



第129回日本医師会定例代議員会が、去る6月23日(日)、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・沖・倉増・山下・齋藤各代議員、三戸・荒川予備代議員他が出席した。



定刻9時30分、加藤議長(愛知県)より開会宣言が行われ、代議員定数357名に対し351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。

議長より議事録署名人が指名された後、議事運営委員会委員として北海道ブロックの深澤代議員ほか7名を紹介した。ついで横倉会長から「現在のわが国は、世界がいまだ経験したことのない急速な少子高齢社会を迎えており、そうした事態をどのようにして乗り切るのか、世界中が注目しているところがあります。

この難題を乗り越えるためには、わが国を世界トップレベルの健康長寿国まで押し上げた国民皆保険制度を堅持したうえで、“持続可能なシステムとしての地域医療をいかに再興していくか”という制度面と、“医療資源をいかに適正に配分し、信頼に基づく医療を実践していくか”という運用面から、十分な議論を行っていくことが必要であります。

安倍首相は社会保障にも精通されており、われわれの考えにも一定の理解を示されていますが、民間議員が入った経済財政諮問会議や規制改革会議、さらには産業競争力会議等の財政面からの議論を見ていると、規制緩和の名の下に、国民皆保険制度を崩壊へと導くような議論が一部でなされており、

大変危惧を覚えます。

そもそもわが国の公的医療保険制度の理念は、すべての国民が支払い能力に応じて公平な負担をするなかで、同じ医療を受けられる制度を持続していくことであり、本来、これに反するような議論や政策が進められることはあってはならないはずで

す。日本医師会は、わが国の医療制度が誤った方向にいかないよう、これまでも、医療への営利企業の参入や混合診療の全面解禁を阻止し、また、患者負担増につながる受診時定額負担制の導入に反対するなどして、国民皆保険制度を堅持してまいりました。

そして、今後とも日本医師会は、「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」を政策の判断基準に、国民が必要とする医療給付を過不足なく提供できるよう、TPP交渉をはじめとする政府の動きに厳しく対処してまいります。

また、国民皆保険制度の下、国際的に見ても低い医療費で高い水準の医療を国民に提供できていることは、急速に進歩する医学知識の習得と医療技術の修練に生涯にわたって励み、日夜診療に勤しむなかで「かかりつけ医」機能を担ってきた、われわれ医師の努力の結晶であると考えております。こうした医師の生涯学習を支援し、個々の能力を適正に評価できるのは、当然、医師以外にはおりません。そのため、医師のプロフェッショナルオートノミーの理念に基づき、医師の養成や研修につきましては、医師会として一層取り組みを強化してまいります。

そのうえで、“持続可能なシステムとしての地域医療の再興”に向けて、「かかりつけ医」を中心とした切れ目のない医療・介護の提供を目指すことを、政

府与野党に対し、今後も強く主張してまいります。

高齢社会における高齢者への医療・介護は、生活の維持・改善というライフサポートシステムの一部であり、従来の医療に加え「在宅医療」の役割が重要となります。

そのため、医師は地域を一つの病棟と捉える視点などの意識改革をもって、医療と介護が協働する地域包括ケア体制の整備に努めていくとともに、患者が日常生活の延長としての「生」に満足し、自然に終末期を迎えていくことを、地域医療のなかで継続的・包括的に支援していくことが求められます。

こうした地域包括ケア体制の整備にあたって、最も重要なものが、「かかりつけ医」機能であります。日本医師会が考える「かかりつけ医」の特性は、日常行う診療における医療的機能のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに、保健・介護・福祉関係者との連携を行う社会的機能を有することです。

この「かかりつけ医」が中心となって、地域の身近な通院先、急性期から慢性期、回復期、在宅医療と、切れ目のない医療・介護を提供することで、国民の健康と安心を支えていくとともに、各地域における人口構成や有病率等の現状と将来予測から医療ニーズを導きだし、それに則した地域連携を、全国に約900ある地域医師会が主導して構築していくことこそが、地域医療の再興に向けた最善の道だと確信しております。

そして、このような地域医療連携を後押しするためにも、地域医療を担う医療機関の経営安定化に向け、来年4月に増税が予定されております消費税に係る取り組みを強化し、医療機関にとって一番の問題である控除対象外消費税について、患者負担が増えることのないように配慮した形で、引き続き、問題解決を図ってまいります。

一方、「医療資源の適正な配分と、信頼に基づく医療の実践」に向けて、全国どこでも良質な医療提供体制を実現させるためには、医師不足・偏在問題の解消が急務であります。そのため『医師養成についての日本医師会の提案(第三版)』で示した、仮称であります「都道府県地域医療対策センター」を設置したうえで、医師養成と医師確保対策を医師会、地域、行政、大学とが協働して推進していくことを、広く提言してまいります。

また、医療を真に医療提供者と患者の信頼関係に満ちたものとするためには、いわゆる「医療基本法」といったものを制定し、そのなかで、医療政策の基本理念や医療提供者・患者・行政等の役割と責務等を明確化するとともに、現在の医事法制全体を秩序と整合性のとれたものに再編成していくことも必要と考えております。今後、会内をはじめ医療界全体で幅広い議論を喚起し、取り組みを進めてまいります。

さらに、本来、善意で行う医療行為を刑事罰に問うことはあってはならないと考えておりますが、現状は毎年70人から100人程度の医師が業務上過失致死・過失傷害罪で送検されており、甚だ遺憾であります。そのため、医療にある不確実性について国民に理解を求めていくとともに、医療現場が萎縮せずに、誠実かつ積極的に医療の向上に取り組めるよう、医療界・医学界あがての医療事故調査制度の創設に向け、引き続き努力をしてまいります。

他方で、医療事故を繰り返す医師に対し、医療界の自浄作用として、教育・指導に当たることが求められます。そのため、日本医師会は医療賠償保険制度を通じて、教育・指導が必要と認められる会員を把握し、当該会員への具体的な指導内容等を諮問する組織として、新たに「改善・指導委員会」を会内に設け、今後、対応を強化してまいります。

以上、述べてまいりましたとおり、医療の現状と問題、そしてその解決に向けた、国民の生命と健康を守るための最善の方策を一番熟知しているのは、医療現場に立つ、われわれ医師であります。

そして、医療を取り巻く環境が厳しくなり、多くの問題が顕在化した今、われわれ医師はさらなるプロフェッショナルオートノミーと、真に国民に必要な医療制度を実現するための強力なリーダーシップをもって、国民と共に歩んでいくことが求められています。そうした社会的要請に応えるためには、まずはすべての医師が小異を捨てて大同団結し、わが国の医師の総意として、国民医療の向上に向けた医療政策等を国民や政府に強く訴えていくことが必要であります。後ほどご質問への答弁のなかで詳細は述べさせていただきますが、「日本医学会法人化の意向」に対しましても、こうした基本姿勢の下、拙速な解決を図るのではなく、変わらぬ連携とさらなる協働を推進する方策を慎重に探ってまいります。

ただ残念なことに、従来からわが国では、医師を「勤務医」と「開業医」とに分けて捉え、あたかもそこに対立があるようなイメージがマスコミ等を通じて喧伝され、政治的に利用されてきたという経緯がございます。

しかしながら、病に苦しむ人を救いたいという医師としてのアイデンティティは共通のものであり、また、そもそも医師は医療に従事するなかで過度の利益を迫及することはありませんので、勤務形態や専門領域等の違いがあったとしても、根本的には医師間に利害を通じた対立関係は生じないものと考えております。

すなわち、世間に喧伝される「勤務医」と「開業医」の意見の相違とは、この国の医学・医療を良くし、多くの患者さんを救うためにどのような医療制度を作っていくかという目標に向けて、一人ひとりの医師が自らの就業環境と体験とをエビデンスにした意見を、さまざまな媒体を通じて発信している、

議論であると考えております。

ただ、より良い議論をしていくためには、互いへの理解と尊重が前提であり、そのためには同じテーブルにつくことが必要です。真摯な議論の末に導き出された、国民の生命と健康の確保に向けた提言を国政に届けることで、われわれ医師は、はじめて所期の目的を達成することになるのです。

日本医師会は、医師であれば入会が可能であり、会費上の区分はあるものの、会員身分は一つで、等しく権利と義務を有しております。また、行政のカウンターパートナーとして活動していくなかで、現場の声をエビデンスにした政策提言を行ってきており、それを政府へと届ける強いパイプも持っています。

すなわち、目的を同じくする者同士が、協調・親睦の気持ちをもって論議するならば、おのずから物事の道理にかなない、最善の答えが得られるはずであり、そして、その議論の場こそが、医師会であると確信しております。

そのため、未加入の医師に対し、同じテーブルにつくよう、われわれ会員から積極的に呼びかけていくことが肝要であります。

それには、医師会が何を目標とするのかを、明確にした指標が必要です。そうした思いもあり、前年度、会内に「日本医師会綱領検討委員会」を設け、本日お諮りしております「日本医師会綱領案」をおまとめいただきました。

内容の詳細は後に譲りますが、医師の大同団結に向けた指標として、本綱領を採択いただくとともに、採択いただいた後は、本綱領を活用いただくなかで、未加入の医師に対し広く加入を呼びかけていただきますよう、よろしくごお願い申し上げます。

結びになりますが、本日は公益社団法人へ移行後、はじめてとなる代議員会です。

その記念すべき会の開会に臨み、公益社団法人として、さまざまな活動の公益性を深化させていくなかで、国民皆保険制度の堅持と、医学・医療を通じた国民への奉仕を、執行部一同、改めてここにお誓いいたします。

そのうえで、真に国民に求められる保健・医療・福祉の実現に向けて、今後とも一層の努力をしてまいりますので、代議員各位におかれましても、さらなるご理解とご支援を賜りますよう切にお願い申し上げます」等の挨拶が述べられ、その後、羽生田副会長による会務報告が行われた後、議案審議に入った。

第1号議案「平成24年度日本医師会決算の件」および第2号議案「平成26年度日本医師会会費賦課徴収の件」については、今村聡副会長による説明の後、笠原財務委員長（滋賀県）より委員会審議報告があり、北海道ブロックの藤原代議員ほか1名の財務委員就任につき報告の後、提案のとおり承認された。

次に、第3号議案「日本医師会綱領の件」については、羽生田副会長から提案理由の説明があり、日本医師会綱領検討委員会での検討経過報告の後、別掲のとおり承認された。

その後、代表質問8件、個人質問12件につき質疑応答を行った。

北海道ブロックからは、深澤代議員が「TPPと国民皆保険制度の堅持について」と題し質問を行った（別掲）。

12時43分、午前のスケジュールを終了し、別室にて議事運営委員会が開催された。

13時20分、議事進行を久野副議長（愛媛県）に交代し再開され、個人質問が行われた。

北海道ブロックからは、今代議員が「医療事故に係わる調査仕組み等に関する基本的なあり方について」、小熊代議員が「かかりつけ医に関する疑問点」と題し質問を行った（別掲）。

15時43分、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、深澤代議員の代表質問ならびに今・小熊両代議員の個人質問、倉増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

「TPPと国民皆保険制度の堅持について」

深澤代議員：TPP（環太平洋戦略的経済連携協定）について安倍首相は国会やメディアの前でしきりと聖域なき関税撤廃を前提としないことが守られなければ交渉に参加しないとの発言を繰り返していたが、今年の3月15日、突如として交渉に参加することを表明した。

環太平洋諸国の中で日本が参加した場合、経済規模では日本と米国でGDPの80%以上を占めてしまい、日米2国間協定のような様相を呈すると思われる。

北海道においては基幹産業である農産物の関税撤廃が成された場合、米・麦・ビート・酪農等が壊滅的な打撃を受けて地方の市町村が荒廃してしまう危険性があり、農業団体をはじめとして猛烈に反対している。

一方、医療に関して、安倍首相は国民皆保険制度は堅持すると発言しており、米国も日本の医療制度には何ら手をつけないと表明していますが、しかし、既に先例があります。米韓2国間のFTA（自由貿易協定）の内容と経過です。米国は韓国の医療保険制度には手をつけないと明言していたが、実際には混合診療の一部解禁や薬価制度の改悪が行われ薬代が高くなっている現実がある。

わが国に対して米国通商代表部のカトラー代表補はTPPでは混合診療の解禁は交渉の対象外であると発言しているが、米国はわが国に対して長年にわたり、混合診療の全面解禁と医薬品の流通を妨げる壁や関税等の撤廃を求めてずっと薬価の引き上げを迫ってきた。

わが国の医療保険制度では政府によって薬価が決められているが、米国製薬企業の薬価が日本の保険薬価より高いものが多数でできている。ペースメーカーや人工関節などの医療機器についても全く同様なことが起きており、TPPに参加した場合、自由主義経済の米国を相手に薬価も医療機器も国家統制価格をしているわが国の皆保険制度を将来的にすべて守りきるのとはとても困難と見受けられる。

米国の保険業界も、この機会にさらなる参入・拡大を狙っているのは明白である。

アリの一穴も見逃さないとしている日医の見解をお聞かせ願いたい。

羽生田副会長：日本の医療制度は、世界に冠たる公的医療保険制度であり、国民皆保険という文化を守ることが大事である。

経済優先理論では、米国の現状にみられるように民間保険の格差や無保険者の問題などが生じる。医療は市場原理主義ではなく、社会資本であると捉えるべきである。

米国が以前から日本の医療を市場開放するよう主張していたことを考えれば、TPP（環太平洋戦略的経済連携協定）を利用して日本の医療に市場原理を導入しようとしているものと考えられる。TPPなどの国際条約は、憲法の定めにより、国内法よりも優位であるため、米国が健康保険法などの改正を求めてくる恐れもあると危惧している。TPP交渉では、参加する12カ国のうち、日本以外の国が米国に追従することも考えられ、そのような状況になったときには11対1の議論になる。このとき日本はどうするのかということも考えなければならない。

日本国内でも、国民皆保険を揺るがす医療の営利産業化に向かいかねない動きがある。政府の規制改革会議では「医療・介護・保育・農業などの官製市場には、関連団体が強く反対し解決がつかない岩盤のような規制がある」との意見が出ている。日医としても現行の仕組みの中で医療イノベーションを進めることには全く異論はない。しかし営利企業の医療機関経営の参入など、医療本体への規制緩和は行うべきではない。TPP交渉で、日本の国益に反すると判断された場合には交渉から速やかに撤退することも選択肢として持つべきだ。

国民皆保険制度と呼べるには、①将来にわたって維持できるものであること、②保険外診療との併用（いわゆる混合診療）を伴わないものであること、③営利を目的としたものではないこと、以上の3つ

の視点が必要である。これらが揺らぐことがないよう強く求め、今後もTPPの動向を、強く注意し、政府に力強い働き掛けを行う。

個人質問

「医療事故に係わる調査仕組み等に関する基本的なあり方について」

今代議員：医療事故に係わる調査仕組み等に関する基本的なあり方について、質問いたします。

先般、厚労省の「医療事故に係わる調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」の医療事故調査制度を整備するための骨子案が明らかになりました。

その骨子案の目的は、原因究明と再発防止であり、責任追及ではないことが大前提のようですが、まず診療に関連した予期せぬ死亡事故発生につきましては、全例民間の第三者機関へ届け出て院内調査を行い、結果を第三者委員会に報告し遺族に開示することになっております。

この院内調査委員会には、原則として外部の医療専門家の支援を受けることとなっており、検討部会では、派遣された外部専門家は院内委員会の長となるといった議論がありました。

この組織は民間の組織であるにもかかわらず、医療界に対して報告義務を課す権利を持つ可能性のある機関で極めて重い責務を背負う機関でございます。

今後、細部を詰めることになるとと思いますが、外部の専門家が委員長になった場合、事故のほとんどがグレーゾーンでの事象発生であろうことを考えますと、その判断を委ねられる委員長は極めて大きな権限をもつ重要な立場となることは論を待ちません。

2点質問いたします。

一つ、院内調査委員会の場で、善意ある医師が原因究明と再発防止を目的とし全面的に調査に協力した場合、原因の究明調査過程で収集した事実をご遺族等が責任追及の手段（訴訟証拠）として使用できることは大きな問題でありましょう。言い換えれば「責任追及システムの構築」そのものであり、絶対に看過できないと考えておりますが、日医のご見解をお聞きしたいと思います。

一つ、厚労省は、今秋の臨時国会に医療法改正案を提出する方針ですが、このまま法律となれば第三者機関および派遣医師は大変重要な役割となり、ぜひ日医がイニシアチブを取らねばならないと考えております。マスコミ報道では日医担当理事の発言として「医師会と大学病院が連携する仕組み作りをすでに着手している」と報道されておりますが、具体的にどのように考え、どのように連携しようとしているのか。その全体像、進捗状況につき伺いたいと思います。

高杉常任理事：厚生労働省のあり方検討部会には、私も参画していた。骨子案はまとまったが、詳細についてはこれからガイドラインを作成し協議することになっている。

また、日医の医療事故調査に関する検討委員会の答申「医療事故調査制度の実現に向けた具体的方策について」は先日まとまったばかりであるが、厚生労働省部会の骨子案には日医答申が反映されていると考える。

医療事故調査制度の創設は、十分な原因究明がなされないままに刑事訴追がなされていた現状を変える。迅速に事故調査を行い、真摯に患者側に説明する。医療機関が真剣に対応することで、患者・遺族を守り、ひいては職員を守ることになる。結果として納得が得られない事例は、刑事ではなく民事で医師賠償責任保険等を活用した解決が促進されることとなり、それがあがるべき姿であるとする。

制度自体は責任追及とは切り離された原因究明と再発防止という純粋に医療・医学の中の営みの中で、すなわち医療の枠の中で取り込まれるべきものであることは、厚生労働省「医療事故に係る調査の仕組み等」のあり方に関する検討部会「骨子案、日医「医療事故調査に関する検討委員会」答申ともに共通の理念と言える。

警察への届け出や、医師法21条にいう異状死体とは切り離して考えるべきということで、厚労省の検討部会では整理されたが、事態混乱の一因となった医師法21条については、医療界の自律的な取り組みの中で社会に再評価を求め、医療への刑事介入を抑制する。将来的には改正ないし解釈の整理が必要である。

ガイドラインや法律など、具体的な内容が議論されるこれからはもっとも厳しい道であると覚悟している。医療界はもとより患者・国民・行政が議論し、結果として新たな道を実現する歴史的にも極めて意義のある未来へ向けた取り組みとなるように努めるつもりである。

個人質問

「かかりつけ医」に関する疑問点

小熊代議員：厚労省「専門医の在り方に関する検討会」の報告書が公表され、「総合診療科」が19番目の項目に規定されました。

それに関して、日医ニュースで小森常任理事が「かかりつけ医」と生涯教育について意見を述べておられました。それらについて以下少しご教示をお願いしたいと思います。

「総合診療専門医」とは、これまで日医が提唱されている「かかりつけ医」と同じと考えてよいのでしょうか。

「かかりつけ医」の厳密な規準を決め、日本医師会

内だけのものではなく、一般に通ずるものとするための啓発、広報活動を行い、これまで以上に一般に認められるようなことは考えられているのでしょうか。

超高齢者社会を迎え、「かかりつけ医」の機能は大変重要なものと考えていますが、地域包括ケア、在宅支援診療所、在宅看取り等の機能が、どれほど一般会員の間で対応されているのでしょうか。

「かかりつけ医」機能を十分に発揮させることは重要と思いますが、生涯教育制度の推進も重要なことですが、実際に地域での活動が十分発揮させられるようにするための方策をどのように考えられているのかご教示下さい。

小森常任理事：「総合診療専門医」は、日医会内の委員会答申では「一般内科を中核として周辺領域について広くて基本的レベルの診療を行う医師」となっているが、厚生労働省の検討会報告書では「頻度が高く幅広い領域の疾病などに、適切な初期対応と継続医療を提供する」とされている。報告書でも標榜科の名称である「総合診療科」とは記載されておらず、日医でも標榜科の名称とすることは反対の姿勢をとっている。

一方、「かかりつけ医」は、自身の専門分野を持ちながら、地域の要望に応じて多様な疾患の患者に対応し、地域を診る視点で患者・住民に寄り添って要望に応じていくことであり、医療的機能と社会的機能の双方を有しており、ある診療領域を医療的課題から評価した「総合診療専門医」とは全く異なる概念である。

超高齢化社会においては「かかりつけ医」を中心として切れ目のない医療・介護を提供し、在宅医療の機能をさらに高めることが極めて重要な課題である。日医でも3月に続いて7月もリーダー研修会の開催を予定しており、研修された先生方にはさらに各都道府県で研修会を開催していただき、地域医療の中核として、広げていきたいと思っている。

第129回日本医師会定例代議員会に出席して

代議員 倉 増 秀 昭

平成25年6月23日(日)午前9時30分、第129回日本医師会定例代議員会が東京駒込の日本医師会館で開催されました。今回、北海道選出代議員は最前列中央の議席で目医役員の顔がはっきりと見える特等席でした。横倉会長の挨拶で始まり決算、日本医師会綱領等が審議されました。日本医師会綱領は、国民との約束で国民と共に歩むという考えとのことで

す。その後、代表質問と個人質問が始まりました。最近の代議員会では、質問に時間がかかりすぎて予定時間には終わりません。原因は質問数が多いこと、理事者側の答弁が丁寧過ぎて時間がかかりすぎることで、関連質問が多くさらに決められた時間をオーバーして長々と話すこと等です。交通の便の悪い代議員は途中で帰ってしまい、いつも午後3時を過ぎると空席が目立ってきます。午後5時を過ぎても終わりの目処が立たず、残りの質問は文章で回答することになった時もありました。

今回は、議事運営委員会にて、ブロック別に代表質問(5分以内)は1名、個人質問(3分以内)は2名以内、質問が多い場合は一部日本医師会雑誌での回答もあり得ると決まりました。おかげで今回は順調に進み、午後3時過ぎには終わりました。

代表質問は8題、北海道からは深澤雅則・道医副会長が「TPPと国民皆保険制度の堅持について」質問しました。「医療は市場原理に晒してはならない。世界で最も平等な日本の医療を6人に1人が無保険のアメリカに合わせるはいけない。TPP交渉からの撤退もあり得る」と羽生田俊・日医副会長が力強く答えしていました。

個人質問は12題、北海道からは今真人代議員が「医療事故に係る調査仕組み等に関する基本的なあり方について」質問しました。事故調査で収集した結果が訴訟証拠として使われると大変なことになるという話でした。10

番目には小熊豊・道医副会長が「かかりつけ医に関する疑問点」を質問しました。「今後自宅死亡者が増加します。かかりつけ医は地域をみる視点で国民に寄り添いわが国の医療の中心にならなければならない」との返答でした。

近々、参議院選挙がひかえています。選挙後には社会保障を聖域とはせず見直すと政府は言っています。さらにTPP、消費税問題、混合診療、医師不足等、難しい問題が山積みです。日医の代弁者をどうしても参議院に送りたいとの意気込みが感じられる代議員会でした。

日本医師会綱領

日本医師会は、医師としての高い倫理観と使命感を礎に、人間の尊厳が大切にされる社会の実現を目指します。

1. 日本医師会は、国民の生涯にわたる健康で文化的な明るい生活を支えます。
2. 日本医師会は、国民とともに、安全・安心な医療提供体制を築きます。
3. 日本医師会は、医学・医療の発展と質の向上に寄与します。
4. 日本医師会は、国民の連帯と支え合いに基づく国民皆保険制度を守ります。

以上、誠実に実行することを約束します。