

日医報告 第139回日本医師会臨時代議員会



第139回日本医師会臨時代議員会が、3月26日(日)に、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、日医理事の長瀬会長、日医副会長の中川参与をはじめ深澤・藤原・小熊・松家・今・本間・阿久津・沖・倉増・山下・稲葉各代議員、今野予備代議員、他が出席した。

◇

定刻9時30分、議長より開会宣言が行われ、代議員定数363名に対し357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。

議事録署名人には、横井隆(愛知県)・石川紘(岡山県)の両名が指名された。

議事運営委員会の紹介(北海道ブロックからは深澤代議員)と決定事項、日程等の説明の後、横倉会長より、次のような挨拶が行われた。

横倉会長 挨拶

第139回日本医師会臨時代議員会に、ご出席をいただき、誠にありがとうございます。また、日頃より日本医師会の会務運営に特段のご理解とご支援をいただいておりますことに対し、この場をお借りしまして厚く御礼申し上げます。本日の臨時代議員会では、来年度事業計画および予算の報告、並びに、1件の議案を上程いたしております。慎重にご審議の上、なにとぞご承認賜りますよう、お願い申し上げます。

さて、本代議員会の開催に当たり、若干の所感を申し上げたいと存じます。ご案内の通り、皆様方の絶大なるご支援の下、本年10月、世界医師会会長職に就任いたします。わが国の優れた医療制度を、世界が経験したことのない高齢社会における安心モデルにまで高め、世界中に発信していきたい。そうした思いからの挑戦でありました。

わが国の医療制度の特徴は、国民皆保険に基づき、いつでも、だれもが、どこでも安全で安心な医療を受けられるという点です。「日本の保健医療制度は日本国民のみならず、世界の人々の健康のバロメーターである」私が副会長として日本医師会に来始めた頃、医学雑誌『Lancet』の論説のなかで日本を評して記載された言葉です。わが国の医療制度への賛辞であると同時に、大変重い責任を課した言葉であると受け止めてまいりました。

高齢社会を考えると、その先にある死や、また、その対にある、少子化についても目を向けなければなりません。その際、注意しなければならないことは、それぞれの議論が断続的、各論的に陥りすぎないようにするという点です。誕生から死に至る過程に寄り添い、人々がそれぞれの人生をより良く生き、あるいは、死にゆくためのお手伝いをする。それこそが、医療の本来の役割であると考えます。そうした共通認識をもって、人生のさまざまな段階における医療の在り方を議論していくことで、真に必要な医療政策、医療制度の形が見えてまいります。

我々は医療を担う医師の専門家集団として、医療をとりまく課題解決に向けた明確な意思表示を行うことが必要です。また、実際の行動に際しては、医師の良心を基盤に、現場の声をエビデンスにしたビジョンの策定と、プロフェッションとしての価値判断に基づく意思決定が重要であります。そして、そのようにして積み重ねられてきた過去を詳細に検証することで、今後のわが国の医療を支える重要な要素が見えてまいります。それが「かかりつけ医」です。

多職種連携を密に、かかりつけ医が地域の実情とニーズに柔軟に対応しながら地域医療を実践していく。これこそ国民に安心を約束し、効率的かつ質の高い医療提供体制と、地域包括ケアシステムの構築に向けた要諦であります。そのため、かかりつけ医

機能の評価を高め、さらなる普及と定着を図っていくことが、日本医師会をあげて取り組むべき、最大の課題であると認識しております。

かかりつけ医機能の評価として、前回の診療報酬改定では、地域包括診療加算・地域包括診療料の拡充により、「人」への評価が行われました。今年は、次期の第7次医療計画と第7期介護保険事業(支援)計画が策定される年であり、また2025年に向けて、地域包括ケアシステムの構築が、全国で急務となっています。そうした動きのなかで、かかりつけ医の役割はますます高まり、医療と介護が一体的に提供される体制の要を担うことが期待されています。こうした点を強く主張しながら、来年度に予定されております、診療報酬と介護報酬の同時改定に向けた議論にあたっては、「人」に対する十分な財源を手当てするよう、政府与党に対し強く求めてまいります。

厳しい財政状況のなかでの改定になりますが、財源抑制による給付範囲の縮小は、国民皆保険を崩壊させる大きな要因です。過不足のない医療が提供できるよう、国は財源を捻出しなければなりませんし、一方で、国民に対しましても、安心して医療や介護を受けるためにはなにが必要か、そのコストを示しながら、広く理解と同意を得てまいります。

あわせて、かかりつけ医機能の維持・向上に向けて、都道府県医師会のご協力を仰ぎながら、かかりつけ医機能研修制度の拡充を図っていかねばなりません。また、今月より施行された改正道路交通法への対応を目的に、『認知症高齢者の運転免許更新に関する診断書作成の手引き』を作成いたしました。こうしたソフト面からの支援も適宜行い、かかりつけ医機能の評価に資するよう努めてまいります。

なお、かかりつけ医機能の研修と、現在、日本専門医機構を中心に議論が行われております新たな専門医の仕組みづくりについて、日本医師会は明確にわけて捉えております。かかりつけ医は診療における役割と社会的役割をもって、地域医療を支える存在です。一方、専門医は医師の自己研鑽の一手段であり、学術的な評価として位置付けております。

新たな専門医の仕組みづくりの議論において最も重要なことは、今後の医療の在り方をどのように描き、そのために必要な医師像とはどのようなものか、我々自身が選択していくことです。その答えとして、日本医師会は一貫して「かかりつけ医」の重要性を主張してまいりました。この点を正しく理解いただくことで、地域医療に混乱をきたすことなく、あくまでも学際的かつ自律的な位置付けとしての専門医の仕組みづくりが可能になると考えます。

昨年11月、日本医師会は日本専門医機構に対し、医師の地域偏在の拡大などによる地域医療への悪影響を是正するよう、要望書を提出いたしました。こ

れにより、同年12月に出された「専門医制度新整備指針」では、その内容を反映させた形で、地域医療への配慮や、日本専門医機構と学会の関係が見直されるなどの改訂が行われた次第です。

かかりつけ医のさらなる普及と定着に向けては、現在、国主体で議論が進められております、働き方改革や医師の偏在の問題とも密接に関わってまいります。働き方改革については、過重労働が問題となる医師の健康を守り、働く環境を改善していくためにも、その実現に協力を惜しむものでなく、日本医師会におきましても、これまで勤務医の健康支援等に取り組んでまいりました。しかしながら、医師には医師法で、応招義務が課されています。また、一人前の医師として活躍できるまでには、10年以上の自己研鑽と、その後も日進月歩の医学・医療の習得に向けた生涯学習が必要な職業です。こうした特性からしますと、罰則を伴う労働時間への上限規制の性急な導入は、地域医療に相当な混乱を来すおそれがあります。そのため、医療現場の実情を踏まえた上で、「労働時間の上限」と「応招義務」に配慮した方策が必要であり、その旨、政府関係者らに対し、強く主張してまいりました。その結果、政府は医師の残業規制を法施行後5年間猶予し、その間、勤務環境改善に向けた検討を行うとする内容を、「働き方改革実現会議」が3月末までにまとめる実行計画のなかに盛り込むとしております。

医師の偏在の問題につきましては、政府内での議論の進め方も含めて、大変危惧しております。そこで、医療界としての提言をとりまとめ、意思表示を行うために、医療界を代表する方々に委員にお入りいただく形で、「医師の団体の在り方検討委員会」を、今期、新たに設置いたしました。現在、医師の偏在をはじめ医療におけるさまざまな問題を解決するためにはどのような医師の団体の在り方が必要かなどについて鋭意ご検討いただいております。まもなくその報告が取りまとめられるとお聞きしております。

その報告等を基に、また、すでに多くの地域において、独自に医師偏在対策に乗り出されているところもございます。そうした事例を支援し、積み上げながら、医師の自主性と自律性が担保されるよう、医師の偏在対策に向けた議論を牽引してまいります。

そもそも医療とは医学の社会的適用でありますので、医療を担う医師自身が、医療政策、医療制度の推進に向けて、社会や政府に対し積極的・能動的に提案していくことが肝心です。しかしながら、医療に対する国民からの信頼なくしては、いかなる提案も画餅に帰してしまいます。そのため、医師は患者の利益を自らの利益の上に置き、専門職としての能力と倫理の水準を高め、専門職自律の原則に立って自己規律を行うことが求められます。そして、これを組織として担い、社会に対し責務を負うのが医師

の職能団体、すなわち、医師会の役割であると考えます。

医師の自己規律の問題は広範に亘りますが、なかでも医療事故調査制度につきましては、医療に起因して予期せず亡くなられた患者さんの死亡原因を医学的に明らかにし、ご遺族も納得されるように説明をする。そして、その貴重な経験を医療界全体として活かすことができるよう、制度としての完成度を高めていくことが必要です。

また、誠に遺憾ながら、昨今、若手医師や医学生による不祥事が世間を騒がせております。折しも、日本医師会では昨年10月「医師の職業倫理指針」を8年ぶりに改訂し、広く配布したところがございます。このような事件が再び起こらないよう、さらなる医の倫理の向上に努めていくことで、医療に対する国民からの信頼につなげてまいります。

戦後、日本医師会をはじめ全国の医師会が新生医師会として再出発を遂げてより、今年は丁度70年目にあたります。この間、わが国は戦後の復興を経て大きな変貌を遂げてまいりました。医療における転機となったのは、1961年、国民皆保険の確立です。その充実により、公平かつ低コストをもって、優れた健康水準を実現いたしました。

そして、現在、少子高齢化を迎えたわが国において、国民に安全で安心な医療を提供し続けていくためには、国民皆保険の下、患者や地域に寄り添う形で、かかりつけ医が診療における役割と社会的役割を十分に果たしていく。これこそが、高齢社会に安心をもたらす、世界に発信すべき日本型モデルの柱であると考えます。

「日本は世界における確固たる地位を確保する努力と国内での政策を改善する力を発揮しようとしている。」冒頭ご紹介いたしました『Lancet』の論説のなかには、わが国の取り組みへの期待と、それを後押しするような記述もございました。国の内外を問わず、このような期待があることを謙虚に受け止めながら、わが国の医療政策をリードし、グローバルヘルスにも積極的に関わることで、全国の医師会員、さらには、世界医師会加盟の112カ国に及ぶ医師会員の信託に、誠実に応えてまいります。

代議員の先生方におかれましては、今後とも歩みを共にしていただくなかで、さらなるご理解とご支援を賜りますようお願いを申し上げ、代議員会開催にあたっての挨拶の言葉とさせていただきます。

◇

次に、中川副会長より平成29年度事業計画、今村副会長より平成29年度予算の報告が行われ、橋本財務委員会委員長より財務委員会の結果が報告された。

その後、議事に入り、第1号議案・平成28年度日本医師会会費減免申請の件が上程され、今村副会長が理事者提案理由の説明を行い、質疑なく、賛成者

の挙手多数により可決決定した。

その後、代表質問8件につき質疑応答が行われた。

北海道ブロックからは、藤原代議員が「中間サーバー等に係る必要経費の保険者負担について」と題し質問を行った。(別掲)

13時10分、議事進行を副議長に交代し、個人質問12件が行われた。北海道ブロックでは、今代議員から「外来受診時定額負担について」と題し質問を行った。(別掲)

最後に、会長挨拶に対する質問と答弁、横倉会長ならびに議長より挨拶が行われ閉会した。(15時24分)

◇

以下、本稿では、北海道ブロックからの代表・個人質問ならびに本間代議員の出席記を掲載する。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。

代 表 質 問

中間サーバー等に係る必要経費の保険者負担について

藤原代議員：平成29年1月13日各健康保険組合に対して、厚生労働省保険局より「中間サーバー等に係る必要経費の保険者負担について」と題する文書が発出されました。

これは、『社会保障・税番号制度の実施にあたり、医療保険者等は他の個人番号利用事務者との間で個人情報に関する情報連携が必要である。個々の医療保険者等で実施環境を構築する場合は、情報漏えい等のセキュリティ上のリスクへの対応、システム構築コストやシステム運用コスト、また実施する組織体制の確保等の運用コストが増大する。健康保険組合がそれぞれサーバーを構築・運営することは、組合にとっても大きな負担となる。従って、厚生労働省が要請し、社会保険診療報酬支払基金と公益社団法人国民健康保険中央会が効率的な業務遂行の観点から、「取りまとめ機関」として、「中間サーバー」のシステムの構築、運用を行うこととなり、平成29年7月の情報連携開始に向け、各種準備作業を実施中』とのことであります。総務省の資料によると、「取りまとめ機関」は地方公共団体情報システム機構において設計・開発を実施し、東日本・西日本センターにそれぞれ自治体中間サーバーを置くとのことです。

具体的には、本年7月以降、この中間サーバー必要経費について、全保険者から負担金を頂きます。平成30年3月までの9ヵ月間中間サーバー等の運用・保守費用として47億100万円(年間62億6,800万に相当します)、システム更新積立金として、17億7,900万円(年間23億7,200万円)。取りまとめ機関に対して、運用経費として10億1,000万円(年間約13億5,000万円)合計74億9,000万円(年間約100億円)

を頂きます。各保険者の負担は加入者一人につき毎月9,87円となりますとのことです。

この情報提供ネットワークシステムを利用することにより、全国健康保険協会は、任意継続被保険者の資格確認、被扶養者の検認が可能となり、各保険者は市町村に対して個人の収入の確認もできるとのことであります。

赤字に悩む各健康保険組合は大変です。負担増となった健康保険組合は当然の如く保険料率を引き上げる可能性があります。国民には内容が知らされず、保険料が上げられ、それが国民の利便性のためではなく、年間100億ものお金が詳細な使途が不明のまま使われることとなります。

医療機関は、時間をかけ調査・確認することで重複薬を避け、また患者さんからの苦情を受けながらもジェネリック医薬品を使用し、他の医療機関とは画像を始めとする検査データを共有することにより、重複検査を避けるなど、無駄な医療費を削減すべく日々診療に当たっております。国民は勤勉に働き、税金を払い、さらに年々上昇する健康保険料をまじめに支払っております。

質問事項、①日本医師会は、国民負担をこれ以上増やさないために是非関係省庁と折衝をしていただきたい。②日本医師会の見解を伺いたい。

松原副会長：ご指摘の文書は各健康保険組合が、来年度の予算経費を確保するために発出された文書であると理解している。医療保険分野における番号制度の活用によって、正確な情報管理や、異なる制度間での給付調整の確実性の向上、添付書類の省略による被保険者の負担軽減につながるかとされている。

中間サーバーは新たな施策のインフラとなるもので、社会保障制度の一翼を担う医療保険者に対して、運用・保守などに関する経費負担が求められている。さらに、中間サーバーの仕組みを活用することで、医療等IDが実現する予定である。

費用が膨らまないように注意をすることは当然だが、医療等IDの実現に向けた重要な仕組みでもあるので、そのバランスを見ながら、日医としても具体的な意見を提示していきたい。

中間サーバーのランニングコストは長期的な負担となるため、厚生労働省が関係機関と連携して精査し、各保険者等の負担軽減に努めると聞いている。しっかり目を光らせて対応したい。

これ以上の国民負担増大の懸念についてのご指摘であるが、現在、厳しい財政状況下において、国民が、安心して医療を受けられる持続可能な社会保障のため、我々、医療側からもコストの意識を持って、安心して医療や介護を受けられるために何が必要なのか、そのコストを示しながら、国民に理解を求めていく必要がある。

しかし、近年、医療保険制度のさまざまな改革で、必要な財源の捻出を患者負担に求める傾向がある。必要な財源については、容易に患者に負担を求めるのではなく、国として財源措置を講じるよう、しっかりと要求していく。

藤原代議員：ということは、このシステムは、医療等IDのために必要なものなので、これはしょうがないという認識と、受け取ってよろしいか。

私が言いたいのは、こういう、今後の趨勢を決めるような重大な事実があとから出てくる、いわゆる「後出しじゃんけん」、また、我々が作ってあげたから費用を負担しなさいという「上から目線」、こういう態度はよろしいのかということをお願いしたいのであり、きちんと日医としての見解を示してほしい。

松原副会長：先生のご指摘のとおりであり、厚生労働省の態度は適切でないと思う。しかしマイナンバー制度の活用において、医療等IDに活用するための仕組みであるので、費用を勝手に計上されるという点は、日医も、今後十分注意してみていくので、国民の個人情報を守るための必要経費としてご理解いただきたい。

個人質問

外来受診時定額負担について

今代議員：外来受診時定額負担について質問する。

ご存知の通り、受診時定額負担については、2011年、閣議決定された「社会保障・税一体改革案」において、高額療養費制度を充実する財源確保として提案されていたが、日医などの強い反対により断念した経緯がある。

今回は、目先を変え、かかりつけ医の普及という名目で再提案し、現在、社会保障審議会医療保険部会で議論を重ねており、2018年度末までに結論を示すこととしている。

しかし、どういう医師がかかりつけ医なのか。かかりつけ医の定義などは、全く示されていない。

受診時定額負担の導入は、多くの疾病をかかえている高齢者等、複数科受診回数の多い患者には大きな負担をしいられ、さらに、健康保険法の患者負担3割の問題をはじめ、高齢者、低所得者の受診抑制を招き、重症化する問題がある。

また、国家財政に占める医療費の割合が増えれば、当初、想定している100円程度の負担額が徐々に増加することが十分考えられる。

医療の高度化、超高齢社会などのさまざまな要因による医療費の増加に対し、受診時定額負担の導入により、一時的な解決を目指すことは、最も安易な方策であり、もっと将来を見据えた対策を講じるべ

きではないか。

質問事項、①現在、前述した通り、2018年度末までに「かかりつけ医の普及を進める方策や外来時の定額負担の在り方」について、社会保障審議会医療保険部会で結論を示すこととしているが、限られた時間において、日医はどのように対応する考えなのか。②どのような医師が「かかりつけ医」なのか、複数の医療機関に受診した場合、患者の理解が得られるのか。十分な説明と納得がなければ、患者と医師との信頼関係が損なわれ、地域医療に混乱を生じる可能性がある。さらに、日本の医療制度の特徴であるフリーアクセスを阻害する登録医制度へつながることにならないのか。

この2点について、日医執行部の見解をお伺いする。

松本（吉） 常任理事： 受診時定額負担について、日医は繰り返し反対するとともに、政府に理解を求めてきた。「国民一人一人が、まだかかりつけ医を持つ段階に至っておらず、拙速な導入は、後期高齢者診療料の時のような混乱を招くことから、受診時定額負担は導入すべきではない」と説明し、経済・財政再生計画改革工程表2016改定版では、結論を出す時期が2017年末までに結論を得ると先送りされた。

この件に関しては、財政健全化の主張もあり、議論することは避けられないが、受診抑制につながる受診時定額負担が導入されることのないよう、引き続き政府に働きかけていく。

かかりつけ医普及の制度的裏付けとして、2014年度の診療報酬改定から新設された、かかりつけ医機能を評価する点数である「地域包括診療料」「地域

包括診療加算」はいずれも始まったばかりであり、受診時定額負担が導入されれば、かかりつけ医の普及に水を差すことになり、今後の医療提供に重大な影響を及ぼすものである。

わが国の特徴である医療のフリーアクセスは、守っていかなくてはならないが、大病院と中小病院・診療所の外来の機能分化の観点から、大病院の直接受診については是正も必要である。そこで昨年の診療報酬改定で、紹介状なしで大病院を受診した場合の選定療養による定額負担が導入された。特定機能病院と一般病床の500床以上の地域医療支援病院が対象だが、対象の大病院の要件や負担額については、さらに現状を分析し検討を進めることも必要である。

そして、それにより生じた財源を地域連携の推進やかかりつけ医の評価に充てていくことも一考に値するのではないかと。

あわせて、厳しい財政状況の中、社会保障の理念に基づき、受診時定額負担の前に、応能負担の議論も進めていくべきことも主張していく。

今代議員： 冒頭の会長挨拶においても文中に「かかりつけ医」という言葉が多かったように、日医として重要なテーマとして取り組んでいただけたということはよくわかった。

外来の機能分化という観点はよくわかるが、例えば、かかりつけ医の登録制というような概念からいうと、非常に強いゲートキーパー機能を持たせることは、アメリカのマネージドケア制度という悪夢が思い出されるので、そうならないように注視してこれからも取り組んでいただきたい。

「医師資格証」を持ちましょう

診療情報提供書等へのHPKI電子署名に対応しています



<問い合わせ先>

北海道医師会 事業第一課

TEL 011-231-7661

<http://www.hokkaido.med.or.jp/doctor/credential.html>

日本医師会電子認証センター

<http://www.jmaca.med.or.jp/>

『医師資格証』はHPKI(保健医療福祉分野公開鍵基盤)の枠組みを使った日本医師会認証局が発行する医師資格を証明するカードです

