
第135回北海道医師会定時代議員会

議 決 事 項

平成23年3月21日、北海道医師会館会議室において開催した第135回北海道医師会定時代議員会で議決した次の事項をご報告いたします。

平成23年7月25日

北海道医師会長 長 瀬 清

- | | |
|--------|----------------------------|
| 議案第1号 | 北海道医師会代議員会議長選挙の件 |
| 議案第2号 | 北海道医師会代議員会副議長選挙の件 |
| 議案第3号 | 北海道医師会会長選挙の件 |
| 議案第4号 | 北海道医師会副会長選挙の件 |
| 議案第5号 | 北海道医師会常任理事選挙の件 |
| 議案第6号 | 北海道医師会理事選挙の件 |
| 議案第7号 | 北海道医師会監事選挙の件 |
| 議案第8号 | 北海道医師会裁定委員選挙の件 |
| 議案第9号 | 日本医師会代議員選挙の件 |
| 議案第10号 | 日本医師会予備代議員選挙の件 |
| 議案第11号 | 平成22年度一般会計収支予算の補正に関する件 |
| 議案第12号 | 平成22年度収益事業特別会計収支予算の補正に関する件 |
| 議案第13号 | 平成23年度基本的活動方針に関する件 |
| 議案第14号 | 平成23年度一般会計収支予算に関する件 |
| 議案第15号 | 平成23年度救急医療対策費特別会計収支予算に関する件 |
| 議案第16号 | 平成23年度社保対処費特別会計収支予算に関する件 |
| 議案第17号 | 平成23年度収益事業特別会計収支予算に関する件 |
| 議案第18号 | 平成23年度会員共済特別会計収支予算に関する件 |
| 議案第19号 | 当面の医療政策に関する件 |

北海道医師会

第135回北海道医師会定時代議員会を去る3月21日（月・祝）、当医師会館8階会議室において開催した。仮議長に吉本勲代議員が就任し、仮議長の進行により、議事録署名人に、門野豊代議員、近藤真章代議員の2名を指名した。

その後議案審議に入り、

議案第1号 北海道医師会代議員会議長選挙の件については、

塩野 恒夫 代議員を選出した。

議案第2号 北海道医師会代議員会副議長選挙の件については、

本間 哲 代議員を選出した。

その後、長瀬会長より「3月11日午後、東北地方太平洋沖で発生したM9.0と観測史上最大規模の地震と大津波の被害のすさまじさは目を覆いたくなるようなものであった。命を奪われた多くの犠牲者の方々に衷心より哀悼の意を表し、災害に遭われた多くの方々に心からお見舞いを申し上げる。一日も早く旧に復するよう願っている。

地震発生翌日の12日は、当代議員会の予定であったが、北海道でも函館や釧路など太平洋沿岸各地で被害を被っており、医師会員は住民の生命を守る役割を担う者であることから、代議員会の延期を決めた。出席の準備をされていた先生方には大変ご迷惑をおかけした。そしてすでに本日の予定をたてていた先生方に、予定を変更しお集まりいただき、心からお詫びを申し上げます。後ほど震災に対して当代議員会の名において声明を発したいと考えている。また、同時にこの場で義援金を募り、代議員会の名で寄附したいと思う。

改めて、本日、第135回北海道医師会定時代議員会を開催するにあたり、一言ご挨拶申し上げます。代議員の先生方にはこのような状況の中でご参集をいただき感謝申し上げます。また、本日は道議会閉会后、休む間もなく突然の災害対策に追われている北海道副知事の多田健一郎氏にお越しいただけた。日頃様々な医療問題につき適切・迅速に対処いただき、誠に感謝している。後ほどご挨拶を頂戴することになっているのでよろしくお願い申し上げます。

我々、執行部は今月末をもって2年間の任期を終えることとなる。お集まりの代議員ならびに会員の皆様には、この間絶大なご支援ご協力をいただき厚くお礼を申し上げたい。

本日の代議員会では、次期の新たな役員および道医裁定委員、日医代議員、予備代議員の選出をいただき、ついで、庶務・事業報告と会計報告の後、平成23年度の活動方針ならびに一般および各特別会計収支予算、そして、いま多くの問題を抱えている医政問題についてご審議・ご議論いただきたい。十分にご審議の程よろしくお願いしたい。

我々を取り巻く政治的、経済的状況は極めて混沌としている。

変革することを掲げて勝ち取ったアメリカと日本の新政権は、共に任期半ばにして議会のねじれ現象で政治運営に行き詰まりを呈している。鳩山内閣は政治と金、そして沖縄の米軍基地問題でつぶれ、後を継いだ菅内閣は、党内の権力争いに終始し、思いつき発言が目立ち、国を何処へ導くのか方角も見えてこない。

政府の医療政策も経済的側面ばかりに目を向け、医療を経済活性化の手段と位置づけて、憲法に掲げられた国民の基本的権利をないがしろにする施策を推し進めている。医療ツーリズムの推進、混合診療全面解禁、株式会社の医療への参入、そしていま世間を騒がせている環太平洋経済連携協定（TPP）への参入もその表れである。TPPへの参加については、多くの会員から疑問の声が上がっており、北海道医師会としても反対を主張している。先日、札幌でTPPを考える道民シンポジウムが開催され、要請を受け出席・発言を

してきた。TPPへの参加により、世界に誇る我が国の国民皆保険制度が崩壊する危険性をほらみ、富裕層を除く多くの国民に経済・医療格差社会を招くもので絶対反対であり、ともに手を携えて阻止しようという呼びかけは、絶大な支持を受けた。

日本医師会は昨年4月、代議員会において民主党を強く支持する原中勝征候補を会長に選出した。しかし、迷走する政権与党に対し、医療政策の提言・実行が思うように進まず苦慮している。社会保障関係議員の掘り起こしとその行動が必要である。

日医の発言力を増すためには、勤務医と開業医、病院と診療所の別なく一致団結して事に当たらなければならない。原中会長は医師全員が日本医師会に入会することが大切であるとし、未入会の若手医師に呼びかけている。間近に迫った新公益法人制度下での医師会活動は、これまでと変わるのか、その在り方について取り組まなければならない。医師会が変わったと国民に見せる絶好の機会である。

北海道の経済状況は極めて悪く、なかなか光が見えてこない。今回の地震・津波によるダメージがどう影響するかが懸念される。高齢化率の高い北海道は、高齢者にとって大変厳しい状況にある。特に、有病率が高くなる高齢者の医療費負担は絶大で、医療費負担の増大は医療を受ける機会を低下させる。受診機会を失うことのないように窓口負担は極力抑えるべきである。日本医師会も多くの提言を受け、努力している。

北海道では相変わらず医師不足が著明であり、最も重要な救急医療については、地域の医師会の先生方の協力によりなんとか凌いでいるのが現状である。そのような中、道内各地で市民フォーラムを積極的に開催され、地域住民を巻き込んでの啓発活動に感謝している。当会としても極力現地に出かけ協力していきたいと思っており、そのような場合は、同時に地域の先生方との接触から現地の実情を肌で感ずる重要な機会と考えている。

昨年、試験的運行であったが、ドクタージェットが初めて救急活動に活用され効果が実証された。ドクタージェットの常備化については、今後の検討に期待したいと思う。また、3機体制になったドクターヘリは順調に実績を上げており、今度の災害でも早速役割を果たした。

この後、役員選挙により新しい執行部が決まるが、新執行部では道内の厳しい医療状況への対策、間近に迫った新公益法人選択決定、診療報酬と介護報酬同時改定への対応に加えて、非常に多くの事業を滞りなく遂行しなければならない。また、年々厳しくなる会計の健全運営も大きな課題である。これら事業の詳細は、後ほど事業計画において示すのでよろしくご討議をお願い申し上げ、開会に当たってのご挨拶としたい。」との挨拶の後、来賓の多田健一郎副知事（高橋知事代理）からも挨拶があった。

その後、平成22年4月から12月までの、庶務・事業報告ならびに会計報告があり承認された。報告の後、引き続き議案審議に入り、当会役員等に係る議案第3号からの議案第10号の各議案選挙については、22ページから23ページの選挙結果のとおり決定した。

議案第11号から第12号は、平成22年度各種会計の補正に関する件であり一括上程され、24ページから27ページに掲載のとおり決定された。

その後、社保対処費検討委員会報告が松家委員長より行われ、51ページから52ページに掲載のとおり承認された。

議案第13号の平成23年度基本的活動方針に関する件については、28ページから39ページに掲載のとおり決定された。

議案第14号から第18号は、平成23年度各種会計収支予算案であり一括上程され、40ページから48ページに

記載のとおり決定された。

その後、竹内文英代議員より、岩見沢で発生した集団食中毒に関する経過報告がなされた。

次に、議案第19号 当面の医療政策に関する件が上程され、まず目黒常任理事より、平成23年3月11日に発生した「東北地方太平洋沖地震」の被災状況等について説明の後、救援や復興支援につき本代議員会の名において声明を作成したい旨提案があり了承された。

その後、

「総論」(直江常任理事)

「地域医療再生計画」(宮本副会長)

「介護保険の問題点」(前川常任理事)

「北海道の航空医療体制」(目黒常任理事)

について説明が行われ、以下の質疑が行われた。

◇代表質問◇

1. 丸山 裕代議員 (道南ブロック):「地域医療再生とくに在宅医療の援助について」(答弁:藤原常任理事)
2. 鈴木伸和代議員 (中央ブロック):「地域医療支援病院について」(答弁:三宅副会長)
3. 北慎一郎代議員 (後志ブロック):「消費税損税解消に向けて」(答弁:水谷常任理事)

◇一般質問◇

1. 井上善之代議員 (札幌市医師会):「患者窓口負担の軽減について」(答弁:藤原常任理事)
2. 宮崎誠一代議員 (札幌市医師会):「T P Pについて」(答弁:直江常任理事)
3. 恩村宏樹代議員 (函館市医師会):「特定健康診査の受診率低迷について」(答弁:三戸常任理事)
4. 笹本洋一代議員 (札幌市医師会):「社会保障の共通番号制について」(答弁:水谷常任理事)
5. 岡部實裕代議員 (札幌市医師会):「新医師臨床研修制度について」(答弁:渡邊常任理事)

「議案第19号 当面の医療政策に関する件」説明と質疑

■直江常任理事:「議案第19号 当面の医療政策に関する件」を上程する。

初めに、今回の「東北地方太平洋沖地震」について、これまでの概要や北海道、日医・道医の対応と今後の対策について、目黒常任理事から説明し、その後、民主党連立政権の医療政策を検証し「総論」として私から説明し、「地域医療再生計画」について宮本副会長、「介護保険制度の問題点」について前川常任理事、「北海道の航空医療体制」につき、再度、目黒常任理事からそれぞれ説明する。

■「平成23年東北地方太平洋沖地震」目黒常任理事

平成23年東北地方太平洋沖地震について概要を報告する。

まず何よりも、亡くなられた方々に深い哀悼の意を表し、現在困難な生活を強いられている被災地の皆様に、心よりお見舞いを申し上げます。

3月11日午後2時46分ごろ、牡鹿半島東南東の130キロ沖で、深さ24キロメートル、マグニチュード9.0という巨大地震が発生した。最大震度は7であった。

東京都内でも大変大きな揺れがあったと聞いている。

なお、地震発生から約30分後に、10メートル以上の巨大津波が沿岸数百キロにわたって襲った。更に福島県内の原資力発電所も被災し、連日トップニュースで扱われているので、皆様ご承知と思う。

現在報じられている人的被害は、朝日新聞では2万7,000人弱、毎日新聞では2万1,000人以上と、たくさんの方が亡くなったり、行方不明になっている。そのため、我々医師会としてどうするかへの対応が迫られている。

北海道の対応は、15チームあるDMA Tがまず出動したが、現在は戻ってきており、待機中である。ドクターヘリは道北ドクターヘリが現地で15日まで活動してきた。道東ドクターヘリは千歳に待機し、1件搬送した。

また、重症患者の受け入れを道内の災害拠点病院等にアンケート調査し、その時点で54名の受け入れが可能という回答をいただいている。実際に重症者を4名受け入れ、皆さん命に別条はないが、うち2名は現地で氏名を公表しても、誰も名乗り出てきておらず、親族の方々が亡くなっている可能性もあるようである。

放射線被ばくについては、北海道でも3月15日から当分の間として道立衛生研究所でスクリーニングを行っているが、現在まで除染を必要とする方はいないと聞いている。

17日には、宮城、岩手、福島の3県から北海道知事に、災害救助法に基づく医療救護班の派遣要請があった。これを受け、北海道から道医、大学病院、災害拠点病院と道内の救急医療機関に対して救護班の派遣協力の依頼文書が発出された。

日本医師会の対応は、発生後直ちに災害対策本部を立ち上げ、その都度、各都道府県医師会に報告がなされ、現在まで12報になる。最初に通知されたのが、死者が大変多く、検死のドクターが不足ということであった。これについては、十四大都市医師会連合協議会の幹事医師会である札幌市医師会が、仙台市に直ちに2名の先生を派遣している。その迅速な対応に敬意を表したい。

それから、日医はJMA Tの派遣を決定している。これは、DMA Tの急性期の後を継いで、避難所の医療をサポートするという目的で結成するものであり、1チーム4名で構成する。北海道医師会は北海道と協定を締結しているため、JMA Tの派遣も災害救助法による活動と同じ位置付けとした。しかも日医は、JMA Tに対して、更に別の保険も用意しており、非常に厚い補償が確認されている。しかし、被災地は、ガソリン不足と現地医師会の体制の不備等で、まだ具体的に派遣先の指令が出されていない。すべて自己完結型で、寝食、足、ガソリンも含めて全部自前でやる必要があるため、なかなか困難を伴うと考えている。被災地等と緊密な連絡を取り合っているため、いずれまた報告できると思う。

北海道医師会の対応としては、発災直後に沿岸の医師会に、電話で被害状況を聴取したが、その時点ではまだ被害は明らかでなかった。3月14日に北海道と北海道医師会で対応を協議した。3月15日には、会長が日本医師会理事会に出席し、そこでの情報を基に当会も災害対策本部を設置した。3月16日に対策本部会議を行い、道と情報を共有した。3月18日には、北海道主催により、当会と北海道、3大学の救急教授等と打ち合わせを行った。被災地の情報が把握できない中、岩手医大の救急の先生が、現地の状況を非常に詳しく承知しているとのことで、救急の教授間のパーソナルコミュニケーションによってある程度の被災状況を知ることができた。最初に大学のチームに先発していただき、そこから出た情報をもとにJMA T等の救護班を派遣することを考えており、現在情報を収集中である。

昨日は北海道大学病院が岩手県に出発し、また本日は札幌医大から1チームが宮古市に向かうということで、具体的な行動が既に始まっている。

被災地に行くのに必要なものは、まず緊急車両の通行証である。高速道路はそれを所持する車以外は通さないため、通行証がなければ現地に行けない。また、緊急車両であればガソリンも満タンにしてもらえる。

それから、まだ宿泊先などなかなか確保できないため、道と共同して宿泊先の情報を確認しており、交通アクセス、レンタカーの予約状況についても情報を集めている。

現地では明日、明後日ぐらいに体制が少し立ち直ってくると思うので、岩手県の被災地と連絡がとれたら、派遣要請に手を上げていただいた先生に相談をさせていただきたいと考えている。また、個人で申し込まれた方への対応も考えている。

最後に、当代議員会の名前をもって、被災された方々に対して、ぜひ声明を発していただければと考えているので、後ほどご議論をお願いしたい。

■「総論」(直江常任理事)

今回の大震災により、今後日本の経済はどうなるかが全く分からず、医療政策や財源難の問題など、さまざまな想定外のことが続くと思われる。国会審議等がストップし、規制制度改革分科会の3月下旬の閣議決定も延期し、成長戦略にも影響が出ると言われている。したがって、総論は、震災前の状況をもとにしているので、ご了承いただきたい。

鳩山総理が辞職し、菅内閣になった。菅内閣は市場原理主義に基づく経済政策をとらないことを表明したはずだが、医療とか食の安全、雇用、金融、保険、サービス、貿易など幅広い分野に重大な影響を及ぼし、国の形まで問われかねない環太平洋経済連携協定(いわゆるTPP)に、反対論があることを承知の上で、自ら国を開くことこそが、我が国がとらなければならない大きな方向性であると明言し続けている。

経済成長を市場開放に求め、市場原理主義を徹底し、開国か鎖国かの二者択一の発想は、自民党政権末期の小泉構造改革そのものであり、郵政改革と同じであると思わないわけにはいかない。市場原理主義が進めば国民皆保険制度の崩壊につながると思われる。

2001年12月以来、市場原理主義のもと雇用は減り続け、非正規職員が増加している。その割合は、2002年には3割未満であったが、2008年は34.1%、2010年は34.3%であり、回復していない。当然、無保険者が増加していると考えられる。

完全失業率は、小泉内閣の2002年に5.4%とピークを示し、2007年には3.9%に低下したが、2010年には5.1%と増加し、1990年代前半までの3%を下回る水準には戻っていない。2001年からの完全失業率の増加は、市場原理主義が関係している。

低所得者数も増加した。2006年では200万円以下の給与所得者が1,090万人、24.9%となっている。

国立社会保障・人口問題研究所「社会保障実態調査」によると、過去一年間の間に「健康ではなかったが、医療機関に行けなかった」とした人の理由として最も多いのは、自己負担の割合が高いなど経済的理由で、38.4%である。自己負担と無保険者の二つの経済的理由を合わせると、受診抑制の過半数を占める。

更に、所得階級を10段階に分けると、低所得と受診抑制が密接な関係にあることがはっきり分かる。健康ではなかったが行けなかったとする割合は、所得階級が高いほど少なく、所得階級1では3.8%あるものの、所得階級10では0.5%となっている。

診療報酬も、聖域なき構造改革の小泉内閣以後、マイナス改定が続き、特に小泉内閣の最後の年にはマイナス3.16%と、今までにない大幅なマイナス改定が続き、地域医療は崩壊した。

民主党の公約であった医療費の大幅な引き上げは断念され、平成22年度の診療報酬は、わずか0.19%のプ

ラスにとどまり国庫負担額は160億円であった。薬価も含めて引き上げが実質0.03%とすると、国庫負担分は約25億円である。これをOECDの平均に引き上げることは、4年間の任期中には不可能である。

子ども手当は、今回の大震災で大幅削減が新聞紙上で言われているが、2010年度予算では、約1兆5,000億円が計上されている。いかに民主党の政権内で医療政策の順位が低いか分かる。

経営主体別医療費総額の伸び率を見ると、今回の改定では、大学病院、次に公的病院、そして民間病院で伸び率が高く、診療所は前年度比でマイナスとなっている。地域医療を支えるのは大学病院や公的病院だけではなく、特に身近なかかりつけ医としての診療所が重要である。この傾向が続けば、地域医療に大きな影響が出ると思われる。しかし、今回の大震災により、来年の改定がどうなるのか、現在全く見えていない。

菅内閣は、2010年6月18日に経済成長牽引産業として、いわゆる医療ツーリズム推進を決定した。その実現のために、TPPへの参加を進めようとしている。これを受けて、規制・制度改革に係る対処方針を6月18日に閣議決定し、7月20日には、総合特区制度を提案し、11月9日には正式にTPP参加にかじを切った。

更に、1月26日の日経新聞によれば、米国から非関税障壁との指摘を受けている分野の対応を盛り込んだ規制改革の中間取りまとめ案を承認している。このような流れは、小泉内閣での市場原理主義の動きと同じであると思われる。

中間取りまとめ案は、事前規制から事後チェック行政への転換を求めており、医療の安全性、有効性の確認を事後への考え方に通じる。更に、高度医療評価制度の緩和・拡大とも連動する。医療を明確に産業として位置付け、医療の市場化を進め、改革の方向性として公的保険の再定義が出てきている。これは、公的保険給付では、生命に関わる基礎的な医療を保障した上で、特定の人だけが自費負担で良い医療が受けられるようにするとの最低水準説の考え方に進むので、公的保険給付で必要な最適量の医療を確保する最適水準説が崩れ、混合診療拡大・解禁の方向に進む危険性が危惧される。

医療法人では余剰金の配当が禁止されているが、今回の、「医療法人の再生・合併における諸規定の見直し」では、一定の要件のもとで余剰金の配当を認めるとしている。これが他の医療法人に波及し、それにより余剰金の投機的運用などが起こる可能性があり、地域医療の確保に支障が出るおそれがある。

病床規制の見直しでは、病床過剰地域において病床の増加を認める方向にいく可能性があり、都市部で医療機関が更に増加し、地方の医師が都市部に集まり、地域医療の崩壊につながると考えられる。

更に、特例病床は、その地域に必要な医療に対して特例で認められているものであり、外国からの富裕層のための病床とは全く異なる。

規制改革案からは、配当が排除される見通しであるが、営利性の追求には反対である。

政府は、総合特別区域法案を今回の国会に提出して、7月に指定する予定である。これも震災の影響でどのようなになるかは分からないが、経団連は、株式会社の診療領域の拡大、混合診療の解禁、外国人医師受け入れの規制緩和を総合特区制度に関する提案募集で表明しているが、これらは国民皆保険制度の崩壊に繋がるものであり、反対である。

医療ツーリズムに関しては、神戸では臓器移植を医療ツーリズムとするための総合特区計画が出されていると聞いている。これ以外に、大阪府と泉佐野市の「りんくうタウン」でも国際医療交流推進協議会が設立されている。いずれも自由価格での医療の市場化を進めるものであり、株式会社の参入、最終的には混合診療の全面解禁の危険性、更に国民皆保険制度の崩壊につながる。今後もこのような動きには反対する。

菅内閣は、2010年10月9日に包括的経済連携に関する基本方針を閣議決定した。国を開くために国内改革を推進するとしている。このために、国内での規制制度改革分科会での規制緩和、総合特区での営利企業の

参入を進めようとしている。

特定の国や地域での物品の関税やサービス貿易の障壁等を削除する自由貿易協定（F T A）と、自由貿易協定を柱にしてヒト、モノ、カネの移動の自由化、円滑化を図る経済連携協定（E P A）があり、これらは主に2国間で行われている。

このE T AとE P Tを環太平洋の国々で協定を結ぼうとしているのが、環太平洋戦略的経済連携協定（T P P）である。環太平洋連携協定とも言われる。この協定は、貿易関税に関しては例外を認めていない。また、提携国企業にも自国企業と同様な待遇が与えられる。T P Pに参加すれば、労働力の移動は加盟国間で大幅に自由化される。医師などの移動は活発化する可能性が高い。投資に関しても、規制緩和により外国資本の参入が進むと考えられる。

T P Pは、2006年5月に、シンガポール、ブルネイ、チリ、ニュージーランドの4カ国で提携された包括協定を拡大して、現在アメリカ、オーストラリア、ペルー、ベトナム、マレーシアが加わり9カ国で交渉中である。

T P Pが日本の医療にもたらすリスクについては医師の移動が進み、それにより、人件費の高い外国人医師が流入すれば、国民皆保険の中では人件費の支払いが困難になり、経営上から病院は自由診療を目指す。これにより公的保険での医療を行う病院は減少すると考えられる。

逆に、人件費の安い外国人医師が流入すると、人件費を抑制することができることになり、経営上から採用することになる。外国人医師の数が増えて日本人医師の人件費低下につながる。そうなれば、医療の世界も、人の劣化、医療の質が低下する。

更に、外国の資本による経営破綻病院の買収が起きると、利益追求優先での医療機関になることが想定される。規制緩和の流れが強まれば、混合診療の全面解禁へと進み、T P P参加により、医療の自由化、混合診療の拡大、更に国民皆保険制度の崩壊に進むリスクがあるので、T P Pへの参加については、反対である。

民主党と政府は、以前より医療の問題の解決策として、医療の効率化、無駄の削減を求めていたが、これで解決が困難と分かり、市場原理主義を医療に入れようとしている。

市場原理主義は、国民が築き上げた国民皆保険制度の崩壊につながり、今後も断固反対である。日医と連携しながら対応していきたい。

■「地域医療再生計画」(宮本副会長)

平成21年4月、国は経済危機対策として、厚生労働省関係のうちの医療に係る対策に対し、平成21年度補正予算で、地域医療再生に向けた総合的な対策として3,100億円の措置を決定した。この交付金の趣旨は、救急医療や医師確保など地域医療の課題を解決するために、都道府県が策定する地域医療再生計画に基づく都道府県の取り組みを支援することにある。これらについては、既に代議員会等で説明している。

政権交代に伴い、地域医療再生基金は、3,100億円から750億円が減額され、結局は各都道府県で2カ所の二次医療圏に25億円ずつ、したがって、都道府県に一律50億円の地域医療再生特例交付金が交付された。

北海道においては、7つの二次医療圏の医療計画を国に提出したが、北網圏域と南檜山圏域の再生計画が採択された。このときの交付金による全道域の事業と北網圏域、南檜山圏域の事業内容の進捗状況は資料のとおりである。

平成23年1月に、国から地域医療再生計画についての通知があった。

その内容は、平成22年10月に閣議決定された円高デフレの対応のための緊急経済対策において、都道府県

に設置されている地域医療再生基金を拡充し、高度専門医療や救命救急センターなど、都道府県の三次医療圏としての広域的な医療提供体制を整備拡充し、この支援策として平成22年度補正予算において新たな地域医療再生臨時特例交付金を都道府県に交付するというもの。

都道府県においては、高度専門医療機関や救命救急センターの整備拡充や、これらの医療機関を中心とする面としての連携強化など、都道府県の三次医療圏単位の地域医療再生計画を策定するとともに、地域医療再生基金を拡充し、これらの施策を実施することが望まれるというものである。

今回の拡充分の事業概要は、都道府県が策定する地域医療再生計画に基づく事業を支援するもので、対象地域は、都道府県を単位とする三次医療圏である。北海道には6つの三次医療圏があり、いずれの圏域も本事業の対象となる。対象事業は、地域の実情に応じて決定でき、広域連携、高度医療、救急医療などの条件をクリアできれば、公的、私的を問わず医療機関の施設整備も交付対象になりうる。1医療圏当たり15億円の交付であり、北海道全域では90億円の交付予定額となる。

また、国の新成長戦略に資する高度専門医療を担う医療機関の整備拡充などを伴う大規模事業の場合は120億円を上限に加算して交付される。

計画の評価、助言は、厚生労働省に設置する有識者会議で行われる。

地域医療再生特例交付金の交付条件の一つに、各種会議やパブリックコメントの募集などにより、医師会や民間医療機関、民間関係団体、住民など、官民間問わず幅広く地域の医療関係者の意見を聴取し、その内容を計画に反映することが挙げられている。

計画を策定する北海道保健福祉部では、保健所を通じ、今年1月以降、関係する医療機関、団体との意見交換会を、北見、帯広、釧路、旭川、函館、札幌で開催してきた。北海道医師会は、長瀬会長以下役員が分担して意見交換会に参加し地域の意見を伺ってきた。

平成23年3月15日現在、全道の医療機関、団体から、合計120件、総額415億円余りの事業案が提案されている。道として各保健所を通じて計画の素案を作成後、総医協、地域医療専門委員会で議論の上、5月16日の締め切りまでに北海道から国に提案することになっている。

国から示された交付条件は、まず事業ごとの責任者の明確化、高度専門機関と役割分担、連携する医療機関を三次医療圏内で適正数指定することにより、急性期から亜急性期、回復期、維持期、在宅へと連なる切れ目のない医療提供体制を構築すること。感染症対策の体制の整備、医師確保のための環境整備や人材育成などが挙げられているが、交付要領では、15億円を超える事業の場合には、整備対象となる医療機関に医師事務作業補助員の導入などの医師負担軽減措置を実施することや、三次医療圏の医療状況を定量的に評価するための情報インフラを整備することなどが条件になっている。

50億円を超える基金を申請する事業の整備対象医療機関で、施設整備費として2億円以上の基金が交付される医療機関については、医療機関全体で原則として10%以上の病床削減を行うこと、更に80億円を超える基金を申請する事業は、病院の統合再編を行うことを条件としている。

厚生労働省の今回の地域医療再生基金の交付で、地域医療の再生と同時に、病床削減や病院の統廃合を含めた機能分化をより一層進める狙いが明らかである。この地域医療再生臨時特例交付金の発想が、既存分である昨年度は、平成21年4月の経済危機対策に関する政府与党会議と経済対策閣僚会議の合同会議から経済危機対策として出されたものであり、今回の拡充分は、平成22年10月に閣議決定の円高デフレ対応のための緊急経済対策、すなわち景気対策の一つの事業として出された性格のものであり、必ずしも地域医療の再生のための医療対策として手当てされたものでないことを、認識しておく必要がある。

■「介護保険制度」(前川常任理事)

地震の問題が起こって、介護の問題も、その前に考えたものであるため、かなりピントが外れている部分があると思うが、お許しいただきたい。

今回の地震は、介護保険下で生活している多くの高齢者、関係者に直接的、間接的にいろいろな問題を出している。

介護保険ができて10年が経ち、いろんな問題が出ているが、主として日医の介護保険委員会でこの問題は討議されている。会長から諮問があり、現在は介護と医療の連携というテーマで議論されているが、基本的に介護保険制度は、行政の問題が非常に多いが、なるべく医師サイドと関係の深い問題について述べたい。

まず第1点は、要介護認定の問題である。

もともと入所者を対象として認定制度が作られたので、在宅の方に認定が振られていると、少し条件が合わないということが起こっている。つまり入所者は、主として身体介護になるが、在宅の方はどうしても生活介護が中心になり、その辺で齟齬が出ているという意見がある。

もう一つは、介護保険は7段階になっているが、少し細か過ぎることが議論になっている。

主治医の意見書特記事項については、なかなか的確な特記がなされないことが問題で、介護判定の二次審査やケアプラン作成に非常に重要な問題になる。現在、日医の介護保険委員会が中心になり、主治医の記載マニュアルを作ろうと、少し動き始めている。今回の問題で先へ伸びるのではないかと思う。

主治医のマニュアルは、確かにケアプランを作るときに重要だが、ケアプランも、看護系のケアマネジャーと、福祉系のケアマネジャーはかなり違った視点でケアプランを作るという調査結果が出ている。できれば、主治医になっている先生方とケアマネジャーがコンタクトを取りケアプランを作ることを進めていただきたい。前回の介護報酬でも、退院時のカンファランスその他に介護報酬がついたということがあり、今後ともそういう方向に進むと思う。

小規模多機能と訪問介護を組み合わせ、365日のうち24時間シームレスな訪問介護あるいは訪問看護をつくるという法案が出ているが、どうなるか分からない。

第3点目は、介護保険は、介護の必要な人は介護で、医療が必要な人は医療という考えで進んできたが、10年経つと、介護と医療は非常に重複して必要で、重層的な関係で論ずるべきだということが出ている。

不幸なことだが、今回の地震の被害者を見れば、いかに医療と介護と両方が重層的に必要な高齢者がいることが一目瞭然になった。ぜひこういう方向性で高齢者の生活介助をするべきと思う。

高齢者が病気を発症して、急性期の治療を受けて良くなっても帰るところがないという問題が現場ではたくさん起こっている。これは、介護の問題を少し細かい地域でやってはどうかということと関係するが、家族の脆弱性、一度病気になると帰る家がなくなることが大きな問題で、高齢者の集合住宅のようなものがどんだん各地で造られている。本来ならば、高齢者住まい法という法律で縛りをかけて、一つの方向を作りたいたいとしているが、まだ進んでいない。そういう問題も重要なことと思う。

医療のリハビリと介護のリハビリの違い。つまり治すリハビリと維持するリハビリの違いも大変大事な問題である。

それから、一部の入所施設で行われている特定診療費の問題もある。審査をしていると、これでいいのかという問題が実際は出ている。そういうことも一度俎上に乗せて議論すべきと思う。

介護報酬と診療報酬の同時改正は、恐らく20兆円近い災害対策予算をつくることになることになると、介護保険あるいは診療報酬を改正する財源が捻出できず、緊急事態のため、1年か2年ぐらいは辛抱しようということに

なるのではないかと個人的に思っている。日本の医療と介護は非常に地域差がある。高齢化の進行、人口の増減、それから家族構成というファクターで、制度の善し悪しや運用の善し悪しが決まる。二次医療圏を単位とする、全国一つの方法ではなく、なるべく小さな単位に下ろして、地域に特徴的な医療体制あるいは介護体制を作ってはどうかという意見が提言されている。なかなか難しい問題だが、北海道を考えると、老老家族あるいは独居家族が多く、生活の脆弱性を持ったところと、大都会のようなところは少し意味が違う気がする。そういう方針で北海道総医協などの場で、医師会がその役割を果たすことが非常に好ましいと思っている。今、厚労省の目的が、地域包括ケアシステムという言葉で表現されているが、地域をもう一度考えるべき時代にあるのではないのかと思っている。

いずれにしても、こういう問題は、現場の先生方の意見をなるべく北海道医師会でまとめ、それぞれの特徴をもとにして、北海道の医療計画あるいは介護計画を作る上で非常に大切なことだと思うので、ご意見を積極的にいただければ大変ありがたい。

■「北海道の航空医療体制」(目黒常任理事)

先ほどの地震のことで、幾つか追加したい。

まず最初に、検死については、現在日医から日本警察医会に依頼が出ており、北海道警察医会にもアンケート調査がきている。現在私の耳に入っているのは、7、8名の方が手を挙げているということで、今後そちらの先生方にもお世話になると考えている。

それから、JMA Tは、基本的に亜急性期ないしは慢性期の医療を担うことが目的になっているので、先の長い支援が必要になると思う。一刻も早く支援したいという先生がたくさんいることは承知しているが、長期戦になるため、じっくり取り組んでいきたい。その節はご協力をお願いしたい。

被災者に対する保険関係の扱いに関しては、いろいろ通達が出されており、北海道医師会のホームページや、道医報4月号にも掲載しているので、疑問の方はそちらをご覧ください。

北海道の航空医療体制についてであるが、ドクターヘリは、3機体制で、各地域で非常に有効だということが実証されている。特に道東では、有効症例、ドクターヘリでなければ絶対助からない症例、冠れん縮性狭心症による心肺停止の患者さんが、ドクターヘリ搬送によって助かった事例などが大変詳しく記載されている。ドクターヘリの有効性に関しては、議論を俟たないと考えているので、今後引き続き現場の先生方には頑張ってくださいと同時に、我々も支援していきたい。

広大な面積を有する北海道は医療資源が極端に偏っており、特にドクターの半数が札幌圏に集中しているため、ドクターヘリでも届かない足をドクタージェットでカバーするのは大変有意義なことであり、試験運航でもその有効性が認められている。この試験運航は1ヵ月であったが、周知が十分行きとどいていなかったにもかかわらず、要請がたくさんあった。周知されると、更に件数が増えると考えている。

問題は費用で、費用対効果についてはもちろん理解しているつもりだが、この有効性に関して費用対効果を持ち出すのはいかがかと思う。問題点も多いが、特に救える命は救うというツールになるのであれば、みんなまで応援をしていただきたいと考えている。何とか試験運航の継続、更には定期運航実現に向けて頑張っていきたい。皆様のご支援をよろしくをお願いしたい。

■直江常任理事：以上、当面の医療政策に関する件について、種々説明申し上げた。

今回は、決議とともに、先ほど目黒常任理事からお願い申し上げた東北地方太平洋沖地震の災害支援に関

する声明を、本代議員会の名のもとに行っていただきたく、提案する。

(代表質問)

●丸山 裕代議員（道南ブロック）：地域医療再生とくに在宅医療の援助について

南檜山地区は、北海道でも最も医師数の少ない地域の一つである。幸い二次医療圏の地域医療再生計画が認可され、全道規模になった総合医養成の課題に加えて、ITネットワークを利用した地域連携の強化、更には分娩再開に向けて努力を重ねている。

ITネットワーク整備は、22年度に道立江差病院を中心に各町立病院と、23年度は南檜山全域の医療機関がITネットワークを利用した連携の強化を目指し、現在進行中である。情報の共有は、基幹病院と診療所を含むその他病院との医療情報交換を容易にし、幾らかでも病院、勤務医の負担軽減ができるものと期待されている。また、ITネットワークの整備は、今後更に基幹病院と地域の医療機関、介護施設の役割分担を明確にする。診療所は、在宅での医療と介護の強化を図り、在宅での看取りを可能にし、基幹病院は急性期・重症患者の入院治療に専念できるようになる。

しかし、問題は医師体制である。ITネットワークは整備されつつあるが、地域の医師が在宅医療に関わることが困難な状況であることには変わりはない。各地の町立病院は、1名ないしは2名の医師体制で、ほぼ24時間入院と外来を担っている。在宅医療のための往診は困難なことも多く、また民間病院も、閉院などのため医師数が限られている。

国は、平成18年に在宅医療推進の切り札として、在宅療養支援診療所を創設した。しかし、必要に応じて他の病院、訪問看護ステーションなどと連携を図り、24時間往診を提供できる体制構築が届け出要件であるために、ハードルが高く、今のところ檜山振興局管内では、届け出はゼロの状況である。

今年2月現在の在宅療養支援診療所は全道で289件登録されているが、全体の約半数132件は石狩振興局に集中し、ゼロの地域は檜山のほか、根室と宗谷総合振興局がある。これは、ハードルの高い在宅療養支援診療所を担う医師数の不足が原因と考えられる。一人医師の診療所でも在宅医療を担えるように、在宅療養支援診療所の届け出要件を緩和するなど、医師体制の厳しい地域でも在宅医療を推進できるよう援助、検討していただきたいと要望する。道医のご意見を伺いたい。

■藤原常任理事：2009年度の地域医療再生交付金を受け、その事業が大変うまく運営されていることに敬意を表したい。南檜山地区のITネットワーク、函館市のMedikaなど、道南地区ではかなりITネットワーク化が進んでいる。日本の医療界をリードする事業と思われ、今後の発展を期待している。

ご質問の在宅療養支援診療所については、現在北海道では292カ所の医療機関が申請しているが、ご指摘のように、緊急時の連絡体制および24時間往診できる体制のほか、在宅療養支援診療所には、以下のような必須要件がある。

1. 保険医または看護職員の書面による患者さんや家族への事前提出。
2. 別の保険医療機関の保険医との連携と患者さんや家族への事前通知。
3. 指定訪問看護ステーションとの連携。
4. 緊急時の入院病床の確保。
5. 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者との連携。

6. 在宅看取り数の報告など。

このような施設基準は、在宅を担う医師が多く、病院や訪問看護ステーションなどが多い地域においては容易であろうと思う。しかし、医師をはじめ医療資源に乏しい地域にとっては、大変厳しい施設基準であり、申請困難であることも現状と思う。

同様なことは、診療所における地域医療貢献加算や病院における人員配置を中心とした施設基準においても生じている。

本年2月、北海道医師会医療保険部が、各郡市医師会に次回診療報酬改定に関する要望事項を募集したところ、医師不足をはじめとした医療従事者が少ない地域において、施設基準の見直しをしてほしいとの要望が出されている。

私は、日本医師会社会保険診療報酬検討委員会に北海道代表として出席しているので、このような地方の声を中心に検討委員会に意見を提出した。今後とも、ぜひ会員の皆様の声を聞かせていただきたい。

●鈴木伸和代議員（中央ブロック）：地域医療支援病院について

平成9年12月、第3次医療法改正に伴い創設された地域医療支援病院について、当初厚労省は、国公立医療機関が担う機能と考えていた。

しかし、国公立医療機関の外来抑制が難しいことや、医療機器の共同利用の硬直化などから、紹介率60%すら達成できない状態であった。

一方、地域医療支援病院は、当初かかりつけ医を支援する医療機関として位置付けられていたこともあり、制度発足直後に承認された病院の多くは医師会立病院で、紹介率80%をクリアしていた。

しかし、国公立医療機関のほとんどが赤字経営で、紹介率も平均60%前後であったこと、また自治体病院団体から承認要件の緩和に向けた要望書を受けたこともあり、厚労省は平成16年5月、紹介率を40%に下げる政策変更を行った。

更に、診療報酬上においても優遇され、国公立医療機関としての使命を忘れ、赤字解消のツールとして利用されていることに我々は強い懸念を感じている。

平成22年11月1日現在、全国で318の施設が承認を受けているが、このうち約80%の施設が要件緩和された16年5月以降の承認となっているようである。

また、道内で承認を受けている7施設のうち、札幌市の3施設は要件緩和された以降の承認である。

現在、札幌市においては、複数の医療機関が承認に向け検討中との情報がある。もし各区に複数の地域医療支援病院ができた場合、紹介率との関係から患者の抱え込みなどが行われるおそれがあり、地域医療体制に支障を来すのではないかと危惧している。

また、地域医療支援病院は、本来かかりつけ医を支援する医療機関であることから、過剰に設置する必要はない。地域の医療機関機能、疾病動向、患者の受療状況などを勘案し、地域の実情に合わせて必要数を承認すべきと考えている。

現在、社会保障審議会などで地域医療支援病院のあり方などについて検討されているが、要件の見直しが入っているかは分からない。また、承認要件の見直しには医療法改正が必要となり、日医レベルの働きかけが重要である。

我々は、札幌市をはじめ大都市の地域医療の実情を考えると、最終的には当初の紹介率に戻すことも一つの案と考えているが、それまでの間、北海道と何らかのルールづくりが必要と考えている。道医執行部の考

えと対策などについて伺いたい。

■三宅副会長：地域医療支援病院は現在全国に327施設で、鈴木代議員がお示しの数よりも9件増えている。ご指摘のとおりそのほとんどが要件緩和された16年5月以降に承認された施設である。

国の考え方によると、地域医療支援病院のあり方は、平成18年から19年に医療施設体系のあり方に関する検討会において議論され、「概ね二次医療圏に1ヵ所という発想を改め、地域の実情に応じて整備するよう検討すべき」と指摘されているが、現在まで具体的な検討には至っていない。しかし、今後23年度までに行う医療法改正に合わせ、地域医療支援病院のあり方を検討する予定とのことである。

そもそも「概ね二次医療圏に1ヵ所」という考え方は、地域医療支援病院を制度化する上での目安であり、医療法上は、同一二次医療圏における複数承認を規定しておらず、道が昨年1月に実施した調査によると、回答があった39都府県の状況を見ても、同一二次医療圏において、地域医療支援病院の承認を政策的に制限・調整している県等はなく、29都道府県で同一二次医療圏に複数の地域医療支援病院を承認している状況である。

しかし、1月18日に開催された都道府県医師会長協議会において、福岡県医師会から、同一二次医療圏に7つの病院が指定されている現状があり、先ほど鈴木代議員がご指摘のとおり、経済的に優位に立つというような病院が増えているから、何とかできないかという質問があった。

これに対して、鈴木日医常任理事から、地域医療支援病院は、都道府県医療審議会が地域の実情を踏まえて審議を行った上で承認することとなっているので、要件を満たしたからすべてを承認するものではないと回答しているが、法律が絡み、非常に難しい問題がある。

そのようなことから、北海道とルールづくりを行って適当な数の承認をするようにとの鈴木代議員の先ほどのようなご意見だと思う。

日本医師会は、課題を大きく二つに分けて考えている。一つは、「4疾病5事業」の医療連携体制の構築や地域連携パスの普及が進められる中で、地域医療支援病院の存在意義をどのように見出し、要件を見直せばよいのか。

2点目は、既存の地域医療支援病院に対するチェックと評価機能である。従来から地域医療支援病院には、地域のかかりつけ医の要請に適切に対応し、地域医療確保のために必要な支援を行っているかなど、業務の遂行状況をチェックする委員会が設置されることになっており、そのメンバーは、地域医師会をはじめとする外部のメンバーで構成が考えられている。委員会が実際に機能すれば、新たに承認申請する病院も、ある程度限られるようになると考えている。

更に、承認は、開設者が医療法の規定に基づき、前年度の紹介・逆紹介率等の実績について、毎年10月5日までに知事に報告することとされており、実績が承認要件に満たない場合は、医療審議会が意見聴取し、取り消しなどを検討することになっている。

日本医師会では、医療施設体系のあり方に関する検討会で審議された特定機能病院とともにあるべき姿について社会保障審議会医療部会など公の場で議論するよう求めていくとのことである。また、その際、各都道府県がそれぞれの地域特性に応じた独自の承認基準を認定できるよう提案するということが検討したいと考えている。

北海道医師会としても、地域医療体制に支障のない仕組を北海道と協議しながら作っていきたいと考えている。

●鈴木伸和代議員：前半の日医の方針とか、審議会で厳しく審査するというのは分かったが、私が非常に期待しているのは、北海道医師会の積極的な関わりである。最後に北海道と云々というお話があったが、ぜひ具体的に詰めていただき、私たちの医療を守っていただきたい。

●北 慎一郎代議員（後志ブロック）：消費税損税解消に向けて

社会保険診療報酬による収入は、消費税非課税となっているため、患者さんからは消費税を預かっていない。しかし、医薬品等の診療材料、医療機器購入、給与以外のほぼすべての経費に対して消費税を支払っている。

また、医療機関では、そのほとんどの収入が消費税非課税の社会保険診療報酬であるため、仕入れ税額控除が一切できない。それゆえ、最終受益者でない医療機関が消費税を丸々国に上納していることとなり、いわゆる消費税損税が存在しているのは、周知のことと思う。

一方で、事業税、地方法人特別税の社会保険診療報酬が非課税である。この事業税は、収入から支出を引いた課税所得に5%から9.6%を乗じて支払うもので、給与以外のほとんどの支出に対して課税される消費税とは、比較にならないものである。

そのため、赤字の医療機関では事業税はかからないが、トヨタ等の輸出主要企業10社は海外で販売する自動車、電化製品の国内生産に伴う消費税課税仕入れ税額控除が可能であるので、輸出免税があり、毎年1兆円以上のお金を国から還付してもらっている。全企業だと、全国で3兆円ぐらいのお金が還付されている。

この不平等税制に立ち向かうべく、2010年9月に、兵庫県の民間病院協会と同会の役員が理事を務める4医療法人が、消費税損税問題で著しい不利益が放置されているとして、国に損害賠償を求める訴訟を起こした。

増税論者である与謝野馨氏を閣僚に起用し、増税路線を推進する菅総理は、消費税引き上げをほぼ明確に表明している。日医の今村聡常任理事が昨年、消費税の軽減税率に否定的見解を盛り込んだ税制改革大綱が閣議決定されていることを踏まえ、仕入れ税額控除が可能な課税制度に改め、かつ患者さんの負担増にならない制度への改善を求めると言っている。難しい問題だが、これらのことに対して、道医の意見を伺いたい。

■水谷常任理事：消費税に関する道医の見解については、本代議員会の決議事項の一つとして、毎回決議文の中で医療機関の経営を圧迫する控除対象外消費税の解消を謳い、決議文を、日本医師会をはじめ、関係各方面に要望している。

また、これとは別に、毎年自民党道連との政策懇談会において、必ず消費税損税の解消を要望し、また、民主党に政権が代わった一昨年からは、民主党北海道にも同様に要望している。

日本医師会の今村聡常任理事は、毎年、税制改正要望の重要項目として働きかけているが、消費税率が上がるたびに勝負だとしている。その理由は、海外、特にヨーロッパでは消費税率が二桁というところが多く、食料品などの生活必需品の税率は半分以下のいわゆる二段階税率方式となっている。今まで日医が要望している軽減税率は、まさにこの二段階税率方式に該当するが、現在これを自民党税調が検討している。

それに対し民主党は、二段階税率方式では、事務負担が大きいのという理由で、税額控除還付方式を所得税法と併せて検討している。

更に、政府には、社会保障と税の一体改革を急ピッチで進めており、政府との折衝に備えるために日医で

は、公的医療機関を含めた各団体と医師会立病院等に対して、消費税負担に関わる実態調査を実施し、最新データの差し替えを考えている。

北代議員の質問にもあった、日医の社会保障診療報酬等に対する非課税制度を、仕入れ税額控除が可能な課税制度に改め、かつ患者負担を増やさない制度に改善するという主張は、民主党が検討している税額控除還付方式に沿ったものであり、北海道医師会としては、還付方式を支持してまいりたいと考えている。

(一般質問)

●井上善之代議員（札幌市医師会）：患者窓口負担の軽減について

受診抑制の実態を北海道診療報酬支払基金（以下、社保）、北海道国保連合会（以下、国保）における外来受診者数のデータからお示ししたい。平成21年度は、平成20年度と比較したところ、社保では合計でマイナス1.6%、12月が最大でマイナス7.9%である。国保では、合計でマイナス3.2%、5月が最大でマイナス8%となっている。平成22年度では、4月から9月までの6ヵ月間を平成20年度と比較すると、社保は、合計でマイナス1.7%、6ヵ月のうち4ヵ月がマイナスで、5月が最大のマイナス8%であった。国保は合計でマイナス6.1%、6ヵ月すべてでマイナスである。5月が最大のマイナス12.2%となっている。

一方、2009年度の医療費の動向では、延べ患者数に相当する受診延べ日数は0.6%の減少で、伸び率は2005年度以降、5年連続で前年度比が減少している。

これらから、医療をはじめ介護や年金等においても負担増と給付減が進み、長引く不況から患者の受診抑制が起こっていることは明らかである。このままでは、受診抑制のため病状が重症化し、かえって医療費が増大することが懸念される。これを改善するには、最高患者自己負担額を3割から2割へ、後期高齢者と低所得者の自己負担限度額を現在の2分の1にすべきと考えられる。その実現に向けて、札幌市医師会では、日本医師会をはじめ十四大都市医師会、国会議員などに強く働きかけを行ってきた。

70歳から74歳の患者一部負担金は、平成23年度末まで軽減特例措置で1割となっていた。しかし、健康保険法等の一部改正が優先されるため、平成24年度には2割に引き上げられることとなっている。

以上から、国に対し、早急に患者窓口負担を軽減するよう要望することが重要と考えられる。北海道医師会の考えと今後の対応について伺いたい。

■藤原常任理事：札幌市医師会より同様の質問を数回いただいている。それだけ重要な問題があるとの認識を私どもも持っている。

患者さんの一部負担金については、健康保険法第74条に規定されている。「70歳に達する日の属する月以前である場合 100分の30」「70歳に達する日の属する月の翌月以降である場合（次号に掲げる場合を除く）100分の20」。3番目、「70歳に達する日の属する月の翌月以後である場合であって、政令で定めるところにより算定した報酬の額が政令で定める額以上であるとき 100分の30」と定められている。

また、75条の2には、「災害その他の厚生労働省令で定める特別の事情がある被保険者であって、（保険医療機関又は保険薬局に第74条第1項の規定による）一部負担金を支払うことが困難であると認められるもの」に関しては、減額や免除の特例が定められている。

更に、76条の3項には、「保険者は、厚生労働大臣の認可を受けて、保険医療機関又は保険薬局との契約により、（当該保険医療機関又は保険薬局において行われる療養の給付に関する第1項の療養の給付に要する費用の額につき、）前項の規定により算定される額の範囲内において、別段の定めをすることができる。」とあ

り、一部負担金は保険者との交渉において減額が可能であると考えられる。

しかし、全国において、一律に一部負担金の減額を要求すべきことであると思うので、健康保険法の改正、すなわち国会議員に対する要望が最も効果的であると考えている。

北海道医師会では、昨年10月15日、自民党北海道支部連合会の団体政策懇談会において、更に11月13日、民主党北海道政策懇談会において、日本医師会の要求項目である①ゼロ歳児から義務教育修了までの外来一部負担の無料化、②義務教育修了後の現役世代については、現在の3割負担を2割に引き下げる、③70歳以上は一部負担金を一律1割とすることを要求した。この内容は、札幌市医師会の従来からの要求そのものであると思っている。今後も機会あるごとに関係議員に働きかけていきたい。

●井上善之代議員：非常に重要な問題で、しつこいようで恐縮だが、今後とも北海道医師会から国へどんどん働きかけていただくようお願いしたい。

●宮崎誠一代議員（札幌市医師会）：TPPについて

TPPの参加は、農業のみならず医療にも影響を与えると危惧している。

菅首相は、平成の開国を唱え、貿易・投資の自由化、人材交流の円滑化に踏み出すと宣言し、6月を目途にTPPの交渉参加への結論を出すことを表明している。

菅内閣が閣議決定したTPPの医療分野における基本方針では、看護師等の海外からの人の移動、海外からの受け入れ資源を取り込むことが明記され、また当時の仙谷国家戦略担当相は、日本の医師免許を持たない外国人医師でも一定の技術レベルが認められれば、日本国内で診療が行えるように制度改正に乗り出す考えを示している。

我々は、TPPの参加は、小泉構造改革に続くものであり、TPPの参加で米国が日本に要求してきた医療分野への企業参入、医療法人の株式会社化、ひいては医療の市場化・自由化の方向に日本の政府が進んでいく可能性があり、混合診療の全面解禁が後押しされ、公的医療保険の保険給付範囲を縮小させる恐れがあると考えている。

日本医師会も医療の市場自由化が進められると強い危機感を示し、2月16日に開催された日医など医療・患者団体40団体で構成する国民医療推進会議協議会総会で医療への市場原理主義導入を阻止し、国民皆保険制度を守り続ける決議を満場一致で採択し、今後国民運動を展開していくことを確認している。

また最近、菅内閣の閣僚からも、TPPの参加により、米国のような民間保険主体の公的医療保険制度を縮小させるような制度にしてはならない、日本の医療保険制度は堅持すべきとの意見が出ている。

また、民主党議員などによるTPPを慎重に考える会を中核とするTPPを考える国民会議が2月24日に発足、その代表世話人には、社会的共通資本としての医療などを主張している宇沢弘文東大名誉教授が就任した。宇沢氏は、平成の開国を唱える菅首相を厳しく批判し、TPP参加が医療にもたらす影響にも懸念を示している。

札幌市医師会は、TPPへの参加は反対であるが、仮に日本がTPPへの参加を決定し、かつ例外が認められないことを想定し、医師・看護師などの外国人の扱い、医療における外国資本の参入、医薬品の規制緩和について、日本の皆保険制度内でどこまで歯止めをかけることが可能かなどについて、現在検討中である。

TPPに関する道医執行部の考えと対応等について伺いたい。

■直江寿一郎常任理事：1月28日の参議院本会議で、川田龍平議員からのTPP参加により医療の市場化で病院の株式会社経営や患者と医療の間に民間保険会社が入ること、混合診療の全面解禁など、私たち患者に与える影響についてどう考えているか、との質問に対し、菅総理は、TPP協定について、すべて明らかになっているわけではない。したがって、ご指摘の国内医療分野にどのような影響があるかを、あらかじめこうなると申し上げることは困難である、と答弁しており、日本の医療の現状に疎く、理解度も低いと思われる。ただ、医療分野で正確かつ詳細な情報が得られてないことも確かにあると思われる。

しかし、危険性として、先ほど総論で述べたように、日本での混合診療の全面解禁により、公的保険の給付範囲が縮小すること、医療についての事後規制で安全性の低下、営利企業の参入による患者の不利益、医師の移動による地域医療の崩壊などが考えられるので、北海道医師会としてはTPPに反対である。

まず締結しないことが重要と考える。対応としては、3月8日の「TPP問題を考える道民シンポジウム」で、長瀬会長が反対の意見を発表している。

また、3月12日に予定されていた宇沢弘文東大名誉教授が代表世話人を努める「TPP問題を考える国民会議・北海道対話集会」で、私が反対することを決めていたが、この集会は地震により中止になった。

3月9日には当会の働きかけで、平成23年第1回定例道議会において地方自治法第99条の規定に基づき、TPPに反対し、国民皆保険を堅持する意見書が全会一致で採択されている。個々の問題に対しては、影響のシミュレーションについて全く情報が提供されておらず、まず情報を得ることが重要と考えている。

●恩村宏樹代議員（函館市医師会）：特定健康診査の受診率低迷について

特定健診が始まってから3年が経過した。国が掲げた24年度までの目標受診率は65%だが、平成21年度の受診率を見ると、函館市18.9%、札幌市16.8%、旭川市20.4%と、函館はもとより、道内各市町村においてもほど遠いのが現状である。

全国的に見ると、宮城県47.7%、東京都41.9%、富山県41.3%と、かなり高い受診率を誇る地域も散見されるが、もともと住民健診への意識が高い地域であり、すべての地域に当てはまるものではない。

函館市国保でも、ホームページへの掲載、「市政はこだて」への毎月掲載、がん検診・特定健診カレンダーの全戸配布、ラジオやテレビによる市民ニュースの報道、新聞等へのトピック報道依頼、未受診者への受診勧奨通知や電話勧奨など広報に努め、集団健診と個別健診の両方実施や日曜・夜間の健診実施、がん検診との同時実施などによる健診機会の充実を図ってきたが、なかなか効果が上がらず3年が過ぎた。

国民の健康を守るという目的をもって始められた特定健診の受診率を上げることは重要な課題であり、特定健診の受診率アップに向けて、北海道医師会として何か有効な対策があればご教示願いたい。

■三戸常任理事：函館では、特定健康診査の受診率向上のために、あらゆる手段をとっていただいていることに深く感謝申し上げます。

北海道医師会においても、特定健康診査の受診率向上のため、北海道と協力し、保健師のスキルアップのため、「糖尿病等生活習慣病予防のためのスキルアップ研修会」の開催や「道民の健康づくり推進委員会」（地域・職域連携推進専門部会）などで意見交換を行い、受診率の向上を図っている。

また、今年度の第2回都道府県医師会長協議会で滋賀県から特定健診に関する質問があり、保坂日医常任理事は、「特定健診の受診率が低迷している原因として、『利用者にとって検査項目等が魅力的でないこと』『実施主体の変更や他の健診事業と切り離されたために、分かりにくく、不便になったこと』等が推測され

るとともに、様々な負担増による健診実施機関のモチベーション低下もその要因として考えられる」として
いる。

日本医師会公衆衛生・がん対策推進委員会では、「特定健診を含めた今後の健診のあり方」に関するワーキンググループを立ち上げ検討している。北海道医師会からもこの委員会に参画しており、健診のあり方について積極的に意見を述べていきたいと考えている。

●笹本洋一代議員（札幌市医師会）：社会保障の共通番号制について

政府は、年金制度の見直しと消費税引き上げの議論と合わせて、共通番号制度の検討を進め、今年秋に法案を提出し、2015年1月開始を目指している。国は、所得や社会保障に関する情報を一括管理し、社会保障サービスの充実や減税などの手続きの簡素化がねらいである。

しかし、過去に納税者番号制度や住基ネットの導入をめぐる議論でも、個人情報の漏えいや番号の不正利用などの問題があり、根強い反発があった。住基ネットで取り扱う情報は、住所、氏名、性別、生年月日の4種類に限られるが、共通番号制度では、個人の医療や年金に関する記録、所得に関する内容など、扱う情報が多岐にわたり、流出した際の危険度はより高い。

我々が危惧するのは、公的年金、医療、介護、雇用保険などに関して、負担と給付に関する情報を、番号を用いて個人単位に名寄せ、突合して明確にする社会保障の個人会計を導入し、公的保険の給付範囲を縮小させる管理医療につながるおそれがあることである。

また、番号制度が既に導入されている各国では、情報流出や不正利用の例が後を絶たない状況である。韓国では、2006年に大手通信社から700万人以上の個人番号を含む情報が流出し、情報が売買されるなど大きな問題になっている。我が国でも住基ネットをめぐる情報漏えいや、なりすましが既に起きている。

こうした事例を踏まえ、共通番号制の導入については、目的以外に利用されないよう担保すること、個人情報の保護やセキュリティの問題、更に情報漏えいの責任の明確化が重要であると考えます。

北海道医師会の考えと今後の対応について伺いたい。

■水谷常任理事：日本医師会は、共通番号制の導入に関して、昨年11月の民主党の税制改正プロジェクト委員会のヒアリングにおいて、共通番号制を検討するには、まず税制、特に消費税の値上げと社会保障制度全般の方向性を示してからであり、本制度が国民的議論、世論の盛り上がりが高く十分になされないまま拙速に導入されることには、強い懸念を抱かざるを得ないと表明している。すなわち、導入にあたっては、基盤整備と国民の賛同が不可欠であるとの見解で、今もその考えは変えていない。

更に今後につきましては、番号ありきではなく、目的外利用の禁止や個人情報保護などの環境整備、罰則強化を優先すべきであるとの方針を打ち出している。また、プライバシー保護のための第三者機関を設置する場合には、医療提供側も参画させるべきとの考えを示している。

一方、管理医療政策については、受療動向の監視や保険給付の抑制へと誘導されるため、これを許すことを非常に危惧しており、到底受け入れられないとの強い姿勢を示している。北海道医師会としても、上記の流れに沿って、日本医師会と一緒に活動を展開する所存である。

一方、全国知事会をはじめ、他の行政首長団体からは、番号制の積極的な導入に賛成が相次ぎ、医師会との意見の相違を見ている。

そこで、日本医師会では、医療機関内のセキュリティ対策として、医療情報システムを完全に管理するた

めのしおりを昨年2月に作成し、個人情報の秘密漏示の罰則規定の徹底を促した。中でも、医療機関管理者である院長には、個人情報保護法21条で、個人情報の安全管理が図られるよう、従業者に対する必要かつ適切な監督義務が課されるとの注意を喚起したところである。詳しくは、「医療のIT化の光と影」とのタイトルで、医療IT委員会から答申が提出されているので、参照願えれば幸いである。

●**笹本洋一代議員**：日本歯科医師会は、共通番号制度の設計制度全般、導入時期、情報保護のすべての項目に反対の立場である。また、日本弁護士連合会は、セキュリティの問題だけではなく、社会保障番号が生涯不変の番号とし、民間利用を前提とし、名寄せ、データバンキングで共通番号とするなど、プライバシー保護の観点から社会保障番号制度の創設そのものに反対している。また、日本弁護士連合会は、住基ネットにも反対し、現在もその稼働停止を求めている。

道医の考えに賛成だが、更に一層、反対の立場を強めていただきたい。

■**水谷常任理事**：確かに、歯科医師会その他はかなり強く反対しているので、遅れを取らないように、働きかけていきたい。

●**岡部寛裕代議員（札幌市医師会）：新医師臨床研修制度について**

新医師臨床研修制度について質問させていただく。

新医師臨床研修制度導入を主因として、医師の地域偏在と不足に伴う地域医療体制の崩壊が深刻化していることは周知の事実である。

北海道では、人口10万人当たりの医師数は224.9人で、全国平均とほぼ同様ではあるが、公益性という地域特性もあって、地域の医師偏在・不足による地域医療体制崩壊の実情は、極めて深刻である。

政府は、医学部定員増、地域枠等の医師確保対策に取り組む姿勢を示し、文部省は、2011年度医学部の入学定員を、過去最高であった本年度より更に77人増の8,923人に増員することになっているが、その効果は10年、20年先とも言われ、現状の深刻性に即効する施策としては不十分である。

こうした状況を踏まえ、我々は、新臨床研修制度の理念である医師としての人格涵養、プライマリケアの基本的診察能力を育む研修に専念できる研修体制の整備の基本三原則の徹底、更に卒前教育と後期研修制度の適正化、生涯研修体制（CME）の整備を含めた一貫性のある教育研修システムを構築することを前提に、現在の初期研修を2年から1年短縮することを提唱してきた。現在、年約7,700人の研修医が誕生しているが、初期研修期間を1年間に短縮することで、その人数がそのまま地域医療を支える即戦力医師になるとは思われないが、少なくとも現在起きている負のスパイラルを止める大きな力となり、最も即効性があり、かつ有効な方法であると考えている。

医師の地域偏在・不足の緩和、解消、そして地域医療崩壊にストップをかけるためにも、日本の優れた医療レベルを支えてきた医師を疲弊させることなく、その養成を持続するため、今こそ日医が提唱している医学部5、6年生の参加型臨床実習体制の創出と連動し、新臨床研修制度の初期研修期間を短縮することを強く提唱すべきであるとする。道医の考えを伺いたい。

■**渡邊常任理事**：問題となっている医師不足の解消に向けて、新医師臨床研修制度の期間を2年から1年に短縮するという提案は、確かに一つの方策かと思う。

ただし、岡部代議員もご存じのとおり、平成21年度に新医師臨床研修制度の見直しが行われている。その中で、プログラムの弾力化が図られ、既に実質1年研修が可能となっている。

2年経過したが、代議員の先生で、医師不足解消に向けて実質1年化の効果を体感している方は、恐らくいないと思う。

この点に関しては、種々の問題がある。なかでも、臨床研修医の地方から東京をはじめとする大都市圏への流出が、大きな要因となっている。

本道においても、臨床研修医の総数は、平成20年度が313名であったのに対し、21年度290名、22年度260名、23年度には259名と、この4年間で54名減少している。このような大都市圏への集中が続く限り、地方がいかなる努力をしても、効果は期待しづらい。

地方の医師不足を解消するには、少なくともその地域で育てた医学部卒業生に見合うだけの研修医数を、確保できる制度に変えてゆく必要がある。そうしないと、いつまでたっても、地方は大都市圏への医師供給の場という位置付けが変わらない。このことが、急務であろう。

最近、日本医師会の医師養成に関する提案が出され、原則出身大学のある都道府県で研修するとしている。ただし、この案は臨床研修医の流動性を縛ることになる。その担保を求めるのであれば、都道府県の定数枠を卒業生の総数に近いものとするなど、更なる見直しが必要であろう。

今後も医師不足の解消に向けて、あらゆる面から働きかけていきたいと考えている。

以上で質疑応答が終了し、理事者提案を受けて起草委員会が作成した声明文ならびに決議案（49～50ページ）を採決し、退任役員からの挨拶、新役員を代表して長瀬清氏より新任挨拶の後、閉会した。

なお、決議は、日本・都府県・郡市医師会、政府閣僚、政党、国会・道議会議員、知事、道内自治体首長、「日本の医療を守る道民協議会」構成団体およびマスコミほか関係各方面に送付した。

引き続き、平成23年北海道医師会定時総会を開催。長瀬会長が議長となり進行。代議員会で可決された事項が本総会においても全て承認された。

北海道医師会役員・裁定委員ならびに 日本医師会代議員・同予備代議員選挙結果

(任期 平成23年4月1日～平成25年3月31日)

平成23年3月21日(月・祝)

北海道医師会

会 長

長 瀬 清 (再)

副 会 長

三 宅 直 樹 (再)

畑 俊 一 (再)

宮 本 慎 一 (再)

常 任 理 事

前 川 勲 (再)

直 江 寿一郎 (再)

渡 邊 直 樹 (再)

目 黒 順 一 (再)

小 山 司 (再)

三 戸 和 昭 (再)

深 澤 雅 則 (再)

伊 藤 利 道 (新)

北 野 明 宣 (再)

橋 本 洋 一 (再)

水 谷 匡 宏 (再)

山 科 賢 児 (再)

岡 部 實 裕 (新)

藤 井 美 穂 (再)

理 事 (ブロック順)

中央 山 光 進 (再)

中央 島 田 道 朗 (新)

道南 伊 藤 丈 雄 (再)

後志 津 田 哲 哉 (再)

日胆 沖 一 郎 (再)

空知 倉 増 秀 昭 (新)

道北 山 下 裕 久 (新)

北見 古 屋 聖 児 (再)

道東 堀 修 司 (再)

道東 杉 元 紘 一 (再)

医育 飯 塚 一 (再)

監 事

水 元 修 治 (再)

中 村 興 治 (再)

大 口 正 樹 (再)

裁定委員

高田 義人 (再)	川上 哲平 (再)
浜向 賢司 (再)	小玉 道郎 (再)
足永 武 (再)	遠山 晴義 (再)
西村 進 (再)	高須 重家 (再)
今 哲二 (新)	岸本 總一郎 (再)
池永 和親 (再)	

日本医師会代議員

倉増 秀昭 (新)	堀 修司 (新)
沖 一郎 (再)	山下 裕久 (新)
古屋 聖兒 (再)	津田 哲哉 (再)
伊藤 丈雄 (再)	畑 俊一 (再)
中田 康信 (再)	山光 進 (再)
宮本 慎一 (再)	三宅 直樹 (再)
松家 治道 (再)	

日本医師会予備代議員

沼崎 彰 (新)	篠島 弘 (新)
小野寺 栄司 (再)	永井 文作 (再)
島田 道朗 (新)	杉元 紘一 (新)
樋口 晶文 (再)	稲川 昭 (新)
深澤 雅則 (再)	大北 健雄 (再)
三戸 和昭 (新)	今 真人 (新)
直江 寿一郎 (再)	

代議員会議長 塩野 恒夫 (再)

代議員会副議長 本間 哲 (再)

※ 本表における副会長、常任理事、監事、裁定委員、日本医師会代議員および同予備代議員の記載順序は、
本会定款施行規則第16条第2項「前項の候補者名簿の記載順序は、会長がくじで決める。」に基づくもの
です。

平成22年度一般会計収支補正予算

収入の部

科 目		①	②	③	④(①+②+③)
大 科 目	中 科 目	当初予算額 千円	1次補正額 千円	2次補正額 千円	補正後の予算額 千円
2. 負 担 金		28,200	0	△ 4,800	23,400
	1. 開業時負担金	28,200	0	△ 4,800	23,400
3. 事 業 収 入		75,326	91,903	△ 2,684	164,545
	1. 会員名簿収入	2,685	0	△ 2,684	1
	15. 北海道地域産業保健 センター事業収入	—	91,903	0	91,903
	補正されなかった中科目	72,641	0	0	72,641
6. 諸 収 入		42,218	0	17,421	59,639
	2. 他団体負担収入	28,470	0	17,421	45,891
	補正されなかった中科目	13,748	0	0	13,748
9. 繰 入 金		37,396	0	16,500	53,896
	1. 収益事業特別会計より 繰入	37,395	0	16,500	53,895
	補正されなかった中科目	1	0	0	1
10. 特定積立資産 取崩収入		32,925	0	8	32,933
	1. 役員退任慰労金 引当資産取崩収入	1	0	349	350
	2. 職員退職給付引当 資産取崩収入	32,923	0	△ 341	32,582
	補正されなかった中科目	1	0	0	1
補正されなかった大科目にかかる額		658,308	0	0	658,308
当 期 収 入 合 計		874,373	91,903	26,445	992,721
前 期 繰 越 収 支 差 額		138,161	24,724	0	162,885
収 入 合 計		1,012,534	116,627	26,445	1,155,606

支出の部

科 目		①	②	③	④(①+②+③)
大 科 目	中 科 目	当初予算額 千円	1次補正額 千円	2次補正額 千円	補正後の予算額 千円
1. 事業費		276,576	91,903	△ 7,131	361,348
	7. 創立記念式費	10,871	0	1,315	12,186
	21. 会員名簿刊行費	9,622	0	△ 8,446	1,176
	23. 北海道地域産業保健 センター事業費	—	91,903	0	91,903
	補正されなかった中科目	256,083	0	0	256,083
2. 総務費		475,038	0	8,127	483,165
	1. 役員費	50,121	0	408	50,529
	2. 諸給与	302,823	0	4,566	307,389
	3. 職員福利厚生費	38,598	0	3,153	41,751
	補正されなかった中科目	83,496	0	0	83,496
7. 特定積立資産 繰入額		96,390	0	17,193	113,583
	1. 役員退任慰労金引当 資産繰入額	21,190	0	△ 145	21,045
	2. 職員退職給付引当 資産繰入額	44,200	0	17,338	61,538
	補正されなかった中科目	31,000	0	0	31,000
8. 繰出金		55,530	0	1,397	56,927
	2. 収益事業特別会計へ 繰出	52,229	0	1,397	53,626
	補正されなかった中科目	3,301	0	0	3,301
10. 予備費		62,323	24,724	6,859	93,906
	1. 予備費	62,323	24,724	6,859	93,906
補正されなかった大科目にかかる額		46,677	0	0	46,677
当期支出合計		1,012,534	116,627	26,445	1,155,606
当期収支差額		△ 138,161	△ 24,724	0	△ 162,885
次期繰越収支差額		0	0	0	0

平成22年度収益事業特別会計収支補正予算

収入の部

科 目		当初予算額 千円	補 正 額 千円	補正後の予算額 千円
大 科 目	中 科 目			
1. 事業収入		274,974	△ 1,397	273,577
	1. 使用料	116,545	2,151	118,696
	2. 共益費	49,945	771	50,716
	3. 別途利用料	8,169	636	8,805
	4. 手数料収入	89,326	△ 2,276	87,050
	5. 保険事業収入	2,762	△ 1,206	1,556
	6. 出版事業収入	2,504	△ 199	2,305
	7. 特定健診代行事業収入	5,723	△ 1,274	4,449
2. 負担金収入		2,820	△ 480	2,340
	1. 会員負担金収入	2,820	△ 480	2,340
3. 繰入金		2	0	2
	1. 一般会計より繰入	2	0	2
4. 諸収入		531	22,643	23,174
	1. 諸収入	531	22,643	23,174
5. 預り金		3	0	3
	1. 預り金	3	0	3
6. 特定積立資産 取崩収入		46,905	△ 4,340	42,565
	1. 特別修繕積立資産取崩収入	35,147	△ 4,340	30,807
	2. 職員退職給付引当資産 取崩収入	11,758	0	11,758
当期収入合計		325,235	16,426	341,661
前期繰越収支差額		33,969	23	33,992
収入合計		359,204	16,449	375,653

支出の部

科 目		当初予算額 千円	補 正 額 千円	補正後の予算額 千円
大 科 目	中 科 目			
1. 事業費		183,093	△ 1,000	182,093
	1. 会館管理費	99,640	3,115	102,755
	2. 保険事業費	15,017	△ 3,447	11,570
	3. 出版事業費	1,132	△ 6	1,126
	4. 特定健診代行業費	3,870	△ 767	3,103
	5. 事業管理費	29,635	△ 7,880	21,755
	6. 租税公課	33,799	7,985	41,784
2. 会議費		317	177	494
	1. 会議費	317	177	494
3. 総務費		32,945	△ 43	32,902
	1. 総務管理費	32,945	△ 43	32,902
4. 繰出金		37,395	16,500	53,895
	1. 一般会計へ繰出	37,395	16,500	53,895
5. 支払利子		1	0	1
	1. 預り金利子	1	0	1
6. 施設設備費		35,147	△ 4,340	30,807
	1. 施設設備費	35,147	△ 4,340	30,807
7. 特定積立資産 繰入額		37,651	△ 905	36,746
	1. 特別修繕積立資産繰入額	35,000	0	35,000
	2. 職員退職給付引当資産繰入額	2,651	△ 905	1,746
8. 預り金償還金		3	24	27
	1. 預り金償還金	3	24	27
9. 予備費		32,652	6,036	38,688
	1. 予備費	32,652	6,036	38,688
当期支出合計		359,204	16,449	375,653
当期収支差額		△ 33,969	△ 23	△ 33,992
次期繰越収支差額		0	0	0

平成23年度基本的活動方針

持続する経済不況による閉塞感から、一昨年アメリカ、日本ともに国民は変革を求めて政権交代を支持した。しかし、両国とも国民が期待したようには経済の立ち直りがみられず、両国民の中に失望感がみなぎっている。日本はこの間に急速に発展を続ける中国に、GDP世界第2位の座を明け渡すことになった。

政権交代のもととなった民主党の選挙公約に掲げた、無駄を省けば十分な財源の裏打ちが可能との甘い予測は当て外れで、見込んだ16.8兆円の5割にも達せず、公約実現は夢物語となった。

菅首相は「強い経済」「強い財政」に加えて「強い社会保障」を政策の柱に掲げた。しかし、社会保障政策は税制と一体で構築しなければならないとして未だ形が示されていない。

政府は経済成長戦略の有力手段として医療・介護を成長牽引産業と期待している。雇用の拡大が図れる分野であることは、日本医師会も予てから主張しているところであるが、医療の産業化は日本の医療保険制度の理念にそぐわない。

外国の富裕層を対象に外貨を獲得する手段としての安易な医療ツーリズムの推進、それを補完する医療滞在ビザの発行、高度医療技術目当ての移植医療ツーリズム、特区による外国人医師の安易な受け入れ、混合診療の全面解禁、株式会社の医療への参入、TPP参加による医療への影響等、これらはWHOから高い評価を得ている我が国の皆保険制度の崩壊を促し、結果として医療格差の拡大に繋がる懸念され容認すべきではない。

日本医師会では昨年4月、会長選挙が行われた。民主党政権下の医療政策に対する新執行部の対応は、自民党時代とは異なり極めてわかりにくいものとなった。日本医師会の政策提言がどのように取り入れられるのかも判然としない。由々しき事態である。

日本医師会は医療保険制度や医師研修制度の在り方について提言し、また当面する危機的問題に対して積極的に意見を表明している。我々としてもそれをもとに議論を尽くし、支援をしていきたい。

日本は今医師不足、偏在による地域医療の崩壊に直面し、その解決が最重要課題であることは論をまたない。厚労省の必要医師数調査では現状で医師全体として2.4万人、勤務医は1.8万人不足であるという。今、全国の既存医学部の定員数を増加させ医師養成を図っている。何件かの新規医学部新設の計画もある。しかしこれらが効果を現わすまでにはかなりの時間を要する。当座の役は果たせない。

女性医師は急速に増加している。女性医師のキャリアとしての定着や家庭からの復帰を促す環境整備が必要である。

国民が日常生活の中で最も重要と考えているのは、健康問題である。今日の医師不足、偏在が如何に多くの人に不安を与えているか、特に急病時の不安は計り知れない。夜間、休日の急病に対する備えは心許なく、各地で対応している病院や診療所の先生方には大変な負担をおかけしている。医師不足に対応する臨時的措置のみでは破綻は間違いない。根本的対策が必要である。3機配備となったドクターヘリの活躍は、事故等での救急搬送や医療過疎地での重病者対応に大きな役割を果たしている。北海道の広域性、天候、夜間の問題から、昨年試験的に運航され評価を受けたドクタージェットの常備を実現させたい。

来年は診療報酬・介護報酬の同時改定と介護保険制度の見直しがある。医療と介護の連携がポイントで、適切な制度作りが重要となる。昨年度は8年ぶりの診療報酬本体のプラス改定が行われた。その配分で病院は救われたが診療所にとっては厳しいものであった。国民医療の多くを受け持つ民間中小医療機関の経営も決して楽ではない。次回診療報酬改定に当たりそこも主張していきたい。

医師会の新公益法人化選択の期限が間近に迫った。医師会の多くはとりあえず一般法人とし、様子を見ながら公益法人化を検討するようである。本会は如何にするべきか、今年はその選択を会員の皆様に諮らなければならない。

医師会の社会的、政治的影響力の沈下は否めない。その復権の鍵は医師会員の団結力強化を促すための広報活動が握っている。医師会がどのような組織なのか、今何をしようとしているのかを逐次内外に発信するために、我々の持つ伝達手段を有効に活用すべきである。

医師国保組合への国の補助が打ち切れようとしており、存続が懸念される。厳しい医業経営環境で頑張る会員の福利厚生のある在り方を探ることも重要な課題となっている。

以上、基本的活動方針に沿って、以下に掲げる各部の具体的事項に積極的に取り組む。

平成23年度各部事業項目

《注》 _____ は新規項目、 _____ は修正項目

[総務部]

1. 組織強化

- (1) 執行体制の強化
- (2) 各郡市医師会・医育機関医師会との連携強化
- (3) 北海道との連携強化
- (4) 関係諸団体との連携強化
- (5) 「日本の医療を守る道民協議会」の事業活動の推進
- (6) 各種会議等の対応
- (7) 会員活動の支援
- (8) 医師会組織の更なる強化
- (9) 育英資金制度の充実

2. 会務の充実

- (1) 公益法人制度改革への対応
- (2) 諸規程の見直し
- (3) 会費・負担金等の検討

[医療安全部]

1. 生命と倫理の高揚に関する検討

- (1) 医の倫理にもとづいた医療の啓発と自浄作用の強化推進

2. 安全な医療の提供

- (1) 医療安全推進週間への参加
- (2) 医療の質管理の取り組み
- (3) 医療安全研修会の開催

3. 診療情報等の提供

- (1) 医療安全支援センターを中心とした行政・関係団体との連携強化
- (2) インフォームドコンセントの徹底とセカンドオピニオンの推進
- (3) 「診療情報の提供に関する相談窓口」の充実
- (4) 個人情報の適正な取扱いに関する指導

4. 医事紛争対策の推進

- (1) 医事紛争の発生予防と適正処理
- (2) リピーター会員への指導強化
- (3) 医師賠償責任保険にもとづいた処理手続きの理解徹底
- (4) 無過失補償制度の推進

5. 医療安全関連法への対応

- (1) 医師法21条「異状死体届出義務」に係る諸問題の検討
- (2) 医療安全調査委員会設置への対応
- (3) 「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」への協力
- (4) 死後画像診断 (Ai) の推進

[医療政策部]

1. 医療政策の研究と提言

- (1) 医療政策実現への活動
- (2) 医療制度改革への対応
- (3) 医療政策等検討委員会の開催
- (4) 地域医療に関わる地域別意見交換会の開催
- (5) 地域医療住民フォーラムの開催および支援
- (6) 医政講演会の開催
- (7) 政経問題懇話会の開催
- (8) 医療政策資料等の整備と活用
- (9) 日本医師会、日本医師会総合政策研究機構等との連携

2. 国民皆保険制度堅持の運動

3. 道州制導入への対応

4. 北海道の保健・医療・福祉政策への提言と施策への対応

- (1) 北海道の地域医療確保対策
- (2) 北海道保健医療福祉計画
- (3) 北海道医療計画
- (4) 北海道医療費適正化計画
- (5) 北海道医療審議会
- (6) 北海道総合保健医療協議会
- (7) 北海道医療対策協議会

(8) 保健医療福祉圏域連携推進会議

(9) 地域医療再生計画

(10) 緊急臨時的医師派遣事業

(11) 保健福祉部との意見交換

5. 郡市医師会医政講演会等への協力

[医業経営・福利厚生部]

1. 医業経営対策の推進

(1) 医業経営講習会の開催

(2) 患者接遇に関する研修会の開催

(3) 「医師のためのやさしい税務と確定申告」の発行

2. 福利厚生事業の充実

(1) グループ保険新規加入増強キャンペーンの継続

[情報広報部]

1. 情報システムの充実

(1) 情報システムの効率的な運用

(2) 日本医師会医療情報関連事業への参加と協力

(3) 日医標準レセプトソフト（ORCAプロジェクト）の普及

(4) 日本医師会テレビ会議システムの活用

2. 広報活動の充実

(1) 郡市医師会、会員への広報

(2) 北海道医報の充実

(3) ホームページ、Eメール等の利活用

(4) 道民への広報

(5) 積極的なマスコミ対応

[医療保険部]

1. 診療報酬・介護報酬同時改定への対応

2. 保険者機能強化への対応

3. 審査を巡る諸問題への対応

4. 保険医療に関する研修の充実並びに指導への対応

- (1) 社会保険医療指導委員協議会の開催
- (2) 社会保険指導者講習会への参加と伝達
- (3) 保険医療医師研修会の開催
- (4) 社会保険医療担当者に対する指導への対応

5. 労災、自賠責保険の改善

- (1) 労災・自賠責保険医療等改善対策委員会の開催
- (2) 自賠責新基準に関する損保協会・損害保険料率算出機構との連携強化、北海道自動車保険医療連絡協議会の開催
- (3) 労災保険に関する労働局・労災保険情報センター・労災保険指定病院協会との連携強化、労災四者懇談会の開催

6. 医療保険事務講座等の充実

- (1) 健保請求事務講座の開催
- (2) 健保請求事務研修会の開催

[地域保健部]

1. 北海道健康増進計画への対応

2. 生活習慣病対策の推進

- (1) 特定健康診査・特定保健指導対策の推進
- (2) 4大疾病対策の推進
- (3) 糖尿病対策推進会議の開催
- (4) 糖尿病診療従事者スキルアップ・セミナーの開催

3. 感染症危機管理対策の充実と情報提供

4. 母子保健・乳幼児保健対策の推進

- (1) 子ども支援日本医師会宣言の推進

5. 環境保健対策の推進

- (1) 食品安全対策の推進
- (2) 感染性廃棄物対策の推進
- (3) 日本医師会「環境保健委員会」との連携

6. 精神保健対策の推進

7. 学校保健対策の推進

- (1) 学校健康教育活動の推進
- (2) 学校保健委員会活動の推進

8. 学校検診事業の推進

- (1) 学校心臓検診事業の推進
- (2) 眼科・耳鼻咽喉科専門医検診率の向上

9. 北海道学校保健研究大会への参加協力

10. 北海道学校保健会事業に対する支援協力

[地域福祉部]

1. 地域ケア体制への対応

- (1) 療養病床再編に関する諸問題
- (2) 高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画
- (3) 施設整備検討会議への参画

2. 介護保険制度並びに障害者自立支援制度への対応

- (1) 郡市医師会との連携強化
- (2) 主治医サポート事業の実施
- (3) 全国会議・研修会等への参加
- (4) 介護保険関連情報の収集と提供
- (5) 人材養成への支援
- (6) 診療報酬・介護報酬同時改定への対応
- (7) 介護保険制度見直しへの対応

3. 福祉関係団体との連携

4. 北海道総合在宅ケア事業団等への協力

[産業保健部]

1. 産業保健活動の推進

- (1) 産業保健活動推進委員会の開催
- (2) 北海道産業保健活動推進協議会の開催
- (3) 郡市医師会産業保健活動への助成
- (4) 労働安全衛生コンサルタント会との連携
- (5) 日本産業衛生学会北海道地方会との連携
- (6) 全国会議・学会等への参加
- (7) 産業医と精神科等専門家とのネットワークシステムの構築

2. 北海道地域産業保健センター事業の運営（厚生労働省受託事業）

- (1) 健康相談事業の充実
- (2) 相談医の確保
- (3) 統括コーディネーターの選任と連携
- (4) 連絡協議会ならびに運営協議会の開催
- (5) 広報啓発活動の推進

3. 北海道産業保健推進センターとの連携

- (1) 運営協議会への参画
- (2) メンタルヘルス対策支援事業への協力
- (3) 研修会・個別相談会の共同開催

4. 産業医研修事業の実施

- (1) 産業医学基礎研修会の開催
- (2) 北海道補助事業
 - 1) 産業保健研修会の開催
- (3) 産業医学振興財団受託事業
 - 1) リフレッシャー研修会の開催
 - 2) 特定科目専門研修会の開催
 - 3) リーダー研修会の開催
- (4) 日本医師会認定産業医の登録と単位管理
- (5) 各種研修会等の情報提供

5. 健康スポーツ医活動の推進

- (1) 健康スポーツ医学の推進
- (2) 日本医師会認定健康スポーツ医の登録と単位管理
- (3) 健康スポーツ医学再研修会の開催

- (4) 健康スポーツ医学推進委員会の開催
- (5) 健康スポーツ医等の連携

[救急医療部]

1. 救急医療体制の確保

- (1) 休日夜間診療確保対策事業の推進
- (2) 救急医療対策部会の運営
- (3) 小児救急への対応
 - 1) 小児救急地域医師研修事業の推進
- (4) メディカルコントロール体制への支援と協力
- (5) 航空医療体制への対応

1) ドクターヘリの導入促進と連携体制の構築

2) ドクタージェット導入への支援と協力

2. 救急医療施設の連携の推進

- (1) 救急医療機関の連携強化
- (2) 道内急病センター（診療所）連絡会の開催
- (3) 災害拠点病院等連絡協議会への協力

3. 災害時医療救護体制の確保

- (1) 北海道防災会議への参画
- (2) 北海道防災総合訓練ほか各種訓練と研修会への参加
- (3) 災害時医療体制の整備
- (4) 日本医師会との連携

4. 北海道救急医療・広域災害情報システムへの協力

5. 救急業務関係者を対象とした研修会の開催

6. 道民への啓発活動の推進

- (1) 救急医療フォーラムの開催および支援
- (2) 救急の日事業
- (3) AEDの普及と啓発
- (4) パンフレット・冊子等の制作と頒布

[医療関連事業部]

1. 病院運営対策の推進

- (1) 病院管理研修会の開催
- (2) 北海道病院団体懇談会の開催

2. 医師会共同利用施設への支援と協力

3. 勤務医への支援

- (1) 勤務医の加入促進
- (2) 勤務医部会の運営
- (3) 勤務医懇談会の開催

4. 女性医師への支援

- (1) 男女共同参画検討会の開催
- (2) 女性医師サポート事業の推進
- (3) 女性医師の研修会等への参加支援
- (4) 女性医師バンクへの支援
- (5) 女性医師支援相談窓口の設置の検討

5. 医療関連専門職種との連携

- (1) 医療・福祉関係職能団体等懇談会の開催

6. 看護要員の養成と確保

- (1) 医師会立看護師等養成施設への支援
- (2) 高等学校進路指導担当教員等への説明会の開催
- (3) 医師会立准看護学校連絡協議会の開催
- (4) 潜在看護師の再就業支援
- (5) 看護の日・看護週間への支援と協力

[学 術 部]

1. 日本医師会生涯教育講座・北海道医師会認定生涯教育講座の開催

- ...(1) 日本医師会生涯教育協力講座セミナーの実施
- ...(2) 郡市医師会・全道規模専門医会単独主催講座に対する助成
- ...(3) 郡市医師会等各種団体主催講座の認定と受講証の発行
- ...(4) 日本医師会生涯教育制度改定への対応

2. 自宅学習環境の整備および評価事業
 - (1) 生涯教育シリーズXIX「がん治療の新たな展開」の北海道医報への連載と合本
3. 学会および教育・研究機関との連携
 - (1) 医学会開催に対する助成
 - (2) 道内三大学病院研修登録医（臨床登録医）制度への協力
 - (3) 新医師臨床研修制度への協力、指導医ワークショップの開催
4. 北海道医学大会の開催
5. 北海道医師会賞の贈呈
6. 第28回日本医学会総会への協力

[健康教育事業部]

1. 予防医学に関する情報の収集と提供
2. 生活習慣病等セミナー・講演会の開催
3. 禁煙対策の推進
4. 青少年への健康教育の推進
5. 郡市医師会健康教室開催への支援
6. テレビやポスター等を利用した健康情報の提供
7. 北海道健康づくり実行委員会への参画

[財 務 部]

1. 会計・経理
 - (1) 公益法人会計基準の改正等への対応
 - (2) コンピュータによる会計システム導入の検討
 - (3) 資金の安全な運用

(4) 計画的特定積立預金の確保

2. 会館および附属設備の管理運営

(1) 中長期保全工事実施計画の検討

(2) 優良テナントの維持

(3) 万全な保守整備

平成23年度一般会計収支予算

収入の部

科 目		① 本 年 度 予 算 額 千円	② 前 年 度 予 算 額 千円	増 減 千円	対 比 ① / ② %
大 科 目	中 科 目				
1. 会 費		632,907	632,689	218	100.03
	1. 本年度会費	632,906	632,688	218	100.03
	2. 過年度会費	1	1	0	100.00
2. 負 担 金		23,400	23,400	0	100.00
	1. 開業時負担金	23,400	23,400	0	100.00
3. 事 業 収 入		159,714	164,545	△ 4,831	97.06
	1. 会員名簿収入	2,685	1	2,684	268,500.00
	2. 北海道医報収入	9,210	9,361	△ 151	98.38
	3. 産業保健研修収入	3,681	5,647	△ 1,966	65.18
	4. 医学研修収入	801	2,785	△ 1,984	28.76
	5. 医学大会収入	1,660	1,491	169	111.33
	6. 病院管理研修会収入	120	120	0	100.00
	7. 事務講座収入	640	800	△ 160	80.00
	8. 母体保護法指定 医師審査料収入	175	2,850	△ 2,675	6.14
	9. 日医認定医申請 手数料収入	2,055	2,240	△ 185	91.74
	10. 健康教育事業収入	10,181	10,181	0	100.00
	11. 労災保険事業収入	2,580	2,670	△ 90	96.62
	12. 医師賠償責任 保険収入	27,886	27,930	△ 44	99.84
	13. 地域福祉活動収入	4,136	4,565	△ 429	90.60
	14. 地域保健事業収入	2,001	2,001	0	100.00
	15. 北海道地域産業保健 センター事業収入	91,903	91,903	0	100.00
4. 交 付 金		25,235	24,567	668	102.71
	1. 日医交付金	25,235	24,567	668	102.71
5. 補 助 金		1,050	1,050	0	100.00
	1. 補助金	1,050	1,050	0	100.00
6. 諸 収 入		42,985	59,639	△ 16,654	72.07
	1. 受託金収入	9,060	9,060	0	100.00
	2. 他団体負担収入	29,234	45,891	△ 16,657	63.70
	3. 雑収入	4,691	4,688	3	100.06
7. 寄 付 金		1	1	0	100.00
	1. 寄付金	1	1	0	100.00
8. 償 還 金		1,080	—	1,080	—
	1. 育英資金償還金	1,080	—	1,080	—
9. 借 入 金		1	1	0	100.00
	1. 借入金	1	1	0	100.00

科 目		① 本 予 年 度 額 千円	② 前 予 年 度 額 千円	増 減 千円	対 比 ① / ② %
大 科 目	中 科 目				
10. 繰入金		27,862	53,896	△ 26,034	51.69
	1. 収益事業特別会計 より繰入	27,861	53,895	△ 26,034	51.69
	2. 社保対処費特別 会計より繰入	1	1	0	100.00
11. 特定積立資産 取崩収入		28,092	32,933	△ 4,841	85.30
	1. 役員退任慰労金 引当資産取崩収入	1	350	△ 349	0.28
	2. 職員退職給付引当 資産取崩収入	24,490	32,582	△ 8,092	75.16
	3. 資金調整積立資産 取崩収入	1	1	0	100.00
	4. 育英資金積立資産 取崩収入	3,600	—	3,600	—
当期収入合計		942,327	992,721	△ 50,394	94.92
前期繰越収支差額		157,821	162,885	△ 5,064	96.89
収入合計		1,100,148	1,155,606	△ 55,458	95.20

支出の部

科 目		① 本 予 年 度 額 千円	② 前 予 年 度 額 千円	増 減 千円	対 比 ① / ② %
大 科 目	中 科 目				
1. 事業費		359,560	361,348	△ 1,788	99.50
	1. 情報システム費	38,466	40,553	△ 2,087	94.85
	2. 医療政策費	9,142	9,145	△ 3	99.96
	3. 広 報 費	37,994	37,147	847	102.28
	4. 北海道医学大会費	10,372	10,304	68	100.65
	5. 北海道医師会賞費	2,147	2,176	△ 29	98.66
	6. 医学研修費	13,507	16,743	△ 3,236	80.67
	7. 創立記念式費	10,633	12,186	△ 1,553	87.25
	8. 組織強化費	9,687	9,790	△ 103	98.94
	9. 医療保険対策費	18,221	19,562	△ 1,341	93.14
	10. 病院対策費	2,133	2,070	63	103.04
	11. 勤務医部会費	7,401	9,065	△ 1,664	81.64
	12. 地域保健対策費	20,577	20,778	△ 201	99.03
	13. 地域福祉活動費	9,142	9,558	△ 416	95.64
	14. 医師会立共同利用 施設活動費	631	259	372	243.62
	15. 産業保健活動費	8,762	10,656	△ 1,894	82.22
	16. 医業経営対策費	7,558	7,361	197	102.67
	17. 医療関連事業費	11,578	11,322	256	102.26
	18. 健康教育事業費	13,241	13,295	△ 54	99.59
	19. 医療安全対策費	4,083	4,230	△ 147	96.52
	20. 医事紛争対策費	20,468	20,169	299	101.48
	21. 会員名簿刊行費	10,014	1,176	8,838	851.53
	22. 諸団体協力費	1,900	1,900	0	100.00

科 目		① 本 年 度 額	② 前 年 度 額	増 減	対 比
大 科 目	中 科 目	千 円	千 円	千 円	① / ② %
	23. 北海道地域産業保健センター事業費	91,903	91,903	0	100.00
2. 総務費		485,472	483,165	2,307	100.47
	1. 役員費	49,821	50,529	△ 708	98.59
	2. 諸給与	304,349	307,389	△ 3,040	99.01
	3. 職員福利厚生費	42,851	41,751	1,100	102.63
	4. 一般管理費	88,450	83,495	4,955	105.93
	5. 租税公課	1	1	0	100.00
3. 会議費		39,198	41,228	△ 2,030	95.07
	1. 総会費	1	1	0	100.00
	2. 代議員会費	10,315	13,124	△ 2,809	78.59
	3. 会長協議会費	2,183	2,183	0	100.00
	4. 理事会費	13,418	11,918	1,500	112.58
	5. 監事会費	122	122	0	100.00
	6. 委員会費	9,914	10,683	△ 769	92.80
	7. 事務連絡会費	3,245	3,197	48	101.50
4. 助成費		4,840	4,945	△ 105	97.87
	1. 郡市医師会助成費	4,840	4,945	△ 105	97.87
5. 育成費		1	1	0	100.00
	1. 医師会病院育成費	1	1	0	100.00
6. 施設設備費		501	501	0	100.00
	1. 施設設備費	501	501	0	100.00
7. 特定積立資産繰入額		61,487	113,583	△ 52,096	54.13
	1. 役員退任慰労金引当資産繰入額	21,190	21,045	145	100.68
	2. 職員退職給付引当資産繰入額	18,217	61,538	△ 43,321	29.60
	3. 資金調整積立資産繰入額	20,000	30,000	△ 10,000	66.66
	4. 道医史編纂積立資産繰入額	1,000	1,000	0	100.00
	5. 育英資金積立資産繰入額	1,080	—	1,080	—
8. 繰出金		58,596	56,927	1,669	102.93
	1. 救急医療対策費特別会計へ繰出	3,300	3,300	0	100.00
	2. 収益事業特別会計へ繰出	55,296	53,626	1,670	103.11
	一. 育英資金特別会計へ繰出	—	1	△ 1	—
9. 貸付金		3,600	—	3,600	—
	1. 育英資金貸付金	3,600	—	3,600	—
10. 借入金償還金		2	2	0	100.00
	1. 借入金償還金	2	2	0	100.00
11. 予備費		86,891	93,906	△ 7,015	92.52

科 目		① 本 年 度 額	② 前 年 度 額	増 減	対 比
大 科 目	中 科 目	千 円	千 円	千 円	① / ② %
	1. 予備費	86,891	93,906	△ 7,015	92.52
当期支出合計		1,100,148	1,155,606	△ 55,458	95.20
当期収支差額		△ 157,821	△ 162,885	5,064	—
次期繰越収支差額		0	0	0	—

平成23年度救急医療対策費特別会計収支予算

収入の部

科 目		① 本 年 度 予 算 額 千円	② 前 年 度 予 算 額 千円	増 減 千円	対 比 ① / ② %
大 科 目	中 科 目				
1. 補助金		251,148	251,148	0	100.00
	1. 道補助金	251,148	251,148	0	100.00
2. 受託金		3,000	3,000	0	100.00
	1. 道受託金	3,000	3,000	0	100.00
3. 負担金		1	1	0	100.00
	1. 負担金	1	1	0	100.00
4. 繰入金		3,300	3,300	0	100.00
	1. 一般会計より繰入	3,300	3,300	0	100.00
当期収入合計		257,449	257,449	0	100.00
前期繰越収支差額		1,220	102	1,118	1,196.07
収入合計		258,669	257,551	1,118	100.43

支出の部

科 目		① 本 年 度 予 算 額 千円	② 前 年 度 予 算 額 千円	増 減 千円	対 比 ① / ② %
大 科 目	中 科 目				
1. 事業費		258,469	257,351	1,118	100.43
	1. 休日夜間診療体制 確立費	243,631	243,631	0	100.00
	2. 救急災害医療体制 確立費	11,838	10,720	1,118	110.42
	3. 小児救急研修事業費	3,000	3,000	0	100.00
2. 総務費		200	200	0	100.00
	1. 一般管理費	200	200	0	100.00
当期支出合計		258,669	257,551	1,118	100.43
当期収支差額		△ 1,220	△ 102	△ 1,118	—
次期繰越収支差額		0	0	0	—

平成23年度社保対処費特別会計収支予算

収入の部

科 目		① 本 予 算 年 度 額 千円	② 前 予 算 年 度 額 千円	増 減 千円	対 比 ① / ② %
大 科 目	中 科 目				
1. 諸収入		1	1	0	100.00
	1. 諸収入	1	1	0	100.00
2. 特定積立資産取崩収入		1	1	0	100.00
	1. 社保対処費別途積立資産取崩収入	1	1	0	100.00
当 期 収 入 合 計		2	2	0	100.00
前 期 繰 越 収 支 差 額		36,856	26,189	10,667	140.73
収 入 合 計		36,858	26,191	10,667	140.72

支出の部

科 目		① 本 予 算 年 度 額 千円	② 前 予 算 年 度 額 千円	増 減 千円	対 比 ① / ② %
大 科 目	中 科 目				
1. 事業費		2	2	0	100.00
	1. 社保対策費	1	1	0	100.00
	2. 郡市医師会助成費	1	1	0	100.00
2. 特定積立資産繰入額		1	1	0	100.00
	1. 社保対処費別途積立資産繰入額	1	1	0	100.00
3. 繰出金		1	1	0	100.00
	1. 一般会計へ繰出	1	1	0	100.00
当 期 支 出 合 計		4	4	0	100.00
当 期 収 支 差 額		△ 2	△ 2	0	—
次 期 繰 越 収 支 差 額		36,854	26,187	10,667	—

平成23年度収益事業特別会計収支予算

収入の部

科 目		① 本 年 度 予 算 額 千円	② 前 年 度 予 算 額 千円	増 減 千円	対 比 ① / ② %
大 科 目	中 科 目				
1. 事業収入		274,863	273,577	1,286	100.47
	1. 使用料	119,654	118,696	958	100.80
	2. 共益費	51,257	50,716	541	101.06
	3. 別途利用料	8,789	8,805	△ 16	99.81
	4. 手数料収入	86,526	87,050	△ 524	99.39
	5. 保険事業収入	1,924	1,556	368	123.65
	6. 出版事業収入	2,264	2,305	△ 41	98.22
	7. 特定健診代行業収入	4,449	4,449	0	100.00
2. 負担金収入		2,340	2,340	0	100.00
	1. 会員負担金収入	2,340	2,340	0	100.00
3. 繰入金		2	2	0	100.00
	1. 一般会計より繰入	2	2	0	100.00
4. 諸収入		507	23,174	△ 22,667	2.18
	1. 諸収入	507	23,174	△ 22,667	2.18
5. 預り金		3	3	0	100.00
	1. 預り金	3	3	0	100.00
6. 特定積立資産 取崩収入		20,056	42,565	△ 22,509	47.11
	1. 特別修繕積立資産 取崩収入	20,055	30,807	△ 10,752	65.09
	2. 職員退職給付引当 資産取崩収入	1	11,758	△ 11,757	0.00
当期収入合計		297,771	341,661	△ 43,890	87.15
前期繰越収支差額		38,687	33,992	4,695	113.81
収入合計		336,458	375,653	△ 39,195	89.56

支出の部

科 目		① 本 予 算 額 千円	② 前 予 算 額 千円	増 減 千円	対 比 ① / ② %
大 科 目	中 科 目				
1. 事業費		174,254	182,093	△ 7,839	95.69
	1. 会館管理費	95,938	102,755	△ 6,817	93.36
	2. 保険事業費	13,604	11,570	2,034	117.57
	3. 出版事業費	3,654	1,126	2,528	324.51
	4. 特定健診代行事業費	3,476	3,103	373	112.02
	5. 事業管理費	16,546	21,755	△ 5,209	76.05
	6. 租税公課	41,036	41,784	△ 748	98.20
2. 会議費		310	494	△ 184	62.75
	1. 会議費	310	494	△ 184	62.75
3. 総務費		21,057	32,902	△ 11,845	63.99
	1. 総務管理費	21,057	32,902	△ 11,845	63.99
4. 繰出金		27,861	53,895	△ 26,034	51.69
	1. 一般会計へ繰出	27,861	53,895	△ 26,034	51.69
5. 支払利子		1	1	0	100.00
	1. 預り金利子	1	1	0	100.00
6. 施設設備費		20,055	30,807	△ 10,752	65.09
	1. 施設設備費	20,055	30,807	△ 10,752	65.09
7. 特定積立資産 繰入額		61,559	36,746	24,813	167.52
	1. 特別修繕積立資産 繰入額	60,000	35,000	25,000	171.42
	2. 職員退職給付引当 資産繰入額	1,559	1,746	△ 187	89.28
8. 預り金償還金		3	27	△ 24	11.11
	1. 預り金償還金	3	27	△ 24	11.11
9. 予備費		31,358	38,688	△ 7,330	81.05
	1. 予備費	31,358	38,688	△ 7,330	81.05
当期支出合計		336,458	375,653	△ 39,195	89.56
当期収支差額		△ 38,687	△ 33,992	△ 4,695	—
次期繰越収支差額		0	0	0	—

平成23年度会員共済特別会計収支予算

収入の部

科 目		① 本 予 算 年 度 額 千円	② 前 予 算 年 度 額 千円	増 減 千円	対 比 ① / ② %
大 科 目	中 科 目				
一 特定積立資産 取崩収入		—	177,315	△ 177,315	—
	一 共済積立資産 取崩収入	—	177,315	△ 177,315	—
当期収入合計		—	177,315	△ 177,315	—
前期繰越収支差額		27,438	20,121	7,317	136.36
収入合計		27,438	197,436	△ 169,998	13.90

支出の部

科 目		① 本 予 算 年 度 額 千円	② 前 予 算 年 度 額 千円	増 減 千円	対 比 ① / ② %
大 科 目	中 科 目				
1. 福祉事業費		2,200	32,300	△ 30,100	6.81
	1. 弔慰金	1,100	25,000	△ 23,900	4.40
	2. 見舞金	1,100	7,300	△ 6,200	15.07
2. 総務費		4	2,658	△ 2,654	0.15
	1. 一般管理費	4	2,658	△ 2,654	0.15
一 返還金		—	132,478	△ 132,478	—
	一 返還金	—	132,478	△ 132,478	—
3. 予備費		25,234	30,000	△ 4,766	84.11
	1. 予備費	25,234	30,000	△ 4,766	84.11
当期支出合計		27,438	197,436	△ 169,998	13.90
当期収支差額		△ 27,438	△ 20,121	△ 7,317	—
繰越収支差額		0	0	0	—

決 議

政府は昨年6月に「新成長戦略」を閣議決定し、医療・介護・健康産業を日本経済の成長牽引産業と位置づけ、医療ツーリズム推進、医療滞在ビザの発行を認めた。さらに環太平洋経済連携協定（TPP）への参加を目論み“平成の開国”を宣言し、また「総合特区法案」「規制・制度改革に関する分科会中間取りまとめ（案）」を発表した。これらは、医療の営利産業化、市場開放、外国資本の導入を企図したものであり、国民皆保険制度の崩壊につながるものとして断じて容認できない。

我々は、国民の健康と生活の安定が脅かされることがないように、以下の事項を要求する。

記

- 一、 国民の共有財産である国民皆保険制度の堅持
- 一、 経済格差にかかわらず医療を受けられるための患者負担の軽減
- 一、 医療への市場原理主義の導入に反対

平成23年3月21日

第135回北海道医師会定時代議員会

平成23年東北地方太平洋沖地震の災害支援に関する声明

平成23年3月11日に発生したこのたびの地震では、直接の被害のみならず、巨大津波の発生、さらには、原子力発電所からの放射性物質の外部放出という深刻な事態となっています。被災地では多数の死者・行方不明者が出ており、未だに被害の全体像が正確に把握できない状況であります。

亡くなられた皆様には謹んで哀悼の意を表しますとともに、被災され困難な生活を強いられている皆様に、心よりお見舞いを申し上げます。

被災地では、生活物資や医薬品などが不足し、避難生活や医療体制が維持できない窮状に陥っており、一刻も早い救援が求められています。

我々は、被災者の方々が心と身体の健康を取り戻し、一日も早く復興できるよう、日本医師会ならびに関係諸団体と連携し、最大限の支援を行っていく所存であることを表明します。

平成23年3月21日

第135回北海道医師会定時代議員会

平成22年度 北海道医師会社保対処費検討委員会報告

平成22年3月14日開催の第133回定時代議員会に当委員会が報告いたしました「社保対処費別途積立金」の取り扱いにつきましては、北海道医師会会長から引き続き検討を求められ、9月5日、11月7日の2回にわたり、各ブロックからの意見をもとに慎重なる審議を行いました。

当委員会では、社保対処費の本来の主旨である保険医総辞退やその際の応急資金貸与などが生じることは、現在の社会情勢から到底予想されず、また社保対処費として積み立てた会員もご逝去や退会で減少しており、この積立金の目的さえ知る会員も少なくなっている現状と、平成16年10月3日開催の第122回臨時時代議員会において承認された平成16年社保対処費検討委員会報告を踏まえ、社保対処費そのものの使命は終わったと判断せざるを得ません。

その結果、当委員会としては、社保対処費積立金は地域医療整備並びに医療制度改革に関わる様々な活動を行うため各郡市医師会へ助成することとし、その配分は、平成21年度まで行われていた北海道医師会郡市医師会助成金の配分人数である平成8年3月末日現在の北海道医師会A会員数を基準に算出するとの結論に至りました。

また、北海道医師会はこれまで社保対処費積立金から毎年2千万円を一般会計に繰入れをおこなっていたことを踏まえ、積立金の三分の一程度を今後の診療報酬改善等に向けての活動資金とすることが望ましいと判断いたしました。

審議の過程において数人の委員から異なる意見も出されましたが、北海道医師会並びに各郡市医師会がそれぞれ概ね納得できる配分方法及び助成額（別紙）を当委員会の審議結果として取り纏めましたので、以上報告いたします。

平成23年2月8日

北海道医師会

会長 長瀬 清 様

北海道医師会社保対処費検討委員会

委員長	松家 治道（中央ブロック）
副委員長	山下 裕久（道北ブロック）
委員	中田 康信（中央ブロック）
委員	我妻 浩治（中央ブロック）
委員	白戸 勝（道南ブロック）
委員	外園 光一（後志ブロック）
委員	稲川 昭（日胆ブロック）
委員	梶 良行（空知ブロック）
委員	小野寺栄司（北見ブロック）
委員	前田 修一（道東ブロック）

【社保対処費 郡市医師会助成 案】

助成基準数 2,662名
 (基準日 平成8年3月31日)

平成21年度 積立金残額 (決算後)
 767,729,322円

【配分条件】
各医師会助成総額
一人当たり 200,000円
道医へ約 200,000,000円

医 師 会	助成基準数	助 成 額
札幌市	1,031	206,200,000
江別市	50	10,000,000
石狩市	21	4,200,000
千歳市	34	6,800,000
恵庭市	24	4,800,000
北広島市	25	5,000,000
函館市	233	46,600,000
渡島市	50	10,000,000
桧山	7	1,400,000
北 部 桧 山	3	600,000
小樽市	117	23,400,000
寿都	2	400,000
羊蹄	13	2,600,000
岩内古宇郡	14	2,800,000
余市	18	3,600,000
室 蘭 市	77	15,400,000
胆振西部	24	4,800,000
苫小牧市	86	17,200,000
日高	23	4,600,000
岩見沢市	47	9,400,000
空知南部	12	2,400,000
夕張市	8	1,600,000
三笠市	8	1,600,000
美唄市	8	1,600,000
空知	16	3,200,000
滝川市	25	5,000,000
赤平市	7	1,400,000
芦別市	10	2,000,000
旭川市	224	44,800,000
深川	20	4,000,000
富良野	15	3,000,000
上川郡中央	12	2,400,000
上川北部	27	5,400,000
留萌	22	4,400,000
宗谷	11	2,200,000
北見	47	9,400,000
紋別	15	3,000,000
遠軽	14	2,800,000
美幌	10	2,000,000
網走	19	3,800,000
帯 広 市	91	18,200,000
十勝	38	7,600,000
釧路市	91	18,200,000
根室市外三郡	13	2,600,000
郡 市 計	2,662	532,400,000
北海道医師会		235,329,322