

Tokyo Social Security School 53rd

日時：2025年11月22日（土）

13:30～16:30

場所：けんせつプラザ東京+ZOOM併用

13:00 開場

13:30 開会あいさつ・行動提起

■ 第1部講演（P.01～ 資料P.06～） 社会的危機の歴史的背景と 闘いの方向

後藤 道夫 氏 都留文科大学名誉教授

13:35～15:00（質疑含む）

■ 第2部講演（P.23～） 「全世代型社会保障改革」による 医療・介護をめぐる現在地と課題

寺尾 正之 氏 日本医療総合研究所研究・研修委員

15:10～16:25（質疑含む）

16:25 閉会あいさつ

16:30 終了

第53回

東京社会
保障学校

主催 東京社会保障推進協議会

社会的危機の歴史的背景と闘いの方向

2025.11.22 後藤道夫

はじめに——「日本維新の会」の社会保障論（「社会保険料を下げる改革提言 2025.6」）

わが国が直面する静かなる有事である少子高齢化は、政権与党の不作为も相まって、日本の社会と経済の活力と財政の基盤を毀損し続けている。日本の社会保障制度は、支える側の激減と支えられる側の膨張によって、命に係わる医療・介護の核とともに、将来の持続可能性を失っている。

危機的な状況は、年間47兆円に達し、なおも年間1兆円ずつ増え続けている国民医療費の異常な増加傾向に最も顕著に現れている。2040年には約1.7倍1にまで膨張することが見込まれている。この9割以上が社会保険料と税の負担増によって賄われており、既に50%に達しようとする国民負担率の上昇にさらなる拍車をかけている。中長期の経済低迷による賃金の停滞や物価高も加わり、現役世代の生活は悪化の一途を辿っている。

後期高齢者支援金制度に象徴されるように、これまで働く現役世代に高齢者の負担をかわせ続けた結果、現役世代に課せられる社会保険料の負担は、もはや限界に達している。

年収350万円の単身世帯では所得税は年間約7万円であるが、社会保険料は年間約50万円となっている。さらに、その同額を雇用主が負担していることから、社会保険料負担は企業による賃上げや雇用の抑制にもつながっている。

制度の信頼低下による将来不安と際限なき負担増は、若者の結婚や子育ての自信を奪い、消費や投資の意欲をも削ぎ、少子化を深刻化させるという悪循環を生み出している。

社会保障制度を持続可能にし、国民の安心で豊かな暮らしを守る鍵は、既得権政治を排した抜本改革によって国民医療費を始めとした社会保障支出の膨張傾向を断ち切ることにある。それらの改革の果実は、最終的に現役世代にとっての「社会保険料負担の軽減」という形で現れる。社会保険料を下げる改革には、今の日本が解決すべき根本的な課題が凝縮されている。わが党はこれを日本再生のセンターピン（最重点政策）と捉え、実現を目指す。

1. 生活苦の最大の原因たる実質賃金の長期大幅低下を無視。労働分配率削減に偏重した大企業の利益追求、膨大な内部留保、海外投資偏重、国内投資サボタージュによるGDPの長期異常な停滞を問題にしない。現役世代の不満を高齢者医療たつき（+社会保障費抑制を前提した減税と社会保険料削減）に誘導。
2. 高齢人口の大幅増と医療技術の発展を無視。医療費、社会保障費の当然の増加を高齢者医療の削減で無理に抑え込もうとする。深刻な医療危機の背景たる診療報酬の長期抑制も無視。

3. 貧困な高齢人口の大幅増を無視。「高齢者優遇」論、「高齢者既得権益」論。外国人、高齢者など、身近な「敵」をでっち上げ、煽動する。長期にわたる広汎で深刻な生活苦、地方衰退、社会危機にたいする、右からポピュリズムの形態をとった、大資本中心政治の別働隊

1. 貧困・生活困難の巨大な広がり

- (1). 食料配布への参加者 コロナ後も持続的に増大 図表1
- (2). 「夫婦で子育て」が40代男性の半分 人口減も当然 図表2
 - a. 結婚への経済バリアの上昇 図表3
 - * 未婚長期拡大の二要因 都市化・労働者化 + 1990年代半ばから賃金下落
 - b. <貧困かつ未婚>人口の増加 図表4
- (3) 高齢单身、高齢夫婦のみ 消費支出が少ない世帯の大幅増 図表5,5-2,5-3
- (4) 「貯蓄無し」世帯高水準 二人以上世帯の2.5割 单身3.5割(金融広報中央委員会 2023)
(将来のため、投資目的等での貯蓄に限定) 図表6
- (5) 所得格差の長期拡大 図表7
- (6) 2022年からの物価高騰による生活苦 図表8

2. 貧困長期拡大の背景その1 —— 労働市場の長期の歪みと90年代末からの大変動

- (1) 年功型賃金(男性世帯主賃金)の大幅縮小と低所得非年功型労働者の大幅増
低所得非年功型労働者……男女非正規 + 男女低処遇正規 図表9,9-2
- (2) 自営、家族従業者の大幅減

自営業者+家族従業者	87年	97年	2007年	2017年	2022年
	1433	1198	856	684	613 (万人)
- (3) <国内の経済循環による経済成長>の極度の停滞——労働分配率引き下げ、国内設備投資抑制、
海外投資拡大 図表10,10-2
- (4) 異常な賃金低下の持続 図表11
- (5) 労使交渉抜きで賃金が決められる大群の労働者の容認とその制度化 図表12,13,14
男女賃金格差の再拡大と長期持続 各種格差の70年代後半からの再拡大
- (6) 労働組合の交渉力の長期停滞 1975年転換 「失われた50年」 図表15

- (7) 1990年代半ば～ バブル経済の崩壊の後、労働分配率削減による利益追求、膨大な内部留保、海外投資偏重、国内投資サボタージュによる GDP の長期異常な停滞
—— それを許した対抗力の長期極小化 ——

3. 貧困長期拡大の背景その2 —— 生活を「保障」しない制度枠組の持続とその改悪・縮小

(1) 開発主義的社会保障 —— 「保障」ではなく「支援」

その前提は、長期雇用、年功型賃金、多額のローンを組める賃金、相当額の貯蓄

最低生活を「保障」する制度は生活保護のみ 他はすべて「支援」。最後は世帯主
老齢年金が典型

「年金・貯蓄・アルバイト・仕送りで暮らすのが老後。年金のみで保障などありえない」

雇用保険、傷病手当、介護保険給付、障害年金、育児休業給付金、児童手当……、
自然災害、コロナ、原発被災……国家が最低生活を保障する義務はないという思想

☆. 旭川市国保料訴訟 最高裁判決 2006 年 3 月 1 日

保険料をはらえない国民は?? 所得ゼロでも徴収（生保を受けていない限り）

<恒常的に生活が困窮するものは医療扶助を予定しているから、国民健康保険が、恒常的に生活が困窮しているものの保険料を減免する規定を備えていなくても著しく不合理とはいえない>

→ 生活保護をダシにして、社会保険の無「保障」を合理化する思想と制度

生活保護受給の強い抑制 + 保障しない他の諸制度 → 膨大な谷間貧困人口

税は何に使ってきた？

経済成長を通じた間接的支援（日本） ↔ 国民生活の直接の下支え（福祉国家）

(2) 1990 年代半ば以降の新自由主義改革による社会保障削減

—— 開発主義的社会保障は日本型雇用を前提していた。日本型雇用を解体・縮小するならば、社会保障を充実すべきだが、逆に大きく削った。——

事例1 国民健康保険料滞納への罰則 保険給付を制限する資格者証 1988, 1997, 2002

資格者証をめぐるたたかい 「罰則ではない」 「必要なときには短期証発行」
保険料に応じた給付 vs 社会原理に補足された社会保険

事例2 介護の多くの領域、保育——非営利原則の撤廃 営利事業としての社会保障

株式会社も参入 保育 : 年間の保育園の収入の 1/4 を上限に流用して良い
しかし、収入の相当部分は税金

事例 3 雇用保険給付の大幅な削減 失業者の失業給付 4 割弱が → 2 割強へ
失業給付の大幅縮小 → 労働条件の悪化 社会保障と労働市場の強い関係
「労働力の急迫販売」と 「半失業」の増加

☆. 社会保障財源にしめる社会保険料企業負担の割合 大幅削減 **図表16**
高齢化による社会保障給付の拡大 を 企業負担を削減しながら乗り越える ??

——→ 消費税の基幹税化 + 賃金抑制とそれによる社会保険料抑制 + 医療介護の給付抑制と窓口負担の拡大 + 年金抑制
医療報酬と介護報酬の抑制もその一環

- * 訪問介護事業所が一つもない自治体 2025 年 6 月 115 (赤旗)
一カ所の自治体 2025 年 4 月 268 (NHK)
- * 赤字病院 2024 年度 49.4 % (23 年度 41.5 %)
赤字の無床診療所 2024 年度 34.4 % (23 年度 25.4 %)
(社会保障審議会医療部会 2025.10.27 資料 経常収支 8 月末分速報)

☆ 日本の社会保障、教育保障、住宅保障のもともとの欠陥

- ① 教育支出における公費の低さ 対 GDP 2.9 % OECD 平均 4.2 %
- ② 現役向けの公的社会支出の少なさ 家族、障がい、失業、住宅など
日本 3.3 % ドイツ 8.1 % フランス 9.0 % イギリス 7.5 %
- ③ 高齢者向けの額は大きいけれども貧困を減らす機能は小さい
高齢者貧困率 日本 19.6 % OECD 13.5 %
格差の大きな年金 ← 賃金格差 + 最低保障年金の不在

4. 「生活ができる」とは : 現代の西欧・北欧型モデル —— 二つの条件の組み合わせ

(1) 通常の勤務時に本人がふつうにくらせる賃金 (ふつう ≠ 最低限度)

(2) <特別需要>が生じたときの必要の充足は社会責任

- ① 本人の勤労所得が中断、減額
老齡リタイヤ、失業、傷病・障がい、職業訓練、出産、育児、看護、介護等
- ② 無収入の家族員(子どもなど)のための生活費増分、住宅費増分
- ③ 自分、家族が利用する社会サービスの確保
教育、医療、介護、障がい者福祉サービスなど

☆ 所得保障について

- 1) 児童手当 子どもの基礎的生活費である必要 ⇔ 生活保護の生活扶助額子ども一人分
親の所得は無関係でよい 高所得の親は別に所得税を高く払う
- 2) 最低保障年金 医療、介護、低所得の際の居住、交通 は別に保障
- 3) 最低生活費を超える社会保険給付が必要——それが可能な賃金額は？

☆ 賃金と社会保障の分担を明確に

社会保障の充実は多くの人びとの願いだが、日本では政治にそれが反映されない。
なぜか。多くの人の願いが抽象的で、具体的な強い社会保障要求が形になって表れないから。

賃金で実現すべきことと、社会保障でカバーすべきことの区分がはっきりしないと、社会保障要求はあいまいになる。要求すべきことが多くの人びとに合意されていなければ、社会保障への期待は強い具体的な力をもたない。

一人分生活できない賃金が蔓延している社会では、賃金でカバーすべき領域、親の子への義務領域と 社会保障の責任の境界がはっきりしなくなる。最賃の大幅引き上げはまともな社会保障制度の土台作り。

☆ 育児休業、子ども・家族の看護休業、介護休業、十分な休業の休暇、技能訓練休暇 —— 女性がパートを選ばなくてもよい、権利と生活可能な休業補償が必要

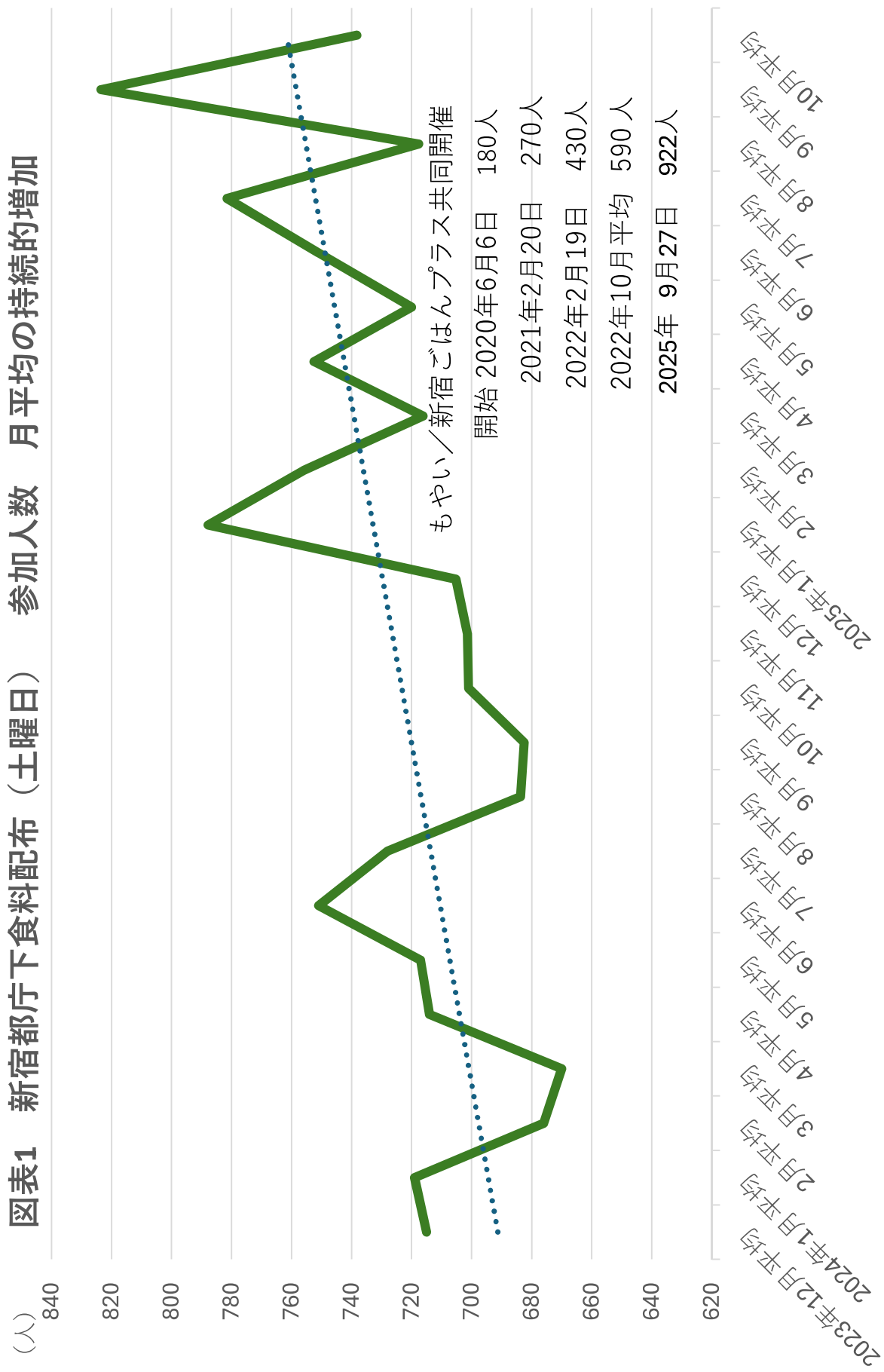
休業がもっとも少ない国の一つ、日本 日本の休業率（2018 年 2.3 %、就業者中割合）は異様に低く、OECD 諸国中低い方から 2 番目。37 カ国のうち、27 カ国が休業率 6 %を超え、うち 14 カ国は 10 %を超える。

スウェーデン 16-64 歳女性 所定内平均 36.1 時間 休業者をのぞくと実労働時間平均 27.8 時間 休業を含む労働者数で総労働時間をわると 22.7 時間（2019 年）
——→ $36 - 23 = 13$ 週に平均して 13 時間は、休養、療養、育児、介護看護等のケア、学び直し等に、所得補償付きで過ごす時間

＜フルタイム＞労働の当たり前の姿

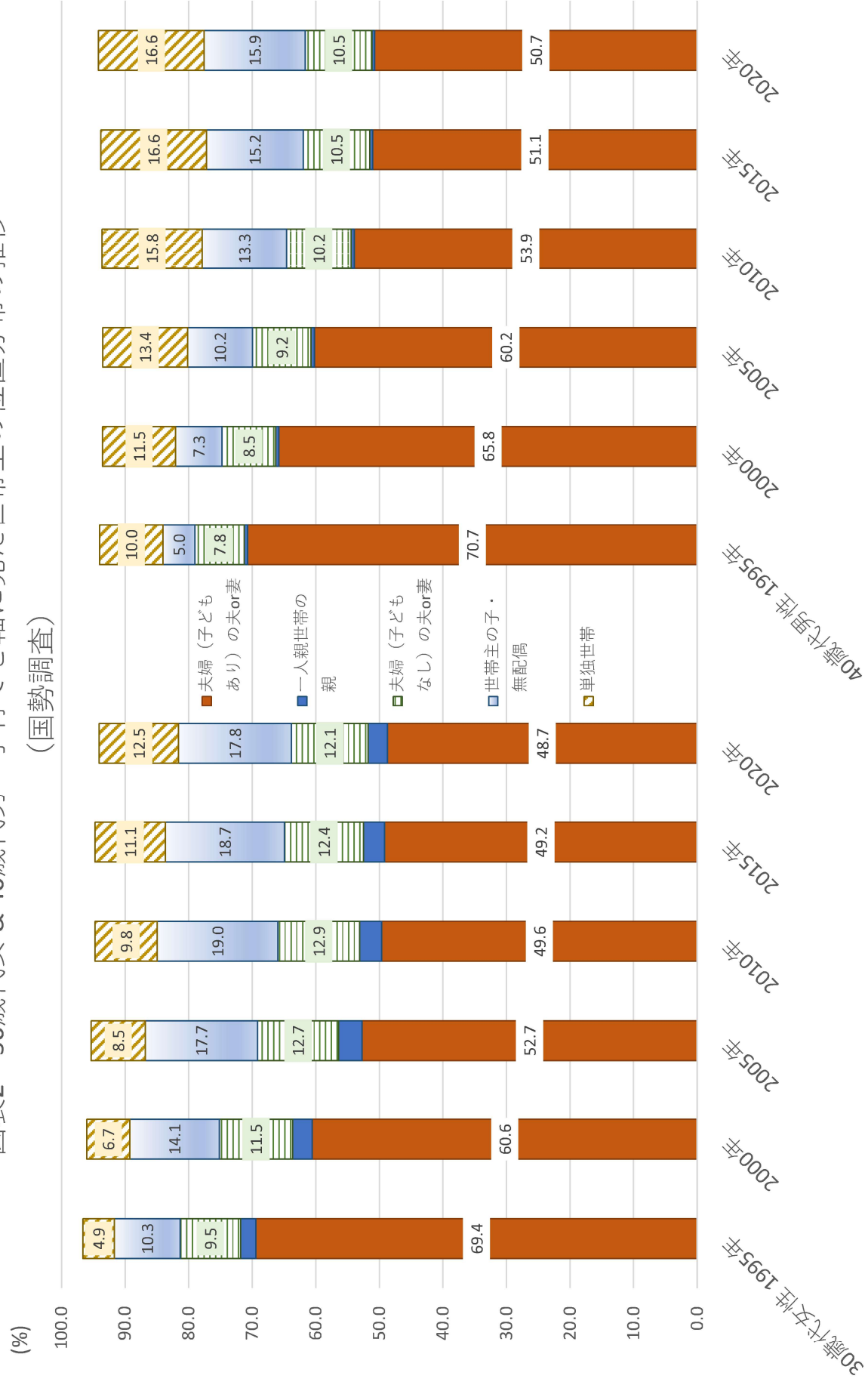
—— 絶望と無知からの「反革命」の危険。これと闘う＜賃金と社会保障による暮らし＞の原則の確認と学習、普及——

図表1 新宿都庁下食料配布（土曜日） 参加人数 月平均の持続的増加

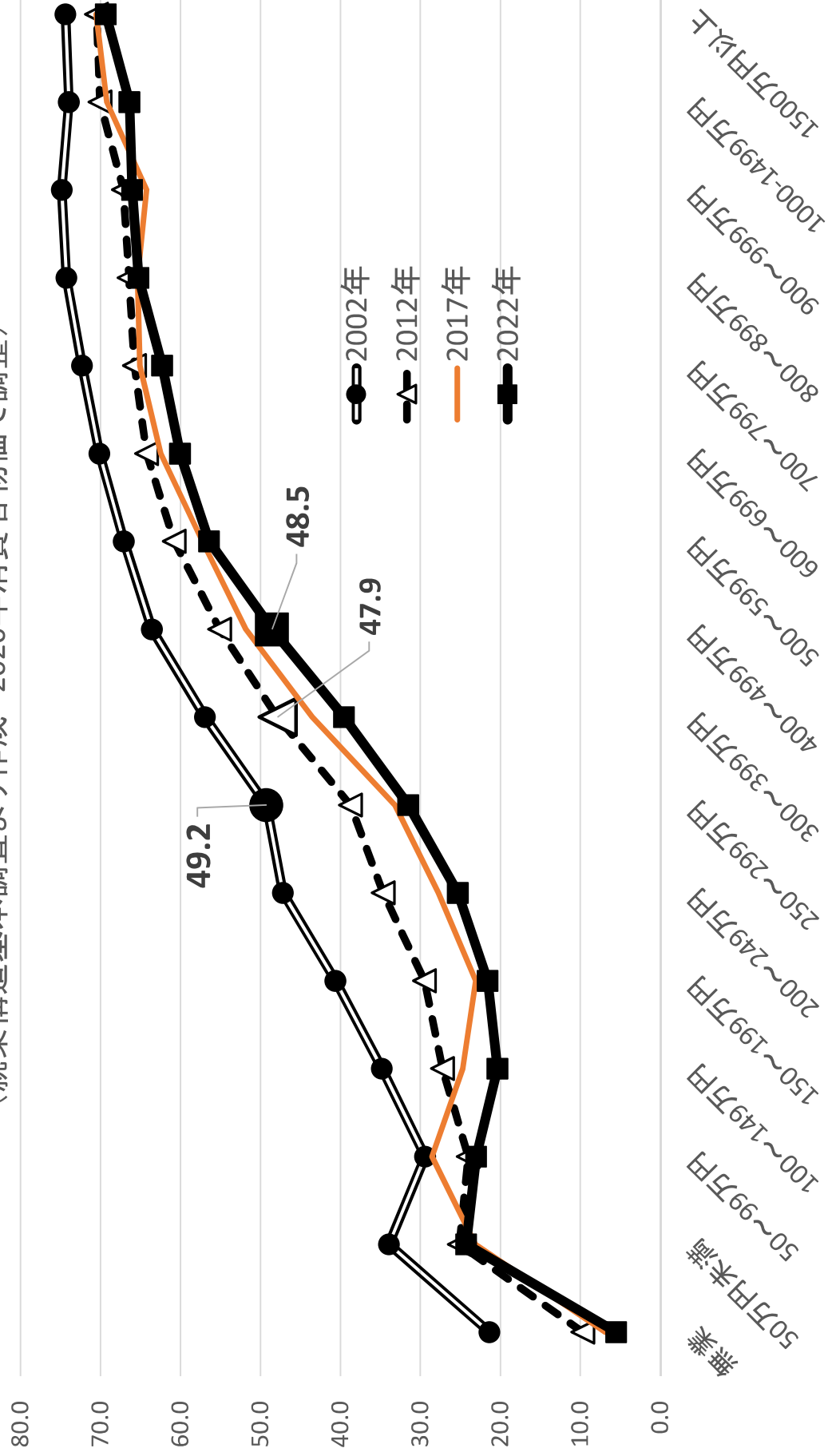


図表2 30歳代女 & 40歳代男 子育てを軸に見た世帯上の位置分布の推移

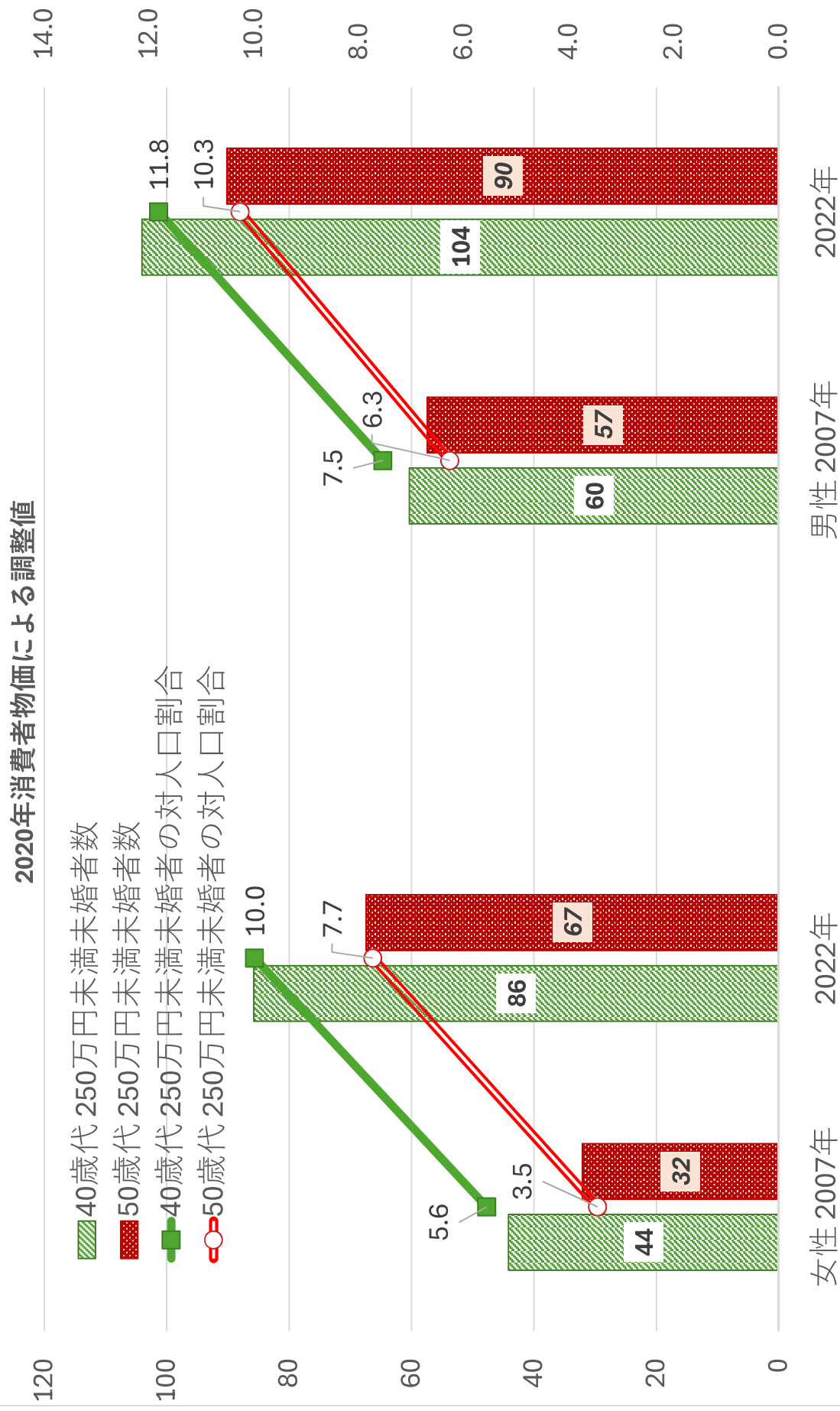
(国勢調査)



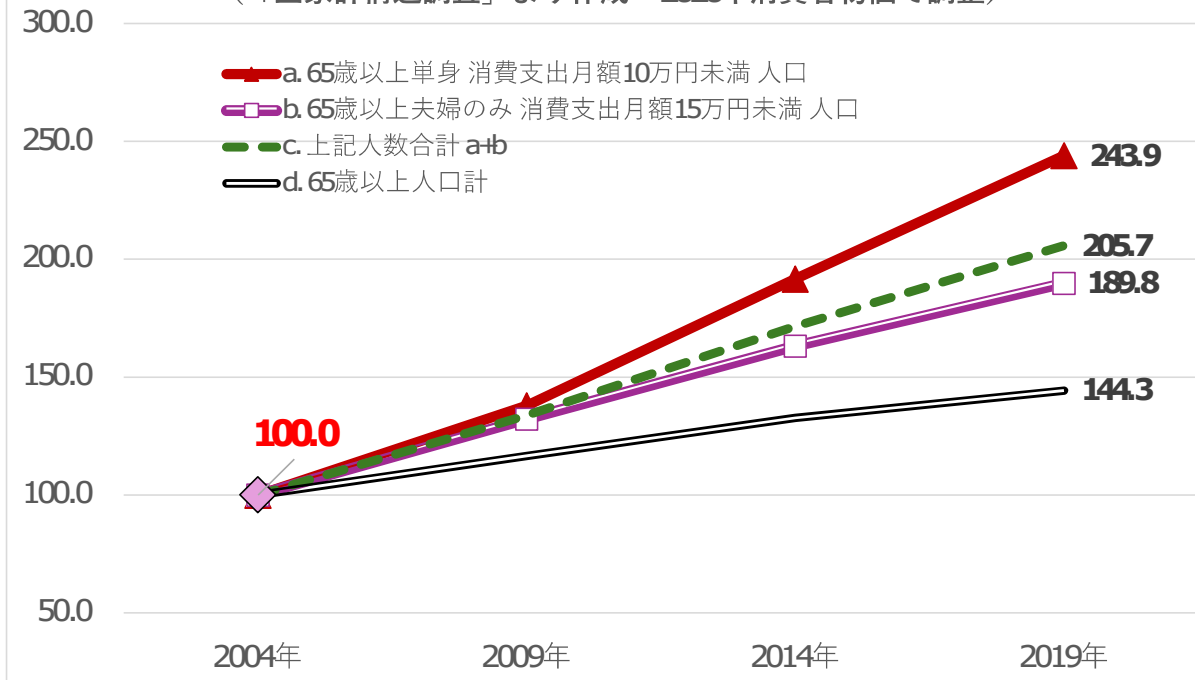
図表3 40歳代男性 就業状況／勤労所得別 夫婦と子をふくむ世帯の夫である割合
(就業構造基本調査より作成 2020年消費者物価で調整)



(万人) 図表4 中年男女 年収250万円未満未婚者数と人口中割合の増加 (%)



図表5 高齢单身・高齢夫婦のみ 低消費世帯人数 指数表示
 (「全家計構造調査」より作成 2020年消費者物価で調整)



図表5-2 65歳以上 单身、夫婦のみ 低消費支出人口

	2004年	2009年	2014年	2019年
a. 65歳以上单身 消費支出月額10万円未満 人口	84	116	162	206
b. 65歳以上夫婦のみ 消費支出月額15万円未満 人口	203	269	332	386
c. 上記人数合計 a+b	288	385	493	592
d. 65歳以上人口計	2488	2901	3300	3589

(万人)

a'. 65歳以上单身中の 消費支出月額10万円未満 割合	27.4	29.7	31.7	34.1
b'. 65歳以上夫婦のみ世帯中の 消費支出月額15万円未満割合	20.0	21.2	21.7	22.6
c / d	11.6	13.3	14.9	16.5

(%)

図表5-3 単身高齢男女 低消費人口の数と割合

*、「全国家計構造調査」より作成

*、2020年消費者物価（帰属家賃を除く総合）による調整値

高齢単身女性 消費支出10万円未満人口の数と割合

		2004年	2009年	2014年	2019年
65歳以上単身女性 10万円未満人口	(万人)	66	86	109	137
75歳以上単身女性 10万円未満人口	(万人)	50	67	91	130
65歳以上単身女性人口	(万人)	225	281	347	383
75歳以上単身女性人口	(万人)	152	199	267	330
65歳以上女性人口	(万人)	1437	1661	1877	2029
75歳以上女性人口	(万人)	700	852	979	1120
65歳以上単身女性 中の10万円未満割合	(%)	29.2	30.5	31.5	35.8
75歳以上単身女性中の 10万円未満割合	(%)	32.9	33.3	34.3	39.4
65歳以上女性中の単身10万円未満割合	(%)	4.6	5.2	5.8	6.8
75歳以上女性中の単身10万円未満割合	(%)	7.1	7.8	9.3	11.6

2004年	2009年	2014年	2019年
100.0	130.6	166.2	208.8
100.0	133.2	183.1	260.3
100.0	124.9	154.1	170.2
100.0	131.4	175.6	217.3
100.0	115.6	130.6	141.2
100.0	121.7	140.0	160.1

高齢単身男性 消費支出10万円未満人口の数と割合

		2004年	2009年	2014年	2019年
65歳以上単身男性 10万円未満人口	(万人)	19	30	52	69
75歳以上単身男性 10万円未満人口	(万人)	8	12	24	33
65歳以上単身男性人口	(万人)	83	111	163	220
75歳以上単身男性人口	(万人)	33	43	65	89
65歳以上男性人口	(万人)	1051	1240	1423	1560
75歳以上男性人口	(万人)	407	520	612	729
65歳以上単身男性 中の10万円未満割合	(%)	22.6	27.5	32.3	31.2
75歳以上単身男性中の 10万円未満割合	(%)	25.7	29.1	37.2	37.0
65歳以上男性中の単身10万円未満割合	(%)	1.8	2.5	3.7	4.4
75歳以上男性中の単身10万円未満割合	(%)	2.1	2.4	4.0	4.5

2004年	2009年	2014年	2019年
100.0	163.0	280.8	367.5
100.0	148.5	289.7	394.6
100.0	134.0	196.6	265.9
100.0	131.3	200.7	274.7
100.0	118.0	135.4	148.5
100.0	127.6	150.5	179.1

高齢単身男女 消費支出10万円未満人口の数と割合

		2004年	2009年	2014年	2019年
65歳以上単身男女 10万円未満人口	(万人)	84	116	162	206
75歳以上単身男女 10万円未満人口	(万人)	58	79	116	163
65歳以上単身男女人口	(万人)	308	392	509	603
75歳以上単身男女人口	(万人)	184	242	332	419
65歳以上男女人口	(万人)	2488	2901	3300	3589
75歳以上男女人口	(万人)	1107	1371	1592	1849
65歳以上単身男女 中の10万円未満割合	(%)	27.4	29.7	31.7	34.1
75歳以上単身男女中の 10万円未満割合	(%)	31.6	32.6	34.8	38.9
65歳以上男女中の単身10万円未満割合	(%)	3.4	4.0	4.9	5.7
75歳以上男女中の単身10万円未満割合	(%)	5.3	5.8	7.3	8.8

2004年	2009年	2014年	2019年
100.0	137.8	191.6	243.9
100.0	135.4	198.4	279.6
100.0	127.4	165.5	195.9
100.0	131.4	180.0	227.4
100.0	116.6	132.7	144.2
100.0	123.9	143.8	167.1

図表6 金融資産無保有世帯の割合(金融広報中央委員会)

— 二人以上世帯

— 単身世帯

注1 ここでの金融資産は、日常手な出し入れ、引き落としのため、あるいは事業のための貯蓄等を除き、「運用の為または将来に備えて蓄えている部分」のみをさす。

注2 2018年から金融資産の集計方式変更

注3 単身者は2020年まで20～70歳未満。2021年からは20～80歳未満

二人以上世帯は2020年まで20歳以上、2021年からは20～80歳未満

60.0

50.0

40.0

30.0

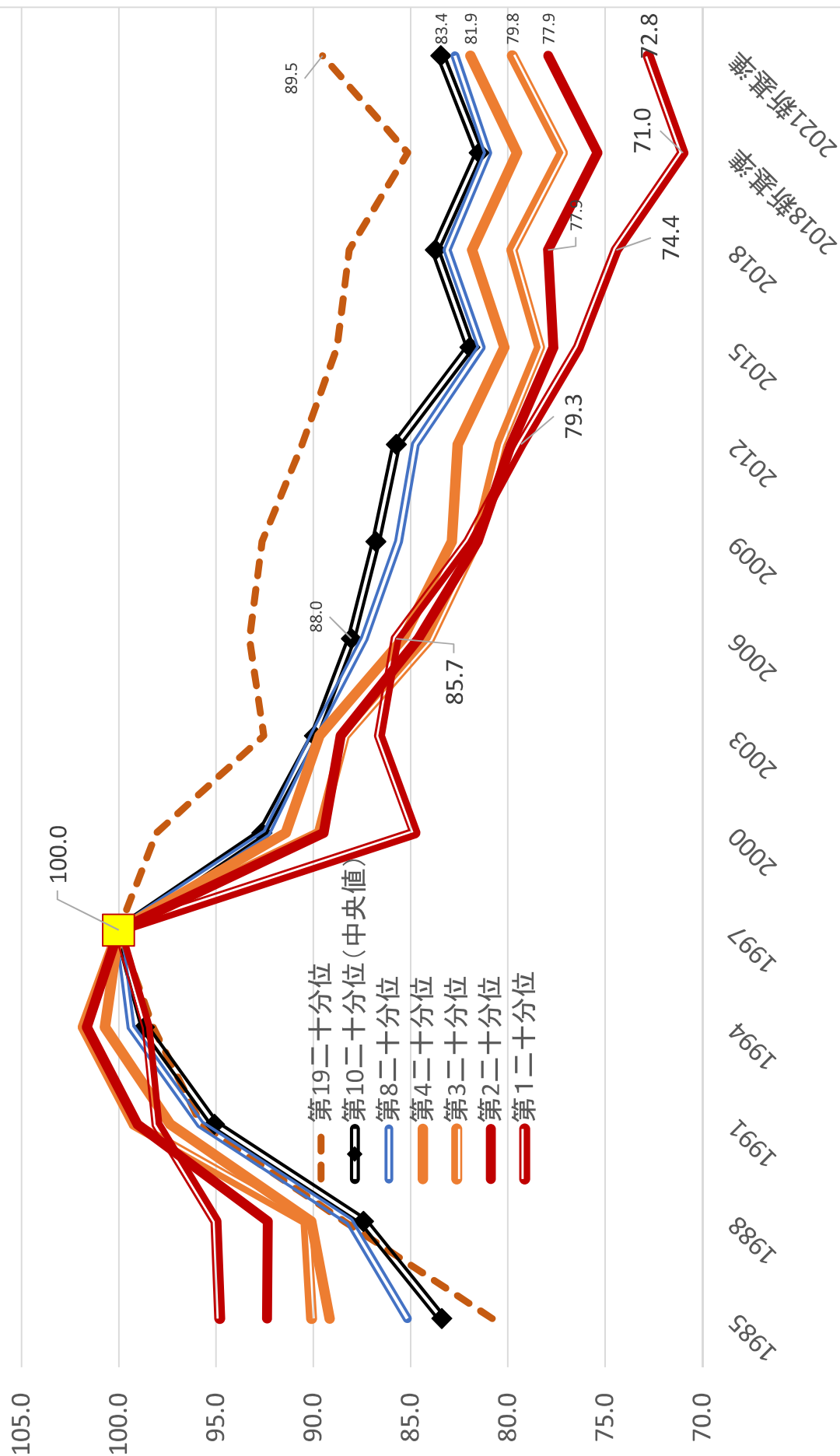
20.0

10.0

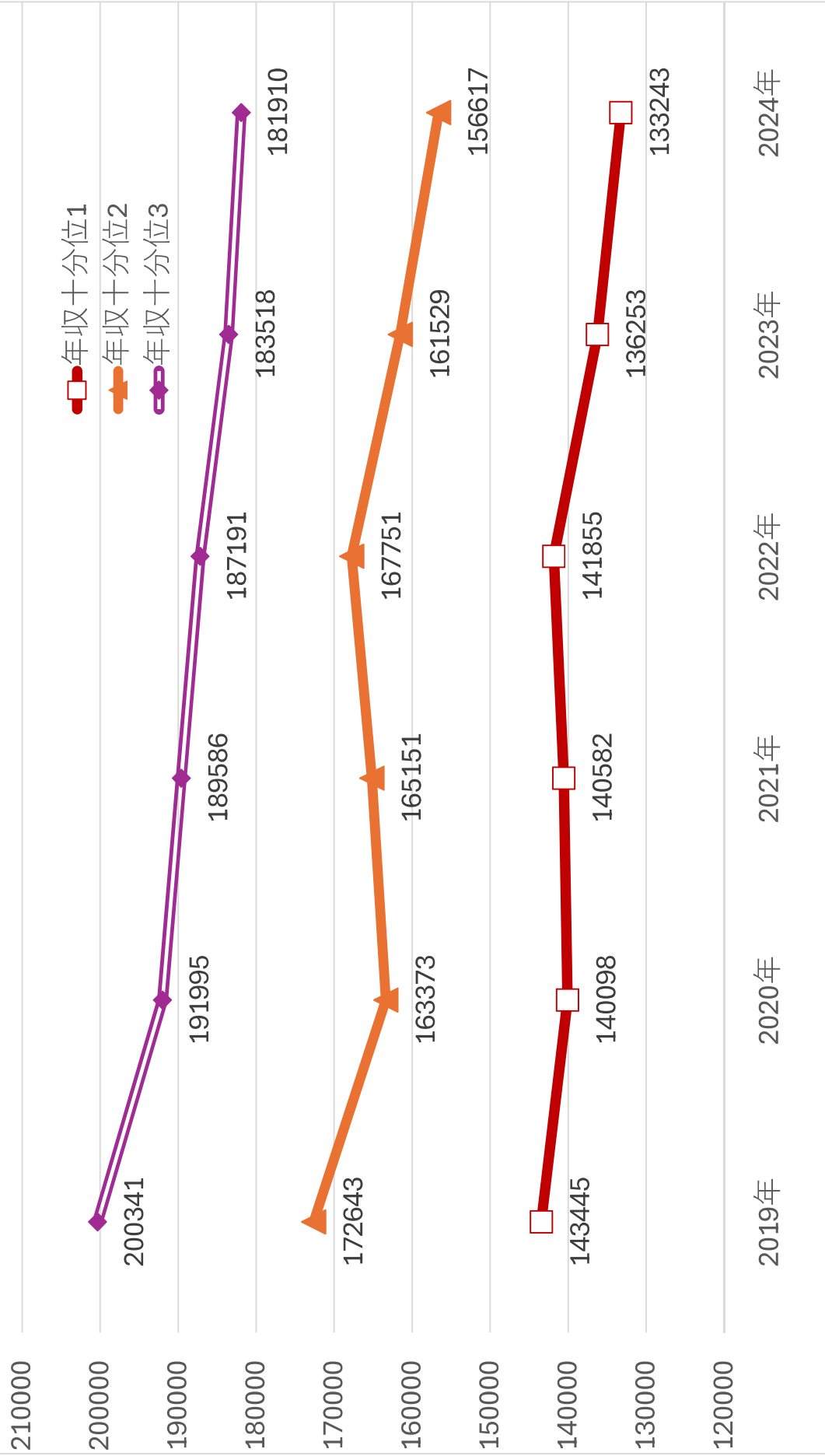
0.0

1980年 1981年 1982年 1983年 1984年 1985年 1986年 1987年 1988年 1989年 1990年 1991年 1992年 1993年 1994年 1995年 1996年 1997年 1998年 1999年 2000年 2001年 2002年 2003年 2004年 2005年 2006年 2007年 2008年 2009年 2010年 2011年 2012年 2013年 2014年 2015年 2016年 2017年 2018年 2019年 2020年 2021年 2022年 2023年

図表7 世帯類型計 実質等価可処分所得 二十分位値・低所得部分の推移
1997年=100(「国民生活基礎調査」各年より作成)

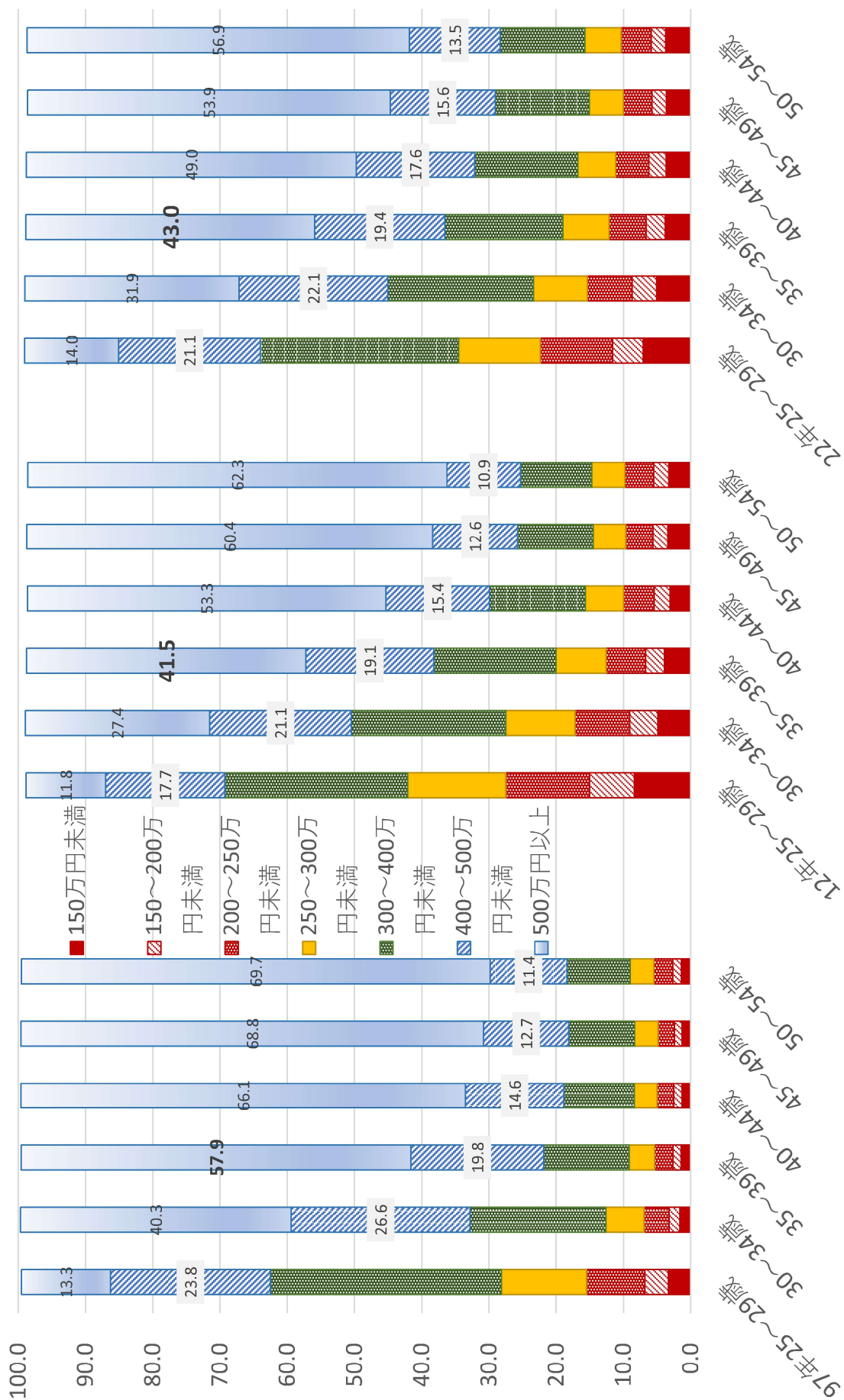


図表 8 二人以上勤労世帯 年収十分位階層別 低所得世帯の消費支出
(2020年消費者物価による実質値 家計調査より作成)



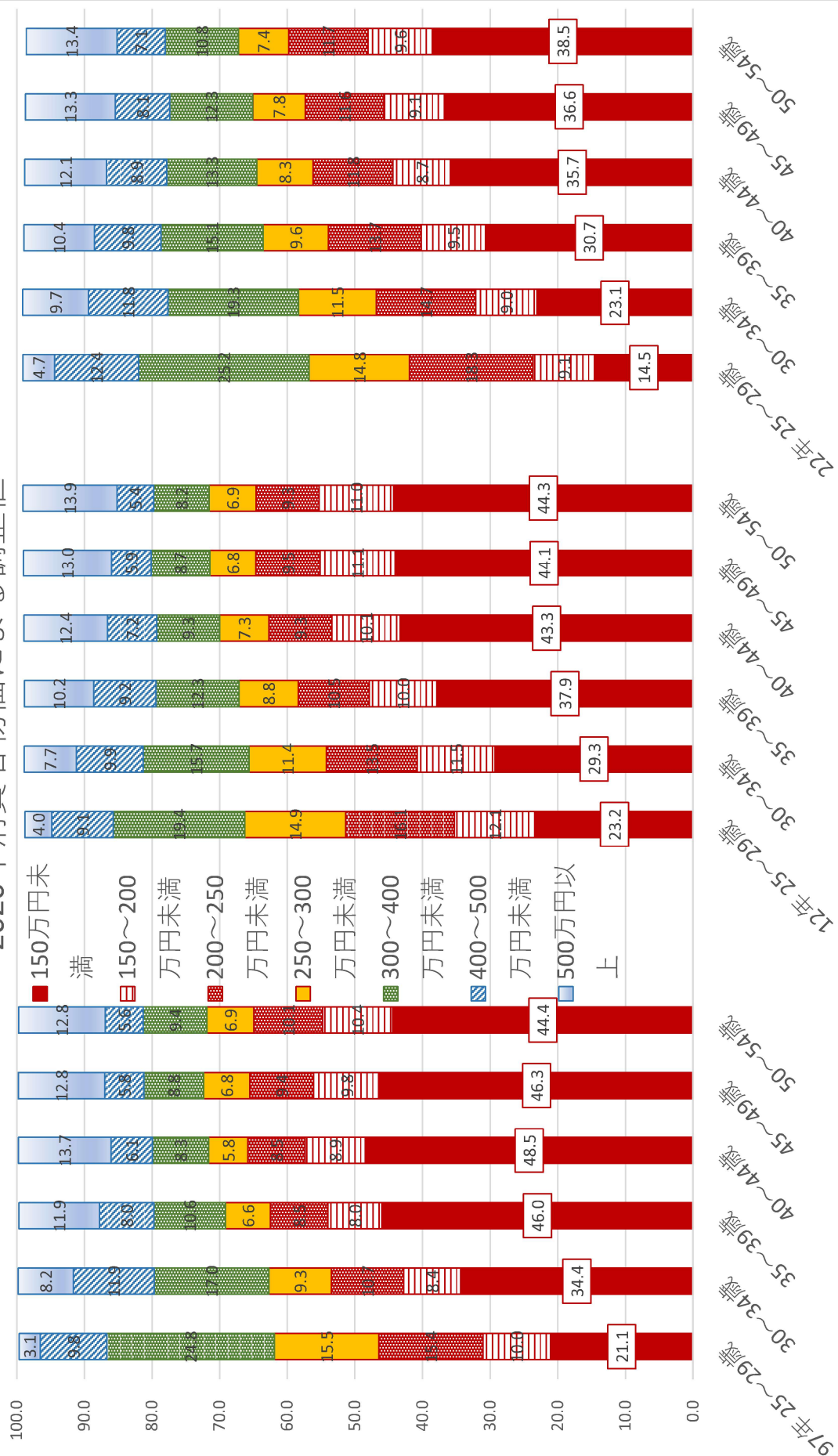
図表9 男性雇用者年齢別 年収分布97,年12年,2022年 2020年物価による調整

(%)

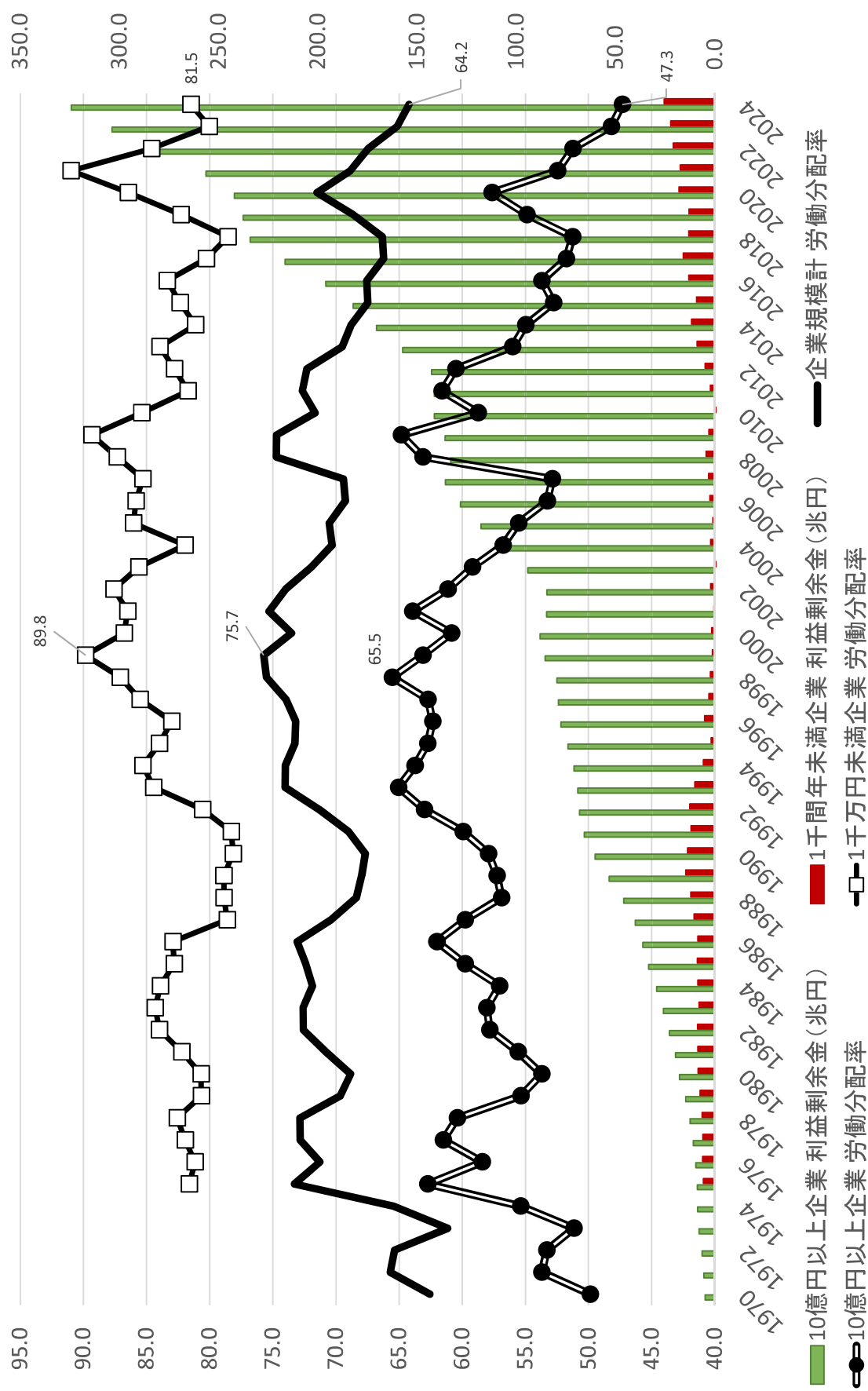


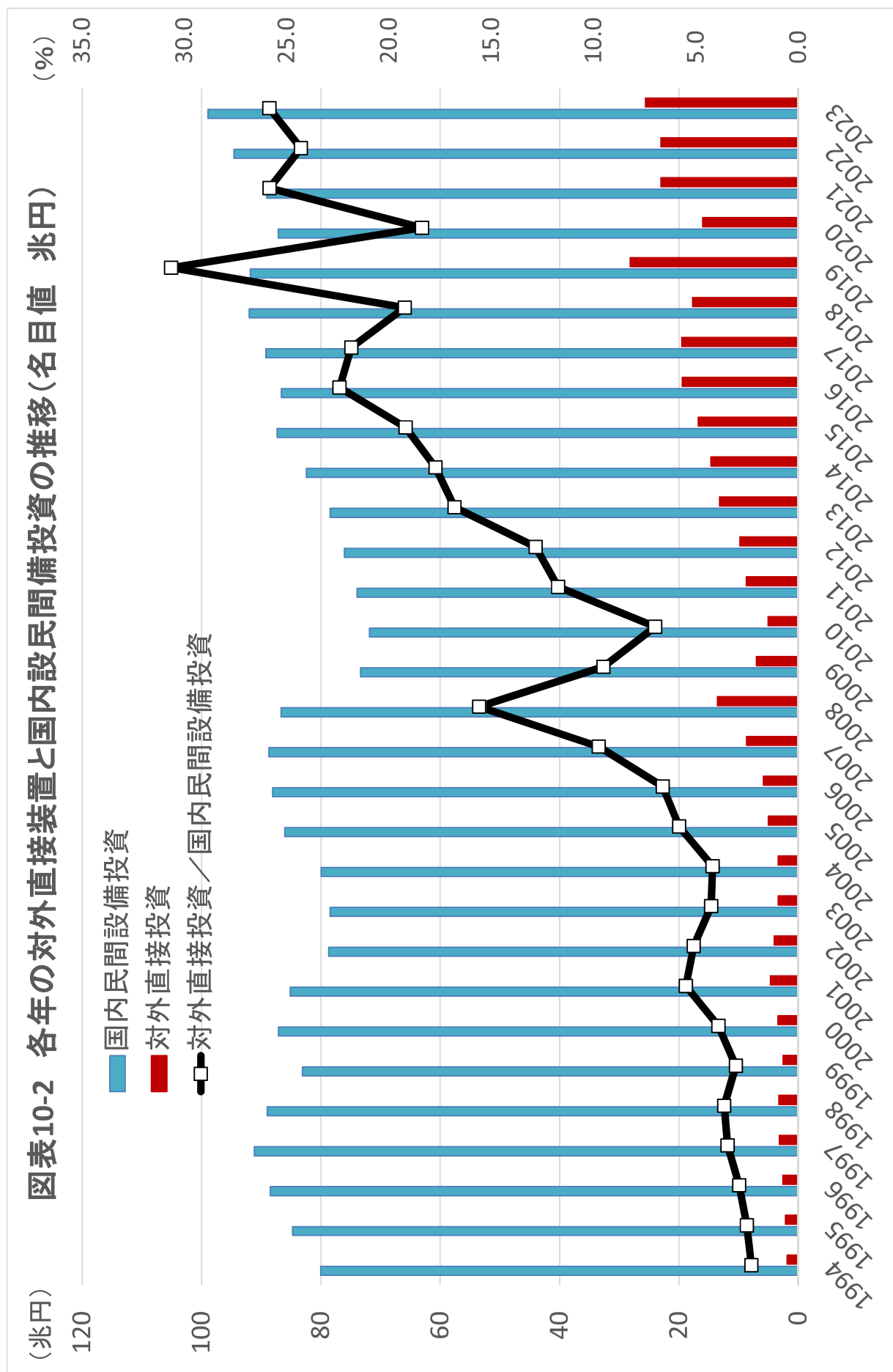
図表9-2 女性雇用者 年齢別年収分布 97,12年,2022年

2020年消費者物価による調整値

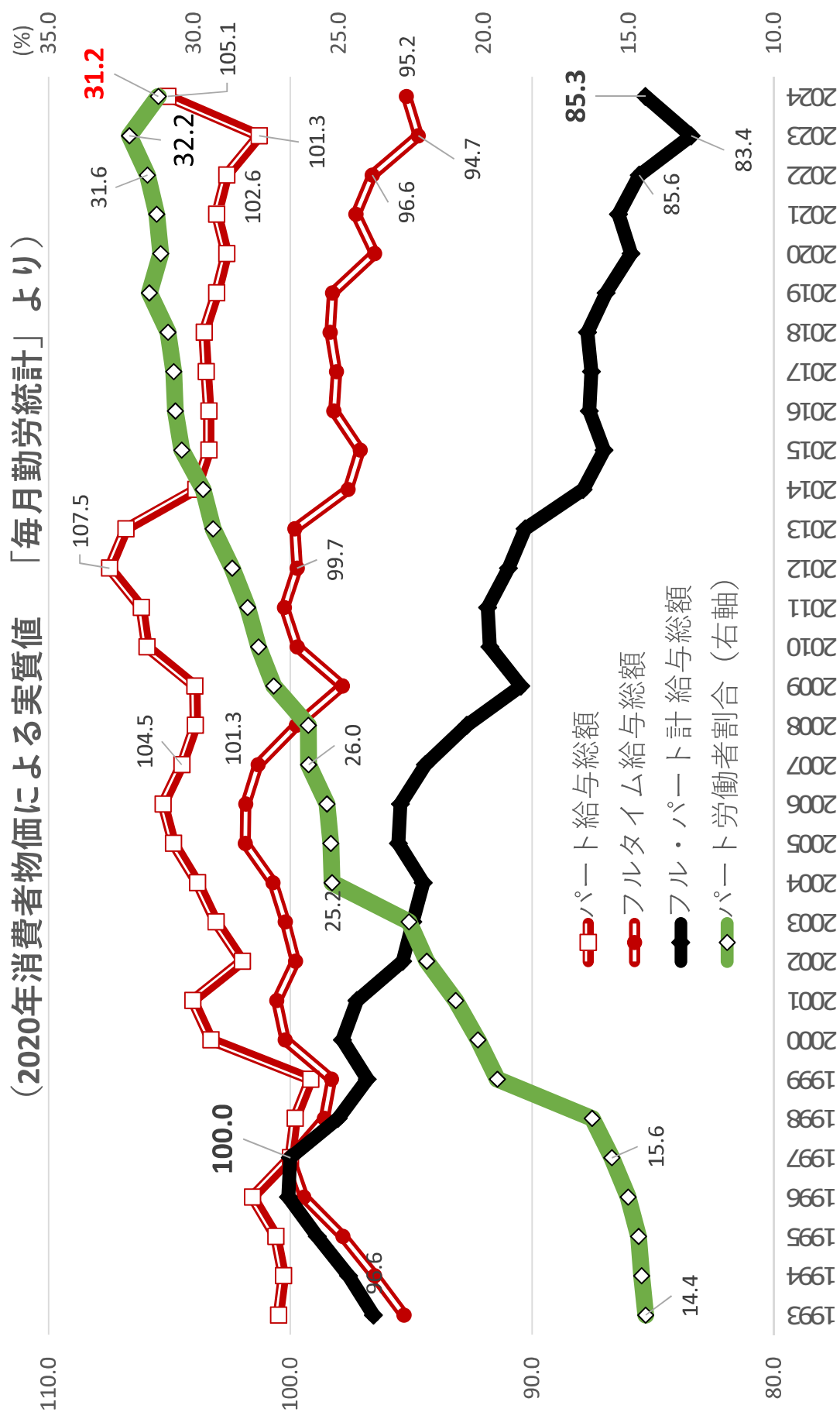


(兆田)



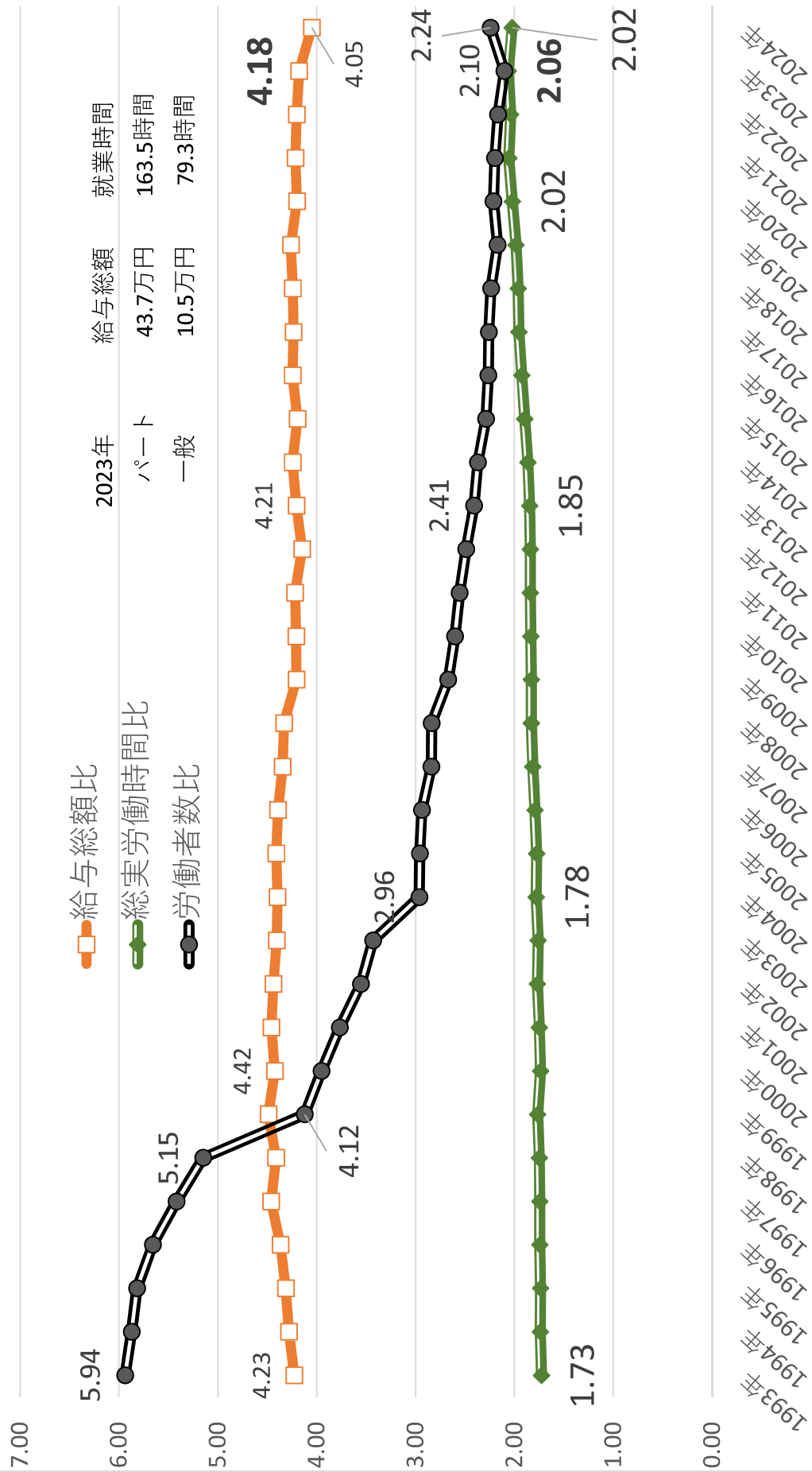


図表11 実質現金給与総額指数（パート、フル、計）とパート労働者割合

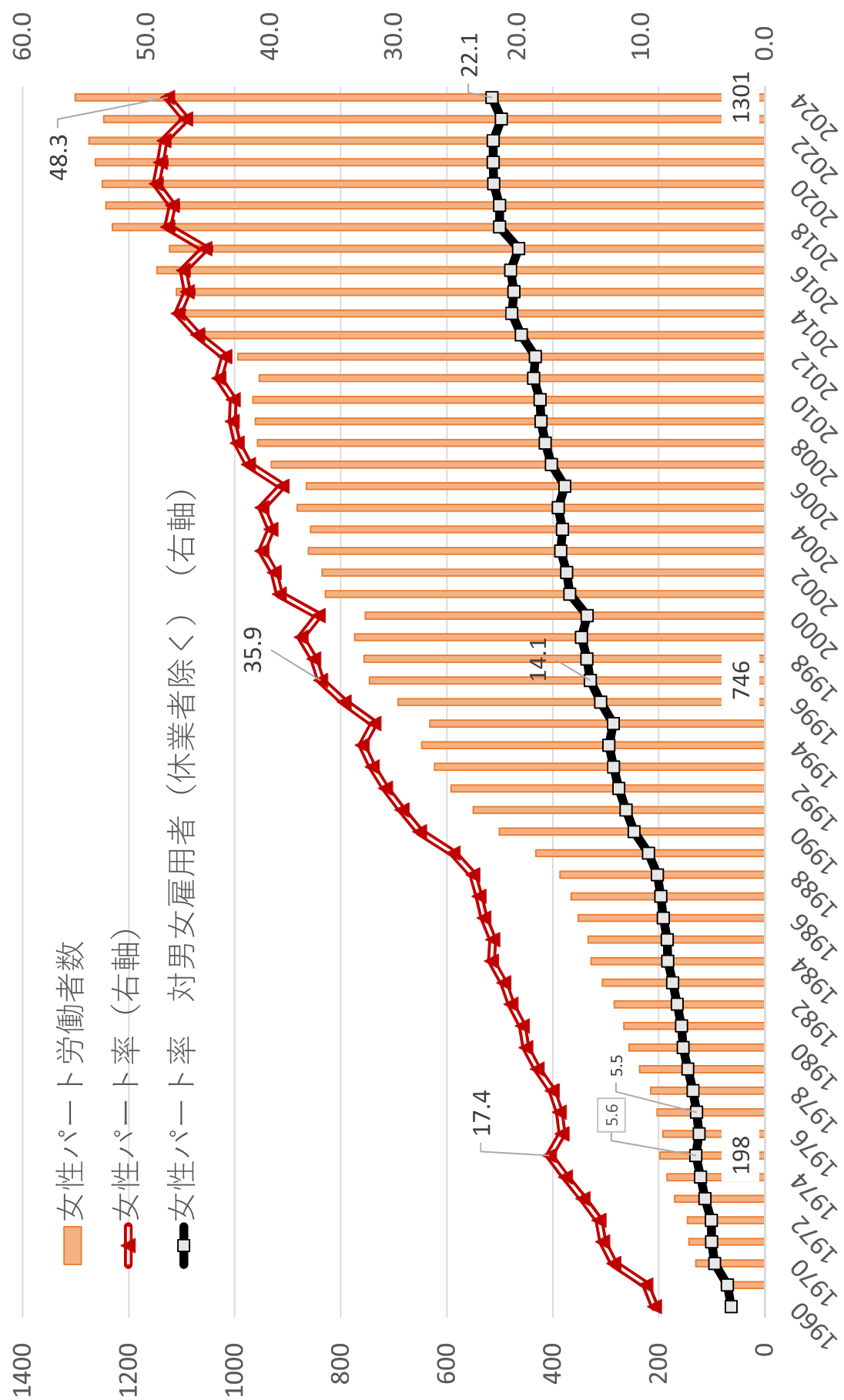


図表12 5人以上事業所 パート労働者と一般労働者 給与総額比・就業時

間比・労働者数比（「毎月勤労統計」長期時系列表 実数・指数累積データより作成）

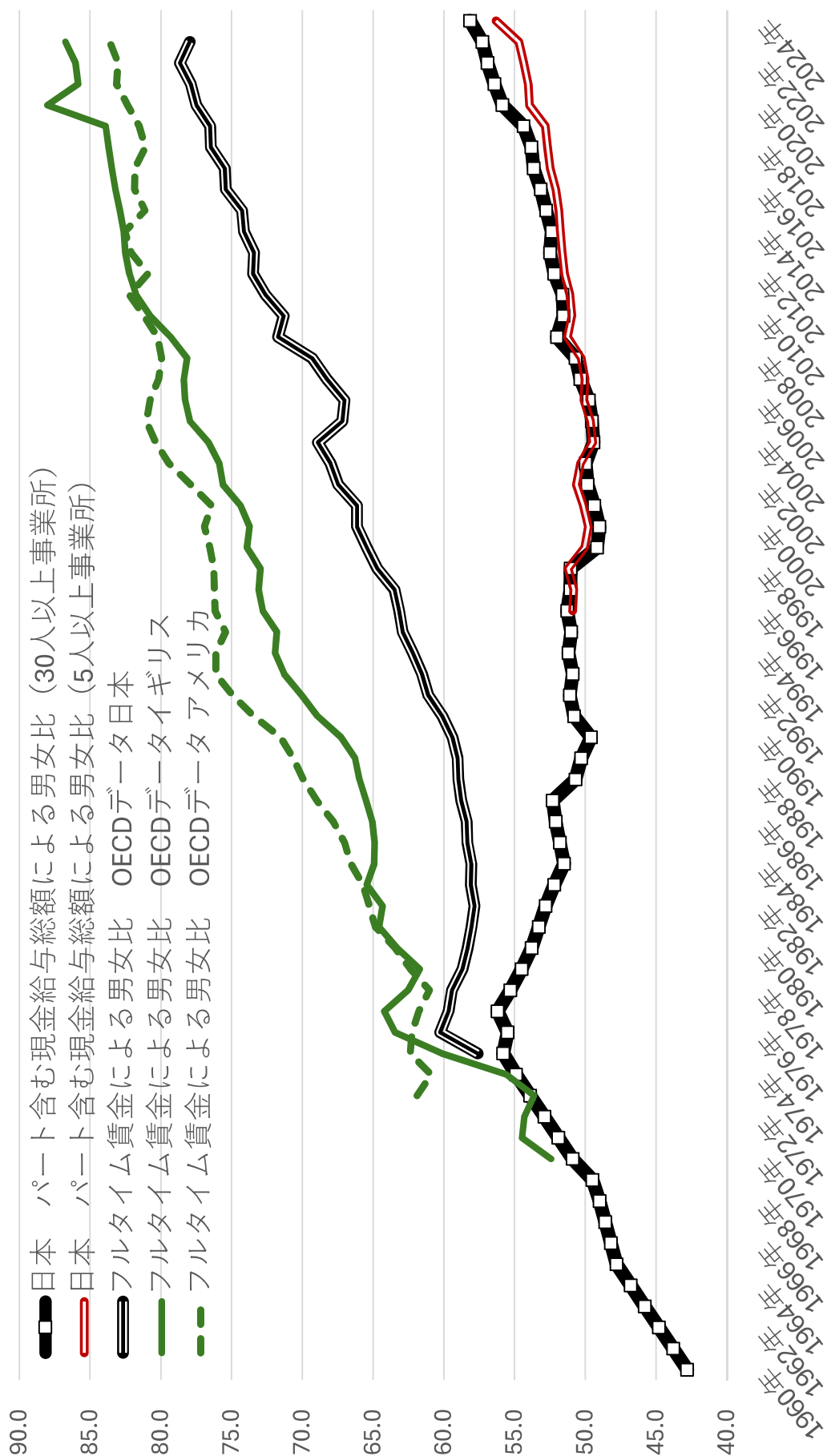


図表13 女性パート 数と割合 (対女性雇用者、対男女雇用者) 労働力調査



図表14 女性賃金の対男性賃金比 パート含む現金給与総額平均値による日本

および フルタイム賃金によるOECDデータ 日本、イギリス、アメリカ



「全世代型社会保障改革」による医療・介護をめぐる現在地と課題

公益財団法人日本医療総合研究所研究・研修委員 寺尾正之

1、社会保障削減を加速させる「骨太の方針」

- (1) 閣議決定した2025年の「経済財政運営と改革の基本方針」(骨太の方針)は、政府の社会保障予算(=社会保障関係費)について、2027年度まで「高齢化による増加分に相当する伸びにおさめ」、社会保障予算の伸び(=自然増)を圧縮する予算編成を続けるとしています
- (2) 「骨太の方針」は、「全世代型社会保障改革」による医療・介護の危機が深刻化しているもとで、社会保障予算(=社会保障関係費)に、「経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分」を加算するなど、「経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う」と書かざるを得ませんでした
 - ・高市政権は、病院や介護施設の経営支援の補助金を25年度補正予算案に盛り込むとしています。補助金は、病床削減の対応状況を考慮するほか、業務効率化(見守りセンサー等のICT導入や、タスクシフト・シェアなど)を推進します
- (3) 重大なのは、「骨太方針2024で示された歳出改革努力を継続」と宣言し、「歳出改革」による削減分を差し引いた範囲内に、社会保障予算(=社会保障関係費)の伸びを抑えるという枠組みは見直さずそのままです
 - ・社会保障予算(=社会保障関係費)の伸びを高齢化の範囲内に抑えるという財政フレームそのものを廃止することが必要です
 - ・日本医師会と6病院団体の合同声明は、「高齢化の伸びの範囲内に抑制するという社会保障予算の目安対応の廃止」を訴えています
- (4) 「歳出改革」による削減分とは、2028年度までの間、社会保障予算(=社会保障関係費)を1兆1000億円削減することです。医療や介護保険の給付削減と患者・利用者負担の引き上げで捻出することがねらわれています
- (5) 一方で2025年度予算では、「軍事費」は過去最大の8兆7000億円を計上し、2027年度には11兆円(国内総生産=GDP比2%)まで増額(高市政権は25年度に前倒し)する方針です
 - ・2023~27年度までの5年間で「軍事費」を計43兆円に増大させます
 - ・そのため、社会保障以外の歳出改革による削減分は、「防衛力強化のための財源」としています
 - ・さらに、トランプ政権は「軍事費」を国内総生産=GDP比3・5%、21兆円まで引き上げることを日本に要求しており、「軍事費」増大に歯止めがかからなく恐れがあります

(6) 全世代型社会保障の目玉政策とされている「子ども・子育て加速化プラン」は、児童手当の拡充や出産一時金の増額等をすすめるとしています。しかし、そのための財源「1兆円程度」を「子ども・子育て支援金」として、加入している医療保険の保険料に上乗せする形で全ての国民から徴収します

- ・2026年度から徴収を始め、28年度には乳幼児を含む国民1人平均500円、年間6000円の負担増でまかなうものです

(7) 政府は、社会保険料を軽減できた範囲内で、「子ども・子育て支援金」を徴収すれば、国民の「社会保険負担」は実質増えないという理屈を述べています

- ・しかし、この「社会保険負担」には、患者・利用者負担は含まれないので、後期高齢者医療制度や介護保険における1割負担の加入者を、2割、3割負担の対象にしていくとしています
- ・今すすめられている「全世代型社会保障改革」とは、2028年度までの医療・介護の給付削減と自己負担増の「加速化改革」です

2、医療・介護の給付削減・自己負担増の加速化メニュー

(1) 「自公維3党合意」と「自維政権合意」の基本方針

①自民、維新、公明「3党合意」

- ・「現役世代の保険料負担を軽減」するため、「国民医療費の総額を、年間で最低4兆円削減」の方針を「念頭に置く」ことで合意しました
- ・国民民主の代表は「改革の方向性もメニューにも賛成」と表明
- ・現役世代の保険料負担を軽減して最も得をするのは、内部留保を大幅に増やしている大企業です。大本には大企業の税・社会保険料負担を軽減する「新自由主義的改革」があります

②自民・維新「連立政権合意」

- ・「2025年度中に社会保障改革項目（※）に関する具体的な骨子について合意」した上で、「2026年度中に具体的な制度設計を行い、順次実行する」
- （※）「保険財政健全化推進。インフレ下での医療給付費の在り方」（注：公的医療費抑制）、「年齢にかかわらず働き続けることが可能な社会を実現するための『高齢者』定義見直し」など13項目

(2) 薬剤費の自己負担化をすすめる

- ①「骨太の方針2025」——約2000品目が該当する「OTC類似薬の保険給付の在り方の見直し」について25年末までに検討し、「早期に実現が可能なもの」は「26年度から実行する」。また、薬剤費の一定額までの自己負担化など「薬剤自己負担の見直しを検討する」としています
- ・「自公維3党合意」——OTC類似薬を公的医療保険の適用から外す
- ・参政もOTC類似薬の保険除外を主張

(※) OTC類似薬とは市販薬と同じ有効成分を持つ医療用医薬品。患者が自ら選択する市販薬とは、同じ有効成分でも用法・用量、効能・効果などに違いがあります

②仮に、OTC類似薬が公的医療保険の適用から外された場合——

- ・アトピー性皮膚炎など治療に必要な医薬品が公的医療保険で処方できなくなります
- ・患者団体や関係学会が危惧しているように、患者は全額自己負担で価格の高い市販薬の購入を強いられます
- ・子ども医療費助成制度や公費負担医療制度などの助成対象外ともなります
- ・さらに、患者が自己判断で医師の診断・処方を受けずに市販薬を使用するならば、適切な治療を受けられずに重篤化することや過剰摂取のリスクが高まります

③2024年10月には長期収載品（ジェネリック薬のある先発医薬品）の保険給付を削減し、削減した分は、「選定療養」（差額ベッドなど15項目が対象）の仕組みを利用して、患者に負担を付け替えました。現在の保険給付の削減割合は4分の1ですが、▽2分の1、▽4分の3、▽1分の1（全額）に引き上げることが提案されています

④今後、「受益者が負担する」という市場原理に沿って、選定療養の対象を拡大し、薬剤費の自己負担化に向かうことが懸念されます

- ・しかも、選定療養の対象拡大は、健康保険法の改定を行うことなく、厚生労働大臣の告示だけで実施することができます
- ・選定療養は、保険給付範囲を縮小し、患者負担に付け替える“使い勝手のよいツール”となる恐れがあります

（3）高齢者の医療費窓口負担増

①「自維政権合意」——「医療費窓口負担に関する年齢によらない真に公平な応能負担の実現」

- ・維新（25年参院選マニフェスト）——「高齢者の医療費窓口負担は現行の『9割引』から原則『7割引』に見直し、現役世代と同じ負担割合とする」
- ・厚労省は、3割負担（75歳以上の場合、単身で年収383万円以上）の対象拡大について、年末までに方向性を示すとしています
- ・3割負担になると、高額療養費制度の区分も上がるため、さらに患者負担が増加します
- ・3割負担化は、一見すると現役世代と同水準に見えますが、有病率（＝ある一時点において、疾病を有している人の割合）が現役世代に比べて高く、それに伴い1人あたり医療費も65歳未満の5倍近くになっています。
- ・そのため、年収に対して窓口負担が占める割合では、高齢者は現役世代（30～50代）の2～6倍近い負担を強いられています。

②2022年10月からの2割負担導入によって、保険給付費は2190億円（25年度）減少し、このうち「受診控え」によって1050億円が減る見込みです

- ・外来受診の負担増加額が最大でも月3000円に抑える3年間の経過措置が9月末に終了。厚労省は、対象者が約310万人で、自己負担の増加額は平均で年間9000円程度と推計しています
- ・長期化する物価高騰、年金の実質的引き下げ（この20年で年金水準は実質8・6%も目減り）の中、2割負担を1割負担に戻すこと、少なくとも経過措置を継続すべきです

（４）「全世代のセーフティネット」である高額療養費制度の自己負担引き上げ

①高額療養費制度の自己負担上限額の引き上げについて、世論と国会審議によって、戦後初めて衆議院通過後に参議院で「制度見直し全体が凍結」されましたが、今年秋までに「方針を検討し、決定する」としており、負担増ありきの構えです

②国会審議を通じて、厚労省は、制度利用者の収入減少、医療費支出、受診抑制を含む影響など調査を一切実施していない、データも持ち合わせていないことが分かりました

- ・厚労省が示した保険給付費の削減見込みは5330億円、このうち2270億円は「受診控え」によるものです。「多数回該当」を据え置いた政府修正案でも1950億円の受診抑制を見込むなど、命をないがしろにする姿勢が露わになりました

③がん患者をはじめ重篤な患者にとってまさに命綱であり、自己負担上限額の引き上げは、命を断ち切るに等しいものです。高額療養費制度の見直し案は撤回するべきです

- ・その上で、期限を区切らずに、当事者の意見や定期的な検証を踏まえながら、負担軽減や運用面の改善を図るべきです
- ・具体的には、▽負担限度額の算出に際して医療費の約1%分が上乗せされます、▽入院食事代は支給対象外です、▽負担限度額は暦月（同じ月の1日～末日）で計算するため、月をまたぐ入院では計算上不利になります、▽複数の医療機関を受診した場合、月2万1千円以上の支払いでないと負担限度額はで合算できません—などです

④なお、がん治療などにおける終末期医療のあり方はセンシティブな課題ですが、一部の野党の終末期医療に関わる政策に看過できない重大な問題があります

- ・国民民主は、社会保障制度における「現役世代・次世代の負担適正化」を謳い、「尊厳死の法制化等、終末期医療のあり方を見直し」と主張しています
- ・参政は、公的医療費削減のために、「終末期の延命措置医療費の全額自己負担化」などを主張しています。経済的にゆとりのない人から「生きる尊厳」を国家が強制的に奪うものにほかなりません
- ・終末期医療は高齢者だけではなく、若者や子どもに対しても行われます。がん治療などにおける終末期医療（いつなのか見極めるのは非常に難しい）はカットすべきなどの主張は、社会にとって役立つ人を「優」とし、それらに負担をかける人を「劣」とする、人の価値に優劣をつける思考に基づいた政策と言えます

（５）公的医療保険の範囲を縮小

①「骨太の方針2025」——「保険外併用療養費制度の対象範囲の拡大」や「公的保険を補完する民間保険の開発を促す」

- ・「自維政権合意」——「国民皆保険制度における民間保険の活用（注：保険市場を拡大）」
- ・要するに、公的医療保険の給付範囲を縮小し、患者に負担を付け替える一方で、民間医療保険が患者負担をカバーするという仕組みをつくるものです

②政府の経済財政諮問会議（24年5月23日）において、経済産業大臣は「医療・介護の公的保険の外にも受け皿を確保する」と発言しました。この会議の民間議員である経団連会長は（ ）の筒井義信氏です

- ・所得の多寡や民間の医療保険（市場規模は7兆2500億円）の加入状況によって、受けられる医療の格差が広がりかねません

（6）介護保険もサービスを切り捨て——「介護の社会化」から、「介護の再家族化」「介護の商品化・介護保険外サービス利用」の流れが強められています

①「史上最悪の介護保険改定」と批判されている「給付と負担の見直し」について、「骨太の方針2025」は「25年末までに結論が得られるよう検討」するとしています

②26年通常国会で介護保険法を改定し、27年度から実施をねらう3つの項目

- ▽利用料2割の対象拡大（現在は1人世帯で年金収入等280万円以上。政令で改定可）
- ▽ケアプランの有料化（他のサービス同様、介護報酬額に応じた1～3割負担の導入）
- ▽要介護1、2の生活援助サービス等を介護保険給付から外し、自治体の「総合事業」移行（人員・コストを抑えた「総合事業」）

③経済産業省は、仕事を続けながら家族などを介護するビジネスケアラーへの対応として、家族介護を前提に、「介護保険外サービスの利用促進」を求めています

- ・介護保険サービスと組み合わせて提供する「混合介護」の推進を本格化させる方針です

④「在宅介護の要」である訪問介護事業所「ゼロ」が115町村（東京7）、「残り1」が269市町村（東京2）、全1741自治体の2割超（25年6月末時点）となるなど、介護サービス基盤の崩壊が加速しています

- ・「骨太の方針2025」は、待ったなしの対策が必要にもかかわらず、「介護サービス提供体制の確保のための方向性」に関して、「2025年中にまとめる」としています

（7）ベッド数もさらに削減

①「骨太の方針2025」——脚注に記載した「参照先」である「3党合意」には、2027年度までの2年間で「約11万床」を削減すると明記しています

- ・その内訳は、一般病床・療養病床で「必要病床数」を上回る約5・6万床、精神病床で「基準病床数」を超える約5・3万床とされ、これにより「約1兆円」の公的医療費の削減を見込んでいます（医療法改定案の修正案には「約11万床」の明記は見送る）

- ②仮に、入院医療費は削減できたとしても、地域に押し出された入院患者に対応するのは外来・在宅医療であり、この公的医療費は増加します。本当に1兆円削減できるかは疑問です。しかも、在宅医療・介護などの受け皿体制をどうするかはまったく議論していません
- ・現状では、全国で必要な在宅医療が途切れることなく提供できる医療体制が構築されているとは言えません
- ・また、精神病床に1年以上入院している全国患者数は15・6万人に上りますが、重い精神疾患を抱える患者を地域で受け止める支援体制は極めて不十分な状況です

(8) 2040年頃までの「新たな地域医療構想」の策定

- ①「骨太の方針2025」は、「病床数の適正化（削減）」を更にすすめるため、「新たな地域医療構想」を策定するとしています
 - ・入院だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携など、総合的な「将来の地域における医療提供体制ビジョン」とされています
- ②2025年度中に厚生労働省が作成するガイドラインに基づき、2026年度に都道府県が地域医療構想の内容を検討・策定。27年度から「病院機能」の再編・集約化（削減）の協議を始め、28年度以降に取組を具体化する計画です
 - ・このため、4つの「病院機能」の中から該当する機能を選び、都道府県に報告する制度を設け、26年度以降に開始する予定です
- ③「急性期拠点」病院は、手術や救急医療などの医療資源（病床や医療機器）を集約化して医療提供を行います
 - ・▽災害拠点、▽新興感染症への対応、▽臨床研修・専門研修、▽地域における必要な病床確保のための積極的役割、▽地域への医師派遣——などの役割を担います
 - ・「構想区域」の人口規模に応じて確保する病院数を設定します（人口20～30万人ごとに1病院）。これに伴い、病床や医師、看護師の数も定まります。国が主導する形で病床数も医療従事者数も枠にはめて削減するねらいです
- ④「高齢者救急・地域急性期」病院は、今後増加する高齢者の救急搬送の受け入れ、入院早期からのリハビリや退院調整を行います。早期の退院を促す仕組みです
- ⑤「在宅医療等連携」病院は、早期に退院させられた患者を在宅医療で看護します。他の医療機関や訪問看護、訪問介護と連携し、24時間対応します。増加する在宅医療のニーズに対して、在宅医療や介護でケアする体制は不十分で、「在宅という名の放置」になりかねません。
- ⑥「専門等」病院は、以上の3つの機能に当てはまらない病院です
- ⑦地域密着型の複数の医療機能を併せ持つケアミックス型病院においても、原則1つの「病

院機能」しか選択できない運用とします

⑧「病院機能」の再編・集約化（削減）の「協議のためのデータ」として「医療機関の築年数」などを活用します

- ・厚労省は、法定耐用年数を超える築40年以上の病棟が「現時点では約1600病棟、約16万床分」と見込まれると報告
- ・経営難に陥る病院が増える中、建築費などが高騰し、老朽化しても建て替えられない病院が相次ぐ恐れがあります

	求められる具体的な機能や体制	協議のためのデータ
急性期拠点機能	（急性期の総合的な診療機能） - 救急医療の提供 - 手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供 （急性期の提供等にあたっての体制について） - 総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率 - 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設	○以下のデータについて、医療機関毎のほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。 - 救急車受け入れ件数 - 各診療領域の全身麻酔手術件数 - 医療機関の医師等の医療従事者数 - 急性期を担う病床数・稼働率 - 医療機関の築年数、設備（例：手術室、ICU） - その他従事者の状況（歯科医師数、薬剤師数、看護師数 等）
高齢者救急・地域急性期機能	（高齢者救急・地域急性期に関する診療機能） - 高齢者に多い疾患の受入 - 入院早期からのリハビリテーションの提供 - 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 - 高齢者施設等との平時からの協力体制	- 救急車受け入れ件数（人口の多い地域のみ） - 医療機関の医師等の医療従事者数 - 包括期の病床数 - 地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況 - 医療機関の築年数 - 高齢者施設等との連携状況 等
在宅医療等連携機能	（在宅医療・訪問看護の提供） - 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 - 訪問看護STを有する等による訪問看護の提供 （地域との連携機能） - 地域の訪問看護ステーション等の支援 - 高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受入れ体制の確保等、平時からの協力体制	- 在宅療養支援診療所・病院の届出状況 - 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況 - 医療機関の築年数 - 高齢者施設等との連携状況 等
専門等機能	- 特定の診療科に特化した手術等を提供 - 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 - 集中的な回復期リハビリテーション - 高齢者等の中長期にわたる入院医療	- 回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況 - 有床診療所の病床数・診療科 等

⑨厚労省は、大都市部、地方都市部、過疎地域ごとに、医療需要に対応する医療提供体制のモデルを示すとしています

- ・このモデルに基づいて、事実上トップダウンで「病院機能」の再編・集約化（削減）がすすめられるならば、地域医療格差の現状を、固定化させることが懸念されます

⑩厚労省は「新たな地域医療構想」において、医療DX（デジタル・トランスフォーメーション）やタスクシフト（業務の一部を他の職種に移管）、タスクシェア（業務の分担）を求め、医療従事者の「生産性」を上げようとしています

- ・人材確保の課題を、医療従事者一人ひとりの生産性の向上や効率的な配置で乗り切れとは、あまりに乱暴な主張です

3、病院経営破たんをどう食い止めるか

（1）物価高騰が多くの病院経営を直撃

①今、全国で病院をはじめとした医療機関の経営悪化がすすみ、「ある日突然、病院をはじめとした医療機関が地域からなくなってしまう」と、日本医師会や日本病院会などの6つの病院団体が訴えています。

- ・国立大学病院や公・私立の大学病院、自治体病院はじめ日本の医療の中核を担う病院が「過去最大の危機を迎える」と危機感を表明しています
- ・日赤、済生会、J A厚生連も医業収支は大幅マイナスで危機的赤字です
- ・厚生労働省が10月29日に公表した2024年度の医療法人の経営状況によると、赤字病院の割合は6割近くを占め、赤字診療所も4割を大幅に超えています
- ・地域の医療が崩壊するならば、患者・住民が一番大きな影響を受けることになります

②医療機関の経営を保障しているのが公的医療保険の診療報酬です。医療サービスの提供には医師、看護師など医療従事者の確保・教育・処遇改善、さらには施設・設備・医療機器の維持更新などの費用が必要です。一定の収益がなければ、経営を維持できず、医療サービスの提供を継続することができません

③ところが、診療報酬は、ここ10年で実質的に増額されたことはほとんどありません
物価高騰や賃金上昇に対して診療報酬の引き上げがまったく追いついていないのです

(※) 診療報酬の改定率(技術料本体と薬価・医療材料分の合計)の推移

2014年度▲1・26%、16年度▲1・03%、18年度▲1・19%、20年度▲0・46%、22年度▲0・94%、24年度▲0・12%、で6回連続のマイナス改定

- ・コロナ禍で病院の経営体力が弱っていたところに、コロナ関連補助金が打ち切られました。しかし、診療報酬は国が定める公定価格なので、物価高騰分(※)を診療報酬に転嫁できません。治療に使用する医療機器・材料費や光熱費など増加した経費が病院経営を圧迫しているのです (※) 24年度の消費者物価指数の伸び率は3・5%

④病院の経営悪化は、必要十分な医師や看護職員等の確保の困難さにも直結しています

- ・他の産業との賃金格差が拡大するもとで、退職を選択する看護職員などが増えています
- ・人材不足は、医療従事者の長時間労働・過重な責任など、負担を増大させます。結果として、ケアの質の低下にもつながりかねません

(2) 東京都立病院機構の2024年度「業務実績評価書」

①2024年度決算では、医業収益は79億円増加し、医業費用も縮減し35億円だったことで、医業利益は昨年度よりも44億円改善(※)しました

(※) 新規入院患者数や全身麻酔手術件数、救急搬送件数はいずれも増加しました

②しかし、医業利益は680億円の赤字だった。負担金・交付金等を繰り入れても当期利益は239億円の赤字で、昨年度よりも56億円(※)の悪化となりました

(※) 56億円の大部分はコロナ関連補助金の打ち切りによります

③財務状況の改善のため、「材料費、医薬品費、人件費等に関する指標」を設定し、その達成を求めています。また、評価委員会では病院の規模を縮小することを議論しています

- ・人件費で財務内容を改善しようとしたら、人員削減や処遇の切り下げることになります

都立病院の役割＝政策医療の提供が果たせなくなります

④公立病院は、民間が採算を見込めない地域や診療領域を担うために存在しています。経営効率ではなく、公共性と医療へのアクセス保障にあります

- ・公立病院には、▽地域医療の確保、▽災害対応力の維持、▽診療科の維持などの役割があります
- ・経営上は赤字要因ですが、住民の安全保障として必要なコストです。こうした役割を果たすのに、診療報酬による収入だけでは運営できません
- ・赤字は構造的に組み込まれており、単純な黒字化を目指せば病院の存在理由さえ削ぎかねません。公立病院は自治体からの財源補填が前提です

(※) 2024年4月施行の改定感染症法に基づき、都立病院機構は東京都と「医療措置協定」を結びました。感染症のための病床を確保しておく必要があります

(3) このままでは、地域の医療体制が切り縮められます

①国の基本姿勢は、「人口は減少している」➡「見かけ上の医療需要も縮小する」➡「医療需要が縮小する限り病院・病床を削減しても問題ない」➡「病床がなくなれば、医師や看護師などの配置も減らすことができる」というものです

②地域医療は面で支えられており、医療体制に余力がないと「感染症有事」や大災害の発生時には備えられません。常にぎりぎりまで入院患者を受け入れるという「効率化」ではなく、患者を受け入れる「余力と備え」を持った病床受け入れ体制と人員体制を整備することが必要です

③医療あつての国民の暮らしでもあります。医療機関は、医療へのアクセスを保障し、地域住民の健康と命を守ります。同時に雇用を生み出し地域経済にも貢献します

- ・全国に8千の病院をはじめ約18万の医療機関が存在し、約323万人の職員が就労しています
- ・医療の充実による安心できる地域づくりこそ必要です。そのためにも公的医療費の抑制政策を転換し、国費を投入して医療従事者の処遇や医療機関の経営を改善すべきです

(※) 全国知事会「2040年を見据えた医療・介護提供体制の構築に向けた提言」
「医療機関等の経営安定化については、臨時的な診療報酬の改定や国による補助制度の創設・拡充など早急に対策を講じるとともに、物価や賃金の上昇が適時適切に反映される仕組みを診療報酬制度等に組み込むこと」

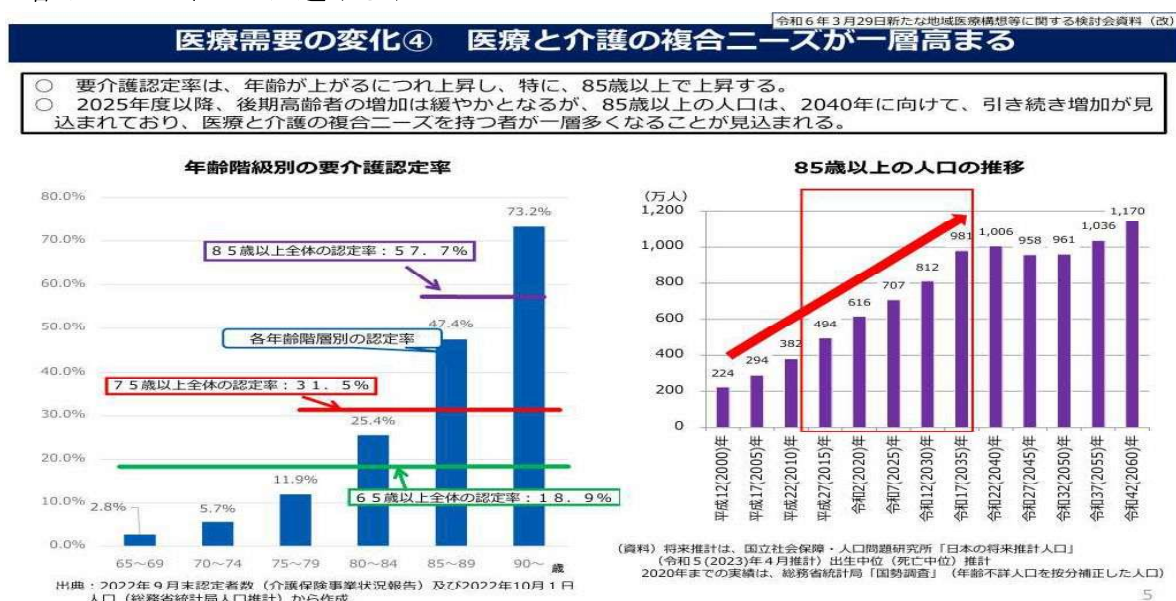
4、超高齢社会に医療と介護は基盤インフラ

(1) 厚労省が示した2040年頃の医療需要

- ① 2035年には85歳以上が1000万人を超え、要介護認定が50%超え、2040年には65歳以上の高齢者人口がピークとなる3928万人超えと推計されています
- ・高齢者の単身世帯が増え続けています——家族責任、自己責任は成り立ちません
 - ・死亡数は2040年まで増加傾向にあり、年間約170万人が亡くなる「多死社会」になると見込まれています

- ② 2020年と比べ、85歳以上の高齢者の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療の需要は62%増加することが見込まれます

- ・要介護認定率は85歳以上で高くなることから、医療・介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれます。独居・孤立や低所得など社会的困難を抱える高齢者が増加していくことは避けられません



- ③現在の医療政策のままでは、地域の医療は先細るばかりです

- ・2035年さらに2040年には、地域社会は行き場のない認知症の高齢者であふれかえることになり、だれにも頼れず、高齢者施設にも入れず、在宅医療・介護といっても、ホームヘルパーなどが不足して満足なケアが受けられず、放置される「孤立老人」が大量に増えるという事態になりかねません

- ④国が掲げる、「住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続ける」という理念を真に実現するには、医療、介護等の「基盤インフラ」を整備して、必要なサービスが途切れることなく提供できる仕組みを構築し、地域社会の持続性を確保することが求められます

- ・医療、介護は、地域や社会の動向と密接不可分なため、それらにも目を向けて解決の方向を探るにも「学び」は不可欠です

5、社会保障の充実で経済の安定・成長へ

(1)『2025年版厚生労働白書』は、「社会保障制度は、日本国憲法の生存権の規定を受け」、「公的責任において、国民の健やかで安心できる生活を保障することを目的としたものといえる」と指摘

①社会保障は負担ではなく、日本の経済を元気にする力です

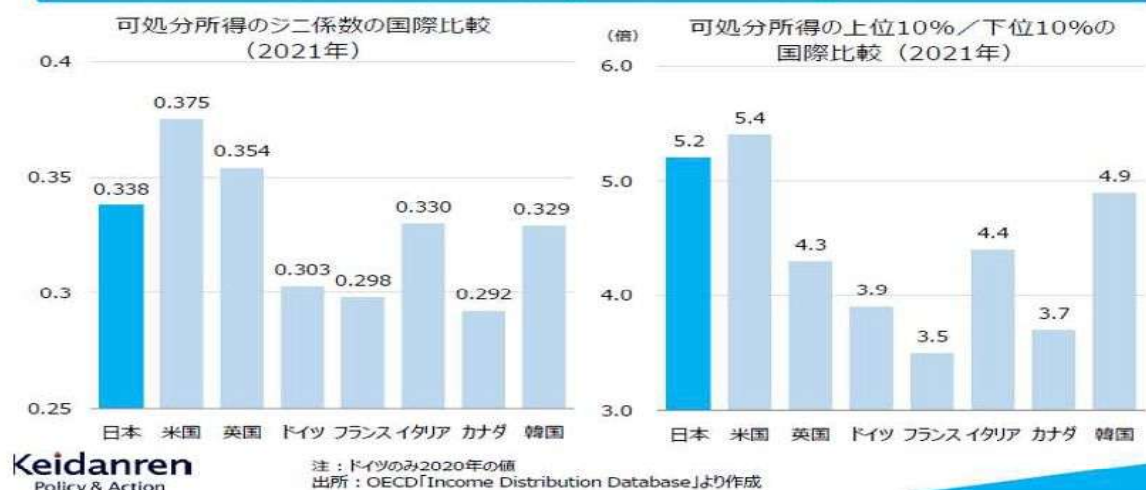
- ・社会保障は、安心して生活できるようにすること、所得格差を解消することで、消費を増やし、雇用を生み出し、経済を安定・成長させます

②社会保障が不安定な状態は、所得再分配の機能が低下している状態です

- ・日本の可処分所得のジニ係数(※)はアメリカに次いで高く所得格差が大きい社会です
(※) 全国民の所得格差を表すジニ係数は、0であれば最も所得格差が小さく、1であれば1人が全所得を独り占めしている社会を意味します
- ・世代間の対立が煽られています、問題の核心は、高齢者「優遇」ではなく、むしろ富裕層を優遇する政治（「1億円の壁」など）にあるのではないのでしょうか

現状認識：経済的格差の国際比較

◆ 日本は比較的格差の少ない国と言われているが、近年では可処分所得のジニ係数はイタリアや韓国よりも高く、上位10%と下位10%の比率は米国に次いで高い
※ ジニ係数：格差を表す指標で0が最も格差が小さく、1が最も格差が大きい



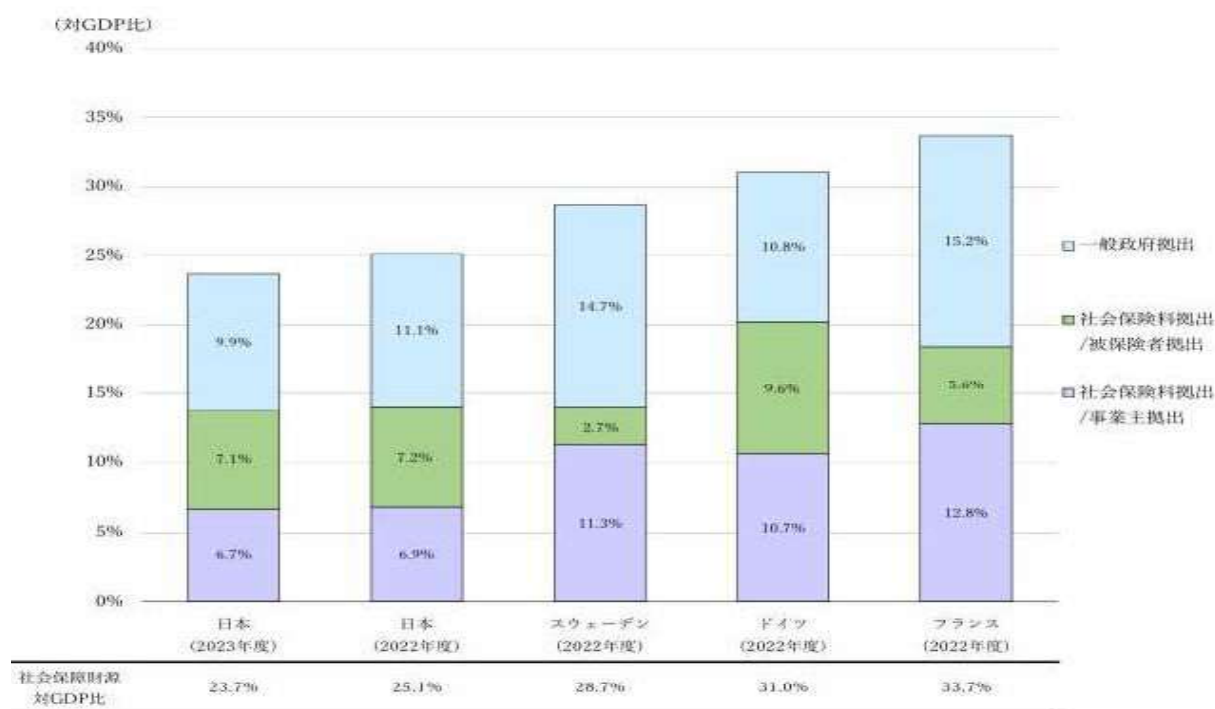
③富裕層の資産も、大企業の内部留保(※)も大幅に増えているなか、税と社会保障の応能負担で、所得再分配のゆがみを解決し、その機能を強力に発揮させるべきです

(※) 内部留保は561兆円と空前の規模、25年度政府予算の一般会計総額115兆円の約5倍

④最も高齢化率の高い日本は、GDP（国内総生産）に占める社会保障財源の割合が低く、経済力に応分の社会保障財源を拠出していません

- ・日本: 23.7% (政府: 9.9% 被保険者: 7.1% 事業主: 6.7%)
- ・フランス: 33.7% (政府: 15.2% 被保険者: 5.6% 事業主: 12.8%)
- ・ドイツ: 31.0% (政府: 10.8% 被保険者: 9.6% 事業主: 10.7%)

図4 社会保障財源（EU 基準）の国際比較（対 GDP 比）（2022 年度）



（国立社会保障・人口問題研究所「2023年度社会保障費用統計の概要」2025年7月）

（2）次世代に安心な社会を受け渡すためにも、人権を基本に、「人間の尊厳を守る」「生活を豊かにする」という社会保障制度への転換が求められます

①自己責任や家族責任、地域の助け合いでは解決しないからこそ、社会保障の政策と制度がつくられてきました

②社会保障は「分断と対立」の根源となる「格差と差別」をなくすために必要不可欠なシステムです

・医療・介護に接点がないと、税や保険料を使うばかりの存在という偏見を助長しやすい

③偏見ではなく、理解を広げるためには、危機にある実態を客観化して、“事実の重み”で声を上げる人の裾野を広げ、行政に迫る運動こそが、政治を変える力です

#「むずかしいことをやさしく、やさしいことをふかく（以下、略）」（井上ひさし氏）

🌸 ご清聴ありがとうございました