

日医報告

第131回日本医師会臨時代議員会



平成25年度予算ならびに事業計画等の報告、
および理事2名増員の定款改正を承認

第131回日本医師会臨時代議員会が、3月30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、日医理事の長瀬会長、日医副会長の中川参与をはじめ深澤・藤原・小熊・松家・今・恩村・津田・倉増・山下・齋藤各代議員、鈴木・荒川・三戸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357名に対し349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、鈴木伸一郎(埼玉県)・宮城信雄(沖縄県)の両名が指名された。

議事運営委員会の紹介と決定事項、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

本日は、第131回日本医師会臨時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。

今年の冬はことのほか厳しい寒さで雪により難渋された会員の先生方が多かったのではないかと思います。厳しい冬が過ぎ隣接の六義園の桜も満開となりました。日頃から日本医師会の会務運営と諸事業にご理解とご支援をいただいておりますことに對し、厚く御礼申し上げます。

本日の臨時代議員会では、定款改正を含めた2つの重要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、よろしくお願い申し上げます。

さて、本代議員会の開催にあたり、若干の所感を申し上げたいと存じます。

われわれ執行部は、2年前の代議員会でご信任いただけてより、『継続と改革』『地域から国へ』をスローガンに掲げながら、『国民と共に歩む専門家集団としての医師会』を目指し、鋭意努力してまいりました。

昨年4月1日には公益社団法人への移行を果たしました。移行にあたり「国民医療体制の確立」「安全な医療提供の推進」「保健活動を通じた国民の健康確保」「医療機関の経営の安定化」等を目的とした、さまざまな活動の公益性を深化させていく中で、医学・医療を通じた国民への奉仕を、皆様の前で改めてお誓いいたしました。

また、6月開催の定例代議員会では、わが国すべての医師の団結と融和の“指標”となるよう『日本医師会綱領』を採択いただきました。本綱領は、わが国の宝である国民皆保険を柱に、時流に流されることのない日本医師会の基本姿勢を、国民との約束という形で示したものであります。

7月に行われた参議院議員選挙では、当時、副会長であった羽生田俊先生が初当選を遂げられ、日本医師会が描くあるべき医療のビジョンを、国政により反映させやすい状況が整いました。

この参議院選挙を受けまして、10月に開催された臨時代議員会では、新たに副会長として松原謙二先生、常任理事に大野和美先生、そして、理事に魚谷純先生をそれぞれご選出いただきました。診療報酬改定に向けた議論が本格化していく中で、政府や経済界と確実に議論や交渉ができる先生方をお迎えできたことを大変心強く思っておりましたが、大野和美先生の突然のご逝去という事態はまさに痛恨の極みであり、心よりご冥福をお祈り申し上げます。

12月には平成26年度の診療報酬改定財源が決定されました。厳しい国家財政の中、診療報酬本体で0.1%のプラスとなる一方、社会保障・税一体改革への対応としては、医療法等の改正により創設される基金544億円に360億円を上積みし、全体で904億円の基金で対応することになりました。

今回の診療報酬改定は消費税率引き上げと同じ時期となったため、保険料や患者負担を増やさないようにするとの、政府の強い意向を反映した結果で薬価引き下げを勘案しますと1.26%の引き下げであり

ます。国民との約束である社会保障・税一体改革に基づき、消費税引き上げ分を社会保障の充実に充てることになっていた点等を考えますと、決して十分な内容とはいえません。特に、引き下げられた薬価は、診療報酬本体の改定財源に充てられるべきであり、そもそも健康保険法において診察等と不可分一体である薬剤の財源を切り分けることがあってはならないはずで、したがって、今回は極めて特例的な措置であると考えておりますので、今回のケースが前例とならぬよう、今後とも強く主張してまいります。

この他、医療界の永年の懸案事項である医療事故調査制度の創設については「個人への責任追及から組織での対応への転換」を柱とする、日本医師会の理念がほぼ入れられた形で、現在、医療事故の再発防止に向けた調査の仕組み等を医療法に位置付けることが、国政の場で検討されております。

また、このたびの専門医制度改革にあたっては、日本医師会が日本医学会と共に中心的役割を担う考えを示すとともに、制度運営にあたっては、日医生涯教育制度の積極的活用を主張しています。すべてを言い尽くすことは適いませんが、この1年間を振り返ってみますと、まさに医療とは臨床的奉仕であるとともに社会的奉仕であり、その活動に挺身する医師を支え、医師と患者・社会とをより良い形で結びつける“要”こそが医師会であるとの思いを強くいたします。

これまで取り組んできた活動を礎に、崩壊した地域医療を持続可能なシステムとして再興していくためにも、今後、必要なのはこれからの国民医療はどうあるべきかとの視点に基づく「ビジョンと実行」であると考えます。

その中で、医師会に求められることは、医療の専門家集団として、国民医療を守る立場からの明確なビジョンを示し、そのビジョンの下で強力な実行力を発揮することであり、そして、われわれ執行部はそれに応えなければいけません。

すなわち、団塊の世代が後期高齢者となる2025年を見据えた「ビジョン」としては、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の充実、医療従事者の確保・勤務環境の改善等により、“かかりつけ医”を中心とした地域包括ケアを推進する必要があります。そのため、まずは国民の皆様に“かかりつけ医”を持ってもらい、“かかりつけ医”を中心とした地域のネットワークの中で、患者の病態にあった形で先端医療までの橋渡しを行っていく、それこそが今後必要な「地域医療」の姿であると考えます。

また、地域包括ケアの考え方としては、住まいの確保を軸として、地域の医療・介護・福祉・生活サービス等を一体的、かつ適切に提供することで、誰もが住み慣れた場所で最期まで安心して暮らすことができる社会をつくるということが重要です。

さらに、今後ますます高齢化が進展していく中で、若い方々に対しては、生活習慣の改善による疾病予防と疾病の早期発見・早期治療を、高齢者の方々に対しては、生活の不具合の早期発見・早期対応による生活を営むための機能の維持を図っていかねばなりません。その結果、健康寿命の延伸につながり、高齢者の方々におきましては、社会から「支えられる側」から、社会を「支える側」になっていたことも必要でしょう。

このように、持続可能な地域医療体制の構築に向けては、国からのトップダウンではなく、地域が主体となって、地域にあるすべての人的・物的資源を再評価した上で投入し、地域の実情を反映した、地域に即した形での“まちづくり”を行っていくことが重要です。

こうした場面において、医師会として「実行」していくことが求められる点は、二つあると考えます。

一つ目は「地域の実情にあった形で、地域医療をどうつくりあげていくのか、行政にどのように提案し、協働していくのか」という課題を、現場を担う会員一人ひとりの声に耳を傾けながら、解決していくということです。

特に、今後地域に必要な医療・介護は、先に触れました基金を原資に、都道府県が作成したビジョンに基づき実施されていきます。そのため、地域を知り、地域とともに歩んでこられた都道府県医師会が、都道府県と円滑な関係を築きつつ、明日の医療のビジョンを描きながら、地域住民の健康を守っていただくこととなります。そのビジョンは、都道府県ごとに特性に応じたものになっていくと考えられます。

日本医師会といたしましては、本年2月、事務局内に「地域包括ケア推進室」を設置し、行政と地域医師会との連携・調整を実務的に円滑たらしめ、地域ごとの方針・計画策定を支援する体制を整えたところであります。

二つ目は、地域医療提供体制を維持していくための基本的な仕組みである、わが国の歴史と日本国民固有の価値観に基づき築き上げられた「国民皆保険」をしっかりと守って、次の世代に受け継いでいくことであり、これは医師会のみならず、われわれすべての医療人に課せられた義務であります。

この義務を果たすため、日本医師会は政策の判断基準として「国民の安全で安心な医療提供に資する政策か」「公的医療保険による国民皆保険が堅持できる政策か」の二つに重点を置いてきました。今後とも医療界のさらなる団結を図りながら、今後あるべき地域医療の姿の実現に向けて、強力な発信力と実行力を用いながら、国の各種政策を正しい方向に導いていくよう、努めてまいります。

特に、医療が市場原理主義の自由競争に委ねられるようなことになれば、国民皆保険の崩壊のみなら

ず、医療の安全性と平等性が失われる事態になることは明らかでありますので、政府の中の過度な規制緩和の動きに対しては、厳しく反対の姿勢をとり、これを阻止してまいります。

最近においても規制改革会議や国家戦略特区の検討の中で、保険外併用療養のさらなる拡大の検討や医学部新設の議論が行われています。私どもは「安全な医療の提供に資する政策か」「公的医療保険による国民皆保険を堅持できる政策か」を判断基準として、懸念する点は強く政府に是正を求めてまいります。

以上述べてまいりましたとおり、これからの国民医療についてのビジョンを描きながら、国民皆保険の堅持と、地域の実情に即した“かかりつけ医”を中心とする地域包括ケアシステムを整備し、それを推進していくことによって、疲弊した地域医療は必ずや再興するものと確信いたします。その第一歩が、このたびの社会保障・税一体改革による医療提供体制の改革であり、その成否は国内のみならず、世界中の多くの人々が注目しているところであります。

世界的に見ましても、高齢化は先進諸国をはじめ多くの国が直面する、あるいは近い将来に直面する大きな課題となっております。そうした中、国民の健康寿命を世界トップレベルにまで押し上げたわが国の医療システムが、国家財政や人口動態の影響を受けながら変革と再生を遂げることにより、世界が経験したことのない高齢社会を“安心”へと導く世界モデルになるでしょう。かつてわが国が欧米諸国から進んだ医学医療を学んだように、今度はわれわれが、優れた医療システムを世界に発信することで、世界中の人々の幸福の実現に貢献していこうではありませんか。それこそが、2025年を見据えた上での、われわれが目指すべきもう一つの大きなビジョンであります。

国民医療の向上はもとより、そうした意味におきましても、『日本医師会綱領』の理念の下に医師の大同団結を図り、郡市区等医師会・都道府県医師会、そして日本医師会がそれぞれの役割を果たす中で、医師会員の総力を挙げて地域医療を再興し、わが国の優れた医療システムを確立していかなければなりません。

代議員の先生方におかれましては、引き続き特段のご理解ご協力を賜りますよう、この場をお借りして深くお願い申し上げます。

また、本日はのちほど、来年4月に開催されます「第29回日本医学会総会2015関西」についてのご案内が、会頭の井村裕夫先生をはじめとする皆様よりございます。今回のテーマは「医学と医療の革新を目指して～健康社会を共に生きるきずなの構築～」でありますので、広く会員に参加を呼びかけ、医療者間、あるいは医療者と国民との新たな関係構築に

つながる成果が得られるよう、会の成功に貢献してまいりたいと存じますので、重ねてご協力のほどお願い申し上げます。

結びに、これまでの会務運営に多大なるご尽力を賜りましたことを衷心より感謝申し上げ、挨拶の言葉とさせていただきます。

◇

次に、中川副会長により平成26年度日本医師会事業計画、今村副会長より平成26年度予算の報告が行われ、笠原財務委員会委員長より財務委員会の結果が報告された。

その後、議事に入り、第1号議案・平成25年度日本医師会会費減免申請の件が上程され、今村副会長が理事者提案理由の説明を行い、質疑なく、賛成者の挙手多数により可決決定した。

次に、第2号議案・日本医師会定款一部改正の件について上程され、今村副会長より理事者提案の説明を行い、質疑の後、可決決定した。

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「新たな財政支援制度について」と題し質問を行った（別掲）。

13時20分、議事進行を副議長に交代し、次回の医学会総会に関する挨拶、会長挨拶に対する質問2件の後、個人質問14件が行われた。北海道ブロックでは、今代議員から「地域包括診療料の包括評価などについて」、山下代議員から「看護専門学校における臨地実習緩和の確認・周知と要望」と題し質問を行った（別掲）。

最後に、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・個人質問ならびに齋藤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

「新たな財政支援制度」について

藤原代議員：昨年末の予算編成過程において、医療・介護サービスの提供体制のために創設されることが決定した「新たな財政支援制度」について質問いたします。

予算編成の基本方針に「新たな国民負担につながらないよう努める」と記載したことを踏まえ、診療報酬本体の引き上げ幅は小幅にとどめ、消費税増に伴う医療の充実は診療報酬ではなく（財務省は）補助金中心で対応することとなりました。

これは機能分化・連携を進める医療機関への補助財源とするほか、現在は地域医療再生基金を活用して取り組む医療従事者の確保・養成を目的とする事

地域包括診療料の包括評価などについて

今代議員：今回の診療報酬改定の重要な狙いの一つに、医療法改正を視野に入れた「医療機関の機能分化と連携、在宅医療の充実」。社会保障と税の一体改革が描く、2025年の医療・介護供給体制、いわゆる「地域完結型」の医療提供を見据え、診療報酬や国の新たな「基金」を創設し、政策誘導を推し進めようとしております。

その一つとして、主治医機能を評価する「地域包括診療料」の創設があります。

この「地域包括診療料」の包括評価は、「時間外対応加算1」、「常勤医師3人以上」、「在宅療養支援診療所」の三つをすべて満たすという高いハードルを設定しております。

その範囲を狭め、高いハードルを設定した「地域包括診療料」の包括評価は、現場の実態とは大きくかけ離れており、この高いハードルを満たす診療所は、どれだけあるか、疑問に感じます。

また、同一建物居住者に係る診療報酬の大幅な引き下げを行いました。一部の医療機関に対する不適切事例を規制することが目的と思いますが、各地域で専門医と連携しながら、真摯に在宅医療に取り組んでいる医療機関に対する影響が大きく、政府が推し進めている在宅医療の推進に逆行するものと考えます。

3点質問いたします。

1. 各種がんや脳疾患や循環器疾患など、重要な疾病があるにもかかわらず、「認知症、高血圧、糖尿病、脂質異常症」の四つにした理由をお伺いします。

2. 同一建物居住者に係る診療報酬の大幅な引き下げに対し、既に日医は緩和措置を講じているところではありますが、各地域で懸命に在宅医療などに取り組んでいる先生方への評価は、どのようにお考えでしょうか。

3. 地域包括診療料の包括評価は、「人头割・外来包括化・登録医制」などの導入への切り口、そして患者の囲い込みによるフリーアクセスの阻害になる恐れはないのでしょうか。

2010年の改定で廃止となった「後期高齢者診療料」の包括評価に対し、登録医制を導入しようとした経緯があります。また、厚労省の「専門医の在り方に関する検討会」では、新専門医制度において、総合診療専門医が新たな基本領域として位置付けられており、近い将来、「人头割・外来包括化・登録医制」などが導入されるのではないかと危惧しております。

以上、3点について、日医執行部のご見解をお伺いいたします。

業も補助対象とすることとなり、地域包括ケアシステムの構築を推進する目的で、在宅医療・介護サービスの充実にも活用できるとのことでした。

全国厚生労働関係部局長会議などでは、『基金は543.7億円これに2014年度は別途公費として360億円が上乗せされ、創設時は903.7億円となる。今後法的根拠を得て、上乗せ措置分を除いた消費税増収分は毎年度計上される』との説明を行っております。これまで厚労省補助金の多くの負担率は国が1/3~1/2であるが、基金の負担率は国が2/3で都道府県は1/3であるため、都道府県には朗報であります。しかしこの消費税を投入した基金は、既存の補助金の付け替えにも使われております。

日本医師会は、昨年12月都道府県医師会に対し、民間医療機関の充実を中心とした計画の立案と、基金財源の確保に向けて、早急に行政と協議するよう文書を発出しております。

しかし「地域医療再生基金」が、公的医療機関に比較的多く配分された経験から、果たして新たな事業計画を介して民間病院への交付枠が拡大するか否か、官民公平となるか否か、懐疑的であります。日医の見解をお伺いしたい。

中川副会長：従前、措置されていた地域医療再生基金の執行状況では、公的医療機関に補助された割合が73.9%であった。新たな基金では公平に配分されるよう、厚生労働省に要請し、公正性と透明性の確保が約束された。

新たな基金の最大のポイントは公費のうち国の負担を2/3に引き上げ、残りの1/3を都道府県が負担するということとなり、この負担分には地方消費税の財源を充てることになる。

それでも財源が不足したら地方交付税交付金を充てるという手厚い措置が取られる。ただし、これは都道府県が自ら事業計画を提出することが大前提である。各医師会においても今からすぐに都道府県との協議を進めてほしい。厚労省は都道府県に対して、医師会などと一体となって計画づくりを進めるよう具体的な指示を出した。日医からも病院団体に対して、都道府県医師会を窓口にして手続きしてほしいと申し入れ、了承いただいた。

厚労省では、基金を活用すべき事例案を提示しているため、都道府県医師会からこのような事業に活用したいという例示を連絡してもらえれば、事例案の中に、しっかりと追加していきたいと考えている。

また、4月25日には、日医主催で都道府県医師会の担当理事の先生にご参加いただき、この新たな財政支援制度の連絡協議会を開催する予定である。今後、都道府県の役割が大きくなるに伴って、都道府県医師会の役割も大きくなることになるが、日医もあらゆる面で支援する。

鈴木常任理事：今改定で、かかりつけ医機能の評価として「地域包括診療料」「地域包括診療加算」が新設された。日本医師会が反対した、包括評価(地域包括診療料)のハードルは極めて高くなっているため、地域包括診療料が、将来的な人頭制や外来包括化、登録医制などにつながることは日医として全く考えていない。

地域包括診療料の対象疾患が「認知症、高血圧症、糖尿病、脂質異常症」になったのは、高齢者には複数の疾患を有する方が多い。しかもその中でも特に生活習慣病が多く、長期にわたる全身管理が必要なためである。ご指摘のあった対象疾患は総患者数が多いことから、また、高齢化により認知症は今後患者数が大幅に増加することが見込まれるのを踏まえ、いわゆる「オレンジプラン(平成25年度からの認知症施策推進5ヵ年計画)」において、かかりつけ医の役割が重視されることを受けて選ばれたと聞いている。

次に、同一建物居住者に関する診療報酬の引き下げについては、ご指摘のあった、かかりつけ医として在宅医療を行っている先生方への影響をできるだけ少なくするため、定期訪問のうち1回については、報酬は減額されない等の一定の緩和を行ったので、ご理解いただきたい。

今後は新専門医制度における総合診療専門医の議論も踏まえ、さらにかかりつけ医機能の充実を図りつつ、この議論の主導権を握りながら対応していく。

看護専門学校における 臨地実習緩和の確認・周知と要望

山下代議員：「看護専門学校における臨地実習の緩和」について、平成19年4月の代議員会で当医師会の河西紀夫代議員が、出産減時代における臨地実習の在り方について質問しています。その後も少子化は進み、また看護大学などの急増もあり、特に母性小児の実習において実習施設確保がさらに困難な状況です。

今日、日医執行部のご努力が実り、平成24年6月14日付厚労省医政局看護課通達「臨地実習における実践活動の場以外で行う学習について」があり、施設見学、オリエンテーション、カンファレンス、文献検索、技術提供の演習、一部ビデオ等の活用といった6項目がそれに当たるものとして提示されました。特筆する緩和策と考えますが、ここには明確な時間要件の記載がありません。

現行の規定では高等課程准看護師科の母子看護臨地実習に70時間が設けられています。1日7時間と

して2週10日間であります。専門課程看護師科では母性小児臨地実習1単位45時間として総数4単位180時間とさらに多くの実習が必要です。私どもの看護専門学校では両課程160名の臨地実習を運用していますが、地域の介護・看護の需要増大に対して平成27年度から准看護師科20名の増員を予定しており、この通達を活用したいと思っています。

さて、平成24年の通達から1年9ヵ月が過ぎました。全国の医師会附属看護学校での通達の周知運用状況について把握しておられたら教示いただきたい。

また、かつて看護師の内診行為が違反とされたことがあります。職種により母性小児の臨地実習は助産師課程においては10割、看護師養成課程では5割、准看護師養成課程では施設見学を確保し、平成24年6月通達に従うとの案はいかがでしょうか。少子化の今日、全国的な方策として厚労省医政局に取り上げていただければ母性小児実習での新たな目処ともなります。

藤川常任理事：少子化により妊産婦・小児が減少し、また医師不足などもあり産科の標榜が減少し、各看護養成所は母性小児実習施設の確保に大変苦勞しており、さらに、看護系大学の急増で実習施設の確保がより困難になっている。

平成24年6月14日付で発出された看護課長通知で、全員が体験するのは困難な事象については実践活動外実習として一部ビデオなどを活用することが認められたが、日医として各養成所での活用状況は把握していないが、26年度の医療関係者担当理事連絡協議会に向けて各看護養成所での活用状況を把握し、課題を抽出するつもりである。

ただ、ビデオなどを活用して母性小児の臨地実習時間を職種ごとに変えるのは、母性や小児の実習が出産過程のみではないため難しいと考える。実践活動外実習は臨地実習の充実が目的であり、産婦人科診療所での外来実習や保育所での実習など、大病院以外の施設も活用してほしい。

実習指導者になる看護師の不足に伴って実習施設が不足する問題については、日医の要望で今年3月に実習指導者講習会の要綱が改正され、一部eラーニングの活用が認められたが、実際にeラーニングを活用するかは都道府県の判断なので、ぜひ都道府県医師会からも、行政に対して積極的な働きかけをお願いしたい。さらに、実習施設の確保に向けては、厚生労働省に要件の緩和や施設への補助の充実などをあらためて要望していく。

代議員会出席記

第131回日本医師会臨時代議員会印象記

日本医師会代議員 齋藤孝次

私は、今年度初めて代議員となり、今回2度目の日本医師会館での代議員会への出席となりました。第131回日本医師会臨時代議員会は平成26年3月30日(日)に開催され、それに先立ち2月の北海道医師会理事会の日に、打ち合わせが行われました。その際、代表質問、個人質問なども前もって準備しました。代議員会の前日、3月29日にホテルニューオータニで最終打ち合わせがあり、それにむけて釧路から東京へ飛び立ちました。東京の交通状況は良く分からないので、タクシー任せで行くしかありませんでしたが、無事到着し、打ち合わせの会に何とか間に合いました。

打ち合わせでは同日の議事運営委員会の報告があり、今回は30日当日の昼休みにも議事運営委員会が行われることとなり、午後の部で多少質問等が増える可能性が指摘されました。

桜を觀賞する余裕もなく、翌朝ホテルで待ち合わせ、タクシーに相乗りして日本医師会館へ出発しました。受付で入館証の提出を求められました。北海道の控室で最後の打ち合わせをして議場へ向かいました。前回は一番前の席でしたが、今回は一番後ろでした。

議長の開会宣言、定数の確認、議事録署名人の選定に続き、横倉会長の挨拶がありました。昨年4月1日に公益社団法人へ移行してから1年が経過したこと、参議院選で羽生田先生が初当選して医師会のビジョンを国政に反映させやすい状況が整ったことを述べられました。診療報酬改定に関して、全体で0.1%プラスと904億の基金が創設されたこと、かかりつけ医の問題、高齢化社会と医療介護の連携、国民皆保険の堅持などについてお話しになり、最後に「第29回日本医学会総会2015関西」の紹介をされました。続いて、2015関西の主催者より紹介がありま

した。今回は関西で連携して開催する大総会になります。

次いで、報告事項は平成26年度日本医師会事業計画および予算の件、議事に入り第1号議案 平成25年度日本医師会会費減免申請の件、第2号議案 日本医師会定款一部改正の件(理事2名増員の件)が満場一致で可決されました。

続いて代表質問。代表質問は消費税、診療報酬に関する質問等あり、北海道からは藤原代議員が新たな財政支援制度に関して、今回の診療報酬に絡んで新設された基金に関して質問され、特に地域医療再生基金の際は公的医療機関に多く配分された点について日医執行部の見解を問いました。

代表質問が終わったあとは、控室で昼食弁当を食べ、午後に備えました。

午後からは個人質問でしたが、昼の議事運営委員会で代表質問に関連する質問を受け入れることになり、2質問が追加されました。午後は追加された2問と予定されていた14問の個人質問がなされました。

消費税問題の質問が多く、来るべき10%の際の日医の対応などが問われました。北海道は山下代議員、今代議員から質問がなされました。

議事進行が少し予定より遅くなり、4名の仲間とタクシーで羽田へ駆け付け、私はぎりぎりセーフで帰ることができました。

消費税10%問題に関しては、なんとなく私個人としては無力感のような感想を持ちました。ぜひ良い方向で解決してほしいと考えています。

新人代議員として2回目の上京でしたが、札幌市医師会のメンバー、予備代議員のメンバーが上京され熱心に参加されている姿にエールを送りたい気持ちでした。事務局の皆さんもご苦労様でした。