



## 第113回日本医師会臨時代議員会

—平成17年度一般会計ならびに日医総研事業特別会計の予算補正案ほか4決算案を承認—

第113回日本医師会臨時代議員会が、去る10月2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、日医理事の飯塚会長をはじめ長瀬・赤倉・加藤・中川・上埜・河西・山・城・水元・竹内・増田・番場・西池各代議員が出席した。



9時30分、内藤議長より開会宣言が行われ、代議員定数342名に対し、336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岩砂代議員(岐阜県)、久野代議員(愛媛県)を指名すると共に、議事運営委員会委員として北海道ブロックの長瀬代議員ほか7名を発表した。

次いで植松会長からの挨拶(別掲)と櫻井副会長による本年4月以降の会務執行状況の全般にわたる報告が行われた後、議案審議に入った。

第1号議案 平成17年度日本医師会一般会計予算補正の件

第2号議案 平成17年度日医総研事業特別会計予算補正の件

第3号議案 平成16年度日本医師会一般会計決算の件

第4号議案 平成16年度医賠償事業特別会計決算の件

第5号議案 平成16年度日医総研事業特別会計決算の件

第6号議案 平成16年度治験促進センター事業特別会計決算の件

議長は、第1号議案と第2号議案を一括上程し、伯井常任理事より提案説明が行われ、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た。また、議長は、予算委員会委員25名(当会から加藤代議員が該当)を指名し、その後、別室に

て予算委員会が開催された。

引き続き、第3号議案から第6号議案まで一括上程し、伯井常任理事より提案説明が行われ、決算委員会を設置することについて議場に諮り了承された。決算委員会委員15名(当会から赤倉代議員が該当)を指名し、その後別室にて決算委員会が開催された。

議長より、議事運営委員会の決定事項および日程等が説明され、ブロック代表質問8件、個人質問16件につき質疑応答を行った。なお、北海道ブロックの代表質問として、中川代議員が「日本医師会の政策決定について」の代表質問を行った。

(別掲)

今回の質問は、新しい高齢者医療保険制度、次期医療保険制度改革に関するものが多く、そのほか少子化対策、准看護師養成問題、混合診療全面解禁阻止に関する質問があった。

12時54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40分、議事進行を有山副議長に交代。個人質問では、北海道ブロックからは竹内代議員が「地方の医師不足について」の質問を行った。(別掲)

なお、上埜代議員ならびに増田代議員より関連質問・要望があった。

個人質問終了後、予算委員会委員長および決算委員会委員長の結果報告を受け、全て可決決定された。

16時31分、植松会長より閉会挨拶が行われ、全日程を終了した。



以下、本稿では、植松日医会長の挨拶、中川代議員の代表質問および竹内代議員の個人質問、山代議員の出席記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

代議員の皆様方におかれましては、早朝よりお集まりいただきまして有難うございます。

昨年は中越地震や台風の被害などがありましたので、本年は平穏無事でありますように願っておりますところ、台風14号の影響で宮崎県を中心とした九州地方に大きな被害をもたらしました。被害を受けられた各県に対しましてお見舞いを申し上げます。

先ほどの議長の話にもあったように、本日の代議員会は、第1号議案・第2号議案に平成17年度の本会ならびに日医総研の予算に関して補正させていただくと同時に、第3号議案から第6号議案として本会会計ならびに特別会計の平成16年度決算のご審議をお願いしております。慎重にご審議の上、ご承認を賜りたいと思っている。

折角の機会なので、医療を巡る政治状況ならびにこれに対しての私どもの対応ならびに今後の方針について、私見を交えながら話をさせていただく。

市場経済に基づいての財政主導の医療改革が、国家財政が悪化する中でここ数年来続けられている。安全で質の高い医療をいかに効率的に国民に提供するかを検討し、それを進めていくのが本来の医療改革であるべきだが、現在進められている医療改革は財政主導で、医療費の削減のないものは改革と呼ばれないというような形で進められているのは残念である。

昨年から本年にかけてのことを振り返っても、混合診療の全面解禁の問題、特区における株式会社への参入の問題、あるいは医師免許の更新の問題、中医協の改革の問題、また、本年6月に示された「骨太の方針2005」に対する私どもの対応、種々の問題が起こっている。この間にでき得る限りの努力をし、改革を進める、そしてそれを医療の質の向上にもっていかうと努力した。

その基本は社会保障の理念の確立と国民皆保険制度の堅持にある。代議員をはじめ各県医師会の大きな協力を得ながら、それ相当の効果を得られ

た。とくに昨年末の混合診療の解禁に際しての運動においては、国民とともに改悪を阻止しようということであって、国民医療推進協議会を中央においても、また各県、あるいは市町村単位に至るまで医師会にお願いをして組織していただき、600万を超える署名を短期間に集めていただき、その結果として、混合診療の解禁を阻止することができた。この問題についての具体的な今後の方針は示されているが、まだ、その改革は緒に就いたところである。

中医協の改革の問題も、一連の不祥事によってもたらされたものではあるが、一応の改革の方針が出たわけである。これも全く解決がなされたということではない。これから具体的な問題が残されているわけである。

医師免許の更新の問題については、短期間に私どもの意見を反映することができ、これを阻止することができた。

6月に示された「骨太の方針2005」だが、この中には経済の動向に連動した医療費の総額管理制度というものが盛り込まれていた。私どもは、医療の在り方としては大きな問題点があるという指摘をしながら、政治の場において与党の関係議員の先生方の協力を得ながら、少なくとも文面上は消すことができたけれども、精神的にやはり経済動向と連動させたいという気持ちは残っているようである。

このような形で進みながら、郵政問題を中心とした解散総選挙が行われた。その結果は自民党の大勝ということだ。正面のテーマは郵政民営化の是非を問うということで、その後控えている医療改革の問題その他というのがマニフェストの中にも大きく書かれていないということもあって、争点にならなかったのは残念であるが、そういう意味では今回の選挙を、郵政民営化一本と理解し、そういう立場で対応したわけである。

自民党の大勝によってこれからの医療改革はどうなるのかと、会員の多くの不安は大きいように感じている。現実問題として、改革の進み方が加速されるということは確かにあろうと思う。少なくとも自民党の大勝によって、経済財政諮問会議、規制改革・民間開放推進会議のいわゆる民間

議員諸氏の発言が、元に戻ったように厳しいものになってきている。

選挙のすぐ翌日には、経済財政諮問会議の吉川議員は、骨太の方針で私どもが反対していたGDPの伸びに連動した医療費の抑制というものが必要だという発言をしていたということで、私どもの努力で文面上は総額規制というものを消すことができたが、やはり精神が残っていると思っていたが、同じようにまた蒸し返してきたわけである。

同じようにやはり医療費抑制の声は次第に大きくなってきている。8月の概算要求時に社会保障の自然増8,000億円のうち2,200億円を縮減し、そしてそれを医療の中で行いたいという発言があって、それが具体化するまでに解散総選挙があったわけだが、その後も先ほど申し上げたような発言ならびに財務省の声が大きくなってきている。財務省は診療報酬の2%ないし5%の切り下げを言っているし、その中身としては保険医療の給付範囲の見直し、ホテルコストを保険から外す、あるいは高齢者の負担を増す、あるいはターミナルケアの問題、入院期間の短縮、いろいろなことを言っている。

その論拠になるのは、骨太の方針にも書かれているように、急速に伸びていく医療費に対しての対応ということだ。厚生労働省が示している推計では、2025年に医療費は69兆円に達し、大変だということだが、過去の厚生労働省の推計を見ていくと、1995年の推計によると2004年は50兆円と予測している。実際は32兆円である。そのときの予測では、2025年には141兆円に達するという事になっている。これが1997年の推計になると、2025年の医療費は104兆円、2000年の推計では81兆円になっており、2002年の推計では70兆円と推計し、本年は69兆円とっているわけである。1995年から現在に至るわずか10年の間に、予測値はほぼ半分以下になっているということで、推計値がどれくらいの精度があるかということはこの見ても理解をいただけたと思う。

2005年の医療費推計をするに当たって厚生労働省は、1人当たり医療費の伸びを一般2.1%、75歳以上3.2%として推計している。しかし現状を分

析してみると、日医総研にも計算させたが、1998年から現在に至る間の1人当たり医療費の伸びを見ると、75歳以下で1.1%、75歳以上でわずか0.5%である。この数年間で医療費の伸びは2%程度に収まっているわけである。このままで推計すると、厚生労働省の予測とは20兆円以上の差が出るのではないか。

このようなことを考えると、今、医療費抑制ということで進められている基となる基礎的データというもののあいまいさが理解できると思う。こういうことも踏まえながら、私どもは理論的にいろいろなデータを検証しながら、今後の対応をしていきたいと思う。

医療費抑制の方策については、財務省あるいは内閣府の問題は先ほど述べた通りだが、これについて厚生労働省では食住費の負担の問題、高齢者の一部負担金の問題、高額療養費の見直し、あるいは現金給付の見直し、この点についてこれから検討するといわれている。

医療費の抑制では本来、中長期的にわたって予防そのほか、行うべきことが多々ある。厚生労働省もこれを示しているけれども、私どももこの重要性和効果を十分に認識しながら、糖尿病対策について、行動を展開しているところである。少なくとも中期的に見ても医療費の削減に大きな効果が出るものではなかろうかと思っている。

いま、求められている医療の安全、質の確保、医学・医療の進歩に伴う医療費の増、こういうものは対応を誤ると医療の質を担保できないということがあるので、こういうものに対応するためにも、医療費の増というものは当然起こってくるだろうし、われわれも当然求めるべきだと思っている。

医師の数についても、いま、医師不足あるいは医師の偏在という形で各地において医療提供の困難さが出ているし、勤務医の皆さんについては過労の訴えも大きい。しかるに財務大臣は、先ほどの新聞報道を正しいとするならば、「医師の数が多すぎる。これが医療費の増加に影響しているのだ。」という、全く認識の違った、間違った判断をしている。

今後、そのような形で医療費を削減していいの

か悪いのか、当然私どもは医療費の削減は医療の質と安全を低下させることであるので、診療報酬についてもマイナスの2%~5%というようなことでは、われわれの医療は持たないので、少なくとも医療費をプラスに向ける努力をしていかなければならない。それについての基礎的なデータは今後も日医総研ともども検討しながら対応していきたいと思うけれども、国民の負担増が起り、あるいは皆保険制度が危ういような道に進むということが見えるとすれば、混合診療のときと同じように、国民とともに皆保険制度と医療の質を守る運動を展開する必要があるかもしれないと思っているし、必要な場合は勇気をもってこれに対応したいと思っている。その節には、先生方に、また各地において同一の行動をお願いしたいと思っている。

私どもは診療報酬改定についての考え、要求、要望というものを間もなく中医協をはじめ政府、あるいは与党に提出したいと準備している。この内容については、その時期に代議員の先生をはじめ、会員の目に留まるようにしたい。

そのほかにも、大きな問題がたくさんある。アスベストも大きい問題であるが、この問題1つとっても、私どもは現在ある状況をどのように対処するかということより、より広くアスベストを含んだ各種の状況というものを見ながら、産業保健の立場、あるいは環境保健の立場から、どのように対処し、今後進めていくかということを検討しなければならぬと思っている。

医師不足の問題、偏在の問題、そして小児科あるいは産科医療のいま置かれている危機的な状況の対応も非常に大切なことである。本日も、その面の質問もいただいているので、ご返答を聞いていただきながら、私どもの考えを理解いただくと同時に、これは日医執行部の考えだけで動くものではなく、会員をはじめとして、医学生に至るまで、各般にわたる意識の改革と対応がなければならない問題と思っているので、宜しく願い申し上げます。

勤務医の過労の問題、労働基準法の問題、いろいろ取りざたされているけれども、根本的に考えてみると、医療提供体制はいかにあるべきかとい

う基本的な問題に立ち返るときに、病院はやはり入院医療というものを中心に行うべきであり、外来に大きな力を注ぎすぎているということもあろうかと思っているので、この問題については、各病院、勤務医をはじめとして、医療提供体制の基本に立ち戻ったご議論をしていただく。診療報酬については、この議論の中からそれをどのように実現に結びつけるかという形でやっていかなければならないと思っている。この問題も非常に大きな問題であるが、医療改革の一部ということで医療計画の見直しも準備されているが、その中に今のような考え方をどのように盛り込むか、これも会員の意見を反映できるような形でやっていきたいと思っている。

## 代 表 質 問

「日本医師会の政策決定について」

中川 俊男代議員：北海道ブロックを代表して質問いたします。

小泉自民党が郵政民営化を争点にした総選挙に圧勝しました。この結果を受けて政府の医療への市場原理の導入、小さな政府の推進が予想されますが、政治状況はわが国の医療にとって戦後最大の危機であると思っています。日本医師会執行部には、これまで以上の獅子奮迅の活躍を期待するものでありますが、このことを申しあげた上で、二点について質問いたします。

まず、新しい高齢者医療保険制度の提言についてお聞きします。6月7日、日本医師会は記者会見で新しい高齢者医療保険制度を提言しました。この内容は、「医療のグランドデザイン」に示された高齢者医療制度の「保障」という理念を「保険」へ、財源構成については公費負担9割、患者自己負担または保険料で1割という負担割合を、高齢者の自己負担1割、保険料1割、残り8割を公費ならびに国民的共助で構成すると修正しています。

第一に、後期高齢者の医療は、加齢に伴って生じる疾病にたいする医療保障という理念が馴染むとしていたものを「保険」に方針転換した日本医師会の高齢者医療についての基本的な考え方を伺いたいと思います。

第二に高齢者自身の負担割合が高くなり、若年者に比べ受診回数が多い後期高齢者の負担増は計り知れないものと思いますが、この財源構成はどのようなデータに基づいて、どのような検討が行われた結果なのか、会員に対する執行部からの説得力のある説明はありません。これでは中長期的な展望に立った医療政策の提示が求められている日本医師会としては、思いつきの域を出ないものと思われま。また、日本医師会の重要な医療政策を転換する場合には説明責任を果たした上で機関決定という手続きを経ることも必要ではないでしょうか。植松会長の所見を伺いたいと思います。

次に、混合診療の全面解禁の阻止についてです。昨年末、全国の医師会をあげて反対運動を展開して混合診療の全面解禁を阻止したことは日本医師会の一定の成果であると評価しています。しかし、基本的合意内容の運用次第では混合診療の実質的な全面解禁になる恐れがあると危惧してきました。今回、中医協で制限回数を超える7項目の医療行為が将来的にも保険が適用されない患者選択同意医療（仮称）として認められることになりました。これについての日本医師会の説明では、「医療上ほとんど必要でないもの」であるので認めたとしていますが、重大な問題があります。患者選択同意医療はアメニティー部分など医療には直接関係がないものを中心に認められたものであったはずで。

第一に本当に7項目が医療上ほとんど必要でないもののでしょうか。たとえば、リハビリテーションの回数制限は、症例によっては医療上、今の制限を超えて行うべきと判断されることが多々あります。むしろ、制限の緩和を目指すべきではないでしょうか。これでは患者の貧富の差で、同じリハビリ室内での差別的な状況が起きてしまいます。

第二に7項目が医療上必要のないものとするれば、患者が新たな負担をするシステムを作ること容認できるのでしょうか。むしろ患者に医療上は必要のないことを納得してもらう努力をするべきではないでしょうか。このままでは、保険導入を前提としない混合診療のなし崩し的な拡大が危

惧されます。植松会長の見解を伺いたいと思います。よろしくご意見申し上げます。

寺岡副会長：全体のいわゆる高齢者医療制度、そのほか大きな日医の立場というものに関しては、会長が挨拶の中であるいは最初の東京への答弁でもかなり明瞭に述べたので、この質問については私が答える。2つの内容があって、1つは新しい高齢者医療制度の提言、もう1つは混合診療の全面解禁の阻止ということ。

本年6月、日医現行執行部が提示した高齢者医療制度案については、植松会長が述べたので重複は避ける。われわれの案の基本的で大切な点は、国民皆保険制度を堅持する中で、高齢者保険制度は現金給付を基本とする介護保険制度とは統合し得ないという原則だ。代議員指摘の「保険」への方針転換うんぬんについては、前の案をよく読んでもらえば、その批判は当たらないのではないかということが分かってもらえると思う。

先の「医療のグランドデザイン」においても「医療と介護をドッキングした、保障的色彩を強めた独立した保険制度である」ことを述べている。このたびの私どもの提案でも、保険制度であることを堅持し、自助・共助・公助を基本とする方針を明示した。その基本理念は、そもそも「高齢化」は経済発展と医療の進歩によってもたらされたものであり、これによって生きる機会の拡大という望ましい潜在効果を社会に与えているものにとらえ、積極性の付与された社会保障を充実させるため、国の社会保障政策体系における高齢者医療保険の位置付けを「連帯性」の観点から再考することが大切だ。

問題の高齢者医療費の財源については、社会保障や高齢者医療の場という、いわば「公共的空間」にあって、個人ないしは局所的利害得失を前提とした議論に終始していたのでは、いつまでも解決がつかない。公共的理性と連帯感をもって取り組むという新たな保険倫理観を国民全体が共有する必要がある。日医案が高齢者医療制度の基本を保険の仕組みに置き、財源を自助・共助・公助に求めているゆえんはここにある。また、この提案については、保険チームにおける慎

重な検討を経て、常任理事会、理事会で承認を得た上で提案し、会長連絡協議会においても報告している。

混合診療の全面解禁の阻止についてだが、周知のごとく、昨年末の混合診療問題の収拾において、国内未承認薬の使用、必ずしも高度でない先進医療、および制限回数を超える医療行為の保険診療と併用が厚労大臣と規制改革担当大臣との合意事項となった。

国内未承認薬については、「未承認薬使用問題検討会」を、必ずしも高度ではない先進医療については「先進医療専門家会議」を立ち上げ、保険導入を前提としてそれぞれについてのスキームが、すでに稼働している。

制限回数を超える医療行為として、8月31日の中医協において選定療法に追加されたものは、検査、リハビリテーション、精神科専門家療法の7項目だが、これらは制限回数を超えることが医療上ほとんど必要のないものをカテゴライズしたのであって、検査については患者の不安を軽減する必要がある場合、あるいはリハビリテーションについては治療に対する患者の意欲を高める必要がある場合、精神科専門家療法については患者家族の負担を軽減する必要がある場合、それぞれ併用を認めただけだ。医療上必要なものについては今後、保険導入するための検討事項とされた。

医療上必要のないもののこのスキームへの導入が拡大されるのではないかということについては、医療上必要がないことを患者に十分説明することは代議員の言う通り当然だ。また当然のことながら、医療上必要なものについては保険導入すべきである。

## 個人質問

「地方の医師不足について」

**竹内 守代議員**：新医師臨床研修制度が開始されて以来、大学からの医師派遣引き揚げが始まり、自治体の首長や院長は医師確保に懸命な努力を重ねていますが、北海道の地方の自治体病院の特に産婦人科、小児科、麻酔科等が診療中止あるいは規模縮小に追い込まれており、地域医療に著しい支障が出ており社会問題となっております。

研修医の約半数が市中病院に流れており大学病院は入局者が減少し医師派遣存続は困難な状況であります。医療圏別にセンター化して医師を集約し地域の病院と機能分担（すなわちサテライト化）しようという試みが始まっております。

私共岩見沢市医師会が含まれる医療圏（空知地方）は、四国の約三分の一強の面積でしかも縦長であります。ここに1つのセンター病院を造って数箇所の周辺病院に日中のみ出張医を送り込むといった方式です。

これから北海道は厳しい冬を迎え、猛吹雪や大雪で時には交通網が断たれ、遠方にあるセンター病院までの受診は不可能となります。この方式ですと患者切捨てとなります。これが北海道の現状であります。

国をあげて少子高齢化対策を進めている今日、地方に住む妊婦さんや、子供を持つ親には不安が一杯に広がっております。特に北海道、東北の豪雪地帯では地元の病院に妊婦や子供達が安心して掛かれるような、人に優しい医療サービスの提供があっても良いのではないかと思います。

現在、北海道医師会と北海道ならびに医育大学とで解決に向けて取り組んで頂いておりますが、予算等の問題もあり全国規模、特に北海道、東北など極端な医師不足に陥っている地域への重点化に取り組むべき問題と考えます。

近年、医療が高度化、専門化し、患者の権利意識が向上し、女性医師が増加し、また開業する医師が増加するといった医師や患者を取り巻く状況が大きく変化している中、医師の偏在と地方の医師不足に対して、関係省庁が対策を発表しておりますが、私は日本医師会が積極的にこの問題に関わって欲しいと切に希望いたします。そして地域住民の医療をぜひ守っていただきたいと思っております。

日医執行部のお考えをお尋ねいたします。

**土屋常任理事**：1998年の「医師の需給に関する検討会」では、2017年頃には医師過剰になるとの将来推計がなされている。現状は、特定の地域における、特に病院医師の不足や小児科・産科・麻酔科などの特定の診療科における医師不足が全国

的に、地域における深刻な喫緊の課題となっている。

厚生労働省では、「医師の需給に関する検討会」および「へき地保健医療対策検討会」を設置し、医師確保対策について検討を進めている。

日医は、いずれの検討会にも参画して、へき地を含めた地域医療の確保が極めて困難な実情を、また地域によっては崩壊寸前の危機的状態にある、この地域医療の現状を周知せしめるとともに、併せて、喫緊の課題を解決する具体的な方策を提言してきた。すなわち、自衛隊医官の地域への派遣、また臨床研修医の地域医療履修のための研修プログラムの改善、ドクターバンク事業の医師福祉対策に加えて、地域医療確保を念頭においた推進・拡充、そのほか、先ほどから度々出ている女性医師のライフステージに応じた就労環境の整備などである。現況をかんがみるに、よもや徴兵制ならぬ「徴医制」との極論にまでは至らぬにしても、国の強権発動を求める意見が、公式の場で声高に発せられるのは、まさに異常事態といわざるを得ない。

医師になるまでの当人の努力はいうまでもないが、一人前の医師の誕生には、多くの人の善意と支援、さらに多額の国費が投じられていることを卒前教育の段階から十分理解せしめ、医師は、貴重な社会資本の一部を成しており、国民の大きな負託にこたえるべきであることを認識せしめる必要があると考える。

医師国家試験合格後、一定の期間は地域医療などに従事することを責務とすべきであるという意見が出るくらい、現況は極めて深刻な状況にある。無限の可能性を秘めた若い医師、学生諸君の国家的見地に立った自負と奮起に期待するところ大である。

厚生労働省、文部科学省、総務省、これに防衛庁を加えた関係省庁でも、この医療の実態を憂慮して、地域医療に関する関係省庁連絡会議において検討した結果を、「医師確保総合対策」として、去る8月11日公表したところだ。

その中でも、特に小児科・産科の医師不足は、その原因も、またその解決策もさまざまだが、当面は特に医療資源の集約化・重点化について、焦

点を当てて具体的に検討することが必要であるとしている。そこで引き続き、当該問題を検討する「ワーキンググループ」を設置して、どのような枠組みや手法が考えられるか、また都道府県の役割はどうあるべきか、また国はどのような支援ができるかも併せて明らかにするとしており、日医もこれに参画していて、目下、鋭意検討が進められているところだ。

しかし、この集約化・重点化は、既存の医療資源を最大限活用することだが、一方、地域の医療提供体制を大きく変えることに繋がることは明白でもある。こうなると、代議員の指摘の通り、患者の利便性を損なうことになり、「医療計画の見直し等に関する検討会」において提言された「医療連携体制」のあるべき姿を否定することにもなりかねない。したがって、この医師あるいは医療機関の集約化・重点化は、あくまでも緊急避難的な措置であると理解している。医師の偏在・不足には、喫緊の課題と医療連携体制の構築などの中長期的な対策との両面からの検討が必要であると考えている。

いずれ近い将来には、国民が真に安心して生活できる医療提供体制を構築し、さらに、その充実を図ることは、日医が担うべき当然の責務であると認識している。代議員の意向を体して、地域医療を担う立場から必要な施策の実施を強く求めていく所存だ。

## 代議員会出席記

### 「第113回日本医師会臨時代議員会に出席して」

代議員 山 英昭

東京にはめずらしく抜ける様な晴天の10月1日、赤坂プリンスホテルで翌日10月2日に開催される第113回日本医師会臨時代議員会の事前打合せ会が開かれた。当日開催された議事運営委員会の内容を長瀬清議事運営委員より報告された。代表質問は8題、個人質問は16題あるとのことで、

北海道ブロックからは、代表質問が中川俊男代議員に、個人質問は竹内守代議員に決まりそれぞれ回答者は寺岡副会長、土屋常任理事とのことであった。また北海道ブロックの予算委員には加藤紘之代議員に、決算委員には赤倉昌巳代議員に決まった。

代議員会当日の10月2日も無風晴天で日中30℃をこえる真夏日になることが予報されていた。今回の代議員会は、先の衆議院選挙の自民圧勝を受けて来年の診療報酬改定をにらみながらの開催であった。新聞各紙はこの代議員会に合わせたように、10月1日付の日経では「入院費定額払い拡大」10月2日付の朝日には「低額医療は患者負担」また毎日には「医療費抑制未達成なら補助金削減、ペナルティ導入」など厚労省の意向として一面で大々的に報道しており、外の晴天とは裏腹に今後厳しい医療費抑制策が強行される事が予想され、気持の晴れないままに代議員会当日を迎えた。代議員会は9時30分より開催され、植松会長は挨拶の中で、本来は安全で質の高い医療をいかに国民に提供するかということが医療改革であるが、財政主導の医療改革がこの数年続いており、また今度の選挙で自民圧勝したことでそのスピードが加速されようとしており、経済財政諮問会議、規制改革・民間開放推進会議などが再び医療費抑制策を蒸し返してきていると警戒感を示した。また厚労省の医療費推計には基礎データが曖昧であることを強調し、医療の安全、質の確保、医学の進歩に伴う医療費の増加は当然おこってくるとし、今後日医総研のデータを基に当然求めるものは求めていくと述べていたのが印象的であった。しかし、その対策として介護保険制度と医療の質を守るため国民運動を起こしていくとしたが、診療報酬改定には具体的な言及がなく、一抹の不安をおぼえた。

その後、会務報告があり、議案第1号と2号は平成17年度の補正予算で予算委員会に、議案第3号から6号までは平成16年度の決算で、決算委員会に付託された。10時40分、代表質問に入り、東京都からの質問で、日医総研は重要な日医のシンクタンクであり、高齢者医療保険制度の研究等にも積極的に取り組み、提案、対案を出すよう促し

た。植松会長は日医総研を活用し、医療の財源も含めてランドデザイン的な「医療、保健、福祉推進ビジョン5カ年計画」をまとめており、本年中に提示すると答えた。先の代議員会まで日医の活動は是非非で行い、ランドデザイン的なものは示さないと聞いていたのが、ようやくビジョンを持って医師会活動するという事で一歩前進したのかなと思われた。今後提示される内容に期待したいと思った。また関連質問で、「医療改革はこの10月、11月で決まるので医療費抑制策には断固反対して欲しい。」との問いに植松会長は、政府とは対決するのではなく本当の医療改革を説明していく。また時期は国の対応をみて決めると答えていたが、果たしてこんな呑気なことでは時期を失し、政府に押し切られるのではと心配になった。

次に神奈川県から「日医執行部の決意を問う」との質問に植松会長は、立候補以来この1～2年が医療改革の正念場であることを訴え、会長就任後対応に努めてきた。成果についてはいろいろ議論があろうが会員の理解と支援をいただき、来期も引続き会務を担当させていただきたいと実質的な来期の立候補の決意表明をした。これに対し北海道ブロックから上埜光紀代議員が関連質問し、「日医は諸問題に早く対応して欲しい。現在は現状の難問に対する決意だけでよいのでは。大幅マイナス改定にならぬよう命がけでやって欲しい。」との問いに植松会長は命をかけてやるとし、改めて次期執行部を担う決意を表明した。このあたりが本代議員会のハイライトであったようだ。

北海道ブロックからの代表質問では中川俊男代議員から「日本医師会の政策決定」について質問し、「1、新しい高齢者保険制度の提案について」では日医が今度示した提案内容では「保障」という理念が「保険」へ変わっている。また財源では自己負担割合が高くなっている。どのような検討の結果、政策転換が行われたのか。また、「2、混合診療の全面解禁阻止について」では、今日利用制限回数をこえる7項目の医療行為が将来的にも保険適応されないものとして認められたが、本当にこの7項目は医療上必要ないのか、またこの



ままでは保険適応を前提としない混合診療のなし崩しの拡大が危惧されるとの質問に対し、寺岡副会長から「1」については国民皆保険制度を堅持する中で、高齢者医療保険制度が現金給付を基本とする介護保険制度とは統合し得ないという原則である。財源については公共的理解と連帯感をもって取り組むという新たな保険倫理感を国民全体で共有する必要があり、自助、共助、公助にこれを求めた。またこれは会内の医療保険チームで検討し、常任理事会、理事会で承認後、会長連絡協議会でも報告していると答弁し、「2」については医療上ほとんど必要のないものであり、医療上必要なものについては保険導入すべきであると答えた。中川代議員の追加質問で診療報酬改定には命をかけてやるべきであり、またロビー活動すべきとの問いに、植松会長は命がけで対応していくと再び次期立候補の決意を確認した。またロビー活動は毎日している。その内容についてはその性質上話せないとしたが、会長就任時にはロビー活動に頼らない医師会活動を進めると公約していたのに毎日ロビー活動しているとのことで、植松体制もようやく現実的な方策をとるようになったものと思われた。また追加質問で日医の対応は遅い。ボールが来てからでは間に合わないので早く対応すべきとの質問に植松会長は、小泉政権下では早めに行動をおこせば足元をみられ失敗するとし、ボールが来てから対応するとの認識を示した。またその対策として食費、居住費、保険負担増など国民負担増には再び国民一丸となつての運動で対処すると方針を示したが、診療報酬マイナス改定は国民負担増にならず、これに対する具体案はここでも聞けず大いに失望し、不安を感じた。この他介護保険、少子化対策、准看養成、医療改革等の代表質問があり12時55分、午前の部を終了した。休憩後、午後1時40分から個人質問で再開さ

れた。

個人質問では北海道ブロックより竹内守代議員が「地方の医師不足について」質問し、新医師臨床研修制度が開設されて以来、地方医師不足が始まった。その対策として医療圏別にセンター化の試みが始まったが、北海道は冬期間吹雪や大雪によりセンター病院まで受診不可能な患者が出てくる現状を指摘し、その対策を質問した。また医師の偏在と地方医師不足に対し日医の積極的な対応を促した。土屋常任理事より日医は、1) 自衛隊医官の派遣、2) 臨床研修医の地域医療履修の研修プログラム改善、3) ドクターバンク事業、4) 女性医師の就業環境の整備等を提言していることをあげ、時に小児・産科の医師不足対策、医療資源の集約化、重点化を検討していることをあげたが、これは緊急避難的な措置であり、今後医療連携体制の構築など中長期的対策の検討が必要との答弁がなされた。また竹内代議員より追加質問があり、新医師臨床研修制度が医師の偏在を助長している面もあり、早急に検討が必要な事を指摘して質問を終わった。北海道、東北、山陰地方などは、この新医師臨床研修制度の弊害をまともに受けていることが実感された。この他女性医師問題や有床診療所、介護保険、健診の有用性などの質問が続くなか3時45分より予算委員会、決算委員会の委員長報告があり、それぞれ一括承認された。3時50分、再び個人質問が再開された。4時過ぎ、まだ開会中であつたが退席し、帰路についた。

外は依然として抜けるような晴天であつたが、来年の医療制度改正など重大な案件が山積しているこの時期に、その対応に対する議論が少なかったのは心残りであり、今後の診療報酬改定等を考えると晴れ晴れとした気持にはなれなかった。