

号外
第42回定期総会
議案

民医連新聞

民医連新聞発行所:全日本民主医療機関連合会 発行人:岸本啓介

2016年1月28日

月2回 第1、第3月曜日発行
〒113-8465 東京都文京区湯島2-4-4「平和と労働センター」
TEL(03)5842-6451 FAX(03)5842-6460
定価330円(送料共。全日本民医連加盟事業所の
職員は会費に含む)振替00140-9-189231
URL:<http://www.min-iren.gr.jp>
E-mail:min-iren@min-iren.gr.jp

3月10～12日・福岡市(アクロス福岡・他)

全日本民医連第42回定期総会

運動方針案など発表、討論を呼びかけ

全日本民医連・藤末衛会長は、
二月一九日、本会規約第六条に
もとづき、第四回定期総会を招
集しました。

開催日程は三月一〇日(木)～
一二日(土)の三日間で、会場は
福岡です。

総会の概要

総会提出予定議案

- 【日程】
三月一〇日(木)九時一五分～
一二日(土)二時
- 【会場】
アクロス福岡
福岡市中央区天神二丁目一番一號
- 電話
〇九二(七二五)九一三
- 年予算
- 一、運動方針
- 一、役員選出
- 一、評議員・予備評議員の選出
- 一、二〇一四年・二〇一五年決算、会計監査報告
- 一、二〇一六年、二〇一七年予算
- 一、総会の特別決議
- 一、その他

総会の構成

総会は、「全日本民医連規約」第六条の①にもとづき、代議員と全日本民医連役員をもって構成します。

総会代議員には、当日の問い合わせ先などの参加要項を後日発送します。くわしくはそちらをご参考ください。

1日目	2日目	3日目
三月一〇日(木) 分散会(各会議室) 九時三〇分～一六時三〇分 分散会座長団会議 一八時～二〇時 九時～二〇時 分散会座長団会議 一八時～二〇時	三月一一日(金) 分散会(各会議室) 九時三〇分～一六時三〇分 分散会座長団会議 一八時～二〇時 九時～二〇時 分散会座長団会議 一八時～二〇時	三月一二日(土) 本会議 アクロス福岡シンフォニーホール 九時～二時 本会議 アクロス福岡シンフォニーホール 九時～二時

目次

今号32ページ

- | | |
|--------------|-------|
| 第42回定期総会開催案内 | 1 |
| 第42回運動方針案 | 2～20 |
| 議案用語解説 | 21～25 |
| 第42回役員候補 | 26 |
| 資料 | 27～31 |

- 戦争法を廃止し、立憲主義の回復、平和憲法を守る国民運動の架け橋となり、希望ある時代を切り拓こう
- 共同組織とともに、無差別・平等の地域包括ケアと安心して住み続けられるまちづくりにとりくみ、住民本位の地方自治発展に結びつけよう
- 民医連らしい医療・介護の実践と健康権・生存権保障の担い手づくりを一体にすすめ、人間的な発達のできる組織をめざそう!

記念講演のお知らせ

- 日 時 3月10日 17時20分～18時50分
 会 場 アクロス福岡シンフォニーホール
 講 師 板井八重子さん 熊本民医連 医師
 テーマ 水俣病のとりくみと、自分史を重ねて～わたしと民医連
 略 歴 社会医療法人芳和会副理事長、くまもと福祉会理事長、全国保険医団体連合会理事、熊本県保険医協会副会長
 大分県出身、熊本大学卒。73年東京保健生活協同組合・氷川下セツルメント病院に勤務。75年10月に熊本・芳和会水俣病診療所～水俣協立病院勤務、93年7月同くわみず病院附属くすのきクリニック院長、93年東京大学医学博士号取得
 第10回みなまた京都賞(07年)、第19回久保医療文化賞(08年)などを受賞

総会日程

東日本大震災、福島原発事故から五年、復興はいまだ遠い状況にあります。現綱領のもとでの民医連運動の実践は六年となりました。二〇一四年に開催した全日本医連第四回定期総会で、民医連六〇年の教訓を確認しました。そして、いのち、憲法、綱領の三

はじめに

2016年1月16日
全日本民医連41期第24回理事会

運動方針案

のものさじで時代をみつめ、平和と社会保障の充実を求めるたかい、飛躍が求められる四つの課題を掲げて運動・事業・人づくりを推進してきました。

一〇一五年八月の第三回評議會で「戦後七〇年、被爆七〇年、平和と人権をさらに高く掲げて」

の特別決議を決定、戦争しない国
の歴史を守りぬき、人権としての
社会保障の充実を求め、憲法五
条、二五条を守り抜く医民連の立
在意義を内外に宣言しました。
アメリカと一緒に海外で戦争す
る日本、大企業が一番活躍しやす
い日本をめざす安倍政権は、社会
保障を実質的に解体し、営利、市
場化をすすめ国民生活を犠牲に
し、いのちを軽んじる政治を加速さ
せていました。憲法の原則の根柢
にある個人の尊厳を踏みにじり、

世論も国会もないがしろにして、野古への米軍新基地建設を強行し、川内原発の再稼働、TPP交渉も締結に前のめりとなりました。そして、歴代内閣が戦後一貫して変えてこなかった憲法解釈の一内閣で逆転して戦争法（平和主義全法制関連二法、以下戦争法）を强行しました。暴走があらゆる分野で矛盾を拡大し、あまりの理不尽さに対して異議をとなえる国との行動と共同が前進し、激突の一年間になりました。

はじめに	1
第1章 新たな民主主義の発揚を確信に、	2
戦争法廃止を	
第2章 安倍政権の現段階	3
国民生活の現状	3
安倍政権の異質な危険性	4
社会保障の解体と医療・介護の崩壊を招く安倍政権	4
第3章 この2年間の活動のまとめ	5
平和、憲法、社会保障を守る運動の到達	6
対策	7
第2節 東日本大震災の復興支援、福島連帯・被ばく対策	7
第3節 民医連らしい医療活動の探究、国内外への発信と共同の広がり	7
第4節 介護・福祉分野の到達	8
第5節 歯科	8
第6節 経営活動	9
第7節 職員の確保と養成、各分野の活動	9
おわりに	9
第8節 全日本民医連としての活動	11
第9節 大きな「飛躍」が求められる4つの課題ほどここまで到達したか	13
第4章 時代に立ち向かう今後2年間の重点方針	13
戦争法廃止、平和と社会保障を守る架け橋に護活動の実践と探究	13
無差別・平等、共同の営みとしての医療・介護活動の実践と探究	14
介護・福祉分野の重点課題と方針	16
第4節 歯科	17
第5節 共同組織の前進へ向けて	17
第6節 医師養成新時代における民医連の医師養成・医学対の飛躍のために	17
第7節 職員の養成	18
第8節 経営活動の重点	19
第9節 全国課題のとりくみ、全日本民医連・地協結集、県連機能強化をすすめよう	19

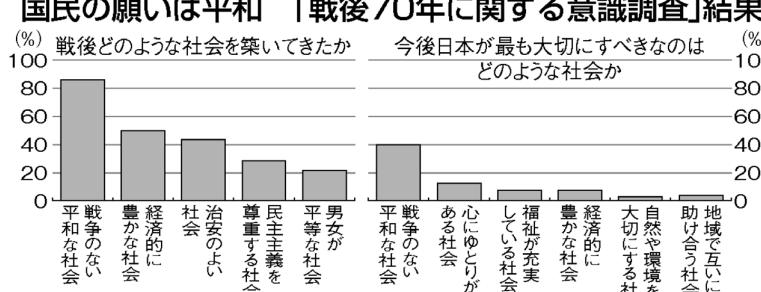
政府と防衛省は、日米新ガイドライン実践のために戦争法で可能となつた準備と訓練を着実にすすめており、自衛隊が海外で武力行使する可能性は高く切迫したものとなつてきました。

いま日本は、戦後一貫して守り続けてきた平和主義の危機にあり、戦後最大の岐路に立つていま

めてきた運動団体も共闘し、総がかり行動も生まれ大同団結を実現しました。また、これまで政治に無関心と言わってきた学生や若いママ、女性たちが次々と立ち上がり、国会前で、街頭で、「民主主義ってなんだ?」「勝手に決めるな!」の大きな声を上げ、戦争法反対の大規模な流れを作り出しました。これららの動きの中で戦争法反対、立憲主義(※)守れの一一致点で五睡党も国民的運動に合流し、史上罕

調査(110)によれば、戦後七〇年、本社会のイメージとして「戦争のない平和な社会」との回答が六七%を占め、したがって(資料A)。

A) 同上の願いは平和、「戦後20年に関する意識調査」結果



(3つまで選択。上位5項目) (1つだけ選択。上位6項目)
調査:2014年11月22日~30日、20歳以上の国民、サンプル3600人(12人×300地点)、有効数2635人(73.2%)
資料:NHK放送文化研究所「世論調査でみる日本人の『戦後』~『戦後70年』に関する意識調査
の結果から~」

第四回総会は、國のあり方、平和、人権、いのち、憲法をめぐり緊迫した情勢のなかに開催されます。共同組織とともに、架け橋の役割をさらに發揮して平和と社会保障の運動をすすめ、医師の確保と養成を成功させ、経営問題を克服し、事業と人づくりが前進

する二年間にしなければなりません。
総会の任務は、(1)今日の情勢、時代認識を深め、民医連運動の役割、課題を明確にすること、(2)年間のとりくみを総括し、今後二年間の方針を決定すること、(3)二期役員を選出、予算を決定する

全日本民医連理事会は、第四回総会運動方針（案）を、すべての県連、法人、事業所が討議し、豊かな実践と経験、教訓を踏まえ深める事を呼びかけます。

新たな民主主義の 発揚を確信に、 戦争法廃止を

■文中の(※)については用語解説(21面から)を載せています

自民党・公明党政権のもとで統く社会保障抑制の中、子ども・若者、働き盛り・高齢者すべての世代で広範に貧困が拡大し、生存権まで脅かされています。

年収二〇〇万円以下の働く貧困層（ワーキングプア）は、安倍政権の二年間で四九万人も増加し、一一三九万人（二〇一四年）、全労働者の二四%に達しました（資料B）。労働者の賃金は一九九七年から二〇一三年で二二%も減少しています。これらの背景には大企業が世界一活躍しやすくする国をめざす雇用制度の改悪があります。正規雇用は一九九七年から二〇一三年までに五一八万人減少し、不安定な非正規雇用は七五四万人も増加、一九六二万人に達し雇用労働者の四割近くを占めています。貯蓄ゼロ世帯は三〇%以上

第1節 国民生活の現状

(1) 生存権を脅かす
格差と貧困の拡大

つています。非正規雇用された世代はすでに四〇代のとなり、就職氷河期となたちは四五歳を迎えて、の世代が現状のまま六

そして何よりも注目すべきことは、三・一・一以後の原発再稼働反対の運動の頃から始まった個人が主権者として考え行動する、そして政治も変える、こうした自発的で新しい民主主義の形とその発展です。

や介護を実践する私たちは、戦争政策を拒否します。

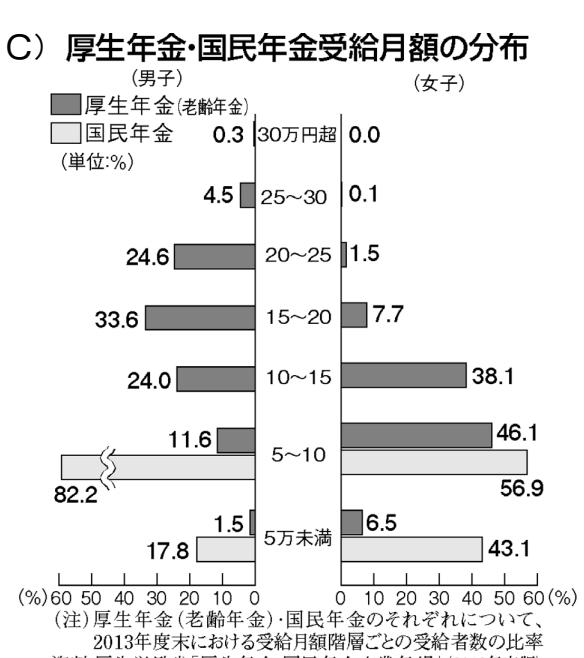
戦争法の廃止を求める100万人統一署名(※)を必ずやり遂げ、夏の参議院選挙で安倍独裁政治の暴走に、主権者としてNOの審判を下し、戦争法を廃止し改憲を断念させる決意を固めます。

す（資料C）。現在六五歳以上年金受給者三〇三一万人の三分の一にあたる一〇四七万人がこの民年金の収入だけで生活しています。特養待機者が二〇〇九年から二〇一四年のわずか五年で約一万人も増えていますが、その背には施設の不足とあわせて、高

の現場では、コンビニエンスストアで倒れ救急搬送され、経済的な理由ですべての介護サービスを拒否した高齢者（地域包括支援センター）や、搬入された高齢の女性で、生活保護申請が却下され、再申請の準備中に経済的困窮を理由に自死した（救急外来）などの事

免制度の継続と復活（※）はいのちと健康に直結した問題となっています。

年	人口(万人)
03	21.5
04	22.0
05	22.2
06	22.5
07	22.8
08	23.2
09	24.0
10	23.5
11	23.8
12	24.0
13	24.2
14	24.3



つも入っていることからも、その深刻さがわかります。五年を区切りとした福島の切り捨てを容認するに至りました。

日本は、アメリカを中心とした自由な企業活動ができる市場の維持・拡大のため他国への戦争・積極的な介入を行い、その中で安倍政権は日本のグローバル企業が儲けを最大限追求する大企業を作り変えようとしています。二〇一二年二月の安倍政権の成立から三年、この政権の暴走は三つの点で際立っています。

第一は、アメリカの戦争に全面的に参加する「戦争する国づくり」です。日本版NSCの設置(※)、特定秘密保護法(※)の制定などに続き、その中心となる戦争法を強行しました。戦争法の成立とともに早々に日米の同盟調整メカニズム共同作戦体制(※)づくりを開始しました。合わせてその延長線にある辺野古新基地建設の強行に奔走しています。これらは、二〇一五年四月の日米新ガイドライン(※)を具体化していくものです。二〇一六年度予算案で史上初めて軍事費が五兆円を突破し、V22オスプレイ四機の購入など自衛隊の海外派兵のための装備強化が計上されています。米軍への思いやり予算(※)を増額するとともに、辺野古新基地建設費に一五年度の二・四倍も計上し、沖縄の民意に挑戦しています。医学、工学などの科学的研究や技術開発の分野への日本やアメリカの軍事関経費の流入が加速しています。医療関係者の戦争参加の可能性も一段と高まりました。

戦争法の発動は、今年アフリカ南スタンへの平和維持活動(PK)(※)派兵で開始されよう

るとはできません。元の福島に戻すのは国と東電の責任です。

第2節 安倍政権の異質な危険性

日本は、アメリカを中心とした自由な企業活動ができる市場の維持・拡大のため他国への戦争・積極的な介入を行い、その中で安倍政権は日本のグローバル企業が儲けを最大限追求する大企業を作り変えようとしています。二〇一二年二月の安倍政権の成立から三年、この政権の暴走は三つの点で際立っています。

第一は、アメリカの戦争に全面的に参加する「戦争する国づくり」です。日本版NSCの設置(※)、特定秘密保護法(※)の制定などに続き、その中心となる戦争法を強行しました。戦争法の成立とともに早々に日米の同盟調整メカニズム共同作戦体制(※)づくりを開始しました。合わせてその延長線にある辺野古新基地建設の強行に奔走しています。これらは、二〇一五年四月の日米新ガイドライン(※)を具体化していくものです。二〇一六年度予算案で史上初めて軍事費が五兆円を突破し、V22オスプレイ四機の購入など自衛隊の海外派兵のための装備強化が計上されています。米軍への思いやり予算(※)を増額するとともに、辺野古新基地建設費に一五年度の二・四倍も計上し、沖縄の民意に挑戦しています。医学、工学などの科学的研究や技術開発の分野への日本やアメリカの軍事関経費の流入が加速しています。医療関係者の戦争参加の可能性も一段と高まりました。

戦争法の発動は、今年アフリカ南スタンへの平和維持活動(PK)(※)派兵で開始されよう

るとはできません。元の福島に戻すのは国と東電の責任です。

第二は、企業が世界で一番活躍しやすい国づくり、新自由主義改革の推進です。安倍政権は新自由主義改革を新たな段階に引き上げようとしています。

「一億総活躍社会」を実現するとしてアベノミクス第二次ステージ「希望を生み出す強い経済」(GDP六〇兆円)、「夢を紡ぐ子育て支援」(希望出生率一・八)、「安心につながる社会保障」(介護離職ゼロ)の「新三本の矢」を打ち出しました。少子高齢化対策と称して社会保障抑制・解体、深刻になる労働力不足に対しては生涯派遣など労働者派遣法を改悪し、若者・女性・高齢者・外国人労働者などを企業の儲けのために最大限利用する内容です。

企業の裁量で八時間労働制までも破壊する労働法制の改悪、労働力の流動化の徹底、グローバル企業に必要な先端科学的研究に大規模な予算を投じ、大学を産業に役立つものへ作り変える大学改革、グローバル企業の新たな市場拡大のためTPP参加、原発の輸出をすすめるための原発再稼働強行、健康福祉を「成長産業」として位置付け、市場の拡大をすすめています。

第三は、それらを受け入れさせたままの国民意識の操作です。村

山談話、河野談話(※)を否定し、「侵略」、「植民地支配」、「従軍慰安婦」等の過去の歴史を捻じ曲げた自治体が広がり、原発・TPPなど主要な政策でも国民の反対をすすめる国民運動(※)の推進などの中心を担う議員が安倍政権をささえています。

安倍政権は三年間、これまでの政権にない暴走を強めていますが、一四年の総選挙で自民党の比例での得票率は全有権者のわずか二割未満でした。それでも六割以上議席を占めることができます。

第四回総会で「相手が大きければ、こちらがもっと大きくなる」そうした大志を持った運動を呼びかけ、四一期に大きく新しい国民運動が広がってきました。さらに前にすめ、平和と社会保障の充実へ向け、共同組織とともに奮闘しましょう。

この間、戦争法廃止の決議を上げた自治体が広がり、原発・TPPなど主要な政策でも国民の反対をすすめる国民運動(※)の推進などの中心を担う議員が安倍政権をささえています。

安倍政権は三年間、これまでの政権にない暴走を強めていますが、一四年の総選挙で自民党の比例での得票率は全有権者のわずか二割未満でした。それでも六割以上議席を占めることができます。

第四回総会で「相手が大きければ、こちらがもっと大きくなる」そうした大志を持った運動を呼びかけ、四一期に大きく新しい国民運動が広がってきました。さらに前にすめ、平和と社会保障の充実へ向け、共同組織とともに奮闘ましょう。

この間、戦争法廃止の決議を上げた自治体が広がり、原発・TPPなど主要な政策でも国民の反対をすすめる国民運動(※)の推進などの中心を担う議員が安倍政権をささえています。

安倍政権は三年間、これまでの政権にない暴走を強めていますが、一四年の総選挙で自民党の比例での得票率は全有権者のわずか二割未満でした。それでも六割以上議席を占めることができます。

第四回総会で「相手が大きければ、こちらがもっと大きくなる」そうした大志を持った運動を呼びかけ、四一期に大きく新しい国民運動が広がってきました。さらに前にすめ、平和と社会保障の充実へ向け、共同組織とともに奮闘ましょう。

この間、戦争法廃止の決議を上げた自治体が広がり、原発・TPPなど主要な政策でも国民の反対をすすめる国民運動(※)の推進などの中心を担う議員が安倍政権をささえています。

安倍政



事故から四年間の情勢の変化、新たな知見を加え『被害者に寄り

甲状腺二三一六〇三八〇四年四月～一〇一五年三月）とな
りました。

ルツキルの追求は、チーム医療の発展や医療倫理の課題と関わっており、新たな探求が必要です。ま

下回ります。医療の安全を確保するために、医療事故の再発防止を行う、としたこの制度の目

中に「三」のものさしを常に備かせる」が重要な課題です。特に、地域包括ケア時代では、在宅

Hを医療活動に生かすために研究者と現場のワークショップを三回開催し、「団の前の患者さんがSDHの

四号機運転差し止め訴訟の判決
（※）など重要な裁判を民医連としても支援してきました。判決は、福島第一原発事故の深刻さを真正面から見据え、原発の運転再開を憲法上の権利である人格権に対する侵害行為と見なし、再稼働差し止めを認めました。まさに「原発と人類は共存できない」という考えを認めた画期的な判決を引き出しました。

(5) 原発ゼロの日本へ向けた運動

るなど、これまで三〇〇〇人を超える職員が現地を訪れて支援行動に参加しています。辺野古基金（※）はすでに五億円を超えて全国から寄せられています。全日本民医連は基金からの要請を受け、協力団体となりました。

起こしました。国策と位置づけ、原発再稼働、建設を強行する國と設置企業に対し、憲法九二条の地方自治の本旨にもとづく、地方自治を守るたたかいとしても発展しています。いたん原発事故がおこると人の住めない地域になり、地方公共団体の存立 자체が危機にさらされる事態に対して、憲法上保障された地方自治権すなわち地方自治体の存立を求める権利に基づいて今回の訴訟が起きました。

原発をなくす運動全国連絡会の事務局団体として運動をすすめてきました。川内原発などの再稼働申請をストップの運動に原発立地県とともに、運動を強めできました。玄海原発差し止め訴訟の原告は一万人を超えていました。

福島原発事故の収束も、被害の回復の目途もないまま、政府は原発を「重要なベースロード電源」と位置づけ、原発の再稼働・新設、原発の輸出に躍起になっていきます。原発輸出のために「原子力規制委員会が安全を確認した原発は再稼働させる」と述べ、川内原発再稼働を突破口に、伊方原発を

第2節 東日本大震災の復興支援、福島連帯・被ばく対策

動には、道南一〇自治体の首長・議長、市の連合町内会、各業界団体あげて参加し、文字通りオール道南・函館の反原発運動になつています。

はじめ、全国の原発の再稼働をすめようとしている姿勢は異常です。福島に寄り添い原発ゼロの日本をめざす運動をより大きくすすめていきましょう。

第3節 民医連携の医療の歴史

活動の探求、国内外
発信と共同の広がり

福島民医連への医師支援を継続してとりくみました。福島民医連として初期研修を目前で行えるよう内科病棟の支援を二〇一五年九月まで行いました。他に、栃木民医連から月一回、わたり病院への直支援、月二回の桑野協立病院への日当直支援も継続してきました。小名浜生協病院も含め、臨床

工学校教師、薬剤師、看護師など多職種支援が行われました。こうした支援の中、二〇一三につづき、一四年、一五年と連して初期研修医を受け入れてきほか、低学年からの医学部選学の確保、県連的な医師養成を検するための医師委員会機能の再立が始まっています。

の統一化年生たる討論の題材として、厚生労働省の責任を明確にし、国民へ周知することが必要です。その上で、真に公正・中立な審査機関との信頼関係をより高めていく制度として充実・発展させていくことが求められます。

この間、介護分野での事故報生が進むべき道をめぐらします。近来の医療機関における医療過誤や看護過誤などの問題が注目され、その対応策として、医療機関の役割發揮と国民との医療機関との信頼関係をより高めていく制度として充実・発展させていくことが求められます。

（2）日本HPHネットワークの結成とSDHの実践
Wや地域を変える視点を持ちながら実践していくことが必要です。
多職種連携・協働の推進（1）
医療・介護の質を高めるためには

- (1) 医療安全、医療
・介護倫理、
Q—I活動、チー
ム医療など総合
的な医療の質の
向上の実践

福島支援連帯活動の参加者は、各県連や事業所のとりくみを含め
一〇〇人を超えて、辺野古支援連
帯行動に次ぐ全国行動に発展して
います。全日本民医連として福島
被災地視察・支援連帯行動を三回
開催し、避難者の方々を訪ね直接
懇談する機会や、原発労働者の実
態を把握する内容も取り入れてき
ました。原発事故に対するマスメ
ディアの報道が激減する中、福島
添い　いのちと人権を守るために
～新版 原発問題学習パンフレット
ト二〇一五（写真）を発行し、三
万部が活用されています。原発事
故後の健康に対する不安だけでなく
、生活や家族の悩みなど、原発
事故被害者が抱える問題は様々
で、それに応える健診や相談活動
が全国各地でじりくまれてきまし
た。こうした問題に対応できる相
談員を養成する目的で「相談員セ

三九期（二〇一〇年度）から「無差別・平等の理念を基に総合的な医療の質の向上」と「貧困と健康格差・超高齢社会に立ち向かう医療活動の実践・八つの重点課題」にとりくんできました。今期は、この間のとりくみや成果が結びつき民医連らしい医療活動の探求と実践、その国内外への発信と共同が大きく広がりました。

今日、民医連の現場で直面する倫理問題は、医療だけではなく護の分野にも存在しています。高齢者・終末期の医療倫理は、「在宅や施設の終末期の倫理」「急変時の倫理」「抑制と事故」「摂食困難者へのかかわり」など、介護や在宅での安全確保についての検討が今後の大きな課題です。

知症ケアの倫理（本人の意

などの的を、国と厚生労働省の責任ですべての医療機関に熟知させ、患者・国民へ周知することが必要です。その上で、真に公正・中立な第三者機関の役割發揮と国民と医療機関との信頼関係をより高めていく制度として充実、発展させていくことが求められます。

この間、介護分野での事故報告が増えていました。従来の医療事故の対応だけでなく介護分野を視野に入れた危機管理に対する政策づくりが課題です。

（2）日本H.P.Hネットワークの結成とSDHの実践

日本H.P.Hネットワーク（※）が、地域全体の「健康水準の向上」と「幸福・公平・公正な社会の実現への貢献」をめざして、多職種連携・協働の推進（IPW）や地域を変える視点を持ったながら実践していくことが必要です。

「」において医民連携活動の発表が推薦されました。二〇一六年からは、日常の医療介護活動への浸透・共有や得られるデータの標準化・見える化をすすめ新しい医連の土台の一つにしていくステップアップの段階にきています。

民連携がなぜ「医療で」と医療でありますか? それは、医療機関のあり方を地域住民とともに示すことで、地域に密着した病院や診療所のこれまでの面倒を割り切ることであります。

医療安全文化の醸成へ向けてノンテクニカルスキル(※)の向上(※ミニユニケーション不全の改善)、そのための「チームSTEPPS(※)(基礎コース、アドバンスドコース)」の各県連規模での研修会の広がりなど医療安全の新たな段階に入っています。さらに、どこまで実践に生かされていくか、成功事例の収集やステップアップが必要です。ノンテクニカルスキルの追求は、チーム医療の発展や医療倫理の課題と関わっており、新たな探求が必要です。また、(※)「過去の発行」は記事に含まれる難事例の多くは、「身寄りのない」事例です。

二〇一五年一〇月一日「予期ぬ死亡事故の届出に関する『医療事故調査制度』」が始まりました。全日本民医連が長年(二〇〇三年から)にわたって設立をしてきた医療事故を調査する第三者機関がようやく実現しました。しかし、制度開始から三ヶ月余経過しましたが、当初予想を大きく下回っています。医療の安全を確保するために、医療事故の再発防止を行う、としたこの制度の

は、「民医連のチーム医療に関する実証的調査研究」に引き続き、ファンリーティー研修会を重ねてきました。今期は、民医連のチーム医療の実践や追求には、基本的な理念・目的が共有され、「いのち」・「憲法」・「綱領」という三つのものさしの判断基準があること、それが“気軽に話せる文化”に醸成されている事などを明らかにしてきました。チーム医療の中に「三つのものさしを常に働く」かが重要な課題です。特に、地域包括ケア時代では、在宅

SDH（健康の社会的決定要因）の探求と実践では、「放置された若年二型糖尿病」パンフレットが、各県連・事業所で普段学習されています。初めて「SDHセミナー」を社会疫学研究会を開催し、民医連のPHや無低診の実践が研究者や行政関係者に大きく注目されました。また、SDHを医療活動に生かすために研究者と現場のワークショップを行ない、「目の前の患者さんがSDHの

視点でどんな社会的リスクを抱えているか」などの学びを深めてきました。さらに、患者の社会背景に関する情報共有やSDH関連の問題表とサマリーの活用が、埼玉協同病院や千鳥橋病院、北海道民医連看護委員会で始まっています。

(3) 水俣病大検診の実施やアスベス

トなどの被害者

救済、労働衛生
社会医学分野の
とりくみ

二〇一四年一〇月、水俣病大検

診が、全日本民医連の力を結集して実施され、受診者の九割超に水俣病の症状が確認されました。

アスベスト疾患はすでに二万人を超える被患者を生みだし、中皮膚だけでも年間千人が死亡しています。引き続きアスベスト疾患や水俣病患者など被患者救済のとりくみの強化が重要です。

二〇一四年に過労死等防止対策基本法が成立しました。過労死が社会問題化してから三〇年以上にわたる国民的な運動の成果です。また、働くもののいのちと健康を守る全国センターの地方センター確立、労災、職業病、過労自殺、じん肺アスベスト、振動障害(※)、頸肩腕障害、メンタル不全など分野別のとりくみが行われ、ストレスチェック義務化(※)に対応、アスベスト教本簡易版の作成をすすめています。労働衛生・社会医学分野の後継者育成の具体化が大きな課題です。

(4) 貧困と格差に立ち向かう民医連

自主研究会活動

が、さまざまな課題です。労働衛生・社会医学分野の後継者育成の具体化が大きな課題です。

役割を發揮しています。今期は、貧困と格差に立ち向かう学術研究テーマの設定や医師養成の関わりを強めています。特に、大学と共にし小児医療委員会がとりくんだ「外来診療での子育て世代実情調査」(低所得世帯ほど予防接種を控える等)や、大学やNPOなど

の現状では、県連の方針を持つ方針・課題についてのとりくみ連も少なくありません。特に、各県連の事業所が位置づけとりくん

ているのが特徴です。この間の全日本民医連の方針や実践が反映し、この六年間の積み重ねの中で広がり受けとめられています。

一方で、提起される課題が多く、それぞれ着手しているものの、力を注ぐ分野を決めきれなかったり、県連によつては「問題提起」を読みこなせない状況と参加者がいる、全県連の医活委員会の確立などが重要な課題です。

今期は、制度改悪の動きに対し、法案段階での改悪中止・改悪強行は改悪の撤回・制度改善、介護報酬の引き上げを求める介護エープ、事業活動と実践、職員確保

など、各法人において職員の待遇改善に向けた対応も強められてきました。一方で、多くの事業所で利用者の減少や慢性的な人手不足が続いている、利用者の確保、職員の確保が思うように進まず苦慮している実態があります。

今期は、制度改悪の動きに対し、法案段階での改悪中止・改悪強行は改悪の撤回・制度改善、介護報酬の引き上げを求める介護エープ、事業活動と実践、職員確保

など、各法人において職員の待遇改善に向けた対応も強められてきました。一方で、多くの事業所で利

用者の減少や慢性的な人手不足が続いている、利用者の確保、職員の確保が思うように進まず苦慮している実態があります。

(4) 歯科医師をはじめとした後継者の確保と養成

1) 民医連歯科奨学生、歯科医師養成のとりくみ

民医連歯科奨学生は、一人に止まり、後継者確保と養成が遅れています。国の政策で、歯科医師国家試験の総数制限があからさまに行われ、八〇%あった合格率は、平成二六年度には六三・八%にまで低下しました。そして、研修医に卒後臨床研修などで大学から離れるなどを躊躇する傾向が出てきています。

一方、歯学生対策の中心のデンナビ(※)は、全国の歯学部を対象とした開催とはなりませんでしょ。民医連の歯科医師臨床研修制度を伝える活動、歯科医師確保と養成課題を事業所の中長期計画の中でしっかり位置づけることが求められます。地協単位での管理型臨床施設整備の課題は、九沖地協で新たに整備されました。引き続き近畿、東海北陸地協での整備が急がれます。(京都で温故知新をテーマに開催した中堅歯科医師集会は五七人参加し成功しました。学習を重点にとりくみ、実行委員も民医連歯科の次世代を担ういます)。

2) 歯科技工の分野のとりくみと課題

入れ歯や差し歯を作る技工士は、低賃金や過酷な労働実態の中、養成施設の入学者数の激減、二〇~三〇代の離職率約八〇%など、担い手不足が懸念される事態となっています。これらのこととは国会でも取り上げられ、保険で良い歯科医療全国連絡会を中心に、広範な懇談会や国会要請行動が行われました。

民医連歯科では、一〇一二年ブ

ロジエクトを立ち上げ、地協での集会を積み重ね、二〇一五年一二月二・三日に民医連全国技工士交流集会が開催されました。

第6節 経営活動

(2) 診療報酬改定の影響

四年ぶりの集会には一〇〇人を超える技工士が集い今後の課題と展望について共有しました。

二〇一四年診療報酬改定は、医費構成比は民医連七・三%、医療法人一四・一%となっていました。

四年ぶりの集会には一〇〇人を超えた技工士が集い今後の課題と展望について共有しました。

(4) 経営困難法人の援助と地協・県連経営委員会の機能強化

(3) 消費税増税の影響

本民医連川崎対策委員会の終了に向けて、前倒産要因克服・経営再建行動、検証と課題の確認(案)をまとめました。今後の事業展開、中長期経営計画の策定を目指します。現在、二〇一六年度の総代会に向けて、医療構想と中長期計画作りがすすめられています。

ついています。

川崎医療生協理事会は、「全日本医連川崎対策委員会の終了に開催や対策委員会を設置し幹部派遣を行うなど、地協としての対応を図ってきました。現場に密接している地協・県連経営委員会の役割がこれまでにも増して重要な

金困難の状況が発生し専務補佐と事務局次長一人を派遣し、援助をすすめています。現在、二〇一六年度の総代会に向けて、医療構想と中長期計画作りがすすめられています。

(1) 看護

(4) 経営困難法人の援助と地協・県連経営委員会の機能強化

本民医連川崎対策委員会の終了に向けて、前倒産要因克服・経営再建行動、検証と課題の確認(案)をまとめました。今後の事業展開、中長期経営計画の策定を目指します。現在、二〇一六年度の総代会に向けて、医療構想と中長期計画作りがすすめられています。

ついています。

川崎医療生協理事会は、「全日本医連川崎対策委員会の終了に開催や対策委員会を設置し幹部派遣を行うなど、地協としての対応を図ってきました。現場に密接している地協・県連経営委員会の役割がこれまでにも増して重要な

金困難の状況が発生し専務補佐と事務局次長一人を派遣し、援助をすすめています。現在、二〇一六年度の総代会に向けて、医療構想と中長期計画作りがすすめられています。

(1)

(6) 事務

一四年ぶりに事務養成責任者・担当者会議を開催し、民医連事務職の役割を再認識する機会となりました。各地で意識的な事務養成のとりくみがすすめられています。県連は世代のまとまりを意識した五年目までの事務職員研修を企画している(東京)、事務職でもブリセプター方式(※)や屋根瓦方式(※)をとりいれているなど経験がみられます。五年目まで初期研修は多くの法人で具体化されていますが、計画的な採用、五年目以降、特に幹部養成は引き続き重要な課題です。民医連事務職に求められる業務力・政策力・組織力を身につけるための具体的な方策を明らかにしていく必要があります。

事務養成をすすめていくため、瓦方式(※)をとりいれているなど経験がみられます。五年目まで初期研修は多くの法人で具体化されていますが、計画的な採用、五年目以降、特に幹部養成は引き続き重要な課題です。民医連事務職に求められる業務力・政策力・組織力を身につけるための具体的な方策を明らかにしていく必要があります。

(7) 職員の健康管理

二〇一二年に改定した「健康で働き続ける職場づくり」パンフレットの普及を継続的に行いました。また、二〇一五年一二月より義務化されたストレスチェックに関するセミナーや、第七回目となる職員の健康を守る交流集会を開催しました。

記念講演は、長野県阿智村の岡庭一雄前村長に「憲法が生きる自治をめざして」のテーマで講演をいたきました。人口六八〇〇人、山間の小さな村で、憲法が生きる住民が主人公の地方自治を貫いてきた実践を学び、地方自治、地域包括ケアの中で民医連と共同組織の活動で「福祉国家型地方自治体」を作り上げていこう、との呼びかけに共感が広がりました。「憲法や地方自治など、本当にそれが生きるのは生活する場なのだということを学んだ」など感想が寄せられています。

第8節 全日本民医連としての活動**(1) 理事会・全国会議等**

全日本理事会は、出席率は九五%を超える各専門部・委員会への各員からの幹部、若手も参加し全般的な課題をけん引しています。また、今期、戦争法廃案のたたかいでおいて総がかり行動の結成、共同行動など大規模な国民的な運動をナショナルセンターの一翼としてさまざま、共同のとりくみを積極的に広げてきました。

県連機能を強めるため、県連連から一二三人が参加、七〇九県連事務局長研修会を八年ぶりに開催しました。この議論を踏まえて、県連機能強化のため第二回評議の全国アンケートにとりくみ、演題が発表され、総会方針の三つの中から二つを決定しました。また、テーマ別セッションは、「戦争・被爆体験、平和の運動をつなぐ」、「無差別・平等の地域包括ケアの実践と探求」「新しい時代を実現する政策を作り上げていかることなどが必要です。地協で定期的な県連事務委員長会議や交流集会などを開催し、各県連・法人の実践を交流しましょう。

(2) 災害対策・MMA-T研修の開始

二〇一五年一〇月に開催した第一回学術運動交流集会は、全県連から一二三人が参加、七〇九県連事務局長研修会を八年ぶりに開催しました。この議論を踏まえて、県連機能強化のため第二回評議の全国アンケートにとりくみ、演題が発表され、総会方針の三つの中から二つを決定しました。また、テーマ別セッションは、「戦争・被爆体験、平和の運動をつなぐ」、「無差別・平等の地域包括ケアの実践と探求」「新しい時代を実現する政策を作り上げていかることなどが必要です。地協で定期的な県連事務委員長会議や交流集会などを開催し、各県連・法人の実践を交流しましょう。

(4) 国際活動

半世紀にわたって医療、教育の無料化を実現し、保健予防活動の重視とあわせ高い健康水準を確保し充実させること、③県連的団結を促進する組織方針やルール、財政を確立することを呼びかけました。一方で全日本の問題提起が多くて県連でこなせない、全国会議の開催時期が集中し過ぎる、などの意見が引き続き寄せられています。

(1) 民医連運動を担う医師の確保と養成

創設三年を迎えた非営利・協同総合研究所「いのちくらし」の長期ビジョン案について四役会議で懇談し、共同組織の研究などをすすめています。

第9節 大きな「飛躍」が求められる4つの課題はどこまで到達したか

問題を考える一戦後七〇年の視点の二つのセッションが実現しました。「平和と健康権、世界の新自由主義を乗り越えて」では、「万人の社会保障を求めるアピール」(※)をフランス、韓国代表による会長が訪仏、NPT再検討会議への役員派遣を行ってきました。韓国の健康権実現のための保健医療団体からの医師等の日本滞在への支援要請があり、受け入れと交流を行いました。韓国のナヌムの家(※)からの要請でハーモニの来日と証言活動にとりくんで確認しました。

フランス保健センターからの招請にもとづき、M-MAT研修月に第一回の研修会を実施しました。

二〇一四年度一二〇人(※)、臨床研修交流集会(医師参加)一二〇人(※)、セカンドミーティング(医師参加)一〇七人、(医師参加)一〇八人(※)を開催しましたが、回を拡大しています。四〇期にまとめた「全日本民医連の災害救援活動指針」にもとづき、M-MAT研修の具体化をすすめました。二月に第一回の研修会を実施しました。

一九七九年に発足した民医連共済年金制度(現在は民医連退職者慰労金制度)は今年で三七年目を迎え、「新たな発展めざす二〇一七年度改定案」(※)が提案されました。この制度は、我が国社会保険制度の不備な面を仲間の連帯と団結で補い、民医連運動に貢献した先輩たちの退職後の生活の一助となっています。またこの制度は、全日本民医連に結集する法人の福利厚生制度の一つです。すべての役職員が共同連帯して、この事業をさらに発展させましょう。

二〇一四年、二〇一五年に全国の民医連で初期研修を修了した医師二七五人のうち一五八人が民医連で後期研修を開始(五七・五%)しました。この水準はここ数年横ばいですが、低学年から選挙生だった研修医は概ね八〇%が後期研修で民医連を選択しており、重ねることで工夫を凝らしその内容が充実してきています。

二〇一四年、二〇一五年に全国の民医連で初期研修を修了した医師二七五人のうち一五八人が民医連で後期研修を開始(五七・五%)しました。この水準はここ数年横ばいですが、低学年から選挙生だった研修医は概ね八〇%が後期研修で民医連を選択しており、重ねることで工夫を凝らしその内容が充実してきています。

二〇一四年度一二〇人(※)、臨床研修交流集会(医師参加)一二〇人(※)、セカンドミーティング(医師参加)一〇七人、(医師参加)一〇八人(※)を開催しましたが、回を拡大しています。四〇期にまとめた「全日本民医連の災害救援活動指針」にもとづき、M-MAT研修の具体化をすすめました。二月に第一回の研修会を実施しました。

当者交流集会で、人間的発達を促す組織をめざすために、第一に人間的発達を阻害する新自由主義的内容、第三に新自由主義的改革に対抗し人間的な発達を促す民医連運動の意義を提起しました。

新自由主義的な政策を推しますが、人間的発達を促す民医連運動の意義を提唱しました。それ

をすすめきました。二〇一五年一二月に開催した教育委員長・担当者交流集会で、人間的発達を促す組織をめざすために、第一に人間的発達を阻害する新自由主義的内容、第三に新自由主義的改革に対抗し人間的な発達を促す民医連運動の意義を提起しました。

めでいくために、競争的価値観と自己責任論を浸透させ、国民の人間観、価値観まで変えようとす

る支配層の狙いがあります。それ

は、人間の尊厳を何よりも大切にし、平和と民主主義を社会的正義として志向する、科学性とヒューマニズムに満ちた人格と能力を育むことだと考えます。

民医連が「人間的な発達ができる組織」といえるのは、綱領で日本憲法の理念の実現を自らの社会的使命として宣言し、平和、民主主義、人権の理念を、日本の社会はもちろん自らの事業所・職場に実現するため、活動してい

ます。民医連が綱領で「地域と

共歩む人間性豊かな専門職の養成」を明記し、職員の教育・研修

(※)として科学的で民主的な管

理運営(※)に努力することなど

が、人間的発達ができる組織の在

り方として重要です。

第4章

時代に立ち向かう 今後2年間の重点方針

日本は、戦争が平和か、貧困の拡大か社会保障の拡充か、重大な岐路に立っています。同時に平和と人権を巡り新しく大きな運動が起きて、主権者であるひとりひとりの国民が政治を変え、希望を創りだす時代です。

原発、TPP、米軍新基地、秘密保護法、そして戦争法と対峙しながら発展してきました。こうし

た民主主義の新しい機運を政治の変革につなぐ市民の行動が、野党を結束させ安倍独裁政治を終わらせる時は今です。

また、超高齢社会はいつそう進行し、人口減少も確実に起つります。また、このまま非正規雇用が増え続けるならば、格差と貧困はますます拡大します。人々の健康や暮らしに関する不安や社会保障に対する要求は、変化しながらもますます切実となり、私たち医連への期待も大きくなります。

運動は総かぎりで、事業は積極

的連携で、職員育成は民医連らしい運動と事業から、新たな展望を主体的に創りだす二年間となるべきなりません。民医連の事業所と共同組織の存在意義を深め、四二期の活動の軸を明確にします。

金日本民医連の新しい戦争法廃止の学習用DVDを全職員、共同

組織で学習し、ひとりひとりが主権者として自分の意思による行動参加をすすめましょう。

戦争法廃止する道筋は、七月

の参議院選挙で戦争法廃止、立憲

戦争法廃止法案を国会に提出する

ことです。そのため、すでに熊本県では統一候補の擁立が実現し

ました。全国で「野党は共闘」の

声と運動を巻き起こしました。

国政政党となったおおさか維新の会は、結党にあたり、安倍政権と一緒にになって憲法改悪することを宣言するなど、反動性を露わにしています。日本国憲法の今日的意義について改めて確認し、学習を強め、県や地域段階での九条の会の活動強化や総がかり行動に積極的に参加していきましょう。

六月の沖縄県議会議員選挙、七

月の参議院選挙でも勝利して沖縄

リバッド建設(※)断念、既設のヘリパッド撤去のたたかいに連帯し、支援を続けます。

二〇一五年一二月一四日に、政

党、市民団体、労働組合、平和団

体、企業などが総結集して「辺野古新基地を造らせないオール沖縄

会議」が結成されました。全日本

民医連として連帯と共同を強めて

いきます。

4) 米軍、自衛隊基地強化への運動

自衛隊、米軍基地の強化はいの

との対極にある戦争につながるもの

です。新ガイドラインのもと

で、平時から先制攻撃戦争に至る

ある事態で日本の自衛隊が米

軍の指揮下にくみこまれる「同盟

調整メカニズム」の設置が決められ、日米共同の常設の調整所が設

置されました。米軍と自衛隊で日

本全土を「基地化」するものであ

り、こうした戦争法の具体化を許さず、全国各地で日米同盟強化反

対、基地強化反対にとりくみま

す。

広島の「黒い雨」地域の指定拡

大を求める裁判、長崎の被爆対象

地域での聞き取り調査を通じ、

より広範な地域での被ばく実態が

明らかになってきています。これ

らのたたかいを支援していきま

す。

広島の「黒い雨」地域の指定拡

大を求める裁判、長崎の被爆対象

地域での聞き取り調査を通じ、

より広範な地域での被ばく実態が

明らかになってきています。これ

らのたたかいを支援していきま

す。

ノーモア・ヒバクシャ訴訟(東

京、名古屋、大阪、広島、熊本、

長崎)引き続き支援していきま

す。

被爆者は高齢化しており、医療

介護の必要性がますます高まって

います。癌の発症をはじめ疾病に

対する不安を抱えながら生き続

けています。また貧困、孤老の被爆

者も多く、老後の不安を抱える被

爆者の思いに寄り添いながら、医

療・介護だけでなく、生活そのも

への支援にとりくみます。

今年七月には、改憲を目指す勢

力と平和を希求する国民との激突

行動を

2) 参議院選挙で主権者としての

行動を

今年七月には、改憲を目指す勢

力と平和を希求する国民との激突

運動は総かぎりで、事業は積極

に実現するため、たえず努力し実

践している組織だからです。民医

連は、人間的発達の今日的内容

と人権としての社会保障をめざす

運動、共同組織とともに安心して

住み続けられるまちづくりをめざす活動、民医連が綱領で「地域と

人権としての社会保障をめざす

運動、共同組織とともに安心して

住み続けられるまちづくりをめざす

活動、民医連が綱領で「地域と

人権としての社会保障をめざす

保障の学習を推進します。日常の医療や介護現場に引き寄せ、自己責任論を乗り越えて権利としての社会保障についてすべての職員が自分の言葉で語れる組織に成長します。全日本医連として「社保アックレット(仮)」を発行します。県連も法人、事業所の社保運動の担い手の養成の場として、第四回青年社保セミナーを開催します。

2) いのち、憲法、綱領の立場で事例にこだわる

徹底して現場で起きている困難や事例にこだわりましょう。患者・利用者の困難に寄り添い、その背景にある貧困や格差、制度の矛盾に気づく人権のアンテナの感度を高めて、患者・利用者とともに改善の方法を考えましょう。

【経済的事由による手遅れ死亡事例調査】をはじめ、あらためて職場や事業所で地域訪問や未収金訪問、中断チェック、「職場一事例運動などにとりくんで、患者・利用者の実態を把握し、医療・介護制度改悪の影響や実態を告発し、制度を改善していきましょう。事例検討の際には民医連綱領をものさしに検討し、確信にして行動につなげていきましょう。

3) 社会保障分野の共同の輪、総がかりの行動を広げよう

診療報酬、医師・看護師増員、患者負担増反対、TPPと医療など多面的な要求が広がる時代です。社会保障の各課題で一点の共同を広げましょう。地域の実態を発信しながら、患者・利用者、患者団体や難病団体をはじめとした当事者とともに、自治体や国に対して医療・介護制度の改善を求めていきましょう。また、近隣の医療機関や介護事業所、自治会や老人会等の住民組織などとの対話を共同の行動をさらにすすめると同時に、いままでつながりのなかつ

た地域の様々な団体や個人との共同を大胆に推進し、医療・介護充実のための総かぎりの運動と大きな世論をつくりましょう。

「いのちの格差を是正する一人権としての医療・介護保障をめざす提言」を大いに活用しながら、医療・介護要求を共有するシンポジウムや学習会を大小さまざまに規模で、無数に開催します。

国保・都道府県単位化(※)などこれから制度改悪の実行主体とされる自治体には地域要求を伝え、とり抜充していく立場に立つよう働きかけ、自治体を変えていきましょう。

【安全・安心の医療・介護】署名を5月末までに100万筆を集めましょう。社会保障制度の根幹にかかる危険なマイナンバー制度は廃止を求めていきましょう。

4) 「地域医療構想」策定と県連の役割發揮

地域医療構想(※)の検討、策定が都道府県単位で進んでいます。計画の問題点を県連が把握し、運動の中心となることが決定的です。北海道では県連が主体となり医師会など団体への申し入れを行い、道議会で「診療報酬引き下げず、地域医療を守ることを求める意見書」を全会派一致で採択させました。また、策定委員会や調整会議の委員等に参加しているところもあります。

福島、宮城、岩手の被災三県への支援を各県連とともに引き続き行っています。住民本位の復興をすすめる自治体の活動を学ぶことは安心して住み続けられるまちづくりをすすめる民医連にとって大切です。運動面では、震災から五年目を節とした各種の打ち切られの社会をめざし、再稼働反対、廃炉の運動を原発立地県の運動と協力してとりくんでいきます。

事故から五年が過ぎようとする中、精神面も含め避難者の健康問題はより深刻となっています。甲状腺エコー検診をはじめとした健診活動や相談活動、また「心のケア」の活動などにとりくみ、原発事故に関わる「相談員」の養成をすすめることを提起しました。

5) TPPからの撤退、温暖化防止と環境を守る運動

TPPが医療富利化を推進し、公的皆保険制度を破壊する危険な内容を知りながらいます。また、TPP反対の多くの個人、団体との共同をさらに発展させ、医療分野の共同を広げ、協定撤回、調印の中止を求めていきます。

COP21(※)は、一九〇余りの国々がそろって世界の平均気温の上昇を一度未満に抑える目標と改定した原発問題パンフレットでは、臨床現場で、職歴の聴取を強化し、どうわけ悪性腫瘍の患者

保障の学習を推進します。日常の医療や介護現場に引き寄せ、自己責任論を乗り越えて権利としての社会保障についてすべての職員が自分の言葉で語れる組織に成長します。全日本医連として「社保アックレット(仮)」を発行します。県連も法人、事業所の社保運動の担い手の養成の場として、第四回青年社保セミナーを開催します。

た地域の様々な団体や個人との共同を大胆に推進し、医療・介護充実のための総かぎりの運動と大きな世論をつくりましょう。

「いのちの格差を是正する一人権としての医療・介護保障をめざす提言」を大いに活用しながら、医療・介護要求を共有するシンポジウムなどを開催します。

一〇一五「新公立病院ガイドライン」で、地域医療構想を踏まえた役割の明確化が明記され、公立病院の病床削減は県との協議でな

い。被ばく医療セミナー、被ばく問題交流会など、被ばく医療のスキルアップと活動の交流のとりくみを行います。

二〇一六年四月一日から電力小売りの自由化が開始されます。全日本民医連のある平和と労働センターは、東京電力との契約を打ち切ることに決めました。原発を推進する電力会社を選択する必要はなくなります。各県連、法人でも原発依存でなく自然エネルギーを活用した電力への転換を検討していきましょう。

んの原発作業歴を聞き、必要な場合は、労災申請に結び付けることなども提起しています。パンフレットをすべての県連、事業所で学習し、全国で実践を強めましょう。

被ばく医療セミナー、被ばく問

題交流会など、被ばく医療のスクリーニングなどを開催します。

たものに、海面上昇に苦しむ島嶼国などの訴えに応え、一度未満に抑える目標を確認、五年ごとに各國の温室効果ガスの削減目標を五年ごとに見直すことなど歴史的な確認をしました。地球温暖化が進む中で、異常気象、生態系の破

壊、干ばつ、海面上昇など人命にかかる事態が各国で進行しています。平和と環境をまもる組織としてCOP21の合意の実現へ向けた取り組みは重要です。各事業所でも創意ある取り組みをすすめていきましょう。

これまで民医連は、運動と事業の両面から無差別・平等の医療・介護を追求してきました。そして、今日の無料低額診療事業のところ、「若年一型糖尿病調査」等のSDHやHPHの展開まで、外部から見ると「民医連ブランド」ともいわれる状況にもあり、私達の誇りと確信につながっています。

2) 医療・介護活動の新しい一つの柱と民医連のしさの追求

これまで民医連は、運動と事業の両面から無差別・平等の医療・介護を追求してきました。そして、今日の無料低額診療事業のところ、「若年一型糖尿病調査」等のSDHやHPHの展開まで、外部から見ると「民医連ブランド」ともいわれる状況にもあり、私達の誇りと確信につながっています。

第2節 無差別・平等、

共同の営みとしての医療・介護活動の実践と探求

(1) 日常の医療・介護に憲法と民医連綱領を根づかせよう

課題を曖昧にせず、日本国憲法に依拠して運動してきたからです。

そして、これらすべての実践が民医連綱領に結実、表現されており、今後とも日々の実践の羅針盤

じすべきものです。

一方、国連を中心とした歩みは、世界人権宣言(二五一条第一項)やWHO憲章前文に記載された「健康権」も同じく第二次世界大戦への痛烈な反省のもとに確立されたものです。健康権実現への挑戦へと向けて、今後も日々の実践の羅針盤

じるべきものです。

これまで民医連は、運動と事業の両面から無差別・平等の医療・介護を追求してきました。そして、今日の無料低額診療事業のところ、「若年一型糖尿病調査」等のSDHやHPHの展開まで、外部から見ると「民医連ブランド」ともいわれる状況にもあり、私達の誇りと確信につながっています。

これまで民医連は、運動と事業の両面から無差別・平等の医療・介護を追求してきました。そして、今日の無料低額診療事業のところ、「若年一型糖尿病調査」等のSDHやHPHの展開まで、外部から見ると「民医連ブランド」ともいわれる状況にもあり、私達の誇りと確信につながっています。

ルスケアの担い手による真摯な実践、連帯を基礎にして、人権としての社会保障制度の確立のための人々のたたかいが決定的に必要です。

2) 医療・介護活動の新しい一つの柱と民医連のしさの追求

これまで民医連は、運動と事業

の両面から無差別・平等の医療・介護を追求してきました。そして、今日の無料低額診療事業のところ、「若年一型糖尿病調査」等のSDHやHPHの展開まで、外部から見ると「民医連ブランド」ともいわれる状況にもあり、私達の誇りと確信につながっています。

これまで民医連は、運動と事業

なアピール力は介護職を確保する上でもっと大切なポイントのひとつです。「介護学生対策」を位置づけとりくみます。介護報酬の引き上げなど制度改善を求める運動と結びつけた総合的なとりくみが必要です。

引き続き民医連編集部と民医連の介護・福祉理念を「自分の言葉で語れる」職員の養成を目標に、あらゆる機会を養成の場と位置づけ、養成システムづくり、「育ち合う職場づくり」を追求します。「キャリアパス作成指針」に基づき、民医連らしいキャリアパスをつくりあげ、実践していきましょう。管理者の世代交代の時期を迎えている法人も多くあります。地協、県連での管理者・職責者養成のとりくみを強めます。

介護職部会を設置した県連は六県連となり、七県連で設置が検討されています。介護職が自律した職能として自ら集い、専門性を深め合い、社会的地位向上のため行動することは、民医連運動を前進させていくうえでも重要な課題です。全県連で介護職部会を立ち上げましょう。すでに設置している県連では、他の県連の経験に学びながら、介護ウエーブや事例

に大きくかかわること、口から食事をすることは高齢者をはじめ全ての人の願いであり、歯を失った人にどうして歯科技工士の役割がますます重要になっています。確保と養成をすめています。

(2) 口から見える困難事例をつかみ、民医連らしい歯科医療をすすめよう

無差別・平等の地域包括ケアの実践の中で、歯科の役割を大いに發揮するためにも、医科・歯科・福祉との連携をすすめ、赤ちゃんと高齢者まで、地域から職場までのヘルスプロモーションをすめましょう。また、民医連歯科においても、今後五年の間に、待ったなしの課題として「世代交代」がやってきます。民医連らしい歯科医療活動のチェックリストと、地域包括ケアをすえた中長期計画の策定の「三つの課題」を実践し、これまでに培ってきた民医連

に大きく行なっています。口の健康から全身の病状の改善につながるとして活動への支援を強めると必要です。政府が描く地域包括ケアを推進するゲートキーパーとしての役割が強まる中、制度改悪に正面から向き合い、憲法二五に基づく生活理解を深め、利用者・家族の生活と権利を守る「たたかうケアマネジャー」への期待はたいへん高まっています。今後の事業展開に対応したケアマネジャーの計画的養成と集團づくり、質の向上などをふくめたケアマネ政策を法人として策定することが必要です。「民医連のケアマネジャーの役割について」の議論と実践をすすめます。

無差別・平等の地域包括ケアを推進していく上で、事業計画に見合った人事政策を確立し、養成と配置を系統的にすすめていく必要があります。地域の多様な要求に応え、質の向上、管理者の養成をすすめる上で職員の体制の強化が必要です。制度改善を求める運動と切り結んだ検討・具体化が必要です。介護福祉士会など職能団体への加入・対応を強めます。

(3) 民医連歯科を担う歯科医師養成と撰学生的養成と撰学生的養成

民医連歯科が存在意義を發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」歯学対をすすめるところと、①すべての歯科大学でのデンナビの開催、②本腰を入れた歯学生対策を行なうために、歯学生の獲得目標・歯学対の予算化、③歯科医師卒後研修で確立されていない「後期研修」の方針化、④現在すすめている中長期計画の中に、歯科医師確保と養成課題を位置づけることによります。中堅歯科医師の全国集会は二年に一度開催し、地協での開催と交番に行ないます。

(1) 「医師養成新時代」に構えを新たに「民医連医師」養成にとりくもう

医療活動と医師養成をめぐる情勢は大きく動いており、まさに「医師養成新時代」と言って過言ではありません。民医連は、あらためて地域医療の発展と医師の専門的力量の向上を支援するような専門医制度が構築されることを望します。そして無差別・平等の理念を堅持しつつ、保健・医療をめぐる世界と日本における情勢の変化を機敏に捉え、医師養成の方針を進化させていかなければなりません。地域医療構想が策定される過程で自院所の役割を再度確認し、その役割に沿った医師の確保と養成のビジョンを創り上げることが求められています。時代が変わっても、初期診療や主治医機能を重視したプライマリヘルスケアと二次救急レベルの診療をさえる専門医療などの地域でも必要です。地域の要求や高度化する診療水準への対応力、医師養成の実現可能性などを慎重に吟味し、自前で受け持つ内容と連携強化の中と交流を目的に今期も販売所の交流集会を行ないます。

(2) 総合性にこだわった医師養成をすすめよう

無差別・平等の地域包括ケアを推進する為には総合力を持った医師の養成は必須であり、民医連は新専門医制度においても、総合性にこだわった医師養成を貫きま

（1）医科・歯科、介護の連携を大いにすすめて
いこう

無差別・平等の地域包括ケアの実践の中で、歯科の役割を大いに發揮するためにも、医科・歯科・福祉との連携をすすめ、赤ちゃんと高齢者まで、地域から職場までのヘルスプロモーションをすめましょう。また、民医連歯科においても、今後五年の間に、待ったなしの課題として「世代交代」がやってきます。民医連らしい歯科医療活動のチェックリストと、地域包括ケアをすえた中長期計画の策定の「三つの課題」を実践し、これまでに培ってきた民医連

に大きく行なっています。口の健康から全身の病状の改善につながるとして活動への支援を強めると必要です。政府が描く地域包括ケアを推進するゲートキーパーとしての役割が強まる中、制度改悪に正面から向き合い、憲法二五に基づく生活理解を深め、利用者・家族の生活と権利を守る「たたかうケアマネジャー」への期待はたいへん高まっています。今後の事業展開に対応したケアマネジャーの計画的養成と集團づくり、質の向上などをふくめたケアマネ政策を法人として策定することが必要です。「民医連のケアマネジャーの役割について」の議論と実践をすすめます。

無差別・平等の地域包括ケアを推進していく上で、事業計画に見合った人事政策を確立し、養成と配置を系統的にすすめていく必要があります。地域の多様な要求に応え、質の向上、管理者の養成をすすめる上で職員の体制の強化が必要です。制度改善を求める運動と切り結んだ検討・具体化が必要です。介護福祉士会など職能団体への加入・対応を強めます。

(1) 「医師養成新時代」に構えを新たに「民医連医師」養成にとりくもう

医療活動と医師養成をめぐる情勢は大きく動いており、まさに「医師養成新時代」と言って過言ではありません。民医連は、あらためて地域医療の発展と医師の専門的力量の向上を支援するような専門医制度が構築されることを望します。そして無差別・平等の理念を堅持しつつ、保健・医療をめぐる世界と日本における情勢の変化を機敏に捉え、医師養成の方針を進化させていかなければなりません。地域医療構想が策定される過程で自院所の役割を再度確認し、その役割に沿った医師の確保と養成のビジョンを創り上げることが求められています。時代が変わっても、初期診療や主治医機能を重視したプライマリヘルスケアと二次救急レベルの診療をさえる専門医療などの地域でも必要です。地域の要求や高度化する診療水準への対応力、医師養成の実現可能性などを慎重に吟味し、自前で受け持つ内容と連携強化の中と交流を目的に今期も販売所の交流集会を行ないます。

(2) 総合性にこだわった医師養成をすすめよう

無差別・平等の地域包括ケアを推進する為には総合力を持った医師の養成は必須であり、民医連は新専門医制度においても、総合性にこだわった医師養成を貫きま

（1）医科・歯科、介護の連携を大いにすすめて
いこう

無差別・平等の地域包括ケアの実践の中で、歯科の役割を大いに發揮するためにも、医科・歯科・福祉との連携をすすめ、赤ちゃんと高齢者まで、地域から職場までのヘルスプロモーションをすめましょう。また、民医連歯科においても、今後五年の間に、待ったなしの課題として「世代交代」がやってきます。民医連らしい歯科医療活動のチェックリストと、地域包括ケアをすえた中長期計画の策定の「三つの課題」を実践し、これまでに培ってきた民医連

に大きく行なっています。口の健康から全身の病状の改善につながるとして活動への支援を強めると必要です。政府が描く地域包括ケアを推進するゲートキーパーとしての役割が強まる中、制度改悪に正面から向き合い、憲法二五に基づく生活理解を深め、利用者・家族の生活と権利を守る「たたかうケアマネジャー」への期待はたいへん高まっています。今後の事業展開に対応したケアマネジャーの計画的養成と集團づくり、質の向上などをふくめたケアマネ政策を法人として策定することが必要です。「民医連のケアマネジャーの役割について」の議論と実践をすすめます。

無差別・平等の地域包括ケアを推進していく上で、事業計画に見合った人事政策を確立し、養成と配置を系統的にすすめていく必要があります。地域の多様な要求に応え、質の向上、管理者の養成をすすめる上で職員の体制の強化が必要です。制度改善を求める運動と切り結んだ検討・具体化が必要です。介護福祉士会など職能団体への加入・対応を強めます。

(1) 「医師養成新時代」に構えを新たに「民医連医師」養成にとりくもう

医療活動と医師養成をめぐる情勢は大きく動いており、まさに「医師養成新時代」と言って過言ではありません。民医連は、あらためて地域医療の発展と医師の専門的力量の向上を支援するような専門医制度が構築されることを望します。そして無差別・平等の理念を堅持しつつ、保健・医療をめぐる世界と日本における情勢の変化を機敏に捉え、医師養成の方針を進化させていかなければなりません。地域医療構想が策定される過程で自院所の役割を再度確認し、その役割に沿った医師の確保と養成のビジョンを創り上げることが求められています。時代が変わっても、初期診療や主治医機能を重視したプライマリヘルスケアと二次救急レベルの診療をさえる専門医療などの地域でも必要です。地域の要求や高度化する診療水準への対応力、医師養成の実現可能性などを慎重に吟味し、自前で受け持つ内容と連携強化の中と交流を目的に今期も販売所の交流集会を行ないます。

(2) 総合性にこだわった医師養成をすすめよう

無差別・平等の地域包括ケアを推進する為には総合力を持った医師の養成は必須であり、民医連は新専門医制度においても、総合性にこだわった医師養成を貫きま

（1）医科・歯科、介護の連携を大いにすすめて
いこう

無差別・平等の地域包括ケアの実践の中で、歯科の役割を大いに發揮するためにも、医科・歯科・福祉との連携をすすめ、赤ちゃんと高齢者まで、地域から職場までのヘルスプロモーションをすめましょう。また、民医連歯科においても、今後五年の間に、待ったなしの課題として「世代交代」がやってきます。民医連らしい歯科医療活動のチェックリストと、地域包括ケアをすえた中長期計画の策定の「三つの課題」を実践し、これまでに培ってきた民医連

に大きく行なっています。口の健康から全身の病状の改善につながるとして活動への支援を強めると必要です。政府が描く地域包括ケアを推進するゲートキーパーとしての役割が強まる中、制度改悪に正面から向き合い、憲法二五に基づく生活理解を深め、利用者・家族の生活と権利を守る「たたかうケアマネジャー」への期待はたいへん高まっています。今後の事業展開に対応したケアマネジャーの計画的養成と集團づくり、質の向上などをふくめたケアマネ政策を法人として策定することが必要です。「民医連のケアマネジャーの役割について」の議論と実践をすすめます。

無差別・平等の地域包括ケアを推進していく上で、事業計画に見合った人事政策を確立し、養成と配置を系統的にすすめていく必要があります。地域の多様な要求に応え、質の向上、管理者の養成をすすめる上で職員の体制の強化が必要です。制度改善を求める運動と切り結んだ検討・具体化が必要です。介護福祉士会など職能団体への加入・対応を強めます。

(1) 「医師養成新時代」に構えを新たに「民医連医師」養成にとりくもう

医療活動と医師養成をめぐる情勢は大きく動いており、まさに「医師養成新時代」と言って過言ではありません。民医連は、あらためて地域医療の発展と医師の専門的力量の向上を支援するような専門医制度が構築されることを望します。そして無差別・平等の理念を堅持しつつ、保健・医療をめぐる世界と日本における情勢の変化を機敏に捉え、医師養成の方針を進化させていかなければなりません。地域医療構想が策定される過程で自院所の役割を再度確認し、その役割に沿った医師の確保と養成のビジョンを創り上げることが求められています。時代が変わっても、初期診療や主治医機能を重視したプライマリヘルスケアと二次救急レベルの診療をさえる専門医療などの地域でも必要です。地域の要求や高度化する診療水準への対応力、医師養成の実現可能性などを慎重に吟味し、自前で受け持つ内容と連携強化の中と交流を目的に今期も販売所の交流集会を行ないます。

(2) 総合性にこだわった医師養成をすすめよう

無差別・平等の地域包括ケアを推進する為には総合力を持った医師の養成は必須であり、民医連は新専門医制度においても、総合性にこだわった医師養成を貫きま

（1）医科・歯科、介護の連携を大いにすすめて
いこう

無差別・平等の地域包括ケアの実践の中で、歯科の役割を大いに發揮するためにも、医科・歯科・福祉との連携をすすめ、赤ちゃんと高齢者まで、地域から職場までのヘルスプロモーションをすめましょう。また、民医連歯科においても、今後五年の間に、待ったなしの課題として「世代交代」がやってきます。民医連らしい歯科医療活動のチェックリストと、地域包括ケアをすえた中長期計画の策定の「三つの課題」を実践し、これまでに培ってきた民医連

に大きく行なっています。口の健康から全身の病状の改善につながるとして活動への支援を強めると必要です。政府が描く地域包括ケアを推進するゲートキーパーとしての役割が強まる中、制度改悪に正面から向き合い、憲法二五に基づく生活理解を深め、利用者・家族の生活と権利を守る「たたかうケアマネジャー」への期待はたいへん高まっています。今後の事業展開に対応したケアマネジャーの計画的養成と集團づくり、質の向上などをふくめたケアマネ政策を法人として策定することが必要です。「民医連のケアマネジャーの役割について」の議論と実践をすすめます。

無差別・平等の地域包括ケアを推進していく上で、事業計画に見合った人事政策を確立し、養成と配置を系統的にすすめていく必要があります。地域の多様な要求に応え、質の向上、管理者の養成をすすめる上で職員の体制の強化が必要です。制度改善を求める運動と切り結んだ検討・具体化が必要です。介護福祉士会など職能団体への加入・対応を強めます。

(1) 「医師養成新時代」に構えを新たに「民医連医師」養成にとりくもう

医療活動と医師養成をめぐる情勢は大きく動いており、まさに「医師養成新時代」と言って過言ではありません。民医連は、あらためて地域医療の発展と医師の専門的力量の向上を支援するような専門医制度が構築されることを望します。そして無差別・平等の理念を堅持しつつ、保健・医療をめぐる世界と日本における情勢の変化を機敏に捉え、医師養成の方針を進化させていかなければなりません。地域医療構想が策定される過程で自院所の役割を再度確認し、その役割に沿った医師の確保と養成のビジョンを創り上げることが求められています。時代が変わっても、初期診療や主治医機能を重視したプライマリヘルスケアと二次救急レベルの診療をさえる専門医療などの地域でも必要です。地域の要求や高度化する診療水準への対応力、医師養成の実現可能性などを慎重に吟味し、自前で受け持つ内容と連携強化の中と交流を目的に今期も販売所の交流集会を行ないます。

(2) 総合性にこだわった医師養成をすすめよう

無差別・平等の地域包括ケアを推進する為には総合力を持った医師の養成は必須であり、民医連は新専門医制度においても、総合性にこだわった医師養成を貫きま

（1）医科・歯科、介護の連携を大いにすすめて
いこう

無差別・平等の地域包括ケアの実践の中で、歯科の役割を大いに發揮するためにも、医科・歯科・福祉との連携をすすめ、赤ちゃんと高齢者まで、地域から職場までのヘルスプロモーションをすめましょう。また、民医連歯科においても、今後五年の間に、待ったなしの課題として「世代交代」がやってきます。民医連らしい歯科医療活動のチェックリストと、地域包括ケアをすえた中長期計画の策定の「三つの課題」を実践し、これまでに培ってきた民医連

に大きく行なっています。口の健康から全身の病状の改善につながるとして活動への支援を強めると必要です。政府が描く地域包括ケアを推進するゲートキーパーとしての役割が強まる中、制度改悪に正面から向き合い、憲法二五に基づく生活理解を深め、利用者・家族の生活と権利を守る「たたかうケアマネジャー」への期待はたいへん高まっています。今後の事業展開に対応したケアマネジャーの計画的養成と集團づくり、質の向上などをふくめたケアマネ政策を法人として策定することが必要です。「民医連のケアマネジャーの役割について」の議論と実践をすすめます。

無差別・平等の地域包括ケアを推進していく上で、事業計画に見合った人事政策を確立し、養成と配置を系統的にすすめていく必要があります。地域の多様な要求に応え、質の向上、管理者の養成をすすめる上で職員の体制の強化が必要です。制度改善を求める運動と切り結んだ検討・具体化が必要です。介護福祉士会など職能団体への加入・対応を強めます。

(1) 「医師養成新時代」に構えを新たに「民医連医師」養成にとりくもう

医療活動と医師養成をめぐる情勢は大きく動いており、まさに「医師養成新時代」と言って過言ではありません。民医連は、あらためて地域医療の発展と医師の専門的力量の向上を支援するような専門医制度が構築されることを望します。そして無差別・平等の理念を堅持しつつ、保健・医療をめぐる世界と日本における情勢の変化を機敏に捉え、医師養成の方針を進化させていかなければなりません。地域医療構想が策定される過程で自院所の役割を再度確認し、その役割に沿った医師の確保と養成のビジョンを創り上げることが求められています。時代が変わっても、初期診療や主治医機能を重視したプライマリヘルスケアと二次救急レベルの診療をさえる専門医療などの地域でも必要です。地域の要求や高度化する診療水準への対応力、医師養成の実現可能性などを慎重に吟味し、自前で受け持つ内容と連携強化の中と交流を目的に今期も販売所の交流集会を行ないます。

(2) 総合性にこだわった医師養成をすすめよう

無差別・平等の地域包括ケアを推進する為には総合力を持った医師の養成は必須であり、民医連は新専門医制度においても、総合性にこだわった医師養成を貫きま

（1）医科・歯科、介護の連携を大いにすすめて
いこう

無差別・平等の地域包括ケアの実践の中で、歯科の役割を大いに發揮するためにも、医科・歯科・福祉との連携をすすめ、赤ちゃんと高齢者まで、地域から職場までのヘルスプロモーションをすめましょう。また、民医連歯科においても、今後五年の間に、待ったなしの課題として「世代交代」がやってきます。民医連らしい歯科医療活動のチェックリストと、地域包括ケアをすえた中長期計画の策定の「三つの課題」を実践し、これまでに培ってきた民医連

に大きく行なっています。口の健康から全身の病状の改善につながるとして活動への支援を強めると必要です。政府が描く地域包括ケアを推進するゲートキーパーとしての役割が強まる中、制度改悪に正面から向き合い、憲法二五に基づく生活理解を深め、利用者・家族の生活と権利を守る「たたかうケアマネジャー」への期待はたいへん高まっています。今後の事業展開に対応したケアマネジャーの計画的養成と集團づくり、質の向上などをふくめたケアマネ政策を法人として策定することが必要です。「民医連のケアマネジャーの役割について」の議論と実践をすすめます。

無差別・平等の地域包括ケアを推進していく上で、事業計画に見合った人事政策を確立し、養成と配置を系統的にすすめていく必要があります

おわりに

全国のすべての職員、共同組織
の仲間の皆さん。

今年は、敗戦の翌年一九四六年
五月一日に初の民主診療所(民
診)である東京自由病院が開設さ
れ七〇年の年です。

戦争の惨禍により国土は焦土と
化し、国民は言語に絶する食糧
難、住宅難、不衛生と病気の蔓延
に見舞われていました。

そして、民診は敗戦から八年
後、一九五三年には全国で一二七
にまで広がり、全日本民主医療機
関連合会を結成するまでに発展し
ました。

民診発展は、医療の絶対的な欠
乏状態に対して、国民の切実な医
療要求がうすまいていたこと、そ
れに応えるための労働運動、民主
主義と平和を求める運動、生活と
命を守る運動などが診療所設立に
動いたこと、そしてその要請に応
える医師・医療従事者の参加、こ
の三つの要素がつくりだしたもの
です。

日本国憲法もまた、公布七〇年
を迎えます。私たちの歩みは日本
国憲法の歩みと一体です。

六年前、私たちが全国で共同組
織と一緒に討議し、改定した民医
連綱領は、憲法の理念を中軸に据
え、人類が多年にわたる自由獲得
のたたかいの成果としての國民主
権・平和的生存権・基本的人権を
普遍的権利として確立してきた歩
みを、さらに発展させることを内
外に宣言しました。

いのちの平等、個人の尊厳を守
り抜くため憲法を守り、壞そどう
するものに対して徹底して抗うこ
とが私たちの使命です。

戦後日本が平和を守り抜き、権
利としての社会保障のたたかいを
もとめてきた最大の力は現憲法で

あり、それを守り活かしてきた私
たちの運動の力です。

日本国憲法が生まれ、今の日本
を作ってきた歴史を七〇年で終わ
らせるわけにはいきません。世界と日本の宝である現憲法を
七年の節目にさうに日本社会に
根付かせ、平和と人権が大切にさ
れる希望ある時代とする二年間と
していきましょう。

(以上)

メ
モ

医療費・介護費の減免の継続と復活・東日本大震災の被災三県（岩手・宮城・福島）では、被災者に国民健康保険の窓口負担と介護サービス利用料を免除する措置がとられた。免除のための費用は国が八割、県や市町村が残りを負担。宮城県は二〇一三年三月末でこの制度を打ち切り、一四年四月から対象を非課税世帯に限定して再開した。免除の対象が国保加入者のみで、組合健保などに入れる被災者は免除の対象外など課題があるが、国は二〇一六年三月で補助打ち切りを発表。本来なら、復興の目途がまだ立っていない被災自

日米の同盟調整メカニズム＝共同作戦体制：自衛隊と米軍が平時から連絡や政策調整を行うための仕組みで、一体運用するための新機関。二〇一五年四月に改定した「日米防衛協力のための指針」（新ガイドライン）に基づくもので、日米両国があらゆる事態に対し、緊密に連携し共同対処することが目的。新ガイドラインと戦争法の具体化をすすめ、日米の軍事一体化をさらに強化するもので、二〇一五年一月三日の日米による「同盟調整メカニズム」の運用合意は、世界中で米国の戦争に切れ目なく自衛隊が参加・協力する

【第2章】第1節

二〇〇〇万人統一戦争法を廃止するため、「戦争させない・九条壞すな！」総がかり行動実行委員会（「戦争させない」二〇〇〇人委員会）、「解釈で憲法九条を壊すな！ 実行委員会」、「憲法を守り・いかず共同センター」の三団体により構成）が提起した国会までの請願署名。二〇一六年五月三〇〇万人分を目標にとりくんでい る。

立憲主義・国民の自由・権利を守るために、憲法で権力を制限する考え方。「権力保持者の恣意によってではなく、法に従って権力が行使されるべき」という政治原則。「憲法は国民が守るべき法ではなく、国民が国家に守らせるべき法です。國家が国民の人権を不正に侵害してとんでもないことをしでかさないよう、歯止めをかけておきます」などと伊藤真弁護士は説明する。

日本版 NSC...ア

治体をささえるために、国が被災者の立場に立ち、全額国庫負担で対応すべき。

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

（の）アセツトの護衛作戦」や「艦船を防護するための護衛作戦」「機雷掃海」など。

二〇一五年四月の日米新ガイドラ
イン：戦争法案が国会に提出され
る前の二〇一五年四月末に策定。
自衛隊は「米国又は第三国に対す
る武力攻撃に対処する」ために
「武力の行使を伴う適切な作戦を
実施する」とし、日本の集団的自
衛権の行使を明記。その際に、米
軍と自衛隊が協力して実施する作
戦を二つ選択できるよう、「選択自
由」が付加された。

河野談話：一九九三年、河野洋平
官房長官（当時）が出した談話。
第二次世界大戦中、中国・朝鮮・
フィリピンなどの女性を中心日に
本軍が性奴隸にした従軍「慰安
婦」問題に關し、「慰安所は、當時
の軍當局の要請により設営された
もの」で、「慰安所の設置、管理及
び慰安婦の移送については、旧日
本軍が直接あるいは間接にこれに
関与した」と認めた。

—S：イスラム国 の略称で、イラクとシリアなど支配地域を広げて いる過激組織。

①爆撃活動に向かう航空機への給油や整備、②武器・弾薬の輸送も挙げられた。特に武器・弾薬の提供は相手国に交戦国と見られるとともに、格好の標的になる。米同時多発テロ後、ドイツはアフガニスタンに「後方支援」に限定して派兵したが、戦闘に巻き込まれて五五人の犠牲者を出した。

会議の桝島有三事務総長などが推進。安倍首相も日本会議の一員。小選挙区制：この制度は一九九六年の衆院選から実施され、選挙区内で得票数が一番多かった候補者が当選となるため、民意を正確に反映しない。この間のいすれの選挙でも小選挙区での第一党の得票は四割台にもかかわらず、七八割もの議席を占めるといった状況。この制度の根本的欠陥は、投票率と獲得議席に著しい乖離をつくりだすことであり、議席に反映しない投票、いわゆる「死票」は過半数にのぼる。今求められていく

令・強制で凄惨な「集団自決」が行われ、親が子を、子が老親を、夫婦や兄弟同士が殺すといった悲劇が起きた。

大戦終盤の一九四五年四月、沖縄に米軍が上陸。本土決戦に備えた時間稼ぎの捨て石作戦として、住民も動員した唯一の地上戦が行われた。米軍に追い詰められ日本軍は南部へ撤退。その過程で動員した住民が米軍のスパイになることを恐れて「自決」を強要し、虐殺も横行した。当時は捕虜になるより死を選ぶよう教えられ、また、軍隊のいうことは天皇の命令とされ、逆らうことができなかった。沖縄本島だけでなく琉球間（けうもん）のみの立場で、戦争敗北の責任を負うべきだった。

議案用語解說

戦争法メカニズムの始動の宣言。事実上の日米統合司令部として恒常に設置し、米軍と自衛隊との「運用面での調整」や「共同計画」

後方支援（兵站）：戦闘地域に入り、輸送や支援活動を行うことを総称したもの。主な活動内容は物資の補給などが挙げられるが、今

他にも、強姦・略奪・放火などがおこなわれたため、総称して「南京事件」とも呼ばれる。

る改革は、民意を正確に議席に反映する制度に抜本的に改めること。

都道府県の医療給付費を反映し、
保険料を設定する計画。

都道府県単位の医療費の抑制・政府・厚生労働省は、医療費適正化計画の一環として、公的保険制度を都道府県単位に再編・統合し、都道府県ごとに給付と負担が連動する仕組みを導入しようとしている。現在、市町村が運営している市町村国民健康保険は、都道府県単位で広域化をめざし、市町村国保を段階的に統合するなど、都道府県単位の財政運営に切り替え、診した場合の定額負担、入院時食事療養費の患者負担引き上げ（現在二六〇円→四六〇円）、患者申し出療養の創設などが柱。

基金】の創設、病床機能報告制度の創設、地域医療ビジョンに基づく病床数の整備、一定所得以上の高齢者の介護サービス利用料の自己負担引き上げ（一割→二割）などが盛り込まれた。

「医療・介護総合確保法：「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の略称。一九九〇年の重大な法案を二つにまとめたて国会上程し、衆院厚労委では強行採決、参院厚労委では二二項目の附帯決議を採択し、二〇一四年第一八六回通常国会で可決成立了。二〇一二五年に向けて医療・介護提供体制や制度の大見直し、社会保障制度の縮小・後退を推進するのがねらい。都道府県ごとの「二二五宣言」（令和五年）

・算定要件見直し、民間医療機に対する転換命令などさらに踏込んだ検討が、内閣官房、財務省の主導ですすめられている。

性のある因療費の「目標」を訂するよう求める条項が盛り込まれた。

とりくみに関する具体的手法を確立した「地域医療構想策定ガイドライン」(以下、「ガイドライン」)を発表し、各都道府県は「病床機能相応制度」のデータを活用しながら、二次医療圏における医療機能度急性期、急性期、回復期、長期)の需給予測を算出し、医療供体制の将来像の検討をすすめている。また、二〇一五年五月に成立した医療保険制度改革法では、各都道府県が定める「医療費

させた。さらに社会保障費の自然増を毎年二二〇〇億円削減。診療報酬は、二〇〇一年から四回連続で計八兆近く引き下げた。老人医療費を「割負担」へ引き上げ、健康保険の窓口負担は「割から三割に、「二〇〇年安心」の名のもとで年金の給付カットと保険料の引き上げなどの大改悪を強行した。後期高齢者医療制度の導入も同時に実現された。

環太平洋連携協定（TPP）…米国を中心とした環太平洋地域による経済連携協定（EPA）の略称で、加盟国間で取り引きされる商品に対し関税撤廃しようという枠組み。日本の交渉参加から二年以上経った二〇一五年一〇月、政府が大筋合意を発表。五年程度をめどに段階的に関税が撤廃される。米国などから安い農作物が流入し、日本の農業に大きなダメージを与えること、食品添加物・遺伝子組み換え食品・残留農薬などの規制緩和で食の安全が脅かされると、医療保険の自由化・混合診療の解禁により、国保制度の圧迫や医療格差が広がりかねないなどの問題点が指摘されている。グローバル大企業の利益追求が最優先され、各国の経済主権が脅かされかねない。

TPP関連対策大綱…政府は二〇一五年一月五日、環太平洋連携協定（TPP）総合対策本部の会合を開き、「総合的なTPP関連政策大綱」を決定した。中堅・中小企業を後押しする「新輸出大臣」やTPPを通じた「強い経済」の実現、TPPで大きな打撃を受ける農業に対する「農政新時代」の提唱など。具体的な対策は来年秋までに詰めるという、裏付けのないストロークの羅列である。「総合的なTPP関連政策大綱」は、まだ署名も国会審議も行われていないTPPへの対策で、

さすがに社会保障費の自然増を毎年二二〇〇億円削減。診療報酬は、二〇〇一年から四回連続で計八兆近く引き下げた。老人医療費を「割負担」へ引き上げ、健康保険の窓口負担は「割から三割に、「二〇〇年安心」の名のもとで年金の給付カットと保険料の引き上げなどの大改悪を強行した。後期高齢者医療制度の導入も同時に実現された。

環太平洋連携協定（TPP）…米国を中心とした環太平洋地域による経済連携協定（EPA）の略称で、加盟国間で取り引きされる商品に対し関税撤廃しようとい

ういう。秘密交渉で大幅に譲歩した大筋合意の全容も明らかにせず、政府が情報を独占したまま対策なるものを作り出すのは、きわめて不当といえる。

ISO条項…「投資家対国家間紛争解決条項」（Investor State Dispute Settlement）の略。主に自由貿易協定（FTA）を結んだ国同士で、多国間ににおける企業と政府との賠償を求める紛争の方法を定めた条項。当該企業を投資家が損失・不利益を被った場合、国内法を無視して世界銀行傘下の国際投資紛争解決センターに提訴が可能。

新専門医制度…二〇一七年三月に初期研修を終了する研修医から対象になる予定の新制度。これまで各学会が独自で制度設計し認定してきた専門医のあり方が国民にとってわかりづらい、専門医の質を担保するために、第三者による専門医の認定を目的としている。法的義務ではないものの、医師は初期研修終了後、専門医資格を取得する。日本専門医機構が設立され、専門医資格の認定、更新を管理する。

国家戦略特区…二〇一四年二月に閣議決定され、指定された六ヶ所の特区には、政府主導で特定区域での規制・制度を緩和するもの。一九七九年以降、政府は医学部の設置を認可しなかつたが、「世界最高水準の『国際医療拠点』」をつくるという国家戦略特区の趣旨から、「国際的な医療人材の育成」のため、千葉・成田市での医学部新設が認可された。「既存の医学部とは次元の異なる」特徴として、留学生や外国人教員の確保、海外での診療経験がある教員の配置や海外臨床実習などが検討されている。日本医師会や成田市は、「地域医療の崩壊を招く」などと懸念を表明。

ドクターウエーブ…「OECD比較で最低の人口あたり医師数」など「医療崩壊」とも言える困難な状況を前に「病院を守れ、医師を増やせ」と声をあげよう、医学や本田宏医師（医療制度研究会）・邊見公雄医師（全自病会長）などの医療者が集まりよびかけた運動。民医連も参加。二〇〇八年

からは医師増員署名にともづみ、会議…患者負担増と安全性・有効性の未確立な医療を拡げる「医療制度改革関連法案」の徹底審議と廃案を目指すために設けられた。本田宏氏（医療制度研究会副理事長）、川嶋みどり氏（日本赤十字看護大学客員教授）、伊藤真美氏（花の谷クリニック院長）などが呼びかけた。

JPA…正式名称は「一般社団法人日本難病・疾病団体協議会」。難病・長期慢性疾患・小児慢性疾患等の患者団体及び地域難病連で構成する患者・家族の会の中央団体。現在八六団体が加盟し、構成員は約二六万人。当事者を中心とした患者家族の交流、社会への啓発、研修活動など幅広く活動を行っている。二〇一五年の「医療保険制度改革関連法」のたかいでは、代表理事が参考人質疑に立ち、「患者申出療養は混合診療への道をひらくもの」と発言。いのちを守るヒューマンチエーン会議の院内集会にも代表が参加して連帯発言するなど、共同がひろがった。

NPT再検討会議…NPT（核拡散防止条約）は、核兵器の拡散防止・核軍縮の促進、原子力の平和利用の促進を目的に、一九六三年に国連で採択され七十年に発効。米、露、英、仏、中を核兵器国とし、新たな核保有国を増やさない義務を課した。二五年の期限付けて発効したが、九五年の再検討会議で無期限延長が決定。その後五年ごとに再検討会議が開かれていた。現在、国連加盟国のうち八九か国がこの条約に参加。

会員登録…無料低額診療事業

の会員登録

た判決は、関西電力の「原発稼働が電力供給の安定性、コストの低減につながる」という主張に対し、多数の人の生存そのものに関する権利と電気代の問題を並べ論じること自体が「法的に許されない」とした。

【第3章】第3節

ノンテクニカルスキル…近年、専門的な知識や技術（テクニカルスキル）のみならず、安全管理をするための「状況認識」、「意思決定」、「コミュニケーション」、「チーフワーク」、「リーダーシップ」、「ストレス管理」、「疲労への対処」などの「ノンテクニカルスキル」の重要性が強調される。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「四年医療事故報告」では、「知識の不足」「技術・手技が未熟」などの「テクニカルスキルが発生要因」とされたものは一八・六%。「確認・観察を怠った」「判断を誤った」「通常とは異なる身体的・心理的条件下にあった」などの「ノンテクニカルスキルが発生要因のものは五・三%を占めている。

チームのチーム…Team Strategies and Tool to Enhance Performance and Patient Safety^o。協働すべき「チーム療法」の多職種のメンバーがともに研修し、ヒューマンエラーによる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。二〇〇五年に米国で開発。チームのTEPPS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」の四つを学び、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、組織の安全文化の醸成を目指している。

改正是目的としていたが、今回の改正是努力義務に。一次予防の

日本H.P.ネットワーク…二〇一五年一〇月、患者、職員、地域住民の健康水準の向上をめざし、住民や地域社会・企業・NPO・自治体等とともに健康なまちづくり、幸福・公平・公正な社会の実現に貢献することを目的に発足。発起人は日本病院会や全国自治体病院協議会、日本プライマリ・ケア連合学会、日本ヘルスプロモーション学会など。医民連の事業所のほか、佐久総合病院など四〇事業所が加盟。WHOが推薦・開始したH.P.国際ネットワークの国・地域ネットワーク（日本支部）の役割も果たす。

【第3章】第4節

特定事業所集中減算…ケアマネジヤーの介護報酬（居宅介護支援費）に対する減算措置。特定のサービス事業所に利用が集中しているケアプランが一件でもあると、そのケアマネの在籍する事業所の全ケアプランが減額になる仕組み。二〇一五年の報酬改定で対象が全サービスに広がられ、集中割合も八〇%へと引き下げに。特定の事業所に集中せざるをえない訪問看護、訪問リハなど医療系サービスが対象とされた影響は大きく、各地で運用の改善を求める目途が立たず。運営の改善を求める目標も既に設定されている。

ストレステック義務化…労働安全部門別減算…労働安全部門における新規患者発生は減少したが、建設業や製造業での発生は増加傾向。振動工員を扱う労働者は五〇〇万人超と言われるが、振動障害特殊健診の受診者は極めて少なうのが現状。

総合事業…「介護予防・日常生活総合支援事業」の略称。二〇一四年の法改定で、介護給付費削減策の一環として要支援者の訪問介護、通所介護を市町村事業に移行させることが決定。受け皿は、現行（予防給付）相当サービスのほか、人員基準を緩和したサービス、住民主体の支援（ボランティア）など。国のガイドラインでは、事業の単価や委託費を国の定めた基準以下とするなど、コストを徹底的に抑え込み費を落とす内容。さらに「基本チェックリスト」を利用し、介護保険の利用を申請しても要介護認定にまわさずに行ける仕組みも導入。運用は市町村の裁量に委ねられ、サービスの取り上げや受療権の侵害となりかねない。二〇一八年三月までに全市町村での実施が義務づけられている。

【第3章】第5節

民医連らしい歯科医療活動のチェックリスト…歯科医療の質を追求する指標として、貧困と格差、少子・超高齢社会に立ち向かう、民医連の「医療活動八つの重点課題のとりくみ」をもとに、作成した歯科独自の事業所チェックリストを徹底的に抑え込み費を落とす内容。さらに「基本チェックリスト」を利用し、介護保険の利用を申請しても要介護認定にまわさずに行ける仕組みも導入。運用は市町村の裁量に委ねられ、サービスの取り上げや受療権の侵害となりかねない。二〇一八年三月までに全市町村での実施が義務づけられている。

【第3章】第6節

デノナビ…デンタルナビフェアのデノナビ…デントルナビフェアの略。歯学生に向けた、民医連歯科医師臨床研修説明会

財務の状態などをチェックし、該従うべき会計の基準として定めた民医連統一会計基準を実践する職員をより広く育成する」となりとして、対応を検討する必要がある。該項目が五ポイント以上の台に活用方法の検討を提起している。

サービスの中核となるネットワークであり、新設された「生活支援事業」で、生活支援に果は期待できない。法的対応にとどまらず「健康職場づくり」を土台に活用方法の検討を提起している。

されたが、多くの医療機関でそれを上回る控除対象外消費税が発生している。民医連の病院でも、控除対象外消費税の事業収益に占める割合が二〇一二年度の一・四%から二〇一四年度は一・一%に増加。経営に深刻な影響を及ぼしている。

九年に「民医連の法人・事業所が

当項目が多い法人は、このままで

は危険な状態に陥る可能性がある

として、対応を検討する必要があ

る。該項目が五ポイント以上の

法人は全日本民医連への報告が求

められる。

九年に「民医連の法人・事業所が

従うべき会計の基準」として定め

た民医連統一会計基準を実践する

職員をより広く育成する」となり

が目的。二〇〇〇年に全日本民医連で養成講座を開き、一五年まで

に九回開催。一一八八人の推進士

が誕生し、法人や事業所で民医連

委員会、行政機関のほか、NPO、

協や地域包括支援センター、民生

委員会、行政機関のほか、NPO、

</div

懸念される。

地域医療構想…「医療介護総合保進法」(二〇一四年通常国会で成立)により、都道府県は医療計画の中で「地域医療構想」を定める。「地域医療構想」は、二〇二五年に向けて、原則第二次医療圏を単位とする「構想区域」などで、急性期から回復期、在宅医療に至るまでの医療提供体制の構築がすすめられ、病床の機能分化、在宅医療・介護、医療従事者の確保・要請等について検討がすすめられる。

COP 21: 国連気候変動枠組み条約第二回締約国会議の略称。二〇一一年のCOP 17で、二〇〇〇以降の新たな温暖化対策の国際枠組みをCOP 21で採択することを決定。先進国だけに対策を義務づけてきた京都議定書に代わり、途上国を含むすべての国が参加する枠組みを目指すもの。

【第4章】第2節

アルマ・アタ宣言…一八七八年にWHOとユニセフの共催で開催されたアルマ・アタ会議で採択。新しい健康に対する概念としてブライアリー・ヘルス・ケア (PHC) を提唱した宣言。この宣言は、人間の基本的な権利である健康に関する格差や不平等は認めざるべきではないという基本精神にもとづき、健康教育や母子保健・家族計画などのPHC基本活動によって、PHCがそれ以後の世界的な健康戦略の基本となつた。

オタワ憲章…一九八六年一月にカナダ・オタワで開催された第一回健康づくり国際会議で採択。「世界の全ての人の健康のため」の憲章。この憲章でWHOが「ヘルスプロモーション」を打ち出

し、健康戦略の主要方針として位置づけた。同憲章が示す「健康」とは、病気でないなどの身体的意味だけではなく、社会的にも問題がないことを意味する。オタワ憲章の定める健康の条件は、平和、住居、教育、収入、安定した環境、持続可能な資源、社会的公正と公平平等の八つ。九八年には、これらの条件が健康の社会的決定要因 (SDH) に整理された。

ヘルシー・シティ…健康都市。

健康をささえる物的および社会的環境を創り、向上させ、そこに住む人々が相互にささえ合いながら生活する機能を最大限活かすことができるよう、地域の資源を常に発達させる都市。WHOは健康都市の基準として、「都市の役人や指導者が優先順位決定や参加型アプローチに積極的に関与する」と、「多くの場合、市の発展計画や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」ことの二つをあげている。

【第4章】第3節

医療活動の二つの柱（総合的な医療活動の向上と八つの重点課題）…「総合的な医療の質の向上（QI・医療安全・倫理）」を中心にして、貧困と健康格差や超高齢社会へ向けた実践的医療課題として「八つの重点課題（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）」、子どもの貧困の克服、⑤リハビリ医療、⑥在宅医療、⑦チーム医療、⑧地域医療の連携」を位置づけていく。徹底した地域分析や自己分析を前提に、各県連・法人での中期的な構想と計画で策定・実践していく課題を提起している。

【第4章】第4節

医療活動の二つの柱（総合的な医療活動の向上と八つの重点課題）…「総合的な医療の質の向上（QI・医療安全・倫理）」を中心にして、貧困と健康格差や超高齢社会へ向けた実践的医療課題として「八つの重点課題（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）」、子どもの貧困の克服、⑤リハビリ医療、⑥在宅医療、⑦チーム医療、⑧地域医療の連携」を位置づけていく。徹底した地域分析や自己分析を前提に、各県連・法人での中期的な構想と計画で策定・実践していく課題を提起している。

【第4章】第5節

医療活動の二つの柱（総合的な医療活動の向上と八つの重点課題）…「総合的な医療の質の向上（QI・医療安全・倫理）」を中心にして、貧困と健康格差や超高齢社会へ向けた実践的医療課題として「八つの重点課題（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）」、子どもの貧困の克服、⑤リハビリ医療、⑥在宅医療、⑦チーム医療、⑧地域医療の連携」を位置づけていく。徹底した地域分析や自己分析を前提に、各県連・法人での中期的な構想と計画で策定・実践していく課題を提起している。

【第4章】第6節

医療活動の二つの柱（総合的な医療活動の向上と八つの重点課題）…「総合的な医療の質の向上（QI・医療安全・倫理）」を中心にして、貧困と健康格差や超高齢社会へ向けた実践的医療課題として「八つの重点課題（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）」、子どもの貧困の克服、⑤リハビリ医療、⑥在宅医療、⑦チーム医療、⑧地域医療の連携」を位置づけていく。徹底した地域分析や自己分析を前提に、各県連・法人での中期的な構想と計画で策定・実践していく課題を提起している。

【第4章】第7節

医療活動の二つの柱（総合的な医療活動の向上と八つの重点課題）…「総合的な医療の質の向上（QI・医療安全・倫理）」を中心にして、貧困と健康格差や超高齢社会へ向けた実践的医療課題として「八つの重点課題（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）」、子どもの貧困の克服、⑤リハビリ医療、⑥在宅医療、⑦チーム医療、⑧地域医療の連携」を位置づけていく。徹底した地域分析や自己分析を前提に、各県連・法人での中期的な構想と計画で策定・実践していく課題を提起している。

【第4章】第8節

医療活動の二つの柱（総合的な医療活動の向上と八つの重点課題）…「総合的な医療の質の向上（QI・医療安全・倫理）」を中心にして、貧困と健康格差や超高齢社会へ向けた実践的医療課題として「八つの重点課題（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）」、子どもの貧困の克服、⑤リハビリ医療、⑥在宅医療、⑦チーム医療、⑧地域医療の連携」を位置づけていく。徹底した地域分析や自己分析を前提に、各県連・法人での中期的な構想と計画で策定・実践していく課題を提起している。

【第4章】第9節

医療活動の二つの柱（総合的な医療活動の向上と八つの重点課題）…「総合的な医療の質の向上（QI・医療安全・倫理）」を中心にして、貧困と健康格差や超高齢社会へ向けた実践的医療課題として「八つの重点課題（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）」、子どもの貧困の克服、⑤リハビリ医療、⑥在宅医療、⑦チーム医療、⑧地域医療の連携」を位置づけていく。徹底した地域分析や自己分析を前提に、各県連・法人での中期的な構想と計画で策定・実践していく課題を提起している。

【第4章】第10節

北海道、東京、長野の経験に学び、恒常的な「共闘」組織づくり：北海道の「介護をよくする東京の会」、東京の「介護をよくする東京の会」、長野の「介護保険をよくする信州の会」など、地域の様々な個人・団体によって構成された「会」が活発に活動。介護学習会やシンポジウム、介護改善署名、街頭宣伝、調査活動、自治体や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」と、「多くの場合、市の発展計画や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」という考え方。

【第4章】第11節

北海道、東京、長野の経験に学び、恒常的な「共闘」組織づくり：北海道の「介護をよくする東京の会」、東京の「介護をよくする東京の会」、長野の「介護保険をよくする信州の会」など、地域の様々な個人・団体によって構成された「会」が活発に活動。介護学習会やシンポジウム、介護改善署名、街頭宣伝、調査活動、自治体や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」と、「多くの場合、市の発展計画や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」という考え方。

【第4章】第12節

北海道、東京、長野の経験に学び、恒常的な「共闘」組織づくり：北海道の「介護をよくする東京の会」、東京の「介護をよくする東京の会」、長野の「介護保険をよくする信州の会」など、地域の様々な個人・団体によって構成された「会」が活発に活動。介護学習会やシンポジウム、介護改善署名、街頭宣伝、調査活動、自治体や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」と、「多くの場合、市の発展計画や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」という考え方。

【第4章】第13節

北海道、東京、長野の経験に学び、恒常的な「共闘」組織づくり：北海道の「介護をよくする東京の会」、東京の「介護をよくする東京の会」、長野の「介護保険をよくする信州の会」など、地域の様々な個人・団体によって構成された「会」が活発に活動。介護学習会やシンポジウム、介護改善署名、街頭宣伝、調査活動、自治体や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」と、「多くの場合、市の発展計画や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」という考え方。

【第4章】第14節

北海道、東京、長野の経験に学び、恒常的な「共闘」組織づくり：北海道の「介護をよくする東京の会」、東京の「介護をよくする東京の会」、長野の「介護保険をよくする信州の会」など、地域の様々な個人・団体によって構成された「会」が活発に活動。介護学習会やシンポジウム、介護改善署名、街頭宣伝、調査活動、自治体や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」と、「多くの場合、市の発展計画や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」という考え方。

【第4章】第15節

北海道、東京、長野の経験に学び、恒常的な「共闘」組織づくり：北海道の「介護をよくする東京の会」、東京の「介護をよくする東京の会」、長野の「介護保険をよくする信州の会」など、地域の様々な個人・団体によって構成された「会」が活発に活動。介護学習会やシンポジウム、介護改善署名、街頭宣伝、調査活動、自治体や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」と、「多くの場合、市の発展計画や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」という考え方。

【第4章】第16節

北海道、東京、長野の経験に学び、恒常的な「共闘」組織づくり：北海道の「介護をよくする東京の会」、東京の「介護をよくする東京の会」、長野の「介護保険をよくする信州の会」など、地域の様々な個人・団体によって構成された「会」が活発に活動。介護学習会やシンポジウム、介護改善署名、街頭宣伝、調査活動、自治体や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」と、「多くの場合、市の発展計画や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」という考え方。

【第4章】第17節

北海道、東京、長野の経験に学び、恒常的な「共闘」組織づくり：北海道の「介護をよくする東京の会」、東京の「介護をよくする東京の会」、長野の「介護保険をよくする信州の会」など、地域の様々な個人・団体によって構成された「会」が活発に活動。介護学習会やシンポジウム、介護改善署名、街頭宣伝、調査活動、自治体や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」と、「多くの場合、市の発展計画や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」という考え方。

【第4章】第18節

北海道、東京、長野の経験に学び、恒常的な「共闘」組織づくり：北海道の「介護をよくする東京の会」、東京の「介護をよくする東京の会」、長野の「介護保険をよくする信州の会」など、地域の様々な個人・団体によって構成された「会」が活発に活動。介護学習会やシンポジウム、介護改善署名、街頭宣伝、調査活動、自治体や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」と、「多くの場合、市の発展計画や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」という考え方。

【第4章】第19節

北海道、東京、長野の経験に学び、恒常的な「共闘」組織づくり：北海道の「介護をよくする東京の会」、東京の「介護をよくする東京の会」、長野の「介護保険をよくする信州の会」など、地域の様々な個人・団体によって構成された「会」が活発に活動。介護学習会やシンポジウム、介護改善署名、街頭宣伝、調査活動、自治体や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」と、「多くの場合、市の発展計画や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」という考え方。

【第4章】第20節

北海道、東京、長野の経験に学び、恒常的な「共闘」組織づくり：北海道の「介護をよくする東京の会」、東京の「介護をよくする東京の会」、長野の「介護保険をよくする信州の会」など、地域の様々な個人・団体によって構成された「会」が活発に活動。介護学習会やシンポジウム、介護改善署名、街頭宣伝、調査活動、自治体や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」と、「多くの場合、市の発展計画や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」という考え方。

【第4章】第21節

北海道、東京、長野の経験に学び、恒常的な「共闘」組織づくり：北海道の「介護をよくする東京の会」、東京の「介護をよくする東京の会」、長野の「介護保険をよくする信州の会」など、地域の様々な個人・団体によって構成された「会」が活発に活動。介護学習会やシンポジウム、介護改善署名、街頭宣伝、調査活動、自治体や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」と、「多くの場合、市の発展計画や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」という考え方。

【第4章】第22節

北海道、東京、長野の経験に学び、恒常的な「共闘」組織づくり：北海道の「介護をよくする東京の会」、東京の「介護をよくする東京の会」、長野の「介護保険をよくする信州の会」など、地域の様々な個人・団体によって構成された「会」が活発に活動。介護学習会やシンポジウム、介護改善署名、街頭宣伝、調査活動、自治体や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」と、「多くの場合、市の発展計画や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」という考え方。

【第4章】第23節

北海道、東京、長野の経験に学び、恒常的な「共闘」組織づくり：北海道の「介護をよくする東京の会」、東京の「介護をよくする東京の会」、長野の「介護保険をよくする信州の会」など、地域の様々な個人・団体によって構成された「会」が活発に活動。介護学習会やシンポジウム、介護改善署名、街頭宣伝、調査活動、自治体や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」と、「多くの場合、市の発展計画や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」という考え方。

【第4章】第24節

北海道、東京、長野の経験に学び、恒常的な「共闘」組織づくり：北海道の「介護をよくする東京の会」、東京の「介護をよくする東京の会」、長野の「介護保険をよくする信州の会」など、地域の様々な個人・団体によって構成された「会」が活発に活動。介護学習会やシンポジウム、介護改善署名、街頭宣伝、調査活動、自治体や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」と、「多くの場合、市の発展計画や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」という考え方。

【第4章】第25節

北海道、東京、長野の経験に学び、恒常的な「共闘」組織づくり：北海道の「介護をよくする東京の会」、東京の「介護をよくする東京の会」、長野の「介護保険をよくする信州の会」など、地域の様々な個人・団体によって構成された「会」が活発に活動。介護学習会やシンポジウム、介護改善署名、街頭宣伝、調査活動、自治体や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」と、「多くの場合、市の発展計画や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」という考え方。

【第4章】第26節

北海道、東京、長野の経験に学び、恒常的な「共闘」組織づくり：北海道の「介護をよくする東京の会」、東京の「介護をよくする東京の会」、長野の「介護保険をよくする信州の会」など、地域の様々な個人・団体によって構成された「会」が活発に活動。介護学習会やシンポジウム、介護改善署名、街頭宣伝、調査活動、自治体や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」と、「多くの場合、市の発展計画や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」という考え方。

【第4章】第27節

北海道、東京、長野の経験に学び、恒常的な「共闘」組織づくり：北海道の「介護をよくする東京の会」、東京の「介護をよくする東京の会」、長野の「介護保険をよくする信州の会」など、地域の様々な個人・団体によって構成された「会」が活発に活動。介護学習会やシンポジウム、介護改善署名、街頭宣伝、調査活動、自治体や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」と、「多くの場合、市の発展計画や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」という考え方。

【第4章】第28節

北海道、東京、長野の経験に学び、恒常的な「共闘」組織づくり：北海道の「介護をよくする東京の会」、東京の「介護をよくする東京の会」、長野の「介護保険をよくする信州の会」など、地域の様々な個人・団体によって構成された「会」が活発に活動。介護学習会やシンポジウム、介護改善署名、街頭宣伝、調査活動、自治体や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」と、「多くの場合、市の発展計画や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」という考え方。

【第4章】第29節

北海道、東京、長野の経験に学び、恒常的な「共闘」組織づくり：北海道の「介護をよくする東京の会」、東京の「介護をよくする東京の会」、長野の「介護保険をよくする信州の会」など、地域の様々な個人・団体によって構成された「会」が活発に活動。介護学習会やシンポジウム、介護改善署名、街頭宣伝、調査活動、自治体や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計画を策定する」と、「多くの場合、市の発展計画や未来像の要素ともいえる市あるいは町村の健康計

第42期理事会推薦 役員候補について

2016年1月16日

全日本医連第41期第24回理事会

全日本医連第四期第一回理事会(2015年7月17日)は、第四二期役員選考にあたっての課題を確認し、理事会内に役員選考委員会を設置して、役員推薦候補選定の作業をすすめました。第三回理事会(2月8日)は、第一次推薦名簿を決定し、各県連との合意づくりに努めました。

第四期第三回評議員会は、「全日本医連役員選考規定」(2005年2月)七日、第二回評議員会決定に基づき、副会長一人、事務局次長一人(各前後二人)、理事五七人(前後一割)の定数枠を決定し、役員選考にあたって以下の基本的な考え方と、留意点を確認しました。

第四期選考の基本的な考え方

①第四二期の最大の課題は、あらゆる地域で国民多数との共同を広げ憲法を守ります。取り扱い事務及び対応は、役員選挙暫理委員会担当事務局を受け付けます。名簿が提出されました。なお、2016年2月8日までを告示期間、同日を締切日として、各県連理事会の承認と候補者本人の了解に基づく自薦・他薦が行います。

全日本医連第四二期役員立候補届け出状況中間発表

全日本医連第四二期役員について、一月十六日現在、別表の理事会推薦名簿が提出されました。なお、2016年2月8日までを告示期間、同日を締切日として、各県連理事会の承認と候補者本人の了解に基づく自薦・他薦が行います。

りぬことである。そしてアと安心して住み続けられるまちづくりの活動を発展させるうえで、新専門医制度下での民医連らしい医師確保・養成の前進、中長期の事業計画にもとづく経営の改善と安定化、共同組織力をリードする県連と地協機能の強化などが重要である。これらを総合的に指導・援助する力量を備えた全日本医連の理事会体制を確立しなければならない。

②そのため、経験ある幹部の保全をばかりつ、これから約5年を見据えて、役員選考にあたって以下の基本的な考え方と、留意点を確認しました。そのうえで、別表にある推薦候補者名簿(第一次分)を提案します。今後さらに、「基本的考え方」と「留意点」にもとづく検討と作業をすすめていくことを確認し、提案します。

③四回会議、理事会の会議運営上、それぞれの総数は原則として以上増やさないことにします。また女性役員の比率を高めるよう引き続き努力する。

④役員選考にあたっての課題を確認し、理事会内に役員選考委員会を設置して、役員推薦候補選定の作業をすすめました。第三回理事会(2月8日)は、第一次推薦名簿を決定し、各県連との合意づくりに努めました。

⑤四役の構成は、ひきつき地協運営と各部・分野に責任を担う体制を重視する。職種構成は、四一期の医師・歯科医師(10)、看護師(2)、事務(27)を基本に検討する。

⑥各地協の理事構成(担当四役を除く)は、五つ六人を基本とする。職種(分野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

⑦、(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

⑧(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

⑨(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

⑩(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

⑪(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

⑫(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

⑬(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

⑭(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

⑮(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

⑯(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

⑰(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

⑱(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

⑲(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

⑳(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

㉑(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

㉒(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

㉓(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

㉔(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

㉕(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

㉖(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

㉗(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

㉘(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

㉙(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

㉚(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

㉛(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

㉕(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

㉖(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

㉗(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

㉘(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

㉙(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

㉚(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(17)、歯科医師(3)、看護師(10)、薬剤師(3)、介護職(1)、リハビリ技師(1)を基本とする。

㉛(二)、事務(23)の構成を基本に検討する。全国粹野)では、四一期の医師(1

全日本民医連組織概況 20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(+43)	77,456(+3,753)
2016年	141(-2)	504(-5)	115(+1)	1,084(-4)	80,833(+3,377)

*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。

資料

全日本民医連の現況

黒字・赤字法人分類別推移

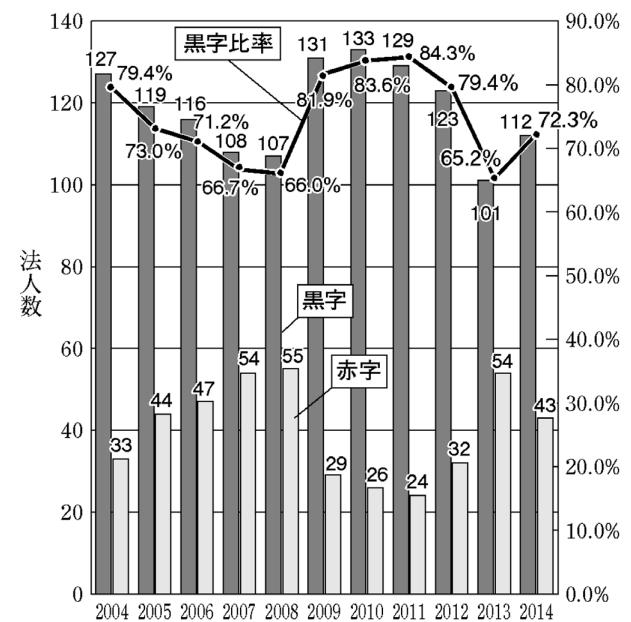
*年度途中開業・規模変更法人を含む

	年度	A法人	B法人	C法人	D法人	E法人	合計
黒字法人数	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
	2013	44	15	1	18	23	101
	2014	45	22	2	20	23	112
赤字法人数	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
	2013	19	12	2	10	11	54
	2014	18	5	1	8	11	43
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
2013年度黒字法人率		69.8	55.6	33.3	64.3	67.6	65.2
2014年度黒字法人率		71.4	81.5	66.7	71.4	67.6	72.3

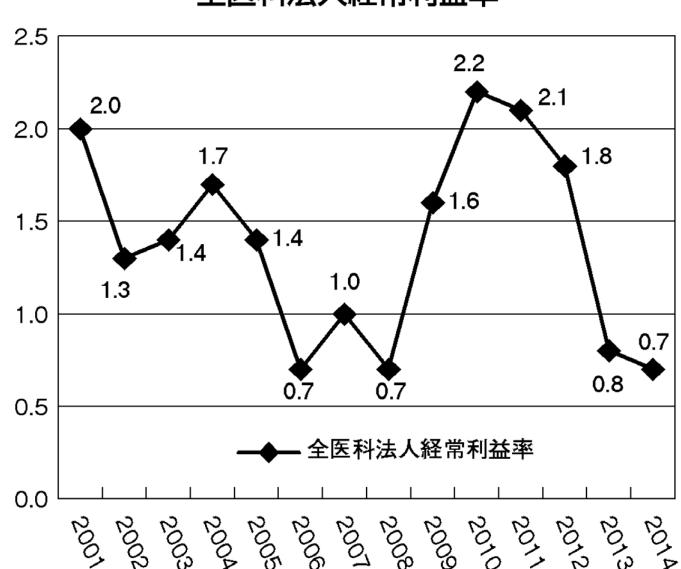
【法人分類】

A法人	B法人	C法人	D法人	E法人
150床以下の病院を含む統一経営	単独病院	診療所のみの統一経営	：	：

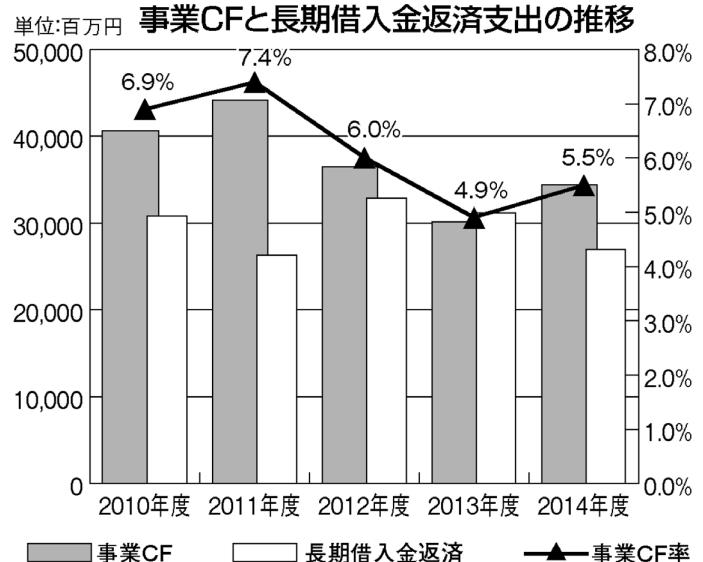
黒字・赤字法人数/黒字比率

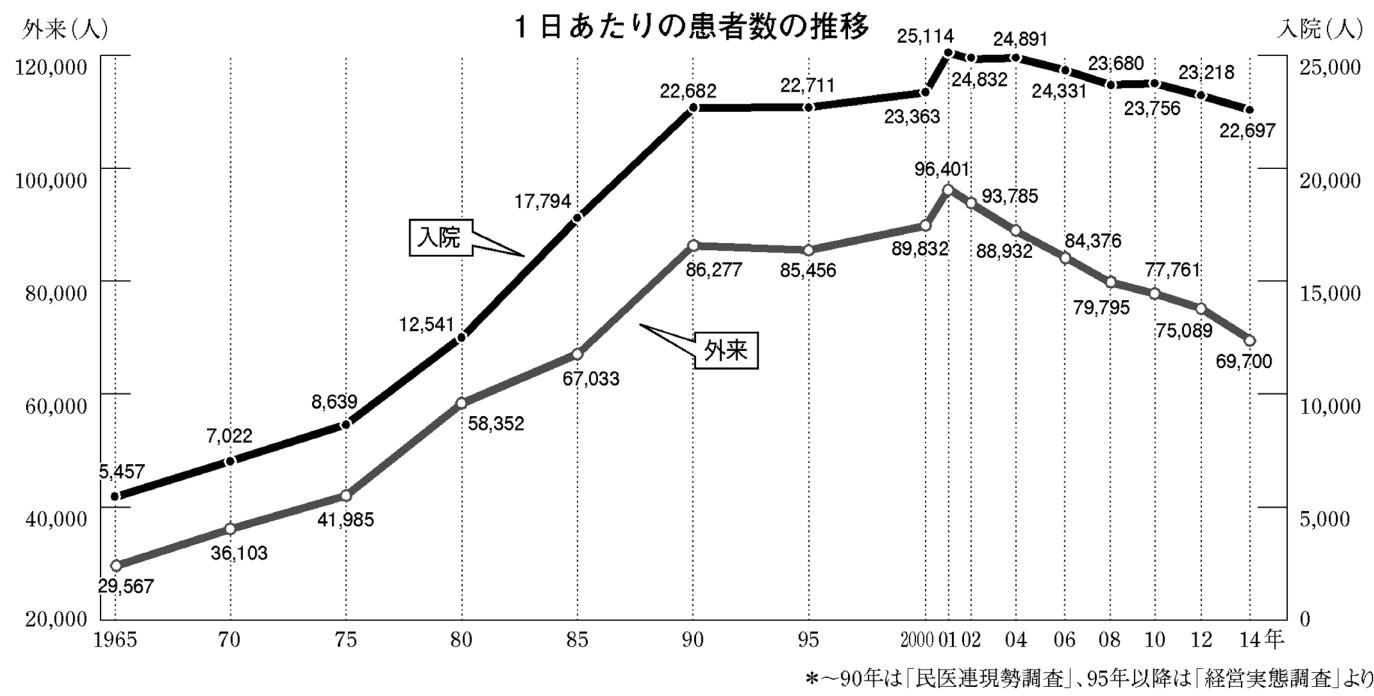


全医科法人経常利益率



事業CF率の推移、事業CFと長期借入金返済支出の推移





共同組織関係資料 ①構成員現勢は2015年12月末現在の数字。月次報告から作成。②『いつでも元気』は2016年2月号(2016年1月7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	仲間ふやし構成員現勢						「いつでも元気」			参考指標		
	単位	2015年度拡大目標	2015年度末到達目標	今年度累計増減(2015年4月～12月)			現勢(2015年12月末)	最新号2015年1月7日〆			職員一人あたり部数	
				拡大数	減数	純増		2014年2月号	2016年2月号	増減		
北海道	人			6,509	5,200	1,309	265,722	7,317	7,171	▲146	4,110	1.7
青森	人			3,182	3,925	▲743	120,286	733	792	59	1,573	0.5
岩手	世	1,300	25,000	822	367	455	25,179	207	225	18	321	0.7
宮城	両			1,382	1,377	5	43,422	2,792	2,628	▲164	1,752	1.5
秋田	人		7,852	100	302	▲202	6,425	222	203	▲19	1,095	0.2
山形	人	2,450	71,838	1,429	1,027	402	70,279	1,250	1,153	▲97	1,536	0.8
福島	人	4,250	87,675	1,981	790	1,191	87,729	368	394	26	1,122	0.4
茨城	両	1,470	23,000	537	201	336	21,786	313	310	▲3	327	0.9
栃木	人	1,000	14,577	200	349	▲149	13,517	64	71	7	94	0.8
群馬	両	5,746	109,225	3,216	1,847	1,369	105,209	526	507	▲19	1,500	0.3
埼玉	世	10,576		8,526	3,449	5,077	239,376	655	635	▲20	1,368	0.5
千葉	両			1,478	1,489	▲11	39,792	2,171	2,166	▲5	976	2.2
東京	両			8,879	7,577	1,302	240,404	5,907	5,776	▲131	6,788	0.9
神奈川	両	7,782	150,000	4,255	2,319	1,936	144,151	1,545	1,509	▲36	1,753	0.9
新潟	世	2,070	36,100	1,203	1,537	▲334	35,916	633	624	▲9	1,221	0.5
富山	両	1,500	28,259	725	764	▲39	26,770	357	347	▲10	473	0.7
石川	人	2,500	58,000	2,650	1,525	1,125	56,932	2,053	2,064	11	1,024	2.0
福井	人	1,000	22,092	335	123	212	21,301	226	261	35	287	0.9
山梨	両	1,235	19,643	678	798	▲120	18,289	1,185	1,128	▲57	1,157	1.0
長野	両	6,850	144,000	4,541	2,966	1,575	144,012	2,769	2,677	▲92	2,926	0.9
岐阜	世	700	16,204	410	152	258	16,022	699	684	▲15	367	1.9
静岡	両	800	15,164	572	264	308	14,682	917	890	▲27	257	3.5
愛知	世			3,847	227	3,620	195,973	1,043	962	▲81	2,341	0.4
三重	両	1,500	42,458	416	413	3	40,969	178	163	▲15	328	0.5
滋賀	両	500	11,000	321	140	181	11,131	556	548	▲8	126	4.3
京都	両			2,993	1,345	1,648	57,586	4,182	3,992	▲190	2,031	2.0
大阪	両			0	0	0	308,301	2,840	2,799	▲41	2,909	1.0
兵庫	両	10,000	180,000	4,937	2,156	2,781	178,315	1,255	1,303	48	1,735	0.8
奈良	人	3,000	37,849	2,145	1,167	978	37,506	1,309	1,343	34	1,329	1.0
和歌山	人	1,000	22,783	416	150	266	22,390	143	135	▲8	387	0.3
鳥取	人	3,300	50,647	1,448	651	797	47,977	343	329	▲14	640	0.5
島根	人	3,200	60,342	1,923	1,127	796	58,521	341	324	▲17	1,075	0.3
岡山	人			5,303	2,246	3,057	144,115	960	926	▲34	2,161	0.4
広島	人	7,100	108,415	3,542	1,973	1,569	102,788	304	221	▲83	1,046	0.2
山口	人	1,500	18,500	574	326	248	18,118	170	150	▲20	276	0.5
徳島	人	3,000	46,535	1,196	465	731	44,426	243	218	▲25	384	0.6
香川	世			0	0	0	46,960	181	172	▲9	599	0.3
愛媛	人	3,500	48,791	937	351	586	48,007	294	317	23	332	1.0
高知	両	1,206		616	233	383	55,682	157	157	0	195	0.8
福岡・佐賀	世	5,999	104,367	3,683	896	2,787	101,155	5,096	4,991	▲105	3,759	1.3
長崎	人	727	13,790	485	28	457	13,548	711	737	26	440	1.7
熊本	世			347	348	▲1	20,767	1,551	1,549	▲2	642	2.4
大分	人	2,000	28,358	926	534	392	26,809	183	145	▲38	283	0.5
宮崎	人	2,000	50,800	1,461	575	886	49,685	340	355	15	284	1.3
鹿児島	世	6,493	164,058	5,322	2,948	2,374	159,939	1,191	1,236	45	1,271	1.0
沖縄	世	5,000	91,679	1,771	176	1,595	86,525	473	595	122	1,135	0.5
		112,254	1,909,001	98,219	56,823	41,396	3,634,394	56,953	55,882	▲1,071	57,733	1.0

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

個人購読→	220	292	72	54
合計部数→	57,173	56,174	▲999	57,787

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

個人購読→
合計部数→

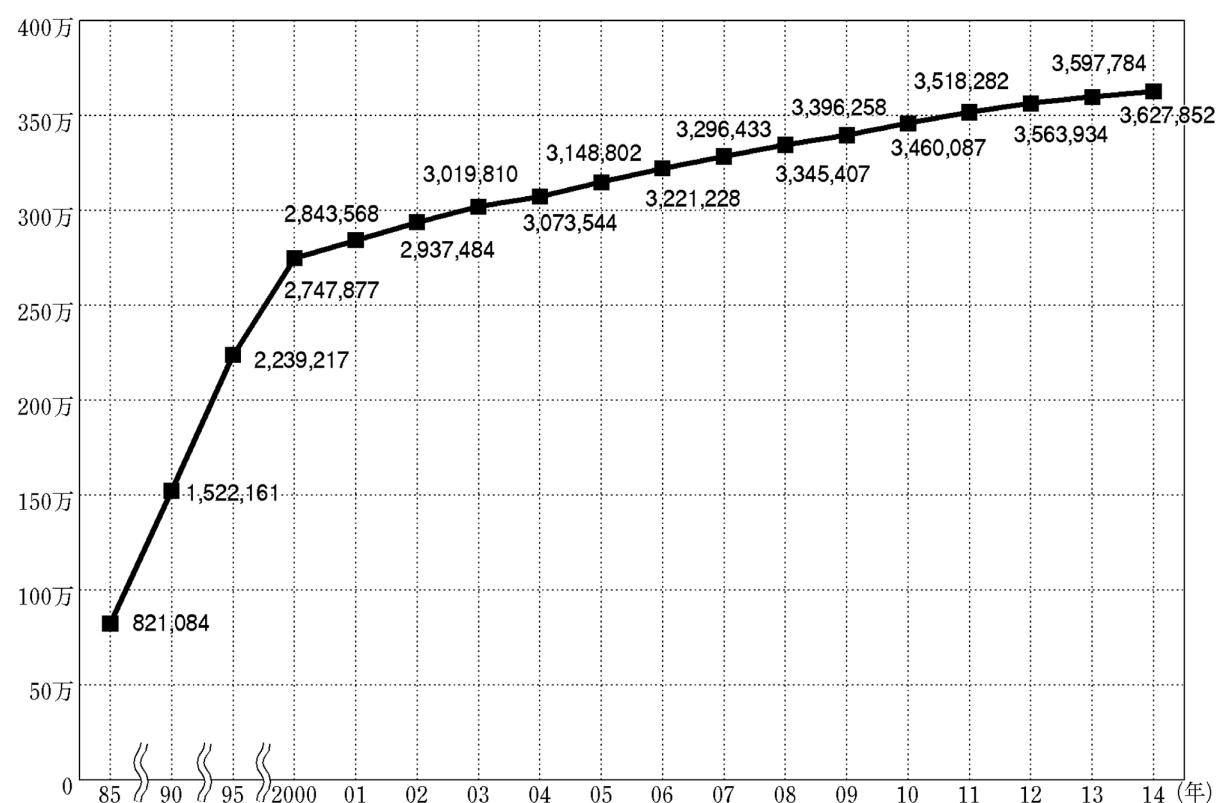
(職員数は2015年10月1日の職員数による)

無料低額診療事業実施事業所数

2016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	21	5	4	38
青森	4	9			13
岩手	1	1			2
宮城	4	4			8
秋田					0
山形	4	1		1	6
福島	1				1
茨城	1	2		1	4
栃木		2			2
群馬	4	4	3		11
埼玉	4	8	2	2	16
千葉	2	9			11
東京	10	6	2	2	20
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	1	2	3		6
岐阜	1	3			4
静岡	1	3			4
愛知	1			1	2
三重	1	1			2
滋賀		3		1	4
京都	4	25		1	30
大阪	4	24	3	2	33
兵庫	3	18	2	1	24
奈良	3	7		2	12
和歌山	1	4			5
岡山	3	1			4
広島	1	4	1		6
鳥取	1		1		2
島根					0
山口	1	2	2		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	4			5
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	106	216	31	24	377

共同組織構成員の推移



『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	
15年2月号	▲436	56,737	第12回集会／近畿（兵庫）
16年2月号	▲563	56,174	

共同組織構成員拡大・脱退数(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	146,003	123,569	22,434
14年	143,880	103,938	39,942

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	2013 年	2014 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	11.7	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	22.3	23.0
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	19.5	20.8
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	41.9	41.4
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	37.6	38.0
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	14.7	14.9

※「経営実態調査」より

介護保険指定事業所数・利用者数

		2014年4月		2015年4月	
		事業所数	利用者数	事業所数	利用者数
	訪問介護	247	13,318	243	13,194
	予防訪問介護	237	6,031	234	6,183
	訪問介護	247	19,349	243	19,377
	訪問入浴	13	189	12	157
	予防訪問入浴				
	訪問入浴	13	189	12	157
	訪問看護（介護保険）	242	14,043	229	13,887
	予防訪問看護	215	1,227	207	1,374
	訪問看護	242	15,270	229	15,261
	訪問リハ	77	2,145	79	2,275
	予防訪問リハ	59	222	67	293
	訪問リハ	77	2,367	79	2,568
■	訪問系サービス合計	579	37,175	563	37,363
	通所介護	264	11,734	256	12,532
	予防通所介護	251	2,888	244	3,003
	通所介護	264	14,622	256	15,535
	通所リハ	184	11,014	185	11,089
	予防通所リハ	171	2,442	170	2,630
	通所リハ	184	13,456	185	13,719
	療養通所介護				
■	通所系サービス合計	448	28,078	441	29,254
	短期入所生活介護（併設型事業所）	28	1,215	32	1,242
	短期入所生活介護（単独型事業所）	21	1,365	22	1,360
	予防短期入所生活介護（併設型事業所）	12	17	17	26
	予防短期入所生活介護（単独型事業所）	12	31	13	29
	短期入所生活介護	49	2,628	54	2,657
	短期入所療養介護	37	1,550	35	980
	予防短期入所療養介護	4	4	5	6
	短期入所療養介護	37	1,554	35	986
■	短期入所サービス合計	86	4,182	89	3,643
	特定施設入居者生活介護	8	234	8	235
	予防特定施設入居者生活介護	4	14	5	18
	特定施設入居者生活介護	8	248	8	253
	福祉用具貸与	20	6,246	20	6,614
	予防福祉用具貸与	20	890	20	1,016
	福祉用具貸与	20	7,136	20	7,630
○	居宅サービス合計	1,141	76,819	1,121	78,143
	介護予防支援事業（地域包括作成）	53	7,254	56	8,291
	居宅介護支援事業	350	40,841	348	41,397
	〃受託予防ケアプラン		4,143		4,505
	（＊再掲：特定事業所加算算定分）	151	21,648	148	21,862
○	介護予防・居宅介護支援合計	403	52,238	404	54,193
	老人福祉施設	18	1,069	20	1,216
	老人保健施設	38	2,659	38	2,690
	介護療養型医療施設	8	238	7	230
○	施設合計	64	3,966	65	4,136
	定期巡回随時対応型訪問介護看護	10	73	13	161
	夜間対応型訪問介護	2	69	2	102
	認知症対応型通所介護	44	761	46	750
	予防認知症対応型通所介護	4	8	5	4
	認知症対応型通所介護	44	769	46	754
	小規模多機能居宅介護	56	1,032	58	1,047
	予防小規模多機能居宅介護	30	49	33	79
	小規模多機能居宅介護	56	1,081	58	1,126
	認知症対応型共同生活介護	58	1,504	60	1,523
	予防認知症対応型共同生活介護				
	認知症対応型共同生活介護	58	1,504	60	1,523
	地域密着型特定施設入居者生活介護	1	29	1	29
	地域密着型介護福祉施設	7	178	8	204
	看護小規模多機能型居宅介護	10	289	10	198
○	地域密着型サービス合計	188	3,992	198	4,097
	総 計	1,796	137,015	1,788	140,569

※各年「介護事業基本調査」より

職種別職員数の推移

職種	2011年 10月1日現在	2013年 10月1日現在	2015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	3,123.2	3,214.8	3,196.8	△ 18.0	99.4	73.6	102.4
	非正職員	880.8	857.9	974.2	116.3	113.6	93.3	110.6
歯科医師	正職員	312.1	329.8	325.3	△ 4.4	98.7	13.2	104.2
	非正職員	59.9	56.7	58.1	1.4	102.5	△ 1.8	97.0
薬剤師		2,630.6	2,795.9	2,781.7	△ 14.1	99.5	151.1	105.7
看護	保健師	473.0	536.7	581.8	45.1	108.4	108.8	123.0
	助産師	360.3	412.6	408.4	△ 4.1	99.0	48.1	113.4
	看護師	20,323.8	21,122.2	21,972.6	850.4	104.0	1,648.8	108.1
	准看護師	3,586.3	3,256.3	2,954.4	△ 301.9	90.7	△ 631.9	82.4
	看護業務補助者	1,634.1	1,748.5	1,746.0	△ 2.5	99.9	111.9	106.8
介護	介護福祉士	8,064.9	9,586.1	10,864.2	1,278.1	113.3	2,799.3	134.7
	介護職員初任者研修終了者	2,981.2	2,438.8	3,010.6	571.8	123.4	29.4	101.0
	その他の介護職	2,789.1	2,942.3	2,026.5	△ 915.8	68.9	△ 762.6	72.7
歯科	歯科衛生士	737.9	752.2	779.2	27.0	103.6	41.3	105.6
	歯科技工士	168.7	168.6	183.0	14.4	108.5	14.3	108.5
	歯科業務補助者	96.1	98.4	96.5	△ 1.9	98.1	0.4	100.4
放射線	診療放射線技師	1,044.6	1,034.2	1,082.8	48.6	104.7	38.2	103.7
	診療X線技師	11.1	16.0	16.1	0.1	100.6	5.0	144.5
検査	臨床検査技師	1,609.2	1,651.2	1,653.2	2.0	100.1	44.0	102.7
	衛生検査技師	9.1	7.0	4.9	△ 2.1	70.0	△ 4.2	53.8
臨床工学技士		472.7	490.4	536.7	46.3	109.4	64.0	113.5
リハビリ	理学療法士	2,348.3	2,793.1	3,139.7	346.7	112.4	791.4	133.7
	作業療法士	1,595.3	1,825.3	1,991.6	166.3	109.1	396.3	124.8
	視能訓練士	59.0	57.3	75.5	18.2	131.8	16.5	127.9
	言語聴覚士	462.1	534.9	622.7	87.8	116.4	160.6	134.7
	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		34.7	28.5	28.1	△ 0.3	98.9	△ 6.6	81.0
鍼灸師		60.8	56.9	50.0	△ 6.9	87.9	△ 10.8	82.3
栄養	管理栄養士	614.5	632.7	679.7	47.0	107.4	65.2	110.6
	栄養士	134.6	129.9	138.4	8.5	106.5	3.8	102.8
	調理師	1,131.5	1,130.2	1,112.7	△ 17.5	98.5	△ 18.8	98.3
	調理員	735.8	719.8	912.0	192.2	126.7	176.2	124.0
その他の技術員		307.3	363.1	366.3	3.2	100.9	59.0	119.2
SW	社会福祉士	667.7	712.4	855.2	142.8	120.0	187.5	128.1
	精神保健福祉士	125.5	145.4	139.5	△ 5.9	95.9	14.0	111.1
	その他のSW	269.6	242.4	301.5	59.1	124.4	31.9	111.8
保育士		303.3	322.8	435.1	112.3	134.8	131.8	143.5
事務職員		11,947.7	12,518.4	12,924.2	405.8	103.2	976.5	108.2
その他の職員		1,535.5	1,722.3	1,806.7	84.3	104.9	271.2	117.7
合計		73,703.0	77,455.4	80,832.7	3,377.3	104.4	7,129.8	109.7

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。

初期研修医受入数の推移

年	受入数
1998年	113
1999年	107
2000年	114
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
2014年	129
2015年	141

(人)

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
2014年卒	1,054
2015年卒	1,114

(看護師、保健師、助産師の合計)

2016年1月28日

民 医 連 新 聞

(1966年9月13日)
(第三種郵便物認可)

号 外

(32)