



いい病院の研究会
～社会保険制度と医療～

株式会社AMI&I
代表取締役 溝口博重

まず初めに・・・



「いい病院研究会」とは何か？

I) 本邦に於ける「病院」の定義

医療法においては、医業を行うための場所を**病院**と**診療所**とに限定し、
病院と診療所との区分については、

①**病院は20床以上の病床を有するもの**

②**診療所は病床を有さないもの又は19床以下の病床を有するもの**



II) 働く医療従事者の人数も決まっています

各施設で働く医療従事者の数も違いがあります。人員配置の基準です。

【**病 院**】 医師3名以上(外来患者40人に対して1人/入院患者16人に対して1人)

【**診療所**】 医師1名以上(患者数による増減なし)

上記は医師の数ですが、その他、看護師、薬剤師等の人員に定めがあります。

これを配置基準と言います。

その他、診療報酬の違いによる、負担する料金の差や、どのような診療を行えるのか

(診療所より規模が大きい設備が整っている病院は高度な治療が可能)、等の違いがあります。

「いい病院」の条件

《仮説:いい病院の条件》

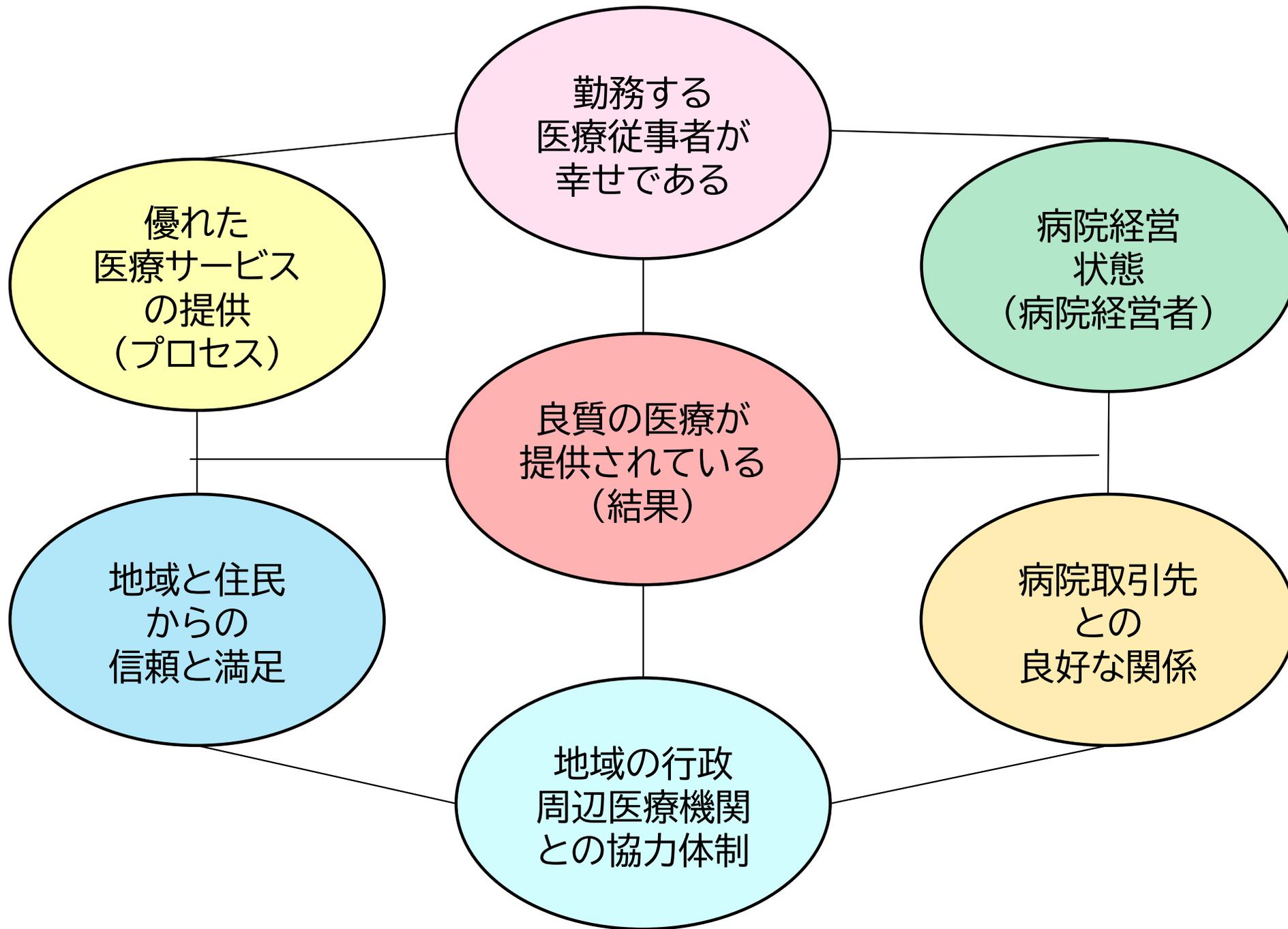
- 1) 病院の経営状態が黒字である事
- 2) 提供される医療の質が担保されている事
- 3) 地域住民から信頼をされている事
- 4) 行政との関係性が良好であり、連携が密である事
- 5) 病診連携、病病連携がスムーズである事
- 6) 病院で働く医療者が幸せ(?)である事
- 7) 病院の取引先企業との関係が良好である事

アップデート



【いい病院の7つの条件】

- 1) 病院経営が黒字で健全である事
- 2) 従業員である医療従事者が幸せである事
- 3) 取引企業との関係性が良好である事
- 4) 優れた医療サービスの提供
- 5) 良質な医療が提供できる環境
- 6) 行政や周辺医療機関との協力関係の構築
- 7) 地域と住民からの信頼と満足





社会保険って、そもそも何？



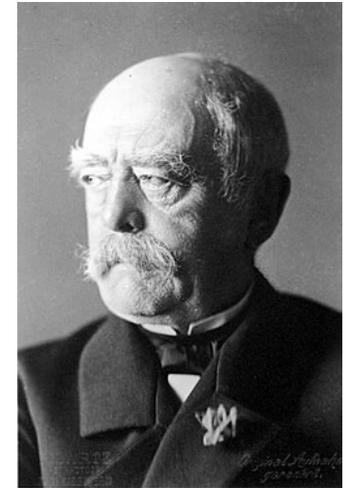
社会保険ってなんなのさ？

世界で初めての社会保険制度は？

導入国:ドイツ帝国(1880年代)

創設者:オットー・フォン・ビスマルク

労働者の不満を和らげ、社会主義の台頭を防ぐために
世界初の国家的社会保険を導入。



三大保険の
スタート

年代	制度	内容
1883年	健康保険	労働者の病気・けが時の補償
1884年	労災保険	工作中的の事故への保障
1889年	年金保険	老齢・障害への備え

特徴	内容
保険料方式	国ではなく、「労使+保険者」が資金を出す(自助・共助)
対象は労働者	低所得の産業労働者が中心(一般国民ではない)
分権的管理	職域ごとの保険組合(GKV)で運営
給付と拠出が対応	払った人が将来受け取る、いわゆる「積立型」要素が強い

現代日本の社会保険

歴史的には、ビスマルク型の輸入がベース

1927年:健康保険制度がスタート

戦後は国民皆保険・皆年金制度へ拡大(1961年~)

比較項目	ビスマルク型(1890年ドイツ)	日本の現代制度(2025年)
制度の目的	社会安定と労働者対策	国民全体のリスク保障
加入対象	労働者(特に低所得層)	国民全員(非労働者含む)
財源構造	保険料(労使折半)中心	保険料+税金(公費)
給付方式	拠出に応じた給付(積立重視)	賦課方式が中心(世代間扶養)
運営主体	職域別組合の自主管理	国・地方自治体が主導
制度の柔軟性	職域間で差あり・分権的	国が調整する中央集権的運営

日本の社会保険制度は、ビスマルク型の骨格(保険料による運営、労使負担)を持ちながらも、

- ① 全員加入(国民皆保険・皆年金)
- ② 公的管理の強化
- ③ 公費による財政補填

といった『ユニバーサル型+政府介入型』に進化しています。

社会保険制度の5本柱

項目名	主な内容	保険者(運営主体)	費用負担者
① 健康保険(医療保険)	病気やケガ、出産に備える	協会けんぽ、健保組合、国保など	事業主+本人(原則折半)
② 年金保険	老後・障害・遺族のための生活保障	厚生年金、国民年金	事業主+本人/自営業は全額自己負担
③ 介護保険	高齢者の介護サービスの費用補助	市町村(保険者)	40歳以上の国民全員
④ 雇用保険	失業時の給付、育休・介護休業補償など	国(ハローワーク)	事業主+本人
⑤ 労災保険	工作中・通勤中のケガ・病気を補償	国(労働基準監督署)	原則、事業主のみ負担

1. リスクに備えるための仕組み

健康保険＝病気やケガ

年金保険＝老後・障害・死亡

介護保険＝高齢期の生活維持

雇用保険＝失業や育児・介護休業

労災保険＝工作中的の事故などに対応

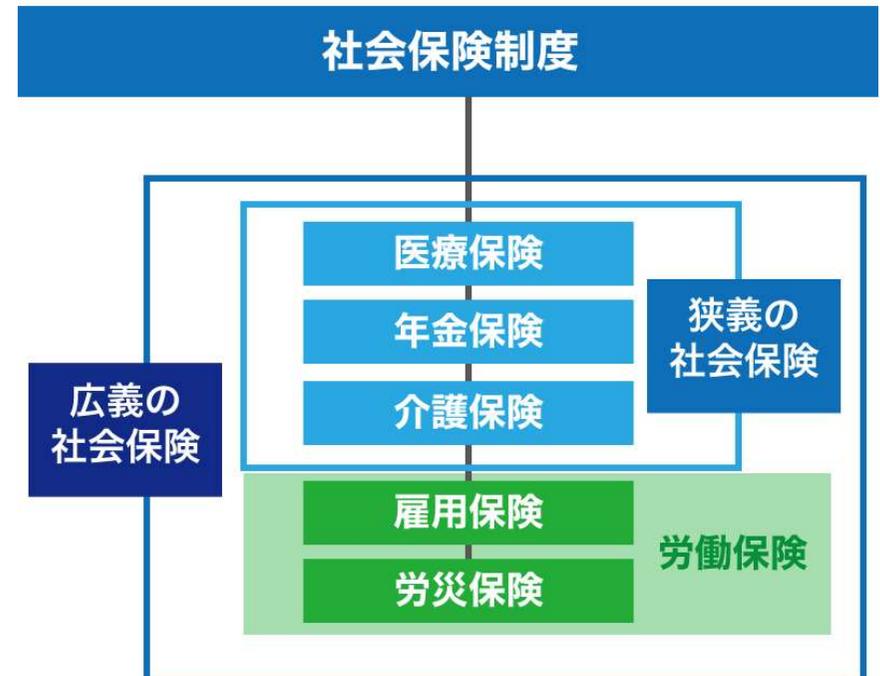
2. 「支え合い」で成り立つ制度

現役世代が高齢者を支える(賦課方式)

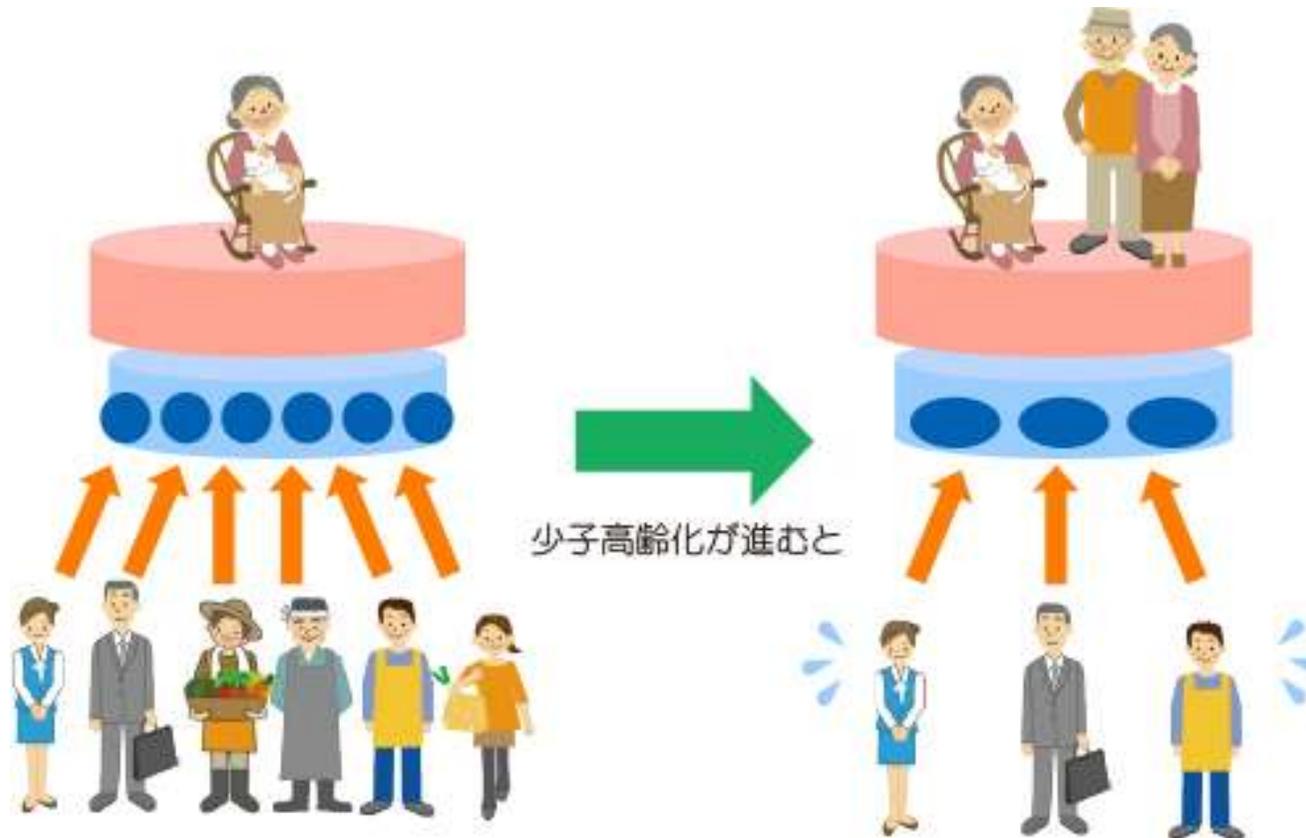
自分の保険料がすぐに自分に返るわけではない

制度の持続には「人口構造」と「雇用の安定」が

大きく影響するんだよ！



賦課方式



少子高齢化 × 賦課方式 = 負担の集中

左側:かつては、多くの現役世代が少数の高齢者を支える構図(昭和の時代)

右側:現在は、少数の現役世代が多数の高齢者を支える構図(令和の現実)

結果:1人当たりの負担が重くなり、保険料 or 税金の引き上げが議論される

保険料っていくらなの？

年収500万円のサラリーマンの場合(日本の平均年収460万円)

保険種類	保険料率(概算)	年間負担額(本人分)
健康保険	9.84%(労使折半で4.92%)	約24.6万円
介護保険(40歳以上)	1.8%(労使折半で0.9%)	約4.5万円
厚生年金保険	18.3%(労使折半で9.15%)	約45.75万円
雇用保険	0.60%	約3万円
労災保険	会社負担のみ	-
合計	-	約78万円/年 (手取り年収の約16%)

企業も同額負担しています。

年収500万円の方は、年間約160万円の社会保険料を負担している計算です。

社会保険料ではありませんが、消費税も社会保障に使われています。

500万円の年収の場合、年間20~25万円くらい消費税を支払っている感じです。

負担が半端ないすな



年収500万円のサラリーマン

所得税 9万円
住民税 25万円
社会保険 78万円(※会社も同額負担78万円)
消費税 25万円

手取り 360万円

年収500万円の人は、年間180万円ほど
社会保険料に貢献している計算。

そりゃ景気も悪くなるわ。

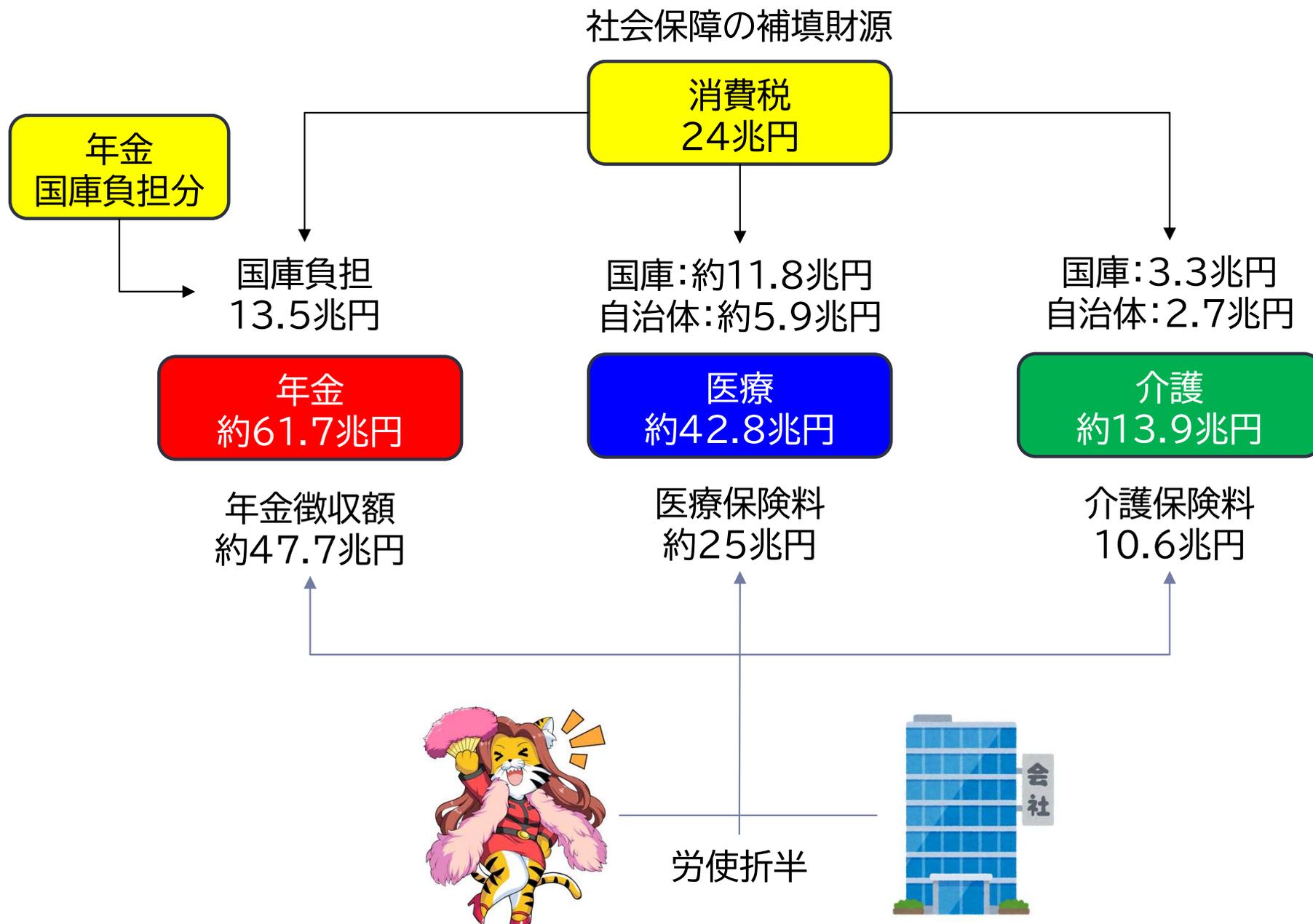
年収800万円級なら、年間250万円。

年収300万円級でも、年間110万円。

凄まじい社会保障負担で、かつ自己負担あり。
で、その社会保障サービスを抑制しようとしている。
なぜ、暴動が起きないか不思議なレベル。



社会保障と負担(2024年度)



消費税と医療と年金について

国名	目的税の有無	主な目的税と用途	年金財源の主構成	消費税と年金の関係
日本	法定目的税あり	消費税: 社会保障4経費(年金含む)	保険料+消費税収 (国庫負担)	大半をぶっこんでる
ドイツ	✕ 原則なし	一部タバコ税→医療財源など	保険料(賃金比例) 企業拠出+国庫補助	なし
フランス	CSG(社会拠出税)	CSG: 医療・年金等の社会保険財源	保険料+CSG+国家 補助	間接的にあり
スウェーデン	✕ 消費税は一般財源	消費税: 一般財源(25%)	雇用者負担+年金拠 出金+国庫補填	なし
イギリス	National Insurance (準目的税)	NI: 年金・医療(NHS)など	NI保険料+国家補助	間接的にあり
アメリカ	FICA(目的税)	FICA: 年金(Social Security)・ Medicare	FICA保険料 +連邦・州補助	なし(消費税なし)

☀️「国庫負担1/2」の原則

年金の基礎部分(国民年金)は「税金と保険料で半々負担」が原則
かつては1/3だった → 国民負担を軽減する目的で2009年に1/2へ
しかし、当時すでに財源がなかった → 「じゃあ消費税で」となった
つまり、「消費税＝年金財源化」は財政危機への対症療法だったので

2012年:「社会保障と税の一体改革」法制化

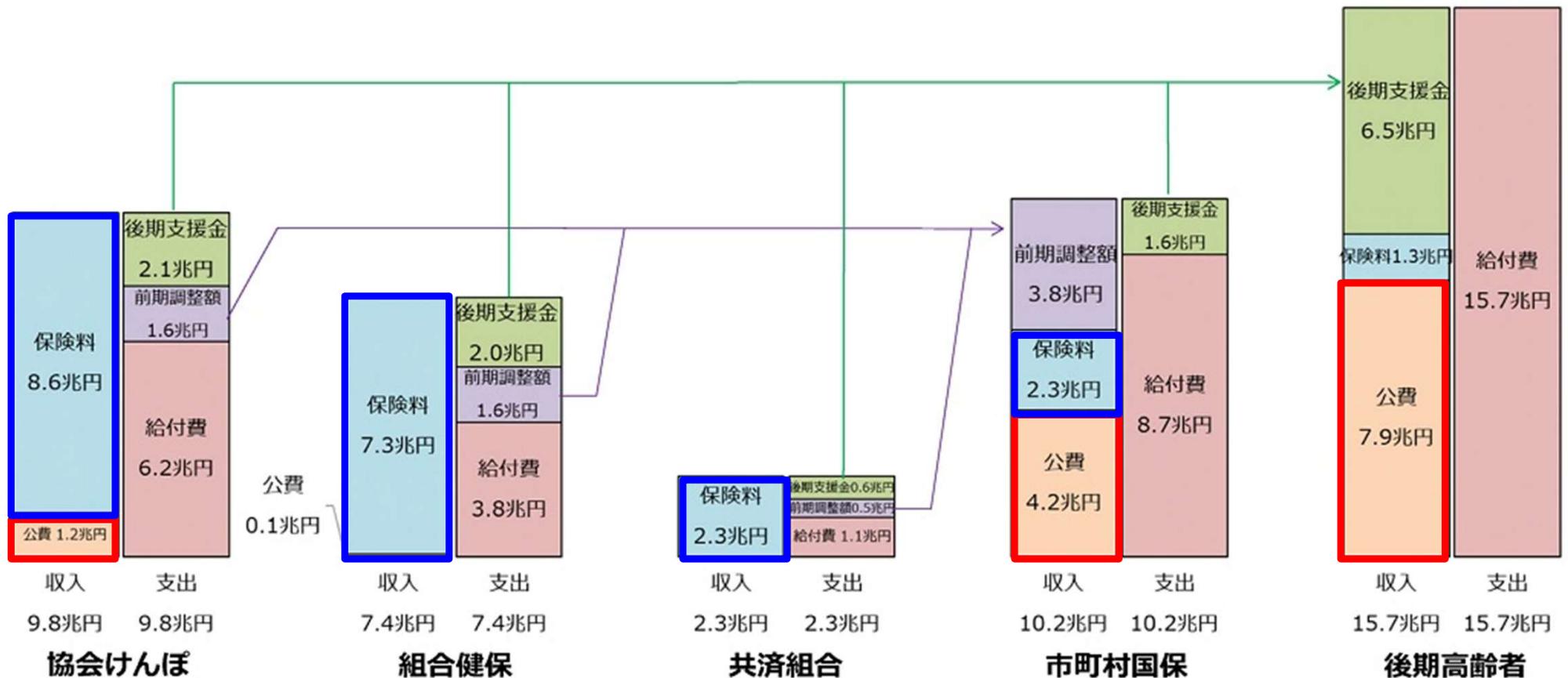
2014年:消費税の社会保障目的税化が法定化

「消費税の使い道は、年金・医療・介護・子育て支援に限定」と明記

➡️ これにより「年金に使っても問題ない」法的根拠が整う

諸外国では
年金は別腹
社会保険料は医療を担当

保険料と税金の状況を見てみよう！



「医療費の50%が税金って本当？」については——

事実として『ほぼその通り』ですが、厳密には『誰が何の目的で負担しているか』を丁寧に見る必要があります。

以下、この図(令和6年度・医療保険の財政運営)をベースにわかりやすく解説します。

医療費の支出と税金の割合を見てみよう

制度名	支出総額	公費の金額	公費の割合(おおよそ)	加入者数
協会けんぽ	9.8兆円	1.2兆円	約12%	約3,960万人
組合健保	7.4兆円	0.1兆円	約1%(ほぼ自立)	約1,686万人
共済組合	2.3兆円	なし	0%(独立採算)	約860万人
市町村国保	10.2兆円	4.2兆円	約41%(大きく税依存)	約2,413万人
後期高齢者医療	15.7兆円	7.9兆円	約50.3%	約1,947万人

👉 ここが「税金5割」の根拠

「医療費の50%が税金」は——

後期高齢者医療制度だけで見れば事実(50.3%)。

しかし、全体の医療保険制度で見れば『おおむね40%』が税金というのが正確。

現役世代に至っては、ほぼ10%程度。

補足:なぜそんなに税金が必要なのか？

高齢者は医療費が高額(1人あたり年100万円近い)

高齢者の保険料収入は少ない(年金収入ベースで所得が低いため)

そのため、「若者の保険料+税金」で補填する設計

◆さらに言えば…

後期支援金(現役世代の保険から高齢者に回す仕組み)も「公費ではないが『実質負担』」です。税金が使われているとはいえ、その原資はあなたが払う消費税・所得税など。

日本の社会保障財政の「実態」



視点	実態
年金制度	積立不足・支え手不足により破綻寸前だが、「国庫負担1/2」を死守することで制度の体裁だけは維持している
消費税	本来は広く薄く公平な税だが、実質『年金維持税』と化している(消費税収の約半分が年金へ)
医療・介護	高齢化で膨張中にもかかわらず、年金にリソースを取られて手当不足。結果、診療報酬や介護報酬が抑制され、現場が疲弊
保険料	現役世代は自分たちでカバーできているが、高齢者世代に関する医療制度改革が、かなり貧弱。今も高いがさらに上げたいと思っている。
政治対応	抜本改革は先送り。「消費税を上げれば何とかなる」と数字合わせで延命しているだけ

年金制度の『見せかけの安定』を守るために、国全体の社会保障リソースが歪められている。しかも、その「歪み」を現場(医療・介護・現役納税者)が押し付けられている構造。

✳️ 結果として起きていること

医療 → 診療報酬抑制、地方病院の経営難、医師・看護師の過労

介護 → 報酬抑制、人材流出、在宅介護への過剰依存

若年世代 → 社会保険料の負担増、将来不安、出生率低下

まとめ

1. 本来、社会保険制度は何のためにあるか？

相互扶助
世代間連帯
安心の保障

2. しかし、現在の実態は？

社会保険料：上昇の一途(現役世代を圧迫)

給付内容：医療・介護は実質的に抑制、年金は『最低限』を維持するのみ

政策方針：「給付は抑え、負担は上げる」=『制度維持』のための財政調整にすぎない

消費税役割：社会保障目的としつつ、実質的には年金の国庫負担1/2を守るために投入

3. なぜこうなったのか？

高齢化：圧倒的な支出増(年金・医療・介護)

政治の先送り：年金制度改革を実施せず、「消費税投入」で時間稼ぎ

不透明な制度運営：どこにどれだけ使われているか国民に見えづらい

「負担なき安心」は幻想：保険料も税も、もう限界に来ているのに、明確な再設計がない

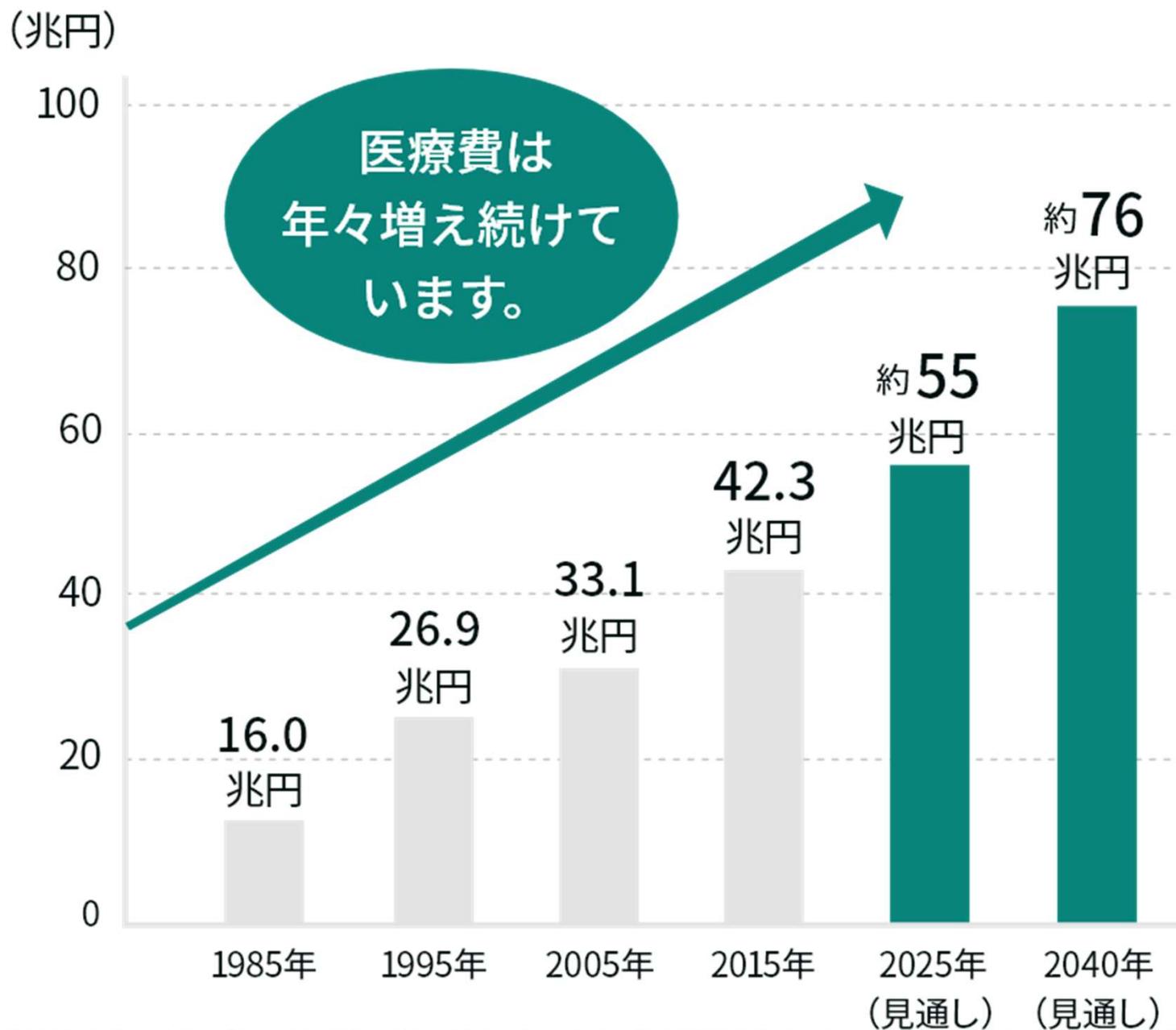
討論タイム



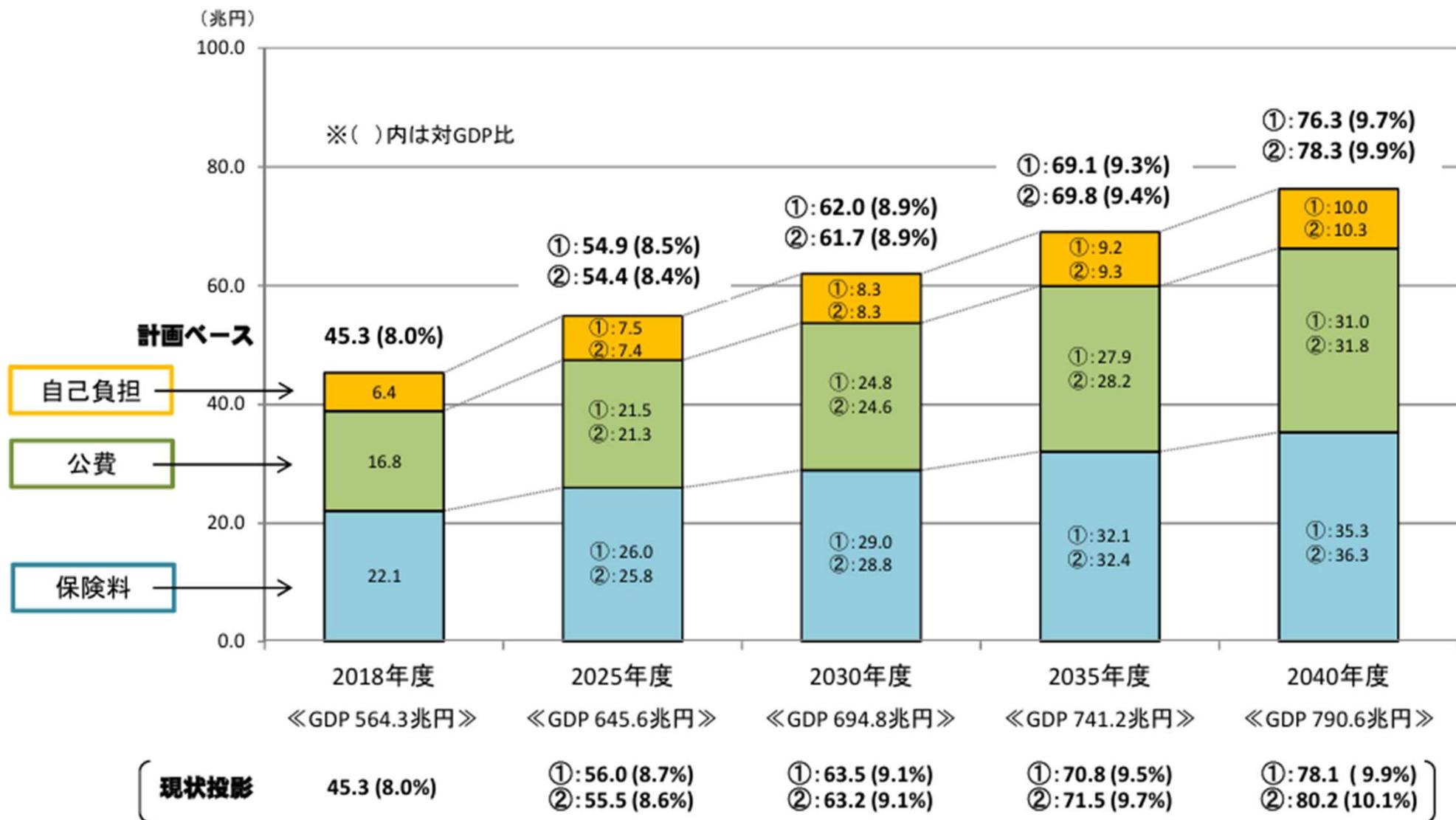
いま起きている「負担増」の構造



医療費総額の推移



医療費総額って、自己負担込みかい！



医療費の伸びは制御できている

【医療費の動向】

	元年度	2年度	3年度	4年度	5年度
医療費（兆円）	43.6	42.2	44.2	46.0	47.3
医療費の伸び率（%）	2.4	▲3.1	4.6	4.0	2.9
受診延日数の伸び率（%）	▲0.8	▲8.5	3.3	2.0	2.0
1日当たり医療費の伸び率（%）	3.2	5.9	1.3	2.0	0.8

医療費増加は『制御可能』だったにもかかわらず、国は財政的に「年金延命」が最優先であるため、医療費を不当に『大きく見積もり、削らなければ破綻する』と世論誘導してきました。これはまさに統計と政策の整合性を損なう恣意的な操作です。

2000年代における医療費の将来推計も、実際の医療費の伸びよりも高めに見積もられていた傾向があります。これは、政策立案において医療費抑制の必要性を強調する根拠として利用されており、自分たちの政策に都合のよい数字（正確ですらない）を元に政策決定を、医療分野では40年ほどやっています。実際の医療費の伸びは、予測よりもかな～り抑制されており、今後の政策立案においては、より精緻な予測と実績の分析が求められます。



診療報酬が抑えられる理由は？

診療報酬は「国家財政の安全弁」として扱われているからです。
医療現場への還元という本来の意味よりも、「財政規律と制度の制御手段」として優先されているのです。

抑制される3つの理由

① 財政規律のため(本音)

高齢化で医療費全体が自然増 → それを「数字上」抑えるには診療報酬しかない
一般会計からの社会保障支出(予算の約1/3)をこれ以上増やしたくない
財務省から見ると「現場の事情」より「帳尻」が優先される
現実 → 医療費は毎年+1兆円規模で増加するため、「抑制してるフリ」が必要

② 公的医療保険制度の持続性(建前)

医療費を際限なく伸ばすと、保険料・自己負担・税負担のいずれかが破綻する
よって「医療費適正化」の名のもと、診療報酬の引き上げは非常に抑制的

③ 世論へのアピール

国民に「医療費を抑制してます」というポーズを示す
「医師ばかりが高給を得ている」「医療業界は既得権益」といった認識に迎合する政治的背景もある
実際は、中小病院・介護施設・診療所は「カツカツ」ですが、その実態は語られない

診療報酬抑制＝国家財政維持のためって本当？

証左①:診療報酬は『実質マイナス改定』が続いている

事実:2024年度診療報酬本体:+0.88%

長期的には実質的な「診療単価の目減り」が起きている

解釈:医療の質向上や人件費上昇に追いつかず、現場の持続可能性が低下

証左②:「財源がない」と言いつつ、年金の国庫負担は消費税で死守

事実:消費税収24.9兆円のうち、約12兆円が年金国庫負担(基礎年金)に使われている

一方、医療・介護への配分は抑制されている(医療7兆・介護3兆)

解釈:「財政の選択」で、年金>医療・介護という明確な序列が存在

証左③:医療費の「将来予測」を盛って政策誘導してきた歴史

事実:2000年代、財務省・厚労省の一部で「2040年に医療費100兆円超」との試算

成長率は想定の半分以下にとどまっている

解釈:誇張された医療費推計が、「診療報酬を抑えなければ破綻する」という偽りの正義の根拠となっている。現在も、それは変わっていない。根拠が出鱈目なのに、やべえ。

証左④:急性期・公立病院の赤字急増と地域医療の崩壊

事実:2020年以降、全国の公立・公的病院の4割超が赤字

地方の中小病院では診療報酬だけでは人件費を賄えない状況

解釈:国が支えるべき「セーフティネット医療」が採算性すら厳しい状況

少子化対策と保険料

岸田総理は2023年1月に「異次元の少子化対策」と宣言。
しかし、中身も数値もロードマップもないまま、先に「予算増額」と「支援金制度」だけが決定。
審議はほとんど国民の目に触れず、制度だけが「抜き足差し足」で実装された。

そもそもこの政策、数値目標すら不在。岸田政権が掲げた「異次元の少子化対策」——

項目	現状
数値目標	なし(出生率1.3をいくつにしたいのか不明)
期限	なし(「今後数年が勝負」と抽象的)
KPI	なし(支出額やカバー率の定量指標がない)
財源構造の明確化	不完全(「保険料で賄う」以外の説明は曖昧)
成果評価手法	なし(PDCAやEBPMの設計もない)



フランスやドイツなら、以下が前提になります。

- ①財源は税でカバー:所得税・付加価値税など(透明性が高い)
- ②子育て支援は「国の役割」と明言
- ③数値KPIを提示した中長期戦略(計画法)が政府に義務づけられている
- ④政策の評価は会計検査院や独立審議機関がレビュー

→ 日本は「社会保険料で裏から集めて、評価もせずに『やってる感』を出す」という前近代的な制度運用。ウン、100%失敗するね！

なぜ「少子化対策費」が社会保険料で？

◎ 表向きの理由(政府の建前)

少子化対策は「子ども・子育て世代への支援」であり、将来的に社会保険制度を支える人材への『先行投資』だから。よって、「社会保障費の一部」として扱うのは筋が通る。

◎ 実態は？

→ 2024年から創設された「支援金制度」がカギ

少子化対策の一部を医療保険制度の「新たな支援金」枠で負担。

保険料として徴収するが、「育児支援」などに使われる＝『医療に使わない』お金を、医療保険で集める構図。保険料なのに、使い道は「育児・保育等の非医療分野」。

■ なぜ消費税でやらないの？

◎ 理由1:消費税率の引き上げは政治的に困難

「社会保険料の上昇」は、給与明細に載るので「見えにくい」が、「消費税率アップ」は誰にでも分かる痛税感があり、選挙で大きなリスクになる。

というか、現状でも消費税でカバーしている。

◎ 理由2:国の「一般会計」ではなく、「保険料財源」にすることで、財政の見かけをよくできる保険料なら、「特別会計扱い」で財政赤字にカウントされない(= 財政健全化してる風)。

「子ども予算倍増」は言えるが、「国の歳出は増えてない」と見せられる。

なぜ「少子化対策費」が社会保険料で？

問い直すべき点

- 「なぜ、将来の『国民の利益』のために、今の企業や現役世代だけが痛みを負う構造になっているのか？ っていうか、将来の利益も確定すらできていない」
- 「なぜ、『税』と『社会保険』がこんなに混在しているのか？」
- 「『皆保険』の理念と、この運用は一致しているのか？」
- 「そもそも、『保険ですらない』のに、保険料として徴収するの？」
- 「この仕組み、10年後にどうなってると思う？」
- 「子ども予算倍増の『裏側』にあるツケ、誰が払うの？」



日本の構造:アホなのか？賢いのか？

◎ 正直に言うと…

■ 制度設計としてはアホ(=整合性ゼロ)

保険とは「リスクの共有」による『相互扶助』。

少子化対策は、将来の人口構造を整える「福祉投資」であり、リスクでも医療でもない。

「保険料」で賄うのは制度の本義に反するし、現役世代と企業にのみ過重な負担を強いる。

■ 政治的には「賢い」(=選挙リスク回避の技術)

消費税のような「見える負担」は避け、見えにくい形で徴収。

「増税してない」と言い張れる。

財政再建の数値上も、「一般会計」を増やさずに済む＝帳簿上はクリーン。

社会保険の看板を借りた租税

観点	従来の社会保険	新しい[支援金制度]
給付との連動	あり(病気=医療費)	なし(誰が生むか関係ない)
リスク対応性	あり(疾病・老齢)	なし(未来世代への投資)
負担者	保険加入者	加入者(企業・国保も含む)
制度の分類	保険	実質的に税に近い
名目上の分類	社会保険(医療保険)	社会保険(支援金)



現状維持(レトリックで押し切る)

「社会保障の一部である」論を維持し、保険料として徴収し続ける
見かけ上の制度連動は無視(実質は租税でも、言葉は保険)

「将来の支え手への投資は社会保険全体の安定化に資する」など、論理の飛躍を許容
「財政健全化と社会保障両立のため」として政治的妥協を演出

▼ 問題 ▼

制度の信頼性・透明性が損なわれる

有識者や財政監視機関から批判が集中する

「次も保険料で何か始めるのでは？」という懸念を残す

やるなら、キッチリ税金でやるべき

名実ともに「税方式」として明示する
支援金制度は「保険料」ではなく「目的税」として徴収
一般会計または特別会計で子ども関連予算を処理

- ①給付との連動 → 不要(税だから)
- ②リスク対応性 → 投資型でもOK(税だから)
- ③負担者の範囲 → 全員でOK(税だから)

▼ 問題 ▼

政府財政に計上され「国の負担が増えた」と見える
消費税率の引き上げか、法人税・所得税の見直しが必要



財政論的にこそ本来は税でやるべき

子育ては社会的インフラへの「公共投資」であり、本質的に所得再分配政策
財源は「所得税」「法人税」「消費税」など公平・広範な課税ベースから調達すべき
特に児童手当・保育無償化・育休支援などは、社会保険財政で処理すべきでない分野

➡ 長期的に見れば、支援金制度が成長すればするほど、保険制度本体が不明瞭化し、崩壊リスクを孕む

国民の負担は着実に増えているが・・・

国の優先順位がズレている構造(3つの視点)

① 財政の健全化＝目的化している

社会保障の給付抑制が「目的」になってしまっている

「困った人を助けるために抑制する」ではなく「財政均衡のために社会保障を抑える」という逆転現象

② 成果のない経済対策

補助金・公共事業・ばらまき型政策が中心

賃金上昇や投資促進に結びつかない(乗数効果が低い)

構造改革(規制・労働市場・教育)は手つかず

③ 政策のPDCAが回っていない

政策評価(政策効果の検証)を制度として導入しても、評価されても改善されない

政治家も官僚も「予算を付けること」が目的になり、「成果で裁かれない」文化が根深い



討論タイム



今後の医療政策の方向性



国の政策方針:キーワードは「持続可能性」=縮小路線

簡単に言えば「国が支える医療」の範囲は徐々に狭まり、限定的になるよ。

戦略テーマ	中身の実態
財政健全化	医療費の自然増(高齢化)を抑える方向性が基本
自助努力の強化	予防・健康管理の自己責任を推進
地域完結型医療	「病院依存」から「地域+在宅」へ
データ連携と効率化	電子カルテ統一・オンライン診療推進など
資源の重点化	「重症・高度・専門」以外の医療は抑制対象

- ✓ 「持続可能性」という名の「縮小」
- ✓ 診療報酬=病院の売上が抑えられている
- ✓ 75歳以上も負担増へ/紹介状なければ負担増
- ✓ 「地域完結」「在宅重視」だけで医療は持つのか？

医療費はGDP比で抑制され、医療資源も「選別」の方向へ

医療現場で進む変化(特に病院・診療所)

「手厚い医療」を期待できるのは、高額自己負担や民間保険の併用をした層だけになる可能性も。

項目	今後の傾向
中小病院の淘汰	病床削減／統廃合／再編(公的病院も含む)
外来機能分化の強化	「紹介状なしの大病院受診は追加負担」など増加
かかりつけ医制度の強化	地域で患者を囲い、重症化予防に注力
診療報酬の抑制	薬価・医師技術料ともに段階的に引き下げられる
働き方改革への対応	医師の残業規制(2024年開始)→診療体制縮小

- ✓ 地域病院:診療報酬抑制+人手不足+医師の働き方改革
- ✓ 外来縮小／統廃合／診療所の収益悪化
- ✓ 高齢者の医療アクセスが縮小し始めている
- ✓ 民間保険や自費医療がジワジワと増えている

「医療は社会保障か、サービスか？」の分岐点

市民・患者への影響

公的医療の「ベーシック部分」は残るが、中間層以下の生活者にしわ寄せが出る構図。

分野	起こりうる現象
医療費負担	定額負担導入や定率引き上げ(75歳以上も例外でなく)
受診行動	初診料や紹介状の負担増で、大病院受診が困難に
保険制度	公的医療保険の範囲が縮小→民間保険が事実上必須に
健康格差	地域・所得により「受けられる医療」に差が出る
予防推進	健康診断や特定健診、ウォーキング施策などが拡大

- ✓ 情報に関心を持つ(しくみを知る)
- ✓ 自分と家族の健康・医療を“設計”する
- ✓ 「保険制度の意味」を問い直す世論をつくる

対話・質問タイム:「みなさんの違和感、どこにありますか？」

【医療政策の方向性】→「国民にとっての利益」ではない

①【医療政策の方向性】→「国民にとっての利益」ではない
現実の方向性は「財政優先の医療縮小」。
診療報酬抑制、ベッド削減、病院淘汰、地域医療構想…。
サービスは削られているのに、負担だけが増えている。

②【医療現場のリアル】→「生活者にとっても過酷」
現場のリアルは、「看護師が足りない」「外来を絞る」「夜間救急が閉まる」「紹介状がないと
門前払い」。

医療現場は疲弊し、国民の負担だけが増えている
——その構造と本当の現場の声を、医療者と生活者の目線で一緒に考えましょう

現状は「給付が減って、負担が増える」方向への片道切符。
それを「方向性です」とだけ言えば、現場の痛みと生活者の疑問を軽視しているように聞こえる。だからこそ、「わかりやすく伝える」だけでは不十分で、「構造の不均衡を問い直す」視点が求められています。



討論タイム





みぞぐちの独り言

私たちは今日、社会保険制度の基本構造から、現在の医療政策の方向性、そして医療現場が抱えるリアルな問題までを見つめ直しました。その中で浮かび上がってきたのは、こんな構図ではないでしょうか。

▼ 「財政再建」を理由に医療が削られている

政府は、「医療費が財政を圧迫している」「このままでは制度がもたない」と繰り返します。でも実際には——

- ①社会保険料は毎年のように上がっている
- ②少子化対策の財源まで保険料に上乗せされている
- ③一方で、防衛費は2倍に、公共事業や万博には数千億円

こうした中で、「医療費だけが削減対象になる」のは、果たして正当な優先順位と言えるのでしょうか。

▼ 医療費を削れば、国が守られるのか？

「国家財政のために社会保障を削る」という理屈は、本来、「財政の優先順位全体を見直す」中で語られるべきです。しかし現実には——

- ①医療費の『抑制』だけが一人歩きし「仕方がない」という言葉で国民の受容が前提にされ、他の無駄遣いにはメスが入らない
- ②国家財政を守るために医療を削るという論理は、財政の本質的な整理ではなく、「弱いところから削る」という方便になっている。やばい理屈。

▼ いま必要なのは、「諦める」ことではなく、「問い直す」こと

「どうすれば本当に持続可能な社会保障になるのか？」

「国の財政運営の優先順位は、果たして正しいのか？」

「制度を守るとは、「誰のために・何のために」守ることなのか？」

疑問を一人ひとりが持てれば、世の中も変わるかもしれません

