ありがとうが、
あふれる世界を。

神奈川県社会保障推進協議会

医療保障のいまと未来を考える
～全世代型社会保障改革の動向から～

佛教大学社会福祉学部教授
長友　薫輝（ながとも　まさてる）

BUKKYO
UNIVERSITY

本日の主な内容



①医療政策の動向と検証（自公維および自維の連立合意書）

②公的医療保険による皆保険体制、医療提供体制の危機的状況

③全世代型社会保障改革による医療保障への影響

④受療権、健康権を通じて住み続けることができる地域づくり

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

長友　薫輝（ながとも　まさてる）佛教大学社会福祉学部

◯専攻は社会保障学、医療・福祉政策論、地域医療論、地域福祉論。

◯1975年宮崎県生まれ。倉敷市、大阪市にて育つ。大阪府立天王寺高校、龍谷大学大学院社会学研究科社会福祉学専攻博士後期課程単位取得。2004年から津市立三重短期大学専任講師、助教授、准教授、教授を経て、現在は佛教大学社会福祉学部教授。社会福祉士。

◯公益財団法人日本医療総合研究所副理事長、自治体問題研究所理事、総合社会福祉研究所理事、日本高齢期運動サポートセンター理事など。

◯三重県国民健康保険運営協議会副委員長、三重県障害者自立支援協議会会長、三重県障がい者差別解消支援協議会会長、三重県ひきこもり支援推進協議会会長、三重県地域福祉推進会議委員、三重県地域包括ケアシステムアドバイザー、松阪市地域包括ケア推進会議会長、亀山市地域福祉推進委員会委員長などを務めている。

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

拙著『全世代型社会保障改革とは何か』自治体研究社



憲法が描く社会保障の機能と役割

①社会保障には税とともに所得再分配という機能。現在、この所得再分配機能が低下。ジニ係数は統計開始以来、最高値。

②誰もが安心して生きられる社会をつくる。多様性の保持。

③安心してお金を使うことのできる社会をつくる。個人消費が拡大する方向の舵取り可能。

④社会保障の機能は3つある（『平成24年版厚生労働白書』）

１）生活の安定・向上機能

２）所得再分配機能

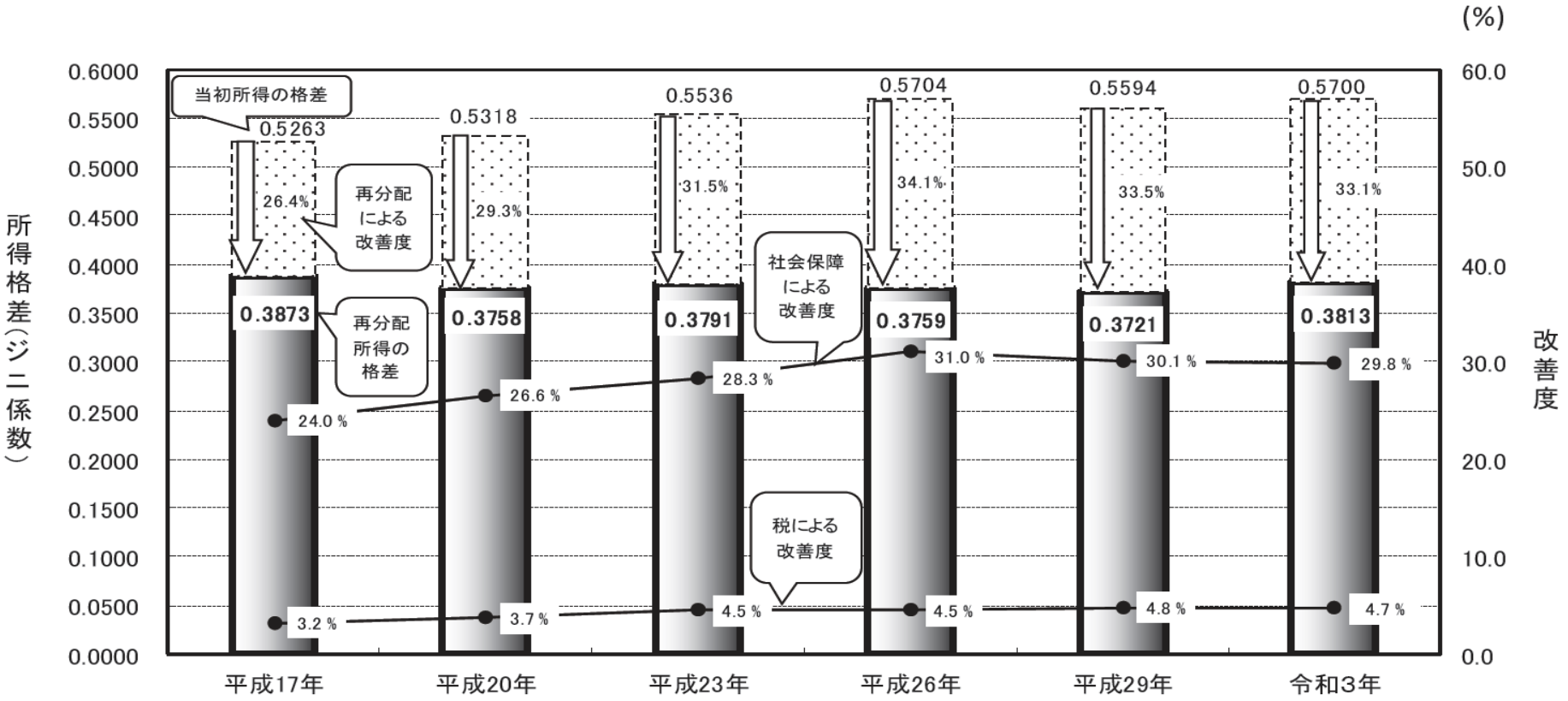
３）経済安定機能

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

憲法が描く社会保障の機能と役割

最新のジニ係数（0から1）は0.5855（令和4年）統計開始以来最高値。

図３　所得再分配によるジニ係数の変化



佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

保健・医療・介護・社会福祉は
地域経済、地域の雇用の拠点（国、自治体に必要な視点）

①地方において保健、医療・介護・社会福祉は地域経済、そして地域の雇用の拠点という視点が欠かせない。

②社会保障は地域の重要な産業の1つ。雇用面での貢献も大きい。公共事業よりも。

＊平成24年版『厚生労働白書』

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

分断・対立を煽るなど、高齢期に焦点を当てた政策展開

①高齢期の社会保障をめぐる動向（自・維の連立合意書など）

②高齢期と現役世代の分断・対立を煽る政策動向

③高齢期にある人々が主に利用する公的医療保険による皆保険体制、および医療提供体制の危機的状況

④受療権、健康権を通じて住み続けることができる地域づくり

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

全世代型社会保障改革とは？



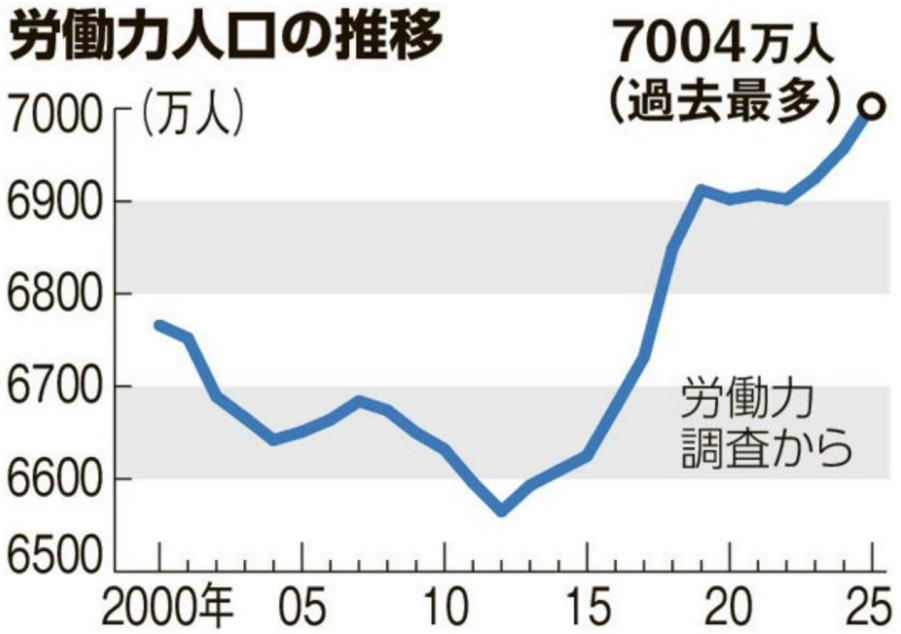
①雇用・労働をめぐる改革（労働力確保、労働力動員政策）
②社会保障費抑制・削減策
→ 主な内容はこの2点

①高齢期にある人々を労働力として動員するだけでなく・・・
②女性や非正規雇用の方々、そして障害のある人々
→ 働かざるを得ない状況を創出することを「雇用創出」とする
③社会保険料の支払いや税収の増加を見込む
→ 被用者保険の適用拡大

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

労働力人口の増大

①労働力人口は過去最多となり7,000万人を初めて超えた（2025年）。
②主に高齢期の方々と女性の労働力が増大。
③2022年4月からは老齢基礎年金の繰り下げ受給の年齢の引き上げ（75歳開始を選択できるようになった）、2026年4月からは在職老齢年金の見直し（年金支給停止基準額を65万円に引き上げ）など、働かざるを得ない環境整備が進む。



佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

全世代型社会保障改革の4か条

①お上に頼るな！

「自助・共助・公助」論、自己責任と助け合いが優先とする。

②病気になるな！

長年継続している医療費抑制策をさらに展開する。

③要介護になるな！

介護保険財政も膨らみ、介護保険を利用させない方向。

④少なくとも70歳までは働け！（もっといえば・・・）

労働力人口不足を補うため、1人が長く働くことでカバーする。

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

全世代型社会保障改革の4か条



①公助はこれまで存在しなかった、政策的につくり出した用語

②そもそも、「お上が助けてあげよう」という発想

③公助には、権利性が発生しない。人権保障、健康権保障、生存権保障

④生存権、健康権、受療権という憲法の視点で

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

自己責任や助け合いでは解決できないから社会保障がつくられた

①自己責任や相互扶助では解決できないからこそ、つくられてきたのが社会保障の制度と政策。

②社会保障を自己責任や相互扶助（自助や共助）に置き換えることは歴史的逆行。

③自己責任を強調する政策主体によって、歴史的な積み重ねが崩されていく。

④自己責任を強調するような政策主体は自らの仕事を放棄しているともいえる。

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

全世代型社会保障改革として「現役世代の社会保険料負担軽減」

①政権主体は「現役世代の社会保険料負担軽減」が必要だとする。

②そのためには国民医療費年間48兆円の約1割にあたる4兆円を削減する方針を、自・公・維の3党が合意（2025年2月）

③この方針は、自・維の連立政権合意書（2025年10月）に継承。

④医療4兆円を削減すれば、現役世代1人あたり年間6万円の社会保険料が軽減できると主張（しかし実際にはそうならないことが判明）。

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

世代間の分断・対立を煽る手法



①現役世代と高齢期世代をわける世代間対立の構造自体が虚構。

https://www.jichiken.jp/article/0448/ （自治体問題研究所HP）

拙稿「医療保障の抜本的な縮減と皆保険の空洞化」

②政府等は「現役世代の社会保険料が高くなっているのか」という理由については触れない。

③公的医療費抑制策によって、医療に対する国庫負担を長年にわたって削減し続け、一方で保険料や自己負担分を増加させてきた経緯には触れない。

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

大義名分のために、医療保障が縮小していく

①「現役世代の社会保険料負担軽減」を大義名分にした、公的な医療保障を縮小する内容となっていることがわかる。

②医療費を年間4兆円削減するために、医療提供体制と皆保険体制に関する制度改革が実施されている。

③医療提供体制では病床削減、病院の統廃合・再編等が進められている。

④皆保険体制では国保改革、そして「一部保険外療養」の創設で厚労大臣が定めれば、保険診療から外すことができる。

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

大義名分のために、医療保障が縮小していく

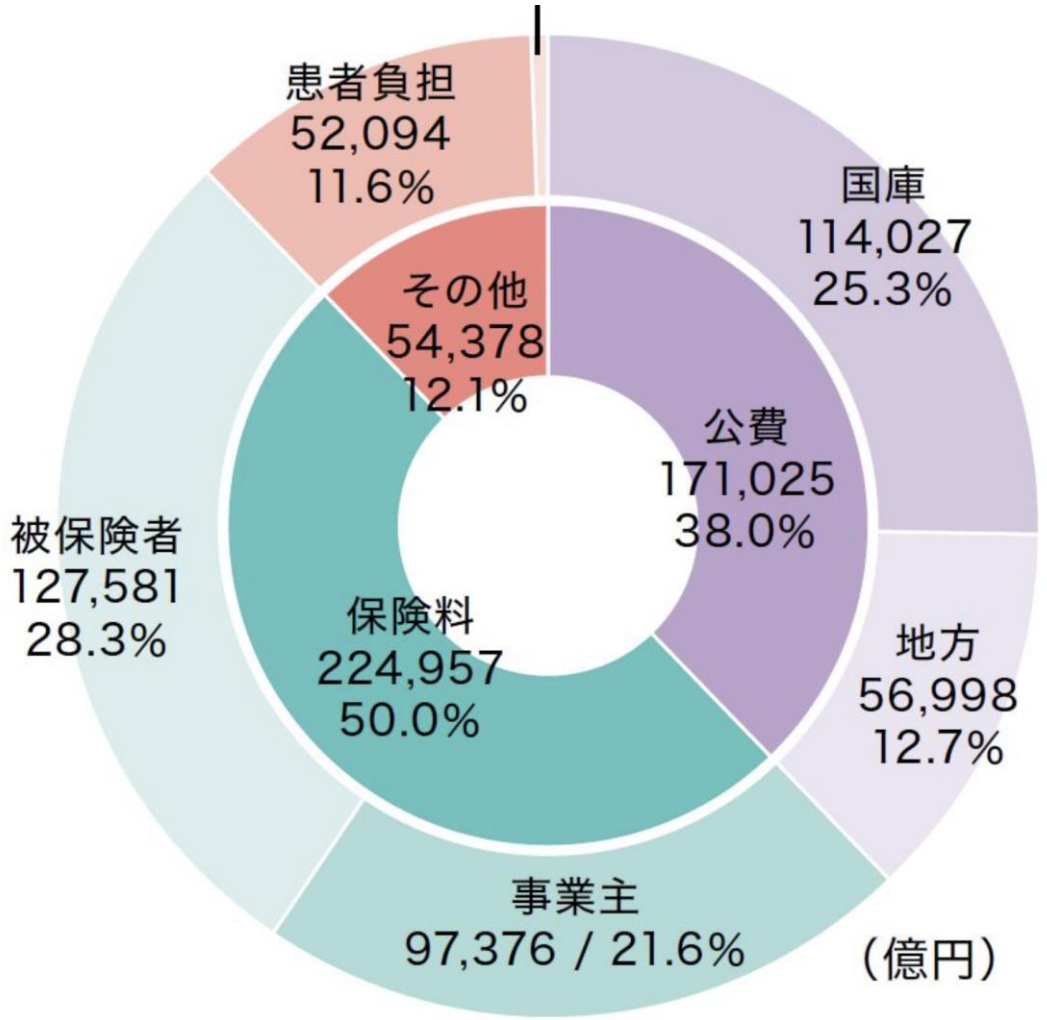
①構造的要因から目を背けさせ、「高齢者=既得権益・負担の元凶」「現役世代=被害者」という二項対立の構図をプロパガンダ的に利用することは、社会保障の理念をも解体する極めて危険なアプローチ。

②「負担を軽減します」という甘美な約束の裏側には、必ず「給付を減らす」(あるいは公的保障の範囲を狭める)」という表裏一体の冷徹な現実が隠されている。

③この政策が意味するところは、現役世代を一時的に喜ばせる一方で、その現役世代自身が近い将来高齢者になった時、あるいは予期せぬ大病を患った時に受けられるはずの公的医療保障の手厚さを、あらかじめ自ら放棄させられていることに等しい。

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

医療にお金を出しているのは誰か？（国民医療費の内訳を知る）



皆保険体制と医療提供体制の危機的な状況がある

①日本の医療保障は
「**公的医療保険による皆保険体制**」と「**医療提供体制**」で成り立つ。

②皆保険体制・医療提供体制、いずれも患者・地域住民、医療機関、自治体の要求が一致する点が多い。

③私たちがつくるという認識。主権者として地域の構想と創造を展開する。

④受療権・健康権・生存権保障を進めて、地域経済も循環する。

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

医療費・年額4兆円削減の3党合意、自民・維新の連立政権合意書

①自民・公明・維新の3党は、国民医療費を最低でも年額で4兆円削減することに合意（2025年2月25日）。

②自民・公明・維新の3党は、国民医療費を年額で4兆円削減することに合意（2025年6月11日）。

③この合意内容はその後の自民・維新の連立政権合意書にも引き継がれている（2025年10月20日）。

④現在の国民医療費は年間で約48兆円（2024年）ですから、1割に近い医療費を削減することになる。

⑤医療費4兆円削減の名目は「現役世代の社会保険料負担軽減」

4兆円削減で、1人あたり年間6万円引き下げることが可能とした。

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

自民党・日本維新の会　連立政権合意書（2025年10月20日）

二、社会保障政策

▽**「OTC類似薬」を含む薬剤自己負担の見直し**、**金融所得の反映などの応能負担の徹底**など、25年通常国会で締結したいわゆる「医療法に関する3党合意書」および「骨太方針に関する3党合意書」に記載されている**医療制度改革の具体的な制度設計**を25年度中に実現しつつ、社会保障全体の改革を推進することで、**現役世代の保険料率の上昇を止め、引き下げていく**ことを目指す。

▽社会保障関係費の急激な増加に対する危機感と、**現役世代を中心とした過度な負担上昇に対する問題意識**を共有し、この現状を打破するための抜本的な改革を目指して、25年通常国会より実施されている社会保障改革に関する合意を引き継ぎ、社会保障改革に関する両党の協議体を定期開催するものとする。

▽25年度中に、以下を含む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、26年度中に具体的な制度設計を行い、順次実行する。

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

自民党・日本維新の会　連立政権合意書（2025年10月20日）

（1）保険財政健全化策推進（**インフレ下での医療給付費の在り方**と、**現役世代の保険料負担抑制との整合性**を図るための制度的対応）

（2）医療介護分野における**保険者の権限および機能の強化並びに都道府県の役割強化**（①保険者の再編統合②医療介護保険システムの全国統合プラットフォームの構築③介護保険サービスにかかる基盤整備の責任主体を都道府県とするなど）

（3）**病院機能の強化**、**創薬機能の強化**、患者の声の反映およびデータに基づく制度設計を実現するための中央社会保険医療協議会の改革

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

自民党・日本維新の会　連立政権合意書（2025年10月20日）

（4）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

（5）**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」の定義見直し

（6）**人口減少下でも地方の医療介護サービスが持続的に提供**されるための制度設計

（7）国民皆保険制度の**中核を守るための公的保険の在り方**および民間保険の活用に関する検討

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

医療保険制度改革法案（2026年5月29日成立）



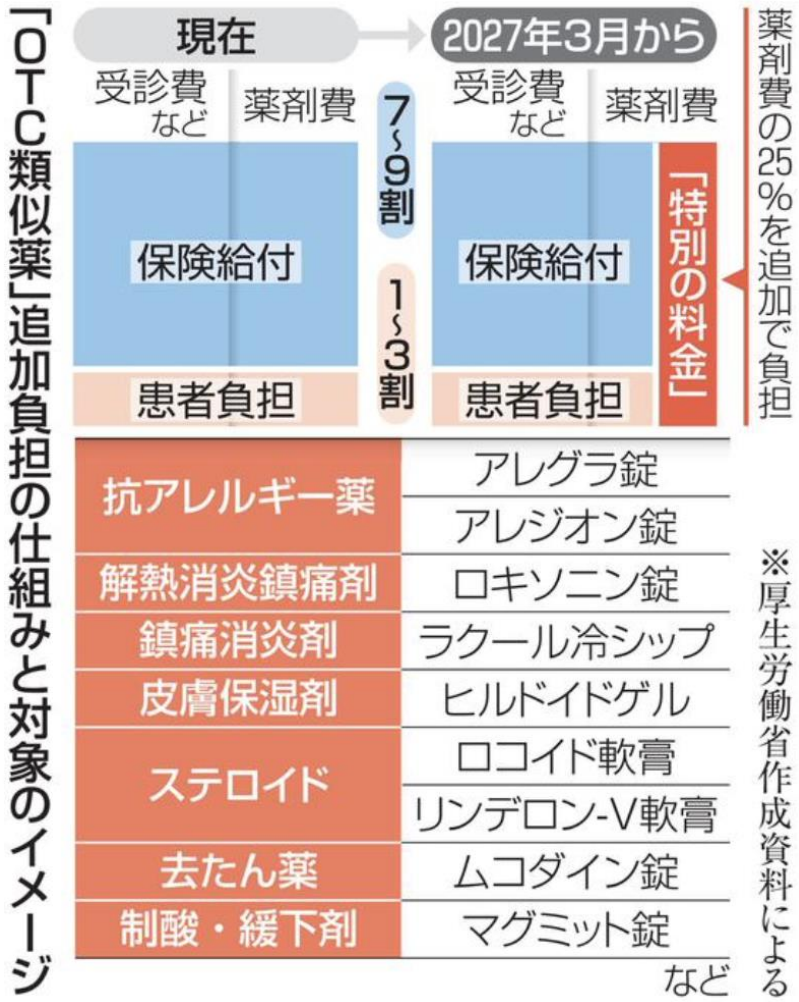
（共同通信2026年3月13日配信）

現役世代の社会保険料負担軽減を名目に・・

①市販薬と成分や効能が似た「OTC類似薬」を処方された患者に薬剤費の25%の追加負担を求める制度を新設

②OTC類似薬に追加負担を求める「**一部保険外療養**」は2027年3月開始を目指す。解熱鎮痛剤ロキソニン錠、花粉症に用いられるアレグラ錠などを含む77成分約1100品目を想定。子ども、がんや難病患者らは対象としない。

医療保険制度改革法案（2026年5月29日成立）②



（共同通信2026年3月13日配信）

①患者が病院を受診して、1000円の薬を医師に処方してもらう場合、3割負担の患者では現在の自己負担額は**300円**。

②法案では、25％の「特別料金」が発生するため、まず1000円のうち250円＋消費税25円を患者が負担し、残る750円について保険を適用し、3割負担の場合、225円が患者負担となり、275円＋225円で、**負担額は500円**になる。

医療保険制度改革法改正（2026年5月29日）の一部

療養の給付第63条
２　次に掲げる療養に係る給付は、前項の給付に含まれないものと　２　次に掲げる療養に係る給付は、前項の給付に含まれないものとする。
六 要指導医薬品（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全　（新設）性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）第四条第五項第三号に規定する要指導医薬品をいう。）又は一般用医薬品（同項第四号に規定する一般用医薬品をいう。）との代替性が特に高い薬剤を用いた療養その他の適正な医療の提供を確保しつつ、公平かつ効率的な保険給付を行う必要性に鑑みその要する費用のうち一部を**保険給付の対象としないものとする療養として厚生労働大臣が定めるもの（以下「一部保険外療養」）という。**

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

「一部保険外療養」の創設と対象

①OTC類似薬の負担増をめぐる健康保険法等の改正案は4月28日に衆院通過

②「『一部保険外療養』の対象はすべての療養の給付が対象になり得る」と、京都府保険医協会との交渉時に厚労省が認める（2026年4月8日）今後は法改正なしに薬剤に限らず、厚労大臣が定めるものとなる。

③保団連との交渉においても、薬剤だけでなく診察や処置、在宅医療なども保険給付から一部外すことが可能と厚労省が回答（2026年4月10日）　法律の規定上は薬剤のみに限定されていないことに注視。

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

「一部保険外療養」の創設と対象

①「厚労大臣の定めるところ」は政策の都合に応じて拡大する懸念

②疾病の自己責任論を基調とする考えが制度に反映する懸念

③参議院厚生労働委員会における質疑において、厚労大臣、保健局長の答弁の内容

④法案の修正はなされずに、医療保険制度改正法は成立。

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

「一部保険外療養」の創設と対象

①従来の保険外併用療養費の類型に比べ、一部保険外療養が「異質」である理由

評価療養	➡	療養の給付	＋	先進医療等
患者申出療養	➡	療養の給付	＋	未承認の薬剤や治療（患者申出前提）
選定療養	➡	療養の給付	＋	「アメニティ」（「患者サービス」）
一部保険外療養	➡	療養の給付	－	「他の被保険者の保険料により給付する必要性が低い」医療？

②療養の給付への足し算ではなく、療養の給付からの引き算である

③現に保険収載されている医療サービスを保険外にする初めての仕組みであり、制度目的自体が「保険給付範囲の縮小」にある➡史上最悪の仕組み

京都保険医協会・中村暁氏資料を転載

「一部保険外療養」の創設と対象

①「厚労大臣の定めるところ」は政策の都合に応じて拡大する懸念
　OTC類似薬などにとどまらない。なし崩し的に拡大される。

②疾病の自己責任論を基調とする考えが制度に反映している。

③支払う金銭の多寡によって受けられる医療に差が生じる
　「いのちの格差」が制度的に固定化する懸念

④「保険あって給付なし」「保険あってサービスなし」の状態
　＊医療保険制度改革関連法は2026年5月29日に可決・成立

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

医療保険制度改革と社会保険料負担軽減

高額療養費制度の見直し分で年間約1,400円（月額約117円）

OTC類似薬等の追加負担分で1人あたり年間約800円（月額約66円）

医療保険制度改革による保険料の軽減額

変更を予定する制度	1人あたりの年間軽減額
高額療養費の患者負担の上限引き上げ	1400円
OTC類似薬の患者の負担引き上げ	400円
特許切れの先発薬の患者負担引き上げなど	400円
合計	2200円

※厚生労働省の試算結果を基に作成

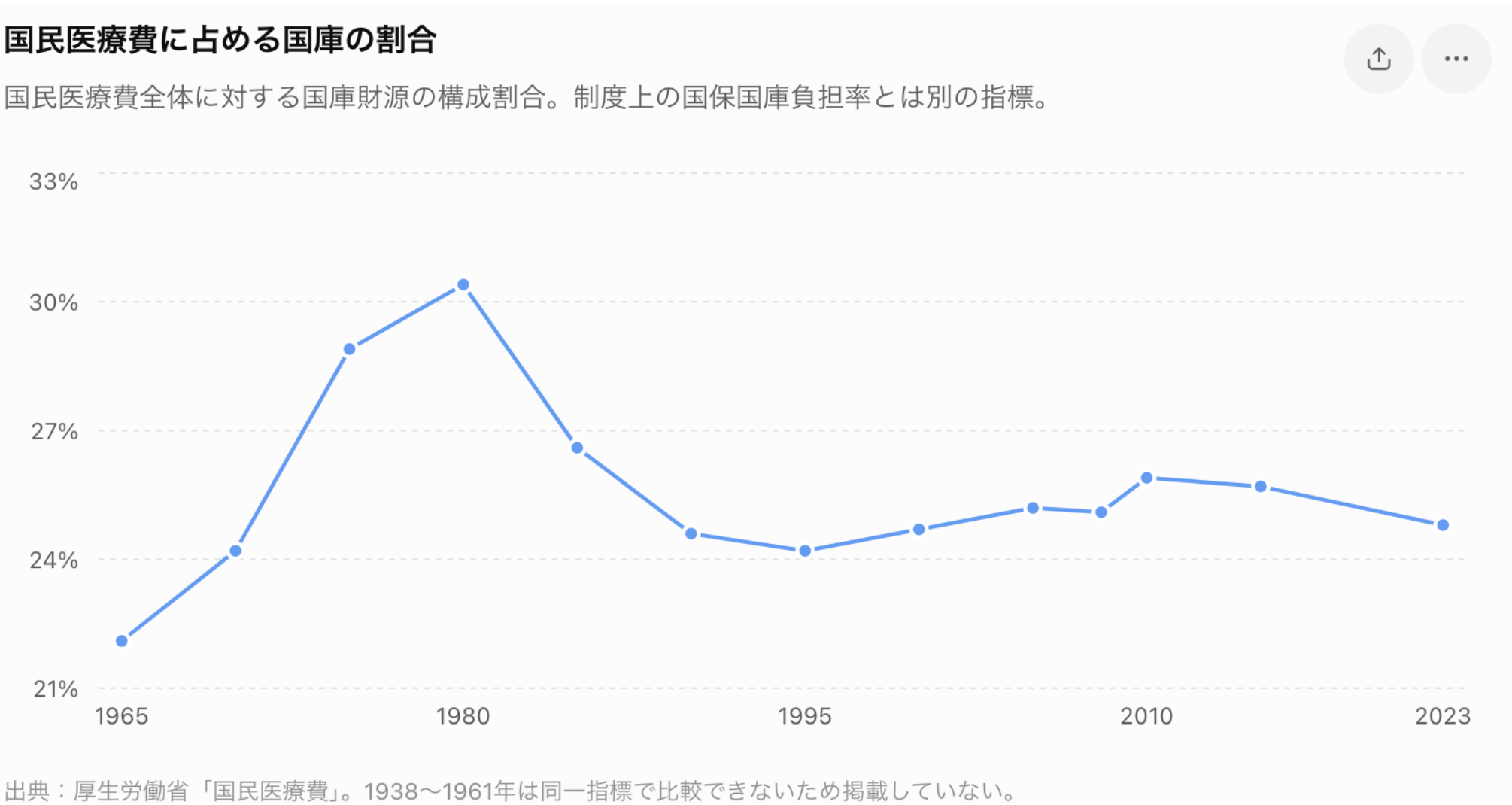
医療保険制度改革による保険料の軽減額

（読売新聞2026年3月6日配信）

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

国民医療費に占める国庫の割合





佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

公的医療費抑制策の主な手法（1980年代から継続）

①受診抑制　－　患者自己負担割合を増加（医療費抑制効果は？科学的根拠は？）
②供給抑制　－　病院・診療所の減少、病床の削減（例　療養病床）、在院日数の短縮化、医師養成数の抑制、医療計画など。医療から介護へ、入院から在宅へ
③診療報酬の操作　－　2024年度に介護報酬、障害者福祉の報酬単価の「トリプル改定」。
④他分野への移行　－　長期療養状態にあってケアが必要な人々を介護保険へ移行。後期高齢者医療制度（新たな公的医療保険）の新設。
⑤生活習慣病対策　－　特定健診、特定保健指導など
⑥医療費適正化計画の推進　－　都道府県ごとに医療費適正化レースに参加。現在第４期。
⑦国保の都道府県単位化　－　国保の運営に新たに2018年度から都道府県が加わった。
＊都道府県に医療費抑制の「管制塔」と「財政運営責任」の役割

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

公的医療保険による皆保険体制

①1961年から、日本は公的医療保険による皆保険体制

②ただし、職域などによって被用者保険と、地域保険である国民健康保険等があり、いずれかの公的医療保険に加入する仕組み。

③被用者保険や75歳以上の後期高齢者医療制度の対象とならない人は国民健康保険（市町村が運営）に加入する構造。

④2018年度から、国民健康保険の運営に都道府県が加わった。

　これを「**国保の都道府県単位化**」と呼んでいる。

⑤都道府県に対して、市町村が納付金を納める仕組み。

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

国民健康保険制度の足下の状況①

１．被保険者の状況　⇒被保険者数は大きく減少、高齢化は進行、低所得

①被保険者数

・・・**被保険者数は直近10年間で1,000万人減少**している（平成25年度:3,397万人⇒令和5年度:2,309万人）。

②年齢構成・・・**高齢化が進行**。ただし団塊世代の後期移行により、令和５年度に65～74歳割合は低下（R4:44.8%→R5:44.0%）平均年齢も令和5年度に低下（R4:54.2歳⇒R5:54.0歳）

③属性構成・・・**最大割合の無職は44.4%**、被用者は31.8%（適用拡大で被用者割合は低下見込み）。

④所得・・・平均月額所得は８.３万円（協会けんぽは15.1万円）

２．保険者の状況　⇒厳しい財政状況、小規模保険者の増加

①単年度収支（R5）・・・都道府県：▲234億円（黒字15、赤字32）
市町村：▲1,054億円（黒字560、赤字1,156）
国保組合：67億円（黒字68、赤字91）

赤字自治体は概ね減少傾向
R5決算では増加
（R4：938市町村・▲669億円）

②小規模保険者

・**小規模保険者数は増加傾向**。全保険者数の3分の1が被保険者数3千人未満。
・市町村国保の職員数はほぼ横ばいだが、専任職員は減少傾向（H26：13.6千人→R5：13.0千人）

③法定外繰入の状況（R6）・・・923億円（対平成28年度▲1,593億円）で着実に削減。

※資料：厚生労働省保険局（国民健康保険実態調査報告、国民健康保険事業年報）

国民健康保険制度の足下の状況②

3．保険料の状況　⇒保険料は増加するが水準統一により平準化、収納率は上昇し堅調

①**1人当たり保険料調定額**･･･**上昇傾向**（市町村：100,997円（R5）、国保組合：229,620円（R5））

※県内の市町村で地域差はあるが、保険料水準統一の過程で平準化される。

※都道府県間の1人当たり調定額の差は1.64倍（最大：東京都112,686円、最小：沖縄県68,767円）

②**保険料負担率**･･･市町村国保 9.5%（協会けんぽは7.2%）

③**収納率**･･･上昇傾向で推移（R5：94.20%）

4．財源　⇒保険料の割合の減少、公費・前期交付金の割合の増加

◯財源構成

・Ｒ８予算ベースでは**公費：保険料：前期交付金の割合は44%：23%：33%**。

・推移としては、平成30年度の国保改革以後はほぼ変化なし。改革以前（公費（41%）、保険料（28%)、前期（30%））と比較すると、保険料負担以外の割合が増加。

5．医療費の状況　⇒医療費総額は減少するも、1人当たり医療費は増加

①医療費総額

・**被保険者数の減少の影響により減少**（令和元年度：10.9兆円⇒令和5年度：10.5兆円）

②1人当たり医療費

・**増加**（平成30年度：35.3万円⇒令和5年度：39.9万円）

※特に市町村国保の地域差大（【最大】島根県:52.2万円【最小】茨城県:36.5万円）

※資料：厚生労働省保険局（国民健康保険実態調査報告、国民健康保険事業年報）

国保の被保険者数の減少など

①国保の被保険者のうち、被用者が占める割合が高い。特に都市部。

②無業者、高齢者の割合も依然として高いが、働いている人が多く加入。

③被用者保険への適用拡大方針により、被用者保険に移行する人が増加。

④国保の中では比較的所得が高い人々が被用者保険に移行した影響が生じている。また、「団塊の世代」が後期高齢者医療制度へ移行。

⑤その一方で適用拡大の対象とならない事業所等で働く人々は国保加入。

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

各保険者の比較（令和５年度）

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数（令和6年3月末）	1,716	1	1,380	85	47
加入者数（令和6年3月末）	2,309万人（1,590万世帯）	3,954万人（被保険者2,521万人 被扶養者1,433万人）	2,803万人（被保険者1,668万人 被扶養者1,135万人）	979万人（被保険者576万人 被扶養者402万人）	1,978万人
加入者平均年齢（令和5年度9月末）	54．0歳	38．9歳	36．1歳	35．3歳	82．7歳
65～74歳の割合（令和5年度）	43．8%	8．2%	3．6%	3．5%	1．3%（※1）
加入者一人当たり医療費（令和5年度）	41．7万円	21．0万円	19．3万円	20．0万円	96．4万円
加入者一人当たり平均所得（※2）（令和5年度）	99万円（一世帯当たり145万円）	182万円（一世帯当たり（※3）286万円）	253万円（一世帯当たり（※3）425万円）	244万円（一世帯当たり（※3）413万円）	94万円
加入者一人当たり平均保険料（令和5年度）（※4）<事業主負担込>	9．3万円（一世帯当たり13．6万円）	13．0万円 <26.0万円>（被保険者一人当たり20.5万円 <40.9万円>）	14．4万円 <31.4万円>（被保険者一人当たり24.1万円 <52.8万円>）	14．8万円 <29.5万円>（被保険者一人当たり25.0万円 <50.0万円>）	7．9万円
保険料負担率	9．3%	7．2%	5．7%	6．1%	8．4%
公費負担	給付費等の50%＋保険料軽減等	給付費等の16．4%	後期高齢者支援金等の負担が重い保険者等への補助		給付費等の約50%＋保険料軽減等
公費負担額（※5）（令和7年度予算ベース）	4兆552億円（国2兆9，190億円）	1兆1，871億円（全額国費）	1，253億円（全額国費）		9兆5，133億円（国6兆367億円）

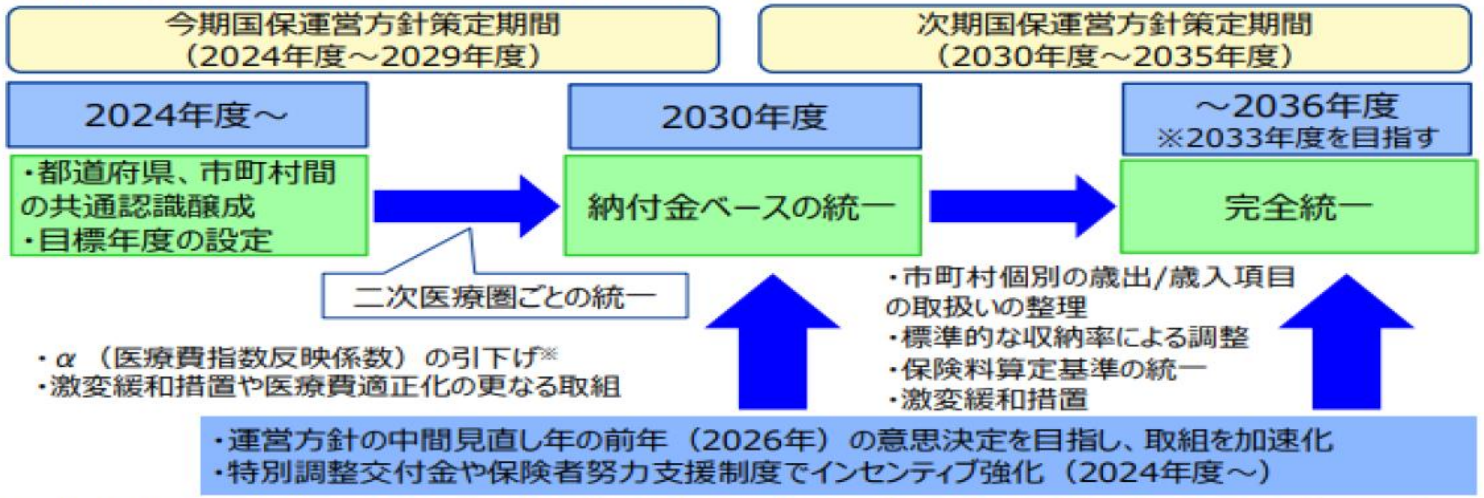
（※1） 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合。
（※2） 市町村国保及び後期高齢者医療制度については、「総所得金額（収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの）及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」を加えたものを加入者数で除したもの。（市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」のそれぞれの前年所得を使用している。）
協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である（令和4年度税制に基づき算出）。
（※3） 被保険者一人当たりの金額を指す。
（※4） 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。
（※5） 介護納付金、特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。

国民健康保険における保険料水準統一の加速化

○ 2018年度から都道府県単位化された国民健康保険制度においては、都道府県内のどの市町村に居住していても、各市町村の医療費水準（年齢調整後）にかかわらず、同じ所得水準・同じ世帯構成であれば、同じ保険料額となるよう、保険料水準の統一に向けた取組が進められており、2024年6月に策定された「保険料水準統一加速化プラン（第2版）」（厚生労働省）では、2030年度までに全ての都道府県で保険料水準（納付金ベース）の統一を目指すべきことが明記された。

○ しかし、医療費以外の要素も含めた「保険料水準の完全統一」については、達成済は２府県にとどまっており、目標年度を定める道県も17にとどまっている。

◆ **「保険料水準統一加速化プラン」**（2024年6月）



※ αは、各市町村の年齢調整後の医療費水準のばらつきをどの程度各市町村が県に支払う納付金の配分に反映させるかを調整する係数。
α＝０であれば、各市町村は、年齢調整後の医療費水準の高低に左右されず、保険料を徴収の上、納付金を支払うこととなる。

【統一の定義】

（納付金ベースの統一）
各市町村の納付金に各市町村の医療費水準を反映させない

（完全統一）
同じ所得水準、同じ世帯構成であれば同じ保険料とする

【統一の目標年度】

（納付金ベースの統一）
2030年度保険料算定までの達成を目標とする。今期国保運営方針の中間見直し年度の前年（2026年）に向けた取組の加速化を進める。

（完全統一）
次期国保運営方針期間（2030～2035年度）の中間年度（2033年度）までの移行を目指しつつ、**遅くとも2035年度（2036年度保険料算定）までの移行を目標**とする。

※ 各都道府県が目標年度の設定を更新する次のタイミングは、国保運営方針の中間年度での改定年である2027年度

◆ **各都道府県国保運営方針における取組予定**

完全統一を達成済 2府県	完全統一の目標年度を定めている　※（　）内は年度 **17道県**	納付金ベースの統一等の目標年度を定めている **18都県**（設定年度は記載省略）	納付金ベースの統一等の目標年度を定めていない **８府県**
大阪府、奈良県	(9)滋賀県、(11)福島県、大分県、(12)北海道、青森県、埼玉県、福井県、山梨県、兵庫県、和歌山県、高知県、佐賀県、熊本県、(12～17)広島県、(15)群馬県、(18)神奈川県、香川県、 ※三重県、長崎県については、納付金ベースの統一は達成済だが、完全統一の目標年度は未設定。	岩手県、宮城県、秋田県、山形県、栃木県、千葉県、東京都、新潟県、富山県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、鳥取県、山口県、徳島県、愛媛県、鹿児島県	茨城県、石川県、京都府、島根県、岡山県、福岡県、宮崎県、沖縄県

【改革の方向性】（案）

○ 国民健康保険における保険料水準については、各都道府県内での被保険者間の受益と負担の公平性を確保する観点から、一刻も早く「保険料水準の完全統一」を全国で実現するべき。具体的には、まずは「納付金ベースの統一」についての目標年度を前倒しさせつつ、先進自治体の例を横展開することにより、2030年度までの「完全統一」を実現すべき。

保険料水準の統一に向けた都道府県ごとの状況

○　令和６年度からの各都道府県の国保運営方針における、保険料水準の統一に向けた各都道府県の取組予定は下記のとおり。

- **完全統一を達成済みの都道府県　Ｒ６年度：大阪府、奈良県**
- **完全統一の目標年度を定めている都道府県**

・Ｒ９ 年度：滋賀県　　・R11年度：福島県、大分県
・R12年度：北海道、青森県、宮城県、埼玉県、福井県、山梨県、兵庫県、和歌山県、高知県、佐賀県、熊本県
・R12年度～R17年度：岩手県、広島県　　・R15年度：群馬県　　・R18年度：神奈川県、香川県
・未設定(納付金ベースは達成)：三重県、長崎県

※完全統一：当該都道府県内のどこに住んでいても、同じ所得水準、世帯構成であれば同じ保険料であること

- **納付金ベースの統一等の目標年度を定めている都道府県**

都道府県	運営方針への記載状況等
秋田県	・納付金ベースの統一：Ｒ15年度　・完全統一：将来的に目指す
山形県	・納付金ベースの統一：Ｒ11年度　・完全統一：将来的な課題
栃木県	・納付金ベースの統一：Ｒ10年度 ・完全統一：収納率較差が一定程度まで縮小された段階から実現
千葉県	・納付金ベースの統一：R11年度　・完全統一：段階的に進める
東京都	・納付金ベースの統一：R12年度　・完全統一：段階的に進める
新潟県	・納付金ベースの統一：R12年度　・完全統一：今後協議
富山県	・納付金ベースの統一：R12年度　・完全統一：今後協議
長野県	・納付金ベースの統一：R12年度　・完全統一：今後協議

都道府県	運営方針への記載状況等
岐阜県	・納付金ベースの統一：R11年度　・完全統一：将来的に目指す
静岡県	・納付金ベースの統一：R12年度　・完全統一：今後協議
愛知県	・納付金ベースの統一：R11年度　・完全統一：今後協議
鳥取県	・納付金ベースの統一：Ｒ11年度　・完全統一：今後協議
山口県	・納付金ベースの統一：R12年度　・完全統一：今後協議
徳島県	・納付金ベースの統一：R11年度　・完全統一：将来的に目指す
愛媛県	・納付金ベースの統一：R11年度　・完全統一：今後協議 ・統一保険料をベースに収納率格差を反映する準統一：R15年度
鹿児島県	・納付金ベースの統一：R15年度　・完全統一：今後協議

※　納付金ベースの統一：納付金算定に当たって、α＝０（年齢調整後の医療費水準を反映させない）とすること

- **納付金ベースの統一等の目標年度を定めていない都道府県**

・茨城県、石川県、京都府、島根県、岡山県、福岡県、宮崎県、沖縄県

各地で納付金の増加傾向（愛知県）

１人当たり国保納付金の推移　（愛知県平均）

年　度	１人当たり納付金	対前年度増減額	対前年度伸び率
２０１８年度	１３１,５５１円	－	－
２０１９年度	１３７,９７８円	＋６,４２７円	＋４.９％
２０２０年度	１３７,３１３円	△６６５円	△０.５％
２０２１年度	１３６,２０６円	△１,１０７円	△０.８％
２０２２年度	１４４,８１６円	＋８,６１０円	＋６.３％
２０２３年度	１５８,００２円	＋１３,１８６円	＋９.１％
２０２４年度	１６６,９３０円	＋８,９２８円	＋５.７％
２０２５年度	１６９,０９０円	＋２,１６０円	＋１.３％
２０２６年度	１７７,５０２円	＋８,４１２円	＋５.０％
５年間合計（２０２１年比）	－	＋４１,２９６円	＋３０.３％

澤田和男氏（愛知県国保運営協議会委員)作成資料

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

後期高齢者医療制度も負担増（大阪府）

医療分

　第10期（令和8年度、9年度）において、第9期から約1万2,500円増（年額1人当たり平均保険料）の都道府県も。

子ども・子育て納付金分

　約2,300円増（年額1人当たり平均保険料）となる。

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

子ども・子育て支援金の徴収

①国保の改善に向けて社会保険に対する理解を高めていくことが大事

②社会保険は「第2の税」。皆保険・皆年金体制は搾取・収奪の仕組みでもある。「増税と言えば選挙に負ける」と与党が判断すると・・・

③子ども・子育て支援金の徴収（2026年度から医療保険料に上乗せ）

＊合理的理由がない徴収であり搾取である

＊国庫負担を私たちの負担に置き換える

④国保をはじめ皆保険体制の充実を図る、国庫負担の増額に向けて

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

子ども・子育て支援金から他分野への拡大懸念

①子ども・子育て支援に係る国庫負担を支援金に置き換えるもので、
　充実を図ることにはつながらない。

②新たな搾取であり、むしろ他分野への拡大が懸念される。
　＊反発しづらい、子ども・子育て支援分野から開始では？

③自治体にとっては新たな費用と業務が発生する。
　＊全国知事会は「国の責任で財源確保を」

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

出産育児一時金の法定繰入の廃止（保険料への転嫁）

①国民健康保険制度に対する地方財政措置のうち、50万円の出産育児一時金に対する財政措置（一般会計からの法定繰入。費用の3分の２負担）が、2025年12月26日の閣議決定を受けた厚労省通知で「後期高齢者医療制度での負担」を理由に廃止された。

②しかし、実際は、後期高齢者支援金の減額措置（出産育児一時金相殺分）による補填は一部にとどまっており、多くは保険料負担に転嫁される可能性がある。

③突然の廃止通告で、都道府県の対応が問われた。

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

厚労省の計算ミスによる国保事業の不足金の発生等

①厚労省は2026年4月10日、国保の納付金算定システムで、前期高齢者交付金について、過去3ヵ年平均ではなく、直近1年の給付実績で算定する誤りがあったと発表。

②これによって、国からの交付金が過大に算定された都道府県に対して、厚労省は「不足分は保険料などで賄うべき」とした。
都道府県は基金の取り崩しなどの対応。

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

外国人被保険者への対応

①外国人による国保料未納
②前納制度を2026年4月から導入
③外国人の国保問題を手段に、搾取・収奪を強化する方針

経済財政運営と改革の基本方針2025（令和７年６月13日閣議決定）

第２章　賃上げを起点とした成長型経済の実現

４．国民の安心・安全の確保
（５）外国人との秩序ある共生社会の実現

（外免切替手続・社会保障制度等の適正化）

外国の運転免許の日本の運転免許への切替手続（外免切替手続）について、運転免許の住所確認の厳格化や知識確認・技能確認の審査内容の厳格化を進める。**外国人の税・社会保険料の未納付防止や社会保険制度の適正な利用に向けて、未納付情報や医療費不払情報の連携による在留審査への有効活用、外国人の保険適用の在り方等の検討を行う。**児童手当・就学援助の実態に即した適正利用を図る。



朝日新聞　２０２５年１２月４日　朝刊　３ページ　東京本社

外国人制度 急ぐ「適正化」

政府が、外国人をめぐる制度の「適正化」を進めている。何をやろうとしているのか。狙いはどこにあるのか。（二階堂友紀）

国保料未納情報 入管も

政府はまず、社会保険料と税の未納や、医療費の不払いが起きない仕組みづくりをめざす。

社会保険料の未納が起きやすいのは、自営業やパート、無職の人が自治体に自ら納める国民健康保険（国保）だ。3カ月を超えて中長期に在留する場合、加入義務が生じる。全国的な統計はないが、厚生労働省が約150自治体を調べたところ、外国人の収納率は63%で、日本人を含む全体の93%より低かった。外国人が多い自治体は、未納の解消に頭を悩ませている。自治体の国保と職場の被用者保険に分かれている制度は珍しいといい、出入国在留管理庁幹部は「周知に努めているが、自国にはない制度を理解してもらうのは難しい」と話す。

政府は、外国人が国保に加入する際、保険料を前納してもらう仕組みを広げたい考えだ。厚労省が10月、必要な条例の改正例を通知。2026年4月から一部の自治体で導入される見通しだ。

27年6月からはマイナンバーを使い、一定の国保料未納がある場合、在留資格の更新や変更を認めない厳格審査も始める。行政機関の情報をつなぐデジタル庁のシステムで、自治体の持つ未納情報を入管庁が参照できるようにする。現在システムの改修を進めている。

■外国人をめぐる主な制度の「適正化」

【厚生労働省と出入国在留管理庁など】
- 税と社会保険料の一定の未納、1万円以上の医療費の不払いがあった場合、在留資格の更新や入国を不可に

【こども家庭庁】
- 児童手当の支給にあたり、国内の居住実態や子の監護実態などの確認を徹底

【文部科学省など】
- 高校授業料無償化の対象から外国人学校の生徒や留学生を除き、別の制度で支援
- 博士課程の大学院生を支援する制度で、留学生への生活費援助を停止
- 外国人学校への補助金について、適正な執行を確保するため必要な方策を検討

【警察庁】
- 海外の運転免許証を日本の免許証に切り替える「外免切り替え」の厳格化

医療費不払い 厳格基準

政府が社会保険料と税に加えて重視するのが、医療費だ。現在は20万円以上の不払い情報を登録し、訪日客の入国審査に使っている。26年度から、この対象を1万円以上に広げる。不払いのままだと入国できないが、医療機関への支払いが確認できれば入国できる。中長期の在留者は国保などに入るため、資格の更新や多額の不払いは起きにくいが、27年度からは在留する。

児童手当 居住確認

さらに児童手当について、27年3月から、確認を経て、国内に居住していない子を対象に支給しない。住民の出入国

政府が外国人をめぐる制度の「適正化」を進める背景には、「外国人が優遇されている」との不公平感が広がる現状への危機感がある。

参政党が「日本人ファースト」を掲げて躍進した今夏の参院選では、外国人政策が争点に浮上。SNSでは、「外国人の国保料未納税についても、自営業保険料と同様の仕組みを導入する。国税の未納情報については、別の方法で入管庁と情報を共有するのため、地方税でも社会する方向で検討中だ。

「外国人を優遇」広がる不公平感

対策アピールする政府

が年間4千億円」など事実ではない情報も拡散し、政府は対応に腐心してきた。

当時の福岡資麿厚労相は7月、国保料の22年度の未納額は日本人を含めた全体で1457億円だとして、SNSの情報は「（政府の認識と）異なっている」と否定した。国保に加入する外国人は23年時点で約97万人で、全体の4・%にあたる。一方で総医療費にめる割合は1・4%、高額医療の支給額に占める割合は1・2で、負担より受益が小さい。外人の加入者は20～39歳が半数以

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

医療扶助の適正化⑦（生活保護受給者の国保等の加入）

○ 生活保護受給者は、現状、国保等に加入せず、医療扶助を受けるものとされているが、国保等に加入することとすれば、都道府県のガバナンスが医療扶助に及び、頻回受診・長期入院への対応が強化され、医療扶助費の適正化につながり得る。

○ 国保等加入によって、システムや人員面で国保との連携が進めば、指導対象者抽出や専門職確保も効率的になると期待される。

（参考）全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）（2023年12月22日閣議決定）（抄）
医療費全体に関する都道府県のガバナンス強化の観点から、生活保護受給者が国民健康保険制度や後期高齢者医療制度に加入することについて、検討を深める。

生活保護受給者の各種制度への加入

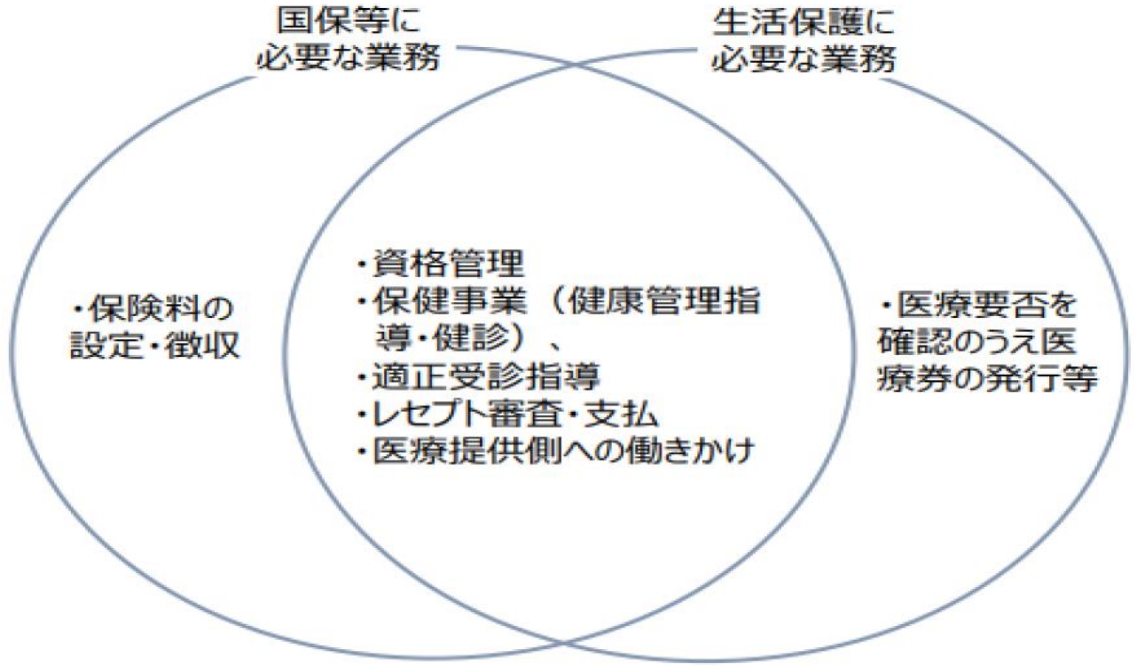
介護保険	国民年金	労働保険	被用者保険	障害福祉サービス	国保等
加入・利用が可能					国保等から脱退して医療扶助を受ける

高齢者の保険制度別医療費と医療扶助



（出所）医療保険については、「医療保険に関する基礎資料（令和４年度）」
医療扶助については、令和４年度生活保護費負担金事業費実績報告、NDBデータをもとに推計

生活保護（医療扶助）と国保等に関する自治体の業務



【改革の方向性】（案）

○ 国が引き続き応分の財政責任を果たすことを前提として、改革工程にも記載されたとおり、都道府県のガバナンス強化の観点から、生活保護受給者が国民健康保険制度や後期高齢者医療制度に加入することについて、検討を深める必要。

公的医療保険の階層化、劣等処遇の徹底

①国保（および後期高齢者医療制度）に生活保護の医療扶助の参入案
　＊「骨太の方針」には毎年記載。財務省による提案。

②一方で、被用者保険の適用拡大により国保から協会けんぽ等に移行

③結果として、以下の二層構造となる。「二極化」する。
A)被用者保険
B)国保（後期高齢者医療制度）・生活保護
④「公的医療保険の階層化」（中村暁氏）ということになる。

医療保険制度改革による公的医療費抑制策

①医療保険制度改革を進める

②公的医療保険の保険給付を削減するために・・・

１）OTC類似薬を保険適用から除外する

２）高額療養費制度を見直して自己負担増を図る

３）医療提供体制を縮小する

2028年度開始「新たな地域医療構想」策定までに病床削減を急ぎ、供給抑制を図る医療費抑制の手法

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

人口減少→医療需要減少→病院・病床縮小？

①これから人口がさらに減少すれば、医療や介護は不要になる？

②「人口減少によって、医療・介護の需要は減少する」いう発想を大前提として政策を計画し実行しようとしている。

③2040年の医療供給体制を考えれば、医療は今よりも集約・再編しておかなければならない、という。

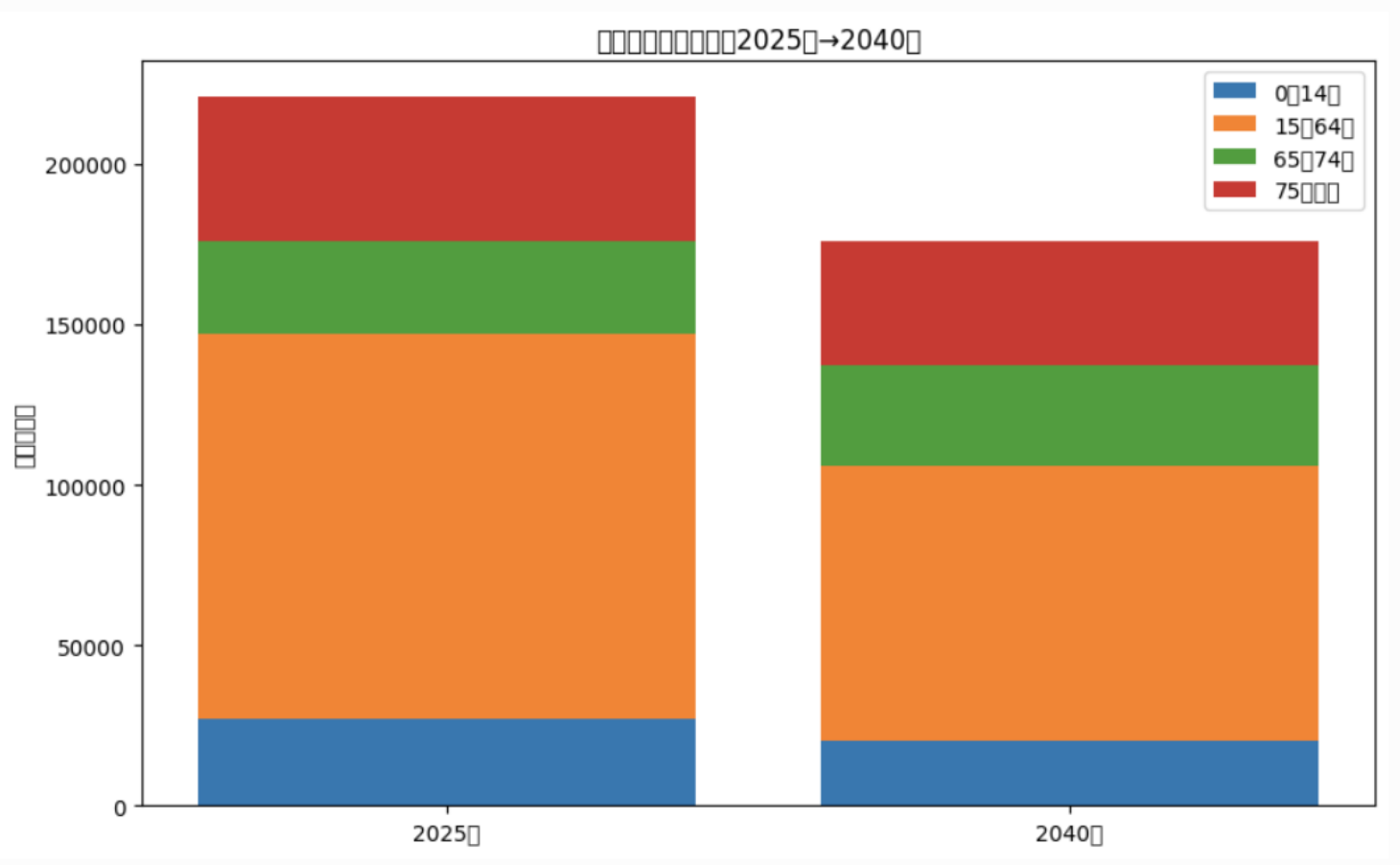
④上記の大前提は本当に合っているのだろうか？

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

人口減少→医療需要減少→病院・病床縮小？

①「0～14歳」（青）
②「15～64歳」（オレンジ）
③「65～74歳」（緑）
④「75歳以上」（赤）

人口は減少するが、
医療・介護ニーズは
減少しない。
「65歳から74歳」は
むしろ増加する。



佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

「医療は供給が需要を決定する」というのが大原則



①医療は**「供給が需要を生み出す」**分野である。

②供給を削減する政策を推進（新たな地域医療構想の策定など）

③身近に医療機関がなければ、需要は潜在化、つまり重症化する。

④**アクセスしやすいところに診療所、病院**があることが大事。

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

「保険あって給付なし」「保険あってサービスなし」

①日本の医療保障は
　「公的医療保険による皆保険体制」と**「医療提供体制」**で成り立つ。

②医療提供体制の再編によって、医療へのアクセスが困難となる住民。

③医療保険料を納めているにもかかわらず、いざという時に利用困難。

④1961年の皆保険体制前後には、各地で国保診療所等が整備された。
　日本各地の自治体の議会では「医療を利用する機会がないのに、保険料徴収とは何事」と議論され、医療機関の整備が促進。

佛教大学
ありがとうが、あふれる世界を。

本日のポイント



①社会保障において創出されるストーリーを疑う。
　私たちのいのちが軽視される実態。
　＊世代間分断や対立、社会保険料の軽減、耳障りのよい言葉・・・

②国保をはじめとする皆保険体制、医療提供体制をめぐる動向の把握

③医療費抑制策の転換こそ必要。

④受療権・健康権・生存権を保障することで地域経済も循環する。

佛教大学

ありがとうが、あふれる世界を。