

# 報告

## 第108回日本医師会定例代議員会 －医療特区構想に関し緊急決議－

第108回日本医師会定例代議員会が、去る3月30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・佐野・赤倉・上埜・高橋・長内・金井・斎藤・官尾・島田・増田・番場・中川(予)・河西(予)・小玉(予)各代議員が出席した。



定刻9時30分、関原議長より開会宣言が行われ、代議員定数338名に対し、332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名として中嶋寛代議員(三重県)、粟津俊彦代議員(長崎県)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。次いで坪井会長からの所信表明(別掲)の後、糸氏副会長より、会務執行状況の全般にわたり報告が行われた。その後、第1号議案 平成14年度日本医師会会費減免申請の件、第7号議案 禁煙推進に関する日本医師会宣言(禁煙日医宣言)「別掲」の件について、糸氏・石川各副会長からそれぞれ提案理由説明後、質疑が行われ、可決決定した。なお、第8号議案 イラク戦争の即時終結を求める決議(案)「別掲」の件については、一部文言を修正したのち、再度説明後、可決決定した。

また、第2号議案 平成15年度日本医師会事業計画の件、第3号議案 平成15年度日本医師会予算の件、第4号議案 平成15年度日医賠償事業特別会計予算の件、第5号議案 平成15年度日医総研事業特別会計予算の件、第6号議案 日本医師会会費賦課徴収の件については、糸氏・石川各副会長から一括提案理由を説明後、予算委員会に付託されることが了承された。その後、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、午後から別室にて開催することを報告した。



坪井会長の所信表明

議長は議事運営委員会の決定事項及び日程等を説明し、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。なお、北海道ブロックとして、中川代議員が「日医の組織力強化について」代表質問を行った。(別掲)

今回の代表・個人質問とも、医療制度改革や情報・広報のあり方、執行体制の責任問題などが活発に発言・答弁された。

12時40分、代表質問を一時中断し、別室にて議事運営委員会が開催された。

13時30分、議事進行を石川副議長に交代し、代表質問が再開され、引き続き個人質問が行われた。

個人質問では、北海道ブロックからは斎藤代議員が「日本医師会構造改革について－会員資格の一元化を望む－」について、また、上埜代議員が「一般病床と療養病床の病床区分について」の質問を行った。(別掲)

個人質問の途中、215番 辻政義代議員(福岡県)から、医療特区構想に断固反対であることを日本医師会代議員会として小泉首相に猛省を促す決議案(別掲)の採決の緊急動議が提出された。

2名以上の同意が得られたため議案として承認され、個人質問を一時中断し、議事運営委員会を開催した。その後採決を行ったところ、賛成多数により可決決定した。また、凌俊朗委員長から予算委員会報告が行われ、賛成多数により可決決定した。

17時04分、坪井会長より挨拶が行われ、予定時刻を1時間超過し閉会した。引き続き、第61回定例総会が行われ、全日程を終了した。



以下、本稿では、坪井日医会長所信表明、中川代議員の代表質問及び斎藤・上笠各代議員の個人質問、斎藤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、第108回日本医師会定例代議員会及び第61回日本医師会定例総会の開催をお願いいたしましたところ、お忙しい中を早朝からご参集いただき、厚く御礼申し上げます。

本日も審議をお願いいたします案件は、既にご案内申し上げますとおり、第1号議案の「平成14年度日本医師会会費減免申請の件」から第6号議案の「日本医師会会費賦課徴収の件」、さらに第7号議案として「禁煙推進に関する日本医師会宣言（禁煙日医宣言）の件」と、緊急提案いたしました第8号議案「イラク戦争の即時終結を求める決議の件」の8つの議案でございます。慎重なるご審議のうえ、ご承認賜りますようお願い申し上げます。

代議員会の開催にあたり、会務執行に関して所信を述べさせていただきます。

### はじめに

前回の代議員会において代議員諸先生からいただいた数多くの示唆に富むご提言をいただきましたが、それを踏まえ、日本医師会の会務執行の土台とすべき「3つの柱」を立て会務を行ってまいりました。

その一つは、会長として地域医療の実態を十分に把握し、全会員が情報を共有できる体制を構築

すること、二つ目は、会内会外ともに積極的な広報活動を展開し、とくに会外的には攻めの広報を実行していくこと、三つ目は、医師会の自浄作用活性化の促進を図るということでもあります。

まず、早速、地域重視型の医師会活動を実践するために、全国各地において、各医師会ブロックとの「意見交換会」を実施させていただきましたが、相互理解を深めるという面で、たいへん大きな成果があったと思います。この件に関しては質問もいただいているようですので、詳細は質問に譲りますが、平成15年度も是非継続させていただきたいと思っております。

攻めの広報につきましては、今年の1月に日本医師会プレスネットワーク（JPN）を立ち上げ、各地域医師会、地方のメディア、国会議員の先生方等に積極的に情報を提供し、それらの方々を經由して、さらに広く国民に情報が浸透するというシステムを稼働させました。この4月から時事通信の記事も配信可能となり、パワーアップして本稼働いたしますので、多角的にご活用いただきたいと思っております。

自浄作用の活性化につきましては、自浄作用活性化委員会を設置し、医師会としての自浄作用のあるべき方向についてご検討いただきました。その内容は、会員の意識の啓発に努めるとともに、除名や制裁等が必要と判断された場合は、当委員会が裁定委員会に進言すること、また、マスコミ等の誤った報道に対しては真偽のほどを当委員会が十分調査したうえで積極的に対応していくべき等の答申をいただきました。今後、この答申に沿って、具体的に実行していく所存でございます。

### 財務省との対決

さて、戦争の話聞くたびに、世界唯一の原爆被爆国である日本の多くの国民は、持っていき場のないいらだたしさを感じていると思います。日医は、あらゆる武力攻撃に反対する姿勢を明確にしておりますが、わが国を指導する立場の方々も、敗戦体験を持つ日本国民の心のひだを感じ取って行動すべきです。

小泉政治のスタイルは、あらゆる面で「アメリカンイデオロギー感染症」に侵されており、決定

にあたっては、自民党の意思よりアメリカの意向を、日本の専門家よりアメリカナイズされた学者や営利業者を優先する傾向を持っています。

ところが、小泉政権も一皮むくと財務省包囲網の中に埋没しているのが実態で、小泉政権の中枢を司る経済財政諮問会議や総合規制改革会議のメンバーは、財務省の息のかかった、人の命よりも財政を最優先させる学者や民間人のみが起用されています。

欧米各国がアメリカ国債の保有を減らしているのに、日本だけはアメリカ国債をこの2年間で約500億ドル、6兆円も増やしています。その結果、日本のアメリカ国債の保有高は、3,600億ドル、43兆円。これは、わが国の一年間のすべての税収と同じくらいの大きさです。

また、日本国を持参金つきで外資に売り渡すことに余念がないと言われても仕方がない現実もあります。例えば、長銀はリップウッドというアメリカの投資会社に3兆円以上の持参金つきで売り渡され、今度はあおぞら銀行がサーバランスに売り渡されます。そもそもこれらの売り渡し先は、ユニバーサルバンクですらありません。定見のないアメリカ追従の政策が、財政一本やりの聖域なき改革の流れをつくってきています。

このような中での日本医師会のこの2年間の闘いは、小泉政権にとりついた財務省を中心とする官僚システムとの闘いであったと総括することができます。

財務省の目的は、他の省庁と同じく、天下り先を拡大し、自らを太らせることにあります。国費による資本注入を使った銀行国有化策が本気で検討されたり、特殊法人等の独立行政法人化が進められようとしています。これによって生まれる国立銀行や国策銀行は、当然財務省OBの天下り先となるわけです。

### 財務省の管理医療から国民を守るために

それにしても、これらのことをやるにはお金がかかるはずですが、この不況下で税収は増えませんが、お金の調達は簡単ではありません。そこで目をつけられたのが、社会保障費です。社会保障費は、日本の予算の中では、国債費や地方交付

税交付金に次いで多額な支出項目です。国債費や地方への交付金は減らせませんから、そこで財務官僚が、その次に多い社会保障費を圧縮して、費用を捻出しようと考えても、何の不思議もありません。

ここで気をつけなければいけないのは、社会保障費の中でますます減らされようとしているのは、国民への給付費だということです。既に官僚のふところに入っている剰余金や、人件費等の管理費・補助金のようなものには手をつけようとはしません。

例えば、公的年金には、150兆円もの剰余金があります。これには手をつけないし、特別会計の中の事務コストにも手をつけないという構造です。

医療に関して言えば、財務省の作戦は、現状の自由な医療を管理医療にして、強制的に医療費を締め上げるという路線をつくろうと企てています。何を管理するかと言えば、国民の最も良い医療を受けたいという希望と、それに応えて最善の医療を提供したいという医師の願いです。この希望と願いを、私は医療における最善原則と呼んでいます。この最善原則を踏みにじろうとするのが、管理医療です。

管理医療の代表的なものが、伸び率管理制度です。政府が、諸外国で既に実施している例があるとウソまがいのことまで言って、この導入を執拗にせまってきたことは、皆さんの記憶にまだ新しいと思います。

日医は、この阻止に全力を尽くしました。例えば、国会議員との早朝からの勉強会を繰り返し、伸び率管理制度の不当性を訴えました。勉強会に出席した議員の数は、413名にも達しました。その努力の甲斐があつてか、伸び率管理制度の導入は一応阻止されましたが、まだまだ油断はできません。その副作用もあって、その後も財務省はしつこく管理医療を導入しようとしています。

その一つが、一見、規制改革であるかのように装いながら、実はアメリカのH.M.Oのまねに過ぎない保険者の直接審査・直接契約という、保険者による医療機関支配の強化とアクセス制限です。この政策は、個人情報保護に係わる守秘義務が全

く担保されず、実質的に実行不可能となったのはご承知のとおりです。ただ、地域限定的に行われる可能性がゼロとは言えませんので、引き続きその動きを監視する必要があります。

3割負担は、伸び率管理に代わる、最善原則に対する直接的な破壊政策であります。これへの対応は、これまで政府だけが抱え込んでいた財政について、日医が計算能力を完備して対抗してきました。これにより、官僚が最もいやがる剰余金や管理費の実態が表沙汰になってきました。政管健保の収支見通しについても、日医から対案を出し、比較検証を求めました。その結果、国会やマスコミ、地方議会に至るまで、政管健保に対する事実認識は、過去には全くなかったほど高まりました。政管健保への関心の高まりを突破口にして、これまで官僚しか知り得なかった、医療保険財政の全体像、社会保障財政、国の財政へと国民全体の関心を高めていくことこそ、この運動の本質です。したがって、この運動は、この3月で終わるわけではなく、継続的な闘いであることを、我々は深く認識する必要があります。

株式会社の問題はもっと悪質です。株式会社の参入に賛成する人々は、株式は国境を超えてどこにでも飛んでいくという簡単な事実を忘れていません。自分が通っている病院が、いつのまにかアメリカの製薬会社の病院に変わっていたとか、ハゲタカファンドの病院に変わっていたとか、いつでもそんなことが起こり得るということです。病院は、遺伝子情報をはじめとする個人のプライバシーに係わる重要な情報を守っています。IT化された病院で、その情報がいつの間にか、例えばアメリカの製薬メーカーのもとに流れるということが起こり得ます。また、外資のマネー戦略は、5年で2倍になることを目標にしていますから、毎年30%の利益が増えなければいけないこととなります。儲けたお金は、配当金の形で他の国に自由に飛んでいきます。このようなマネーゲームに医療が使われていいはずがありません。このことが、我々が株式会社の参入に反対する本質なのです。

医療は、国民に対する安全保障の一環であり、株式会社参入に賛成する人は、お金のためなら患者や国民の命のことなど気にも留めない、国家観

のない人々であるということです。

一方、建設的な提案の面では、我々は勝利を収めつつあります。

高齢者医療制度につきましては、「独立型」ということで決着が図られました。どのマスコミも書きませんが、平成10年9月に提案した日医案にオリジナリティがあるのは明らかであります。

診療報酬体系の見直しにおきましても、医療提供コストを適切に反映した体系、説明可能な体系の構築を目指し、本会が平成11年2月に公表・提案いたしました「診療報酬体系改革に関する中間提言」に沿った改革を実現すべく、タフな折衝を継続してまいりました。その結果、自民党と連携して、ほぼ主張を通すことができたのではないかと思います。

### 診療報酬のマイナス改定と自民党との確認書

昨年の診療報酬マイナス改定が、経済不況と複雑にからみ合って、大きな打撃を会員の皆様に与えてしまったことにつきましては、深くお詫びいたします。

診療報酬の動向は、2回にわたり緊急レセプト調査を行いました。経営の動向は、昨年10月分について緊急医業経営実態調査を実施し、データの集積と分析を行い、実態を広く広報しました。得られたデータにもとづき、中医協の場で堂々と議論し、再診料の逡減の廃止を成し遂げようとしています。

このような支えの一つになったものに、政党との「確認書」による政策協定があります。

日本医師会は、政党との政策の交渉において、ある結論に達した場合、「確認書」という形で政策協定を文書化することを習慣としております。

マスコミの一部では、そのことを捉えて不透明であるとか、密室であるとか批判する向きもあります。また、会員からも、確認書の内容は実行されないから意味がないという声もあります。しかしながら、よくよく考えてみるとロビーイング活動を否定する人はいないでしょうし、その結果としての政策協定を文書に残すことに反対する人もいないでしょう。日医の場合は、文書を必ず公開しておりますので、不透明とか、密室とかの指摘

も当てはまりません。

最近、政治システムの新しいあり方として、何を、いつまでに、どういう形で実施するのかという、政策プログラムを国民に明示する「マニフェスト」の作成に注目が集まっています。日医がこれまで政権与党と交わしてきた確認書には、いずれも、今後の医療政策の方向性、目標が書き込まれており、ある意味、医療専門団体である日医と政権与党の手による医療版マニフェストであり、世の中の流れを先取りしているとも言えると思います。問題があるとすれば、その内容です。

私は、昨年7月に自民党の麻生政調会長と政策の協定をいたしまして、確認書を交わしました。その内容は、医療関係法の改正についてのものです。

既に公開しておりますので、皆さんもよくご承知のことと思います。項目は診療報酬、高齢者の高額医療費償還払い、健保本人の自己負担3割問題、医療改革の4点です。

診療報酬に関することとして問題だと思われたのが、手術料の施設要件ですが、これについてはマスコミの皆さんの応援もあり、既にほとんど実害のない線で措置済みです。もう一つは再診料をはじめとする整形外科関係の点数のあり方でしたが、これにつきましても中医協における議論の末、再診料逓減制の廃止が決まりました。

2番目の高齢者の高額医療費の償還払いについても、議員の先生方やマスコミの後押しで、ほぼ適正化されつつあります。

3番目の健保本人自己負担3割の問題では、坂口厚生労働大臣から「状況が変われば見直す」という国会答弁を引き出しました。しかしながら、状況が変わっても、政府や厚生労働省はいつこうに見直す素振りを見せませんでした。

これに対し我々は、会員の先生方の絶大なるご協力を得て、中央におけるロビーイング活動、全国紙、地方紙への意見広告の掲載、街頭や医療機関窓口におけるビラ配り、地方議会への請願など、今日まで反対運動を粘り強く実施してまいりました。また、経済不況による受診の落ち込みや、2.7%の診療報酬引き下げによって、政管健保の収支が大幅に改善する見通しであることを明

らかにし、3割負担を導入しなくとも財政破綻を回避することができるということを、様々な機会を捉えてアピールしてまいりました。

その過程において、会員の先生方から「勝てない勝負はするな」とお叱りを受けたこともございました。しかし、新しく創設される高齢者医療制度に関連して、自民党の医療基本問題調査会と厚生労働部会の連名で、厚生労働大臣に対して、自己負担率を後期高齢者は1割、前期高齢者は2割とするよう申し入れが行われました。厚生労働大臣からは、「貴重な意見と重く受け止める。早急に合意を得たい」との回答がありました。前期高齢者は3割負担となるところでしたが、国保、健保共通に2割の負担でよくなるわけです。部分的な勝利かもしれませんが、これは、各地における日医会員各位の道理を貫く地道な活動の賜であります。

医療改革にあたっては、国民本位の改革を実現するために、成案づくりの作業が継続されています。

以上、ご説明申し上げたとおり、確認書に書き込まれた内容を、自民党も空手形に終わらせることなく、実行に移していただいております。こうした経緯を振り返ってみると、文書に残すことの効果がそれなりに表れていると言えるのではないのでしょうか。先に述べたように、現在、各政党が国民への公約としてマニフェストを作成する潮流ができてつつありますが、私はこれを大いに支援したいと考えています。

## 社会保障概念の転換を求める

デフレに歯止めがかかる兆しはなく、リストラを苦にした自殺は増え、少子化の勢いは止まることはありません。政府があの手この手を講じているのにです。その原因は、国民の「自分達の安全が期待するほどには保障されていないのではないのか」という不安がますます大きくなっているからです。

そもそもわが国の安全保障体制は、歴史的な経緯から国土の安全保障を他の国に頼らざるを得ない宿命を負っています。その分、人間としての安全保障である社会保障が充実していなければ、国

民の不安は解消されません。

社会保障が存在する究極の目的は、個々の国民が心身ともに健康で働くことを通じて、生き生きとした社会や経済システムづくりに貢献することにあります。この社会で働くことを支えるのが、「医療」「教育」「年金」「雇用保険」「生活保護」といった社会保障制度です。

この世に生を受け、医療によって生命の安全保障を得つつ、教育によって社会生活や労働の能力を培います。それによって就労が実現しますが、社会に出た後、一時的に失業した際の助けになるのが「雇用保険」です。それでも失業状態が続く場合は「生活保護」が支えます。年金は、働く機会を若い人に譲り渡す対価です。年金で老後の生活を維持しつつ、死を迎える準備をすることになります。命の終わりの段階を支援するのが「介護」です。

社会保障は、このような、人のライフサイクルを支える社会的共通資本なのです。この社会的共通資本は、国家安全保障の主要部分として、国の責任できちんと整備されなければなりません。

さて一方、社会状況は刻々と変化し、技術革新は目覚ましいスピードで進みます。社会保障も、こうした変化を先取りする形で常にリニューアルされるべきですが、現実にはそう簡単に完結できるものではありません。どうしても「理想」と「現実」の間にタイムラグが生じます。このタイムラグは、国民が自らの資本を投じて埋める以外ありません。

国民自らが蓄えた資本のことを「自立投資」と名づけています。社会的共通資本である「社会保障」と「対」になる私的資本の概念と考えていただきたいと思います。自立投資の概念は、社会保障全般に適用されますが、ここでは医療に限定して考えることにします。自立投資は、社会的共通資本であるしっかりした公的医療保険の存在を前提としていますので、まず公的保険の位置付けを明らかにしたいと思います。

わが国の公的医療保険は、国民の日常生活に必要な医療の範囲を幅広く担保していますが、まだまだ不十分です。例えば、予防医療の給付を拡大していく必要があります。その一方で、入院時の

通常の食事の給付を行う必要があるかどうかについての検討もするべきです。

給付の方法は、命の平等を担保するという観点から、現物給付を維持しなければなりません。この基本方針に沿えば、現在はあいまいな取り扱いになっている健康保険の家族療養費も、現物給付として明確に位置付け直す必要があります。また、特定療養費制度における現金給付は、そのほとんどが差額ベッド代であり、世間で言われるほど幅広く機能しているわけではありません。むしろ、選定療養として無原則に拡大され、命の不平等を生む弊害の方が大きいので、社会保障の観点から療養の給付の定義を見直したうえで、廃止すべきです。

自己負担は、国や事業主の負担を家計に付け替える財政的手法として、年々拡大する傾向にあります。自己負担を「受益者負担」として正当化する意見もありますが、医療保険においては患者は「受難者」です。誰も病気になりたくてなるわけではないからです。労災保険や自賠責保険ですら、自己負担という考え方はありません。したがって、公的医療保険における自己負担は、縮小・廃止していかないと、社会保障としては十分とは言えません。

以上のような方策を取り、社会保障としての公的保険を強固にしても、こぼれ落ちる部分が出てきます。

その代表例は、臓器移植や遺伝子治療、再生医療や生殖医療のような医療技術としては実験的段階にあるものです。このような医療技術は、将来は保険から給付されるようになるとしても、その時には、また別の実験的な医療技術が発生しています。これが社会保障と技術革新の「タイムラグ」です。この部分については、公的保険に頼らず、自らの備え、すなわち「自立投資」で対応しなければなりません。そのためには、国民も、国の足らずじまいに自力で備えるという意識改革を行う必要があります。私たちは、アメリカのケネディ大統領が就任演説の際、アメリカ国民に呼びかけた「国家があなたのために何をしてくれるかではなく、あなたが国家のために何ができるかを問おうではないか」という言葉を、ここで思い起

こすべきなのです。

国は、国民がこのような思想を実践していきけるよう、税制などの環境整備を進める必要があります。

そうは言っても、物理的に自立投資の備えが不可能な人もいます。こうした人たちに実験的医療が必要になった場合のシステムづくりも、今後考える必要があるでしょう。

## 日医生涯教育事業の意義

さて、医療が、社会保障の中の生存の安全保障機能として正常に機能するためには、患者さんに提供する医療の質の保証をいかに行っていくかということが、極めて重要になってきます。

一つは、医療水準の保証として、安全度・患者満足度を上げていくということが重要になります。

昨年、日医総研が行いました医療に関する国民意識調査によりますと、今の日本の医療機関を安全だと考えている患者さんは57%に過ぎません。一般国民はさらに低く48%、医師ですら61%でした。このデータを改善するためには、「診療に関する相談窓口」の設置促進や機能の強化、医療安全推進者の養成など、具体的方法のスピードアップを図って、安全度の向上に取り組むことが必要です。

医師はどちらかというと、アウトカムの評価に気を奪われがちです。日本の医療のアウトカムの良さは、世界的にも高く評価されています。患者さんの88%、一般国民の76%が、総合的にわが国の医療に満足していると答えており、患者満足度もまずまずの水準にあると思います。しかし、個々の患者さんに対して、個別性のある医療が提供されているかについては、患者さんの66%、国民の38%しか満足していません。これからは、患者本位の医療を提供するため、患者個々の治療のプロセスについても高い満足度を追求していく必要があります。

そのために、医師の品質保証としての生涯教育を、ますます充実させていかなければならないということが、二つ目の課題です。現在でも、日医の生涯教育講座の受講者は、10万人を超えていま

す。これを全ての医師が受講する魅力あるものにしていかなければいけないということです。

国民が、医師が何を勉強しているか知らないことにも留意しなければなりません。医師と患者の信頼感を高めるためにも、それらのことをわかってもらえる仕組みづくりが必要になってきます。見せかけでない、充実した生涯教育システムを、知恵を寄せ合ってつくっていくことが必要です。

## IT化による品質保証

事務管理の品質保証として、IT化を推進していかなければなりません。

先のアンケートによれば、医師が真っ先に改革して欲しいことのトップは、医療以外の事務作業の軽減でした。それほど、現場の医師は、多くの業務と複雑な事務処理に悩まされています。オープンソース方式のオルカプロジェクトを、日本医師会のIT化の中心に据えて、IT化による事務処理の軽減というテーマに取り組んでいくべきだと考え、実現に向け努力しております。

## 平成16年度診療報酬改定

さて、来年は診療報酬の改定が行われます。先ほど述べましたように、すべての医療機関が経営面で苦しんでおります。困難なことではありますが、医療提供体制の再生産を確実にするための診療報酬改定に、日医の総力をあげて粛々と取り組んでいかなければなりません。

そのための行動原則として、

- 最善原則が阻害されない診療報酬であること
- 雇用と経営の防衛が可能な水準であること
- データにもとづいた論議をすること

これを常に念頭に置きながら、政策の実現に向けて前進する所存であります。

## 国際関係事業について

最後に国際関係の事業に触れます。ネパール医療援助事業及びハーバード大学公衆衛生大学院との共同事業である武見プログラムは、順調に目的を達成していると考えております。今後、さらに継続しつつ、事業の充実を図っていきたいと考えております。

また、世界医師会におきましては、昨年10月のワシントン総会で、日本医師会が提案した「高度医療技術と医の倫理に関する世界医師会宣言」並びに「患者の安全に関する世界医師会宣言」の2つの世界医師会宣言が採択されました。このように、日本医師会の提言が世界医師会の宣言として公表されたのは、初めてのことであります。

さらに、先般、京都で行われました第3回世界水フォーラムの折、日本医師会が提案した決議案を、今年ヘルシンキ総会に「水と医療に関する世界医師会宣言」として、提出する予定になっております。

## おわりに

以上、これからの会務執行にあたり、抱負を含め、所信を述べさせていただきます。

国家安全保障としての社会保障の位置付けを確立するため、政策決定当事者の一人として、日本医師会が果たすべき役割は極めて重大です。

この役割を果たすためには、代議員諸兄並びに日本医師会会員各位の深いご理解が不可欠です。

この場をお借りして、あらためて執行部に対する強力なご支援を衷心よりお願い申し上げ、ご挨拶といたします。ご清聴ありがとうございました。

## 代 表 質 問

### 「日医の組織力強化について」

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。

昨年4月の診療報酬引き下げは、医療機関の健全経営を損ない医療現場に混乱を生じさせ、その後の患者負担増による受診抑制は、国民の健康と生命に重大な不安を生じさせています。それにも増して、医療分野に米国型の市場原理を丸ごと導入しようとする政府の断続的で執拗な攻勢は、わが国の医療にとって取り返しのつかない結果をもたらす危険性を秘めています。

会員の中には、「日本の国民皆保険体制は世界一の制度ではなかったのか」、「日医の執行部はなぜそれを許すのか」、「日医にその力はないのか」など、驚きと憤り、さらには諦めにも似た悲鳴が起こっています。

しかし今回の事態を、日医執行部だけの責任だというつもりはありません。一昨年の参議院選挙において露呈した医師会の組織力の低下と、相変わらず国民が医師会を支持しないという現実が招いたものだという見方が妥当でありましょう。われわれは、その時点で着手すべきであった組織力の強化を怠ってきたのです。

若手医師を中心とした現在の「医師会離れ」に加え、国民の医師会を見る目がこれまで以上に批判的になっていることは、各紙面にも見られるように我々の周知の事実です。すでに会員の中には、日本医師会の存在自体が危ういという危機感が広がっています。いまこそ、数々の攻勢に組織を挙げて取りくむために、全力で組織力強化を目指した医師会の改革に取り組むべきではないでしょうか。それには、まずできることからすぐ始めるべきと考えます。

できること、それはふたつあります。第一は、根本から広報活動を見直すこと、第二は、世代交代を推進して組織をより一層活性化させることです。

第一に広報活動としては、従来の手法を根本から見直す、たとえば大手広告代理店と契約しテレビコマーシャルを放映するなど業界のプロの手法を導入することです。日本医師会が既得権益を守る圧力団体と国民の目に映る原因が、マスメディアによるネガティブキャンペーンが繰り返されるからだ、いつまでも言ってはいただけません。まして国民の理解を得るために会長のカリスマ性に頼る時代でもありません。この財源としては、日医雑誌、日医ニュース、その他紙媒体の情報伝達を、この際、思い切って大幅にITに転換することで十分に捻出可能であります。IT化は、若手会員の医師会離れの歯止めにもなるでしょう。

第二に、世代交代の推進が緊急の課題です。世代交代の少ない組織は活力を失い、将来もありません。これから押し寄せる政府からの大攻勢に対して、日医執行部と代議員会は、これまで以上に迅速で精力的、機能的な行動が求められています。

そのためには日医執行部と日医代議員への定年制の導入を、現実的には70歳定年制の導入を提案



します。定年制導入は「辞めさせられた」、「確執で選挙に負けた」などと長年医師会活動に功績のあった役員に傷をつけることなく、またご本人も納得して退任するという「花道」としての働きもするのです。

また、全国には将来の医療に夢を持ち、積極的に医師会活動に参加したいが先輩の言う建前とは裏腹に機会を与えられない若手医師がひしめいています。日医がまず、その範を示すべきではないでしょうか。ただちに、日本医師会に定款等検討委員会を設置し、検討を開始すべき時だと考えます。

以上二点について、会長には甚だ恐縮ですが、責任論とは別途にご英断されることを期待して質問と致します。何卒宜しくお願い申し上げます。

**石川副会長：**広報戦略の件は、日本医師会のメール配信サービス、情報広報センターについて会長の所信表明で詳しく説明しているので省略しますが、情報広報センターは日医の通信機関に位置付けており、医師会会員、マスコミ、国会議員、国民と幅広く日医、医学会、政府の動向、日医の考えを記事として配信している。これらの記事はすべてオープンソースで地方紙への掲載も認めており、これにより東京に拠点のない地方紙、地方テレビなどのメディアにも政府発表では伝わらない正確な情報を日医から発信することができる。現在、情報広報センターが提供するメールニュース配信数は、マスコミ関係83を含め、約1500まで増えてきており、今後とも活動内容の充実とあわせてさらなる登録者の拡充を図っていききたいと考えている。

また、日医雑誌、日医ニュースなどの紙媒体による広報をやめ、インターネット通信への転換を図るべきとの提案であるが、現在は移行段階と考えており、今のところは紙媒体も併用していきたい。広報戦略として広告代理店等との契約は、現在も個々の広報活動でその都度契約しており、これについても意見を受けて拡充していきたい。

第2の世代交代の問題であるが、世代交代の推進については私どももその方向で進めていきたいと考えている。現在の日医執行部、役員のかなにも30代の役員がいるように、世代交代を進めてい

る。ただ、70歳定年制の導入については、いささか問題がある。組織の活性化のために、若い先生方の意見は必要で、日医としても未来医師会ビジョン委員会を設置するなど、日医執行部としても世代交代の方向で努力している。

一方で、日医役員は定款により、代議員会で選挙することになっており、代表となる先生を選挙で選ぶなかで、世代交代を図るべきであると考えている。もちろん役員は手腕、判断力、実力で判断すべきものであるもので、あらかじめ年齢で区分けすることは会員資格の差別化につながる可能性もあり、今後とも慎重に検討していく必要がある。

**中川代議員（再質問）：**大変失望しました。今の発言はゼロ回答です。これだけ医師会の組織力が低下している状態になっているのに、危機感が全く感じられません。全国医師会の世代交代は全く進んでいません。日医が範を示さなければ都道府県医師会、郡市医師会が定年制を導入するわけがありません。いったい、執行部に危機感はあるのでしょうか。再考を強く求めます。広報活動も従来の内容の域を出ない内容であり、本当に国民の立場に立った広報活動を考えるべきであります。

**坪井会長：**日医の定款などを検討するための委員会を設置すべきというご意見ですが、すでに設置している日医内にある定款諸規定検討委員会に、私から付託して70歳定年制についての討議をいただきたいと思います。そのなかで中川代議員らが提言する場を設けていただき、確約できないかもしれませんが、具体的に執行していききたいと考えております。

## 個人質問

「日本医師会構造改革について一会員資格の一元化を望む」

**斎藤 修弥代議員：**私は基本的に日本の医療構造改革を行うには、並行して日本医師会自体の構造改革を断行することが不可欠であると考え、その第一歩として日本医師会会員資格の一元化を要望いたします。

その理由は現在のABC会員制こそ、日本医師会発足以来の古い体制を維持し、新時代への脱皮

を妨げている最大の要因であると思うからです。如何なる組織といえども健全なる運営と発展のためには、会員の資格、会費そして権利の平等が担保されなければなりません。しかるに現在の会員制では会費負担の差別化により、会員に対しては不平等感と不必要な負い目を感じさせ、対外的には医師会があたかも開業医主体の団体と誤解される要素を含んでおります。出来るだけ多くの医師が平等の意識で入会しやすいうように、現在の医師会費を大幅に下げる事を提案します。

その為には当然医師会事業の見直しも行わなければなりません。この決断は次の世代への医師会活動のバトンタッチ並びに若年医師の医師会離れを防ぐ意味でも重要です。一方で会員資格の一元化は、現在の日医体制の完全な変革をも意味しておりますが、日医執行部が近未来への明確な理念と目標を定めて行動に踏み切ることこそ、日本の医療改革の礎と確信しますので日医のご見解をお聞きしたいと思います。

**羽生田常任理事**：会員資格の一元化はまさに、日本医師会の改革を意味し、会員の自覚と団結をもたらすというたいへん大きな可能性をもっているという示唆があり、大きな問題と理解している。

指摘のように日本医師会員はA1、A2、B、Cと4段階があり、それぞれに会費に差があるが、権利については医賠責を除いては、会員としての権利に差はない。このような意味から、会員の一元化について、当然検討していくべきであろうと思う。ただ、現在の都道府県医師会、あるいは郡市区医師会の会員の全部がA、B、Cの会員制となっており、その会員でしか日本医師会に入会できないことになっているので、その辺の整合性を考えないといけない。先ほど70歳定年制の話がでたが、この点については執行部においても検討し、必要に応じて定款諸規定検討委員会のなかで検討させていただきたいと思う。

また、医賠責の問題についても、先ほどの答弁、あるいは今の予算の記載事項にもあったように検討させていただき対応したい。

**坪井会長**：諸規定検討委員会に諮って民意を反映させて決めるべきであると思う。先生の意見は非常に前向きなので、それを尊重して常任理事が前

向きに検討するというご勘弁いただかないと、これでやると言うともたリップサービスかとなるので、この辺のところで許していただきたい。

#### 「一般病床と療養病床の病床区分について」

**上埜 光紀代議員**：一般病床と療養病床の病床区分について質問する。

現在、政府・厚労省は、医療機関の機能分化を名目として、一般病床を大幅に削減しようとしている。

昨年4月の診療報酬改定では、手術料の施設基準の導入などにより、病床削減への誘導が図られているが、厚労省の中村老健局長は、昨年の講演の中で、急性期病床は平均在院日数が欧米並みになれば40万床で足りると述べ、現在の一般病床数120万床のうち、半分以上は急性期の病床としては必要ないとし、医療提供体制の改革で削減する考え方を示している。

次の2点について日医の考えをお伺いする。

第4次医療法改正に伴い、今年の8月末までに「一般病床」又は「療養病床」のいずれかの届出を行わなければならないが、それぞれの病床の位置付けが明確にされていない中で、医療機関は選択を迫られている。一般病床については、今後の診療報酬改定等において平均在院日数の短縮化、あるいは療養病床への誘導による病床削減が予想される。

一方、療養病床については、180日の規制があり、長期入院の大部分の患者が介護施設に移らざるをえない状況になるが、介護施設は介護保険料との関連もあり、十分な施設の確保は困難である。また、在宅復帰についても、家族の負担に対する心配や、身体介護者の不在、住宅構造不備など問題があり、はたしてこれで不安のない持続可能な医療体制がとれるであろうか。

次に、今後の医療提供体制における民間の中小病院の位置付けについてお伺いする。

言うまでもなく、日本の医療提供体制は、プライマリ・ケアを担う開業医と民間の中小病院が中核となり、それぞれの地域で効率的な医療を提供し、地域医療を支えてきたことは明らかである。

しかし、昨年の診療報酬マイナス改定、健保法改正などに伴い、中小病院は大きな打撃を受けており、昨年倒産した民間医療機関は過去最高を記録し、その倒産理由も本業の不振によるものであり、今後もこの厳しい医療環境の中、倒産する医療機関が増えることが心配される。

その中で、医療機関は生き残りをかけ病床区分を選択しなければならない。厚労省は相変わらず財政主導の改革を推し進めており、病床数の削減、さらには平均在院日数の短縮化などが行われることになれば、中小病院にとってまさに存亡の危機と言える。中小病院は住民の身近な医療機関として、在宅患者の緊急時の対応や、地域で専門性の高い医療の提供など、地域の中で安心して入院治療を提供出来る施設として確保しなければならない。

今後、医療提供体制の改革論議が活発化すると考えるが、日医執行部の考え方と今後の対応策についてお伺いしたい。

**櫻井常任理事：**病床の届出についていえば、一般病床は現在、その他病床的な位置付けで定義されており、一般病床がすなわち急性期の病床ではない。もともと医療法上には急性期病床という定義はなく、厚生労働省の行政官が、一般病床があたかも急性期病床と同義だといって講演しているとすれば、極めて遺憾なことである。

8月末以降も、一定の条件を満たせば一般病床から療養病床に、逆に療養病床から一般病床に変更できることになっており、個々の地域の事情や個々の病院の事情などにより、選択ができる。指摘のように、いろいろ問題点はあるが、その後の変更も可能ということで、その辺の事情を勘案しながら選択をしていただきたい。

2点目の医療提供体制における中小病院の位置付けについては、まさに指摘のとおり、地域の医療提供体制は診療所、中小病院を中心とした、いわゆるかかりつけ医が中核となって構築されるべきものだと思う。このことは、日医も医療構造改革構想のなかで、明確に意見として述べており、そのために医療制度などの環境整備が必要である。ただ、現在、国が財政主導の改革ということで、日本の優れた医療保険制度やさまざまな医療

環境を破壊しようと考えているということは非常に問題である。世界に冠たる日本の医療保険制度を守り、さらに発展させるため、日医としても努力していきたい。また、医療制度体系の基本方針のなかにも、かかりつけ医機能を評価するという文言が書き込まれたようで、そのあたりも拠り所に、諸問題の解決に向けて努力したい。

## 代議員会出席記

### 「第108回日本医師会 定例代議員会 印象記」

代議員 齋藤 修弥

平成15年3月30日(日)午前9時30分、標記代議員会が日医会館に於いて開催された。今回の代議員会は昨年来の小泉首相による医療改悪の実施により、大きな打撃と困難が生じている地域医療の現状を打開し、新しい展望をどう切り拓いていくかを協議する重要な会議で、全国の日医会員が重大な危機感を持って注目する中で開会された。

代議員会は例年の通り会長挨拶、会務報告に続いて多数の代表質問、個人質問が行われ、当面の懸案事項について熱のこもった論戦が展開された。これらの内容は後日、日本医師会雑誌に詳しく掲載される予定なので、精細な報告はそちらをご覧いただくことにし、今回は個人的な観点から代議員会の印象を述べたいと思う。

その1、「会長挨拶について」、坪井会長は冒頭日本医師会の会務執行の土台とすべき「三つの柱」を立て会務を行ってきたと説明した。第一は会長として地域医療の実態を十分に把握し、全会員が情報を共有できる体制を構築すること、第二は会内会外ともに積極的な広報活動を展開し、とくに会外的には攻めの広報を実行していくこと、第三は医師会の自浄作用活性化の促進を図ることを強調した。具体的事項としては社会保険3割負担反対運動、高齢者医療制度、手術料の施設要件、再診料の逡減制などの懸案事項について「ほ

ば適正化されつつあり」、これからの「継続的な闘い」に向け会員の一層の協力をお願いしたい意向が示された。総じて坪井会長の所信表明は、現在に至る経過への弁解又は説明に終始したきらいがあり、明日を展望した明確な理念並びに現在の危機を打開する具体策を欠く内容であった。また、目前の医療危機を幅広い国民との共闘を通じて打破するという視点が示されなかったことが、迫力不足と感じられた所以かもしれない。

その2、「代表質問、個人質問について」、今回は7ブロックの代表質問と14の個人質問が行われた。北海道からは中川俊男代議員が「①広報活動の強化について、②日医役員、代議員の70歳定年制導入について」というタイトルで代表質問を、個人質問は上埜光紀代議員が「一般病床と療養病床の区分について」、小生が「日本医師会会員資格の一元化を望む」という題で夫々質問を行った。

代表質問のトップに登場した中川代議員の質問は流石に迫力があり、再質問に立った坪井会長から定款諸規程検討委員会への付託を約束させるなど、会場の雰囲気盛り上げる素晴らしい出来栄であった。その他の質問を要約すると医療制度改革、3割負担凍結、診療所機能の在り方、株式会社への医療への参入に関する質問が多数を占め、如何にこれらの問題に全国の会員が強い関心を持っているかが明らかになった。

その3、「代議員会とは」、今回も代議員会が「荒れる」という風評が流れていた。この場合「荒れる」とは坪井会長の退陣要求が提出されることを意味している。案の定代議員質問という形をとりながら、近畿、関東甲信越ブロックから一連の医療制度改革をめぐる日医執行部の対応について、「公約的な約束」を果たせなかったという結果責任があると指摘し、坪井会長に退陣をうながす重大な決意を求めた。そして新しい執行部による日医の再出発を早期に図るべきとの提案がなされたが、これについて賛成、反対双方から関連質問、関連発言が相次ぎ、一時会場に緊張した雰囲気ただよったが、幸い坪井会長に対する不信任決議案等は提出されず、今後も引き続き職務を全うするという会長所信が了承された。

一連の代議員会の動きを見守るなかで、代議員会における質疑とは何かという素朴な疑問が生まれてきた。ディベートはあくまでもディベートに徹すべきで、いやしくも権力闘争に利用する如きの言動は、民主主義のルールを逸脱した行為である。むしろ代議員会では、現在の医療危機に対し本格的に論ずべき問題が放置されているのではないか。我々会員一人ひとりがこの危機を日医や政治家に委ねるのみではなく、個人として又地域医師会として地域の人々に積極的に働きかけていく。そして現在の医療危機を乗り越えて到達する素晴らしいビジョンをどう国民と共有していくのか。そのようなエネルギーの流れを起こす行動が今我々に強く求められている。そんな思いが痛感された代議員会であった。

#### 禁煙推進に関する日本医師会宣言 (禁煙日医宣言)

喫煙は、がん・心臓病・肺気腫等の疾病の原因となるなど健康に悪影響を与えることが医学的にわかっている。また、受動喫煙についても健康被害があるとの研究結果が報告されている。

日本医師会は、国民の健康を守るために、喫煙大国からの脱却をめざして、今後とも禁煙推進に向けて積極的に取り組んでいくこととし、ここに禁煙日医宣言を行う。

1. 我々は、医師及び医療関係者の禁煙を推進する。
2. 我々は、全国の病院・診療所及び医師会館の全館禁煙を推進する。
3. 我々は、医学生に対するたばこと健康についての教育をより一層充実させる。
4. 我々は、たばこの健康に及ぼす悪影響について、正しい知識を国民に普及啓発する。

特に妊婦、未成年者に対しての喫煙防止を推進する。

5. 我々は、あらゆる受動喫煙による健康被害から非喫煙者を守る。
6. 我々は、たばこに依存性があることを踏まえて、禁煙希望者に対する医学的支援のより一層の充実を図る。
7. 我々は、禁煙を推進するための諸施策について、政府等関係各方面への働きかけを行う。

## イラク戦争の即時終結を求める決議

さる 3 月 20 日イラクへの武力攻撃が開始された。

日本医師会は、いかなる理由があろうとも戦争の悲劇を看過できない。

この戦争において生物・化学兵器や超大型高性能爆弾などの大量殺戮兵器が使用されることとなれば、おびただしい人命が失われることは避けられない。

世界唯一の原爆被爆国の医療人として即時終結を強く求める。

右決議する。

平成15年 3 月 30 日

第108回日本医師会定例代議員会

## 医療特区構想に関する緊急決議

日本医師会は、現在、小泉内閣が推進している医療特区構想に断固反対する。

以上、決議する。

(理 由)

日本医師会は、日本の医療にアメリカのイデオロギーを導入し、医療特区における株式会社の医療への参入、混合診療の容認、外国人医師の診療許可など日本の医療制度を根幹から崩壊に導くことは絶対に容認できない。

国民の健康、身体、生命を市場原理の俎上にさらし、医療の中に豊かな者と豊かでない者との差別を持ち込むことは、日本の医療に長年責任を持ってきた学術専門団体である日本医師会として、断じて許すことができない。

このことを閣議決定によって推進しようとする小泉内閣に対して猛省を促すものである。

平成15年 3 月 30 日

第108回日本医師会定例代議員会

## お知らせ

介護保険に関する  
「問い合わせ電話」について

日本医師会では、介護保険サービスの提供・利用がスムーズに行われるよう、平成12年 4 月 1 日より、介護保険に関する問い合わせ・相談を受け付ける専用電話を設け、会員医師の先生方をはじめ、一般市民に対しても幅広く問い合わせ対応および情報提供をいたしております。

電話番号および受付時間等は下記のとおりで

す。是非ご活用いただきますようよろしくお願いいたします。

記

日本医師会 介護保険問い合わせセンター

TEL 0120-544-515 フリーダイヤル

受付時間 10:00~17:00 (月~金 除祝日)