

参議院常任委員会調査室・特別調査室

論題	地方議会からの意見書（４） －参議院が受理した意見書の主な項目（令和６年）－
著者 / 所属	根岸 隆史・日下 祐子・太田 敬子・小山 育美・ 菊池 将伸 / 行政監視委員会調査室
雑誌名 / ISSN	立法と調査 / 0915-1338
編集・発行	参議院事務局企画調整室
通号	480 号
刊行日	2025-12-2
頁	111-122
URL	https://www.sangiin.go.jp/japanese/annai/chousa/ripou_chousa/backnumber/20251202.html

※ 本文中の意見にわたる部分は、執筆者個人の見解です。

※ 本稿を転載する場合には、事前に参議院事務局企画調整室までご連絡ください（TEL 03-3581-3111（内線 75020）／ 03-5521-7686（直通））。

地方議会からの意見書（４）

— 参議院が受理した意見書の主な項目（令和６年） —

根岸 隆史

日下 祐子

太田 敬子

小山 育美

菊池 将伸

（行政監視委員会調査室）

１．意見書の主な項目の紹介

- （１）介護報酬の改定見直し
- （２）生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）等の推進
- （３）補聴器の積極的な活用への支援等
- （４）国民健康保険における国庫負担の増額等
- （５）若者の市販薬オーバードーズ防止対策の強化

２．おわりに

１．意見書の主な項目の紹介

本稿では、前回までの「地方議会からの意見書（１）（２）（３）」¹に続き、令和６年に参議院が受理した意見書の中から、その主な項目について、関連する制度の概要や課題などを示しつつ紹介する²。

¹ 根岸隆史・加藤智子・伴野誠人・菅谷隆司・小山育美「地方議会からの意見書（１）」『立法と調査』No. 474（令7. 4. 14）、根岸隆史・伴野誠人・菅谷隆司・小山育美「地方議会からの意見書（２）」『立法と調査』No. 475（令7. 4. 25）及び根岸隆史・太田敬子・伴野誠人・伊藤綾音・菅谷隆司・小山育美「地方議会からの意見書（３）」『立法と調査』No. 476（令7. 7. 14）

² 本稿は令和７年11月13日現在の情報に基づく。なお、主な項目「（２）生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）等の推進」については、10月１日現在の情報に基づく。

（１）介護報酬の改定見直し

主要要望事項

- 令和6年度介護報酬改定における訪問介護サービスの基本報酬引下げを見直し、介護報酬を引き上げること。

介護保険制度は、介護保険法（平成9年法律第123号）に基づき、介護を社会全体で支えることを目的として平成12年に創設された。高齢化の進展等に伴い介護サービス需要は一貫して増大し³、同制度は総費用ベースで令和7年度に約14.3兆円、令和22年度には約27.6兆円になると見込まれている⁴。令和25年には65歳以上の高齢人口がピークを迎える一方で、生産年齢人口の急減が見込まれるため、政府は、介護サービスの質を高めつつ、生産性向上に向けた取組を推進するとともに、給付と負担のバランスを含めた不断の見直しを図る必要があるとしている⁵。

また、令和4年12月に公表された「全世代型社会保障構築会議報告書」では、介護人材の確保は喫緊の課題⁶とされている。介護関係職種の有効求人倍率は全職業より高い水準で推移しており⁷、5年度の介護職員数は制度創設以来初めて減少して212.6万人となった⁸。令和22年度までに約272万人の介護職員が必要であると推計されている⁹。このため、賃上げ等を通じた人材確保（図表1参照）、介護職員の処遇改善、キャリアアップ等にもつながる職場環境の改善に向けた先進的な取組の推進が必要とされている¹⁰。意見書では、人手不足に加えて、物価上昇の介護事業所経営への影響の懸念も示された¹¹。

³ 制度の持続可能性を高めるため、サービス費用の利用者負担の拡大と保険料の引上げが講じられてきた。利用者負担割合は、制度創設時に一律1割であったが、第1号被保険者（65歳以上の者）については所得に応じて1割、2割又は3割となっている（第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）については一律1割を維持）。第1号保険料（全国加重平均、月額）は、制度創設時に2,911円だったものが、令和6年度からは6,225円となっており、令和22年度には9,200円になると見込まれている。

⁴ 厚生労働省「介護保険制度の概要」（令7.7）5頁、財政制度等審議会財政制度分科会（令7.11.11）資料3 49～50頁。総費用のうち利用者負担分を除いた分が介護給付費（負担割合：公費50%、保険料50%）として介護サービスを提供した事業者を支払われる。令和7年度の総費用約14.3兆円の内訳は、公費7.1兆円、保険料6.1兆円、利用者負担1.1兆円となっている（予算ベース）。

⁵ 「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（令5.12.22閣議決定）

⁶ 介護人材の確保施策については、都道府県が主体となり、地域医療介護総合確保基金を活用して、参入促進、資質の向上、労働環境・処遇の改善等に資する事業が進められている。

⁷ 令和7年6月時点で全職業1.05倍に対し、介護関係職種は3.87倍（社会保障審議会介護給付費分科会（第247回）（令7.9.5）資料2 6頁）。中でも訪問介護員の有効求人倍率が高い（令和5年度：訪問介護員14.14倍、施設介護職3.24倍）（社会保障審議会介護給付費分科会（第242回）（令6.9.12）資料2 1頁）。

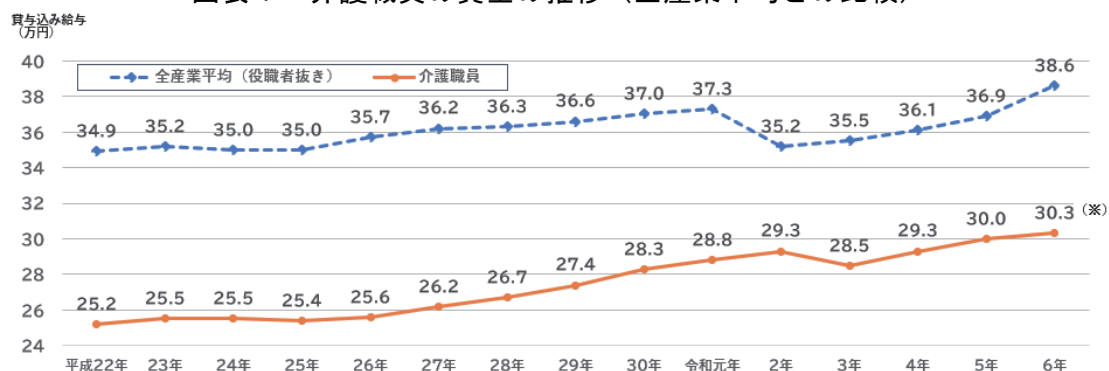
⁸ 社会保障審議会介護給付費分科会（第247回）（令7.9.5）資料2 5頁

⁹ 前掲注8 14頁

¹⁰ 社会保障審議会介護給付費分科会「令和6年度介護報酬改定に関する審議報告」（令5.12.19）12頁

¹¹ 令和6年における介護事業者の倒産（負債1,000万円以上）は、過去最多の172件（前年比40.9%増）であり、このうち訪問介護事業者は81件（同20.8%増）を占めた。訪問介護事業者の倒産は、令和7年上半期も45件（前年同期比12.5%増）となり、同期間の過去最多を3年連続で更新した（株式会社東京商工リサーチ「2024年「老人福祉・介護事業」の倒産調査」（令7.1.9）、同「2025年1－6月「訪問介護事業者」の倒産動向調査」（令7.7.7））。

図表 1 介護職員の賃金の推移（全産業平均との比較）



（資料）厚生労働省「賃金構造基本統計調査」。「給与込み給与」は、調査年の6月分として支払われた給与に調査前年の1月から12月分の給与の1/12を加えて算出した額

（※）令和6年度介護報酬改定における処遇改善加算の見直しは令6.6施行（事業所への支払いは8月以降）

（出所）社会保障審議会介護給付費分科会（第247回）（令7.9.5）資料2 30頁を基に筆者作成

令和6年度介護報酬改定¹²では、「介護現場で働く方々の処遇改善を着実に行いつつ、サービス毎の経営状況の違いも踏まえたメリハリのある対応を行う」との考え方の下、基本報酬の改定率は全体で「+1.59%」となった。収支差率が比較的良好¹³であった訪問介護サービスについては、基本報酬の引下げが行われた一方、人材確保に向けて処遇改善加算の加算率が高水準に設定された¹⁴。介護職員の処遇改善については、6年度に2.5%、7年度に2.0%のベースアップへとつながるように、既存の処遇改善加算の一本化及び加算率の引上げが盛り込まれ、8年度の対応については「処遇改善の実施状況等や財源とあわせて令和8年度予算編成過程で検討する」とこととされた¹⁵。

経済財政運営と改革の基本方針2025（令和7年6月閣議決定）では、「医療・介護・障害福祉の処遇改善について、過去の報酬改定等における取組の効果を把握・検証し、2025年末までに結論が得られるよう検討する」とされた。

¹² 介護報酬は、サービスごとの提供に係る費用、利用者の状況や介護職員の処遇改善加算等により算定される。介護報酬の基準額は、厚生労働大臣が社会保障審議会（介護給付費分科会）の意見を聴いて定め、おおむね3年ごとに改定されている。令和6年度は、診療報酬、障害福祉サービス等報酬と同時期の改定となる6年に一度のトリプル改定となり、高齢者施設等と医療機関の連携強化に関する取組や認知症対応力強化への加算の新設等が盛り込まれた。

¹³ 令和4年度決算における全サービス平均の収支差率が2.4%（前年度比0.4ポイント減）の中で、訪問介護は7.8%（同2.0ポイント増）であった（厚生労働省「令和5年度介護事業経営実態調査結果の概要」（令5.11.10））。これについては、事業所規模の大小や、同一敷地内等の訪問介護か否かで状況が異なるため、より精密な実態把握が必要との指摘がある（社会保障審議会介護給付費分科会（第231回）（令5.11.16）稲葉委員発言、同（第239回）（令6.1.22）石田委員発言等）。

¹⁴ 介護報酬は賃金の地域差を反映するために単位制が採用され、サービスごと、地域ごとに単価が設定されている。訪問介護についての今般の改定は、基本報酬について、例えば、身体介護（入浴・排せつ・食事等の介助）の「30分以上1時間未満」（1回当たり）が396単位から387単位に引き下げられた（約2%減）一方、処遇改善加算について、賃金体系等の整備、経験技能のある職員等の配置等により、14.5%から最大24.5%まで取得可能とされたほか、特定事業所加算について、中山間地域等における継続的なサービス提供等を要件とする加算が新設された。（厚生労働省「令和6年度介護報酬改定における改定事項について」164頁等）

¹⁵ 厚生労働省「令和6年度介護報酬改定の主な事項について」49頁。基本報酬の改定率「+1.59%」のうち「+0.98%」を介護職員の処遇改善分として措置（令6.6施行）する。また、賃上げ税制を活用しつつ、介護職員以外の処遇改善を実現できる水準として「+0.61%」を措置する。これを踏まえて、介護職員以外の賃上げが可能となるよう、各サービスの経営状況にも配慮しつつ「+0.61%」の改定財源について、基本報酬に配分するとされる。このほか、改定率の外枠として、処遇改善加算の一本化による賃上げ効果や、光熱水費の基準費用額の増額による介護施設の増収効果が見込まれる（「+0.45%」相当とされる）。

（２）生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）等の推進

主な要望事項

- 地方自治体等の関係者の意見を十分に反映させた上で、国民皆歯科健診実現に向けた法改正を行い、国民皆歯科健診の実施に関しては、国において十分な財政措置を講じること。
- 国民に対して歯科健診等の重要性についての啓発や定期的な歯科受診の勧奨を行うなど、歯科疾患の発症や再発、重症化予防のための総合的な取組を推進すること。

歯・口腔の健康は、国民が健康で質の高い生活を営む上で、基礎的かつ重要な役割を果たしており、我が国では、乳幼児¹⁶、小中学校及び高等学校の児童・生徒等¹⁷に対しては、母子保健法（昭和40年法律第141号）及び学校保健安全法（昭和33年法律第56号）により、それぞれ歯科健診の実施が義務付けられている。一方、成人に対しては、健康増進法（平成14年法律第103号）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）等により実施はされているが、市町村等の実施の義務付けはされていない¹⁸。また、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）により、事業者の歯科特殊健診の実施の義務付けがされているが、その対象者は有害業務¹⁹に従事する労働者に限られている。

また、令和7年6月に公表された「令和6年歯科疾患実態調査結果の概要」では、過去1年間で歯科健診（検診）²⁰を受診した者の割合が初めて全体の6割を超えた²¹が、20～64歳の各階層の受診割合は低い傾向となっている（図表2参照）。意見書では、成年期以降の歯科健診（検診）の受診率は低く、各ライフステージに応じた切れ目のない受診確保の必要性が指摘された。

国民皆歯科健診について、政府は、経済財政運営と改革の基本方針2022（令和4年6月閣議決定）において、初めて具体的な検討を行うこととし、経済財政運営と改革の基本方針2025（令和7年6月閣議決定）では、国民皆歯科健診に向けて具体的な取組を推進・強化している²²。

歯科口腔保健の推進について、政府は、平成元年以降、80歳で20本以上の歯を保つことを目標とした8020（ハチマルニイマル）運動を推進しており、歯科口腔保健の推進に関する法律（平成23年法律第95号）に基づき、24年には国や地方自治体が歯科口腔保健に関する

¹⁶ 1歳6か月児・3歳児を対象として乳幼児歯科健診が実施されており、市町村が実施義務を負う。

¹⁷ 毎学年定期に学校歯科健診が実施されており、学校が実施義務を負う。なお、児童福祉施設では、児童福祉法（昭和22年法律第164号）に基づき、学校保健安全法に準じた健診を行う。

¹⁸ 健康増進法により行われる歯周疾患検診については、歯周病の早期発見や早期診断、歯・口腔の健康の保持・増進を目的に40歳、50歳、60歳、70歳を対象に行われていたが、令和6年度から20歳、30歳が追加された。

¹⁹ 塩酸、硝酸、硫酸、亜硫酸、弗化水素、黄りんその他歯又はその支持組織に有害な物のガス、蒸気又は粉じんを発散する場所における業務とされている（労働安全衛生法施行令（昭和47年政令第318号））。

²⁰ 健診は健康づくりの観点から経時的に値を把握することが望ましい検査群のことであり、検診は疾患自体を確認するための検査群のことである（厚生科学審議会健康診査等専門委員会（第1回）（平27.11.18）資料2－1）。

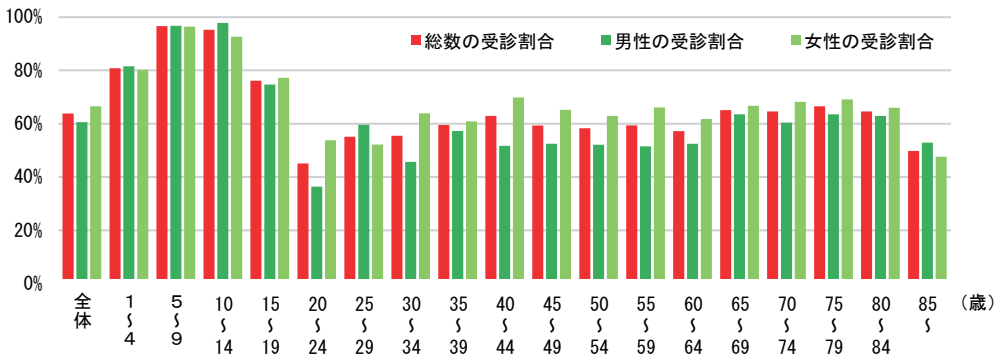
²¹ 前回の調査結果では58.0%となっていた（厚生労働省「令和4年歯科疾患実態調査結果の概要」（令5.6.29））。

²² 歯科疾患の予防等については、オーラルフレイル（嚥下んだり、飲み込んだり、話したりするための口腔機能が衰えること）対策・疾病の重症化予防につながる歯科専門職による口腔健康管理の充実等の歯科保健医療提供体制構築の推進・強化に取り組むとしている。

施策を総合的に推進するための「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」を策定した。令和5年10月に、6年度から17年度までを計画期間とする第二次の基本的事項（歯・口腔の健康づくりプラン）が策定され、前期での議論²³を踏まえ、生涯にわたる歯・口腔の健康に関する取組を達成していくとともに、歯・口腔に関する健康格差の縮小を目指し、歯科口腔保健の推進に関するロジックモデル等を参考にした効率的な歯科口腔保健の推進を図るとしている²⁴。歯科疾患の予防については、予防方法等について普及啓発を行い、歯・口腔の健康を増進する一次予防に重点を置いた対策を総合的に推進するとしている。

これらの取組に関連して令和7年度予算²⁵では、国民皆歯科健診の環境整備事業において、全世代向けモデル歯科健康診査等実施事業²⁶として4.3億円、歯周病等スクリーニングツール開発支援事業²⁷として1.2億円が計上されている。また、8020運動・口腔保健推進事業において、市町村が独自に実施する歯科健診事業を支援する歯科疾患予防等事業等として13.3億円が計上されている。政府は、厚生労働科学研究等による知見²⁸を含め、科学的根拠に基づき、生涯を通じた歯科健診の推進に向けて取り組んでいくとしている²⁹。

図表2 歯科健診（検診）を受診している者の割合（性・年齢別）



（出所）厚生労働省「令和6年歯科疾患実態調査結果の概要」を基に筆者作成

²³ 前期の基本的事項については、その終期が令和5年度であることから、4年10月に最終評価が行われ、「指標の一部が悪化している、歯や口腔の健康に関する健康格差がある、国・地方公共団体におけるPDCAサイクルの推進が不十分である」といった課題等が指摘された。

²⁴ 令和14年度までを目途とした目標値として、過去1年間の歯科検診の受診率を95%とすること、法令で定められている歯科検診を除く歯科検診を実施する市町村の割合を100%とすることなどが定められた。

²⁵ 歯科口腔保健の推進に関する法律第14条において、「国及び地方公共団体は、歯科口腔保健の推進に関する施策を実施するために必要な財政上の措置その他の措置を講ずるよう努めるものとする」とされている。

²⁶ 簡易検査ツールの活用を含めた歯科健診（検診）や医科健診と同時実施の歯科健診（検診）の導入支援等

²⁷ 成人に対して歯周疾患検診を実施している市町村は83.6%にとどまり（厚生労働省「令和5年度地域保健・健康増進事業報告の概況」（令7.3.25））、歯科健診を実施しない理由として、歯科専門職の不在や時間的負担等の課題が挙げられている。本事業は、市町村や職域等において、簡易に歯科疾患のリスク評価が可能であり、歯科医療機関への受診につなげることができる方法の研究・開発の支援を目的としている。なお、歯周疾患検診の受診率は約5.0%（推計値）にとどまっている（厚生労働省令和6年度行政歯科保健担当者研修会（令7.3.10）資料1 21頁）。

²⁸ 口腔の健康は高齢者の全身の健康、幸福感、認知機能、慢性疾患の発症・進行に多大な影響を与えることが明らかにされ、これらの知見は、健康寿命延伸に向けた口腔ケアの重要性を強調し、医科歯科連携の推進、個別化された予防戦略の策定、国民への包括的な口腔健康教育の必要性を示唆しているとされた（小坂健ほか「大規模コホートとリアルワールドデータを用いた口腔と全身疾患の関連についての研究」（令和6年度厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）（令7.7.24））。

²⁹ 第213回国会参議院厚生労働委員会会議録第8号5頁（令6.4.18）

(3) 補聴器の積極的な活用への支援等

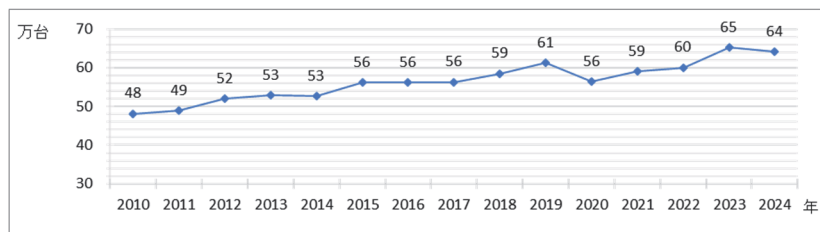
主要要望事項

- 難聴に悩む高齢者が、医師や専門家の助言の下で、自分に合った補聴器を積極的に活用できるよう、補聴器購入に対する公的助成制度を創設するなど環境を整えること。
- 耳が聞こえにくい高齢者や難聴者と円滑にコミュニケーションを取れる社会の構築を目指し、行政の公的窓口などへの、合理的配慮の一環として聴覚補助機器等の配備を推進すること。
- 地域の社会福祉協議会や福祉施設との連携の下、聴覚補助機器等を必要とする人々への情報提供の機会や場の創設等、聴覚補助機器等を普及させる社会環境を整えること。

高齢者の難聴については、単なる聴力低下にとどまらず生活や社会参加の範囲を狭め、フレイル（老化に伴い抵抗力が弱まり体力が低下した状態）や認知症等のリスクを高める要因になり得るなど、高齢期の生活に大きな影響を及ぼす³⁰とされている。加齢による聴力の低下は、40歳代から一般的に高音域において始まり、60歳代になると軽度難聴レベルとなる音域が増え、70歳以上ではほとんどの音域の聴力が軽度から中等度難聴レベルまで低下するとされている³¹が、緩やかに進行するため自分自身で気が付かないことも多く、政府は令和6年3月末作成の「難聴高齢者の早期発見・早期介入等に向けた関係者の連携に関する手引き」を地方自治体へ周知し、地方自治体による難聴高齢者の早期発見等に関する取組³²を促している。

日本国内における補聴器の出荷台数は年々増加傾向にある（図表3参照）。一方で、令和7年現在における65歳以上の人口は3,620万人であり、令和14年には3,704万人、令和25年にはピークを迎え3,953万人に達する見通しとなっている³³。

図表3 日本国内補聴器出荷台数の推移



（出所）一般社団法人日本補聴器工業会「国内の補聴器出荷台数（2024年）」を基に筆者作成

難聴を自覚している人の割合は、65～74歳で14.9%、75歳以上で34.4%であり、全年齢

³⁰ 「高齢社会対策大綱」（令6.9.13閣議決定）19～20頁

³¹ 一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会ウェブサイト<https://www.jibika.or.jp/owned/hwel/hearing_gloss/>

³² 「認知症施策推進基本計画」（令6.12.3閣議決定）では、「高齢者の介護予防や生活の質の維持、日常生活・社会生活の活発化のために重要な難聴の早期の気付きと対応の取組を促進するとともに、その効果を検証する」とされている。

³³ 総務省「人口推計（2025年（令和7年）5月確定値）」（令7.10.20）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）」（令5.8.31）4～5頁

では10%と国際的に見ても平均的³⁴であるが、日本の難聴者における補聴器の所有率は15.2%にとどまり、英国の53%やドイツの41%と比べると依然として低い水準にある³⁵。

日本で補聴器の普及が進まない第一の要因として、補聴器の使用に伴う煩わしさや、利用しても元の聞こえに戻らない³⁶といった使用感に係る不満がある。また近年、補聴器購入に際して消費者トラブルも発生しており³⁷、政府は、補聴器の安全で効果的な使用に資するため、補聴器に関する情報等についての普及啓発活動や、適切な補聴器の選定及び使用指導等を的確に行えるよう補聴器販売者の技能向上研修等を実施し³⁸、令和7年度予算では3,600万円を計上している³⁹。

第二の要因として、補聴器購入に係る経済的負担がある⁴⁰。補聴器の中心価格帯は10万～30万円程度⁴¹で、その費用は健康保険や介護保険の適用とはならないが、障害者総合支援法⁴²に基づく補装具費支給制度によって購入等に要する費用の一部⁴³が支給される。対象は、聴覚障害6級以上⁴⁴として身体障害者手帳が交付された者についてのみで、利用者負担は原則1割である。同制度の対象とならない一般的な加齢性難聴（軽度から中等度難聴者レベル）については、医師による診療や治療などのために直接必要な補聴器の購入のための費用が医療費控除の対象とされる⁴⁵。このほか、一部の地方自治体では独自の助成⁴⁶を実施しており、その有無、対象者、助成金額等は地方自治体ごとに大きく異なるため、意見書において地域間格差が指摘された⁴⁷。

また、耳が聞こえにくい高齢者や難聴者に対し、一部の地方自治体では役所の窓口には軟骨伝導イヤホン等の聴覚補助機器の設置しているほか、補聴器等で音声をよりクリアに聞き取るための携帯型磁気ループの貸出しを行っている。こうした取組は、内閣府の合理的配慮の提供⁴⁸等事例集を通じて情報提供もなされている。

³⁴ 一般社団法人日本補聴器工業会「JapanTrak2022調査報告」15頁、101頁

³⁵ 前掲注34 16頁、102頁

³⁶ 前掲注34 87頁

³⁷ 消費者庁「補聴器の使用を検討中の皆様、そして、ご家族等の周囲の皆様へ」（令2.1.29）

³⁸ このほか、政府は国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）を通じて、補聴器の研究開発を含む高齢者向け医療機器の実用化を目指す臨床研究等を支援している（内閣府『令和7年版高齢社会白書』109頁）。

³⁹ 厚生労働省難聴への対応に関する連絡会議（第8回）（令7.3.25）資料2 1頁

⁴⁰ 前掲注34 87頁

⁴¹ 前掲注34 64頁。なお、耳あな型や耳かけ型の補聴器がよく購入されている（前掲注34 45頁）。

⁴² 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）

⁴³ 世帯の所得に応じ、負担上限月額が設定されている（一般の市町村民税課税世帯では37,200円）。利用者負担額を除いた補装具費の負担割合は、国：50/100、都道府県：25/100、市町村：25/100である。

⁴⁴ 両耳の聴力レベルが70dB以上のもの（40cm以上の距離で発声された会話を理解し得ないもの）、又は片側の耳の聴力レベルが90dB以上でもう一方の耳の聴力レベルが50dB以上のもの

⁴⁵ 国税庁「補聴器の購入費用に係る医療費控除の取扱いについて（情報）」（平30.4.16）

⁴⁶ 18歳以上を対象とした補聴器購入費助成制度を実施している地方自治体は、1,747のうち390である（一般社団法人日本補聴器販売店協会「全国の自治体における補聴器購入費助成制度の実施状況」（令6.12.1現在））。なお、補聴器購入に際し公的補助を受けているのは、補聴器所有者のうち8%とされる（前掲注34 51頁）。

⁴⁷ 加齢性難聴の補聴器購入に対する国としての公的補助の導入について、政府は、公費による助成を行うことが適切かどうか様々な意見があり、各地方自治体の取組等もしっかり注視していくとしている（第217回国会参議院厚生労働委員会会議録第6号13頁（令7.4.3））。

⁴⁸ 障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（平成25年法律第65号）において、行政機関、事業者等は、申出があった場合、負担が重すぎない範囲で障害者の求めに応じ合理的配慮を行うこととされている。

（４）国民健康保険における国庫負担の増額等

主な要望事項

- 国民健康保険の財政の安定化のため、国庫負担を増額すること。
- 就学前⁴⁹の子どもの均等割軽減の対象年齢を18歳まで拡大すること。

国民健康保険（以下「国保」という。）は、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）に基づく公的医療保険であり、都道府県及び市町村が保険者となる「市町村国保」と、医師や薬剤師、建設業等の同種同業の者で組織する団体が保険者となる「国保組合」とに分けられる。市町村国保は、他の公的医療保険に加入していない全ての住民を被保険者とすることで国民皆保険を支えており⁵⁰、国民健康保険実態調査によれば、被保険者は約2,271万人（令和6年9月末現在）と国民の約2割を占めている⁵¹。しかし、市町村国保は被保険者の世帯主の約7割が年金生活者等の無職者や非正規労働者であり⁵²、加入者の平均年齢が高いことによる医療費水準の高さ、所得水準が低いことによる保険料収入の不安定さ等の構造的な課題を抱えている（図表4参照）。

市町村国保の財政（令和7年度予算）は、医療給付費等総額は10.1兆円であり、保険料と前期高齢者交付金⁵³（3.4兆円）のほか、公費（4.4兆円（うち国費は3.1兆円））⁵⁴により支えられている。制度の安定化のため、国保改革として財政支援の拡充が行われており、平成27年度に低所得者対策強化のための保険者支援制度の拡充、30年度からは財政調整機能の強化、保険者努力支援制度、財政リスクの分散・軽減方策が実施される⁵⁵とともに、都道府県が財政運営の責任主体となり、国保運営について中心的な役割を担うこととされた。しかし、意見書では、団塊世代の後期高齢者医療制度への移行、社会保険適用事業所の拡大等による被保険者数の減少や医療費水準の高まりなどにより、安定的な運営が困難となっている状況が指摘された。政府は、国保に対しては既に低所得者への保険料軽減措置等を講じており、更なる公費の投入については慎重な検討が必要としている⁵⁶。

市町村国保の保険料は、その年度に予測される医療費等の総額から国の負担金等を差し

⁴⁹ 満6歳に達する日以後の最初の3月31日以前

⁵⁰ 我が国の公的医療保険は、職域を基にした被用者保険（協会けんぽ、組合健保、共済組合）と居住地を基にした国保（市町村国保、国保組合）、75歳以上の高齢者等が加入する後期高齢者医療制度に大別され、全ての国民がいずれかに加入することとなっている。

⁵¹ 厚生労働省「令和6年度国民健康保険実態調査報告（保険者票編）」（令7.4.25）。国保の被保険者数は減少傾向にあり、人口減少、後期高齢者医療制度への移行、被用者保険の適用拡大が要因として挙げられる。

⁵² 厚生労働省「令和5年度国民健康保険実態調査報告」（令7.3.31）。なお、昭和40年代は自営業・農林水産業が約7割を占めていたが、同報告では農林水産業以外の自営業17.3%、農林水産業2.2%となっている。

⁵³ 国保と被用者保険の前期高齢者（65歳～74歳）の偏在による保険者間の負担の不均衡を、前期高齢者の少ない被用者保険からの納付金と前期高齢者の多い国保への交付金で調整している。

⁵⁴ 厚生労働省「全国高齢者医療・国民健康保険主管課（部）長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議保険局国民健康保険課説明資料」（令7.3.13）29頁

⁵⁵ 低所得者対策の強化として約1,700億円、財政調整機能の強化として約800億円、保険者努力支援制度として約840億円（令和元年度から7年度は約910億円）、財政リスクの分散・軽減方策として約60億円、合計約3,400億円の公費による財政支援を毎年行っており、令和7年度予算における国の支援の合計は3,071億円となっている。

⁵⁶ 第217回国会参議院予算委員会会議録第8号46頁（令7.3.17）

引いた額が、所得や人数等に応じ各世帯に割り当てられる。実際の保険料は各市町村が実情を踏まえて定め、世帯主から徴収しており、保険料の算定は、平等割（世帯ごとに加算）、均等割（個人ごとに加算）、所得割（個人ごとに所得があれば加算）、資産割（個人ごとに資産があれば加算）を組み合わせた3種類の方式⁵⁷のいずれかにより行われる。政府は、全世代型社会保障改革の方針（令和2年12月閣議決定）等を踏まえ、全ての世代で広く安心を支えていく全世代対応型の社会保障制度を構築するため、令和4年度から、未就学児に係る均等割の2分の1を減額し、その減額相当額を公費で支援することとした⁵⁸。意見書では、子供に係る均等割は子育て支援への逆行であり、減額措置の対象を18歳までの保険料へ拡大することが求められた⁵⁹。

このほか意見書では、一般会計からの法定外繰入⁶⁰は市町村の権限であり、解消を求めないことなどの要望事項も見られた。

図表4 市町村国保と他の公的医療保険の比較（令和4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5年3月末)	1,716	1	1,383	85	47
加入者数 (令和5年3月末)	2,413万人 (1,636万世帯)	3,944万人 被保険者2,480万人 被扶養者1,464万人	2,820万人 被保険者1,655万人 被扶養者1,165万人	982万人 被保険者574万人 被扶養者409万人	1,913万人
加入者平均年齢 (令和4年9月末)	54.2歳	38.9歳	35.9歳	33.1歳	82.8歳
65～74歳の割合 (令和4年度)	44.6%	8.2%	3.5%	2.4%	1.4%(※1)
加入者一人当たり 医療費(令和4年度)	40.6万円	20.4万円	18.4万円	18.5万円	95.6万円
加入者一人当たり 平均所得(※2) (令和4年度)	96万円 〔一世帯当たり〕 143万円	175万円 〔一世帯当たり(※3)〕 279万円	245万円 〔一世帯当たり(※3)〕 419万円	246万円 〔一世帯当たり(※3)〕 430万円	93万円
加入者一人当たり 平均保険料 (令和4年度)(※4) 〈事業主負担込〉 保険料負担率	9.1万円 〔一世帯当たり〕 13.6万円 9.5%	12.5万円<25.1万円> 〔被保険者一人当たり〕 20.0万円<39.9万円> 7.2%	13.9万円<30.4万円> 〔被保険者一人当たり〕 23.7万円<51.9万円> 5.7%	14.4万円<28.7万円> 〔被保険者一人当たり〕 25.3万円<50.5万円> 5.8%	7.9万円 8.6%
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6年度予算ベース)	4兆1,353億円 (国2兆9,819億円)	1兆1,344億円 (全額国費)	1,253億円 (全額国費)		9兆3,232億円 (国5兆9,227億円)

- (※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「分離課税所得金額」を加えたものを加入者数で除したものの（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。

(出所) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」を基に筆者作成

⁵⁷ 四方式（平等割＋均等割＋所得割＋資産割）、三方式（平等割＋均等割＋所得割）、二方式（均等割＋所得割）

⁵⁸ 全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和3年法律第66号）。国・地方の公費の負担割合は国が1/2、都道府県が1/4、市町村が1/4とされた。

⁵⁹ 全国知事会からは「軽減措置対象の18歳までの引上げ及び軽減割合の拡充を図ること」が求められている（全国知事会「子どもの声を反映した政策の推進と国地方の協働強化に関する提言」（令和7.7.23））。なお、市町村が行う18歳未満までの子供の医療費助成（患者の自己負担の減額）について、政府は「こども未来戦略方針」（令和5年6月13日閣議決定）等を踏まえ、令和6年度から公費負担の減額調整措置を廃止した。

⁶⁰ 国民健康保険特別会計において、政府は、決算補填等を目的とした法定外繰入を解消又は削減すべき対象としており、都道府県は法定外繰入の解消に向けた計画的な取組など、国保財政の均衡を保つために必要な取組を定めることが重要であるとしている（厚生労働省「都道府県国民健康保険運営方針策定要領」（令和5.6））。

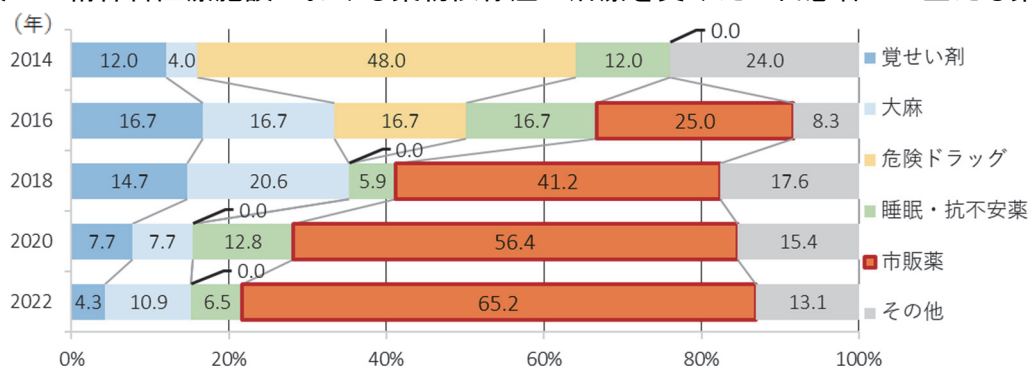
（５）若者の市販薬オーバードーズ防止対策の強化

主な要望事項

- 現在、濫用等のおそれがある医薬品の6成分を含む市販薬を販売する際、購入者が子ども（高校生・中学生等）である場合は、その氏名や年齢、使用状況等を確認することになっているが、その際、副作用などの説明を必須とすること。
- 薬剤の販売において、その含有成分に応じて販売する容量を適切に制限すると同時に、対面かオンライン通話での販売を義務付け、副作用などの説明と合わせて、必要に応じて適切な相談窓口等を紹介できる体制を整えること。
- 濫用のおそれのある薬の指定を的確に進めると同時に、身分証による本人確認のほか、繰り返しの購入による過剰摂取を防止するために、販売記録等が確認できる環境の整備を検討すること。
- 若者のオーバードーズには、社会的孤立や生きづらさが背景にあるため、孤独・孤立の問題として位置付け、若者の居場所づくり等の施策を推進すること。

近年、風邪薬や咳止め薬など⁶¹を、本来の効能効果ではなく、精神への作用を目的として、適正な用法用量を超えて大量に服用する市販薬オーバードーズが若者を中心に拡がりつつある。精神科で治療を受けた薬物依存症患者において、若年層、特に10代では市販薬を主たる薬物とする割合が増加している（図表5参照）。また、高校生の約60人に1人⁶²、中学生の約55人に1人⁶³が濫用目的で市販薬を使用した経験があるという調査結果も出ており、若者の市販薬オーバードーズ対策は喫緊の課題とされる。

図表5 精神科医療施設における薬物依存症の治療を受けた10代患者の「主たる薬物」



（出所）厚生労働省医薬品等行政評価・監視委員会（第15回）（令6.3.22）資料1を基に筆者作成

⁶¹ 市販薬オーバードーズが問題となる主なカテゴリーには、総合感冒薬、鎮咳去痰薬、解熱鎮痛薬、鎮静・睡眠改善薬、カフェイン製剤などが挙げられる（喜屋武玲子「救急救命医療における市販薬中毒の実態と治療」『治療』（令7.7）84頁）。

⁶² 嶋根卓也ほか「薬物使用と生活に関する全国高校生調査2021」（厚生労働省依存症に関する調査研究事業「薬物使用と生活に関する全国高校生調査」）（令4.12.31）令和4年度研究報告書

⁶³ 嶋根卓也ほか「薬物乱用・依存状況の実態把握のための全国調査と近年の動向を踏まえた大麻等の乱用に関する研究」（令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業）（令7.6.4）総括研究報告書 13頁

市販薬については、安全かつ適切に使用されるための販売ルールが薬機法⁶⁴により定められており、平成26年、濫用の報告事例等のあった主要6成分（エフェドリン、コデイン、ジヒドロコデイン、プロモバレリル尿素、プソイドエフェドリン、メチルエフェドリン）のいずれかを有効成分として含有する医薬品⁶⁵が「濫用等のおそれのある医薬品」として指定された。その販売等に当たっては、薬剤師等は、若年者が購入しようとする場合は氏名及び年齢等を確認し、適正な使用のために必要と認められる数量に限り販売することとされた⁶⁶が、必ずしも販売ルールが順守されていない実態が明らかになった⁶⁷。厚生労働省は、令和5年2月に医薬品の販売制度に関する検討会を設置し、6年1月に「医薬品の販売制度に関する検討会とりまとめ」を公表した。同とりまとめでは、濫用等のおそれのある医薬品については、20歳未満の者に対しては複数個・大容量の製品は販売しない等の見直しを行うことが提言された。また、同とりまとめを踏まえて、厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会において、制度改正に向けた検討が行われ、7年1月に「薬機法等制度改正に関するとりまとめ」が公表された。これらの議論等を受け、同年2月、政府は薬機法等の改正案を提出し、同年5月、同法は成立した⁶⁸。濫用のおそれのある医薬品については、①販売時に薬剤師等が必要な事項⁶⁹を確認し、情報提供を行うこと等の義務付け、②若年者⁷⁰への大容量製品又は複数個の販売の禁止、③顧客の手の届かない場所への商品の陳列⁷¹について定められた。

市販薬の濫用経験のある若者は、日常生活で様々な生きづらさを抱えており、学校や家庭で社会的孤立状態にあるという共通項を有するとされる⁷²。様々な生きづらさに起因するつらい気持ちを身近な大人に相談せずに、市販薬を過剰摂取することで紛らわせているケースもあるとの指摘も見られる⁷³。厚生労働省は、「ゲートキーパーとしての薬剤師等の対応マニュアル⁷⁴」を作成し、市販薬販売のフロントラインにいる薬剤師等がゲートキーパーとなり、若者を適切な支援先につなぐことにより、オーバードーズの根底にある問題の解決のためのきっかけとすることを目指している⁷⁵。

⁶⁴ 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）

⁶⁵ コデイン、ジヒドロコデイン、メチルエフェドリンについては、平成26年時は「鎮咳去痰薬に限る」等と用途等が限定されていたが、令和5年1月に当該限定を削除する告示改正が行われ、4月から適用されている。7年5月の薬機法改正により、6成分を含む医薬品は「指定濫用防止医薬品」として法令に位置付けられる。

⁶⁶ 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則（昭和36年厚生省令第1号）

⁶⁷ 株式会社mitoriz「令和5年度医薬品販売制度実態把握調査 調査結果報告書」（令和6.9.6）

⁶⁸ なお、参議院厚生労働委員会における附帯決議では、「市販薬の濫用の背景には、生きづらさや、孤独・孤立等の社会的不安があると指摘されていることから、その対策を進めるに当たっては、販売規制のみならず、医療、福祉、教育などの分野において、関係府省間で対策を進めること」とされている。

⁶⁹ 他の薬局等での購入の状況、氏名・年齢、多量購入の場合の購入理由等

⁷⁰ 令和7年7月、厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会において、民法上の成人年齢との整合性を踏まえ、若年者を18歳未満とする案で検討がなされ、10月、厚生労働省はパブリックコメントを実施した。

⁷¹ 一定の条件を満たす場合には、専門家が配置される場所から目の届く範囲への陳列も可とされている。

⁷² 前掲注63、医薬品の販売制度に関する検討会（第2回）（令和5.3.8）資料3 12頁

⁷³ 松本俊彦「市販薬問題が私たちに訴えていること」『精神看護』（令和7.3）93頁

⁷⁴ 厚生労働省「ゲートキーパーとしての薬剤師等の対応マニュアルーOTC医薬品を販売する薬剤師・登録販売者、及び学校薬剤師向けー」（令和7.2）

⁷⁵ 厚生労働省『令和7年版自殺対策白書』では、自傷・自殺未遂は若年女性に多く、その手段はオーバードーズが最も多いとされ、薬剤師等の対応マニュアルを含む普及啓発等の対応を一体的に行っていく必要があるとされる。

2. おわりに

本稿では、前回に続き、令和6年に参議院において受理した意見書の主な項目のうち、一部について紹介した⁷⁶。なお、前回までに紹介した内容は以下のとおりである。引き続き主な項目の紹介を通じ、意見書の全体像を概観していきたい。

「地方議会からの意見書(1)」

- ①保育士の処遇改善等
- ②地方財政の充実・強化
- ③地方議会議員の厚生年金への加入
- ④国の補充的な指示権を拡充する地方自治法改正案の慎重審議等
- ⑤刑事訴訟法の再審規定の改正

「地方議会からの意見書(2)」

- ①選択的夫婦別氏制度(いわゆる選択的夫婦別姓制度)の法制化
- ②女子差別撤廃条約選択議定書の批准
- ③イスラエル・パレスチナ情勢への対応
- ④核兵器禁止条約への署名・批准
- ⑤日米地位協定の見直し

「地方議会からの意見書(3)」

- ①義務教育費国庫負担制度の拡充、少人数学級と教職員定数改善の推進
- ②学校給食費の無償化
- ③教育費負担の軽減に向けた教育予算の確保・拡充
- ④私学助成の充実強化等
- ⑤老齢基礎年金等の支給額の引上げ、公的年金制度における脱退一時金の是正

(ねぎし たかし、くさか ゆうこ、おおた けいこ、おやま いくみ、
きくち まさのぶ)

⁷⁶ 令和元年から5年までの間に参議院が受理した意見書全体の概観等については、松本一将「地方議会からの意見書(令和元年～5年)―国会への要望の背景―」『立法と調査』No. 471(令6.12.10)参照。また、令和5年の意見書における主な要望事項等については、加藤智子・伴野誠人・嵯峨惇也・松本一将・菅谷隆司「地方議会からの意見書(1)」『立法と調査』No. 466(令6.4.26)、同「地方議会からの意見書(2)」『立法と調査』No. 468(令6.7.25)、根岸隆史・伴野誠人・松本一将・菅谷隆司「地方議会からの意見書(3)」『立法と調査』No. 469(令6.9.20)、根岸隆史・加藤智子・松本一将・菅谷隆司「地方議会からの意見書(4)」『立法と調査』No. 470(令6.11.1)及び根岸隆史・加藤智子・伴野誠人・菅谷隆司「地方議会からの意見書(5)」『立法と調査』No. 471(令6.12.10)参照