

## 日医報告

# 第124回日本医師会定例代議員会



3月11日午後2時46分発生し、国内最大級の未曾有の被害をもたらした東日本大震災の影響を鑑み、日本医師会執行部がその支援対策を優先することとして、同月27日の開催を延期していた第124回日本医師会定例代議員会が、去る4月24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、直江予備代議員ほかが出席した。



定刻9時30分、石川議長より開会宣言が行われ、代議員定数357名に対し353名の出席により本代議員会が成立することを告げたのち、議事録署名人2名を指名した。

64番・伊藤隆一代議員（長野県）

175番・塩見俊次代議員（奈良県）

次に、議長よりブロック選出の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（当会副会長）ほか7名を発表したのち、原中会長から「東日本大震災の発生から1ヵ月半が経過したが、被災地の混乱はまだ続いており、医療者として医療が行き届いていないことは辛く悲しい。被災地に一刻も早く医療を取り戻さなければならない。強い決意を持って国民に約束したい」等の挨拶があった。

ついで、横倉副会長から会務執行状況につき報告が行われた後、議案審議に入った。

議長は、第1号議案「平成22年度日本医師会会費減免申請の件」を上程し、羽生田副会長より提案説明が行われたのち質疑なく可決決定した。また、第2号議案「平成23年度日本医師会事業計画の件」は横倉副会長より、第3号議案「平成23年度日本医師会予算の件」と第4号議案「平成23年度日本医師会会費賦課徴収の件」は羽生田副会長よりそれぞれ提案説明ののち、財務委員会の三宅財務委員長（当会副会長）より委員会結果報告が行われた。事業収支活動費の期間内収支の赤字に関する質疑があった

が、今村聡常任理事が前年度からの繰越金との関係を含めて適切に答弁し、上程された3議案はすべて可決決定した。

その後、代表質問（提出8件）につき質疑応答を行った。北海道ブロックからは、畑代議員が「医師の養成制度と医師供給体制について」と題し質問を行った（別掲）。

なお、代表質問の最後の2件は今般の東日本大震災を踏まえての日医執行部の医療保険・介護保険の同時改定への心積もりを問う質疑であり、これに対して日医執行部側は苦渋の決断として改定見送りを提案し、議場で意見が交わされ、一旦は了承されたものと思われた。

ここで、13時35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。

午後は、14時20分に再開。

議事進行を藤森副議長に交代し、はじめに緊急動議として金井忠男代議員（埼玉県）他から「東日本大震災に関する決議」案が提出されたが、同時改定の延期の項目に対し反対意見が続出し收拾が付かず、決議案の修正作業の間に個人質問（提出16件）の質疑応答が進められた。

17時20分、個人質問を中断し、修正された決議文について再度意見が交わされたが意見の一致が見られないことから、金井代議員が緊急動議を取り下げ、その対応について執行部に一任したいと提案し了承された。

この後、議長から、時間がかなり超過したため、残りの質問は、再質問ならびに関連質問を受けないこととしたいと議場に諮ったところ、一代議員から帰郷の便の時間が迫り退席者が目立ち、代議員会成立が危ぶまれることから、残る個人質問7件につき後日執行部より文書で回答をいただきたいとの提案があり、全会一致となったため、個人質問を途中で打ち切り、原中会長の挨拶をもって17時28分に閉会した。

北海道ブロックでは、中田代議員が7番目に「地域医療支援病院について」と題し、また質問打ち切

り直前の9番目に松家代議員が「患者窓口負担の軽減について」と題しそれぞれ個人質問を行い、理事者から答弁があった（別掲）。



以下、本稿では、畑代議員の代表質問ならびに松家・中田各代議員の個人質問、中田代議員の出席記を掲載し、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

### 医師の養成制度と医師供給体制について

**畑 俊一代議員：**日本医師会は今年の1月に「医学部教育と初期臨床教育制度の見直し案」を公表した。まず卒前教育として、一般教養を見直し、医学教養とする。1年生から臨床医学の履修を積極的に取り入れ、4年生の終了時にはCBT（Computer Based Medicine Testing、医学的知識を問う試験）、OSCE（Objective Structured Clinical Examination、客観的臨床能力試験）、面接試験からなる「臨床実習資格試験」を課し、合格した者には、国家資格として「臨床実習免許」を授与することを提案した。卒業試験や国家試験の軽減化により、6学年目が座学による空洞化にならず、臨床実習を活性化すべきとしている。

初期臨床研修制度の2年間は「臨床研修センター」を設置し、原則、出身大学がある都道府県で研修し、8年間で地域の大学などで養成するとしている。

同じく今年の2月、全国医学部長・病院長会議で医師養成と医師国家試験に関し、抜本的改革案が発表された。内容は例えばCBTとOSCEを国家試験化し、「スチューデントドクター」とするもので、1月の日医案とほぼ共通し、卒業前教育に関しては今後シームレスな教育体制の構築が期待され、評価されると思う。

しかしながら、医学部定員数や初期研修制度についてはいかがか。医学部定数については2007年を基準とすると、2010年には1,221人増加しており、8,846人の現状を今後10年間、維持すれば、わが国の人口は2007年のピークから、2025年には850万人減少して、人口千人当たりの医師数は2.8人になりG7平均の2.9人に近い水準になるので、日医は問題ないとしている。しかし、人口は減少しても高齢者の割合は諸外国に比較しても高くなることが予想され、有病率、重症率、多臓器疾病は増加し、また医療の高度化も進み医療需要は増大することが考えられ、また在宅医療の推進の度合い、プライマリ・ケア医と臓器別専門医の割合、女性医師の活動の度合いなど、人口千人当たり何人という基準のみならず複数の因子を考慮することが必要である。過去に国も日医も状況認識を誤り、定員数を減らしたことを教訓とし、

弾力的に対処せねばならないと思う。

日医の「卒後、原則的に出身大学のある都道府県で研修という」案は「医師の養成」と「医師の供給体制」のリンクという点で考慮すべきだが、現状では、私の北海道を含めて地方の県では優秀な学生が中央を目指し、地元の医学部受験を避ける可能性が危惧される。また既に都道府県の枠組みを越えて医療連携が進んでいる地域があるので、時代に逆行しているのではとの意見も聞いている。

医師の供給体制は「絶対的医師不足」に加えて、「医師の地域偏在」と「診療科の偏在」が明確になり、早急な対処が望まれる。女性の医学部入学者の割合が約4割になり、29歳以下の医師では女性の占める割合が36%に及んでおり、今後の医療体制において女性医師がキーポイントになると思う。ワークライフバランスが確立されていないわが国における女性医師の働く環境は過酷なものがあるが、現状では地方には行かない、ハードな科は選択しないなど「医師不足、地域偏在、診療科の偏在」に女性医師の存在が大きくかかわっていることは事実である。女性医師が希望を持って働く環境整備がなされないなら、医師養成数を増加しても実働医師数は確保できない。

1. 適正な医師数の基準、2. 出身大学のある都道府県での研修、3. 地域偏在、診療科偏在との解消に向けての女性医師の現状と対策の3点について日医執行部のご意見をお聞きしたい。

**羽生田 俊副会長：**今年1月に公表した医学部教育・初期臨床研修制度についての改革案を見直し、先日各都道府県医師会に送付している。初期臨床研修制度は「出身大学の都道府県以外も含めて研修先を決定する」に改めている。

人口千人当たりの必要医師数は、OECD加盟33ヵ国平均の3.1人をクリアすることが第一の目標である。各地域では、年齢構成、性別、疾病構造だけではなく、市町村の地域面積や地形、医療機関数や形態、診療科分布等の複数の因子を考慮しなければならない。日医の2008年調査や厚労省の10年調査では、現状の1.1倍以上の医師が必要としているが、地域間や診療科間の偏在はさらに深刻である。勤務医の過重労働を緩和し、あるべき医療を提供するための必要医師数について今後も継続して検討し、地域情勢の変化に応じて提言していきたい。

女性医師は10年度の医師国家試験では合格者の32.5%を占め、最大のライフイベントである妊娠、出産、育児後も勤務継続ができる環境の整備とその支援策が最も肝要である。女性医師の勤務環境の改善は、男性医師の勤務環境改善につながることは周知の事実である。女性医師の診療科別医師数比率は外科系や救急医療などハードと言われる診療科では低い、若い世代の男性医師も仕事内容がきつく医療事故の責任追及などリスクの高い診療科を回避



し、仕事より自身の生活を優先する傾向は高まっている。そもそも医師不足や偏在は長年の医療費抑制策が主因で発生しており、日医はこれからも医師の勤務環境改善に全力で取り組んでまいりたい。

## 個人質問

### 地域医療支援病院について

**中田康信代議員**：平成9年12月、第3次医療法改正に伴い、創設された地域医療支援病院について、当初、厚労省は、地域医療支援病院は国公立医療機関が担う機能と考えていた。

しかし、国公立医療機関であるため、外来抑制が難しいことから、紹介率をクリアできる状況ではない。

一方、地域医療支援病院は、当初「かかりつけ医を支援する医療機関」として、位置づけられていたこともあり、制度発足直後に許可された病院の多くは医師会立病院で、紹介率は80%をクリアしていた。

しかし、国公立医療機関のほとんどが赤字経営であり、そして紹介率も平均60%前後であったこと、また、自治体病院団体から許可要件の緩和に向けた要望書を受けたこともあり、厚労省は、平成16年5月、紹介率を40%に下げる政策変更を行った。

さらに、診療報酬上においても優遇されており、国公立医療機関としての使命を忘れ、赤字解消の目的として利用されていることに、われわれは強い懸念を感じている。

平成23年1月25日現在、全国で約330の施設が許可を受けているが、この内、多くの施設が、要件緩和された16年5月以降の許可となっているようである。また、北海道では、許可を受けている7施設の内、札幌市の3施設は要件緩和された以降に許可を受けている。

現在、札幌市においては、複数の医療機関が許可に向け、検討しているとの情報がある。

もし、各区に複数の地域医療支援病院ができた場合、紹介率等の関係から患者の囲い込みなどが行われる恐れがある。そして、医療費の増大を招き、地域医療体制に支障を来すのではないかと危惧される。

また、地域医療支援病院は、本来、かかりつけ医を支援する医療機関であることから、過多に設置する必要はないと思われる。地域の医療機関機能、患者の受療状況などを勘案し、地域の実情に合わせて、必要な数を許可すべきと考えている。

現在、社会保障審議会などで「地域医療支援病院のあり方」などについて検討されているが、そのあり方に許可要件の見直しが入っているかは分からない。また、許可要件の見直しには、医療法改正が必要となる。

われわれは、札幌市をはじめ大都市の地域医療の実情を考えると、最終的には、当初の紹介率80%に戻すことが最良であると考えているが、日医執行部の考えと対策などについて伺いたい。

**高杉敬久常任理事**：地域医療支援病院は「地域連携を点ではなく、面で捉えるべきである」との考え方を徹底しなければならない。とりわけ国公立や公的病院などには、紹介外来制を原則とし、地域内の医療機関との役割分担を明確にすることが求められる。また、民間の地域医療支援病院も、特定グループで作ったネットワークではなく、地域全体を視野に入れた紹介・逆紹介が求められる。その上で日医では、地域医療支援病院の新規承認、すでに承認を受けた病院に対するチェック機能の強化を主張していきたい。承認は都道府県医療審議会が地域実情を踏まえて審議した上で行うものであり、本来は「要件を満たせば承認する」というものではない。また、すでに承認を受けた病院が、承認後も役割を果たしているかをチェックすることも重要である。チェック機能が効果を上げれば、安易に承認申請する病院も限られてくるものと考えます。

救急患者の扱いも含めた見直し、診療報酬のあり方など、日医として地域医療支援病院のあるべき姿について、社会保障審議会・医療部会などの公場で議論するよう求めている。その際には、各都道府県が地域内の医療機関の機能や患者の受療行動など、地域特性に応じた独自の承認基準を設けられるよう提案することも意義があるものと思う。

### 患者窓口負担の軽減について

**松家治道代議員**：国民生活基礎調査による1世帯当たりの平均可処分所得を見ると、平成10年度以降減少し続け、平成20年度(424.0万円)と平成10年度(544.9万円)との比較では、22.2%、約120万円減少している。

また、市町村国保の1世帯当たりの平均保険料率も平成11年度の7.41%からアップし続け、平成20年度で8.94%、協会けんぽの保険料率も8.20%から22年度は9.34%、23年度は9.50%へとアップしている。

北海道診療報酬支払基金、北海道国保連合会の支払確定分を、平成21年4月から22年3月まで、外来受診者数を平成20年と比較したところ、社保では12月が最大の-7.9%、年間合計で-1.6%。国保では5月が最大で-8.0%、年間合計-3.2%となっている。

さらに、22年4月から9月までの6ヵ月間の21年との比較では、社保で-0.7%、6ヵ月のうち5ヵ月がマイナス。国保では-3.3%で、6ヵ月すべてマイナスで患者受診抑制が顕著にあらわれている。

このことは、2009年度の「医療費の動向」からも明らかになっており、伸び率は2005年度以降、5年

連続で前年度比が減少しており、特徴的なのは中小病院で、ここ5年間ほぼ二桁以上の減少率である。また、47都道府県別に見ると、受診延日数が前年度比プラスは4府県で、43の都道府県がマイナスとなっている。

さらに、東北地方太平洋沖地震による工場の操業停止や雇用状況の悪化、農産物の風評被害など、今後の経済状況は予断を許さず、受診抑制は今後ますます進展すると思われる。

確かに受診抑制は、これまでの医療制度改悪や社会保障費抑制に原因するものであることは言うまでもないが、いま、われわれが、第一に行わなければならないことは、経済不況などによる現在の受診抑制の改善である。

「お金が足りないので、病院に行くことができない」。こんなことがあってはならない。

これを改善するには、「最高自己負担を3割から2割に、そして、低所得者と高齢者は、負担限度額を現在の2分の1にする」施策を急がねばならない。

これを実現させるためには、日医執行部のリーダーシップのもと、オールジャパンで取り組み、国民の理解と支持を背景として強力に活動するべきと考える。

日医執行部のお考えを伺いたい。

**鈴木邦彦常任理事**：国民皆保険制度は自由なアクセスを保ちながら質の高い医療を国民すべてに平等に提供し、対外的には極めて高い評価を得ている。低コストで充実した医療は医療従事者の高い使命感によって支えられている。しかし、国民が今ひとつ実感できない理由は、自己負担が先進各国と比較しても極めて高い点である。

日医は、昨年7月に発表した2011年度予算の要望の中で、国民が安心できる医療保険制度のための財源措置として患者負担軽減のための財源確保を掲げている。70歳以上で現役並み所得者の患者負担を3割から2割に引き下げ、70歳から74歳は2割から1割への凍結を継続し、義務教育終了後から69歳までは3割から2割に引き下げ、義務教育終了までは患者負担をなくすることを求めている。

民主党政権は衆院選のマニフェストを大きくトーンダウンさせている。10年度診療報酬改定でマイナス2,200億円のシーリングを廃止し、10年ぶりにわずか0.19%ではあるがプラス改定として今後に期待を抱かせたが、現在の菅政権は再び新自由主義的傾向を強めている。東日本大震災により経済状況はさらなる悪化が懸念されるが、われわれは国民医療を守るためにも財源を確保し、医療をセーフティーネットの中核として充実させることを要望していかねばならない。

## 代議員会出席記

### 第124回日本医師会定例代議員会に出席して

日本医師会代議員 中 田 康 信 (札幌市医師会副会長)

3月27日に開催を予定していた第124回定例代議員会は、3月11日に発生した東日本大震災の影響から4月24日に延期された。そして未曾有の被害をもたらした大震災から2ヵ月が経ったが、まだ余震が続く被災地においては、不安の毎日が続いている。改めて今回の大震災により亡くなられた方々のご冥福をお祈りするとともに、被災された方々に心よりお見舞い申し上げます。

今回の代議員会では、緊急動議として金井代議員(埼玉県)から「東日本大震災に関する決議」が提案された。決議案は、①日本の持てる全ての力を被災地の復興、さらには日本再生のために集中させる、②被災地の医師・看護師、医療機関等を守り、かつ十分な医師・看護師等を確保する、③被災地に国民皆保険の安心を取り戻し、さらにはより強い国民皆保険制度を構築する、④来年度の診療報酬・介護報

酬改定を行わず、被災地の医療再生に全力を尽くす、の4項目である。

しかし、この中の「来年度の診療報酬・介護報酬改定を行わない」とすることに関し代議員会が紛糾。

「復興を最優先にすべきこの時期に診療報酬・介護報酬の引き上げを求めても、国民の理解は得られないのではないか」という意見の一方、「粛々と同時改定をやるのが望まれる」、山光代議員(札幌会会長)は「満場一致であればいいが、そうでない場合、代議員会を二分するような決議はすべきではない。④については原中会長が記者会見の席で日医の考え方を述べればいいのか」などの意見が出され、修正案も検討されたが結論には至らず、決議文を取り下げ執行部に一任することになった。

また、代表質問(8件)、個人質問(16件)では、北海道ブロックを代表して、畑代議員(道医副会長)

が「医師の養成制度と医師供給体制」について質問。畑代議員は、①適正な医師数の基準、②出身大学のある都道府県での研修、③地域偏在、診療科偏在の解消に向けての女性医師の現状と対策の3点について質問した。

個人質問では、私から「地域医療支援病院」について質問。平成16年5月に紹介率を80%から40%に下げたことに伴い、大都市で多くの医療機関が地域医療支援病院の許可を受けている。札幌でも複数の医療機関が許可申請に向け検討しているとの情報があるが、もしも各区で地域医療支援病院が許可された場合、患者の囲い込み、そして医療費の増大にもつながる恐れがあることから紹介率を元に戻すように要望した。

また、松家代議員（札幌副会長）は「患者窓口負担の軽減」について質問。松家代議員は、可処分所得が減少していることや協会けんぽの保険料がアップされていること、さらに北海道診療報酬支払基金、北海道国保連合会の支払確定分について、20年度か

ら22年度までの外来受診者数の調査結果では、長引く不況による受診抑制が顕著に表れていることを踏まえ、早急に外来一部負担を2割に、後期高齢者と低所得者の自己負担限度額を2分の1にするよう、日医執行部のリーダーシップのもと、オールジャパンで取り組むよう要望した。

また、個人質問は16件の予定であったが、松家代議員の個人質問が終わったところで、終了予定時刻を大幅に超え、これ以上の時間延長は無理であるとする意見が大半を占めたことから、未回答の質問については後日文書で回答することになり17時30分、閉会となった。

今回の代議員会で感じたことは、代表質問、個人質問に対する執行部の答弁が丁寧に行われていたこともあり、終了時間を大幅に超えたことである。丁寧な答弁も大変大事なことであるが、代議員会の効率的な運営からも分かりやすく簡潔にと感じたのは私だけではないと思う。今後の代議員会の運営に期待し空路、千歳に向かった。

## お知らせ

### 北海道衛生検査所 精度管理事業について

道では、医療における衛生検査業務の役割の重要性から、「北海道衛生検査所精度管理専門委員会」を設置して、衛生検査所に対する外部精度管理調査（ブラインド調査<sup>\*</sup>）を実施しております。

この度、平成22年度の外部精度管理調査の結果について、報告書を取りまとめたところです。

この調査結果は、衛生検査所の精度管理の向上に役立てているほか、医療機関の皆様に対しましても、業務の参考としていただくため、本事業の概要および外部精度管理調査結果報告書を北海道庁のホームページ上で公開していることをお知らせいたします。

北海道保健福祉部医療政策局医療薬務課ホームページ

<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/iyk/iry/seidokanri.htm>

（検索サイトから「北海道衛生検査所精度管理事業について」でも検索することができます）

※ ブラインド調査とは、検体を医療機関から衛生検査所へ検査依頼する際に、その検体が精度管理調査であることを通知せずに行う調査のこと。

【連絡先】 北海道保健福祉部医療政策局医療薬務課  
〒060-8588  
札幌市中央区北3条西6丁目  
電話011-231-4111（代表）