

かながわ社会保障学校 2026

社会保障と社会保険制度 の基本を学ぶ ●●●

[日 時] 2026年4月22日(水)13:30~16:30

[会 場] 建設プラザかながわ 2F ホール

+

オンライン(ZOOM)視聴

<プログラム予定>

- 13:30 < 司 会 > 安部栄子さん(生協労連ユーコープ労組書記次長)
開校あいさつ 伍 淑子さん(全日本年金者組合神奈川県本部委員長)
- 13:35 < 学習講演 >
「社会保障とはなにか? 日本における社会保険制度とは? 医療保険を中心に」
伊藤周平さん(鹿児島大学法文学部教授)
- 15:30 休憩
- 15:45 質疑・討論
伊藤周平さんよりコメント
- 16:30 閉校あいさつ 公文洋一さん(神奈川県建設労連社会保障対策部長)



主催：神奈川県社会保障推進協議会(神奈川県社保協)

横浜市中区桜木町 3-9 ☎045-201-3900 FAX 045-212-5745 mail:info@kanagawa-shahokyou.jp

社会保障とはなにか？日本における社会保険制度とは？－医療保険を中心に

神奈川県社会保障学校2026

2026/4/22

伊藤周平（鹿児島大学）

1 問題の所在－広がる貧困と生存危機

2025年10月、自民党との連立政権を離脱した公明党に代わり、日本維新の会が自民党と連立政権を組むことで、高市早苗内閣が誕生した。日本の憲政史上初の女性首相が、女性天皇や選択的夫婦別姓制度に反対の立場にたつ家父長主義的な思想の持主であることは皮肉というほかないが、その高市首相は、高い内閣支持率を背景に、2026年1月23日、通常国会の冒頭で衆議院を解散、同年2月8日に衆議院選挙が実施され、自民党が316議席と単独で衆議院の3分の2以上の議席を獲得し圧勝し、政権基盤を盤石なものとした。

一方、いま、記録的な物価高の中、多くの国民は生活苦と生存危機にさらされている。東京都内でNPOの支援団体が毎週行っている食料配布には、2022年後半から毎回600人を超える人が、2025年の年末には過去最高の約900人もの人が並び、いまだに減少がみられない。行列の中には、子連れの女性や若者の姿もある。子どもも含めた多くの人が、物価高の中、生活が苦しく、日々の食事にも事欠いている。とくに高齢者の貧困率は、後述のように、一般世帯に比べて高く、OECD加盟諸国平均を大きく上回っている。

若者の貧困も深刻だ。私が教鞭をとっている鹿児島大学でも、親からの仕送りはわずかで、奨学金（利子付きの場合が多い）とバイトで生活している学生も少なくない。この物価高で、1日3食とれていない学生もいる。就職が決まっていたのに、授業料が払えず除籍処分になった私が担当したゼミの学生もいる。労働コストの削減と労働規制の緩和で、正規の雇用者は減り、若者の4割近くが非正規で働き、奨学金という借金にあえぎ、結婚も子育ても思い描けない（これでは少子化が進むのは当然だろう）。正社員も、長時間労働がまん延し、競争社会の中で、精神疾患による労災認定は過去最多を更新している。

貧困や生活苦のストレスからか、女性や子どもに対するDVや虐待も増加傾向にある。児童所が児童虐待相談として対応した件数も、2023年度には、22万件を超え過去最高を更新し続けている。2019年までは減少傾向にあった自殺者数が、コロナ禍の2020年から増加に転じ、ここ数年は2万人前後で推移しているが、2022年から、とくに経済・生活苦による自殺者が急増している。

後述のように、病気になったり、老齢では働けなくなったりした場合などに国民のくらしや生活を支える仕組みが社会保障である。社会保障は、憲法25条1項にいう「健康で文化的な最低限度の生活」を保障するものだが、いまその社会保障が削減され続けている。体調不良で受診したくても窓口負担が高く受診できない、入院が必要でも病床が削減され空きがない、家族が要介護になっても、事業所が閉鎖してヘルパーも頼めない。介護士や保育士は低賃金で、人手不足が深刻化し、現場は疲弊している。年金が低く、年金だけでは生活できず働き続けるしかないが、低賃金で貧困からぬけだせない。生活保護受給世帯の半分以上が高齢者世帯で、うち9割が単身世帯だ。

その最後のセーフティーネットである生活保護も受給額が引き下げられたままである。私も鹿児島地裁に意見

書を出すなど、裁判の支援にかかわった生活保護基準引き下げ違憲訴訟では、2025年6月27日に、保護基準の引き下げを違法とし減額処分を取り消す画期的な最高裁判決が出たが、国はいまだに、この物価高騰の中、保護基準を大幅に引き上げようとしめない。2023年の生活保護受給者の自殺者のうち生活苦によるものが、2022年に比べて実に37%も増加している。生活保護を受けているのに生活が苦しい、つまり生活保護が本来の役割を果たしていないのである。

これはこれまで国が進めてきた医療費抑制政策、年金削減政策など社会保障削減の結果といえる。しかし、政策の検証も反省もしないまま、自民党と日本維新の会の連立政権は、「現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減」を名目に、社会保障改革と称して、医療費を中心に、さらなる社会保障の削減を行おうとしている。

ここでは、こうした状況を踏まえて、社会保障改革と称して進められている社会保障の歳出改革（削減）の様相をみたく、社会保障とは何か、社会保険とは何かを改めて確認したうえで、今後の社会保障運動の課題を展望する。

2 社会保障の歳出削減と現役世代の社会保険料引き下げのための医療費削減？

(1) 膨張する防衛費

日本の社会保障の費用は、高齢化の進展に伴い、財政規模が拡大してきた。2026年度当初予算でみると、一般会計の歳出の総額は122兆3000億円と過去最大で、うち社会保障費は39兆559億円だが、防衛費も9兆353億円と12年連続で過去最大を更新している。

防衛費の場合、高額兵器の購入費など複数年度にわたり分割で支払う後年度負担の総額も15兆円を突破している。2021年度補正予算と2022年度予算で、防衛費の総額は6兆1744億円にのぼり、この時点で、歴代政権が目安としてきたGDP（国内総生産）比1%を超え、さらに、2027年度までにGDP比2%水準、43兆円増額することが閣議決定されており、高市首相は前倒しで、防衛費を増額し、2025年度中にGDP比2%水準を達成するとしている。さらに、アメリカのトランプ大統領は、日本の防衛費をGDP比5%に引き上げるよう要求している（約600兆円のうち30兆円！）。

膨張する防衛費を賄うため、国債（借金）への依存も高まっている。1947年に制定された現在の財政法は、戦時中、戦費財政を国債の大量増発で支えていたという教訓から、国債発行を原則禁止し、例外として発行できる場合も公共事業などの建設国債に限定している。歴代政権は「公共事業」を広く解し、官庁施設や船舶なども建設国債の対象としてきたが、防衛費は対象にしてこなかった。しかし、岸田内閣のときに防衛費も建設国債の対象とし、現在では、防衛省の庁舎、自衛隊基地などの施設整備費に加え、潜水艦などの艦船建造までも対象とされるに至り、防衛費の膨張に歯止めがかからなくなっている。

(2) 社会保障の歳出削減の様相

膨張する防衛費は歳出改革（削減）の対象とせず聖域扱いとされる一方で、歳出削減の最大のターゲットとされているのが、社会保障費である。

そして、この間、歴代政権のもと、社会保障費は、自然増の部分（制度改革を行わなくても、高齢化の進展などで自然に増加していく部分）まで、毎年1000億円から2000億円（国費）も削減されてきた（2026年度予算でも、自然増部分1500億円削減）。近年の削減は、医療保険の診療報酬における薬価の改定（引き下げ）が中心だが、

医療保険の一部負担金の引き上げなどの制度改革による削減もされてきた。

現在の社会保障の歳出削減は、2023年12月に、当時の岸田文雄内閣のもとで同時に閣議決定された「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）について」（以下「改革工程」）と「こども未来戦略～次元の異なる少子化対策の実現に向けて～」（以下「こども未来戦略」）を起点としている。

まず「こども未来戦略」に基づいて、2024年6月に、改正子ども・子育て支援法が成立し、児童手当の拡充（所得制限の廃止と高校生への対象拡大、多子世帯への給付倍増）などのほか、月一定時間までの利用可能枠の中で、保護者の就労要件を問わず時間単位等で保育施設を利用できる「こども誰でも通園制度」が創設された（2026年4月から）。これらの施策を実施するために必要な財源のうち1兆円程度は、2026年4月から医療保険料に上乗せして徴収する保険料（「子ども・子育て支援金」）で賄い、残りは社会保障の歳出改革（削減。1.1兆円程度）と既定予算の活用（1.5兆円程度）で賄うこととされている。

「改革工程」では、2027年度までの間に、介護保険の2割負担の対象拡大、介護サービス計画（ケアプラン）の有料化、要介護1・2の生活援助等の総合事業への移行などについて結論を出すとし、2028年度までの各年度の予算編成過程で、医療・介護保険の3割負担の対象拡大、高額療養費の見直しなどについて実施の検討・決定を行うよう求めている。いわば少子化対策の財源の確保のために、医療・介護の歳出削減が行われているといえる。

政府は、高齢者世代と現役世代との世代間対立をことさらに煽り、現在の仕組みは「給付は高齢者中心、負担は現役世代中心」であり、この仕組みを改め「全世代型社会保障」を構築すると説明している。つまり、医療・年金など高齢者への支出が多く偏っているので、子育て支援など現役世代の支出を増やすというわけだ。

とはいえ、国際的に見れば、日本の高齢者への支出が手厚いとはいえない。世界で高齢化率が最も高い国のひとつであるにもかかわらず、OECD（経済開発協力機構）の基準による国際比較では、日本の社会保障支出を含む社会支出の対GDP（国内総生産）比は25.79%で、EU諸国（フランス33.49%、ドイツ31.27%）やアメリカ（27.03%）と比べても少なくなっている（2021年度。国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」）。

また、高齢者については、高所得で、多くの資産を持っているというイメージが流布され、もっと負担すべきとの論調が強いが、そもそも、日本の高齢者の貧困率は、一般世帯に比べて、10%以上も高く、女性22.8%、男性16.6%で、OECD加盟諸国平均の女性16.5%、男性11.1%を大きく上回っている（内閣府『男女共同参画白書』2024年）。とくに、高齢単身女性の貧困率は40%を超え、OECD諸国では最悪水準だ。女性の低賃金が低年金につながっており、構造的なジェンダー問題が横たわっている（「貧困の女性化」といわれる）。

全世代にわたって社会保障の公費支出の底上げが必要だが、「異次元」の少子化対策も、前述のように、医療・介護分野の削減により浮いた財源が、少子化対策の財源に回される公費の付け替えが行われるにすぎず（全体のパイを増やすことなく、世代間のパイの奪いあい！）、社会保障全体への公費支出は増えない構造になっている。

(3) 現役世代の社会保険料負担軽減を名目にした医療費削減

2025年の参議院選挙、そして2026年の衆議院選挙でも、現役世代の社会保険料負担の軽減を名目に、野党も含め医療費削減を声高に叫び、選挙後も政策に影響を与えつつある。

たとえば、日本維新の会は「現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減」を名目に、医療費の総額を年間で

4兆円削減する方針を掲げ、自民党と公明党との3党合意で、OTC類似薬（市販薬類似品）の保険給付のあり方の見直しや2025年と2026年の2年間で、全国の医療機関の病床（一般・療養・精神病床）を11万床削減することに合意している（これにより約1兆円の医療費を削減できると試算）。また、国民民主党は、2024年の衆議院総選挙に際して、大きな話題を呼んだ「103万円の壁」の引き上げのほか、現役世代の保険料負担を軽減するための終末期医療の見直し・尊厳死の法制化を2025年の参議院選挙の公約にも掲げた。さらに、2025年の参議院選挙、2026年の衆議院選挙で大きく議席を伸ばした参政党は「尊厳死法制の整備」や「終末期の延命措置医療費の全額自己負担化」などを公約とし、2026年の衆議院選挙で大きく躍進した「チームみらい」も、現役世代の保険料負担の軽減として、75歳以上の高齢者の医療費自己負担3割化を提案している。

現役世代、とくに20～30代の若年世代の所得が伸び悩む一方で、社会保険料が引き上げられ、手取りが減少しているという不満や一種の「被害者意識」が現役世代に広がり、それが日本維新の会や国民民主党、さらには参政党の過激な言説により煽られ、世代間の分断を深め、急騰しているようにみえる医療費、とくに高齢者医療費への批判が強まっている。実際は、高齢者医療費はそれほど急騰しているわけではなく、死亡1か月前の終末期医療費についても総医療費の約3%に過ぎないのだが、こうした不正確な情報がSNSを中心に拡散し、世代間対立を深刻化させ、社会保険の存立基盤である連帯意識（介護保険法1条では「共同連帯の精神」）を揺るがしている。とくに、コロナ禍を契機に助長された高齢者に対する敵意にも近い攻撃は、エイジズム（年齢差別）そのものであり、深刻な人権侵害ととらえるべきである。

3 健康保険法等改正案の内容と問題点

(1) 健康保険法等改正案の提出

高市政権のもと、膨張する防衛費は歳出改革（削減）の対象とせず、聖域扱いとされる一方で、社会保障費の歳出削減が進んでいる。とくに、医療費の削減が顕著で、医療費の削減と患者負担へのコストシフトのみならず、皆保険制度そのものを揺るがす「健康保険法等の一部を改正する法律案」（以下「健保法等改正案」という）が、2026年3月13日に、国会に提出された。主な内容は、①一部保険外療養の創設、②後期高齢者医療における金融所得の保険料等への勘案、③出産にかかる給付体系の見直し、④国民健康保険における子どもにかかる均等割保険料等の軽減措置の拡充、⑤高額療養費制度の考慮事項の明確化、⑥協会けんぽの国庫補助にかかる特例減額の見直しなどとなっている。

ここでは、2026年度予算案に盛り込まれた高額療養費の月額上限の引き上げ再改定案（健保法等改正案の⑤に関連）、OTC類似薬（OTCは「Over The Counter」（店頭、小売り）の略）の保険給付の見直し（①）についてみていく。

(2) 高額療養費の改定案（再見直し案）の提示

高額療養費の見直しについては、2025年8月からの上限額の引き上げは凍結されたが、あくまでも「凍結」であって、白紙撤回ではなかった。国（厚生労働省）は、「凍結」は、患者等の当事者の意見を聴く機会を欠くなど手続的な瑕疵があったことによるもので、高額療養費の見直し（上限の引き上げ）は必要とのスタンスは崩していなかったからである。

2025年5月には、医療保険部会に「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」（以下「専門委員会」という）が設置され、専門委員会には、がん患者など当事者の意見を反映する委員が加わり、高額療養費制度を利用している当事者や団体へのヒアリングが実施された。専門委員会は、2025年12月16日に「高額療養費制度の見直しの基本的な考え方」を取りまとめ、それを踏まえて、社会保障審議会医療保険部会（以下「医療保険部会」という）と専門委員会の合同会議が厚生労働省提出の「議論の整理」を了承・公表した。

2025年12月25日、2026年度予算案の閣議決定で、年間負担上限額の設置やすべての所得階層で上限額の引き上げなどが示された（医療保険部会や専門委員会には、閣議決定まで具体的な上限額は示されないままであった）。具体的には、2026年8月から、70歳以上の高齢者の「外来特例」について、年収約370万円以上の場合、現在は約370万～約770万円、約770万円～約1160万円、約1160万円以上の3つに分けられているが、これを細分化して所得に応じて上限額が増える設定にする。1年のうち4回以上、負担上限額に達した患者の上限額を引き下げる「多数回該当」は、負担上限額が据え置きとされ、年収約200万円未満の低所得層の多数回該当の上限額は4万4400円から3万4500円に引き下げられた。70歳未満の人についても、2026年8月から、がんなど長期間治療する患者の負担増に配慮して、新たに年間上限額を設け（すべての所得区分で、多数回該当時の負担限度額の12か月分で設定。平均的な「年収約370万～770万円」の所得区分では53万円）、そのうえで、現行の月額上限を同所得区分で8万100円から5700円引き上げる。2027年8月には所得区分を細分化し、月額上限（基準額）を7～38%程度引き上げる。たとえば、年収約650万～770万円の人で、現行の8万100円から最終的には11万400円と月額で約3万円の負担増になる。

(3) 高額療養費改定案の問題点

月額上限引き上げの幅は、当初案より縮小されたとはいえ（ただし、200万円未満の低所得層では、現行の5万7600円から6万1500円となり、凍結された当初案の6万600円への上げ幅を上回っている）、所得区分の細分化は当初案と同じであり、高齢者の外来特例の見直しまで加わり、患者負担増という問題は残されたままである。年間上限額の設定についても、患者の申請により、上限額を超えた部分が還付される仕組みで、しかも、年間上限額の基準は、ドイツの「年収2%」の水準よりもかなり高く、所得に対する「年間上限」の割合の水準が不均衡であることが指摘されている。

また、高額療養費制度の利用者の約8割を占める年間1～3回利用の患者（70歳未満で約320万人）は、多数回該当の要件を満たしておらず、新設される自己負担年間上限の恩恵も受けられず、引き上げられた自己負担月額上限による負担増のみが生じる。たとえば、年収が200万円から400万円の層では、自己負担月額上限が、月の手取り額から食費、居住費、水道・光熱費等の生活に必要な不可欠な支出を差し引いた残額（支払能力）の約60%から95%に達し得るとされ、深刻な家計破綻に陥る患者が多数生じる可能性が高い。

健保法等改正案では、高額療養費制度について、政令において支給要件を定めるにあたっては、とくに長期療養患者の家計への影響を適切に考慮することを法律上、明確化することとされたが、少なくとも、今回の改定案でそうした考慮が十分なされたとはいいがたい。日本弁護士連合会（日弁連）も、今回の改定案は、最も弱い立場にある患者から必要な医療を受ける権利を実質的に奪いかねないものであり、憲法が保障する生存権（25条）および個人の尊厳（13条）、そして、「到達可能な最高水準の健康を享受する権利」（経済的、社会的及び文化

的権利に関する国際規約12条、障害者の権利に関する条約25条)を脅かしかねないとし、改定案を抜本的に見直し、少なくとも現行制度に準じて2026年度予算を再検討することを強く求めている(日本弁護士連合会会長声明「人権保障の観点から高額療養費制度の改定案の抜本的見直しを求める会長声明」2026年3月26日)。

このままでは、患者の受診抑制や治療の中断が頻発し、患者の命を守ることが目的であるはずの高額療養費制度の医療保険のセーフティーネットとしての機能は完全に崩壊する。

すでに現在でも、一部の所得区分の人は、WHO(世界保健機構)が定義する「破滅的医療支出」(最低限の経費を除いた生活費のうち医療支出が40%を超える状態)の水準の金額を支払っているとされる。現在の物価高による家計ひっ迫を踏まえれば、70歳以上の高齢者の外来特例も含めて、高額療養費の上限の引き下げを行うべきと考える。所得の多寡にかかわらず、負担限度額は低い水準に抑えられるべきで、すべての所得層で多数回該当者の月額上限(70歳未満の中所得層で4万4400円)への引き下げが必要である。

(4) OTC類似薬の一部自己負担化と問題点

OTC類似薬の保険給付の見直しについては、日本アトピー協会などの患者団体や全国保険医団体連合会(保団連)など医療団体からも、受診控えに伴う健康被害が生じたり、患者の経済的な負担が増えるほか、薬の適正使用も難しくなるとして、反対が表明されていた。OTC類似薬の保険適用継続を求めるオンライン署名は短期間で21万人分を超えた。

医療保険部会でも委員の意見が割れ、患者からのヒアリングでも、全員から保険適用除外に反対・慎重意見が表明され、同部会では保険継続で意見が一致していた。その後、厚生労働省が「選定療養で追加の自己負担を求める方法」を提示、それを踏まえ、健保法改正案では、OTC類似薬との代替性が特に高い薬剤を用いた療養等について、薬剤費の一部を保険給付外とする一部保険外療養が創設されることとなった。

具体的には、一部医薬品(77成分・約1100品目)について、薬剤費の25%を保険外療養として患者負担とし、残る4分の3の3割(被用者保険の場合)の一部負担金に追加される。たとえば、1000円の医薬品の患者の自己負担は4分の1の250円、この追加負担分は保険がきかない「自由診療」になるため、消費税10%分の25円が上乗せされ275円が患者負担となる。これに保険適用部分の一部負担金(残り4分の3=750円の3割、225円)が加わり、合計で500円が患者の自己負担となる。現行の3割負担(300円)に比べて約1.7倍の負担増である。しかも、対象医薬品には、外解熱鎮痛剤のロキソニンや保湿剤のヒルドイドなど頻繁に用いられる薬剤が含まれ、多くの患者に負担増の影響が及ぶ。

OTC類似薬の一部保険外療養化は、一部とはいえ事実上の保険適用の除外にほかならない。今後、一部保険外療養の範囲が拡大され(極端な話、25%が100%となれば実質的には保険給付から外されたのと同様になる)、さらなる患者負担増となる可能性がある。一部保険外療養は、OTC類似薬など医薬品にとどまらず、治療内容(療養の給付そのもの)にも拡大され、必要な医療はすべて保険で給付するという国民皆保険の基本原則を事実上形骸化していく可能性がある。一部保険外療養の導入は、医療保険の根幹にかかわる問題であり、皆保険の原則を大きく逸脱する仕組みであり、阻止していく必要がある。

4 社会保障とはなにか？日本における社会保険制度とは？

(1) 社会保障とはなにか？－社会保障の基本は公的責任

日本国憲法（以下「憲法」）は、前文で「全世界の国民が、ひとしく恐怖と欠乏から免れ、平和のうちに生存する権利を有すること」を確認し（「平和的生存権」といわれる）、25条で、国民の「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」（「生存権」といわれる）を明記（25条1項）、生存権を保障する義務を国（自治体も含む）に課す（同条2項）。

平和的生存権の定義からは、平和とは戦争のない状態だけでなく、貧困のない状態を意味していることがわかる。また、私たちは、病気で働けなくなったり、障害を負ったり、突然、会社が倒産して仕事を失ったりと、個人の努力ではどうしようもない場面にしばしば遭遇する。そうした状態になったとしても、国（自治体も含む）の責任で、個々人の健康で文化的な最低限度の生活を営む権利（生存権）を保障する仕組みが「社会保障」といわれるものである。現代社会では、自分の力や家族や地域での支えあいではどうにもならないことが多いからこそ、社会保障の仕組みが必要とされ歴史的に制度として発展してきたのであり、そのことが憲法に明記されているといえる。

社会保障を必要とするのは、障害者や認知症の高齢者などにとどまらない。現在は働いて収入を得ている人でも、病気やけが（傷病）で働けなくなったり、会社の倒産・解雇、さらには労働災害によって職を失うことがあるし、やがては定年退職により賃金収入を失うときを迎える。その意味では、すべての国民が社会保障による支援を必要としているともいえ、社会保障は、国民の安全・安心を確保するための重要な制度といえる。

そして、憲法の条文上、社会保障の運営実施の責任を最終的に負うのは国（日本国政府）であり、国には、国民の「健康で文化的な最低限度の生活」を保障する義務があり、社会保障の仕組みを整える責任（「公的責任」といわれる）があるといえる。1950年の社会保障制度審議会（同審議会は2001年に廃止され、その機能は現在の社会保障審議会に継承されている）の勧告も、冒頭で憲法25条をあげ「これは国民には生存権があり、国家には生活保障の義務があるという意味である」と明確に述べている。社会保障法学においても、憲法25条の生存権規定が、社会保障の諸法の制定根拠（社会保障の法理念）であり、基本的な解釈指針であるとの見解が通説となっている。

だとすると、民間の医療機関の献身的な努力や支援団体の善意の活動に頼るのではなく、国・自治体が、私たちの支払う税金を使って、コロナ禍のようなパンデミック時には、臨時の感染症専用の医療施設を設置するなど医療提供体制を整備し、日々の食事に事欠く子どもや生活困窮者へ必要な支援を行うために、子ども食堂・大人食堂（フードバンク）を創設し、社会保障の仕組みを整える公的責任があるはずである。生存権のうちでも、生きる権利、すなわち生命に関する権利（生命権）は、最も重要な究極の人権とあっていい。その意味で、国や自治体には、「生存権」が脅かされ、生命の危機にたたされている貧困にあえぐ子どもたち、家庭内で虐待を受けている子どもや女性、さらには自殺に追い込まれそうな小中高生の命と暮らしを守る公的責任・義務があるはずだ。しかし、国がこうした公的責任を果たしているとはいえない。

(2) 社会保険の意義と特徴

ついで、社会保障制度としての社会保険の意義とその法理念を改めて整理しておこう。

最高裁は、社会保険について、端的に「個人の経済的損害を加入者相互において分担する」仕組みと定義している（最判1958年2月12日民集12巻2号190頁）。学説などの最大公約数的なところで定義するならば、社会保険は「リスク分散のために、加入者（被保険者）の拠出（保険料負担）を前提とする保険方式を用いて、保険事故が生じた場合に、加入者に対して必要な給付を行う仕組み」といえる。

医療保険を例にとるならば、病気やケガをリスク（保険事故）とみなし、それを健康な人も含めて多数でシェアすることで、病気などになった場合（保険事故に遭遇した場合）の負担を軽減する仕組みである。そのため、社会保険では、病気などになる確率の高い者だけが保険に加入すること（「逆選択」）を防止し、リスク分散をはかるため、強制加入の仕組みが採用されている。国民健康保険の強制加入の仕組みが、憲法19条（思想・良心の自由）と29条（財産権の保障）に違反するかが争われた事例では、最高裁は、強制加入の仕組みを「公共の福祉に合致する目的のために必要かつ合理的な範囲にとどまる措置」とし、憲法違反に当たらないと判示している（前記最高裁判決）。

社会保険が保険方式（保険の技術）を採用していることから、そこには当然に「保険原理」なるものが内在する。一般的には、保険原理として、①給付反対給付均等の法則と②収支相当の原則があるとされる。①は、加入者の拠出する保険料は、その偶然に受け取ることのあるべき保険金の数学的期待値に等しいという原則で、②は、保険者の収受する保険料の総額がその支払う保険金の総額と等しいという原則である。社会保険は、こうした保険の基本原則（保険原理）を、次に見るように、国民の生存権保障という社会保障の目的（「社会原理」もしくは「扶助（扶養）原理」）により修正を加えた仕組みといえる。

社会保険料の負担については、被保険者の負担能力に応じて算定する応能負担方式と被保険者の受領した利益に応じて算定する応益負担方式があるとされるが、社会保険では、強制加入の結果として、保険料負担が困難な人も加入者とさせられるため、保険料の減免制度が存在し、保険料も被保険者の負担能力に応じた応能負担が原則となっている。この点が、リスクに応じて保険料を支払う民間保険との相違である（たとえば、病気になりやすい高齢者の保険料は高くなる）。

また、保険料には、本人負担だけでなく、事業主負担や公費負担がある点も民間保険との相違である。健康保険など被用者保険においては、保険料が被保険者のみならず、その事業主にも賦課される。健康保険法は、事業主と被保険者本人における保険料の負担割合を2分の1ずつと規定しており、健康保険組合は、規約を通じて事業主の負担割合を重くすることができる（健康保険法161条・162条）。ただし、事業主負担を10割として、被保険者負担を完全に無くしてしまうことは、相互扶助を基本原則とする医療保険では許されないとするのが判例である（横浜地判1998年9月16日）。

さらに、健康保険の被扶養者や国民年金の第3号被保険者のように、保険料の負担なしに、給付が受けられる場合がある。社会保険には、拠出を前提とする保険方式をとりながらも、こうした「拠出（保険料負担）なき給付」が存在する。最高裁も、保険料拠出がなくても受給権が発生する関係の存在を認めている（1999年10月22日民集53巻7号1211頁参照—沖縄医療生協事件）。社会保険における「拠出なき給付」の存在が、保険者が政府など公的機関であることとともに、民間保険と異なる社会保険の特徴であり、「保険原理」に「社会原理」による

修正が加えられているといってもよい（保険原理の1つである給付反対給付均等の原則は認められない）。社会保険は、保険特有の機能であるリスク分散とともに、所得再分配という社会保障の機能を有するのである。

(3) 社会保険料負担をめぐる行政解釈・学説と判例

一方で、行政解釈は、社会保険制度について「被保険者が同じリスクを持つことに着目して保険集団を形成し、専ら定められた給付に保険財源を使用するから、受益と負担は、閉じた世界に存する。このため、受益者である以上、何らかの負担をすることがむしろ公平の観念に合致する」という理由から、社会保険制度は、所得がなくても保険料を負担する仕組みとしている¹。学説にも、同様の解釈を示す見解が散見される。

しかし、憲法25条の生存権規定からすれば、税のみならず社会保険料においても、負担能力に応じた負担、すなわち「応能負担原則」が規範的に要請される。同時に、国民が「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」（憲法25条1項）を公権力が侵害してはならない、つまり最低生活費に食い込むような課税や保険料の賦課は行ってはならないという「最低生活費非課税（非賦課）原則」も、憲法25条から導き出される基本原則といえる²。したがって、受益者である以上は、負担能力がなくても何らかの負担をすべきとの立論は成り立たないし、憲法25条の趣旨に反する。憲法学でも、「健康で文化的な最低限度の生活」の保障は、生活を営むための最低限の生活費が国民の手元に確保されることが前提であり、その水準以下に引き下げようとする課税や保険料賦課は、生存権の自由権的側面の侵害にあたるとの学説が有力である。裁判例でも、総評サラリーマン税金訴訟の第1審判決（東京地判1980年3月26日行集31巻3号673頁）が「国家は国民自らの手による健康で文化的な最低限度の生活を維持することを阻害してはならないのであって、これを阻害する立法、処分等は憲法の右条項（25条1項）に違反し無効と言わなければならない」とし、生存権の自由権的側面を認めている。憲法25条と介護保険料負担が問題となった事案においても、大阪地裁は「保険料の徴収により、生活保護法を含む他の法制度によって具体化されている国民の健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を害することになるにもかかわらず、保険料の負担を減免するなどの措置を講じてない場合には（中略）憲法25条の趣旨に反すると評価せざるを得ない」と判示している（大阪地判2005年6月28日判例自治962号27頁）。

前述のように、社会保険は強制加入の制度であり、必要に応じて給付がなされる仕組みである。そして、強制加入を前提とする以上、憲法の規範的要請として、被保険者について負担能力がなければ保険料負担は求められない。この点が私保険と決定的に異なる社会保険の最大の特徴といえる。先の行政解釈（そして、それを肯定する学説）は、社会保険を私保険と同一視し、社会保険の本質を歪曲する解釈であり妥当でない。

また、社会保険の給付を受ける人が「受益者」とはいいがたい。病気になった人（患者）を例にとれば、患者が受ける医療保険の給付（療養の給付・保険診療）は、憲法25条1項にいう「健康で文化的な最低限度の生活」を維持するために必要な給付であり、患者がそれにより利益を得ているとはいいがたいからである（健康な生活をゼロとすれば、療養の給付によりそれが可能になったとしても、マイナスからゼロになったにすぎない！）。行政解釈に代表される「受益者負担」論ともいべき倒錯した法解釈が、患者の負担増や高額療養費の負担上限の引き上げなど、公費負担を患者負担に転嫁する法政策を正当化するために用いられてきたことは、これに同調する学説・判例とともに批判されるべきである。

1 『介護保険の実務－保険料と介護保険財政〔令和6年度版〕』（社会保険研究所、2024年）130頁。

2 北野弘／黒川功補訂『税法学原論〔第9版〕』（勁草書房、2022年）122頁参照。

(4) 社会保険の法理念

以上のことを踏まえて、いまいちど社会保険を定義し、その法理念を確認しておこう。

社会保険は「生活上のリスクを個々人が個別に自助努力によって対応するための手段ではなく、公的責任のもとに社会的問題を解決する手段として、つまり『社会的扶養』の手段として制度化³されたものであり、社会保障制度の一部として、保険的方法を用いて、保険事故に遭遇した人に対して、憲法25条1項にいう「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」を保障する仕組みである。

したがって、社会保険の法理念は、他の社会保障制度と同様(社会保障の一部であることから当然といえるが)、生存権保障にあるとあってよい。この法理念にしたがって、社会保険方式を採っている医療・介護の法政策は進められる必要がある。

5 社会保障改革による社会保険の変容—私保険化と分断の助長

(1) 「保険原理」の強調と保険主義の台頭

ところが、現在の社会保障改革では、社会保険の「負担なければ給付なし」という「保険原理」ばかりが強調され(「社会原理」が看過され)、低所得の被保険者への保険料賦課や保険料滞納者への給付制限が強化されている。さらに、介護保険料や後期高齢者医療保険料のように年金から源泉徴収される制度では、保険料負担がとくに低年金の高齢者の家計を圧迫し、貧困を助長し、「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」を侵害する生存権侵害をもたらすという事態を生じさせている。社会保険制度においてこうした「保険原理」を強調する政策規範をここでは「保険主義」と呼ぶ。

また、社会保険は、前述したような「負担なき給付を排除」する「排除原理」を内在している。たとえば、育児休業給付金は雇用保険料を原資としており、雇用保険に加入していない非正規労働者や個人事業主とされるフリーランスは給付金の対象とならない。国民健康保険料の滞納者には、窓口負担が10割になるなどの給付制限がなされ、事実上の無保険状態に追いやられている。マイナンバー制度にも、各人が納めた税と保険料の額を比較できる負担と給付の「個人会計」を構築し、税や保険料の滞納がある個人に対する給付制限を確実に行使し、社会保障費の削減を図ろうとする目的がある。

日本の保険主義は、社会保障制度改革の名目で行われている給付水準の引き下げや費用負担の引き上げによる生存権侵害という事態を追認し、正当化しているという点で批判され克服されるべきである。しかし、日本では、保険主義の呪縛は強く、生活保護や福祉の給付は、いまだに権利と意識されず、「保険料を払うことによって権利になる」との言説のもと、税方式で行われていた高齢者福祉を社会保険方式(介護保険)に転換し、保育や子育て支援についてまで「子ども・子育て支援金」が提唱される現状である。

(2) 財源調達の手段としての社会保険—「給付なき負担」の拡大

前述のように、社会保険は、強制加入の制度であり、保険料負担能力がない人も低い人も被保険者とすることから、保険料負担(拠出)をしなくても、必要に応じて給付がなされる、いわゆる「負担なき給付」の存在をその最大の特徴としている。

一方で、近年では、後期高齢者医療制度における各医療保険者からの後期高齢者支援金(より具体的には、医

3 横山壽一『社会保障の市場化、営利化』(新日本出版社、2003年)156頁。

療保険加入者の支払う特定保険料)、医療保険料に上乘せされて徴収されている介護保険の第2号被保険者の保険料や子ども・子育て支援金(以下「子育て支援金」という)のように、負担者への給付がなされず(もしくは一部しかなされず)、財政調整(財政支援)に充てられる支援金の仕組みが導入されている。たとえば、後期高齢者支援金の原資となる各医療保険加入者の特定保険料については、負担者は後期高齢者医療制度の被保険者ではなく他の医療保険の被保険者であるため、負担者への給付はなされず、その法的性質は租税に近い性質を有する負担金と理解される。

こうした後期高齢者支援金を負担している他の医療保険の被保険者や子育て支援金を拠出している医療保険の被保険者(子育て世帯を除く大半の人)のように、負担だけで給付のない、つまり「給付なき負担」が社会保険において法的に認められるかが問題となる。

後期高齢者支援金の場合、各医療保険の被保険者が支払う特定保険料については、租税としての意味しか持たず、しかも、後期高齢者支援金としての使途の面で、医療保険者・被保険者がその配分決定に参加する機会は完全に欠如しており(財政民主主義は実現できず)、憲法84条の租税法律主義の趣旨に反する。単なる財政調達的手段として社会保険制度を通じて費用負担を求めているにすぎない。このことは、子育て支援金にも該当する。

(3) 「給付なき負担」がもたらす社会連帯意識の低下

そもそも、保険加入者が負担した保険料を他の者のために流用することは、加入者の権利を損なうものであり、保険制度の規律を低下させる。ひいては、負担する加入者の不満を高め、制度への信頼を損ないかねない。

実際に、高齢化の進展とともに、年々、後期高齢者支援金の額が増大し、健康保険組合など被用者保険の財政を悪化させる大きな要因となっている。2024年度の健康保険組合の決算見込みによれば、経常支出全体に占める割合は、保険給付費が50.2%、高齢者医療への拠出金が41.7%(後期高齢者支援金24.4%、前記高齢者納付金17.3%)と、支出の半分近くが後期高齢者支援金など高齢者医療への拠出金で占められている。そのため、健康保険組合連合会(健保連)などからは、現役世代の負担(後期高齢者支援金の負担分)を軽減するために、75歳以上の高齢者の窓口負担の2割化などを求める声があがり、世代間の対立を拡大している。

こうした後期高齢者支援金のような「給付なし負担(拠出)」の存在は、社会保険における「社会連帯」の理念、後期高齢者医療制度では「国民の共同連帯」(高齢者の医療の確保に関する法律1条)と規定され、介護保険では「国民の共同連帯の精神」(介護保険法1条)と規定されている社会保険における「社会連帯」の理念なるものを掘り崩し、世代間の連帯というより対立を助長し、制度そのものに対する不信を拡大している。

そして、現在の高齢者医療改革は、後期高齢者医療制度における高齢者と現役世代の世代間対立をあおりつつ、現役世代の負担軽減を名目に、高齢者の保険料負担・自己負担増などの給付抑制を進めている。介護保険制度改革でも、要支援者の保険給付外しなど徹底した給付抑制が進められ、要支援・要介護状態という保険事故が生じても、十分な給付がうけられず、制度に対する不信が高まっている。医療・社会保障における世代間対立は、社会連帯意識の低下を招き、社会保険制度の存立基盤を揺るがしている。

年金制度についても、すでに受給している既裁定年金が、マクロ経済スライドにより引き下げられており、同様の制度不信が拡大している。

6 医療保険制度の課題と社会保障運動の課題

(1) 保険料負担、とくに国民健康保険料負担の軽減

以上のような社会保険の変容を踏まえて、ここでは、医療保険の課題を提示する。

まず低所得者に過重な負担となっている国民健康保険料などの負担軽減が課題となる。

国民健康保険の保険料は、応能負担で計算する部分（応能割＝所得額や資産額に一定の率を乗じる部分）と応益負担で計算する部分（応益割＝1世帯当たりの定額保険料である世帯平等割と被保険者1人当たりの定額保険料である均等割）から算定して賦課するよう規定されている（国民健康保険法施行令29条の7）。このうち応益割部分については、所得の有無や多寡に関係なく定額の保険料が課せられるので、強い逆進性をもっている。近年では給付と負担の均衡という観点から応益割を拡大する傾向がみられるようになり、同時に、前述した保険料の引き上げが続き、結果として保険料負担能力を超える国民健康保険料が賦課される事例も多くなっている。

現在の国民健康保険は、加入者に高齢者や非正規労働者が多く、無職者が約45%を占めるなど、医療保険の中では、加入者の所得水準が最も低く、「所得なし」世帯も約28%にのぼる（2022年。厚生労働省調べ）。しかも、保険料の事業主負担がなく、国庫負担も削減されてきたため、医療保険の中では、保険料額が突出して高くなっている。加入者の平均所得に占める市町村国民健康保険料の負担率（10.0%）は、組合管掌健康保険加入者の負担率（5.7%）の2倍近くに及ぶ（国民健康保険中央会「国保のすがた」2023年11月）。最も平均所得が低い国民健康保険加入者が最も高い保険料を納めている状態が続いている。

国民健康保険料については、応益部分について、2割・5割・7割法定軽減があり、条例により減額賦課される（国民健康保険法81条。後期高齢者医療保険料にも同様の軽減がある）。また、「特別の理由がある者」に対しては、保険料の免除またはその徴収の猶予が可能となる規定がある（国民健康保険法77条）。しかし、この規定は、限定的に解釈され、「災害その他など突発的な事情で生活が著しく困難となった者」以外には保険料の免除は認められず（恒常的な生活困窮の場合は保険料軽減のみ）、きわめて不十分である。

法定軽減を8割・9割軽減にまで拡大していく必要がある。とくに高すぎる国民健康保険料の引き下げが急務である。国民健康保険の現在の国庫負担は保険給付費に対して定率40%とされているが、1984年までは、加入者負担を含む医療費全体に対する定率負担40%であった。地方単独の福祉医療制度を実施した場合、国の補助率が削減されるので、医療費全体に対する国庫負担は、現在では30%程度とみられ、1984年から国庫負担は額にして約1兆円が削減されたことになる。国民健康保険への国庫負担をもとの医療費40%の水準に戻せば、約1兆円の公費増となり、国民健康保険料を協会けんぽの平均保険料並みへ引き下げることが可能となる。また、国民健康保険料の応益負担部分の存在については、理論的根拠はなく、応能負担を貫徹すれば、一部の被保険者の負担が大きくなりすぎることを緩和するという便宜的な意味合いしかない。将来的には、国民健康保険料の応益割負担部分（均等割・平等割）を廃止し、所得に応じた定率負担にするなどの改革が求められる。

負担能力を超えた保険料負担により、現在、保険料の滞納世帯が2割弱にのぼる。そして、被保険者証のマイナンバーカード化にともない、保険料滞納者への給付制限が強化されている。こうした保険料滞納者への給付制限については、患者の受診を制約することから、負担能力があるにも関わらず滞納しているような場合など必要最小限の範囲にとどめられるべきである。

(2) 一部負担金の軽減、将来的な廃止

ついで、選定療養化や一部保険外療養化も含めた患者負担増を中止し、患者負担の軽減を図る必要がある。

健保法等改正案では、後期高齢者医療において、上場株式の配当等の金融所得を保険料の算定や窓口負担割合等の判定に公平に反映するため、金融所得の支払にかかる報告書等(法定調書)を金融機関等がオンラインにより後期高齢者医療広域連合へ提出する義務等が設けられた。これにより金融資産の多い高齢者の窓口負担が増やされるおそれがある。

しかし、窓口負担については、軽減し、将来的には廃止することが必要である。当面は、70歳以上の高齢者と18歳までの子どもの医療費の無料化を国レベルで実現すべきである。子どもの医療費助成はすべての自治体で行われているが、自治体間の格差が大きい。どこに生まれても、どこに住んでいても、医療が等しく受けられる制度とするため、国レベルでの制度の創設が必要である。

医療保険の制度設計については、現在の国民健康保険、被用者保険の並列状態を維持しつつも、高齢者医療については、現在の後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の高齢者も国民健康保険・被用者保険に引き続き加入したまま、現在の前期高齢者の財政調整制度を適用すべきと考える。そして、将来的には、国民健康保険と被用者保険の各制度を一本化し、政府が保険者となり、すべての国民を対象とする医療保険制度を構築すべきである。収入のない人や住民税非課税の低所得者については保険料を免除し、10割給付の医療保障(原則自己負担なし)を実現すべきである。そもそも、医療保険の給付は、療養の給付(現物給付)を基本としていることから、療養の際に自己負担(一部負担金)を課す必然性はなく、自己負担は医療費抑制のため政策的に導入されたものなのである。

諸外国をみても、税方式のイギリスでは、一部負担が発生する処方箋薬や歯科サービスの支給等(それらの一部負担も一定の年齢条件に合致する者や所得保障制度の適用者は免除される)を除き、原則自己負担はない。社会保険方式のドイツでも、外来の自己負担はなく、入院については1日につき10ユーロ(日本円で1600円程度。月28日まで)、薬剤・包帯類・補装具については10%(ただし10ユーロまで)となっている。フランスでは、外来は30%、入院は20%の自己負担が設定されているが、大半の国民が補足的医療保険に加入し、同保険で自己負担分がカバーされているため、実質的な負担はほとんどないか、かなり軽減されている。日本の3割負担は、国際的にみても高い水準の自己負担といえる。少なくとも、ドイツ並みの自己負担の水準(外来自己負担なし。入院定額負担)とすることが求められる。これにより、現在の高額療養費の仕組みも不要となる。同時に、生活保護の給付費のおよそ半分を占める医療扶助費や各種の公費負担医療も不要となり、それらに振り向けている公費を医療費像の部分に投入することができる。

医療費抑制政策を転換し、公費の投入による社会保険料の引き下げと医療費の増大に舵を切るべきである。そして、公費増に必要な財源は、逆進性の強い消費税ではなく、所得税や法人税の累進性を強化して確保すべきと考える。

(3) 今後の課題

現在の世代間対立をあおる言説を克服し、医療を含む社会保障の危機打開、立て直しのため国レベルでの政策転換には時間がかかる。その財源確保のため、肥大化した防衛費を削減し、不公平税制を是正する税制改革には、

政権交代が必要だろう。

当面は、自治体での取り組みが重要となる。公費投入による国民健康保険料・介護保険料の引き下げ、条例減免の活用による軽減範囲の拡大、独自財源による医療従事者・介護職の待遇改善などさまざまな取り組みを進めながら、国に政策転換を迫っていく地域での運動が求められる。

社会保障の充実は、将来不安を払拭し個人消費を活性化する。医療・福祉分野の雇用創出効果は、公共事業の数倍といわれ、待遇改善を図れば、若者が介護職として戻ってきて地域創生に大きく寄与するはずだ。経済的側面からみても、年金給付は、高齢化が進む地方では経済において大きなウエイトを占めており、地域経済を支える役割がある。厚生労働省の試算では、島根県（高齢化率33.6%）の県民所得に公的年金給付が占める割合は18.2%にも及ぶ。年金の減額は、消費の低迷を招き、地方経済を衰退させる。地方経済を支えるためにも、物価上昇の中でも、年金・手当の実質的価値を減らし続けているマクロ経済スライドは早急に廃止し、「減らない年金」の仕組みを確立し、先の積立金を活用し、年金給付を増やしていくべきである。安心できる年金制度の確立は、高齢者のみならず現役世代の安心をももたらし、消費拡大と地方を含めた経済全体の活性化という好循環を生み出すはずだ。

社会保障



- ・「自然増」を1500億円圧縮
- ・高額療養費の負担増「復活」、OTC類似薬の追加負担導入
- ・臨時改定で介護報酬を2.03%、障害福祉サービス等報酬を1.84%引き上げ
- ・「子育て支援」と称する医療保険料への上乗せ負担の開始（初年度0.6兆円）

軍事費



- ・9兆353億円で過去最大
- ・長射程ミサイルの整備に9733億円を盛り込む。射程を約1000^{キロ}に延ばす12式地对艦誘導弾の「能力向上型」の地上発射型の取得に1770億円
- ・全国で新設を進める弾薬庫の整備に672億円、弾薬の確保に9075億円
- ・攻撃型無人機（ドローン）など無人兵器を大量導入

税制



- ・所得の課税最低限について、現行の160万円から178万円へ引き上げ
- ・軍拡財源確保のため、27年1月から防衛特別所得税を創設

大企業支援



- ・人工知能（AI）や半導体分野への支援に1兆2390億円
- ・5500億ドルの対米投融資に向け、日本貿易保険に1兆7800億円の交付国債

教育



- ・公立小学校の給食費無償化に1649億円
- ・小中学校の教職員定数2548人減

原発



- ・「原発回帰」路線のエネルギー対策特別会計に2兆5333億円を計上
- ・次世代革新炉開発に25年度比331億円増の1220億円

こども未来戦略「加速化プラン」

ポイント

- 少子化は、我が国が直面する、最大の危機であり、若年人口が急激に減少する2030年代に入るまでが、こうした状況を反転させることができるかどうかの重要な分岐点となっています。
- このため政府は、2023年12月にこども未来戦略「加速化プラン」を策定し、総額3.6兆円のこども・子育て支援の拡充を実施することを決めました。
- この財源については、若者などの所得を減らすことがないよう、既存の予算を精査し、使い残し等の最大限の活用等を行うほか、医療・介護制度の改革等による国や地方自治体の費用負担の節約や子ども・子育て支援金制度により確保することとしています。
- 「加速化プラン」による取組を通じて、若い世代が希望どおり結婚し、希望する誰もがこどもを持ち、安心して子育てできる社会、こどもたちが笑顔で暮らせる社会の実現を目指しています。
- このように、子ども・子育て支援金は加速化プランを推進するための取組のひとつです。

「加速化プラン」による3.6兆円のこども・子育て支援拡充

若い世代の所得向上 に向けた取組

- ・ 児童手当の抜本的拡充
- ・ 妊娠・出産時からの支援強化
- ・ 大学等の高等教育費の負担軽減拡充
- ・ 子育て世帯への住宅支援 等

全てのこども・子育て世帯 を対象とする支援の拡充

- ・ 「こども誰でも通園制度」の創設
- ・ 保育所：量の拡大から質の向上
- ・ 多様な支援ニーズへの対応

共働き・共育での推進

- ・ 育児休業取得率の開示制度の拡充
- ・ 育児給付の取り扱い10割相当への拡充
- ・ 時短勤務時の新たな給付の創設
- ・ 国民年金第1号被保険者の育児中保険料免除

※ に子ども・子育て支援金を充当

【加速化プランの財源】

既定予算の最大限の活用等(4.5兆円)、歳入改革等による公費負担の節約効果(1.1兆円)、子ども・子育て支援金制度(1.0兆円)

子ども・子育て支援金に関する試算（医療保険加入者一人当たり平均月額）

（月額、支援金額は50円丸め、保険料額は100円丸め）

	加入者一人当たり支援金額			（参考）加入者一人当たり 医療保険料額 （令和3年度実績） （2）	（参考） ①/②
	令和8年度見込み額	令和9年度見込み額	令和10年度見込み額（1）		
全制度平均	250円	350円	450円	9,500円	4.7%
被用者保険	300円 〔（参考）被保険者一人当たり 450円〕	400円 〔（参考）被保険者一人当たり 600円〕	500円 〔（参考）被保険者一人当たり 800円〕	10,800円 〔（参考）被保険者一人当たり 17,900円〕	4.5%
協会けんぽ	250円 〔（参考）被保険者一人当たり 400円〕	350円 〔（参考）被保険者一人当たり 550円〕	450円 〔（参考）被保険者一人当たり 700円〕	10,200円 〔（参考）被保険者一人当たり 16,300円〕	4.3%
健保組合	300円 〔（参考）被保険者一人当たり 500円〕	400円 〔（参考）被保険者一人当たり 700円〕	500円 〔（参考）被保険者一人当たり 850円〕	11,300円 〔（参考）被保険者一人当たり 19,300円〕	4.6%
共済組合	350円 〔（参考）被保険者一人当たり 550円〕	450円 〔（参考）被保険者一人当たり 750円〕	600円 〔（参考）被保険者一人当たり 950円〕	11,800円 〔（参考）被保険者一人当たり 21,600円〕	4.9%
国民健康保険 （市町村国保）	250円 〔（参考）一世帯当たり 350円〕	300円 〔（参考）一世帯当たり 450円〕	400円 〔（参考）一世帯当たり 600円〕	7,400円 〔（参考）一世帯当たり 11,300円〕	5.3%
後期高齢者 医療制度	200円	250円	350円	6,300円	5.3%

「三大改悪」メニューの審議再開(2025年～)

■ 介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」(2022年12月)より

利用料2割負担の対象者の拡大

…「一定以上所得」(2割負担)の判断基準について、後期高齢者医療制度との関係、介護サービスは長期間利用されること等を踏まえつつ、高齢者の方々が必要なサービスを受けられるよう、高齢者の生活実態や生活への影響等も把握しながら検討を行い、次期計画に向けて結論を得ることが適当。

ケアマネジメント(ケアプラン)の有料化

…ケアマネジメントに関する給付の在り方については、利用者やケアマネジメントに与える影響、他のサービスとの均衡等も踏まえながら、包括的に検討を行い、第10期計画期間の開始までの間に結論を出すことが適当。

要介護1、2の生活援助サービス等を地域支援事業に移行

…軽度者(要介護1・2の者)への生活援助サービス等に関する給付の在り方については、介護サービスの需要が増加する一方、介護人材の不足が見込まれる中で、現行の総合事業に関する評価・分析等を行いつつ、第10期計画期間の開始までの間に、介護保険の運営主体である市町村の意向や利用者への影響等も踏まえながら、包括的に検討を行い、結論を出すことが適当。



★「第10期計画期間の開始(2027年4月)までの間に結論を出す」

⇒ 2025年審議スタート…12月までに介護保険部会のとりまとめ

⇒ 2026年度通常国会に「改正」法案提出 ※ 利用料引き上げは法「改正」は不要

利用料2割負担の対象拡大」案＝即刻撤回を！ 2025・12・5 全日本民医連発言資料



■ 現在
= 年金収入等280万円以上(単身世帯) / 上位20%

↓↓

■ 見直し案(4つの所得基準案)

260万円(夫婦326万円)	上位約25%
250万円(夫婦316万円)	上位25%と上位30%の間
240万円(夫婦306万円)	
230万円(夫婦296万円)	上位約30%

「配慮」措置①②

①「当分の間」、負担増加上限(7000円)を設定

	財政影響			影響者数
	給付費	保険料	国費	
260万円 (夫婦326万円)	約▲80億	約▲40億	約▲20億	約13万人
250万円 (夫婦316万円)	約▲120億	約▲60億	約▲30億	約21万人
240万円 (夫婦306万円)	約▲170億	約▲80億	約▲40億	約28万人
230万円 (夫婦296万円)	約▲210億	約▲100億	約▲50億	約35万人

②「当分の間」、預貯金が一定額の場合は、「申請」により1割負担に戻す
(単身で「700万円」「500万円」「300万円」の3案)

【単身：300万円、夫婦1,300万円の場合】

金融所得の勘案

	財政影響			影響者数	申請により1割に戻る人数
	給付費	保険料	国費		
260万円	約▲90億	約▲50億	約▲20億	約9万人	約4万人
250万円	約▲140億	約▲70億	約▲40億	約14万人	約7万人
240万円	約▲190億	約▲90億	約▲50億	約18万人	約10万人
230万円	約▲220億	約▲110億	約▲60億	約22万人	約14万人

★ 申請(自己申告)の際、通帳のコピー等、疎明資料を提出
⇒ 社会保険に生活保護のようなミーンズテスト??

【全日本民医連調査(2022年)】 ※2025年調査結果を現在集約中

- 施設入所者(514名) 「施設を退所、または退所を検討」…13.0%
- 在宅サービス利用者(1097名) 「サービスを減らす・中止する」…34.4%

・今は払えるが将来が不安
・利用料捻出のため生活費を削らざるを得ない

今回の医療保険制度改革のポイント

基本の考え方

将来にわたり我が国の医療保険制度を持続可能なものとしていくために、現役世代を中心に**保険料負担の上昇を抑制**しながら、全世代を通じて、**医療保険制度に対する信頼や納得感を維持・向上**させる観点から、給付と負担の見直しを行います。

主な改正内容

日常的な医療に用いる医薬品の保険給付の見直し

保険を使って医療用医薬品の処方を受ける場合と保険を使わずOTC医薬品で対応する場合の公平性を踏まえ、OTC医薬品でも代替可能な医薬品の保険給付の範囲を見直します。

後期高齢者医療制度における金融所得の公平な反映

後期高齢者医療制度において、上場株式の配当等の金融所得を、確定申告をするかしないかの選択にかかわらず窓口負担や保険料負担に勘案することで、**不公平を解消**します。

長期に治療が必要な方のセーフティネット機能の強化

高額療養費の月単位の自己負担は、将来にわたり制度を維持するため、**医療費の伸びや所得に応じて負担**いただきますが、医療費の自己負担に、**新たに年間上限**を設け、治療にいくらかかるかわからないという不安に対応し、**長期にわたり治療が必要な方のセーフティネットとしての機能を強化**します。



妊娠・出産に対する支援の強化

妊娠・出産にかかる費用の見える化をさらに進め、**出産の標準的な費用**（手術などが必要になった場合の追加負担や希望により選択するサービスを除く）に**自己負担がかからないようにする**など、**妊婦健診や出産の経済的負担の軽減を進め、安心して出産できる環境を整えます**。

子育て世帯の保険料負担軽減

国民健康保険において、被保険者数に応じて課される保険料（均等割保険料）を子どもについて半減する措置の対象を、**未就学児から高校生年代まで**広げます。

自由民主党、日本維新の会 政調会長間合意（令和7年12月19日 署名）（OTC類似薬部分）

2. 薬剤給付に係る見直し

(1) OTC類似薬の保険給付の見直し

OTC類似薬の保険給付の見直しの趣旨は、OTC医薬品で対応できる症状であるにも関わらず、他の被保険者の保険料にも負担をかけて**医療用医薬品の給付を受ける患者と**、現役世代を中心とした、平日の診療時間中に受診することが困難である等の理由により**OTC医薬品で対応している患者との公平性を確保する観点**や、それら**現役世代の保険料負担の軽減を図る観点**から、一定程度の見直しが必要であることによるものである。

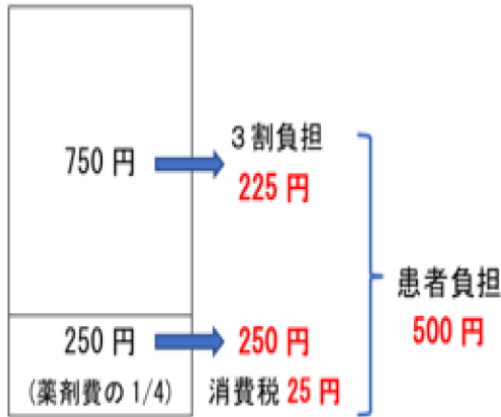
このため、OTC医薬品の対応する症状の適応がある処方箋医薬品以外の医療用医薬品のうち、他の被保険者の保険料負担により給付する必要性が低いと考えられるときには、患者の状況や負担能力に配慮しつつ、長期収載品で求めているような**別途の保険外負担（特別の料金）を求める新たな仕組みを創設し、令和8年度中に実施**する。まずは、**77成分（約1,100品目）を対象医薬品とし、薬剤費の1/4に特別の料金**を設定する。

今後、セルフメディケーションに関する国民の理解や、OTC医薬品に関する医師・薬剤師の理解を深めるための取組、医療用医薬品のスイッチOTC化に係る政府目標の達成に向けた取組などの環境整備を進めるとともに、将来、OTC医薬品の対応する症状の適応がある処方箋医薬品以外の医療用医薬品の相当部分にまで対象範囲を拡大することを目指し、上記の施行状況等について政府が把握・分析した上で与党に報告する枠組みを構築するなど、与党の関与の下、**令和9年度以降にその対象範囲を拡大**していく。あわせて、**特別の料金をいただく薬剤費の割合の引き上げについても検討**する。

なお、実施にあたっては、**子ども、がん患者や難病患者など配慮が必要な慢性疾患を抱えている方、低所得者、入院患者、医師が対象医薬品の長期使用等が医療上必要と考える方等に対する配慮**を検討する。

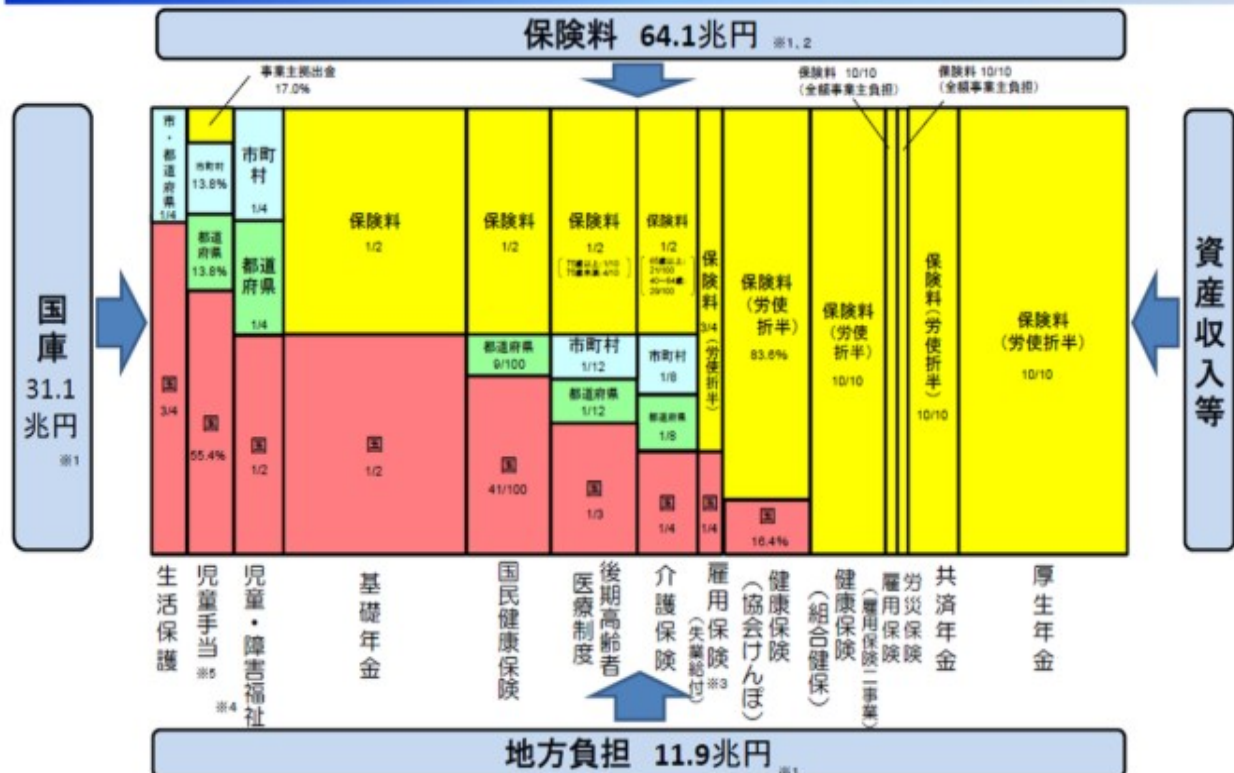
対象の薬の患者負担は実質 5 割負担※3割負担の人

一部保険外療養における患者負担
(3割負担・薬剤費 1,000 円)



社会保障財源の全体像 (イメージ)

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省



※1 保険料、国庫、地方負担の額は平成26年度当初予算ベース。※2 保険料は事業主拠出金を含む。※3 雇用保険(失業給付)については、当分の間、国庫負担額(1/4)の55%に相当する額を負担。※4 児童・障害福祉のうち、児童入所施設等の運営費の負担割合は、原則として、国1/2、都道府県・指定都市・中核市・児童福祉所設置市1/2等となっている。※5 児童手当については、平成26年度当初予算ベースの割合を示したもの。