

基礎研 レポート

2023 年度の社会保障予算を分析する

薬価改定で攻防、審議会の「外堀」を埋める動きは継続

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1—はじめに～2023 年度の社会保障関係予算を分析する～

2023 年度政府予算案が昨年末、閣議決定され、1 月 23 日に召集された通常国会に提出された。一般会計の規模は対前年度当初比で 6.3% 増の 114 兆 3,812 億円となり、11 年連続で過去最大を更新した。ウクライナ情勢などを踏まえて防衛関係費が膨らんだことが歳出を押し上げる要因となった。

こうした中、歳出の約 3 分の 1 を占める社会保障関係予算は対前年度当初比 1.7% 増の 36 兆 8,889 億円となった。毎年見直される薬価の削減などを通じて、約 1,500 億円の自然増を抑制した一方、子育て関連予算が増えたことで、こちらも過去最高を更新した。

しかし、防衛関係費の予算確保が焦点となり、例年に比べると「主役」を奪われた形となった。こうした中、毎年見直されることになった薬価に関して、与党も絡んだ攻防が見られたほか、出産育児一時金の引き上げなど、子育て関係予算の見直しや医療保険制度改革の論議が進んだ。

さらに、昨年末の大臣合意では、マイナンバーカードと健康保険証を一体化させる「マイナ保険証」の関係でも制度改正が決まった。その際には、厚生労働省の審議会で十分に議論されないまま、大臣合意で審議会の「外堀」を埋めるような展開が継続し、関係者の間では不満も示された。

本稿では社会保障関係費を中心に、2023 年度政府予算案の概要や制度改正の内容などを考察する。さらに、子育て関係予算の拡充に加えて、2024 年度に控えた医療・介護の制度改正など今後の論点を考える。

2—2023 年度予算案の概況

1 | 歳出と歳入の概況

まず、2023 年度予算案の歳入と歳出の状況を概観する¹。規模は対前年度当初比で 6.3% 増の 114 兆 3,812 億円となり、11 年連続で過去最大を更新した。このうち歳入は図 1 の通りであり、税収は過去

¹ なお、煩雑さを避けるため、発言などを除き、可能な限り引用や出典は省略するが、本稿執筆に際しては、首相官邸や内閣府、財務省、厚生労働省、総務省の各ウェブサイト参照。メディアでも『朝日新聞』『共同通信』『日本経済新聞』『毎日新聞』『読売新聞』のほか、『社会保険旬報』『週刊社会保障』『シルバー新報』『m3.com』『ミクス Online』『Gem Med』などの記事を参考にした。

最高規模になると予想されており、公債金収入（借金）は約1兆円減額された。

一方、歳出は図2の通りであり、規模が大きい社会保障関係予算は対前年度当初比1.7%増の36兆8,889億円、地方交付税等交付金は3.3%増の16兆3,992億円と、いずれも小幅な増加率となった。

本稿のメインテーマである社会保障関係予算の増加要因は後述することにして、地方交付税等交付金の状況を簡単に考察する。

地方交付税の仕組みは非常に複雑だが、マクロの財政運営としては、国税の約3割が自動的に「交付税及び譲与税配付金特別会計」に充当される仕組みになっている（いわゆる、法定率分）。

さらに、法定率分でも自治体全体の歳入を確保し切れない場合、国と自治体が赤字を折半で補填することになっている（いわゆる、「折半対象財源不足」）。

このほか、近年の予算編成では、地方税と地方交付税等交付金の総額（地方一般財源）を維持する「地方一般財源総額実質同水準ルール」が運営されている。

2023年度予算案（地方財政計画ベース）では、地方税が対前年度当初比で4.0%増になったことで、地方一般財源の総額が確保されたことで、折半対象財源不足が2年連続でゼロとなった。その結果、国の補填分が不要となり、地方交付税交付金等の増額が小幅にとどまった。

図1：2023年度政府予算案の歳入内訳



出典：財務省資料を基に作成

図2：2023年度政府予算案の歳出内訳



出典：財務省資料を基に作成

2 | 歳出を押し上げた防衛関係費

むしろ、歳出を押し上げたのは防衛関係費だった、今回の予算編成では、「防衛」「脱炭素（グリーン）」「子育て」の3つが歳出増加要因になると見られており、関係者の間では「3兄弟」と呼ばれていた。3兄弟とされた案件のうち、「子育て」は後述することにして、「防衛」「脱炭素（グリーン）」について簡単に概況を解説する。

防衛関係費は例年、概ね5兆円程度の予算規模で推移していたが、2022年2月のロシアによるウクライナ侵攻など緊迫する国際情勢を踏まえ、自民党の右派を中心に、予算の増額を訴える意見が強まった。

結局、今後5年間で約43兆円を確保することが決まり、初年度となる2023年度の防衛関係費は対前年度当初比26.4%増の6兆7,880円と大幅増となった。さらに従来は原則として公共投資だけに充当されていた建設国債を防衛関係費にも充てられるようになった。このほか、国有財産売却などで得た資金をプールしつつ、5年間の防衛力増加に必要な経費を一括計上する「防衛力強化資金」も創設されることとなり、歳出では防衛関係費とは別に計上された。防衛関係費に充当する税外収入として、厚生労働省所管の国立病院機構、地域医療機能推進機構から返納させる積立金や国有財産の売却収入、外国為替資金特別会計からの繰入基金、決算剰余金などが列挙されている。

しかし、これらを積み上げても、必要経費の全てを賄えないため、岸田文雄首相が増税の必要性に言及。2022年12月末の与党税制改正大綱では、2027年度で1兆円強を確保するための対応策として、法人税や所得税、たばこ税の引き上げを「複数年かけて段階的に実施する」と定めた。

ただ、詳細については今後の調整に委ねられており、毎年6~7月頃に閣議決定されている骨太方針（経済財政運営と改革の基本方針）に向けて、財源確保の方策や増税の是非などが問われる見通しだ。

一方、脱炭素に関しては、クリーンエネルギーの転換や資源循環などGX（グリーントランスフォーメーション）を展開するため、政府は大胆な先行投資に取り組む方針を表明。その金額として、今後10年間で20兆円規模というメドも示されている。

さらに必要な財源については、エネルギー対策特別会計から「GX経済移行債」が発行されることになった。これは通常の国債よりも償還終了までの期間が短い「つなぎ国債」として発行され、化石燃料を輸入している電力会社から徴収する「賦課金」などで償還することになっている。

2023年度予算案におけるGX経済移行債の発行額は約5,000億円。しかし、これはエネルギー対策特別会計での対応であり、図1~2で挙げた一般会計の歳出、歳入には計上されていない。

3 | 多額の予備費は2023年度も継続

このほか、計5兆円に及ぶ予備費も継続された。予備費は通常、災害対策や衆院解散など想定外の必要経費の発生に備えるため、毎年5,000億円程度が計上されるが、新型コロナウイルス対策を機動的に展開するため、2021~2022年度当初予算では「新型コロナウイルス感染症対策予備費」という名称で、2年連続で5兆円が確保されていた。

2023年度予算案では、新型コロナ関係の予備費が「新型コロナウイルス感染症及び原油価格・物価高騰対策予備費」という名称に変更され、4兆円に減額された一方、「ウクライナ情勢経済緊急対応予備費」という1兆円の別の予備費が創設された。

なお、多額の予備費に関しては、政府が事態の変化に対応するために機動的に予算を執行できる反面、予算の使途を政府に「白紙委任」しているため、事前議決を原則とする財政民主主義の観点で問題が多いとされる²。

これに対し、鈴木俊一財務相は「予備費の支出については、憲法、財政法の規定に従って、事後に国会の承諾を得る必要があることから、財政民主主義に反するものではない」と説明している³が、現在のように兆円単位の予備費を計上する運営は異例であり、恒常的に実施することは財政民主主義の観点で望ましくない。このため、可能な限り、短期間で打ち切る必要がある。

3—社会保障関係予算の概況

次に、社会保障予算を概観する。社会保障関係予算に関しては毎年、高齢化などに伴う自然増の抑制策と抑制額が焦点となっており、2023年度の自然増は約7,800億円。物価上昇を踏まえた年金のスライド分⁴を除くと、約5,600億円だった。

しかし、いくつかの歳出抑制策が実施されることで、1,500億円の効率化が図られ、自然増は約6,300億円（年金スライド分を除くと約4,100億円）に抑えられた。

具体的な抑制策としては、毎年改定となった薬価を市場実勢に合わせる形で、給付費ベースで約3,100億円、国費ベースで約700億円が削減された。さらに、75歳以上高齢者の窓口負担が2022年10月から2割（従来は1割）に引き上げられた制度改正の平年度化に伴って、国費ベースで約400億円が圧縮された。

このほか、▽雇用調整助成金の特例見直しで約300億円、▽介護保険に関する市町村の取り組みを採点して結果に応じて財源を交付する交付金の削減で約100億円——が削減された。

一方、増加要因として、物価高騰に伴って生活保護の生活扶助基準が引き上げられる。具体的には、2023～2024年度の特例措置として、世帯人員当たり月1,000円の加算などが2023年10月から実施されることになり、その影響に伴って2023年度では国費ベースで約60億円増えた。

以下では、社会保障関係予算の内容を詳しく見るため、(1)子育て関係予算の拡充、(2)診療報酬改定、(3)その他の論点——という3つを取り上げることにする。

4—社会保障関係予算の概要(1)～子育て関係予算の拡充～

子育て関係予算の関係で特筆されるのは、子育て施策や少子化対策の「司令塔」として、2023年4月から「こども家庭庁」が発足する点である。これは厚生労働省や内閣府の部局を統合した組織として、児童手当や保育所整備に加えて、結婚、妊娠相談、妊産婦の産後支援、母子保健、子どもの居場所づくりなど、切れ目のない形での子育て支援を目的としており、初年度の予算としては一般会計、特別会計（年金特別会計子ども・子育て勘定）を合わせて、4兆8,104億円が計上された。これは移管前の予算規模と比べると、2.6%増えた形だ。

² 大石夏樹（2009）「予備費制度の在り方に関する論点整理」『経済のプリズム』を参照。

³ 財務省ウェブサイト、2022年12月23日「鈴木財務大臣兼内閣府特命担当大臣臨時閣議後記者会見の概要」を参照。

⁴ なお、年金に関しては、新規裁定者（67歳以下）は前年度から2.2%の引き上げ、既裁定者（68歳以上）は1.9%の引き上げとなるが、給付抑制を通じて財政均衡化を図る「マクロ経済スライド」が3年ぶりに実施されることで、物価上昇に年金の伸びが追いつかず、実質的な価値は目減りすることになった。

こども家庭庁関係の主な施策としては、2022年度第2次補正予算で創設された「出産・子育て応援交付金」が2023年度も継続されることになった。これは全ての妊婦と0～2歳児を持つ家庭に対する面談相談と10万円の経済支援などを組み合わせることで、出産育児の負担を減らすことを目指しており、2023年度における国費ベースの予算規模は約370億円。

さらに、退院直後の母子に対して心身のケアや育児をキメ細かく支援する「産後ケア事業」が拡充され、全ての妊婦が1回2,500円の補助を受けられるようになった。このほか、▽所得の低い妊婦に対する初回の産科受診に要する費用を助成する事業の創設、▽保育所や幼稚園などに通っていない児童の世帯に対し、市町村職員が家庭を訪問することなどを通じて、継続的に支援する「未就園児等全戸訪問・アウトリーチ支援事業」の拡充——なども盛り込まれた。

こども家庭庁の予算とは別に、医療保険制度から支出されている「出産育児一時金」も原則42万円から50万円に引き上げられることになった。

5——社会保障関係予算の概要(2)～マイナ保険証などの診療報酬改定～

1 | 薬価改定の内容

次に、医療サービスの対価として支払われる診療報酬の改定である。診療報酬改定では、原則として医療機関向け本体が2年に一度の頻度で見直される一方、薬価は2021年度以降、市場実勢に応じて毎年見直すことになっている⁵。2023年度予算編成では、本体改定が実施されない「中間改定年度」「裏年」だったが、与党や財務省、関係業界が絡んだ攻防が一部で見られた。

具体的には、2016年末の関係大臣合意で「価格乖離の大きな品目」が対象となるとされており、財務省は社会保障関係費の抑制を図るため、「改定対象項目品数が約7割にとどまり、それまでの改定より狭くなった」として、大規模な改定を要望した⁶。一方、関係業界は見直しの対象をできるだけ小さくするように要望し、与党は薬品の安定供給問題への対処などを重視した。中央社会保険医療協議会（厚生労働相の諮問機関、以下は「中医協」）でも、対象や削減幅などについて議論が重ねられた。

結局、今回の対象品目は前回並みの69%に据えられたが、原材料費の高騰や安定供給問題への対応、イノベーションへの配慮という観点に立ち、2つの緊急・特例的な措置が実施された。

このうち、1つは「不採算品再算定の特例品目」による薬価引き上げである。この対応では、医薬品の安定供給を図るため、急激な物価高騰などで不採算となった全ての品目（1,100品目）については、薬価が緊急かつ臨時的に引き上げられることになった。

もう一つは「新薬創出・適応外薬解消等促進加算（新薬創出等加算）」の増額であり、新薬開発に向けたインセンティブを確保するのが目的。これらの臨時・特例措置の結果、薬価が下がる品目は全体の48%程度にとどまった。

つまり、自然増を抑制するための財源として、薬価引き下げが実施されたものの、医療現場への影響などに配慮する形で、臨時・特例的な措置が実施されたと言える。こうした決着について、日医の松本吉郎会長は「物価高騰や医薬品の安定供給の課題が日常診療に大変大きな負担を与えている状況のなかで、（筆者注：今回の決着は）非常に厳しい」としつつも、「高度な政治的判断」と振り返って

⁵ 消費増税の影響分を加味した見直しを含めると、薬価の毎年改定は2019年度から続いていることになる。

⁶ 2022年11月7日、財政制度等審議会財政制度分科会資料を参照。

いる⁷。

2 | マイナ保険証の診療報酬改定

マイナンバーカードと健康保険証を一体化する「マイナ保険証」に関して診療報酬改定が大臣合意で決まった。マイナ保険証の関係では、紆余曲折があったので、少し経緯を整理する。

厚生労働省はマイナ保険証の普及を通じて、患者が加入している医療保険など直近の資格情報（オンライン資格確認）や健診情報、薬剤情報などを医療機関が把握できる情報システムの整備を目指している。これは事実上、患者の医療・健康情報を統合的に管理できるようになる PHR (Personal Health Record) であり、厚生労働省は医療 DX (デジタルトランスフォーメーション) の「切り札」的な存在として、様々なテコ入れ策を講じている。

具体的には、2023 年 4 月から保険適用を受ける医療機関・薬局に対し、原則としてオンライン資格確認の導入を義務付ける予定であり、2022 年 10 月には河野太郎デジタル担当相が「2024 年度秋に現在の健康保険証の廃止を目指す」との方針も表明した。さらに、引き上げられた消費税収を活用した「医療情報化支援基金」を通じて、マイナンバーカードから関係情報を読み取るカードリーダーの導入費用の一部が医療機関、薬局に付与されている。

しかし、診療報酬面でのテコ入れは二転三転した。2022 年 4 月からの改定で「電子的保健医療情報活用加算」(7 点または 4 点、1 点は 10 円) が創設され、マイナ保険証に切り替える医療機関に対して加算が付与された⁸。

これに対し、マイナ保険証を使った方が患者の負担増になることに疑問の声が出たため、同年 10 月から「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」という新たな仕組みに切り替わった。加算は 2 種類あり、「加算 1」ではオンライン資格確認の体制を有する医療機関で、従来の保険証が使われた場合、月 1 回に限って 4 点を算定。「加算 2」はマイナ保険証を使い、オンラインで被保険者の資格確認などを実施した場合、月 1 回に限って 2 点を算定する仕組みとなった。

その後、2022 年 12 月の大臣合意を踏まえ、中医協が開催され、医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、2023 年 4 月から 12 月までの特例が設けられた。具体的には、▽初診は現行の 4 点から 6 点に引き上げ、▽再診の場合には月 1 回 2 点を加算する措置の新設、▽「ベンダーと契約を締結したが、システムを整備しているケース」など、2024 年 4 月までの義務化に対応できない場合に対応する 6 種類の経過措置の創設——などが決まった。これに伴い、2023 年度当初予算案でも、加算に必要な経費として 31 億円が計上された。

6——社会保障関係予算の概要(3)～その他の論点～

1 | 医療・介護保険改革の影響

このほかの論点として、2022 年度末までに厚生労働省の審議会で議論されていた医療保険、介護保険の制度改革の影響は概ね 2024 年度以降に持ち越す形となった。

このうち、医療保険制度改革に関しては、▽出産育児一時金を 50 万円に引き上げ、▽75 歳以上の

⁷ 2023 年 1 月 11 日に実施された記者会見の発言。同月 12 日配信『ミクス Online』、同 11 日配信『m3. com』配信記事を参照。

⁸ 2022 年度診療報酬改定決着時の議論については、2022 年 5 月 16 日拙稿「[2022 年度診療報酬改定を読み解く\(上\)](#)」を参照。

後期高齢者に課している保険料の上限引き上げ、▽65～74歳までの前期高齢者に関する財政調整の見直し、▽負担が増える健康保険組合に対する財政支援の拡充——などが決まっており、2023年通常国会に関連法案が提出される予定となっている。

しかし、出産育児一時金の引き上げを除き、2024年度施行が想定されており、2023年度予算編成への影響は軽微にとどまった。

3年に一度の介護保険制度改革に関しても、(1)軽度者向け給付の見直し、(2)相談支援などを実施するケアマネジメントの有料化、(3)2～3割負担の対象者拡大——などが争点になっていたが、(1)(2)については、2027年度に実施される次の次の制度改革に向けた論議に先送りされた。(3)に関しても、2023年夏頃までに結論を出すとしている⁹。

以上の内容を踏まえると、出産育児一時金の引き上げに要する予算(76億円)が暫定的に確保された程度で、医療・介護保険制度改革が2023年度予算案に及ぼす影響は小さくなった。

2 | 自治体向け基金、交付金の見直し

それ以外では、医療・介護に関する自治体向け財政制度である「地域医療介護総合確保基金」の一部が削減された。これは引き上げられた消費税の一部を財源とし、国と都道府県が必要経費を分担する形で、自治体の病院再編や介護基盤整備に充当できる制度。大別すると、医療分と介護分に分かれており、その用途としては、(Ⅰ)医療機関の再編、病床数変更、(Ⅱ)在宅医療の充実、(Ⅲ)介護施設の基盤整備、(Ⅳ)医療従事者の確保、(Ⅴ)介護従事者の確保、(Ⅵ)医師の働き方改革の推進——に分かれている。

しかし、介護施設の基盤整備に関する残高が未執行として積み上がっているとして、2023年度当初予算案では介護分が国費ベースで412億円から352億円に削減された(医療分の国費は対前年度当初と同じ751億円)。

さらに、国民健康保険や介護保険に関する自治体の取り組みを採点し、その点数に応じて予算を増減させる交付金の見直しも講じられた。このうち、前者は国民健康保険の「保険者努力支援制度」という制度であり、自治体の健康づくりや医療費適正化に関する取り組みを評価している。

しかし、予算の効率性などを調べる財務省の「予算執行調査」で、「医療適正化効果の乏しい、被保険者の健康の保持増進に偏重した事業内容になっている」と指摘されたことで、健康づくりの実施状況に応じて支払われる「事業費連動分」という枠については、予算額が500億円から300億円に減額された。

さらに介護保険についても、同様の仕組みとして、「保険者機能強化推進交付金」「保険者努力支援制度」という2つの仕組みが設けられており、2022年度予算では200億円ずつが計上されていたが、財務省は予算執行調査で、給付抑制に繋がっていないとして見直しを要望していた。これを受け、予算規模が計350億円にカットされた。

以上の内容を踏まえると、社会保障関係予算では薬価改定で少し攻防が見られたものの、例年と比べて「小粒」となった印象だった。

⁹ 次期介護保険制度改革の動向については、2023年1月12日拙稿「[次期介護保険制度改革に向けた審議会意見を読み解く](#)」を参照。

では、2024年度予算編成も含めて、これからどんな論点が予想されるのだろうか。以下、(1) 子育て関係予算の充実、(2) 2024年度に控えた医療・介護の同時改定、(3) 審議会をバイパスする動き——という3つで今後の展望を試みる¹⁰。

7——社会保障予算の今後の論点と展望(1)～子育て関係予算の充実～

まず、子育て関係予算に関しては、岸田首相が増額や充実に向けて思い切った発言を繰り返しており、その内容と財源確保が論点となりそうだ。ここで首相の発言を少し振り返ると、元々は2021年9月の自民党総裁選で、「子どもを含む家族を支援する政府予算の倍増」に賛意を示していた¹¹が、2022年12月の会合で、次の骨太方針に向けて、「こども予算の倍増を目指していくための当面の道筋を示してまいります」と言明した¹²。

その後、2023年1月の年頭記者会見では、(1) 児童手当を中心に経済的支援の強化、(2) 学童保育や病児保育を含め、幼児教育や保育サービスの強化、伴走型支援や産後ケア、一時預かりなど全ての子育て家庭を対象としたサービスの拡充、(3) 働き方改革の推進、育児休業制度の強化——などを例示しつつ、「異次元の少子化対策」に挑戦する考えを示した¹³。

しかし、「予算倍増」「異次元」という思い切った表現にもかかわらず、内容は詰まっておらず、財源確保のメドも立っていない。このうち、内容に関して、岸田首相は小倉将信こども政策担当相に対し、検討を急ぐように指示。これを受けて、担当省庁幹部や有識者、子育て当事者など関係者の意見を聞く検討組織が発足し、3月末を目途に叩き台を作成する見通しとなっている。

一方、財源についてもメドが立っていないが、与党内では増税に否定的な意見が多い。さらに、先に触れた通り、防衛関係費の財源確保も実質的に先送りされており、骨太方針の策定過程では、増税の是非も含めて政府・与党内の調整が難航しそうだ。

8——社会保障予算の今後の論点と展望(2)～2024年度に控えた医療・介護同時改正～

1 | 医療関係の制度改正

次に、2024年度に控えた医療・介護同時改定を論じる。2024年度は2年に一度の診療報酬改定と、3年サイクルの介護報酬改定が重なる予定であり、都道府県が6年周期で策定している「医療計画」、市町村が3年サイクルで改定する「介護保険事業計画」の改定も控えている。

このうち、医療では病床削減や在宅医療の充実などを目指す「地域医療構想」を中心とする提供体制改革が論点になると見られる¹⁴。地域医療構想では、人口的にボリュームが大きい「団塊世代」が

¹⁰ ここでは詳しく触れないが、5年に一度の年金再計算も予定されている。

¹¹ 2021年9月23日『朝日新聞デジタル』配信記事を参照。

¹² 2022年12月16日、全世代型社会保障構築本部・全世代型社会保障構築会議における発言。議事録を参照。

¹³ 2023年1月4日、首相官邸ウェブサイト「岸田内閣総理大臣年頭記者会見」を参照。

¹⁴ 地域医療構想は2017年3月までに各都道府県が策定した。人口的にボリュームが大きい団塊世代が75歳以上になる2025年の医療需要を病床数で推計。その際には医療機関の機能について、救急患者を受け入れる「高度急性期」「急性期」、リハビリテーションなどを提供する「回復期」、長期療養の場である「慢性期」に区分し、それぞれの病床区分について、2次医療圏ごとに病床数を将来推計した。さらに、自らが担っている病床機能を報告させる「病床機能報告」で明らかになる現状の対比を通じて、需給ギャップを明らかにした。その上で、医療機関の経営者などを交えた「地域医療構想調整会議」の議論を経て、合意形成と自主的な対応による見直しが想定されている。地域医療構想の概要や論点、経緯については、2017年11～12月の「[地域医療構想を3つのキーワードで読み解く\(1\)](#)」(全4回、リンク先は第1回)、2019年5～6月の拙稿「[策](#)

75歳以上になる2025年をターゲットにしつつ、急性期病床の削減や在宅医療の充実などが目指されており、各地域での議論は2017年度から本格的にスタートしたが、新型コロナウイルスへの影響で2020年以降、ストップした。

その後、厚生労働省は2022年3月、都道府県に対して地域医療構想の議論を再起動するように要請したが、目標年次の2025年まで残り2年となっており、社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）医療部会が2022年12月に示した意見書では、「2040年頃までを視野に入れてバージョンアップを行う必要がある」という考えが示されている。このため、2025年の後を見据えた「ポスト地域医療構想」が模索されることになりそうだ。

一方、病床再編について、地域に目を向けると、▽岩見沢市立病院と北海道中央労災病院の統合（北海道）、▽青森県立中央病院と青森市民病院の統合（青森県）、▽広島県立広島病院、中電病院などの統合（広島県）——といった形で、新型コロナウイルス禍でも一部の地域で動きが本格化している。これまでの診療報酬改定に関する流れ¹⁵を踏まえても、2024年度改定でも地域医療構想に関する急性期病床の削減や医療機関の連携強化、在宅医療の充実などは引き続き論点になる可能性が高い。

さらに、身近な病気やケガに対応する「かかりつけ医」の機能強化に向けた制度設計も焦点となりそうだ。この関係では、かかりつけ医の役割や機能が曖昧なため、財務省などが定義の法定化とか、患者が事前にかかる医療機関を指名する「登録制」の導入などを提唱。これに対し、日本医師会が反対し、大きな論点となった¹⁶。

結局、先に触れた医療部会意見書では、(1) かかりつけ医機能の定義の法定化、(2) 医療機関が果たしている役割を公表する「医療機能情報提供制度」の見直し、(3) 在宅医療など医療機関が担っている機能などを都道府県に報告させる「かかりつけ医機能報告制度」の創設、(4) 継続的な医学管理を要する患者が希望する場合、かかりつけの関係を示す書面を発行する仕組みの創設——などの内容が盛り込まれた。

しかし、(2)～(4)については詳細が決まっておらず、2024年度診療報酬改定での対応を含め、今後の論点となりそうだ。

今後、大きな論点になるのは医師の働き方改革かもしれない¹⁷。この制度改正では、医師の超過勤務を原則として年960時間、地域医療の確保や医師の研修で止むを得ないケースに関しては年1,860時間に抑える方針が決まっている。これを受けて、医療機関は超過勤務の解消や時短計画の作成、健康確保措置の実施などが義務付けられる。さらに、事務執行を現場で担うのは都道府県であり、特例を受ける医療機関の指定とか、健康確保措置の評価などの役割を担っている。

しかし、大学病院が地域に派遣している若手医師を引き揚げる事態が懸念されており、「地域医療の確保」「医師の健康確保」という二律背反のバランスが問われている。既に施行まで2年を切っており、

[定から2年が過ぎた地域医療構想の現状を考える](#)（全2回、リンク先は第1回）、2019年10月31日「[公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか](#)」を参照。併せて、三原岳（2020）『地域医療は再生するか』医薬経済社も参照。

¹⁵ 過去の診療報酬改定の論点については、2022年5月拙稿「[2022年度診療報酬改定を読み解く](#)」（2回シリーズ、リンク先は第1回）、2020年4月24日拙稿「[2020年度診療報酬改定を読み解く](#)」、2018年5月拙稿「[2018年度診療報酬改定を読み解く](#)」（2回シリーズ、リンク先は第1回）を参照。

¹⁶ かかりつけ医が注目された背景などについては、2021年8月16日拙稿「[医療制度論議における『かかりつけ医』の意味を問い直す](#)」を参照。

¹⁷ 医師の働き方改革に関しては、2021年6月22日拙稿「[医師の働き方改革は医療制度にどんな影響を与えるか](#)」を参照。

国・自治体、医療機関の準備が問われる。

新興感染症対策についても、新たな仕組みがスタートする¹⁸。具体的には、感染症の拡大に備えるため、患者の受け入れなどに関して、都道府県と医療機関が事前に協定を結ぶ仕組み（医療措置協定）であり、医療計画に新興感染症を位置付ける制度改正も施行される。このため、都道府県には平時医療と有事対応の両面を意識した見直し論議を進めることが期待される。

2 | 介護関係の制度改正

介護に関しては、3年に一度の制度改正のうち、2割負担の対象者拡大など一部の案件が先送りされており、骨太方針で論点になる可能性がある。さらに、介護報酬改定の議論も本格化する見通しだ。過去の議論¹⁹を踏まえると、医療提供体制改革と整合性を合わせるような形で、医療・介護連携の強化がポイントとなりそうだ。

併せて、近年の改定では介護予防の強化が論点となっており、その傾向も続くと見られる。データを用いた介護を目指す「科学的介護」²⁰に関してもテコ入れ策が議論になる可能性が高い。

9——社会保障予算の今後の論点と展望(3)～バイパスされる審議会～

診療報酬・介護報酬の同時改定を含めて、今後の制度改正に通じる視座として、厚生労働省の審議会をバイパスする動きが強まりつつある傾向が強まっている。

先に触れた通り、マイナ保険証の診療報酬改定に関しては、大臣合意で大枠が先に決まり、中医協に諮問された。しかも、基本的な方針が決まった後、中医協の議論は実質的に2日間だけであり、これは日本医師会など診療側、健康保険組合連合会など支払側のコンセンサスを重視して来た従来の医療政策の決定過程とは趣を異にしていた。

実際、中医協会長の小塩隆士氏（一橋大学経済研究所教授）が「審議頂く時間が非常に限定的となった」「議論が必要な場合は十分に検討・討議できることが本来の中医協の姿」などと苦言を呈する一幕があった²¹ほか、支払側からも「このタイミングで突然診療報酬上の加算について議論することは全くの想定外だ。中医協としては時間をかけて丁寧に議論するべきだ」との声が出た²²。

しかも、こうした傾向は今回に限らず、最近の制度改正に共通した特徴と言える。例えば、2022年度診療報酬改定では、医療機関向けの本体改定率を巡り、財務省と日本医師会が対立。プラス改定の見返りのような形で、財務相と厚生労働相が医療提供体制改革について大臣合意を交わし、一部で思い切った点数が付いた²³。つまり、大臣合意が中医協の議論の「外堀」を埋めるような形になったわ

¹⁸ 医療措置協定を含む新興感染症対策については、2022年12月27日拙稿「[コロナ禍を受けた改正感染症法はどこまで機能するか](#)」、2021年7月6日拙稿「[コロナ禍で成立した改正医療法で何が変わるか](#)」を参照。

¹⁹ 過去の介護報酬改定の論点に関しては、2021年5月14日拙稿「[2021年度介護報酬改定を読み解く](#)」、2018年5月14日「[2018年度介護報酬改定を読み解く](#)」を参照。

²⁰ 科学的介護については、2021年9月15日拙稿「[科学的介護を巡る『モヤモヤ』の原因を探る](#)」、2019年6月25日拙稿「[介護の『科学化』はどこまで可能か](#)」を参照。科学的介護に関する加算に関しては、2021年5月14日拙稿「[2021年度介護報酬改定を読み解く](#)」を参照。

²¹ 2022年12月23日『m3.com』配信記事を参照。

²² 2022年12月22日『m3.com』配信記事を参照。健康保険組合連合会理事の松本真人氏の発言。

²³ 大臣合意が診療報酬改定に影響した点については、2022年5月27日拙稿「[2022年度診療報酬改定を読み解く\(下\)](#)」を参照。なお、この時の大臣合意が中医協の議論に向けて、財務省が厚生労働省から取った「言質」になる可能性については、

けだ。

同様の傾向については、別の医療関係の制度改正でも起きている。ここでは詳述を避けるが、オンライン診療の関係では新型コロナウイルスへの特例が政治主導で恒久化された²⁴ほか、外来機能に関する医療機関の役割分担を明確にする見直し論議でも、首相官邸に設置されていた「全世代型社会保障検討会議」での議論を通じて、「外来受診重点医療機関」という新たな制度が生まれることになり、既存制度との重複が問題視されている²⁵。このため、日医からも「最近では所管外の政府の組織から診療報酬の細部まで踏み込んだ提案が常態化している」という不満が示されている²⁶。

しかし、各省の審議会レベルでの積み上げよりも、首相指示や政治主導で政策が決まる流れは不可逆的な要素を持っている面もある。振り返ると、1990年代以降の統治機構改革では、首相を議長とする経済財政諮問会議の新設など、政治主導（特に首相官邸による主導）によるスピーディーな意思決定を可能とする見直しが一貫して実施されてきた経緯がある。こうした統治機構改革の影響がコンセンサスを重視して来た医療政策にも及んできていると言える。

2024年度予算編成では、2年に一度の診療報酬改定と、3年サイクルの介護報酬改定が重なる予定だが、大臣合意を通じて、審議会における議論や利害調整の「外堀」を埋めるような傾向が継続するかどうか注目する必要がある。

10——おわりに～社会保障・税の一体的な議論は不可欠～

異次元の少子化対策に挑戦し、若い世代からようやく政府が本気になったと思っただけの構造を実現するべく、（筆者注：こども家庭庁を中心に）大胆に検討を進めてもらいます——。今年の年頭記者会見で、岸田首相は子育て関係予算の充実に向けて、前向きな姿勢を示した²⁷。この発言に代表される通り、自民党が政権復帰した後の政策決定過程では、事前に内容が議論されないまま、国民の目を惹くような「首相指示」が先行し、各省が後追的に内容を詰める傾向が強まっている。

しかし、今回の焦点となった防衛関係費にしても、本稿で取り上げた社会保障関係費にしても、施策には財政負担が付き物である。さらに本来的に言うと、国民に負担を求める際には、施策の費用対効果や効果・効率性などを十分に検討する必要もあるが、最近の政策決定過程では、これらの点が疎かになっている印象を受ける。

しかも、歳入の約3割を赤字国債で賄っている状況を踏まえると、財政の健全化という視点は欠か

2022年1月17日拙稿「[2022年度社会保障予算を分析する](#)」で予想していたが、筆者の想定を上回る展開となった。

²⁴ オンライン診療に関しては、初診を対面で診察した「初診対面原則」が採用されていたが、新型コロナウイルス対策の特例として、2020年4月から限定的に撤廃された。その後、2022年度から特例が恒久化された。この過程では、一貫して政治主導で意思決定が進んだ。詳細については、2021年12月18日拙稿「[オンライン診療の特例恒久化に向けた動向と論点](#)」、2020年6月5日拙稿「[オンライン診療を巡る議論を問い直す](#)」を参照。初診対面原則を撤廃した後の診療報酬については、2022年5月16日拙稿「[2022年度診療報酬改定を読み解く（上）](#)」を参照。

²⁵ この関係では、医療機関同士の役割分担を明確にするため、紹介状を持たずに大病院を受診した患者から追加負担を取る仕組みが2016年度診療報酬改定でスタートし、その後は追加負担を徴収する「大病院」の対象が少しずつ拡大されていた。しかし、全世代型社会保障検討会議が追加負担の対象病院を一層、拡大するように要請し、最終的に紹介患者を重点的に受け入れる「紹介受診重点医療機関」を地域で選定する仕組みがスタートすることになった。しかし、「地域医療支援病院」という制度も同様の役割を担っており、厚生労働省の審議会では機能の重複が問題視されている。外来機能分化に関しては、2022年10月25日拙稿「[紹介状なし大病院受診追加負担の狙いと今後の論点を考える](#)」を参照。

²⁶ 2022年3月27日に開催された日医の代議員会における中川俊男会長の発言。同日配信の「m3.com」配信記事を参照。

²⁷ 2023年1月4日、首相官邸ウェブサイト「岸田内閣総理大臣年頭記者会見」を参照。

せないし、今回は全く触れなかったが、2024年度予算編成では「2025年度に国・地方の基礎的財政収支（プライマリー・バランス）を黒字にする」という目標との整合性も問われる。

その際には、規模の大きい社会保障予算の取り扱いは論点になるし、焦点になっている子育て関係予算だけでなく、所得再分配の強化や働き方に中立的な税制・社会保障制度などの課題も積み残されている。2024年度は医療・介護について様々な制度改正を控えているが、中長期的な視点に立った社会保障・税制改革の一体的な議論が求められる。