

「保険でより良い歯科医療で 健康増進社会」へ



*Health of
teeth*

お口は人間の健康と生活の基本です。

口腔内の細かなケアを行うことで、糖尿病の管理をはじめ

誤嚥性肺炎、脳梗塞や高血圧症、動脈硬化、歯性感染症、認知症の予防など、

全身の健康にとって歯科医療の役割が、ますます重要となっています。



はじめに

わが国では、歯科医療は憲法25条「生存権」に基づく「社会保障」として、「いつでも、どこでも、誰もが、お金の心配なく、必要な医療が受けられる」という「国民皆保険制度」の理念に基づき、全年齢層での補てつ治療（義歯や被せ物で補う治療）を含めて保険診療が受けられます。

その結果、わが国の65歳以上の無歯顎者率（歯が1本もない人の割合）は低く、世界的にもトップレベルにあります。

しかしながら、「窓口負担が高すぎる」「保険がきかない治療が多い」「保険

料を払えず保険証がない」などの理由で歯科受診を手控える傾向が顕著になっており、国民皆保険制度の利点であるはずの「フリーアクセス」が阻害され、経済格差が「歯の健康格差」を引き起こしています。

供給面では、政府の医療費抑制策による、4期連続マイナス改定などの低歯科診療報酬で多くの歯科医療従事者に犠牲と負担が強いられ、「歯科医療危機」と言われる事態が進行しています。

今日の「歯科医療危機」の背景は何か、患者・国民の健康増進を高める上で、歯科医療に求められていることは何か、みなさんと一緒に考えていきましょう。

「経済格差」が、 「歯の健康格差」へ

未曾有のわが国の経済危機のもとで、雇用情勢も悪化し経済格差も広がり、生活不安や貧困の問題が深刻化し、その影響は、患者の受診抑制にも及んでいます。歯科での受診抑制は、医科よりも進行しています。

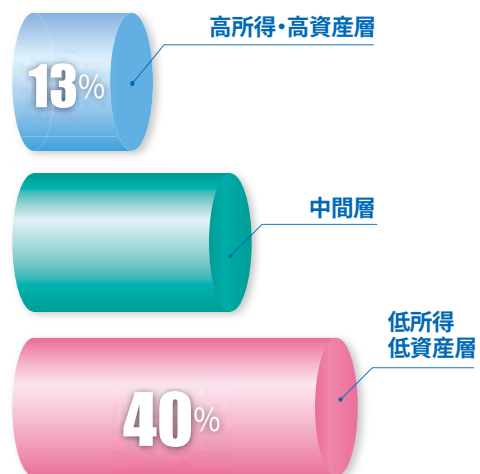
とくに経済力の弱い人には、受診抑制が著しいのです。民間調査によれば、「過去12カ月以内に、費用がかかるという理由で歯科受診を控えた」と答えた人の割合は、低所得・低資産層では40%にのぼっています（図1-1）。また、歯科診療費は家計所得による支出額に極端な差があり、最も所得の高い層と最も低い層との差は5倍も開きがあります（図1-2）。

経済格差が「健康格差」を引き起こし、「歯の健康格差」を生み出していることが、歯科医療専門誌等でも指摘されるほど、深刻化しています。

このように、受診したくても、経済的理由で受診できない状況の中で、以前にも増して

「口腔崩壊」ともいわれる事態が急速に進行しています（写真参照）。

図1-1／歯の治療が必要だったが、
歯科医に行かなかったことがある
所得に比例していなくなる

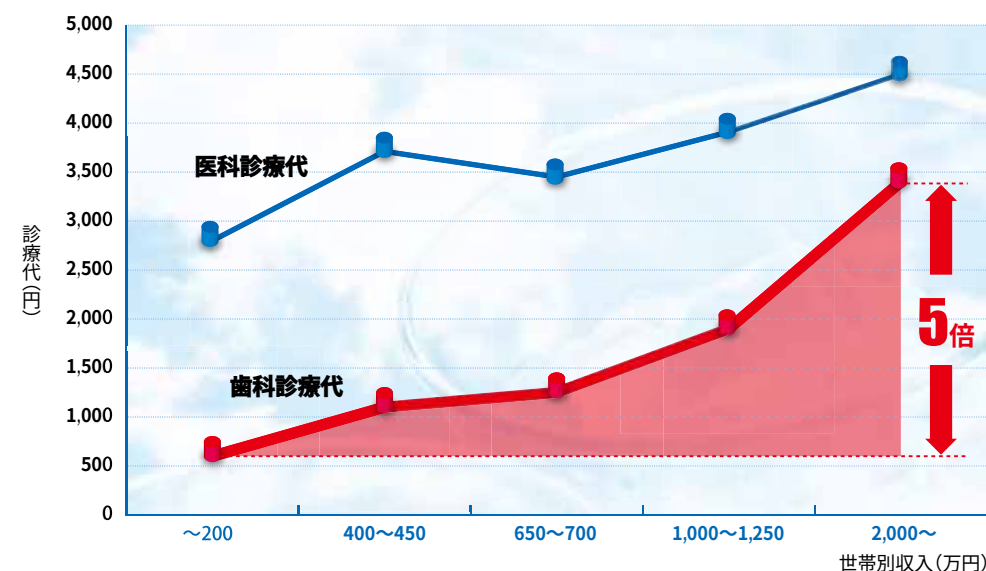


低所得・低資産層（年間世帯収入300万円未満かつ純金融資産300万円未満）が4割も

出典：日本医療政策機構「日本の医療に関する2007年世論調査報告」

図1-2／収入階層別医科・歯科診療代

出典：2004年「全国消費実態調査報告」をもとに作成



経済事情から放置して治療せず、
エナメル上皮腫が悪化した事例

40代男性・無職 友人宅に間借り生活

下顎左側に「こぶし大」の腫脹（エナメル上皮腫）があり、重度う蝕歯も多数で、そのうちの7～8本は抜歯が必要なほどの状態。下顎は大きく腫れてアルバイトの仕事ができなくなり、経済的な厳しさから病院受診となった。



窓口負担が重い場合、前期高齢者になるのを待って
治療を控えている事例

60代女性・国保

アルツハイマー型認知症で夫と2人暮らし、デイケアに毎日通っている。残存している歯22本のうち、12本が重度う蝕で歯の根のみ残っている状態。自身で歯磨きできず、歯肉に炎症も見られる。前期高齢者となってから治療を開始する予定。



生活苦から無保険となり、
正露丸をつめて歯の痛みをずっと我慢してきた事例

50代男性・無保険→国保

自営で経営が苦しく廃業。以降はアルバイトで生活。残存歯24本のうち重度う蝕歯が16本。奥歯は正露丸をつめていたため黄色く変色。噛み合わせも崩壊していて、噛めない状態。10割負担覚悟で受診された。

出典：全日本民医連編『歯科酷書』より

「歯の健康格差」はなぜ起きた？

「歯の健康格差」はどうして生じているのでしょうか？
たんに経済危機だからということにとどまりません。

2-1 高すぎる窓口負担

「歯の健康格差」が蔓延してきた大きな理由は、第一に、窓口負担が高すぎることです。この25年間、保険診療の窓口負担はどんどん高くなっています。健康保険本人の窓口負担が1984年10月に無料から1割、97年9月には2割、2003年4月に3割へと引き上げが続きしました。

これが歯科診療所の受診の抑制に繋がっています。負担増となった時期に歯科診療所の

大幅な患者数の減少が起きています（図2-1）。

また、厚労省の「歯科疾患実態調査」（6年毎）では、補てつ（義歯や被せ物で補う治療）完了者が1999年度の調査では5割にまで達しましたが、2005年度には、5割をきってしまっています（図2-2）。

これも2003年に健康保険本人の窓口負担が2割から3割に引き上げられたことが影響していると推測できます。

図2-1／歯科診療所の外来患者数の推移

出典：厚生労働省「患者調査の概況」をもとに作成

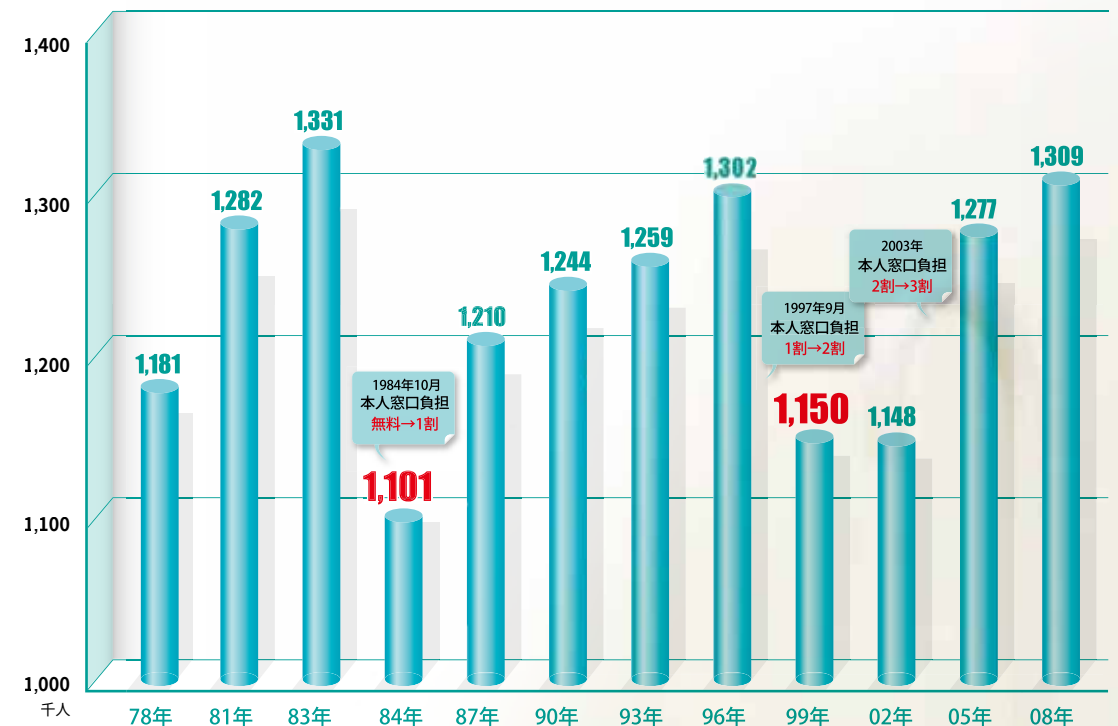
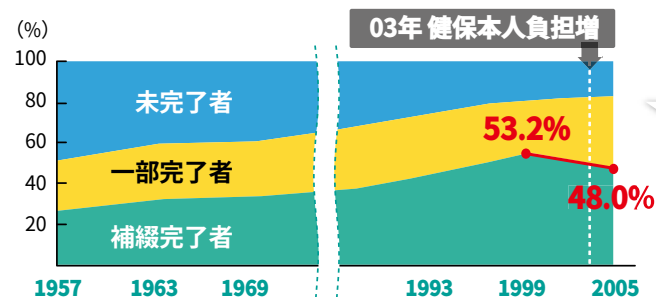


図2-2／3割の負担増で増加した歯科治療未完了者

出典：厚生労働省「歯科疾患実態調査」をもとに作成



お口の健康の大切さが理解される中で、歯が欠けたりなくなったところを被せ物や入れ歯で補う治療（補綴）を受ける人は増え続けてきました。しかし、健保本人3割引上げ後の05年は、治療完了者が減少しています。



「歯の健康格差」は
なぜ起きた？

2-2 保険のきく治療が限られている

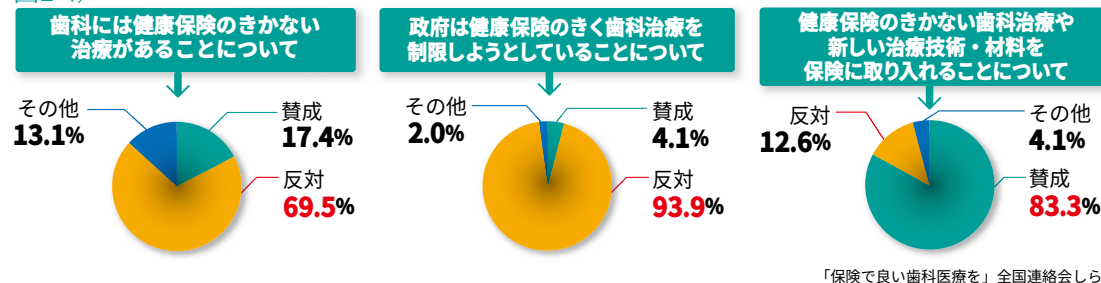
第二に、歯科医療では医科と異なり保険のきく治療の範囲が限られています。このことも「歯の治療はいくらお金がかかるかわからない」という不安から、歯科の受診の手控えに影響を及ぼしています。

歯科では、品質や安全性が確保され、定着している治療技術や材料でも、長期にわたって保険導入がされていません（図2-3）。

図2-3／健康保険で受けられない歯の治療例



図2-4／



2-3 「命のパスポート」保険証が取り上げられている

第三に、国民健康保険料（税）が高額なため滞納世帯が増加し、「命のパスポート」である保険証が取り上げられていることです。厚労省の発表では、保険料（税）が払えない滞納世帯は445万4千世帯（09年6月1日時点）で、加入世帯の20.8%と、2割を超えています。

保険料を滞納したことで正規の保険証を取り上げられた世帯は、152万世帯で、加入世帯の7.1%にのぼります（短期証にされた世帯が120万9千世帯、資格証明書にされた世帯が31万1千世帯）。資格証明書が発行されれば、医療費は全額自己負担となるため、医療費が払えずに、必要な医療が受けられなくなります。

国保料が払えず未納世帯が増大しているのは、保険料が高すぎるからです。保険料平均年額は32万円以上（1位：大阪38万6,697円／2位：大分38万6,305円／3位：佐賀37万8,899円〔08年度保険料平均額〕）と高額ですが、

ワーキングプア層の所得200万円以下の世帯でも40万円を超える自治体もあります（図2-5）。

国保料が高額になっている原因の一つは、国庫負担率が49.8%から25%に半減されており、削減された分が保険料負担に跳ね返っているからです（図2-6）。二つ目は、構造改革と大企業のリストラで失業と非正規雇用が増大し、低所得者が社会保険から国保に移行されてきたためです。

図2-6／国保会計の国庫負担と保険料

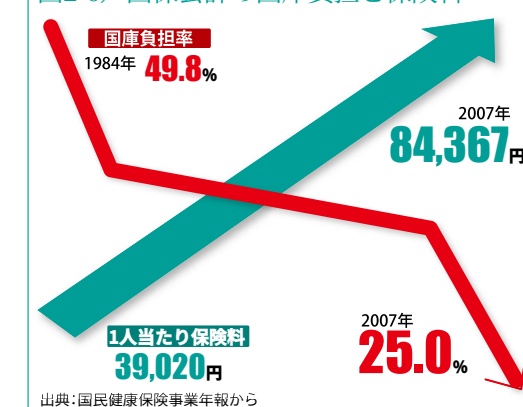


図2-5／高すぎる国保料

1	寝屋川市（大阪）	50万3,900円
2	風間浦村（青森）	48万3,860円
3	別府市（大分）	48万3,400円
4	宮古島市（沖縄）	47万8,300円
5	湯浅町（和歌山）	46万3,640円
6	徳島市	46万4,280円
7	白杵市（大分）	44万5,500円
8	根室市（北海道）	44万4,900円
9	人吉市（熊本）	44万500円
10	和歌山市	43万6,810円

11	大槌町（岩手）	43万6,300円
12	函館市（北海道）	43万5,180円
13	堺市（大阪）	43万4,106円
14	久留米市（福岡）	43万2,800円
15	笠岡市（岡山）	42万8,400円
16	貝塚市（大阪）	42万8,160円
17	宇部市（山口）	42万5,482円
18	秋田市	42万4,800円
19	門真市（大阪）	42万4,750円
20	泉大津市（大阪）	42万3,900円

08年度国保保険料が高額だった20自治体

※「所得200万円の4人家族」というモデルで算出（毎日新聞しらべ）



「歯の健康格差」は
なぜ起きた？

2-4 構造改革による雇用・生活・社会保障破壊

第四に、90年代後半から続く、政府の新自由主義「構造改革」政策によって賃金抑制とリストラ、社会保障改悪で国民生活は大打撃を受けています（図2-7）。

その一方で、大企業は史上空前の内部留保を累積しています。

日本の法人企業の内部留保は、10年間で1998年度の209兆円から2008年度には倍以上の428兆円にも上ります。なかでも、資本金10億円以上の大企業の内部留保は、2008年度には10年前の1998年度の143兆円から100兆円近く増えて241兆円。バブル経済期の20年前と比べても、88年度の87兆円から実に3倍近くも増やしています（図2-8）。

1999年には派遣労働を「原則自由化」する

労働者派遣法の大改悪が行われましたが、この10年間、従業員給与が減る一方で、大企業の内部留保が増大しています（図2-9）。

こうした格差を拡大する政策によって、歯の痛みを我慢し、受診を控えている人が増えているのです。

図2-8／内部留保の推移

年 度	全企業の内部留保	資本金10億円以上の大企業の内部留保
1988年度	159兆円	87兆円
1998年度	209兆円	143兆円
2008年度	428兆円	241兆円

20年で3倍近くも増加

図2-7／労働者の状態

出典：総務省「労働力調査」、国税庁「民間給与実態統計調査」をもとに作成

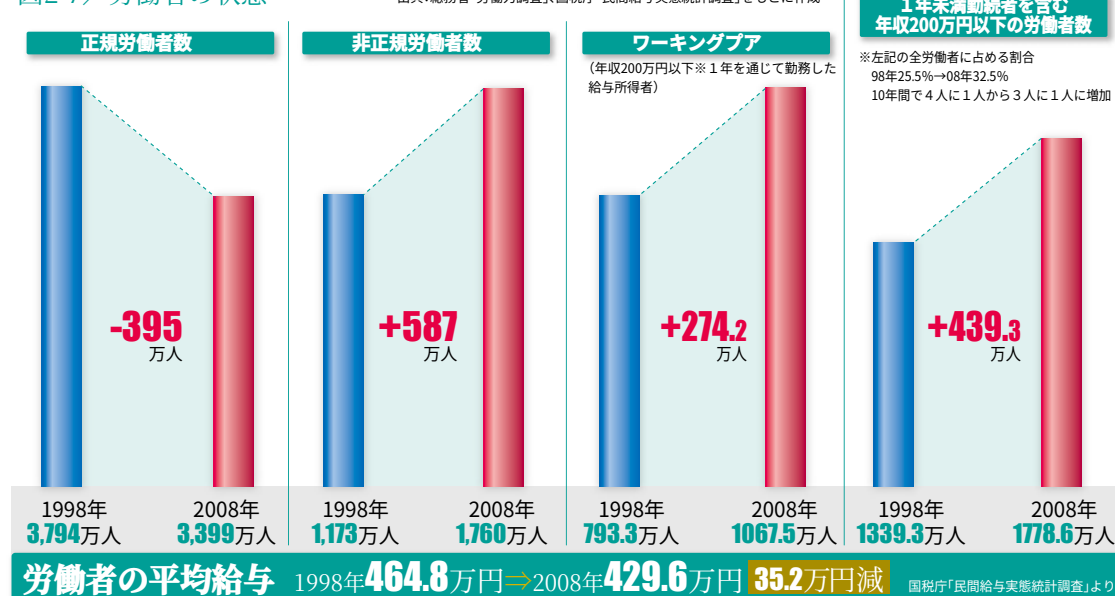
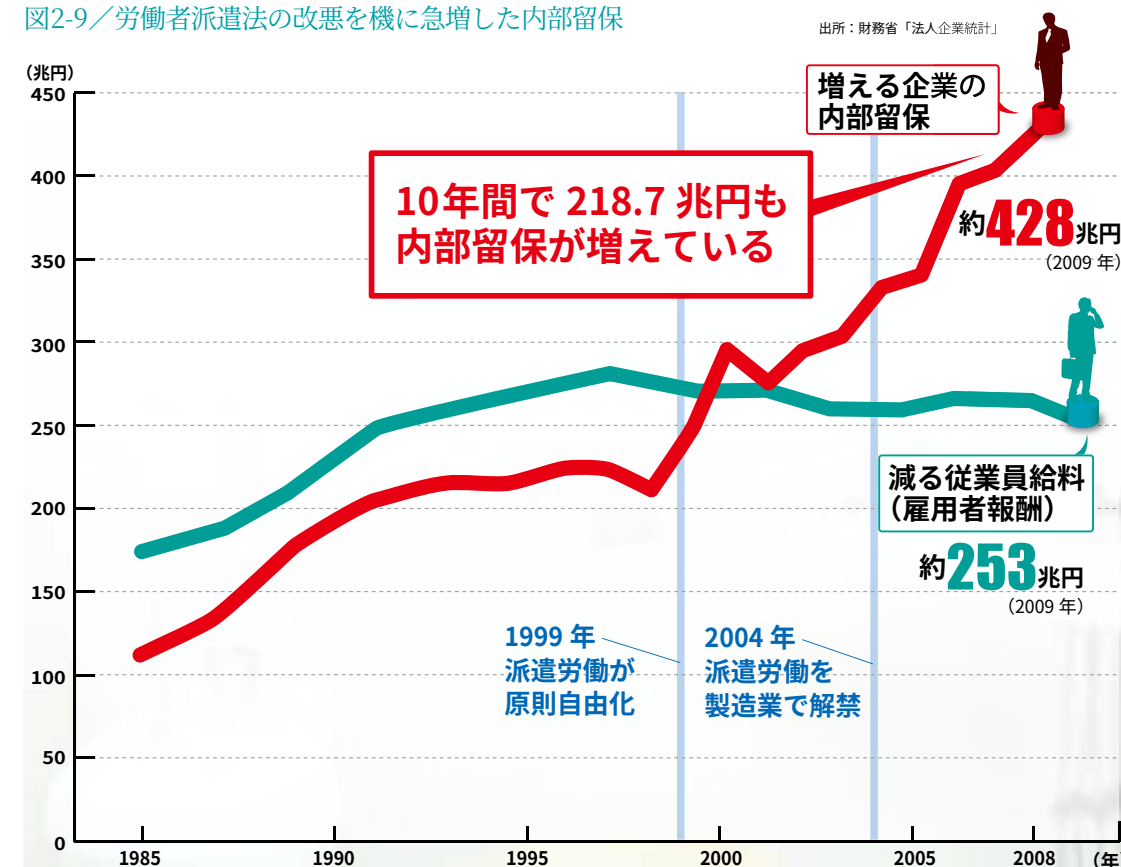
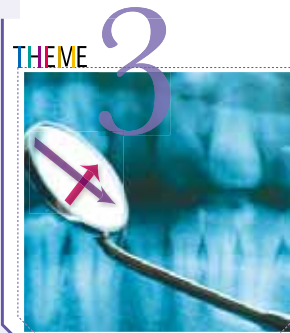


図2-9／労働者派遣法の改悪を機に急増した内部留保





「歯の健康格差」をなくすために

4つの提案

「口腔の崩壊」を防ぎ「歯の健康格差」を是正するためには、経済的格差で歯科受診が妨げられないよう、いつでも、どこでも、誰でも、お金の心配なしに安心して、歯科医療技術の進歩をすみやかに取り入れた必要・十分な医療が受けられるために、「保険でより良い歯科医療」を実現する改革が必要です。

提案 1 窓口負担の大幅軽減を

3-1

そのためには第一に、窓口負担を大幅軽減し、受診抑制を防ぐことです。1984年までは本人負担が無料の時代があったのです。それが、1割⇒2割⇒3割となって受診が減り続けています。お金の心配なしに歯科受診できる

よう、窓口負担を大幅軽減し、将来的には無料に近づけるべきです。

先進諸国では、患者の窓口負担無料は当たり前になっています。

提案 2 国保料（税）の大幅引き下げを

3-2

第二に、払える国保料（税）に引き下げるために、国庫負担を1984年の改悪前水準に倍増すべきです。さらに国保に移行させられている非正規労働者や失業者が正規雇用され

ていけば、国保から社保（組合健保、協会けんぽ）に加入することができ、保険料負担も労使折半になり、労働者の負担が軽減されます。

提案 3 保険のきく範囲を広げる

3-3

第三に、安全性と質が確保され、普及性のある治療技術を適正評価の上、すみやかに保

険導入し、保険の給付範囲を拡大させることです。

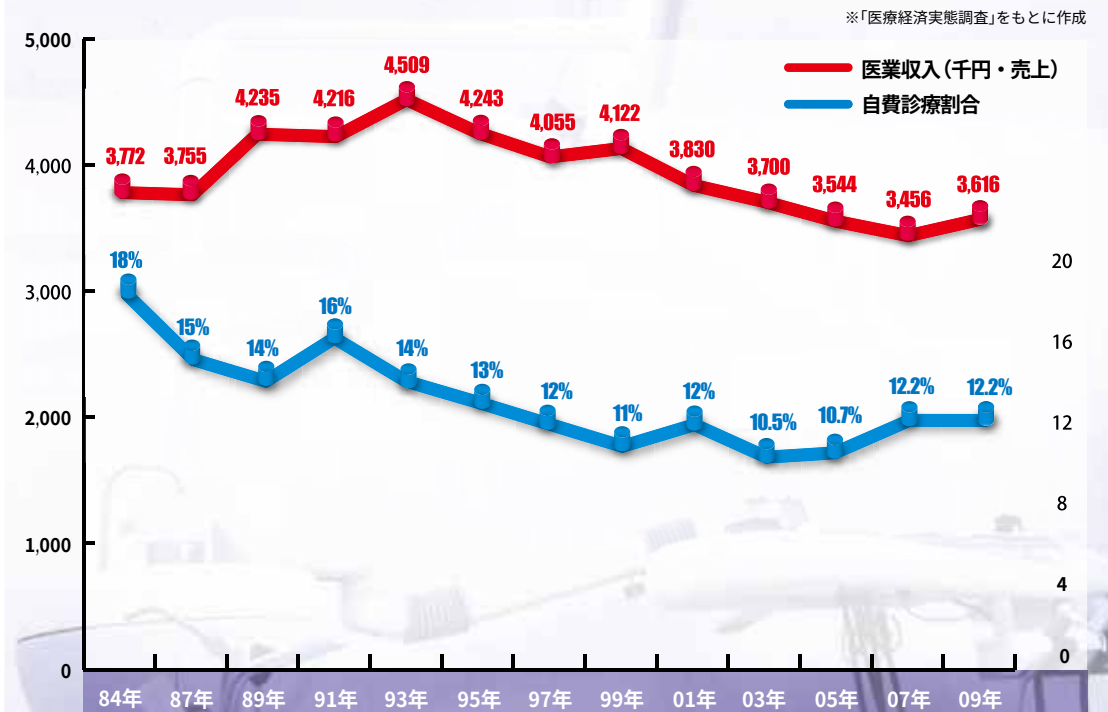
保険外併用療養費制度（混合診療）に「歯科医療危機」の活路を求める傾向が一部にあります。これは「保険でより良い歯科医療」を求める国民の願いとは逆に、憲法25条に基づく国民の受療権を否定することにもなりかねません。

今日の歯科保険医療の困難さは、明治以降の歴代政府の歯科軽視政策とともに、社会的怨嗟をあびた1975年の「歯科差額」に端を

発しているといっても過言ではありません。これから「歯科はお金がかかる」という国民意識が醸成され、それが国民の歯科受診抑制に繋がっています。実際に、自費診療の割合は年々低下しています（図3-1）。

政府に新規治療技術や材料を適正に技術評価させてすみやかに保険導入させ、保険診療の範囲の拡大を求めることこそ、これからの歯科医療の必要な施策です。

図3-1／1カ月の歯科の医業収入と自費診療の推移



提案 4 適正な診療報酬に改善すること

3-4

第四に、歯科治療の不採算をなくすよう適正な診療報酬に改善することです。

国民医療費の歯科医療診療費は、2兆5千億円程度で横ばいです。国民医療費に占める割合もピーク時の13%台から7%台に落ちました（図4-2）。これは、歴代政府が国民医療費の歯科医療費を抑制するよう、診療報酬を1978年以来32年もの長期にわたってGDPや賃金等の経済変動に対応して適正に引き上げてこなかったからです。

歯科の初・再診料は、2010年の改定で218点・42点に引き上げられましたが、その代わりにラバーダム防湿法加算の点数（10点 08年度）や、歯科治療の診断、計画立案に欠かせないスタディモデルの点数（50点 10年度）などが初・再診料に包括され、個別に算定できなくなりました（図4-3）。さらに30年以上もの長期にわたって据え置かれている歯科の基礎的技術料も多く残ってい

ます。

また、歯科技工物の作製に対する技術と労働は、これまで全くといってよいほど評価されていませんでした。そのため、歯科技工士の労働条件、歯科技工所の経営も厳しくなっています。このことから20代の離職・離業率は7割にのぼり、また少なくない歯科技工士学校で定員割れを引き起こすなど、近い将来の歯科技工士の確保が危ぶまれます。

歯科衛生士の専門性を活かせる業務を担える診療報酬上の評価も不十分で、多くの歯科診療所では、歯科衛生士を雇用したくても雇用できる状況にありません。また歯科技工士学校も定員割れが相次いでいます。

さらに、私立歯科大学・歯学部は6割で、2009年、2010年と2年にわたって入学定員割れが起きています。大幅な診療報酬を引き上げることが喫緊の課題です。

図4-2 国民医療費に占める歯科医療費の割合

出典：「国民医療費の概況」をもとに作成

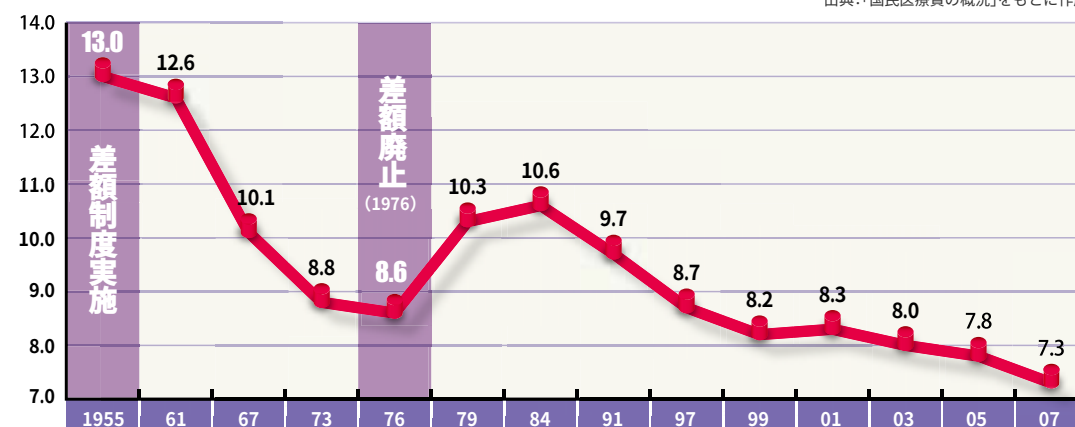


図4-3 基本診療に包括された診療項目の推移

1985年改定時	2008年改定時	2010年改定時
初診料 160点／再診料 20点	初診料 182点／再診料 40点	初診料 218点／再診料 42点
- 口腔軟組織の処置 12点 - 口角ビラン処置 12点 - TFix監視加算 100点 - 欠損補綴の監視 100点 - ラバーダム防湿法 10点 - 歯肉息肉除去手術 54点 - スタディモデル 50点 - 歯科疾患管理料 20点分		

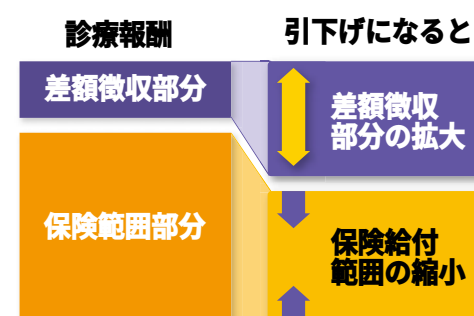
中国に委託製造された義歯から、危険物質が検出

福島消費者担当相が、国内の歯科技工に準じた海外委託歯科技工物の規制検討を国会で答弁

中国に製造委託した歯科技工物から、わが国では1985年以降、発がん性や呼吸器障害をもたらすという理由で、義歯材料の使用を禁止しているベリリウム金属が検出されたことが、今年2月6日、13日のTBS系テレビで放映されました。わが国でこのような海外委託技工物が横行するようになったのは、2004年度の診療報酬改定で義歯の補強線などの基本診療料への包括化など歯冠修復・欠損補綴

の技術料を抑える一方、翌年の2005年9月に厚労省歯科保健課長名で出された「国外で作成された歯科技工物の取り扱い」通知以降です。国会答弁（4／7衆院消費者問題特別委）で、福島消費者担当大臣は、海外委託歯科技工物についてもわが国の歯科技工物の安全性と品質確保を行っている業事法と歯科技工士法に準じて取り扱うよう検討すると述べており、具体化が急がれます。

診療報酬とは



- ①診療報酬とは国民が保険証で受けることができる医療の範囲を定めたもので、「医療サービスの料金表」といえます。その範囲を超えて行った診療は、たとえ医学的に妥当でも、医療機関には支払われません。
- ②診療報酬を引き下げるとは保険証で受けられる診療の範囲を狭めることに直結します。
- ③政府は診療報酬引き下げとセットで、患者さんから差額徴収できる範囲の拡大を提案し、患者さんの負担を増やすことで診療報酬を抑制しようとしているのです。



「歯の健康増進社会」 に向けて

4つの提案

「歯の健康格差」をなくし、「口腔の崩壊」を防ぐだけでなく、健康増進や療養・介護の改善にとっても歯科医療が必要とされる分野はますます広がっており、これらを国民のニーズにまで引き上げることがこれからの歯科医療の課題です。

厚労省の調査によると、「歯が痛い」「歯ぐきのはれ・出血」「噛みにくい」といった、歯や口腔に自覚症状がある人は、144万6千人いるのに対し、歯科受診をしている人は95万9千人にすぎず、48万7千人が治療を手控えています（図4-1）。実に有訴者の3人に1人が必要な治療を手控えています。自覚症状の有無にかかわらず、歯周病に罹患している日本の成人は8割以上です（図4-2）。

提案 1 国の責任で、歯科健診の拡充を

「国民病」と言われる歯周病対策のためには、国民のほとんどに定期的な歯科の健診・予防・治療が必要とされています。

しかし、日本では歯科健診は十分に根付いておらず、成人の健診率は数パーセントにすぎません。スウェーデンで9割、アメリカで8割と比べても著しく立ち後れています。歯科疾患の早期発見・早期治療を促すよう健診率を高めれば、重症化を防ぐとともに、歯科医療への国民

の意識と理解が高まっていくことは間違いありません。そのためには、国の責任と負担で、成人歯科健診を拡充させるべきです。

また、比較的受診率の高い学校歯科健診についても、健診環境の整備を進め、受診率の向上だけに終わらず、健診結果を踏まえて早期受診・早期治療できるよう、高校生も対象にするなど医療費助成制度を拡充することが必要です。

提案 2 歯科の在宅医療・介護の充実も

要介護認定者数が2000年の218万人から、2008年には457万人へと倍増しており、通院

困難な在宅・施設居住者への高齢者・障害者への歯科訪問診療がますます必要とされていま

す。寝たきり患者への口腔ケアは、介護にも効果的であることは厚生労働科学研究でも実証されています。

しかし、歯科の訪問診療は歯科の往診が廃止され、訪問診療や介護における制限や評価が低いまです。

提案 3 病院歯科の役割発揮の施策拡充を

合併症のある有病患者や障害者の歯科医療のためには、歯科診療所と連携しての病院歯科の拡充が必要です。しかし手間のかかる治療に見合わず診療報酬が低すぎ多くが赤字になっています。このため閉鎖が続き、1996年の1,516施設をピークに、2007年には1,192施設へと20%減少しています。病院歯科拡充の経済保証としての診療報酬上の評価を高める必要があります。

また、「歯科医師過剰」といわれる一方で、歯科医師数の地域格差が拡大し、厚労省の「無歯科医師地区等調査」によると、2004年に無歯科医地区は1,046、人口にして29万5,480人になります。こうした歯科受診が困難な地域には、国の責任で歯科診療所を開設し、保険医療機能を拡充すべきです。

提案 4 医科・歯科連携した歯科医療、口腔ケアと全身管理ができる施策の拡充を

さらに糖尿病患者における歯周病治療、癌患者の口腔ケアなど、医科・歯科連携しての全身管理と歯科医療保障のための診療報酬上の評価をはじめとした施策の拡充も求められています。

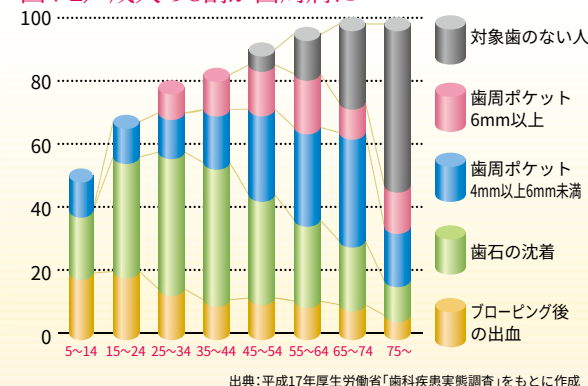
このような歯科保健、医療、介護までの一連の施策を拡充すれば、歯科の潜在的な需要を掘り起こせ、「口腔の崩壊」「健康格差」を克服するだけでなく、世界でもトップレベルの健康増進社会を実現することも可能です。

図4-1／48万人が歯科診療していない

最も気になる症状	総数	歯科医院に通っている	歯科受診していない
歯が痛い	75万2千人	53万人	22万人
歯ぐきのはれ・出血	47万6千人	29万3千人	18万人
噛みにくい	21万8千人	13万6千人	8万人
合 計	144万6千人	95万9千人	48万人

表はあくまで「最も気になる症状」の推計で、歯科疾患の有訴者総数はのべ792万9千人にのぼる。
出典：平成16年厚生労働省「国民基礎調査」をもとに作成

図4-2／成人の8割が歯周病に





「保険でより良い 歯科医療」で、 経済も活性化へ

これまで政府は歯科医療を軽視してきましたが、健康の増進をはかり経済の活性化を促すために、国民皆保険制度の特性を活かし、健康増進社会へ舵をとるべきです。

国民医療費の歯科医療診療費は15年間、2兆5千億円台で横ばいのままです。高齢化が進み歯科医療の需要も高まり、技術の進歩も著しいにもかかわらず、歯科医療費が増えていないことは異常です(図5-1)。

厚労省は、歯科医院経営の困難があっても、保険診療だけでなく自費診療も含めて採算が あえばいいとする「トータルバランス論」で、「低医療費政策」を正当化してきました。しかし、政府には「いつでも、どこでも、お金の心配なく安心して」医療が受けられるよう、「国民

皆保険」の理念をもとに歯科医療の十分な提供を保障する責任と義務があります。

社会保障分野の経済波及効果は全産業平均よりも高いことが厚労省作成資料でも実証されています(図5-2)。また、国民も医療・介護を成長産業として期待しています(図5-3)。

そのためにも、「低医療費政策」をあらためさせ、国民医療費の歯科医療診療費を増やし、患者・国民が望んでいる「保険でより良い歯科医療」を実現することが重要です。

図5-2／社会保障分野の総波及効果(産業連関表による総波及効果)

出典：財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構「医療と福祉の産業連関に関する分析研究報告書」(2004)より、厚生労働省政策統括官付社会保障担当参事官室作成

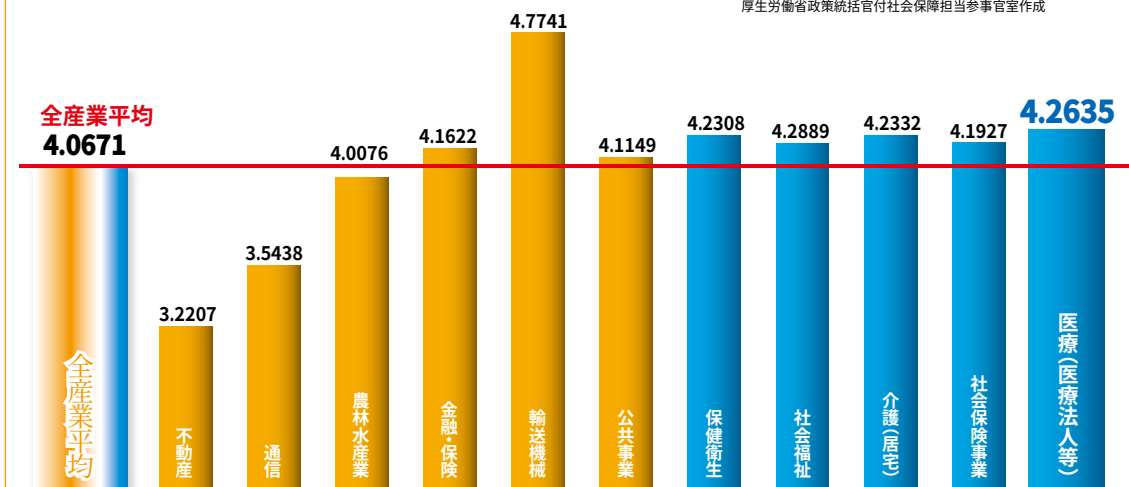


図5-1／高齢化率の上昇で歯科医療の需要も増えているのに医療費は横ばい
(高齢化率とは総人口に占める65歳以上人口の割合)

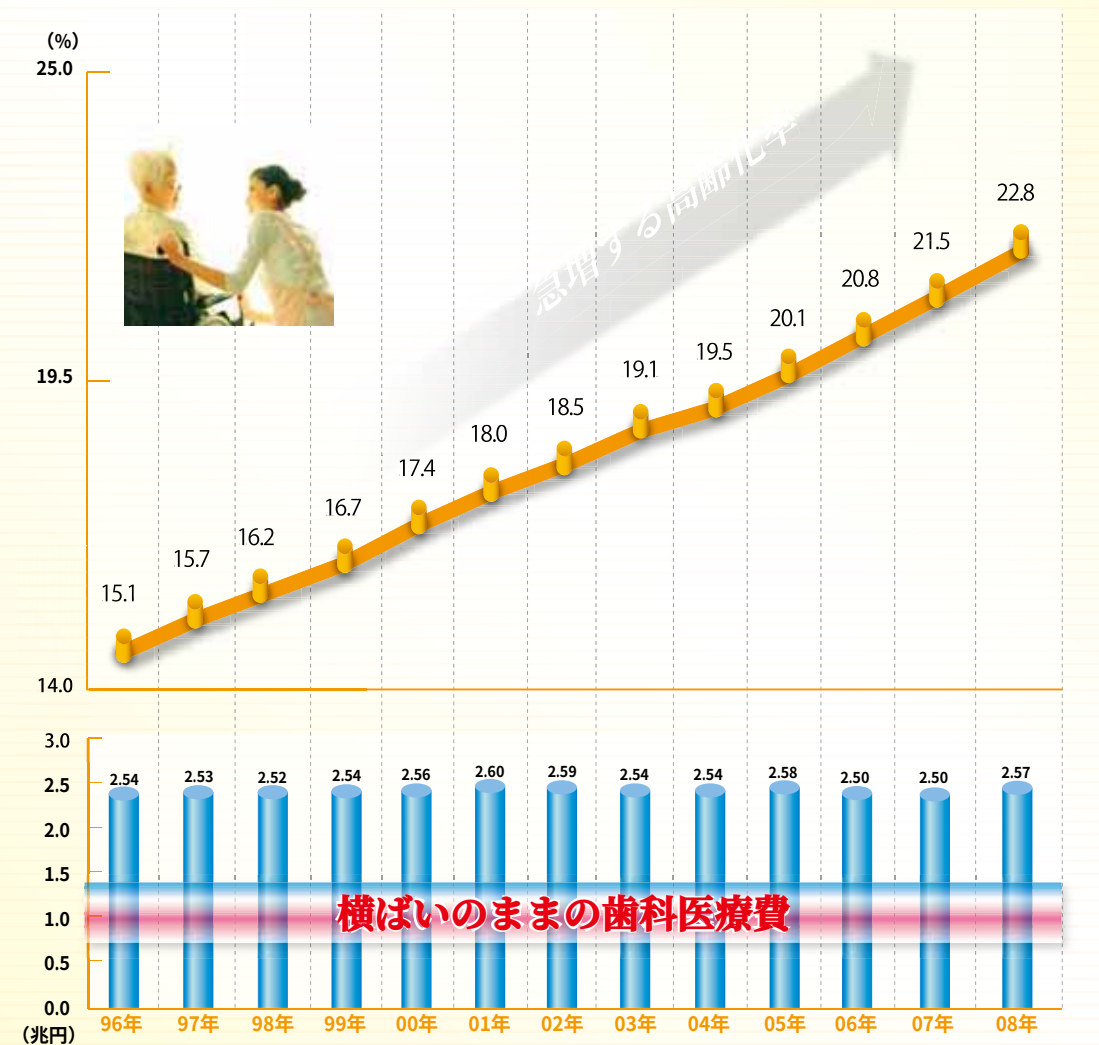


図5-3
成長産業として、「環境・新エネルギー」と「医療・介護」が圧倒的な期待を集めている

さまざまな産業分野のうち、日本の成長産業として期待するものは何ですか？

出典：特定非営利活動法人 日本医療政策機構「日本の医療に関する2010年世論調査」

1位	環境・新エネルギー (太陽光発電、エコ家電、ハイブリッドカーなど含む)	37%
2位	医療・介護	36%
3位	教育	5%
4位	農業	5%
5位	金融	4%



歯科医療の財源は、 大企業の社会的責任で

タイムスタディ調査、国民所得、賃金指数、消費者物価指数の伸びなどを参考にした試算によれば、歯科医療費はあと1兆5千億円を引き上げて、4兆円が適正とされています（新田宏・中道勇氏「歯科の適正医療費は4兆円!!」、『日本歯科評論』第805号）。

そのためには、医科も含めたわが国の国民医療費を福祉大国のフランスやドイツをみならってあと8.4兆円引き上げて、総額約40兆円にすることが必要です（図6-1）。そうすれば、国民医

図6-1 医療費の公的支出対GDP比(%)

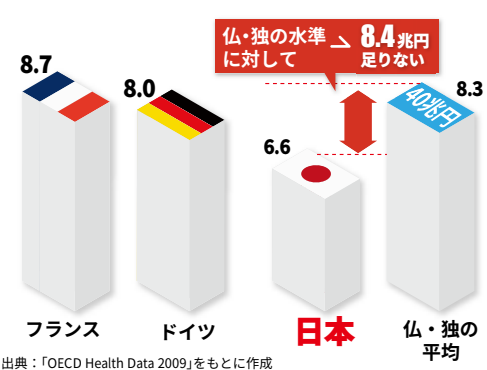
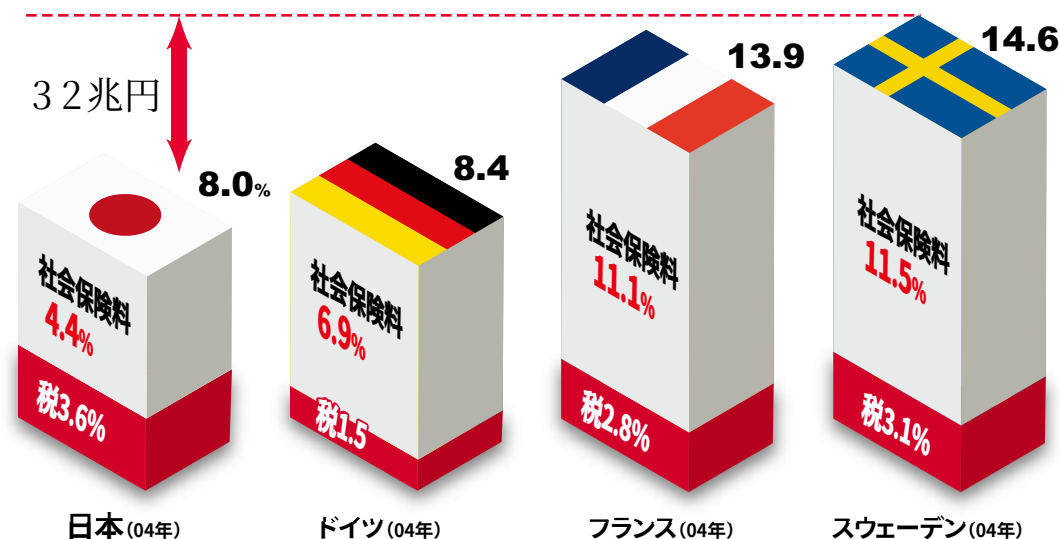


図6-2 日本企業の負担は低い（民間企業の税・社会保険料負担の対GDP比）



療費に占める歯科医療診療費の割合を10%にまで引き上げられ、患者負担の大幅軽減（5,000億円）、保険外診療の保険導入（5,000億円）、診療報酬の20%引き上げ（5,000億円が必要）も可能になります。

財源については、小泉構造改革による行き過ぎた法人税と富裕層への減税政策を元に戻せば、十分に確保できます。

財界は日本の法人税の「実効税率」が高いと主張していますが、各種の減税措置や社会保険料を加えた企業負担率は先進国中最低です。日本でもヨーロッパの国々のように大企業に応分の負担を求めれば大きな財源になります。仮に大企業の税・社会保険料負担をスウェーデン並みにすれば32兆円の財源が生まれます（図6-2）。大企業は内部留保を20年で3倍も増やし、240兆円も累積してるので、社会保障の負担を担う十分な体力があります。

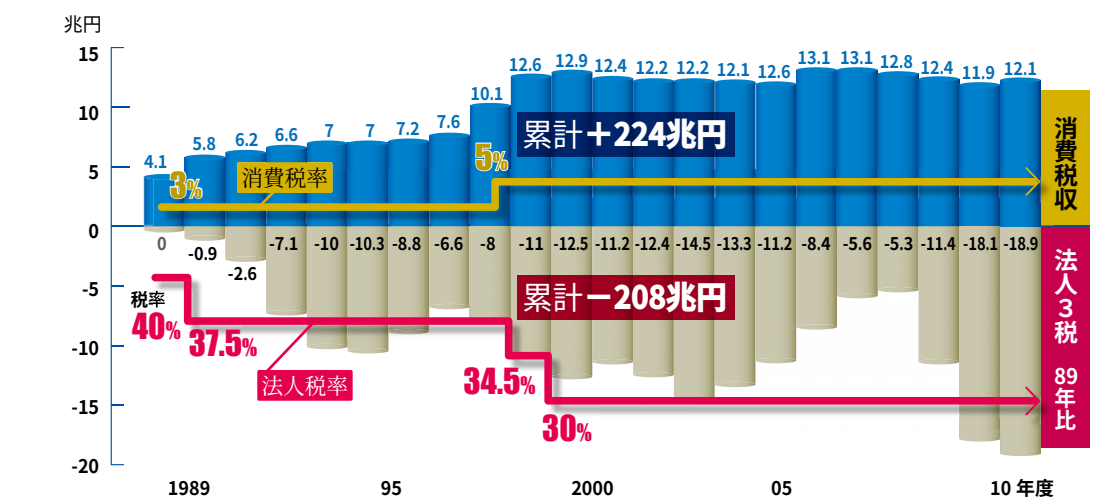
また、証券優遇税制など、富裕層への減税措置も改める必要があります。欧米諸国の株式

の譲渡益課税は、アメリカ（10.5%）、イギリス（10～40%）、ドイツ（15.8%～44.3%）、フランス（27%）などと、日本の税率（10%）を上回っています。以前の20%頃と比べて1,357億円の減税になっています。

鳩山政権は、消費税に財源を頼ろうとしています。消費税は、低所得者ほど負担が重くなるという「逆進性」を持っています。消費税のもう一つの欠陥は、大企業の負担がない、「不公平」財源という性格を持っています。また消費税はこれまで法人税減税の穴埋めに使われてきました。国民が支払った消費税は224兆円、一方で法人税は208兆円減税されています（図6-3）。

「逆進性」と「不公平性」の高い消費税は、所得の再配分をめざした社会保障の財源としてふさわしくありません。ヨーロッパでは、リーマンショックによる未曾有の金融危機以降、消費税を引き下げています。消費税増税は、景気対策という観点からも世界の流れに逆行します。

図6-3 法人税減税に消えた消費税 消費税収と法人3税の減収額



法人税3税とは法人税・法人事業税・法人住民税

出典：財務省「法人企業統計」をもとに作成

「保険でより良い歯科医療」で 「健康増進社会」へ

「歯の健康格差」をなくすために

4つの
提案

1. 窓口負担の大幅軽減
2. 国保料(税)の大幅引き下げ
3. 保険のきく範囲を広げること
4. 適正な診療報酬に改善すること

「歯の健康増進社会」に向けて

4つの
提案

1. 国の責任で、歯科健診の拡充
2. 歯科の在宅医療・介護の充実
3. 病院歯科の役割発揮の施策拡充
4. 医科・歯科連携で口腔ケア・全身管理の
施策拡充

歯科医療費を **1.5兆円増** すれば

● 患者負担の大幅軽減・無料化	5,000億円
● 診療報酬20%引き上げ	5,000億円
● 保険適用外の保険導入	5,000億円



より良く食べるは
より良く生きる



発行

全国保険医団体連合会

〒151-0053 東京都渋谷区代々木2-5-5 新宿農協会館6階
TEL.03-3375-5121 FAX.03-3375-1885



企画編集

兵庫県保険医協会

〒650-0024 神戸市中央区海岸通1丁目2-31 神戸フコク生命海岸通ビル5階
TEL.078-393-1801 FAX.078-393-1802