

# 広島県医師会速報

ISSN 0285 130X

旬刊  
5.15 25日 発行  
(1部/200円)

広島県医師会速報の代会  
員負担1回(200円)は県医師  
会費に含まれています。

第1838号

## 主な目次

- 日本医師会と中国ブロック医師会との意見交換会……………1
- 在米被爆者検診団帰国報告……………21
- 『救急蘇生実地研修会』に参加して……………30
- 第11回・第12回常任理事会報告……………32
- 会員へのお知らせ……………36
- 社保の栞……………40
- 労災・自賠責コーナー……………49

- 医療時事ニュース……………59
- 学校保健……………67
- 勤務医コーナー……………66
- 感染症情報……………64
- 新刊書籍紹介……………62
- 医師協同組合情報……………60
- 募集コーナー……………59
- 学術・講演会ガイド……………79

平成15年度

## 全会員の意思を反映した会務執行と政策決定をめざし 岡山で開催 日本医師会と中国四国ブロック医師会 との意見交換会

坪井会長、国の特別会計からの財源捻出策に意見を求める

7月13日(日)、ホテルグランヴィア岡山において、日医が主催する標記の意見交換会が開かれた。この会は、日医の全役員が、全国各ブロックに出向き、得られた貴重な意見や要望をもとに、地域を重視した医療政策を構築し、実施するという目的で昨年度から始まったもので、今回が2回目となる。

冒頭挨拶に立った坪井栄孝日医会長は、「いかにして、われわれがすべての会員の意思を反映した会務を執行し、政策を決定し、それを国民に分かりやすく伝達するかについてが、現在の日本医師会が抱えている最大級の課題である」と日医の現課題を明らかにした上で、「私どもが考えている政策の基盤、戦略、戦術等について、私どもも忌憚なく先生方にご相談申し上げる、先生方からもいろんな意見いただくと場として、この場の意義はますます深くなるであろう」と、この意見交換会の重要性を説いた。また、「医療は、平時の国家安全保障である」との考えを披露、「将来に向けてわれわれの社会保障費、医療費というものが平時における国家安全保障だということの合意を国民から取り付ける」ことにより、国から医療の「財源を拠出してもらおう」努力をしていきたいと述べた。

このあと、羽生田俊日医常任理事の司会、山内易雅中国四国医師会連合委員長(愛媛県医師会長)の議事進行で、あらかじめ各県から提出された16題の質疑に日医担当役員がそれぞれ応答した。

本会からは、真田会長、寺岡・青山副会長、碓井・中谷・楨殿・中崎・長崎常任理事、望月・片山・福永理事、空本事務局長、遠藤広報情報課長が出席した。



## 挨拶



坪井 栄孝  
日本医師会長

一言御礼を含めてご挨拶申し上げます。本日は、あいにくの天候にもかかわらず中四国ブロック各地からお集まりいただきまして、大変ありがとうございます。私どもお願いに対して山内・ブロック会長を始めとして皆様方の準備のご苦労について心から感謝いたします。また、このように立派な会場の設定をいただきました小谷会長以下岡山県医師会の先生方に深く感謝申し上げます。

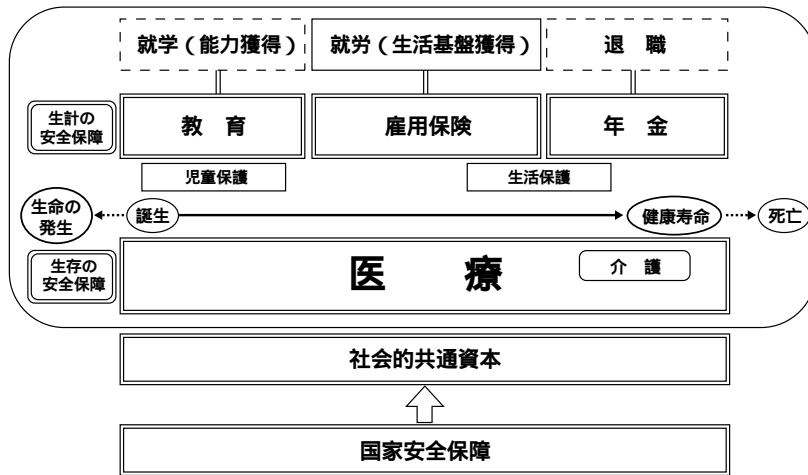
確か今年の1月19日(日)に、場所はこの場所ではございませんでしたが、中国四国の先生方との意見交換を行ったわけでございます。年間2回くらいというお話をしましたので、ちょうど今日が2回目となると思いますが、前回のときに申し上げましたように、こういう会を持つこと自体の意義、それから先生方がどういう格好が良いかということをお聞きしたい。意見を聞いて形を整えようかというのが前回の私の気持ちでございます。大変大きなご協力をいただきまして、地域を重視した会務執行ということに關し、多くの示唆をいただきました。特に、代議員の先生方あるいは県の会長始め役員の方々だけではなく、郡市の先生方にも機会があつ

たらお集まりいただくというようなことがあれば、さらにこの意見交換会も意義を増すのではないかと。いろいろな先生方のお話がありました。是非そういう形で実行していきたいと思っております。この前のお話の中にもたくさん出てまいりましたが、私ももちろんプランニングについてお話をいたしました。いかにしてわれわれがすべての会員の意思を反映させたような会務を執行し、そして政策を決定し、それを国民に分かりやすく伝達するかということについて、現在の日本医師会が抱えている最大級の課題である。私は思っております。テレビ会議をやつたらどうだということ。あるいはインターネットを通じての会議をやつたらどうだということ。いろいろなご意見、そういうことによつてこういう集まりが数多く開催できるのではないかと。いうサジェスションをいただきました。検討しながら、これを実行に移すべく、ちょうどわれわれの事業の中にはIT化の促進という事業がございますので、それらのところを含めながら今後も考えていかなければいけないかなと思っております。また、医政の問題とこの問題と必ずしも連結させるといふことは必要ないかもしませんが、第一線の現場にいらつしやる先生方、若手の先生方というところから出てくるものかもしれません。実地で日常の診療にあたって先生方から出てくる問題、あるいは会務の状況等々について基盤にしながら医政活動していただくわけですから、そういうようなことに

ついでに私もインフォメーション、あるいはまた先生方からのご意見をいただくというところで、これは年間大体2ないし3回くらいの予定で計画しております。現在まで2回目が終わっております。お陰様で出席の先生方も非常に多くて300数十人、400人近い。先生の先生方がお集まりになります。いろいろな角度からのご意見がございまして、この意見交換会とまた違う切り口での日本医師会の地域における事情あるいはご意見というものが私のほうに伝わつてまいりました。大変意義があることであり、今後も続けていきたいと思っております。その席上でもお願いいたしました。私どもが中央でやるだけではなく、各地域で各ブロックで、またこういう会を開いていただいて、できれば数回開いていただいて、医政に関する考え方をまとめていただく、あるいは意識を高めていただくというような活動もしてほしいということ。その場で申し上げます。本日のブロックの意見交換会の問題と全く離反している話ではないと思っております。そういう意味でも、私どもが考えている政策の基盤、戦略、戦術等について、私どもも忌憚なく先生方に相談申し上げる、先生方からいろいろご意見をいただく場として、この場の意義はますます深くなるであろうと思っております。今日の資料の中に、私が常々使っております社会保障に対する考え方というのを参考に入れさせていただきますが、これが入っている意味は、本日中国四

国医師会連合の先生方との話し合いの中で、質問の中に出てまいります、医療費をいかにして国に交渉して出してもらおうかということの、要するに、いま最低限世界的に見て先進国としては最低のレベルにあるこの医療費を、いかにしてわれわれの医療そのものをさらに良いものにするために拠出してもらうかということの、いわゆる戦術に関するものでございまして、確かに財源を特別会計に求める、これはあとで詳しくご質問に応じて青柳副会長からいろいろとお話申し上げますが、いかにその財源を国民的な合意のもとにこれを拠出してもらおうか、われわれが要求する問題に関して理解のうえでそれを出すということに合意してもらおうかということのために、そのバックグラウンドとしてこういう理念があるからこうい哲学があるから、国は社会保障に対し、あるいは医療に対して当然国庫からの支出を促進すべきなんだということとを主張するための裏づけのようなものでございまして、「社会保障の位置付け」という資料をご覧いただきますと、一番下のところに国家安全保障と書いてありますが、これも先般の代議員会の時に私が所信表明の中で触れましたが、お分かりにくかったと思いますので、今日少しなぞるわけですが、有事の国家安全保障、まさに有事関連法案でいま自衛隊がイラクに出かけようかという最中でございます。確かに有事の国家安全保障にしましては、国民の目も政治家もあるいは官僚もいろいろと考えているとい

## 社会保障の位置付け



うことですが、私は社会保障、特に医療のようなものは、平時の国家安全保障である。われわれのやっている仕事そのものは、国民の生活の安定、そして生存の保障という意味からすれば、憲法の中に数々謳われている国民の安全保障という問題に全く合致するものであり、われわれの主張としては平時における国家安全保障としての社会保障、その社会保障を守るための社会保障費あるいは医療費の位置づけをしっかりと説明し国民の合意を得ること、が基盤にあつて初めて特別会計からの支出を国は合意すべきだという理論が成り立つのである。うと思っております。非常に回りくどい分りにくい話でございますが、今すぐに現在のよような政局にある政党あるいはまた官僚に、特に財務省に納得がすぐもらえらるということは、とても期待できないかもしれませんが、しかし、それはそれとしてどうい部分からこういものを掘り下げていくか、将来に向けてはわれわれの社会保障費、医療費というものが平時における国家安全保障だということの合意を国民から取り付けるかということについて、これらも倦まずたゆまず私は努力していくつもりであります。その辺のところも含めて、どうぞ本日の意見交換会の中で先生方からの忌憚のないご意見を頂戴し、われわれの政策決定のための資料にさせていただきたいと思っております。本日のご参集に對し心から感謝を申し上げます。ともに、今後ますます各方面にわたって多角的に

ご支援をいただきますようお願いを申し上げます。ありがとうございます。

## 意見発表・質疑応答

### 特区について

(問1) 特区について



中崎 哲郎  
広島県医師会  
常任理事

日医ニュース第97号(平成15年3月20日)によれば、坪井栄孝会長は、2月27日の特区推進本部会議の直前の小泉純一郎内閣総理大臣との会談について、「株式会社への参入は絶対容認しない、アメリカの医療を導入する考え方自体に反対だ」と、はっきりと声明した。

また、「特区は自由診療に特定し、先端医療に限定するという総理の考えも聞かされた。さらにこの問題が最終的に決定されるまで、徹底的に根底から外す運動をしていきたい」と述べている。

「先端医療」という参入条件について、明確になつているのかという会員からの質問に対して、石川高明副会長は、「参議院の質疑で、小泉総理が答弁のなかで、はっきり先端医療と述べている。木村義雄厚生労働副大臣にも確認している」と答えた。

しかし、昨今の紙面で知るところでは、「先端

医療」に限るという約束は後退し、「高度な医療」と読み替えがなされようとしている。

山崎自民党幹事長を立会いにしての、二人だけでの密室トップ会談後、二人が共に勝者となり、夫々の陣営に戻って、優勢勝ちを宣している現状となつていふように思われる。この間の経過について説明を求めらる。

医療特区の問題は現在進行形である。原稿締め切りの都合で、この冊子の記載内容は、焦点が合わなくなつていふ。したがって、現状に合わせて話をさせていただく。

現在、特区において株式会社が医療機関の経営に参入できる分野は、政府案として6項目となつていふ。これは厚生労働省案の5項目に、これらに類するものとして一項目加えて6項目となつており、このことは、小泉総理とトップ会談後の坪井会長の発表とは随分、異なつていふように思ふ。この間の説明をお願いしたい。

さて、先日、広島県医師会は地域の医師会と意見交換会の場を持つた。鮎漁解禁に事寄せて、お誘いを受けたものであつた。その席上で、医師会長さんより「地域にとつて、県医師会は頼れる兄であり、よろしくお付き合いをお願いしたい。」との挨拶があつた。そういうことからすると、日本医師会は父ということになる。最後に、佐々木幸綱の言葉で質問の締めくくるとする。

父として幼き者は見上げおり

願わくは金色の獅子と映れよ

坪井会長はじめ日医執行部の先生方には、金色の獅子たらんとのお概をもつての、一層の働きを期待するものである。

(問2) 医療特区について

鳥取県中部医師会理事 池田 宣之

私の地元には三朝温泉という有名な温泉地があり、その地域には医師会立病院を持つていふ。それで、最近その地元が医療特区の申請というふうな話題が出て、それで会員の間でもチラチラ特区について話題になるようになった。今のように保険診療に縛られていふはがゆさとか、また、国民の間でも少々金を出してもいい医療が受けたいというふうな意識の中で、この医療特区というものに対する医師会の対応というものが難しいのではないかと思ふ。それで、私としては、世界に誇る国民皆保険。これをどうしても守る立場からこの特区に反対していかれる日本医師会執行部を非常に力強く思つていふ。

そこで、この株式会社参入とか、混合医療。そういったものをあくまでも反対していくのか。落とし所で落とされるのではないかというふうな危険性について、ちょっとお伺いしたいのと、会員全体として反対していくのには、われわれ一般会員、末端の会員がどういふような行動をとつていけばいいのか、というふうなことをお伺いし、また、執行部のお考えを聞きたい。

最後に時間があれば、温泉特区にどのよう

対応していったらいいのかということも教えていただきたい。

回答 櫻井秀也常任理事

いまのご質問についてお答えしたいが、なかなか難しい問題を含んでいるような気がする。まず全体の流れについては、皆さんもよくご存知のように、2月27日に坪井会長と小泉首相の話があった。ずっと流れている1つのことは、いかなる条件があろうとも株式会社の医療への参入は反対であることを坪井会長は表明されている。にもかかわらず、首相の裁断ということで、自由診療の範囲でというような形の書き込みの決定が、これは特区の推進本部の形で決められて来た。これに対しては決められた日の次、会長はすぐ緊急記者会見を開き、絶対反対であることの表明をされているし、3月の初め、4日であったが、4医師会で、従来の3医師会に看護協会も含めて共同声明を出し、反対の声明を出しているし、4月1日の日本医師会の代議員会でも医療特区構想に関する緊急決議がなされている。つまり代議員会決定としてもこれに対して日本医師会は反対をしていくということに決定している。

先ほど申し上げた特区の推進本部の書き込みは、株式会社での医療への参入については、自由診療という分野という前提で地方公共団体等からの意見を聞いて6月中に成案を得るといって、それで処置をしていくというふうなことが書き

込まれていたわけで、いずれにしても、その範囲であろうと、あるいはそれが高度先端医療であるうと、坪井会長が、それならいいだろうと行ってきた経過は全くないわけなので、そういう形で進んできたわけである。

6月13日に、これは私の名前で都道府県にも流したし、その後正式に、坂口厚生労働大臣から書類が来たから、改めて県へもお送りするというかむしろ厚生労働省からの名前で県へも直接行っている、いわゆる厚生労働省案というのが。つまり成案のもとになる厚生労働省の案が出されてご意見を求めるとというのが6月13日の段階で出ており、これは、みなさんもご覧になったと思うが、この段階では、小泉首相がそうだと書いたという高度先端医療という範囲の書き込みになっている。ところがご存知のように担当の鴻池大臣が自由診療は全部認めるんだというふうな形で首相の所へ直接言いに行ったとか、それで首相が、君の思う通りにやってみるとか言ったとか、いろんなニュースがその頃から流れ始めて、結局6月27日の段階で、これは正式に厚生労働大臣の名前で27日付けでいま流れている案を成案としたいということが出てまいり、ご指摘にあったような6月13日の時には全くなかったような部分、例えば、「高度先端医療」の「先端」が取れて、「高度な医療」になったとか、いわゆるガイドラインの書き込みの所に、「準ずるもの」というのが加わったというふうな形で出された。そういうような経過

で、これは噂であるから全くわからないが、鴻池さんが小泉さんの所に行つて、「これこれこういうことで坂口さんもOKしているからそれで進めたい」と言つて、それで小泉さんが「それならいいだろう」と言つと、鴻池さんが坂口さんの所に行つて、「首相はこれでいけと言つているから」と言つているというふうな噂も飛び、私は、それを確認する手段がないから、そんなような形で決まったということで、その政策の決定過程についてはまさに、先ほど会長が少し触れられたけれど、日医連ニュースという形で、ここは医政連ではないから直接関係ないけれども、資料として配られているところにも会長が述べられているように、小泉内閣は政策の決定過程を誤っているという見出しの書き込みがあり、小泉内閣では全ての政策が内閣と官邸に閉じ込められて首相がトップダウンで閣議決定すると。その背景には財務省の存在があり、財務省がやりたい放題やっているというのが現状で、自由民主党も厚生労働省もそこに力を及ぼすことはできないということを経会長は書かれているが、そういうような過程で決まってきたというひとつは、次のステップはこれが国会に出されて、いわゆる俗に言う特区法として書き込みが行なわれてどの部分を外すかという話があることと、もしこのまま進むとすれば、厚生労働省が示したガイドラインに沿つて、そのいろんな提案に対して厚生労働大臣がその適合を照ら

して同意する形で進めるところがまだ残っているが、そういう形で進まざるを得ないというかそういう形になっているかと思うが、日本医師会としては、基本的な姿勢は、いかなる見と言つか、いかなる場面を想定しても、株式会社医療への参入は反対だということを書いていくということになると私は思っている。どうもあまり歯切れのいい答えにならなくて申し訳ないが、そんなふうに考えている。

それから、先ほど鳥取県医師会から最後に追加のあった温泉特区の話は、いま出ている温泉特区は、温泉の効能を保険診療で認めるという話で特区の提案がなされて、もちろん、いまのところ否定されているが、特区で保険診療を温泉でやるということには、3つぐらい問題点があるわけで、まず温泉のやることが、治療なのか予防効果としての範囲なのかという問題があつて、治療としては、きちつとしたものがないので、治療としては認められないのであるが、予防的な、例えば健康増進とかそういう意味ではある程度認められているのだと思う。そうだとすると、保険診療とすれば、予防給付はもともと認められてないから、保険に入れることはもともと無理だということと、治療としては証拠がないということと、それからもともと特区というのを保険を使ってやるというのは、特区の原則のところに、他の地域に影響を及ぼすものは、特区ではいけないという原則論があるから、私は特区で保険をやるとい

は、国民皆保険の中では、他の地域に影響を及ぼさないでやれるわけがないから、もともと特区では保険は使えないというのが、もとにあるのでないかと思つているので、いま申し上げた3つのことで温泉特区は、不可能だと考えている。

回答 坪井栄孝会長

非常に密室の会談と書いてあるから分かりにくくて、変な妥協をしているのではないかと、うご心配があるのかなと思つて私から一言だけ追加しておく。

私が総理にお会いした時には、総理から呼ばれて、官邸に来てくれというので私が行つたわけであるが、向こうに行つてから、特区の株式会社参入の話ということなんだが、私はもう日本医師会が反対している全体的なお話をしようと思つて行つたのだが、特区の話と、それからその中に株式会社を自由診療で入れるという話について了承してくれという話が総理のご意見であつた。私から申し上げるまでもなく、特区にする特区でない一般医療にする、医療に株式会社が入るということは絶対反対であると。混合診療に関しては、全く容認できないと。反対であると。それ以外に総理に申し上げることはないという話をしたが、総理の方は、私をせつかく呼んだんであるから、なぜ呼んだかということの説明をしなくてはいけないからお話をさせていたが、その中に特区に限るといふこと、自由診療に限るといふこと、高度先進医療に限

るといふこと、もうひとつ重大なことを私は念を押したが、現行の医療法を特区法というようにすることで折り曲げるようなことはしないといふ、この4つのことを総理はお話になられた。これは、私に約束したというわけではない。私は反対しているから、むこうが一方的に言っていることであるので、約束という契約はそこに成立しないだろうと思うが。

その後で、例えば高度先端医療が高度医療になったといふところの経緯は、これは厚労省との現場と、それから先ほど名前が出た鴻池担当大臣、なぜかえらしくはりきつているが、この話の中でおそらく総理が妥協された点ではないかと思つている。厚労省を説得したといふことではないかと思う。その辺のところは、日本医師会に全く連絡がないわけではなくて、担当の方と、厚労省の医政局長との間で話をしながら、話が進んでいったと。いずれにしてもトップダウンであるから、こちらが何を言おうと決めちゃうものを決めちゃうわけであるから。トップダウンで決めたものについて、できあがつたものを、また潰していくという作業になるわけであつて、しかしそれもやむを得ないと。われわれが株式会社はだめだと、混合診療はだめだと最後までそれを貫き通すといふつもりでいるので、ぜひその辺のところのご理解をいただきたいと思う。

では、どうしたらいいんだというお話もあつた。いろいろ方法論はあると思うが、やはり先

ほど医政の話をししたが、医政の場で各地区で選出している、推薦をしたりなどしている議員たち、その人たちにしかるべく理解を求めるといふことが必要であろう。いま、小泉さんは踏絵といった言葉を使ったが使わないかで予算委員会で責められているが、私ははっきりと踏絵をさせたいと思う。あなたはこの問題についてどう思うか。踏絵をして絵を踏まなかった人には投票しないというぐらいのことはしなければいけないかと思っている。医政の問題であるから、またいずれ執行委員会等で行うところと討議したくということにならうと思つ。

### 医療保険と医療財源

(問3) 16年診療報酬改定と今後の医療政策について

山口県医師会副会長 藤原 淳

まず、16年の改定であるが、これは7.1%増。これをぜひ当然強力で主張していただきたい。平成14年の改定ではマイナス2.7%ということであったが、診療所とか中小病院は大きな落ち込みを、際立った落ち込みを示している。青柳副会長も言われているように、3月の政府の基本方針の中に盛り込まれているプライマリーケアを重視するという観点からもよろしくお願いたい。ただ、あまりプライマリーケアを主張し過ぎると、家庭医とタイトに結びつくという懸念もあるので、その辺のところのないようによろしくお願したい。

それから中長期的な視点では、現在の日医の医療政策というのは、私から見て、厚労省のどうも手のひらにあるかのとき印象を持っている。医療の質、医療の安全を保障する、そういった観点からも医療費の総枠拡大というのは、当然必要だと思つ。それを強く訴えていただきたいと思つ。大風呂敷のようであるが、この経済状況の悪い時に。しかしながら、こういつたまず理念を日医として掲げるべきではないかと私は思つ。と同時に日本は皆保険制度と言つが、7割給付というのは、これは先進国の中では最も最低水準である。これは0というわけにはいかないと思つ。モラルハザードの問題もあるし、やはり、1割負担ぐらいはしてもらわないといけないと思つが、今の3割負担というのはあまりにも国民に負担をかけ過ぎではないかと思つている。

財源の問題であるが、これは消費税を見直さないとおそらく展開はできないと思つが、消費税万能という考え方はまずこれも困難だと思つている。国民の理解を得るためには、より日本医師会としては情報を公開し、国民にもつと今の医療の姿を提示すべきであると思つ。そういった意味ではもつと戦略的にやって欲しいと思つている。以上、要望とご質問である。

(問4) 医療保険と介護保険の問題点について

島根県医師会副会長 沖田 瑛一

まず、第1点の通減制の問題であるが、あまりにも急に変わり過ぎて、いくら不合理であつ

たとしても、あまりにも急に変わり過ぎて患者さんに説明のしようがないということで非常に困つた。先ほどの山口県の副会長さんの話と全く一緒であるが、中の取り合いと言つが、日本医師会の今度は整形があれだから今度は内科系をちよつととか、こういう改定を何回繰り返しても、会員がお互いに不信感を持つばかりで、ひとつもいいことはないのではないかと気がする。やはり総額を増やしてということがまず第1点であると思つ。

それから2番目としては、この投票期間がいつのまにか、2ヶ月とか3ヶ月投与してもよいというふうなことである。これも今までわれわれが指導を受けたのは、2週間に1回は患者さんに懇切丁寧に指導をしなさいと。そのためにその指導料というのがあるのだからというふうなことを教えられて守って来たが、これが2ヶ月、3ヶ月投与となると、特に内科の開業医のところでは、「先生1ヶ月もらえないんですか」とか、あるいは「3ヶ月もらえないんですか」とかという患者さんがだんだん増えてきた。また、大病院では実際にそういうことが行なわれている。こんなことで本当に患者さんのための医療になるのだろうかということを、日本医師会としてははっきり態度を示すべきだと思つ。これは、絶対反対すべきではないか。特に循環器の患者さんでも大病院から2ヶ月の薬とか実際にもらっている。それで本当にいいのかなという気がしたので、質問させていただきました。

それからもう1つ。この慢性疾患指導料であるが、これもなかなか実際にはわれわれ現場では、患者さんから取りにくい。特にこの1割負担とか2割負担あるいは3割負担になると、なんで今日は高いのかということと言われる。われわれは毎日患者さんが来て何にもしゃべらないで患者さんに帰っていただくということはないわけで、来られたら必ずいろんなことをお話しして帰っていただくが、これが日によって急に高くなったり低くなったりする。こんなことはわかるから、当然患者さんとしては、もう2ヶ月分くださいとか3ヶ月分くださいと必ず言われる。これは、患者さん側から言えば当然かもしれない。そういったことを今日述べさせていただいて、中にはこの指導の記載の仕方が悪いと言つて保険指導の時に会員の先生方が逆に指導を受けて遡つて返還されるというふうなことも実際にわれわれのところではある。私が立会いでいるが、「君のこの書き方は悪い。こんなことで指導したというふうなことを思つてもらつては困る。これは、遡つて返還しなさい」というふうなことを言われる。だから、今後は電子カルテその他ができるようになったら、こんなものはわれわれ医師会の方で案を作つて、高血圧ならこれだけの指導でよろしいというふうなのを20通りか30通り作つて、それをペタツと貼つておけば、実際にはもうしゃべっているから、すむのではないかという気がする。

もう1つ最後に介護保険であるが、介護保険

でその居宅管理指導料というのがあつた。これを今まで月1回だったのが、今回2回に変わった。ところがこれは実際に先生方に聞いてみると、まず2回とつておられる先生はいない。ほとんどご老人は自分の財布からその場で支払される。だから、なかなか目で見ていて取れない。そんなものを、指導料があるのだからとりなさいということを言われても現場では本当に困つていて、まず半分もとつていないのではないかと思つた。できたら、どれぐらいこういふものを実際に会員が算定しているのかどうかということ、日本医師会の方で調べていただきたい。よろしく願います。

(問5) 医療費を含む社会保障への財源

高知県医師会常任理事 恒石 静男

本日は坪井会長のご挨拶の中にもあつたように、医療財源の問題で特別会計をという話を伺つた。7月2日の日医総研のプレス発表でも、その中身について私は知ることができた。ただ、今日のご挨拶の中にもあるように、これを政策決定して財務省を切り崩すというのが難しいというお話も伺つた。だけど、最終的には、これを切り崩して、財源をとつていただかないことにはなかなかうまくいかないだろうというふうなことを考える。そのためにも日医の攻めの広報、いわゆる国民にとか会員に充分納得いただけるように、理解できるように攻めの広報をやつていただきたいという要望である。

(問6) 特別会計を視野に入れた医療費財源について



長崎孝太郎  
広島県医師会  
常任理事

一般の国民の方々の方々の視点から見ると、医療費を上げると言つても現在のデフレスパイラルの中では上げるといふことに関してのコンセンサスが得られないのではないかと思つている。だから、そういう点をわれわれ地区医師会もそうであるし、医師もそういうことを説得できるような内容のものを打ち出していかなければならないのではないのだろうか。厚生省の役人の方に聞くと、医療費の総額を下げようとしているのではなくて、総額は増えていくのだから、ただ自然増の部分で少し下げていくということの中で診療報酬が少し下がって来るといふような言い方をしている。だから、その辺の診療報酬をとにかく0でいつても大変なのだから下げて欲しいというふうな言い方をしているから、その辺を少しでも上げるといふことをすれば、一般の方々のごううな反応を示すかというところをわれわれも説得しながら日医の後押しをしていかなければならないのではないだろうかと思つているので、その辺の考え方を教えていただければと思つている。



回答 青柳俊副会長

私どもの考えをご説明させていただく。藤原先生、沖田先生、恒石先生、それから長崎先生、大きな項目としては同じであるが、総論的なご質問と極めて具体的なお質問があるので、それに私としてはお答えをさせていただきたい。

まず藤原先生のご質問であるが、日頃先生とも意見交換をしている中で今日ご主張されたことについては全く私も異論はない。特に16年診療報酬改定についての考え方というのと、それから中長期的な考え方、先生が主張されている医療費の総枠拡大をという理念の下に、それに至る具体的な戦術を考えるとというお話は、私も全くその通りだと思つ。その中に情報開示、自浄作用というのが述べられているが、もうひとつ、これは特区絡みで申し訳ないが、株式会社でなくても良質な医療と高度な医療を私どもは提供できると。そういうことも逆に言つと、国民の方々を説得、納得させるのには非常に私は大事なポイントなのではないかなと。それを基本にして考えていろいろな対策を講じていく必要があるのだからと考えている。

それから、先生がおっしゃっているように、医療費の国際比較あるいは、医療ベアにおける産業としての医療という部分、さらに申し上げると、現在の消費者を中心とした消費不況、経済不況というものの大きな原因は雇用に対する不安と同時に社会保障負担がこれからどれだけ上がっていくのだからと、そういうものに対する

不安が個人消費をある意味では圧縮しているということであるので、そういう意味においてもこの社会保障に対する不安をなくすると。特にその中で病気になる時にどれくらい費用負担が求められるかということが計算できない、医療においての不安をやはり解消すると、それが現在のデフレスパイラルを少しでもプラスの方向に持っていくだけの価値があるのだから。会長が先ほど言ったように、平時における安全保障、安心保障というふうな非常に大きな位置付けで私どもとしては主張していかなければならないのだからと思つている。

それから沖田先生から具体的に「質問があったので、4つのことについてお話をさせていた

だきたい。

まず、昨年4月の診療報酬改定後、1年少しで再診療の通減制をやめて朝令暮改というそういう指摘があったようにお聞きをした。ただ、私どもがそれを一旦は受けたという問題はもちろんあるが、昨年の4月以降会員の先生方を始め多数の意見が私どもところに寄せられた。その寄せられた意見の第1は、再診料という医者の技術料を回数によって通減するのはおかしいじゃないかというのが第1点。もうひとつは、同じ診療行為をして、その時に患者さんが払う負担が回数によって下がる、あるいはまた月が変わった時に高くなるというのもおかしいではないか。要は不合理性を指摘される声が非常に強かった。したがって私どもは昨年の4月、5

月以降、いろいろな問題があるが、この再診療の通減を何としてでも早期に解決しよう。本当ならもつと早くに解決できればよかったが、何分相手のいることもあって、1年と2ヶ月要してしまつたということである。しかし、その時に内科から整形外科へシフトをという、これは整形外科の先生方はいろいろとおっしゃっているが、私ども日本医師会執行部としては、そういう考え方は毛頭ない。もし財源にと踏み込んだ形で改定を行うのであれば、それなりの財源を確保しなくてはならないという形であるので、私どもとしてはそういう財源のシフトを念頭に

おいて、再診療の通減をしたということはない。

第2点目の長期投薬の問題は、これは、私は確か昨年の4月、10月の代議員会でも同様の質問があつたときに、現在診療報酬上、いろいろな担当規則があつて、しかし、その担当規則は多くの場合、入り口での規制、そのひとつとして投薬期間の規制というのがあつて、投薬期間の規制というのは、私はある意味では医師の裁量を侵害しているというくらい思つており、したがって裁量権というのは患者さんにいかにいい治療を提供する、あるいは患者さんがいかにいい治療を受けるということが医師の裁量権と私は考えているから、そういう意味においてはドクターと患者さんとの間の、ある意味では信頼関係と話し合い、説明と同意、そういうことが私は必要になってくるのだからと。もちろん先生が指摘されているように、基幹病院、あるいは

大病院で頓に最近60日、90日という長期投薬が最近進んでいるという話も聞いている。翻ってみると、そういう長期投薬が問題なくできるような患者さんが、そういう基幹病院や大病院に果して行く意味があるのか。大病院としてはそういう機能まで持つ意味があるのか。ある意味においては入院医療にもっと特化した大病院、基幹病院としての機能を果たしていただきたい。そのように考えているので、そういう意味において、そういうことがいま行われているのではという前提で少し現場の調査をさせていただきたいということ、いま調査を計画をさせていただいている。その中である意味では問題が発生していると、あるいは患者さんにとってデメリットが発生していると分かったときには、別の規制ではなくて、それを正す方向に私は持っていきたいと考えている。

それから第3番目の指導料の算定の方法の問題は、これもなかなか難しい。と言うのは、幾つかの指導料は診療科ごとのデコボコがある程度調整する調整弁の役割を果たしている問題もある。と同時に現在高齢者については、強制的に1割、あるいは2割負担というのが昨年10月から導入されたので、同じ診療行為をしている中で、指導料算定の日に限っては高いというクレームがあるということも知っているし、会員の先生方からは「何とか初診料を再診料の中で指導管理料をこなせるような診療報酬の仕組みを考えてはどうか」という意見も実

を言うて寄せられている。しかし、そういうご意見があつてなおかつ、なかなか踏み切れない部分は先ほど言ったように、診療科ごとのデコボコがある程度フラットにするという調整弁の役割を、他に方法を考えておかなければ、非常に現行の診療報酬体系を歪めてしまう可能性もある。したがって私としては会員の要望もある。で何とかそれを肯定できるのか否定できるのか、その辺は調査をして、どういう組み合わせで指導料関係を初診料あるいは再診料の中に持ち込んだときに問題が発生しないで、スムーズなと言うか、デコボコのないような体系が作れるのか、その辺は調査をしてみたいと考えている。

それから介護保険がらみのお話は、実はこれも1回940単位というのを、なかなか患者さん、利用者に請求できないという指摘が介護保険検討委員会の中で各地から出てきた。できれば月2回ぐらいに算定をするようにしてもらった方が請求しやすい。実はそういう会員の先生からの要望を受けて、検討をさせていただいた。いろいろと歯科医師会との問題もあった、今回の介護報酬の中で2回という形の指導料算定ということに持ち込んだわけで、一方的に私どもがそういう方法論を取ったわけではなくて、諸先生方にご意見をいただきながら、この方法を取ったということであるので、ある意味においてはご了解をいただきたい。

もうひとつはなかなか居宅管理指導料、ある

いは医療系のサービスを提供する医者にはメリットがないと私はその面は多分にあるのだろうと思うが、やはり介護サービスを受けられている患者さんや利用者の方に、お医者さんの懐の中で各種の介護サービスを受けるメリットというふうにご思考を変えていただく、それは患者さんにとって、あるいは私どもが考えている高齢者の処遇をどうしていくかという点で、私はメリットとして生まれてくるのだろうと考えているので、是非今後とも活用していただきたいと思っ

ている。恒石先生と長崎先生のお話は財源をどうするかということではほぼご主張の内容は同じだと思う。これについては先ほど坪井会長の方からお話が挨拶の中であつたように、やはり社会保障の根っこの部分と言うか、それをどう位置付けるのか、あるいはその中の医療をどう位置付けるのか、こゝら辺のコンセンサスを私ども内だけではなくて、国民の方々、あるいは国民の代表である国会議員の先生方と基本の部分で一致を見る、双方が確認をしようというのが出発点なのだろう。それがあつてはじめて財源をどう確保するかという議論が出てくるのであると考える。今回、報告書として日医総研に出させた国家予算の読み方という中に、これは平成15年の予算書の中から数値計算をし直したものであるが、従来公共投資から社会保障へと財源をシフトということもわれわれは主張してきた。消費税もある程度、幅広く薄く、それも財源と

しては必要なのではないかと主張してきた。それと同時に私どもは三方一両損ということで、非常に痛い目に合った。それで私どもの考えは二方であって一方は全く痛んでいない。つまり国家官僚機構は全く痛んでいない。痛みを受け止めていないという認識を実は持っている。その認識のもとに現在国が動かしている財源というものを全て網羅すると、平成15年度予算の中では一般会計が81兆円、特別会計を合わせると232兆円の財源歳出がある。その財源歳出の中で無駄に使われている部分はないのか。これは公共投資どうのこうのではなくて、それを使う過程において、いかに官僚機構へお金が流れているのかと、官僚の生涯の給与を確保するためにどれくらいお金が流れているのかというつづさに点検を行わせた。その結果、効率化をすれば、無駄は省くと、12兆円超の財源が出てくるのではないかと、どこまで実をいうと指摘をさせていただいた。これについても、いまいろいろな立場の先生方に私どもの読み取った部分について説明をしているので、早々1ヶ月、2ヶ月という猶予ではご理解をいただけないと思うが、是非先生方、それぞれ地域選出の議員さんとお話するときに報告書の内容も活用していただいて、こういう読み方もできますよ、財源がないと言っているけれども81兆円という中で物事を考えるのではなくて、232兆円ということで財源を考えてほしいということをお願いしていただきたいと考えている。

回答 坪井栄孝会長

一言だけ追加をさせていただく。いま、青柳副会長がお話になった特別会計の230兆円の使い方等については、もうご存知だと思いが、若手の議員たちが中心になって見直しをしている。小泉さんがそれで動いて、どんどん補助金や何かの削減している現実がある。その削減したものをどこに使うかということを早く言っておかないと乗り遅れるから、そうゆっくりもしておられない。緊急を要することだと私は捉えている。先般今日のご質問の総理と密会をしたが、そのあとに総理と2人でお会いした時に、先ほどご挨拶申し上げたように、有事における国家安全保障と平時における国家安全保障を総理に考えてくださいという話をちゃんとしてある。その次にこういうところでこれぐらいの金を社会保障費として使わせてください。細かいことは言っていないので、青柳副会長の方からこれからどんどん出していくことになるが、平時の国家安全保障という考え方は総理には全くなかった。えっ?という意外な顔をした。だが、これはもう総理にも納得していただくようなことをしながら、比較的早いスピードでいま若手の議員を中心にして財務省に対して圧力をかけながら、補助金等について、あるいは国家公務員の人件費等の見直しのアクションがあるから、これはどこまで実現するか分からないが、乗り遅れないようにしなければいけないというスケジュール上の問題があるということ

私から追加させていただきます。

追加発言 山口県医師会副会長 藤原 淳

改定の当面の要求は別にして、これはマイナス2.7%大きく下回っているわけであるから、これはわれわれの当然の要求だと思っているが、診療報酬改定の次元、つまり単に診療報酬を上げるというストレートなぶつけ方では、坂口厚労相も言っているように、総枠抑制だというストレートな反応が返ってくる。また国民はそれでは理解しないというふうに私は思う。医療の質とか安全はコストがかかるということをもっと主張していただく。坪井会長が先ほど言われたけれども、現場の声として、私は是非伝えておきたいと思っているが、医療のグランドデザイン2015年、いま2017年が出されているが、老人の医療費の出血を止めるとしている。しかし、これは医師会が公言することなのか。老人がこのことによつて、いかに肩身の狭い思いをされているか。これはわれわれ医療を現場でやっていて、老人の声をよく聞くが、「長生きしてすみません」とか「老人は死ぬということか」とかいうことを最近特によく聞くようになった。これ以上、高齢者の医療のバッシングはやめるべきではないかと思う。医師会としてむしろ高齢者の必要な医療費を提示する。財源論にあまり首を突っ込みすぎると、医師会が走り回って財源を探して歩かなければならない。先ほど執行部の先生方の回答は、医師会が探し

て歩くことなのか。やはり、相手の懐に手を突っ込むようなやり方は、いろいろな所から反発を招くのではないかと私は思う。医療と医療費のあるべき姿をやはり国民にしっかりと示していただいて、あとは政治に委ねる。そこを論点にした選挙をするというやり方をしていたら、たいと私は思う。

回答 青柳俊副会長

今の2つのご質問。藤原先生もよくご存知だろうと思うが、診療報酬を上げたり下げたりするというのは、あくまでも単価の切り上げと切り下げということであり、昨年来の実を言うとして医療費の低下というか、縮小と言うか、単価も切り下げあったけれども、むしろ数である。これは患者数にしても診療実日数にしても、それによる影響が非常に強く出ているというふうには、ある程度そこは区分けをして考えなくてはいけない。私も単価の切り上げについては、お年寄りについては抑制というか、そんなに今まで従来どおりの単価の切り上げは求めないと、そういう意味でグラウンドデザインの前に書いてある。もうひとつは診療報酬の引き上げとあるいは医療費財源を求めるときに、正しくおっしゃっているように医療費を切り上げるといった時に、患者さんにとって国民にとって、どんなメリットがあるんだと。それは一例として医療の質・安全ということを挙げられたけれども、それ以外にも私は幾つかあるんだと思う。例えば看護職を含めたコメディカルの質

を上げるということでは非常に重要になってくる。あるいは現在IT化を進めるにあたって、ある意味では診療報酬上全く手当てされていない。そのことによって患者さんにどうメリットがあるのだと。どうメリットをつけるためにはどれぐらいの財源が必要なのだとということまで踏み込んで、私としては主張しなくてはいいない。さらに言うとな非常に隠れた形であるが、現在、地域医療の中で倒産、あるいは倒産に非常に近い状態になっている医療機関が出てきた。これはせっかく作られた地域医療体制が崩壊すると考えられるので、そういう意味においても医療費財源の必要性ということを強調しなくてはならない。それから財源を求める、財源を探索するというのは、本来ならやるべき人は国会議員であると思う。しかし現在の国会議員の中でそれだけの思いで、そこに首を突っ込んで自らが汗をかいてやっている国会議員がいるか。いるのであればわれわれ医師会はこんなことはない。そこに私は問題があるのだと思う。ここまでわれわれがしなければならなかったというのは、逆に言うと、そういう状況に至らざるを得なかった、非常にマイナス部分、ネガティブな部分があったと考えていかなければいけないのだと思う。そういう意味で、今回先生がご指摘のようにそこまでというのではなくて、そこまでやらなくてはいいけなくなっただ心境というか、状況を十分にご理解いただければ

### 今後の日医における会議の持ち方

(問7) テレビ会議と衛星放送の積極的な導入を

徳島県医師会常任理事 古本真二郎

私は無床診療所の医者で3年前から常任理事として広報を担当しており、2、3日医の全国会議へ出席したけれども、ウィークデーの午後2時から2時間出席ということで、東京の方にとっては午後休みだからということで、簡単であるというが、私たちにとっては1日店を閉めて参加しなくてはいいけない。内容と言えば、ほとんど報告であり、これならどうしてテレビ会議なりできないのかというのは常に考えており、これまでにも何度も提案をしてきた。そのたびに時期尚早であるということ、金がかかるということ、今回もまたあいつ言いはよめるのかということ、私も心苦しいが、非常に光ファイバーが発達して、ブロードバンド時代と言われていのに、相変わらずさうやって集まって、同じようなことを同じブロックでやるというふうなことが無駄なところがあるのではないかという気がしている。小さな徳島県の医師会でも年間300回ぐらい会議があるが、まるで医師会は会議のための会じゃないかと言われるぐらいで、若い先生はそれが嫌で役員にはならないというふうな非常に苦しいところもある。できるだけ早めにテレビ会議をしてもらいたい。これまでのデメリットであった初期投資の費用も大変安くなっているし、運営費用・メンテナンスも非常に安くなって、できないのは懇親会ぐらいと言

われているが、できるだけもつと費用をかけずにこんなにすばらしい手段があるのに、なぜ積極的に利用しないのかというのが不思議で仕方がない。もうひとつはテレビ会議以外に衛星放送である。これも前からどうしてこれを医師会が買い取って全国への会員へしないのか。医師会というのは、同じ10数万円の年会費を払っているのに、東京のど真ん中の先生も離島の診療所の先生も同じ恩恵を受けるべきだと思っている。それには衛星放送の導入というのは、すばらしい手段であると。こう言うと、金がないということ、いつも保留にされるが、私はそんなことはないのではないかと、やる気がないのではないかと思うが、やはりこれだけは早急にやっていたきたい。ということで提案させていただきます。

(問8) 社会保険指導者講習会について

鳥取県西部医師会理事 野坂 美仁

実際に私は日医大講堂で開催の社会保険指導者講習会等には出席するべくもないし、ここにいる皆様、県の会長や理事の方ばかりであるので、失礼なことを言うかもしれないが、お許し願いたい。末端の地区医師会において社会保険指導者講習会、そうなるかと伝達講習会となるが、実際に指導される内容というのは、先ほどの徳島県の古本先生が言われるように、内容的にはテキストに書いてあるばかりで、会員の出席状況といったら惨澹たるのが現状だと思ふ。しかし平成13年の講習会がどうだったのだろうかとい

うことで、日医の雑誌で報告を見たら、坂口厚生労働大臣が来て挨拶をされていて、脳血管障害の臨床としての学問的な講習だけではなく、厚生省の保険局課長も来られて、医療保険の動向と課題とかいう講話もされている。これは全然地区で開催された伝達講習会では全く聞くことはなかった。以上、関連してであるが、このブロック協議会についてもそうであるが、開催されたことは報告書を読めば、開催されて有意義な話し合いで終わったという報告を読むが、実際にこの場にこうやって来させてもらって聞いてみると、もつと一般の会員の方に、坪井会長はじめ幹部の方がいらっしゃるのであれば、どうしてこの会が一般の会員の先生方に公開できないのかと感じている。私が言いたいのは日医の情報発信のあり方である。もつとメリハリのある広報というのはないのか。日医の雑誌、インターネット、日医総研からいろいろ情報を得ることができるようになったけれども、何が本当に大事な情報で、これは資料的にいつでも見られるように取っておいてというふうなものがあればいいが、李先生や石原先生とかこの前のコミヤノリコさんの講演などは実際にその場には出席していないが、あれを見ると、もつと一般の方に聞いていただくような本当に大切な講演なのではないか。これからはちょっと提案になるが、私が例えば地元の公民館で地区のおじいさんおばあさんに医療のお話をするとところで、会長が言われるような医政の話、そういう

のをするのに国はお金を出さずに三方一両損は国のまがいだよというのをおじいさんやおばあさんに分かってもらえらるるように、ビデオとかスライドとかホームページからダウンロードできるように資料、それから待合室で流すようなビデオでもいいと思う。それから日本医師会で呼びかけて、各地の医師会で一斉に日本の医療制度を考える市民フォーラム、これは先ほど兵庫県、川西市の医師会でされたようなシンポジウムであるが、そういうものを一斉にやったら市民の納得できるデータを持って医師会がやれば、もつと大きな流れになっていくのではないかと思うが、いかがか。

回答 西島英利常任理事

貴重な提案をありがとうございます。正しく先生方の時間的・距離的な負担の軽減と会議コストの削減という形で私も鋭意検討してきたところである。特に4年前には衛星放送CSを1チャンネル買って、それでやっていたということ、検討してきたわけであるが、いろいろな所からの研究機関等々の意見を聞いたりと、これから先は正しくインターネットの時代であるということ、衛星放送よりはインターネットということであるので、そちらの方で模索してきたということである。テレビ会議等々についても検討してきたが、様々な壁があった。特にNTT東・西での県間通信ができないという壁があった。これが実は2月の19

日に可能になったということであるので、いままさしく会議を前に進めていこうということ、N T Tの協力の申し入れもあつたので、光ファイバーを使ってテレビ会議的なものを推進していこうということで、いま都道府県医師会館の光ファイバーの付設状況を調査しているところである。これは既にテレビ会議システムを導入するということを前提にやっている。いまN T Tが50の都道府県と日医、それ以外のものということであるけれども、50のテレビ会議ができるということ、N T Tに開発させている。これは来年2月の情報ネットワークの担当理事の先生方の会議からはスタートできるということ、来年2月を別途にして、いまやっているところであるので、いましばらくお時間をいただければと思う。

そういう観点から社会保険の指導者講習会等々様々な講習会が日医で行われているが、これも既にN T Tがビデオ映像配信システムというのを完成させており、私もこれを利用してやりたいと思う。そうすると光ファイバーが付設されていると自宅でも見ることができるといふことであるし、また様々な会議は県医師会館にお集まりになっていただければ、日医と相互のやりとりができるという開発を進めているところであるので、いましばらくのお時間をいただければと思う。正しくいまのお2人の先生方からいただいた内容については実現できるように開発しているということであるので、こ

解いただければと思う。それから衛星放送についてはそういうことで古本先生からのご指摘であつたけれども、インターネットの方でやらせていただきたいと考えている。

追加発言 鳥取県西部医師会理事 野坂 美仁

今日パンフレットがこの中に入っており、「混合診療とは何か」、それからこれは2000年になるが、「国民が安心してできる医療制度を作るために」というパンフレットであるが、こういうものを患者さんが見ても分からない。インターネットでダウンロードしてパワーポイントで資料だけあればいいと思う。資料を持ってみんな自分の言葉で患者さんに話をするので、そういうツールを提供していただきたい。

回答 西島英利常任理事

分かった。それからもうひとつは日医の役員が全国に行き、スライドを使ってやるが、あれも必要であれば日医総研からダウンロードできるように体制はとっている、おっしゃっていただければと思う。

### 180日超入院について

(問9) 180日超入院患者の退院後の受け皿について

高知県医師会常任理事 高橋 重臣

当県においては非常に高齢化率の問題、平成12年度で23・6%、あるいは家庭の介護力の問題、あるいはみなさんご存知のように病床の多さの背景から、長い間県民の意識の中に家庭で

は着られないという意識が根付いているということは否めないと思っている。そのような中で問題点となるのは、自立のJランク、Aランク、要支援の方のことだと考えられる。その対策については徹底した自立支援に取り組むとか、あるいは介護保険の使用枠の拡大、つまり要支援者の短期入所の枠を広げていただくなどのこともあるが、ケアハウスをあるいはケア付き高齢者住宅を建設するというのも考えられるところである。平成12年の7月に厚生省は自立または要支援の受け皿となる生活施設を大幅に増大する方針を出している。それは民間の一般住宅あるいは民間アパート等も含めてということである。ところが当県では民間アパートに独居の高齢者は入居を断られているケースが多い。それは独居の高齢者が死後数日間経って発見されるというようなことで家主さんから断られている。そこで高齢者生活福祉センターということが考えられるが、平成12年9月の厚生省の局長通知ではデイサービスセンターの設置は必ずしも必要ではなかった。その後100坪以上の面積を持ったセンターが必須となって多機能施設ということを謳っている。そのデイサービスについては医療法人に対して、医療法人がやるうとしたけれども補助金制度がない。都市部でこのような大きな土地を借り受け、あるいは購入して医療法人がこういう受け皿を作ろうとしても不可能ということになっている。そこでこのような公益的な施設建設については医療法人に対す

る補助金制度の導入をお願いしたい。またデイサービス併設を、別に近くに通常リハビリなどがあれば、そこを利用するということが必ずしも必要ではないのではないかとこのことで併設を撤廃できないものか。診療所の入院をやめたあとの建物の有効利用ということについて、現在私どもは検討しているが、既に数箇所の診療所が手を挙げてくれて、行政も積極的に支援するということになって、現在協議中である。日医の執行部の先生方におかれては、このように中央と地方の格差については、何とかお気にとめていただきたいと願います。

(問10) 180日超入院を選定医療とすることについて

香川県医師会理事 永尾 隆  
180日を越える入院を選定医療にするということとは、選定医療の定義からおかしいのではないかとというのが主旨であるが、内情は患者さんにとっても15%余分にいるというふうなことがあるし、医療機関にとってもメリットがないということがあるので、できたら撤廃をお願いしたい。

回答 青井禮子常任理事

ただいま高知県の高橋先生から臨床の現場の切実なる思いという現状をお知らせいただいた。それから香川県の永尾先生からは選定医療というものの定義がおかしいのではないかとこの指摘をいただいた。今回14年の4月から180

日超の入院が選定医療という枠組の中で取り扱われることになったけれども、それに対して中医学協で現在その定義について議論している。選定かどうかということであるが、入院医療の必要性が低いと、これは医師の判断であるが、それにもかかわらず患者さんが諸般の事情で入院を長期続けたいということである時ということになっており、その場合に入院医療の必要性の高いものについて除外規定がその他項目を含めて10項目あるというのはご案内のとおりである。それを去年の8月に臨床の現場から言えば、こればかりではダメだということであるという議論して、4項目追加させ、14項目にさせていただいた。ただ、それだけではまだまだ不十分だと思っているが、どうぞ必要性の高い患者さんたちについては入院医療を続けるのが当たり前であるので、是非その他項目というのを活用いただき、患者さんの負担が増えないようによろしくお願いしたいと思う。それでこの必要性の高い低いにはつきり線を引くと言っても、臨床の現場にいるものにとつては、これは非常に困難だということをお感じしているところであるので、その他項目の活用ということではなびっていただけたらなと思っている。14項目の中にその他項目を残すということをはつきりと中医学協の場で言わせていただいたからよろしく願います。

それで医療が必要なくて外来診療と判断された場合に退院ということになるが、この場合、

高知県医師会で高橋先生がおっしゃっているように、受け皿がないと余儀なく入院医療を続けなくてはならないということになり、患者さんの負担が大変大きくなる。それに対して使用していない診療所のベッドを利用することであるが、そういう社会資源の有効活用というのをもひとつの対応策と考えられる。現実には何らかの福祉施設の範疇に入れないと運営が大変厳しくなるし、患者さんにとつても負担が大きくなってしまつので、その辺については、ただいま高知県の方では県行政と話を進めていらいやると先ほどおっしゃっていたけれども、私どもも厚生労働省とその辺の打ち合わせをさせていただきたいと思うので、是非その経過等をこちらにお教えいただいて、共に考えていきたいと思うので、よろしく願います。

日医医師年金制度

(問11) 日医医師年金制度の安定化に対する一考について

岡山県医師会理事 石川 紘

日医年金制度については宮坂担当理事他、生涯設計委員、年金委員の先生方には大変なご苦労されていることは拝察している。しかし昨年の5月31日に答申が出されて、早々に制度改革を行っているが、一昨年の9月時点での責任準備不足金が23%、1715億円、これは莫大な金額である。その2、3ヶ月後に生保の団体年金予定利率が0.75%まで引き下がった。そう

いうことから加入者が受給者を明らかに上回るような状況にならないと、またどんどんその後減っていつているのではないかと危惧している。ラディカルオベとして、計算利率をせめて0・75まで下げてはいかかということ、2番目に年金規定の第15条の15年保障の終身年金というのを謳っており、これが非常なメリツトで加入される方がいると思うが、それをせめて今後の受給者から確定型の年金だけに抑えていったらいかかかと。とにかくそれよりも新規加入会員の増加というのが必須であり、それについては6月11日付けに送付いただいた年金普及推進方針メモに従い、われわれも鋭意努力していく覚悟であるが、とにかくこのままではまじり貧になるのではないかと危惧している。よろしく願います。

回答 宮坂雄平常任理事

先生方にはこの年金のことについて、本当に会員の福祉ということからご理解を頂戴しており、ありがたうございます。まず日医年金は発足当時からバブルの崩壊時まで5%から時には10%でまわったということがあったわけで、このような年金が、経済状態が悪いから不足金が悪いから、先生方年金を減らしますよといったときに、今まで5%から3%にお願いし、また3%から1<sup>1</sup>、これを0・75にして受け入れられるかどうかということも、年金委員会をはじめ生涯設計委員会でも検討いただいたわけであるが、幸い先生方からご理解を得ら

れ、今回不足金を解消する方策ができた。これは全体の年金の利回りを<sup>5</sup>にすれば、先生方の計算利率を<sup>5</sup>にしても大丈夫だと、そして20年後には無理なく解消できるよということがあったので、<sup>1</sup><sup>5</sup>というふうに今回は設定をさせていただき、制度改定を行った。先ほど申し上げたように0・75とすれば、不足金解消を早くできるが、年金にお入りになった当時と比べ、あまりにも経済状態が悪くからということ、先生方に<sup>5</sup>、0・75をお願いできないということがあるので、先生方のような意見は貴重なご意見として頂戴しておきたい。

現在の利回りがどうかということでもちょっと先生方に知っていただきたいと思うのであるが、生命保険の方は一般勘定でやっているの、一般勘定は、先ほどの0・75にしてくれということにはなっているけれど、全体の利回りは、今年<sup>2</sup>で生保勘定は回る予定である。そして、他の信託を初めとした生保以外のものは、昨年の10月から今年の6月末までは、3・14の利回りということになって、今年度は、プラスに回っているということを先生方にご報告をしておくと、先生方のご質問のひとつに、日医年金の不足金の発生要因が終身年金制度ではないかというご質問であるが、この度の改定にあたって、これは検討した。終身年金額を決めるのに受給者の余命がどのくらいあるかを予定死亡率というのがあり、それで計算をして、そしてその先生が平均何歳まで生きられるということになりますと、それで年金額を決めているので、

平均の余命で決めているので、その点は時々見直せばうまくいくということを考えているが、前年平成10年であったが、改定した時には、先生のおっしゃる終身年金額が、準備金の0%を超えるような不足金が出るというようなことがあり、すぐ改定をした。今回も検討したけれども、不足金の発生原因の0<sup>1</sup>%にもならない、死亡実績のブレの範囲ではないかということ、この度は、終身年金の額の検討は見送ったわけである。そういうようなことで、5年に1度は年金委員会の規則に書いてあるが、その他にも時々こういうことは検討させていただいているということでご理解を頂戴したい。

どちらにしても、会員の福祉のことであるので、ぜひ先生方にご協力をお願いしたいと思っている。

追加発言 岡山県医師会理事 石川 紘

平均余命等にしがたがってやるが、今の人は、生活習慣病を非常によく守っているのか、われわれの持ち出しが多い。だから、予想以上に長生きするのは、喜んでいいことだと思うが、逆に終身年金の方は、危惧していたので、今のお話で安心した。どうもありがたうございました。

## その他

(問12) 自浄作用活性化委員会の限界について

愛媛県医師会常任理事 徳永 昭夫  
日医は医師会の自浄作用が重要として委員会を



立ち上げ、国民の信頼を獲得する為には自ら襟を正す必要があることを会員に周知させようとしている。大いに賛成であるが現状のままでは、その成果を得るのは困難いやむしろ不可能とさえ言える。現在わが国においては、医師会への加入は自由であり、先日目にした東京都医ニユースによると、都内の医療機関総数12000件余りの中で新宿区だけの医師会未加入機関が233件にも上るとの記事があった。大阪などの大都市においても医師会未加入会員が相当数に上る状況のようであり、しかもその80%が医師会との交流がないという状況である。この様な状況を放置して医師会の自浄をいっても無駄であろう。

ドイツやフランスにおいては、医師はすべて医師会への加入が義務付けられており、医師会に医師を監督する権限が与えられている。このような状況にあってこそ懲罰などの医師会の権限及び自浄の効果が期待できるわけで、医師会の指導が及びそつになつたら「ハイ退会します」が自由ならどうにもならない。

戦前、医師会も現在の弁護士会のように強制加入であつたようだが、医師会も強制加入団体に変えられないだろうか。

回答 糸氏英吉副会長

1つは、先生ご指摘のようにドクターというのは、全部医師会員ではないではないかと。そこで自浄作用を医師会でやってもあまり効果がないのではないかと。ご指摘であつた。しか

し、私は、個人としては、そういうことを言うとは、それは、医師政治連盟の医政活動などとうなんだと。非医師の人も結構いるが、だからといって、われわれの医政活動あるいはロビー活動によつてわれわれの医療政策に対する、あつて欲しいこうして欲しいということ、あるいは診療報酬の問題とかいろいろな社会保障政策に対する医療担当者としてのいろいろな要望というのは通らないのではないかと。そのことのように、確かに医療関係者が全員医師会員であるということは、ドイツの例でもあるように、一番非常に結構なことであるし、あそここの国のように本当に医師集団として自立的に医師免許から始まつて、最後、医師を罰するところまで、医療人自ら地域の団体の方々を加えながら医療問題を解決していくということが、理想的だろうと思う。

しかし、わが国では必ずしもご指摘のようにならぬというところであるが、しかし、とつて今医師のうち医師会員がマイナーかと言ふと決してそうではなくて、やはり半分以上かたりのメジャーの方に医師会員がなつていられるわけであるから、この医師会の中でやはりなんとかやつていかななくてはいけない。それを広げていけば、次第に医師会員でないということのデメリットが非常に感じられるようになって、われわれも医師会に入れてくれというふうな、そういう雰囲気作りをしていくことが、私はこれからの医師会の大きな務めではなからうかと

考えているところである。いろいろ何だかんだマスコミ等で中傷されてはいるけれども、やはり国民の多くはまだ医師に対しては大きな期待を持っているし、やはりかつての聖職者に近いような期待感というのは大きいと思う。それだけにまた、いろいろ問題が起こつたら大変な失望にもなつてくるし、それが、こういう情報化社会の中でパツと日本国中に広がっていくということである。

特に医師について非難されることは、私は大きく分けて1つは、これはモラルの問題として医師以前の問題、いわゆる人間として、社会人としての確性である。あるいは、例えばその問題としては、強盗殺人から始まつて脱税から不正請求に至るまで、これは医者だからとか医者じゃなければとか関係ない。人間として、社会人としてそれは許容されないことであるから。この問題が1つ。それは、たまたま期待される医師にそれが起こつたら非常に大々的に報道されるということが1つある。

いま1つの問題は、これは明らかに医師という職業、いわゆる職業であるがために倫理性が問われるという問題がある。この問題は、確かにこれは今まではこういう職業倫理といったものは、自分で努力すればいいんだと。医師会とかそういうよそからとかかくいふべきものではないということであつたけれども、最近やはり医師会という集団に対して攻撃が非常に盛んに加えられるようになった。そうした場合に

やはり医師会としては、「いや、それは個人の問題だから知りませんよ」と言っわけにはいかなくなって来たということである。そういった意味で医療の質の向上ということは、正にそれは日本医師会の定款にも書いてあるように、当然これは組織として対応していかなくてはならない。それは、生涯教育とかいろいろの問題で高めていかななくては。これが充分でないために、とんでもない医療事故が起こったり、医療安全の問題が起こったりするわけであって、これは、当然個人が攻められると同時に医師会は何しているんだということであって、集団としてのわれわれも攻められるということになってきた。当然これは医師会として、組織として対応していくべき問題であろうと思っっている。

3つ目の問題は、やはり各医師個人の意識改革の問題だろうと思っ。今までは、やはり医療行為というのは、医師は専門職だからその言っ通りにすればいいという考え方から、最近では患者の権利法に見られるように患者の主権、病気の治療というのは医師と患者とのコア、そこから当然インフォームドコンセント等いろいろな問題が発生してきているわけであるが、こういうことに世の中は変わってきているんだと、われわれ医師自身が意識改革して、それに対する対応を考えていかななくてはいけない。私は医師と人間の新しい関係がここところ変わってきたということに、われわれも自覚して対応していかないといろいろな問題が起こってくるのではないかと思っっている。

徳永先生のご指摘のよっにたごえいい医師会員

がいても、やはり医師会としてのグレードを高めていくことよって全ての医師がそれに参加するよっな、うらやまれるよっなそういう団体に、われわれみんなて手をつないで努力していくということが社会的なステータスを高めることよっなるのではないかと思っっている。

(問13) 新しい医師臨床研修制度について

岡山県医師会理事 渡辺 好政

第1は、日医の提唱する地域施設群のプロジェクトに私ども本会が参加することができ、ご配慮に関して感謝申し上げます。

第2点は、もっすでに皆さま方ご案内のよっにこの臨床研修といっのは、大変いわゆる変化が多くて、一番大変なのはおそらく予算の問題だろうと思っが、改正省令にいろいろな変化が出ている。また、星常任理事が委員会に出られていろいろを見聞きされてる中で、特に指導医の問題、これが5年になっただが、そっいう方たちの資質のことよっいて、私どもには小谷会長、専務理事等、ワークショップをすでももっ3回ほど行なっっているよっので、そっいった意味で医師会てそれを認めるといっことが厚生労働省も含めて日医の方てご配慮いただいて、その指導医の質の担保もできるよっにしていただければありがたい。

もっ1つの問題は、例の医師ががしの問題とそれに関連する地域医療に関するいろいろな意味の臨床研修制度とのいろいろなトラブルとは言わなっが、これから考えていかななくてはいい

ない問題にっいてのご配慮をお願いしたい。

回答 星北斗常任理事

第1点にっいては、こちらこそと言っが、こちらでお願っしたものを正に具現化をしていただき、大変にありがたいといっよっに思っっているし、岡山県医師会の活動あるいは既に始まっっている栃木県あるいは大分県の活動が広く先生方の知るところになり、そして日医が提唱している方式が普及していくことよっなることを期待してっいてるよっころである。

それから、指導医の問題のご指摘にあっただ7年といっよっものを経過措置で5年間の臨床経験でよっにするよっな、非常に苦肉の策ではあっただけはあるが、それがなされた。それに対する質の担保が懸念だと、正におっしやる通りだと思っ。日本医師会でも生涯教育の一環だろうと、つまり後輩の指導にあたる指導医としてのスキルアップといっのは、生涯教育の一環であろうといっ考え方から生涯教育委員会からの提言を受けて既に日医主催のワークショップ、これも開催をし、それを全国で何度かやっただ上てご参加をいただいた都道府県の先生方が、それぞれの都道府県でワークショップを開催する、あるいは指導者の講習会を開催するといっことで、そこからのスキルアップといっよっものにつなげていきたいと思っ。なお、一部、どこそこが認定した研修でなければならなっといっよっな言い方をする人がいるが、全くそっいっことはないので、地区で、地域であるいは県

あるいは病院単位でも、そういう指導医のための養成のための講習をするということをもって、目標とされている指導医の講習を受けることが望ましい、という表現でなされている部分はクリアできると考えているので、ご心配はいただかなくてもいいのかなと思う。

それから医師はがしその他の問題である。これは、ご質問の中にもあるように、都道府県単位での対応と、そして都道府県単位でお願いしている研修委員会、これがこの研修の全体の問題を議論する場として機能していただくというのが、やはり大切なことだろうと思う。特にその病院の中でどうしてもクローズになってしまう研修、1つの病院あるいは病院の群の中に閉じてしまう研修というものにならないように、外から様々な形で評価をしたり、あるいは口を出していただくというようなことを研修委員会のひとつの役割と考えているので、これからもご尽力をいただいて、よりよい研修がなされるように一緒に力を合わせていきたいと思う。よろしくお願ひする。

(問14) 医療制度改革をチャンスに、公私病院格差の是正をしよう

徳島県医師会常任理事 手束 昭胤

厚労省の「医療提供体制の改革ビジョン案」は21世紀の医療提供体制の改革の将来像を示したものであるが、「公的病院のあり方」のなかで、2次医療圏の中で公的病院の機能役割を根本的に見直し、必要に応じて病床を削減すると明記された。

又、民間病院との役割分担を協議する、行政

も入った協議会を設置、医療計画の中へも入れよう求めている。

最近の公的病院への補助金、税金、保険料の繰入れ金などは、年間1兆5千億円にものぼるともいわれるが、まず公私間の競争は公平な条件で行われるべきであり、国民に実態を広く情報開示し理解を求め、このチャンスに是正すべきと思うが、公私格差是正を論ずる基礎データが乏しいので、日医総研で検討して欲しい。

回答 柳田喜美子常任理事

このことについては、日医総研の平成14年7月報告書第42号で報告書が出ていて、医療財政を分析した国民のお金で建つ病院として、公的病院について民間との比較可能なように分析をしている。国立病院、あるいは療養所、国立大学付属病院の行方であるとか、病院に流れた国民のお金、あるいは社会保険料、労働保険料の行方等々において、その基礎データを受けて現在検討中というところであって、これは徐々に情報開示されていくものと思っている。

簡単に申し上げるが、政管健保、厚生年金、

労災保険から972億円。一般会計から3486億円。国から借金して1207億円。都道府県市町村名義の税金から5799億円。都道府県市町村から借金して1642億円であって、1年間に少なくとも1兆円以上のわれわれの税金がこういう病院と自治体病院に流れているというようなこともわかっており、以上のような基礎

データから今後いろいろ検討して、情報開示がなされるものと思っている。

(問15) 禁煙運動の推進について

島根県医師会副会長 沖田 瑛一

日本医師会では坪井会長以下全国で禁煙活動を熱心に行っている。医師であるわれわれはツールとしてニコチンパッチやニコチンガムを処方しているが、薬価収載がなくていつでもどこでもだれにでも使用することができない。一方アルコール中毒に対しては、シアナマイドは薬価収載され保険診療の適応となっていることはご承知のとおりである。たばこが止められないのはニコチン中毒のためであるEBMはあると思われるので受動喫煙防止法の施行で禁煙運動の盛り上がったこの際全国のニコチン中毒者のため日医として薬価収載されるように努力するお考えはないか。

回答 澤倫太郎常任理事

ご指摘、ごもっともだと思つ。ご案内のとおりアルコール依存症の治療としていま薬価収載されているシアナマイドであるが、これは肝臓のアルデヒド脱水素酵素のプロツカーで、要は、もう極少量飲むだけで、非常にアルコールの匂いを嗅ぐのもいやだといくらに激しい動悸や顔面の紅潮などを促す、いわゆる抗酒薬として作用するということから、その解釈から治療薬とされているわけである。

一方でたばこをやめるといふ一次予防としての生活改善薬は、現在の健康保険では、予防給

付としてどうしても取り扱われるわけであり、しかしながら、医師会としては、予防給付も以前よりこれを押し進めてまいったところであるので、その中の1つとして、今後ともこの問題を取り上げさせていただきたいと考えている。(問16)

香川県仲多度郡・善通寺市医師会長

増田 勝彦

最近、インターネットで見ると、女性の平均出生率、これは1人まで下がっている。その結果、わが国の総人口は、2006年をピークに減少へと向かうといつことになっている。ただ、そういう傾向であるが、医師は2年単位で7000人とずっと増えていっている。それでこのまま放っておくと10年、20年経ったら医師は非常に過剰になるのではないかなと危惧している。10年20年というのは、医学部は6年であるから、それで一人前になるのがだいたい20年となつてくると、その頃、一人前になつた頃には医師があまりに多すぎて患者さんがいないといつことになりかねないといつことであつて、ある程度、今ぐらいいから、総数規制をかけるべきではないかなと考えている。

それから2番目のデータであるが、30代、40代、この年齢層が1番医師の数が多し。64000人、それから63000人といふふうになるから、この先生方が20年くらい先にはまだまだ働き盛りといつことであるので、その辺も考慮していただきたい。

それから、日本の医師数は人口1000人に対して<sup>2</sup>。イギリス、アメリカも下の方になり、<sup>1</sup>、<sup>6</sup>といつことになる。すると、医者<sup>1</sup>の1番事情が悪いところは、スペイン、イタリアになると、<sup>4</sup>、<sup>2</sup>、<sup>5</sup>となる。これに近づくのも時間の問題ではないかなと思つ。大学の入学定員を減らすと言いながらなかなか現状どおりにはいつてないよつであるし、これは、大学に関しては文部科学省の範疇かとは思つが、医師会としてもその辺のところはある程度文部科学省と討論していただきたいと思つ。

回答 羽生田俊常任理事

ご指摘のように、将来的には医師過剰といつ問題が来るといつ予想はされるよつであつて、歯科医師については既にやや過剰といつこと、いろいろな問題提起がされていよつことである。この問題は、実は昨年の代議員会でもご質問をいただき、その時にもお答えさせていただいたが、いまおっしゃられたよつに、まず入り口の部分での定員の削減といつこと、国立大学が10%削減を目標として、昨年の段階でも7%<sup>8</sup>といつことであるので、まだ予定を達成してないといつ状況である。それから出口の部分については、国家試験のありかた等々について、議論もされていよつところであるが、1番大きな問題は、卒後、医師の免許を取つた後、いわゆる医療への入り口といつか、その部分からの問題、だろつと思つていよつ。

現在あまり大きな問題としてできてないが、その中には、たとえば保険医の定年制であるが、

あるいは定数制といつ問題もやや見え隠れするよつなところ、これについて、日本医師会としては、全く反対をしていよつことであるし、また、卒後今度は臨床研修が始まるが、医師免許を取つてからの臨床研修といよつことであるが、ドイツなどの例をとると、卒業してから数ヶ月の臨床実習を終わった上での国家試験と、いわゆる昔のインターンといよつ形となつて、医師免許を取る期間が遅くなる。あるいは、国家試験を受けるのが3回まで、そこまで取れなければもう2度と受けられないといよつなこともある。

卒業の医師になつてからの問題も現在の医師がまだ過剰ではないといよつことではあるが、地域偏在といよつことが非常に問題になつていよつし、また科目による偏在といよつことも問題になつていよつ。特に、救急医療あるいは小児医療では、医師が足りないといよつことである。たまたま私、救急の担当で、日本医師会としても救急の現場へはやはり医師が出向くべきである。いわゆるドクターカーの普及をすべきであるといよつことは、常々主張をしていよつところであるが、そのドクターカーに乗るドクターがいなないといよつことであつて、そういった処遇がやはりきちんとしていよつれば、乗る人も増えない。だから、そういった医師が働く場所といよつものも今後含めて検討されなければいけないのだろつといよつこと、先生のご指摘のよつに問題意識を持つていよつので、今後、総合的な問題から個々の問題への対応といよつことで検討させていただきたい。