日医報告

第117回
日本医師会臨時代議員会

― 平成18年度日本医師会一般会計決算を含む5議案を承認―

第117回日本医師会臨時代議員会が、去る10月28日（日）、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、日医理事の飯塚顧問、日医常任理事の中川参与をはじめ長瀬・三宅・宮本・上埜・河西・山光・山・城・沖・鈴木・増田・古屋・吉田各代議員、畑副会長、深澤常任理事他が出席した。

◇

定刻9時30分、石川議長より開会宣言が行われ、代議員定数350名に対し348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。

議長より議事録署名人として岩城勝英代議員（富山県）、木下敬介代議員（山口県）を指名するとともに、議事運営委員会委員として北海道ブロックの宮本代議員ほか7名を発表した。ついで唐澤会長からの所信表明（別掲）と竹嶋副会長による会務執行状況の報告が行われた後、議案審議に入った。

第１号議案　平成18年度日本医師会一般会計決算の件
第２号議案　平成18年度医賠責特約保険事業特別会計決算の件
第３号議案　平成18年度治験促進センター事業特別会計決算の件
第４号議案　平成18年度医師再就業支援事業特別会計決算の件
第５号議案　平成19年度がん医療における緩和ケアの意識調査等事業特別会計予算の件

第1号議案から第4号議案までの4案件は宝住副会長が一括して提案理由を説明した。この後、決算委員会への付託が了承され、議長は、決算委員会委員15名（北海道ブロックは城代議員）を指名し、午後から別室にて開催すると報告した。

また、第5号議案については宝住副会長が一括して提案理由を説明した。この後、予算委員会への付託が了承され、議長は、予算委員会委員25名（北海道ブロックは三宅代議員）を指名し、午後から別室にて開催すると報告した。

ついで議長は、議事運営委員会の決定事項および日程等を説明し、ブロック代表質問8件、個人質問13件につき質疑応答を行った。なお、北海道ブロックからは、山光代議員が「療養病床の再編について」と題し質問を行った（別掲）。

12時52分、午前のスケジュールを終了し、別室にて議事運営委員会が開催された。
13時30分、議事進行を有山副議長に交代し再開、個人質問が行われた。

北海道ブロックからは、山代議員が「公益法人制度改革について」と題し質問を行った（別掲）。

個人質問終了後、薬袋健委員長（山梨県）から決算委員会報告ならびに鈴木憲一委員長（群馬県）から予算委員会報告が行われ、全て可決決定した。

16時02分、唐澤会長より挨拶が行われ閉会した。

◇

以下、本稿では、唐澤日医会長所信表明、山光代議員の代表質問ならびに山代議員の個人質問、吉田代議員の出席記を掲載し、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。

会長所信表明

本日は早朝から第117回日本医師会臨時代議員会を開催しましたところ、代議員各位にはご多忙の中ご出席をいただき、厚く御礼申し上げます。

現執行部の発足以来1年半が経過しました。この間、日本医師会の会務運営と各事業に対しまして、ご理解とご支援をいただいておりますことに対しましても、本席をお借りして心から御礼申し上げます。

本代議員会では平成18年度日本医師会一般会計決算に関する第1号議案をはじめ5項目の議案につきましてご審議いただくこととなっております。何卒、慎重ご審議の上、ご承認賜りますようお願い申し上げます。

本代議員会の開催にあたり、ご挨拶と若干の所信を申し上げたいと存じます。

ご高承のとおり、本年は年初より統一地方選挙など、国民にとって選挙の多い年でありましたが、参議院選挙は一連の選挙の最後に控えた、言わば国政の方向を占う選挙でありました。そして、7月の第21回参議院選挙の結果は政権与党たる自由民主党が大きく議席を減らし、参議院では与野党逆転という国会運営になりました。

このような数度にわたる選挙の過程において、国政において見過ごされてきた各地域における医療や、生活と生計にかかわる諸種のシステムが、各地域で崩壊の危機にあることが浮き彫りになりました。

そして、全国に生じた地域間の格差は一段と広がり、国民の不安と不信感が高まりました。まさに近年の国の性急な財政優先の構造改革路線は、国民医療をはじめ日常の生活や生計に大きな疲弊をもたらしたのです。すなわち、日々の安心を得たいという国民の目線に立った政策の推進が一層重要となり、今後の政策転換を含めた大命題になっているのであります。

このような政治状況の中、この一年半の間の、医療制度をめぐる動向等に関して日本医師会の視点から要点を述べたいと存じます。

日本医師会では、昨年10月と本年3月、全国の一般の方々1,000名以上を対象として、日本医師会に対する意識調査を実施し、日本医師会のTVCMを放映する直前と、放映後半年が経過した時点で認知度を比較してみました。

その結果、日本医師会の活動に対して「関心あり」とした方の比率は、放映直前の15.6％に対し、半年後には18.9％と3ポイント以上アップしていました。同様に日本医師会に対し「期待あり」と回答した方々も19.3％から22.9％と3ポイント以上アップしております。

半年間のTVCM放送によって、劇的な変化とは言えませんが、少しずつ関心と期待度は上がってきております。

一方、日本医師会に対する認知度自体は放映前後ともに95％で高い数値を示していますが、日本医師会の活動内容は一般国民の方々にはあまりよく知られていないというのが現状であろうかと思います。

また過日、中学の「公民」や、高校の「現代社会」の教科書を調べてみましたが、「圧力団体」の例として、いくつもの教科書に日本医師会の名前が出ています。もちろん「圧力団体」という言葉が必ずしも否定的な意味合いのみを示しているわけではないでしょう。しかし、日本医師会は、日本の社会保障政策、とりわけ医療・保健・福祉分野では積極的に提言を行っており、行政とも連携をとりつつ、疾病予防にも取り組み、学校では学校医が、会社では産業医が、それぞれ活動しています。そして、医師会という組織がこれら健康に関しての地域の事業に深く関与していることなどをこれからもさらに周知していく必要があると認識しております。

最近、アメリカのマイケル・ムーア監督の『シッコ』という映画が上映されています。大変意味深い映画でありますが、わが国の医療についての具体的な方向を論じるにあたって、重要な課題を提示してくれています。この映画は、アメリカの4,500万人以上の無保険者ではなく、驚くことに民間医療保険に加入している1億5,000万人の悲劇を描いているからです。

そして今、わが日本は、国民皆保険制度が大きな危機に直面しています。国民とともに、決して選択してはならない方向について、それを回避する目的のために、あえてその危機が特徴的に現れている5つの点について申し上げます。

第1には、分娩を受け入れない医療機関が全国的に、かつ急速に増えており、そのために、これから出産をしようとする女性の方々に大変な不安感を与えています。分娩実施施設数は1996年が3,991施設であったのが、10年後の2006年には2,933施設と27％も減少しています。産婦人科を閉鎖する病院や、産婦人科を標榜していても婦人科だけという医療機関も

出てきています。

その背景には、過重労働が原因で産科医が病院から離れていくケースに加えて、出産で何らかの事故が発生すると、刑事裁判になるケースが増加していることが挙げられます。少しでもリスクを避けたいという心情になることは否定できません。その結果、分娩を受け入れない医療機関が出てきたり、産科医を志望する研修医が非常に少なくなったりしています。

この問題への対応策の一環として、日本医師会は無過失補償制度の制定を提案し、遠からず実現する見通しとなりました。この制度は、分娩に伴う脳性麻痺の障害を負った赤ちゃんに対し、出産時に支払う費用の一部を個人負担のない形でファンドに充て、その育成を支援していこうというものです。今のところ対象が脳性小児麻痺に限られますが、この制度によって、どこでも安心して赤ちゃんを産める方向に進展すれば良いと考えております。

第2は、小児救急医療における小児科医不足の問題です。休日・夜間救急センターを訪れる方の半数以上が小児の患者さんです。小児科勤務医が非常に少ない状況の中で、小児科勤務医は、日中、通常勤務をした後、そのまま当直に入り、夜中の救急対応に追われ、一睡もしないまま、再び昼間の勤務に就くといった例も決して珍しくありません。

このような状況から、小児科を閉鎖する病院も全国的に出てきています。1996年には、全国の病院の35.2％に小児科がありましたが、2006年には29.2％と、6ポイント減少しています。安定的な医療提供を脅かす問題は、本来、国や地方自治体が解決すべきことですが、既に、地域医師会が中心となって、夜間の一定の時間帯を地元の開業医が分担するなど、率先して工夫をし、小児救急医療への対応を図っているところがあります。

病院勤務の小児科医の過重労働は想像を絶するものがあります。日本医師会は、この問題を喫緊の課題として位置付けており、各地域の医師会と一層協力しながら取り組んでいきたいと考えております。いずれにしましても、これらの状況の背景には、長年にわたる医療費の抑制策があり、これに伴う医師の絶対数不足があると認識しています。

第3は、孤独死の心配です。近年、急激な高齢化が進み、後期高齢者のみの世帯人口比率が増加し、2005年には後期高齢者の33.2％と、3人に1人は高齢者のみでの暮らしであり、独居老人の孤独死も大きな社会問題となっています。こうした状況の中で、「療養病床再編」という名の下に行われようとしている、大幅な病床削減の問題があります。厚生労働省は、現在、38万床ある療養病床を、2012年には15万床までに削減しようとしています。厚生労働省は、削減の理由を、「いわゆる社会的入院」と呼ばれる、病院に入院しなくてもよいと思われる高齢者の存在であるとしています。

しかし、日本医師会が入院患者さんの実態を調査したところ、胃瘻経管栄養や喀痰吸引の患者さんも相当数おり、これらは全身管理とともに医療でなければできません。患者さんの実態を踏まえて客観的に考えれば、長期療養病床は2012年の時点でも26万床が必要であります。このような患者さんが病院から追い出されれば、いわゆる「医療難民」や「介護難民」と言われる人たちが大量に生じることになります。

このような医療費の削減だけを目的とした療養病床の削減には断固として反対するものであります。そして、急激な変化は避け、施設にせよ在宅にせよ、しかるべき準備を整えてから徐々に移行を考えるべきであります。また、療養病床に入院中の患者さんの中には、必ずしも在宅での療養を第一希望と考えている人ばかりではありません。患者さんが十分に選択できる余地を作る必要があります。

また高齢者に限りませんが、各方面で終末期医療のガイドラインの検討が進んでいます。この過程においては、患者さんやご家族に判断を迫り、精神的に追い詰めるようになってはいけません。日本医師会は、医療提供者として、患者さん個別の状況を配慮し、尊重するという視点から、グランドデザイン各論の中に「終末期医療のガイドライン」をとりまとめ、小冊子にしました。本日、お手元にお配りします。

第4は、日本の医療費水準の問題です。ご高承のとおり、日本の医療達成レベルは、世界保健機関（WHO）から世界一という評価を受けています。しかし、日本の対GDP比総医療費

は、世界の先進国と呼ばれている国々が加盟しているOECD（経済協力開発機構）30か国の中で、日本は対GDP（国内総生産）比総医療費支出が、2004年の数字で22位という低位です。30か国の平均が8.9％ですが、わが国はそれ以下の8.0％です。経済大国と言われている日本ですが、医療費は世界的に見て非常に低いことが、公的な数字で実証されています。

第5は、医師の絶対的な不足です。日本の医師数を人口1,000人当たりで見てみますと、OECD加盟国平均の3.1人に対し2.0人という結果となっています。フランスの3.4人、ドイツの3.4人、アメリカの2.4人などとなっていますが、1人当たりGDPがOECD加盟国の平均以上のグループの中で見ると、日本は最下位であります。

このように絶対数が不足している上に、都市と地方の格差があります。この原因は、大学病院の各医局がこれまで持っていた医師派遣機能が、2004年4月からスタートした新医師臨床研修制度を契機に失われてしまったことにあります。医師の需要が供給を大きく上回り、設備や指導体制がしっかりした都市の病院、あるいは一時的にでも高額な給与を提示した病院などに研修医が集中してしまいました。

すなわち、大学病院の各医局が医局員をバランスよく各地の病院へ派遣してきた機能が失われました。条件のよい病院で研修したいという個人の意思を尊重することは必要ですが、都市と地方の格差を助長したのでは、将来に禍根を残すことになります。

日本の医療達成度が世界一であるのは、国民の皆様方の勤勉性や健康に対する意識の高さもさることながら、医師、看護師など医療関係者の犠牲的な医療活動の上に成り立ってきたからであり、このことを再確認し、評価しなければなりません。国には、こうした犠牲的精神だけではどうにも立ち行かない現況を早期に打開する責任があります。今まさに地域の「医療崩壊」は始まっており、その具体的な現われが、これまで述べてきた5つの点です。

急激にこうした現象が起こってきたのは、根本的には先ほども申し上げたとおり、国の医療費抑制政策であることは言うまでもありません。医療費の抑制は1990年代、すなわちバブル経済の崩壊以後始まっているのですが、顕著になってきたのは、小泉政権からです。「聖域なき構造改革」の名の下に、社会保障分野に大鉈が振るわれました。

たびたび申し上げているとおり、2001～2006年の過去5年間で、あるべき社会保障費（国の負担分）の自然増に対し、国庫ベース累計で3兆3,000億円が失われました。医療の自然増とは、医学・医療の進歩によって増加する費用のことで、毎年2～3％と言われています。そして、社会保障費3兆3,000億円の削減額の実に7割が医療・介護費の抑制で占められているのです。今後さらに5年間もこうした医療費抑制政策が続けられれば、10年間の累計であるべき社会保障費から12兆円の国庫支出が削減され、そのうち約8兆円の医療費が失われることになります。

この結果、「安心のためのコスト」どころか、「安全のためのコスト」さえも確保することが困難となっています。それを実証するかのように、今年は医療機関の倒産が、過去最悪のペースで進んでいます。もはや、医師の収入が減るので、日本医師会は抵抗しているのだろうというような次元の話ではありません。

そして、医療費の抑制は給付費の抑制を企図したものであり、患者負担の増大というかたちで、国民に跳ね返ってきます。また、医師や看護師など医療従事者の確保が難しくなり、過重労働が起こり、一人ひとりの患者さんに対する診療時間の減少など、患者さんにも大きな不利益をもたらします。

経済財政諮問会議、規制改革会議などの委員の中には国の負担を減らすために、風邪などについては保険免責制にして、患者負担にすることを主張したり、混合診療のように、経済的に恵まれた人には良い医療を提供できるようにすべきと考えている人もいます。しかし、これによって医療の平等性を確保することは非常に困難になります。

われわれは、医療費を野放図にアメリカ並みにすることを主張しているわけではありません。わが国の国力・経済力に見合った医療費規模を達成することによって、地域の医療提供体制を充実させなくてはならないと提言しているのであります。これは日本の経済成長に貢献してこられた方々や、現在、健康に

不安を抱えている人たち、そしてその家族の方々が安心して生活できる第一歩であると考えます。

近年のわが国の政治の焦点は、国民の日々の生活の視点と乖離しています。安心・信頼を求める国民の声を十分傾聴せず、もっぱら経済財政運営のみに重点を置き、増え続けてきた国債借入残高に呪縛され、ひたすら財政収支のみにとらわれてきました。

国家の最高の財産は、国民であります。国家の第一の責任は、国土と国民の生命・財産を確保し、日々の生活を守り、充実した人生を全うし得る社会をつくることにあります。すなわち、安全で信頼できる地域社会の確保であり、社会の最小構成単位である家庭と家族にとって、展望を持った充実した生活基盤の構築を可能にすることにあると考えます。

国家の政策の方向は、国民の日常生活感から乖離することがあってはなりません。そして、国富が国民の福祉に十分、有効に貢献しなければ、とうてい国家100年の礎など築けるはずもありません。少子高齢化の進展とともに、地域の疲弊と格差の増大と不安が蔓延するようなことは避けなければならず、まさに政治の真価が問われる時代に立ち至ったのではないでしょうか。

今こそ、日本国憲法第25条に規定する、国民の生存権の保障と国の社会的使命を掲げた条文を再確認する必要があります。著しい少子化と高齢化の狭間で現役世代には多大の負担が生じつつあり、喫緊の課題としての国家の使命を果たさなくてはなりません。

国民すべてが、いつでも、どこでも、安全で良質な医療を受けられることとともに、そして同時にそれが受診者と家族にとって納得できる適切な負担であることが最も重要であり、医療制度をこれ以上後退させてはなりません。今こそ、地域の安全と安心のための地域医療提供体制の存続が危機的状況にあること、医療制度のベースたる国民皆保険制度の堅持と強化のための政策が重大な時期にあることを、国民に説明し、理解を求めなくてはなりません。

日本医師会は、「グランドデザイン2007（総論）」に続き、このたび新たに「グランドデザイン2007」の『各論』を作成、発表いたしました。私たち日本医師会は、国民医療を守るために、国民にとって等しく良質で満足度の高い医療を受けることのできる医療提供体制を確保し、そのような医療を国民が普遍平等に受けられる国民皆保険制度を一層強固なものにすることを目指してまいります。そのために、日本医師会は、国民の生命と健康を守る立場から、国民と同じ目線で国に対する積極的な提言をし、同時に、日本医師会が対応すべき課題には迅速に率先して取り組んでまいりたいと考えております。

本日は、代議員各位からたくさんの質問をいただいておりますので、詳細については、その機会に譲りたいと存じます。

代　表　質　問

「療養病床の再編について」

山光　進代議員：療養病床の再編に関し、医療保険と介護保険ということも視野に入れ質問する。

療養病床の老健施設への転換が進まないため、厚労省は「医療機能強化型老人保健施設」構想を示した。しかし、名称が不適切ということで「療養病床から転換した老人保健施設」（転換型老健）と呼ぶことになった。私たちは、何故いま、転換型老健を創設しなければならないのか、ということに疑問を持っている。厚労省が発表した新たな老健施設構想の特徴は、夜間対応や看取り機能を強化し、医師のオンコール、他の医療機関の医師の往診も可能としているが、その役割は、これまで介護療養病床が担ってきたものであり、新たな老健施設を創設する必要性はないと考える。もし、医療を必要とする人が多く、医療を強化した介護施設が必要であれば、現在の介護療養病床をそのまま残すことで解決すると思うが、国会での議決により介護療養病床は全て廃止されることになっている。

また、転換型老健には、既存の老健施設の移行が認められないことから、タイプの異なる老健施設が並存することになり、従来の老健施設で看護師等を基準以上に配置し、患者の介護に努力している施設に対しての支援策は示されていない。

さらに、転換が進まない原因の一つに、介護報酬が決まっていない事がある。来年春に

介護報酬改定を待たずに決める方針を示しているが、経営が維持できる報酬に設定されるのかどうかも分からないまま、転換することは難しいと思う。

また、2011年度末までの時限緩和策があるが、療養室の面積は一床当たり8㎡以上を満たす必要があることから大幅に病床数を削減しなければならない。

さらに、過去の介護保険の施行にあわせて、完全型の病棟の新築、若しくは改築などを行ってきた医療機関にとっては、この度の急激な方針転換は、突然ハシゴを外された思いであり、目先の医療費抑制策のみに終始している転換策は現場の実態からかけ離れた感がある。厚労省は2011年度末までに療養病床を15万床に削減し、介護保険適応の老健施設などへの転換を進めることで、医療給付費4千億円減と介護給付費1千億円増の差引3千億円の削減効果を見込んでいる。しかし、問題なのは、医療給付の部分を介護保険に移すことで、医療費総額は抑制されるが、医療の一部が医療保険から外れるということでもある。また介護給付費は増加となり、住民の個人負担である介護保険料の負担増となることが考えられる。住民個人にとっては、医療保険での医療費としての支出も、介護保険料での負担も、同じことであり、個人負担の増加、特に個人の可処分所得の減少は、病人の医療機関へのアクセス制限となってあらわれる。個人負担増を避けるためには公的支出、特に国の支出を多くする必要があり、その財源を提示することが必要である。

こうした状況を踏まえ、療養病床の転換先として厚労省が打ち出した転換型老健の創設に関して、3点ほどお伺いする。まず1点目は、この構想に対する日医の認識と現在確定していること、また、今後予想されることについて。2点目は、現存する老健施設が新タイプの老健施設への転換できないことについてどのように考えているか。3点目は、機能的にも問題がある住民にわかりにくい二種類の老健施設の並存という構想に対して、日医は現在の医療療養病床を出来るだけ多く継続存在させて、転換型老健の構想を消滅させる、もしくは機能しないものとして放置させる、などの考えはないかお尋ねする。

竹嶋　康弘副会長：「グランドデザイン2007」にも記載しているが、医療療養病床の医療区分1の約20％が医療難民になり、区分2・3の全ては入院適応となる。今後90歳以上で医療と介護がともに必要な群は増えていく。介護療養型医療施設の受け皿となる介護施設は未整備で、日医は介護療養型医療施設廃止後の必要な医療療養病床数は、厚生労働省が提示している15万床ではなく、26万床と申し入れている。

社会保障審議会介護給付費分科会が11、12月に開かれ検討され、中医協基本問題小委員会でも医療区分の妥当性が検証される。経済誘導策を推し進めることが当然危惧され、基盤整備がなく、単に医療費を抑制するために、在宅復帰を最優先することのないよう主張していく。

療養病床から転換した老人保健施設は、基本的には1施設体系の制度設計にすべきと考えている。介護施設での医療の在り方については、介護老人福祉施設や介護老健施設、介護療養型医療施設の現状の医療提供システムの比較検討と医療提供の実態把握、モニタリングをすべきだ。さらに介護療養型医療施設廃止に伴う「介護施設における医療の在り方の見直し」を検討し、アクションプランを立案すべきだ。日医の基本姿勢は対象群への介護、医療サービスが必要に応じた提供体制となり、現場の運用、経営上支障がないよう制度変更されるべきと考えている。

国策に沿って自己資本を投資し、改築してベッド数を減らし介護療養型に転換したのに、政策に一貫性がないために、さらに資本投資し病床削減などできるはずがない。支援策で手当てしても元金返済が終わっていない段階で、さらなる借金を背負い返済していくことは不可能と日医は認識している。

日医としては入所者の難民化、地域社会資源の損失回避のため既存施設の有効活用を関係審議会で主張し早期の解決に向け努力していく。年内をめどに地域ケア整備構想の策定が都道府県に課せられている。都道府県医師会も、積極的に関与していただき、地域特性を十分反映させるよう働きかけることを、本会からも切にお願いする。

個　人　質　問

「公益法人制度改革について」

山　英昭代議員：平成18年6月3日「公益法人3法」が公布され、現在の社団法人は『一般社団法人』と『公益社団法人』の二つに分かれ、『一般社団法人』は公益性の有無に関わらず登記のみで設立することができ、行政庁による監督もありません。一方『公益社団法人』は公益目的事業を行うことを主たる目的とし、18の基準項目をクリアし、民間有識者による『公益等認定委員会』の推薦をいただいた団体が認定されることになります。

スケジュール的には、新制度の施行が平成20年12月1日までに施行されることとなっておりますので、移行期間5年間を考慮すると最短で平成20年12月2日・最長で平成25年11月30日となっており、日本医師会では既に『公益社団法人』を取得することで理事会決定されたと伺っております。取得条件は中々ハードルが高く、18の基準項目をクリアすることが条件となり、たとえば、財務面で公益目的比率が50％以上なければならず、今後厄介な仕分けが必要となります。

また、医師会共同利用施設との関わりでは、例えば医師会病院事業が公益事業として認められない場合、これを運営する医師会は『公益社団法人』として認められない可能性があり、逆に医師会が『公益社団法人』となっても医師会病院事業が公益事業として位置付けられない場合は、その事業は収益事業として法人税の課税対象となる可能性があります。このように医師会病院事業が公益事業として認められない場合は、今後の医師会病院の経営ひいては医師会全体の運営に大きな影響を及ぼすことが考えられます。

いずれにしても、公益法人制度改革における税制面での優遇は、公益社団法人の認定が前提となります。即ち、医師会共同利用施設を有する医師会は『公益社団法人』に適用される税制の優遇措置が受けられる事が大きな課題であります。

中でも医師会病院は『開放型病院』や『地域医療支援病院』として活動しており、まさに『民間が担う公共』にふさわしい公益的医療機関として位置づけられるべきではないかと考えられますが如何でしょうか。

そこで日本医師会の執行部にお聞きしますが、第1に、平成20年12月1日に向けて郡市区医師会は、その規模によって『公益社団法人』を取得すべきか『一般社団法人』を取得すべきか、また、展開している事業によっていずれを選択すべきかを、メリット・デメリットの形でご教示願います。第2に、日本医師会と都道府県ならびに郡市区医師会がそれぞれ独立した形でいずれかの法人を取得したとして、その整合性は如何なものか、また、定款改正の必要性の有無について、更に税制面での見通しについて今後の具体的なスケジュールを含めご教示願います。

今村　聡常任理事：公益認定のメリット、デメリットについては、依然として公益認定基準や税制などが未確定の状況だ。現時点では、簡単なポイントを改めて述べる。

公益法人のメリットは、①「公益法人」という名称の独占的使用と社会的信用などの向上、②法人税が優遇され、寄付金優遇法人として扱われる見通しであること―などが挙げられる。デメリットは、①法人の活動が規制されることやガバナンスの構築・維持にかかるコストが増加する、②公益認定取得後に万一、取消しを受けた場合、公益目的取得財産残額を1カ月以内に国などに寄付しなければならない―ことなどが挙げられる。

一方、一般法人になるメリットは、行政庁からの監督を受けないため自由な活動を行うことができる。デメリットは、①現行公益法人に認められてきた法人税法上の優遇措置について、会費などは課税の対象から外される方向にあるが、それ以外は普通法人並みの課税が予定されている、②登記のみで設立可能なため社会的信用などが低下する―ことなどが挙げられる。

日医としては、公益認定の取得を機関決定しているが、都道府県医師会も公益認定を取得していただくことが望ましいと考える。ただ郡市区医師会で一律に公益認定を取得するのは無理があると考えており、個々の事情に応じてメリット、デメリットを個別に判断してほしい。

次に、日医、都道府県医師会、郡市区医師会がそれぞれ異なる法人格を取得した場合の

整合性については、特に問題にならないと考えている。ただ、ある都道府県医師会の3分の1の役員を1つの郡市区医師会所属の会員で占める場合、当該郡市区医師会が公益認定を受けていなければ都道府県医師会が公益認定を受ける際の基準に抵触するので、留意してほしい。

定款改正の必要性について、公益法人は一般法人を基礎としているので、公益法人にしろ一般法人にしろ役員選挙などの定款変更が必要となる。日医としては、新制度に適合した定款・諸規定を作成するため、次年度以降も引き続き定款・諸規程検討委員会で検討していく。

開放型病院などを運営する医師会が行う医療・保健業に対する法人税の非課税措置については、公益法人制度改革があっても医師会が地域医療をになう観点から実施する実態は変わらないため、従来と同様、公益認定の有無に関係なく非課税措置が適用されるよう存続を要望している。この特例措置を確保した上で、医師会が病院などの事業の比率が高いために公益認定が取れないなどの不都合が生じないよう、開放型病院などを含む共同利用施設の公益性が認められるよう、内閣府・国会議員などへ働きかけをすることになっている。

スケジュールとしては、年内に税制が固まり、来年の春以降に公益認定基準が固まっていくものと予想しているので、現在は税制要望をしっかりと確保することが重要だとの考えから各方面に説明している。今後も迅速な情報提供を都道府県医師会、郡市区医師会に行っていきたい。

代議員会出席記

「第117回日本医師会臨時代議員会に出席して」

代議員　吉田　征夫

関東方面に夜半台風が接近するというニュースを聞き、今頃の台風も温暖化が原因かと思いながら前日の午後、第117回日本医師会臨時代議員会出席のため上京した。久しぶりの東京は、雨と風の大歓迎であり、翌日の代議員会の前兆かと思われた。山英昭代議員（函館市医師会長）は予定の飛行機が着陸できず一度帰函され、夜の便で上京され、責任を果たされた。

当日は「台風一過」の言葉どおり快晴、いわゆるゴルフ日和であった。

全国の代議員が集合し定刻の午前9時30分より唐澤会長の所信表明で始まった。会長は「本年は統一地方選挙が多い年であったが、国政選挙（参議院議員）があり政権与党の自民党が大敗した。この選挙を通じて各地域の問題が表面化し、生活全般にわたるシステムの崩壊危機により国民の安心安全に対する不安感が高まった。このことの解消のため、政策転換そして政策の推進が重要」と述べられた。また、執行部一年半の医療制度をめぐる動向に関しても、日本医師会の視点から要点を述べた（日本医師会雑誌を参照）。

また、国民皆保険が危機に直面している特徴的な5点について、それを回避するための方法論について提言された（日本医師会雑誌を参照）。その後、会務報告があり、次いで議案審議があり第1号から第5号まで原案どおり承認された。

次いでブロック代表8名、個人14名の質問が開始された。代表質問のトップは、北海道ブロック代表・山光進代議員が「療養病床の再編について」、個人質問では、山英昭代議員が「公益法人制度改革について」を取り上げた。

今回の代議員会は多少の混乱も予想されたが真摯な議論であり、質問も整理されており理事者側の答弁も理解しやすく、親切であった。

現執行部に批判的な地方もあると聞くが、医療費抑制を改善するには、日本医師会が団結して行動することが重要であろう。生命を与かる職能団体として、日本医師会はその存在と必要性を、国民に今まで以上に強く訴える時期に来たのではないかと考える。