

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７年）－
著者 / 所属	平井 祐太・上田 倫徳・小山 育美 / 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	487 号
刊行日	2026-9-29
頁	170-181
URL	https://www.sangiin.go.jp/jpn/shiryo/chousa/rippou_chousa/backnumber/20260929.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７年） —

平井 祐太

上田 倫徳

小山 育美

（行政監視委員会調査室）

１．意見書の主な項目の紹介

- （１）高額療養費制度における自己負担限度額の引上げの撤回
- （２）老齢基礎年金等の支給額の引上げ
- （３）地域における医療提供の支援、安全・安心の医療・介護
- （４）国民健康保険における国庫負担の増額等
- （５）違法とされた生活保護基準の引下げへの対応

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７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・日下祐子・太田敬子・菊池将伸「地方議会からの意見書（１）」『立法と調査』No. 483（令8. 4. 30）、根岸隆史・小山育美「地方議会からの意見書（２）」『立法と調査』No. 484（令8. 5. 22）、根岸隆史・日下祐子・平井祐太・太田敬子・小山育美・菊池将伸「地方議会からの意見書（３）」『立法と調査』No. 486（令8. 8. 6）

² 本稿は令和８年９月４日現在の情報に基づくものである。

（１）高額療養費制度における自己負担限度額の引上げの撤回

主要要事項

- 高額療養費制度を利用する当事者の命と暮らしを守るため、自己負担限度額の引上げを撤回すること。

高額療養費制度³とは、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関や薬局の窓口で支払う医療費が上限額（自己負担限度額）を超えた場合、その超えた額を支給する制度である。自己負担限度額は、被保険者の所得や年齢に応じて設定されており、同一世帯で直近12か月の間に高額療養費に該当した月が3か月以上ある場合は、4か月目以降は自己負担限度額が軽減された定額となる多数回該当の仕組みや、70歳以上の高齢者について外来の月額上限を設定している外来特例も設けられている。高額療養費制度は、昭和48年の制度導入以降、世帯合算方式⁴の創設、自己負担限度額の見直し等が行われてきた⁵。

近年、高額療養費の支給件数及び支給金額は増加傾向にあり、平成24年度にはそれぞれ5,166万件、2兆1,593億円だったが、令和3年度には6,198万件、2兆8,461億円となっている。高額療養費制度の持続可能性を確保するためとして、政府は、令和7年度から自己負担限度額引上げを含む制度見直しを行うことを示したが、結果として実施を見送った⁶。意見書では、低所得者のもとより、治療が長期にわたるがんや難病の患者などの高額療養費制度を利用する当事者から、治療が受けられなくなる、生活が成り立たなくなるといった声が上がっており、当事者の命と暮らしを守るため、自己負担限度額の引上げの撤回が求められた。

令和8年度予算において示され、実施されることとなった高額療養費制度の見直しの主な内容は、①8年8月以降に、各所得区分の自己負担限度額と外来特例⁷の自己負担限度額について一部を除いて引き上げることや、自己負担限度額の年間上限額を新設すること、②9年8月以降に各所得区分を細分化⁸した上でそれぞれの上位所得区分の自己負担限度

³ 高額療養費制度は、各医療保険制度の根拠法に規定（健康保険法（大正11年法律第70号）第115条等）があり、高額療養費の支給要件等については政令に委任されている。

⁴ 一人の一回分の窓口負担では高額療養費の支給対象とはならなくても、複数の受診や同一世帯の他の者（同じ医療保険に加入している者に限る）の受診について、窓口でそれぞれ支払った自己負担額を1か月単位で合算できる制度。

⁵ 詳細については、社会保障審議会医療保険部会（第186回）（令6.11.21）資料2 10頁を参照。

⁶ 令和7年度予算の政府案にて同年度からの自己負担限度額引上げを含む制度見直しが示されたが、政府は、患者団体からの「検討プロセスに丁寧さを欠いた」との指摘を「大変重く受け止める必要がある」として、制度見直しを見送った（第217回国会参議院予算委員会会議録第6号22頁（令7.3.12））。その後、社会保障審議会医療保険部会の下に設置された高額療養費制度の在り方に関する専門委員会（7年5月から12月まで計9回開催）では、患者団体の代表者も構成員となり、制度の在り方に係る議論に参画した。

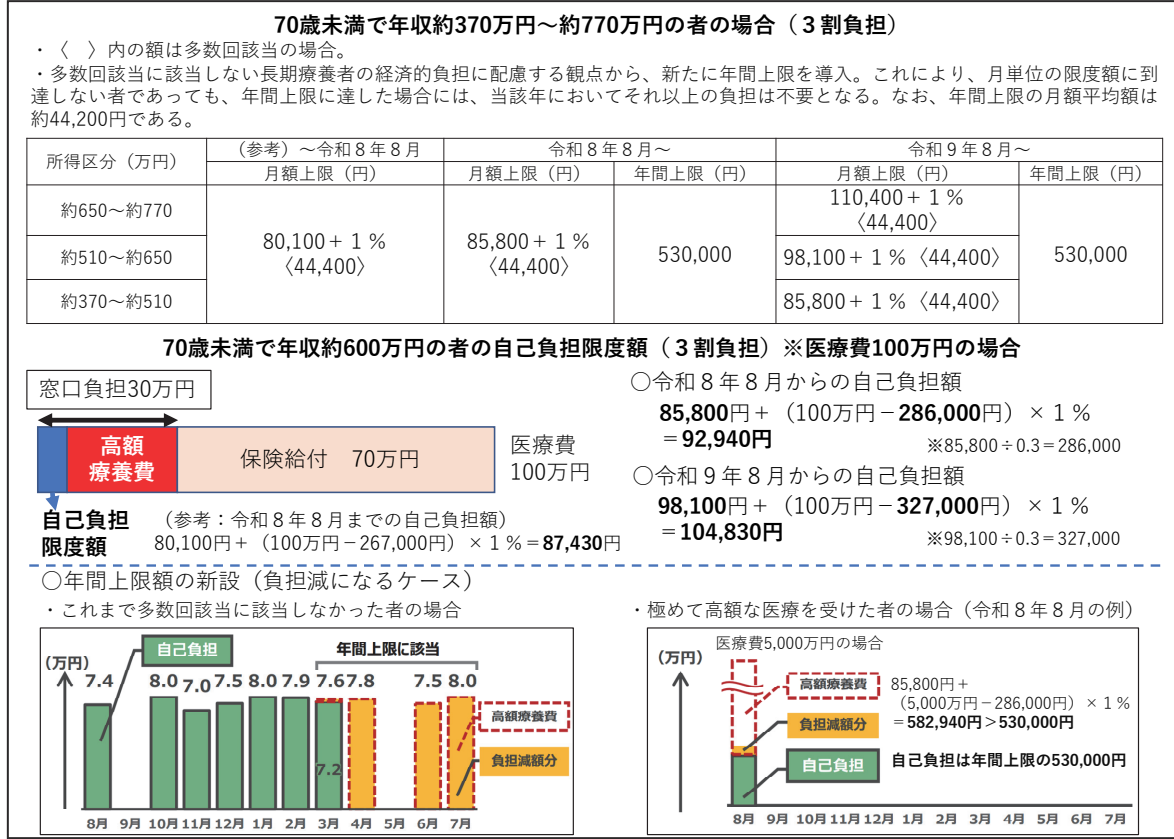
⁷ 例えば、70歳以上で年収約260万円～約370万円の者については、令和8年8月見直し前は月単位の上限額が18,000円（年間上限額は144,000円、括弧内以下同）、8年8月からは22,000円（216,000円）、9年8月からは28,000円（216,000円）となる。なお、70歳以上で住民税非課税かつ所得が一定以下の者における外来特例の月単位の上限額は、8年8月見直し前の8,000円から変更されない。

⁸ 70歳未満かつ所得区分が非課税でない者の場合、現行では4区分（～約370万円、約370万円～約770万円、約770万円～約1,160万円、約1,160万円～）となっているが、それぞれ3区分ずつ細分化され12区分となる。

額を更に引き上げることや、低所得者への配慮の観点から年収200万円未満の課税世帯の多数回該当の金額を引き下げること⁹となっている。厚生労働省は見直しについて、低所得者の負担に配慮しつつ、主に療養期間が短期の者に追加の負担をしてもらう一方で、長期療養者や低所得者へのセーフティネット機能を強化していると説明している¹⁰。

令和8年5月に成立した健康保険法等の一部を改正する法律（令和8年法律第31号）により、政令において高額療養費の支給要件等を定めるに当たっては、特に長期療養者の家計への影響を考慮することが法律上明確にされた¹¹。同法律案を審査した衆参両院の厚生労働委員会において、政府に対し、高額療養費制度の将来の見直しに際しては、療養等に必要な費用の負担により生活に困窮することのないよう、支給要件等は、療養等に必要な費用の負担が家計に与える影響等を考慮して定めることなどを要請する附帯決議¹²が付された。

図表1 高額療養費制度の見直しの例（令和8年8月以降）



（出所）厚生労働省「高額療養費制度に関する参考資料」及び「高額療養費制度の見直しについて（令和8年8月診療分から）」を基に筆者作成

⁹ 44,400円から34,500円に引き下げられる。
¹⁰ 厚生労働省ウェブサイト「高額療養費制度を利用される皆さまへ（令和8年8月・令和9年8月からの高額療養費制度の見直しの内容について）」
¹¹ 第217回国会衆議院厚生労働委員会において、「長期にわたり高額療養費の支給を受けた者の療養に必要な費用の負担の家計に与える影響を分析、考慮するとともに、必要かつ適切な受診への影響に留意すること」と決議されており（衆議院厚生労働委員会決議「高額療養費制度の適正な見直し手続に関する件」（令7.4.16議決）、本決議を踏まえた対応とされる（厚生労働省「医療保険制度改正法の関係資料」概要資料8頁）。
¹² 健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（衆議院厚生労働委員会（令8.4.24議決）及び参議院厚生労働委員会（令8.5.28議決））

（２）老齡基礎年金等の支給額の引上げ

主な要望事項

○ 物価上昇に見合うよう老齡基礎年金¹³等の支給額を引き上げること。

日本の公的年金制度は、20歳以上60歳未満の全ての人が加入する国民年金（基礎年金）（１階部分）と、会社員・公務員等が加入する厚生年金保険（２階部分）の２階建て構造とされており¹⁴、現役世代の保険料を高齢者の年金給付に充てるという賦課方式を基本として運営されている¹⁵。令和８年度の老齡基礎年金の満額は70,608円¹⁶（月額）であり、保険料納付済期間等に応じて年金受給額が決定される。なお、６年度末現在の老齡基礎年金の平均受給額は59,431円（月額）である¹⁷。

年金額改定は毎年度実施されており、令和８年度は、名目手取り賃金変動率2.1%をベースに、マクロ経済スライドによる調整（国民年金は▲0.2%、厚生年金は▲0.1%）がかかり、国民年金は1.9%、厚生年金は2.0%のプラス改定となったが、物価変動率は3.2%であった¹⁸。平成16年の年金制度改正¹⁹で導入されたマクロ経済スライドは、年金額の伸びの調整（スライド調整率による）を行う期間（調整期間）において、現役人口の減少や平均余命の伸びを年金額に反映させつつ賃金や物価の上昇に伴う年金額の上昇を抑える仕組みであるが、過去の累次の財政検証²⁰においても、基礎年金の調整期間が報酬比例部分（厚生年金）の調整期間に比べて長期化²¹し、結果的に基礎年金の所得代替率²²の大幅な低下につながる懸念されてきた。令和６年財政検証においても、基礎年金の所得代替率（過

¹³ 老齡基礎年金は、保険料納付済期間等の受給資格期間（10年）を満たした場合に、原則65歳から受給できる。

¹⁴ ３階部分として、iDeCo（個人型確定拠出年金）等の私的年金制度が存在する。

¹⁵ 保険料以外に年金積立金が活用されている。また、基礎年金給付費の1/2は国庫負担とされている。

¹⁶ 新規裁定者など昭和31年４月２日以降生まれの者の場合。なお、保険料は定額の17,920円（月額）である。

¹⁷ 厚生労働省年金局「令和６年度厚生年金保険・国民年金事業の概況」（令7.12）表20。なお、収入や所得が一定基準額以下の年金受給者の生活支援のため、年金に上乗せして年金生活者支援給付金が支給されており、令和８年度の老齡年金生活者支援給付金は5,620円（月額）である。また、総務省の家計調査報告によれば、65歳以上の単身無職世帯の家計収支（月平均）は、実収入131,456円（うち社会保障給付120,212円）に対し、消費支出（食料、住居等）148,445円、非消費支出（税・社会保険料等）12,990円である（令和７年）。

¹⁸ 物価変動率が名目手取り賃金変動率を上回る場合は、現役世代の負担能力に応じた給付とする観点から、賃金変動率を用いて改定される（厚生労働省「令和８年度の年金額改定についてお知らせします」（令8.1.23））。また、後述する令和７年の年金制度改正法の附則の規定により、次期財政検証の翌年度（令和12年度を予定）まで厚生年金のマクロ経済スライド調整を継続するため、この間の厚生年金の調整率を1/3にすることとされている。

¹⁹ 固定された保険料水準の下で、マクロ経済スライドにより給付水準を調整しつつ、積立金も活用して長期的な給付と負担の均衡を図る財政運営を行うこととされた。

²⁰ 年金財政の健全性を検証する財政検証は、平成16年以降５年に一度実施されてきた。

²¹ 平成16年のマクロ経済スライド導入時には基礎年金も報酬比例部分も同時期に調整を終えるとされていたが、デフレ下で賃金下がっても基礎年金の水準は物価水準に合わせたことから下がらなかった（国民年金の財政が悪化）一方、女性や高齢者の労働参加の進展により、想定より厚生年金被保険者の増加や国民年金第３号被保険者の減少が進んだ（厚生年金の財政が改善）ことなどから、調整期間にズレが生じたとされる。

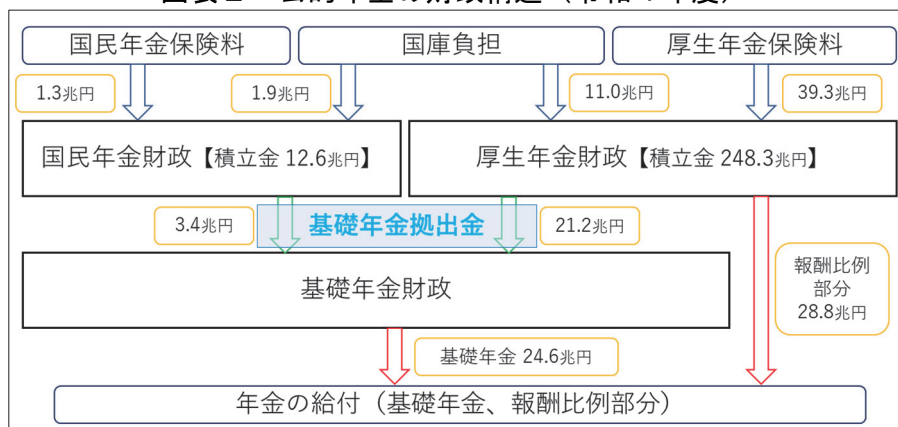
²² 現役世代の賃金に対する相対的な公的年金の給付水準を示す指標であり、「モデル年金（夫婦２人の基礎年金＋夫の厚生年金）／現役男子の平均手取り収入額」により求められる。なお、平成16年年金制度改正では、所得代替率が次期財政検証までに50%を下回ると見込まれる場合には、所要の措置を講ずることとされた。

去30年投影ケース)²³は、2024年度の36.2%に対し、基礎年金の調整期間が終了する2057年度には25.5%まで低下する見通しが示された。意見書では、近年の物価上昇による実質的な年金の削減が進んでいるとされ、将来的な基礎年金の給付水準の低下に懸念が示された。

こうした状況を受け、社会保障審議会年金部会では、次期年金制度改革として被用者保険の適用拡大²⁴などとともに、基礎年金拠出金の仕組みの見直し²⁵を通じた基礎年金のマクロ経済スライドによる給付調整の早期終了（マクロ経済スライドの調整期間の一致）について議論が整理された。その後、政府・与党における検討を経て、令和7年5月には被用者保険の適用拡大等を柱とする年金制度改革法案が国会に提出されたが、将来の基礎年金の給付水準の底上げに関する規定が附則に追加（衆議院修正）され、翌6月に成立した²⁶。同規定により、次期財政検証において基礎年金の給付水準の低下が見込まれる場合には、将来における基礎年金の給付水準の向上を図るため、基礎年金と厚生年金の調整を同時に終了させるために必要な法制上の措置を講ずるものとされる。

なお、経済財政運営と改革の基本方針2026（令和8年7月閣議決定）において、政府は年金について「長期的に賃金上昇率を上回ることを目標に年金積立金²⁷を運用し、将来の年金給付水準を確保する」としている。

図表2 公的年金の財政構造（令和4年度）



（出所）社会保障審議会年金部会（第21回）（令6.11.25）資料1を基に筆者作成

このほか意見書では、国庫負担による最低保障年金を早急に実現すること、年金支給を隔月ではなく毎月支給にすること、年金保険料の軽減や年金給付の充実を図ることなどの要望事項もみられた。

²³ 公的年金全体では、2024年度61.2%（報酬比例部分25.0%、基礎年金36.2%）、2057年度50.4%（報酬比例部分24.9%、基礎年金25.5%）であり、2026年度には報酬比例部分の調整が終了するとされた。

²⁴ 所得代替率の改善効果がある（報酬比例部分は低下するが、基礎年金は上昇する）。

²⁵ 基礎年金の給付に要する費用として国民年金財政、厚生年金財政からそれぞれ拠出される基礎年金拠出金のうち（図表2参照）、積立金で賄う部分について、現行の加入者割から積立金按分とすることで厚生年金の拠出割合を増加させる。

²⁶ 社会経済の変化を踏まえた年金制度の機能強化のための国民年金法等の一部を改正する等の法律（令和7年法律第74号）

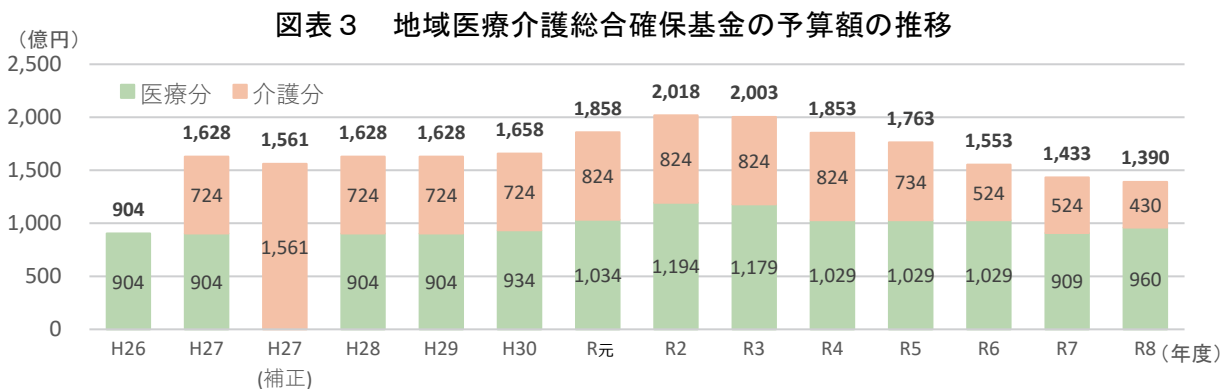
²⁷ 令和8年度第1四半期末現在、年金積立金管理運用独立行政法人（GPIF）の運用資産額は317兆7,596億円であり、平成13年度の市場運用開始以降の累積収益額は221兆201億円となっている。

(3) 地域における医療提供の支援、安全・安心の医療・介護

主要要望事項

- 経営がひっ迫する医療機関に対して緊急的かつ実効性のある補助制度を創設すること。
- 物価・賃金の上昇を十分に反映した診療報酬の抜本的な改定を実施すること。また、診療報酬の臨時的・機動的な見直しを可能とする柔軟な制度運用を検討すること。
- 公立医療機関の経営基盤を強化し、地域医療を存続させるため、不採算医療、政策医療に対する地方交付税単価の引上げ等、地方財政措置を拡充すること。
- 安全・安心の医療・介護を実現するため、医療従事者及び介護職員の人材不足の解消へ向け、更なる労働環境の整備や処遇改善等への支援を講じること。

医療・介護の提供体制については、高齢化の進展に伴い疾病構造等が変化する中で、団塊の世代が全て75歳以上となる令和7年以降の生産年齢人口の減少の加速等を見据えた、医療及び介護の総合的な確保の推進のため、平成26年度から地域医療介護総合確保基金²⁸が各都道府県に設置されている。その予算額は図表3のとおり近年減少傾向にあることに加え、令和4年度～6年度の計画額に対する執行額が7割程度にとどまっていることから、計画策定段階で適正な事業量を見込むべき等の指摘²⁹がなされている一方、基金の拡充や柔軟な運用等による有効活用が求められている³⁰。



(出所) 厚生労働省医療介護総合確保促進会議 (第22回) (令8.3.11) 資料1を基に筆者作成

地域における医療提供を支える医療機関は、昨今の物価高騰等を背景に、厳しい経営状況³¹に置かれている。こうした医療機関に対する支援に関しては、令和7年度補正予算にお

²⁸ 平成26年に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律 (平成26年法律第83号)」が成立し、「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律 (平成元年法律第64号)」に基づき基金が設置されている。消費税増収分等を活用した基金で、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等に対応する事業に対して支援を行う。

²⁹ 財務省「予算執行調査資料 (総括調査票)」(令8.6) 44頁

³⁰ 公益社団法人日本医師会「2027 (令和9) 年度予算要求要望」(令8.7)

³¹ 令和5年度と6年度の一般病院 (全体) の損益率 (平均値) は▲7.5%と▲7.3%、6年度の赤字割合は前年

いて、賃上げ・物価上昇に関する支援等のため、医療・介護等支援パッケージ（医療分野）として1兆368億円³²が計上され、病院については1床当たり8.4万円（賃金分）と11.1万円（物価分）が措置された³³。また、8年度診療報酬改定の改定率は「+3.09%」とされ、このうち、①賃上げ分については、「+1.70%」（医療機関の対象職員のベースアップ等）、②物価対応分については、「+0.76%」（物価対応料の新設等）、③食費・光熱水費分として「+0.09%」（入院時の食費基準額の引上げ等）、④6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分として「+0.44%」等とされた³⁴。

公立病院は、地域における基幹的な公的医療機関として、地域医療の確保のため重要な役割を果たしている³⁵。総務省は、持続可能な地域医療提供体制の確保のためには、公立病院の経営強化が重要として、公立病院経営強化プランの策定とその取組に必要となる経費について措置を講じている³⁶。令和6年度において、公立病院の経常損益は過去最大の3,952億円の赤字となり、赤字病院の割合も約83%と過去最大となった³⁷。公立病院は独立採算を原則とするが、不採算医療は一般会計等が負担すべき経費とされており、これに係る繰出金については、地方交付税措置が行われている。

医療機関等における医療従事者・介護職員³⁸の労働環境の整備等については、地域医療介護総合確保基金による支援³⁹が行われてきたほか、医師の働き方改革として、令和6年4月から時間外・休日労働の上限規制が原則として年960時間以内／月100時間未満とされた⁴⁰。また、8年度診療報酬改定では、医師の処遇改善に向けた必要な支援の実施等の観点での加算の新設等が措置された⁴¹。看護師を始めとする医療従事者の処遇改善についても、同改定において、夜勤職員の確保を行う観点から、看護職員処遇改善評価料等による収入を夜勤手当の増額に用いることが可能となった。

度に続き約7割となっている（中央社会保険医療協議会総会（第632回）（令7.12.3）資料 総－5－2）。

³² 介護分野では職員の賃上げ・職場環境改善支援事業等に2,721億円が計上された（厚生労働省「令和7年度厚生労働省補正予算案の主要施策集」2頁、11頁）。

³³ 有床診療所については1床当たり賃金分7.2万円、物価分1.3万円が、医科無床診療所については1施設当たり賃金分15.0万円、物価分17.0万円がそれぞれ措置されたほか、歯科診療所、薬局等にも支援が行われた。

³⁴ なお、実際の経済・物価の動向が見通しから大きく変動し、医療機関等の経営状況に支障が生じた場合には、①～③について、9年度予算編成において加減算を含め更なる必要な調整を行うこととされた。

³⁵ 経済財政運営と改革の基本方針2018（平30.6.15）において、公立・公的医療機関については、地域の医療需要等を踏まえつつ、地域の民間医療機関では担うことができない高度急性期・急性期医療や不採算部門、過疎地等の医療提供等に重点化するように医療機能を見直すこととされた。厚生労働省は令和元年9月に対応方針の再検証を要する424の公立・公的医療機関等を公表する等の対応を行ったが、新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえ、再検証の期限は厚生労働省において改めて整理の上、示すこととされた（厚生労働省通知「具体的対応方針の再検証等の期限について（医政発0831第3号）」（令2.8.31））。

³⁶ 総務省「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」（令4.3.29）

³⁷ 職員給与費の増加、物価高騰による材料費等の費用の増加が、入院患者数の増加等による診療収入の増加を上回ったことが要因とされている（総務省『令和8年版地方財政白書』57頁（令8.3.27））。

³⁸ 介護職員の処遇改善については介護報酬によって措置されている。その詳細は、根岸隆史・日下祐子・平井祐太・太田敬子・小山育美・菊池将伸「地方議会からの意見書（3）」『立法と調査』No.486（令8.8.6）参照。

³⁹ 医療従事者の確保に関する事業、勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

⁴⁰ 各医療機関の労務管理体制を確認した上で都道府県の指定により、年1,860時間を上限とすることが可能

⁴¹ 若手の医師数が減少しており、かつ、医療提供体制の確保が必要とされている診療科について、当該診療科の医師を対象として勤務環境・処遇改善等を行うための地域医療体制確保加算2や、地域の基幹的な医療機関において、高度手術を実施する体制を整備し、外科医の勤務環境の改善を図った上で、当該手術を実施した場合の外科医療確保特別加算が新設された。

（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。
- 就学前の子ども⁴²の均等割軽減の対象年齢を18歳まで拡大し、減額割合を5割から10割に拡充すること。

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が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事で国民皆保険を支えており⁴³、被保険者は約2,182万人（令和7年9月末時点）と国民の約2割を占めている⁴⁴。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⁴⁵、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8年度予算）は、医療給付費等総額は10.2兆円であり、保険料と前期高齢者交付金⁴⁶（3.4兆円）のほか、公費（4.5兆円（うち国費は3.2兆円））⁴⁷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⁴⁸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の増大などにより、安定的な運営が厳しい状況が指摘された。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⁴⁹。

⁴² 満6歳に達する日以後の最初の3月31日以前である被保険者

⁴³ 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。

⁴⁴ 厚生労働省「令和7年度国民健康保険実態調査報告（保険者票編）」（令8.7.24）

⁴⁵ 厚生労働省「令和6年度国民健康保険実態調査報告」（令8.3.31）。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17.8%、農林水産業2.1%となっている。

⁴⁶ 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。

⁴⁷ 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8.3.11）26頁

⁴⁸ 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8年度までは約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（国及び地方の合計額）による財政支援を毎年行っており、令和8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。

⁴⁹ 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）

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⁵⁰のいずれかにより行われる⁵¹。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4月から、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している⁵²。8年5月には、子育て世帯への更なる支援の観点から、地方自治体の要望⁵³等も踏まえ、健康保険法等の一部を改正する法律が成立し、9年4月から軽減措置の対象者は高校生年代⁵⁴まで拡充⁵⁵されることとなった。

図表4 市町村国保と他の公的医療保険の比較（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5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

⁵⁰ 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）

⁵¹ 保険料については現在、保険料水準の統一に向けた取組が進められている。医療費水準を市町村単位ではなく都道府県単位で保険料に反映させることで、国保財政の運営を安定化できるとして、遅くとも令和17年度までに、都道府県内どこに住んでいても、同じ所得水準、同じ世帯構成であれば同じ保険料負担となること目指されている（厚生労働省「保険料水準統一加速プラン（第2版）」（令6.6.26））。

⁵² 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。

⁵³ 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」が求められた（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7.7.23））。

⁵⁴ 満18歳に達する日以後の最初の3月31日以前である被保険者

⁵⁵ 軽減措置対象者数は、未就学児約50万人から高校生年代までの約180万人へと増加する見込みである。

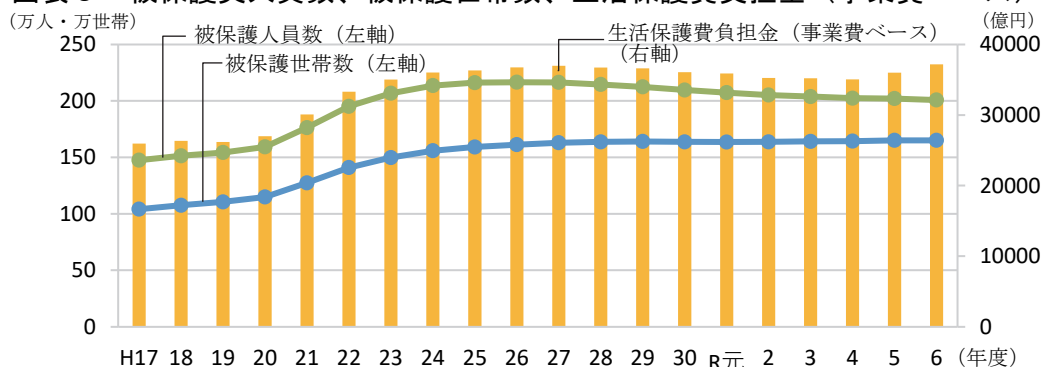
（５）違法とされた生活保護基準の引下げへの対応

主要要望事項

- 違法とされた平成25年の生活保護基準の引下げについて、全面解決のため、被害者たる全ての生活保護利用者への謝罪、保護費の遡及支給等、被害回復の措置を速やかに行うこと。
- 違法とされた平成25年の生活保護基準の引下げについて、生活扶助基準と連動する諸制度への影響調査及び被害回復を図ること。

生活保護制度は、生活保護法（昭和25年法律第144号）に基づき、生活に困窮する者に対し、その困窮の程度に応じて必要な保護を行い、健康で文化的な最低限度の生活を保障するとともに、自立を助長することを目的として設立された制度である。生活保護は世帯単位で行い、世帯員全員が、その利用し得る資産、能力その他あらゆるものを、その最低限度の生活の維持のために活用することが前提であり、扶養義務者の扶養は、生活保護法による保護に優先される。令和6年度の被保護実人員数は201万人（保護率⁵⁶1.62%）、被保護実世帯数は165万世帯となっている⁵⁷（図表5参照）。令和8年度当初予算額における生活保護費負担金の額は2兆8,027億円である。

図表5 被保護実人員数、被保護世帯数、生活保護費負担金（事業費ベース）の推移



注1 施設事務費は除いており、R5年度までは実績額、R6年度は補正後予算としている。

注2 生活保護費負担金の国と地方における負担割合については、国3/4、地方1/4となっている。

（出所）厚生労働省「被保護者調査」等を基に筆者作成

支給される保護費は、厚生労働大臣が定める基準⁵⁸で計算される最低生活費と収入を比較して、収入が最低生活費に満たない場合に、最低生活費から収入を差し引いた差額とされている。支給される保護の種類は、生活扶助、住宅扶助、教育扶助、医療扶助、介護扶助、出産扶助、生業扶助、葬祭扶助とされており、それぞれ日常生活を送る上で必要となる食費や居住費、病気の治療費等について必要な限度で支給されている。食費等の生活扶助の支給に係る基準額は、年齢別に算定される食費等の個人的費用と、世帯人員別に算定

⁵⁶ 1か月平均の被保護実人員数を総務省「人口推計（10月1日現在）」で除して算出している。

⁵⁷ 厚生労働省「2024（令和6）年度被保護者調査月次調査（確定値）結果の概要」（令8.3.4）

⁵⁸ 要保護者の年齢別、性別、世帯構成別、所在地域別その他保護の種類に応じて必要な事情を考慮した最低限度の生活の需要を満たすのに十分なものであって、かつこれを超えないものでなければならないとされている（生活保護法第8条第2項）。

される光熱水費等の世帯共通的費用を合算して算出されている⁵⁹。生活扶助基準については、一般低所得世帯の消費実態との均衡が適切に図られるよう、定期的に検証が行われており、令和8年度における生活扶助基準の見直しでは、社会情勢等を総合的に勘案し、8年10月から1年間、特例加算⁶⁰の額を1,000円引き上げ、一人当たり月額2,500円とすることなどとされた。また、生活扶助基準の見直しは、地域別最低賃金⁶¹、国民年金保険料の免除、個人住民税の非課税限度額等の社会保障制度や関連制度に影響を及ぼしている。

平成25年から実施した生活扶助基準改定⁶²については、令和7年6月27日の最高裁判所判決において、デフレ調整に係る厚生労働大臣の判断の過程及び手続には過誤、欠落があったと指摘され、違法と判断された。これを受けて、高市内閣総理大臣は、「深く反省し、おわびを申し上げます」と述べている⁶³。厚生労働省は、判決を踏まえた対応の在り方の検討のため専門委員会を設置し、報告書⁶⁴が取りまとめられた。同報告書等を踏まえ、7年11月21日に「社会保障審議会生活保護基準部会最高裁判決への対応に関する専門委員会報告書等を踏まえた対応の方向性」が公表され、保護費の追加給付については、生活保護法の規定による無差別平等原則⁶⁵等を踏まえ、原告・原告以外を区別せず、高さ調整▲2.49%の水準⁶⁶で一律に実施するとともに、原告については、これまでの争訟の経緯を踏まえた原告との紛争の一回的解決の要請⁶⁷を踏まえ、高さ調整を実施しない水準となるよう、保護費に代えて、これに相当する分を予算措置の特別給付金により支給することとされた。これに基づき、7年度補正予算において、保護費の追加給付等のための経費として計1,475億円が計上された。また、生活保護と同様の給付を行っている制度⁶⁸については生活扶助の追加給付と同様に追加給付を実施することとし、給付の内容自体は生活保護と連動していないが生活扶助基準等を参酌しているその他の制度⁶⁹については、今回の追加給付は新たな基準に基づく将来に向けた給付であり、過去の適用関係を遡及的に変更するものでないことなどを踏まえ、特段の対応は行わないとした。

⁵⁹ 10月から4月までのうち、地域に応じて5か月から7か月間の冬季加算が支給される。特定の世帯には、障害者加算等の加算がある。

⁶⁰ 令和4年の社会保障審議会生活保護基準部会の検証結果に基づく元年当時の消費実態の水準への一人当たり月額加算額1,500円

⁶¹ 最低賃金法（昭和34年法律第137号）では、生活保護に係る施策との整合性に配慮するものとされている。

⁶² 当時、物価下落が継続し基準額が据え置かれていた状況を踏まえ、経済情勢の変化を適切に反映させる観点から、物価の下落分を考慮して水準調整を行うこと（デフレ調整▲4.78%）と、年齢別・世帯人員別・級地別の基準額について、一般低所得世帯の消費実態との乖離を是正すること（ゆがみ調整）という2つの考え方にに基づき、生活扶助基準の改定が行われ、3年かけて段階的に実施された。

⁶³ 第219回国会衆議院予算委員会議録第2号32頁（令7.11.7）

⁶⁴ 社会保障審議会生活保護基準部会最高裁判決への対応に関する専門委員会「最高裁判決への対応に関する専門委員会報告書」（令7.11.18）

⁶⁵ 全て国民は、生活保護法の定める要件を満たす限り、同法による保護を無差別平等に受けることができるとされている（生活保護法第2条）。

⁶⁶ デフレ調整について、平成25年改定当時の水準である▲4.78%と新たな水準である▲2.49%の差額分を給付

⁶⁷ 行政事件訴訟法（昭和37年法律第139号）第33条第1項

⁶⁸ 中国残留邦人等に対する支援給付、国立ハンセン病療養所等入所者家族生活援護費、ハンセン病療養所非入所者給与金（援護加算分）の3制度

⁶⁹ 通知の発出等による経過措置等を講ずるなどにより影響が生じないよう対応したもの（29制度）、特段の経過措置を講じたものではないが制度の内容や生活扶助基準との関連の度合い等に鑑み基本的には影響が生じていないと整理したもの（13制度）、その他平成25年改定後に制度化されたもの（5制度）

2. おわりに

本稿では、前回に続き、令和7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⁷⁰。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地方財政の充実・強化
- ②地方議会議員の厚生年金への加入
- ③ガソリン暫定税率の廃止
- ④刑事訴訟法の再審規定の改正
- ⑤選択的夫婦別氏制度(いわゆる選択的夫婦別姓制度)の導入

「地方議会からの意見書(2)」

- ①性犯罪の再犯防止の取組への支援
- ②日米地位協定の見直し
- ③女子差別撤廃条約選択議定書の批准
- ④核兵器禁止条約の署名・批准
- ⑤適格請求書等保存方式(インボイス制度)の廃止

「地方議会からの意見書(3)」

- ①少人数学級と教職員定数改善の推進、義務教育費国庫負担制度の拡充等
- 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、私学助成の拡充
- ④介護報酬の改定見直し
- ⑤脳脊髄液漏出(減少)症患者の救済

(ひらい ゆうた、かみだ とものり、おやま いくみ)

⁷⁰ 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6年の意見書における主要望事項等については、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)、根岸隆史・太田敬子・小山育美・伴野誠人・伊藤綾音・菅谷隆司「地方議会からの意見書(3)」『立法と調査』No. 476(令7.7.14)、根岸隆史・日下祐子・太田敬子・小山育美・菊池将伸「地方議会からの意見書(4)」『立法と調査』No. 480(令7.12.2)及び根岸隆史・太田敬子・小山育美・菊池将伸「地方議会からの意見書(5)」『立法と調査』No. 481(令8.3.3)参照