

## 日医報告

# 第119回日本医師会臨時代議員会

—平成19年度日本医師会一般会計決算を含む5議案を承認—



第119回日本医師会臨時代議員会が、去る10月26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、日医常任理事の中川参与をはじめ三宅・宮本・畑・上埜・河西・山光・大北・城・沖・鈴木・増田・古屋各代議員、西池予備代議員、深澤常任理事、伊藤議長他が出席した。



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354名に対し352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佐々木義樓代議員（青森県）、西村亮一代議員（兵庫県）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名を発表した。ついで唐澤会長からの所信表明（別掲）と竹嶋副会長による会務執行状況の報告が行われた後、議案審議に入った。

- 第1号議案 平成19年度日本医師会一般会計決算の件
- 第2号議案 平成19年度医賠責特約保険事業特別会計決算の件
- 第3号議案 平成19年度治験促進センター事業特別会計決算の件
- 第4号議案 平成19年度医師再就業支援事業特別会計決算の件
- 第5号議案 平成19年度がん医療における緩和ケアの意識調査等事業特別会計決算の件

第1号議案から第5号議案までの5案件は宝住副会長が一括して提案理由を説明した。この後、決算委員会への付託が了承され、議長は、決算委員会委員15名（北海道ブロックは三宅代議員）を指名し、午後から別室にて開催すると報告した。

ついで議長は、議事運営委員会の決定事項および日程等を説明し、ブロック代表質問6件、個人質問15件につき質疑応答を行った。

なお、北海道ブロックからは、畑代議員が「いわ

ゆる「総合医」認定制度について」と題し質問を行った（別掲）。

12時30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15分、議事進行を米盛副議長に交代し、個人質問が再開された。

北海道ブロックからは、山光代議員が「収入減と諸支出増による受診抑制の改善のために」と題し質問を行った（別掲）。

14時40分、個人質問を中断し、松田尚武委員長（福井県）から決算委員会報告が行われ、全て可決決定した後、個人質問が再開された。

北海道ブロックからは、河西代議員が「新医師臨床研修制度の見直しと医師養成数の増加について」と題し質問を行った（別掲）。

なお、会長所信および会務報告に関する質問が認められ、上埜代議員より「医療安全調査委員会」に関する追加質問を行った（別掲）後、15時45分、唐澤会長より挨拶が行われ閉会した。



以下、本稿では、唐澤日医会長所信表明、畑代議員の代表質問ならびに山光・河西代議員の個人質問、上埜代議員の追加質問、古屋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。

## 会長所信表明

本日は、第119回日本医師会臨時代議員会に、早朝よりご出席をいただき、ありがとうございます。

日本医師会の会務運営と諸事業にわたり、平素からご理解とご支援をいただいておりますことに、併せて厚く御礼申し上げます。

本日の臨時代議員会では、平成19年度日本医師会一般会計決算に関する第1号議案をはじめ、5つの議案につきましてご審議いただく予定であります。何卒よろしく慎重ご審議の上、ご承認賜りますようお願いいたします。

願い申し上げます。

本代議員会の開催に当たり、ご挨拶と若干の所感を申し上げたいと存じます。

さて、小泉政権下での市場経済原理主義は、国民の間にさまざまな格差を生み、政府は構造改革が生んだ陰の部分の解消のための対応に必死になっているというのが現状でありましょう。

また、昨年の夏に表面化した米国のサブプライムローン問題の影響は、本年9月に金融危機として全世界的に拡大し、金融市場の混乱、経済の低迷を増大させていることは、ご承知のとおりです。

麻生総理大臣も、景気対策などの経済政策を最優先することを明らかにし、衆議院解散を含めた今後の政局も流動的な状況にあります。

このような状況の中、国民の格差や不安は一段と顕著になり、近年の財政優先の政策が一層、国民の生活や生計に大きな疲弊をもたらしつつあります。

今こそ、国民の視点に立ち、安全と安心のための政策を実行することこそが、まさに喫緊の大命題になっていると考えます。

一方、わが国では、6月に発生した岩手・宮城内陸地震の爪あとは今なお残り、復旧も半ばの状況にあります。

世界的には、地球温暖化や世界各地の気候変動が、多くの自然災害を発生させております。また、いつ流行しても不思議ではない新型インフルエンザへの対策等、危機感は一層募りつつあります。

このような中、日本医師会は、わが国の社会保障政策、とりわけ医療・保健・福祉分野で積極的な提言を行い、政府に働きかけるなど、前向きに活動を展開しています。

本年4月に施行された後期高齢者医療制度は、保険料の年金からの天引き、一部にみられる保険料負担増が、いわゆる「年金記録問題」と相まって、多くの不安を抱えてのスタートとなったことは、記憶に新しいところであります。

加入者が、自らが加入する制度に対しての信頼を失い、受診を控えてしまうことは容易に想像できません。

もともと疾病発症リスクの高い高齢者が、受診を控える傾向を強くすれば、疾病の重症化、長期化を招き、健康に大きな影響を与えることが、強く懸念されます。

麻生総理大臣、舛添厚生労働大臣とも、約1年の検討期間をかけて後期高齢者医療制度の見直しを図ることを明らかにしております。

日本医師会といたしましては、社会保障費の機械的削減の撤回とともに、高齢者に温かく、高齢者が長生きしてよかったと思える医療制度の再構築を重点課題として捉えております。

先般、日本医師会の主張を、あらためて「『高齢者のための医療制度』の提案」として小冊子にまとめ、

全国の都道府県医師会、ならびに郡市区医師会にお送り申し上げたところであります。

この高齢者のための医療制度の基本的スキームは、すなわち、

1. 保障の理念のもと、75歳以上を手厚く支える
2. 若者から高齢者まで、急性期から慢性期まで切れ目のない医療を提供する
3. 医療費の9割は公費(国)が負担する
4. 保険料と一部負担を合わせた家計負担は1割とする
5. 運営主体は都道府県とする

というものです。

舛添厚生労働大臣は、「大臣私案」として、市町村国保の運営主体を都道府県単位とした上で、後期高齢者医療制度と一体化することを提案するなど、現制度の「見直し」に留まらない様相を呈している今こそ、日本医師会の提案を具体化する絶好の機会であるとも言えます。財政的な裏付けをもって、真正面から私どもの提案を政治の場にぶつけ、真に高齢者のための医療制度を実現すべく、あらためて活動を展開してまいる所存であります。

また、「高齢者のための医療制度」について、財源問題などをより詳細にまとめた内容を含め、「グランドデザイン2008」をとりまとめているところであり、年内には公表する予定であります。

今さら申し上げるまでもなく、国民皆保険制度、フリーアクセス、現物給付の3つが、わが国の医療保険制度の優れた特徴であります。そして、この制度の根幹は絶対に死守しなければなりません。

しかしながら、医療の崩壊は確実に進みつつあります。

これを端的に表しているのが、産科領域の現状です。分娩を取り扱う医療機関の減少、さらに産科を閉鎖する病院が全国各地で相次ぎ、「越境分娩」なる言葉が使われるほど、事態は深刻化しております。

厚生労働省は、医療提供体制の中で、集約化、重点化を進めようとしていますが、全国各地域の中で、住民の身近に医療機関があることこそが必要です。この前提の上で、急性期から慢性期まで、病院、有床診療所、無床診療所が有機的な機能連携のもと、地域において医療を完結させることが重要です。

地域の特性を無視して強引に集約化、重点化政策を進めれば、地域医療の崩壊に拍車をかけることとなります。

のちほどの代表質問、個人質問でも指摘されておりますように、大学病院の各医局がこれまで持っていた医師派遣機能が新医師臨床研修制度によって失われ、医師の偏在と不足を顕在化させました。

その結果、医師、そして看護師など医療関係者の献身的な努力の上に成り立ってきた地域医療は、まさに音を立てて崩れようとしているのです。

患者さんの生命を救うために病气や怪我に真摯に

対応してきた現場も、その疲弊はすでに臨界点に達しているのです。

これまでの医療提供体制を客観的に評価した上で、現況の解決策を提示する責任が、国にはありません。

日本医師会として、地域医療再生のためにもっとも重点的に対応しなければならない最大の課題は、今日の医療状況を生んだ根源的要因である社会保障費年2,200億円の機械的削減から社会保障費の増額への政策転換であります。

本年の前半においては、来年度の予算編成に対して、当時の福田総理、舛添厚生労働大臣をはじめ、多くの与党国会議員が、社会保障費2,200億円の削減はすでに限界にある旨を国会でも明言しておりました。

私たち執行部も、社会保障費の削減を撤回すべく、自民党幹部をはじめ、社会保障、厚生労働関係の政府与党国会議員に対し、強く働きかけてまいりました。

また、私が委員として参加しております社会保障国民会議においても、社会保障費の機械的削減の撤回を強く求めました。

しかし、6月27日に閣議決定された「経済財政改革の基本方針2008」においては、「基本方針2006」、および「基本方針2007」を堅持し、歳出・歳入一体改革を徹底して進め、最大限の歳出削減を行うことが明記されました。

日本医師会は、即座に「地域医療崩壊阻止のための国民運動」の展開を決定し、地域集会の開催、都道府県議会での社会保障費抑制に反対する意見書の採択を各医師会にお願いするとともに、7月24日、「地域医療崩壊阻止のための総決起大会」を開催し、来年度予算概算要求基準に向けて、全国的な行動を起こしたわけでありました。

この間、7月15日の朝日新聞と日本経済新聞、さらに7月23日の読売新聞の各朝刊に、社会保障費の年2,200億円の削減に反対する意見広告を掲載いたしました。この意見広告には、医療関係者のみならず、全国の一般の読者から、多くの賛意を示す意見と激励が寄せられ、医療をはじめとした社会保障の再建が、国民の強い願いであることを、あらためて認識した次第です。

7月29日に閣議了解された平成21年度予算概算要求基準においては、安心できる社会保障など、「基本方針2008」で示された重点課題のうち、緊急性や政策効果が特に高い事業に対して、「重要課題推進枠」として3,300億円程度を新設し、重点配分することが明記されました。

また、特別会計の見直しなど、かねて日本医師会が主張してきた内容も盛り込まれました。

しかし、政府がなすべきは、再三申し上げているとおり、いわゆる義務的経費としての社会保障費、

その自然増分2,200億円削減の撤回であります。これが明記されなかったことは、極めて遺憾であります。

ただし、麻生総理大臣は、10月1日の国会答弁において、社会保障費2,200億円の削減について、最終的には財源も勘案の上、予算編成過程で決める旨の発言をしておられます。

日本医師会といたしましても、地域医療再生を喫緊の課題として位置づけており、そのためにも、スローガン化している社会保障費の機械的抑制を撤回すべく、今後とも一層強力に政府与党に働きかけてまいります。

来年度は、介護報酬改定が実施される予定であり、利用者の視点に立って、介護サービスの質の向上、労働環境の改善による離職防止のため、財源の確保に全力を傾注してまいりたい所存です。

今こそ、医療界が大同団結し、一丸となって政府に働きかけることが必要です。

とくに、昨今、病院勤務医の過重労働が社会問題化するにつれ、政府審議会等において「開業医と勤務医」、あるいは「診療所と病院」という区分で対照的に議論する傾向が強くなってきています。

私たちは、このような流れには極めて慎重に対応しなければなりません。この動きの背景には、医療関係団体の分断、組織としての力の弱体化を図るという意図が見え隠れしているからです。

これらの動きに対抗するためには、力の結集が不可欠との認識から、昨年会内に「25万会員プロジェクト」を発足いたしました。そして、このプロジェクトでの検討を経て、今期、「医師の団結を目指す委員会」を立ち上げました。構成メンバーには、医学会、勤務医委員会、都道府県医師会役員、四病院団体連絡協議会、全国医学部長病院長会議、全国大学医師会連絡協議会、女性医師等、幅広く参画していただいております。

現在、この委員会において、さまざまな立場の医師の意見が反映される体制づくり、医学部学生や研修医との有機的関係の構築に向けた方策、さらに今後目指すべき医師会のあり方について、精力的にご検討いただいているところです。

最後になりましたが、日本医師会には、常に医療現場を通じて国民の視点に立った医療制度の確立を目指し、具体的政策を提示し政府に働きかけ、その実現を図るという責任があると考えています。

単に数としての組織力の向上に終わるのではなく、他の医療関係職能団体、さらには経済団体、あるいは保険者団体など、たとえ利害が反する組織であろうとも、「国民医療を守る」というスタンスで小異を捨てて大同につく。その舵をとるのが日本医師会であり、これを実現するのが組織としての日本医師会のあるべき姿だと考えます。

そのために日本医師会に求められているのは、強

力なリーダーシップの発揮であると、私自身強く認識しており、執行部一丸となって取り組んでまいります。

代議員の先生方におかれましては、より一層のご理解とご支援をお願い申し上げる次第であります。

## 代 表 質 問

### 「いわゆる「総合医」認定制度について」

畑 俊一代議員：「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」、いわゆる「総合医」の養成を目的とする認定制度(案)について質問をいたします。

この問題を集中的に検討してきた日医生涯教育推進委員会では意見の一致を見ず、認定制度創設の決定をしていないと聞いています。

しかし、同委員会では満場一致で決定したかのように、また最終的には重要な案件故に日医理事会あるいは代議員会の決定事項と聞いていますが、正式な決定はなされていないにもかかわらず、既成事実化されて、日医ニュース等で、日医では創設に向けて前向きな主張を述べております。

都道府県医師会にアンケート調査がなされ、47医師会中20医師会の多数で賛成が得られたので、創設に賛意が得られたと発言している執行部の方もおられますが、14医師会が反対、12医師会が不明でしかも「時期尚早」「議論百出で結論出ず」「議論不十分」などとの回答で、むしろ反対意見に近く、半数にも満たない医師会しか賛意が得られない現状で拙速にことを進めるのはいかがなものでしょうか。

昨年の10月の神戸で開催された14大都市医師会連絡協議会でも、5医師会が賛成、5医師会が反対と賛否が分かれております。

北海道医師会の各郡市医師会では「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」は地域にすでに多数存在し、機能しており、国民の期待に十分応えていることから、改めて新たに認定制度を創設する必要性を感じないとの意見が大多数を占めております。それを踏まえて、北海道医師会では8月27日付けで日医のいわゆる総合医認定制度に反対の意思を日医執行部に表明致しました。

「総合科」や「総合科医」創設の問題点は「フリーアクセスの制限、人頭割り、定額払い、総枠規制」に結び付く危険性があることを日医自身が指摘していることです。

また、対象は地域のかかりつけ医のみならず、勤務医も参加して欲しいとのことですが、現実的には全く不可能なことと思われます。

総合医構想は、厚労省が「後出しじゃんけん」をしているようなもので早急に日医が主導権を取って創設をすればそのような事態は避けうるとしていま

すが、そのような担保は、保証はどこにあるのでしょうか。先日の協議会での回答はそのような担保や保証はなく、スピリットの問題である？とのことでしたが、とても容認できる回答ではありません。

また、医師免許更新制防止の役割があるといっていますが、少なくともここ10ないし20年は絶対的医師不足のため、そのような危惧はないと思われま

すが、現段階では少なくとも各医師会や会員が賛否両論に分かれ、様々な危険性が想定され、また不要論もある中で、重要な案件を都道府県医師会や会員に十分討議の機会を与えることなく、結論ありきでことを進めることは大変危険で、日医執行部の進め方に疑問を覚えますが、いかがお考えでしょうか。

唐澤会長：日本医師会の学術推進会議報告書には「一部の委員から異論があったが、認定制について前向きの議論を進めてきた」と報告があり、両論併記の上で「最終的には日本医師会の判断を仰ぎたい」と結ばれている。

これを受けて執行部では議論を重ね、「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」の認定制度案を取りまとめた。

日医内部で2年以上にわたり議論してきたこの制度は、きわめて重要な案件であると認識しており、慎重に対応したいと考えており、制度運営にあたって協力いただきたく都道府県や郡市区医師会、さらに実際に学習することになる会員の理解を得る前に一方的に機関決定するつもりはない。

日医執行部の考えを示し、それに対する賛否両論の意見を十分に拝聴しながら幅広く対応していきたいと考えている。

また制度創設の際には、理事会にて、代議員会に諮るかどうかといった手続きについても協議する予定であり、決して結論ありきで拙速に事を運ぼうとしているわけではないことを是非ご理解いただきたい。

しかし、医師の自立的な行動を地域住民に理解してもらうためには、生涯教育に取り組む姿を示し、医師が不断に学習し、それを客観的に評価・認定する仕組みが必要だという声も一方ではある。

日医生涯教育制度は、歴代執行部の方々のご努力により、1987年の発足以来、着実に進歩してきていると考えている。本制度案はあくまでも、生涯教育制度のバージョンアップの位置付けで、カリキュラムや学習環境の整備については、広く検討した上で、都道府県医師会等と相談しながら対応したいと考えている。

すでに日医で認定している認定産業医や認定健康スポーツ医のような履修方法をはじめ、地域医療を担う医師の負担にならないよう、在宅でも行えるアセスメントを伴った日医雑誌の回答や、eラーニングを活用するなど、より履修しやすい方法を生涯教育

推進委員会で検討いただいている。

日医が学術専門団体として、国民の期待に応えるために何をなすべきかについては、今後とも幅広く検討したい。

## 個人質問

### 「収入減と諸支出増による受診抑制の改善のために」

山光 進代議員：経済の停滞、デフレと人員整理により、大多数の国民は各個人の収入が減少し、さらに所得税課税対象額の引き下げと特定減税の中止、公的費用、食品、光熱費など諸支出の増加により、国民各個人の可処分所得は明らかに減少している。

札幌市医師会は会員の全医療機関を対象として4月、5月、6月、7月の外来受診延日数の平成19年と20年についてのアンケートを8月中旬に行った。回収率47.1% (592医療機関)の結果をみると、病院153施設においては平均マイナス3.4%、1病院1カ月当たり114.5人の減少であった。有床診療所65施設においては平均マイナス3.7%、1有床診療所1カ月当たり77.1人の減少であった。無床診療所309施設においては平均マイナス2.1%、1無床診療所1カ月当たり26.0人の減少であった。

さらに詳細をみると、病院においては4カ月の合計でプラスになった病院が全体の33%、マイナスになった病院が67%で、マイナスの病院の平均はマイナス6.1%と全体の平均マイナス3.4%に比べて減少率が2.7%多かった。有床診療所においては4カ月の合計でプラスになった診療所が38%、マイナスになった診療所が62%で、マイナスの有床診療所の平均はマイナス7.8%と全体の平均マイナス3.7%の2倍以上であった。無床診療所においては4カ月の合計でプラスになった診療所が40%、マイナスになった診療所が60%で、マイナスの無床診療所の平均はマイナス8.6%と全体のマイナス2.1%の4倍以上であった。また札幌市夜間急病センターの患者数は4カ月の平均がマイナス10.6%で1カ月当たり460.0人の減少であった。

今回の調査では後期高齢者医療制度の影響を確認することはできなかったが、札幌市全体として外来受診抑制が起きていることは明らかと考える。その最大の原因が国民各個人の可処分所得の減少にあると推測することに困難はない。この現象は札幌市のみではなく、日本国全体で起きていると考えられる。東京都、日の出町で決定された後期高齢者自己負担の町による肩代わりのごときものを期待するものではないが、低所得者層やそのすぐ上の層に、また弱者といわれる層に何らかの行政的支援を、早急に行わないと、病気の重症化が進行するものと考えられる。

受診抑制改善のための課題は二点ある。次期医療

費改定までの緊急処置として、低所得者層などの自己負担軽減のために、政府の財政支援を得ることが可能かどうか、また次期医療費改定では、後期高齢者における保険料を含めた自己負担率の引き下げと、全体においての最高自己負担率3割の引き下げができるか否か、以上について日本医師会執行部の現状の認識と、今後の行動目標と論理についてお答えいただきたい。

藤原淳常任理事：日本医師会が8月に公表した「2008年度緊急レセプト調査」(4~6月分)によると、総点数については病院では0.68%増、診療所では1.85%減で、2008年度診療報酬改定での診療所から病院への財政支援の影響が現れている。この結果は、厚労省が常々言っている自然増3~4% (最近3%程度) から言えば、病院・診療所ともに大幅な引き下げになっている。また外来患者数は病院3.01%減、診療所2.64%減で、受診抑制、特に後期高齢者の受診抑制が顕著 (病院5.80%減、診療所3.58%減) である。

10月15日に厚労省が発表した4~5月分の概算医療費MEDIASによると、4月・5月とも1.5%増 (日数補正後) で、累計は1.4%増だった。これは0.82%の診療報酬マイナス改定を考慮しても低い伸びで、日数補正前の医科では入院2.0%増、入院外0.2%増で入院外の伸び率が低く、歯科の3.4%増、調剤の6.2%増に比べても際立っている。この医科入院外の低い伸びは、診療報酬改定による外来管理加算の見直しも影響しているが、院外処方への進展も考えられる。

受診延べ日数については、医科入院外は0.6%減という結果であった。このデータから特徴的なことは、医科入院外医療費の低い伸びと、調剤の際立った伸びである。今回の改定に伴うさまざまな調査結果からいえることは、受診抑制と急性期病院への医療費の移譲ということになる。

「受診抑制改善」は非常に大きな課題と受け止めており、これまでの過度の医療費抑制策が「自己負担増」として象徴的な形で現れている。日医として10月3日に、自民党のマニフェストに盛り込むべき要望事項で「社会保障費年2,200億円の機械的削減を行わないこと」と「後期高齢者医療制度の見直し」を要望するとともに、「高齢者の負担軽減」などを盛り込んで提出した。こうした要望事項の中で、低所得者層などの自己負担限度額の引き下げ、また、先進国の中でも突出して高い実効負担率 (窓口負担率を平均したもの) の引き下げなどを含めて主張していくつもりだ。

## 個人質問

### 「新医師臨床研修制度の見直しと 医師養成数の増加について」

河西 紀夫代議員：新医師臨床研修制度の見直しと医師養成数の増加について質問する。

全国的に医師不足に伴う地域医療の崩壊が起きていることはもはや疑う余地はない。

国も医師不足をようやく認め、1982年以来抑制してきた医師養成数を増加させる方針を示した。その方針転換はある程度評価できるが、しかし、効果が現れるには10年以上かかると思われる。

最近、臨床研修修了者の大学帰学状況は徐々に回復しているが、研修制度開始前の平成14年が71.4%であったのに対し、平成20年は55.9%である。特に小都市圏域の帰学率が低く、平成14年の74.2%に対し、平成20年度で半分以下の36.7%である。全国医学部長病院長会議会長の小川先生は、平成14年度の74.2%は大学病院の努力により地域医療を支えてきた数字であり、ここまで引き上げないと地域医療の崩壊に歯止めはかからないと述べている。

厚労省は、小児科、産科など医師不足が著しい診療科を重点的に研修するプログラムを大学病院に限って認めることにより、大学病院に研修医を集め地域の医療環境を緩和しようとしているが、その効果は定かではない。

我々は、現在の新医師臨床研修制度の研修期間を2年間から1年間に短縮することを提案している。そうすることで、少なくとも現在起きている負のスパイラルを止める大きな力になると考えているからである。最近では、山形大学医学部長で全国医学部長病院長会議専門委員会委員長の嘉山先生も同様の意見を述べている。この問題については、今年春、北海道ブロックを代表した上埜代議員の質問に対し、岩砂副会長は検討の余地は十分あるとの認識を示しているが、その後の検討状況等、改めて日医執行部のお考えをお伺いする。

続いて、医師養成数の増加についてである。今年6月、「安心と希望の医療確保ビジョン具体化に関する検討会」の中間報告において、OECDの人口十万人対比の平均医師数が日本の1.5倍であることを考慮し、将来は50%程度医師養成数を増やすことを目指すべきとした。果たして本当にそこまで上げる必要があるのか。医師過剰時代が到来する恐れはないのか。今後、人口が減少に転じていくことも十分考慮し、時代に応じた医師の適正数をきちんとデータで示し、それに応じた医師の養成が必要ではないかと考えるが、この点についても日医執行部のお考えをお伺いする。

内田健夫常任理事：日本医師会では地方の医師不足、医師偏在について、各地での対策を把握し支援することが責務であると考え、都道府県で行っている対策とその効果について実態調査を行っており、来月にはその結果を知らせたい。

また、地域の医師会が救急医療の拠点的な病院に休日夜間急患センターを設置する動きが出ている

が、地域住民の初期救急のアクセス充実、2次・3次救急現場の負担軽減につながるものと期待している。

一方、医師不足対策で、医療財源あるいは教育財源の裏づけがないままでの大幅な医師養成数の増加、医師不足を理由としたコメディカル業務の拡大、総合科や強制的な集約化の推進などによる医療のフリーアクセスの否定などは日医として容認できない。

また、へき地勤務の義務付けについては、派遣される医師側の問題もあり、さらに検討する必要があると考える。

飯沼雅朗常任理事：文部科学省と厚生労働省によって立ち上げられ、9月から始まった「臨床研修制度のあり方に関する検討会」については現在、関係者からのヒアリングを行っており、具体的な協議には入っていない。ただ舛添要一厚生労働相は10月16日の同検討会で、医師不足解消の方策として研修期間を1年に短縮すべきと述べており、こうした課題も俎上に上がってくると思われる。そうすると卒前教育の充実についても併せて提案しなければならないだろう。

医師臨床研修制度が医師不足や医師の偏在、ひいては医療崩壊につながる契機となったことは否定できないと思われるが、厚労省の医道審議会医師分科会医師臨床研修部会が制度発足5年目の昨年12月にまとめた報告書では「今後の対応」として、卒業生数に対して募集定員数が過剰である点に触れ「研修医の地域ごとのバランスが図られるよう配慮する必要がある」という文言があることにも留意したい。

日医の臨床研修制度の検討について、まだ最終的な結論は出ていない。日医は①研修期間②専門科の選択決定時期③研修内容④研修体制⑤マッチングの在り方と募集定員、の5つの観点から検討している。

現在、臨床研修制度で募集定員が卒業生の数を大幅に上回る現状については、地域的偏在を是正する意味からも早急に改善する必要がある。細部にわたる改革案を検討しているが、年内に公表する予定の「グランドデザイン2008」で明らかにしたい。

## 個人質問

### 「医療安全調査委員会について」

上埜光紀代議員：代表質問・個人質問の中に、大変な関心事となっております医療安全調査委員会についての項目がなかったので、急きよ日本医師会の考えを伺いたく質問する。

今年の8月に福島県立大野病院事件の判決がでて、医師法21条の異状死届出問題、担当の加藤医師の不当な刑事訴追を免れたことには安堵しているところである。

しかし、先般公表された厚労省の第三次試案、設置法案大綱案についてのパブリックコメントをみると、依然として救急や麻酔関連の学会・団体等他にもいろいろな所から、設立に反対の意見が多いというのが事実かと思う。

医療安全調査委員会の設立自体には賛成であるが、現時点での厚労省試案や大綱案では、刑事訴追法の改正がなされない限り、医師を不当逮捕から守ることができないのではないかと、また医師の黙秘権が担保されていない、委員構成の問題等など、十分な論議が尽くされていないのではないかと考えている。

以上のようなことから、拙速な法律の制定には反対しているわけであるが、さらに患者側に偏った案も出ており、もしそれが決まるようなことになれば、医師はますます萎縮医療をせざるを得なくなる。

法律が決まってしまってからではどうしようもなくなるので、拙速にならないように慎重な対応をお願いするということもあり、日医のお考えをお伺いしたい。

竹嶋康弘副会長：医療安全調査委員会については、

各現場や医師会の先生方から多くの意見が大野病院事件判決後も寄せられているという事実を踏まえて、引き続き執行部で議論をしている。

これまで地域に担当常任理事が行って説明したり、あるいは公開討論を行ったりした。国の総務関係、法務関係にも担当常任理事が出ていろいろ情報を得てきた。

これらを日医の常任理事の中でしっかりと整理している段階で、今出ている大綱案がどう扱われるか決まっていない。厚生労働省の考えるとおりに行くこともない。むしろ日医に投げかけられている状態である。

一部の専門学会、それから病院団体が全部ではないが、中身について不安があるということである。

今、日医がやっていることは、執行部で現場の意見をまとめているところであり、そしてこれをもう一度現場に返す。この作業もそう長くはかけられないので、11月の半ばあたりまでには整理したものを返す予定で作業を行っている。

## 第119回日本医師会臨時代議員会に出席して

代議員 古屋 聖 兒

10月26日(日)日本医師会館で開催された第119回日本医師会定例代議員会は、352名(定数354名)の代議員が出席し、午前9時30分石川議長の開会宣言で始まった。

午前9時35分、唐澤会長の所信表明。「財政優先の政策が国民の生活に大きな疲弊をもたらした」とし、「地域医療の再生が喫緊の課題」であり、そのためには「社会保障費2,200億円の機械的削減を撤回すべきである」と述べた。そして、この課題解決のため、「医療界が大同団結して、一丸となって政府に働きかけることが必要である」と強調した。脳出血の病後を感じさせず、力強く今後の日医の方向を述べられ、格調の高い内容ある挨拶でした。

午前9時51分、竹嶋副会長が会務報告を行い、その後、宝住副会長が第1号から第5号議案の提案理由を説明した。

午前10時36分から代表質問6件、個人質問15件の質疑が行われた。北海道ブロックからは、代表質問で畑代議員、個人質問では山光代議員と河西代議員、また追加質問を認められた上埜代議員が発言した。

なかでも、総合医認定制度については意見が相次

ぎ、畑代議員のほか6名が反対の立場から質問・発言した。これに対して、唐澤会長は、「一方的に機関決定するつもりはない」「あくまでも生涯教育のバージョンアップという位置づけである」と述べた。この問題はわれわれにとって今後の大きな課題であるが、郡市医師会レベルでの討議が不十分であり、多くの会員の意見が反映されるまで、拙速な決定は避けるべきと思った。

質疑は淡々として進められた。議論が特に紛糾することなく、極めて紳士的なやり取りに終始した。そのためか、予定時間を20分以上余して終了となった。最後の質問の「日医のあるべき姿、将来像」について、道医出身の中川常任理事が唐澤会長に代わり、「(課題解決のため)日医が強力なリーダーシップを発揮する」と答えたことは、私は印象的に感じた。