

## 会長選挙制度検討委員会

会長 長瀬 清

日本医師会会長選出方法について、2004年4月の日医役員選挙以降、代議員会において何度も検討すべきとの意見が出されている。特に代議員による間接選挙方式では会員の意見が十分に反映されていないという不満からくるものである。また、これまで続けられていたキャビネット制についても、優秀な人材を失ってしまうということで一考すべきとした。

これに対する日医執行部の回答は、主旨は理解できるが直ちに改定は困難とするものであった。平成22年4月の会長選では、有力3候補が争い、僅差で原中氏を選出した。政治がらみや当選決定の獲得票数の定め、キャビネット制の可否、選挙運動の在り方等が問題提起された。新会長は、直ちに会長選挙制度の在り方を検討すべく会長選挙制度検討委員会を設置し、次の諮問を行った。

諮問「平成22年度下記事項について検討のうえ、ご報告下さるようお願い申し上げます。記 **会長選挙制度の在り方について**」

委員会は各ブロックからの14名の委員に、専門委員として畔柳、奥平、手塚日医顧問弁護士3名が加わり組織され、委員長に北海道医師会長瀬、副委員長に池田琢哉鹿児島医師会長、吉原忠男埼玉県医師会前会長が指名された。委員会は、平成22年6月24日を皮切りに計5回開催され、平成23年3月25日に原中会長に答申書を手渡した。

委員会では、最初に都道府県医師会へのアンケート調査を行い、35医師会より現在の選挙制度に問題ありの回答を得た。全会員による直接選挙、現行の間接選挙、キャビネット制、勤務医・女性医師の登用、当選者の獲得票数規定、選挙運動や候補者の広報、選挙管理委員会設置等について、メリット、デメリット、可否、方法論など幅広く意見を戦わした。

特に直接選挙での経費・労力、各都道府県の代議員選出法、勤務医・女性医師採用枠設定等、現実的な問題の多くが俎上に上った。しかし、新公益法人制度下での具体的に可能な選挙方法の選択が現段階で決定不可能とのことで、確定的な選挙方法の決定には至らなかった。結果、これまでの当選要件の3分の1以上の票の獲得者の内数の多い者の規定は、2分の1以上の得票を得た者とすべきであること。また、選挙管理委員会を設置し、公明正大な選挙を行うことおよび候補者の周知徹底を図ることを次回選挙から早速実行に移すべきことを提言した。

## 医療政策会議

会長 長瀬 清

本会議は日本医師会会内委員会の中の三大会議の一つといわれている。ほかには学術推進会議、生命倫理想談会がある。

平成22年7月23日第1回目の会議が行われ、会長より「医療を営利産業化していいのか」という諮問がなされた。

平成21年8月31日の総選挙で民主党が空前の大勝利を収め、平成22年9月、初めて民主党が政権の座につき、鳩山由紀夫首相が誕生した。これまでの官主導の政治から政治主導の新たな政治が開始された。民主党は長引く経済不況を立て直すべく、種々の経済政策を打ち出した。経済の活性化に当たり、医療・介護分野の営利産業化を推し進めようとしていた。諮問はこのような状況下に発せられ、鋭意議論が重ねられた。平成22年7月の第1回目の会議より、平成24年1月20日までの都合10回にわたる会議が開催された。委員長に慶大田中滋教授、副委員長に井戸俊夫岡山県医師会長が指名された。委員として学者5名、医師会長10名の15名構成であった。第2回目から毎回基調講演がなされ、それに関してフリー討議が行われた。

講演は次のものであった。

1. 「産業化」の意味を考える－田中滋
2. 医療を営利産業化させていいのか－桐野高明
3. 医療を営利産業化させていいのか－4つの話題提供－二本立
4. ポスト大震災の社会保障－山口二郎
5. 無政府状態下の日本の財政・社会保障－2015年を目標とした一体改革案「一里塚」の意味－権丈善一
6. 医療保険財政と医療の産業化－遠藤久夫
7. 公的医療保障制度と民間医療保険に関する国際比較－公私財源の役割分担とその機能－河口洋行

会全体の共通した考えは「医療本体の営利産業化は許してはならない」につきる。医療は資本利得のために用いられるべき産業分野ではない。医療は直接的には患者のため、ひいては地域社会や国の安定と成長に資するために存在するのである。(答申書より)

平成24年1月20日、最終回の日、田中委員長から原中会長に答申書を提出し、会の役目を終えた。

## 医事法関係検討委員会

理事 山光 進

本年3月13日、「本委員会は、平成22年8月6日に、原中会長より諮問を受けた「医療法をめぐる諸問題」について、9回の委員会ならびに2回の小委員会を開催し、鋭意検討を重ねた結果、以下の報告書のとおり意見集約をみたので、答申いたします。」という文章で始まる、「医療基本法」の制定に向けた**具体的提言**、が鈴木勝彦委員長から日本医師会長に提出された。

この答申では、医療基本法を策定する前提として、医療基本法はすべての関係者の義務と権利についてバランス良く規定したものとすべきであるとした上で、「医療の定義、性質」「医療の対象、範囲」「医療に関与する者の範囲およびその権利と義務」等について検討を行い、委員会が考える医療基本法のモデル（草案）を明示した。日医が考える医療基本法としては、患者の権利を十分尊重しつつも、医師・医療提供者も安心して医療提供に専念できる環境を保障すべきとしている。また医療分野に乱立するさまざまな法令や施策を整理し、医療提供の基本理念を示す親たる法律として位置づけるべきとしている。

その内容は、1 はじめに、2 「医療基本法」の提言に至る背景、3 「医療基本法」をめぐる論点の検討、4 「医療基本法」の具体的提言、5 おわりに～今後の課題～、という構成になっている。

◇

「医療基本法草案」は、4 「医療基本法」の具体的提言の（2）草案の提示、にあり、第1章総則、第2章医療提供体制を確保するための施策、第3章医療提供者の責務、第4章患者等の権利と責務、そして附則、とから成っている。

第1章総則の第1条（目的）は、この法律は、医療が国民の健康と生命を守る重要な役割を担うことにかんがみ、医療の基本理念および原則を定めるとともに、国、地方公共団体等の責務および医療に関する施策の基本的事項、ならびに医療を提供する者、医療を受ける者をはじめとする国民の役割を明らかにし、もってすべての国民が、安心、安全な医療を等しく受ける権利を有し、医療提供者と患者等の信頼関係にもとづいた医療が実現されることを目的とする、とされている。第2条の（定義）は、①医療、②医療提供者、③患者、を規定し、第3条の（基本理念）は、①人間の尊厳と生命の尊重、②医療における機会の平等、公共性、非営利性、③患者本位、④生存権の担保、個人の尊重、相互扶助と連帯、に

ついて述べ、第4条は（国の責務）、第5条は（地方公共団体の責務）、第6条は（医療提供者の責務）、第7条は（国民の責務）、が記されている。

第2章医療供給体制を確保するための施策については、第8条（施策の策定）で国が策定する医療に関する施策は、調和のとれたものでなければならない、として一から六まで国の責務を述べている。第9条は（国の財源確保義務）、第10条は（地域における医療行政施策）、について努力目標を記している。

第3章医療提供者の責務では、第11条（説明と同意）、第12条（守秘義務、個人情報取り扱い）、第13条（最善の医療を提供する義務）、第14条（医療提供者の裁量）、第15条（研鑽義務）、第16条（患者の利益を擁護する義務）、が述べられている。

第4章患者の権利と責務には、第17条（自己決定の権利）、第18条（診療情報の提供を受ける権利）、第19条（秘密およびプライバシーの保護）、第20条（診療に協力する義務）、第21条（秩序ある受療をする責務）、がある。

附則は、第1条（法令の整備）、第2条（法令の立案）が述べられている。

◇

5 おわりに～今後の課題～、の中では、本草案が「たたき台」として参照され、「議論の一助となることを願うものである。その上で、今後、本問題に関する議論が展開される際に解決すべき課題を挙げるとすれば」として「医療基本法」が対象とする範囲をどのように画するか」「医療関係者および患者の権利と責務に関する規定のあり方、詳細な規定や罰則は不必要と考えるが、如何か」「医療基本法」を親法とする時、現行法令を含む法律、制度をどのように整備して行くのか」等の問題点を指摘している。

◇

この会の委員は、鈴木勝彦委員長（静岡県医師会会長）、大井利夫副委員長（日本病院会顧問）、山光進（北海道医師会理事）、田村瑞穂（青森県医師会副会長）、目澤朗憲（前東京都医師会理事）、西松輝高（群馬県医師会理事）、二井 栄（三重県医師会理事）、山田和毅（和歌山県医師会理事）、小村明弘（島根県医師会副会長）、鬼塚淳朗（長崎県医師会副会長）、および日本医師会参与の弁護士、畔柳達雄、奥平哲彦、手塚一男の14名であり、委員会の最初は「医療基本法」の概念が乏しく、医療法や診療報酬点数の不合理的、個別症例の行政的問題点などが話題とされ、私は「これをまとめるのは至難の業ではないか」と思いつつ参加していた。2年間で答申に至ることができたのは、委員長と副委員長の絶大な知識と能力によるものであり、心からの敬意を表するものであることをお伝えして、医事法関係検討委員会報告とする。

## 医師会共同利用施設検討委員会

理事 伊藤 丈雄

平成22年8月に第1回目の委員会が行われ、原中会長より次のような諮問が出された。

「地域社会に貢献する医師会共同利用施設の今後の方向性について－医療と介護の連携を見据えて－」

これを受けて2年間で計8回の委員会を開催し審議した。以下は当委員会が答申した内容を抜粋したものである。

### 1. 公益法人制度改革と医師会共同利用施設

この制度改革によって、共同利用施設事業が公益事業と認められ医師会が公益社団法人として認定を受けることは医師会活動が公式に地域貢献・社会貢献活動であると認められることであると考えている。

「公益法人制度改革への対応に関するアンケート」から共同利用施設運営の医師会は公益社団法人を指す割合が比較的高かった。理由は「医師会の公益性を内外に明確にするため」「税制上の優遇」という回答が多かった。

在宅医療の連携拠点機能を持つ医師会共同利用施設は、今後ますます地域医療になくてはならない組織である。特に医師会病院が将来公的病院になり存続と発展していくには、開設する医師会が公益社団法人として認められることが最重要要件の一つである。

### 2. 医師会病院の抱えるさまざまな課題

- ①医師不足、研修医制度改革により大学医局からの派遣医師が激減。看護職員確保の難しさ等。医師や看護職員が進んで勤務したくなるような病院作りを目指す必要があること。
- ②経営困難、今後は医師会病院を運営する医師会が公益社団法人の認定を受け、次に医師会病院が公的医療機関の認定を受けることで将来にわたって医師派遣の優先・厚い財政支援でより充実した地域医療を提供できるものと考えている。

### 3. 臨床検査・健診センターの現状と課題

現在共同利用施設で「検査・健診センター」として稼働している施設は175施設。ほとんどの施設が「特定健診・特定保健指導」開始に伴い、これに対応すべく大幅な設備投資を行った。

臨床検査センターは診療報酬改定毎に引き下げられる臨床検査実施料の減点に喘ぎ競争力低下。今後は、①休日も健診業務を行い、受診率を上げる工

夫が必要。②将来の医療費抑制のためにも検査項目を従来と同様にしてでも、健診受診率を上げる必要がある。③健診センターは、胃がん・大腸がん・乳がん・子宮がんなどのがん検診を重点に行う方向へと進めることも検討すべきである。また、人間ドック・脳ドックにも力を入れ、幅広い健診体制で活動すべきである。

### 4. 介護保険関連施設

超高齢化社会では介護を必要とする高齢者が急激に増加、その多くは介護と同時に地域医療も必要とし、医療と介護を統合したケアが求められる。地域の医師会はその要としての活動に注力しなければならない。

- ①地域医師会介護保険事業の経営助言体制の確立
- ②地域医師会の介護事業経営に対する都道府県医師会および日本医師会による支援体制の強化
- ③地域包括ケアシステムの整備の重要性、介護関連分野の医師会共同利用施設の先駆的活動に関する広報活動
- ④都道府県医師会における介護保険事業に関する研修活動の強化
- ⑤地域医師会における行政分野との連絡・連携・協働の強化

### 5. 第24回全国医師会共同利用施設総会

平成23年9月3日・4日、山形国際ホテル

3つの分科会に別れ、それぞれ医師会病院関係、検査・健診センター関係、介護保険関連施設関係でシンポジウムが開催された。それぞれが抱える問題点と課題に対し、参加者が活発に意見交換する場となった。



今回は抜粋した内容のみの報告となったが、答申は平成24年3月16日、篠原彰委員長から日本医師会原中会長に提出されており、関連資料は日本医師会のホームページより閲覧可能となっております。



## 乳幼児保健検討委員会

理事 津田 哲哉

当委員会は、平成22年7月28日、日本医師会原中勝征会長より諮問を受けた。諮問は「**保育園保健の充実に向けて医師会はどう関わるべきか**」であった。委員会は、委員長に三重県医師会会長加藤正彦氏、副委員長に埼玉県医師会副会長鈴木伸一氏が選出され、10名の委員で構成された。

委員会の開催は、平成22年7月28日の第1回から平成24年2月15日を最終回として計8回、同時に4回のワーキンググループを行い鋭意検討・協議した。

近年、保育施設の園児や保育園を取り巻く環境は、社会情勢と共に大きく変化している。親の働き方が多様化し、親の育児不安が顕著、虐待の増加、0歳児保育や長時間保育の増加で、それに伴う健康対策、障害児の取り組みなど、親側も保育園側も新しい問題の対応に混乱している。

本委員会は、会長諮問に対して答申をまとめるにあたり、2つのワーキンググループ

- I. 保育園医の組織化・機能強化
- II. 保育施設における保健・医療のあり方を設置し、それぞれの検討を行った。

### I. 保育園医の組織化・機能強化

保育施設をとりまく変化の対応には、園医の組織化と機能強化が不可欠であるとし、現状把握の必要性から都道府県（47）郡市区医師会（559）にアンケート調査を行った。その結果、園医として地域、施設、行政などに連携していくためには、地域医師会が主導して協議会、研修会が必要であるが、実施している地域医師会が少数であった。園医の機能強化のため、園を取り巻く他職種との研修会などに半数近くの地域医師会が、関わっていなかった。学校医と同様、園児健康を守り増進させるため、医師会が組織化・機能強化を主導すべきであろう。

### II. 保育施設における保健・医療のあり方

これまで、いろいろな視点で検討した結果、

- ①国・地方自治体への提言
- ②保育施設への提言
- ③日本医師会への提言、としてまとめた。

これからの子どもたちのため、経済効率を優先することなく、子どもの健全な発育を目指した保育環境のあり方に、医師会として主導的かつ、積極的な関わりが大いに必要であり、園医は組織化を意識して、それをすすめていくことが望まれる。

## 有床診療所に関する検討委員会

理事 沖 一郎

有床診療所の安定経営と医療の充実のために8回の委員会、3回の小委員会が開催され議論されました。昨年6月に中間答申がとりまとめられ、有床診療所が今後とも地域において機能を十分に発揮し、永続的に役割を果たしていくためには、有床診療所を医療法において明確に位置づけるべきであるとし、有床診療所の理念と法制上のありかたを示しました。

さらに中間答申以降は、次期診療報酬改定に向け、現状の問題点や有床診療所の機能に着目した新たな改定項目の検討を重ねました。従来からの入院基本料の引き上げに加えて、終末期医療と看取りに関する評価やリハビリ医療等に関する加算について、新たに提案をとりまとめました。また、有床診療所の一般病床におけるショートステイの普及や、改正介護保険法により導入される複合型事業所への関与についても議論しました。さらに、地域一般病床と有床診療所病床の関係についても検討しました。

1. 医療、介護の提供体制における有床診療所の役割、有用性
2. 有床診療所が抱える課題
3. 不合理な診療報酬について
4. 不合理な診療報酬の是正について
5. 介護保険における有床診療所の役割
6. 「地域一般病床」と有床診療所について

ここ数年、有床診療所に対する理解が少しずつ厚労省に浸透されつつあります。しかし、現実的に適正評価されなければ意味がありません。

医療も大病院だけでは成り立たず中小病院、有床診療所、無床診療所がそれぞれの役割を果たすことで地域の医療を確保されています。地域に密着した有床診療所が、高齢化が進む日本の医療、介護体制の中心として、地域医療の重要な地位を期待されており、それに見合った法制上の位置と診療報酬上の評価がこれからさらに重要になり、この答申をしたわけです。

今年、日本医師会の会長が代わりましたが、前会長原中先生も現会長横倉先生も、有床診療検討委員会には大変の力をいれていただきました。これからもさらなる充実を獲得するために全国の委員の皆さまと頑張っていきたいと思っております。

## 医師会将来ビジョン委員会

札幌市医師会 理事 鈴木 伸和

日医の医師会将来ビジョン委員会は、若い医師たちに医師会の将来について既存の考えに縛られることなく自由闊達に議論してほしいという趣旨で立ち上げられたもので、1998年から2年毎3次にわたり設置された未来医師会ビジョン委員会が名前を変えて設置されたものです。道医の先生方は、中川俊男日医副会長が道医常任理事時代に活躍された委員会というとぴんとこられるのではないのでしょうか。

本委員会は全国8ブロックから推薦された30～40代の若手医師で構成され、北海道ブロックからは30代の代表として荒木啓伸（荒木病院院長）が、40代として私が参加させていただきました。原中前日医会長からは「将来の医師会活動及び医療制度のあり方」の諮問をいただき、委員会で話し合った結果「医師会活動班」と「医療制度班」の2つのグループに分かれて討議を行うこととなりました。私は医師会活動班に参加させていただきました。委員会は合宿形式の討議も含めながら6回開催され、今年3月にその答申書をまとめ上げました（[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20120328\\_10.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20120328_10.pdf)）。

ここでは、私が参加した医師会活動班の答申に焦点を当ててご報告したいと思います。

私たち医師会活動班の委員たちは、まず現在の医師会活動がいかなるものかを勉強することから始めました。そして日医が日本の医療の総まとめの団体という立場でいかに懸命に国民の健康を守り、日本の医療をより良くするためにさまざまな活動を行っているのかを再認識いたしました。ではなぜこのような日医の活動がきちんと国民に伝わっていないのか。それはやはり国民に強く浸透した負のイメージ、すなわち開業医の利益に特化している団体であるとか、医師の経済的優位を維持することを目的に活動する、あるいは内部の不正に甘い、といった誤解をいまだ払拭できていないからというのが大方の見解でしょう。もちろんこれまでも日医はこの誤解を払拭すべく、さまざまな策を講じてきました。たとえば「日医は国民の側にいる」といった視点で作った最近のテレビCMは、国民にも高い評価を得ているようです。それでも権力に抗うのがマスコミの役割と考えている人たちの壁はきわめて厚く、負のイメージを払拭するまでには至っていません。

そこで私たちは新たな払拭法として、まず同じ医師自身の意識改革を試みることから始めてはどうかと考えてみました。医師の中にも医師会に対して間

違ったイメージをもっている人は少なくなく、そのような人たちは日医が自分たちの代表であるという認識もありません。それこそが一番の元凶と考えて、まずは一般国民よりもわれわれの仲間である医師に対して医師会の誤解を取り除くことを優先事項としたわけです。その一案が大学医学部で医師会卒の講義を行うというものです。医学生のうちから医の倫理や保険医としてのルール、また産業医や学校医など医師会の果たす公的な役割を説明するなどすれば、医師としての自覚を促すことになるだけでなく、医師会への信頼も増すようになるに違いありません。もちろんこのような働きかけは医学生だけでなく臨床研修医や女性医師への支援、各種医療団体にもそれぞれの立場に応じた十分な対応をしてゆきます。そして医師の間で、日医こそ自分たちを代表する団体であるという考えが広まったところで、国民、マスメディアに対するイメージ払拭に尽力すれば、これまでよりもずっと大きな効果が表れるのではないかと。そうならばこれまで苦勞していた政治・行政との関係もおのずと開けてくるのではないかと考えてみました。

このような試みがやがて実を結び、医師会こそ日本の医療の総まとめの団体であるという認識が国民に広く浸透したその先には、医師会による保険医の登録を目指すこととしました。その理由は、医師会が保険医の登録業務を行うようになれば、重大な倫理規定違反者に対する保険医の資格停止や認定取り消しなど、国民にとって実効性のある懲戒処分を医師会自身が行うことになり、自律的な組織として自浄作用を発揮できるようになるからです。その結果国民に対してこれまで以上に良質で信頼される医療を提供できるわけで、これこそ日医が目指すべき方向ではないかと結論づけました。

改めて委員会活動を振り返ると、同じ世代の仲間たちと日本医師会の将来についてとことん議論できたのはとても有意義で楽しい時間でした。このような機会をいただいた長瀬会長はじめ道医の皆様方に心から感謝申し上げたいと思います。

## 医師会将来ビジョン委員会

札幌市医師会 荒木 啓伸

医師会将来ビジョン委員会とは、将来の医療の担い手となる医師会員に、「これからの医師会活動および我が国の医療制度はどのような姿であるべきか等を自由闊達に議論してもらうこと」を目的に設置されたものであり、全国8ブロックから30～40歳代の日医会員16名で構成される大変ユニークな委員会である。会長諮問は「**将来の医師会活動および医療制度のあり方**」であり、平成23年1月から翌年2月にかけて、合計6回の委員会が開催された。

第1回委員会では、委員の自己紹介に続き、フリーディスカッション形式で意見交換を行った。その後、第2回委員会は、3・11のため3ヵ月延期され6月に開催された。ここでは、当会選出の鈴木伸和委員を含め、震災復旧支援に参加した委員も多数いたため、それぞれの活動を報告し、今後の医師会活動のあり方を考える基礎とした。

その後、「医師会活動班」「医療制度班」に分かれて合計6回（うち2回は1泊2日）の委員会が開催された。また、立命館大学医療経営研究センター教授（現・京都大学大学院薬学研究科教授）柿原浩明先生を講師に招聘し、医療経済学に関する講演会を開催した。

私は「医師会活動班」に所属し、議論に参加してきた。その中で、1)日本医師会は全医師の総まとめの団体であり、現在の活動の方向性および内容は、総まとめの団体にふさわしいものである。2)しかし、国民、マスコミはおろか、当の医師会員も医師会の真の姿を理解しておらず、「開業医の団体」「政治的圧力団体」のイメージを払拭できていない。3)いかにして会員、マスコミ、行政・政治にアプローチし、誤った認識を修正するか。4)日本医師会が真に医師の総まとめの団体であると自他共に認めるようになれば、医師会が保険医の指定を行ことができるようになるのではないかと考え、その流れで議論し答申とすることとした。

答申では、医師に対しては、医師会活動の啓発が必要であり、医学生の間から継続的に医師会との接点を持たせる、また、医師会が本筋の活動を行うことにより、マスコミ、政治、行政の側から医師会に歩み寄る態勢を目指す、という「将来ビジョン」を答申した。さらに目指す目標として「医師会による保険医の登録」を打ち出した。医師会が保険医の登録業務を行うようになれば、重大な倫理規定違反者に対する保険医の資格停止や認定取り消しなど、国

民にとって実効性のある処分を医師会自身が行うこととなり、自律的な組織として自浄作用を発揮できるようになる。これにより、国民に対してより良質で信頼される医療を提供できるようになると考えた。さらに、答申では日医役員選出のあり方に関しても触れ、日本医師会の役員は、自らの臨床と医師会活動の両方を担っており、そのことが自浄作用を持った学術集団の強化にもつながっており、現時点において定年制に対しては否定的な見解を示した。ただし、月1回開催の理事会に出席する「理事」および「委員会委員」には積極的に若手会員を任命し、代議員については会員の年齢分布に従って決定すべきであるとの答申を行った。

この答申の公開後、「日本医事新報」等のメディアが好意的に答申を取り上げてくれた一方、答申の内容の現実との乖離に対するお叱りも数多くいただいた。まず、答申に目を通していただき、私のような者に愛のあるご意見を頂戴したことにお礼を申し上げたい。しかし、この答申は私たちの理想とする20年後、30年後の医療を中心とした世の中を、現在の制度や法律等の壁を度外視して文字通り「自由闊達に」描かせていただいた結果であり、その点は何卒ご容赦いただきたいと思う。当然のことであるが、医師会の将来ビジョンは、この答申で完結ではなく、われわれ若手の医師会員が今後の活動の中でひとつひとつ現実のものとして行くことで見えてくるものである。委員会の一員として参加させていただいた貴重な経験を糧として、今後とも本筋の医療を行いながら明るい医師会の将来ビジョン実現のために精進する決意である。

◇

最後になりましたが、私を委員に推薦していただき、貴重な経験をさせていただいた北海道医師会、札幌市医師会の諸先生にこの場をお借りして厚くお礼申し上げます。また、まだまだ勉強不足の身でございますが、今後ともご指導、ご鞭撻をいただきますようお願い申し上げます。

なお、本答申の全文は、日本医師会のホームページからPDF形式で入手できます。この答申が実現したら世の中はどうか、をテーマにした「小説」もございますので、ご一読いただけますと幸甚に存じます。



## 国際保健検討委員会

理事 倉増 秀昭

平成20年に始まった新しい委員会で、初めの2年間は保険医療の専門家だけでしたが、その後一般医師会員も参加しました。今期の会長諮問は「これからの国際保健と地域医療における日本医師会の戦略」です。

### 活動報告

1. 各委員は日本医師会が発行する英文誌JMAJの編集委員となり東日本大震災関連の投稿を求められた。
2. ハーバード大学院内に設立されている武見国際健康プログラムに参加した医師の帰国報告会に出席した。
3. タスクシフティング（医行為の一部を他の職種へ委譲すること）について討論した。タスクシフティングに関するアジア大洋州医師会連合東京声明がなされた。
4. 東日本大震災について国際保健の観点から討論した。

### 提言

1. 地域と国際  
JMATによる災害支援ネットワークは、全国規模で地域の医師会が被災地を支援しえたという点で世界に誇れる。同じような災害が起こりうる近隣医師会にこのシステムを伝えたい。
2. 地域に根を下ろして活動している医師と世界各地をかけめぐっている国際の専門家が一緒に議論し、地域と国際との間には関連があることが分かった。
3. 武見プログラム、世界医師会、アジア大洋州医師会連合において、日本医師会は強いリーダーシップを発揮した。
4. 国際保健検討委員会と救急災害医療対策委員会  
は必要に応じ合同委員会を考えるべきである。
5. 東日本大震災からの教訓を今後、日本医師会の三層構造の中で生かしていくべきである。
6. 大震災の重要なメッセージは「備えあれば憂いなし」である。

## 労災・自賠償委員会

常任理事 深澤 雅則

当委員会は、平成22年4月から平成24年3月まで前任の目黒常任理事から引き継いで、私が担当させていただきました。諮問事項「地域医療再生における労災保険、自賠償保険の役割」について、ほぼ2カ月に1回、委員会が開催され、熱心な議論が交わされました。

委員長の嘉数研二氏（宮城県医師会副会長・現宮城県医師会長）のもと11名の委員で構成され、日本医師会の担当は藤川謙二常任理事がされています。

労災保険に係る問題は、

#### ①診療報酬体系について

労災保険は財源の厳しい健保財政とは異なり、企業体から確実に保険料が入り、財源が豊かなのと健保とは全く別の立場で診療報酬が組めることです。一応健康保険の点数に準拠するとされてきましたが、労災特掲という形で加算された点数となっています。

当委員会の要望事項が平成24年度労災診療報酬改定によりいくつか認められました。

診療報酬改定年度ごとに最重点要望事項を毎回10項目、厚労省に提出しています。健保の改定のように中医協が介在するわけではなく、当委員会の要望事項が直接厚労省に届くので責任の重さを感じています。今回の改定では要望事項のうち、1)手術における骨折や脱臼手術時の透視診断が認められました。2)リハビリテーション料の標準算定日数を超えて行う場合の月13単位以内は摘要欄への記載は不要となりました。3)処置料にかかわる材料費(クラブバンド、ポリネック、膝・足関節の固定帯)などが認められました。今後も労災保険診療をしている医療機関のため重要なことは厚労省に要望していく所存です。

#### ②RICの問題について

民主党の事業仕分けにより(財)労災保険情報センター(RIC)地方事業所は平成23年12月をもって廃止となりました。貸付業務など一部の事業は継続されています。問題となったのは労災診療費の査定が厳しくなるのではないかとという危惧がありました。今の所、全国的に問題は生じていないようです。

#### ③労災かくしについて

労災保険における保険料は、事業の種類ごとに災害料率に応じて定められています。労働災害が発生すると保険料負担が増えるため、事業主が労働災害をかくすという行動につながります。重度の労働災

害が発生した事業主は、国、都道府県、市町村の発注する公共事業の指名停止等を受けるといった事例があり、労働者に労災かくしを強要するということがよく見うけられます。この制度については見直しを求めする必要があります。具体的には、軽度の傷病については災害率算出の対象としない。労働安全衛生法を遵守していて単なる労働者のケアレスミスで発生した事故については、メリット制から外すといった対応が必要と思われます。

自賠責保険に係る問題は、

①交通事故診療における健保使用問題について、第三者行為を原因とする交通事故において、傷病等の治療においては車の持ち主に強制的に加入を義務付けている自賠責保険を使用するのが、国民、医療関係者の常識になっていると思われるが、昭和43年10月12日の厚生省保険課長の通達で、自動車による事故も一般の健保を使えることを金科玉条のごとくかざし、保険会社は健保使用を強要する例が後を絶ちません。

今回、当委員会では全国規模のアンケート調査を実施しました。損害保険料率算出機構が公表している健保使用率10.7%に対し19.9%という約2倍の結果でした。健保使用した場合には保険者団体は自動車保険会社に対し立替払いをした費用を請求（いわゆる求償）しなければなりません。これが都道府県で3～100%のばらつきがあります。100%求償で当たり前なのですが、求償されなかった金額は全て保険会社の利益となります。健保財政が厳しい折、許されるべきことではありません。

②自賠責保険の給付率は、米国では80%の保険を掛けた人に給付しているようですが、わが国では74.8%です。これは保険会社や代理店が経費として

取りすぎとなっています。その差がたかだか5%ではないかと思われるかもしれませんが、総額1兆円以上の5%ですので、500億円以上が保険会社や代理店の利益となります。

③自賠責保険診療費算定基準（新基準）についてですが、自由診療ということでもあまりにも高額な請求をする医療機関があったのと、裁判の判例で健康保険の診療点数から極端に逸脱しないよう求められたこともあり、日医の新基準が設けられました。実施は、平成2年6月1日の栃木県に始まり、北海道は平成6年11月1日に実施しました。昨年10月1日に岡山県が実施し、唯一実施していないのは山梨県だけとなりました。新基準は目安であって強制ではありません。

47都道府県がすべて新基準に移行した時には、自動車事故による診療は最初に自賠責を使うように法制化を働きかけるか、それが難しければ局長通達か課長通達のように指導可能な体制にもって行きたいと、委員会では考えています。

④最後に問題となっているのは医療類似行為についてです。交通事故に係る1件あたりの平均診療費はここ5～6年ずっと約16万円で推移していますが、柔整師の場合は治療期間が長くなることもあって、約2倍近くになっています。健康保険における柔整師に係る療養費は年4,000億円を超え、増加の一途をたどっています。これは自民党政権時代に規制緩和と称し、柔道整復師の養成校が激増した結果であります。医師国家試験後、整形外科を志す医師が毎年約500人程度ですが、柔整師はその10倍誕生しており、今後自賠責保険ばかりでなく、健保財政においてもかなり問題となって行くと思います。

## 電子メールによる会員への情報提供について

### —メールアドレスの登録—

◇情報広報部◇

本会では、インターネットを利用し、電子メールにより緊急性の高い情報を、会員の皆様に送信提供しております。対象は当会の電子メールアドレス利用者全員と他プロバイダの電子メールアドレスをお持ちになっていて、本会にアドレスを登録している会員です。

他プロバイダの電子メールアドレスの登録につきましては、随時受け付けておりますので、是非ご登録いただきたくご案内いたします。

#### ●電子メールアドレスの登録方法

電子メールで、ご氏名、登録メールアドレスを明記のうえ、下記宛お送りください。

・申込先メールアドレス：[add@m.douji.jp](mailto:add@m.douji.jp)