

健康・社会転換と民医連の 医療・介護の視点

～健康権と共同の営みの理念を具体化し、新時代を築こう～

全日本民主医療機関連合会 会 長 藤 末 衛

.....

参考資料（当日の講演レジュメ）

健康・社会転換と民医連医療・介護の視点

～健康権と共同の営みの理念を具体化し、新時代を築こう～

健康・社会転換と民医連の医療・介護の視点

～健康権と共同の営みの理念を具体化し、新時代を築こう～

全日本民主医療機関連合会

会 長 藤 末 衛

目 次

はじめに	2
1. すべての人に平和と健康を、民医連綱領2010	2
綱領改定議論と民医連前進の教訓	2
社会的発信と民医連の医療理念	3
民医連の医療観を体現した二人の先輩の話	4
2. 全世代で進行する貧困とその打開	5
見えにくい貧困	5
高齢者の貧困	5
働く世代の貧困	5
教育費と貧困	6
医療アクセスと貧困	6
社会経済状況と健康	7
貧困救済と国民意識	7
超高齢社会と財政問題	7
3. 超高齢社会・尊厳ある生き方と医療・介護の使命	8
先頭を走る日本の高齢化	8
死因の変化と長寿日本	8
変貌する日本人の死	9
4. 健康権と共同の営み、医療・介護2つの柱の提起	10
あらためて民医連らしさ	10
世界的な課題認識	10
民医連とSDH	10
WHOの戦略変遷	10
ヘルスプロモーションとHPH	10
健康権保障へのWHO最新戦略	11
医療理念の深化と具体化の流れ	11
地域包括ケアに健康権実現の視点を	11
経済、社会、人口構造と健康転換	12
他職種協働とネットワーク	12
ネットワーク時代と地域包括ケア	12
県連医療活動委員会の再提起	13
5. 出でよ、人と社会を診る新医療人 —— 「社会と健康」が科学となる時代に	13
新たな発展期に入った民医連	13
臨床研究に取り組もう	14

はじめに

全日本民医連は42回定期総会で、新しい医療・介護の2つの柱ということを提起しましたが、これは決して2つだけやればいいということではありません。あくまで活動の視点と軸をどうするかということについての提案です。2つの柱について提案している一番目の柱の内容と経過について、現在の健康、保健医療の問題を人口構造や社会・経済的な問題の現状とのかねあいで理解をしていただきたいという意味で今日はお話します。そのために、民医連創設の頃からの総括的な教訓や医療観についての概説も最初に入れます。

さらに、今後の医師養成、医師集団の形成ということとの関係ですね。これについても、私なりの希望を述べたいと思います。

新しい形としての「新たな医療・介護活動の二つの柱」の提案

- 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の視点でヘルスプロモーション、統合的な診療と研究
 - ・誰も置き去りにしない、無差別平等、完全アクセスの医療・介護を実現
 - ・無差別平等の地域包括ケアをめざす「本気の連携」を地域で推進
- ② 安全、倫理、共同の営みを軸とした総合的な医療・介護の質の向上
 - ・生ある限り、個人の尊厳を医療者・患者相互に実感出来るチームケア
 - ・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、全面的に把握し、社会的にも問題解決を提案できる

* これまで以上に、「時代にアタックする総合医と手の届く領域別専門医のチーム」が必要であり、その養成は「二つの柱」を実践する中小病院が研修場所のコアとなるべき

1. すべての人に平和と健康を、民医連綱領2010

綱領改定議論と民医連前進の教訓

まずは、民医連64年のおさらいを少ししておきます。私たちは2010年に京都総会で、新しい綱領を決定しま

「構造改革」、新たな模索と綱領改定（2010年京都総会）

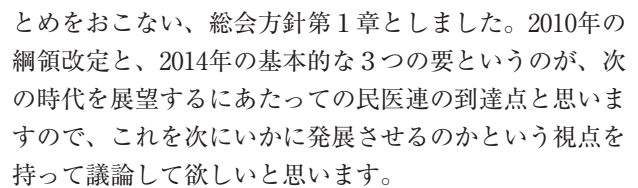
- ・新自由主義的「構造改革」に対抗する中で発展させた理念と自己認識を明記
- ・憲法に依拠し、世界平和と健康権・生存権保障のための方針と展望を明示
- ・自らの歴史と教訓を次世代に引き継ぎ、豊かに発展させる

また、その4年後の長野総会の時に、民医連60周年の年の前後だったこともあり、60年間の民医連前進の教訓は何だったのかということで、3点にまとめました。

60年の信頼と前進を築いた三つの要（2014年長野総会）

- ・「生活と労働の視点」、「共同の営み」の医療観と自立的な後継者養成
- ・住民参加と非営利の原則、科学的管理と民主的運営による事業展開
- ・憲法に依拠した平和と社会保障ための社会・政治運動の実践

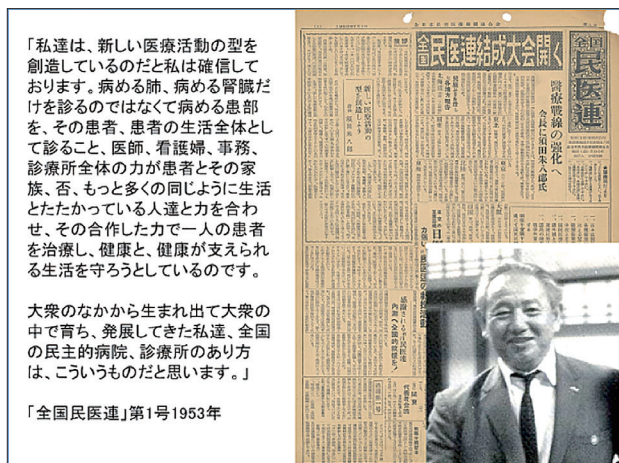
＊ 三つの要からの逸脱は重大な危機を招き、全国の力で克服してきた歩み

[illegible]

- ・災害救援、原爆症、水俣病、環境・原発など、社会的な健康問題での実践と発信
- ・院内感染、医療事故と安全、倫理、第3者機関の発信と病院管理運営の改善
- ・医療崩壊を食い止める医師・看護師の増員運動と養成の実践
- ・貧困と格差拡大の実態発信と無料低額診療事業の広がり
- ・権利としての医療・介護保障の提言、戦後70年決議と国際連帯・HPH活動

そして私たちは、社会的発信を重視してきましたが、これらを通して民医連の医療観は一層鮮明になりました。歴史的には、災害救援、原爆症、水俣等々、社会的な健康問題で発言し、運動に協力してきました。新しい医療・介護の2つの柱の2番目になっている「総合的な医療の質」というものを打ち出している根本には、2000年前後から、重大な医療事故、事件が民医連内部に発生





した、そのことをどうやって克服していくのかという切実な問題がありました。具体的には、院内感染や医療事故を防止する安全・安心の医療をいかに実現するのかという課題に正面から取り組みました。そして今日、日本医療安全機構が立ち上がっていますが、日本の中で第三者機関の設立ということを早い時期から強力に訴えた医療団体が民医連でした。今の安全機構はまだ十分利用されているとはいいがたい状況かと思いますが、現状に到達するにあたっての私たちの取り組みは、かなり大きな影響を与えたと思います。

そして、かつて医療崩壊をくい止めようということ（現在も崩壊といった話があるわけですが）、医師増員の運動。これを2000年代に相当力を入れてやって、全国的なウェーブをつくりました。そして、日常の診療活動の中から貧困の格差の実態の発信、そして無料低額診療制度の掘り起こし等の動きもつくってきました。

戦後70年、被爆70年特別決議

- ① 現内閣が憲法9条の解釈改憲、戦争立法を強行成立させる時、平和と核兵器廃絶を求める民医連の態度を表明
- ② 医師、医療界の犯した戦争医学犯罪に正面から向き合い、反省と今後の倫理的な行動の決意を民医連として固める
- ③ 平和主義と無差別平等の医療と介護をアジアの人々との連帯ですめるためのメッセージとする
- ④ 次代を担う若手職員が民医連の平和と人権の取り組みを理解し、自ら担えるよう決意を促進
- ⑤ 憲法は、戦争責任の自覚と日本の民主的出発・復興の北斗七星、綱領は民医連職員の羅針盤である事の確認

そして、財政問題を理由に社会保障の削減や変質の政策が出てくる、経済、財政問題と社会保障がジレンマ、袋小路状態といわれる中で、打開のための医療・介護提言を2回行いました。戦後70年には、日本の戦争犯罪の総括ができていない現状に鑑み、アジアのみなさんへの謝罪と民医連の今後の決意ということを70年決議という形で行ってきました。

民医連の医療観を体現した二人の先輩の話

ここで二人の先輩について、民医連の医療観に関わる象

徴的な話をします。スライドは、『民医連新聞』第1号の1面です。1953年、全国民医連の結成総会が開かれました。この結成総会には、いまJ-HPHと一緒にやっている佐久総合病院の故若月先生も参加されていたとのことです。戦後の民主的な医療の運動をやりうという人の結集と言いますか、そういう場だったと聞いています。須田朱八郎、初代会長は、この挨拶の中で、「新しい医療の形を創造しよう」ということを話されました。「臓器を診るのではなくて、人を診る、社会全体を診る、生活全体を診て、患者と多職種の協同で頑張る。それは自らの診療所の出自からきたものだ。」、いわば今日の民医連医療の基本的な医療観を創立時にほぼすべて語っています。これはすごいことだと私自身感動しています。

原爆投下直後の広島で、医師として何もできず、ただ寄り添うだけだった。原因が核兵器だとわかり、被爆の実相と続く健康被害の実態を世界に問い、核兵器廃止を訴えてきた。患者さんには、被爆者であることを隠さないよう話してきた。被爆の事実を隠すことは、人間として自由に生きることを自ら制限することだ。被爆者は、被爆の健康被害を治療し、社会的な不利益を補償される権利、生き証人として核兵器廃止を訴える権利、人権を主張することこそ、人間的自由を獲得することだ。



百年を駆け抜けた巨星逝く
肥田先生ありがとう

もう一人、今年3月に肥田舜太郎先生が亡くなられました。100歳の誕生日を1月に迎えられたばかりでしたが、先生の人生そのものが、民医連の医療観を語っています。

肥田先生は、原爆投下直後、当然何が起こったかわからない。何もできないけれど傷病者、患者に寄り添うというところから始められて、その原因が原爆と知ると、被爆者とともにその実相を世界に知らせて核兵器廃絶の運動に取り組みました。そして診療現場では、肥田先生はいつも「被爆者であることを隠さない」ということを患者さんにずっと言っておられました。ここが、民医連の医療観の真髄です。

多分、みなさん方の県でも被爆者の会があると思いますが、会の名前として原爆被害者の会といった名前は使われていないと思います。東京で言いますと東友会、埼玉ではしらさぎ会という名前です。被団協の役員さんに聞きますと、「原爆被爆者の会」では会員が集まらなかったということでした。被爆者は、何の補償もないだけでなく、直後から差別と偏見の中で暮らしていました。被爆の事実を隠してはならないと患者さんに主張するということは、相当覚悟と勇気があることだったのです。パターンリズムでは、考えられないことです。

肥田先生は、被爆者が健康障害を治療し、社会的な不利益を補償されるというのは人権だと患者さんに話しました。そして、被爆者は同時に核兵器廃止を訴える生き証人としての権利も持っているのだと。人権を主張する

ことこそ、人間的な自由を手に入れることだから、辛くとも被爆の事実を隠してはいけない、隠せば自らの人権を制限することになるという話をいつもされていたわけです。

ここには、人権と「共同の営み」という民医連の医療観の土台とその実践があります。今日の私たちが受け継いでいる、そして発展させてゆくべき哲学だと思うのです。肥田先生に限らず民医連の医師集団は、今日に至るまで被爆の実相を世界に示し、被爆者の医療と援護の運動、核兵器廃絶の運動に取り組んできました。

2. 全世代で進行する貧困とその打開

見えにくい貧困

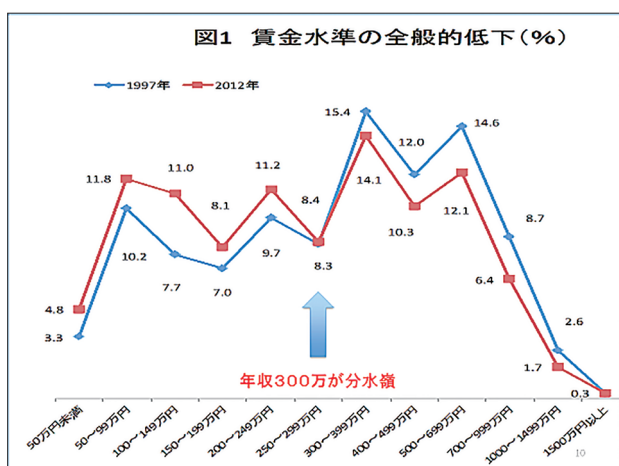
今日私たちが、貧困と格差が及ぼす健康問題ということを中心課題にするにあたって、大事な観点は、「貧困は簡単には見えない。特に医療現場で目立たない。」ということではないかと思います。結果としての急病、健康障害ということであったり、そもそもお金がなければ受診できない状況が広がっています。

現状の国民全体の貧困というのはどういう状況にあるのか、統計的な振り返りを少ししておきたいと思います。

産みづらく、生きづらい日本へ
(もう一つの失われた20年)

- 1) **出生率**：合計特殊出生率は、1.26(2005), 1.45(2015)と韓国について低く、2016年出生数が100万人を切った。しかし「未婚者の9割は結婚を望み子どもは二人欲しい」が多いので、条件が整えば合計特殊出生率は1.75にはなるはず
- 2) **自殺死亡数**：2011年まで過去14年間連続で年間3万人を超える。そのうち2万人は男性。特に30代後半、40代、50代で増加しており、労働雇用や経済の影響が大きい。世界では男性は7番目、女性は韓国につぎ2番目に高い自殺率。2012年以降3万人を切っているが、若者の自殺率は世界一位と鳴る。
- 3) **相対的貧困率**：2006年OECD統計ではアメリカについて先進国第2位になった。日本の貧困率は世帯主が18-64歳の労働年齢人口でも、高齢人口でも高いのが特徴。

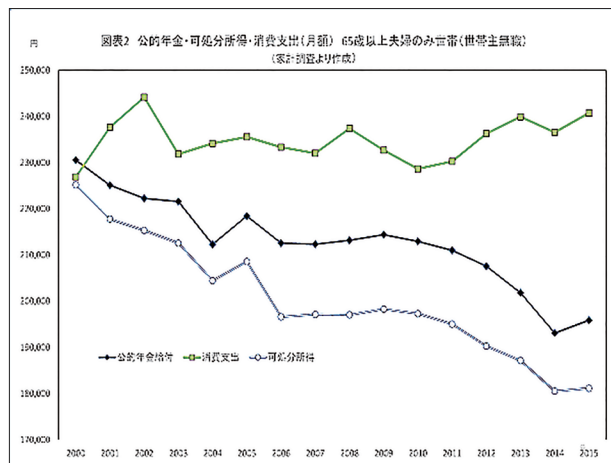
およそ出生率、自殺死亡数、相対的貧困率、これを見れば、産みづらく、生きづらい日本のありようがわかるとされています。



自殺については、破産の軽減や対策効果等もあってか、なんとか少し減ってきてはいますが、若者の自殺率は世界一です。

貧困、超高齢社会の現実と社会保障要求の全世代的増大

- (1) 高齢者：年金で暮らせない平均的高齢世帯、無貯蓄層の激増
- (2) 子育て世代：2人学生のある年収400万世帯は、保護水準未満の可処分所得
- (3) 青年：大卒でなければ非正規の現実、低賃金と長時間労働の先頭世代が40歳に
- (4) 生活の自己責任論に傾く国民心理、分断の政治勢力の台頭
- (5) 過疎地、大都市部、双方に現れる生活不全、心配される災害被害
- (6) 熟年期の尊厳ある生き方への支援は、医療介護の関わりがより重要に



高齢者の貧困

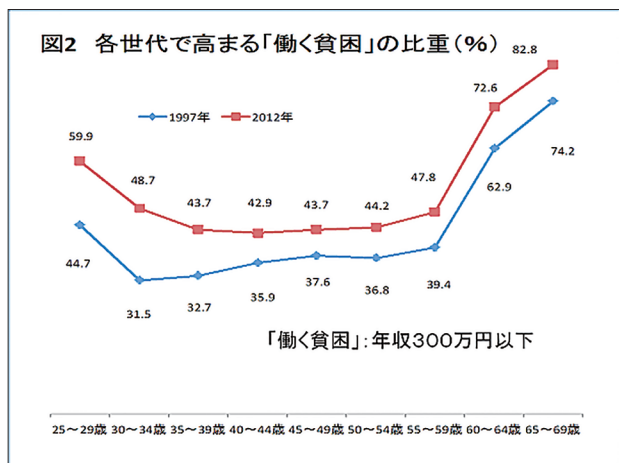
上図は、65歳以上の年金暮らし夫婦の方々の平均値、年金給付と消費支出についてみたグラフです。2000年から2015年で見ても、65歳以上のご夫婦で大体23万から24万、これが平均的な支出でほぼ不変です。そして、どんどん下がってきているのが公的年金給付と可処分所得です。この年金給付と消費支出の平均、これが2000年にはほぼ収支があっていたが、どんどんワニ口のように差が開いてきます。今日では、約5万円程度のギャップがあるとされています。つまり、毎月5万円の赤字というのが、日本の平均的な年金暮らしのご夫婦の家計です。平均がこれですから、これ以下の世帯の厳しさは、想像できると思います。

働く世代の貧困

働いている人はどうか。上図の真ん中にあるのが年収300万円のポイントです。この15年間にどういった変化をしたか。ブルーが1997年、赤が2012年です。300万円の収入の人が全就労人口の8.3%、ここは変わらない。それ以下が増えて、それ以上が減っています。

厚労省の言う「結婚の壁」が年収300万円です。300万

円以下の既婚率は、それ以上の半分とされています。



上図は全世代（25歳から65歳くらいまで）の年収300万円以下のパーセンテージです。赤が2012年、青が1997年。全世代で1997年よりも2012年の方がパーセンテージが増えています。

図表15 年収400万円世帯の公租公課、学校教育費、補助学習費と残りの生活費

		世帯員数	世帯平均年齢	収入				支出				生活保護基準による削減率(%)
				収入合計	税金	社会保険料	収入合計	税金	社会保険料	教育費	収入合計	
公立小学生2人	大都市部	400	24	21.0	96.9	27.3	21.2	9.0	289		318	
	地方小都市部	400	24	21.0	96.9	27.3	21.2	9.0	291		262	
公立小学生と公立中学生	大都市部	400	24	20.5	60.3	27.3	27.8	20.0	268		324	
	地方小都市部	400	24	20.5	60.3	24.8	27.8	20.0	271		267	
公立中学生と公立高校生	大都市部	400	12	15.3	60.3	27.3	40.5	23.4	245		317	
	地方小都市部	400	12	15.3	60.3	24.8	40.5	23.4	248		260	
公立中学生と私立高校生	大都市部	400	12	15.3	60.3	27.3	85.0	25.0	199		317	
	地方小都市部	400	12	15.3	60.3	24.8	85.0	25.0	202		260	

(万円)

(万円)

※ 学校教育費(給食費を含む)と補助学習費は、文科省の学習費調査(2014年度)の年収400万円未満世帯平均値を参考に、社会保険料、生活保護率は2014年度の世帯平均値を、収入は世帯員数に平均収入を乗じて算出している。収入は世帯員数に平均収入を乗じて算出している。収入は世帯員数に平均収入を乗じて算出している。収入は世帯員数に平均収入を乗じて算出している。

家族構成は、小学生2人がいる世帯で37.7、12歳、6歳、小中学生がいる世帯で42.7、38.6、14歳、11歳、中学生がいる世帯で44.6、14歳、14歳を想定

世帯平均、扶養控除は2014年度を計算。

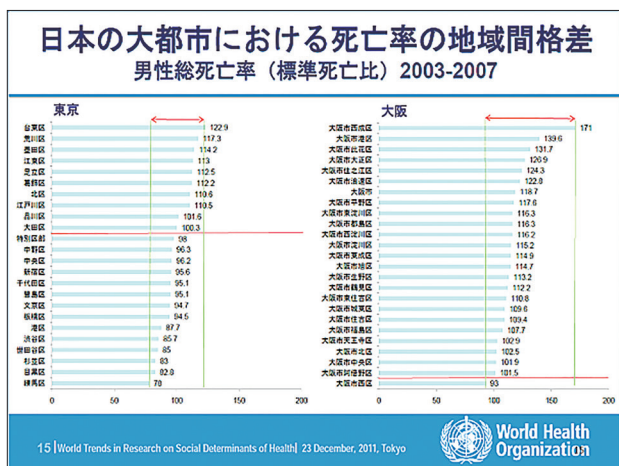
生活扶助費と住宅手当は2015年度基準で計算。

児童手当、児童手当控除は、年収400万円未満を想定。

大都市部は生活扶助費(特別)における1施設、1世帯扶助額8800万円、地方小都市部は同様に2世帯扶助額4万円を想定。

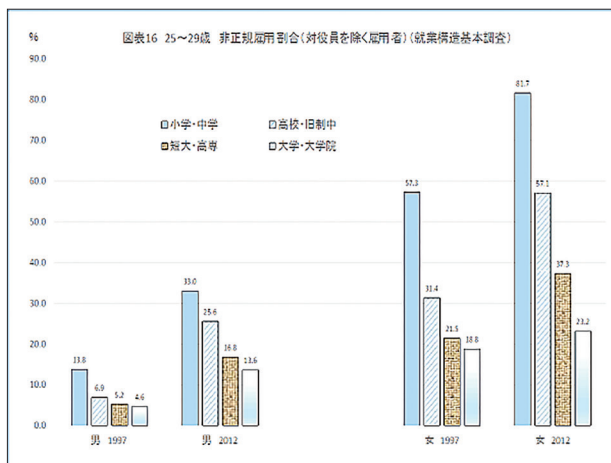
教育費と貧困

上図は年収400万円世帯の税金、社会保険料、教育費を差し引いた生活費の表です。一番上が公立の小学校に2人行っている家庭、一番下が公立中学校と私立の高校に行っているというモデル家庭ですが、衣食住に使える所得がいくら残るかというのが一番最期の「残計」です。

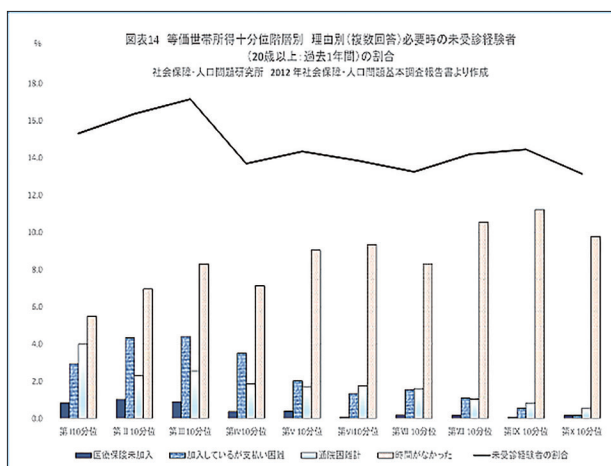


公立の小学校2人ですと289万円残る。私立の高校と公立の中学校だったら200万円ぐらいいしが残らない。

一番端の数字が生活保護基準で計算した場合の、同じく使える所得です。これを見ますと、年収400万円世帯の2人学校に行っている子たちがいる世帯の衣食住に使えるお金は、どのパターンでも保護水準よりも低いというデータです。つまり、年収400万円では、国のいう最低生活基準以下となることを示しています。



そして、上図は学歴によって非正規の率が違うというデータです。



医療アクセスと貧困

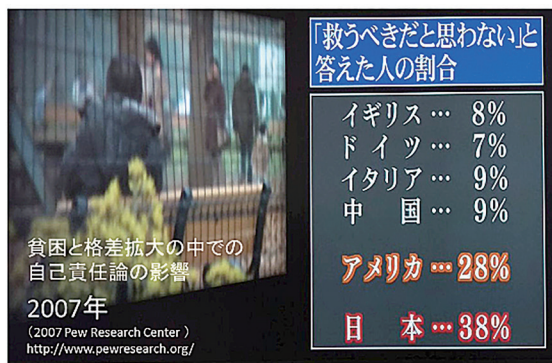
上図のデータはいままで日本ではあまり出てこなかったデータですが、左側が10分位で収入の最も低い層、右側は高い層でありますけれども、上の折れ線が何らかの理由で、病院に行かないといけないうちながら行かなかったという人のパーセントを表しています。これは収入が下がるとによって、そのパーセントが上がる、保険料の支払い困難も当然増えて、受診時の一部負担を気にして受診しない傾向、有症状の受診率、アクセスが所得とこのように逆比例にあることをきれいに示しています。

社会経済状況と健康

上図は神戸のWHOセンターにもらったスライドで

す。日本の厚労省でないところが辛いところです。東京都と大阪市、住んでいる地域でこれぐらい死亡率が違うという話です。日本の平均が赤ですので、大阪の一番いいところが日本の平均ということですから、大阪市は全体として死亡率が高く、東京は大体日本の平均ということになります。大阪の西成区は、日本中から、一部東アジア地域から生活困窮者が集結する、あいりん地区を抱えた区であり、お隣が阿倍野区です。気候もまったく一緒ですが、男性の寿命は雲泥の差です。社会、経済的な状況が地区の死亡率に直結をしているというデータです。

貧困に陥った人を国が救済すべきか



貧困救済と国民意識

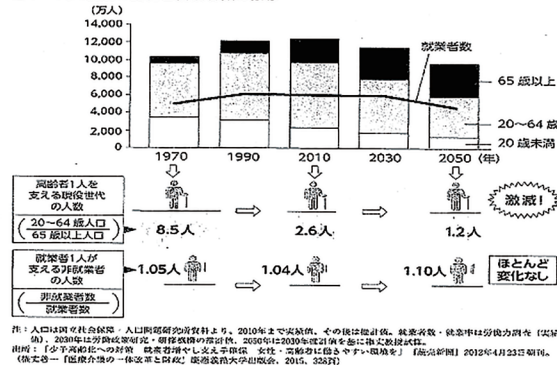
昨年の秋ごろ、「サンデーモーニング」で上記の調査が紹介されました。これは実はかなり以前の調査でありまして、リーマン・ショック前後のころでありますけれども、「貧困に陥った人を税金を投入して救済すべきか、イエス・ノーで」という質問の回答データです。

OECD加盟国でみると、ヨーロッパ、中国では10%以下、つまり、圧倒的な人々が貧困な家庭には税金を投入していいのではないかと回答。税金を使って、そういう貧困を解決するというのはいかなものかと答えた人が、アメリカで28%、実に日本では38%、ケタ違いに多かったというデータです。

「サンデーモーニング」は、日本人も世知辛くなったと評価をしたわけですが、私はそうではないと思います。先ほど世帯年収400万円のところで見ましたように、貧困の広がりの中なかで、生活保護水準以下で必死になって暮らしている人々がものすごくたくさんになっています。しかも、日本の生活保護の捕捉率は高くとも20%台とも言われ、収入的には保護を受けていい水準の7割の人々が保護基準以下で自力生活している状況があるということです。救済されない多くの人たちから見れば、私たちは救われないのに、なぜ保護世帯だけに税金を投入なのか、という認識が出てもおかしくはない。日本人の生活実態は、生活困窮者に自己責任を問うてしまうような意識状態をつくってしまっているのではないかと考えられるのです。

【実現可能・総がかりの社会保障運動へ】

図1 人口構成の変化と就業者数の推移



超高齢社会と財政問題

本日は、社会保障の運動について詳しく話す時間はありません。一つだけ、社会保障の負担は、政府がその気になれば支えられるということだけ示しておきたいと思っています。二木立先生の近著である「地域包括ケアと福祉改革」に引用されている2012年4月23日付の読売新聞記事のコピーですが、よくご覧ください。政府は、社会保障といえば財源問題が厳しいと喧伝しますが、超高齢社会を支える社会的負担は今も2040年もそれほど変わらないというデータであり、財政支出を減らすための都合の良い論立てに過ぎないということです。

上図にあるように1970年当時は8.5人で高齢者を1人支えていたのが、2050年には1.2人で1人支えなければいけない、だから大変だ、金がかかる、こういう話がされるわけですが、それはウソだという話です。労働収入がないのは高齢者だけでなく、子どもたちもです。学生までの子どもたちと働けなくなった高齢者を支えるという点でいえば、子どもも計算式の分子に上げなければいけない。そうしますと、働いている人を分母に、働いていない人を分子にすれば、1970年代も1.05人であるし、いまも1.4人、2050年も1.10人です。かつて1980年代に、『高齢社会は本当に危機か』という本で同じ主張がされ、今日では、政府の社会保障の審議会の常連である権丈善一教授も同様のデータを使って発言しています。

詳しくは、『人権としての医療・介護保障をめざす民医連の提言 いのちの格差を乗り越える。』（2014年）を見ていただきたいと思います。ざっと全世代に広がる貧困の現状を振り返りましたが、働く人の賃金が下がり、教育費が上がってきて、そういうなかで現役世代の生活の厳しさというのは、今後さらに進行します。非正規雇用が若者の中に蔓延し始めて20年以上、このまま20年改善なければ非正規雇用先頭の世代が60歳になります。そうした中で医療へのアクセス問題が生じてきているということは簡単に予想されます。しかし、貧困が医療の現場で見えづらいため、カナダのドクター・ギャリーが言っているような、貧困は積極的に見つけて、治療しなければならないということです。日本人の全世代で進む貧困と格差の拡大という現実、明らかに健康の阻害要因で

あり、医療・介護の新しい二つの柱を提起する最大の意義だと思います。

人権としての医療・介護保障をめざす 民医連 Health for all 提言

人権としての医療・介護保障をめざす民医連の提言

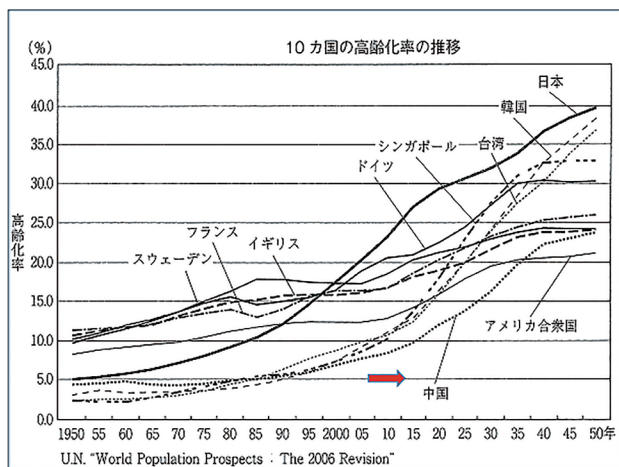
- ① 低所得者層を中心とした医療・介護アクセスの厳しい実態に基づいた提案
- ② 国の責任と守るべき制度的な原理・原則に基づいた提案
- ③ 保健・医療・介護ネットワークの形成とそれを担う医療・介護従事者の確保と養成を提案
- ④ 「健康の社会的決定要因」の克服をめざす政策の立案と実施を求める提案
- ⑤ 財源提案として、所得再分配を強める税制改革と応能負担原則に基づく社会保険料確保
 - ・内需拡大、地域経済の発展と資金アップによる社会保障の充実

Health for all

3. 超高齢社会・尊厳ある生き方と 医療・介護の使命

先頭を走る日本の高齢化

超高齢社会がいかなるものかというのは、日常すぎて今一つピンとこないという面もあるわけですが、50年前と現在とを比較して振り返りますと、ずいぶんと様相が変わってきたということが理解できるかと思います。



上図はいわゆる高齢化率の推移ですが、日本は2000年、介護保険制度ができた年に、世界のナンバー1に躍り出ます。それ以降、第1位ぶっちぎりで、今後は東アジアの各国が急追してくるようです。

東アジアに高齢化率が高い国が多い理由は、家庭制度との関係も言われています。ヨーロッパでは結婚しなくても子どもがいるということは普通にあるわけですが、東アジアでは結婚しないと子どもをつくらない傾向にありますので、結婚できなければ少子化が早く進みます。結婚できない理由は、先ほど示しましたような、社会経済的な理由が主というふうに見れば、東アジアの地域で高齢化率が非常に高くなっていくというのは理解できることです。中国は、ゆっくりと追いかけているように思われますが、なにせ人口が日本の10倍ありますの

で、高齢者の絶対数は日本の数倍です。もうすでに65歳以上人口が1億人というふうに言われており、日本のシルバービジネスがここが市場だということで、介護の研修に中国から来てもらって中国に老人ホームをつくらうという目論見も嘘ではないということです。

日本人の年齢別死因

年齢	第1位	第2位	第3位	第4位
40～44歳	悪性新生物	自殺	心疾患	脳血管疾患
45～49歳	悪性新生物	自殺	心疾患	脳血管疾患
50～54歳	悪性新生物	心疾患	自殺	脳血管疾患
55～59歳	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	自殺
60～64歳	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	自殺
65～69歳	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎
70～74歳	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎
75～79歳	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎
80～84歳	悪性新生物	心疾患	肺炎	脳血管疾患
85～89歳	悪性新生物	心疾患	肺炎	脳血管疾患
90～94歳	心疾患	肺炎	悪性新生物	脳血管疾患

死因の変化と長寿日本

上図は日本人の年齢別死因ですが、89歳までは悪性新生物が並んでいます。

そして、長寿医療研究センターの鈴木隆雄先生の著書「超高齢社会の基礎知識」によれば、1950年頃に比べますと、今日だんだんと日本人は死になくなって、3大疾患（癌、心臓病、脳血管疾患）も死亡率が予防や治療により相当減少している状況を男性の死亡率のゴンペルツ曲線など用いて説明されています。

ゴンペルツ曲線というのは、縦軸に死亡率の対数をとって、横に年齢をとると、普通、人間は年をとればとるほど亡くなっていく率が上がってくる、率を対数にすると直線化するという総死亡率曲線ことです。1950年頃には、悪性新生物、心疾患、脳血管障害については直線化せずに変曲点があって、頭打ちになる形をしている。頭打ちになると直線の違いは、頭打ちになるというのは、1次予防、2次予防が不十分で、介入が進まない、栄養が悪いということで、より早死にをしてしまう。リスクをもっている人が早く亡くなってしまうと、亡くな

超高齢社会の医療・介護の使命

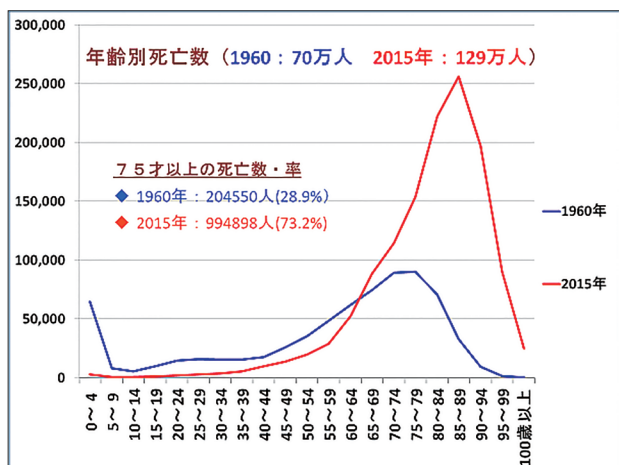
【20世紀】

- ① 救命、延命、疾患克服が最大の使命
- ② 分析的方法により疾患概念を確立し、EBMを優先させる医学
- ③ 病死は医学の敗北という価値観

【21世紀】

- ① 救命、疾患克服に加えて、最後まで尊厳ある生き方の実現が使命に追加
- ② EBMにNarrativeを統合し、身体、心理、社会的な処方を実践する
- ③ 尊厳ある最後の生活(死)が大きな支援任務の一つに

る率が直線的に増えないという理屈です。それが2003年には直線化してきた。1次予防、2次予防、治療を含めた一定の医療の成果だというふうに説明されるわけです。



変貌する日本人の死

上図のデータは、この55年間（1960－2015）の年齢別死亡数について縦軸に死亡数、横軸に年齢をとってグラフ化したものです。1960年と2015年では、亡くなる方が1.8倍です。青線の1960年は、まず乳児死亡が多く、青壮年層も一定の死亡があり、75歳ぐらいにピークがあるという図です。赤線が2015年ですが、絶対数として65歳までで亡くなる人は明らかに減っており、実は死亡率も減っています。年齢階層別に見ますと、栄養や衛生、医療の成果として死亡率は65歳以下で明確に低下をしていることは見てとれます。そして、後期高齢75歳のところで、60年代を絶対数で抜きます。年齢別の死亡率が減少しながら高齢者の絶対数が増えるために、2015以降も75歳以上の死亡絶対数が増え続け、死亡年齢のピークが85－90歳となって2025年にはこのグラフ内に収まらなくなります。圧倒的な死亡が75歳以上、ピークが80台後半ということになってくるわけです。そしてこの状態は2050年頃まで同様というわけで、厚労省も超高齢社会の対応を2040年あたりまで見るようになっていきます。

このことがいわゆる多死社会をどうするか、というふうに言われている中身です。人生の締めくくりに医療とケアの不要な方は極めて稀ですから、ここにわれわれ医療に携わっている者の役割が相当大きくなっていくと思うわけです。

やや図式的にですが、サマリーしました。当然、救命、延命、疾患の克服というのが、医師、医療の使命ということで、近代医学はきたわけです。そのなかで、EBMを優先的にはっきりさせていくような医学というのは当然進んできた。そして、病死は一つの敗北というような価値観、当然医学界にはあったわけです。先ほどのようなデータを見てみますと、21世紀は世界が超高齢社会となり、救命や疾患の克服に加えて、人生の締めくくりに時に尊厳を持って生きることを支援するのは誰なのか

ということが、かなり重要な問題になってきている。これは日々、みなさんも感じておられることと思います。

病気の克服、病死を今後とも減らしてゆくことは重要ですが、病死は敗北という価値観は少し変更して、尊厳ある最期までの生活を医学的に、医療として、いかに支えていくのか、これも重要なミッションになってくるといのが超高齢社会であることは、想像がつくわけです。

その時に、EBMとともにナラティブというものが一層重視されて、統合されていく必要があるでしょう。それに加えて、われわれは、カナダのギャリー・ブロックさんの実践のように、社会的な処方、治療というものを加えていくことが今後の私たちの実践として一層重要性を増すだろうと思います。

過疎地も大都市部も、どちらも生活不全が表面化してきています。過疎地ではそもそも村や町として、なかなか成り立っていかないという状況が出てきていて、一人では最後まで住み続けられないという状況が広がっています。この間、厚労省は在宅死をお勧めしてきたわけですが、いつでしたか東京都で在宅死亡が増えたという報告をして、実はよく調べてみると孤立死が増えていたという結果でした。孤立死も在宅死ではありますが、目標にはならないでしょう。巨大都市東京では、亡くなってから葬儀まで斎場も会場も足りないために1週間かかるのは常識と伺いました。長期入院や施設入所となれば、県外も当たり前ということですね。加えて、世代を超えて不健康状態が広がっているという状況もあります。石原さんが都知事になった時に、「何がぜいたくといって、まず福祉」という発言が当選のインタビュー第一声があって約20年、それ以降福祉・医療関係予算をどんどん切ってきたことも大いに関係があるでしょう。過疎地でも、大都市部でも、人生を平穏に全うするということが簡単でなくなってきました。これは、WHOを含む世界の認識となっています。過疎地、大都市部を問わず、全国どこでも、貧困と格差・超高齢社会に立ち向かう、時代にアタックする医師、医療人が必要になっているということだと思っています。

国連・WHOの21世紀保健医療戦略の歴史と潮流



4. 健康権と共同の営み、医療・介護2つの柱の提起

あらためて民医連らしさ

社会、経済状況と疾病・死亡構造の変化、医療・介護制度、提供体制、教育制度がターニングポイントを迎えています。医療・介護の新しい二つの柱を提案した意義と理由を説明しながら、民医連の医療・介護活動と後継者養成の発展を創り出す時のキーワードとして「今日の民医連らしさ」について考えたいと思います。

世界的な課題認識

世界の今の問題意識と言っているかと思いますが、国連の人権委員会が2013年に上記のように課題を提案されています。高齢化、先進国にも広がる健康格差の拡大、保険医療にかかわる費用の高騰。そして、ヘルスケアの商業化。この4つが世界全体の問題だということを提示されています。これはまったく民医連の認識と一緒だと思っています。

健康の社会的決定要因 social determinants of health (SDH)

WHOや欧州は、健康の社会的決定要因をSOLID FACTとしてまとめ、「臨床現場に現れる健康問題を解決するためには、社会的問題を明らかにした政策づくりが必要」と提言、各国が実践行動している。

生活と労働の視点から
疾病をとらえる

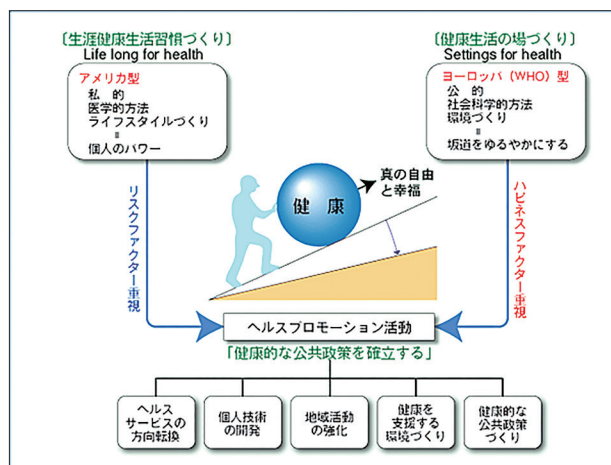


民医連とSDH

それと同時に、1990年代から、いわゆるSDH、健康の社会的決定要因論がどんどんエビデンスを出してきた。先に紹介しました民医連の「生活と労働の視点から疾病をとらえる」ということの科学化の一部がSDHと言えます。初期の民医連が、劣悪な労働環境や公害問題、そして貧困の中で不衛生になっている労働者の生活など、結果として現れる疾患だけに注目しているわけにいかないという日常診療から生まれた視点が、半世紀後に科学として明確になってきたと思えるのです。

WHOの戦略変遷

もともとWHOは、「世界の人々に健康を」Health for allをミッションにつくられたわけですが、初期は栄養対策や公衆衛生活動、そして、いくつかの流行性蔓延病である感染症対策が追加され、発展途上国の保健医療システムをしっかりとすれば、Health for allに近づくだろうというように考えます。



そして、プライマリ・ヘルスケア、そしてヘルス・プロモーションというように進んできたわけですが、2000年ミレニアムを前にしてのWHOの総括は、これまでの発展途上国の保健医療システムを重視した対策だけでは使命が果たせない、先進国のなかに健康格差や不健康状態が広がっているということに、大きな問題意識を持ちます。その理由を明らかにし、対策を打ち出すためにSDHに着目し、SDH委員会までつくって追求していく。そして、健康権保障という人権実現の一環としての戦略を明確にしてきたのです。

WHOの新たな世界戦略とHPH

2005年 バンコク憲章

ヘルスプロモーション:「人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである」。「医学モデル」→「生活モデル(生物・心理・社会モデル)」→ヘルスプロモーション→HPH

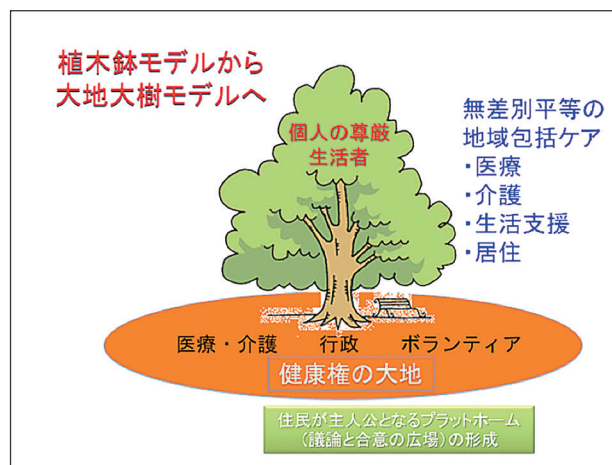
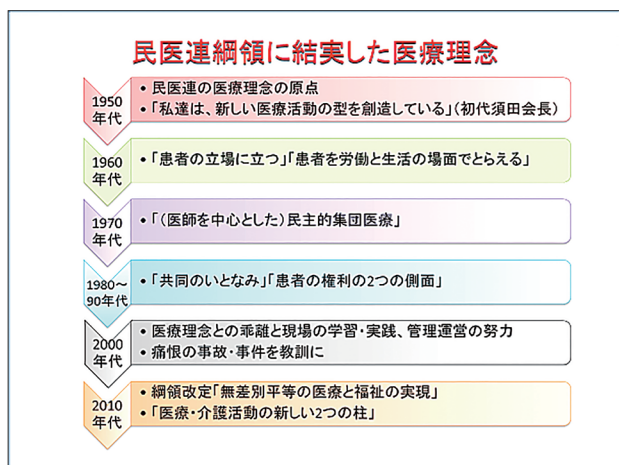


ヘルスプロモーションとHPH

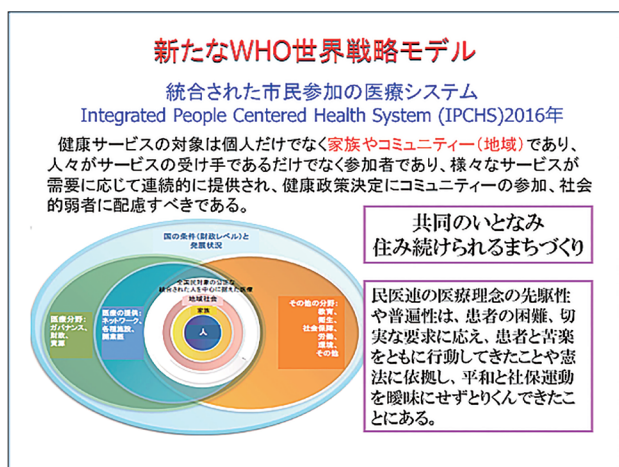
2005年のバンコク憲章で、ヘルスプロモーションを明確に定義します。そしてその実践の一つとしてHPH活動が呼びかけられます。

これまでも、Bio-Social-Psychoとやってきました。Bio-Psychoのところはこれまでも相当追求されてきた。しかし、Socialを診断・治療(対策)という点では、なかなか手がでないというのが率直なところでした。社会、経済の構造の問題を含めて、健康に向かって努力できる土台をつくる方向となりました。

それは個人のエンパワーメントだけではなくて、健康に向かっていく坂道の勾配を下げる。それにはSDHを明確にした社会政策も必要だと。これを両方しっかりやるのがヘルスプロモーションだと定義を確立し



ていきました。



はないという定義に変えるという提案です。これは、私たちが長年言い続けてきた「共同のいとなみ」や「住み続けられるまちづくり」と大変共鳴をする中身ではないかと思うわけです。

そして引き続き、病院・医療機関が目前の患者さんの治療だけではなくて、地域や職員にも目を向けた、総合的なヘルス・プロモーションの拠点となろうという、運動としてのHPHも再度位置づけられています。なお、一昨年WHO神戸センターの担当者と懇談すると、今の優先課題は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ、つまり必要な基本的医療にすべての人がアクセスできることに置いているということでした。

健康権保障へのWHO最新戦略

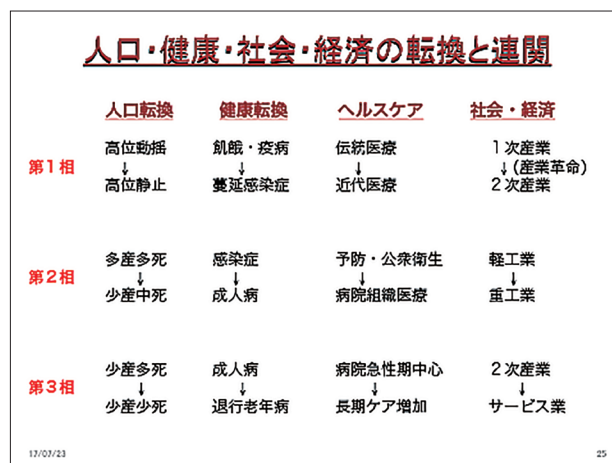


昨年、新たな国連全体としての戦略(SGDs)のなかに位置づけられている、健康関係のモデルが上図です。統合された市民参加の医療システムIPCHPが提案されました。非常に驚いたのは、これまでの提案といえば患者中心(People Centered)でしたが、それがpeopleとともにCommunityに着眼するということになりました。

健康サービスの対象は個人だけでなく、家族やコミュニティであると。かつ、家族やコミュニティは健康保険・医療サービスの参加者でもある。提供を受ける側だけで

医療理念の深化と具体化の流れ

民医連の医療理念の発展という点から見ると、須田先生の一番初めの訴えとその後の全国的な実践の中で、「労働と生活の視点」、「民主的集団医療」、「共同のいとなみ」といったコアとなる理念を明確にしてきました。そして、民医連の医療福祉宣言を経て、「無差別・平等の医療と福祉の実現」を一番に掲げた綱領改定、健康権保障の提起、そして中期的な医療・介護活動の軸を「2つの柱」という形で整理、具体化してきました。こうしてみますと、WHOや世界的な課題認識や解決策と大変よく共鳴といえますか、符合していることがわかります。



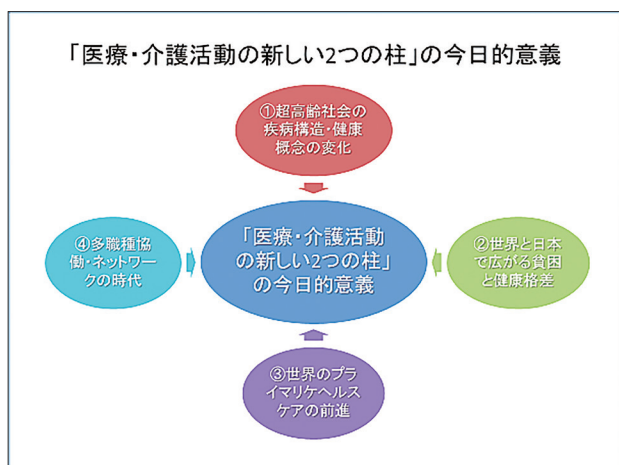
地域包括ケアに健康権実現の視点を

民医連がめざす無差別平等の地域包括ケアは、新しい二つの柱の地域における実践ですが、図は、有名な地域包括ケア研究会の植木鉢モデルです。システムを実にわかりやすく説明していると言われるのですが、深読みをしますと患者・利用者の人たちのお金、養分を吸って、医療や看護やリハビリは生きて行け、というようにも見えるのです。そうではなくて、次の図のように患者さんや地域の皆さんを中心にした健康権大樹モデルにする必要があると思うわけです。

経済、社会、人口構造と健康転換

経済の状況が転換してくることと符合して、人口の構成や健康問題の構造や、ヘルスケアのしくみが転換してきたという考え方が提起されています。いや、考え方というよりも、どこの国でもそれぞれが深く関係し、連関して変化してきたということです。多産多死という社会が次第に変化して、いまは少産多死ですね。やがて少産少死というふうに変っていく。時間差はあっても、どこの国もそういう方向で動いているということが実証されています。

とくに第3相（第1相は産業革命期、第2相は軽工業から重工業への転換期、第3相はサービス産業への転換期）というのは、社会・経済は、グローバリズムや新自由主義的な政策が進められる時期と重なります。人口の動きや社会、経済の動きに呼応して健康や疾病の構造も変わり、ヘルスケアの中身も変わらざるをえないんだというわけです。それまで3大成人病といわれた慢性疾患の増悪や手術などには病院の組織医療が非常に合理的であったわけですが、それが今日の超高齢社会では、それだけでは済まなくなっている、長期ケアの増加や人生の締めくくりの時期の医療をどうしていくのかが問われています。



他職種協働とネットワーク

上の図は、医療介護活動の2つの柱を提案した4つの今日的な意義をまとめたものです。ここまで超高齢社会、貧困と格差、世界の保健医療に関する課題・提案を説明

してきましたが、もう一つ、④の多職種協働、ネットワークの時代という視点について述べたいと思います。

民医連は、「民主的集団医療」という概念を歴史的に重視し、大変重要な役割をしてきたと思います。医師・他職種間の対等・平等の関係の中で、患者を中心にチームとしてあたっていく、医療や社会保障改善の運動も進めて行くというものでした。特に、「よらしむべし、知らしむべからず」と言ったような、パターンリズムというか封建的な色合いが強く、医師と他職種の権威勾配も大きかった時代に、大変新鮮で進歩的なものでした。

今日では、患者さんを真ん中にするのではなくて、輪のなかに組み込んで、真ん中に来るのは解決すべき課題だというモデルになっています。その患者さんが抱えている課題を、チームとして、患者さんとは共同の営みとしてフラットな関係で解決して行こうというわけです。これがかなり一般化し、厚労省も医療界全体としても、チーム医療の重要性は認識され実践されるようになりました。そして、最近の民医連の集会では、民主的集団医療という言葉にこだわらず、民医連らしいチーム医療をいかに進めるか、患者・利用者の社会的な問題解決まで含めてチームで議論し実践するという交流や研修が進められています。

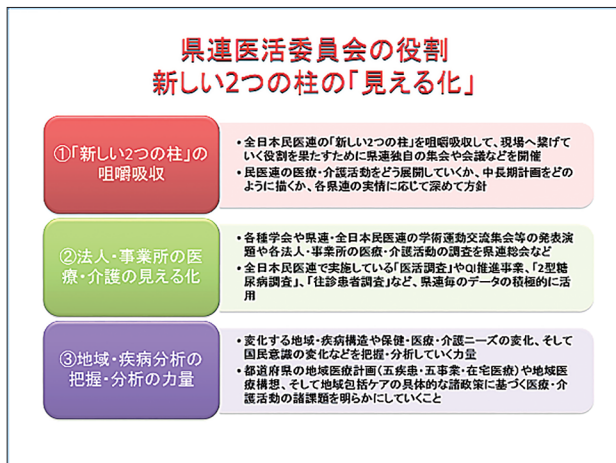
ネットワーク時代と地域包括ケア

共同組織や住民との共同の営みを一層深めるとともに、近隣の医療・介護事業所との多職種協働、ネットワークを追求する時代になっています。研究者からは、ソーシャルキャピタルという概念で地域の福祉力が評価されてきました。民医連は、「共同のいとなみ」の理念を患者と医療者という基本的な枠組みから共同組織との関係に発展させてきた歴史を持ちます。今後の民医連事業所は、自己完結型の展開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、それこそが地域全体、全世代を対象にした無差別平等の地域包括ケアにつながるでしょう。

「自己完結型からの脱皮」は、少し説明がいるかと思います。診療所中心であった民医連は、1960年代から病院化とその拡大、近代化を追求してきました。そして、医師をはじめとする技術者の基本的な研修は自前ですすめる、そういう病院を全国で建設しようと奮闘してきました。その中で2次、3次機能のところまでいく病院も出てきたわけです。組織的には、医療生協組織や友の会など支えくれる地域の人々を組織して健診もする、その中から患者さんが生まれ、また患者さんから組合員になると言った循環、病院と地域が支え、支えられる形ですすんできました。施設の規模や事業の拡大という点では、合理的な展開だったと思いますが、やや自己完結的な展開になったきらいがあるということです。また、環境公害問題や社会保障などでも、政治に対して批判も運動もするという一方で医療界からは独自の道を歩む組織と見

られがちでした。

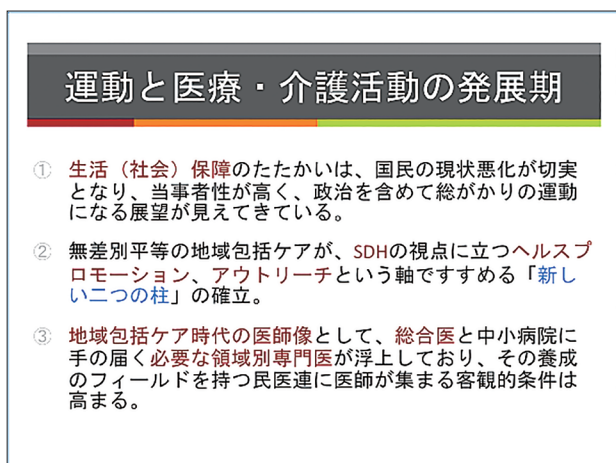
1980年代後半の民医連総会方針では、それまで方針項目としてあげていた「地域医療の民主的形成」という言葉が使われなくなりました。当時の議論では、この課題は民医連運動そのものに近い内容なので、一項目として総括、方針という性質のものではないということでした。かつての地域医療の民主的形成は、今日では、無差別・平等の地域包括ケアの確立という課題として、本気の連携と地域の福祉力向上を目的意識的に追求してゆかねばならないと思います。医師は、地域や医師会の役員にもどんどんってゆくべき時代だと思います。



県連医療活動委員会の再提起

4つの角度から、「新しい2つの柱」の意義、位置づけをまとめましたが、これを本格的に実践するためには組織的な保証があるだろうということで、県連の医療活動委員会の再開・強化を提起しました。

忙しい日常という現実があり、自らの病院の活動が日本のスタンダード、あるいは民医連のスタンダードから見て、どこが優れているか、どこが遅れているかということ客観的に、タイムリーに捉えることも難しくなっていると思います。県連内の隣の病院では熱心な担当者もいて医療安全が進んでいるけれども、うちではもう一つということに気づかないぐらい多忙ということではないでしょうか。



民医連の病院や診療所の活動のトータルな指標、水準、そういったものが院所全体で確認しながら総合的な質を高めるためには、県連の機能として活動を測定し、振り返り、そして成果を共有して方針を打ち出すという仕組みをしっかりと創ってゆくことが必要です。当然、相当な力もあるし、医師も加わらないとできないことですが、やるしかないと思い提起したわけです。

5. 出でよ、人と社会を診る新医療人 ——「社会と健康」が科学となる時代に

民医連の医師、医師集団に期待する

貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう民医連の医療・医師論の進化を

- ・人権と共同の営み、これまでの医療理念を基盤に発展を展望する
- ・治療と延命第一から、健康のコントロールと尊厳ある生活支援第一の医療論へ
- ・Bio-Psycho-Socialを治療まで、社会的処方（治療）があつて全面性を獲得
- ・地域医療の民主的形成論を無差別平等の地域包括ケア論に発展させる

新たな発展期に入った民医連

民医連は、地域におけるベーシックな人権としての医療・介護の活動と社会保障充実の運動にずっとこだわってきましたが、私は、いよいよ新たな民医連発展期に入ったという認識でいます。貧困と格差拡大が全世代で進行しており、中でも非正規労働が蔓延化した先頭の世代が40歳台を迎え、2030年代には60歳台に到達します。国を挙げて地域包括ケアと言ってるわけですが、年金制度は貧弱なままであり、しかも超高齢社会もまだ続きます。災害の発生や様々な社会不安もあり、犯罪や自虐的な事象が増加してくる可能性もあります。無料低額診療事業も使いながら、社会保障充実、安心して住み続けられる街づくりをスローガンに活動する民医連事業所に運動面では注目される状況になると思います。社会保障の確保が実は経済の好循環という点でも非常に大事だというのは、すでに経済学のなかでも一般化しています。切実な問題解決を前に進める政治という点では、市民運動の発展と野党の共闘という前進的な動きが見え始めました。歴史的にヨーロッパの社会保障が先進的に発達しましたが、移民や難民の人たちにはその恩恵は不十分であり、そのことになぜ税金を使うのかという一般国民の疑問や意識的に排外主義を唱える政治勢力も台頭しており、たいへん政治状況は混乱しているというのがヨーロッパの現状です。

医療や介護の活動においては、バイオ、ソーシャル、サイコの視点で捉えるということは、ある程度やってきた。けれども、ソーシャルな要因というのは、実はなかなか見えにくい、しかし統計的には年々深刻化して、医

療機関には手遅れの状態にならないと受診しないということも実際にはあります。私たちは、そこを無料低額診療制度や様々な社会資源を動員するなど、ソーシャルに治療・援助するしくみも持っている医療機関であり、健康権保障と共同の営みの視点で対応していくことができるフィールドがあるわけです。また、すべての県連で介護事業を進め、医療介護複合体として一体的に事業展開しています。まさに、WHOのいう今日的なヘルスプロモーションに貢献できる組織であり、アウトリーチというのは来れない人にはこっちから出掛けようという話、そういう軸で進めていく医療・介護の活動の新たな発展をめざしたいと思います。

そして、病院の機能分化と効率を求める地域医療構想とクリニックの24時間在宅管理機能を期待する地域包括ケアを成立させようとするれば、中小病院によるポストアキュート、サブアキュート、在宅支援という、医療ネットワーク成立のためのマネジメント機能の強化が必須です。病院の機能分化と医師不足の中で、民医連では展開できない技術も増えましたが、高齢患者に対応できる技術や新たに発展させるべき医療内容も増えているわけです。

一方、私たちが言う無差別平等の地域包括ケアは、例えば自分の責任ある地域での孤立死をゼロにするといった地域が持つ課題にも関わり役割を果たすことを想定しています。そのために当然多職種・多施設の協働、地域のSocial Capitalとの連携が必要ですが、どうネットワー



クを組むのかという問題提起の仕方、ポピュレーション・アプローチをしっかりとっていく医療のあり方を追求していくことが重要です。

民医連における社会的な臨床研究

社会的視点、つまり、SDHに着眼した臨床研究は民医連に優位性がある。

- ① 民医連にはSDHの視点がある。
- ② 患者との信頼関係の強さ。経済状態は聞きにくい。
- ③ 日本の臨床研究にSDHの視点がない。つまり、国内では研究成果はノイズになる。
- ④ 民医連の患者は、社会階層が低い人が多いので、少ない標本数で研究が可能。
- ⑤ 全国ネットワークの強み。

臨床研究に取り組もう

これらを進めるためには、SDHの視点のある臨床研究も進めなければなりません。そのなかで研修を組み立てていくということが必要でしょう。この間、民医連の糖尿病、小児科、精神科のグループなどがSDHの視点で研究発表されていますが、社会や経済の構造の変化のなかで生まれている人々の健康問題をリアルに抽出し、問題提起されています。J-HPHができ、民医連が事

見えてきた 若年2型糖尿病の実態

全日本民医連 暮らし・仕事と糖尿病全国調査

■対象
2011年10月1日～2012年3月31日に受診した2型糖尿病患者で、2012年3月31日時点で20歳以上40歳以下の人

■参加事業所 96事業所

■集計数
診療録に基づき医療機関が記入 782件
患者アンケート 760件

■調査方法 2012年6～7月、診療録と患者アンケートから生活実態調査を実施

放置されてきた 若年2型糖尿病

—2型糖尿病の未来予想図—

全日本民医連「暮らし・仕事と糖尿病調査班」

「The Health Gap(健康格差)」を若者へ「なぜせつかく病気を治療した患者を、その病気を生んだ環境に返すのか？」「悲惨の仕組みと闘うために立ち上がろう」

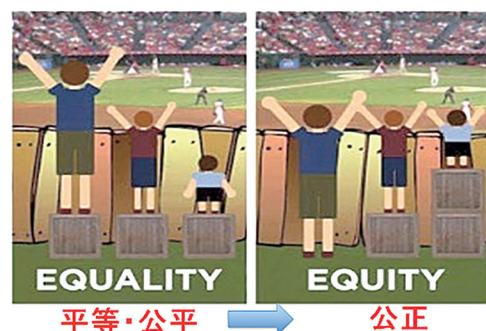
ステータス症候群

マイケル・マモット

THE HEALTH GAP

THE CHALLENGE OF AN UNEQUAL WORLD

丸ごと人と社会を診る、癒し発信する 医師、医療人として同時代を生きる



務局を引き受けています。SDHに着眼した臨床研究の可能性は、民医連のフィールドに十分あるわけですから、ぜひ進めていただきたいと思います。

専門医制度が紆余曲折ありながら、スタートしようとしています。明らかになったのは、技術をしっかり身につける制度をつくろうと思ったら、医師が足りなかったという話になり、政府は、医者を増やすスピードを上げなくともできるしくみをどうするかということで、『保健医療2035』、医師・看護師の働き方検討も進めています。医師の仕事を20%減らして、その分をPAとか看護師さんにしてもらってすれば、医者を増やさなくていいという、そういう答申が出されています。運動があって、2010年前後に千人以上の医学部の定員増がありましたが、あくまで臨時措置であり、いつまた後戻りするかわかりません。

そして若い医師たちが、どんな医師になろうかと考えるよりも、どの研修コースを選ぶのが有利か、いいかというような単眼的な視野となって、多様性が失われてはまずいと思っています。民医連としては、健康権と共

同の営みの視点で医療・介護活動の二つの柱を実践する医師養成をすすめて、「たたかう総合医・手の届く範囲の領域別専門医の集団」が育ってくれることを期待します。

総合医を総合診療専門医と書いてないのは、おわかりだと思いますが、総合診療専門医というのは、それをいわばジャンル化した専門医でありますから、その人たちだけで総合医をやるわけではありません。総合医、そして必要な領域別専門医が協力して、SDHの視点に立って問題解決をはかることが大切です。

科学とヒューマニズムで人と社会を診る、そういう医師集団をつくれる時期に來たし、その土台はあると確信しています。いろいろと厳しい事がありますが、大きな視点で日々の医療活動と医師養成に取り組んでいただきたいという事を最後に申し上げて、終わりにします。

どうもありがとうございました。

(2017年6月に行われた医師委員長会議の講演を8月段階で加筆修正したものです。

健康・社会転換と民医連医療・介護の視点

～健康権と共同の営みの理念を具体化し、新時代を築こう～

2017年8月 全日本民医連 藤末 衛

1. 戦後72年、全日本民医連創立64年を迎えて

- (1)「構造改革」、新たな模索と綱領改定（2010年京都総会）
 - ・新自由主義的「構造改革」に対峙する中で発展させた理念と自己認識を明記
 - ・憲法に依拠し、世界平和と健康権・生存権保障のための方針と展望を明示
 - ・自らの歴史と教訓を次世代に引き継ぎ、豊かに発展させる
- (2) 60年の信頼と前進を築いた三つの要（2014年長野総会）
 - ・「生活と労働の視点」、「共同の営み」の医療観と自立的な後継者養成
 - ・住民参加と非営利の原則、科学的管理と民主的運営による事業展開
 - ・憲法に依拠した平和と社会保障のための社会・政治運動の実践
 - ＊ 三つの要からの逸脱は重大な危機を招き、全国で克服してきた歩み
- (3) 実践に根ざした社会的発信
 - ・災害救援、原爆症、水俣病・公害、原発など、社会的な健康問題での実践と発信
 - ・院内感染、医療事故と安全、倫理、第三者機関の発信と病院管理運営の改善
 - ・医療崩壊を食い止める医師・看護師の増員運動と養成の実践
 - ・貧困と格差拡大の実態発信と無料低額診療事業の広がり
 - ・権利としての医療・介護保障の提言、戦後70年決議と国際連帯・HPH活動

2. 安倍暴走政権と総がかりの社会保障運動

- (1) 2016参議院選から2017都議選の結果と展望
 - ・2016参議院選は、海外派兵、アベノミクス、原発、TPP、沖縄米軍基地、社会保障削減の是非などが問われるべきであった。しかし政権は、「1億総活躍社会」、消費税増税延期、改憲封印と隠蔽と逃げの作戦、及び雇用、保育、奨学金など具体的経済政策を掲げ、改憲勢力が3分の2を獲得。
 - ・また、選択課題が明確な選挙区では市民と野党の共

闘の成果が現れ、民進党全体を護憲派にとどめ、安倍政治に変わる受け皿への国民的期待が示された。

- ・2017都議選は、10年ぶりの自民党大敗、内閣支持率急落となった。全体には野党共闘進まず、共産党の健闘あるものの批判の受け皿がはっきりせず、結果として保守票の多くが都民ファーストに集中した。
- (2) 安倍9条改憲、社会保障削減と今後の展望
 - ・この間の主要選挙結果を見れば、平和と経済政策の両輪が明確になった共闘、受け皿ができれば、政治の転換があり得ることを示している
 - ・安倍政権は、憲法違反と腐敗にまみれながらも、社会保障費削減、共謀罪、さらに加憲式の9条改憲を打ち出してきた
 - ・根本的な対抗戦略が求められる情勢であり、安倍9条改憲反対と財源を明確にした国民生活と社会保障充実の政策を市民運動から野党に迫るべき時であり、野党は連合政権構想を作るべき時
- (3) 当事者を主人公にした人権としての社会保障運動を総がかりで可視化する
 - ・社会保障は人権と富の再分配の問題であることを打ち出す情報センターを
 - ・当事者が学び、声を上げる運動スタイルに（認知症のひとと家族の会、エキタス）
 - ・地域から、個人救済しつつ制度を変えるネットワークづくり（地域25条の会）
 - ・介護保険と国民健康保険制度をターゲットとした市民・専門家の共同運動
 - ・教育や保育、雇用の質向上を社会保障の課題として位置付け共同する

3. 貧困、超高齢社会の現実と社会保障要求の増大

- (1) 高齢者：年金で暮らせない平均的高齢世帯、無貯蓄層の激増
- (2) 子育て世代：2人学生のいる年収400万世帯は、保護水準未満の可処分所得
- (3) 青年：大卒でなければ非正規、不安定雇用・低賃金世代の先頭が40歳台に
- (4) 生活の自己責任論に傾く国民心理、分断の政治勢力の台頭
- (5) 過疎地、大都市部、双方に現れる生活不全、心配

される複合的自然災害

- (6) 熟年期の尊厳ある生き方の支援は、医療介護の関わりがより重要に

4. 民医連らしい医療・介護、発展期の到来

社会経済状況と疾病・死亡構造の変化、医療・介護制度、提供体制、医師・コメディカル教育制度がターニングポイントを迎える中で、民医連の医療・介護活動と後継者養成の画期を創る時。大転換の中で浮かび上がる民医連らしさとは何か？

- (1) ヘルスケアに関わる世界的な問題意識と提案の変遷
 - ・高齢化、健康格差、医療費の高騰、営利産業化が世界の4大課題として認識
 - ・Social Determinant of Health(健康の社会的決定要因)を重視して、プライマリヘルスケアからヘルスプロモーション、そして住民・地域統合ケアシステムへ
 - ・世界の保健・医療・介護制度のキーワードは、富の再分配と公正であり、健康権保障は理念から実践課題となった。(HPH、UHCなど)
- (2) 民医連は存在意義が問われた事件・事故後、改めて人権の医療を模索
 - ・病院の管理運営強化、安全、倫理、チーム医療などの組織的アプローチ
 - ・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
 - ・「人権としての医療・介護保障めざす民医連の提言」などの提案型政策
- (3) 政府の社会保障削減とアカデミアによる先端技術偏重、専門分化追求
 - ・医療・介護費用の削減、効率化一辺倒と営利産業化を進める官邸、財務省
 - ・医師不足下の専門性追求と地域医療の両立の困難性が新専門医制度で露呈
 - ・OECD、保健医療2035も指摘するプライマリヘルスケアの遅れ(約40年)
 - ・科学として専門分化は必然的に進行も、統合と総合化は政策的方策が必要
 - ・専門分化が進むほどに光る民医連の総合的な医療・介護・福祉と職員育成
- (4) 新しい形としての「新たな医療・介護活動の二つ

の柱」の提案

- 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HPH活動、統合的診療と研究
 - ・誰も置き去りにしない、無差別平等、完全アクセスの医療・介護に見える化
 - ・無差別平等の地域包括ケアをめざす「本気の連携」を地域で推進
- ② 安全、倫理、共同の営みを軸とした総合的な医療・介護の質の向上
 - ・生ある限り、個人の尊厳と生きがいを相互に実感出来るチームケア
 - ・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に全面的に把握し、問題解決を提案できる
 - ・分厚い「時代にアタックする総合医と手の届く領域別専門医」集団が必要
 - ・その養成は、「二つの柱」を実践する中小病院をベースキャンプに、多施設共同の研修プログラムが必要

5. 民医連の医師、医師集団に期待する

- (1) 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう民医連の医療・医師論の進化を
 - ・人権と平和、健康権と共同の営みの医療、これまでの医療理念を基盤に発展を
 - ・治癒と延命第一から、健康コントロールと尊厳ある生活支援第一の医療論へ
 - ・Bio-Psycho-Socialを治療まで、社会的処方(治療)があって全面性を獲得
 - ・かつての「地域医療の民主的形成」を無差別平等の地域包括ケア論に発展させる
- (2) 民医連の医師養成、臨床研究への期待
 - ・Narrative and EBMにSocial Therapyを加えた健康コントロール論を
 - ・健康権保障実践に貢献するエビデンスに基づいた地域活動方略の開発
 - ・学術活動、医師研修、職員育成においてSDHや連携・協働の重視と発信を