

どうする？

診療報酬の改善で国民生活も経済も復活！
日本の医療費

Medical expense of Japan



09年8月の総選挙で、民主党が308議席を獲得、ついに政権交代が起きました。小泉構造改革による貧困と格差の広がり、社会保障切り捨て路線に国民がきっぱりとノーの審判を下したのです。

民主党が選挙公約で「先進国最低の医療費を、OECD並みに引き上げる」ことを宣言したこともあり、長年低医療費政策に苦しめられていた医療界からも連立政権に大きな期待が寄せられました。あれからわずか半年、公約実現の道筋が見えないことに、医療界には失望感が生まれ始めています。

この冊子では、
あらためて医療改善のための
財源や「診療報酬」について、
皆さんと考えていきたいと思えます。



診療報酬と医療崩壊

診療報酬とは

いつでもどこでも、誰もが、安心して安全な医療を受けられる。それを私たちは国民皆保険とよびます。そして、国民皆保険制度において、どのような医療をいくらで提供するのかを決めているのが「診療報酬」です。「診療報酬」とは、健康保険法が定めている医療行為の値段、つまり医療の公定料金のことです。中央社会保険医療協議会というところで決められており、2年ごとに改定されます。「診療報酬」にない医療行為を保険で行うことはできません。よく「〇〇は保険が利く」といわれるのは、その医療技術が診療報酬で評価されているという意味です。

「診療報酬」は、国民皆保険の核心といってもよいほど重要な役割を果たしており、大きく三つの特徴があります。



第1に、国民が受けられる医療の種類、その質と量を決定することです。

例えば、白内障の患者さんへの眼内レンズの手術は、かつては保険診療で認められていませんでした。当時の眼内レンズ手術は、何十万円もしたので、費用を支払えない方は手術を受けることができませんでした。しかし、診療報酬に眼内レンズ手術（水晶体再建術 121,000円）が導入された結果、3割負担の場合、36,300円で誰でも手術が受けられます（実際の費用は検査費なども必要です）。

もし、いつまでも診療報酬に認められない事態が続いていけば、国民は必要な医療が受けられないことになっていたでしょう。

第2に、医療機関の収入を全体として保障することです。

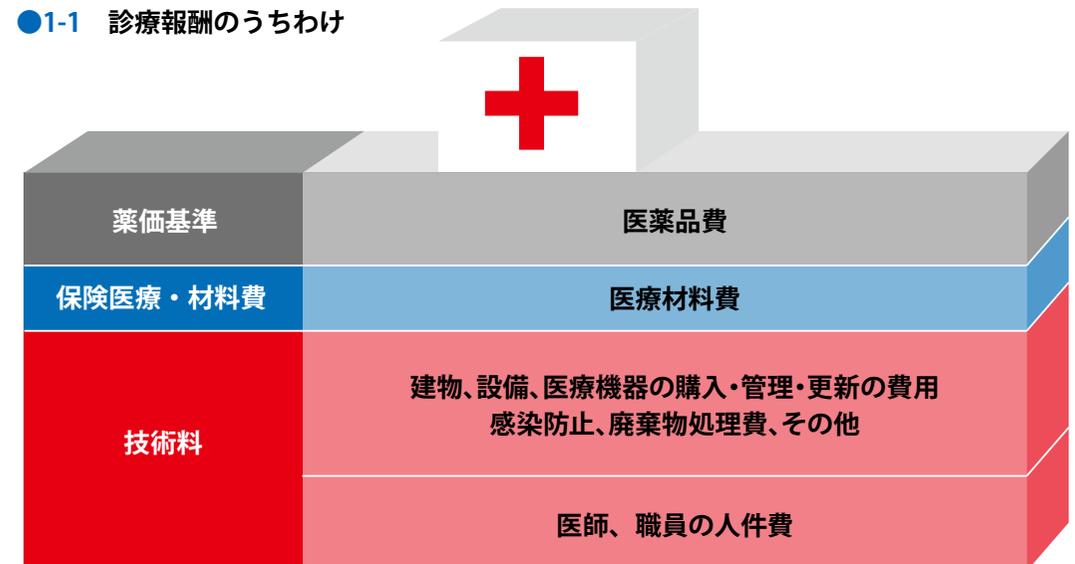
「診療報酬」は、全体としては医療機関で行われるすべての医療サービスを保障するものです。医療サービスは、医師の技術だ

けで成り立つものではありません。看護師、薬剤師、検査技師、理学療法士や作業療法士、会計処理をする事務員など、多くのスタッフが一体となって患者さんに医療サービスを提供しています。診療報酬は個々の医療技術などに対する評価にすぎませんが、全体としては医療機関に働くすべてのマンパワーの人件費をまかない、必要な薬剤を購入し、必要な検査機器を購入し、医療機関の経営を保障しているのです(1-1)。

第3に、非営利の医療提供を支えることです。

医療関係法は、医療の提供を営利目的で行ってはならないとしています。しかし、医療の提供には人件費と設備費などの経費が必要です。一定の利潤がなければ、経営を維持できず、医療を提供しつづけることができません。非営利の医療提供を診療報酬が保障することによって、医療機関が患者さんに最適な医療を提供することが可能になるのです。

●1-1 診療報酬のうちわけ



Chapter II

国民負担 診療報酬と

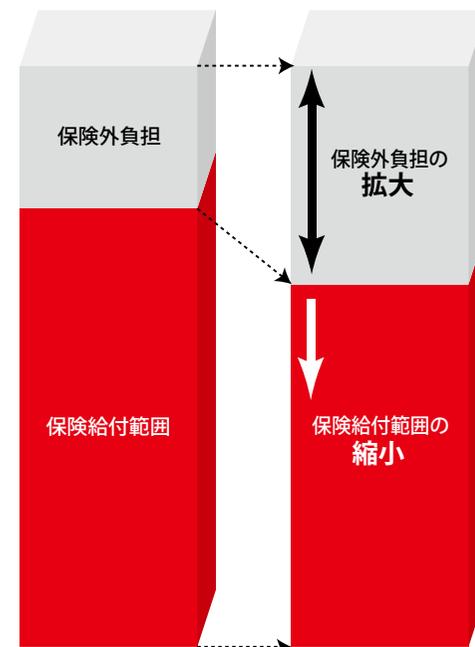
診療報酬が引き上げられると、国民の負担が増えるといわれますが、本当でしょうか。診療報酬が上がれば、保険料や患者負担は増えます。逆に診療報酬が下がれば、保険料や患者負担は減ります。それでは、国民の負担を減らすために診療報酬は下げた方がよいのでしょうか。

国民の負担は保険料と窓口負担だけではありません。「保険外負担」があります。新しい医療を診療報酬に加えなかったり、認められていた医療を外したりすると、そうした医療は、国民が必要とする限り「保険外負担」となります(2-1)。例えば、02年4月から、同一疾病で、一般の病棟での入院期間が180日を超えると、入院の必要性が低いと見なされて入院料の15%を患者さんが負担しなくてはなくなりました。また、06年の4月には、医療保険のリハビリテーションに日数制限が設けられました。これには全国から抗議の声が起こり一部修正されましたが、今も標準的算定日数(90日~180



日)を超えた場合は月に13単位(1単位20分)までの制限があり、それ以上は保険が利かず患者負担となってしまいます。

●2-1 診療報酬を引き下げると…



そもそも異常に高い日本の窓口負担

診療報酬が上がれば窓口負担が増えるといわれますが、そもそも日本の「現役世代の3割負担」が異常に高すぎるのが問題です。G7の中で患者の窓口負担が原則無料でない国は、日本と国民皆保険制度のないアメリカだけです。日本でもほかの先進国のように窓口負担を低く抑えれば、診療報酬の引き上げを患者さんは気にすることなく医療が受けられます。

健保本人は、かつて10割給付でしたが、84年に1割負担になり、97年に2割、03年に3割と重くなるたびに、受診抑制が起きています(2-2)。保険証を持っているにもかかわらず、窓口負担が高いことを理由に病気が悪化するまで医療機関で受診せず、亡くなるケースさえあります。今すぐ窓口負担を他の先進国並みに軽減する必要があります。

●2-2 病院・一般診療所の外来患者数の推移



出典：厚生労働省「患者調査」より作成

政権交代でも 診療報酬はゼロ改定

いま医療界に生まれ始めている連立政権への失望感の直接の引き金となったのが、今回の診療報酬改定です。「低医療費政策の転換」という医療関係者の期待とは裏腹に、連立政権が打ち出したのは医療費34兆円のわずかプラス0.19%、700億円の引き上げにとどめるというものでした。しかもその後、改定の枠外に薬価の追加引き下げが600億円あったことがわかり、実質引き上げは0.03%、100億円にすぎないことが明らかになりました(3-1)。

内容を見ても、救急、産科、小児科、高度医療を担う大規模病院には一定の引き上げが行われましたが、慢性期の医療を担う療養病床の入院基本料、診療所の再診料が引き下げられました。歯科分野では初診料・再診料ともに引き上げられましたが、新たな包括拡大と長期継続管理システムの強化で「事実上マイナスになる」などの声も出ています。このようなやり方は、これまでの自民党時代となんら変わりありません。

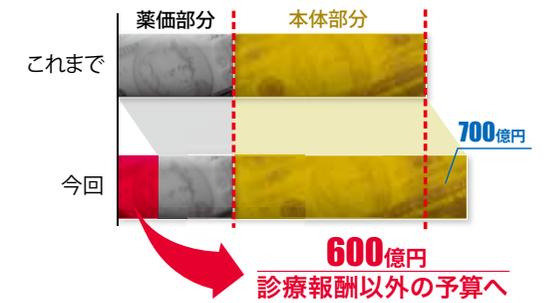


これでは長年の低医療費政策の様々な問題を解決することはできません。

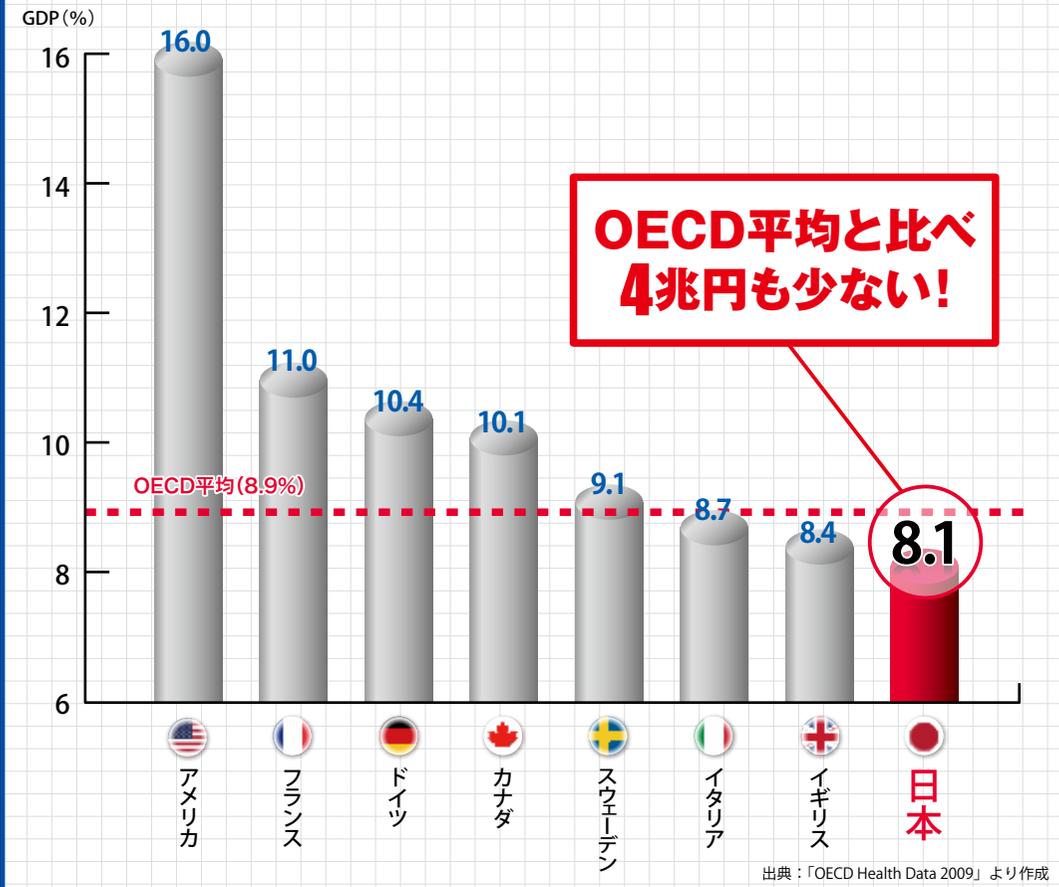
そもそも民主党が総選挙で「医療費の先進国並みへの拡大」を掲げた以上、「診療報酬の大幅アップ」は国民への明確な公約であるはずですが。民主党が言うように、「医療費を先進国並みに」するには、金額にして4兆円、診療報酬10%以上の引き上げが必要ということになります(3-2)。今回の引き上げは、先にみたようにわずか100億円、必要額の400分の1です。鳩山首相は、2月26日の予算委員会での問題を追及され、「努力はするが、4年間で実現するとは限らない」と、

選挙時から大幅に後退した答弁に終始しました。連立政権がこのような姿勢を貫けば、医療崩壊を食い止めるどころか、ますます拍車がかかってしまいます。

●3-1 診療報酬改定の概略図



●3-2 世界から見た、低すぎる日本の医療費水準



出典：「OECD Health Data 2009」より作成

Chapter IV

解決しない医師不足 医学部定員増だけでは

民主党はマニフェストで医師不足対策として「医師養成数を1.5倍に増やす」ことや「医療従事者の職能拡大と定員増」を掲げました。実際、鳩山政権では、過去最大の医学部定員を設定しました。医師不足の根本的な解決のためには絶対に必要な政策です。ただ、今から医学部定員を増やしても、医師として活躍するまでには10年かかります。それまでの医師不足をどうすればいいのでしょうか。

医師不足の根本原因は絶対数の不足です。政府は日本の医師数が先進国中最低であるにもかかわらず、医師数の増加が医療費を増やし国を亡ぼすという「医療費亡国論」(83年)を掲げて、86年から医学部入学定員削減を行いました。その後、97年には「引き続き医学部定員削減に取り組む」ことが閣議決定され、医師数はずっと抑制されてきました。そうした中で医師数の不足が顕在化したのには、2つの要因があります。

一つは、卒後臨床研修制度の改革です。新制度により、研修のできる施設が広がった結果、大学病院で医師が不足するようになりました。それで、大学病院は、これまで地域病院に派遣していた医師を引き上げるようになったのです。大学病院が派遣医師を引き上げた病院では、残された医師の



労働がますます過酷になり、退職を促しました。卒後臨床研修制度の改革は、医師が総合的な力を身につけるためには大きな役割を果たしています。しかし、医師数が絶対的に不足している状況で行われたため、矛盾が表面化しました。

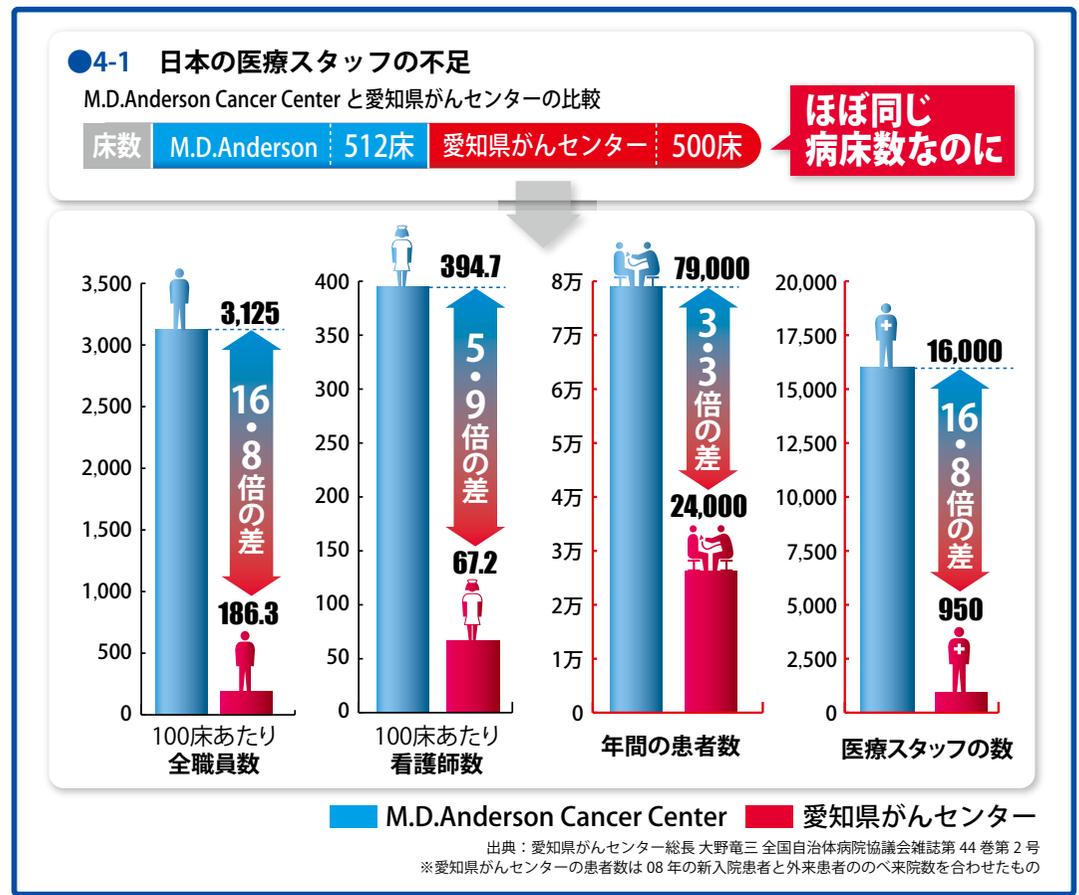
もう一つは、医療の専門分化が進んだことです。例えば、内視鏡専門医など、かつては存在しなかった専門医が生まれて、必要な医師数が増大しているのです。

医師だけでなくスタッフも不足する日本の医療現場

愛知県がんセンターの職員数を同規模のアメリカのアンダーソン・がんセンターと比

較すると、医療スタッフの数は16.8倍もの差があります(4-1)。医師が治療に専念するのでなく、書類書きや患者の搬送にまで手を奪われています。これは日本の診療報酬では医師だけでなく、看護師など他の医療スタッフを十分に配置することができないからです。

今年の診療報酬改定でも医療クラーク(医師の事務作業を補助するスタッフ)の配置や看護助手に対する評価が拡充されました。しかしそれでも、まだまだ現場の医師の負担を軽減するには不十分です。各種のスタッフを大幅に増やして医師の負担を軽減できるよう診療報酬を引き上げることが求められています。



必要なのは 公的医療費を増やすこと — 危険な混合診療の導入

民主党は医療費を先進国並みにすると
民 っていますが、危険な方向に進みつ
つあります。

菅財務大臣は参議院予算委員会で「今回の医療費の引き上げそのものでは、十分とは言えない」としつつも、その財源として「混合診療の問題など……一部は個人の負担で賄うのか議論が必要だ」と「混合診療」に言及しています。

行政刷新会議では民主党のマニフェストにない混合診療解禁などが論点として提出されています。

「混合診療」とは、保険給付の対象となる医療行為と保険給付が認められていない医療行為を併用することです。「混合診療」は禁止されていて、それを行った場合は保険診療部分を含むすべての医療行為に関する費用が全額患者負担となります。

自公政権は公的医療費を削減するために



この「混合診療」を解禁しようとしてきました。この背景には、「混合診療」の解禁をビジネスチャンスだと捉える日米の保険会社をはじめとする大企業の要求がありました。

小泉構造改革下の規制改革会議では、議長の宮内オリックス会長が「国民がもっとさまざまな医療を受けなければ、『健康保険はここまでですよ』、あとは『自分でお支払いください』というかたちです。金持ち優遇だと批判されますが、金持ちでなくても、高度医療を受けなければ、家を売ってでも受けるという選択をする人もいるでしょう」などと語り、「混合診療」の解禁を訴えました。彼らは「新しい医療技術に対応する」「国内未承認薬で多くの命が救える」などと言いますが、それらを診療報酬に収載し、誰もが使えるようにすれば問題は解決します。「混合診療」解禁は支払い能力のある患者だけが医療を受けられるという、宮内氏が指摘した通りの不公平な医療制度となります。

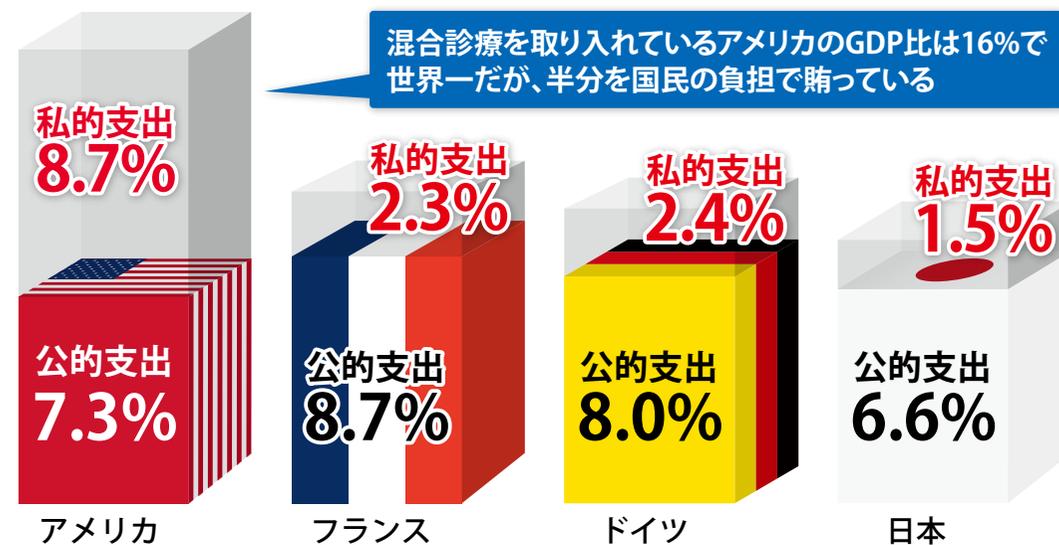
しかも、安全性が確立されていない医療が横行する危険性もはらんでいます。

アメリカの医療費はGDP比で16%と世界一です。しかし、医療費への国庫支出額は7.3%とドイツ、フランスなどヨーロッパの国々と比べて低い水準です(5-1)。アメリカでは国民皆保険制度がありません。公的医療は貧困者向けと高齢者向けがありますが、一般に行われるのは民間保険による医療給付です。そのために、世界一の医療費の多くを患者の直接負担で賄っています。「混合診療」が解禁されれば、私的に医療費を負担するアメリカ型の医療システムが日本の皆保険に持ち込まれてしまいます。菅大臣の発言は、日本の医療制度を極めて危険な方向へ導くものです。

医療費の拡大を言うのであれば、誰もが質の高い医療を少ない負担で受けられるように、公的医療費を引き上げて国民皆保険制度を充実させるべきです。そのためには、診療報酬を大幅に増やす必要があります。

●5-1 医療費の公的支出と私的支出(対GDP比)

出典：「OECD Health Data 2009」より作成



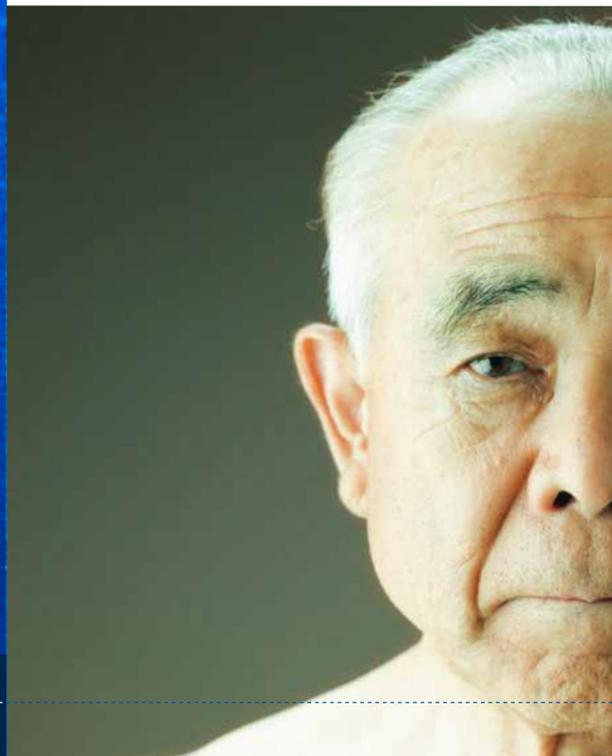
Chapter VI

後期高齢者医療制度は即時廃止を

民主党の政権公約や連立政権の政策合意では後期高齢者医療制度の廃止が明確にうたわれていました。しかし、政権発足直後、「4年以内に新制度をつくる」と、事実上廃止を先送りし、新しい高齢者医療制度を創設するとしました。ところが新制度とは名ばかりで後期高齢者医療制度の基本的枠組みが残されようとしています。

制度存続で実行された保険料値上げ

後期高齢者医療制度は75歳以上の人をこれまでの医療保険から脱退させ、強制的に加入させる制度です。75歳以上の高齢者全員に保険料を負担させ、後期高齢者の人口が増えれば、保険料も上がるという仕組みです。廃止が先送りされたことにより、実際、この4月から31都道府県が保険料を引き上げ、高齢者に新たな負担増を強いています(6-1)。現在は保険料引き下げのための特例措置により本来の保険料負担よりも低額に

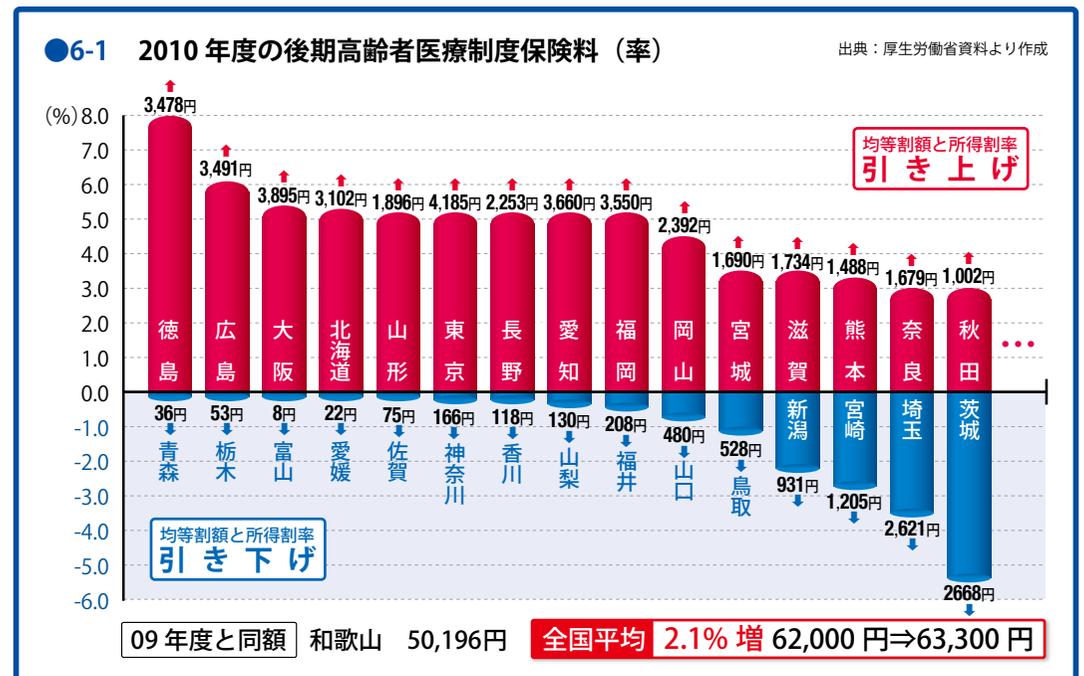


なっていますが、特例措置がなくなれば保険料は2015年には1.4倍、2025年には2.2倍と大幅な負担増となります。

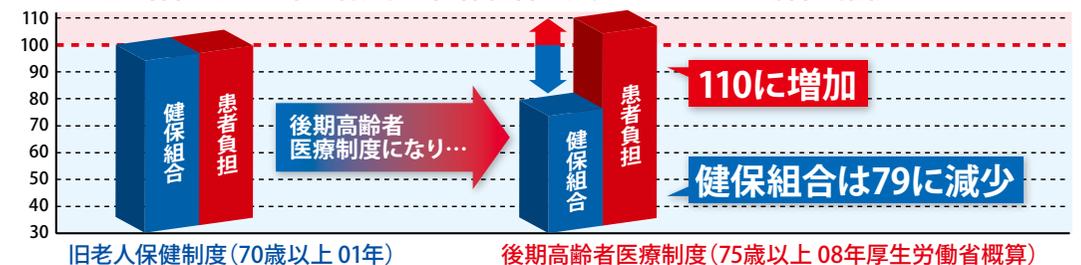
後期高齢者医療制度は、「医療費が際限なく上がっていく痛みを、後期高齢者が自分の感覚で感じ取っていただくことにした」と厚生労働省の担当者が語るように、高齢者に保険料負担を押し付けることを目的にしています。その代わりに減らされたのが、健保組合の負担です。実際に、02年度の老人保健制度改悪以降、健保組合の老人医療費負担は減り、患者負担は増えています(6-2)。

新制度は対象を65歳以上に拡大するだけ

政府の新制度案では対象を65歳以上に拡大し、全員に保険料負担を押し付ける点を、現行制度の「利点」だとして温存しようとしています。高齢者に安心の医療を提供することを目的とするのではなく、「痛み」を押し付けることを目的とするという「利点」を残そうとしています。このことから、高齢者に保険料負担を押し付けない老人保健制度に今すぐ戻すべきです。



●6-2 老人保健法の01年患者負担・健保組合の負担を100とした場合の推移



出典：厚生労働省「老人医療事業年報」「国民医療費」より作成。08年度は厚生労働省試算

Chapter VII

国保再建は
国庫負担の拡大で

2009年1年間のうちに経済的な理由で医療機関への受診が遅れ、一部調査では結果として死亡に至ったと考えられるケースが43件に上りました。その理由の多くは、国保料を払えず、正規の保険証を取り上げられたため、早い段階で医療機関に受診できなかったというものです。

こうした悲惨な実態に対して、民主党は衆議院選挙のマニフェストで、国民健康保険について「被用者保険と段階的に統合し、将来、地域保険として一元的運用を図る」としただけで、鳩山政権発足後も国保の保険料滞納を理由にした保険証の取り上げや受診抑制は未だに解決されていません。

保険料高騰は
国庫負担の減少による

厚生労働省の発表によれば、国民健康保険の09年度の保険料滞納世帯は445万4千世帯で、加入世帯の20.8%と過去最悪の滞納率です。

この背景には国保の保険料が払えないほ



ど高額になっているという問題があります(7-1)。例えば、大阪府の寝屋川市では所得200万円の4人家族で保険料は50万3,900円になります。実に所得の4分の1にも上る保険料が設定されていることがそもそも

●7-1 高すぎる国民健康保険料

08年度国保保険料が高額だった20自治体

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	臼杵市 (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)	44万0500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

出典：「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）

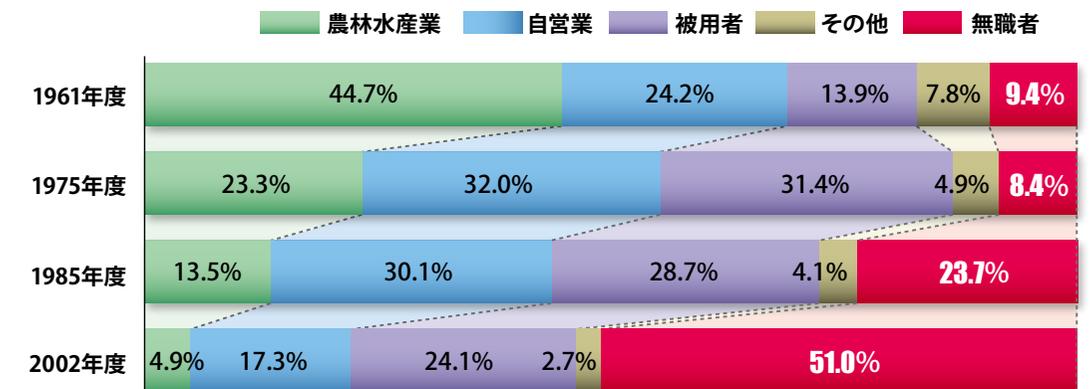
雇用破壊が
国保を空洞化させる

国保の加入者の内訳をみると、「無職者」は1975年には8.4%でしたが、85年には23.7%、そして02年には51%になっています(7-2)。高齢者の増加とともに、構造改革による大企業のリストラや非正規雇用

の拡大により、こうした低所得者が社会保険から国保に移ってきたためです。

国民皆保険制度を維持するために国は国保への負担を手厚くし保険料を低く抑えるとともに、正規雇用を増やすように、大企業を指導し、中小零細企業の経営を支えることが必要です。

●7-2 市町村国保の職業構成の変化



出典：厚生労働省資料より作成

大企業の医療費の抜本増は 大企業の応分の負担で

国際的にみて 低率な大企業の負担

公約では医療崩壊を食い止めると打ち出した鳩山政権ですが、実際には実行されていません。そのもっとも大きな理由は「財源問題」です。

政府予算の税収はここ10年間は40兆円から50兆円の間を行き来し、ついに09年度37兆円まで低下しています。その原因は小泉構造改革による行き過ぎた大企業と富裕層への減税政策です。大企業向けには、法人税率を引き下げただけでなく、連結納税制度の導入、研究開発減税の拡充、欠損金の繰越期間の延長などの減税を行い、年間ベースで5兆円の減税を行っています。これにより、06年から07年には大企業はバブル期以上の利益を上げたにもかかわらず、法人税収はバブル期の78%しかありません。これを当時の税収に戻せば、財源は確保できます。例えば法人税率を80年代の税率に戻した場合、4.9兆円の新たな財源が生まれます。

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、この「実効」とは単に国税と地方税の税率を加えて、事業税の損金算入を勘案しただけの見かけに過ぎません。各種の減税措置で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

の企業はGDP比で4.4%しか社会保険料を負担していませんが、ドイツでは6.9%、フランスでは11.1%を企業が負担しています(8-1)。日本でも、ヨーロッパの国々のように大企業に応分の保険料負担を求めれば、大きな財源となります。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。

富裕層への異常な減税措置

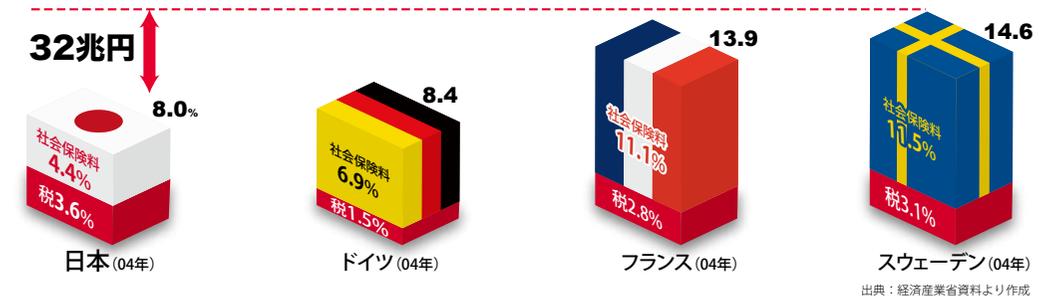
富裕層への減税措置も改める必要があります。証券優遇税制は、株式の売却益や配当に課税する所得税を大幅に減税するもので

す。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%)となっており、いずれも日本の優遇税率10%を上回っています。以前の20%だった頃と比較して、1,357億円の減税が行われています。

所得税も構造改革によって累進度が低くなったことと、労働者の給与の落ち込みのためバブル時の89年以来ずっと減収が続いています。所得税率を80年代の税率に戻せば1.3兆円の新たな財源が生まれます。

また、健康保険料の上限を撤廃するなどの改革も必要です。

● 8-1 日本の企業負担率は先進国最低 (民間企業の税・社会保険料負担の対GDP比)



日本の医療費を ドイツ、フランス並みに

現在34兆円の医療費を政府の言うように「OECD並みに医療費を増やす」ためには4兆円、フランスやドイツの水準まで医療への公的支出を増やすためには8.4兆円(8-2)引

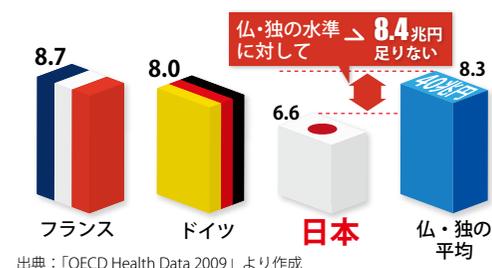
き上げて総額40兆円にする必要があります。これまで見てきたような異常な税制をただし、ヨーロッパ並みの負担を大企業に求めれば、それくらいの財源はすぐに出てきます。

高薬価にメスを

ただし、医療費は高ければ良いというものではありません。日本の医療費に占める薬剤比率は2001年から2008年までずっと30%近くで、欧米の10%から数十%という水準に比べて突出しています。

メーカーいなり薬価が決めるシステムにメスをを入れて、世界的に見ても異常な高薬価は引き下げるべきです。

● 8-2 医療費の公的支出対GDP比



Chapter IX

最悪の財源 — 消費税

鳩山政権は、財源を示すことができない中で、消費税に頼ろうとしています。当初、鳩山政権は「政権担当期間中は、税率引き上げは行わない」としていたにもかかわらず、菅財務相は消費税について「本格的な議論を始めたい」と発言しています。

しかし、消費税は、所得に関係なく一律に課税されるため、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。06年の国会審議で当時の谷垣財務相も、「(消費税が) 逆進的だ」という指摘があることは事実」と認めているのです。

もうひとつの欠陥は、消費税には大企業の負担がないことです。社会保障の原則は応能負担ですが、莫大な内部留保を溜め込む大企業が1円の負担もしない税制を財源にすることは、「不公平」財源と言わなければなりません。

そもそも、消費税はこれまでも法人税の減税の穴埋めに使われてきました。消費税が導入されて以降、国民が支払った消費税は224兆円。一方でその間、企業は法人税を208兆円減税されています(9-1)。財界は自らの税負担、社会保険料負担を引き下げするために、企業負担のない消費税増税を要求しているのです。

「逆進性」と「不公平性」の高い消費税は、「所得の再分配」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。

ヨーロッパに比べて日本の消費税率は低



いとよく言われます。しかし、税収入に占める消費税収の割合は大差ありません(9-2)。これは、ヨーロッパでは幅広い非課税項目があり、食料品や医薬品など日常生活品は、ゼロ税率や軽減税率をとっているためです。

また、金融危機に際してヨーロッパでは国内の消費を喚起するために、消費税を引き下げています(9-3)。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する政策です。

経済政策としても消費税増税は愚策

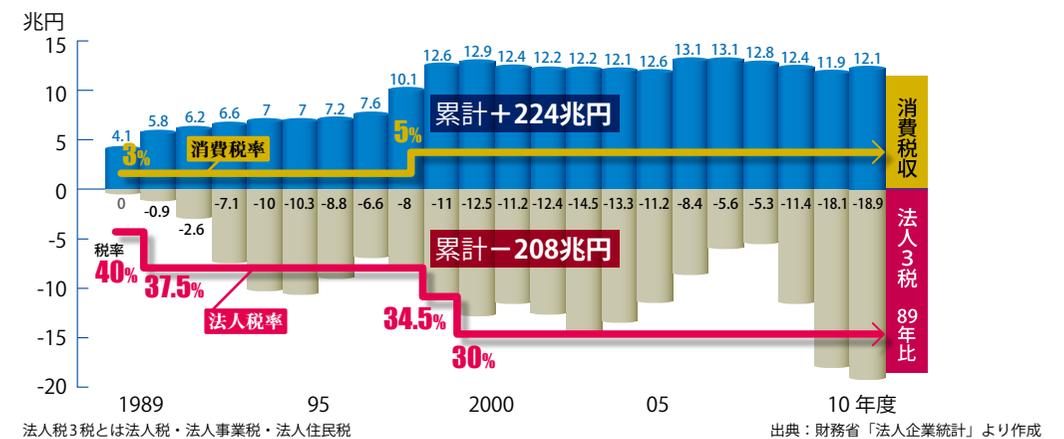
衆議院予算委員会の中央公聴会で日本金融財政研究所所長の菊池英博氏

消費税増税を行ってもそれを財源に社会保障を充実すれば、経済は活性化するという議論について

「まず、消費税を引き上げるそのマイナス効果の方がずっと先に出る。それから後、確かに子ども手当とか(社会保障による経済効果が)出てきます。しかし、…(消費税増税の悪影響)の方がずっと経済的にはマイナス効果が大きい。…(消費税増税と社会保障の充実の)両方、バランスを合わせればいいというような考え方は非常に危険」



9-1 消費税は法人税の穴埋めに

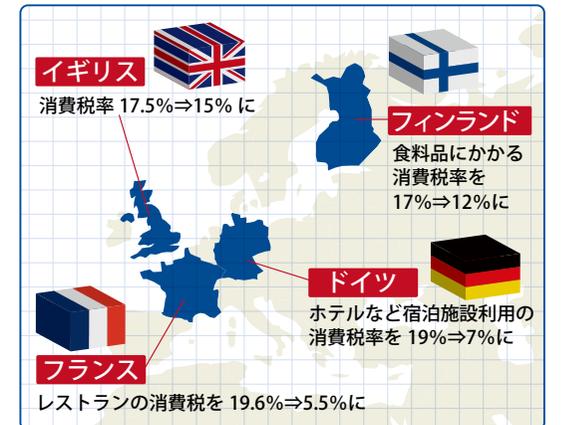


9-2 ヨーロッパ並みの消費税収入の割合

標準税率	税収入に占める消費税収入の割合
5.0%	日本 21.4%
17.5%	イギリス 21.5%
19.0%	ドイツ 35.7%
19.6%	フランス 50.0%
20.0%	イタリア 29.0%
25.0%	スウェーデン 18.5%

出典: スウェーデンは、OECD「歳入統計2007年版」より。その他は「財政金融統計月報」(2009.4 財務省財務総合政策研究所編)より

9-3 リーマン・ショック以来ヨーロッパでは消費税減税の流れが大きく



Chapter X

経済成長にもプラス
社会保障の充実

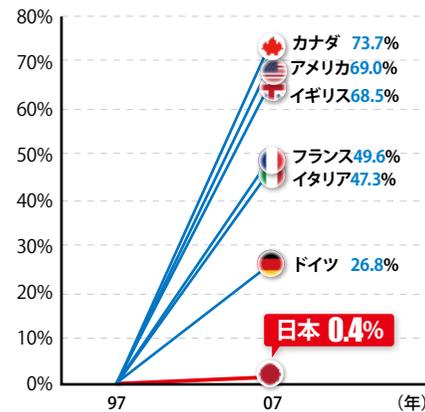
異常な日本経済

97年と比較した07年の日本のGDP伸び率は0.4%と、主要先進国が数十%なのに比べて最低です(10-1)。また、この間のさまざまな経済指標も、日本経済と国民生活の厳しさを示しています。09年度の失業率は5.1%となり前年比の落ち込みは、厚労省が調査を始めて以来最悪となりました。また、就業者数も09年平均で前年比103万人減の6,282万人です。この悪化幅も比較可能な1954年以来最悪です。労働者の賃金を表す雇用者報酬も4年連続で前年度を下回っています。09年度は前年に比べて3.9%も減少し、これも過去最悪の悪化幅です。

しかし、一方で企業は428.6兆円の内部留保を積み上げています(10-2)。この内部留保は1988年には159兆円で、10年後の98年には209兆円と3割増えました。ところが、98年以降の同じ10年間では10割増えて、一挙に2倍にも膨れあがったのです。これは、正社員を非正規雇用に切り替えたり、正社員の給与を引き下げて、人件費を削減することによって生まれた、行き過ぎた溜め込みです。



10-1 GDPの伸び率は日本が最低

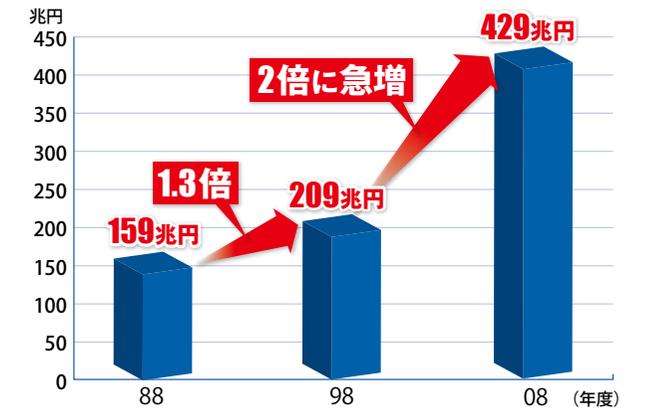


IMF: International Financial Statistics (IFS) (2010年4月号)

世界の流れは内需の拡大

こうした日本経済の異常について、英紙フィナンシャル・タイムズ(2010年1月13日付)は、「日本の目標は内需主導の成長でなければならず、その最大の要件は企業の過剰な内部留保の大幅削減だ」と述べています。実際、日本以外の先進国では企業や富裕層に応分の負担をさせて、それを低所得者への生活援助や社会保障の充実にま

10-2 内部留保は98年以降に急増(資本金全規模)



出典: 財務省「法人企業統計調査」より作成

わして内需の拡大をはかろうとしています(10-3)。雇用を維持し、社会保障の充実で将来不安を取り除けば、国民の購買力は上昇し、内需が拡大します。そして、結果として国内の産業が活発化し、企業業績も回復します。

日本でも、大企業と高額所得者層の負担をヨーロッパ並みにし、それを財源として社会保障を充実させ、雇用を維持することが求められています。

10-3 リーマンショック以来の世界の内需拡大策

税制面では…

- アメリカ** ……: 税源を正し、医療改革
 - 所得税の最高税率を35%から45%に引き上げ
 - 高額所得者の株式譲渡益への課税強化で約100兆円
 - 大企業が海外で得た利益に対する課税を強化し、約20兆円の財源を生み出す
 - その使い道は医療制度改革
 - 銀行、保険会社、その他の金融機関による投機が金融危機をまねいたとして「金融危機責任税」を創設し、8兆4,000億円
- イギリス・フランス・ドイツ** ……: 最高税率の引き上げ
 - 高額所得者への増税を財源に、低所得者への減税を実施
- 韓国** ……: 大企業や富裕層への減税措置を廃止
 - 大企業や富裕層に対する減税措置を廃止して、8,000億円の財源をつくり、低所得者層への減税を実施

雇用面では…

- フランス** ……: ルノーのリストラ計画
 - 雇用相が、「危機を口実に雇用を破壊するのは認められない。不当な経営者に対しては断固とした態度で臨む」とし、ルノーのリストラ計画を「巨大企業グループは資産も持っている。雇用を破壊させておくのは論外だ」と批判し、大統領自ら工場を訪問し、解雇を撤回させています。
- スペイン** ……: 日産バルセロナ工場1,860人の解雇計画
 - 政府が撤回を求め、労使会談の場にも労働局長が立ち会って、解雇を撤回させています。
- ドイツ** ……: 国による大企業30社への申し入れ
 - 解雇制限法で集団的解雇を厳しく規制し、労働社会相が、大企業30社の人事担当役員を労働社会省に招集し、金融危機のもとでの会社都合による解雇を回避するよう求めるなどの対応をしています。

医療への支出増その内容

現在 30 兆円台の医療費をドイツやフランスの水準まで引き上げて 40 兆円台にする。これを一つの目安とすれば、今、医療界が直面しているさまざまな困難を改善することができます。

- 1** 保険で十分な医療を提供するために
診療報酬を引き上げる必要があります。
10% 引き上げる費用をすべて国が負担すれば 3 兆円
- 2** 世界一高い患者負担を減らし、国民が安心して
受診できるようにすることが求められています。
一部負担金をすべて半額にするには 2 兆 3,500 億円
全額無料にしても 4 兆 7,000 億円
- 3** 高すぎる国民健康保険の保険料を引き下げ、
国民が支払い可能な保険料にする必要があります。
全世帯の保険料を半額にするには 1 兆 8,000 億円
- 4** 本格的医師養成を行うため、医学部定員の抜本的増加と
教育スタッフの拡充を行う必要があります。
国公私立大学医学部に平均 20 億円の予算をつければ 2,000 億円
- 5** 医師不足が叫ばれていますが、緊急対策として医療事務などの
スタッフを増やし、医師の負担を軽減する必要があります。
医療スタッフを新たに 10 万人雇用すれば 5,000 億円

ここにあげたのは、あくまでも医療改善の一例です。しかし、ヨーロッパ並みの医療支出を行えば、これらすべてを実現することが可能なのです。大企業に社会的責任を果たさせることで財源を生み出し、国民的議論を行って優先順位の高いところから手をつければ、医療をめぐるさまざまな問題が解決します。こうした方向に政府の姿勢を転換させるために、今こそ多くの医療関係者、国民が声をあげ、行動する時ではないでしょうか。

医療保険制度の再建をめざす 7 つの提案。

- 1** 日本国憲法の生存権保障にふさわしい保険制度を。
- 2** 国の責務と、大企業の社会的責任が重要。
- 3** 系統的な医療保障制度とともに、公衆衛生等の抜本的拡充を。
- 4** 患者負担を軽減し、安心してかけられる医療保険制度を。
- 5** 国民に最適な保険医療を提供する診療報酬を。
- 6** 高度先進医療は公費医療の対象に。
- 7** 医療の「非営利原則」を堅持する。

(保団連医療保険再建プランより)



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