一般社団法人北海道医師会
第153回臨時代議員会

議決事項

平成31年3月17日、北海道医師会館会議室において開催した第153回臨時代議員会で議決した次の事項をご連絡いたします。

令和元年6月

一般社団法人北海道医師会 会長 長 瀬 清

議案第1号 平成30年度会費減免に関する件
議案第2号 当面の医療政策に関する件
議案第3号 代議員提出案件
第153回臨時代議員会を去る3月17日（日）、当医師会館8階会議室において開催した。
冒頭、本間議長により開会宣言があり、議事録署名人に坪俊輔代議員（胆振西部）、中島康雄代議員（旭川市）の2名を指名した。

長瀬会長挨拶

第153回北海道医師会代議員会開催に当たり、一言ご挨拶申し上げます。
代議員の皆様には、年度末何かとお忙しい中、また日々の診療でお疲れのところ、早朝よりご参集頂きありがとうございます。日頃北海道医師会の諸事業遂行に当たり大変ご尽力頂いておりますことに、心より感謝申し上げます。

辻副知事様におかれましては、年度末、この一年の総仕上げと新年度の準備に毎日大変なところ、ご臨席頂きありがとうございます。日頃、多くの問題を抱える北海道の医療に対し、適切なるご対応を頂き心から感謝を申し上げます。3月、4月は統一地方選挙で大変お忙しいことと思いますが、健康に十分ご留意なさってご活躍いただければと存じます。
後ほどご挨拶を頂きますのでよろしくお願い申し上げます。

昨年9月6日には、北海道ではかつて経験したことのない、内陸での大地震、胆振東部地震とその直後から全道域に及ぶ停電（ブラックアウト）に見舞われ、混乱を来しました。地震により多くの尊い命が失われ、心からお悔み申し上げます。また、帰る家をなくし不便な避難生活を余儀なくされている方々がまだ大勢おられます。一日も早い復旧が待たれます。医療上では人工呼吸器装着患者、また透析患者さん等への影響が心配されましたのが、関係の方々の素早いまた適切な対応で、大事に至らず安堵しました。ご尽力くださった方々に心から感謝申し上げます。
現地の被災者に対するDMAT、JMAT、ボランティア活動等も迅速に行われ、災害に対する意義の高さに感銘を受けました。
最近のわが国の災害頻度の増加を考えると、一般の方々の災害に対する備え、訓練を日常的に行わなければならないという思いを一段と強めました。貴重な経験でした。

本日の代議員会は、平成31年度会費減免の件についてお話しいたします。その後、平成31年度の事業計画ならびに収支予算案についての報告を行います。続いて、当面する医療政策についてご説明した後、皆様方のご意見をお伺いいたします。活発なご討論をお願いいたします。医師会の直面する問題は沢山あります。

医学医療の進歩と医療制度の整備と相まって、急速な寿命の延長が進んでいます。人生100年時代といわれ、社会保障も全世代型の制度が求められています。高齢者の急速な増加によって、医療の形も変化し、高齢者に特有の医療が求められています。終末期を迎えるにあたって、本人、家族、周囲の人々どのような接し方がよいか以前から問題になっています。昨年日本で開催されたSIMAAOの会議や横倉日本医師会長が会長を務めた世界医師会で、各国共通の問題として終末期医療が取り上げられました。日本でも終末期への対応をACP（アドバンス・ケア・プランニング=人生会議）とすることになりました。

超高齢社会が間近に迫り、昨年は第7次地域医療計画や第7期介護保険制度支援計画が新たに開始されました。医療・介護の連携と、地域解決型の地域包括ケアシステムの構築です。地域医療調整会議と北海道全体の調整会議が行われています。そのためには地域住民のコミュニケーションの場としての町内会組織の活性化も考えなければならなかったと思っております。

日本経済の立ち直りは、まだ不十分であり、医療機関も介護施設も拡大発展はむずかしく、継続、保持に苦心しています。先延ばしされていた消費税の10%へのアップが今年10月に施行と決まっております。消費税アップの医療への対応は、これまでと同様診療報酬で対応することになりました。医療の課税業種への変更など、要望にかなった根本解決とはなりませんでした。控除対象外消費税問題も合わせ今後も議論されなければなりません。
医師のみならず、多くの医療従事者の不足は深刻です。人口減少傾向の強い日本では、外国人の手を借りなければやっていかない時代になっております。

医師偏在も改善が見られません。厚労省の示す医師偏在指数によると、北海道は全国28位、医師少数区域11、多数区域は32区域です。それを解決すべく、平成31年4月施行の改正医療法に従って、医療対策協議会と総合保健医療協議会（総医協）と連携し対策を立てるとしています。そこで、2036年に医師需要を一致させたいとしております。

加えて、医療界の過重労働問題から発した働き方改革がどう決着するか問題です。専門分化等複雑多岐にわたり、簡単に解決しそうにはありません。働き方の規定によっては、夜間の急病対応、当直医問題、経費等病院の存続に関わって来ます。慎重な対応が必要です。

米国の大統領選挙を今年末に控えて、トランプ大統領はいろいろと策を巡らしていますが、北朝鮮、中国、ロシアとの駆け引きもあまり効を奏しておりません。米国内の混乱に加えて、欧州各国の政治、経済状況も不安定です。

ヨーロッパでもEUからの離脱を求めた英国はコントロール不能な状況で各国に混乱を与え、世界の経済状況に大きな影響を及ぼしています。早い解決が望まれます。

日本では、2020年の東京オリンピックの準備が急速に進められ、東京が大きく変わろうとしております。その後には大阪の世界博覧会が続きます。日本が世界平和をリードすることを願っております。

最後に、日々直面する医療上の問題解決にあたって、最も重要のは、医療者が心を一にして事に当たることであります。医師会の組織強化のため、みなさまのご協力を切にお願いし、開会にあたってのご挨拶といたします。

◇

長瀬会長挨拶の後、来賓の北海道・高橋はるみ知事（代理：辻泰弘副知事）から挨拶が
あった。
その後、議案審議に入り、議案第1号「平成30年度費減免に関する件」については、平成30年度に申請のあった申請者の費減免につき理事者提案のとおり承認された。
次いで、平成31年度事業計画ならびに平成31年度予算について、理事者からの報告の後、38ページから68ページに掲載のとおり承認した。
その後、当面の医療政策について、理事者よりそれぞれ「総論」（篠本常任理事）、「外国人医療対策」（伊藤常任理事）、「日医「医師の働き方検討委員会」- 時間外労働規制について-」（藤井常任理事）、「医師会が担う災害対策と課題」（目黒常任理事）について詳細に説明があり、最後に篠本常任理事より本代議員会の名において決議文作成の提案がなされた。
昼食休憩後、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を行った。

◇代表質問◇
1. 柿木滋夫代議員（後志ブロック）：
「医師の働き方改革について～地方の医療体制確保の観点より～」
（答弁：藤井常任理事）

2. 中島康雄代議員（道北ブロック）：
「在宅医療の充実に向けた取り組みについて」
（答弁：伊藤常任理事）

3. 大原正範代議員（道南ブロック）：
「南知籍に複数の災害拠点病院指定の必要性」
・関連質問「広域災害救急医療情報システム（EMIS）について」84番・今　真人代議員
（札幌市医師会）
（答弁：目黒常任理事）

4. 荒木啓伸代議員（中央ブロック）:
「控除対象外消費税問題について」
（答弁：岡部常任理事）

◇一般質問◇

1. 小嶋研一氏議員（余市医師会）:
「医療機関における年次有給休暇取得義務化について」
（答弁：藤井常任理事）

2. 多米淳代議員（札幌市医師会）:
「外来医師偏在指標による開業制限について」
（答弁：笹本常任理事）

3. 加藤文博代議員（札幌市医師会）:
「医師法21条の解釈通知について」
・関連質問「異状死体の定義について」84番・今真代議員（札幌市医師会）
（答弁：青木常任理事）

4. 立花啓代議員（札幌市医師会）:
「新専門医制度と医師の長時間労働について」
・関連質問「総合診療医について」94番・小嶋一氏議員（札幌市医師会）
（答弁：小熊副会長）
■総論（篠本洋一・常任理事）

「1．総論」は私から、ついで、「2．外国人医療対策」は伊藤常任理事から、「3．日医『医師の働き方検討委員会』－時間外労働規制について－」は藤井常任理事から、「4．医師会が担う災害対策と課題」は目黒常任理事から、それぞれ説明する。

それでは、「総論」を説明する。

今国会の安倍総理の施政方針演説では、全世代型社会保障への転換を大きく取り上げた。初めに、児童扶養手当の増額、給付型奨学金の創設、保育の受け皿整備を取り上げ、教育の無償化について説明した。

一億総活躍の項目では、女性活躍推進法の改正、パワハラ防止を義務づけ、働き方改革の推進、罰則付き時間外労働規制の施行などに言及している。

更に全世代型社会保障の項目で、介護離職ゼロをはじめ、勤労統計不適切調査の不足分の支払い、消費税率１0％への引き上げ、2兆円を教育無償化に振り向け、軽減税率の導入、プレミアム商品券の発行、キャッシュレス決済のポイント還元などの説明があった。

「平成３１年度一般会計歳出・歳入の構成」では、既に衆議院を通過し、今年度中に成立する。通常分に加え、臨時・特例の措置が含まれる。臨時・特例の措置とは、中小売業者へのポイント還元、低所得者子育て世代へのプレミアム商品券、防災・減災、国土強靭化などである。一般会計歳出が101兆4,500億円で、社会保障関係費は34兆円となり、前年よりも約1兆円の増加である。

平成31年度予算のポイントは、安倍首相の公約である全世代型社会保障制度への転換に向け、消費税増税分を活用した幼児教育の無償化と社会保障の充実である。次に、消費税引き上げによる経済への影響の平準化に向け、施策を総動員するとしている。最後に、財政の健全化のため、歳出改革の取り組みを継続するとして、社会保障関係費は、高齢化による増加におさめとして、前年の5,000億円を下回るプラス4,774億円になった。7月の閣議決定の概算要求では、プラス6,000億円の要求増であった。

2019年度消費税増収額計は、軽減税率による減収分を考慮しないと10兆3,000億円となる。その使い道は、基礎年金国庫負担割合の2分の1に3兆3,000億円、社会保障の充実に2兆1,700億円、この中に医療・介護の充実などが含まれる。消費税率引き上げに伴う社会保障費4経費の増に4,700億円。この中に、診療報酬、介護報酬などの消費税増加の分の補填が入る。
中医協総会が根本厚生労働大臣に、消費税率引き上げ後の診療報酬改定を答申した。
消費税率２％分の引き上げに対し診療報酬で補填措置を講じるもので、本体プラス0.41％、医科プラス0.48％となった。今回、2014年度改正での消費税率5％から8％への補填分をリセットし、直近の通年実績NDBデータなどを考慮して、基本診療料へ5％から10％への対応分を乗せすることである。その結果、診療所は初診料、再診療、有床診療所入院基本料等を引き上げる、病院は初診料、再診料の引き上げ、残りの財源により入院料等を引き上げるものとし、各項目の点数が公表された。日医は、診療報酬による補填の継続的検証と必要に応じた見直しを強く求めている。
経済財政諮問会議と閣議で、「新経済・財政再生計画改革工程表2018」が承認された。社会保障では61項目が含まれた。予防・健康づくりの推進、多様な就労・社会参加、医療・福祉サービスの改革などの項目があり、ACP、地域医療構想、都道府県知事の権限、高額医療機器、医師養成、医師の働き方改革、地域独自の診療報酬などが含まれた。給付と負担の見直しには、外来受診時定額負担、保険給付率と患者負担率の項目があり、前回の再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進も併せて決定された。
医療法及び医師法の一部を改正する法律が本年4月より施行される。改正の趣旨は、地域間の医師偏在の解消を通じ、地域における医療提供体制を確保することであるが、医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設、都道府県における医師確保対策の実施体制の強化、医師養成過程を通じた医師確保対策、地域の外来医療機能の偏在、不足等への対応などがある。その結果、2018年度中に医師偏在指標を設定し、2019年度中に医師確保計画及び外来医療計画を策定することになる。
第29回医師会総会会で、第4次中間取りまとめ（案）が座長預かりとして承認された。「はじめに」の中で、平成31年4月に施行される改正法の医師偏在指標の算出方法や諸制度の設計の詳細等を取りまとめることとなっている。検討にあたり留意すべき事項には、地域医療構想と並んで医師の働き方改革を取り上げている。特に医師需給推計は、医師の働き方改革の結論を踏まえ、再度推計すべきであるとしている。検討の結果、医師偏在指標が示された。地域ごとの医師の多寡を全国ベースで客観的に比較・評価することが目的で、医療ニーズ及び将来の人口・人口構成の変化、患者の流出入、へき地等の地理的条件、医師の特性・年齢分布、医師偏在の単位等の5要素を考慮したものである。医師少数スポットを都道府県知事が定めて、医師少数区域と同様に取り扱うとした。診療科別の医師偏在は、周産期医療、小児医療は現時点で整理することになった。医師偏在は正の目標年は、地域枠・地域出身者枠の増員等の効果が出る2036年とすることにした。医師
少数区域と医師多数区域を定めるものとして、医師少数三次医療圈の下位は３３．３％、医師多数三次医療圏の上位は３３．３％とした。全国に３３５ある二次医療圏は、医師少数区域が下位３３．３％、医師多数区域が上位３３．３％とした。上位３３．３％の北海道の二次医療圏は、南渡島、札幌、上川中部の３ヵ所である。医師確保計画では、医師の少ないところは、医師の多いところから医師確保を図り、医師の多いところは、他の区域から医師確保を行わないこと、二次医療圏は、実情に合わせた適切な判断を可能とされた。

医学部における地域枠・地元出身者枠の設定は、手挙げ方式は認めず、臨時に定員に係る地域枠は、「別枠方式」しか認めないものとしている。診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの明確化は、診療科ごとの医師の需要を決定する代表的な疾病・診療行為を抽出、診療科と疾病・診療行為の対応表をつくり推計する。現在の医療の姿を前提としてのもので、診療科ごとの現在の医師数と勤務時間を踏まえ、働き方改革による時間外労働規制の結果から、必要医師数を算出することとした。日医総研は、三師調査をそのまま活用することの限界を指摘している。地域における外来医療機能不足・偏在等への対応として、外来医師偏在指標を定義して、上位３３．３％を外来医師多数区域と設定し、都道府県のホームページに情報を掲示、併せて開業資金を調達すると考えられる金融機関等にも通知するとした。上位３３．３％の北海道の二次医療圏は、札幌のみである。外来医師多数区域の新規開業希望者に対しては、在宅医療、初期救急、公衆衛生等を求めめる。開業届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことに合意する旨を記載する欄を設ける。外来医療機能の方針に従わない場合は、協議の場への出席要請を行う。臨時の協議の場の協議結果を公表として、新規の開業に附帯事項をつけたものとなっている。医師が少ない地域で勤務のインセンティブとなる認定制度を策定することになり、医師少数区域等における医療の提供に関する知見を有するために、必要な経験を有する医師を認定することにした。いずれも医師の勤務地の変更、新規開業等に何らかの制約を加えるべきものとなっている。

北海道の二次医療圏ごとの医師偏在指数では、あくまで厚生労働省が機械的に推計したものであるが、３ヵ所が医師多数区域（黄色）、１１ヵ所が医師少数区域（青色）に該当する。

北海道の将来必要な医師数の見通しのたたき台では、あくまで厚生労働省事務局の機械的な計算値で、しかも暫定値であるが、仕事量から計算した現在の医師数（黄色）、将来医師過剰と示された診療科（青色）で見ると、皮膚科、精神科、耳鼻咽喉科、精神科は過剰と示された。各地域の実感と乖離しているのではないかと思う。
厚生労働省は、医師の働き方改革に関する検討会で提案を行った。一般則として、労働時間規制の原則は、時間外労働のない週４０時間の労働である。時間外労働の上限は、原則月４５時間、年間３６０時間になる。一方、医師の時間外労働時間は、2024年4月以降に適用される。その際、3つの区分され、Aは診療従事勤務医の適応が年960時間、Bは地域医療確保一部会計の外用が年1,860時間、Cは一定期間集中的に技能向上のための診療が必要な場合、年1,860時間とした。上限水準は、違反した場合に罰則が付与、6ヶ月以下の懲戒または30万円以下の罰金がある。医師の働き方改革は、新医師臨床研修制度、新専門医制度に並んで地域医療に大きな影響を及ぼす危険性がある。

遠隔診療・オンライン診療について、厚生労働省は、オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会において、現行指針の不明確な点を整理、明確化した。オンライン受診勤務と遠隔健康医療相談等の整理や対面診療との組み合わせ等の原則の例外の検討、同一医師による診療原則の例外の検討、オンライン診療を実施する医師の研修必修化などである。不適切事例が発生しており、初診からオンライン診療を実施してED薬を処方したり、医師以外の人物が画面で対応、などの報告があった。

全国厚生労働関係部局長会議で、地域医療構想に関して説明があった。2018年度中に、全ての公的・公的医療機関等の具体的方針について、地域医療構想調整会議における合意形成に至るよう協議を徹底すること。具体的対応方針の協議にあたっては、構想区域の医療需要や現状の病床稼働率、民間医療機関との役割分担などを踏まえ、公立・公的医療機関等でなければならない分野への重点化すること。

経済財政諮問会議で、地域医療構想の実現について、2017年、2018年度の集中的な検討の成果を検証するよう指示があった。

地域医療構想に関するワークショップグループで、病床現状報告の「稼働病床数」が、病床利用率とのギャップが大きいために廃止し、建て替え時期の目安になる「病棟ごとの築年数」の追加が決まった。

訪日外国人に対する医療の提供に関して、厚生労働省の訪日外国人旅行者等に対する医療の提供に関する検討会で協議が行われている。対象は、訪日外国人旅行者で、居住者は対象外である。外国人患者に対する医療提供体制等の整備、トラブル発生時のワンストップ窓口の整備などが示された。

受動喫煙対策を含む健康増進法の一部を改正する法律が成立した。基本的な考え方なり、「望まない受動喫煙」をなくすこと、受動喫煙による健康影響が大きい子供や患者等に特に配慮すること、施設の類型・場所ごとに対策を実施することである。多数の者が利用す
る施設等における喫煙の禁止のため、施設内禁煙の第1種施設と原則屋内禁煙の第2種施設に分けられる。第1種施設は、病院、診療所、学校などである。第2種施設は、事業所、工場、ホテル、旅館、飲食店などである。経過措置として、既存の経営規模の小さな飲食店は、掲示により喫煙が可能であるが、その後20歳未満の入室は禁止となる。

成育基本法、脳卒中・循環器病対策基本法が成立した。「成育過程にある者及びその保護者並びに妊娠婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律」で、成育過程にある者及びその保護者並びに妊娠婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策を総合的に推進することが目的で、今後、成育医療等基本方針の策定、成育医療等協議会の設置などが行われる。「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病にかかる対策に関する基本法」は、脳卒中、心臓病その他の循環器病の予防に取り組み、国民の健康寿命の延伸等を図るもので、今後、循環器病対策推進基本計画の策定、循環器病対策推進協議会の設置などが行われる。

TPP 11（包括的及び進出的な環太平洋パートナーシップ協定）が成立した。経済財政諮問会議では、TPPにおける日本が主導する21世紀型ルールの例として、知的財産や紛争処理、投資などを評価した。一方、TPP 12から米国が離脱したことで、TPP 11に凍結項目を設けた。ISDSの投資許可・投資の合意関連規定、政府調達の参加条件・追加的交渉、知的財産の内国民待遇、特許対象事項、審査遅延に基づく特許期間延長、一般医薬品データ保護、生物製剤データ保護、著作権等の保護期間、医薬品・医療機器に関する透明性などである。今後、米国が再帰した際に再交渉することとなっている。

北海道医師会は会員の皆様とともに国民、道民に安全で安心な医療を提供する体制の構築に協力してまいります。今後も皆様のご指導、ご鞭撻をお願いして、総論の説明を終わる。

■外国人医療対策（伊藤利道常任理事）

日本医師会の外国人医療対策委員会は、平成30年度に発足したが、このたび中間答申（案）が出されたので、これに基づき少々解説したい。

これは、以前の代議員会でもお示したが、厚生労働省による「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に向けた総合対策概要」である。

中間答申（案）の目次で、「1」共通とは、訪日外国人、在留外国人に共通した項目で、「2」は、訪日外国人に対する項目であり、「3」は、在留外国人に対する項目であるが、「3」は時間の関係上、本日は省略させていただく。

「1」共通の項目、日本の医療提供体制の周知では、外国人患者を受け入れる医療機関
への支援や、認証・推進・登録は、複数の省庁・団体が行っている。例えば、観光庁の訪日外国人旅行者受入医療機関リスト、厚生労働省の外国人患者受入れ環境整備推進事業、一般財団法人日本医療教育財団の外国人受入医療機関認証制度、いわゆるＪＭＩＰなどがいる。メディカル・エクセレンス・ジャパンのＪＩＨは、医療目的の渡航者、いわゆるメディカルツーリズムなので、少し性格が違う。これらの情報は一元化されておらず、分かりづらいとの批判がある。これらのリストについては、外国人患者、一時対応者、主にホテルなどの従業員、それから医療機関がどのリストを参照したらよいかを整備する必要があると指摘されている。また、リストに掲載された医療機関には、大小さまざまなが、特に中小の医療機関が現場で十分に対応するためには、個々の医療機関の自労努力に任せるだけでなく、公的な支援が必要と考える。

次に、入国前の対策については、訪日外国人的保険加入率は73%と報告されているが、更なる加入率向上が必要と考えている。入国前、移動中、入国後のあらゆる機会を捉えて加入勧奨を行う必要がある。

次に、多言語対応について、厚生労働省は、外国人患者受入れ環境整備推進事業、医療通訳者、コーディネーターの配備による拠点病院構築や団体契約を通じた電話医療通訳の利用促進事業を通じて支援を行っている。本事業は、厚生労働省のモデル事業であるが、今後これを全国に広めるよう支援を更に拡充する必要があると考える。厚生労働省で出している外国人向け多言語説明資料が同省のホームページに載っているが、本日は英語版だけを提示した。また、民間のNPO法人、AMD A国際医療情報センターでは、一般的な病院での外来診療の流れや、診療の申込書を無償で提供している。

観光庁は、外国人に対する利用ガイドとして、自分の症状を指し示せるシートをホームページで公開している。通訳に関しては、機械通訳ポケットクや電話通訳、通訳者による医療通訳などがあるが、医療機関や状況に応じて、どの通訳を使うべきか整理が必要と思われる。

次に、入国後の対策では、医療提供体制について、厚生労働省は、外国人患者の受入れ拠点となる医療機関の選定を進めることを検討している。この受入れ拠点は、以下の2種類の医療機関を予定している。1番、都道府県単位の「重症症例を受入可能な医療機関」、2番は、二次医療圏単位の「軽症例を受入可能な医療機関」である。これは道が選出することになっており、恐らく道から近々各医療機関に案内が届くと思うが、その際にはご協力願いたい。

次に、地域における外国人医療対策協議会の設置で、地方自治体における外国人患者受
入れ体制についてのアンケートの結果であるが、余り把握していないというところが多い、あるいは拡充が必要と考えているが25％と少ないという結果であった。しかし、北海道では、道がよく把握しており、会議も3回目が来週行われる予定となっているので、北海道においては余り問題はないと思われる。

次に、外国人に対する医療に関して相談を受けるワンストップ窓口は、厚生労働省としては都道府県に1つ設置するとしており、医療機関からの相談を一元化し、経験を蓄積するべきである。窓口の機能については、外国人に対する医療を紹介するほか、国内では稀な感染症等の症例について、適切な医療機関への相談を仲介する仕組みが必要と考えている。訪日外国人の中には、日本では発症頻度が極めて低い、もしくは発症事例がない感染症に罹っている場合がある。これを一般的な医療機関が診断することには限界があるので、国や感染症の専門家から直接助言をもらうような相談システムを構築する必要があると考えている。

次に、人材育成では、医療従事者に対しては、外国人医療に関する講義・研修を、医学、看護学の教育カリキュラムに入れるべきである。また、医師の卒業教育においても、外国人に対する医療提供について教えていくべきと考えている。医師会や医師会等の養成についても、言語だけでなく医療制度、対応言語が文化・社会背景の知識、職業倫理など、専門的な人材の育成が重要である。医療コーディネーターの養成については、まだいかなる役割を果たすのか、明確でないところがある。定義を明確にしてから養成事業を支援する必要があると考えている。

マニュアルについて、厚生労働省は、医療機関及び都道府県向けのマニュアルの作成を検討している。マニュアルは、各医療機関にとって参考になるような取り組みを、今年度内に作成すると一応説明されているが、まだ完成していない。

次に、訪日外国人のみに対する項目であるが、入国前の対策として過去に、多額の不払い・未払いがある方を入国したいという場合において、それを制限するという考えが示されている。日本入国後については、円滑な支払いの支援として、クレジットカードによる支払い方法のキャッシュレス化が有効である。日本医師会は、キャッシュレス推進協議会の社員として参画しており、2019年度には、医療のキャッシュレス化を検討するプロジェクトが立ち上げる予定である。

次に、外国人は日本における自由診療の相場を知らないことが多くある。そのため、治療前に診療費の相場感を見せる必要がある。医療機関の中には、自由診療における価格提示に慣れていないところもあり、このような医療機関のために、疾患別におおよそその費用
を示したひな型を出すことが有効であると考えている。
出国後の対策、訴訟リスク、例えばアメリカ人であれば、アメリカで裁判を起こされる
と、そこで行かなければならないという多大な労力がかかるので、裁判で訴えられた場合
に日本で裁判を行うということを契約条件に、それがどこまで効果があるかは疑問ではあ
るが、それを入れることが一つの対策であるということが示されている。
以上、いろいろと述べたが、外国人医療対策については、問題点の整理が終わったとこ
ろであり、これから実際の事業に取りかかるところである。
最近、日本医師会誌第3月号（2019年3月1日発行、第147巻・第12号）で、「訪日・在留
外国人の診療」が特集として掲載された。この巻頭の座談会で、北大の宮本清博教授（北
大病院長）も参加されている。また、この座談会で、先ほど延べたAMDA国際医療情報
センターの小林光幸先生は、栗山出身の方ということであるが、次のように発言されてい
るので、最後にご紹介したい。
「最終的に、何が問題かというと、今の日本の医学教育、看護教育には、外国人患者を
どうやって診ていくかという視点が全くないことである。これから定住、永住する外国人
が増えることが予想され、外国人をどのように診ていくかを医学教育の中に、あるいは研
修医の研修の中に入れるなど、制度として確立すべきだと思います。」という発言が掲載
されていたが、私もそのように思う。
■日医「医師の働き方検討委員会ー時間外労働規制についてー　（藤井美穂常任理事）
日本医師会「医師の働き方検討委員会」委員として、前回の代議員会で中間報告した以
外の時間外労働規制の問題を中心に報告する。
平成28年12月、厚生労働省医政局が実施した、厚生労働科学特別研究「医師の勤務
実態及び働き方の意向等に関する調査」の結果が平成29年4月に報告された。それによ
ると、病院勤務医の約1割にあたる約2万人のうち「年間勤務時間2,880時間を超えの
病院常勤医が3,200人いる」とされている。時間外上限は、親会議の厚生労働省「医
師の働き方改革に関する検討会」から「年間1,860時間」と提示されたが、それ以上
の時間外勤務をしている病院勤務医が約2万人いる。この1,860時間以上の時間外勤
務をしている方たちを、何とか960時間以下にしなければ医師の健康を守ることはでき
ないということで、「2024年とその後に向けた改革のイメージ」のスキーマが示され
た。
地域医療確保指定特例水準を超える年間の時間外勤務時間が1,860時間を超えると
推定される医師がいる病院の割合が、全体では２７％、大学病院では８８％、救急機能を
有する病院では３４％、そして、その中で救命救急機能を有する病院では８４％であり、
救急車受入件数が年間1,000台以上の病院は５２％である。大学病院で８８％という
数字が出ているのは、大学附属病院での勤務だけではなくて、本日の代表質問・一般質問
にもあるように、地域の救急医療や当直などを担っているのが主に大学病院の医師である
ことがこの数字を押上げている。

「(A)・(B)の上限水準に極めて近い働き方のイメージ」では、医師の健康を守るため
に最も重要な因子として睡眠時間の確保が挙げられている。9時間インターバルを取るこ
とにより、この確保が得られることが分かっている。時間外労働が年960時間、週20
時間の働き方の（A水準）と、時間外労働が年1,800時間程度、週38時間の働き方
の特例水準（B水準）の働き方のイメージが示されている。両者とも週1回の宿直許可
がない当直を含む週6日勤務、当直明けは昼まで、おおむね4週6休に相当の年間80日
程度の休日を前提として推定されている。

「病院勤務の週勤務時間の区別割合」では、医師の勤務実態の約10％の医師の働
き方を主に解決していかなければならないとしている。「時間外労働上限規制の枠組み全
体の整理」では、36協定を自身で理解しておらずチェックもしていない医師がまだ
まだ多く、A水準、B水準、C水準に区分された病院の医師たちが、それぞれ36協定を
結んで働くことが可能である時間数を表している。しかし、36協定を結んでも超えては
いけない時間外労働の上限時間がこの表の下段に記載されている。

「医師の時間外労働規制について」の資料では、1ヶ月45時間の時間外が一般則であ
り、医師の場合は2024年4月以降、A、B、Cに分類された時間外労働規制になって
いる。Aは診療従事勤務に2024年度以降適用される水準であり、これは960時間
以下である。Bは地域医療確保特例水準と言う、都道府県がその病院を特定して、地
域医療を守るためにBの中に分類すると許可された医療機関で1、860時間。集中的な技
能向上水準のC－1は、初期研修医あるいは専攻医が研修プログラムに沿って基礎的な技
能や能力を取得するために適用される施設。医籍登録後、専攻医が終わった臨床従事6年
目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野、ここで勤務する場合にはC－2に分
類され1、860時間。Bと同様に都道府県がその施設を定める。2035年以降には、
Bは消えて、AとCだけが残り、さらにCの1、860時間を960時間に近づける努力
が求められることになる。

Cの初期研修医と医籍登録後の臨床経験6年以上の医師に対して示している「集中的技
能向上水準の適用フロー」では、B水準と同様に都道府県が医療機関を特定しなければならない。対象業務については、必ず36協定を締結し、臨床研修に関わる業務、高度特定技能育成に関わる業務として位置付けられる。

「緊急的な取組」の徹底に向けて求めた項目がまだ未実施である病院については、2019年度中に都道府県医療環境改善支援センターが全件、個別に状況確認を行い、必要な対応を求めていくとされている。要点は3つあり、労働時間管理の適正化に向けた取組では、また客観的な時間管理ができていない、検討に着手していない病院が39.2%であること。2点目は、36協定等の自己点検をまだ実施していない、あるいは予定していない施設が26.7%であること。3点目は、既存の産業保健の仕組みの活用に着手していない病院が46.7%であること。この3点に関しては、勤務環境改善支援センターの介入と労働基準監督署が既に監督指導入っている施設があるので、個々の病院きちんと対応していかなければならないところである。

「特定の医師個人への負担の固定化を防止するために」では、B水準の病院に指定されている医療施設で、特定の医師に個人的に負担がかかってくることを防止しなければいけないとされている。

「想定される働き方の変化のイメージ（勤務医からみて）」では、個々の病院でタスクシフトを、地域医療の提供体制の機能分化や連携をすることで、業務を短くする努力が求められる。なかなか解決ができない場合には、健康確保措置の確実な実施、勤務間インターバルが必要になり、医師による面接指導、就業上の措置としてドクターストップをかけていかなければならないとされている。想定される働き方のイメージは3点あり、連続勤務時間制限が28時間とインターバル9時間確保による休息の確保、しっかりと睡眠時間を取ること。2番目は「緊急的な取組」で求めているタスクシフティングを必ず行い、医師は医師でなければできない仕事に集中すること。3点目は、労働時間管理がきちんと行われ、時間外勤務時間がきちんと支払われるようになること。この3点を管理者は铭记しておかななければならない。

3月13日の厚生労働省の医師の働き方改革に関する検討会では、そろそろ結論が出始める。厚生労働省は、医師の働き方改革を議論する有識者検討会に対し、2024年4月から勤務医に適用される罰則付きの残業規制について、地域医療を担う特定の病院の医師や臨床研修医の最長上限を「年1860時間」などとすることを柱とした最終報告書案を示した。検討会は是非を議論し、3月中に結論を取りまとめて、今年度中に最終結論
を出す見込みである。

日本医師会では、「医師の働き方検討委員会」に参画している全国社会保険労務士連合会の協力を得て、医療機関向け法改正解説リーフレット「働き方改革法改正で何か変わるの？」を作成した。この中で、「Check 3、時間外労働の上限規制が定められます」の下に「※医師については2024年4月に適用」とある。「医師や看護師を含めすべての職員が年次有給休暇を年5日以上取得している」、「年次有給休暇と日や残日数を職員ごとにきちんと管理している」等、それぞれ職員たちが自己チェックできる内容になっている。このリーフレットは、日本医師会のホームページよりダウンロードできるので個々チェックをお願いしたい。

■医師会が行う災害対策と課題（目黒晴一常任理事）

まずもって、昨年9月6日に発生した熊本県東部地震において犠牲になられた43名の方々に哀悼の意を捧げるとともに、被災された多くの皆様に心からお見舞い申し上げる。

日本は、全国共通の公的医療保険制度と、各地域の特性に応じた医療体制で地域医療が提供されているが、大災害はこれらの地域医療を破壊する。復興には、医療関係者の力が必要になる。

医師会は、全国に縦密なネットワークを持ち、垂直な三層構造の組織を生かした災害対策が可能である。また、全ての地域に医師会は存在し、多様性を持つ会員が医師、都市医師会で地域に密着して被災者のケアをすることが可能である。日本医師会は政府機関との調整を行い、北海道医師会は道府との調整や被災地支援の橋渡しを行う。

医師会の災害対策は、災害への備えから始まり、発災後は各種支援を通じて被災地に地域医療や地域包括ケアを取り戻すことにある。

東日本大震災に際して、日医は先陣を切ってJMA T活動を行うなど、被災地への医療支援を実行したが、この活動が高く評価され、平成26年8月1日に災害対策基本法上の指定公共機関に指定された。
なお、道医と道内都市医師会も既に指定を受けている。したがって、災害への体制づくりは、発災時の応急対策や復旧活動が義務とされている。

道医の近年の災害対応は、平成23年の東日本大震災と平成28年の熊本地震でのJMA T活動である。いずれも医療支援を行った。派遣チーム数は、東日本大震災ではJMAT12機関18チーム、JMAT II 6機関7チーム、熊本地震JMAT3機関3チームである。
平成30年9月6日午前3時7分に厚真町を震源とする最大震度7の地震が発生し、しかもブラックアウトが起きた。これにより初めて被災地としての災害対応を経験した。

発災から約3時間後に北海道医師会館に災害対策本部を立ち上げた。翌日の昼には、JMATの派遣について、北海道DMAT調整本部と打ち合わせを行い、正式に派遣要請を受け、これを受諾した。同日の15時に先遣JMATとして、長瀬会長、私、事務局員の3名で被災地の自治体を所管する苫小牧市医師会等を訪問し、情報収集に当たった。その結果、午後11時近くにJMATの登録と派遣依頼を発信した。以後、JMATの派遣を実行し、9月20日の災害救助法の適用期間終了に伴って活動を終了した。

実際に活動していただいたチームをお祝し、改めてご協力に感謝申し上げる。また、他に参加の意思表示してくださったチームもあったが、災害救助法の適用が9月20日で終了したために派遣に至らなかったが、心から感謝申し上げる。（実際に活動したチームの派遣カレンダーを表示して）日本静脈学会のチームは、9月23、24日にも活動していただいた。

地域の医療機関がいつ診療を再開するかで、地域の災害拠点病院の負担が大きく変わる。地域の一般医療機関が早期に診療を再開できても、住民への情報が伝わらないと混乱は回避できない。小樽市の実例では、3月2日に小樽市で開催された北海道救急医療フォーラムで、地域のコミュニティーであるFMおたるが不眠不休で放送を続けた結果、住民に感謝されたと報告された。

今回の震災で明らかになった課題を挙げる。

まず、派遣されたJMATチームを統括する組織が必要である。現地に参集する他の組織との調整も重要である。

現在も実施しているが、JMAT研修の更なる充実も求められる。また、広域災害救急医療情報システム「EMIS」の意義や機能の周知徹底も必要である。更に各統合からの連携や連絡体制の確立も重要である。現在、当会では、災害に適用する救護活動指針を作成中であり、次年度中にはお示ししたい。

統括JMATの構成やその役割をまとめたので後ほどご覧いただけたい。

先ほど申し上げたEMISについて若干触れ、被災地内の医療機関の被災状況を把握する、または発信する重要な手段である。坂神・淡路大震災後に整備された。ある先生によれば、これは被災医療機関の叫びであると表現されている。

震災では、病院と有床診療所が登録されている。なお、希望する無床診療所も登録参加が可能であるが、希望しないところを自動的に登録すると大きな問題が発生する。道内に
は無床診療所が２, 900以上もあり、これらを全部発災時に全て確認するようにと、膨大な人手と時間を必要とするので、やむを得ず制限させていただいている。発災後のEMISの入力率の推移では100％になるまでに5日間かかっており、2, 900の無床診療所が加わるとどうなるかは理解いただけると思う。

このため、入力方法の周知が課題であり、当会や行政では研修会を開催して周知を図っている。

平時連携や連絡体制の構築では、平成29年5月に災害時の要となるべき災害拠点病院の認定要件が改正され、業務継続計画（BCP）の策定と被災想定下の院内及び医療機関との訓練が義務化された。この機会に地域での連携構築を検討すべきと考えている。実際に小樽市立病院では、今回の震災の直前に小樽市医師会や行政との連携訓練を実施し、本番では混乱なく対応できたとのことである。

災害には、普段からの備えが重要になる。発災直後には、自分たちで助け合う自助や共助は大切であるが、顔の見える関係が最も有効である。災害時の連絡方法や参集場所を決めておくのも一法である。

今年になり巨大地震の発生予想が発表された。全国では南海トラフ地震が、北海道では道東地域での巨大地震が危惧されている。今回の胆振東部地震では、予想発生率が高い地域だったにもかかわらず大規模地震が発生した。国内で安全な地域はないと考えるべきである。

各都市医師会でも早めの対策の立案が求められている。道医でも研修会の企画や情報提供を積極的に行ってまいりたい。

◇代表質問◇

1. 柿木滋夫会議員（後志ブロック）：医師の働き方改革について～地方の医療体制確保の観点より～

2018年6月29日、働き方改革関連法案が国会で成立し、2019年4月から順次労働基準法をはじめとする関連法令の改正が施行される。厚生労働省においても「医師の働き方に関する検討会」を立ち上げ、主に労働時間の把握、長時間労働の是正、時間外労働時間の上限の設定等について議論されている。

先ほど藤井会長のほうからもお話があったと思うが、いわゆる兼業、副業（アルバイト）も勤務時間として通算されるとの厚生労働省の見解が2019年1月21日に示され
ている。

このことに関して大阪府からは、2次医療機関の多くが非常勤医師に依存している実態が報告され、特に夜間救急医療を支える当直医師のうち、大学病院から派遣されている非常勤医師の割合が約40％で、医師が比較的多いとされている大阪圏でさえ、夜間救急の多くの部分が大学病院の非常勤医師に支えられており、非現実的な労働時間の上限設定は非常勤医師派遣の大幅な減少を招き、患者の生命に直接関わることが予想される。

小樽市夜間急病センターにおいては、内科、外科ともに18時から翌日7時まで開設し、深夜帯においては100％大学医師及び勤務医師の派遣で成り立っている。仮に連続勤務時間28時間以内、勤務間インターバル9時間以上、時間外労働1,900から2,000時間、これが1,860時間となりそうであるが、大学医師及び勤務医師の当センターへの派遣が難しくなることが予想される。

実際、全国医学部長病院長会議では「大学病院の医療に関する委員会」があり、そこでは翌日の大学病院での日勤に組み込めなくなるため、大学病院の医療提供体制にも大きな影響が出る恐れがあり、速達に時間短縮の議論を進めるべきではないという指摘もある。

小樽市夜間急病センターにおいても、専従の医師を見つけることもなかなか困難であり、今と同じ体制で維持しようとすると、開業医師のサポートが必要となると考えられる。しかし、当医師会員の年齢も多分に漏れず高齢化されており、長期的な維持・サポートは困難になるのではないかと考えている。実際、当小樽後志二次医療圏域においても既に地域医療を守るために、夜間・休日救急の対応に郡市医師会が出向して維持している地域があるという現実もある。

現在、厚生労働省の検討会では、救急は地域医療システムで対応すべきとの意見もあるようだが、そのような検討をせずに、現実にそぐわない医師の配置が行われているように思っており、現実に施行される一方、地域医療の崩壊が懸念される。

以上のことについて、北海道医師会はこの問題についてどのようにご意見をお持ちであるか伺いたい。

■藤井常任理事：柿木代議員のご指摘のように、医師が働き方改革により連続勤務時間28時間以内、勤務間インターバル9時間以上、時間外労働時間の暫定値が1,860時間となった際、大学よりの医師の派遣が大幅に減少し、地域医療の存続に危機的な打撃となると懸念される。

北海道医師会としても重く受け止め、私が参画している日医「医師の働き方検討委員会」でも都道議論となっている。小樽市夜間急病センターのケースのように、大学の医師が地域の医療機関へ派遣などを行った際の労働時間の取り扱いについて、厚生労働省より合算扱いとの発言があった。

副業の場合の合算の仕方について、派遣元である大学が被ることになるのではないかと
予測されるが、副業・兼業の取り扱いについては、厚生労働省労働基準局が昨年7月より、「副業・兼業の場合の労働時間管理の在り方に関する検討会」を立ち上げ、最終取りまとめは今夏を目指している。

本格的な対策は、その検討会の結論待ちとなるが、道医としても医療機関自身も変化していく必要があるのではないかと考えている。そのため、引き続き道内の急病センター関係者による運営上の問題点や今後の課題について意見交換を行う連絡会の開催、地域の救急医療体制の守るために、一般住民と医療関係者による救急医療フォーラムを開催し、救急医療機関の適切な利用について啓発する。

北海道の地域医療を守るために、勤務医、開業医、大学教員も含め、道内全ての医師が貢献すべきと考える。

地域の診療所の先生にも、地域中核病院の診療に参画していただくとともに、私見ではあるが、都市病で定年を迎えた医師や、医師養成の場での指導キャリアの長い大学教員にも地域医療に貢献していただく仕組みの構築などを関係機関と協議を始められないかと考えている。

更には、日本医師会と連携しながら、地域医療に対する貢献が大きい大学所属医師の副業時間の非カウント化の提案をしていきたいと考えている。

小樽市医師会におかれても、地域住民の方々への適正な医療のしかり方について周知をお願いしたいと考えている。

●柿本代議員：夜間急病センターみたいに、そういうアルバイト先の病院でも来る先生たちとは36協定を結ばなければならないことになるのか。

■藤井常務理事：今、大学の先生たちは36協定を結ばないので、しかも大学院に屈出をしていないでアルバイトに行って成り立っているというのが実情と思われる。しかし、今後は締結をきちんとして、自由なアルバイトには規制がかかるものと思われる。

ここに関しても、自由意思で締結なくアルバイトを行っている先生たちについては、全く把握ことができないと厚労省の方も言っている。

2. 中島康雄代議員（道北ブロック）：在宅医療の充実に向けた取り組みについて
地域包括ケアシステムの構築及び地域医療構想の推進には、在宅医療の整備と充実が必須とされている。

高齢者が住み慣れた地域で安心した生活を最後まで続けられるよう、それぞれの医療圏では地域の特性を見据えた在宅医療推進の取り組みが行われているが、地域の医療・介護資源や文化の違いなどによりその進捗状況はさまざまなようである。

旭川市医師会でも、昨年「旭川市在宅医療推進検討委員会」を行政とともに立ち上げ、今年の4月からは道の在宅医療提供体制強化事業費補助金を財源とする予算計上が決まり、
在宅医療を担う医師の人材育成及びグループ診療体制の運用に係る研修会、普及啓発の市民講演会を計画している。また、多職種連携のICTシステムとしてパワーリンクの導入も決まった。

平成31年度は新規参入研修1回、事例検討研修2回、市民講演会を1回計画している。しかし、財源に限りがあるため、これらの研修だけでは在宅医療が飛躍的に推進することは期待できない。地道な努力を継続することと考えている。
そこで、少しでも在宅医療を後押しするための研修会を道医でも企画していなかったか。
平成31年2月20日付けの日医ニュースでは、神奈川県医師会の「在宅医療トレーニングセンター」が紹介されていた。これは、神奈川県の在宅医療を推進していくために、医療従事者、介護従事者などを対象として、平成27年10月に設置されたそうである。
郡市医師会の同様の事業と競合しないことを事業運営の基本理念とし、平成29年度には実習・座学を71回実施し大好評であったとの記事であった。

広域分散型の本道は、あらゆる地域で在宅医療を等しく推進していくことは現実的ではないと、北海道医療計画に記載されているが、少なくとも都市部においては、より積極的に在宅医療を推し進めていくことが急務と考える。
そこで、道医としての在宅医療推進のための今後の取り組みに関して、具体的施策・ご意見をご教授いただきたい。
■伊藤常任理事：旭川市医師会での在宅医療推進に対する積極的な取り組みに対し敬意を表したい。また、札幌市医師会をはじめ、道内他の郡市医師会でもそれぞれ取り組みがなされており、この場をお借りして感謝申し上げる。
都道府県医師会単位での取り組みも、いただきご紹介のあった神奈川県医師会のほか、東京都医師会、京都府医師会など積極的に行っているところが数つかある。
代議員のお話のとおり、神奈川県医師会では、平成27年10月に「在宅医療センター」を設置し、在宅医療を推進する場としている。国公立臨床研修病院の若手勤務医、研修医に対し、在宅医療・介護保険制度の出前研修を行うなど、独自の取り組みを行っており、注目しているところである。

北海道での新たな動きとしては、今年度、総医協地域医療専門委員会の中に在宅医療小委員会が設置され、藤原副会長と私が委員として参画しており、検討を進めているところである。まだ委員会が始まったばかりであるので、北海道の在宅医療の現状について把握している段階であるが、今後の取り組みとして、各地域における医療資源の状況に応じた在宅医療の提供体制の構築、医療従事者や介護従事者など関係者間の連携促進、在宅医療を担う人材の育成と質を向上、地域住民の方々への在宅医療に関する情報提供・普及啓発などについて検討する予定である。
中島代議員のご質問は、在宅医療推進のための道医の具体的取り組みはということであるが、道医の事業としては、現在地域福祉部で行われている認知症サポート医等フォローアップ研修、認知症多職種連携検討会などがあるが、今後は、在宅医療小委員会での議論も参考にしながら、道庁等の関係部局と連携を図り、道医として更に活動を増やしていきたいと考えているので、代議員の先生方にかかわってもご協力をいただき、よろしくお願い申し上げる。
●中島代議員：旭川市でもまだ在宅医療を担う開業の先生が少ないということで、その後、後方支援の診療所、それから病院もまだ受け皿が少ないということで、今後も医師会としても鋭意努力していくのでご指導をよろしくお願いしたい。

3. 大原正範代議員（道南ブロック）：南渡島に複数の災害拠点病院指定の必要性について

道南三次医療圏では、市立函館病院、道立江差病院、八雲総合病院が道指定災害拠点病院である。しかし、ここ数年の医師不足の深刻化で、後者の２病院は日常診療においても支障が出ており、患者受け入れ制限をしているのが現状である。特に内科の不足は危機的である。

一方、25年前の北海道南西沖地震による奥尻島の被害、90年前の駒ヶ岳大噴火、更に活火山としての恵山を抱え、日本大震災の原因になったプレート運動源地に近く、更に下北半島に集積する原子力発電関連施設にも近いことから、大災害に備えることは地元として喫緊の課題と考える。

なお、1929年の北海道駒ヶ岳大噴火は、桜島の大正噴火と並び20世紀に国内で起こったものの中で最大級の規模と言われている。その後、1942年に中噴火、1996年には水蒸気爆発があった。その後、2000年まで9回程度水蒸気爆発が駒ヶ岳でも記録されている。

北海道の二次医療圏別災害拠点病院数は、根室2病院、遠辺2病院、北見2病院、東胆振2病院、西胆振4病院、後志2病院等であるが、南渡島はわずか1病院のみである。函館には国立病院や赤十字病院があり、災害時の応援チームの受け入れ窓口としての期待はあるが、そのほかに災害拠点病院の複数指定が望まれている。

市立函館病院は、海拔2メートルにありながら、自家発電が地下にある、また、地下水源がないとの構造上の問題も指摘されている。

先日の全道ブラックアウト時に、地下水プラス浄化装置及び3台の自家発電が稼働した実績のある病院も存在している。

災害時のより確実な対応のためには、南渡島に複数の災害拠点病院が必要と考えるが、道医のお考えを伺いたい。
■日黒常任理事：結論から先に申し上げると、我々も南渡島医療圏には複数の地域災害拠点病院が必要と考えている。

そこで、実現に向けた考え方とプロセスを検討してみた。まず基本的な事項として、災害拠点病院は、重篤な救急患者の救急医療を行う医療機能を有し、医療救護班の派遣や傷病者の広域搬送に対応できる病院等として位置づけられている。

これらに対応可能な道内における医療機関として、以下の中から選定し指定されることになっている。

まず、救命救急センター、次に、地方または地域センター病院、大学附属病院、病院群輪番制参加病院の中で適当と認められるものとなっている。

二次医療圏に救命救急センターがある場合は、原則そのセンターが１ヶ所指定されることがになっている。ただし、圏域の特性を考慮して複数配置も可能とされている。この「ただし」のところがまさに南渡島の状況かと思われる。

これに従うと、南渡島圏域は、大原代議員のご指摘のとおり、１ヶ所のみの災害拠点病院では、災害の規模によっては機能しなくなる可能性もあり、大きな災害が発生する蓋然性の高い地域であることを考えると、複数の指定が求められる。

一方、指定される要件は、建物の耐震性はもちろん、自家発電装置の設置、DMATの編成派遣が可能で、傷病者の受け入れや搬出が可能であることやヘリコプター搬送が実施できるように、これも原則であるが、敷地内にヘリポートの設置が望ましいとされている。また、業務継続計画BCPの策定も義務付けられた。これら複数の要件が満たされた後に、幾つかのハードルを越える必要がある。

南渡島圏域に複数箇所の災害拠点病院指定を要請するためには、基準を満たしている医療機関がまず存在した上で、南渡島圏域の健全医療福祉圏域連携推進会議で十分議論し、圏域の同意を得ることが必要である。最終的には、知事の私的諮問機関である総医協の救急医療専門委員会での承認を得て指定されることになる。

函館市内には、災害時に医療救護チームを有する日赤や国立病院機構の関連病院、更に地域の基幹病院として機能している民間病院等も存在する。これらが指定要件を満たすなどした上で、地域で十分な協議を重ね、必要であると判断されるのであれば、道医としては、道南圏域全体の中心となる南渡島圏域の要望として北海道に対して強く申し入れをしていく所存である。

●大原代議員：DMATの新規養成の研修予定というのはこの先余りなく、DMATの要件だけ現時点でちょっと満たしていない病院が複数あるみたいだが、その点についても今後いろいろご指導をよろしくお願いしたい。

■日黒常任理事：今、DMAT等検討ワーキンググループでその辺のところを議論しているが、北海道は１．５日研修を受けたDMATが多く、いわゆる日本版DMATは４日間
の研修が必要であり、そのところをどうするかが、先生おっしゃるようにこれからの課題であると思っている。

●今　真度代議員：震災関連ということで、EMISに関して質問させていただきたい。午前中、日黑先生のお話を、北海道EMISは有床の診療所もしくは病院にIDとパスが割り振られている。しかし、申請によれば、無床の診療所もID、パスが割り振られるのが可能であると、初めて公の場で明言いただき、当会としても再三要請していたので、本当にその道を開いていただき感謝したい。

２点質問したい。そのような申請に関して、どこに、どのように申請したらいいのか、また転帳するのでしょうかお分かりであろうとおっしゃっていたが、許可、非許可の基準を教えていただきたい。

■真岡常任理事：EMISを管理しているのは、北海道であるので、道に言えば縁がかかる。

ただし、僕の真意をもうちょっと理解していただきたいのは、EMISを今回１００％見えるようにしたのに５日間もかかっている。実は、EMISに入力してくれる医療機関が余りにもまだ今少ない。それで、そのEMISの機能を十分に活用するためには、全ての医療機関の今後の状況はどうなっているか、入力していただかなければ駄目であるので、入力してくれないところは、こちら側から電話等で問い合わせをしている。今回被災地に近いところは、行政が一生懸命やっていても、離れている地方の地域は、言葉は悪いが、ブラックアウト以外は大きな被災をしていないと思われるところは、厚労省のお役人さんがやってくれたのと、それで何とかなったが、それでも5日間かかった。これが、本当に全員がきちんと入力してくれれば何の問題もないが、2,900の診療所をもし全部自動的に登録すると、一体どこまで入れてくるのかという不安がある。それを考えて、あえて制限という言葉は先ほど言いたかったが、そういうことを勘案して、道はちょっとためらいがあるということである。

決して見せないと言っているわけではないというふうにご理解いただきたい。

●今度議員：根本的な問題として、訓練しなければ入れられないようなものが災害に使えるかという疑問はある。ただ、今現状では、これはしようがないことであるので、先生のおっしゃること是非常によくわかった。

ただ、今度デバイスの問題として、国の方にもうちょっと使いやすいものを組んでくれないと、EMISできてから20年以上たっているので、そろそろそういう時期に出来ているかと思っている。

４．荒木啓伸議員（中央ブロック）：控除対象外消費税問題について

昨年12月14日に、自民党・公明党より「平成31年税制改正大綱」が公表された。その中で、「今後の消費税率10%への引き上げに際しては、診療報酬の配点方法を精緻
化することにより、医療機関種別の補填のばらつきが是正されることとなる。今後、所管省庁を中心に、実際の補填状況を継続的に調査するとともに、その結果を踏まえて、必要に応じて、診療報酬の配点方法の見直しなど対応していくことが望まれる」と記載された。
また、設備投資の特別償却制度の拡充・見直しによる支援措置についても言及がなされた。

日医の横倉会長は、12月19日の三師会・四病協合同記者会見において、診療報酬の配点方法の精緻化により「控除対象外消費税の問題は対応できる」との認識を示し、「平成31年度税制改正大綱」および「平成31年度予算編成」により、「現時点において全体で医療に係る消費税問題が解消」されたとの考えを表明した。更に本年10月施行予定の消費税率10％への引き上げに向けて答申された19年度診療報酬改定について、日医の松本吉郎常任理事は、「現場職では、病院種別ごとの入院料シェアを考慮して可能な限り実態を踏まえた精緻化ができたのではないか」と述べ、今後改定を評価している。

医療機関は、平成元年の消費税の導入以来、長年にわたり控除対象外消費税の損税となって経営を圧迫していた現状を考慮すると、日医の中川副会長を中心とした今回の対応により、補填のばらつきが相当程度是正されたことは評価に値すると考えている。

補填の状況に関しては、「今後、所管省庁を中心に、実際の補填状況を継続的に調査するとともに、その結果を踏まえて、必要に応じて、診療報酬の配点方法の見直しなど対応する」とされている。

しかし、平成26年度改定による厚労省の補填状況調査では、当初「マクロでは概ね補填されている」とされていた補填率が、実際には大幅な補填不足だったことが明らかになった。また、現在も厚労省の「毎月勤労統計」の不正に端を発し、不正統計問題が相次いで明らかになっている。このような状況において、今後、消費税率が更に増税されなかったと予測される中、補填の精緻化は継続的かつ正確で行われるかについては不安が残る。

病院側からも懸念の声が上がており、全日病の猪口会長は、今後は「現在の診療報酬の組み立てを変えない限り、精緻化の手法は限界」とした上で、「課税化を含めた新たな対応」の必要性を指摘している。今回も、医療費は非課税のまま、診療報酬で補填する方式を選択したわけであるが、この方式は、医療費は非課税とされながら、患者が消費税の一部を負担しているという非常に分かりにくく複雑な制度である。

札幌市医師会は、一貫して医療費を課税制度に改め、かつ患者負担を増やさない制度に改善するべきと主張してきており、本代議員会においても何度か問題提起をさせていただいている。日医は、「現時点において全体で医療に係る消費税問題が解消」との認識を示しているが、札幌市医師会としては、これらの施策においては、控除対象外消費税の問題の抜本的な解決には至らないと考えており、国府に対しては丁寧に説明し理解を得ながら、課税制度、特にゼロ税率に向けて取り組んでいくべきであると考えている。

控除対象外消費税問題について、ここで「解決」として一段落するのではなく、今後、
この問題の抜本的な解決に向けて、課税化を含めた選択肢も検討していくべきではないか。北海道医師会の見解をお伺いしたい。

■岡部常任理事：消費税率10％への引き上げが直近に迫る中で、社会保障である医療に対して、消費税の課税を行うということには、広く国民的合意を得ることが困難な状況にある。

日医は、三師会・四病協と協議を重ねて、医学会が一致団結できる現実的な対応を取りまとめ、昨年の8月に「控除対象外消費税解消のための新たな税制上の仕組みについての提言、消費税率10％への引き上げに向けて」の公表にこぎ着けた。本提言をもとに、政府与党、関係当局との折衝を重ねて、11月22日には三師会・四病協で、地域医療を支えるための税制改正要望事項を取りまとめた。地域医療継続の根幹に関わる最重要事項として、一つ、控除対象外消費税の診療報酬への転嫁は、基本診療料へのきめ細やかな配分により精緻に行い、定期的に検証すること。二つ、個別医療機関等に生ずる補填のばらつきへの対応のあり方につき、引き続き検討すること。一つ、医療機関経営安定のための設備投資への支援措置。一つ、事業承継税制の創設を要望して、与党の税制調査会等への議員へ働きかけを強めてきた。

こうした医学界が一丸となった運動があったからこそ、与党の平成31年度税制改正大綱に我々の医学界の要望が明記されたのである。

その結果、消費税率10％への引き上げに応じる控除対象外消費税相当額については、8％引き上げ時と同じ方法により全額補填され、基本診療料へのきめ細やかな配分が精緻に行われることになる。これにより、医療機関等における消費税負担に関するための設備投資に関する支援措置で示されたシミュレーションによると、医療機関種別の補填のばらつきは、相当程度正されると見込まれている。

高額な設備投資に関しても、我々の提言が通り、法人税・所得税に対して設備投資の特別償却の拡充・見直しがなされる。

事業承継税制では、個人事業者の事業承継を促進するための新たな納税猶予制度が創設されることになる。地域医療を支える個人病院や診療所の円滑な事業承継支援は、大きく前進した。

精緻な配分と定期的な検証による控除対象外消費税の対応と、新たな仕組みを含めた設備投資への支援措置、また、10％引き上げに伴う平成31年度診療報酬改定により、喫緊の課題であった10％消費税引き上げ段階においては、医療機関が負担されてきた控除対象外消費税、これらの全体的な施策でマクロ的には解決されるというのが日医の見解である。

この過程で、厚生労働省の集計ミスが7月に判明した。消費税率8％の引き上げに伴う診療報酬での補填率の大幅な下方修正、補填不足が発覚した問題である。
日医は迅速に対応して、医療機関に十分補うべく速やかに対策を講じるように求め、今後、実際の補填状況を丁寧な確認作業により、定期的に継続しつ証する。必要に応じて見直していくことで話し合いがついている。日医は、税制上の解決の検討は、今後も継続して進めていく方向である。

課税制度に関しても、選択肢の一つであり検討されていくものと思われる。ただ、ごく一部ではあるが、2段階制、つまり病院は課税制、診療所は非課税制の考え方はあるようであるが、これは許容できるものではない。道医は、あくまでも医療界が一丸となって、今後も地域医療を支える医療機関の経営が安定し、地域の人々が医療の恩恵を受けられるよう、医療に関する税制上の課題の解決を要望していく所存である。

●荒木代議員：私ども今回の対応に関して、5％に一旦戻して10％までの上乗せ分等は、中川先生を中心に活動していただいた成果で、大変分かりやすくになっていると思う。
しかし、今後のことを考えると、やはり病院団体からも懸念の声も上がており、また、今後厚労省から出てくる数字は本当にあるのかどうか、その辺も信用できない面もある。

ただいまの岡部先生からの答弁の中では、これで解決とはせずに、今後課税化を含めたさまざまな選択肢を排除せずに、これからも検討していくというようなニュアンスが読み取れたが、そのような解釈でよろしいか。

■岡部常任理事：以前から医療界は、日医が先頭に立って、税制上の問題は税制で解決という、それが基本にあるので、このところを中長期の戦力を含めて、やはり税制上の問題の検討の推進は必要な運動であると認識している。

●荒木代議員：心強い発言に感謝する。今後とも札幌市医師会、北海道医師会、協力してこの問題に対応していきたいと思うので、どうぞよろしくお願いしたい。

◇一般質問◇
1．小場研一議員（余市医師会）：医療機関における年次有給休暇取得義務化について

働き方改革により、企業規模の大小にかかわらず、平成31年4月より6ヶ月以上勤務し、8割以上出勤した正職員や勤務条件を満たしたパート職員に対し、年次有給休暇5日以上を取得させることができ義務化される。医療機関も例外ではない。違反すると罰則規定もある。違反した管理監督者には、6ヶ月以下の懲役、または1名に対し30万円以下の罰金とされている。医療機関は、医師・薬剤師、看護師、放射線技師など、非常に専門性の高い職種の職場である。大きな医療機関なら各部門の人数が多く、各部門のシフト変更などで対応可能と思うが、小規模な医療機関の中には、対応に苦慮する機関も多数存在するのではないかと思う。
北海道の地域医療を担う国保病院３５施設を調べたところ、薬剤師１名は２６病院、放射線技師１名は１７病院であった。

また、８０床以下のか規模病院は、北海道に７８病院あり、薬剤師１名は３５病院、放射線技師１名は４０病院との結果でした。看護師も地方では慢性的な人員不足である。

平成２９年度の看護協会の全国調査では、年次有給休暇を規定どおり付与している医療機関は４８％でした。５２％は規定以下で、しかも２２％の医療機関では５日以下との結果であった。小規模な医療機関ほど有給休暇の取得が低い傾向にあった。

有給休暇取得義務は、管理監督者にも適用される。多くの診療所は、医師１人の場合が多いと思う。今まで計画的に有給休暇をとっている先生も存在するかもしれないが、それほど多くはないのではないかと思う。４月から通常の休日以外に、医療状況が大変厳しい中、年間５日以上の休日を新たに設けてはいけないのか大変不安である。

医療機関にとって、いろいろ課題の多い年次有給休暇取得義務化に関して、道医師会としての見解をお聞きしたい。

■藤井常任理事：働き方改革は、医療関係者を含めた働く方々が個人の事情に応じた多様で柔軟な働き方を自分で選択できるようにするための改革と言われているが、事務局においては、個人の事情が余り考慮されないのである。

さて、本年４月から年休が１０日以上付与される労働者に対し、既に年５日年の休を取得している正職員やパートの従業員はその限りではないが、５日を満たしていない従業員には、年５日の休を取得させることが管理者的義務となる。

したがって、関係としても、地域の慢性的なマンパワー不足による苦しい状況は重々承知しているが、法を遵守していただきたいと言わざるを得ない状況である。

マンパワーの問題については、早急に解決することは大変難しいが、現在でも年５日の有給休暇を取得させるかを考えなければならない。

１つは、基準日に年次有給休暇取得計画表を作成する方法がある。年次有給休暇をより多く取得するためには計画的に取得することが重要であり、年度別、四半期別、月別などの期間で、個人ごとの年次有給休暇取得計画表を作成し、取得時期の調整を行う。

もう一つは、管理側から労働者へ年次有給休暇の取得時期を指定する方法で、労働者の意見を聴取し、できる限り希望に沿った取得時期となるよう聴取した意見を尊重する方法である。また、この年５日の年次有給休暇の中に、半日単位での休暇休暇は認められていないので、有効な手段と考えられる。

医師同様、看護師、薬剤師、放射線技師などの医療職のマンパワー不足を補足するため、北海道医師会では、年２回多職種連携医療団体との協議を進めているが、この中に本課題をぜひ出して協議を進め、退職した医療職員の現場への勤務支援をお願いしていく活動を進めていきたいと思っている。
今回ご質問いただいた余市医師会をはじめ、このような苦しい状況にあるほかの地域におかれては、行政とも連携し、必要な従業員の確保に引き続き尽力していきたいと思う。
●小嶋常務理事：4月から始まり1年間で、努力しても1人ぐらい従業員がとれなかった場合、即労基の方からベナルティーとして来るのか、そこが心配である。
●藤井常務理事：日医委員会では、医療勤務環境改善支援センターが必ず病院の方に介入することと言われている。その理由が、実は労基の方から入った場合に、改善支援センターが介入して、今現在行っている改善に向かっていることが分かれば、労基の方から返還金とか、即の勧告が出されないというふうに進めていく。

2. 多米 代治護士（札幌市医師会）: 外来医師偏在指標による開業制限について
厚労省は、2月27日の「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会」で、今
年4月に施行される医師偏在是正法の改正事項の詳細をまとめた「第4次中間取りまとめ
案」を座長関して丁承した。このことにより、都道府県は2019年度に医師確保計画
を作成することになる。
まとめ案では、①医師の少数区域を決め、二次医療圏の下位33.3%を基準値とする。
②医師少数区域等での勤務する医師を認定して、特定の地域医療支援病院の管理者要件と
する。③同時に外来医師多数区域を設定し、この基準値も上位33.3%とするものであ
る。
更に、外来医療機能に関する情報の可視化について、新規開業者に二次医療圏における
外来医療機能の方針などを情報提供し、地域で定める不足医療機能を担うことを合意する
欄への記載を求めており、記載がない場合は「協議の場」への出席を要請することとして
いる。
これらのことから、外来医師多数区域での新規開業の場合、在宅医療、初期救急医療、
公衆衛生など地域に必要な医療機能を担うことが求められるようになり、それ以外は、外
来医師多数区域以外での開業、また、勤務医を継続するという選択を迫られる。これは、
今までの日本の自由開業制が否定されるものであり、ひいては、地域医療にも多大な影響
を受けることが想定される。
また、可視化して提供された情報について、あくまでも新規開業者の自主的な判断の材
料となるべきものであり、決して規制的、強制的であってはならないと考える。そして、
「協議の場」は行政が主導のものではなく、地域医療の実情を最も理解している地域医師
会が関わり、地域の実情に即した外来医療機能を検討していくことが重要であると考える。
北海道は広く、「外来医師少数区域」も多数存在することは承知しているが、外来医師
偏在対策に、画一的な強制的な手法を用いることは反対である。これらの問題について、
道医師会の考えをお伺いしたい。
■筋本常任理事：先ほどの当面の医療政策で説明し、多米代議員も説明されたように、医師需給分科会での第4次中間取りまとめ案には、外来医師偏在指標による開業制限と受け取られない記載がある。外来医師偏在指標は、外来医療機能の偏在の可視化を目的とするもので、医師数に基づく指標を算出することし、医師偏在指数と同様に、5要素を加味した人口10万人対診療所医師数と用いている。この指標は、二次医療圏ごとに算出されることになっていて、市町村単位では算出されない。したがって、地域の実情を正確に反映しているとは言えないと思う。

この外来医師偏在指標を用いて、上位33.3％の二次医療圏を外来医師多数区域と設定し、地域における外来医療機能不足・偏在等への対応を行うものとされている。

具体的には、新規開業希望者に外来医師多数区域と開業にあたって参考となるデータを、都道府県のホームページに掲載する。資金調達を担う金融機関等に対しても、こうした情報を伝えることは有効と考えられることから、国や都道府県において必要な通知を行うべきとしている。

外来医師多数区域の新規開業希望者に対して、在宅医療、初期救急等を求める。開業届出が地方で定める不足医療機能を担うことに合意する欄を設ける。必要に応じて、協議の場への出席要請を行う。協議の場の協議結果を公表するという新規開業に附帯事項を設けたものとなっている。

厚生労働省は、第59回社会保険審議会医療部会で、無床診療所の開業規制を行う場合の課題を明らかにしている。1、現行法制上、医師免許は開業免許と位置付けられており、憲法で保障された営業の自由との関係の整理が必要であること。2、国民皆保険を採用する我が国においては、保険上の制限も実質上の開業制限に相当すること。3、開業規制を行うのであれば、雇い入れ規制が必要であるが、これは事実上困難であること。4、新規参入がなくなれば、医療の質を改善・向上するインセンティブが低下する懸念があること。5、駆け込み開設への懸念を挙げている。

国は、外来医師多数区域での開業に対して附帯事項を設けたもので、最終的に開業制限や規制を考えているわけではない。地域の中で、医療関係者が協議を行い、その協議の判断、新規開業を希望した医師が議論されるので、医師偏在を解決する一つの試みと考えることもできる。必ずしもプロフェッショナルオートノミーに反しているとは言えないのではないか。

北海道医師会は、日本医師会とともに、規制的な手法を用いることには反対していく。今後も会員各位と情報を共有していく所存である。
●多米代議員：今後ともよろしくお願いしたい。

3. 加藤文博代議員（札幌市医師会）：医師法第21条の解釈通知について
厚生労働省は2月8日付けで医政局医事課長通知「医師による異状死体の届け出の徹底について」を発出した。

その内容は、近年、「死体外表面に異常所見を認めない場合は、所轄警察署への届出が不要である」という解釈により、薬物中毒や熱中症などを理由で死亡等、外表面に異常所見を認めない死体について、所轄警察署への届出が適切になされない恐れがあるという懸念が指摘されている。このことから、「医師が死体を検査するに当たっては、死体外表面に異常所見を認めない場合であっても、死体が発見されるに至ったかこそ、死体発見状況等諸般の事情を考慮し、異状を認める場合には、医師法第21条に基づき、所轄警察署に届け出る」という内容である。

これにそって、医師法第21条で「医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検査して異状があると認めたときは、二十四時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」という規定されているが、届出の判断基準は既に「外表異状説」で司法的にも行政的にも解決している。

これまで、医師法第21条の届出要件が正直から争われた唯一の最高裁判所判決は都立広尾病院事件である。この判決の要旨は「医師法第21条にいう死体の『検査』とは、医師が死因を判定するためにその死体の外表を検査すること」という判示をしている。いわゆる「外表異状説」が裁判所の確立した考えである。

これに対して、医政局医事課長の解釈は、「法律の解釈を得る法の担当課として、解釈を明らかにする必要があるということで発表した。通知の内容は国会などにおける過去の厚労省の答弁と同様の趣旨」と説明している。

しかしながら、2012年10月、当時の医政局医事課長は、「死体の外表に異状があると認めた場合は届け出義務がある」と発言している。また、2014年に医政局医療安全推進室長が「外表異状説」を追認する見解を表明しており、同年6月に厚生労働大臣が参議院厚生労働委員会で医事課長と同じ内容を答弁している。

また、厚労省の「死亡診断書記入マニュアル」が平成26年から改訂され、「外因による死亡またはその疑いのある場合」には、警察へ届け出るとした箇所や「『異状』とは、病理学的異状ではなく、法医学的異状をさす」ということである。「法医学的異状については、日本法医学会が定めている異状死ガイドライン等も参考にしてください。」という箇所が削除されている。今回の通知は、今までの大臣、医事課長等の発言及び死亡診断書記入マニュアルの改訂と矛盾するものである。

3月13日の衆議院厚労委員会で、自民党の橋本亜由の質問に対して医政局長は、「従来の解釈、あるいは従来の私どもの21条について申し上げていることについて何ら変わることもなく、同趣旨を改めて確認させていただいたというふうに位置付けている。」という答弁をした。
医師法第２１条の届出義務に違反した場合、医師法第３３条の２第１号の処罰規定により、５０万円以下の罰金が科せられる。安易に医事課長レベルが「通知」により刑罰法規の解釈を拡張するべきではないと考えている。

冒頭でも申し上げたとおり、医師法第２１条の届出判断は「外表異状説」で司法的にも行政的にも既に解決しており、今回の「通知」は撤回させる必要があると考えているが、道医のご意見をお伺いしたい。

青木常任理事：ご指摘のとおり、医師法第２１条の異状死体の届出義務について、最高裁判決がなされたのは、平成１６年の都立広尾病院事件のみである。

第２１条の運用上問題となるのは、検案と異状の解釈である。検案については、明確に示されたが、異状の解釈はなされていない。死体外表に異常所見を認めなければ、いかなる場合でも医師法第２１条に基づく届出義務がないと解釈することにはさまざまな意見がある。いわゆる外表異状説は、その後、国会での発言や死亡診断書記入マニュアルの改訂、また、外部団体の一部から強く支持され今日に至ったのも事実である。しかし一方で、外表異状説だけでよいのかという意見もあり、例えば薬物誤投与で死亡しても外見に異常がないければ医師の届け出なしにながり、また、明らかな医療過誤になった事例で、患者的外見に異状を来していないければ、医療事故として警察に届ける必要はなくなり、結果として医療の混乱を来し、国民の信頼を失いかねないと言われている。

２０１６年に横浜市の病院で、医療従事者による点滴異物混入事件が、２０１８年に岐阜市の病院で、エアコンの故障により入院患者の熱中症死亡事件があり、死体外表面の異常所見を認めない事例に対し、厚労省に多数の問い合わせがあったと思われる。

この問題は法律に関するもので、医師会員の皆様にも不利益を被る可能性があることから、死体外表面に異状を認めなくても、死体発見のいきさつや発見場所、状況などを考慮した慎重な対応をしていただくよう、ご理解、ご協力をお願いする。

加藤代議員：外表異状説というのももともとあり、外表異状がない場合まで、全て義務化されてしまうと、医療界に逆にまた混乱を起こす可能性もあるという指摘もある。したがって、外表異状説は外表異状説、今のような死体いきさつとか、発見場所、状況等、諸般の事情が異状があった場合には、善意として提出すると、届け出るというような形の方が医療界の混乱は少ないのではないかと思っている。

今 東人代議員：貴会の考える異状死体の定義を教えていただきたいが、これは、法医学的な異状ということでおいてよろしいのか。

青木常任理事：異状ということに対して、はっきりした定義はなされていない。これは、例えば白血病の患者さんがよく内出血とか注射の後で見るのは異常所見である。しかし、それは、異常、もし亡くなった場合は異状死体とは言えないの、この辺の関連は、厚生労働省も今回一応的基準を出すことはできないと言われている。現場に丸投げのような
形で私どもも大変危惧しているが、これからこういう事例がどういうふうに上がってくるかを、日本医師会の方と連携して集約していくことが重要と思っている。

● 今代議員：検討中ということであるが、札幌市医師会は外表異状説をとっているのであり、そうではないとすると、どこへ相談すればよろしいのか。

■ 青木常任理事：先生ご存じのように、外表異状説を強力にしていたのは、全国医学部長病院長会議であり、そこも昨年11月に医療問題弁護団の方から指摘されて、それはどうも引っ掛かるということで、今年2月に訂正しているはずである。この辺の定義については、私どもの北海道医師会を通じて相談していただければ、北大の南須原教授と相談して、これは異状かどうかということに対応していきたいと考えている。

● 今代議員：ケース・バイ・ケースで、全てご相談させていただくということでよろしいのか。

■ 青木常任理事：全てということではなくて、厚労省も言っているが、ぜひ、病院全体で討議していただくことが重要であるということである。

● 今代議員：事故調と別の話ではあるが、それと同じように、病院全体で協議をして決定していいくということか。

■ 青木常任理事：そうである。

● 加藤代議員：しきい値で申し訳ないが、先ほど白血病の話で「外表異状がある場合はどうするのだ」というお話があったが、死体が発見されるに至ったいきさつ、経過、場所、状況等、諸般の事情に異状がある場合に、外表異状が認められた場合には警察へ届け出る必要があるという形と解釈すべきであって、外表異状があるからといって警察に全て届け出るというような通知ではないと考えている。

■ 青木常任理事：私もそのように考えている。

4. 立花啓代議員（札幌市医師会）：新専門医制度と医師の長時間労働について

医療現場における医師不足は勤務メの長時間労働を招き、早急に是正を要する。医療提供体制を確保するため、ある程度の長時間勤務は避けられないが、「過労死ライン」年間960時間を超える勤務は約2割に及び、その2倍に迫る年間1,860時間という上限設定は、医師の疲弊、離職、そして医療崩壊をもたらす。

救急医療や産婦人科医療等では特に長時間労働の傾向が強く、また、主たる原因は深刻な医師不足であり、医師充足に向けた早急な対応が必要である。本道の「医師偏在指標」は全国平均を下回り、医師不足状態にある。厚労省は2036年の医師数の推計を発表し、不足が生じていないのは、道内では上川中部と札幌の2地域のみであり、医師確保が進まない場合、北海道は1,571人、全国34道県で約3万5,000人の医師不足が見込まれる。
札幌圈は医師充足区域とされているが、高齢者の救急搬送は年々増加し、救急医師病院や救急医の減少等で、休日診療を含む救急医療体制、基幹病院の2次・3次救急医療体制は危機的な状況にある。「連続28時間以内の勤務、インターバル9時間以上の休憩」を導入されると救急現場では崩壊するとの意見も聞かれる。また、札幌市の小児科休日救急診療において、医師不足は顕著であり、開業医・勤務医ともに高齢化が進み若いう師が不足し、近い将来休日診療体制は維持困難な状況に陥ることが懸念されている。

新専門医制度発足後、専攻医の大学病院研修は減少し、都市部への臨床研修病院で研修を受けるようになった。そのため、地方病院は研修医の確保が困難となり、勤務医の長時間労働を招いたと考えられる。一方、第二版新専門医制度整備指針により、大学病院で研修を受ける専攻医が増加し、都市部の臨床研修病院の研修は減少している。このように地方及び都市部ともに医療提供体制は崩壊の危機にあると言っても過言ではない。第一版新専門医制度整備指針には、「医師の質の向上と医師偏在要正を目的とする」との方針が示されたが、第二版指針においては、医師の偏在は改善せず、更に悪化しており、偏在要正是という視点で新専門医制度の徹底した見直しが必要である。

「医療法・医師法の一部を改正する法律」では2020年から医師充足区域における自由開業制度の推進により医師偏在対策の実施が予定されているが、都市部に流入する患者増に対応した地域包括ケアシステム構築の足かせとなり得る。一方、地方の医師不足解消につながるかは多角的な検証が必要であり指摘的な導入は認められない。

医師不足・偏在と長時間労働の要正は、現場の努力だけでは解決できない問題である。必要な医師数を確保するために、診療報酬の充実と日本専門医機構のガバナンスの向上により実効性のある偏在対策を実現できるよう、今以上の日医の働きかけが必要である。専攻医が地方と都市部でバランスよく研修を受けられる仕組みづくりも務めであると考える。道医執行部にお啓示をお願いいたします。

■小熊副会長：先般、厚生労働省医師組合分科会第41回中間取りまとめ（案）が示された医師偏在指標では、上川中部、札幌、南渡島が医師多数地域となり、その他は全国で120位以下となっている。札幌圏でも暫定特例水準に義務化された追加的健康確保措置を遵守すると大変な状況になることは、立花代議員のご指摘のとおりである。まして医師少数区域では深刻な状況にある。

偏在指標や不足医師数、これは、あくまでただたき台であるが、これを参考に必要な医師をどう養成し、バランスよく配置するか、医師のキャリア形成をどのように施行するかなど、これからの医療計画策定で求められているところである。

都道府県においては、平成31年に医師確保計画並びに外来医療計画の策定が求められることとなっている。北海道では、医療対策協議会の中での議論を展開していくことに
なる。
一方、厚生労働省医師の働き方改革に関する検討会では、最終報告書（案）が提出されようとしている。暫定特例水準、B案、集中的技能向上水準、C案に分類されているものの、連続勤務時間制限などが義務付けられており、タスクシフティングや救急医療体制構築などの配慮が求められているところである。
新専門医制度は、専門医の養成と地域偏在の解消を目的とすることがうたわれているが、現実には大学への集中が起こり、偏在が助長される形になっている。大学プログラムの中でどれだけ地域への派遣が円滑に行われるか、連携施設との協力体制の整備構築が課題となる。
偏在対策には、大都市集中を防ぐためのシーリングを設定してはいるが、それでもなおかつ大都市への集中あることは否めないもので、専門医取得のタイミングで、医師としての取り組む診療科が決まるケースが多いことから、ここを逃すと診療科の偏在は難しくなる。
現在サブスペシャリティの基準については、いまだ明確な方向性が示されていない。地域に必要とされる医師数や、専門医数と併せて、診療科偏在、地域偏在の解消が今後検討されていくと思う。そのためには日本専門医機構のガバナンス、各学会の方針など合わせた適切な仕組みづくりが必要で、国、厚労省、日医、道医も積極的に関与していかなければならないと考えている。
先日、日本専門医機構副理事長の兼松隆之先生とお話したが、専門医機構としては、組織強化をしながら専門医の養成、地域医療の状況について経過を見て対応を進めていきたいと話されていた。
北海道での平成30年3月、初期臨床研修修了者は345名、道内での専門研修施設の専攻医採用数は309名でした。地域枠による研修医も出てきており、当会が関係各位とともに検討してきた新医師臨床研修制度や地域枠医師キャリア形成などについても、まだまだ十分とは言えないが、少しずつ成果を上げつつある。
また、毎年道内臨床研修病院へ出向き、研修医との懇談も行っているところであるが、これからも地域の声を結集し、将来的な医師充足につなげていきたいと考えている。引き続き皆様のご協力をお願いしたいと思っている。
●立花代議員：地域医療が充実するように、今後ともよろしくお願いしたい。
●小嶋　代議員：新専門医制度へは、医師不足地域の問題解消ということであれば、現在の新専門医制度では、医師不足地域での研修を義務付けているのは、唯一総合診療科という形になっている。そうであれば、どうやってその総合診療科を選ぶ専攻医を増やしていくべきなのかという点、それから、総合診療科以外、例えば内科だとか外科に対して
も、医師不足地域での勤務、研修を義務付けるのかという2点の考え方があると思うが、北海道医師会としての考え方をご教授ください。

■小熊副会長：たまたま2点ご質問いただいたが、僕の記憶が間違ってなければ、各プログラムでは、地方勤務をプログラムの中に、半年以上、地方の勤務をした方がいいという設定になっていなかったかと思う。

半年で十分なのかというのは問題であるが、我々としては、もう少し長い間、しかもそこへ循環して専攻医を目指す人が代わる代わる地方の病院へ行っていただくというシステムをつくれればいいと考えてはいるが、それは、専門医機構と学会が今後の流れを見ながら更に検討していくことになる。

それから、総合診療専門医については、わずか180名程度の専攻医を目指す人しか今現在いない。これは、19番目と言って、ほかの18の学会と立場が違い、専門医機構前向きという状況なので、いろんな問題はまだ決まっていない。現実に総合診療医の委員会に入っている者が私どもの近くにいるが、今鋭意そういうものを解決すべく、毎日とは言わないが、大変な労力をかけて検討中である。そして、総合診療専門医のあり方、それから、簡単に言うと、セカンドキャリアとか、いろいろな問題があり、サブスペの問題についても結論を出したいということを言っているので、近々総合診療医からもサブスペの方向性が出るのではないかと思っている。

こういういろいろな問題が解決されて、総合診療的な診療をやりたいという人が少し安心を持って選べるようになければいいと私ども考えているところである。

●小嶋代議員：不勉強な点があり、申し訳なかった。大変参考になった。

◇

質問の質疑が終了した後、議案第3号「代議員提出案件」を上程したが、代議員からの申し出がなかったため、ないものとして処理したい旨を詰り異議なく承認された。

その後、起草委員会で検討した決議案（69ページ）を採択した（この決議案は日本・都府県・郡市医師会、政府関係、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、各項目の実現に向けて要請した）。

最後に、長瀬会長より閉会の挨拶が行われ本代議員会の全日程を終了した。
平成31年度事業計画

平成最後の年は、5月1日新天皇御即位により、年度開始1か月で新たな元号に引き継がれることになる。新年度は、重要な予定行事多く、北海道医師会としても積極的に事業運営を行い対応していく。

天皇交代時は、皇室事業遂行で長最10日間に及ぶ休日となる。人命および健康に携わる我々医療従事者にとって、この間の混乱防止のため万全の体制を整えておくことが不可欠である。

天皇交代と前後して4年ぶりの統一地方選挙があり、4月7日には知事と道議会議員及び政令都市首長と市議会議員の選挙、4月21日にはその他の首長、議会議員の選挙が行われる。また7月には参議院議員選挙があり、この地方と国の同時選挙は12年ぶりである。また衆参同時選挙もありうる。選挙結果によっては今後の医療政策も変わる可能性があり、慎重に対応しなければならない。

昨春の診療報酬、介護報酬改定から約1年になる。医療機関・介護施設等それぞれの規模や取り組み状況に差があり、一概に善し悪しの比較は困難だが、早急に改定の影響調査が必要である。

この10月には消費税の10％への増税が行われる。この増税はすでに行われているはずであったが、経済状況から延期され今日に至った。医療関係者は、増税に関して抜本的改革、すなわち医療の非課税から課税項目への変換やゼロ税率の採用等が求められていた。またそれによる消費者の不利益は国が負担すべきである。しかし、今回も診療報酬対応となる。これまでと同じであるならば、課税の透明性確保や控除対象外消費税の補填を明確にする必要がある。

悪夢のような2011年3月11日の地震・津波による東日本大震災の後、地震、台風、風水害が毎年のように起き、日本は以前にも増して災害大国となっている。科学の発達も自然の猛威に抗しきれない。

日本医師会のJMATも、関係者の努力により定着した。昨年日医ではJMAT組織の刷新を図り、統括JMATと先進JMATを新設した。9月6日の北海道胆振東部地震から新組織が発動された。地震直後、北海道医師会は日医の指示を受け先進JMATを初動させた。本会会長と担当役員・事務局員が発災地に赴き、現地を所管する苫小牧市医師会と意見交換を行い、その後のJMAT派遣の手続きを整えたことは、今後のJMAT派遣の参考となる。
北海道全域にわたるブロックアウト発生等、今回の経験から災害に備えての新たな取り組みの必要性を学んだ。

北海道医師会として、今後は耐震性の向上した会館再建、予備電源装備、緊急時の役職員の役割分担、非常時必需品の備蓄、想定訓練、さらにマニュアル整備と実働訓練を定期的に実践しなければならない。

医師不足はいまだ解消されていない。さらに医師の働き方改革が大いに関わっている。長時間労働が心身を蝕み、不幸を引き起こす。また長時間労働に対する正当な金銭的対応がなされていない。正当に支払いをすれば、医業経営が成り立たないか、診療体制、特に夜間・救急の診療体制の維持が困難な事態になりかねない。今後の地域医療にとっては重要問題である。臨床研修制度や新専門医制度のあり方も絡んでいる。

日本の医療において、世界に誇る国民皆保険をこれまで通りに守り抜いていくためには、医師不足の解消や医師の協働が必要であるばかりではなく、国民の理解もまた必要である。

日本医師会も組織強化の重要性を考え、入会者の増加に努めている。昨年日医会員数が17万人を超えた。入会率も50％超となった。基礎となる都道府県や郡市区医師会入会者の増員を図らなければならない。世界に冠たる日本の医療制度を進化発展させるためには、必要欠くべからざる条件となる。会員の意識を高める努力が必要である。本年も、引き続き力を注ぎたい。

世界情勢を見ると、米国でのトランプ大統領の誕生以来、多くの国々に自国第一のナショナリズムが広がっている。昨年は第一次世界大戦終了後100年目の年に当たり、第二次世界大戦勃発の時期と世界情勢が類似しており、危険な状況と危ぶむ人も多い。米国と中国、北朝鮮の情勢、EU諸国の状況、日本を取り巻くロシア、北朝鮮、韓国、中国の状態は決して好ましいとは言えない。世界で唯一の核国家である、平和を希求する日本が強力な指導力を発揮して不幸な事態に発展することのないようにと願うものである。

新たな年度において、次に掲げる各部の事業に精力的に取り組む所存である。会員各会のご支援、ご協力を切に願っている。
平成31年度各部事業項目

【総務部】

1. 組織強化
   (1) 医師会組織の更なる強化
   (2) 北海道医師会会員および日本医師会会員の加入促進
   (3) 各郡市医師会・医育機関医師会との連携強化
   (4) 他都府県医師会との交流
   (5) 北海道との連携強化
   (6) 関係諸団体との連携強化
   (7) 「日本の医療を守る道民協議会」の事業活動の推進
   (8) 各種会議等の対応
   (9) 育英資金制度の見直し

2. 会務の充実
   (1) 一般社団法人移行後の会務の適切な管理・運営
   (2) 諸規程の見直し
   (3) 会費・負担金等の検討
   (4) 会員情報の適切な管理

【医療安全・医事法制部】

1. 生命と倫理の高揚
   (1) 医の倫理に基づいた医療の啓発
      1）日本医師会「医の倫理綱領」の周知と遵守
   (2) プロフェッショナル・オートノミーの推進
   (3) アドバンス・ケア・プランニング (ACP) に対する意識の向上

2. 安全な医療の提供
   (1) 医療安全研修会の開催
   (2) 医療の質管理の向上
（3）院内感染防止対策の推進

3．医事紛争対策の推進
（1）医事紛争処理委員会の開催
（2）医事紛争の発生予防と適正処理
  1）医療事故防止研修会の開催
  2）日本医師会医師賠償責任保険運用への協力と連携
  3）紛争処理規程の理解徹底
（3）診療情報の提供に関する相談等への対応
（4）リピーター会員への指導
（5）無過失補償制度の推進
（6）札幌医学・法律研究会への協力

4．医療事故調査制度への対応
（1）医療事故調査等支援団体としての活動および相談窓口の運営
（2）医療事故調査等支援団体連絡協議会の開催
（3）医療事故調査制度・AI（死亡時画像診断）研修会の開催
（4）日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター）との連携

5．北海道死因究明等推進会議への参加と協力

6．医療基本法（仮称）制定に向けた対応

7．警察活動に協力する医師の組織化への対応

【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）医政講演会の開催
（5）政経問題懇話会の開催
（6）医療政策資料等の整備と活用
（7）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への対応

4. 北海道地域医療構想調整会議協議会の運営

5. 北海道の保健・医療・福祉政策等への提言と施策への対応
   （1）地域医療構想調整会議
   （2）北海道医療費適正化計画
   （3）北海道医師確保計画（地域医療部との連携）
   （4）医療介護総合確保促進法に基づく北海道計画
   （5）道州制
   （6）北海道医療審議会
   （7）北海道総合保健医療協議会
   （8）北海道保健福祉部・北海道病院局との意見交換
   （9）北海道創生協議会

6. 医療政策に関する都市医師会との連携強化

[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
   （4）医業承継問題への対応
   （5）日本医師会医業経営対策への協力・連携

2. 不合理税制への対応
   （1）医業税制を取り巻く諸課題への対応
   （2）消費税問題の抜本的解決に向けての日本医師会との連携

3. 福利厚生事業の充実
   （1）グループ保険等各種保険の加入強化
（2）会員のための福利厚生事業の充実
（3）会員親睦活動への支援
（4）日本医師会会員福祉事業への協力

[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）日医医師資格証の普及（受付窓口の設置と拡充）
   （4）日医標準レセプトソフト（ORCA プロジェクト）の普及と活用
   （5）日本医師会テレビ会議システムの活用
   （6）日本医師会医療情報システム協議会への参加

2. 広報活動の充実
   （1）都市医師会、会員への広報
   （2）北海道医報の充実
   （3）ホームページの充実、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. 審査に関する諸問題への対応

4. 適正な保険診療の徹底ならびに指導への対応
   （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）適正な保険診療のてびきの活用
（4）保険医療医師研修会の開催
（5）健保請求事務研修会等の開催
（6）社会保険医療担当者に対する指導への対応

5. 労災、自賠責保険医療の改善と諸問題の解決
（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

[地域保健部]

1. 生活習慣病対策の推進
（1）特定健康診査・特定保健指導の推進
（2）北海道糖尿病対策推進会議への参画
（3）禁煙対策の推進
（4）全国健康保険協会北海道支部との連携

2. 感染症対策の推進
（1）新型インフルエンザ等への対応
（2）予防接種制度への対応
（3）感染症情報の収集と提供
（4）北海道獣医師会との連携

3. 学校保健活動の推進
（1）学校医と養護教諭等学校保健関係者との連携
（2）学校保健推進委員会および学校心臓検診学術判定委員会の開催
（3）学校健診・食物アレルギー対策への対応
（4）北海道有朋高等学校通信制課程協力校受講生定期健康診断への協力

4. 母子保健・乳幼児保健対策の推進
（1）母子保健対策推進委員会の開催
（2）マンモグラフィ読影講習会の開催
（3）子ども支援日本医師会宣言の推進

5. 小児在宅医療の推進
（1）医療的ケア児への対応

6. 健康スポーツ医活動の推進
（1）日医認定健康スポーツ医制度への対応
   1）認定医の登録と管理
   2）健康スポーツ医学再研修会の開催
（2）健康スポーツ医学推進委員会の開催
（3）北海道マラソンへの参画

7. 精神保健対策の推進
（1）メンタルヘルスセミナーの開催
（2）かかりつけ医と精神科専門医との連携

8. 健康教育活動の推進
（1）ポスター・リーフレットの作成
（2）北海道老人クラブ連合会への協力
（3）北海道健康づくり実行委員会への参画

9. 難病対策の推進

10. 環境保健対策の推進

11. 地域保健活動等に対する助成

12. 北海道学校保健会への支援協力
（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
（3）北海道学校保健研究大会への参加

13. 北海道教育庁との連携・協力
14. 北海道健康づくり財団との連携
   （1）医療関係者等スキルアップセミナーの開催
   （2）郡市医師会健康教室開催への支援

15. 北海道の保健政策への提言と施策への対応
   （1）北海道健康増進計画
   （2）北海道学校保健審議会
   （3）北海道精神保健福祉審議会
   （4）北海道子どもの未来づくり審議会

【地域医療部】

1. 地域医療確保対策の推進
   （1）地域医療に関わる地域別意見交換会の開催
   （2）地域医療住民活動への支援と協力
   （3）かかりつけ医機能の充実と推進

2. 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

3. 診療所運営対策の推進

4. がん対策の推進
   （1）第3期北海道がん対策推進計画（北海道がん対策推進委員会）への協力
   （2）北海道がん対策「六位一体」協議会への参画
       1）「北海道がんサミット」開催への支援と協力
   （3）北海道がん対策基金への協力
   （4）がん対策推進に関わる関係団体等との連携強化

5. 医療 ICT・遠隔医療の推進（情報広報部・地域福祉部との連携）

6. 外国人患者医療への対応
7. 医療廃棄物対策の推進
   (1) 水銀廃棄物等の適正処理の推進

8. 医師会共同利用施設への支援と協力

9. 北海道の地域医療政策への提言と施策への対応
   (1) 地域医療構想
   (2) 地域包括ケア
   (3) 医療介護総合確保促進法に基づく北海道計画（医療分）
   (4) 北海道医師確保計画（医療政策部との連携）
   (5) 緊急臨時的医師派遣事業
   (6) 北海道医療対策協議会
   (7) 保健医療福祉圏域連携推進会議

10. 電力等需給対策への対応

【地域福祉部】

1. 地域包括ケアシステム構築への対応
   (1) 医療と介護の連携強化
      1) 医療と介護の連携の推進に向けた意見交換会への参加・協力
      2) 医療と介護のICT連携の推進（情報広報部・地域医療部との連携）
   (2) 在宅医療への対応
      1) アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の普及・啓発
   (3) 多職種協働によるチーム医療の推進
   (4) 介護ロボットの普及・啓発

2. 介護保険・障がい者福祉制度への対応
   (1) 制度の見直しと介護報酬改定
   (2) 地域支援事業の推進
   (3) 介護保険・障がい者制度に関する研修会の開催
   (4) 認知症対策の推進
      1) 認知症サポート医等フォローアップ研修事業の実施
2）認知症サポート医養成事業への協力
3）認知症サポート医連絡協議会の運営
4）改正道路交通法への対応
（5）介護認定にかかわる諸問題
（6）居住系サービスに関する諸問題

3．北海道の地域福祉・介護・障がい者政策への提言と施策への対応
（1）北海道高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画
（2）医療介護総合保険促進法に基づく北海道計画（介護分）
（3）北海道障がい福祉計画

4．北海道総合在宅ケア事業団への支援と協力ならびに介護・福祉
関係団体との連携
（1）介護・福祉関係団体との情報共有・意見交換

[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）都市医師会産業保健活動への協力
（4）労働安全衛生コンサルタント会への支援と協力
（5）日本産業衛生学会北海道地方会への支援と協力
（6）産業医と精神科医等精神保健関係者との連携の推進

2．産業医研修事業の実施
（1）産業医学基礎研修会の開催
（2）産業医学実践研修会の開催
（3）北海道補助事業
  1）産業保健研修会の開催
（4）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
（5）日本医師会認定産業医の登録と単位管理
（6）各種研修会等の情報提供

3. 北海道労働局との連携・協力

4. 北海道産業保健総合支援センターとの連携・協力

【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）小児救急医療地域研修事業の推進
   （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事業への支援と協力

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）災害時医療体制の整備および道内外大規模災害への対応と支援
       1）JMA TとDMATとの連携体制の検討
   （2）JMA T研修会の開催
   （2）ラグビーワールドカップ2019開催に向けたテロ対策（CBRNE）等への対応
   （3）災害時医療救護活動指針マニュアルの作成
   （4）北海道防災会議への参画
   （5）北海道防災総合訓練ほか各種訓練と研修会への参加
   （6）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. 救急医療啓発活動の推進
（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）心肺蘇生法およびAEDの普及と啓発
（4）エピペン（アドレナリン自己注射薬）の適正使用の普及・啓発
（5）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）勤務医の医師会活動への参加促進
（2）勤務医部会の運営
（3）勤務医懇談会の開催

2. 医師の就労環境改善・働き方改革等の推進
（1）女性医師等支援相談窓口事業の充実
（2）医師の仕事と家庭の両立支援
（3）医学生、研修医等のサポート事業の推進
（4）就労環境改善事業の推進
（5）日医および北海道女性医師バンクへの協力
（6）日医女性医師支援センター事業への協力
（7）北海道医療勤務環境改善支援センターとの連携・協力
（8）北海道地域医師連携支援センターとの連携・協力

3. 医療関連専門職種団体への協力と連携
（1）医療・福祉関係職能団体等との意見交換会の開催
（2）医師事務作業補助者の育成
（3）看護職員の養成と確保への支援と協力
（4）看護の日・看護週間への支援と協力

4. 医師会立看護職員養成施設への支援と協力
（1）医師会立看護職員養成校連絡協議会の開催

【学術部】

1．日本医師会生涯教育講座への対応
（1）日本医師会生涯教育協力講座セミナーの実施
（2）日本医師会生涯教育制度への協力
（3）日医かかりつけ医機能研修制度への協力
（4）都市医師会・専門医会単独主催講座に対する助成
（5）各種団体主催講座の認定と受講証の発行

2．自宅学習環境の整備
（1）生涯教育シリーズの北海道医報への連載と合本

3．学会および教育・研究機関等との連携
（1）医学会開催に対する助成

4．北海道医学大会の開催

5．北海道医師会賞の贈呈

6．新専門医制度への対応
（1）北海道医療対策協議会・専門医制度等検討分科会への参加・協力
（2）日本専門医機構「共通講習」の開催

7．新医師臨床研修制度への対応
（1）臨床研修医との懇談会の開催
（2）指導医のための教育ワークショップの開催
（3）北海道臨床研修病院等連絡協議会・北海道ブロック臨床研修制度協議会の開催

8．地域医療を担う青少年育成事業の推進
（1）医師不足地域の中学校生に対する「医療模擬体験」の実施等

9．第30回日本医学会総会 2019 中部への協力
財務部

1. 会計・経理の適正な運用
   （1）公益法人会計基準の準拠
   （2）一般社団法人としての収益事業の税務申告への対応
   （3）新たに導入した会計システムの適正な運用
   （4）資金の安全な運用
   （5）計画的特定積立預金の確保

2. 会館および付属設備の管理運営
   （1）会館の適正な保全および将来の会館構想の検討
   （2）優良テナントの確保
   （3）万全な保守整備
平成31年度 北海道医師会収支予算書

目 次

1. 収支予算書〈正味財産増減計算書〉
2. 収支予算書内訳表〈正味財産増減計算書内訳表〉

（内部管理資料･･････平成16年公益法人会計基準による）

1. 予算総括表
2. 予算説明書（前掲）
### 1. 収支予算書（正味財産増減計算書）

平成31年4月1日から平成32年3月31日まで　（単位：千円）

<table>
<thead>
<tr>
<th>科目</th>
<th>当年度</th>
<th>前年度</th>
<th>増減額</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I 一般正味財産増減の部</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. 経常増減の部</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(1) 経常収益</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>① 特定資産運用益</td>
<td>1</td>
<td>43</td>
<td>△ 42</td>
</tr>
<tr>
<td>職員退職給付引当資産受取利息</td>
<td>1</td>
<td>43</td>
<td>△ 42</td>
</tr>
<tr>
<td>② 受取会費</td>
<td>672,660</td>
<td>672,785</td>
<td>△ 125</td>
</tr>
<tr>
<td>受取会費</td>
<td>672,660</td>
<td>672,785</td>
<td>△ 125</td>
</tr>
<tr>
<td>③ 事業収益</td>
<td>274,889</td>
<td>274,725</td>
<td>164</td>
</tr>
<tr>
<td>受託料収益</td>
<td>26,962</td>
<td>26,962</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>受講料収益</td>
<td>9,036</td>
<td>8,592</td>
<td>444</td>
</tr>
<tr>
<td>審査料収益</td>
<td>300</td>
<td>2,680</td>
<td>△ 2,380</td>
</tr>
<tr>
<td>幹部料収益</td>
<td>15,191</td>
<td>12,279</td>
<td>2,912</td>
</tr>
<tr>
<td>手数料収益</td>
<td>74,996</td>
<td>77,019</td>
<td>△ 2,023</td>
</tr>
<tr>
<td>購読料収益</td>
<td>398</td>
<td>414</td>
<td>△ 16</td>
</tr>
<tr>
<td>賛助金収益</td>
<td>4,536</td>
<td>4,536</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>貨賃料収益</td>
<td>141,524</td>
<td>140,063</td>
<td>1,461</td>
</tr>
<tr>
<td>販売収益</td>
<td>1,946</td>
<td>2,180</td>
<td>△ 234</td>
</tr>
<tr>
<td>④ 受取負担金</td>
<td>46,606</td>
<td>48,343</td>
<td>△ 1,737</td>
</tr>
<tr>
<td>関業時・医業承継時負担金</td>
<td>16,500</td>
<td>16,500</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>負担金</td>
<td>30,106</td>
<td>31,843</td>
<td>△ 1,737</td>
</tr>
<tr>
<td>⑤ 受取助成金</td>
<td>25,623</td>
<td>26,009</td>
<td>△ 386</td>
</tr>
<tr>
<td>日医助成金</td>
<td>23,803</td>
<td>24,189</td>
<td>△ 386</td>
</tr>
<tr>
<td>その他助成金</td>
<td>1,820</td>
<td>1,820</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>⑥ 受取補助金等</td>
<td>267,900</td>
<td>267,440</td>
<td>460</td>
</tr>
<tr>
<td>自治体等補助金等</td>
<td>267,900</td>
<td>267,440</td>
<td>460</td>
</tr>
<tr>
<td>⑦ 受取寄付金</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>受取寄付金</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>⑧ 雑収益</td>
<td>3,835</td>
<td>4,729</td>
<td>△ 894</td>
</tr>
<tr>
<td>雑収益</td>
<td>3,835</td>
<td>4,729</td>
<td>△ 894</td>
</tr>
<tr>
<td>経常収益計</td>
<td>1,291,515</td>
<td>1,294,075</td>
<td>△ 2,560</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(2) 経常費用

<table>
<thead>
<tr>
<th>科目</th>
<th>当年度</th>
<th>前年度</th>
<th>増減額</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>① 事業費</td>
<td>1,143,471</td>
<td>1,156,569</td>
<td>△ 13,098</td>
</tr>
<tr>
<td>役員報酬</td>
<td>30,261</td>
<td>30,260</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>役員執務手当</td>
<td>6,304</td>
<td>6,696</td>
<td>△ 392</td>
</tr>
<tr>
<td>給料手当</td>
<td>237,648</td>
<td>263,502</td>
<td>△ 25,854</td>
</tr>
<tr>
<td>臨時雇賃金</td>
<td>1,340</td>
<td>1,425</td>
<td>△ 85</td>
</tr>
<tr>
<td>科 目</td>
<td>当年度</td>
<td>前年度</td>
<td>増減額</td>
</tr>
<tr>
<td>--------------------------</td>
<td>--------</td>
<td>--------</td>
<td>--------</td>
</tr>
<tr>
<td>役員退任給付費用</td>
<td>18,045</td>
<td>18,045</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>退職給付費用</td>
<td>18,295</td>
<td>18,030</td>
<td>265</td>
</tr>
<tr>
<td>福利厚生費</td>
<td>38,914</td>
<td>43,100</td>
<td>△4,186</td>
</tr>
<tr>
<td>交際費</td>
<td>9,936</td>
<td>6,502</td>
<td>3,434</td>
</tr>
<tr>
<td>会議費</td>
<td>28,839</td>
<td>28,407</td>
<td>432</td>
</tr>
<tr>
<td>研修諸費</td>
<td>12,740</td>
<td>11,998</td>
<td>742</td>
</tr>
<tr>
<td>旅費交通費</td>
<td>96,258</td>
<td>85,573</td>
<td>10,685</td>
</tr>
<tr>
<td>通信運搬費</td>
<td>27,351</td>
<td>27,671</td>
<td>△320</td>
</tr>
<tr>
<td>消耗什器備品費</td>
<td>1,711</td>
<td>944</td>
<td>767</td>
</tr>
<tr>
<td>消耗品費</td>
<td>5,784</td>
<td>5,968</td>
<td>△184</td>
</tr>
<tr>
<td>修繕費</td>
<td>16,083</td>
<td>16,318</td>
<td>△235</td>
</tr>
<tr>
<td>図書·印刷製本費</td>
<td>71,286</td>
<td>69,386</td>
<td>1,900</td>
</tr>
<tr>
<td>光熱水費</td>
<td>16,657</td>
<td>16,462</td>
<td>195</td>
</tr>
<tr>
<td>賃借料</td>
<td>23,581</td>
<td>24,035</td>
<td>△454</td>
</tr>
<tr>
<td>保険料</td>
<td>7,293</td>
<td>7,168</td>
<td>125</td>
</tr>
<tr>
<td>諸謝金</td>
<td>30,835</td>
<td>32,159</td>
<td>△1,324</td>
</tr>
<tr>
<td>租税公課</td>
<td>30,710</td>
<td>30,286</td>
<td>424</td>
</tr>
<tr>
<td>支払負担金</td>
<td>12,227</td>
<td>5,853</td>
<td>6,374</td>
</tr>
<tr>
<td>支払助成金</td>
<td>267,611</td>
<td>267,884</td>
<td>△273</td>
</tr>
<tr>
<td>雑費</td>
<td>7,206</td>
<td>8,699</td>
<td>△1,493</td>
</tr>
<tr>
<td>委託費</td>
<td>112,257</td>
<td>114,366</td>
<td>△2,109</td>
</tr>
<tr>
<td>減価償却費</td>
<td>14,299</td>
<td>15,832</td>
<td>△1,533</td>
</tr>
</tbody>
</table>
② 管理費                  | 166,239| 131,041| 35,198 |
<p>| 役員報酬                 | 3,599  | 3,600  | △1     |
| 役員勤務手当             | 1,696  | 1,304  | 392    |
| 給料手当                 | 61,304 | 46,668 | 14,636 |
| 臨時雇賃金               | 293    | 241    | 52     |
| 役員退任給付費用         | 3,145  | 3,145  | 0      |
| 退職給付費用             | 5,353  | 2,514  | 2,839  |
| 福利厚生費               | 10,040 | 7,694  | 2,346  |
| 交際費                   | 11,417 | 5,498  | 5,919  |
| 会議費                   | 2,398  | 1,625  | 773    |
| 旅費交通費               | 26,755 | 25,115 | 1,640  |
| 通信運搬費               | 2,979  | 1,759  | 1,220  |
| 消耗什器備品費           | 290    | 77     | 213    |
| 消耗品費                 | 1,090  | 695    | 395    |
| 修繕費                   | 286    | 109    | 177    |
| 図書·印刷製本費          | 2,522  | 2,959  | △437   |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>科 目</th>
<th>当年度</th>
<th>前年度</th>
<th>増減額</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>貸借料</td>
<td>5,293</td>
<td>3,785</td>
<td>1,508</td>
</tr>
<tr>
<td>保険料</td>
<td>580</td>
<td>446</td>
<td>134</td>
</tr>
<tr>
<td>諸謝金</td>
<td>4,821</td>
<td>4,519</td>
<td>302</td>
</tr>
<tr>
<td>租税公課</td>
<td>12</td>
<td>7</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>支払負担金</td>
<td>5,867</td>
<td>5,188</td>
<td>679</td>
</tr>
<tr>
<td>支払助成金</td>
<td>9,490</td>
<td>10,209</td>
<td>△ 719</td>
</tr>
<tr>
<td>雑費</td>
<td>1,410</td>
<td>919</td>
<td>491</td>
</tr>
<tr>
<td>委託費</td>
<td>5,052</td>
<td>2,491</td>
<td>2,561</td>
</tr>
<tr>
<td>減価償却費</td>
<td>547</td>
<td>474</td>
<td>73</td>
</tr>
<tr>
<td>経常費用計</td>
<td>1,309,710</td>
<td>1,287,810</td>
<td>22,100</td>
</tr>
<tr>
<td>当期経常増減額</td>
<td>△ 18,195</td>
<td>6,465</td>
<td>△ 24,660</td>
</tr>
</tbody>
</table>

2. 経常外増減の部
(1) 経常外収益
経常外収益計 | 0 | 0 | 0 |

(2) 経常外費用
経常外費用計 | 0 | 0 | 0 |
当期経常外増減額 | 0 | 0 | 0 |
税引前当期一般正味財産増減額 | △ 18,195 | 6,465  | △ 24,660 |
法人税、住民税及び事業税 | 9,167 | 11,490 | △ 2,323 |
当期一般正味財産増減額 | △ 27,362 | △ 5,025 | △ 22,337 |
一般正味財産期首残高
一般正味財産期末残高

Ⅱ 指定正味財産増減の部
当期指定正味財産増減額
指定正味財産期首残高
指定正味財産期末残高

Ⅲ 正味財産期末残高
## 2. 収支予算書内訳表（正味財産増減計算書内訳表）

平成31年4月1日から平成32年3月31日まで
（単位:千円）

<table>
<thead>
<tr>
<th>科 目</th>
<th>実施事業等会計</th>
<th>その他会計</th>
<th>法人会計</th>
<th>内部取引消去</th>
<th>合計</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>共益目的事業</td>
<td>収益目的事業</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>① 一般正味財産増減の部</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. 経常増減の部</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(1) 経常収益</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>① 特定資産運用益</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>戦災等特別賠償支出等収益</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>② 受取会費</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>受取金利</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td>672,660</td>
<td>672,660</td>
</tr>
<tr>
<td>③ 事業収益</td>
<td>47,396</td>
<td>3,312</td>
<td>223,271</td>
<td>226,583</td>
<td>910</td>
</tr>
<tr>
<td>受託料収益</td>
<td>18,852</td>
<td>0</td>
<td>7,200</td>
<td>7,200</td>
<td>910</td>
</tr>
<tr>
<td>受講料収益</td>
<td>8,055</td>
<td>981</td>
<td>0</td>
<td>981</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>审査料収益</td>
<td>300</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>広告料収益</td>
<td>12,860</td>
<td>2,331</td>
<td>0</td>
<td>2,331</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>手数料収益</td>
<td>2,395</td>
<td>0</td>
<td>72,601</td>
<td>72,601</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>賃務料収益</td>
<td>398</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>賛助金収益</td>
<td>4,536</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>貸付金収益</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>141,524</td>
<td>141,524</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>販売収益</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1,946</td>
<td>1,946</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>④ 受取負担金</td>
<td>1,434</td>
<td>30,085</td>
<td>3,177</td>
<td>33,262</td>
<td>11,910</td>
</tr>
<tr>
<td>開業時・事業継承時負担金</td>
<td>0</td>
<td>5,100</td>
<td>0</td>
<td>5,100</td>
<td>11,400</td>
</tr>
<tr>
<td>負担金</td>
<td>1,434</td>
<td>24,985</td>
<td>3,177</td>
<td>28,162</td>
<td>510</td>
</tr>
<tr>
<td>⑤ 受取寄付金</td>
<td>4,685</td>
<td>4,210</td>
<td>0</td>
<td>4,210</td>
<td>16,728</td>
</tr>
<tr>
<td>自治体等寄付金</td>
<td>2,865</td>
<td>4,210</td>
<td>0</td>
<td>4,210</td>
<td>16,728</td>
</tr>
<tr>
<td>その他寄付金</td>
<td>1,520</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>⑥ 受取寄付金等</td>
<td>267,900</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>慈善義援金等</td>
<td>267,900</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>⑦ 受取寄付金</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>受取寄付金</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>受取寄付金等</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1,360</td>
<td>1,360</td>
<td>2,474</td>
</tr>
<tr>
<td>慈善義援金等</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1,360</td>
<td>1,360</td>
<td>2,474</td>
</tr>
<tr>
<td>経常収益計</td>
<td>321,461</td>
<td>37,607</td>
<td>227,808</td>
<td>265,415</td>
<td>704,684</td>
</tr>
<tr>
<td>(2) 経常費用</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>① 事業費</td>
<td>690,780</td>
<td>249,789</td>
<td>202,892</td>
<td>452,681</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>役員報酬</td>
<td>21,375</td>
<td>4,371</td>
<td>4,515</td>
<td>8,886</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>役員職務手当</td>
<td>3,412</td>
<td>2,228</td>
<td>664</td>
<td>2,892</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>役員手当</td>
<td>116,622</td>
<td>73,434</td>
<td>47,592</td>
<td>121,026</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>雇用賃金</td>
<td>762</td>
<td>382</td>
<td>196</td>
<td>578</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| 合計 | 1,291,515 |

57
<table>
<thead>
<tr>
<th>科 目</th>
<th>実施事業等会計</th>
<th>その他会計</th>
<th>法人会計</th>
<th>内部取引消去</th>
<th>合計</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>共益目的事業</td>
<td>収益目的事業</td>
<td>小計</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>役員退任給付費用</td>
<td>13,355</td>
<td>2,670</td>
<td>2,020</td>
<td>4,690</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>退職給付費用</td>
<td>9,597</td>
<td>4,552</td>
<td>4,146</td>
<td>8,698</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>福利厚生費</td>
<td>19,015</td>
<td>12,096</td>
<td>7,803</td>
<td>19,889</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>交通費</td>
<td>6,009</td>
<td>3,927</td>
<td>0</td>
<td>3,927</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>会議費</td>
<td>13,985</td>
<td>13,585</td>
<td>1,268</td>
<td>14,854</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>研修講習費</td>
<td>12,740</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>旅費交通費</td>
<td>59,732</td>
<td>31,562</td>
<td>4,964</td>
<td>36,526</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>通信運搬費</td>
<td>16,351</td>
<td>5,149</td>
<td>5,851</td>
<td>11,000</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>消耗什器備品費</td>
<td>1,082</td>
<td>389</td>
<td>249</td>
<td>629</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>消耗品費</td>
<td>2,298</td>
<td>1,846</td>
<td>1,640</td>
<td>3,486</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>修繕費</td>
<td>869</td>
<td>4,823</td>
<td>10,391</td>
<td>15,214</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>図書・印刷製本費</td>
<td>54,855</td>
<td>13,115</td>
<td>3,516</td>
<td>16,631</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>光熱水費</td>
<td>0</td>
<td>5,481</td>
<td>11,176</td>
<td>16,657</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>賞徴科</td>
<td>12,576</td>
<td>7,027</td>
<td>3,978</td>
<td>11,005</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>保険料</td>
<td>1,585</td>
<td>2,222</td>
<td>3,486</td>
<td>5,708</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>賞賜金</td>
<td>17,119</td>
<td>12,728</td>
<td>988</td>
<td>13,716</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>租税公課</td>
<td>19</td>
<td>5,619</td>
<td>25,072</td>
<td>30,691</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>支払負担金</td>
<td>4,423</td>
<td>6,968</td>
<td>836</td>
<td>7,804</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>支払手数料</td>
<td>257,066</td>
<td>10,545</td>
<td>0</td>
<td>10,545</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>雑費</td>
<td>2,140</td>
<td>1,148</td>
<td>3,318</td>
<td>5,066</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>委託費</td>
<td>42,722</td>
<td>19,892</td>
<td>49,643</td>
<td>69,535</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>減価償却費</td>
<td>1,281</td>
<td>4,039</td>
<td>8,978</td>
<td>13,018</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>② 管理費</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>役員報酬</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>役員報徳手当</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>給料手当</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1,696</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>旅費旅費金</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>11,304</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>役員退任給付費用</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>退職給付費用</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>福利厚生費</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>10,040</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>交通費</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>11,417</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>会議費</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>2,398</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>旅費交通費</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>26,755</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>通信運搬費</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>2,979</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>消耗什器備品費</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>290</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>消耗品費</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1,090</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>科 目</td>
<td>実施事業等会計</td>
<td>その他会計</td>
<td>法人会計</td>
<td>内部取引消去</td>
<td>合計</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------------</td>
<td>--------------</td>
<td>----------</td>
<td>---------</td>
<td>-------------</td>
<td>-----</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>共益目的事業</td>
<td>収益目的事業</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>修繕費</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>286</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>購入・印刷製本費</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>2,522</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>租税料</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>5,293</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>保険料</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>580</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>諸雑費</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>4,821</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>税控公課</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>12</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>支払負担金</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>5,887</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>支払助成金</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>9,490</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>賃借費</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1,410</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>委託費</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>5,052</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>減価償却費</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>547</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>経常費用計</td>
<td>690,780</td>
<td>249,789</td>
<td>202,892</td>
<td>452,681</td>
<td>166,239</td>
</tr>
<tr>
<td>当期経常増減差</td>
<td>△ 369,374</td>
<td>△ 212,182</td>
<td>24,916</td>
<td>△ 187,266</td>
<td>538,445</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

2. 経常外増減の部
(1) 経常外収益
経常外収益計
0

(2) 経常外費用
経常外費用計
0

当期経常外増減額
0

税引前当期一般正味財産増減額
△ 369,374

法人税、住民税及び事業税
0
当期一般正味財産増減額
△ 369,374

一般正味財産期首残高
△ 27,382

Ⅱ 指定正味財産増減の部
当期指定正味財産増減額

指定正味財産期首残高

指定正味財産期末残高

Ⅲ 正味財産期末残高
## 1. 平成31年度予算総括表

平成31年4月1日から平成32年3月31日まで

（単位：千円）

<table>
<thead>
<tr>
<th>科 目</th>
<th>実施事業等会計</th>
<th>その他会計</th>
<th>法人会計</th>
<th>内部取引消去</th>
<th>予算額</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. 事業活動収支の部</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. 事業活動収入</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>① 会費収入</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>672,660</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>672,660</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>② 事業収入</td>
<td>47,396</td>
<td>3,312</td>
<td>223,271</td>
<td>226,583</td>
<td>910</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>18,852</td>
<td>0</td>
<td>7,200</td>
<td>7,200</td>
<td>910</td>
</tr>
<tr>
<td>⑤ 受講料収入</td>
<td>8,055</td>
<td>981</td>
<td>0</td>
<td>981</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>300</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>⑥ 賞金料収入</td>
<td>12,860</td>
<td>2,331</td>
<td>0</td>
<td>2,331</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2,395</td>
<td>0</td>
<td>72,601</td>
<td>72,601</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>398</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>⑦ 賛助金収入</td>
<td>4,536</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>141,524</td>
<td>141,524</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1,946</td>
<td>1,946</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>⑩ 特定資産運用収入</td>
<td>1,434</td>
<td>30,085</td>
<td>3,177</td>
<td>33,262</td>
<td>11,910</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0</td>
<td>5,100</td>
<td>0</td>
<td>5,100</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1,434</td>
<td>24,985</td>
<td>3,177</td>
<td>28,162</td>
<td>510</td>
</tr>
<tr>
<td>⑪ 助成金収入</td>
<td>4,885</td>
<td>4,210</td>
<td>0</td>
<td>4,210</td>
<td>16,728</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2,865</td>
<td>4,210</td>
<td>0</td>
<td>4,210</td>
<td>16,728</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1,200</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>⑫ 補助金等収入</td>
<td>267,900</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>267,900</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>⑬ その他助成金収入</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>⑭ 転付金収入</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1,360</td>
<td>1,360</td>
<td>2,474</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1,360</td>
<td>1,360</td>
<td>2,474</td>
</tr>
</tbody>
</table>

事業活動収入計 | 321,416 | 37,607 | 227,088 | 265,415 | 704,684 | 0 | 1,291,515 |

2. 事業活動支出

<table>
<thead>
<tr>
<th>科 目</th>
<th>実施事業等会計</th>
<th>その他会計</th>
<th>法人会計</th>
<th>内部取引消去</th>
<th>予算額</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>① 事業費支出</td>
<td>584,944</td>
<td>157,040</td>
<td>129,266</td>
<td>280,306</td>
<td>46,820</td>
</tr>
<tr>
<td>医療安全・医事法制費支出</td>
<td>3,639</td>
<td>2,780</td>
<td>0</td>
<td>2,780</td>
<td>4,119</td>
</tr>
<tr>
<td>医療政策費支出</td>
<td>3,066</td>
<td>1,196</td>
<td>0</td>
<td>1,196</td>
<td>3,792</td>
</tr>
<tr>
<td>医療経営・利益厚生費支出</td>
<td>2,216</td>
<td>2,735</td>
<td>0</td>
<td>2,735</td>
<td>1,047</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>67,837</td>
<td>2,912</td>
<td>0</td>
<td>2,912</td>
<td>783</td>
</tr>
<tr>
<td>医療保険費支出</td>
<td>13,959</td>
<td>5,295</td>
<td>0</td>
<td>5,295</td>
<td>732</td>
</tr>
</tbody>
</table>

60
<table>
<thead>
<tr>
<th>科目</th>
<th>実施事業等会計</th>
<th>その他会計</th>
<th>法人会計</th>
<th>内部取引消去</th>
<th>予算額</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>共益目的事業</td>
<td>収益目的事業</td>
<td>小計</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>地域保健費支出</td>
<td>25,534</td>
<td>224</td>
<td>0</td>
<td>224</td>
<td>3,138</td>
</tr>
<tr>
<td>地域医療費支出</td>
<td>3,200</td>
<td>1,857</td>
<td>0</td>
<td>1,857</td>
<td>2,534</td>
</tr>
<tr>
<td>地域福祉費支出</td>
<td>7,411</td>
<td>505</td>
<td>0</td>
<td>505</td>
<td>2,431</td>
</tr>
<tr>
<td>産業保健費支出</td>
<td>7,120</td>
<td>1,026</td>
<td>0</td>
<td>1,026</td>
<td>619</td>
</tr>
<tr>
<td>救急災害医療対策費支出</td>
<td>262,644</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>医療機関事業費支出</td>
<td>11,382</td>
<td>6,642</td>
<td>0</td>
<td>6,642</td>
<td>9,846</td>
</tr>
<tr>
<td>学術事業費支出</td>
<td>23,615</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>医師会関係費支出</td>
<td>15,175</td>
<td>41,866</td>
<td>1,118</td>
<td>42,984</td>
<td>6,609</td>
</tr>
<tr>
<td>会館管理費支出</td>
<td>0</td>
<td>29,765</td>
<td>61,763</td>
<td>91,528</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>保険事業費支出</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>14,243</td>
<td>14,243</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>販売事業費支出</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1,181</td>
<td>1,181</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>特定健診代行事業費支出</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>4,961</td>
<td>4,961</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>業務費支出</td>
<td>139,246</td>
<td>54,630</td>
<td>20,936</td>
<td>75,566</td>
<td>11,070</td>
</tr>
<tr>
<td>租税公課費支出</td>
<td>0</td>
<td>5,607</td>
<td>25,064</td>
<td>30,671</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>② 管理費支出</td>
<td>81,713</td>
<td>81,488</td>
<td>58,481</td>
<td>139,969</td>
<td>110,378</td>
</tr>
<tr>
<td>事務費支出</td>
<td>72,630</td>
<td>73,573</td>
<td>54,603</td>
<td>130,176</td>
<td>105,823</td>
</tr>
<tr>
<td>会議費支出</td>
<td>9,083</td>
<td>5,915</td>
<td>3,878</td>
<td>9,793</td>
<td>4,555</td>
</tr>
<tr>
<td>③ 法人税等支出</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>9,167</td>
<td>9,167</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>法人税等支出</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>9,167</td>
<td>9,167</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>事業活動支出計</td>
<td>666,557</td>
<td>238,528</td>
<td>195,914</td>
<td>435,442</td>
<td>157,198</td>
</tr>
<tr>
<td>事業活動支出差額</td>
<td>△ 345,141</td>
<td>△ 200,921</td>
<td>30,894</td>
<td>△ 170,027</td>
<td>547,486</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>投資活動収支の部</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. 投資活動収入</td>
</tr>
<tr>
<td>① 特定資産取得収入</td>
</tr>
<tr>
<td>役員慰労役務引当資産取得収入</td>
</tr>
<tr>
<td>職員慰労役務引当資産取得収入</td>
</tr>
<tr>
<td>資産調査精査資産取得収入</td>
</tr>
<tr>
<td>道医療業務精査資産取得収入</td>
</tr>
<tr>
<td>青葉資産精査資産取得収入</td>
</tr>
<tr>
<td>会館特別精査資産取得収入</td>
</tr>
<tr>
<td>② 資産売却収入</td>
</tr>
<tr>
<td>③ 売買資産売却収入</td>
</tr>
<tr>
<td>④ 売買資産売却収入</td>
</tr>
<tr>
<td>事業活動収入計</td>
</tr>
<tr>
<td>科目</td>
</tr>
<tr>
<td>-----</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. 投資活動支出</td>
</tr>
<tr>
<td>① 特定資産支出</td>
</tr>
<tr>
<td>役員退任慰労引当資産支出</td>
</tr>
<tr>
<td>職員退職給付引当資産支出</td>
</tr>
<tr>
<td>資金調整積立資産支出</td>
</tr>
<tr>
<td>道医支編著積立資産支出</td>
</tr>
<tr>
<td>育英資産積立資産支出</td>
</tr>
<tr>
<td>社会保障対策積立資産支出</td>
</tr>
<tr>
<td>災害支援積立資産支出</td>
</tr>
<tr>
<td>会館特別積立資産支出</td>
</tr>
<tr>
<td>② 固定資産取得支出</td>
</tr>
<tr>
<td>施設設備工事支出</td>
</tr>
<tr>
<td>什器備品購入支出</td>
</tr>
<tr>
<td>ソフトウェア開発支出</td>
</tr>
<tr>
<td>③ 資料支出</td>
</tr>
<tr>
<td>育英資料貸付金支出</td>
</tr>
<tr>
<td>④ 預り金償還金支出</td>
</tr>
<tr>
<td>預り金償還金支出</td>
</tr>
<tr>
<td>投資活動支出計</td>
</tr>
<tr>
<td>投資活動收支差額</td>
</tr>
<tr>
<td>Ⅲ 予備費支出</td>
</tr>
<tr>
<td>当期収支差額</td>
</tr>
<tr>
<td>前期繰越収支差額</td>
</tr>
<tr>
<td>次期繰越収支差額</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 平成31年度予算

<table>
<thead>
<tr>
<th>科目</th>
<th>中科目</th>
<th>1. 頃算額 千円</th>
<th>2. 前年度予算額 千円</th>
<th>3. 増減額 千円</th>
<th>4. 増減率 %</th>
<th>5. 対比 %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. 会費収入</td>
<td>1. 会費収入</td>
<td>672,660</td>
<td>672,785</td>
<td>△ 125</td>
<td>0.02%</td>
<td>99.98%</td>
</tr>
<tr>
<td>2. 事業収入</td>
<td>274,889</td>
<td>274,725</td>
<td>△ 164</td>
<td>100.05%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. 受託料収入</td>
<td>26,962</td>
<td>26,962</td>
<td>0</td>
<td>0.00%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. 受講料収入</td>
<td>9,036</td>
<td>8,592</td>
<td>444</td>
<td>10.16%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. 审査料収入</td>
<td>300</td>
<td>2,680</td>
<td>△ 2,380</td>
<td>11.19%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. 広告料収入</td>
<td>15,191</td>
<td>12,279</td>
<td>2,912</td>
<td>123.71%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. 手数料収入</td>
<td>74,996</td>
<td>77,019</td>
<td>△ 2,023</td>
<td>97.37%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. 購読料収入</td>
<td>398</td>
<td>414</td>
<td>△ 16</td>
<td>96.13%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7. 賞金収入</td>
<td>4,536</td>
<td>4,536</td>
<td>0</td>
<td>100.00%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8. 賃料収入</td>
<td>141,524</td>
<td>140,063</td>
<td>1,461</td>
<td>101.04%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9. 売り上げ</td>
<td>1,946</td>
<td>2,180</td>
<td>△ 234</td>
<td>89.26%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. 負担金収入</td>
<td>46,466</td>
<td>48,343</td>
<td>△ 1,737</td>
<td>96.40%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. 関係・医療保険負担金</td>
<td>16,500</td>
<td>16,500</td>
<td>0</td>
<td>100.00%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. 負担金収入</td>
<td>30,106</td>
<td>31,843</td>
<td>△ 1,737</td>
<td>94.54%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. 助成金収入</td>
<td>25,623</td>
<td>26,009</td>
<td>△ 386</td>
<td>98.51%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. 医師助成金収入</td>
<td>23,803</td>
<td>24,189</td>
<td>△ 386</td>
<td>98.40%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. その他助成金収入</td>
<td>1,820</td>
<td>1,820</td>
<td>0</td>
<td>100.00%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 説明書

1. 定款会費 202,843万円 2. 設定金額 469,817万円

1. 護理保健協議・障害者自立支援協力
2. 平成医療保険会運営補助金
3. 介護保険財団事業補助金
4. 機器補助金
5. 株式会社カネヨ補助金
6. 株式会社カネヨ補助金
7. 株式会社カネヨ補助金
8. 株式会社カネヨ補助金
9. 株式会社カネヨ補助金
10. 株式会社カネヨ補助金
11. 株式会社カネヨ補助金
12. 株式会社カネヨ補助金
13. 株式会社カネヨ補助金
14. 株式会社カネヨ補助金
15. 株式会社カネヨ補助金
16. 株式会社カネヨ補助金
17. 株式会社カネヨ補助金
18. 株式会社カネヨ補助金
19. 株式会社カネヨ補助金
20. 株式会社カネヨ補助金
21. 株式会社カネヨ補助金
22. 株式会社カネヨ補助金
23. 株式会社カネヨ補助金
24. 株式会社カネヨ補助金
25. 株式会社カネヨ補助金
26. 株式会社カネヨ補助金
27. 株式会社カネヨ補助金
28. 株式会社カネヨ補助金
29. 株式会社カネヨ補助金
30. 株式会社カネヨ補助金
31. 株式会社カネヨ補助金
32. 株式会社カネヨ補助金
33. 株式会社カネヨ補助金
34. 株式会社カネヨ補助金
35. 株式会社カネヨ補助金
36. 株式会社カネヨ補助金
37. 株式会社カネヨ補助金
38. 株式会社カネヨ補助金
39. 株式会社カネヨ補助金
40. 株式会社カネヨ補助金
41. 株式会社カネヨ補助金
42. 株式会社カネヨ補助金
43. 株式会社カネヨ補助金
44. 株式会社カネヨ補助金
45. 株式会社カネヨ補助金
46. 株式会社カネヨ補助金
47. 株式会社カネヨ補助金
48. 株式会社カネヨ補助金
49. 株式会社カネヨ補助金
50. 株式会社カネヨ補助金
51. 株式会社カネヨ補助金
52. 株式会社カネヨ補助金
53. 株式会社カネヨ補助金
54. 株式会社カネヨ補助金
55. 株式会社カネヨ補助金
56. 株式会社カネヨ補助金
57. 株式会社カネヨ補助金
58. 株式会社カネヨ補助金
59. 株式会社カネヨ補助金
60. 株式会社カネヨ補助金
61. 株式会社カネヨ補助金
62. 株式会社カネヨ補助金
63. 株式会社カネヨ補助金
64. 株式会社カネヨ補助金
65. 株式会社カネヨ補助金
66. 株式会社カネヨ補助金
67. 株式会社カネヨ補助金
68. 株式会社カネヨ補助金
69. 株式会社カネヨ補助金
70. 株式会社カネヨ補助金
71. 株式会社カネヨ補助金
72. 株式会社カネヨ補助金
73. 株式会社カネヨ補助金
74. 株式会社カネヨ補助金
75. 株式会社カネヨ補助金
76. 株式会社カネヨ補助金
77. 株式会社カネヨ補助金
78. 株式会社カネヨ補助金
79. 株式会社カネヨ補助金
80. 株式会社カネヨ補助金
81. 株式会社カネヨ補助金
82. 株式会社カネヨ補助金
83. 株式会社カネヨ補助金
84. 株式会社カネヨ補助金
85. 株式会社カネヨ補助金
86. 株式会社カネヨ補助金
87. 株式会社カネヨ補助金
88. 株式会社カネヨ補助金
89. 株式会社カネヨ補助金
90. 株式会社カネヨ補助金
91. 株式会社カネヨ補助金
92. 株式会社カネヨ補助金
93. 株式会社カネヨ補助金
94. 株式会社カネヨ補助金
95. 株式会社カネヨ補助金
96. 株式会社カネヨ補助金
97. 株式会社カネヨ補助金
98. 株式会社カネヨ補助金
99. 株式会社カネヨ補助金
100. 株式会社カネヨ補助金
<table>
<thead>
<tr>
<th>科目</th>
<th>中科目</th>
<th>①</th>
<th>②</th>
<th>③</th>
<th>① / ②</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>予算額</td>
<td>前年度予算額</td>
<td>増減額</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5.  補助金等収入</td>
<td>1. 自治体等補助金収入</td>
<td>267,900</td>
<td>267,440</td>
<td>460</td>
<td>100.17</td>
</tr>
<tr>
<td>6.  寄付金収入</td>
<td>1. 寄付金収入</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>100.00</td>
</tr>
<tr>
<td>7.  特定資産運用収入</td>
<td>1. 特定資産利息収入</td>
<td>1</td>
<td>43</td>
<td>△ 42</td>
<td>2.32</td>
</tr>
<tr>
<td>8.  雑収入</td>
<td>1. 雑収入</td>
<td>3,835</td>
<td>4,729</td>
<td>△ 894</td>
<td>81.09</td>
</tr>
<tr>
<td>事業活動収入計</td>
<td></td>
<td>1,291,515</td>
<td>1,294,075</td>
<td>△ 2,560</td>
<td>99.80</td>
</tr>
</tbody>
</table>

（参考）

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>予算額</th>
<th>前年度予算額</th>
<th>差異</th>
<th>対比%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>当期収入合計（事業活動+投資活動）</td>
<td>1,295,131</td>
<td>1,691,119</td>
<td>△ 395,988</td>
<td>76.58</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<p>| | | | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. 職業病・労働災害対策事業補助金</td>
<td>1,050,000円</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. 女性医師等研修・指導事業補助金</td>
<td>10,352,000円</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. 北海道地域自殺対策強化事業補助金</td>
<td>2,390,000円</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. がん検診従事者資質向上事業補助金</td>
<td>960,000円</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. 寄付金</td>
<td>1,000円</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. 特定資産利息（科目利息）</td>
<td>1,000円</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. 生涯教育課程学習受講の手数料</td>
<td>1,000円</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. 引去後委託手数料</td>
<td>1,674,000円</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. 雑収入（自動販売機設置手数料等）</td>
<td>1,360,000円</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. 事業活動支出</td>
<td>科目</td>
<td>中科目</td>
<td>予算額</td>
<td>前年度予算額</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------</td>
<td>------</td>
<td>-------</td>
<td>--------</td>
<td>-------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>千円</td>
<td>千円</td>
</tr>
<tr>
<td>1. 事業費支出</td>
<td>1.</td>
<td>医療安全・医事法制度支出</td>
<td>917,970</td>
<td>954,941</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>会議費</td>
<td>10,538</td>
<td>10,292</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>研修費</td>
<td>2,531</td>
<td>2,507</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>事業費</td>
<td>3,208</td>
<td>3,452</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>旅費交通費</td>
<td>2,870</td>
<td>2,945</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2.</td>
<td>医療政策支援支出</td>
<td>6,854</td>
<td>7,928</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>会議費</td>
<td>2,127</td>
<td>2,127</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>研修費</td>
<td>935</td>
<td>935</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>事業費</td>
<td>1,698</td>
<td>2,198</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>旅費交通費</td>
<td>2,084</td>
<td>2,658</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>賠償金</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3.</td>
<td>医療経営・研修等支出</td>
<td>5,998</td>
<td>5,674</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>会議費</td>
<td>2,218</td>
<td>1,927</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>研修費</td>
<td>2,082</td>
<td>2,047</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>旅費交通費</td>
<td>1,700</td>
<td>1,700</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.</td>
<td>情報広報費支出</td>
<td>71,532</td>
<td>74,311</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>会議費</td>
<td>1,800</td>
<td>1,800</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>旅費交通費</td>
<td>68,949</td>
<td>71,521</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5.</td>
<td>医療保険費支出</td>
<td>19,988</td>
<td>19,988</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>会議費</td>
<td>5,295</td>
<td>4,365</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>研修費</td>
<td>8,437</td>
<td>5,688</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>事業費</td>
<td>5,522</td>
<td>9,276</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>旅費交通費</td>
<td>732</td>
<td>728</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6.</td>
<td>地域保健費支出</td>
<td>28,896</td>
<td>29,718</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>会議費</td>
<td>5,049</td>
<td>4,723</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>研修費</td>
<td>954</td>
<td>842</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>受託・補助金事業費</td>
<td>12,573</td>
<td>12,619</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>事業費</td>
<td>5,782</td>
<td>5,782</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>旅費交通費</td>
<td>2,301</td>
<td>3,515</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>助成金</td>
<td>1,400</td>
<td>1,400</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>賠償金</td>
<td>837</td>
<td>837</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7.</td>
<td>地域医療費支出</td>
<td>7,591</td>
<td>8,134</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>会議費</td>
<td>3,353</td>
<td>2,629</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>研修費</td>
<td>732</td>
<td>732</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>研修費</td>
<td>300</td>
<td>300</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>旅費交通費</td>
<td>3,110</td>
<td>4,090</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>賠償金</td>
<td>96</td>
<td>375</td>
</tr>
<tr>
<td>主科目</td>
<td>中科目</td>
<td>予算額</td>
<td>前年度予算額</td>
<td>増減額</td>
</tr>
<tr>
<td>-------</td>
<td>--------</td>
<td>--------</td>
<td>--------------</td>
<td>--------</td>
</tr>
<tr>
<td>8. 地域福祉費支出</td>
<td>会議費</td>
<td>10,347</td>
<td>10,512</td>
<td>-165</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>研修費</td>
<td>430</td>
<td>648</td>
<td>-218</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>受託金事業費</td>
<td>678</td>
<td>178</td>
<td>500</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>事業費</td>
<td>6,733</td>
<td>6,733</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>旅費交通費</td>
<td>1,399</td>
<td>1,837</td>
<td>-438</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>負担金</td>
<td>1,002</td>
<td>1,041</td>
<td>-39</td>
</tr>
<tr>
<td>9. 産業保健費支出</td>
<td>会議費</td>
<td>8,765</td>
<td>8,895</td>
<td>-130</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>研修費</td>
<td>378</td>
<td>532</td>
<td>-154</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>受託・補助金事業費</td>
<td>1,653</td>
<td>1,607</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>事業費</td>
<td>5,467</td>
<td>5,467</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>旅費交通費</td>
<td>850</td>
<td>550</td>
<td>300</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>助成金</td>
<td>509</td>
<td>629</td>
<td>-120</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>負担金</td>
<td>110</td>
<td>110</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>10. 水害等被害者等の医療費支出</td>
<td>会議費</td>
<td>10,557</td>
<td>10,327</td>
<td>130</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>研修費</td>
<td>5,558</td>
<td>6,111</td>
<td>-553</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>受託金事業費</td>
<td>1,000</td>
<td>745</td>
<td>255</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>事業費</td>
<td>10,352</td>
<td>10,352</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>旅費交通費</td>
<td>21,808</td>
<td>22,087</td>
<td>-279</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>助成金</td>
<td>8,830</td>
<td>9,440</td>
<td>-610</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>負担金</td>
<td>350</td>
<td>350</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>12. 学術成果報告費支出</td>
<td>会議費</td>
<td>23,615</td>
<td>25,457</td>
<td>-1,842</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>研修費</td>
<td>1,340</td>
<td>1,340</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>事業費用</td>
<td>19,775</td>
<td>21,617</td>
<td>-1,842</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>助成金</td>
<td>2,500</td>
<td>2,500</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>13. 医師会関係費支出</td>
<td>会議費</td>
<td>64,768</td>
<td>54,724</td>
<td>10,044</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>研修費</td>
<td>17,041</td>
<td>16,687</td>
<td>354</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>事業費用</td>
<td>1,248</td>
<td>1,277</td>
<td>-29</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>助成金</td>
<td>39,015</td>
<td>29,264</td>
<td>9,751</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>負担金</td>
<td>7,464</td>
<td>7,496</td>
<td>-32</td>
</tr>
</tbody>
</table>

説明:
1. 医療、介護、福祉関係団体との打合せ
2. 地域包括診療所の運営
3. 医療・介護、福祉に関する研修会
4. 介護保険制度適合化に関する研修会
5. 介護保険制度適合化に関する研修会
6. 介護保険制度適合化に関する研修会
7. 介護保険制度適合化に関する研修会
8. 医師会関係費支出
9. 学術成果報告費支出
10. 水害等被害者等の医療費支出

その他:
- 医師会関係費支出
- 学術成果報告費支出
- 水害等被害者等の医療費支出
<table>
<thead>
<tr>
<th>科 目</th>
<th>中科目</th>
<th>予算額</th>
<th>前年度予算額</th>
<th>増減額</th>
<th>対比</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>①</td>
<td>②</td>
<td>③</td>
<td>④ - ①</td>
<td>⑤</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>金銭管理費支出</td>
<td>事業費用</td>
<td>91,528</td>
<td>90,138</td>
<td>1,390</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>保険事業費支出</td>
<td>事業費用</td>
<td>14,243</td>
<td>15,121</td>
<td>△ 878</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>販売事業費支出</td>
<td>事業費用</td>
<td>1,181</td>
<td>2,241</td>
<td>△ 1,060</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>特定健診代行事業費支出</td>
<td>事業費用</td>
<td>4,961</td>
<td>5,090</td>
<td>△ 129</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>業務費支出</td>
<td>事業費用</td>
<td>225,882</td>
<td>262,793</td>
<td>△ 36,911</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>役員職員費用</td>
<td>26,075</td>
<td>15,063</td>
<td>11,012</td>
<td>173.10</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>役職員費用</td>
<td>199,807</td>
<td>247,730</td>
<td>△ 47,923</td>
<td>80.65</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>税関公課支出</td>
<td>30,671</td>
<td>30,243</td>
<td>428</td>
<td>101.41</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>税関公課</td>
<td>30,671</td>
<td>30,243</td>
<td>428</td>
<td>101.41</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>管理費支出</td>
<td>1</td>
<td>332,060</td>
<td>348,168</td>
<td>△ 16,106</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>事務費支出</td>
<td>308,629</td>
<td>329,617</td>
<td>△ 20,988</td>
<td>93.63</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>旅費交通費</td>
<td>14,988</td>
<td>14,051</td>
<td>937</td>
<td>106.68</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>役職員費用</td>
<td>227,866</td>
<td>252,281</td>
<td>△ 24,415</td>
<td>90.32</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>管理費用</td>
<td>65,775</td>
<td>63,285</td>
<td>2,490</td>
<td>103.93</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>会議費支出</td>
<td>23,431</td>
<td>18,549</td>
<td>4,882</td>
<td>126.31</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>会議費</td>
<td>23,431</td>
<td>18,549</td>
<td>4,882</td>
<td>126.31</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>法人税等支出</td>
<td>1</td>
<td>9,167</td>
<td>11,490</td>
<td>△ 2,323</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>法人税等支出</td>
<td>9,167</td>
<td>11,490</td>
<td>△ 2,323</td>
<td>79.78</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>税関公課</td>
<td>9,167</td>
<td>11,490</td>
<td>△ 2,323</td>
<td>79.78</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>事業活動支出計</td>
<td>1,259,197</td>
<td>1,314,597</td>
<td>△ 55,400</td>
<td>95.78</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>事業活動支払差額</td>
<td>32,318</td>
<td>20,522</td>
<td>52,840</td>
<td>157.47</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>説明</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. 会議事務管理費</td>
</tr>
<tr>
<td>2. 光熱水道料</td>
</tr>
<tr>
<td>1. 保険事業運営費</td>
</tr>
<tr>
<td>3. 特定健診代行事業費</td>
</tr>
<tr>
<td>1. ネットワーク構築リース料</td>
</tr>
<tr>
<td>2. 事件事務運営費等</td>
</tr>
<tr>
<td>3. 事件事務運営費等</td>
</tr>
<tr>
<td>1. 役員執行手当、賞与、交通費等</td>
</tr>
<tr>
<td>2. 役員報酬、役員退任給付金</td>
</tr>
<tr>
<td>1. 固定資産、消耗財等</td>
</tr>
<tr>
<td>1. 出張旅費交通費等</td>
</tr>
<tr>
<td>1. 役員報酬、事務職員手当、交通費等</td>
</tr>
<tr>
<td>1. 会議管理費</td>
</tr>
<tr>
<td>1. 定時総会事務費、臨時総会費</td>
</tr>
<tr>
<td>1. 法人税等事務料等</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Ⅱ．投資活動収支の部

<table>
<thead>
<tr>
<th>科 目</th>
<th>中科目</th>
<th>① 予算額</th>
<th>② 前年度予算額</th>
<th>③ (① - ②)</th>
<th>④ 増減額</th>
<th>⑤ / ②の対比</th>
<th>⑥ 説 明</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. 特定資産取引収入</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. ①</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. 貸付金返金収入</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. 前支払金戻入</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>投資活動収入計</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>3,618,397.042 3,934,468.949 0.91</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>科 目</th>
<th>中科目</th>
<th>① 予算額</th>
<th>② 前年度予算額</th>
<th>③ (① - ②)</th>
<th>④ 増減額</th>
<th>⑤ / ②の対比</th>
<th>⑥ 説 明</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. 特定資産支出</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. ①</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. ①</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. ①</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. ①</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. ①</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. ①</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7. ①</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8. ①</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>投資活動支出計</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>165,851.000 142,747.000 23,104.000 118.18</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>科 目</th>
<th>中科目</th>
<th>① 予算額</th>
<th>② 前年度予算額</th>
<th>③ (① - ②)</th>
<th>④ 増減額</th>
<th>⑤ / ②の対比</th>
<th>⑥ 説 明</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. 固定資産取得支出</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. ①</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. ①</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. ①</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. ①</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. ①</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. ①</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7. ①</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8. ①</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>投資活動支出計</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>8,002.000 335,559.000 327,557.000 2.38</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>科 目</th>
<th>中科目</th>
<th>① 予算額</th>
<th>② 前年度予算額</th>
<th>③ (① - ②)</th>
<th>④ 増減額</th>
<th>⑤ / ②の対比</th>
<th>⑥ 説 明</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. 予備費支出</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. ①</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. ①</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. ①</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. ①</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>投資活動支出計</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>177,454.000 481,967.000 304,513.000 38.62</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>科 目</th>
<th>中科目</th>
<th>① 予算額</th>
<th>② 前年度予算額</th>
<th>③ (① - ②)</th>
<th>④ 増減額</th>
<th>⑤ / ②の対比</th>
<th>⑥ 説 明</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. 予備費支出</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. ①</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. ①</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. ①</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. ①</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>投資活動支出計</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>81,033.000 81,129.000 96 99.88</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>科 目</th>
<th>中科目</th>
<th>① 予算額</th>
<th>② 前年度予算額</th>
<th>③ (① - ②)</th>
<th>④ 増減額</th>
<th>⑤ / ②の対比</th>
<th>⑥ 説 明</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>当期収支差額</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. 予備費支出</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. 予備費支出</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. 予備費支出</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. 予備費支出</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>投資活動収支差額</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>△ 173,838.000 △ 84,863.000 △ 88,975.000</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(参考) 予算額 前年度予算額 増減額 対比% 当期支出合計(事業活動+投資活動+予備費) 1,517,684.000 1,877,633.000 △ 359,949.000 80.82
決　議

2018年9月6日に発生した北海道胆振東部地震において、お亡くなりになった方々のご冥福をお祈りすると共に、被災の方々に衷心よりお見舞い申し上げる。

本道に大きな傷跡を残した震災では、発災直後に道内全域が停電する「ブラックアウト」に陥り、医療のみならず、あらゆる道民生活が大きく損なわれた。道の復興対策ならびに危機管理対策が、一刻も早く実質するよう願ってやまない。また災害医療は、予見が難しい事態にも配慮できるよう、より柔軟な対応に向け工夫を凝らす必要がある。

医師の過重な負担のうえに、医療の状況は、まさに地域の瀬戸際にある。地域住民の理解と協力を得ながら、医療現場を支える「医師の働き方改革」を大きく進展させなければならない。

われわれ医師は一致団結し、国民が安心して日常生活を送ることができるように良質な医療を確保・提供し続けなければならない。

その実現のため、以下の事項を決議する。

記

一、国民皆保険を堅持すること
二、社会保障費を十分に確保し、今以上に患者の医療費負担増を招かないよう配慮すること
三、本年10月の消費税増税に際しては、控除対象外消費税の増税の明確化と効果の検証を、前回のような過ちを犯すことなく、すみやかに行うこと
四、医師不足、医師の地域、診療科偏在への対応は、地域住民の不安を解消するよう、地域の実情を十分に反映させること
五、医師の働き方改革は、医師と国民の両者の生命と健康が両立したものであること
六、新専門医制度は、地域医療崩壊の引き金とならないよう引き続き慎重に実施すること
七、メディカルウイング（患者輸送固定契約）の運用にあたっては、社会的ニーズに対応可能なように適用範囲を拡大すること
八、災害発生時には、社会インフラ整備を含めた円滑な医療提供体制を最大限確保すること

平成31年3月17日

一般社団法人北海道医師会
第153回臨時時代議員会