



第127回日本医師会臨時代議員会が、去る10月28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三宅・宮本・畑・山光・松家・中田・伊藤・津田・沖・倉増・山下・堀各代議員、深澤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として当会副会長の畑代議員と魚谷代議員（鳥取県）を指名するとともに、議事運営委員会委員として北海道ブロックの宮本代議員ほか7名を紹介した。ついで横倉会長から「大きな傷跡と深い悲しみを残した東日本大震災から1年7ヵ月が経過したが、被災地域の復旧・復興は未だ道半ばと言わざるを得ない。多くの国民が安心して生活していくため、国民の社会的共通資本として、地域医療の再興が喫緊の課題である。国は医療機能の分化を推進し、施設から地域へ、医療から介護へという将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージを描いているが、我が国はこれまでかかりつけ医を中心として、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・介護を提供し国民の健康と安心を支えてきた。地域医療では、それぞれの地域で必要とされる医療を適切に提供していく仕組みが重要であり、国の方針は、都道府県や市町村等地域の実態に基づいたものとすべきである。ボトムアップ型としての地域医療提供体制の再構築に向けて、切れ目のない医療・

介護という視点を持ち、地域の実情や家族のあり方を考慮した柔軟に活用できる多様な仕組みを提案する必要がある」等の挨拶が述べられ、その後、羽生田副会長による会務執報告が行われた後、議案審議に入った。

第1号議案 平成23年度日本医師会決算の件については、笠原財務委員長（滋賀県）より委員会審議報告の後、承認された。

次に、

第2号議案 公益社団法人への移行認定申請およびそれに伴う定款・諸規程変更の件については、今村副会長から提案理由の説明があり、都道府県医師会からの日医代議員・予備代議員の選出や届出時期等につき多数の質疑が行われた後、理事者提案のとおり承認された。

その後、代表質問8件、個人質問16件につき質疑応答を行った。

北海道ブロックからは、宮本代議員が「TPP参加に反対する再度の表明を」と題し質問を行った（別掲）。

12時48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30分、議事進行を久野副議長（愛媛県）に交代し再開され、代表質問の続きの後、会長挨拶に対する質疑として、塩見代議員（奈良県）より福島原発による被災者へのフォローアップについての質問の後、引き続き個人質問が行われた。

北海道ブロックからは、山下代議員が「地域医療IT連携の創設・維持に対しての診療報酬措置要望と

救急医療、地域医療維持、臨床対応力増進に向けての臨床研修制度改革提言」、中田代議員が「地域における厚生事業について」と題し質問を行った。(別掲)17時7分、横倉会長並びに議長より挨拶が行われ閉会した。



以下、本稿では、宮本代議員の代表質問ならびに山下・中田両代議員の個人質問、堀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参加に反対する再度の表明を」

宮本代議員：日医執行部は、昨年12月の「日本の医療を守るための総決起集会」および本年4月の「TPP参加反対総決起大会」で、TPPの参加が日本の公的医療保険制度に及ぼす影響についての懸念を表明し、本年3月には、「国民皆保険」を守る立場から、あらためてTPP交渉参加には反対の立場を明確にしている。政府は、公的医療保険制度はTPPの議論の対象にはなっていないとしているが、その後の政治の混乱の中、TPPの実態は十分に明らかにされていない。

この間に、社会保障・税一体改革関連法が成立した。しかし、「まず増税ありき」との批判を避けるために急遽まとめられた「社会保障制度改革推進法案」は、社会保障制度改革の基本的な考え方や制度改革の方向を示すにとどまっており、国民皆保険制度の形骸化が懸念される問題点が多く含まれている。しかも、具体的改革は「社会保障制度改革国民会議の審議等を踏まえて実施する」とされている。

民主党では野田代表が再選され、自民党では安倍元総理が新総裁に選出された。横倉会長と会談した際に野田総理は、「国民皆保険は社会保障の根幹。ほころびを直すことは必要だが、守ることは大事」と堅持する意志を示し、TPPの交渉では、公的医療保険制度は議論が上がっていないと説明した、と報じられている。しかし、次期総選挙に向けた各党の政策、党内議論を見るかぎり、TPP参加へ向けた動きが加速することが危惧されている。

TPPは、交渉参加10カ国のGDP規模からみて、日本と米国がその約90%を占め、実質的には「日米FTA」といえる。日本がTPPに参加した場合には、米国からの日本の医療市場の開放要求が格段に強まり、日本の医療の市場化・営利化が進むことは確実と思われる。

改めて、TPP参加についての日医執行部の考えと、今後の運動方針を伺いたい。

中川副会長：TPPは現在、政局の混乱の中で進捗が停滞しているように見えるが、実は着々と進んでいるのではないかと。社会保障・税一体改革大綱から

日本再生戦略、社会保障制度改革推進法の流れによって、混合診療の全面解禁や株式会社の参入に大きく道を開く恐れがある。こうした新自由主義的な考え方は、政権交代前から続いていた。公的医療費への国庫支出を減らしたい財務省や、医療を営利産業市場として拡大したい経済産業省も加わって、政権が交代しても一貫して官僚主導で進んでいる。

日医はこうした背景を踏まえ、新自由主義的な考え方が脈々と流れている再生戦略、TPPなどを個別にではなく一体的、総合的に分析する。また関係者と連携し、一致団結し反対する。さらに経済界への対応であるが、経済界には新自由主義的な構造改革を望む意見が根強い。日医はこうした関係先とも真摯に協議する。

もっとも重要なことは国民の理解を得ることであり、11月15日に国民医療推進協議会を、12月14日には国民集会を予定している。日医は国民皆保険の堅持が見えないTPP、医療崩壊をもたらした市場原理主義には断固反対である。医療・介護に効率化の視点を入れるのではなく、十分な財源を投入することこそが、医療再生ひいては日本を再生すると確信している。

TPPへの交渉参加によって、米国が日本の公的医療制度の廃止を要求していると思うのは、被害妄想と言われたこともあるが、果たしてそうなのだろうか。

米国が1985年のMOSS協議以来、日本に対して、医療市場への市場原理導入、株式会社の参入障壁の撤廃、中協協での薬価決定プロセスへの干渉、混合診療の全面解禁等を求めてきており、これらの要求は、TPP交渉に参加した場合に、強まっても弱まることはないと思うのは、不自然なことだろうか。

TPPへの交渉参加が、国民皆保険制度を形骸化するきっかけにならないように、アリの一穴をも防ぐ視点でこれからも闘っていく。

個人質問

「地域医療IT連携の創設・維持に対しての診療報酬措置要望と救急医療、地域医療維持、臨床対応力増進に向けての臨床研修制度改革提言」

山下代議員：各地で地域医療再生臨時特例交付金を用いたITネットワーク整備事業が進行中である。私共の地域でも、平成25年度末を目途に地域8基幹病院と開業医の医療IT連携でドクターヘリを含めた広域救急医療体制に対処し、疲弊する地域医療を建て直すべくIT連携を構築中である。この連携では、開業医の初期負担に加え、基幹病院においてはIT連携に年間100万円単位の維持費が必要となり、また、5・6年後に数千万円規模の機材更新時費用が発生することへの不安が出ている。

国のIT連携整備構想において、重複診療・検査・

投薬の回避や医療資源の有効活用、医療効率化を否定するものではないが、結果として連携施設の収入減をきたし、維持更新費用の捻出に苦慮することとなれば、構築したIT連携が破綻する。

医療IT化を国が進めるとすれば、将来的な費用負担に対しての手立ても必要である。私案として、例えば、IT連携を行う情報提供病院の診察料に1点の加算を行うなどの措置をすれば将来性が見えてくると思う。IT医療連携は全ての地域・医療機関の将来にも関係するため、他の方策も含め日医のお考えをお聞かせ願いたい。

次に、医師初期臨床研修についてである。研修医が大都市に集中している事は言うまでもない。昨今の受験状況を見れば幼少時から初期研修を終えるまで都会で過ごす医学生も多く、地域医療の経験のない医師も生まれると思う。その中での救急医療、地域医療の疲弊が現在の日本医療の課題である。現行の研修には短期1ヵ月が含まれるが、専門領域において見学に終始するのであれば、学部教育で対応すべきだと思う。

例えば制度を簡素化し、1年目においては6ヵ月を救急部・集中治療部とし、外科・内科を3ヵ月ずつ研修し、2年目においては、例えば人口5万人あるいは3万人以下の市町村での6ヵ月勤務を義務付けし、残り6ヵ月は希望の科目で研修する案はいかがか。あるいは、3年目に半年間の地方勤務義務付けはありえないのだろうか。

日医として類似の案を厚労省に提示した事はあるのか、またはより有効な研修、救急医療、地域医療対策を提議してきたのか、研修医制度の廃止論もあるが、医師不足に対する今後の日医の方向付けを含めて、伺いたい。

小森常任理事：まず、地域医療再生臨時特例交付金を用いたITネットワーク整備事業に関する継続性の問題は、日医としても極めて大切な問題だと認識しており、各地での現状を把握すべく日医総研にて調査をおこなっている。その結果に基づき今後の対応を決めることになるが、計画を策定するにあたっては計画時点から継続についての議論は行う必要がある。

ご指摘のとおり基本診療料へ上乗せする考え方は当然ありうと思うが、住民の医療の質を向上させるという観点からは、国や地方自治体が負担すべきという考え方もあると思う。日医総研の調査結果に基づき、その費用負担のあり方や支援方法等を検討することとしている。

次に臨床研修制度については、研修医が都市部に集中していることを日本医師会としても憂慮すべき事態であると考えている。日医は昨年4月、「医師養成についての日本医師会の提案(第2版)」を公表したが、この中で研修希望者数と募集定員数について

はおおむね一致させることを提案している。

救急医療、地域医療の疲弊が現在の日本医療の課題とのご指摘だが、まったく同じ認識である。日医の提案では、卒前教育として、医学部5年、6年次の臨床参加型実習をこれまで以上に重視し、初期臨床研修においては弾力的な運用を行いつつも、あくまで地域医療に重点を置くものである。

代議員ご提案の地域医療を6ヵ月間行うことについては、日医の提案では科目ごとの研修期間を限定していないので、地域の実情に応じてより長い期間の地域医療研修を行っていただくことも当然可能である。「医師研修機構」などにおいて、地域の実情に応じた特色のある研修プログラムをぜひ、ご検討いただきたいと思います。

3年目に半年間の地方勤務を義務付けるご提案については、後期研修医に対して行動制限を課すという問題もあり、今後の検討課題の一つということで検討させていただきたい。臨床研修が地域医療の充実に資する制度設計となるよう最大限、努力していく。

個人質問

地域における厚生事業について

中田代議員：現在、各医師会では市民生活の質の保持増進のために、保健・医療・福祉において多くの厚生事業を行っており、地域社会存続のために重要な役割を担っている。各地域における厚生事業には、各種健康診査、予防接種、学校保健、産業保健、介護保険、高齢者対策、各種認定作業などがあり、これらに多くの医師がかかわっている。そして、この医師の90%以上が中小病院とクリニックの医師であり、2010年と2012年の医療費改定における、急性期を担う大病院と公的病院の医師疲弊救済策としての、「点数付替え」による緊急措置により、苦しい経営状況におかれているのが現状である。

このことを踏まえ、本年7月28日・29日の両日、札幌市を主務地として開催した「第51回十四大都市医師会連絡協議会」において、「地域における厚生事業」を分科会のテーマに取り上げ、様々な諸問題などについて、活発な議論を行った。現在、十四大都市医師会においては、649の厚生事業に対し、延131万4,469人、札幌市医師会においては、55の厚生事業に延30,387人の医師が関与しているが、参加医師の減少が目立ってきている。

先程も申し上げたが、地域社会の厚生事業は日常生活の安心・安全と住民の健康の保持・増進に大きく貢献しており、その結果が世界で賞賛される日本人の平均寿命や健康余命に反映されている。このような厚生事業は地域の各医師会によって行われており、それを担っている中小病院とクリニックの医師に対するこれ以上の政府の財政的抑圧は、地域医療

の崩壊と共に市町村の厚生行政の破綻につながり、地域社会が存続困難になることを、日本政府そして地方自治体に明確に認識していただく必要がある。

今後とも、地域における厚生事業を中小病院・クリニックの医師が担っていくためには、医療本体で彼らを救済しなければ、現状の厚生事業の継続は、非常に困難と思われる。次期診療報酬改定において、中小病院の入院費とクリニックの再診料に対し、手厚い診療報酬改定を図るよう、日医執行部に大きな期待をするものである。日医執行部のお考えをご教示願いたい。

石井常任理事：国民皆保険の実践を支え、地域保健と職域保健のレベルの底上げ、戦後復興とその後の発展の一翼を担ってきたのは診療所、有床診療所、中小病院である。地域でプライマリーやセカンダリーケアを提供し、患者の家庭環境、生活環境を含めて総合的に対応している。これが比較的低い医療費で世界に冠たるパフォーマンスと海外からも評価される日本の医療の中心的要因だと思う。

代議員会出席記

第127回日本医師会臨時代議員会に出席して

代議員 堀 修 司

平成24年10月28日(日)、第127回日本医師会臨時代議員会・第71回日本医師会臨時総会が東京駒込の日本医師会館で開催されました。

前回4月は役員改選があり、入り口でもビリビリとした緊張感を感じましたが、今回は秋晴れの穏やかな雰囲気でした。

午前9時に前夜の打ち合わせ会の疲れも見せず全員が集まり、議事運営委員会の報告を聞き、議場へと向かいました。

午前9時30分開会。定数357名中351名出席でした。議事録署名人の1人に畑道医副会長が指名されました。

まず横倉会長の挨拶がありました。iPS細胞研究所長山中教授のノーベル医学・生理学賞の受賞にお祝いを述べられ、地域医療提供体制の再構築のために「切れ目のない医療・介護」の必要性を熱く語られました。医師偏在の解消策として①地域医療の経験を医師のキャリアアップの要件とすること、②医療訴訟につながるケースを減らすこと、医療事故を刑事訴追の対象にしないこと、③医師が勤務しやすい就業環境の整備、特に急増している女性医師への支援、④初期臨床研修のマッチングの見直しを提言されました。消費税増税には社会保障の安定的財源

2012年度の診療報酬改定では、地域医療の再生を図る観点から、医療と介護の役割分担と連携、在宅医療などの充実が図られ、診療所、有床診、中小病院の役割が評価された。しかし10年度改定でエビデンスなく引き下げられた診療所の再診料は、診療側が回復を求めたにもかかわらず、論議の対象にもならなかった。各地域の厚生事業への尽力も、国の政策医療に対する協力として当たり前のことと扱われてはいけない。

救急医療を含めた急性期医療体制の整備と同時に、地域医師会が医療・介護の領域における地域のリーダーやコーディネーターとして果たしていくべき役割を考えるならば、わが国の中小病院や有床診は地域住民の身近にあり、かかりつけ医療機関として安心して受診し、入院できる大切な既存資源であり、今回の診療報酬改定では、地域医療の担い手である診療所、有床診、中小病院の医療を充実させるよう努める。

の確保として一定の評価をしましたが、控除対象外消費税の解消に努めること、また公的医療保険制度を揺るがすTPP、医療特区、医療ツーリズムには反対の立場をとられ、我が国の公的医療保険制度の基本理念として「すべての国民が、同じ医療を受けられる制度」「すべての国民が、支払能力に応じて公平に負担する制度」「将来にわたって持続可能性のある制度」の3点を守る決意を語られました。

午前9時50分より羽生田副会長から会務報告があり、10時15分から議事に入りました。1号議案の平成23年度決算の件は数字の羅列を飽きさせないように上手く説明され、あらかじめの財務委員会の報告もあり、全会一致で承認されました。2号議案は公益社団法人への移行に伴う変更の件でしたが、代議員の届け出方法について理事側の混乱がありましたが、これも全会一致で承認されました。

20分遅れで代表質問に入りました。8題の質問内容は「地域医療に関すること2題(1. 地域に根ざした入院施設の必要性 2. 医師会病院の公的病院化)」「日医代議員に勤務医を」「TPP参加反対の表明(宮本道医副会長)」「集团的個別指導の点数選定の問題」「看護師国家試験と准看護師資格試験の同日問題」「日本医師会の役割」「大学のカリキュラムに

医療・介護保険概論を」でした。それぞれ会長、副会長の答弁がありました。

昼食をはさんで、午後1時30分より残りの代表質問後、個人質問に入りました。16題の質問は多岐にわたっていましたが、内容の似た質問は続けて行い、一括して答弁していました。北海道関係では、山下裕久代議員から「地域医療IT連携の創設・維持に対して診療報酬措置要望、臨床研修制度改革」の質問があり、また中田康信代議員から「地域医療における厚生事業について」の質問がありました。質疑応答の詳細は日医ホームページ等でご覧下さい。

最後に第71回日本医師会臨時総会が行われ日本医師会館を後にしました。

質問者は学会のように時間でブザーが鳴りますが、回答者が質問を反復してから、分厚い資料を見ながら延々と述べるのには進行の問題があると感じました。日医の回答も「十分に検討する」「真摯に対応する」「前向きに進めたい」が多く、中川副会長の切れのある答弁に会場から拍手が起こりました。

次年度から代議員の交代があります。最後の印象記となります。いろいろと有難うございました。

お知らせ

— 生命保険「団体扱い」のお奨め —

◇ 医業経営・福利厚生部 ◇

会員の皆様が加入されている下記生命保険会社（8社）の保険を、当会の『団体扱い契約』にしますと保険料が割引されます。

契約者が会員本人で『個人扱い』にてご加入されているご契約がありましたら、該当の生命保険会社担当者へ『北海道医師会の団体扱い』に変更したい旨、お伝えいただき、所定の手続きをお願いいたします。

【団体扱い契約ができる生命保険会社】

日本生命、ジブラルタ生命、第一生命、住友生命、明治安田生命、富国生命、朝日生命、三井生命

※実際の割引料につきましては、ご契約の保険会社にお問い合わせください。

※当会を退会した場合は、会員へ確認の上、個人扱いへ変更させていただきます。

団体扱いに変更された場合の保険料の払込方法は、以下のとおりです。

開業会員⇒「国保診療報酬」から引去
勤務医会員⇒口座振替により毎月12日に所定の口座から振替いたします。

【口座振替 取扱銀行】

北海道銀行 本店、各支店
北洋銀行 本店、各支店

2行のみ

「問い合わせ先」

○該当の生命保険会社

または

○北海道医師会『事業第五課』(TEL011-231-1434)