

自民・維新「連立政権合意書」と国民皆保険制度のゆくえ

自民党と日本維新の会が10月20日に締結した「連立政権合意書」は、自民党・公明党・日本維新の会が6月に合意した「医療法に関する三党合意書」および「骨太方針に関する三党合意書」に基づく「医療制度改革」の具体的な制度設計を2025年度中に行うとともに、「社会保障改革に関する両党の協議体を定期開催する」ことを明記しています。

連立政権合意書は、「2025年度中に社会保障改革項目（注：別掲の13項目）に関する具体的な骨子について合意」した上で、「2026年度中に具体的な制度設計を行い、順次実行する」と明記しています。本号では、国民皆保険制度の根幹を揺るがす主な「改革項目」について検討します。

(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）

「骨太の方針2025」は、「全世代型社会保障改革」による医療・介護の危機が深刻化しているもとで、社会保障予算（＝社会保障関係費）に、「経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分」を加算するなど、「経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う」と書かざるを得ませんでした。物価高騰の「インフレ下」において、医療機関の経営安定・賃上げの原資となる診療報酬引き上げを検討するものと考えられます。

しかし、政権合意書は、「保険財政健全化策」のための「制度的対応」を行うとしており、医療給付費を抑制・削減するため、6月に合意された二つの「三党合意書」に盛り込まれた、OTC類似薬を公的医療保険の適用から外すことや、薬剤費の一定額までの全額自己負担、2027年度までの2年間で病院の病床を11万床削減するなどについて推進する構えです。

(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)

①「保険者の再編統合」および「都道府県の役割強化」に関しては、財務省の財政制度等審議会の「建議」（2025年5月27日）では、後期高齢者医療制度の財政運営の主体を都

道府県とすることを主張しています。また、「骨太の方針2022」の注記において、「中長期的課題として、生活保護受給者の国保及び後期高齢者医療制度への加入を含めた医療扶助の在り方の検討を深める」と明記しています。

②の「全国統合プラットフォームの構築」に関しては、政府の「医療DXの推進に関する工程表」において、マイナ保険証などを用いたオンライン資格確認等システムを拡張し、患者の電子カルテ情報等を共有する「全国医療情報プラットフォーム」システムを構築し、企業がビジネスのために二次利用する計画です。国が開発する標準型電子カルテを、「遅くとも2030年には概ねすべての医療機関において導入を目指す」としています。

国民の健康・医療・介護情報を共有・集積し、一括して管理できる機能を持ったデータ連携基盤としていますが、電子カルテや電子処方箋など極めて機微性の高い個人情報の全国一元管理システムは、情報流出が起きた時には、その被害は計り知れません。システムへの接続箇所も膨大に増え、脆弱な箇所からのウイルス侵入が容易になる危険が増すことになります。

③の「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」に関しては、社会保障審議会の介護保険部会（2025年9月29日）において、厚生労働省は、▽市町村に加えて、都道府県においても2040年に向けた中長期的な推計を実施し、都道府県と市町村が共通の課題認識を持つようにする、▽中長期的な推計を踏まえ、地域における2040年に向けたサービス提供の在り方について都道府県・市町村及び関係者間で議論。医療介護連携、人材確保・生産性向上などの課題は、圏域単位での議論も実施する——ことを提案しています。なお、現時点で、介護保険制度の財政運営の主体を都道府県とすることについては明らかではありません。

(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

日本維新の会は「維新八策2025 個別政策集」において、「中央社会保険医療協議会の構成員への医薬品・医療機器メーカーの追加を検討します」ことを主張しています。また、「企業届出価格承認制度の導入等により薬価算定制度を見直し、医薬品の価値に基づく価格設定を可能とすること等による創薬支援強化を検討します」と明記しています。

診療報酬のうち薬価＝公定価格の医薬品費は国民医療費の約22%、11兆円を占めています。医薬品は商品ですが、命にかかわるものです。新薬の高い薬価が続けば、患者負担増や医療保険料引き上げ、診察や看護、検査など医療の基本的サービスの診療報酬の抑制につながります。

「企業届出価格承認制度」は、米国のように原則的に製薬企業が医薬品の価格を決める仕組みと思われます。現在でも高薬価を維持する2つの仕組みを拡大するものです。1つは、新薬の特許が切れてもジェネリック薬が発売されるまでの間は、高い薬価を維持する「新薬創出加算」制度です。新薬の開発コストを高薬価の形で患者負担に転嫁しています。2つ目は、新薬の薬価を算定する原価計算方式です。製品総原価に営業利益、流通経費などを加えた額をベースに公定価格の薬価を定めます。計算式上、製薬企業が絶対に損をしない仕組みです。しかも、製品総原価の内訳ははじめコストの詳細は、企業秘密として明ら

かにしなくてもよいことが認められています。つまり、企業の“言い値”で検証しようがありません。このため高い薬価の維持につながっています。

また、「中央社会保険医療協議会の構成員への医薬品・医療機器メーカーの追加」は、2023年12月に、米国研究製薬工業協会と欧州製薬団体連合会、日本製薬工業協会の製薬3団体が、「日本政府と内資・外資の『革新的医薬品』企業との間で、定期的かつ実りある対話が行われることを要望する」との共同声明に応じるものと言えます。

日本の薬価制度に関して製薬3団体の主張がこれまで以上に反映される可能性があります。新薬の高薬価が続けば、国民皆保険制度の屋台骨が脅かされる懸念があります。

(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

日本維新の会の「2025年参院選マニフェスト」は、「高齢者の医療費窓口負担は現行の『9割引』から原則『7割引』に見直し、現役世代と同じ負担割合とすることで、現役世代の社会保険料負担の軽減を図ります」と明記しています。

年齢に関係なく負担を求めるとして、すでに75歳以上の窓口負担2割の対象が拡大されました。「骨太の方針」は、さらに窓口負担2割、3割の対象を拡大するとしています。

負担能力に応じた患者負担とするのが公平だという理由で、所得が一定程度ある高齢者の窓口負担を引き上げるとは、一見、合理性があるかのように見えますが、見かけの窓口負担を増やすことで、高齢者の実質的な負担は何倍にも重くなります。高齢者は、有病率（＝ある一時点において、疾病を有している人の割合）が現役世代に比べて高く、年収に対して窓口負担が占める割合では、高齢者は現役世代（30～50代）の2～6倍近い負担を強いられています。とても公平な負担とはいえません。だからこそ、これまで高齢者の窓口負担は軽減されてきたのです。

医療費窓口負担2割、3割の対象拡大によって、受診控えが深刻化し、健康格差がさらに広がる恐れがあります。

(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」定義見直し

健康保険組合連合会は、『「ポスト2025」健康保険組合の提言』において、▽高齢者の年齢区分を5歳引き上げる、▽「負担の公平」を図るため、70～74歳の窓口負担2割を3割に引き上げる、▽75歳以上の2割、3割負担の範囲を拡大する、▽80歳以上の低所得者のみ1割負担とする、▽将来は年齢に関係なく原則3割負担とする、などを主張しています。

高齢者の年齢区分を5歳引き上げ、70歳以上に見直すことは、医療費窓口負担のみならず、公的年金の受給開始年齢を原則70歳以上とすることや、介護保険サービスの利用についても原則70歳以上とすることが考えられます。地方自治体が独自に実施している各種の高齢者施策にも影響します。

医療、介護、年金など社会保障を削減する布石となるだけでなく、「働き続けることが」

高齢者本人の選択ではなく、事実上、強要することになる危険があります。

(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

「骨太の方針2025」は、「保険外併用療養費制度の対象範囲の拡大」とあわせて、「公的保険を補完する民間保険の開発を促す」としています。公的医療保険の給付範囲を縮小し、患者負担に付け替える一方で、民間医療保険が患者負担をカバーするという仕組みをつくるものです。

生命保険協会の「2024年版 生命保険の動向」によれば、現在、民間医療保険（第三分野）市場は7兆2500億円（＝年換算保険料）です。政府の経済財政諮問会議（2024年5月23日）において、経済産業大臣は「医療・介護の公的保険の外にも受け皿を確保する」と発言しました。

「保険財政健全化策」による医療給付費抑制と民間保険市場の拡大を一体で推進していくことは、所得の多寡や民間保険の加入状況によって、有効性・安全性・技術的成熟度など質が担保されている有用な医療が受けられない国民・患者が出るのが懸念されます。支払い能力の多寡によって、受けられる医療の格差が生じることになり、国民皆保険制度の空洞化を招くことになります。国民の命・健康を守るためにも、「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」ことが必要です。

(12) 医療機関の収益構造の増強および経営の安定化を図るための医療機関の営利事業の在り方の見直し

医療機関は、営利を目的とした事業を原則として禁止されており、剰余金の配当も認められていません。医療機関が得た収益は、医療サービスの質の向上や施設の充実に使われなければなりません。

日本維新の会の「2025年参院選マニフェスト」は、「市場原理の導入や合理化により、革命的な生産性向上を実現します」と明記しています。医療に「受益者が負担する」という市場原理を持ち込み、利益優先の経営体制をすすめ、生産性向上で経営危機を乗り越えという主張です。医業経営の非営利性・公益性を損なうものです。

（文責：医療動向モニタリング小委員会委員 寺尾正之）

【別掲】 自由民主党・日本維新の会「連立政権合意書」

二、社会保障政策

- (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
- (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」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
- (8) 大学病院機能の強化（教育、研究および臨床を行う医療従事者として適切な給与体系の構築など）
- (9) 高度機能医療を担う病院の経営安定化と従事者の処遇改善（診療報酬体系の抜本的見直し）
- (10) 配偶者の社会保険加入率上昇および生涯非婚率上昇などをも踏まえた第3号被保険者制度などの見直し
- (11) 医療の費用対効果分析にかかる指標の確立
- (12) 医療機関の収益構造の増強および経営の安定化を図るための医療機関の営利事業の在り方の見直し
- (13) 医療機関における高度医療機器および設備の更新などにかかる現在の消費税負担の在り方の見直し