

全日本民医連第41回定期総会

運動方針

目次

はじめに	3
第1章 全日本民医連創立60年、さらに地域とともに確かな歩みを	4
第2章 「激変・激突」の情勢・時代をどうみるか	5
第1節 世界は大きく変わりつつある	5
第2節 「戦後民主主義」を否定する第二次安倍政権	6
第3節 国民生活の現状はどうか～事実からとらえる～	7
第4節 アベノミクスで「社会保障」が壊される	8
第5節 原発と被害者をめぐる情勢	10
第6節 時代・情勢をみる「物差し」はなにか	11
第3章 政府の医療・介護「改革」、新専門医制度と「民医連の提言」	12
第1節 医療・介護提供体制の「改革」、「地域包括ケア」の動向と問題点	12
第2節 医師養成をめぐる情勢の新たな局面	14
第3節 人権としての医療・介護保障めざす民医連の提言	16
第4章 この2年間のとりくみのまとめと課題	17
第1節 「いのち」「社会保障」を守る運動の到達点	17
第2節 福島連帯・被ばく医療のとりくみ	19
第3節 医療分野における重点のまとめ	19

第4節 介護・福祉分野の到達点と課題	22
第5節 医師の確保と養成	23
第6節 歯科分野のとりくみのまとめ	24
第7節 職員の確保と養成と各分野の活動	25
第8節 経営の到達点と課題	29
第9節 共同組織の活動の到達点	31
第10節 全日本民医連としての活動	31
第5章 民医連はこれから2年間どのように活動し「飛躍」するか	33
第1節 新しい福祉国家を展望した提案で共同を広げ、憲法を守り、人権としての社会保障を実現しよう	33
第2節 医師養成を結合させ、民医連らしい医療活動の前進をかちとろう	35
第3節 変革と創造の視点を持ち、「地域包括ケア」時代に立ち向かおう	37
第4節 今こそ、民医連綱領を実践する医師養成の「飛躍」を	40
第5節 今後2年間の経営方針～管理運営と非営利・協同の事業体として経営力量の向上を	42
第6節 「人間的な発達ができる」民医連の職場づくりと管理運営の向上	45
第7節 共同組織の質量面での強化で新たな役割の獲得を	47
第8節 改めて全日本民医連・地協に結集し、県連機能を見直し高めよう	48
おわりに	48

はじめに

新綱領を決定した第39回総会から4年、東日本大震災復興の最中に開かれた第40回総会から2年が経過しました。東日本大震災・福島原発

事故（2011年3月11日）は、いまなお「これからの日本と社会のあり方」を問い続けています。2013年6月7日、全日本民医連は結成60周年

を迎えました。一貫して「いのちの平等」を貫いてきた民医連は、いのち輝く新しい日本を作ろうとする多くの国民とともに多様な運動をすすめながら架け橋の役割を担ってきました。

2012年12月の政権交代の結果現れた第二次安倍政権は、日本国憲法のもとで国民が守り発展させてきた平和的生存権という戦後政治の枠組みを大きく変えようとしています。2014年の自民党運動方針では「不戦の誓いと平和国家の理念を貫く」という文言が削除され、憲法を変えなくても戦争ができる国家安全保障基本法の制定を狙っています。

一方、原発のない日本へ、TPP参加反対、秘密保護法反対、アメリカ・財界いいなりの政治の転換、消費税増税反対などを求めて、立場の違いを超えてかつてない幅広い人びとが声を上げ、安倍政権そのものの暴走を許さない大きな共同の輪が広がっています。

1月19日に行われた名護市長選挙では、アメ

リカ政府と政府・自民党が「金と脅し」という手段で総力をあげて住民の分断をはかろうとしたにもかかわらず、いかなる脅しにも屈せず「今を生きる人だけでなく、未来への責任としても絶対に辺野古基地建設を許さない」と主張した稲嶺進市長が圧勝しました。2月9日に行われた東京都知事選挙では幅広い市民・団体・政党の支持を得た宇都宮健児さんが得票率20%を超え、第2位となりました。このような「激変・激突」の情勢のもとで私たちは第41回総会を開催しました。

この総会では、①今の情勢をつかみ、時代認識を深め、私たちの課題と役割を明らかにすること、②この2年間のとりくみを総括し、今後2年間の方針を決めること、③41期役員の選出と予算を確定させることを役割とし、総会代議員の積極的な討論で運動方針、役員、予算を決定しました。全国的な学習運動と実践を呼びかけます。

第1章

全日本民医連創立60年、さらに地域とともに確かな歩みを

1953年6月7日、全日本民医連は117病院・診療所が参加して東京・中野区の橋場公会堂で結成されました。須田朱八郎初代会長は、「私たちは、新しい医療活動の型を創造しているのです。病める肺、病める腎臓だけを診るのではなくて、病める患部を、その患者、患者の生活全体として診ること、医師、看護婦、事務、診療所全体の力が患者とその家族、否、もっと多くの同じように生活とたたかっている人達と力を合わせ、その合作した力で一人の患者を治療し、健康と健康がささえられる生活を守ろうとしているのです。大衆の中から生まれ出て大衆の中で育ち、発展してきた私達、全国の民主的病院、診療所のあり方はこういうものだと思います。」と『全国民医連』誌第1号で述べています。創立当時から民医連医療の特徴である「生活と労働の視点」「民主的集団医療」「共同の営み」など今日も変わらぬ民医連の有り様が簡潔、平易に表現されており、それらは無数の実践を

経て今日の民医連綱領に結実しています。

民医連が誕生してからの60年は、戦争への反省から平和、人権、民主主義という3つの人類史における普遍的な価値が確立した画期をなす時代でした。特に日本においては、おびたしいアジアと日本の人々の犠牲のうえに定められた日本国憲法の歴史と重なる60年でした。私たち全日本民医連はこれら3つの価値を歴史との関係でとらえて、60年の歩みを振り返り、次の展望を切り開かねばなりません。

民医連が地域での信頼をかちとり事業や規模を前進させることができた理由は、第1に、「生活と労働の視点」や「共同の営み」の医療観に立ち、医学医療の進歩に学び、自ら後継者育成にとりくんできたこと、第2に、非営利原則に基づき、要求に応じて地域住民とともに保健、医療、介護活動を展開し、事業所の科学的で民主的な管理と運営に努力してきたこと、第3に、日本国憲法に依拠して社会保障制度を守り発展

させる運動をすすめ、政治活動にも積極的にとりくんできたことです。

一方で、重大な医療事故や事件、経営危機など組織の存続に関わる困難にも直面しました。しかし、自らを徹底して振り返り、時代の問題と自らの弱点を重ね合わせ、乗り越えてきました。共同組織はじめ地域の人びととまっすぐに向き合い、「困難は、全国の仲間の知恵と連帯の力で克服」といった合言葉も生まれ、その過程の中で全日本民医連の団結は強まりました。

2000年の第34回総会は、21世紀初頭の課題として「人権と非営利」、「より開かれた民医連」、「働きがいと事業所の発展の統一」、「安心して住み続けられるまちづくり」という4つを掲げました。それからの十数年間は、社会保障分野で本格化した新自由主義的構造改革と全面的に

対峙した「せめぎ合い」の時代でした。そしてこの2年間は、東日本大震災と原発事故という未曾有の苦難に立ち向かい、「人権を守るあらゆる運動の架け橋」、「健康権・生存権」の実現を通じて、新しい福祉国家を展望しようと呼びかけてきました。39、40期を通じた検討を経て全日本民医連理事会がまとめた「人権としての医療・介護保障実現にむけた提言」は、新しい福祉国家への道筋を民医連綱領の視点から可能な限り探求したものです。

1970年代以降、世界を席卷し貧富の差を極限まで拡大した新自由主義政治との決別を求める運動が多く、世界に広がる中、世界の進歩的潮流と民医連が60年間追求し続けた普遍的な価値に確信を持ち、さらに前進を続けましょう。

第2章

「激変・激突」の情勢・時代をどうみるか

第1節 世界は大きく変わりつつある

2003年3月、アメリカは、イラクが大量破壊兵器を持っているとして、多くの国々が反対し国連決議がないにもかかわらずイラクへの戦争を開始し、多くのイラク国民の命を奪いました。しかし2013年、シリア政府が化学兵器を使ったとして米英政府がシリア攻撃を行おうとした際には、国連を含む国際社会が一致して攻撃を許しませんでした。このことは、武力では紛争は解決できないという認識が全世界に広がっていることを示しました。

この半世紀、多くの軍事同盟が解体され、非同盟国は1961年の25カ国から137カ国に広がり、毎年の国連総会には核兵器廃絶を求める決議が提案されています。日本政府はこの決議案に対し、核抑止力論の立場に固執し棄権を続けてきましたが、2013年、初めて国際世論の力で賛成に回らざるを得ない状況を作り出しました。

南半球の国すべてが非核宣言をするなど非核・平和の地域共同体もすすみ、東南アジア諸国

連合（ASEAN）、中南米カリブ共同体などが核兵器の使用禁止、武力不行使、対等平等を柱とした連携を強めています。

辺野古への米軍基地撤去を求めてノーム・チョムスキー、マイケル・ムーア、オリバー・ストーンなど世界の知性と言われる識者103人の呼びかけによる国際署名が始まり、すでに世界各国から1万人を超えて賛同が集まっています。

TPP（環太平洋経済連携協定）は農業、医療、金融、知的財産権などアメリカの経済覇権を参加国に押し付けるもので、その国の経済体制を根本から変えることにつながるものです。マレーシアなどから猛烈な反発を招いています。日本にとっても、現在39%の食料自給率が14%になり、国民皆保険制度の空洞化を招くなど「国のあり方」を変えるものです。日本医師会、J-A全中など各界各層からTPP参加を許さない運動が広がっています。1つの超大国が世界を支配しようとする構造がもはや通用しない時代

を迎えつつあります。これが平和、民主主義、

社会正義を求める世界の大きな流れです。

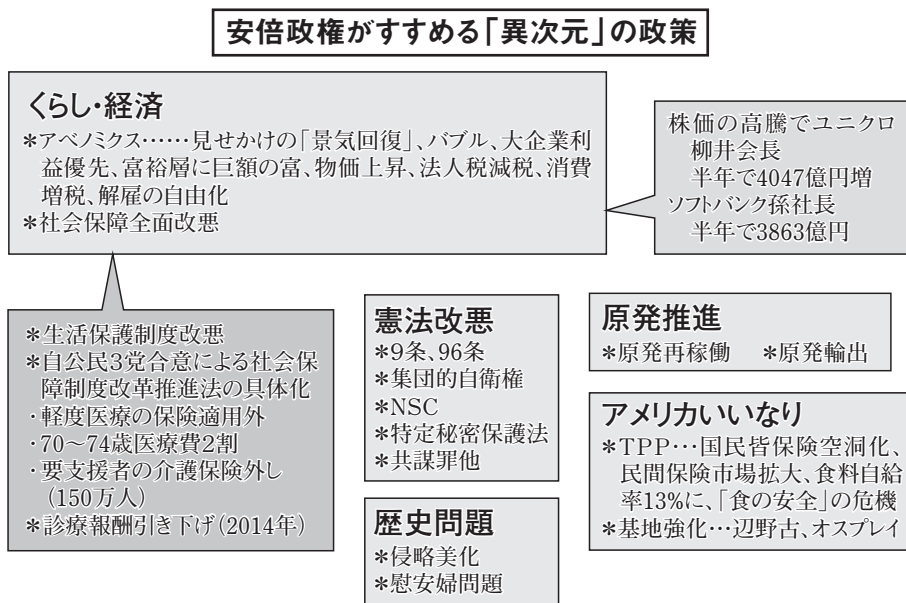
第2節 「戦後民主主義」を否定する 第二次安倍政権

こうした世界の流れと逆行するのが第二次安倍政権です。小選挙区制という民意を反映しない選挙制度によって、有権者のわずか2割程度の支持にもかかわらず衆議院選挙、参議院選挙で大量の議席を獲得したのを受けて特定秘密保護法強行採決をはじめ共謀罪、武器輸出三原則の大幅緩和、集団的自衛権の行使容認、軍備増強と次々と「戦争を積極的にする国」へと突きすすみ、TPP参加にも前のめりになっています。特定秘密保護法の強行採決はこの政権の体質を如実に物語っています。また、教育への直接介入を強めています。医療・介護の分野では、

政府によって強制的に診療情報の提供を求められることにより、患者の自己決定権を侵される危険性が極めて高く、守るべき患者・利用者の人権と真っ向から対立するものです。

この政権が向かう先は「ブラック（暗黒）社会・日本」です（図A）。安倍首相による「慰安婦問題で強制連行はなかった」などに象徴される歴史の偽造や靖国神社公式参拝など、むき出しのナショナリズムはアジアをはじめ国際社会で孤立の道を歩んでいます。また、相次ぐNHK会長や経営委員の暴言に見られる潮流が拍車をかけています。

図A 「ブラック社会・日本」化をすすめる



先の戦争で県民の4人に1人が犠牲になり、銃剣とブルドーザーで土地を奪われ、今なお、米軍基地が押しつけられている沖縄において、普天間基地撤去・辺野古移転反対は、県民の譲ることのできない決意で、名護市長選挙で改めて明確な意思を示しました。それでもなお、強引に辺野古への米軍基地建設を強行しようとする安倍政権の姿勢を断じて容認できません。横須賀をアメリカの原子力空母の母港としていること、最も墜落の危険性があるとされるオスプ

レイが日本の上空で戦闘訓練することも国際社会から見て異常な事態です。日米軍事同盟である安保条約廃棄が強く求められる情勢です。

2013年7月の参議院選挙では、自民党が大量議席を獲得する一方で、護憲・原発即廃止・米軍基地再編強化反対・TPP反対・社会保障拡充などを掲げる日本共産党が議席を増加させました。沖縄では基地撤去、東京選挙区では脱原発を掲げる無所属候補も当選しました。

多大な犠牲が強いられている沖縄・福島など

では安倍晋三内閣の不支持率が支持率を大きく上回っています。また、維新の会は、橋下氏の「慰安婦」発言に象徴される言動で、国民の支持を急速に失い、地元堺市長選挙などでも大敗しました。大量得票したわずか1年で都民の期待を裏切った猪瀬東京都知事を、世論の力が辞任に追い込みました。

一致点での共同をさらに広げ、憲法を守り・活かす国づくりにむけて国民的共同による強大な運動で安倍政権を追い詰め、解散・総選挙を迫る年にしましょう。また、民意を反映しない

違憲状態にある選挙制度の改善を求める運動を強めます。

「激変・激突」の時代とは、「戦争をしようとする国」に向かってすすもうとするような厳しさがありますが、国民は望んでおらず、力を寄せ集めることが出来るなら大きな前進の可能性を持った時代です。「相手が大きければ、こちらがもっと大きくなる」（民医連60周年・三上満氏記念講演）そうした大志を持って時代を社会進歩の方向にすすめるために奮闘しましょう。

第3節 国民生活の現状はどうか ～事実からとらえる～

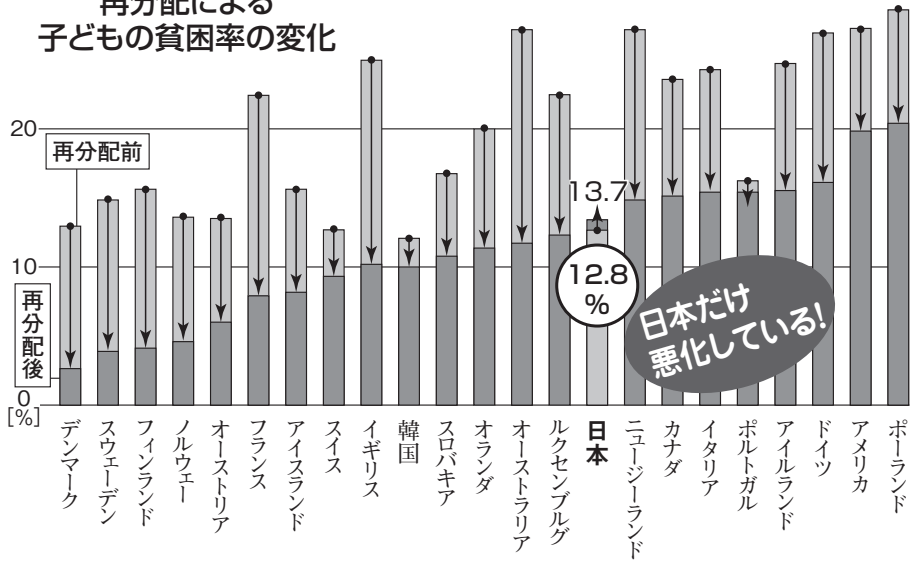
この間の悪政によって、99%の国民が耐え難い苦しみを味わっています。東日本大震災の被災3県で今なお27万人が避難生活を余儀なくされ、生活再建は自己責任だとされています。住民の元の生活に戻してほしいという願いとは裏腹に、ある官僚は「もともと過疎地の後進地。復旧しても右肩下がりの過疎地に戻るだけ」と生活再建を否定する内容をブログに書き込み批判を浴びました。そして、東北ショックドクトリン、(*1)と呼ばれるように「創造的復興」の名の下に大企業のもうけの草刈り場とされています。

ニッセイ基礎研究所が2011年に発表した推計では「死後4日以上経ってから発見される遺体が1年間に1万5000人以上に上る」としています。全日本民医連が2006年以来、続けている「手遅れ死亡事例調査」では、2012年度25県連からの報告で58人の死亡事例が集計されています。そのうち国保資格証明書・短期証・無保険の方が67%にも及んでいました。あまりにも高い国保料と窓口負担のために医療機関にかかれない方が増えています。日本医療政策機構の調査では、1年の間に「経済的理由」により医療機関の受診を控えた方が年収300万円未満の方で39%、受診後、処方箋を薬局に持っていかない方が16%もいます。にもかかわらず、国保料滞納での差し押さえ件数は2012年度、24万件・900億円にもなっています。国民皆保険制度の空洞化が急速にすすんでいます。

子どもの貧困も深刻です。経済的理由で就学が困難な世帯に支給される「就学援助」を受け

ている世帯は全国平均が15.3%（2010年度）、大阪28.1%、東京24.2%、北海道23.2%などとなっています。国は高校授業料への所得制限導入を強行しましたが、世界の高等教育費無料化の流れに、まったく逆行するものです。子どもの貧困は先進35カ国で3366万人とされる中、日本は305万人と約1割近くを占めています。各国は貧困をなくすために子ども手当や税金控除など所得再分配を行い貧困の克服に努めていますが、2008年度データではOECD加盟国中(35カ国)日本は所得再分配後の方が、貧困率が高くなっている唯一の国です(図B)。さらに、2008年と2010年の比較では、貧困率そのものが14.3%から15.7%と1.4ポイントも悪化しています。このことが少子化に拍車をかけています。子どもへの給付は未来への投資です。子どもの貧困を放置することは、日本社会が自滅の道を歩んでいることを示しています。

図B
再分配による
子どもの貧困率の変化



<出典>OECD(2008)

低年金、無保険者が多く、高齢者の貧困も深刻です。高齢者の平均貧困率はOECD平均13%を大きく上回り22%です。年金（老齢基礎年金+旧国民年金）受給額は月額6万円未満が95%で無年金の方も多く含まれています。これは、これから年金受給を受ける世代の問題でもあります。

非正規雇用者は2000万人を超え、特に青年層、女性で顕著です。年収200万円未満の労働者は1000万人を超えています。結婚できない、就職できない、無保険・無年金、ブラック企業など、未来が見えない社会の中で「自己責任」にさいなまれ、20~30歳台の青年の死因の第1位は自殺です。

民医連が全国的にとりくんだ「生活保護実態調査」では、経済的理由で「町内会に入らない」、「冠婚葬祭に一切参加しない」など「交際費ゼロ」という方が圧倒的で、貧困世帯の孤立化がすすんでいます。その生活保護費を2015年までに総額670億円、平均6.5%削減するというかつてない改悪が実施され、1.1万人以上が不服申請に立ちあがっています。さらに家族親族扶養

を第一義的にするという生活保護制度全体の大改悪が強行されました。政府の締め付けにもかかわらず、生活保護受給世帯は増え続け、2013年10月時点で過去最高の159万世帯・216万人余が受給していますが、生活保護基準以下の生活を強いられている貧困層は、その10倍近くに上ります。

一方、大企業の内部留保金は272兆円(12年度)を超え、アベノミクスはお金を乱造し、意図的に株価をつり上げています。

その結果、例えばユニクロの社長は5カ月間で4047億円もの株資産を増やしています。「弱いものの犠牲の上に、強いものだけが勝つ」という弱肉強食を原理とする新自由主義が日本を「生きづらい」社会にしています(図C)。国民には消費税増税や社会保障の大幅削減を続け、被災地の「人間復興」を置き去りにしたまま、無駄な公共事業や4機638億円のステルス戦闘機導入(14年度単年度)に見られる軍事費の拡大(前年比2.8%増)の一方、大企業に課した年間2.4兆円の復興法人税を13年度で打ち切ろうとしています。まさに「アベコペ」です。

第4節 アベノミクスで「社会保障」が壊される

アベノミクスの本質は、「日本を企業が世界一活躍しやすい国」にすることにあり、そのた

めに「社会保障削減に一切の聖域をもうけない」としていることです。大企業には大盤振る舞い

の一方で、消費税増税、70歳以上の窓口負担2割化や混合診療の拡大、高額療養費自己負担限度額の見直しによる負担増、後期高齢者医療制度の保険料引き上げ、介護保険大改悪、年金支給額の1%削減などを2014年度予算として計上しました。消費税増税が社会保障拡充のためということがまったくのウソであることを証明しました。

2012年に成立した社会保障制度改革推進法を受けて2013年8月に社会保障制度改革国民会議報告が出され「社会保障改革プログラム法」(*2)が可決しました。この法・制度の問題点は、第1に、「自助・互助」「自助の共同化」なる文言が並ぶ一方、社会保障の根幹である憲法や生存権という文言は一言もなく、社会保障の基本原則を根底から変えるものです。第2に、公的給付の「重点化」「効率化」の名のもとに、医療保険も介護保険も保険給付の大幅削減を打ち出し、営利・市場化をすすめるようとしています。第3に、社会保障負担の費用は「消費税を主財源にする」とし、公的負担を増やすことを求めるならば消費税増税をと宣言していることです。

その結果、受療権やフリーアクセスが大幅に制限されることとなります。

後期高齢者医療制度を存続し生活保護の医療扶助ではジェネリック薬品の強要や医療機関の指定などもすすめています。また、市町村が管轄している国保を都道府県に移管し、市町村の一般財源から繰り入れもなくして国保料を高いところにあわせるなどの改悪も準備しています。

社会保障改悪のロードマップともいえる「社会保障改革プログラム法」はその実施を国に義務付けるもので、社会保障「変質」宣言です。

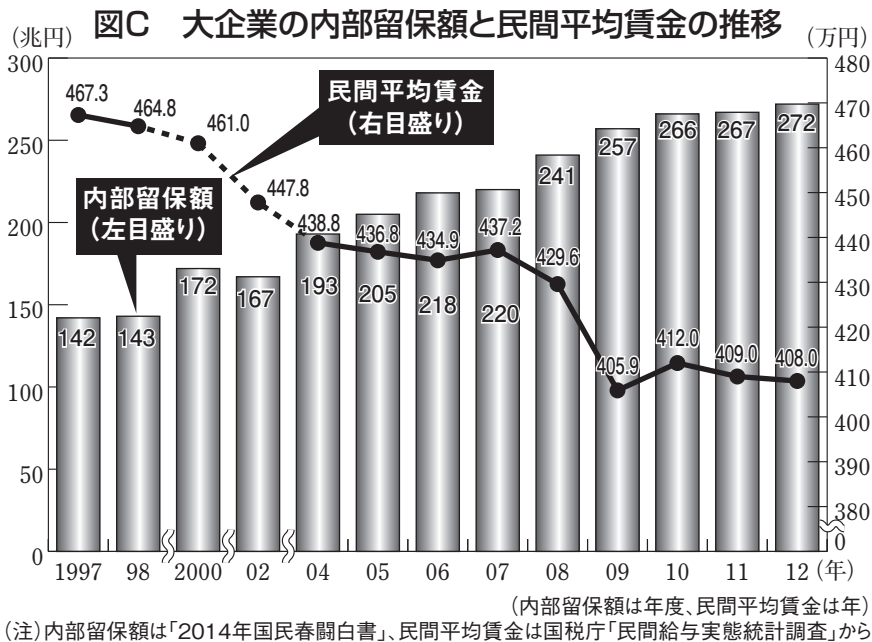
2014年診療報酬改定は、実質1.26%のマイナス改定であるだけでなく、上からの医療機関再編の梃子として強引な誘導を行うもので、到底容認出来るものではありません。また、2014通常国会に提出されている医療介護総合推進法は、多くの法案を一くくりにして一気に改悪を行うことを狙ったもので、手続き上も、内容の上でも大問題です。この悪法を許してはなりません。

社会保障は憲法に定められた「人権」です。医療や介護を「商品」にしてはなりません。「商品化」はいのち・健康格差につながります。日

米政府間合意により米国系民間医療保険会社であるアフラックと日本郵政は、同社の保険を全国2万ある郵便局で独占的に販売する契約を結びました。

また、国家戦略会議の名の下に宮城、岩手県ですすめられている「東北メディカル・メガバンク事業」は、被災地の住民を対象にした遺伝子研究であり倫理的問題などを含んでおり、注視していく必要があります。難病対策も1972年以来、初的大幅改変で、難病患者の受療権を奪う負担増が予定されています。看過できないのは国立療養所における元ハンセン病患者の扱いです。国が長年の人権侵害を認め「人権の回復」を約束したにもかかわらず、医師、看護師の欠員状態に加え公務員定員削減の閣議決定を受けて職員定員が減らされ続け、高齢化(平均年齢82.6歳)に伴う障害の重篤化や認知症の増加に対応できない事態が続いています。

私たちはこうした医療・介護の公的責任を放棄し、健康の「自己責任」を当たり前とする政策に真っ向から反対します。そして「安心して子どもを生み育てられる国」、「長生きして良かった」といえる人権が輝く福祉国家づくりをめざします。



第5節 原発と被害者をめぐる情勢

福島第一原発事故から3年が経過しようとしているにもかかわらず、事故は収束していないばかりか汚染水は漏れ続け、事故原因すら解明されていません。福島第一原発事故は過去最大にして最悪の人為的災害であり、今尚、進行中です。東京23区の約2倍の面積にあたる1150km²が「人が住めない地域」になっており、対策は一向にすすんでいません。そして今なお、約14万人がまだ避難生活を余儀なくされており、生活不安・健康不安・将来不安は計り知れません。2012年6月に全会派一致で成立した子ども被災者支援法は、安倍政権のもとで支援地域の選別などまったく骨抜きにされています。

原発で働く労働者の権利と健康を守ることに、国も東電もまったく責任を取らず、下請けや孫請け任せの状態が続いています。

さらに生活環境を無視した避難地域の線引きなど被害者の分断が始まり、新たな「安全神話」がつくられようとしています。原子力規制委員会が発表した妊産婦、乳児も含め「年間線量20ミリシーベルト未満は安全」などの新基準は、なにがなんでも再稼働をすすめるようとする政権の姿勢を示すものです。情報公開も極めて不十分で、特定秘密保護法はこうした情報すら覆い隠

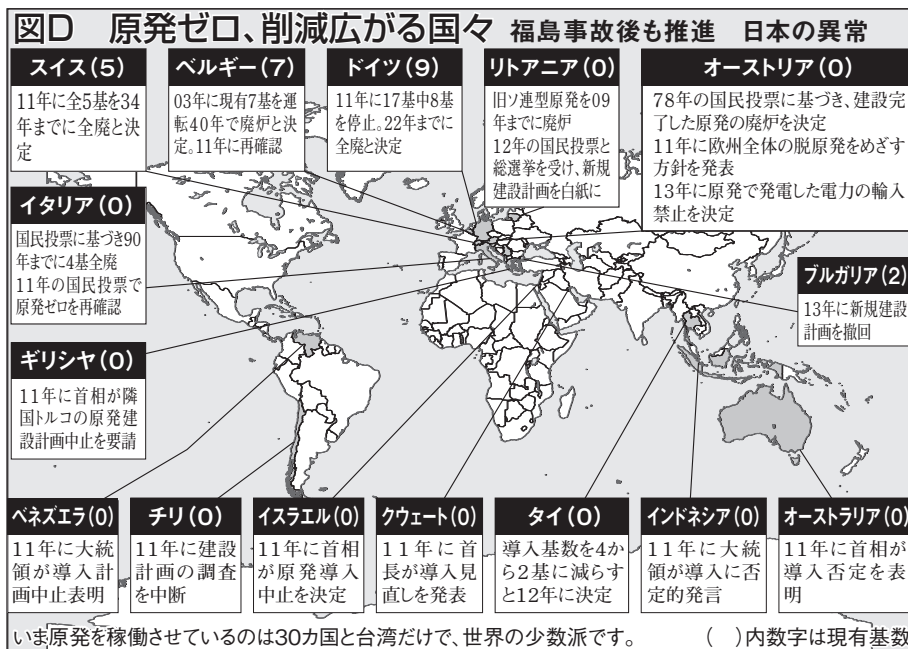
すものです。政府は「事故責任」を取らない東電には湯水のごとく税金を投入する一方、地元に戻させようとしている被害者には被ばく線量を個人で管理させるなど「自己責任」を迫っています。国連「健康に関する権利」特別報告者のアナンド・グローバー氏は2012年秋に日本を訪問し、2013年5月、国連で日本政府と東電の対応は被害者に対する重大な健康権の侵害であり、必要な施策を行うべきと報告しています。

ドイツは福島第一原発の過酷事故を契機に2020年までに原発ゼロ政策を選択し、急速に再生可能エネルギーへと転換し現在、再生可能エネルギー比率は23.4%まで到達しています。その他の国も次々に原発ゼロ政策へ転換を図っています。また、ドイツではいのちを代償とするエネルギー政策を続けることは、「非倫理的問題」として捉えられており、日本とは大きく違います(図D)。

アメリカ・カリフォルニア州にある原発に構造的欠陥があるとして2基の廃炉を決定しました。製造メーカーである日本の企業には多額の賠償金が要求されると報道されています。にもかかわらず事故を起こした日本が、原発再稼働促進・原発輸出推進という世界に恥ずべき政策

に固執し続けています。異常な暑さに見舞われた2013年度夏も原発に頼らずとも電力は不足しませんでした。現在も1基も動かさせていません。各地で行われている金曜日行動など脱原発を求める粘り強い運動は、これまでの運動とは違った新しい市民参加型の運動です。「ママ・パパパレード」、「スーツデモ」、四国最大規模となる8000人が集まった伊方原発再稼働に反対する愛媛集会など、全国各地で運動が広がり、原発ゼロの世論は8割を超えています。福島県議会は県内10基の全原発廃炉を決議しています。大間原発建設中止を求め、市民団体に続いて、

4月には函館市も提訴を予定しています。自治体では初めての提訴になります。こうした声に押されて元首相経験者などからも「原発即ゼロ」の決断を迫る動きも生まれています。原発は経済の問題でもエネルギーの問題でもありません。人間の「いのち、の問題です。いのちを犠牲にするエネルギーなどまったく不要です。これからは原発推進に固執する原子力ムラ（利益共同体）のさまざまな策動が生まれてくるでしょうが、さらに大きな共同を広げ、必ず「原発ゼロ」の日本を実現させましょう。



第6節 時代・情勢をみる「物差し」はなにか

情勢をみる場合、私たちはなにを物差しに考えるべきでしょうか。世界主要国価値観データブック（2008年度版）によると、「マスコミ情報を正しいと思うか」の問いに、「そう思う」がドイツ28%、イギリス12%であるのに対し、日本が70%を超えています。政府の嘘をそのまま報道しつづけた福島第一原発事故に見られるように、政府報道や大マスコミ報道を鵜呑みにせず、「人間の「いのち、にとってどうか」、「日本国憲法に照らしてどうか」、「民医連綱領に照らしてどうか」という視点で情勢を見ることが

大切だと考えます。この世の中で「いのち」に勝る価値はありません。経済同友会終身幹事で経済界の重鎮であった故品川正治・革新懇代表世話人は、「戦争も経済も『人間の眼』でみることを訴え続けました。

この資本主義社会の中で「最も困難な立場」の人びとの目線から、「人権のアンテナの感度」を高め、国が行おうとしていること、財界が行おうとしていることを見、学習し、自らの頭で考え、具体的な事実から出発し「本質を見抜く目」を養い、「自らができる行動」から始めま

しよう。

第3章

政府の医療・介護「改革」、新専門医制度と「民医連の提言」

団塊の世代が75歳を迎え、高齢化率が30%を超える「2025年」にむけ、社会保障制度改革の意図と内容がはっきりしました。政府は「2025年の医療・介護の将来像」を掲げ、病院病床機能の再編とその受け皿としての「地域包括ケアシステム」の構築に向けて、「入院・施設から在宅へ」「医療から介護へ」、さらに「介護から

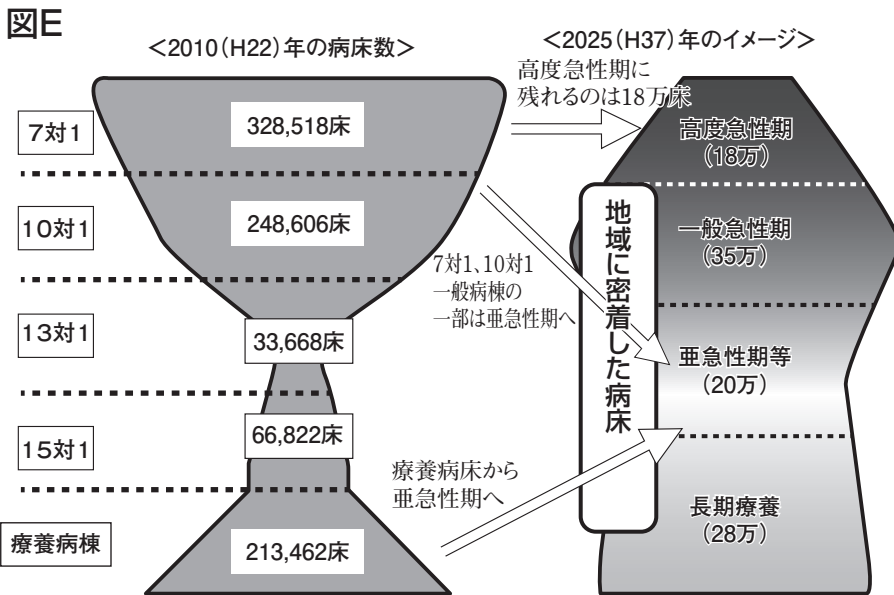
市場・ボランティアへ」を基調に、国にとって低コストで効率的な医療・介護提供体制をつくりあげることを出しました。保険制度の改革では、さらなる保険給付の削減と負担増を掲げており、国民皆保険創設以来50年ぶりの大改革といっていますが、これは国民皆保険制度の破壊への道です。

第1節 医療・介護提供体制の「改革」、 「地域包括ケア」の動向と問題点

1. 急性期医療病床の削減、集中化

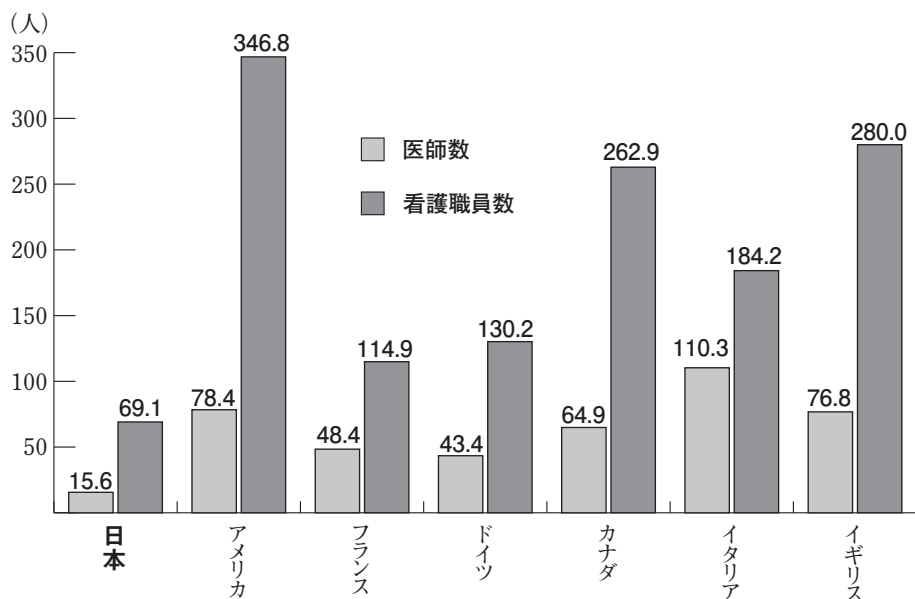
厚生労働省は、「病院病床の機能分化」の推進を前提とした「2014年度診療報酬改定の基本方針」を決定しましたが、それはマイナス改定にとどまらず、内容においても上からの病棟・病床機能の規制を通じて、医療機関の再編をはかろうとする重大な改悪が含まれています。最

大の焦点は、急性期病床の削減と「7対1」病床の大幅な削減です。いわゆる「ワイングラス型」から「砲弾型」へ病院・病床構造を再編しようとしています（図E）。日本はEUなどの国と比べても病床あたりの人員配置は少なく、「7対1」看護の削減ではなく、医師、看護師、他専門職の配置を強めることこそ重要です（図F）。



保険局医療課調べ

図F 病床100床当たり医療従事者数



政府は亜急性期病床の拡大・評価と言っていますが、それも安定したものではなく、すべての病棟タイプについて医療圏内の定数を定め、統制を強めようとしています。

これらの政策を批判していく上で重要なことは、それが地域住民、患者にとってどういう意味を持つのか確かな視点を貫くことです。

全日本民医連は年末、厚生労働省に対し、こうした地域医療崩壊につながる強引な「7対1」の見直しや診療報酬改定に対し、地域医療を守る立場から具体的な要望書を出し、交渉しました。引き続き再改定を求め運動をすすめます。

2. 日医・4病協の「医療提供体制のあり方」合同提言と民医連の立場

これらの政府・厚労省の政策に対し、日本医師会と4病院団体協議会が「医療提供体制のあり方」という合同提言を行いました。

合同提言の考え方は、「画一的な方向性でなく地域の実情に応じる」、「どのような病期にあっても患者の病態に合わせて最善の医療を切れ目無く提供する」、「質の高い医療をめざし、生活の質を重視し、患者をささえる医療を実践する」、「地域包括ケアシステムの実現に向けて、在宅医療を含めて柔軟に対応する」というものです。さらに、医療法をはじめとする制度的枠

組みの整備、すべての医療機関に対する公的支援、それぞれの機能のコストを適切に反映した診療報酬体系の実現を訴えています。

そこに提案されている「地域急性期型病院」や「地域医療・介護支援病院」は民医連の病院のあり方にとっても重要な内容を示唆しており、今後の対話や共同を積極的に追求する必要があります。

3. 「介護の自己責任化」の徹底をはかる2014年「介護保険法改悪法案」

国は介護保険法改悪法案を2014年通常国会に提出し、2015年度からの実施をねらっています。予防給付のうち利用者が多い訪問介護、通所介護を現在の給付体系から切り離し、市町村に丸投げすれば、利用者が在宅生活を続けることが困難になります。市町村間格差もいっそう広がります。

全日本民医連が12月に記者会見した影響調査(767事例)では、「外出などの機会が減り、閉じこもり気味になる」と考えるケアマネジャーは66.4%、「生活ができなくなり、介護度が上がる」60.8%などの深刻な状況が予想されています。一方、中央社保協のアンケートでも34%を超える自治体が「受け皿がなく実施困難」、「財政的に多大な負担」と答えています。

特養入所対象者の要介護3以上への「重点化」は、介護者不在、認知症などの事情で在宅生活が困難な「軽度」高齢者の行き場を奪います。

一定所得以上の利用者の利用料の2割への引き上げは、今後すべての利用者の利用料を引き上げる突破口となります。さらに、低所得施設入所者に対する居住費・食費負担軽減の要件を厳しくし、入所者を抑制する見直しも盛り込まれています。

4. 成長戦略のもと「介護の営利・市場化」を推進・加速

介護保険改悪は政府の成長戦略と表裏一体のもので、公的給付を徹底的に削り、その部分を市場に委ねることで企業のビジネスチャンスを創出・拡大していく方向です。「介護予防領域・軽度者等に対するサービスや中重度になった場合の上乗せサービスは民間保険でカバーする」としています。介護保険大手の会社は12年度、介護保険外サービスを11.8%も伸ばしています。金融庁は、生命保険会社が介護サービスを商品として販売することを容認する方針です。

日本経団連は「混合介護」（2階建て介護）のいっそうの推進を図るために、区分支給限度額の引き下げを提言しました。

サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）の制度化を機に介護事業への企業の参入が活発化しています。建設会社は「空前のビジネスチャンス」と位置づけ、家電量販店、飲食業など異業種をふくめた建設ラッシュが続いています。しかし、サ高住はもともと厚生年金受給者を対象としており、低所得者の入居を困難にしています。

政府の地域包括ケア構想では「本人・家族の選択と心構え」を土台にして、企業の参入が容易な都市部は市場サービスの購入を中心にした「自助」を、それが難しい地方では近隣の助け合いを「互助」として強調し、孤独死を覚悟して在宅生活を選択せよと住民に迫るものです。介護内容について、生活援助などを排除する一方で、介護職による医療行為の「解禁」や機能訓練重視など医療的ケアの比重を高めていくとしています。

第2節 医師養成をめぐる情勢の新たな局面

1. 新専門医制度の発足

日本の医師養成制度が大きく変わろうとしています。「専門医の在り方に関する検討会」の最終報告（2013年4月）に基づいて2017年度を目安に制度開始が予定されています。

特徴点は、①専門医を「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義し、これまで任意だった専門医資格取得を事実上全ての医師に課し、専門医資格のみを広告可能とするなど自由標榜制の制限を予告していること、②新制度は「プロフェッショナル・オートノミー」（*3）を基盤とし、各専門資格や養成プログラムの評価・認定・更新基準作成などは、国ではなく中立的な第三者機関で行うこと、③19番目の基本領域として「総合診療医」（専門医名称「総合診療専門医」）を位置づけ、その役割を「日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等につい

て、わが国の医療提供体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供する」としたこと、④資格更新は実績重視とし、特に領域別専門医資格の更新のハードルを上げ、結果的に総合診療専門医への移行を誘導する設計にしたこと、⑤地域事情を勘案した必要専門医数の設定や大学中心の医師養成施設群構想など、新制度を活用した新しい医師数・医師配置方式を提示していることです。

以上のように新専門医制度の創設は、医師の資格問題にとどまらない今後の医療提供体制の根幹に関わることであり、積極面とともに、検討会内で議論された診療報酬とのリンクなど重大な問題点もはらんでいます。国による医師数や医療費の抑制政策に利用されることがあってはならず、地域医療が発展する方向での運用が求められます。

2. 「中小病院での医師研修」を守るたたかいと初期臨床研修制度の見直しをめぐる状況

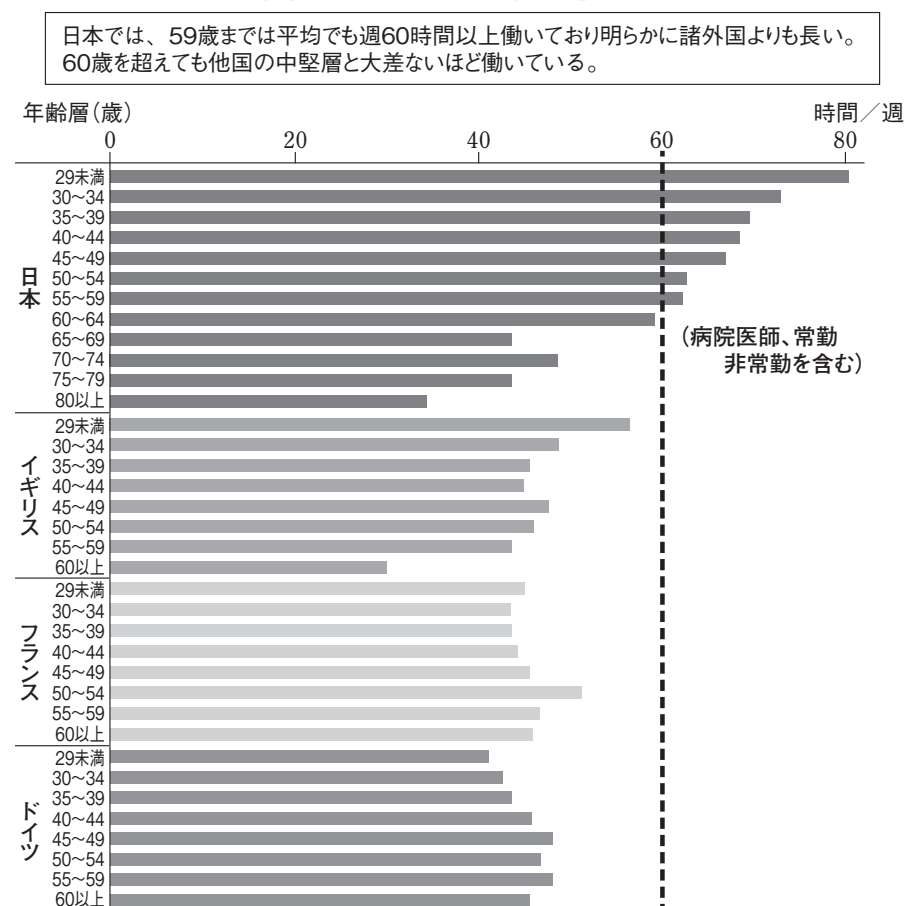
「アンダー3000問題」(*4)では、多くの専門家等との共同のとりくみで、中小病院での初期研修を守るという貴重な成果をかちとりました。しかし、2015年度からの見直しでは、基幹型の資格要件に「年間入院患者3000人以上」の項目が残ることになりました。一方、「見直し」では3000人基準を満たしていない病院であっても研修内容が評価されれば、継続のみならず新規指定にも道を開く内容も入りました。民医連の研修実績を踏まえた粘り強い運動の成果です。将来的にすべての研修病院に第三者評価受審を義務付ける方向が打ち出されています。民医連の全基幹型臨床研修病院が卒後臨床研修評価機構(JCEP)の認証を積極的に取得し、民医

連の研修を世に問う機会としなければなりません。

3. 医師不足の現状と医学教育の変化

「医師増員を求める」ドクターウェーブは医学部定員増という画期的な成果をあげましたが、日本の医師数は依然としてOECD加盟国で最低レベルであり、医師の過重労働は解決されていません(図G)。公的責任を明確にして医学部新設などを含めて抜本的な対策が必要です。増員された医学部定員の多くは「地域枠」で、卒業後地域医療の発展に寄与することが期待されますが、その際も自由な研修が保障されるような配慮が必要です。また、医学部地域枠の奨学金の財源が電力会社から出されている県があることが明らかになってきています。

図G 突出した日本の医師の労働時間



(出所)日本:国立保健医療科学院タイムスタディ(2006年);仏英独:OECDデータ

卒前医学教育では、2007年に「地域医療教育の充実」が盛り込まれ、各大学において改革が進行中です。医学生が地域医療を実感できるカリキュラム導入は歓迎すべき変化であり、地域で実践を積みかさねてきた民医連への理解を広げる機会にしましょう。また、医学教育の国際

認証、いわゆるECFMG2023年問題（*5）が「外圧」として作用し、臨床実習は72週間が目標とされるなどの動きが出ています。診療行為を一定の範囲で行うスチューデントドクター制（*6）の導入なども具体化されています。

第3節 人権としての医療・介護保障めざす民医連の提言

全日本民医連は、「崖っぷち」にある社会保障制度、特に医療と介護制度を国民本位に立て直し、さらに充実させるために2013年12月理事会で「人権としての医療・介護保障めざす民医連の提言」をまとめ、書籍とパンフレットの2本立てで発行しました。

医療・介護をめぐる厳しい現実とその原因、国の責任をはっきりさせ、当面の制度改革とともに健康権・生存権の実現方向とその財源を示しました。世界第3位の経済力を持つ日本で、内需拡大を基本とする一定の経済成長と税金の集め方・使い方を変えれば、消費税を増税なくとも社会保障をささえる財源確保は可能です。この提言を県連、法人、事業所や職員、共同組織の中でおおいに議論し、医療、介護関係者はじめ多くの団体や個人に届け、各地でシンポジウムなどを旺盛にすすめ対話・討論を通じて運動の力としていきましょう。提言の要旨は次の通りです。

〈民医連の考える医療・介護制度における国の責任〉

1) 憲法25条に基づき、人権としての社会保障を実現するために公的医療保険制度の堅持、介護保険制度の抜本的な改善を行うこと。そして医療・介護分野における公共性を確保するために、提供事業体の非営利性を強めるとともに、全ての地域に必要なかつ十分な医療・介護提供体制を確立すること。

2) 「いつでも、どこでも、だれにも」必要で十分な医療と介護を保障するため、財源は応能負担原則に基づく社会保険料と税を基本にし、具体的なサービスは必要十分な現物給付として、利用時の負担はゼロを展望し、当面、引き下げを行うこと。

3) 倫理性と民主性を備え、科学性を重んじ

る医師をはじめとする医療・介護専門職を必要な数だけ養成し、あわせて働き続けられる条件整備をすること。

4) 生活保護などの公的扶助、子ども手当などの社会手当については貧困の連鎖を断ち切り、人間の尊厳を守るに値する制度へ抜本的な改善を行うこと。

5) 「健康の社会的決定要因」(SDH) (*7) を重視し、生活と労働環境を改善し、保健予防活動を抜本的に強めること。

〈その財源提案〉

1) 医療・介護の充実とアクセス確保には、利用時の負担増でなく、保険料と国庫・公費負担(税の投入)を増やす必要があり、現状は財源不足であることの国民的合意を得る。

2) 異常に内部留保を増やした大企業や税制優遇された富裕層への応分の税負担など公正な税制改革で所得再配分機能を強める。また、課税逃れのタックスヘイブン (*8) の世界的な規制強化や各国の法人税の統一化を提案する。

3) まず大企業を中心に社会保険の事業主負担をEU水準まで引き上げ、応能負担原則に基づいて社会保険料を見直し、確保する。

4) 無駄な大型公共事業などの削減と米軍思いやり予算・軍事費の削減など税金の使い方の転換をはかる。

5) 国民の医療費を圧迫する医薬品や医療材料などの高騰を規制し、適正化をはかる。

6) 安定した雇用の拡大と誰もが暮らせる賃金をめざし、最低年金の引き上げ、農漁業、再生可能エネルギー、保健・医療・福祉分野を含む中小企業や非営利団体を核にした地域密着型内需拡大で国民本位の経済発展をはかる。

この2年間のとりくみのまとめと課題

第40回総会では、以下のようなスローガンに象徴される方針を掲げ、私たちはこの2年間活動を行ってきました。

第40回総会スローガン

●住民本位の震災復興、平和と権利としての社会保障を実現する新しい福祉国家への展望を創りだそう

●原発ゼロ、TPP不参加、社会保障・税の一体改革阻止、米軍基地再編阻止など日本の将来を決める運動の「架け橋」となろう

●健康権の実現めざした保健・医療・介護の実践と医師をはじめとする担い手づくりを一体に追求しよう

全体として、新しい福祉国家を展望した運動と実践、架け橋の役割発揮、健康権・生存権の探求と実践、医師養成など、明確なスローガンと方針のもと、具体的な実践を通じて民医連の存在意義を発揮することができた2年間といえます。

2013年10月に札幌で開催された全日本民医連第12回学術運動交流集会には、1248人が参加し、この2年間の総会方針に基づく人権を守る多彩なとりくみが報告されました。エントリー演題1025、発表演題739でした。どの演題も日常診療や介護実践の中での人権を守るとりくみ、福島第一原発事故被害者や東北3県の被害者に寄りそう活動、水俣病、原爆症、アスベスト被害

者の掘り起こし活動、無料低額診療などを活用した受療権を守るとりくみ、共同組織とともに健診やまちづくり運動の推進、架け橋としての連携・共同の活動など、1つひとつの報告が民医連運動の到達点を示すものでした。4つのテーマ別セッション（①「生存権・健康権を守る医療・介護の実践」、②「『地域包括ケア』を医療と介護の連携から考える」、③「日本のSDHの探求と課題」、④「原発に依存しない東アジアをつくるために～医療者の目から～」）と「中国における旧日本軍による遺棄毒ガス被害者検診と医の倫理を問う」企画は、現在の民医連がとりくんでいる中心テーマに切り込むものでした。いずれも参加者に大きな確信を与えました。

福島の拠点3法人は、ホール・ボディーカウンターやFTFを導入し原発被害から地域住民の健康を守るとりくみを積極的にすすめています。改めて福島民医連の仲間への支援を呼びかけます。

この2年間で、職員数は常勤換算7万7455人と2年前より5.1%伸び、中でも、リハビリテーション部門と介護部門が20%近く伸びているのが特徴です。共同組織は359万、共同組織と民医連をつなぐ機関誌『いつでも元気』は5万7000部を超えました。加盟事業所は1811カ所となりました。

第1節 「いのち」「社会保障」を守る運動の到達点

1. 運動の到達点

2004年10月以来、開始された辺野古支援連帯行動は、2014年1月で31回を数えました。1996年に日米首脳による移設合意がされたにもかかわらず、地元と全国の粘り強いたたかいで杭一本打たせていません。

民医連は、TPP参加反対の運動に積極的に

関わり、原発をなくす全国連絡会の中心を担いました。こうした活動の中で、総会が提起した架け橋となって奮闘し、これまでつながりなかった団体や個人との信頼関係も強まり国民的な共同の前進に貢献しています。

私たちの、現場の実態に基づく事実の告発と提案には多くのマスコミが注目しました。「お金のあるなしで医療の差別を持ち込まない」立

場から、引き続き「室料差額を徴収しない」ことを確認し、社会福祉法に基づく無料低額診療（*9）を340事業所で実施しています。対象となる加盟事業所の43%にあたり、日本で実施している事業所の61%（558カ所中340カ所）以上を占めます。民医連が室料差額を徴収していないこと、無料低額診療を行っていることが新聞やテレビ、書籍、雑誌などでも紹介されました。保険薬局での無料低額診療の患者の処方箋に対し高知市、旭川市、青森市で独自の窓口負担助成制度を実現させました。4月からは苫小牧市でも予定されています。2012年度、減免総額は4億円を超え、減免患者数延23.6万人（うち無料19.8万人、低額3.8万人）です。減免者のうち、入院が11万人、外来13万人、外国人214人、ホームレス151人と報告されています。生保の延患者数は108万人で、「生保+減免者」は、総患者数の12.8%でした。この事業は「最後の命綱」の役割を果たしています。しかし、本来は、制度の拡充、生活保護の活用、保険料の減免や窓口負担の軽減こそ重要です。経済的な理由など「特別な事情」がある場合に国保料の減免を定めた国保77条や窓口減免を定めた国保44条の実施は一部の自治体に限られており、こうした施策の実施や高額療養費の自己負担限度額の引き下げ、保険薬局への適用拡大など制度の改善、拡充をすすめる運動が重要です。

無料低額診療事業を、受療権を守り権利としての社会保障充実をめざすたたかひの中に位置づけ、①広報を強め、自治体とも連携し、地域から手遅れを生まない運動としてとりくむ、②社会資源の活用を強め、受療権を守る運動と一体にとりくむ、③保険薬局、訪問看護ステーションの負担金への助成事業を自治体に求める、④民医連外の医療機関への事業への参加、自治体病院での実施を求める運動、⑤すべての加盟事業所での無料低額診療事業に挑戦しましょう。また、宮城では一旦打ち切られた被災者への国保医療費窓口負担免除復活の流れがつくられつつあり、4月から宮城県内全自治体で再開が予定されています。粘り強い運動の成果です。しかし、介護保険、後期高齢者医療では免除は復活していません。国と県の責任で従来対象となっていたすべての被災者の受療権が守られるよう運動を強めていくことが重要です。

この間、安心して住み続けられるまちづくりをめざして日本医師会、日本看護協会、JA全中はじめ多くの団体と懇談を重ね、共同の輪を広げてきました。2012年10月には、全日本民医連と長野民医連が共催して「医・食・住・環境の再生をめざすシンポジウム」を開き、幅広いシンポジストとJA長野や長野県などの協賛、後援を得て大成功しました。同様のとりくみが沖縄や京都、宮城などでも行われました。

これらの経験を通して確認できたことは、安心して住み続けられるまちづくりのイメージが共有でき身近に共同するパートナーが沢山存在すること、まちづくりの上で共同に「壁」はまったくなく、こうしたとりくみが信頼をつくり、その後も関係が強まっていること、です。しかし、全県連での実施とはなりません。こちらが構えずに共同を広げる視点が重要です。

2. 政治と選挙活動への民医連のとりくみ

選挙活動は国民一人ひとりが直接政治に参加できる憲法で保障された重要な政治活動です。主権者は私たちです。全日本民医連は40期、DVD「今、選択の時」や学習資料、会長アピールを準備し、学習と討議を呼びかけました。60周年事業の一環として訪問したデンマークでは選挙への投票率が80%を下回ることはないとのことでした。選挙活動は、職員の思想信条の自由と政治活動の自由を完全に保障しなければなりません。

同時に、平和な日本、人権が大切にされる新しい福祉国家を展望する立場で「政治と選挙」にとりくむことは大変重要です。政治が変わらなければ、医療も介護も良くなることはないし、平和も憲法も守ることはできないからです。政治革新をすすめる上で、第1に、憲法を守ること、第2に、アメリカや財界いなるの政治からの決別、第3に、国民の暮らしを守ることの一一致点での政治革新をめざす地域革新懇運動が重要です。地域での運動に積極的に参加していきましょう。名護市長選挙、東京都知事選挙に続き、京都、沖縄、石川県知事選挙などがあります。沖縄県議会では県民の意思に背を向けた知事の辞任決議が上がりました。沖縄県知事選挙が遅くとも今年11月までに行われます。また、

2015年4月には、全国の4割にあたる自治体の選挙があります。なぜ、民医連が政治や選挙にとりくむのか（*10）、また、選挙の意義や方

法なども含めて学習し、主権者として大いに奮闘しましょう。

第2節 福島連帯・被ばく医療のとりくみ

民医連は、原発事故被ばく対策本部、被ばく問題委員会、福島連帯支援委員会を設置し、放射能汚染被害と正面から向き合い、被害者の健康相談や生活支援、福島民医連の仲間への連帯行動にとりくみました。東日本大震災では全国の医療・介護組織として最大規模の支援を行うとともに、国や東電との交渉をすすめてきました。また、民医連の全国40県連102の医療機関が手上げして双葉町から委託を受けた39歳以下の甲状腺エコー検診の実施や福島県内、全国各地の被害者に寄りそって医療・健康管理・生活支援を続けてきました。新たに浪江町からも委託の要請を受けています。

全国でとりくんだ甲状腺エコー検診は2013年9月時点で2800人を超えました。この経験は、当初、手探り状態から始まりましたが、被害者に徹底して寄り添う立場から、医師、放射線・検査技師などを中心に学習や研修を積み重ね、全国の意思統一のもとにすすめられました。今なお、埼玉県加須市の双葉町住民を対象にした埼玉民医連のエコー検診や療養・生活支援が続けられています。全国でも同様のとりくみが継続されています。民医連の実践力がいかに発揮されている分野です。継続的な取り組みと

しましょう。

また、原発労働者との懇談、福島第一原発周辺の現地調査などを行ってきました。

さらに、全国の連帯の力で福島民医連の仲間へのリフレッシュ休暇や医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション、臨床工学士などの支援を続けています。それは支援される側も支援する側にも連帯を深め、学びの場となっています。

原爆被爆者の権利を守るために、福島民医連の仲間を含む民医連の代表がマーシャル諸島・ロンゲラップ島で水爆実験の被害を受けた島民の健診活動を行いました。2014年度も実施しました。また、2013年3月にはノルウェーで開催された「核兵器の非人道性に関する国際会議」に民医連として代表を送り、日本原水爆被害者団体協議会の仲間とともに原爆の悲惨さを訴えました。

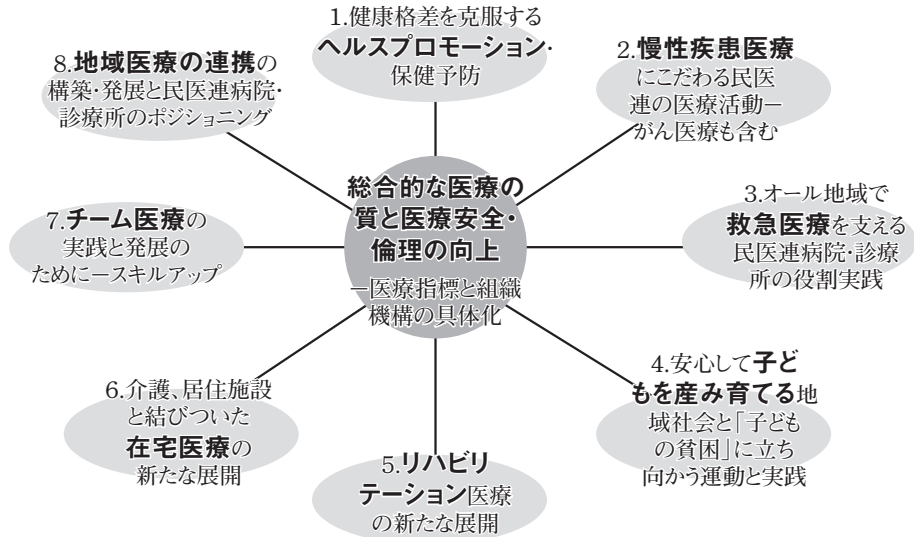
長年とりくんできた原爆症認定集団訴訟の医師団の記録『被爆者の思いを胸に』を発刊しました。しかし、原爆症のとりくみは終わっていません。被爆者検診や相談活動などを通じて寄り添い、国の切り捨てを許さない取り組みをすすめましょう。

第3節 医療分野における重点のまとめ

40期は、貧困と格差・超高齢社会に立ち向かう医療活動の前進をめざして健康権・生存権実現を私たちの活動の中心に据え、「総合的な医療の質向上」と「医療活動の8つの重点課題（*11）」（図H）の実践にとりくんできました。特に医療活動方針が、医療部主催の交流集会・会議だけでなく、中小病院交流集会、急性期病院交流集会、診療所所長交流集会などの中でも積極的に議論・交流されるなど実践課題として明らかになり成果が見え始めています。また、この間のとりくみを通じて、「民主的集団医療」、「共同の営み」の理念に基づく無差別・平等の

医療と福祉のさまざまな実践が、健康権の実現やヘルスプロモーション活動などの世界的な流れに通じているという認識が日々深まっています。

図H 医療活動8つの重点課題のとりくみ 貧困と超高齢社会に立ち向かう医療実践



1. 総合的な医療の質向上—医療安全・倫理の新たな前進とQ I 活動の広がり

総合的な医療の質向上については、40期さまざまな交流集会を通じて今後の実践課題が深められてきました。医療安全・倫理は、医療の質の基盤です。病院医療安全委員長会議・第6回医療安全交流集会を開催し、安全文化の基礎としてのノンテクニカルスキル（*12）の重要性が確認され、その手法としてのチームステップス（*13）などが少しずつ浸透してきています。医療倫理交流集会では、終末期ケアの倫理と倫理委員会の2つの機能（*14）の議論がすすみました。民医連Q I 推進事業（82病院の参加）は、厚労省「医療の質の評価・公表事業（*15）」に3年連続採択され、「中小病院が多く、そのような規模・機能の病院の評価の例として有用」で「患者の人権が考慮されている」、「現場へのフィードバックが行われ、具体的な改善に結びついている」と評価し、さらに2013年度中間評価では、「このような優れたとりくみのシステムを公表し、地域連携の意味も含めて、他施設・他団体への指導的な活動を考えられたい」と民医連のとりくみへの期待を述べています。この3年間の実践により、自らの医療の質

の測定と改善のインパクトが高まり、日常診療の中に確実に広がり変化・改善をつくり出しています。これらの経験をもとに私達は、中小病院の医療の質を向上させていく役割が求められます。

今期初めて開催されたチーム医療・実践研修交流集会では、「民医連がめざす5つのチーム医療（*16）」が提起され、積極的に受けとめられました。交流集会を開催するにあたって「民医連のチーム医療に関する実証的調査研究（*17）」が行われ、そのなかで「気軽に話せる組織文化」「権威勾配の少ないフラットな組織」「あきらめないチーム医療」「患者の人権や健康権実現をささえるチーム医療」などにまとめられ、確信となりました。他職種連携・ファシリテーター研修会（*18）が初めて開催され、その役割は、チーム医療にかかせないものであることが確認されました。

私たち民医連は、生活と労働の視点で医療活動をすすめる、「民主的集団医療」として理論化してきました。2000年以後特に医療安全の分野などで明らかにされてきた民医連のチーム医療の方向や課題が、スキルの問題だけでなく理念の問題として実践的にも理論的にも深めていくことが求められています。

2. 40期の医療活動の特徴

保健予防・ヘルスプロモーションの活動では、健康権や健康の社会的決定要因（SDH）の議論・学習を積み重ね、日本で最初のHPHセミナーの開催やHPH国際カンファレンス（2012年台北、2013年ヨーテボリ）に参加し演題発表や国際交流を行いました。健康格差が大きい社会とは、経済格差も大きく、人びとのストレスも大きく、関係性も損傷された「病んだ社会」です。国際HPHネットワーク事務局長のハンス・ターネセンさんは、民医連の活動に直接触れ、私たちが長年とりくんできた活動を「私たちが目指してきたそのもの」と高く評価し、「民医連の活動を秘密にしないで」「世界に発信を」と強調され、大きな確信を与えました。特に、住民・共同組織とともにすすめるヘルスプロモーションが注目され、2013年のHPH国際カンファレンスでは、東京保健生活協同組合の組合員が発表した「ヘルスチャレンジを通して『地域まるごと健康づくり』」が、優秀賞を受賞しました。現在民医連は、13病院がHPHに登録していますが、民医連外の病院も加入の動きがあり、日本支部結成にむけた新たな取り組みも始まろうとしています。ヘルスプロモーションの活動は、地域丸ごと健康づくり・まちづくりの運動です。ヘルスプロモーションの先進的なとりくみに学び、すべての病院・事業所でチャレンジしましょう。

慢性疾患医療分野では、がん医療を慢性疾患の視点で捉え直すことをあらためて強調しています。学術委員会では生活と労働の視点から、貧困が健康格差を生んでいるとの問題意識で若年者の糖尿病に着目し、「暮らし・仕事と糖尿病についての研究」班を組織して789人の患者（98事業所）を対象に調査研究を実施しています（*19）。その分析過程でわかったことは、「若年者の糖尿病患者は、著明な肥満と高率の合併症を認め、社会経済的地位との関連が示唆され、糖尿病対策としての社会経済的な支援が必要であること」、「肥満が多く、低学歴、非正規雇用などが要因となり、健康格差がさらに進行するのではないかと危惧している」などであり、学会やマスコミに発信し注目されています。

また、小児医療委員会を中心にした子どもの

貧困についての調査研究が行われ、精神医療分野では、「路上生活者を対象とした精神保健調査」のパイロット調査も行われています。さらに、産婦人科の現場では、貧困の連鎖と言われる社会的ハイリスク妊娠出産へのとりくみが多く、民医連で実践されています。

国は特措法による水俣病被害者救済措置を打ち切りましたが、まだまだ多くの被害者が存在しています。国による水俣病の幕引き・患者切り捨ては許されません。熊本、新潟では第2次ノーモア訴訟が提訴されています。潜在患者の掘り起こし検診はじめ、さらに運動を強めなければなりません。アスベスト訴訟も同様です。昨年12月の泉南アスベスト第2陣訴訟は大阪高裁で国の責任を認める判決が出されました。被害の事実を世論に広げ、被害者救済の運動を強めましょう。

在宅医療介護交流集会は750人を超える参加者で問題意識の高さがうかがえる集会となりました。集会では、終末期ケアや認知症ケアを含めた多彩な議論が行われ、在宅医療推進のためのチーム医療と口腔ケアや嚥下障害などでの歯科との連携、在宅医療を担う医師の養成、住まいづくりなど今後の在宅医療・介護の方向性を見据えた議論が行われました。政府が提案している「地域包括ケア」に対峙するためにも、民医連がすすめる在宅医療・介護は、人権が守られ安心して住み続けられるまちづくりに欠かせない役割をもっていることを確認し合いました。さらには、「キュアからケアへ」などの新たな実践が報告されており、民医連も大いに議論が必要となっています。

民医連自主研究会の分野では、今期、救急医療研究会が新たに発足し多職種でのとりくみが始まっています。また、39期に発足した認知症懇話会ははじめ多くの自主研究会は、全国集会を開催するなどその活動が前進しています。自主研究会代表者会議は、研究会のない外科などの医師代表にも広げて開催し、学術活動と医師養成のあり方が深められました。

第4節 介護・福祉分野の到達点と課題

40期は、介護保険法「改正」・介護報酬改定を受けて、制度のさまざまな矛盾や現場の困難に立ち向かいながら、介護ウェブ、日常介護実践・質の向上、新たな事業展開、職員の確保・養成、介護職の組織づくりなどをすすめてきました。

1. 「民医連の介護・福祉の理念」の学習と定着・介護ウェブのとりくみ

約3年の議論をへて2012年12月「民医連の介護・福祉の理念」(*20)を確定しました。理念のひとつひとつの文言を深める事例検討会開催や利用者アンケートの実施、生活実態を改めてつかむことでケアプランの見直しや職種間の連携強化につなげたとりくみ、「やりがい事例集」の作成、医科事業所にも呼びかけた多職種協働事例検討会など、全国で多彩なとりくみがすすめられています。

介護報酬2012年度改定に対して影響調査を実施し、改定によって生じている利用者・家族、介護現場のさまざまな困難を明らかにし、記者会見などを通して告発してきました。介護保険制度の改悪の撤回を求める宣伝・署名活動、地域学習会、自治体交渉などにとりくみ、11万筆を超える請願署名を国会に提出しました。「必要充足」「応能負担」「非営利」原則を貫いた介護保険・介護保障制度の抜本改善を求める運動の架け橋として対話と共同がますます重要です。

2. 「最後まで、安心して」・「地域包括ケア」を実現する事業活動

介護にかかわる拠点づくりとして共同組織とともに訪問系・通所系サービス、居宅介護支援、住宅・「住まい」をふくめた多機能をもった複合施設づくりが各地で追求されています。新たに制度化された定期巡回随時対応型訪問介護看護は、2013年10月現在、4法人5事業所で、複合型サービスは4法人5事業所で展開されており、今後開設を見込み自治体との協議をすすめている法人もあります。訪問看護ステーション

は医療・介護連携の要として小児、難病にも活動領域を広げ、地域になくってはならない存在として役割を發揮しています。「地域包括ケア」の中で重要な役割を担うものです。小規模多機能型居宅介護は49事業所となり、「地域包括ケア」を展望し中学校区単位で展開をはかっている法人もあります。

サービス付き高齢者向け住宅は14となりました。国民年金受給者などでも入所できる住まいづくりが法人連携などさまざまな工夫をしながら追求されています。特養は低所得者であっても入所できる施設でなければなりません。第5期事業年度の中で積極的な申請が行われており、この2年間で2カ所増え、26施設となりました。1県連1特養づくりをめざしましょう。地域の要求をふまえ、「介護予防・日常生活支援総合事業」を受託した法人もありました。地域包括支援センターは76カ所で展開されており、総合相談、困難ケースへの対応をはじめ、各地域で重要な役割を果たしています。

3. 経営基盤の強化と法的整備の重視、法人の体制強化

実質マイナス改定となった2012年度介護報酬改定に対し、生活援助、デイサービスの見直しや老健での在宅復帰機能の強化、重度・リハビリテーション対応、加算の新規算定、事業所再編、処遇改善加算の算定などを通して収益確保の対応がはかられてきました。一方、通所系、居住系サービスなど地域で介護事業所が増加しており、利用者の確保に苦慮している現状も報告されています。利用者の掘り起こし・確保が重要です。

「業務管理体制整備の義務化」に基づき法人に対する指導監査が実施され始めています。*即日監査、のケースもあり、日常的に法的整備を強める必要があります。特に、小規模な事業所・担当者では、法人として法的整備の方針をもち県連・地協単位の「相互点検」が重要です。

2013年6月、民医連「老健施設交流会」が開催され、情勢を共有しました。

特に医科法人の介護・福祉部の役割がいつそ

う重要です。事業運営、職員養成、介護ウェーブなど対応すべき課題が年々拡大していることとあわせ、今後の「地域包括ケア」構想づくり・具体化をすすめていく上で、介護・福祉責任

者の配置と専任化、介護責任者を日常的に補佐するスタッフ機能の確立など、体制強化をはかることが求められています。

第5節 医師の確保と養成

1. 「オール民医連」での医師養成と医師運動での連携の前進

「アンダー3000」問題やドクターウェーブ、被災地支援などのとりくみ等を通じて、保団連や医労連、医師ユニオン、日本医師会や全日本病院協会など多くの団体・個人とシンポジウムの開催や地域医療を守る立場での懇談などが旺盛に行われました。私たち民医連は運動をつなぐ「架け橋」としての役割を担いました。引き続き目標の一致点を探りながら、医療界が一体となるような、もう1ランク上の運動を追求していかなければなりません。

新卒医師統一オリエンテーション、セカンドミーティング、臨床研修交流会などの諸企画は年々発展しています。40期、全日本民医連が主催した各種・各分野交流集会でも医師養成の重要性が共通の認識として広がり、議論が深められました。2012年夏に開催された拡大自主研究会代表者会議に集った医師たちが、今後の民医連医師養成の見通しについて危機意識を共有したことが、「オール近畿」での外科医養成や「オール九沖」での整形外科医養成のプログラムに結実しました。また、中小病院交流会や診療所長交流集会では、民医連における総合診療医の養成こそが中小病院や診療所の医療・介護活動を担う医師づくりの要であることが確認され、その後、日本プライマリ・ケア連合学会の認定医取得に多くの県連・事業所が組織をあげてとりくみました。

また、基幹型臨床研修病院の資格を維持するために、マッチングゼロ・受け入れ困難病院への援助を地協や全国の力でとりくみました。九沖地協がとりくんでいる県連を越えたたすき掛けの研修は大きな成果を上げています。

全日本民医連医師臨床研修センター（イコリス）は、若手医師が登場するWEBマガジンやツイッターアカウントの立ち上げなどホームペ

ージの工夫・充実をすすめてきました。また、民医連の人権を守る医療活動と研修情報の発信・宣伝に努め、指導医講習会の開催も実現しました。さらに民医連の研修センターとして、教育・学習、研究活動や相談・紹介活動の強化にとりくみます。

福島連帯支援では、わたり病院の医療・経営構造の転換を支援し、県連的に医師養成をすすめること、後期研修の整備をすすめる方針を確認しました。2013年春には待望の新卒研修医を迎え入れ、現在研修成功に向けて奮闘中です。この4月から新たに2人の新卒研修医も参加予定です。十数年ぶりに県連医師委員会も再建され活動を開始しました。こうした前進は、現地の職員の大奮闘と、全国や地協からの医師支援・研修支援に参加した青年医師をはじめとする民医連医師たちの活躍が生み出した成果です。福島県民医連の医師研修・養成がさらに前進するよう全国的な支援を続けます。

2. 民医連医師養成の現状と課題

この2年間で、278人の初期研修医を受け入れられました。2013年研修医満足調査では90%を超える研修医が民医連での研修に満足し、後輩を誘ってもいいと回答しています。2013年春の初期研修医進路調査では民医連内の後期研修にすすむ割合は60.2%で、民医連奨学生が79.2%、マッチングからの初期研修医が47.2%でした。奨学生活動を経験しない研修医の半分が民医連内後期研修を選択したことは、初期研修の到達点を測る上で積極的に評価された結果といえます。

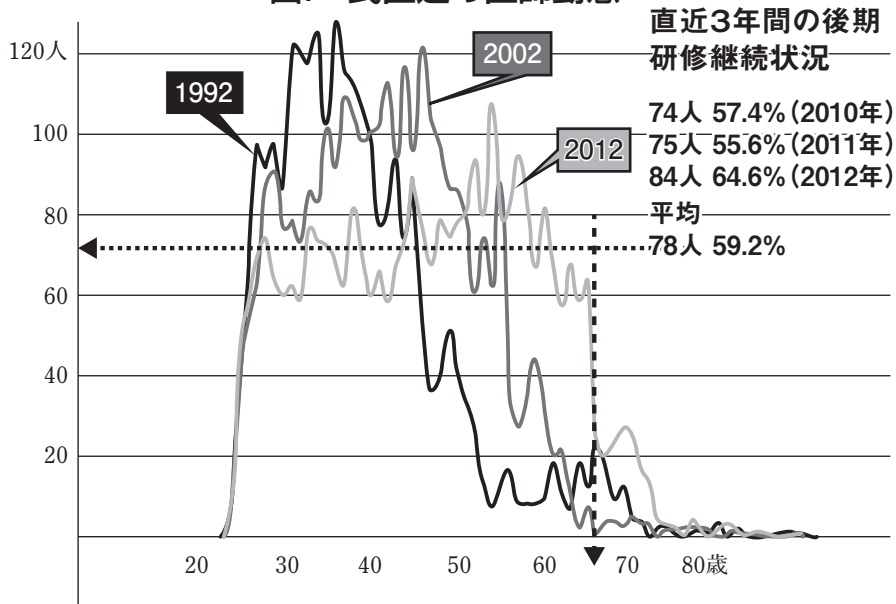
科別の内訳では、総合診療・一般内科や家庭医志向の研修医は殆ど民医連内研修を継続した一方、領域別専門医を志向する研修医の多くは他施設を選択しました。医療提供体制や専門医制度が変化する中で、民医連における領域別専門医の研修は岐路にたっているといえます。1

施設や1県連のとりくみでは限界があり、全国的に知恵と力を集中して検討すべき課題です。

2012年常勤医師実態調査では医師数は全体としては横ばいという結果でしたが、民医連医師

の平均年齢は調査毎に上昇しており、後継医師の養成が組織をあげてとりくむべき最大の課題であることを示しています(図1)。

図1 民医連の医師動態



3. 民医連における医学生対策の現状と課題

今期、医学生委員長会議で再確認した「医学対活動2つの任務」(*21)は運動と事業を相乗的に発展させる上でも重要な提起であり、医局や基幹会議で振り返ってその教訓を学ぶことが重要です。兵庫民医連の行った新歓期アンケートでは90%以上の受験生が合格したら東日本大震災復興支援に関わりたい、31%は高校時代に何らかの行動を起こしていると回答する等、人の役に立ちたいという医学生のもつ良心と情熱が示されています。多くの若者が持っている真っ当な正義感・社会貢献要求と自分自身が生きていく上で拠り所となる自己実現要求を、バランスよく獲得できるよう具体的な援助が重要

です。

「第34回民医連の医療と研修を考える医学生をつどい」は6回の実行委員会をへて開催されました。医学生と直接民医連を語り合える場として、また奨学生が成長する場として、役割は絶大であり、引き続き成功に向けて援助を強めることが重要です。また、つどいには、韓国から研修医、医学生も参加し交流を深めました。

38回総会で「宝」と表現され、その役割を重視されている医学生担当者の教育・成長の課題は、医学対活動発展のために欠かせない今日的重点です。医学生担当者は、医学生と社会、民医連を結ぶ架け橋の役割を担っています。人事政策の中で成長のための的確な支援を受けられるような仕組みづくりが必要です。

第6節 歯科分野のとりくみのまとめ

民医連歯科では40期、口腔ケア・嚥下障害などチーム医療の一員としてNSTへの参加などを通じ、医科・介護との連携を積極的にすすめました。医科事業所や介護施設に歯科衛生士の

配置を行っているところも増えています。共同組織や保育所、学校などと連携して歯みがき指導や歯みがきセミプロ養成など保健予防活動にもとりくみました。

また、貧困と格差に正面から立ち向かい、青空歯科健診や無料低額診療事業にも積極的に挑戦しています。

1. 保険で良い歯科医療の実現と運動の広がり

「かかりたくてもかかれない」「経済的な理由で患者になれない」などの理由で口腔内崩壊に至った事例をまとめた『歯科酷書』に続き、無低診を利用された患者さんの口腔内状況の実態を告発した『歯科酷書—第二弾—』を発行しました。雑誌への掲載や地域の歯科医師会で学習資料として活用されるなど反響をよびました。自由診療領域の多い歯科医療に対し、「保険でよい歯科医療」の運動は、歯科を含む全ての事業所での署名のとりくみや、地域の歯科開業医や共同組織・住民との共同が大きくなり、2011年には、14万筆、2013年には短期間に20万筆の目標に対し22万筆を超える署名が集まりました。署名と『酷書』を手にもつて3回にわたる国会議員要請行動や地元議員との懇談を行ってきました。この間、歯科職員が運動の意義をしっかりと受け止め、確信を持って運動をすすめた結果です。

2. 歯科医師をはじめ後継者の確保と養成、経営の到達

全国の支援で9年ぶりに全国30県目の歯科が新潟に誕生しました。

現在、民医連歯科奨学生は9人とどまり、

後継者確保と養成が遅れています。民医連歯科が存在意義を発揮していくためには、理念に共感し、民医連歯科を担う医師の確保が必要です。「生み育てる」歯学対をすすめる構えと体制づくりが求められます。

民医連での歯科医師臨床研修受け入れは17枠であり、卒後研修医の1%未満です。民医連運動を担う歯科医師を養成するためには、研修内容の充実と共に現在の10カ所(単独型・管理型)から新たな研修施設の取得が必要です。臨床研修後2年目からの後期研修(仮称)等の整備も課題です。地協単位での具体的な計画を持ち、管理型臨床研修施設取得し、民医連歯科の後継者をオール民医連で育てていくとりくみを強めましょう。

技工士学校の定員割れなど技工士を志す学生が急激に減少し、離職率が高くなっています。

「保険で良い歯科医療」を追求するために、技工士の確保と養成を重視し、技工士・衛生士を含めた全職種専門性を活かした実践を追求していきましょう。

2011年度は「全ての歯科施設が黒字に」の目標を掲げ、全歯科事業所合計で10年ぶりに黒字(収益比1.6%)となり、黒字事業所が64%と大きく経営改善しました。2012年度はさらに改善がすすみ、全施設合計でも2年連続の黒字(収益比1.9%)となり、黒字施設比率は71%に到達しました。このことは、これまで「歯科は赤字」と歯科開設をためらう状況を変えています。

第7節 職員の確保と養成と各分野の活動

1. 看護

1) 看護活動と確保と養成

看護部門は、やりがいを持ち働き続けられる職場づくりの推進者として、看護管理の役割の重要性を再度確認し、①これまでの看護実践や民医連の医療活動に誇りと確信を持ち、綱領を旗印に学び実践を組織すること、②その上で、医療活動方針に沿った民医連看護の実践指導を担える集団づくり(後継者の育成)に力を注ぐこと、③新卒看護職員の確保活動をさらに強化すること、④看護改善大運動「看護師増やせ」

の運動を継続的・多面的に展開することなどを重視してきました。

40期、看護師増員問題で日本看護協会幹部との懇談や独自の国会要請行動にとりくみました。また、日本医師会と「特定看護師」問題で懇談し、独自にとりくんでいる署名は10万筆を超えました。

2012年、2013年と2年連続して新卒看護師を1000人以上受け入れることができました。2014年卒も現時点で1000人を超えました。この間のとりくみの教訓は、奨学生の拡大・確保と育成、高校生1日看護師体験の拡大など看対マニユア

ルの活用と地道に継続的に共に育ちあう視点でのかかわりを重視し、全国的な経験や教訓、さらには県連間協力を広げてきたことです。また、地域や生活と労働の場で患者をとらえるなど、民医連らしい看護の実践と可視化、共同組織とのとりくみも貫いてきました。併せて看護大学や看護専門学校からの臨地実習受け入れや新卒研修内容の充実にもとりくみました。しかし、東京など大都市部は引き続き熾烈な看護師争奪戦の様相を呈しており、主体的・客観的要因を踏まえ、今後のとりくみに生かしていかなばなりません。

地域医療をささえ、患者の要求に応えるには、看護師不足は依然深刻です。1月6日付朝日新聞はトップで「看護師紹介250億円市場 競争過熱・転職迫り稼ぐ例も」と慢性的な看護師不足が続く中、「看護師紹介ビジネス」が広がっていることを報じています。

看護師受け入れ活動は日常の看護活動、職場づくりと一体の課題としてすすめるべきではありません。きめ細かい看対活動を行うための体制づくりが重要です。引き続き、看護師受け入れ活動を第一級の課題として重視しましょう。

40期「民医連の看護」を継承し、発展させていくために、私たちが日々実践している看護の特徴を明らかにし、どの世代にも共通認識にできるよう「民医連の看護」のものさしを提示します。いのちに寄り添う民医連看護をまとめた「看護10ストーリーズ」～輝くいのちの宝石箱～を発行しました。内外に普及しましょう。看護管理の現状を調査し、民医連看護管理のマネジメントスキルの向上をめざすための提言を発表しました。総合的な力量を要する看護管理者を計画的に育成することが喫緊の課題と位置づけ、2013年度より「看護管理者講座」を開講しました。今後2年間で120人を対象に行う予定です。

看護部門の中で、日常実践を通じてSDHの探求と健康権実現の担い手であることを共通の認識に広げていくことが求められています。「困難事例から健康権を考える」意識的な実践も始まっています。それは民医連の看護の理念（3つの視点と4つの優点）と密接につながるものです。これらを実践する上では、めざす看護と養成の課題を明確にし、専門性と総合性を身に

つけられるような看護師養成に力を入れましょう。とりわけ若手・中堅職員への援助を強めましょう。看護に求め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」にとりくむことが重要です。チーム医療が広がる中、スペシャリストとしての認定や、専門看護師の育成が積極的に行われており、各分野で成果を生んでいます。質の高い看護は患者の健康回復を早め治療効果を促進します。地協や県連及び事業所で具体的な育成・活用方針を持ち、看護部全体の力量向上をめざしましょう。

在宅医療を担う看護職員の力量向上と育成がとりわけ重要となります。医療度の高い患者、末期状態の患者に対する頻回の訪問、早急な対応、在宅で最期まですごしたいという要求に応える力を蓄えなければなりません。また、民医連らしい「地域包括ケア」の実現に向け、介護職員との共同や急性期病院や緩和ケア病棟を有する病院と診療所・在宅医療チームとの連携を意識的に強めることがカギです。そのためにも在宅医療・介護における診療所や訪問看護ステーションの機能を強め、地域で暮らす高齢者をささえる民医連の医療・介護の総合力を高めましょう。

2) 「特定行為に係わる看護師の研修制度」について

「特定行為に係わる看護師の研修制度」について、全日本民医連は理事会で反対声明を出しました。この問題をめぐる議論は、改めて看護業務のあり方や各職種の役割について大きな問題提起です。厚生労働省は、難易度も高く、判断も難しい医行為を具体的指示のもとであれば一般看護師でも実施できるという方針を打ち出しました。また、特定行為を診療の補助として位置づけ補助看法の改正を行い看護業務の拡大を図ろうとしています。特定行為は人体に危険を及ぼす可能性の高い行為です。患者の安心・安全を考えているのか疑問です。さらに患者・国民や現場の医師、看護師や多職種に制度の内容が伝わっているとは言えません。看護が看護に専念して得られるアウトカムを過小評価すべきではありません。私たちは、この制度の内容をきちんとつかみ、改めて「看護の役割とは何か」という討議を重ね、看護を科学的に、そし

て人びとに見える形で表現する事が重要です。日々の患者の状態に寄り添い、励まし、ケアすることは「生きる」ことをささえる看護の専門性です。医行為の安易な他職種への委譲で問題解決を図るのではなく、私たちの現場でも総合的に業務の実態分析を行い、医療安全、多職種によるチーム医療などさまざまな視点での学習を深め、役割分担についても冷静な議論を行いましょう。各事業所で医師や技術職とともに検討を行いましょう。

2. 薬剤師

2013年度の新卒薬剤師数は126人で、2012年とほぼ同数の確保でした。前年に続き保険薬局より病院での採用数が上回りました。薬剤師数は2437人（2013年+107人）と2年連続で増加しました。2013年の薬学奨学生が261人と2年間で46人の増でした。5年生時の実務実習の積極的な受け入れもあり、つながり薬学生は3年連続2000人を超えました。実務実習つながりからの入職も多くなっています。薬学奨学生、つながり薬学生の学びの場であり民医連の体験の場である第1回薬学生セミナー（in宮城）を開催しました。

病院での常駐薬剤師の配置、保険薬局の新たな開局など、さらなる薬剤師確保が求められており、薬剤師不足解消には至っていません。県連に専任の薬学生担当者がいるのは4県連で兼任は21県連、置いていない県連は21県連となっています。育てる薬学生対策がますます重要となっています。

今期「全日本民医連 薬剤師政策」（2013年11月理事会）を決定し、民医連薬剤師の2つの視点と5つの目標を確認しました。（2つの視点、①無差別・平等の医療と福祉の実現をめざす組織の一員として医療にとりくむ、②医薬品は国民・患者のために存在している）（5つの目標、①民主的集団医療を軸に適正な薬物療法の実践、②薬害根絶と医薬品の安全確保に全力をあげる、③患者・国民の人権を守るために行動する、④地域に根ざした薬剤活動を展開する、⑤全国の仲間と力を合わせてとりくみをすすめる）。薬剤師集団は、民医連がめざすチーム医療をささえる重要な担い手であり、くすりの専門家として地域に根ざした薬剤師集団として成長してい

かねばなりません。2013年、初めて全国一堂に会して新卒薬剤師オリエンテーションを行いました。確保と養成において、いっそうオール民医連として、薬剤師政策を実践する「社会をみる薬剤師への成長」の視点が重要です。薬剤師政策を豊かに実践していく中で次の世代の薬剤師の育成と職能のスキルアップをすすめます。新卒薬剤師研修や薬学生セミナー・奨学生やつながり学生を増やすとりくみなど、民医連で働き続ける薬剤師の確保と育成をすすめます。特に、病院薬剤師の今日的な到達と役割・課題の討議を開始します。薬剤分野では、薬剤師集団として、医師への処方支援や医薬品評価の機能、副作用モニター活動を強め、地域・国民への医薬品情報の発信をすすめていきます。

薬事委員長事務局長会議では、製薬企業からのさまざまな便宜がはかられることで、製薬企業への利益誘導が持ち込まれていないか点検することを強調しました。このことは、民医連の医局、事業所としてこうした問題にどのように向き合っているのかも問われています。あらためて自己点検と検討を呼びかけます。

保険薬局分野では、「健康づくり地域薬局」の活動、「地域包括ケア」での在宅業務などのとりくみや保険薬局版Q I活動をすすめます。株式会社から非営利型一般社団法人への移行をすすめます。

3. リハビリテーション部門

民医連のリハビリテーション技術者は4600人を超えました。活動する場も急性期病院リハビリテーション、回復期リハビリテーション、維持期リハビリテーション（一般障害者病棟・療養病棟・緩和ケア病棟）の入院リハビリテーションをはじめ、外来リハビリテーションや通所、訪問、介護保険施設、介護予防など介護事業に係わるリハビリテーションなど、医療・介護・福祉のあらゆる領域に広がっています。筋骨格系疾患やがん、呼吸器など疾患別のリハビリテーションにも対応しつつ、個人の特性にあった全人的なリハビリテーションを追求しましょう。

民医連の回復期リハビリテーション病棟は143病院中69病院75病棟で、全国の回復期リハビリテーション病棟の5.5%を占めています。リハビリテーション充実加算取得18病院26.5%

(全国508病院53%)、休日リハビリテーション提供加算取得49病院72%(全国756病院79%)で、全国水準以下にとどまっており、取得にむけた戦略が必要です。また、365日リハビリテーションや介護分野への関わりを強めることや、小児リハビリテーションや精神科リハビリテーションのとりくみを強化していくことが求められています。

民医連経験の浅い、若いリハビリテーションスタッフの養成が重要です。1つの職場が50人を超えるところも少なくありません。管理・運営の水準を引き上げることと民医連綱領を実践するリハビリテーション技術者としての成長をめざし、民医連リハビリテーション政策づくりにとりくみます。

また、回復期リハビリテーション病棟の増加に伴い、リハビリテーション医療の質の向上が求められており、リハビリテーション専門医の養成が重要です。さらに、急性期医療において、廃用症候群予防や繰り返す肺炎患者などに対する早期からのリハビリテーションが重要で、これらの患者への対応は、従来多かった他科出身の専任医師だけでは、カンファレンスへの参加などチーム医療の面からも、若いリハビリテーションスタッフの専門性追求の指導面からも困難であり、養成に努めましょう。

一方、国保連合会による高齢を理由とするリハビリテーション実施単位に対する不当な一律査定が行われています。高齢者・障害者のリハビリテーション受療権を奪うものであり、人権侵害ともいえるものです。全国的なたたかいをすすめましょう。また、鳥根のようにリハビリテーション専門医集団の具体的な事例に基づく抗議で成果をあげたとりくみに学びましょう。

4. 介護職員の養成

民医連の介護職員の離職率は2012年度12%で、全国平均17%(介護労働安定センター調査)よりも低くなっているものの、採用率は16%(同23.3%)にとどまっており、定着は一定はかられているものの採用面では相当厳しい状況があります。「やりがい」を大いに語り、高校生対策や学校訪問、学生実習の受け入れ、奨学金制度の創設など各地でさまざまな工夫を行い、引き続き確保対策を強めましょう。ヘルパー養成

講座の廃止に伴い、介護職の初任者・実務者研修の開講など検討・具体化しましょう。

全日本民医連「教育政策指針」を介護・福祉分野で具体化することを目的に「キャリアパス作成指針案」を提起しました。民医連綱領、「民医連の介護・福祉の理念」を自分の言葉で語るができる職員をいかに育てるかが課題です。一方、政府はキャリア段位制度をスタートしました。「介護職員の階層化」と「介護報酬とのリンク」という制度の本質や限界をふまえ、「たたかいと対応」の視点で各法人の養成のとりくみの中で位置づけていくことが必要です。

厚労省は、ケアマネジャーに給付費抑制のゲートキーパー(*22)としての役割をいっそう強制しようとしています。日常の実践と制度改善運動を通して利用者・家族の生活と人権を守る「たたかうケアマネジャー」の養成・集団づくりが求められています。民医連の介護の実践をすすめる管理者の養成は今後の事業展開にとって不可欠な課題です。

介護職の組織づくりに関わって、2013年5月現在、26県連に介護職部会が設置されています。改めて、介護職部会を設置する意義を深め、すべての県連の課題として位置づけましょう。

5. 民医連各専門職種の活動

民医連医療の特徴は、日常医療・介護活動におけるチームが、地域の中でSDH、健康権・生存権、ヘルスプロモーションの探求と実践を意識したとりくみを行っていることです。

貧困と格差がさらに深刻さを増す中で、SWは、人権の守り手として、無料低額診療の窓口や生活支援活動などで大きな役割を果たすことが期待されています。また、福島双葉町甲状腺エコー検診や全国各地での健診・検診や療養・生活支援などを行う上で、検査、放射線、栄養士、調理師などの職種が重要な役割を發揮しています。被災3県でも検診や生活支援、仮設住宅支援などに積極的にとりくんでいます。福島民医連から要請があった支援にも臨床工学技士はじめ各職種が積極的にこたえています。

今後、栄養、放射線、検査、臨床工学技士、鍼灸マッサージ、保育などの各職種が専門技術を高める努力とともに、民医連らしいチーム医療の一員としてのとりくみを強めましょう。ま

た、全日本・地協・県連での職種委員会の活動を強め、後継者養成とそれぞれの職能団体の活動に積極的に参加して、民医連の専門職として役割を一層発揮しましょう。

6. 事務

事務養成の課題は、2011年1月に発表した全日本民医連「事務政策作成にあたっての問題提起」をきっかけに、県連や法人での事務政策づくり、各世代を網羅した制度教育、事務職員集会（事務の学術運動交流集会）、「私と民医連事務」を語る企画、事務幹部養成講座など多彩なとりくみが活発になっています。

民医連における事務労働は、従来の医事系、総務系、共同組織や医系学生の組織担当等に加えて診療支援分野にも広がっています。当該事務分野における専門職としてスキルを高めることはもちろんですが、それぞれの仕事を通じて

民医連組織そのものに関わる管理労働の一翼としての役割を果たすことが求められます。

具体的には、医療や介護活動等の実践の結果に関わるさまざまなデータ等を整理・集計し比較・分析して、それぞれの組織の目標に照らしての到達点や課題の提起を行い、地域の人々の基本的人権の擁護と医療・介護の専門職が持てる力を最大限に発揮できる環境を整える役割です。

そのために事務職員は民医連綱領と所属組織の方針を深く学び身につけ、日常的に医療・介護を巡る情勢の変化や地域の状況の変化を的確に掌握するための仕組みを、事務集団として作り上げる必要があります。

全日本民医連は41期に事務職員養成に関わる実践経験と成果を交流する全国的な集会を開催します。

第8節 経営の到達点と課題

非営利・協同の事業体である民医連は時代と地域の要求に応じてこの間、事業所のリニューアルや事業拡大をすすめてきました。一方、全国の自治体病院の過半数が赤字で2011年度までに413病院（8%）が閉鎖されるなど厳しい経営環境の下、民医連の事業所も例外ではありません。たたかひの視点を持ち、情勢を切り開く運動が求められます。あわせて大きく変わろうとしている経営をめぐる情勢を直視し、各事業体が経営管理力量を高めるとともに、全国の英知を集めて、安定した経営体質を作り上げていくことが重要です。今期から全日本が主催していた統一会計基準推進士養成講座（1～7期で743人）を各地協毎に開催するようにし、2013年は245人が受講し、経営の専門家として第一歩を踏み出しました。また、2013年8月には、初めて理事長・病院長を対象にした経営セミナーを開催しました。

1. 損益状況

医科法人合計の経常利益率は、2012年度1.8%（111億円）で、2011年度2.1%（129億円）、2010年度2.2%（136億円）から2年連続の減益となりました。要因は、事業収益が101.6%の

微増に対して、事業費用が前年比101.9%（人件費は前年比103%）と収益の伸びを上回ったことによるものです。

経営悪化傾向を反映して、民医連短期指標該当法人が3法人から9法人、中長期指標5ポイント以上該当法人が、29法人から39法人に増加しました。

病院群の経営悪化が全体としての利益を減少させた主要な要因となっています。143病院合計の経常利益は、2010年度に診療報酬の急性期部分についてのプラス改定などを背景に初めて黒字となり、2012年度も黒字とはなったものの、2年連続の減益です。6割の病院が経営悪化、依然として58%（69病院）が赤字です。日当円は増加したものの、入院・外来患者数の減少、新入院数は横ばいです。結果として平均在院日数は短縮しましたが、病床利用率が低下し、入院収益の伸びは101.3%と微増となっています。無床診療所は、経常利益率7%と前年と同水準です。診療所群の特徴は、患者数は減少、在宅患者・在宅収益の増です。診療所の24%が赤字です。診療所の利益では、病院の赤字をささえきれない状況も出てきており、診療所の経営課題も含めて、損益構造の転換が引き続き必要で

す。

2012年度モニターとして集計している訪問看護ステーションは増益、ヘルパーステーションは減益です。老健施設は、経常利益率 $\Delta 0.7\%$ で前年からも悪化し、モニター対象施設の半数が赤字となっています。

2013年度モニター法人調査（30法人）では、経常利益は $\Delta 1600$ 万円と悪化しています。事業収益ののびを事業費用が上回り、3年連続での経営悪化が予想されます。30法人中6割強の法人が悪化しています。2014年度の診療報酬改定、医療法の改定、消費税増税など、経営を取りまく状況は大変厳しくなっています。

2. 財務状況

全体合計での総資産は6541億円（前年比+146億円・102.3%）、負債5270億円（前年比+78億円）、利益剰余金228億円（前年比+47億円）、出資金753億円（前年比+16億円）などを含めて純資産1270億円（前年比+68億円）で、純資産比率19.4%（前年18.8%）となっています。利益剰余金マイナスは63法人（41%）、債務超過法人18法人、退職給付引当74%（統一会計基準）以下が27法人など、引き続き財務構造の改善は大きな課題となっています。

3. 資金の状況

全体としては、獲得した事業キャッシュでは、投資支出をまかなえず、借入金を増加させ（金融機関からの借り入れ+38億円、協力債+7億円、地域協同基金+12億円等）現預金残高を維持したという結果となっています。事業キャッシュフロー（*23）は363億円で、事業収益比率で6.0%（前年7.4%）と低下しました。2010年度よりリース費用を投資キャッシュフローに移行したことを考慮すると、2011年度6.6%、2012年度5.2%となっており、全体として資金困難が増加した2002年度～2008年度水準まで落ち込んでいることとなります。事業キャッシュ率で8%以上（2012年度は36法人）を安定的に確保できる体質を作り上げることが必要です。事業キャッシュ獲得能力の低い法人、金融機関等への返済負担の大きい法人も少なくない実態があります。資金見通しを含む中長期の経営見通しを認識した上で、経営改善をすすめること

が求められます。

4. 経営対策委員会設置法人、困難法人について

2012年度に当該法人・県連からの要請と現地調査を踏まえて、高知医療生協対策委員会が設置されました。病院の赤字、医師体制、退職金支払い負担の増大などを背景に資金危機に直面していました。この間、当該法人での経営実態の認識、再建に向けた経営計画づくり、病院、介護事業所の経営改善などが主体的にすすめられるとともに、全日本民医連としても積極的支援がすすめられ、2012年度以降、大幅な経営改善を実現し、資金繰りも安定し、再建のための中長期計画も完成間近となっています。なによりも、当該法人の医師をはじめとした当該職員が、管理者を先頭に理事会、役員者、職員、労働組合の中で情勢や情報と、改善課題を共有し、目標に向かって奮闘したことが大きな力となっています。2014年2月で高知対策委員会の役割を終了し、引き続き必要な援助をすすめていくことになりました。

徳島健康生協は、2012年度経常利益が赤字となり再び債務超過となっています。新病院建設も含む再建計画づくりに向けて、当該法人での議論と実践の力量を引き上げていくこと、全日本対策委員会としての支援のあり方の工夫をすすめていくことが必要です。

川崎医療生協は、2012年度には病院の改善を中心に、この間の人件費対策等の具体化もあり、前期からは大きく改善しています。しかし、依然として、事業キャッシュフローが少なく、リースや銀行借り入れ依存の体質は改善できていません。現在、次期総代会に向けて、病院リニューアルも含む再建計画作りをすすめています。

その他、経営困難法人へ全日本・地協として支援を行っています。これらの法人での共通した課題は、中長期の経営計画、資金という側面からの自己認識など、経営の現状と今後の見通しに対する認識の不十分さがあります。この間の民医連での各種問題提起や経験・教訓、方針を正面から受け止めて、とりくみをすすめていくことが求められます。

第9節 共同組織の活動の到達点

総会までに360万構成員・6万の『いつでも元気』という目標に対し、12月末時点で到達は構成員359万、10、11月の月間では4万5000の増です。『いつでも元気』は5万7000部を超えました。共同組織構成員のうち平均1.59% (0.2～7%台) が読者です。意識的な拡大と積極的な活用が望まれます。一部拡大すれば、100円を被災地支援にあてられる元気募金は、2011年7月から始められ1月現在135万円を超えました。

2012年9月に岩手で開催された第11回活動交流集会は、全県連から1796人が参加しました。報告された253演題にはどのテーマもドラマがありました。確実に地域で無くてはならない存在として共同組織が発展していることを示しています。全国各地で青空健康チェック、健診活動や脳いきいき班会、コロバン体操などの健康づくり、「銭湯難民」に対する共同浴場をつくるとりくみ、居場所づくり、生きがい・やりが

いづくり、子どもたちの学習支援、被災地支援など多彩な活動交流がされました。認知症サポーターの養成がすすんでいる、脳いきいき班会、葬儀班会・遺言班会などが急速に広がっているなど、要求にマッチした活動が活性化していることなど全国にその経験と教訓を広げていくことが重要です。

また、総選挙、参議院選挙や自治体選挙を共同組織の中で学習するなど意識的にとりくみ、社会保障改善の運動、脱原発などにつなげました。保険薬局の薬代補助を求め、共同組織を中心に運動を続けた結果、旭川市では無料低額診療対象者の薬代補助が実現しました。また、2013年秋の緑綬褒章に千葉県内唯一、団体として健康友の会ボランティアサークル「ふれあい」が、病院とともに入院患者への生活支援や地域での助け合い活動を高く評価され、表彰されました。産経新聞は「浜辺の赤ひげの理念を受け継ぐ」と評しました。

第10節 全日本民医連としての活動

1. 全日本民医連60周年のとりくみ

全日本民医連は、結成60周年にあたり理事会のもとに実行委員会を設置し、さまざまな事業を企画しました。「Fly High! 切り拓こう いのち輝く 平和な未来へ」をスローガンに、青年職員からベテラン職員、OBや共同組織のみなさんが民医連の歴史を振り返って学び、未来を展望しながら、手記「私と民医連」や写真「民医連で働く職員」のコンテスト、海外視察ツアー（デンマーク、韓国、キューバ）、ピーチャリ・ピースラン（41県連が実施）、民医連遺産登録、前進座「赤ひげ」公演（13県連1万8758人が観賞）などにとりくみました。8月24日に東京・椿山荘で記念式典・レセプションを開催し、海外をはじめ従来つながりを超えた幅広い来賓など518人の出席で、この10年で民医連の交流の幅が大きく広がっていることを示す式典となりました。

2. 理事会運営・全国会議と情報発信のあり方

全日本民医連理事会は常に出席率95%を超え、前後に開催される部委員会・PJとあわせ、方針や問題提起の立案や具体化、各種集会などを行っています。また、ナショナルセンターの一つとして積極的に運動面などで共同を広げています。

より現場で援助や交流ができるよう地方協議会を開催し、運営委員会や事務局長会議、各種会議や研修会を行ってきました。しかし、あまりにも方針、問題提起が多く、県連はじめ現場では「提起をこなしきれない」との声も多く寄せられています。41期は全日本民医連として地協や県連が行うことと、全日本民医連が行うことを整理し集会の持ち方についても検討します。また、41期の会議の持ち方の見直しや、インターネットなどSNSの活用、過去の4紙誌の検索をホームページで行えるようにしたり、

「民医連と国民とのつながりの場」としてホームページの改善や動画配信など情報発信の方法について積極的に検討を行います。また、毎月発行している民医連資料を廃止し、『〇〇期重要方針・問題提起集』などに切り替えていくことを検討します。

南医療生協と2013年6月、室料差額問題を中心に全日本民医連と正式な懇談を行い、意見交換を行いました。今後とも懇談を継続していきます。

3. 災害対策とMMAT（*24）

40期、全日本民医連として「全日本民医連の災害救援活動の指針」、「緊急被ばく（災害）対策マニュアル（改定）」、「県連および事業所における災害対策指針」をまとめました。また、福島第一原発事故を契機に緊急被ばく事故対策本部を設置し、専門家との意見交換会や福島民医連との懇談、現地調査やチェルノブイリ・ドイツ視察、国連特別報告者との協議、緊急学習会やシンポジウムの開催、啓もう活動、避難者への健康診断・生活相談、甲状腺エコー検診の提起など時々の具体的なとりくみの提起を行ってきました。また、福島民医連の事業所への義援金を活用した放射能測定器の導入を支援しました。

今後、長期間にわたる原発廃炉にむけての作業や大地震の発生の可能性、地球環境の変化の中で、原発事故や風水害、鉄道事故などさまざまな天災や人災が起きる可能性が指摘されています。これまで各地の災害救助活動で民医連は、現地の奮闘をささえ、全国の連帯の力を発揮してきました。非常事態の時こそ、その組織の理念や実際の活動が表れます。「困難あるところ民医連あり」の精神で危機対応を行っていきましょう。

留意点は、①あらゆる事態を想定した日常的な訓練や危機管理における指揮系統の整備、必要備品の備蓄などマニュアルの整備と見直し、②事態の正確な掌握と危機管理体制の確立、③県連や全日本民医連との連絡と相談の3点です。

全日本民医連は事態に基づいて、DMAT、JMATなどと連携しながら、トリアージを必要とする急性期対応から亜急性期、避難所支援、生活支援、患者受け入れや物資支援、義援金の

組織などの後方支援と、変化する事態を見極めながら必要な役割を果たすことになります。全日本民医連が結成を呼びかけているMMATは、そうした変化に対応するものとして具体化していきます。

4. 民医連退職慰労金・共済活動について

TPP交渉でのアメリカの要求の一つに「保険」があります。郵政民営化はその先取りでした。マスコミは「高齢化がすすむ日本で自由診療が広がれば、アフラックなどの民間医療保険に入る人が増える」と報じました。TPPは公的医療保険の果たす役割を押さえ込み、民間医療保険の市場拡大のみならず我が国の共済まで商業保険と同一の管理下におくことを要求しています。非営利で構成員自治の共済を、営利目的の商業保険と競争させることに反対します。2012年10月に全日本民医連共済は創立40周年を迎えました。非常勤で働く職員も増え、各地の共済組合ではそうした職員への助け合いの事業にとりくむところも増えてきました。また60歳以降も働く職員が増えています。こうした環境の変化の中で、民医連で働く役職員が互いに助け合いささえ合いながら福利厚生の実現をめざしていくため、全国の連帯と協力を強めていきましょう。

5. 国際活動

国際ボランティアセンターを通じてのイラク、アフガニスタン、インドネシアなどへの人道支援にとりくみました。中国での旧日本軍による遺棄毒ガス兵器による被害者への第6回目の検診活動では、日本・中国の医療関係者と連携が強まりました。また、韓国のグリーン病院をはじめ「健康権実現のための保健医療連合」ほか多くの医療団体との交流や国際HPHへの会議参加などを通じて民医連の活動が国際的に広く知られるようになり、今後、共同して健康権実現のための国際シンポジウム開催などの動きが生まれています。また、キューバ政府との間で、キューバで開発され日本では未承認のワクチンの開発もすすめています。

民医連はこれから2年間どのように活動し「飛躍」するか

41期は、社会保障の理念変質と後退、「戦争をできる国」づくりをめざす政権の暴走にストップをかけ、新しい福祉国家を展望した幅広い共同の運動と自らの事業を確実に前進させる2年としなければなりません。暴走は焦りの裏返しであるとは言うものの、容易でない情勢です。今後の民医連の活動を展望する上で、あらためて民医連の存在意義を確認し、41期に何を軸に、どう強めるべきかを見定めましょう。

民医連綱領は組織としての民医連について、憲法理念を生かし、「無差別・平等の医療と福祉」の実現をめざす組織です、と述べています。それを実現するために、①「憲法の実現をめざす運動体」、②「非営利・協同の事業体」、③「人間的な発達ができる組織」という3つの特徴があります。そこに日本社会における民医連の独特の存在意義があります。上記3つの特徴を、統一的にバランスよく発揮することは並大抵のことではなく、これまでの延長線上ではない、「飛躍」が必要です。

特に今期、大きな「飛躍」が求められる課題は、第1に、民医連運動を担う医師の確保と養成です。医師数は伸び悩み、求められる医療活動に支障をきたし、医師集団に疲弊をもたらしています。初期・後期研修も奮闘しているものの民医連運動を担う医師養成という点では未だ、課題があります。医療提供体制と専門医制度の大きな変更の時期でもあり、41期民医連運動の

最大の課題として位置づけます。

第2に、40期に開催された全国会議や交流集会で明らかにされた情勢の変化や教訓を力にして、法人・全事業所が中長期の事業・経営計画を検討、作成することです。経済のグローバル化、少子・超高齢社会がもたらす疾病構造、社会構造の変化と激変の経営環境のもとで、非営利・協同の事業を断固守り発展させる決意と具体的な計画が必要です。その際、「オール民医連」の知恵と力を集めて「たたかいつと対応」をすすめる必要があります。県連機能の強化と地協、全日本民医連の役割を整理します。

第3に、共同組織活動の今日的な発展方向を探求し、新しい担い手づくりや職員の積極的な参加ができる画期をつくります。地域から共同を広げ、安心して住み続けられるまちづくりをすすめるためには、共同組織活動の量・質とも発展が不可欠です。

第4に、民医連の発展は管理運営（トータルマネジメント）の水準向上と職員の成長にかかっており、人間的な発達ができる組織にふさわしく幹部養成、中間管理職、職員などの担い手を育てることです。

以上の課題を握って放さず、これからの2年間、「いのちの平等」を求めて事業と運動を大いに強め、民医連が存在すること、民医連で働くことの意味が確認し合えるような2年間としましょう。

第1節 新しい福祉国家を展望した提案で共同を広げ、憲法を守り、人権としての社会保障を実現しよう

各種世論調査では、憲法を守ること、TPP参加反対、原発ゼロ実現、消費税増税反対、社会保障改悪反対は過半数の国民の声です。一人でも多くの国民が声を上げ、行動につなげましょう。私たちは、「いのち」を守る医療・介護にたずさわるものとして次の活動を重視します。

1. 「民医連の提言」を力に、健康権・生存権保障を求める共同を広げよう

一連の社会保障改悪政策に対し、人権が輝く「もう一つの日本は可能」ということを示した

のが「全日本民医連の提言」です。対話やシンポジウムなどを通じて、この提言の内容を広げ、国民の声としましょう。消費税増税中止を求め、一切の社会保障「改悪」を許さないたたかいを強めます。地方自治体に対しては、国保44条・77条の適用拡大や国保料金引き下げ、生活保護の申請受理など具体的な要求で制度改善や拡充を迫りましょう。9年間毎月、9日・25日、雨の日も雪の日も欠かさずに宣伝行動を行っている青森の経験などに学び、6・6・11・25日などの地域宣伝や待合室、診察室、職場から「声」をあげていきましょう。

新自由主義との決別のためには、国際的な連帯による規制が必要です。そのためにもフランスや韓国の医療関係者から要請を受けている「健康権実現のための国際シンポジウム」（仮称）に医療団体連絡会などの仲間にも呼びかけとりくみます。日本政府は国際人権規約を批准しているにもかかわらず、数多くの「人権侵害」を繰り返しています。国際社会にこうした事実を訴え、人権侵害を無くさせていくために国連が認証する国連社会経済理事会（ECOSOC）の協議資格（*25）取得をめざし6月申請の準備をすすめます。協議資格取得で、国連人権委員会に対し、直接、人権侵害の実態を告発することや国連会議への参加や発言の機会も可能となります。また調査を依頼することも可能となります。

2. 「戦争をしない国」であり続けるために～憲法を空洞化させず、守り、活かすとりくみを強めよう

日本国憲法は今、誕生以来、最大の危機を迎えているといっても過言ではありません。安倍政権は2013年12月6日深夜、秘密保護法の強行採決を行いました。また、武器輸出三原則の見直しや集団的自衛権行使容認、立憲主義の否定など次々と戦争をする国づくりを強引にすすめています。この根底には、日米軍事同盟である安保条約があります。

私たちは、今、どんなことが起きようとしているのか、日米安保条約のもとでどんなことが起こっているのか、どんな時代に向かおうとしているのかをしっかりと学びとる必要があります。

す。すべての県連で憲法を学び直し、守り、活かす運動推進体制をとり、民医連新聞新年号に載った長野の25条マンの活動などのように創意をいかし、楽しく、広げることができる活動を起こしましょう。全日本民医連も推進体制を確立し、適宜、必要な学習・宣伝資料も準備し運動の先頭に立ちます。秘密保護法撤廃の運動を強めます。

世界の中でも日本に米軍基地が集中しているのは、日本を守るためではなく、アメリカの世界戦略に位置づけられているからです。日本は米軍の駐留経費の75%も負担をしています。

名護市長選挙の結果は、明確な民意を示しました。このことを力に、全国で世界一危険なオスプレイの国内での飛行訓練を中止させ、撤去させる運動を強め、全国どこでも「米軍基地はいらない」の運動とその大本になっている日米安保条約廃棄の運動を強めましょう。

3. 原発ゼロの運動と被害者支援の粘り強い運動を

安倍政権はエネルギー基本計画の政府案を示しました。「原発を基盤となる重要なベース電源」と位置づけ、トラブル続きで長年停止中の高速増殖炉もんじゅも継続することまで明記しています。こうした政策のもとで、原発再稼働の動きの加速や海外への原発輸出をすすめようとしています。

過酷な原発事故を経験した日本が率先して原発に依存しない社会をつくることは、国際社会及び日本の未来に対する責任です。全国各地で運動を広げましょう。県内での国と東電を対象にした裁判や福島県民復興センターが呼びかけている県民過半数（100万筆）署名を全国でもとりくみ、早期達成させましょう。また、原発立地県の民医連が原発をなくす運動の中心的な役割を担って奮闘しています。県庁所在地からわずか10キロメートルの島根原発に反対し「みどりのエネルギー条例」制定運動に取り組んでいる島根では短期間の間に県民の16%にあたる9万筆の署名を集めて運動をすすめています。その中心に島根民医連の多くの職員が奮闘しています。全国で連帯を強め、全国各地から原発ゼロの運動をすすめましょう。

民医連事業所で社会貢献活動の一環として、

再生可能エネルギーへの転換や省エネルギー化にむけてのとりくみが広がっています。さらに共同組織とともに、行政や他の組織と一緒に地場で基金をつくるなど協力し合い、こうした運動を広げましょう。

福島第一原発事故によるすべての被害者の救済と生業を取り戻す運動に積極的に関わります。原発労働者の権利と健康が守られずして、福島第一原発事故の収束はできません。重層下請構造となっている原発作業を改め、全ての原発労働者に「被ばく健康管理手帳」を交付することを強く求めます。とりわけ、福島第一原発事故対策に当たる労働者については、①公務員に準じて直接雇用とし、全員に「福島第一原発被ばく健康管理手帳」を交付して健診と医療を無料とすること、②健診項目を充実し身近な医療機関で受けられるようにするとともに、心理的側面を含めた総合的な健康相談センターを開設すること、③認定する疾患を拡大するなど労災認定基準を改正すること、④累積被ばく線量が高くなり原発労働から離れざるをえなくなった労働者の生活補償を行うこと、を求め運動を強めます。

また、全日本民医連として引き続き、福島民医連の仲間への連帯とともにすべての原発事故被害者の健康管理、生活支援にとりくむことを全国の仲間呼びかけます。

4. 核兵器禁止条約をめざし、NPT再検討会議を成功させよう

核兵器と人類は共存できません。2014年はビキニ環礁で第五福竜丸が被爆してから60年にな

ります（*26）。核兵器の使用禁止と核兵器の廃絶を論議する国連NPT再検討会議（*27）が2015年5月にニューヨーク国連本部で開催されます。この再検討会議は、21世紀の早い時期に世界中の核兵器全廃を求める国際的な運動の結節点となります。全日本民医連は、300万署名にとりくみます。全県連で具体的な派遣計画・行動計画を持ち、ニューヨークに代表を送り、核兵器廃絶の意思を示しましょう。あわせて原水禁世界大会、今年60年を迎えた3・1ビキニデーなどへの積極的な参加や学習、被爆体験を語り継ぐとりくみを日常的にすすめましょう。

5. 地域再生・安心して住み続けられるまちづくり運動を本格的にすすめ、国、自治体にむけたとりくみを強めよう

地域のコミュニティーが崩壊する中で、地域から共同を強め、住民が一体になった地域再生の運動を起こしましょう。社会保障改善の運動を最大限重視し、国、自治体にむけた運動を強めましょう。そのためにも要求に基づく一点での共同のみならず、安心して住み続けられる地域をつくるためにあらゆる運動をつなぐ架け橋としての役割を一層強めることを重視しましょう。各地でとりくまれたシンポジウムを全県と地域に広げるなど共同を拡大しましょう。そのためには、医・食・住・環境シンポジウムなどで示された教訓を踏まえ、創意工夫した活動を行いましょう。社保協などと共同してキャラバンなどを通じて自治体との対話も重視します。

第2節 医師養成を結合させ、民医連らしい医療活動の前進をかちとろう

40期に大きく切り開かれた「総合的な医療の質向上」と「医療活動の8つの重点課題」は41期も引き続き医療活動の基本であることに変わりはありません。41期はこれらの課題をすべての県連、法人、事業所、各分野の実践課題として位置づけ大きく発展させる期です。これら以外にも民医連の現場は多くの実践にとりくんでいます。非正規労働者の増加や労働環境の悪化、さらには、社会保障の後退が続く中での職域に

おけるメンタルヘルスなど精神科医療や産業医・労働衛生の活動を重視してとりくみましょう。これらの民医連らしい医療実践は今後の医療構想と医師養成が一体となって初めて実現するものです。

1. 超高齢社会と「貧困・健康格差」に立ち向かう医療活動のさらなる前進を

全世代に深刻な貧困・格差が広がっています。41期は、改めて「貧困と格差」「超高齢社会」に立ち向かう活動にすべての県連、法人、事業所、職場、共同組織が、「子どもの貧困対策」など具体的なテーマを掲げて挑戦することを呼びかけます。

在宅医療と介護などが一体になった地域医療・介護のネットワークづくり（地域包括ケア）を重視しましょう。そのためには非営利・協同事業の旗を高く掲げ、在宅医療・介護を担う医師や看護師・セラピストの確保・養成などを法人全体の課題として位置づけ事業展開を確かなものにする必要があります。

今後、単身高齢世帯や老々世帯が急増し疾病構造が大きく変化します。単身高齢世帯は500万と言われています。2011年度の死亡要因は、悪性新生物、心疾患、肺炎の順で、この3つで全死亡者の54%を占めています。ますますこの傾向が強まるなかで、これに立ち向かう民医連らしい医療活動を築きあげましょう。がん医療、終末期医療・ケアや認知症などの課題を明確にし、その実践の交流会等を通じて質の高い地域連携を本格的に前進させていきましょう。がん医療を慢性疾患として捉え、地域連携で緩和ケアの実践を探求することや慢性疾患におけるリハビリテーション機能を重視していきましょう。

民医連らしいヘルスプロモーションは、日常医療・介護活動とまちづくり、健康づくりの運動を連動させ、憲法と綱領に依拠して、共同組織とともにすすめる視点が重要です。ヘルスプロモーションを推進するチームや保健職の育成が課題です。すべての事業所が、ヘルスプロモーションを前進させていきましょう。また、HPH活動に参加・登録し民医連外の事業所にも加入を働きかけて、日本のHPHネットワークを創り上げていきましょう。

2. 総合的な医療の質向上をさらに飛躍させよう

総合的な医療の質の向上は、全職員が問題意識を共有し集団的に実践することが大切です。すべての病院・診療所・薬局などがQ I活動に参加し、指標を分析し質を向上させていきましょう。管理部はQ I事業の意義を認識し、率先してQ I事業をすすめる必要があります。特に、

診療情報システムの構築をすすめましょう。

二次診療圏における病院の病棟・病床機能のあり方について、共同組織と共に、患者・住民や地域医療機関との地域連携懇談会などを行い、住民の立場から「あるべき地域の医療機能と連携」について提言をしていきましょう。

医療安全の課題が、個人やリスク現場に対する安全対策から、チーム医療の確立や組織全体の安全文化の構築へと変化してきています。医療安全の新たな前進のために「チームステップス」を普及し、民医連版「チームステップス」の開発に着手していきましょう。高齢者終末期の医療倫理は、身体抑制、胃ろうに見られるように、患者の意思、QOL（生活の質）、人権、安全などさまざまな視点が含まれています。臨床場面での実践を積み重ね、「民医連臨床倫理事例集」をつくりあげていきましょう。また、診療所や介護事業所など倫理相談機能がない事業所へのサポートが必要です。

3. 日本における健康権実現の運動といま輝く民医連の医療理念

全日本民医連が39回総会（2010年）から日本における健康権実現を目標に掲げたのは、WHOをはじめとした「すべての人に健康を（Health For All）」をめざす世界の人々と連帯し、基本的人権を守る運動を日本で発展させていくためです。

これまで民医連がとりくんできた過労死、水俣病、被爆者医療、アスベスト被害救済、公害、薬害問題などへのとりくみは特筆されるべき貴重な実践です。日々の実践の中で貫かれている「無差別・平等」や「民主的集団医療」、「生活と労働の視点」、「共同の営み」の理念に基づく活動をいっそう発展させましょう。

とりわけ、今日の日本では、日本学術会議の提言でも述べているように「貧困と格差社会の根源は、労働雇用の問題」であるという視点が重要です。今後もこれらの課題を公衆衛生・社会疫学研究者との連携・共同で前進させていきましょう。

現在、はたらくもののいのちと健康を守る地方センターは、27都道府県に出来ています。雇用破壊・労働規制の大幅な規制緩和のもので労

働環境はますます深刻になっている今日、各地方で役割を高めるとともに未確立のところではセンター設立を積極的にすすめましょう。

福島県民の放射線被害者への医療実践と疫学調査を行い、その実態を明らかにする準備に取りかかります。

各自主研究会は、民医連の学術活動や医師養

成など職員の成長に欠かせない役割を果たしています。その独自の存在意義を大いに発揮すると同時に、その専門領域における格差と貧困に切り込む学術研究テーマの設定や医師養成への関わりを強めていきましょう。全日本民医連は、引き続き代表者会議を開催するなど自主研究会の活動を支援していきます。

第3節 変革と創造の視点をもち、「地域包括ケア」時代に立ち向かおう

超高齢社会に対応する医療・介護提供体制は、国民の社会保障を受ける権利に立脚し、医療・介護の現場の要求に即したものでなければなりません。私たちがめざす「地域包括ケア」は、お金の有るなしに関わらず、必要な医療・介護が連携して同時にかつ切れ目なく保障される無差別・平等の「地域包括ケア」です。

「自立・自助」の理念を土台に、無理矢理に急性期病床を削減して患者を在宅へ押し流すような公費抑制の医療・介護提供体制であってはなりません。医療と介護を同時に提供すると云いながら、要支援者を介護保険制度から追い出すような改悪や介護労働者の劣悪な労働条件の放置は許されません。まず、国と地方自治体にむけた粘り強い提案型の運動が必要です。民医連がこれまで築き上げてきた実践を踏まえて、住民と共に作り上げる人権としての医療・介護提供体制について提案、対話をすすめましょう。そして、民医連の事業所は共同組織と共に、しっかりと地域分析とポジショニングを行い、自らの役割や新たに獲得すべき機能を明確にすること、すなわち「変革と創造」の視点に立って中長期計画を確立して「地域包括ケア」時代に立ち向かいましょう。

1. 民医連病院の「変革と創造」を強力にすすめよう

住民に最も身近な存在である地域の病院の出番といえる情勢です。第3章で述べたように政府のめざす「改革」からみても、地域の切実なニーズからみても民医連の病院が果たすべき役割はより鮮明になってきました。2025年を見据え、「非営利・協同」と「無差別・平等」を掲げる民医連の病院のスタンスをより鮮明に打ち

出し、一步前に出、その実践をすすめようではありませんか。そのためにも理事長、病院長はじめトップ幹部が積極的に民医連内外の経験に学び、意識的に地域連携や共同を広げるなどパワーアップしていきましょう。

1) 民医連中小病院のポジショニングを改めて定め、中長期計画を策定しよう

今後の民医連中小病院の展望を切り開く着眼点は、①民医連中小病院の5つの機能・役割の獲得（急性期病棟の機能、がん・緩和ケアを含む慢性疾患医療、重急性期・回復期・慢性期病棟の機能、真の「地域包括ケア」をめざす役割、保健予防・ヘルスプロモーション）、②その医療機能を担う民医連の「総合診療医」の医師養成、③中小病院の医療機能の質向上とチーム医療の充実、④徹底した「地域分析」と「自己分析」に基づく中長期戦略、⑤病院の医療機能・ポジショニング、医師養成、経営基盤を一体のものとしてすすめるトップマネジメントの強化などです。各県連・法人・病院はポジショニングおよび中長期計画を迅速に具体化し民医連中小病院の展望を切り開いていきましょう。

2) 民医連の急性期病院の医療機能・ポジショニングを切り開く病床機能の選択と挑戦

民医連の急性期病院は、一般の大病院にはない無差別性と総合性をもった専門性の発揮と地域の医療圏の中小病院や在宅を支援する、モデルになりうる存在です。また、そうした医療や介護、まちづくりを担う医師をはじめ専門スタッフの養成機関の役割を担っています。この機能をどのように高めるのが重点です。

民医連の急性期病院にとっては、①急性期病

院のビジョンと戦略（地域における自院のビジョンを確立し、病院機能に見合った医療と経営の具体的目標の策定）、②病床機能の選択とその構築、③民医連急性期病院の共通課題の具体化（「二次以上の急性期救急診療と入院機能の整備」、「総合診療を含む専門的医療の確立」、「総合診療と領域別専門医療の調和」、「専門研修を含む研修機能の確保」、「急性期病院にふさわしい設備と陣容」、「安定的黒字基調の経営構造確立」）が緊急に求められます。

民医連急性期病院（DPC病院）は、急性期機能の強化と「回復期機能（亜急性期機能）」に注目していくことがポイントです。2014年度診療報酬改定では、7対1病床を大幅に削減（2013年12月時点の中医協データでは30%程度の削減試算が出されています）し、受け皿として亜急性期病床（病棟）を新たに設置して拡大し評価を行うことが重点となっています。民医連病院の急性期病床（7対1と10対1）が縮小し、障害者加算病棟は長期病床へ移行するなどの事態が予想される状況です。半年から1年程度の移行措置はあると思われませんが、激変の幕が切って落とされました。これが第六次医療法改定による病床機能報告制度に連動していきます。この激変は2016年、2018年（医療・介護同時改定）の改定まで続くものと思われます。病床機能、経営、周辺医療機関の変化、地域・患者の影響などのシミュレーションを繰り返し行い、地域における民医連急性期病院のポジショニングとそれを実現させるための中長期計画と地域での運動を強めましょう。

2. 民医連診療所をもっと輝かそう

民医連の診療所は、この間で、「やんばる協同クリニック」（沖縄）、「こうせい駅前診療所」（滋賀）などの空白克服がありました。診療所総数は減少しています。所長の平均年齢は、55.8歳で、若手の家庭医も増えていますが、依然として多くのベテラン医師にささえられています。診療所は、民医連の原点であり「地域包括ケア」時代において、民医連の診療所は地域医療の現場で、地域の医療・介護連携の要としての役割を担い、その実践を通じて、民医連の理念を地域に広げていくことが求められています。まさに“出番の情勢”です。

そのような民医連診療所を創り、輝かすために、以下6つの重点を提起します。①チーム医療のネットワークを内外に構築し、民医連診療所ならではの在宅医療、終末期医療の量と質を高めること、②医科・歯科・介護・薬局などの民医連事業所との連携をいっそう強めることともに民医連外の地域の事業所・施設等との「顔の見える連携」を強めること、そのためにも多機能・複合型の診療所のスタイルを追求すること、また介護をささえる診療所となること、③高齢者住宅、小規模多機能施設等の着手と連携も含めた法人・県連での検討をすすめること、④地域分析と日常的な医療活動に根ざしたSDHの探求とヘルスプロモーション活動を実践し「見える化」し発信すること、⑤「地域包括ケア」をその地域にマッチさせるために共同組織の力を大いに生かすこと、⑥診療所は、総合性を持った領域別専門医養成の場や、総合性を専門とする総合診療医・家庭医の研修の場として教育機能を高めること、などを重視しとりくみを強めましょう。

今後、診療所勤務をめざす民医連内外の領域別専門医や出産後・子育て後の再研修を希望する女性医師たちも受け入れできる研修プログラムを早急につくること、診療所版高校生・予備校生一日医師体験、医学生実習など、地域医療を身近に実感できる診療現場として役割を發揮しましょう。

また、40期に提起した「被災地に民医連の診療所・事業所」の提起が一日も早く実現できるよう努力を続けましょう。

3. 民医連歯科のいっそうの役割拡大を

自分の歯があり、食事をとることができる人は認知症の出現率が少ないなどのエビデンスがあります。超高齢社会と子どもや若年層の貧困の拡大の中で、無差別・平等の実践を貫く民医連歯科の役割を一層發揮すること、あわせてすべての県連に民医連歯科を建設する計画作りを追求しましょう。

今後、都市部では団塊世代の高齢化に伴い急激な高齢者の増加が予測され、同時に歯科医療の要求の量的質的な拡大をもたらすと考えられます。子どもや若者の貧困が歯科に顕著に表れ

ます。超高齢化社会・少子化社会が要請する医療機関の課題、医療への住民意識の変化をつかみ、医療の水準・質の確保にとりくみましょう。歯科医師、歯科衛生士が病院や施設、地域の中で、医科や介護の連携によって誤嚥性肺炎の予防や摂食嚥下障害への取り組みなど、様々な分野、領域で果たす役割が高まっています。民医連は医科、歯科、介護、薬局が壁なく連携できる強みを最大限に発揮してこの連携を通じて「地域をどう変えていくのか」を積極的な検討をすすみましょう。またすべての歯科施設で無料低額診療に挑戦します。

医科のQ I活動から学び、歯科医療評価の基準をもって全国どこに行っても民医連の歯科事業所ならば担保できる医療の質「民医連ブランド」の向上に努力します。HPHの活動に学び、赤ちゃんから高齢者まで、地域から職場までのヘルスプロモーションをすすめます。

民医連歯科は2002年に「21世紀に向けた民医連歯科の役割と課題」を発表し医療構造の転換を提案しました。さらに転換をすすめるため、地域包括ケアに向けた課題を整理し、歯科での健康づくりや病院や施設との連携、往診分野の強化など全国的意思統一をはかります。

4. 運動と事業をすすめる上での留意点

1) 医療・介護の一体的展開をめざす総合的な事業計画・方針づくり

地域の要求にいつそう応えていくことをめざし、医療・介護の一体的提供を推進する総合的な事業方針・戦略を法人として確立しましょう。「地域包括ケア」=介護の課題という認識を払拭することが必要です。総合的な多機能拠点、複合施設づくりをめざします。

地域包括ケアにおいてとりくむ課題を「5つの要素」から整理します。

第1に医療・看護では、全医師の課題として科や分野を超えた医師集団の在宅医療へのかかわりを強めましょう。民医連の在宅支援診療所取得は全国平均10%に比べ、70%が届け出、活動しています。病院での届け出も増えています。急性期病院、病棟の医師・看護師は、患者の疾病の治療はもちろん、生活支援の視点が求めら

れます。在宅を担当する診療所、介護事業所との「顔の見える」連携を強めます。医療・介護の連携の「要」として訪問看護の強化は不可欠の課題であり、訪問看護ステーションの「大型化・多機能化」をはかります。

第2に介護・リハビリテーションでは、24時間365日対応に総合的に応えるため、定期巡回随時対応型訪問介護看護、複合型サービスなど新サービスに挑戦します。介護とリハビリテーションの連携、訪問リハビリテーションの強化、生活リハビリテーションの積極的な展開が求められています。

第3に保健・予防では、要介護者にならない保健・介護予防に共同組織とともにとりくみます。相次ぐ制度改悪で困難が増大している「軽度者」（要支援者）への対応を強化し、地域の困難事例の早期発見に努めます。

第4に生活支援・福祉サービスでは、食事や移動支援などの助け合い活動、居場所づくりなど共同組織と連携しながら生活支援のとりくみを推進します。

第5に住まいと住まい方では、低所得者でも入居でき「最後まで居住継続」を保障する民医連らしい住まいづくりを引き続きすすめます。在宅の療養・生活をささえる施設の機能を強化するとともに、不足している特養建設を推進します。低所得者をはじめ困難層への支援を強めます。

非営利の事業所として地域の要求にいつそう応えていくという立場から、時機を逸しない対応が求められています。

2) 自治体（市町村）との関係づくり—地域要求をふまえた具体的提案を

「地域包括ケア」の実現に向けた各自治体のとりくみがこれから本格化していきます。現在策定の作業がすすめられている第6期介護保険事業計画は、通常の3カ年計画にとどまらず、2025年を見越して、介護事業、在宅医療、認知症施策、高齢者住宅などの推計・計画を盛り込むこととされています。定期巡回訪問サービスなどの新サービスをふくむ今後の基盤整備に対する自治体の意向・問題意識をよくつかみ、計画策定委員に積極的に応募するなど、自治体の計画づくりに積極的に参画し、具体的な提案を

行っていくことが必要です。こうした活動を通して、自治体の市町村・圏域の計画の中での立ち位置を見定め、法人事業計画を練り上げていくことが求められます。

法制化される「地域ケア会議」は、「地域包括ケア」推進の方策として位置づけられており、個別困難ケースへの対応とともに地域の課題を明らかにして自治体の計画に反映させる機能を担うとされています。住民本位の「地域包括ケア」をつくりあげる機関として役割を果たすよう、民医連事業所として積極的に関わる必要があります。各自治体・地域でどのような「地域包括ケア」をめざしていくのが今後の大きなテーマになります。2015年のいっせい地方選挙の争点にしましょう。

3) 医療と介護の連携—民医連らしい多職種協働の展開

地域の多くの行政、介護事業所、職員の交流、連携を重視し、`地域ケア力・介護力、を高めていくことが重要です。患者・利用者を中心に

すえ、医療・介護職がそれぞれの専門性を尊重し発揮しましょう。また、共同組織の役割も重要です。医療・介護の双方が専門性や現場の実情への理解を相互に深め、顔の見える（face-to-face）関係をつくること、日常の個々の実践を通して、相互の理解を深めていくことを何よりも重視しましょう。介護の側では必要な医療知識を身につけるとともに、「生活の視点」から医療の側に必要な情報を伝えること、医療の側では、介護の職能・専門性への配慮とともに、地域・在宅の視点を強めることがポイントになります。併せて、医療・介護をめぐる情勢をお互いに学び、公的給付の抑制を目的とした「入院から在宅へ」の強要、診療報酬・介護報酬の矛盾など円滑な連携を阻んでいる制度的な背景に双方が目を向け、理解し合うことも必要です。医療と介護の連携、共同組織の存在は民医連の「真骨頂」です。各地で実践を積み重ね、民医連らしい多職種協働のあり方について追求していきましょう。

第4節 今こそ、民医連綱領を实践する医師養成の「飛躍」を

1. 民医連医師養成の基本方針の 深化と医師養成集会の開催

「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」という基本軸に沿って議論を重ねてきました。その上で民医連医師集団の現状や医師養成を巡る情勢の変化を踏まえ、民医連医師養成の基本路線は、無差別・平等の活動をすすめる民医連の医療を担い創造する医師を養成することであり、総合診療医も領域別専門医もすべての医師が互いに協力し合って、地域やそれぞれの働く場面で求められる役割に応じてチーム医療の一員として進化（深化）していくことだと改めて強調します。基本的人権を尊重する総合的な視点と医師としての基本的な能力を基盤として備え、その時代の「専門医」として相応しい力量を身に付けることが求められます。家庭医も病院総合医も領域別専門医も地域のニーズ（求められる機能・医師像）に応える

ために必要な修練を集団の力で保障しあい、臨機応変に日々の仕事に臨むことが重要です。その点で、民医連は急性期から診療所、在宅、歯科、介護まで一貫した機能を生かしたとりくみが可能です。そうしたフィールドを大いに生かしましょう。

こうした医師養成の基本軸の深化を踏まえ、この間「オール民医連」ですすめた医師養成のとりくみを総括し、結節点として医師養成集会を準備します。民医連医師像、備えるべき力量、そこにむけてのプロセス等について深め、新しい時代に相応しい民医連医師養成方針を確立して行きましょう。

2. あらためて初期研修の質の充実と後期研修のとりくみの強化

あらためて民医連における初期研修の質を充実させましょう。同時に、民医連らしさにこだわった基本的人権を守る姿勢やヘルスプロモーション、社会医学的探求など医療活動を日々の研修実践の中に生かし、将来の専門科の如何を

問わず、医師としての基礎を確実に創り上げることが可能な魅力ある初期研修を確立していくことに全力でとりくみましょう。

後期研修をより実践的で充実した内容に発展させることは、41期の重大な課題です。自らが「民医連職員」としてより重要な役割を発揮するこの時期に、他の職種と一緒に育ち合う医師として成長できるかどうかは将来の幹部育成にも大きく関わってきます。研修医のキャリア形成への問題意識が変化してきているとしても、若手医師を民医連内で育て上げることにごだわり続けることを重ねて強調します。一定期間外部施設に出る場合も、民医連内に軸足を残した形でハイブリッド研修体制を整備することを追求しましょう。「離れていても民医連の仲間」という共感力を持続させる工夫が必要です。民医連医師数増加の突破口として、後期研修医確保を位置付け、とりくみを抜本的に強化しましょう。

3. 民医連ならではの総合診療医 (家庭医・病院総合医) 養成で 新たな前進を

「総合診療医(専門医名「総合診療専門医」)」が19番目の基本領域として認知されたことは民医連医師養成の飛躍の機会です。総合診療医が活躍する範囲は、2次・3次医療で特定の専門医が行うべき仕事を除いて、ほぼ全ての領域にわたっており、医療・介護の将来像を展望する時、地域医療を守り、住民本位の「地域包括ケア」実現のために重要な役割を果たすことが期待される医師集団であることは間違いありません。現代の家庭医療学の到達点に学び、民医連の総合診療医が高い水準で教育される環境整備を急ぎましょう。

日本プライマリ・ケア連合学会が掲げる病院総合医の医師像は、①内科系急性期病棟診療+病棟の管理運営、②病院一般(総合)外来や救急外来で独立診療、③病院の運営や管理に貢献、④総合診療領域の教育や研究でも地域社会に貢献、することであり、民医連中小病院で体现することが十分可能です。病院総合医を目指す全国の若手医師の思いに応える魅力的なプログラムを提示できるならば、地域医療を担う中小病院の未来を担う医師の獲得に繋がるのが展望

できる情勢です。

4. 総合診療専門医と総合内科専門医(新・内科専門医)を育成する後期研修を「オール民医連」でとりくもう

民医連院所で内科系の仕事を志向する医師は、総合診療専門医か総合内科専門医(新・内科専門医)を取得する後期研修にすすむこととなります。内科学会の新専門医制度では5年間で新・内科専門医を育成することが基本設計となっており(従来3年で「認定内科医」、6年目以降に「総合内科専門医」)3年目から臓器別の内科系専門医を育成する後期研修を用意していた施設も、今後は新制度に対応した内容に改訂する必要が予想されます。5年間でじっくり内科を中心に研修する点では、総合診療医養成と共通する部分も多く、総合診療専門医と新・内科専門医を育成する後期研修を「全国は一つ」「オール民医連」で準備をすすめます。

国の諸政策の行方と、その時の民医連院所のポジショニングと役割を展望した時、民医連で大半を占める中小病院に期待される機能を実践する為にも、生活モデルを意識した地域志向の担い手づくりが必須です。さらには健康づくりのポピュレーションアプローチ(*28)にとりくむ上で、SDHの探求と健康権・生存権実現の視点で横断的な臨床研究をすすめることの意義は大きく、そうしたとりくみをこの医師グループが中心的に担うことが期待されます。民医連医師養成の本流として位置付け、質・量ともに整備された後期研修を準備して行きましょう。

5. ワンランクアップした「オール民医連」で領域別専門医養成を

領域別の専門医療を民医連病院で行うことは、地域でのがん医療や救命救急へのニーズに応える上でも、行政や医師会での信頼度を高める上でも重要です。加えて、貧困と格差の深刻化がすすむ時代に、民医連が一定の専門技術を確保し、無差別・平等の視点でこの分野にとりくむことの意義は計り知れません。事業所の地域分析に基づいたポジショニングから、どの分野の専門医療がどの程度必要で、かつ実施可能なかについて、具体的に検討をすすめます。

後期研修を用意する際には、診療の質確保と資格取得の両面から体制を整備することが求められ、研修病院は、症例の集積と必要な診療実績を継続できる陣容を備え、分野によっては、大学病院や専門機関と良好なハイブリッドの研修体制を準備できることが必要になります。こうした医師養成をすすめるためには、ワンランクアップしたオール民医連のとりくみが必須であり、県連・地協を越えた、領域別専門医養成の「ハブ」機能を担う研修病院の位置付けについても検討をすすめます。

6. 医学対活動を大きく広げよう

医学生の「人の役に立ちたい」との初心に心から呼びかけましょう。中高校生や低学年からの育ちあう活動を重視し500人の奨学生集団を生み出し、初期研修医は、全ての研修病院で毎年200人以上を目指します。3つの特徴（①医学部定員増員後2年目で最も増員幅が大きかった学年、②見直し初期研修制度開始学年、③新専門医制度対応開始学年）を備えた卒業生が対象になる2015年卒の受け入れで大きな飛躍をつくることが求められています。その研修先が決まる2014年夏のマッチングを照準に、民医連での初期研修・後期研修の魅力を伝え、専門医資格など医学生の問題意識ともかみ合わせ、主体者として研修に関われるよう援助を強めましょう。奨学生活動などを通じて民医連運動に共感しそれを担っていく医学生を育てることは、運動の後継者を生み出すだけでなく、各大学の医学生の中での民医連の存在感を増すことにもつながります。またその後の初期研修や職場の青年運動の発展にも大きく寄与します。「民医連の医療と研修を考える医学生のつどい」のとりくみは奨学生を中心に医学生が社会情勢や民医連を知り、学び、成長する機会です。日常的な奨学生活動と「つどい」への援助を重視ししっかり行いましょう。

また、医学教育をめぐる情勢、震災復興への

かわりなどで発揮されているような医学生の健全な学び成長する要求とエネルギーに結びつき、日本の医学医療を変革していく民主的な医学生を育てる、ともに育ちあうことが、この分野での私たち民医連の重要な活動です。自治会活動や医学連、医ゼミなど医学生運動への協力共同を強めていきましょう。

医学対活動は民医連の存続発展と未来を切り開く重要な課題です。医学生とともに育ちあう医学生担当者の役割はますます重要であり、担当者が生き生きと活動できるような体制強化、組織整備を進めましょう。これまで試されずみ的高校生対策をはじめとしたさまざまな経験や教訓を生かし、幹部集団を先頭に民医連と共同組織の持てる力を注いで「民医連大好きな医学生・研修医」を大量に生み出しましょう。

7. 民医連外で働く医師を受け入れるとりくみの強化と医師労働の改善にむけて

今後の医師養成が飛躍するためにも民医連外で働く医師の確保と連携を強めましょう。元奨学生や元研修医をはじめ、これまでつながりのある医師へ粘り強く継続的に働きかけることで確保につながっている報告も多くあります。民医連綱領と民医連への理解と共感を得るとりくみを重視し、必要な体制をとって系統的なとりくみを強めましょう。

民医連の事業所で働くすべての医師の労働環境の整備は喫緊の課題です。勤務時間、当直体制、処遇、法定休暇の取得状況等、他の同規模施設との比較も含めて、調査と分析が必要です。また、分析に基づき、女性医師はもちろん、領域や世代を問わず、すべての医師が働きやすい職場とそれぞれの医師が持てる力を発揮できる環境づくりのために具体的な改善策を講じましょう。理念に団結できる医師集団づくりの為に、個々の医師が人間・個人として大切にされている環境づくりが必須です。

第5節 今後2年間の経営方針～管理運営と非営利・協同の事業体として経営力量の向上を

綱領実現をめざす組織にあっては、どんなに厳しい状況にあっても、確固とした経営基盤を

築くことが求められています。この間、経営危機を乗り越えてきた山梨、福岡・健和会、大阪

・同仁会再建運動の最大の教訓は、①民医連運動の灯を絶対に消さないという管理部の決意と構え、②具体的な目標と情報を共有し、1つひとつの課題を曖昧にせず実現してきたこと、③徹底し職員と共同組織に依拠した運営、地域の民主勢力などのささえ、④専門家を含む全日本民医連としての連帯と支援、にあります。

社会保障削減の動きに断固抗い、具体的な実践と政策提案（国保44条・77条の適用拡大や無料低額診療事業の拡大、診療・介護報酬引き上げ要望など）を行うなど「たたかう経営」を貫きましょう。

そして、全職員に依拠した経営、共同組織の参加、対等平等の立場に立つ労使の信頼関係の強化を貫くことをいっそう重視しましょう。

同時に、地域における法人・事業所の位置づけを明確にし、実践の中でそれを経営戦略に展開できる組織としての総合力を身につけることを追求します。医療・介護の複合体であることを、民医連ネットワーク（全日本、地協、県連）を持っていること、地域にささえられた全職員の経営は私たちの強みです。全日本民医連、県連結集を強めることを意識的に追求するとともに、法人トップの主体性が問われることを自覚しつつ、経営改善に全力をあげましょう。

1. 2025年を見据えた中長期の戦略に基づく経営計画の確立

2012年度期末時点で、40法人程度が今後大型設備投資を予定しています。建設工事費の高騰の影響もあり、今まで以上にしっかりした経営見直しを持つことが必要です。建設後の経営見通しが不十分な法人も見受けられます。単年度の子算のみの近視眼的経営を続けて、具体的な数値での計画がないと、今やるべきことは何かも具体的には見えてきません。すべての法人が中長期の医療構想に基づく経営計画の作成をすすめましょう。また、今日の情勢と民医連の地域での役割を踏まえると、法人としての中長期計画と合わせて、県連・地協として、加盟事業所を持つ法人の今後の計画もつかみ、広い視野で、医療・介護構想や経営計画・見直しなどを検討立案していきましょう。

中長期経営計画は、医療構想に基づいて、設備投資計画（施設・設備への投資の必要性）、

損益計画（必要な利益、設備投資とのバランスをどうとるか等）、資金計画（借入金の返済計画、設備投資資金の調達方法や自己資金の割合をどの程度にするか）の3つの計画を立てることが必要です。全日本民医連経営部として個別の対応もしつつ、経営計画づくりの実践セミナーや作成と実践の交流会などの企画を準備していきます。

2. 病院病床の機能の明確化と収益増、総合的な外来機能強化と外来戦略の確立

民医連経営全体としてみると、病院の経営改善に成功するかどうか最大の焦点です。当面の特に注視すべきことは、2014年度改定での7対1病棟基準の見直しによる絞り込み、2014年度の病床機能届け出制度の開始、それらを踏まえた2018年度の医療・介護の同時改定と第7期地域医療計画などです。7対1病棟では、在院日数、看護必要度の改定などに対応しきれない場合、診療報酬上の病床の位置づけについて、見直しを図ることが迫られます。亜急性期病棟への対応なども含めて、入院患者の実態と今後の見直しなどを把握し、現段階で想定される改定への準備をすすめることが重要です。入院患者の実態と病床構成、診療報酬の選択にミスマッチはないか、地域での需給バランスのミスマッチによる新入院確保や占床率確保に課題はないか、地域需要からみて新たに獲得すべき病棟機能（地域に不足する機能など）は何かなどの収益増にかかわる諸課題について、改めて検討し方向を定めることが必要です。どの機能を選択したとしても、重視すべきは、無差別・平等の医療活動の展開と経営的なバランスを一体のものとして捉える視点です。特に、自院が新入院確保に成功しているかをリアルに見定める必要があります。空床が多く新入院が伸びていなければ、自院の病床過剰として規模や機能を見直すか、確実な新入院増の戦略と確実な結果が必要です。この課題は、決して先送りできない課題として、検討を踏まえた決断と実行が求められます。

一般病床を持つ病院、慢性期を中心とする病院でも、外来を拡大し機能強化をはかるのか、連携その他を軸とするのかなど、外来の地域に

おける位置づけと今後の戦略を明確にしたとりくみが求められます。また、外来機能を自院の一般外来のみだけでなく、救急、在宅、保健予防、法人内・外連携など総合的にどう強化し、どこを重視していくかという視点でとらえ、病棟機能と同様に地域でのポジショニングと戦略を明確にしておくことが必要です。

また、高コスト構造になっていないかの再検討、日常的なコスト管理の水準を引き上げること、DPCデータを初めとする各種データを経営活動に生かしていくことなどが課題です。コストの見直し課題を明確にしたとりくみと部門別損益管理や疾患別原価計算システム等、他の経験にも積極的に学び科学的な管理システムの確立をすすめましょう。

3. 時代を切り開く経営管理組織の確立

どのように組織を変化発展させていくのかを考える重要な局面に私たちは立っています。民医連が医療・介護を中心とする複合体として、広がった活動を管理統制していくための工夫やふさわしい組織・管理のあり方への挑戦、民医連加盟事業所を持つ法人も含めた管理統制のあり方の検討と挑戦が必要です。全日本としても複合体としての統治や地域での民医連法人ネットワークを生かした統治機構、法人形態や法人の分離・統合などについて、現状、前進点、直面している課題などの検討をすすめ、経験の普及に努めます。

これらの組織をつくるという観点から、経営幹部に求められる固有の役割を果たすことが重要です。民医連ネットワークの生かし方、採用のあり方、育成制度など多面的な検討と改善が求められています。

4. 地協・県連の経営委員会機能の強化

法人の病院リニューアル等の計画に対して、県連・地協の総力をあげたとりくみとなるよう、十分な論議や知恵の結集が求められます。2013年に提起されている県連および地協経営委員会の「委員会ミニマム」(*29)を踏まえて、とりくみをすすめましょう。また、県連、地協の

経営委員会が、単なる「報告会」になっていないか、改めて会議の持ち方を検討しましょう。全日本民医連として第40期に開催した「理事長・院長セミナー」など時宜にかなった研修や交流の機会を準備します。

5. 特定協力借入金等資金調達のあり方の整備と前進

医療機関債をめぐる状況も踏まえて、現在、「特定協力借入金についての整備方針案」を提案しています。また、理事会決定として、「特定協力借入金に関わって2014年度中に整備すべき課題について」を確認しています。この間、不特定多数の方や銀行などからの資金調達方法として設定された「医療機関債ガイドライン」を悪用した、高利を売りにした「医療機関債」詐欺事件が起きたのを契機に、2013年の8月に改定が行われています。基本的内容は変わらないものの、消費者保護の観点から、①医療法人がこのガイドラインを遵守しないときは、都道府県知事から当該医療法人に対し、医療法第64条第1項(*30)の規定に基づく医療機関債発行停止などの改善命令が行われることがあること、②医療機関債の発行前の勧誘を行う1カ月前までに発行要項等及び直近の3会計年度の財務状況を記載した書類を監督庁に届けること、③医療機関債を発行した場合には、発行した医療機関債に関する情報を事業報告書に記載することなどが盛り込まれたのが特徴です。この間の提起や医療機関債をめぐる情勢などを踏まえて、着実な整備をはかっていくこと求められます。

特定協力借入金は共同組織の人々の民医連事業所への信頼と共感・期待の広がりや強さという、民医連経営の強みであり、今後も重要なとりくみです。同時に特定協力債に過度に依存する財務体質は早急な改善が必要です。経営の改善や事業展開をすすめるためには、事業での利益確保と財務の改善にしっかりととりくむことが基本です。今後、全日本民医連として調達方法や全国連帯基金(*31)の見直しなどについても検討をすすめます。

第6節 「人間的な発達ができる」民医連の職場づくりと管理運営の向上

人間がもののように使い捨てにされる時代に、民医連綱領で掲げる目標実現と一人ひとりの人間として成長の課題が一致できるのが民医連の組織です。人の役に立つことを仲間とともにとりくむことは最も人間的な労働であり、やりがいにつながります。私たち民医連の事業所、職場は人間的な発達を促す組織です。「民医連でがんばることで自分の希望も実現する」、このことを実感できる組織になるよう意識的な努力が必要です。「人間的な発達ができる」組織のあり方や課題について探求しましょう。

とくに管理運営を担う幹部集団は、民主主義を掲げる医療・介護の事業体として「率直な意見交換ができているか」、「現場の声が届く仕組みになっているか」、「方針や必要な情報はきちんと現場に伝わっているか」、「職員は自分の頭で考え、生き生きと働いているか」など、自らの組織を点検し、科学性と民主主義を体現する組織づくりにつとめなければなりません。今日の時代は、我流で運営できる時代ではありません。幹部集団として、徹底的に議論し、①情勢認識とたたかひの課題について的一致と行動、②地域分析に基づく民医連の事業所としての総合的な活動や連携の方針を確立し、職員、共同組織の仲間と共有すること、③中長期の見通しを持ち、経営を断固守る決意を固めること、④それらを推進する幹部や職員養成、共同組織の強化を重視すること、が重要です。特に、それらを推進するエンジンとなる幹部育成と職員づくりにとりくみましよう。

1. 民医連運動の総合的で創造的な発展を推進するトップ幹部の育成

トップ幹部の姿勢、視野、集団の総合力が民医連運動の水準を決めるといっても過言ではありません。全国的な視野・視点に立った運営と自らが民医連運動を総合的に推進することができるトップ幹部として、民主的な管理運営の力を蓄えましよう。

全日本民医連として地協、県連と分担しながら、

トップ管理者研修会や理事長・院長会議、専務・経営幹部会議などを適宜開催し、体験や討論を通じて経験や教訓を交流し合う場をつくりましよう。5年間継続した全日本民医連事務幹部学校（受講生282人・受講生平均年齢40歳）は多くの全国的視野を持ち、県連、法人・事業所で活躍する幹部養成に貢献しました。各地で幹部として役割を果たすとともに、4期生のように同期生の日常的な交流もすすめられています。全国でのとりくみはいったん終了し、41期は卒業生のフォローアップ研修会を企画ましよう。今後は、各地協や県連レベルでのトップ管理者研修会、事務幹部研修会、各職種管理者研修会などの充実を力ましよう。

2. 役職者は職場づくりの「要」となり、綱領を身につけ実践する職員養成と職場づくりに挑戦ましよう

中間管理者は民医連綱領を実現する職場づくりの要であり、トップ幹部は中間管理者の育成に責任を持つことが大切です。教育活動指針では、法人や事業所の日常的な管理や運営のしくみの中で中間管理者の育成や職場状況の把握をすすめる必要性を強調ましよう。職場責任者の会議が「報告を受けるだけ」になり、充分、理解できないまま職場で伝えなければならないという状況も少なくありません。役職者の研修機会の保障、職場責任者同士が学びあい議論できる会議の工夫、管理部会議と教育委員会の定期的な意見交換などにとりくみましよう。

中間管理者は、自ら民医連を語り、実践し、伝え、組織し、評価する力を身につけましよう。中間管理者の輝きが職場の輝きとなります。

事業所、職場が生き生きと活動できる状況をみんなの努力で作り出すために、全日本民医連が教育活動指針を積極的に深め、制度教育や育ちあひの職場づくりを旺盛にすすめましよう。教育活動指針では「育ちあひの職場づくり8つの視点」(図J)と「健康職場の5つの視点」(図K)を提起ましよう。職場のふりかえりと活動

方針づくりに生かしましょう。厳しい労働環境のもとで医師をはじめとして働きやすい職場づくりへの挑戦が一層、求められています。院内保育の充実や有給消化率の向上、当直明け休みの保障など、ディーセントワークやワークライフバランスなど働き方の工夫をして成果を上げて、認証を受けている事業所も生まれています。これらの経験に学び、より健康で働きやすい職場づくりをめざしましょう。

理念を身につけ実践するためには、絶えず方針や民医連綱領、歴史などについて学ぶ機会を意識的につくるのが重要です。医師を含む全職員を対象にした制度教育の確立や、『いつでも元気』『民医連新聞』『民医連医療』などの購読と活用、全国や地協、県連のさまざまな企画への参加などを通じて意識的に学ぶことを重視しましょう。『いつでも元気』の職員購読比率は34%です。各県、事業所で具体的な目標を持ってとりくみましょう。

「民医連医療・民医連資料・民医連新聞」のバックナンバーが、インターネットで閲覧できるようになりました。民医連の方針を学ぶうえで活用しましょう。

3. 「自己責任」論をのりこえ、 青年職員の自信とやりがいを育 てよう

民医連の職員も国や大手マスコミが流す「自己責任」論の影響を受け、情報を「なんとなく」「鵜呑みに」している状況があります。学術運動交流集会でも、生活保護受給に関して職員アンケートで出された「その人が怠け者だから」

などの声を正面から受け止め、生活保護の歴史や意義を学習し、実際、生活保護世帯を訪問し、振り返りを通して、見方を変えていった経験などが多く語られました。多くの職員は、事実を知る、「なぜ？」と問いかけながら視野を広げ真実をつかむ、自分の身に引きつけて考えるなどの経験を通じて「自己責任」論の誤りに気づいています。「疑問を放置しないこと」、「結論を押しつけず、疑問を率直に出しあえる雰囲気づくり」が大事です。

ある大学教員が論文の中で、「社会にでた若者が学ぶ重要性を認識し、職場や組織全体で学びの場を保障している組織」として民医連の平和学校などのとりくみを紹介しています。「多忙を極める医療機関で、勤務時間内に直接は業務に関わらない学習の機会を保障し、組織として研修のための費用を負担するのは並大抵の努力ではない。しかし、医療人として戦争・平和について深める必要があるという合意があるからこそ、このような『社会教育』を重視し、継続できるのだろう。これらのとりくみには限らない可能性が広がっている」。

長野で開催された第35回全国青年ジャンボリーは760人を超える青年の参加で成功しました。青年が主体的に参加し、企画に、皆が主人公となる青年ジャンボリーの活動は今日、ますます重要です。次回は、2015年に岡山で開催されます。各地の日常的なジャンボリーの活動を強めましょう。

いのちの平等を貫く、民医連の職場は「人間的な発達」を促す力を持っています。その力を伸ばし、前進しましょう。

図J 健康職場の5つの視点

- ①個人にとって適度な質的量的負荷となっているか
- ②職員の安全・安心が保たれているかどうか
- ③技術的に研修の保障がされているか
- ④使命が明確で評価されているか
- ⑤ライン内・職場間・職種間で少数意見が保障され、コミュニケーションが向上しているか

図K 育ちあいの「職場づくり」に必要な8つの視点

- いつも患者・利用者、人権を守ることが中心にすわっている。事例からの学びを大切にしている職場である
- 職場の使命や目標が明確になっている。職場の誰に聞いても、目標や課題について共通の認識をもっている
- 決めたことをやりぬくことが重視され、やったことがきちんと評価される
- 地域、職場、現場の状況や出来事がリアルかつタイムリーに共有され話題になっている
- 現状変革の志がある。一人ひとりの職員に「もっと～したい」「～を良くしたい」という思いがある
- 思いやりと率直な相互批判にもとづく信頼と規律がある
- 個人の責任と集団の責任が明確になっている
- 学習が重視されている。絶えず学ぶ雰囲気があり、一人ひとりの成長にむけて援助し、励ましあっている

第7節 共同組織の質量面での強化で新たな役割の獲得を

今、共同組織がいつそう輝く時です。共同組織の役割は、「健康に生きたい」「仲間とともに生きたい」といった「要求実現」の場であることが第一にあります。そして、そのことを通じて「人の役に立つ・自己実現」の場となり、「安心して住み続けられる地域づくり・自治の主体者となる」につながります。

共同組織は、民医連の方針と密接に結びついて地域の要求を実現する自立した地域住民組織であり、また民医連のあらゆる活動のパートナーです。

健康の自己責任が叫ばれ、「限界集落」、「交通難民」「お風呂難民」などが生み出され、住民の孤立化がすすむ中、地域再生の重要なテーマです。共同組織には、地域再生、健康権・生存権実現、地域でのヘルスプロモーション活動の中心的担い手としての役割があります。実際に、住民の健康づくり運動や配食サービス、送迎サービス、ささえ合いのボランティア活動、認知症サポーターなどさまざまな助け合い、たまり場づくり、自治体への要求運動などをすすめています。これらは「地域包括ケア」への実践参加であり、「地域包括ケア」が新しい住民運動の大きな課題テーマになりつつあります。また、事業と運営への参加、医学生、研修医はじめ民医連運動の担い手を育てるなどの面で大きな役割を果たしています。

そのためにも、共同組織担当者の役割が重要となっています。民医連運動の方針の核心をしっかりとかみ、役割を果たすことが求められています。組織担当者は民医連運動と共同組織をつなぐ組織者そのものです。41期、こうした立場から地協、県連レベルで組織担当者の体系的・系統的な研修会を検討します。

全日本民医連は、2004年の総会（埼玉）で早期に400万共同組織・10万の『いつでも元気』の実現を目標に掲げました。現在の到達はあと少しで360万という状況です。日本の世帯数の1割を組織することが出来れば、さらに大きな役割を果たすことができます。また、事業所の利用という範囲にとどまらず、地域全体を視野に、まちづくりの視点から共同組織をつくる検

討が必要です。この間、長崎や石川など全県を視野に入れ、事業所のない地域で組織拡大を追求しているところもあります。住民の要求をつかみ、住みやすい、暮らしやすい地域に変えていくために、どのような地域にどのくらいの規模の共同組織をつくるのか（例えば中学校区ごとにどれくらいの共同組織が必要か、など）という視点で組織のあり方について大いに議論し、実践していきましょう。

仲間を増やし、支部活動や班活動を一層強化すること、地域の民生委員や児童委員や自治会、行政など既存の組織とも積極的につながり、地域のささえ合い（ソーシャル・キャピタル）の担い手として役割を果たしていくことを重視しましょう。

民主的な運動や民医連運動の第一線を退いた団塊の世代が地域に移ってきます。改めて共同組織の担い手として積極的に参加することを呼びかけます。研修医はじめ職員が地域の共同組織の活動に参加することは、地域を知り、積極的な役割を果たすという意味でも重要です。この間、東京民医連では医学生、研修医、医学対担当者と共同組織の仲間、地域住民と一緒に、「したまち医療大学」、「老いゼミナール」を行い、まちづくりに参加しています。共同組織への積極的参加を全職員の課題として強めましょう。

2014年9月には3000人規模で第12回共同組織全国活動交流集会在、震災から20年目を迎えるようとする神戸で開催されます。人間が大切にされるまちづくり、国づくりを展望する画期となるよう、大きく成功させましょう。

『いつでも元気』の購読を大胆に訴えましょう。『いつでも元気』は消費税が8%となっても値上げをしません。各県は具体的目標を持ちましょう。販売所の役割を検討し、還元金を大いに活用しましょう。

第8節 改めて全日本民医連・地協に結集し、県連機能を見直し高めよう

これまで32回総会、35期第2回評議員会で県連機能の強化を呼びかけてきました。いうまでもなく、県連はその都道府県を代表する民医連の組織です。35期第2回評議員会は「県連に求められる7つの機能」(*32)をあげ、これにそって県連機能強化を呼びかけてきました。

しかし、厳しい情勢と課題が山積する中で、県連への結集が片手間になり、理事会が成立しない、充分討議ができない、といった状況もあります。民医連の強みは法人や事業所の形態、違いを超えて交流、連携、援助できる関係があるということです。県連レベルでの共同購入など事業展開も始まっています。一つの法人や一つの事業所だけでは中長期の構想を策定することも、人の養成も困難な場面が少なくありません。しかし、県連の総合力を集めれば、中長期の構想や人の養成や配置も可能です。また、県連だけで困難な場合にも全日本民医連や地協レ

ベルでの交流や援助で積極的な展望を上げることが出来ます。医師問題や経営問題、医療安全、職員育成や幹部配置なども県連レベルや地協レベルで発想し、具体化していかなければならない時代です。法人のあり方や連携のあり方についても踏み込んだ検討が求められています。全日本民医連、地協、県連に意識的に結集し、交流・連携しない限り民医連運動は弱まります。今一度、自県連の機能を点検し県連の役割についての議論を深めましょう。そして必要な幹部配置なども積極的に行い、機能強化に努めましょう。なによりも法人、事業所のトップ幹部「自ら」が県連そのものであるという立場で自覚的結集を強めましょう。全日本民医連として、前期開催できなかった県連事務局長研修会を開催し、地協、県連の今日的な役割について検討を深める機会とします。

おわりに

先頃、亡くなった南アフリカ元大統領のネルソン・マンデラ氏は、27年間も獄中生活を強いられながらも、一貫して人種差別の撤廃、民族融和を訴え、解放された後、大統領として人種差別政策をなくしました。マンデラ氏はこんな言葉を残しています。「生きる上で最も偉大な栄光は、決して転ばないことにあるのではない。転ぶ度に起き上がり続けることである」。私たちの運動を大きく励ます言葉です。

1953年にアメリカ統治から日本復帰を果たした奄美大島は翌年、全国の連帯の力で民主診療所を設立しました。奄美中央病院前の石碑には「地理的な離島はあっても、人の生命に離島があってはならない」と刻まれています。先輩たちが培ってきた民医連の60年の歴史と実践をさらに発展させる2年間とするために大いに奮闘しましょう。

第41回定期総会議案運動方針

用語解説

※0 共同組織

共同組織は、医療生協組合員、健康友の会会員などの総称を表しています。第38回総会で決定した新しい民医連綱領では、平和や人権を守る活動を共同組織とともに進めることを明記しています。今日では、全国で360万近い仲間が、支部・班会を基礎に健康づくりや助け合いの運動や事業所運営参加しています。1991年から始まった共同組織活動交流全国集会は第11回集会が岩手県・花巻市で行われ1800人以上が集いました。2014年9月には神戸で開催されます。1999年の集会以後、一貫して「安心して住み続けられるまちづくり」をテーマに掲げています。

※1 ショックドクトリン

カナダのジャーナリスト、ナオミ・クラインの著書名（2007年出版、11年9月に日本語版刊行）。クーデターやテロ、大規模な自然災害などによって危機的状況に陥ったときに、人心のショック状態につけこみ、市場原理に基づいて利潤を追求する経済改革などが行われること。「惨事便乗型」「火事場泥棒」資本主義などと訳されています。1973年のチリのピノチェト政権の軍事クーデターをはじめ、2001年のアメリカの9・11同時多発テロ、05年のハリケーン・カトリナなどで象徴的にみられました。

日本では、東日本大震災後の被災地で、住民本位の復興ではなく「創造的復興」として「東北メディカル・メガバンク構想」などがすすめられる状態を、批判的に「東北ショックドクトリン」といいます。

※2 社会保障改革プログラム法

正式名称は、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」。民主党、自民党、公明党の3党合意により2012年8月に成立した社会保障制度改革推進法に従い、権利としての社会保障を否定し、自助・自立と家族相互の助け合いを社会保障の基本とする改

革がすすめられてきました。13年8月の社会保障制度改革国民会議報告書は、「日本の社会保障は、『自助を基本としつつ、自助の共同化としての共助（＝社会保険制度）が自助をささえ、自助・共助で対応できない場合に公的扶助等の公助が補完する仕組み』が基本」と明記しました。

社会保障改革プログラム法は、この報告書に基づき13年の第185回国会で成立。「受益と負担の均衡」を繰り返し、医療・介護・年金・保育の各分野にわたる国民負担増と給付削減を打ち出して、そのすすめ方を具体的な日程を明示して政府に実行を迫るものとなっています。社会保障を変質させ憲法25条を無視する社会保障改革は許しがたい内容であり、その日程、具体的な内容等は国会審議を通じて決められていくべきで、プログラム法は不要の法律です。

※3 プロフェッショナル・オートノミー

「専門家による自律性」。新しい専門医制度へ移行するにあたり、新たに設立された専門医認定の第三者機関の運営や制度設計の考え方の基盤として、国の直接関与を排して専門家による自律性に基づくことが提起されました。

※4 アンダー3000件問題

2004年から始まった新医師臨床研修制度の見直しで、基幹型臨床研修病院の指定基準を「年間入院患者数が3000件以上」に制限する、と厚労省が打ち出した問題。13年には民医連の研修病院の約3分の1が該当しましたが、パブリックコメントなどを通して中小病院での研修の優位性を示す運動を広め、「個別に訪問調査を行い、適切な指導・管理体制があり、研修医が基本的な診療能力を修得することができると認められる場合は、基幹型臨床研修病院としての指定を継続する」こととなりました。

※5 ECFMG2023年問題

米国の医師研修資格の認定組織であるECFMG（Educational Commission for Foreign Medical Graduates）が、米国の医学教育水準に及ばない大学は2023年以降、米国での医師研修を受け入れないとの方針を関係国に通告したことから、国際基準に合わせた医学教育の実施が検討

され始めた一連の問題。日本では17年を目標に一連の改革がすすめられ、大学のカリキュラムや制度が大きく変化しています。

※6 スチューデントドクター制

臨床実習で指導医の監督の下に医学生が診療に参加する制度。診療に加わるうえで必要な技能や知識を問う「共用試験」に合格した学生を、「スチューデントドクター」として認定したうえで臨床実習にすすみます。ECFMG2023年問題に伴い、臨床実習教育の国際標準化などの課題として全国の大学に広がっています。患者への事前のインフォームド・コンセントの徹底の問題など課題は少なくありません。

※7 「健康の社会的決定要因」(SDH : Social Determinants of Health)

WHO（世界保健機関）は、健康格差問題を重視して加盟国にこの問題にとりくむことを求めています。1998年にWHO「健康の社会的決定要因委員会」は、健康格差の要因として「ソリッド・ファクト（確かな事実）」が存在するとして、「社会格差」「ストレス」「幼少時の援助不足」「社会的排除」「劣悪な労働態様」「失業」「社会的支援の不足」「薬物乱用」「食生活の不良」「交通の整備不足」を世界の膨大な疫学調査をもとに明らかにする中間報告を発表しました。

2008年の最終報告「Closing the Gap in a Generation（1世代のうちに格差をなくそう）」では、「包括的な3つの勧告（①日常生活状況を改善する、②権力、資金、リソースの不公平な分配に対処する、③問題を評定して理解し、対策の影響を評価する）」を行い、健康の社会的決定要因に対してとりくむ決意をその後の総会でも表明しています。日本でも11年に日本学術会議提言「わが国の健康の社会格差の現状理解とその改善に向けて」が発表され、13年には「健康日本21（第二次）」の目標として、「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」が初めて掲げられています。

※8 タックスヘイブン

日本語で「租税回避地」という意味。外国に籍を置く個人や法人に対して、所得税や法人税

などの租税が大幅に軽減されるか、または無税とされる国や地域のことです。カリブ海のケイマン諸島や南太平洋のクック諸島、モナコ公国、ドバイなど、いずれもOECD非加盟国です。

企業や富裕層のペーパーカンパニーの設立による脱税や、所得隠し＝マネーロンダリング（資金洗浄）の温床場所として使われるケースも多く、世界的に是正措置が求められています。国税庁は、日本からケイマン諸島に流出した資金を15兆3600億円（2011年）と発表しました。

※9 無料低額診療事業

低所得者などに医療機関が無料または低額な料金で診療する事業。無料低額診療事業には2種類あります。一つは社会福祉法人や旧民法34条に定める公益法人などが法人税法の基準に基づいて実施するもの。もう一つは社会福祉法第2条第3項第9号（1951年）に基づき、第2種社会福祉事業として実施するものです。

病院や診療所の設置主体にかかわらず、都道府県知事に第二種社会福祉事業の届け出をすればこの事業を実施することができます。いずれの場合も、生計困難者が経済的な理由により必要な医療を受ける機会を制限されることのないよう、無料または低額な料金で診療を行うものです。

※10 なぜ、民医連が政治や選挙にとりくむのか

貧困から人々を救うのも、原発をただちにやめて再生可能エネルギーにとりくむのも政治の力。私たちの願いの実現は、国民の世論と運動がどれだけ大きくなるかにかかっています。また、その結果として、どのような政治を実現するのが決定的な意味を持っています。

国民が政治を変え、願いを実現した経験は数多くあります。全国各地で子どもや高齢者の医療費無料制度を実施している自治体があります。制度が実現したのは、住民の運動を背景に選挙を通して無料化の公約を掲げた候補者が首長に当選したり、また、無料化の政策を訴えた政党が得票数や議席数を伸ばしたことによるものです。

民医連は憲法と綱領の立場から、憲法9条を守る、医療・介護を充実させる、原発をなくす

など、いのちと健康をまもり、安心して住み続けられるまちづくりをすすめる政策をかかげる勢力が、議席を伸ばすことができるよう活動しています。民医連として特定政党の支持を決めることはありませんが、それは決して選挙で傍観者になることではありません。選挙を重視し政治を変えることは、民医連のとても大事な活動です。

※11 「総合的な医療の質向上」と「医療活動の8つの重点課題」

貧困や健康格差、超高齢社会の中長期的な現状と情勢分析を踏まえ、第39期と40期運動方針で提起した医療活動方針を「総合的な医療の質の向上」と「医療活動の8つの重点課題」と総称します。

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、実践的医療課題として8つの重点課題（①貧困と格差に立ち向かう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リハビリテーション医療、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。8つの重点課題は、徹底した地域分析や自己分析を前提に、各県連・法人での中長期的な構想と計画で策定・実践していく課題や水準を提起しています。

※12 ノンテクニカルスキル

人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2012年報告によると、「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16.3%であったのに対し、「確認・観察を怠った」、「説明が不十分だった」、「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」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51.5%を占めています。

※13 チームステップス（チームSTEPPS）

医療は多職種による「協働」なしには成り立ちません。医療の内容がますます複雑さを増し、医療供給体制上のさまざまな制約の中で時間的圧力も増大しています。そんな環境の中でノンテクニカルスキルを高めてコミュニケーションエラーを減少させるには、個人的な努力や経験による習得だけでは限界があり、チームとしてのトレーニングが必要です。

チームSTEPPS（Team Strategies and Tool to Enhance Performance and Patient Safety）は、協働すべき「チーム医療」の多職種のメンバーがともに研修することによって、ヒューマンエラーや医療事故を未然に防ぎ、医療安全の推進、安全文化を醸成するためのチームトレーニングの一つとして2005年に米国で開発された研修方法です。チームSTEPPS研修では、「リーダーシップ」、「状況モニター」、「相互支援」、「コミュニケーション」の4つを学び、身につけ、実践することによって、最終的にはチームのパフォーマンスを改善し、より安全なケアを提供し、組織の安全文化を醸成させることを目標にしています。

※14 倫理委員会の2つの機能

日常診療の中で、患者の人権にかかわる事柄を取り上げる倫理委員会機能は、HEC（Hospital Ethics Committee）機能（治療の倫理機能）と呼ばれます。HEC機能とは、診療行為において、健康権・生存権・幸福追求権（自己決定権）に代表される患者の人権、および私たちが掲げている無差別・平等や共同の営みに集約される医療理念、さらにさまざまな診療ガイドラインに示されている診療水準と、私たち自身の関わる診療現場の実態との間に発生している乖

離をなくし、患者の人権や医療理念を前進させるための機能といえます。

倫理委員会には、患者を対象とした臨床研究活動の倫理的問題の審査機能があります。これはREC（Research Ethics Committee）機能（研究の倫理機能）と呼ばれます。民医連の中でも各職種が臨床研究に熱心にとりくんで学会活動が盛んとなり、全国的にデータ収集して学会発表に至ることも多くなりました。民医連内部での研究発表であっても、外部に公開されることもあります。研究の発表に当たっては、個人情報保護法の医学研究への拡大（2005年）を踏まえた厚生労働省「臨床研究に関する倫理指針」（08年）等は順守しなければなりません。

※15 厚労省「医療の質の評価・公表等推進事業」

医療技術の高度化に伴い、ガイドラインやEBM（Evidence-based-medicine = 根拠にもとづいた医療）など質を測定・評価する考え方が発達してきました。また、患者や国民の意識の変化から、医療の質への関心が高まっています。厚労省は2010年度、「医療の質の評価・公表等推進事業」実施要綱を定め、新たに事業を開始しました。

全日本民医連は、11年度から3年連続でこの事業に採択されました。日本病院会など多くの医療団体の中から、3年連続で採択されたのは初めて。厚労省の第3者評価会議は、「民医連の高く評価できる点」として、①在宅復帰率、身体抑制患者の抑制日数など、医療チームとして行ったケアに関するアウトカムを導入、情報について経年比較を行っている。②集めたデータを分析・考察し、改善にどのようにつなげたかが分かりやすい。データの収集・分析を、どのような規模の病院でも行えるようシステム作りを工夫している、とコメントを寄せています。

※16 民医連がめざす5つのチーム医療

「民主的集団医療」は、民医連医療を語るうえで欠かせない考え方と理念であり、多くの職員は、そのことに他の医療機関にない共感と優位性をもって医療活動をすすめています。私たちがめざすチーム医療は、患者の人権や健康権保障をささえるチーム医療であり、「民主的集

団医療」の理念や視点を受け継ぎ発展させる新たな時代の「民医連のチーム医療」の探求が求められています。

2013年8月に初めて開催した「チーム医療研修・実践交流集会」は、民医連がめざすチーム医療について、①困難を抱えた患者を支援する、②診療の標準化・質の向上を個別ではなく集団としてすすめる、③医療倫理を重視し、安全につながる患者と医療従事者を守る、④後継者養成につながる、⑤実践を通して民医連綱領・理念を豊かにする無差別平等、の5点を提起しました。今後、実践の中で探求していく課題です。

※17 民医連のチーム医療に関する実証的調査研究

チーム医療研修・実践交流集会の一環として実施された研究。研究目的は、民医連におけるチーム医療、特に多職種の連携・協働に焦点を当て、その実態と課題を明らかにするために実施しました。調査方法は、民医連加盟の一つの病院を訪問して、チーム医療に関わった職種の多様な意見を収集し、潜在的・顕在的な情報を探索的に分類・整理することから、「フォーカス・グループ・インタビュー」方式で行いました。

具体的には、チーム医療に関わった多職種へのグループインタビューを通して、チーム医療の実態、特に多職種連携の現状と課題を抽出するものです。フォーカス・グループ・インタビューは、有意抽出された少人数の専門職を対象にした質的研究法の一つであり、課題に関係の深い参加者から、アンケート調査など量的調査からは得られない具体的な多様な「なまの意見」を引き出すものです。医療活動の実践を質的に把握する方法として、グループインタビューのプロセスを丁寧に踏むことは、今後の民医連の研究活動の試みとして有意義なものになっています（民医連資料参照）。

※18 ファシリテーター研修会

今日のチーム医療の現場では、日常診療を担う病棟コアチームと専門的横断チームが重なりあい、その推進には病院管理組織が機能・役割を果たしていくことが重要です。特に、チーム医療を推進していくファシリテーターの役割の

発揮やその養成が求められています。民医連で初めて、「多職種連携を担うファシリテーターのスキル～ケースメソッドを取り入れた試み」をテーマに研修会を実施しました。

ケースメソッド教育は、参加者が判断や対処を求められる模擬ケース（実際に起きた事例）を教材に、ディスカッションしながら当事者の立場で、どのように行動すべきかを適切に判断できるようになることを目的とする参加型、問題発見・解決型の学習方法。それぞれのケース教材にもとづく事前学習をはじめ、研修会当日のグループ討議、クラス討議、振り返りを経て、当事者の立場で自分ならばどのように判断し、行動するのかを参加者とともに討論する中で、多職種連携に求められるファシリテーションスキル（たとえば「勇気」、「礼節」、「寛容」、「人を束ね、方向付ける」）などの大切さを実践的に理解し深めることにつながっています。

※19 暮らし・仕事と糖尿病についての研究

第40期、全日本民医連の事業所を受診している40歳以下の2型糖尿病患者に関して、社会経済的格差が糖尿病の悪化と進行にどのような影響を及ぼすかを明らかにすることを目的とした調査。

全日本民医連は疾病を労働と生活の視点でとらえるため、振動病やアスベストのとりくみなどを活発に行ってきた歴史があります。今回の糖尿病の調査は、日常の医療活動の中から感じている貧困と健康格差を発信していくうえで大変意義のあることと位置づけています。研究班では、この調査研究で明らかになった問題点や課題を全職員で共有し、若年者の健診の重要性や合併症の管理をはじめ、新規罹患者を出さないための社会経済的な問題（SDH、健康格差の解消、ヘルスプロモーションやヘルスリテラシーの普及など）に対しても発信できるよう、日常診療にも役立つテキストを作成し、広く職員に普及できるよう準備をすすめています。

※20 民医連の介護・福祉の理念

現場での3年にわたる議論を経て、第40期第11回理事会（2012年12月）で確認。介護・福祉分野の活動の土台として、学習を深め、日常の

実践や養成のとりくみ、介護ウェブに活かしていくことが提起されています。全文は以下の通り。

【民医連の介護・福祉の理念】

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 ①利用者のおかれている実態と生活要求から出発します、②利用者と介護者、専門職、地域との共同のいとなみの視点をつらぬきます、③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 ①（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、それを守り抜く無差別・平等の介護・福祉をすすめます、②（個別性の追求）自己決定にもとづき、生活史をふまえたその人らしさを尊重する介護・福祉を実践します、③（総合性の追求）生活を総合的にとらえ、ささえる介護・福祉を実践します、④（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をもつ質の高い介護・福祉を実践します、⑤（まちづくりの追求）地域に根ざし、連携をひろげ、誰もが健康で、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

※21 医学対活動の2つの任務

民医連は医学生に対して、①「医学生のさまざまな自主的な活動を援助し、医学生の成長と運動の発展を促すこと」と、②「民医連運動の後継者を確保する」という2つの任務を持って接しています。

※22 ゲートキーパー

ケアマネジャーには、高齢者を援助する専門職としての役割と同時に、支給限度額管理をはじめ一連の給付管理システムや各自治体が推進する給付適正化事業などを通して、保険給付をできるだけ抑える役割が担われています。

政府のあいつぐ制度改悪のもと、こうしたゲートキーパーとしての役割がいつそう強制される流れが強まる中で、日常の個々の実践を通し

て利用者・家族の人権と生活を守りぬく「たたかうケアマネジャー」としての役割の発揮がますます重要になっています。

※23 事業キャッシュフロー

キャッシュ・フローとは、お金の流れのこと。一会計期間内にどれだけのカッシュを稼ぎ出し、どのくらいを投資等に充て、または外部から調達するなどした結果、手許にいくらカッシュが残るかという、法人のお金の流れの状況を明らかにするために、資金の正確な状況を示すものがキャッシュフロー計算書です。

「事業活動によるキャッシュフロー」「投資活動によるキャッシュフロー」「財務活動によるキャッシュフロー」の3つに区分して表示。事業キャッシュフローは、本業である医療介護等の活動によって生じたカッシュの増減を示します。事業キャッシュフローによって長期借入金を返済できずに大幅なマイナスが生じたり、事業キャッシュフロー対事業収益比率がマイナスである場合は、緊急に資金対策を講じなければならない場合があります。一定基準以上のマイナスが生じた場合、「短期要対策」法人として全日本民医連に報告書を提出しなければなりません。一般的に事業キャッシュフロー率は、8%以上を確保することが望ましいと言われています。

※24 MMA T (Min-iren Medical Assistance Team)

民医連の災害救援活動の経験を継承し、災害時において機敏に災害救援を行うことを目的に、全日本民医連の「災害救援活動の指針」(40期第11回理事会)に基づき設置が提案されました。事業所毎にチームを登録し、MMA T本部には、日常的な災害時の医療・介護救援活動の訓練やコーディネーターの養成、DMA TやJMA T、PCATなど他チームとの連携の強化、発災時における全日本民医連災害対策本部の指示下での災害派遣などの機能が予定されています。

※25 国連経済社会理事会の協議資格

国際連合経済社会理事会 (United Nations Economic and Social Council) は、国際連合の主要機関の一つで、経済および社会問題全般に関

して必要な議決や勧告等を行います。国連憲章で定められているNGO参加のための公的な体系をもった唯一の国連機関で、略称はECOSOC (エコソク)。

民医連がECOSOCの協議資格を取得すると、日本政府によって放置されている健康権の侵害や、貧困と格差が拡大している実態などを国際的に明らかにするため、国連への意見書提出や配布、会議への参加や傍聴などが可能となります。2012年、日本のNGOでECOSOCの協議資格をもつヒューマンライツ・ナウの要請により、国連特別報告者アナンド・グローバー氏が来日して福島放射線被害の実態を調査、13年に報告書が国連に提出され日本政府に勧告が行われたのも一例。

※26 第五福竜丸が被爆してから60年

1954年3月1日、アメリカが太平洋中西部に位置するマーシャル諸島のビキニ環礁で水爆実験を行いました。その海域で操業していた静岡県焼津のマグロ漁船「第五福竜丸」の乗組員が全員、急性放射線障害を発症した事件。アメリカがマーシャル諸島で行った核実験は、46年から58年まで67回。ほかにも1000隻近い漁船が被爆しています。広島、長崎の原爆に次ぐ3度目の被爆は大きな社会問題に。全国で原水爆禁止を求める運動が広がり、原水爆禁止世界大会を行うきっかけともなりました。

※27 NPT再検討会議

NPT (Treaty on the Non-Proliferation of Nuclear Weapons) は1970年施行の核拡散防止条約のこと。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しました。締約国は190カ国 (2010年6月)。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、それがNPT再検討会議です。

2010年5月の会議では、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、特別の努力をすることが確認されました。次回のNPT再検討会議は、被爆70年にあたる15年に開催されます。10年に確認された内容の実行を迫る重要な会議です。また、核兵器禁止条約の交渉開始を求める世論と運動の巨大なうねりを

作するため、現在「核兵器全面禁止のアピール」国際署名がとりくまれています。

※28 ポピュレーションアプローチ

健康格差をなくすには、行動の主体である個人に働きかける方法と集団全体や環境に働きかける方法の2つがあります。集団や環境に介入して、地域の中で暮らす人々が健康に望ましい行動をとりやすいものに変えていくアプローチの仕方をポピュレーションアプローチといいます。

予防医学ではリスク因子を持つ個人に対するハイリスクアプローチと人口全体に対するポピュレーションアプローチの2つの戦略があり、これらを組み合わせることで病気の発症や重症化を予防することができるとしています。ポピュレーションアプローチは、政策や法律などで社会の仕組みを変えることで、社会全体のりびとの健康改善を働きかけます。

たとえば減塩運動なら、地域全体に減塩の必要性を訴える啓発活動や減塩製品の価格を安くして購入しやすくすることです。アメリカのある地域では、虫歯予防のために水道水にフッ素を入れました。ポピュレーションアプローチは、社会全体に対して働きかけるので、政府や自治体だけでなく企業や研究機関との協働が大切になります。

※29 経営委員会ミニマム

県連および地協の経営委員会で実践する最低限の内容です。

県連経営委員会では、①法人の経営状況、中長期経営計画の掌握、②統一会計基準の推進、③経営検討会や予算編成交流会、診療報酬対応交流会などの開催、④施設拡大計画についての審議と県連理事会への報告と必要な指摘や提起、⑤各法人での内部監査委員会等内部牽制制度の充実促進と監事監査の役割交流。

地協経営委員会では①地協内全県連代表による経営委員会の体制をとること、可能なかぎり地協に経営課題に専任できる幹部を配置すること、②全日本民医連経営部、地協運営委員会、地協事務局長会議に経営委員会の報告を定期的に行うこと、③4半期ごとおよび年度決算、中長期経営計画の策定と実践状況の把握、「要対

策5ポイント」以上の法人の検討と対策、④統一会計基準推進士講座を全日本民医連の方針に沿って開催すること、⑤統一会計基準準拠、事業所独立会計の到達点、部門別損益実施の状況把握と課題の提起、⑥各県連での内部監査委員会等内部牽制制度の充実促進と監事監査の役割交流、⑦「経営検討会」「経営活動交流会」などの開催。

※30 医療法64条第1項（法令等の違反に対する措置）

都道府県知事は、医療法人の業務若しくは会計が法令、法令に基づく都道府県知事の処分、定款若しくは寄附行為に違反し、又はその運営が著しく適正を欠くと認めるときは、当該医療法人に対し、期限を定めて、必要な措置をとるべき旨を命ずることができる。

※31 全国連帯基金

全国連帯基金（以下基金）は、2004年2月の第36回総会で決定した「全日本民医連経営困難組織支援規定」において、経営困難法人等に対して経営再建のために必要な資金の貸し付けを行うことを目的に設立されました。

基金の総額は2億円で、民医連に加盟する県連からの借入金と本基金の意義に賛同する個人からの寄付金で構成。また、04年11月の理事会で「全国連帯基金運用規則」を定めました。基金は、「経営再建のための資金調達は、当該組織の事業活動による利益の創出と自らの力による金融機関からの借入や職員・共同組織のひとびとからの資金結集が原則である。基金は、自力による資金調達を実現するまでの期間のつなぎ資金としての運用を原則とする」ことを基本的性格としています。07年に川崎医療生協に対して基金を発動しました。

※32 県連に求められる7つの機能

第32回総会方針で、県連機能6つのミニマムを確認しました。6つのミニマムとは①県連理事会の定例化、全国方針の討議と県連での具体化、②全面的な民医連運動の実践にふさわしい機構づくりと事務局体制の確立、③法人の経営状況の掌握とあり方の検討、および指導・援助、④医療活動調査をはじめ、全日本民医連が行う

各種調査についての実施と掌握、⑤制度教育の実施、⑥民医連への攻撃、民医連への結集を弱める傾向とのたたかい、です。

共同事業や地協レベルの医師養成など、今日的な活動の進展を踏まえ、第35期第2回評議員会で「求められる県連7つの機能」を提起し、検討が呼びかけられました。7つの機能とは①全日本民医連方針の討議と具体化、県連理事会機能と機構の整備、②県連長期計画の策定と具体化、法人事業計画と経営の掌握と指導援助、県連共同事業の推進、③県を代表する運動組織としての役割、④共同組織の拡大と交流、『いつでも元気』の普及、⑤民医連運動を主体的に担う職員育成と後継者養成の計画と具体化（教育事業の推進）、⑥医師問題での前進、地協と共同して民医連運動を担う医師養成推進、⑦民医連組織を守り前進させるとりくみで、全国で具体化をはかってきました。

運動方針に関する資料

※資料の表中に「福岡」と記してある箇所は「福岡・佐賀」、

全日本民医連組織概況 18年間の推移

カッコ内は対前回差

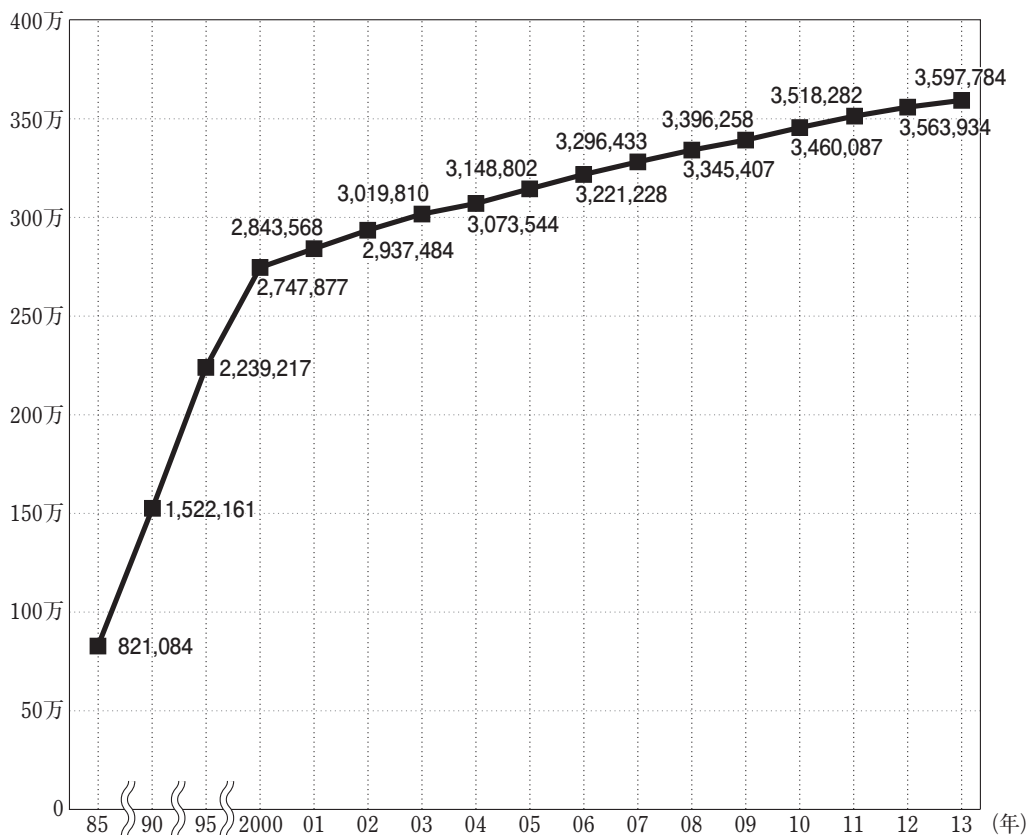
	病院	医科診療所	歯科施設	その他事業所	職員数
1996年	155	367	79	195	41,285
1998年	154(-1)	408(+41)	82(+3)	411(+216)	44,654(+3,369)
2000年	153(-1)	461(+53)	95(+13)	664(+253)	47,943(+3,289)
2002年	154(+1)	481(+20)	107(+12)	803(+139)	52,264(+4,321)
2004年	152(-2)	511(+30)	111(+4)	908(+105)	56,773(+4,509)
2006年	154(+2)	522(+11)	116(+5)	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)
2012年	143(-4)	520(-5)	113(+2)	1,041(+23)	73,703(+5,949)
2014年	143(±0)	509(-11)	114(+1)	1,088(+47)	77,456(+3,753)

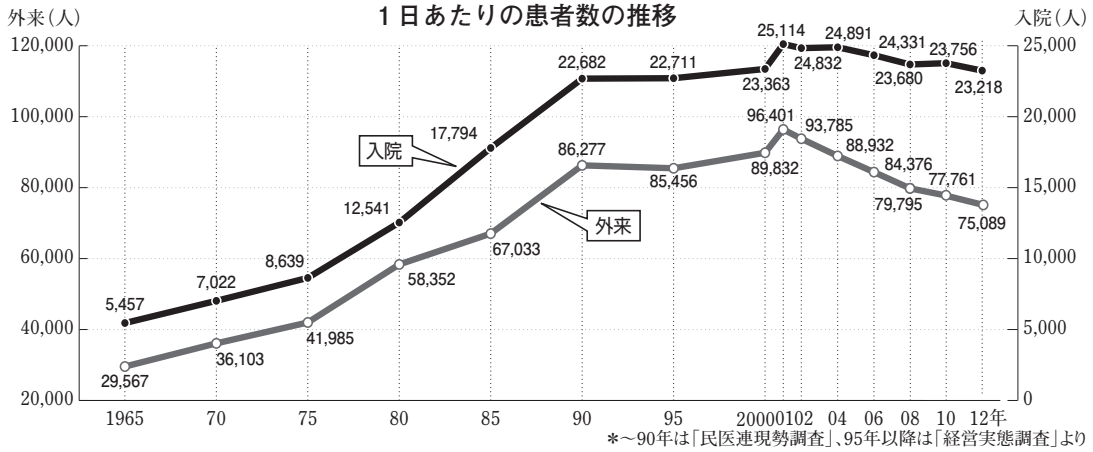
*事業所数は毎年1月末現在加盟数

*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

*歯科施設は、医科との併設を含みます。

共同組織構成員の推移





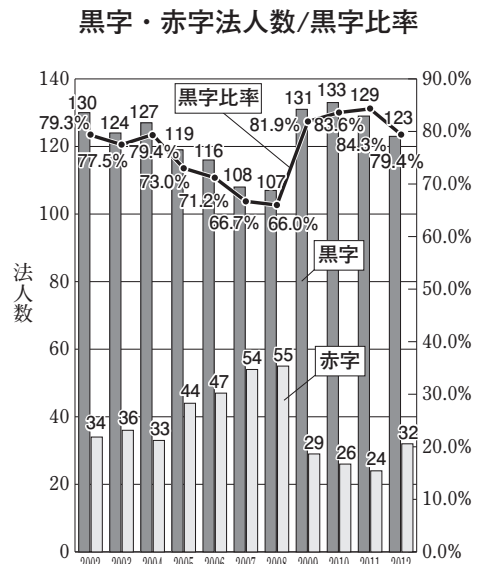
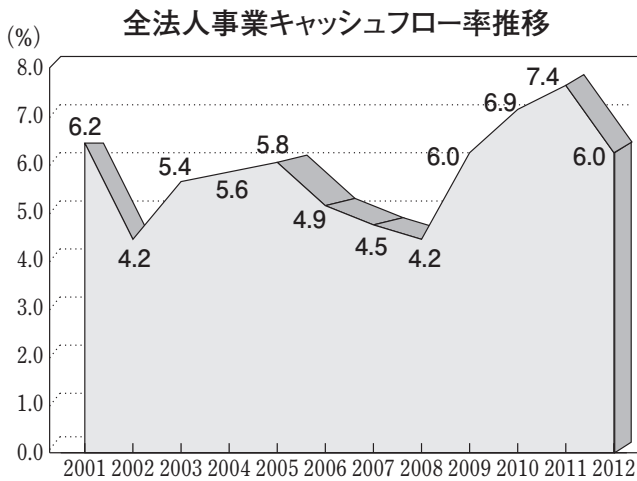
黒字・赤字法人分類別推移

*年度途中開業・規模変更法人を含む

【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

	年度	A 法人	B 法人	C 法人	D 法人	E 法人	合計
黒字法人数	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
	2011	60	24	2	19	27	132
	2012	52	24	2	21	24	123
	赤字法人数	2002	10	6	2	7	9
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
2011		3	3	1	9	8	24
2012		11	3	1	7	10	32
2002年度黒字法人率		84.1	77.8	66.7	76.7	76.3	79.3
2003年度黒字法人率		77.8	73.1	100.0	74.2	79.4	77.5
2004年度黒字法人率		85.7	70.4	66.7	85.7	72.2	79.4
2005年度黒字法人率		79.0	74.1	50.0	65.5	71.8	73.0
2006年度黒字法人率		69.4	58.6	50.0	75.0	84.2	71.2
2007年度黒字法人率		79.0	65.5	66.7	39.3	67.6	66.7
2008年度黒字法人率		74.2	72.4	33.3	64.3	54.1	66.0
2009年度黒字法人率		87.1	93.1	75.0	71.4	73.0	81.9
2010年度黒字法人率		95.2	88.9	66.7	71.4	71.1	83.6
2011年度黒字法人率		95.2	88.9	66.7	67.9	77.1	84.6
2012年度黒字法人率		82.5	88.9	66.7	75.0	70.6	79.4



共同組織関係資料 ①構成員現勢は2013年12月現在の数字。月次報告から作成。②「いつも元気」は2014年2月号(2014年1月9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					「いつも元気」			参考指標			
		2013年度 拡大目標	2013年度末 到達目標	今年度累計増減(2013年4月～12月)	現勢(2013 年12月末)	2年前 2012年2月号	最新号2014年1月9日 2月号	増減	正職員数	職員一人あたり部数 対比			
北海道	人	10,000		7,180	6,187	993	264,648	7,250	7,317	67	3,980	1.8	
青森	人			3,226	1,677	1,549	119,036	729	733	4	1,515	0.5	
岩手	世	1,300		855	505	350	30,656	215	207	▲8	294	0.7	
宮城	両			1,323	1,395	▲72	44,724	2,863	2,792	▲71	1,616	1.7	
秋田	人		7,852	99	250	▲151	7,009	239	222	▲17	1,065	0.2	
山形	人			1,834	1,015	819	67,518	1,277	1,250	▲27	1,532	0.8	
福島	人	4,729	89,030	3,115	1,384	1,731	86,829	293	368	75	804	0.5	
茨城	両	1,470		691	264	427	20,976	312	313	1	394	0.8	
群馬	人	750	13,735	408	185	223	13,208	57	64	7	79	0.8	
栃木	両	5,134		3,035	1,523	1,512	106,166	577	526	▲51	1,335	0.4	
埼玉	世	10,383		7,926	3,191	4,735	246,834	638	655	17	1,341	0.5	
千葉	両			1,767	2,544	▲777	42,318	2,265	2,171	▲94	938	2.3	
東京	両			10,550	13,410	▲2,860	235,977	5,756	5,907	151	5,360	1.1	
神奈川	両	8,380	150,185	4,004	1,827	2,177	144,224	1,538	1,545	7	1,678	0.9	
新潟	世	1,952	34,500	1,287	562	725	35,176	661	633	▲28	1,023	0.6	
富山	両	1,500	27,399	990	562	428	26,302	372	357	▲15	466	0.8	
石川	人	2,000	55,000	2,861	1,038	1,823	54,497	2,039	2,053	14	909	2.3	
福井	人	1,000		386	204	182	20,604	279	226	▲53	269	0.8	
山梨	両		20,000	659	798	▲139	18,798	1,273	1,185	▲88	1,143	1.0	
長野	両		144,000	8,745	7,082	1,663	139,671	2,524	2,769	245	2,729	1.0	
岐阜	卓	700	15,990	355	164	191	15,481	736	699	▲37	339	2.1	
静岡	両	1,316	14,600	663	265	398	13,654	884	917	33	249	3.7	
愛知	世			3,629	203	3,426	185,926	1,084	1,043	▲41	2,615	0.4	
三重	両	1,500	43,381	498	486	12	41,893	191	178	▲13	319	0.6	
滋賀	両	1,000	11,000	597	211	386	10,511	547	556	9	127	4.4	
京都	両	4,297	60,000	2,154	1,178	976	56,612	4,334	4,182	▲152	2,031	2.1	
大阪	両		322,274	9,772	5,193	4,579	322,917	2,934	2,840	▲94	2,610	1.1	
兵庫	両	10,000	180,000	5,818	2,328	3,490	174,510	1,204	1,255	51	1,662	0.8	
奈良	人	3,000	36,076	2,159	1,019	1,140	35,218	1,365	1,309	▲56	1,266	1.0	
和歌山	人			595	368	227	21,758	149	143	▲6	344	0.4	
鳥取	人	4,000	49,995	1,723	689	1,034	47,029	357	343	▲14	600	0.6	
島根	人	4,900	60,891	2,116	1,278	838	56,826	295	341	46	1,053	0.3	
岡山	人			5,609	2,591	3,018	140,728	1,015	960	▲55	2,103	0.5	
広島	人	7,300	105,321	3,616	2,004	1,612	99,585	312	304	▲8	971	0.3	
山口	人	1,200	17,235	823	373	450	17,271	170	170	0	272	0.6	
徳島	人	3,000	46,091	1,588	1,220	368	44,231	232	243	11	407	0.6	
香川	世	3,000	47,794	1,673	313	1,360	46,154	192	181	▲11	596	0.3	
愛媛	人	3,302	46,526	2,212	1,252	960	45,485	282	294	12	345	0.9	
高知	両	1,500	55,764	609	456	319	54,582	152	157	5	200	0.8	
福岡	佐賀	6,376	98,103	4,206	554	3,652	95,289	5,211	5,096	▲115	3,624	1.4	
長崎	人	771	12,783	513	3,335	▲2,822	12,508	658	711	53	408	1.7	
熊本	世	805	23,315	362	538	▲176	21,025	1,543	1,551	8	631	2.5	
大分	人	2,000	27,386	1,319	587	732	26,068	192	183	▲9	277	0.7	
宮崎	人	2,100	48,733	1,742	626	1,116	48,322	330	340	10	268	1.3	
鹿児島	世	6,600	160,654	5,495	3,025	2,470	156,524	1,134	1,191	57	1,187	1.0	
沖縄	世	5,000	85,144	2,327	512	1,815	82,506	476	473	▲3	1,012	0.5	
		122,265	2,110,757	123,280	76,371	46,909	3,597,784	57,136	56,953	▲183	53,986	1.1	
								265	220	▲45	55.00		
								57,401	57,173	▲228	54,041	1.1	

(年間拡大目標・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2013年8月1日の職員数による)

共同組織構成員拡大・脱退数 (20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	162,710	116,890	45,820
12年	160,596	109,117	51,479
13年12月末	121,280	76,371	46,909

『いつでも元気』 創刊からの推移

	年間実増	到達部数	活動交流集会
97年2月号		25,575	
98年2月号	6,042	31,617	第4回集会／福岡
99年2月号	2,166	33,783	
00年2月号	6,463	40,246	第5回集会／北海道
01年2月号	2,452	42,698	
02年2月号	3,059	45,757	第6回集会／石川
03年2月号	1,362	47,119	
04年2月号	3,652	50,771	第7回集会／東京
05年2月号	1,333	52,104	
06年2月号	726	52,830	第8回集会／岡山
07年2月号	503	53,333	
08年2月号	612	53,945	第9回集会／長野
09年2月号	967	54,912	
10年2月号	964	55,876	第10回集会／長崎
11年2月号	1,085	56,961	
12年2月号	440	57,401	
13年2月号	▲117	57,284	第11回集会／岩手
14年2月号	▲111	57,173	

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	2011年	2012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	11.5	11.7
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	20.6	21.6
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	17.4	18.9
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	37.7	41.1
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	35.8	37.3
計	8.3	9.8	11.5	12.6	13.3	13.3	13.5	13.3	13.7	14.0	14.0	14.0	14.6

※「経営実態調査」より

介護保険指定事業所数・利用者数

	2012年4月		2013年4月	
	事業所数	利用者数	事業所数	利用者数
訪問介護	266	15,391	263	15,138
予防訪問介護	253	6,515	251	6,685
訪問介護	266	21,906	263	21,823
訪問入浴	7	193	7	153
予防訪問入浴	5	1	5	0
訪問入浴	7	194	7	153
訪問看護（介護保険）	301	16,899	303	17,332
予防訪問看護	280	1,233	283	1,387
訪問看護	301	18,132	303	18,719
訪問リハ	78	1,814	79	1,917
予防訪問リハ	58	147	63	194
訪問リハ	78	1,961	79	2,111
■訪問系サービス合計	652	42,193	652	42,806
通所介護	263	11,690	262	11,774
予防通所介護	248	2,763	243	2,796
通所介護	263	14,453	262	14,570
通所リハ	201	11,409	199	11,371
予防通所リハ	182	2,362	184	2,452
通所リハ	201	13,771	199	13,823
療養通所介護	0	0	0	0
■通所系サービス合計	464	28,224	461	28,393
短期入所生活介護（併設型事業所）	24	1,193	25	1,206
短期入所生活介護（単独型事業所）	30	2,039	27	1,789
予防短期入所生活介護（併設型事業所）	20	22	23	21
予防短期入所生活介護（単独型事業所）	26	63	23	56
短期入所生活介護	54	3,317	52	3,072
短期入所療養介護	42	1,196	44	1,267
予防短期入所療養介護	30	14	34	18
短期入所療養介護	42	1,210	44	1,285
■短期入所サービス合計	96	4,527	96	4,357
特定施設入居者生活介護	6	161	6	165
予防特定施設入居者生活介護	3	15	3	13
特定施設入居者生活介護	6	176	6	178
福祉用具貸与	26	7,698	29	8,261
予防福祉用具貸与	23	761	25	976
福祉用具貸与	26	8,459	29	9,237
○居宅サービス合計	1,244	83,579	1,244	84,971
介護予防支援事業（地域包括作成分）	60	8,723	66	9,242
居宅介護支援事業	470	46,633	462	47,704
" 受託予防ケアプラン		4,205		4,770
（*再掲：特定事業所加算算定分）	176	27,049	178	28,734
○介護予防・居宅介護支援合計	530	59,561	528	61,716
老人福祉施設	16	1,088	16	1,084
老人保健施設	38	2,753	40	2,821
介護療養型医療施設	7	224	6	196
○施設合計	61	4,065	62	4,101
定期巡回随時対応型訪問介護看護	1	1	6	40
夜間対応型訪問介護	2	73	2	73
認知症対応型通所介護	52	948	54	929
予防認知症対応型通所介護	40	24	45	24
認知症対応型通所介護	52	972	54	953
小規模多機能居宅介護	48	802	48	835
予防小規模多機能居宅介護	30	37	31	45
小規模多機能居宅介護	48	839	48	880
認知症対応型共同生活介護	58	711	57	709
予防認知症対応型共同生活介護	25	0	28	0
認知症対応型共同生活介護	58	711	57	709
地域密着型特定施設入居者生活介護	1	17	1	29
地域密着型介護福祉施設	6	151	6	165
複合型サービス	0	0	5	92
○地域密着型サービス合計	168	2,764	179	2,941
総計	2,003	149,969	2,013	153,729

※各年「介護事業基本調査」より

無料低額診療事業実施事業所数

2014年1月15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	20	5	4	37
青森	4	9			13
岩手	1	1			2
宮城	4	4			8
秋田					
山形	4	1		1	6
福島	1				1
茨城	1	2		1	4
栃木		2			2
群馬	5	5	1		11
埼玉	2	3			5
千葉	2	9			11
東京	5	5	2	1	13
神奈川	3	10		2	15
山梨	3	5	3		11
長野	6			2	8
新潟	1	5		1	7
富山	1	2		1	4
石川	2	3	1		6
福井					
岐阜	1	3			4
静岡	1	3			4
愛知	1				1
三重	1	1			2
滋賀		3		1	4
京都	4	26			30
大阪	4	20	1	2	27
兵庫	3	18	2	1	24
奈良	3			2	5
和歌山	1	4			5
岡山	3	1			4
広島	1	4	1		6
鳥取	1		1		2
島根					
山口	1	3	1		5
徳島	1	1			2
香川	1	1			2
愛媛	2				2
高知	1	1			2
福岡・佐賀	7	10	2		19
長崎	1	3			4
熊本	2	2			4
大分	1	1	1		3
鹿児島	2				2
宮崎	1	3			4
沖縄	2	4			6
総合計	99	198	21	19	337

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
2012年卒	1,034
2013年卒	1,060

(看護師、保健師、助産師の合計)

初期研修医受入数の推移

年	受入数
2001年	122
2002年	118
2003年	98
2004年	164
2005年	197
2006年	161
2007年	146
2008年	135
2009年	143
2010年	132
2011年	123
2012年	142
2013年	140

(人)

職種別職員数の推移

職種	2009年 10月1日現在	2011年 10月1日現在	2013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	3,102.2	3,123.2	3,214.8	91.6	102.9	112.6	103.6
	非正職員	769.8	880.8	857.9	△22.9	97.4	88.1	111.4
歯科医師	正職員	329.6	312.1	329.8	17.7	105.7	0.1	100.0
	非正職員	27.2	59.9	56.8	△3.1	94.8	29.6	208.8
薬剤師		2,616.8	2,630.6	2,795.9	165.2	106.3	179.1	106.8
看護	保健師	414.3	473.0	536.8	63.8	113.5	122.5	129.6
	助産師	346.7	360.3	412.6	52.3	114.5	65.9	119.0
	看護師	19,299.3	20,323.8	21,122.3	798.5	103.9	1,823.0	109.4
	准看護師	3,756.9	3,586.3	3,256.4	△329.9	90.8	△500.5	86.7
	看護業務補助者	1,459.1	1,634.1	1,748.6	114.4	107.0	289.5	119.8
介護	介護福祉士	6,205.9	8,064.9	9,586.1	1,521.2	118.9	3,380.2	154.5
	介護職員初任者研修終了者	3,129.2	2,981.2	2,438.9	△542.3	81.8	△690.3	77.9
	その他の介護職	2,539.2	2,789.1	2,942.4	153.2	105.5	403.2	115.9
歯科	歯科衛生士	674.1	737.9	752.3	14.4	101.9	78.2	111.6
	歯科技工士	171.9	168.7	168.7	0.0	100.0	△3.2	98.1
	歯科業務補助者	68.1	96.1	98.4	2.3	102.4	30.3	144.5
放射線	診療放射線技師	1,017.0	1,044.6	1,034.2	△10.4	99.0	17.2	101.7
	診療X線技師	7.3	11.1	16.4	5.3	147.2	9.1	224.7
検査	臨床検査技師	1,577.8	1,609.2	1,651.3	42.1	102.6	73.5	104.7
	衛生検査技師	12.2	9.1	7.1	△2.0	78.0	△5.1	58.2
臨床工学技士		426.3	472.7	490.5	17.8	103.8	64.2	115.1
リハビリ	理学療法士	1,788.0	2,348.3	2,793.1	444.8	118.9	1,005.1	156.2
	作業療法士	1,284.2	1,595.3	1,825.3	230.0	114.4	541.1	142.1
	視能訓練士	64.6	59.0	57.4	△1.7	97.2	△7.2	88.8
	言語聴覚士	309.8	462.1	535.0	72.9	115.8	225.2	172.7
	義肢装具士	1.0	1.0	1.0	0.0	100.0	0.0	100.0
マッサージ師		38.5	34.7	28.5	△6.3	82.0	△10.1	73.9
鍼灸師		66.2	60.8	56.9	△3.8	93.7	△9.3	86.0
栄養	管理栄養士	589.4	614.5	632.8	18.3	103.0	43.4	107.4
	栄養士	119.5	134.6	130.0	△4.6	96.6	10.5	108.8
	調理師	1,097.7	1,131.5	1,130.2	△1.3	99.9	32.5	103.0
	調理員	694.6	735.8	719.9	△15.9	97.8	25.3	103.6
その他の技術員		338.3	307.3	363.2	55.9	118.2	24.9	107.4
SW	社会福祉士	588.6	667.7	712.5	44.8	106.7	123.9	121.0
	精神保健福祉士	102.7	125.5	145.4	19.9	115.9	42.7	141.6
	その他のSW	237.2	269.6	242.5	△27.1	89.9	5.3	102.2
保育士		226.5	303.3	322.9	19.6	106.5	96.4	142.5
事務職員		11,081.0	11,947.7	12,518.5	570.7	104.8	1,437.5	113.0
その他の職員		1,573.8	1,535.5	1,722.4	187.0	112.2	148.6	109.4
合計		68,152.5	73,703.0	77,455.5	3,752.5	105.1	9,303.0	113.7

介護職員初任者研修終了者の項目は、2011年以前はホームヘルパーの集計値。