

第123回日本医師会臨時代議員会



副会長 玉城 信光



平成22年10月24日（日）、日本医師会館において標記代議員会が開催されたので、その概要を報告する。

定刻になり、石川議長から開会、挨拶が述べられた後、受付された出席代議員の確認が行われ、定数357名中、出席350名、欠席7名で過半数以上の出席により、会の成立が確認された。その後引き続き、石川議長より議事録署名人として、葉袋健代議員（山梨県）、永尾隆代議員（香川県）が指名され、議事が進行された。

原中会長 所信表明

原中会長の所信表明で概ね以下のことを述べられた。

私が4月の会長選で獲得したのは、3分の1をわずかに超える票数だった。私が推薦しなかった先生も執行部に入り、いろんところから「ねじれ執行部」であるとの批判を受けた。しかし幸いなことに、全国すべての医師会の推薦

を受けた先生で構成される歴史的な執行部になった。各役員は政界や厚生労働省に対し、非常に活発に自分の担当分野の説明に回っている。単に政策を押し付けられるのではなく、医師会が自分たちの立場を提言するという意識を持って行動してもらっているのは非常に心強い。

6月に鳩山内閣が総辞職し菅内閣ができた。「おまえは小沢派だから、除外された」とよく言われたが、決してそうではない。私は「政治に左右される日医であっては国民が不幸になる」との信念の下に行動している。この6カ月間、新執行部は予想した以上に心を一つにして、会員と国民のために医師会がどうあるべきか論じてきた。結果は少しずつ出ている。今、小泉内閣時代やそれ以前からの医療費削減が原因となって地域医療が崩壊している。地域医療の崩壊を1日も早く直すことが私たちの使命である。全身全霊でこのことに力を注ぎたい。

官僚に医療を束縛しようという態度が見られ

た場合には医療崩壊が起こる。われわれ医師会こそ国民を守っているという姿を国民に見せて、国民を味方にしていくことが必要だ。一方的な意見で医療費が右へ行ったり左へ行ったりすることのないように、医療費が決まる前に医師会が意見を述べなくてはならない。

会内の問題については、1人1人が医師会員であるという自覚を持たなくては、医師会は強くない。外の問題では、消費税、同時改定、医学部新設・メディカルスクール、医療特区・混合診療・医療ツーリズム、特定看護師・看護師業務の拡大、指導監査など、これまで引きずってきた問題が残されている。医療を良くしようとする厚労省の政策ではなく、経済産業省や財務省、文部科学省など、比較的、われわれと疎遠な省庁からの提案が多い。われわれは国民皆保険制度を死守するために、これに害することは徹底して反対していく。

医師は保険医になるときに、地域の医師会に全員が入会するような法律改正をお願いしないといけない。勤務医と診療所医師は同じ医師でありながら、まったく違う仕事をしているかのような印象をマスコミがつくってしまった。医師はどこで働いていても、生命倫理に基づいて行動している。医師は聖職であり、病気の苦しみから脱却させるための職業だ。勤務医だろうと診療所医師だろうと心を1つにしたい。

地域医療は医師会と都道府県行政と一緒に構築することが大切だと思う。地域医療の構築は、都道府県の医師会が中心となって進めてほしい。

我々は今後も、会員のため国民のために仕事をしていきたい。

原中会長の所信表明に引き続き、横倉副会長から平成22年4月から現在までの会務報告が行われた後、議事に移った。

議事は、下記の4議案が提示され、第1号議案から第4号議案まで一括上程された。

- ①羽生田副会長よりそれぞれ提案理由（決算説明）の説明が行われた。
- ②議長より第1号議案から第4号議案まで一括

審議を付託する財務委員15名の紹介が行われた。

なお、財務委員会は議事進行の都合により設置されており、代議員会開催中または閉会中でも開催できるよう第121回臨時代議員会で設置が承認されたものである。

（九州ブロック財務委員 福岡県：松田俊一 良代議員 佐賀県：横須賀巖代議員）

- ③三宅直樹財務委員長より、本日の代議員会に先立って前日（10/23）開催した財務委員会について、15名の委員中14名出席が出席し、関係役員から説明を受け、慎重に審議した結果、出席者全員が適正と認め提案通り承認決定した旨の報告があった。
- ④三宅財務委員長の報告を受け、第1号議案～第4号議案一括表決を行った結果、賛成起立者多数で承認可決した。

- 第1号議案** 平成21年度日本医師会一般会計決算の件
- 第2号議案** 平成21年度医賠償特約保険事業特別会計決算の件
- 第3号議案** 平成21年度治験促進センター事業特別会計決算の件
- 第4号議案** 平成21年度女性医師支援センター事業特別会計決算の件

会長の所信表明、会務報告並びに各ブロックからの代表・個人質問

議事に引き続き、会長の所信表明、会務報告、ブロックからの代表・個人質問が行われた。

原中会長の所信表明に対する質問については、「医師は保険医になるときに、地域の医師会に全員が入会するような法律改正をお願いしないといけない」と述べたことに対し、「どのような形を考えているのか」との質問があり、原中会長は、「医師会への加入が義務付けられているドイツやフランスなどの制度を想定している。地域の医療は開業医と勤務医が協力した地域の医師会が守らなければならない。統制の取れた活動をするために、弁護士会や欧州の例

を参考として、日本も一つの医師会がたばねることが必要である。全員加入が実現すれば公的な扱いを受けることができると利点であり、国民のための医療を全うすることができる」又、「実現には困難を伴うが、今後、全国知事会や4病院団体協議会等との話し合いが必要」と答弁した。

会務報告に対する質問としては、会務報告に関する資料の配付が無かったことから、次回から資料を配付するよう要望があった。

執行部に対する各ブロックからの質問は、代表7題、個人15題で、「政府のライフ・イノベーション・新成長戦略への日医の対応」、「医師負担軽減策対策としてのメディエータ養成、ADR（裁判外裁判）の導入」、「新高齢者医療制度についての日医案」、「指導大綱・監査要綱見直し、保険指導等」、「医療連携」、「受診抑制」、「診療報酬改定の方向性」、「中小病院・有床診療所支援」、「消費税問題」、「介護保険問題（介護療養型医療施設廃止撤廃、介護サービス医療制度廃止等）」、「公益法人制度改革」、「日医広報のあり方」、「医療ツーリズムと特区体制」、「日医広報のあり方」、「弱くなった医師会を強くするための提言」等、多岐にわたる質問が取り上げられた。

なお、主な質問の回答は以下のとおり。

■指導大綱・監査見直しについて

指導監査は、確かにすべて経済的な理由から行われていることは明白である。今年9月、厚労省の元指導官が汚職で非常に問題になったところだが、藤村修副大臣と岡本充功政務官を中心に、この2つの要綱を見直そうということになっている。これを機会に経済という観点からではなく、医療という観点の指導監査に切り替えてもらう努力をしていこうと思っている。また、日医として指導大綱・監査要綱の改正案を提示し、厚労省の三役と協議する。

■政府のライフ・イノベーション・新成長戦略への日医の対応

医療・介護に経済成長の牽引産業としての役

割を担わせることは間違っている。それを期待した途端、医療・介護は営利産業化へ突き進むことになる。混合診療の全面解禁、自由診療市場の拡大に向けて、政治を含めた大きな力が働くことは明白である。医療の営利産業化は日本国民が受ける医療に格差をもたらす。日本の医療を市場と見なすことは、混合診療全面解禁の後押し、株式会社参入の突破口になり国民皆保険の崩壊に繋がる。

病院団体の一部には、医療ツーリズムに賛成するところがある。背景には、特に中小病院の経営難があり、経営努力の中で医療ツーリズムにも活路を見い出そうとしているのではないかと思う。日医はこれを批判するつもりはない。今回の診療報酬改定でも、大病院中心の手当てに終わっているからだ。政府はこれ以上、診療報酬を上げられないから、外国から富裕層を連れてきて経営原資にしろと言っており、本末転倒である。病院団体には引き続き理解を求めていくとともに、診療報酬の全体的底上げも徹底して求めていく。

■医療ツーリズム・特区構想について

患者が日本人か外国人かを問わずに診察、治療するのは、人道的見地から見て医師の当然の責務である。しかし、政府が新成長戦略として掲げる国際医療交流や特区構想は「アジアなどの富裕層を医療目当ての観光客として来日させる」というビジネス優先に偏った極めて狭く低い視点から発想されている点に大きな問題がある。高い診療費を支払う外国人患者を優先的に扱う医療機関を行政が後押しし、営利企業が投資行動などを通じて関与するという組織的な医療ツーリズム。それが実現すると、地域医療の現場のニーズに応えられるバランスの取れた再投資が困難となるリスクがある。また、患者の選択や不採算部門からの撤退も強く危惧される。

自由診療や自由価格の医療市場の拡大によって、混合診療の全面解禁、公的医療保険給付範囲の縮小、患者負担の増大が進行すると医療全般の質も低下し、地域医療崩壊を止めようがな

くなる。医療ツーリズムという1分野に偏った視点で論を進めることは、地域医療の実情から目をそらし全体の制度をゆがめ、築き上げられてきた日本の医療制度を崩壊に導くことにほかならない。

■診療報酬改定の方向性について

日医2010年度レセプト調査結果報告では、今回の診療報酬改定は大規模急性期病院に資源が集中した一方で、診療所や中小規模病院は苦戦する状況になっていることがうかがえる。地域医療を支えるためには、すべての医療機関の底上げが必要だ。今回の改定に際して「社会保障費2,200億円の削減方針」を撤廃したことは評価したとしても、現政権の大病院に偏った政策を改めさせる必要がある。

日医では、次回12年度の診療報酬と介護報酬の同時改定に向けて、医療と介護の同時改定に向けたプロジェクト委員会と、基本診療料の在り方に関するプロジェクト委員会を設置した。2回連続で診療報酬が大病院に大きく配分された結果を受けて、次回改定では中小病院や診療所にしっかり配分させるために、中医協をはじめあらゆる場で主張する。

■高齢者医療制度見直しについて

世界に誇れる国民皆保険を堅持し、医療再生を実現するには、高齢者の医療保険制度だけを見直すのではなく、若者も含めた全世代の医療保険制度を一体的に改革し、再構築する必要がある。執行部であらためて医療保険制度の抜本的改革の議論を深めてきた。

現在の進捗状況としては、「日本医師会国民の安心を約束する医療保険制度」(仮称)を作成し、常任理事間での数度の議論を経て、先週、理事に概略を説明した。この中でも、高齢者の医療を手厚くという方針は貫かれている。「すべての国民が同じ医療を受けられる制度」「すべての国民が支払い能力に応じて公平な負担をする制度」を基本理念として、段階的に改革を進め、最終的には2025年以降に公的医療

保険制度の全国一本化を目指している。実現にはさまざまな課題もあるが、年齢や地域、所得の違いによる格差のない制度でなければならない。改革の基本方針と道筋、公的医療保険の給付範囲、診療報酬体系、医療費水準、患者一部負担割合、財源の在り方に詳しく言及した。国民の理解を得られるよう想定される課題について一つ一つ検討を重ねてきた。

日医の新たな医療保険制度改革案は来月早々にも発表する予定だ。内容をご確認いただき会員の先生方のご意見を賜りたい。医療を守りたいという思いがしっかり届くよう、国民や与野党国会議員の理解を得る努力をしていく。

■公益法人制度改革に伴う母体保護法指定医師の指定権移行に関して

日医は、「母体保護法指定医師の指定権に関する検討小委員会」をプロジェクトとして立ち上げ、現在、審議継続中である。小委員会では、これまで都道府県医師会が母体保護法指定医師の指定という社会的使命を果たしてきた実績があり、これを正当に評価すべきである。公益社団や一般社団などの法人形態にかかわらず、従来通り、都道府県医師会が母体保護法指定医師の指定権限を保持すべしという意見が上がっている。

日医として、国や都道府県に指定権が移ることは断固として阻止していく。現実的な対応として、法改正までの暫定的措置で引き続き都道府県に指定権を残すというような交渉も必要と考えている。

■医療連携のための方策

かかりつけ医機能を中心に据えて地域連携を推進することが、地域医療を再生につなげる方策だと思う。地域連携の基本的制度と診療報酬・介護報酬は全国的な視点で考えるべきであるが、各地域の実際の連携体制は、国による画一的なものではなく、都道府県医、郡市区医を中心に地域の実情に応じて構築すべきである。国民皆保険による全国的な医療の保障と地域の

実情に応じた医療提供体制構築を両立させることが日医の大きな役割である。日医では、再来年の同時改定、高齢者医療制度見直しに向け、医療と介護全体の底上げが最重要課題だと考えており、かかりつけ医が十二分に役割を發揮できるよう努めていく。

2013年度から第2期の4疾病5事業の医療計画が始まる。医療計画は、医師会が中心となって地域の特性を十分に反映し、基本的には地域で完結した連携を構築できるものであるべきだと考えている。地域医療再生基金へのかかわり方は地域で濃淡があるが、地域医師会主体の連携が構築しやすい制度を実現することが日医の役目である。地域連携クリティカルパスについては、地域全体をカバーする医師会が拠点病院と連携し、かかりつけ医と勤務医が共同で、地域全体として標準的な医療を構築していくことが必要である。

■中小病院・有床診療所支援

中小病院や有床診療所の経営基盤の安定化には、日医も財源確保や診療報酬の面から努力している。しかしながら収入増は簡単ではなく、「税に対して支援を」という提言には同感である。2011年度の税制改正要望には社会保険診療の非課税問題、事業税の非課税問題、4段階税制、医療機器・建物の減価償却など、中小病院や有床診療所にも重要な要望をしている。これらの要望が実行されることが中小病院や有床診療所の経営安定化につながる。実現に向けて都道府県、あるいは地区医師会でも関係議員らに働き掛けをしてもらいたい。

■消費税見直し

日医は重点項目の第1に医療機関の消費税問題を挙げている。医療機関の消費税負担の実態は極めて深刻な状況である。抜本的な税体系の見直しの前に道筋を付けたいというのが原中執行部の考えであり、その第一歩として日医、四病院団体協議会が連名で税制要望書をまとめ、消費税の見直しを最重要項目に掲げて関係機関に働き掛けているところである。

■介護療養型医療施設の撤廃について

介護保険でも医療のかかわりが一層重要になると考える。先般、厚生労働省が公表した医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査の結果を見ても、施設の医療区分は介護療養の患者では医療療養の患者よりも医療区分1の割合が高く、医療区分2・3の割合が低い状況であり、医療療養では医療区分3の患者が増加し、介護療養と医療療養の機能分化が進みつつあることが分かる。

同時に公表された厚労省の療養病床の転換意向等調査の結果を見ると、転換が行われた約2万1,000床のうち、介護療養型老健は約1,000床と極めて少ない。今後の転換意向も「未定」と答えた施設が約60%あり、転換ができない理由として「地域のニーズや、利用者の状態でほかの介護施設などへの転換が難しい」としている施設も多いことから、地域での医療と介護のニーズを把握した上で、介護療養病床を存続すべきと考えている。

九州医師会連合会第314回常任委員会



会長 宮城 信雄

去る11月12日（金）、午後4時から標記常任委員会が城山観光ホテルにおいて開催された。

当日は、第110回九州医師会総会・医学会の前日会議として開催され、九州医師会連合会の事業現況並びに歳入歳出現計に関する報告や九州医師会連合会総会の宣言・決議（案）に関する・協議等が行われた。

はじめに、池田琢哉九州医師会連合会会長から開会の挨拶があり、会議が進められたので概要について報告する。

報 告

1) 第313回常任委員会について（鹿児島）

池田会長から、下記事項について経過報告があった。

①厚生労働省の政策コンテストについて

去る10月19日、日医へ同政策コンテストに対する要望書を提出した。日医の対応として原中会長が医政局長と面談し、そのようなことがないように申し入れを行い、発案者に対しても日本医師会館で直接指導したとのことである。

②日本医師連盟執行委員会における協議・討論の時間について

日本医師連盟の会議は、協議・討論の時間をしっかり設けてもらいたい旨要望した。その結果、来年開催される2月6日の会議では常任執行委員会は午後1時30分から午後2時20分迄（50分）、執行委員会は午後2時30分から5時迄（2時間30分）開催することになった。

2) 九州医師会連合会事業現況について（鹿児島）

池田委員から、平成22年4月1日から9月30日までに開催された九州医師会連合会の主な事業内容について資料に基づき報告があった。

3) 九州医師会連合会歳入歳出現計について

（鹿児島）

野村委員から、平成22年9月30日現在の九州医師会連合会会計の歳入並びに歳出の現計について、資料に基づき報告があった。

歳入合計	66,989,111円
歳出合計	11,972,333円
差引残高	55,016,778円

4) 第110回九州医師会医学会及び関連行事について（鹿児島）

池田会長から、第110回九州医師会総会・医学会関連行事について、11月12日（金）の前日諸会議、13日（土）の合同協議会並びに総会・医学会、14日（日）の分科会・記念行事の各日程等について報告があった。

5) 第63回日本医師会設立記念医学大会における各種表彰者に対する慶祝（祝電）について（鹿児島）

池田会長から、九州医師会連合会会長名で受賞団体並びに個人へ祝電をお送りした旨報告があった。

【日本医師会最高優功賞】 団体1、個人1名

医学、医術の研究により医学、医療の発展又は社会福祉の向上に貢献し、特に功績顕著なる功労者

(本会会員)

地域医療の確保及び保健活動に貢献した功勞者 金城幸善先生 (沖繩県)

【日本医師会医学研究助成費】 3名

6) 秋の叙勲受章者に対する慶祝 (祝電) について (鹿児島)

池田会長から、九州医師会連合会長名で各受章者 (4名) へ送りした旨報告があった。

7) その他

① 「医師会将来ビジョン委員会」 委員について (鹿児島)

池田会長から、医療政策と地域医療の観点から原祐一先生 (福岡県師会理事) と白髭豊先生 (長崎県医師会理事) のお二人を日本医師会へ推薦したとの報告があった。

協 議

1) 第110回九州医師会連合会総会の宣言・決議 (案) について (鹿児島)

池田会長よりみだし宣言・決議 (案) について、これまでの審議経過等について説明があり、特に異議なく承認の後開催される臨時委員総会に提案することにした。

2) 第315回常任委員会並びに第2回各種協議会 (1月29日 (土) 鹿児島市) について (鹿児島)

池田会長からみだし常任委員会並びに各種協議会開催日程等について提案があり、下記のとおり決定した。

日 時 平成23年1月29日 (土) 16:00～
場 所 城山観光ホテル

1) 第315回常任委員会 (16:00～18:00)

2) 第2回各種協議会 (16:00～18:00)

①医療保険対策協議会

②介護保険対策協議会

③地域医療対策協議会

3) 各種協議会報告 (18:10～18:40)

4) 懇親会 (18:45)

3) 支払基金の支部間格差調査結果について

(宮崎)

稲倉会長から、支払基金より公表された支部間格差の調査結果について下記のとおり説明があり、各県並びに審査支払機関の在り方に関する検討会の状況等も含めて意見交換を行った。(提案要旨)

国保・社保の審査について、都道府県国保連合会及び支払基金支部間で大きな差があること、審査基準が統一されていないこと等が指摘されてきた。これまで、このような指摘に対して説明できるような資料がなかった。これらの差異の原因を明らかにするため、支部間でレセプトを交換して、同一のレセプトを複数の支部で審査した結果が支払基金より公表された。

調査対象として、原審査査定点数率が高い福岡支部と低い山口支部を選び、レセプトを交換し双方の支部において審査事務及び審査を実施した。第三者の立場として、千葉支部にて福岡支部と山口支部のレセプトの事務審査及び審査を実施した。両支部とも原審査査定点数率が高い保険医療機関を対象とし、その数は山口支部が20、福岡支部が14であった。

対象レセプトは平成21年8月診療分の各々8,700枚、合計17,400枚で、山口、福岡両支部は相互交換で、千葉支部は両支部のレセプトの事務審査及び審査を実施した。審査を行ったのは、各支部とも主に主任審査員であった。

対象支部の審査概況をみると、山口支部、福岡支部、千葉支部及び全国の平成21年8月診療分全体の審査実績は、査定件数率で0.454%、1.596%、0.777%及び0.962%、査定点数率で0.079%、0.283%、0.185%及び0.197%であった。支部の審査実績でみると、山口支部と福岡支部では査定件数率で3.5倍、査定点数率で3.6倍の差があった。

レセプト交換にて、山口支部の保険医療機関を福岡支部で審査した場合、福岡支部の方が山口支部より査定件数率で7.6倍、査定点数率で

8.2倍高かった。福岡支部の保険医療機関を山口支部で審査した場合、福岡支部の方が山口支部より査定件数率で1.1倍、査定点数率で2倍高かった。千葉支部が山口支部の保険医療機関を審査した場合、査定件数率で4.0倍、査定点数率で2.5倍千葉支部の方が山口支部より高かった。千葉支部が福岡支部の保険医療機関を審査した場合、査定件数率は1.0倍と差はなく、査定点数率は福岡支部の方が千葉支部より3.1倍高かった。

支払基金支部間でレセプトを交換して相互に審査を行うという調査は、今回が初めての試みである。報告書にも記載されている通り、調査対象レセプト数が取扱件数と比較して極端に少なく、かつ全診療科を網羅したものでない。支部間で査定件数率、査定点数率の相違はあるが、平成21年8月診療分の全国平均では、レセプト件数の99.038%、請求点数の99.803%が査定されていないという事実を十分認識する必要がある。支部間で査定に相違が生じている事項については、レセプトの平均点数の差、算定ルールの解釈の差、支部取扱事項の差等更なる分析が必要である。審査委員会相互の一層の情報交換、簡潔明瞭な保険診療ルールの確立及び普及が重要である。全国共通の審査基準を急ぐあまり、査定率の都道府県間、支部間差異が強調され過ぎて、レセプト審査に対する不信感を助長してはならない。

4) 平成23年度九州医師会連合会行事予定について (佐賀)

池田会長から、佐賀県医師会が担当する平成23年度九州医師会連合会行予定(案)について提案があり、原案どおり承認した。

5) その他

①九州地方社会保険医療協議会委員の県別ローテーションの確認について (鹿児島)

池田会長から、九州地方社会保険医療協議会委員の県別ローテーションについて説明があり、任期の確認を行った。

平成22年10月1日以降 (1年任期)

沖縄県、大分県

平成22年10月1日以降 (2年任期)

熊本県、長崎県

※福岡県は窓口県として毎年委員となる。

②鹿児島県奄美大島地区の豪雨災害における見舞金について (鹿児島)

池田会長から、九州医師会連合会災害見舞金(義援金)に関する申し合わせに基づき、大島地区への豪雨災害見舞金として、九州医師会連合会より見舞金をお送りしたい旨提案がありました承された。

その他

・日本医師会財務委員会開催に伴う意見提出について

松田会長(財務委員会委員)より、標記意見提出について説明があった。

日本医師会では、財務委員会を12月10日に開催することであり、第123回日本医師会臨時代議員会で承認された平成21年度決算、事業内容等に関する追加質問並びに予算に関するご意見等があれば提出していただきたいことである。ご意見等があれば11月20日(土)までに福岡県医師会へ提出していただきたい。(日本医師会へ11月26日までに提出)

第110回九州医師会総会・医学会及び関連行事

常任理事 安里 哲好

去る11月12日（金）から14日（日）の3日間にわたり、鹿児島市において九州医師会連合会総会・医学会並びに関連諸行事が開催されたので、その概要を報告する。

I. 第100回九州医師会連合会臨時委員総会

日 時：平成22年11月12日（金） 午後5時～
場 所：城山観光ホテル（鹿児島市）



定刻になり、江畑委員（鹿児島県）の司会のもと、会が進められた。

九州医師会連合会長挨拶

池田琢哉九州医師会連合会長（鹿児島県医師会会長）より概ね次のとおり挨拶が述べられた。

この度、九州医師会連合会の委員総会が第100回という大きな節目を迎えたことは、誠に感慨深いものがある。九州各県の先輩、偉人の方々が幾多の困難を乗り越え、努力を重ねなが

らこの会を営々と築いてこられたことに対し深く敬意を表したい。

さて、昨今の医療環境を考えると、高齢者窓口負担増、国民皆保険制度の根幹を揺るがし、市場原理につながる医療ツーリズムや医療における総合特区構想等様々な問題が浮上してきている。

私ども九州医師会連合会は、これまで以上に日本医師会を強力に支えながら、医療崩壊を阻止すると共に、国民が安心できる医療提供体制

の再構築と国民皆保険制度の堅持を強く訴えていきたいと考えているので、皆様の特段のご理解とご支援を賜りたい。

来賓祝辞

原中 勝征日本医師会長
(代読 横倉義武副会長)

横倉副会長より、まず、今年の4月から日医役員に九州医師会連合会より小職と今村定臣常任理事、藤川謙二常任理事を推薦、当選させていただいたことに対するお礼が述べられた後、以下のとおり祝辞の代読があった。

第100回の九州医師会連合会委員総会の開催を衷心よりお祝い申し上げます。

医学・医療の恩恵は、社会生活と遊離しては存在し得ないものである。そして、医師会の存立の使命は、社会生活と医師との仲介である。医師は進んで医師会に加入することで、社会に対して医師の責任を認識すると共に、医療の正当なる名誉と適正な対価を医師会活動を通して保持していかなくてはならない。そのためにも、医師会員の融和・団結を図る必要がある。本日から開催される九州医師会連合会の諸行事はまさに強固な医師の団結に繋がるものと確信している。

日本医師会は、わが国を日本一の健康長寿国に導いた国民皆保険制度の堅持を主軸に、真に国民が求める医療提供体制の構築に向けて、国民と共に努力していくので、九州医師会連合会の先生方より一層のご支援をお願い申し上げ挨拶とする。

座長選出

慣例により、座長に九州医師会連合会長の池田会長が選出された。

報 告

1) 第314回常任委員会について

本委員総会に先立って開催された第314回常任委員会の報告・協議内容が、本委員総会の報告協議と重複するとして、報告は割愛された。

2) 九州医師会連合会事業現況について

池田委員（鹿児島県）より資料に基づき、平成22年4月1日から9月30日現在までに行われた九州医師会連合会事業（常任委員会、委員総会、各種協議会等）及び関連行事について報告が行われた。

3) 九州医師会連合会歳入歳出現計について

野村委員（鹿児島県）より資料に基づき、平成22年9月30日現在の九州医師会連合会歳入歳出現計について報告があった。

なお、歳入・歳出合計並びに差引残高については下記のとおり。

歳入合計	66,989,111円
歳出合計	11,972,333円
差引残高	55,016,778円

4) 第110回九州医師会医学会および関連行事について

池田委員（鹿児島県）より資料に基づき、11月12日（金）の前日諸会議、13日（土）の合同協議会、総会・医学会、14日（日）の分科会、記念行事について報告があった。

議 事

第1号議案 第110回九州医師会連合会総会における宣言・決議（案）に関する件

座長の池田会長より、現下の医療情勢を踏まえ宣言・決議の原案を作成した旨の提案理由の説明が行われた後、三宅委員（鹿児島県）より朗読があり、審議した結果原案のとおり承認され、翌13日（土）の総会に上程することが決定された。

その他

「支払い基金の審査の強化・画一化」について

当委員総会に先立って開催された常任委員会において、宮崎県医師会の稲倉会長から問題提起のあった支払い基金の審査強化・画一化について、日本医師会横倉副会長から、その現状について概ね以下のとおり報告があった。

今年の4月に「審査支払機関のあり方に関する検討会」が発足し、私は第2回目の検討会から参加し、昨日は第9回目の検討会が開催された。

何故、検討会が立ち上がったかと言うと、規制改革会議の議論の中で、審査会が独占業務を行っており、競争のないものであると指摘されたこと。また、電子レセプト、電子請求がレセプト枚数の8割近くになっているとして、審査を全て電子化できないものかと保険者側が強く求めているためである。

このことについて、私どもは、医療の特殊性ということから、機械審査だけでできることではないと常に主張し続けている。また、全国の審査実態がどうか確認するよう求め、全国から十数人の支払基金の審査委員会委員長若しくは、国保審査委員会の会長に意見陳述をしていただいた。その意見陳述の中でも支部間の格差が多く認められた。

実際に、福岡県と山口県のレセプトを相互に交換して審査を行い、さらに、両方のレセプトを千葉県に送って審査してもらったところ、やっぱり格差があったということである。

また、各支部の審査委員長に対するヒヤリングの中で、審査委員長は「審査委員の負担が大きい、それぞれの地域の診療行動に幾分かの差異が出ることはいたしかたないと言うことを支払い側は認識してほしい」と口を揃えて話しをしていた。

ただ、審査の実態について種々話し合いをする中で徐々に理解が得られるようになっていく。検討委員会では、審査判断基準として明文化されたスタンダードは必要である。しかし、それぞれの地域特性に応じたある程度の差異があっても仕方ないという意見にほぼ集約できつつあるが、難しい面もある。

それに対し、支払基金の意見は、現行のルールは、個別性を重視する医療との関係で、相当程度の裁量の余地が認められている。そのために様々な解釈が成立する。これは、都道府県単位の審査委員会がそれぞれでローカルルールを設定せざるを得ない要因になっている。審査の不合理な差異を解消するには支払い基金におい

て、専門分野のワーキンググループを編成し、審査委員会からの審査照会の実施等、審査委員会の強化に取り組むばかりでなく、厚生労働省においても保険診療ルールの解釈に混乱を生じないように保険診療ルールの明確化に取り組む必要があるとしている。

また、当検討会に出席されている内保連の前の会長である斎藤先生は、国民皆保険の中で審査基準の地域間格差があることがおかしいと言う指摘は一般論としてはある程度理解できる。しかし、これまでの議論で、地域の審査の実態を聞くと、医療提供体制や疾病構造、患者の年齢構成、県民一人当たりの医療費に相違があり、格差もある程度納得できる部分もある。一律の審査基準を押し付けることが、地域住民の幸せに繋がるのか、リーズナブルな格差は是認してもいいのではないかとの意見を述べられていた。

これを受けて座長は、審査基準については、審査のルールが診療側にもわかるようにしていく必要がある。リーズナブルな格差とはどういうものなのかについては今後究明する必要があると発言をした。

コンピュータ審査に関する議論については、専門家から説明があり、コンピュータ審査について、ある程度の問題点は集約できるが、最終的に査定するかどうかは人間の目が必要であると話をしていった。健保組合等からは、当初、保険者が主張していた審査委員のいらぬ審査をとの声は少なくなってきた。

しかし、昨日の検討会で次の新たな問題があがってきた。

支払基金の審査と国保の審査が一緒できないものかという議論がでてきた。レセプトソフトの統一化はできると思うが審査の統一には問題がある。

再審査の問題として、1回目再審査は原審を行った審査委員が行うが、それに納得でいなくて再々審査となった場合、同じ審査委員が行っても両方納得しないのはいかないということで、再々審査の場合はブロック単位で審査会を設置してはどうかとの意見があがっている。

直接契約の問題、これは3～4年から調剤薬

局と保険者が直接契約を行い、保険者が審査をしているという実態がある。これは医科にもち込まれる可能性もあり、そうなるフリーアクセスを阻害することになりかねないので、医科まで広げるのは反対と主張している。しかし、保険者側は直接契約したいという意志がある。

また、ある健保組合から、保険者に領収書を提出させ、保険請求と突合せたら恒常的に4～5%の不正請求があると、とんでもない発言があった。もし、それが事実であれば医師会としても厳しく対応するが、領収証がないからといって不正請求というのは判断が間違っている。医療機関

も一部負担金の未払いに苦勞している。そのような時は領収証はない。しっかり精査をしてエビデンスに基づいて発言するよう注意を促した。

以上のように、審査の問題、支払基金のあり方の問題等が種々議論されているが、格差をどの程度認めるかということについては、診療ルールで明文化できるところは明文化し、双方の共通認識の下でやっていくべきである。また、地域においては文章で明確にできないような格差もあるので、ある程度の差異は認めなければならないということが、検討会における現段階の共通認識となっている。

II. 九州医師会連合会委員・九州医師会役員合同協議会

日 時：22年11月13日（土） 午前10時～

場 所：城山観光ホテル（鹿児島市）



司会より開会が宣された後、池田琢哉九州医師会連合会会長（鹿児島県医師会会長）より、概ね次のとおり挨拶があった。

九州医師会連合会会長挨拶

本日は、日本医師会原中会長からご講演をいただくことになっている。原中会長には、大変ご多忙の九州医師会連合会のために遠路当地ま

でおいで下さったことを感謝申し上げる。私も医療界は非常に厳しい状況下にある。そういう中でこれからどの様に対処し、乗り越えていかなければいけないのかご示唆をいただけるのではないと思う。原中会長の講演の後に質問の時間を設けているので、ご発言を宜しく願いたい。

座長選出

慣例により、九州医師会連合会池田琢哉会長が選出された。

講 演

「中央情勢について」

日本医師会長 原中勝征先生

新執行部は、国民のためになることであれば絶対的に賛成すると同時に、医療に悪い影響を与えることであれば誰に対しても反対する。また、基本になる国民皆保険を維持することに対して、当面の問題と将来の問題を考へて財源の問題にまで政府にしっかりと提言していくということを共通認識のもと実行しているところである。民主党が与党慣れしていないこと、医療に詳しい方がいないということから個人的な意見が政策として行われており非常に危険な状態である。私たちは、政府の案にきちんとした正しい意見が出てくる様なシステムを作らなければならないということで、横倉副会長或いは藤川常任理事が中心となって、毎月医系議員の方々から政府内部のいろいろな政策の進行具合を聞く会を作り、また、厚労省の委員会の方々との定期的な話し合いを持つ方向で、先月第1回目の会議を開いて意見を述べたところである。今後これを繰り返すことによって政策の中に私たちの意見が入っていくようなルートを作っていきたいと説明され、次のとおり講演が行われた。

1. 国民皆保険を堅持するための雇用環境の是正

2004年に製造業への労働者派遣が解禁された。その後、非正規従業員の割合が拡大し、2009年には3人に1人(33.7%)が非正規労働者で、25～34歳の若者でさえ、4人に1人(25.6%)が非正規従業員となっている。若者の生活が不安定になっており、社会保険未加入者が増大することが懸念される。2008年には、給与所得200万円以下の所得者が1,000万人を超えている。雇用不安、生活不安を背景に、未婚率も大幅に上昇し、2005年には、男性30～34歳47.1%、女性25～29歳59.0%に達して

いる。どの年齢階層においても正社員或いは年収が高いほど配偶者のいる割合は高い。生活が苦しく、家庭を持てる見通しもない中、保険料を支払えない世帯が増加している。

国民全体の収入或いは職場での身分が相当影響されている。小泉政権が行った雇用法の拡大を一日も早く止めて、株式の配当で外国に持って行かれているお金を働いている若い人達に分配すること。労働分配率が以前は54%であったのが今は43%になっている。これを10%増やせば昔の落ち着いた日本になれることを主張する。

2. 超高齢社会を見据えた社会保障全体の長期ビジョンの提示

日本の65歳以上の人口は、2042年にピーク(約3,900万人)を迎える。2055年には65歳以上が41%になるのに対し、就業人口(15～64歳)は51%である。現在は、高齢者(65歳以上)1人を若者2.8人で支えているが、2025年には若者2.0人、2050年では若者1.3人で支えなければならない。

超高齢化社会はかねてから予想されていた。高齢者医療制度の見直しは、もちろん重要であるが、目先の課題に翻弄されず、将来を見据えた長期ビジョンを早急に示すべきである。

3. 医療費の引き上げと患者一部負担の引き下げ

2007年の対GDP総医療費は、OECD平均8.7%、日本は8.1%で、29か国中20位である。民主党は昨年夏の総選挙の「政策集INDEX2009」で、対GDP総医療費をOECD加盟国平均に引き上げると明記している。公約であるので、出来るだけ早く医療費を上げるようにということを主張していく。

2001年を100とすると、2009年に消費者物価指数98.82、実質賃金96.12、診療報酬(全体)92.27と下落しており、特に診療報酬の下落幅の大きさが目立つ。このことを政治家は知らず、説明をすると驚く。経済指標と大きく乖離しない診療報酬の設定にすべきである。この

ことをきちんと政策に活かしていきたい。

日本医師会の調査によれば、国民の62.8%、患者の44.7%が「窓口負担が高くなりすぎだ」と回答している。通院日数の減少は、患者一部負担が高いために受診抑制が起きているからとも考えられる。このままでは受診抑制を強めかねない。少なくとも2割負担に下げるべきであると政府に申し入れて実行してもらおうということを考えている。

民主党は、75歳以上であっても収入のある人は2割、やがては3割に引き上げると言っているが、我々は大反対である。足りなければ、消費税や保険料を上げ、国民全体で補うということが国民皆保険の基本であると主張しているところである。

4. 2010年度診療報酬改定を振り返る

民主党のマニフェストを作る際に、医師会が反対していた5分間ルールといったものを無くすことによって診療所のお金を病院に回すといったことはもうさせないということを強く決意して、それを民主党も認め、診療報酬を上げると言ったにもかかわらず、財務省は、底上げではなく、配分の見直しという全く自民党時代と同じことを主張し続けた。最終的には、財務省は2%程度引き下げると主張したが、0.19%と10年ぶりのプラス改定になった。ネットで上がったというのは本当に10年ぶりである。

5. 医師・看護師不足および偏在の解消へ

医学部新設という動きが起こり、全国で4つの病院が申し出た。新しい医科大学を作ることによって350人～450人の新たな教員が必要となる。そうすると2次医療圏の医師がいなくなってしまう。

医師不足が言われてから医学部定員を増やしており、2007年度を基準とすると、2008年度には168人増、2009年度には861人増、2010年度には1,221人増である。新設医学部の定員数を仮に100人とすると、2010年度までに既存医学部で増加した定員数1,221人は、約12大学分に相当する。

今新しく医科大学を作っても、医科大学を作るのに4、5年、更に医師が一人前になるのに10年掛かる。今のまま医師を増やしていくと15年後の2025年には2.8人になると見込まれる。これは現在のG7平均の2.8人に近い水準である。そこから先は医師過剰となってくるので、新しい医科大学を作る必要はないと考える。

全国の医学部長・病院長会議で話しをしたが、医学部はもう少し定員を増やせるということであるが、私たちは地域枠を作りたいと要求した。また、最後の1年間を殆ど国試勉強で費やされているという無駄な授業を止めて、医学部の中で初期研修を行っていただきたいと要望した。医学部も賛成し案を出すということであるので、地域まで入れた初期研修が出来れば、後は日医の生涯教育で補っていければいいのではないかと考える。

2006年度に「7対1」入院基本料が創設され、看護師不足も強まった。2009年の日本医師会のアンケート調査の結果、最近になっても、約6割の医療機関で、看護職員の採用がますます困難になったと回答している。

6. 医療費抑制策の解消へ

厚労省は「社会的入院」患者を退院させ、療養病床削減の方針を打ち出し、38万床ある療養病床を2012年までに15万床に削減することが決定された。この時点で私たちは41万床が必要であると主張し、現実に療養病床の患者さんに移しようがないこと、家に帰すことができないこと等をきちんと政府に説明した。その結果療養病床の削減を凍結させ、民主党にこの法律を無くすことを約束していただいた。

2006年度の診療報酬改定で、発症後早期のリハビリテーションを重点評価するとの名目で、算定日数の上限が導入された。必要な医療を必要なときに受けられることが国民皆保険の基本である。厚労省に見直しを求めているところである。

診療所と病院の再診料については、次回改定には元に戻すようにしていかなければならないと考えている。

2010年度の診療報酬改定では、急性期入院医療に手厚く財源が配分された。「15対1」は慢性期とみなされて評価が下げられたが、その7割近くは不採算地区にあって、地域医療を支えている。身近な診療所から病院への紹介、病院での急性期医療、回復期医療、慢性期医療、退院後の診療所への通院、在宅医療等、連携のためには医療費全体の底上げが必要である。

7. 市場原理主義の医療への参入阻止

現政権下において、保険外併用療養の範囲拡大や医療ツーリズムなどの考え方が出てきている。保険外併用療養の範囲拡大については、現在の評価療養等の機動性を高めるという趣旨であれば賛成であるが、最終的に混合診療の全面解禁を狙ったものならば反対である。医療ツーリズムについては、医師が診療をすることは、日本人、外国人にかかわらず当然の責務である。しかし、医療ツーリズムという、産業として営利企業が医療に参入することは、混合診療全面解禁につながる可能性が大きく、容認できない。

現在も厚生労働大臣が定める「評価療養」と「選定療養」は保険診療との併用が認められている。この現行制度を有効に活用すべきである。

8. 提案要望事項等について

①特定看護師（仮称）に対する対応について

日本医師会では全国の大病院、中小病院、外科系、内科系と多方面を選定して調査をした結果、医療の現場では、チーム医療の中で、医師の教育・指導によって看護師が積極的に医療行為を行っていることが分かった。特定看護師を決めてしまうと今やっている看護師が医療行為が出来なくなり、日本の医療に悪影響を及ぼす。当調査結果を中医協、厚労省へ持参して検討をお願いしたところである。

②来年度の医療・介護保険同時改定に向けて

改定の原案が出る前に早めに医師会から案を提示出来るよう二つのワーキンググループを作った。一つは、医療と介護の位置づけについて、もう一つは、医療費と介護費の技術の原

価、物の原価、こういうものをきちんと精査した上でこれだけのものが必要であるとききちんと示せるようにしたい。

③介護型療養病床の全廃法案は、いつ法的廃止が決定されるのか

民主党はきちんと撤廃すると約束しているので、必ずやっていただけと思う。

④療養病床再編について

療養病床は41万床が必要だと主張しており、高額な医療費を必要としない許可病床を多くすることを提案している。

⑤有床診療所の行方

有床診療所は、往診や訪問介護等が最も適した施設であるという有用性を主張し、有床診療所が成り立つだけの入院料にして欲しいと要望している。

⑥日本医師会の組織力について

保険医は全員医師会に入るべきであると考えている。地域医療を守るために全員参加の下に医師という同じ立場で行動してもらいたいような組織にすることが大切であるので、今後医師会の中で協議を行うと同時に、全国の知事と話しをしたいと思っている。国民のためのきちんとした地域医療の責任者は県医師会長と知事だということを確認しながら運営するような仕組みを作っていかなければいけないと考えている。

⑦医師会推薦候補に関して

当面は組織内候補は考えていない。基本的には今のように私たちが厚労省或いは政府の方々と直接話しをすることができない場合に、そういう人が必要だと思っている。

質疑応答

フロアーからの質問に原中会長が次のとおり回答された。

○質問：薬剤費はもっと下げられるのではないかと。新薬はしょうがないが、ゾロ新はもっと下げられるだろうし、長期で服用する慢性疾患の薬は他の薬よりやや高くなっている。患者さんのためでもある。薬剤費のことを日医から提言していただきたい。

●回答：今の制度自体が正しいかどうかをき

んと提案しなければならないと考える。

- 質問：事業税等の問題については、日医が努力されていることは承知している。若干不確定情報かもしれないが、日医が診療報酬を大幅にアップすれば、事業税は払ってもいいという考えであるという声が入っているので、そのような取引は是非止めていただきたい。
- 回答：初耳である。薬の損税の問題、事業税の問題等、税制に係ることを政府と話しているところである。取引には絶対使わない。両方を解決する努力をしている。
- 質問：診療報酬改定の年と日医の会長選挙の年がぶつかっている。そうすると厚労省等と交渉する場合に会長選挙の最中では、なかなか全神経を集中させることが出来ないのではないかと考える。会長選挙と診療報酬改定の

時期がずれるようにしていただきたい。

- 回答：代議員の先生方にその点を検討いただくことにしたい。大切な6年に1回の同時改正に関しては、そのようなことは考えずに一生懸命成果を上げるために努力する。
- 質問：日医連の推薦候補の存在意義についてどう考えているのか。今後選挙があるが、その時にはどういう態度で臨むのか、現時点での考えをお聞きしたい。
- 回答：一番大切なのは票の数である。誰を推すかということ以上に日医連が何票持っているかで判定される。組織内候補が本当に必要かどうか。日医の医師を政府に到達させることが日医連の役目だとすれば、日医連の活動は、別な面の活動の方がとても有効なことが多い。

Ⅲ. 第110回九州医師会総会・医学会

日 時：平成22年11月13日（土） 午後1時～
場 所：城山観光ホテル（鹿児島市）



第110回九州医師会総会

九州医師会連合会会長挨拶

（池田琢哉鹿児島県医師会長）

先月20日奄美大島で起きた記録的な集中豪

雨による被災に対し、九州各県の皆様から激励と心遣いをいただいたことについてお礼が述べられた後、概ね次のとおり挨拶が述べられた。

この3日間に亘る九医連のメインイベントが地域医療を支える私どもにとって、実り多い成果をあげ行く先に一筋の光明が見え、羨望が開けていくよう期待している。

この上半期、尖閣諸島問題、ゼロ金利下の円高不況や雇用の悪化と失業率の上昇等々、国政は内憂外患の様相を呈している。医療界もまた、多事多難である。ますます深刻化する慢性的な医師不足と、地域ごと診療科ごとの偏在の問題を抱えながら、最近、降って沸いたように浮上してきた新国家戦略に伴う、医療ツーリズム構想や、混合診療の拡大に伴っての医療界への株式会社進出が懸念される。これらの諸問題は、公平性、平等性を根幹とする国民皆保険制度を揺るがす大きな社会問題となっている。

細川律夫厚生労働大臣は、社会保障と医療のあるべき姿を、高らかに宣言しているが、国民がおかれている厳しい現実の状況を踏まえ、公平・公正なかたちで具体化・具現化するよう期待している。菅直人首相も、自ら有言実行内閣の出発と位置づけておられるが、医療・介護・福祉を担う現場の声なき声をきめ細かく吸い上げて、熟期を重ねてほしいものである。

国民医療を取り巻く諸情勢と九州医師会連合会としての取り組みについては、宣言（案）・決議（案）にくまなく盛り込んでいる。ご議論、ご承認下さるよう、お願い申し上げます。

来賓祝辞

原中勝征日本医師会長

（代読：横倉義武日本医師会副会長）

第110回の九州医師会連合会総会の開催を衷心よりお祝い申し上げます。

我が国は国民皆保険制度のもと、世界的にも高い評価を受けている。しかし、わが国の高齢化は、世界に類を見ない速さで進み、それに伴う医療費の増大が問題となっている。加えて、少子化による生産年齢人口の減少と長引く経済の低迷とが医療財源の逼迫に更なる拍車をかけ

ている。こうした状況のなか、昨年8月に発足した民主党政権は、社会保障に重点を置く政策マニフェストを打ち出し、我々医療従事者としても大きな期待を寄せるものである。

ところが、最近の新成長戦略の一環として打ち出される医療政策を見てみると、営利企業の関与による組織的な医療ツーリズムやデバイス・ラグ、ドラッグ・ラグの開帳などを理由に混合診療全面解禁を後押しするような空気が出てきたことは、誠に遺憾である。こうした政府の動きを正し、日本の医療を立て直していくためには、団結性、戦う医師会をつくり上げ、そこから医師の誇りと医療への国民の信頼を取り戻すための秘策を展開していくことが必要不可欠である。

九州医師会連合会の先生方においては、こうした本会の方針をご理解いただくとともに更なる医師の団結に向けてより一層ご支援を賜うようこの場をお借りしてお願いを申し上げます。

続いて引き続き、伊藤祐一郎鹿児島県知事、森博之鹿児島市長、吉田浩己鹿児島大学学長よりそれぞれ来賓祝辞が述べられた。

宣言・決議

慣例により議長に池田九州医師会連合会会長が選任され、池田議長進行のもと、宣言・決議（案）について協議が行われ、異議なく原案どおり承認された。

なお、宣言・決議の送付先等については担当県に一任された。

次回開催担当県医師会長挨拶

来年度の総会、医学会、分科会、記念行事は、平成23年11月19日（土）、20日（日）、ホテルニューオータニ佐賀を主会場として、開催するので多くの先生方の参加を賜りたい旨挨拶が述べられた。

宣 言

脱官僚・政治主導・「コンクリートからヒトへ」のスローガンを掲げた民主党政権が誕生し、明るい展望が開けるかに思えた。しかし社会保障政策、特に医療政策は相も変わらぬ財政主体で財務官僚主導の厳しいものとなった。今回の診療報酬改定も僅かなプラス改定に終わり、地域医療を担う中小病院・診療所にとっては極めて厳しい内容となり、地域医療提供体制の崩壊が懸念される。

国は国民に公平かつ安心で安全な良質の医療や充実した介護を提供する重大な責務を負っており、崩壊寸前の地域医療を守るために、我が国の総医療費増額による社会保障の充実を早急に図るべきである。

我々は現在の世界に冠たる国民皆保険制度を堅持し、国民医療をさらによりよく推進することを九州医師会連合会の総意としてここに宣言する。

平成22年11月13日

第110回九州医師会連合会総会

決 議

我々九州医師会連合会は、政府に対し、次の事項を強く要求する。

- 一、国民皆保険制度の堅持と患者自己負担の軽減
- 一、社会保障の充実と質の高い医療・介護提供のための財源確保
- 一、混合診療に代表される「市場原理の医療への導入」の阻止
- 一、高齢者にやさしい医療制度の確立
- 一、地域医療の崩壊を阻止するための医師不足、医師偏在の解消
- 一、介護療養型医療施設の存続と必要な療養病床の確保
- 一、事業税非課税と租税特別措置法の存続
- 一、控除対象外消費税の解消
- 一、勤務医、女性医師の就業環境の改善・整備
- 一、准看護師養成制度の堅持と助成の拡大及び三層構造の堅持

以上、決議する。

平成22年11月13日

第110回九州医師会連合会総会

第110回九州医師会医学会

去る11月13(土)13:00より、城山観光ホテル4階「エメラルドホール」において第110回九州医師会医学会が開催されたので、その概要を報告する。

特別講演Iは、坪内博仁先生(鹿児島大学大学院医歯学総合研究科消化器疾患・生活習慣病学教授)より、「肝炎診療の進歩と実際」と題して講演があった。

わが国の肝癌死亡率は、ほとんどがB型およびC型肝炎ウイルスに起因する肝細胞癌で、全体のほぼ80%を占めている。

B型肝炎ウイルスは、主に母児間感染により生じ、成人になるに伴い発症し、70~80%は臨床的に治癒した状態になるが、20~30%が慢性肝炎に移行し、その一部が肝硬変、肝癌に進展する。B型慢性肝炎に対し、2000年に認可されたラミブジンは、ウイルス変異による

耐性株の出現頻度が高かったが、2004年に認可されたエンテカビルは、その頻度が低く、現在B型慢性肝炎に対する第一選択薬となっている。

C型慢性肝炎は、1992年より24週間のインターフェロン治療の導入により、高ウイルス量、ゲノタイプ1型、線維化進展等が難治例の特徴であることが明らかになった。2004年より難治例に対するペグインターフェロンが保険適応となり、難治例であっても持続的ウイルス学的著効率は50%に上昇し、現在では、治療効果に関連するウイルス因子としてISDR、コア70および91番アミノ酸置換、IRRDRが明らかになった。さらに、高ウイルス量、ゲノタイプ1型の初回治療例や、初回治療再熱・無効の再治療例を対象とした、新規プロテアーゼ阻害薬やポリメラーゼ阻害薬の開発が進められて

おり、持続的ウイルス学的著功率の更なる向上が期待されている。

ウイルス性肝炎に対する治療法が進歩する一方、非アルコール性脂肪肝炎に起因する肝臓が増加している。当肝炎は、脂肪肝を背景とした生活習慣と関連する疾患であり、その病態の解

明等は今後の肝臓病の大きな課題である。

特別講演Ⅱは、末吉竹二郎先生（国連環境計画・金融イニシアティブ特別顧問）より、「地球温暖化時代の医師の役割」と題して講演があった。

印象記



常任理事 安里 哲好

九州医師会連合会主催の3日間に及ぶ三つの行事である。九州医師会主催医学会の前日に九州医師会連合会常任委員会（各県会長会）、同臨時委員総会と委員・各県医師会役員との合同懇談会があった。中日に、委員・県医師会役員合同協議会による原中勝征日医会長による「中央情勢報告」と各県から7つの提案要望事項についての回答があった。午後の早い時間に、鹿児島県知事・鹿児島市長・鹿児島大学学長をお招きして、九州医師会連合会総会があり、その会の終わりに宣言文と決議文を承認した。午後の部は医師会医学会で、二つの特別講演があり、一つは医学に関する講演で、もう一つは文化講演であった。3日目は7つの分科会と8つの記念行事があった。

この度、印象に残ったのは原中会長講演で、医療制度や医療界の諸問題についてかなり見識を有し、ご自分の意見を持って適切に発言されている感じを強く受けた。また、政府に対しても、必ずしも医師会の代表を送らずとも、医療政策をきちっと提言して行くと同時に、情報交換や問題提起の際における複数のパイプを作り利用して行くと述べており、実際既に実践しているようだ。発言し実行する執行部との感を得て、内閣府や厚労省に対して真正面から取り組んでいる印象を受けた。植松元会長は小泉政権からほど遠い距離を置き、唐澤前会長は自民党前政権と共に生きて・一体となっていた感じがした。現会長に関して、会員は民主党を支持して来たとの印象を強く持っておられるようだが、各政党に対しても等距離で臨み、医療政策で持って提言して行くと述べていた。代理人（日医代表の国会議員）が居ないので、自らの足で情報を収集し、政策提言や意見を主張して行くことは大変な労力を要すると思われるが、一方、常に国民の保健・医療のためと言う使命感を堅持していれば日医の強い力となろう。

3日目はいつも記念行事の懇親ゴルフだが、今回は来年3月までの内科認定医の単位が不足して、鹿児島大学医学部の鶴陵会館ホールの内科学会に参加し、高血圧の50%のルールとCOPDは15年後に死亡率3位になるとの事、また肥満と糖尿病治療のパラダイムシフトについて学んだ。桜島は今度も黄砂にて霞、最後までその姿は稜線がおぼろげであった。

印象記



常任理事 大山 朝賢

九州医師会連合会委員・九州各県医師会役員合同協議会（鹿児島市）における原中勝征日本医師会長の中央情勢報告は漸進ですばらしい講演であったと思う。エビデンスに基づくストーリーはどれもごもつともというものであったが、2～3のスライドについて印象を記した。

スライドのタイトル「これからの日本社会」をみると、日本の65才以上人口は2042年にピーク（約3,900万）を迎える。2055年には65才以上が41%になるのに対し、就業人口（15～64才）は51%である。65才以上老人対就業人口の比は1対1.3となる。これに対しスライドタイトル「医療費の現実」をみると、1人当りの年間医療費は70才未満15.7万円、70才以上75.8万円（2001年のデータ）であった。つまり70才以上の医療費は70才未満の5倍もかかっているのである。このままでいくと近い将来、老人医療費は就業人口では支えきれなくなるのは明白である。つまり現在のすばらしい国民皆保険制度を堅持していくにはいくつかの改革が必要になるであろう。私は高齢者医療に携わって30年以上になるが、まず頭に浮かぶのは、医療費の削減よりもLiving will法制定を優先させるべきと考えている。

私が日本医師会の地域医療対策委員をしていた時（平成18年）、日本医師会の役員の方々には誰ひとりとして医師の絶対数の不足を声にする者はおられなかった。病院の医師が足りないのは医師の偏在によるものであり、医師の絶対数は足りているという算段であった。それからしばらくして、平成16年から始まった新臨床制度のあおりを受けて医師不足が叫ばれるようになった。この医師不足に対応して2010年までに医学部の入学定員は従来よりも1,221人増加したが、新たな医学部の増設やメディカルスクールの新設の必要性をとなえるものも出てきた。これに対する原中会長のスライドタイトル「今後の医師数の見通し」は説得力があるように思われる。2010年の我が国の医師数は人口1,000人に対し、医師数2.2人である。これが2025年には2.8人と見込まれ、これは現在のG7平均医師数2.9人に近い水準であるというのである。つまり医学部やメディカルスクールの増設や新設は不要であり、むしろ医師過剰にならないようある時点から現在の医学部の入学定員を削減せねばならないということである。これらの事例をあげてみてもわかる通り、ほぼすべてのスライドはアカデミックであり、バラバラに進軍する民主党軍団幹部や他の“大物”を説得するに足る資料と思われた。

印象記



常任理事 稲田 隆司

印象記という事で3点程挙げておきたい。

原中勝征会長の堂々とした御講演は新執行部の活力を感じさせたが、医政に関して「一番大切なのは票の数である。誰を推すかということ以上に日医連が何票持っているかで判定される。組織内候補が本当に必要かどうか」という発言は気にかかった。はたしてそうか。信頼で構築された組織内候補の活動は票数が一つの要因となるにせよ、それを越えて有形無形の力となるのではないか。この点は今後大きな議論になると思われた。

次に末吉竹二郎先生（国連環境計画・金融イニシアティブ特別顧問）の御講演は、「地球温暖化時代の医師の役割」と題して二酸化炭素を軸に現在、近未来の世界情勢、経済を論じて鮮やかであった。「悪>二酸化炭素>善」のルールがグローバルとなり産業が再編成されるとして、その大きな流れの中で医師もその社会的責任を自覚して欲しいと問いかけられた。最後に池田琢哉会長を中心に鹿児島県医師会の皆様の温かな心配りはありがたかった。

焼酎の数々、薩摩料理の美味、綿密な会務運営が心に残り、桜島の噴火を観ながら帰路に着いた。

印象記



理事 平安 明

去った平成22年11月12日から14日の3日間にわたり、鹿児島市において開催された九州医師会連合会総会・医学会関連諸行事に参加してきたので報告する。

平成22年6月から九医連委員をさせてもらっているが、実は私はこの九州医師会総会・医学会への参加は今回が初めてである。これまで、スポーツ等の記念行事に参加するわけでもないので、自分とは縁がないものとして特に関心を寄せることもなかったが、今回参加してみると他県の理事との生きた情報交換を主とした、とても有意義な収穫がたくさんあった。

臨時委員総会、合同協議会、九州医師会総会の内容については前述の議事録に詳細が書かれているので参照していただきたい。医学会については其々の分科会毎に内容を工夫してもたれていたが、分科会に含まれていない診療科の先生方は、ほとんどこの医学会には参加する機会がないのではないだろうか。日医会長原中勝征先生による「中央情勢報告」や鹿児島大学の坪内博仁先生による「肝炎治療の進歩と展望」、国連環境計画・金融イニシアティブ特別顧問の末吉竹二郎先生による「地球温暖化時代の医師の役割」など、特別講演はどれも内容が濃く非常に勉強になったため、今後より多くの先生方が参加できるように工夫してもよいのではないかと感じた。