



福岡県医発第 1866 号(総)

平成 24 年 10 月 29 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会 長 松 田 峻一良

(公印省略)

第 127 回日本医師会臨時代議員会 (10 月 28 日)

における会長挨拶の送付について

秋冷の候 貴職益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、先般開催されました日本医師会臨時代議員会における横倉義武日本医師会長の会長挨拶をお送り致します。

小郡三井医師会より

会 長 蒲 池 壽

第 127 回日本医師会臨時代議員会 会長挨拶

日本医師会長

横倉 義武

大きな傷跡と深い悲しみを残した東日本大震災から、1 年 7 か月が経過しました。被災地域の復旧・復興が進んでおりますが、未だ道半ばと言わざるを得ません。日本医師会では、発災直後より JMAT 活動をはじめとする支援を都道府県医師会の多大なるご協力のもとに行ってまいりましたが、今なお大変なご努力をなされている岩手県、宮城県、福島県の先生方に敬意を表する次第であります。

また、先日、日本医師会の会員であります京都大学 iPS 細胞研究所長の山中伸弥教授が、日本人医師として初めてノーベル医学・生理学賞を受賞されました。この度の山中教授の受賞にお祝いを申し上げますとともに、先生のこれまでの研究に対する姿勢に敬意を表します。

平成 22 年に、「日本医師会医学賞」を贈呈させていただき、その際に記念講演もいただいたところではありますが、日本医師会といたしましても、研究環境が円滑に整えられるよう、法整備面、倫理面に関しまして全面的にバックアップを行って参りたいと思います。

基礎研究や最先端の医学研究が活発に行われている一方、その橋渡しの部分が必ずしも円滑に運営されているとはいえないこともあり、今期の学術推進会議では「わが国におけ

るトランスレーショナルリサーチの現状と課題」を諮問いたしました。さらに生命倫理懇談会におきましても、「今日の医療をめぐる生命倫理―特に終末期医療と遺伝子診断・治療について」を諮問したところであります。

このように再生医療や遺伝子治療等の高度先進医療に注目が集まりがちですが、多くの国民が安心して生活していくため、国民の社会的共通資本として、「地域医療の再興」が喫緊の課題であります。

国は医療機能の分化を推進し、施設から地域へ、医療から介護へという「将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ」を描いています。しかし、我が国ではこれまで、かかりつけ医を中心として、地域の身近な通院先、急性期から慢性期、回復期、在宅医療と「切れ目のない医療・介護」が提供され、国民の健康と安心を支えてまいりました。地域医療は、それぞれの地域で必要とされる医療を適切に提供していく仕組みが重要であり、国の方針を都道府県の医療政策にいかにか落とし込むかではなく、都道府県や市町村等地域の実態に基づいたものとすべきであります。それにより、国民にとっても医療提供者にとっても、望ましい医療体制の構築が行われるべきと常々考えております。

本日、代表質問もありますが、そのためには、会員ひとりひとりが、地域の中で担うべき役割を認識することが重要であります。ボトムアップ型としての地域医療提供体制の再構築に向けて、「切れ目のない医療・介護」という視点を持つべきであり、地域の実情や家族のあり方を考慮した柔軟に活

用できる多様な仕組みを提案する必要があります。

平成 25 年度には、医療計画が策定されますが、地域の実情が十分に反映され、地域にとって自由度の高い制度の設計をすべきであります。地域の医療・介護から福祉まで全体を見据えたニーズを見極め、急性期だけではなく、予防、亜急性期、回復期、慢性期、在宅医療まで、「切れ目のない医療・介護」の提供体制を提案できるのは地域医師会しかありません。住民・患者が医療へのアクセスを十分に確保できるよう、地域医師会がこれまで築きあげてきた実績を生かし、かかりつけ医機能をさらに推進し、医療機能の役割分担と連携を図ることが重要です。

高齢者人口は、首都圏をはじめとする都市部を中心に増加することが見込まれておりますが、地域の疾病構造も変わり、疾病予防や介護予防が重要になると考えられます。地域によって医療資源は異なっておりますので、それぞれの地域における将来の性別、年齢階級別の人口構成や有病率等、地域において予測された医療ニーズをもとに、かかりつけ医機能を中心としたそれぞれの地域の医療提供体制を構築する必要があります。

また、在宅医療も重要となってきます。在宅医療は在院日数の短縮や病床削減のためではなく、患者の QOL 向上や医療・介護の役割分担のための在宅医療が求められます。このためには、「点」ではなく、「面」としての連携が必要であり、在宅医療・介護の提供者、急変時の受入医療機関等、地方と都市部の違いや、在宅だけでなく、「施設も、在宅も」とい

った選択肢も含めて、地域全体の関係者が参加する在宅医療ネットワークづくりが急務です。介護施設における終末期患者の救急搬送のあり方についても今後さらなる検討が必要となってきます。

あわせて、医師、看護職員等の生涯教育や、多様な関係者・職種間の協力体制が必要です。医師会は、医療全体をリードする立場から、国民医療推進協議会や東日本大震災における被災者健康支援連絡協議会、糖尿病対策推進会議などこれまでも地域の様々な関係者を取りまとめ、連携を進めてきました。

例えば糖尿病における医療連携では、日本医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会、日本歯科医師会が中心となって日本糖尿病対策推進会議を構成し、さらには健康保険組合連合会、国民健康保険中央会、日本腎臓学会、日本眼科医会、日本看護協会からも幹事として参加することにより、関係者間の連携構築が行われています。さらには行政とも連携し、医療計画において各地域の糖尿病対策推進会議の活用をもって糖尿病の医療連携体制の構築を行っています。日本医師会でも、糖尿病治療のエッセンスを作成・配布しています。かかりつけ医は、エッセンスに基づき、早期発見、専門医への紹介、症状改善後の受入れや、食事療法、経口薬療法などの日常診療、重症化予防等の糖尿病治療を行っています。このように、疾病の予防、患者のQOL向上のため、保健・介護・福祉関係者との協力が求められ、さらには、ITを利用した地域の医療連携も重要となります。

次に医師の偏在解消についてですが、医師養成数は 2008 年に増加に転じました。2008 年度から 1,366 人増えて、1.2 倍の 8,991 人となっており、新設医学部の定員数を仮に 100 人とする、約 13 大学分に相当します。

今後は医師の偏在解消策として、「①地域医療の経験を医師のキャリアアップの要件とすること」、「②医療訴訟につながるケースを減らすこと、医療事故を刑事訴追の対象にしないこと」、「③医師が勤務しやすい就業環境の整備、特に急増している女性の医師への支援」、「④初期臨床研修のマッチングの見直し」の 4 つを提言したいと思います。

特に診療に関連した予期しない死亡の調査は、個人の責任追及を目的とするものであってはならず、診療に関連した予期しない死亡の死因分析と再発防止、それによる医療の質と安全の向上、および医療の透明性・公明性・信頼性の確保を目的とすべきです。

このように山積する課題解消のため、医療・介護の財源を十分に確保することが必要なというまでもありません。一方で、国の税収は減少し、社会保障関係費は増加しております。そのような中で、社会保障・税一体改革関連法が、本年 8 月 10 日に成立しました。国が現在進めている社会保障・税一体改革につきましては、社会保障の機能強化と持続可能性確保の方向性は我々と同じであると考えており、消費税率の引き上げにより社会保障の安定的財源が確保されたこと、消費税収を年金、医療、介護、少子化のために充当することが明確化されたことを評価したいと思います。

しかし、社会保険診療が非課税となっているために、医療機関で発生している控除対象外消費税は看過できないほどの金額になっています。現在のように診療報酬に上乘せをする対応は、国民からみても医療機関にとっても、不透明かつ不十分であり、抜本的な控除対象外消費税の解消を求めて行きたいと思います。

なお、社会保障制度改革推進法には、公的医療保険制度について、「原則として全ての国民が加入する仕組みを維持する」とされています。「原則として」という表現は、皆保険に例外をつくる可能性があり、保険給付の重点化、さらには適用範囲の縮小が懸念され、世界に誇れる国民皆保険を歪める保険免責制や受診時定額負担の導入、さらには混合診療の全面解禁につながる恐れがあります。国民が受けられる医療の格差拡大につながらないように、しっかりと注視していきたいと思います。

環太平洋連携協定（TPP）につきましては、医療における株式会社の参入の要求や、中医協における薬価決定プロセスへの干渉等を通じて、公的医療保険制度を揺るがすことが問題と考えています。

米国は日本の公的医療保険に対し、これまで、1985 年の MOSS 協議、2001 年の米国「年次改革要望書」、2010 年の米国「外国貿易障壁報告書」、2011 年の「日米経済調和対話」等、内政干渉ともいえるさまざまな要求を行ってきました。

また、日本国内におきましても、いわゆる医療ツーリズムなど、これまで米国が要求してきた公的医療保険の営利産業

化を進めようとする動きが見られます。公的医療保険の営利産業化や混合診療の全面解禁は、国民皆保険の崩壊につながります。必要な規制改革は行わなければなりません、過度の規制改革は絶対に受け入れるわけにはいきません。

そのような中で、本年 7 月 31 日に閣議決定された「日本再生戦略」は、復興特区を含めた特区の活用を推進し、新たに機関特区を創設する方針が記されています。特区の提案内容を見ると、医療への株式会社参入や混合診療の全面解禁の問題が懸念されます。

日本の医療制度は世界に冠たる制度であり、我が国の公的医療保険制度の基本理念として、「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、支払能力に応じて公平な負担をする制度」、「将来にわたって持続可能性のある制度」、の 3 点が必要であり、それを守る決意で今後も臨んでいきます。

なお、今回の代議員会では、第 2 号議案として「公益社団法人への移行認定申請及びそれに伴う定款・諸規程変更の件」が上程されております。既存の公益法人は、平成 25 年 11 月 30 日までに、新公益法人制度への移行を申請しなければなりません。日本医師会は公益社団法人を目指すとの理事会決定の下、公益認定基準の充足を図るとともに、4 年間にわたる定款・諸規程改定検討委員会での審議を経て、移行後の定款・諸規程変更案を取りまとめました。平成 25 年 4 月 1 日の新制度移行を目指し、本日、ご審議のうえ、ご承認賜りますよう、よろしくお願いいたします。

日本医師会は、医師を代表する唯一の団体であり、また、医療関係団体の一つではなく、医療全体をリードする唯一の団体であります。日本医師会は、「国民と共に歩む専門家集団としての医師会」を目指し、世界に冠たる国民皆保険の堅持を主軸に、国民の視点に立った多角的な事業を展開し、真に国民に求められる医療提供体制の実現に向けて、これからも国民とともに努力してまいります。

代議員の先生方のご指導を仰ぎながら、役職員一丸となって、より良い医療を目指して日本医師会の強化を図ってまいります。よろしくご支援のほどお願い申し上げます。