

報

告

第111回日本医師会臨時代議員会 —平成16年度事業計画見直しなど補正予算案を承認—

第111回日本医師会臨時代議員会が、去る8月29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佐野・長瀬・赤倉・上埜・河西・山・斎藤・増田・長内・森末・田中・中川(予)・藤井(予)各代議員が出席した。



開会に先立ち、7月の第20回参議院議員通常選挙で初当選を果たした西島英利先生より支援協力に対し、お礼が述べられた。

9時32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宝住代議員(栃木県)、岡代議員(和歌山県)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所信表明(別掲)が行われ、終了後、河西代議員から下意上達のためには、日医代議員会は郡市区医師会、都道府県医師会代議員会が先行して開催されるべきで、そのように日程を組んでいるところが多いにもかかわらず、あえて日程を繰り上げてまで実施した理由について質問した。これに対し、植松会長は新執行部の会務運営姿勢をできるだけ早急に示す必要があったためと回答した。

引き続き、補欠選挙(常任理事)が行われ、内藤議長は定数1名に対し、候補者は伯井俊明氏(大阪府)1名であったため、投票を行わず当選者とするを報告した。

櫻井副会長より、本年4月以降の会務執行状況の全般にわたり報告が行われ、終了後、休憩に入り議事運営委員会が開催された。再開後に議長から伯井常任理事を紹介し、議案審議に入った。

第1号議案 平成16年度日本医師会事業計画変更

の件

第2号議案 平成16年度日本医師会予算補正の件

第3号議案 平成16年度日医総研事業特別会計予算補正の件

第4号議案 平成15年度日本医師会決算の件

第5号議案 平成15年度医賠責事業特別会計決算の件

第6号議案 平成15年度日医総研事業特別会計決算の件

第7号議案 平成15年度治験促進センター事業特別会計決算の件

第8号議案 日本医師会会費賦課徴収の件

第9号議案 日本医師会役員功労金支給の件

議長は、第1号議案から第3号議案まで一括上程し、櫻井副会長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、第8号議案については、三上常任理事より提案理由を説明後、同じく予算委員会に付託することを議場に諮り了承された。議長は、予算委員会委員25名(当会から赤倉代議員)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4号議案から第7号議案まで一括上程し、櫻井副会長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、決算委員会委員15名(当会から山代議員)を指名し、その後別室にて決算委員会が開催された。第9号議案については、三上常任理事から提案説明が行われ、議場に諮り可決決定した。

議長より、議事運営委員会の決定事項及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「日医総研・シンクタンクに対する新執行部の評価と位置づけについて」の代表質問を行った。(別掲)

今回の質問は、日医の執行体制のあり方、日医

総研に関するものが多数を占め、そのほか保険診療一般等の質問があった。

12時32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、議事進行を有山副議長に交代し、個人質問では、北海道ブロックからは上埜代議員が「医療提供体制における療養病床のあり方について」質問を行った。(別掲)

個人質問終了後、予算委員会委員長及び決算委員会委員長の結果報告を受け、承認された。

16時02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、植松日医会長所信表明、中川代議員の代表質問及び上埜代議員の個人質問、河西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。

会長所信表明

本日は台風の中、またご多忙の中出席をいただいたことを厚くお礼申し上げます。本年は例年になく台風が多く、また集中豪雨もあり、新潟県、福井県をはじめ、各地で洪水による被害があるなど被害を受けられた各県に対してお見舞いを申し上げます。

先ほど西島英利参議院議員からあいさつがあったが、7月11日の参議院議員選挙では、非常に厳しい政治状況の中で、先生方の絶大なご支援をいただき、無事に当選をさせていただいたことに、厚く御礼を申し上げます。これによって医師会の発言力も、やや重みを増したということがあるし、そのような話も聞こえてくる。

本日の第111回臨時時代議員会は、本年4月に選挙が行われたことに伴い、予算並びに事業計画の補正を行いたいということもあり、本来10月に開かれる決算代議員会を前倒しし、補正に関してのもの、決算代議員会を同時に開くことにしたので、了承賜りたい。また西島常任理事の参議院当選による常任理事辞任を受けての補欠選挙も行う。

提出議題は第1号議案から第9号議案までである

が、第1号～第3号議案までは、補正予算に関係するものであって、第4号～第9号議案は従来からの決算代議員会に提出している議題である。十分にご審議いただき、お認めいただければ、非常に幸せである。

医療を取り巻く環境については、いつも厳しいと申し上げながら、さらに厳しい状態が続いている。財政主導、市場経済原理を医療にも導入しようという基本姿勢の下に公的医療保険の守備範囲の見直しと民間保険の拡大という流れ、また混合診療、株式会社の医療への参入という声がだんだんと強くなってきている。これはひとえに医療を成長産業ととらえながら、医療を経済の発展並びに活性化の起爆剤とし、さらに雇用の促進をというような経済界の思惑が政府に反映してのものではないかと思う。総合規制改革会議は規制改革・民間開放推進会議と名を変えたが、これも官製市場の民間開放による民主導の経済社会の実施ということで、8月3日に混合診療、公私医療保険の関連の問題について、株式会社の導入も含んでの提言がなされたところであり、今後この厳しい状況は続くのではないかと危惧している。これについて、私どもは最初から申し上げているように、国民のための皆保険制度並びに社会保障制度の堅持を柱として今後も行動していきたいと考えているので、代議員の先生方にも十分にご理解をいただくと同時に、ご支援を賜りたい。

予算関連では、すでにご存じのように来年度の自然増に対して2,200億円の縮減を求められている。これをどのような形で行うかについては、年末にかけて政治の場の問題となるが、日本医師会としては、この縮減そのものが不当であるとの申し入れはすでに行っている。これに加えて最近、三位一体の改革ということで国の補助金を地方への税源移譲という形で行いたいという方針を受けて、知事会その他が考えを発表した。

これについては内容的な問題を考えて、これから医療提供体制あるいは皆保険制度、福祉などいろいろな面で大きな後退が起り、あるいは各地域での格差が大きくなることを懸念している。先日、自民党の厚生労働部会で反対の決議がなされたが、日本医師会としても中身を十分に検討しな

がら独自の考え方を提示し、国民医療、あるいは保健、福祉が後退しないような施策を提言し、その実現のために努力をしていきたい。

そのような中で医師会の活動をどのように政治に反映するかという問題は、現在の小泉内閣の下において、いろいろな政治的な方策を見るときに、従来から行っていたようなロビー活動あるいは、各国議員を通じての活動というものの限界を先生方が感じているように思う。今後、医師会の方法としては、やはり国民とともに改革を進めるという形であって、国民運動あるいは、市民運動として皆保険制度を守り、社会保障を守るといような形の運動をする必要がある。そのためには住民とともに行動ができるような関係あるいは、我々に対する信頼を得るためにも、各地域医師会が地域医療活動あるいは地域保健活動に十分に努力しながら、住民とともに住民の目線に立って地域医療活動を展開することが重要ではないか。

会内の問題については、4月2日の所信表明で申し上げたように、第1に医療の安全を中心に置きながら、医師会のなかにおいては、自浄作用というものを大事にしたい。またリピーターに対する医師会の態度というものも必要であり、これも国民から見えるような医師会の行動、態度を示せという声に応えるべく、委員会その他でのご議論をいただきながら方策を決定していきたい。ただ、これらの中心には、倫理問題も含むが、会員への生涯教育についてさらなる推進が求められるものと考えている。

日医総研の問題については、多々意見をいただいているが、シンクタンクとしてその充実に励みたいと思っている。補正予算あるいは、事業計画変更の中で、特に申し上げておきたいのは、日医総研の問題もあるが、最近の調査によれば、2割負担、3割負担という負担増に伴って受診抑制が起こっていることである。その中でも特に糖尿病は自覚症状がないゆえに、受診抑制が多いことである。糖尿病が将来、他の疾患を起こす大きな原因であることも考え、日本医師会としてもこれの啓発並びに予防活動のために予算を割き、この対応を考えたい。多くの問題点を抱えながらの医師

会運営である。4月に発足以来、一生懸命やったつもりであるが、これについてのいろいろな議論も含めながら今日は十分なるご審議をいただけたらと思っている。

代 表 質 問

「日医総研・シンクタンクに対する新執行部の評価と位置づけについて」

中川 俊男代議員：日本医師会は、わが国の全ての医師、医療機関を代表する伝統と誇りある学術団体であります。その重要な役割として、日本の医療を守るいわば「守護神」として国民に理解され支持されることが求められてきました。

戦後、日本医師会はわが国の医療政策を決定する過程において、厚生労働省の政策案を政治的に水面下で調整するという手法でその場を凌ぎ乗り切ってきました。しかし、その経過は、国民だけでなく医師会員にとっても不透明で不信感を増幅する結果となっていました。

一方、前坪井執行部が誕生し、独自の政策立案能力を持ち、厚生労働省案と対峙する形で、国民に独自の政策案を提示し理解と支持を求めるとい手法に転じたことで、日本医師会の透明性は飛躍的に高まりました。この原動力は、わが国初の医療系シンクタンクである日医総研の設立とその充実によるものであることは、多くの日本医師会員によって認められ高く評価されてきました。

マイナス5%もの「引き下げ」という逆風下の平成16年度診療報酬改定においては、日医総研のデータ収集分析能力と事務局保険医療課の一条乱れぬ連携が、「本体土ゼロ」という大きな成果をもたらしたことは歴史的な事実であります。

しかし、4月の植松執行部発足以降の日医総研に対する処遇については、シンクタンクという組織や機能についての認識や理解が甚だ不十分ではないかという疑念が沸いてきます。唐突な幹部の出向打ち切り、日医ニュースでの根拠なきORCAプロジェクトに関する中傷じみた批判と揺れ動く理事者の発言などです。これらのことから、次の項目について、植松会長の所信を伺います。

第一に、シンクタンクというものについて、どのようにお考えなのでしょうか。シンクタンク

は、あらゆる分野における異質の頭脳を組織的に結集し、研究開発・調査・分析に専念することによって生み出されたデータや手法を提供する機能を持つものです。

もちろん母体組織の意向を汲みながら研究調査を行うこともあるでしょうが、シンクタンクとして独自の創造性や先見性に基づくデータを出すことが生命線ではないでしょうか。そこから、取捨選択という作業を経て、はじめて対外的にも説得力・エビデンスのある日本医師会独自の政策を立案することが可能になると思います。最近の執行部の言動は、シンクタンクとしての日医総研を単なる執行部の御用聞き的な調査機関と考えているように思えてなりません。

第二に、これまでの日医総研の業績をどのように評価しているのでしょうか。現在の高齢者医療制度創設の議論を例に挙げても、その中心は日医総研のデータに基づいて発表された「医療構造改革構想、グランドデザイン」であります。

執行部が新しくなり、組織を変革することは当然です。しかし、そこには変えるべき部分と評価し変えてはならない部分の峻別が大前提ではないでしょうか。このことがなければ、あとに残るのは「破壊」のみです。

第三に、今後、日医総研をどのように処遇するお考えなのでしょうか。新執行部の日医総研研究員に対する処遇は極めて不透明で不穏当です。シンクタンクの重要性を認識した上でのものとは到底思えません。本代議員の皆様のご意見をも十分に聞いた上で、また透明性と説明責任を果たした上での処遇を強く望みます。

前執行部の批判で相対的な評価を得ようとしてしまうと誤解されそうな理事者の言動は、輝かしい歴史と伝統を持ち、国民に医療の聖地としての拠り所と慕われるべき日本医師会には到底馴染みません。

最後になりましたが、北海道医師会は、これまでの経緯は別にして、日本医師会発展のために植松執行部に全面的に協力するつもりであります。日本医師会が激動の今を乗り切る機能と体制を早急に整えることを強く希望して代表質問を終わります。

植松会長：日医総研についての現執行部の考え方、対応についての痛烈な批判に関して、相当な誤解があるのではなかろうかと思っている。前執行部の批判をしないということは先ほど申し上げたので、そのようなにならないように答えたい。そもそも日医総研発足の原点は、1992年10月の第87回日医臨時代議員会にさかのぼることになる。大阪府医師会の由利代議員が当時の村瀬日医会長に、日医独自のシンクタンクを早急に創設するよう提案したのが始まりで、私は大阪府医師会長で、近医連の代表として、日医に要望書としても提出した。当時の村瀬会長は、医療政策会議のメンバーの増員等で対応する方針であったが、その後の日医の政策に大きな進展が見られないことから、私どもとしては、引き続き要望を重ねた結果、坪井会長が決定して、日医総研が立ち上がった。このことを話したのは、私自身が日医総研の生みの親の立場にあり、日医総研があげてきた成果については評価し、さらなる発展を期待している。ただ、これまでの日医総研の運営の状況を精査したところ、高額な契約にもかかわらず、入札が行われず随意契約をしていたり、職員給与の決定や支出面で不適切などが見られたり、研究テーマの決定などが一部役職員のみでなされてきたというような状況が見られたので、一部人事異動を行った。その他の研究員については、従来どおりである。

日医総研を日医内部に置くか、外部に出すかの議論については、すでに2001年、日医総研のあり方検討会で、内部に置くことが決定しており、私もその方針に従って運営していく。

また、シンクタンクを考える時、日本総研、三菱総研、大和総研等たくさんのシンクタンクがあるが、これらのシンクタンクは3,000人以上のスタッフを擁している。日医総研は、事務職員を兼任している5人を含めて常勤25人であり、この規模から考えて研究テーマを重点化することで、より大きな成果が得られるのではないかと考えており、執行部の隷属部的な考えはない。

ORCAプロジェクトについても、他の質問もあり、後ほど担当から答えるが、常々申し上げているように、現執行部としても推進していくことに

間違いはない。ただ情報、資料を収集し、政策立案に資するためには、多くの会員が参加することが必要である。そのためにも使いやすいレセコンシステムを早急に確立し、それによって、会員の多くの参加を得て、ORCA本来の目的である事業が広く確実に展開できるように考えている。この辺りも誤解ないように理解をいただくとともに、私どもがこれからどのような対応するかということについて、見守っていただくと同時に、アドバイスをいただきたいと思っている。

個人質問

「医療提供体制における療養病床のあり方について」

上埜 光紀代議員：厚労省は、療養病床の機能分化について、長期にわたって継続的な医療を必要とする患者に対し、良質な療養環境が提供されるとともに、患者の社会復帰を目指した医療を提供する方向を目指すこととしていた。

しかし、最近、厚労省は慢性期医療を担う療養病床については、「特定の病態にある患者」を除き、原則介護保険制度でみとの意向を示唆し、療養病床の介護保険への追いやりを図ろうとしているが、これは、先の厚労省の方針にも反し、患者から医療を遠ざけるものである。

また、これらが実施された場合、医療保険の負担は軽くなるが、介護保険の財源は大変厳しくなる。これは、日医が時期尚早としている介護保険と障害者支援費制度との統合と同様に、被保険者の範囲拡大への口実とされ、国民に一層の負担を強いるものである。

さらに、もう一つの問題点としては、介護保険は横だし上乘せが可能な制度であり、さらに営利企業の参入が許されている。療養病床の大部分を介護保険に移すということは、現在、日医を先頭に我々が反対している混合診療及び株式会社の病院経営解禁への突破口となりかねない。

また、同様の懸念から、日医が提唱している後期高齢者保険における介護と老人を併合する案についても危険性が指摘されている。

次回の診療報酬改定が介護報酬改定とも重なることから、厚労省は、医療保険と介護保険の双方の枠組みの見直しを含め、大掛かりな改革を行お

うとしているが、我々は、それが医療の範囲を縮小し、国民をますます医療から遠ざけるような改革にならないかと大変危惧している。

現在、厚労省は医療費抑制を意図する病床数の削減や平均在院日数を減らすことに躍起になっているが、長期療養を要する患者への良質な療養環境と社会復帰を目指した医療を提供することは、極めて重要であると考えている。医療提供体制における療養病床のあり方について、日医執行部の考えをお伺いしたい。

もう一点、日医が提唱する後期高齢者保険制度と介護保険制度の併合については、現日医執行部はどう考えているのか、お伺いしたい。

青木常任理事：厚労省の担当課長の発言は本人の転勤が決まっていたり、他の関係者が誰も発言していないことなどから信憑性には疑問はあるが、療養病床を原則介護保険で賄うという発言は、これまでの方針や原則に反しており、容認することはできない。療養病床を考える上で最も大切なことは、医療が十分保障された療養病床が患者さんにとって確保されることである。つまり、慢性期にあって入院加療が必要と考えられる時、要介護認定結果に基づく入院ではなく、医師の診断と患者さんの同意によって入院加療ができなければ我が国の医療保険の大きな利点を失うことになる。その観点からも、医療保険制度による療養病床の医療型は必要である。2003年3月28日に閣議決定した「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について」で、高齢者について「医療給付と介護給付が適切かつ効率的に提供されるようにする」と政府も示している。

後期高齢者医療保険制度と介護保険制度の併合については、基本的には医療を提供する制度と介護を提供する制度の併合は、理念が異なり容認することはできない。また現物給付である医療保険制度と現金給付の性格を強く持つ介護保険制度では制度設計が異なり、併合は理論上できないと考えている。いずれにしても「急性期にあっては慢性期にあっては十分な医療が保障される制度」であることが基本であり、そのように考えて行動する。

代議員会出席記

「第111回日本医師会 臨時代議員会に出席して」

代議員 河西 紀夫

去る8月29日日本医師会館において代議員会が開催された。これに先立って赤坂プリンスホテルで、北海道ブロックの代議員懇談会が開かれた。代議員会では中川道医常任理事が代表質問、上埜札幌医会長が個人質問、私がフロアから質問することになった。

今回の代議員会は、植松会長が4月の所信表明演説で坪井前執行部が作成した今期の事業計画や予算を修正すると述べたことにより開催された。代議員会に先立ち、7月の参議院議員選挙で比例区で初当選した西島議員がご挨拶し、医療は三位一体の改革で非常に厳しい方向へ向かおうとしているが、年末の予算編成に向けて全身全霊をあげて闘っていくと述べ、参議院議員としての硬い決意を表明した。医療に深い理解をもつ武見参議院議員とタッグを組んで頑張っていたらいい、と思ったのは私だけではないだろう。

その後、植松会長は挨拶で、医療環境はさらに厳しい状況にあり、財政主導、市場経済原理を医療にも導入しようという姿勢で、公的医療保険の守備範囲の見直しと民間保険の拡大という流れ、さらに、混合診療の導入、株式会社での医療への参入という声が増しに強くなってきている。また、予算関係では、来年度の自然増に対し、2,200億円の縮減をせまられているが、政治の問題ではあるが、日医としてはこの縮減そのものが不当であると申し入れを行っている。さらに、最近では、三位一体の改革で国の補助金を地方へ税源移譲として行う考えであるが、これに対し先日、厚生労働委員会で反対の決議をしたが日医としても十分検討し、独自の考え方を提示して国民の医療、保健、福祉が後退しないような施策を提言し、その実現に努力したいと述べた。

会長挨拶の後に、私がフロアから本日の代議員会の開催日程について質問をした。下意上達のためには、郡市区医師会、都道府県医師会の代議員会の開催後に日医の代議員会を開催すべきである。植松会長は4月の所信表明演説で日医の運営は会員の意見を踏まえ、透明性と意思決定過程を明確にし、会員に十分理解していただけるような、ガラス張りの運営を強調したにもかかわらず、日程を繰り上げて開催したことに問題提起をした。これに対し植松会長は、例年10月の臨時代議員会を繰り上げたことは、新執行部の会務運営の姿勢を早く示す必要があるからと述べた。私の発言したことに対する回答にはなっていなかった。

続いて、参議院議員選挙当選に伴い辞任した西島常任理事の後任選挙が行われ、無投票で大阪府医師会の伯井副会長が選出された。この後、16年度事業計画の変更、予算補正、日医総研事業特別会計予算補正、15年度各種決算などが提案され可決された。

今回の代議員会の質問は、代表質問8件、個人質問16件が行なわれた。台風の影響で質問の順番が少し変更になったが大して混乱はおこらなかった。また、質問の内容は迫力のあるものは少なく淋しい限りであった。その中で我が陣営の質問は厳しい質問で迫力があつた。まず中川代議員が代表質問にたち、日医総研・シンクタンクに対する新執行部の評価と位置付けについて執行部を質した。これに対し植松会長は、日医総研をめぐる、新執行部の考え方や対応に各医師会から批判が出ていることは認識しているが、批判には誤解があると釈明した。日医総研の創設を提案したのは近畿医師会連合で、私自身生みの親的立場である。また、日医総研のこれまでの成果に対しては一定の評価をしているが、一方で、契約行為や職員給与の面などで不透明な支出、一部の役職員のみで研究テーマを決めるなど運営面での問題があつた。今後、日医総研が行う研究テーマの選定に当たっては研究テーマを重点化することによって大きな成果が得られると述べ、事業規模に合った運営に変更する方針を示した。また、ORCAプロジェクトについては、医療のIT化を促進する考え

から使いやすいレセコンを確立するとし、今後更に推進していくと明言した。また、一般質問では上埜代議員が、医療提供体制における療養病床のあり方についてと、日医が提唱する後期高齢者保険制度と介護保険制度の併合について質問した。これに対し青木常任理事は、要介護認定とは関係なく医療保険のもとで医師の診断と患者の同意により、医療が必要であれば入院医療が行われることが大切で、医療型療養病床は今後も必要であるとの見解を示した。また、厚労省の前課長が医療型療養病床を、特定の病態にある患者を除き原則介護保険で診ることが望ましいと発言したことに対しては、発言時には他省庁に異動が決まっていたことや、他の厚労省幹部が同様の発言をしていないことから、この発言内容の信憑性に疑問があ

ることを強調した。さらに、後期高齢者医療制度と介護保険制度の併合については、現物給付の医療保険と現金給付の性格を強くもつ介護保険はその理念、設計が異なるとし理論上併合は出来ないと述べた。しかし、これらのことに対する青木常任理事を含め日医執行部の認識が大変甘いのではと思った。しかし、医師会はいま一番大事な時期である。日医執行部を批判してばかりでは大変な事態になりかねない。執行部に協力してよりよい医療制度を構築していかなければならない。最後に代議員の控え室のことであるが、今回の部屋の広さは今までに比べて四分の一、窓は一つもなかった。これが日医の会長選挙の影響でなければよいのだが。

お知らせ

北海道医報投稿にあたって（お願い）

◇情報広報部◇

北海道医師会では、会員の皆様からの原稿を募集しております。下記の要領をご留意のうえ、ご投稿くださいますようお願い申し上げます。

1. 原稿の縮切

毎月1日発行：前月15日

2. 原稿の体裁と字数制限

- (1) 原則として横書きといたします。
- (2) 引用文以外は、すべて当用漢字、現代かなづかいを使用してください。
- (3) 誤字、脱字等は情報広報部において訂正いたします。
- (4) 1回の掲載紙面は、原則として2頁を限度とします。

医報1頁は医報用原稿用紙（22字×11行）6枚、または市販原稿用紙（20字×20行）で約3枚半です。パソコン等を利用の場合は、1行の文字数を22字で設定してください。医報1頁は

60行となります。

また、長文原稿および連載物は、情報広報部にて採否決定の上で分割掲載、掲載号等を決めさせていただきます。

- (5) できるだけメールまたはフロッピーディスクでお寄せください。

3. 原稿の採否決定

内容が掲載に支障があると判断した場合は、執筆者に訂正を求めるか、または掲載をお断りすることがあります。

4. ホームページへの掲載

特にお申し出のないかぎりホームページに掲載されますので、予めご了承ください。

連絡先：北海道医師会事業第二課

TEL011-231-1725 FAX011-252-3233

E-mail：ihou@office.hokkaido.med.or.jp