

厚生労働大臣 加藤勝信 様

2017 年 8 月 30 日
全国保険医団体連合会女性部
部長 板井八重子
東京都渋谷区代々木 2-5-5
Tel03-3375-5124

要請書

貴職におかれましては、連日行政の重責を果たされていますことに敬意を表します。

全国保険医団体連合会（保団連）は、全国の医師・歯科医師約 10 万 5000 人で構成する団体です。本会女性部は 2002 年に結成され、これまで女性を中心とする医師・歯科医師の就労環境改善に向けた取り組みをしてきました。

2015 年に保団連女性部では、全国の女性開業医師・歯科医師の産前・産後休暇の実態を把握するため、アンケート調査を行いました。その結果、産前休暇「ゼロ」が約 3 割、産後休暇も「30 日未満」が約 7 割等、産前産後に必要な休暇がとれていないことがわかりました。「陣痛がくるまで働いていた」というコメントもありました。

私たちは、この結果を深刻に受け止め、開業している医師・歯科医師が出産・子育てをしながら安心して就労できる環境を目指して取り組みを進めたいと考えています。

厚労省の調査によれば、2014 年の医師数は 2012 年の調査時より男性が 1.8%の増加に対して女性は 6.7%の増加、歯科では男性が 0.3%の増加に対して女性は 4.9%の増加となっています。医師・歯科医師が出産・子育てをしながら働く環境を整えることは、今後の医療を支える上でも非常に大切ではないでしょうか。

地域で住民の命と暮らしを守るために奮闘する医師・歯科医師が安心して出産・子育てできるよう、以下の点についてご検討をお願いいたします。

一. 事業主のための出産・育児休業の保障に向けて

労働基準法では、使用者は 6 週間以内に出産する予定の女性が休業を請求した場合及び女性が産後 8 週間を経過しない場合に就業させてはならず、産後について 6 週間を経過した女性が請求した場合に、医師が支障がないと認めた業務に就かせることのみを認めています（65 条 1 項 2 項）。

この規定の趣旨については、「母性保護に係る専門家会合報告書（平成 17 年 7 月）」が、産前休暇について「妊娠末期は、胎児・胎盤の発育及びそれに伴う子宮容積の増大等により、血液量の増加や体重の増加が起これ、循環器系への負担が大きくなるなど、母体への負担が増加し、正常の動作で易疲労性、動悸、心拍 数上昇等の症状が出やすくなる。このため労働による負担を軽減するとともに 日常生活においても十分な休養をとることが求められる」、産後休暇については「産褥期間（妊娠及び分娩によって生じた子宮等の変化がほぼ妊

妊娠前の状態に回復するまでの期間）が産後 6 週間から 8 週間であることを考慮して定められている」としています。

開業医師・歯科医師などの事業主に労基法の適用はありませんが、上記の母体保護の必要性は、従事する職業に関わらず、出産する女性全員に当てはまるものです。事業主は自己の裁量によって仕事内容をコントロールできる側面はありますが、従業員の仕事（収入）を保障する役割を担っており、開業医師・歯科医師の場合はそれに加えて患者の命と健康を預かっていることから、休業や仕事の縮小には慎重にならざるを得ません。結果、多くの医師・歯科医師が産前産後に必要とされる期間の休暇を取得できないのが現状です。

事業主の出産・育児休業の保障に向けて、以下の 2 点を求めます。

(1) 出産・傷病時の代診の確保について実態を調査すること

開業医師・歯科医師が、産前産後休暇を取得する時期に、地域医療を十分に提供するためには、代診の医師・歯科医師が必要です。

現在は、短期の求人を紹介する事業（女性医師バンクなど）を行っている都道府県医師会もありますが、全てではありません。また、歯科医師会ではこうした事業を行っていません。さらに、こうした事業では派遣される医師・歯科医師の質の担保がされておらず、利用への強い不安の声が上がっています。そのため、多くの医師・歯科医師が、個人的な人脈に頼るか人材紹介会社を利用する等して代診を確保しているのが実情です。

出産時のみならず、子育てや急な病気・けがの場合など、代診確保は男女問わず医師・歯科医師にとって重要な課題です。

安心して利用できる代診制度の構築に向け、まずは国として、こうした代診の実態を調査してください。

(2) 国保の出産手当金・傷病手当金を法定給付に

開業後に出産しようとする医師・歯科医師の多くは、開業して間がなく収入も不安定な時期の出産となります。代診を頼む費用、スタッフの人件費、自身の生活費のための資金が必要となります。病気・けがによる休診時の経済的不安は、男性医師・歯科医師にも共通です。

国民健康保険法 58 条では、出産手当金・傷病手当金を任意給付としているため、多くの医師・歯科医師が加入している医師国保組合、歯科医師国保組合では、出産手当金・傷病手当金の給付がほとんど実施されていません。国保加入者は被用者とは異なり、就業の有無や収入の水準が多様で出産や傷病に伴う給付水準の決定が困難なことが、任意給付とされている理由として挙げられることもあります。しかし国民健康保険実態調査報告（平成 27 年度）によれば市町村国保世帯の 5 割以上が就業しており、国民健康保険事業年報によれば国保組合の加入世帯数は約 140 万となっています。これだけの人々が、出産あるいは傷病時に無収入となる経済的不安にさらされていることは看過できません。

同条を改正し、国保での出産手当金・傷病手当金を、必ず給付しなければならない法定必須給付としてください。

二. 開業医師・歯科医師のニーズに合わせた保育の充実

わが国では共働き家庭が増加し、多様な保育のニーズが非常に高まっています。開業している医師・歯科医師が子育てしながら診療を続ける際にも、通常の保育のみならず、患者の急病時、診察時間の延長時、学会出席などに対応できる保育が必要です。

(1) 必要な人が誰でも利用できる認可保育所の増設

厚労省の発表によれば待機児童の数は 2016 年 10 月時点で 4 万 8000 人程度となっており、保育所不足は明らかです。認可保育所で質の良い保育を受けることは子供の権利でもあります。

国の責任で認可保育所を増設してください。

(2) 国の責任での病児・病後児保育の充実

開業している医師・歯科医師が子どもの発熱時などに急に休診にすれば、困るのは患者です。私たちの行ったアンケートでも、病児・病後児保育拡充を求める声は非常に多くありました。

病児・病後児保育施設は、当日キャンセルや季節変動などで利用者数が安定しないため経営が難しく、2013 年度厚生労働科学研究費補助金「病児・病後児保育の実態把握と質向上に関する研究班」の調査では、運営上の課題として、病児対応型では「利用児童数の日々の変動」65%、「当日キャンセル」50%、「人件費等採算」40%で、病児・病後児対応型のいずれも運営収支は平均値・中央値ともにマイナスでした。職員配置についても、特に病児対応型施設は、現状の基準（病児 3 人につき保育士 1 人）では室内感染防止や状態の急変等に対応するのは困難であり、多くが病児 2 人につき保育士 1 人と規定より手厚い配置としているのが現状です。

また、自治体によって利用者助成制度が異なり、病児・病後児施設がなかったり、助成対象を在住者に限っていたりする自治体も多いため、利用に格差・制限が生じています。

安心して子どもを預けられる病児・病後児保育を国の責任で充実させてください。

三. 必要な社会保障財源の確保

保団連では社会保障に必要な財源確保のために、①健保組合中心に被用者保険の保険料収入を増やす、②法人税課税を先進国並みに高める、③所得に応じた所得税課税を提案しています（別紙参照）。財源がないからと社会保障を削減するのではなく、こうした方法で財源をしっかりと確保してください。

以上

医療再建で国民は幸せに、経済も元気に—医療への公的支出を増やす3つの提案 [改訂版]

2015 年 11 月 21 日 保団連政策部

1. はじめに

(1) 閣議決定した「骨太方針 2015」では、財政健全化目標として、2020 年までに「基礎的財政収支（プライマリーバランス）」の黒字化を掲げ、「社会保障給付の増加を抑制」する一方で、削った部分を「社会保障をはじめとする公的サービスの産業化」につなげる方針を打ち出した。政府は社会保障支出の「かなりの部分が国債などによって賄われている」と財政赤字の責任を社会保障に押し付けているが、社会保障給付費のうち国費が占める割合は 29.1%に過ぎない。赤字国債によって社会保障費を直接賄っているわけではない。政府は、社会保障の安定財源として消費税を主要な財源としていく方針だが、社会保障には所得の再配分機能も求められており、その原則に反する消費税は、憲法 25 条、13 条、14 条に反し、例えばそれが社会保障目的税とされたとしても財源には相応しくない。また、消費税率は 8%だが、国の税収に占める消費税収の割合は約 28.6%で EU と同水準、税率 25%のスウェーデン並みの負担水準になっている。一方で、消費税は大企業の負担が大幅に軽減される税制のため、日本経団連は消費税率を引き上げて、法人実効税率を引き下げよう求めている。1989～2015 年度までの 27 年間における消費税収は 304 兆円で、法人 3 税の減収分 263 兆円を補った勘定である。

政府の経済財政諮問会議に麻生財務相が提出した資料では、「過去最高水準の企業収益」の結果、2012 年度から 14 年度までに、経常利益は 16.1 兆円増えたが、設備投資は 5.1 兆円、従業員給与・賞与は 0.3 兆円しか増えていない。一方で、内部留保は 49.9 兆円、現金・預金等は 20.2 兆円も増えている（別表 1）。「大企業が潤えば国民も豊かになる」という「トリクルダウン」論の破綻は明らかで、これを転換し 354.4 兆円に膨らんだ内部留保を活用すべきである。

(2) 保団連は、消費税増税に頼らない社会保障の安定財源として、主要国と比べて法人税負担・社会保険料事業主負担が低い大企業に社会的責任を果たさせ、大資産家には公平な税負担を求める。すなわち、応能負担原則にもとづき法人税及び所得税、社会保険料を主財源とする。これに加え、公共事業費や防衛費、特別会計をはじめとした国の歳入・歳出を抜本的に見直せば、社会保障の安定財源を確保することは十分可能である。

(3) 社会保障は国民生活を安定させるだけでなく、経済波及効果や雇用誘発効果が強く、内需を拡大し实体经济ととりわけ地域経済への貢献度が大きい。税収や社会保険料の増加にもつながる。経済・財政の再生に向けて、社会保障拡充政策に転換し、医療・介護をはじめとした社会保障への公的支出を増やすことが必要である。（別表 2）

2. 医療への公的支出を増やす基本的な考え方と 3 つの提案

(1) 基本的な考え方は、大企業の税と保険料負担を増やして財源創出する

① 日本の社会保障給付費（対 GDP 比）を、現在の 23.1%からドイツ、フランス並みの 30%程度に引き上げれば、社会保障全体で 32 兆円増、医療でも 10 兆円の給付費増となる。（別表 3）

② 企業の法人税・社会保険料負担の合計額（対 GDP 比・2010 年）で比較すると、日本の 8.3%に対して、フランス 13.4%、スウェーデン 12.0%、ドイツ 8.2%で、日本の企業負担は決して高くない。（別表 4）

③ 企業の法人税・社会保険料負担を 1993 年水準の 8.7%に戻すだけでも約 2 兆円の財源を生み出すことができる。

(2) 第1の提案 事業主負担を増やして保険料収入を増やす

①被用者保険加入者を増やし、賃金を引き上げて、保険料収入を増やす。

正規雇用労働者を増やし、賃金を引き上げることによって、被用者保険加入者と保険料算定報酬を増やすことが可能となる。

2008年から2014年までに、企業の経常利益はほぼ倍増し、内部留保は3割増となったが、雇用労働者の平均賃金は抑制ないし減少している。その主因は、正規雇用労働者の割合が減少し、非正規雇用労働者の割合（2015年、4割を突破）が増加したからである。

②被用者保険の保険料率は、労使折半から事業主負担割合を増やして10%（協会けんぽ並）に引き上げる。

保険料率が協会けんぽの10%未満の健保組合が79.4%（2015年度）を占めている。事業主負担割合を増やして、少なくとも10%（協会けんぽ保険料率）とすることを提案する。中小企業（医療機関含む）には事業所規模による調整や公費負担を行う。

③保険料は給与収入や所得に応じた負担とする。

保険料は給与収入、所得に応じた累進制とする。被用者保険は保険料算定の報酬上限を撤廃する。国民健康保険は保険料の応能割を7割に高めた上で、国保料算定の報酬上限（賦課基準）を引き上げることを提案する。あわせて、一定以下所得者の保険料軽減と免除を図る。

以上①②③を通じて、少なくとも国民医療費の事業主負担を20.3%（2012年度）から25.1%（1992年度）の水準まで戻す。

(3) 第2の提案 実際の法人税課税を先進国並みに高める

①法人所得税課税の税率は、消費税導入の1989年に法人税率42%から40%に引き下げられ、1999年以降は30%、2012年に25.5%、2015年に23.9%の法人税率となった。法人地方税等を含む法人実効税率は2011年度の39.54%から15年度には32.11%に引き下げられ、さらに、16年度からは29.97%になる予定である。4年間で7%以上引き下げており、先進国では低い水準にある（別表5）。法人実効税率引き下げによる法人3税の税収減は、1998～2013年度の15年間で累計額は105.7兆円に上る（参議院調査室『経済のプリズム』2015年11月号）。

②大企業は研究開発減税など様々な政策減税を受けており、さらなる法人実効税率の引き下げはやめるべきである（法人実効税率を1%引き下げた場合の税収減は年4000億円に上る見込み）。課税ベースを拡大し、少なくとも消費税導入前の法人税率42%、法人事業税率11%に戻すことを提案する。資本金1億円以上の利益計上法人の法人税率を42%に戻すだけでも約6兆4071億円の財源創出が可能。

(4) 第3の提案 所得に応じた所得税課税にする

①所得税最高税率は、消費税導入の1989年に60%から50%に引き下げられ、2007年以降は40%、2015年以降は45%となった。全納税者4,645万人のうち年間給与額が2000万円超は19.8万人、0.4%で、1世帯当たりの平均所得金額が2000万円以上の世帯も1.2%にしかすぎない。少なくとも消費税導入前の所得税最高税率60%へ戻し、所得の再配分機能を高めることを提案する。

②株式配当に係わる分離課税を廃止し、総合所得課税とする。株式配当をすべて総合所得課税にすれば1兆円以上の財源創出が可能。

③資産所得課税（土地・建物の長期譲渡所得など）の税率を引き上げる。また、グローバル・タックスとしての「金融取引税」の導入を予定しているEU11カ国を参考にして、わが国での導入を検討する。

3. 医療への公的支出を増やし、医療再建をめざす

新たな財源を創出し、医療への公的支出を増やすことで、保団連『緊急提言』の実現をはじめ医療再建に踏み出すことができる。さらに、差額ベッドなど保険外負担を軽減・解消していくことも可能となる。

○先進国一高い患者負担を軽減する。

- ・患者負担3割を2割に引き下げる。【財源試算 約1兆円】
- ・義務教育終了までの子どもの医療費を無料化する。【財源試算 約4675億円】

○高すぎる国民健康保険の保険料を引き下げる。

- ・国の負担を国保医療給付費の43%(国保医療費の38.5%)から、国保医療費の45%(1984年の水準)に戻す。【財源試算 約8400億円】

○患者負担軽減など医療再建の参考

- ・外来の「窓口負担ゼロ」にする(約3兆円、「医療費の窓口負担『ゼロの会』」)
- ・外来の患者負担3割を2割に引き下げ、70歳以上は1割とする(約8500億円、日本医師会の提言)。
- ・高額療養費制度の自己負担限度額を大幅に引き下げる。
- ・後期高齢者医療制度を廃止し、老人保健制度を改革する(約9000億円)。
- ・大学医学部定員の抜本的増加と教育スタッフの拡充のために、国公立 79 大学の医学部に平均20億円の予算を投入する(約1500億円)。
- ・緊急対策として、医療事務スタッフを10万人増やし(1人当たり年間500万円の賃金で約5000億円)、医師、看護師の負担を軽減する。

【改訂版・出典】

- ・消費税の国税に占める税収(2014年度予算)「財政金融統計月報・5月号・租税」
- ・社会保障制度改革国民会議(2013年3月13日)資料「社会保障給付の部門別の国際的な比較」、名目GDP「2015データブック」労働政策研究・研修機構
- ・財務省参考資料 法人課税関係(2014年3月31日)
- ・財務省「法人企業統計調査」時系列データ
- ・平成27年度健保組合予算早期集計結果の概要(2015年4月22日)
健保組合の保険料率は、2006年度7.318%⇒2015年9.021%と上がっている。
- ・「平成24年度 国民医療費」厚労省
- ・法人税率の推移 財務省HP「法人税率の推移」
- ・「国税庁統計年報2013年版」(国税庁年報の表記が若干変わっており、「連結法人分」8兆5445億を、所得金額に含めて良いかどうかは不明な点に留意)
- ・「所得税の税率構造の推移」財務省、「平成26年度国民生活基礎調査の概況」厚労省、「平成25年分 民間給与実態統計調査」(h26.9) 国税庁

当該提案は、2009年7月11日保団連理事会決定の改訂版である

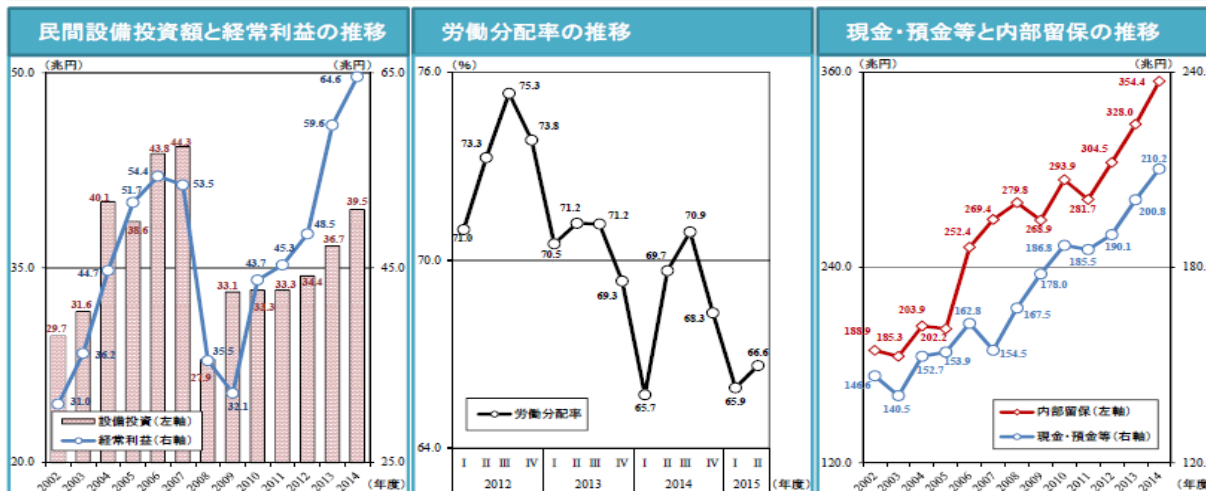
(別表1)

経済財政諮問会議 麻生議員提出資料 (2015年10月16日) より

企業収益等の動向について

■ 経営陣には、過去最高水準の企業収益を、更なる収益力の向上に向けた投資や従業員の給与などに振り向けることが求められているのではない。

(年度)	経常利益	設備投資	従業員給与・賞与	内部留保	現金・預金等
2012	48.5兆円	34.4兆円	147.9兆円	304.5兆円	190.1兆円
2014	64.6兆円	39.5兆円	148.2兆円	354.4兆円	210.2兆円
差額	+16.1兆円	+5.1兆円	+0.3兆円	+49.9兆円	+20.2兆円



(出典) 財務省「法人企業統計調査」
(注) 現金・預金等は、現金・預金と有価証券(流動資産)の和。

1

(別表2)

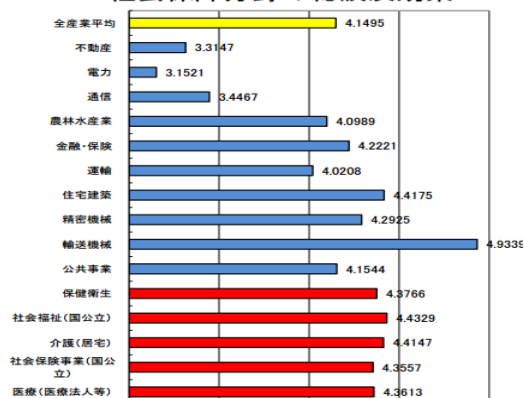
平成22年版厚生労働白書のポイントより作成

社会保障分野の経済波及効果・雇用誘発効果

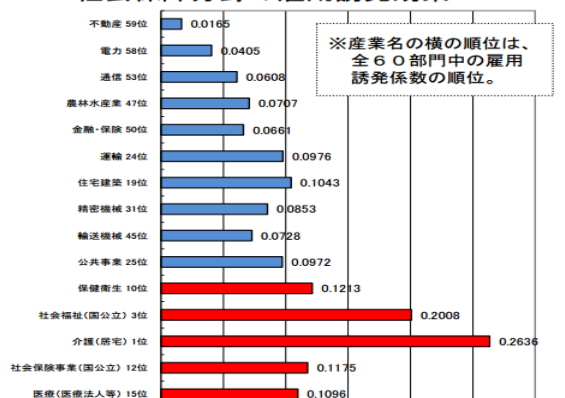
社会保障分野の「総波及効果」は、公共事業より高い。

社会保障分野の「雇用誘発効果」は、主要産業より高い。

社会保障分野の総波及効果



社会保障分野の雇用誘発効果



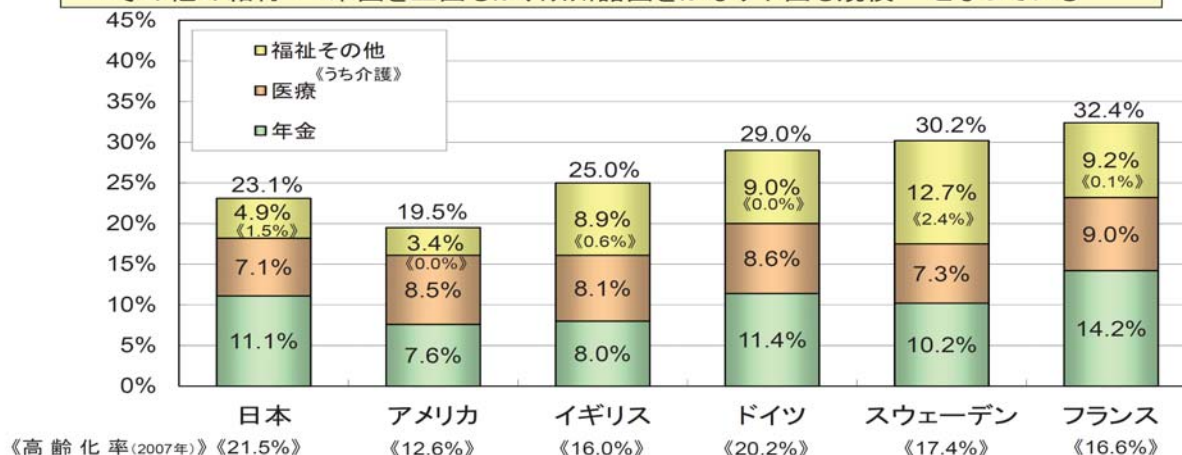
資料: 「医療と介護・福祉の産業連関に関する分析研究」(H22.5財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構) より厚生労働省政策統括官付社会保障担当参事官室作成。

(別表3)

社会保障制度会改革国民会議資料 (2013 年 3 月 13 日) より

社会保障給付の部門別の国際的な比較(対GDP比)

- 我が国の社会保障給付の規模を部門別に比較すると、
- ・ 年金 — 米英を上回るが、他の欧州諸国をやや下回る規模
 - ・ 医療 — 米国や欧州諸国を下回る規模
 - ・ その他の給付 — 米国を上回るが、欧州諸国をかなり下回る規模 となっている



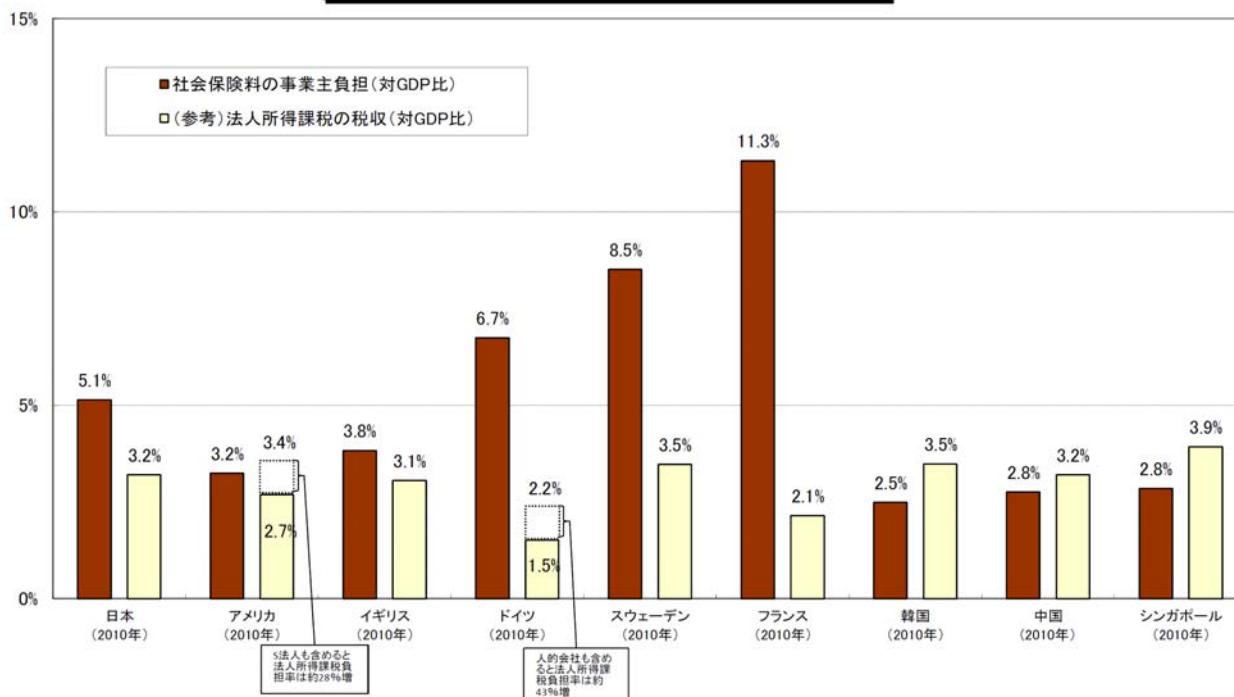
(注)OECD: "Social Expenditure Database"等に基づき、厚生労働省政策統括官付社会保障担当参事官室で算出したもの。いずれも2009年。
OECD社会支出基準に基づく社会支出データを用いているため、社会保障給付費よりも広い範囲の費用(公的住宅費用、施設整備費等)も計上されている。
高齢化率は OECD: "OECD in figures 2009"

20

(別表4)

財務省資料 (2014 年 3 月 13 日) より

社会保険料事業主負担の国際比較(対GDP比)

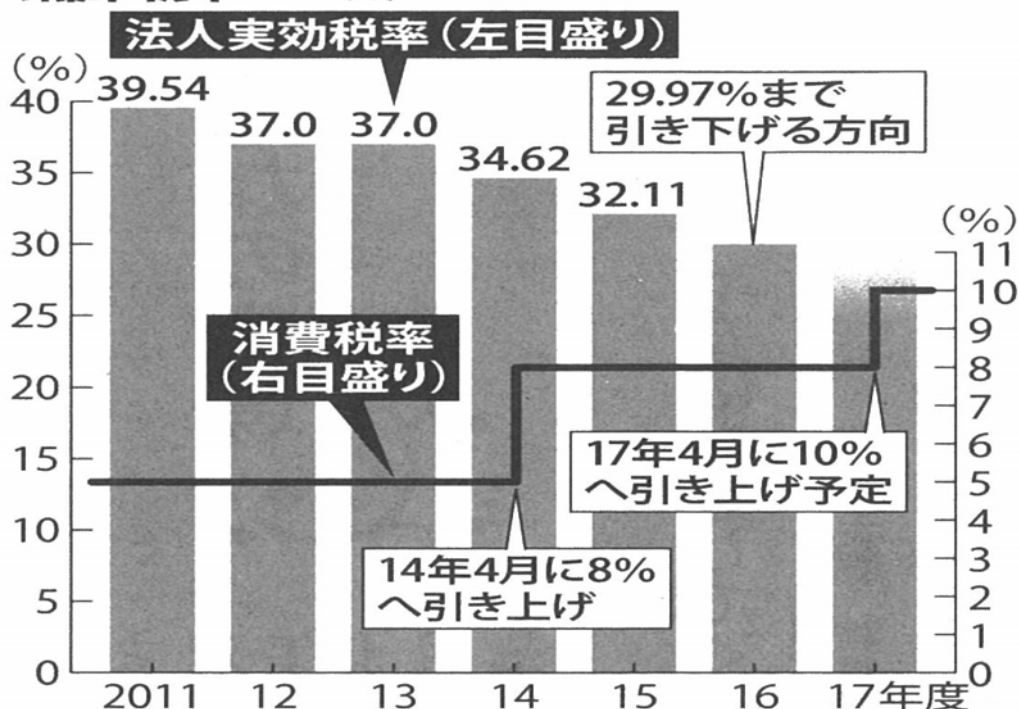


(出典) 日本: 内閣府「国民経済計算確報」、米英独瑞仏韓: OECD "Revenue Statistics 1965-2011" 及び同 "National Accounts"、中国、シンガポール: IMF "Government Finance Statistics 2012" 及び各国政府資料等。

(注) OECD "Revenue Statistics" においては、社会保険料に係る計数について、分類不能とされている項目があり、これについては計算上関連する項目に按分している。

中国の事業主負担については、基本養老保険、医療保険、失業保険、生育保険、労災保険の保険金収入額を、2010年当時の北京市の雇用者提出率と被雇用者提出率の割合で按分して計算している。また、シンガポールの事業主負担については、CPFの保険金収入額を2010年当時の基本的な雇用者提出率と被雇用者提出率の割合で按分して計算している。

法人実効税率と消費税率の推移 (標準税率ベース)



(参考)「金融取引税」について

2013 年からヨーロッパでは「金融取引税」(金融取引そのものに対する課税)の導入の検討が進んでいる。ドイツでは、同税の導入で年あたり450億ユーロの増収になると言う試算が出ている(日本円で6兆円超)。金融取引税導入予定国は11カ国(ベルギー、ドイツ、エストニア、ギリシャ、スペイン、フランス、イタリア、オーストリア、ポルトガル、スロベニア、スロバキア)。