

「医師福祉の生涯設計について」

- 生涯設計の道案内 -

日本医師会医師福祉対策委員会答申

平成 16 年 1 月

日本医師会医師福祉対策委員会

平成 16 年 1 月

日本医師会長
坪井 栄 孝 殿

医師福祉対策委員会
委員長 粟津 俊彦

医師福祉対策委員会答申

平成 14 年 7 月、坪井会長より「医師福祉の生涯設計について」の諮問を受けました。

本委員会ではこの諮問を踏まえて、平成 14・15 年度の 2 年間にわたり鋭意検討を重ね、ここに委員会での検討結果をとりまとめましたので、答申いたします。

医師福祉対策委員会委員

委員長 栗津 俊彦 (長崎県医師会副会長)

副委員長 上野 昇 (愛知県医師会理事)

委員 浜上 裕一 (北海道医師会常任理事)

委員 斎藤 重周 (青森県医師会常任理事)

委員 西野 弘美 (茨城県医師会常任理事)

委員 樋口 正俊 (前東京都医師会理事)

委員 青木 敏 (和歌山県医師会理事)

委員 神鳥 高世 (鳥取県医師会理事)

委員 櫻井 奏 (日本医師会参与)

委員 市川 尚 (前川越市医師会長)

平成14年12月5日逝去

目 次

はじめに	1
. 就業・就職について	3
1 . 医師資格取得から卒後臨床研修終了まで	3
2 . 卒後臨床研修終了後の進路	3
. 医師会・学会について	6
1 . 医師会について	6
2 . 学会について	7
3 . 医師会費・学会費について	8
. 医師の生涯と各種保険について	10
1 . 医師国民健康保険	10
2 . 労働保険	11
. 年金について	13
1 . 公的年金の概要	13
2 . 公的年金以外の年金の概要	14
. 税金関係について	18
1 . 所得税	18
2 . 法人税	20
3 . 相続税	20
4 . 消費税	21
5 . 住民税	23
6 . 事業税	24
7 . 固定資産税	24
8 . 不動産取得税	24

. 医業承継・ドクターバンクについて	25
1 . 開業医承継支援事業	25
2 . ドクターバンク	26
. 医師協同組合・医師信用組合について	28
1 . 医師協同組合	28
2 . 医師信用組合	29
. 女性医師の福祉問題について	31
1 . 進路の決定は慎重に	31
2 . 労働環境・労働条件の改善を図る	31
. その他：地域住民との関わりについて	33
おわりに	34

参考文献

資料

- 1 . 医師の生涯(卒業から引退、死亡まで)
- 2 . 医師国保組合における被保険者数・給付割合・保険料
- 3 . 年金制度の概要
- 4 . 医師信用組合組合員調
- 5 . 医師信用組合 [総預金・総貸出金]

はじめに

平成16年4月から医師国家試験合格後2年間の卒後臨床研修が、それまでの勸奨から必修となったことで、これまでの医師の生涯設計は、その始まりからやり直しが必要となった(医師法第16条の2第1項)。これからは、この2年間の卒後臨床研修を受けなければ、施設の管理者になることができない。したがって、基礎医学や臨床医学系の大学院に進む者も、将来施設の管理職に就く可能性があるならば、この研修を受けなければならない。最近医学部8年制が論議されているが、それが早めに実施されたと思えばよいのかもしれないが、医療界の将来に対する不確実性が増大しつつある現在では、これからは新たに医師資格を得たすべての医師は、まず2年間の卒後臨床研修を受けておくことが妥当な選択であろう(資料1)。また、日本医師会も、良質の医師を養成することが目的とされるこの研修制度の実を上げるために、都道府県医師会並びに郡市区医師会と協議・協力する必要があるであろう。

ところで我々医師は誰でも、青壮年の頃は、前途は洋々で使える時間は沢山あり、また進路の選択肢は多いと思いながら、診療に研究に、また教育に一命を懸けて頑張っている。しかし時が過ぎ中高年になると、自分に残された将来像がある程度見えてくるのである。

大学や医学教育機関は、そこに所属する医師にとって研究や教育また診療をするのには、快適な施設であるかも知れないが、その機関に所属する全ての医師の身分や権益や生活を生涯に亘って保証してはくれない。

医師過剰時代と言われ始めている現在、建前は自由業の医師といえども、働く期間は何らかの組織に所属して、自分達の身分や権益や生活の保証を自分で主張・要求していかないと、生き延びることはできないであろう。健康保険医や各種の専門医・認定医・指導医、また産業医やスポーツ医、学校医なども、常に生涯研修に努め医師としての水準を保つことが求められるのである。

国民の保健と医療と福祉を守るために、その生涯を懸けて邁進する医師の身分と権益と生活とが、晩年に至るまで保証されることは、全ての国民が安心して保健・医療・福祉を享受するためにも重要なことである。そのためにはすべての医師が、自己の生涯にわたる福祉(福利・厚生)設計を自己責任において描くことが求められている。しかし若い世代の医師達にそれを求めるのは現実的ではないかもしれない。冒頭にも記したように、若い医師達は自分達の将来がどのようなものであるのか、その全体像が掴めないままに多忙

な日々を送っている。そのため、気がついた時には方向転換のできない状況になっているのが実情である。そこで全ての医師に対して、若い時から医師会に入会して団結し、組織の力で自分達の福祉に関わる意見と権利とを、主張・要求することの重要性を提示することが必要とされる。

当委員会は会長からの諮問「医師福祉の生涯設計について検討されたい」を受けて、日本医師会の立場から日本の医師達の現在と未来とを、医師福祉の面から検討した。すなわち医師資格を取得したばかりの若い医師から働き盛りの現役の医師達、そして責務を果たしてからハッピーリタイアメントまでの生涯設計をどのように見通して描き、そしてどう軌道修正または軌道確定をすればよいのかを示すためにこの答申を作成した。

この答申が、前途洋々の若い医師達や現在就労中の医師の方々のこれからの生涯設計のお役に立つことを願っている。

・就業・就職について

1. 医師資格取得から卒後臨床研修終了まで(参考文献1)

(1) 国家試験に合格したら早く免許証の交付を受けること

無事国家試験に合格して、まず急いでやるべきことは、一日も早く医師免許証の交付を受けることである。うっかりのんびりとして交付の申請が遅れると、それだけ医籍の登録番号が遅くなり、後で公務員などになって、同じ日付で何人かが同時に着任した場合には、同じ国家試験の合格者内では医籍登録番号の若いものが上席と判断され、以後の昇任の扱いもその順番に扱われるからである。

(2) 卒後臨床研修の期間

国家試験合格後、臨床の道に進む第一歩として、新しい医師達は、2年間の臨床研修の道に進むことが平成16年度から必須となった。この2年間の卒後臨床研修は、将来進む専門臨床医学の方向性を決定するのにも大切な過程であるが、臨床研修が必修化されたことで、この2年間は自動的に強制就職ということになる。基礎医学や大学院、または行政の方面へ進む場合は、2年間の臨床研修は必要ない。しかし、医師福祉の立場からすると、臨床系大学院生で臨床に携わる場合や、いったん基礎医学の道に進んだが、長い人生の途上で最初の志と異なって、心ならずも臨床医学の方へ進まざるを得ない状況が起こった場合を想定すると、年を取って途中からの臨床研修は厳しいと思えるから、若くて元気で時間がたっぷりであるこの時期に、卒後臨床研修を受けて、臨床研修修了登録証を得ておいた方が良いと助言したい。

2. 卒後臨床研修終了後の進路

(1) 専門医の研修へ進む場合

たいていの専門医希望者は、2年間の卒後臨床研修終了後も、同じ研修病院や同格以上の研修病院で、専門医研修の道を選択するものと推定される。なお、専門医の研修期間は5年間が多いが、卒後臨床研修の2年間の専門医の研修期間に算入するのかどうかは現在のところ不透明である。

現在の我が国の医療経済の状況を考慮すると、将来、専門医の研修病院が研修医を無制限に採用することは無いと推定される。当然定員制が敷かれ、選別・選考が実施されるであろう。幸いに採用された場

合でも、選択した専門医の研修期間中はかなり低額の収入に甘んじなければならぬであろう。不幸にして採用されなかった場合には、希望と異なった専門医の研修病院を選ぶか、別の専門医の道に進むか決断を迫られることとなる。また中には、卒後臨床研修終了後に大学院や海外留学、またはかかりつけ医や基礎医学・行政への道に進む者もあるであろう。

(2) 臨床系大学院や行政職へ進む場合

臨床系大学院への進学や行政への就職も殆どの場合には2年間の卒後臨床研修終了後になるものと推定される。したがってこの場合も上記(1)と同じとしてよいであろう。

(3) 基礎医学や基礎医学系大学院に進む場合

最先端の基礎医学研究を希望する医師にとっては、2年間の卒後臨床研修は無駄な回り道と思えることもあるであろう。しかし、医師という天職は全て臨床のためにあるともいえるから、純粹基礎医学のみを究めるということはなく、全ての基礎医学研究は臨床応用のためにあると考えれば、卒後臨床研修は決して無駄な時間とはいえないであろう。2年間の卒後臨床研修終了後、安心して基礎医学の道へ邁進してもらいたいものである。

(4) 専門医資格取得(または臨床系大学院終了)後

教職・勤務医の道へ

各種学会が定めた専門医となるための研修を終了して、専門医(又は認定医)の認定試験に合格し専門医資格を取得したら、教職に就くか研究職に就くか、専門又は一般の臨床病院に就職することとなる。なかには外国の病院に留学又は就職する者もあるであろう。これまでの我が国の臨床医の就職活動は、大学の医局がかなりの実質的人事権を握ってきたが、2年間の臨床研修の必修化から、徐々に人事の交流は透明性が高まって、医師個人の實力主義の時代へと移行するであろう。またそれだけ競争が激しくなるものと推定される。

平成15年6月12日の日本経済新聞によると、名古屋大学医学部では、平成16年度から医学部の改革として、医学部医師の業務を「診療系」と「基礎系」とに分離するということである。(参考文献2)これまでのように、研究1/3・教育1/3・診療1/3とはいかなくなり、研究するなら大学院で、診療するなら病院でということになる可能性がある。具体的な業務の分担進行状況は今後の経緯を見なければ分からないが、今後他の大学病院や大病院にもこの動きが波及することが考えられ、若

い医師の進路決定にとって重大な影響を及ぼすものと思われる。さらに最近では専門医の上に超専門医(サブスペシャリティ)資格制度が論じられているが、これは専門医となった後の過程で取得できる制度であるからゆっくりと考えていけばよいであろう。

個人開業医への道

個人開業医への道は二つの方向性がある。一つはかかりつけ医・総合診療科医(プライマリーケア・フィジシャン)として初めから開業する道である。この場合は専門医研修も総合診療科(プライマリーケア・メディシン)を受けるのがよいであろう。高齢化社会到来で、これからはかかりつけ医の需要はますます増えると予測される。もう一つの道は、専門医資格を取ってから専門医として開業する道である。今までの開業医は、専門医として開業するが多かったが、医学の進歩が急速な現在、専門医としての開業は、連携診療を重視した形を取らざるを得ない。したがって、連携診療ということをよく理解していないと、自分の専門性をうまく生かす開業はできないであろう。開業する時期としては、かかりつけ医として最初から開業する場合と、専門医としてある程度活躍してから開業する場合、又は定年退職後に開業するなどのコースが想定される。いずれにせよ開業ということになると、開業に係わる各種の最新の情報の取り込みが必要であるが、これら医学・医療・医業に関する最新の情報は、医師会経由が早くて正確である。その意味でも医師会に入会して、そのメリットを活用することが開業医師の必須条件となる。

・ 医師会・学会について

1 . 医師会について

公益法人医師会の目的は、主に定款によると「医道を昂揚し、医学医術の発達普及と公衆衛生の向上を図り、もって社会の福祉を増進すること」等である。医師免許を取得した後、専ら基礎医学の研究職に就いて生涯を全うするならば、臨床医学から離れるわけで、医術や公衆衛生や社会の福祉といったことに直接は関与しない。したがって医師会とは関係がないので、あえて医師会に入会することはないであろう。しかし臨床医師として臨床の仕事をするならば、それは医学の社会的適用であり、公衆衛生の向上、社会福祉の増進と直接係わることになるので、ぜひ医師会に入会することを勧奨したい。(参考文献3)

(1) 医師会入会を勧める理由

医学の社会的応用すなわち医療を実践するための方策として

医学・医療・医業を円滑に実行するためには、医師の団体である日本医師会からの最新情報の取り込みとその影響力の活用が必要である。

医師国民健康保険に加入できる(参考文献4)

これまでの研修医の場合は、身分の保証がなく収入が低かったため医療保険に加入することは難しかった。今後2年間の卒後臨床研修の期間は、それらが保証されることになったので医療保険に加入できるが、その後の専門医になるための研修期間は、今のところ身分と収入の保証はない。そこで、身分と収入の保証がない医師の場合には、ぜひ医師会に入会し、さらに医師国民健康保険にも加入することで自己の疾病対策を立てられることを勧奨したい。

医師賠償責任保険に加入できる(参考文献5)

医療訴訟多発時代の現在、何時、賠償責任を問われることがあるか分からない。分かっていることは、請求される金額が年々増大していることである。個人では到底支払うことができない程大きな金額が、提示されることが多い。もし判決で支払いが確定した場合、延滞金は5%の利子が付くから金額はさらに増大する。産婦人科等においては、日医医師賠償責任保険の支払い限度額である1億円を超える場合があり、また、賠償責任保険に未加入の医師が事故に遭って求償された場合、日医医師賠償責任保険では、その被雇用医師の賠償責任分は支払わないため(通称「カット払い」)、それらのリスクを避けるために、

日医医賠償保険とは別途の日医医賠償特約保険が創設された。現在では医師賠償責任保険に加入しないで診療をすることは、無謀であると言わざるを得ない。

医師としての生涯学習を継続する(医療水準を保つ)のに便利である
(参考文献6)

医療の世界に対して一般社会から今一番求められているのは、「医療の透明性の確保と説明責任を果たすこと」である。これは言うは易く行うは難しであって、医学部卒業後の時間が経てば経つほど困難となってくる。これらの責任を果たすためには、生涯学習を続け、適時・適所の医療水準(セキュリティレベル)を保つようにすることである。医師に生涯学習の機会を確保提供して、医師の医学・医療・倫理・法律などの医療水準(セキュリティレベル)を保つことをサポートするのが医師会の大きな役割である。これが全ての臨床医に医師会入会を勧奨する第一目かつ最大の理由である。

医師年金に加入出来る(参考文献7)

将来の我が国の経済状況が不透明になった今、これからの老後の生活設計は、あなた任せではなく自己責任による設計が求められる。しかし自己の財政的な管理をアクティブに実行できる臨床医は少ないのが現状である。今のところは日本医師会の医師年金に加入するのが一番安全な方策と思われる。将来の財務設計は若い時から始めておかないと、青年老い易くである。詳しくは年金の項を参照されたい。

医師信用組合をはじめ金融機関からの有利な融資や医師協同組合の利用、また有利な税金関係などの情報を得ることができる。

これらについては別項にて詳述する。

2. 学会について

社団法人である学会の目的は、多くの場合定款で「この法人は**学の進歩・発展を図り、もって人間社会の福祉に貢献することを目的とする」等とされている。

(1) 専門医・認定医学会へ入会の勧め(参考文献8)

平成16年度から2年間の卒後臨床研修が必修化されたので、多分その2年間は、専門医又は認定医の学会に入会する医師は少ないと推測される。しかし2年間の卒後臨床研修が、専門医・認定医資格を取得するための研修期間に加算されるならば、早く入会しておいた方が、将来、専門医・認定医資格を取得するための研修期間の短縮に役立つこととなる。

しかし、この点は各専門医・認定医学会によって異なるようであるから、情報を集める必要がある。現在、日本医学会分科会のうち、50を越える学会が専門医・認定医制度を設けている。

(2) 日本医師会認定産業医について(参考文献9)

日本医師会認定医の一つとして、日本医師会認定産業医があるが、講習を受ければ取得することが出来るので、各種専門医の研修の途に進まれてからでも取得されることをお勧めしたい。それまで医師であれば誰でも産業医になれたが、平成8年に「労働省令で定める要件を備えた者」と法改正され、日本医師会の産業医学基礎研修修了も要件の一つとされたため、大学などの勤務医が講習を受け、日本医師会認定産業医の資格を取ったという経緯がある。

(3) 日本医師会認定健康スポーツ医について(参考文献10)

もう1つの日本医師会認定医として、日本医師会認定健康スポーツ医がある。この資格は、日本医師会が定めた講習科目に基づく健康スポーツ医学講習会を修了した医師に対して付与される。

健康スポーツ医の養成とその資質向上を通して、地域保健活動の一環である健康スポーツ医活動の推進を図ることを目的に、平成3年4月発足された制度である。近年、スポーツ人口が増加するとともに、国民の健康志向も高まっていることから、今後この健康スポーツ医の資格の重要性もより増すものと思われる。

(4) 各科医会入会について(参考文献11)

専門医の管理は各科の学会が行っている。しかし医会は臨床医団体(例:日本産婦人科医会、日本小児科医会、日本臨床内科医会、日本眼科医会など)が管理している。学会が主として医学・医療の領域を取り扱っているのに対し、医会は主として医療・医業の領域を取り扱っている。専門臨床医としては学会・医会のどちらにも入会して継続的生涯学習の便宜を享受するのがよいと思われる。

3. 医師会費・学会費について

日本医師会に入会するには、郡市区医師会または大学医師会に入会し、さらに都道府県医師会に入会しなければならない。そのためにそれらの医師会費の総計はかなりの金額となる。(例:東京都医師会員の場合、開業医:都医(A)88,800+日医(A)130,000=218,800円 勤務医:都医(B)37,200+日医(A)83,000=120,200円,都医(B)37,200+日医(B)28,000=65,200円 日医(B):日医医賠償保険未加入)

さらに複数の専門医学会に入会すると(平均5学会入会：平成13年3月東京都医師会勤務医委員会答申より)、さらに会費の負担は増える。知的専門職としての医師が適時の医療水準(セキュリティレベル)を保つために、自己責任で生涯学習をすることが求められているのであるから、これらの医師会への会費は、税法上全て損金扱い又は経費算入が認められることが望まれる。日本医師会としてその方向で、関係各方面に働きかけることを期待したい。全ての医師が日本医師会や学会に入会し、それによって医師の専門職としての医療水準(セキュリティレベル)の更新・保持・確保、および全医師会員への医師法・医療法・医療倫理などを含む各種の指導なども徹底されることになる。

・ 医師の生涯と各種保険について

1 . 医師国民健康保険(医師国保)

我が国においては国民皆保険(皆年金)の体制が整い、国民はすべて何らかの制度によって医療保険(年金保険)の対象とされている。これを大別すると職域保険と地域保険の2つに分類される。そのうち職域保険は、同職種の者同志で形成される医療保険であり、被用者保険と自営業者保険に分類される。一方地域保険は同一地域内の住所によって形成される医療保険である。(表1)

医師国家試験に合格した後、卒後臨床研修の2年間は、研修医として所属する研修病院の被用者保険へ加入することになる。臨床研修後の進路としては、基礎医学・臨床医学の大学院進学、行政を志望する者、臨床医として勤務するもの者、大学院終了後学位を取得し、認定医、専門医、指導医などの資格をとり大学教官への道を進むケース、開業、留学など多岐に亘り、やがて定年退職あるいは開業引退への道を進むことになる。この間は医療保険との関わりも身分、所属によって多様である。勤務医師の場合は、被用者保険への加入が強制されるが、開業医師は自営業者保険(医師国保)への加入がメリットが多い。また、専門医となるための研修期間中は、無給となる場合が多いので、医療保険に加入しにくい。医療保険に未加入の場合は自費診療ということでかなりの費用がかかることとなる。そこで、安心して研修に励むためにもぜひ医師会に入会し、医師国保に加入することを勧奨したい。

医師国保は、全国47都道府県にあり、加入資格・保険料・給付等に違いがあるので、確認する必要がある。(参考文献4)

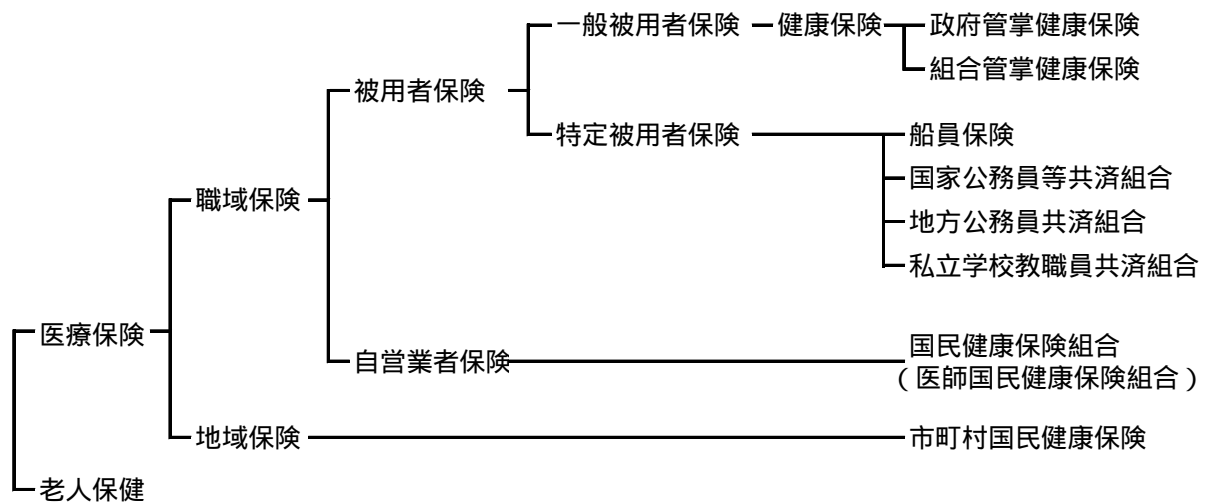
さて、医師国民健康保険組合は、組合員が被保険者であり且つ医療提供者でもあり、一方で保険者でもあるという特殊な事情があり、被保険者の理解と協力により自家診療の給付を制限している。小泉内閣の聖域なき構造改革の名のもとに医療保険制度改革の関連法案が成立し、被用者保険の給付率を7割とし、高齢者の一部負担金は原則として定率1割、一定以上の所得者は2割とするものである。また、老人医療の対象年令を70才から75才以上に5年間で段階的に引き上げ、老人医療費拠出金の公費負担の割合も5割まで引き上げられる。一方で老人医療費は、一定以上の所得者分は公費対象外となっている。以上により医師国保組合員のほとんどが一定以上の所得者に該当するため、一般の人より自己負担

額が増え、70才から74才までの前期高齢者の医療費を組合が負担することになり財政負担が増加している。

現在、医師国保組合の給付率は、47組合中8割給付を実施しているのが43組合、9割給付が2組合、7割給付が2組合である。国からの療養給付費等補助金が32%であり、普通調整補助金は、昨年1.0%に削減されている。また、健康保険被保険者適用除外申請者については13.7%に引き下げられており、組合運営に大きな影響が出ているので、従来どおりの定率に戻すよう全国国民健康保険組合協会(全協)を通じて強力に働きかける必要がある。将来医師国保組合においても被用者保険と同様7割給付への環境を整備する必要がある。さらに保険者の統合・再編も看過できない問題である。現在市町村国保の広域化や、政管健保や組合健保の調整が検討されており、国保組合の将来も予断を許さない状況下にある。医師国保組合は、会員の福祉のため同種同業者で組織した組合として、設立当初から相互扶助・相互連帯のもとに組織運営のために努力してきた経緯があり、今日の厳しい現状を克服するために日本医師会の支援協力は不可欠であり、一致団結して医師国保組合を存続発展させなければならない。(資料2)

医療保険制度

表1



2. 労働保険(参考文献12)

労働保険には労災保険と雇用保険の2種類があり、労働者を一人でも雇用した場合は、業種や事業規模の如何を問わず、加入することが義務づけられている。病院・診療所についても、従業員を1人でも常時雇用している事業主は、従業員が希望するか否かにかかわらず加入しなけれ

ばならない。したがって医師の場合には、雇用者と被雇用者とでは立場が異なる。開業医など管理者の場合は雇用者であり、勤務医の場合は被雇用者である。

これまで研修医やいわゆる無給助手などの立場の医師は、雇用契約が曖昧な場合が多く、これらの保険に未加入で勤務していることがあった。しかし、平成16年から卒後臨床研修が必修化され、制度が確立されるにしたがって、労働者としての身分が明らかになり改善されるものと思われる。

- (1) 労災保険は、事業主に代わって国がその補償を行う制度で、補償の範囲は仕事や通勤途上における「ケガ」や「病気」について、その療養に必要な給付が受けられるばかりでなく、療養のために休んでいる期間の休業補償給付が受けられる。また障害が残った場合は障害補償給付、死亡した場合は遺族に対して遺族補償給付がなされる。

一方、事業主は本来労災保険に加入できないが、労働保険事務組合に事務処理を委託した場合、事業主及び家族従業員も労災保険に特別加入できる。

- (2) 雇用保険は、被雇用者が失業した場合、その生活の安定を図るために、退職前の賃金の50%から80%が支払われる。
- (3) 労働保険料は、労災保険分が全額事業主負担、雇用保険分が事業主と従業員双方の負担である。毎年4月1日から翌年3月31日までの間(保険年度)の1年間を単位として計算され、保険年度の当初に保険料を概算額で納付し、保険年度終了後、「賃金総額」が確定し精算する。なお、保険料は、労働者に支払う1年間の賃金総額に保険料率を乗じた金額である。また、労災保険の特別加入者として承認を受けた中小事業主が支払う第一種特別加入保険料(中小事業主特別加入保険料)は、保険料算定基礎額の総額に保険料率を乗じた金額である。
- (4) 労働保険(労災、雇用(失業)保険)の加入手続き、保険料の申告・納付、雇用保険の被保険者に関する得喪失手続き等について、都道府県・郡市区医師会では、厚生労働大臣の認可を受けた労働保険事務組合を設置し、組合員の委託を受けて事務代行を行っている場合がある。例えば、愛知県では、8郡市区医師会と愛知県医師会が労働保険事務組合を設置している。

．年金について

老齢による引退、定年退職、障害・死亡によりそれまでの安定した生活は損なわれる。年金は、このようなときの所得保障の柱になるもので、その後の安定した生活を実質的に支える役割を担っている。それまでの生活様式や生活レベルをあまり変えることなく、ソフトランディングに老後の生活を迎えたいものである。

年金には、公的年金と公的年金以外の年金とがある。(参考文献13～23)

なお、年金制度とそれに対する税の取扱いについては資料3に示した。

1．公的年金の概要

公的年金は国が運営する年金で、国民年金・厚生年金及び共済年金があり、国民はいずれかの年金制度に加入することとなるが、勤務医・開業医等その立場によって対象となる年金の種類は異なる。

(1) 国民年金(国民年金法)

ア) 国民共通の年金であり、原則として日本に住所のある20才以上60才未満の者が、被保険者となり(強制加入)、第1号被保険者(自営業者・農林漁業者・学生など：開業医が該当)、第2号被保険者(厚生年金・共済年金の被保険者：勤務医が該当)及び第3号被保険者(第2号被保険者の被扶養配偶者で20才以上60才未満の者)に分類される。

イ) 給付される年金は、基礎年金(老齢基礎年金、障害基礎年金、遺族基礎年金)である。老齢基礎年金は、受給資格期間(保険料納付済期間と保険料免除期間を合算)が25年以上であれば65才から終身受給できるが、満額受給できるのは、40年間保険料が納付済みの場合。第2号及び第3号被保険者期間は納付済みに扱われるが、第1号被保険者の場合は、保険料の未納期間や免除期間があるとその分減額受給になる。

勤務医が60才未満で退職し開業する場合は、被用者年金制度の被保険者から第1号被保険者になり、国民年金の保険料を納付する義務が生じる。勤務医のときは被用者年金制度の保険料等は給与から差し引かれるため未納になることはないが、退職後は国民年金の保険料を自分自身で納付しなければならないので未納のままになり易い。未納のままでは勤務医のときから通算しても受給資格期間の25年を確保できない恐れもあり、基礎年金をはじめ厚生年金(共済年金)も受給できなくなるので、特に未納には注意したい。

なお、受給開始を64才から60才に繰り上げる(減額受給)ことも、66

才以降に繰り下げる(増額受給)こともできる。

ウ) 保険料は、第1号被保険者のみが毎月納付する。

納付困難な場合は、全額免除や半額免除の制度があり、学生には納付猶予の制度もある。

(2) 厚生年金(厚生年金保険法)

ア) 厚生年金は、その適用事業所(法人の事業所、サービス業等を除く常時5人以上の従業員を使用している事業所)に勤務している者が被保険者となる(強制加入)。一般病院の勤務医が該当。

イ) 給付される年金は、報酬比例の年金(老齢厚生年金、障害厚生年金・障害手当金、遺族厚生年金)で、国民年金に上乘せになる年金である。

老齢厚生年金は、受給資格期間が25年以上で、1年以上の被保険者期間があれば65才から終身受給できる。

ウ) 保険料は、標準報酬月額及び標準賞与額にそれぞれ保険料率を掛けて計算した額で、事業主と被保険者が半額ずつ負担する。なお、被保険者負担分は給与支払の際徴収される。

(3) 共済年金(国家公務員、地方公務員等、私立学校教職員の各共済組合法)

ア) 国家公務員や地方公共団体等の職員になったとき組合員(加入員)になる(強制加入)。国公立病院や私立大学病院の勤務医が該当。

イ) 給付される年金は、報酬比例の共済年金(退職共済年金、障害共済年金・障害一時金、遺族共済年金)で、国民年金に上乘せになる年金である。なお、掛金を含め、基本的仕組みは厚生年金とほぼ同じである。

2. 公的年金以外の年金の概要

公的年金以外の年金は、公的年金を補完する年金であり、企業(事業主又は法人)や個人の自助努力による企業年金や個人年金である。ここでは日本医師会年金をはじめ、国民年金基金や厚生年金基金の年金、中小企業退職金共済制度の分割退職金等についてみる。

(1) 日本医師会年金(日本医師会年金規程)

ア) 日本医師会が会員の老後や死亡後の遺族の生活安定などに寄与することを目的として昭和43年に創設され、加入者数・資産規模ともに私的年金として我が国最大規模である。年金資産は、信託銀行・生命保険会社等の金融機関に委託し、スケールメリットを活かした運用が行われている。公的年金のように社会全体で世代間扶養を行う仕組みの年金と異なり、加入者が掛金を積立貯蓄し、運用されたものを取り崩して年金として給付を受けるものである。

日本医師会会員は、公的年金のほかにこの日本医師会年金によって生涯設計をしている者が多いのが現状である。

- イ) 加入資格者は、日本医師会の会員で加入日現在満64才6月未満の者で、掛金は基本掛金(月額12,000円)と加算掛金(加入者が選択する月額6,000円の整数倍の金額と10万円単位の随時払いの金額)との合計額である。
- ウ) 給付は、養老年金、育英年金、傷病年金、遺族年金、遺族一時金及び脱退一時金である。

養老年金は、基本掛金に応じた基本年金と加算掛金に応じた加算年金の合計額で、加入者が65才になれば終身受給できる。なお、15年保証付きの終身年金のため受給権者が受給期間15年未満で死亡したときは、15年のうち未受給期間について、遺族に受給権者の受給額と同額の遺族年金(又は遺族一時金)が支給される。受給開始年令は65才前に繰り上げる(減額受給)ことも、66才以降に繰り下げる(増額受給)こともできる。

また、加算年金は終身年金に代えて、5年、10年又は15年の有期年金を選択することもできる。

育英年金及び傷病年金は、加算年金の原資を充当して給付する年金で、加入者の申し出のときから受給期間を、育英年金は4年、7年又は10年の期間から、傷病年金は2年、3年、4年又は5年の期間から、選択し受給(一時金も可)できる。

(2) 国民年金基金(国民年金法)

- ア) 国民年金の第1号被保険者(例えば開業医等)が基金に加入し加入員となり(任意加入)、基礎年金の上乗せになる年金である。
- イ) 自営業者などの事業や業務を単位とした「職能型国民年金基金」と住所地の都道府県を単位とした「地域型国民年金基金」とがある。

医業関係の職能型には、「日本医師・従業員国民年金基金」、「歯科医師国民年金基金」及び「日本薬剤師国民年金基金」がある。

- ウ) 基金の給付は、年金給付と遺族一時金で、年金は老齢基礎年金の受給権を取得したときから給付される。
- エ) 掛金は、加入員が将来の年金給付の年金月額に応じて選択した口数による金額(上限額68,000円(確定拠出年金の個人型年金加入者は、その掛金との合計額)がある。)である。

(3) 厚生年金基金(厚生年金保険法)

- ア) 厚生年金基金を設けている適用事業所の使用人(被保険者)が加入員になり(強制加入)、厚生年金の上乗せになる給付をする役割を担うも

のである。

イ) 基金の給付は、老齢年金給付や脱退一時金である。加入員の死亡や障害による年金・一時金の給付もできる。なお、老齢年金給付は老齢厚生年金の受給権を取得したときから給付される。

ウ) 掛金は、原則として、事業主と加入員とが半額ずつ負担し、被保険者負担分は給与支払いのとき徴収される。

(4) 中小企業退職金共済制度の分割退職金(中小企業退職金共済法)

ア) 中小企業の事業主が勤労者退職金共済機構と退職金共済契約を締結し、全額事業主の負担で掛金を納付することにより、雇用する従業員(被共済者)が退職したとき同機構が退職金を支給する制度である。

イ) 従業員(被共済者)が退職したとき退職金が支給される。ただし、その全部又は一部を分割払の方法による「分割退職金」(支給期間は5年又は10年)として支給することもできる。

(5) 適格退職年金(法人税法附則第20条)

企業(事業主又は法人)が従業員のために掛金を支払い、信託銀行及び生命保険会社に年金資産の管理運用を委託し、退職年金(一時金)の給付を行うものである。

確定給付企業年金等の制度化により平成14年3月31日までに締結されたものは平成24年3月31日までの間に、確定給付企業年金等への移行ができる必要な措置が講じられ、廃止される。

(6) 確定給付企業年金(確定給付企業年金法)

平成14年4月1日から実施可能となった制度で、厚生年金の適用事業所が、厚生年金の被保険者及び私立学校教職員共済制度の加入者を対象とし、規約型と基金型がある。規約型は、厚生労働大臣の承認を受けた労使合意の規約に基づいて運営され、基金型は、厚生労働大臣の認可を受けた年金基金を設立して運営される。(厚生年金の代行は行わない)

(7) 確定拠出年金(確定拠出年金法)

平成13年10月1日から実施可能となった制度で、企業型と個人型がある。企業型は、厚生年金の被保険者及び私立学校教職員共済制度の加入者を対象とし、厚生労働大臣の承認を受けた労使合意の規約に基づいて運営される。個人型は、国民年金の第1号被保険者及び厚生年金の被保険者を対象とし、国民年金基金連合会が厚生労働大臣の承認を受けた規約に基づき運営される。加入については基金連合会へ申し込む必要がある。

給付は、いずれも年金又は一時金である。掛金は、企業型では事業主が拠出し、個人型では加入者が基金連合会へ納付。

確定拠出年金の特色として、いずれも 加入者が自己の個人別管理資産について運用指図を行い、支給請求をして受給する。 加入者が転職したときは、転職先の資産管理機関にその者の個人別管理資産を移換できるなど年金制度の継続措置が講じられている。

・税金関係について

私たちは日常様々な公的サービスの便益を受けている。公的サービスの提供費用は、その財源の役割を税金が担っている。税金にはいろいろの種類があり、その分類を「国税と地方税」や「所得課税・資産課税等・消費課税」にしたものがある（表2）

「国税と地方税」は課税主体が国か地方公共団体かの分類であり、「所得課税・資産課税等・消費課税」は、個人・法人の所得、資産の取得・保有及び物やサービスの消費、にそれぞれ着目した分類である。また、「直接税と間接税」の分類もある。直接税は納税義務者と担税者が同じ税金、間接税は納税義務者と担税者(消費者)が異なる税金、の分類である。

医師の生涯を考える上で、現役からリタイアまで、更にそれ以降も税金との関わりは重要な要素の一つであるから十分理解しておきたい。

ここでは、主に所得税や相続税・消費税など身近な税金について、その概要をみてみる。（参考文献24～27）

表2

国税・地方税の税目（平成15年4月財務省「税の話しよう。」冊子）

	国 税	地 方 税		国 税	地方税
所得課税	所得税 法人税	個人住民税 個人事業税 法人住民税 法人事業税 道府県民税利子割	消費課税	消費税	地方消費税
				酒税	地方たばこ税
資産課税等	相続税 贈与税 地価税 登録免許税 印紙税	不動産取得税 固定資産税 都市計画税 事業所税 特別土地保有税等		たばこ税	軽油取引税
				たばこ特別税	自動車取得税
				揮発油税	ゴルフ場利用税
				航空機燃料税	入湯税
				石油ガス税	自動車税
				石油税*	軽自動車税
				自動車重量税	鉱産税
				関税	狩猟者登録税
				とん税	入猟税
				地方道路税	鉱区税
特別とん税					
電源開発促進税					

*平成15年10月1日より石油石炭税になります。

1. 所得税

(1) 所得税の仕組み

ア) 所得税は、個人の1年間の所得を総合して課税する税金である。所得は10種類(利子、配当、不動産、事業、給与、退職、譲渡、山林、一

時及び雑)に区分して、各々「総収入金額 - 必要経費」を基本にして所得金額を計算し、一定のルールに従い各種の所得金額を総合する。

イ)「総合した所得金額 - 所得控除額」の金額に税率を掛けた額から税額控除額等を差し引いた、残余の額がその者の「所得税額」になる。

なお、他の所得と分離して課税(分離課税)する所得(土地・建物の譲渡所得等)がある場合は、別途その所得の税額を計算しその税額も含めた額が「所得税額」になる。

所得控除は、医療費控除、配偶者控除、扶養控除など個人的事情の有無により担税力が異なることを考慮して、15種類の控除が設けられている。

税額控除等には、配当控除や住宅借入金等特別控除等のほか、定率減税がある。

ウ)その者の「所得税額」から源泉徴収済みの所得税額を差し引き、残余の額が「申告納税額」になる。

エ)「申告納税額」のある者は、原則として、翌年2月16日から3月15日までの間に確定申告をして納税する。給与の収入金額が2,000万円以下で他の所得が20万円以下の者は、申告不要とされている。

(2) 総収入金額と必要経費

不動産所得や事業所得の所得金額は、「総収入金額 - 必要経費」により計算する。

ア) 総収入金額は、その年に収入すべき金額の総額(未収入金や現物収入も含む。)である。医業の場合は、保険診療や自由診療の収入のほか、医業に付随する収入や医業以外にも事業収入があればその収入も含む総合計額になる。

イ) 必要経費は、売上原価など総収入金額を得るために直接必要な費用の額、販売費、一般管理費その他業務上の費用の額(償却費以外は、債務の確定したものに限る。)である。ただし、家事上の経費や家事関連費及び所得税・住民税、罰金などは、必要経費にできないことになっている。また、青色申告者の場合は、青色専従者給与や特別償却費(医療用機械等の特別償却費など)などの必要経費の特典のほか、青色申告特別控除(45万円か55万円の控除)等の優遇措置もある。

医業の必要経費には、医薬品材料費や事務用品等の消耗品代、病院等の水道光熱費、通信費、修繕費、検査等の外注費、人件費、減価償却費などになる。なお、その必要経費の計算は実額によるが、社会保険診療報酬が年5,000万円以下の場合には、概算経費率(52%~72%の

4段階)で計算できる特例があり、多くの開業医が利用している。

ウ)勤務医の給与所得の金額は「収入金額 - 給与所得控除額」で計算する。

「給与所得控除額」は、「必要経費」の性格を持つものの給与収入が同額であれば同額の控除額になる。中にはこの控除額では個人的事情が十分反映されない者も生じる。

このため、特定支出額が、「給与所得控除額」を超える場合は、一定の要件のもとでその超過分を「給与所得控除額」に加算して控除できる仕組みがとられている。

この特定支出額は、通勤費や転任に伴う転居費用、職務の遂行に直接必要な研究費、運転免許などの資格取得費用で職務遂行に直接必要なものなどの支出額である。

2. 法人税

開業医が法人成りした場合、医療法人として法人税を納付する必要がある。法人税は、各事業年度の確定した決算に基づく「所得金額」に課税する税金であり、「益金の額 - 損金の額」により計算する。法人税額は、確定申告により納税する。

3. 相続税

(1) 相続税の仕組み

ア)相続税は、相続又は遺贈により取得した財産に課税する税金である。

財産には被相続人所有の土地・建物・預貯金や債務などのほか、生命保険金や退職手当金などのみなし相続財産も含まれる。みなし相続財産となる保険金や退職手当金は、それぞれ「500万円×法定相続人の数」の額までは非課税である。

イ)相続税の計算は、次のような手順になる。

まず、相続財産から非課税財産や被相続人の債務及び葬式費用のほか、「遺産に係る基礎控除」を差し引き、残余の額(正味遺産額)を法定相続人の法定相続分に応じて相続したものとした場合の各人毎の相続税額を計算する。この各人毎の相続税額の合計額が「相続税の総額」となる。「遺産に係る基礎控除額」は、「5,000万円 + 1,000万円×法定相続人の数」の額である。

なお、相続開始前3年以内に相続人や受遺者が被相続人から贈与を受けていた場合は、その受贈財産を相続財産に加算して「相続税の総額」を計算する。

次いで、「相続税の総額」を、実際に取得した各人の正味遺産額の全

正味遺産額に対する割合で按分し、その按分した額が「各人の相続税額」になる。

「各人の相続税額」から各人の税額控除を差し引いた残余の額が、各人の「納付すべき相続税額」になる。

なお、相続人や受遺者が被相続人の一親等の血族や配偶者以外の者である場合には、さらに20%相当額を加算した額になる。

税額控除には、配偶者の相続税額の軽減、未成年者控除、障害者控除などがある。

ウ) 相続税の申告と納税は、相続の開始があったことを知った日の翌日から10ヶ月以内に被相続人の所轄税務署にする。申告する者が2人以上のときは、同じ申告書に連署した共同申告によることができる。

延納や物納は、申告期限内に申請し許可を得なければならない。

(2) 財産の評価と課税価格の計算特例

ア) 相続財産の価額は、原則として取得の時の時価である。

地上権や定期金に関する権利などは、評価方法が法定されているが、土地等や株式等は、原則として財産評価基本通達(国税庁公表)に基づいて評価されている。

イ) 申告期限内に遺産分割が行われた次の財産には、課税価格の計算特例がある。

小規模宅地等の特例..... 事業用宅地等(400㎡まで)及び居住用宅地等(240㎡まで)はその価額の80%を軽減、それ以外の宅地等(200㎡まで)はその価額の50%を軽減。なお、事業用宅地等及び居住用宅地等の適用対象面積は、平成13年度税制改正にて拡大されたものであり、医療承継税制の改善に結びついている。

特定事業用資産の特例..... 特定事業用資産を取得した個人で一定の要件を満たすものはその資産の課税価格につき、特定の取引相場のない株式(出資)についてはその価額の10%を軽減、特定の山林についてはその価額の5%を軽減する。

4. 消費税

(1) 消費税の仕組み

ア) 消費税は、日本国内で行う事業者の物品販売・貸付け、役務の提供等により受ける対価に課税する税金である。消費税の担税者(最終負担者)は消費者になる。

イ) 土地の譲渡・貸付けや保険料、社会保険医療などの取引は非課税取引とされ、消費税は課税されない。

ウ) 消費税額は、「取引価格(税抜き)」に 消費税率(4%)を掛けた額である。(注1)

事業者は、原則として課税期間中の「課税売上の消費税額」から「課税仕入の消費税額」を差し引いた額を「納付すべき消費税額」として納付しなければならない。

課税期間とは、 個人事業者の場合は1月1日から12月31日までの期間であり、 法人の場合は事業年度になる。

また、課税期間の基準期間における課税売上高(税抜き)が3,000万円以下の事業者(小規模事業者)は、消費税の納税義務が免除される(免税事業者(注2))。なお、平成16年4月1日以後開始の課税期間からは、対象となる課税売上高が1,000万円以下に引き下げられたので、課税売上である自由診療報酬が1,000万円を超える場合には、課税事業者となるから注意する必要がある。基準期間とは、 個人事業者の場合はその年の前々年、 法人の場合はその事業年度の前々事業年度になる。

(注1)消費税以外に地方消費税(消費税額の25%)があり事実上税率は5%になる。

(注2)免税事業者は、課税事業者を選択する届出書を税務署に提出し、その後の課税期間について課税事業者になることができる。

(エ) 事業者の「納付すべき消費税額」は、課税期間の終了後2ヶ月以内に確定申告をして納付(当分の間、地方消費税も消費税の申告納付に併せて申告・納付)する。

個人事業者の確定申告期限は、課税期間の翌年3月末日とされている。

(2) 仕入税額控除

非課税売上のある事業者は、「課税売上の消費税額」から控除できる「課税仕入の消費税額」は、課税売上に対応する部分の「課税仕入の消費税額」が控除(仕入税額控除)できるだけで、非課税売上に対応する部分の「課税仕入の消費税額」は控除できない。

非課税売上のある場合に控除できる仕入税額控除額の計算は、個別対応方式(課税売上と課税仕入とを個別に対応させて計算する方式)又は一括比例配分方式(課税仕入の消費税額を課税売上割合で比例配分して計算する方式)により区分計算することになる。

医業の場合は、社会保険診療が非課税とされているため仕入税額控除ができるのは、自由診療収入など課税売上に対応する部分の「課税仕入の消費税額」のみであるから個別対応方式や一括比例配分方式により仕入税額控除額を計算する必要がある。

なお、社会保険診療報酬等に対応する仕入に係る消費税額については仕入税額控除が適用されないため、医療機関が一応負担し、社会保険診療報酬等に反映して回収されることとされている。しかし、その反映も十分といえず、その一部は医療機関が負担したまま(差額負担=損税)になっている。日本医師会では、これを解消するため、従来より社会保険診療報酬に対する消費税を非課税からゼロ税率による課税制度に改めるよう要望している。

(3) 簡易課税制度

ア) 基準期間の課税売上高(税抜き)が2億円以下の事業者は、「課税期間中の課税売上高(税抜き)の消費税額」に「みなし仕入率」を掛けた額を「仕入税額控除額」にすることができる(簡易課税制度)。なお、平成16年4月1日からは、対象となる課税売上高が5,000万円以下に引き下げられたので、課税売上である自由診療報酬が5,000万円を超える場合には適用されないのに注意する必要がある。

「みなし仕入率」は、第1種事業(卸売業)の「90%」から第5種事業(運輸、不動産業、サービス業<医業>等)の「50%」まで、事業の種類別に定められている。

イ) 簡易課税制度を採用する場合には、税務署に簡易課税制度を選択する旨の届出書を提出する。この制度が適用されるのは、提出日の属する課税期間の翌課税期間からである。ただし、基準期間の課税売上高が適用要件の金額(2億円<改正後5,000万円>以下)を超える課税期間は適用されない。

5. 住民税

(1) 個人住民税

ア) 個人住民税は、道府県・市町村(東京都の場合は、都は道府県に、特別区は市町村に読み替える。以下同じ。)の住民の前年の所得等に課税する税金である。

イ) 個人住民税は、事業所得者等は普通徴収(市長村長が交付する「納税通知書」に記載された納期ごとに徴収)の方法により、給与所得者は特別徴収(給与支払者である特別徴収義務者による徴収)の方法により、納付する。

(2) 法人住民税

ア) 法人住民税は、道府県・市町村の法人に法人税額を基にして課税する税金である。医療法人もその対象となる。

イ) 法人住民税は、関係道府県に道府県民税の申告納付を、関係市町村

に市町村民税の申告納付をする。

6. 事業税

(1) 個人事業税

ア) 個人事業税は、道府県内で事業を営む個人の事業所得に対して課税する税金である。

前年分の所得税の事業所得の金額を調整した所得金額に税率を掛けた額が、その者の「事業税額」になる。

この調整には、社会保険診療に係る所得の除外(非課税)、青色事業専従者給与や白色事業専従者控除の調整、事業主控除(年290万円)の適用などがある。

イ) 事業税の申告は、原則として3月15日までであるが、前年分の所得税の確定申告者は、申告したものとみなされる。

(2) 法人事業税

ア) 法人事業税は、道府県内で事業を行う法人の所得等に対して課税する税金である。

特定の業種(電気・ガス供給業など)を除く一般の法人は、各事業年度の法人税の所得金額を調整した所得金額に税率を掛けた額がその法人の「事業税額」になる。

この調整には、社会保険診療に係る所得の除外(非課税)、繰越欠損金の損金算入の不適用などがある。

イ) 法人事業税額は、原則として、法人税の中間申告書・確定申告書等の提出期限までに関係道府県に申告納付する。

ウ) 平成16年度から資本金1億円超の法人については外形標準課税が導入され、従来の「所得割額」のほか、「付加価値割額」及び「資本割額」の合計額が「法人事業税」になる。なお、医療法人は特別法人であることから外形標準課税の対象外とされ、従前どおりの課税である。

7. 固定資産税

固定資産(土地、家屋及び償却資産の総称である。)に対して課税する税金である。原則として、固定資産の所有者として登記簿等に登記・登録されている者が納税義務者になり、普通徴収で、納期は条例で定めた日とされる。

8. 不動産取得税

不動産取得税は、不動産(土地及び家屋の総称である。)の取得に対して課税する税金である。取得者が納税義務者になり、普通徴収で、納期は条例で定めた日とされる。

・ 医業承継・ドクターバンクについて

1 . 開業医承継支援事業(参考文献28)

かかりつけ医の普及、定着が地域医療にとって必要であることはいうまでもないが、一方で、一般診療所の開業医の高齢化が年々進行していることから、診療所の承継問題が深刻化している。開業医にとって、後継者に恵まれて後を継承する場合は問題ないが、そうでない場合は、廃院か存続か選択に苦慮することとなる。

そのような際には、社会福祉・医療事業団の開業医承継支援事業が活用できる。社会福祉・医療事業団では、かねてから医業承継の斡旋事業を行っており、諸条件が合えば、売買・賃貸借により診療所を存続させることができる。一方においては、診療所を開業したい医師にとっても利用することができる。

なお、社会福祉・医療事業団は、平成15年10月1日より「独立行政法人福祉医療機構」として新たにスタートし、開業医承継支援事業等について次のような事業を行っている。

(1) 開業医承継のための情報の登録と提供

事業譲渡希望医及び開業希望医から、事業承継に関する希望条件などについて登録の申し込みを受け、条件が合致したものについて、当事者間で話し合いの機会を提供し、承継の支援を行っている。

事業譲渡希望医は、開業診療所の現況・事業譲渡の方法(売買・賃貸等)・価格等の情報登録。

開業希望医は、開業の希望地域、診療所取得の方法として購入・賃借及び開業予算等の情報登録。

手数料は、登録・情報の提供に要する料金は無料。

(2) 開業医承継のための融資制度

承継開業のために必要な資金(営業権の取得費、経費及び各所の修繕費)の融資制度が有る。

(3) 融資制度としては、医業承継以外の場合でも病院・診療所の新築・増改築等の医療貸付事業も行っている。なお、日医の働きかけで、医療経営の安定化を図るための緊急融資制度として、医療貸付融資の条件を緩和した緊急融資制度が平成15年4月25日から1年間の措置として創設された。今後もこの制度が延長されることが望まれる。

融資対象は、経営悪化状態などで資金繰りに困難を来している医療

機関およびその他でも資金繰りの必要のある場合。

融資額は、病院・介護老人保健施設は1億円以内、診療所は4,000万円以内

融資期間は、原則7年以内。償還方法は、毎月元金均等。

独立行政法人福祉医療機構（旧社会福祉医療事業団）

TEL 03 - 3438 - 9940

ホームページアドレス <http://www.wam.go.jp>

2. ドクターバンク

現在は医師過剰時代といわれ、また、医業経営が近年厳しいこともあり、医師の就職について報酬の比較的低い若い医師はそれほど困難は来さないと思われるが、中高年の医師にとっての就職は厳しい場合が出てくるものと想定される。医師の就職情報やその斡旋を希望するなら、いわゆるドクターバンクの活用もその一つの方法である。

全国アンケート調査によると、都道府県医師会等におけるドクターバンクは17ヶ所あり、ホームページへの掲載や必要に応じて医報に掲載されている。日本医師会でも都道府県医師会並びに郡市区医師会のドクターバンク情報をホームページに掲載(表3)することで、会員がそれら情報にアクセスできるようにしている。今後は、勤務医の定年退職後対策を含めて、短期代診医師、医業承継、ボランティア活動等活用できるシステムの構築をし、全国の会員が簡単にこれらの情報を検索、活用できる全国的ネットシステムができることが望まれる。

また、労働者派遣業の解禁により、医師も派遣業の分野への適用拡大がいわれている。大学の独立法人化がすすめば大学単位で派遣業務が行われることになるであろう。一方、医局、大学から離れた医師にとっては、派遣業者か医師会が派遣業務を行うシステムが必要である。

なお、求人側の医療機関にとってパートとして求める医療スタッフは、当宿直医、産休、病気及び学会出張時の一時的代務医や麻酔医の派遣依頼である。しかし、これらの派遣業務には、身分保障、医療事故等の責任のあり方が問題で、医師の派遣に関しては、業として行うよりも、斡旋紹介程度のサポートを医師会が行うことぐらいである。

この度、紹介予定派遣事業の制度が発足したこともあり、これから医師会が、いかに医師の紹介業務に関わっていくかが問われることになった。

表 3

< 日本医師会ホームページ掲載の医師会ドクターバンク >

【都道府県医師会】

宮城県医師会	新潟県医師会	石川県医師会
愛知県医師会	滋賀県医師会	島根県医師会
岡山県医師会	山口県医師会	徳島県医師会
愛媛県医師会	高知県医師会	福岡県医師会
宮崎県医師会	鹿児島県医師会	

【郡市区医師会】

福島市医師会(福島県)	神戸市東灘区医師会(兵庫県)
-------------	----------------

日本医師会ホームページアドレス <http://www.med.or.jp>

・医師協同組合・医師信用組合について

1. 医師協同組合

医師協同組合では、医師会員とその家族の福利・厚生のために事業が行われており、昭和47年10月15日にその全国組織として、全国医師協同組合連合会が設立された。現在、県単位の組合と区、市郡単位の組合を合わせて57の組合が全国に存する。公益法人である医師会が、会員の福利厚生の為とはいえ、収益事業は出来ないので有限会社を設立しているところもあるが、最近の行政指導の強化により、医師会の出資が困難となり、希望するものは誰でも出資して参加することのできる協同組合がより望ましい形として存在することとなった。

開業医ということになると、日々の診療のほかに医院の経営に携わることとなる。しかし、診療報酬の引き下げ、被用者保険本人の3割負担等近年の医業を取り巻く環境は厳しく、医療機器等の購入をはじめとしたコスト意識を持つことは医業経営上重要なことである。そこで、開業医となった場合、医業経営の合理化を図るために、医師会に入会し医師協同組合から有利な条件で医療機器等を購入することは有効である。

ところで、協同組合の活動は、購買部門と保険部門とに大別される。

購買部門は良質で安価、更には病医院経営に有利なアイデアに富む商品を紹介し提供している。この中にはX線室の線量測定商品や、フィルム、注射器等の医療機器、本や車、ホテル、レジャー施設の割引サービス、更には葬祭場の割引利用、医薬品の販売から医療廃棄物の処理に至るまで多岐にわたる。茨城県では「診療報酬点数と早見表」や「薬価基準」を取り扱っているので、診療報酬改定の年には、利益が増大する。ドクターカードとして信販会社と提携したクレジットカードは、勤務医も利用できるが伸び悩んでいる。この部門では、全国医師協同組合連合会では、日医カードに付加価値を付け、デパート、専門店、ホテル、レストラン、レジャー施設、高速道路の5～10%引き、また空港のVIPルームが利用出来るようになると提言している。日医カードが実現すれば、勤務医や非会員の目を日医に向けさせることとなるものと思われる。是非日医は、この日医カード実現に向けて、前向きに取り組んでいただきたい。もう一つ、これからの有望な商品としてORCAのハード部分を組合で取り扱うことである。

保険部門はどの組合においても収益に関しては、購買部門を大きく上

回る。医療保険は16の生命保険会社の商品が利用可能である。掛け捨てのものでグループ保険は掛け金が少なく済む。全医協連取り扱い損害保険も3社が利用できる。茨城県医師協同組合では、2社と所得保障保険30%引き制度の契約を結び、これをキャンペーンに組合員の獲得に繋げることができた。全国医師休診共済会は勤務医も利用でき、25%割引となっている。その他勤務医全体を1口として組合に加入、勤務医にも協同組合の利用を提供している組合もある。

ほとんどの組合で出資金に対して数パーセントの配当をおこなっており、出資した組合員には自分たちのものといった連帯意識が強く芽生え、医師会に対しても積極的に参加、支持する心を育成するのに役立っている。

2. 医師信用組合

厳しい金融環境の中、ペイオフ凍結が解除されたことで、取引先金融機関の選別は、開業医にとっても勤務医にとってもますます重要なこととなっている。医師信用組合は、主に医師会会員を対象に設立された金融機関であり、堅実経営を基本に会員福祉のための業務が行われている。預金をはじめ診療所や自宅の新築・改築等の融資の際にも地域の金融機関として利用できる。医師会会員であれば誰でも加入することができるので、所属府県医師会に医師信用組合があればぜひ利用したい。

昭和30～40年代にかけ高度成長期が続き、医療業界でも「医師会員の相互扶助金融の基本理念」のもとに、各都道府県医師会から信用組合設立の申請がなされ、「中小企業等協同組合法」により20組合が認可された。その後各都道府県医師会にも設立の気運が盛り上がったが、金融情勢の変化及び旧大蔵省の介入により認可されなかった。なお、1組合が地銀に併合され、残念ながら現在全国で次の19の医師信用組合が存在しているのみである。今後も会員福祉にむけて他の都道府県にも設立認可されるよう望みたい。

岩手県 山形県 埼玉県 群馬県 神奈川県 富山県 福井県 静岡県
愛知県 石川県 岐阜県 大阪府 和歌山県 兵庫県 福岡県 長崎県
熊本県 佐賀県 鹿児島県の各医師信用組合

今日までこの19組合は設立の理念に基づき堅実経営を維持しながら、預金・貸金等業績は地域信用組合にない高い成長を続けている。

現在(平成14年度決算)の19組合の業績は、次の通り、組合員数44,884名、総預金5,393億円、総貸出金1,519億円、自己資本537億円であり、

経営体力を示す公的基準の自己資本比率は19組合平均22.8%(指導基準4%)と堅実な経営力を安定的に維持してきた。(資料4、5)

バブル崩壊後、不良債権の処理を巡って金融機関の経営危機が到来し、銀行の生き残りのための競争激化と監督行政の引き締めにより、地域医療金融に対する貸し渋り、貸し剥がしも激しく、各県における医師信用組合の地域医療金融に対する存在感はますます大きくなってきている。また、医師会A・B会員の個人金融(自動車・住宅・学資等)についても、会員福祉の増進を図るための融資が浸透してきており、今後利用が急増するものと思われる。

現在、医師信用組合は都道府県の監督検査から、銀行と同じ金融庁に移管され金融マニュアルに沿った運営が求められている。金融機関として共同組織金融機能の特性を維持しながら、銀行と変わらぬ自己経営責任体制を保持し続けなければならない。

医療制度改革に伴う業界金融力強化は大きな課題であり、先述の通り設立申請が遅れたため未設立の県医師会もある。今後、全都道府県において、医師信用組合を設立することが望まれる。

・女性医師の福祉問題について(女性医師の幸せのために)

我が国全体の女性の社会進出は、世界66か国中で32番目ということであるが、将来は我が国でも、ますます女性の社会進出が増えるであろう(参考文献29)。翻って我が国の医師国家試験合格者に占める女性医師の割合は、年々増加して最近では33.8%に達し、合格率も男性の88.5%に対して94.1%と女性優位である(平成15年)。さらに臨床専門科によっては、新たな入局希望者における女性医師の割合は50%を越えてきている。たとえば日本産科婦人科学会では、この女性医師の増加(平成14年度57.9%)がかなり問題化してきている。他の業界は別としても将来、知的職業として法曹界と医療界などへの女性の進出はさらに増えるものと推定される。

1. 進路の決定は慎重に

一番知的な職業のはずなのに、臨床医の世界はまだまだ男性優位の世界であることは、今のところ誰もが認めるところである。女性医師が将来、専門医としての進路を決める場合には、自分の将来設計をしっかりと建てた上で決めてほしいものである。外見上格好いいというような安易な決め方や、現在花形だからといったような選択はしないように助言したい。(参考文献30)

2. 労働環境・労働条件の改善を図る(参考文献31)

医師の中でも、特に女性医師は看護師や教員などと比べても、労働法の世界では遅れていると認めざるを得ないのが現状である。女性医師のハンディキャップとしては、体力や結婚・妊娠・出産・育児といったものが挙げられるが、これらに対する解決法を具体的に提示して、大切な人的医療資源としての女性医師が生涯に亘って活躍し易い職場に改善し、確保することが、日本医師会の医師福祉対策として一番求められていることである。平成14年1月の本委員会の答申にもこの点が強調されている。ワークシェアリング制度による代替医師の確保や24時間保育施設の開設など、具体的な対策を行政や女性医師就業施設の管理者と検討し、実現されることを強く提言したい。(参考文献32)

平成15年6月12日の読売新聞によると(参考文献33)、厚生労働省は6月11日、医師や看護師など医療従事者を労働者派遣の対象業務とする方針を固めたということである。早ければ平成16年初めから派遣が可能となるそうであるから、妊娠・出産・育児などに直面する女性医師は、この法

律改正によって休職し易い状況が作れるものと期待される。現実には結婚しにくい女性医師が多い現状は、我が国の少子化対策の遅れを象徴しているといえよう。いずれにせよ、長期的には将来の我が国の医療は女性医師がその大半を背負う様になると予測できるから、日本医師会としても、医療資源としての女性医師の有効な活用を今から重点的に考慮することが望まれる。

・その他：地域住民との関わり

近年、医療事故や医師の不祥事が多発しており、医師を見る国民の目は厳しくなっている。更に、小泉内閣では「聖域無き構造改革」の名のもとに、前例のない診療報酬マイナス改定、患者負担増（高齢者定率負担、健保本人3割負担）による受診抑制、株式会社の医療経営への参入、混合診療の導入、保険者と医療機関の直接契約の解禁の問題など医療をめぐる環境は極めて悪化しており、このままでは国民皆保険制度の崩壊が危惧される現状にある。

これに対し、日本医師会はこれらの政府方針に反対するキャンペーンを展開し、一般国民の賛同を得るべく努力をしているがその実はあがっていない。その理由のひとつとして、日常における医師と患者の意思疎通の悪さがあるものと考えられる。患者は自らの病気を人質に取られているため立場が弱く、医師の反対署名依頼に対して十分に理解しないまま不本意ながらも同意している可能性がある。このことは、例えば国政レベルにおける選挙での「医師会からの後援会名簿は票には結びつかない」とされる事実からも伺える。また、コンピューターの急速な普及により、診療の場で患者を見ることなくパソコン画面との対話に終始する医師も見受けられ、開業医の中には職住を分離するケースもあり患者や地域住民とのふれあいの不足が懸念される。日本医師会としては、今後も国民皆保険制度を維持するために様々な運動を展開し広く国民の理解を得る必要がある。

例えば、ボランティア活動への積極的な参加もその方法である。ボランティアは何の見返りも求めず、自らすすんで行動することにより他人と交流し、支えあい学びあうことができる。その意味では、医師個人の人間性、協調性、社会性が何の無理もなく他人に理解される格好の場となり得るため、大いに参加する意義がある。各種ボランティア活動への積極的参加形態としては、講演活動等の職業発揮型の参加形態、趣味や習い事を生かした一能一芸発揮型、心意気参加型などが考えられ、地域住民と直接ふれあい、対話するよう心がけることが重要である。

おわりに

衣食住と共に必須の社会インフラ構成要素としての医療を担う医師の生涯は、これまでは医師の善意を大前提として、医師免許証の更新制はなく比較的安泰であった。しかし平成15年7月1日、厚生労働省に医師資質向上対策室が新設され、新しい医学・医療情報を自己責任において、常に取り込んでいくような意識改革をしなければ、これまで生涯保証であった医師免許も、これからは更新制となる可能性が考えられる。また、このような変革の時代に直面して、大学の医局制度の崩壊なども起こり始めている。

これからは医師一人一人にとって、生涯にわたる物心のより所は、大学や病院の医局ではなく、医師会と専門医会ではないかと予測されるのである。特に新しく免許を得て医師となる方々にとって、いままではどちらかという医師会は遠い存在であったように思われる。しかしこれからの時代は、自己の身分や医療活動の拠点としての医師会に所属しない医師は、時代と社会から取り残されていくことを、しっかりと認識して欲しいものである。

このような革新・改革の時代を迎えるに当たり、本答申が会員各位の生涯設計に大いに役立つと信じるものである。

参考文献

- 1) 模範六法(医師法第2条、5条、6条、9条、16条2~4):三省堂
- 2) 名大医学部の診療・研究分離:平成15年6月12日日本経済新聞
- 3) 日本医師会パンフレット:日本医師会
- 4) 平成15年度全医連事業運営資料:全国医師国民健康保険組合連合会
- 5) 日本医師会医師賠償責任保険(含む日医医賠償特約保険)解説:日本医師会
- 6) 日本医師会生涯教育カリキュラム平成13年版:日本医師会
日本医師会雑誌他各種生涯教育シリーズ案内書
- 7) 医師年金のおすすめ:日本医師会
- 8) 日本医学会分科会一覧:日本医学会
- 9) 認定産業医の手引(平成9年4月):日本医師会
- 10) 認定健康スポーツ医制度の手引(平成8年9月):日本医師会
- 11) 産婦人科医師と生涯研修:日本産婦人科医会
- 12) 診療所労務管理の手引:東京都医師会
- 13) 社会保険制度の概要(年金基礎知識)、国民年金ここがポイント、平成15年度の公的年金の物価スライドについて:社会保険庁HP
- 14) 公的年金制度に関する考え方(第2版):厚生労働省HP
- 15) 平成14年度改正税法のすべて:大蔵財務協会
- 16) 日本医師会年金規程:日本医師会
- 17) 国民年金基金の解説:社会保険研究所
- 18) 確定拠出年金と確定給付企業年金の基礎の基礎:日本法令 年金問題研究会
- 19) 保険・年金ハンドブック:かんき出版 原知徳著
- 20) 年金のすべてがたのしくわかる:かんき出版 福岡通年著
- 21) 年金の教室:PHP新書 高山憲之著
- 22) 中小企業のための企業年金(執筆者佐藤博樹氏):税経通信7~10月号所載
- 23) 平15.4.18基礎小27-1(年金課税の概要):政府税制調査会基礎問題小委員会資料
- 24) 平成12年7月わが国税制の現状と課題 - 21世紀に向けた国民の参加と選択 -
平成15年6月少子・高齢化社会における税制のあり方:政府税制調査会
- 25) 実務税法六法(関係法令):新日本法規
- 26) 税務便覧(平成14年8月現在):税務経理協会
- 27) 税務会計学辞典:中央経済社版 吉牟田勲、成道秀雄編著
- 28) 開業医承継支援事業のご案内:社会福祉・医療事業団
- 29) 2003年版「男女共同参画白書」:平成15年6月13日読売新聞
- 30) 21世紀における医師福祉事業の在り方について:日本医師会医師福祉対策委員会答申
(平成14年度)
- 31) 六法全書(労働基準法第6章の二):新日本法規
- 32) 産婦人科勤務医の「再就職」に関するアンケート調査:日本産婦人科医会(平成15年1月)
- 33) 医師も人材派遣対象:平成15年6月12日読売新聞

- 資 料 -

- 1 . 医師の生涯(卒業から引退、死亡まで)
- 2 . 医師国保組合における被保険者数・給付割合・保険料
- 3 . 年金制度の概要
- 4 . 医師信用組合組合員調
- 5 . 医師信用組合 [総預金・総貸出金]

医師の生涯（卒業から引退、死亡まで）

目安年齢	(出来事)	(身分)	(生活保証・保険等)	(摘要)
24	卒業（医師免許取得・保険医資格取得） 卒後臨床研修（必修）開始	研修医	研修手当（有給） 被用者保険（政管健保、共済組合等） 被用者年金（厚生年金、共済年金等） 医賠償保険	医師会入会
26	卒後臨床研修（必修）終了 認定医・専門医研修開始 大学院入学（基礎・臨床） 病院へ就職する 開業する（法人・個人）	研修医・勤務医 勤務医 開業医	無給・有給、医師国保、国民年金、医賠償保険 無給 被用者保険、被用者年金、医賠償保険、医師年金 医師国保、被用者保険、国民年金、被用者年金 医賠償保険、医賠償特約保険、医師年金	学会入会、医師会入会 医師会入会 医師会入会
	行政に進む 留学する 大学院終了（学位取得）	公務員	共済組合、共済年金	
30	認定医・専門医資格取得 留学する		医賠償保険継続	
40	大学で教職に就く 海外で就職する 病院へ就職する 開業する（法人・個人）	講師・助教授・教授 開業医・勤務医 勤務医 開業医	有給、被用者保険（共済）、共済年金 被用者保険、被用者年金、医賠償保険、医師年金 医師国保、被用者保険、国民年金、被用者年金 医賠償保険、医賠償特約保険、医師年金、国民年金基金	医師会入会 医師会入会、医師協同組合・ 医師信用組合利用
60	勤務医定年退職（大学・病院） 嘱託勤務・パート勤務 遅い開業		退職金、被用者年金・医師年金の受給 市町村国保・医師国保、医賠償保険継続 医賠償保険 医賠償保険	
70	各種専門職定年（産業医・学校医等） 開業医引退 閉院 死亡		国民年金・医師年金受給、医賠償保険継続 生命保険、遺族年金	医業承継 生前贈与、諸手続 死亡に伴う諸手続、相続問題

医師国保組合における被保険者数・給付割合・保険料（「平成15年度全医連事業運営資料」より）

組合名	被保険者数				被保険者の内訳					療養の給付割合				
	総数	世帯 人員	老健 対象者	介護 第2号	組合員	家族	1世帯 当	従業員	1世帯 当	組合員	家族 入院	家族 入院外	従業員 入院	従業員 入院外
東京	37,800	3.6	5,680	11,666	10,500	17,000	1.6	10,300	1.0	7	7	7	7	7
大阪	30,502	4.0	3,959	9,502	7,545	14,198	1.9	8,759	1.2	8	8	8	8	8
兵庫	19,575	4.2	2,571	7,057	4,703	9,422	2.0	5,450	1.2	8	8	7	8	8
愛知	19,317	4.7	2,300	6,504	4,090	8,799	2.2	6,428	1.6	8	8	8	8	8
福岡	15,367	4.0	2,313	5,348	3,858	8,238	2.1	3,271	0.8	8	7	7	8	8
神奈川	14,700	3.8	2,210	5,140	3,840	7,230	1.9	3,630	0.9	8	8	8	8	8
埼玉	12,720	4.6	1,510	4,492	2,780	5,560	2.0	4,380	1.6	8	8	8	8	8
広島	10,989	3.9	1,343	3,903	2,792	5,234	1.9	2,963	1.1	8	8	8	8	8
千葉	10,121	4.3	1,150	3,710	2,363	4,670	2.0	3,088	1.3	8	8	8	8	8
北海道	9,110	3.1	1,697	3,117	2,960	5,610	1.9	540	0.2	9	9	7	9	7
静岡	8,550	3.9	1,254	2,861	2,200	4,360	2.0	1,990	0.9	9	8	8	8	8
京都	8,164	4.1	1,233	2,980	2,013	3,771	1.9	2,380	1.2	8	8	7	8	8
岐阜	7,865	6.7	712	2,487	1,170	2,955	2.5	3,740	3.2	8	8	8	8	8
宮城	6,874	3.7	940	2,141	1,844	2,822	1.5	2,208	1.2	8	7	7	8	8
群馬	6,485	4.9	809	2,143	1,325	2,600	2.0	2,560	1.9	8	8	8	8	8
三重	6,380	4.9	610	2,112	1,290	2,810	2.2	2,280	1.8	9	8	8	9	9
新潟	6,088	4.0	948	2,152	1,530	2,811	1.8	1,747	1.1	8	8	7	8	8
長野	5,680	4.5	875	2,030	1,273	2,726	2.1	1,681	1.3	8	8	8	8	8
岡山	5,304	4.0	729	1,900	1,315	2,710	2.1	1,279	1.0	8	8	8	8	8
茨城	5,260	4.4	680	1,756	1,200	2,455	2.0	1,605	1.3	8	8	8	8	8
山口	5,250	4.3	735	1,858	1,211	2,497	2.1	1,542	1.3	7	7	7	7	7
奈良	4,651	3.9	514	1,415	1,197	2,184	1.8	1,270	1.1	8	8	8	8	8
長崎	4,645	3.4	597	1,537	1,372	2,698	2.0	575	0.4	8	8	8	8	8
栃木	4,578	4.3	564	1,568	1,064	2,178	2.0	1,336	1.3	9	8	8	9	9
熊本	4,553	3.3	779	1,482	1,364	2,727	2.0	462	0.3	8	8	8	8	8
大分	4,519	5.2	545	1,496	868	1,947	2.2	1,704	2.0	8	8	8	8	8
愛媛	3,903	3.3	731	1,381	1,197	2,549	2.1	157	0.1	8	8	8	8	8
山形	3,901	4.7	446	927	824	2,712	3.3	365	0.4	8	8	7	8	7
鹿児島	3,689	3.2	673	1,280	1,147	2,280	2.0	262	0.2	9	8	8	9	9
滋賀	3,580	4.4	415	1,162	815	1,717	2.1	1,048	1.3	8	8	8	8	8
岩手	3,514	3.5	477	1,002	1,006	1,704	1.7	804	0.8	8	8	8	8	8
和歌山	3,507	4.0	549	1,174	879	2,098	2.4	530	0.6	8	8	8	8	8
福島	3,425	2.9	553	1,211	1,178	2,241	1.9	6	0.0	9	8	8	9	9
石川	3,170	4.2	495	1,089	760	1,690	2.2	720	0.9	8	8	8	8	8
島根	2,638	4.6	364	975	578	1,201	2.1	859	1.5	8	8	7	8	8
佐賀	2,570	3.6	430	824	706	1,537	2.2	327	0.5	8	8	7	8	8
青森	2,470	3.2	452	842	767	1,703	2.2	0	0.0	8	8	8	8	8
山梨	2,449	4.9	316	772	501	1,018	2.0	930	1.9	8	8	8	8	8
香川	2,413	3.2	416	861	752	1,535	2.0	126	0.2	8	8	8	8	8
秋田	2,389	3.6	350	835	662	1,224	1.8	503	0.8	8	8	8	8	8
宮崎	2,236	3.0	351	717	738	1,496	2.0	2	0.0	8	8	8	8	8
徳島	2,228	3.2	408	801	707	1,404	2.0	117	0.2	8	8	8	8	8
富山	2,207	2.9	483	713	763	1,444	1.9	0	0.0	9	8	8		
福井	1,897	4.0	307	670	472	1,126	2.4	299	0.6	8	8	8	8	8
鳥取	1,830	3.6	280	603	511	1,023	2.0	296	0.6	8	7	7	8	8
沖縄	1,760	3.5	150	600	500	1,140	2.3	120	0.2	8	7	7	8	8
高知	1,510	2.8	341	506	544	928	1.7	38	0.1	8	8	8	8	8
全国	332,333	4.0	46,244	111,302	83,674	163,982	2.0	84,677	1.0					
前年	323,762	3.9	47,263	108,899	82,525	160,637	1.9	80,600	1.0					

平成15年10月より療養の給付割合に一部変更あり(例・北海道・静岡・三重・栃木・富山:組合員等8割)

組合名	月額医療保険料					1世帯当たり保険料年額		1人当たり 保険料年額	月額介護保険料				
	組 合 員			家 族	従 業 員	従業者とその 家族分を含む	従業者とその 家族分を除く		組 合 員			家 族	従 業 員
	平等割	所得割	計						平等割	所得割	計		
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
東京	15,000	0	15,000	5,000	7,000	387,041	282,104	107,511	2,000	0	2,000	2,000	2,000
大阪	17,500	0	17,500	8,000	9,500	546,632	379,646	135,215	2,200	0	2,200	2,200	2,200
兵庫	15,000	0	15,000	7,500	9,000	515,549	362,672	123,863	2,000	0	2,000	2,000	2,000
愛知	15,000	0	15,000	組家 8,500 准家 6,500	8,000	586,788	415,458	124,114	2,200	0	2,200	2,200	2,200
福岡	20,000	0	20,000	7,000	11,000	564,700	431,189	141,772	2,000	0	2,000	2,000	2,000
神奈川	8,500	10,620	19,120	6,000	10,000	511,579	388,849	133,637	2,000	0	2,000	2,000	2,000
埼玉	20,000	0	20,000	8,000	9,500	609,035	419,361	133,096	900	0	900	400	500
広島	16,000	0	16,000	8,000	11,000	546,804	389,287	138,928	2,000	0	2,000	2,000	2,000
千葉	15,000	0	15,000	5,000	9,000	477,396	322,373	111,460	2,000	0	2,000	2,000	2,000
北海道	4,100	22,162	26,262	5,000	5,000	467,492	342,829	151,896	2,170	0	2,170	2,170	2,170
静岡	9,000	13,764	22,764	6,000	8,500	542,940	450,677	139,704	2,100	0	2,100	2,100	2,100
京都	26,000	0	26,000	5,500	8,000	544,593	406,250	134,280	2,000	0	2,000	2,000	2,000
岐阜	12,000	1,432	13,432	7,000	10,000	811,477	356,697	120,716	2,300	0	2,300	2,300	2,300
宮城	16,500	2,394	18,894	6,000	6,500	461,002	338,868	123,667	2,100	0	2,100	2,100	2,100
群馬	16,500	0	16,500	6,500	6,500	528,871	348,717	108,058	2,000	0	2,000	2,000	2,000
三重	6,000	14,219	20,219	5,500	7,000	582,573	422,852	117,793	2,300	0	2,300	2,300	2,300
新潟	13,000	9,465	22,465	4,500	7,500	513,765	386,914	129,116	2,800	0	2,800	2,200	2,500
長野	6,800	8,100	14,900	5,700	8,000	496,068	369,299	111,179	2,300	0	2,300	2,300	2,300
岡山	7,500	14,151	21,651	6,500	9,000	563,081	448,592	139,602	2,100	0	2,100	2,100	2,100
茨城	8,000	14,580	22,580	4,000	7,500	535,180	397,238	122,094	2,500	3,050	5,550	1,500	2,000
山口	13,000	0	13,000	6,000	7,000	442,248	315,282	102,012	2,500	0	2,500	1,500	1,500
奈良	17,000	515	17,515	6,800	8,500	491,976	356,580	126,617	2,000	0	2,000	2,000	2,000
長崎	0	23,807	23,807	7,000	8,000	511,133	465,926	150,974	2,000	0	2,000	1,100	1,100
栃木	14,500	12,600	27,100	3,000	7,000	510,857	392,901	118,731	2,520	1,580	4,100	520	1,220
熊本	6,000	21,778	27,778	6,000	8,000	530,661	491,775	158,977	1,600	0	1,600	1,600	1,600
大分	7,000	30,000	37,000	組家 3,500 准家 1,000	7,000	741,361	560,268	142,399	2,000	0	2,000	2,000	2,000
愛媛	5,000	16,270	21,270	4,000	4,000	392,825	386,530	120,475	2,100	0	2,100	2,100	2,100
山形	6,600	17,571	24,171	3,300	3,500	411,556	391,558	86,932	2,100	0	2,100	2,100	2,100
鹿児島	7,000	15,600	22,600	5,500	6,500	443,766	295,031	137,978	1,800	0	1,800	1,800	1,800
滋賀	13,000	0	13,000	6,000	6,000	440,334	334,793	100,244	2,200	0	2,200	2,200	2,200
岩手	20,000	2,910	22,910	7,000	7,000	491,525	413,423	140,715	2,300	0	2,300	2,300	2,300
和歌山	15,000	0	15,000	6,000	9,000	439,135	365,188	110,066	2,000	0	2,000	2,000	2,000
福島	3,200	16,766	19,966	3,200	5,500	339,508	339,172	116,771	2,150	0	2,150	2,150	2,150
石川	9,000	11,316	20,316	8,000	8,000	586,264	489,633	140,556	2,300	0	2,300	2,300	2,300
島根	3,500	25,299	28,799	2,000	4,500	527,460	445,007	115,569	2,500	0	2,500	2,500	2,500
佐賀	8,000	14,300	22,300	4,500	5,000	441,365	296,014	121,247	2,200	0	2,200	2,200	2,200
青森	19,000	0	19,000	3,000	3,000	334,140	334,140	103,759	2,000	0	2,000	2,000	2,000
山梨	12,000	0	12,000	8,500	9,000	586,868	366,030	120,058	1,900	0	1,900	1,900	1,900
香川	16,811	1,000	17,811	4,000	6,000	347,279	333,678	108,228	2,100	0	2,100	2,100	2,100
秋田	10,000	11,776	21,776	5,000	6,800	466,041	398,964	129,141	2,100	0	2,100	2,100	2,100
宮崎	5,000	23,000	28,000	3,500	3,500	429,541	429,486	141,771	1,800	0	1,800	1,800	1,800
徳島	5,000	18,918	23,918	5,000	5,000	428,641	418,372	136,018	2,100	0	2,100	2,100	2,100
富山	6,000	13,332	19,332	5,500		379,316	379,316	131,136	2,000	0	2,000	2,000	-
福井	6,500	9,784	16,284	6,500	8,000	479,775	405,127	119,375	2,200	0	2,200	2,200	2,200
鳥取	A 3,000 B 8,000	18,667	19,422	5,500	7,500	445,789	383,628	124,480	2,000	0	2,000	2,000	2,000
沖縄	24,000	0	24,000	6,000	7,000	504,004	477,936	143,183	2,200	0	2,200	2,200	2,200
高知	0	20,603	20,603	5,500	5,500	387,070	380,882	139,448	2,000	0	2,000	2,000	2,000
平均	-	-	20,361	5,561	7,091	496,221	389,500	126,267	-	-	2,187	1,971	1,963
前年	-	-	20,496	5,585	6,928	494,445	387,652	126,031	-	-	1,956	1,749	1,739

年金制度の概要

区分	公的年金			日本医師会年金	国民年金基金	厚生年金基金
	国民年金	厚生年金	共済年金			
1 被保険者	20～60才未満の 全国民(注1)	厚生年金保険の適 用事業所の70才 未満の従業員	国・地方公務員等・私立 学校教職員の各共済組 合の組合員・加入員	日本医師会会員	国民年金の第1号 被保険者の加入員	厚生年金基金を設 けている会社等の 被保険者等
2 給付 (1)年金 (2)一時金	老齢基礎年金 障害基礎年金 遺族基礎年金	老齢厚生年金 障害厚生年金 遺族厚生年金	退職共済年金 障害共済年金 遺族共済年金	養老年金 (育英年金・傷病年金) 遺族年金	老齢年金	老齢年金 (死亡・障害の年金)
	-	障害手当金	障害一時金	脱退・清算一時金 遺族一時金	- 遺族一時金	脱退一時金 (死亡・障害の一時金)
3 掛金 (1)被保険者の 負担割合と 適用になる保険料控除 (2)事業主の負担割合 と給与課税	第1号被保険者のみ 100% 社会保険料控除	50% 社会保険料控除	50% 社会保険料控除	100% -	100% 社会保険料控除	50% 社会保険料控除
	-	50% 給与とされない。	国等が50% 給与とされない。	-	-	50% 給与とされない。
4 年金課税 (1)老齢年金の所得 イ 公的年金等控 除の適用の有無 □ 所得計算 (2)障害年金・遺族年金 (3)一時金 イ 脱退・退職・清算 の所得 * 所得の計算 □ 死亡・障害・遺族	雑所得 有 (給付額 - 公的年金 等控除額) 非課税	雑所得 有 (給付額 - 公的年金 等控除額) 非課税	雑所得 有 (給付額 - 公的年金 等控除額) 非課税	雑所得 無 (給付額 - 掛金相当額) 雑所得 一時所得 * (給付額 - 掛金総額) - 特別控除50万円	雑所得 有 (給付額 - 公的年金 等控除額) -	雑所得 有 (給付額 - 公的年金 等控除額) 非課税 A) 退職で脱退:退職所得 * {(給付額 - 本人負担 の掛金総額) - 退職 所得控除額} × 1/2 B) A)以外脱退:一時所得 * (給付額 - 本人負担の 掛金総額) - 特別控除 50万円
	-	非課税	非課税	遺族一時金・遺族年金受 給権:相続税の課税対象	非課税	非課税

(注1) 第1号被保険者(自営業者など)、第2号被保険者(会社員・公務員)、第3号被保険者(第2号被保険者の20～60才未満の被扶養配偶者)の3区分あり。

区分	中小企業 退職金共済	適格退職年金	確定給付企業年金		個人年金保険	
			規約型・基金型企業年金	確定拠出年金 企業型年金 個人型年金		
1 被保険者	共済制度採用の 事業所の従業員	適格退職年金 制度採用企業の 従業員	厚生年金保険の被保 険者、私立学校教職 員共済組合の加入者	60才未満の厚生年金 保険の被保険者及び 私立学校教職員共済 組合の加入者	国民年金の第1号 被保険者等(注2)	本人
2 給付 (1)年金 (2)一時金	分割退職金 退職金 死亡退職金	退職年金 退職一時金	老齢給付金の年金 〔 障害給付金の年金 遺族給付金の年金 〕 脱退一時金 老齢給付の一時金 〔 障害給付金の一時金 遺族給付金の一時金 〕	老齢給付金の年金 (障害給付金の年金) (脱退一時金) 老齢給付の一時金 死亡一時金 (障害給付金の一時金)	老齢給付金の年金 (障害給付金の年金) (脱退一時金) 老齢給付の一時金 死亡一時金 (障害給付金の一時金)	個人年金 一時金
3 掛金 (1)被保険者の 負担割合と 適用になる保険料控除 (2)事業主負担割合 と給与課税	- - 100% 給与とされない。	事業主負担の一部可 生命保険料控除 原則100% 給与とされない。	事業主負担の一部可 生命保険料控除 原則100% 給与とされない。	- - 100% 給与とされない。	100% 小規模企業共済 等掛金控除 -	100% 生命保険料控除 -
4 年金課税 (1)老齢年金の所得 イ 公的年金等控 除の適用の有無 □ 所得計算 (2)障害年金・遺族年金 (3)一時金 イ 脱退・退職・清算 の所得 * 所得計算 □ 死亡・障害・遺族	雑所得 有 (給付額 - 公的年金 等控除額) 退職所得 * (給付額 - 退職 所得控除額) × 1/2 非課税 *死亡退職金は、 相続税の課税対象	雑所得 有 (給付額 - 本人負担 の掛金相当額 - 公的年金等控除額) - 退職所得 * {(給付額 - 本人 負担の掛金総額) - 退職所得控除 額} × 1/2 -	雑所得 有 (給付額 - 本人負担 の掛金相当額 - 公的年金等控除額) 非課税 A) 脱退・老齢(退職に よるもの):退職所得 *は左欄に同じ。 B) A)以外:一時所得 * (給付額 - 本人負担 の掛金総額) - 特別控除50万円 非課税 *遺族(年金・一時金) :相続税の課税対象	雑所得 有 (給付額 - 公的年金 等控除額) 非課税 A) 老齢(一時金): 退職所得 * {(給付額 - 退職 所得控除額)} × 1/2 B) (脱退):一時所得 * (給付額 - 特別 控除50万円 非課税 *死亡一時金:相続税 の課税対象	雑所得 無 (給付額 - 掛金相当額) - 一時所得 * (給付額 - 掛金総額) - 特別控除50万円 非課税 *死亡一時金:相続税 の課税対象	

(注2) 国民年金の第1号被保険者及び厚生年金保険の被保険者で60才未満の者(企業型年金加入者・厚生年金基金の加入者などの企業年金等対象者を除く。)

医師信用組合組合員調

(平成15年3月31日現在)

組合名	組合員 総数 名	A 会員数(a) 名	B 会員数 名	その他 組合員数 名	県医師会(b) A会員総員数 名	加入率 (a) / (b) %
岩手県	1,229	618	315	296	726	85.12
山形県	574	416	91	67	707	58.84
群馬県	1,157	870	104	183	1,314	66.21
埼玉県	2,856	2,273	173	410	3,180	71.48
神奈川県	3,425	3,048	73	304	4,846	62.90
静岡県	2,362	1,493	203	666	2,104	71.00
富山県	1,030	740	217	73	783	95.50
石川県	1,197	675	108	414	821	82.21
福井県	932	371	72	489	479	77.45
愛知県	3,718	2,638	712	368	4,118	64.06
岐阜県	1,569	1,226	161	182	1,288	95.19
大阪府	5,089	4,183	450	456	7,632	54.81
兵庫県	4,333	3,211	348	774	4,519	71.06
和歌山県	1,159	796	111	252	986	80.73
福岡県	4,760	3,470	647	643	3,582	96.87
佐賀県	1,400	674	121	605	674	100.00
長崎県	2,233	1,143	570	520	1,294	88.33
熊本県	2,618	1,177	335	1,106	1,393	84.47
鹿児島県	3,243	1,132	1,220	891	1,217	93.02
合計	44,884	30,154	6,031	8,699	41,663	72.37

医師信用組合

[総預金]

(平成15年3月31日現在) [単位:百万円]

[総貸出金]

[単位:百万円]

(平成15年3月31日現在)

[単位:百万円]

組合名	総預金		医師会関係預金		一般預金		総貸出金		医師会関係貸出金		一般貸出金		預貸率 (%)	自己 資本計	医療事業団 代理貸付
	口数	金額	口数	金額	口数	金額	口数	金額	口数	金額	口数	金額			
岩手県	5,874	17,796	170	1,200	5,704	16,576	409	6,565	0	0	409	6,565	36.9	1,675	0
山形県	3,967	5,501	49	830	3,918	4,671	135	1,191	0	0	135	1,191	21.6	508	0
群馬県	4,168	10,912	204	1,749	3,964	9,163	364	2,238	1	36	363	2,202	20.5	1,397	68
埼玉県	8,913	37,987	255	5,242	8,658	32,745	524	8,378	8	554	516	7,824	22.1	2,409	600
神奈川県	25,010	78,010	568	7,964	24,442	70,046	713	20,453	3	18	710	20,435	26.2	6,741	294
静岡県	10,308	36,797	403	5,788	9,905	31,009	587	6,622	4	174	583	6,448	18.0	4,674	0
富山県	5,041	15,253	238	3,291	4,803	11,962	411	1,877	0	0	411	1,877	12.3	2,880	28
石川県	6,329	14,504	253	1,541	6,076	12,963	511	3,971	1	10	510	3,961	27.4	1,459	467
福井県	4,344	13,925	232	1,391	4,112	12,533	124	1,388	5	572	119	816	10.0	2,575	31
愛知県	12,956	46,307	165	2,227	12,791	44,080	664	10,288	1	65	663	10,223	32.2	7,706	139
岐阜県	5,374	19,581	412	3,135	4,962	16,445	182	1,420	0	0	182	1,420	7.3	2,856	0
大阪府	16,061	55,556	1,060	13,036	15,001	42,520	1,151	29,611	6	192	1,145	29,419	53.3	4,705	0
兵庫県	25,525	50,781	1,067	6,263	24,458	44,518	1,035	15,489	2	261	1,033	15,228	30.5	3,563	119
和歌山県	7,579	15,049	161	3,201	7,418	11,847	300	3,639	1	106	299	3,532	24.2	1,264	19
福岡県	9,540	34,828	263	4,061	9,277	30,767	1,924	7,229	18	868	1,906	6,361	20.8	2,406	128
佐賀県	7,844	22,559	295	2,866	7,549	19,693	737	6,839	4	134	733	6,705	30.3	1,720	2,165
長崎県	8,376	28,930	168	3,676	8,208	25,254	1,307	8,683	5	123	1,302	8,560	30.0	2,083	3,537
熊本県	3,863	12,120	160	2,013	3,703	10,107	367	2,194	4	203	363	1,991	18.1	956	0
鹿児島県	13,457	22,981	237	2,920	13,220	20,061	1,550	13,838	46	1,504	1,504	12,339	60.2	2,184	1,634
合計	184,529	539,357	6,360	72,394	178,169	466,960	12,995	151,913	109	4,820	12,886	146,992	28.1	53,761	9,219