
第137回北海道医師会定時代議員会

議 決 事 項

平成24年3月11日、北海道医師会館会議室において開催した第137回北海道医師会定時代議員会で議決した次の事項をご通知いたします。

平成24年7月17日

北海道医師会長 長 瀬 清

議案第1号 北海道医師会常任理事補欠選挙に関する件

議案第2号 平成23年度一般会計収支予算の補正に関する件

議案第3号 平成23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4号 平成24年度基本的活動方針に関する件

議案第5号 平成24年度一般会計収支予算に関する件

議案第6号 平成24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7号 平成24年度収益事業特別会計収支予算に関する件

議案第8号 当面の医療政策に関する件

北海道医師会

第137回北海道医師会定時代議員会

第137回北海道医師会定時代議員会を去る3月11日（日）、当医師会館8階会議室において開催した。

冒頭、塩野議長により開会宣言があり、議事録署名人（空知南部・梶良行代議員、渡島・小笠原実代議員）を指名した。

長瀬会長の挨拶の後、来賓挨拶として、北海道・高橋はるみ知事より祝辞をいただいた。

長瀬会長挨拶

道議会開催中のご多忙の中、北海道知事・高橋はるみ様にご列席頂き感謝します。後ほどご挨拶頂きたくよろしくお願い申し上げます。本日の代議員会は、常任理事辞任による欠員に対して補欠選挙を行い、ついで平成24年度北海道医師会の基本的活動方針、事業計画ならびに事業遂行にあたっての予算案をご審議頂きます。十分にご審議のほどよろしくお願い申し上げます。

昨年この日、3月11日、東日本一帯に驚異的な大地震、引き続き想像を絶する大津波、加えて福島の子力発電所で事故に見舞われ世界中を震憾させました。一年経った今も、がれきが山をなし復興は思ったようには進んでいません。しかし、今でも支援金が毎日日赤に寄せられているそうで、国民の思いに応じて一日も早い復興を願うばかりです。

北海道にも泊原発が稼働しています。福島を轍を踏まないよう、常日頃から十分な備えをすることが重要です。医療関係者を交え、緊急被ばく医療対策の万全を期すよう強く行政に働きかけるつもりです。

日本のみならず、政治、経済の混迷が世界中を覆っており、今年は世界の多くの国々で、リーダーの選挙が行われます。これからの一、二年の動きが将来の世界を決めることになるでしょう。

日本経済の低迷は、医療、介護など社会保障に影響を与えており、最近の世論調査でも多くの人が社会保障の充実を強く求めています。

医療、介護は雇用の増進に大きな役割を果たしますが、医療を営利産業化し産業活性化戦略の有力な武器として推し進めることには問題があります。TPPの推進は医療の市場原理主義をすすめ、国民皆保険制度の崩壊に繋がることが危惧され、強く阻止し続けなければなりません。

このたびの診療報酬改定は二回続けてのプラス改定で、勤務医や産科医・小児科医・外科医対策、在宅医療など地域医療支援、がん・認知症医療の充実を図るとしています。小泉内閣の聖域なき構造改革の呪縛から解き放されたことは、喜ばしい事です。

野田総理が強く押し進める、社会保障と税の一体改革により消費税増税が議論されています。控除対象外消費税の医療機関に与える影響は大きく、一日も早く真剣に対応策に取り組むべきで、われわれの最重要課題です。

医師不足に関しては、緊急臨時的医師派遣事業にも限界があります。北海道医師会として、医師数を増加させるべく、行政とともに道外からの医師、研修医の勧誘、女性医師のキャリア継続への支援、メディカルウイングの試験運行、地域医師との意見交換、市民フォーラム、国への提言等多くのことに取り組んでいますが、なかなか解決は容易ではありません。

その他にも医師会が直面している問題は山積しており、特に新公益法人化は喫緊の課題ですが、日本医師会との絡みもあり、都道府県医師会、都市医師会はその対応に苦慮しています。また、専門医制度創設に向けての総合医の在り方、医療事故調査制度創設も待ったなしのところにあります。

さらに、当会においては昨年の大震災の経験を踏まえ、予測不可能な大地震への対策として、北海道医師

会館の震災への備えも急がなければなりません。

今、最大の関心事は、4月1、2日に行われる日本医師会代議員会での会長以下の役員選挙です。いまのところ会長候補は原中・現会長、横倉・現副会長、森・京都府医師会会長の3名であります。原中氏は診療報酬プラス改定と医師会運営の実績、横倉氏は地域医療の充実発展を、森氏は国民から支持される医師会作りを示したいとしています。一期で交代させるのはいかがかという意見や、政治に密着した医師会の在り方はどうか等様々な意見が飛び交っていますが、どんな医師会を望むのかよく考えて選択する必要があります。また、副会長候補者も定数を超え、恐らく選挙になるはずで、北海道からは、日医役員候補として、引き続き副会長に中川俊男先生、日医裁定委員に島田保久先生、理事に長瀬清を推薦頂きたくよろしくお願い申し上げます。最後に、北海道医師会の諸事業遂行にあたって、会員の皆様方のご協力、ご支援をお願い申し上げます。

その後、庶務・事業報告を承認の後、議案審議に入り、議案第1号「北海道医師会常任理事補欠選挙に関する件」が上程され、生駒一憲会員（北大医師会）が無投票で当選した（任期は本年4月1日から平成25年3月31日までの残任期間）。

続いて、平成23年度一般会計ならびに収益事業特別会計の補正予算（議案第2～3号）が上程され、監査報告の後、23ページから26ページに掲載のとおり可決した。

その後、議案第4号の平成24年度基本的活動方針に関する件が上程され、27ページから37ページに掲載のとおり可決した。

議案第5号から第7号は、平成24年度各種会計収支予算案であり一括上程され、38ページから43ページに記載のとおり可決した。

さらに、議案第8号「当面の医療政策に関する件」が上程され、「総論」（直江常任理事）、「平成24年度診療報酬改定」（橋本常任理事）、「医療に係る消費税」（伊藤常任理事）、「特定看護師（仮称）」（北野常任理事）について詳細に説明した。

昼食休憩の後、代表質問ならびに一般質問を受け、理事者からそれぞれ答弁が行われた。

◇代表質問◇

1. 井上 善之 代議員（中央ブロック）：「消費税問題について」（答弁：畑副会長）
2. 石山 直志 代議員（後志ブロック）：「原子力防災対策について」（答弁：目黒常任理事）
3. 佐藤 信清 代議員（道南ブロック）：「地域における総合医養成の推進について」（答弁：宮本副会長）

◇一般質問◇

1. 加藤 文博 代議員（札幌市医師会）：「TPPについて」（答弁：直江常任理事）
2. 清水 研吾 代議員（札幌市医師会）：「北海道医師会館について」（答弁：三戸常任理事）
3. 加藤 法喜 代議員（札幌市医師会）：「医療機関の取消処分について」（答弁：橋本常任理事）
4. 大道 光秀 代議員（札幌市医師会）：「平成24年度診療報酬改定説明会（集団指導）の実施について」（答弁：橋本常任理事）

「議案第8号当面の医療政策に関する件」説明と質疑

■「総論」(直江常任理事)

私から「TPPと社会保障・税一体改革について」説明後、「平成24年度診療報酬改定について」橋本常任理事、「医療に係る消費税について」伊藤常任理事、「特定看護師（仮称）について」北野常任理事からそれぞれ説明する。

TPP（環太平洋戦略的経済連携協定）交渉参加をめぐる日米の事前協議が2月、ワシントンで始まった。野田首相は、交渉参加について関係9カ国の要求を見極め、十分な国民議論を経た上で結論を得ていくと述べ、国内では交渉参加の手続きを慎重に進める方針を表明しているが、対外的には積極姿勢を示し、最初から全品目対象の自由化を打ち出している。国民への説明は不十分なまま国際的な公約として既成事実化しようとする意図がうかがわれる。

日本がTPP協議に参加するには、参加9カ国の同意が必要であり、ブルネイ、ベトナム、ペルー、チリ、シンガポール、マレーシアの6カ国とは協議参加への承認は既に取り付けてある。2月からは、米国、オーストラリア、ニュージーランドと事前協議を開始している。米国とは数ヶ月かかると見られる。

米国政府の同意後、議会に日本の参加を90日前に通告する仕組みのため、日本の交渉参加は早くても今年の夏頃になると言われている。

しかし、2月18日の日本経済新聞には、7月の合意は極めて難しく、政府内には交渉妥結まで数年かかるとの見方もあると記載してあった。

これまでアメリカからは、日本の医療制度に対して、規制緩和、国内市場の開放が常に要求され続けてきた。年次改革要望書では、2001年に医療分野への市場原理の導入、2004年には混合診療の全面解禁や株式会社の参入、2006年には株式会社の参入を拡大するため特区の条件緩和、2008年には医薬品のアクセスを改善するため、アメリカの製薬業界の代表を中央社会保険医療協議会の薬価専門部会の委員に選任する要求などがあった。

さらに、外国貿易障壁報告書において、2011年には日本の薬価の決め方を問題視して、営利的企業が営利病院を運営し、すべての医療サービスを提供できるようにすることなどを要求している。

日米経済調和对話では、新薬創出加算を恒久化し、加算率の上限と市場拡大算定ルールの廃止、医療機器での外国平均価格調整ルールの廃止などである。

政府は、公的医療保険制度は、TPPの議論の対象ではないと述べているが、野田首相自身が交渉参加に向けた協議を進める場合、交渉参加国から個別に2カ国懸案事項への対応を求められる可能性は完全に否定できないとも言っている。

個別の2カ国間懸案事項とは、米国がこれまで日本に求めてきた医療への市場原理主義の導入であり、米国がTPPにおいても従来の要求を貫くことは予想される。

このような中で昨年9月には、米通商代表部はTPPでの医薬品のアクセス拡大の貿易目標を公表し、革新的な医薬品などの供給を妨げる貿易障壁に関しては、政府の保険制度の運用において、透明性と手続きの公平性の基本範疇が尊重されることと述べている。

米国の政府、企業にとって透明性と手続きの公平性の尊重は、市場原理主義の尊重と同義であり、もしこの目標がTPPに含まれた場合、米国は他国政府で実施している医薬品の価格規制は、これに反すると主張し撤廃や緩和を執拗に求めてくると思われる。

TPPに関して、内閣官房はTPP協定交渉の分野別状況で、物品市場アクセスの項で、この事実を紹介し、

「医薬品分野に対する規定が置かれる可能性はある」と発表した。

医薬品を取り巻く環境は各国で大きく異なり、一致することは困難であると思われる。公的保険を持っている国は、どこでも医療機器や医薬品の価格規制をしているが、これが米国では透明性に欠けるとされ、それを取り払えと言っているわけである。

民主党では、2010年新成長戦略を閣議決定し、医療を日本の成長牽引産業として明確に位置づけ、医療ツーリズムを進め、2011年にはTPPに関する基本方針で、農業分野、人の移動分野および規制制度改革分野において適切な国内改革を先行的に推進すると閣議決定がなされている。

さらに、この閣議決定に基づいて2011年6月、総合特区法案が成立し、規制制度改革に関する二次報告書では、公的医療保険の適用範囲の再定義や国際交流における外国人患者、従業員の受け入れなどが報告され、医療分野での営利化の動きが進んでいる。

以上から、日本がTPPに参加すれば、日本の医療機器、医薬品価格規制が撤廃・緩和され、最新医療機器や新薬の価格が高騰し、すべての患者の自己負担は確実に増えると考えられる。それによって、低所得者の受診抑制が生じ、健康水準が悪化することも危惧される。

その上、米韓FTA（自由貿易協定）では、米国企業が韓国政府の決めた薬価に不満がある場合、政府から独立した医薬品医療機器委員会に異議を申し立てることができるようになっており、これがもし日本に制度として入れれば、異議が頻発し、いわゆるISDS条項（投資家対国家間の紛争解決条項）と同じ問題になると思われる。

保険財政の影響について言えば、新薬の価格上昇により薬剤費が膨張し、医療保険財政はさらに悪化する。その結果、医療機関に支払われる診療報酬は、現在以上に抑制され、医療機関の経営悪化が進む危険性があり、十分な医療を提供できなくなる可能性がある。外国貿易障壁報告書では、特区を含め外国のサービス提供者にも営利法人が営利病院を運営し、すべてのサービスが提供できる機会を求めるとしており、特区に限定した混合診療を要求する可能性も考えられる。

TPPが日本の医療に与える影響として、米国政府の対日要求のチャンネルが増え、医療分野における非関税障壁とされる事項が米国の要求どおりに改革される可能性が高まるということである。我が国の公的医療保険制度は、外圧が実現されにくい仕組みを持っているが、今後も保ち続けるために、TPP参加は何ら利益をもたらさないで反対である。

次に、社会保障・税一体改革である。

政府は、2012年2月17日に社会保障・税一体改革大綱を閣議決定した。大綱は、社会保障の充実・安定化と財政健全化を同時に実現するための改革と言われ、このため消費税を段階的に上げるものである。

消費税は、2014年には8%、2015年には10%になる予定である。

その内訳は、社会保障の充実のため、消費税1%程度2.7兆円を充て、今の社会保障制度を守るために4%程度10.8兆円を充て、財政再建にも寄与し、全額を社会保障財源として、官の肥大化には使わない。そのために法律で目的税化するというのが政府の方針である。財政健全が主な目的と考えられる。

さらに、法律で目的税化ということは、消費税の税収の範囲で費用を賄うことを意味するとも考えられる。消費税収が不足した場合には、消費税率を上げるか、社会保障費を消費税の範囲内に圧縮するしかないということになりかねない。消費税収が不足した場合には、他の財源を充実する方法を明示すべきだと考える。

控除対象外消費税は、各論で伊藤常任理事が述べる。

社会支出の国際比較では、日本の対GDP比は18.7%であり、先進国で低い位置に属している。社会保障支出の増大が財政赤字の原因であるとは必ずしも言えない。

主要3税の税収の推移では、1990年の49兆円が、2010年には32兆円と減少している。国内総生産はほとんど横ばいで、1990年は450兆円、2010年は479兆円である。国内総生産はそれほど変わらないのに、税収は4割の減収である。これらの税収減は、景気の後退と同時に税法の改正が関与している。今後、社会保障費を消費税のみではなく、他の税収でも考える必要がある。

医療サービス提供体制の制度改革の問題点は、「病院・病床機能の分化・強化」については、急性期病床を医療法で明確化し、医療資源を集中投入するとしている。しかし、一般病床は幅広い現在の概念であるからこそ、地域の医療ニーズの変化、多様性に柔軟に対応できており、今後の高齢化の進展により、さらに患者の病態はさまざまなものになると思われ、医療資源の集約ではなく、地域で入院医療を支えている一般病床全体の充実に努めていく必要性もあると考えられる。

一般病床における長期入院の適正化では、平均在院日数の短縮が国民の安心・安全に寄与したというエビデンスはない。平均在院日数の短縮ありきでなく、患者の状態に応じた適切な医療を提供することが必要である。

「チーム医療の推進」については、新たな資格や認定制度の創出が、さらなる看護師不足を招き、また、一般の看護師の業務を縮小させ、地域医療の現場を混乱させる可能性がある。これについては、北野常任理事が説明する。

また、医療提供体制の実現に向けて、診療報酬を改正するとしている。この24年度の診療報酬については、橋本常任理事が説明する。

「重点化・効率化」項目では、外来受診の適正化で患者数減を推進し、昨年見送られた負担増の項目については引き続き検討するとしている。これは受診抑制を来し、早期発見、早期治療に逆行するとも考えられる。

さらに、「医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の水準も考慮して見直す」ことを検討するとあるが、これは保険外しにつながりかねない。

社会保障・税の共通番号制度、通称マイナンバー法が2月14日に閣議決定された。

これは、国民に共通番号を与え、所得や社会保障の受給を正確に把握し、個人や世帯の状況に応じた社会給付を実現するのが目的である。

現在、医療情報は除外されているが、平成25年には特別法で整備される予定である。

マイナンバー法の問題点として、個人情報が集積・統合され、深刻なプライバシーの侵害が起こりやすくなる。この制度は将来、社会保障の負担と給付の関係を明確にするため個人会計に移行し、その結果、負担に比べて給付が多い障害者、慢性疾患患者が差別的扱いを受ける可能性がある。

2004年、経団連は、本人の負担に比較して給与の多い人には、死亡時に遺産で清算する仕組みの検討を提言した。個人に用いられる医療情報すべてを国が管理し、社会保障給付の抑制のために用いる可能性がある。現時点では、共通番号を医療情報と結びつけることには反対である。

産業別雇用者の推移について、総務省統計局労働力調査の年平均産業別雇用者を見ると、医療・福祉産業は全体の雇用者も多く、2008年には565万人、2009年には588万人、2010年には620万人と大幅に伸びている。

北海道では、北海道庁のホームページ、総合政策部統計課労働力調査によれば、やはり医療・福祉産業の雇用者数が、2008年には27万人、2009年には29万人、2010年には30万人と毎年他の業種より最も多く伸びて

いる。すなわち社会保障分野の雇用誘発効果は、他の分野に比べて高い。

社会保障の需要・供給両面で経済成長に寄与する機能を有しており、医療・福祉産業では約700万人近い雇用を生み出し、若い世代も含めた雇用がより拡大することが見込まれると報告されており、社会保障費は削減ではなく、十分な財源を手当てすべきである。

まとめであるが、TPPについては反対であり、また、社会保障・税一体改革大綱には、さまざまな問題点があるため、今後も日本医師会と連携をとりながら地域医療を守るための取り組みを継続していきたい。

■「平成24年度診療報酬改定」(橋本常任理事)

平成24年度の診療報酬改定は、ネットで0.004%と、辛うじてプラスだったという状況だ。

診療報酬改定の本体で、プラス1.379%。医科ではプラス1.55%、約4,700億円。これは前回より100億円少ないが、ほぼそれに近い数字である。薬価改定等では1.375%が引き下げられている。

10年ぶりにプラス改定になった平成22年度にはプラス0.19であったが、それに引き続いて、今回辛うじてプラス改定がなされたということである。

社会保障・税一体改革において、団塊の世代が75歳を迎える2025年を見据えた第一歩の改定という位置づけと考えられる。

いつものように、2つの重点課題と4つの視点が出され、重点課題は、急性期医療の適切な提供をするための病院、勤務医等の負担の軽減、2番目に、医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進、在宅医療の充実等である。

4つの視点は、(1) 充実が求められる分野を適切に評価する、(2) 患者から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質、QOLに配慮した医療を実現する、(3) 医療機能の分化と連携を通じて質が高く、効率的な医療の実現を目指す、(4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する、ということである。

中医協において、支払い側と診療側でいろいろと議論があったが、前回の診療報酬改定では、大型の病院に偏重し、それが入院：外来が11：1という数字としてあらわれている。

今回は、そこはきちんと分けをしなかったということであるが、結果的には2.4対1ということで、前回に比してバランスのいい改定にはなっている。

先ほど申し上げた4,700億円の財源、これが主に3つに配分された。救急、産科、小児、外科等の急性期医療と病院、勤務医等の負担の軽減に約1,200億円。地域医療の再生の観点で、早期の在宅医療の円滑な移行と地域生活の復帰に向けた取り組みで在宅医療の充実を図るために約1,500億円。がん治療、認知症、4疾病5事業と言われているが、新たに精神疾患が加えられ5疾患になるが、その認知症、がん治療などの推進に約2,000億円である。

時間の関係上、中医協等における審議経過については割愛する。

まず再診料は、前回の改定が10年ぶりのプラス改定であったが、中小病院、診療所の再診料が明確な理由なく2点引き下げられ、69点になった。それを元に戻すことに全力を挙げたが、その根拠は、再診料は診療所収入の12.3%にあたり、初診料と並んで最も重要な経営原資の一つである。これは引き続き中医協で継続審議となっている。

次に同一日の2科目の再診料については、患者さんの方で医療機関の事情によらず、自らの意思によって2科目の診療科を受診した場合に、再診料34点が取れるということである。

次に地域医療貢献加算は、今まで3点取れたが、それを時間外対応加算の「1」「2」「3」と細分化させた。

一番高いものは常時対応で5点、準夜帯の対応3点、そして輪番制で行う場合は1点である。輪番制で行う場合は、連携する医療機関が自院を含め3以下が要件である。

後発医薬品は、一般名による記載を含む処方せんを交付した場合に、一般名処方加算ということで2点が設定された。その処方せん様式は、今までのものを今年9月30日まで使用できる。

次に「入院中の患者の他医療機関受診の緩和」は非常に不合理なことのひとつであるが、その一部が緩和された。

「被災地における診療報酬の特例措置延期」は6項目があり、月平均の夜勤時間数が2割以内ということがキーワードであり、それに変動がないならば、改めて変更の届け出は必要ない。

一般病棟の入院基本料、13対1と15対1。栄養管理と褥瘡対策は、包括化になった。11点上がったことになっているが、実質的にはマイナス1点である。そして、加算の新設、対象の拡大ということで、13対1、15対1の場合において、救急・在宅等支援病床の初期加算が14日間に限って150点新設された。重症児の受け入れ加算は入院初日1,300点から2,000点に上がった。栄養サポートチーム加算は週に1回200点に拡大された。

13対1では、一般病棟の看護必要度評価加算は1日につき5点が新設され、13対1の入院基本料を算定している病棟で看護補助者を30対1以上配置している場合は109点が算定できる。

慢性期病棟に深く関わる問題であるが、特定除外制度の見直しが今年の10月1日から施行される。90日を超えて入院した患者さんは次のどちらかを選択しなければならない。今まで同様に、引き続き一般病棟入院基本料を算定するという立場を取れば、平均在院日数の計算対象となり、それを取らなかった場合、医療区分、ADL区分を用いた包括評価、つまり療養病棟入院基本料1となり、どちらかを選択することになる。これは、今は13対1、15対1であるが、これが今後10対1ぐらいの方に上がってくる可能性も十分あるのではないかと危惧している。包括に含まれないものは悪性腫瘍の薬とか、それから疼痛コントロールのための麻薬とか、エリスロポエチンとかインターフェロンとか抗ウイルス薬、そして血液凝固因子製剤などである。

医療技術の評価については、諸学会からの意見をもとに、新しい医療技術128件を保険導入し、既存の技術150件についても拡大している。

診療所に関連する「医療技術の評価」については、細菌培養同定検査を含めて少し上がっている。ノロウイルスの抗原定性が新設された。新設は複数あるが、内科的技術の評価では新設が7つあり、引き上げされたものが6項目ある。

内科系診療所が実施する主な検査項目は、ほとんどが据え置きか、若干下がっている。末梢血液像の鏡検法はちょっと上がっている。

特記することは、糖尿病が非常に増えており、2,370万人の予備軍がいる。1年に1万3、4千人の方に新しく透析が導入されている現状から、予防するという観点で、糖尿病透析予防指導管理料が新設された。350点、これは取れるものならば取っていただきたい。

在宅支援診療所、在宅支援病院の機能分化では、常勤医師3名以上、過去1年間の緊急の往診実績5件以上、看取り実績2件以上3項目という条件がある。

外来リハビリテーションでは、従来どおりでも構わないが、症状が安定していた場合は、毎回の診察は必要ないということである。

「たばこ」については、原則、屋内全面禁煙を要件とるように見直すとしている。

有床診療所では、緩和ケアの診療加算や看取り加算が新設された。そのほかに栄養管理実施加算や褥瘡患

者管理加算については、病院と同じように実質的にまず11点に引き上げられた。重症児（者）受入連携加算は、1,300点から2,000点に引き上げは同じである。地域連携計画加算300点が新設され、総合評価加算は50点上がった。

「入院中の患者の他医療機関受診の緩和」では、大体15%ぐらい軽減されるという緩和措置があった。超高齢社会を迎え、その節目となる2025年に向けて大きくかじをとった位置づけの改定と言える。

■「医療に係る消費税」(伊藤常任理事)

現在、医療機関における社会保険診療は非課税であり、患者さんからは消費税は徴収していない。しかし、医薬品などの仕入代金、医療機器などの購入代金には消費税がかかり、この分は医療機関が負担しているが、国はこの分は診療報酬に上乘せされて、解決済みとの立場をとってきた。この診療報酬の上乗せ分は、現在では極めて不十分であり、医療機関は診療報酬の2.2%の控除対象外消費税を負担している。

診療報酬改定の推移と点数が上乘せされた項目の経緯では、消費税3%が導入された平成元年には、ネットでプラス0.76%、3%から5%に引き上げられた平成9年にはネットでプラス0.77%となっており、両方で1.53%の診療報酬上乘せというのが国の言い分である。

確かに平成になってからの診療報酬の改定は2年に1度であるから、通常であれば平成9年は改定時期ではない。これが上乘せしているという根拠であるが、問題は上乘せになっている項目が、平成元年は12項目、平成9年は24項目にすぎないということである。現在では廃止になった項目や引き下げられた項目があり、上乘せ効果が極めて不十分で、損税が発生しているわけである。

日医が昨年8月に出した「医療に関する税制に対する意見」では、消費税対策として、①社会保険診療報酬に対する消費税の非課税制度を、仕入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、②上記課税制度に改めるまでの緊急措置として、設備投資に係る仕入税額控除の特例措置創設、と要望している。

政府は、本年1月6日、「社会保障・税一体改革素案」を決定し、閣議報告した。この素案では、2014年の消費税8%アップ時に、「診療報酬は非課税のままとする。ただし、医療機関の行う高額投資に係る消費税については、診療報酬で手当とする。また、医療機関の消費税負担につき、厚労省において定期的に検証する場を設ける。」となっている。

医療機関の消費税問題については、今まで解決済みとされていたわけであるので、定期的に検証するとされたことは、一歩前進したと考えている。

道医においても、今年度、数回にわたり道内選出の国会議員、道議会議員等との懇談会を行い、消費税問題についても4回にわたり説明、意見交換を行った。特に、1月28日に行った民主党と道医との医療に係る政策懇談会では、議員側より医療機関における消費税が問題になっており、検討が必要であると、今までよりも一歩進んだ認識が表明され、少しずつであるが我々の主張が理解されていると感じた。

今後は、素案にある高額投資に係る消費税に対する手当の速やかな実行、また、消費税問題を検証する場の速やかな設置を要求するとともに、2015年の消費税10%アップ時には、何としても診療報酬を課税にして、分かりやすいすっきりした税制にするよう、日医とも歩調を合わせ活動したい。

最後になるが、昨年9月、本代議員会で消費税の質問に対する答弁の際に、日医と四病院団体が開催した市民向けの公開セミナーを、会場としても検討したいと申し上げたが、担当部で種々検討した結果、費用対効果などを考慮し、公開セミナーという形ではなく、医療機関の待合室などに掲示していただくポスターや

チラシを作成し、少しでも多くの一般市民の方々にこの問題を理解していただければ幸いと考えている。

■「特定看護師（仮称）」(北野常任理事)

経済財政諮問会議では、いかに医療費を抑えるかを目的に、アメリカ版ナースプラクティショナー、いわゆる診療看護師の創設が検討されたが、議論を重ねるうちに、処方権、診療権を持つ診療看護師は困難として、医師の包括的指示のもとで医行為を行い得る特定看護師が発案された。

診療看護師については、平成22年9月の第134回臨時時代議員会で説明した。診療看護師問題は自然消滅したが、看護協会関係者の中では、特定看護師を認めさせることは、将来の診療看護師創設に向けての第一歩であると考えており、国もその方向へ押し進めているというのが現状である。

昨年11月7日、厚生労働省チーム医療推進会議のチーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループで、初めて、特定行為の明確化、教育・研修、公的認証についての提案などの「看護師特定能力認証制度骨子（案）」が示された。保助看法を改正して、看護師特定能力認証制度を設けて、特定行為を推奨し、その行為を実施する場合、認証あり看護師は医師の包括的指示で、認証なしの一般看護師は具体的指示でするものである。

特定能力認証を受ける場合は、看護師の実務経験が5年以上で、厚生労働大臣が指定したカリキュラムを2年間、大学で修士課程を受けるか、または8ヵ月程度の教育を受けて国家試験を受けるというものである。

今年3月の通常国会で法改正を目指し、12月1日社会保障審議医療部会に諮るという性急な行動を見せたので、日医は11月16日の定例記者会見で次のとおり考えを述べている。

基本的には、チーム医療の推進は、国民がより安全で質の高い医療を受けられるよう、すべての医療関係職種が質の向上に取り組み、連携・協働していくことであるにもかかわらず、この特定看護師（仮称）問題は、「チーム医療の推進」とは名ばかりで、医師不足を補うために看護師に医師の代わりをさせたいという一部の医師と、「看護の自立、キャリアアップ」のために特定看護師（仮称）が必要であると主張する一部の看護師に端を発するものである。チーム医療をさらに進めることは重要であるが、業務範囲の拡大によって医療安全が損なわれることがあっては本末転倒であり、そのことを十分に肝に銘じ、慎重に議論すべきであると主張した。

また、チーム医療推進会議構成員の連名で反対意見を永井座長に提出している。「特定看護師（仮称）養成調査試行事業」と「特定看護師（仮称）業務試行事業」を行い、その事業を検証した結果を踏まえて議論をしていくのが筋であるが、厚生労働省は議論を急いでいる。特定看護師創設は、国民の生命に関する重大な問題であり、医療現場が求めているものは、特定看護師ではなくて、一般の看護師が診療の補助として実施できる範囲を明らかにし、その一般看護師の全体的レベルアップと質の向上と数の増加であると認識している。看護師が安全にできることを通知等で示すことだけでも、相当程度業務の拡大ができる。平成14年の静脈内注射の例のごとく、大病院において業務拡大が実行されてないという例もある。

医療・介護ワーキングチーム内のチーム医療小委員会が4回ほど会合を開き、各団体よりヒアリングを行い、11月29日に第5回目会合で中間取りまとめをした。推進派の意見の方が多く取り上げられ、反対慎重論は過小評価され、最終的に取りまとめられたが、この結果が親会議にかけられ、12月1日、社会保障審議会医療部会で両論併記という形になった。

12月7日のチーム医療推進会議から看護師能力認証制度の創設についての報告を受けて、認証制度法制化について両論併記という結果が出た。

12月8日、厚生労働省の社会保障審議会医療部会は、看護師特定能力認証制度の骨子案を議論し、慎重な対応を求める意見が残っているものの、医療部会としては「公的な認証制度の仕組みは必要」との結論でまとまった。医療部会の意見を踏まえ、厚生労働省は制度の具体的な内容について進めることになった。この医療部会の中で、日本医師会副会長の横倉委員は「特定能力認証の資格を持たない看護師はできないという誤解が広がる危惧がある」、日医副会長の中川委員は「この制度は本当に国民が望んでいるのか。医師の具体的な指示でなぜだめなのか」、全日病会長の西澤委員は「試行事業が実施途中であり、本来の議論は試行事業の検証を終えてからという話だったはず。早く検証を行っていただきたい。」と慎重な判断を求める意見もあったが、最終的には押し切られた。

また、各医療関係団体から、チーム医療として、看護師だけではなく他の関係職種の業務範囲拡大への要求が出された。

2月28日の厚生労働省は、看護業務実態調査の調査項目203項目の分類を提示した。行為の侵襲と指示の包括の2つの基準のほか、法令や通知で「診療の補助」として示されているかどうかなどによって、医行為を①「絶対的医行為」：これは行為の判断の難易度が著しく高く、法律上「診療の補助」に含まれないことが明確なもの。医師のみが実施。②「特定行為B1」：行為の侵襲性が相対的に高く、行為の難易度が高いもの。③「特定行為B2」：行為を実施するタイミングなどについて判断の難易度が高いもの。④「一般の医行為」：行為の難易度、判断の難易度ともに看護師一般が実施可能なもの。⑤「さらに検討が必要なもの」⑥「医行為に該当しないもの」。この6つの分類を提示した。看護実態調査203項目、特定看護師（仮称）養成試行事業と実務試行事業で実施されている行為などについても、順次、医行為の分類を検討していくことになっている。

日本看護協会は、専門看護師、認定看護師を今まで養成してきた。今回示された特定看護師養成カリキュラムの内容は、日看協の専門看護師、特定看護師養成カリキュラムとほとんど変わりなく、国はその追認の形になっている。

日本医師会を初め4病院団体や看護系学会などは、反対や時期尚早という意見書を出しているが、結局は政治力の差が特定看護師創設へ向けて顕著にあらわれている。特定看護師創設の今国会での法案提出には至らなかったが、看護協会の思惑どおりに進む可能性が高い。

特定看護師が創設されると、グレーゾーンがなくなり、一般看護師の業務範囲が狭まり、医療現場に混乱を招く。また、厚生労働省の急性期医療再編への思惑どおり、施設認可基準等により病棟閉鎖や病院施設運営が困難となり、五大都市以外の中小病院の多い東北、北海道等の地域では、医療崩壊が起こることが懸念されている。社会保障・税一体改革の中で、拙速に特定看護師問題を結論づけることは許されない。

もう一つ、話題提供という形で看護職員勤務編成の基準案について申し上げたい。

日看協の看護職の労働環境改善要求に応じて、一昨年秋、当時の細川厚生労働大臣のツルの一声で、看護師等の雇用の質の向上に取り組むプロジェクトチームが立ち上がった。

昨年暮れ、厚生労働省五局長通知「看護師等の『雇用の質』の向上の取組について」が指摘した「所定労働時間外労働が多い」「三交代勤務で十分な勤務感覚の確保が困難」「二交代勤務での長時間夜勤」などの課題を踏まえた日看協が「看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」を作成中である。問題は、「最大拘束時間を13時間までとする」と「夜勤回数を三交代制勤務は月8回以内」、これは8時間掛ける8で64時間ということになる。それから、「早朝始業、早出の始業開始は、午前7時以前にすべきではない」、これは、実質的には二交代制を否定し、変則三交代制をとることを意味している。これでは、二交代制ができなくな

って、変則三交代制に移行せざるを得なくなるということである。

これは、看護協会の目指す本音で、64時間当直勤務、週36時間労働を目指すということになる。看護職だけが、全労働者の中で突出した資格職である優位に立った独善的なごり押しである。

日本医療労働組合連合会2011年度夜勤実態調査結果によれば、三交代制により精神的、肉体的体調不良を来し、メリ張りの効いた二交代制に転職する傾向が年々高まっているのが実態である。この勤務編成基準案が実行に移されると、二交代制が変則三交代制になってしまい、三交代制による健康被害等を避けるために二交代制を選択する看護職員の気持ちや世の中の流れに反するものである。

素早く反応した日本精神科病院協会は、会員1,210病院を対象に調査を行い、822病院から回答を得ている。回答率は67.9%であり、二交代制が71%、三交代制が26%である。

勤務の拘束時間の長さを最大拘束時間13時間まで、二交代制病院のうち、82%が不可能と回答している。可能としたのは17%であり、ガイドラインの基準案を遵守するには、日精協会員の全病院で換算すると2万8,000人弱の看護師の新規供給、いわゆる雇用が必要となると試算している。

昨年11月、中医協で、64時間問題は今回の診療報酬改定では見送られたが、2年後の診療報酬改定に向けて、日看協は着々と手を打っている。平成18年には、労働時間を診療報酬に組み込む改定が行われた7対1看護、72時間当直時間導入により、全国的に看護師争奪合戦が行われ、看護師不足を来し、病棟閉鎖、さらには地域医療崩壊につながった経緯がある。

第7次看護職員需給計画によると、現在全国で7万人以上の看護職員不足が見込まれ、実質的には看護職員、従業者数、現在139万おり、その約1割に当たる14～5万人程度の看護職員不足が見込まれると考えられている。不足問題が解決されてない現状で、この指針が実施されると、日本精神科病院協会の調査結果でも明らかのごとく、3、4割の新たな看護師雇用が必要となり、国の現在言っている潜在看護師55万人をもってしても足りず、地域医療崩壊が加速されることになる。

日看協の基準案は、他の職種、医療職種や一般勤労者に適用されるべき労働基準を大幅に逸脱する内容で、看護職だけを特別扱いをするものである。この内容は、病院経営、施設運営に関わる立場では、到底看過できない。

日看協では3月末にもこのガイドラインの基準案をまとめることになっており、対岸の火事ではない。病院のみならず、有床診療所にも直接関係してくる事項であり、診療所においても間接的にボディープローのように将来的には効いてくる。この基準案ができてからでは遅過ぎる。運用される前にしっかりと日医と協力して私たちは手を打っていくべきと考える。

■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。最後に、本代議員会の名をもって決議いただきたく提案する。

(代表質問)

●井上善之代議員（中央ブロック）：消費税問題について

先般、野田内閣は、行政改革などの歳出削減策を講じないまま、国民に新たな負担を求める消費税率の引き上げを柱とした社会保障と税の一体改革大綱を閣議決定し、3月末までの法案成立を目指している。

大綱では、2015年に消費税を引き上げる時点で、社会保障において以下のように想定している。子ども手当・医療・介護・年金などの充実に必要な額を約3兆8,000億円、併せて重点化、効率化により約1兆2,000

億円の削減を見込み、差し引き約2兆7,000億円が必要としている。

社会保障において必要な財源は2兆7,000億円。これに対して、消費税率5%アップにより13兆円分も増税しなければならないのか、このことは甚だ疑問である。さらに医療費の財源になるかは不透明である。

また、大綱どおりに消費税率が倍になれば、当然医療機関が負担する控除対象外消費税も倍になる。

日本医療経営コンサルタント協会が算出した2008年度の病院、診療所の控除対象外消費税額によると、診療所1施設当たり約202万円、病院施設当たり約2,252万円、医療機関全体で約4,000億円近くになると報告している。

このような状況下で、政府は医療機関の損税解消について、医療施設や高額医療機器などへの投資には新たな基準を設けるとして、診療報酬で対応する考えである。これらは消費税導入当時と同じことを繰り返すだけで、損税解消にはならない。

日本医師会は、10%になった場合、仕入税額控除が可能な課税制度に改め、その上でゼロ税率、または軽減税率など、患者に負担を求めない方針としている。8%の段階では、現状では診療報酬による対応はやむを得ないとの見解のようである。この考えには疑問を感じざるを得ない。

現在、我々は大変な負担を強いられている。また、医療費も抑制されている現状では、1%アップでもその影響が大きい病院はもとより、診療所にも深刻な打撃を与え、倒産、破綻の危機に追い込まれ、地域医療体制が崩壊する可能性がある。

消費税率増税、損税解消について、北海道医師会執行部の見解をお伺いしたい。

■畑副会長：先ほどの当面の医療政策の中で、伊藤常任理事から説明したので、簡潔に答弁する。「8%に引き上げになったときには、診療報酬で手当てすることはやむを得ない」という見解では決してない。日医も道医も毎年国に対し、控除対象外消費税の解消を強く申し入れてきた。

今回、社会保障・税一体改革大綱では、高額投資に係る消費税負担に対し、一定の基準に該当するものに対し、区分して手当てを行う検討をする、さらには社会保険診療に係る消費税を検証する場を設置するという2点が盛り込まれている。診療報酬に上乘せするという手法は、日医も道医も過去の誤りを二度と繰り返さない決意である。

いずれにしても、簡単に実現できる事柄ではない。既に伊藤常任理事も先ほど報告したが、道医は4回にわたり、国会議員や道会議員に対し懇談会や働きかけを行っている。今後さらに政府、国会議員等の働きかけを強め、さらには国民各層に対しても理解を得る活動を展開していくことが、今取り組まなければならない課題と認識している。

今後とも、日医と歩調を合わせながら、道内選出の国会議員に対し、検討会の早期設置と、診療報酬に上乘せするのではなく、社会保険診療を課税制度に改め、ゼロ税率あるいは軽減税率の適用と患者負担を増やさないという、今までの主張を強く要望してまいりたい。引き続き、ご理解とご協力をお願いする。

●井上善之代議員（中央ブロック）：控除対象外消費税については、ぜひとも先生が言われたとおりに、道医からも日医に働きかけを十分していただきたい。最初に述べたが、社会保障と税の一体改革はそもそも消費税増税ありきである。消費税増税に関して、北海道医師会は「良し」としているのか。

■畑副会長：消費税増税に関しては、まだ道医では検討を行っていない。日医は「消費税の増税もやむな

し」という見解をこの前出したばかりであり、私どもも、この問題については検討していかなければいけないと考えている。

●石山直志代議員（後志ブロック）：原子力防災対策について

昨年3月11日に発生した東日本大震災は、地震、津波という自然災害に加え、人災と言っても過言ではない原子力発電所事故を併発した。

その福島のこの1年の状況にかんがみるとき、道内で唯一その地域内に原発を擁する岩内古宇郡医師会としては、在来の原子力防災計画が極めて不備であることを認識し、早急の見直しを要望する。

福島の事例から、もし泊原発で同規模の事故が発生した場合、その影響は原発から半径何キロメートルという区分は何の意味もなさず、後志全域、さらには道都札幌も含めた極めて広範囲に及ぶと推測される。

例えばオフサイトセンター（緊急事態応急対策拠点施設）の設置については、どのようにお考えか。この原発事故発生に備えて、北海道医師会は今後どのような取り組みをされるのか伺いたい。

■目黒常任理事：北海道医師会では、原子力行政に対しては、唯一のパイプとして以前から北海道地区緊急被ばく医療ネットワーク協議会に参画している。

本協議会は、泊原発で放射能漏れ等による被ばく事故が発生した際に、被ばく者の診断・治療・搬送に関わる対応策をマニュアル化して、各種協定を締結する場として機能してきた。しかし、大事故は全く想定されず、絶対安全であるという神話のもとに対応策が語られてきたのはご承知のとおりである。

ところが、今回の福島事故により、議論の環境は一変した。各委員から今後の日本の原子力行政やエネルギー政策に対する意見や提言が語られるようになり、その結果、本協議会の根本的な課題が変化すると各委員は受けとめている。

何よりも今回の会議では、福島を意識した文書が新たに示された。それは北海道原子力防災計画の課題抽出に係る有識者専門委員会から出された報告書である。この内容は、一部が代議員の質問の答えになると思われるので、以下にその内容を紹介する。

まず警戒区域の変更である。今までは原発から8～10キロメートルとされていたが、5キロ、30キロ、50キロと新たに枠を広げたエリアが示された。ただし、これはSPEEDI（スピーディ。緊急時迅速放射能影響予測ネットワークシステム）のような情報が迅速に発表されるということが原則と考えている。

それから、オフサイトセンターの見直しについても書かれており、現在は、原発から2キロメートルであるが、代替施設は23キロメートル離れた倶知安町内の後志総合振興局とされている。福島の事例から考えると、現行よりはましと思う。

さらには、搬送体制の構築や安定ヨウ素剤の配付の方法、それから被ばく医療の教育体制、あるいは初期被ばく医療機関の見直し等いろいろ提言が書かれている。

これらの課題を検討するために、この協議会では希有なことであるが、3月21日に今年度2回目の会議が開催される。この場において報告書の内容をより深く議論することになると思う。

しかし、福島級の原発事故が、可能性がゼロでない限り、代議員の質問である北海道全域の汚染問題の解決にはならない。泊原発でこのような事故が発生した場合は、どのように避難するかが第一義的な問題となりそうである。

一医師会の裁量を越えそうであるが、福島の経験を生かすために、北海道医師会では新医療計画との整合

性を考慮し、災害医療に関わる組織や団体と連携しながら、例えば日医の救急災害医療対策委員会や総医協救急医療専門委員会、北海道地区緊急被ばく医療ネットワーク協議会、さらには北海道DMAT連絡協議会検討ワーキンググループなどで、避難時の搬送体制、避難所の医療体制及び空間線量モニタリングシステムなどについて積極的に提言していきたいと考えている。

現在、国のエネルギー政策が議論されているが、明確な方向性は見えてこない。理想的な選択は、原発からの脱却と思うが、医師会内部でも多様な意見があると思うので、早急な結論は出せないのが現状だ。

個人的には、地震大国日本では、少しずつ脱原発の方向性を目指すのが現実的な解決策と考えている。その前に大事故が起きないことを祈るばかりである。

●石山直志代議員（後志ブロック）：この問題は、非常に広く包括しているので、エネルギー政策が絡んでくると、一律には答えにくい問題であると思う。泊原発がこの5月初めで止まると、それまでに他の原発の再稼働がない限り、日本の原発は全部停止することになる。片方では再稼働などいろいろ意見が強くなってきているようなところもうかがわれる。ただ、廃炉に関しては、原発が動かなくても、40年、50年とある限りは事故が起きる可能性があり、次の世代、さらに次の世代へも影響を残していくので、ぜひこの対策は、しっかりと議論を重ねていただきたい。

■目黒常任理事：昨日、日本医師会でJMATに関する災害医療研修会があり、被ばく医療のことが放医研（放射線医学総合研究所）の郡山先生からレクチャーされ、石山代議員が言われた問題点を語っていた。郡山先生の話では、災害医療は全医師のミッションであるということと、それから、この問題については、やはり医師の立場として、それぞれが住民の健康・安全を考えていくべきであるという提言もされており、我々も引き続きこの問題についてしっかりと取り組んでいきたいと思っている。

●佐藤信清代議員（道南ブロック）：地域における総合医養成の推進について

地域医療は、北海道も一部地域を除いて改善しているとは言えない状況が続き、2004年、新医師臨床研修制度の開始後、地域からの医師引き揚げにより、さらに悪化していることは多くの識者の指摘するところである。

その現状を打開する方法として、北海道地域医療再生計画が策定され、全道規模の事業として総合内科医養成研修センターの指定が実施された。平成22年12月から平成26年3月までの期限で開始されたこの制度で、全道23施設が指定され、研修医養成への助成が始まった。

各施設の研修への取り組みはさまざまであり、病院総合医養成を中心とする施設、外来家庭医を中心とする施設等、各施設それぞれの特徴を持ち、研修医の参加人数も異なるようである。予定どおりの研修医参加で、地域医療が活性化したとの報告の一方、いまだ参加者のいない施設もあると聞いている。この政策は、現在のところ研修状況の新たな競争と格差を生んでいるかのようでもある。全国的にも著名な指導医のそういう規模の大きな都会型の施設に研修医の集まる傾向があるとのこと、現場の努力、力量任せでは、この国の絶対的な医師不足と同時に、地域格差は広がるばかりである。これで地域医療が再生することになり得るのか、疑問が残る。

道の取り組み内容の指針に、研修センターでは離島やへき地医療において在宅医療や住民に対する健康相談を行うなど、研修医が地域医療を幅広く担う能力を身につけられるように、そして研修修了後には多くの

医師が地域医療の担い手として活躍できるよう努めると記載されている。

その目的を体験するのは、地域そのものである。地域のさまざまな疾患に対応し、医療相談や保健予防、在宅での看取りをし、介護福祉、行政と協力すると同時に、専門医たちとも連携する力を持った医師である。連携を模索する経験は、地域医療の現場での研修が必要である。地域の現場での専門的医療を研鑽してきた医師たち、地域住民と協力共同で仕事を進める役割と、やりがいの学習・経験を若手医師たちに提供する必要がある。若手医師が専門医になれないから地域の総合医を目指すのではない、このような地域をつなぐことが地域住民との信頼関係に大きな役割を持つことに意義を見出せるような教育研修が必要ではないか。

しかし、現状では、この総合医養成への取り組みが不十分と言わざるを得ない。この事業、すなわち地域における総合医養成の推進について、道医の見解と対応について伺いたい。

■宮本副会長：総合医師養成支援事業は平成17年度から道で取り組んでいる。これは、都市部の医療機関で複数の総合医を養成して、へき地に派遣するという事業である。ただ、これはなかなかうまくいかず、途中でほとんど尻すばみの状態になってしまったという経緯がある。

以前、当代議員会で報告したが、平成21年度の補正予算で組まれた地域医療再生基金を活用した地域医療再生計画に基づき、医師確保対策の全道域事業の中で約5億8,800万円を使い、平成22年から26年にかけて総合内科医養成研修センター運営支援事業を開始している。事業開始当初は、10病院程度ということで計画したが、平成22年10月に16病院が指定され、12月にさらに7病院が追加され、計23病院がセンターとなっている。

現在、23病院で研修を受けている医師は29名になるが、ただ、23病院のうち14病院はセンターに研修医が在籍しており、9病院は研修医がいない状態である。したがって、14病院で約29名、平均すると1病院当たり2名が在籍していることになる。

都市部以外の医師が不足している2次医療圏の研修病院では、町立松前病院、倶知安厚生病院、砂川市立病院、それから室蘭本輪西ファミリークリニック、富良野協会病院、留萌市立病院、帯広厚生病院、釧路協立病院に研修医が在籍しており、中には複数の研修医がいるセンターもある。都市部だけに集中しているということは、現在のところはないと考えているが、従来から総合医を養成してきた機関に偏っているという嫌いがあるので、今後は是正する必要があると思う。

なお、この事業は毎年、執行状況を国に報告しなければならないことになっており、3月29日に開催される北海道総合保健医療協議会の地域医療専門委員会において、詳しい資料が提出されたらそれを佐藤代議員にお届けしたい。

それから、地域医療を担う医師をどのように養成するかについては、本日の長瀬会長の冒頭挨拶、それから高橋知事の挨拶にもあったが、北海道医療対策協議会の地域医療を担う医師養成検討分科会、医師確保のための提言を取りまとめて、2月に高橋知事、長瀬会長、奈井江町の北町長などの分科会委員が、厚生労働省、文部科学省、民主政策調査会、自民党の町村衆議院議員に会い、このことを訴えている。医育大学の入学定員や地域枠の拡大、後期研修医の計画的な配置、総合的な医療を行う医師の養成に対する支援、医師確保対策推進のための財政支援を中心に要請を行っている。引き続き、先生方の意見を伺いながら、これらの分科会あるいは協議会を通じて、医師確保のための施策を提言していきたいと考えているので、よろしくお願ひしたい。

●佐藤信清代議員（道南ブロック）：この問題は、簡単に片づく問題ではないと思うが、道医としても今後さらなる積極的な対応をお願いしたい。

（一般質問）

●加藤文博代議員（札幌市医師会）：TPPについて

ご存じのとおり、TPPへの交渉参加に向け、アメリカとの事前協議が始まった。日本の交渉参加には、先行する9ヵ国すべての合意が必要であるが、既に数ヵ国の支持も取り付けているようである。また、TPPは、韓国が米国と締結したFTAとは異なり、2015年までに全品目の関税撤廃が原則で、あらかじめ例外品目を設けた交渉は認められないことになっている。

TPP参加国の中で、株式会社の医療参入や混合診療を禁止して、全国一律の診療報酬点数で統制されている国は日本以外にはない。また、他国と異なる医療制度である日本が、TPPに参加表明するということは、医療分野についても現在参加している国々に合わせるということを表明したものと同等である。

現在、米国は日本の医療保険制度には言及しないと言っているが、それ以外の医療機器、医薬品には注文をつけてくるだろうし、加盟後には医療保険制度にも言及する可能性はある。

さらに重要な点として、TPPにはISDS条項が織り込まれることが見込まれていることである。ISDS条項は、投資家と投資受け入れ国との間で紛争が起こった場合に、投資家が当該案件を国際仲裁に付託できる手続きを定めたものである。これにより、外国企業が日本に対して訴訟を起こした場合、健康保険法の改正を強いられて、公的医療保険制度が破綻することも完全には否定できない。世界に誇る日本の医療制度が持続できるのか、医療の市場化、自由化を推し進めるTPPの参加により、瀬戸際に立たされている状況である。

道医執行部の見解と今後の活動などについて伺いたい。

■直江常任理事：先ほど総論で述べたが、加藤代議員のご指摘のとおり、まず医薬品、医療機器等の価格に大きな影響が出ると考えられる。その後は、長期的には混合診療が問題になると思われる。

さらに、日本にとってTPPの最大の相手が米国であることを考えると、TPPにいわゆるISDS条項が盛り込まれた場合、訴訟大国の米国企業が日本政府を訴える蓋然性は確実に高まるので、加藤代議員の言われるとおり、健康保険法の改正も強えられる可能性があるため、これらからもTPPには反対である。

北海道医師会としても、今後もシンポジウム、集会への参加発言、政党および国会議員への働きかけ、雑誌、それから報道インタビューなど、さまざまな機会を通じて反対運動をしていきたい。

●加藤文博代議員：先生の指摘のとおり、米国は既に韓国FTAであるとか、NAFTA（北米自由貿易協定）により、ISDSについては非常に手慣れている。しかも、訴訟大国である。それに比べて、日本はそういったことに対して全く対応がされていないので、ISDS条項が織り込まれたら大変なことになると思うので、よろしくをお願いしたい。

●清水研吾代議員（札幌市医師会）：北海道医師会館について

昨年、東日本大震災以降、国や自治体において建物の耐震診断、耐震補強などが実施され、北海道庁や札幌医科大学など災害時の拠点施設となる建物の耐震改修が急務となっている。

北海道でも、平成5年7月に発生した北海道南西沖地震をはじめ、過去にも道内各地域において大きな地

震の被害を受けていることから、今後起こり得る大地震に備えて耐震化の整備計画が必要と思われる。

北海道医師会館は、昭和50年11月に竣工し、建設から約36年を経過し、劣化などが進んでいると思うが、現会館がどの程度の地震に耐え得るのか。また、大震災に備えて整備計画などを考えているのか。

震度6強以上の地震が発生した際に、倒壊などの危険性や災害時の拠点施設となる会館が機能できるのかを検証し、耐震化が不十分であれば、早急な耐震改修が必要と思う。

また、医師会館は、災害時における医療情報の拠点施設として、情報収集・発信などの機能を担う立場があると思う。しかし、耐震補強改修工事を実施するには数億円がかかると思うが、大変厳しい医療環境下において、会員へ拠出金を求めることは難しいと思う。

道医執行部の考えを伺いたい。

■三戸常任理事：当会館は、耐震規定改正以前の建物で、旧建築基準法による震度5強では倒壊に至らない基準を確保しているが、新耐震設計法に基づいて設計された建物と同等の耐震性能を有しているかの確認を行うため、北海道日建設計に依頼し、昨年8月から9月末まで診断を行った。

その結果、耐震性の判定基準となる構造耐震指標基準は、2階から8階で下回り、想定する地震動に対して耐震性に疑問ありとの判定となった。耐震性が低くなる要因としては、当会館は大通公園側及び西側がガラス面で耐震壁が偏在しているため、構造耐震指標が低減しているということである。

診断の結果を受けて、法で定められた耐用年限中に一度遭遇するかも分からない震度6弱程度の地震に対して、部分的なひび割れなどの損傷が生じても建物は崩壊せず、命を守る程度に耐震強度を高めるための工事に約8億円に上る資金と10ヵ月に及ぶ工事が必要となる。

耐震化工事費用を除く会館の中長期保全に関わる積立金は、現在3億300万円ほど用意しているが、これは中長期保全計画に基づく空調機及び給排水等改修工事積立金であり、新たに必要となる耐震化工事のための積み立てではない。この資金の調達をどうするのか、大きな課題である。

また、この工事を実施する場合、工事期間中、テナント各社に迷惑をかけることになり、その理解をいただかなければならないことになる。そのため、24年度には、執行部内に会館中期保全計画検討委員会を立ち上げ、精力的に、かつ慎重に検討を重ね、年度内に結論を得る予定としている。

なお、コンクリートの圧縮強度及び中性化については、基準を上回っていることから、今後30年程度の使用期間を想定しても、使用に耐え得るということである。

ちなみに、仮に現在と同程度の建物を新たに建て替える場合、概算費用は移転保証費用を含めずに22億4,000万と試算されている。

●清水研吾代議員：我々郡市医師会にとって、北海道医師会は、災害時に機能不全になられては、北海道すべての郡市医師会ならびに受診されている市民の方が困ると思う。災害時対策としては、ネットワークの多重化やバックアップ機能などが挙げられると思う。道医の災害対策のための本部機能として、ぜひ耐震化の終了している場所などにバックアップ機能を求めるなど、早急な対策をとっていただければと思う。

■三戸常任理事：そのような点に関しても、24年度の会館運営の検討委員会の中で対応していきたいと考えている。

●清水研吾代議員：我々札幌市医師会では、この3月に震度6強に対する耐震化工事が終了している。場合によっては、道医に一部提供できる可能性もあるかと思うので、検討願いたい。

●加藤法喜代議員（札幌市医師会）：医療機関の取消処分について

2月29日付けの新聞各社の朝刊に掲載された当医師会会員の医療機関に対する保険医療機関の指定取消処分について質問する。

このたびの処分については、我々執行部は、新聞報道をもって初めて知ることになった。処分は、厚生労働大臣の諮問を受け、北海道地方社会保険医療協議会で審議することになっており、本協議会委員には、道医執行部からも5名の役員が委員として参画していると聞いている。審議内容は、非公開ということになっていることは、当医師会としても認識している。

当該医療機関への監査などにあたっては、札幌市医師会として、これまで医療保険指導委員会の先生方をはじめ、関係役員、職員が多く時間を割いて、3回の個別指導と8回の監査に立会している。監査内容などについては、医療保険指導委員会で議論を重ねるとともに、その内容や方向性などについては、会長または担当副会長にその都度報告してきた。

また、最近は監査を受けた医療機関が診療報酬の返還や処分などから逃れるため、処分決定前に開設者、また管理者を変更したり、譲渡するようなケースも見られ、当医師会としてもその対応に苦慮しているところである。このたびの北海道地方社会保険医療協議会が開催された2月27日にも、当該医療機関に関わる対応策を内部で検討していた。

以上のようなことから、このたびの処分に関して、少なくとも新聞報道前に会長レベルや担当副会長レベル、あるいは事務局長レベルでの情報の共有があってもよかったのではないかと思う。また、立会した諸先生からはこの点に関して大変厳しい意見も出ている。今後の立会などに影響を与えかねない問題を含んでいると言わざるを得ない。

医療の現場では、いつ何が起こるか分からないという状況で、我々執行部は危機意識を持って会務を行っているが、道医執行部の見解を伺いたい。

■橋本常任理事：地方社会保険医療協議会は、保険医、保険医療機関等の指定取り消しについて審議する諮問機関であり、協議会の委員は、厚生労働大臣の任命を受けた非常勤の国家公務員であることから、国家公務員法の適用を受ける。

国家公務員法第100条に、職員は職務上知ることができた秘密を漏らしてはならないと、秘密を守る義務が規定されており、協議会の冒頭でも毎回このことの確認がされている。

また、第109条には、秘密を漏らした者に対しては、1年以下の懲役又は50万円以下の罰金に処すると罰則規定が設けられている。

ちなみに、出席した委員が協議会終了後、当会の長瀬会長や医療保険部管掌の三宅副会長から処分内容の報告を求められたとしても、法に則り、それはできないことであり、行ってもいない。

以上のことから、地方社会保険医療協議会の委員が、その審議内容、結果を第三者に情報提供することは法に抵触するためできないので、何卒理解願いたい。

●加藤法喜代議員：公務員法は非常に厳しい法律であるので、それに縛られるということは非常によく分か

っており、実際審議会の審議過程は、もちろん非公開であるので、一々その都度、内容はどうだったのかということではないが、もう既に審議会で決定した事項であり、マスコミにそれを情報提供することが決まっていたのではないかと。それは道医として決めたわけではないと思うが、少なくとも審議が決定したら、もう秘密ではなくなるのではないかと。審議過程を一々漏らすということは、これは守秘義務に違反すると思うが、決定してしまったら、もうそれは事実であるので、その段階で、秘密ではなくなるのではないかと。いかがか。

■橋本常任理事：少なくとも私もその委員の一人であるが、正直言って、2月29日に新聞に出るということは、知らなかった。そのとき見て初めて知ったというのが実情である。

繰り返すが、少なくともこの会が開かれるたびに、その会の一番最初に協議された一切すべてのことに対して、秘密を漏らすことを厳禁されているという状況から考えて、そのことでマスコミに出された後でどうかということについても、できないことである。

■宮本副委員長：地方社会保険医療協議会においては、北海道厚生局長の諮問を受けて、その委員会で答申を出し、その答申を受けて、厚生局がどう判断するかは私たちの関与するところではない。

したがって、いつマスコミに流すかとか、流さないかとか、あるいは答申を受けてどう処分するかというのは、また別の話である。つまり、その翌日にマスコミに出るのか、あるいは出ないのかというのは、私たちは一切分からないことであり、関知することではないので、その協議会が終わったから出していいのではないということにはならない。

●加藤法喜代議員：慣例的なことであるのかもしれないが、以前にはきちっと各郡市医師会にその旨、道医の方からお話があった、そういう時代もあったと聞いていた。それがどうして今のように厳格適用というか、言葉は悪いが、杓子定規となったのか、私には分からない。いずれにしても道医と各郡市医師会というのは、いろんな情報をできる限り共有して、今抱えている医療問題、医療保険問題、これに共に力を合わせて活動していくということはとても大事なことである。道医だけがやっている、札幌だけが言っているといっても実現しないことは明らかである。日医だけやってもうまくいかない時代であるので、ぜひ可能な限り必要な情報は共有して、共に活動していくことを希望して終わる。

■橋本常任理事：今、宮本副会長も言われたが、審議が終わった後、そして自分が委員をやめた後もそのことについては漏らしてはいけないということが規定されている。それから、今、加藤代議員が言われたように、立会したときの情報について議論することは、私どももむしろ望むところであり、そこでの情報の共有というのは、大いに賛成である。それについては、何ら縛りがないので、むしろ大歓迎である。

●山光進理事：医者、医療関係者はみんな守秘義務がある。我々道医の役員は、道医の役員としての守秘義務がある。それぞれの立場でいろいろな守秘義務があると思う。

札幌市医師会の彼らが言っていることは、午後かなりの時間を取られて立ち会ってきたが、全然何も知らずにぼんと来ては、みんなが怒って指導立会をやりたいがらなくなると思う。時間を割いて、別に費用ももらわないでボランティアでやっているわけであり、それにもう少し協力してやっていこうということ述べて

いる。法律的にそうだからできないと言われたら、それではその仕事は道医で勝手にやってください、となつては困るわけであり、もう少し相談をすることはいかがか。

■橋本常任理事：私も立会し、札幌の先生方にも立会していただいて大変お世話になっているが、今申し上げたように、そこで共有できることは情報共有する方向でしていくことについては私たちも大賛成であるので、そういう形で進めさせていただきたい。

●大道光秀代議員（札幌市医師会）：平成24年度診療報酬改定説明会（集団指導）の実施について

平成24年2月20日付北海道厚生局長名による、健康保険法第73条、船員保険法第59条などに基づき、北海道庁と共同による平成24年度診療報酬改定説明会（集団指導）を実施することとし、本説明会を「集団指導」との位置づけで開催する旨の通知があった。

当日の出席者についても、開設者、管理者、保険医とする。ただし、止むを得ず出席できない場合は事務担当者も可としている。

これまでの診療報酬改定説明会と大きく異なり、欠席した場合、ペナルティーをかけるような集団指導という大変厳しい開催通知により、現場は混乱を来し、数多くの問い合わせが医師会に来ているところである。本説明会の開催が、どうして集団指導ということになったのか、そして道医執行部がどのように対応してきたのか伺いたい。

■橋本常任理事：診療報酬改定時における集団指導については、指導大綱に「保険医療機関等又は保険医等を一定の場所に集めて、講習等の方式によって行う」と規定されている。

開設者、管理者の出席が義務づけられている集団的個別指導とは違い、診療報酬改定時における集団指導は、開設者、管理者の出席が義務づけられておらず、欠席した場合のペナルティーもない。

北海道における平成23年度の指導計画については、北海道厚生局と協議する中で、開設者、管理者が欠席しても差し支えないことを確認し、集団指導として実施することを了承している。

このことについては、平成23年5月の北海道医報に三宅副会長が執筆した指標で会員の先生方に周知をし、また指導計画全般については、昨年6月18日開催の都市医師会長協議会において、三宅副会長より説明をさせていただいたところである。集団指導という名称であっても、従来と同様の説明会であることを理解いただきたい。

北海道厚生局からの開催案内に、開設者、管理者、保険医（ただし、止むを得ず当該者が出席できない場合においては、事務担当者の出席も可）と記載されていることについては、日本医師会が厚労省の保険局医療課医療指導監査室と協議し、了解した事項であるとして、平成22年2月17日付で通知されている。

北海道医師会としては、説明会は集団指導の位置づけであっても、従来の説明会同様、事務担当者のみ出席でも構わないことを、ホームページ、あるいは都市医師会を通じて周知したが、次回改定時にはより一層周知徹底してまいりたい。

●大道光秀代議員：医療機関は厚生局に対して非常にナーバスになっている。そして、今回の改定は北海道医報とか、ホームページでいろいろ周知徹底しているつもりでも、私たち役員でも、「あら」「えっ」と思うようなことがある。ましてや一般の医師会員は、今先生が話したことを理解してないことの方が多くて、い

たずらに混乱を招くだけだと思う。例えば説明会を行う場合にも、各会員に対してもう少し集団的個別指導ではないということを知りやすく説明した方が、医師会員がいたずらに混乱しないかと思うので、よろしくお願ひしたい。

■橋本常任理事：3月の下旬にいつものように複数回開催させていただくが、そこでも重ねてそのことについて強調して説明させていただきたいと思う。

質疑応答が終了した後、理事者提案を受けて起草委員会が作成した決議案（44ページ）を採決した。なお、この決議文は日本・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24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。

平成23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		23,400	0	△ 900	22,500
	1. 開業時負担金	23,400	0	△ 900	22,500
3. 事 業 収 入		159,714	△ 13,644	0	146,070
	15. 北海道地域産業保健事業収入	91,903	△ 13,644	0	78,259
	補正されなかった中科目	67,811	0	0	67,811
4. 交 付 金		25,235	1,000	0	26,235
	1. 日医交付金	25,235	1,000	0	26,235
5. 補 助 金		1,050	10,079	5,027	16,156
	1. 補 助 金	1,050	10,079	5,027	16,156
7. 寄 付 金		1	999	0	1,000
	1. 寄 付 金	1	999	0	1,000
8. 償 還 金		1,080	0	6,430	7,510
	1. 育英資金償還金	1,080	0	6,430	7,510
10. 繰 入 金		27,862	256,498	0	284,360
	2. 社保対処費特別会計より繰入	1	235,328	0	235,329
	3. 会員共済特別会計より繰入	-	21,170	0	21,170
	補正されなかった中科目	27,861	0	0	27,861
11. 特定積立資産 取崩収入		28,092	74,415	12,971	115,478
	1. 役員退任慰労金引当資産取崩収入	1	14,495	0	14,496
	2. 職員退職給付引当資産取崩収入	24,490	59,920	12,971	97,381
	補正されなかった中科目	3,601	0	0	3,601
補正されなかった大科目にかかる額		675,893	0	0	675,893
当 期 収 入 合 計		942,327	329,347	23,528	1,295,202
前 期 繰 越 収 支 差 額		157,821	32,353	0	190,174
収 入 合 計		1,100,148	361,700	23,528	1,485,376

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		359,560	23,132	5,027	387,719
	11. 勤務医部会費	7,401	0	5,027	12,428
	15. 産業保健活動費	8,762	10,079	0	18,841
	23. 北海道地域産業保健事業費	91,903	△ 13,644	0	78,259
	24. 東日本大震災支援対策費	—	26,697	0	26,697
	補正されなかった中科目	251,494	0	0	251,494
2. 総務費		485,472	68,914	△ 15,390	538,996
	1. 役員費	49,821	14,495	0	64,316
	2. 諸給与	304,349	54,419	△ 13,001	345,767
	3. 職員福利厚生費	42,851	0	△ 2,389	40,462
	補正されなかった中科目	88,451	0	0	88,451
7. 特定積立資産繰入額		61,487	256,499	6,040	324,026
	2. 職員退職給付引当資産繰入額	18,217	0	△ 390	17,827
	5. 育英資金積立資産繰入額	1,080	0	6,430	7,510
	6. 社会保障対策積立資産繰入額	—	235,329	0	235,329
	7. 災害支援積立資産繰入額	—	21,170	0	21,170
	補正されなかった中科目	42,190	0	0	42,190
8. 繰出金		58,596	5,499	5,196	69,291
	2. 収益事業特別会計へ繰出	55,296	5,499	5,196	65,991
	補正されなかった中科目	3,300	0	0	3,300
11. 予備費		86,891	7,656	22,655	117,202
	1. 予備費	86,891	7,656	22,655	117,202
	補正されなかった大科目にかかる額	48,142	0	0	48,142
	当期支出合計	1,100,148	361,700	23,528	1,485,376
	当期収支差額	△ 157,821	△ 32,353	0	△ 190,174
	次期繰越収支差額	0	0	0	0

平成23年度収益事業特別会計収支補正予算

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
1. 事業収入		274,863	0	△ 152	274,711
	1. 使用料	119,654	0	△ 550	119,104
	2. 共益費	51,257	0	75	51,332
	3. 別途利用料	8,789	0	996	9,785
	4. 手数料収入	86,526	0	△ 743	85,783
	5. 保険事業収入	1,924	0	△ 368	1,556
	6. 出版事業収入	2,264	0	746	3,010
	7. 特定健診代行業収入	4,449	0	△ 308	4,141
2. 負担金収入		2,340	0	△ 90	2,250
	1. 会員負担金収入	2,340	0	△ 90	2,250
3. 繰入金		2	5,500	5,493	10,995
	1. 一般会計より繰入	2	5,500	5,493	10,995
4. 諸収入		507	0	860	1,367
	1. 諸収入	507	0	860	1,367
5. 預り金		3	0	830	833
	1. 預り金	3	0	830	833
6. 特定積立資産取崩収入		20,056	681	△ 969	19,768
	1. 特別修繕積立資産取崩収入	20,055	0	△ 1,050	19,005
	2. 職員退職給付引当資産取崩収入	1	681	81	763
当期収入合計		297,771	6,181	5,972	309,924
前期繰越収支差額		38,687	2,773	0	41,460
収入合計		336,458	8,954	5,972	351,384

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		174,254	0	△ 2,752	171,502
	1. 会館管理費	95,938	0	4,815	100,753
	2. 保険事業費	13,604	0	△ 1,888	11,716
	3. 出版事業費	3,654	0	△ 153	3,501
	4. 特定健診代行事業費	3,476	0	△ 301	3,175
	5. 事業管理費	16,546	0	△ 2,514	14,032
	6. 租税公課	41,036	0	△ 2,711	38,325
2. 会議費		310	0	△ 38	272
	1. 会議費	310	0	△ 38	272
3. 総務費		21,057	6,182	5,289	32,528
	1. 総務管理費	21,057	6,182	5,289	32,528
4. 繰出金		27,861	0	0	27,861
	1. 一般会計へ繰出	27,861	0	0	27,861
5. 支払利子		1	0	0	1
	1. 預り金利子	1	0	0	1
6. 施設設備費		20,055	0	△ 1,050	19,005
	1. 施設設備費	20,055	0	△ 1,050	19,005
7. 特定積立資産繰入額		61,559	0	△ 1,558	60,001
	1. 特別修繕積立資産繰入額	60,000	0	0	60,000
	2. 職員退職給付引当資産繰入額	1,559	0	△ 1,558	1
8. 預り金償還金		3	0	29	32
	1. 預り金償還金	3	0	29	32
9. 予備費		31,358	2,772	6,052	40,182
	1. 予備費	31,358	2,772	6,052	40,182
当期支出合計		336,458	8,954	5,972	351,384
当期収支差額		△ 38,687	△ 2,773	0	△ 41,460
次期繰越収支差額		0	0	0	0

平成24年度基本的活動方針

昨年は東日本太平洋岸一帯の広い範囲で千年に一度という大災害に見舞われ、新たに発足した北海道医師会の執行部も被災地支援対応に精力を傾注、本来業務遂行に至るまでに少し時間を要した。災害発生後一年になるが、がれきの処理もままならず、復興までまだ時間を要する状況で、被災された人々の心を思うと胸が痛む。

世界の政治、経済状況も極めて不安定な情勢にある。ギリシャの経済破綻に端を発したユーロ圏の危機、長期にわたるイラク等海外派兵で経済が低迷し多くの失業者を抱えるアメリカ、長期独裁政治からの解放を求める北アフリカ諸国、強権力者誕生を危ぶむロシアなど世界の多くの国々で市民運動が勃発している。アメリカ、ロシア、フランス、韓国でリーダーの選挙が行われ、北朝鮮、中国でも指導者が代わる。今年はこれからの世界情勢を占う重要な年となる。我々の生活に大きく影響することであり注目したい。

日本は、政治の混乱、経済の低迷が続いている。国民の大きな期待を担って新しい政権が誕生したが、これまでに掲げた公約は悉く夢で終わった。政治主導の理想も、いつの間にか官主導に変わってしまった。

貧富の差なく、総ての国民が平等に医療を受けられる世界に誇る医療制度も、医療の営利産業化へのすすめで危うくなりつつある。TPPへの参加、医療の国際化の名の下の医療ツーリズム、国際戦略医療特区構想はなんとしても阻まなければならない。我々は公平な目をもって日本の将来を思い意見を述べ、行動したい。

「社会保障・税の一体改革」が実行され消費税が引き上げられると、以前から問題視されている医療における控除対象外消費税が医療機関に重くのしかかってくる。ゼロ税率は難しく、これまで通り診療報酬で手当すること、高額投資に対しては別途対処するとしているが、目に見えるはっきりしたものにしてほしい。

日本医師会は前回と今回の2度にわたって診療報酬でプラス改定を勝ち取った。後は中身が重要で、前は勤務医対策として大病院主体であったが、今回は中小病院、診療所にも光が当てられたか、改定後の検証を十分にすべきである。

今年日本医師会会長選挙の年である。日本医師会は平成25年4月に新公益法人制度による新たな法人として再出発する。現制度での最後の会長選挙であり、次につながる透明性をもった誰からも納得される選挙であってほしい。

都道府県、郡市医師会の法人化も進行中であり、日本医師会のありかたによってかなり影響を受ける。新しい組織作りと医師会の存在意義を世に示す絶好の機会ととらえ対応したい。

北海道医師会は法人制度改革に当たって非営利型一般社団法人を選択することで検討を進めている。

現在医師会が抱える問題は多いが、一つ一つ解決に向け努力を重ねたい。個々の活動については、会員の絆を強固なものにし、地域住民の安心・安全で健康な生活を支援できるよう、以下に掲げる各部の事業項目に則り進めていきたい。

平成24年度各部事業項目

《注》 _____ は新規項目、 _____ は修正項目、 _____ は移管した項目

[総務部]

1. 組織強化

- (1) 執行体制の強化
- (2) 各都市医師会・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・医事法制部](名称変更)

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. 北海道保健医療福祉計画および北海道医療計画の見直しへの対応

4. 道州制導入への対応

5. 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) 緊急臨時的医師派遣事業
- (3) 地域医療再生計画
- (4) 北海道医療費適正化計画
- (5) 北海道医療審議会

- ___(6)___ 北海道医療対策協議会
- ___(7)___ 北海道総合保健医療協議会
- ___(8)___ 保健医療福祉圏域連携推進会議
- ___(9)___ 保健福祉部との意見交換

6. 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. 不合理税制への対応

3. 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) 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、労災三者懇談会の開催
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) 糖尿病対策推進会議の開催
 - (3) 生活習慣病等スキルアップ・セミナーの開催
 - (4) 健康づくり実践セミナーの開催
 - (5) 禁煙対策の推進…… [旧健康教育事業部より移管]
3. 予防医学に関する情報の収集と提供…… [旧健康教育事業部より移管]

- 4. 感染症危機管理対策の充実と情報提供

- 5. 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

- 6. 環境保健対策の推進

- 7. 精神保健対策の推進
 - (1) かかりつけ医と精神科専門医との連携

- 8. 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

- 9. 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

- 10. 青少年への健康教育の推進…… [旧健康教育事業部より移管]

- 11. 郡市医師会健康教室開催への支援…… [旧健康教育事業部より移管]

- 12. テレビやポスター等を利用した健康情報の提供…… [旧健康教育事業部より移管]

- 13. 健康スポーツ医活動の推進… [産業保健部より移管]
 - (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

- 14. 北海道学校保健研究大会への参加協力

- 15. 北海道学校保健会事業に対する支援協力

- 16. 北海道健康づくり実行委員会への参画…… [旧健康教育事業部より移管]

[地域医療部] (新設)

1. 病院運営対策の推進…… [医療関連事業部より移管]
 - (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. 医療廃棄物対策の推進
3. 医師会共同利用施設への支援と協力…… [医療関連事業部より移管]

[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) 介護報酬改定への対応
 - (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) リフレッシュ研修の実施
 - 2) スキルアップ専門・実地研修の実施
- (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

[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強化への支援と協力

2) メディカルウイング研究運航への支援と協力

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) 災害時医療体制の整備および道外大規模災害への対応と支援
- (3) 北海道防災総合訓練ほか各種訓練と研修会への参加
- (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. 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

2. 女性医師への支援

- (1) 女性医師サポート事業の推進
- (2) 女性医師の研修会等への参加支援
- (3) 女性医師バンクへの支援
- (4) 女性医師等支援相談窓口事業の充実

3. 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

4. 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XX「呼吸器疾患」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、指導医のための教育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

[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24年度一般会計収支予算

I 事業活動収支の部

1. 事業活動収入

大科目	中科目	予算額 (千円)	前年度予算額 (千円)	増減額 (千円)	事業区分 (千円)			
					公益目的事業	共益事業	収益事業	法人管理費
1. 会費収入	1. 会費収入	633,282	632,907	375	0	0	0	633,282
2. 事業収入		125,105	123,435	113,815	113,794	2,641	0	8,670
	1. 受託料収入	101,678	9,060	92,618	93,008	0	0	8,670
	2. 受講料収入	2,605	—	2,605	2,605	0	0	0
	3. 審査料収入	2,640	175	2,465	0	2,640	0	0
	4. 広告料収入	9,887	—	9,887	9,886	1	0	0
	5. 手数料収入	3,415	2,055	1,360	3,415	0	0	0
	6. 購読料収入	480	—	480	480	0	0	0
	7. 賛助金収入	4,400	—	4,400	4,400	0	0	0
3. 負担金収入		77,389	80,849	△3,460	1,279	0	0	76,110
	1. 開業時負担金収入	22,500	22,500	0	0	0	0	22,500
	2. 負担金収入	54,889	—	54,889	1,279	0	0	53,610
4. 助成金収入		26,685	28,815	△2,130	6,858	298	0	19,529
	1. 日医助成金収入	24,115	26,235	△2,120	4,288	298	0	19,529
	2. その他助成金収入	2,570	2,580	△10	2,570	0	0	0
5. 補助金等収入	1. 自治体等補助金収入	16,466	16,156	310	16,466	0	0	0
6. 寄付金収入	1. 寄付金収入	1	1,000	△999	0	0	0	1
7. 特定資産運用収入	1. 特定資産利息収入	142	261	△119	0	0	0	142
8. 雑収入	1. 雑収入	4,288	4,429	△141	2,200	0	0	2,088
事業活動収入計		883,358	887,852	△4,494	140,597	2,939	0	739,822

2. 会計間繰入金収入

大科目	中科目	予算額 (千円)	前年度予算額 (千円)	増減額 (千円)	事業区分 (千円)			
					公益目的事業	共益事業	収益事業	法人管理費
1. 会計間繰入金収入	1. 収益事業特別会計からの繰入金収入	14,104	27,861	△ 13,757	0	0	0	14,104
	一. 社保対処費特別会計からの繰入金収入	—	235,329	△ 235,329	0	0	0	0
	一. 会員共済特別会計からの繰入金収入	—	21,170	△ 21,170	0	0	0	0
会計間繰入金収入計		14,104	284,360	△ 270,256	0	0	0	14,104
事業活動収入・会計間繰入金収入合計		897,462	1,172,212	△ 274,750	140,597	2,939	0	753,926

II 投資活動収支の部

1. 投資活動収入

大科目	中科目	予算額 (千円)	前年度予算額 (千円)	増減額 (千円)	事業区分 (千円)			
					公益目的事業	共益事業	収益事業	法人管理費
1. 特定資産取崩収入		24,561	115,478	△ 90,917	2	2	0	24,557
	1. 役員退任慰労金引当資産取崩収入	3	14,496	△ 14,493	1	1	0	1
	2. 職員退職給付引当資産取崩収入	20,957	97,381	△ 76,424	1	1	0	20,955
	3. 資金調整積立資産取崩収入	1	1	0	0	0	0	1
	4. 育英資金積立資産取崩収入	3,600	3,600	0	0	0	0	3,600
一. 固定資産売却収入	一. 固定資産売却収入	—	1	△ 1	0	0	0	0
2. 貸付金戻り収入	1. 育英資金貸付金戻り収入	120	7,510	△ 7,390	0	0	0	120
投資活動収入計		24,681	122,989	△ 98,308	2	2	0	24,677

Ⅲ財務活動収支の部

1. 財務活動収入

大科目	中科目	予算額 (千円)	前年度予算額 (千円)	増減額 (千円)	事業区分 (千円)			
					公益目的事業	共益事業	収益事業	法人管理費
一. 借入金収入	一. 借入金収入	—	1	△ 1	0	0	0	0
当期収入合計 (参考)		922,143	1,295,202	△ 373,059	140,599	2,941	0	778,603

I 事業活動収支の部

3. 事業活動支出

大科目	中科目	予算額 (千円)	前年度予算額 (千円)	増減額 (千円)	事業区分 (千円)			
					公益目的事業	共益事業	収益事業	法人管理費
1. 事業費支出		592,050	703,962	△ 111,912	357,118	149,947	12,398	72,587
	1. 医療安全・医事法制費支出	11,656	24,551	△ 12,895	4,160	3,480	0	4,016
	2. 医療政策費支出	9,109	9,142	△ 33	4,323	1,022	0	3,764
	3. 医業経営・福利厚生費支出	8,046	7,558	488	2,911	4,127	0	1,008
	4. 情報広報費支出	73,174	76,460	△ 3,286	67,879	4,443	0	852
	5. 医療保険費支出	16,188	18,221	△ 2,033	11,146	4,396	0	646
	6. 地域保健費支出	41,042	20,577	20,465	31,892	4,382	0	4,768
	7. 地域医療費支出 (科目新設)	3,515	—	3,515	1,132	1,560	0	823
	8. 地域福祉費支出	8,670	9,142	△ 472	4,761	2,303	0	1,606
	9. 産業保健費支出	86,677	97,100	△ 10,423	85,004	957	0	716
	10. 医療関連事業費支出	23,066	24,006	△ 940	6,745	5,205	0	11,116
	11. 学術事業費支出	21,698	26,026	△ 4,328	19,902	1,796	0	0
	12. 医師会関係費支出	58,980	74,274	△ 15,294	9,426	30,740	593	18,221
	13. 業務費支出	230,229	—	230,229	107,837	85,536	11,805	25,051
2. 管理費支出		254,074	265,792	△ 11,718	55,165	123,909	21,734	53,266
	1. 事務費支出	233,476	—	233,476	48,554	115,197	18,293	51,432
	2. 会議費支出	20,598	19,084	1,514	6,611	8,712	3,441	1,834
事業活動支出計		846,124	969,754	△ 123,630	412,283	273,856	34,132	125,853
事業活動収支差額		37,234	△ 81,902	119,136	△ 271,686	△ 270,917	△ 34,132	613,969

4. 会計間繰入金支出

大科目	中科目	予算額 (千円)	前年度予算額 (千円)	増減額 (千円)	事業区分 (千円)			
					公益目的事業	共益事業	収益事業	法人管理費
1. 会計間繰入金支出	1. 救急医療対策費特別会計への繰入金支出	3,300	3,300	0	0	0	0	3,300
	2. 収益事業特別会計への繰入金支出	55,059	65,991	△ 10,932	0	0	0	55,059
会計間繰入金支出計		58,359	69,291	△ 10,932	0	0	0	58,359
会計間収支差額計		△ 44,255	215,069	△ 259,324	0	0	0	△ 44,255
事業活動支出・会計間繰入金支出合計		904,483	492,200	412,283	412,283	273,856	34,132	184,212

Ⅱ 投資活動収支の部

2. 投資活動支出

大科目	中科目	予算額 (千円)	前年度予算額 (千円)	増減額 (千円)	事業区分 (千円)			
					公益目的事業	共益事業	収益事業	法人管理費
1. 特定資産支出		72,813	324,026	△ 251,213	22,213	27,211	5,759	17,630
	1. 役員退任慰労金引当資産支出	21,190	21,190	0	9,125	2,885	1,070	8,110
	2. 職員退職給付引当資産支出	50,500	17,827	32,673	13,088	24,326	4,689	8,397
	3. 資金調整積立資産支出	1	20,000	△ 19,999	0	0	0	1
	4. 道医史編纂積立資産支出	1,000	1,000	0	0	0	0	1,000
	5. 育英資金積立資産支出	120	7,510	△ 7,390	0	0	0	120
	6. 社会保障対策積立資産支出	1	235,329	△ 235,328	0	0	0	1
	7. 災害支援積立資産支出	1	21,170	△ 21,169	0	0	0	1
2. 固定資産取得支出		2,841	1,501	1,340	0	0	0	2,841
	1. 施設設備工事支出	1	1	0	0	0	0	1
	2. 什器備品購入支出	500	500	0	0	0	0	500
	3. ソフトウェア開発支出	2,340	—	2,340	0	0	0	2,340
3. 貸付金支出	1. 育英資金貸付金支出	3,600	3,600	0	0	0	0	3,600
投資活動支出計		79,254	329,127	△ 249,873	22,213	27,211	5,759	24,071
投資活動収支差額		△ 54,573	△ 206,138	151,565	△ 22,211	△ 27,209	△ 5,759	606

Ⅲ 財務活動収支の部

2. 財務活動支出

大科目	中科目	予算額 (千円)	前年度予算額 (千円)	増減額 (千円)	事業区分 (千円)			
					公益目的事業	共益事業	収益事業	法人管理費
一. 借入金返済支出	一. 借入金返済支出	—	2	△ 2	0	0	0	0

Ⅳ 予備費支出

大科目	中科目	予算額 (千円)	前年度予算額 (千円)	増減額 (千円)	事業区分 (千円)			
					公益目的事業	共益事業	収益事業	法人管理費
1. 予備費支出	1. 予備費支出	114,564	117,202	△ 2,638				114,564
当期収支差額		△ 176,158	△ 190,174	14,016	△ 293,897	△ 298,126	△ 39,891	455,756
前期繰越収支差額		176,158	190,174	△ 14,016	0	0	0	176,158
次期繰越収支差額		0	0	0	0	0	0	0
当期支出合計 (参考)		1,098,301	1,485,376	△ 387,075	434,496	301,067	39,891	322,847

平成24年度救急医療対策費特別会計収支予算

I 事業活動収支の部

1. 事業活動収入

大科目	中科目	予算額 (千円)	前年度予算額 (千円)	増減額 (千円)	事業区分 (千円)			
					公益目的事業	共益事業	収益事業	法人管理費
1. 事業収入	1. 受託料収入	3,000	3,000	0	3,000	0	0	0
一. 負担金収入 (科目廃止)	一. 負担金収入 (科目廃止)	—	1	△1	—	—	—	—
2. 補助金等収入	1. 自治体等 補助金収入	251,148	251,148	0	251,148	0	0	0
事業活動収入計		254,148	254,149	△1	254,148	0	0	0

2. 会計間繰入金収入

大科目	中科目	予算額 (千円)	前年度予算額 (千円)	増減額 (千円)	事業区分 (千円)			
					公益目的事業	共益事業	収益事業	法人管理費
1. 会計間繰入金収入	1. 一般会計からの繰 入金収入	3,300	3,300	0	3,300	0	0	0
会計間繰入金収入計		3,300	3,300	0	3,300	0	0	0
事業活動収入・会計間繰入金収入合計		257,448	257,449	△1	257,448	0	0	0
当期収入合計 (参考)		257,448	257,449	△1	257,448	0	0	0

I 事業活動収支の部

3. 事業活動支出

大科目	中科目	予算額 (千円)	前年度予算額 (千円)	増減額 (千円)	事業区分 (千円)			
					公益目的事業	共益事業	収益事業	法人管理費
1. 事業費支出		258,204	258,469	△ 265	258,204	0	0	0
	1. 救急災害医療関係 費支出	257,252	257,659	△ 407	257,252	0	0	0
	2. 業務費支出	952	810	142	952	0	0	0
2. 管理費支出	1. 事務費支出	200	200	0	200	0	0	0
事業活動支出計		258,404	258,669	△ 265	258,404	0	0	0
事業活動収支差額		△ 4,256	△ 4,520	264	△ 4,256	0	0	0
当期収支差額		△ 956	△ 1,220	264	△ 956	0	0	0
前期繰越収支差額		956	1,220	△ 264	956	0	0	0
次期繰越収支差額		0	0	0	0	0	0	0
当期支出合計 (参考)		258,404	258,669	△ 265	258,404	0	0	0

平成24年度収益事業特別会計収支予算

I 事業活動収支の部

1. 事業活動収入

大科目	中科目	予算額 (千円)	前年度予算額 (千円)	増減額 (千円)	事業区分 (千円)			
					公益目的事業	共益事業	収益事業	法人管理費
1. 事業収入		223,298	220,349	2,949	0	0	223,298	0
	1. 賃貸料収入	131,104	127,415	3,689	0	0	131,104	0
	2. 手数料収入	89,734	89,924	△ 190	0	0	89,734	0
	3. 販売収入	2,460	3,010	△ 550	0	0	2,460	0
2. 負担金収入	1. 負担金収入	1,856	1,556	300	0	0	1,856	0
3. 特定資産運用収入	1. 特定資産利息収入	1	1	0	0	0	1	0
4. 雑収入	1. 雑収入	506	1,366	△ 860	0	0	506	0
事業活動収入計		225,661	223,272	2,389	0	0	225,661	0

2. 会計間繰入金収入

大科目	中科目	予算額 (千円)	前年度予算額 (千円)	増減額 (千円)	事業区分 (千円)			
					公益目的事業	共益事業	収益事業	法人管理費
1. 会計間繰入金収入	1. 一般会計からの繰入金収入	55,059	66,051	△ 10,992	0	0	0	55,059
会計間繰入金収入計		55,059	66,051	△ 10,992	0	0	0	55,059
事業活動収入・会計間繰入金収入合計		280,720	289,323	△ 8,603	0	0	225,661	55,059

II 投資活動収支の部

1. 投資活動収入

大科目	中科目	予算額 (千円)	前年度予算額 (千円)	増減額 (千円)	事業区分 (千円)			
					公益目的事業	共益事業	収益事業	法人管理費
1. 特定資産取崩収入		6,720	19,768	△ 13,048	0	2,167	4,553	0
	一. 職員退職給付引当資産取崩収入	—	763	△ 763	—	—	—	—
	1. 特別修繕積立資産取崩収入	6,720	19,005	△ 12,285	0	2,167	4,553	0
2. 預り金収入	1. 預り金敷金収入	1	833	△ 832	0	0	1	0
投資活動収入計		6,721	20,601	△ 13,880	0	2,167	4,554	0
当期収入合計 (参考)		287,441	309,924	△ 22,483	0	2,167	230,215	55,059

3. 事業活動支出

大科目	中科目	予算額 (千円)	前年度予算額 (千円)	増減額 (千円)	事業区分 (千円)			
					公益目的事業	共益事業	収益事業	法人管理費
1. 事業費支出		184,361	171,502	12,859	3,634	49,509	126,126	5,092
	1. 会館管理費支出	95,929	100,753	△ 4,824	0	34,466	61,463	0
	2. 保険事業費支出	12,847	11,715	1,132	0	0	12,847	0
	3. 販売事業費支出	2,195	3,501	△ 1,306	0	0	2,195	0
	4. 特定健診事業費支出	3,235	3,175	60	0	0	3,235	0
	5. 業務費支出	31,815	14,033	17,782	3,634	8,914	14,175	5,092
	6. 租税公課支出	38,340	38,325	15	0	6,129	32,211	0
2. 管理費支出	1. 事務費支出	3,183	32,800	△ 29,617	0	604	2,579	0
事業活動支出計		187,544	204,302	△ 16,758	3,634	50,113	128,705	5,092
事業活動収支差額		38,117	18,970	19,147	△ 3,634	△ 50,113	96,956	△ 5,092

4. 会計間繰入金支出

大科目	中科目	予算額 (千円)	前年度予算額 (千円)	増減額 (千円)	事業区分 (千円)			
					公益目的事業	共益事業	収益事業	法人管理費
1. 会計間繰入金支出	1. 一般会計への繰入金支出	14,104	27,861	△ 13,757	0	0	0	14,104
会計間繰入金支出計		14,104	27,861	△ 13,757	0	0	0	14,104
会計間収支差額計		40,955	38,190	2,765	0	0	0	40,955
事業活動支出・会計間繰入金支出合計		201,648	232,163	△ 30,515	3,634	50,113	128,705	19,196

II 投資活動収支の部

2. 投資活動支出

大科目	中科目	予算額 (千円)	前年度予算額 (千円)	増減額 (千円)	事業区分 (千円)			
					公益目的事業	共益事業	収益事業	法人管理費
1. 特定資産支出		60,000	60,001	△ 1	0	0	57,750	2,250
	一. 職員退職給付引当資産支出	—	1	△ 1	—	—	—	—
	1. 特別修繕積立資産支出	60,000	60,000	0	0	0	57,750	2,250
2. 固定資産取得支出		8,120	19,006	△ 10,886	0	0	5,953	2,167
	1. 施設設備工事支出	6,720	19,005	△ 12,285	0	0	4,553	2,167
	2. ソフトウェア開発支出	1,400	1	1,399	0	0	1,400	0
3. 預り金償還金支出	1. 預り敷金償還金支出	1	32	△ 31	0	0	1	0
投資活動支出計		68,121	79,039	△ 10,918	0	0	63,704	4,417
投資活動収支差額		△ 61,400	△ 58,438	△ 2,962	0	2,167	△ 59,150	△ 4,417

III 予備費支出

大科目	中科目	予算額 (千円)	前年度予算額 (千円)	増減額 (千円)	事業区分 (千円)			
					公益目的事業	共益事業	収益事業	法人管理費
1. 予備費支出	1. 予備費支出	57,877	40,182	17,695	△ 3,634	△ 27,103	57,168	31,446
当期収支差額		△ 40,205	△ 41,460	1,255	0	△ 20,843	△ 19,362	0
前期繰越収支差額		40,205	41,460	△ 1,255	0	20,843	19,362	0
次期繰越収支差額		0	0	0	0	0	0	0
当期支出合計 (参考)		327,646	351,384	△ 23,738	0	23,010	249,577	55,059

決 議

未曾有の大災害である東日本大震災、福島原発事故からちょうど一年が経った。多くの被災者は生活再建の目途が立たず焦りと不安を抱えたままであるが、明日への希望を捨てずに生き抜こうとしている。このような時こそ安心・安全な社会保障体制の構築が望まれる。

しかし日本の医療の根幹である国民皆保険制度は今や構造的にも財政的にも破綻の危機に瀕している。政府はその制度の欠陥の改革を先延ばしにし、崩壊を乗り越える将来のビジョンを国民や医療従事者に示さず、小手先の修正に終始してきた。ここに来て「社会保障と税の一体改革」を緊急課題に掲げ解決を模索してはいるが、実際には消費税の検討などは既に結論ありきであり、医療・介護などの社会保障を国民の目線で対話、協議する姿勢は微塵も見られない。さらに医療環境を激変させると考えられるTPP加盟問題にも何ら責任ある説明はない。

我々は本日、国民皆保険制度を守り、地域医療を立て直すために真摯に討論、協議を重ねた。その決議を内外に示すべくここに表明する。

記

- 一、 国民が等しく安心して医療を受けられる国民皆保険制度を堅持する
- 一、 経済格差にかかわらず医療を受けられるよう患者負担の軽減を要求する
- 一、 国民皆保険制度の崩壊を招くTPP加盟に反対する
- 一、 安定した財源に基づく高齢者医療制度の確立を要求する
- 一、 医療機関の経営を圧迫する控除対象外消費税の解消を要求する

平成24年3月11日

第137回北海道医師会定時代議員会