地域に生きる利用者に寄り添い、その生活の再生と創造、継続をめざし、「3つの視点」と「5つの目標」を掲げ、共同組織とともにとりくみます。

3つの視点

- 一 利用者のおかれている実態と生活要求から出発します
- 二 利用者との介護者、専門職、地域との共同のいとなみの視点をつらぬきます
- 三 利用者の生活と権利を守るために実践し、ともにたたかいます

5つの目標

- 一（無差別・平等の追求）
人が人であることの尊厳と人権を何よりも大切にし、それを守り抜く無差別・平等の実践をすすめます
- 二（個別性の追求）

自己決定にもとづき、生活史、その人らしさを尊重した実践をすすめます

三（総合性の追求）

生活を丸ごととらえ、生きることそのものを総合的にささえる実践をすすめます

四（専門性と科学性の追求）

安全・安心を追求し、専門性と科学的な根拠に裏打ちされた質の高い実践をすすめます

五（まちづくりの追求）

地域に根ざし、連携をひろげ、誰もが、最後まで安心して住み続けられるまちづくりをすすめます

※50 SWOT分析

経営分析手法の1つ。強み（Strength）、弱み（Weakness）、機会（Opportunity）、脅威（Threat）の頭文字からSWOT（スウォット）と言います。事業方針や経営計画を策定するために、内部環境（経営資源）を強み（S）と弱み（W）から、外部環境（経営を取り巻く環境）を機会（O）と脅威（T）から分析する方法です。

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 16年間の推移

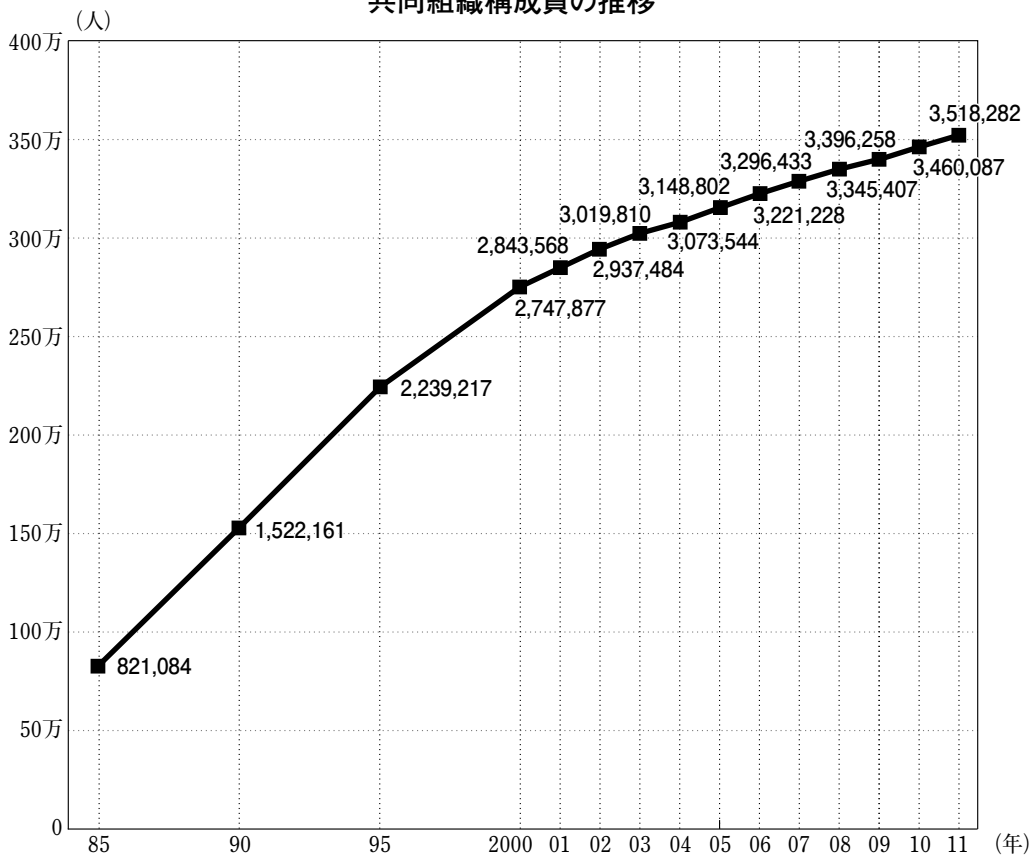
カッコ内は対前年差

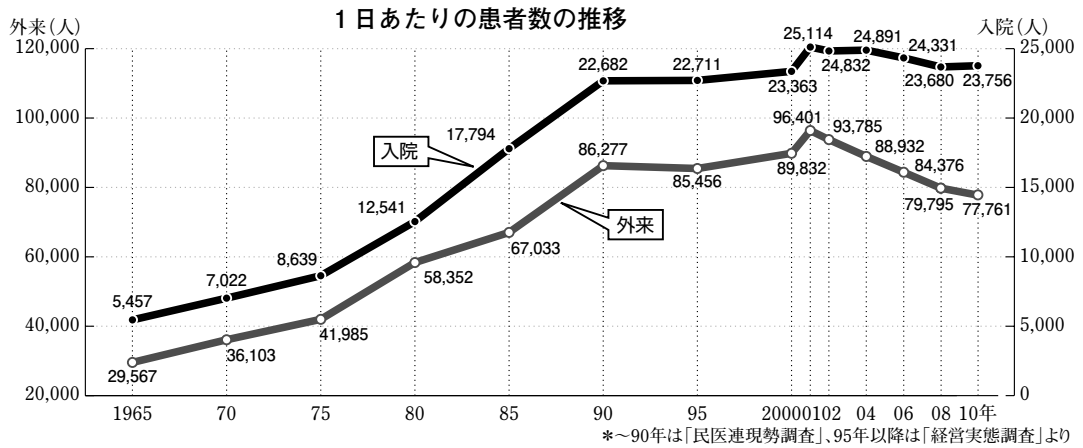
	病院	医科診療所	歯科施設	その他事業所	常勤換算職員数
1996年	155	367	79	195	41,285
1998年	154(-1)	408(+41)	82(+3)	411(+216)	44,654(+3,369)
2000年	153(-1)	461(+53)	95(+13)	664(+253)	47,943(+3,289)
2002年	154(+1)	481(+20)	107(+12)	803(+139)	52,264(+4,321)
2004年	152(-2)	511(+30)	111(+4)	908(+105)	56,773(+4,509)
2006年	154(+2)	522(+11)	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)
2011年	143(-4)	520(-5)	113(+2)	1,041(+23)	73,703(+5,949)

*事業所数は毎年1月末現在加盟数

*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





黒字・赤字法人分類別推移

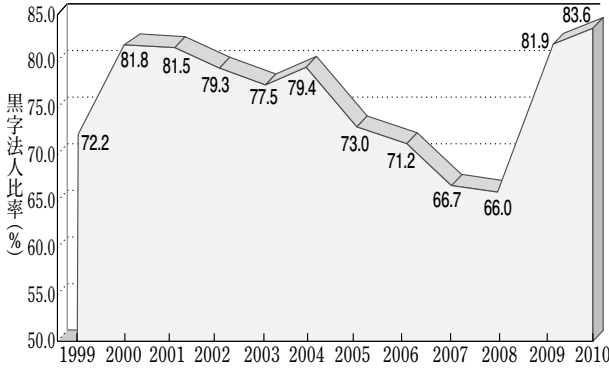
*年度途中開業・規模変更法人を含む

	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
2009	54	27	3	20	27	131	
2010	60	24	2	20	27	133	
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
2009	8	2	1	8	10	29	
2010	3	3	1	8	11	26	
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
2009	87.1	93.1	75.0	71.4	73.0	81.9	
2010	95.2	88.9	66.7	71.4	71.1	83.6	

【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)



※2010年度全日本民医連経営実態調査より

共同組織関係資料 ①構成員現勢は2011年12月末現在の数字、月次報告から作成。②「いつでも元気」は2012年2月号(2012年1月12日締)の数字、保健医療研究所への増減報告書から作成

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				
		2011年度 拡大目標	2011年度末 到達目標	今年度累計増減(11年4月～12月) 拡大数	減数	純増	現勢(2011 年12月末)	2年前 2010年2月号	最新号2010年1月12日締 増減	正職員数	対比		
北海道	人			7,169	11,709	△4,540	261,551	6,869	7,250	381	3,828	1.9	
青森	人	6,200		3,192	1,686	1,506	117,247	648	729	81	1,396	0.5	
岩手	世	1,000	30,312	874	304	570	29,882	175	215	40	221	1.0	
宮城	両	1,000	50,000	1,941	2,379	△438	46,229	2,983	2,863	△120	1,506	1.9	
秋田	人	294	8,529	133	604	△471	7,588	268	239	△29	1,065	0.2	
山形	人			2,546	1,491	1,055	66,281	1,239	1,277	38	1,394	0.9	
福島	人	6,312	88,845	3,243	3,607	△364	84,401	290	293	3	1,030	0.3	
茨城	両	800		352	223	129	20,629	327	312	△15	305	1.0	
栃木	人	1,000	13,360	370	145	225	12,585	53	57	4	75	0.8	
群馬	両	5,134	111,867	2,749	1,517	1,232	108,365	581	577	△4	1,335	0.4	
埼玉	世	9,720		6,780	2,655	4,125	234,489	587	638	51	1,265	0.5	
千葉	両			9,310	2,415	6,895	44,249	2,193	2,265	72	921	2.5	
東京	両			9,270	8,678	592	241,950	5,601	5,756	155	6,564	0.9	
神奈川	両	8,950		4,748	2,033	2,715	142,516	1,505	1,538	33	1,649	0.9	
新潟	世	1,800	35,175	1,400	625	775	34,150	635	661	26	1,076	0.6	
富山	両	1,500	27,136	1,045	806	239	25,875	381	372	△9	476	0.8	
石川	人	2,000	50,000	3,196	1,016	2,180	51,325	2,039	2,039	0	977	2.1	
福井	人	1,014	20,905	407	122	285	20,176	252	279	27	259	1.1	
山梨	両			802	744	58	19,613	1,294	1,273	△21	1,102	1.2	
長野	両		135,000	7,018	2,957	4,061	136,033	2,409	2,524	115	2,462	1.0	
岐阜	世			609	169	440	14,942	683	736	53	324	2.3	
静岡	両	1,450	13,700	664	325	339	12,863	863	884	21	239	3.7	
愛知	世			4,360	130	4,230	175,485	1,017	1,084	67	2,165	0.5	
三重	両	1,500	44,226	654	1,174	△520	42,206	200	191	△9	321	0.6	
滋賀	両	2,900	10,000	921	183	738	8,740	508	547	39	125	4.4	
京都	両	3,305		2,145	1,978	167	56,111	4,352	4,334	△18	1,930	2.2	
大阪	両	16,000	325,000	12,175	4,313	7,862	315,143	3,043	2,934	△109	2,589	1.1	
兵庫	両	9,000	165,000	6,632	2,374	4,258	164,634	1,069	1,204	135	1,584	0.8	
奈良	人	3,000	38,662	1,940	828	1,112	37,866	1,292	1,365	73	1,228	1.1	
和歌山	人			746	340	406	24,750	152	149	△3	324	0.5	
鳥取	人	3,950	49,453	1,477	571	906	46,409	349	357	8	586	0.6	
島根	人	4,437	57,955	2,329	1,120	1,209	54,727	281	295	14	1,067	0.3	
岡山	人			5,707	2,468	3,239	136,207	1,024	1,015	△9	2,073	0.5	
広島	人	6,100	102,129	3,718	1,616	2,102	98,134	318	312	△6	946	0.3	
山口	人	1,800		689	310	379	17,043	160	170	10	245	0.7	
徳島	人	3,000	44,804	1,479	534	945	42,749	157	232	75	396	0.6	
香川	世	2,500	45,123	1,646	244	1,402	44,045	179	192	13	525	0.4	
愛媛	人	4,000	43,197	2,705	634	2,071	43,268	193	282	89	310	0.9	
高知	両	2,000	55,430	918	499	419	53,849	121	152	31	215	0.7	
福岡	佐賀	6,982	91,187	4,641	1,192	3,449	87,752	5,275	5,211	△64	3,431	1.5	
長崎	人	821	14,787	622	54	568	14,549	604	658	54	391	1.7	
熊本	世	900	24,020	485	677	△192	22,928	1,457	1,543	86	613	2.5	
大分	人	2,000	25,457	1,442	410	1,032	24,489	168	192	24	252	0.8	
宮崎	人			1,764	1,626	138	46,298	275	330	55	221	1.5	
鹿児島	世	6,800	155,893	5,591	2,720	2,871	151,964	1,098	1,134	36	1,174	1.0	
沖縄	世	4,000	74,030	3,106	419	2,687	75,997	429	476	47	952	0.5	
		132,269	1,951,182	127,861	72,624	58,195	3,518,282	55,596	57,136	1,540	53,132	1.1	
								個人購読→	280	265	△15		
								合計部数→	55,876	57,401	1,525	53,132	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2011年10月1日現在)

共同組織構成員拡大・脱退数(18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	158,174	107,323	50,851
10年	157,895	98,957	58,938
11年12月末	127,861	72,624	58,195

『いつでも元気』部数 創刊からの推移

	年間実増	到達部数	活動交流集会
1991年12月号創刊号		5000部発行	
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
11年2月号	1,085	56,961	
12年2月号	440	57,401	

介護収益／事業収益比推移 (医科法人)

単位：%

	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年
A 法人	7.4	8.6	10.3	11.2	11.8	11.3	11.3	11.0	11.3	11.6	11.5
B 法人	10.3	11.0	12.9	14.7	15.2	16.6	19.3	19.1	19.3	20.1	19.9
C 法人	7.9	9.8	12.0	13.7	17.7	16.7	15.8	16.8	17.3	16.3	16.5
D 法人	19.4	23.1	26.9	30.5	33.6	33.4	32.3	32.7	33.8	34.7	37.2
E 法人	19.7	22.0	25.1	28.1	32.0	33.5	34.4	34.8	35.9	36.8	36.8
計	8.3	9.8	11.5	12.6	13.3	13.3	13.5	13.3	13.7	14.0	14.0

※民医連「経営実態調査」より。A～E法人は民医連内で使用する医科の法人分類で、病院数・病床数・診療所数によって区分。Aは150床以上の病院を含む法人、Bは150床未満の病院を含む法人、Cは単独病院を有する法人、Dは複数の診療所を有する法人、Eは単独診療所の法人

介護保険・指定事業所数

		2010年4月		2011年4月	
		事業所数	利用者数	事業所数	利用者数
訪問介護	介護予防訪問介護	262	6,663	262	6,934
	訪問介護	273	16,677	271	16,356
訪問介護		273	23,340	271	23,290
訪問入浴	介護予防訪問入浴	7	0	7	1
	訪問入浴	8	207	8	233
訪問入浴		8	207	8	234
訪問看護	介護予防訪問看護	302	1,338	297	1,258
	訪問看護(介護保険)	328	17,631	315	16,902
訪問看護		328	18,969	315	18,160
訪問リハ	介護予防訪問リハ	70	158	72	192
	訪問リハ	89	1,960	91	2,143
訪問リハ		89	2,118	91	2,335
■訪問系サービス合計		698	44,634	685	44,019
通所介護	介護予防通所介護	251	2,606	262	2,813
	通所介護	266	11,750	271	12,539
通所介護		266	14,356	271	15,352
通所リハ	介護予防通所リハ	204	2,559	209	2,684
	通所リハ	220	12,734	214	12,231
通所リハ		220	15,293	214	14,915
療養通所介護		0	0	0	0
■通所系サービス合計		486	29,649	485	30,267
短期入所生活介護	介護予防短期入所生活介護(併設型事業所)	20	24	22	23
	短期入所生活介護(併設型事業所)	27	1,238	28	1,302
短期入所生活介護	介護予防短期入所生活介護(単独型事業所)	17	112	19	99
	短期入所生活介護(単独型事業所)	19	1,336	21	1,381
短期入所生活介護		46	2,710	49	2,805
短期入所療養介護	介護予防短期入所療養介護	46	29	45	21
	短期入所療養介護	48	1,458	48	1,411
短期入所療養介護		48	1,487	48	1,432
■短期入所サービス合計		94	4,197	97	4,237
特定施設入居者生活介護	介護予防特定施設入居者生活介護	3	12	4	12
	特定施設入居者生活介護	6	124	6	140
特定施設入居者生活介護		6	136	6	152
福祉用具貸与	介護予防福祉用具貸与	47	650	44	744
	福祉用具貸与	69	7,451	76	8,543
福祉用具貸与		69	8,101	76	9,287
○居宅サービス合計		1,353	86,717	1,349	87,962
介護予防支援事業(地域包括作成分)		56	7,019	59	7,553
居宅介護支援事業		483	46,808	468	47,230
〃 受託予防ケアプラン			3,444		3,557
(*再掲:特定事業所加算算定分)		148	22,603	177	26,532
○介護予防・居宅介護支援合計		539	57,271	527	58,340
老人福祉施設		17	1,093	18	1,105
老人保健施設		43	3,259	44	3,275
介護療養型医療施設		8	228	6	198
○施設合計		68	4,580	68	4,578
夜間対応型訪問介護		1	12	1	32
認知症対応型通所介護	介護予防認知症対応型通所介護	42	18	46	13
	認知症対応型通所介護	59	1,242	66	1,215
認知症対応型通所介護		59	1,260	66	1,228
小規模多機能型居宅介護	介護予防小規模多機能型居宅介護	24	31	29	40
	小規模多機能型居宅介護	28	428	35	625
小規模多機能型居宅介護		28	459	35	665
認知症対応型共同生活介護	介護予防認知症対応型共同生活介護	29	2	36	3
	認知症対応型共同生活介護	48	595	54	652
認知症対応型共同生活介護		48	597	54	655
地域密着型特定施設入居者生活介護		1	29	1	29
地域密着型介護福祉施設		1	29	1	28
○地域密着型サービス合計		138	2,386	158	2,637
総計		2,098	150,954	2,102	153,517

※「事業基本調査」より

無料低額診療事業実施事業所数

2012年1月10日 現在

県連名	病院	診療所	歯科診療所	老健施設	合計
北海道	8	21		2	31
青森	4	9			13
岩手	1	1			2
宮城	4	1			5
秋田					
山形	4	1		1	6
福島	1			1	2
茨城				1	1
栃木					
群馬	1	4			5
埼玉	1	1			2
千葉	2	9			11
東京	4	4	2	1	11
神奈川	3	11		2	16
山梨	3	4	3		10
長野	5			2	7
新潟		1		1	2
富山	1	2			3
石川	2	1			3
福井					
岐阜	1	3			4
静岡	1	3			4
愛知	1				1
三重					
滋賀		3		1	4
京都	4	26	2		32
大阪	2	8	1	2	13
兵庫	3	18	2	1	24
奈良	1				1
和歌山	1	4			5
岡山	3	1			4
広島					
鳥取	1				1
島根					
山口	1	1			2
徳島	1				1
香川	1				1
愛媛	2				2
高知		1			1
福岡・佐賀	7	16	2		25
長崎	1	3			4
熊本	2	2			4
大分	1	1	1		3
鹿児島	1				1
宮崎	1	3			4
沖縄	2	4			6
合計	82	167	13	15	277

新卒看護師受入数の推移

新卒看護師受入数	
卒年	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
2010年卒	926
2011年卒	958

(看護師、保健師、助産師の合計)

新卒・初期研修医受入数の推移

医師受入数	
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
2010年	117/132
2011年	111/122

職種別職員数の推移

職種	2007年 10月1日現在	2009年 10月1日現在	2011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	3,287.5	3,102.2	3,123.2	21.0	100.7	△ 164.3	95.0
	非正職員	668.2	769.8	880.8	111.0	114.4	212.6	131.8
歯科医師	正職員	315.9	329.6	312.1	△ 17.5	94.7	△ 3.8	98.8
	非正職員	33.4	27.2	59.9	32.7	220.2	26.5	179.3
薬剤師		2,538.0	2,616.8	2,630.6	13.8	100.5	92.6	103.7
看護	保健師	298.3	414.3	473.0	58.7	114.2	174.7	158.6
	助産師	326.0	346.7	360.3	13.6	103.9	34.3	110.5
	看護師	18,901.0	19,299.3	20,323.8	1,024.5	105.3	1,422.8	107.5
	准看護師	3,848.0	3,756.9	3,586.3	△ 170.6	95.5	△ 261.7	93.2
介護	看護業務補助者	1,321.0	1,459.1	1,634.1	175.0	112.0	313.1	123.7
	介護福祉士	5,035.0	6,205.9	8,064.9	1,859.0	130.0	3,029.9	160.2
	ホームヘルパー	3,124.0	3,129.2	2,981.2	△ 148.0	95.3	△ 142.8	95.4
	その他の介護職	2,500.0	2,539.2	2,789.1	249.9	109.8	289.1	111.6
歯科	歯科衛生士	696.2	674.1	737.9	63.8	109.5	41.7	106.0
	歯科技工士	177.3	171.9	168.7	△ 3.2	98.1	△ 8.6	95.1
	歯科業務補助者	77.5	68.1	96.1	28.0	141.1	18.6	124.0
放射線	診療放射線技師	1,015.0	1,017.0	1,044.6	27.6	102.7	29.6	102.9
	診療X線技師	7.8	7.3	11.1	3.8	152.6	3.3	142.8
検査	臨床検査技師	1,588.0	1,577.8	1,609.2	31.4	102.0	21.2	101.3
	衛生検査技師	13.1	12.2	9.1	△ 3.1	74.6	△ 4.0	69.5
臨床工学技士		385.2	426.3	472.7	46.4	110.9	87.5	122.7
リハビリ	理学療法士	1,352.0	1,788.0	2,348.3	560.3	131.3	996.3	173.7
	作業療法士	1,008.0	1,284.2	1,595.3	311.1	124.2	587.3	158.3
	視能訓練士	50.6	64.6	59.0	△ 5.6	91.4	8.5	116.8
	言語聴覚士	238.9	309.8	462.1	152.3	149.2	223.2	193.4
義肢装具士		0.0	1.0	1.0	0.0	100.0	1.0	
マッサージ師		45.2	38.5	34.7	△ 3.8	90.1	△ 10.5	76.8
鍼灸師		78.2	66.2	60.8	△ 5.5	91.8	△ 17.4	77.7
栄養	管理栄養士	565.5	589.4	614.5	25.1	104.3	49.0	108.7
	栄養士	128.0	119.5	134.6	15.1	112.7	6.6	105.2
	調理師	1,139.0	1,097.7	1,131.5	33.8	103.1	△ 7.5	99.3
	調理員	619.0	694.6	735.8	41.2	105.9	116.8	118.9
その他の技術員		384.0	338.3	307.3	△ 31.0	90.8	△ 76.7	80.0
SW	社会福祉士	528.3	588.6	667.7	79.1	113.4	139.4	126.4
	精神保健福祉士	98.9	102.7	125.5	22.8	122.2	26.6	126.9
	その他のSW	266.4	237.2	269.6	32.4	113.7	3.2	101.2
保育士		240.1	226.5	303.3	76.8	133.9	63.2	126.3
事務職員		10,831.6	11,081.0	11,947.7	866.7	107.8	1,116.2	110.3
その他の職員		1,330.0	1,573.8	1,535.5	△ 38.3	97.6	205.5	115.4
合計		65,060.0	68,152.5	73,703.0	5,550.5	108.1	8,642.9	113.3

第40回総会方針案の修正と補強

方針案を提起して以降の情勢の発展と、県連・事業所での議論、および第40回総会での討論をふまえて、第40期第2回理事会で修正・補強を行って、第40回定期総会運動方針とします。以下に主な修正部分を掲載します。

	2012年1月21日民医連新聞号外	決定
P2三段目左から2行	この後に右記を補強	こうした国民の中にある「閉塞感」に乗じて橋下大阪市長らによる「維新の会」が大きく勢力を伸ばしています。しかし、その主張は、民主主義や人権を全面的に否定するものであり、きわめて危険な動きで
P2七段目左から9行	二七〇	二七七
P3一段目右から24行	この後に右記を補強	また、全国各地でホームレス支援などが取り組まれています。
P3一段目左から13行	先頃、被災県である福島県知事は一八歳までの医療費無料化を打ち出しました。	先頃、福島県が国に要望した一八歳までの医療費無料化を国は拒否しました。県知事は県民の健康を守るために県単独事業として行う方針を打ち出しました。全日本民医連はこの決断を支持するとともに、国の制度として実現するよう運動を強めます。
P3二段目右から6行	青森・健生病院や長野・健和会病院では、徹底した地域医療分析を前提に医療活動の展望と医師養成の戦略を確立し、実践の中で多くの教訓を生み出し	削除
P3二段目左から18行	昨年交流集会では、指標の活用と改善に結びつけた事例・実践が、一〇〇床規模の病院からも報告されています。	削除
P3三段目右から9行・22	鹿児島はじめ、鹿児島のみならず	鹿児島、新潟はじめ、鹿児島、新潟のみならず
P3六段目右から5行	また、民医連が作成した動画も積極的に活用されました。	削除
P3六段目左から4行	八年ぶり	九年ぶり
P3七段目右から6行	第八は、国際交流分野の前進です。引き続き、キューバや韓国などの	第八は、引き続き
P3七段目右から21行	アフリカなど	削除
P3七段目左から15行	現在、経済改革が進行中であり、今後どのように変化していくか注目したいと思います。	削除
P4六段目右から9行	この後に右記を補強	今後も困難な生活を余儀なくされている被災者のいのちと健康、暮らしを守る活動に継続的に取り組み
P4七段目左から3行	贈呈や	寄贈や医療福祉生協連合会と共同して
P5二段目右から9行	自殺	自殺
P6一段目右から2行	「調査～論証されれば」を削除し、右記を修正・補強	調査し、研修条件が整っており、研修医が目標を達成しているところは継続するとの方向性を打ち出しました。制度存続の可能性が広がり、今後の日本の医師養成にも大きな影響を及ぼします。さらに大きな運動で中小病院での臨床研修制度を守りぬきま
P6一段目右から7行	民医連の病院は一二病院が調査対象となっており、「オール民医連」の立場で民医連の臨研が継続できる条件を作ると同時に、民医連以外の中小の臨研病院が同じように継続できるように連携や援助を強めていくことを重視します。	削除
P6一段目左から20行	全国的に連携し専門性の獲得、	全国組織の強みを活かした
P6一段目左から13行	右記を挿入・補強	ことや過重労働の軽減策の具体化、医師の集団
P6二段目左から14行	右記を挿入・補強	それでも多くの医療機関が赤字です。医療経営が
P6三段目左から18行	の五法人	、熊本・芳和会の六法人
P7一段目右から6行	中南米ではアメリカ合衆国の支配を断ち切って民主的な政権づくりが前進し、	中南米ではいくつかの国でアメリカ合衆国の支配を断ち切って左派政権が誕生し、
P7二段目右から8行	東京では毎週のように「素人の乱」などによる	全国各地で様々な

P7一段目左から17行 P7三段目右から15行	二〇一〇年 七五%	二〇一一年(決定集未修正) 七四%
P8一段目左から2行	「この～適用されています。」を削除し、右記を補強	また、後期高齢者医療制度は二〇一〇年度、保険料が払えない滞納者が二八万五〇〇〇人にのぼり、うち年金などの差し押さえが一七九二人となっています。しかし、今春、四三都道府県で大幅な値上げが予定されており、あまりにも過酷なこの制度は一刻も早く廃止するしかありません。
P8三段目右から15行	しかも、消費税の大幅引き上げとセットであり、実施されれば国民生活は極めて深刻な事態となります。	削除
P8三段目右から23行 P8四段目右から5行	右記を挿入・補強 右記を挿入・補強	想定し、今回の「一体改革」を打ち出しています。生活保護では、老齢加算は廃止されたままです。ま
P8六段目左から14行	このように社会保障の全面的な改悪が目白押しです。	削除
P8七段目右から25行	全日本民医連は、医療・介護再生のために、診療報酬・介護報酬の大幅なアップと改善を求めて運動を強めます。	全日本民医連は、他の関係団体にも呼びかけ医療・介護再生のために、大幅な引き上げを求め、診療報酬・介護報酬再改定の運動を強めます。
P9二段目左から6行	右記を挿入・補強	さらに、混合診療の全面解禁や医療特区などアメリカの株式会社による病院経営への参加が狙われています。国民皆保険制度を守るためにもTPP阻止の運動を広げましょう。
P9五段目右から7行	それが新自由主義に基づく「構造改革」の歴史です。	削除
P9七段目右から13行	これをもっと法人税を下げろ、消費税を上げろと主張しているのが、財界・大企業です。	削除
P10一段目左から14行	「市場にすべてを任せれば、すべてうまくいく」、だから「企業を強くすることが国の仕事」という	削除
P10二段目左から2行	起きました。犠牲者高齢者や障害者など社会的弱者でした。また、	一万五〇〇〇人以上が亡くなられ、一年経ってもなお、行方不明者が三〇〇〇人以上です。また、
P10三段目左から7行	子どもたちに「自衛隊さんありがとう」と作文を書かせるようなことをやらせ、	削除
P10四段目左から1行	その一方で、日本経済の活性剤と称して「原発輸出」をおしすすめようとしている国の姿勢に批判が集まっています。	削除
P10七段目左から4行	漏れ出せば、人類と地球の終焉ともいえる状況が出現します。	漏れ出せば、極めて深刻な事態となります。
P11二段目右から3行	「原発」問題は、社会のあり方を根本から変える転機です。	削除
P11一段目左から30行	医療や介護、教育、保育などを「市場原理」に委ねるわけにはいきません。	削除
P11一段目左から17行	世論は、政府高官らによる相次ぐ暴言もあり「沸点」に達しています。	世論は変わっていません。
P11五段目左から18行	右記を挿入・補強	地震と大津波と原発事故という人災から約一年が経過しましたが、今なお困難な生活を余儀なくされている人が数十万人とされています。私たちは、現地で奮闘している民医連の事業所や仲間への支援を引き続き行っていきます。そして仮設住宅などで生活されている人々の生活と健康を守り、孤独死や関連死などが出ないように具体的な行動と国や行政への運動を強めます。そして、
P12一段目右から2行	右記を挿入・補強	廃炉、原子力空母の横須賀からの撤退、原発再稼働反対と
P12一段目左から11行	医療法改定の法的整備など本格的に着手しています。その「グランドデザイン	医療法改定の法的整備をすすめようとしています。その柱である

P12二段目左から8行	県連・法人は、「二〇二五年県連・法人戦略」、その要としての「医療活動と医師養成の一体化、その戦略」について、	削除
P12三段目右から1行	1. 世界の健康権実践に学び、とりくもう	1. 健康権を探究し、実践課題として取り組もう
P12五段目右から4行	国際人権条約に規定された人権の一つ	国際人権規約に規定された基本的人権の一つ
P12五段目右から21行	「また、健康権の提起は～必要がありません。」を削除し、右記を挿入・補強	当然、健康を破壊する最大の要因である戦争や飢餓の克服はその前提条件です。健康権の提起は、「最も困難な人の最後のよりどころであり、すべての人の人権を守る」という民医連の理念・歴史・実践と共通するものです。相対的貧困が六人に一人など「貧困と格差」の広がりや、多くの人々の生存・生活と健康を脅かしています。朝日訴訟などを通じて勝ち取った憲法二五条の生存権保障のために民医連は全力を尽くすとともに、人びとの健康を脅かす社会的決定要因の究明・克服とすべての人びとの健康権保障の実践・運動を重ね深めていきましょう。さらに、健康権と切り離せない分野として、最大の環境破壊である放射能汚染はもちろんとして、水俣病、大気汚染、アスベスト、基地騒音など環境問題
P12五段目左から7行	「①健康の自己責任論に～五つがあります。」を削除し、右記を挿入・補強	①国の政策の根底にある健康の自己責任論の対抗軸としての健康権の位置づけ、②憲法一三条、二五条と健康権の関係、③健康権の到達すべき具体的な内容の提示、④綱領の実践に健康権を位置づける意義、などがあります。
P12六段目右から11行	「日本においても～奮闘しましょう。」を削除し、右記を挿入・補強	健康権の主体は患者、国民であり、医療・介護職は人権実現の重要な担い手という自覚が必要です。そして、健康権保障の責任は国が負わなければなりません。民医連はすべての国民の生存権を守る活動に積極的に関わるとともに、健康権保障の担い手として大いに奮闘しましょう。
P12七段目左から6行	大泉生協病院の三つ	大泉生協病院、みさと健和病院の四つ
P13二段目右から11行	慢性疾患医療活動など「基本的な三つの視点」や	削除
P13四段目左から2行	パターンリズムを排し	削除
P13五段目右から18行	第六に、民医連がめざす医療活動を前進させる上で、家庭医・総合医、専門医のバランスのとれた養成とその日常的な連携が重要です。医療部・医師部と自主研究会、診療所委員会、家庭医グループとの連携・協同をいっそうすすめていきます。また、精神疾患の患者数が三二三万人と最も多い疾患であり、第二期地域医療計画では、新たに精神疾患が追加され「五疾患五事業」になります。民医連としても住民の健康に欠かせない精神保健医療活動の前進とその連携を重視します。	第六に、住民の健康に欠かせない精神保健医療活動の前進と連携を重視してゆきます。精神疾患の患者数が三二三万人と最も多い疾患であり、第二期地域医療計画では、あらたに精神疾患が追加され「五疾患五事業」になりました。貧困問題や労働環境などの悪化がうつ病に大きく関与しています。自殺予防も重要です。子どものこころの健康から高齢者のうつ状態や認知症の問題まで、医療・介護の実践全体にメンタルヘルスや精神疾患の理解と対応が求められています。震災後・原発事故後のこころの健康への影響もみておく必要があります。自県連に精神科のあるなしにかかわらず、民医連としてもこの分野の活動をこれまで以上に重視してゆきます。こうした、民医連がめざす医療活動を前進させる上で、家庭医・総合医、専門医のバランスのとれた養成とその日常的な連携が重要です。医療部・医師部と自主研究会、診療所委員会、家庭医グループとの
P13七段目右から3行	この後に右記を補強	診療所(有床診療所含む)は民医連運動の原点です。より地域に密着し、住民の生活を把握し、病院や介護の事業をつなぐ役割があります。そうした役割が果たせるよう、全国の経験の普及や交流の機会として、全国、地協レベルでの会議の開催などを企画し、診療所を担う医師養成にも積極的に取り組

P14一段目右から12行	政府が構想する「自己責任」「市場化」を土台とした、国にとって「安上がり」な、困難層を排除する体系ではなく、	削除
P14一段目右から24行	右記を挿入・補強	障がい者の人権を守る活動をすすめます。新「再生プラン案」を携え、
P14一段目左から12行	右記を挿入・補強	訪問看護や無料低額診療など、いつの時代にも住民の切実な要求に基づいて民医連は時代を切り開く先駆的課題に挑戦してきました。
P14二段目右から25行	右記を挿入・補強	あらためて今後、実践的課題として提起します。法人内ネットワークの強化と地域連携の
P14二段目左から7行	「小さいことはいいことだ」を合言葉に	利用者に寄り添った
P14四段目右から10行	右記を挿入・補強	「たん吸引」行為が介護職に拡大されました。現実的な対応をせざるを得ませんが、責任の所在や十分な研修の保証などを含めた「たたかいと対応」を
P14三段目左から22行	超高齢社会における地域歯科医療、共同組織の中での（「八〇二〇」運動の達成など）民医連歯科の役割は増えています。	地域に根ざした歯科医療の推進、共同組織の中でのハミガキセミプロづくり、「八〇二〇」運動など民医連歯科の役割は増えています。さらに超高齢社会の中で、医科・歯科や介護との連携を行っている民医連歯科の特徴を伸ばしていくことが重要です。
P14五段目右から15行	インプラントの	金属部分床義歯などの医行為の
P14七段目右から23行	右記を挿入・修正・補強	自民・民主合わせても支持率は三割にとどまり、圧倒的な国民は「政治には期待しているものの支持政党なし」という状況です。国政進出を狙う大阪維新の会の動きに対し、事実から出発し、学習し、具体的なたたかいを強めることを重視します。前進も後退もありうる「せめぎあい」の時代です。そうした時に、職員、共同組織の中で学習を強め「本質を見抜く力」を蓄え、「構造改悪」に反対し、憲法九条、二五条を守る勢力が国政でも地方政治でも大きく前進できる状況を作り出しましょう。そのために運動や形態も工夫を凝らし、より多くの職員や共同組織の仲間が主体的に参加できる状況を作り出しましょう。
P14七段目左から17行	（全国革新懇※47）への参加や幅広い人が登場する	（全国革新懇※47）の役割が重要となっています。保守系の人々はじめ多くの要求で一致する人が参加する地域革新懇運動へのかかわりを強めることや参加や幅広い人が登場する全国
P15三段目左から9行	（1）民医連の医師養成の深化・発展をめざそう	（1）民医連の医師養成の発展をめざそう
P15五段目右から13行	地方の大学を中心に医学部定員に「地域枠」が設定・増員されています。民医連の事業所が、積極的に手あげして、これまでの実績を生かし、地域医療の担い手づくりに意識的に関わります。皆、「人権」「医療変革」を共通項とする民医連の医師です。	削除
P15六段目右から18行	労災・職業病、公害問題などの国民の健康権保障とまちづくりに欠かせない地域の総合的な保健・医療・介護体制の形成と、それを担う	削除
P15六段目右から30行	労災・職業病、公害問題などの	労災・職業病、環境公害問題などの
P15七段目右から6行	他の職種との共同で、	削除
P15七段目右から18行	研修医を育てるしくみを確立しましょう。また、全医師の日常活動と研修プログラムのうちに、在宅・往診活動、社会医学の分野を積極的に位置づけ、矛盾の集中心となっている地域、生活と労働の場からの学びを強めましょう。	他の職種との共同で、地域とともに歩む医師として育ち合いましょう。
P15七段目右から18行		削除

P16一段目右から2行	この後に右記を補強	集団づくりを重視しましょう。かつて民医連で研修や働いたことのある医師を含め、既卒医師対策を重視し、継続的に取り組みましょう。
P16一段目左から23行	知的感性	若者らしい感性
P16二段目左から5行	医学部の定員増や地域卒医学生の増加もふまえ、	削除
P16五段目右から25行	この後に右記を補強	二〇一二年九月三〇日～十月一日、徳島で開催予定の第十一回全日本民医連看護介護活動研究交流集会を成功させましょう。
P16六段目右から29行	医師研修を充実させる上でも、チーム医療の担い手としても役割を發揮しましょう。	医療の質や医師研修を充実させる上でも、チーム医療の担い手としても薬剤師の役割が増えています。保険薬局の非営利一般法人化への検討をすす
P17一段目左から22行	SWは、	SWは、貧困を可視化し、社会問題とすること、そして具体的な援助者を通じて、
P17一段目左から19行	などの分野も各専門性を發揮して	などの分野もNSTなどチーム医療を担い療養指導、食の安全、さらには被ばく問題や環境問題へのかかわりなど人権、健康権の守り手として、専門性
P17一段目左から7行	ここに右記を挿入・補強	民医連に働く事務は一万一〇〇〇人を超え、全職員の一六%を占めています。それは、あらゆる部面で民医連運動の推進力としての役割を期待されている反映です。だからこそ、事務集団として成長をめざし、また全
P17二段目右から1行	民医連運動のコーディネーターとして「政治性、実務力、組織力」	「実務力、政策力、組織力」
P17二段目右から14行	この後に右記を補強	各県連、法人では計画的な採用計画や養成方針を持ちましょう。
P17二段目右から15行	8. 民医連運動を担う人づくり	8. 民医連運動を担う人づくりと健康で働き続けられる職場づくり
P17三段目右から10行	ここに右記を挿入・補強	また、喫煙の健康への影響や施設内禁煙がすすむ中、民医連職員の禁煙を促進しましょう。
P17四段目右から3行	この後に右記を補強	そのためにも意識的に職責を育てる方針を持ちましょう。これらを踏まえて「全日本民医連の教育政策」を作成していきます。
P17六段目左から6行	民医連職員相互の助け合い事業を守るために現在とりくんでいる慰労会の組織整備を成功させながら、	何よりも仲間を大切にする民医連組織として団結を固め、