保険診療の充実で、医師も患者もともに喜べる医療を

～患者負担の軽減、診療報酬の総枠引き上げを求めます～

2009年10月

はじめに

患者負担の軽減を…… P. 01 ～ 02

医療崩壊と診療報酬改善…… P. 03 ～ 05

外来管理加算５分ルール…… P. 06 ～ 07

有床診療所と病院入院医療…… P. 08 ～ 09

深刻な歯科「医療崩壊」…… P. 10 ～ 11

混合診療…… P. 12

後期高齢者医療制度…… P. 13

国民健康保険…… P. 14 ～ 15

自主共済の問題…… P. 16 ～ 17

医療再建の財源…… P. 18 ～ 19

医療・社会保障と消費税…… P. 20 ～ 21

国民医療の向上をめざす
全国保険医団体連合会

はじめに

全国保険医団体連合会とは

私たち全国保険医団体連合会 (略称：保団連、会長・住江憲勇) は、全国の開業および勤務の医科・歯科保険医 10 万 3 千人を擁する団体です。全国 47 都道府県にある 51 の保険医協会、保険医会の連合会です。

会員は地域の診療所や病院で患者の診療に従事し、また医療機関の経営にあたっています。患者にお金の心配なく必要十分な医療を受けて欲しい、診療に専念するためにも医療機関の経営を安定させたいと願い、国民に地域医療の実態を訴え、医療保険制度の改善充実などを求めて活動を行っています。また、公的保障がほとんどない開業医の老後や休業時に備え、自主共済制度の運営などを行っています。

深刻な地域の「医療崩壊」、医療費総枠の拡大こそ解決の道です

この 20 年間で、政府は、医療費の窓口負担を次々引き上げ、国民健康保険料の国庫負担を減らし、保険料滞納者から保険証を取り上げる仕組みを作り、保険診療を行った医療機関に支払う診療報酬を引き下げ続けて来ました。

この不況の中で、これまで政府がすすめてきた公的医療の縮小策の矛盾が一挙にあらわれたのが、「医療崩壊」という事態です。

非正規雇用者を中心に社会保険に加入できず、国保の手続きもせずに無保険状態に陥っている人、高すぎる国保料が支払えず保険証を取り上げられた人、高い保険料を払い続けたのに窓口負担が高くて入院を断念したり、受診を手控える人が増えており、私たちはこのままでは国民の健康は守れない、と危惧しています。

また医師や医療機関にとっても、物価・人件費が上がっても診療報酬は上がらず、近年は連続 4 回引下げが行われた結果、地域の医療機関は病院、診療所を問わず疲弊しています。近年高まっている医療安全の要求に応えることひとつをとっても、それに必要なコストが保障されなければ、医師・医療機関の善意だけでは十分な対策はとれません。

医療費総枠を増やして、患者も医師もともに納得のいく医療ができる体制をつくることは国の責任ではないでしょうか。

保団連の主な要望

特に現在、重点的に取り組んでいるのは、以下の事項です。

○地域医療の底上げが図れるように、診療報酬を 10％以上引き上げること。
○患者の窓口負担軽減、特に子どもと高齢者の窓口負担は無料にすること。
○後期高齢者医療制度は直ちに廃止すること。
○国民健康保険の保険証取り上げをやめ、一切の無保険状態の解消を図ること。
○診療報酬のオンライン請求義務化は撤回すること。
○自主共済制度を保険業法の適用除外とすること。

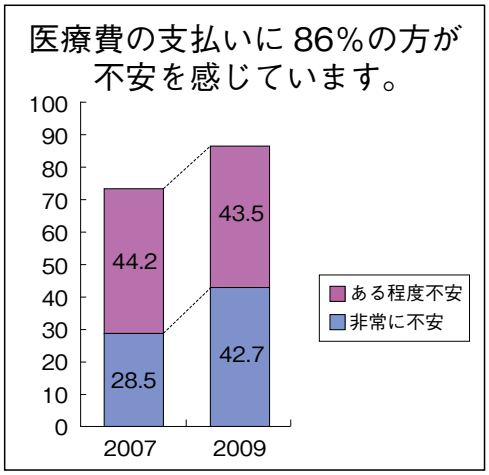
高すぎる患者負担の軽減が必要です

進行する受診抑制、手遅れで亡くなる事例も

日本医療政策機構が2009年1月に実施した世論調査では、医療に対する不安として「必要なときによい医療を受けられない」（80%）、「深刻な病気にかかったときに医療費を払えない」（86%）との回答が、いずれも前回より大幅に増加していました。

こうした中で、「65歳男性で国保証を保持していたものの、年金生活であったため入院費の支払いが困難で受診が遅れ、1ヵ月後に肝機能障害で死亡された」などの事例が報告されています（全日本民医連「国保死亡事例調査」）。

特に、20代・30代の若者や、非正規雇用が広がり、働いていても十分な収入が得られず、医療費に対する不安から受診抑制が広がっています。雇用対策とともに、現役世代を含む患者負担の軽減が必要です。



日本医療政策機構
「日本の医療に関する2009年世論調査」
（n=1016）

患者負担は無料または少額が世界の主流

OECD加盟30カ国の中で、原則無料がイギリスやカナダなど12カ国、少額の定額制がドイツなど8カ国であり、定率制をとっている国でも、原則3割はほとんどありません。日本の原則3割という患者窓口負担の高さは際立っています。

早急に窓口負担を3割から2割へと引き下げることが必要です。

OECD諸国の患者窓口負担

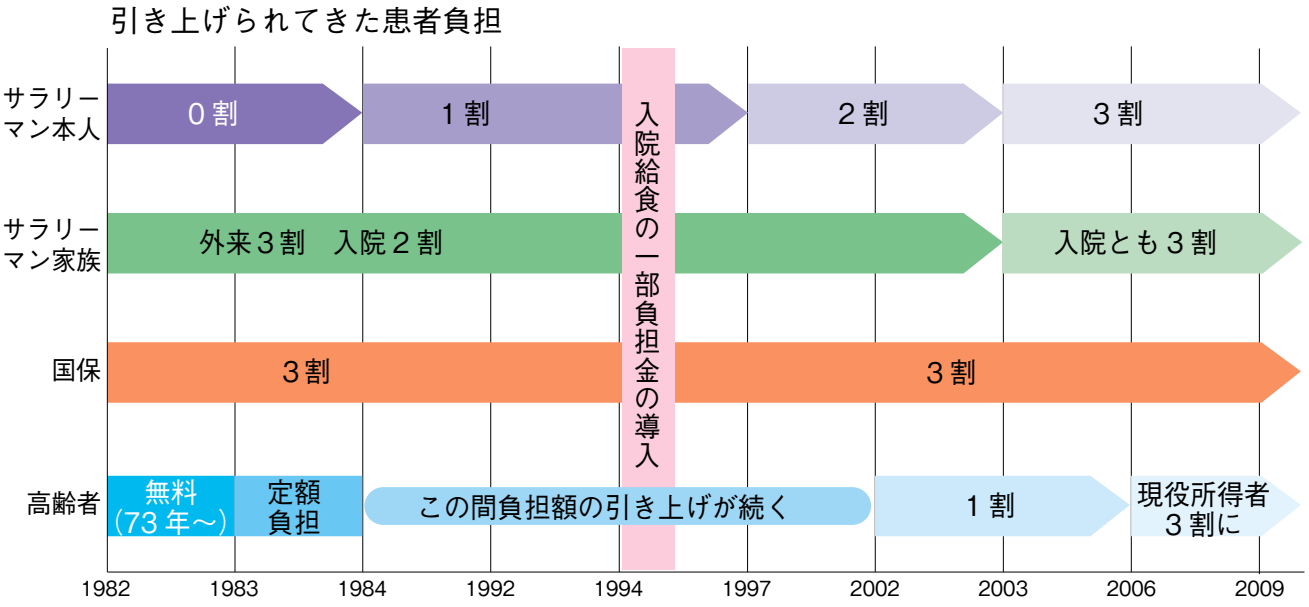
原則無料	カナダ、デンマーク、チェコ、ギリシャ（入院15ドル）、ハンガリー、イタリア、オランダ、ポーランド、スロバキア、スペイン、トルコ、イギリス
定額制（少額）	ドイツ、ノルウェー（入院は負担なし）、フィンランド（18歳未満負担なし）、アイスランド（入院は負担なし）、アイルランド（人口の35%は無料）、ニュージーランド（入院は負担なし）、ポルトガル、スウェーデン
定率制（少額）	オーストラリア（15%：入院は負担なし）、スイス（10%）、ルクセンブルグ（5%：入院は少額な定額）、ベルギー（10～25%、入院は少額な定額）、フランス（3割：ただし、補完的な公的保険で負担はほとんどない）、
定率制（高額）	韓国（外来30～55%、入院20%）、日本（一般30%、3歳未満20%）

※世界の医療制度改革　OECD2004編著　明石書店2005年発行より作成
※アメリカ、メキシコは、全国民を対象にした公的医療保険制度がない

連続して引き上げられてきた患者の負担

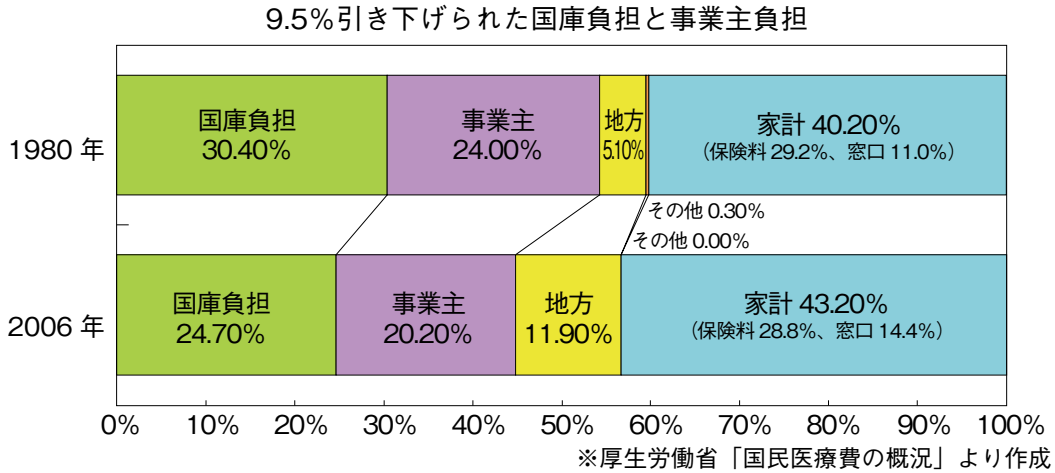
かつて、老人と健康保険の本人の医療費は無料でした。しかし 1980 年代以降、「医療費の増大が国を滅ぼす」という主張の下で、患者の負担が連続して引き上げられてきました。80 年代には政府自身が国保の負担を引き下げて、全体を 2 割に統一するという構想をもっていましたが、構造改革の中で 3 割まで負担が引き上げられたのです。3 割負担は、あまりにも重すぎる負担です。

患者負担の増大が、格差の拡大・貧困の増加とも重なって、必要な時に医療が受けられない実態を広げています。



国庫負担と事業主負担を 1980 年の水準に戻して下さい

医療の財源は①保険料（企業と加入者）、②国や地方自治体の負担、③患者負担によって賄われます。公的医療費の抑制を旗印に患者負担を増大させた結果、患者負担と加入者の保険料を合わせた家計の負担は 2006 年で 43%にも及んでいます。その反面、国の負担が全体の 3 分の 1 から 4 分の 1 に、企業負担は約 4 ポイントへり 2 割にまで縮小されました。これで公平な負担といえるでしょうか。少なくとも、国庫負担、事業主負担を 1980 年の水準まで戻すことが必要です。



※厚生労働省「国民医療費の概況」より作成

医療崩壊を食い止めるために、10%以上の診療報酬引き上げを

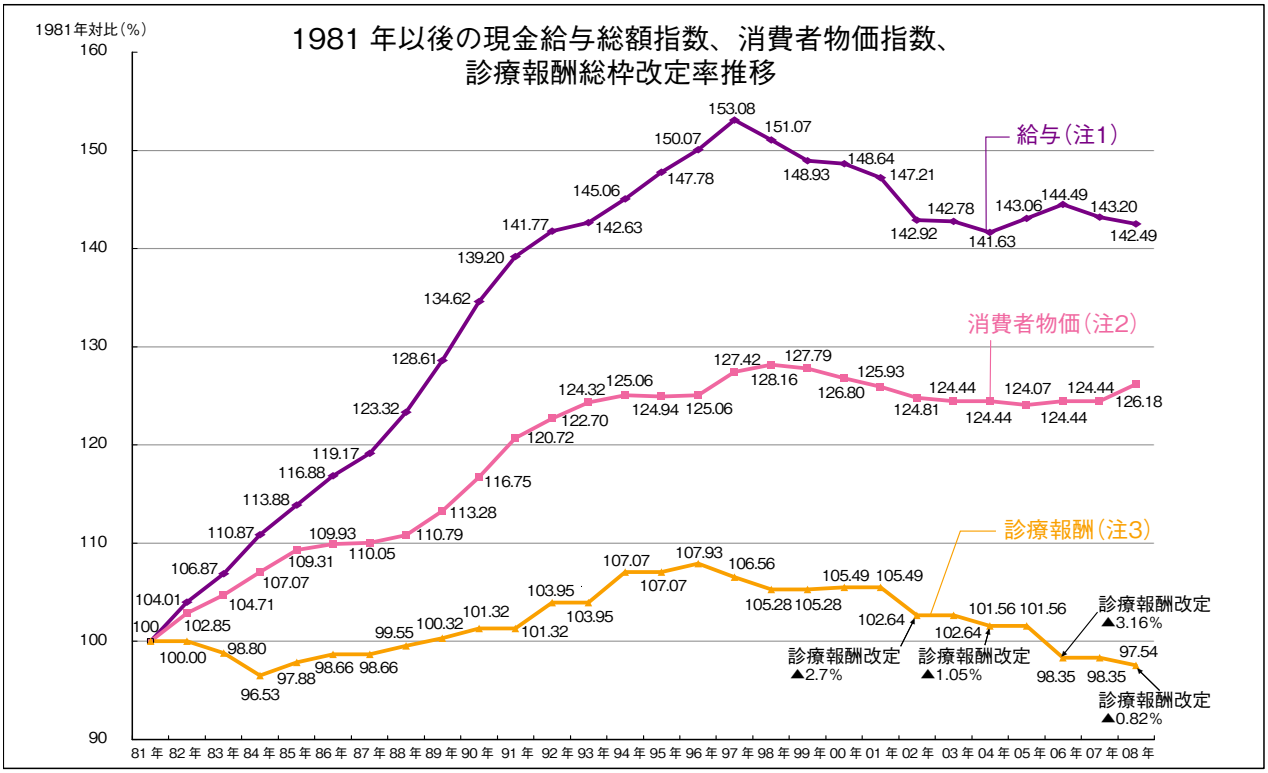
1980 年代以降政府の公的医療費抑制政策が顕著になってきました。1981 年を 100 とした場合の現金給与総額指数（30 人以上で一般・パートを含む）は 2008 年には 142.49%、同じく消費者物価指数は 126.18%になっていますが、診療報酬総枠改定率は、97.54%にまで落ち込んでいます。

４回連続のマイナス改定で、医療が崩壊

特に 2001 年に発足した小泉内閣以降、2002 年（▲ 2.7%）、2004 年（▲ 1.05%）、2006 年（▲ 3.16%）、2008 年▲ 0.82%と、４回連続でマイナス改定が行われました。これにより 2002 年から 2009 年までの８年間に失われた国民医療費は、13 兆円を超えています。

産科や小児科などを中心に、医師不足による医療機関の廃院や診療科の閉鎖が深刻な社会問題となっています。また、2006 年「診療報酬改定」で導入されたリハビリテーションの日数制限、2008 年の「診療報酬改定」で導入された外来管理加算の５分ルールや高齢者を差別する後期高齢者診療料、2012 年３月末での介護療養病床の廃止と医療療養病床の削減、長期にわたる歯科の診療報酬点数のすえおきなど、診療報酬の改定によって、必要な医療が提供できない事態が広がっています。

こうした事態の解決のために、2010 年４月の診療報酬改定では、10%以上の引上げが必要です。



注１）独立行政法人「労働政策研究・研修機構」HP（労働統計データ検索システム）毎月勤労統計調査（30 人以上、一般・パート）「現金給与総額指数」は、定期給与とボーナス等を合わせた１人当たりの平均額について、1981 年を 100 とした場合の推移である。
注２）総務省統計局消費者物価指数年報より作成
注３）厚生労働省発表改定率より作成

患者に必要な医療を提供するために、私たちは訴えます

長年にわたる低診療報酬政策により、地域医療は疲弊しています。基礎的技術料である初・再診料を引き上げ、地域医療全体の底上げを図ることが何より必要です。同時に、患者の医療を受ける権利を制限することになるリハビリテーションの日数制限や「脳卒中の後遺症患者」「認知症患者」の入院制限、後期高齢者の別建て診療報酬などをやめることなどを私たちは訴え、これらを柱とする診療報酬要求をまとめています。

なお、詳しい内容は、本会ホームページをご参照下さい。

（http://hodanren.doc-net.or.jp/）

2010 年の診療報酬改定要求の骨子

① 「医療崩壊」を食い止めるため、10％以上の診療報酬の引き上げを行ってください。
② 患者の窓口負担を軽減してください。
③ 初診料を 300 点（3,000 円）、再診料を 100 点（1,000 円）に引き上げてください。
④ 前回改定で導入した外来管理加算への時間要件の導入を撤回してください。
⑤ 必要なリハビリテーションが医療保険で実施できるよう、日数制限を撤廃してください。
⑥ 高齢者別建ての診療報酬を廃止してください。
⑦ 長期入院患者の医療を確保するため、療養病床廃止・削減計画をやめ、必要な医療が提供できるよう、医療区分を廃止し、療養病床の診療報酬を引き上げてください。
⑧ 「脳卒中の後遺症患者」及び「認知症患者」の入院を制限しないでください。
⑨ 有床診療所や中小病院が入院機能を果たすことができるよう、これらの入院点数を引き上げてください。
⑩ 憲法 25 条に基づく社会保障としての医療保険制度を守り、必要な医療が公的医療保険によって保障できるようにしてください。

診療所も長時間診療で地域医療を支えています

大阪府保険医協会、大阪府歯科保険医協会が 2008 年 2 月に実施した「開業医の経営・労働実態調査」では、法定労働時間を週 40 時間とした場合、開業医の平均時間外労働時間（月）は、過労死の認定基準である月 80 時間を超えていました（回答合計 86 件＝回収率 85.1％、平均年齢：医科 54.8 歳、歯科 53.2 歳、 1 日の来院患者数：医科 63.6 名、歯科 27.8 名）。

収入についても、厚労省『平成 19 年 医療経済実態調査』では個人立無床診療所・最頻値が年収 1495.4 万円で、勤務医の 1463.7 万円（人事院『平成 20 年 職種別民間給与実態調査』医科長）と、多くの開業医は大差はありません。

地域医療は第一線の診療所、中小病院がその役割を発揮して初めて成り立つものです。矛盾の大きいところに集中してとる対策も、全体の底上げがあってこそ、有効に機能するのではないでしょうか。

開業医の時間外労働時間：“過労死ライン”月80時間超える

開業医調査	仕事関連合計	診療時間	時間外労働
平均値	252.0	180.1	80.6
中央値	249.3	175.0	77.9

「開業医の経営・労働実態調査」（大阪府保険医協会、同歯科保険医協会実施）

開業医と勤務医の年収に大差はない

開業医	1495.4 万円	厚労省『平成 19 年 医療経済実態調査』個人立無床診療所・最頻値
勤務医	1463.7 万円	人事院『平成 20 年 職種別民間給与実態調査』医科長

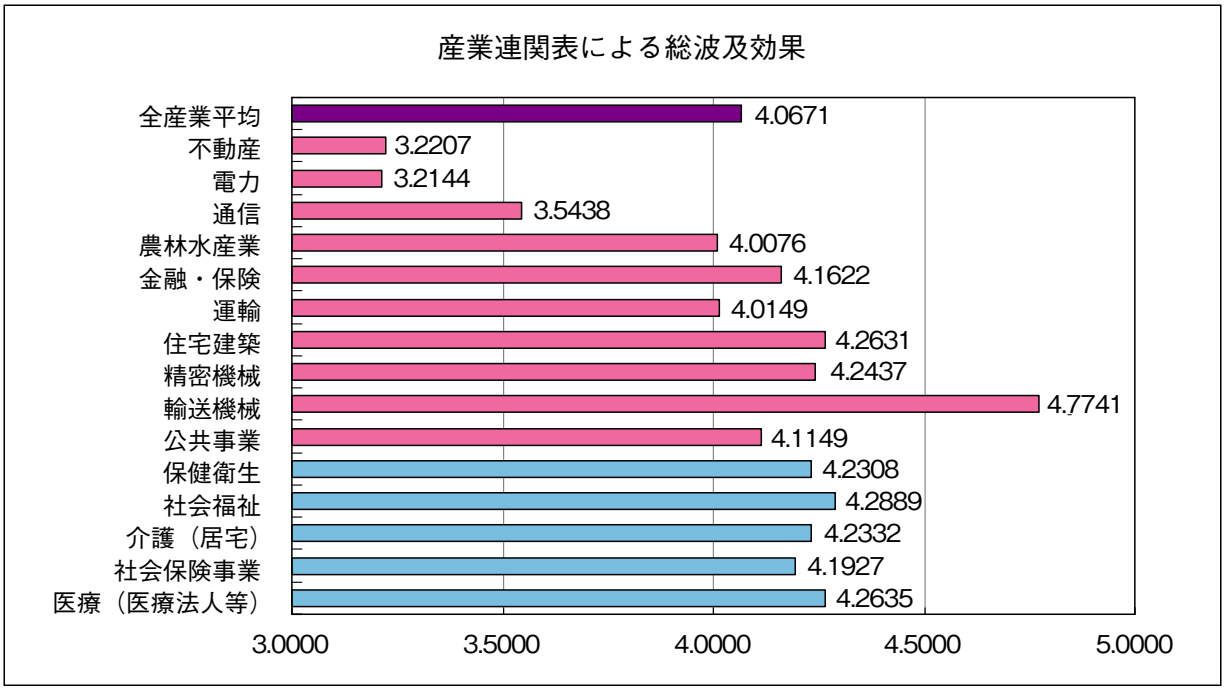
医療への財政投入は、更なる付加価値を生み出します
～医療・社会保障の充実で日本経済を元気に～

平成７年版の厚生白書では、「（医療は）サービスの消費に伴う直接的な便益以上のもの、すなわち人的、社会的便益をもたらす投資的側面を持つサービスであると認識されている」とし、医療部門の生産１単位が他産業に 1.79 の影響を与えるとしています。

一方、全産業部門に１単位の需要が発生した場合の医療部門の影響率は 1.00 で、「医療活動が活発になれば他部門に与える効果を通じて経済全体を活性化するが、反面、他部門から受ける効果はないため、経済全体が活発になったからといって医療サービスが増産されることは少ないということを示しています」と記述されています。

したがって、診療報酬引き上げは、医療そのものの改善に不可欠というだけでなく、そのことによって他の産業の活性化もはかれるのです。

また、平成 20 年版の厚生労働白書でも、医療分野の雇用誘発係数が全産業 56 部門中 15 位と高く、産業連関表による総波及効果が医療（4.2635）は全産業平均（4.0671）よりも高いことが示されています。



※平成 20 年版厚生労働白書より
資料：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 年）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。

外来管理加算５分ルールの厚労省試算は誤り 重大な影響を放置せず直ちに廃止を

外来管理加算の５分ルールは医療の実態に合わない

外来管理加算は、医療機関に受診し再診料を算定する際に、併せて算定する加算点数で、処置等を実施しない場合に算定できる点数です。処置等を算定することがないため外科系医療機関に比べて診療報酬上の評価が低かった内科系医療機関の再診料を補填する目的でつくられた「内科再診料」がもとです。その後、名称が「外来管理加算」に変更されましたが、政府の診療報酬抑制政策のもとで、内科系医療機関の報酬を補填する意味合いは薄れ、実際には、再診料を低く抑えるために利用されていました。現状では「外来管理加算」がなければ、開業医や中小病院の経営を支えることはできない状況におかれています。

それが2008年の改定で、①問診と身体診察を行い、患者に症状や療養上の注意点を説明し、要点を診療録に記載する、②概ね５分を超えて直接診察を行い（５分ルール）、診療録に時間要件に該当する旨を記載することが追加されました。これは「患者からみて分かりやすく、患者の生活の質（ＱＯＬ）を高める医療を実現する視点」との位置づけの中で議論され、決定されたものです。

外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査

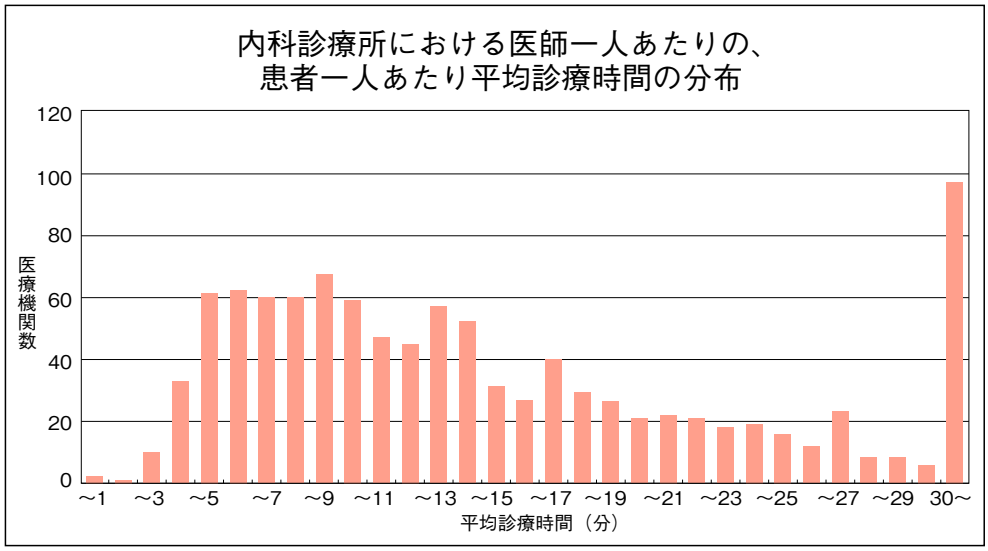
設　問	回　答	外来管理加算算定	
		あり	なし
診療時間の長さ	ちょうどよい	85.6%	87.0%
診療内容に対する満足度	とても満足している＋満足している	87.2%	83.2%
時間の目安に対する考え	時間の目安は必要ない	54.4%	57.6%
	時間の目安は必要だ	34.4%	33.1%

※ 2009年４月22日中医協診療報酬改定結果検証部会資料より

しかし2008年の診療報酬改定後、中医協の診療報酬改定結果検証部会が行った患者調査結果では、５分ルールの導入前後で患者満足度に変化はなく、患者の過半数が「時間の目安は必要でない」と回答しており、患者の視点からみても５分ルールのメリットはどこにも見出せません。

外来管理加算の要件変更で厚労省が重大なミスリード

外来管理加算の５分ルールは中医協において、「時間外診療に関する実態調査」という外来管理加算とは全く無関係の調査結果から作成された「平均診療時間の分布グラフ」（次頁参照）と、同調査をもとに試算された外来管理加算で240億円という財政影響額をもとに議論され、決定しました。このグラフをもとに厚労省は「内科を主たる標榜科とする診療所において、医師一人当たりの、患者一人当たり平均診療時間の分布を調査したところ、平均診療時間が５分以上である医療機関が９割（10分以上では６割）という結果であった。」と分析した結果を中医協に提出しています。しかし、グラフの「平均診療時間」には、初診や、検査、処置等諸々の診療行為、さらには患者が途切れて診療を行っていない時間までも含まれており、実際の平均診療時間の分布とは全く異なるものでした。



保険局医療課調べより

厚労省試算を大幅に上回る影響額－社会保険診療行為別調査結果－

厚労省試算（08 年 1 月）	社会保険医療診療行為別調査結果（09 年 6 月）
240 億円	1200 億円

厚労省発表より 960 億円（年）もの損害！

2009 年 6 月 25 日、社会医療診療行為別調査（平成 20 年）の概況が公表されましたが、前年（平成 19 年）同月と比較して、外来管理加算の算定回数は診療所で約 1,700 万回、病院で約 170 万回減少との結果でした。年間の金額に換算すると、診療所で 1,060 億円、病院で 106 億円、合計約 1,200 億円の減収になります。これは厚労省試算の 240 億円を遥かに上まわる金額であることがはっきりしました。さらに、本来財政支援されるべき病院側にも多大なマイナス影響を及ぼしていることもわかりました。

影響を放置したまま次期改定までの繰り延べは道義的に許されない

現在医師は、再診患者ごとに診察時間が５分を超えたかどうかの判断をし、概ね５分を超えれば、その旨を診療録に記載します。この無意味な作業を毎月約3,500万回も行っています。その結果が年間1,200億円を超える減収です。しかも患者にも何らメリットはないという結果になっています。

社会医療診療行為別調査による財政影響額は、１年間で、中医協で提示された年間 240 億円の４年分以上に相当します。

診療報酬改定結果検証部会の調査結果がまとまり、社会医療診療行為別調査の結果が判明した今、５分ルールを存続させる理由は、もはや存在しません。

次回診療報酬改定まで時間がないことなどで、厚生労働省はこの問題を次回改定議論の中で併せて解決しようと図る姿勢が見られますが、正すべきは即刻正して、その上で次回改定に臨むのが行政の責任です。

厚生労働省は調査結果を真摯に受け止め、非を非として認める道義的な責任があるとともに、外来管理加算５分ルールの即時撤廃を行うべきです。

有床診療所の役割と評価の拡大を

有床診療所が地域医療に果たす役割の十分な評価を

有床診療所（総ベッド数 19 床以下の入院施設）は、地域に根ざした入院施設ですが、2006 年 2 月から 2009 年 6 月末までに病床を廃止した有床診療所は 2441 医院。廃止・削減された有床診療所の病床は 2 万床を大きく超えています。

有床診療所数・有床診療所病床数推移

		06 年 2 月末	09 年 6 月末	差
有床診療所数	有床診全体	13,783	11,342	▲ 2,441
	療養病床を有する診療所（再掲）	2,448	1,652	▲ 796
病床数	一般病床	145,179	127,506	▲ 17,673
	療養病床	23,768	16,836	▲ 6,932
	一般＋療養	168,947	144,342	▲ 24,605

※医療施設動態調査より作成

有床診療所減少の最大の理由は、下記の通り病院と比べてもあまりにも低い入院料です。加えて、2012 年 3 月末での介護療養病床廃止と医療療養病床の人員標準の引き上げが、有床診療所減少に拍車をかけています。

病院と有床診療所の点数格差（一般病床）

		7 日以内	14 日以内	30 日以内	30 日超過
病院	常時 15：1	13,820 円	13,820 円	11,460 円	9,540 円
	常時 15：1 未満	8,750 円	8,750 円	7,300 円	5,750 円
有床診療所	看護職員 5 人以上	8,100 円	6,600 円	4,900 円	4,500 円
	看護職員 1 人以上	6,400 円	4,800 円	3,200 円	2,800 円

※上記に加えて病院は 37 種類の入院基本料加算が算定可能だが、有床診療所は 20 種類しか加算できない。

病院と有床診療所の点数格差（療養病床）

		医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
病院	ADL 区分 3	8,850 円	13,200 円	17,090 円
	ADL 区分 2	7,500 円		
	ADL 区分 1		11,980 円	
		医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
有床診療所	ADL 区分 3	6,020 円	8,710 円	9,750 円
	ADL 区分 2	5,200 円		
	ADL 区分 1		7,640 円	

※有床診の療養病床は、看護 30：1＋看護補助 30：1 で、病院の療養病床は、看護 25：1＋看護補助 25：1。
※療養病床は、算定できる入院基本料等加算に大きな差はない。

有床診療所の診療報酬は、果たしている役割、機能、施設・人員基準から見て、あまりにも低い設定です。有床診療所の一般病床（看護職員 5 人以上）は、少なくとも病院の常時 15：1 以上の報酬の 8 割を評価すべきであり、療養病床についても病院の 8 割以上の評価とすべきです。

医療療養病床や中小病院の入院医療の正当な評価を

療養病床・医療区分１の報酬引き上げを

８月 27 日に開催された第５回中医協「慢性期入院医療の包括評価分科会」に提出された「包括評価調査」では、医療区分１の収支差が、患者１日１人当たり▲ 829 円～▲ 3,532 円にも及ぶことが報告されています（1 ベッド当たり年間▲ 302,585 円～▲ 1,289,180 円）。

医療療養病床の収支差（病院：患者１人１日当たり）

	医療区分１
ADL 区分３	▲ 2,872 円～▲ 2,887 円
ADL 区分２	▲ 3,034 円～▲ 3,532 円
ADL 区分１	▲ 829 円～▲ 1,952 円

厚生労働省は、医療区分１に分類された患者は、入院医療が必要ないかのように宣伝してきましたが、①毎日リハビリを実施していても発症後 30 日を超えた場合、②喀痰吸引を毎日実施していても回数が１日に８回未満の場合、③脱水症状があっても発熱はしていない場合など、在宅での療養が困難な状態であっても医療区分１とされます。中医協「慢性期入院医療の包括評価分科会」の調査報告書でも、「医療区分１に関して入院医療を必要としないという政策判断がなされ、診療報酬についてもコストに見合わない点数が設定されていることについては、当分科会として大きな疑問を呈さざるを得ない」（2007 年３月 28 日）と指摘しています。

必要な入院医療が提供できるよう、医療療養病床の診療報酬を引き上げてください。

中小病院の報酬を引き上げてください。

2008 年改定では、急性期病院は不十分ですが若干の報酬引き上げが行われました。しかし、地域の入院医療を担う中小病院の診療報酬は引き上げられず、外来管理加算への時間要件の導入等によって、大幅なマイナス改定となり、厳しい経営となっています。

地域の中小病院がその役割を果たせなくなれば、急性期病院の勤務医は一層過酷な労働となってしまいます。中小病院が地域の入院医療に果たす役割をきちんと評価し、入院医療が継続できる報酬に引き上げてください。

絶対的な医師不足対策を

人口 1000 人当たりの日本の医師数は 2.09 人で、OECD30 カ国中 27 位です。日本の医師数を OECD 平均（1000 人当たり 3.10）にするには、約 13 万人不足しています。

医師養成数増加を求める声が広がる中で、2008 年６月になって政府は、医師養成数の増加に転じましたが、今の増加数では全く不十分です。

医療事故を防止し、行き届いた医療を提供するために、医師や看護職員の養成数を増やし、諸外国並みに雇用できる診療報酬に引き上げてください。

100 ベッド当たりの人員

	日本	ドイツ	フランス	イギリス	アメリカ
医師数	14.9 人	41.6 人	46.7 人	69.0 人	76.3 人
看護職員数	66.8 人	117.8 人	105.8 人	335.9 人	331.2 人

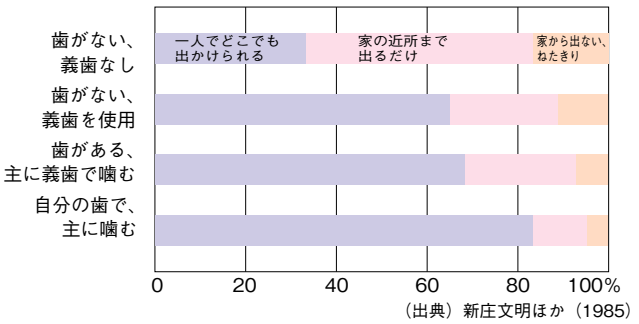
※ OECD ヘルスデータ 2008 より

深刻な歯科「医療崩壊」、 一刻も早く対策を
～患者負担を軽減し、誰もが早期に歯科受診できるように～

全身の健康に直結する歯や口腔機能

近年、自分の歯が多ければ多いほど、また適切な入れ歯が入れられてよく噛める状態にあればあるほど、活動的な生活が送られ、認知症も少ないことなどが「厚生労働科学研究」他で実証されています。80歳で20本以上の自分の歯を維持しようという8020の達成者は、総医療費も少ないというデータもあります。誰でも早期に歯科医療を受診でき、歯や口腔機能を健全に保持することが重要です。

高齢者の歯の状況と日常生活の様子



（出典）新庄文明ほか（1985）

有訴者の３人にひとりは歯科受診ができていない

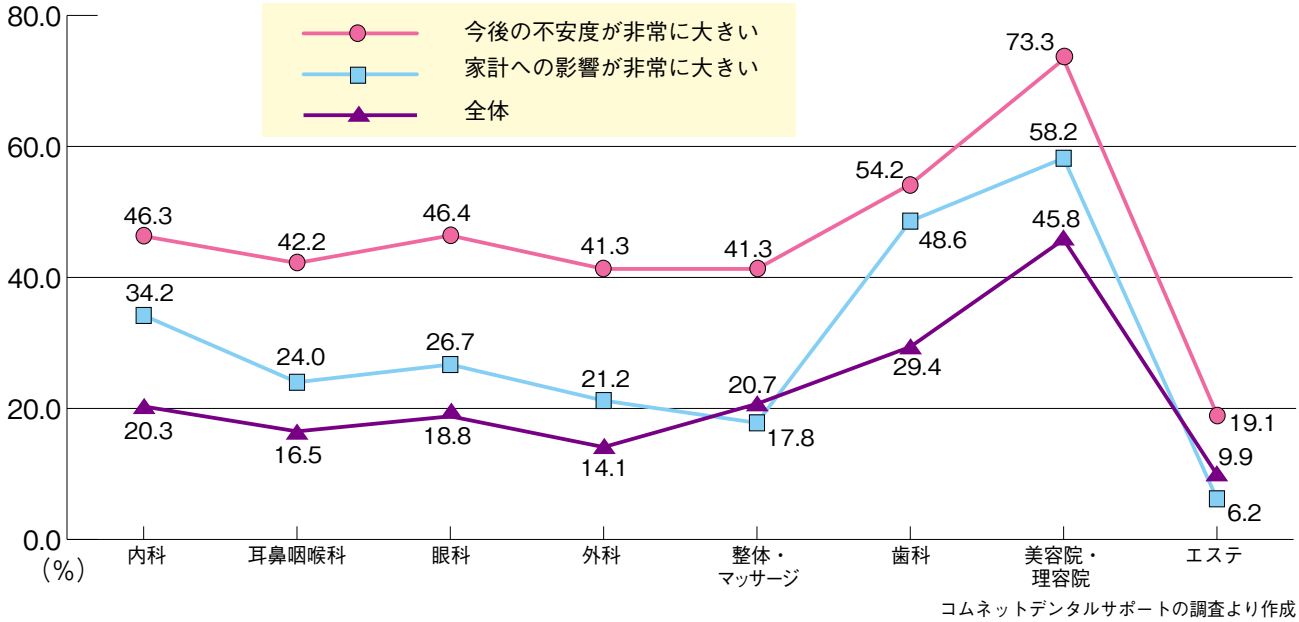
厚労省「国民生活基礎調査」結果（2004年）では144万6千人が「歯が痛い」、「歯ぐきのはれ・出血」、「噛みにくい」などの歯に対する自覚症状を訴えています。しかし「歯科医院に通っている」人は95万9千人に過ぎず、有訴者3人に1人が受診できていません。

日本医療政策機構「日本の医療に関する2007年世論調査」によれば、低所得・低資産層（年間世帯収入、純金融資産ともに300万円未満）の40％が「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」と答え、これは高所得・高資産層（800万円以上）の回答（13％）の実に3倍に上ります。

そうした中で、補綴の完了者は47.9％に過ぎず、半数以上の患者が「一部完了者」や「補綴未完了者」となっています（厚労省「歯科疾患実態調査」2005年）。

また歯科は医科と比べて、経済負担における受診抑制が顕著です。コムネットデンタルサポートの「迫る不況！　いま患者が求める歯科医療とは」（2009年2月）の調査によると、各診療科の中で歯科の受診頻度を減らすという回答が最も多く、歯科は景気の影響を受けやすくなっています。全身の健康にも大きく影響する歯科の治療を保障するため、患者負担の軽減が早急に必要です。

不況の中で今後の医療サービスの受診を減らすとの回答比率



コムネットデンタルサポートの調査より作成

診療報酬の 10%以上の引上げ、歯科保険診療の拡充を

歯科医療提供体制も医療崩壊ともいえる状態になっています。歯科開業医の５人に１人以上が「ワーキングプア歯科医」状態におかれています。このような現状を反映し、2009 年度大学入試では、私立の歯科大学・歯学部の６割で定員割れという事態が起きました。

歯科技工士や歯科技工所の環境は歯科医師以上に深刻です。日本歯科技工士会の「歯科技工士実態調査」結果によれば、歯科技工士の週労働時間は平均 65 時間と長時間にもかかわらず、平均年収は 400 万円台に落ち込んでいます。離職者も多く、歯科技工士の確保が困難になっています。歯科衛生士学校の志願者も減り、各地で定員割が相次いでいます。

これらの原因は、「保険給付ではより良い医療」を行えない、受けられないような歯科保険医療軽視政策を、歴代政府がとり続けてきたからです。

その一端を次に示しましょう。

20 年以上の長期にわたり据え置かれてきた技術料

「スタディモデル」(口腔の模型作成)
→ 1970 年から 39 年間　500 円

被せ物の除去
→ 1975 年から 34 年間　150 円

被せ物の除去（複雑なもの）
→ 1975 年から 34 年間　300 円

新しい治療方法の保険給付も長期間放置

新規導入された技術
2001 年　１技術
2002 年　なし
2004 年　１技術
2006 年　１技術
2008 年　３技術

50医科技術が06年だけで新規導入

歯科医療費抑制の目的奇妙な包括点数化

初・再診料
＋出来高算定
ラバーダム除湿法加算 10 点
歯肉息肉手術 54 点

⇒ 初・再診料 ラバーダム除湿法 歯肉息肉手術 ＋2点

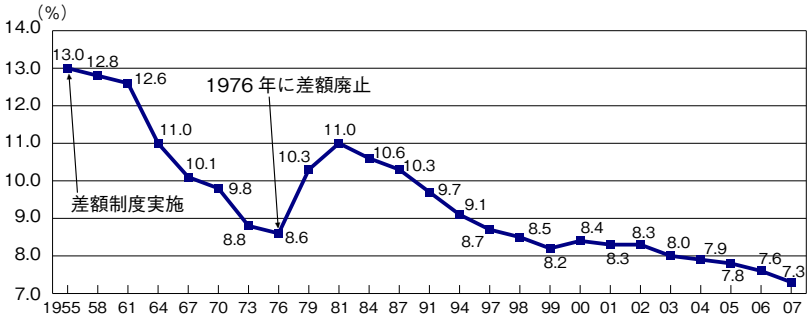
※ラバーダム防湿法加算とは、主に小児の歯科治療の際の唾液の侵入・薬剤の漏出・小器具の嚥下の防止のために歯牙を口腔からラバーで隔離する方法
※歯肉息肉手術とは、抜髄や感染根幹処置などを行うために妨げとなる、う蝕によって増殖した歯肉を切除する行為

必要な国庫負担はわずか 1,600 億円

こうした事態を打開するためには、歯科診療報酬を 10%以上引上げ、新規技術の保険導入を促進することが緊急の課題です。

歯科診療医療費は２兆 5,000 億円程度ですから、歯科診療報酬を 10%引上げるには 2,500 億円の財源が必要です。また自費や保険外負担を保険給付するには 3,600 億円が必要です（中医協医療経済実態調査結果から、「自費」相当分が 14.2%、歯科医療費換算すると 3,600 億円）しかし、それに要する国庫負担はわずか、1,600 億円に過ぎません。

国民医療費に占める歯科医療費の割合も年々低下



※「国民医療費の概況」より作成

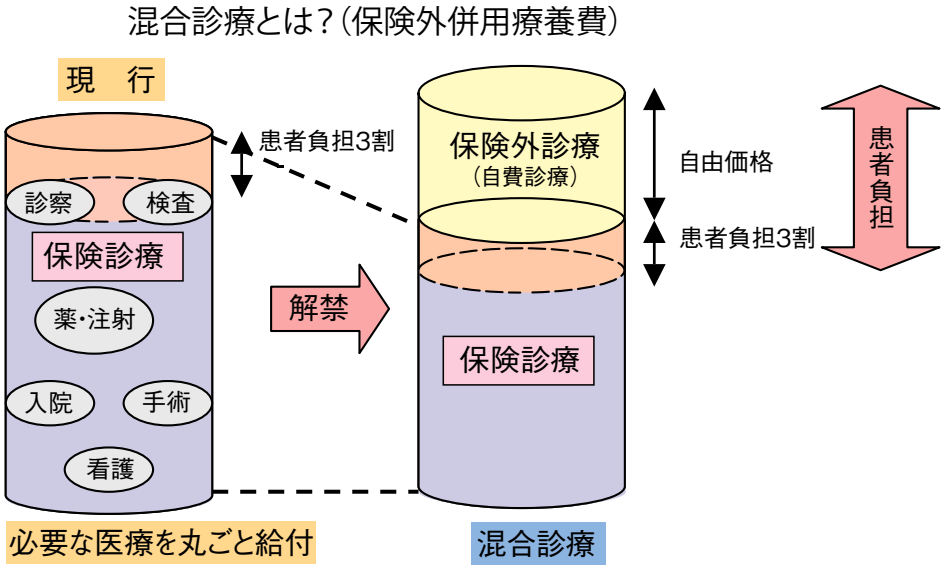
混合診療とは何か　～保険で良い医療を守るために～

混合診療とは何か

日本の医療制度は、現物給付といって、必要な医療サービス（現物）を公的保険で丸ごと給付することを原則としています。

従って一連の必要な医療サービスを、保険診療部分と自由診療部分（保険外部分）に分けて提供することは認められていません（その場合は自由診療部分も含めて全額自己負担となります）。

しかし、例外的に限定して認められている混合診療が「保険外併用療養費」制度（2006 年 10 月より。それ以前は「特定療養費制度」）です。患者の自己負担は、保険診療の一部負担（1～3 割）と保険外診療の全額を合わせたものになります。



保険財政が赤字だから仕方ないのでは？

保険財政の赤字の主な原因は、医療保険への国庫負担率を減らしたことです（国保・医療費の 45→34％等）。OECD ヘルスデータ 2009 によれば、日本の医療費は OECD30 カ国中で 21 位であり、むしろ増やすべきです。

治療の選択肢が広がるのでは？

高額な自費料金が払える人にとっては選択肢が広がるでしょう。しかし、新しい治療の公的保険への導入が遅れ、公的な医療費が長い間抑制されることになります（安全が確立された治療が保険導入されない歯科治療など）。保険内だった医療サービスを保険外にされることにもつながります（180 日超入院やリハビリの日数制限など）。多くの患者にとっては「金の切れ目が縁の切れ目」になってしまいます。

混合診療の拡大ではなく、保険医療の充実を

命は平等という理念にたち、医療を基本的人権と捉えることが大切です。公的保険に導入すれば、患者さんの負担も、より軽減されます。有効性、安全性が確立された新しい医療技術、医薬品は混合診療にではなくすみやかに保険適用を行い、患者さんの負担を軽減し、受療権を保障することが求められています。

後期高齢者医療制度は直ちに廃止を～老人保健制度に戻して改革を～

後期高齢者医療制度の最大の問題は「年齢で命の線引きをする」ことです。皆保険制度を持つ先進諸国で、高齢者を年齢で差別して独立の医療保険にしている国は他にありません。その他にも以下のような問題があります。

所得ゼロでも保険料を徴収。年々引き上げられる保険料。

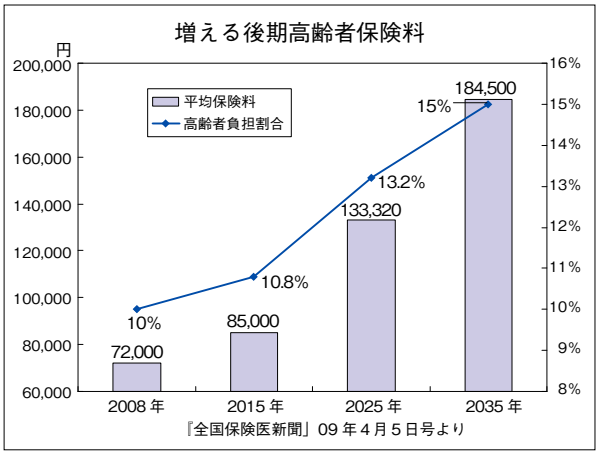
加入者全員から保険料が徴収されます。所得がゼロの高齢者からも保険料を徴収します。しかも、保険料は2年ごとの改定時に高齢化の進行や医療費の増大に合わせて引き上げられます。2015年度の保険料は厚労省によれば年額8万5000円、医療給付費の10.8%に引き上げられます。仮に2012年に制度を廃止するとしても、その間にも保険料は引き上げられます。

保険証の取り上げも

老人保健制度では実施していなかった保険証の「取り上げ」があります。保険料の滞納が発生後1年を経過し「特別な事情」が認められないと「保険証」の返還を求め「資格証明書」を発行し、1年6カ月経過すると「保険給付の一時差し止め」ができる仕組みになっています。既に正規の保険証に変えて短期保険証を発行している広域連合もあります。

医療給付を抑制する仕組み

医療給付を抑制する仕組みが導入されています。後期高齢者医療費の財源構成を『保険料：支援金：公費＝1：4：5』に決め、その10%相当分の保険料を高齢者が負担するようになっています。つまり保険料を10倍したものがその地域の高齢者医療費の財源になってしまうわけです。保険料を上げることが困難になれば、医療給付の抑制に向かわざるを得なくなります。



世代間の対立をあおる

高齢者だけでなく他の年齢層にも大きな負担を強いています。後期高齢者医療制度への「支援金」は組合健保の加入者数に応じて計算されるよう変更されました。扶養家族であるゼロ歳の乳児も一人として数えて頭割りで計算されるため、相対的に高齢者の加入率が低い組合ほど負担が増加します。この支援金の増減と特定健診・特定保健指導の実績を連動させる仕組みも導入されています。実績の悪い保険者に対しては支援金を最大で10%の範囲内で割り増しすることが可能になっています。高齢者医療費に対する負担感を現役世代に植えつけ世代間に対立を持ち込むものです。

老人保健制度に戻した上でよりよい制度にむけ国民的議論を

存続しているだけでも大きな問題を持つ後期高齢者医療制度はただちに廃止すべきです。いったん、従来の老人保健制度に戻し、当事者である高齢者をはじめ国民的な議論の下でより良い制度を確立していくことが大切です。2008年6月に当時の野党4党（民主、共産、社民、国民新）が参院で可決させた高齢者医療廃止法案も直ちに廃止して老健法に戻すという内容でした。老健制度に戻したことで増える国保の負担については、高齢者の医療費を公費（50%）と全国の社保・国保の保険者（50%）が拠出金を出し合って支えます。

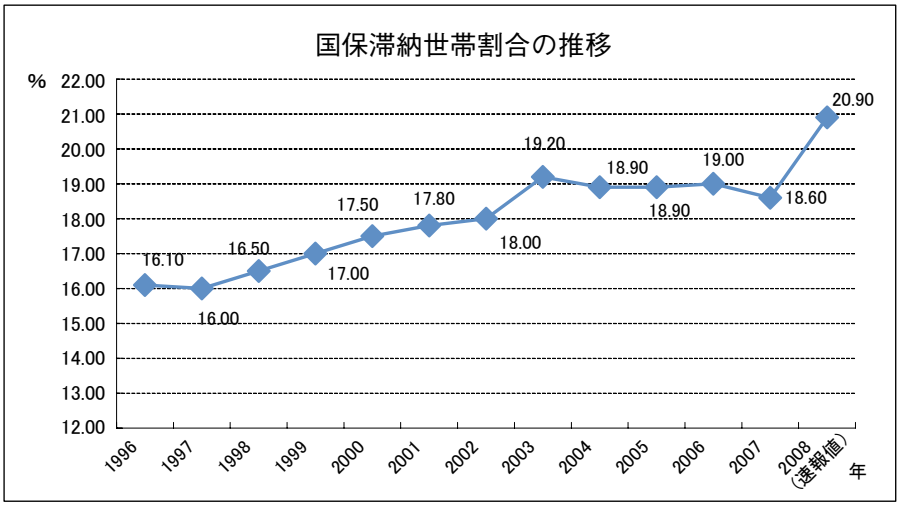
払える保険料への転換が国保問題解決の道です

国民健康保険料を１年間滞納している場合は、災害その他の政令で定める特別の事情があると認められる場合を除いて被保険者証の返還が求められ、国保資格証明書（以下「資格書」）が交付されます。資格書を交付された患者は、保険診療費の全額（10 割）を医療機関の窓口で支払った上で、後日患者が市町村の国保課に保険診療費の７割を請求しますが、請求費用が返金されるのは早くて２カ月後であり、１年半以上滞納が続いた場合は滞納保険料が差し引かれる場合があります。

資格書を交付された被保険者の受診率は、一般被保険者の 53 分の１です。この結果受診が抑制され、重症化し、死亡する事例まで出ています。これは、国民皆保険体制の中であってはならない事態ではないでしょうか。

国保料滞納の最大の原因は、払いたくても払いきれない保険料の高さです

市町村国保の滞納世帯割合は、2008 年速報値で２割を超えています。これは、制度そのものが成り立っていないことを意味します。その原因は、平均年収 166 万９千円にたいし、年に 14 万５千円にものぼる高い国保料です（平成 19 年度平均値）。高齢者夫婦２人世帯の「生活保護水準」は、東京 23 区で年間 155 万円、地方郡部では年間 118 万円程度ですので、平均的な国保世帯でも国保料を払えば生活保護水準となってしまいます。



※　平成 20 年度国民健康保険（市町村）の財政状況について（速報）より

加えて、病気になった場合には窓口負担が必要です。がんばって保険料を払っても、窓口負担や利用料が払えず、医療が受けられない状況が広がっています。

さらに、低所得者（保険料軽減世帯）は、平均年収 21 万９千円に対して年間４万円もの保険料が徴収されており、加入世帯の 27.4％を占める「所得なし」世帯から、１世帯当たり年 25,836 円もの保険料が徴収されるのです。

まさに「払いたくても払いきれない」保険料と言えます。

引き下げた国庫負担率を復元し、保険料や患者窓口負担の引下げを

国保に対する国庫負担率は、1984 年に「窓口負担を含めた国保医療費」の 45％だったものが 38.5％に削減され、現在では 34％（「窓口負担を除く国保の医療給付費」の 43％）にまで引き下げられています。

本来なら、所得なし層が増加する中で、国庫負担率を増やして国保の安定運営を図ることに全力をあげるべきだったにもかかわらず、むしろ国庫負担を削減してきたことに現在の国保をめぐる問題の根本原因があります。

国庫負担率を引き上げて、他の医療保険なみに保険料率を引き下げるとともに低所得者には特別な対策をとることが不可欠です。

命を削る資格証明書の交付は直ちに中止を

国保資格証明書（以下「資格書」）の取扱いの現状

資格書を交付された世帯の子どもが必要な医療が受けられないことが昨年大きな社会問題となり、資格書を交付された世帯であっても中学生以下の子どもには短期保険証を一律に交付することが議員立法により全会一致で可決され、2009 年 4 月から実施されました。

また、子どもであるか否かにかかわらず「医療を受ける必要があるが、資格書による 10 割の窓口負担の支払いが困難である」と、世帯主が市町村窓口に申し出れば、市町村の判断で短期保険証を交付することができるとの政府答弁が 2009 年 1 月に出されています（内閣参質 171 第五号）。

つまり、中学生以下の子どもには資格書は交付されないことが国保法で定められ、その他の資格書被交付者については、医療を受ける必要があるが 10 割の窓口負担の支払いが困難である場合には、市町村の判断で短期保険証を交付することができることが政府答弁で示されています。

感染防止対策からも、資格書交付は中止を

しかし、この取り扱いでは、医療を受ける必要が生じても市町村窓口に出向くことが前提で短期保険証への切り替えは市町村の判断となっているため、「急な病気に対応できない」、「自治体によっては、医療が必要なのに短期保険証が交付されない」という事態がおきています。

新型インフルエンザ対策では早期治療や感染拡大防止対策が必要なのに、これでは、新型インフルエンザに罹患した疑いが生じた患者が自治体の窓口に行ったり、早期の治療が必要なのに短期保険証がすぐには手に入らないことになります。

ただちに資格書交付をやめ、全ての被保険者に国保証を交付することが必要です。

なお、新型インフルエンザによる死者がメキシコで多く発生している理由の一つとして、公的医療保険制度が人口の 58％しかカバーしておらず、公的医療保険で給付される範囲も狭いことが受診抑制をもたらし、他の病気で重症化した患者が新型インフルエンザに罹患して手遅れとなったとの指摘もあります。

「保険証がない」「窓口負担が高い」などで受診を躊躇するようなことのないよう、資格書の交付は直ちにやめ、全ての国保加入者に国保証を届けることが必要です。また、諸外国と比べて高い窓口負担を引き下げることも重要です。

資格書を交付された被保険者の受診率は、一般被保険者の 53 分の 1

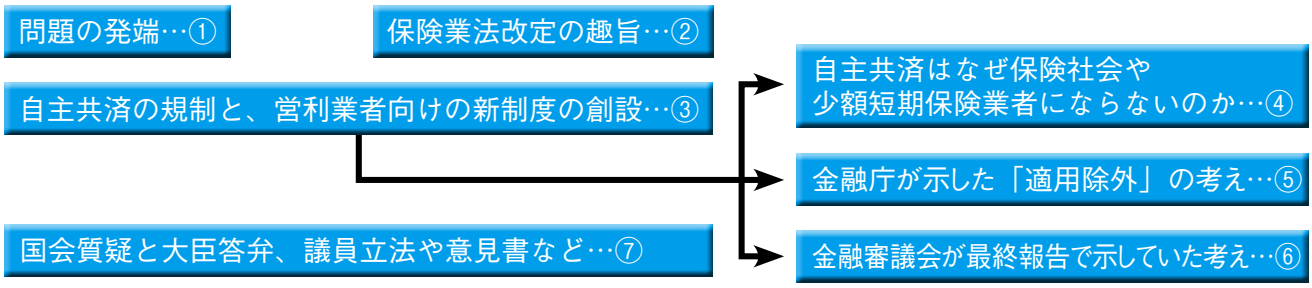
資格書を交付された国保被保険者の受診率

	一般被保険者受診率①	「資格書」交付被保険者受診率②	合計（①／②
45 都道府県単純平均	794.924	14.78	53.784

※「45 都道府県単純平均」は、一般被保険者の受診率と、「資格書」を交付された被保険者の受診率合計を 45 で割った。

（全国保険医団体連合会調べ「2007 年度分」）

会員のための助け合いの共済が存続の危機



①問題の発端

2005 年の保険業法改定（以下、新保険業法）で、それまでの「不特定多数のものを相手方とする」との『保険業』の定義が削除されました。その結果、規約や総会を持つ団体が、会員のために実施している自主的な共済まで、保険会社等と同列視され規制の対象にされ、対応できない共済制度が廃止するなど問題が発生しました。

②保険業法改定の趣旨

「共済」の名を騙って、無免許で不特定多数の者を相手に保険販売類似行為を行うなど、消費者被害をもたらしていた営利業者や詐欺集団などを規制し、消費者を保護することが目的である、と説明されていました。

③自主共済の規制と、営利業者向けの新制度の創設

新保険業法は、「適用除外」とされたもの以外は、保険会社になるか、少額短期保険業者になることが義務付けられ、それ以外は制度廃止を強要されました。

多くの自主共済は、「適用除外」を求めて、新規 の加入受付を停止して制度の維持管理状態となるか、制度を廃止するかの選択を余儀なくされています。一方、「共済」の名を冠した営利業者は、少額短期保険業者として認められ、いまも営業を続けています。

④自主共済は、なぜ保険会社や少額短期保険業者にならないのか

自主共済は、様々な分野の団体が、会員の福利厚生のために実施している自主的な共済制度です。営利を目的とする保険会社などとは異なります。

また、保険会社は何百万の顧客を持つ営利企業であり、少額短期保険業者制度も、株式会社か相互会社となることを条件としています。これは、非営利におこなっている各団体の性格、理念にそぐわないものです。

⑤金融庁が示した「適用除外」の考え

＜２条１項２号イ～トに掲げるものについての、個別の適用除外要件の考え方＞

金融庁のこれまでの説明では、「構成員の自治のみによる監督を理由に自己責任を問うことが可能な団体であり、かつ、保険業規制の実効性確保の観点から、保険業を主目的とした団体との区分が明確なものである団体の行う共済事業と定められる。」とされています。

⑥金融審議会が最終報告で示した考え

新保険業法が法案提出される前段階の金融審議会では、『最終まとめ』の中で「構成員が真に限定されるものについては、特定の者を相手方とする共済として、従来どおり、その運営を専ら構成員の自治に委ねることで足り、規制の対象外とすべき」との考え方が示されていました。

⑦国会質疑と大臣答弁、議員立法や意見書など

法律成立以降も国会で取り上げられ、「実態に配慮」する、「共済の果たして来た役割を評価していかなければならない」（2005 年）、「各共済の事業継続に向けて実情をよく伺いながら、引き続ききめ細かくご相談にのっていきたい」（2007 年）などの大臣答弁が重ねられてきました。

2008 年 3 月には「経過措置」期間の延長を求める 4 野党共同提案（当時）が提出されました。また、適用除外を求める自治体意見書は、合計 210 自治体に達しています（９月 30 日現在）。

どのようにして自主共済を適用除外とするか

自主共済と「ニセ共済」等との区別はできる…⑧

区別のための「6つの特徴」…⑨

「共済」に便乗する営利業者は、「6つの特徴」全てに当てはまらない…⑩

自主共済の果たすべき役割と期待…⑪

緊急救済措置と、一刻も早い適用除外実現を…⑫

⑧自主共済と「ニセ共済」等との区別はできる

要請の中では、消費者保護のための「ニセ共済」と区別するための線引きが必要では、との声があります。

自主共済には、共通する「6つの特徴」があり、この特徴に照らせば、営利事業者や「ニセ共済」と明瞭に区別することができます。

⑨区別のための「6つの特徴」

自主共済には、共通する「6つの特徴」があります。

①社会運動組織が母体となっていること
②非営利であること
③共済事業が母体組織の活動の一部を構成していること
④自治的民主的に運営されていること
⑤財政的に自立していること
⑥社会保障等公的保障に対する補完の役割を果たしていること

⑩「共済」に便乗する営利業者は、「6つの特徴」に当てはまらない

総務省の実態調査（2004年）でも、「共済」に便乗した営利業者の存在が確認されています。宣伝していた事業を実際には行っていなかった、所在不明だったことなどの実態が明らかになりました。

これらの「ニセ共済」は、自主共済の「6つの特徴」に当てはらないため、両者の違いは、はっきりとしています。

⑪自主共済の果たすべき役割と期待

自主共済は、ＰＴＡ安全互助会、知的障害者の互助会、登山家の遭難対策基金、私たちの「保険医休業保障共済制度」（休業保障制度）など、幅広く存在しています。

様々な団体が会員のために実施する共済・互助制度は、公的な保障もなく、民間の保険が対応してこなかった補償を、助け合いの共済制度として創られ、今日まで引き継がれてきました。

これらの自主共済が、新保険業法によって制度廃止などに追い込まれ、矛盾と混乱が生じています。今日の事態を早急に改善し、救済していただくことが市民生活を守る上で急務となっています。

例えば、休業保障制度は、会員が傷病によって休業を余儀なくされた場合、療養に専念し一日も早く復業できるよう支援しています。また、会員が休業中でも、医療従事者の確保、さらには代診医を手配して診療活動の継続を図り、地域の患者さんの医療を守るなど、厚生行政を側面から支えてきました。

インフルエンザ蔓延期を控え、地域医療を守るためにも、休保制度の役割と再開への期待が一層増してきています。

⑫緊急救済措置と、一刻も早い適用除外実現を

自主共済が対象とする保障は、団体の分野や種類によって様々であり、新保険業法による一律の監督はできません。

金融審議会が最終報告で示した考えの通り、団体の自治に委ねて従前どおり運営できるよう、適用除外にしていただくことが望まれています。

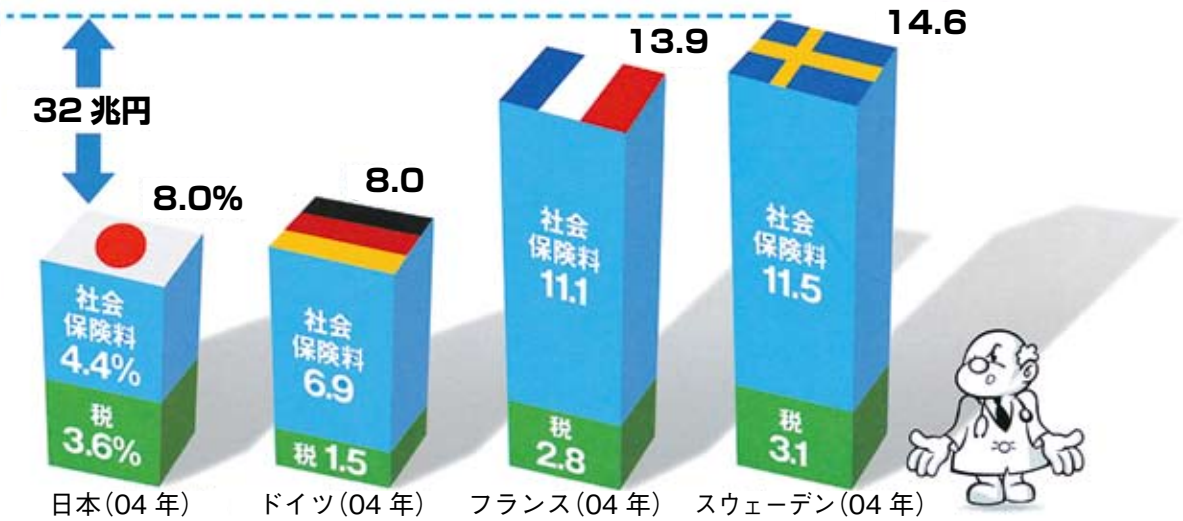
また、当面、緊急の救済措置を講じていただくことと、一刻も早い適用除外の実現が切望されています。

医療再建の財源は、大企業と国の負担を増やして確保

現在政府からは社会保障の財源として消費税の引き上げが宣伝されています。しかし消費税は、社会保障の財源に必要な「所得の再配分機能」を持っておらず、社会保障財源の役割を果たすことはできません。

全国保険医団体連合会は、大企業や国の負担を増やして公的支出を増やす「３つの提案」をしています。日本の大企業の法人税負担や社会保険料負担は先進国の中できわめて低くなっています。これらを先進国並みに引き上げる。また国は、不急の防衛費に約５兆円も支出しています。大企業の負担を先進国なみにし、国の支出のあり方を見直して、社会保障に回すべきです。

民間企業の税・社会保障費対 GDP 比



※経済財政諮問会議 07 年 10 月 17 日資料より作成

公的支出を増やす「3 つの提案」

①「被用者保険の加入者を増やし、賃金を引き上げて保険料収入を増やす」ことです。被用者保険料は事業主負担を増やして協会けんぽと同率の 8.2％に引き上げるべきです。

②「大企業の法人税率を先進７カ国並みに引き上げる」ことです。消費税導入前の法人税率 42％、事業税率 11％に戻すだけで約 4.4 兆円の財源が生まれます。

③「所得に応じた所得税課税にする」ことです。所得税最高税率を消費税導入前の 60％に戻し、株式配当にかかる分離課税を廃止して総合所得課税にすれば約１兆円の財源が生まれます。

厚生労働省も認めるように、社会保障の「経済波及効果」と「雇用誘発効果」は抜群です（厚生労働白書・平成 20 年版）。社会保障予算を増やして「内需拡大」を進めることがいま求められています。

新薬の高薬価構造を是正し、医療再建を

医療費のムダ見直し　―販売後９年以内の新薬の薬価一律２割下げを

薬剤費は公的医療費抑制政策の中でも、“聖域”のように膨張してきました。薬価収載後９年以内新薬だけで薬剤費の５割、約５兆円（薬価ベース・2008 年度の防衛費総額に匹敵）と推計されます。例えば後発医薬品を除く販売後９年以内新薬の薬価を一律２割下げさせることだけでも、１兆円が捻出できます（後期高齢者医療制度の廃止に必要な財源 8,500 億円程度も捻出できます）。

新薬開発にかかる費用を透明にした上で適正な薬価を

膨張する薬剤費を改めるための実効ある政策、とりわけ薬価を決める際の透明性とそれを担保するルールづくりが必要です。

(1)　新薬の薬価収載

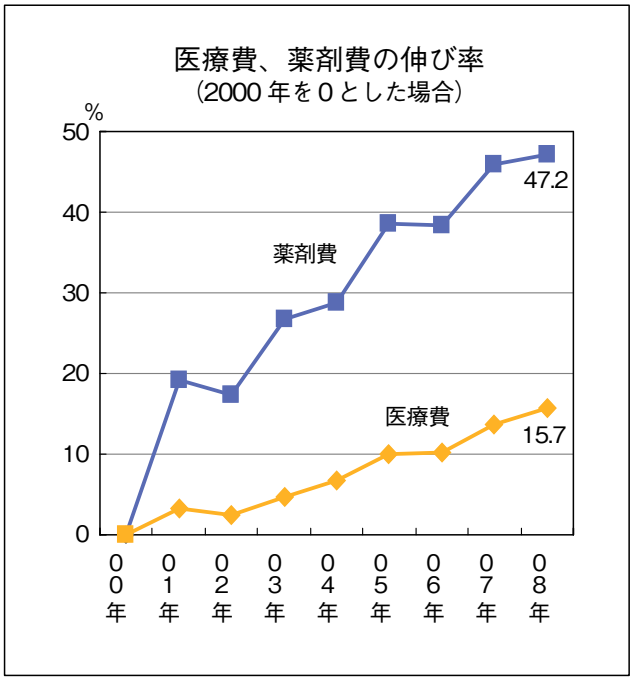
現在、新薬の薬価収載は多くの場合、類似薬効比較方式で算定されるため、相対的に新薬の薬価は類似医薬品より高く設定されることになっています。先発品は薬価が高いだけでなく、市場の 49％を占有しています。

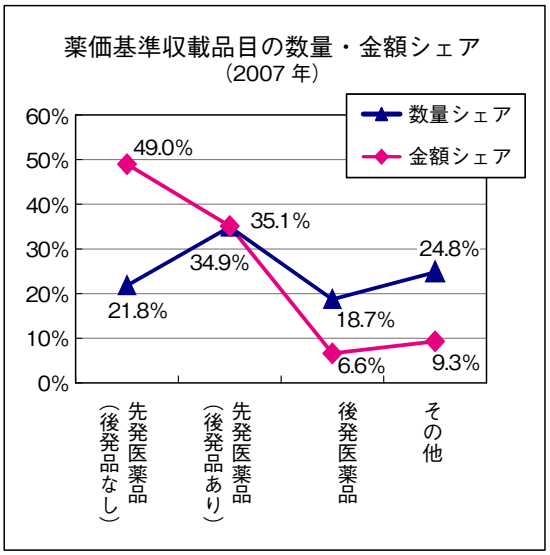
新薬の薬価収載にあたっては研究開発費など真の原価を明らかにした上で、10 年以内に投資した開発費が回収できる新たなルール化が求められます（上市後 10 年を経過して当初開発費用を回収できない場合、立証できるデータにもとづき、薬価を保障する期間を延長するなどの措置を検討）。

(2)　既収載薬

薬価算定時に製薬企業が提出した予想販売額を上回った品目は、例外を設けず、すべて薬価再算定の対象とすることがとくに重要です。

1993 年 11 月の中医協了解以降、市場拡大再算定、効能変化再算定、用法用量変化再算定等を行った品目は、わずか 59 銘柄にすぎません。





※厚生労働省調べ。中医協資料（2008 年 12 月 17 日修正）をもとに作成。07 年９月調査時の数量、薬価による。
注）「その他の品目」とは、局方品、漢方エキス剤、生薬、生物製剤（ワクチン、血液製剤等）および承認が昭和 42 年以前のもの

消費税は社会保障の財源にはふさわしくありません

年金・医療・介護など社会保障の財源として消費税を目的税化しようという主張があります。しかし、そもそも消費税は社会保障の財源にふさわしくない税制です。

負担の逆進性があるため、社会保障の理念である所得の再分配に反します

総務省、財務省などの統計からもわかるように、消費税は、所得の低い人ほど収入に占める消費支出の割合が高くなるため、消費税の負担の割合も高くなるという逆進性を持ちます。そのため消費税を社会保障財源にすると、低所得階層の間での所得の再分配となってしまい、高額所得者から低所得者への再分配という社会保障の根本理念に反することになります。

生存権を脅かす税金です

憲法25条の生存権規定は、税制においては最低限の生活費には課税しないという原則に体現されています。所得税における基礎控除、配偶者控除、扶養控除などは、その具体的な措置の一つです。しかし、消費税は、食料品など生活必需品にも一律課税され、子ども、ワーキング・プア、低年金生活者などあらゆる人に負担を課す税金であり、生存権を脅かす税制です。こうした税制は社会保障の理念とは相容れません。

消費税の増税は、派遣労働・リストラを加速させます

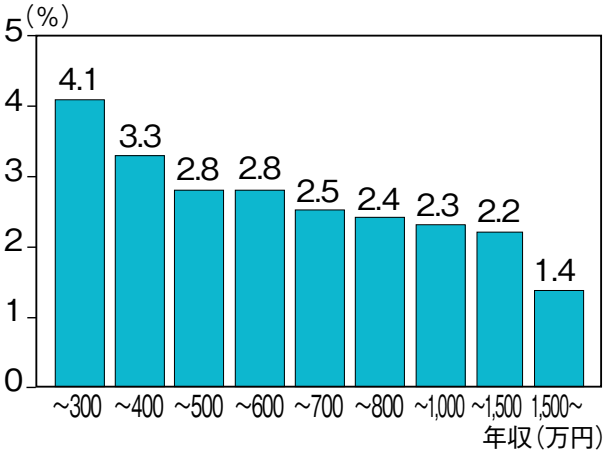
消費税の納付額は課税売上から課税仕入れを差し引いた額から決定されます。正社員の人件費とは異なり、派遣労働は「外注費」、つまり課税仕入れとしてみなされています。企業にとっては、派遣労働者を増やすほど消費税の納付額を減少させることができます。消費税は、非正規雇用を税制の面から促進させる税金であり、貧困をなくし、格差を縮小するという社会保障の理念に反します。

消費税の増税は景気を底冷えさせます

大手シンクタンクの試算では、消費税の引き上げは日本経済に大きな減速効果を及ぼします。１％の引き上げで実質GDP成長率は－0.4%、３％では－1.1%、５％では－1.9%の試算がされています（三菱総合研究所2006年９月「消費税の経済的影響」、白石浩介より）。

実際に、景気が回復基調に入り始めた1997年に消費税が５％へと引き上げられた結果、1998年の実質経済成長率は－1.5%と景気の大きな失速を招きました。

サラリーマン片働き４人世帯の年収別消費税負担



※総務省「家計調査」(2006年)のデータより計算

「ゼロ税率」で、医療機関も患者も消費税を負担しない制度を

医療機関における消費税「損税」とは何か

消費税は、原則として全てのモノ・サービスの販売・提供の取引に課税されます。また最終消費者が負担し、事業者が納付する間接税です。事業者は、課税対象の売り上げに対して消費税を徴収し、その税額から課税対象の仕入れ等にかかわる税額を差し引き納税しています。

医療機関では、診療に必要な医療機器･設備、薬剤等を購入した際に消費税を支払っています。他方、社会保険医療の給付については、「命と健康に消費税を課さない」という国の政策上、患者から窓口において消費税をいただいていません（「非課税」）。そのため、社会保険診療に対応する仕入れ分の消費税を医療機関が「損税」という形で負担しています。保険診療は公定価格なため、医療機関は診療費の値上げによる消費税分の回収はできません。この損税が、医療機関の経営を圧迫しています。

「損税」の実態

医科では、下表に見られる額の消費税損税が発生しており、経営に大きな影響を及ぼしています。また歯科では、2007 年度の一歯科医院の損税は 76,000 円と試算されており、消費税率が 10％となると、損税額は一挙に 468,000 円と 6 倍になるとの推計がされています（日本歯科医師会・税務委員会答申 2008 年）。歯科医の 5 人に 1 人が年収 200 万円以下といわれる状況の下で、消費税率の引き上げは歯科医療崩壊の危機を加速させます。

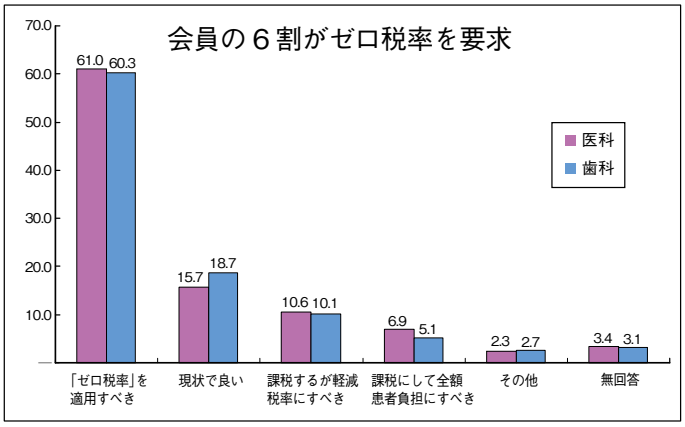
消費税損税の発生状況

種類	調査客体数	損税総額（億円）	1 施設当り損税（百万円）	調査年度	備考
私立医科大学病院 *1	78	286.0	366.6	2005	日本私立医科大学協会調査
自治体病院 *2	12	26.8	223.5	2005	自治体病院資料
無床診療所	1,020	20.7	2.0	2004	2005 年度日本医師会調査
有床診療所	270	11.7	4.3	2004	2005 年度日本医師会調査

*1）私立医科大学数 29　*2）自治体数 1　「グランドデザイン 2007」（日本医師会）より修正引用。

「ゼロ税率」で損税の解消を

損税の解消策としては、ゼロ税率が患者、医療機関の双方にとって望ましい解決策です。これは、保険診療収入を「ゼロ税率」での課税（「免税」）とみなして、医療機関が負担している消費税を国が医療機関に還付する制度です。この制度では患者の窓口負担は一切増加しません。軽減税率という手法もありますが、これは少額であっても、医療に対し患者に消費税を払わせることで損税の解消を図る形になり好ましくありません。



「医療にかかる消費税について」2008 年度開業医の実態・意識基礎調査（n=2973）

本会の会員アンケート調査でも 6 割以上の会員がゼロ税率を望んでいます。また「ゼロ税率」は、本会と並んで日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会なども要求しており、医療界の一致した要求です。

各保険医協会・保険医会一覧

（2009 年 8 月 19 日現在）

団体名	電話番号	【FAX 番号】	〒	所在地
北海道保険医会	011-231-6281	【231-6283】	060-0042	札幌市中央区大通西 6-6　北海道医師会館３Ｆ
青森県保険医協会	017-722-5483	【774-1326】	030-0813	青森市松原 1-2-12　青森県保険医会館内
岩手県保険医協会	019-651-7341	【651-7374】	020-0034	盛岡市盛岡駅前通り 15-19　盛岡富国生命ビル８Ｆ
宮城県保険医協会	022-265-1667	【265-0576】	980-0014	仙台市青葉区本町 2-1-29　仙台本町ホンマビル４Ｆ
秋田県保険医協会	018-832-1651	【833-6880】	010-0001	秋田市中通 2-2-21　秋田フコク生命ビル２Ｆ
山形県保険医協会	023-642-2838	【642-2839】	990-0043	山形市本町 2-1-2　富国生命ビル２Ｆ
福島県保険医協会	024-531-1151	【531-1153】	960-8252	福島市御山字中屋敷 96 番地　福島県保険医会館
茨城県保険医協会	029-823-7930	【822-1341】	300-0045	土浦市文京町 1-50　富士火災ビル３Ｆ
栃木県保険医協会	028-622-0083	【627-0648】	320-0017	宇都宮市戸祭台 29-17
群馬県保険医協会	027-220-1125	【220-1126】	371-0013	前橋市西片貝町 4-12-25　ロイヤルマンション西片貝 103
埼玉県保険医協会	048-824-7130	【824-7547】	330-0074	さいたま市浦和区北浦和 4-2-2　アンリツビル５Ｆ
千葉県保険医協会	043-248-1617	【245-1777】	260-0031	千葉市中央区新千葉 2-7-2　大宗センタービル４Ｆ
東京保険医協会	03-5339-3601	【5339-3449】	160-0023	新宿区西新宿 3-2-7　パシフィックマークス西新宿４Ｆ
〃　三多摩分室	042-325-1351	【325-1802】	185-0021	国分寺市南町 3-25-9　カメダビル４Ｆ
東京歯科保険医協会	03-3205-2999	【3209-9918】	169-0075	新宿区高田馬場 1-29-8　新宿東豊ビル６Ｆ
神奈川県保険医協会	045-453-2411	【461-0215】	221-0056	横浜市神奈川区金港町 5-36　東興ビル２Ｆ
山梨県保険医協会	055-227-5434	【227-5435】	400-0862	甲府市朝気 1-3-19　オフィス．イン．コマツ
新潟県保険医会	025-241-8625	【241-4959】	950-0865	新潟市中央区本馬越 2-17-5
富山県保険医協会	076-442-8000	【442-3033】	930-0004	富山市桜橋通り 6-13　フコクビル 11 Ｆ
石川県保険医協会	076-222-5373	【231-5156】	920-0902	金沢市尾張町 2-8-23　太陽生命金沢ビル８Ｆ
福井県保険医協会	0776-21-1660	【21-1649】	910-0038	福井市三ツ屋 2-704-1
長野県保険医協会	026-226-0086	【226-8698】	380-0906	長野市大字鶴賀字七瀬 629-1　長野東口ビル９Ｆ
岐阜県保険医協会	058-267-0711	【267-0712】	500-8844	岐阜市吉野町 6-14　三井生命岐阜駅前ビル６Ｆ
静岡県保険医協会	054-281-6845	【281-7473】	422-8067	静岡市駿河区南町 18-1　サウスポット静岡８Ｆ
愛知県保険医協会	052-832-1345	【834-3512】	466-8655	名古屋市昭和区妙見町 19-2　愛知県保険医会館内
三重県保険医協会	059-225-1071	【225-1088】	514-0062	津市観音寺町 429-13
滋賀県保険医協会	077-522-1152	【525-3093】	520-0047	大津市浜大津 2-1-36　大津フコク生命ビル８Ｆ
京都府保険医協会	075-311-8888	【321-0056】	604-8845	京都市中京区御前通松原下ル　京都府医師会館内
京都府歯科保険医協会	075-431-2314	【441-9292】	603-8214	京都市北区紫野雲林院町 18　京都視力センタービル５Ｆ
大阪府保険医協会	06-6568-7721	【6568-2389】	556-0021	大阪市浪速区幸町 1-2-33　保険医会館内 １Ｆ
大阪府歯科保険医協会	06-6568-7731	【6568-0564】	556-0021	大阪市浪速区幸町 1-2-33　保険医会館内 ３Ｆ
兵庫県保険医協会	078-393-1801	【393-1802】	650-0024	神戸市中央区海岸通 1-2-31　神戸フコク生命海岸通ビル５Ｆ
奈良県保険医協会	0742-33-2553	【34-9644】	630-8013	奈良市三条大路 2-1-10
和歌山県保険医協会	073-436-3766	【436-4827】	640-8157	和歌山市八番丁 11 番地　日本生命和歌山八番丁ビル８Ｆ
鳥取県保険医協会	0859-24-3063	【24-3066】	683-0853	米子市両三柳 877-1　鳥取県保険医会館
島根県保険医協会	0852-25-6250	【27-5724】	690-0044	松江市浜乃木 4-4-1　久谷ビル１Ｆ
岡山県保険医協会	086-277-3307	【277-3371】	703-8266	岡山市中区湊 487-1
広島県保険医協会	082-262-5424	【262-5427】	732-0825	広島市南区金屋町 2-15　マニュライフプレイス広島４Ｆ
山口県保険医協会	083-973-9630	【974-5900】	754-0026	山口市小郡栄町 1-2　山口県保険医会館内
徳島県保険医協会	088-626-1221	【623-6754】	770-0847	徳島市幸町 1-44　徳島フコク生命ビル５Ｆ
香川県保険医協会	087-851-4022	【826-5552】	760-0011	高松市浜ノ町 11-1　吉左右（きっそう）ビル１Ｆ
愛媛県保険医協会	089-989-2511	【989-2711】	790-0011	松山市千舟町 4-1-5　高岡ビル７Ｆ
高知保険医協会	088-832-5231	【832-5229】	780-8035	高知市河ノ瀬町 41-1　オーク高知ビル４Ｆ
福岡県保険医協会	092-451-9025	【451-6642】	812-0016	福岡市博多区博多駅南 1-2-3　ＫＤＸ博多ビル８Ｆ
福岡県歯科保険医協会	092-473-5646	【473-7182】	812-0016	福岡市博多区博多駅南 1-2-3　ＫＤＸ博多ビル８Ｆ
佐賀県保険医協会	0952-29-1933	【23-5218】	840-0801	佐賀市駅前中央 1-9-45　三井生命ビル４Ｆ
長崎県保険医協会	095-825-3829	【825-3893】	850-0056	長崎市恵美須町 2-3　フコク生命ビル２Ｆ
熊本県保険医協会	096-385-3330	【385-6448】	862-0950	熊本市水前寺 6-50-25　中島ビル４Ｆ
大分県保険医協会	097-568-0066	【568-1570】	870-0951	大分市大字下郡 1602-1　大分県保険医会館１Ｆ
宮崎県保険医協会	0985-29-9516	【29-1256】	880-0056	宮崎市神宮東 3-4-21　山本コーポ１Ｆ
鹿児島県保険医協会	099-254-8662	【254-8667】	890-0056	鹿児島市下荒田 3-44-18　のせビル３Ｆ
沖縄県保険医協会	098-832-7813	【832-4482】	902-0078	那覇市字識名 1195-1　大城産業ビル１Ｆ　106 号
全国保険医団体連合会	03-3375-5121	【1862･1885】	151-0053	渋谷区代々木 2-5-5　新宿農協会館６Ｆ

国民医療の向上をめざす
発行所／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
TEL：03-3375-5121(代)　http://hodanren.doc-net.or.jp/