



第112回日本医師会定例代議員会

－平成17年度事業計画ほか日本医師会予算を含む5議案を承認－

第112回日本医師会定例代議員会が、去る3月27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・上埜・山・斎藤・増田・番場・長内・森末・田中・豊田(予)・山光(予)・鈴木(予)各代議員が出席した。他に、当会執行部では宮本・柳内各常任理事が傍聴した。



定刻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、339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嶋津義久代議員(大分県)、石川育成代議員(岩手県)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。ついで植松会長が所信表明(別掲)を行い、その後、櫻井副会長が会務執行状況を報告した。次に、第1号議案 平成16年度日本医師会会費減免申請の件につき、伯井常任理事が提案理由を説明、質疑なく、挙手多数で可決決定した。

第2号議案 平成17年度日本医師会事業計画の件は櫻井副会長が提案理由を説明、第3号議案 平成17年度日本医師会予算の件、第4号議案 平成17年度医賠償事業特別会計予算の件、第5号議案 平成17年度日医総研事業特別会計予算の件、第6号議案 平成17年度治験促進センター事業特別会計予算の4案件は伯井常任理事が一括提案理由を説明したのち、滋賀県の代議員から、医賠償保険に関してその抑制を図るべきである、日医総研予算が減じられている理由は何故かとの質問があったが、理事者が予算委員会で説明すると述べた。また、岡山県の代議員から財産目録が不備ではないかとの質問があり、理事者から決算時に備えるものと考えているとの答弁があった。この

後、予算委員会への付託が了承され、議長は、予算委員会委員25名(北海道ブロックは赤倉代議員)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、日程等を説明し、ブロック代表質問7件、個人質問14件につき質疑応答を行った。

代表質問では、北海道ブロックとして、上埜代議員が「政管健保の都道府県単位化について」と題し質問を行った。(質問全文は別掲)また、山光代議員は、近畿ブロックの代表質問「医療制度改革に対する日医の対応について」の関連として、「将来に対しての自信と希望を失いかけている国民に対して、日本の医療・福祉の再構築に対する日医としての基本的理念と中長期的な青写真を提示することは大事なことである」と質した。

12時30分、代表質問を終了し、昼食休憩となり、別室にて議事運営委員会が開催された。

13時20分再開し、議事進行を有山副議長に交代し、個人質問が行われた。

個人質問では、北海道ブロックとして、長内代議員が「看護職員の養成について」、山代議員が「改正薬事法の全面施行について」と題してそれぞれ質問を行った。(質問全文は別掲)なお、この追加質問として、山代議員は、「三師会、特に薬剤師会との連携を十分に取り、保険外しが混合診療とつながらないように対応してほしい」と質した。また、上埜代議員がこの関連として、「過去に漢方薬、ビタミン剤、パップ剤の保険外しが問題となり、そのときは免れることができたが、今回の改正薬事法にも同じような危険がはらんでいる。財務省が盛んという軽医療の保険外しに相当するものであり、また混合診療は風穴を開けられ、ある意味では混合診療の道を開いたというよ

うなところもあり、これらの問題点を踏まえて慎重に対応してほしい」と質した。

その他、増田代議員は、京都府の代議員の質問「日医総研について」の関連として、「日医総研はかつて社会保険庁の無駄遣いを暴くという成果を収めた。最近、日医総研の機能低下が感じられるのは、執行部の締め付けがあまりにもきつ過ぎるためではないか。もっと研究をどんどんやらせて、執行部が太っ腹でそれを見ていくというのが、国民の目線に立った医療政策を展開していく上での根本となるものではないか」と質した。長瀬代議員は、石川県の代議員の「医薬品の適外使用に関する司法判断について」の関連として、「薬理作用に基づく処方許容する厚生労働省と司法判断が異なることは、審査委員会の審査にも混乱を生じさせるので、一致した適切な解釈を早く示してほしい」と質した。山光代議員は、千葉県の代議員の「国民負担率について」で介護保険のホテルコストのことが指摘されたことに関連して、「このたびの介護保険法見直しは10月施行となった場合には、居住費用と食費が保険外となり、介護型と医療型の療養病床で自己負担に大きな格差が生じ、医療保険から施設療養費や食費を外す考えが生じる恐れもあり、日医として十分な対応が望まれる」、さらに、「今こそロビー活動が重要なときであり、日医対応が困難な場合には、ぜひ全国医師会の力を活用してほしい」と質した。

途中、末長敦委員長から予算委員会報告が行われ、起立多数により可決決定した。

16時29分、植松会長より挨拶が行われ、予定時刻を約30分超過し閉会した。引き続き、第63回定例総会が行われ、全日程を終了した。

◇

以下、本稿では、植松日医会長所信表明、上埜代議員の代表質問と長内・山各代議員の個人質問とその理事者答弁、番場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

昨年は夏の福井県をはじめ、各地での台風、洪水の被害が多かった。また、新潟県中越地震の大きな被害があり、さらに3月20日には、福岡県西方沖地震があるなど、多くの自然災害があった。被害を受けられた各県ならびに各県医師会にお見舞いを申し上げるとともに、早い復興を祈念している。また、昨年末にはスマトラ沖の地震・津波の大きな被害があったが、会員の皆様に義援金を募集したところ、1億1,700万円余の義援金を頂戴でき、3月25日にNHKを通じて日赤に義援金を差し上げた。会員の皆様の義援に厚くお礼を申し上げる。

経済財政諮問会議、規制改革・民間開放推進会議、財務省などが主張する市場経済原理に基づく改革方針が進められつつあることについては、会員の皆様方とともに大きな危惧を感じていると同時に、その対応の重要性を十分に認識している。基本姿勢としては、社会保障理念の堅持と国民皆保険制度の確保である。

これらの活動の中で、昨年10月6日から9日まで、世界医師会東京総会を開催した。天皇・皇后両陛下にご臨席をいただき、主催国としては成功の結果を得たのではないと思うが、会員や委員の批判もあれば伺っていききたい。大きなイベントだったが、混合診療反対の運動の中間にあって、われわれの重要な行動の中間に入ったことで、反対運動に弾みがつきにくかったのではないかと批判もあるが、継続して活動させてもらったつもりである。

2004年度末までに小泉首相が混合診療の全面解決を求めたということが、9月10日の経済財政諮問会議であり、国民皆保険制度の崩壊につながる、あるいは国民間の階層化につながるものとして、これをどうしても阻止すべく運動を展開した。これまでの医師会あるいは三師会、四師会というかたちでの反対運動では医療関係者のみの反対ということで今まで処理されてきた。今回は国民・市民とともに国民皆保険制度を守ってこうという行動を取ることにした。

昨年10月12日に37団体の参加を得て東京で国民

医療推進協議会を設立し、国民皆保険制度を守り、混合診療解禁反対の国民運動を展開した。各都道府県医師会、地区医師会に対しても、同様のお願いをして、同時に反対署名活動を行った。その結果、各医師会の絶大なる協力と支援をいただき、署名は660万余を超え、昨年11月26日、衆参両院議長に請願し、与党議員の8割に及ぶ賛同を得て12月3日に請願が採択された。首相の所信表明演説に対する反対運動で請願が採択されたのは憲政史上初めてと言われるが、先生方の理解を得、国民とともにこの結果を得たことに、非常に喜ぶとともに厚く感謝を申し上げる。

この間につくった国民医療推進協議会は、名称はさまざまであるが、各地に設立いただいている。医師会と各種団体、市民との連携を今後ともさらに広げていただき、単に国民皆保険を守るだけでなく、国家の健康、医療に関係する各種の問題に関して大きな提言を行いながら日本の医療に寄与していきたいと思っているので、今後ともよろしく願いたい。

昨年12月15日にこの請願活動の成功により、尾辻厚生労働大臣と村上規制改革大臣との間で合意がなされた。特定療養費制度の見直し、いわゆる「保険導入検討医療」、「患者選択同意医療」というものを導入し、さらに国内未承認薬への対応もそこで合意された。ただ、具体的な内容については今後の問題であり、その中身こそが重要であることは十分に認識しているので、今までに増して具体的な運動と働きかけをしたいと思っている。

同時に、中医協の見直しについての在り方を考える有識者会議が設置され、これから中医協の構成メンバー、在り方というものが議論されることになった。これも当初考えていた、内閣官房長官の下に置くということでは会員には非常に心配かけたが、努力の結果、厚生労働省に置くということになったのは一定の成果と思っている。

3月15日には、規制改革・民間開放推進会議の2004年度答申の追加答申の中に、医師免許更新制度の検討があるとの情報を得て、ただちにその日から政治的活動を展開して翌日にはこれを抹消することができ、その中に盛り込むことができなかつたことは代議員も承知していると思う。

規制改革・民間開放推進会議、経済財政諮問会議の議論の内容をつぶさに点検すると、今までに1度否定したことや同じようなことでも、さらにしつこく何回でも出されることがうかがい知れるので、今後とも注視しながら、時機を失しない対応をさせていただく。

今国会に提出された介護保険法改正案、来年4月の診療報酬と介護報酬の同時改定と、この1年間は非常に重要な時期と自覚している。政治の流れは、医療費を引き上げる状況になく、医療費の伸びの制限、公的医療保険の守備範囲の見直しなどが論じられているが、今求められている医療の安全、質の向上、また特定療養費制度の見直しの対応なども考えると、医療費の抑制はあり得ない状況にあると考えている。

しかし、われわれの主張を展開し、成功させるためには、医師会の努力を示さないといけないと考えている。生涯教育の推進、自浄作用の具現化、このことにより、医師免許更新制に対応できる姿を示すことも大切ではあるが、将来の医療費の増加を抑え、国民の健康を守るための予防活動など、重要な問題がある。禁煙運動は従来から進めているが、今回、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会とともに設立した糖尿病対策推進会議は、その第一歩として、今後の医療費を抑制し、国民の健康に寄与するところ大として、2005年度予算に計上した。

このような行動を示しながら、従来から主張している「医療を経済に合わせるのではなく、経済を医療に合わせるべき」という考えの下に、医療費拡大の原資を求めていく所存である。

第5次医療法改正に向けての論議がされているが、真に国民、住民の望む安全・良質な医療が提供される医療提供体制の整備に努めていきたいと考えている。

4月1日から個人情報保護法が施行されるが、これについては各医師会が各会員に向けて、情報を十分に提供しているところである。誤りなき対応をお願いすると同時に、今まで医師としてやってきたいろいろな行動がすでに個人情報保護に重点を置いていたものと認識しているので、あまり過度に心配することはないのではないのかと、個

人的には考えている。

卒業後の2年間の臨床研修必修化に伴い、医師不足が叫ばれてきているが、医師の絶対数が足りないのか、地域的、科目的偏在が原因しているのか、正しい判断をして対応しなければ将来に禍根を残すことになるので、日本医師会としても調査に取り掛かっているところである。

女性医師、女性会員の問題については、昨年から日医女性会員懇談会を発足させ、貴重な論議をしていただき、今年7月には男女共同参画フォーラムを企画している。各方面からの意見をいただきながら、さらに新しい展望を望みたいと思っている。また、このことが医師不足の問題にも大きな何らかの貢献があるのではないかと考えている。

以上、現在までの日医の活動状況と今後の方針を述べさせていただいた。

代 表 質 問

「政管健保の都道府県単位化について」

代議員 上 埜 光 紀

先般、政府の「社会保険庁のあり方に関する有識者会議」は、年金と政管健保の分割と厚労省からの独立性を高める方針を決めた。

有識者会議が示した案は、「①現在の社会保険庁組織の存続を前提としない。②新組織は国民の信頼回復を重視する。③3月中に新組織の形態を含めた基本骨格をまとめ、5月に最終結論を出す。」という基本的な方針で、いずれも保険料率の上下限は健康保険法で定めることとしている。

また、厚労省も現在有識者が示した基本方針をもとに、社会保障審議会医療保険部会で議論を行っているが、既に厚労省は、2年前に閣議決定された医療制度改革案の基本方針に、政管健保などの都道府県単位化と、保険財政の一元化、都道府県ごとの医療費を反映した保険料率の設定、健保組合の都道府県単位とした地域型健保組合の設立などを盛り込み、2007年度の完成を目指している。

これに対し前日医執行部も、たばこ税と消費税率のアップによる公費財源の確保、保険料徴収の

平等化と合理化、各保険者に対する公費負担率の適正化など、医療保険財源を確保した上で地域保険への一元化を求めている。

政管健保の都道府県単位化について、政府は現在全国一律である保険料率を地域の医療水準などを踏まえ、都道府県に設定させ医療費抑制を促すこととしているが、医療費の水準には、最高と最低では、約1.3倍の大きな地域格差があり、また、財政状況によっては、さらに保険料負担と給付には大きな不公平が生じ、このまま超高齢社会を乗り切れるのかという問題がある。

日本の医療制度改革で重要であるこれらの問題に対し、現日医執行部の方針が示されていないようであるので、日医執行部の方針と今後の具体的な対応策をお伺いしたい。

◇櫻井秀也副会長：政管健保の改革については、2003年3月に健康保険法等の一部を改正する法律が通った際、付則第2条第2項の規定に基づく基本方針として閣議決定された「基本方針」では、政管健保の運営は基本的には都道府県単位にするとしており、日本医師会も総論的には合意してきた。問題は、それを具体的にどのような形態で、どのような組織で、どのような運営方法で行い、どのように構築するかにある。

厚生労働省は、3月4日、社会保障審議会医療保険部会に対し、保険料率決定の過程という題のA案、B案、C案という3つの案を提出した。この3案が急に出てきた理由は、「社会保険庁のあり方に関する有識者会議」で社会保険庁解体構想が急速に進んできたことと関連があり、厚労省が突如として具体案を提示してきたものと思われる。したがって、厚労省が提案した3案の中から1つを選択しなければならないという必要性、必然性はまったくないと考えている。

政管健保の改革について、日医の基本的な考え方をまとめると以下のとおりになる。

まず、厚労省の3つの案はいずれも、「保険料」を都道府県別に個々の「保険料率」にすることを前提にした提案になっているが、日医としては国民皆保険制度の意義、つまり1億2千万人の国民を支えていくという意義からすれば、「保険料率」

は本来、全国同一であるべきだと考えている。そして保険料率の決定や財政をどう調整するか、あるいはおおもとの財源をどう確保するかにある。これは社会保障制度の基盤整備の問題なので、それについては国、直接は厚労省が責任を持つべきであると考えている。

一方、実務的な運営については、国の支配を排除して地域、都道府県に委ねる。そしておのおの地域特性を生かした運営ができるようにすべきである。

この問題については、ぜひ各都道府県医師会の考え方も示して欲しいと思う。すべてを都道府県に任せる制度にすべきであるとか、あるいは国が一括して責任を持つ制度にすべきだとか、各都道府県医師会のご意見を日医までお寄せいただきたい。都道府県医師会の考え方を参考に、医療保険部会等で日医としての主張をしていきたいと考えている。

個人質問

「看護職員の養成について」

代議員 長内 宏

平成12年に国は、看護職員は平成17年にはほぼ充足するとの需給見通しを立てました。しかし地方では、相変わらず看護職員の確保に大変苦労しているのが実情です。財政困難による養成所の閉鎖や、経済連携協定による外国人看護師の受け入れなど、最近の施策を見ると看護職員を養成するという責務を国は放棄しているといっても過言ではありません。

看護職員の養成は医療提供体制とも大きく関わり、国民の医療に対するニーズも多様化しているなか、医療現場とくに地方の中小医療機関では准看護師の果たす役割はまだまだ大きいものがあります。しかし、少子化の影響のみならず平成14年度からの新カリキュラムの実施によって、専任教員や実習病院の確保が困難になるなど、准看護師養成を取り巻く環境は一段と厳しさを増しています。

そこで、看護職員養成についての日本医師会の見解と中長期的展望をうかがいます。

1. 看護職員の養成について、国の立案や施策にどのように関わってきたのか。また、今後どのような提言をもって関わろうとしているのか。

2. 経済連携協定による外国人看護師の受け入れにあたって、厚生労働省あるいは経済産業省からどのような説明があり、どのように対処したのか。

3. 准看護師業務を今後どのように位置づけようと考えているのか。

4. 准看護師養成に反対する日本看護協会とは具体的な話し合いがあったのか。また、今後どのように交渉するつもりなのか。

◇青木重孝常任理事：この5年間で1学年定員としては看護職全体でいえば20%、准看護師だけみると30%が減少している。厚労省がなぜ看護職員の養成を放棄しているのか、その1番大きな原因は指摘の2000年に策定した需給見通しとその後の供給数にある。2002年において、需要数124万人に対して123万3,000人の就業者があるとしており、実に99.4%の充足率である。なぜこのような実態と乖離した数字になっているかを本会で調査した結果、供給数において、パート職をフルタイム1人とカウントしているところに大きな原因があることが分かった。

そしてこの指摘については、厚労省も認めているが、国は、看護職は十分充足しているとしているわけである。私どもとしては、看護職が不足しているという事実を数字ではっきり示すことが、国の方針を変更させることにつながり、また引いては准看護師養成の有用性を説くポイントになると考えている。

2005年には再び、2006年から5年間の需給見通しを立てる年度に当たる。今回は病院、有床診療所などで全数調査をするということを中央で決めた。それ以外にも検討すべき事項を細かく立てたつもりだ。今後は都道府県の検討会で地域の実情を踏まえた正確な算出をお願いしたいと考えている。

准看護師はわが国の医療提供体制にあって日常的、一般的な看護業務の面で必要欠くべからざる地位を占めるものと考え。特に日看協が専門看

護師、認定看護師など看護の専門性、高度化を追求している中で、地道な基礎的、日常的、言い換えれば患者さんに密着した看護という視点が大事であり、尊ばれなければならないと考える。准看護師にはそのような位置付けが必要であり、また求められているところであると考え。

私は昨年6月に行った実態調査をもとに、准看護養成制度の維持存続を主張するとともに、運営費補助金の増額を要請し、さらに学校の指定規則の緩和、入学定員を超える入学者の承認、教員養成講習会の増設、運営費補助金の早期支給などについて、大臣以下担当課への面会、文書要請を頻回に行ってきた。特に昨年11月、三位一体改革で准看護学校の補助金が地方へ税源移譲されようとした際に、武見、西島両議員の協力のもと、補助金額も増額はできなかったものの2004年度と同額としている。

今後准看護制度を守り、育てていくいくつかの方策は日本医師会内で、また医療関係者対策委員会で検討をしていく。ちなみに「三層構造」という言葉は准看護師が看護師になる道が残されている以上、正確な言葉で表現されているとは思わないので、私は一切、三層構造という言葉は使っていない。

日看協との話し合いは、とのお尋ねであるが、昨年6月、日看協の南会長が「自分の任期中に准看護養成停止の目途をつける」との発言があったことは、承知されていると思う。これに猛烈に抗議したその影響と思うが、現在私は会長に面会を申し入れても断られている。

申し添えるが、南会長の任期は本年5月までである。しかし、日看協の専務理事以下の方々とは幾度も会合を持ち、看護職の名称独占、EPAの問題、日本の今後の看護制度の在り方などについて話し合いを行っており、良好な関係に発展しつつあると認識している。EPAにおける外国人看護師受け入れについては、昨年4月より厚労省の担当課に逐次説明を受け、意見を申し上げ、12月から具体的な受け入れ組織である「国際医療福祉専門家受け入れ支援協議会」の立ち上げに直接関与してきた。

医師会として一番のポイントは、外国人医師の

受け入れをどうするかという問題である。韓国から医師の相互認証の要望が事務レベルであがったことがあったが、これには反対した。また、フィリピンとのEPAについては公表されたすべての事実は厚生労働省から事前に説明を受けており、協議もしている。つまり、受け入れはステップバイステップで行うこと、相互認証は行わないこと、日本語による日本の国家試験に合格すること、ちなみに日本語によるという言葉は厚労省はうなずきはするが、表立った公文書にはしていない。受け入れ組織を一本化し、それ以外のルートやルールを認めないこと、などである。

「改正薬事法の全面施行について」

代議員 山 英昭

昨年改正された薬事法が今年4月から全面施行されます。医療用医薬品の分類が、これまでの「要指示医薬品」と「要指示医薬品以外」から、「処方せん医薬品」と「処方せん医薬品以外（通称：非処方せん薬）」に変更されることとなります。

「処方せん医薬品」には、従来の「要指示医薬品」700成分に加え、多くの「要指示医薬品以外」の医薬品も移行します。従来の「要指示医薬品」が、昨年9月の薬事・食品衛生審議会薬事分科会で了承された3基準に基づいて選定され「処方せん医薬品」として拡大された結果、安全性が高まったという見方ができますが、問題は「通称非処方せん薬」の取り扱いです。

「非処方せん薬」には、年間の診療報酬請求額が900億円に相当する漢方薬、パップ剤、ビタミン剤のほか抗ヒスタミン剤や一部の抗高脂血症剤などが含まれています。

非処方せん薬は、今後も薬価収載が継続され、医師が処方すれば従来と同じく保険給付されるとしていますが、薬事法上は処方せんがなくても自費での購入が可能となります。

厚生労働省は、この非処方せん薬についても、処方せんがなければ販売しないようにとの行政指導を行うとしていますが、違反したものは、厳しい罰則規定がある処方せん医薬品とは違い、非処方せん薬には罰則規定がありません。

「非処方せん薬」の全額自費での購入に医療機関を受診せずに済むという利便性を重ね合わせて考えてみると、患者の立場なら、「再診料＋3割負担」の自己負担額を負わされるより、処方せんなしで薬品を購入するほうへ流れていくのが自然ではないでしょうか。医療界には、非処方せん薬を処方せんなしで購入する例は、全額自費での購入になるので、心配するほど増えないという楽観論があります。しかし、安価な薬やパップ剤なら、患者はむしろ、再診せずにまっすぐ薬局に向かうと考える方が自然ではないでしょうか。

今後、非処方せん薬の取り扱いについて安全性の確保という観点からも、処方せんなしでは販売しないようにとの、強力な行政指導を求めてゆくべきであると考えています。

日本医師会は、今年の医療用医薬品の再分類と通称非処方せん薬の取り扱いについてどのように考えているのか。将来の保険給付外しの口実になるとは考えていないのか、見解と今後の対応をお聞かせいただきたい。

◇田島常任理事：4月1日から指示医薬品をなくして処方せん医薬品のみにして、施行されることは、承知のとおりである。2004年9月30日、薬事・食品衛生審議会薬事分科会の了承を得て、指定基準を定めさせていただいた。

しかし、処方せん医薬品の指定は、厚労省が個別に行うことになっており、2005年2月10日に告示された経緯がある。この告示により、従来の要指示薬よりも処方せん医薬品は、範囲が広がって数が2倍程度増えており、要指示薬は全て網羅されている。このような事実から考えると、医療用医薬品のうち、処方せん医薬品以外の医薬品は少なくなっているとは言える。

要指示薬制度から処方せん医薬品制度になって初めて、処方せんがなくても買えることになったのではなく、薬事法上の構造は改正前と改正後で、基本的には変更はない。今回の改正により、非処方せん薬医薬品に関しては、その範囲が狭まったと理解している。

薬事法第49条の違反には、新たに罰則が付されている。その関係も考慮する必要はあるが、これ

からも、医療用医薬品、それから処方せん医薬品の範囲をできるだけイコールにするように努力しなければならないと考えている。また、処方せん医薬品以外の医療用医薬品の販売についても、医療用医薬品の趣旨から、患者の安全を確保するというためにも、厚労省に処方せんがなければ販売しないように指導するよう通知を出すように、すでに要請している。

財政制度等審議会の建議にも「医薬品等に係る保険適用の見直し」がある。代議員の指摘のとおり、将来の保険給付外しの口実にならないように十分に注意していく所存である。

また、この件に関しては、大変重要な問題であると認識しており、薬剤師会とも密接に情報交換をしながら、慎重な監視を継続していくつもりでいる。

なお、お願いではあるが、会員の先生方にも今後このような事案に関し、何か気付いた点があれば、逐次、郡市区医師会または都道府県医師会を通じ、当方へ連絡いただきたいと思う。そのシステムとしてEメール配信サービスである「日医白クマ通信」も開設している。是非、情報をいただき、具体例を教示いただくことも重要と考えている。具体例を持っていれば、さらに強力に行政へ申し入れすることも可能となり、場合によっては直接または間接的に国民への広報による世論の喚起も可能と考えている。

代議員会出席記

「第112回日本医師会定例代議員会 印象記」

代議員 番場 敏行

桜前線の北上する中、第112回日本医師会定例代議員会が3月27日午前より開催された。

昨年4月に植松新執行部が発足し、8月の臨時代議員会を経て16年度1年間の成果が評価される代議員会であった。

会議は定刻どおり開会宣言され、植松会長の挨拶で始まった。

昨年10月、国民医療推進協議会を中心に国民運動を展開し660万余の署名を得て、混合診療全面解禁阻止を実現させたこと、政府の規制改革・民間解放推進会議が3月に発表した追加答申に盛り込まれる項目「医師免許更新制度導入の検討」に素早く対応し削除させたこと等強調し、来年予定される診療報酬と介護報酬の同時改定にこの1年が非常に重要であるとの認識を示した。

会務報告の後、議事に入り、第1号から第6号の議案上程後、質問に移った。

東北ブロックを除く7ブロックからの代表質問があり、北海道ブロックは6番目に上埜代議員が「政管健保の都道府県単位化について」の質問を行った。これに対し櫻井副会長は、有識者会議が急遽提出したA・B・Cの3案に対し、日医として特に意見表明はなく、日医としては、国民皆保険の意義からして、全国同一であるべきとの見解を述べた。これに関し、日医はもっと意見を述べるべきであるとの関連質問が多く出され、日医の認識の無さが伺われた。

他ブロックの代表質問の中で目立ったものは、関東ブロックからの「医療材料・薬品の適正化について」には、早急に中医協で対応し、日医総研より6月に調査結果を出すとの答弁があった。

九州ブロックからの「社会保障・医療制度改革についての日医の基本構想を問う」に対し、植松会長は、社会保障制度を堅持し、国民皆保険制度を守ることを中心におき、執行部が選挙で代われれば基本理念や政策遂行の理念が変わるのは当然と述べた。これに対し、関連質問が相次ぎデータに基づく政策の執行と国民を納得させる理念が必要との意見が多かった。

午後1時20分から個人質問で会議が再開された。

各ブロックより14の個人質問があり、北海道ブロックでは、初めに長内代議員が「看護職員の養成について」として、古くて新しい問題として提起した。

青木常任理事が、准看護師はこの5年間で30%減少し、養成も1学年定員が減少している。看護職の需給率については、平成18年に調査すること、EPAにおける外国人看護師の受け入れについては、フィリピンと厚労省でstep by stepで進められている。日本語による国家試験を考え、受け入れも一本化するように求めている。日看協とは良好な関係にあると答弁した。

いずれにしても、カリキュラムの変更で養成に係る時間と費用が医師会立学校運営に大きな影を落としていることは、大きな問題である。

ついで山代議員が「改正薬事法の全面施行について」の質問を行った。「非処方箋薬」に漢方薬、パップ剤、ビタミン剤のほか抗ヒスタミン剤や一部の抗高脂血症剤が含まれていることを問題視した質問であったが、これに対し田島常任理事は、非処方箋薬に関しては、患者の安全性の確保を要請し、保険外しにならないよう、会員からの具体的な情報を提起し世論の喚起を促すとのことであった。

関連質問では、保険外しが混合診療に繋がらないよう指摘された。

その他日医総研についての関連質問では、機能低下、執行部の締め付けの有無等が問われたが、20名体制で効率の良い研究をしていくよう指導しているとのことであった。

代表質問、個人質問について特に厳しいやりとりはなく、来年の診療報酬改定、介護報酬改定や消費税の問題など重要な課題が山積するなか、厳しい現実に対処するには、のんびりとした代議員会であったと感じたのは小生だけだったのだろうか。役員、事務職員の方々ご苦勞様でした。