



第118回

日本医師会定例代議員会

— 会長に唐澤祥人氏が再選 —

第118回日本医師会定例代議員会が、去る4月1日（火）・2日（水）の両日、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、長瀬・三宅・宮本・上埜・河西・山光・山・城・沖・鈴木・増田各代議員ならびに畑・山下・西池各予備代議員、伊藤議長、深澤常任理事他が出席した。



[第1日目] 4月1日（火）

定刻9時30分、議事運営委員会の決定に基づき、仮議長に219番・遠藤代議員（東京都）を選出し開会が宣言された。引き続き、氏名点呼を行い、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、議事録署名人として324番・鈴木代議員（静岡県）、148番・稲倉代議員（宮崎県）を指名した。

続いて、議長選挙ならびに副議長選挙が行われた。

議長候補者は定数1人に対し、石川育成代議員（岩手県）1人であったため、無投票により当選。

続く副議長候補者は定数1人に対し、候補者2人であるため、選挙立会人、開票管理人各3名を指名の上、投票により副議長選挙が行われ、以下の結果により米盛 學代議員が当選した。

副議長選挙結果

副議長候補者（定数1人）

- | | |
|---------------|------|
| 1. 米盛 學（鹿児島県） | 206票 |
| 2. 有山 雄基（奈良県） | 143票 |
| 白 票 | 1票 |
| 無 効 | 2票 |

その後、議事運営委員会委員10名（当会から宮本代議員）を指名し、暫時休憩となった。

11時再開、投票による会長選挙が行われ、以下の結果により唐澤祥人氏が当選した。

会長選挙結果

会長候補者（定数1人）

- | | |
|---------------|------|
| 1. 下間 秀晃（兵庫県） | 27票 |
| 2. 唐澤 祥人（東京都） | 304票 |
| 白 票 | 20票 |
| 無 効 | 1票 |

ここで、再び暫時休憩となり、別室にて議事運営委員会が開催された。

12時30分に再開し副会長選挙が行われた。副会長選挙は候補者定数のため、無投票当選となり、以下3名が当選した。

副会長候補者（定数3人）

1. 岩砂 和雄
2. 竹嶋 康弘
3. 宝住 与一

常任理事選挙は定数10人に対し、候補者11人による選挙の結果、上位10名が当選した。

常任理事候補者（定数10人）

- | | |
|----------------|------|
| 1. 三上 裕司（大阪府） | 308票 |
| 2. 木下 勝之（東京都） | 280票 |
| 3. 保坂シゲリ（神奈川県） | 145票 |
| 4. 石井 正三（福島県） | 282票 |
| 5. 藤原 淳（山口県） | 284票 |
| 6. 中川 俊男（北海道） | 307票 |
| 7. 羽生田 俊（群馬県） | 273票 |
| 8. 今村 定臣（長崎県） | 246票 |
| 9. 内田 健夫（神奈川県） | 279票 |
| 10. 飯沼 雅朗（愛知県） | 242票 |
| 11. 今村 聡（東京都） | 297票 |
| 白 票 | 447票 |
| 無 効 | 110票 |

また、理事、監事、裁定委員は候補者定数のため、無投票当選となり、当会から理事には長瀬 清会長が、裁定委員には島田保久会員が選出された。

最後に議長より新役員が紹介され、新執行部を代表して唐澤会長より挨拶が行われ、第1日目を終了した。



[第2日目] 4月2日（水）

9時31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、2分の1以上の出席により本代議員会が成立することを告げ、議事運営委員会の決定事項および日程等の説明が行われた。

会長所信表明 唐澤日本医師会長（別掲）

日本医学会会長挨拶 高久会長

会務報告 竹嶋副会長

議事は、まず第1号議案を上程し理事者提案（宝住副会長）どおり可決決定した。また、第2号議案から第7号議案まで一括上程し、竹嶋・宝住各副会長より提案説明が行われた。その後、予算委員会を設置す

ることについて議場に諮り了承され、議長は、予算委員会委員25名（当会から三宅代議員）を指名。

第1号議案 平成19年度日本医師会会費減免申請の件

第2号議案 平成20年度日本医師会事業計画の件

第3号議案 平成20年度日本医師会一般会計予算の件

第4号議案 平成20年度医賠償特約保険事業特別会計予算の件

第5号議案 平成20年度治験促進センター事業特別会計予算の件

第6号議案 平成20年度医師再就業支援事業特別会計予算の件

第7号議案 日本医師会会費賦課徴収の件

ここで、追加議案「第8号議案:日本医師会役員功労金支給の件」（前常任理事の鈴木氏と天本氏の2名分）の提出につき議場に諮った上で、宝住副会長より提案説明が行われ、理事者提案どおり可決決定した。

その後、議長はブロック代表質問7件、個人質問12件を受理したことを報告した。

個人質問の途中、別室にて開催していた予算委員会につき、浅野委員長（滋賀県）から報告が行われ、賛成多数により可決決定した。

16時13分、唐澤会長の挨拶で閉会。引き続き同会場にて第66回定例総会が開催され、16時16分全日程を終了した。



以下、本稿では、唐澤日医会長の挨拶、上埜代議員の代表質問および宮本代議員ならびに山光代議員の個人質問を掲載することとし、他の質問の詳細については、日医ニュース、日医雑誌等をご参照いただきたい。

会 長 挨 拶

本日は第118回日本医師会定例代議員会の2日目でございますが、昨日は長時間のご審議、誠に有難うございました。会長選挙、常任理事選挙ほか新役員をご選出いただきました。

このたび全国各地域のご支持により、第118回定例代議員会で日本医師会会長に選出されましたことをここに改めて、ご報告申し上げ、併せて前期2年間在任中に賜りましたご支援とご指導に対しまして、衷心より厚く御礼申し上げます。

会長選挙には、私のほか1名の方が立候補されました。その理念と目指す方向は、基本的には同様の思いかと存じます。ことに候補のご提言は謙虚に受け止め、十分に心に留めまして、今後の会務運営に当たりたいと思います。

私自身、日本医師会会長としてのこの2年間を振り

返ってみますと、まさしく医療制度の未曾有の転換期の中で、荒波を全身に受けながらの船出であったと感じております。5年間で国庫ベース1.1兆円という社会保障費の圧縮を打ち出した経済財政諮問会議、あるいは制度の十分な検証もないままに成立した医療制度改革関連法など、既にレールに乗り出してしまったものを、何とかブレーキをかけるべく、必死で戦い続けた2年間でありました。

日本医師会の事業運営において、目下の医療を巡る厳しい状況に真正面から対峙し、山積する課題に対し、全国的にご推薦いただいた経験豊かな役員の皆様とともに、意見の集約と総合力を余すところなく発揮すべく、誠心・誠意邁進する所存であります。

あらためて、各位のご指導ご鞭撻を賜りますよう心からお願い申し上げます。

すでにご高承のとおり、近年の医療を巡る環境は一層厳しいものとなっております。

まさに、到来する超高齢社会と産業経済などの社会の構造変化は、地域間の格差是正、科学技術の進歩と国民医療の今後の課題解決、専門医療の提供と勤務医の厳しい勤務環境などへの取組みをはじめ、全て社会保障制度全体の方向性に大きな影響を与えております。

ことに最近の国会運営においては、道路特別会計の一般財源化や、いわゆるガソリン税の暫定措置の期限切れなど、地方行財政に影響の大きい税の問題が、意見を二分する状況となっております。

政府の医療制度改革などが、財政主導型から脱却できない現況において、今後の政府の政策の方向によっては、国民の負担増と提供される医療の質の低下を招き、地域医療体制は崩壊への道を辿ることも強く危惧されます。あるべき医療提供体制の財政的裏付けとも関連する税制の問題は、今後とも最大の注意を払う必要があると考えております。

さて、日本医師会は、学術専門団体として、真に医の倫理を戴き、全ての会員は、日進月歩の医学・医療の研鑽に励み、国民医療に貢献することがその理念の中核であります。そのような基本的使命を第一義として果たしていくことは、国民の大きく期待しているところであります。そして、会員一人ひとりの生き甲斐は、いかに日々多忙といえども、医療が絶え間なく継続されることと、多面的な地域医療活動において精励することに大きな手応えと感銘を得ているところにあります。そのような医療活動の原点に基づき、求められる医療は、安全で良質なものでなければなりません。患者にとって心温まる医療、満足度の高い医療の提供に精励することが肝要です。さらに、国民医療の観点から普遍平等な提供体制の確立への努力が最重要であります。

この目的のために揺るぎない大きな流れを打ち立てるには、全ての日本医師会会員の抛り所となる将来性のある医療政策と理念を掲げ、国民の求める医

療を追求していくことが第一義であります。

超高齢社会の到来によって、生涯を通じての健康と生活の質を確保し、豊かな長寿社会構築のために、保健事業と医療制度・介護制度と年金制度など、ことに社会保障制度における中核ともいべき医療制度の安定・恒久的確立を急がねばなりません。医学・医療の進歩と高齢人口の増加、疾病構造の変容、現役就労世代の健康管理など、関連する要因の一つ一つが、まさにエビデンスに基づいた説得力のある医療政策としてまとめられることが必要であり、多方面の理解と協力を得ながら、その実現を図らなければなりません。

このような観点に立てば、社会医学的・医療経済学的・疾病発生状況の疫学的分析など、地域医療の詳細な情報と、救急医療など疾病の迅速な治療をはじめ、全ての地域医療の現況を観察、検証、分析し、そしてその課題と将来像と対策を立案提言する洞察力、気概の涵養まで、日本医師会の中心課題は、このような取組みを源流としなければならないと考えているところであります。

このような評価の困難な課題を克服しなければならない現況で、日本医師会は、国民医療を確保するために、全国の会員各位の意見と、国民の希求する医療の将来像を視野に、地域医療の活力と支持を確立し、将来への医療体制の構築に不撓不屈の精神で最大限の努力を続ける必要があります。

夏前には、政府の来年度予算編成に向け、経済財政諮問会議が「基本方針2008」をとりまとめることになるでしょう。この基本方針には、現在、内閣府の社会保障国民会議で議論が始まっている、財源を含めた社会保障のあり方の議論が強い影響を与えることが予想されます。

昨年、日本医師会は、「グランドデザイン2007」の総論、各論をとりまとめ公表いたしました。

そのサブタイトルにお示ししたとおり、われわれが目指すべくは、「国民が安心できる最善の医療」を再構築することにつきます。

グランドデザインに示した内容を、国の政策に反映させることこそが、日本医師会が果たすべき役割であると認識しています。

全国の診療所医師・勤務医・研修医・青年医師・女性医師など、ことに全国医師会勤務医部会連絡協議会による「埼玉宣言」「沖縄宣言」を尊重し、「在宅における医療・介護の提供体制一指針」「子ども支援日本医師会宣言」などの重要な事項を踏まえ、全ての会員各位の意見の集約を図り、医療の進むべき方向について、有効な政策を立案、提言していく努力が何より必要であります。日々の活動の中にこのような事項を積極的に取り上げ、取り組む所存であります。

医療崩壊が叫ばれる中、国民医療の確保、地域医療の再生に向け、新執行部一丸となって、全身全霊

を打ち込んで会務を遂行していくことをお約束し、ご挨拶といたします。

今後とも折りに触れご報告申し上げる機会をいただくとともに、何卒宜しくご理解、ご支援を賜りますようお願い申し上げます。

ここに改めまして、代議員・会員各位の今後の限りないご発展と、併せてご活躍、ご健勝を祈念申し上げます次第であります。

代 表 質 問

「新医師臨床研修制度の見直しについて」

上埜 光紀代議員：全国的に地方の医療現場において医師不足や偏在による地域医療の崩壊が起きている。地域の基幹病院として長い間、地域医療を担ってきた自治体病院等は、経営難と医師不足を理由に診療所への規模縮小を余儀なくされている。また、内科や外科でも「診療休止」「病棟閉鎖」が相次ぎ、残った病院に患者が殺到し、今度はその病院の勤務医が辞めていくという「ドミノ現象」が起きており、住む地域によって医療が受けられないという「医療の格差」が拡大している。このような危機的状況をもたらした直接の原因に新臨床研修制度をあげる人も多い。

この背景には、研修制度によって、大学医局の人事権が弱体化し、地方への医師派遣の撤退に伴い、地域医療の崩壊が起こっている。それでも、大学病院は何とか地方の医療を守ろうと必死になって、医師の派遣を行っているが、地方の病院に必要な医師数が集まらず、残された医師は過重負担となり、辞めていくといった完全な悪循環に陥っている。国も医師不足をようやく認め、医学部定員増、地域枠・奨学金拡大等の医師確保対策に取り組みはじめた。また、厚労省は08年度の予算に医師確保対策などの関連経費として765億円、勤務医の過重労働対策として13億円を計上している。しかし、この効果はすぐに現れるはずもなく、一般には10年も20年も要すると言われている。今、現実には起こっている医療崩壊を食い止めるためには、早急に手を打たなければならない。

こうした状況を踏まえ、現在の新医師臨床研修制度の研修期間を見直すことが、最も即効性があり、かつ有効な方法だと思うが、いかがか。

新医師臨床研修制度の基本理念である、研修医に医師としての人格を涵養し、プライマリケアの基本的な診療能力を身につけさせるという考えに異を唱える人は少ないと思う。しかし、新医師臨床研修制度を契機に、医師不足・偏在による地域の医療体制の崩壊、研修医の大学離れなどの社会問題が顕著となり、医療崩壊につながりかねない危機的状況をもたらしたことは事実である。卒後臨床研修を、卒前医学教育、卒後の生涯研修教育を含む一貫性のある

教育システムに再構築することにより、現在の研修制度を2年間から1年間に短縮することも可能ではないか。現在、1年間に約7,700人の研修医が誕生している。単純に1年間短縮することで、その人数がそのまま地域医療を支える即戦力医師になるとは思わないが、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のではないか。勿論、臨床研修制度には、色々な意見があることは十分認識しており、プライマリケア医を養成するには2年でも足りないという意見もある。しかし、その点については、日医生涯教育をはじめ、先ほども申し上げた卒前医学教育、卒後の生涯研修教育を含む一貫性のある教育システムをより一層充実させることで可能と考える。

今、医療崩壊にストップを懸けるためにも、新医師臨床研修制度の一年短縮が即効性のある、有効な手段と思う。日医執行部の考えをお伺いしたい。

岩砂副会長：新医師臨床研修制度は、国民医療崩壊につながる危機的状況をもたらした元凶であると考えている。このような医療崩壊の危機を回避するための有効な方策として、卒前・卒後の教育を含む一貫性のある教育システムを再構築することにより、現在の臨床研修期間を1年間に短縮するというのが先生のご提案である。日医執行部としてはまだ議論を尽くしていないが、例えば実効が上がっていないと言われる卒前臨床実習を充実させるためには、学生の医行為のための法整備、指導医の増員・処遇改善、国民の理解と協力など、法的、人的、社会的支援体制を構築することが不可欠。また、現在の医学生のカリキュラムは2年間の臨床研修を前提に作られているので、直ちに短縮することは難しいと思うが、検討の余地は十分ある。

日医は、2006年9月に設置した医師の臨床研修についての検討委員会での議論なども踏まえて、医師不足、医師の地域偏在解消に向けて、全国マッチング方式を見直し、臨床研修病院の募集定員を絞り込むことや、大学や医師会などによる医師派遣機能を新たに構築することなどを提言している。

まずは、新制度が医師不足あるいは医師偏在にどのような影響を与えたかを検証し、今後の政策提言のための基礎資料とするため、全国80の大学医学部と、約1,850の臨床系の教室宛に、「新医師臨床研修制度と医師偏在不足に関する調査」のアンケートを先週送ったところだ。このアンケートの調査結果をもとに、新制度を根本から見直すべく発言したい。

個人質問

「地域医療の確保について」

宮本 慎一代議員：地域医療の確保について、以下の3点を質問する。

1. 平成18年7月の日医ニュースでは「医師の需給に

関する現状認識として、医師の偏在が中心」。その3ヵ月後の10月の日医ニュースでは「医師の偏在と不足の原因は、国による長年にわたる医療費抑制策が根底にある」。平成19年3月の日医地域医療対策委員会の委員会提言では「現在起こっている医師確保の問題は、主として、医師の偏在と捉える」。平成20年2月の医療供給体制に関する質問趣意書に対して、政府は、「医師は総数としても充足している状況にはないものと認識している」と答弁。日本医師会の医師不足に対する現在の認識を伺いたい。

2. 日本医師会『グランドデザイン2007 各論』には、「日本は経済力に比して医師数が少なく、医師不足の本質的な要因は、長年にわたる医療費抑制策にある」と記載している。とするならば、平成9年6月『財政構造改革の推進について』の「医療提供体制について、医師国家試験の合格者数を抑制する等の措置により医療提供体制の合理化を図る」とする閣議決定、および平成18年の『経済財政運営と構造改革に関する基本方針2006』の、社会保障費の自然増を5年間で1兆1千億円圧縮するという閣議決定を、あらゆる政治的手法等を使って撤廃させることが是非とも必要と考える。日本医師会の見解を伺いたい。

3. 北海道も他県と同様に、産科、小児科医療にとどまらず、内科医師の退職による地域の中核病院の内科診療体制の縮小は、三次医療圏の中心となる地方センター病院にまで及んでいる。地元医師会の中では中核病院の当直業務への参加や、救急センターでの夜間の診察などで診療支援をしているところが数カ所にのぼっている。しかし、これはあくまでも地域医療を守ろうという開業医会員の自発的なボランティア精神に基づいた行動であり、勤務医の過重労働を開業医が肩代わりするというのではない。このことを明確にしておかなければ、開業医は暇で、疲れていないから勤務医を助けるべきだという方向に行きかねない。地域医療支援中央会議による緊急臨時的医師派遣事業は、平成20年1月31日現在、6件の派遣実績しかない。厚生労働省が意図する、開業医の夜間診療への組み込み策に巻き込まれないためにも、医師不足が深刻な医療機関に対しての本派遣事業の一層の取組強化を国に働きかけるべきである。日本医師会の考えを伺いたい。

内田常任理事：日医の医師不足に対する現在の認識については、OECDの統計や、2017～22年に需給が一致するとした厚生労働省検討会の将来推計を見ても、わが国の医師数が不足していることは明らかだ。また、2次医療圏での人口当たり医師数を見ると、地域で医師の偏在が存在していることも事実だ。以上から、日医は「現在のわが国は、医師は偏在し不足している」と考えている。

医師の養成力を増強させるには、必要かつ十分な医療財源の確保が大前提だ。医師数をOECDの平均並みに増やすには、同時に医療費をOECD諸国の平均並みにしなければならない。

1997年の閣議決定は、欧米諸国の医師の失業状況を踏まえると将来の医師過剰が問題となるので、今から医師の養成数を抑えようというものだ。また5ヵ月後には、日医でも医師の需給が「このままで推移すれば、近い将来には医師過剰時代が到来することは必至であり、医師需給問題の解決は焦眉の急である」と書いている。その考え方は、経済的な視点に立つものではなく、医師の年齢構成や地域分布など地域医療に密着した立場から、単に数の議論だけでなく現状を見据え、長期的な視野で需給計画を幅広く検討するべきとしたものだ。その理念は、現在も変わっていない。

「基本方針06」に代表される財政優先の政策は是正するべきだ。また「基本方針07」には、「5年間に実施すべき歳出改革の内容は、機械的に5年間均等に行うことを想定したものではない」と明記されたが、「基本方針08」でも「基本方針06」を是正するような内容とするため、政府・与党へ強く働きかけていきたい。

開業医の夜間診療への組み込みに対しては、開業医が勤務医と同様、日常診療に加え医療や介護に関連する地域活動に日夜、精力的に従事していることを、引き続き政府与党や国民世論に訴えていく。

「いつでも、どこでも、だれもが容易に受診可能とするために」

山光 進代議員：米国のサブプライムローン問題発生以前から、わが国においては1~2カ所の大都市圏を除いて景気は低迷している。特にわれわれのいる北海道においては景気の落ち込みは著しく、景気回復のための計画さえ立案できていない。そのためか、ここ2年位受診抑制と入院抑制が目立ってきている。外来患者数は減少し、救急車で搬送される患者は重症例が多く、癌は進行癌で発見される。日本の医療の崩壊を止めるためには医療費の総枠拡大は絶対条件である。

しかし総枠拡大が患者の自己負担増によりなされるなら、受診抑制はさらに増大するであろう。近々消費税率の改定、正確には消費税の増税が行なわれると推測される。このとき日本医師会は医療を課税業種として、最終消費者である患者に消費税負担をお願いしなければならないし、その方針と私は認識している。消費税の軽減がなされるとしても、このままでは患者の自己負担が増加するのは避けられないところである。患者負担を軽減し受診抑制を改善

するために以下に提案を述べる。

- 1) 患者一部負担の3割を2割に改定する。
- 2) 後期高齢者を含めた低所得者の最高自己負担額をより軽減する。
- 3) 子育てや住宅ローンで経済的に苦しい世帯の医療費負担額を軽減する。

以上について、グランドデザイン2007で患者一部負担の引き上げによる受診抑制のもたらす影響については今後の検証が必要であるとし、一般医療保険の患者一部負担割合を2割に戻す提案をしている日医執行部のご意見と実際の行動を行なう可能性についてお答え願いたい。

中川常任理事：経済的に困窮している人が安心して医療を受けられるようにしなければならない。そのためにはまず、在るべき社会保障費、在るべき医療費を確保することが最も優先される課題だ。社会保障費の国庫負担の自然増を年2,200億円抑制してきているが、これを何としてでも阻止する必要がある。そのため、医療崩壊の現実や受診抑制の実態をしっかりと訴えていきたい。

医療給付財源を確保するため公的医療保険制度の再構築も必要だ。負担の公平化を求めることで、一般医療保険の患者一部負担を2割に戻すことは可能だと試算できる。また、後期高齢者医療制度に公費を集中し、医療費の9割を公費で運営することも可能だ。

後期高齢者医療制度は昨日から、給付費に対して公費5割でスタートした。日医は引き続き、保障の理念の下で後期高齢者医療制度を導入すべきだということ強く主張していく。また、一部負担や保険料率の凍結が実施される一方で、野党4党からは制度自体の廃止法案も提出されている。

財政面での可能性については、より具体的に試算を行い、粘り強く働きかけていく。国の財政全体に目を向けてみると、特別会計の剰余金、独立行政法人への運営費交付金のほか、財政支出の問題もある。

消費税など新たな国民負担は、やるべきことをやった上での最終手段であると考えている。今、内閣府の社会保障国民会議や国会で、基礎年金の給付を全額税方式にすることが議論されている。そのため、消費税引き上げを示唆する声が大きくなりつつある。

しかし年金は税、しかも新たな国民負担で賄うという議論が先行すると、医療や介護の財源はどうなるのか。ますます患者負担や利用者負担にしわ寄せが行くのではないか。国民にとって年金、医療、介護それぞれの給付がどうあるべきかを改めて整理し、国民に問いかけていきたいと思う。