

日医報告

第128回日本医師会定例代議員会

平成25年度予算ならびに事業計画等を承認



第128回日本医師会定例代議員会が、3月31日（日）に、日本医師会館1階大講堂で開催された。

北海道ブロックからは、日医理事の長瀬会長、日医副会長の中川参与をはじめ三宅・宮本・畑・山光・松家・中田・伊藤・津田・沖・倉増・山下・堀各代議員、荒川・深澤・三戸予備代議員他が出席した。



定刻9時30分、加藤議長より開会宣言が行われ、代議員定数357名に対し353名の出席により本代議員会が成立することを告げ、議事が進行された。

議事録署名人には、松原謙二（大阪府）・小松満（茨城県）の両名が指名された。

議事運営委員会委員の紹介と決定事項、日程等の説明を行い、続いて横倉会長より、次のような挨拶が行われた。

横倉会長 挨拶

本日は、第128回日本医師会定例代議員会に、ご出席をいただき、誠にありがとうございます。また、日本医師会の会務運営と諸事業にわたり、日頃からご理解とご支援をいただいておりますことに対し、厚く御礼申し上げます。

本日の定例代議員会では、平成25年度日本医師会事業計画ならびに予算をはじめとする5つの議案について、ご審議いただく予定であります。慎重にご審議の上、なにとぞご承認賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

本代議員会の開催に当たり、若干の所感を申し上げます。

昨年4月にご選出いただきましたわれわれ執行部は、皆様方のご支援の下、1年間にわたり会務を運営してまいりました。

会長職を拝命した当初、『継続と改革』『地域から国へ』をスローガンとして、『国民と共に歩む専門家集団としての医師会』を目指すことを掲げました。

『継続』とは、医師会設立の本意である「医師会は国民の生命と健康を守るために存在する専門家集団」として、実行し続けていくことです。すなわち、だれもが、いつでも、どこでも、良質な医療を受けることのできる日本の医療制度を堅持していくこと、そして、その裏付けとなっている国民皆保険の崩壊を招くような政策に対しては、断固反対の姿勢を貫いていくという意味であります。

そして、『改革』とは、非常に速いスピードで進行する医学・医療の進歩によって得られる恩恵を、国民が適切に享受できるよう、新たな仕組みを提案し、政府にその実現を求めていくことであります。

先日、安倍晋三内閣総理大臣は、TPP交渉参加を表明しました。日米首脳会談以降、安倍総理は国会答弁において、「公的医療保険制度はTPP交渉の議論の対象になっておらず、国民皆保険を揺るがすことは絶対にない」と述べております。自民党の外交・経済連携調査会「TPP交渉参加に関する決議」におきましても、「守り抜くべき国益」として、国民皆保険制度と公的薬価制度を決議しております。

日本医師会としては、TPP交渉参加にあたり、国民皆保険制度を守ることを大前提に、「公的な医療給付範囲を将来にわたり維持すること」「混合診療を全面解禁しないこと」「営利企業を医療機関経営に参入させないこと」の三条件が守られるよう、安倍総理に対し直接、渡米前および決定直前に申し入れを行いました。そのほか、マスコミを通じて繰り返し主張を行っているところであり、TPP参加により国益を損なう恐れがある場合には交渉からの撤退を強く主張しているところでもあります。今後も注視し、政府与党をはじめ野党に対しても理解を求めていく考えであります。

また、国が現在進めております「社会保障・税一体改革」や「日本再生戦略」につきましても、国民皆保険制度の崩壊や保険給付範囲の縮小につながらぬよう、引き続き、その動向を注視してまいります。

さらに、社会保険診療報酬等に対する消費税が非課税であることにより、医療機関に多大な負担が発生している、いわゆる控除対象外消費税の問題については、今後10%までの消費税増税にあわせて、抜本的解決に向け、仕入税額控除が可能で、かつ患者負担が増大しない制度設計に改めるよう、与党・政府税制調査会に対し強く要望してまいります。

日本医師会としては、「国民の安全な医療に資する政策か」「公的医療保険による国民皆保険は堅持できる政策か」を政策の判断基準として、国の医療政策が誤った方向に進まないよう、引き続き『継続と改革』を推進してまいります。

次に、『地域から国へ』という点についてであります。厚生行政においては多くの部分で、しかも細部にわたり国がその方針を決めております。しかし、医師・看護師の不足や偏在の問題など、その事情は地域ごとに異なります。そのため、地域の医療において何が必要で何が不要かを各地域で検証し、それが政府の政策に反映され、各地域にフィードバックされる制度にしていくことが重要です。『地域から国へ』とは、こうした仕組み作りを意図したものであります。

一昨年が発生いたしました東日本大震災から二年が経過しましたが、被災地における復旧・復興は、決して順調ではありません。日本医師会はJMATを組織し、被災地域を除く全都道府県医師会の先生方のご協力により、強力な医療支援活動を展開してまいりました。また、被災者健康支援連絡協議会等を通じて、社会的インフラとしての医療機関の再建支援を継続して行っているところであります。

これらの活動を通じて学びました教訓は多岐にわたりますが、最も大事なことは、地域社会の復興にとって地域医療の存在は不可欠であり、医療のないところで人々が暮らしていくことは出来ないということであり、すなわち、地域医療提供体制とは、地域ごとに必要とされる医療を適切に提供していく仕組みであります。

したがって、4月からスタートする新たな地域医療計画では、都市の大きさ、人口の大小にかかわらず、地域でつくり上げ、地域で完結出来る、その特性を生かした地域医療計画を尊重すべきであります。

そのためには、日本医師会としても地域の現状を十分に把握できる仕組みが必要になります。地域ごとの実情をくみ上げ、日本医師会として支援すべき事項を政府・行政に提示していく。それにより、患者・医療提供者の双方に望ましい医療提供体制を、地域からつくり上げていくことを進めていかなければなりません。

また、地域における医療・介護の提供体制につきましても、これまででも会員各位のご尽力の下に、急性期から慢性期・回復期・地域の身近な通院先・在

宅医療と、切れ目のない医療が提供され、国民の健康と安心を支えてまいりました。しかし、超高齢社会に突入していくなかでは、「医療・介護の連携」という視点が欠かせないものになっており、その視点に立って、全体的な機能強化を進めていく必要があります。このような状況の下で医師会に期待される役割としては、医療現場の意見を集約して行政との折衝に臨むことその他、各医療職種団体ならびに病院団体等との連携・協力の確保、住民・患者への啓発、医師に対する生涯教育、かかりつけ医機能の充実などが考えられます。

すでに医療・介護の連携に関しては先進的な取り組みを行っている地域の医師会が多々ございますので、そのような取り組みを参考としながら、各地域において、地域にあった連携体制の構築ができるよう、日本医師会としても支援・協力していきたいと考えております。

地域医療の核であるかかりつけ医機能の充実につきましても、質の担保と向上は医師会が担うべき役割であります。生涯教育制度や各種講習会を通じた研修を推進し、国民が安心して頼れる「かかりつけ医」の地域への定着を一層図ってまいります。

医師不足と偏在解消につきましては、後ほど代議員のご質問の時にお話ししますが、「都道府県地域医療対策センター」を行政・大学・医師会の協力により設置し、医師の生涯におけるキャリア形成支援を行っていく機関として位置付けてはと考えております。実現に向けて、全国医学部長病院長会議等の関係団体と意見交換を行いながら、まずは都道府県ごとの整備を進めてまいりたいと考えております。

来年度も医師会員の総力を挙げて、『継続と改革』『地域から国へ』をスローガンに、多面的な取り組みを通じて、一日も早く「地域医療の再興」を果たし、国民が安心して生活していける社会を取り戻せるよう、鋭意努力してまいります。

一方、これまで医師会が担ってきた地域医療への貢献や、会員の先生方のご協力による健康福祉への地道な取り組みについては、誠に残念ながら、国民の目には医師会の活動であるということが、なかなか見えていない状況であります。

その原因を考えましたとき、医師会の理念として定款に掲げられた、「医道の高揚、医学及び医術の発達並びに公衆衛生の向上を図り、もって社会福祉を増進する」という概念が、国民、あるいは医師に対してもわかりにくく、具体的な活動を想像し難いためではないかとの思いに至りました。

これを改善するためには、理念をわかりやすく捉えなおし、国民や医師に対して広く発信していくことで、医師会が決して利益追求団体ではなく、『国民と共に歩む専門家集団としての医師会』として、認識いただけるようになるのではないかと考えました。

こうした思いから、日本医師会の理念や活動目標等をわかりやすく「綱領」のような形で策定することを目指して、会内に検討の場を設け、このほどその成案を答申いただいたところであります。

医師会員のみならず、医療界全体の大同団結に向けた大きな拠り所になることを願い、次回の代議員会で採択をお諮りする予定でありますので、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

結びに、日本医師会は、北里柴三郎博士を初代会長に戴き、1916年に設立されました。以来、約100年もの長きにわたり、国民だれもが過不足なく、良質な医療を受けられる社会づくりに貢献したいという想いを共有しながら、国民医療の向上に誠心誠意尽くしてまいりました。

その成果の現れとして、創設後50年を超えた国民皆保険制度の下、わが国は世界最高の健康水準を享受していると、国際的に高い評価を得るまでに至りました。その陰には、たゆまぬ熱意をもって、医師会活動に挺身されてこられた多くの先達のご努力があったこと言うまでもありません。

平成9年に開催いたしました「日本医師会設立50周年記念式典」のなかで、天皇陛下より、地域医療の担い手である医師会会員の努力に対し「国民の医療のために尽くしてきた努力を深く多とする」旨のお言葉を賜りましたことは、すべての医師会会員にとって、大きな励みであり、今でも矜持として心に留めております。

そもそも医師は、医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くさなければなりません。個々の患者に対する診療行為はもちろんのこと、地域住民全体の健康や、地域における公衆衛生の向上・増進にも協力する責任があります。

この責任を果たすため、社会に対して有機的な活動を行うには、多くの医師の協働をもって、地域の特性に配慮した包括的な取り組みが必要であり、このことこそが、医師会の存立使命であり、歩んできた歴史そのものであると考えます。

そして明日、日本医師会は公益社団法人として、新たな歴史の一步を踏み出します。

これを契機に、国民医療の向上を願ってきた先達の想いを引き継ぎながら、「国民医療体制の確立」「安全な医療提供の推進」「保健活動を通じた国民の健康確保」「会員医療機関の経営の安定化」等を目的とした、さまざまな公益的活動を深化させてまいります。

そのうえで、『国民と共に歩む専門家集団としての医師会』が、国民の生命と健康を守り続ける希望として、広く国民の信頼を得られるよう、国民が本当に必要とする保健・医療・福祉の実現に向け、一層の努力をしてまいります。

代議員各位におかれましても、さらなるご理解とご支援を賜りますよう、切にお願い申し上げます、挨拶とさせていただきます。

◇

次に、羽生田副会長により会務報告が行われた。

その後、議事に入り、第1号議案・平成24年度日本医師会会費減免申請の件が上程され、今村聡副会長が理事者提案理由の説明を行い、質疑なく、賛成者の挙手多数により可決決定した。

第2号議案・平成25年度日本医師会事業計画の件、第3号議案・平成25年度日本医師会予算の件、第4号議案・日本医師会会費賦課徴収規程一部改正の件、第5号議案・日本医師会会費賦課徴収の件、については一括上程され、羽生田副会長と今村聡副会長より理事者提案の説明を行い、笠原財務委員会委員長より財務委員会の報告の後、質疑なく、賛成者の挙手多数により可決決定した。

その後、代表質問8件、会務報告に関する要望、個人質問12件につき質疑応答が行われた。

北海道ブロックからは、宮本代議員が「日医主導の医師派遣制度を」と題し質問を行った（別掲）。

13時30分、代表質問1件と会務報告に対する要望1件の後、議事進行を久野副議長に交代し、個人質問が行われた。北海道ブロックでは、三宅代議員から「審査委員等の年齢上限緩和について」、松家代議員から「現物給付型民間保険への対応について」と題し質問を行った（別掲）。

15時45分、横倉会長ならびに議長より挨拶が行われ閉会した。

◇

以下、本稿では、北海道ブロックからの代表・個人質問ならびに松家代議員の出席記を掲載する。その他の質疑応答の詳細については、日医ニュース、日医雑誌等を参照いただきたい。

代 表 質 問

日医主導の医師派遣制度を

宮本代議員：医師の不足・偏在に対して、行政は短期的・中期的対策をいろいろと講じてきていますが、いまだに解消への道筋はついていません。北海道医師会では、機関紙である「北海道医報」において4回にわたって、「北海道の医療を立て直す」を特集しました。そこには医師会員はもちろん、行政、地方自治体、住民団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、報道機関などから、問題の認識と、解決の模索への意見や提言をいただきました。地域医療を担うセンター病院の一部からは、医師の法的配置、地方病院勤務の義務化や都市部での開業の制限、一定の条件下でのへき地勤務、医局制度の復活など、規制・管理を求める意見もいくつか寄せられました。医師の配置に関する主導権をどこが握るかの議論は別にして、これらの意見が出るということは、地方の医療の窮状の表れであり、医師不足、医師の偏在

の問題が遅々として解決しない「苛立たしさ」の裏返しであろうと思います。

日本医師会は1月に、「医師養成についての日本医師会の提案 第3版」の中で、「都道府県の医療対策協議会」と、現在、モデル事業として行われている「地域医療支援センター」、それに日医が提案する「大学臨床研修センター」や、「都道府県医師研修センター」を発展的に再編した「都道府県地域医療対策センター（仮称）」を設置し、この機関に医師派遣機能を持たせる、という提言をしています。

医師派遣の主体を医療者自体が担うという意味から、この提言を評価したいと思います。保険医登録、専門医制度をもって国や行政が派遣機能に関与することには慎重に対応する必要があります。医師の派遣に関する権限は、医師自身、医師の団体自身が持つ方向に向かうべきと考えます。

「医師会将来ビジョン委員会」の答申では、医師会による保険医登録や日医ドクターバンクの創設にも言及しています。大学医局に派遣の権限を持つ法的根拠がない以上、公益法人たる日本医師会が、この「医師養成についての日本医師会の提案」を梃子にして、保険医指定と医師派遣の機能を担い、その代り、派遣の責任も医師会が主体となって負う、という大きな役割を果たすことを目指すべきではないでしょうか。

医師派遣についての、今後のビジョンと計画について、横倉会長のお考えを伺います。

横倉会長：私は、昨年4月に会長に就任している、常に地域医療を訴えてきました。医師偏在を解消し、臨床研修から生涯教育に至る医師の養成策として、日本医師会は「医師養成についての日本医師会の提案第3版」を取りまとめ先ほど公表しました。

こうした提案により、将来的には臨床研修医だけでなく、中堅やベテランを含む医師の配置調整とキャリア形成の双方を、行政や大学などとも連携し、プロフェッショナルオートノミー（専門家による自律的な職業規範）に基づき、日医が主導していくべきだと考えています。

現在の制度で見ると、地域医療支援センターは一昨年12月に社会保障審議会・医療部会が取りまとめた意見書に基づき、次の医療法改正で47都道府県への設置を努力義務化する方向となっております。

しかし、国レベルではうまく機能していないこともあり、やはり地域での調整機能が重要だと考えています。たとえば今年1月に北見を訪問し地域医療の現状を視察しましたが、頭の下がる思いでありました。北海道には緊急臨時的医師派遣制度があります。やはり地域医療の担い手を代表する立場から、日医や都道府県医師会が意思決定プロセスに参画するシステムでなければならないと考えます。

地域医療支援センターの充実と国による医師派遣

を現時点の偏在対策の大きな柱として、その上で、これからの目標として、医師養成策第3版の実現を目指したいと思っています。これにより、日医と都道府県医師会が中心になって、医療界主導による医師偏在の解消を行う恒久的な仕組みをつくることができると確信しています。

個人質問

審査委員等の年齢上限緩和について

三宅代議員：社保・国保両審査委員の委嘱時の年齢75歳未満だった条件が順次引き下げられました。北海道において、社保審査委員は平成17年の改選期より、国保審査委員では平成19年の改選期より、順次引き下げられ、現在、両審査委員とも「委嘱時の年齢は70歳未満」となっています。

医師の70代というのは、第一線の臨床医として、時間的な余裕が出てくることに加え、豊富な臨床経験と保険診療に精通している年代であり、多くの公務員と違い、現役として医療に携わっています。70歳という年齢だけで線引きをされ、審査委員に就任できないのは、甚だ疑問であります。さらに、審査は医学的見地からだけでなく、保険医療のルールに則って適否を判断する必要があり、ベテラン審査委員の見識が重要であります。

北海道では、その広域性から、審査委員に就任できる医師は、札幌および札幌近郊に限られます。医師不足、地域偏在が顕著である北海道において、審査委員改選期、退任者が出た際の後任委員の人選には大変苦慮しているところです。

一方、北海道の労災診療費審査委員については現在、年齢制限はありません。労災診療費の審査に関しては「振動障害やじん肺、石綿による疾病等」労災特有の特殊な疾病の審査等も多くなっています。これらの疾病等に精通した医師は北海道内では少ないことから、年齢制限を設けていないと推察されます。年齢制限を設けてしまえば、労災診療費審査委員の定数が満たせなくなり、審査機能が十分果たせなくなってしまいます。

年齢上限があることの弊害は、厚生局指導医療官においても言えます。定年が65歳、再延長が最長3年68歳まで認められているものの、60代前半、あるいは50代の臨床医が「厚生局指導医療官」に転職した場合、その報酬は大幅に減額となります。退任者が出た際、後任医療官を探すのは困難を極め、待遇面での改善が必要と考えます。

適正な保険診療をしていくためには、医師会としての啓発は勿論のことですが、適任の厚生局指導医療官が確保され、適正な指導が実施されることが必要です。

昨年末の解散前の衆参国会議員722人のうち70歳

以上の議員は全体の約7%で、50名あまりいます。これが多いか少ないかは別として、70歳以上で活躍されている議員が存在しています。何故、医師が70歳以上になると活躍の場を制限されるのでしょうか。

審査委員、指導医療官等の確保に向けた年齢上限緩和に対する、日医執行部のご見解と、厚労省等への働きかけ等、今後の対応についてお伺いいたします。

藤川常任理事：国の審議会等の委員における年齢制限は、閣議決定された指針により「70歳以上の委員を新規に任命する場合は内閣府で協議をする」これに準じて行われております。

ただ、適正な審査のためにやむを得ない場合 任命のごとに内議することになっており、一概に認めないわけではありません。実際、支払基金では約160名が70歳以上でも審査の現場で、豊富な臨床経験や見識を発揮し、活躍しております。

審査委員の選任は画一的にはできません。地域の実情に応じて対応していただきたいと考えています。また、指導医療官の不足は深刻で、給与格差など処遇面につきましても、職務の中身や資質等実態を踏まえ改善を訴えていきます。厚労省の取り組みを日医としても見守りたいと思います。

現物給付型民間保険への対応について

松家代議員：「現物給付型民間保険」について、質問します。

現在、金融庁の金融審議会において、医療に対する「現物給付型民間保険」の認可に関する議論が行われております。

現行の法律上では、民間保険契約では金銭給付しか認められておりません。現物給付が可能となるためには、保険法と保険業法の2段階の改定が必要です。しかし、金融審議会では、保険金の支払先を契約者から医療サービス提供者に変更し、受取人の指示に基づいて、医療費全額を直接支払うようにすれば、運用上は現物給付と変わらないという判断で、当面、保険金直接支払サービスを認める方向で、今年の夏頃までに議論をまとめる意向であります。

このことが行われることになれば、公的医療保険の審査・指導に縛られない各種医療保険などの商品

が開発され「直接支払」を梃に「現物給付」に結実する恐れが十分考えられます。

各保険会社は、窓口3割負担導入、保険外併用療養の創設のたびに業績を上げてきております。利潤追求の民間保険は、保険会社優位のもと、加入審査での契約者の選別、格付けによる医療機関の囲い込み、保険給付拒否、つまりは治療の不許可など、米国の管理医療が日本で始まる恐れがあります。

また、安倍首相は、先般「TPPへの交渉参加」を表明しました。このことにより、日本の保険市場における規制緩和を要求される可能性は非常に高く、日本の保険市場がどのように取り扱われるのか危惧されるところであります。

現物給付型民間保険、TPPはまさに市場原理主義的政策であります。混合診療の全面解禁につながる私的医療保険の拡大、株式会社の参入など、患者を選別する恐れや利益追求のための自由診療の拡大は、皆保険制度の根幹を崩すこととなりますので、絶対阻止しなければなりません。

日医執行部の見解と対応などについてお伺いします。

石川常任理事：金融庁の金融審議会のワーキンググループで「現物給付型保険および保険金の直接支払いサービス」について議論が行われています。金融庁の見解では、現物給付型保険は現行法上、生命保険では認められておりませんが、直接支払いサービスは現行法の下で禁じられておりません。保険業法では、保険会社による保険金の直接支払いを禁じておりませんが、事前に保険契約者とサービス提供者の同意が必要となるため、ハードルは決して低くないと思います。

議論としては、生命保険契約における現物給付を容認する流れにはなっておりませんが、嚴重に注視をしていく所存であります。もし保険契約における現物給付が認められるとすれば、混合診療によって民間保険で自由診療を行い、公的保険で保険診療を受けるという流れになりかねない危険性があります。サービス内容の審査は、保険会社が行うため、不払いが発生する恐れもあります。

また、保険会社が個別の医療機関と契約を結ぶこととなるため、フリーアクセスを阻害する可能性も否定できません。公的保険である国民皆保険が浸食されることがないように注意深く監視して、必要な対応をしていかなければならないと認識しております。

代議員会出席記

第128回日本医師会定例代議員会・ 第72回日本医師会定例総会印象記

日本医師会代議員 松 家 治 道

平成25年3月31日（日）、第128回日本医師会定例代議員会・第72回日本医師会定例総会が、桜咲く東京・駒込の日本医師会館にて開催されました。前日にホテルニューオータニで行われた打ち合わせ通りの議事運営で、午前9時30分加藤寿彦議長の開会宣言で始まりしました。定数357名のところ4名の欠席、353名の出席でした。

まず横倉会長から挨拶がありました。昨年4月の就任時に掲げられた、「継続と改革」「地域から国へ」のスローガンのもと、専門家集団として日本の医療制度を堅持する決意を表明されました。また、TPPについて、「公的な医療給付範囲を将来にわたり維持する」「混合診療を全面解禁しない」「営利企業を医療機関経営に参加させない」の3条件につき、首相に直接申し入れた旨を述べられました。また、控除対象外消費税問題については、10%への消費増税にあわせて、仕入税額控除が可能で、かつ患者負担が増大しない制度に改めるよう、与党・政府税調に強く要望していくとのことでした。地域医療提供体制については、地域で作り上げ、完結でき、地域の特性を生かした計画を尊重すべきであり、日本医師会としては地域毎の実情をくみ上げ支援すべき事項を政府・行政に提示し患者・医療提供者の双方にとって望ましい医療の提供体制を、地域から作り上げなければならないとされました。

次いで羽生田副会長から（どこの代議員会でも同様の…）、単調な会務報告がなされました。その後議案に入り、平成25年度日本医師会事業計画、予算の件などが、今村副会長より一括提案され承認されました。何時聞いても副会長の滑舌の良さには尊敬の念を禁じ得ません。

続いて代表質問に入りました。主なものを記載いたします。

北海道からは宮本道医副会長が「日医主導の医師派遣制度を」と題して質問し、横倉会長から次の答弁をいただきました。「地域医療支援センターの充実と国による医師派遣を現時点の偏在対策の大きな柱

とし、その上で、これからの目標として日医提案の医師養成策第3版の実現を目指したい」

中四国の木下代議員からは「日本医学会の法人化への対応」が質問され、今村副会長が答弁されましたが、「日本医学会と話し合いを持っているが、法的には阻止できない、法人内に法人は作れない」と型通りの答弁に、会場からは日医が学術団体ではなくなるのではないかと等の関連質問が多数出て、やや混乱の様相を呈しました。古くよりの日医代議員の、自分たちが日本医学会を援助し育ててきたとの自負が感じられる一幕でした。そして、「医療事故調査委員会について」「医学部新設問題」「重度心身障害児の在宅療養」などの質問答弁が行われ午前の部が終了しました。

午後に入り、残る代表質問の「消費税・事業税について」と個人質問12題が行われました。本道からまず、三宅道医副会長が「審査委員等の年齢上限緩和」について質問されました。そして、藤川常任理事から「国の審議会委員の人選における年齢上限は、閣議決定された指針－70歳以上の高齢委員を任命する場合は内閣府にて協議－に準拠して運用されている。70歳はあくまで原則であり地域の実情に応じて対応してもらいたい」との答弁をいただきました。もう1つは小生より「現物給付型民間保険」について質問させていただきました。中四国ブロックの川村代議員からも同様の質問が出され石川常任理事から一括答弁いただきました。「民間保険から、公的保険である国民皆保険が浸食されないよう注意深く監視し、必要な対応をしていかなければならない」との答弁をいただき、この問題についての危機感を共有できたと思います。その他興味深い質問も多々ありましたので詳しくは日医雑誌等をご覧ください。全体を通して執行部の回答は真摯で当を得たものでしたが、やや冗長な部分も感じられ、答弁時間にさらなる努力が必要と感じました。以て他山の石とすべきと感じながら会場を後にしました。