

号外

第43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

2018年1月20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

<目次>

今号32ページ

| | |
|--------------|-------|
| 第43回定期総会開催案内 | 1 |
| 第43回運動方針案 | 2~23 |
| 議案用語解説 | 24~26 |
| 第43期役員候補 | 27 |
| 資料 | 28~32 |

- 憲法をまもり、生かす国民的運動に参加し、人権、民主主義が輝く平和な未来を切り拓こう
- 社会保障の営利化に反対し、共同組織とともに、住民本位の地方自治の発展、安心して住み続けられるまちづくりを進めよう
- 「医療・介護活動の二つの柱」を旺盛に実践し、経営、職員の確保と育成・運動との好循環を創り出そう

第43回総会スローガン(案)

全日本民医連・藤末衛会長は、一月一六日、規約第六条にもとづき、第四三回定期総会を招集しました。開催日程は一月二三日(木)～二四日(土)の三日間で、会場は広島市です。また、四二期第三回理事会は、運動方針案を決定し、討議を呼びかけました。本総会は、前回総会で提起された運動方針実践の到達点を明らかにし、今後二年間の運動方針を決定します。あわせて予算を決定し、新たな役員を選出します。

【日程】
二月三日(木)九時二十五分から
二四日(土)二時
【会場】
本会議
広島国際会議場
広島市中区中島町一番五号
電話 ○八一(二四二)七七七七
分散会
広島国際会議場(同右)
TKPガーデンシティ広島
広島市中区中町八番一八号
電話 ○八一(九〇九)二六〇七

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。詳しくは、そちらをご参照ください。

総会提出予定議案

- 一、運動方針
- 一、二〇一六年・二〇一七年決算、
- 一、総会の特別決議
- 一、その他
- 一、二〇一八年・二〇一九年予算
- 一、役員選出

運動方針など発表、討論を呼びかけ

全日本民医連第43回定期総会

2月22~24日・広島市(広島国際会議場・他)

1日目

二月二二日(木)

本会議 広島国際会議場フェニックスホール
九時十五分～一七時
記念講演と被爆体験講話

広島国際会議場フェニックスホール
一七時二〇分～一八時五〇分

分散会座長・理事打ち合わせ
広島国際会議場ヒマワリ
一九時～二〇時

2日目

二月二三日(金)

分散会(各会議場)
第一～第九分散会 広島国際会議場
第一〇～一三分散会 TKPガーデンシティ広島
九時三〇分～一六時三〇分

分散会座長会議 広島国際会議場ヒマワリ
一八時～二〇時

3日目

二月二十四日(土)

本会議 広島国際会議場フェニックスホール
九時～一二時

総会日程

記念講演のお知らせ

日 時 2月22日 17時20分～18時50分
会 場 広島国際会議場
講 師 斎藤 紀さん 福島民医連 医師
テ マ 被爆者医療と民医連(仮)

略歴 医療生協わたり病院 医師。
1947年宮城県生まれ。福島県立医科大学卒業。広島大学原爆放射能医学研究所で内科・臨床血液学の研究に従事。広島中央保健生活協同組合福島生協病院院長・名譽院長、広島民医連会長を歴任。被爆者医療にとりくみ、原爆症認定訴訟にかかわる。

09年から現職。
※斎藤さんの記念講演とともに、小方澄子さんが被爆体験講話をを行います。

運動方針案 目次

| | |
|--|----|
| はじめに | 2 |
| 第1章 世界と日本の変化を確信に、時代をいかに切り拓くか | 2 |
| 第2章 安倍政権の5年間、私たちをとりまく情勢の特徴 | 2 |
| 第1節 安倍政権の暴走と深まる国民との矛盾 | 3 |
| 第2節 貧困と格差の深刻化と超高齢化、人口減少社会の中での私たちの役割 | 5 |
| 第3章 42期回総会方針に照らしての活動の特徴とまとめ | 6 |
| 第1節 憲法をまもり、平和と権利としての社会保障を守る運動の到達 | 6 |
| 第2節 震災からの復興支援、福島連帯支援・原発事故対策の到達 | 7 |
| 第3節 医療・介護活動の新しい2つの柱への確信と活発な議論・実践 | 8 |
| 第4節 経営分野の到達 | 9 |
| 第5節 共同組織の活動 | 10 |
| 第6節 民医連運動を担う医師の確保と養成 | 10 |
| 第7節 職員の確保と養成、各職種の活動の到達 | 11 |
| 第8節 全日本民医連の活動 | 13 |
| 第4章 43期の活動方針 | 14 |
| 第1節 憲法をまもり、生かし、平和な日本と北東アジアを | 14 |
| 第2節 いのちと人権を守り抜く運動、原発ゼロへ向けて | 15 |
| 第3節 「医療・介護活動の2つの柱」をさらに前進させ、地域包括ケア時代に民医連の新たな発展期を築こう | 16 |
| 第4節 共同組織とともに、安心して住み続けられるまちづくりの本格的な運動を | 19 |
| 第5節 経営困難を突破し、民医連の経営基盤を強化するために | 19 |
| 第6節 医師養成新時代、民医連の医師養成・医学生対策のさらなる前進をつくり出そう | 21 |
| 第7節 民医連運動を担う職員養成の抜本的強化 | 21 |
| 第8節 全日本民医連・地協結集、県連強化へ向けて | 22 |
| おわりに | 22 |

はじめに

第四三回総会は、国内で安倍政権が改憲発議をめざし、本格的に戦争する国づくりを完成させようとしている中、市民と野党の共同は分断されることなく前進し、憲法と平和、国の方を巡り、新たな段階で正面からぶつかり合う時代に開かれます。国際的にも、核兵器禁止条約

が達成されました。

国連採択という歴史的快挙が達成されました。

国内でも世界でも、政治を動かし、平和と人権が大切にされるようになります。

この二年間、私たちは第四二回総

動実行委員会、安倍の条改憲NO!

全国市民アクション実行委員会(※注)、医療と介護を守る運動の重要な一員として、全国で、地域で大いに奮闘してきました。

現在の民医連綱領確定から九年目を迎えました。民医連綱領を改定し、架け橋として共同と連携を広げるなど運動をすすめてきた世代が、

会方針・三つのスローガンにもどづき、いのち、憲法、綱領の視点からぶれずに、架け橋として総がかり行動実行委員会、安倍の条改憲NO!

全国市民アクション実行委員会(※注)、医療と介護を守る運動の重要な一員として、全国で、地域で大いに奮闘してきました。

現在の民医連綱領確定から九年目

を迎えてきました。民医連綱領を改定し、架け橋として共同と連携を広げ

るなど運動をすすめてきた世代が、

前総会から二年、人類が核兵器廃絶に向かう画期として核兵器禁止条約が国連で採択され、経済グローバリズム(※注)と新自由主義(※注)がもたらした貧困と格差に立ち向かう世界各地の市民運動の高揚や政治変革が模索されています。日本では、戦争法の廃止と立憲主義(※注)の回復を旗印に、戦後初めて市民と野党による選挙共闘が成立しました。平和と人権を実現する運動は、糸余曲折を経ながらも着実に世界と日本を変えています。

一方、これによる政治的、道義的拘束をよしとしない核武装国は反対し、唯一の被爆国である日本の政府も追随しましたが、核兵器廃絶を願う世界の流れを止めることはできませんでした。日本政府の態度は許せんでした。日本政府の態度は許せんでした。日本政府の態度は許せんでした。

がたく、世界に大きな失望を与えることがあります。

戦後、日本を占領したアメリカは、被爆の被書を隠すため、日本の医師・医学者独自の調査研究を禁止し、被爆者の検査・治療データを独占しました。被爆し、その治療や生活も補償されず、家族までも偏見と差別の中に置かれるという三重苦に被爆者はさいなまれたのです。

暗中模索の中、各地の民主診療所は、一九五三年に全日本民医連が結成される以前から、苦しみの中につた被爆者に寄り添い、人権を守る医療に全力をあげながら、医療従事者自らの課題として核兵器廃絶の運動にとりこんでいました。

一九六七年の第一回被爆者医療研

究会では、「被爆者の立場に立つて、病態を追求し、治療法を探求、確立していくこと」、そして「この医療活動を通じて核兵器の完全禁止、核戦争阻止、被爆者救済の運動に貢献していく」という基本姿勢を確認し、今日まで地道に健診や治療、支援活動を続けてきました。

この歩みは、人権としての被爆者医療の実践を通じて民医連医療の理念を創る重要な過程でもあります。核兵器禁止条約の実現に最も尽力したのは被爆者であり、その人びとの治療と支援を共同の営みとして実践し、共に核兵器廃絶の運動をすすめてきた私たちの活動に誇りと確信を持ちたいと思います。また、反核医師の会(※注)と共同して運動をすすめてきた「ICAN」がノーベル平和賞を受賞したことも私たちの誇りです。

最大利潤を求めて世界中を駆け巡る多国籍企業や国際金融資本の横暴は、世界各地で貧困と格差の拡大をもたらし、ついに二〇〇八年の国際

2018年1月20日 全日本民医連42期第23回理事会

全日本民医連第43回定期総会 運動方針案

交代の時期を迎えています。次の世代に、確実にバトンを引き継ぎ、共同組織の仲間と力を合わせ、より広範な連帯で平和と憲法を守り抜き、貧困と格差・超高齢社会に真正面から向き合う日常の医療・介護の実践、権利としての社会保障の確立を

めざし奮闘することが求められます。

総会の目的は、①今日の情勢、時代認識を深め、民医連運動の役割と課題を鮮明にすること、②四二期の活動の総括と、四三期、今後二年間の活動方針を決定すること、③四三

期役員を選出し、予算を決定することです。

全日本民医連理事会は、すべての県連・法人・事業所でこの方針案を討議し、練り上げて総会を迎えることを呼びかけます。

第1章 世界と日本の変化を確信に、時代をいかに切り拓くか

(1) 核兵器廃絶への巨大な一步と民医連

二〇一七年七月七日、歴史上初めて核兵器に悪の烙印を押し、核兵器を違法化し、核抑止力論を全面的に否定する「核兵器禁止条約」が一二二カ国の賛成により採択されました。長年の核兵器のない世界を求める世界的な運動の成果であり、歴史的画期的な快挙です。

広島、長崎の被爆から七二年、「かくて私たちは自らを救うとともに、私たちの体験をおいて人間の危機を救おう」という決意を誓い合ったの

(2) 新自由主義、グローバル資本主義の暴走と対抗

最大利潤を求めて世界中を駆け巡る多国籍企業や国際金融資本の横暴は、世界各地で貧困と格差の拡大をもたらし、ついに二〇〇八年の国際

金融危機（※注）に至りました。これに対して、各国やEUによる新自由主義的緊縮政策（※注）が行われる中、これらに反対する新しい市民運動と結びついた注目すべき政治状況が生まれました。ヨーロッパでは、緊縮政策に反対する市民運動と結びついた政党が躍進し、ギリシャやポルトガルでは新政権が生まれました。人口の「%」の最富裕層のための政治でなく、九九%のための政治を主張し、国民皆保険制度の実現など掲げたアメリカのサンダース現象（※注）、韓国では、大統領を弾劾にまで追い込んだうそく革命が起きました。同時に、深刻な雇用・生活破壊の改善を求める声は、反緊縮を打ち出せない既成政党への失望や、自国民ファーストを掲げ、雇用・福祉で移民を差別する極右勢力への支持にもつながりました。

世界的な平均気温上昇を抑えるパリ協定の実際のルールづくり（二〇一八年採択予定）のためのCOP23が開催され、各國の努力がなされているものの、トランプ政権による離脱宣言や先進国と途上国との利益対立などの困難を抱えています。また、グローバリズムの中で利益最優先のコストカットをすすめてきた大企業の組織的なルール無視の不正行為があい次いで発覚し、日本のものづくりが揺らぎ、世界的に信頼を失いました。

今、世界は、緊縮政策、新自由主義政策の継続か転換かが問われる歴史的な岐路にあります。

（3）2回の国政選挙 結果と憲法の未 来

二〇一六年参議院選挙では、三十二のすべての一人区で市民と野党の共闘が実現し、野党は改選前の二議席から二議席と前進、新潟県知事選

挙、仙台市長選挙でも野党共闘が勝利を重ねてきました。民進党が分解した二〇一七衆議院選挙では二〇一五年の安保法制＝戦争法に反対するかつてない市民運動で湧き上がった「野党は共闘」の流れと参院選の経験と蓄積の上で市民が野党共闘を粘り強く追求、野党三党（立憲民主党、共産党、社民党）が安保法制の廃止と憲主義の回復を求める市民連合と七項目に及ぶ政策合意（※注）を結び、改選前の三八議席から六九議席に増加しました。立憲民主党が野党第一党となつたことで、野党は「憲法を守る」立場で一定の地歩を築きました。国会で改憲をめぐる勢力が三分の二を占めています

（1）9条改憲と戦争の現実的危機を招く安倍暴走政

第1節 安倍政権の暴走と深まる国民との矛盾

第2章 安倍政権の5年間、私たちをとりまく情勢の特徴

が、改憲勢力に対抗し乗り越えていく確かな力である「市民と野党の共闘」が力強く前進した二年間でした。

国会審議、加計、森友問題など国政の私物化に対する国民の批判は大きく、主要な政策への支持も、「安倍首相のもとで憲法改正に賛成三六・六%、反対五四・八%」、「全原発・四%、反対五四・九%」（一八年一月共同通信調査）など多数ではありません。どの調査でも国民の期待の第一は、社会保障の充実であり、この間の社会保障削減を「成果」と

呼ぶ安倍内閣との矛盾は深まるばかりでした。国民一人一人が、憲法九条、二五条、二三条を掲げて主権者として立ち上がり、当事者として「東アジアにも世界にも核兵器と戦争はいらない」、「社会保障の充実を」の声を上げ、野党をまとめて政府に迫る、世界に発信し連帯する運動にこそ未来があります。

九条に自衛隊の存在を明記するという今回の案は、単に自衛隊の存在を憲法で認めるという単純なものではありません。第一に現在の自衛隊は、すでに安保法制＝戦争法の成立と施行で、それ以前の「専守防衛」とは、制限なく武力を行使する自衛隊を合憲化することになります。

第二に、それにより日本国憲法の「武力によらない平和の実現」という平和主義は壊され、安保法制＝戦争法を合憲化し、「武力による平和」をめざす国に転換するものです。すなわち、現在の憲法と全く違う別の新しい憲法を制定することにほかなりません。また、新法は旧法に優先するという法律の原則からも今回の改憲は九条の一項、二項が守り抜いてきた非戦、平和主義を無効とするものです。

二〇一五年の「日米防衛協力のための指針（ガイドライン）」の改定（※注）、安保法制＝戦争法の成立・施行により、辺野古新基地建設の強行、日本各地で米軍基地の強化と自衛隊との合同訓練などが急速に拡大しています。すでに、民間船舶の乗務員を予備自衛官として登録する、戦闘地域で任務に就く看護師の教育、研修の実施などをすすめられています。軍備の面でも、トランプ政権の武器購入圧力を受け入れ、北朝鮮の核・ミサイル開発を口実に、新たな地上配備型ミサイル迎撃システム「イージス・アショア」二基、長距離巡航ミサイルの導入を闘議決定し、敵基地攻撃能力保有へ道を開いています。日米新ガイドラインでは、朝鮮半島で戦闘が起こった場合には、米軍ではなく日本と韓国が防衛する役割となっており、安倍改憲を止めることは日本がアジアで行う戦

| |
|-----------------------------|
| A) 「戦争する国づくり」にかかわる法整備 |
| ・特定秘密保護法（13年12月） |
| ・防衛計画の大綱（13年12月） |
| ・国家安全保障会議（NSC）の設置（14年1月） |
| ・武器輸出三原則の撤廃（14年4月） |
| ・集団的自衛権行使容認の閣議決定（14年7月） |
| ・日米ガイドライン改定（15年4月） |
| ・戦争法（安保法制）制定（15年9月） |
| ・防衛装備庁発足（15年10月） |
| ・監視法（通信傍受法）改定（16年5月） |
| ・日米、日豪ACS改定と日英ACSの承認（17年4月） |
| ・共謀罪（テロ等準備罪）法（17年6月） |



計上されています。生活保護受給者の七割に影響を与え、一層の格差と貧困を拡大するものです。

この予算案において、政府が提案

している「全世代型社会保障」とは、社会保障給付を若い世代にシフトすることを口実に、消費税増税と

高齢者の医療・介護・福祉を削減することです。そのため、少子高齢化の対策として一億総活躍プランの基本方針を閣議決定しましたが、社会保障給付の充実は一切入っておらず、新自由主義の生存競争に高齢者も含めすべてが参加せよというものです。安倍政権の社会保障解体の特徴は、従来とは異なり、第一に、国家財政と企業の社会保障に係る費用負担を軽減すること、そのため財源を消費税に限定し、「共助」を強調し、国民負担を大幅に増大させること。第二に、公的に保障する医療や介護を商品化・産業化して成長戦略にくみこんで民間投資の活性化につなげようとしていること。そして第三に、「地域共生社会」を打ち出し、新自由主義改革・グローバル競争

①大幅な国民負担増と給付抑制の進行

二〇一八年度は、二〇一二年の社会保障制度改革推進法から、一五年の医療介護確保推進法、一七年の地域包括ケアシステム強化のための介護保険法の一部を改正する法律まで具体化された改悪が本格的に始動します(C)。

二〇一八年四月から国民健康保険の財政運営主体を都道府県に移管し、市町村とともに国保の管理・運営を行うことになります。都道府県の標準保険料率(※注)を算定・公表します。市町村はその標準保険料率等をもとに保険料率を決め、保険料を賦課・徴収して都道府県に納付金を納める仕組みになります。国

は、都道府県に国保の財政運営責任を移管することで、市町村から一〇〇%納付を義務づけて徴収する役目を負わせます。標準保険料率(これまでの市町村独自の軽減策等が継続できない場合、国保料はさらに値上げされ、徴収強化も懸念されます)。

「経済・財政再生計画」の改革工

程表二〇一七改定版では、二〇一八年度は医療・介護におけるインセンティブ改革を実施し、外来医療費の地域差は正とともに、地域医療構想(※注)による縮減効果を明らかにして、入院医療費の地域差半減を実現する計画です。十分な地域差の縮減を図ることができない場合、高齢者の医療の確保に関する法律(四条(診療報酬の特例)の発動で、都道府県ごとの診療報酬単価に差をつけることも狙われています。

次期「地域医療計画」に盛り込まれる「地域医療構想」では、全国推計で現在の約一三五万床の一般・療養病床が一五〇一九万床に減らされ、県によっては三割超の病床が削減されようとしています(D)。

正)が二一本の法案をひとつに束ねた一括法(地域包括ケアシステム強化法)として成立し、利用料三割化をはじめ新たな負担増と給付削減を利用者・高齢者に押しつける内容が盛り込まれました。特に「自立支援」に成果を上げた市町村への財政支援(インセンティブ改革)は「自立(卒業)」を競わせるしくみづくりであり、事業所には新たに「自立支援介護」を求めています。政府が掲げる「自立」が必要なサービスを利用してすることでの人の暮らしの活性を送るという本来の自立ではないく、介護保険の利用から外すことを見意するものであることをいつそう鮮明にしました。新たに制度化される「共生型サービス」は、介護保険化をはかると同時に、二つの制度の将来的な「統合」を方向づけたものです。さらに要介護2以下のサービスを総合事業に移すなどを次期改革の検討課題として明記しました。

実施年度がないものは18年度から

争対応の地域開発と社会保障に対する公的責任を放棄し、その権利性を否定。地域の疲弊に対し住民自身の対応策を強制していることです。

②社会保障、医療・介護の商品化・産業化

安倍政権の発足後、毎年出される「骨太方針」から「社会保障の機能強化」の言葉が消え、社会保障は、費用削減の文脈でのみ書かれるようになりました。とりわけ、二〇一五

年の骨太方針は、社会保障を「経

済

は、都道府県に国保の財政運営責任を移管することで、市町村から一〇〇%納付を義務づけて徴収する役目を負わせます。標準保険料率(これまでの市町村独自の軽減策等が継続できない場合、国保料はさらに値上げされ、徴収強化も懸念されます)。

「経済・財政再生計画」の改革工

程表二〇一七改定版では、二〇一八

年度は医療・介護におけるインセンティブ改革を実施し、外来医療費の

地域差は正とともに、地域医療構想(※注)による縮減効果を明らかにして、入院医療費の地域差半減を実現する計画です。十分な地域差の縮減を図ることができない場合、高齢者の医療の確保に関する法律(四条(診療報酬の特例)の発動で、都道府県ごとの診療報酬単価に差をつけることも狙われています)。

次期「地域医療計画」に盛り込まれる「地域医療構想」では、全国推計で現在の約一三五万床の一般・療養病床が一五〇一九万床に減らされ、県によっては三割超の病床が削減されようとしています(D)。

正)が二一本の法案をひとつに束ねた一括法(地域包括ケアシステム強化法)として成立し、利用料三割化をはじめ新たな負担増と給付削減を利用者・高齢者に押しつける内容が盛り込まれました。特に「自立支援」に成果を上げた市町村への財政支援(インセンティブ改革)は「自立(卒業)」を競わせるしくみづくりであり、事業所には新たに「自立支援介護」を求めています。政府が掲げる「自立」が必要なサービスを利用してすることでの人の暮らしの活性を送るという本来の自立ではないく、介護保険の利用から外すことを見意するものであることをいつそう鮮明にしました。新たに制度化される「共生型サービス」は、介護保険化をはかると同時に、二つの制度の将来的な「統合」を方向づけたものです。さらに要介護2以下のサービスを総合事業に移すなどを次期改革の検討課題として明記しました。

実施年度がないものは18年度から

③政府のすすめる「我が事・丸ごと地域共生社会」とは何か

安倍政権は、二〇一七年四月に、社会福祉法を「改正」、地域で発生する困難に対し、地域住民が「地域の問題を把握し、関係機関と連携して問題解決を図るよう」明記しました。また、地域包括ケアの上位概念として「我が事・丸ごと地域共生社会」を位置づけ、自助、互助を高齢者だけではなく、子ども、障害者、生活困窮者などに対象を拡大し、「新自由主義的改革」に適応した地域づくりまで提案しました。

| |
|---|
| C) 安倍内閣が実行した社会保障の負担増・給付削減 |
| 医療 70~74歳の窓口負担の2割化(14~18年) 一般病床の食費の患者負担増、大病院受診への患者の追加負担(15年) 一般病床の水光熱費の患者負担増(17年) 高額療養費(70歳以上)の負担限度額の引き上げ(17~19年) 後期高齢者(75歳以上)の保険料軽減特例の廃止(17~19年) |
| 介護 要支援1・2の訪問・通所介護の保険給付外し(15~17年) 特養入所を原則として要介護3以上に限定(15年) 所得160万円以上の利用料の2割化(15年) 「現役並み所得者」の高額介護サービス費の負担上限引き上げ(15年) 配偶者所得、資産、非課税年金等による施設の食費・居住費の負担増(15~16年) 「一般所得者」の高額介護サービス費の負担上限の引き上げ(17年) |
| 年金 物価・賃金スライド、「特例水準の解消」、マクロ経済スライドによる年金削減(12年・13年・15年・17年) |
| 生活保護 生活扶助費、冬期加算、住宅扶助などの削減(13~15年) |

() 内は実施年度

2018年度以後に実施が予定される負担増・給付削減

| |
|--|
| 医療 国保料(税)の引き上げにつながる国保の都道府県化 「地域医療構想」「医療費適正化計画」による病床削減と給付費削減 「大病院受診への患者の追加負担」の対象を拡大(通常国会に予算案等提出) |
| 介護 「現役並み所得者」の利用料の3割への引き上げ |
| 年金 マクロ経済スライドのキャリーオーバー開始 賃金マイナススライドの開始(2021年) |
| 生活保護 生活扶助費本体の削減、母子加算の削減、児童養育加算の減額(0~2歳)、学習支援費の使途限定と実費支給化(通常国会に予算案等提出) |

実施年度がないものは18年度から

D) 2025年に必要と推計される病院ベッド数の増減(13年比)

| | 増減数 | 増減率 |
|-------|----------|-------|
| 北海道 | ▲1万0366 | ▲22.4 |
| 森手城 | ▲4661 | ▲28.3 |
| 青岩宮 | ▲4358 | ▲29.0 |
| 田秋山 | ▲2362 | ▲11.2 |
| 形島福 | ▲3462 | ▲27.5 |
| 茨城木 | ▲2724 | ▲22.7 |
| 城埼千 | ▲6109 | ▲28.4 |
| 埼玉葉 | ▲5229 | ▲19.4 |
| 東京神奈川 | ▲2874 | ▲15.7 |
| 新富山 | ▲3414 | ▲16.3 |
| 石井富山 | 3643 | 7.2 |
| 福井長 | 2969 | 6.3 |
| 山梨山長 | 5426 | 5.0 |
| 東京東 | 9531 | 15.2 |
| 新潟富山 | ▲4862 | ▲21.0 |
| 富山井 | ▲4844 | ▲33.6 |
| 石川梨野 | ▲3983 | ▲25.1 |
| 福井阜 | ▲2707 | ▲26.3 |
| 山長 | ▲2323 | ▲25.2 |
| 岐静愛 | ▲3599 | ▲17.6 |
| 滋京大 | ▲3507 | ▲19.0 |
| 岐長兵 | ▲7791 | ▲22.7 |
| 岐奈和 | ▲1433 | ▲2.4 |
| 岐奈良 | ▲3671 | ▲21.3 |
| 岐奈京 | ▲1447 | ▲11.3 |
| 岐奈大 | 326 | ▲1.1 |
| 岐奈兵 | 1万0096 | 11.0 |
| 岐奈奈 | ▲3745 | ▲6.7 |
| 岐奈和 | ▲1149 | ▲8.1 |
| 岐奈山 | ▲3636 | ▲27.7 |
| 岐奈鳥 | ▲1546 | ▲20.8 |
| 岐奈岡 | ▲2606 | ▲28.4 |
| 岐奈山 | ▲5906 | ▲22.6 |
| 岐奈島 | ▲6634 | ▲18.8 |
| 岐奈口 | ▲7481 | ▲32.0 |
| 岐奈媛 | ▲4297 | ▲32.3 |
| 岐奈知 | ▲3745 | ▲27.0 |
| 岐奈岡 | ▲6135 | ▲29.3 |
| 岐奈賀 | ▲4968 | ▲30.6 |
| 岐奈香 | ▲8573 | ▲11.6 |
| 岐奈愛 | ▲4381 | ▲32.6 |
| 岐奈高 | ▲6498 | ▲27.8 |
| 岐奈福 | ▲1万0785 | ▲33.9 |
| 岐奈佐 | ▲4206 | ▲22.3 |
| 岐奈長 | ▲5439 | ▲33.0 |
| 岐奈熊 | ▲1万0680 | ▲34.9 |
| 岐奈大 | ▲679 | 4.6 |
| 岐奈鹿 | ▲15万6118 | ▲11.6 |

※増減率の単位は%、▲はマイナス

年金

生活保護

産業化

②社会保障、医療・介護の商品化・産業化

安倍政権の発足後、毎年出される「骨太方針」から「社会保障の機能強化」の言葉が消え、社会保障は、費用削減の文脈でのみ書かれるようになりました。とりわけ、二〇一五

年の骨太方針は、社会保障を「経

済

は、都道府県に国保の財政運営責任を移管することで、市町村から一〇〇%納付を義務づけて徴収する役目を負わせます。標準保険料率(これまでの市町村独自の軽減策等が継続できない場合、国保料はさらに値上げされ、徴収強化も懸念されます)。

「経済・財政再生計画」の改革工

程表二〇一七改定版では、二〇一八

年度は医療・介護におけるインセンティブ改革を実施し、外来医療費の

地域差は正とともに、地域医療構想(※注)による縮減効果を明らかにして、入院医療費の地域差半減を実現する計画です。十分な地域差の縮減を図ることができない場合、高齢者の医療の確保に関する法律(四条(診療報酬の特例)の発動で、都道府県ごとの診療報酬単価に差をつけることも狙われています)。

次期「地域医療計画」に盛り込まれる「地域医療構想」では、全国推計で現在の約一三五万床の一般・療養病床が一五〇一九万床に減らされ、県によっては三割超の病床が削減されようとしています(D)。

正)が二一本の法案をひとつに束ねた一括法(地域包括ケアシステム強化法)として成立し、利用料三割化をはじめ新たな負担増と給付削減を利用者・高齢者に押しつける内容が盛り込まれました。特に「自立支援」に成果を上げた市町村への財政支援(インセンティブ改革)は「自立(卒業)」を競わせるしくみづくりであり、事業所には新たに「自立支援介護」を求めています。政府が掲げる「自立」が必要なサービスを利用してすることでの人の暮らしの活性を送るという本来の自立ではないく、介護保険の利用から外すことを見意するものであることをいつそう鮮明にしました。新たに制度化される「共生型サービス」は、介護保険化をはかると同時に、二つの制度の将来的な「統合」を方向づけたものです。さらに要介護2以下のサービスを総合事業に移すなどを次期改革の検討課題として明記しました。

実施年度がないものは18年度から

③政府のすすめる「我が事・丸ごと地域共生社会」とは何か

安倍政権は、二〇一七年四月に、社会福祉法を「改正」、地域で発生する困難に対し、地域住民が「地域の問題を把握し、関係機関と連携して問題解決を図るよう」明記しました。また、地域包括ケアの上位概念として「我が事・丸ごと地域共生社会」を位置づけ、自助、互助を高齢者だけではなく、子ども、障害者、生活困窮者などに対象を拡大し、「新自由主義的改革」に適応した地域づくりまで提案しました。

④医療・介護の商品化・産業化

安倍政権の発足後、毎年出される「骨太方針」から「社会保障の機能強化」の言葉が消え、社会保障は、費用削減の文脈でのみ書かれるようになりました。とりわけ、二〇一五

年の骨太方針は、社会保障を「経

済

は、都道府県に国保の財政運営責任を移管することで、市町村から一〇〇%納付を義務づけて徴収する役目を負わせます。標準保険料率(これまでの市町村独自の軽減策等が継続できない場合、国保料はさらに値上げされ、徴収強化も懸念されます)。

「経済・財政再生計画」の改革工

程表二〇一七改定版では、二〇一八

年度は医療・介護におけるインセンティブ改革を実施し、外来医療費の

地域差は正とともに、地域医療構想(※注)による縮減効果を明らかにして、入院医療費の地域差半減を実現する計画です。十分な地域差の縮減を図ることができない場合、高齢者の医療の確保に関する法律(四条(診療報酬の特例)の発動で、都道府県ごとの診療報酬単価に差をつけることも狙われています)。

次期「地域医療計画」に盛り込まれる「地域医療構想」では、全国推計で現在の約一三五万床の一般・療養病床が一五〇一九万床に減らされ、県によっては三割超の病床が削減されようとしています(D)。

正)が二一本の法案をひとつに束ねた一括法(地域包括ケアシステム強化法)として成立し、利用料三割化をはじめ新たな負担増と給付削減を利用者・高齢者に押しつける内容が盛り込まれました。特に「自立支援」に成果を上げた市町村への財政支援(インセンティブ改革)は「自立(卒業)」を競わせるしくみづくりであり、事業所には新たに「自立支援介護」を求めています。政府が掲げる「自立」が必要なサービスを利用してすることでの人の暮らしの活性を送るという本来の自立ではないく、介護保険の利用から外すことを見意するものであることをいつそう鮮明にしました。新たに制度化される「共生型サービス」は、介護保険化をはかると同時に、二つの制度の将来的な「統合」を方向づけたものです。さらに要介護2以下のサービスを総合事業に移すなどを次期改革の検討課題として明記しました。

実施年度がないものは18年度から

④医療・介護の商品化・産業化

安倍政権の発足後、毎年出される「骨太方針」から「社会保障の機能強化」の言

「我が事・丸ごと地域共生社会」とは、地域の住民一人一人が、地域で生じているあらゆる他人の生活問題（高齢者・障がい者のケア、子育て、生活困窮など）も自らの問題（我が家）としてとらえ、介護・福祉制度は統合・合理化（丸ごと）し、住民の団結的な責任で生活困難に対応させようとするものです。我が事・丸ごとの強調は、地域の互助強化であって「共生社会」の未来は描げず、結局は憲法二三条、二五条の言う人権としての社会保障を縮小・解体に導くものです。

（3）原発再稼働、原発ゼロをめぐつて

①原発再稼働を推しすすめる異常な安倍政権

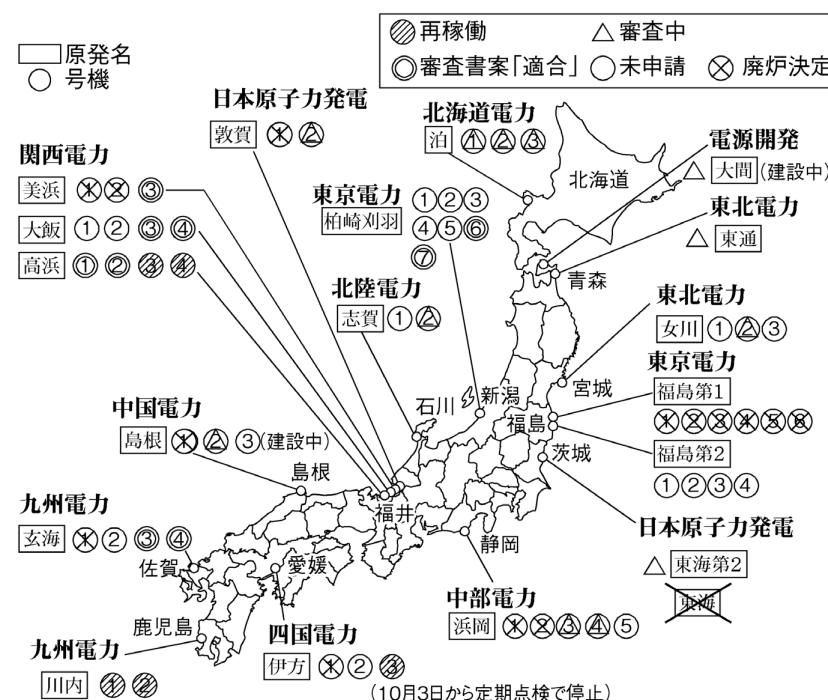
国民の大割が原発に反対する中、安倍政権は「エネルギー基本計画」（二〇一四年四月閣議決定）にしがみつき二〇三〇年時点の原発の電源構成比を二〇～二三%にするため、原発周辺自治体への交付金を増やし、全原発の再稼働、老朽化廃炉となる原発に代わる新規建設まで議論しています。福島第一原発事故の解決のめどもなく、何万人ものふるさとを奪い、被害がより深刻となる現状を憂い、被害がより深刻となる中、この政権の姿勢は異常です。

現在稼働しているのは川内原発・二号機、高浜原発二・四号機、伊方原発三号機です。さらに大飯原発三・四号機、玄海原発三・四号機が再稼働の準備に入っています（E）。しかし、原子力規制委員長は、規制基準を満たした原発でも「絶対に安全であることを意味しない」とのべ、安全の確認ではないことを認めています。

東京電力福島第一原発事故の賠償や除染、廃炉などの事故対策の費用の規模が、一一兆円から一二・五兆

円に拡大しています。その費用負担を原発による電力を使用していない新電力にも求め、電気代として国民から徴収する法律が国会で可決されました。安易な国民への負担転嫁ではなく、東電の責任を明確にして、国と東電で必要な資金を確保する原則を確立すべきです。

E) 全国の原発の審査状況



（2）原発ゼロに向けた新たな情勢
二〇一七年一二月三日、伊方原発三号機の運転差し止めを求めた仮処分の即時抗告審で広島高裁は、住民の申し立てを認め、運転を差し止めの決定をしました。高等裁判所にて初の差し止め判断です。地震動に対する安全性についての楽観的な判断など問題もありますが、火山（阿蘇山）の噴火に対して全面的に伊方原発が安全性を有していないとの判断は画期的で、全国の原発にも当てはまる問題です。

東京電力・柏崎刈羽原発の再稼働が大争点となつた二〇一六年一〇月の新潟県知事選で、再稼働反対を訴り（1）約2000万人が貧困に暮らす日本、格差と貧困・困窮の一層の広がりと深まり

えた候補が当選し、総選挙でも小選挙区で再稼働反対を公約した市民と野党の共闘候補が多数、当選しました。党・社民党、無所属の野党共闘候補と市民連合が「福島第一原発事故の検証のないままの原発再稼働を認めず、新しい日本のエネルギー政策の

第2節 貧困と格差の深刻化と会の中での私たちの役割

超高齢化、人口減少社会の中での私たちの役割

確立と地域社会再生により、原発ゼロ実現を目指すこと」で合意し、野党共闘の公通の政策となりました。一月一〇日には、原発ゼロ・自然エネルギー推進連盟が「原発ゼロ・自然エネルギー基本法案骨子」を発表し、野党も連携して通常国会への提出をめざしています。

（2）世帯あたり平均所得
平成28年調査

（F）世帯あたり平均所得

注：熊本県を除く
出典：「所得金額階級別世帯数の相対度数分布」（平成26年国民生活基礎調査結果）

（1）経済的困難の実相と格差の広がり
政府は「子どもの貧困率の改善」を対策の成果としてのべていますが、安倍政権の五年間、実質賃金は低下し、消費支出は減少、貧困は改善しておらず、深刻度は増しています。将来にわたり現在の緊縮政策が続けば、子ども、現役世代、高齢者

の比率は約三七%で、恒常化します。団塊ジユニアと言われる現在の四〇歳代を中心、年金の掛け金が払えず、無年金となる国民が増え、無貯蓄世帯も広がっており、このままでは二〇年後には困窮する高齢者が今以上に急増します。

働くいている女性の平均給与は二万円、平均所得以下の世帯が七〇%、二七〇・三万円（二〇一六年国民生活基礎調査）でOECD諸国最下位の水準であり、日本の母子世帯の貧困率は五〇%を超えています。また、二〇一七年二月、世界経済フォーラム（WEF）が発表した「男女平等ランキング」では、一四四カ国中、二四位です。

（3）非正規雇用がまん延する若者の中の現れるケースも急増し困難の複合化・世帯化が広がっています。非正規雇用がまん延する若者の中で、市民運動エキタス（※注）によれば、時給一五〇〇円が実現したら「診察に行きたい」「歯科の治療を受けたい」などまともに医療を受けたいという要求が上位となっています。国民健康保険料の資格証明書世帯は二万世帯など、医療・介護にアクセスで「診察に行きたい」「歯科の治療を受けたい」などまともに医療を受けたいという要求が上位となっています。国民健康保険料の資格証明書世帯は二万世帯など、医療・介護にアクセスできない層が急増しています。窓口一部負担金に苦しむ、無料低額診療事業を利用することは、「〇一五年でのべ約七八〇万人となっている「経済的事由による手遅れ死亡事例」「介護困難八〇〇事例」など深刻な事態は水山の一角と言えるのではないか。

今日の日本の貧困は、所得額のみに注目するのではなく、トリプルワークや過重労働、教育格差、孤立、住宅喪失、社会的排除などの生活の場や労働環境まで含めて貧困と捉え

の全世代に広がっている貧困は改善せず、国民の困窮は固定化します。二〇一五年の厚生労働省国民生活基礎調査では、相対的貧困率（※注）は一五・六%、約二〇〇〇万人が貧困状態にあり、OECD三五力国民ワースト七位です。一人暮らしが六一・七万世帯、七九一万人、高齢者世帯の二六・一%を占めています（二〇一四年）、二〇〇九年以降五年間で一二〇万世帯、一五〇万人も増加しています。住まいの問題、本人・家族の病気や障害、他の支援者の有無や近隣との関係などにかかわって生活上の困難が何層にも重なり、それが世帯全体の問題として立ち現れるケースも急増し困難の複合化・世帯化が広がっています。

非正規雇用がまん延する若者の中で、市民運動エキタス（※注）によれば、時給一五〇〇円が実現したら「診察に行きたい」「歯科の治療を受けたい」などまともに医療を受けたいという要求が上位となっています。国民健康保険料の資格証明書世帯は二万世帯など、医療・介護にアクセスで「診察に行きたい」「歯科の治療を受けたい」などまともに医療を受けたいという要求が上位となっています。国民健康保険料の資格証明書世帯は二万世帯など、医療・介護にアクセスできない層が急増しています。窓口一部負担金に苦しむ、無料低額診療事業を利用することは、「〇一五年でのべ約七八〇万人となっている「経済的事由による手遅れ死亡事例」「介護困難八〇〇事例」など深刻な事態は水山の一角と言えるのではないか。

今日の日本の貧困は、所得額のみに注目するのではなく、トリプルワークや過重労働、教育格差、孤立、住宅喪失、社会的排除などの生活の場や労働環境まで含めて貧困と捉え

る視点が重要です。その中から権利としての社会保障のさまざまな課題が見えてきます。貧困は決して自己責任ではありません。

一方、富裕層はこの間一層増加し、格差は拡大の一方向です。一〇〇万ドル（一億一〇〇〇万円）以上の金融資産を持つ日本人は二八三万人で世界第一位となりました（一位アメリカ）。国内一の金融資産を持つ富裕者は総資産兆二六四四億円、上位四〇人の総資産の合計は、下位五〇〇人の国民の総資産額に匹敵しています。株の配当は年間数十億円あつても課税はわずか二〇〇%です。

②貧困と健康格差に立ち向かい、基本人権としての健康権をいかに守るか

貧困と所得格差は、「低所得の人」の死亡率は、高所得の人のおよそ三倍など放置できない深刻な健康格差を拡大しています。深刻な健康格差は、基本的人権としての国民の健康権を脅かし、さらにあい次ぐ負担増など制度改悪が追い打ちをかけています。

民医連は、生活と労働の場で疾病を捉える医療観を重視し、健康の社会的決定要因（SDH）※注）という概念が普及する前から、社会・経済的状況が患者・利用者の健康に影響することを現場の実践から学び取ってきました。診療の場面では、病気の治療とともに社会的な援助も行い、社会・政治を運動の力で変える社会保障運動にとりくみ、健康格差、いのちの格差をなくすために努力してきました。

私たちは、医療・介護の専門家として貧困を病態、健康のリスクとして捉えるなどSDHのエビデンスを活用し、「社会的処方」※注）を含めた社会的支援につなげていくことが一層求められています。

また、社会の仕組みを改善し、社会産業の縮小や生活インフラの維持困難など、ヨーロッパのもののが見えてきます。こうした中、北海道ではJRが全路線の半分しか維持できないと発表し、通勤、通学が普通に暮らせる社会をなどの運動とも連帯し運動を広げ、健康権を守つていましょう。

（2）超高齢社会・人口減少社会の中での私たちの役割

人口問題研究所が公表した「将来推計人口」で日本は、二〇〇八年のピクタ時一億二八〇〇万人から減少に転じ、五〇年後には八八〇八万人、一〇〇年後は四二八六万人程度にまで減少すると推計されています。すでに二〇一五年の国勢調査では日本総人口は初めて減少しました。日本は二世紀、世界一の人口減少率の国と試算されています。

急激な人口減少がすむ一方、高齢者人口は増加し、二〇六〇年以後、高齢化率は四〇%前後で推移し、中学生以下の年少人口比率は現

在の一三%から八%まで低下する推計です。

今後の少子高齢化・人口減少は、国策による少子化対策が成功して減少が緩和されても解消できないことがあります。東京を中心とする首都圏や大阪など大都市で大幅な高齢者人口が増加し、また、ひとり暮ら単身高齢者の割合は、全国平均二七・三%に対し東京三五・八%、大阪三四・〇%（二〇一五年国勢調査より）と年々増加しており、巨大団地の超高齢化、独居高齢者の急増、孤獨死の増加などに対する支援や介護サービスの不足などに直面しています。地方では六五歳以上の高齢者が半数を超える限界集落の増加、

難など、ヨーロッパのもののが維持が危うくなるところも出てくるでしょう。

これらに関連する安倍政権の政策の柱は、東京圏への一極集中や地方での都市機能の集約化を進行させ、首都圏だけ人口減少率を五%に止めようとしているため、地方では人口が四割減の予測もされるなど、地

人口減少を理由に、自治体の整理を行っています。

人口減少を理由に、自治体の整理

住民とともに作り出していくことが必要です。

方での極端な人口減少が生み出されようとしています。こうした中、北海道ではJRが全路線の半分しか維持できない、医療機関にかかれないと住民の足を奪い、地域社会の崩壊を招く深刻な事態も生まれようとしています。

（2）沖縄辺野古新基地建設反対、核兵器廃絶をめざして

沖縄では、四回総会直前の名護市長選挙での稲嶺市長再選、二〇一四年一月の翁長県知事の誕生、二回の総選挙でのオール沖縄候補の圧勝など、辺野古新基地建設中止の民意がくり返し示されました。しかし辺野古では、民意を無視して新基地建設工事が強行されています。辺野古新基地建設反対のたたかいは、沖縄県民の人権を侵害し、憲法にもとづく民主主義も地方自治も破壊しようとする安倍政権が振りかざす権力とのたたかいです（G）。

全国の民医連は全力でこの沖縄のたたかいにとりくんできました。辺野古支援・連帯行動を第三七次から第四二次の六回実施、沖縄民医連平和を守るたたかいへの連帯行動、キヤンブ・シュワブゲート前座り込み支援、医療班の派遣、埋め立てを巡る国と沖縄県知事の裁判での公正な審理を求めるばがき要請行動にもとりくみました。

東村高江では、二〇一六年七月参院選の翌朝、住民への説明がないまま、全国から機動隊が投入され、住民、市民を強制排除し、ヘリパッド建設（※注）が強行されました。九月以降、全日本民医連は高江での座り込み集中行動を実施するとともに沖縄民医連の金曜行動に、三八県連が参加しました。

ヒバクシャ国際署名は、全日本民医連として、二〇二〇年九月までに二五〇万筆、四三回総会までに一〇〇万筆の目標を決定し、一月末現在三八万六一〇〇筆です。原水爆禁

として三〇〇万の目標を決定し、二〇一七年一二月末現在九万七八九六となっています。

や合理化を狙う動きもあり、憲法にうたわれる地方自治の本旨に基づく行政の姿勢が問われる事態です。

人・事業所が把握し、安心して住み続けられるまちづくりの政策を地域

未来につながる保障です。

第3章 42回総会方針に照らして の活動の特徴とまとめ

第1節 憲法をまもり、平和と権利としての社会保障

を守る運動の到達

りなどがとりくまれています。

（1）安倍の条改憲入 トップ、憲法をまもる運動

安倍首相の九条改憲発言を受け、

全日本民医連は二〇一七年六月、改憲を許さない行動を呼びかける理事

会アピールを発信し、第三回評議員

会方針で、民医連総領に「憲法をま

り、総数で一一〇人増になりました。新卒看護師も六年連続で一〇〇人以上の受け入れを実現しています。自分たちの力で後継者を確保し育てていくことこそ私たちの運動が

あります。

後継者対策では、二年間で、新たに一八八人の医学部選生を生み出し、

全国市民アクション」が結成され、各県、地域でも新しい共同を作るためのとりくみが始まっています。民医連の事業所、共同組織がそれらの重要な一員として奮闘しています。一一月三日には国会周辺での四万人集会はじめ、全国各地で集会やパレードが行われました。

「安倍の条改憲NO！」憲法を生み出す全国統一署名」が、戦後の最大規模の署名運動として二〇一八年五月三日までに三〇〇〇万の目標でスタートしています。民医連は理事会

で、民医連総領に「憲法をまもり生かす」ことを掲げ日々実践している組織として、必ず憲法九条を守るうと提起しました。全国の事業所で、さまざまな街頭宣伝、署名、スタンディング行動、職場宣伝づく

止世界大会には「〇一六年一二六九人、二〇一七年一三七〇人の参加で、成功に大きく貢献しました。」
一九五四年三月一日に発生した元船員らが起こした国家基盤環礁での米国の核実験による被爆に対し、元船員らが起訴した裁判は、二〇一八年二月一六日に結審を迎えます。一三人が申請した労災認定は、二〇一七年一二月二十五日、一人に対して不支給決定が出されました。裁判や労災認定を求めるたたかいでは、元船員の被ばくについての意見書を作成するなど、支援を続けてきました。人道上決して許されない国の不作為に対し、引き続き元船員の支援にとりくみます。

| G) 沖縄県での最近の主な米軍機トラブル | |
|----------------------|--|
| 2013年5月 | 沖縄県国頭村沖に米軍嘉手納基地のF15戦闘機が墜落 |
| 8月 | キャンプ・ハンセン（宜野座村など）でHH60救難ヘリ墜落。乗員1人死亡 |
| 15年8月 | うるま市沖で陸軍ヘリH60が米艦船の甲板に墜落。同乗の陸上自衛隊員2人を含む7人負傷 |
| 16年12月 | 名護市沖で輸送機オスプレイが不時着し大破、2人負傷。同じ日に別の機体が米軍普天間飛行場（宜野湾市）で胴体着陸 |
| 17年1月 | うるま市の伊計島でAH1攻撃ヘリ不時着 |
| 6月 | 伊江村の米軍伊江島補助飛行場にオスプレイ緊急着陸 |
| 10月 | 東村の牧草地で普天間飛行場のCH53E大型輸送ヘリ不時着、炎上 |
| 12月7日 | 普天間飛行場近くの保育園で米軍ヘリ部品と同一の落下物見つかる |
| 13日 | 普天間飛行場に隣接する小学校運動場にCH53E大型ヘリの窓落下 |
| 18年1月6日 | 伊計島の砂浜にUH1ヘリ不時着 |
| 8日 | 読谷村の廃棄物処理場にAH1攻撃ヘリ不時着 |

（3）人権としての社会保障実現を求めるたたかい
①社会保障解体路線とのたたかい
社会保障運動でも、これまでのつながりを超えた幅広い団体や個人と一緒に活動してきました。人道上決して許されない国の不作為に対し、引き続き元船員の支援にとりくみます。

月二十五日、一人に対して不支給決定が出されました。裁判や労災認定を求めるたたかいでは、元船員の被ばくについての意見書を作成するなど、支援を続けてきました。人道上決して許されない国の不作為に対し、引き続き元船員の支援にとりくみます。

賠償請求裁判は、二〇一八年二月一六日に結審を迎えます。一三人が申請した労災認定は、二〇一七年一二月二十五日、一人に対して不支給決定が出されました。裁判や労災認定を求めるたたかいでは、元船員の被ばくについての意見書を作成するなど、支援を続けてきました。人道上決して許されない国の不作為に対し、引き続き元船員の支援にとりくみます。

結びつき、「総がかり」のたたかいを模索してきました。当事者団体、介護を良くする運動、生活保護改悪反対の運動をはじめとして、国の責任による社会保障、社会福祉の充実を求める共同が広がっています。二年間で一四回の国会行動を行って、各地の事例や患者・利用者の声を届けました。

地域医療構想や国保都道府県単位化（※注）など県を単位とした社会保障解体に反対する運動では、北海道、山梨、長野、富崎などで地域医療を開かれ、埼玉や奈良で地域包括ケアを考える交流会や学習会などがとりくまれました。広島では「広島県地長会議で地域医療構想の学習や、国保の財政運営の都道府県への移行に伴う国保料の試算の把握を行い、情

報共有や交流をすすめできました。

二〇〇五年四月に、生活保護の老齢加算廃止に対し、京都で最初に提訴された生存権裁判から、一年半、最後の裁判となっていた兵庫裁判が、二〇一六年一月に最高裁判が、二〇一六年一月に最高裁判の上告を棄却され、不受理の決定が出され終結しました。

全日本民医連は二〇〇七年五月に発足した生存権裁判を支援する全国連絡会に参加し、たたかいを継続してきました。二年に及ぶたたかい

で、敗訴ましたが、母子加算を復活させ、福岡高裁では、原告勝訴の判決を勝ち取り、老齢加算廃止が高齢者の健康や人権問題にかかわるとした判決が出されました。またこの

運動は、生活保護基準が社会保障全

体や賃金のあり方に影響を及ぼすことから国民生活の根幹にかかわる制度だという認識を国民に広げました。

受療権を守るところ

②現場からの社保活動と職員養成、

いのち・憲法・綱領の視点で事例

を集め、日常の医療・介護現場から

遅れ死亡事例調査は各県連でも記者

発表にとりくみ、受療権侵害の実態

や無料低額診療事業のことが、毎月

のように、新聞、雑誌、ネットニュース、テレビ、ラジオで報道されま

した。各県連や法人・事業所では、

生活保護実態調査、一職場一事例活

動、気になる患者訪問、熱中症調査

などが行われ、記者会見や国会要請

行動、自治体キャラバン・交渉を通じて、制度改善の運動につながりました。

二〇一七年五月に全日本民医連は受療権を守る討論集会を開催し、

「無料低額診療事業の拡充と可視化」「国保都道府県化と国保四四条、七七条を実効あるものに改革していくなど討議・交流しました。

また、無料低額診療事業を利用す

る患者の保険薬局窓口負担について、厚労省担当者と懇談しました。
第四回青年社保セミナーにとりくみ、水俣病の実相と民医連のとりくみ

て、厚労省担当者と懇談しました。

となどを学びました。

る患者の保険薬局窓口負担について、厚労省担当者と懇談しました。

となどを学びました。

うとのえ、患者とともにたたかうこ

また、B型肝炎訴訟の被害者掘り起こしや支援の活動が山梨などでとりくまれています。

熊本地震での職員の健康管理に産

業医が早期からかかわることで、メンタルヘルスも含めた職員の健康被害の防止に役立ちました。とりくみの内容を、二〇一六年八月に日本社会医学学会で「緊急報告」として発表し、高い関心と評価が寄せられました。

医療部として「オブジーボ」をはじめとした高額医薬品問題に関する声明や「バイエル薬品の不正行為」の抗議声明を出しました。診療の現場での①新薬や高薬価薬を使用する場合は、安全性・有効性を集團的に検討することも、患者の経済的負担を考慮すること、②利益相反(※注)に関する自己点検、新薬の採用にあたって薬事委員会の役割的重要性を呼びかけました。

(5) J—HPHのと

広がり

日本HPHネットワーク(以下「J—HPH」)は、二〇一五年一〇月発足後、「超高齢社会と健康格差社会の中でのヘルスプロモーション活動」をメインテーマに、毎年J—HPHコーディネーターウークション(※注)とJ—HPHカンファレンスを開催しています。国際HPHカンファレンス(※注)にも連続して参加し、多数の演題を発表しました。また、カナダ家庭医協会の「BEST ADVIC E—SDH」の日本語版(※注)を翻訳し、広く普及しています。

現在J—HPH加盟事業所は、全ての病院で加盟を推進し、特にすべての事業所での加盟を進めています。また、民医連以外の事業所に対

し、それぞれの地域での医療・介護活動の連携を通じて加盟を訴える事も重要です。

(6) 歯科医療

医科・歯科・介護の連携では、全日本民医連のさまざまな交流集会等のとりくみで一步を踏み出し始めました。第一回看護・介護活動研究会では、口腔ケアをはじめとした歯科の教育講演や歯科衛生士による病院や施設での口腔ケアのとりくみが発表され、看護・介護の現場での口腔ケアの重要性を共有しました。第二回地域包括ケア交流集会では、口腔崩壊の現実から地域での歯科分野の重要性が確認され、第一回学術・運動交流集会の「テーマ別セッション」では、小児、産婦人科、精神分野、歯科分野の模擬カンファレンスが行われ、口腔見える格差と貧困(社会的困難)が各分野の症例に共通する困難であることが示されました。

四二期の歯科部の重点課題は、一期に提起した「民医連らしい歯科医療学生確保をはじめとした後継者育成③社会保障制度を守るための「総がかり行動」として、保険で良い歯科医療を求める請願署名のとりくみでした。歯科酷書第三弾は、社会的困難事例をキーワードに一二〇〇事業所から事例を、三つのカテゴリー(小児の事例、中断事例、無低診事例)で集めること、全職員が人権を守る歯科医療をすすめる視点で事例を深めることを目指し、とりくみました。事例をとりくんだ所長からは「自分の事業所には歯科酷書に載せるような事例はないと思っていました。患者を見る視点が変わった」と

の報告が寄せられています。

歯科選学生の拡大と歯科医師養成のとりくみでは、各県連・大学でデントル・ナビフェア(デンナビ)が行われ、研修歯科医や歯科選学生確保のとりくみが行われた結果、民運歯科の選学生は二〇一六年九人から一五人に増加しました。全国の歯科医師は、一〇年後までに五八人が定年退職し、第一線から退くことが予想されること、各県連により対策にとりくむ構えと選学生確保に差があることからも、引き続き重点課題です。

(7) 介護・福祉分野

四二期は、介護ウエーブ、介護安全部のとりくみや経営改善の課題、総合事業、職員の確保・養成などを重視してすすめきました。厳しい人材体制が続いているが、職員・現場の奮闘で活動の前進がはかられています。

介護ウエーブ(二〇一六・一七)では、介護保険制度の見直しが焦点になり、法案審議の段階では「改悪法案をつくらせない」ことを、法案上程後は法案の「廃案」を目標に掲げ、地域社保協とも連携しながら各地で多彩なとりくみをすすめてきました。財務省による「軽度」切り捨ての改悪提案を見送りに追い込んだことは、現場・地域から改悪中止を求める声を上げることの大切さを改めて示す成果でした。法「改正」後は、政府に対して制度改悪・報酬改善、処遇改善を求めるとともに、総合事業や第七期介護保険事業計画に対する自治体に向けた運動が各地でとりくまれています。

介護実践では安全性の追求と危機管理を重視してきたことが四二期の特徴です。全日本民医連では初めて介護安全委員会を設置し、法人・県連での組織的対応や日常的なリスクマネジメントの強化を提起

しました。医療・介護安全交流集会を通して各地の経験を学び合い実践に生かす中で、全国的にとりくみが大きく前進しています。しかし一方で、介護安全委員会の設置や活動状況など、現場でのとりくみが追いついていないなどの現状もあります。

介護分野における安全文化の醸成や医療現場の重大事故に対応した危機管理上の基本的考え方や対応のポイントについて提起しました(「介護現場の重大事故に對応した危機管理の基本指針」)。

**(1) 厳しさを増す
民医連経営**

二〇一六年度経営実態調査では、中期指標該当(※注)五ポイント以上(法人が六〇法人と過去最多で全

法人の三分の一を超えており、この状態が継続すれば、深刻な経営困難に直面することになります。医法人のうち事業で生み出した資金で借入金の返済が賄えない法人が、も含めると資金収支のバランスがとれていない法人が多数あります。一般的に必要とされる8%以上の事業キャッシュ率を確保している法人は三三法人(二〇・六%)、七%以上でも五〇法人(三三・二%)にすぎず、経営実態に見合った資金確保力は大変厳しいと言わざるを得ません。経常利益で予算を達成した法人は五一法人で、約三分の二の医科法人は経常利益予算を確保できていません。必ずしも適切な必要利益が予算化されている状況ではなく、それだけに多くの法人で必要利益が確保できない状況は明らかです(H)。

第4節 経営分野の到達

四二期は、すべての法人で必要利益を確保すること、県連・地協機能の強化と県連の中長期計画の作成、医師確保と養成を経営問題の中心課題と位置づけること、トップマネジメント機能の強化と全職員参加の経営の追求を重視してきました。各地協で経営委員会の体制強化や経営検討会の開催、困難法人への援助など地協経営委員会機能が強化され、民運統一会計基準推進士養成講座は過去最多の二七二人の推進士を養成しました。事例をとりくんだ所長からは「自分の事業所には歯科酷書に載せる中で、「無差別平等の医療と介護・福祉の実現」をめざし、受療権と健康権を守る民医連の事業と経営を守り抜くために直面している経営困難をなんとしても打開していくべき」と述べています。

同時に、今後いっそうの困難も予測される中で、「無差別平等の医療と介護・福祉の実現」をめざし、受療権と健康権を守る民医連の事業と経営困難をなんとしても打開していくべきが生まれ、報告することができた。患者を見る視点が変わった」と

理、現状分析をしっかり行い、法人内外の連携を強め、二〇一八年改定への的確な対応を含めた法人・事業所の経営基盤の強化をはかる」とが義務です。社会福祉法人の経営について、全日本民医連として統一会計基準に準じた経営指標(案)を検討・作成しました。多くの地協で社会福祉法人委員会が設置され、経営状況の検討や相互診断などの活動がスムーズが課題となっています。全日本民医連として、重大事故発生時の危機管理上の基本的考え方や対応のポイントについて提起しました(「介護現場の重大事故に對応した危機管理の基本指針」)。

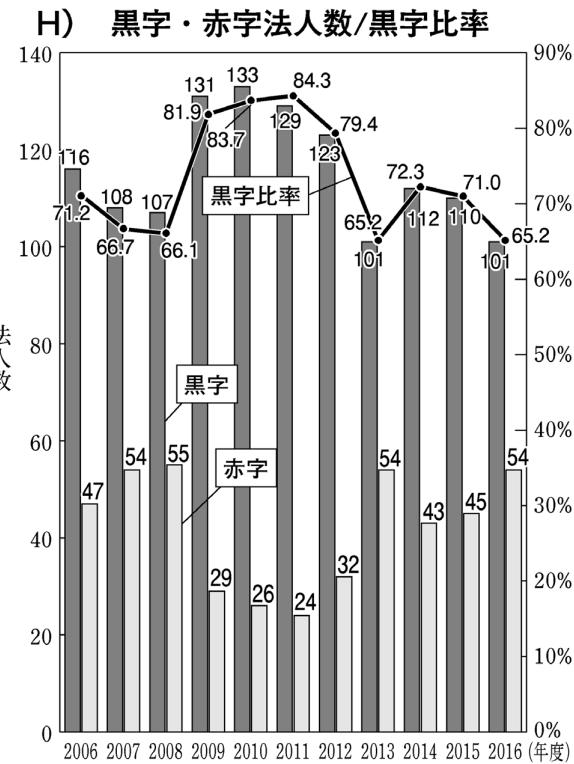
に、全職員、共同組織の知恵を結集してとりくみましょう。

全日本民医連経営部では、四二期中に各法人・県連からの要請を受け、経営調査、中期計画や予算作成の支援などにとりくみました。この間の経営困難に直面した法人の共通した課題は、①経営実態をリアルに認識することが組織としてできていないこと、②予算管理をはじめとして、管理運営に弱点があること、③マネジメントのための基礎的な実務や学ぶ行動が弱いことなどです。弱点幹部が、他の法人・事業所の経験を正面から受け止め、強みを大いに生かす方向で全力をあげましょう。

(3) 経営困難法人への援助をはじめ

とする県連、地協経営委員会のとりくみ

四一期以降、すべての地協で経営委員会が発足し、機能が強化されつあります。一方で、経営実態が深刻さを増し、資金危機が突発的に起ころリスクもあります。また、病院リニューアル等の大型投資を厳しい経営状況で実行せざるを得ない表情



もある中で、地協・県連の経営委員会機能の強化をはかる必要はさらに強まっています。この間、地協・県連経営委員会ミーティングや実質的論議のあり方（報告会に終わらず自らの課題として相互批判と知恵をあつめる議論を、など）について提起をして、一定の前進がみられます。さらなる機能強化に向けた対策が求められています。経営困難を抱えた法人が増加する中、客観的に相互検討する事ができる地協あるいは県連等での経営検討・予算検討などの機会をもつこと、継続的に経営状況を把握し、必要な応じて警鐘を鳴らすなどの意味で、地協・県連経営委員会

の役割は重要です。この間も九沖地協、近畿地協、北海道・東北地協などで経営支援がとりくまれました。民医連統一会計基準推進士養成講座の地協ごと開催も、四二期で三回目の実施となりました。受講者は三五〇人と過去最高となっています。

四二期の共同組織構成員は、二〇一七年一月末現在で三六九万人（目標三七〇万人）、「いつでも元気」誌は五万六六六五部（目標七万部）です。共同組織構成員は五万人も引き続きとりくみを強めて行くことです。全職員参加の経営の基礎として事務以外の合格者も出てきています。全職員参加の経営の基礎としても引き続きとりくみを強めて行くこととします。

二回の共同組織拡大強化月間では約六万人の純増となり、拡大目標三増となってています。二回の共同組織拡大強化月間では約六九万あと一步となりました。月間期間の「いつでも元気」普及は、二〇一六年一八五五部、二〇一七年一二三三五部（一〇～一月号）で、二〇一七年一月号の発行部数は五万六七八部となり、過去最大部数まで六六三部にまで回復しました。

月間では、地域に出かけ、共同組織構成員、地域の人々の声や困難をつかむことを方針としてかかげ、訪問行動にとりくんだことです。北海道央ブロックでは拡大強化月間六年連続で一万人の地域住民と共同組織構成員の訪問を行いました。その中から困難を解決につなげる事例も生まれています。福岡では県連で統一した共同組織向けアンケートを作成し、会員がおかれている状況を把握、分析する中で、共同組織の活動に参加できていない会員ほど、無料低額診療事業（※注）などの制度を知らないことが明確になりました。

訪問行動に職員が参加したところでは、「職員が参加すると訪問先で歓迎される」と共同組織の皆さんのが元気になり、参加した職員は「地域の実情をつかみ、地域からの期待を感じることができた」との感想が寄せられ、相乗効果が發揮されました。これらのとりくみを普及するために活動交流集会DVDを作成しました。

『いつでも元気』は、第一回共

の共同組織活動交流集会として開催されました。この間から「元気」誌を増やすとりくみが始まりました。

四二期に誌面をリニューアルし、規格サイズをはじめ題字、表紙デザインを一新しました。写真も大きくなり、全面フルカラーとなっていました。その結果を踏まえ、半数以上の職員が購読することをアピールとして提起しました。

四二期も、販売所交流集会を開催を行いました。その結果を踏まえ、販売所が読者を増やす要となると同時に、困難を抱えている職員も明らかになりました。販売所は五部以上の取り扱いで開設できる手軽さがあるので、販売所の状況を県連・法人・担当者が十分つかめず、配達・集金者がいなくなると同時に、その販売所の取り扱い部数がすべて減誌になる事態が起きていました。『元気』誌の増減部数が県連や法人で把握・管理できていないところもあり、販売所の方針について県連・法人で検討が必要です。

四二期は四年ぶりに共同組織担当者セミナーを開催しました。共同組織担当者が、まちづくりにかかる地域のさまざまな団体や個人とともに、その販売所の取り扱い部数がめられる課題を自覚し、実践につなげたためのまちづくりコーディネーターとしての役割を学ぶ機会となりました。

また、継続的に役員研修会をおこない、情勢を学び、民医連や共同組織の理解を深めながら、担い手づくりをするための取りくみも行われています。

能性を追求してきました。医学対活動では過去最高の選学生数に到達し、さらに前進を続けています。

その一方で、二〇一五年卒の初期研修医において民医連での後期研修への継続率が低下しました。民医連での初期研修を修了した一四一人のうち、六八人は民医連内で後期研修を開始し、定着率は四八%となり、それまでの六〇〇～六五%台の継続率から今回初めて五〇%を割りました。新専門医制度からの影響も示唆される一方で内科・総合診療・家庭医の分野でも低下が目立ち、民医連事業所にプログラムがあつても選択されるとは限らない傾向が明確になっています。

(1) 新専門医制度の

事業所にプログラムがあつても選択されるとは限らない傾向が明確になつています。

てり通都たし主に瘤にをつ見ぐ提医

(2) 医学対での明確な前進の教訓

(3) 民医連における

生獲得においても医学生運動の前進においても成果につながったことです。三つめは、地協の団結が全体の前進と同時に、個別の中小県連で前進を生み出す力になったことです。

(1) 職場づくり・職場教育の前進

第7節 職員の確保と養成、各職種の活動の到達

は当初の方針を転換し、専門医取
を必修ではない、とせざるを得ま
んでした。大学、研究機関の研究
養成と、地域医療の担い手の専門
養成を両立できない根本的矛盾の
つに医師数の絶対的不足があり
ます。

制度への対応としては、全国で
プログラムの立ち上げがすすむ中
全日本民医連として情報共有・発
しながら、地協内、オール民医連
連携を推進しました。特に重視し
内科、総合診療領域でプログラム
準備を大いにすすめました。同
に、四二回総会での「連携拠点
院」の提起も踏まえつつ、他の専
領域でも基幹型、連携型の条件の
るところでは積極的に整備を行
した。

四一期に提起された奨学生拡大口
ーデマップにむけた私たちの主体的
なところみど、医学生の自主的活動
の発展、SDHへの関心の高まりが
相まって大きな運動の前進が得られ
ました。四二期にとりくまれた奨学
生を増やす運動に続いた
Movement 11〇一六の前進は二〇
〇人受け入れ五〇〇人奨学生団体と
して目標達成の展望を開きました。
Movement 11〇一六は、医学生対策
のより／＼みる運動を、「増やす Mov-
ement」「育てる Movement」「挑む Mov-
ement」などのフレームで
ワークで提起し、また「奨学生とは何か、なぜ増やすのか」を正面からの議
論するひと（「深める Movement」）
を呼びかけました。奨学生の獲得を
中心に提起しつつも、奨学生の育成同
の課題や医学生運動との協力共同、

(4) 民医連の医師集

二〇一七年六月に開催された医師委員長・研修委員長会議は「これから

國語文庫

小病院の医師不足問題、青年医師教育、研究、交流に関する横断的支援の必要性などさまざまな意見がわされ、民医連で働く多様な医師たちみんなで医師集団づくりを話し合いました。

(2) 第2期憲法學羽

統一オリンピックセッション(※注)、セカンドミーティング(※注)、リストでの情報発信・交流、ACGMEマイルストーン(※注)の紹介と導医講習会、臨床研修交流会、イリストでの情報発信・交流、ACGMEマイルストーン(※注)の紹介と版権取得などのとりくみをすすめています。前回総会ではすべての基幹型研修病院のJCCEP受審を目指しましたが、今期新たな受審は四病院で、基幹型臨床研修病院四七病院中三病院となりました。現在準備をすすめている病院は四病院です。

教育指針（二〇一二年版）の具体化として、職場教育と職場づくりの実践交流をすすめ「職場管理者の五つの大切」（※注）の定着をはかるなどを重視してきました。また、改憲の危機がすすむ中で、全職員と共に組織の中で、憲法を学び生かす大運動が提起され、運動の推進へ向けてきました。

第7節 職員の確保と養成、各職種の活動の到達

会議では民医連医師のひとりひとりの多様性、民医連事業所の多様性が存在することを認識したうえで、どのような共通項を見出し、どのように民医連を担う医師集団を形成していくのかが議論されました。私たちの目標のもの、働き方の問題、いろいろな面での世代間のギャップ、小病院の医師不足問題、青年医師の教育、研究、交流に関する横断的支援の必要性などさまざまな意見が交わされ、民医連で働く多様な医師たちみんなで医師集団づくりを話し合おうと意図統一されました。

（2）第2期憲法学習の到達と特徴

特に、①気になれる患者カソファレンスを続ける中で職員の患者を見る視点が変化している（板木）、②職員のよいといろ探しで新入職員などが、③職種を超えたケアカンファレンスの開催で各職種が専門的な視点で意見を交換し合い、コミュニケーションの向上、職員同士の信頼関係につながっている（鹿児島）、④ヘルパー職員の集団化をかり専門職として意識を高めた職場づくり（香川）の経験は教訓に富るものでした。

無料低額診療を利用している患者の相談活動を行い、生活背景に迫るところまで無料低額診療事業への理解が深まり民医連への確信になつた、職責者会議を充実させて職場で

抱えている課題について交流し、問題解決をはかり経営改善にもつながる民医連の医療、それを担う医師集団のありようを探そう」と問題提起し、民医連医師集団に求められる重要な柱として「二つの柱を実践する医師集団」をつくりだすことを位置づけました。

会議では民医連医師のひとりひとりの多様性、民医連事業所の多様性が存在することを認識したうえで、どのような共通項を見出し、どのように民医連を担う医師集団を形成していくのかが議論されました。私たちの目標のもの、働き方の問題、いろいろな面での世代間のギャップ、小病院の医師不足問題、青年医師の教育、研究、交流に関する横断的支援の必要性などさまざまな意見が交わされ、民医連で働く多様な医師たちみんなで医師集団づくりを話し合おうと意図統一されました。

（2）第2期憲法学習の到達と特徴

二〇一六年一〇月から一年間、「職員一人一人が憲法を自分の生活に加え、民医連の日常活動にひきよせて理解し憲法を守り生かすとくみに踏み出すこと」を目標に第一期憲法学習運動を提起しました。学習材料として毎月一回「MINIREN憲法cafe」を発行、これを活用した学習会一万四五七七回、参加者数一〇万六三七九人、全ての学習参加者一五万五六九人となりました。

「MINIREN憲法cafe」と職員コラム「現場から見える憲法」、弁護士コラム「憲法は希望」を掲載し、職員が手に取りやすく、気軽に読めるよう工夫しました。職場会議や朝礼、委員会内の短時間での学習をするめどで、介護事業所などでは非常勤職員も参加しました。

職場単位、職員同士の語り合いで、憲法の内容について「初めて知った」という声も多く、貧困と

格差、教育、雇用など自分自身の暮らしや仕事と結びつけて、討議し、感想が交わされました。学習活動が定着した職場では、民医連の機関誌「学習する前は、『自國を守る軍事力が必要』と少なからず考えていた。戦争が恐ろしいことや九条の真意を知らなかつたからだと思う。それでも半ば強行される戦争法へとするむ政治を果たして止めることができるかと不安にもなる。話し合いと交渉で解決できることが当たり前の世の中になるよう努力したい」「地域の人々の権利を第一に考え、その人らしく生きることをささえるためにチームで力を合わせてやる」など感想が寄せられています。

憲法学習すべての職場でとりくんだ宮崎や、毎回の職責者会議で議論した京都・熊本、トップ管理者がリーダーシップを發揮し、ほぼ全員が学習に参加した東京・東部協議会など積極的な経験がうまれた一方、なかなかとりくめない職場もありました。各県連で今後の学習に向けて自己点検をすめましょう。

憲法学習の推進体制と方針を確立し管理会議や職責者会議等で議論を重ねること、職責者を援助し職員の感想・意見を掘り下げて学びを深める機会を作ることが重要です。また、集約が十分でない県連・法人も見られました。活動集約の意義は、全体状況を把握するなかで事業所・職場の実態をつかみ、教訓を普及し、必要な援助を行い、実践していくことがあります。

(3) 職員の健康管理

について

医療・介護の現場において、職員の健康管理はとても重要です。労働基準法・労働安全衛生法に基づく諸

制度の整備を徹底し、積極的に法令

を生かしてゆくことは、管理部の責任です。四二期も、「健康で働き続けられる職場づくり」パンフレットを基本に、メンタルヘルス、ハラスメント、ノーリフト、災害時の健康を守ることとのとりくみや対策を行いました。熊本地震の支援活動では東日本大震災の支援の教訓から、支援者、職員へのヘルスケアに本格的にとりくみ、改善がはかられました。

労働時間管理、疾病を持ちながら働く職員への援助、訪問現場の問題、有害物質から健康を守るとりくみやストレスチェック(※注)の有効活用なども含めて、すべての事業所が安全衛生委員会を適切に開催し産業医を配置することが望まれます。また、民医連として産業医養成の課題も重要です。

民医連の看護を牽引する看護幹部の養成のために看護幹部研修会を開催し五一人が受講しました。政治理経済・現代史・社会科学・医の倫理等を学び、福島や沖縄のフィールドワークを通じて看護幹部としての決意を固める場となりました。

二〇一八年九月末に開催される第一回看介研では、「民医連のめざす看護」とその基本となるもの」の分科会を行います。旺盛なとりくみを持ち寄り交流します。

二〇一八年九月末に開催される第二回看介研では、「民医連のめざす看護」とその基本となるもの」の分科会を行います。旺盛なとりくみを持ち寄り交流します。

新卒薬剤師確保は回復傾向ですが、退職者数は依然として多く確保が難しくなります。民医連として迎えられたためのサポート体制、薬学生担当者の配置が必要です。実務実習、

事業所見学・インターンシップなどのとりくみを充実させましょう。中小病院の薬剤師確保は困難を抱えています。長崎民医連への薬剤師支援を一〇月より開始しました。確保と定着が図られず薬局運営が困難になるケースも発生しています。薬局の困難や課題を病院管理部が把握し、病院全体の課題として改善することが大切です。

保険薬局では健康サポート薬局としての機能をさらにすめます。保険薬局における無料低額診療事業の対応について、厚労省との懇談を行いました。薬価改定、処方箋枚数の減少、調剤報酬改定などの影響で、経営が厳しさを増しています。経営管理の強化が求められます。

歯科事業所では、事務長が配置されていない事業所があることや、約半数が非常勤職員です。事務幹部育成のための具体的な着手をすすめることが必要です。

歯科の経営活動について、二〇一六年度歯科経営実態調査では、黒字事業所比率は七一・四%(二〇一四年度六七・八%、二〇一五年度七〇

(4) 37回青年ジャンボリー

について

三七回全国青年ジャンボリーは、福島の青年の「ぜひいまの福島を自分の目で見てほしい」という思いを受け止め、福島で開催しました。震災、原発事故が人々にもたらしたことの重大さと現実、これから私たちが考えていかなければならないことなどを記念講演やフィールドワークを通じて、大いに語り交流しました。実行委員会に参加した青年職員は、議論を経る中で、さまざまな意見をまとめて集団で一つの目標を達成する経験を積むなど成長してきました。県連や法人・事業所で青年職員全体の成長のなかでJB活動が果たしている役割を把握し、援助をすすめましょう。

三七回全国青年ジャンボリーは、福島の青年の「ぜひいまの福島を自分の目で見てほしい」という思いを受け止め、福島で開催しました。震災、原発事故が人々にもたらしたことの重大さと現実、これから私たちが考えていかなければならないことを記念講演やフィールドワークを通じて、大いに語り交流しました。実行委員会に参加した青年職員は、議論を経る中で、さまざまな意見を見ました。活動集約の意義は、全体状況を把握するなかで事業所・職場の実態をつかみ、教訓を普及し、必要な援助を行い、実践していくことがあります。

民医連の看護を牽引する看護幹部の養成のために看護幹部研修会を開催し五一人が受講しました。政治理経済・現代史・社会科学・医の倫理等を学び、福島や沖縄のフィールドワークを通じて看護幹部としての決意を固める場となりました。

二〇一八年九月末に開催される第一回看介研では、「民医連のめざす看護」とその基本となるもの」の分科会を行います。旺盛なとりくみを持ち寄り交流します。

新卒薬剤師確保は回復傾向ですが、退職者数は依然として多く確保が難しくなります。民医連として迎えられたためのサポート体制、薬学生担当者の配置が必要です。実務実習、

事業所見学・インターンシップなどのとりくみを充実させましょう。中小病院の薬剤師確保は困難を抱えています。長崎民医連への薬剤師支援を一〇月より開始しました。確保と定着が図られず薬局運営が困難になるケースも発生しています。薬局の困難や課題を病院管理部が把握し、病院全体の課題として改善することが大切です。

保険薬局では健康サポート薬局としての機能をさらにすめます。保険薬局における無料低額診療事業の対応について、厚労省との懇談を行いました。薬価改定、処方箋枚数の減少、調剤報酬改定などの影響で、経営が厳しさを増しています。経営管理の強化が求められます。

歯科事業所では、事務長が配置されていない事業所があることや、約半数が非常勤職員です。事務幹部育成のための具体的な着手をすすめることが必要です。

歯科の経営活動について、二〇一六年七月、福岡・大阪・名古屋・東京の四地裁で、H.P.Vワクチン接種に伴った健康問題に対し、国と製薬企業を相手に集団訴訟が始まりました。現在、原告一一九人で裁判が行われています。健康被害を訴える方とその家族に寄り添う変更しました。

「特定行為に係る看護師の研修制度」に対する方針を策定している法人は「割弱です。二〇一五年五月の「医療のあり方を大きく変える『特定行為に係る看護師の研修制度』について民医連の考え方と留意点」を参考に方針を検討しました。

在宅での看取りにおける規制緩和として「情報通信機器(ICT)」を利用して死亡診断等ガイドライン

「厚労省」が出されました。在宅での穏やかな看取りが困難な状況に応応するとしながらも、携帯型心電

図による心静止確認、外表検査(全身観察と写真撮影)、死斑・死後硬直の確認、虐待の可能性の判断等を看護師が行い、情報通信機器(ICT)を使用して情報を探して、医師に送信し医師が直接患者を診ることなく死亡診断を行うという多くの問題が懸念されています。民医連としての見解を表明します。

二〇一八年九月末に開催される第二回看介研では、「民医連のめざす看護」とその基本となるもの」の分科会を行います。旺盛なとりくみを持ち寄り交流します。

新卒薬剤師確保は回復傾向ですが、退職者数は依然として多く確保が難しくなります。民医連として迎えられたためのサポート体制、薬学生担当者の配置が必要です。実務実習、

事業所見学・インターンシップなどのとりくみを充実させましょう。

中小病院の薬剤師確保は困難を抱えています。長崎民医連への薬剤師支援を一〇月より開始しました。確

保と定着が図られず薬局運営が困難になるケースも発生しています。薬局の困難や課題を病院管理部が把握し、病院全体の課題として改善することが大切です。

保険薬局では健康サポート薬局としての機能をさらにすめます。保

険薬局における無料低額診療事業の対応について、厚労省との懇談を行いました。薬価改定、処方箋枚数の減少、調剤報酬改定などの影響で、経営が厳しさを増しています。経営管理の強化が求められます。

歯科事業所では、事務長が配置されていない事業所があることや、約半数が非常勤職員です。事務幹部育成のための具体的な着手をすすめることが必要です。

歯科の経営活動について、二〇一六年七月、福岡・大阪・名古屋・東京の四地裁で、H.P.Vワク

チン接種に伴った健康問題に対し、国と製薬企業を相手に集団訴訟が始まりました。現在、原告一一九

人で裁判が行われています。健康被害を訴える方とその家族に寄り添う変更しました。

「特定行為に係る看護師の研修制度」に対する方針を策定している法

人は「割弱です。二〇一五年五月の「医療のあり方を大きく変える『特

定行為に係る看護師の研修制度』について民医連の考え方と留意点」を参考に方針を検討しました。

在宅での看取りにおける規制緩和として「情報通信機器(ICT)」を利用して死亡診断等ガイドライン

「厚労省」が出されました。在宅での穏やかな看取りが困難な状況に応応するとしながらも、携帯型心電

図による心静止確認、外表検査(全

身観察と写真撮影)、死斑・死後硬

直の確認、虐待の可能性の判断等を看護師が行い、情報通信機器(ICT)

を使用して情報を探して、医師に送信し医師が直接患者を診ることなく

死亡診断を行うという多くの問題が懸念されています。民医連としての見解を表明します。

二〇一八年九月末に開催される第二回看介研では、「民医連のめざす看護」とその基本となるもの」の分科会を行います。旺盛なとりくみを持ち寄り交流します。

新卒薬剤師確保は回復傾向ですが、退職者数は依然として多く確保が難しくなります。民医連として迎えられたためのサポート体制、薬学生担当者の配置が必要です。実務実習、

事業所見学・インターンシップなど

のとりくみを充実させましょう。

中小病院の薬剤師確保は困難を抱えています。長崎民医連への薬剤師支援を一〇月より開始しました。確

保と定着が図られず薬局運営が困難になるケースも発生しています。薬局の困難や課題を病院管理部が把握し、病院全体の課題として改善することが大切です。

保険薬局では健康サポート薬局としての機能をさらにすめます。保

険薬局における無料低額診療事業の対応について、厚労省との懇談を行いました。薬価改定、処方箋枚数の減少、調剤報酬改定などの影響で、経営が厳しさを増しています。経営管理の強化が求められます。

歯科事業所では、事務長が配置されていない事業所があることや、約半数が非常勤職員です。事務幹部育成のための具体的な着手をすすめることが必要です。

歯科の経営活動について、二〇一六年七月、福岡・大阪・名古屋・東京の四地裁で、H.P.Vワク

チン接種に伴った健康問題に対し、国と製薬企業を相手に集団訴訟が始まりました。現在、原告一一九

人で裁判が行われています。健康被害を訴える方とその家族に寄り添う変更しました。

「特定行為に係る看護師の研修制度」に対する方針を策定している法

人は「割弱です。二〇一五年五月の「医療のあり方を大きく変える『特

定行為に係る看護師の研修制度』について民医連の考え方と留意点」を参考に方針を検討しました。

在宅での看取りにおける規制緩和として「情報通信機器(ICT)」を利用して死亡診断等ガイドライン

「厚労省」が出されました。在宅での穏やかな看取りが困難な状況に応応するとながらも、携帯型心電

図による心静止確認、外表検査(全

身観察と写真撮影)、死斑・死後硬

直の確認、虐待の可能性の判断等を看護師が行い、情報通信機器(ICT)

を使用して情報を探して、医師に送信し医師が直接患者を診ることなく

死亡診断を行うという多くの問題が懸念されています。民医連としての見解を表明します。

二〇一八年九月末に開催される第二回看介研では、「民医連のめざす看護」とその基本となるもの」の分科会を行います。旺盛なとりくみを持ち寄り交流します。

新卒薬剤師確保は回復傾向ですが、退職者数は依然として多く確保が難しくなります。民医連として迎えられたためのサポート体制、薬学生担当者の配置が必要です。実務実習、

事業所見学・インターンシップなど

のとりくみを充実させましょう。

中小病院の薬剤師確保は困難を抱えています。長崎民医連への薬剤師支援を一〇月より開始しました。確

保と定着が図られず薬局運営が困難になるケースも発生しています。薬局の困難や課題を病院管理部が把握し、病院全体の課題として改善することが大切です。

保険薬局では健康サポート薬局としての機能をさらにすめます。保

険薬局における無料低額診療事業の対応について、厚労省との懇談を行いました。薬価改定、処方箋枚数の減少、調剤報酬改定などの影響で、経営が厳しさを増しています。経営管理の強化が求められます。

歯科事業所では、事務長が配置されていない事業所があることや、約半数が非常勤職員です。事務幹部育成のための具体的な着手をすすめることが必要です。

歯科の経営活動について、二〇一六年七月、福岡・大阪・名古屋・東京の四地裁で、H.P.Vワク

チン接種に伴った健康問題に対し、国と製薬企業を相手に集団訴訟

が始まりました。現在、原告一一九

人で裁判が行われています。健康被害を訴える方とその家族に寄り添う変更しました。

「特定行為に係る看護師の研修制度」に対する方針を策定している法

人は「割弱です。二〇一五年五月の「医療のあり方を大きく変える『特

定行為に係る看護師の研修制度』について民医連の考え方と留意点」を参考に方針を検討しました。

在宅での看取りにおける規制緩和として「情報通信機器(ICT)」を利用して死亡診断等ガイドライン

「厚労省」が出されました。在宅での穏やかな看取りが困難な状況に応応するとながらも、携帯型心電

図による心静止確認、外表検査(全

身観察と写真撮影)、死斑・死後硬

直の確認、虐待の可能性の判断等を看護師が行い、情報通信機器(ICT)

を使用して情報を探して、医師に送信し医師が直接患者を診ることなく

死亡診断を行うという多くの問題が懸念されています。民医連としての見解を表明します。

二

また一〇年ぶりに民医連における「リハビリテーションのあり方提言」を改定し、学習会はほぼ全国の部会、事業所等でとりくまれました。ICF（※注）の理念とSDHの視点を持ち、人権・健康権を守る為に行動する、といった訴えに大きな反響がありました。今後、リハビリの診療報酬の包括化の流れ、アウトカム評価の強化やリハビリの終了・卒業を前提とした加算、貧弱な基盤の上での総合事業の拡大など、重大な変化が危惧されています。しかし、リハビリ技術者は制度の枠にかわらず、多様な場面で対応が出来る強みがあります。幹部を先頭に、「知る、つながる、行動する」事で困難を開拓する集団に成長する事が求められています。

率、額で五億三六〇〇万円余（黒字率三・二%）となりました。その要因は、患者結集を追求し患者増加、訪問診療が前年比で九・三%増加し、事業収益でも増加しています。診療構造の転換による材料費、技工委託費の減少により費用は収益の伸びの範囲に收めており、「増収増益」の体質に変化しつつあります。赤字が固定化し困難な事業所に対する現地調査を行いました。

全国的な民医連の検査技師の交流集会を二〇一七年秋に開催しました。医療・介護活動の二つの柱で、民医連の検査技師がどのような役割を果たしていくのか議論し、チーム医療における役割の深化がもとめられています。

（放射線）

放射線技師施策（二〇一三年）にそつて、女性技師の増加や世代交代をみすえた職場環境の整備、技師集団

ら憲法で保障された権利としての社会保障を充実させるため日々活動してきました。前期全日本で初めて開催した中堅職員研修会は近畿地協、九州沖縄地協でとりくまれ、他の地協でも準備が開始されています。二〇一七年六月に病院SW、老健支援相談員を対象に退院、退所にかかわる業務について「SWアンケート調査」「病院・老健概況調査」を行いました。四二期は医療部のSDH研

第8節 全日本民医連の活動

(1) 理事會活動

毎月の理事会、部会活動を軸に全国方針を打ち出していました。理事会、部会、委員会を合わせると全県連からの参加で全日日本医連の活動がささえられています。また世代交代の時期 新任理事研修の実施や、各月の理事会学習の開催など理事自身が学びながら民医連運動をすすめてきました。

四二回総会で、地域医療構想など都道府県を単位とした運動がより重要となる時代として「県連の出番」を強調し、とりくんできました。県連事務局長研修会、地協・県連を単位とした事務幹部や幹部養成のとりくみ、経営活動のとりくみがすすみました。また、いくつかの専門部では地協単位で構成され、県連・事業所との風通しをよくし、とりくみが強められました。

複雑で急激に展開する情勢の下で矢継ぎ早に出される国の施策に対し、理事会や各専門部が学習と研究を深め、政策的的力量を上げていくことが課題となっています。全国会議の多さ、集会開催時期の問題、「問題提起」のあり方なども、今後改善

が必要です。

協からの支援のとりくみ、いくつかの経営困難法人への支援など全日本医医連の連帯の力が發揮された二年間でした。二〇一七年一二月、郡山市医療生協が経営困難に陥り、経営困難支援規程にもとづく要請を法人と福島県医連から受け、現地調査を実施しました。

(2) 学術・運動交流 集会、国際活動 共済活動など

一〇一七年一〇月に茨城県つくば市で開催した全日本民医連第一回学術・運動交流集会は第四二回総会の方針に沿った三つのメインテーマを掲げ、全県連から一二五〇人が参加しました。分科会は六九〇演題が集まり、四つのテーマ別セッションと合わせ、お互いに学習と交流を深めました。奈良女子大学大学院の中山徹教授が「政府がすすめる地域の再編に対して、安心して暮らしえ続けられる地域をどう展望すべきか」をテーマに記念講演を行いました。

韓国をはじめとする国際活動が活発に行われました。韓国の青年医師

や医学生らが、原水禁世界大会に参加し（二〇一六年広島大会一八人、うち医学生一〇人、二〇一七年長崎大会一四人、うち医学生八人）民医連職員と交流を深めました。全国青年ジャンボリーへ緑色病院（韓国）から三人の職員が参加し、その後代々木病院で同じ職種が活動する現場の見学と交流を行いました。また韓国の医師が民医連の高齢者医療・介護について西淀病院等での研修を行いました。さらに、市民の健康増進を研究するメンバーが富山民医連の事業所に見学に訪れました。学術・運動交流集会では、健康権を守る日韓の運動と実践を学ぶことをテーマに国際フォーラムを行いました。

三〇周年を迎えて、全日本民医連としてレセプションへ参加しました。また、フランス国際シンポジウムに招待を受け代表を派遣しました。いずれも、世界的な新自由主義の広がりの中で、反緊縮、健康権の実現へ向けた各国の運動の広がりを確信する交流でした。キューバ視察にとりくみました。中国における旧日本軍遺棄化学兵器被害に対し、引き続き被害者検診や裁判支援に協力しました。その過程で自律神経障害や高次脳機能障害とその後遺症についてあきらかにしてきました。チチハルで初めて中国の医師と協力して検診を行い治療につなげることができました。曝露から一〇数年経過し、ガ八ヵ月が経過しました。この裁判は、ずさんな捜査によって不当に起訴されたものです。二〇一七年七月から証人尋問がはじまり、あづみの里の職員をはじめ医師も証言台に立って一つ一つ事実を明らかにしていく中で、被告の無罪を主張しました。裁判はいよいよ終盤を迎えるとしています。この間、多くの民医連職員が裁判傍聴に駆け付け、法廷内にたたかいを注視しています。また、法廷外では県連、法人、事業所で支援者集会や学習会が数多く開かれ、弁護士とあづみの里職員が講師として参加しています。無罪を勝ち取る会が提起した署名は一四万筆を超えました。

全日本民医連の共済は設立四五年を迎えるました。二〇一六年四月の熊本地震で被災した職員への災害見舞金給付は約一〇〇件に及び、全国の連帯が発揮され、熊本民医連の職員を励ました。

などで学習会が開かれました。学習の関係、民医連運動における共済活動の意義を正しく継承することや、新自由主義が猛威を振るい「自己責任論」が強まる中で、民医連共済の役割を再確認することでした。学習を通じて、あらためて民医連共済の歴史と理念、意義と役割が理解されました。特に、民医連共済は民医連運動と一緒に不離の関係で発展していくことや、全職員が加入することを原則としていることが確認されたことは重要です。

介護の未来がかかった裁判として長野県民医連特養あづみの里裁判への全国支援にとりくんできました。

ノーベル平和賞授賞式で被爆者であるサーゴー節子さん（カナダ在住）は「核兵器は、必要悪ではなく絶対悪であること」「核兵器の存在は）人類を危機にさらしてしまった暴力システム」であると痛烈に核抑止力論を批判し、すべての国に核兵器禁止条約への参加を呼びかけました。アメリカであり、北朝鮮であり、また事故による爆発やテロであり、朝鮮半島で核兵器が使用される事態になれば、日本、アジア全体は壊滅的な被害となることは自明です。

北朝鮮の核開発やあいつぐミサイル発射などに対し、安倍首相は「対話でなく圧力」、「核の先制使用も選択肢」としたアメリカとトランプ・安倍共同声明（一七年二月）を出した。憲法とともに、被爆国としての役割も放棄し、核兵器を自ら使用しないまでもアメリカが核兵器を使用することを容認するという異常な核抑止力の立場を鮮明にした外交をすすめています。アメリカが七〇〇発もの核兵器を保有しても、北朝鮮の核開発を抑止できませんでし

第1節 憲法をまもり、生かし、平和な日本と北東アジアを

新自由主義・経済のグローバル化と軍事大国化による貧困と格差の広がりと戦争を止め、平和と人権のために九条改憲と社会保障解体を許さないたたかいをすすめます。第二に、医療・介護活動の二つの柱の実践を各事業所や部署で目標を持つてすすめます。第三に、共同組織とともに安心して住み続けられるまちづくりの運動、住民本位の自治体づくりに本格的にとりくみます。そしてこれらを通じて、非営利・協同、地域の共同の財産である民医連事業所の経営を断固として守り抜きましょう。民医連との事業所に対する地域

づく医療・介護を実践し、健康権・生存権の担い手として奮闘する一人の職員への信頼から生まれます。事業所は、すべての職種の技術、技能の修練と社会的な使命の自覚が促進されるよう支援し、さらに人間的な発達のできる組織になるよう実践しましょう。

そして、市民社会を形成する個人、団体が自らの役割を自覚し、政治参加し、力を合わせて希望を実現する、その架け橋としての全職員、共同組織の皆さんへの奮闘を呼びかけます。

憲法を持つ日本こそが、それを力で定めた。武力による平和主義を外交に当たることが決定的に重要です。非戦の憲法九条、核兵器を廃絶する、この二つは日本国民が戦争から得た最大の教訓です。どちらも壇場としている安倍政権こそが、日本と北東アジアの平和にとって最大の脅威です。

憲法九条を守り抜くことが四三期の最大の運動です。改憲の発議を許さず、九条を積極的に実践していくことが大切です。それは、民医連綱領そのものの実践です。「核兵器撃滅」を批准しよう、「戦争より社会保障に財政を」「沖縄の海にも陸にも基地はいらない、平和で豊かな沖縄を」、この声を響かせましょう。

約が必要です。理想ではなく核戦争を防ぐためには核抑止方論よりもはるかに現実的な政策です。日本と韓国が、「アメリカによる一切の核使用に協力しない」と政策を変更すれば、この壊滅的な危機を回避する方向へと向かいます。日本、韓国、北朝鮮が核兵器禁止条約に入ることで北東アジアに非核兵器地帯を生むことができます。

武力によるない平和主義を定めた憲法を持つ日本こそが、それを力で外交に当たることが決定的に重要です。非戦の憲法九条、核兵器を廃止する、この二つは日本国民が戦争から得た最大の教訓です。どちらも博大そうとしている安倍政権ですが、日本と北東アジアの平和にとって最大の脅威です。

戦争する国づくりを止める上で、安倍九条改憲ストップとともに、米海兵隊の最新鋭出撃基地とされようとしている沖縄の辺野古新基地建設、米軍機が約一三〇機も常駐する東アジア最大の米軍航空基地にされ

設の中止、米軍の全土展開に伴う基地反対の運動を全国で強めよう

- ・ 今までに、三〇〇万です。
安倍九条改憲の危険な内容を職員
共同組織で学び、運動を広げること
とが鍵です。憲法學習第二弾のDV
Dを使った学習運動に総会までに一
〇〇%の職員が参加しましょう。
発議された場合、全国会議を開催
し特別の体制と方針を確立します。
改憲阻止を勝ち取りましょう。

えさせない、この国民的な大運動を必ず、やりあげましょ。

安倍九条改憲NO・全国市民アクションのすすめる全国三〇〇〇万人署名の達成で九条改憲ストップの世論を可視化しましょう。三〇〇〇万の声が集まれば、発議は容易にはできません。九条の会をはじめ、すべての地域で広範な共同を作り上げてきましょう。

自民党はできればこの通常国会遅くとも秋の臨時国会で憲法改正の国会発議を行うとしています。今年前半の運動が大切です。戦後、平和二八種を守つてきに憲法を中央にて

万署名を推進し
改憲発議を止め
よう

核兵器禁止条約の採択により、核保有国がさらに厳しい立場に追い詰められています。核兵器禁止条約の発効、核兵器廃絶まで、ますます大きな運動が求められています。条約にはすでに五六カ国が署名し、四カ

の歴史的成果に立ち、ヒバクシヤ国際署名の飛躍と被爆者支援に全力を

奮闘しましょう。
名護市沖やオーストラリア沖で墜落し死傷者がでるなど重大な事故が続き、事故率が九月末時点では海兵隊機全体の平均を上回っている欠陥機オスプレイが日米共同訓練の名の下で、全国の市街地上空を飛び回っています。言語道断です、即時撤去を求めます。

が必要で、県民世論にささえられ、いかなる手段をもってでも工事を止めると決意する市長、知事の前に辺野古新基地建設は不可能です。引き続き辺野古新基地建設反対と高江ヘリパット撤回のたたかいに連帯し支援を続け、とりわけ二月四日投票の名護市長選挙で稻嶺市長、一月の沖縄県知事選挙で翁長知事選挙のころ、全国から電音を轟かし、

が支援する市民の非暴力の精神強い運動により予定通り工事はすすんでいません。今後、工事をすすめるには、名護市長や沖縄県知事の工事に対するやまやまの許認可(※注)

ようとしている山口・岩国基地など日本全国の米軍基地強化反対の運動をすすめましょう。また米軍再編・強化と一体にすすめられている自衛隊基地強化にも反対していきましょう。辺野古への新基地建設は、碎石搬入などを强行し工事を行っていま
すが、オール沖縄のたたかいと全国

昨年一月、広島地裁が「原爆症の認定の取り消しが不当である」と求めた原告二人の訴えを却下し、これまでの「原爆症認定」を求めて積み重ねてきた「集団訴訟」の流れに逆行する判決をくだしました。原告は亡くなつた一人を除

ぐ中、二〇一〇年より「ノーモ・ヒバクシャ訴訟」が始まりました。政府が新しい審査方針（※注）を再改訂し、爆心付近で被爆していても原爆症と認めないため、多くの被爆者が苦しみ続けています。

器廢絶の実現に向かっていることを広く知らせ、核兵器廢絶の大きな世論を起こしましょう。そして日本政府に核兵器禁止条約の署名・批准を迫りましょう。

年、この目標に到達するための飛躍が世界を変えることになります。民医連として、総会までに一〇〇万筆、NPT再検討会議が開かれる二〇一〇年までに三〇〇万筆達成するよう、節と目標を定めて署名とりくみます。あらゆるつながりを生かしてヒバクシャ国際署名を地域でひろげ、各地域で署名推進連絡会を開き、サヨクの流れは確実に広がります。

核廃絶の先頭に立つ日本政府は
変えていかなくてはなりません。

国が批准しています。条約発効の基準である五〇カ国の批准を早期に達成することが焦点です。核保有国や日本も含む同盟国での運動と世論が決定的です。引き続き被爆者とともに世界に広島・長崎の被爆の実相を知らせ、核兵器廃絶の世論を高め、唯一の戦争による被爆国にふさわし

がり、受療権が剥奪されています。最近はがん治療が外来で実施され、高額な治療薬が長期間使用される事例などの事態を明らかにして社会問題化し、高すぎる窓口負担の改善、廃止を実現しましょう。

子どもの医療費助成制度の拡充です。PTAや「子どもの貧困問題」にとりくむNPOや教育関係者、医師会など幅広い共同で、国の制度として義務教育終了時までの助成制度を実現し、さらに一八歳以下の助成制度をめざしましょう。

また一部負担金の撤廃を求めていましょう。子ども医療費や介護保険の福祉用具購入費や住宅改修費などの「償還払い」制度は、受診・利用抑制につながります。現物給付方式を全国一律に実施させましょう。

(8) 無料低額診療事業制度の拡充と可視化、すべての事業所が無料の事業所が無料の申請を

低賃金・低収入や自己責任論の影響など深刻な実態がすむ中、無料低額診療事業が医療継続にならぬことが明らかになっていまます。プライバシー保護に十分留意して無料低額診療事業の実態を可視化し、社会保障制度の問題点や運用上の歪みを明らかにし、社会保障充実のたたかいに結びつけましょう。無料低額診療事業の当事者自身が声を出し立ち上がるこことは重要です。当事者に過度な負担を与えないように十分配慮しながら、その実態を発信し、ともにたたかいましょう。無料低額診療事業を、共同組織の機関紙や班会でも大いに周知しましょう。

責任論」の蔓延と、受給者の権利を

が無料低額診療事業に挑戦するとともに、自治体病院など医医連以外の医療機関も無料低額診療事業によりもいます。こうした受診抑制や中断もいます。

子どもの医療費助成制度として重要な制度として義務教育終了時までの助成制度を実現し、さらに一八歳以下の助成制度をめざしましょう。

また一部負担金の撤廃を求めていましょう。子ども医療費や介護保険の福祉用具購入費や住宅改修費などの「償還払い」制度は、受診・利用抑制につながります。現物給付方式を全国一律に実施させましょう。

二〇一八年、医療提供体制を縮小するため地域医療構想が地域医療計画として動き出します。県内の医療団体との運動を、医療団体・関係者とともに高齢者救急の崩壊、多数の介護難民の発生などの問題点を明確にし、世論をつくっていきましょう。また公立病院の縮小・削減などを重視します。

国保財政運営の都道府県への移管に伴い、国保料が急増する市町村が少なくありません。滞納の増加も想定されます。その実態を可視化し、国保法四条、七七条を実効あるものにする要求運動を全国的に大いに展開します。恒常的低所得者への保険料・窓口負担金の減免の実現が重要です。

小田原市職員の事件に象徴されるように、生活保護行政の中で「自己の見直し議論で二〇一三年度に必要な電力を二〇一三年度を原発で賄う目標を維持する方針を示し、原発の

改めて全ての医医連の対象事業所が無料低額診療事業に挑戦するとともに、自治体病院など医医連以外の医療機関も無料低額診療事業により多くが持ち出しなっている現状を踏まえ、適切な税制措置を求める運動を強めましょう。千葉医連の事業所が千葉県福祉医療施設協議会に加盟し、医医連外の無料低額診療事業を行う事業所と情報交換している経験や、医医連外の実施医療機関や学者、マスコミ関係者も参加する近畿無料研究会の活動などに学び広げましょう。

(9) 地域医療構想、国保財政の都道府県移管と国保法44条、77条の改善、生活保護改悪許さず拡充

二〇一八年、医療提供体制を縮小するため地域医療構想が地域医療計画として動き出します。県内の医療団体との運動を、医療団体・関係者とともに高齢者救急の崩壊、多数の介護難民の発生などの問題点を明確にし、世論をつくっていきましょう。また公立病院の縮小・削減などを重視します。

原発事故を収束させ、廃炉へとし援運帶行動を継続します。

全国生活と健康を守る会、社会保障研究者とともに、二〇一八年に「健康で文化的な生活」全国調査の実態と住民の意識を明らかに、実態と住民の意識を明らかにし、「健康で文化的な生活」とは何かを提言する基礎資料を得ることを目的に行われます。積極的にとりくみましょう。

原発事故を収束させ、廃炉へとし援運帶行動を継続します。

(10) 原発ゼロ・原発事故被害者支援のとりくみ

原発ゼロの未来へ、これが多くの国民の願いです。私たちは原発推進政策の転換を求め、「原発ゼロの日本実現」の一点での共同を粘り強く本実現」の一点での共同を粘り強くすすめながら、原発推進政策の転換を求める運動の前進をめざします。また政府は「エネルギー基本計画」の見直し議論で二〇一三年度に必要な電力を二〇一三年度を原発で賄う目標を維持する方針を示し、原発の

福島の実態が報道されない状況は、原発事故などまるでなかつたかのように、原発再稼働を推しすすめている安倍政権の意向と深く結びついています。私たちは福島の現実を学び、福島に寄り添い、福島とともに安価政権の意向と深く結びついています。私たちが福島の現実を学び、福島に寄り添い、福島とともに安価政権の意向と深く結びついています。

福島の実態が報道されない状況は、原発事故などまるでなかつたかのように、原発再稼働を推しすすめているエネルギー基本計画を見直し、原発再稼働をやめさせ、再生可能エネルギーの比率を大幅に増加させることを求めるところをすすめます。

福島の実態が報道されない状況は、原発事故などまるでなかつたかのように、原発再稼働を推しすすめているエネルギー基本計画を見直し、原発再稼働をやめさせ、再生可能エネルギーの比率を大幅に増加させることを求めるところをすすめます。

(11) 2019年春の一斉地方選挙、夏の参議院選挙と民医連の立場

憲法を無視して暴走する安倍政権の憲法九条改悪、社会保障解体をトップさせ、住民本位の地方自治を作り上げていく上で、二〇一九年春の一斉地方選挙、夏の参議院選挙のふたつの全国的な選挙は重要な意味を持ちます。

暴走を止める道は、市民と野党の共同、共闘の力を前進させる以外にありません。今とりくんでいる三〇〇万署名、社会保障解体トップの市民運動の高揚と野党の共闘を強め、安倍政治を終わらせましょう。

私たちがめざすのは、憲法にもとづいて、個人として尊重される政治を実現するこことです。県連、事業所もとりくみの具体化をはかるとともに、主権者として参加するひとと呼びかけます。

第3節 医療・介護活動の2つ

の柱をさらには前進させ、医連の新たな発展期を築こう

(1) 民医連の医療・介護活動の新たな「発展期」を築こう

現在は、社会経済状況と疾病・死亡構造が変化し、医療・介護の提供体制、医師・コメディカルスタッフ教育制度がターニングポイントを迎えており、民医連の医療・介護活動と後継者養成の新たな「発展期」をつくる時です。その「発展期」をつくり出す客観的な条件は、①超高齢社会の到来とともに疾病構造や健康概念が変化し、生活モデル（生物・心理・社会モデル）での介入なくしては地域住民の健康を守れない状況が明らかになってきていること。②日本で広がる貧困と健康格差に立ち向かい、すべての人々の健康権を守る無差別平等の医療・介護が求められていること。③SDHへの認知度が進み、健康格差対策が政策レベルの課題になり始めていること。④二

（2）医療・介護活動の2つの柱の実践を通して、無差別・平等の地域包括ケアを切り拓こう

①無差別・平等の地域包括ケアの探求と実践

無差別・平等の地域包括ケアの土台となるのは、基本的人権が尊重され誰も置き去りにされない地域社会であり、それを保障するのは、公的制度の拡充と地方自治、民主主義です。

各法人・事業所では、医療・介護

に関わる自治体の計画の情報収集や詳細な分析と同時に、地域住民の実状や要求、民医連以外の事業所の動向などをリアルに把握することが必要です。各事業所の医療・介護機能を地域に生かすためには、地域の事業所、地域医師会、住民団体やNPO等との積極的な連携が重要です。特に二〇二五年に七〇〇万人に増加すると予測される認知症へのとりくみは、日常の医療・介護実践の大変な課題です。地域や共同組織と協力しながら「認知症力フェ」などのとりくみを通して、認知症になつても安心して住み続けられるまちづくりをすすめましょう。また、精神医療委員会がまとめた「基礎となるこの診療推進方針案」は、医療・介護活動の二つの柱の実践の上で欠かせないものとなつており、精神医のいない事業所を含めてよく討議し、課題を明確にしましょう。

②総合的な医療・介護の質の向上のとりくみ

質の向上のためには、患者の人権を尊重した「共同のいとなみ」を各

課題で貫くことを重視し、多職種協

働の視点でチーム全体の機能・役割

を高め、職場間・職種間の権威勾配

の解消、安全や倫理等の職場文化の醸成が求められます。そのため有効なツールとしての「チームSTEPPS」を医療・介護の現場に本格的に普及、定着するために、トップ幹部を対象とした研修会の開催などを検討します。全日日本民医連として介護安全のとりくみは、前期、緒についたばかりです。今期は、全面的に強化しなければなりません。法人、県連として介護安全委員会を設置し、組織的な対応をすすめよう。対応が困難な小規模法人・事業所に対する県連の支援も必要です。前期提起した「介護現場の重大な事故に対応した危機管理の基本方針」

○一八にもとづき、各法人・事業所において重大事故の対応方針、マニュアルの整備をすすめましょう。

対応が困難な小規模法人・事業所に

を

要です。各事業所の医療・介護機能を地域に生かすためには、地域の事

業所、地域医師会、住民団体やN

O等との積極的な連携が重要です。

特に二〇二五年に七〇〇万人に増

加すると予測される認知症へのとり

くみは、日常の医療・介護実践の大

きな課題です。地域や共同組織と協

力しながら「認知症力フェ」などの

とりくみを通して、認知症になつ

ても安心して住み続けられるまちづく

りをすすめましょう。また、精神医

療委員会がまとめた「基礎となるこ

の診療推進方針案」は、医療・

介護活動の二つの柱の実践の上で欠

かせないものとなつており、精神医

のいない事業所を含めてよく討議し、課題を明確にしましょう。

○一八にもとづき、各法人・事業

所において重大事故の対応方針、マ

ニュアルの整備をすすめましょう。

対応が困難な小規模法人・事業所に

を

要です。各法人・事業所における

マニ

ュアに基づき、各法人・事業所にお

いて重大事故の対応方針、マニ

ュアに基づ

介護、地域との連携をすすめ、無差別・平等の地域包括ケアを実践します。

② 医師連携による歯科医療をめざす、「歯科医書第三弾」から学び行動を

(3) 中長期計画の中で、歯科医師の後継者養成と必要利益の確保をすすめよう

次代を担う歯科選学生のとりくみを、全国的にも地協、県連でも連携をして本格的にすすめていきましょう。また、中堅歯科医師、青年歯科医師の世代別の集団づくりも重要です。これまでの中堅歯科医師交流集会や青年歯科医師会議を継続し発展させていきます。奨学生確保と養成のとりくみでも、医学対のとりくみにも学び、共同の企画等連携をすすめていきます。

中長期経営計画の実践として、人づくりや、施設リニューアル、設備投資などを行える必要利益確保にとりくみ、事業所経営を墨字体質に転

実践、経営活動、職員の確保・養成などすべての活動の土台に医医連綱領と「理念」をすえ、介護・福祉分野での「たたかいと対応」を旺盛にすすめていきましょう。日常の実践をまとめ、民医連がめざす介護について深め、発信しましょう。

の前で起つてしむる実態が複数の事業所から報告されていきます。医科歯科介護の協働で、□の中から全身へ、多職種協働の地域包括ケアの実践と日常の気づきから人権を守る運動へ、酷書を手に地域へ実態を知ることで、酷書からいのちを守る運動へつなげていきましょう。

ます。医療制度が改悪される時、患者に住民に社会的困難が降りかかる時、まずは歯科の制度上に困難が訪れ、歯科受診の患者に困難が現れ、中断や受診抑制による「口腔崩壊が広がります。歯科酷書では、「口腔崩壊」の原因はでもある生活窮屈がすみ、さらに手遅れとなる状況が目

②医連りし歯科医療をめざす」、「歯科酷書第三弾」から学び行動を
「歯科酷書第三弾」の活用は、「生活の質をとおへ、人間のいのちと尊
厳を口からうたう歯科」としての活動をすすめるものです。歯科は、医療
界のカナリアのような存在でもあり

(6) 介護・福祉分野

は、前期から引き続き歯科技工士交流集会のまとめを具体化していくます。事務については、事業所においてその配置と保全が重要です。

前期は、全地協からの歯科部員の選出ができない職種もありました。本期は早期に全地協から歯科部の体制を確立することとします。

換しましょう。二〇一六年度歯科医療活動調査結果から、医療活動上の課題を整理し中長期計画の裏付けとなる経営計画をすすめ、二〇一八年歯科診療報酬改定の内容を学習し、対応策を早急に検討しましょう。

無差別・平等の地域包括ケア、医療・介護活動の二つの柱をとり、「んでいくことは、「民医連の介護・福祉の理念」の実践そのものです。介護ウエーブ、事業展開、日常の介護実践、経営活動、職員の確保・養成などすべての活動の土台に民医連の「理念」をすえ、介護・福祉分野での「たたかいと対応」を旺盛にすすめていきましょう。日常の実践をまとめ、民医連がめざす介護について深め、発信しましょう。

して位置づけられた地域包括ケア構想のもとで、「給付の重点化」「自立支援」の名によるサービスの削減負担増を徹底する方向がさらに強まられ、その結果、制度への信頼性が墜、人手不足の深刻化、招来しかねない財政破綻など、介護保険自体が「持続可能性の確保」どころか、制度的な危機に直面するに至っています。

め、利用者・事業者間の契約方式、要介護認定や給付上限の導入、応益負担制、在宅事業への當利企業の参入容認など、高齢者・国民からみれば「構造的欠陥」といえるしくみを最初から組み込んで設計されました。二〇〇〇年の施行後は、自公政権による一連の制度改革によつて、この「構造的欠陥」が増幅し続けてきました。とりわけ二〇一二年度以降は、病床再編（削減）の受け皿となりました。

に、介護保険の抜本改善、人権としての介護保障の確立を求める世論は共同を大きく広げていきましょう。

運動とともに、介護保険制度そのものの抜本改革を求めることが必要です。それは憲法二五条に裏打ちされ、必要充足原則、応能負担原則（※注）を貫く制度への転換であり、利用料や認定制度・給付上限の廃止・保険財政に対する国庫負担割合の引き上げなど制度の根幹にかかる改革です。私たちがめざす無差別・平等等の地域包括ケアも公的介護保障の充実があつてこそ実現するものですが、現在の制度のもとで困難を抱えています。現れる利用者・高齢者の生活・権利

社会的地位の向上のために自ら声をあげることは不可欠であり、同時に、声をあげられない多くの利用者・家族の要求・意見を代弁することは人権の担い手としての専門職の役割でもあるからです。

介護ウエーブのとりくみを社会障運動の中で位置づけ、法人全体ですすめましょう。「介護を良くすめ会」などの地域組織づくり、障害団体との連携、利用当事者の参加

制度を検証し、国や自治体に対し改善を求めます。

私たちが介護ワープに継続的といふんでいるのは、第一に、介護保険はそもそも公的保障の弱い制度であり、改悪を許さず改善を求める世論が常に存在していることを示続けることが必要なこと、第二に具体的な制度改善、改悪中止は、論と運動なしには実現しないこと、第三に、介護職員が介護の専門性

機能の本
に対応し

をすすめましょう。

④介護・福祉事業を展開する上で
重点課題

「入院から在宅へ」「医療から
護へ」の流れが強められる中で、
宅での重度・重症化がいっそう進
するなどが予測されます。入院と

置づけ、確保することや、状態像評価など要介護認定への対応も必です。基準緩和サービスや住民との支援などの事業を受託するかどうかは各法人の判断になりますが、市町村の事業内容や方針を分析し、地域や法人の実情に応じ、事業者に対する支援の確保や健康づくりなど地域の要求に従っていく視点で検討します。市町などの方針を明らかにし、とりく

11

地域の要求に応え、介護保険事業とどまらない、障害、児童分野をはじめとする社会福祉事業の展開が認められています。「一県連一社会福祉法人」を追求します。

綱領と「介護・福祉の理念」に沿った活動がすすめられており、求められる役割は大きくなっています。人内の連携、支援をいっそう強化します。機能にふさわしい条件整備を目指す。

「我が事・丸ごと」路線のもと、民医連社会福祉法人への期待・役割がいっそう増しています。高齢化の進展・貧困・格差の拡大のもとで、

に、介護保険の抜本改善、人権としての介護保障の確立を求める世論と共同を大きく広げていきましょう。

②介護ウエーブにとりくむ意義と課題

二〇一八年度から「改正」保険法、改定介護報酬、自治体では第七期の事業計画がスタートしています。利用者・現場の実態に基づいて

生じているなどの事態がみられます。ボランティアへの無理な移行によって生活困難が生じているケースもあり、一部の市町村で深刻な健康悪化や人権侵害が発生していることもあり、マスコミ報道などを通して社会問題化しています。

事例に基づいて問題点を明らかにし、事業内容の改善を自治体に求めます。必要なサービスをプランに位

合わせながら事業展開の方針を検討します。地域包括ケア事業（包括的支援事業）として位置づけられている医療・介護連携推進事業、認知症施策、日常生活支援事業、整備事業など、条件があるところ受託を積極的に検討します。

民医連の地域包括支援センターは八四カ所となりました。「生活と権を守る地域の皆」として、民医連

運動とともに、介護保険制度とのもの抜本改革を求めることが必要です。それは憲法二五条に裏打ちされた必要充足原則、応能負担原則(※注)を貫く制度への転換であり、利用料や認定制度・給付上限の廃止、保険財政に対する国庫負担割合の引き上げなど制度の根幹にかかる改革です。私たちがめざす無差別・平等の地域包括ケアも公的介護保障の充実があつてこそ実現するものであります。現在の制度のもとで困難を抱えている利用者・高齢者の生活・権利

引き続き追求します。事例にてたれり、事例から学び行動しましょう。介護の専門性、やりがいを発信していくことも必要です。

(3)「たたかいと対応」の視点でとりくむ総合事業

大半の市町村は現行相当サービスのみでスタートしていますが、基準緩和サービスを実施している市町村では、低い単価設定のため受託事業所が少数にとどまつていたり、担い手の養成がすすまず、事業対象者を計画が策定されています。計画内

地域の要求に応え、介護保険事業とどまらない、障害、児童分野をはじめとする社会福祉事業の展開が認められています。「一県連一社会福祉法人」を追求します。

⑤介護・福祉分野での職員の確保

介護職の確保に向けて、養成校との関係づくり、介護学生対策、紹介運動や広報活動など、他の経験にも

綱領と「介護・福祉の理念」に沿った活動がすすめられており、求められる役割は大きくなっています。人内での連携、支援をいっそう強化します。機能にふさわしい条件整備を目指す。

「我が事・丸ごと」路線のもと、民医連社会福祉法人への期待・役割がいっそう増しています。高齢化の進展・貧困・格差の拡大のもとで、

れ、介護エープや研修、実践の交流などがとりくまれています。介護職が専門職として自ら集い、日常的な交流を強め、介護の質や専門性について集団的に議論し発信していく組織づくりは重要な課題です。引き続きすべての県連での設置をめざします。政府が掲げる「自立支援」や制度改悪に正面から向き合い、利用者・家族の権利と生活を守り抜く待がいつそう高まっています。報酬改定や今後の事業展開に対応したケアマネジャーの系統的な養成や集団化、ケアマネジメントの質の向上などにとりくむケアマネ政策を法人として確立することが必要です。「ケアマネジメント委員会の問題提起」(二〇一七年)と「民医連のケアマネジャーの役割について」(二〇一三年)の議論と実践をすすめましょう。

(7) 災害時の医療・介護活動の前進へ向けて、MMA-Tのとりくみ

四三期はMMA-Tメンバーの登録を開始し、各県連・法人・事業所において災害マニュアルにもとづいた訓練がすすめられるようとりくみを行います。二〇一二年に作成した全日本民医連災害対策指針について、熊本地震などこの間の支援活動の教訓を踏まえ補強します。

災害時の事業継続計画(BCCP)を計画作成にとりくんでいる事業所の経験を学び、各事業所がBCCP作成にとりくんでいきましょう。南海トラフなど大規模災害が発生し、全国的な支援が必要な事案も現実的に想定される状況です。四三期の中で当該地域の県連等と全日本医連として協議をすすめ対策を進めています。

第4節 共同組織とともに、安心して住みつづけられるまちづくりの本格的な運動を

心して住みつづけられるとともに、安心して住みつづけられるまちづくりの本格的な運動を

災害時の医療介護減免の制度、住宅保障、避難所施設の改善に対する

政策を引き続き国と自治体に求めていきます。

た共同組織をどのくらいの規模でめどのか、「四〇〇万の共同組織、一〇万部の『いつでも元気』」を踏まえて改めて検討します。

共同組織担当者は、まちづくりについての事業所等の方針を具体化し、職員や共同組織、地域の人たちをコーディネートする役割を担う職員として力をつけましょう。

各事業所は、共同組織と定期的に話し合い、中学校区や小学校区などの単位で、どんな課題があり、それを解決するためにどうしていくの

を解決するためにどうしていくの

を解決するためにどうしていくの

を解決するためにどうしていくの

を解決するためにどうしていくの

を解決するためにどうしていくの

を解決するためにどうしていくの

を解決するためにどういく

を解決するためにどういく

を解決するためにどういく

を解決するためにどういく

を解決するためにどういく

を解決するためにどういく

を解決するためにどういく

護保険の総合事業をふくめ、公的支援の住民への下請け化を許すことなく、自治体としての責任・役割を求めていくことが重要です。そうした

ことで、自法人の活動の内容や実績を伝え、必要な支援・助成を求めることもすすめでいきましょう。

『いつでも元気』を購読し、学習し、実践に生かすことで共同組織の活動が前進し、豊かになります。

県連をはじめすべての事業所で『いつでも元気』の普及目標を決め、職員・共同組織・地域での読者拡大について方針をたてましょう。

販売所については増減部数を県連や法人で把握・管理できるようにするとともに、販売所をささえるための方針を県連や法人で具体化しましょう。

『いつでも元気』の普及目標を決め、職員・共同組織・地域での読者拡大について方針をたてましょう。

販売所については増減部数を県連や法人で把握・管理できるようにするとともに、販売所をささえるための方針を県連や法人で具体化しましょう。

『いつでも元気』の普及目標を決め、職員・共同組織・地域での読者拡大について方針をたてましょう。

販売所については増減部数を県連や法人で把握・管理できるようにするとともに、販売所をささえるための方針を県連や法人で具体化しましょう。

『いつでも元気』の普及目標を決め、職員・共同組織・地域での読者拡大について方針をたてましょう。

販売所については増減部数を県連や法人で把握・管理できるようにするとともに、販売所をささえるための方針を県連や法人で具体化しましょう。

『いつでも元気』の普及目標を決め、職員・共同組織・地域での読者拡大について方針をたてましょう。

販売所については増減部数を県連や法人で把握・管理できるようにするとともに、販売所をささえるための方針を県連や法人で具体化しましょう。

『いつでも元気』の普及目標を決め、職員・共同組織・地域での読者拡大について方針をたてましょう。

販売所については増減部数を県連や法人で把握・管理できるようにするとともに、販売所をささえるための方針を県連や法人で具体化しましょう。

(3) 共同組織を強く、大きくしよう

① 共同組織の担い手づくりを重視しよう

あらためて「安心して住み続けらるまちづくり」をとおして共同組織の配置や育成、「まちづくり企画室」などの設置、検討をすすめ、まちづくりの一翼を担う存在となっていくことが必要です。

事業所と共同組織が協力し居場所づくり、助け合いやささえ合いをすすめること、その中で職員が医療や介護、福祉の専門職として地域で力を発揮することが不可欠です。まちづくりの「当事者」として、

SDHの視点を学び、共有することが必要です。そしてその視点をもつて地域に出かけ、人々のニーズを把握し、医療・介護の提供だけでなく、ぐつながらの実現、暮らしの改善につなぎよにとりくむネットワークをつくりましょう。共同組織がとりくんでいる班会や居場所に職員が定期的に出席し、地域の人を対象に、健康や介護、生活相談をすすめ、支援につなげるなど、「まちの保健室・相談室」のような活動も大切です。行政組織はもちろん、地域の医療や介護・福祉の事業所、NPOやボランティア、民生委員、町内会など、地域の人たちの暮らしをさまざまにまちづくりを「共同で行う組織・個人」も視野に入れて具体化しましょう。こうしたまちづくりの中、病院・診療所の役割を鮮明にし、貢献できる施設として発展させていきましょう。そのためには、中学校区や小学校区を基本にどういく

人・事業所・共同組織で話し合い具計画的な担い手の養成をすべての法

人・事業所・共同組織で話し合い具計画的な担い手の養成をすべての法

人・事業所・共同組織で話し合い具計画的な担い手の養成をすべての法

人・事業所・共同組織で話し合い具計画的な担い手の養成をすべての法

人・事業所・共同組織で話し合い具計画的な担い手の養成をすべての法

人・事業所・共同組織で話し合い具計画的な担い手の養成をすべての法

人・事業所・共同組織で話し合い具計画的な担い手の養成をすべての法

人・事業所・共同組織で話し合い具計画的な担い手の養成をすべての法

・介護の実践、平和と人権を守る運動、「安心して住み続けられるまちづくり」のとりくみ、病気、健康、介護、社会保障、原発や平和の問題にいたるまで、写真、イラストをまじえわかりやすく伝えています。

『いつでも元気』を購読し、学習し、実践に生かすことで共同組織の活動が前進し、豊かになります。

県連をはじめすべての事業所で『いつでも元気』の普及目標を決め、職員・共同組織・地域での読者拡大について方針をたてましょう。

販売所については増減部数を県連や法人で把握・管理できるようにするとともに、販売所をささえるための方針を県連や法人で具体化しましょう。

『いつでも元気』の普及目標を決め、職員・共同組織・地域での読者拡大について方針をたてましょう。

販売所については増減部数を県連や法人で把握・管理できるようにするとともに、販売所をささえるための方針を県連や法人で具体化しましょう。

『いつでも元気』の普及目標を決め、職員・共同組織・地域での読者拡大について方針をたてましょう。

販売所については増減部数を県連や法人で把握・管理できるようにするとともに、販売所をささえるための方針を県連や法人で具体化しましょう。

『いつでも元気』の普及目標を決め、職員・共同組織・地域での読者拡大について方針をたてましょう。

販売所については増減部数を県連や法人で把握・管理できるようにするとともに、販売所をささえるための方針を県連や法人で具体化しましょう。

『いつでも元気』の普及目標を決め、職員・共同組織・地域での読者拡大について方針をたてましょう。

販売所については増減部数を県連や法人で把握・管理できるようにするとともに、販売所をささえるための方針を県連や法人で具体化しましょう。

『いつでも元気』の普及目標を決め、職員・共同組織・地域での読者拡大について方針をたてましょう。

販売所については増減部数を県連や法人で把握・管理できるようにするとともに、販売所をささえるための方針を県連や法人で具体化しましょう。

人・事業所・共同組織で話し合い具計画的な担い手の養成をすべての法

人・事業所・共同組織で話し合い具計画的な担い手の養成をすべての法

人・事業所・共同組織で話し合い具計画的な担い手の養成をすべての法

人・事業所・共同組織で話し合い具計画的な担い手の養成をすべての法

人・事業所・共同組織で話し合い具計画的な担い手の養成をすべての法

人・事業所・共同組織で話し合い具計画的な担い手の養成をすべての法

人・事業所・共同組織で話し合い具計画的な担い手の養成をすべての法

人・事業所・共同組織で話し合い具計画的な担い手の養成をすべての法

×メモ

第5節 経営困難を突破し、民医連の経営基盤を強化するため

するため

が拡大するなか、診療報酬・介護報酬改定に対しても、病床削減や医療費が拡大するなか、診療報酬・介護報酬

・介護の実践、平和と人権を守る運動、「安心して住み続けられるまちづくり」のとりくみ、病気、健康、介護、社会保障、原発や平和の問題にいたるまで、写真、イラストをまじえわかりやすく伝えています。

『いつでも元気』を購読し、学習し、実践に生かすことで共同組織の活動が前進し、豊かになります。

県連をはじめすべての事業所で『いつでも元気』の普及目標を決め、職員・共同組織・地域での読者拡大について方針をたてましょう。

販売所については増減部数を県連や法人で把握・管理できるようにするとともに、販売所をささえるための方針を県連や法人で具体化しましょう。

『いつでも元気』の普及目標を決め、職員・共同組織・地域での読者拡大について方針をたてましょう。

販売所については増減部数を県連や法人で把握・管理できるようにするとともに、販売所をささえるための方針を県連や法人で具体化しましょう。

『いつでも元気』の普及目標を決め、職員・共同組織・地域での読者拡大について方針をたてましょう。

販売所については増減部数を県連や法人で把握・管理できるようにするとともに、販売所をささえるための方針を県連や法人で具体化しましょう。

『いつでも元気』の普及目標を決め、職員・共同組織・地域での読者拡大について方針をたてましょう。

販売所については増減部数を県連や法人で把握・管理できるようにするとともに、販売所をささえるための方針を県連や法人で具体化しましょう。

『いつでも元気』の普及目標を決め、職員・共同組織・地域での読者拡大について方針をたてましょう。

販売所については増減部数を県連や法人で把握・管理できるようにするとともに、販売所をささえるための方針を県連や法人で具体化しましょう。

『いつでも元気』の普及目標を決め、職員・共同組織・地域での読者拡大について方針をたてましょう。

販売所については増減部数を県連や法人で把握・管理できるようにするとともに、販売所をささえるための方針を県連や法人で具体化しましょう。

『いつでも元気』の普及目標を決め、職員・共同組織・地域での読者拡大について方針をたてましょう。

しを図る誘導策とたたかいながら、医療と介護の質向上という側面から収益増に結びつけるとりくみを強めることが求められています。民医連の「強み」を生かし、まちづくりの活動を通して地域の新しい人びととの接点を広げ、地域のニーズに応えることを通して患者・利用者増につなげていくとりくみをすすめましょう。

(1) 民医連の「強み」を活かし、医療

- ・介護活動の2つの柱を正面に据え、地域との接点のかつてない広がりを

貧困と格差が拡大する中、医療・介護活動の二つの柱を正面に据え、地域に出向き、受診困難な方に寄り添うアウトリーチを事業活動として位置づけ、無料低額診療事業を含む社会資源の活用により、無差別・平等の医療と介護の実践の追求が重要です。

このような状況の中、外来機能を私たちの病院、診療所への通院患者だけでなく、あらゆる地域住民との結びつきの量と質として捉えることが必要です。主要な活動である対患者への通院・救急・在宅・健診・介護・住宅の提供に加えて、他事業所との連携、行政・住民・共同組織との結びつきなど、総合的機能が、経営課題としても重要であるということです。そのことを踏まえた、外来機能を全方位での強化する視点を持ち、戦略的重點を定めることが重要です。

また、地域医療構想調整会議など本格的な地域医療計画と病床機能分化と削減の議論が始まります。診療圏の状況をよく把握し、病院の使命

と地域における役割、主体的力量や

発展方向を検討し、中期的な医療構想を明確にすることが必要です。社会保障の解体と都道府県単位の医療費抑制が掲げられる中で、地域医療と住民を守り抜く姿勢が重要です。

入院医療、病棟機能分化への対応では、現状の患者層からみた診療報酬上の適正な選択(ポジションを認識する視点)と戦略的な機能強化による病床選択(ポジションを取りに行く視点)の二つの視点から方向を見極めることが重要です。病棟の経営判断は、病院経営の当面の最大課題です。七対一病棟の絞り込み政策や療養病棟の施設基準の見直し等に対する対応方針を確立しておくことが必要です。地域医療支援病院を含む公的医療機関はすでに二〇二五年プラン(※注)の提出を求められました。地域医療計画の中で求められる五疾患五事業などで自院が果たす役割なども明確にし、データの見方、活用の仕方も学びつつ、全病院・診療所で民医連としてのプランの作成をおこないましょう。

(2) 中期経営計画を策定し、予算管理の力量を抜本的に強化しよう

この間の全日本・地協による経営調査・経営検討会・経営懇談などからみて、「必要利益」にもとづく予算作成と予算管理の重要性を改めて強調します。少なくない民医連法人は、不十分さや我流が存在し、そのことが経営改善のとりくみの不十分さにつながっています。必要利益を確定するには、キャッシュフローや自己資本比率の見通しなどを総合的に検討しなければなりません。当然に金の支払いなどを踏まえた中長期経

金の支払いなどを踏まえた中長期経

常計画をベースとして算出します。その意味で、中長期的な視野での資金見通しが明らかでない法人は、二〇一八年度予算編成方針に中長期経営計画の確立を位置づけることが必須の課題です。

二〇一六年度経営実態調査では、予算の段階で、通常の設備投資が自己資金ではまかなえない水準です。資金不足であるとすれば、そのことを正面に据え、先送りせず、知恵を結集して打開しなければなりません。单年度での見通しが不十分となる得ない場合でも、中長期の計画を描き、着実に実行することが経営責任です。

事業所ごとの予算も法人としてしっかりと論議すること、事業所任せにせず改善方針も示しながら論議することも必要です。また、経常利益赤字が固定化している事業所、明らかに資金流出構造となっている事業所などは早急な改善が必要です。基本は、全事業所が単独で必要な利益を確保し将来のリニューアル等の大規模投資にも対応できる利益水準をめざすことです。予算は、仮の数字や試算ではなく実行計画です。具体的な医療活動、職員の行動計画と一緒にものとして作成することが重要であり、この計画の進捗を月次、あるいは四半期ごとに進捗を評価・管理するPDC.Aサイクルを確立し、達成することにこだわりましょう。

(3) トップマネジメント機能を高め、全職員の経営を追求し、経営幹部の育成をすすめよう

この間の全日本・地協による経営調査・経営検討会・経営懇談などからみて、「必要利益」にもとづく予算作成と予算管理の重要性を改めて強調します。少なくない民医連法人は、不十分さや我流が存在し、そのことが経営改善のとりくみの不十分さにつながっています。必要利益を確定するには、キャッシュフローや自己資本比率の見通しなどを総合的に検討しなければなりません。当然に金の支払いなどを踏まえた中長期経

常計画をベースとして算出します。その意味で、中長期的な視野での資金見通しが明らかでない法人は、二〇一八年度予算編成方針に中長期経営計画の確立を位置づけることが必須の課題です。

二〇一六年度経営実態調査では、予算の段階で、通常の設備投資が自己資金ではまかなえない水準です。資金不足であるとすれば、そのことを正面に据え、先送りせず、知恵を結集して打開しなければなりません。单年度での見通しが不十分となる得ない場合でも、中長期の計画を描き、着実に実行することが経営責任です。

事業所ごとの予算も法人としてしっかりと論議すること、事業所任せにせず改善方針も示しながら論議することも必要です。また、経常利益赤字が固定化している事業所、明らかに資金流出構造となっている事業所などは早急な改善が必要です。基本は、全事業所が単独で必要な利益を確保し将来のリニューアル等の大規模投資にも対応できる利益水準をめざすことです。予算は、仮の数字や試算ではなく実行計画です。具体的な医療活動、職員の行動計画と一緒にものとして作成することが重要であり、この計画の進捗を月次、あるいは四半期ごとに進捗を評価・管理するPDC.Aサイクルを確立し、達成することにこだわりましょう。

(4) 法人の管理・運営の強化、医師の確保と養成に全力を

民医連におけるこの間の内外の経営環境は、事業の拡大と多様化にともなう法人運営の多角化、経営的困難、世代交代による幹部の意識と青年職員の変化、非正規職員の増大による職場づくりの困難さ、目標管理をはじめとしたマネジメント技法の普及、政策や制度の動向などめまぐるしく変化しています。こうした変化の中でも、法人の機能を引き上げ、民医連の非営利・協同の医療・福祉複合体という強みを發揮しなければなりません。その意味でも、民医連統一会計基準、事業所独立会計、部門別損益計算などの管理会計が有効に機能しているかなど、法人の内部監査制度、監査監事による監査・公認会計士による監査など

の機能強化の観点からも改めて、自らの現状と課題を検証し、強化をしていきましょう。そのためには、経営幹部が経営を正確に把握すること、その上で職員に正しく知らせることが前提です。一時的、部分的な経営改善策の実施で打開できる時代ではありません。事業所の目標と職員の生きがいの一一致、共同組織の存在、住民患者からの信頼、労働組合との協力・共同が民医連経営の優れた特徴です。職員が経営を改善するために職場がすべきこと、自分自身で打開しなければなりません。自己資金ではまかない水準です。自己資金ではまかなえない水準です。予算の段階で、通常の設備投資が自

然計画をベースとして算出します。その意味で、中長期的な視野での資金見通しが明らかでない法人は、二〇一八年度予算編成方針に中長期経営計画の確立を位置づけることが必須の課題です。

二〇一六年度経営実態調査では、予算の段階で、通常の設備投資が自己資金ではまかなえない水準です。資金不足であるとすれば、そのことを正面に据え、先送りせず、知恵を結集して打開しなければなりません。单年度での見通しが不十分となる得ない場合でも、中長期の計画を描き、着実に実行することが経営責任です。

事業所ごとの予算も法人としてしっかりと論議すること、事業所任せにせず改善方針も示しながら論議することも必要です。また、経常利益赤字が固定化している事業所、明らかに資金流出構造となっている事業所などは早急な改善が必要です。基本は、全事業所が単独で必要な利益を確保し将来のリニューアル等の大規模投資にも対応できる利益水準をめざすことです。予算は、仮の数字や試算ではなく実行計画です。具体的な医療活動、職員の行動計画と一緒にものとして作成することが重要であり、この計画の進捗を月次、あるいは四半期ごとに進捗を評価・管理するPDC.Aサイクルを確立し、達成することにこだわりましょう。

(5) 介護事業の経営強化へ向けて

中長期経営計画を作成することであわせて、経営幹部の育成はトップ幹部が果たすべき最重要課題です。幹部の育成には中長期的な視野で育成計画を明確にしましょう。

中長期経営計画を作成することと並んで、経営幹部の育成はトップ幹部が果たすべき最重要課題です。幹部の育成には中長期的な視野で育成計画を明確にしましょう。

介護事業の経営課題を担当者任せにせず、法人全体の課題として幹部が責任を持つところが重要です。あい次ぐ制度改悪と報酬改定の引き下げにより、介護事業経営の厳しさがかつてなく増しています。このままでは、私たちが最も寄り添わなければならぬ地域の人たちをわななげられない事態が生じかねません。経営改善に向けた二つの転換をはかります。ひとつは、「赤字慣れ」から一刻もはやく脱却し、すべての事業・事業所で、経営改善・黒字化をめざすという発想への転換です。

ふたつめは、経営改善・黒字化に向けて、従来の延長線上にとどまらないふたつめは、経営改善・黒字化をめざすという発想への転換です。情勢の動向、政策の動向、地域の要求を見きかれて、地域における法人の立ち位置を改めて明らかにし、事業所の再編、新規事業への挑戦、法人間連携を改めて明瞭化します。医療機関併設事業所をふくむサービス事業などの損益の把握・分析は経営活動の前提です。事業連携の強化、とりわけ居宅介護支援事業所と法人内事業所との連携を重視し、強めることができます。相互理解を深め、介護の質の向上、地域要

求に応える事業展開につなげていきましょう。

介護経営が分かる幹部の継続的な配置・養成は欠かせません。職員の確保対策と一体的にとりくみます。受給権の保障、報酬改善を求める運動とも切り結びながら総合的にすすめます。

社会福祉法人では、前期提案した経営指標(案)に基づく分析と必要な対応を図るとともに、県連、地協の相談・支援体制の確立をはかります。

新専門医制度や「働き方改革」などの中で責任者や専任者を配置するなど、体制を確立しましょう。また、新専門医制度や「働き方改革」などの中で責任者や専任者を配置するなど、体制を確立しましょう。

新専門医制度や「働き方改革」などの中で責任者や専任者を配置するなど、体制を確立しましょう。

新専門医制度や「働き方改革」などの中で責任者や専任者を配置するなど、体制を確立しましょう。

トンを引き継ぎ、民医連運動を未来につなげていくことが、民医連の未来をつくります。民医連運動への主体性、当事者性を高める事をめざし、職員養成の活動を抜本的に強めていきましょう。

今日の情勢とたたかいの展望、民医連の理念と方針への理解と確信が民医連運動を前進させる原動力です。幹部自らが「民医連とは」を、確信をもって語り広げましょう。

憲法、民医連の歴史、理念を学ぶことが重要です。民医連の歴史と綱領・憲法の学習、職場づくり・職場教育の一層の充実、青年育成、幹部養成を重点にとりくみます。事務養成は、第三回評議員会方針の具体化を軸に促進します。

それらの前提として、総会後にとりくむ総会方針学習期間を100%の職員の参加で成功させましょう。

(1) 憲法を土台に民医連綱領を学ぶ 大運動を

綱領改定後に入職した職員も増加しています。一人一人を育していくことが私たちの運動の未来です。あらためて民医連の歴史と綱領の学習を強めます。民医連は綱領で憲法理念の実現を掲げています。私たちの目指す無差別・平等の医療、介護、福祉は平和で人権が尊重され、民主主義が気づく社会でこそ実現できるものであり、憲法と綱領の学習は民医連の教育活動の基本です。憲法を土台に綱領を学ぶ大運動を計画し、第一回評議員会を目指して「民医連綱領パンフレット」を作成します。

(2) 教育指針(20

12年版)の改定へ向けて

民医連は、貧困などの問題を個人の問題ではなく、社会の問題として認識できるような学びや、憲法の学習を重視してきました。青年自身も

教育指針(11011年版)の実践は、民医連の教育活動の重要な前進を作り出しました。その内容を引き継ぎながら、情勢の変化を踏まえどのような点を教育として重視するのか、「職場管理者の五つの大切」や職場づくりの重要性、医療介護活動の実践を職員育成に生かし、多職種で育ちあう教育活動をすすめるなど盛り込むのかなどを論点に四三期に改訂版を作成します。

(3) 制度教育の充実

制度教育は多くの県連・法人で定着がはかられています。一方で、制度教育の内容が毎年同じく返りでマンネリに陥っているところも見受けられます。社会や民医連を取り巻く情勢は日々大きく変化しています。憲法や民医連綱領の学習、ものの見方や考え方、哲学や経済学など初步的な社会科学の学習を制度教育に位置付けることも重視します。

(4) あらゆる活動の中で青年職員の育成の視点を

現代の青年は、新自由主義的な構造改革のもと、貧困と格差の広がりや異常な学力競争にさらされ、自己責任論の影響を強く受けています。「他者不信」や「自己肯定観」が持てない傾向もあります。それらを乗り越えるには、つながりを回復し、「他者が自分をささえてくれる」「自分の居場所がある」という実感のもてる関係性のなかで自分への自信と主体性を回復していくことが重要です。

(2) 全日本民医連理事会活動の改善

総会方針に沿った重点課題に対し、理事会としての政策活動を重視

第8節 全日本民医連・地協結集、県連強化へ向けて

(1) 全日本・地協への結集と県連機能強化

四役、理事会を軸に全国の連帯と団結を強めています。地協機能の強化へ向けて、地協事務局長会議の定例化など具体的にすすめています。県連事務局長会議に加え、今期新しく、県連会長会議、病院長会議、病院事務長会議を実施します。評議員会のあり方について四三期で検討をすすめています。

(2) 全日本民医連理事会活動の改善

民医連の共済活動は、民医連綱領の実現をめざす職員の健康と生活を支えることが目的です。引き続

り青年委員会の設置など、青年職員への親切丁寧な援助をすすめます。第三八回全国青年ジャンボリーを成功させました。全日本民医連として青年援助担当者の交流会開催を検討します。

民医連の事業と運動、職員育成を総合的にすすめるために、幹部集団の力量の向上は欠かせません。いくつかの職種で旺盛に幹部研修会が追加されました。それも踏まえ、全職種を対象としたトップ管理者研修会を具体化します。

(4) 国際活動について

国連活動(ECOSOC)(※注)への各種レポートの提出と提言とりくみます。国際活動では、韓国、キューバとの交流、中国の遺棄毒ガス被害者(※注)支援等をすすめます。

(6) 43期の全国会議の開催県連について

(5) 民医連綱領10年へ向けたとりくみ

全国会議の開催は、全国と地協の分担をすすめ効率的に実施できるようにします。四二期の活動を通じて出されている組織的な論点、「広報部の設置」「領域別委員会の体制強化」、「まちづくりのを総合的にすすめる組織体制」なども含めて専門部の見直しを新理事会で検討し、具体化します。

(5) 民医連綱領10年へ向けたとりくみ

第四四回定期総会は、熊本で開催します。被災地の人間的復興は、新自由主義に対抗し、誰もが安心して住み続けられるまちづくりの実践です。二年間、運動を前進させて集まりましょう。

(6) 43期の全国会議の開催県連について

第一四回看護介護活動交流集会を富城、第一四回学術・運動交流集会を岐阜、第一四回共同組織活動交流集会を神奈川で開催します。

今、全国で無数の平和と人権を守る活動が行われ、毎日、いのちを救う民医連と共同組織の仲間の実践が行られています。

「発達した資本主義国の中で、民医連のような医療・介護の事業体がなぜ、存在できるか」、韓国、フランスで行われたシンポジウムでの共通した質問が寄せられました。

民医連綱領による連帯と団結、共

同組織の存在など特質すべき特徴が

あります。常に地域の実態と要求が

作り上げました。民医連の前進はこ

おわりに

(5) 事務養成

辺野古支援、福島支援、ホームレス支援などのフィールドワークを通じて体験し、その事実から出発することで大きく成長します。こうした民医連の優位性や自主性を大切に、青年職員の成長を援助し、未来の民医連運動をつくり上げましょう。

はたらきかけによって、青年が大きく変化することも確信にする必要があります。青年たちがとりくむ諸活動を把握しサポートする担当者の配置や青年委員会の設置など、青年職員への親切丁寧な援助をすすめます。第三八回全国青年ジャンボリーを成功させました。全日本民医連として青年援助担当者の交流会開催を検討します。

民医連の事業と運動、職員育成を総合的にすすめるために、幹部集団の力量の向上は欠かせません。いくつかの職種で旺盛に幹部研修会が追加されました。それも踏まえ、全職種を対象としたトップ管理者研修会を具体化します。

民医連の事業と運動、職員育成を総合的にすすめるために、幹部集団の力量の向上は欠かせません。いくつかの職種で旺盛に幹部研修会が追加されました。それも踏まえ、全職種を対象としたトップ管理者研修会を具体化します。

民医連の事業と運動、職員育成を総合的にすすめるために、幹部集団の力量の向上は欠かせません。いくつかの職種で旺盛に幹部研修会が追加されました。それも踏まえ、全職種を対象としたトップ管理者研修会を具体化します。

民医連の事業と運動、職員育成を総合的にすすめるために、幹部集団の力量の向上は欠かせません。いくつかの職種で旺盛に幹部研修会が追加されました。それも踏まえ、全職種を対象としたトップ管理者研修会を具体化します。

き、法人・県連・全国のネットワークとして、傷病・出産休業補償や医療費助成、災害や病気見舞金給付などを行ふとともに、文化・スポーツ活動などを通じて、民医連職員の親睦を深めています。また、公的年金が引き下げられる中で、退職者の生活をささえれる一助としての退職者慰労金制度を継続発展させます。

そのためには、「民医連は一つ」の立場での連帯と団結が何より重要です。また、共済組織を規制しようとすると攻撃を許さず、自主共済を守る運動を広げていきます。

年金が引き下げられる中で、退職者の生活をささえれる一助としての退職者慰労金制度を継続発展させます。海外視察も取り入れ、次代を担う多くの職員が参加できる企画を発展させていきましょう。民医連綱領一年に向けた企画を準備します。海外視察も取り入れ、次代を担う多くの職員が参加できる企画を検討します。歴史的な資料の管理について検討をすすめます。

総会

開催

の憲法の存在と実現をめざした運動を不斷にすすめてきたことにささえられています。日本という国の未来は、この憲法の中にしかありません。この憲法を傷つけることなく未来に手渡しましょう。

故肥田舜太郎医師は、「ただ、憲法を学んで憲法はいいことを言っているから守りましょ」という程度ではダメです。本当に憲法を守るということは、人権を守り通すということです。大事なことは、地球上で誰もが安心して暮らし、だれもが不幸にならないで生き抜いていける日本にすること。そういう力は「一人一人の国民しか持っていない」「三二世纪を生きる若い皆さんには日本国憲法をほんとうに学んで、自分の命の主人公になってほしいと思います」とのべられました。

安倍政権が、憲法改憲を強行しようとしています。私たちは、一人一人がいのちの主人公となり、憲法をまもり、生かす国民的運動に参加し、人権、民主主義が輝く平和な未来を切り拓いていきましょう。

以上

議案用語解説

【はじめに】

市民アクション実行委員会…正式名称「安倍九条改憲NO！」。全国市民アクション。安倍政権による憲法九条の改憲阻止を目的に、二〇一七年九月、瀬戸内寂聴、香山リカ、田原総一朗、浜矩子など一九人の呼びかけで発足した。

【第一回】
安倍九条改憲NO！ 憲法を生かす統一署名（通称三〇〇〇万人署名）を推進。

経済グローバリズム…地球全体を視野に、経済活動を推進する考え方。しばしば多国籍企業の経済的利益を追求する観点から、自由貿易・規制緩和などを主張する。

新自由主義…経済活動の規制を取り払い、企業の競争を促進することで経済も発展するという考え方。労働者を守るルールや社会保障制度も「自由な競争の障害になる」などの理由で縮小・廃止を主張し、公営事業の民营化も進められる。一九八〇年代のアメリカ・イギリスから世界に広がり、日本でも中曾根内閣（一九八二～一九八七年）以降、新自由主義的な政策がとられるようになった。

立憲主義…憲法によって国家権力にしがりをかける考え方。一七〇八年のイギリス・フランス・アメリカなどの近代市民革命を経て確立された。圧政を防ぎ、人権を保障することを目的としており、日本国憲法にもこの立憲主義が貫かれていく。

【第一章】(1)

反核医師の会…「核戦争に反対する医師会」が正式名称。「医師の

社会的責務および良心から、健康

にとって最悪の敵である核戦争に反対し、核兵器廃絶の実現をめざして医師の声を結集する。されば被爆者医療に関ってきた医師に、被爆者を生み出されたよう人々に広く訴えていく」（設立趣旨）ことを目的に設立された。

（設立趣旨）ことを目的に設立された。核戦争防止国際医師会議（IPPNW）とともに、二〇一七年度のノーベル平和賞を受賞したICAN（核兵器廃絶国際キャンペーン）の日本における構成団体の一つでもある。

「ICOAN」…International Campaign to Abolish Nuclear Weapons 核戦争防止国際医師会議を母体に、二〇〇七年オーストラリアで発足。核兵器禁止条約の交渉開始・支持のロビー活動を行う目的で設立された国際的な非政府組織の連合体。核兵器廃絶国際キャンペーンを世界的に展開した。

【第二回】(2)
国際金融危機…二〇〇七年、米国のサブプライム住宅ローン（低信用者向け住宅ローン）の破綻からニューヨーク株価が大暴落し、世界的な金融危機が始まり、リーマン・ショックを引き起した。金融融資が実体経済よりふれあがり、投機マネーが暴走して実体経済を左右する事態が進み、アメリカでは経済成長が急激に減速、失業者が急増し、インフレ率が上昇。世界中に深刻な影響を及ぼした。日本でも中小企業への貸し済りや貸しはがしが横行し、倒産が増大。二〇〇八年には大量の派遣切りが起き、「年越し派遣村」のところも行われた。

雇用差別や賃金格差の撤廃など

新自由主義的緊縮政策…規制緩和や民営化などをすすめて経済成長を促そうとする新自由主義経済のもじり引き起こされる財政危機に対し、医療や介護、年金などの社会保障や教育・子育てなど、国民生活分野の財政を削減する政策。

【第二章】1節 (1)
海外で集団的自衛権行使できる実力組織…安倍政権は、二〇一四年七月一日の「閣議決定」で、集団的自衛権行使容認の「閣議決定」を行い、二〇一五年九月一九日に戦争法＝安保法制を強行。この安保法制には、「戦闘地域」での米軍等の兵たん（武器調達・補給・輸送など）の拡大、戦乱が続いている地域での治安活動（改定PKO法）、地球上のどこでも米軍を守るための武器使用（装備品防護）、集団的自衛権の行使といふ、自衛隊が海外で武力行使できることが盛り込まれている。そのため、自衛隊を憲法上に明記して憲法九条二項の「制約」は自衛隊には及ばなくなれば、海外での武力行使が無制限に可能になる。

サンダース現象…アメリカ大統領選挙の予備選挙で、民主党のバーク・サンダース上院議員が大統領候補として、反戦平和、大企業・富裕層への増税、最低賃金引き上げなど民主主義的な改革を政策に掲げ、若者をはじめ多くの識者に賛同・支持を集め、大健闘。選挙後もサンダースの掲げた政策実現にむけた運動が継続している。

『日米防衛協力のための指針（ガイドライン）』の改定…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例として挙げたのは、「兵器などのアセットの防護」や「艦船を防護するための護衛作戦」「機雷掃海」など。事実上の日米統合司令部である「同盟調整メカニズム」を恒常的に設置し、米軍と自衛隊との「運用面での調整」や「共同作戦の策定」を行うとし、情報共有や訓練、計画策定などを通じ、日米共同の軍事作戦を事前に準備しようとするもの。自衛隊はあらかじめ米軍の戦争計画に組み込まれ、米国が戦争を始めれば日本は自動的に参戦する極めて危険な仕組み。

たキャリア形成を考え、自分の医師像を見つめる機会とする。(3)専門医制度について正しい情報を知り、民医連の後期研修を考える場とするなどが目的。

ACGMEマイルストーン…アメリカ卒後医学教育認可評議会(ACGME)が示す医師の獲得すべきコンピテンシーの評価表。アウトカムベースで医師研修の到達度を指導医や研修医が評価することができる。全日本民医連医師臨床研修センター(イコリス)では、早くからこの評価手法に着目し、ACGMEから翻訳・利用の許諾を得て活用を促進していく。

メンタルヘルス対策の第一次予防で、「心身のストレス反応」「職場のストレス要因」「周囲からの支援」の三つの要素を含む項目が必要。本来は集団分析による職場環境改善が目的だが、今回改正では努力義務。民医連の職員の健康管理委員会では、法的対応をしつつ「健康職場づくり」を主軸に活用方法の検討を提起した。

【第3章】第7節(5)
—〇—正式名称は「生活機能・障害・健康の国際分類」。一九八〇年にWHOが試用としてICIDH(国際障害分類・機能障害・能力障害・社会的不利)を刊行、二〇〇一年の総合でICFとして改定版が採用。ICFでは、ICIDHに対し、①障害ひとりマイナス思考から生活機能ひとりプラス思考に視点を移した、②生活者

を取り巻く相互関連性を重視して

いる、③生活者の社会的側面(社会モデル)を重視しているなどが特徴。入院・入所においては、よ

り早期から「心身機能」と向き合

な場であり、時間の確保や学習、事例検討を取り入れるなどある。

工夫をして前進をはかる)、④学習と「民医連新聞」の活用(管理者が自ら学ぶ姿勢をもつこと、

さしにもじづき情勢を深め、民医連の方針や全国の仲間の経験を学ぶうえで「民医連新聞」をはじめとする機関誌紙を大いに活用する)、⑤管理者の集団化と団結。

職場管理者の五つの大切…職場管理者には最低限必要で、すべてでも実践してほしい五点。内容は①職場づくりの「夢をかなえる」(元のよなな職場づくりをしていくか

の中長期的構想(夢)をもつて)、

職場の年度方針と目標に具体化する)、②学ぶ機会の保障(制度教

育や職場外のいろいろな企画への参

加を大切にする)、職場目標と結びついた個人目標づくりを

援助し、育成面接を重視する)、

③職場会議の開催と充実(職場会

議の充実は職場づくりの最も重要

な場であり、時間の確保や学習、

事例検討を取り入れるなどある。

工夫をして前進をはかる)、④学

習と「民医連新聞」の活用(管

理者が自ら学ぶ姿勢をもつこと、

さしにもじづき情勢を深め、民医

連の方針や全国の仲間の経験を学

ぶうえで「民医連新聞」をはじめ

とする機関誌紙を大いに活用す

る)、⑤管理者の集団化と団結。

【第3章】第7節(3)
ストレスチェック…労働安全衛生法の改正に伴い、年に一回ストレ

スチェックの実施、高ストレスと

予定地の地質調査も続行中で、軟

野古漁港への作業ヤード設置のた

めの漁港使用許可や、美謝川の水

路変更などが必要。また埋め立て

の事業場に義務化された(1)(一)

五年一二月施行)。目的は職場の

事業場に義務化された(1)(一)

と地協機能の強化が重要です。これと職員養成、それをリードする県連づくり経営の改善と安定化、共同組織の質的な発展、次代を担う幹部育成の前進、中長期の事業計画にもとづく経営の改善と安定化、共同組織の柱」の実践を通じた医師確保・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、共同組織の質的な発展、次代を担う幹部育成と職員養成、それをリードする県連

す。
今ま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」にもどう検討と作業をすすめしていくことを確認し、提案とします。

ケアと安心して住み続けられるまちづくりの活動の発展、「新しい二つの柱」の実践を通じた医師確保・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、共同組織の質的な発展、次代を担う幹部育成と職員養成、それをリードする県連

は積極的な協力をいただきました。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。
第一次推薦案をもとに、各県連に員配置などを検討します。
③全国枠として、次代を担う若い役員、理事会を構成します。

④第四期選考の基本的な考え方
①第四期は、全日本民医連結成から六五年、現綱領改定から一〇年を迎えます。憲法の理念をたかく掲げ、「いのち・憲法・綱領」をモノサシに、綱領の実現をめざす次期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。

第四二期第三回評議員会は、「全日本民医連役員選考規定(一〇〇六年八月一〇日、第一回評議員会決定)に基づき、副会長一人、事務局次長一六人(各前後一人)、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。

2018年1月20日
全日本民医連第42期第23回理事会

第43期理事会推薦役員候補について

全日本民医連第四二期第一七回理事会(一〇一七年七月一四日)は、第四三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。第二回理事会(二月一五日)は、第一次推薦名簿を決定し、各県連との合意づくりに努力してきました。

らを総合的に指導・援助する力量を確立します。

③そのために経験ある幹部の保全をはかりつつ、これから約一〇年を見据え、意識的に次代を担う幹部、女性医師などの登用をすすめます。

④四役会議、理事会の会議運営上、それぞれの総数は原則として今以上増やさないことをします。また女性役員の比率を高めるよう努力します。

留意点

①四役の構成は、ひきつづき地協運営と各部・分野に責任を担う体制を重視します。職種構成は、四二期の(一)、事務(二八)を基本に検討します。

医師・歯科医師(一〇)、看護師(二)、事務(一八)を基本に検討します。また女性役員の比率を高めるよう努力します。

全日本民医連第43期推薦役員名簿

| 役職 | 継続 | 氏名 | 年齢 | 職種 | 所属 | 性 |
|-------|----------|-------|----|------|-----|----|
| 役 | 会長 | 藤末 衛 | 59 | 医師 | 兵庫 | 男 |
| | 副会長 | 阿南 陽二 | 60 | 医師 | 宮城 | 男 |
| | | 根岸 京田 | 57 | 医師 | 東京 | 男 |
| | | 増田 剛 | 56 | 医師 | 埼玉 | 男 |
| | | 柳沢 深志 | 52 | 医師 | 石川 | 男 |
| | 新 | 斎藤 和則 | 63 | 医師 | 大阪 | 男 |
| | 新 | 眞木 高之 | 52 | 医師 | 島根 | 男 |
| | 新 | 山田 秀樹 | 54 | 医師 | 東京 | 男 |
| | | 山本 一視 | 53 | 医師 | 福岡 | 男 |
| | 新 | 岩下 明夫 | 50 | 歯科医師 | 東京 | 男 |
| 事務局次長 | | 牛渡 君江 | 60 | 看護師 | 埼玉 | 女 |
| | 事務局長 | 岸本 啓介 | 56 | 事務 | 全日本 | 男 |
| | | 太田 美季 | 58 | 事務 | 北海道 | 男 |
| | | 坂田 匠 | 52 | 事務 | 宮城 | 男 |
| | | 岩須 靖弘 | 60 | 事務 | 長野 | 男 |
| | | 今井 晃 | 61 | 事務 | 東京 | 男 |
| | 新 | 寺山 公平 | 44 | 事務 | 石川 | 男 |
| | 新 | 松田 貴弘 | 55 | 事務 | 京都 | 男 |
| | 新 | 佐古 浩之 | 53 | 事務 | 岡山 | 男 |
| | 新 | 洗川 和也 | 53 | 事務 | 福岡 | 男 |
| 理 | 北海道東北地協 | 内村 幸一 | 55 | 事務 | 全日本 | 男 |
| | | 木下 興 | 53 | 事務 | 全日本 | 男 |
| | | 山本 淑子 | 56 | 事務 | 全日本 | 女 |
| | | 伴 香葉 | 52 | 事務 | 全日本 | 女 |
| | 新 | 徳山 通 | 54 | 事務 | 全日本 | 男 |
| | | 是枝 一成 | 59 | 事務 | 全日本 | 男 |
| | | 西澤 淳 | 52 | 事務 | 全日本 | 男 |
| | | 林 泰則 | 58 | 事務 | 全日本 | 男 |
| | | 入江 敬一 | 45 | 事務 | 全日本 | 男 |
| | | 須田 優子 | 53 | 看護師 | 北海道 | 女 |
| 地協 | 北関東甲信越地協 | 伊藤 真弘 | 57 | 医師 | 青森 | 男 |
| | | 尾形 文智 | 53 | 医師 | 岩手 | 男 |
| | | | | 事務 | 山形 | |
| | | 金萬 文雄 | 59 | 看護師 | 宮城 | 男 |
| | 新 | 諫訪 憲治 | 46 | 事務 | 群馬 | 男 |
| | | 平田 理 | 55 | 医師 | 山梨 | 男 |
| | | 遠藤 隆 | 61 | 事務 | 山梨 | 男 |
| | | 番場 誠 | 52 | 医師 | 長野 | 男 |
| | | 青木 順子 | 58 | 看護師 | 新潟 | 女 |
| | | 加藤 久美 | 53 | 事務 | 千葉 | 女 |
| 事務局 | 関東地協 | 内田てる美 | 55 | 看護師 | 東京 | 女 |
| | | 入部 史朗 | 50 | 事務 | 東京 | 男 |
| | 新 | 加賀美理帆 | 52 | 医師 | 茨城 | 女 |
| | | 松崎 幹雄 | 55 | 事務 | 神奈川 | 男 |
| | 新 | 宮腰 幸子 | 53 | 事務 | 富山 | 女 |
| | | 近藤 知己 | 59 | 医師 | 愛知 | 男 |
| | | 服部 洋子 | 56 | 看護師 | 愛知 | 女 |
| | | 武田 修三 | 55 | 事務 | 愛知 | 男 |
| | | 新 | | 事務 | | |
| | | | | | | |
| 常駐理事 | 北海道東北地協 | 佐藤 瞳紀 | 45 | 事務 | 山梨 | 男 |
| | | 高橋 勇美 | 52 | 事務 | 神奈川 | 男 |
| | | 菅井 一郎 | 55 | 事務 | 東京 | 男 |
| | | | | | | |
| 会計監査 | 中国四国地協 | | | | | |
| | 九州沖縄地協 | | | | | |
| | 沖縄 | | | | | |
| 理 | 近畿地協 | | | | | |
| | 中国四国地協 | | | | | |
| | 九州沖縄地協 | | | | | |
| | 沖縄 | | | | | |
| | 全 | | | | | |
| | 国 | | | | | |
| | 杵 | | | | | |
| | 事 | | | | | |
| | 杵 | | | | | |
| | 常駐理事 | | | | | |
| 会計監査 | 近畿地協 | | | | | |
| | 中国四国地協 | | | | | |
| | 九州沖縄地協 | | | | | |
| 事務局 | 近畿地協 | | | | | |
| | 中国四国地協 | | | | | |
| | 九州沖縄地協 | | | | | |
| | 沖縄 | | | | | |
| | 全 | | | | | |
| | 国 | | | | | |
| | 杵 | | | | | |
| | 事 | | | | | |
| | 杵 | | | | | |
| | 常駐理事 | | | | | |
| 会計監査 | 近畿地協 | | | | | |
| | 中国四国地協 | | | | | |
| | 九州沖縄地協 | | | | | |
| | 沖縄 | | | | | |
| | 全 | | | | | |
| | 国 | | | | | |
| | 杵 | | | | | |
| | 事 | | | | | |
| | 杵 | | | | | |
| | 常駐理事 | | | | | |
| 会計監査 | 近畿地協 | | | | | |
| | 中国四国地協 | | | | | |
| | 九州沖縄地協 | | | | | |
| | 沖縄 | | | | | |
| | 全 | | | | | |
| | 国 | | | | | |
| | 杵 | | | | | |
| | 事 | | | | | |
| | 杵 | | | | | |
| | 常駐理事 | | | | | |
| 会計監査 | 近畿地協 | | | | | |
| | 中国四国地協 | | | | | |
| | 九州沖縄地協 | | | | | |
| | 沖縄 | | | | | |
| | 全 | | | | | |
| | 国 | | | | | |
| | 杵 | | | | | |
| | 事 | | | | | |
| | 杵 | | | | | |
| | 常駐理事 | | | | | |
| 会計監査 | 近畿地協 | | | | | |
| | 中国四国地協 | | | | | |
| | 九州沖縄地協 | | | | | |
| | 沖縄 | | | | | |
| | 全 | | | | | |
| | 国 | | | | | |
| | 杵 | | | | | |
| | 事 | | | | | |
| | 杵 | | | | | |
| | 常駐理事 | | | | | |
| 会計監査 | 近畿地協 | | | | | |
| | 中国四国地協 | | | | | |
| | 九州沖縄地協 | | | | | |
| | 沖縄 | | | | | |
| | 全 | | | | | |
| | 国 | | | | | |
| | 杵 | | | | | |
| | 事 | | | | | |
| | 杵 | | | | | |
| | 常駐理事 | | | | | |
| 会計監査 | 近畿地協 | | | | | |
| | 中国四国地協 | | | | | </ |

全日本民医連組織概況 20年の推移 () 内は対前年差

| | 病院 | 医科診療所 | 歯科施設 | その他事業所 | 職員数 |
|-------|----------|-----------|-----------|-------------|-----------------|
| 1998年 | 154 | 408 | 82 | 411 | 44,654 |
| 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) |
| 2016年 | 141 (-2) | 504 (-5) | 115 (+1) | 1,084 (-4) | 80,833 (+3,377) |
| 2018年 | 142 (+1) | 497 (-7) | 120 (+5) | 1,075 (-9) | 82,330 (+1,497) |

*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。

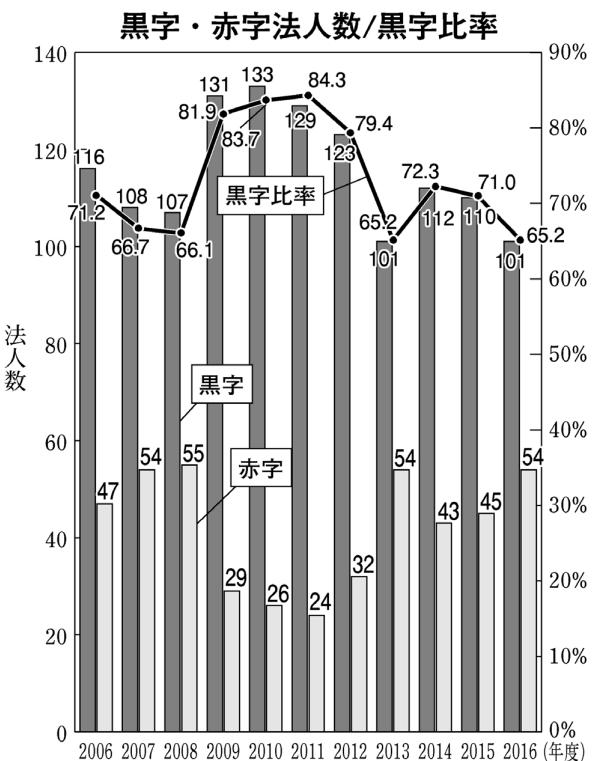
資料

全日本民医連の現況

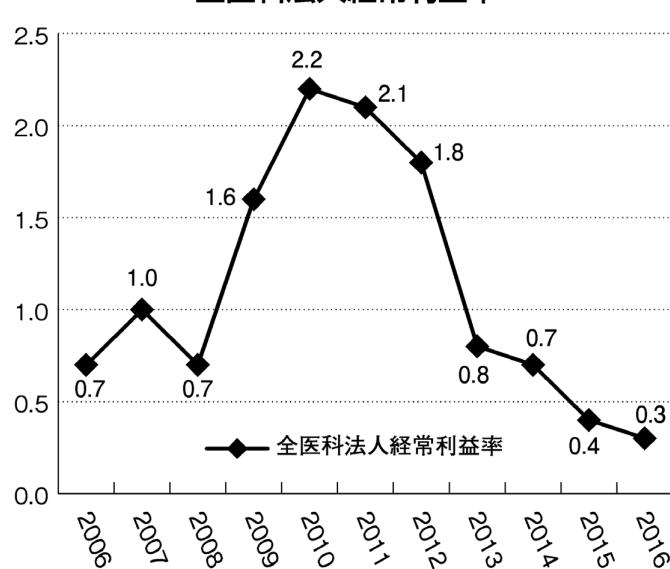
| 年度 | *年度途中開業・規模変更法人を含む | | | | | 合計 |
|-------------|-------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| | A法人 | B法人 | C法人 | D法人 | E法人 | |
| 黒字法人数 | 43 | 17 | 3 | 21 | 32 | 116 |
| | 49 | 19 | 4 | 11 | 25 | 108 |
| | 46 | 21 | 2 | 18 | 20 | 107 |
| | 54 | 27 | 3 | 20 | 27 | 131 |
| | 60 | 24 | 2 | 20 | 27 | 133 |
| | 60 | 24 | 2 | 19 | 27 | 132 |
| | 52 | 24 | 2 | 21 | 24 | 123 |
| | 44 | 15 | 1 | 18 | 23 | 101 |
| | 45 | 22 | 2 | 20 | 23 | 112 |
| | 47 | 19 | 2 | 18 | 24 | 110 |
| 赤字法人数 | 39 | 16 | 1 | 20 | 25 | 101 |
| | 19 | 12 | 3 | 7 | 6 | 47 |
| | 13 | 10 | 2 | 17 | 12 | 54 |
| | 16 | 8 | 4 | 10 | 17 | 55 |
| | 8 | 2 | 1 | 8 | 10 | 29 |
| | 3 | 3 | 1 | 8 | 11 | 26 |
| | 3 | 3 | 1 | 9 | 8 | 24 |
| | 11 | 3 | 1 | 7 | 10 | 32 |
| | 19 | 12 | 2 | 10 | 11 | 54 |
| | 18 | 5 | 1 | 8 | 11 | 43 |
| | 16 | 8 | 1 | 10 | 10 | 45 |
| 2006年度黒字法人率 | | | | | | |
| 2007年度黒字法人率 | | | | | | |
| 2008年度黒字法人率 | | | | | | |
| 2009年度黒字法人率 | | | | | | |
| 2010年度黒字法人率 | | | | | | |
| 2011年度黒字法人率 | | | | | | |
| 2012年度黒字法人率 | | | | | | |
| 2013年度黒字法人率 | | | | | | |
| 2014年度黒字法人率 | | | | | | |
| 2015年度黒字法人率 | | | | | | |
| 2016年度黒字法人率 | | | | | | |

【法人分類】

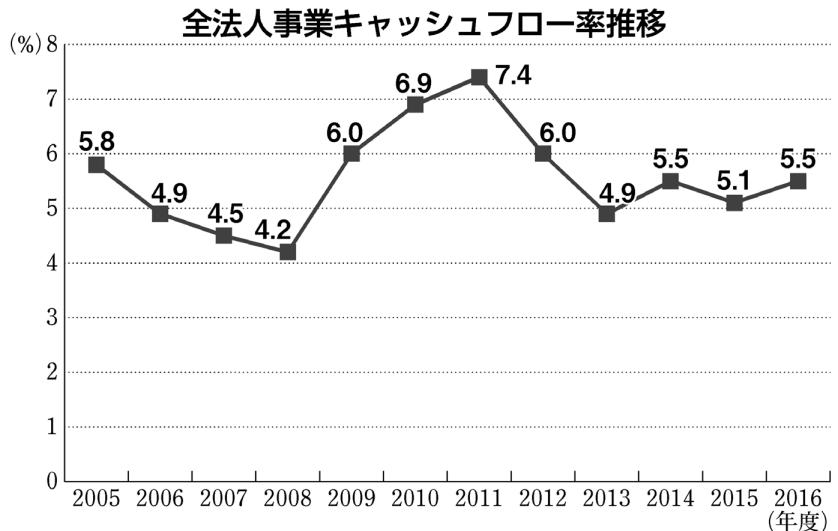
| | | | | |
|-------------------|-------|-------------|-----|-----|
| A法人 | B法人 | C法人 | D法人 | E法人 |
| ：150床以下の病院を含む統一経営 | ：単独病院 | ：診療所のみの統一経営 | ： | ： |

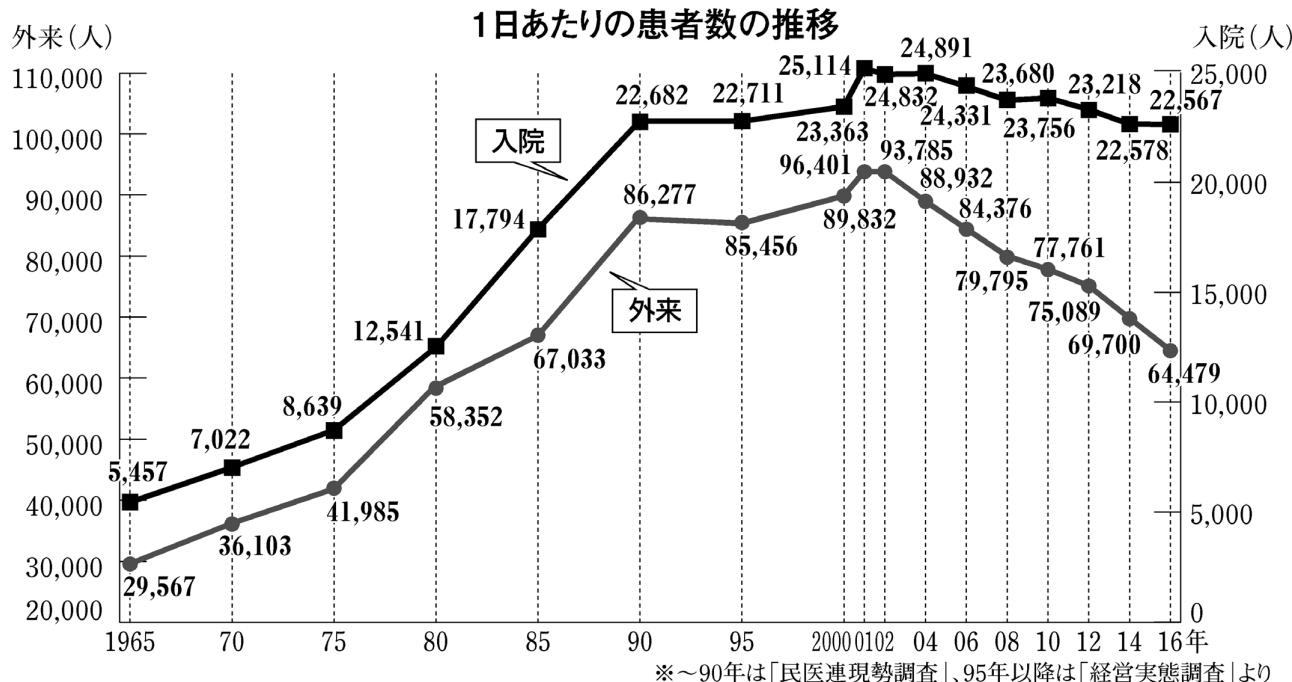


全医科法人経常利益率



全法人事業キャッシュフロー率推移





共同組織関係資料①構成員現勢は2017年12月末の数字(2018年1月19日現在の集計)。月次報告から作成。②『いつでも元気』は2018年2月号の数字。保健医療研究所への増減報告書から作成

| 県連名 | 仲間増やしと構成員現勢 | | | | | 「いつでも元気」 | | | 参考指標 | |
|-------|-------------|----------------|-----------------|----------------------|--------|----------|-------------------|---------------|----------|-----------|
| | 単位 | 2017年度 拡大目標 | 2017年度末 到達目標 | 今年度累計増減(2017年4月～12月) | | | 現勢(2017 年12月末) | 最新号2017年1月5日〆 | | 職員一人あたり部数 |
| | | | | 拡大数 | 減数 | 純増 | | 2016年2月号 | 2018年2月号 | |
| 北海道 | 人 | 6,800 | | 6,825 | 5,296 | 1,529 | 265,706 | 7,171 | 7,043 | ▲128 |
| 青森 | 人 | 6,000 | 125,686 | 2,871 | 2,711 | 160 | 119,846 | 792 | 890 | 98 |
| 岩手 | 世 | 1,300 | 25,650 | 393 | 200 | 193 | 25,367 | 225 | 244 | 19 |
| 宮城 | 両 | | | 1,080 | 1,430 | ▲350 | 41,251 | 2,628 | 2,566 | ▲62 |
| 秋田 | 人 | | | 103 | 275 | ▲172 | 5,870 | 203 | 175 | ▲28 |
| 山形 | 人 | 3,300 | | 5,133 | 4,883 | 250 | 70,698 | 1,153 | 1,135 | ▲18 |
| 福島 | 人 | 4,400 | 91,000 | 1,043 | 506 | 537 | 88,733 | 394 | 392 | ▲2 |
| 茨城 | 両 | | | 52 | 6 | 46 | 22,192 | 310 | 306 | ▲4 |
| 栃木 | 人 | 750 | 14,441 | 491 | 305 | 186 | 13,892 | 71 | 84 | 13 |
| 群馬 | 両 | 4,500 | 110,443 | 2,122 | 1,165 | 957 | 107,231 | 507 | 495 | ▲12 |
| 埼玉 | 世 | 10,864 | | 8,203 | 3,882 | 4,321 | 229,806 | 635 | 791 | 156 |
| 千葉 | 両 | | 43,000 | 1,031 | 1,276 | ▲245 | 38,400 | 2,166 | 2,277 | 111 |
| 東京 | 両 | | | 9,998 | 8,903 | 1,095 | 239,479 | 5,776 | 5,854 | 78 |
| 神奈川 | 両 | 8,320 | 150,000 | 3,178 | 3,425 | ▲247 | 139,907 | 1,509 | 1,551 | 42 |
| 新潟 | 世 | 1,470 | 37,000 | 889 | 611 | 278 | 36,654 | 624 | 653 | 29 |
| 富山 | 両 | | | 866 | 669 | 197 | 26,956 | 347 | 342 | ▲5 |
| 石川 | 人 | | 55,000 | 1,516 | 1,735 | ▲219 | 52,724 | 2,064 | 2,193 | 129 |
| 福井 | 人 | 1,000 | 22,484 | 265 | 88 | 177 | 21,681 | 261 | 253 | ▲8 |
| 山梨 | 両 | | | 323 | 694 | ▲371 | 17,723 | 1,128 | 1,254 | 126 |
| 長野 | 両 | 152,000 | 4,597 | 3,363 | 1,234 | 146,476 | 2,677 | 2,573 | ▲104 | 3,004 |
| 岐阜 | 世 | 700 | 17,047 | 291 | 238 | 53 | 16,400 | 684 | 664 | ▲20 |
| 静岡 | 両 | | | 330 | 142 | 188 | 15,356 | 890 | 864 | ▲26 |
| 愛知 | 世 | | | 3,109 | 1,569 | 1,540 | 204,012 | 962 | 911 | ▲51 |
| 三重 | 両 | 10,000 | 41,682 | 271 | 306 | ▲35 | 40,648 | 163 | 146 | ▲17 |
| 滋賀 | 両 | 500 | 11,600 | 323 | 362 | ▲39 | 11,246 | 548 | 579 | 31 |
| 京都 | 両 | 4,500 | 60,000 | 1,662 | 1,220 | 442 | 55,512 | 3,992 | 4,084 | 92 |
| 大阪 | 両 | | | 7,645 | 4,059 | 3,586 | 347,964 | 2,799 | 2,818 | 19 |
| 兵庫 | 両 | 9,289 | 190,276 | 3,835 | 1,628 | 2,207 | 184,342 | 1,303 | 1,375 | 72 |
| 奈良 | 人 | 2,842 | 39,124 | 1,612 | 1,261 | 351 | 37,981 | 1,343 | 1,398 | 55 |
| 和歌山 | 人 | | | 283 | 166 | 117 | 23,095 | 135 | 158 | 23 |
| 鳥取 | 人 | 3,500 | 52,576 | 912 | 535 | 377 | 49,312 | 329 | 281 | ▲48 |
| 島根 | 人 | 3,100 | 62,784 | 1,301 | 1,107 | 194 | 60,057 | 324 | 307 | ▲17 |
| 岡山 | 人 | 10,153 | 155,091 | 4,102 | 2,285 | 1,817 | 146,843 | 926 | 887 | ▲39 |
| 広島 | 人 | 7,100 | 110,681 | 2,100 | 1,399 | 701 | 104,395 | 221 | 256 | 35 |
| 山口 | 人 | | | 569 | 333 | 236 | 18,613 | 150 | 135 | ▲15 |
| 徳島 | 人 | | | 926 | 260 | 666 | 44,867 | 218 | 214 | ▲4 |
| 香川 | 世 | | | 111 | 65 | 46 | 47,969 | 172 | 199 | 27 |
| 愛媛 | 人 | | | 0 | 0 | 0 | 47,877 | 317 | 285 | ▲32 |
| 高知 | 両 | 1,500 | | 731 | 275 | 456 | 56,147 | 157 | 107 | ▲50 |
| 福岡・佐賀 | 世 | 5,061 | 108,493 | 3,354 | 1,198 | 2,156 | 105,597 | 4,991 | 4,969 | ▲22 |
| 長崎 | 人 | 567 | 14,665 | 178 | 54 | 124 | 14,250 | 737 | 785 | 48 |
| 熊本 | 世 | | | 160 | 202 | ▲42 | 20,663 | 1,549 | 1,537 | ▲12 |
| 大分 | 人 | 1,500 | 28,552 | 526 | 383 | 143 | 27,195 | 145 | 144 | ▲1 |
| 宮崎 | 人 | 2,000 | 51,155 | 1,167 | 402 | 765 | 49,744 | 355 | 360 | 5 |
| 鹿児島 | 世 | 6,500 | 163,120 | 5,569 | 2,642 | 2,927 | 159,547 | 1,236 | 1,283 | 47 |
| 沖縄 | 世 | 5,003 | 65,637 | 1,682 | 204 | 1,478 | 92,430 | 595 | 559 | ▲36 |
| | | 122,519 | 1,999,187 | 93,728 | 63,718 | 30,010 | 3,692,654 | 55,882 | 56,376 | 494 |
| | | | | | | | | | | 59,198 |

(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→ | 227 | 230 | 3 |
| 全日本→ | 65 | 59 | ▲6 |
| 合計部数→ | 56,174 | 56,665 | 491 |
| | | | 59,257 |

(職員数は2017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

2018/1/15 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 | 8 | 0 | 0 | 12 |
| 岩手 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| 宮城 | 4 | 4 | 0 | 0 | 8 |
| 秋田 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 山形 | 4 | 1 | 0 | 1 | 6 |
| 福島 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 茨城 | 1 | 2 | 0 | 1 | 4 |
| 栃木 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| 群馬 | 4 | 4 | 3 | 0 | 11 |
| 埼玉 | 4 | 8 | 2 | 2 | 16 |
| 千葉 | 2 | 9 | 0 | 0 | 11 |
| 東京 | 10 | 6 | 2 | 2 | 20 |
| 神奈川 | 3 | 14 | 1 | 2 | 20 |
| 山梨 | 3 | 5 | 3 | 0 | 11 |
| 長野 | 6 | 0 | 0 | 2 | 8 |
| 新潟 | 1 | 5 | 0 | 2 | 8 |
| 富山 | 1 | 2 | 0 | 1 | 4 |
| 石川 | 2 | 4 | 1 | 1 | 8 |
| 福井 | 1 | 2 | 3 | 0 | 6 |
| 岐阜 | 1 | 3 | 0 | 0 | 4 |
| 静岡 | 1 | 3 | 0 | 0 | 4 |
| 愛知 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| 三重 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| 滋賀 | 0 | 3 | 0 | 1 | 4 |
| 京都 | 4 | 24 | 0 | 2 | 30 |
| 大阪 | 4 | 31 | 4 | 2 | 41 |
| 兵庫 | 3 | 16 | 2 | 1 | 22 |
| 奈良 | 3 | 10 | 0 | 2 | 15 |
| 和歌山 | 1 | 4 | 0 | 0 | 5 |
| 岡山 | 5 | 1 | 0 | 1 | 7 |
| 広島 | 1 | 4 | 1 | 0 | 6 |
| 鳥取 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| 島根 | 3 | 1 | 1 | 0 | 5 |
| 山口 | 1 | 2 | 2 | 0 | 5 |
| 徳島 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 香川 | 2 | 1 | 1 | 0 | 4 |
| 愛媛 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 高知 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| 福岡・ 佐賀 | 7 | 11 | 2 | 0 | 20 |
| 長崎 | 1 | 4 | 0 | 0 | 5 |
| 熊本 | 2 | 4 | 0 | 0 | 6 |
| 大分 | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 |
| 鹿児島 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 宮崎 | 1 | 3 | 0 | 0 | 4 |
| 沖縄 | 2 | 4 | 0 | 0 | 6 |
| 総合計 | 113 | 230 | 35 | 28 | 406 |

共同組織構成員の推移(2018年1月19日現在の集計)



『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 | |
| 17年2月号 | 398 | 56,572 | 第13回／東海・北陸（石川） |
| 18年2月号 | 50 | 56,622 | |

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 |
| 15年 | 147,948 | 87,734 | 60,214 |
| 16年 | 123,240 | 115,026 | 8,214 |

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 | 2015年 | 2016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 | 11.8 | 11.9 |
| 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 | 23.3 | 23.6 |
| 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 | 19.5 | 20.8 | 21.4 | 23.8 |
| 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 | 41.2 | 41.5 |
| 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 | 38.5 | 39.2 |
| 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 | 15.0 | 15.1 |

※「経営実態調査」より

介護保険指定事業所数・利用者数

| | | | 2016年4月 | | 2017年4月 | |
|--|---|--------------------|---------|---------|---------|---------|
| | | | 事業所数 | 利用者数 | 事業所数 | 利用者数 |
| | | 訪問介護 | 310 | 15,927 | 293 | 15,686 |
| | | 予防訪問介護 | 288 | 6,930 | 272 | 6,085 |
| | | 訪問介護 | 310 | 22,857 | 293 | 21,771 |
| | | 訪問入浴 | 7 | 114 | 6 | 103 |
| | | 予防訪問入浴 | 6 | 1 | 6 | 1 |
| | | 訪問入浴 | 13 | 115 | 6 | 104 |
| | | 訪問看護(介護保険) | 301 | 18,681 | 293 | 19,341 |
| | | 予防訪問看護 | 281 | 1,996 | 276 | 2,111 |
| | | 訪問看護 | 301 | 20,677 | 293 | 21,452 |
| | | 訪問リハ | 102 | 2,916 | 119 | 3,274 |
| | | 予防訪問リハ | 92 | 370 | 109 | 472 |
| | | 訪問リハ | 102 | 3,286 | 119 | 3,746 |
| | ■ | 訪問系サービス合計 | 726 | 46,935 | 711 | 47,073 |
| | | 通所介護 | 235 | 11,336 | 198 | 11,061 |
| | | 予防通所介護 | 249 | 2,871 | 219 | 2,530 |
| | | 通所介護 | 235 | 14,207 | 198 | 13,591 |
| | | 通所リハ | 235 | 13,794 | 238 | 14,627 |
| | | 予防通所リハ | 218 | 3,471 | 225 | 4,227 |
| | | 通所リハ | 235 | 17,265 | 238 | 18,854 |
| | | 療養通所介護 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | ■ | 通所系サービス合計 | 470 | 31,472 | 436 | 32,445 |
| | | 短期入所生活介護(併設型事業所) | 48 | 1,947 | 48 | 1,819 |
| | | 短期入所生活介護(単独型事業所) | 41 | 2,045 | 29 | 1,592 |
| | | 予防短期入所生活介護(併設型事業所) | 34 | 30 | 33 | 41 |
| | | 予防短期入所生活介護(単独型事業所) | 29 | 55 | 27 | 32 |
| | | 短期入所生活介護 | 89 | 4,077 | 77 | 3,484 |
| | | 短期入所療養介護 | 39 | 982 | 44 | 1,028 |
| | | 予防短期入所療養介護 | 27 | 11 | 30 | 11 |
| | | 短期入所療養介護 | 39 | 993 | 44 | 1,039 |
| | ■ | 短期入所サービス合計 | 128 | 5,070 | 121 | 4,523 |
| | | 特定施設入居者生活介護 | 11 | 344 | 12 | 377 |
| | | 予防特定施設入居者生活介護 | 8 | 32 | 9 | 37 |
| | | 特定施設入居者生活介護 | 11 | 376 | 12 | 414 |
| | | 福祉用具貸与 | 37 | 8,673 | 28 | 8,853 |
| | | 予防福祉用具貸与 | 34 | 1,524 | 27 | 1,684 |
| | | 福祉用具貸与 | 37 | 10,197 | 28 | 10,537 |
| | ○ | 居宅サービス合計 | 1,372 | 94,050 | 1,308 | 94,992 |
| | | 介護予防支援事業(地域包括作成分) | 156 | 10,611 | 161 | 11,280 |
| | | 居宅介護支援事業 | 624 | 51,068 | 550 | 52,730 |
| | | 〃受託予防ケアプラン | | 6,905 | | 7,504 |
| | ○ | 介護予防・居宅介護支援合計 | 780 | 68,584 | 711 | 71,514 |
| | | 老人福祉施設 | 25 | 1,689 | 25 | 1,783 |
| | | 老人保健施設 | 49 | 3,707 | 52 | 4,006 |
| | | 介護療養型医療施設 | 5 | 190 | 6 | 193 |
| | ○ | 施設合計 | 79 | 5,586 | 83 | 5,982 |
| | | 定期巡回随時対応型訪問介護看護 | 24 | 324 | 29 | 420 |
| | | 夜間対応型訪問介護 | 2 | 77 | 6 | 98 |
| | | 地域密着型通所介護 | 73 | 2,061 | 92 | 2,467 |
| | | 認知症対応型通所介護 | 61 | 938 | 63 | 997 |
| | | 予防認知症対応型通所介護 | 47 | 28 | 50 | 32 |
| | | 認知症対応型通所介護 | 61 | 966 | 63 | 1,029 |
| | | 小規模多機能居宅介護 | 59 | 1,119 | 66 | 1,211 |
| | | 予防小規模多機能居宅介護 | 48 | 115 | 53 | 126 |
| | | 小規模多機能居宅介護 | 59 | 1,234 | 66 | 1,337 |
| | | 認知症対応型共同生活介護 | 74 | 938 | 74 | 960 |
| | | 予防認知症対応型共同生活介護 | 44 | 0 | 45 | 1 |
| | | 認知症対応型共同生活介護 | 74 | 938 | 74 | 961 |
| | | 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 2 | 59 | 2 | 58 |
| | | 地域密着型介護福祉施設 | 12 | 306 | 12 | 307 |
| | | 看護小規模多機能型居宅介護 | 21 | 440 | 24 | 496 |
| | ○ | 地域密着型サービス合計 | 328 | 6,405 | 368 | 7,173 |
| | | 総計 | 2,559 | 174,625 | 2,470 | 179,661 |

※各年「介護事業基本調査」より

職種別職員数の推移

| | | 2013年 10月1日 現在 | 2015年 10月1日 現在 | 2017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 |
| 医科医師 | 正職員 | 3,214.8 | 3,196.8 | 3,269.2 | 72.4 | 102.3 | 54.4 | 101.7 |
| | 非正職員換算 | 857.9 | 974.2 | 959.9 | △14.3 | 98.5 | 102.0 | 111.9 |
| 歯科医師 | 正職員 | 329.7 | 325.3 | 326.0 | 0.7 | 100.2 | △3.7 | 98.9 |
| | 非正職員換算 | 56.7 | 58.1 | 62.2 | 4.1 | 107.1 | 5.5 | 109.7 |
| 薬剤師 | | 2,795.8 | 2,781.7 | 2,840.3 | 58.6 | 102.1 | 44.5 | 101.6 |
| 看護 | 保健師 | 536.7 | 581.8 | 617.3 | 35.5 | 106.1 | 80.6 | 115.0 |
| | 助産師 | 412.5 | 408.4 | 352.9 | △55.5 | 86.4 | △59.6 | 85.6 |
| | 看護師 | 21,122.2 | 21,972.6 | 22,489.8 | 517.2 | 102.4 | 1,367.6 | 106.5 |
| | 准看護師 | 3,256.3 | 2,954.4 | 2,652.6 | △301.8 | 89.8 | △603.7 | 81.5 |
| | 看護業務補助者 | 1,748.5 | 1,746.0 | 1,713.6 | △32.4 | 98.1 | △34.9 | 98.0 |
| 介護 | 介護福祉士 | 9,586.1 | 10,864.2 | 11,361.2 | 497.0 | 104.6 | 1,775.1 | 118.5 |
| | 介護職員初任者研修終了者(旧ホームヘルパー2級相当) | 2,438.8 | 3,010.6 | 2,459.0 | △551.6 | 81.7 | 20.2 | 100.8 |
| | 実務者研修修了者(旧介護職員基礎研修及び旧ホームヘルパー1級相当) | | | 248.5 | 248.5 | | 248.5 | |
| | その他の介護職 | 2,942.3 | 2,026.5 | 1,999.1 | △27.4 | 98.6 | △943.2 | 67.9 |
| 歯科 | 歯科衛生士 | 752.2 | 779.2 | 819.3 | 40.1 | 105.1 | 67.1 | 108.9 |
| | 歯科技工士 | 168.6 | 183.0 | 191.6 | 8.6 | 104.7 | 23.0 | 113.6 |
| | 歯科業務補助者 | 98.4 | 96.5 | 116.9 | 20.4 | 121.1 | 18.5 | 118.8 |
| 放射線 | 診療放射線技師 | 1,034.2 | 1,082.8 | 1,062.6 | △20.2 | 98.1 | 28.3 | 102.7 |
| | 診療X線技師 | 16.0 | 16.1 | 5.0 | △11.1 | 31.1 | △11.0 | 31.3 |
| 検査 | 臨床検査技師 | 1,651.2 | 1,653.2 | 1,684.2 | 31.1 | 101.9 | 33.0 | 102.0 |
| | 衛生検査技師 | 7.0 | 4.9 | 4.3 | △0.6 | 87.8 | △2.7 | 61.4 |
| 臨床工学技士 | | 490.4 | 536.7 | 582.6 | 45.9 | 108.6 | 92.2 | 118.8 |
| リハビリ | 理学療法士 | 2,793.0 | 3,139.7 | 3,554.1 | 414.4 | 113.2 | 761.1 | 127.2 |
| | 作業療法士 | 1,825.3 | 1,991.6 | 2,178.3 | 186.7 | 109.4 | 353.0 | 119.3 |
| | 視能訓練士 | 57.3 | 75.5 | 82.7 | 7.2 | 109.5 | 25.4 | 144.3 |
| | 言語聴覚士 | 534.9 | 622.7 | 688.8 | 66.1 | 110.6 | 153.9 | 128.8 |
| | 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 | | 28.4 | 28.1 | 22.4 | △5.7 | 79.7 | △6.0 | 78.9 |
| 柔道整復師 | | | | 25.5 | 25.5 | | 25.5 | |
| 鍼灸師 | | 56.9 | 50.0 | 36.6 | △13.4 | 73.2 | △20.3 | 64.3 |
| 栄養 | 管理栄養士 | 632.7 | 679.7 | 704.3 | 24.6 | 103.6 | 71.6 | 111.3 |
| | 栄養士 | 129.9 | 138.4 | 149.2 | 10.8 | 107.8 | 19.3 | 114.9 |
| | 調理師 | 1,130.2 | 1,112.7 | 1,103.6 | △9.1 | 99.2 | △26.6 | 97.6 |
| | 調理員 | 719.8 | 912.0 | 904.7 | △7.3 | 99.2 | 184.9 | 125.7 |
| その他の技術員 | | 363.1 | 366.3 | 339.2 | △27.1 | 92.6 | △23.9 | 93.4 |
| SW | 社会福祉士 | 712.4 | 855.2 | 961.2 | 106.0 | 112.4 | 248.8 | 134.9 |
| | 精神保健福祉士 | 145.4 | 139.5 | 142.8 | 3.3 | 102.4 | △2.6 | 98.2 |
| | その他のSW | 242.4 | 301.5 | 226.5 | △75.0 | 75.1 | △15.9 | 93.4 |
| 保育士 | | 322.8 | 435.1 | 491.4 | 56.3 | 112.9 | 168.6 | 152.2 |
| 事務職員 | | 12,518.4 | 12,924.2 | 13,178.3 | 254.1 | 102.0 | 659.9 | 105.3 |
| その他の職員 | | 1,722.3 | 1,806.7 | 1,721.3 | △85.4 | 95.3 | △1.0 | 99.9 |
| 合計 | | 77,455.4 | 80,832.7 | 82,329.8 | 1,497.1 | 101.9 | 4,874.4 | 106.3 |

*実務者研修修了者及び柔道整復師は、2017年度調査より集約を実施

初期研修医受入数の推移

| 年 | 受入数(人) |
|-------|--------|
| 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 |
| 2016年 | 157 |
| 2017年 | 155 |

新卒看護師受入数の推移

| 新卒看護師受入数(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 |
| 2016年卒 | 1,089 |
| 2017年卒 | 1,062 |

(看護師、保健師、助産師の合計)