

医療制度研究会通信(2009年1月)

<http://www.iryoseido.com/>

明けましておめでとうございます。金融危機で相変わらず政局は混迷を深めていますが、社会保障、セーフティーネットなどの議論が進んできているように思われます。先日京極高宣先生のご講演にもありましたが、欧米の社会保障は経済危機の時代に作られ、日本では高度成長のときに作られたそうです。確かに医療保険も一種の割引制度のような運用をされ、安全装置としての役割は理解されていないように感じます。安全装置の考えは日本の政治には伝統的に希薄で、これからほんとの社会保障の議論が進むと良いと思います。京極先生は厚生省本省とは少し異なるお立場で、財界とも考え方が異なります。医療の面も話されていましたが、社会保障の意味と少子高齢化が進む日本社会での難しさなど、新たな見方を教えていただくことが出来ました。

医療安全調査委員会設置法案大綱案その後

福田内閣後の混迷で忘れられてしまったようですが、厚生労働省では地方の意見交換会を九州から始めて全国各地で展開しています。厚労省の考えを伝え、意見交換を行ったという既成事実を作る手続きと考えられます。四国中国の地方局が行う説明会が近く開かれることになっていて、小松先生が演者に選ばれたことが話題になりました。すごい方針転換かと思いましたが、しばらくしてから小松先生にキャンセルのメールが入り演者交代になったとのこと、やはり方針と性質が変わらないことが証明されました。なお1月25日は仙台厚生局主催で行われます。詳しくは下記からアクセスをお願いします。

<http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tohoku/news/200812/15.html>

第52回医療制度研究会講演会「人口高齢化と社会保障改革」

京極高宣先生：国立人口問題研究所所長のご講演のサマリーをお届けします。お急ぎの方は小見出しだけでもお読みください。内容はHPでも見られます。社会保障論に関する講演は会としてははじめてで、安全装置の破綻が話題になる中で理解しやすい内容でした。

次回第53回医療制度研究会講演会のお知らせ

医療政策に関する歴史を学ぶということで順天堂 大学名誉教授、日本医史学学会理事長 酒井シヅ先生にお話を伺います。演題は「ゆれる在宅医療」で、日本における在宅医療の歴史です。案内状をご参照ください。

次々回第54回医療制度研究会講演会のお知らせ

若手産科医で川崎医科大学産婦人科医長の宋美玄（ソウミヒョン）先生が「妊娠の心得 11カ条」を若者向けにつくりご自分のブログに発表し話題を呼びました。今日本は教育の危機で、学校以外の教育はテレビだけという時代です。テレビに任せるのではなく、医療者が現場で体験したリスクを、一般の方々に情報として伝え危機管理に役立ててもらうことに大きな意味を感じ、医療制度研究会で内容を理解し、良いものであれば世の中に発信するお手伝いをすることを決めました。2009年3月8日（日）午後北里研究所の教室で宋先生の講演会を開催予定です。詳しくはのちほど通信やHPでお知らせします。

< 講演会サマリー >

第 52 回医療制度研究会講演会

「人口高齢化と社会保障改革」

国立社会保障・人口問題研究所 所長 京極高宣先生

はじめに

人口問題は将来の予測に重要で、厚生労働省だけでなく、総務省など多くの省が関係している。本来なら内閣が管轄しても良い問題だが、今は厚生労働省が主として管轄している。当研究所は人口問題研究所でもあり、科学的な根拠に基づいて将来人口を推計する立場にある。発表に当たっては社会保障審議会の人口部会の承認を得るが、ここでは客観的な推計に政策による影響も考えて推計を行っている。そのほか社会保障部門では、医療と介護給付などを調べる役割もあるが、この分野は複雑で地方に分散しているデータも反映させなければならない。内閣府データの国民所得、国内総生産なども統計的に扱っており、年を経て実際のデータが出てから振り返って検討し数値を修正すること仕事の一つである。

私は大学卒業前には医学系の農村調査などの研究も行っていたが、大学卒業後経済学へ転じ、日本社会事業大学では社会福祉計画論を手がけ、各種の審議会に関係し、今は中央障害者施策推進協議会の会長を引き受けている関係で官邸とも関係が深い。社会保障の研究は給付と負担が中心になり経済学が主になるが、社会学的な問題も政治的な問題も関係する。政策は政治過程の産物だが、政治学と共に基礎的な学問を用いることも必要になる。

人口問題と社会保障は、デンマークの専門家エスピン・アンデルセンの「アンデルセン、福祉を語る-女性-子供-高齢者」NTT 出版、2008 年にくわしい。最近私が監修して発刊したので参照してほしい（注参照）。彼は少子高齢化・人口減少と社会保障の関係を議論している。アメリカやヨーロッパでは社会が大不況になったときにソーシャルセキュリティとして社会保障を作った。日本では景気のよいときに作ったので、社会保障はサラリーマンを中心に標準世帯で考えられたので比較的楽だったが、今は子供の出生、子育ての支援、母子家庭などだんだん難しくなり、障害者の社会保障はさらに複雑で難しくなっている。

人口ピラミッドは時を経て釣鐘型に変り、さらに形が崩れると予想される

わが国の人口は、1955 年の高度成長期で、人口構成はぴったりピラミッド型をしている。これが 1980 年になると崩れ、直近では釣鐘のようになって、団塊とその子供のピークが横に張っている。今度は若い人口が減るので 2030 年は上が大きく下がすばむ怒り肩の形になる。半世紀後の 2055 年の予測は完全にヒョロヒョロになってしまう。人口構成による推計は比較的当たる確率が高い。経済指標は予測出来ないが、人口による予測は確実性がある。

重要なのは若い世代と中年世代、それから年寄り（老年）の構成が大切である。普通の人口区分は、14 歳以下を年少人口、15～64 歳までが生産年齢人口、65 歳以上が老年人口とっている。生産年齢人口は社会経済を支える働き手で、今は 8400 万人くらいあるが、50

年後には約半分の 4000 万人台に減少する。一方、高齢者はだんだん多くなって 4000 万近くになり、しばらくそのレベルを維持した後、2055 年くらいから減少期に入る。そのころ年少人口は一方向的に減って下がってってしまう。

生産年齢人口と高齢人口とのアンバランスはどんどん進行する

老年人口を誰が支えるかが問題だが、一般論では生産年齢人口がささえるといわれている。65 歳以上の老年者一人を支えるのに今は 3.02 人の割合である。25 年後には 1.7 人で一人、50 年後にはほぼ同数の 1.2 人が支えることになる。

世代間の支え合いが社会保障の基盤であるが、この構成が先進国で通用するのは難しい。まず 15 歳という年齢が低すぎる。高校は全入時代になりつつあり、将来は大学で修士になるのが当たり前、障害者も高校まで義務教育になるかもしれない。そう考えると 15 歳を上げて 20 歳から 70 歳くらいが生産年齢人口という考えもでてくる。50 年後の将来は、生産年齢人口が 25~74 歳になっているかもしれない。かつて 88 歳の私の母がヘルパーさんを雇っていたが 70 歳台だった。よく気が着くし十分なサービスを受けられた。そのころまでには歳を取っても働ける社会システムに変えていかなければならない。

障害者は一般と同じ小中学校義務教育の後、養護学校高等部に行くが、これも長いこと変わっていない。本当は高校まで義務教育にしなければいけないと思う。障害者にはゆっくり教育に時間をかけて技術を身につける、自閉症の人などは特殊な才能を見つけて力を発揮できることが出来るかもしれない。具体的には 24 歳くらいまで障害者の教育をみるということになる。自分探しに時間をかけ、落ち着いて仕事を覚えることがあればよいと思う。同じ方式でニートとフリーターについても文科省（生涯学習局）が厚労省と連携して頑張ってもっと光を当てることが必要になる。

大学に長く居る人にはすごい公費を使う、一方で高校や大学受験に失敗する人は教育のチャンスを失ってゆく。この人たちを入れて教育する大学の枠を作ってあげても良いと思う。ある東大の教授が若者は自分探しをやめて若いときに職に着けというが、私はそうは思わない。若いときは色々なところについて 25 歳になったらきちっと働き、できれば正規社員になって 50 歳くらいまで働いたら、もう一度考え直して他の仕事をするなど、ソーシャルチャンスを与える社会設計があってよいと思う。以後は新たな職種で働いて 75 歳くらいで仕事をやめるようなのが良いのではないかと思う。

世代間アンバランスの解決は老年の労働年齢を長く伸ばすことしかない

75 歳以上を老年人口として 25 歳から 74 歳までを生産人口として考えると、現行は 65 歳以上を老年人口というので、1.2 人で一人を支えるのはとても大変なる。20 歳から 69 歳までを生産年齢とすると 1.6 人に一人になる。75 歳から高齢者とすると 2 人強で 1 人を支えるという安定した社会になる。外国人労働者のことが話題になっているが、8400 万人の生産年齢人口が 50 年後には 4000 万人近くに減る。これを全て外国人労働者に置き換えると、4000 万人を外国人で埋めることになり、この人数は九州、四国、中国、場合によっては大阪・京都を外した近畿全体を入れそれでも足りない。みんな外国人に変えるようなことになってしまう。外国人を入れることは国際交流にもなるからかまわないと思うが、外国人で代替するという考え方は御伽噺のようなもので日本ではあり得ないことである。アメリカやフランスでも何百年を経て移民を導入している。今は生産年齢から外れている 65 歳から

74 歳までの前期高齢者に期待するしかないと思う。彼らはチャンスさえあれば仕事ができる、社会構造が変われば展望が違ってくるのではないかと思う。

社会保障が厚い国は経済が疲弊するという説は誤り

OECDの国際比較に“社会支出比率”という指標がある。社会支出は社会保障給付にほぼ等しいが、病院など施設関連の減価償却などを加算し実際の支出とし、分母に国内総生産を入れて対比している。日本の数字は30%に行かず、アメリカは日本よりさらに少ない。ご存知のとおりアメリカでは医療保険は企業がリスクをお金で買ってあげて従業員に配っている形で、高齢者と障害者以外は個人も民間保険に入るから、この分を足すと日本よりちょっと多い。スウェーデンは40%を超えている。フランスも40%弱までいっている。日本は社会保障をたくさんやっているというが、それほどやっているわけではないし、小泉内閣がいったように多いから削れというほど社会保障は多くはない。無駄を省けという意味だろうが削りすぎた嫌いがある。毎年2200億円を5年間減らすという自然増の抑制政策は今ほとんど実現不可能になっている。抑制路線と対極にあるスウェーデンは人々が安心してよく働いて頑張っていて景気もよい。社会保障が進むと景気が悪くなり経済が萎縮するというひとがいるがその証拠はない。

財務省はかならずしも社会保障支出率ではない“国民負担率”というあやしい数字を出している。分母としての国民所得の上に、分子として税金と保険料負担のせてさらに祖財政赤字を加えている。こんなに負担が大きいからを減らすんだといっている。私は負担という言葉は好まない。税金の一部は年金をはじめ生活保護者の所得保障や雇用保険による失業手当その他の社会扶助などになり彼らの負担を軽減している。社会保障に使っているのは国家予算の4分の1で、これは国民の所得等として還元していると考えべきだが、負担と言い換えて重い重いといっている。社会保障費の一部は、所得再分配による所得保障のお金である。日本は高齢者を含めて全人口の三分の二の人が払う保険料で、三分の一の年金生活者の生活を補助している。さらに医療・介護・福祉の支出として等しく国民にサービス給付として還元されているから生活がやっつけられる。

国々でやり方が異なるので単純な比較は出来ないが、OECDは社会支出の分野別の構成割合を出している。日本では高齢者への支出が多く児童とか傷害は少ない、児童への支出はこの統計では家族の分野に含まれるが、イギリス、ドイツ、フランス、スウェーデンは明らかに多い。結果的に子育て支援に十分お金を出しているということになる。医療のことは難しいが、OECDでは傷害・傷病・保健として分類している。これらを一緒に比較するとスウェーデンは45%くらいだが、日本は38%で中位だと考えられる。障害だけに絞れば日本は少なくスウェーデンは多いという差がある。

日本の制度は年金の比率が大きく医療・介護・福祉が貧弱

日本の社会給付は年金が多いことが特徴で、年を追うごとに増加してきているが最近抑制が効いてきた。医療は戦後には多かったが年金の伸びが急で、1980年代にクロスして以後年金の伸びのほうが多くなり、1995年以後はさらに医療は抑制された。福祉その他は介護保険の導入後に急激に伸びたがそれ以後は抑え方が激しい。細川内閣時代との比較では、年金が5で医療が4で福祉が1だった。私は福祉の割合が少なすぎる、福祉を増やして5対3対2にしろと主張した。イメージは年金4.5、医療3.5、福祉2くらいと想像していたが、

実際には年金は 5 を突破し医療は下がりすぎて 3.5 以下になった。それでも福祉は 1.5 だった。社会保障費を全体に増やすことは大賛成だが割合を考えることも必要である。

社会保障改革は税制改革と労働政策改革を同時に行う

社会保障改革を進めるに当たって、慶応義塾大学出版会から出した拙著『社会保障と日本経済』2007 年にも書いたが、社会保障は、一方で少子高齢・人口減少という流れと、他方で IT 化・グローバル化・サービス経済化という社会変化の波で板ばさみになっている。社会保障改革は、税制改革と労働政策改革とを含めて三つ同時に考えなければならない。子育て支援を例にとると、児童手当の拡大をするには、優遇税制などの税制改革が必要であるし、育児休暇などで必要な人的支援を受けるためには労働政策を変え、労働分配率の改善も不可欠である。最近麻生総理が非正規の派遣打ち切りに危機感を感じ、キャノンの御手洗経団連会長にむかって経済財政諮問会議議長として、経済界は厳しすぎるといったが、口に出しただけでは経済界は動かない。子育て支援にしてもこの三つの分野それぞれ同時に関係しており単独では進まない。

先進国は子育て支援に力を入れている

デンマークやフランスは子育て支援が進んでいる。フランスの合計特殊出生率は 2.0 強になった。実際に日仏で子供の育てを経験した人の話では、フランスは楽で日本は手当ても少なく保育所も探すのが大変で苦労したという。フランスでは移民の出産率が高いのではないかというが必ずしもそうではない。むしろ移民は生活が苦しいからそうは簡単に子供を産んで育てられない事情がある。21 世紀は女性は男性化し、男性は女性化するのが国際的な先進国の傾向である。

朝のラッシュアワーで、むかしは保育園、幼稚園のお迎えの車がいっぱい走っていたが、今は年寄りをデイサービスにお送り届ける車で混雑して居る。駅前商店街はシャッターを下ろしているが、その中の介護事業所は夜まで電気がこうこうとついている。仕事が山のようになり、介護従事者は圧倒的に足りない。介護報酬が二回も改悪された。改定といって悪くしたのだから当然だが、審議会ではこのことは余り話題にならなかったようだ。なにか社会保障費削減が既成事実で、正論を言えない雰囲気があったのではないか。

社会保障国民会議が社会保障の機能強化に方向転換した。

少子高齢化対策を考える社会保障国民会議が福田内閣で始まりこの問答申を出し、社会保障機能を変えたらどうかという考えが示された。社会保障の機能強化をすることが重要、同時にスリム化を行いながら充実するという転換が示され行程表もでた。基礎年金の負担割合の公約を 2009 年の 4 月以後実現することもうたっている。今、生活保護費は基礎年金より高く、これだけ見れば生活保護のほうが有利である。基礎年金が賃金と生活保護の間にあるのが普通だが、それが日本ではがたがたに崩れている。こんな国は日本しかないかもしれない。医療は急性期医療の強化と人材確保をすることにした。医師の確保が内閣の政策の中心になることは初めてである。介護も人材の確保が大変で、報酬を 3% 増やす決定がされたが、介護福祉士養成学校も 45% と定員割れである。私の教え子が介護福祉士と理容師を 3 年間で取れる介護系短期大学で教えているが学生が集まらない。介護を要する人が実際に居るのだから、人材が必要で、ロボットじゃないから代替は出来ない。介護福祉士の給料は上げなければならないが、お年よりも一割の負担があるから安いほうが良いと

利害が一致しない。国の財政は安いほうが良いから、まず事業者を締め付けるが、このしわ寄せが職員にくる。給料を上げる必要があるのに国は抑えることになる。どこかで需要供給のバランスが崩れるはずである。

これからは病院も大切だが在宅医療を重視する時代に入っていくと思う。在宅医療助成勇美記念財団というのがある。立ち上げは個人の篤志家だったが、はじめは世の中が動かなかつた。時代が進むにつれてその真価が認められるようになり、シンポジウムをやったら千人くらいの聴衆が集まった。診療所が中心になって在宅医療ネットワークが最近形成され大病院並みの力を発揮するところもできてきた。

少子化には新しい対策が必要である。育児休業という子育て支援の制度があるが、保育サービスでは人手があると認められない。戦後で来た古い児童福祉法には“保育に欠ける”のが条件と書かれておりそれがまだ残されているからである。“保育に欠ける”とみなされる専業主婦はノイローゼになったりしても保育サービスが生かされない。ヨーロッパ並みにして縛りは外さなければならないと思う。

社会保障制度改革が進むためには国民の合意形成が必要

国民会議が出した改革スケジュールがうまく進むかどうかはまだわからない。この案は厚生労働省が作っているが、内閣府が出せと行って厚労省が言われて出す。しかし厚労省や財務省のOKがないと出せない。批判もあったが政府からこのような数字が出たことは議論する素材ができそれだけでも良かった。財界の意見が抑えられたし、小泉内閣時代の社会保障抑制論はおわったと考えられただけでも進歩だと思う。今後この結果は経済財政諮問会議でもまれることになる。少子化対策の遅れ、介護対策の劣化、セーフティーネットの欠如があることを、これではいけないと国が正式の会議で認めたことになる。社会保障は良くするしか方法が無い。具体的にどうするかが問題だが、内容は抽象的な言葉が多い。理論的な構成も必要だが、重要なのは国民の合意形成で、方向は政治学的に決まっていく。これからは世の中の動きが注目される。

高齢者医療制度改革は、人は死ぬというのが前提

高齢者の医療制度改革には人間は死ぬという前提がある。かつては75歳以上生きる人は少なかったが、これからどんどん増加し死亡数が増えると推計している。人口予測から考えてこれから死亡する人が増えるのは当然で、今後の医療では無視できない。表現はともかく75歳以上の後期高齢者特有の議論が必要になる。昔は自宅で死亡する割合が多く病院で死ぬ人は少なかった。しかしその後病院で死ぬ人はどんどん増えてその比率は80%を超えた。自宅で死にたいという人は多いが人手が要るので自宅では死ねない。病院で死ぬ人が多いことは先進国の中でも日本独特の傾向でこれでよいのかと思う。

この件に関して厚労省が作ったデータがある。制度が異なるので一概には比較できないが、日本の病院死は81%といわれる。日本で病院というと急性期から療養型病院まで含まれるが、アメリカの病院は急性期だけで41%、それ以外はナースিংホームでの死亡が22%といわれるが、これは病院死には数えない。がんの院内死亡率は日本90%だが、アメリカやオランダでは在宅で緩和ケアを受ける人もいてこれが3割だといわれる。高齢者施設を日本では自宅としてくくっている問題もあり、日本の病院の数字が見かけ上大きくなっているという見方も出来る。

医師不足と老人医療費の使われ方は地域差が大きい

医師に着目すると医師の年齢構成が変化してきている。診療従事者は50歳代が多く、病院勤務医では60歳以上はほとんどいない。病院の勤務医は増えているが、患者が病院に集中するので医師が不足する。診療所の活性化が必要なのではないかと思う。

医療提供体制を今あることを前提に考えると、高齢者の数は地方により差が著しい。今後20年間は首都圏を中心とする都市部を中心に高齢者が増加し、介護サービスの量の増加が見込まれる。住まいの問題への対応も必要になる。東京、大阪、神奈川でこの傾向は著名になり、鳥取、山梨では増加率は少ないと予想される。全国的に見ると埼玉県が一番人口が若い。2030年には全国並みに年寄りが多くなる。

一人当たり老人医療費（年間）は北海道と福岡が高く、低いのは山形と新潟になっている。半分以上は中間としても最高福岡が92万円、最低の長野県は62万円と開きが大きい。多いところを下げる努力はしなければならないと思う。平均在院日数は高知が長い。一人当たりの老人医療費が高いのは福岡と北海道、長野県は在院日数も短いしお金もかかっていない。退院できても家に帰れない人はケアホームを充実するなどが必要であろう。可能であれば在宅に返すことは本人にも財政的にも良いと思う。老人医療費を抑えさえすれば良いとはいわないが、正しい抑え方がないかということである。外来中心に予防を展開し、生活習慣病を防ぐ、個人の努力も必要である。努力しないで医療にお金がかかっただけ国が面倒を見るのはおかしいと思う。医療制度改革に関しては、大綱の基本的な考えが多々出ているから、これを踏襲してやっていく、予防重視、安心信頼、医療費適正化、超高齢化社会を展望した医療制度を改革を柱に考えている。

後期高齢者医療制度は保険者の母体を拡大して発足したが説明が不足した

後期高齢者の医療保険制度（長寿医療制度）は都道府県単位でやることになった。私の持論で、地方では高齢者が多くなり、市町村主義は限界だから都道府県単位にするべきだと思っていた。財政的には大きなパイにすることがよいのであるが、医療についてはカバーする範囲が広いので市町村主義は難しい。国はさしあたり75歳以上を先行して後期高齢者医療制度を作ったが、説明が良くなかった。ちなみに介護保険は一定の以上の収入がある人は天引きにした。反対があったが市町村は人手がかかりやっていけないと市町村会は譲らなかった。所得の低い人からは天引きをしないことを妥協案として制度をスタートさせた。これがうまくいったので、厚労省は味を占めて障害者年金や老齢年金に引き続いて、後期高齢者医療制度で天引きを導入した。しかし医療保険は天引き額が大きいので問題が出たのだと思う。後期高齢者医療制度は国際的にも常識だ。70歳以上の老人保健制度を75歳まで持っていくことにして、一割は利用料として出してもらうことが目的であったが、これがおかしくなった。今後も問題が残っているが、医療保険の問題は難しい。抑えるためではなく75歳以上は安心して受けられるようにと導入したことが、間違っ取られてしまった。

解決策は地域完結型医療、予防、終末期在宅などが考えられるが正解は無い

高齢者の社会保障については、年金、介護、医療をどうするかが問題で、今までのように一つの病院が完結することができなくなった。連携システムが大切になる。肥満から病気になる人ができることが取り上げられ、生活習慣病予防政策に反映された。重要なこと

だと思う。終末期も大切だ。また危なくなったらすぐ病院にいいける救急も大切、医師は仕事の割に人数が少ない、昔は勤務医が楽だったが、今は診療所が楽になった。病診の役割分担が必要である。終末期は在宅で看取ることが可能というデータはいっぱいある。家族にもいい影響があるという話が多い。医療改革と人口減少などは全部連動しているので難しいが、この社会保障の激動の時代にミクロ経済学的にも、マクロ経済学的にも正解が必ずしもあるわけではない、新しい知恵が必要である。こんなところで私の講演を終わりたい。(完)

注)「アンデルセン、福祉を語る 女性・子ども・高齢者」

G. エスピン アンデルセン / 著 京極高宣 / 監修 林昌宏 / 訳 NTT出版

質問 1: 東京、神奈川では回復期リハのベッドも足りなくなり、首都圏でも今後は大変だと思うがどうか。

回答 1: リハの経済状況も確かに苦しくなった。全体的な考え方が出来ていない。クリティカルパスも相手が無いとどうもうまくいかない。内科とリハを柱にシステムを構築する必要があると思う。公立病院を新たに作る時代ではないので、効率的には民営、リハ専門病院のようなやり方もあり、実例もある。診療所も出前でリハをやることも実験されている。官僚には専門家がいないのでいろいろなトライをして現場から声を上げることが必要。

質問 2: 社会保障費はどこから出るのが、高齢化が進むと金の問題がからむ。ふんだんにお金が入らなくなると、社会保障は縮小せざるを得ないのかと思ひ、どのような仕組みが良いのかお考えはどうか、

回答 2: 簡単ではないが、社会保障は経済学的に波及効果がすごく大きい。社会保障を發展させ内需を拡大することが必要。社会保険の資金調達には税金と保険料と自己負担の三しかない。いまの税金は限界で消費税引き上げが検討されているが、消費税が経済をおかしくする必然性はない。経済界は社会保険料を払いたくないと思っており、そのために消費税 10% 導入を主張しているが、いまの企業の保険料支出は国際的に見て大きいものではない、余裕はあると思う。利用料は今の水準よりあげることは難しい。一般的には一割負担がめどだと思ふ。介護保険料には所得比例の負担は無いが、医療保険料は収入に応じた負担があるので無制限に上げるわけには行かない。社会保障の機能強化に税金から公費を投入し、消費税を組み合わせることが妥当と思ふ。消費税を上げて直ちに経済が悪くなることは無い。もちろん利用料もこれ以上はあげられない。最初は社会保険だけで始まっても、社会保険が苦しくなれば公費を入れるというように揺れ動きながらやっていくことが必要だろう。年金だけに消費税を入れるのではなく、医療も介護も出来れば少子対策も一緒にやればよいと思ふ。すぐには消費税を上げられないので、まず基礎年金の 2 分の 1 補助に、医療・介護の財源を補充することを目的にして、次にだんだん範囲を広げるのが良いだろう。



医療は命の安全保障、医療崩壊を食い止めよう!

本部 栃木県宇都宮市竹林町 9 1 1 - 1 栃木県済生会宇都宮病院 内

東京事務所 東京都千代田区神田駿河台 2 - 1 - 1 9 アルベルゴ御茶ノ水 2 F

海外文献サービス株式会社 内

東北事務所: 宮城県角田市角田字牛館 1 6 医療法人仙南病院 内

仙台office 仙台市青葉区貝ヶ森 1-2-6 ☎080-1808-3241 (事務局 坂詰 清)

医制通信 9

なお、本件に関するご質問は、上記の仙台オフィスまでご連絡ください。zumechan@aol.com