

第4期（平成26・27年度）

医師会再生ビジョン委員会答申

医政をどう考えるか

平成28年3月

公益社団法人福岡県医師会
医師会再生ビジョン委員会

公益社団法人福岡県医師会
会長 松田 峻一良 殿

福岡県医師会 医師会再生ビジョン委員会
委員長 林田 昌之

平成 26 年 8 月 19 日に貴職より諮問のありました「医政をどう考えるか」について、医師会再生ビジョン委員会としての議論を踏まえ、この度別添の通り纏めましたので答申を致します。

平成 28 年 3 月

医師会再生ビジョン委員会	委員長	林田昌之
	副委員長	浦上泰成
	副委員長	林和恵
	委員	安藤文隆
	委員	安藤由起子
	委員	加地由美
	委員	梶山浩史
	委員	竹内実
	委員	田中彰一
	委員	辻克郎
	委員	長森健
	委員	西田英一
	委員	東秀史
	委員	福田秀一
	委員	柳瀬晃
	委員	原祐一
	委員	船越裕登
	委員	山家滋彦
	委員	山本英彦
	アドバイザー	鍋島史一

議論にあたって

医師会再生ビジョン委員会委員長
飯塚医師会 林田 昌之

この医師会再生ビジョン委員会は元々、現在の日本医師会会長の横倉義武先生が福岡県医師会会長であられた平成 20 年に、各ブロックの若手の先生方に自由闊達な議論を進める場として設けられた委員会です。

今回の第 4 期回医師会再生ビジョン委員会では県医師会松田会長から「医政をどう考えるか」をテーマにいただきました。

今回の諮問であります「医政」が包括する範囲は広く、医師連盟を中心とした「選挙対策としての」医政活動から、日本医師会会長横倉先生が行っておられる「医師会の意見を施政に反映させる」ロビー活動、医師会会員の先生が日々悩まれておられる医療報酬改定に伴う問題点の指摘、大学病院医局が担ってきた「地域に偏在する医療資源をどのように配分するか」といった多岐にわたる「医療」と「政治・政策・立法」に係わるテーマです。

そのため今回の委員会では、あまりにも広すぎる「医政」の中からテーマを 2 つ選び、「選挙協力について医師会と会員が何をできるか」の議論を A パートとして、「政策提言機関（シンクタンク）として医師会の能力を高める方法」についての議論を B パートとしてそれぞれまとめております。

議論を進めるにあたり各委員の先生方には「医師会の役割をいかに向上させていくか」という観点を重視していただいています。

日本の保険制度の根幹をなす国民皆保険制度は急激な高齢化と先進医療の進歩に伴い、保険制度の持続性に大きな疑問が投げかけられています。今この時期に日本医師会がどのようにリーダーシップを発揮し、未来に向けての医療制度の立案と実行に移すことができるのか、様々な議論をこの答申で示したいと考えます。

目 次

議論にあたって（飯塚医師会 林田昌之）	2
A パート 「医師会が選挙票を集めることに貢献する方法論」	
はじめに（福岡市医師会 林 和恵）	4
(1) 医師連盟の役割や国政選挙で票を伸ばすための取り組みと課題 ～大牟田医師会会員のアンケートの結果をふまえて～（大牟田医師会 辻 克郎）	5
(2) 選挙対策について（短期的アプローチを中心として）いかに投票につなげるか （柳川山門医師会 田中彰一）	13
(3) まだ選挙権を持たない人々（18歳未満）への短期的アプローチ （北九州市医師会 長森 健）	17
(4) まだ選挙権を持たない人たちへの長期的アプローチ（粕屋医師会 竹内 実）	19
(5) 医療を受ける方々への長期的対応について（朝倉医師会 加地由美）	23
(6) 日本医師会が推薦する候補者へ集票するために必要なこと ～医療を提供する側への長期的アプローチ～（福岡市医師会 安藤文隆）	26
B パート 「医政シンクタンク機能としての医師会の役割」	
はじめに（北九州市医師会 浦上泰成）	38
(1) 福岡県医師会 外国人対象の健康診断およびがん検診事業 （北九州市医師会 安藤由起子）	40
(2) 日本在住外国人ならびに外国人旅行者に対する医療支援策 （大川三瀨医師会 福田秀一）	47
(3) 勤務医の問題（北九州市医師会 東 秀史）	55
(4) ジェネリック医薬品の使用促進は、我が国の医療費削減に好影響をおよぼすのか？ （田川医師会 柳瀬 晃）	58
(5) 公的保険と公的保険の二階建て医療保険制度の創設を ～医療から市場原理を排除せよ～（北九州市医師会 西田英一）	67
(6) あとがき（筑紫医師会 梶山浩史）	71
各委員の感想	72
第4期医師会再生ビジョン委員会日程	78

A パート 「医師会が選挙票を集めることに貢献する方法論」

はじめに

福岡市医師会 林 和恵

今回頂いた会長諮問「医政をどう考えるか」について、我々のグループでは「選挙において医師会が推す議員の得票の為に何をするのか」をテーマにしました。

カテゴリー分けは、医療に携わる人々（医療を提供する側）に対しての医師会からの長期的アプローチ、短期的アプローチ、医療に直接携わらない人々（医療を受ける側）に対しての長期的アプローチ、短期的アプローチと大きく4方向の視点から6名の委員に各自の意見を述べて頂きました。

それぞれ、オーバーラップをする部分がありますが、大きく分類すれば、まずは「医師会に関心を持ってもらうこと」と「候補者を覚えてもらうこと」でした。

以下、各委員の意見と、アンケート結果等の資料を提示させていただきます。

1. 医師連盟の役割や国政選挙で票を伸ばすための取り組みと課題 ～大牟田医師会会員のアンケートの結果をふまえて～

大牟田医師会 辻 克郎

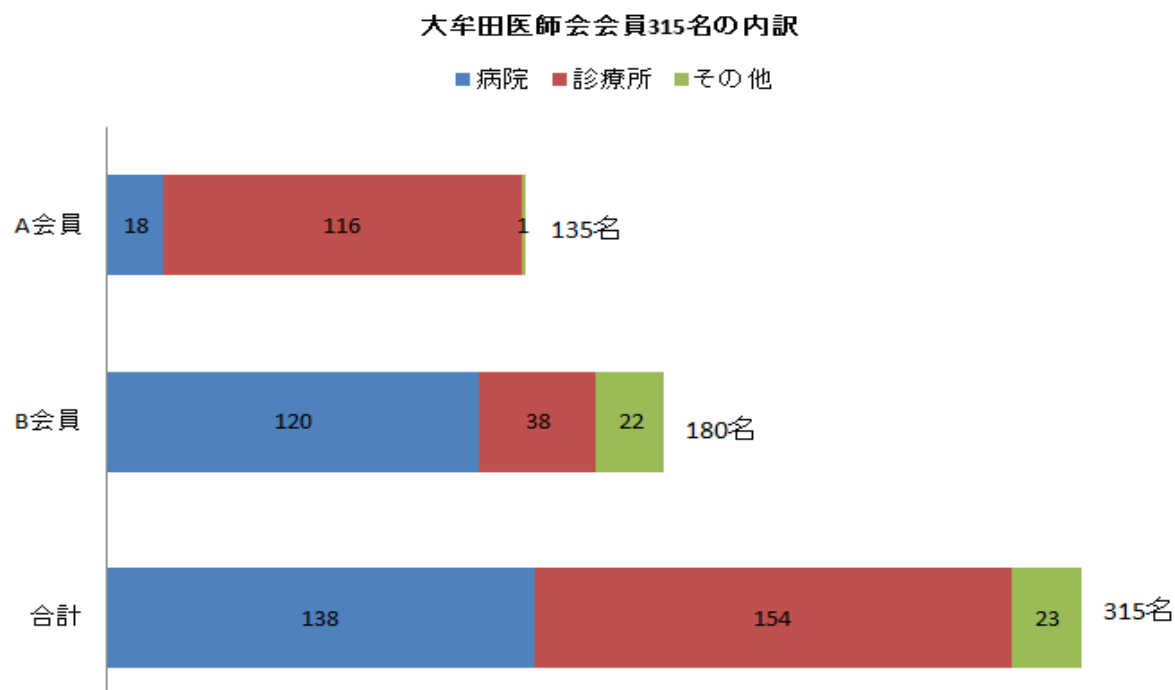
はじめに

これまで、開業医の A 会員の先生は、勤務医の B 会員の先生より医師連盟について、また日本医師連盟が推薦する候補者の国政選挙についてより関心が高いといわれています。A 会員のみならず B 会員の先生が医師連盟や国政選挙にもっと関心をもってもらうためには、医師連盟との顔の見える連携が必要で、こうしたことにより国政選挙における連帯感が増し、またモチベーションが向上し、得票率が上がっていくのではないかと思います。

大牟田医師会では会員の先生が医師連盟の役割や国政選挙に対してどのようなことを考えているのか生の声を聞いて、意識調査を行い、現状と課題を検討することが重要であると思いました。そこで、平成 27 年 6 月に大牟田医師会会員の先生に次のアンケートを行いました。

対象者

大牟田医師会会員 315 名



アンケート

1) ～6) は該当するものに○を、7 はご意見をお願いします

1) () A 会員 () B 会員

2) A 会員のみお答えください (福岡県医連および日本医師連盟ニュースが届けられています)
福岡県医師連盟より大牟田医師連盟を通して届けられています福岡県医連ニュースを見ておられますか

() よく見ている () 少しは見ている () 見ていない

日本医師連盟より直接届けられています日本医師連盟ニュースを見ておられますか

() よく見ている () 少しは見ている () 見ていない

B 会員のみお答えください (福岡県医連ニュースのみ届けられています)

福岡県医師連盟より大牟田医師連盟を通して届けられています福岡県医連ニュースを見ておられますか

() よく見ている () 少しは見ている () 見ていない

3) 平成 28 年 7 月に参議院選挙が予定されておりますが日本医師連盟推薦候補者をご存知ですか

() 知っている () 知らない

4) これまで国政選挙では日本医師連盟推薦候補者に投票していただいておりますか

() よく投票している () 少しは投票している () 投票していない

5) 医師連盟について

() 大変関心がある () 少しは関心がある () 関心がない

※医師連盟とは医師会が掲げる理念や政策に基づき、国民と共有できる実現可能な医療政策を、政策立案する議員や関係する官僚に対して働きかけ、それを国民の為に実現させるための政治活動をすることを目的とする

6) 関心がないとお答えの先生のみその理由をお答えください(複数回答可)

() 診療で忙しくゆっくり考える時間や余裕がないから

() 診療にはあまり関係ないと思われるから

() 医療政策自体にあまり関心がないから

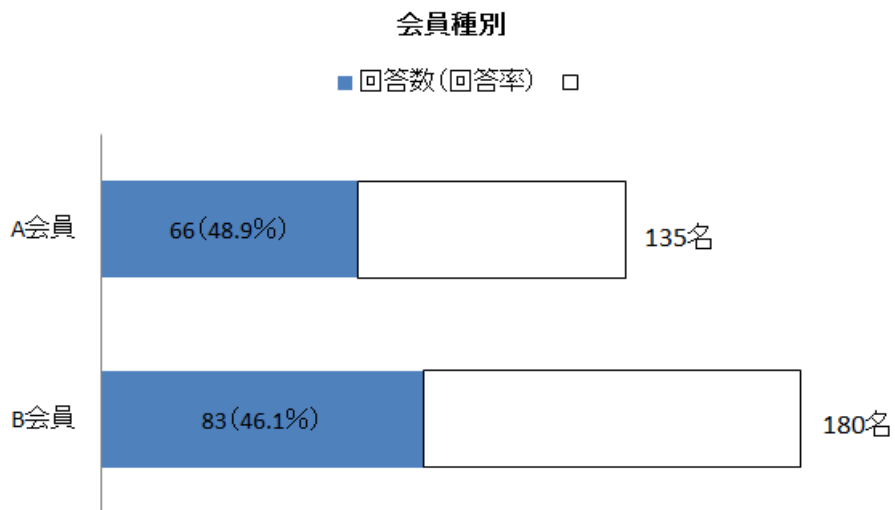
その他()

7) 国政選挙で日本医師連盟推薦候補者がより多くの票を獲得するためには何が必要かご意見がございましたらご記入ください。

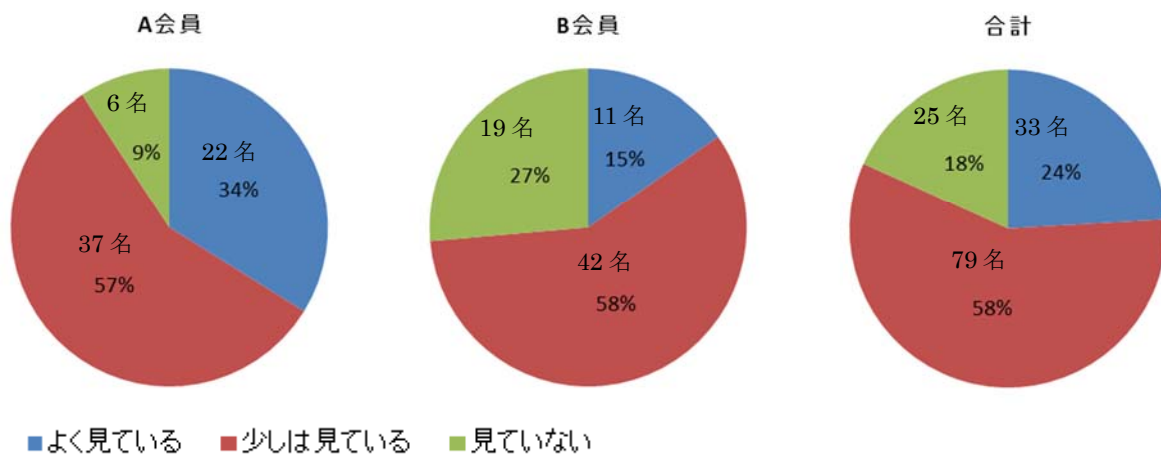
[]

結果

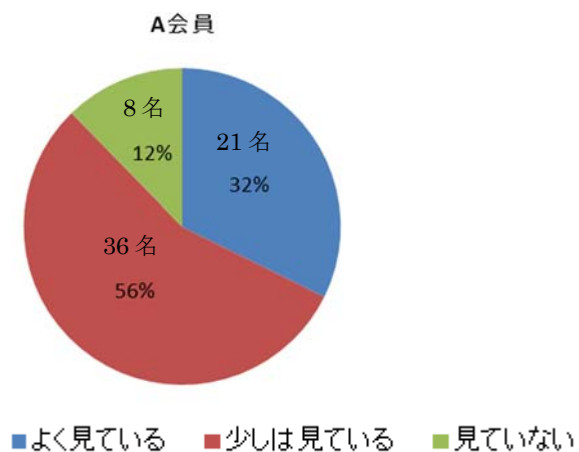
1) 会員種別



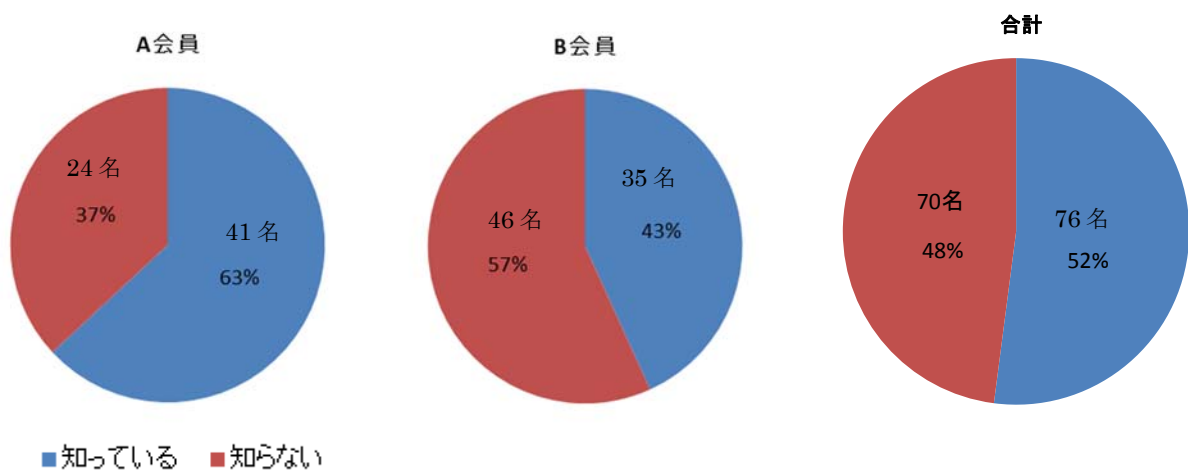
2) 福岡県医師連盟より大牟田医師連盟を通して届けられています福岡県医連ニュースを見ておられますか



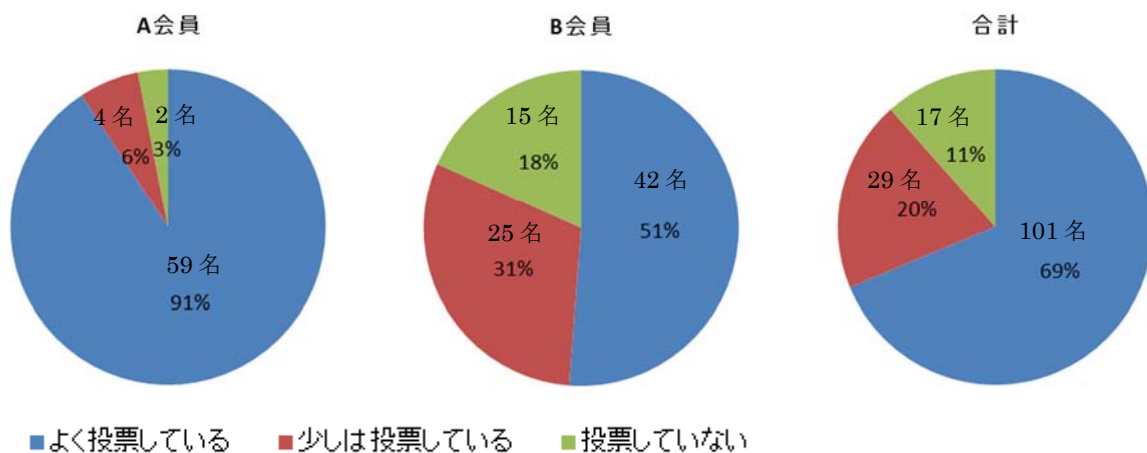
日本医師連盟より直接届けられています日本医師連盟ニュースを見ておられますか



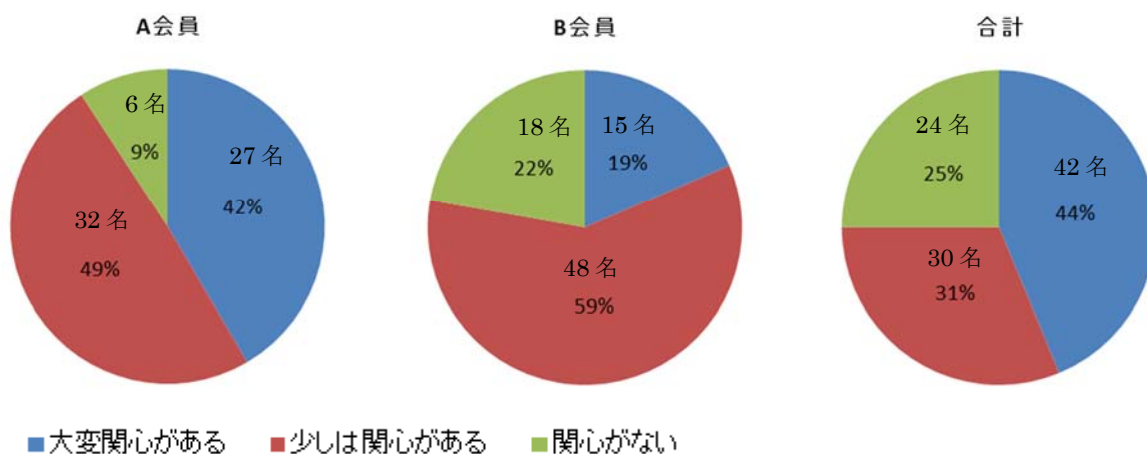
3) 平成28年7月に参議院選挙が予定されておりますが日本医師連盟推薦候補者をご存知ですか



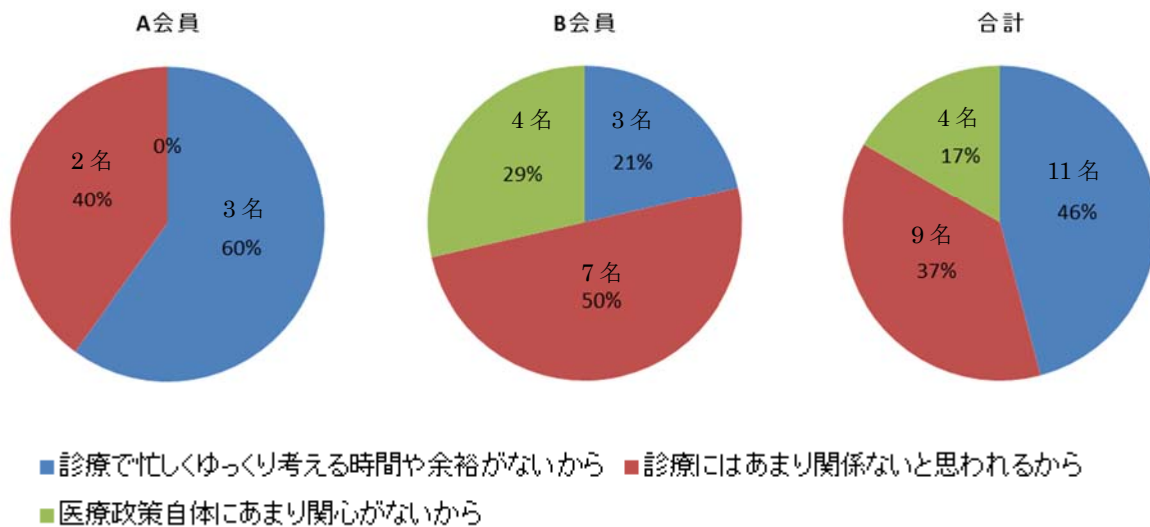
4) これまで国政選挙では日本医師連盟推薦候補者に投票していただいておりますか



5) 医師連盟について



6) 質問5で、関心がないとお答えの先生のみその理由をお答えください（複数回答可）



その他 (B会員をBと略)

- B 医師会に入会して特定政党の支持を押しつけられることはおかしいと思うから。
- B 勤務医の立場を理解していないので。

7) 国政選挙で日本医師連盟推薦候補者がより多くの票を獲得するためには何が必要かご意見がございましたらご記入ください (A会員をA、B会員をBと略)

1. A やはり、候補者の話を実際に聞いたりする機会を増やし、強く印象づけること。
2. A 候補者は育成していくものと考えます。医師以外の方でもいいので、全国を講演して回り反応をみられては。
3. A 医師連盟が活動しなかったら、いかに官僚の好き勝手に施策が進められるか、その結果どうなっていくかを知っていただく必要があります。
4. A 世界における日本の保険制度の優れたところをどんどんアピールすべきで、TPPに医療を含ませない、外資系の参入を阻止すること。
5. A 机上の空論しか言わない人に働きかけてもダメ。救急病棟や介護の現場に1ヶ月から2ヶ月行く。働きかけではなく圧力をかけて下さい。
6. A 実際に医療の現場で働いている人が必要と考えます。
7. A 大学病院勤務の方に啓発するために同門会より各医局に依頼、または会があるときに話しをしてもらったらどうかと思います。
8. A 連盟関係者(投票してくれる人)の拡大(コメディカル)。
9. A 会員自身が国政選挙に関心を持ち、医師会への帰属意識をしっかりとつことが重要です。また、日本医師連盟推薦候補者を会員および国民に啓発するため、例えば、日本医師会の医療番組に出演して頂き、知名度を高めるなど広報することもよいのではないかと考えます。

10. A 国民を味方にせずして政策とか実現できない。医師会を代表していただく、1~2人の国会議員に力を集中せずに、その労力の多くを、新聞テレビなどの広報活動に使うべき。
11. B 間接民主制の真理として、多くの票を得なければ、テレビ等のマスコミに精力的に出演して、人気者になることが最も大なることだと思います。
12. B 候補者の生の声を聞けるチャンスを増やして欲しい。
13. B 日頃の日本医師連盟推薦の先生方の活動のニュースをもっと知りたい。
14. B 国政選挙の重要性をもっとアピールして医政についての認識を高めることが大切です。
15. B 相手をよく見て、心をこめて頼むこと。
16. B 医療行政の変化に対する危機意識の共有。
17. B 当然ですが、医師会員にかかわらず医師全体の意見を聞いていただき、候補者の主張に反映されることと思います。
18. B 医療の現況に対する理解が十分とはいえない。
19. B 医療界がいかに厳しい状況かを一般の人たちはあまり分かっていません。従って推薦候補者が当選することの価値が分からないのだと思います。
20. B 医療や介護などの政策やマニフェストをより多くの人に知って頂くよう工夫すること。
21. B 先ず、根本的に、医師の国政への参加意識を高めること。ノンポリが多い。女性候補者を立てる事。(その意味では現在の推薦候補者はよい)看護師等の取り込みが課題。事務職も含めて。
22. B 現在、半数を超えている勤務医に対するメリットを分かり易い政策の説明を行い、勤務医の票を確保するべきである。
23. B 候補者(これまでの候補者も含めて)が勤務医の身近に感じられない。
24. B 自分で政策立案でき頭がキレる人。医師にはこだわらない。
25. B より具体的なこと、目標、力(パワー)≡権力を持っていただきたいです。
26. B 名前の周知
27. A ほとんどの人が帳面消しの参加である。どのようなメリットがあるか末端の会員には伝わっていない。支援することが患者(国民)にとってどのような益があるのかを執行部が説かない。せつかく市民にアピールする機会なのに、単なる選挙運動に矮小化してしまっていないか。
28. A 候補者選出の流れ、理由(根拠)等が見えてこず、とても身近には感じられない。思い入れに力が入らない。(候補者の略歴だけでは何も見えません。)
29. A 後援会名簿の変更。患者に入会に依頼しにくい。入会という言葉の響き!!
30. A いつも自民党だから、他の人々に推薦できない。
31. B 無所属で立候補していただきたい!
32. B 医師会会員の政党支持の自由を保障して、自民党・与党を心から応援する集団を作られてはどうか。
33. B 医師会=選挙の当たり前になっている構図が患者さんにとって本当に”基本の原則“にそっているかが、今一度、我々自身が問うてみる必要がある。

考察

- 1)ではこのアンケートに会員の先生がどれだけ関心をもたれているのか、回答率が気になりました。A会員は48.9%、B会員は46.1%、合計47.3%で過半数の回答率ではありませんでしたが、B会員はA会員とほぼ同等で大変協力して頂きました。
- 2)では福岡県医連ニュースについて、よく見ている・少しは見ていると答えられたA会員は90.7%、B会員は73.6%で、A会員はもとよりB会員も比較的高い割合で福岡医連ニュースを見ていました。しかし、よく見ていると答えられた会員は少し見ていると答えられた会員よりずいぶん少なく、もっとよく見てもらえるような取り組みを考える必要があります。日本医師連盟ニュースについてはA会員は福岡県医連ニュースとほぼ同様の結果でした。
- 3)では平成28年7月の参議院選挙がありますが、平成26年12月に医連ニュースに日本医師連盟推薦の自見はなこ候補者の通知があり、その後も同様の通知がなされております。しかしながら、医師連盟ニュースを約8割見ておられるわりにはまだ半分しか承知されておられません。このため、地域の医師連盟の度重なる会員への通知が求められます。
- 4)ではこれまでの国政選挙で、日本医師連盟推薦候補者にA会員は90.8%投票していますが、B会員は51.2%と半分程度で、やはりB会員の投票率を上げる対策が重要です。
- 5)では医師連盟については大変関心がある・少しは関心があると答えられたのは、会員は90.7%、B会員は77.8%でした。しかし、大変関心があると答えられた会員は少しは関心があると答えられた会員より、特にB会員はずいぶん少なく、これもまた医連ニュースと同様に大変関心があると思われるような取り組みを考える必要があります。
- 6)では医師連盟に関心がないと答えられた会員24人中の回答では、診療で忙しくゆっくり考える時間や余裕がないが11名で、診療にはあまり関係ないと思われるが9名でした。また医療政策自体にあまり関心がないからが4名でした。その他は医師会に入会して特定政党の支持を押しつけられることはおかしいと思っているからという意見がありました。これは医師個人には政党選択の自由がありますので、強制するものではありません。ただ、医師連盟の理念に基づきそれを理解して頂き会員一致団結することが大切ではないかと思えます。そして、勤務医の立場、利益を理解していないのでという意見もありましたが、これは大変重要なことでB会員が関心をもつような選挙マニフェストが必要です。
- 7)では得票率を上げるために必要なことをA会員もB会員もほぼ同数意見を頂きました。その中で1.～26.は大変建設的でまた激励される内容でした。それは医療・介護・福祉に精通しその現場に携わっておられる方が候補者にふさわしく、国民の健康を守るための政策を会員のみならず国民にもっとアピールしていくこと。そして医療介護従事者に対して全国各地への講演、会員に対して定期的な医師連盟ニュースの発信、そして国民に対してはテレビなどマスメディアを介した啓発をお願いしたいということが意見として集約されています。

また、B会員の勤務医対策としては、B会員の勤務医からの得票率を上げるためには、候補者の政策に勤務医に対してのメリットをマニフェストとして掲げることが必要と思

われます。そしてこれも前面にアピールしていくことで、勤務医の国政選挙への関心を呼び込み、開業医とともに医師連盟の共通認識を高めることにより、得票率を向上させることができるのではないかと思います。更には、勤務医が勤務医の家族や医療機関の医療従事者へ積極的にはたらきかけると、より一層の得票の取り込みが期待されます。また、基幹病院の会員にもっと多く医師会役員になって頂き、医師連盟の重要性について勤務医一人一人に啓発していくことも効果的ではないかと思います。

一方で、27. ～33. は非常に厳しい内容で、候補者選出の透明性、支持政党の問題、後援会名簿のあり方、国民に政策が伝わっていない形骸化した選挙運動、など現状に対しての課題を指摘されました。このような様々な意見を顧み、医師連盟は医師のためではなく国民の医療や介護を守るためのものであることを日常の診療の中で患者に伝えていき、このために必要なことは何か会員一人一人がしっかり考えていかなければなりません。

おわりに

今回、大牟田医師会会員へ医師連盟の役割や国政選挙に対してアンケートを行いました。回答数は半数には届きませんでした。アンケートの結果は予想通りか否かはさておき、7)ではその多くは建設的で、また叱咤激励される意見でもあり、一方で中には大変厳しい指摘もありました。しかしながら、この意見や指摘はもちろん今後の課題ではありますが、これまでも長年医師連盟の課題とされてきたことです。こうした課題をどう打破していくかは会員一人一人が執行部任せではなく、医師会や医師連盟への帰属意識をしっかりと持ち一致団結して協力することが大切です。

「医政なくして医療なし」という言葉をよく耳にしますがその意味をもう一度十分よく考え、医師会は開業医だけではなく勤務医とともに、国民の健康を守り医療・介護・福祉を向上させるための公益活動団体で、また、医師連盟は国民によりよい医療政策を実現するために、国に働きかける組織であることを常に発信していく事が何よりも重要なことと思われま

2. 選挙対策について（短期的アプローチを中心として） いかに投票につなげるか

柳川山門医師会 田中 彰一

1) はじめに

政策を実現するための代表者を選挙において選出することが、各団体の意見を反映させる方法です。医師会においても、医師連盟の推薦候補を選挙で当選させることが、医療行政にその政策や考えを反映させ、医療の保護、改善や医師の医療活動そのものに影響を与えます。ひいては、医師の生活にも影響を及ぼすことは、ご承知のとおりであります。

しかし、現在の医師会における選挙活動は、過去のごとき活発さはなく、政治における医師の立ち位置は地盤の低下を続けています。今回、この問題に、一考察を述べてみたいと思います。

国政選挙における問題点

1. 選挙権が18歳からに変更されるため、今まで以上に若年層（高校3年生以上の年齢層への働きかけが必要です。
2. 選挙では、まず政党の候補者として公認されなければならないため、候補者の推薦人名簿の数が必要です。
3. 衆議院では選挙区選挙とブロックごとの比例代表選挙が行われる。参議院選挙では、比例代表選挙でドント方式投票が行われるため、いずれもなるべく候補者本人の名前で投票される必要があります。
4. 医師会、医師連盟という団体の認知のされ方について、一般には、医師の圧力団体というイメージがあります。
5. 医師会の会員の中に、政治の必要性の認識の乏しさがあるため、積極的な先生と、消極的な先生がいます。
6. 全国区では、候補者の選定過程や、本人の人柄、政策が分かりにくいと思われれます。

2) 対応策

問題点1について

医学部という、専門職を育成する場所においては、早期からの医師会活動への興味を持ってもらうため、大学の講義などの時間を医師会に使わせてもらってはどうか。たとえば、日本医師会の役割や歴史、活動などを講義する。医師会講演会への学生の出席を可能にする、テストや進級に医師会講演会の出席を加味する、学生時代に医師会認定産業医の参加資格を与え、産業医研修会の出席単位の付与、医師免許取得後に日医認定産業医の登録を行う、など、医師会活動で学生にメリットを感じられるようにしてはどうか。その中で、医師連盟活動についてもソフトに理解を求めていく必要があります。医師会立の看護学校においても、可能であれば、医師連盟の推薦候補に協力を求めたいと思います。医師会立の学校ならば、医師連盟も動きやすいと考えられ

ます。

一般若年層にとっては、医療は、あまり意識されるものでないため、候補者本人のイメージを強く売り込む必要があると思われます。そのため、テレビなどのメディア出演や、インターネット、SNS などの広報活動が重要だと思われます。選挙に興味がなく、特定の候補者がいない場合、家族の影響を受けやすいため、しっかりと自分の考えで投票できるような政策提言や話題作りが必要と思われ、そのための話題作りが必要です。

問題点 2 について

地域医師会で積極的に名簿集めをする必要があります。今まで以上に会員の先生方に名簿集めをお願いしなくてはなりません。今までの選挙において、地域医師会では、各先生の実績や獲得予想ができていますので、今まで抜けていた先生方に特にお願いしたい。また、現在製薬業界は、独自の政治団体や立候補予定者もないため、医師連盟活動への協力を呼びかけることも可能ではないかと思われます。今まで以上に強く選挙人名簿への協力や投票時の名前の記名をお願いすることもできると考えられます。

問題点 3 について

参議院全国区では、一般の有権者は政党名で投票するものと認識されているため、各政党内での順位づけ方までは認識されていません。いくらお願いしても、政党名で投票されることが多いようです。(いくつかある政党名より選ぶほうが、何十人もいる候補者名より選ぶより簡単である) 各政党での順位づけには非拘束名簿式(比例代表ドント方式)が用いられるために候補者名が必要です。比例代表ドント方式では、結局候補者名で投票してもらう必要があるため、どのように名前を売り込むかにかかっていると思われれます。医療機関での、ポスター掲示の徹底や政策の流布、とくに、待合室での動画による紹介は可能だと思われれます。待合室にテレビが置いてある医療機関などで、DVDのリポートは繰り返し候補者本人の考え、雰囲気、容姿などが分かり患者受けしやすいようです。また、メディアへの露出が有効で、例えば、日本医師会がスポンサーとなっている番組の司会、コメンテーターとしての出演は有効な方法だと思われれます。日医がスポンサーなら、選挙運動違反にならない範囲で番組での候補者の活動が可能だと思われれます。最近では、ゴールデンタイムのテレビ番組で健康や病気についての放送の頻度が高いため、医師タレントが結構幅を利かせているようです。タレントとしての出演ができれば、顔と名前を一般へ広く浸透させることも可能と思われれます。(大阪市長 橋下徹氏もタレント活動を行っていたことが選挙で有利に働いた)

問題点 4 について

医師会は医師の圧力団体という認識を、逆手にとって、国民に必要な圧力団体へとはっきりしたイメージづくりを行うべきと思われれます。現在一般には、医師の利益のための圧力団体、既得権の保護維持のための団体と認識されていますが、TPPその他政策に対して、国民皆保険を今まで以上に維持保護するなどの国民に必要な政策を周知広報させるべきであります。候補者の選挙公約は必要であるが、それとは別に、日本医師会

としての、活動目標や綱領のほかに、医師会自身の毎選挙におけるmanifestoを作って、医療政策における日本医師会、医師連盟の活動目標をはっきりさせ、それが国民の医療、福祉の向上につながることを明示、広報し、医師会活動をもっとはっきりしたものにすることが国民へのアピールになると思われます。政治連盟として、国民の福祉の向上をうたえるのは日本医師連盟ぐらいではないかと考えられます。manifestoとは、政策綱領のことであり、日本医師会綱領もmanifestoと呼べると考えます。manifestoとは、本来選挙公約のことではなく、個人または団体がその方針や意図を広く多数の者に向かって知らせるための文書や演説、声明文、宣言書（出典 ウィキペディアより）のことであり、医師自身の目標であるとともに、国民との契約として、日本医師会綱領を選挙に利用してもよいと思います。

問題点5について

医師の医師会活動や、医師連盟活動には、個々人の考え、立場などで差が出ることは当然のことです。しかし、全体の活動として盛り上げていくためには、地域医師会での種々の活動に巻き込んでいくことが必要と思われます。また、医師会のA会員とB会員、開業医と勤務医では、医政に対する問題意識も違うため、現在の医療行政の問題点や矛盾点、医政活動での成果などをこまめに広報して理解を求めていく必要があると思います。全国的に見ても、選挙に熱心な地域、活発でない地域、獲得名簿数や、獲得目標設定にばらつきがあり、医師会や医師連盟の活動に理解の得られていない地域があります。しかも今回、他の政治連盟による献金疑惑など、医師連盟活動を躊躇させるような報道も流れています。しかし、医師会の代表として国政での政策にかかわる人間は必要です。

問題点6について

医師会員自身が、医師連盟の必要性に関心がなく、選挙への取り組みも活発にできていません。まして、選挙候補者の選定過程、応援したいと思わせる政策や個人的なキャラクターが分かりづらく、医師会員自ら積極的に選挙活動への参加を面倒に思っていると思われます。医師会員にも候補者をもっと身近に感じてもらう必要があります。政策の周知や個性など医師連盟がもっと積極的に、広報活動を行い、地域医師会でも選挙前だけでなく、勉強会や医師会講演会の時などに、司会進行の挨拶や会場でのポスター掲示など、機会があれば一言でも候補者の名前を挙げてあげるなどの活動があってもよいと思います。

3) おわりに

選挙に関して言えば、特に短期的には、政党ではなく候補者本人の名前の浸透が必要で、いかに候補者の名前を流布するかにかかっていると思われます。費用対効果も考えれば、地道に、医療機関にポスターを張る、候補者の名簿を集める、医療政策についての候補者の考えを訴えるなど、今までの選挙活動をもっと活発にすること、テレビやインターネットなどメディアの使い方の工夫、の2点に絞られると考えられます。日本医師会として、独自のmanifestoを作って一般市民への広報を積極的にしてもよいと思

われます。

参考URL

- 1) 日本医師会ホームページ

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

- 2) 参院選挙の仕組みと投票方法

https://www.jimin.jp/election/results/sen_san22/sansen_shikumi/

- 3) ウィキペディアより 比例代表制

<https://ja.wikipedia.org/wiki/%E6%AF%94%E4%BE%8B%E4%BB%A3%E8%A1%A8%E5%88%B6>

- 4) ウィキペディアより マニフェスト

<https://ja.wikipedia.org/wiki/%E3%83%9E%E3%83%8B%E3%83%95%E3%82%A7%E3%82%B9%E3%83%88#.E6.A6.82.E8.A6.81>

- 5) 自見はなこオフィシャルホームページ

<http://www.jimihanako.jp/>

3. まだ選挙権を持たない人々(18歳未満)への短期的アプローチ

北九州市医師会 長森 健

はじめに、選挙権年齢を20歳以上から18歳以上に引き下げる改正公職選挙法が平成27年6月の参議院本会議で可決し、平成28年6月下旬施行(来年夏の参院選で適用)となりました。選挙権年齢の引き下げは、終戦直後に「25歳以上」から現行の「20歳以上」となって以来、70年ぶりとなります。また、海外では「18歳以上」が主流であり、国立国会図書館の調査(2014年)では、197の国・地域のうち、8割以上が日本の衆院にあたる下院の選挙権を18歳以上としています。特に主要8カ国(G8)では日本以外の7カ国が18歳以上と決めています。

平成26年に行われた衆議院選挙でのデータによると、20代の投票率は32.58%、最も高かった60歳代の68.28%と比べ3人に1人も投票していません。新たに発生する18、19歳の有権者は約240万人と推定され、全有権者の約2%にあたります。得票数を上げるためには何が必要であるか考えてみると、新たに有権者となる若者や、今後選挙権を持つ18歳未満の若者に、政治への参加意識を高める主権者教育(学校で模擬投票を行うなど、政治に参加する意識を高めてもらう取り組み)や、視覚、聴覚にアプローチをかける手法等が重要になってくると考えられます。

具体的な方法としては、以下の様なものが考えられます。

- ・ 模擬投票の実施
学校などの教育現場等で生徒が主体となり、模擬投票を実施する。準備から投票、開票及び結果発表まで実際の選挙の流れを体験してもらう事で、生徒が自分で調べ、考えて、そのために必要なことは何かを判断して投票できる主体を整えることを心がけます。
- ・ 媒体の使用(視覚的アプローチ)
現在の若者は、子供の頃からパーソナルゲームやスマートフォン、コンピューター等に慣れ親しんでいて、視覚や聴覚から入る情報が主体となっています。教育現場等で対象者にメダルやバッジなどの配布、また絵や図など目で見て分かるような紙芝居を用いる事で、視覚的アプローチを試みます。配布物の例として飴、ガム、マスク、ポケットティッシュ、救急セット、文房具なども有効と考えられます。
- ・ SNSなどのツールの活用
最新情報を知ってもらうこと、組織票を取るために横のつながりを強化することなどを目的としてより早く情報のやり取りが出来るSNSを使用します。
選挙運動期間内において、満18歳以上の者であれば、ホームページ、ツイッター、フェイスブック、LINEなどのウェブサイト等を利用する方法による選挙運動を行うことができます。ただしこの場合、電子メールアドレスやその他その人に連絡するために

必要となる情報を表示することが義務付けられています。電子メールを利用した選挙運動では、候補者や政党等のみに限られ、満 18 歳以上の者も行うことができないので注意が必要です¹⁾。

「政治」とは、私たちが国家や社会について重要と考えるものを、国家や社会としてどのような状態であることが良いのか、優先順位をつけて決定することです。議会で決定される法律・条例や予算などにより決めていくということで、国家・社会の秩序を維持し、統合を図っていくことが可能となります。「選挙」はこのプロセスに参与する方法です²⁾。

学校という社会に出る前の学びの場所から、多くの人と触れ合い社会参加に興味を示すよう、環境作りを整え実践していく必要性があります。また自分で学んだことを実践するために、SNS などの情報ツールを活用し最新情報を共有し、より多くの人意見に触れ、自分の意見と反映させながら社会に対する視野や考えを広めることができるようになります。

選挙権年齢が満 18 歳以上に引き下げられたことを踏まえて、高校生の間から有権者となりうる高校生世代が、今まで受け継がれてきた歴史や先人の取り組みや知恵といったものを踏まえ、自分が暮らしている地域の在り方や日本・世界の未来について調べ、考え、話し合うことにより、国家・社会の形成者として現在から未来を担っていくという公共の精神を育み、行動につなげていくことを目指していく必要があります³⁾。

おわりに、今回の改定により選挙権の年齢が 18 歳以上へ引き下げられ、国民の意見が政治に反映する幅が広まりました。改正選挙法が施行された事により、年齢層が広まりさらにより多くの世代から意見を取り入れる可能性ができました。上記の手法に併せて今後選挙権を持つ 18 歳未満の若者へのアプローチとして、医師会関係の看護学校の学生やその家族等にターゲットを絞り、積極的に医師会の活動から医政のことまで理解してもらえよう活動する事が重要だと考えます。

脚注^{1) ~ 3)}

参考文献

総務省、文部科学省連携「私たちが拓く日本の未来」(生徒用副教材)より抜粋

4. まだ選挙権を持たない人たちへ長期的アプローチ

粕屋医師会 竹内 実

1) はじめに

医師会の医政活動を長期的視野で展望すると、まだ選挙権を持たない未成年者（2016年参院選からは18才未満の未成年者）へのアプローチも重要です。そのためには、

(1) 未成年の患者さんから信頼を得る

(2) 医師会について知ってもらうこと

が必要です。以下、この2点について考えてみます。

(1) 各医師が未成年の患者からどのようにして信頼を得るか

医師会員は診察、各種検診や予防接種などで未成年者に接します。

中学生以上の思春期の患者は、彼らなりに、ものごとの好みや価値観がはっきりしており、診察が気に入らなければ二度と来てくれないため、初診での印象が大切です。彼らは成長するにつれ、家庭内や学校、部活動、あるいはアルバイトなどで多くの問題に直面しますが、彼らがこれらについて診察室内で素直に話すとは限りません。実際にはそのようなことが診察には重要な情報となる場合もあるにもかかわらず、「病気とは関係ないこと」と思っている場合も多くあると思われます。また、言葉で表現する力がまだ十分に備わっていないため、彼らの伝えたいことを汲み取って、医師が代わりに表現する必要があります。さらに、診察室内に親が同席しているために話すことをためらったり、多弁な親が子どもを遮って話させないこともあります。医師はこれらの状況を汲み取って、親と子どもを別々に面談する、子どもが話したくない場合はその気持ちを尊重するなど、臨機応変に対応する必要があります。こうして青少年の心に添った診察が出来て初めて、彼らの信頼を得ることができます(参照1)。

幼児や小学生を診察する際にも子どもの信頼を得るために、様々な工夫が必要です。例えば、子どもを泣かせない、恐怖心を持たせないために、わざと子どもと目を合わさず、おもちゃなどで医師自身が遊び、子どもをリラックスさせる、などの工夫です(参照2)。このことに関しては、小児科の先生方にノウハウの蓄積があると思いますので、それを共有する方策を具体的に考えて行く必要があります。

以上は診察室内での医師と未成年の患者との関係についてですが、最近は医師が医療機関を離れて積極的に子どもに接する試みもなされています。

その代表が、久留米市でおこなわれている「DR. BUNBUN」です(参照3)。診療所、病院、大学医学部の医師が中心となって運営され(久留米医師会、久留米市等が後援)、2015年で3回目の開催になるそうです。小児科、外科など約15科目からなる「子ども医学部」(小中学生対象)、ぬいぐるみを患者にみたくて未就学児が病院ごっこをするテディベア病院などの他、救急車や消防車の展示、久留米市の商店街での各種の職業体験、飲食店による模擬店もあり、久留米市の商店街の町おこしの側面ももっています。今年は11月3日に開催され、筆者も会場に行きましたが小学生の親子連れを中心に大盛況でした。

このようなイベントの開催により、幼児や小中学生が医療に興味を持ち、医師に親しみや信頼感をもつきっかけになることが期待できると思います。

子ども医学部 解剖学（消化器官の学習）



同 外科（模擬内視鏡手術の実習）



テディベア病院

こどもが医師、クマのぬいぐるみが患者、医学生がこどもの指導医の役割を受け持つ。こどもの病院への恐怖心をなくすことをめざす。携帯のボタンを押すとレントゲン写真がでてくる仕組みになっている。



写真提供 Dr. BUNBUN 実行委員長

音茂 龍司先生（音茂神経内科・内科クリニック）

（2）患者に医師会のことをどう伝えるか

患者さんは自分が接している医師が医師会に所属しているか否かについて無関心なのが普通で、未成年者についてもそれは同じだと思います。患者さんに医師会を印象づけるためのいくつかの方法をあげてみます。

① 院内掲示

その医院が医師会に所属することを示す院内の掲示は重要です。

掲示のデザインについては民間企業の「CI (corporate identity)」の理念が参考になります。CI とは、企業がその事業内容、社会的責任に基づいて自らの価値を検討し、より良い企業活動を行って、社会における企業イメージの構築を行うために行われます。CI

計画ではその企業を象徴するロゴマークがしばしば作成されます。

日本医師会、福岡県医師会にもロゴマークがあり、ホームページ、医師会の作成するポスターの他、最近では「福岡県医師会認定総合医」の認定証などでも広く使用されています。乳鉢・乳棒とアスクレピオス（ギリシャ神話に登場する名医）の杖とへびをあしらった図案で、アスクレピオスの杖とへびは医学の象徴として WHO(世界保健機構)や世界医師会のロゴマークなど海外でも広く使われています。

医療機関固有のロゴマークとあわせ、所属医師会(福岡県医師会)の名称とロゴマークが院内に掲示されれば、医師会への認知度が高まることが期待できます。特に医師会に入会していない医療機関の多い地域では掲示の意義は大きいと思います。「とびうめネット」(福岡県医師会診療情報ネットワーク)が本格化し、参加医療機関が増加すると予想されるこれからの数年は、院内掲示を進める良い機会だと思います。

② 検診等での名札の着用

筆者の属する医師会では検診や予防接種を実施する際、担当医師が所属医師会を明示した名札を身につけるといった試みがなされたことがありますが、定着しませんでした。これらの業務は日中の診療業務の合間でおこなわれていて名札をつける時間的余裕がないこと、名札をつけるのがなんとなく気恥ずかしいことなどが定着しなかった理由だと思われます。しかし、検診や予防接種は医師会の公益的事業であり、担当する医師が医師会会員であることをアピールするための何らかの方策を再検討すべきだと思います。

③ 保健体育の教科書のチェック

高等学校向け保健体育の教科書をみると(参照4)、「医療制度とその活用」のタイトルで2ページが割かれ、その中で医療保険のしくみ、かかりつけ医、インフォームドコンセントなどについて説明されています。「わが国では1961年から国民皆保険を実現し、誰もが医療を少ない自己負担で受けられるようになっていきます。」との記述もあり、これを勉強した高校生ならば医師会の主張を受け入れてくれそうな内容です。医師会の立場からは、各社の保健体育の教科書の記述を定期的にチェックする必要があると思います。

④ 医療の質

先にふれた「とびうめネット」をはじめとして、今後の医療はさらに ICT(Information and Communication Technology)技術の利用が進み、様々な医療情報が各医療機関で共有されていくと思われます。医師会会員が、緊密な連携をもちながら、患者さんにさらにきめ細やかな良質の医療を提供できれば、未成年者やその保護者に好印象を与え、そのことが何にもまして、医師会の医政活動の力になると思います。

2) おわりに

まだ選挙権を持たない人たちへの医政活動においては、未成年者の特徴に十分配慮した診療を通じて彼らの信頼を得ること、院内掲示を通じてその医療機関が医師会に属していることを知ってもらうこと、「とびうめネット」の発展等を通じてさらに良質な医療を提供することなどが重要です。

参照

- 1) 今日からできる思春期診療 原朋邦、横田俊一郎、関口慎一郎 編集
医学書院 2007 年
- 2) まちの小児科うらばなし 診察のときこどもを泣かせないわざ
<http://shounikaurabanashi.cocolog-nifty.com/blog/2011/02/post-e5f0.html>
- 3) DR. BUNBUN ホームページ <http://drbunbun.jp/home.html>
- 4) 現代高等保健体育 大修館書店 平成 26 年 4 月 1 日発行 82-83 ページ

5. 医療を受ける方々への長期的対応について

朝倉医師会 加地 由美

1) はじめに

いままで選挙があれば投票だけはしてきましたが、深く政治について考える事は殆どありませんでした。今回、『医療政策』についてと言うテーマで再生ビジョン委員と話し合う機会を得て知識不足を自覚しました。また今まで直接意見を聞く事が無かった羽生田先生や自見先生に接することにより、次回の選挙での投票の動機づけとなりました。

その中で一般の有権者に対して医師会の推薦する立候補者の知名度を上げ、投票を促す為にはどんな働きかけを行えば良いのか検討する機会を得たので報告します。

2) 『場』で考える

- (1) 病院や診療所などの医療現場では駐車場・玄関・待合室・受付・廊下・洗面所・トイレ・診察室・休憩所・自販機付近・薬局・待合室などの場所に候補者のポスター等の掲示を行い入り口から出口までの間に情報発信を行います。
- (2) 健康教室・健康相談などに集まった人に対して会場受付・配布資料・ポスター掲示、講演者は健康講話内容に加えて、医師会や候補者の紹介を加えます。
- (3) インターネットなどのメディアを使う場合には候補者を医師連盟のホームページに紹介をするだけでは、一般の人の目には触れにくいので、病気や治療を紹介するホームページや健康相談 企業や個人のホームページやブログにも便乗するだけでなく SNS (social networking service : フェイスブック等) など能動的な手法も利用します。
- (4) テレビ・ラジオなどのマスメディアでは医師会による候補者専属の部署を立ち上げ、継続的に名前が露出するように、医師会独自の一般向情報に候補者の情報を含めてメディアへ情報を定期的に提供します。特に現在行っている医師会のテレビコマーシャル枠を積極的に活用します。
- (5) 新聞等に医師会が出している、意見広告を重点的に増やします。
- (6) 本・定期刊行物等の出版物、特に一般向け雑誌と医師会雑誌などの医師向け専門誌を活用します。
- (7) 介護現場では特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・グループホーム・介護付き有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅等の注目される場所を利用しポスター・掲示し投票を働きかけます。

3) 『対象』で考える

- (1) 病院に定期的通っている人には、地域の医療機関を通じて情報を提供します。
- (2) 健康な高齢者については、健康作り教室・地域のまつりやイベントを通じて情報を提供します。
- (3) 企業で働く現役世代には、医師会員である産業医が企業側に働きかけ従業員教育の

一環の健康教育や健康診断後の健康教室などの機会を利用して医師会や立候補者情報を提供します。

- (4) 小中高校生を持つ保護者には、医師会員である校医が、生徒に対して行う健康講話などを行う時、その保護者向けにも情報発信を行います。また医師会に講師派遣依頼があれば、アルコールや薬物乱用防止・喫煙・性教育・スマホ依存等学校現場が必要としている情報や教育を提供する際に保護者に向けて行います。但し教育現場に対しては慎重な配慮が必要で対応は困難なこともあると思われます。
教育の場を離れ子供会や地域の子供祭り等に来る親に対して、家庭を持ち子育てしている医師会員の方であれば子供を通じた繋がり、同じ保護者の立場から話が可能と考えます。
- (5) 就学前の子どもを持つ世代には医師会員の産科・小児科先生にお願いして働き掛ける機会を持ってもらいます。
- (6) 介護などの施設関連に関わっている医師会員に依頼し、認知症を有する入所者以外の高齢者や働いている介護職員や入所者の家族に向けて情報を発信します。

4) 医師会推薦候補に対する投票を動機づけるための具体的な方策

色々な講演や健康教室の啓蒙活動の話の中に、今後の医療について情報提供を行い、『是非しっかりとした、医療がわかる人を政治に送り込まなければ、世界に誇れる国民皆保険制度は壊れてしまう』ことを紹介してもらいます。

現在国家的政策で地域の病床数を減らして在宅介護へと向かう大きな力が働いていますが、高齢者の独居生活者、老々介護や認知症を有する者どうしでの介護をしなければならぬ現実を、統計的な数合わせで進めるのではなく、現場の声を反映できる人物が政治に参加して貰わなければならないことを強調して主張します。

「国民の医療を守る」それを唯一実行出来る力があるのが医師会であり、その存在意義を強く訴えていく必要があります。今の医療情勢が、このままでは危ないと危機感を強調し、国民が何をしなければならないのかを訴えます。医師会が推薦する人物が、正しい医療行政に導いて行く。それが医師会推薦の候補者でありその人に投票することが重要だと訴えます。

また医師会が国民に対して何を行えるのか具体例を示し、特に財源が無いから出来ないのではなく、限られた予算の中で、優先順位を付け具体的に見える形で実現するかを話す必要があると思います。

しかし一般の人の浮動票を集めるには、熱意を持った語り口による期待感を持てる候補者を擁立し、何よりも知名度とくにまず『名前』を知ってもらうことが大事で、出来るだけ多くのメディアを利用し露出する機会を多くします。

特に高齢者は新聞・雑誌・テレビ・ラジオを使い、若者に関しては SNS（フェイスブックやライン）を利用します。

新聞で言えば日本医師連盟の新聞だけでなく、街のフリーペーパーや雑誌に健康コラムの様な記事の掲載機会を大切にする必要があります。出来るだけ沢山の人の目に届く様に、健康関連や女性目線の雑誌に掲載を勧めます。

働く女性の視点で考えると、子供・子育て支援はきわめて重要です。結婚し子供を育てるには職場と家族の協力に加え、子供をみてもらえるベビーシッター・保育所の協力が必要です。私の場合、子供が小さいうちはしばしば病気をするために保育所に預かってもらえず、しかたなく職場に連れて行って仕事をした事もありました。幼稚園に通うようになると、早く終わるため結局保育園に朝預けてそこから幼稚園へ行き、帰りは保育園へ迎えに行く2重(複数の施設)に預けていました。今は幼稚園でも延長保育があったり、病児保育があったり20年前に比べると、共働きが多くなった分改善しているようです。大企業であれば、出産や育児のプログラムが整い女性の働きやすい職場と思われそうですが、中小企業で正社員でなければいまだに産み育てるのはかなり厳しいと思います。派遣労働であれば、出産どころか病気になっても、今期の雇用契約で契約終了になってしまう状況です。人口の半分が女性であり、女性の活躍なくして今後の日本は立ちゆかない現状であり、これらの状況を医療面から改革できるのは医師会および医師会推薦候補しかいないことを周知することも重要であると考えます。

また働く女性が何とか仕事を継続していると、次は親世代の病気・介護がやってきます。地方で生活していた、親の入院や介護のために女性だけでなく男性も介護休暇などとりづらい状況です。近くに宅老所や介護施設・特別養護老人ホーム・高齢者サービス付き賃貸住宅等の施設があり空きがあれば利用しやすいですが、便利の良い値段のお手頃な施設は数十人待ちで空きがないのが現状です。高齢者を在宅でみるとなると女性の方が退職し介護する場合がありますが、男性が単身赴任状態で地方の親をみる場合があります。医療や介護・福祉の充実は直近の緊急課題です。

今回、候補者は『自見はなこ』氏で医師会連盟の後援がありますが、票を集める後援会員は医師会員であると思います。現実問題として医師と患者の関係において一票をお願いするのは倫理上の問題もありなかなか難しいと思います。究極的には個人的な人と人との関わりで票を集める必要があります。誰をお願いするにしても、色々な信条やそれぞれのしがらみが有るのを押して、1票をお願い出来る候補者でなければ、実際には名簿に署名を頼むのは難しいと思います。

医師会員自身が医師会を理解し政治に関わる必要性を感じなければ、個別の医師会員から医療を受ける人への働きかけは困難であるかもしれません。医師会のイメージと自見氏のイメージをしっかりと二つ併せた広報戦略が、医療を受ける人への票集めの中心になると思います。

5) おわりに

日々の業務追われ地域の医師会員で、医師会活動にはほとんど協力もできず過ごして来ましたが、日本の国民医療や医師の権利を守るため努力している医師会を知りました。私の様にあまり興味の無い医師会員に何か伝えられる事が出来ると良いと思いますが、この程度の内容では他人は変える事は出来ないことでしょう。しかし私自身が次の選挙の機会には自分や家族で票を入れるのはもちろんの事、少しは役に立つように声をあげ行動したいと思います。

6. 日本医師会が推薦する候補者へ集票するために必要なこと

—医療を提供する側への長期的アプローチ—

福岡市医師会 安藤 文隆

1) はじめに

「医政」を最終的に決定するのは「日本医師会」でも「現場の医療に精通した有識者ら」でもありません。「国」の中の「政治家」と「官僚」であるのが現実です。

「医政」は、様々な陳情としてあげられる政治的な言動や駆け引き、各種の団体からの圧力ともみなされる具体的な要望、そして国政選挙による民意の反映などが相まって決定されているはずですが、その過程を良くも悪くも増幅して「国民」に広めるものといえば、テレビや新聞、雑誌などの媒体を持つ「マスコミ」と最近では「インターネット」でしょう。厳密に言えば「インターネット」上の情報は「マスコミ」を媒体としてさらに拡散されて「国民」に拡がっていくことが多いので（最近では「マスコミ」に対する否定的見解が「インターネット」で議論されることもあります）、本項では「インターネット」は「マスコミ」の中に包括することにします。「国」はパブリックコメントなどを募集することで、さまざまな政策を「国民」に問うたと既成事実化しようとしています。ですが、最も大切にされるべき「国民」の意見は、必ずしも「医政」を含めた政策に直結しているわけではないという印象を持たざるを得ません。

日本の医療を担っているのは日本医師会の会員（以下、会員医師と略す）だけではないことは言うまでもありません。日本医師会に所属していない医師（以下、非会員医師と略します）はもとより、保健師、助産師、看護師、各種の検査技師、各種の療法士、薬剤師、歯科医師、歯科衛生士などのほかに、受付や病棟業務の事務職、栄養士、ソーシャルワーカー、様々な補助的作業をこなす方々など多岐にわたります。ここで具体的にあげることができなかった職種の方々にはご容赦いただきたいのですが、これだけの多くの職種の方々が世の中からは「医療関係者」として認識されることになるでしょう。

この「医療関係者」がそれぞれ所属する団体の間でもさまざまな政治的力学が発生していることと思います。ですから「医療関係者」全員が足並みをそろえるのは難しいことです。そればかりか会員医師と非会員医師それぞれの医療制度に対する温度差も現実問題として存在していることは否定できません。医療提供者のディレクターたる医師らの足並みが揃わないのは誠にゆゆしき問題です。このままではいけません。すべての医師たちの足並みをいかに揃えてさせるかは日本医師会の手腕にかかっているのではないのでしょうか。

医療経済的側面からみると、「国民医療費」は医科や歯科の医療機関に支払われる「診療報酬」と「調剤薬局費」、それに柔道整復、はり・きゅう、マッサージなどの「療養費」な

どからなっています。政府が推進したがっている「国民医療費の削減」の目標は、主に医療機関における「診療報酬」を削減することを第一義としているように感じています。

平成26年8月26日に厚生労働省が発表したプレスリリース、つまり「マスコミ」向けの「平成25年度 医療費の動向 ～概算医療費の年度集計結果～」を本項では平成21年度から平成25年度の医療費の伸びに換算して検証してみたところ、平成21年度から平成25年度の「国民医療費」の伸びはそれぞれ医療費総計11.26%増、医科医療費は9.70%増（入院医療費は12.91%増、入院外医療費は6.41%増）でしたが、調剤薬局費は22.14%増です（注1）。「国民」の高齢化により医療費が増加することは致し方ないことかもしれませんが、「高齢者」への医療費、特に近年議論されるようになった終末期医療にかかる医療費などは医療の高度化や医療を受ける期間の長期化によって、ますます増大し続けています。誤解を招く言い方かもしれませんが、医療の高度化で以前は助からなかった症例が延命可能となったために費やされる医療費が今後縮小していくことは現状では考えにくいのではないのでしょうか。「国民」の中でリビングウィルなどの死生観について十分な議論がなされているとはいえないのが我が国の現状であります。医療資源が無尽蔵ではないということを「国民」はもっと認識しなければならないのかもしれないかもしれません。

表1 診療種類別国民医療費の年次推移							
	(単位 億円)						
	国民医療費	医科診療費	医科入院医療費	医科入院外医療費	薬局調剤医療費	療養費等	柔道整復師
平成21年度	360067	262041	132559	129482	58228	5384	4068
平成22年度	374202	272228	140908	131320	61412	5505	4109
平成23年度	385850	278129	143754	134376	66288	5637	4127
平成24年度	392117	283198	147566	135632	67105	5597	4025
平成25年度	400610	287447	149667	137780	71118	5509	3893
平成21年度から 平成25年度の 伸び率(%)	11.26	9.70	12.91	6.41	22.14	2.32	-4.30
「平成25年度 医療費の動向 ～概算医療費の年度集計結果～」第4表を改変							

また、柔道整復、はり・きゅう、マッサージなどの「療養費」はこのプレスリリースでは全く言及されていませんが、表2に示す通り、「療養費」の合計は平成20年度の4574億円から平成24年度の4953億円と8.28%増となっているのです（注2）。これらの数字は「柔道整復師等の施術に係る療養費の推移（推計）」を元に算定しています。あくまで「推計」であることにご留意ください。ちなみに、平成24年度で「療養費」より入院外医療費が多くなっている医科診療所（開業医）の診療科は内科と整形外科、眼科であり、耳鼻咽喉科はほぼ同等、小児科、外科、皮膚科、産婦人科は「療養費」より少ないのが現状です。（表3）（注3）

柔道整復、はり・きゆう、マッサージに係る療養費の推移(推計)

(金額：億円)

区 分	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
療養費	331,276	341,360	348,084	360,067	374,202	385,850	392,117
対前年度伸び率	-0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%	1.6%
柔道整復	3,630	3,830	3,933	4,023	4,068	4,085	3,985
対前年度伸び率	3.9%	5.5%	2.7%	2.3%	1.1%	0.4%	-2.5%
はり・きゆう	221	247	267	293	315	352	358
対前年度伸び率	15.7%	11.8%	8.1%	9.7%	7.5%	11.8%	1.8%
マッサージ	294	339	374	459	516	560	610
対前年度伸び率	17.6%	15.3%	10.3%	22.7%	12.4%	8.5%	9.0%

(注1) 平成21年度までは保険局医療課、平成22年度以降は保険局調査課とりまとめの推計

(注2) 柔道整復、はり・きゆう、マッサージ別の療養費の算出について

○ 全国健康保険協会管掌健康保険（平成20年9月以前は政府管掌健康保険）、健康保険組合、船員保険、日雇特例被保険者、共済組合については推計値を、国民健康保険、後期高齢者医療制度については実績値を使用。

○ なお、健康保険組合、船員保険、日雇特例被保険者、共済組合及び国民健康保険の柔道整復、はり・きゆう、マッサージ別の統計が無い又は無かった年度については、

- ・ 平成19年度以前の健康保険組合及び国民健康保険については、健康保険組合については、療養費総額の実績値に政府管掌健康保険の柔道整復等の各々の割合を乗じ推計、国民健康保険については、療養費総額の実績値に標本調査に得られた国民健康保険の柔道整復等の各々の割合を乗じて推計。
- ・ 平成20年度以前の日雇特例被保険者については、療養費総額の実績値に全国健康保険協会管掌健康保険の柔道整復等の各々の割合を乗じ推計。
- ・ 平成21年度以前の船員保険、共済組合については、それぞれの療養費総額の実績値に全国健康保険協会管掌健康保険の柔道整復等の各々の割合を乗じ推計。
- ・ 平成22年度以降の国及び地方公務員共済組合については、療養費総額の実績値に健康保険組合の柔道整復等の各々の割合を乗じ推計。

表3 主たる診療科別 医科診療所 入院外 医療費の推移

(単位：億円)

	医科診療所	療養費はその他に含まれる											
		内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他	柔道整復	はり・きゆう	マッサージ
平成18年度 (構成割合)	73,983 (100%)	36,887 (49.9%)	3,415 (4.6%)	4,656 (6.3%)	6,727 (9.1%)	2,850 (3.9%)	1,913 (2.6%)	5,791 (7.8%)	3,703 (5.0%)	8,041 (10.9%)	3,630	221	294
平成19年度 (構成割合)	75,593 (100%)	37,747 (49.9%)	3,334 (4.4%)	4,651 (6.2%)	7,018 (9.3%)	2,852 (3.8%)	1,932 (2.6%)	5,838 (7.7%)	3,741 (4.9%)	8,480 (11.2%)	3,830	247	339
平成20年度 (構成割合)	75,782 (100%)	37,506 (49.5%)	3,414 (4.5%)	4,542 (6.0%)	7,142 (9.4%)	2,923 (3.9%)	1,915 (2.5%)	5,940 (7.8%)	3,803 (5.0%)	8,598 (11.3%)	3,933	267	374
平成21年度 (構成割合)	77,366 (100%)	38,545 (49.8%)	3,407 (4.4%)	4,593 (5.9%)	7,455 (9.6%)	2,932 (3.8%)	1,883 (2.4%)	5,981 (7.7%)	3,722 (4.8%)	8,849 (11.4%)	4,023	293	459
平成22年度 (構成割合)	78,230 (100%)	38,868 (49.7%)	3,492 (4.5%)	4,427 (5.7%)	7,541 (9.6%)	2,993 (3.8%)	1,882 (2.4%)	6,094 (7.8%)	3,955 (5.1%)	8,979 (11.5%)	4,068	315	516
平成23年度 (構成割合)	79,622 (100%)	39,484 (49.6%)	3,561 (4.5%)	4,435 (5.6%)	7,820 (9.8%)	3,068 (3.9%)	1,892 (2.4%)	6,190 (7.8%)	3,931 (4.9%)	9,239 (11.6%)	4,085	352	560
平成24年度 (構成割合)	79,928 (100%)	39,488 (49.4%)	3,401 (4.3%)	4,302 (5.4%)	7,977 (10.0%)	3,073 (3.8%)	1,886 (2.4%)	6,435 (8.1%)	4,012 (5.0%)	9,354 (11.7%)	3,985	358	610
平成25年度 (構成割合)	80,678 (100%)	39,937 (49.5%)	3,358 (4.2%)	4,214 (5.2%)	8,146 (10.1%)	3,098 (3.8%)	1,874 (2.3%)	6,604 (8.2%)	3,922 (4.9%)	9,525 (11.8%)			

「平成25年度 医療費の動向」第20-1表を改変

「国民医療費の削減」を至上命題としている財務省は、医療機関で患者に過剰な医療を提供させない＝国民医療費を含む社会保障費が増加しないように厚生労働省に働きかけているのは周知のとおりです。また、厚生労働省はその意向に沿うような様々な「法令や通知」を医療機関向けに次々に発表しています。これらの「法令や通知」は後に別の「法令や通知」での上書きがされない限り、その効力を半永久的に持ち続けていることがあります。医療政策を決定する前の段階での関係省庁内部での動きや関係省庁間でのやり取りは、何らかの形で「マスコミ」の情報網にかからなければ、医療の現場では聞き及ぶことがまぎらないのが現状なのです。

厚生労働省が発表する医療政策はその効力を発揮する前に関係機関と十分に精査、検討すべきであるはずですが、その実感は現場の医師にはないのではないのでしょうか。厚生労働省は中央社会保険医療協議会（中医協）に日本医師会の代表者がいなかった時でも、そこで話題に上れば関係機関との折衝は終了したと認識していたのか、医療政策を我々「医療関係者」に提示してきた経緯があります。「医師」にとって初耳のような医療政策も、他の「医療関係者」の団体から提出されたことすら知らない現場では、このような医療政策は「上意下達」の事項のように感じられるでしょう。さらに、この決定事項を覆すことはほぼ不可能に近いという現実があるのです。知らぬは医者ばかりなり、というのは受け入れがたいことです。

いわゆる「国」への圧力団体と認識される団体は農業協同組合（農協）、日本経済団体連合会（日経連）、日本労働組合総連合会、日本教職員組合（日教組）、日本遺族会、日本弁護士連合会、創価学会、立正佼成会などと並び、「公益社団法人 日本医師会」も挙げられていますが、昨今の現実はいかがでしょうか。「国」や「官僚」からいいようにあしらわれ、「国民」からは開業医の利益団体としてしか認識されておらず、「政治家」からは集票力の低い、おもねる必要性が低い団体と軽視されていると感じている日本医師会会員も決して少なくはないはずです。これでは日本医師会は圧力団体としての体をなしていません。もちろん、圧力団体の存在の是非に対する意見は各方面から出るかもしれませんが、ここではその是非は議論しないこととします。日本医師会の存在が名実ともに圧力団体として内外に認識される＝「医政」に対する発言力、決定力の増大を目指すために、本項では日本医師会の意向を「医政」に反映することができる「政治家」を育成するためにどうすればよいかを雑駁に述べたいと思います。

2) 「会員医師の結束を高める」だけでよいのでしょうか

- 2-1 非会員医師や日本医師連盟に加入していない会員医師への働きかけ
- 2-2 来る消費増税への対処
- 2-3 医師不足など医師の診療環境改善のためには
- 2-4 医療における法的免責の獲得に向けて
- 2-5 他の「医療関係者」団体の協力をいかにして獲得するか

2-1 非会員医師や日本医師連盟に加入していない会員医師への働きかけ

— 魅力ある日本医師会であるために —

かつて、故武見太郎氏が1957年（昭和32年）から13期25年間に渡って日本医師会会長を務めていたころの日本医師会は正に圧力団体として厳然と存在していました。就任中の1961年（昭和36年）2月には医師会、歯科医師会の全国一斉休診＝ストライキの実施を指導し、「ケンカ太郎」として関係省庁の「官僚」らにも一目も二目もおかれる存在であったのです。故武見会長は医師、特に開業医の利益を代弁する姿勢をとっていたことはご存知でしょう。それが現在の日本医師会に対する「国民」の評価すなわち「開業医の既得権益を守る組織」として定着してしまったのかもしれませんが。現在の会員医師にとっては「この評価はステレオタイプな先入観である。現在ではそこまでの極端な方針は示していない」と反論したくなるのではないのでしょうか。

しかし、非会員医師の中には、未だに日本医師会とはそういう組織なので、非会員医師⇨勤務医には縁遠く、どちらかといえば距離を置きたい団体であると認識している非会員医師も少なくないのではないのでしょうか。こういう非会員医師にこそ、現在の日本医師会の活動内容を客観的に伝えていく必要があると考えます。医療では客観的に判断することが重視されるので、医療や「医政」における客観的事実から適切な判断をするという作業は医師という職業柄からも不得意なはずがありません。日本医師会の活動に深い理解を示してもらえるまで、非会員医師に「日本医師会の活動は開業医の利益を代弁しているのではなく、医師全体の利益を代弁するためのものである」と個別に粘り強く、丁寧に説明していくことが日本医師会のあり方でしょうし、そうすることによって会員医師数の増加が見込めるはずです。また、日本医師連盟も同様に会員医師で非連盟員という方々にも個別に粘り強く、丁寧に活動内容を説明する手間を惜しんではならないでしょう。そうすることが日本医師会の集票力の向上に直結し、「医政」に対する影響力を増大させることになるのではないのでしょうか。

新規の会員医師の獲得に必要なことは、医師会に所属する様々なメリットをもっとPRする必要もあるでしょう。日本医師会、県医師会、郡市医師会へ加入するための経済的負担とそれを維持するための年会費は決して小さな金額ではありません。開業している非会員医師の中には、そのコストパフォーマンスに満足できないという考えを持っている方も少なからず存在していると推測します。

私事で大変恐縮ですが、筆者は平成26年4月に非医療法人の無床診療所を父より親子継承いたしました。親子継承といっても非医療法人であったため、一旦閉院した上で、新たに診療所を開設しなければならなかったのです。役所への閉院にかかわる各種書類を提出し、新たに開院にかかわる各種書類を提出し、とまさに二度手間でした。お役所仕事なので、これはこれで仕方のないことなのかと変に納得してしまいましたが、これと同じよう

なことを医師会内部でも部署別に行わなければならなかったのです。そしてその際の医師会内部の事務処理にいささかの不満を持ちました。

各種の事務処理が進むと、それぞれの部署の担当者が代わる代わる説明、指導をしてくれるのですが、その後の問い合わせは各部署にそれぞれしなければいけません。電話口で「その件は担当が別の部署になりますので担当部署に電話をお返しします」と告げられ、その部署では同じ内容の説明を求められ、すべての問い合わせが終わるまでに20分以上の時間が必要でした。

個人的には窓口は一本化して特定の担当者を付けてほしいと思いましたし、要望もしました。いわゆる「ワンストップ」という制度です。もちろん、医師の事務処理の負担が軽減すれば、軽減した事務処理は医師会が負担することになりますが、そのための医師会です。決して医師会は「お役所」のような不親切な対応をするべきではありません。会員医師のために存在する組織であってほしいのです。その旨を申し入れても「善処します」と返されるだけでした。これでは本当の「お役所」仕事です。医師会の管理者を含め、組織運営方針を改善していただきたいと強く希望する次第です。

2-2 来る消費増税への対処

昨今の医療情勢には様々な不安があります。

まず第一に、2017年（平成29年）4月の消費増税の問題です。

消費増税の問題点を解決することは、会員医師のみならず、非会員医師を含む「医療関係者」の生活にも直結するはなしです。何せ、「医療関係者」の給与は診療報酬などが原資となっているのですから、診療報酬が据え置きであっても「医療関係者」の生活が楽になっていくことは考えにくいでしょう。まして診療報酬が減額されれば「医療関係者」の給与が減額されることもなりかねません。

個人的には診療報酬という用語をもっとほかの言い方に変更してほしいと考えています。「診療報酬ってのは医者のお懐に入るお金のことなんだろう」と誤解している「国民」もいるからです。

控除対象外消費税は医療機関にとっては損税です。私が院長である無床診療所は院内処方としていますが、卸業者からの消費税加算前の薬剤の納入価は薬価の90~92%前後です。これに消費税が加算されると薬価差益など見込めず、デッドストック分の薬剤を考慮すると逆ザヤが発生します。これが消費税10%となると、下手をすれば院内処方赤字がでて当たり前になりそうです。

当然のことですが、医療機器は言うに及ばず、様々な保守点検にも消費税、備品・消耗品にも消費税がかかります。しかし、職員の給与だけは消費増税分のアップも思うにまかせず、というのが現状です。消費税が8%から10%に引き上げられれば経営状態に不安が出てくるのは開業医だけではありません。非会員医師が勤務している病院への影響も不可避でしょう。

それによって財政的に閉鎖せざるを得ない病院も出てくるかもしれません。失職した医師たちは結果的に淘汰された病院から他の医療機関に移籍しなければなりません。そうすると、厚生労働省が遠望している基幹病院への医師の集約化が進むことになるかもしれません。その後、生き残った病院への診療報酬を削減しようとするでしょう。財務省もそれに伴う国民医療費の削減が見込めるのであれば、生活インフラである医療が崩壊するような危機的状況に陥っても、黙って傍観するだけかもしれません。

医療費に消費税を課税した場合、財務省、厚生労働省が元々の診療報酬を下げた消費税を含むトータルの診療費が現時点と変わらないか下げるような診療報酬改定を行ってくるであろうことは想像に難くありません。お上は国民生活の味方ですと「国民」の支持を得るためです。最近の診療報酬改定を見ればおわかりでしょう。

消費税負担を減らすための方策として、低所得者向けに消費税分を還付するという方法が提案されましたが、国民の理解が得られそうにないようです。であれば、医療費が還付方式となることは考えづらいでしょう。仮に還付方式を医療機関に採用したとしても、医療機関の経費のどこまでを還付対象にするかの線引きは本当に難しいと思います。仮に、医療機関のすべての経費が対象になれば、経費内容の精査は不可避ですし、国税局並みの徹底した精査を受ければ、痛くもない腹を探られるだけでは済みそうにありません。

この消費増税問題はタイムリミットがあるにもかかわらず、そう簡単には解決しそうにはありません。医師をはじめとする医療関係者は、今後どうなってしまうのかと傍観するだけでなく、「今後どのように制度を改善しないといけないのか」を積極的に内外に示し、財務省や厚生労働省、その他の関係団体に認識、理解させるような行動をとる必要があると考えます。一人の声は小さいかもしれませんが、外部に向かっての声が全く上がらないと、自分が希望する政策は絶対に実現いたしません。

皆さん、声をあげましょう。

2-3 医師不足など医師の診療環境改善のためには

次に、医師が安心して医療を行える環境を整えることが必要です。

勤務医の過剰労働による消耗は、かつて勤務医として診療していた会員医師から見ても目を覆う状態です。厚生労働省が推進した新臨床研修制度の負の側面、つまり医局からの医師派遣がなくなったことと相まって、病院における勤務医の減少が問題となっています。厚生労働省は医師の配置を適正化するために様々な施策をしているとしていますが、これらに対する会員医師、非会員医師の視線はともに冷やかです。言い方は悪いのですが、「現場の状況を知らないお役人が机上の空論を振りかざしている」ように見えるからでしょう。

2015年（平成27年）8月に文部科学省から、東北薬科大学に新たに医学部を設立することを認可すると発表されました。新医学部設立の目的は「東日本大震災の復興支援と医師

不足解消」だそうです。どちらが主でどちらが従なのでしょう。医師不足といわれる状態の根本的原因を「国」や「政治家」、「官僚」も「国民」も本当に理解しているのでしょうか。医師の絶対数が不足しているのか、偏在しているだけなのか、新しく医学部ができるのと被災地の復興支援になるのかなどさまざまな議論が行われてはいますが、すぐには納得できないかもしれません。

新医学部設置には会員医師、非会員医師のなかでも様々な意見が出ています。現在でも賛成、反対それぞれの意見がありますが、時すでに遅し、です。琉球大学以来 37 年ぶりの 2016 年（平成 28 年）4 月に新医学部は肅々と開設されるでしょう。「医政」としてのこの事項は既に完結しているのです。日本医師会は新医学部設置に伴う教育・診療スタッフを全国からかき集めてくれば、勤務医不足が進むうえ、ここから巣立つ医師の質の低下を危惧するという理由で反対していたのですが、「医政」と日本医師会の綱引きはあっけなく「医政」に軍配が上がってしまいました。

そうなる前にもっと手を打てなかったのでしょうか。手を打つためにはどうすればよかったのでしょうか。正解があるかどうか筆者にはわかりませんが、政策として決定される前に医師全体のコンセンサスが得られていればもっと違った結果になっていたかもしれないですし、関係省庁の意向が何の抵抗もなく反映されたかもしれません。医師たちが持つ政治力など今の「政治家」や「官僚」から見れば、その程度なのでしょう。

マンパワーは分散するより集約したほうが効率的に運用できるのは容易に想像できます。厚生労働省が遠望している医療機関数を縮小して集約化するという省是に加担するのは積然とはしませんが、既存病院が集約されれば一病院当たりの勤務医数が増加し、現状の過酷労働が緩和されるかもしれません。しかし、これは既得権益を捨てなければならないことを意味します。このことについて皆さんはどうお考えになりますか。喜捨することは本当に難しいことです。

2-4 医療における法的免責の獲得に向けて

日常診療を行ううえで不安な点はまだあります。医療訴訟に巻き込まれることです。

この不安は会員医師、非会員医師を問わず医師ならば少なからず日々感じているに違いありません。医師が患者の健康を損ねようとして医療サービスを提供することなどあるはずがなく、またあってはいけません。医師は患者に対して良かれと思い、医療サービスを提供しているはずですが、それなのに、最終的に患者が望む結果にならなかったから受けた医療に誤謬があるはずだ、と司法の場で決着をつけようとする一部の患者や患者家族を含む関係者（特に医療訴訟を専門とする弁護士など）の数が増加しているのは誤った認識ではないと思います。医師自身にとって医療訴訟は精神的、経済的、時間的、社会的ダメージが大きいのは言うまでもありません。

2004年（平成16年）に前置胎盤に対する帝王切開術後に患者が死亡し、その2年後に起訴された福島県立大野病院事件における当該産婦人科医師に対する警察関係者の応対（診療中に病院内で逮捕された！）や、その後2年間にわたる訴訟の経緯を把握した産婦人科医師たちの間では、「一生懸命にその時に自分ができるベストの医療をしても、結果が悪ければ公衆の面前で逮捕され、長期間にわたる裁判を闘わなければならないなんて、冗談じゃない」と分娩の取り扱い職場での診療を取りやめるという選択の誘因となりました。いわゆる「産科医療の崩壊」の誘因です。

医療崩壊はこの事件と1999年（平成11年）に発生し、2002年（平成14年）より司法の場で争われた杏林大病院割りばし死事件が発端になったのかもしれませんが。この医療崩壊は「マスコミ」が医療上の不幸な転帰をとり、訴訟となった事案をさも医療に不手際があったかのように報道し、それが「国民」に浸透し、一部の患者が訴訟を起こすことが珍しくなくなっているように感じます。また、仮に原告患者側が敗訴したとしても、そのことを丁寧に報道するマスコミは皆無でした。マスコミは起承転結の「起」と「承」だけを面白おかしく報道し、それがマスコミ自身が望まない転帰をとった場合は、「転」と「結」は報道しないという姿勢が垣間見えています。医師たちの「マスコミ」に対する不信はここから始まっているのかもしれませんが。

厚生労働省は、医療事故調査委員会の設置などの「国民」が納得するような医療政策をおし進めています。しかし、医療事故調査委員会での結論から刑事、民事の訴訟に発展することもあるかもしれませんが、委員会もその可能性を認めています。また、委員会の人選についても「？」と思わせるものがあります。医療事故調査委員会の大義名分は医療過誤の原因精査と再発予防だそうですが、この委員会がどのように機能していくかを注意深く観察していく必要があります。

また、医療裁判では裁判官個人の医療への正しい理解と見識などが加味されて判決が下されますが、一審で原告勝訴、二審や三審で原告逆転敗訴となっても、下級審の裁判官個人は免責されています。理不尽さを感じますが、そういうシステムになっています。

これと同様に、日本医師会やその他の医師団体は、医療における刑事のみならず民事裁判に訴えないように、医療における免責を厚生労働省や法務省に強く申し入れるべきです。「このままではハイリスクの症例を受け入れる医療機関がなくなってしまう」、「最高水準の安価な医療を国民に平等に提供することを掲げる厚生労働省は現状をこのままにしておいてよいのか」、「患者の果たすべき責任を明確化する必要がある」などと「マスコミ」を通じて、「国民」を巻き込んだ議論に発展させるよう、日本医師会は不退転の覚悟で提案していかなければならないと感じています。もし、医療における法的免責を日本医師会主導で獲得することができれば、非会員医師も日本医師会への認識を改め、日本医師会へ入会するようになるかもしれません。

2-5 いかにして他の「医療関係者」団体との協力を得たらよいのでしょうか

これはなかなか難しい問題です。

「かかりつけ薬局」の議論が進んでいますが、これはある特定の薬局に患者を誘導することが考えられます。こうなると大手調剤薬局グループと個人経営の調剤薬局の間での収入格差が大きくなっていくではないでしょうか。そうして、後者が徐々に淘汰され、前者の思惑が常に反映される体制に誘導されていく危険性があります。こういうことを政治の場に持っていけるのが政治力なのでしょう。このことだけでも日本薬剤師会が相当の政治力を持っていることを証明しているようです。

調剤薬局は医師の出す処方せんを元に調剤するのだから、もっと日本医師会に配慮してくれればいいのに、などという甘えは通用しません。日本医師会は日本薬剤師会と事前に協議し、双方納得の上で政治の場に上げるよう、日本薬剤師会に強く働きかけねばいけないと考えます。そしてその交渉をリアルタイムで「マスコミ」を通じて「国民」へ伝える必要があると考えます。「国民」と「マスコミ」を味方につけないと日本医師会の意向は通らないでしょう。現時点では残念ながら日本医師会は「国民」の十分な支持を得るに至っていないのではないのでしょうか。

その他、「特定看護師」や「チーム医療推進協議会からの日本看護協会や日本病院薬剤師協会の脱退示唆」、「療養費における不適切な請求」なども挙げられますが、その議論はこの場では割愛させていただきます。

3) おわりに 「医政」を動かすためには

日本医師会の綱領を改めて示したいと思います。

日本医師会は、医師としての高い倫理観と使命感を礎に、人間の尊厳が大切にされる社会の実現を目指します。

1. 日本医師会は、国民の生涯にわたる健康で文化的な明るい生活を支えます。
2. 日本医師会は、国民とともに、安全・安心な医療提供体制を築きます。
3. 日本医師会は、医学・医療の発展と質の向上に寄与します。
4. 日本医師会は、国民の連帯と支え合いに基づく国民会保険制度を守ります。

以上、誠実に実行することを約束します。

また日本医師連盟はそのオフィシャルサイトで、「日本医師連盟会員相互の全国的連携・協調の下、日本医師会の目的を達成するための必要な政治活動を行うことを目的としている」と掲げています。

日本医師会や日本医師連盟は会員医師、非会員医師のみならず、その他の「医療関係者」の所属する団体と足並みを揃えて、「国」や「官僚」などと対決できるだけの姿勢をもっと示さねばならないのではないのでしょうか。もし、社会インフラとしての医療機関が消費増税など様々な理由によって倒産、閉院したら、「国民」に安心した生活を提供することが困難となる地域が出現することでしょう。社会インフラとしての医療機関が消滅、減少した場合の地域再生がどれだけ難しいかは、東日本大震災後の東北太平洋岸地域の現状からも容易に想像できます。新たに医学部を作っても、そこから育成される医師たちが入学から一人前になるまでには15年以上の時間が必要となるのですから。

さまざまな政治活動を行った結果を「医政」に反映させるためには、「政治家」を動かさねばならないのは明らかです。現在活動している「政治家」を動かすダイレクトな力は、組織が持つ「集票力」でしょう。組織が「集票力」を持つためには、組織に所属する個人個人が同じ政治的ベクトルを示していくことが必要不可欠です。故武見氏は「(医師の集団は) 3分の1は学問的にも倫理的にも極めて高い集団、3分の1はまったくのノンポリ、そして残りの3分の1は、欲張り村の村長さんだ」と嘆いたと言われます。もちろん、個人には個人なりの主義主張があって、全員が同じベクトルを示すとは限りません。しかし、それではいけないのです。組織の目的を達成するためには、組織として一本化した意向を示し、「国民」をはじめとする組織以外も巻き込んでその意向に対する「理解」を得ることで政治的な力とせざるを得ないのが民主主義です。「マスコミ」を通じて数多くの「国民」の「理解」が得られれば、選挙において日本医師会が推す候補者に投票してもらえることが期待できるはずです。

それを積み重ねることによって、日本医師会の意向を代弁する候補者を「政治家」として「医政」の決定の場で活躍できるように応援し、当選させることが肝要なのです。候補者を「政治家」に導くことで着実に組織としての政治的な力を付けて、「医政」を動かしていかなければならないのです。

民主主義国家において自分たちの意向を政治に反映させるためには、自分たちが結集し、意向を一本化しつつ、「国民」の理解を得ながら「政治家」を政治の場に送り出すのが一番の早道なのではないのでしょうか。

『「医政」なくして「医療」なし』は「風が吹けば桶屋が儲かる」の言い回しの最後の部分である「ネズミが桶をかじって桶が使い物にならなくなるから、桶屋が儲かる」に当たるかもしれません。もっと根本から地道に手を打っていくことが大切なのではないかと改めて考えています。

(注1) 「平成25年度 医療費の動向 ～概算医療費の年度集計結果～」
(www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/13/dl/iryohi_data.pdf) より。表3-2 「医療費の伸び率(対前年度比)」では前年度からの医療費の伸びを単年度ごとに示していますが、本項では平成21年度から平成25年度の医療費の伸びに換算して述べています。

(注 2) 平成 27 年 9 月 1 日現在の厚生労働省ホームページより、政策について>分野別の政策一覧>健康・医療>医療保険>療養費について>その他>柔道整復師等の施術に係る療養費の推移(推計)の順で検索できます。「柔道整復師等の施術に係る療養費の推移(推計)」(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken13/02.html>)を元に算定しています。「推計」であることにご留意ください。

(注 3) 上記「平成 25 年度 医療費の動向 ～概算医療費の年度集計結果～」(<http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/13/index.html>)より、表 20-1 「主たる診療科別 医科診療所 入院外医療費の推移」における平成 24 年度分と(注 2)の資料から得た金額を比較して示しています。

B パート 「医政シンクタンク機能としての医師会の役割」

はじめに

北九州市医師会 浦上 泰成

1) 組織的活動を躊躇する理由と問題点

医療政策に医療の専門家である医師が関わる重要性は論を待ちません。しかしすべての医師が（少なくとも大部分の医師が）よく組織化され、医政に関与することが必要だとの認識は乏しいかもしれません。

元来、地域に根差す医師は、地理的にある程度限られたなかで一对多の関係で市民と向き合い、高い倫理観と医の実践によって地域の保健福祉を担うだけでなく、地域の良心であることが期待され、そしてその役割を果たすべく努めています。一对多で結ぶ信頼に裏打ちされた関係内で完結する事柄も多く、高邁な意志で臨んでおればそれだけに干渉を受けることも、干渉することも忌避する風土があるかもしれません。

しかしながら公的な医療制度のもとで活動するかぎり 独立独歩はありえません。閉じた領域で患者-医師間の部分最適を目指すのみでは、先人の作り上げた医療政策の恩恵に一方的にあずかっている状態かもしれません。

2) シンクタンクのさまざまな機能

日本医師会は、正確で信頼できる医療政策を企画立案ができるように独自の調査研究機関として日本医師総合政策研究機構（日医総研）をH9年4月に設立しました。医療提供側や医療を受ける側の個人団体、各研究機関とネットワークを築き、経済・情報系と医療・倫理系および戦略・開発系の3つの研究体系を持ち、調査研究と報告を行っています。（参照）数々の財界主導の政策研究所は声も大きく、さも既定路線のようにマスコミに取り上げられることもあり大変驚かされます。日医総研は財界寄りの論理とは一線を画し、医療現場を反映する全国レベルのシンクタンクとして機能しており、とても心強く思います。

地域医師会が持つべきシンクタンクの機能は、前期の第3期医師会再生ビジョン委員会でも提言にまとめられました。提言では地域医師会が持つべきシンクタンク機能は2つの側面があり、1つ目は市民向けの機能として、地域の健康、性、薬物中毒、死生観、医療費財源問題などの教育に積極的に関わること、地域包括ケアではリーダーシップを取り、多職種と連携して地域コミュニティ再構築に関わること。2つ目の医師向けの機能としては、医療需給の把握や展望を示し、労働環境、偏在などの体制の問題に取り組み、医師一人ひとりのライフサイクルをサポートする機能を持つことで、ひいては医師会組織率の向上を図るというものでした。

3) 現場の意志を医政に

今回の委員会では、とくに医政につながるシンクタンク機能として、医療現場の意志を汲み上げる場であること、多様な専門知と集合知を併せ議論の芽を醸成する場であること、上部機関と密接に情報を交換し現場に還元する場であることを挙げたいと考えます。一つのアイデア、一人のつぶやきが霧散するのか、将来取り扱うべき問題として意味を持たすことができるかは、よく組織化されたネットワークを持つか否かで決まります。医師がスタンドアロンでは決して得られない強み、医師会がもつ組織の強みが良好に機能する場面だと考えます。

このセッションで取り上げる5つの提案は、大きな構想であって更なる議論や検証が期待されるものから、すみやかに実行可能と思われるもの、温かみと夢のあるアイデアや待ったなしの貴重な提案であったりします。

秩序だった階層構造をもつ医師会と車の両輪である医師連盟が必要な政治活動を行う仕組みがよく組織され、それらの真剣な活動を通じてこそ、ひとつひとつの貴重な意見が議論の俎上に登り具現化されるといえます。

参照

日医総研ホームページ <http://www.jmari.med.or.jp/about/study.html>

1. 福岡県医師会 外国人対象の健康診断およびがん検診事業

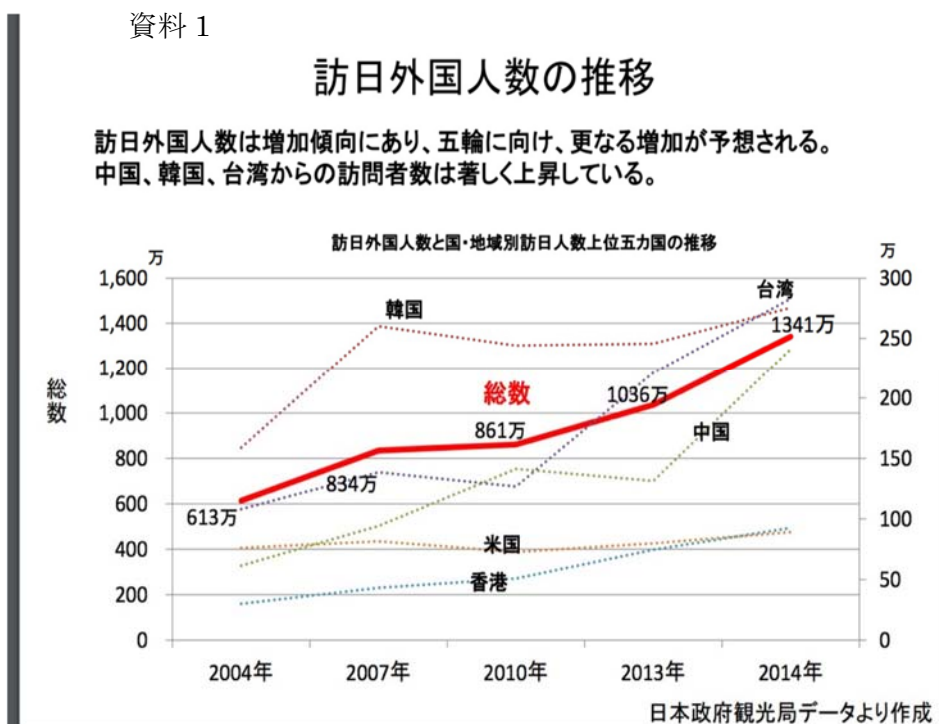
北九州市医師会 安藤 由起子

1) はじめに

近年、わが国における外国人居住者数は増加の一途をたどっています。平成 25 年末日本における在留外国人数は中長期在留者数 169 万 3224 人、特別永住者数 37 万 3221 人の合計 206 万 445 人であり前年比 1.6%増です。在留カード等から国地域では中国が最多の 64 万 9078 人（全体の 31.5%）で以下韓国、朝鮮、フィリピン、ブラジル、ベトナム、米国、ペルーと続いています。またこの在留カード等から留学が 19 万 3073 人で中国人がその 67%を占めています。一方 2014 年の訪日外国人旅行者数は 1300 万人を超え、1 位台湾、2 位韓国、3 位中国、4 位香港です。（資料 1）

このように外国人が日本国内に居住、滞在する数の増加に伴い、地域医療に携わっている開業医に外国人が受診するケースも増加していると思われます。一方、医療観光客の世界市場規模は大きく多くの国が医療観光の強化を競っています。日本政府も 2010 年に新成長戦略の一環として医療観光強化を表明し 2011 年より最長半年間日本に滞在できる医療ビザの発行を始めています。また、観光立国実現に向けたアクション・プログラム 2015 として東京オリンピック・パラリンピック東京大会にむけ外国人患者受け入れ医療機関認証制度（JMIP）の拡大への取り組みや外国人旅行者受け入れ可能な医療機関の選定も始まっています。そこで今回開業医も参加できる、話題の medical tourism（医療を目的として海外に移動すること：テーマ性が強い観光）とは一線を画した外国人対象にした健康診断およびがん検診事業について検討しました。

資料 1



2) 対象

①外国人観光客

「ヴィジット・ジャパン」などの観光キャンペーンやビザ免除国の拡大などのより増加している外国人観光客

②外国人労働者（とくに雇用時：短期雇用も含め）

③就労が認められていない在留資格者（留学、家族滞在など）

3) 健康診査およびがん検診内容

健康診査およびがん検診内容については主として診療所で対応可能な以下の内容としました。

- (1) 特定健康診査項目（診察、問診、身体計測、BMI、理学的検査、血圧測定、血中脂質検査、肝機能検査、血糖検査、ヘモグロビン A1c、血清クレアチニン、血清尿酸、尿検査、心電図、眼底検査、貧血検査）
- (2) 肝炎ウイルス検査
- (3) 結核検査
- (4) 胃がん検査（胃透視、胃カメラ）
- (5) 大腸がん検査（便検査、大腸ファイバー）
- (6) 乳がん検査（問診・視診・触診・マンモグラフィー・エコー）
- (7) 子宮頸がん検診
- (8) 前立腺がん検査
- (9) 胸部レントゲン検査
- (10) 風疹検査
- (11) 骨粗鬆症検査

4) 具体的運用方法

(1) 参加医療機関の募集および登録

事前にこの事業への参加医療機関を募集します。また健康診査およびがん検診項目については登録制とします。

(2) 福岡県医師会ホームページでの案内～外国人の皆様へ

福岡県医師会ホームページは現在外国語対応になっていません。厚生労働省資料では、日本語、中国語、ポルトガル語、スペイン語の5言語が採用されていましたが、前記のように在留外国人、外国人旅行者でも上位を占めるのは中国人を中心としたアジアの人々である上に福岡県はアジアに近い地域性よりホームページを中国語、韓国語、英語対応にします。また県民の皆様へ、医師・医療関係者の皆様へという項目に外国人の皆様へを追加。ここに先に述べた健康診査および各がん検診等の診査内容の説明、登録医療機関について情報：登録検査項目、住所、電話番号などを載せます。また事前準備、結果報告や問い合わせ先なども載せます。

(3) 承諾書およびインフォームドコンセント等重要書類

健康診査およびがん検診の詳細に関する承諾書、インフォームドコンセント等の書類（名前、年齢、住所、パスポートや外国人登録証等の番号記載を含んだもの）を作成し県医師会ホームページに載せ（外国語対応）各医療機関は印刷し、受診者がサインしたものを保管します。

（４）受診者用問診票

厚生労働省外国人向け多言語説明資料（参照１）、AMDA 問診票（資料２、３、４）などを参考として各健康診査およびがん検診に関する問診票を作成し県医師会ホームページに載せ（上記外国語対応で、可能な限りまるばつ形式）、各医療機関が気軽に印刷できるようにします。

（５）本人確認

外国人には先に述べたように在留外国人といってもいろいろな方がいるため、確認目的としてパスポート、在留カードなどで本人確認をします。

（６）結果報告

受診者用問診票と同様に受診者への結果報告書を県医師会ホームページに載せます（同じく外国語対応であり、受診者の結果を簡単に記載できるだけでなく、それぞれの診査項目の結果の意味合い、正常値等の説明も記載）。各医療機関は印刷して記載。結果が出るまでに時間のかかるものについては結果の郵送および閲覧可能にします（各医療機関が結果を県医師会に報告し、県医師会は受診者自身が ID、パスワード設定でログインし自身で結果を閲覧できるようにホームページを追加作成）。郵送に際しては所定の封筒に受診者が住所を記入することとします。また郵便物の返送があった際の責任は医療機関にない旨を上記承諾書に記載。

（７）通訳サービス

各医療機関にて受診者との理解が困難な場合には県医師会に連絡し電話通訳サービスを受けられるよう整備します。

（８）問い合わせ

問い合わせについては県医師会が窓口になります。具体的にはホームページでのメールや FAX での問い合わせを受け、その内容について翻訳後担当理事と受診医療機関にて検討し回答します。

（９）各種健康診査およびがん検診料金および支払い形式

地方自治体と県医師会が委託契約を結んでいる診査項目についてはその平均的な金額とします（県医師会で決めていただく）。それ以外のものについては県医師会で適正な金額を決めていただきます。これについてもホームページに記載。

なお支払いは為替レートの問題を各医療機関では解決できないため原則日本円とします。

５）広報

県医師会のホームページ、大使館、観光協会、観光案内、行政の窓口（外国人登録の窓口）、ハローワーク、商工会議所、留学生受け入れ先（専門学校、大学）などにチラシを配ることを考えます。

6) おわりに

地域の医療機関にとっては外国人に対応することは努力を要します。厚生労働科学研究事業「国際医療交流への対応に関する研究」では外国人患者受け入れを実施するうえで、今後、政治、行政、民間が整備すべき要件として①医療通訳の養成②契約書、同意書、検査内容説明等の各種文書の多言語対応③未収金に関する問題④医療事故発生時の対応体制の整備⑤アフターフォローに向けた現地医療機関との連携体制⑥外国人医師・看護師による日本国内での診療規制緩和⑦海外保健とタイアップした集客モデルの構築⑧海外での日本の医療・検診のプロモーション⑨アレンジ業者との連携が掲載されています。その要件を満たすことは困難なため、外国人患者受け入れに比し受け入れやすいと考えられる外国人対象の健康診査およびがん検診を提案しました。承諾書等の書類、問診票、結果報告書、問い合わせ先など会員が最も不安に思う事柄を県医師会共通の問題として解決できるシステムづくりを期待します。

参照

1. 生労働省外国人向け多言語説明資料

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000056789.html>)

患者氏名 :

患者 ID :

PATIENT REGISTRATION FORM

Name		Sex	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Date of birth (YYYY/MM/DD)	/ /	Age	years old
Address or accommodation in Japan			
Address in home country (for short-term visitors only)			
Phone No. (Home)		Phone No. (Mobile)	
Nationality		Interpreter request	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Native language		Occupation	
Other languages spoken		Special requirements for religious reasons	
Emergency contact details			
Name		Relationship	
Address			
Phone No. (Home)		Phone No. (Mobile)	
•Immigration status in Japan			
<input type="checkbox"/> Resident <input type="checkbox"/> Short-term stay (<input type="checkbox"/> Business <input type="checkbox"/> Vacation) <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Other ()			
•Reasons for choosing this hospital/clinic			
•Is this your first visit to this hospital/clinic?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
•Do you have a referral letter?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
•Do you have an appointment?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
Type of health insurance			
<input type="checkbox"/> Japanese health insurance (<input type="checkbox"/> public <input type="checkbox"/> private)			
<input type="checkbox"/> Overseas health insurance (name of insurance company:)			
*Please present your insurance certificate or related documents if available.			
<input type="checkbox"/> Uninsured			
Medical departments you would like to visit			
<input type="checkbox"/> Orthopedics <input type="checkbox"/> Psychosomatic Medicine <input type="checkbox"/> Otorhinolaryngology <input type="checkbox"/> Dermatology <input type="checkbox"/> Internal Medicine			
<input type="checkbox"/> Surgery <input type="checkbox"/> Dentistry <input type="checkbox"/> Ophthalmology <input type="checkbox"/> Neurosurgery <input type="checkbox"/> Pediatrics <input type="checkbox"/> Obstetrics and Gynecology			
<input type="checkbox"/> Respiratory Medicine <input type="checkbox"/> Thoracic Surgery <input type="checkbox"/> Cardiology <input type="checkbox"/> Cardiovascular Surgery <input type="checkbox"/> Gastroenterology			
<input type="checkbox"/> Nephrology <input type="checkbox"/> Urology <input type="checkbox"/> Neurology			

*Your personal information will be handled in accordance with the regulations of the institution.

「具合が悪いので診ていただけますか？」

【英語】

I am sick, I want to see a doctor.

Name 名前		Sex 性別	M・F 男・女		
Date of Birth 生年月日	Y 年	M 月	D 日	Age 年齢	
Home Address 住所					
Tel 電話番号			Nationality 国籍		
Insurance 保険	<input type="checkbox"/> Japanese public medical insurance ・ <input type="checkbox"/> Private Insurance(self paid) ・ <input type="checkbox"/> None 日本の公的保険 プライベート保険(自費) なし				

【診察を希望する診療科】

- 内科 Internal Medicine 外科 Surgery 耳鼻咽喉科 Ear, Nose and Throat
皮膚科 Dermatology 泌尿器科 Urology 形成外科 Plastic Surgery
整形外科 Orthopedics 眼科 Ophthalmology 小児科 Pediatrics
産婦人科 Obstetrics and Gynecology 歯科 Dentistry その他 Other
不明 Unknown

【症状 symptom】

- 頭が痛いです I have a head-ache.
お腹が痛いです I have a stomach-ache.
気分が悪いです I'm sick.
熱があります (°C) I have a fever.
いつも飲んでいる薬がなくなりました I have no more medications I'm on.
怪我をしました I'm injured.
体がだるいです I feel dull.
体重が減っています I'm losing weight.
喉が渇きます I'm thirsty.
生理不順 My period is irregular.
その他 Others

医療機関の皆様へ

コミュニケーションにお困りになったら、AMDA国際医療情報センターへお電話ください。
電話通訳でお手伝いいたします。理事長、副理事長を医師が務める平成3年設立の特定非営利活動法人で、
20年前から医療通訳をしています。

特定非営利活動法人 AMDA 国際医療情報センター

03-5285-8088 (センター東京) / 06-4395-0555 (センター関西)

<http://amda-imic.com/>

「具合が悪いので診ていただけますか？」
我感到不舒服。能不能给我看一下？

【中国語】

姓名 名前		性別 性別	男・女 男・女
出生日 生年月日	年 月 日	年齢 年齢	
地址 住所			
电话 電話番号		国籍 国籍	
保険 保険	<input type="checkbox"/> 日本の公家保険 ・ <input type="checkbox"/> 私人保険(自費) ・ <input type="checkbox"/> 无 日本の公的保険 プライベート保険(自費) なし		

【診察を希望する診療科 希望就診の科目】

- 内科 内科 外科 外科 耳鼻科 五官科 皮膚科 皮膚科 泌尿器科 泌尿科
 形成外科 整形外科 整形外科 整形外科 眼科 眼科
 小児科 小児科 産婦人科 産科 歯科 歯科 その他 其他
 不明 不明

【症状 症状】

- 頭が痛いです 头疼
 お腹が痛いです 肚子疼
 気分が悪いです 觉得不舒服、情绪不佳
 熱があります()℃ 有发烧。 度
 いつも飲んでいる薬がなくなりました 所服用的药吃完了
 怪我をしました 受伤了
 体がだるいです 感到倦怠
 体重が減っています 体重减轻
 喉が渴きます 感到口干舌燥
 生理不順 月经不调
 その他 其他

医療機関の皆様へ

コミュニケーションにお困りになったら、AMDA 国際医療情報センターへお電話ください。
電話通訳でお手伝いいたします。理事長、副理事長を医師が務める平成3年設立の特定非営利活動法人で、
20年前から医療通訳をしています。

特定非営利活動法人 AMDA 国際医療情報センター
 03-5285-8088 (センター東京) / 06-4395-0555 (センター関西)
<http://amda-imic.com/>

2. 日本在住外国人ならびに外国人旅行者に対する医療支援策

大川三瀨医師会 福田 秀一

1) はじめに

日本在住外国人の数は年々増加しており、平成25年には日本在住外国人数は約170万人で、日本の総人口1億2千万人の1.3%を占めています。また、その動向は日本人在住者が毎年0.3%ずつ減少しているのに対して外国人在住者は毎年5.9%ずつ増加し、現在では200万人を超えており、日本在住者の国際化が進むとともに、病気や怪我で医療機関にかかる外国人の数も増加しています。一方、近年の日本を訪れる外国人旅行者数は増加の一途で、2013年の訪日外国人旅行者数は1036万人(前年比24.0%増)となり2020年東京オリンピック開催の決定は更なる訪日外国人旅行者が予想されます。他方、医療の進歩も著しく、手術や検査など複雑で高度な医療内容に対する説明と同意が必要な場面は多い現状です。外国人に対する保険医療は決して特殊ではなく、基本的には日本人に対する保険医療と同じです。ただ、言葉や文化、習慣や宗教の相違によるハンデキャップに加えて、出身国と日本の医療保険システムの違いがあり、十分な保健医療の提供を妨げられることがあると考えられます。

このように日本国内外国人に対する医療支援策の構築は必要不可欠のものとなりつつありますが、難問も集積している状況です。しかしながら神戸市が中心となって取り組んでいる在住外国人に対する数々の医療支援策は、既に10年前において日本の先覚的な試みであり、またその継続実行と改善の努力は驚嘆に値するものがあります。本稿では、日医総研において10年前に紹介された神戸市ならびに兵庫県における先覚的な在住外国人に対する医療支援策を再度紹介するとともに私見を交えて今後の方向性について考察を加えてみました。

2) 目的

日本在住外国人ならびに外国人旅行者を取巻く環境を踏まえ、日本で代表的な国際都市である神戸における彼らへの医療支援の現状と課題を参考に、今後の日本における具体的制度や支援の在り方を提言します。また実際の医療現場では異文化を持つ外国人患者に十分対応できる医療専門職の育成が不可欠であり、実際の医療上の問題とともに経済的問題、保険の問題、社会制度上の問題などが含まれることも多く、医療機関や行政、NPO、NGOの連携は不可欠であり、連携の整備とその方向性を探ります。

3) 神戸市における外国人登録者の状況

1990年の入国管理法改正後、在住外国人の割合は急増し、神戸市においては、平成14年末において外国人登録者数が4万4,129人、神戸市の総人口の2.96%を占め、全国平均の1.3%に比して多い状況です。国籍では、韓国、中国の永住者が8割を占め、残りの2割は米国、ベトナム、インド、ブラジルなど多国籍の非永住者であり、多様性に富んでいます。

4) 神戸市における外国人支援策

(1) 行政による支援策

神戸市は「国際交流・国際協力の推進」「国際性豊かな市民性の高揚」「外国人が暮らしやすいまちづくりの推進」に取り組んでおり、神戸市在住外国人の保険福祉、言語習得や教育に関して種々の施策（図表1）を実施するとともに、在住外国人向けの情報として多言語による印刷物を発行しています（図表2）。これらのパンフレットは区役所で配布されていますが、区役所などの窓口のそばに置かれているだけなので、その存在を知らない外国人も多いと考えられます。利用状況の評価や今後必要な情報提供についての調査等が行われ、新たな多言語による印刷物の作成や他言語への翻訳など、適切かつ有用な対応が必要でしょう。

図表1 神戸市の在住外国人向け施策

分野	内容	所管局
情報提供	市政・生活情報の提供及び相談(神戸国際コミュニティセンター)	生活文化観光局
	神戸市生活ガイド(ホームページ上で7カ国語掲載)	〃
	区役所内表示の多言語化(日・英・中・ハングル)	市民参画推進局
	市内案内板・サインの多言語表示(〃)	生活文化観光局、建設局
保健福祉	在日外国人福祉給付金・重度障害者特別給付金の支給	保健福祉局
	外国人救急医療費損失補助(県市協調事業)	〃
	外国人対応病院群輪番制による休日・夜間診療(県事業)	〃
	外国帰国者への無料結核検診、日本語学校による結核定期健診への経費補助 外国人医療3者通話システム	生活文化観光局
啓発・研修	国際理解のための市民講座	生活文化観光局ほか
	外国人問題に関する職員研修	行財政局(職員研修所)
	広報紙を通じた人権啓発	市民参画推進局
言語習得支援	日本語教室開催支援(東灘区・長田区)	生活文化観光局
	日本語教室・母語教室会場の提供	生活文化観光局、教育委員会
	公民館識字事業	教育委員会
教育	外国人による児童国際教育(児童館)	保健福祉局
	こうべ地球っ子プログラム(地域在住の外国人等による授業)	教育委員会
	外国人児童生徒受入校支援 (教員加配、ボランティア派遣、日本語指導講座開催 等)	〃
	「在日外国人児童生徒にかかわる指導について」全校配布	〃
市政参画	行政アドバイザー、各種審議会委員等への外国人登用	市民参画推進局、各局
	「多文化コミュニティのつどい」(中央区)	中央区
	(仮称)外国人市民会議	生活文化観光局
職員採用	国籍条項撤廃(消防職を除く)	人事委員会
庁内連携	外国人問題庁内連絡会議	関係局

図表2 在住外国人向けの主な多言語印刷物

分野	名称	言語	配布場所
生活	区役所案内・生活案内	英・中・ハングル・西・葡	区役所
保健福祉	国民健康保険のあらまし	日英併記	区役所
	国民年金	英・中・ハングル・西・ベトナム	
	保護のしおり	中・ベトナム	
	神戸市の介護保険制度	英・中・ハングル・葡・ベトナム	
	母子健康手帳	英・中・ハングル・西・葡・タイ・ カンボジア・ベトナム・インドネシア	病院
	予防接種とこどもの健康	英・中・ハングル・ベトナム	
消防	エイズ・性病啓発パンフ 「知っとこホンマのこと」	英語	病院等
	外国人救急ノート	日本語と16か国語(英・中・ ハングル・独・仏・カンボジア等)併記	救急車に常置
環境	住宅防火パンフレット	英・中・ハングル	消防署
防災	ゴミの出し方	英・中・ハングル・葡・ベトナム	区役所
教育	広報こうべ「防災関係特別号」翻訳版	英語	区役所
	外国人児童向け学校生活ガイドブック	英・中・ハングル	各学校

① 国民健康保険加入手続き

市役所の保険年金課では国民健康保険の加入手続きに関する資料の中国語訳版を用意しており、区役所または支所医療国民保険係での手続き時に活用されています。

② 母子保健事業

神戸市は様々な母子保健事業を行っています。(図表3)

図表3 神戸市の外国人妊産婦を対象とした母子保健事業

保健指導等	内容	対応言語	制限	費用	情報源
母子健康手帳の交付	平成11年度発行部数：日本語版13,500冊・外国語版400冊	英・韓国・中国・タイ・カンボジア・ベトナム(9ヶ国語)	制限なし	無料	-
すこやか子育て窓口	妊娠や育児のことに関する身近な相談機関として、窓口を区保健部に設置し、来所や電話による相談を行う。	区保健部で通訳ボランティアを紹介する用意はしていないので基本的に日本語で対応	なし	-	リーフレット 配布場所：各区保健部、北須磨支所保健衛生課、神戸市総合インフォメーションセンター、ハーバーランド総合インフォメーション、ハローステーション Kobeのファックスサービスにて
赤ちゃん安心ダイヤル	妊娠や育児のことに、24時間テレホンサービスによる情報提供を行う	区保健部で通訳ボランティアを紹介する用意はしていないので基本的に日本語で対応	なし	-	-
母親教室	妊娠中の過ごし方や出産・育児の注意について、教室を開催	日本語のみ	全員に門戸を開いているが必然的に日本語ができる人が、通訳つきで参加しなくては内容は理解できないという制限が生じる	無料	-
妊産婦健康相談	妊娠中の健康管理や母体の異常の早期発見のため、各種検査や健康相談を行う	日本語のみ	全員に門戸を開いているが必然的に日本語ができる人が、通訳つきで参加しなくては内容は理解できないという制限が生じる	-	ひょうご国際プラザ、広報
母子健康づくりグループ支援事業	乳児等を持つ母親を対象に、地域での仲間づくりを支援することにより子育ての孤立化防止等育児不安の解消と子供の健全な発達環境の整備を図る	日本語のみ	全員に門戸を開いているが必然的に日本語ができる人が、通訳つきで参加しなくては内容は理解できないという制限が生じる	-	-
母子訪問指導	新生児(第1子)や訪問指導の必要な乳幼児を対象に家庭訪問を行う	日本語(垂水区で社会福祉協議会の通訳ボランティアと一緒に訪問したケースあり)	第1子や訪問指導等が必要な母子	無料	母子健康手帳等
健康診査・検査	特記事項なし	-	-	-	-
妊婦健康診査	市内の医療機関で妊婦の健康診査を実施 回数：一般健康診査2回(妊娠前期、後期に各1回) 精密健康診査兼一般健康診査の結果異常があった者	医療機関によって異なる	所得制限あり	無料	ひょうご国際プラザ
B型肝炎母子感染防止事業	B型肝炎ウイルスの母子感染を防ぐため、感染を起こす恐れの高い妊婦に対し、その妊婦から出生した子がB型肝炎ウイルスに感染しないように予防対策を指導する	医療機関によって異なる	B型肝炎の母子感染を起こす可能性の高い妊婦	-	-
医療給付・援助事業	特記事項なし	-	-	-	-
妊娠中毒症等療養支援費支給	特記事項なし	-	所得制限あり	-	-

1. 母子健康手帳

外国人の妊産婦を対象にした母子保健事業として、外国語版の母子健康手帳を無償で交付しています。対応言語は、英語・ベトナム語・韓国語・中国語・タイ語・タガログ語・ポルトガル語・スペイン語・インドネシア語の9か国語です。全交付数の半分以上は英語版であり、神戸市の外国人登録者の国籍と照らし合わせると全ての外国人登録者に、母国語の母子手帳が交付されているとは言い難いでしょう。今後、出生数や乳幼児健診状況を踏まえて、多言語の母子手帳の利用状況を評価し、更なる活用につなげることが必要となるでしょう。

2. 母親教室

中央区を除く全ての区では母親教室が開かれていますが、日本語で説明を行っています。外国人の参加者は少なく、参加する場合は、参加者自身が日本語を理解できるか、通訳を連れてくる場合が多くみられます。

3. 予防接種

「予防接種と子どもの健康」という予防接種案内（4か国語）ならびに予防接種の申込書および予診表（9か国語）が作成されています。さらに、乳幼児健診時の英語版問診表が作成されており、言語数や外国語版パンフレット数は増えています。

4. 兵庫県による支援策

兵庫県でも地域国際化推進基本指針を定め、外国人県民との共生を目指し「こころの国境をこえて」というパンフレットを発行しています。この中では、外国人県民のために、より暮らしやすい環境を整えて行くという外国人支援の取組みの方向が示されています。具体的には相談窓口の所在、外国人県民インフォメーションセンターや兵庫国際プラザの概要、その他福祉制度や、労働に関する情報が記載されています。以下、兵庫県の具体的な施策を紹介します。

1：救急医療システム

病気や怪我による緊急時に、言葉が通じないことは生命に関わる問題です。緊急時のトラブルを避け、外国人が適切な医療を受けることができるよう、外国人対応病院群輪番制を4地域（神戸、阪神、東播磨、中播磨）で実施しています。これは、県が毎月いくつかの病院に依頼し、休日・夜間に救急車で搬送される外国人を受け入れるシステムです。本システムの一環として、外国語の院内案内、5か国語（中国語、ハンデル、英語、スペイン語、ポルトガル語）の問診表も作成されています。

2：外国人の未払医療費補填のための特別制度

兵庫県では阪神大震災での被災外国人県民支援をきっかけとして外国人の医療・保険問題に取り組んでいます。本制度は、なんらかの事情で医療費の回収が困難なケースに対して、病院側に治療費を補填するものです。全国的に見てもこれを行っている自治体はあまりありません。

3：医療機関と保険センター・保健所との連携強化

二次保健医療圏域において、医療機関と保健所を中心に連携を強化し、ハイリスク妊産婦や極低出生体重児等に対するフォロー体制の充実を図る制度です。具体的には、出産後要経過観察と医師が判断した場合、保健所に対し、対象の母子への家庭訪問を葉書で依頼します。県と保健所設置市で取組まれており、神戸市でも実施しています。

4：Hyogo International Association (外国人県民インフォメーションセンター)

国籍を問わず全ての県民が異なる文化や生活習慣、価値観を理解し、支え合う「ともに生きる国際性豊かな社会」を実現していくために開設されました。外国人は英語、中国語、スペイン語、ポルトガル語のいずれかの言語で生活相談を受けることができます。ここで発行される生活情報リーフレットには更に韓国語のものも用意されています。また、ホームページ上で、外国語対応医療機関を11か国語とやさしい日本語で検索できます。またラジオを通じて兵庫県の生活情報を得ることもできます。KISS-FM (89.9MHz)ではスペイン語とポルトガル語で、FM CO-CO-L0 (76.5MHz)では英語と中国語で、それぞれ5分から15分に渡り兵庫県下の生活に関する情報を放送しています。

(2) NGOによる支援策

① 神戸国際コミュニティセンター

外国人にとって暮らしやすい街づくりと地域の国際化を目的に設置され、外国語による市政・生活情報や、文化背景の異なる人同士がお互いの理解を深めるための様々なサービスを提供しています。基本的には英語と中国語で対応しますが、NGOの「神戸善意通訳者」が常駐しており、通訳を依頼することができます。外国人はここで母国語の通訳及び母国語の通じる医療施設を探することができます。また、入国在留や行政手続きに関する専門相談を英語と中国語で行っているため、医療を受ける場合に保険制度の相談ができます。その他、日本語や日本の文化を紹介するプログラムやセミナーに参加することによって、外国人が日本を理解する機会が得られます。また、図書コーナーでは各国からの新聞・雑誌を閲覧することができます。KANSAI TIME OUTの閲覧により、近畿地方の医療情報を得ることもできます。

② Hyogo International Plaza (HIA)

国籍を超えたあらゆる人が集い、ふれあい、国際交流や国際協力についてともに考え、行動を起こす場として作られています。外国人県民のための生活情報を得ることができます。その中に保険・医療に関する情報も含まれています。

③ 神戸国際コミュニケーションセンター (KICC)

生活で困った時に利用できる相談事業がKICCとHIAのいずれでも行われています。KICCでは、英語と中国語で入国在留・行政手続き・生活相談に応じており、HIAでは英語・中国語・スペイン語・ポルトガル語で生活相談・法律相談・労働相談に応じています。KICCには神戸市の保健所のサービス内容を紹介した英語のパンフレットが置かれているので、英語が理解できれば分かる内容になっています。

④ 多文化共生センター・ひょうご

言葉や制度、文化的な壁により、十分な医療の提供が妨げられている外国人を支援する活動が進められています。平成15年度から、神戸市と協働でいくつかの病院においてTV電話を利用したボランティア言語サービス（診療場面での通訳を目的とした3者通話）を提供しています。

(3) インターネットにより得られる医療情報

インターネットによる情報に関しては、神戸にはさまざまな在住外国人支援の組織や団体があり、インターネットを通じてこれらを検索することは可能です。

① 神戸市のホームページ

「English」をクリックすると、英語表示に切り替えることができます。Kobe Topicsの中に「Kobe Living Guide（くらしのガイド外国版）」があります。ここまでは、英語表示のみですが、「くらしのガイド」は日本語の他、6か国語（英語、中国語、韓国語、ベトナム語、ポルトガル語、スペイン語）で見ることができ、医療関連の情報では、「緊急時の対応」で事故、急病時の対応方法、出産・育児・教育等が説明されています。その他、生活全般について詳しく書かれています。また、外国語の通じる医療機関の紹介があります。「神戸・すまいるナビ」をクリックすると、Hyogo International Plazaの外国語で対応可能な医療機関リストにつながりますが、ここに至るまでは、日本語表示しかありません。

② 各区役所のホームページ（神戸市のホームページとリンクしている）

9区のうち、東灘区と中央区のみ英語表示があります。

③ 神戸市保健所のホームページ（神戸市のホームページとリンクしている）

外国語表示なし。

④ Hyogo International Plaza (HIA) のホームページ

外国語対応可能医療機関が掲載されていて、地域別と言語別（20か国語）で探すことができます。このホームページは英語表示に切り替えることができ、日本語が分からなくてもアクセスできます。また、「在住外国人のための多言語生活ガイド」が12か国語（日本語、英語、韓国語、スペイン語、フランス語、インドネシア語、タイ語、中国語、ポルトガル語、ベトナム語、ドイツ語、タガログ語）で見ることができます。

⑤ AMDA医療情報センターのホームページ

ホームページが7か国語（英語、ポルトガル語、スペイン語、フィリピン語、中国語、韓国語、タイ語）での表示切り替えで読むことが可能になっています。電話相談などの案内が掲載されています。

⑥ 多文化共生センター・ひょうごのホームページ

多言語生活相談、医療相談の案内がありますが、外国語表示はなされていません。

⑦ 外国人県民インフォメーションセンターのホームページ

英語表示で、相談（生活、法律、労働）の日程、時間、対応言語（英語、スペイン語、ポルトガル語、中国語）の案内が掲載されています。また、「Hyogo Living Guide」

の配布案内、外国語で兵庫県の生活情報を知ることができるラジオ番組の案内も載せられています。

⑧ 神戸国際協力交流センターのホームページ

英語表示に切り替え可能で、神戸国際コミュニケーションセンター(KICC)の紹介や、先述した「Kobe Living Guide」を公開しています。相談の日程、時間、対応言語（英語、中国語、韓国語、朝鮮語、ポルトガル語、ベトナム語、スペイン語）も掲載されています。

多くの団体が名前を英語でも表示し、外国人がアクセスしやすいように工夫しています。しかし、実際にホームページを開いて見ると、多言語によるアクセスが可能なものは少ないようです。また、どれくらい的人数がアクセスしているかをカウントしているホームページもありますが、その数は少なく、外国人がアクセスしているかを判断する事も難しいことです。外国人がどの程度インターネットを利用しているかに関する調査はありません。外国人が情報得ることを目的に、外国人に積極的にパソコンを普及する活動をしている団体もあるぐらいです。

情報化社会においては、インターネットを利用して情報を得ることは迅速で簡単です。在住外国人にも普及すれば生活に関する情報、医療に関する情報が収集しやすくなり、彼らの日本での生活に役立つ事は確かです。医療に関する情報に容易にアクセスする事ができれば、母国語対応の病院を探す事や、医療相談の窓口を見つけることなど、外国人が抱える様々な医療に関する問題の解決にもつながります。組織や団体の趣旨に合わせてアクセスする対象を把握し、情報の多言語表記とその充実がこれからの課題でしょう。

5) 考察

神戸市ならびに兵庫県が取り組んでいる在住外国人に対する数々の医療支援策は、日本の先覚的な試みであり、またその継続実行と改善の努力は驚嘆に値するものがあります。これらの施策が生み出された背景には明治、大正、昭和、平成の各時代を通じて外国人が集住した神戸の長い歴史から必然のことであり、阪神淡路大震災を通じてもたらされた更なる相互共助と防災・減災の精神の由来するところが大きいようです。しかしながら、在住外国人は日本全国に分散しており、外国人旅行者の人気スポットはこれらの外国人医療支援策の未整備な過疎地も含まれており、今後は神戸市の施策をモデルとした日本各地の支援策の充実が喫緊の課題でしょう。

また、神戸市の外国人医療支援策の中でも、未だ未解決の問題として救急医療における外国人医療支援策が挙げられます。特に医療現場においては即時性、簡便性、普遍性を伴う医療通訳が必要であり、手術や検査など複雑で高度な医療内容に対するインフォームドコンセントが必要な場面は多いようです。現在、医療通訳事業は派遣と医療機関常駐の二つに分けられます。派遣は医療通訳者が必要な患者が発生する都度、患者のいる医療機関に出向く形態で、医療通訳派遣事業として多くの行政、国際交流会、NPO、NGO等が実施しています。しかし当然のことながら、医療通訳者が医療機関に出向くための時間も当然必要であり、即時性は期待できず救急患者に対しては対応が困難です。医療機関常駐は、医療

機関の診療時間内において、医療通訳者が当該医療機関のスタッフとして、または病院ボランティア等として医療機関内に常駐し、通訳が必要な患者への言語支援を行う形態です。医療通訳者が医療機関に常駐する形態は、患者にとって、最も利便性が高く、いずれの医療機関においても、利用頻度は高い現状です、しかし、医療通訳者が常駐することが可能な医療機関の数は、限定的にならざるを得ません。外国人患者が受診するすべての医療機関において対応することは不可能です。また、通訳者の医療における対応言語が限定されること、時間外救急等への対応等への問題も存在します。医療通訳者による通訳は複雑な医療行為やインフォームドコンセントの場面では欠かせないことから、制度化を視野に各地域やNGO派遣モデル事業や養成講座が構築されつつありますが、やはり即時性、簡便性、普遍性に難があり、医療経済的観点からも課題を抱えています。一つの提案として、日本医師会が主体となって外国人医療通訳者の養成講座を開設し、多言語医療通訳者の認定制度が実現すれば、医療の質を担保しながら、外国人の感情・文化の違いに精通した医療通訳者は外国人患者にとって安心と信頼を備えた存在となるでしょう。外国における医療通訳事業は歴史的に日本より進んでいます。特に、オランダ、カナダ、オーストラリアでは早くから移民を受入れ、多文化共生社会の理念のもと、医療においても医療通訳制度を確立しています。日本に比して移民が多く、人材が豊富であり経済的観点からも医療通訳の優先度は高い現状です。

一方、ICTを使用した多言語の自動翻訳システムの開発も進んでいます。本システムは実際の診療場面を想定し、リアルタイムに患者と医師が画面上で、主訴、現症、検査、治療、説明などについて多言語間での会話が行えることから、外国人診療において極めて有用性が高いと考えられ、今後の導入が期待されるところです。

国際都市神戸市において多数派言語である英語、中国語、韓国語、スペイン語等への対応は、ますます充実してきている中で、タイ、ペルーなどの少数派言語の在住外国人に対する医療支援策においては未だ十分とは言えない状況です。日本における国籍別死産率（1992～1996）をみるとタイ89.3、ペルー58.2と日本の34.6と比較すると高値を示しており、これらの少数派国籍外国人に対する医療支援策は今後の課題です。

6) おわりに

外国人が集住する神戸市、兵庫県における外国人医療支援策の現状と課題を抽出しました。今後、オランダ、カナダ、オーストラリア等の外国人医療支援策先進国の施策も参考に日本が取るべき外国人医療支援策の構築を検討すべきと考えられました。

参考文献

- ① 国土交通省官公庁：訪日観光客1,000万人達成後の課題、平成26年1月29日
- ② 日医総研：地域医療における外国人登録者の母子保健事業のあり方に関する研究、2005年8月

3. 勤務医の問題

北九州市医師会 東 秀史

1) はじめに

近年、勤務医に関わる問題として、主に過重労働の問題が取り上げられてきましたが、この問題には慢性的な医師不足による勤務医師の劣悪な労働環境ばかりではなく、女性医師の就労問題や医師の偏在などが深く関わっている事が指摘されています。この過重労働問題と並んで問題視とされているのが、医師会への関心の低さ、政治や行政への関心の低さであり、日本医師会の勤務医委員会でも勤務医の組織率の向上に向け、様々な方策が提案されています。

2) 勤務医の問題点

これまで指摘された勤務医の問題点を整理してみます。

(1) 医師不足と過重労働問題

勤務医の過重労働の原因として、過密で膨大な業務内容、コンビニ受診に代表される救急医療問題等が挙げられますが、一番の原因は実働勤務医師が不足していることが指摘されています。厚生労働省の統計によると平成 24 年 12 月 31 日現在、日本の医師数は約 30 万人であり、男女比の構成は 80.3%対 19.7%です。平成 22 年と比べると約 8000 人、2.8%増加していますが、人口千人あたりでは 2.4 人です。これは経済協力開発機構(OECD)加盟国の人口千人当たりの平均医師数 3.1 人より依然として少なく、約 11 万人も不足していると考えられます。以前から指摘されていたことですが、絶対的な医師数不足にさらに拍車をかけたのが新臨床研修制度による医師の偏在化です。新臨床研修制度の導入によって研修医は自由に研修病院を選択できるようになり、研修医の全国的な流動化、自由市場化が促進され、研修病院の研修医獲得競争は激化しました。結果的に研修医の立場に立った研修プログラムの見直しや研修医待遇の改善に結びついたことは好ましい点ではありますが、しかし一方では、この研修医の自由市場化は診療科間、病院間、地域間で研修医の偏在を招きました。大学、特に地方大学では研修医が減少し、さらに研修を終えた 3 年目以降の医師が大学の医局に入局する数が激減しました。特に勤務がきつくりスクが高い外科系の診療科にいたっては、入局前に各診療科を研修するためその傾向が顕著となりました。その結果、医局人時に頼っていた地域病院への医師派遣が滞ることとなり、「医師の偏在」、「医師不足」が生じたと考えられます。特に、地方の市中病院の勤務医不足は深刻化しました。さらに大学医局の若手医師の減少は、大学機能の中心である研究機能の低下を招き、医学研究の国際競争力を下げる事に繋がります。これは我が国の医療の将来にとってまことに憂慮すべき事態ではないかと考えられます。こうした医師不足を受け、2008 年度より医学部の入学定員が増員され、2035 年には日本の医師総数は 39 万人になると試算されていますが、過重労働を担っている 60 歳以下の若年医師数は 25 万人にとどまり、現在より 18%増になるものの決して十分とはいえません。さらにそこには女性医師の労働環境も重要な問題として絡んでいます。

(2) 女性医師の就労問題

全医師数に対する女性医師の比率は平成 12 年が 14.4%でしたが、平成 24 年には 19.7%まで上昇し、その数も年々増加しています。しかしある調査によれば、女性医師は男性医師に比べ、フルタイム勤務の比率が低く労働時間が短いこと、専門医や医学博士取得率が低いことが指摘されており、女性医師の増加は絶対的な医師不足の解消に繋がっていません。女性医師に、女性としての社会的役割と、医師としてのキャリア形成が全うできる環境、つまり、「結婚、出産、育児」に際して、医師としての就労を支援し、継続させる環境が整備されなければ、実働医師不足を助長することとなり、勤務医師の労務環境改善にも繋がらないと考えられます。

3) 勤務医の現状

前述のごとく、日本の医師数は現在、約 30 万人であり、男女比の構成は 80.3%対 19.7%です。その内、診療所の従事者いわゆる開業医は約 10 万人、病院の従事者いわゆる勤務医は 18 万 8 千人であり、構成比は 33.2%と 62.1%となります。残りはその他の施設の従事者です。医師全体の 3 分の 2 は勤務医で構成されていることとなります。では医師会の加入者の構成はどうでしょうか。日本医師会全体での会員数は平成 26 年 11 月現在、165,955 人であり、うち勤務医は 78,646 人、医師会の構成比では 47.4%です。都道府県医師会の会員数を見ると加入者はやや増加し、全体で 182,414 人、うち勤務医は 93,337 人、51.2%となります。医師全体で見た場合、開業医は約 90%が医師会に加入しているのに対し、勤務医は約半数の 9 万人以上が医師会に無加入であることとなります。

4) なぜ医師会に加入しないのか

勤務医がなぜ医師会に加入しないのか、その答えとしてよく耳にするのが、医師会に加入するメリットが感じられない、医師会の活動がよく分からない、医師会は開業医のための互助団体であるといった答えです。多くの医師が、そのキャリア形成において、特に若い時期に勤務医を経験し、その後開業、あるいは勤務医の管理職に就くという経過をたどると思いますが、勤務医でも管理職に就く頃になると、医師会の意義や加入の必要性を感じ加入する人が増えてきます。しかし、若い時期に医師会に加入することに興味を持つことは極めて難しいのが現状です。医師会に加入するメリットを挙げれば、医師賠償責任保険や日本医師会医師年金システム、日本医師会雑誌や日医ニュースなどの情報、日本医師会認定産業医などの資格取得、各種研修会や生涯教育制度などの学習機会、そして地域の医師会主催による医師同士のコミュニケーションの場(これが地域医療連携における勤務医にとっての一番のメリットと考えられる)等があります。しかし、若い勤務医にとっての興味は、医師としての臨床経験や医局の人事、学会発表等によるキャリアアップ、学会主導の専門医や指導医の資格取得、等に向けられています。先に挙げた医師会のメリットは、残念ながら開業医を中心としたメリットであることは否めません。そして日本医師会の医師にとっての最大のメリットは、日本国民の健康と医療制度を守るために必要な医療政治活動を行う組織であることであるはずですが、この点に関して、多くの若い医師たちは医師会に加入し、医療政治活動に参加するよりも、病院の管理者に処遇改善を求める方が

早い解決策と感じているように思います。

5) 医師会への加入意識を高めるために

横倉現日本医師会長は、三大方針の一つに「医師会組織強化」を掲げ、その施策としてこのほど研修医会費の無料化を実施されました。また、日本医師会勤務委員会は、「勤務医の組織率向上に向けた具体的方策」として、日本医師会理事定数の勤務医枠を増員すること、日本医学会総会への勤務医の参加、勤務医の意見を日本医師会活動に反映するシステム作り等を掲げ、勤務医の医師会活動への積極的参加を促しています。これらの方策は、もちろん勤務医の医師会への加入意識を高める策であることには間違いありません。また、昨今の最重要課題である地域医療構想には、病院と医師会の連携は不可欠であり、勤務医が医師会の活動内容を知る絶好のチャンスでもあります。医師会主催の連携会や勉強会に若い勤務医の参加を促すことも、有効な手段と考えられます。

しかし根本的には、もっと単刀直入な、分かりやすい医師会加入のメリットを、若い医師が感じる事が必要ではないかと思えます。そのためにはある程度の強制力も必要かもしれません。例えば資格取得制度がその一つです。医師会と学会が資格制度の共有し、専門医制度を医師会と学会の共通の制度とする、すなわち、専門医取得には医師会入会が必須条件となれば、専門医を目指す若い医師は必然的に医師会に加入することになります。医師会のメリットは先に述べた個人が受けるメリットだけではありません。医師会は、健診、予防医療、学校医、救急医療、防災、感染対策など、様々な公益事業を行っています。これらの崇高な事業を行っている医師会そのものが地域に存在するメリットは、医師会に加入してみれば自ずと認識できるはずで、メリットを感じて医師会に加入するだけでなく、加入して実感するメリットも必要です。そして何より、医師会は日本国民の健康と医療制度を守るために必要な医療政治活動を行う組織である、ということを全面に強調すべきと思えます。医師会は、政治団体であり、圧力団体である、ということを否定したり、表現を避ける必要はないと思えます。医師会は日本国民の健康と医療制度を守るために必要な医療政治活動を行う、そのために組織力の強化が必要であり、勤務医の医師会加入と医政活動への積極的参加が必要である、このことをはっきりと若い勤務医に示すことが必要です。

6) おわりに

勤務医の理想的なあり方とはどのような姿でしょうか。平成26年の医師会将来ビジョン委員会の答申には、勤務医が潜在的に求めている要素として、医師としてのキャリアアップ、スキルアップ、適正な経済的報酬、ワーク・ライフ・バランスの充実を挙げています。これらの環境が整っていれば、ほとんどの勤務医が、勤務医たることに不満はないはずで、しかし、そのような理想的環境を実現するためには、過重労働、医師不足、医師の偏在、女性医師の労働環境、さらには地域における医療供給体制とそれに見合う診療報酬等、解決しなければならない問題が山積しています。これらの諸問題に対峙し、解決するためには、医療政治活動を行う医師会の組織力向上が必要であり、そのためには勤務医、特に若い勤務医が医師会へ加入するような施策が必要と思えます。

4. ジェネリック医薬品の使用促進は、わが国の医療費削減に好影響をおよぼすのか？ (とくに、国民皆保険制度維持のためにも)

田川医師会 柳瀬 晃

1) はじめに

わが国は、誰もがフリーアクセスで質の高い医療を安いコストで受けられる国民皆保険制度と、この制度を守ってより良い医療を提供しようと努力する医療従事者の存在、および、それを支える国民により世界一の長寿国となって久しく、また、世界最低の新生児・乳児死亡率を成し遂げ、WHO が認める世界一の健康達成度を誇っています¹⁾。しかし、世界第三位の経済大国でありながら、国民総生産 (GDP) に対する国民医療費は経済協力開発機構 (OECD) 加盟 34 カ国中 21 番目 (2008 年) と低いレベルであり²⁾、国際的に見ると、わが国は国力に見合った医療費を拠出していないと捉えることもできます。一方で、処方医の裁量次第で国民医療費のおよそ 2 割を占める薬剤費を削減することが可能であり、世界に冠たるわが国の医療制度を持続可能な状態で維持していくためにも、医師として寄与できるジェネリック医薬品使用の促進が、果たして医療費削減にどのような影響を与えるのかについて検討してみました。

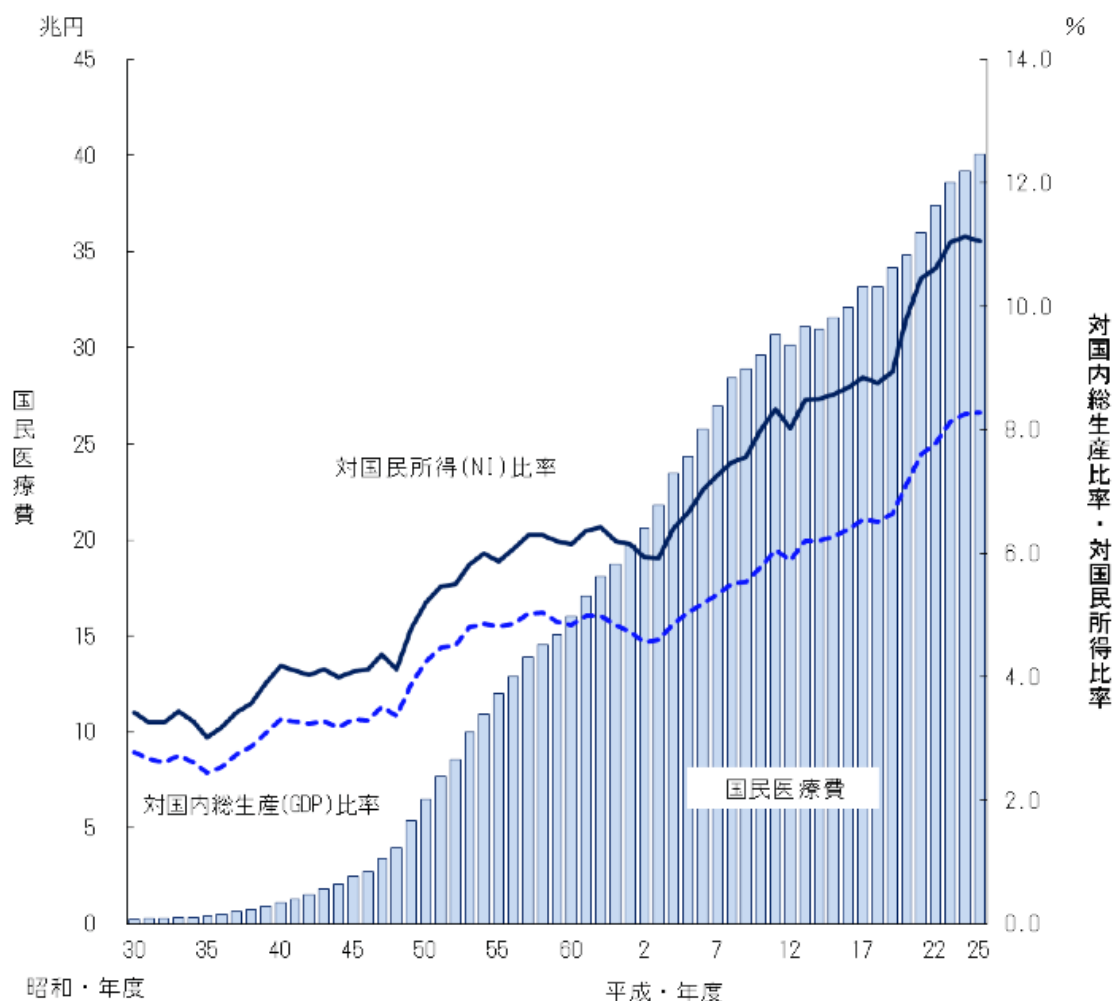
2) ジェネリック医薬品とは

厚生労働省の「ジェネリック医薬品への疑問に答えます」³⁾によりますと、ジェネリック医薬品 (後発医薬品) とは、先発医薬品と同一の有効成分を同一量含み、同一経路から投与する製剤で、効能・効果・用量が原則的に同一であり、先発医薬品と同等の臨床効果・作用が得られる医薬品を言います。研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安くなっています。

3) ジェネリック医薬品を取り巻く環境

わが国の国民医療費は平成 24 (2012) 年度 39 兆 2117 億円、平成 25 (2013) 年度 40 兆 610 億円と統計の出ている直近 2 年間で 8493 億円、2.2% の増加を示し、国民一人あたりでは 30 万 7500 円から 31 万 4700 円と 2.3% 増加しています。国民医療費の国内総生産 (GDP) および国民所得 (NI) に対する比率を図 1 に示します (厚生労働省 平成 25 年度国民医療費の概要より) が、ほぼ右肩上がりに増え続けており、少子高齢化社会を見据えると世界に冠たる保険制度であるわが国の国民皆保険制度を堅持するためにも医療資源の効率化を図る必要があります。国民医療費の 2 割以上を占める薬剤費の軽減が一つの有効な手段であると考えられます。医療費の増大は、わが国の赤字財政を圧迫するだけでなく、国民皆保険制度の存続をも脅かしかねません。財務省では、もし仮に特許の切れた長期収載品の全てを代替可能なジェネリック医薬品に変更すると年間およそ 1 兆 5300 億円の薬剤費削減が可能であると試算しており、これは毎年 1 兆円規模で伸び続けている国民医療費を節減するのに極めて有効な手段であると考えられます。

図1 国民医療費・対国内総生産（GDP）及び対国民所得（NI）比率の年次推移（厚生労働省ホームページより）⁴⁾



4) ジェネリック医薬品使用促進の動き

平成14（2002）年4月以降、ジェネリック医薬品の使用促進につながる診療報酬・調剤報酬改定や処方せん様式の変更などが行われてきましたが、ジェネリック医薬品の使用促進に関して政府方針としての位置づけが具体的目標をもって明確化されたのは平成19（2007）年からです。以下に、その流れを記します。

(1) 平成19（2007）年6月

「経済財政改革の基本方針2007」において「平成24（2012）年度までにジェネリック医薬品のシェア（数量ベース）を30%以上に引き上げる」という数値目標を策定した。

(2) 平成19（2007）年10月

厚生労働省はジェネリック医薬品に関する安全供給・品質確保・情報提供等の充実・向上と使用促進を図るための「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」を策定。

(3) 平成20（2008）年度診療報酬・調剤報酬改定

①「後発医薬品調剤体制加算」：保険薬局のジェネリック医薬品調剤率（処方せん枚数）

30%以上に増加。

- ② 「処方せん様式の変更」：「変更可能の場合に署名」から「変更不可の場合に署名」に変更。
 - ③ 「保険薬局および保険薬剤師療養担当規則」の改正：保険薬局や保険薬剤師にジェネリック医薬品の調剤に必要な体制確保や患者さんに対する説明義務などを新しく規定した。
- (4) 平成 22 (2010) 年度診療報酬、調剤報酬改定
- ① 後発医薬品調剤体制加算の段階的評価：処方せん枚数割合から後発医薬品の数量ベース割合に変更、段階的に点数を設定 (20%以上 6 点、25%以上 13 点、30%以上 17 点)。
 - ② 医療機関の後発医薬品使用体制加算を新設 (採用割合 20%以上)。
 - ③ 含量違い、類似別剤型への変更調剤 (10mg1 錠 → 5mg2 錠、カプセル→錠)
 - ④ 「保険医療機関及び保険医療養担当規則等」の改正：保険医である医師や歯科医師に患者さんがジェネリック医薬品を選択しやすいように努めることを規定。
- (5) 平成 24 (2012) 年度診療報酬、調剤報酬改定
- ① 後発医薬品調剤体制加算の段階的評価の見直し (22%以上 5 点、30%以上 15 点、35%以上 19 点)
 - ② 薬剤情報提供文書を活用した後発医薬品の情報提供への評価
 - ③ 医療機関の後発医薬品使用体制加算の見直し (20%以上 28 点、30%以上 35 点)
 - ④ 一般名処方の推進
 - ⑤ 処方せん様式の変更 (薬剤ごとに変更可否を明示)
- (6) 平成 25 (2013) 年 4 月「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を策定

厚生労働省はジェネリック医薬品のシェアを平成 30 年度までに 60%以上 (置き換え可能な市場における割合、平成 22 年で約 40%) にすることを目標とする「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を公表した。このロードマップには(1)さらなる使用促進の必要性 (2)新たな目標の設定とモニタリングの強化 (3)国、企業、保険者等の具体的な取り組みおよび課題等について明記された。なお、ここに揚げられた 60%以上と言う新たな目標値はそれまでの数値目標 (30%以上) とは計算式が異なるため注意を要する。新たな計算式では、これまで計算式の分母に含まれていた特許の切れていない先発品や生薬が除かれている。

- (7) 平成 26 (2014) 年度診療報酬、調剤報酬改定
- ① 後発医薬品調剤体制加算の段階的評価の見直し (ロードマップで示された新指標に基づく計算方式 55%以上 18 点、65%以上 22 点)
 - ② 調剤薬局において一般名処方せんの際に後発医薬品を調剤しなかった場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を記載しなければならないことを規定
 - ③ DCP 病院の機能評価係数Ⅱに後発医薬品指数を新設

(8) 平成 28 (2016) 年度診療報酬、調剤報酬改定 (案)

- ① 後発医薬品に係る数量シェアの目標値については、2017 年 (平成 29 年) 央に 70% 以上とするとともに、2018 年度 (平成 30 年度) から 2020 年度 (平成 32 年度) 末までの間のなるべく早い時期に 80%以上とする。2017 年央において、その時点の進捗評価を踏まえて、80%以上の目標の達成時期を具体的に決定する。
- ② 処方箋様式の変更 (変更不可欄にチェックをした場合の理由の記載の義務化)
- ③ 後発医薬品の価格算定ルールの見直しとして、新規収載品の価格に関し希少疾病用医薬品等を除き、先発品に対する掛目 (×0.6 (0.5)) を更に引き下げる。既収載品の価格に関し、①価格帯を 3 つから 2 つにする、②加重平均ではなく各価格帯の最低価格を採用するなど、更なる価格の引下げに向けた措置を講じる。
- ④ スイッチ OTC 化された医療用医薬品に係る保険償還率を引き下げるとともに、長らく市販品として定着した OTC 類似医薬品 (ビタミン剤、うがい薬、湿布、目薬やいわゆる漢方薬などのうち長らく市販品として定着した銘柄) については、処方の目的や方法にかかわらず保険給付外とすべき。

5) 医療先進国におけるジェネリック医薬品の使用状況

わが国のジェネリック医薬品のシェアは平成 23 年 9 月まではほぼ横ばいか微増でしたが、前述⑤の平成 24 年度診療報酬・調剤報酬改定以降、明らかな増加傾向を示しています (図 2)。保険薬局において、レセプト電算処理システムで処理された調剤レセプトのデータをもとに分析した「最近の調剤医療費 (電算処理分) の動向」(厚生労働省保険局調査課) によりますと、ジェネリック医薬品の割合 (数量ベース) は平成 26 年度が 56.4%であり、その月別推移では直近の平成 27 年 3 月は 58.4%と、前述⑥に示したロードマップの目標である 60%に近づいてきています (図 3)。

図 2 わが国のジェネリック医薬品の数量シェアの推移と目標 (厚生労働省調べ) ⁵⁾

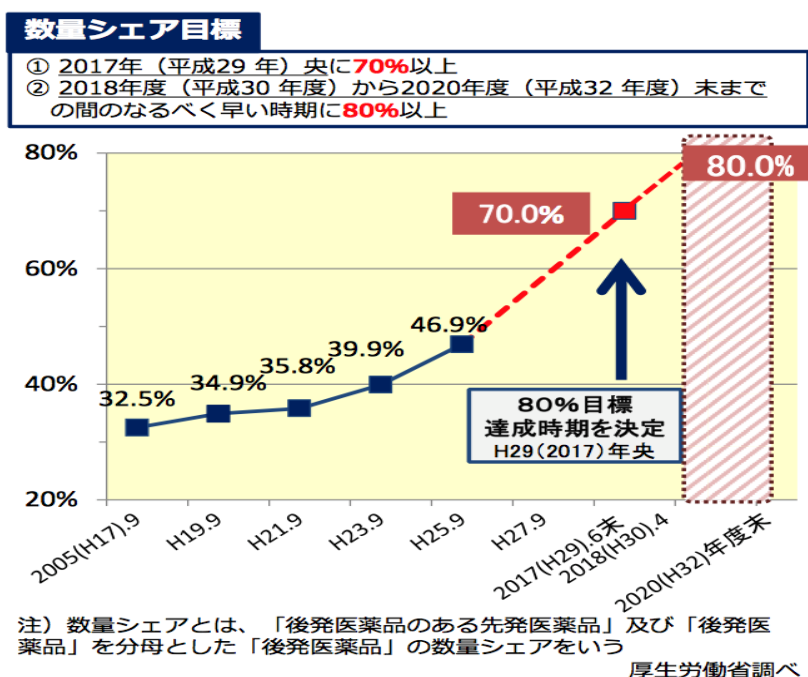
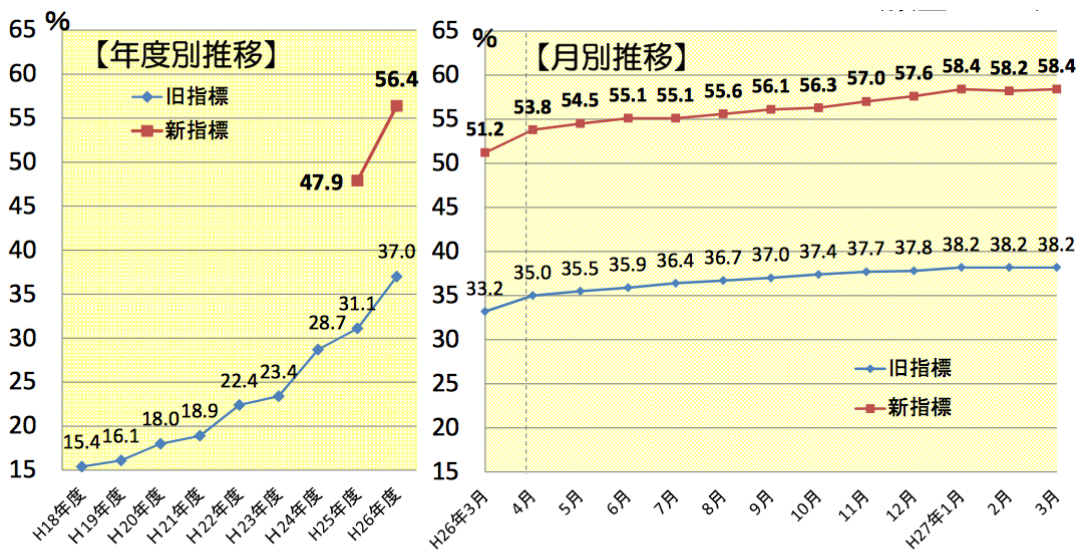


図3 調剤医療費（電算処理分）の動向におけるジェネリック医薬品の割合（数量ベース）⁶⁾

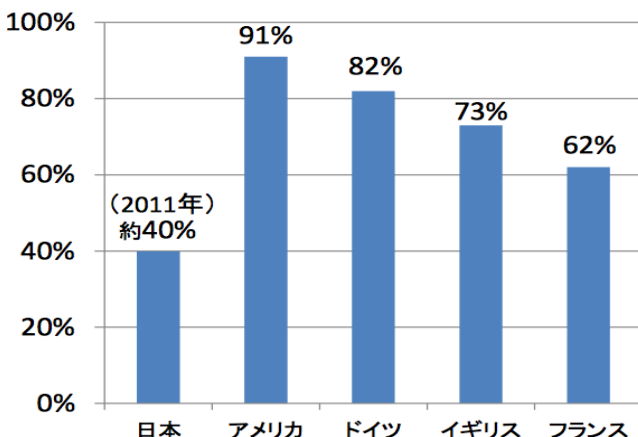


注1) 保険薬局で、レセプト電算処理システムで処理された調剤レセプトのデータをもとに分析したもの(出典:「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」(厚生労働省保険局調査課))。
 注2) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。
 注3) 新指標とは、後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を分母とした後発医薬品の数量シェア(「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で定められた目標に用いた指標)。
 旧指標とは、全医療用医薬品を分母とした後発医薬品の数量シェア(平成19年に「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」で定められた目標に用いた指標)。

ここで、医療先進国と比較したわが国のジェネリック医薬品のシェアを図4 (MIDAS Marketing Segmentation[2010年・SUデータ]をもとに日本ジェネリック製薬協会が作成したものを改編 厚生労働省ホームページより) に示します。

ここに示されている日本以外のデータは2010年のものであり、わが国の最近のシェアが60%に近づいてきていることを考慮するとフランスに近づいてきた感もありますが、フランスの2011年の普及率は83.4%でした。

図4 医療先進国におけるジェネリック医薬品シェア (2010年)⁷⁾



Copyright 2013 IMS Health
 MIDAS Market Segmentation(2010年・SUデータ)を
 もとに、日本ジェネリック製薬協会が作成したものを改編

欧米諸国では様々な施策により、ジェネリック医薬品が積極的に使用されています。以下に各国の事情を記します。

アメリカ

アメリカではわが国のような国民皆保険制度がなく、民間保険が主動的であり、医療保険会社はジェネリック医薬品の使用を奨励し、患者側も安価なジェネリック医薬品の処方を希望するが多い。また、薬剤師による代替調剤がほぼ全州で認められている。

ドイツ

ドイツでは医師が「代替調剤不可」と処方せんに記載しない限り代替調剤が認められている。1989年には参照価格制度が導入され、また、州疾病金庫連合会と保険医協会の間で協定が結ばれており、保険医により処方される医薬品はいわば予算制となっている。さらに、2006年より、参照価格よりも30%以上安価な薬剤の場合、患者自己負担額の免除もしくは半減の自己負担軽減制度も導入されている。

イギリス

イギリスでは日本やドイツ、フランスの社会保険方式とは異なり、税方式による国営医療サービスである「国民保険サービス NHS (National Health Service)」が1948年に設立され利用者の健康リスクや経済的な支払い能力にかかわらず利用が可能であり、自己負担はほとんど無料である。この NHS は現在も運営されている。一方、イギリスでは薬剤師に代替調剤が認められておらず、医師の処方した商品名で記載された医薬品を薬局薬剤師がジェネリック医薬品に置き換えることが出来ない。ただし、イギリスで特筆すべきは NHS の末端組織であるプライマリケアトラストの処方アドバイザー（薬剤師）の存在がある。彼らは診療所医師の処方分析やベンチマークを行い、ジェネリック医薬品の処方率の低い医師に対する介入を行っている。

フランス

フランスではドイツ同様、「代替調剤不可」と処方せんに記載しない限り代替調剤が認められている。また、薬局マージンに対する優遇措置として、ジェネリック医薬品の薬局マージンを先発医薬品と同じ額とすることとし、さらに2003年には一部ジェネリック医薬品への代替率が低いものを対象とした TFR 制度（フランス版参照価格制度）が導入されている。さらに、診療所の医師に対して抗生剤・PPI・スタチン・降圧剤・抗うつ剤などの薬剤群ごとにジェネリック医薬品処方率の目標値を設定し、それをクリアすれば報償金が支払われるという「後発医薬品 P4P」という制度があり（P4P とは Pay for Performance（医療における成果主義）の略）、薬局薬剤師に対しても同様に有効成分別のジェネリック医薬品処方率の目標値をクリアすれば報償金が支払われる。これらの施策によりフランスのジェネリック医薬品のシェアは急速に伸びている。

以上のように、各国様々な取り組みによりジェネリック医薬品のシェアを伸ばすことは、もはや国策となって定着しています

6) 考察

わが国においてジェネリック医薬品の使用推進の取組みが本格化するのには、1993年に公表された旧厚生省薬務局の「21世紀の医薬品のあり方に関する懇談会」の報告書に端を発します。同懇談会の報告書では、「後発品のメリットは何よりも価格が安いということである。わが国は本格的な高齢化社会を迎え、国民医療費の増大が予想される中で、後発品は低価格の医薬品供給を通じて国民負担の軽減に資するであろう。また、後発品は医薬品市場の競争を促進し、医薬品価格の抑制に寄与するというメリットを有している。」と述べています。この報告書が契機となって以来、20年の時間をかけて前述のさまざまなジェネリック医薬品使用推進策が実施されてきました。そして今回の「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」へと繋がるのです。

団塊の世代700万人が後期高齢者となる2025年、日本は世界のどこの国も経験したことのない超高齢社会に突入します。その時、3700万人の高齢者が日本の都市部を中心に出現すると予測されています。3700万人といえばカナダ一国より大きな人口集団です。そして医療・年金・福祉からなる社会保障給付費は140兆円にまで膨れ上がると見込まれており、それまでに残された時間はあとわずか10年しかありません。

草稿中、メディアではTPPの話題が盛んに取り上げられていました。その中では新薬の特許に関する交渉も大きな議題となったようです。先発医薬品には予期せぬ副作用が発現したり、既存薬の効果に劣った結果が出でしまったり、既存薬との飲み合わせの問題が生じたりなど不確定要素が多くあるため、その開発には莫大な予算と時間が必要です。そのため開発者の知的財産を守る観点から特許が認められており、医薬品には4種類の特許が存在します。①新しい化学構造の物質が医薬品に使用できることの発見に対する「物質特許」、②既存の医薬品の新しい製造方法発見に対する「製法特許」、③錠剤からカプセル剤など既存の医薬品を新しい製剤によって処方すると有効であることを発見した場合に与えられる「製剤特許」、④既存医薬品の新しい効能や効果の発見に対する「用途特許」の4種類です。ジェネリック医薬品は①の「物質特許」が切れた状態で開発可能であるため薬の有効成分本体は同一です。「物質特許」に対する開発予算が最も高額であるためジェネリック医薬品は安価になる訳です。しかし、全てが同じ薬と言う訳ではなく、もし、③の「製剤特許」が切れていなければ同じような添加物を加えることや同じ剤形を用いることは許されません。場合によっては、薬の溶け出す速度が変化したり有効成分が分解されやすくなったりすることにより薬の効果や副作用発現率が変動する可能性があります。したがって、ジェネリック医薬品の開発にあたっては先発医薬品と同様に体内で溶けるか（溶出試験）、先発医薬品と同速度かつ同量の有効成分が体内に吸収されるか（生物学的同等性試験）などの試験が行われ、効果が同等であると証明されたものだけが厚生労働大臣によって承認されます⁸⁾。ジェネリック医薬品メーカーでは、たとえば水無しでも服用できるように改良したり、マスキング技術で苦味をコーティングして飲みやすくしたり、成分は同じで小型化したりと様々な工夫がなされています。こうした技術は画期的新薬の開発に注力する先発薬メーカーよりもむしろジェネリック医薬品メーカーの方が得意とする分野であり、各ジェネリック医薬品メーカーは先発薬や他社ジェネリック医薬品との差別化を図る努力を惜しみません。また、ジェネリック医薬品の使用は医療費の削減効果以外にも患者さんの

経済的負担を軽減でき、特に価格の高い薬を服用する方や慢性疾患により毎日薬を服用する必要がある方にとってはQOLの向上にもつながる可能性があります⁹⁾。

一方で、新薬の薬価については、先発薬開発メーカーの経営的観点のみならず開発者のモチベーションにも影響をおよぼす可能性を考えると分別なく安価に設定することは問題があると思われます。しかし、新薬として使用され一定期間が経過した後にわずかな付加価値をつけてリニューアルした薬剤や、二つ以上の薬剤を合剤化しただけで「新薬」として新たに発売するものなど、いわゆる「ゾロ新」と呼ばれる新薬に高い薬価がつくことは看過できない点があると思われます。「ゾロ新」が保険診療用の薬剤に新規収載されるとしばらくはジェネリック医薬品も製造不可であり、実際には既存の薬剤と変わらないにもかかわらず高い薬価で保護されるため医薬品業界に医療費がどんどん吸い込まれて行くことにもなりかねません¹⁰⁾。

われわれ医師は、人類のwell-beingに資する画期的な新薬を創造する開発メーカーや開発者に敬意を払いつつ、さらにバージョンアップされた製品を世に送り出してくれるジェネリック医薬品メーカーの製剤も上手に取り入れ、あくまでも患者さんの利益を最優先に処方薬を選択していく必要があるかと思われまます。

昭和40(1965)年に設立されたジェネリック医薬品メーカーの団体である「ジェネリック製薬協会」によりますと、現在50社が会員となっています。これらの会社以外にも100社程度が存在すると言われていています。全ての製品の比較試験は現実的ではなく、われわれ医師が実際の臨床現場ですぐれたジェネリック医薬品を見極めていかねばならないことは言うまでもありません。

7) おわりに

ジェネリック医薬品は、厚生労働省による厳格な審査の下で、その安全性・有効性とも先発薬と同等であることが確認され安定供給性も担保されています。医療の質を落とすことなく、医療の効率化を図り、国民皆保険制度を維持して行くためにも、また、結局は国民の負担となる国の負担軽減に資するためにも医療資源(リソース)の効率化、すなわちジェネリック医薬品の使用割合を今以上に増やすことにより、わが国の医療費削減に好影響を与えるものと考えられました。

【参考文献・引用サイト】

- 1) 「日本の医療費について」一般社団法人外科系学会社会保険委員会連合
http://www.gaihoren.jp/gaihoren/public/medicalcost/html/medicalcost_4.html
- 2) OECD Health Data 2008
- 3) 「ジェネリック医薬品の疑問に答えます」厚生労働省 平成27年2月
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000078998.pdf>
- 4) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/13/dl/kekka.pdf>
- 5) 後発医薬品の市場シェア
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000095177.pdf>

- 6) <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000096434.pdf>
- 7) <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000079007.pdf>
- 8) 戸谷義幸「医療安全のために医療従事者ができること 医師の視点から」月刊薬事 Vol. 56 No. 8「ジェネリック医薬品の評価と選択」P15-16 じほう 2014
- 9) 竹中一真ほか「後発医薬品普及促進への一考 医療費適正化を目指して」WEST 論文研究発表会 2014 http://west-univ.com/library/2014/14_best1_1.pdf
- 10) 栗林令子「ジェネリック医薬品」は日本の医療を救う救世主なのか？
「日本の医療を守る市民の会」編、本田宏監修「なぜ、病院が大赤字になり、医師たちは疲れ果ててしまうのか!？」P126-130 合同出版株式会社 2010

5. 公的保険と公的保険の二階建て医療保険制度の創設を

～医療から市場原理を排除せよ～

北九州市医師会 西田 英一

1) はじめに

社会保障費の抑制政策により、医療を取り巻く環境は大変厳しいものになっています。小泉政権時代に始まった医療費抑制政策による医療崩壊の危機は、医師会の努力により幾度と無くくい止めてきました。しかし大きな変革をしない限り、皆保険制度は形骸化し、我々もジリ貧になってしまうでしょう。そこで公的保険と公的保険の二階建て医療保険制度を提案したいと思います。

2) 年々厳しさを増す社会保障費削減

団塊の世代が75歳以上の後期高齢者になる2025年まで残り10年を切り、少子化に何の対策もなされないまま日本は超高齢化社会に突入することになりました。今後、医療需要はますます高まり、このままでは医療費はどんどん高騰して行きます。さらに最近承認されている薬剤は、関節リウマチに対する生物学的製剤や癌に対する分子標的薬、C型肝炎治療薬といった高価な薬が目立ってきています。また高価な診断用医療機器や内視鏡治療、カテーテル治療、ロボット治療などもどんどん承認され、医療費の高騰に拍車をかけています。そのため人口一人当たりの国民医療費は、平成元年度が160.1千円であったものがH25年度には314.7千円まで25年間で約倍に増加しています。一方で少子化の進行による労働人口の減少、国内消費の縮小のため、国家の税収は減少していきます。

そこでプライマリーバランスの黒字化を目標に掲げている政府は、歳出抑制のため社会保障費の増加をなんとか押さえ込もうと様々な政策を出してきています。特に高騰する医療費をこのまま見過ごすはずはありません。地域医療構想では7:1ベットを削減し、特にベット数の多い福岡県の病院にとっては厳しいものになることが予想されています。診療報酬も改定の度に算定要件が厳しくなり、事実上減額が続いています。またレセプト審査での査定がますます厳しくなり、きちんと診療しても報酬がもらえない事例が増加していますし、個別指導も厳しくなり、高得点の医療機関は萎縮診療を余儀なくされています。

一方、患者に対しても、外来時定額負担、窓口負担の見直し、保険給付範囲の見直しや患者申出療養制度といった自己負担を増加させる議論がなされています。またジェネリック医薬品の普及目標率が80%に引き上げられ、生活習慣病の薬を頼りにしている日本の製薬メーカーにとっても厳しい時代になるでしょう。

3) 日本の医療はビジネスチャンスとして狙われている

少子高齢化の進行により社会保障費の増加に見合った歳入が見込めないため、このように医療機関、患者、製薬メーカー等で痛み分けするのは仕方が無いことなのでしょう。しかしよく見てみると、高齢化の進んだ日本の医療をビジネスチャンスと捉え、着実に儲

けている人たちがいる事実を見過ごしてはいけません。それは抗がん剤や抗ウイルス薬など高価な薬を販売している一部の製薬メーカーとがん保険や医療保険といった「第三分野保険」を扱う民間保険会社です。その上、高価な薬を販売している製薬メーカーや第三分野保険を扱う民間保険会社のほとんどは海外、特にアメリカの企業です。これはすなわち日本で儲けたお金が日本に還元されることなく、国外に流出しているということです。

日本が高価な新薬を開発し、発売することができないのは、制度的な問題や日本の製薬メーカーにもある程度責任があります。しかし第三分野保険のシェアをアフラックが占めているのは、がん保険が日本で発売された後しばらくの間、アメリカから要望により大蔵省（当時）が国内保険会社にがん保険の販売を禁止していたためです。さらに2012年にかんぽ生命が日本生命と提携してがん保険を発売しようとしたところ、アメリカの保険業界から政府を通じて強力な反対があり、日本政府もかんぽ生命にがん保険を販売させない約束をしました。そして現在では全郵便局でアフラックのがん保険を販売させられることになってしまっています。ちなみにアフラックは、全社総収入に占める日本での売り上げの割合が76.9%（2013年）とほとんどを日本で稼いでいる企業なのです。アメリカはそこまでして日本で第三分野保険を独占しようとするのはなぜでしょうか。アメリカが今まで再三にわたり日本に混合診療解禁、病院の株式会社参入を要求してきていることとセットで考えれば、その狙いは見えてくるはずです。

4) 今後需要の増加が見込まれる第三分野保険

第三分野保険に支払われる保険料（年換算）は2013年で5.5兆円に達し、毎年3%ずつ伸びています。その額は公的医療保険に支払われる保険料の約半分の多さに達してきています。それだけ日本人は保険に入るのが好きな国民なのです。窓口負担が増えるので検査はなるべくしたくないと言っている患者でさえも、がん保険に加入して毎月せつせと保険料を支払っているのは日本だけかもしれません。

今後窓口負担の増加や保険給付範囲の縮小、患者申出療養など公的医療保険では賄われない医療の範囲が拡大するに従い、民間の第三分野保険の需要はますます増加するものと思われます。第三分野保険は、アメリカの民間保険会社にとって今後更なる売り上げ増加が見込めるとてもおいしい分野なのです。一方、第三分野保険が拡大していくことは日本政府にとっても社会保障費の抑制につながります。すなわち第三分野保険の拡大においては、アメリカの民間保険会社と日本政府とで利害が一致する訳です。

5) 第三分野保険の問題点

それでは民間の第三分野保険の問題点は何でしょうか。公的医療保険と違い民間保険会社が扱うがん保険・医療保険は純然たる金融商品であり、儲けの道具に過ぎません。民間保険会社が株式会社である以上、営利を追求するのは当然です。株主に評価され株価を上昇させるには、保険料として集めたお金を事業を拡大するための投資にまわしたり、宣伝広告費に使用したり、利益をだして株主への配当に回さなければなりません。集めた保険料だけでは足りず、国や自治体からの支援金を加えてもまだ赤字運営になっている公的医療保険と大きく違います。民間保険会社の役員の方外な報酬やりっぱな本社ビルの建築費

も基本的には個人から集めた保険料で賄われています。民間のがん保険や医療保険は、保険料に比べて給付が少ない、期待通りに給付されなかったといった批判がありますが、当然のことです。結局、民間保険会社は市場の原理で動いているのです。

第三分野保険のもう一つの問題点は、保険料や給付範囲を保険会社が自由に決められることです。民間保険会社は決して損をすることはありませぬので、既往歴やリスクのある人は当然保険料が高く設定されますし、加入を断ることもできます。保険料を安くするには、給付範囲を狭めなければなりません。そうすると治療を受けても、期待通り給付されないことも出てきます。

アメリカでは2010年に全国民に医療保険加入を義務づける「オバマケア」の導入が決定しました。無保険者大国だったアメリカにも日本と同じ皆保険制度が導入されたのです。しかし日本と違いオバマケアは運営の主体が民間保険会社だったため、かえって大きな悲劇を生んでいます。皆保険制度が導入され既往歴を理由に加入を拒否できなくなった民間保険会社は、利益を確保するために保険料の値上げをどんどん行っています。保険料の値上がりがいやな人は、より給付範囲の狭い安い保険に変更したり、正規社員の保険料を払えなくなった企業が社員を解雇して、非正規雇用を増やしたりしています。

6) 日本の医療から市場原理を排除せよ

今後、医療費抑制政策が進むにつれ、第三分野保険を通して民間保険会社に大きなビジネスチャンスが生まれます。保険が大好きな日本人は、何の疑問も持たないままアフラックの医療保険に加入し、公的保険と民間保険の二階建て医療保険制度が当たり前の時代になってしまうでしょう。市場原理で保険料が決まるため、第三分野保険は割高です。特に海外への富の流出にもつながるアフラックを中心とした民間の第三分野保険は、何としてでも排除しなければなりません。

医療費を抑制しなければならない今こそ第三分野保険であるがん保険・医療保険を国が責任をもって行う時期に来ています。公的保険と民間保険の二階建て医療保険制度が当たり前になってしまう前に、公的保険と公的保険の二階建ての医療保険制度を完成させる必要があります。

「第三分野保険が拡大しても国民は大変になるかもしれないけれど、医療機関の収入は変わらないのではないか」「むしろお金持ちが第三分野保険を使用して高度医療を受けに来てくれるので、地域医療構想で急性期ベットの削減を迫られている大病院にとっては良いことではないか」と言う人がいるかも知れません。しかしそれは甘い考えと言えるでしょう。

現在、第三分野保険は全て現金給付です。医療機関は診断書の発行はしますが、請求するのは患者本人で、患者本人に現金が給付されます。期待通りの給付がなされなくても、医療機関に損害はありません。

しかし第三分野保険が現金給付から現物給付に変わったらどうなるでしょうか。相手は絶対に損をしない民間会社です。医師は保険請求のために膨大な量のレセプト詳記を書かなければなりませんし、少しでも記入漏れがあったり条件が合わないと査定されてしまうかも知れません。実際、オバマケアという民間医療保険による皆保険制度が始まったアメ

リカでの医師たちは、膨大な量の書類作成に追われ、保険会社からの支払の悪さに苦しんでいます。

第三分野保険を現物給付にするという要望は今でもありますが、今後需要の拡大により現物給付が現実化してしまう可能性は高いと言えます。その前に何としてでも民間保険を排除しなければなりません。

7) おわりに

日本の医療を市場原理が支配する隙を与えている第三分野保険を排除し、公的保険と民間保険ではなく公的保険と公的保険の二階建て医療保険制度の提案を行いました。

もちろん社会保障費に十分な予算をとってもらい、診療報酬の大幅増額、患者自己負担の軽減をめざすのが理想と言えます。社会保障費が十分であれば国民も安心して暮らせるようになるため、多少のリスクをとっても投資をしようという気になり経済がかえって活性化されるという意見もあります。医師会もずっと以前から社会保障費抑制の反対、診療報酬の増額、患者自己負担の軽減を訴えてきました。しかしこれらが実現したことがあるのでしょうか。

また公的保険と公的保険の二階建て医療保険を提案することは、医師会あるいは国が健康格差を認めていることになると国民から批判を受けることも考えられます。しかし現実には、窓口負担が支払えないために検査を拒否する人、治療を中断する人、民間保険に入っていないために先進医療をあきらめている人たちが大勢います。もうすでに健康格差は拡大しているのです。

いつまでも社会保障費抑制政策に反対ばかりしていてもしかたがありません。民間保険に支払っている無駄な保険料を公的保険に支払ってもらえば、公的保険を充実させて健康格差拡大に歯止めをかけることができます。今こそ医師会として新しい医療保険制度を提案する時期に来ているのではないのでしょうか。

参考資料

- ・厚生労働省 平成25年度 国民医療費の概況（平成27年10月7日）、
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/13/>
- ・前田由美子「民間医療保険・がん保険の現状について」日医総研ワーキングペーパー No. 333、2015年
- ・堤未果「沈みゆく大国 アメリカ（逃げ切れ！日本の医療）」集英社新書、2015年

6. あとがき

筑紫医師会 梶山 浩史

地域医師会が果たすべき役割の一つに、患者-医師関係を良好に保ち、医師の良心に従った良質な医療の提供を手助けする事があります。

今回「医師会のシンクタンク機能について」を担当した委員で、現在起こっているまた近未来に地域に起こるであろう 問題に対し、5つの提案を行わせて頂きました。これらは現在の日医の方針とはやや違う方向性のものもあるかも知れませんが、肌で感じる多種多様な現場感覚でもあります。

地域社会の人々が世界最高水準の健康、医療を享受できる持続可能な保健医療システムを構築するために、シンクタンクとして地域医師会は、会員一人一人のアイディアを吸い上げ、深め検討する場となり、中央へ提言する機能を持つこと、取りまとめられた医療政策を日本医師会と地域医師会の密接な連携のもとにそれぞれの地域で具現化するスキルを裏付ける機能を持つことが必要と考えます。

各委員の感想

安藤 文隆 委員

2年間の再生ビジョン委員会で感じたことは、政治から軽んじられない日本医師会であるために、我々会員はどのように医師会に関わっていけばよいかということでした。

医政とは何かと問われてもあまりに漠然として、面食らったことを覚えています。また、医政の決定に医師個人の意見が反映されることはほぼ皆無であろうということや、個人の意見を集約して集団の総意にすれば多少は医政に反映されるかもしれないという政治的力学も悩ましい話でした。また、医師会に対する国民の賛同を得るにはどうすべきかも難しい課題でした。

お上にももの申しても無駄だからと言われるままに流されるのも処世術ではありますが、それではジリ貧になりかねません。政治の場での「影響力」は集団の政治的な重さであり、その重さは国政選挙での「集票力」を反映し、それに裏打ちされた「政治家の数と影響力」であることを再認識することが今の我々には必要なのかもしれません。

安藤 由起子 委員

医療の壁にぶつかるたびに医政の必要性を感じていましたが、医政について具体的に考えた事はありませんでした。今回「医政をどう考えるか」という諮問を受けて2ヶ月に1度福岡県医師会で行われる再生ビジョン委員会に委員として参加する事となり、自分なりに医政を理解するようになりました。私にとって再生ビジョン委員会に参加した事は、これからの厳しい医療環境の中で後進の未来に少しでもできる事をやらなければならない年齢であると自覚した2年でした。

また所属医師会、会員種別、専門の科の違う医師同士の数少ない交流の機会を頂いた事にも感謝いたします。各委員の先生方の貴重な意見は良い刺激になりました。委員長の林田先生、副委員長の林、浦上両先生、県医師会理事の先生方、医師会事務局の皆様、お世話になりました。この経験を生かして今後の医師会活動に繋げていきたいと思えます。今後ともご指導よろしくお願い致します。

加地 由美 委員

「票集めするためには、どうすれば良いのか？」この課題に対し昨年5月地元議員さんをお願いし後援会会長さんを紹介してもらい、思い切って聞きに行きました。選挙期間以外に後援会活動行い、後援会入会者を増やす事にあるようで、議員さんの活動を定期的に報告したり、地元で問題がある時の相談窓口になったり、地元の代表に定期的に声を掛け会費制で集ってもらい繋がりを作っているそうです。その代表の人が中心となり大会や個人報告会での人集めをやっているそうです。日頃から地域の声を吸い上げ議員さんを身近に感じて貰いファンを増やすことが、後援会入会名簿集めが成功する秘訣のようです。

選挙期間に金銭や飲食の提供し投票をお願いするのは禁止行為です。その会長さんは自分の責任で、後援会会員には禁止項目除き積極的に選挙活動をしてもらっているそうです。

やり方によっては時に警察より注意もあるそうですが、警察と仲良くなり他陣営の状況も聞けると笑って話されていました。私は次回選挙では、法令遵守し後援会名簿集めしたいと思います。

梶山 浩史 委員

まず林田委員長、林副委員長、浦上副委員長を始め各委員の皆様、また県医担当役員・職員の皆様大変お世話になりました。2年前は地区医師会の理事にも成りたてで医師会の活動や医政については関心の薄い一会員で当委員に任じられたただ出席をしている状態でした。しかしこの時期にも根気よく今の日医や福岡県医の活動や歴史について教えていただいた県の役員の先生や前期から引き続き当委員会の構成員であった先生がたのおかげで自分の無知や未熟さを痛感しました。それで短い間でしたが真面目に諮問「医政をどう考えるか」について考えられたと思っています。

今後皆様からいただいた刺戟を大切に医師会活動に取り組んで行きたいと考えています。皆様本当に有り難うございました。とりわけドロップアウトしそうな私にも参加のチャンスを感じて与えて頂いた林田委員長、浦上副委員長感謝申し上げます。

竹内 実 委員

一昨年からの再生ビジョン委員会の任期が終わりに近づき、自分に与えられたテーマについてどうにか答申書を書き上げてほっとしているところです。

委員会の中で、全会員のうち医師会の国政選挙に積極的に関わるのは約3分の1、とうかがいました。そういう中でも平成25年の参議院比例区で羽生田先生は約25万票を獲得しており、医師会の候補は今後まだまだ得票数を伸ばす余地があると思います。宗像での合宿では間近で羽生田先生や自見先生から医療と政治の話をお聞きし、お二人の人柄に接して、次回の選挙で自見候補を自分の周囲に積極的に紹介する動機づけになりました。

再生ビジョン委員会で貴重な体験ができてよかったです。林田委員長、林、浦上両副委員長はじめ委員会の先生方、県医師会理事の先生方、医師会事務局の皆様にご挨拶申し上げます。

田中 彰一 委員

再生ビジョン委員会の皆様、委員長の林田先生、副委員長の林、浦上両先生、県医師会理事の先生方、医師会事務局の皆様、お世話になりました。まずもって御礼申し上げます。

一昨年からの再生ビジョン委員会に初めて参加させていただき、いただいたテーマは、「医政について」でした。委員長、副委員長の熱心なリードにより、徐々にテーマが絞られ、自分が担当したことは、選挙について（短期的なアプローチ）でした。

以前地域医師会で理事をしていた折、羽生田先生の参議院選挙があり、名簿集めや、県医師会での選挙対策会議などに出席していたため、意外とリアリティーを持って、実感したことを書かせていただきました。医師は患者一人一人を診ることに熱心ではありますが、その専門性のため、世間知らずになってしまい、その中で満足してしまいがちです。そのため、選挙などの活動に対して拒否反応や、非協力的な対応がみられることがあります。

医師会には、実社会と医師との橋渡しになっていただきたいと思います。

2か月に1度のペースでの委員会で、各地域より参集された委員の先生方の考えや意見は、医師すべてが日ごろ、感じていることや考えていることであり、自分の思いに近いものであると感じました。日ごろあまり近隣の医師と話すことのないテーマであり、とても楽しく勉強させていただきました。ありがとうございました。

辻 克郎 委員

今回はじめて医師会再生ビジョン委員会に参加させていただきました。会長諮問の「医政をどう考えるか」の提言にはAパート「医師会が選挙票を集めることに貢献する方法論」Bパート「医政シンクタンク機能としての医師会の役割」の二つがありました。自分としては国政選挙にやや関心がありましたのでAパートを検討するグループで意見交換をいたしました。

これまで、医師連盟の講演会では医師連盟を代表する医師や医師でなくても医師連盟に精通した候補者が国会議員として活躍しないと、医療や介護現場の実情を知らない官僚の言いなりとなり医療・介護制度が崩壊してしまうと、また、できるだけ上位で当選しないと国会では意見が通りにくいとよく話されていました。このため、自分なりに色々考えた結果、「医師連盟の役割や国政選挙で票を伸ばすための取り組みと課題～大牟田医師会会員のアンケート結果をふまえて～」をテーマに行いました。

すると幸運なことに宗像の合宿では参議院議員の羽生田俊先生と自見はなこ先生の講演を大変身近で拝聴し、講演後の意見交換会では各委員の貴重な意見を聞くことができました。その際、羽生田先生と自見先生がこのアンケート結果に目を通されました。どのように思われたかは分かりませんが失礼のない内容であったものと思っております。また講演会の後では懇親会があり、二次会ではカラオケまでもお聴きすることができ大変有意義な時間を過ごしました。

来る平成28年7月の参議院選挙では自見先生が上位当選されますことを心より祈願いたします。また、今回のアンケートにご協力して頂きました大牟田医師会会員の先生方、ご助言を頂きました当委員会や県医師会の先生方、そして事務局の皆様方に大変感謝申し上げます。

長森 健 委員

今回担当した選挙について(短期的アプローチ)は、今後の将来を担う若者とのつながりを考えさせられる課題でありました。選挙権の年齢が引き下がり、今までの成人以上の意見が求められていた政治と違い、より幅広い世代から意見を求め政治のあり方が大きく変わりました。選挙権を持つこと、選挙に参加することは、社会に出て大人としての責任を問われるものであり、また自分自身の意見を社会へ反映させる事ができます。私達働き盛りの世代が、早くに政治に興味を持ってもらえるよう場所を提供し、その意義を教え、若い世代から得た意見を吸収し、世論へ反映させ、その姿を若い世代の方々へ訴えていけるようにすることも課題の一つであります。学校教育の場で模擬選挙を行うことは若い世代に体験する機会を与え、直接感想や意見を聞くことができる貴重なものであります。より

良い社会・未来を創っていく為に、新しいものに触れものの見方を変え若い世代とのつながりを大事にし、共に成長していけたらと感じました。

今回の課題は大変勉強になり、この課題に取り組めたことに感謝します。この様な機会を与えていただきありがとうございました。

西田 英一 委員

今回、我々に与えられたテーマは「医政をどう考えるか」についてでした。初回の委員会でフリーディスカッションを行った時は、各委員の先生方の医政に対するイメージがバラバラで、「そもそも医政の定義とは何？」から始まる状況でした。本当に2年足らずで答申がまとまるのだろうかと不安に思ったのを覚えています。しかし委員長、副委員長の指導力のもと、2つの大きな道筋をつけてもらい、私自身も担当の答申書を書き終えることができました。本当に感謝しております。

9月の合宿では、羽生田俊先生と自見はなこ先生にわざわざ我々委員だけのために玄海ロイヤルホテルまで来ていただき、直接講演を聞くという貴重な体験をさせてもらいました。さらに両先生とも大変ご多忙な中、2次会のカラオケまで参加していただき、その気さくな人柄に大変感動致しました。

再生ビジョン委員会は他の委員会と違い、本音で自由に発言できる雰囲気があります。私も普段の理事会では話さない様な好き勝手なことを発言させてもらい、いいストレス発散になりました。改めて良い委員会だと思いますし、それを支えている福岡県医師会の理事の先生方、そして事務局の方々にも感謝申し上げます。ありがとうございました。

東 秀史 委員

再生ビジョン委員会の皆様、県医師会の担当理事の先生方、事務局の方々、2年間お世話になり、ありがとうございました。大変勉強になった2年間でした。当初、「医政をどう考えるか」という会長諮問に対し、何をすればいいのか全く見当もつきませんでした。委員会の回を重ねるにつれ、少しずつ自分の立場での考えをまとめる事が必要と思うようになってきました。結局、勤務医としての医師会との関わり方、勤務医のとしての医師会の必要性を考える良い機会になったと思います。医師会が勤務にとっても、開業医にとっても必要不可欠な盤石の組織であるためには、若い勤務医がもっと魅力と必要性を感じる医師会であってほしいと心より感じています。これからも何らかの形で、医師会活動と関わっていきたいと思っていますので、宜しくお願いいたします。

福田 秀一 委員

第1回再生ビジョン委員会が開催された昨年（平成26年）の8月19日より約1年4カ月間、お付き合い頂き皆様ありがとうございました。委員長の林田昌之先生始め副委員長の浦上泰成先生、林 和恵先生、委員会の皆様、そしてこの委員会を温かく見守って頂いた県医師会担当常任理事の原 裕一先生を始め県医師会の役員の先生方に深くお礼申し上げます。前任者からは「とにかく大変で、この委員会に入って滅茶苦茶勉強させられたし、すごいストレスだったんです。」と聞かされていたので（笑）、戦々恐々としておりま

したが寡聞な私にとって委員会に関わる皆さんの知識、造詣の深さには驚嘆すると同時にたくさんの事を学ばせて頂きました。私個人にとっては、恐らく一生に一度しか出会うことのないテーマと巡り合わせて頂いた稀有な、けれどもも有益な時間だったと感じています。皆様、ありがとうございました。今一度、重ねてお礼申し上げます。

柳瀬 晃 委員

自分の将来についてですら何のビジョンもなく、「今日出来ることは明日に回す」をモットーに生きてきたうえに政治については全くの無知。こんなキャラで「医政について答申する」などとんでもないと言うのが委員会初日の率直な感想でした。錚々たるメンバーの中で最も浮いた存在であったことと思います。

文章を書くのは嫌いなほうではありませんが、なにせ要領が悪い。林田委員長をはじめ、浦上副委員長、林副委員長、オブザーバーの先生方に委員の皆様、親身なご指導を戴き誠に有り難うございました。

余談ですが家を建てることになりました。田川に骨をうずめます。お近くにお越しの際は、ジェネリックではない本当に美味しい英彦山の水で淹れたコーヒーでもお出ししますのでピンポンして下さいね（^^）。お疲れ様でした。

林田 昌之 委員長

第3回再生ビジョン委員会答申を提出後、前委員長有留秀泰先生から次回委員長就任打診があつてから2年が過ぎようとしています。

前回の会長諮問「今後の医療制度はどうあるべきか」のテーマもさることながら、今回の「医政をどう考えるか」は難しいテーマでした。各委員の先生方のアイデアと積極的なご意見のおかげで議論の方向性が今回の形態となりました。また今回の委員会は副委員長2名体制であったことも自由な形態で議論を進められた要因です。林先生、浦上先生本当にありがとうございました。

平成27年9月に宗像で行った合宿では現役の参議院議員羽生田俊先生と次期参議院議員候補 自見はなこ先生においでいただき、議員活動・政策提言から立法化の流れ・選挙活動について非常に興味深いお話をいただきました。

県医師会理事の船越先生には福岡県下での選挙活動の実態を踏まえたアドバイスを議論の要所でいただきました。

最後に今回の委員会の委員であり、積極的議論を行っていただきながらも急逝されました直方鞍手医師会の加藤清信先生に哀悼の意を示させていただきます。

浦上 泰成 副委員長

我が国は人口構成、経済の成熟期に入り医療政策は舵取り難しく暗中模索のただなか。委員の先生方の率直な問題意識や議論に接し、地についた力強いエネルギーを感じるとともに、ここだけで終わるのは何とも歯がゆいことかと。

前期の古賀丈晴副委員長の「せっかくの良いアイデアも何らかの実践・実行に繋がらなければ世の中に反映されません。」との言葉が痛く感じ、しかし活かすにはどうしてよいかもどかしく感じていました。

ところで当医師会再生ビジョン委員会に二期にわたって参加させていただき、

第3期 今後の医療制度はどうあるべきか

第4期 医政をどう考えるか

(理想とする像を明確にして) → (実践・実行に繋ぐ手段こそ医師会であると再認識) まるでホップ、ステップ...と導かれてゆくようでした。私たち医療従事者の意見を反映させてゆくために為すべきことが判った気がします。

今回副委員長という役をおおせつかりましたが大した働きもできませんでした。

委員の皆様の豊かな発想を林田先生、林先生の巧みなマネジメントのもとで、ぎゅっと凝縮した答申ができましたことを心より感謝いたします。

そして再生ビジョン委員会次期のジャンプの巻を楽しみに注目したいと思います。皆様ありがとうございました。

林 和恵 副委員長

H24年度よりH27年度まで4年度に亘り、福岡県医師会再生ビジョン委員会に参加させて頂きました。第一期のときにも感じた事ですが、このような機会がないとなかなか日頃は考えることもないようなテーマで、本当に良い経験をさせて頂けたなと思います。このような小さな集まりからでも、少しずつでも絵に描いた餅で終わらない、具体的に今後の医師会の有り方に変化が起こって、医療にたずさわる人々の団結が強まっていったなら本当に心強いなと思います。

皆様、2年間ありがとうございました。また、今後とも宜しくお願い致します。

第4期医師会再生ビジョン委員会日程

会長諮問「医政をどう考えるか」

平成26年度

- 第1回 平成26年 8月19日(火) 19:00
- 第2回 平成26年 9月30日(火) 19:00
- 第3回 平成26年11月25日(火) 19:00
- 第4回 平成27年 1月27日(火) 19:00
- 第5回 平成27年 3月24日(火) 19:00

平成27年度

- 第1回 平成27年 5月26日(火) 19:00
- 第2回 平成27年 7月28日(火) 19:00
- 第3回(合宿)

平成27年 9月 5日(土) 16:00

- ・講演「医政活動の重要性について」 参議院議員 羽生田 俊 先生
- ・講演「なぜ政治を志すのか」 自見 はなこ 先生

平成27年 9月 6日(日) 9:00

- 第4回 平成27年11月24日(火) 19:00
 - 第5回 平成28年 1月26日(火) 19:00
 - 第6回 平成28年 3月 8日(火) 19:00
- ・答申提出