

保団連第 51 回定期大会 基本要 求

私たちは、国民皆保険制度の下、地域医療の担い手として患者・住民の期待に応えるべく、日々、日常診療の充実と研鑽に努めている。憲法 25 条と国民皆保険の下で、すべての人々に最良の医療を提供し、国民生活の向上に寄与することは、私たち医療者の責務であり願いである。

コロナ危機を克服し、平和と医療・社会保障を充実する政治・社会への転換に向けて、次の基本要 求を掲げ、取り組みを進めていく。

I. 新型コロナウイルスをはじめとした感染症対策の強化

長年の医療抑制政策や感染症病床削減・保健所統廃合は、コロナ危機への医療・公衆衛生の対応力を弱体化させた。政府のコロナ対応は後手に回り、不十分な補償と検査体制、自粛頼みの感染抑 止策により感染急増と医療崩壊が繰り返された。絶対的に不足する医療現場や保健所の人員体制の 強化なしには、さらなる危機への対応は困難である。新型コロナウイルスをはじめとした感染症対 策の強化に向けて次の事項を強く求める。

1. 感染症対策のための取り組みを評価し、初診料・再診料、訪問診療料、入院料等をさらに引き 上げること。外来等感染症対策実施加算、入院感染症対策実施加算を復活すること。乳幼児感 染予防策加算の減額は撤回すること。
2. 感染症対策の強化
国の責任でインフラ整備と平時の感染症関連予算を大幅に増やし、流行時には緊急対応・臨時 的な増強ができるようにすること。
 - (1) 保健所及び地方衛生研究所の数・体制・予算等を強化し、公衆衛生行政の確立を図ること。
 - (2) 国立感染症研究所の機能強化を行うこと。日本版 CDC（疾病予防管理センター）を創設し、 感染症に対応できる仕組みを構築すること。
 - (3) 救急医療体制や ICU・HCU、感染症病床の運営補助制度を創設し、拡充すること。
 - (4) 一般病院・有床診療所や、介護・障害者施設等において感染対策が図れるよう、機械換気設 備、遮断施設、消毒設備設置に対する補助金制度を創設すること。
 - (5) 診療報酬で日常的な感染対策費用を保証すること。
3. コロナ感染症については、感染収束まで次の臨時特例措置を復活・継続・実施すること。
 - ①新型コロナウイルス感染症の検査・治療に対する公費負担を復活すること。少なくとも治療薬 公費負担及び高額療養費制度の自己負担限度額減額措置を 2024 年 4 月以降も継続すること。
 - ②コロナ病床への財政措置を 5 類移行前に戻し、継続すること。
 - ③診療報酬特例措置を継続すること。
 - ④新型コロナウイルスワクチンは、2024 年度以降も特例臨時接種を継続し、接種後の健康被害の 調査・研究、補償の充実、治療方法の確立を図ること。
 - ⑤新型コロナウイルス後遺症（Long-COVID）に対する調査・研究、著しい症状を来す患者への公 費負担の適用、治療方法の確立を図ること。
 - ⑥政府として感染状況をリアルタイムで把握し、科学的知見に基づく感染症対策の継続及び国民 等への周知を図ること。
4. エンデミック・パンデミック発生時には、医療提供体制確保のため次の施策を実施すること。
 - ①感染拡大による実質的な減収を補填する財政措置を緊急に行い、少なくとも感染拡大による損 失（赤字）を生じさせないこと。
 - ②感染拡大防止等支援補助金を感染対策に見合う金額に増額し、簡便、迅速に給付すること。
 - ③感染拡大局面において、医療・歯科医療従事者をはじめ、すべてのエッセンシャルワーカーを 対象に、改めて慰労金（感染拡大特別手当）を支給すること
 - ④自治体が独自に医療機関への支援策が実施できるよう、感染症対応のための地方創生臨時交付

金や地方交付税の増額などを行うこと。

II 医療保険制度の改善

1. 政府の「経済・財政再生計画」等に基づく医療保険制度と医療提供体制の一体的改革を行わないこと。
 - (1) 75歳以上窓口負担の2割導入を中止・撤回すること。「かかりつけ医」と連動した「外来時の定額負担」導入、市販類似薬がある医療用医薬品の自己負担増とスイッチOTCの拡大、先発品の保険給付を後発品薬価までとする「参照価格制」導入、金融資産を勘案した自己負担割合の導入、疾病種類別の自己負担割合の導入などの給付削減・負担増を行わないこと。入院時居住費負担の拡大、紹介状なし大病院受診時の定額負担などを中止すること。
 - (2) 後発医薬品がある先発医薬品（長期収載品）の保険外しについて中止すること。
 - (3) 「かかりつけ医」と連動した「外来時の定額負担」、市販類似薬がある医療用医薬品の自己負担増とスイッチOTCの拡大、先発品の保険給付を後発品薬価までとする「参照価格制」、金融資産を勘案した自己負担割合、疾病種類別の自己負担割合などの給付削減・負担増を行わないこと。入院時居住費負担の拡大、紹介状なし大病院受診時の定額負担などを中止すること。
 - (4) 「地域差是正」の名目で必要な医療を抑制する「病床削減」や「医師適正配置」の強要、1人当たり医療費（外来・入院）の削減、都道府県単位等の診療報酬設定などを行わないこと。
 - (5) 「かかりつけ医」・「総合診療専門医」・「かかりつけ歯科医」等の制度を用いてフリーアクセスの制限を行わず、必要ときに必要なサービスが十分に受けられるようにすること。
 - (6) 出産・不妊治療の保険適用において、患者負担増とならないよう公費等で補填すること。
2. 国は、公的医療保険制度に対する運営と財政の責務を果たすこと。
 - (1) 協会けんぽの国庫負担率を法律本則の20%に引き上げること。
 - (2) 患者自己負担は、窓口負担の無料化を目指す。当面の目標として、18歳年度末までの子どもと、妊産婦及び75歳以上の高齢者は無料、65歳から74歳は1割、現役世代は2割とすること。
 - (3) 一定以上所得者についての保険料は、応能負担の原則を徹底し、標準報酬上限額を引き上げること。また、一定以下所得者に対する保険料は減免すること。
 - (4) 無保険者の実態を把握し、全ての人が医療を受けられるようにすること。
3. 国民健康保険について改善すること。
 - (1) 払える国保料にするために、少なくとも国民健康保険制度に対する国庫負担金を「窓口負担を含む医療費」の45%に戻すこと。
 - (2) 保険料算出にあたっては、応能負担とし、健康保険の保険料負担割合よりも低くするなど、加入者が払える適切な保険料水準に引き下げること。また、高所得者を優遇する保険料の上限額は撤廃すること。すべての市区町村において保険料減免制度を設けること。低所得者に係る減免基準については、少なくとも生活保護基準の1.5倍程度とすること。
 - (3) 市町村が行う一般会計法定外繰り入れを今後も認めるとともに、都道府県として、国保法75条による国保補助金制度を創設・拡充し、加入者負担の軽減を図ること。
 - (4) 地方単独医療費助成事業に対する国庫負担金の減額調整を廃止すること。
 - (5) すべての市町村において一部負担金減免制度を実施すること。減免対象については、急激に所得が落ちた人だけでなく、恒常的な低所得者も含めること。
 - (6) 住居が判明している被保険者については、いかなる場合も正規の国保証を交付することを原則とすること。未交付（窓口預かり）をなくすこと。
 - (7) 国保法の主旨に鑑み、滞納対策と被保険者の療養の確保を切り離して扱うこと。
 - ① 納付期限から1年以上保険料を滞納している世帯を特別療養費の支給に変更する措置は、 現物給付を本旨とする国保法に反するものであり、廃止すること。少なくとも18歳未満の子どもには適用しないこと。
 - ② 特別療養費の支給から除外する対象に、前期高齢者及び地方単独医療費助成事業の受給者を加

えること。

- ③減免規定を拡充し、減免方法等を親切に説明すること。また、単に呼び出しに応じないことをもって特別療養費の支給への変更を行わないこと。
 - ④保険料を1年半以上滞納した者に対する保険給付の差し止めを行わないこと。
 - (8) 特別療養費の支給に変更された患者が医療機関の窓口で医療費の支払をしなかった場合は、保険者が医療機関に医療費を支払うこと。
 - (9) 国保運営協議会を公開すること。
4. 公的医療保険給付範囲を制限する混合診療を解禁しないこと。安全性・有効性が確立した医療技術、医薬品等は適正に評価して、速やかに公的医療保険に導入すること。先進医療などの評価療養は安全性・有効性確立までの検証期間、過渡期の制度として厳密に運用すること。患者申出療養は中止すること。選定療養は段階的に対象の縮小を進めること。研究・試験段階の高次先端医療は保険給付とは切り離し、国の学術研究予算を適用すること。また、民間保険による事実上の医療サービス提供（現物給付化）はやめること。
5. 高齢者（70歳以上）の負担限度額について、制度改変前（2017年7月）の水準に戻すこと。現行の負担限度額を半額に引き下げ、「1%条項」を廃止すること。70歳以上に設定されている外来特例を全年齢に拡大し、負担限度額を引き下げる。月をまたぐと合算できない不合理を是正し、少なくとも1カ月未満の入院については入院開始日から1カ月単位の起算とするなど、高額療養費制度の拡充を国費の増額によって実現すること。
6. 後期高齢者医療制度を廃止し、老人福祉法の基本理念を踏まえ、公的年金が支給される65歳以上の医療を保障する社会保障としての高齢者医療制度をつくること。少なくとも後期高齢者の保険料軽減の特例復活など後期高齢医療保険制度の保険料を軽減すること。

Ⅲ 国が進める「医療DX」と我々が求める医療等ICT施策について

1. 国民不在の強権的な「医療DX」に反対する

国が進める「医療DX」は、脆弱化された医療提供体制の矛盾・困難を「デジタル化」によって糊塗するに留まらない「医療DX」は、経団連など経済界の要望を背景にして、大企業の負担軽減に向けた医療費抑制、さらには公的医療保険制度を変質・解体させていく狙いを持つ。それは、マイナンバーカードの保険証利用（健康保険証廃止）、マイナポータルの利用促進を通じて医療費抑制を進めるとともに、個人の行動を管理、統制・監視する社会の構築を図る。他方、医療・介護等ビッグデータ（例えば、レセプト、処方箋、電子カルテ、さらに窓口計算実績データなど）として構築した「全国医療情報プラットフォーム」について、さらなる医療費抑制や医薬品・医療機器等開発への利活用に加えて、各種民間分野での利活用も狙うなど、我が国の民主主義、公的医療保険制度を根底から変質させかねないものである。

国が進める「医療DX」について、オンライン資格確認整備義務化の中止、健康保険証廃止の撤回はじめ、以下の項目について強く抗議する。

- (1) 医療機関等におけるオンライン資格確認整備の義務化は中止すること。
- (2) マイナンバーカードの保険証利用の中止、健康保険証廃止の撤回を求める
 - ①マイナンバーカードの保険証利用は中止すること。
 - ②現行の健康保険証券面を残し、これまで同様、全ての加入者に交付すること。
 - ③診療報酬のオンライン請求を事実上「義務化」する方針は撤回すること。
 - ④個人の健康・医療・介護等情報に関わるマイナンバー誤紐付けについて点検を徹底するとともに、随時、国会に進捗状況を報告すること。
- (3) 「医療DX工程表」の義務化に反対する
 - ①電子処方箋、電子カルテの標準化、診療報酬改定DXはじめ、「医療DX工程」における整備目

標期限について義務化しないこと。

- ②「医療DX工程表」の策定・実施をめぐる資料・議事録は原則、全て公開するとともに、説明責任を果たすこと。
- ③電子処方箋について、患者・国民、医療機関にメリット/デメリット双方を正確に説明・周知すること。システム検証に関わる期間を十分に見込むとともに、整備・運用に関わり医療現場の経済的負担を補助金で十分に手当てすること。システム・トラブル時に際しては、処方内容の「控え」について原本として扱い調剤を認める運用に改めること。
- ④システム・トラブルやエラーをめぐる問題について、関係省庁自らが監督責任を持って、ベンダー含め経緯に関わる原因と責任の所在について詳細に明確にした上、公表すること。
- ⑤マイナンバーカード普及・利用に向けて、税金(補助金、交付金など)を注ぎ込むことは止めること。
- ⑥患者・国民にPHR利用はじめマイナポータル利用を誘導する・強いるような施策は取らないこと。
- ⑦少なくとも、医療・介護事業者等でのシステム整備・運用費用について、自己負担(患者・利用者負担増も含め)とならないように、国が責任を持って対応すること。

(4) 給付抑制を目的とするマイナンバー制度は中止すること

国民一人一人の経歴や資産、健康状態に至るまで一元的に把握することで、「負担と給付の調整」に利用し、社会保障の適正化を目的とした、マイナンバー制度は凍結・中止すること。マイナンバーカードと被保険者証の一体化や、マイナンバーと機微性の高い医療情報との紐付けを中止すること。

2. 患者・国民、医療者本意の医療等ICT政策に向けて

高齢化が進む我が国の状況等を踏まえ、将来を展望して、国が進める「医療DX」とは異なる患者・国民、医療者本意の医療等ICT施策に向けて、以下について要望する。

とりわけ、デジタル化の推進は強制、義務化ではなく、任意とするべきである。医療現場にとって便利で有益であれば、自ずから進んでいくという政策姿勢を貫くことが大切である。その上で、医療現場、患者・国民の要望に沿って、国が必要な財政支援などを進めていく姿勢が望まれている。

(以下、医療・介護等に係る個人情報の1次利用(医療連携)、2次利用(創薬開発等)を念頭に置く。)

(1) 患者・国民本位の目線に基づき、医療現場が望む形で設計・実施すること

- ①医療連携等に関わるICT化は、医療現場の理解と協力に基づき、現場の実情に寄り添って運用に係る整備・負担を極力軽減できるように努めること。法令上の義務化は行わないとともに、経済的な不利益(診療報酬減算など)を課すなどで整備・利用を促進しないこと。
- ②国・行政でのICT政策決定過程の透明性と説明責任を確保・徹底するとともに、意見応募・公聴会、国会審議はじめ、地域の医療現場、立法府と市民社会による実効性を伴う手続き的関与について整備・充実すること。
- ③医療・介護等に係るICT化施策は、マイナンバーカードやマイナンバー制度インフラ(マイナポータル含め)の利用とは切り離れた制度設計とすること。公的なデータ連携基盤(民間データ基盤との連携含め)は、被保険者番号のように医療分野内に閉鎖された運用設計とすること。
- ④デジタル化対応に困難を抱える患者・国民、医療機関・介護事業者等に対して、これまで同様、アナログ対応を保全すること(例えば、カルテ、レセプト請求、各種届出、健康保険証)。
- ⑤デジタルデバイドの是正に向けて、利用者本人の意向・希望を尊重しつつ、各種支援策について充実すること。

(2) 個人情報保護法制の抜本的強化に向けて

- ①公的サービス利用に際して、人権侵害の危険性が強い顔認証(生体認証)は実施しないこと。
- ②情報利活用に関わって、原則、本人の同意を要する個人情報保護法制について抜本的に強化すること。
ア 個人情報の第三者利用に関わる基本原則において、研究者等が利活用する段階で審査する

「出口規制」(＝患者個人の同意を要しない) への変更はしないこと。

イ 自己情報コントロール権を具体化する措置を個人情報保護法制に体系的に設けること。
(例えば、プロファイリング制限・禁止、個人識別禁止、忘れられる権利(データ削除・利用停止を求める権利)、アクセスログ通知(自己情報が使われる全ての場合の通知・確認制度)、罰則規定強化(委託・孫委託先に対する厳重罰の徹底、制裁金の強化)やデータ越境移転制限など。)

ウ 個人情報保護委員会について、政府からの独立性を担保するとともに、人員拡充・指導権限を強化するなど実効性ある監視・監督機関に改めること。

③システム障害等のリスクの防止・抑制、事故対応やサイバー攻撃に対するセキュリティ確保やリスクマネジメントを担保する施策に最大限努めること。国は、システムセキュリティ確保等に関わって、医療現場・医療機関に対する財政措置及び支援に責任を持つこと。

④健康・医療・介護等に係る公的データベースのクラウドサーバーは、米国など海外サーバーではなく、日本国内に構築すること。サーバー委託先企業(再委託は基本禁止)に対して、越境移転の禁止など政府・自治体が監督責任を強力に発揮すること。

(3) 患者本人の診断や治療に関わるデータ利用(1次利用)について

①地域医療連携ネットワークなど地域に根ざした取り組みに対して、周知案内も含めて国・自治体はスキル支援や補助金など支援を抜本的に強化すること。

②かりに全国標準で連携する仕組みを構築する場合、医療現場の声を十分に踏まえ、我が国の医療提供の実情に応じて医療現場で真に必要なものに留めること。特に、アクセスポイントの限定(利用者・医療機関含め)、中継型サーバー(データを蓄積しない)の使用などセキュリティ確保に万全の注意を払った上、費用対効果に優れた仕組みの構築・運用に努めること。

③電子カルテの標準化・共有を進める場合(電子カルテ導入、HL7 FHIR実装、診療情報の標準コード化など多大な整備が必要)、システム検証に関わる期間を十分に見込むとともに、トラブル・エラーを迅速に検知・対処できる運用とすること。

④PHRの適切な利用について

ア 個人にマイナポータルはじめPHR利用を誘導する・強いるような施策は取らないこと。

イ PHR利用について、個人の人権・法益保護に鑑みた運用ガイドライン(抑止力を伴う罰則、モニタリングなど含め)を作成し、PHR関係業界に遵守を徹底させること。

ウ 患者などの民間PHR利用(例えば、健康系アプリなど)に関わって、サービスのエビデンスはじめ事業者の質を担保すること。また、「かかりつけ医」を中心に医療機関が適切・確実に介在できる運用とすること。

ウ 医療費抑制に向けて、国、自治体・企業(保険者)はPHRについて、患者・国民、勤労者、医療機関の管理・統制に使用しないこと。

(4) 医療分野の研究・開発、政策立案に関わるデータ利用(2次利用)について

①レセプト・処方箋・カルテ、介護等情報を給付の統制や管理に利用しないこと。

②NDB・介護DB等に係る運用は、研究内容など「公益性」や審査を適正に行った上、自己情報コントロール権の担保はじめ個人情報保護に十分配慮すること。研究成果について、患者・国民に分かりやすく公表・周知するなど社会的還元を努めること。

③深刻な医療情報漏洩・個人識別につながる既存データベース(がん登録、難病・小慢ほか)の連結・解析は拡大しないこと。

④改正次世代医療基盤法(2024年施行予定)について、個人情報保護に留意しつつ実施すること。個人情報保護委員会は2次利用に関わって法的解釈・運用を緩和しないこと。

⑤今後の医療等情報の2次利用のあり方については、目指す社会像を明確にした上、課題と対応を丁寧に示し、患者・国民、医療現場、法曹界はじめ社会全体で議論を十分に尽くして決めること。

⑥一般民間事業者の利用(例えば、教育、雇用、民間保険契約など)については禁止すること。医療等データが社会的・経済的差別に利用されないよう、海外の遺伝子差別禁止法のような立法措置も念頭に実効性を伴う個人情報保護措置を設けること。

3. オンライン診療について

- (1) オンライン診療について、当該疾患に直接関係する学会等の意見・エビデンスを無視したなし崩し的な解禁・推進はやめること。
- (2) 原則、初診からのオンライン診療は中止すること。
- (3) 医師が常駐しないオンライン診療のための診療所開設に関わる運用について、離島・へき地等以外には緩和しないこと。
- (4) 医学会連合提言などに基づくオンライン診療指針（2023年3月改訂）の遵守の徹底に向けて、国・都道府県は厳格かつ実効性ある措置・対応を講ずること。

IV 公衆衛生・保健・医療・介護・福祉制度の拡充

国民のいのちと健康を守るためには、収入と住まいの確保を土台に、公衆衛生・保健・医療・介護・福祉の諸制度が十分に確立され、総合的に提供される必要がある。

私たちは、政府が「地域包括ケアシステム」の名の下に推し進めようとしている疾病や介護リスクへの対応の責任を個人に転嫁し、医療、介護に対する国庫負担・企業負担の削減と営利市場化を目的とした「社会保障と税の一体改革」の危険性に警鐘を鳴らすとともに、いつでも、どこでも、誰でもが費用の心配なく、国の責任で必要なサービスが受けられるよう、①国庫負担の拡充、②非営利とフリーアクセスの堅持、③必要な医療・歯科医療が提供できる診療報酬を含めた医療保障制度の充実、④必要な介護が提供できる介護報酬を含めた介護保険制度の充実、⑤医療・介護・福祉従事者、行政、住民の連携、⑥住民を含めた地域からの発信の確保などを保障した「真の地域包括ケアシステム」の実現を求める。

1. 真の地域包括ケアシステムに向けた拡充・改善

- (1) 医療費抑制を目的とした医療機関の再編・淘汰、ベッド数削減、医師数の抑制などをやめ、提供体制の確保に国と自治体が責任を持つこと。不足している特別養護老人ホームの拡充、介護事業所の整備、介護人材の育成・確保を行うこと。
- (2) 終末期をどこで迎えるべきかは、終末期を迎える人の病態や環境によって大きく異なる。在宅優先ではなく、本人や家族の希望に沿った終末期を選べることを前提とすること。
- (3) 在宅医療、在宅歯科医療の確保と、容体急変に対応できる後方支援病院等の確保や移送体制の整備をはかること。
- (4) 医療における非営利によるサービス提供の原則を堅持するとともに、介護等についても非営利を原則にして、公共性・公益性を貫くこと。
- (5) 健やかに生きるためには、口腔衛生と口腔機能の維持・管理が重要であり、要介護認定時に口腔機能アセスメントを位置づけること。また、地域包括支援センターとの連携を強化すること。
- (6) 医療・福祉体制の充実・強化として以下の取り組みを行うこと。
 - ①地域包括支援センターに求められている役割を発揮するために、人員増や機能強化を国の負担で実施すること。
 - ②保健所の数・人員を増やし、住民の要求に応えた地域の公衆衛生・保健・医療・介護・福祉体制を国と自治体の責任で整備すること。すべての保健所に歯科衛生士を配置し、口腔保健対策を充実すること。
 - ③市町村保健センターを必置機関とし、施設・設備の整備費及び事業費・運営費に対する国庫負担制度を設け、全市町村の整備を早急に達成すること。また、保健専門職員の配置基準を決め、マンパワーの充実を図ること。
 - ④医科・歯科大学病院、保健所、市町村保健センター、各種福祉施設などとの連携を強めて、第一線医療機関がそれぞれの役割をいっそう高められるよう、これらの施設の整備、拡充をはかること。
 - ⑤公立病院や独立行政法人国立病院機構・公的病院等の統廃合・移譲をやめること。新興感染症及び難病や結核をはじめとする政策医療を充実すること。
 - ⑥住民の医療アクセスの保障に向けて、地域に密着した中小病院の機能の充実に向けて支援・手当を強化すること。

- ⑦地域医療計画に歯科の二次、三次医療のための病床整備を加え、公的病院の歯科の充実をはかること。
- (7) 認知症対策を強化すること
 - ①認知症対応における連携方法や手順、評価などを明確にし、認知症疾患医療センター等の整備に加えて、医科・歯科開業医の役割、位置づけをいっそう評価すること。
 - ②認知症に対する専門知識と倫理観を持った介護職員の育成及び処遇改善を早急に行うこと。
- (8) 現場でのさまざまな取り組みを集約・分析し、課題を明らかにするとともに好事例を他の地域に広げていくこと。また、介護者（家族など）が抱える問題点や課題を調査し、介護者に対する支援を強化すること。
- (9) 地域医療連携推進法人は、個々の参加法人の自立性を保障し、医師・歯科医師を代表理事にするとともに、営利法人の参加は禁止すること。
- (10) 国は社会福祉に対する公的責任を強化し、社会福祉法人に対する財政的援助等を強化すること。
- (11) 現在自治体が実施している老人医療費助成制度や介護手当金をはじめとした諸制度の後退をもたらす改悪をやめ、地方自治法の目的に則り、住民に対する健康・福祉政策を優先させること。
- (12) 地域医療計画、老人保健福祉計画（介護保険事業計画を含む）については、公衆衛生・保健・医療・介護・福祉関係者や住民を代表する委員による委員会を設置して、地域の実態と需要を反映させること。また、これらの計画が総合的に検討できるようにすること。
- (13) 公衆衛生・保健・医療・介護・福祉制度を民主的に運営するために、オンブズパーソン制度を設置すること。

2. 入院医療の確保・改善

- (1) 医師・看護師をはじめ、必要な医療従事者の確保が図れるとともに、有床診療所や病院が入院施設としての役割を発揮できるよう、診療報酬を引き上げること。特に有床診療所が地域に果たす役割を評価すること。入院料算定にあたっての管理栄養士は配置義務を撤回すること。
- (2) 療養環境・感染防止・褥そう対策、医療安全管理対策、防火・防災対策が図れるよう、経済的保障や建築基準法の弾力的運用を行うこと。
- (3) 25対1看護・看護補助の医療療養病床を存続させること。
- (4) 病床再編・削減の強要をやめること。
- (5) 医療施設近代化施設整備事業の利用にあたって、病床の削減等の条件や選別を止め、民間医療機関の地域医療に果たしている役割が維持・承継できるよう、国や自治体としての助成を強めること。また、福祉医療機構における融資枠の拡大、利率の引き下げ、各種の条件緩和を行うこと。
- (6) 療養環境整備のため、病床面積 6.4 m²以上への引き上げに対する補助制度の創設やスプリンクラー設置補助率の引き上げを図ること。

3. 介護保障制度の拡充・改善

- (1) 介護保険に対する国庫負担割合を 45%に引き上げ、一定以上所得者の利用料を 1割に引き下げること。利用料や保険料のさらなる負担拡大を行わないこと。低所得者の保険料を軽減すること。
- (2) 軽度者の保険給付外しや市町村事業への移管、給付削減などの給付の重点化を止め、必要な介護サービスが受けられるよう介護給付範囲を拡大すること。また、ケアプラン作成の有料化は行わないこと。区分支給限度額を引き上げること。介護保険からの卒業によるインセンティブ加算を廃止すること。
- (3) 職員の抜本的な処遇改善を図るために国として財政措置を行うこと
- (4) 要介護認定について
 - ①認定者の割合について、自治体に指導や誘導を行わないこと。
 - ②介護認定審査委員会の意見を軽視するような改悪を行わないこと。

- ③介護認定申請から 30 日以内に通知する取り扱いを厳守すること。
- (5) 訪問調査の基本調査項目に口腔内や咀嚼の状況を具体的に記述する項目を追加すること。
- (6) 主治医意見書とは別に主治の歯科医師の意見書を新設し、要介護認定及び介護サービス提供に活かすこと。
- (7) 特別養護老人ホームについて
 - ①要介護 1・2 についても、特別養護老人ホーム入所対象者に戻すこと。
 - ②「補足給付」について資産要件等を廃止すること。
 - ③待機者を 5 年以内にゼロにするよう、緊急に国が特別予算措置を講じ、介護人材の育成・確保とともに、国と自治体の責任で特別養護老人ホームを整備すること。
 - ④特別養護老人ホームに歯科医師を配置することとし、配置のための経費を支払えるよう、介護報酬を引き上げること。
 - ⑤特別養護老人ホームの配置医師も含めて、施設において医療・歯科医療を提供した場合は、給付制限を設けず当該費用を在宅医療として医療保険に請求できるようにすること。

4. 障害者対策について

- 障害者の人権が守られるよう保健・医療・介護・福祉の制度充実・拡充をはかること。このために障害者プランの早期達成に積極的にとりくむこと。
- (1) 障害者総合支援法に基づく自立支援医療の応益負担廃止を求めるとともに身体・知的・精神障害者医療費助成制度の拡充を重視すること。
 - (2) 障害者総合支援法第 7 条の介護保険優先原則を廃止し、介護保険又は自立支援給付のどちらかを障害者本人が選択できるようにすること。
 - (3) 障害者総合支援法に基づく補聴器の支給対象に軽度・中等度難聴（児）者を追加するとともに、補聴器や人工内耳装用後のメンテナンスや電池代を追加すること。軽度・中等度難聴（児）者に対する自治体による補聴器補助制度を拡充すること。
 - (4) 職員の抜本的な処遇改善を図るために国として財政措置を行うこと。

5. 難病医療費対策について

難病医療費助成制度の改善（軽度者を助成対象に戻すなど制度改善、臨床調査個人票に係る費用への公的補助の創設など）を行うこと。

6. 生活保護制度に対する要望

- (1) 生活保護の対象者が生活保護を受けやすくし、捕捉率をあげること。水際作戦をやめる、窓口申請用紙を置くこと。ケースワーカーによる医療に対する不当な介入をやめ要支援者に寄り添った相談支援を行うこと。ジェネリックの強要をしないこと。
- (2) 生活保護制度の改悪や基準の引き下げを止めること。特に医療費の一部自己負担の導入や償還払い化は絶対に行わないこと。
- (3) 高齢加算の復活をはじめ、この間引き下げた基準を元に戻すこと。

7. 健診、検診事業の拡充と改善

- (1) 保険者が実施主体の特定健診・特定保健指導を廃止し、市町村が実施主体の旧・老人保健法の基本健診を復活させ、75 歳以上の高齢者、医療保険未加入者の健診を保障すること。
- (2) 被用者保険本人に対する保健指導は、労働安全衛生法により全ての被用者に実施すること。被用者保険本人以外の全国民に対する保健指導を公衆衛生行政として無料で実施すること。
- (3) 特定健康診査等を継続する場合であっても、「医療費適正化の推進」を目的とした規定を削除し、特定健診等の受診率等による後期高齢者医療制度支援金の加算・減算規定を廃止すること。また、特定健診等のデータの一元的管理、レセプトとの突合を行わないこと。
- (4) 基本健診や、健康増進法による歯周疾患検診、骨粗鬆症検診、肝炎ウイルス検診、無保険者等に対する健康診査、特定健康診査非対象者に対する保健指導、がん検診（胃がん、子宮頸がん、乳がん、肺がん、大腸がん）については、国、都道府県、市町村が 1/3 ずつ負担し、利用者負担の徴収を止めること。また、妊産婦歯科健診を充実するとともに、全国民が毎年 1 回窓口負担無料で歯科健診が受けられるよう、国民皆歯科健診を制度化すること。健診・

検診の受診率向上に向けた取り組みを更に強めること。

- (5) 被用者保険本人への歯科健診を、労働安全衛生法に基づく事業主健診項目に追加すること。
- (6) 頻度の高い疾患に係る検診事業については、憲法 25 条の要請と地方自治法に基づき自治体が主体的に実施できるよう、国が積極的な財政措置をとること。

○頻度の高い疾患等（例示）

- ①慢性閉塞性肺疾患等の呼吸器疾患、高齢者の結核
- ②消化性潰瘍や逆流性食道炎、慢性肝炎等の消化器疾患
- ③花粉症や気管支喘息等のアレルギー疾患
- ④うつ病
- ⑤無症候性脳梗塞、脳動脈瘤、認知症等の神経関連疾患

- (7) 健診・検診の啓発・周知、市町村間相互乗入れ制度等に取り組むこと。

8. 学校保健、労働保健、救急医療などの充実

- (1) 学校保健、産業医、予防接種、休日・夜間の救急医療などに係る医師等の報酬を改善すること。
- (2) 下記に掲げた事項を国庫負担で実施し、学校保健の充実を図ること。
 - ①都道府県教育委員会、市町村教育委員会に保健専門医の配置を義務づけること。
 - ②1校に複数の養護教諭配置を原則とすること。
 - ③学校健診後の医科・歯科受診実態について国が責任をもって調査し、改善の取り組みを行うこと。
 - ④DV被害による子どもの無保険の実態を把握し、医療費助成ができるようにすること。
- (3) 労働保健の充実を図るために、中小企業における健康診断について国庫補助を法制化すること。

9. ワクチン対策

- (1) ワクチンの品質確保のため製造工程等に対する国の監督の強化を図るとともに、毎年のように発生する定期接種ワクチン不足を招かないよう、安定供給に向けた支援を行うこと。
- (2) 製造コストを明らかにしてワクチンの価格の適正化を図るとともに、新型コロナウイルスワクチン及び今後出現しうる新興感染症等に対応できるよう、国産でのワクチン開発を進めるため、財政支援の強化を図ること。
- (3) 国際的に有効性が認められているおたふくかぜワクチン、帯状疱疹ワクチンについて、定期接種化すること。
- (4) 定期接種ワクチン及び、定期接種となっていないが国際的に有用性が認められているワクチンについて国の負担で窓口負担を無料化すること。
- (5) 全ての自治体に、2020年3月19日付厚労省事務連絡による定期予防接種期限延長措置の実施を改めて求めること。また、病気や家庭事情などで、決められた接種期間にワクチン接種ができない人も費用の心配なくワクチン接種ができるよう、公費でのキャッチアップ接種を行うこと。
- (6) ワクチンが接種されなかったことによる感染症流行、母子感染、ワクチンに起因すると言われる健康被害の調査・研究、副反応に至るメカニズムの究明、治療法の開発を行うとともに、ワクチン接種後に発生した健康被害に対する相談窓口の拡充及び補償の充実、原因分析、並びに多様な症状を呈する患者さんの治療や相談・支援体制の強化を図ること。
- (7) HPVワクチンの積極的勧奨にあたって下記を実施すること。
 - ①HPVワクチンの有効性はもちろん、接種後の健康被害も含めた最新の情報を、科学的な根拠に基づき被接種者及び保護者にわかりやすく提供すること。
 - ②HPV9価ワクチンの価格の適正化をはかること。
 - ③HPV9価ワクチン定期接種の対象に男子も加えること。
- (8) 予防接種施策を評価・検討する仕組み（日本版ACIP）を設立し、予防接種施策を強化すること。ワクチンの有効性・安全性等の評価に関わるシステム構築を迅速に進めること。

V 医師・看護師、歯科医療従事者など保健・医療・福祉従事者の確保

1. 医師数抑制策をあらため、少なくとも OECD 平均に遜色のない医師数を確保するため、公的責任で必要医師数を養成し、医師不足を解消すること。歯科医師数抑制策の方針を見直すとともに、地域の歯科医療提供体制の維持に向けて、歯学部入学定員の地域枠などについて検討すること。
2. 医学部入学定員の地域枠制度や奨学金制度を拡充すること。医師・医学生の見解や実状も踏まえた設計・運用に努めること。
3. 看護職員や歯科衛生士、歯科技工士養成学校への国庫負担の創設や既存の交付金の拡充、学費免除や就学援助金の拡充、教員の確保など学生の確保と教育の充実を図ること。看護学校の増設や定員拡大を行うこと。
4. 医師・歯科医師、看護職員、歯科衛生士、歯科技工士等が仕事を続けられるよう、保育所の増設及び保育士の待遇を改善すること。保育料の公的補助や病児・病後児保育を充実すること。
5. 労働基準法など医療従事者の法的権利が遵守され、過労死や過労自殺を防止できるよう、診療報酬を含む条件整備を早急に進め、過労死水準の時間外労働を減らし、例外規定の早期撤廃ができるようにするとともに、「技能習得」と称する長時間労働が蔓延しないよう、政策を講ずること。また、「無給医」の解消に向けて実効性ある施策を講ずること。
6. 医師や看護師などの医療従事者、医療提供体制の確保に国・都道府県が責任を持つこと。
 - (1) 公的責任で医師不足地域への医師派遣体制を確立すること。
 - (2) 小児救急を含む小児医療や周産期医療の体制の整備を早急に行うこと。夜間救急体制を整備する医療機関等に対する補助を充実すること。
7. 新専門医制度の運用について
 - (1) 新専門医制度は、医師の偏在の助長など地域医療が損なわれないよう慎重に運用し、地域・研修医等の状況に応じ柔軟な研修体制を認めること。また、地域医療を守るため専門医の取得を義務付けしないこと。
 - (2) 結婚・妊娠・出産・子育て等のライフイベントとキャリア形成の両立が可能な専門医制度とすること。
8. 公的な無料職業紹介事業を充実すること。民間の有料職業紹介所について紹介手数料の適正化、雇用職員への紹介連絡に対するペナルティなど規制を行うこと、問題事例の把握と解決を図ること。
9. 医師の偏在対策は強制的、規制的手法でなく、勤務環境改善やキャリア形成支援、育児・教育、介護・看護はじめ公共サービス確保など、医師の自発性・自主性を発揮できる環境整備を進めること。医療過疎地域における医療経営に対する財政支援を拡充すること。
10. 特定行為に係る看護師の研修制度は、医療の質と安全性の確保にも関わるため医療現場の実態も踏まえ制度運用は慎重に行い、研修内容の充実と質の確保を図ること。
11. 「医療事故調査制度」が「医療安全」「再発防止」の目的にふさわしく機能するために、「WHOガイドライン草案」（2005年）が提唱するように「当事者の責任追及」と切り離し、医療安全と再発防止に徹して運用すること。医療に関する公的な「被害者補償制度」を創設すること。

VI 診療報酬・介護報酬の改善

1. 診療報酬改定に対する要求

- (1) 医師、歯科医師はじめ全ての医療従事者の技術への基本的評価としての基本診療料（初・再診料、外来診療料、入院基本料等）について、速やかに下記の改善を行うこと。
 - ① 医療機関・歯科医療機関経営を安定させる十分な原資となる水準にまで点数を引き上げること。
 - ② 医科歯科間の初・再診料の格差を解消すること。
 - ③ 急激な社会情勢・経済情勢の変化が発生した場合には緊急改定を実施できるようにすること。
- (2) 診療報酬の在り方について下記の通り改善すること。
 - ① 診療報酬各項目の点数設定に当たり、国の責任で全ての医療従事者の基本的な技術等の維持に必要なコスト等に関する実態調査を行ったうえ、持ち出しが発生している点数項目は、速やかに解消に向けて点数引き上げを行うこと。
 - ② 基本診療料の加算による評価や特掲診療料の基本診療料への包括化は、基本診療料の実質的な引き下げにつながるため、止めること。
 - ③ 診療報酬の支払い方式は、個々の診療行為を個別評価した出来高払いを原則にすること。
- (3) 診療報酬改定に当たり、医療機関が改定内容の把握を円滑に実施できるよう点数表、施設基準の告示・通知から実施までの疑義解釈を含めた周知期間を社会的な常識に照らして少なくとも6カ月程度設けること。また国、厚労省が責任をもって保険医全体に周知すること。
- (4) 保険医療材料の価格設定は、当該技術、機器、材料の保険点数を適正評価し、購入価格と保険給付基準の「逆ざや」をなくすこと。また物価等による価格変動を確実に反映し、保険償還価格が購入価格を下回ることがないようにすること。
- (5) 点数の算定ルールやその解釈については全て告示・通知に明記すること。告示・通知の法的性質を峻別し、告示にまったく規定のない項目について、通知のみにより算定要件を設けないこと。
- (6) 診療報酬算定の疑義解釈について、過去の疑義解釈の整理を行い、改定後も適用される疑義解釈を明示すること。
- (7) 保険医療機関及び保険医療費負担規則について、医療機関に義務を課す「改正」を実施する場合は、国会での審議も含めて徹底した論議を尽くして行うこと。
- (8) 医療従事者が診療に専念できるよう、医療機関の事務負担軽減に向けて下記の改善を行うこと。
 - ① 診療報酬の請求上、不要な下記のレセプト記載要領上の取り扱いを廃止すること。
 - ア 摘要欄記載コード化による選択式記録
 - イ 70歳以上の被保険者で、高額療養費の対象に該当しない場合の「特記事項」欄への記載。
 - ウ 記載要領通知に規定した標準病名での保険請求の取り扱い
 - ② 診療報酬項目の主旨からして不要なカルテ記載を廃止すること。
- (9) 診療報酬算定要件の設定に当たっては明確な根拠を基に設定し、根拠が不明のまま算定制限を導入することはやめること。
- (10) 施設基準は人員、設備等の規定を設けなければ医療提供に支障をきたすものに限定すること。医療機能評価、選定療養の実施等を施設基準の要件としないこと。
- (11) 在宅医療に係る医科・歯科診療報酬並びに介護報酬の算定に当たり使用する同一建物居住者、単一建物診療患者の概念を廃止し、最も高い点数に一本化すること。
- (12) 患者への文書提供について下記の改善を図ること。
 - ① 診療報酬算定要件ではなく、別に評価すること。
 - ② 増加する一方の文書提供については簡素化を図ること。
- (13) 診療情報提供料について下記の改善を行うこと。
 - ① 点数を引き上げること。
 - ② 医学的な必要性に基づき、文書で必要な情報提供を行った場合にその都度算定できる点数とすること。
- (14) 診療情報連携共有料について、下記の改善を行なうこと。
 - ① 点数を引き上げること。
 - ② 医科・歯科医療機関間のみに限らず、医科医療機関同士、歯科医療機関同士の情報連携に当たり、文書（メール・FAX等を含む）で必要な情報提供を行った場合に算定可能とすること。
 - ③ 3カ月に1回という算定制限を撤廃し、文書で必要な情報提供を行った場合にその都度算定

可能とすること。

2. 介護報酬改定に対する要求

- (1) 介護報酬を大幅に引き上げること。引き上げにあたっては、介護・福祉事業に携わる職員について公務員に準じた給与等の水準を保障し、介護サービス全般の改善が行えるよう基礎的なサービス全般を引き上げること。
- (2) 告示・通知の発出から実施まで、十分な周知期間を設けること。
- (3) 介護療養型医療施設廃止を撤回し、介護療養型医療施設及び介護医療院、介護療養型老人保健施設において4対1看護・5対1看護を評価すること。
- (4) 医療系サービスを医療保険給付に戻すこと。
現在介護保険で給付されている医療系サービスは医療保険給付に戻すこと。
また医療保険給付に戻すまでは医療系サービスを区分支給限度額から外すこと。医療保険のリハビリと介護保険のリハビリ等の併施を認めること。維持期リハビリ等を医療保険給付対象から介護保険給付にしないこと。
- (5) 医療保険給付を優先することを原則とし、医療保険と介護保険の給付調整を廃止すること。
- (6) 医師・歯科医師による居宅療養管理指導について、同一建物であるか否かによる点数格差を無くすこと。
- (7) 施設サービスについて、配置医師の置かれた現状に見合った適切な報酬が支払われるよう引き上げること。また、施設において、当該施設以外の歯科医師や歯科衛生士が職員に技術的な指導、助言を行った場合の費用を評価すること。
- (8) 感染対策に係る費用を公費負担により保障すること。

Ⅶ 薬価制度の改善、医薬品の安定供給確保

医薬品の承認と価格設定を透明化し、欧州に比して高い薬価を是正すること。医療機関の保管・損耗コストの評価や処方・調剤技術料を引き上げること。

1. 高薬価維持制度である「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」を撤廃すること。
2. 高薬価の是正に向けて、「建値（新仕切価）制度」を即時廃止し、医療機関と医薬品卸との間での自由な経済取引を保証すること。
3. 医薬品安定供給に留意しつつ、後発品のない先発品の薬価を引き下げること。有用性の認められない薬については薬価基準から削除すること。
4. 薬価の設定は、その有用性、類似薬の国内薬価、国際的な薬価水準、原価等を総合的に検討して行い、承認審査と薬価設定に用いた資料は原則としてすべて公開とすること。
5. 各種加算制度の抜本的な再検討を行うこと。製品総原価の内訳公表に応じた加算の上乗せ評価は中止した上で、製品総原価の内訳公表を行うこと。配合される薬剤がともに特許切れなら「新薬」扱いしないこと。
6. 銘柄別収載方式を一般名収載方式に変更し、同一成分の薬の価格を統一すること。
 - (1) 費用対効果評価は、新薬の高薬価是正として用い、保険償還の可否の判断には用いないこと。
 - (2) 薬価の中間年改定は中止すること。かりに一部改定を行う場合、医療現場に負担増とならないようにするとともに、①乖離金額の大きな高薬価の先発品を中心に改定する、②後発品は対象外とするなど必要性の高い医薬品の薬価が適正に保たれるよう改善すること。
7. 国内未承認薬などの治験等において被験者を保護する法的制度を確立すること。安全性・有効性が蔑ろになる危険がある再生医療の「条件及び期限付き承認制度」及び医薬品の「条件付き早期承認制度」において第Ⅲ相試験（検証的臨床試験）の実施を担保すること。

8. 薬務行政が適正に行われているかどうかを監視するために、政府や製薬企業から独立した第三者機関として「医薬品監視機構」を運用すること。
9. 国の責任で医薬品を安定供給すること。
 - (1) 政府として、患者・国民に医薬品供給不足の状況を周知し、処方変更等が起こり得ることなどを丁寧に説明すること。
 - (2) 基礎的医薬品の対象拡大、不採算品目再算定の適用柔軟化など、必要性の高い医薬品の薬価を下支えする仕組みの改善を検討すること。最低薬価について、真に採算が確保される水準を検討し、最低薬価が設定されていない剤形にも新設すること。
 - (3) 製薬企業の製造工程に対する管理、監督を強化し、医薬品の製造、流通に対する政府の責任を果たすこと。
 - (4) 後発品を中心に薬価の不合理な低下を招いてきた医薬品の流通慣行（後発品が取引総額圧縮の調整弁となる総価交渉、卸の値引き販売を補填するリベート等）について、必要性の高い医薬品の薬価が適正に保たれるよう政府として実効性ある対応を行うこと。
 - (5) 必要性の高い医薬品の原薬の国内製造比率を上げる施策をさらに進めること。
 - (6) 糖尿病治療薬のダイエット使用目的に見られるような自費診療（安全性が不明瞭な適応外使用）について実効性ある規制を行うこと。保険診療処方上での安定供給確保に向けて、国は製薬業界・医薬品卸業界などを適切に指導すること。

Ⅷ 審査、指導、監査、適時調査の改善

1. 審査支払機関改革について

- (1) 国民医療充実の立場に立って、機械的、画一的な審査を招きかねない改革はやめること。
- (2) レセプトの目的外使用はやめること。
- (3) 支払基金の支部組織の集約化はやめること。

2. 審査制度について

- (1) 疾病の個別性、多様性に応じた診療ができるよう医師の裁量権を尊重すること。医療の実態や医学にもとづかない一方的な減点、経済審査をやめること。
- (2) 薬剤に対する審査は、機械的な適応症主義でなく、薬理作用を重視したものとすること。初診月など診療開始期の検査は、疑い病名のいかんにかかわらず幅広く認めること。
- (3) 明らかに病名もれとわかる請求明細書の審査は、請求医療機関に照会の上で処理し、即減点する取り扱いをやめること。また医学的に同一病名と判断できるにもかかわらず、ICD-10に掲載している病名が文言上一致しないことをもって減点することがないようにすること。
- (4) 減点箇所、理由は記号のみではなく、内容も可能な限り具体的に記載するとともに充実すること。増減点連絡書を改善すること。
- (5) AIによる審査について、審査委員による審査では発生しなかったような誤審査が全国的に発生していることから、誤審査の情報収集と医療機関への周知、システムの修正を確実にすること。
- (6) 医療機関からの再審査請求を原審通りとする場合、医学上、又は診療報酬上の具体的理由を文書により明らかにすること。医療機関からの再審査請求時のレセプト添付は、全県で不要とし、保険者からの原本取り寄せは依頼から14日以内とするよう義務づけること。
- (7) 医療機関からの再審査請求について、医療機関側の理解を深める上で、簡便で納得しやすい面談による再審査請求を認めること。また再審査請求処理は、可能な限り請求のあった当月内処理とすること。
- (8) 審査委員の選出にあたっては、現場の臨床医の中から選出すること。審査委員の氏名、専門科目を基金や国保連合会の責任で公表すること。審査に関する情報を、医療機関に知らせること。

保険者からの医療内容に立ち入ったレセプト点検による再審査請求及び6カ月を超える再審査請求は一切受け付けないこと。正常な審査の仕組みや機能を歪める保険者による民間業者を使ったレセプト点検をやめること。

- (9) 退職等で被保険者資格を喪失、変動した場合に、速やかに被保険者証を保険者に戻して新しい被保険者証で受診するよう、被保険者に対する指導を徹底すること。また資格喪失後受診による請求明細書については医療機関に返戻せず、保険者間で調整すること。
- (10) レセプトは本来的に「医療機関と患者、そして保険者という3者間の契約書類」であり、社会通念上、契約書の目的外使用が許されない点を踏まえ、目的外のレセプトデータ利活用は止めること。
- (11) レセプト電子請求への対応に伴う経費増に対応できない零細医療機関もある点を踏まえ、レセプト請求電子化の義務化は止め、紙による請求も認めること。

3. 指導、監査制度について

(1) 個別指導の在り方について

指導は行政手続法に則って実施されるものであり、いわば研修と同義であることを指導大綱に明記すること。また個別指導の場でも、指導医療官並びに事務官がその旨を明確に説明すること。また、「医療指導監査業務等実施要領（指導編）」にもその旨を明記し、取り扱いの明確化を図ると共に、各厚生支局への研修等を通じて周知も徹底すること。

(2) 指導大綱改善に関する要望

- ① 指導は、集団指導、個別指導の2つとし、高点数を選定基準とする集団的個別指導は廃止すること。個別指導の選定基準から「高点数医療機関等に該当するもの」との文言を削除し、集団的個別指導から連動した形で個別指導を実施する医療機関を選定する運用をやめること。
- ② 指導と監査を峻別すること。その上で
 - ア 個別指導の場を監査に切り替えられるとする指導大綱の規定を廃止し、指導結果・指摘事項を通知して個別指導を完結させること。
 - イ 指導大綱に規定のない個別指導の「中断」は保険医が納得出来る合理的理由がある場合を除き行わないこと。
 - ウ そうした事情で指導を「中断」する場合は再開時期を被指導者に中断後1週間以内に通知すること。
- ③ 指導には患者調査やカルテのコピーなど監査の手法を付け加えないこと
- ④ 「自主返還」と称する診療報酬請求返還の強要を行わないこと
- ⑤ 指導大綱上に明記されている「立会人」について
 - ア 個別指導の立会業務で知った情報に対して守秘義務が課されていないことが明白であることを踏まえ、公務員に準じた形で守秘義務を課すこと。
 - イ 特定団体への勧誘の行為は明確に禁止すること。
 - ウ 医療指導監査業務等実施要領（指導編）の遵守を徹底させること。
 - エ 立会人が個別指導の立会業務に臨むに当たって遵守すべき規定を整備すること。また当該規定の違反者には立会人の依頼をしないこと。
 - オ 当面の対応として下記を徹底させること。
 - ・立会人に「個別指導で知り得た情報を漏洩しない」、「個別指導で知り得た知識や関係性で特定団体の勧誘等を行わない」旨の「誓約書」の取り決めを求める。
 - ・指導医療官が指導開始時に「立会人は公平性を求められているので指導に関連しない言動は慎むように」宣言させる。

(3) 当面する指導の取扱いに関する要望

- ① 新規個別指導は、より教育的な観点から実施する指導とすること
- ② 個別指導の実施通知には、選定理由、指導内容を具体的に明示すること
- ③ 集団的個別指導の選定に関して、高点数保険医療機関等であり、直近の個別指導が「概ね妥当」、又は「経過観察」で改善が図られているものは、高点数による個別指導の対象から除外する運用を行うこと。
- ④ 集団的個別指導の類型区分について
 - ア 直近の改善要望として、そもそもの選定基準として行政が使用する「平均点数」の論拠を明確化すること。

イ 極端に高点数の診療項目を実施、または高薬価の薬剤を使用した事例を含む場合は対象から除外すること。

⑤ 指導対象カルテの指定については30人分全てを1週間前に通知すること

⑥ 指導に係る資料等の持参物について

ア 指導当日に必要となる資料に関しては、

○個別指導が被指導者側の任意の協力であることを踏まえ、医療機関の実情に合わせ必要最小限の範囲にとどめること

○歯科における「都道府県歯科個別指導における持参物について」（2014年9月25日厚労省医療指導監査室長補佐事務連絡）の運用を徹底すると同時に、医科の個別指導も同様に作成・保存の無い資料に関しては持参物の対象外とする配慮を行うこと。

イ 指導に先立って提出が求められる場合もある現況調査書に関しても、個別指導を実施するに当たって必要のない項目は記載させないように直ちに改めること。

⑦ 個別指導の実施日程の設定について、患者に対して不便をかけないように休診日、診療時間外、土曜、日曜、祝日等とするなど、地域の実情に合わせて双方の調整により決めること。

⑧ 新規個別指導・個別指導の実施会場について、医療指導監査業務実施要領（指導編）の規定を遵守し、特定団体の建物は使用しないこと。

（4）指導、監査に関連する要請及び適時調査、その他の要請項目

① 指導大綱に則った指導医療官の資質均一化のための教育制度と第三者評価の仕組みを確立すること

② 個別指導時の「立会人」について、厚労省は都道府県医師会等が費用を出す現状を早急に改め、厚労省が非常勤の公務員として責任を持って雇用することや「立会人」に関する規定やマニュアルの整備を通じて守秘義務遵守を徹底させること。

③ 指導等に関する情報（指導実施件数や指摘内容等）を開示すること。また個人情報の含まれない通知、事務連絡、内かん等は、開示請求をするまでもなく公開すること。

④ 各地方厚生（支）局や都道府県事務所との懇談・要請実施が引き続き行われるようにすること。

⑤ 診療報酬改定内容の周知は、単に資料配布にとどめるのではなく、医療機関が十分納得できる形式、方法を保障するなど、周知期間の確保を含めて行政の説明責任を果たすこと。また任意参加の集団指導を最低年1回開催すること。

⑥ 卒後教育等で保険診療に関する教育の場を設けること。卒後教育ならびに臨床研修時に保険医療制度等に関するカリキュラムを設定するなど、保険診療に関する教育の端緒として位置づけ実施すること。

⑦ 監査に関する改善要望

ア 監査に伴う処分については慎重に検討すること。

イ 監査の処分基準を設けるとともに明文化して公表すること。

ウ 保険医療機関等の取消期間については2年を限度とすること。また取消期間の判断基準を明確にし、公表すること。

エ 監査実施日の通知に関して、個別指導と同様に少なくとも1カ月前には通知すること。

4. 適時調査について

（1）適時調査の対象医療機関及び実施予定月を前年度（少なくとも3カ月前）に知らせること。

（2）自主返還は、施設基準に適合しないことが判明した場合も、ただちに返還を求めるのではなく、まずは改善を指導し、後に再調査してもなお改善されていない場合に初めて返還を求める扱いとすること。その場合でも適時調査による「自主返還」を求める対象期間は、長くとも1年以内とすること。

（3）施設基準の内容や解釈について、疑義が生じないようにし、周知徹底を図ること。

（4）「緊急事態宣言」の有無にかかわらず、新型コロナウイルスが収束するまでの間は、全ての医療機関の既届出施設基準について、当該施設基準を満たしているものとして取り扱い、適時調査再開時に自主返還の対象にしないこと。

5. 柔道整復療養費に関する要望

厚生労働省は、柔道整復師、保険者、患者等に対し、適切な療養体制がとれるよう周知徹底を図ること。不適切な施療に対してきちんと対応すること。

Ⅸ 医業税制等の改善

1. 国民本位の税制改革に対する要望

- (1) 2019年10月の消費税増税を撤回し、当面5%に減税すること。財源の確保は消費税に頼らず、将来的には廃止を目指し、減税を実施すること。
- (2) 中小業者に過度な事務負担を押し付け、免税事業者の排除を招くインボイス制度の実施は中止すること。
- (3) 医療の消費税は診療報酬による対応ではなく、税制上の解決を図ること。医療は免税取引として、「ゼロ税率」を適用すること。患者に消費税負担を転嫁する軽減税率による医療への消費税課税は行わないこと。
- (4) 特定健診、乳幼児健診、予防接種について消費税を負担させず、医療は非課税の趣旨を徹底すること。
- (5) 所得税の課税最低限を大幅に引き上げ、生活費は非課税とすること。
- (6) 応能負担原則にもとづき大企業・大資産家への総合・累進課税を徹底・強化すること。タックスヘイブンを利用した租税回避を規制すること。
- (7) 国民負担増となる復興増税は中止すること。

2. 申告納税制度を守ることについての要望

- (1) 税務調査において、患者の人権と医師の守秘義務を侵すカルテ開示の強要をしないこと。
- (2) 青色専従者給与の修正強要、帳簿類のコピーや持ち帰りの強要など、不当な調査をやめ、自主計算・自主申告を尊重すること。
- (3) 国税通則法に定められた事前通知・終了通知など調査手続規定を遵守し、納税者への文書による通知を徹底すること。行政指導の形をとった実質的な税務調査は行わないこと。
- (4) 質問応答記録書の作成を中止すること。
- (5) 税務調査の強化につながる財産債務調書の提出制度を廃止すること。
- (6) 国税通則法の「煽動罪」条項を削除すること。
- (7) 納税者権利憲章を早急に法制化すること。
- (8) 国税総合管理(KSK)システムによる納税者管理番号は、国民のプライバシーを侵さないような運用をすること。また、プライバシーを守る観点から税と社会保障給付に関する共通番号(マイナンバー)制度は凍結・中止すること。

3. 開業医本人の所得、家族従事者の給与に関する要望

- (1) 医業所得と開業医本人の勤労にもとづく所得を分離し、税法上正当に評価すること。
- (2) 青色・白色を問わずすべての事業者が家族従事者に支払う給与を必要経費として認めること。
- (3) e-Taxを利用しているかどうかにかかわらず、青色申告特別控除の控除額を引き下げないこと。

4. 措置法第26条、同第67条(いわゆる4段階税制)を当面存続させることの要望

社会保険診療報酬の所得計算の特例措置(いわゆる4段階税制、租税特別措置法26条、67条)を当面存続すること。

5. 医療機関の事業税に係る要望

- (1) 社会保険診療報酬に対する事業税非課税措置を存続すること。赤字でも課税される「外形標準課税」の拡大は行わないこと。
- (2) 医療法人の社会保険診療報酬以外の収入に対する事業税軽減措置を存続すること。
- (3) 医療機関で取り扱う正常妊娠・正常分娩にかかわる収入に対して、助産施設と同様に、事業税非課税の特別措置を講じること。

6. 社会保険基礎経費（基礎控除）の新設についての要望

社会保険基礎経費（基礎控除）は、措置法第 26 条（いわゆる 4 段階税制）適用者と法人をのぞき、すべての開業医に適用すること。社会保険基礎経費（基礎経費）を医業所得に適用すること。

7. 地域医療を守るため必要な固定資産税・相続税に対する措置の要求

- (1) 医業用固定資産に対する固定資産税は非課税とすること。当面はすべての自治体で減免措置を実施・拡充すること。
- (2) 旧医療法に定められた持分の定めのある社団医療法人（経過措置型医療法人）の出資持ち分の相続税評価額は、持ち分に対する剰余金の配当が禁止されていることに鑑み、出資時の払い込み金額とするなど軽減をはかること。
- (3) 医業承継者（医師個人）が引き続き同一場所で医業を承継する場合には、地域医療を継続して確保するために、
 - ① 医業用財産の相続税評価額の大幅な軽減と一定期間の納税猶予（民法上の医業相続人の場合）をすること。
 - ② 経過措置型医療法人の出資持ち出し分に対しては、地域医療を継続することを前提に、相続税評価額と出資時の払込金額との差額に対する相続税について一定期間納税猶予をすること。
 - ③ 医業用財産を相続人から医業を承継する医師に譲渡した場合には、地域医療を継続するためにも、譲渡所得の特別控除等による軽減をはかること。

8. 医療法人制度に対する要望

- (1) 医療法人制度において、経過措置型医療法人が出資持ち分なしの医療法人に移行する際に、移行が新医療法の理念に沿っていることに鑑み、課税が生じないよう必要な措置を講ずること。（相続税・贈与税・所得税・法人税）
- (2) 医療法人の法人税率は、公益法人等の収益事業に対する法人税率と同率にする。特定医療法人の法人税については非課税とすること。（法人税）
- (3) 特定医療法人及び社会医療法人のために、寄付した場合において、以下の措置を講ずること。
 - ① 特定医療法人及び社会医療法人を特定公益増進法人の範囲に含めて、寄付者に対する措置（損金算入・寄付金控除）を講ずること。
 - ② 個人が社会医療法人のために現物資産を寄付した場合におけるみなし譲渡所得について、寄付者に対する措置として特定医療法人と同様に課税対象から除外すること。
 - ③ 個人が特定医療法人及び社会医療法人のために寄付した場合における相続財産に係る相続税について、寄付者に対する措置として社会福祉法人と同様に課税対象から除外すること。
- (4) 特定医療法人及び社会医療法人において、当該法人の寄付金収入について課税対象から除外すること。（所得税・法人税・相続税）

9. 上記以外の要求

- (1) 薬剤費、人件費、賃借料、外注検査料など主要な経費を実額計上し、その他の経費は「その他経費」として概算率で計算する簡便な所得計算方式を認めること。
- (2) 特定健診・特定保健指導や労災、公費医療、予防接種等においても社会保険診療に準じた措置を講ずること。
- (3) 医療機関の建物、付属設備、医療機器の法定耐用年数を短縮すること。

X 公害対策・環境保全

原発は、原子炉の構造そのものに炉心溶融などの重大事故発生の危険性を有し、核燃料も使用済み核燃料から生じるプルトニウムなどの放射性廃棄物、さらに未確立の核燃料サイクルで再処理された後に生じる高レベル放射性廃棄物（核のゴミ）の安全な保管や処理方法は未確立で、原子力発電自体、未完成な技術である。福島第一原発の過酷事故は、世界有数の地震国である日本に立地する危険性を改めて示したものである。実効性のある「避難計画」も存在しておらず、国内老朽原発の再稼働自体、到底許されるものではない。原発回帰に舵を切った「GX 推進に向けた基本方針」を撤

回すべきだ。今こそ、政府は、2018年3月に野党四党が共同提出した「原発ゼロ基本法案」の趣旨を踏まえ、原発からの撤退を決断し、国内全ての原発を廃止し、再生エネルギー中心へ日本のエネルギー政策を転換すべきである。

また、公害健康被害補償法（公健法）の改悪によって、新たな大気汚染公害被害者の救済が打ち切られてから20数年が経過する中で、2011年には、環境省の調査によって、小学生のぜん息発症と自動車排ガスとの関連性が明らかになるなど、大気汚染公害被害者を救済する制度の創設が急務となっている。

さらに、公害環境行政では、人の健康や環境に重大な影響を及ぼす恐れがある場合、科学的に因果関係が十分証明されない状況でも規制措置を可能とする「予防原則」の立場で、産業廃棄物や科学物質問題等に対応することが求められている。

1. 原発・被曝関連

- (1) 「原発ゼロ基本法案」の早期成立を目指すこと。
- (2) 原発の再稼働、新增設を禁止し、既存の原発、とりわけ老朽原発は速やかに廃炉にすること。
- (3) 危険なプルトニウム利用の核燃料サイクル政策を中止すること。高速増殖炉「もんじゅ」の廃炉作業を進めること。核燃料再処理工場の建設を中止すること。原発輸出をしないこと。
- (4) 高速炉開発、小型モジュール炉技術の実証実験はやめること。
- (5) 原発からの撤退を決断すること。省エネを推進するとともに再生可能エネルギー中心の政策に転換すること。
- (6) 福島第一原発事故による被曝拡大を防止し、被ばく者には適切に対応すること。子どもの甲状腺検査の結果について注視し、追跡調査を行うこと。
- (7) 安全最優先の権限と責任を持つ独立した第三者機関として原子力の審査・規制機関を設立すること。形式的で実効性がない避難計画のまま再稼働を認めないこと。原子力規制委員会は原発推進の役割を果たしている現状を改めること。
- (8) 横須賀における原子力空母・艦船の母港化を止めること。

2. 大気汚染公害関連

- (1) 大気汚染公害被害者に対する医療費助成制度を創設すること。
- (2) 道路沿道など汚染の激しい地域は現行「公健法」並みの補償制度を創設すること。
- (3) 自治体が独自に実施している大気汚染公害被害者救済制度の存続、拡充をはかること。東京都のぜんそく医療費助成制度について、平成27年3月31日で終了した18歳以上の新規認定と平成30年3月31日で終了した認定患者への窓口負担全額助成を復活すること。
- (4) 公害患者に対する医療を十分に保障するため、公害診療報酬を改善すること。

3. 水俣病、カネミ油症、アスベスト

- (1) 国の責任で不知火海沿岸のすべての住民の健康調査を実施するとともに、すべての水俣病患者の救済をはかること。
- (2) 次世代を含む未認定患者の救済や医療費の公費負担など、カネミ油症被害者の救済をはかること。
- (3) アスベスト等の有害物質による健康被害に対する健康管理、健康相談、経年的健康診断と補償体制の確立、一般環境の保全等を行うこと。
アスベスト建材の製造・販売企業は健康被害への補償を行うこと（建設アスベスト（石綿）被害救済のための補償基金を創設する建設石綿給付金法）。
建物解体時のアスベスト飛散を防止するため、国や自治体は規制と監督を十分に行うこと。
国や自治体はアスベスト飛散を未然に防ぐため、建造物解体前に実態調査を行い、アスベスト被害の防止を徹底すること。

4. 環境保全、地球温暖化対策

- (1) 環境破壊や新たな公害発生をもたらす恐れがあるメガソーラー発電所、リニア中央新幹線建設など大規模開発をやめ、緑や河川等の自然の保全と育成をはかること。諫早干拓水門の開門調査を実施し、川辺川ダムの建設計画中止を明確にし、地域の再生をはかること。

- (2) 自然環境破壊、膨大な残土の処理、工事に伴う排気ガス騒音、超電導により発生する電磁波や、車両内外や走行による地盤への振動による健康や生活への影響など問題山積のリニア中央新幹線建設を中止すること。
- (3) 国連気候変動枠組条約 (UNFCCC) 締約国の一員である日本は、同条約第 26 回締約国会議 (COP26) で掲げた世界の気温上昇を産業革命前と比べて 1.5 度以内に抑える目標に向けて、実効性ある温室効果ガス削減計画を明確にし、着実に具体化すること。大量に温暖効果ガスを排出する石炭火力発電は、全て廃炉に向けた取り組みを直ちに具体化するとともに、石炭火力発電所の新增設・輸出を中止し、再生可能エネルギーを基本としたエネルギーに転換すること。2023 年、国連気候変動枠組条約第 28 回締約国会議 (COP28) が開催され、再生可能エネルギーの設備容量を 2030 年までに世界全体で 3 倍にする目標も、日本を含む 116 か国が賛同し、署名した。しかし、原発保有国から別に提案された「2050 年までに世界の原子力の発電容量を 3 倍にする」宣言にも日本など 21 か国が賛同したことは気候変動対策とは明らかに矛盾しており、直ちに撤回すべきである。
- (4) PFAS (有機フッ素化合物の総称) による土壌や水質の深刻な汚染が全国各地で確認され、住民の不安が広がっている。汚染源として米軍基地、製造工場が指摘され、PFAS 製造企業等の名前が挙がっているが、実態調査や規制、住民の健康被害の調査は研究機関や自治体任せになっているのが実態である。
- 米国では、7 万人を対象とした疫学調査が実施され、2012 年には①妊娠高血圧症・妊娠高血圧腎症、②精巣がん、③腎がん、④甲状腺疾患、⑤潰瘍性大腸炎、⑥高コレステロール血症への影響が確認されている。
- 政府は住民の健康調査を行うと表明したが、実態調査も被害拡大の防止や規制対策についても極めて後ろ向きである。米国環境庁が 2022 年に発表した水質規制目標とした水道水 1 リットル当たり PFOS は 0.02 ナノグラム以下、PFOA は 0.004 ナノグラム以下とする基準値に比べ、日本は、暫定目標値として PFOS と PFOA の合計で 50 ナノグラム以下と定めただけで、米国に比べて極めて緩い基準であるなど PFAS 対策への対応と行動が鈍重である。政府は、米軍基地を含む汚染源・汚染実態と責任の所在確認などを徹底し、環境汚染や健康被害の拡大を防止する抜本対策を講じることが必要である。政府は、住民の安全と安心を保障するため、健康調査や被害の賠償、将来不安の払拭に全力を傾注し、実効性のある対策を直ちに講じること。
- (5) プラスチックごみ削減に向けた対策を推進するとともに、海洋マイクロプラスチック汚染など、自然界に放出されたプラスチックごみ全ての回収と処分、及びこれ以上の汚染拡大を防止する抜本対策を講じること。
- (6) 沖縄名護市辺野古への新基地建設は、憲法に反し、不当な手続きにより県民の民意を無視したものであり、直ちに中止し、埋め立て工事前の自然環境に戻すこと。公害や環境破壊をもたらす基地を整理・縮小すること。

X I 禁煙の推進

1. 改正健康増進法第 6 章「受動喫煙の防止」を国内すべての学校、官公庁施設、飲食店、事務所、公園など、多数の人が利用する施設の管理者に徹底すること。法の趣旨にもとづき、屋外も含めて完全禁煙とすること。
2. 駅及びその周辺、道路など、多数の人が利用するところでは全面禁煙とすること。併せて、たばこ自販機の設置を全面的に禁止すること。
3. 乳幼児や青少年の受動喫煙を防止するためすべての保育園、幼稚園、小学校、中学校、高等学校などの教育施設は敷地内を全面禁煙とし、屋外の喫煙所も設置不可とすること。小学校から新型タバコを含めた効果的な禁煙教育を行うこと。

X II 災害被災者支援並びに災害対策改善

1. 災害救助法の適用のいかんにかかわらず、被災者の医療と介護の窓口負担・保険料について、保険の種別を問わない全額国による免除制度を創設し、被災前の生活に戻るまで実施すること。

2. 医療施設等災害復旧費補助金の対象を全ての民間医療機関（病院、有床診療所、無床診療所、歯科診療所等）に拡大し、補助割合を大幅に増やすこと。被災医療機関に対する制度の周知の徹底、十分な申請期間、申請方法の簡素化を図ること。なお、中小企業等「グループ補助金」等について、医療機関への周知を徹底し、十分な申請期間を設けるとともに、申請方法の簡素化を図ること。
3. 災害復旧のための「医療貸付事業」について、融資の全期間を無利子とし、返済開始時期や融資期間を延長すること。また、貸付限度額を大幅に引き上げること。
4. 被災者に対する予防接種を公費負担により実施すること。被災地で瓦礫や泥水の撤去等を行う被災者、及び被災地の支援活動に従事するボランティアで、破傷風ワクチンの接種を希望する者については、国がワクチン接種費用を公費で負担すること。
5. 被災住民が必要に応じて必要な医療・歯科医療が受けられるよう、十分な配慮を行うこと。
6. 「被災者生活再建支援法」を直ちに改正し、地震、噴火、台風などすべての自然災害被災者が生活再建を行えるよう、支給金額を 850 万円に引き上げ（生活再建支援制度の限度額を 350 万円に増額し、居住安定支援制度の限度額を 500 万円に増額）、支援対象を半壊、床上浸水、一部損壊世帯まで拡大し、全ての被災者に支給するなど抜本的に改善すること。
その適用は、「市町村で 10 世帯以上の全壊」などの対象要件を大幅に緩和するとともに、東日本大震災以降の被災者に遡って実施すること。
生業を維持するために必要な施設・設備も「被災者生活再建支援法」の対象とすること。被災者生活再建支援制度に対する国の財政負担を全額負担とすること。
7. 災害援護資金の貸付制度について、東日本大震災の際に実施された償還期間 10 年の 3 年間延長、連帯保証人ありは無利子、保証人なしは 1.5% に利率を引き下げる等の特例について特例の恒久化と貸付限度額の増額を行い、東日本大震災以降のすべての被災者に遡及適用すること。
8. 自然災害被災者の住宅・店舗再建に対して、憲法が保障する「健康で文化的な最低限の生活」を営むに十分な住宅を供給するなど、被災者の居住の権利を保障するため、国の責任と負担による被災者の公的な住宅再建支援制度を早期に確立すること。
9. 災害救助法で定める救助内容や支給条件などについて災害の実態に見合うよう弾力的運用をはかり、仮設住宅や生活必需品供与を充実し救助・支給を迅速に行えるようにすること。被災者が被災居住地域で安心して住み続けられるための、公営住宅の確保や、ケアとコミュニティの体制確保対策を抜本的に強化拡充すること。
10. 災害被災者の生活保護申請に対しては、申請者の現状を正しく把握し、あくまでも憲法 25 条にもとづいて弾力的に対処すること。
11. 今なお困難に直面している阪神・淡路大震災をはじめとした被災者の生活再建に、各種融資の返済免除要件の拡大、高齢者見守り制度の抜本的改善など「特例救済措置」を実現すること。
12. 避難所の設置・運営においては、新型コロナウイルス感染症をはじめとする新興感染症やジェンダーの視点に立ち、3 密回避をはじめとした感染防止対策の徹底、間仕切りなどによるプライバシーの確保、避難者数に応じた男女別トイレや障害者用トイレ、オストメイト対応トイレの設置、授乳室や生理用品、下着などの確保、女性用更衣室の確保などを図ること。

XIII 福島原発事故対策

福島第一原発事故から 13 年が経過する中、原発事故の収束に向けた廃炉作業は難航し、大量に

発生している原発事故汚染水(ALPS 処理水)や放射性廃棄物の処理の目途すら立っていない。

自公政権と東京電力は、福島県漁業関係者らと自ら交わした「関係者の理解なしには、いかなる処分も行わず、多核種除去設備で処理した水は発電所敷地内のタンクに貯留いたします」との約束を一方向的に破棄して、「ALPS 処理水」と称して海洋投棄に踏み切り、福島県内や近隣各県の漁業関係者や地元住民、多くの国民が不安や反対を訴える中で複数回の海洋投棄を強行した。一方で政府は「ALPS 処理水」の海洋放出に反対する意見には風評被害拡大だと批判しながら、自らの行為で水産業を中心に生産者への莫大な実害をもたらしており断じて容認できない。

政府は年間空間線量が 20msV 以下になると推計された地域を対象に避難指示を解除し帰還を迫り、政府と東電は解除と一体で被災者の住宅支援や賠償の打ち切りも強行している。国と東電による「福島切捨て」策と言わざるを得ない。

2013年3月11日に提訴された原発被災者約4,500人を原告とする「生業を返せ、地域を返せ！福島原発生業訴訟」では、2017年10月10日、福島地裁が同年3月の前橋地裁に続き国と東電の賠償責任を認め、国の指針を超える賠償命令を下した。国の賠償指針では不十分という判決は、9月の千葉地裁も含めて3地裁連続となった。この裁判も2019年9月に行われた仙台高裁での控訴審は、2020年9月30日、仙台高裁で判決が出され、「不誠実ともいえる東電の報告を唯々諾々と受け入れ」、規制当局に「期待される役割を果たさなかった」と指摘。国が規制権限を行使しなかったのは違法として一審福島地裁に続き国の賠償責任を認定。賠償の支払対象を広げ、一審判決の2倍の約10億円余の支払いを命じるものとなり、高裁での国の責任を認定した初めての判断となった。

しかし、これら判決を不服とする国、東電側は巻き返しを画策し、被災者・被害者側も上告した。このような中で2022年6月17日、生業訴訟を含む4訴訟をまとめた上告審で最高裁（第二小法廷・菅野博之裁判長）は、国の賠償判決を認めないとする不当判決を言い渡した。この最高裁の不当判決を背景に、自公政権は「GX推実現に向けた基本方針」を閣議決定し、「脱炭素成長型経済構造への円滑な移行の推進に関する法律」と称して原発再稼働、運転期間の60年超への延長、新增設、高レベル放射性廃棄物最終処分場の地方押し付け等を推進する法律の可決を強行した。岸田政権は、この法律を盾として老朽原発再稼働等に躍起となり、原発産業の利益優先一辺倒の姿勢を示し、被災者・被害者らを置き去りにした政治運営を推進し続けている。

国や県は、避難者の数から自主避難者を除外し2023年11月現在、2万7千人と発表した。被災者を分断する線引きや切捨て、命と健康、自然環境の破壊を脅かす施策をやめ、すべての被災者の生活と生業、環境の回復、県民本位の被災地の復旧・復興が実現するまで、国と東電が責任をもって賠償と支援、必要な対策を講じるよう強く要求する。

- (1) 東京電力福島第一原発事故で発生した汚染水の「ALPS 処理水」海洋投棄を即時中止し、新たな汚染水の増加防止対策を早急に講じること。「ALPS 処理水」は地上保管・貯留を継続すること。あらゆる英知を結集し、放射性物質のより安全な保全と無害化対策を推進すること。
- (2) 福島原発事故と放射能汚染状況の正確かつ迅速な公開と、原発事故の一刻も早い収束を図ること。
- (3) 政府が示した避難指示解除の条件「空間線量率で推定された年間積算線量を 20 ミリシーベルト以下」は、ICRP（国際放射線防護学会）が「緊急対応時の一時的指標」として示したものに過ぎず、「帰還可能な基準」とはならない。これらを根拠として、福島県民に「帰還」の基準としないこと。また、個人線量計による測定値を指標とせず公衆被曝（空間線量）を指標とすること。
- (4) 福島県全域及び福島県外における除染実施区域や汚染状況重点調査地域又は年間積算線量が 1 mSv に達するおそれのある地域の住民（避難者を含む）に、「原発事故被ばく健康手帳（仮称）」を発行し、自己負担なしの定期健診制度と「患者窓口負担なし（ゼロ割）」の医療受診を実施すること。
- (5) 子ども被災者支援法の基本方針に基づき実効ある対策をとること。
- (6) 国は、福島原発事故により放出された放射性物質から国民の健康を守るために「原発事故国民健康支援法（仮称）」を制定すること。
- (7) 早期発見・早期治療を保障するために県内各地区に拠点病院を設置し、自己負担なしの定期検診制度と「患者窓口負担なし」の医療受診を実施すること。また、地区の住民に一番身近な開業医と連携する体制を構築すること。

- (8) 「県民健康管理調査」を県外の高濃度汚染地域に広げること。18歳以下に限っている甲状腺検査や、避難区域等に限っている白血球分画等を全ての県民・県外避難者・県外の高濃度汚染地域に拡大すること。
- (9) 福島原発事故収束に従事する作業員（非正規雇用者や下請け業者の作業員を含む）の健康管理を徹底的に行うこと。
- (10) 保健・医療関係者に対し、放射線被曝による身体的健康への影響に対する科学的エビデンスに基づいた情報を平易な言葉で提供する体制を早急に確立すること。福島原発事故による生活・営業損害については、いわゆる風評被害も含め、原発事故がなければ生じなかった損害を全面的に補償するとともに、元通りの生活・営業ができるまで補償を行うこと。その費用は東京電力が支払うこととし、国がその履行に責任を持つこと。
- (11) 放射性物質の除染と仮置き場・中間貯蔵施設・最終処理施設の確保、処分法の確立と費用負担を行うこと。
- (12) 国と東京電力はこれらの要望を実現するために基金のみならず必要かつ十分な財政を確保すること

XIV 平和・民主主義の擁護

憲法の民主的5原則（恒久平和、主権在民、基本的人権、議会制民主主義、地方自治）を遵守・発展させ、国民生活に反映させること。

1. 平和と民主主義の日本国憲法の理念を守り、憲法9条への自衛隊明記をはじめとする憲法「改正」発議や国民投票は行わないこと。
立憲主義・平和主義・民主主義を破壊する特定秘密保護法、「共謀罪」法、安保関連法制をただちに廃止すること。武器輸出解禁、防衛装備庁の設置、日本版NSCの設置など憲法の平和主義を否定するあらゆる措置を見直すこと。
2022年に閣議決定された安保3文書「国家安全保障戦略」「国家防衛戦略」「防衛力整備計画」を撤回すること。防衛費の大幅増を撤回すること。専守防衛を逸脱する敵基地攻撃能力保有とそれに繋がる基地強靱化を止めること。
2. 国際紛争に対しては、武力によることなく、国連中心の非軍事による復興・人道支援を行うこと。
3. 核保有国は、核兵器を廃絶すること。そのための緊急課題として、核保有国をはじめとするすべての国の政府が、核兵器禁止条約を批准すること。とりわけ、唯一の戦争被爆国である日本政府は核兵器禁止条約に署名・批准すること。少なくとも締約国会議にオブザーバー参加すること。
4. 北朝鮮の核・ミサイル開発問題は、国連安保理決議や北アジア6カ国協議の枠組みで対処することを基本とし、日本政府は、軍事的衝突を回避するため平和的、外交的努力を尽くすこと。
5. 原爆症認定制度の改善を求めるノーモア・ヒバクシャ訴訟では原告の77%が勝訴した。政府と被爆者団体が合意した「原爆症認定集団訴訟の終結に関する基本方針に係る確認書」に従って、原爆症認定制度の大幅改善を行うこと。現行の原爆症認定基準を廃止して、原爆被害の実態に沿った新しい認定制度とすること。「黒い雨」による被爆者認定指針において、疾病要件を削除すること、長崎の被爆体験者を除外せず、早急に被爆者健康手帳を交付すること。
6. 不平等な日米地位協定を見直し、国の主権を守ること。沖縄の普天間基地の即時運用停止と返還を求める。名護市辺野古での新基地建設を中止すること。敵基地攻撃能力保有計画を中止すること。全国の米軍基地強化はやめ、整理・縮小を行うこと。横須賀への原子力空母・艦船の母港化をただちに中止すること。原子力発電所と同等の安全対策・被曝対策を取ること。
7. 国会議員定数の削減を止め、民意を正確に反映する選挙制度を確立すること。国民の税金を使った政党助成金を廃止すること。
8. 年金積立金管理運用独立行政法人（GPIF）による核兵器企業への投融資を止めること。

XV 女性医師・歯科医師の就労環境の改善と男女平等社会の実現に向けた取り組み

1. 医学部入試での女性差別をなくすために

- (1) 文科省が責任を持って、全医学部入試の男女別の受験者数・合格率の調査と公表を継続する

- こと。
- (2) 調査結果の公表の際には、世論の関心を高めることで公正な入試の実施を後押しするため、引き続きスコミへのプレスリリースをすること。
 - (3) 点数調整をしやすい入試科目で差別的な得点調整が行われることのないよう、全医学部・医学科の受験者の科目ごと（筆記、面接、小論文など）の男女別の成績を調査し公表すること。
 - (4) 「M字カーブ」の背景にある医師の過酷な働き方を改善するため、医学部入学定員を増員するとともに、医療機関で医師の労働時間を短縮するための医療従事者の増員が可能となるよう、診療報酬の引き上げを含む財政的保障をすること。

2. 指導的地位につく女性を増やすために

- (1) 政府が掲げてきた「社会のあらゆる分野において、2020年までに、指導的地位に女性が占める割合が、少なくとも30%程度になるよう期待する」との目標（202030）が達成不可能になった理由を検証・分析し、時期を明確にした具体的な数値目標を掲げること
- (2) 医療、教育をはじめとするあらゆる分野で、国の責任で性別役割分業を解消するための措置を講じること。

3. 開業医師・歯科医師の出産・育児休業の保障に向けて

- (1) 安心して利用できる代診制度の構築に向け、国で代診確保の実態を調査すること。
- (2) 開業医師・歯科医師など雇用関係によらずに働く人々が出産・傷病時に休業しやすくするため、国保での出産手当金・傷病手当金を法定給付とする法改正を行うこと。それに向けて、まずは必要な財源の試算を行うこと。
- (3) 国保や国民年金の被保険者が出産・育児により就業できない期間の経済的不安を緩和するために、健康保険・厚生年金保険と同様の保険料免除措置を法定化し、その財源は国庫負担で対応すること。

4. 多様なニーズに合わせた保育の充実と質の向上

- (1) 認可保育所を増設するとともに、保育士配置基準の改善をはじめ質の向上をはかること。
- (2) 国の責任で安心して子どもを預けられる病児・病後児保育を確保するため、①病児・病後児保育を充実させること、②病児保育に対する補助金を増額すること、③病児保育に関わる保育士、看護師の処遇を改善すること、④施設の安定的な運営と、余裕ある人員配置を可能にする支援を充実させること。

XVI 国民本位の政治、経済、税制、財政の確立

国民生活基盤を重視した国の財政運営に改め、憲法第25条と第13条に基づき国が個人の尊厳と健康権、生存権を保障する社会保障制度を拡充し、国民本位の経済、税制、財政の確立をはかること。政官財の癒着構造を改めるため、企業・団体の政治献金や官僚の関係業界への天下りを禁止すること。国民の知る権利を保障し、国民に開かれた行政にするため情報の保全・管理、公開を徹底すること。

1. 低所得者ほど負担が重く、社会保障の所得再配分機能に反する消費税増税、社会保障給付削減・負担増計画は撤回すること。
2. 社会に広く存在する様々な助け合いの共済制度の自主性を尊重し、規制を行わないこと。
3. 大企業や富裕層の減税や課税ベース、大型公共事業・防衛予算などの見直しを行うこと。大企業の社会的責任を明確にして、雇用を改善し、勤労所得を高めて景気を回復させ、応能負担の原則に基づく法人税、所得税、社会保険料の負担を確立することで、社会保障の財源を確保すること。そのため、大企業が積み上げている内部留保を勤労者や中小企業に還元すること。個人雇用主や中小企業の社会保険料負担増については、実態に考慮した軽減措置を行うこと。
4. 生計費非課税、勤労所得に軽く、不労所得に重く課税するなど、応能、所得累進負担と直接税中心の総合累進課税による税制改革を行うこと。
5. 誰もが平等に医療を受けられるように、経済主権を脅かし、グローバル大企業本位のTPP11や日・EU間EPA、日米FTA、RCEPなど多国間、二国間の自由貿易協定を推進しないこと。

6. 国際人権規約「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約」をはじめWHO「憲章」、ILO「1983年報告書」にそって、社会保障制度を充実すること。
7. 社会保障をはじめ国民生活や環境に直結する国家財政運営に転換することで、景気を回復し財政再建をはかること。

以上