

日本医師会各委員会報告
(平成22～23年度)を
特集するにあたって

常任理事・情報広報部長 山科 賢児

日本医師会はこの4月に横倉新会長を選出し新たな出発を切った。この特集記事が掲載される頃には全国の各医師会ブロックから日本医師会の各委員会の委員が選出され、各委員会の活動開始の時期となっているであろう。

日本医師会は会長が頂点となり、3副会長が会長の職務を補佐している。副会長は会内にある47の各委員会を分担して管掌し、各常任理事は広報委員会などの委員会を主管する。全国各ブロックから選出された委員たちは各委員会を構成し、実際の協議決定を行っている。委員会は会長から諮問を受けた課題に対し、2年の任期の終了時には会長に答申書または報告書を提出する仕組みである。日本医師会は北海道、東北、東京、関東甲信越、中部、近畿、中国四国、九州の地域ブロックに分かれており、ブロック推薦の委員により構成される委員会においては、それぞれのブロックから各1名の委員を日本医師会内委員会に送り込んでいる。北海道ブロックは北海道医師会のみ単一ブロックである。日本医師会の各委員会の任期は2年であるが、北海道医師会の任期と1年ずれている。今回の日本医師会の委員会の任期は22、23年度の2年間であった。

これまでは日本医師会の各委員会報告は常任理事会、理事会においてなされ、その内容の要旨は北海道医師会情報提供サービスを通じて配信してきたが、断片的な内容でしかなく、会員各位には日本医師会における北海道医師会の活動をお知らせするには十分とは言えなかった。北海道医師会の広報委員会の席上、北海道医報を通じて会員各位に日本医師会各委員会の活動を知らせるべきとの提案があり、本特集を企画した次第である。日本医師会における北海道医師会の委員の活動内容をもっと頻回に報告するべきであったと反省している。今後3回にわたり、日本医師会の各委員会の紹介を兼ねて、2年間の北海道医師会の各委員の活動内容を報告する。また今後も日本医師会と各郡市医師会との橋渡しとしての北海道医師会の活動内容を報告していきたい。

執筆の各委員には、日本医師会の委員会の活動内容を会員にわかりやすく、親しみやすくなるように、とお願いしてある。日本医師会の実際と北海道医師会が日本医師会で果たしている役割を少しでも知り、興味を持っていただければと希望する。

定款・諸規定改定検討委員会

副会長 宮本 慎一

会長諮問「新公益法人制度に向けた諸規定類の改定について」

日本医師会が平成25年4月に新公益法人へ移行するにあたり、蔭本 恭 長崎県医師会会長を委員長として、平成22年9月から7回の委員会を開催し、新公益法人制度に対応した「日本医師会定款・諸規定」(案)を取りまとめた。定款、定款施行規則、日本医学協会規則、裁定委員会規則、代議員会議事規則、議事運営委員会規則、役員等の報酬および退職慰労金に関する規定に係るものである。以下に、変更点のポイントを記す。

○公益法人移行後も、従来と同様に代議員制度を採用するために、都道府県医師会の代議員会にて選出された代議員をもって、法人法上の社員とする。

○従って、代議員会を法人法上の社員総会とする。

○会員は、代議員たる会員と同様に、法人法上に規定された社員の権利(情報開示請求権等)を行使することができる。

○決算に関する事項は代議員会の決議が必要であるが、収支予算、事業計画は代議員会への報告事項となる。

○代議員の資格の喪失、監事の解任、定款の変更、解散の決議は、総代議員の3分の2以上が必要となる。

○新制度では、監事の監督権限が大幅に強化され、理事の職務の執行を監査し、法令の定めるところにより監査報告を作成する、いつでも理事に対して事業の報告を求め、事業および財産の状況を調査することができる、理事会に出席し、必要があるときは意見を述べなければならない、などの「監事の職務」がもうけられた。

○理事・監事は、代議員会の決議によって選任することとし、理事の選任は、役職(会長、副会長、常任理事および理事)ごとに分けて行う。

○役員を選任、会長、副会長、および常任理事の選定、代議員会の議長および副議長の選定ならびに裁定委員の選任に関する事務を管理するために、選挙管理委員会を置く。従来は、日本医師会代議員会議事運営委員会が役員等ならびに議長・副議長選挙を所管していたが、代議員会からは独立して選挙に関する事務を管理する。

なお、委員会答申は、日医HPにアップされているのでご参照願いたい。答申として出された「変更案」は、本年秋の日医代議員会に提案される予定である。

地域医療対策委員会

副会長 三宅 直樹

当委員会は、平成18年度に日医会内委員会として創設された。当時は小泉政権下の市場経済原理主義の隆盛と国の医療費抑制政策により、地域医療の混乱、特に医師不足、医師の地域偏在、診療科偏在が顕著になっていた背景があり、少子高齢化を迎えたわが国にあっては、それまで医師会主導で辛うじて維持されていた地域医療連携の形が崩壊しつつある中で、地域医療の連携体制を再構築することの重要性が認識されたことが、委員会設置の趣旨である。

委員会の構成は、委員長、副委員長2名、委員15名であり、医師会のほかに医学部長病院長会議、四病院団体協議会、学識経験者、報道関係者も参加している。平成18・19年度委員会の会長諮問は「地域医療提供体制の今後と医師会の役割」であった。これに対し医師の絶対数の問題と新医師臨床研修制度について論じ、医師数不足への対応にいくつかの道を示した。その中で各都道府県で設置されている地域医療対策協議会の役割を評価すると共に問題点を指摘した。医師会が主体となって都道府県当局、医育機関、市町村長が参画する地域医療対策協議会が医師確保の役割を果たす必要があると結論された。北海道における地域医療の現況および問題点については、直江北海道医師会常任理事が当委員会で報告提起を行っている。

平成20・21年度は「地域社会の医療ニーズと医療提供体制の在り方」の諮問を受け、第6次医療法改正、医師確保対策について検討を行っている。ここで医師養成にも言及しているが、少子高齢化への対応、チーム医療におけるコメディカルとの役割分担や地域医療における連携を考慮に入れた適切な医学教育環境のもとでの中長期的な視点で検討すべきであり、現状の医学部定員を踏まえればOECD平均の人口千人あたり医師3人は2025年頃に達成される見込みであること、さらに少子化における医学部学生の質の確保問題等より、今後の医師養成数の増員は慎重にあらねばならないとされた。医師の偏在解消には、大学の派遣による配置調整が機能しなくなっている現状で、大学医学部地域枠の設定、奨学金制度の拡充などが考えられるが、地域や診療科ごとの適正数の設定も必要である。適正数の設定は地域ごとの事情が雑多であり、決定することは困難であるとされている。

次期医療法の改正については、医療圏のあり方を4疾病5事業を中心に地域医療を担う立場から考慮

し、地域医療対策協議会の場合を通じて医師会が中心となって連携体制を構築する必要があるとしている。

以上2期の委員会の経緯を経て、平成22・23年度について「国民医療を確保するための地域特性と地域連携のあり方について」との諮問を受け検討報告を行った。

今期委員会では、2次医療圏の意義について考えると共に、医療圏ごとの人口面積の情報や、医療提供側の医療機関情報のデータベース化が可能になってきたことにより、医療の需要と供給の可視化について議論が行われた。医療圏のあり方についての他に、4疾病5事業の現状と課題、在宅医療について、地域医療再生基金について、地域の医師不足について、が議題にのぼった。また予期せぬ報告検討課題として岩手県医師会から「東日本大震災の経験から」が取り上げられた。

医療圏に関しては、1次医療圏の定めはないが日常的な医療を提供する地域と言える。3次医療圏は都道府県単位が原則である（北海道のみ複数ある例外地域となっている）。2次医療圏とは「一帯の区域として病院等における一般の入院医療を提供する単位」として設定され、現在全国で439の2次医療圏が定められている。しかし、全国的には多種多様であり、地理的範囲、人口構成、医療機関数および診療科・機能などが千差万別で、医療圏格差も著しい状況にある。さらに医療計画において地域の特性に合った一貫性のある目標設定や、都道府県ごとの比較が十分になされておらず、その評価は困難な状況である。

現存する2次医療圏は国民の医療上の利便や利益に役立つというより、医療費抑制策としての病床規制を行うための医療圏となっている。ただ、多くの2次医療圏において救急医療の医療圏としてはそれなりに機能しているとの評価は多くみられる。従前の人口20～30万を基準とした地域の中で一般的医療が完結すると定義する2次医療圏の医療提供体制は、医療技術の進歩、高度化の波に耐えられるか甚だ疑問である。厚生労働省の「医療計画のあり方等に関する検討会」でも、2次医療圏の人口規模が医療圏全体の患者の受療動向に大きな影響を与えているとして、2次医療圏の見直しの必要性を指摘している。

4疾病5事業は、平成18年医療法改正に基づく医療計画制度の改正により導入されたものであり、疾病事業ごとに必要となる医療機能を明らかにした上で、各医療機能を担う医療機関等の名称や数値目標が記載される医療計画を作成する。医師会の主導のもと、地域医療対策協議会を通して課題解決をしていくことになる。紙数の都合で委員会へのコメントは省略する。

公衆衛生・がん対策委員会

副会長 畑 俊一

日本医師会では、これまで「特定健診」および「がん検診」について前者は「公衆衛生委員会」が後者は「がん対策推進委員会」が検討を行ってきた。日医執行部は「受診率の向上」という共通性に着目し、両委員会を統合することにした。内容の異なる両委員会の統合について、私自身は反対の意見を執行部に挙げたが、結局、執行部案で行うことが決定した。

しかし、数回会合を重ねたが、論点がかみ合わず、時間が浪費されることから①特定健診を含めた今後の検診のありかた②日医としてのがん対策の取り組み③がん地域連携クリティカルパスへの取り組みの3つのワーキンググループを設置し、諮問事項の「特定健診、がん検診等の受診率の向上」に対する直接的答申には至らなかったが、鋭意討議を重ねて答申を取りまとめた。

1. 特定健診

平成20年から導入されたメタボリックシンドロームに着目した「特定健診」および「特定保健指導」は開始からすでに4年目となる今日も、発足時からさまざまな実施問題を内包し、受診率は当然のことながら低迷している。法制度的問題点として、後期高齢者医療制度の「医療費適正化計画」の推進のために位置づけられ、実施率の成否により、後期高齢者支援金の加算・減算のいわゆる「ペナルティ制度」が導入された。「医療費適正化計画」は「医療費削減計画」そのものである。また基準設定の誤りがあった。「高血圧、脂質異常症、糖尿病その他の生活習慣病であって、内臓脂肪の蓄積に起因するもの」とされ検診項目も限定された上に、内臓脂肪蓄積の簡易評価法としての腹囲測定はその後の国際的動向やまた国内の「吹田研究」や日本公衆衛生学会の意見などから循環器疾患の独立した危険因子として否定されてきているものであった。厚生労働省は実施5年目からの見直しを既に検討しているが、あくまで現行制度枠内での検討限界でしかない。

問題解決の方策として、①法制度的見直し②行政責任の明確化③エビデンスと精度管理による検診項目の設定と指導方法の充実④魅力ある検診などが挙げられる

2. がん検診

昭和57年に成立した老人保健法によりがん検診が国に保険事業として法的に明記された。しかし平成10年に補助金が一般財源化されて以降、主に市町村

事業として実施されることになり、財源もあいまいになり、受診率も低迷することとなった。平成18年にがん対策基本法、翌年にはがん対策基本計画が策定され、今後10年間でがん死亡率20%減少、検診受診率を50%以上とすることが掲げられた。問題点として①妥当な検診の選択、例えばマンモグラフィーのみによる乳がん検診、胃レントゲン検査による胃がん検診には問題がある②がん検診の精度管理の維持③受診率向上を阻害している要因、がん検診費用の一般財源化以降、市町村によっては積極的な広報や受診勧奨を行っていない現状。がん検診の実施主体が企業、市町村、個人の間ドックなどに分かれており、正確な実施率の把握の困難、国民の正しい知識の不十分さ、医療資源の不足などがある。

問題解決のための方策として、がん検診を提供するシステムの複雑さ、国民の正しい知識が不十分、医療資源の不足、がん検診を受診する環境、検診費用などが考えられる

3. がん地域連携クリティカルパスへの取り組み

平成22年度の診療報酬改定により、がん地域連携の推進やがん診療地域における均てん化を目的にして、がん診療連携拠点病院等は「がん治療連携計画策定料」、診療所および病院は「がん治療連携指導料」の算定が可能になった。この仕組みが「がん地域連携クリティカルパス」で、これを普及させることにより、病院と診療所間の一層のがん医療連携を推進させ、患者の利益につながると期待されている。

本委員会委員が属する10都道府県のパス発行状況を調査した。課題と問題点は以下のとおりである。

地域特性の問題として医療資源の偏在と患者動線の問題がある。地域によってがん診療拠点病院の偏在があり、パス普及の妨げになっている。患者動線も2次医療圏や県境を越えて移動する場合があります、都道府県レベルあるいは全国レベルでの統一、または共有パスが望まれるゆえんである。

パスの普及という点では、現在では計画策定病院を退院時に保険算定することになっているが、がん入院し、病理結果が出る前に退院した場合、外来での算定ができない。計画算定病院または連携拠点病院の追加変更ごとに、両者ともに厚生局の届け出を再提出せねばならず、要件緩和が必要である。

アンケートは医師会内の専任部署の有無、都道府県におけるがん診療連携協議会の有無、5大がんを含めてクリパス実践の有無、クリパス参加のがん診療連携拠点病院およびそれに準じる基幹病院数、クリパス登録の地域の医療機関数などについてである。

これらをまとめたものは厚生労働省の「がん対策協議会」に私が日本医師会を代表して、参考人として話させていただいた。

なお、「公衆衛生・がん対策委員会」は今季限りで、来季から別々の委員会になることが正式に決まった。

病院委員会

常任理事 直江 寿一郎

病院委員会では、「超高齢社会における中小病院の機能と役割について」という会長諮問を受け、2ヵ月に1回程度の会合を開き、報告書を取りまとめた。

報告書の内容は総論として、中小病院は日本における重要な医療資源であり、病床削減の対象という見方は正しくなく、高齢社会において、多疾病を持った人々を総合的に診察し、終末期にかかわるという点で地域社会を支えているとしている。

個別の章を見ると、「第1章：中小病院に求められる機能」では、機能分化の重要性と、それに伴い中小病院の機能を類型化し、どの機能をどの地域で、どの病院が選択できるかという視点が重要であるとされている。

「第2章：行政の動きとそれに対する意見」では、地域包括ケアに焦点を絞り、介護あるいは介護保険は、在宅医療・地域医療と密接に関係しており、地域包括ケアにおける中小病院の必要性を記載している。

「第3章：今後の課題」では、日本医師会の病院委員会は継続して行われる委員会であり、今後この委員会での検討課題になると思われるものを討論しており、その中の1つは、医療法の抜本的な改正であり、ベッドのあるなしで病院と診療所を分けし、その機能も明確にしようという意見が出ていた。

「おわりに」では、中小病院は在宅医療（支援）、高齢者救急、地域包括ケア、高齢者の肺炎、透析、精神といった分野と、高齢患者の生活に近い部分での役割を担うことが今後、期待されるとしている。

病院委員会の今回の報告書は従来と異なり、病院団体や地域の代表の立場で出席されている委員の意見を直接記載した形となっており、全国の中小病院の今後の方向性を考える上で参考になると思われる。今後、日医の医療政策にこの報告書が反映され、次期委員会においても、課題について継続的に議論をしていくことが必要と考える。

介護保険委員会

常任理事 前川 勲

介護保険委員会（以下、「委員会」）は、委員長・野中（東京都医師会長）、副委員長・嶋田（大分県医師会副会長）、副委員長・高木（慶応大、健康マネジメント研究科教授）、以下全国13医師会から選出された委員で構成されている。

平成22年7月、日医会長から平成22・23年度諮問事項「介護保険における医療との連携－介護報酬改定を見据えて－」が提示され、平成23年12月までに10回の委員会が開催された。以下に委員会の内容、答申書の概略について報告する。

委員会では、各委員から提案された事項についての説明・討論がなされ、次回の委員会までに議事録として論点が整理された。

提案事項は、介護施設【介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設（医療型・介護型）】、多様な住まい【グループホーム、有料老人ホーム、高齢者専用住宅、地域密着型、その他】、在宅関係【地域包括、訪問看護、ケアマネ、その他】、その他【リハビリ関係、認知症、在宅医療、24時間・365日サービス】と多岐にわたっていた。

最終委員会において、これまでに提案されたすべての内容が整理され、委員長・副委員長によって答申書「地域を支える医療と介護の連携を目指して」が作成された。

答申書は、はじめに「本委員会の諮問事項と答申の基本姿勢」「1. 介護保険施設など」「2. 多様な住まい」「3. 在宅医療・介護の推進」「4. その他（リハビリ、認知症ケア、在宅医療など）」、まとめ「介護保険における医療との連携強化」から構成されている。

今後、高齢者の増加によって介護体制が地域包括ケアシステムのもと在宅ケアへと転換が進むことを念頭に、介護施設の役割の明確化、施設での医療の在り方、リハビリの位置づけ、介護療養病床廃止後の受け皿の問題、また多様な住まいでは、とくに独居・認知症への対応などが問題となることが指摘されている。また医療と連携した適確なケアプランの作成の必要性、訪問医療・介護への適正な評価なども今後の課題としてあげられた。

高齢者がより自立した日常生活をおくるために、介護と医療は両輪であり、両者の協働が必要である。地域医師会が拠点作りに積極的に取り組む必要性、また問題解決には地域格差が存在する現実を踏まえた具体的な対策が求められる。

広報委員会

常任理事 山科 賢児

日本医師会広報委員会は、この2年間で7回の広報委員会と11回のワーキンググループ（WG）会議を開催した。原則、毎月第3木曜日午後の2時間、日本医師会館5階の会議室で行われた。今期は広報担当の石川日医常任理事の提案で、広報委員会は日医ニュース編集WGと日医ホームページ検討WGの二手に分かれ、それぞれのテーマについて協議検討し、3ヵ月に1回全体の広報委員会で意見を集約してきた。この委員会には兵庫、広島、仙台などからテレビ会議システムを利用して参加する委員も多く、小生も北海道医師会館9階会議室の画面を通じて出席、意見を述べるが多かった。

1. 日医ニュース編集WGについて

日医ニュースを活用した「双方向性発信」および「勤務医への対応」を重点的に協議した。

(1) 双方向性の発信については、いかに情報や意見のボトムアップを図るかが議論され検討されたが、今回は依頼原稿を中心とすることになった。都道府県医師会が持ち回りで記事を発信、特徴あるユニークな活動をしている地区医師会の報告などを掲載する予定である。

(2) 勤務医対象の紙面は、月1回、日医勤務医委員会が担当している。勤務医については、研修医の問題、研修指導医の問題、労働条件、医師の地域的偏在、専門科の偏在、管理職医師の問題が山積しており、日医の考えを日医ニュースで表明すべきだが、紙面の構成について広報委員会と勤務医委員会との間での意見調整がなく、今後の課題として残った。

この2年間の協議の結果、実施された事項は以下のとおりである。

- ブロック医師会連合会総会の記事を掲載する。
- 日医執行部の主張、顔が反映される「視点」の復活。
- 中見出し、小見出しを付ける。時事・難解用語解説を逐次行う。

2. 日医ホームページ検討WGについて

「国民・日医会員のアクセス増につながるホームページを目指して」協議、変更された。まず日医のウェブサイト做客観的な立場で評価することがリニューアルの第一と考え、現状サイトの分析を第三者に依頼した。「内容は豊富だが、トップページの交通整理が必要」「閲覧者にとって情報が探しづらく、機会損失が起きている」「日医として伝えたいメッセージを明確にする」と問題点が指摘された。今回のリニューアルは既存ホームページのトップページ

の改変をまず行うこととした。同時に新規のコンテンツについても議論が行われ、以下のような項目について意見が出された。

①研修医向けコンテンツ：日医の存在感を示すためにも、入会促進のためにも、研修医ヘタゲットを定めてはどうだろうか。各研修病院の情報や各研修医の体験談等を載せると、全国の研修医のアクセスが増えるのではないか。

②患者と医師とのコミュニケーションコンテンツ：国民に医療を身近に捉えてもらうにも、現在掲載している「心に残る医療」体験記コンクールの受賞作品をトップページから見やすい場所に掲載することも考えてはどうか。また、日医ニュース「南から北から」に掲載したものを紹介することも有効ではないか。

③健康でいるための病気予防策：最近、放射線被曝・食中毒等、国民が不安に思っていることがマスコミ報道によって中途半端な形で伝えられている。これらの問題を、各学会・医会と連携して専門分野の医師等にアドバイスをもらい、日医が信頼できる情報をホームページに掲載する必要はないか。

④医師向けコンテンツ：新規に開業する先生への情報が必要ではないか。

ホームページのリニューアルは、一度行えば良いというものではない。定期的リニューアルのために、広報委員会の中にホームページの管理をする小委員会を作るのも一案である。またコンテンツに関する第三者によるチェック機構、整理・統合、モニタリングが必要ではないだろうか。

以上の内容は、小冊子「医師会のイメージアップのために」にまとめられている。

日医広報委員を3年間務めてきて感じた印象を述べる。開業医が多い日医の委員が、平日の診察を休んで出席するのは大きな負担となる。会議の日程が構成の主体である各委員の都合ではなく、日医執行部、事務局のスケジュールによって決められている現状を見直せないだろうか。毎回ではなくとも週末の開催など、日程決定の柔軟さが必要と感じる。東日本大震災の取材のために仙台での移動広報委員会を今回提案したが、日程、予算の関係などの理由で実現しなかった。日医の組織としての融通性、機動力のなさを露呈した形となり残念であった。だが日医広報委員会の素晴らしさは、それらを補ってなお余りある。全国の志を共にする医師たちが集まり、知り合いになり、議論をする機会はなかなかない。それぞれの医師会の違いを知り、お互いの良いところ、悪いところを認識し直すことができる。また日本医師会の実態、姿を垣間見ることできる。これらは日医の委員会に参加しなければ分からない。日医広報委員としてもう一年貴重な経験をさせていただく。道医からの広報委員として責務に専念しつつ、世界が広がるのを楽しみにしている。

社会保険診療報酬検討委員会

常任理事 橋本 洋一

当委員会は、平成22年9月15日、委員長に栃木県医師会・太田照男会長、副委員長に京都府医師会・安達秀樹副会長と社会保険診療報酬支払基金・井原裕宣医科専門役が指名を受け発足された。

平成22年・23年度の会長諮問は

①平成22年度診療報酬改定の評価

②平成24年度診療報酬・介護報酬同時改定にむけた課題と対策

であり、このことについて集中的に審議を行い、答申書・要望書を作成することである。

第1回目の平成22年9月15日を皮切りに、東日本大震災のために中止になった平成23年3月16日の第4回目の委員会を除き、計7回の委員会が開催された。当委員会は他の委員会に比して、各都道府県医師会、各医学会ならびに病院団体代表者30名からなる大所帯の委員会で、1回2時間の委員会での各委員の発言時間が限定されるのはやむを得ないことであった。

①：10年ぶりのプラス改定は評価できるが、改定幅がきわめて低く、当初の民主党の政権公約から大きな後退であり、急性期医療を担う大病院を中心とした入院医療に重点が置かれ、一方で中小病院や診療所からの財源移譲や傾斜配分（再診料の引き下げ等）が行われたらびつな改定であった。

②：最重要要望項目として、

- 1) 初診料、再診料の適切な評価
- 2) 同一医療機関における複数科受診時の診療科別の評価
- 3) 外来管理加算、地域医療貢献加算の算定要件の根本的な見直し
- 4) 入院基本料の適切な評価と加算要件の緩和
- 5) 入院中の患者の他医療機関受診時の要件の見直し
- 6) 救急医療・2次医療・地域医療を担う地域中核病院や中小病院・有床診療所への配慮
- 7) 特定疾患療養管理料の算定要件の見直しと対象疾患の拡大
- 8) 7種類以上の内服薬投与時の薬剤料、処方料、処方せん料逡減の廃止
- 9) 基本診療料に包括された各種検査料・処置料の復活
- 10) 「施設基準」要件の緩和と届出の簡素化
- 11) 明細書発行義務化の廃止

24年度の診療報酬改定の結果に対して、前回同様にネットでプラス改定になったこと、医科はプラス1.55%（4,700億円）で入院・入院外の配分が是正されたことは評価できる。その一方で明確なエビデンスがなく引き下げられた再診料を復活できなかったことは遺憾であったが、今後、引き続き、その引き上げを求めていく方針が確認された。

団塊の世代が後期高齢者になる2025年に向けてのグランドデザインが提示され、在宅支援機能が強調された今回の改定は、新たな医療制度改革の第一歩であると言える。

北海道医師会サポートセンターのご利用について

◇情報広報部◇

北海道医師会サポートセンターでは、本会提供のメールアドレスに関するご相談だけでなく、パソコン操作やインターネット利用に関する質問対応も承っております。日頃のパソコン利用におけるちょっとした疑問点やトラブル対応の第一相談窓口として、お気軽にご利用ください。

お問い合わせ例

パソコンをMacに変えたら使い方がよくわからない・・・ご利用方法をご案内
 プロジェクターでパソコンの映像を映したい・・・ご利用方法をご案内
 光電話ってどうしたら使えるの・・・光電話についてご案内、取次ぎも可能
 エクセルの使い方がよくわからない・・・一般的な使い方であればご案内可能
 サポートに来てほしい・・・駆けつけ業者を手配します(有料となります)

お問い合わせ先：北海道医師会サポートセンター（平日 10:00～12:00、13:00～17:00）

○TEL： 011-738-3401

○E-mail： support@hokkaido.med.or.jp