

日本医師会 第135回定例代議員会



平成26年度決算を承認
平成27年度会費賦課徴収一部変更の件等を承認

日本医師会第135回定例代議員会が、6月28日(日)に、日本医師会館1階大講堂で開催された。

北海道ブロックからは、理事の長瀬会長、監事の松家理事、副会長の中川参与のほか、深澤・藤原・小熊・今・鈴木・本間・津田・沖・倉増・山下・齋藤各代議員、今野予備代議員他が出席した。



定刻9時30分、議長より開会宣言が行われ、代議員定数359名に対し358名の出席により本代議員会が成立することを告げ、議事が進行された。

議事録署名人には、高谷雄三(福島県)・高原晶(長崎県)の両名が指名された。

議事運営委員会の紹介(北海道ブロックからは深澤代議員)と決定事項、日程等の説明を行い、続いて横倉会長より、次のような挨拶が行われた。

横倉会長 挨拶

今日は、第135回日本医師会定例代議員会にご出席をいただき、誠にありがとうございます。

本日の定例代議員会では、前年度の事業報告と、三つの議案を上程いたしております。慎重にご審議の上、なにとぞご承認賜りますよう、よろしくお願ひ申し上げます。

また、昨年6月、会長職に再任いただいてより、丁度1年が経ちました。その間、日本医師会の会務運営と諸事業に対し、特段のご理解とご支援をいただきまして、執行部一同、心より御礼申し上げます。

この一年を振り返ってみますと、さまざまな社会・の変化がございました。ただそうした中でも、日本医師会は、保健・医療・福祉における主導的立場を

担い、常に高い見識を持って変革に当たってまいりました。

その際、会務の基本方針としたものが、昨年、会長職を拝命するにあたって掲げました、「組織力を強化すること」「地域医療を支えること」、そして「将来の医療を考えること」の3つであります。

「組織力の強化」にあたっては、小山田雍秋田県医師会会長に委員長をお引き受けいただいております「医師会組織強化検討委員会」からの提言に基づきまして、研修医会員の年会費の減免と医師資格証の年会費の無料化を、今年度より実施することといたしました。

また、非会員医師の入会のきっかけ作りとして、医師会サービスの一部を、一定期間、無償提供する新たな仕組みづくりにも取り組んでおります。

さらに、医師資格証の普及に向けて、都道府県医師会ならびに郡市区等医師会のご協力の下、地域受付審査局を設置いただくとともに、生涯教育制度との連動等、サービスの拡充を図ってまいりました。昨今、医師のなりすましの問題が多く取り沙汰されておりますが、こうした事態を起こさないためにも、医師資格証のさらなる普及を推進してまいります。

この他、都道府県医師会との相互利用や情報登録時のタイムラグの解消等を目的とした、会員情報システム再構築に向けた取り組みを加速させるとともに、医師会事業をわかりやすく紹介する新たなパンフレットの作製等にも、広く取り組んでおります。

医師会こそが、わが国の医師を代表する唯一の団体です。これを体現するべく、「組織力の強化」を図っていくなかで、医師会設立の本意であります「地域医療を支える」ための公益的活動の推進にも努め

てまいりました。

改めて申すまでもなく、現在、国の財政再建が迫られるなかで、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けての対応が急務となっています。社会保障制度を維持していくには、時代の趨勢にあわせたその時々工夫・改善が不可欠です。そして、そのために必要なエビデンスやアイデアは、すべて医療現場にあると考えます。そうした思いから、2025年やその後の医療のあり方に関する提言を取りまとめるべく、現在、四病院団体協議会と協議を重ねております。こうした協働を通じて医療界の一致団結を図り、医療提供体制の充実と地域包括ケアの推進を図ってまいります。

去る3月31日には、「地域医療構想策定ガイドライン」が公表されました。本ガイドラインは、日本医師会の意見が十分に反映されたものとなっており、地域の医療提供体制を充実させる仕組みづくりに向けたプロセスが示されています。「地域医療構想」の策定主体は都道府県医療審議会です。そのため、ガイドラインを参考にしながら、都道府県医師会が審議会の議論をリードし、医療者と患者、住民の声を十分に反映した「地域医療構想」を策定していただきたいと存じます。

折しも4月に開催されました、「第29回日本医学会総会2015関西」は、学術講演や一般市民向け参加型イベント等への参加者合計約40万人を得る中で、医療者と国民が地域医療についてともに考える、絶好の機会となりました。これもひとえに、総会開催地である京都府医師会をはじめ近畿ブロック医師会連合の先生方、ならびに代議員の皆様方や全国の医師会会員よりの絶大なご支援のたまものであり、この場をお借りしまして、厚く御礼申し上げます。

総会では、「きずなの構築」を副題に掲げておりました。医師と患者のさらなる信頼関係の構築に資する制度として、本年10月より医療事故調査制度がよいよ開始されます。本制度が円滑に機能していくことで、より早い段階での原因究明と、再発防止策が立てられるものと確信いたします。

また、本制度をより実効あるものとするためには、「医療事故調査等支援団体」としての都道府県医師会の積極的な取り組みが期待されます。日本医師会としては、そうした都道府県医師会の取り組みが十分に行えるよう、継続した支援を図ってまいります。

あわせて、会員への支援といたしまして、会員が医療機関の開設者・管理者の立場で院内事故調査のために支出した費用を賄う保険を、制度開始とともに創設したいと考えております。本件については、第2号議案と関係いたしますので、詳細は後ほどご説明させていただきます。

今後とも医療安全の向上と地域医療の推進のため、医療界はもとより、患者・国民とも一体となって、本制度のさらなる充実を目指してまいります。

この他、韓国においていまだ感染が収まっていない「中東呼吸器症候群(MERS)」への対応については、今後も厚生労働省との緊密な連携の下、会員への迅速な情報提供と、国民への注意喚起に努めてまいります。

こうした直面するさまざまな課題に取り組む一方で、今後の医療需給等を見据えながら「将来の医療を考えること」、そのうえで、政策提言や新規事業を起ち上げていくことも、医師会が担うべき重要な役割の一つです。

すでにわが国は世界に類のない少子高齢化により、人口の減少がはじまっております。通常、生産年齢人口が先に減少し、それを追うようにして高齢人口が減少していきます。これに伴い経済の縮小という事態に至りますが、医療・介護分野については、高齢化によりその需要は増大し、また、労働集約型の面を有しているため、労働力の需要は当然増えてまいります。こうしたことが都市部と地方の隔てなく全国各地でおきるわけですから、医療・介護がもたらす地方経済への効果の大きさがわかります。また、「かかりつけ医」となる地域に根ざした医療機関があることは、その地域の魅力に直結しますので、子育て世代の都市部への流出や過疎化をおしとどめることにもつながるでしょう。

社会保障と経済は相互作用の関係にあり、子育てや老後に不安を抱える国民に安心を示すことは、結果的に経済成長を取り戻すための出発点になると考えます。こうしたことを社会に広く訴え、国民の理解と共感を得るなかで、先に触れました四病院団体協議会と協議をしております2025年以降の医療のあり方と、その実現に向けた政策を広く提言してまいります。

そもそも、医療が扱うものは健康や生命といった、すべての人類が希求してやまない普遍的なものです。わが国ではこれまで、医学や医療技術の進歩の成果を、国民皆保険制度を通じて、広く社会に還元してまいりました。その結果、世界最高の健康水準を達成していると、国際的に高い評価を得ております。

一方、今後われわれが問われていくことは、現在の成熟した社会のなかで、いかに新たなイノベーションを許容していくかという点にあると考えます。すなわち、より良い医学・医療の成果を導き出す環境の整備と、それを広く世の中に還元する仕組み作りが重要です。

現在のわが国の医療機器市場を見てみますと、規模はアメリカに次いで世界第2位ですが、海外からの輸入が半分近くを占めております。また、輸出金額は、輸入金額の半分にも満たず、長く輸入超過の状態が続いています。こうした状況を改善すべく、本年4月に「日本医療研究開発機構」(AMED)が設立されました。より多くの科学的成果を生み出せる国になれるかどうか、今後、わが国が持続的

な成長を続けていけるかどうかの一つのカギになると考えます。

そのため、日本医師会といたしましても、国の施策を後押しするべく、この6月より、AMEDを活用した医師主導による医療機器の開発・事業化支援に向けた取り組みを開始いたしました。

この他にも、医学・医療の向上と持続可能な社会保障制度の確立に向けて、国が取り組むべき必要な施策や改革に対しては、日本医師会としても協力を惜しむものではありません。しかしながら、財政再建の名の下に、医療が国民の手を離れて市場に委ねられるような事態につながる施策や改革に対しては、強い姿勢で臨んでいかなければなりません。

そうした思いから、財政制度等審議会財政制度分科会や経済財政諮問会議のなかで、一部の民間議員より提案のありました、いわゆる参照価格制度や受診時定額負担に対しましては、高齢者や低所得者の受診の差し控えを招き、公平・公正な医療提供を確保することができなくなるなどの観点から、容認できるものではないとの意見を表明いたしました。

また、わが国の将来の医療のあり方に禍根を残し、地域医療の崩壊を惹起させる国家戦略特区での「医学部新設」問題に対しましても、日本医学会ならびに全国医学部長病院長会議との連名で、緊急声明を公表した次第です。

このように、医療がもたらす影響が多方面にわたる現代社会において、国民にとって最良となる医療政策を実現していくためには、医療関係者のみならず、政府与党をはじめ経済界や法曹界など、さまざまな立場の方々との連携と調整が不可欠です。目指すべきゴールは同じでも、立場が違えばそれに至る考え方や手段はさまざまであり、そのため、和して同じることのない、強い信念が必要です。

特に、これから年末に向けて、来年度診療報酬の改定に関する議論が本格化してまいります。去る6月22日には次年度予算編成の方針となる、いわゆる「骨太の方針2015」の素案が経済財政諮問会議に提示をされました。わが国の財政状況等を受けて、非常に厳しい対応を迫られることが予想されます。しかし、医療・介護は公共財であり、国民の生命・健康の保持増進に向けた国家的事業として最優先されるものでなくてはなりません。

そもそも、社会保障制度とは、人間としての優しさや高い倫理観を礎にした制度であり、その目的は社会の安定と国民の安心に寄与することにあります。こうした認識の下、これまでも社会保障のあり方に関する議論にあたっては、「国民の安全な医療に資する政策か」「公的医療保険による国民皆保険は堅持できる政策か」を判断基準に臨んでまいりました。

今後もこうした姿勢を崩すことなく、日本医師会としての考えを毅然と主張していくなかで、国民のために最善を尽くしてまいりますので、皆様方のさ

らなるご理解とご支援をお願い申し上げます。

なお、社会保障は平時の安全保障といわれますが、現在、国会では正に安全保障法制に係る議論が行われております。国民の生命と平和な暮らしを守るため、最善の結論が得られるよう、一医療人として、国民の声に真摯に耳を傾けた審議を願う次第であります。

最後になりますが、金井忠男埼玉県医師会長をはじめ多くの皆様方のご協力の下、去る4月4日、本会館におきまして、ダライ・ラマ法王来日記念講演会を開催いたしました。講演のなかで、法王は、「優れた知識と技術に加え、思いやりの心があってこそ、完璧な医療である」と発言され、また、人々の苦痛を除き、人々のために尽くすわれわれ医療者を、“菩薩のような人”と表しておられました。

このお言葉を多として、16万6千会員が日夜診療に挺身していけば、必ずや至誠は天に通じ、医療からこの国の未来を明るく照らすことができると確信いたします。その旗手として、「日本医師会長」たる重責を全うしてまいりますことをお誓い申し上げ、挨拶の言葉とさせていただきます。

◇

横倉会長の挨拶の後、このたび日本医学会の会長に再任された高久史麿会長より挨拶があり、その後、中川副会長により平成26年度日本医師会事業報告があった。

次に、第1号議案・平成26年度日本医師会決算の件が上程され、今村副会長により理事者提案理由の説明の後、財務委員会の結果報告が橋本財務委員長より行われた後、賛成者の挙手多数により承認された。

その後、第2号議案・平成27年度日本医師会会費賦課徴収一部変更、第3号議案・平成28年度日本医師会会費賦課徴収の2件については一括上程され、今村副会長により理事者提案理由の説明の後、賛成者の挙手多数により承認された。

その後、代表質問8件につき質疑応答が行われた。

北海道ブロックからは、藤原代議員が「平均在院日数について」と題し質問を行った。(別掲)

昼食休憩の後、13時45分、議事進行を副議長に交代し、個人質問11件が行われた。北海道ブロックからは、今代議員が「医療事故調査制度について」と題し質問を行った。(別掲)

最後に、会長挨拶に対する要望として、小松満代議員より「医師資格証の活用と臨床研修医について」の発言の後、横倉会長ならびに議長より挨拶が行われ閉会した。

◇

以下、本稿では、北海道ブロックからの代表・個人質問ならびに小熊代議員の出席記を掲載する。その他の質疑応答の詳細については、日医ニュース、日医雑誌等を参照いただきたい。

代表質問

「平均在院日数について」

藤原代議員：2013年3月、発達した低気圧の影響で暴風雪となった中標津町等で車が相次いで立ち往生するなどし、8人が死亡した痛ましい出来事がありました。車の中では一酸化炭素中毒による死亡、車外に出たのは凍死による死亡であります。また湧別町では、行方不明になっていた親子が、屋外で父親が娘をかばうようにしている所を発見され、父親は死亡し、娘は幸い無事保護されました。1 Km先の知人宅に向かい、500m先で立ち往生したものです。

地球温暖化の影響でしょうか、従来降雪量が少なかった北海道オホーツク沿岸では、最近毎年のように暴風雪がやってくるようになりました。本道では暴風雪になると、ホワイトアウトになり、天と地さえも区別がつかなくなります。

このような状態で、医療機関は日々診療を行っております。暴風雪の予報があれば、外出を控え、患者さんの入退院は中止し、当日従業員は出勤・帰宅もできず、勤務交代も不可能となり、2日間連続勤務の状態になります。

患者さんの入退院の制限は、平均在院日数に直接響き、当然のように基準を満たす事が困難になります。

天変地異は人間の力ではいかんともしがたいものですが、制度や規則は人間の知恵で変更が可能です。

北海道・東北では暴風雪、沖縄・九州・四国では台風、また日本全国では地震や火山噴火など、天災は全国各地にあります。生死をかけても入退院させなければならないなどと言う非人道的な事は許されないし、本末転倒であります。

対策として、暴風雪や暴風雨など天災で診療が不可能である事が確認できれば、その日を診療実日数から差し引いて、平均在院日数の計算をするなど、血の通った診療報酬改定はできないのでしょうか。

そもそも在院日数で点数を決めるような発想は、机上の考えであり、患者目線ではありません。

昭和63年の診療報酬改定において、特三類看護の施設基準に平均在院日数と言う概念が導入され、その後2対1看護、2.5対1看護または特三類看護に拡大され、平成12年度以降は入院基本料として、平均在院日数が必須のものとなりました。

平成18年診療報酬改定からは、「患者から見て分かりやすく、患者の生活の質を高める医療を実現する視点」と述べられておりますが、平均在院日数の減少が果たして「分かりやすく、質を高める視点」なのか甚だ疑問があります。現在の平均在院日数の短縮により、医療機関は医療以外のところで疲弊し、患者さんが無理やり在宅や病院・施設に転院させられる現状は、医療の質を高める事にはなっていない

ものと思われます。

当初地域医療構想の資料の中に、高度急性期・急性期の部分に平均在院日数の記載がありましたが、最近の資料では平均在院日数の記載が削除されております。これは、日本医師会の功績によるものと理解しております。

医療に関する専門家によって構成される中医協では、この平均在院日数短縮政策が、医療費適正化にどの程度貢献し、患者さんの満足度につながっているのか、是非検証をしていただきたいと思っております。現場の医療機関として、これ以上の平均在院日数の短縮は、時間に追われ医療事故を誘発するものと思われます。

今後もさらなる日本医師会の活躍を期待するものです。

日本医師会の平均在院日数に関するお考えは如何でしょうか？

中川副会長：日医は平均在院日数の短縮は限界を超えているとかねてから認識しており、そして、これ以上の短縮化は容認できないと一貫して主張してきた。今後もその方針は変わらない。

平均在院日数の短縮化は、2008年度からの第1期医療費適正化計画において医療費抑制を目的として12年度は全国平均を29.8日にするという政策目標が掲げられた。この結果、12年度に29.7日になり目標自体は達成された。しかし、これが医療費抑制につながったかは不明である。

厚生労働省は、平均在院日数を短縮しなければ12年医療費は39.5兆円となったであろうところ、実際は38.4兆円にとどまったと強調したが、これは机上の計算でありエビデンスは甚だ不明確である。一般病床が多い地域や、医療療養病床が多い地域といった地域差が、介護以外はまったく考慮されていない。

診療報酬でも平均在院日数が要件に組み込まれ、改定のたびに短縮化が図られてきた。平均在院日数の短縮は、患者1人当たりの診療報酬単価を引き上げることになるため、各医療機関は経営的な視点で平均在院日数を管理せざるを得ない。

しかし、平均在院日数の短縮化を、入院医療の指標とすることには多くの問題があり怪しいものである。

第一に、過度に短い入院は、患者の精神的負担を増やし、身体的な負担に悪影響を及ぼし快適さが低下すると思われる。治癒率の低下や予期せぬ再入院などが考えられる。

第二に、勤務医の負担が増える。短期間で退院する多くの患者を受け持つため、退院時サマリーに追われて疲弊している。患者や家族の中には「追い出された」と思う方も少なくない。このようなことは、医療における「やさしさ」をなくすことになると感じる。

日医はこれからも医療の本質をゆがめる平均在院日数の短縮化をはじめとする指標の導入は受け入れ

ない。日本の平均在院日数が長いという指摘もあるが、これは長寿の理由であり、医療のやさしさでもあるとし、患者家族が安心して入院医療を受け、納得して退院できる医療提供体制を目指したい。

個人質問

「医療事故調査制度について」

今代議員：いよいよ今年10月から、医療事故調査制度が始まる。先般（5月12日）公表された日経メディカルの調査によると、9割以上の医師が制度の詳細を把握しておらず、7割以上はスタートの時期さえ知らない状況である。一方、調査の対象となる「予期せぬ死亡」については、2割が直近1年で経験し、多くの医師が当事者になり得ることが考えられる。

また、ある医師専用の情報交換サイトの調査結果によると、刑事罰について、約9割が不安を感じると回答している。一般会員は事故調査制度の内容を充分には知らない。

以上のことを踏まえ、『非懲罰性と秘匿性の担保』ならびに『管理者と当事者の利益相反』などについて、3点質問する。

1. 医療事故調査制度の施行に係わる検討会で出された検討結果は、WHOの学習を目的とした制度と反しており、現行の法制度では、「懲罰の免責」と「当事者の人権を守る秘匿性」が担保されていない。

このことから、院内事故調査委員会が責任追及の場になる恐れがあり、目的とする原因究明につながらないのではないかと。真の原因究明には、当事者への非懲罰性と秘匿性を担保することが最低限必要であり、WHOのドラフトガイドラインに準拠すべきと考える。

2. 医療機関を守る立場の管理者と当事者の利益は相反関係になる場合がある。医療機関の存続を第一に考える管理者と、当事者個人の意見が対立することは容易に考えられる。

そもそも院内事故調査は、レトロスペクティブに検証することから、責任追及型の報告書となる恐れがあり、極めて重要な物的証拠になる可能性がある。これまでも、真摯に医療に取り組んできた医師が、社会的信用や長年の努力で形成されたキャリアを失うなど、不幸な結果となった事例があり、当事者の人権を無視した事故調査は行われるべきでない。

人はミスをするということを前提に、組織として事故防止策をつくることは管理者の責務であり、報告書は法的な判断根拠にならないようにすべきと考える。

3. 院内事故調査を行う場合、中小の病院や診療所

では、エラーの情報収集・事情聴取・原因分析に精通した職員が少なく、原因を明らかにすることが困難と思われる。都道府県医師会は院内調査段階で積極的にかかわるよう日医として要請しているが、都道府県医師会に設置される医療事故支援団体は、財政的、物理的、人員確保等の問題があり実際機能するためには非常に高いハードルがあるのではないかと。

以上の3点について、日医の見解をお伺いする。

今村常任理事：今年10月から始まる医療事故調査制度の支援団体に関して、各都道府県医師会にその対応や準備をお願いし、先日一括して厚生労働省に申請した。医師会以外にもさまざまな団体、医療機関、学会などから申し出があると聞いているが、各都道府県においてはぜひとも医師会が先頭に立って、連絡協議会議を設けるなどして支援団体相互の連絡調整役を担っていただきたい。

各医療機関が実施する院内調査の報告書は現状、民事や刑事の責任追及に用いることに制限がなく、これが心配に通じていることは事実である。厚労省のQ&Aでは「本制度の目的は医療の安全を確保するために、医療事故の再発防止を行うことであり、責任追及を目的としたものではありません。施行通知においても、その旨を院内調査報告書の冒頭に記載することとしています」となっており事故再発に資するようにしたいという目的のものであることは明記される。

医療法では、医療機関が自ら調査を行うことと、医療機関や遺族から申請があった場合に、医療事故調査・支援センターが調査することができることと規定されている。

報告書を訴訟に使用することについて、刑事訴訟法、民事訴訟法上の規定を制限することはできないが、調査の実施に当たっては、本制度の目的を踏まえ、医療事故の原因を個人の医療従事者に帰するのではなく、医療事故が発生した構造的な原因に着目した調査を行い、報告書を作成していただきたいと考える。

まずは当事者の過失や責任の判断材料とならない、純粋に医療安全対策に資する報告書を作成するよう、関係者への啓発や研修などを重ねていくことが重要と認識している。

また、都道府県医師会における支援団体の設置、運営に係る資金的、人的支援の問題であるが、医師会組織を中心とした医療界挙げての取り組みを進めるためには、都道府県医師会にもある程度のご負担をお願いしなくてはならない。日医としては、第三者機関の業務委託費として支援団体の運営経費を調達するなど、少しでも地域の医師会や各会員の負担が軽くなるよう、あらゆる方策を検討し、取り組んでまいりたい。

さらに、日医では医療対話推進者養成セミナーを実施し養成しているが、それをコーディネートする医師会担当役員等の研修の場を考えている。他の組織、機関と連携して取り組みを急ぎたい。

今代議員：医師の人権に関することなので、一つ確認しておきたい。平成26・27年度 医療安全対策委員会の中間答申の9ページ目にあった「(通知) センターへの報告事項・報告方法について」の「報告書はセンターへの提出及び遺族への説明を目的としたものであることを記載することは差し支えないが、それ以外の用途に用いる可能性については、あらかじめ当該医療従事者へ教示することが適当である」

との記載があるが、この記載については、日本国憲法第38条1項の自己負罪拒否特権にあたるかと解釈できると話してよいのか。

今村常任理事：そのように解釈できると話してもよいと思う。日医として施行前に現実的なガイドラインをつくり示したいと思っている。

松原副会長：報告書がどう使われるかが心配だと思うが、目的は安全を確保するものなので、特に刑法で使われるのかどうかはわからないが、難しい面もあると思う。この問題は、今、厚労省の通知により明確にするよう努力している。

代議員会出席記

「第135回日本医師会定例代議員会」に出席して

代議員 小 熊 豊

平成27年6月28日(日)に第135回日本医師会定例代議員会が開催された。

冒頭、横倉会長のご挨拶があり、会員加入率の向上による組織力の強化を訴えられた。また、地域医療構想、医療事故調査制度への日医の対応や、社会保障制度と経済財政至上主義に係る問題、平成28年度診療報酬改定と「骨太の方針2015」問題等について所信を述べられた。増大する国の借金を減らそうと小泉政権時に毎年2,200億円の医療費を機械的に削減したように、骨太の方針2015素案では3年間で社会保障費の伸びを高齢化による増加分1.5兆円という数字的キャップをはめて抑制することが議論されたが、その危険性を指摘、キャップ制にはしない方向で関係者には理解が得られたと報告。次年度診療報酬改定については今後年末にかけて議論が本格化するが、わが国の財政状況などから厳しいものになる見通しであり、政治との力関係になる、そういったなかで日医としての主張を毅然として行うと話されたが、駆け引きが上手くいっていないのかと心配を覚える雰囲気であった。杞憂であることを願うばかりである。

その後、平成26年度日医事業報告が中川副会長から行われ、平成27年度日医会費賦課徴収一部変更、28年度会費賦課徴収の件が今村副会長から提案され、了承された。

代表質問では各ブロックから計8題(北海道からは藤原先生の平均在院日数について)、個人質問では11題(同じく今先生の医療事故調査制度について)の質問がされた。詳細は日医ニュース、あるいは本誌を参照していただきたいが、何点かの印象に残った点について触れてみたい。

*控除対象外消費税について

日医が主催する「医療機関等の消費税問題に関する検討会」において、異例のことだが財務省主税局、厚労省保険局・医政局から委員が参加し、三師会、四病院団体協議会の委員と一緒に、課税転換の際に必須の「見える化」作業を進めている。診療報酬への上乗せ方式が限界であることは共通の理解となっているが、軽減税率とした場合、医療機関の事務負担が相当なものになる。軽減税率を含め課税方式とした場合、今までの増税分の診療報酬補填分が引きはがされることを理解しておく必要がある。また、実際には負担しているにも係らず、医療は非課税という言い回しが広まっており、国民の正しい理解を促さねばならない。

*薬価改定財源の診療報酬本体への充当について

平成26年度診療報酬改定では、薬価の引き下げにより浮いた財源を診療報酬本体へ充当しなかった。薬価財源を活用して技術を充実させることは、医療の安全、安心を図ることから重要、モノから技術、人へ。薬剤比率22~23%、医療機器を合わせて25%は高すぎ、従来のように薬価改定財源の診療報酬本体への充当を図る。

*平均在院日数の短縮化について

平均在院日数の短縮は限界を超えている。これ以上の短縮化は、患者負担、勤務医負担を増やし、十分な退院調整・支援をする余裕もない。医療の本質をゆがめ、日医としては容認できない。

*行き過ぎた医薬分業について

医薬分業の問題点は、患者負担の増大、院外処方薬の薬局・薬剤師が本来の役割を果たしていないこと、院内処方と院外処方の報酬に不合理な格差があるこ

と。行き過ぎた医薬分業を改め、「患者が信頼できるかかりつけ薬剤師のいる薬局」の整備が急務。

*医療事故調査制度について

各医療機関が実施する院内調査の報告書が、民事、刑事の裁判、責任追及に用いることに制限がないのは事実。当事者の過失や責任追及の判断材料にならない、純粋に医療安全対策に資するものとなるよう啓発や研修を重ねていく。都道府県医師会としては、支援団体として対応、準備をお願いしたい。

*専門医制度の進捗状況について

新たな専門医制度は、プロフェッショナルオートノ

ミーに基づき地域医療に貢献する設計であること、医師の偏在解消等に配慮したものであるよう養成プログラム、研修施設の基準要項等に明記されている。専攻医のキャリア形成、女性医師への対応も含めて、地域医療に十分配慮した形で制度設計を進める。現在各領域でプログラムの検討がされている。産科・婦人科が先行しているが、来年4～7月頃までにはでき上がる。決して拙速に決してはならないと考えている。地域でかかりつけ医として活動してきた先生方が、新たに総合診療専門医を目指す必要はない。

北海道医報へのご投稿等について

◇広報委員会◇

北海道医師会では、会員の皆さまから「学術投稿」「会員のひろば」等各種原稿を下記要領にて募集しております。是非ともご投稿いただきたくお願い申し上げます。

なお、写真作品のご投稿につきましては、ホームページに「フォトギャラリー」を設けておりますので、ご応募ください。

投稿要領

1. 原稿の締切
毎月10日までにいただいたものは原則として翌月号に掲載となります。ただし、「会員のひろば」については、受付状況により掲載号を決定します。
できるだけメール等の電子メディアでお寄せください。
2. 原稿の体裁と字数制限
 - (1) 原則として横書きといたします。
 - (2) 引用文以外は、すべて当用漢字、現代かなづかいを使用してください。
 - (3) 誤字、脱字、明らかな間違い等は広報委員会において訂正いたします。
 - (4) 1回の掲載紙面は、原則として2頁を限度とします。
医報1頁は約2,200文字です。ただし、タイトル、写真、図表等を含んでおりませんのでご考慮ください。
 - (5) 長文原稿および連載物は、広報委員会にて採否決定の上で分割掲載、掲載号等を決めさせていただきます。
3. 原稿の訂正、返却
次の場合は、広報委員会の決定に基づき、執筆者に対し訂正を求めるか、または返却いたします。
 - (1) 特定の個人・団体を誹謗、中傷する内容
 - (2) 匿名の投稿
 - (3) 本誌以外に既掲載のもの、あるいは投稿中のもの（二重投稿）
ただし、特に必要と認められる場合はこの限りではない
 - (4) その他掲載に支障がある内容
4. ホームページへの掲載
特にお申し出のないかぎりホームページに掲載されますので、予めご了承ください。

連絡先：北海道医師会事業第一課
TEL 011-231-7661 FAX 011-252-3233
E-mail : ihou@m.douji.jp