

学習ブックレット
民医連の綱領と歴史

なんのために、誰のために

The
**Mission
Statement
and
History**

民医連綱領

私たち民医連は、無差別・平等の医療と福祉の実現をめざす組織です。

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

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

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

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

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

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

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

2010年2月27日

全日本民主医療機関連合会 第39回定期総会

卷頭言

「民医連綱領を説明し、学べる教材が欲しい」という要望が各地から寄せられていきました。「綱領は、何のためにあって、どんな時に役に立つの?」という率直な若手職員の疑問に答えて、民医連綱領の価値と役割、そして歴史を正確に伝えるにはどうすればいいか。編集に携わったメンバーは、相当のプレッシャーを感じつつも、民医連50年史『無差別・平等の医療をめざして』をガイドにしながら、「全日本民医連の医療・福祉宣言」から綱領改定に至る約10年の議論、すでに改定から9年という実践とその振り返りをふまえて、今日的に書きおろす気持ちで作成にあたり、理事会での修正を経て完成しました。綱領解説を今日の実践を踏まえたものとし、歴史は綱領の理解を深める視点で重点的に編集しました。編集委員、担当事務局、そして理事の皆さんに感謝いたします。

2010年、49年ぶりの綱領改定という全日本民医連第39回総会の場に私は会長代行として参加しました。代議員の大変真摯で熱心な討論、修正意見を総会休会中の臨時理事会を開催して受け止め、最終修文と修正説明提案を長瀬文雄事務局長(当時)と明け方に書き上げ、総会最終日に提案、そして採択されました。改定と同時に会長に選任された私は、実践しなければならない責任の重さに身震いしたことを思い出します。綱領は、その組織の羅針盤と言いますが、その文言一つ一つにそれまでの無数の実践、時には痛恨の失敗、教訓が反映され、そして未来を切り開く希望や夢が込められています。

自らの行動を迷った時に頼りになるのも綱領です。24年前、阪神・淡路大震災に遭遇しました。壊れた街の中でなんとか残った病院、廊下にびっしりとすさまもなく傷病者が寝かされていました。カルテが散乱した一階受付裏で、救急搬入が止まって余震だけを感じる深夜、明日はどう行動しようかと考える時に読み返したのは綱領と伊勢湾台風支援の大坂民医連のまとめでした。「この通りにやればいい」が、結論でした。不思議と、迷いがなくなり、力が湧いてきたことを思い出します。

まあ、だまされたと思って読み進めてみよう。若い力と先輩たちの経験知が合わあって、新しい歴史が創られることでしょう。



2019年2月1日 全日本民医連 会長 藤末衛

目次 学習ブックレット 民医連の綱領と歴史

巻頭言

P. 1

綱領とは何でしょうか

P. 4 ~ 5

第1部（綱領編） 民医連綱領を学ぼう

P. 6 ~ 7

第1章 綱領前文①

第1節 民医連の目的・性格と誕生の経過	P. 8 ~ 9
第2節 民医連の歴史的活動	P. 10 ~ 11
第3節 いのちや健康にかかわる社会問題のとりくみ	P. 12 ~ 13
第4節 民医連の組織の特徴	P. 14 ~ 15

第2章 綱領前文②

第1節 立憲主義と憲法13条	P. 16 ~ 17
第2節 憲法25条と健康権	P. 18 ~ 19
第3節 平和的生存権と憲法9条	P. 20 ~ 21
第4節 12条で憲法を生かす	P. 22 ~ 23

第3章 綱領中文①

第1節 医療と介護・福祉活動	P. 24 ~ 25
第2節 連携とまちづくり	P. 26 ~ 27
第3節 学問の自由、専門職の育成	P. 28 ~ 29
第4節 管理と運営	P. 30 ~ 31

第4章 綱領中文②、綱領後文

第1節 権利としての社会保障	P. 32 ~ 33
第2節 社保運動の歴史	P. 34 ~ 35
第3節 平和と環境を守る	P. 36 ~ 37
第4節 使命・目標実現の道筋	P. 38 ~ 39

第2部（歴史編） 歴史の教訓と伝統を引き継ぐ

P. 40 ~ 41

第5章 民医連運動の源流 無産者診療所

第1節 医療を民衆の手に	P. 42 ~ 43
第2節 山本宣治と「労働者農民の病院を作れ」アピール	P. 44 ~ 45
第3節 無産者診療所の活動とそれを担った人々	P. 46 ~ 47
第4節 無産者診療所の壊滅、そして太平洋戦争へ	P. 48 ~ 49

第6章 民医連の綱領の変遷を歴史的にとらえる

第1節 民診の設立	P. 50 ~ 51
第2節 全国組織の結成	P. 52 ~ 53
第3節 全国民医連綱領と民診性格論争	P. 54 ~ 55
第4節 1961年綱領	P. 56 ~ 57

第7章	社会保障の拡充、病院化・技術の近代化	
第1節	各分野の原則を確立した1960年代	P. 58～59
第2節	病院化、技術の近代化（1970年代）	P. 60～61
第3節	山梨勤労者医療協会の倒産・再建	P. 62～63
第4節	「山梨」とはなんだったのか（東葛、北九州健和会問題にもふれて）	P. 64～65
第8章	医療・介護の営利化とのたたかいと組織強化	
第1節	世界史的激動、新自由主義の構造改革	P. 66～67
第2節	医療・介護の要求の変化、たたかいと対応（1990年代）	P. 68～69
第3節	経営と管理運営の強化	P. 70～71
第4節	共同組織の拡大強化	P. 72～73
第9章	現綱領への道程	
第1節	阪神・淡路大震災と民医連	P. 74～75
第2節	民医連における医師養成の歩み	P. 76～77
第3節	医療事故・事件をのりこえ、保健・医療・福祉の複合体として	P. 78～79
第4節	医療・福祉宣言づくりと綱領改定への道	P. 80～81
第3部（未来編） 民医連運動の新たな発展期を担おう		P. 82～83
第10章	2010年代の激動と民医連	
第1節	東日本大震災と民医連	P. 84～85
第2節	戦後70年の節目に	P. 86～87
第3節	沖縄の痛みは日本の痛み、民主主義が問われる米軍基地問題	P. 88～89
第4節	いのちの格差を乗りこえる提言	P. 90～91
第11章	すべての人の尊厳と幸福追求のために	
第1節	60年余の発展の総括と自己認識	P. 92～93
第2節	なぜ民主医療機関の連合会か……県連・地協・全日本	P. 94～95
第3節	貧困・格差、超高齢・人口減少社会、市民が社会を動かす時代	P. 96～97
第4節	新たな発展期への展望	P. 98～99

綱領とは何でしょうか

KEY CONCEPT

磁石の針が南北を指すことを利用して、船舶の方位・進路を測る器械のことを羅針盤（コンパス）と言います。**綱領の役割はよく羅針盤にたとえられます。**民医連運動の進路を指示するもの、それが民医連綱領です。しかもそれは地域の人々、国民が、民医連とはどういう組織かを知る基本的文書です。

綱領とは、その団体の理念、歴史、基本方針を簡潔にまとめた文書です。綱領という言葉を使っているかどうかはともかく、世の中にあるほとんどすべての団体や組織が、綱領的な文書を持っています。その組織が何を目的にどんなことをするのかについて基本的なことを内外に明らかにするためです。

職員の日々の仕事のよりどころ、力をあわせて活動する旗印

民医連綱領の意義は第1に、民医連の職員が日々の医療・介護の仕事や、社会保障をよくする運動をすすめるための羅針盤です。「無差別・平等の医療と福祉の実現をめざす」「憲法の理念を高く掲げ……すべての人が等しく尊重される社会をめざす」「人権を尊重し、共同のいとなみとしての医療と介護・福祉」「権利としての社会保障の実現」など、綱領に書かれている基本的な内容をふまえ、それを日常の活動のなかに生かしていくものです。職員が力をあわせて活動するよりどころ、ミッションです。

民医連の組織は、病院、診療所、老健施設、薬局などの事業所によって構成されています。ひとつの県に3つ以上の事業所があれば、県の連合会（県連）をつくり、その県連を基本単位として全日本民医連が成り立っています。

民医連の組織の決まりごとを定めた全日本民医連規約では、第2条で「この会は民医連綱領が掲げる使命と目的を実現するために活動する」、第3条で「この会は民医連綱領、規約を承認する都道府県民主医療機関連合会（以下、「県連」という）および直接加盟事業所^{注1}をもって組織する。県連に加盟する事業所および直接加盟事業所は、民医連綱領、規約を承認し、民医連綱領・運動方針^{注2}の実践に努めなければならない」としています。つまり綱領を認めそれにそって活動することは、事業所が民医連に加盟する基本的な条件です。

民医連の職員は、入職する前から民医連綱領を学び共感していた人もいれば、入職してから初めて綱領を目にした人もいます。いずれにしても日々の仕事のなかで、不斷に民医連綱領を学び身につけていくことが大事です。

民医連の60余年の歴史は、民医連が国民からの信頼を得て国民とともに「無差別・平等の医療と福祉の実現」をめざして前進してきた歩みでした。しかしその歴史のなかで民医連は、地域の人々からの期待を大きく裏切る、あってはならない痛恨のできごとも経験しました。倒産・経営危機、医療事故・事件などです。それは、民医連綱領を正確に理解して実践するという立場を踏みはずした結果として起きた重大事件でした。いくら「いいこと」が綱領に書かれても、言っていることと実

注1…県連が構成できない場合に、事業所が全日本民医連に直接加盟することができます。

注2…全日本民医連は基本的に2年に1度、定期総会を開いて、綱領とときどきの情勢をふまえた「運動方針」を決定します。

際にやっていることが違えば、国民からの信頼を一気に失うことになります。

事業所の管理運営や職員の活動で指導的な立場にある幹部・リーダーは、自ら先頭に立ってしっかりと綱領を学び深めるとともに、すべての職員が民医連綱領を身につけ実践できるよう役割を果たすことが求められます。

連携・共同の時代、国民からの評価・信頼の源

第2に、民医連綱領は、激動する時代のなかで民医連が進んでいく道筋を地域の人々、国民の前に明らかにするという積極的な意味があります。つまり、世間の人々は綱領の内容によってその組織のことを理解し評価します。

いまの日本社会は貧困と格差が大きく広がり、また超高齢と人口減少時代が到来するなかで、国民には切実な医療・介護要求が渦巻いています。また、国家権力をにぎる人々（日本社会を支配している勢力）の政治・経済施策によって、人間にとってかけがえのない価値である平和と人権が脅かされています。

一方、国民のなかには、思想信条の違いを超えて、日本国憲法の基本的な理念である平和・人権・民主主義が大切にされる社会を実現するための連携・共同が広がっています。人々が社会の主人公、当事者として自覚し、その共同の力で社会を動かす時代です。

そんな多くの国民からいま、医療・介護活動においても、平和・社会保障を守る運動の課題においても、民医連への期待が非常に高まっています。

民医連綱領は、民医連が各地ですすめている実際の活動やさまざまな発信の内容について、国民に理解していただくための基本的文書です。

綱領を学びあい、民医連運動を豊かに発展させよう

民医連が今日の時代の要請や国民の期待に応えていくには、幹部・リーダーをはじめすべての職員があらためて、民医連はなんのために、誰のために存在するのか、そして医療・介護、経営、運動などの活動をどのような考え方でどうすすめていくのかを、今日的な課題や現場の実践と結びつけて深めることが大切です。

そのために民医連綱領と歴史を大いに学びあい、民医連運動を豊かに発展させていきましょう。



多職種参加型「在宅医療カンファレンス」
(茨城・城南病院)

民医連綱領 を学ぼう

民医連綱領は、前文、中文、後文の3つの文章で構成されています。

前文では、民医連の目的と性格、誕生の経過、歴史的活動と組織の特徴、そして社会的使命の4つの内容を段落ごとに述べています。

中文は、6項目の具体的目標です。大事な順番に並べたのではなく、すべて重要な順番で、「一、二、三……」ではなく、「一、一、一」としています。

そして後文は、使命や目標を実現していくための方法、道筋について明らかにしています。

したがって、それぞれの内容をバラバラではなく、関連づけてセットで理解していくことが大事です。

なおこれから本文では、第1章で綱領前文の第1段落から第3段落まで（民医連の目的・性格、誕生の経過、歴史的活動と組織の特徴）、第2章で綱領前文の第4段落（民医連の社会的使命）、第3章で綱領中文の第1項目から第4項目、第4章で綱領中文の第5項目・第6項目と後文を扱っていきます。

民医連綱領の構成

前文

第1段落……組織目的・性格 (本文 第1章 第1節(P 8~9))

私たち民医連は、無差別・平等の医療と福祉の実現をめざす組織です。

第2段落……誕生の経過 (本文 第1章 第1節(P 8~9))

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

第3段落……歴史的活動と組織の特徴 (本文 第1章 第2~4節(P10~15))

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

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

第4段落……社会的使命 (本文 第2章 第1~4節(P16~23))

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

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



新綱領を決定した第39回総会(2010年2月)

中 文

6つの具体的目標 〈本文 第3章 第1～4節 第4章 第1～3節(P24～37)〉

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

後 文

使命・目標を実現する方法、道筋 〈本文 第4章 第4節(P38～39)〉

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

第1章 綱領前文①

第1節 民医連の目的・性格と誕生の経過

私たち民医連は、無差別・平等の医療と福祉の実現をめざす組織です。

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

(民医連綱領 前文第1段落・第2段落)

KEY word

人は誰もが、健康で自分らしく幸せを求めて生きたいと願っています。またそのことは基本的な権利です。憲法25条の「健康で文化的な最低限度の生活」とは、ただ生物的に生きているということではなく、本来健康で文化的なくらしであることが最低条件です。ところが現実にはいろいろな困難があります。それをのりこえていく重要なキーワードが「無差別・平等」です。

「無差別・平等」の意味するもの

無差別・平等の医療と福祉の実現を目的とした医療機関・介護事業所の連合会組織、民医連のこうした目的と性格を端的に表現したのが、綱領前文の第1段落です。

「医療」という文言には、保健・予防、健康増進、治療、リハビリテーション、タミナル・ケアなど包括的な内容をすべて含みます。また「福祉」という文言には介護を含みます。

「無差別・平等」は、民医連がその存在意義にかかわるものとして創設の頃から一貫して掲げてきた目的です。その文言にはどんな意味があるのでしょうか。

戦後初期の時代は、多くの国民が健康保険証もなく、まともな医療を受けることができないという状況でした。そのようななか民医連が、医療活動をすすめる態度としても、社会の制度としても、「いつでもどこでも誰もが」安心して医療を受けられることをめざして掲げたのが「無差別・平等」でした。

私たちが、患者・利用者を経済的な事情や社会的な地位などで差別することなく、必要な医療・介護活動をきちんと行うことは言うまでもありません。また、貧困などが原因で医療機関や介護事業所を利用できない人が非常に増えています。誰もがいつでもどこでも安心して、経済状況などに関わりなく医療や介護を利用できるように、社会保障制度を充実させる運動にもとりくむ必要があります。具合が悪いのに、お金がなくて受診できないなどということは本来あってはなりません。

そして今日、民医連がめざす「無差別・平等」はこれにとどまりません。

人々の健康状態は、社会的決定要因(SDH)^{注1}と生物的要因(個人の疾病など)、そして環境などが関わっています。特に、その人をとりまく社会の状況、つまり経済事情や家庭環境をはじめとする暮らしのありよう、どのような仕事ぶりをしているか(させられているか)などによって、疾病の進行や程度も影響を受けます。そうした個別性と社会的な決定要因それぞれに対処し、結果として、みんなが健康に向かって生きていけるようにしていくことが大事です。

その人のニーズによって必要なケアも違いがあり変化します。すべての人に「平等に」同じケアをするというのではなく、より多くのニーズを抱える人に、より多くのケアが必要だということです。あわせて、健康と医療・福祉にかかわる制度や社会のしくみをより良く変えていくことが大切です。

「無差別・平等」とは、そのような、公正な医療と福祉をめざしていくことにはか

注1…Social Determinants of Health

なりません。

まともな医療を求める住民と 志を持つ専門家が結びついて診療所建設

初めて民主診療所が誕生したのは、太平洋戦争の敗戦から1年後の1946年です^{注2}。

戦争直後の日本は社会全体が荒廃し、飢餓と感染症がはびこり、一方で医師をはじめとする医療専門家や医療機関の数が非常に乏しい状況でした。また、すべての国民がもれなく健康保険証を手にする国民皆保険制度の発足は、1961年まで待たなければならず、少なくない国民が無保険でした。

そのようななか民医連の事業所は各地で、まともな医療・社会保障を求める運動にとりくむ人々、そしてそれにこたえようとした医師をはじめとする医療専門家が結びつき、その共同の力でつくられ発展してきました。出発時、多くが診療所だったこともあり、民主診療所の略称である「民診」という呼び名で地域の人々に親しまれました。

民診をつくった人々の共通の志は「いのちの平等」であり、医療専門家が「医療を民衆の手に」することを目的に「民衆とともに」とりくんだ運動でした。

民医連のルーツは戦前の無産者診療所

民医連は戦前の無産者診療所の歴史を受けついでいます^{注3}。

戦前の日本社会は、現在のような国民主権ではなく、大日本帝国憲法によって主権は天皇にあり（唯一最高の権力者）、国民は臣民（支配される者）と位置付けられました。海外への侵略戦争がくり返される一方、労働者や農民の生活は困窮し、まともな医療を受けることができず、自由や人権も制限されていました。戦争への批判はもちろん自由・民主主義の思想や活動も、治安維持法という法律で弾圧されました。

1929年3月5日、その治安維持法の改悪案（最高刑を死刑にする）に反対した唯一の代議士である山本宣治が、東京・神田で右翼に刺され、41歳の若さで命を絶たれるという事件が起きました。

無産者診療所は、この山本宣治暗殺事件を契機に、医療を労働者・農民（当時これらを「無産者」と表現した）のものにすることをめざして展開された医療運動です。

1930年に東京に誕生してから（大崎無産者診療所）、1941年に天皇制政府の弾圧でその幕を閉ざされるまで、10県に1病院23診療所、20数県に準備会がつくられました。職員はほとんどが20歳代で、無差別・平等の医療実践にとりくみ、労働争議や災害被災者支援、反戦平和のために活動しました。

こうした無産者診療所を担った人たちなどが、その理念を受けつぐ医療機関として、戦後各地で民主診療所を建設したのです。

注2…東京自由病院（1946年5月1日）



東京自由病院のスケッチ（絵：佐藤廣士）

注3…詳しくは、第2部・歴史編の第5章参照。

第1章 綱領前文①

第2節 民医連の歴史的活動

私たちは、いのちの平等を掲げ、地域住民の切実な要求に応える医療を実践し、介護と福祉の事業へ活動を広げてきました。患者の立場に立った親切でよい医療をすすめ、生活と労働から疾病をとらえ、いのちや健康にかかわるその時代の社会問題にとりくみました。また、共同組織と共に生活向上と社会保障の拡充、平和と民主主義の実現のために運動してきました。（民医連綱領 前文第3段落）

KEY ONE

民医連の医療・介護活動の基本的姿勢は、すべての人の人権を尊重し、困っている人、苦しんでいる人に対して、「まず診る」「援助する」「何とかする」ということです。そのうえで、患者や利用者の苦痛や困難（疾病や障害）の原因を生活と労働の場からとらえ、その克服のために活動するということです。「民医連らしさ」などの言葉で語られ、こだわってきたものとは……。

「いのちの平等」は民医連運動の一貫した原則的な立場です。それは、医療や介護はお金のあるなしで差別されるべきでなく、重い命も軽い命もない、という考え方です。したがって民医連の医療活動の特徴は、もっとも困難に直面している人たちの現実を直視し、その苦難の解消のために全力をあげることにありました。

経済的事情で保険証がとりあげられたり、医療費が払えない人びとが多く存在するなか、そういう医療から遠ざけられている人々の切実な要求に応えて、社会保障の改善の運動にとりくみつつ、無数の医療実践や技術の獲得に努めてきました。そのなかで「民医連は室料差額を徴収すべきでない」という方針は、1964年の全日本民医連第12回総会以来のものであり、民医連医療のシンボルとも言われてきました。

国民の医療要求は、国民生活の状況と健康水準、疾病構造、医学の動向などによって大きく変化します。民医連は、これらの切実な要求に総合的に応える立場で活動してきました。訪問看護などに示されるように、診療報酬で評価されなかった時代から先進的に地域活動、在宅医療にもとりくみました。また、そのときどきのいのちや健康にかかわる社会問題にも力を入れてきました^{注1}。

こうした実践にこだわってきたからこそ、歴史のなかで多くの地域住民から信頼を得て活動内容も規模も発展させることができました。その到達に立って2000年の介護保険制度創設以降、介護と福祉の分野に活動と事業を広げ、現在は各地で保健・医療・福祉の複合事業体として奮闘しています。

疾病を生活と労働の場でとらえる目とかまえ

私たちの医療活動の対象となるのは、疾病そのものだけではありません。実際に疾病を抱え困っている患者であり、現実に働き生活している社会的な存在としての人間です。そしてその疾病は個人の生物的要因のみならず、社会的要因が大きくなっています。家庭の経済状態や住宅、家族との関係をはじめ、住んでいる地域の環境、働いている職場の労働実態や労働条件などが疾病の原因となったり、また治療の条件を大きく左右します。

例えば1960年代、日本が高度経済成長の時代を迎えたときに、工業地帯では立ちのぼる煙突からの煙により気管支喘息が急増しました。また企業のたれ流す排水により各地で公害病が発生しました。今日でも労働者の長時間・超過密労働は「過労死」を多発させ、食品の安全性なども大きな社会問題になっています。高すぎる国保料あるいは自己負担分が払えずに医療機関への受診が遅れ死亡する事例も各地

注1…詳しくは、次節参照。

で起きています。

いま、疾病は本人の心がけが悪いからだという「疾病の自己責任論」が吹聴されていますが、それは疾病の社会性を無視するものです。

私たちは、患者を「生活と労働の場」でとらえ、患者とともに治療や療養の条件をせばめるあらゆる要因をとりのぞく「目とかまえ」を大事にしてきました。

それは、労災・職業病、公害、薬害、被爆者医療、災害救援医療などの先駆的な医療活動に具体化されています。



アスベスト研究班の画像診断

社保活動は民医連運動のたましい

人々が健康で幸せを求めて生きていくには、生活の向上と社会保障の拡充、そして平和と民主主義が不可欠です。社会保障の充実を怠り、あるいは社会保障を後退・解体するような政治に対して民医連は、共同組織の人々とともに、政治を変える運動にとりくみました。

こうした社保活動（運動）は民医連運動のたましいと位置付けられています。その歴史には、ポリオ（小児マヒ）生ワクチン輸入運動、人間らしい暮らしの保障のために生活保護拡充をめざした朝日訴訟支援、老人医療費無料化運動、国保料引き下げ運動、看護師増員運動、医師増員運動、介護をよくする運動（介護ウェーブ）など、たくさん輝かしい実績があります^{注2}。

注2…詳しくは、第4章第2節参照。

「働くひとびとの医療機関」

「患者の立場に立った親切でよい」という言葉について

いずれも、1961年につくられた前綱領で使われました。

「働くひとびと——」とは、今の日本の政治・社会を支配している勢力に苦しめられている圧倒的多数の人々の立場に立つことを宣言した言葉です。そして「の」の一文字で、そのような人々、すなわち地域住民の（所有）、住民による（運営）、住民のため（目的）の医療機関であるという性格を表現しています。「患者の立場——」は私たちが日々の医療活動にとりくむ基本的姿勢を示したものであり、今日の「人権の尊重」「共同のいとなみ」の医療・介護理念につながっています。

なお現綱領第4段落では、「これまでの歩みをさらに発展させ」という文言で、こうした歴史を受けつぎ発展させていくことを明記しています。

第1章 綱領前文①

第3節 いのちや健康にかかわる社会問題のとりくみ

……生活と労働から疾病をとらえ、いのちや健康にかかわる

その時代の社会問題にとりくんできました。……

(民医連綱領 前文第3段落)

KEY OUT

大規模災害での被災者支援も、民医連の真価を發揮した重要な活動

です。阪神・淡路大震災、東日本大震災などの被災者全国支援では、多くの職員が「知らない者同士がまるで旧知の友のようにすぐに力をあわせて、救急救命や地域医療活動ができた。民医連のすばらしさを実感した」と話し、「その根底に、民医連綱領にもとづく共通の思いがあった」ことが口々に語られました。

社会問題のとりくみとして、代表的なものをとりあげます。

【被爆者医療】

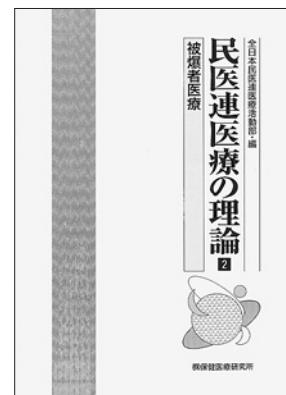
全日本民医連結成以前から広島を中心に健診、治療、被爆者の組織作りなどが先駆的に行われました。しかしこの活動は困難をきわめました。日本を占領したアメリカが日本の医師、医学者の調査研究を禁止し、資料を没収し公開せず、被爆者に現れている障害は原爆と無関係であると虚偽の宣伝をして、日本政府もその言いなりになっていたからです。

全日本民医連は第14回総会(1966年)で「被爆者医療」を初めて具体的に位置付け、そのことに基づき1967年に第1回被爆者医療研究集会を開き、「被爆者の立場に立って病態を追求し治療法を確立していくこと」、その活動を通じて「被爆者の救援、核兵器廃絶の運動に貢献していくこと」を確認しあい、全国的なとりくみに発展します。国は、1957年の原爆医療法で被爆者手帳を交付し健康診断と医療費給付を、68年の原爆特別措置法で健康管理手当、医療特別手当などの被爆者対策を制度化。いまの被爆者援護法に引き継がれています。そして今日まで、自らの疾病が原爆に起因することを国に認めさせるための原爆訴訟が被爆者自身によってねばり強くたたかわれ、民医連は深くかかわってきました。また、民医連の医師をはじめとする医学的調査・研究が、被爆の実相と核兵器廃絶の緊急性を世界にひろげるうえで大きな役割を果たしています。

1974年の第3回被爆者医療研究集会で、当時の日本被団協事務局長は、「被爆者は(隣の医者にかかりたいとは思うが結局)みんな民医連に行く。なぜかというと医療の質がいいからです。質というのは被爆者の立場に立って、被爆者のトータルな状態が判断できるかどうかということです」と述べています。

【水俣病】

熊本と新潟で企業がたれ流した有機水銀のために、数多くの住民が水俣病(有機水銀中毒)の被害を受けました。民医連は全国から結集して検診や調査活動を行い、熊本民医連は現地の加害企業の門前に診療所(現在の水俣協立病院)を建設。汚染の事実から出発した病像論をうちたて、診断基準を確立して長期にわたる裁判を医学的に支えました。1995年の和解で、この病像論が認められています。しかし、水俣病は今なお終わっていません。症状に苦しむ人々、患者の掘り起こしと認定をめぐらし、検診活動などが熊本でも新潟でも続いている。また医師による胎児性水俣



『民医連医療の理論2—被爆者医療』
(1997年保健医療研究所発行)



水俣病検診で桂島に向かう(1987年)。検診を受けることが困難な離島にも出かけて水俣病患者の掘り起こし活動を行う

病の研究なども行われ、広く海外や医学生などの若い世代に伝える活動もすすめられています。

【労災・職業病、KAROSHI】

民医連は誕生のときから、労災・職業病にとりくんできました。

そのなかで長時間・過密労働によって引き起こされる死を「過労死」として、労災認定を実現し社会的に告発しました。「KAROSHI」は今や国際用語になっています。

過労死問題に先駆的にとりくんできた民医連の医師は語ります。「(大手新聞の発送業務についていた)29歳の若者のクモ膜下出血による死。それが出発点でした。……労働者の現場に足を運び耳を傾けるなかで医学的問題点、運動の意味がわかってきました。『過労死』なんて言葉は、1日もはやく死語になってほしい」。

【薬害問題】

サリドマイド^{注1}、スモン=キノホルム^{注2}、非加熱の血液製剤を使用したことによる血友病患者のエイズ罹患、汚染された血液製剤によるC型肝炎感染などの薬害で、民医連は専門的立場から国と製薬会社を相手にした裁判への支援などにとりくんできました。

薬害スモンの運動に立ち上がった医師は、「すべてを私にまかせてくれた人を、私自身がスモンに罹患させていたことに愕然とした。その苦痛を少しでも和らげるためにがんばるのが民医連医師ではないかと考えた。神経内科が専門でなかったが以來猛勉強をして統一診断書をつくり、裁判所に採用させた。薬害をくりかえさせない保障をつくることが、医師の責任だと思う」と話しています。

【大気汚染問題】

四日市、倉敷、川崎、大阪などの工業地帯で、企業の煙突から出る煙による大気汚染によって気管支喘息などで苦しむ患者に寄り添い、企業側の出した症例検討に反論し、疾病の実態と大気汚染曝露との関係を明らかにしつつ、裁判での患者救済判決をかちとってきました。

そしてこれらの活動は、憲法の立場に立つ住民本位の自治体づくりの運動に発展しました^{注3}。

民医連の理念の具体的実践、総合力と真価を發揮して

さらに、「鉱山やトンネル工事などの労働によって起こるじん肺や振動病に対して、会社からの圧力に屈せず、掘り起こし検診と診断・治療をすすめ、労災補償を実現してきた活動」、「アスベスト被害者の救済と訴訟支援にとりくみつつ、多施設の症例をまとめ学会に発表した活動」、「東京電力福島第一原発事故を受けて県民への継続的な甲状腺エコー検診や疾患に関わる医学的研究活動、不安を抱く人々への相談活動」など、民医連の総合力と真価が発揮されたたくさんの実践があります。



『KAROSHI』を国際用語にした「シカゴ Tribune」紙のトップ記事(1988.11.13付)

注1…鎮痛・催眠剤として製造・販売された薬品で、胎児への強力な催奇形作用があるため、これを服用した妊娠中の母親から、四肢、耳などの先天的奇形児が数多く出生しました。被害者数は推定約1200人。

注2…「安全で使いやすい」とされていた整腸剤・止痢剤による慢性中毒。激しい腹痛、下痢、四肢のしびれや感覚麻痺、脱力、視力障害などの神経障害が発生しました。

注3…例えば大阪では1970年代、「公害知事さんさようなら、憲法知事さんこんにちは」のスローガンが府民の共感を呼び、そうした立場の府知事を実現しています。

第1章 綱領前文①

第4節 民医連の組織の特徴

……共同組織と共に……運動してきました。

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

(民医連綱領 前文第3段落)

KEY POINT

どこの地域でも、**民医連を「おらが病院」「おらが施設」として支えてきた多数の地域住民がいます。**地域での健康づくりの活動で奮闘し、患者・利用者の話し相手や利用案内、事業所の美化や草とり、洗濯ボランティアなどを引き受け、職員のがんばりを励ましてくれる人々。経営が大変と聞けば、自らも暮らししが大変なのに千円札を握りしめてかけつけてくれる人々……。

民医連の事業所は、歴史のなかで活動規模が大きくなるにつれて、事業の安定した継続と財産の保全、運営の民主化のために何らかの法人格を取得してきました。

日本の法制度の枠のなかで、法人格の種類は、社団法人、財団法人や医療法人、生協法人などがあり、それぞれの事業所の歴史的、地域的な条件や創立の過程によってさまざまです。

このような民医連運動の発展の経過のなかで取得したいろいろな法人形態のもとで、民医連は、生協法人における組合員、社団法人の社員組織、財団法人や社団法人での友の会型組織を総称して「共同組織」と呼んでいます。

あらゆる活動を共同組織とともに

民医連は共同組織を「民医連運動の不可欠の構成要素」、つまり、なくてはならない、かけがえのない組織として位置付けています。私たちの活動が歴史のなかで発展できた要因のひとつは、共同組織の人々の積極的で適切な点検と支援があったからです。

共同組織は民医連の単なる応援団ではなく、自立した医療・介護の住民運動組織として、地域ごとの支部や班を基礎に健康づくりや助け合い活動、子ども食堂や高齢者の居場所づくりなど、安心して住み続けられるまちづくりの活動を旺盛にすす



共同組織の活動、まちかど健康チェック

めています。また民医連事業所との関係では、健診や診療・介護活動の利用と内容の充実、各種ボランティア、経営参加と経営の改善強化、職員の確保と養成など「あらゆる分野のパートナー」です。特に、社会保障、平和や憲法を守る活動などの運動課題では、それぞれの地域で大きな役割を果たしてきました。

1965年時点で11万4000人だった共同組織の構成員は、2018年には約370万人と飛躍的に発展しました。また民医連と共同組織をつなぐ月刊誌『いつでも元気』の発行部数は約5万7000です。1991年にはじまった共同組織活動交流集会は2年に1度開催され、活動の交流を大きく広げています。

民医連が今後いっそう地域に根ざし、地域の人々とともに活動を発展させていくうえでも、共同組織の拡大強化は重要な課題です。

非営利・協同の事業体としての民医連

民医連は非営利・協同の事業体です。「非営利」とは営利を目的にしないことであり、「協同」は複数の団体や個人が力をあわせて共通の目的を達成することです。つまり、民医連の経営は、利潤追求を最大の目的とする一般の営利企業と異なり、組織の理念つまり民医連綱領の実践と実現が第一義的な目的です。そして民医連の事業所は、いわゆる個人オーナーを認めず、職員と民医連を支える利用者・地域住民が出資し、集団的に所有しています。投資や財産の処分、活動方針や予算の検討・決定を行う法人の総会(総代会)や評議員会、理事会などは、職員と共同組織の代表によって構成し、民主的な運営をすすめます。

さらに、民主的運営を強めるために、共同組織の参加、全職員の経営などさまざまな実践や具体化の努力を続けています。

ところで、「営利を目的にしない」ということは、赤字でも仕方がないということではありません。民医連綱領という理念の実現を第一義的な目的にしている経営体であればこそ、その存続や発展、職員の生活の向上のために、必要な利益は断固として確保し続けなければなりません。非営利の組織は、利益を出資者や役員に配分しないことも原則です。

なお、具体的な法人形態は、日本の法制度としての生協法人、医療法人など違いますが、民医連運動をすすめるうえでは優劣の差はなく、民医連運動としてまとめ、民医連綱領の実現をめざしていくものです。

また、民医連綱領の「民主的運営をめざして活動しています」という現在進行形の表現には特別の意味を持たせています。民医連の事業所の管理運営では、法人の総会(総代会)から職場運営(職場会議)に至るまで民主的であることが大事ですが、ときとして不十分さや弱点も起こります。歴史のなかでは、そういう問題が原因で経営危機など地域からの信頼を大きく損なう事態も経験しました。その教訓に立って、民主的運営の課題は完成されたものではなく、不斷の努力によって推進し進化させるべきものとして位置付けています。経営、管理運営に責任をもつべき幹部・リーダーへの戒めの表現でもあります。

第2章 綱領前文②

第1節 立憲主義と憲法13条

日本国憲法は、国民主権と平和的生存権を謳い、基本的人権を人類の多年にわたる自由獲得の成果であり永久に侵すことのできない普遍的権利と定めています。私たちは、この憲法の理念を高く掲げ、これまでの歩みをさらに発展させ、すべての人が等しく尊重される社会をめざします。（民医連綱領 前文第4段落）

KEY POINT

綱領前文の第4段落で民医連は自らの社会的使命として、日本国憲法の平和・人権・民主主義の理念の実現を宣言しています。憲法の目的は、国民が、まず自分たちの暮らし方の基本である人権を定め国に守らせるものであり、そのために政治や行政のやり方を定め権力者の横暴を許さないことです。憲法の理念の核心は、「すべての人が等しく尊重される社会」（綱領）です。

人の世には、多数決でも否定できない普遍的な価値があります。平和と人権です。それを確認し、一人ひとりの尊厳があらゆる分野で貫かれる社会を実現していく設計図、それが憲法です。国民からの権力者への業務命令書ともいべき憲法を定め、それにそって社会を成り立たせていくことを立憲主義といいます。

立憲主義、日本で一番エラい人は……

注1…戦前の大日本帝国憲法（明治憲法）では、天皇が唯一で絶対の権力者であるとされ、国を統治する全権限を握っていました。国民は「臣民」（支配される者）として、自由や権利が大きく制限されました。

注2…天皇が公務で行った意思表示。特に戦前、天皇の命令は、法律と同じように扱われました。

注3…日本国憲法ではこの重要性を、第10章（最高法規）の第98条でも明文化しています。

注4…天皇に代わって、天皇の国事に関する行為を行う職。

日本国憲法前文では、「主権が国民に存することを宣言」し^{注1}、国政の「福利は国民がこれを享受する」ことを「人類普遍の原理」と明快にのべ、「これに反する一切の憲法、法令及び詔勅^{注2}を排除する」としています^{注3}。国民主権の規定は、第1条でも明文化されています。一方、憲法を守る義務があるのは、権力者や公務員です。要するに、日本社会で一番エラい人は、天皇でも総理大臣でもなく、主権者である一人ひとりの国民です。

*日本国憲法第99条【憲法尊重擁護の義務】

天皇又は摂政^{注4}及び国務大臣、国会議員、裁判官その他の公務員は、この憲法を尊重し擁護する義務を負ふ。

日本国憲法の章立てをみると、大きく分けて、前半が平和と国民の自由や権利について書かれ、後半が政治や行政のやり方について定められています。

前文……国民がこの憲法を何のためにどういう考え方で定めるかを明らかにしています（国民主権、世界の国民の平和的生存権など）。

第1章・天皇……主権が国民にあり、天皇は国の象徴であるが政治のいっさいの権限がないことを明記しています。

第2章・戦争の放棄……恒久平和（戦争をしない、軍隊を持たない）。

第3章・国民の権利および義務……基本的人権の意味とその豊かな内容。

以上の国民主権、平和主義、基本的人権の3つが日本国憲法の基本原理と言われています。

第4章・国会、第5章・内閣、第6章・司法、第7章・財政、第8章・地方自治……政治や行政のあり方を定めていますが、権力の担い手が一つに集中するのではなく、分けられることが重要です（権力分立）。

第9章・改正……権力を縛るのが憲法である以上、権力の都合のいいように簡単に改正できないようにしています。

第10章・最高法規……基本的人権が侵すことができない永久の権利であること、憲法に違反する法律や行為は認めないことをあらためて強調し、憲法を守る義務を負うのは誰かについて明記しています。

すべては、個人の尊厳のために

ところで、全部で103条ある日本国憲法の条文のうち、最も根底にある、肝心要の条文は何でしょうか。多くの憲法学者が共通して言うのが第13条です^{注5}。

*日本国憲法第13条【個人の尊重・幸福追求権・公共の福祉】

すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。

憲法学者の樋口陽一さん（東北大名誉教授・東大名誉教授）は、「国民主権はもちろん大事な原則だけれども、国民主権なら何がどうなってもいいのではなく、人間の尊厳という、手を触れてはいけない価値がある」と述べています。国民主権で選ばれる国会議員や、その国会議員のなかから選ばれる首相をはじめとする内閣が、人間の尊厳をふみにじるような政治を行うことは許されません。「最大の尊重を必要とする」のです。

「個人の尊重」とは、誰もが同じ人間として、しかも一人ひとりが独自の価値を持った違う存在、オンリーワンとして大切にされることを意味します。国家の戦争政策などによって人々の自由や生命が奪われた人類の歴史を経て、誰もが「生まれながらにして持っている」人権こそ、最も大事なものとして保障されるべきだと、世界的に確立されてきた考え方（天赋人権思想と言います）にもとづくものです。個人が国家のためにあるのではなく、国家が個人のためにあるということです。

そして人は皆、幸福を求めて生きています。それぞれの幸福を追い求めるプロセスを人権として保障するというのが、幸福追求権です。この権利は、憲法の条文に具体的には書かれていない新しい権利（プライバシー権、自己決定権など）の根拠でもあり、社会の発展に応じて、その内容を豊かにすることができます。

健康と平和(25条+9条)で幸福を支える(13条)

人々が個人として尊重され、幸福を実現していくことを支える条件として、医療・福祉に携わる私たちが特に重視すべきものが、健康で生きることと平和であることではないでしょうか。つまり、生存権・健康権（憲法第25条）と平和（第9条）で幸福を支える（第13条）、このことを次節以降で考えます。

注5…第13条の「公共の福祉」は、一般的には、（国家の利益ではなく）社会全体の利益を意味し、基本的人権との関係では、人権と人権が衝突したときに、社会全体の利益を考慮して調整していくことです。



MIN-IREN憲法Café
(2016～2017年に12回)

第2章

綱領前文②

第2節 憲法25条と健康権

KEY OUT

「健康で文化的な最低限度の生活」という言葉は、「最低限度」を強調したものではありません。例えば、憲法25条を根拠に制定された「生活保護法」(1950年)では、3条で「この法律により保障される最低限度の生活は健康で文化的な生活水準を維持するものでなければならない」と明記しています。「健康で文化的な」が主なのです。

日本国憲法は、健康であることを国民の権利として謳い、同時にそれを保障するのは国の義務であるとしています。

注1…日本国憲法では25条を「生存権」としており、国民の運動でも25条にもとづく「生存権裁判」などが行われています。一方、世界各国の憲法では多くの場合、このような内容の権利を健康権と呼んでいます。こうした状況をふまえ全日本医連は最近の総会方針で、「生存権・健康権」という文言を使ってきています。

* 日本国憲法第25条【生存権、国の社会的使命】^{注1}

- 1、すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。
- 2、国は、すべての生活面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

健康とはどういうものでしょうか

人間は他の生物と同様、生まれたときには、環境(自然や社会)や自分自身のなかにさまざまな制限を伴っています。しかし他の生物との決定的な違いは、環境や自分自身にたいして能動的、意識的にはたらきかけることによって、その制限をうちやぶることのできる存在であるということです。それは労働を通じて自然や環境をつくりかえること、人間社会にはたらきかけることによって住みやすい社会に変革していくこと、自分自身の活動のための諸能力を高める努力を行うことができるということです。また人間は文化、芸術などを生み出し、人生の楽しみ、幸福を追求する存在でもあります。

つまり人間が健康であるというのは、社会とのかかわりのなかで生きがいや目標に向かって、労働や社会活動、精神的活動、趣味や文化活動などができる状態であるということができます。そして疾病はこのような「健康」にたいして大きな障害をもたらすものです。

生まれつき障害をもった人や身体・精神の機能の一部を失った人々、高齢者も、人生の楽しみや幸福を享受する権利を持っています。そのために医療・介護従事者として、一人ひとりの患者・利用者の幸福や発達の可能性にも目を向け、より健康な状態をめざして積極的にはたらきかけていく立場が重要です。また、人生の締めくくりの時期まで尊厳をもって生きる過程に関わる医療・介護のあり方を追求することが大切です。

民医連は、憲法25条を日常生活に生かす実践的課題として、健康権^{注2}の実現を重視しています。健康権は、「到達可能な最高水準の身体的及び精神的健康を享受する権利」で、WHO(世界保健機関)憲章前文で明文化され、国際人権規約^{注3}に規定されている基本的人権であり、日本も批准しています。

注2…Right to health

注3…基本的人権を国際的に保護するための条約。1966年の国連総会で採択されました。

それは、ただ単に疾病がないとか弱っていないというものではなく、最高水準の健康実現のために必要なさまざまな施設、物資、サービス、条件、教育および情報を享受する権利です。さらに、ヘルスケアのみならず、安全な飲み水、十分な衛生、安全な食料、栄養および住居の十分な供給、健康的な職業および環境条件、健康に関する教育や情報へのアクセスなど、健康の基礎となる前提条件に対しても及ぶ権利です。

こうした健康権を保障するために、国家には多くの義務が課せられています。特に、傷つきやすい人や社会の周辺に追いやられた人たちのために、差別なくアクセスする権利を保障することは健康権の中核的内容です。さらに健康権の実現には、健康に関連するすべての意思決定に人々の参加が保障されることが不可欠であり、説明責任、透明性が確保されることが重要とされています。

健康権の実現をめざす民医連

この間世界では、社会疫学の進歩により社会と健康の関わりが科学的に証明され、「健康の社会的決定要因 (SDH)^{注4}」の存在が確認されてきました。1998年、WHOは「ソリッド・ファクト(確かな事実)」を公表し、「社会格差」や「ストレス」が、「幼少期」「社会的排除」「労働」「失業」「社会的支援」「薬物」「食品」「交通」といったSDHを介して健康格差を生んでおり、それは普遍的な事実であるとしました。SDHの影響を少なくし、すべての人に健康権を保障するためには、社会保障制度の改善とともに、健康的な社会を住民とともにつくるヘルスプロモーション活動(健康に影響を与える環境を改善していく社会的活動)が欠かせません。

HPH^{注5}はその重要なとりくみです。HPHとは、WHOが提唱したもので、一般的には、「健康増進活動拠点病院」といわれていますが、正確には、診療所や介護事業所も含みます。つまり、住民が健康に働き暮らしが可能な環境づくりを支援することを使命とする病院などをいいます。HPHは2018年現在、45カ国900以上の施設が加入する世界的ネットワークとして急速に発展しています。日本では、日本病院会会长や全国自治体病院協議会会长などが発起人となり、2015年にネットワークが結成され、2018年末現在、多くの民医連の病院を含む97事業所が加盟しています。地域社会、企業、NPO、自治体などとともに、患者、職員、地域住民の健康水準の向上や幸福・公平・公正な社会の実現に貢献しようと多彩な活動をすすめています。

健康権は、WHOが各国政府に呼びかけるだけでは実現困難です。政府の政策を変える国民のとりくみ、運動がなければなりません。

民医連は民医連綱領の中文で、「人権を尊重し、共同のいとなみとしての医療と介護・福祉」「安心して住み続けられるまちづくり」「権利としての社会保障」「平和と環境」を守ることなどを掲げていますが、それはまさに健康権を実現していく活動そのものです。



日本HPHネットワーク結成総会
(2015年10月)

注4…Social Determinants of Health

注5…Health Promoting Hospitals & Health Services

第2章

綱領前文②

第3節 平和的生存権と憲法9条

KEY OUT

「けっして心ばそくおもうことはありません。日本は正しいことを、ほかの国よりさきに行ったのです。世の中に、正しいことぐらい強いものはありません。……よその国となかよくして、世界中の国が、よい友だちになってくれるようにすれば、日本の国は、さかえてゆけるのです」。文部省が1947年に作った中学1年用の教科書『あたらしい憲法のはなし』の9条の解説です。

日本国憲法は、日本の中国などへの侵略戦争でおびただしい数の人々の命を奪った反省、犠牲者の無念と深い悲しみ、世界と日本の国民の平和への思いをふまえてつくりされました。ひとたび戦争が起こると個人の尊厳、基本的人権が完全に蹂躪される、さらに核兵器(原子爆弾)の出現によって戦争が文明そのものを破壊・抹殺するという深刻な歴史的事実を教訓として、日本国民は、「全世界の国民が、ひとしく恐怖と欠乏から免かれ、平和のうちに生存する権利を有することを確認」(日本国憲法前文)したのです^{注1}。

9条は世界の宝、日本が信頼される最大の根拠

再び戦争する国家にならないという誓いとともに、世界に先がけて戦争のない世界をつくるという理想を実践する決意を表明したものです。その具体化が9条です。

*日本国憲法第9条【戦争の放棄、戦力及び交戦権の否認】

- 1、日本国民は、正義と秩序を基調とする国際平和を誠実に希求し、国権の発動たる戦争と武力による威嚇又は武力の行使は、国際紛争を解決する手段としては、永久にこれを放棄する。
- 2、前項の目的を達するため、陸海空軍その他の戦力は、これを保持しない。國の交戦権は、これを認めない。

戦後70余年、日本国民は「世界の宝」ともいべきこの9条を守り、平和への努力を続けてきました。また9条は、世界の人々が日本を信頼する場合の最大の根拠にもなっています。

日米安保条約と9条改憲の動き

「永久に戦争をしない」「だから軍隊を持たない」という9条がある国で、なぜ自衛隊や米軍が存在するのでしょうか。日本社会の根本的な矛盾です。その出発点はアメリカにあります。

戦争直後の日本は、反ファシズム連合国総司令部(GHQ)の占領の下に、軍国主義をなくすことや民主主義を確立するための改革が行われました。GHQの占領は、日本が独立を回復するサンフランシスコ平和条約発効の1952年4月までの7年間で、



青森・あけぼの薬局の9条を守る「行動デー」

中心部隊はアメリカ軍でした。この間にアメリカは占領政策を転換し、日本を、アメリカの世界戦略、特にアジア・太平洋地域での利権確保のための軍事的拠点に位置付けるようになります。日本国憲法ができて間もない1949年にアメリカ政府の中核では、日本の再軍備と9条改憲が論議され、日本政府におしつけてきます。それが現在の自衛隊です。

日本が独立を回復しても、引き続き日本に米軍基地があるのは、サンフランシスコ平和条約と同時に結ばれたこの日米安全保障条約(安保条約)によります。日本国民にその内容を知らされずに結ばれた条約の核心は、アメリカが必要と考えればいつでも日本のどこにでも米軍基地を置くことができるというものです^{注2}。

そしてこの安保条約は1960年に、安倍晋三首相の祖父である岸信介首相のもとで、国民の大反対運動を押し切って改定・強化されました。全土基地方式が引きつがれ(第6条)、新たに「日米共同作戦」が宣言され、自衛隊をアメリカの戦争に参加させるしくみがつくられました(第5条)。さらに日本の軍事力増強が義務づけられ(第3条)、経済協力、要するにアメリカの要求に可能な限り応えるような経済政策まで押しつけられました(第2条)^{注3}。

日本の政治の特徴を「アメリカいいなり」と表現されることがあります、全部でたった10カ条の安保条約(日米軍事同盟)こそ、その根源です^{注4}。そして沖縄県民は、このような「憲法の上に安保がある」政治体制の、最大の被害者になっているのです。

1955年に改憲を目的とした政党として結成されたのが自民党であり、そのターゲットは何といっても9条です。アメリカの一貫した要請にこたえて安保体制を維持・強化し、日本がアメリカとともに海外で無条件に戦争ができる国をめざすうえで、大きな障害になっているのが9条だからです。

多くの国民が自衛隊を支持していることをふまえて、憲法に自衛隊を書き加えるという9条改憲案があります。しかし国民が支持しているのは、災害支援などで献身的にがんばる自衛隊であり、海外に戦争に行って集団的自衛権を行使し「殺し殺される」自衛隊ではありません。さらに9条に書き込もうという自衛隊は、2015年の安保法制(戦争法)によって、海外での集団的自衛権の行使が可能になった「戦争する軍隊」です。その結果、9条2項の「軍隊を持たない」という文が完全に意味をなさなくなり、したがって1項の「戦争をしない」という条文も死文化します。

戦争と医療・福祉は両立しない

いのちと向き合い、いのちを守ることが使命である医療・福祉は、かけがえのないのちが大量に失われる戦争と、まったく相容れません。

軍備の拡張など戦争する国づくりがすすめばすすむほど、財政面でも、医療・介護・社会保障をはじめとする国民生活部門が大きく圧迫されます。その意味でも、戦争と医療・福祉は両立しません。医療・福祉に携わる者として、平和と9条を守りぬくことは、欠かすことのできない責務ではないでしょうか。

注2…全土基地方式といいます。

注3…例えば日本の原発推進政策は、アメリカの強い要求によるものです。また、日本の財政赤字の原因のひとつとして、無駄な公共事業がありますが、それも同様です。

注4…なお安保条約には、ひとつだけ「いい条文」があります。どちらか一方の政府が条約廃棄を通告すれば、1年後に自動的に条約が失効するというものです(第10条)。そうすれば、日本にある米軍基地をすべてなくすことができます。

第4節 12条で憲法を生かす

KEY OUT

貧困と格差、社会保障の後退、辺野古米軍新基地建設、原発再稼働……。憲法の平和、人権、民主主義の理想と正反対の現実に、ともすれば憲法は「現実離れたきれいごと」のように見えるかもしれません。しかし、憲法は絵に描いた餅ではありません。**現実を変え理想に近づけるために多くの人々ががんばってきたからこそ、憲法が示す方向に社会が進歩してきたのです。**

民医連が60余年の歴史を通して懸命にとりくんできた、無差別・平等の医療と福祉の活動や社会保障を良くする運動そのものが、憲法の理念を生かす大事な実践です。そして、多くの国民の努力があったからこそ、戦後70年以上、日本人が戦争によって一度も殺し殺されることなく平和が守られてきました。そして、すべての国民が保険証1枚でいつでもどこでも同じ医療を受けられる国民皆保険制度が作られ維持されてきました。女性、障がい者をはじめ、戦前はいろいろな差別に苦しんだ人々の権利の向上が着実にはかられてきました。

憲法は未完のプロジェクトです。先達の志を受けつぎ、私たち自身のために、そして子や孫のために、歩みを進めようではありませんか。

世界一「幸せだ」という国民が多い国に学ぶ

中米にコスタリカという国があります。日本と同じように平和憲法をつくり、「本当に」軍隊をなくし、世界に平和を広めようとするだけでなく、国内でも国民が安心して暮らせる社会を創ろうとして実際に成果をあげている国です。医療費や教育費は無料で、「私は幸せです」と思っている国民の割合が世界で最も高い国です。

最近では2017年に国連で核兵器禁止条約が結ばれましたが、その提案国であり議長国になったのがコスタリカです。本来、被爆国日本が担うべき役割を、この小さな国が見事に果たしたわけですが、議長となったコスタリカのホワイトさんは、条約を審議する前に長崎を訪れて被爆者と会い、条約に「ヒバクシャ」の言葉を入れると約束しました。そして実際、条約の前文に「ヒバクシャ」の言葉が盛り込まれました。

以下、ジャーナリストの伊藤千尋さんの著書『9条を活かす日本』から、憲法を生かすとはどういうことかをコスタリカを通して考えてみます。

コスタリカで平和憲法がつくられたきっかけは、1948年の内戦で200万人に満たない国民のうち約4000人が亡くなったことです。以来、軍隊をなくし、それに費やされる予定だったお金を教育や農業などに使って社会の発展に努めてきました。「兵士の数だけ教師をつくろう」「トラクターは戦車よりも役にたつ」「銃を捨てて本を持とう。トラクターはバイオリンへの道を拓く（トラクターで畑を耕せば、農民もやがてはバイオリンを弾けるような豊かな生活を送ることができる）」などの合言葉で、国づくりをすすめました。

隣国の内戦の際にその一方を支援していたアメリカからの飛行場建設の提案を拒

否し、しかも内戦の調停にのりだして対話によって解決しました。平和憲法やこうした平和外交についてどう思うかと伊藤さんが取材した女子高校生は、「私は自分がコスタリカ人であることを誇りに思っています」と毅然として語ったそうです。

コスタリカの小学校に入学した子どもたちは最初に「だれもが愛される権利を持っている。この国に生まれた以上、あなたは政府や社会から愛される。……もし自分が愛されてないと思ったら憲法裁判所に訴えて、政府の政策や社会のあり方を変えることができる」と習うそうです。そして実際に小学生が違憲訴訟を起こして勝利判決を得る経験もあるようです。人権の意味を「愛される」という素晴らしい言葉で教えるこの国について、伊藤さんは「憲法に書かれた理想は、社会に実現されなければならないという（国民の）強い意志」があると語っています。同じ平和憲法を持つ日本が、この国から学ぶべきことがたくさんあるのではないかでしょうか。

「たたかう」ということ

私たちは社保活動などの運動をするとき、しばしば「たたかう」という言葉を使います。人によっては、その言葉から戦争や暴力、争いごとを連想して違和感を覚えるという声も聞かれます。

しかし私たちがいう「たたかう」とは、一握りの人たちの利権のために権力を使って国民の自由と幸福をふみにじる、そんな勢力の不条理を正すことにはかなりません。沖縄で基地あるがゆえに繰り返される米兵の蛮行^{ばんこう}、福島での原発事故の解決がされてないにもかかわらず大企業の利益のために強行される原発再稼働、いつも通ってくる患者が社会保障改悪によって受診できず手遅れになって搬送される現実……。そういう人間の尊厳^{じゅうげん}が蹂躪^{じゅうりん}されるできごとを目の前にしたとき、私たちは「絶対に許さない」「黙ってはいられない」と声を上げ、たたかいに立ち上がるのではないでしょうか。日本国憲法の歴史は、その理念を実現しようとする国民の真摯な努力と、それに背を向ける権力者などとのたたかいの連続でした。

国民が権力を縛るためにある憲法が、ひとつだけ国民に呼びかけている条文があります。

*日本国憲法第12条【自由・権利の保持の責任と濫用の禁止】

この憲法が国民に保障する自由及び権利は、国民の不断の努力によって、これを保持しなければならない。（以下、略）

そして憲法はそのためにたくさんの「たたかう」方法を、国民に示しているのです（法の下の平等〈14条〉、選挙権〈15条〉、請願権〈16条〉、思想及び良心の自由〈19条〉、集会・結社・表現の自由〈21条〉、労働者の団結権〈28条〉、裁判を受ける権利〈32条〉など）。

第1節 医療と介護・福祉活動

一、人権を尊重し、共同のいとなみとしての医療と介護・福祉をすすめ、人々のいのちと健康を守ります

KEY ONE

ある県で職能団体の研修会に民医連の看護師が参加したときの話です。研修の課題として、所属する組織の理念を持ち寄り交流することになり、民医連綱領を示したところ、他の参加者から絶賛されました。「『人権』『共同のいとなみ』『まちづくり』『権利としての社会保障』などが自分の思いにピッタリする……」。綱領がめざす医療と福祉は普遍的な意味を持っています。

この項目は、民医連として何よりも人権を尊重するという基本的立場を表明したもので、医療と介護・福祉は、すべての人間の健康で生きる権利（憲法25条）を保障するものです。そしてそのとりくみは患者・利用者・住民と医療・介護・福祉従事者の共同のいとなみです。「共同のいとなみ」は、医療・福祉における権利の主体が患者・住民にあり、患者・住民がその権利（健康権）を全面的に行使することを医療・介護・福祉従事者が専門的に援助し、共同で実現していくことを意味しています。

「患者の権利」の2つの側面、「共同のいとなみ」の2つの内容

患者の権利には、医療活動における医療従事者との関係での権利と、すべての国
民が安心して医療を受けることができる権利の2つの側面があります。

今日、患者（家族）の主体的な理解と参加ぬきに医療はなりません。従来のよ
うに医療者側にすべてを任せた医療から、患者自身の納得と合意、自己決定を重視
することが当たり前になっています。患者の自らの医療に対する正当な要求は、人
権としてあくまで尊重する立場が大事です。

患者の要求にこたえ、患者とともにつくりあげる医療活動の重要な内容として、
たえざる技術の向上とともに、安全、倫理、QI活動^{注1}をはじめとする医療の質を
高めるとりくみがあります。

医療・介護事故を防ぎ安全文化を築き上げることは、人権保障の大柱です。
医療技術が働きかける対象は生きた人間、患者そのものであり、それには科学性は
もちろん、人権を尊重する高い倫理性と安全性が求められます。技術の向上・発展
の本来の目的を見失い「技術至上主義」に陥ることで、人権や安全性、倫理性が軽
視されることがあってはなりません。

また民医連は、疾病の社会性、健康の社会的決定要因を重視し、患者を「生活と
労働の場」でとらえて、患者とともに治療や療養の条件をせばめるあらゆる要因を
とりのぞくために活動してきました。そして安心して医療を受けたいという要求、「患者
になれる」権利を妨げているさまざまな社会的な限界を、共同した運動を通して
解決することを重視してきました。

以上のように、「共同のいとなみ」には、医療従事者と患者、家族がいっしょに疾
病とたたかうことと、そうした医療を保障するためにともに運動をすすめるとい
う2つの内容があります。

民主的集団医療

人権を尊重し、共同のいとなみとしての医療をすすめる体制を、民医連は歴史的に「民主的集団医療」という言葉で表現してきました。

民主的集団医療は、今日一般的に言われるチーム医療と重なるものを多く含んでいますが、次の点でそれをさらに進める内容を持っていました。

第1に、患者を社会的にとらえる視点で情報を集中し、その解決(運動)にまでつなげること。第2に、各職種の対等・平等の関係にもとづく民主的な議論(多職種型カンファレンスなど)の保障。第3に、民主的集団医療を保障する事業所・職場の民主的管理運営に努力していること。第4に、患者・住民の主体的参加(患者会や共同組織など)です。

今日の医療では、医師や看護師などの医療従事者が個々バラバラに対応していくのでは患者要求に総合的に応えることはできません。民主的集団医療の具体的なあり方は、現場の実践のなかでたえず探求していく課題です。

なお、チーム医療が一般的なものになっている現在の時点で民主的集団医療という文言を今後どうするかは、議論されるべき課題となっています。

以上のような医療理念と考え方は、民医連の介護・福祉の理念と実践にも生かされています。

民医連の介護・福祉の理念

(全日本民医連第40期第11回理事会、2012年12月)

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

*3つの視点

- 1、利用者のおかれている実態と生活要求から出発します^{注2}
- 2、利用者と介護者、専門職、地域との共同のいとなみの視点をつらぬきます
- 3、利用者の生活と権利を守るために実践し、ともにたたかいます

*5つの目標

- 1、(無差別・平等の追求)人が人であることの尊厳と人権を何よりも大切にし、それを守り抜く無差別・平等の介護・福祉をすすめます
- 2、(個別性の追求)自己決定にもとづき、生活史をふまえたその人らしさを尊重する介護・福祉を実践します^{注3}
- 3、(総合性の追求)生活を総合的にとらえ、ささえる介護・福祉を実践します
- 4、(専門性と科学性の追求)安全・安心を追求し、専門性と科学的な根拠をもつ質の高い介護・福祉を実践します
- 5、(まちづくりの追求)地域に根ざし、連携をひろげ、誰もが健康で、最後まで安心して住み続けられるまちづくりをすすめます



症例検討会(1960年代)

注2…ここで言う「利用者」は、現に介護保険を利用している人だけではなく、経済的事情などさまざまな理由で利用できない人(利用者になれない要介護者)や将来介護保険サービスを必要とする人、利用者家族もふくめて広くとらえています。

注3…疾病や障がいがあっても本人の意志ができるだけ尊重されるような支援が必要です。また「自己決定」できない大きな要因のひとつは本人(家族)の経済的事情です。お金のあるなしによって、本人の意向にかかわらず療養や生活の場やあり方が決まってしまう現実があります。経済的な心配をせずに、本人が決めたことが何よりも尊重される制度や環境を追求するという意味も含めて「自己決定」を文言に掲げています。

第2節 連携とまちづくり

一、地域・職域の人びとと共に、医療機関、福祉施設などとの連携を強め、安心して住み続けられるまちづくりをすすめます

KEY OUT

地域包括ケアの重要性が叫ばれています。私たちがめざす地域包括ケアは、介護が必要になっても、認知症になっても、一人暮らしになっても、経済的な事情に関わらず、必要な医療・介護・生活支援が切れ目なく保障される無差別・平等の地域包括ケアです。それは、**安心して住み続けられるまちづくりの重要な一環です。**

貧困と格差、超高齢・人口減少時代における疾病構造の変化、そして医療・介護の供給体制の後退のもとで、個々の医療機関や施設の努力だけでは地域全体の健康問題は解決しません。保健・医療・福祉の包括的なネットワークと連携、住民主体の健康政策の策定や健康づくり運動がすすめられ、有機的に結びついていくことが必要です。さらに、共同組織をはじめとする地域住民と力をあわせ、安心して住み続けられるまちづくりをすすめることが大事です^{注1}。

地域での連携とまちづくりの発展にとって、共同組織を不可欠の構成要素とする「保健・医療・福祉の複合体」である民医連の役割は非常に大きいものがあります。

無差別・平等の地域包括ケア

地域包括ケアは、身近な地域を単位に、生活の場である住まいを重視し、医療・介護・福祉が適切に保障される体制です。

しかし国の真の狙いには、「国民の自己責任」「医療・介護の営利市場化(もうけの場)」の考え方方が土台にあり、高齢者や国民の要求を逆手にとり、国にとって安上がりな、公費抑制・効率化システムとなる可能性があります。

「自立・自助」という言葉で国民に自己責任を押しつけ、急性期をはじめとする病床を削減して患者を無理やり在宅へ押し流すような、公費抑制の医療・介護提供体制であってはなりません。それは、憲法25条を生かすか、ふみにじるかという重要な問題です。

無差別・平等の地域包括ケアを発展させるためには、在宅・施設・医療機関相互の切れ目のない連携が大切です。民医連内外のネットワークを確立し24時間365日対応できる地域の体制づくりが求められます。

また、そのなかで医科・歯科・介護・福祉それぞれの職種が力をあわせて、専門性を十分に発揮できる多職種協働のとりくみが大事です。医療と介護・福祉との日常的連携と一体的提供を通して、生活の視点を日常医療活動に生かしたり、医療の視点から介護の質の向上をはかるなど、医療と介護・福祉双方がお互いに学びあい、それぞれの専門性をいっそう豊かに発展させていくことが必要です。

地域の福祉力を高める

誰もが安心して住み続けられるまちづくりは、地域の福祉力を高め、地域を「福

祉の場」につくりかえていく実践です。

地域では、受け皿が不十分なままの退院の増加、高齢者の介護困難、生活困難の深刻化、貧困に伴う社会的孤立が拡大するなか、住み慣れた地域を離れざるを得ない事態が広がっています。民医連の事業所がまちづくりの拠点となり積極的にアウトリーチを行ってSDHを具体的にとらえ、徹底してニーズの掘り起こしと他事業や行政との協力・連携を強めていくことが求められます。

すでに各地で実際に、事業所や共同組織が、地域のさまざまな個人や団体、行政関係者と結びつき、保健・予防の活動、助けあい・居場所づくり、配食サービスや送迎サービスなどの生活支援活動、子どもの学習支援、住まいを保障する活動などを旺盛にすすめています。そしてこうしたとりくみは、国や自治体に対する政策提言や制度の改善・充実にもつながっています。

なお住民の活動は公的制度の補完ではなく、公的制度を前提にすすめられるべきものであり、自治体の役割は「住民福祉の増進」にあります。そのような住民本位の地方自治の発展を実現していくことも、まちづくりの重要な課題です。



在宅介護



2017年に開催した地域包括ケア交流集会

第3節 学問の自由、専門職の育成

一、学問の自由を尊重し、学術・文化の発展に努め、地域と共に歩む
人間性豊かな専門職を育成します

KEY CONCEPT

民医連運動は医療機関・介護事業所の運動であり、職員が主体となった運動です。民医連運動のような、組織をあげて無差別・平等の医療と福祉をめざし社会を変革しようという運動は、世界にあまり例がないといわれています。日本で民医連運動が発展できた最大の要因は、運動に主体的にとりくもうとする医師をはじめとした担い手を確保し養成してきたことです。

活発な学術活動で社会に貢献

医学を含めて学問のあり方は社会のあり方と深くかかわり、時の権力者や支配者などによってその自由が圧迫され、真理の探究が躊躇されたり学問の成果を悪用されるような場合があります。医学・医療が侵略戦争に奉仕させられたことなどはその典型的な例です^{注1}。こうした教訓から民医連は、学問の自由を守ることを大切な課題にしています。日本国憲法でも23条で学問の自由の保障を掲げています。

歴史的には、水俣病や大気汚染、アスベスト、原爆症、経済格差と健康格差の問題などで、民医連の医師をはじめとする医療・福祉従事者が、権力におもねることなく、現場の事実に基づいて学問的にまとめ告発し、たたかってきました。これらの実績は貴重な社会的貢献です。

日々の実践のなかからいろいろなテーマを設定して内外に発表する学術活動は、無差別・平等の医療と福祉を前進させる立場から重視されなければなりません。それは広い意味で、国民の文化の発展につながる意義をもっています。

専門職^{注2}の育成を一貫して重視

民医連は、毎年150人を超える新卒医師や1000人を超える新卒看護師をはじめとして、さまざまな職種の青年職員を迎える、地域の人々の立場に立ち地域の人々と共に歩む医療・介護従事者になるよう研修・育成の活動に力を入れてきました。特に、医師の確保と養成では、医学生の自主的な学ぶ活動を援助して将来の民医連医師としての決意と自覚を促し、また臨床研修病院の指定や指導医体制の整備などの卒後研修の充実にとりくんできました。その結果、臨床研修が制度化されていない時代を含め、今日までに5000人近くの初期研修医を第一線の医療現場や地域のなかで育ててきました。これは、日本の民間の医療機関のなかでも有数の実績になっています。

民医連運動の継続・発展は、それを担う職員の育成にかかっています。その立場から民医連は、「綱領を主体的に実践する職員集団づくり」を目的とした職員教育活動を一貫して重視してきました。職員一人ひとりの学び成長するとりくみを大切にし、それを促すさまざまな教育・研修制度と推進体制(教育委員会など)を確立しています。また、全国規模でテーマと期間を定めた学習運動にもとりくんでいます(憲法カフェなど)。

注1…第2部・第5章第4節参照。

注2…民医連綱領のこの項目で、「職員」ではなく「専門職」という文言になっているのは、日本の医療と福祉の発展のためには、民医連で働く職員だけでなく、すべての医療・福祉従事者が「地域と共に歩む人間性豊かな専門職」であってほしいという意味をこめ内外に向けて表現したものだからです。「専門職」には当然、医療・福祉に携わる事務職も含みます。

育成の活動では、日常の民医連らしい医療・介護と運動を通して育ちあう「職場教育」と職場づくり、集団づくりが大事です。各分野、各職種で、綱領や医療・介護の理念を具体化した多彩な活動が行われ、それと結びつけた育成方針(職種ごとの政策)を確立し実践しています。

歯科分野では、「人権としての歯科医療」をすすめる立場から、医科などとの連携とそのなかでの専門性の発揮を重視し、また「保険でよい歯科医療」をめざす運動にとりくんでいます。「口腔崩壊」などの現場の事例を貧困と格差をはじめとするSDHの視点でとらえ世に問う『歯科酷書』などの活動を通して、職員の成長につなげています。

薬剤分野では、民医連独自の副作用モニター制度を設けています。「患者に2度と同じ副作用を起こさない」という目的で、医療現場からの質の高いデータ収集と分析、社会的発信を行い、内外から大きく注目されています。薬には、「効果・副作用がある化学物質」と「利益を生み出す商品」という二面性があります。薬害の主な原因として、製薬大企業による安全性を軽視した利潤追求がありました。度重なる薬害の教訓を学び、その根絶のための活動、薬害被害者の人権を守る支援活動を行っています。

看護分野では、「すべての人が人間らしく、その人らしく生きていくことをあらゆる場で援助する」ことを「民医連のめざす看護」として明確にし、3つの視点と4つの優点^{注3}にもとづく実践を旺盛にすすめ、内外から高い期待と評価をうけて職員の確信になっています。2017年3月、『民医連のめざす看護とその基本となるもの』を発行し、全国で学習、活用を進めています。

医療・介護の実践を通しての職員育成では、それぞれの職種・職場ごとに、あるいは多職種が参加して行われる症例検討会、カンファレンスも大事です。それは、医療・介護内容を向上させる機会であるとともに、学びあい育ちあいの重要な場です。

人間的な発達ができる組織として

「人間性豊かな専門職の育成」は、人間の尊厳を何よりも大切にし、平和と民主主義を社会的正義として志向し、科学性とヒューマニズムに満ちた人格と能力を備えた専門職を育んでいくということです。

今日、新自由主義^{注4}の考え方による経済政策が強行され、競争的な価値観や自己責任論がふりまかれ、いわゆるブラック企業などの問題が後を絶ちません。人間がもののように使い捨てにされる時代にあって、組織が掲げる目的や使命の実現と一人ひとりの人間としての成長が一致できるのが民医連の特徴です。人の役に立つことを仲間とともにとりくむことは最も人間的な労働であり、やりがいにつながります。

新自由主義の考え方に対抗していくうえで重要なのは、平和・人権・民主主義といった日本国憲法の理念に根ざした価値観、人間観です。その意味で民医連は、自らを「人間的な発達ができる組織」として特徴づけています。それは、民医連綱領でこうした日本国憲法の理念の実現を社会的使命として宣言し、日本の社会はもちろん自らの事業所や、職場に生かすために、たえず努力し実践している組織だからです。



歯科酷書第3弾(2018年発行)

注3…3つの視点:「患者の立場に立つ」「患者の要求から出発する」「患者とともにたたかう」、4つの優点:「総合性・継続性」「無差別性」「民主性」「人権を守る運動」。



『民医連のめざす看護とその基本となるもの』
(2017年発行)

注4…あらゆるものを弱肉強食の市場競争にゆだね、それによって経済が発展するという考え方です。経済活動への公的な規制を緩和して民営化をすすめ、自己責任や「勝ち組」「負け組」を肯定します。社会保障分野では、国の責任を放棄して、医療・介護の民営化・市場化を推進し、国民に自己責任と負担増を押しつけます。

第4節 管理と運営

一、科学的で民主的な管理と運営を貫き、事業所を守り、
医療・介護・福祉従事者の生活の向上と権利の確立をめざします

KEY ONE

民医連は、これまで経験した経営危機やさまざまな医療事件の背景に「我流」の管理運営があったとの反省に立ち、**民医連統一会計基準を制定して共通のモノサシによる経営活動をすすめ、また管理運営の改善に努めてきました。**管理にはどの組織にも共通する法則があり、経営学などの諸科学から積極的に学ぶとともに、運営にあたっては民主主義を貫くという姿勢が求められます。

民医連の経営の目的は、民医連綱領の実践と実現にあります。そのためにこそ、科学的で民主的な管理と運営を貫くことが大事です。経営目的を見失った経営「改善」はありません。

民医連経営の優点

民医連の経営と管理運営には他にない特徴があり、またそれは歴史のなかで経営の困難をのりこえてきた教訓でもあります。

「民医連経営の優点」として言われてきた特徴の第1は、「全職員の経営」です。民医連綱領の実現を共通の目標とする職員の、自発的で創造力にあふれたエネルギーを保障するためには、各職種の対等平等な人間関係にもとづく協力や、事業所の活動方針・目標などを全職員で討議、意思一致し、みんなで実行していく民主的な過程が重視されなければなりません。民主的な運営にあたっては、トップ管理者の役割発揮、各層の管理責任者の姿勢と力量、職員と共同組織の人々の運営への参画、運営機構やシステムの整備・充実(意思決定の権限や各種委員会の任務の明確化、組織図の整備その他)などを総合的に、かつ不断に追求していかなければなりません。

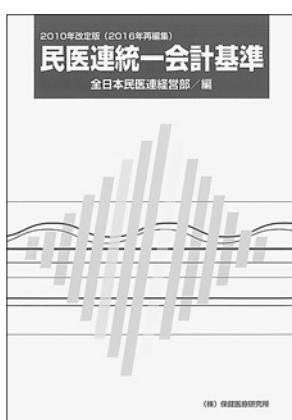
第2に、共同組織の存在です。民医連の経営と管理運営にとって共同組織は、出資金や地域共同基金などの資金面での支え、事業所の利用、さまざまなボランティアや事業所利用委員会などでの改善意見をはじめ、なくてはならない役割を果たしています。

第3に、民医連の医療・介護活動への地域の人々からの信頼です。地域の要求に総合的にこたえる立場での実践や、最も困っている人々のよりどころとしての存在こそ、地域住民の共有の財産であり、支持と共感が寄せられる根拠です。

社会福祉法に定める「生活困難者のために、無料又は低額な料金で診療を行う事業」(無料低額診療事業)は、そうした活動の重要な一環であり、全国の実施医療機関のうち4割以上が民医連の事業所です。

第4に、全国的全県的組織であるということです。経営や管理運営で困難に直面している法人・事業所があれば我が事のように可能な限りの連帯・支援の手を差しのべ、問題を抱えたところがあれば決して放置することがないのが、民医連組織の基本的なありようです。全国のさまざま経験・教訓を学びあうことができるところに、全国組織の重要な意味があります。

なお管理運営では、すべての事業所で事業整備の課題と結びつけた安全管理体制



民医連統一会計基準

を確立することが重要であり、何らかの重大な事件・事故が発生した場合の危機管理について、体制と方針を整えておくことも必要です。

さらに、地震、台風、豪雨などの大規模な自然災害の発生頻度^{ひんど}が増しており、各地の具体的な経験をふまえ緊急時を想定した管理運営体制の確立も大事な課題です。

経営の改善・強化、たたかう経営路線

「事業所を守り、医療、介護・福祉従事者の生活の向上と権利の確立」をすすめるためには、何といっても経営の改善・強化・安定化が大事です。

必要利益^{注1}を毎年必ず確保すること、そのために医療・介護構想と一体となった経営戦略と中長期の経営計画を策定すること、全職員の英知^{えいち}を結集した予算づくりと予算管理を行うこと、厳密な資金管理を行うことなどが重要です。その前提として、民医連統一会計基準による適正な財務諸表の作成を行い、正確な経営状況の認識を全職員のものにすること、経営内容の適切な開示を行い共同組織にもガラスばかりの経営であること、県連や地協の経営分野での指導性を高めることなどが求められます。

ところで医療・介護事業は、そのときどきの政治、政府の政策動向から非常に大きな影響を受けます。実際に、事業収益の大半が国の定める公定価格であり、診療報酬・介護報酬の状況が経営に直結します。また、保険料や利用料などの国民の負担が増えれば、深刻な受診抑制をまねき、患者・利用者減となって経営にマイナスの影響を及ぼします。さらに、消費税増税、病床削減、医師や看護師・介護職の不足などが経営悪化に拍車をかけます。こうした政治を変えていく運動によって経営環境を改善していくなければ、事業も医療・介護・福祉従事者の生活と権利も守ることはできません。

民医連は、このような経営活動を「たたかう経営路線」と特徴づけ、あいまいにすることなく具体的に実践してきました。ドクターウェーブ、ナースウェーブ、介護ウェーブ、国保料引き下げ運動などを通して、「病人が患者になれる」権利の保障や、医療・介護従事者の増員と待遇改善で貴重な成果を実現しています。

職員の健康管理、民医連共済活動

民医連は、職員が健康で働き続けられる職場環境づくりを大切にしてきました。関係法令にもとづく制度や体制の整備・充実をはかり、労働時間管理、メンタルヘルス、ハラスメント対策、災害時の健康を守るとりくみなどをすすめています。

また、職員の健康と生活を支えることを目的に、共済活動を重視しています。民医連組織と一体不離^{いったいふり}の事業として、職員の疾病や災害に対する給付や文化・スポーツ活動の援助などを行う全日本民医連厚生事業協同組合、退職者の生活の一助として年金事業を行う退職者慰労会があります。

注1…中長期的に見て必要な投資や借入金の返済、退職金の支払いなどをふまえ、その資金を確保・維持していくために必要な利益のことです。毎年の予算が必要利益に基づいて作成されていることが重要です。必要利益が確保できないと、資金が流出し、新たに借金が増えるといった悪循環に陥ります。



「健康で働きつづけられる職場づくり」
(2014年改訂版)

第1節 権利としての社会保障

一、国と企業の責任を明確にし、権利としての社会保障の実現のためにたたかいます（前半）

注1…次節参照。

KEY OUT

「最低限度の水準は決して予算の有無によって決定されるものではなく、むしろこれを指導支配すべきものである」（朝日訴訟^{注1}での東京地裁判決、1960年10月）。指導支配とは、真っ先にここにお金を使い、残りのお金を他のことに使うのが、憲法25条の精神だということです。社会保障のあり方を考える重要なキーワードは「所得再分配」です。

社会保障は人権、国の義務

社会保障は憲法25条に基づいてすべての国民の「健康で文化的な最低限度の生活」を国に保障させる制度であり、国民の権利です。自己責任（自助）や助け合い（互助）では対応できないからこそ、「社会」による「保障」です。

現在の日本ではその内容として、社会保険、公的扶助（生活保護）、社会福祉、公衆衛生の4つの部門に分かれています。このうち社会保険には、医療、年金、介護、労災、雇用保険があり、全員加入が原則です^{注2}。そのため、保険料の負担が困難な低所得者のために保険料の減免制度が設けられています。公的扶助には、生活、教育、医療、介護、住宅扶助など8種類があります。また社会福祉には、児童、障がい者、母子、高齢者福祉などがあります。

社会保障には、国民生活や国の経済にとって3つの機能があります。生活安定・向上機能、所得再分配機能、そして経済安定機能です。所得再分配機能というのは、所得の一部を個人や世帯の間で税や社会保険料などの形で移転させることで、社会全体で低所得者の生活を支え国民生活の安定をはかる機能です。その結果、国民の購買力の向上につながり経済が安定していくことになります。

しかしいま、この所得再分配機能が大きな問題を抱えています。政府によって、低所得者ほど負担が重くなる消費税が引き上げられる一方、大企業と富裕層だけが恩恵を受ける所得税の最高税率の引き下げや法人税の減税が行われました。社会保障では、保険料や窓口負担の引き上げと給付の削減、生活保護給付の引き下げが繰り返されてきました^{注3}。その結果、世界でも有数の経済力を持つ日本で、深刻な格差と貧困が広がり、医療・介護難民が急増しています。

「国と企業の責任」の意味

日本にお金がないのではありません。問題は税金の集め方と使い方であり、政府が国民の生存権・健康権保障を最優先課題にして国の責任を果たすかどうかということです。政治の姿勢が問われています。

日本の社会保障制度の主な財源は、半分を占める「社会保険料」と、税を元手にした国や自治体の「公費負担」です。社会保険料には、被保険者の負担分と企業（事業主）の負担分があります。社会保険料や税の集め方として重要なのは、「支払い能力に応じて負担する」という応能負担の原則です。それが格差の緩和につながります。

そもそも社会保障費用は、社会的な生産を担う労働者が、労働と生活を続けるために必要な経費です。また、企業からみれば、労働能力を持った労働者を保持・充足するために必要な経費でもあります。つまり、労働者の労働によって利益を得る企業が、労働力を守るために経費である社会保障費用について責任を持ち負担するのは当然のことです。そのことは、世界の人々の歴史的な運動の成果として確認されている社会保障の原則です。

実際、資本主義の国でも労働者のたたかいで次第に国と使用者の負担が増やされ、総合的な社会保障を実現している例が数多くあります。しかし、日本はヨーロッパ諸国に比べて企業の負担が少ない実態にあります。なお経営基盤が強くない中小企業については、その負担を軽くする対策も必要となっています^{注4}。

社会保障運動の中心課題

企業に雇用された従業員を対象にした健康保険では、企業主と労働者の保険料負担が半々です。しかし社会保障費用の本来の性格からいえば、企業主負担の割合を大幅に増やす必要があります。実際に、経済協力開発機構(OECD)の主な加盟国では、事業主の負担割合が相当多くなっています。

自営業者らが被保険者となる国民健康保険では、保険料負担は被保険者だけです。度重なる保険料の値上げで払えない人が続出しており、社会保障政策の矛盾の重大な焦点となっています。国保は加入者の所得が相対的に低いにも関わらず保険料が一番高く、滞納が全加入世帯の15%に及ぶなど、構造的危機に陥っており、公費負担の抜本的な増額が喫緊の課題です。

また、医療や介護での利用者負担は、憲法25条の趣旨に基づいてゼロか低額に抑えるべきです。ヨーロッパ諸国はもちろん、キューバやコスタリカなど世界の多くの国々で医療費は無料または低額です。

以上見てきたように、社会保障運動の中心課題は、世界の多くの国がおこなっているように患者・利用者の一部負担をなくすこと、そのために国の責務として国庫負担を増加させること、応能負担の原則により企業の税や社会保険料負担を増やすことです。

また、生活保護基準の引き下げを許さず充実させる運動^{注5}、病院病床の安易な削減に反対し介護施設・在宅分野を含む地域医療・介護の供給体制を守り発展させる運動、経営が成り立ち医療・介護・福祉従事者の処遇改善ができるような診療報酬・介護報酬の改善・引き上げを求める運動も重要です。

なお私たちが社保活動をすすめると、政府の側は、赤字財政だからと財源問題をもちだして要求に背を向けようとします。しかし、「KEY」でとりあげた朝日訴訟の判決にあるように、財源を考えるのは国の責任です。

なお民医連は、医療・介護の運動組織として、大企業と高額所得者の保険料を増額すべきこと、税制の改革で十分な財源があることを具体的に示しています^{注6}。



朝日さんの遺影をかかげ、社会保障の拡充を訴える大行進

注4…公費負担を増やして中小企業の保険料を軽減すること、応能負担の原則を強め大企業はより多く中小企業はより軽くなるしくみにすること、経営難の企業の保険料を減免すること、など。



朝日茂さん(1963年撮影)

注5…生活保護は、生活困難者の命綱です。日本では、生活保護を利用する資格のある人のうち実際に使っている人が2割程度しかおらず、国際水準からみても低すぎます。また生活保護の基準は、住民税、保育料、就学援助などの基準に連動し影響を与えます。生活保護を守ることは、社会保障全体を守ることにつながります。

注6…全日本民医連「人権としての医療・介護保障めざす民医連の提言」(2013年12月)。第3部未来編、第10章第4節参照。

第4章 綱領中文②

第2節 社保運動の歴史

一、国と企業の責任を明確にし、権利としての社会保障の実現のためにたたかいます（後半）

KEY ONE

「（国や県の制度と違うからと、行政訴訟で）裁判されるなら受けて立つ。憲法に照らして、私は絶対に負けない。本来は国がやるべきことをやっていない。村にとって必要だからやるのだ」。1961年に日本で初めて、乳児と60歳以上の医療費を無料化し、その後の全国的な広がりに貢献した岩手県沢内村の深沢晟雄村長の言葉です。翌年、自治体初の乳児死亡ゼロを実現しました。

医療・介護現場での「事実の重み」

社会保障を良くする活動は、国や自治体の政治を変える運動です。特に政府が、アメリカからの要請による「海外で戦争する国づくり」と、財界の利益のために「大企業が世界一活躍できる国づくり」をすすめ、健康は国民の自己責任として社会保障を大きく後退させている情勢のもとでは、国民のたたかい無くして生活と権利は守れません。

各種世論調査でも、国民が政治に求めることの上位は「社会保障の充実」です。それを実現するには、多くの人々が共通の要求で共同できるたたかいが必要です。社保協（社会保障推進協議会）^{注1}をはじめ、働くもののいのちと健康を守る全国センター^{注2}、各地でさまざまな組織が参加してつくられている「地域医療を守る会」「介護をよくする会」「国保を考える会」などを大切にして強化をはかり、住民「総がかり」の運動に発展させることが重要です。

民医連の社保活動で大事なのは、医療や介護の現場で起こっている「事実の重み」です。社会保障の改悪によってもたらされている多くの困難事例に寄り添い、それをまとめ、記者会見や街頭宣伝、政府・自治体交渉などで社会的にアピールし世に問う活動は、民医連ならではのものです。最も説得力のある活動として、メディアや多くの住民から期待と注目が寄せられています。

民医連がこれまで全国あるいは全県規模で行ってきた調査活動としては、経済的事由による手遅れ死亡事例調査、『歯科酷書』^{注3}、若年2型糖尿病調査、介護実態調査、高齢者生活実態調査、生活保護受給者生活実態調査、熱中症調査、寒冷地高齢者生活実態調査などがあります。

輝かしい「たたかいの歴史」

民医連の社保活動の歴史には、国民とともに力をあわせて貴重な成果を上げてきた輝かしいたたかいがあります。

【朝日訴訟（1957～1967年）】

岡山療養所の重症の結核患者だった朝日茂さんが、生活保護の抜本的な改善を要求し命がけでたたかった訴訟です。当時の生活扶助基準は、例えば肌着2年に1着、パンツ1年1着、タオル1年2本など。福祉事務所が、35年も音信不通だったお兄



3・16統一行動中央決起集会(1966年)

さんを探し出して朝日さんへ月1500円の仕送りをするように命じました。そして公費から支給された月600円の日用品費は打ち切られ、残る900円も医療費として国庫へ納入しろと命じたのです。

朝日さんは、これは自分一人の問題ではない、多くの貧しい人たちの問題だと思い、「憲法第25条に違反する」と訴訟を起こしました。この訴訟は生存権を問う「人間裁判」と言われました。民医連を含め全国支援が寄せられ、東京地裁の一審判決では、32ページの「KEY」にあるような画期的な勝利判決が出されました。朝日訴訟は最高裁まで争われますが、朝日さんの死亡を理由に判決を下さないまま終結宣言が行われました。しかしその後、生活保護の基準は格段に引き上げられます。後年、東京地裁の判決に関わった裁判官の一人は「憲法は絵に描いた餅であってはならない」と話しています。

【老人医療費無料化の実現（1960年代後半～1973年）】

1967年に東京民医連は、老人福祉法（1963年）にもとづく公費による老人健診にとりくみ、このなかで数多くの治療を要する高齢者が発見されました。そこには、医療費の問題が心配で安心して治療を続けられないという高齢者の切実な声があがり、それをきっかけに東京都に向けて老人医療費無料化を求める運動が広がりました。東京都知事選挙で無料化を実現することを公約に掲げた知事が誕生し、ついに1969年に70歳以上の老人医療費無料化が実施されました。しかもこの運動は次々に全国に広がり、1973年には国の制度に拡大されました^{注3}。

【訪問看護の保険適用（1988年）】

民医連の看護師は、診療報酬で認められるずっと前から、経済的、社会的な理由で治療を中断したり退院を余儀なくされたりした地域の在宅患者を訪問して、いのちを守り生活を支えました。そして「寝たきり老人」の実態調査も実施して訪問看護の必要性を実証し、国や自治体、医療界に提起していきました。こうした実践を通して、訪問看護の保険適用が実現したのです。

そのほか、「小児マヒが猛威をふるうなかで、ソ連製生ワクチンの緊急輸入を国に実現させ、子どもを守った運動（1960～1961年）」、「公害（四日市・倉敷・川崎の喘息、熊本・新潟の水俣病、富山のイタイイタイ病など）から健康とくらしを守り国と企業の責任を明確にした運動」、「地域医療崩壊の要因である医師不足に対して国の医師数抑制政策を転換し医師増員を実現した医師・医学生のたたかい（ドクターウェーブ、2000年代）」、「看護師増員の国会決議を実現したナースウェーブ」、「より良い介護保険と介護職の待遇改善をめざして一定の成果を上げている介護ウェーブ」、「各地での国保料の引き下げ」、「子どもの医療費窓口無料化を実現した運動」「無料低額診療事業を利用する患者の薬代への公的助成の実現」など、枚挙にいとまがありません。

運動してこそ、たたかってこそ、憲法25条は生かされ輝くのです。



東京民医連文京ブロックは1966年から「老人健診」に組織的に取り組んだ



民医連の先駆的な活動の一つである訪問看護

注3…10年後の1982年に、政府の「福祉見直し」「医療費削減」政策のもと、老人医療費の無料原則はなくなっています。

第3節 平和と環境を守る

一、人類の生命と健康を破壊する一切の戦争政策に反対し、
核兵器をなくし、平和と環境を守ります

KEY OUT

人類の生命と健康の対極に、戦争と環境汚染があります。**平和を守る活動**

の最大の焦点は、憲法9条を守ることです。いったん憲法に自衛隊が明記されれば、戦力保持を禁止した9条2項の死文化に道を開き、海外での武力行使が無制限になります。自衛隊は9条で軍事力行使に強い抑制がかかっていたからこそ、戦後1人の外国人も殺さず、1人の戦死者も出さなかったのです。

一切の戦争政策を許さない

政府が、「海外で戦争する国づくり」をすすめてきた最大の口実は、「北朝鮮の脅威」でした。安保法制(戦争法)も沖縄での辺野古新基地建設もそうです。しかし、朝鮮半島の非核化と平和に向けた大きな流れがおこっており、戦争する国づくりはその根拠を根底から失いつつあります。

「一切の戦争政策に反対」する活動の内容としては、安保法制(戦争法)、秘密保護法、共謀罪など一連の違憲立法を廃止することです。安保法制によって自衛隊の海外派兵の機会が増え、日米共同演習の内容もエスカレートしています。軍備拡大を中止し軍縮への転換をはかることが重要です。敵基地攻撃能力のある兵器の購入はただちにやめるべきです。また、在日米軍に異常な特権を与える日米地位協定^{注1}の抜本的改定をはかることです。日本全国どこへでも部隊を自由に配備し好き勝手に訓練する、米兵の犯罪への裁判権も事実上無いような権限を与えるのは日本だけです。

沖縄での辺野古新基地建設をただちにやめさせ、住宅密集地にオスプレイが飛び交う「世界一危険な基地」といわれる普天間基地をはじめとして米軍基地を撤去させることです。米軍基地は決して日本を守るためのものではなく、アメリカが行う戦争の出撃基地です。アメリカの戦争の相手国が日本にある出撃基地を狙えば、日本が戦争に巻き込まれます。県知事選挙などで何度も示された沖縄県民の総意をふみにじって、日本政府は強引に辺野古新基地建設をすすめようとしています。県民の4分の1が第2次世界大戦末期での沖縄戦で犠牲になり、戦争終結後も本土から切り離され、アメリカの施政権のもと銃剣とブルドーザーによって土地を奪われ基地をつくられた沖縄。米兵のあいつぐ蛮行で県民の命と人権がないがしろにされてきた沖縄。その痛みは、日本の痛みであり、私たちの痛みです。平和、地方自治、民主主義をめざす「オール沖縄」のたたかいを、日本国民全体のたたかいとして発展させなければなりません。

軍事同盟をなくすことも重要な課題です。この半世紀、世界では多くの軍事同盟が解体され、非同盟国は1961年の25カ国から137カ国に広がりました。紛争の平和的解決を確認しあっている東南アジア諸国連合、欧州連合、中南米カリブ海諸国共同体など、平和の地域共同体が広がり、世界の7割以上が非軍事同盟下で暮らしています。軍事同盟である日米安全保障条約がなくなれば、いっさいの米軍基地がなくなります^{注2}。

注1…日米安保条約第6条を受けて、在日米軍の施設・区域の使用のあり方や日本における米軍の地位について定めたものです。日本での米兵の犯罪に対して、米軍に優先的に捜査や裁判の権限があるなど、差別的で不平等な内容になっています。

注2…日米安保条約を廃棄した上で、アメリカと対等平等な平和友好条約を結ぶことが大事です。

核兵器の全面禁止は、いまや全人類の存亡にかかわる最も重要な課題になっており、それを求める世論が世界中でひろがっています。2017年には、ついに国連で核兵器禁止条約が結ばれました。原爆や水爆の悲惨さを体験し、憲法9条を持つ日本国民として、反核・平和の運動の先頭に立つことは国際的に重要な役割です。ところが日本の政府は、核抑止力論の立場に固執し条約の批准を求める多くの国民と国際世論に背を向けています。唯一の戦争被爆国の国民として、条約の署名、批准を求める運動を強めることが大事です。

原発ゼロをめざして

環境を守る課題では、地球温暖化対策があります。地球温暖化とは、産業活動の発展とともに莫大なエネルギー消費によって大気中の二酸化炭素が増え地球の気温が上昇することです。それが異常気象を発生させ、人々の健康と生存に重大な影響を及ぼします。利潤追求を第一義とした経済活動が、人類の生命維持のための環境を管理できない状況を引き起こしています。地球温暖化対策の世界的枠組みであるパリ協定^{注3}に基づいて、国と企業に温室効果ガスの大幅削減のとりくみを求めていくことが必要です。

そして環境問題では、原発をゼロにする運動がいよいよ切実な課題になっています。戦後、アメリカが軍事目的で原子力潜水艦をつくり、動力として原子力発電という技術を開発しました。それを、安全性の保障もなしに日本に押しつけてきたというのが、日本の原発のはじまりです。アメリカと日本の大企業集団の利潤追求が動機です^{注4}。

原発には2つの大きな問題があります。第1に災害防止の絶対的保証がないことです。重大事故が起きて放射線物質が外部に放出されれば、それを完全に抑える手段ではなく、人間の健康と生存、社会の存続そのものに与える損害ははかりしれないものがあります。東京電力福島第一原発事故では、汚染水の処理という問題ひとつをとっても、コントロールどころか打つ手がみつかない状況です。また壊れた原発を廃炉するのに、どれだけの時間と費用がかかるかはまったく明らかになっていません。

第2に、原発が生み出す放射性廃棄物を処理する手立てがいまだに見つかっていないことです。処理の過程で出てくる新たな高レベルの放射性廃棄物の放射能が安全な水準に達するまで減衰するには数万年かかります。それを管理し処分する方法はまだ見つかっていません。政府や電力会社は「原発はコストが安い」と言いますが、これらの費用はまったく含まれていません。この2つの大問題の答えを持たないまま、原発依存の体制を続けることには何の道理もありません。再稼働も輸出もただちにやめさせ、原発ゼロをめざしましょう。

いまや世界の流れは脱炭素、再生可能エネルギーです。それは、地域経済の活性化や安心して住み続けられるまちづくりにもつながります。



NPT再検討会議(ニューヨーク)で新民医連
綱領を掲げて署名活動する職員たち(2010
年)

注3…2016年に発効。産業革命前と比べ世界の平均気温の上昇で2度を十分に下回ることを目標にえ、1.5度への抑制を努力目標に位置付けています。今世紀後半には温室効果ガスの実質的な排出をゼロにするとしています。

注4…原発で利益を受ける大企業集団や、その利権に関わる官僚、政治家、さらに学者、一部マスコミなどを含めたグループを「原発利益共同体」といいます。トップに立つのが電力会社で、その大株主としての巨大金融資本(大銀行)、原発を建設してきたスルーバーゼネコン、原子炉メーカー、鉄鋼メーカーなど、財界のトップグループで構成されます。そうした集団を揶揄、批判する表現として、「原子力村」という言葉もあります。

第4章 綱領後文

第4節 使命・目標実現の道筋

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

KEY ONE

綱領後文は、民医連の使命と目標をどうやって実現するかを示したもので
す。キーワードは「連帯・共同」です。多様な個人一人ひとりが尊重され、それを
基礎に、共通の願いのために力をあわせる。この民主主義の力の発展こそ、無
差別・平等の医療と福祉、そして平和で民主的な社会を実現していく道です。
民医連と共同組織は常に、国民・地域の人々とともに歩み続けます。

市民が力をあわせて社会を動かし変える時代

民医連はこれまで、地域医療・介護を充実させるための連携や安心して住み続け
られるまちづくり、医療・社会保障の改善や介護をよくする運動、地域での病床削
減を許さない運動、地域医療を担う医師の確保と養成の課題などで、より多くの人々
や団体との連帯・共同を追求し、実績を積み上げてきました。また、貧困から人々
のいのちと暮らしを守るとりくみ、原発ゼロをめざす運動、平和と憲法を守る運動
などでも共闘をひろげ、その「架け橋」としての役割を果たしてきました。こうし
た経験を生かし、すべての個人や団体と手を結び活動することを、綱領が掲げる使
命・目標を実現する道筋、方法として明確にしたのがこの後文です。

2010年代の半ば以降、政府・与党が数の力で強引におしすすめた安保法制（戦争
法）をひとつの契機として、立憲主義と民主主義、平和を守る国民的な運動が大き
く発展しました。この運動の特徴は、青年、母親、学者、労働者、高齢者などあらゆ
る層の人々が、ひとりの市民として、日本国憲法13条で謳う「個人の尊重と幸福を
追求する権利」にもとづき、主権者としての自覚を高めて、当事者として声を上げ
連帯し行動したことです。「オール沖縄」のたたかいはもちろん、9条改憲反対や格差・
貧困の是正など共通の要求と政策を掲げる市民と野党の共同、国政選挙や自治体の
首長選挙での野党統一候補の実現などは、明るい未来につながる貴重な経験です。

こうした動きは今後、紆余曲折はあっても、一段と大きくなることは間違
いません。なぜならそこには、それぞれの違いを認めあいリスペクトしあいながら、
一致点を大事にし、しかもその一致する内容を拡大しようとする前向きで誠実な努
力が続けられているからです。いまや市民が連帯・共同して社会を動かし変えてい
く時代です。

なお選挙は、民医連綱領を実践しその実現をめざす大事な場です。その意味で
民医連は、職員や共同組織の人々に主権者として選挙に積極的に参加することを
一貫して呼びかけています。職員の政党支持と政治活動の自由を保障しつつ、憲
法を守り生かす立場で奮闘する勢力の前進や自治体首長の実現に向けて活動します。



2009年、日本で最初のHPH認定病院と
なった千鳥橋病院が翻訳したHPH紹介日本
語パンフレット



韓国社会的医療機関連合会の設立総会
(2018年5月)

民医連の国際活動

医療・福祉を国民の手に獲得しようとしている諸外国の運動と交流し、そのとりくみを学ぶことは、国際化が言われる今日、重要性が増しています。民医連はこの間、スウェーデン、フランス、カナダ、キューバ、韓国などの人々と、視察団を派遣するなどの交流を行ってきました。特に、韓国の緑色病院^{注1}、人道主義実践医師協議会^{注2}、健康権実現のための保健医療連合^{注3}との交流が活発になっています。韓国では、2018年5月に韓国社会的医療機関連合会が結成され、設立総会に全日本民医連が招待されました。

国際活動では、国際HPHカンファレンスに参加して演題を発表し世界の実践から学ぶ活動もその重要なひとつです。また、中国での旧日本軍による遺棄毒ガス兵器による被害者の健診活動も現地の専門家と協力して行ってきました。

2016年には、全日本民医連として、国連社会経済理事会(ECOSOC)^{注4}の協議資格を取得しました。それにより、日本政府によって放置されている健康権の侵害や、貧困と格差が拡大している実態などを国際的に明らかにするため、国連への意見書提出や配布、会議への参加や傍聴などが可能になりました。

仲間への連帯・共同の精神

医療・介護・社会保障を後退させる国の政策などを要因として、法人・事業所の経営が重大な困難に陥ったり、退職などのために医師や技術者の体制が不安定になることがあります。民医連には、そのような法人や事業所に対して、県連や地方協議会、あるいは全日本民医連として必要な支援を行い、知恵と力を結集して問題を克服してきた豊富な経験があります。

また、震災などの大災害が発生したとき、自らも被災しながら懸命に地域の人々のいのちと健康を守って奮闘する現地の仲間に、心をひとつにして医療活動をはじめとした物心両面の支援を全国規模で行ってきた歴史があります。

仲間の困難を全国の連帯の力で乗りこえるのは、まさに民医連の伝統です。綱領後文には、こうした仲間同士の支援・連帯・共同の精神も込められています。

民医連の60余年は、多くの先輩たちが「いのちの平等」をめざして、時代と格闘し努力と奮闘を積み重ねてきた歴史です。民医連綱領は、そうしたかけがえのない無数の実践が結実したものです。しかも民医連綱領がさし示す医療や福祉、社会の発展方向は、決して特殊なものではなく、医療・福祉の活動に携わるあらゆる人々にとって意義のある普遍的なものです。

すべての職員が共同組織とともに、民医連綱領を深く学び身につけ、「無差別・平等の医療と福祉」の旗、「日本国憲法の理念」の旗を高く掲げ、これまでの歩みをさらに発展させようではありませんか。

注1…緑色病院:韓国の源信レーヨンが日本の東洋レーヨン(東レ)から輸入した工場設備で、二硫化炭素中毒の労働災害が発生しました。職業病認定闘争による解決基金をもとに、職業病専門病院として1999年6月にできたのが緑色病院です。全日本民医連と交流協定が結ばれています。

注2…人道主義実践医師協議会:韓国国民の健康権確立をめざして、医科大学に勤務する医師、公的病院の医師や開業医などで構成する進歩的医師の個人加盟団体。1980年代の韓国の民主化闘争を担った医師を中心に、1987年11月に設立されました。労働争議や貧困者への医療支援などにとりくんでいます。

注3…健康権実現のための保健医療連合:韓国の人道主義実践医師協議会、歯科医会、漢方医会、薬剤師会、労働衛生の医療関係5団体で構成。「医療の民営化反対」「医療をすべて保険で保障せよ」など韓国国民の人権を守り保健・医療の要求実現をめざす活動や、核廃絶・脱原発など平和問題に積極的にとりくむ連合組織です。

注4…国連の主要機関のひとつで、経済および社会問題全般に関して必要な議決や勧告等を行います。

歴史の教訓と 伝統を 引き継ぐ

「医療を民衆の手に」、そして「医療・福祉を民衆とともに」……。ぶれることなく「いのちの平等」を貫いてきた民医連運動の歴史は、戦前の無産者診療所から90年近く、全日本民医連結成から70年近くになります。そのなかには、時代を大きく切り開いてきた積極的な側面と同時に、痛恨の経験もあります。

この歴史編では、次世代に語り継ぐべき歴史の教訓と伝統について記述しました。

なお、民医連のまとめた歴史については、『無差別・平等の医療をめざして』（全日本民医連歴史編纂委員会編、2012年2月発行、上・下）を参照してください。



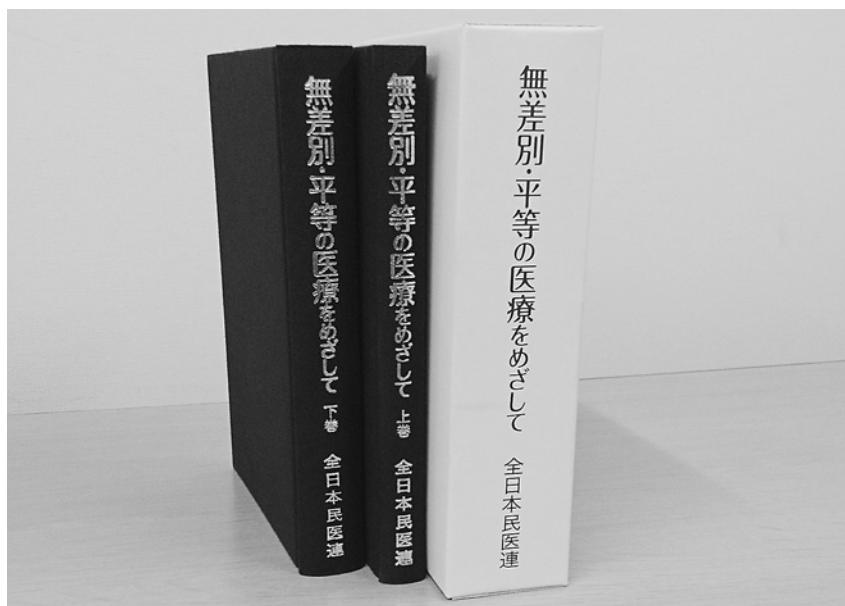
結成大会がひらかれた東京・中野区にあった「橋場公会堂」



三島無産者診療所（大阪府吹田市）



デモ行進する須田朱八郎初代会長(前列右)



2012年2月に発行した『無差別・平等の医療をめざして』

第5章

民医連運動 の源流

無産者診療所

第1節 医療を民衆の手に

KEY CONCEPT

民医連運動の前史は、1930年に開設された大崎無産者診療所（東京）から、1941年に閉鎖された新潟の五泉、葛塚の無産者診療所にいたる無産者医療運動にさかのぼります。日本で無産者医療運動が誕生した背景には、明治以降の日本資本主義の急速な発達に伴う労働者・農民・市民の健康と生活の破壊、身売りなど、はなはだしい窮乏がありました。

全権限を天皇が握る専制政治と侵略戦争の連続

注1…絶対主義的天皇制と言われています。

注2…天皇が発した法的効力のある命令を勅令と言います。

注3…女性は一人前の人間として認められず、参政権もありませんでした。

注4…戦前の日本政府が戦争のために使った戦費は、国の予算のうち、日中戦争時69%、太平洋戦争末期には86%にのぼっています。

注5…日本の近代医療制度は医制の発布をもって始まると言われています。今日まで続いている開業医制度を法制化したものとも言われ、この規定をもとにのちの医師法が作られました。

注6…日本赤十字社の前進である博愛社は、1877年の西南戦争をきっかけに生まれ、戦争に備えるものでした。また、恩賜財団済生会は、国民のなかに広がっていた社会不安の緩和と、天皇制を補強する有力な武器としての慈惠医療が目的で設立されました。

注7…開業医による自由料金制度の下で、1881年頃、男性労働者の1日の給料が8~10銭のときに、外来診療費は1~2円、往診料は3~5円でした。

戦前の日本の「国のかたち」は、1889年に定められた大日本帝国憲法（明治憲法）によります。その特徴は第1に、国を統治する全権限を天皇が握る専制政治^{注1}です。第2に、議会や政府は天皇の補助機関という位置付けです。したがって天皇には、議会にはからず独自に法律と同等のものを定めることができました^{注2}。さらに第3に、天皇直轄の大権として軍隊を統帥し戦争を実行する権限がありました。

一方、国民には支配される者という意味の「臣民」という言葉が使われ、自由や権利が大きく制限されました^{注3}。低賃金・長期間労働と無権利、重税に苦しむ労働者や農民の運動が絶えず起こりますが、反戦平和の運動、政治的な民主主義を求める運動を含めて、治安警察法（1900年）、治安維持法（1925年）などによって徹底的に弾圧が加えられました。特に治安維持法は1928年の改定で最高刑が死刑に引き上げられ、すべての社会的運動を沈黙させていきます。

こうした体制で日本は、アジアの強国として、朝鮮、中国などへの侵略戦争と植民地支配の道をすすみ、2000万人を超えるアジア諸国民、300万人を超える日本人の命を奪うことになります^{注4}。

国民不在の医療制度

明治維新（1868年）を経て、1874年に「医制」^{注5}が公布され、医学教育制度と衛生行政がスタートします。しかし戦前の保健・医療の特徴は、政府がすすめる国策である富国強兵のための健兵健民政策か、国民の不安・不満をおさえる治安上の問題としてあつかわれました^{注6}。政府は国民のための医療を確保する努力をせず、軍隊の病院と大学病院、伝染病対策の施設以外、医療への国の投資をほとんど行いませんでした。その結果生まれたのが「開業医制度」と呼ばれるもっぱら私的医療機関に依存する制度であり、その自由料金制度の下では、当時の労働者・農民にとってまともな医療を受けることは極めて困難でした^{注7}。また、救貧制度として1874年に恤救規則が制定されますが、その対象は身寄りのない極貧・廃疾者、70歳以上の老衰者、13歳未満の孤児などに限定され、病人は下等米1日2~3合相当の現金支給という動物並みの扱いでした。

こういう状況のもとで1910年代から、「医療を民衆の手に」することをめざすさまざまな動きが起こります。医療民主化（=医療社会化）の直接的な契機は、高額な医療

費負担により医療機関を利用できない問題と農村地域での医療機関の不在（無医村）でした。社会保障制度がないに等しいなかで、医療への国民の強い要求に応えようとした活動の代表的なものは、都市部の実費診療所と農村中心の産業組合（医療利用組合）、そして無産者診療所でした。

医療民主化（=医療社会化）を求めて

実費診療所は1911年に、労働者や貧困者に低料金で医療を提供しようと加藤時次郎医師などによってつくられ、一時は全国に153の施設を数えるほどになりましたが、1927年の健康保険法施行以後衰退します。実費診療所は、当時の医師会の協定料金の3分の1か4分の1ほどの費用で低所得者層に医療を提供し歓迎されました。実費診療を行った個人開業医のいくつかはその後、東京、大阪、岩手などでの無産者診療所設立に大きな影響を与えました。

農村では、医療から見放されていた農民の要求が基礎になり、産業組合を母体とする組合組織（医療利用組合）による医療機関が1919年以降各地に広がり、1940年には146病院・175診療所に達しました。医療利用組合は組合員から出資金を募り、医師会協定料金より安価な料金で診療を行いました。この運動は、無医村での自主的な医療対策を多くの出資者に依拠して行った点で重要な意義を持っていますが、時代が戦争に向かうなかで政府による戦時統制に組み込まれていきました。戦後、組合病院の多くは全国厚生農業協同組合連合会の病院に移行し、一部は日本生活協同組合連合会の医療生協になっています。なお、宮城など戦後の民医連結成に参加した医師たちの何人かは、医療利用組合で青年医師としてのスタートを切っています。

第一次世界大戦（1914~18年）を契機に、重化学工業が急速な発展を遂げるなかで、労働者人口が増大しました。それに伴い貧富の格差が顕著になり、1917年には労働争議や小作争議が多発します。1917年のロシア革命の後、米騒動（1918年）が全国に広がり、その後1920年代には、普通選挙をめざす運動、労働・農民運動、部落解放運動、女性運動、学生運動、社会主義運動など、多くの分野の社会運動が生まれ、大正デモクラシーと言われた民主主義の高揚期をを迎えます。それに対して政府は、1925年に国民弾圧のための治安維持法を成立させる一方で、国民の体位低下、疾病的増大に直面し、健兵健民政策の立場から健康保険法を1927年に施行します。しかしこの健康保険は中小企業の労働者が適用外であり、労災まで健康保険に含まれるなど多くの不備があったため、労働組合による健保反対のストライキが行われました。

1929年からは世界的大恐慌がはじまり、政府は深刻な経済危機を開拓するとして中国への侵略戦争に乗り出し、国内では軍部の独裁が強化され反政府思想が激しく弾圧されました。無産者診療所はこのような時代に創設されます。



東北地方の冷害凶作で空腹に大根をかじる子どもたち（1934年、毎日新聞社提供）

第5章

民医連運動 の源流

無産者診療所

第2節 山本宣治と「労働者農民の病院を作れ」アピール

KEY

無産者診療所誕生の直接のきっかけは、労働者や農民、庶民から「山宣」の愛称で親しまれた生物学者で労農党代議士山本宣治の暗殺です。「山宣一人孤塚を守る。だが私は淋しくない。背後には大衆が支持しているから」「人生は短し科学は長し」。それぞれ、出身地の京都府宇治市、ゆかりのあった長野県上田市に建つ碑に刻まれている山本宣治の言葉です。

山本宣治（1889年～1929年）は、東大を卒業し、性科学を専攻しつつ京都大学や同志社大学で講師を勤めた生物学者です。貧しい労働者や農民のための産児調節運動や女性解放運動をすすめ、またさまざまな労働・農民運動にもかかわりました。1928年2月20日、日本で初めての男子普通選挙が行われ、京都2区で労働農民党から立候補して当選しました。

その普通選挙から1カ月も経たない3月15日に日本政府は、戦争推進に反対する勢力として日本共産党員やその支持者1600人以上を検挙し、485人以上を治安維持法で起訴しました^{注1}。山本宣治は、その暴政と各地で逮捕された人々に加えられた権力による人権無視の拷問などの実態をつぶさに調査し、1929年2月の帝国議会で厳しくその不当性を追及しました。これに対して政府は、最高刑を死刑とする治安維持法改悪案を出しましたが審議未了となり、天皇の緊急勅令を発して、1929年3月5日に開会された国会にその事後承認案を提出しました。この改悪案に国会議員のなかでただ一人反対を貫いたのが、山本宣治です。「KEY」であげた「山宣一人孤塚を守る……」の演説は、国会審議の前日に大阪で開催された全国農民組合大会のものです。これが最後の演説になりました。

3月5日、山本宣治は、国会での反対演説を準備して登院したものの妨害にあい、発言の機会を封じ込められました。その夜、東京・神田の宿泊先を訪ねてきた右翼の手によって暗殺されました。享年39歳でした^{注2}。

山宣記念病院

山宣の通夜の席上で、集まった人々によって、その死を悼み「山宣記念病院」をつくることが語されました。その結果、1929年3月15日、「労働者農民の病院を作れ」というアピールが解放運動犠牲者救援会^{注3}と、病院設立基金募集委員会の名で雑誌『戦旗』に発表されました。起草者は、大栗清実医師^{注4}です。アピールにはこう述べられています。

「……労働者農民無産市民の前にはすべての病院は閉ざされている。我々は病気になってしまっても金がないため、医師の診療を受けることを幾度か躊躇し空しく病人を危篤に陥らしめねばならない。致命的な怪我をしても保証金が積めないために入院を拒絶される。薬代が滞っているからといって、死に瀕しても往診を断られる。我々の病気を治すためには我々自身の病院を持たねばならぬ。……救援会支持の若干の医師薬剤師看護婦等は健康を奪われた労働者農民のために、進んでその専門的技術

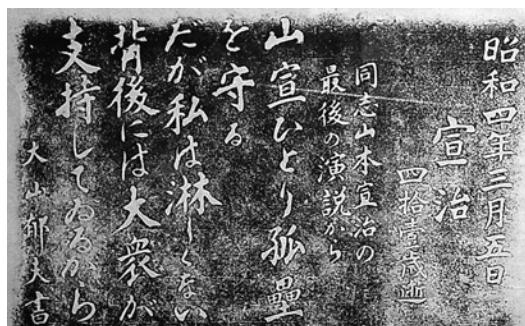
注1…3・15事件。政府は翌年1929年4月16日、さらに大量の活動家や支持者などを検挙しました(4・16事件)。1931年満州事変、1932年上海事変、1933年国際連盟脱退と、時代は一気にファシズムへと向かいます。

注2…山本宣治は暗殺される4日前に長野県上田市で講演しています。上田市の別所温泉にある碑は、訃報に接した農民らが建立したものです。当時警察に破壊を命じられますが、土地を所有する旅館経営者が庭石に見せかけ戦後まで保存しました。

注3…治安維持法によって検挙された犠牲者は、拷問などで健康を害し、その家族もまた物心両面で悲惨な境遇に陥りました。これらの人々の救済を目的に、1928年4月に発足しました。救援会自身も弾圧され、1933年に消滅します。

注4…1901年、徳島県生まれ。五高、岡山医大に入り社会科学研究会に参加。1928年の3・15事件で検挙され7カ月の獄中生活の後、実費診療所のひとつである馬島間医師の労働者診療所で内科医。その後、東京の大崎無産者診療所の初代所長。

を提供する事になった。……凡ての工場から農村から職場から学校から、一銭二銭の零細な基金を集めて送れ、大衆的支持によって我らの病院を建設しよう」



白色デモルタル松石平井

労働者農民無産市民 學生諸君!!

おれ狂ふ×××××肥の下に於て、勞働者農民小市民大農は未曾
有の苦悶なる生活を強ひられてゐる。失業貧困無智無力のどん
底に陥られた無産大農は更に襲ひ来る傷病に對して、どうする
ことも出来ぬ苦痛を経験しなければならない。廢墟
に埋れた工場の燐光から来る肺病頗るとして起る重傷不規則な
生活を強ひられるための神經衰弱、不適當な營業關係のための
脚氣等々近代資本主義、社會制度が我々に課した病害は數へ上
げにいゝまい。これ等の病氣に對して我々の健康は只の一
つでも保護されてゐるか?

疑ひて否だ!

アルワード某地主の支拂する社會では、「仁善」であるべき醫
術者へも完全に獨占され、労働者農民無産市民の前にはすべての
病院は閉ざされてゐる。

我々は病氣になつても金がないため、醫師の診察を受けるこ
とを幾度か躊躇し空しく病人が危篤に陥らしめはならない。
致命的な後をなして、「保険金」が積めないために入院を拒絕
される。廢墟が潜つてゐるからといって、死に至つてゐても往
診が断られる。「健保」を抱んでゐる上に、患者からは健保
者にあらためて粗暴な対応しか貢へない。

かくの如く我々の健康は誰からも保護されてゐない。我々の

病氣を治すために我々自身の病院を持たねばならぬ。労働者
農民の健康は労働者農民の組織が保護すればならない。
かかる意味に於て我が教授會は即時我々の診療所を整備する
持つてはならぬ。教授會は我が教授會の若干の財政的的醫師講師所會員
等は健康奉事ばれたる労働者農民のために、進んでその専門
技術を提供する事になつた。そのために労働者農民の
購入費として先づ第一に基金五千圓を募集する。

凡ての工場から農村から職場から学校から、一銭二銭の零細
な基金を集めて送れ、大衆的支持によつて我等の病院を建設し
やう。

労働者農民の病氣を労働者農民の病院で治せ!

建設基金五千圓を上野農村から送れ!

労働者農民の病院設立萬歳!

一九二七年三月十五日

解放運動機者救撫會 病院設立基金募集委員會

器械購入費 三〇〇〇〇〇〇
市園購入費 二〇〇〇〇〇〇
住用自轉車三蓋運(1) 家具購入費 一〇〇〇〇〇〇
被服用被服 一〇〇〇〇〇〇
被服用被服 一〇〇〇〇〇〇〇
その他 六五〇〇〇〇



- 〈左上〉山本宣治
〈右上〉京都府宇治市の碑
〈下〉長野県上田市の碑
〈左〉雑誌『戦旗』1929年4月号に
発表されたアピール文。
(「1927年」とあるのは「1929年」の誤植)

民医連運動 の源流

無産者診療所

第3節 無産者診療所の活動とそれを担った人々

KEY CONCEPT

無産者診療所の活動は、日本の医療を労働者や農民のものにするためのいくつかの医療運動のなかで、医師をはじめとする医療従事者がその担い手となったという点で、近代医療史のなかで鮮やかな光を放っています。そのほとんどが、20歳代の医師、看護師、事務職員でした。このことは戦後、世界にあまり例がないと言われる民医連運動に大きな意味を持つことになります。

「労働者農民の病院を作れ」アピールが出された翌年の1930年1月、日本で最初の無産者診療所である大崎無産者診療所が現在のJR五反田駅近くに誕生しました。開設のための発起人には、解放運動犠牲者救援会などの団体のほか、秋田雨雀、三木清、大宅壯一、中條(宮本)百合子ら数多くの著名人が加わりました。大栗清実所長をはじめとする常勤医以外でも、東大や一般の病院に勤務する医師や開業医が診療を援助しました。^{注1}

大崎無産者診療所の開設と同じ年の12月に青森(八戸)、続いて1931年には大阪、山梨、千葉、京都にも無産者診療所がつくられました。そしてその年の10月には、各地の無産者診療所の代表が東京に集まって、日本無産者医療同盟を結成しました。委員長には大栗清実、副委員長に岩井彌次(大阪)が選出され、次のスローガンが決定されました。

- 1、ブルジョワ独占の医療制度絶対反対
- 2、労働者農民の病気は労働者農民自身の手で治せ
- 3、無産者診療所の全国的確立とその拡大強化
- 4、全労働者農民学生無産市民は日本無産者医療同盟に入れ

その後、無産者診療所は、群馬、新潟、静岡、愛知の各県にもつくられ、10の都府県に1病院23診療所が建設されました。また、激しい弾圧によって設立には至らなかったものの、設立準備会の組織がつくられたところは、北海道から沖縄まで20数道県に及んでいます。

今日の民医連につながる活動の特徴

無産者診療所の医療理念は、まともな医療を受けられない人々に、差別のない平等な医療を提供することでした。そのためには自分たちの医療実践を通して医療のあり方を示すとともに、医療や社会制度の民主的な変革、平和と人権が尊重される社会の実現も不可欠の使命でした。

この当時は健康保険が実施されたばかりで、加入者も少なく、さらに健康保険ではまともな診療が受けられない状態でしたが、無産者診療所は健康保険患者を差別しないで、労働者の信頼と支持がありました。また、農村部では低額・実費診療にとりくみました。その他、集団検診活動、保健活動、機関紙の発行、地域に家庭保健会や健康友の会を結成する活動など、現在、民医連の事業所が行っている多面的な活動は、すでにこの頃から行われていました。

さらに、労働者農民の生活苦と傷病の原因である低賃金・重労働・無権利を打破するために、労働争議や小作争議を支援し、これらの運動で弾圧された傷病者や治安維持法などによる弾圧犠牲者を救援し無料診療を行い、昭和三陸地震と津波被害（1933年）、室戸台風（1934年）などへの災害救援活動を行いました。

どういう人たちが無産者診療所を担ったか

1992年から8年間にわたって全日本民医連会長を務めた阿部昭一医師は、その著書で次のように述べています。

「住民の要求だって激しいところは世界中にたくさんあると思いますが、やっぱり最後のところになると医療技術者、働く人たちとともに生き抜こうという医師を獲得できるかどうかが問題なのです。医師の場合は進歩的な思想の持ち主であったにしても、時には自分の財産を投げうって働く人びととともに生涯を歩むということはそう生やさしいことではありません。日本の進歩勢力は国民の医療要求に身を賭して応える医師をつくり得たということです」^{注2}

ロシア革命（1917年）、米騒動（1918年）、普通選挙を求める運動（1919年）、第1次世界大戦後の恐慌（1920年）と労働争議・小作争議の急増という時代のなかで、民主主義や社会主義の思想が医師・医学生に大きな影響を及ぼします。無産者診療所で活躍する医師や医療従事者たちはこの時期に青少年期を過ごし、労働者・農民・市民の貧困と疾病の深い関わりを実感するなかで、医療社会化の道を追求することになります。1920年代には、セツルメント運動、社会医学研究会、産児制限運動^{注3}などの医療社会化運動が発展します。

セツルメントというのは、生活困窮者の多い地区に学生や知識人が入り、その改善のため、医療、保育、労働者教育などを行った活動です。1923年に関東大震災が起り、死者・行方不明者10万5千人、住宅全壊10万9千余棟、全焼21万2千余棟という大災害になりました。家屋の焼失や倒壊で難民が上野公園周辺に集まり、市民生活の混乱状態が続くな、東大の学生たちが、食料配布や行方不明者の対策にあたりました。それを一時的なものとせずセツルメント活動として継続し、医療活動、託児所、児童教育、法律相談などが行われました。医療活動は東大病院などの協力により、地域での夜間診療とあわせて、医学生による健康調査、無料健康相談が続けられますが、その参加者のなかにのちに民医連の結成に参加する人々が少なからずいました。

セツルメント活動と並行して、大震災直後から東大をはじめ、東北、新潟、京都、岡山などの大学で社会医学研究会がつくられ、フィールド調査活動が行われました。医学上の問題を広く社会科学的見地でとらえ深めることで、医療の社会化に役割を果たす医学生が各地で生まれました。

無産者診療所は、主にこうした医師をはじめとする青年医療従事者によってつくられ展開されたのです。



日本で最初の無産者診療所である大崎無産者診療所を支えた人たち（前列右から伊藤さく、砂間あき（旧姓高島）、児玉（旧姓若林）、大畑仁男医師、後列右から金井広医師、為広の各氏）

注2…『源流から引き継ぐもの……50年の歴史から民医連の機軸を考える』47ページ。

注3…明治初期に3500万人だった人口は、1920年には5800万人に達し、政府は過剰人口問題に対し移民を奨励する立場でした。庶民の側では、生活難から産児調節への関心が高まりました。社会運動としては、山本宣治らが産児制限、女性解放の啓蒙運動にとりくみ、労働組合や農民組合を通じて全国に広がりました。子沢山の悩みを持つ庶民や女性労働者の進出により、産児制限運動は若い医学者による科学的な避妊研究に向かいました。

第5章

民医連運動 の源流

無産者診療所

第4節 無産者診療所の壊滅、そして太平洋戦争へ

KEY OUT

無産者診療所の平均存在期間は、わかっているものの平均で1年11か月で、最短は2か月で閉鎖させられました。同じ年に全国で存在した施設数の最多は、1932年と33年の12カ所です。例外的に、八戸が5年、新潟の五泉が7年6カ月、同じく葛塚が7年3カ月にわたって存在しましたが、いずれも農民組合という大衆組織とむすびついていたことは教訓的です。

無産者診療所の歴史的意義

無産者診療所の運動は、国民の著しい医療窮乏状態と社会保障制度の貧困、もうけ本位の開業医制度に対する民主的改革の運動でした。それは、実費診療所が切り開いた前進面や医療利用組合運動の大衆的な資金結集の実績などをさらに発展させ、進歩的な医師・医療従事者と労働者・農民の共同によって成立したものです。

明治以降、天皇制政府の暴政に対して、自由と民主主義、平和と人権の擁護、生活改善の運動が国民各階層により積み重ねられましたが、無産者医療運動はこれらの社会運動の一翼を担い、労働者、農民、市民が等しく医療を受けられるよう医療活動にとりくみ、医療民主化の運動で大きな役割を果たしました。また、あらゆる組織が侵略戦争に動員されるなかで、厳しい弾圧にもかかわらず、一貫して戦争に反対しました。その伝統は、いまの民医連運動に引き継がれています。

無産者診療所は、それぞれ各地方で活発に活動しましたが、政府の激しい弾圧によって次々と閉鎖され、都市では大阪の東成診療所が1938年に、農民組合に守られて最後まで奮闘していた新潟の五泉、葛塚の両診療所も1941年4月にはその幕を閉じます。

日本は、この年のおわりに太平洋戦争に突入していきます。

戦争によって医療体制は崩壊状態に

1931年の満州事変以来の15年戦争の期間、政府が軍事的・侵略的政策をすすめればすすめるほど、国民生活は窮乏し、乳幼児死亡率の悪化などに示されるように国民の健康は破壊され体位も低下しました。これに対して健民健民政策に乗り出したのは軍部であり、1938年には厚生省や保健所がつくられ、国民健康保険法が制定されました。

そして1942年には、戦争体制を強化するために、国民医療法・日本医療団令が公布され、医療は完全に国家統制されました。国民医療法は、開業医を中心とする医療制度が戦争遂行上の障害となっていたためにつくられたものです。開業医の集まりであった医師会を改組し厚生大臣の監督下に置くとともに、開業の制限、医師の研修や医療内容の監督強化がすすめられました。日本医療団令は、その国民医療法をさらに具体化し、医療の国家管理を強めたものです。

敗戦まで医師の多くは軍医として、看護婦は従軍看護婦として召集され、開業医



葛塚医療同盟大会



東成診療所の職員と市電労働者、労農救援会の人たち(前列左から4人目、桑原康則所長)

は医薬品の不足に悩み、多くの医療機関は空襲で破壊され焼失するなど甚大な被害を受けました。終戦前には国保を含め国民の3分の1が社会保険に加入していましたが、戦局の悪化とともに医療体制は崩壊に向かい、社会保険制度はまったく有名無実化していました。太平洋戦争が始まる前年の1940年に比べ、敗戦前年1944年の医師数は19.9%、看護師数は23.7%、病院数は19.1%、一般診療所は17.0%にまで激減しました。

戦争と医師・医学者による人権侵害

なお戦前の日本の医学界は、国民や中国人捕虜などに対して重大な人権侵害にかかりました。関東軍防疫給水部(731部隊)による生体実験、ハンセン病患者への人権侵害はその代表例です。それらは、戦前の医学界や医師会の指導部が、政府の侵略戦争と国民への専制支配に無批判に従い、人権尊重の立場が希薄になり非人間的な倫理観に陥ったことが深くかかわっています。

満州ハルビンの731部隊での化学生物兵器製造、多数の中国人捕虜への人体実験と殺害、九州大学医学部での捕虜米兵に対する生体解剖事件などは、医師の非人道的な行為への加担、国策への積極的な追随、他民族への蔑視と虐待など重大な戦時の犯罪行為でした^{注1}。

今日、医学界の多くの有志によって、こうした戦時中の医学者・医師による戦争責任の総括を求め非人道的な行為に真摯に向きあい教訓を生かすための運動がすすめられており、民医連も積極的に役割を担っています。

ハンセン病患者・元患者は、1907年から1996年までの90年にわたり、国によって人権を根こそぎ奪われました。ハンセン病に対する立法は、1907年制定の法律「癞^{らい}予防ニ関スル件」が最初のものです。この法律は、放浪する患者の存在が来日した欧米人の目に触れることを国辱と考え、その一掃を図ったものです。そして、1931年制定の「癞予防法」では、「民族浄化、無癞日本」を旗印に、全ての患者を収容し強制隔離して新たな患者発生を認めない「終身隔離・患者撲滅政策」を展開していました。各県の衛生当局と警察はしらみつぶしに患者を探し出し、療養所に収容しました。こうしてハンセン病患者は、社会に害毒を巻き散らす危険人物というレッテルを貼られ、家族を含めて地域から強固な差別にあいました^{注2}。

全日本民医連は2001年8月の第34期第3回評議員会で、直接診療にあたる機会がほとんどなかったとはいえ、強制隔離が必要でないことを医学的に知りうる立場にありながら、このような人権侵害に問題意識を持ち得なかったことについて、患者に対し謝罪し反省するとともに、人権回復のため支援にとりくむ決意を表明しました。

注1…731部隊問題は、アメリカへの研究資料の提供と引き換えに軍医などの関係者が免責され、公的な医療機関の要職についたものも少なくないため、長らく医療界のタブーになっていました。しかもその関係者が、薬害エイズ問題を引き起こした旧「ミドリ十字」の設立と経営に関わっています。

注2…さらに戦後、新憲法が制定され、基本的人権の永久不可侵がうたわれたにもかかわらず、1931年制定の「癞予防法」は存続しました。そして1953年(昭和28年)、国は、当時既にその治療法も確立しつつあったにもかかわらず、強制隔離政策を永続・固定化する「らい予防法」を患者の猛反対を押し切って制定しました。廃止されたのは、1996年です。

第6章

民医連の綱領の変遷を歴史的にとらえる

第1節 民診の設立

KEY OUT

敗戦から1年たらずの1946年5月、初の民主診療所が東京に誕生しました(東京自由病院)。また1947年2月に、大阪で西淀病院が出発しました。当時の『サンデー毎日』は、「労働者自らの手で経営していくわれらの病院ともいるべき……民主的な労働者の病院が大阪西淀川の工場街の真ん中に生まれた」と報道しました。

戦後日本の変化

注1…第2次世界大戦の末期に、米・英・中の首脳名で日本に対して勧告した宣言。日本軍の無条件降伏と日本の民主化・非軍事化を要求していました。日本の領土とすべき地域の指定の他、軍隊の完全な武装解除、戦争犯罪人の処罰、反民主主義勢力の復活の禁止、平和産業の推進、軍事産業の禁止、これらの目的が達成されれば占領軍はすぐに撤収することになっていました。連合国名で事実上日本を単独占領したアメリカは宣言の内容をふみにじり、その援助をうけた日本の支配層もまたその宣言をほごしていました。

1945年8月6日広島、8月9日長崎とアメリカによって人類史上はじめて原子爆弾が投下され、被爆被害をうけました。そして8月15日、天皇制政府はポツダム宣言^{注1}を受け入れ、連合軍に無条件降伏しました。天皇制政府によって長期にわたって行われた侵略戦争は、日本人死者約300万人、中国などアジアで2000万人以上の死者を出して終結しました。これにより日本の社会は大きく変化しました。

廃墟と化した国土は、飢餓と失業、貧困と疾病にみちていました。疾病に苦しむ人びとがあふれ、社会全体が荒廃していました。このなかから、日本共産党をはじめ革新政党が活動を再開し、食糧、賃金引き上げ、職業、生産再開などを要求するたたかいが全国的に発展し、労働組合や民主団体の組織化と運動が、戦前とは比較にならない規模でひろがりました。国民の生活は困難を極めていましたが、悲惨な戦争の反省から平和・基本的人権の尊重・国民主権をうたった日本国憲法が制定され、自らのいのちと健康を守る事は当然の権利であるという考え方が確立したことは、戦後の大きな変化でした(日本国憲法1947年5月3日施行)。

しかし、戦後の高揚する国民の運動の前進に直面したアメリカは、ポツダム宣言をふみにじり、占領政策を大幅に転換し、また中国革命の進行などの国際情勢の中で、日本をアジア最大の軍事基地とする方針をとりました。アメリカ政府と日本の政府・財界大企業は国民の運動を弾圧し、労働者に対して狂暴な大量首切りとはげしい合理化政策を行いました。

1950年5月、アメリカ占領軍は日本共産党中央委員の公職追放を指令し、朝鮮戦争がおこるや、積極的に軍事介入しました。ついで政府機関、大学、新聞社、重要産業などにいる日本共産党员や労働組合活動家を追放しました(レッドバージ)。医療面でも、国立病院・療養所や、日赤、結核予防会、大経営の病院・診療所などでレッドバージが強行されました。

朝鮮戦争以後、アメリカは日本をアジアにおける「反共の防壁」、米軍の前線基地とする政策をはっきりと打ち出しました。こうして1951年にはサンフランシスコ平和条約^{注2}と日米安全保障条約が同時にむすばれ、アメリカの全面的占領支配はおわり、日本は形の上では主権国家となりましたが、アメリカの事実上の従属国としての地位は変わりませんでした。当時の吉田内閣は、アメリカの意向に沿って民主的改革に逆行する政策を次々と推進し、これに対して労働者、国民のたたかいが大きく前進しました。

注2…サンフランシスコで開かれた講和会議で調印された条約のこと。参加国52カ国、条約署名国49カ国。ソ連・ポーランド・チェコスロバキアは署名ませんでした。さらにインド・ビルマ・ユーゴスラビアは招請を受けましたが参加を拒否し、また中国・朝鮮など日本の侵略戦争の最大の被害をうけた人民を代表する政府は招請をうけませんでした。したがって、米国とその友好国による講和会議となりました。(片面講和)と呼ばれるゆえんです。日本からは吉田首相を首席に6人の全権委員が出席し条約に調印しました。

敗戦直後の医療状況

敗戦後の日本は、飢餓と失業、貧困、さらに衛生状態の悪化による疾病の増大と栄養失調に加え、国外からの多数の引揚者による病原菌の移入で発疹チフス、痘瘡、コレラなどの伝染病が蔓延^{注3}していました。

また、当時はほとんどすべての医療機関が戦争のために荒れはて、薬品や医療器具も乏しく、医療はなかばまひ状態に陥っていましたが、それぞれの医療機関の活動がしだいに活発となり、医療労働組合の結成も全国各地にひろがりました。

敗戦からレッドページのころまでの医療政策は、アメリカ占領軍の主導ですすめられました。それは、国民の切実な医療要求と運動を背景として、伝染病対策、公費負担制度の整備・新設などからはじまり、医療、公衆衛生、社会保障関係法や医師、医療従事者の教育、身分などの制度、さらに支払基金の設立、完全看護制度の開始など諸制度がしだいに整備された時期です。ペニシリンなどの化学療法剤の国内量産と普及などで感染はしだいに減少していきました。このような政策が、アメリカによってすすめられたのは、日本の軍国主義の復活を許さず、平和で民主的な国とすることをもとめたポツダム宣言を実行せざるを得なかったことによります。しかし、こうした民主的な政策はアメリカの対日政策の変更によって不十分なまま終わりを告げます。そのため、医療保険や医療供給体制の抜本的たてなおしはなされず、医療の公共性は軽視され、私的医療機関にもっぱら依存する戦前の体質は温存されました。さらに朝鮮戦争以降、健康保険に一部負担が導入されるなど後退がはじまりました。このため、健康保険改善を求める「労医共闘」^{注3}がすすみ医療問題は大きな社会問題となりました。

このようなはげしい動きの下で、医療労働組合の結成や患者同盟^{注4}の発足などの運動とともに民主医療機関の建設、そして、全日本民医連の結成にいたる運動もくくりひろげられました。

飛躍的なひろがり

1946年の春には、戦前、無産者診療所の活動に参加していた医師たちが、いちはやく労働者、農民、勤労市民などの民主的大衆組織ともすびついて民主診療所を建設し、献身的な活動を始めました。この動きは全国に急速にひろがりましたが、医師の確保のうえで、民主的医師組織（新日本医師連盟、関西医療民主化同盟など）が重要な役割をはたしました。

また、レッドページによって、国公立医療機関などや各企業から追放された多くの医師、医療従事者や、戦後の学生運動で育った若い医師たちも参加して、民主医療機関の数は飛躍的にふえました。さらに1953年から、戦前に軍医・従軍看護婦として中国大陸に渡っていた医師、看護師など多数の医療技術者が帰国し、このなかからも多くの人びとが参加しました。

注3…1955年～57年にかけて展開された健康保険法改悪反対闘争で、労働組合と医師会を含む医療団体が共闘して運動がすすめられたこと。総評は1951年に「健保改悪反対連絡会議」結集を呼びかけました。これを受けて、労働組合と各地の医師会、歯科医師会、日患同盟、民医連など医療団体や日本生協連、婦連などの諸団体が参加し、幅広い統一行動で重要な役割を果たしました。

注4…疾病になった患者たちが団結し、安心して疾病を治せる医療保障を求めて、治療中断や家庭生活の崩壊をふせぐために各地で患者運動がおこりました。そして組織集団として社会的に注目されるようになったのは日本患者同盟の運動が契機となっています。患者団体は戦後の社会保障、とりわけ医療内容の改善、結核対策、公費医療の拡大に大きな役割を果たしてきました。1986年患者団体の全国的な組織として日本患者・家族団体協議会（JPC）が結成されました。

第6章

民医連の綱領の変遷を歴史的にとらえる

第2節 全国組織の結成

KEY OUT

各地の民診は、まともな医療から遠ざけられた労働者、農民、低所得者層の居住地域に設立され、急性伝染病や結核をはじめ切実な要求にこたえて医療活動をすすめました。医療費に困る患者とともに国や自治体に保障させる活動も活発にくりひろげました。また、この当時の労働者のたたかいに際して、医療班としても活躍しました。

全日本民主医療機関連合会の結成とその意義

民診は日本の各地に短期間で普及し、戦後8年で全国組織結成にまで発展しました。その理由は、第1に飢餓と疾病的蔓延、および医療体制の崩壊が国民の医療要求を切実なものにしていたこと、第2に労働運動や命とくらしを守る国民的運動が大きく発展し、それが住民の医療要求と民主的な医療人を結びつけたこと、第3にこれらに応える医師や医療従事者が存在したことです。

こうして1953年ごろには、民主医療機関が全国各地につくられ、12の都府県に県民医連ができました。また、関東と関西では地方連合会がつくられていきました。

そしてこれらの組織がおたがいに連絡をとりあって、それぞれの地方で活動しつつ、全国的な統一した運動をすすめるために、同年6月7日に東京に代表があつまって全日本民主医療機関連合会（当時の略称、全医連）^{注1}を結成し、綱領と規約をさだめました。このときの加盟病院・診療所の総数は22県117院所とされています。

全医連綱領 1953年

- 一、われわれは国民の健康を守ることを任務とする
- 一、各種医療制度を改善し、国家ならびに資本家負担による完全な社会保障制度の確立を期す
- 一、医療従業員の労働条件をよくし、医療統一戦線の中核となる
- 一、医療内容のたえまない向上と国民医学の発展を期す
- 一、国民医療を守る統一戦線の結成を期す
- 一、諸外国との連携を強化し、医療医学の国際的交流に努める
- 一、国民の健康を破壊し、医学の進歩をはばむ一切の戦争政策に反対し、和平と独立の国民政府を樹立する
- 一、この綱領を実践するわれわれの態度は、国民に服務し、医療を通じて国民に献身することである



ジープで往診する北海道・厚賀診療所
(1950年代)

すだしゅはちろう

須田朱八郎初代会長は、「全国民医連」紙第1号で次のように訴えました。

「私達は、新しい医療活動の型を創造しているのだと私は確信しております。病める肺、病める腎臓だけを診るのではなくて病める患部を、その患者、患者の生活全体として診ること、医師、看護婦、事務、診療所全体の力が患者とその家族、否、もっと多くの同じように生活とたたかっている人達と力を合わせその合作した力で一人の患者を治療し、健康と、健康が支えられる生活を守ろうとしているのです。大衆のなかから生まれ出て大衆の中で育ち、発展してきた私達、全国の民主的病院、診療所のあり方は、こういうものだと思います」

全日本民医連が結成されたことは、その後の日本における民主的医療運動にとって、常に働くひとびと、患者の立場に立とうとする医療機関の全国組織が確立されたという意味をもちました。

結成された民医連が、綱領をもって、日常の医療活動だけでなく、日本の医療の民主化、社会保障の確立、平和の問題などの課題にもとりくむ方向を明確にしたのは重要な意義がありました。

しかしながら他方でこの綱領は、当時のきびしい政治情勢を反映していたとはいえ、「医療統一の戦線の中核になる」「国民政府を樹立する」など、のちに政治主義と批判される問題も持っていました。



「全国民医連」結成大会開く



開設当時の東京・西荻窪診療所(1950年)



石川・内灘診療所。雪の積もった日、これから往診に向かう勘昭三医師(1953年)



1953年に開所した京都・九条診療所



鹿児島民医連の発祥となった奄美診療所(1954年)

第3節 全国民医連綱領と民診性格論争

KEY OUT

現在の民医連綱領では、前文第2段落で「1953年、『働くひとびとの医療機関』として全日本民主医療機関連合会を結成しました」と記しています。全日本民医連結成から「働くひとびとの医療機関」という性格規定までには8年の歳月がありました。その間、全国組織としての存続に関わる大きな困難に直面しつつ、**民主医療機関とは何か、どうあるべきかの真摯な探求が続けられました。**

結成直後の活動

全日本民医連の結成によって、全国の病院・診療所の連携が強化され、経験交流が活発になり、都道府県民医連や、各法人の組織も急速に整備されました。また労組、民主団体や、一般の医療団体との連携も強められました。

1953年、3年間にわたる朝鮮戦争は停戦になりました。それにともなう不況を労働者の大量の首切りによって切り抜けようとする政府・財界大企業は、労働組合破壊の攻撃を強めました。

このころから日本は技術革新の時代に入り、大企業と中小企業の格差がひろがり、貧困層の増大が社会問題となっていました。医療や社会保障の面では、医療費の増加による保険財政の赤字問題が発生しました。政府は、その責任を患者と医療担当者に転嫁し、抗生物質の点数引き下げ、診療報酬請求に対する不当な監査や保険医の指定取り消しなどを強行しました。

こうしたなかで、民医連の各病院・診療所は地域の医師と協力し、保険医の組織化や、不当な監査、指定取り消しとたたかい、ストレプトマイシン、ペニシリンの単価引き下げ反対闘争では、医師会の支援のもとに各地ですわりこみ闘争を行いました。患者同盟の結核療養所の入退所基準反対、付き添い制限反対などの闘争でもそれぞれ、患者と一体となってたたかいました。

民医連はまた、原水爆禁止運動、各地の基地反対闘争^{注1}、ビキニ水爆実験被災の調査活動、放射線影響国際学術懇談会、各地の水害支援などに積極的にとりくみました。

これらの活動をつうじて民医連加盟事業所も毎年約30事業所が増加し続け、規模も拡大していました。しかしながら、レッドバージや朝鮮戦争などの平和と民主主義の危機という情勢のもと、運動方針上、政治活動的側面が大きく強調され（政治主義^{注2}）、医療技術の向上や施設の充実、労働条件の改善や経営に対する独自のとりくみなどが事実上おろそかにされました。

この問題は、民主的運営が確立していなかったこと、民主医療機関の性格と任務について明確な意思統一ができていなかったことに深い関係がありました。

こうしたことの反省から、1955年の全日本民医連第3回大会（東京）では、綱領を改正することになりました。第3回大会で改正された綱領は次のとおりです。

注1…戦後1951年サンフランシスコ平和条約が締結され、日本は形式的には独立国となりましたが、同時に締結された日米安保条約によって70以上の米軍基地はそのまま残されました。この基地は、アメリカが日本を事实上支配する要となり、また、基地の強制収用をめぐる紛争、暴力・殺傷事件など日本人との間にさまざまな事件を引き起こしました。砂川基地拡張闘争では、基地反対のデモ隊が刑事特別法違反で起訴されるという事件が起きましたが、東京地裁は「米軍駐留は憲法第9条に違反する」という画期的な判決を下しました。その後、検察側は最高裁に跳躍上告し、米軍駐留が憲法に反しないという判決が出されています。

注2…民医連結成総会で採択された綱領は、当時の情勢を反映していたといえ、「国民政府を樹立する」など政治的色彩の濃いものであり、運動方針でも「統一運動を前進させる中核的な先進部隊」というような表現が目につきました。日常的な事業所運営も政治的側面が過度に強調されるという中で、日常診療活動と衝突を起こし、職員の中に不協和音が拡大するなど、民医連運動の発展にとっては障害となっていました。

全国民医連綱領 1955年

- 一、国民の要望にそ�親切でよい診療に徹しよう
- 一、国民と手を結んで医療と健康を守ろう

民医連はこの綱領のもとで全国組織としての団結を保持し、各病院・診療所は国民の要求にそ�「親切でよい診療に徹する」ために奮闘しました。そして、医療技術の向上、施設の整備・充実と、それを保障するための経営・管理体制の改善につとめ、一定の前進を実現することができました。

「全国民医連綱領」への改定は、組織の統一を守ったこと、医療機関という原点に立ち返り、医療内容の向上に努める契機となったという意義がありました。しかし、この綱領は過度の政治主義をさけるあまり、医療機関としての活動と社会保障や民主主義にかかわる運動を統一的にむすびつけることができず、また、民医連の性格にもふれないあいまいなものでした。

「民医連とは何か」の探求 ～民診性格論争～

1956年の第4回大会から、「民診とはなにか」、その性格とめざすべきものが議論されていきます^{注3}。

なお、1958年の第6回総会では、「私たちはよい診療を無差別・平等に行い患者の疾病を治し、健康を守ることを私たちの心がける第一の任務といたします」と強調し、そのために社会保障・医療制度の改善にむけた活動が提起されました。これは総会方針上で「無差別・平等」の言葉が書かれた最初のものでした。

1960年の第8回総会では、「民診の性格等に関する分科会」がもたれました。全日本民医連理事会は「民主的病院・診療所の基本的特徴、性格がより明確になってきつつあり、全国的に意見が一致しつつある」として、次のような内容の討議資料を提出しました。

「民主診療所(病院)の基本的性格について、①地域において労働者、農民、勤労市民等と医師、医療労働者が医療と健康を守るために、協力することによって、維持され発展しつつあるのが民主診療所である、②労働者、農民、勤労市民、低所得者層などの医療上の要求や意見を正しく反映させるため、それらの人々の組織と結びつき、組織化を強め大衆的な出資や運営の参加に努めている、③病気を治すだけでなく、その病気の社会的原因である患者の生活環境、職業、経済的条件などについて、それを少しでもよくするという立場で社会保障、医療保障・医療制度の改悪に反対し、これらの諸制度の改善と充実のためにたたかう態度をつらぬいていること、④この3点が共通した特質であり、法人形態はそれぞれであっても施設や収益が特定の個人に所属しない大衆的な所有形態をとっている点は大多数に共通した点である」

この分科会は、新しい綱領をつくる道筋をつけるものとなりました。



「医療機関としての原点」をあらためて確認した1955年の第3回大会

注3…この一連の議論は「民診性格論争」と呼ばれました。



民診性格論文集(1957年)

第6章

民医連の綱領の変遷を歴史的にとらえる

第4節 1961年綱領

KEY OUT

1950年代の後半、民医連は各地で地道に「国民の要望にそう親切でよい」医療活動をすすめ、地域の人々からの信頼を築いていきました。そして、いのちや健康に関わる社会問題にとりくみ、平和やいのちを守る国民共同の運動に立ちあがりました。こうした実践が「民医連とは何か」の探求を進化させ、1961年綱領に結実します。

1955年以降、日本経済は高度経済成長の時代に入ります。この時期は化学療法剤、抗生物質の普及や麻酔、輸血、外科手術、病態生理学の進歩により、戦前からの医療技術が大きく変わり、検査技師などの新しい職種が確立されはじめ、集団医療の方向が生まれてきました。

一方、疾病構造も著しく変化し、死亡率も戦前の2分の1以下に、乳幼児死亡率は3分の1に、結核死亡率は4分の1に激減、急性伝染病・慢性伝染病に変わって、成人病(脳卒中、がん、心疾患等)が死因の上位を占めるようになりました。

こうした変化に対応して民医連の多くの病院・診療所は建物や設備を近代化し、医師・看護婦の技術学習、検査部門の充実などにつとめ、医療の質を高めるために努力しました。

政府の高度経済成長政策は、国民の健康破壊、環境破壊を生み出し、労働災害・職業病、公害、交通災害を増加させました。また一方では医療の営利化も強まり、薬害問題などをひきおこしました。こうした情勢を背景として、民医連の各病院・診療所では集団検診活動など、「社会医学的な活動^{注1}」へのとりくみがひろがりました。

国民とともに、生活と権利、平和を守るたたかいへ

1958年、47団体を結集して中央社会保障推進協議会(略称、中央社保協)が社会保障運動の全国センターの役割をもって結成されました。民医連はその結成に大きな役割をはたしました。1959年、愛知県をおそった伊勢湾台風による災害に対して、民医連は全国から医療班を組織して援助活動にたち上りました。参加した医師・看護婦などはのべ700人、治療した患者は約2万人にのぼりました。

1960年、医療労働者の「病院スト」が全国にひろがりました。これは医療の進歩により医師以外の医療労働者の数や職種も増加し、その社会的必要性がたかまつたにもかかわらず、低医療費政策のもとで、その待遇、労働条件が年々悪化してきたからです。このなかで行われた「人権スト」とも呼ばれた日本医労連の病院ストは、医療労働者の生活と権利をまもるうえで大きな成果をかちとりました。民医連の病院・診療所は院内の労組とともに各地でこのたたかいを支援しました。

また、だれもが健康保険で医療が受けられることを願い、国民健康保険法制定の運動(新国保)がすすめられ、1961年に「国民皆保険制度」が実現しました。同年、小児マヒが大流行し、全国で5000人以上の子どもたちが発病しました。政府の無責任な対策に憤慨した全国の母親たちが立ちあがり、民医連やその他の民主団体とと

注1…医療の対象である人間は社会的生物であり、人間は社会的自然的環境の中で生活しています。こうしたなかから発生していく疾病をその発生、経過からみるならば、そこには社会的条件が大きく影響しています。長時間、過密労働による健康破壊や労災・職業病、環境汚染による公害など社会的要因による疾病によって私たちの健康破壊は深刻なものとなっています。民医連は「疾病を労働と生活の場でとらえ」、保健予防活動・健診、労災職業病、公害医療などに積極的にとりくんできました。こうした疾病と社会的要因との関りを明らかにしていく医療活動を社会医学的な活動と呼んでいます。

もにねばり強くたたかい、政府にソ連製生ワクチン1000万人分を緊急輸入させ流行をくいとめることに成功しました。

また、この時期に憲法25条の生存権をめぐって「人間裁判」と呼ばれた朝日訴訟(1957年提訴)がたたかわれました(第4章 第1節 32~33ページ参照)。各地の民医連はこのたたかいにも参加しました。

国民のたたかいは、砂川基地反対闘争(1956年)^{注2}、勤務評定反対闘争^{注3}(同年)、警職法反対闘争^{注4}(1958年)を経て、1960年日米安保条約改定反対の歴史的大闘争に発展し、民医連の病院・診療所は、地域のひとびととともに、安保改定阻止国民会議が行った全国的な統一行動に加わり、全力をあげてたたかいました。この条約の批准を阻止することはできませんでしたが、このたたかいを通じて国民共同の運動が大きな前進をとげました。

同じ年に安保闘争とならんで、石炭から石油へのエネルギー転換を口実とした大量首切りに反対する三井三池炭鉱労働者のストライキがたたかわれました。民医連は3カ月にわたり医療班を派遣し、労働者とともにたたかいました。

こうした平和、いのちを守るたたかいの高揚の中で、1960年の全日本民医連第8回総会で綱領改定の必要性が検討され、1961年6月の第9回総会に改定案が提案され、全病院・診療所の討議をへて1961年10月臨時総会で改定されました。

この1961年綱領はその後半世紀以上にわたり、生命力を發揮しました。

綱領

われわれの病院・診療所は働くひとびとの医療機関である。

- 一、われわれは患者の立場に立って親切でよい診療を行い、力をあわせて働くひとびとの生命と健康を守る
- 一、われわれはつねに学問の自由を尊重し、新しい医学の成果に学び、国際交流をはかり、たゆみなく医療内容の充実と向上につとめる
- 一、われわれは職員の生活と権利を守り、運営を民主化し、地域・職域のひとびと協力を深め、健康を守る運動をすすめる
- 一、われわれは国と資本家の全額負担による総合的な社会保障制度の確立と医療制度の民主化のためにたたかう
- 一、われわれは人類の生命と健康を破壊する戦争政策に反対する

この目標を実現するためにわれわれはたがいに団結をかため、医療戦線を統一し、独立・民主・平和・中立・生活向上をめざすすべての民主勢力と手を結んで活動する。

なお、1961年綱領が改定される際に、それぞれの文言の意味するものやその後の活動の発展内容については、綱領解説パンフレットをつくって説明することにしました。その解説書は、1962年の『民主診療所・病院について』から、2005年の『民医連綱領・規約・歴史のはなし(2005年改訂版)』まで、7回改定・発行されています。

注2…1955年、在日米軍は政府に対しジェット爆撃機の発着のために東京・立川など5つの米軍基地の拡張を要求しました。立川基地のある砂川町では、町民が基地拡張絶対反対を決め、砂川町基地拡張反対同盟を結成し、測量阻止闘争を進めた結果、1956年政府は広範な国民の声と運動におされて、ついに測量うちきりを発表しました。

注3…1958年を頂点として、日本教職員組合(日教組)を中心に父母や労働者など広範な人々によってたたかわれた、教員にたいする闘争のこと。1956年に実施された教育委員の公選廃止・任命制へのきりかえ、教科書検定制度の強化、教育公務員特例法の改悪を内容とする教育二法改悪などとむすびついて、教員の思想・信条を統制し、戦後の民主教育を破壊し、政府と独占資本の意向にそろ教育に切りかえることをねらったものです。

注4…警察官職務執行法改悪に反対したたたかいのこと。1958年、岸内閣は警察官の権限を強化して、大衆運動の事前禁止・集会の制限・個人の住宅の捜査権などをあたえる「警職法改正案」を国会に提出しました。これは政治的市民的自由をうばいとろうとする弾圧立法でしたが、国民各層の運動の高まりの中で、廃案におこされました。この運動は、60年安保闘争につながっています。



三井三池闘争(福岡医療団より)

第7章

社会保障の拡充、病院化・技術の近代化

第1節 各分野の原則を確立した1960年代

KEY OUT

第7章では、1961年綱領の決定から、1983年の山梨労働者医療協会の倒産までの期間を振り返ります。

民医連は、決定した綱領を実践の中で深め、具体化し、60年代に今日にも通じる医療、医師をはじめとした後継者養成、経営などの各分野で原則的な方針を確立してきました。

患者の立場に立つ医療、親切でよい診療、民医連らしい医療の探求

民医連綱領は、前文第3段落で「患者の立場に立った親切でよい医療をすすめ」「生活と労働から疾病をとらえ」「いのちや健康にかかわるその時代の社会問題にとりくんできました」と書いています。前綱領の中文第1項目にある「患者の立場に立って親切でよい医療」を合言葉に、「いのちの平等」を掲げて、地域の人々の切実な要求にこたえる医療活動にとりくみ、実践を通じてあるべき理念に到達してきたことを明記しています。

綱領を決定した翌年、1962年に出された「民主診療所・病院について」(民医連綱領解説パンフレット)では、「患者の立場に立つとは、患者の要求をすなおに受け入れるとともに、一人ひとりの患者のおかれた職場や生活の環境をよく知って、患者の身になって内容の良い診療をするためにたたかうということです」としています。

「患者の立場に立つ」という視点は、今日に至るまで一貫して、民医連が具体的に追求してきたものです。患者一人ひとりを生活と労働の場で理解する姿勢は、疾病とその社会的原因、健康を取り戻す上での障害に対して医療従事者が患者とともにたたかう姿勢を明確にしたものです。この探求が、その後の実践を通じて討議、理論化され、民医連綱領に明記された「共同のいとなみ」や「患者の権利の2つの側面」、そして今日の「医療・介護活動の2つの柱」へ到達してきました。

また、高度経済成長の下での労働者の健康破壊に目を向け、「すべての疾病は職業や公害と関係はないかと疑ってみなければならない」(1964年第12回総会)と提起し、社会医学的活動から労災・職業病、公害のとりくみが全国で進みました。60年代の労災・職業病、公害のとりくみは、この時代における民医連の存在意義を輝かせるものになりました。そして、日常の診療の中でも患者の労働と生活を把握する「目とかまえ」が強調されました。

疾病構造の変化に対応した医療活動の発展も意識される中、手術機能を持つ病院化のとりくみもいくつかの県で進められました。また、集団検診や慢性疾患管理活動が重視され、そのなかでの患者会のとりくみは、1967年の第15回総会で「単に療養指導を集団化するだけでなく、患者の交流から共通の要求を引き出し、自らがたたかいで立ち上がる」ように強調するなど、疾病構造の転換に対応した民医連らしい医療実践でした。

機関誌紙では、1963年1月に「民医連新聞」、1965年4月に『民医連医療』が創刊されました。また1958年には近畿学術集談会が行われ、さらに1973年の全日本民医



「民医連新聞」第1号(1963年1月1日発行)



「民医連医療」創刊号(1965年4月)

連学術集談会および民医連運動交流集会（のちに1993年から民医連学術・運動交流集会とした）開催など、全国の成果を学びあい、連帯して日常診療を向上させる機会を増やし前進させていきました。

新卒医師の受け入れに向かって

「わたしが10年前、40に近い歳で民医連に加わったとき、最年少の医師だった。そして現在もなお最年少医師である」（1963年12月1日民医連新聞）。60年代の民医連の発展を制約していたのは、医師不足と診療所中心の医療体制でした。医学生に民医連を知らせるため、1964年8月、第1回民医連運動研究集会を開催、翌年の第2回では、33医科大学、17の看護学校から303人が参加しました。民医連の医療への共感が強い一方で、大学を出てすぐ民医連に入ることによる研修上の不安をどうするかがテーマでした。1965年第13回総会で「卒後技術向上の不安なく院所に勤務できるよう、指導医の選定、系統的な研修」などを提起し、1966年には多くの県連で奨学金制度が採用されました。1967年11月、はじめての青年医師交流集会を開催し、「研修問題も含めて青年医師に対する方針を確立し、展望と計画を持ってほしい」など活発に要望が出され、1968年1月「青年医師の受け入れと研修について」の方針が理事会から出されました。7月の第16回総会で「民医連として研修体制を整備充実し、民医連運動の発展と結びついてできるだけ多くの青年医師が資格取得後ただちに民医連に入り、常勤医師として育っていくように」と提起、1968年4月には約50人の青年医師を受け入れました。こうして自前の後継者養成の基礎を築く方針を確立し、その後の実践が民医連綱領の中文第3項目の「地域と共に歩む人間性豊かな専門職を育成します」という記述に引き継がれています。

経営活動の特徴

60年代の経営活動では、綱領をどのように具体化していくかという問題意識に貫かれ、今日につながる基本的な方針が作られてきました。民医連運動が事業経営を重要な柱とすることから、経営の把握と分析、労働組合との関係と労働条件、医療、社保活動と経営の関係や経営主義の問題など原則的な理論化が進められました。民医連の事業所が地域の財産であること、所有のあり方や法人のあり方、綱領を身につけた幹部が指導力を発揮することの重要性、基盤組織^{注1}の役割、差額問題の考え方なども打ち出されました。これらは、その後の実践を通して、民医連綱領中文第4項目の「科学的で民主的な管理と運営を貫き、事業所を守り、医療、介護・福祉従事者の生活の向上と権利の確立をめざします」に引き継がれます。特に1983年に起こった山梨労働者医療協会の倒産とその克服の中で大きく発展していきます。



医学生実習（1960年代）

注1…のちの「共同組織」のこと。

第7章

社会保障の拡充、 病院化・技術の 近代化

第2節 病院化・技術の近代化(1970年代)

KEY OUT

1970年代に民医連は、病院を中心に発展し、医療技術水準を高め、地域からの信頼を高めました。この発展の客観的な条件は、革新民主の運動の前進と社会保障の拡大でした。また、60年代後半から70年代全体を通じて、医学生運動、看護学生運動が広がり、医療を変革していこうとした多くの学生が、民医連医療、運動に共感して集団的に参加し、主体的な原動力となりました。

1970年代の日本社会の特徴

1971年国際通貨危機、73年オイルショック、75年ベトナム戦争でのアメリカの敗北など、戦後アメリカを中心として歩み続けてきた世界の資本主義体制が変化してきました。国内でも、田中角栄内閣の「日本列島改造計画」により大規模な開発が進み、公害、乱開発、狂乱物価など国民生活に深刻な影響が広がりました。これらに反対する国民的な運動を背景に、東京、京都、大阪など革新自治体が全国に広がり、日本の人口の約4割がそのもとで暮らすようになりました。こうした自治体を中心に、老人医療費の無料化、乳幼児医療費の無料化、休日・夜間の救急体制の確立などの医療運動が前進し、実現してきました。民医連は、各地でこれらの運動の先頭に立ってきました。1973年には老人医療費無料化が国の制度になりました。また、60年代後半からたたかわれてきた大気汚染、水俣病、イタイイタイ病などの公害裁判が勝利し、環境行政の改善を国に迫るものとなりました。頸肩腕症候群、腰痛、じん肺、振動病などの労災・職業病に対する組織的な取り組みも前進しました。

医療の技術革新は、70年代に入って医療機器の導入を軸にしながら急速に進み、「高度化」により、専門分化、病院の大規模化もすすみました。

産業の合理化、労働強化がすすむ中で、国民の健康破壊が進行しました。しかし医療の供給体制は、70年代後半から政府によって進められた「福祉見直し」、低医療費政策により深刻な状態となり、慢性的な医師不足、技術者不足、休日救急・夜間医療体制の崩壊、差額徴収の広がり、私立大学の不正入試など医療荒廃と言われる状況が広がりました。こうした中で国民の医療への関心も高まっていきました。

民医連運動の飛躍的発展

1970年、全日本民医連理事会は「70年代の課題にふさわしい民医連運動の新たな前進のために」という方針を決定しました。医療技術の革新の時代を迎え、運動の中で生じたいくつかの課題を解決するために、第一に、広く国民から信頼されるような医療活動を確立する、第二に、事業所運営の民主化と科学的管理、民主的合理化・近代化を確立する、第三に、広範な医療従事者と手をにぎって運動する、というものでした。この方針は70年代を通じ民医連が質・量ともに発展していく大きな契機となりました。

病院・診療所は、医療技術の専門化、細分化というなかで各職種の役割を明らか

にし、民主的集団医療の実践を強め、医療内容を向上させていきました。全職種参加の症例検討会、日常診療総括会議、疾患別のグループ活動が各事業所でとりくまれました。同時に、民医連の理念と運動に共感した青年医師、看護婦をはじめとする医療技術者の参加が続く中で、地域住民に依拠し、長期計画にもとづく拠点病院の建設が進められました。また、診療所では、地域に密着した医療を展開し、拠点病院との連携で医療内容を向上させ、地域から信頼される「第一線医療の典型」をめざしました。

経営面では、「経営分析の手引き」「経営管理ミニマム」「人事管理」「施設拡大の基準」などの方針が出され、科学的管理への努力がはかられました。

この時期、革新自治体の前進と国民の医療要求の高まりの中、民医連は「地域医療の民主的形成」の課題を提起して活動しました。健康保険制度の充実をめざす運動は、70年代においても民医連の中心的たたかいでした。1978年には、健康保険本人10割給付の原則を切り崩すことなど、抜本的な健康保険制度の改悪案が国会に提出されました。中央社保協に結集して全力をあげてたたかい、3回の継続審議、2回の廃案を経て、1980年、ロッキード事件のあおりで衆議院解散となり廃案、国民・労働者の粘り強いたたかいが勝利しました。しかしこの時、自民党、社会党、公明党、民社党による「4党合意」で「本人外来9割給付」「入院負担金1日1000円」の実施が決められました。

1972年から全国青年ジャンボリー、73年から民医連幹部学校、全日本民医連学術集談会、民医連運動交流集会がスタートしました。民医連職員の福利厚生の向上をはかるため、全日本民医連共済組合が設立されました。また、『民医連資料』が創刊されました。

1979年、全日本民医連は教育要綱を発表、これを指針に各県連・事業所で、新入職員、中堅職員、幹部職員の制度教育が整備されすすみました。

この間、これらの諸活動を総合的計画的に進めるために、長期計画を作成しそれに基づいて活動する各県連や法人が増えました。

1978年、最後の空白県であった福井県に光陽生協診療所が開設され、全県に民医連の旗がひるがえりました。

飛躍的前進の特徴と条件、新しい矛盾と困難

一方、こうした病院を中心とした民医連の規模拡大は、新たな矛盾や困難も生み出しました。診療所での医師体制の困難、経営の近代化の追求が医療と経営の機械的な分離になってしまいう傾向、住民・患者・地域の民主的な運動などとの組織的な結びつきの弱まり、県連機能の問題などでした。全日本民医連は、70年代後半、これらの問題をさまざまに議論しながら、全国的な診療所問題、大都市での事業所の経営改善など重要な提起を行ってきました。しかし、全体的な路線の修正とはならず、70年代の路線の持っていた問題点の解明と克服は、山梨勤労者医療協会倒産以降の80年代の課題となりました。



第1回青年ジャンボリー
639人の青年職員が山梨県の西湖に集まつた

第7章

社会保障の拡充、 病院化・技術の 近代化

第3節 山梨勤労者医療協会の倒産・再建

KEY

1983年の山梨勤労者医療協会の倒産は、民医連運動のそれまでのあり方を根本的に再検討せざるを得ない問題として、組織の総力を挙げて解決にあたりました。倒産・再建の経過とそのなかで掘りさげられた教訓は、今日に通じる極めて重要な内容です。

注1…第8章第1節参照。

注2…こうした情勢について、「医療冬の時代」といわれました。

注3…直接の要因は、専務の独断で、「良い医療は赤字になる」と医療事業そのもので経営を維持・発展させることを放棄し、スキー場などレジャー産業、不動産開発事業などにつぎ込んだ資金120億円(うち地域住民からの大衆資金116億円)が回収不能となり、不渡り手形を出したことです。負債額は230億円、債務超過116億円で、大衆債出資者8000人に達する深刻な規模でした。



全日本同和会を名のる男たちの乱入を阻止する甲府共立病院の職員たち



山梨勤医協和議成立をめざす県民大集会

倒産直後の状況

1983年4月、山梨県民の約10%の医療を担っていた山梨民医連の山梨勤労者医療協会(以下山梨勤医協)が倒産するという深刻な事態が発生しました^{注3}。

全日本民医連は、3月の理事会以後、弁護士、公認会計士の協力も得て全力をあげて山梨勤医協への指導に当たりました。対策委員や理事、事務局員を派遣して、労働組合との協力関係を作り、「医療を継続して協力債を返済する」という再建の基本方針を打ち出して、職員の団結をはかりました。また、5月には臨時評議員会を開催し、「山梨勤医協に発生した異常な事態とこの事態に対する全日本民医連の方針」「大衆資金に対する当面の方針」を提起し、カンパ、激励、医療継続のための人的支援などを呼びかけました。

山梨勤医協では、「お詫びと医療継続と再建への協力のお願い」の債権者訪問活動が行われ、5月末までに約8割の債権者を訪問しました。5月には、11の患者会800人で「共立病院で治療を受けた患者全員が参加して病院の閉鎖を絶対阻止するための大会」を開催しました。一方山梨県は、山梨勤医協が提出した債権者の利益を守るための「任意整理」による再建計画に対し、膨大な債務超過を理由に「破産」を勧告しました。しかし、破産であれば、多くの債権者を守ることができないことになるため、山梨勤医協は、再建・返済計画(15年間で全額返済する、はじめの10年間は5%を定額で返済する、生活困窮者、高齢者には再建特別基金により対応する)と、和議を含めた法的手続きを検討し、8000人の債権者からこの再建計画への同意を求める大運動を進めました。

再建への歩み

全日本民医連は「山梨から民医連の灯を消すな」のスローガンのもと、全国的に支援して支えました。「山梨カンパ」は、7月の全債権者訪問開始から約1カ月の間に1億円に達しました。全債権者訪問活動は、再建の展望を切り開くひとつの山場となりました。仕事を終え、土日を返上し、活動が繰り返されました。水をかけられ追い返されたり、雨の中あやまり続けた職員……。そして何度も足を運ぶ中、「あ

んたちが悪いわけではない。誠意は通じたからきちんと再建計画にそって返済してほしい。室料差額を取らない山梨勤医協を再建してくれ」などの声も寄せられるようになりました。

こうした職員の筆舌に尽くしがたい努力によって、多くの債権者が和議再建に協力を約束、9月16日、山梨勤医協は債権者の91.4%にあたる7109人（和議債務の94%の110億円）の同意を得て、甲府地裁に和議を申請しました。その後も訪問活動を続け10月には98%にまで到達しました。

山梨県警は、山梨勤医協の協力債に対して出資法違反の疑いがあるとして、多くの債権者から聞き取りをはじめ、「和議に賛成しないように」「破産させても協力債の半分程度は戻るので、破産させたほうがいい」など、和議への妨害を大規模に行いました。弁護団の調査によると、甲府、石和、御坂と全県にわたり、県警本部、各警察署、駐在所、派出所の警察官が動員されており、聞き取りの実態は、和議への同意を得る大運動の妨害行為がおこなわれていたことを次第に明らかにしました。それに対して、山梨勤医協は8月22日、労働組合、再建共闘連絡会議とともに、山梨県警の不当な捜査に抗議する記者会見を開催しました。24日には警察の和議妨害に抗議するビラ5000枚を各駅頭で配布。27日には国民救援会の呼びかけで「山梨勤医協に対する不当な介入に抗議する連絡会議」も結成されました。9月8日、「勤医協再建支援、警察の不当介入抗議集会」が会場いっぱいの500人の参加で開かれました。抗議と怒りの声は、和議再建を求める声と合体して一気に広がりました。

全日本民医連はこの時期、山梨勤医協の職員の年末生活援助資金として、再度の「賃金1日分カンパ」を全国的にとりくみ、8000万円が送られました。北海道民医連は全職員に行きわたるようにと1000匹の鮭にメッセージを添えて送る^{注4}など、全国からさまざまな形で連帯の支援が行われました。

12月には第4次債権者訪問を行いつつ、12月24日に「山梨勤医協和議成立をめざす県民大集会」が52団体、1700人の参加で行われ、全日本民医連も翌年1月に和議成立の要請のため、法人代表者会議を開催しました。こうした中、甲府地裁は2月2日に和議手続きを開始し、それを受け3月27日に債権者集会が開催されました。

債権者集会の直前の1984年2月16～18日、全日本民医連は第26回総会を開催^{注5}し、深刻な討論を経て、倒産問題の教訓と再建支援の方針を明らかにしました。

3月27日に行われた債権者集会では、出席債権者（委任含む）7354人、賛成7349人、反対5人、債権額で99.9%の賛成で和議が議決されました。これによって、山梨勤医協の倒産問題は、新しい指導部のもと、医療・経営活動を前進させ、着実に和議条件を実行していく新たな段階に入りました。

この再建を進める上で、弁護士、公認会計士など民医連を理解された専門家の方々の果たした役割は絶大なものであり、以後、全日本民医連はこれらの弁護士、公認会計士に顧問として活動してもらうようになりました。



再建をはたし2002年、新病院も完成

注4…山梨勤医協職員「昨夜のわが家の夕食風景より」

長女(6歳)「お母さんすごい魚だね。どうしたの?」/私「すごいでしょう。こんな大きな魚はじめてだね、貰ったんだよ」/長男(3歳)「だれがくれたの? お店の人?」/私「ううん、北海道の遠いところのひとがくれたんだよ」/子どもたち「どうしてくれたの?」/私「お母さん達が一生懸命に働いていて、ひとみやすぐるが、おりこうさんしているからくれたんだよ」/子ども達「じゃあサンタさんがくれたんだね」/「そうだね」その後、あふれてくる涙を抑えることが出来ませんでした。言葉に表しきれない感謝とうれしい溢れる思いを込めて、ありがとうございました。

注5…運動方針第5章で『山梨勤医協問題』の教訓と今後の再建闘争を提起し決定しました。運動方針は、「倒産が生んだ民医連内外への深刻な影響」、「山梨勤医協を再建させることの意義」、「この間の全国的支援のとりくみ」、「誤りを生んだ思想的根源」、「『山梨勤医協問題』から学ぶべきいくつかの教訓」、「方針の貫徹と誤った傾向の発生を事前に防止あるいは早期に是正するために」、「山梨勤医協再建への支援を強化しよう」の7点を打ち出しました。

第4節 「山梨」とはなんだったのか（東葛、北九州健和会問題にもふれて）

KEY OUT

全国の民医連組織は、山梨勤医協再建のとりくみを強く支援し、患者・住民との信頼関係をより一層強めきました。そして1984年2月の第26回総会、1986年2月の第27回総会で、**教訓を引き出し、80年代後半の民医連運動の課題を明らかにしました。**ところが同時期に福岡健和会で手形が不渡りとなり、深刻な経営問題が明らかになりました。

山梨問題の教訓

1984年2月の全日本民医連第26回総会は、山梨勤医協が倒産に至った背景にある誤りとして、3点を指摘しました。

①医療についての誤った考え方

医療を患者・住民と医療従事者の共同のいとなみとしてとらえるのではなく、提供側のイニシアチブを過度に強調することによって、良い医療を「高度な医療機材を駆使した医療」に矮小化した。

②民医連経営についての誤った考え方

働くひとびとの医療機関として生まれ、そこに依拠しなければならないのに、自分の才覚で経営しているかのように錯覚し、それによって事業経営の効率を第一義的に考え、民主的運営も形骸化させていった。

③民医連運動の発展についての誤った考え方

「事業規模」の拡大をそのまま民医連運動の発展と同一視し、経営手腕による経営規模の拡大が民医連運動の発展であるかのよう考えた。

そして、学ぶべき教訓として6点をあげました。

①医療は不採算であるという敗北主義をとらない

②大衆資金に対する原則的な姿勢を確立し運用する

③理事会など機関の民主的運営の重視

④独善的な方針を戒め、たえず、全日本民医連の綱領と総会方針に結集して活動をすすめていく

⑤「持ち場主義」的な傾向を警戒し、事業所の全体目標をみんなのものにする

⑥綱領や運動方針をゆがめる行動に対しては、全日本民医連理事会は事態を掌握し、指導して誤りを未然に防止するために努力する責任がある^{注1}

東葛・北九州健和会問題

1982年、千葉県流山市に開院された東葛病院が、1年後の1983年9月12日、事実上の倒産状態に陥りました。この東葛病院は、「みんなでつくるみんなの病院」をスローガンに、住民参加の地域医療にとりくんでいた「北医療グループ」が、地域住民から出資金、協力債を集め建設しました。北医療グループの発想は、高機能病院

注1…また、全日本民医連の組織運営上のルールについて、役職員が全日本民医連の方針をよく学び、理解し、自主的な努力で貫徹していく、労働組合との協力共同を重視する、院所は県連に自覺的に結集する、全日本民医連の体制を指導が徹底できるように強める、誤りや危険な傾向が発生した場合には、民主的な規制を行っていくが、指導に従わない、また必要な情報提供を拒否するような場合は、県連、全日本民医連は、はじめのある対応を行うなどが強調されました。

を作る、高機能病院を作れば患者は集まつてくる、医師は過剰になつてくるから大きな病院を作れば集まつてくるというものでした。

東葛病院は民医連加盟の病院ではありませんでしたが、地域の住民や医療従事者が民主的な医療機関の存続を望んでいることをふまえ、東京民医連を中心とした民医連が再建にとりくみ、34県連から241人の医師支援が行われました（1984~1990年）。看護師支援の最初は山梨勤医協でした。東葛問題は、医師過剰論の幻想、ずさんな建設設計画や経営の危険性など、民医連運動にも多くの教訓を残しました。東葛病院は1990年に民医連に加盟しました。

1985年2月13日、福岡県北九州市の財団法人健和会が、不渡り手形を出すという事態に陥りました。この事件は山梨と違つて、全日本民医連理事会が再三にわたつて指摘してきた末の事態でした^{注2}。

全日本民医連は数回にわたり、福岡県連と健和会に対して幹部を派遣し、状況把握に努め、毎期の理事会で検討・討議を進めました^{注3}。8月に大手町病院の加盟申請が全日本民医連に出されました。直ちに承認することはしないで、加盟検討の前提として「大手町病院への指摘を真剣に検討する、経営の見通しと対応を明確にする、労働組合の団結回復のために積極的姿勢を示す」という3つの原則を示しました。

1985年に入つても健和会の経営状況は改善せず、84年度は14億円の赤字決算になり、85年は夏季一時金が出せず、86年1月には全日本民医連共済会からの脱退の意思がしめされました。

全日本民医連は、1986年8月の評議員会で「福岡健和会の民医連的再建のために」という理事会見解を出しました。この文書は健和会が事実上の倒産状態にあることを考慮して、院所管理部までの配布としました。

福岡県連は1986年8月、第22回県連総会で健和会問題を議論し、理事体制を改選して、事態の正しい解決へ向けて努力する方向を示しました。内外の粘り強い努力により、1992年に健和会は路線転換し、「民医連的再建」の道を歩みだしました。

全国の民医連組織は、これらの再建のとりくみを支援しつつ、一連の事態とその経過から、民医連運動を広範な働く人々のたたかいの一部分として位置付けること、常に地域の働く人々の医療要求から出発し、医療生協組合員や社員・友の会会員など共同組織を強く大きくし、地域の人びととともに手を取り合つて運動を進めること、綱領にそつた全国的な結集をはかることなどの教訓を学びました。

1987年に決定された「あらためて基盤となる諸組織を強化・発展させるために」の方針は、民医連運動になくてはならないものとして、またあらゆる分野のパートナーとして、「共同組織」（1992年第30回総会からの名称）の重要性を強調しました。

経営活動では、これらの痛苦の教訓を踏まえて、1989年に民医連統一会計基準が制定されました。その後、1992年第一次改定が行われ、5年ごとに情勢や民医連の実践の中で改定を重ねてきました。

注2…主要な原因是、自らの力量を超えた病院（大手町病院640床）を建設するという過大な計画の実行にありました。その背景には、健和会幹部の、「良い医療」を最高の医療機器を駆使する医療に矮小化し、民医連運動の発展を「事業の拡大」とする誤った考え方や、民主的運営の軽視、幹部の自己の力量に対する過信がありました。

1982年10月に福岡民医連が承認した大手町病院の建設設計画が11月に全日本民医連に届きましたが、建設設計画の大きさから、1983年1月と3月に現地調査を実施。その建設検討委員会のまとめの案が作成された直後に山梨勤医協の倒産事件が発生しました。

注3…1984年5月、6月には「最悪の場合は今年度の資金繰りが行き詰まり、破たんする」という認識に至り、県連、健和会に対して危機克服のための抜本的対策をとるよう「勧告」を行い、数回話し合いが行われましたが溝が埋まらないまま推移しました。



全日本民医連の「健和会総合調査団」を歓迎する集会（1993年）

第8章

医療・介護の 営利化とのたたかい と組織強化

第1節 世界史的激動、新自由主義の構造改革

KEY CONCEPT

1980年代から世界は、自由と民主主義が前進し大きく変化してきました。

同時に世界の資本主義国の中でも、1970年代からの深刻な危機を新自由主義の構造改革でのりきろうとしました。

80年代後半から世界は大きく変わり、民主主義を求める世界各国の国民のたたかいが急速にひろがりました。チリでは大統領選挙で独裁政権が打ち倒され(1984年)、南アフリカではアパルトヘイト(人種差別政策)撤廃(1991年)が実現しました。

また「社会主義」といわれた国々でも自由と民主主義を求める運動が発展し、1989年にはベルリンの壁が崩壊、東西ドイツの統一や東欧諸国の民主化がすすみ、1991年にはソビエト連邦が崩壊しました。こうした世界的な激動は、「世界の歴史は、まさにその国の主人公は国民であり、自由と民主主義の要求は、資本主義であろうと社会主義であろうととどめることの出来ないものである」(1990年、全日本医連第29回総会方針)ことを証明し、自由と民主主義こそ世界の流れであることを示しました。

日本国内では1989年、消費税の導入をめぐって国民の怒りが爆発し、同年におこなわれた参議院選挙で、自民党が過半数を割る結果となりました。さらにリクルート事件、佐川急便事件など自民党政治の腐敗に対する国民の怒りが高まるなか、自民党は分裂し、1993年の総選挙で敗北。変わって細川護熙連立政権が誕生して以降、小渕恵三内閣まで5つの連立政権が続きました。

各連立政権は、小選挙区制導入(細川内閣)、消費税率引き上げ(村山富市内閣)、コメ輸入自由化(細川内閣)、年金改悪(細川、村山内閣)、健康保険本人2割負担(橋本龍太郎内閣)と自民党単独政権では行えなかった悪政を続けてきました。その後、政党が離合集散するなか、公明党が自民党政権に加わり、自民党を離れた勢力と旧社会党などが民主党を結成、「二大政党制」の流れが形成されました。

世界では、70年代後半からの資本主義の深刻な危機に対して、80年代には、資本主義国内で大きな政策転換が起こりました^{注1}。70年代後半、政府が大量の国債を発行し、大企業のための無駄な公共事業を進め雪だるまのように国債が膨らみ、国家財政は重大な危機となりました。この対策として、中曾根内閣が進めたのが「第二次臨時調査路線」でした^{注2}。

医療改悪の嵐

80年代を通して行われた医療改悪と営利化は、診療報酬の削減(1981年の6.1改定より)、老人医療費有料化(1983年)、健康保険本人の2割負担(当面1割)、国民健康保険の国負担率削減(1984年)など医療保険制度の大改悪とともに、1985年の医療法改悪による病床数規制など、医療提供体制の縮小にも及ぶ総合的なものでした。

こうした流れの中で1987年6月、厚生省国民医療総合対策本部が発表した「中間報告」は、「効率化」「良質」をキーワードに、医療内容にまで制限を加える方向を示すもので、「高齢者」「長期入院患者」を病院から追い出し、差別医療を拡大する

注1…アメリカのレーガン大統領、イギリスのサッチャー首相、日本の中曾根康弘首相などの政権が進めた「新自由主義」と呼ばれる経済政策。軍備増強、福祉切り捨て、大企業・高額所得者のための税制改革などを政策の特徴としていました。

注2…第二次臨時行政調査会を発足させ、軍事費を増やし、医療・福祉・教育など国民生活全般にわたって財政支出を削減する行政改革政策を進めてきました。「活力ある日本型福祉社会の建設」を掲げ、「受益者負担の原則」「民間活力の導入」による医療・福祉の「切り捨て」と「営利化」の道でした。

ものでした。全日本民医連はこれを重視し、理事会にプロジェクトチームを設置して「厚生省『中間報告を斬る』」という政策を発表、民医連内外で活用されました。

厚生労働省は、1990年に医療法の第二次「改正」（急性期・慢性期の病床区分、専門医法制化、診療所と病院のあり方の見直し、中間施設の位置付け）、老人保健法の見直し（老人の医療費負担の定率化、診療報酬の定額化）、国保法の見直しなどの懸案の課題が集中する年であることから「90年決戦」を唱え始めました。これに対して医療団体連絡会議^{注3}を軸にした「89年国民医療を守る共同行動」が提起され、1千万人署名を1年間で集める運動をスタートさせました。民医連は390万筆を集め運動に貢献しました。

80年代を通じた国の医療費抑制策は、90年代に入り、特にアメリカと財界の強い要求を受けて、さらに強まりました^{注4}。

2000年の医療改悪としては、老人医療費の一割負担、高額療養費の引き上げ、国民健康保険の資格証明書や短期保険証の発行の義務付けなどが行われました。また、第4次医療法の改悪で、一般病床の大幅な削減を狙った病床選択（2003年8月までに一般病床から療養病床の選択）、医師臨床研修の必修化（2004年4月開始）、広告規制緩和などがおしつけられました。診療報酬では本体部分のマイナス改定とともに、医療機関の機能別類型化の推進、包括・定額制の拡大・減額、ペナルティー制度の導入などが進められました。

小泉「構造改革」

2001年に発足した小泉純一郎内閣は、こうした流れを「構造改革」と称してより加速させました^{注5}。2001年9月、アメリカで同時多発テロが発生し、ブッシュ政権が「テロは戦争行為」としてアフガニスタンへの一方的攻撃を開始しました。さらに世界中の反戦の世論を無視し、イラクへの攻撃を強行。小泉政権はこれに無条件に追従し、憲法9条に違反する自衛隊のイラク派遣を行うという戦争する国づくりに踏み出しました。

その一方で、社会保障費を徹底して削減するために、2001年から毎年2200億円の社会保障費削減を強行、削減額は2009年まで8.3兆円にも上りました。

2002年には、医療関係団体や国民の大きな反対運動、3000万の請願署名を押し切って、健康保険本人3割負担、保険料の総報酬制、高齢者の1割負担が強行されました。このたたかいや2004年の混合診療解禁のたたかいでは、日本医師会、日本看護協会など多くの医療関係団体と共同がすすみました。

1997年の国会で成立した「介護保険制度」は、2000年4月にスタートしました。介護保険制度は、これまでの社会保障制度の「おうのうふたん」を「おうえきふたん」に変え、「現物給付」を「上限の範囲で契約に基づくサービス」とし、必要充足という社会保障の理念を変質させ、「社会福祉基礎構造改革」を促進する役割を果たしました。

また、2004年には、その後14年にもわたって、保険料を引き上げ、給付を2割減らす年金制度の大改悪が強行されました。

小泉政権が強引に進めた「構造改革」路線は、国民のいのちと暮らしを直撃しました。受診抑制による病状悪化、失業や非正規雇用の増加、自己破産や自殺者の増大、低所得者の独居・高齢者の増加など、「人権」がないがしろにされる事態が深刻に広がりました。

注3…民医連、保団連、日生協医療部会などで構成される共闘の組織。

注4…日本政府は、1994年以来、アメリカ政府から、貿易赤字の解消の代償として「年次改革要望書」を突き付けられ、また財界からの強い圧力のもと、労働者派遣法の改悪、金融ビッグバン、郵政民営化、民間医療保険の導入など国民生活のすべての分野で「規制緩和」を進めてきました。

注5…政府は「公共事業に50兆円、社会保障費に20兆円」と逆立ちした財政政策により、莫大な借金財政に陥っていました。その根本には、アメリカ言いなりの軍事大国化の推進、多国籍化を進める大企業が求めた新自由主義的な政治経済の路線がありました。



介護保険制度施行初の厚生省交渉

第8章

医療・介護の 営利化とのたたかい と組織強化

第2節 医療・介護の要求の変化、たたかいと対応(1990年代)

KEY OUT

90年代は、全体を通して、民医連綱領の実現をめざして医療や社会保障の公共性と無差別・平等の必要性を示し続けてきました。また、その時々の要求や課題に対して真摯に対応し、常に医療機関のあるべき普遍性を示してきました。患者の権利の2つの側面(1992年第30回総会)、共同のいとなみとしての医療展開(1994年第31回総会)、人権を守る医療活動(1996年第32回総会)、民主的集団医療の今日的課題(1998年第33回総会)などを明らかにしてきました。

日本の医療転換期

1990年に開催した第29回総会は、90年代が「医療の営利化路線と、医療の公共性を守って国民医療を改善する国民的たたかいの路線とのはげしいぶつかりあいの時代」であり、医療と運動では、民医連への期待が「いっそう強まる」一方、「経営問題をはじめとするきびしい現状は、一定期間続く」という時代認識を示しました。

90年代の厚生省の基本政策が、①国と資本家の負担を最小限にしていく医療保険の改革・一元化、②特定療養費制度の拡大などの差別医療の拡大、③医療提供体制の縮小再編成・類型化、④安上がりな労働力の医療への導入、⑤医療内容に対する制限、⑥営利的な在宅ケア、であると指摘しました。国民の医療要求を、第1に人権を守る医療、医療の公共性の保障、第2に保健予防からリハビリまでの医療の総合性、第3に居住環境、十分な説明など要求の高度化、つまり「人権」「総合性」「高度化」としてとらえました。

そのもとで、民医連がこれまで十分にとりくめていなかった分野である老人の長期入院・入所への対応や、診療所群の建設を含む総合的な医療活動を進めること、社会保障推進協議会をすべての都道府県に作っていくこと、経営戦略を確立し、民主的運営を貫きながら経営構造の改善を図っていくことなどの90年代の路線を打ち出しました。そして民医連運動を担う人づくり、共同組織の強化・発展、県連機能の強化を強調しました。

また、「民医連運動の到達点と90年代の課題」を提起し、1961年綱領決定後の民医連運動を10年ごとにそれぞれの時代の特徴とあわせて概要を整理しました^{注1}。

この総会では、国民の医療要求に応えていく上で、老人保健施設づくりの推進が提起され議論を呼びました。理事会は総括答弁で「厚生省の病院つぶしななどのねらいに対して、今後も原則的な反対の視点は変わらない」と同時に「現実に存在する切実な老人の長期入院・入所などの要求に対してどう対応していくか」と述べ、その後の「たたかいと対応」と表現されるスタンスを打ち出しました^{注2}。事業を行なながら、権利としての社会保障の実現へ向けて運動を進める民医連の特質に根ざした原則的で柔軟な変革の立場を表現したものでした。この立場は、その後の訪問看護ステーション、卒後臨床研修制度、介護保険のとりくみなど重要な課題に生かされていきました。

注1…具体的には、1960年代を綱領の決定と、各分野の基本方針や原則を確立した時代、70年代は、「70年代の前進のために」にもとづく病院化の時代と特徴づけました。そして1980年に確定した「長期計画指針」については、臨調行革路線の登場という厳しい事態を予測できなかったことと、それまでの民医連運動の発展とともにう問題点の解明の不十分さを指摘しました。80年代は、山梨問題をはじめとする事件を克服し、第27回総会の方針に到達したこと、特に、改めて「広範な働く人びとのたたかいの一環」としての民医連運動を確認し、その上で各分野の到達点を明らかにしました。

注2…政府の施策に対して、法律案の段階では、国民の立場からその意図を明らかにし、国民の利益に反する場合には、原則的に批判し反対する一方で、いったん成立了場合は、自ら実践し適法性を守り、国民、患者の被害を最小限にするために奮闘するということです。

1992年の第30回総会は、日本の医療が、21世紀の医療の在り方をめぐって、全体として「転換期」にあると提起しました。それは、政府・自民党が進めてきた医療・福祉の切り捨て、営利化によって、老人分野や在宅医療において深刻な矛盾に直面し、日本の医療全体が従来の仕組みでは維持できなくなってきたこと、また人権保障の意識の高まり、患者の権利の広がり、要求の高度化、総合化など患者要求も変化する中、医療運動の側にもそれに対応していくことが求められてきたことが背景にありました。この転換を巡って「社会保障の道」か「営利市場化の道」かが問われているとしました。この提起は、「たたかいと対応」とあわせて、民医連が、多様な国民要求にこたえ、さまざまな事業にとりくんでいくための理論上の確信となりました。



訪問看護

総合的医療活動の展開

こうした方針のもと、民医連は「総合的な医療活動の探求」に挑戦していきました。老人医療分野では、「老人医療における長期入院・入所施設の整備拡充に関する問題提起(案)」(1993年3月理事会方針)、「民医連における病院、特に拠点となる病院の老人医療改善の課題(案)」の2つの問題提起が出され、「1県連1老人施設づくり」がすすめられました。また、1992年に制度化された訪問看護ステーションの実践などとあわせ、地域の中での老人医療・介護のネットワークづくりがとりくまれました。そして1993年の第30期第2回評議員会は「高齢者のいのちを守る先頭に民医連が立とう」と呼びかけ、10月に老人医療分野での差額徴収、特に老人保健施設での室料差額について理事会の見解をまとめ、「基本的に差額徴収には反対であり、それなしでやっていけるよう最大限の努力を行うこと、やむを得ない場合にはできる限り低い金額とし県連の承認を受けること」を確認しました。

1990年の時点で、民医連の病院の多くは一般病床で、平均在院日数が短い病棟を選択しており、患者、家族から「最後までみてほしい」という要求にこたえられなくなり、後方施設が切実になっていました。こうした中でも、ターミナル・ケア、寝たきりにさせない病棟づくり、栄養士による入院患者訪問など入院医療の改善に努力し、「民医連における病院評価マニュアル(案)」(1991年)を発行しました。

診療所は、1990年から2年間で、医科20カ所、歯科7カ所が新設され、70年代の増加を上回るものとなりました。1991年には、「90年代の診療所活動の新たな発展をめざす方針(案)」が発表されました。1994年の第31回総会時点では、38県連中34県連が診療所新設の方針を持ち、90年代の最も大きなピークになっていると評価しています。

また、保険薬局が全国的に広がり、医薬品や診療材料の共同購入の事業所もつくられました。

第3節 経営と管理運営の強化

KEY OUT

厳しい情勢のもとで深刻な局面となった経営状況に対し、1989年に決定した「民医連統一会計基準」の定着、徹底に努力しつつ、常に民医連の存在意義を鮮明にしながら英知を結集して困難をのりこえてきました。その中で**管理運営の改善が重要なテーマであり課題でした。**

90年代前半の経営困難克服の歩み

注1…民医連の経営の弱点として
①患者要求とのミスマッチ(高度化・総合化に対応しきれていない)、②自己資本比率の低さ、「利益」に対するあいまいな姿勢、③予算管理・医療と経営を一体のものとして構想・計画を立て指導する力量と民医連経営を守り抜く経営責任の不十分さを指摘し、民医連経営の4つの優点(①院所の目標と職員の生きがいが一致する全職員の経営、②基盤となる組織の存在、③人的体制の充実、技術蓄積による住民患者の信頼、④労働組合との協力共同の関係)に確信をもって、全職員に実態を明らかにし、知恵と力を結集して経営危機を克服することを呼びかけました。

注2…現時点での民医連経営の優点として、①労使の対立がなく、大衆的で民主的な運営が保障されている限り、文字通り全職員の経営であること。この条件の下で労働組合との対等・平等・協力・共同の関係が追求されていること。②自主的な医療住民組織である共同組織が、民医連の構成要素として存在し、それとの共同で社会保障などさまざまな運動が進められ、さらに地域民主勢力によって支えられるなど深く地域に根ざした経営であること。③自前の養成による医師をはじめとした人的体制と医療技術の蓄積があり、私たちの医療に対する住民・患者の共感があること。④綱領の下で全国的に団結しており、全国の知恵を集めた経営等の方針が蓄積されていて、相互点検・支援、現地調査など組織的強みを發揮できることとしました。

1989年度決算は、54.5%の法人が赤字となり民医連全体で史上最悪となりました。1990年の第1回評議員会で、民医連の歴史で初めて経営改善のアピール「全職員の団結した力で必ず経営改善を実現しよう」を発表しました^{注1}。また大都市の経営問題、事務職員、事務幹部の養成などにとりくみながら、1989年の3月に決定した「民医連統一会計基準」に基づく会計の定着に力を注ぎました。1992年2月の全日本民医連第30回総会では、「適正な会計とは、真にガラス張りで、職員と基盤となる組織に理解されている経営」であり、民医連統一会計基準に準拠することは、「民医連の経営の根本にかかわるもの」と指摘し、1992年6月には、民医連に加盟するすべての法人が「従わなければならぬもの」と義務化しました。

全日本民医連第30回総会の経営方針は、①患者の立場に立ち、共同のいとなみとしての医療を組織全体が追求している、こうした医療機関の存在は、日本の医療のあるべき未来につながる確かな内容をもっている、②全国民的立場で医療運動を進めている、こうした運動組織がなくなれば、国民の権利を守る運動は大変な打撃を受ける、③民医連の経営は、「全職員の経営」であり、自分の生きがいと経営の目的=綱領が一致した労働が行われていることは、「経営における本当の民主主義という点で重要な意義を持っている」と提起し、民医連の存在意義を強調しました。利益の出る経営体質、当面3%の純利益を掲げるとともに、一般医療、老人医療、歯科のそれぞれの分野で差額や自由料金についての姿勢を明確にしました。民主的管理運営の基礎に、公正な会計、経営の公開を重視し、民医連統一会計基準の徹底、院長機能、職場管理者・中間管理職の役割を方針化しました。

1994年の全日本民医連第31回総会は、細川連立政権の成立の下で、医療改悪が憲法改悪、自衛隊の海外派兵などと結びついた一体的なもので、長期のものとの時代認識を示し、方針の基調を「日本国憲法の立場から、国民の利益のために原則的にたたかいぬく姿勢と力量の確立が、今後の2年間の第一の最も重要なテーマ」としました。

経営面は一定の改善をしはじめていましたが、「二極分化」とっていました。また、民医連経営を評価する視点として「経営規模を拡大するなど経営体としての到達度の評価にとどまらず、医療変革をめざす民医連運動の全体的な前進の度合いによって評価されなければならない」と視点を明確にしたうえで「90年代に利益の出る経営構造を作るために、すべての法人・県連が計画を作る」ことを呼びかけました。

1996年の全日本民医連第32回総会の時点では、1994年度は黒字法人が79.4%、95年度は73.3%になり、画期的に改善をしました。特に「診療所、老人医療、保険薬

局など多角的な医療経営構造、要求にこたえる施設体系を追求してきた成果」と評価しました^{注2}。

また、この総会方針は、阪神・淡路大震災の救援活動も踏まえ、90年代後半の課題として民医連運動が21世紀にも輝かしいものとなるように、これから5年間、「民医連運動とは何か」を5万に達するであろう全職員で再び確認しましょうと述べ、その後の「医療宣言」づくりにつながっていきました^{注3}。

第33回総会と「非営利・協同」論の提起

この時期に、EU諸国で発達した「社会的経済」など、営利企業でもなく、公営企業でもない協同組合や事業体（非営利・協同組織）が存在し、資本主義経済の中で一定の位置を占め活躍している状況が紹介されました。民医連の事業体もこれらと似た性格を持つ存在であり、民医連の事業体を世界の流れの中で普遍化できるという議論が活発にされました。

1998年の全日本民医連第33回総会方針は、「地域に『人権と非営利』をめざす共同の輪を——平和・人権・福祉の新たな日本を」と提起し、医療抜本改悪攻撃に対して国のレベルでたたかっていくとともに、「これに対置されるのは、よい医療を住民と医療機関の協力によって、地域に築いていく運動です」としました。すなわち「非営利・協同」論は、地域においての反対の運動だけでなく、要求を実現する現実的な対案を示し、場合によっては非営利・協同によって仕事を起こして、その力によって要求の実現をめざすという意味を含んでおり、民医連が実践し、めざしてきたことでもありました。また、これは、生協組合員や友の会との共同事業を重視し、発展させる方向にもつながりました。

大阪・同仁会の経営危機と教訓

1997年秋から1998年初頭にかけて、大阪・同仁会の経営危機が表面化しました。このまま放置すれば確実に倒産に至る「前倒産」と位置付け、破産や和議という事態は避け、経営を再建するという基本方針を打ち出しました^{注4}。

同仁会に現れた経営危機は、90年代後半の金融情勢や医療費の抑制政策によって右肩上がりの経営が望めない状況の下で起きました。これを通じて全日本民医連は、経営方針で、必要利益の確保とキャッシュフローを重視すること、民医連統一会計基準の徹底が重要であること、具体的には、資金管理、民医連統一会計基準に基づく情報の公開、目標の共有や3つの乖離^{かいり}の克服、経営の力量を超える人件費構造の見直しなどの点検を呼びかけました。

この同仁会問題を契機に、全日本民医連は、経営危機に陥った法人への指導援助のあり方と、早期に発見する仕組みについて検討し方針化しました。「理事会機構としての地方協議会の設置」「経営困難法人支援規定」「全国連帯基金」などに具体化されています。また要対策項目の見直しを含めた（新）民医連統一会計基準を2000年に改定しました。今日、緊急度に応じて、短期指標、中期指標として経営診断の上で活用しているものです。さらに、同年から民医連統一会計基準推進士養成講座を開催しました^{注5}。

注3…第9章第4節参照。

注4…前倒産に至った直接の要因は、金融ビッグバンを控え、銀行が、同仁会の借り換えを断ったため一気に資金が行き詰ったことです。しかし本質的には、長期にわたる赤字構造にあったこと、そのうえ、民医連統一会計基準に沿った会計報告がされず、累積赤字が表面化することもなく、自転車操業にあった資金管理が金融機関の貸しはがしという金融情勢により一気に表面化したことです。同仁会では、「前倒産に至る要因と改善へ向けての自己点検・再建案」がまとめられ、「医療と経営」「事業所と地域」「管理と職場」の3つの乖離があったこと、また、民主的管理運営の弱点、特に職場からの民主主義の欠落、を明らかにしました。そして、資金管理や利益管理についての事務幹部の力量、民医連統一会計基準の理解と遵守、法人の自覚的な県連や全日本への結集と県連機能などの問題を整理しました。



同仁会・耳原総合病院では現地調査の最終日の2月18日夜、医師の要求で全医師集会がもたれた

注5…その後、2010年の統一会計基準改定にあわせて「民医連の簿記の達人」「会計の達人」「税務の達人」シリーズを発行するなど経営力量の向上がはかられました。

第8章

医療・介護の 常利化とのたたかい と組織強化

第4節 共同組織の拡大強化

KEY

今日、民医連が重視している「医療・介護活動の2つの柱」の実践、SDH、HPHのとりくみにおいても共同組織の参加と実践は、不可欠のものです。

あらゆる実践を共同組織とともに進めていくために、私たちが民医連綱領の学習の中で、共同組織についてしっかり学び、その存在と活動を発展させていくことが何より重要です。

共同組織の歴史

～無産者診療所、民診、山梨、「基盤となる組織」から「共同組織」へ

共同組織の存在は、民医連運動の最大の特徴の1つです。

戦前の無産者診療所も、激しい弾圧の中で診療所を支え続けたのは、農民組合や労働組合、地域住民の力でした。

その無産者診療所運動の経験は、戦後の民主診療所を作る運動に引き継がれ、労働組合や農民組合、生活と健康を守る会などを含めて、常に地域の組織と力に支えられて私たちの運動は進んできました。

1967年の全日本民医連第14回総会で「経営を守り、社会保障運動や様々な弾圧とたたかう力を強める上で、『基盤組織（きばんそしき）』の拡大と強化、地域の民主的諸組織の発展を重視する」と提起しました。70年代にはいって、医療生協の組合員活動が大いに進み、医療生協以外の法人にも「友の会」などが広がり、1978年には「法人運営と基盤となる組織についての交流会」を開催、基盤となる組織の機能を「所有と経営参加」、「資金参加」、「院所利用」、「保健活動」の4つに整理しました。

1983年の山梨勤医協倒産と再建運動の教訓として、さらに認識を深め、1985年に、「あらためて基盤となる諸組織を強化・発展させるために」を発表、法人形態の違いを越えて基盤となる組織の強化をはかることを提起しました。「基盤となる組織」の呼称は「民医連運動をつみ上げていくすべての土台、根本」という意味で確認されたものです^{注1}。

1991年には、静岡県熱海市で第1回「基盤となる組織」活動交流集会を開催し、この年に「医療従事者と患者や地域の友の会、医療生協、患者会の方がたとの交流と運動のきずなとなる」ことをめざして、機関誌『いつでも元気 MIN-IREN』を創刊しました（創刊時の名称は『えがお』）。

1992年の全日本民医連第30回総会では、それまでの「基盤となる組織」の呼称を、「共同組織」と変更しました。それは、この組織が民医連運動の不可欠の構成要素であるだけでなく、自立した医療住民運動組織として発展してきたことによるものです。1993年には、共同組織全国連絡会が発足しました。

次いで1994年の第31回総会では「民医連運動のパートナーとしての共同組織」を提起し、1997年には「共同組織についての民医連の方針の発展とこれからの課題」を発表しました^{注2}。この方針に基づいて「共同組織と民医連運動」（学習用書籍）を発行し、全国で学習運動を行いながら、300万の共同組織をめざして活動が強められました。



1991年2月、「基盤となる組織」活動交流集会開催

注1…この時点では、基盤となる組織は「所有と経営参加」、「資金参加」、「院所利用」、「保健活動」、「社会保障のとりくみ」、「反核・平和活動」の6つの機能に整理し、医療・経営・社保の3つの分野すべてで共同のとりくみを進めていくことを明確にしました。

注2…共同組織の「5つの課題」として、①共同のいとなみの医療とともに築く、②民医連の法人・事業所を守る、③社会保障を改善し、まちづくり運動を進める、④民医連の医療と運動をつなぐ後継者を育てる、⑤連帯の輪を広げ、共同組織を強化発展させると提起しました。

安心して住み続けられるまちづくりと 400万共同組織、10万部の『いつでも元気』をめざす

1998年に開催した共同組織委員長会議では、「安心して住み続けられるまちづくり」が強調され、共同組織の活動を「自立した医療住民運動組織として地域の中で人権を守る立場を鮮明にし、助け合い、くらし、医療・福祉・環境、教育、文化などあらゆる住民要求にこたえたまちづくりの運動を広げていく主体的な存在となっていくこと」「地域の要求実現と平和、人権、福祉の社会変革の活動と結びつけた役割も重視すること」など、新たな水準へ前進させていくことが提起されました。

2002年の全日本民医連第35回総会は、この運動の広がりを背景に、共同組織活動の特徴と役割として、「健康増進活動の前進」「地域での助け合いやネットワークづくり」「国や自治体に対する要求運動」「環境と平和を守る運動」「民医連事業所を発展させる運動」の5点を提起しました。また2006年の第34回総会では、300万共同組織の到達を踏まえて、「10年間で400万の構成員、10万の『いつでも元気』をめざす」ことが呼びかけられました。

こうした前進、発展を保障した力のひとつは、1991年からはじめられ2018年で14回を迎えた「全日本民医連共同組織活動交流集会」です。そこでは参加者が、全国津々浦々の活動を交流し、各地に持ち帰り、さらに実践を発展させています。また、そこに参加した研修医をはじめ多くの職員が、地域の中で生存権・健康権の守り手としての共同組織の存在意義に共感し、民医連運動への確信を深めています^{注3}。

民医連綱領に「共同組織」を書き込む

1970年に11万だった共同組織構成員は今日370万に広がり、活動内容も進化しています。支部や班を基礎に、健康体操、がん検診、青空健康チェックなどの健康づくりの広がり、高齢者・障がい者・子育てなどの地域での助け合い活動、居場所づくり、子ども食堂などのとりくみも大きく前進しています。安心して住み続けられるまちづくりの運動として、暮らしや医療・介護の相談活動、平和・環境・社会保障を守る運動なども活発にとりくまれています。また、事業所の利用委員会、倫理委員会、医学生対策活動などへの参加、出資金や地域共同基金の拡大をはじめ民医連の事業所を守り発展させるとりくみもすすんでいます。

「共同組織」の文言は、1961年綱領にはなかったものです。しかし、以上のような歴史をふまえて、民医連運動にとってかけがえのない「共同組織」が、民医連綱領の前文と後文に明記されたのです。

注3…全日本民医連共同組織活動交流集会の歩み

第1回	1991年	静岡県熱海市
第2回	1993年	滋賀県大津市
第3回	1995年	宮城県松島海岸
第4回	1997年	福岡県原鶴温泉
第5回	1999年	北海道洞爺湖温泉
第6回	2001年	石川県山中温泉
第7回	2003年	東京都
第8回	2005年	岡山県美作湯郷温泉郷
第9回	2007年	長野県松本市
第10回	2009年	長崎県長崎市
第11回	2012年	岩手県花巻市
第12回	2014年	兵庫県神戸市
第13回	2016年	石川県加賀温泉郷
第14回	2018年	神奈川県横浜市
第15回	2020年予定	山梨県

第1節 阪神・淡路大震災と民医連

KEY OUT

阪神・淡路大震災における被害の特徴と民医連の震災救援活動を振り返ります。その中で、政府・行政の救援、復旧、復興対策の問題点を整理し、対策の是正を求めた住民運動やその成果、その後の大規模災害への教訓を示します。

震災と被害の特徴

1995年1月17日午前5時46分、阪神・淡路大震災が発生。一瞬にして建築物や道路、鉄道高架が倒壊し、火災が多発、多くの人々が圧死、焼死しました。被害の特徴をキーワードで示せば、早朝の大都市部に、高齢社会の入り口で、直下型の大地震が発生し、街を破壊したことでした。戦前を知る高齢者は「空襲の後のように」と表現しました。死者6432人（圧死が8割、震災関連死919人）、負傷者4万3000人にのぼり、うち1万人が重傷者であり、その多くがその後障害を持ちました。建築物・家屋は全壊10万、半壊14万、一部損壊40万、全焼7000、一部焼損7000。ライフライン、交通網の遮断などの都市生活インフラの破壊、避難所最大収容数32万人、避難所から仮設住宅に5万世帯が移行して元のコミュニティーが破壊、高齢化と社会的格差の広がる社会構造の中で、災害弱者に人的被害が強く出現しました。

当時の大規模災害医療と教訓

発災当日は情報の断絶と混乱の極みでした。地元の医療機関は重大な被害を受け、災害対策の組織的な体制も病院間の情報連絡システムやマニュアルもなく、もちろんDMAT^{注1}もない時代でした。救急車もさまで、現地からの情報が発信できないために最初の全国版テロップには「死者4人」、「東神戸病院倒壊」といった誤報もありました。あちこちからの「助けて！」という声に後ろ髪を引かれながら歩いて消防署にたどり着いた救急隊員が出動しますが、受け入れ可能な病院の情報がなく、高機能救急病院のある人工島への道路は安全確認できるまで閉鎖、被災地の病院は駆けつけたスタッフと乏しい薬品、医療材料で2～3日の可動が限界でした。災害急性期をすぎた時期には、多くの避難所で救護班が災害救助法に基づいて稼働しましたが、インフルエンザの蔓延や慢性疾患の増悪への対応が必要であるにもかかわらず、避難所の救護所では一般薬の使用や診察が許される程度で、健康保険収載薬や点滴などはできませんでした。なんとか倒壊や類焼を避けられた神戸市内の民医連の病院である東神戸病院^{ひがしこうべびょういん}、神戸協同病院^{こうべきょうどうびょういん}は急患、救急車を全て受け入れ、いったん収容して治療し、被災地外の病院への再搬送に努力しました。発災2日後には全国の民医連から駆けつけた多くの医師、看護師等の力で、救急搬入・搬送の継続と避難所訪問、地域へのローラー作戦を継続しました。

「避けられた死」はなかったのか、その後の検証がなされる中で、大規模災害時の救急医療体制の必要性が認識されていきました。1995年5月には日本集団災害医療研究会が発足し、2000年に学会へと発展。発災72時間以内の救出を使命にDMAT、

注1…Disaster Medical Assistance Team の頭文字をとったDMAT（ディーマット）と呼ばれる災害派遣医療チーム。災害急性期に活動できる機動性を持つ、トレーニングを受けた医療チーム。阪神・淡路大震災の教訓から、避けられる災害死をなくすとりくみの一環として設置されました。主に急性期の災害医療支援を担当し、日本DMAT（厚生労働省）と都道府県DMAT（各都道府県）などがあります。

広域搬送システム、拠点病院網の創設、地方自治体の災害救援マニュアルに基づくシステム構築につながっていきました。

復旧・復興政策の問題点と被災者支援の運動

港湾や道路、鉄道などの産業インフラの復旧を重視し早期の再建が実行され、神戸市は復興のシンボルとして神戸空港建設を打ち上げ、国も認めました。一方、住居を失い、自力で新たな住宅の確保ができない多くの被災者は、抽選で避難所から住み慣れた居住地と離れた環境の悪い仮設住宅に移っていました。人の復興を軽視する国、行政に対し、被災者と学者、医療者、法律家などが共同して県民復興会議を立ち上げ、自治体、国に対して「空港よりも被災者の個人補償を」と粘り強く働きかけました。1997年10月の神戸市長選挙には復興問題を争点に東神戸病院の大西和雄医師が立候補し、接戦(激震区では優位)の末、敗れはしましたが行政の復興政策に影響を与えました。そして粘り強い運動の結果、阪神・淡路大震災に遡及はされませんでしたが、史上初めて被災者支援法が成立し、個人補償に道を開きました。

民医連の果たした役割と教訓

第1には、伊勢湾台風の支援活動にはじまる民医連の災害救援活動の伝統を守り、組織を挙げてとりくみ、民医連史上最大の支援となりました。行政の救急・救援体制が未確立だった時代における民医連の活動に国会で厚生大臣からの感謝が述べられ、メディアも大きく報じるところとなり、民医連に対する国民の認知度が高まりました。

第2には、高齢社会、格差社会に起きた震災の被害(高齢者や低所得者に被害が強く現れ、復興も遅れる)を目の当たりにする中で、救援活動も避難所だけでなく、地域に出かけ、生活支援も視野に入れるスタイルを創りだしました。災害という非常時にも、日常の医療活動の視点やスタイルが現れることを自覚でき、民医連の医療活動にあらためて確信が持てました。

第3には、神戸協同病院の上田耕蔵院長が地震後の苛酷な避難生活の中で起こる死亡に注目し、直接死ではない震災関連死という概念を初めて報告、東神戸病院では高齢者の死亡率の高さや生活保護世帯の死亡率の異常な高さに注目する報告、障がい者や要介護者の避難先による機能低下の格差の報告など、救援活動のまとめや調査活動の中で実証的な研究発表や講演活動を行い、その後の災害医療や救援活動の発展に寄与しました。

第4には、被災者の実態を把握し寄り添う中で、国や行政の復興政策を問い合わせ、世論の力で被災者支援政策の前進に寄与できました^{注2}。



神戸市長田区の商店街で救援活動を行う神戸協同病院救護班(1995年1月20日)



阪神・淡路大震災で被災した地域を回って救援活動をする東神戸病院救護班。こうした訪問活動を「地域ローラー作戦」と呼んだ(1995年1月)

注2…『不眠の震災病棟』(全日本民主医療機関連合会／編)、『震災の真ん中で——東神戸病院・4診療所地震後31日間の記録』(医療法人神戸健康共和会)、『おまえらもはよ逃げてくれ 阪神大震災 神戸医療生協の活動の記録』(神戸医療生活協同組合)などを記録集として発行しました。

第2節 民医連における医師養成の歩み

KEY OUT

1970年代は、全国の民医連の病院での技術水準の向上と医師研修の整備、加えて医学生運動の高揚と受け入れ活動の強化などにより新卒医師の民医連参加が増えました。その後、国内では社会保障の改悪や医師過剰論すら喧伝され、世界ではソ連の崩壊、新自由主義がはびこるといった情勢の変化も影響して、80年代後半から90年代にかけて医学生運動の停滞と民医連の新卒医師受け入れの後退を招きました。こうした事態を踏まえ、全国的な論議を経て現在にもつながる医師の確保と養成の方針提起がされました。

病院建設・技術水準の向上と医学生運動高揚による若手医師の参加

1970年代には多くの病院の建設・増床、技術水準の向上、医師研修の整備が進められました。さらには政治革新の運動が高揚する中、80年代にかけて医学生運動も活発化し、自らの医療観と民医連との親和性を感じた新卒医師が大量に民医連に合流しました^{注1}。

1981年の「民医連における医師の受け入れと研修の新たな発展のために(三たび訴える)」は60年代末以降の民医連医師養成の到達点と今後の展望を示したもので、200人の受け入れにふさわしい研修条件を整備し、日本の卒後臨床研修制度を正しく発展させることを提起しました。医療が高度化・細分化する中で民主的集団医療を発展させ、二次医療体制を着実に整備してきたことなど、「医療活動の充実が青年医師の参加を飛躍的に促進し、そのことがまた、医療の前進を保障するという教訓」を明らかにしました。

医学生運動の停滞と新卒受け入れでの苦戦を通して到達した「転換」

国は新設医大を中心に新しい学生管理を徹底し、進級チェックの厳格化や学生自治会活動などに対する大学当局の監視を強化しました。加えて、詰め込み式の医学教育や国家試験の難問奇問化なども深刻で、医学生から将来の医師像を模索する余裕を奪っていました。また、80年代後半からの天安門事件、ソ連の崩壊を利用した「社会主義崩壊論」「保革対立消滅論」などが喧伝され、医学生運動に一定の影響を及ぼしました。1984年をピークに新卒受け入れは停滞し、90年代に入り明らかに低調に転じました(91年154人、92年134人、93年120人、94年は110人)。

1992年の「民医連の医師養成のあり方に関する問題提起」では、80年代後半の「保険医インター」「専門医法制化」などとのたたかいの教訓を分析しつつ、退職問題や経営問題、大規模化・細分化に伴う医師集団の団結上の困難など、70～80年代の発展の陰で新たに発生している弱点を明らかにし、研修内容の点検や医局・医師委員会の役割などについて言及しました。加えて、民医連のめざす医師像をより明確にし、医学生に展望と確信を示すことの重要性が強調されました^{注2}。

現状突破の中心的論点は、技術研修の優位性を語るだけの「一本釣り」的な医学

注1…1975年78人、76年106人、77年120人、78年131人、79年148人。80年145人、81年172人と受け入れ数が増加しました。全日本医学生自治会連合が結成された1984年卒の新卒受け入れは200人と、目標に迫る到達でした。

注2…1992年4月には「医師養成と医学対の飛躍をめざす全国交流集会(宝塚集会)」が医師242人を含む450人112演題で大きく成功しました。

対活動ではもはや前進は望めず、全医学生を対象に6年間を通じて日本の医療を語り国民が求める医師像に向かってともに歩もうと訴えることが必要、というものでした。1990年の「医師受け入れ対策会議」や毎年の医学生委員長会議で深められ、後に「90年代型医学対」として定式化された基本路線です^{注3}。

その核心は、①医学生のさまざまな自主的な活動を援助し、医学生の民主的な成長と運動の発展を促す、②民医連運動の後継者を確保するという、「民医連医学対活動の2つの任務」を明確にし、力を入れる活動として、医学生ゼミナールや自主ゼミ、サークル、自治会活動などの医学生運動との協力共同をすすめ、医学生の社会的めざめや国民の立場に立つ医師になっていくための成長を援助することです。そのために、県連間の協力を強めつつ、民医連の医師や医学対担当者をはじめとする職員が日常的に医学生と結びつき、地域医療にとりくむ民医連の医療現場などをフィールドとして、日本の医療情勢や地域住民の要求、それにこたえる医療のあり方、医師像などをともに学び深める活動を旺盛にとりくもうというものでした。また「民医連の医療と研修を考える医学生のつどい」も、そのような場として重視されました。

『Medi-Wing』発刊と21世紀に向けた民医連医師養成の提起

1995年に阪神・淡路大震災、地下鉄サリン事件、薬害エイズ問題が立て続けに発生し、医学生をはじめとする青年学生の社会的関心が高まるなか、こうした若者たちの感性にマッチするような民医連の発信を検討し、同年に『Medi-Wing』が創刊されました。

1998年の医学生委員長会議では「90年代型医学対」の進捗を総括し、全学生を協力共同の対象に据え直し、医学生の感覚にマッチした新しいとりくみについて検討されました。この会議の問題提起「医学対活動の新しい前進のための問題提起(98新方針)」は21世紀に向けた民医連の医学対活動のあり方を示す重要な内容を備えています。

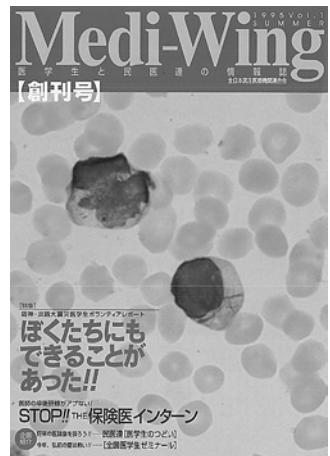
98年の9月に発表された「民医連医師・医師集団は何をめざすのか」は、「三たび訴える」以来の民医連医師養成の総合的な方針書であり、21世紀に向けて、民医連の医師・医師集団が進むべき道筋や医師養成のあり方が総括的に示されています^{注4}。

99年の「民医連基礎研修の課題と展望」は、「三たび訴える」で提起された民医連医師研修の基本的立場(①患者の悩みや声に耳を傾ける謙虚で誠実な姿勢 ②安全な今日的医学水準の確保 ③普遍性のある医療と研修の追究)を引き継ぎ、その発展方向を示しました。

2004年新医師臨床研修制度への対応と努力

民医連は積極的に研修病院の指定をめざしました(最大58病院)。そして、研修指定病院から中小規模病院を排除するという不当な攻撃がありました。中小規模病院での研修の重要性を主張し研修指定を維持しました。また、次期の制度改定では一般外来研修や研修医の院内委員会への参加など、私たちの実践が評価され、制度にとりいれられました。

注3…こうした医学対活動の転換の内容は、1994年の第31期第1回評議員会方針と、その活動の徹底・発展を呼びかけた1996年の第32期第1回評議員会方針で整理されました。



Medi-Wing創刊号(1995年)

注4…「民医連運動の歴史は、医師をはじめとする技術者の参加と養成の努力の歴史でもありました。特に、医学生の自主的な活動への協力と医師養成は今日の民医連運動の到達を築く上で決定的な活動でした」と振り返り、市場経済の暴走で人権がないがしろにされる中で、「人権と非営利」の旗を掲げ、科学とヒューマニズムに立脚した総合性を持った医師・医師集団になることを宣言しました。

第3節 医療事故・事件をのりこえ、保健・医療・福祉の複合体として

KEY OUT

2000年前後、大学病院で「手術患者取り違え事故」が起り、公立病院で「消毒剤の静脈注射事故」が起るなど、病院における医療事故がマスコミに取り上げられることが増えました。**同時期に重大な医療事故や事件が発生し、民医連は患者の人権を第一に全国的なとりくみをすすめました。**

院内感染から始まった「安全・安心」のとりくみ

2000年6月、経営再建中の大阪・耳原総合病院で3人の患者がセラチア菌の院内感染による敗血症で死亡するという医療事故が発生しました。当時は届出義務のない菌でしたが、患者と家族に謝罪し、患者の治療に全力をあげるとともに、自主的に公表して他施設に経験を伝えました。保健所や国立感染症センターの協力を得て、検証と再発防止策を検討し、消毒用アルコール綿のアルコール濃度を上げる必要があることなどを解明しました。

全日本民医連は、この教訓を重視して、「みんなではじめる感染予防」をはじめ、「転倒転落事故を防止するために」「みんなでとりくむ注射事故防止」など、医療安全に関するパンフレットを発行しました。そして、当時の最新の知見を取り入れ、医療事故は個人の責任ではなく組織の問題であり、医療安全は現場のシステムと組織文化で実現するという方針を確立し、全国的な集会も定期的に開催してきました。医療事故が起きた場合は、患者の人権を第一に、真実を告げ、治療に全力であたること、そして原因究明、再発防止、情報の公開を原則として確立し、実践を全国に徹底しました。そして、被害者救済と再発防止のための第三者機関の設置を国に要望し、運動してきました（これはのちに、日本医療安全機構として実現）。

2002年の全日本民医連第33回総会直後に、喘息発作後の意識障害のある患者の気管チューブを抜去し、その直後の苦痛症状出現に対し筋弛緩剤を使用して死に至らしめた川崎協同病院での「気管チューブ抜去・筋弛緩剤投与事件」が発覚しました。続いて、同年9月、嫌気培養を実施しないまま喀痰などの嫌気培養陰性と虚偽の報告をした京都民医連中央病院での「細菌検査虚偽報告事件」もありました。これらの事件は、民医連の医療活動そのものと社会的信頼に関わるものであり、政権与党の側から病院潰しと言えるまでの攻撃が加えられました。これに対し、事実に正面から向き合い、事実を包み隠さず公表、そして謝罪し、外部の指摘や指導も受けながら組織の問題として真摯に原因究明と再発防止を追求しました。

2004年の全日本民医連第36回総会では、これらの事件の教訓を以下のようにまとめました。第1に、組織と管理運営の問題として「現場任せの医療、他から学ばない我流の管理運営、管理組織の未整備」、第2に、患者の権利擁護、民主的集団医療、共同のいとなみなどの「理念」も日常不断の意識的とりくみと点検なしには、「形がい化」すること、第3に、医師養成、各職種の倫理性や専門性、「民主主義の能力」が問われることなどです。



当時発行した感染予防などのパンフレット

そして、①医療安全では、インシデント・アクシデントの報告と分析、リスクマネジャーと各職場へのセイフティーマネジャーの配置、安全文化の職員への醸成を進めること、②医療の質を向上させるための第三者評価を積極的に受審すること、③患者の権利と民主的集団医療を前進させること、④医療事故を取り扱う第三者機関の設置を求める方針として打ち出しました。

医療経営構造の転換と「保健・医療・福祉の複合体」

また、全国的に自らの医療の質を見直し、「安全、安心、信頼、共同」の医療活動を再構築しながら、高齢社会にふさわしく「医療・経営構造の転換」の挑戦をはじめました。日本の高齢化率が世界第1位となった2000年には、介護保険制度が始まりました。民医連の事業所は、経営困難の打開を図りつつ積極的な介護事業展開をすすめ、介護の社会化を名目に創設された介護保険制度の抜本的な改善を求める運動を同時に開始しました。介護保険制度は、設立当初から問題がありました。必要なものを充分に保険給付する「必要充足」、「現物給付」、「非営利の事業者」という医療保険制度に見られる原則を取り扱い、なるべく安上がりに済むよう制度設計され、事業者も営利企業でも可能としたからです。

「医療・経営構造の転換」は、「医療事業を縮小して介護事業を進めることか」といった誤解もあったため、病院と診療所に分けて全国会議が持たれました。転換の視点として、①高齢社会という時代の要請であること、②自らと地域の医療と福祉を守る「たたかいと対応」であること、③積極的な地域連携が鍵を握っていること、④共同組織を巻き込んだまちづくりにつなげることなどが重要であると確認され、今後の民医連組織を「保健・医療・福祉の複合体」に発展させることが意識されるようになりました。また、これに先立つ1998年、全労連と民医連が中心になり、「働くもののいのちと健康を守る全国センター」が発足し、今日まで過労死、過労自殺問題、メンタルヘルス、アスベスト被害対策などに協力してきました。他に、原爆症認定集団訴訟や「水俣病掘り起こし検診」、東京の大気汚染公害裁判でも役割を果たすなど、社会的な要因で起きてくる健康障害にも活動のウイングを広げました。

【保健・医療・福祉の複合体発展の一般的理由】

- ①複合的な疾患、心身の機能低下を併せ持つ高齢者の医療とケアを单一事業体・グループが提供することは、質向上と効率化の両面で有利である。
- ②医療と介護が保険制度上分離され、しかも費用抑制政策がとられたため、民間医療機関は介護事業展開がなければ経営的存立が危ぶまれた。



民医連新聞号外

第4節 医療・福祉宣言づくりと綱領改定への道

KEY CONCEPT

政府の「構造改革」により医療費抑制政策が急速にすすみ、病院・診療所の医療展開に困難が生じてきました。民医連の存在意義を確認し、新たな発展を築くための理念と医療従事者の確保・養成のために医療・福祉宣言の運動を提起、それはやがて1961年綱領の改定へと続すこととなりました。

なぜ、医療・福祉宣言づくりか

1997年2月、第32期第2回評議員会は、「今、あらためて民医連とは～民医連の医療宣言をつくることの呼びかけ」を発表しました。その目的は、「患者のためのよい医療」という中身を今日的に明確にし、社会に発信することでした。日本の医療が、人権か、営利かという医療のあり方そのものにかかわる重大な歴史的転換期にある中で、民医連内部の問題として職員の中に民医連運動に対する不確信が存在していること、中でも医師の退職が増加し医師数の停滞という状況を生み、それを十分解決できないでいることが宣言づくり運動を提起した動機でした。

そして医療宣言をつくっていくうえでふまえるべき視点として、第1に、「民医連にとって、医療と政治という二つの原点」を確認すること。第2に、1961年綱領に基づく実践をすすめる中で医療理念上の重要な発展があったこと^{注1}。第3に、医療宣言は、「民医連は何をしているのか、今後何をめざすのか」を外部に向かって明らかにすることとしました。そしてその後、患者の権利法の運動や医療生協の患者の権利章典にも応えて、全国の職員、共同組織に民医連医療について議論してもらうこと、多くの職員が宣言づくりに加わり、自らの事業所や部署の医療宣言をつくることを提案し、全事業所の7割が宣言をつくりました。

1961年綱領の見直しの論点

21世紀を迎えて全日本民医連と各事業所は、医療・福祉宣言の視点で実践を積み重ね、積極的な介護事業展開をすすめました。そして、介護の社会化を名目に創設された介護保険制度の改善を求める運動を合わせてすすめました。しかしその時期に、第3節で記述したような痛恨の医療事故や事件が民医連の病院で発生し、これに対して事実に正面から向き合い、組織の問題として真摯に再発防止と安全な管理を追求しました。こうした中、民医連が医療機関という枠を超えた事業展開が進んだこと、「患者の権利」が広く意識される時代、共同組織の発展、「より開かれた民医連」の具体化など、医療・福祉宣言を包含していよいよ1961年綱領の見直しをする時期にきていることを自覚することとなりました。

2006年の全日本民医連第37回総会において、憲法の理念に立脚することを明示すること、改めて困難を抱える圧倒的多くの人々の立場に立っていること、すべての活動のパートナーとして共同組織を位置付けること、保健・医療・福祉の複合体として要求で一致するより広い共同を実現することなどを論点に、新しい時代にふさ



医療・福祉宣言交流集会(岩手民医連)

わしい団結の基軸となるような綱領改定の議論を呼びかけ、プロジェクトチームでの作業を進めることとしました。そして、2008年の第38回総会で改定草案を提案しました。

【全日本民医連の医療・福祉宣言】

～いつでも、どこでも、だれもが安心できる良い医療と福祉を～

戦後の飢餓と伝染病が蔓延するなか、医療に恵まれない人びとと医療従事者が手をたずさえ、民主診療所を各地につくりました。私たち全日本民主医療機関連合会（略称：民医連）は、これらの連合体として1953年に結成されました。それから半世紀、私たちは働くものの医療機関として、何よりも地域の人びとの声を大切にし、切実に求められる医療を実践してきました。そして、人権を守るために社会保障充実の運動をすすめ、災害救援、労働災害、公害や環境などの社会問題にも力を入れてきました。

現在、私たちの施設はすべての都道府県にあり、その数は1500か所をこえ、約5万人の職員が働いています。診療所や病院、介護・福祉施設、薬局などを中心に、予防から治療、在宅ケアまで、保健・医療・福祉にわたる総合的な活動をすすめています。私たちの組織は、医療生活協同組合員や友の会会員など現在約300万人が参加する非営利・協同の事業体であり、経営を公開し、差額病床をもたず、「いのちの平等」をめざして活動しています。

政府はこの十数年来、病気や高齢期の諸問題についてその公的責任を大幅に縮小し、国民の経済的な負担を何度もふやしてきました。医療や福祉が利潤追求の対象にされ、国民にとっては、お金のあるなしで差別されるような状況がすすんでいます。結果として、日本国憲法に示される国民の生存権、健康権の保障が侵害され、社会生活全般にわたる不安が増大しています。

私たちは、すべての国民が人間として尊重される医療と福祉の実現をめざします。このことは、憲法が保障する健康で文化的な生活の基本的な条件であり、私たちの社会的使命と考えます。そのために患者さんや地域のみなさんから真摯に学ぶ姿勢をもちつづけ、科学技術の積極的な成果をとりいれ、同じ願いをもつ広範な人びとの共同の輪を広げます。

20世紀には、多くのいのちが戦争で奪われた反省にたち、平和・民主主義・人権こそ価値あるものとする世界の歩みがありました。この歩みを世界の人びととともにすすめ、21世紀が平和と福祉の世紀となることをめざし、宣言します。

1.人権を守り、ともにつくる医療と福祉

私たちは、信頼・納得の医療と福祉を共同のいとなみとして実践します。そのために医療と福祉への患者・住民参加を何よりも大切にし、情報の公開と共有を基礎に安全性を高めます。医学医療の進歩、高齢社会の到来や生活不安の増大のなかで、地域からの期待や要求も変化します。私たちは、医療と福祉の公共性を守る運動をすすめながら、生活や人生の質を高められる技術や施設など、新しい課題にも挑戦します。

2.地域に根ざす保健・医療・福祉ネットワーク

ますます厳しくなる生活や労働、そして健康の問題を解決するうえで、地域ネットワークの強さと細やかさが大切です。私たちは、他の医療・福祉施設や行政、ボランティアなど、関係する人びとの交流や共同のとりくみを大事にします。そして、私たちへの期待や意見にしっかり耳を傾け、より開かれたネットワークをめざします。

3.安心して住み続けられるまちづくり

子どもたちが健やかに育ち、高齢者や障害をもつ人が安心して暮らせるまちは、すべての住民にとって住みやすいまちです。これからは、行政の責任と同時に、自治への積極的な住民参加が求められる時代です。私たちは、地域全体が健康になることをめざし、暮らしと雇用・教育・環境・文化などのまちづくりの活動に参加します。

4.憲法と平和・福祉の国づくり

日本国憲法は、不戦を誓い、国民の生存権を保障した世界に誇れるものです。その大切な憲法がこわされようとしているいま、あらゆる人びとと力をあわせて、平和を脅かす動きや憲法そのものの改悪に反対します。そして私たちは、社会保障制度の充実をはじめ、憲法が暮らしのなかに生かされ、人間の尊厳が何よりも大切にされる国づくりの運動に合流します。

5.非営利・協同の組織としての発展

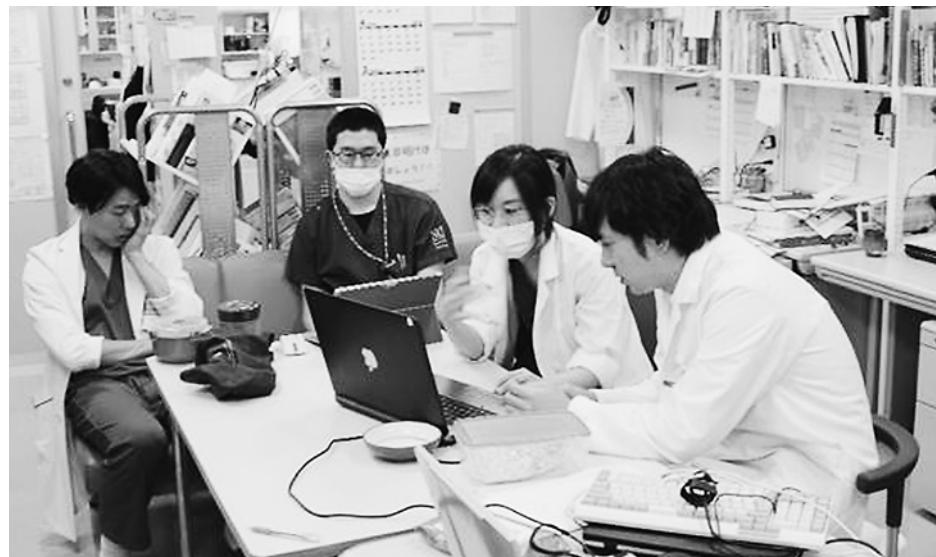
私たちの組織や施設は、地域の財産です。社会的使命をかけ、事業や運動をすすめる非営利・協同の組織が世界的に発展しており、私たちもその一員として国際交流を深め、経験や教訓を学びます。住民と医療・福祉の専門職が、営利を目的とせず、自立的に設立し、民主的に管理運営する多様な事業の発展方向をさらに探求します。

6.地域とともに歩む専門職の育成

病気や障害をもつ人びとの苦しみや生き方に共感し、地域のなかで学び成長する専門職の育成をすすめます。私たちの事業と運動の前進には、科学性・社会性・倫理性をふんだんにした人権感覚をもつ専門職が必要です。多くの学生に体験の場を提供し、あるべき医療と福祉をともに考え、民医連への参加を呼びかけます。

（この宣言は、第1次案が1999年2月に発表され、各事業所の宣言づくり運動とともに討議され、2002年、全日本民医連第35回総会にて決定されました）

民医連運動の 新たな発展期を 担おう



民医連運動の近未来を医師として担う予定の医学生たちも、全国各地で、民医連綱領を積極的に学んでいます。

そのうち長野では、民医連奨学生会議で、民医連綱領を実践的に学ぼうと1年かけてとりくんできました。きっかけは、医学生の「民医連の医療と福祉の実践を学びたい」「民医連奨学生としての自覚を高めたい」という声でした。

最初に民医連綱領全体の特徴のレクチャーを受け、その後に、医学生と医学生担当の職員がペアになって、民医連綱領の中文6項目を分担。それぞれの項目の意味について、文献で調べたり、実際に民医連の病院に見学に行き医師をはじめとする職員から話を聞くなどしてまとめ、発表します。月1回の奨学生会議での発表会では、たくさんの意見が交わされ深められました。



参加した医学生の感想です。

「この綱領学習の経験は、将来医師になるうえでの宝物です」
「本当の意味での、人にやさしい組織なんだなと確信しました」
「今までこんなに民医連綱領を掘り下げるて考えたことがなかったので、毎回新たな発見がありました」

そして担当した職員は、「自分たちの病院の医療実践と民医連綱領を結びつけて深めることができ、これまでよりずっと自分たちの病院の魅力に確信をもち語れるようになりました」と話しています。

第1節 東日本大震災と民医連

KEY on

阪神・淡路大震災と同様に、当時の社会の持つ困難や矛盾が顕在化しました。そして、警鐘が鳴らされていたにもかかわらず、安全神話が振りまかれる中で原発の重大事故を招いてしまいました。**極めて広域、深刻な被害にいかに立ち向かうかが問われました。**

巨大地震と原発事故という未知への対応

2011年3月11日に発生した東日本大震災・東京電力福島第一原発事故は、未曾有の被害をもたらしました。そして、医師不足、高齢化、過疎化がすすんだ地域に起こったことに加え、自治体リストラなどの「構造改革」がその被害を拡大する結果となりました。

全日本民医連は、ただちに東日本大震災対策本部と緊急被ばく対策本部を立ち上げ、阪神・淡路大震災以降に蓄積してきた災害救援や被爆者医療の経験を生かした方針を全国に発信しました。第1に、被害の大きかった岩手、宮城、福島の3県に現地災害支援拠点を構え、継続的な支援体制を確立すること、第2に、被災地が広大であることから、他の医療、福祉団体をはじめ、協力できる多くの団体、ボランティアとの共同をすすめること、第3に、重大原発事故という未経験の災害に対し徹底して被災者に寄り添った対応、支援を行うこと、第4に、災害救助法などの既存の法の枠組みにとらわれない対策、原発事故の収束と原発政策の転換を国に求めるところとしました。

多彩に、協力・連携に心がけた支援活動

対策本部の呼びかけに応えた全国の民医連事業所は、延べ1万5000人を超える支援者を送り出し、3.6億円の義援金を集め、メディアも「日赤に並ぶ支援（4月16日付読売新聞）」と報道しました。具体的な活動としては、①坂総合病院など民医連の事業所を拠点にした多彩で総合的な医療・介護支援活動、②岩手沿岸部など、民医連の事業所のない地域での災害支援、福島県でのこころのケアチームの派遣など、各県の災害対策本部の指示に基づく活動、③日本医師会の要請に応えた市立本吉病院への医師支援、④高齢化を意識した避難所、仮設住宅への支援、医療福祉生協連と協力した宮城県山元町での長期にわたる地域生活支援、⑤被災者の生活再建を求めた国や県に対する要請行動などが特徴的でした。

被爆者医療の経験を生かした被ばく対策と福島支援

民医連の緊急被ばく対策本部は、3月15日に国に対して、正確な情報提供、人体への影響調査、廃炉方針の打ち出しを申し入れました。そして、津波に続く原子炉建屋の水素爆発による放射性物質の飛散のために避難を余儀なくされた人々の受け

入れや避難所での救援にとりくみました。また、「メルトダウンは起きていない」「ただちに健康に影響ない」といった国や東京電力による根拠のない発表が繰り返される中、5月には民医連医師チームが福島県内12会場で被災者の不安に応えるために被ばくの知識や対処法などを学ぶ緊急学習会を開催し、1600人が参加しました。パンフレット「福島第一原発事故から何を学び、取り組むのか」を15万部発行、「私の行動記録」は無料で配布しました。そして、福島県民医連の事業所への医師、看護師支援にもとりくみました。

2012年秋に日本を訪問した、国連「健康に関する権利」特別報告者のアンド・グローバー氏は、日本政府と東京電力の対応は被害者に対する健康権侵害であるとして必要な施策を勧告し、ドイツでは福島の事故を契機に原発ゼロ政策を選択しました。東日本大震災・東京電力福島第一原発事故から5年が経過した2016年春の段階でも、18万人を超える人々が避難生活を送り、特に福島県の震災関連死^{注1}は2008人（2016年1月現在）と事故後の厳しい避難生活などの影響が浮き彫りになりました。また、2015年11月の県民健康調査検討委員会の発表では、2巡目の検査結果が確定して、甲状腺がんもしくは疑いが39人となりました。全日本民医連は、原発問題学習パンフレット「被災者に寄り添い、いのちと人権を守るために」を初版3万部発行し、福島支援連帯行動と原発のない社会をめざす運動を並行して進めました。



宮城にあつまる全国の支援者

注1…2019年1月9日現在で、地震、津波の影響で直接亡くなった福島県民の人数を上回る2260人（うち自殺者101人）が、東京電力福島第一原発事故による放射能汚染の影響の中、長引く避難の中で心身ともに疲労し死亡、震災関連死として認定されています。これは、宮城、岩手の震災関連死を大きく上回り、原発事故関連死とも言われています。

東日本大震災・東京電力福島第一原発事故に対する 民医連の活動の特徴

- (1) 「人々の困難に寄り添って乗り越える」という民医連の災害医療、救援活動の伝統と蓄積を活かし、健康権実現と連携重視の綱領実践の画期となり、民医連職員の確信となったこと
- (2) 新自由主義的な「構造改革」が助長した日本社会の矛盾、地方切り捨て政策や「原発神話」に基づくエネルギー政策などの問題が明らかとなり、人の復興と原発ゼロを求める運動の一翼を担えたこと
- (3) 重大原発事故、大量放射性物質飛散という歴史的に未経験の事態にも対応する中で、自然災害大国日本における今後の災害医療・支援、防災活動の視点と方針策定、MMATの創設につなげたこと



原発問題学習パンフレット

第2節 戦後70年の節目に

KEY OUT

戦後70年を迎える日本は、日本の進路がいかにあるべきか、問われる時代となっています。政府がグローバル経済に対応して企業が最も自由に活動できる日本、アメリカとともに戦争できる日本へと暴走する中、**平和と人権が尊ばれる日本をめざす意義を考えます。**

民医連は、2015年8月の第41期第3回評議員会において、特別決議「戦後70年、被爆70年、平和と人権をさらに高く掲げて」を採択しました。当時の政治状況を振り返り、その意義についておさえます。

「海外で戦争をする国づくり」と国民的たたかいの中で

第41期第3回評議員会は、第2次世界大戦前の体験と記憶のある世代がごく少数となる中で、再び海外で戦争をする国となるのか否か、「戦争法」をめぐって国内外で熱くたたかわれる最中の開催でした。特別決議は、憲法9条をないがしろにしようとする安倍政権の歴史認識と海外で戦争する国づくりを批判し、今後自らが医療・介護という現場において倫理的行動を貫き、世界の人々とともに平和的生存権を実現する運動をさらにつすめる決意を表明するものとなりました。また、ドイツにおける「過去の克服」の歩み^{注1}に学び、戦争時代の医学犯罪に対して未だ歴史的な検証と反省をしていない日本の医学・医療界の一員であることを自覚し、戦争時代の医学犯罪についてアジアと世界の人々にお詫びしました。戦争時代の医学犯罪の検証と反省は、今日、医療界が医の倫理を確立してゆく上での原点であり、医療界の自律性、国民と医師、医療者の信頼関係構築の礎です。

民医連の平和運動に誇りと希望を

安倍政権の歴史認識について、振り返ってみましょう。

今日、植民地支配と侵略によるアジアの人々への損害と苦痛に対して、痛切な反省と心からのお詫びを表明した「戦後50周年の終戦記念日にあたって」という当時の村山富市内閣総理大臣談話から20年が過ぎ、戦争時代の記憶を自分のものとしている人々はすでに日本人の1割以下となりました。ましてや、アジアにおける日本の植民地支配や軍の蛮行を直接知る人はほとんどが亡くなっています。村山談話と同じ1995年8月15日、安倍晋三氏も参加する自民党の「歴史・検討委員会」が『大東亜戦争の総括』を発行し、「大東亜戦争は正しい戦争、南京大虐殺や従軍慰安婦はでっち上げ」と侵略戦争を美化しました。史実をねじ曲げる歴史修正主義が台頭し、「植民地支配と侵略」を肯定する教育のための「新しい歴史教科書をつくる会」の運動、アメリカ連邦議会下院による日本軍『慰安婦』問題批判決議に対抗する「歴史事実委員会」のワシントンポスト意見広告(2007年)などにエスカレートしていきました。こうした中で、従軍慰安婦問題を含む日本の政治指導者の歴史認識を問うアジア諸

注1…「過去の克服」という言葉は、ナチス・ドイツの暴力支配の帰結に対する戦後ドイツのとりくみの総称です。被害者への補償、行為者の司法訴追、歴史教育の実践を通じて、戦後ドイツの民主主義を育みました。

国、世界の批判が最近の10年間に一気に高まってきた。しかし2015年8月に発表された戦後70年の安倍総理談話は、自らの言葉では反省とお詫びは述べず、むしろ謝罪の繰り返しに歯止めをかける表現を用いました。

一方、民医連の平和運動の歴史を振り返れば、まず戦前に命がけで戦争政策に反対した無産者診療所を源流とし、今日までの綱領に「いっさいの戦争政策に反対する」ことを明記し活動してきました。日本国憲法発布直後から始まった改憲策動とのたたかい、被爆者医療の実践、被爆者援護法制定や核兵器廃絶への行動、自衛隊海外派兵反対や辺野古支援・連帯行動など、一貫して平和と憲法擁護の行動を続けてきました。2015年のNPT再検討会議では、過去最高の159カ国が核兵器の非人道性を告発し全面廃絶を求める共同声明を発表し、核兵器禁止の法的枠組みを求める意見を大勢にすることができました。そして2017年、国連総会で核兵器禁止条約が採択されるという核兵器廃絶に向けた巨大な一步が踏み出されました。核兵器禁止条約の採択に至るには、日本と世界の市民による長い年月の運動、とりわけ被爆者の運動が決定的でした。また、ベトナムの枯れ葉剤に苦しむ子どもたちへの支援、中国で日本軍が遺棄した毒ガス兵器の被害者支援、在韓被爆者の支援や韓国の医療従事者との交流など、平和と人権を求める東アジアの人々とともに活動し今日があることに大きな誇りと希望を持つものです。

戦後民主主義の発揚と新しい市民運動

原発再稼働、特定秘密保護法に引き続き、戦争法をめぐって世代を超えた市民による広範な反対行動が生まれる中で、新しい市民運動、学者グループ、民主団体や政党の共同が相乗的に発展しました。残念ながら戦争法は強行されましたが、70年目をむかえた戦後民主主義は大きく発揚したと言えるでしょう。特別決議は政府に対し、史実に基づく検証と正しい歴史認識の確認、そして「過去の克服」への真摯な努力を求めました。「植民地支配と侵略」の事実とそれを大罪と認める歴史認識に立つことは過去のことではなく、これから日本が世界の国々と対話し平和的に共存してゆくための礎であり、いまの日本人に問われていることです。

政府は日米新ガイドライン実践^{注2}のために戦争法で可能となった準備を着実にすすめ、安倍首相は「9条改憲」に前のめりとなっています。辺野古新基地建設に反対するオール沖縄のたたかい、戦争法成立下での全国にある米軍基地の危険性を知らせる活動、これらと日本国憲法を学び直し、9条改憲に反対する大運動を結合させ、今の何倍にも共同を広げてゆくことが重要です。



SEALDsが呼びかけた戦争法反対の行動に集まった若者たち

注2…戦争法案が国会に提出される前の2015年4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。

第3節 沖縄の痛みは日本の痛み、
民主主義が問われる米軍基地問題

KEY CONCEPT

民医連が辺野古新基地建設反対のオール沖縄^{注1}のたたかいに連帯して行動する理由は、**人権、平和、民主主義、地方自治という日本国憲法の中心的な価値を守るために**あります。民医連綱領の実践そのものです。

注1…2012年9月9日に宜野湾海浜公園多目的広場で開催された「オスプレイ配備に反対する沖縄県民大会」(10万1000人)に向け、県内全ての市町村長が「建白書」に同意した(1.オスプレイの配備を直ちに撤回すること。及び今年7月までに配備されるとしている12機の配備を中止すること。また嘉手納基地への特殊作戦用垂直離着陸輸送機CV22オスプレイの配備計画を直ちに撤回すること。2.米軍普天間基地を閉鎖・撤去し、県内移設を断念すること)ことから、「オール沖縄」という表現が使われ始めました。「オール沖縄」は、2014年沖縄県知事選挙において辺野古移設反対派の翁長雄志氏を支援する枠組みに発展し、戦後初めて辺野古移設に反対する圧倒的な県民世論の元で保守と革新の壁を乗り越え、沖縄が一致団結し、翁長雄志前県知事を誕生させ、2018年の県知事選挙でも玉城デニー知事の誕生やあらゆる沖縄の選挙での枠組みとなっています。今日の安倍政権に対する全国の市民と野党の共同の象徴ともなっています。



2004年にはじめた辺野古支援・連帯行動は、2019年1月で45回を数え、これまでに合計2500人が参加しています。民医連がなぜ沖縄の辺野古新基地問題に全国組織あげてとりくむのか、辺野古のある名護市や沖縄県の首長選挙に全国的に関心を持ち努力するのか。私たちが実現をめざす民医連綱領の立場から考えます。

沖縄の痛みは、人権問題

「沖縄の人々の自己決定権がないがしろにされている辺野古の状況を、世界中から関心を持って見てください。沖縄県内の米軍基地は、米軍に強制接収されてできたものであり、沖縄が自ら提供したものではありません。基地があるがゆえに発生する事件、事故、環境被害が県民生活に大きな影響を与え続けています。日本政府は、最近行われた全ての選挙で示された民意を一顧だにせず、沖縄の人々の自己決定権と人権をないがしろにしています。私は、あらゆる手段を使って新基地建設を止める決意です」。これは、2015年9月の国連人権理事会における故翁長雄志前沖縄県知事の発言です。これが、まさに沖縄県民の声です。

1972年の本土復帰以降でも、沖縄での米軍機事故は738件(普天間飛行場で17件、嘉手納飛行場で508件)、米兵による事件は5967件(殺人、強姦、放火などの凶悪事件580件)、交通事故は増え続けて年間200件にのぼっています。普天間飛行場を飛び立ったヘリによる事故の75%は基地外で起きており、普天間の「場所」だけが問題ではないことは明らかです。戦後ずっと沖縄の人々の命が脅かされてきたのです。本土復帰後の沖縄では、米軍機が事故を起こしても日本の警察に捜査権すらない現実、日本でありながら憲法が通用しない状況が続いています。また、基地関連の施設や演習場などの面積は沖縄県の10%を占め、日本全体の米軍専用施設面積の70%が沖縄に集中しており、環境や景観、経済にも大きな被害が出ています。沖縄の人々の命と暮らし、人権が蹂躪されている事実は、いのちの平等を掲げる民医連綱領の立場から看過できないことであり、沖縄の痛みは日本の痛みです。

戦争する国づくりか、平和の発信地か

沖縄に最新鋭の米軍基地を日本の財政で建設する根拠は、日米安全保障条約にあります。今後の日本が日米軍事同盟を強化して戦争体制に突き進むのか、アジアの平和を求めて憲法9条の理想実現をめざすのか、辺野古の新基地問題は平和な未来を決する課題だと民医連は位置付けています。辺野古に計画されている新基地は、普天間の飛行場の機能だけではなく、航空母艦も横付けできるような軍港付きの総

合的かつ戦略的な基地であり、50年以上前にアメリカが計画していた構想に近いものです。2018年6月の戦没者追悼式で故翁長前知事は、二度と戦争の被害を繰り返さない、沖縄をアジアの平和の拠点にすると宣言し、それは辺野古新基地建設と相いれないとしました。一切の戦争政策に反対し、平和を守る民医連綱領の立場と一致しています。

政府の民意無視は憲法95条^{注2}に反する

米軍基地問題は、日本の民主主義と地方自治の問題としても重大です。2013年12月末に突然、政府に説得された仲井眞弘多元知事が辺野古の埋め立て承認を発表、これは自らの公約も破り捨てたものでした。これに対して県民は、2014年11月に「普天間飛行場の閉鎖・撤去」「辺野古の新基地建設反対」の翁長知事を誕生させました。承認取り消しを求める沖縄県の主張と努力にもかかわらず政府が理不尽な対応に終始したため、ついに沖縄県は辺野古埋め立て承認撤回を表明しました。その後に翁長前知事は急逝、その遺志を受け継いだ玉城デニー氏が大差で2018年9月の知事選に勝利、再び新基地はいらないという県民の意思が明確となったのです。しかし、いまだ政府は辺野古新基地建設を諦めず、司法をも抱き込んで民主主義、地方自治を破壊しても強行しようとしています。2018年7月、全国知事会は「米軍基地負担に関する提言」を発表しました。基地問題について初めて地方自治の侵害という認識のもとに日米地位協定の抜本的見直し、基地の整理、縮小、返還の促進を求めました。

新基地建設と9条改憲、断念するまで行動する

安倍政権は2015年9月の安保法制（戦争法）の強行可決後、自衛隊が米軍と一体となって海外で戦闘できる体制づくりを進めています。核兵器を搭載できる米軍のB52の護衛作戦への参加など憲法9条に明確に違反する軍事威嚇行動を行うとともに、防衛予算の増額により、MV22オスプレイの購入、イージス・アショアの配備計画など、集団的自衛権を行使し他国に出かけて戦闘できる自衛隊づくりを急いできました。アメリカ軍とともに海外で戦争する能力を備えてきた自衛隊を憲法に書き込めば、憲法9条の平和主義は否定されます。辺野古新基地建設と9条改憲は一体のものであり、断じて許してはなりません。

注2…憲法は、第8章において、戦前の中央集権的な国と地方の関係が、戦争を引き起こした反省に立ち、地方自治を明記し双方は対等の関係にあり、地方に関わることは地方が決ることを明記しました。特に95条は、「一の地方公共団体のみに適用される特別法は、法律の定めるところにより、その地方公共団体の住民の投票においてその過半数の同意を得なければ、国会は、これを制定することができない」と定め、繰り返し沖縄県民の民意が反対の意思を示している今回の政権による辺野古新基地建設の違憲性を示すとともに県民投票の意義を鮮明にしています。

第4節 いのちの格差を乗りこえる提言

KEY OUT

2012年、社会保障改革推進法が成立し、政府は、「住民相互の助け合いの重要性を認識し、自立・自助のための環境整備等の推進を図る」と社会保障の定義を変更し、財政のつじつま合わせと費用削減を優先した改革を加速しました。これに対抗し、**民医連は医療・介護を基本的人権とする日本国憲法の立場から、国の責任と守るべき制度的な原理・原則、具体的な提言を発表しました。**

戦後の社会保障をめぐる攻防と民医連の実践

第2次世界大戦直後の1946年に生活保護法(1951年新法に)が制定され、1950年の社会保障制度審議会勧告を受け、1960年代に国民皆保険制度(雇用、医療、年金)が成立しました。その後、「朝日訴訟」などの裁判や国民の運動により、改善がされてきましたが、1982年の「社会保障の将来展望について」(財界提言)を皮切りに、経済の停滞や国家財政逼迫、高齢化を理由に社会保障の見直しや削減がはじまりました。「医療費亡國論」まで流布され、医療・社会保障費の自然増を毎年厳しく抑制する中、その結果として受診抑制、医療不信の増大、過重労働による医師退職などによる「医療崩壊」が始まりました。

2008年、民医連は当面の医療崩壊を食い止める処方箋として医師の増員を提言(再生プラン)し、四半世紀ぶりに医師数削減政策を転換させ、1200人程度の医学部定員増を勝ち取りました。しかし、民主党政権末期の2012年に民主、自民、公明3党の合意で社会保障改革推進法が成立し、社会保障における国家責任を限定的にしました。第2次安倍内閣は、歴史的に到達した社会保障の理念をないがしろにし、まず歴代内閣が手を付けなかった生活保護法改悪を強行しました。そして、医療・介護費用の国民負担増と供給体制の効率化を徹底し、高齢化の進行や医療技術進歩などに伴う社会保障費の自然増をいっそう削減するなど、世界に例を見ない社会保障攻撃をすすめています。

『提言』の示す社会保障に対する国の責任

2013年12月、民医連は『人権としての医療・介護保障めざす提言』を発表しました。倫理的な医療の未来のためには、公的制度の縮小と営利市場化をセットにした「改革」の対抗軸を示す必要があると考え、まず医療・介護保険制度における国の責任を以下のように明確にすることを提案しました。

- ①憲法25条に基づき、人権としての社会保障を実現するために公的医療保険制度の堅持、介護保険制度の抜本的な改善を行うこと。そして医療・介護分野における公共性を確保するために、提供事業体の非営利性を強めるとともに、全ての地域に必要かつ充分な医療・介護提供体制を確立すること。
- ②「いつでも、どこでも、だれでも」必要で充分な医療と介護を保障するため、

財源は応能負担原則に基づく社会保険料と税を基本にし、具体的なサービスは必要充分な現物給付として、利用時の負担はゼロを展望し、当面、引き下げを行うこと。

③倫理性と民主性を備え、科学性を重んじる医師をはじめとする医療・介護専門職を必要な数だけ養成し、働き続けられる条件整備をすること。

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

⑤「健康の社会的決定要因」を重視し、労働と生活環境を改善し、保健予防活動を抜本的に強めること。

『提言』の示す財源論と皆保険制度の先駆性

また日本の財政危機は、デフレ不況の長期化と大企業・富裕層のための「税制改革」による税収不足を主因に進行しており、支出の無駄を洗い出し、経費を削減すれば増税なしに乗り切れるレベルではすでになくなっています。日本の医療・介護保険制度を支える財源については、消費税増税と社会保障給付削減セットの一体改悪ではなく、第1に、所得再配分を強める税制改革と応能負担原則に基づく社会保険料確保、第2に、内需拡大、地域経済の発展と賃金アップによるべきとして、以下のように提案しました。

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

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

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

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

⑤国民の医療費を圧迫する医薬品や医療材料などの高騰を規制し適正化を図る。

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

医薬品・医療機器などは市場で調達されても、その価格を公的に規制し、税金もつぎ込む公的な社会保険制度で運営され、他者に利益を配当しない非営利の事業体による医療提供体制を堅持してきたことが、国民による現状の保険医療水準と制度への信頼、比較的良好な医師患者関係や医療者のモラル、先進国の中では低い水準の費用を担保してきました。このことを教訓とし、さらに発展を模索することこそ、倫理的かつ効率的な未来を約束するものです。



2013年に発表した『いのちの格差を是正する
人権としての医療・介護保障めざす提言』

第11章

すべての人の尊厳 と幸福追求 のために

第1節 60年余の発展の総括と自己認識

KEY OUT

1953年6月7日、117病院・診療所が参加して全日本民医連が結成されました。困難を抱える人々に徹底して寄り添い、**患者中心の医療と社会の進歩を求めてきた医療組織としての発展の原動力とはなんだったか**、様々な困難を克服してきた教訓はなんだったかを振り返ります。

民医連の原点と、守り発展させてきた人類的な価値

2014年、全日本民医連第41回総会で、全日本民医連創立60年の歩みと前進の教訓を簡潔にまとめました。まず、創立当時からの明確な民医連の原点を象徴的に表わす文章として、本書の第6章2節に掲載されている結成総会における須田朱八郎初代会長の挨拶(本文53ページ)があります。創立当時から民医連医療の特徴である「生活と労働の視点」「民主的集団医療」「共同のいとなみ」など今日も変わらぬ民医連の有り様が簡潔、平易に表現されており、それらは無数の実践を経て今日の民医連綱領に結実しています。新入職員のみなさんにも、読んで記憶に留めておいてほしいと思います。

全日本民医連誕生前後の数十年間は、紆余曲折を経ながらも戦争の反省から、「平和」「人権」「民主主義」という人類史における普遍的な3つの価値が多くの人々のたゆまぬ努力を経て確立してきた時代でした。特に日本においては、おびただしいアジアと日本の人々の犠牲のうえに日本国憲法が定められ、これら3つの価値の実現に対して国は責任を負っていること、特に人権については国民が不斷に努力して保持する、つまり国が責任を果たしているかを見守ることが憲法12条で義務付けられています。

発展の教訓としての「3つの要」

民医連が地域での信頼をかちとり事業や規模を前進させることができた理由について、全日本民医連第41回総会では以下のように「3つの要」として確認しました。

- ①「生活と労働の視点」や「共同のいとなみ」の医療観に立ち、医学医療の進歩に学び、自ら後継者育成にとりくんできたこと。
- ②非営利原則に基づき、要求に応えて地域住民とともに保健、医療、介護活動を展開し、事業所の科学的で民主的な管理と運営に努力してきたこと。
- ③日本国憲法に依拠して社会保障制度を守り発展させる運動をすすめ、政治活動にも積極的にとりくんできたこと。

「共同のいとなみ」が民医連の医療観として最も根本的、基本的なものであり、それは2つの側面を持つことについて、第3章の第1節(24~25ページ)に記述しています。その他、後継者育成(第3章3節)、非営利原則(第1章4節)、管理と運営(第3章4節)、社会保障制度と政治活動(第1章2節、第4章1、2節)などの重要な文言についても、それぞれ第1部の綱領編で記述していますので、振り返ってみてください。

また一方で、重大な医療事故や事件、経営危機など組織の存続に関わる困難にも直面しました。これらの多くは、「3つの要」のいずれかを軽視したり、逸脱した事業所幹部の姿勢によることが原因でした。これらは自らを徹底して振り返り、時代の問題と自らの弱点を重ね合わせて克服の方針を立て、乗り越えてきました。共同組織をはじめ地域の人びととまっすぐに向き合い、「困難は、全国の仲間の知恵と連帯の力で克服」といった合言葉も生まれ、その過程の中で全日本民医連の団結は強まりました（第9章 第3節 78～79ページ参照）。

ぶれない視点の情勢分析が決め手

1980年代以降、世界を席巻し貧富の差を極限まで拡大した新自由主義との決別を求める運動が多くの国々に広がる中、世界の進歩的潮流と民医連が60年間追求し続けた普遍的な3つの価値から情勢を分析し、大局的に捉えて方針を持つことが重要でした。

2000年の全日本民医連第34回総会は、21世紀初頭の課題として「より開かれた民医連」「人権と非営利」「安心して住み続けられるまちづくり」「医療人としての生きがいと民医連運動の発展」という4つをスローガンに掲げました。それからの10数年間は、社会保障分野で本格化した新自由主義的構造改革と全面的に対峙した「せめぎ合い」の時代でした。そして、東日本大震災と原発事故という未曾有の苦難に立ち向かい、「人権を守るあらゆる運動の架け橋」「健康権」の実現を通じて、新しい福祉国家を展望しようと呼びかけてきました。

民医連組織の性格づけをより豊かに

長らく民医連の組織としての特徴を、第1に、「憲法実現、社会保障の充実を求める運動体」であること、第2に、「非営利・協同で医療・介護事業を実践する事業体」であると表現してきました。第41回総会では、これに「人間的な発達ができる組織」を加える提案をしました。人間がもののように使い捨てにされる時代に、民医連綱領で掲げる目標実現と一人ひとりの人間として成長の課題が一致する組織となれる可能性があり、それをめざそうというわけです。人の役に立つことを仲間とともにとりくむことは最も人間的な労働であり、やりがいにつながります。そして、医療・介護従事者に自らが人間的に成長できる仕事をしているという自覚があることは、患者・利用者からの信頼を生みます。「民医連でがんばることで自分の希望も実現する」、このことを実感できる組織になるよう意識的な努力を目標にしました。

幹部集団は、「素直な意見交換ができているか」「現場の声が届く仕組みになっているか」「方針や必要な情報はきちんと現場に伝わっているか」「職員は自分の頭で考え、生き生きと働けているか」など、自ら組織を点検し、科学性と民主主義を体現する組織づくりにつとめなければなりません。



北海道・勤医協中央病院のER

第11章

すべての人の尊厳 と幸福追求 のために

第2節 なぜ民主医療機関の連合会か……県連・地協・全日本

KEY CONCEPT

なぜ全国、県の連合会組織が必要なのでしょうか。それは、**民医連綱領**で掲げる組織目的としての「**無差別・平等の医療と福祉**」の実現のためであり、各事業所がバラバラに活動して実現するものではないからです。県連は、全県を視野に入れ、全国の民医連を代表して県内の他の団体や個人とも協力・共同し、いのちの平等を求め、社会保障充実の運動を進めなければなりません。

これから時代に民医連運動を発展させていくうえで、全日本民医連として、あるいは県連として力をあわせていくことがいよいよ大事になっています。なぜ、民主医療機関と介護事業所の連合会なのか、そのことを県連、全日本民医連、そして地方協議会（地協）の役割と機能から考えます。

綱領実現めざす組織運営のルールとしての規約

全日本民医連という組織運営上の基本的規則、ルールを総会で定めたものが規約です。それは、**民医連綱領**を実践実現していくために必要であり、加盟する事業所の活動を保障するものです。

全日本民医連の機関として、「総会」「評議員会」「理事会」「四役会議」の4つがあります。民医連の最高機関は基本的に2年に1度行われる総会です。民医連として一番大事なことはすべてここで決めることになっています。そして、総会に次ぐ決定機関としての評議員会は基本的に半年に1度開かれます。理事会（基本的に月1回開催）と四役会議（同じく月2回開催）は、民医連の執行機関として位置付けられ、総会や評議員会で決められたことの実行（各県連への指導・援助など）と緊急に対応しなければならないことの執行にあたります。四役会議は、会長・副会長・事務局長・事務局次長で構成され、民医連の方針を県連・事業所にすみやかに徹底する必要があることから、理事会と理事会の間、会務の執行を行います。なお、理事会の指導が各県連・事業所の実態をふまえてより機敏に行えるよう、全日本民医連第33回総会（1998年）で地方協議会（地協と略）が位置付けられました^{注1}。地協は、理事会の執行機能の具体的な実践の場です。

全日本民医連は、「綱領、規約を承認する事業所によって構成される県連」を基本単位として組織することになっています。県連ごとに全日本民医連に加盟することが基本です。そして各県連への加盟単位は、法人ではなく事業所です。それは、民医連が多くの場合、診療所からはじまったという歴史的事情と医療・介護従事者が主体的にとりくむ活動であるという民医連の特徴から生まれてきた考え方です。

県連の役割

各県連はそれぞれの歴史的特徴を持って多様に発展してきましたが、共通する役

注1…現在、北海道・東北、北関東
甲信越、関東、東海・北陸、近畿、中國・四国、九州・沖縄の7つの地方
協議会があります。

割として求められるのは、その県での民医連運動のセンター（最高機関）として各事業所を指導すること（内部的役割）と、その県の民医連運動を代表して他の団体や個人との共同のとりくみを発展させること（対外的役割）です。そして、それにふさわしい県連理事会や事務局の体制を確立し運営していくことが必要です。

具体的な活動としては、①全日本民医連の方針の討議・具体化、理事会機能と機構の整備、②県連長期計画の策定、経営状況の掌握と指導・援助、共同事業の推進、③県を代表してのさまざまな運動、④共同組織の拡大交流、⑤職員育成、教育事業の推進、⑥医師の確保と養成のとりくみ、などがあります。

また県連機能を発揮していくうえで、それぞれの法人・事業所が県連に自覺的に結集し、お互いの活動経験や教訓を学びあい、特に困難な課題になっている医師の確保・養成や経営改善で知恵と力をあわせることが大事です。

県連の活動と機能強化の今日的意義

貧困と格差に立ち向かう無差別・平等の医療・介護実践の課題も、安心して住み続けられるまちづくりの課題も、そして医療・介護・社会保障の営利化に反対し権利としての社会保障を守り充実させる課題も、いよいよ「地域」が焦点になっており、それぞれの県全体を視野に入れた政策と総合的実践が求められます。特に国による医療・介護の大改革プログラムの具体化が、多くの場合、都道府県単位ですすめられようとしており、医師の確保と養成、事業構想、県政の改革を含む社会保障運動など、どの分野の課題も個々の法人・事業所単位では単純には解決できず、県としてそれらの力を有機的に結集し発揮させる県連機能がかつてなく重要になっています。

「無差別・平等の地域包括ケア」や「安心して住み続けられるまちづくり」の実践は、それぞれの地域によって特徴が異なります。各法人・事業所の役職員が英知を結集して、地域状況を分析し民医連らしい事業活動の計画を策定することが課題になっていますが、それらを全体として成功させるためにも県連レベルでの方針づくりや交流、そしてさまざまな協力が行われなければなりません。

また、医師をはじめとした職員の確保と養成の課題でも、事業所・法人を超えた県連（さらに地協・全日本）的な協力や連帯したとりくみを通して、いっそう発展・深化していくのではないでしょうか。いずれにしても、民医連組織にとって県連があることは、歴史的な経験から言っても現在の情勢から言っても、大きな強みです。

さらに、県連の枠を超えた地協としての活動強化も重要です。それぞれの県連の活動の経験を交流し教訓を学びあうことはもちろん、医師の確保・養成や経営問題、幹部の世代交代など、共通の困難や課題をよりリアルに捉え協力して前進させるために、全日本民医連の理事会機能として、地協のとりくみの発展が求められます。

第11章

すべての人の尊厳 と幸福追求 のために

第3節 貧困・格差・超高齢・人口減少社会、 市民が社会を動かす時代

KEY CONCEPT

貧困と格差、超高齢・人口減少に立ち向かう医療介護の実践、共同の運動の追求と政治の転換が平和と社会保障の未来をつくります。

社会経済格差が健康格差に

2011年、日本学術会議は「提言:わが国の健康の社会格差の現状理解とその改善にむけて」を発表し、日本で急速に進行した社会経済格差が健康格差を広げ、出生率(196カ国中190位)、自殺率(107カ国中13位)、相対的貧困率(先進国中、アメリカに次ぐ2位)などの指標に見られるように、世界有数の産みづらく、生きづらい社会となってしまっていることに警鐘を鳴らしました。

民医連の「医療費・介護費相談および無料低額診療事業利用者の分析調査」「手遅れ死亡事例調査」「歯科酷書」などは、経済的な理由で治療を中断せざるを得ない事例が世代を問わず多発し、手遅れによる死亡事例が後を絶たないことや、国民健康保険料が払えないために短期保険証や資格証明書^{注1}が発行された実質的無保険者がぎりぎりのところで救急搬入されるなど、国民の健康権保障からみて看過できない事態を明らかにしてきました。また介護保険制度では、民医連として制度改悪による影響実態調査を繰り返し行い、「保険あって介護なし」ともいうべき事態が広がっていることを明らかにしてきました。

これらの主な原因は、非正規雇用や失業、低所得の蔓延に象徴される勤労者の貧困、少なすぎる年金のために生活と健康が脅かされている高齢者の貧困、母子世帯の貧困に象徴されます。今後、非正規労働が蔓延化した世代が10数年後に60歳代に到達することを考えれば、最低生活が保障されない超高齢社会、大都市部での孤立死の増加、災害の発生やさまざまな社会不安の中で犯罪や自殺が増加する可能性も考えられます。

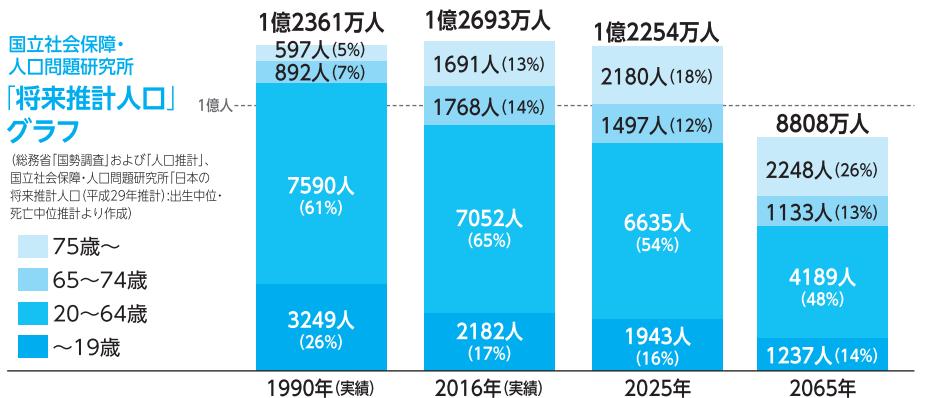
世界一のスピードで進む高齢化と人口減少

2017年4月、国立社会保障・人口問題研究所が公表した「将来推計人口」を見ると、日本は2008年の1億2800万人から、50年後には8808万人、100年後は4286万人程度にまで減少すると推計されています。すでに2005年の国勢調査で、日本の総人口は1920年の国勢調査開始以来はじめて減少しました。日本は21世紀、世界一の人口減少率の国と試算されています。そして、急激な人口減少が進む一方で高齢者人口は増加し、2060年以後、高齢化率は40%前後で推移し、中学生以下の年少人口比率は現在の13%から8%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は明らかです。東京を中心とする首都圏や大阪など大都市で高齢者人口が大幅に増加し、ひとり暮らし高齢者の出現率(高齢者世帯中の単身高齢者の割合)は、全国平均27.3%に対し東京35.8%、大阪34.0%(2015年国勢調査より)と年々



2017年手遅れ死亡事例調査と『歯科酷書第3弾』記者会見(2018年4月)



増加しており、巨大団地の超高齢化、独居高齢者の急増、孤独死の増加など「住まい」や介護サービスの不足などに直面しています。地方では高齢者人口の増加も見込まれず、若者の都市への流出がさらに続けば、65歳以上の高齢者が半数を超える限界集落の増加、産業の縮小や生活インフラの維持困難など、コミュニティーそのものの維持が危うくなるところもでてくるでしょう。

これらに関連する安倍政権の政策の柱^{注2}は、リニア中央新幹線を軸に東京・名古屋・大阪圏を一体化する大都市圏づくりと地方での都市・自治体機能の集約化です。これでは、東京一極集中をより加速させ、地方では人口が4割減の予測もされるなど、極端な人口減少の試算もでています。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と発表し、「通勤、通学ができない」「医療機関にかかれないと」など、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。

人口減少を理由に、自治体の整理や合理化^{注3}を狙う動きもあり、憲法に謳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。こうした人口変動は大きな地域差があり、各地域の動向を県連が把握し、安心して住み続けられるまちづくりの政策を地域住民とともに創り出していくことが必要です。

「市民が社会を動かす時代」の民医連の役割

2016年の参議院選挙では、市民と野党の共同が実現した32の1人区で、野党が改選前の2議席から11議席と前進、その後の新潟県知事選挙、仙台市長選挙でも野党共闘が勝利を重ねてきました。民主党が分解した2017年の衆議院選挙では、2015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、そして参議院選挙の経験と蓄積の上に、市民が野党共闘を粘り強く追求しました。その結果、野党3党(立憲民主党、共産党、社会民主党)は、市民連合と7項目に及ぶ政策合意^{注4}を結び、改選前の38議席から69議席に増加しました。立憲民主党が野党第一党となったことで、野党は「憲法を守る」立場で一定の地歩を築きました。

平和と社会保障に関わる今後の展望は、第1に、社会保障は人権であり、格差を是正する富の再分配の財源は十分にあることを社会に知らせること、第2に、疑問を感じる当事者が学び、声を上げる市民運動をネットワーク化すること、第3に、市民運動の強化を背景に、財源論を一致させた野党共闘を促進することにあります。民医連の職員と共同組織は、いのち、憲法、綱領の立場からその運動の架け橋となる決意を固めましょう。

注2…国土のグランドデザイン2050。

注3…自治体戦略2040構想。

注4…①憲法違反の安保法制を上書きする形で、安倍政権がさらに進めようとしている憲法改正とりわけ第9条改正への反対。②特定秘密保護法、安保法制、共謀罪法など安倍政権が行った立憲主義に反する諸法律の白紙撤回。③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確立と地域社会再生により、原発ゼロ実現を目指すこと。④森友学園・加計学園及び南スーダン日報隠蔽の疑惑を徹底究明し、透明性が高く公平な行政を確立すること。⑤この国のすべての子ども、若者が、健やかに育ち、学び、働くことを可能にするための保育、教育、雇用に関する政策を飛躍的に拡充すること。⑥雇用の不安定化と過密労働を促す『働き方改革』に反対し、8時間働きは暮らせる働くルールを実現し、生活を底上げする経済、社会保障政策を確立すること。⑦LGBTに対する差別解消施策をはじめ、女性に対する雇用差別や賃金格差を撤廃し、選択的夫婦別姓や議員男女同数化を実現すること。

第11章

すべての人の尊厳 と幸福追求 のために

第4節 新たな発展期への展望

KEY CONCEPT

全日本民医連第43回総会では、社会的運動も医療・介護活動も新たな発展期を築こうと提案しました。憲法9条（戦争放棄）とともに25条（生存権・健康権）を根拠に、13条（個人の尊厳）の視点で日々の活動にとりくんでゆく、その具体的な内容を少し長いスパンで、**何を重点に、どんな発展をめざすのか、ともに考えましょう。**

新たな発展期をつくる提案の背景

民医連は、「安心して医療や介護を受けたい」「戦争は絶対イヤ、平和が一番」という人々の最も基本的な要求を実現することを使命と考えてきました。民医連の医療・介護活動の近未来を考える上では、まず社会経済状況と国の政策動向、国民の健康状態と医療・介護ニーズ、世界的なヘルスケアの動向、医学と技術の発展段階をしっかりと把握し、その上で民医連の主体的な力量と可能性を総合的に検討し、課題と方略を鮮明にする必要があります。

国は、社会保障制度改革推進法（2012年）により社会保障の理念を基本的人権（憲法25条）から「国民相互の助け合いを支援するもの」と変質させ、社会保障の公的支出削減と営利化を進めてきました。この中で、国民生活は貧困と格差がより広がっています。

50年というスパンで見ると、栄養や衛生面の改善、医学医療の発展などがあいまって、日本人のすべての年齢階層で死亡率は減少し、脳・心血管障害の死亡率減少やがん患者の平均生存期間も延ばしてきました。一方、人の寿命や健康状態が個人の生物的な要因だけでなく、社会経済的な要因（SDH）が影響していることが解明されています。日本では、高齢化によって80歳代をピークに死亡者数が激増しつつ、人口減少が半世紀以上続くことが明らかになっています。20世紀の医学医療の使命は延命と疾患克服でしたが、21世紀にはそれに加えて人生の締めくくりの時期に尊厳ある生活をいかに支えるかが大きな課題となります。また、複数の基礎疾患や障害、認知症を持つ高齢者のケア、若者の中に広がるストレス性の疾患や自殺など、身体・心理・社会的に総合的に診て、処方、対処してゆかねばなりません。さらなる専門化や技術的進歩とともに、総合化していく仕組みと人づくりが必要な時代です。

また、WHOのヘルスケア分野における問題意識は、高齢化、健康格差、医療費の高騰、営利産業化の4つであり、民医連の認識と共通しています。WHOは、打開策としてSDHを重視したヘルスプロモーション、住民・地域統合ケアシステム、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを提唱しており、キーワードは公正（Justice）と言えるでしょう。そして、健康権を具体的な権利として定義し、理念だけでなく実践課題として各国に点検を推奨しています。

こんな時代だからこそ、あらためて人権としての社会保障制度を求める、実践的に健康格差克服をめざす民医連への期待が大きくなるのは必然です。「生活と労働の視点」「民主的集団医療」「共同のいとなみ」の医療観を今日的に発展させ、具体化することが重要です。

民医連の医療・介護活動の発展期を展望する

全日本民医連第42回総会は、「民医連の医療・介護活動の2つの柱^{注1}」の提案と県連医療活動委員会の再開、強化を呼びかけました。この「2つの柱」は、今日的な人々の切実な健康ニーズに応えて、すべての人の健康権を実現する立場ですすめる民医連の医療・介護活動を表現しようとしたものです。全国各地でこの提案に積極的に応える議論が進み、「2つの柱」の実践を通じて、職員育成や経営にも好循環が生まれるという経験も出てきており、今後の実践を経てより発展させることが期待されます。

1. 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう無差別・平等の医療、介護の実践

- 生活に根ざし、SDHの視点で進める統合的診療、チーム医療・介護と臨床研究
- 「本気の連携」による無差別・平等の地域包括ケアをめざす
- 共同組織とともに住み続けられる街づくり、地域の福祉力づくり

2. 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした総合的な医療・介護の質の向上

- 個人任せにしない安全文化を組織的な医療・介護の中に創造する
- Bio-Psycho-Socialに把握して問題解決へ、アドボケイトできる主治医機能
- 個人の尊厳と生きがいを患者・利用者とともに実感出来る倫理的な多職種協働
- 公正な健康権保障としての実践と組織的保障としての医療活動委員会

綱領のもとに若い力と経験豊かな知恵が結びついて未来を創る

全日本民医連第43回総会は、「民医連とその事業所に対する地域の人々の信頼は、民医連綱領にもとづく医療・介護を実践し、健康権の担い手として奮闘する一人ひとり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、さらに入間的な発達のできる組織になるよう実践しましょう」と呼びかけました。社会にパワハラが横行し、自己責任と経営効率を過度に追求する組織のあり方が蔓延する中で、民医連の事業所では全ての職員が患者さんや同僚を尊敬し、協働することが価値を生み、真の効率を生むというような組織文化を創造していきたいと思います。

2010年の綱領改定を議論した民医連の法人・事業所の幹部の多くが定年を迎え、次の世代にバトンをつなぐ時期となっています。「2つの柱」のたゆまぬ実践中ですすめる人づくりが、未来をつくる鍵です。それぞれの職種でもその模索は始まっており、2013年に「全日本民医連薬剤師政策」、2017年に「民医連のめざす看護とその基本となるもの」「民医連におけるリハビリテーションのあり方提言」「事務職員育成の新たな前進をめざして(第42期第3回評議員会)」、2018年に「基盤となるこころの診療推進方針案」、そして2019年に「未来に向かって民医連の医師と医師集団は何を大切にするのか(案)^{注2}」が提案されています。今後、その他の職種・診療委員会や自主研究会からも議論や方向性が提案されることが期待されます。いのち、憲法、民医連綱領の視点で若い力と中堅、ベテランの経験知が結びついてこそ、未来を創造することができます。

注1…第1の柱は、「貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう無差別・平等の医療、介護の実践」です。今後の民医連事業所は、自己完結型モデルから本格的に脱皮して、住民参加と地域連携・ネットワーク型の保健・医療・介護モデルに進化させることが必要であり、地域連携を思い切ってすすめるための役割と構想を明確にしましょう。そして、予防から治療、ターミナルケアまでの包括的な対応が必要ながんや認知症、また社会的な幅広いとりくみが必要なメンタルヘルスや子どもの貧困に関わる課題などは、特に重視して組み立てましょう。

第2の柱は、「安全、倫理、共同のいとなみを軸とした総合的な医療・介護の質の向上」です。これまでに到達した理念に基づく医療・介護の実践は、新しい理論や技術の吸収や標準化とともに、安全、倫理、チーム医療、QIなど総合的な質の向上のとりくみに裏打ちされたものでなければなりません。そしてこれらのとりくみの積み重ねこそが、共同のいとなみとしての医療・介護につながります。またそのために、各職種が必要な理論や技術を独自に、また連携して学ぶとともに、日常のなかで貧困と格差、地域の重大な健康問題に気づき、その克服を追求するような職員育成や研修システム等の仕組みづくりが合わせて求められます(全日本民医連第42回総会方針より)。

注2



memo

県連事務所一覧 (2019年1月31日現在)

県連名	住 所	Tel・Fax	メール
北海道民主医療機関連合会	〒 001-0014 北海道札幌市北区北 14 条西 3-1-12	Tel 011-758-4596 Fax 011-716-3927	soumu@dominiren.gr.jp
青森県民主医療機関連合会	〒 030-0822 青森県青森市中央 3-10-2 中部クリニック 2F	Tel 017-723-4076 Fax 017-773-5326	info@aomin.jp
岩手県民主医療機関連合会	〒 020-0835 岩手県盛岡市津志田 26-30-1 盛岡医療生協内	Tel 019-636-2088 Fax 019-636-2099	iwate@min-iren.gr.jp
宮城県民主医療機関連合会	〒 980-0801 宮城県仙台市青葉区木町通 1-8-18 田村ビル 5F	Tel 022-265-2601 Fax 022-263-8266	dai@miyagi-min.com
秋田県民主医療機関連合会	〒 010-0012 秋田県秋田市南通みその町 3-15	Tel 018-834-5927 Fax 018-835-7467	meiwaken@meiwakai.or.jp
山形県民主医療機関連合会	〒 990-2331 山形県山形市飯田西 1-2-30	Tel 023-631-3327 Fax 023-641-8937	info@yamagata-miniren.com
福島県民主医療機関連合会	〒 960-8141 福島県福島市渡利字番匠町 15-2	Tel 024-521-5205 Fax 024-522-8131	info@fuku-min.org
群馬県民主医療機関連合会	〒 371-0037 群馬県前橋市上小出町 2-36-1	Tel 027-234-8505 Fax 027-235-5960	min-iren@gunma-min.jp
埼玉県民主医療機関連合会	〒 333-0831 埼玉県川口市木曾呂 1317 医療生協さいたま内	Tel 048-294-6111 Fax 048-294-1490	min-iren@mcp-saitama.or.jp
新潟県民主医療機関連合会	〒 951-8124 新潟県新潟市中央区医学町通一番町 45 第二関本ビル 2F	Tel 025-224-4073 Fax 025-225-5260	miniren@niigata-min.or.jp
山梨県民主医療機関連合会	〒 400-0031 山梨県甲府市丸の内 2-9-28 勤医協駅前ビル 6F	Tel 055-221-7511 Fax 055-221-7512	yamanashi@min-iren.gr.jp
長野県民主医療機関連合会	〒 390-0803 長野県松本市元町 2-9-11 民医連会館 2F	Tel 0263-36-1390 Fax 0263-33-1229	n-mr@n-mr.com
茨城県民主医療機関連合会	〒 310-0804 茨城県水戸市白梅 4-1-30 信壽ビル 2-A	Tel 029-228-0600 Fax 029-228-0602	inofo@iba-min.org
栃木県民主医療機関連合会	〒 320-0061 栃木県宇都宮市宝木町 2-2554-14 医療生協介護サービスセンター虹 2F	Tel 028-678-3025 Fax 028-678-3425	t-miniren@tochigiminiren.jp
千葉県民主医療機関連合会	〒 260-0013 千葉県千葉市中央区中央 4-8-8-201	Tel 043-224-7497 Fax 043-202-5246	webmaster@min-iren-c.or.jp
東京民主医療機関連合会	〒 170-0005 東京都豊島区南大塚 2-33-10 ラパスビル 2F	Tel 03-5978-2741 Fax 03-5978-2865	tmr@tokyominiren.gr.jp
神奈川県民主医療機関連合会	〒 221-0835 神奈川県横浜市神奈川区鶴屋町 3-35-1 第 2 米林ビル 5F	Tel 045-320-6371 Fax 045-320-6374	kenren@kanamin.or.jp
富山県民主医療機関連合会	〒 931-8501 富山県富山市豊田町 1-1-8	Tel 076-444-5651 Fax 076-444-5652	toyamin@aioros.ocn.ne.jp
石川県民主医療機関連合会	〒 920-0848 石川県金沢市京町 24-14	Tel 076-253-1458 Fax 076-253-1459	min-iren@m2.spacelan.ne.jp
福井県民主医療機関連合会	〒 910-0026 福井県福井市光陽 3-4-18	Tel 0776-27-6648 Fax 0776-25-6793	fukui@min-iren.gr.jp
岐阜県民主医療機関連合会	〒 501-3113 岐阜県岐阜市北山 1-13-18	Tel 058-244-3551 Fax 058-241-8377	kenren@gifu-min.gr.jp
静岡県民主医療機関連合会	〒 411-0817 静岡県三島市八反畑 127-1 ベルメゾン 21 2A	Tel 055-955-8718 Fax 055-955-8719	shizu-min@if-n.ne.jp
愛知県民主医療機関連合会	〒 456-0006 愛知県名古屋市熱田区沢下町 9-3 労働会館本館 3F	Tel 052-883-6997 Fax 052-889-2112	aichiminiren@aichiminiren.jp
三重県民主医療機関連合会	〒 514-0803 三重県津市柳山津興 1535-23	Tel 059-225-8845 Fax 059-253-3126	mie@min-iren.gr.jp

県連名	住 所	Tel・Fax	メール
滋賀民主医療機関連合会	〒 520-2153 滋賀県大津市一里山 1-9-15 エミール・瀬田 201 号	Tel 077-543-3077 Fax 077-543-5204	shiga@shigamin.jp
京都民主医療機関連合会	〒 615-0004 京都府京都市右京区西院下花田町 21-3 春日ビル 4 階	Tel 075-314-5011 Fax 075-314-5017	info@kyoto-min-iren.org
大阪民主医療機関連合会	〒 541-0054 大阪府大阪市中央区南本町 2-1-8 創建本町ビル 2F	Tel 06-6268-3970 Fax 06-6268-3977	staff@oskmin.com
兵庫県民主医療機関連合会	〒 650-0047 兵庫県神戸市中央区港島南町 5-3-7	Tel 078-303-7351 Fax 078-303-7353	kenren@hyogo-min.com
奈良民主医療機関連合会	〒 634-0078 奈良県橿原市八木町 1-8-15 ヤマトーハ木店 4 階	Tel 0744-21-3101 Fax 0744-21-3102	info@nara-min.org
和歌山県民主医療機関連合会	〒 641-0012 和歌山県和歌山市紀三井寺 811-5 Ka フエ食楽部 2 階	Tel 073-441-5090 Fax 073-441-2550	wa.min-iren@maia.eonet.ne.jp
鳥取県民主医療機関連合会	〒 680-0833 鳥取県鳥取市末広温泉町 571	Tel 0857-29-3598 Fax 0857-20-2143	tottori@min-iren.gr.jp
島根県民主医療機関連合会	〒 690-0017 島根県松江市西津田 8-8-10	Tel 0852-31-3360 Fax 0852-31-3362	kenren@orange.ocn.ne.jp
岡山県民主医療機関連合会	〒 700-0054 岡山県岡山市北区下伊福西町 1-53 岡山県民主会館 3F	Tel 086-214-3911 Fax 086-214-3914	okayama@min-iren.gr.jp
広島県民主医療機関連合会	〒 734-0001 広島県広島市南区出汐 1-3-16 ハタビル 201	Tel 082-569-7601 Fax 082-569-7602	hiroshima@min-iren.gr.jp
山口県民主医療機関連合会	〒 755-0005 山口県宇部市五十日山町 15-2 あおば薬局 2F	Tel 0836-35-9355 Fax 0836-35-9356	kyoritsu@ymg.urban.ne.jp
徳島県民主医療機関連合会	〒 770-0806 徳島県徳島市北前川町 4-11-2 一般社団法人とくしま健康サポート気付	Tel 088-625-8412 Fax 088-626-3222	tokushima@min-iren.gr.jp
香川県民主医療機関連合会	〒 760-0073 香川県高松市栗林町 1-6-4	Tel 087-836-9375 Fax 087-836-9376	kagawa@min-iren.gr.jp
愛媛県民主医療機関連合会	〒 791-1102 愛媛県松山市来住町 1091-1	Tel 089-990-8677 Fax 089-990-8678	ehime@min-iren.gr.jp
高知県民主医療機関連合会	〒 780-0963 高知県高知市口細山 206-9	Tel 088-843-0025 Fax 088-840-0649	kochi-mcoop@jasmine.ocn.ne.jp
福岡県民主医療機関連合会	〒 812-0011 福岡県福岡市博多区博多駅前 1-19-3 博多小松ビル 2F	Tel 092-483-0431 Fax 092-483-0435	fukuoka@min-iren.gr.jp
長崎県民主医療機関連合会	〒 850-0917 長崎県長崎市下町 2-11 健友会ビル	Tel 095-820-3013 Fax 095-820-3014	miniren@kenyukai.or.jp
熊本県民主医療機関連合会	〒 862-0954 熊本県熊本市中央区神水 1-14-41	Tel 096-387-2826 Fax 096-381-5442	info-kumamoto@miniren.jp
大分県民主医療機関連合会	〒 870-0935 大分県大分市古ヶ鶴 1-4-1	Tel 097-558-5141 Fax 097-555-9815	kensei@oita-min.or.jp
宮崎県民主医療機関連合会	〒 880-0824 宮崎県宮崎市大島町天神前 1175-3	Tel 0985-23-7168 Fax 0985-26-1944	mcoop1020@ray.ocn.ne.jp
鹿児島県民主医療機関連合会	〒 891-0141 鹿児島県鹿児島市谷山中央 5-4-12	Tel 099-266-1531 Fax 099-266-1530	info@kagoshima-min.jp
沖縄県民主医療機関連合会	〒 900-0024 沖縄県那覇市古波蔵 4-10-53 健康企画ビル 3F	Tel 098-833-3397 Fax 098-833-3398	miniren@nirai.ne.jp
全日本民主医療機関連合会	〒 113-8465 東京都文京区湯島 2-4-4 平和と労働センター 7F	Tel 03-5842-6451 Fax 03-5842-6460	info@min-iren.gr.jp

『学習ブックレット 民医連の綱領と歴史』 編集委員会

編集委員

藤末 衛（全日本民医連会長、神戸健康共和会理事長）

岸本 啓介（全日本民医連事務局長）

岩須 靖弘（全日本民医連事務局次長、長野民医連事務局長）

宮川喜与美（全日本民医連理事）

事務局

井島 輝（全日本民医連事務局）

宮武 真希（全日本民医連事務局）

脇本 秀紀（全日本民医連事務局）

学習ブックレット 民医連の綱領と歴史

なんのために、誰のために

2019年3月1日 初版第一刷発行

2019年4月25日 二版第一刷発行

編集 全日本民医連 『学習ブックレット 民医連の綱領と歴史』 編集委員会

発行 (株) 保健医療研究所

〒113-8465 東京都文京区湯島2-2-4 平和と労働センター8階

TEL 03-5842-6451

FAX 03-5842-6460

定価 本体150円（税別）

デザイン・印刷 (株) 関西共同印刷所

〒531-0076 大阪市北区大淀中3丁目15-5

TEL 06-6453-3651

編:全日本民主医療機関連合会歴史編纂委員会



無差別・平等の 医療をめざして

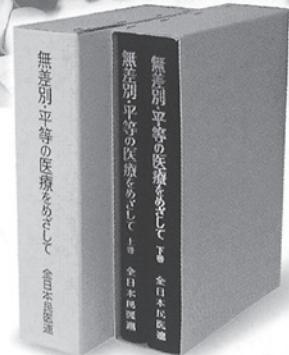
〈目次〉

- 上巻 第1編 戦前の社会と無産者医療運動
第2編 民主診療所設立と草創期の民医連
第3編 着実な前進と飛躍の時代
- 下巻 第4編 逆風に抗して組織強化を進めた時代
第5編 民医連運動の今日と新たな前進をめざして

民医連価格 2,500円

外部価格 4,000円

(上下巻函入り・送料込み)



(株)保健医療研究所

〒113-0034 東京都文京区湯島2-4-4平和と労働センター8F
TEL 03-5842-5656 / FAX 03-5842-5657

*Japan
Federation
of
Democratic
Medical
Institutions*

(MIN-IREN)

