

# 基礎研 レポート

## 異例づくめの高額療養費の見直し論議を検証する

少数与党の下で二転三転、少子化対策の財源確保は今後も課題

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

### 1—はじめに～異例づくめの高額療養費の見直し過程を検証する～

今年の通常国会における予算審議では、公的医療保険の患者負担に関して上限を設定する「高額療養費」の見直し問題が注目を集めた。政府は当初、2025年8月以降、3段階で限度額を引き上げる方針を決定し、2025年度当初予算案にも反映されていたが、がんなどの患者団体が強く反発したことで、野党だけでなく、与党内でも反対意見が広がった。

その結果、政府は3回も方針を転換することを強いられ、最終的に事実上の白紙撤回に追い込まれた。政府の案が3回も修正されるのは極めて異例であり、当初予算案が国会で修正を受けたのは29年ぶり、衆参両院で当初予算案が修正されるのは現行憲法下で初めてという「異例づくめ」の展開となった。

では、こうした異例づくめの展開になった理由として、どんな点が考えられるだろうか。2024年10月の総選挙で、自民、公明両党が衆院で過半数を失った（いわゆる少数与党）ことで、国会運営が難航する可能性は当初から予想されていたが、ここまで「迷走」を重ねた理由としては、厚生労働省の粗雑な検討過程や政府・与党の機能不全など、幾つかの理由が絡んでいると考えられる。

そこで、本稿は高額療養費見直しを巡る過程を検証する。具体的には、2024年11月頃から政府内で議論が急浮上した点とか、「次元の異なる少子化対策」で財源対策が求められた点、その過程では患者団体の意見を聞く場を設定しない点、少数与党の下で政府がジリジリと「撤退」を余儀なくされた点などを明らかにする。

その上で、事実上の白紙撤回になった影響として、OTC（一般薬）類似薬の保険適用除外などの見直しが浮上する可能性や、少子化対策の財源確保が困難になる危険性を論じる。

### 2—高額療養費制度の現状と当初の見直し案

#### 1 | 低姿勢を続けたが…

「（筆者注：患者団体の）理解をいただくに至ったと判断したが、判断は間違いだった。大変申し訳ない」。白紙撤回を決めた後の2025年3月13日の衆院予算委員会で、このように石破茂首相は陳謝

した<sup>1</sup>。この発言に限らず、国会審議に際して、石破首相は低姿勢で臨み、3月27日の参院予算委員会では検討過程を追及する立憲民主党の批判に対して、「真摯に反省」「平身低頭（筆者注：お詫び）いたします」などと述べる一幕もあった。

こうした低姿勢にもかかわらず、議論は混迷を深めた。その背景として、2024年10月の総選挙で少数与党となり、難しい国会運営を強いられている影響に加えて、厚生労働省の粗雑な検討過程や政府・与党の機能不全など様々な要因が絡んでいる。例えば、参院で与党は過半数を維持しており、衆院を通過した後の修正は本来であれば不要だったが、参院の審議でも譲歩を余儀なくされた。以下、高額療養費制度の現状に触れた後、2024年12月に示された当初の見直し案を説明する。

## 2 | 現行の仕組み

まず、高額療養費の概要と今回の見直し案について説明する。高額療養費とは月額の上限を設定することで、患者の窓口負担を抑制する仕組み。年齢や収入で上限は異なるものの、現在は70歳未満の場合、「約1,160万円以上」「約770万～約1,160万」「約370万～約770万」「～約370万円」「住民税非課税」の5つに分かれている。さらに、70歳以上の場合は「住民税非課税（一定所得以下）」を加えた6つに区分されている。

例えば、70歳未満で年収が約370～770万円の人が月100万円の医療費を支払うことになった場合、原則として窓口負担は30万円だが、高額療養費で上限は8万7,430円まで抑えられる<sup>2</sup>。

## 3 | 当初の見直し案

次に、2025年当初予算案に盛り込まれた当初の見直し案を見る。当初の見直し案によると、図表1の通り、現行区分のまま、2025年8月から限度額が引き上げられる予定だった。例えば、70歳未満の年収約370～約770万円の人の場合、図表1の通り、限度額の基準は8万100円から8万8,200円まで上がる。その後、2026年8月から13区分に細分化されるとともに、限度額も2027年8月までに段階的に引き上げられることになっていた<sup>3</sup>。

ここでのポイントの一つは急な引き上げ幅である。例えば、70歳未満で年収600万円の人の場合、限度額の基準は8万100円（現在）→8万8,200円（2025年8月～）→10万800円（2026年8月～）→11万3,400円（2027年8月～）とアップする予定だった。

<sup>1</sup> 本稿では煩雑さを避けるため、政府の審議会や国会など公開の場における発言やインターネットで確認、入手できる資料については、出典を示さない。このため、引用は舞台裏での調整や非公開の場での発言を紹介する記事などにとどめる。発言や資料などについては、首相官邸や自民党、公明党、立憲民主党、日本維新の会、国民民主党、財務省、厚生労働省、日本胃癌学会、全国がん患者団体連合会などの各ウェブサイトに加えて、『朝日新聞』『共同通信』『産経新聞』『日本経済新聞』『毎日新聞』『読売新聞』の記事やウェブ版配信記事、『医療経済』『社会保険旬報』『週刊社会保障』『日経メディカル』『ミクスOnline』『m3.com』も記事も参照した。論点の考察では、研究者によるインタビューや論考も参照した。具体的には「医療記者、岩永直子のニュースレター」に掲載された二木立・日本福祉大学名誉教授のインタビュー（2025年2月4日）に加えて、五十嵐中（2025）「高額療養費制度の見直しは『誰のための皆保険？』」『医療経済』3月1日号、同（2025）「高額療養費制度の見直しで影響を受ける『協会けんぽ』」『医療経済』2月1日号、伊藤由希子（2025）「高額療養費の医療の質は高いのか？」『週刊社会保障』3月10日号 No. 3308、二木立（2025）「私が高額療養費制度の患者自己負担増に強く反対する理由」『文化連情報』565号、2025年3月25～27日『日本経済新聞』『Analysis』に掲載された鎌江伊三夫東京大学特任教授、津川友介カリフォルニア大ロサンゼルス校准教授、安藤道人立教大学教授の論考など。

<sup>2</sup> 基準となる8万100円に加えて、100万円から26万7,000円を差し引いた分の1%に相当する金額の合計を負担する。

<sup>3</sup> 70歳以上の場合、外来の上限を抑える特例制度があり、高額療養費と一体的に見直される予定だった。

さらに一番上の階層だと、限度額の基準は現在の1.8倍近い44万4,300円にまで増え、仮に100万円の医療費を使った場合、本来の3割負担を超えてしまうため、適用除外となる予定だった。つまり、所得の低い人の伸び幅を抑えつつ、高所得者に多くの負担を求める「応能負担」が相当程度、強化されることになっていた。

こうした急な引き上げ幅や応能負担の考え方については、いわゆる「多数回該当」でも採用されていた。ここで言う多数回該当とは直近12カ月の間に3回以上対象になった場合、4回目以降の負担を抑えられる仕組みである。当初の見直し案では、70歳未満で年収500万円の人の場合、4万4,400円の限度額の基準が2025年8月から4万8,900円に上がる一方、一番高い階層（年収約1,650万円～）の人は最終的に24万6,600円に引き上げられることになっていた。

さらに、図表1のような当初の見直し案が実現していれば、受診控えて生じる2,270億円の減額も含めて、最終的に計5,330億円の給付抑制に繋がると説明されていた<sup>4</sup>。

図表1：高額療養費に関する当初の見直し案（70歳未満の場合）

現在の年収区分	現在の月単位限度額	2025年8月～2026年7月の年収区分	月単位の限度額
約1,160万円～	25万2,600円+1%	約1,160万円～	29万400円+1%
約770万円～約1,160万円	16万7,400円+1%	約770万円～約1,160万円	18万8,400円+1%
約370万円～約770万円	8万100円+1%	約370万円～約770万円	8万8,200円+1%
～約370万円	5万7,600円	～約370万円	6万600円
住民税非課税	3万5,400円	住民税非課税	3万6,300円

2026年8月～2027年7月の年収区分	月単位の限度額	2027年8月以降の年収区分	月単位の限度額
約1,650万円～	36万7,200円+1%	約1,650万円～	44万4,300円+1%
約1,410万円～約1,650万円	32万5,200円+1%	約1,410万円～約1,650万円	36万300円+1%
約1,160万円～約1,410万円	29万400円+1%	約1,160万円～約1,410万円	29万400円+1%
約1,040万円～約1,160万円	22万200円+1%	約1,040万円～約1,160万円	25万2,300円+1%
約950万円～約1,040万円	20万4,300円+1%	約950万円～約1,040万円	22万500円+1%
約770万～約950万円	18万8,400円+1%	約770万～約950万円	18万8,400円+1%
約650万～約770万円	11万3,400円+1%	約650万～約770万円	13万8,600円+1%
約510万～約650万円	10万800円+1%	約510万～約650万円	11万3,400円+1%
約370万～約510万円	8万8,200円+1%	約370万～約510万円	8万8,200円+1%
約260万～約370万円	6万6,900円	約260万～約370万円	7万9,200円
約200万～約260万円	6万5,100円	約200万～約260万円	6万9,900円
～約200万円	6万600円	～約200万円	6万600円
住民税非課税	3万6,300円	住民税非課税	3万6,300円

出典：財務省、厚生労働省資料を基に作成

注1：「+1%」では実際の医療費から一定の金額を引いた分の差額に1%を乗じた額が上乘せされる。

注2：多数回該当などで例外がある。

#### 4 | 当初の見直し案が作られた理由

こうした当初の見直し案について、厚生労働省は幾つかの点で説明を試みていた。まず、前回の見

<sup>4</sup> 受診控えの減額予想について、厚生労働省は「経験的に得られている効果」と説明していた。これは「長瀬効果」と一般的に呼ばれており、ここで言う「長瀬」とは主に戦前の厚生省（当時）などで保険数理の専門家として活躍した長瀬恒蔵の名前に由来する。

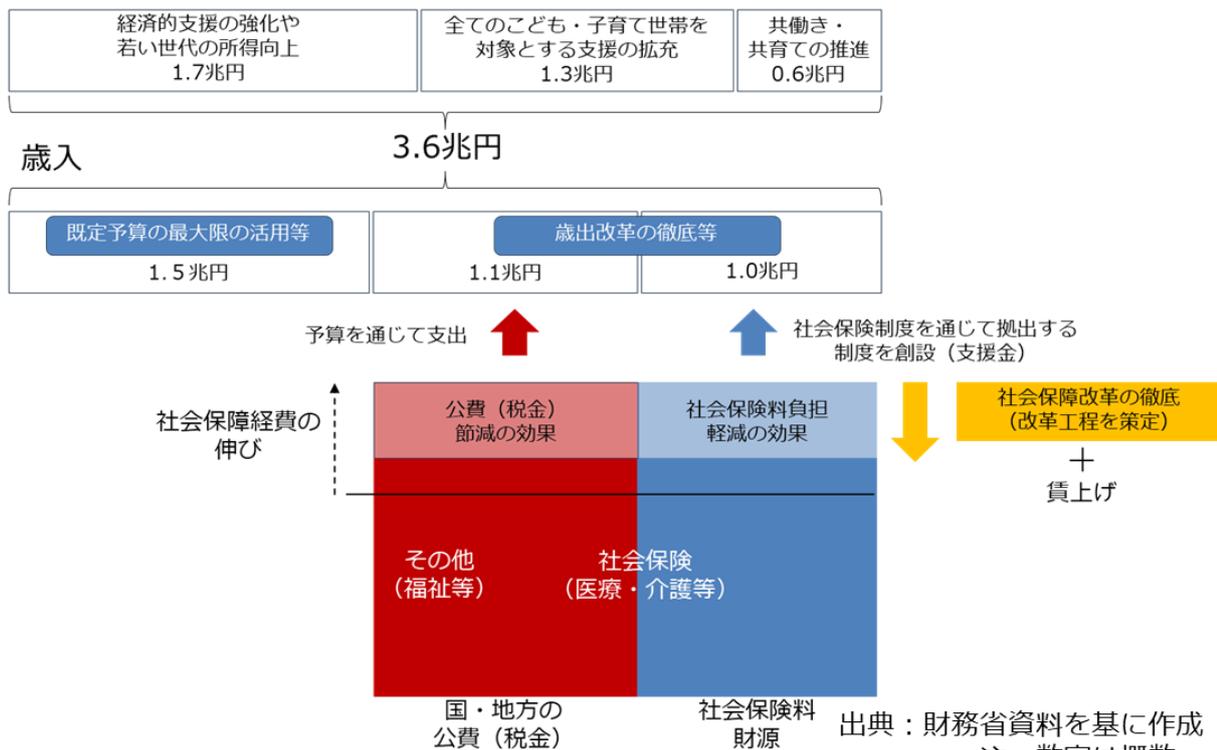
直しから約10年が経過する中、賃上げの影響を加味する必要性である。第2に、近年は現役世代の手取りを増やす必要性が意識されており、保険料負担の抑制が期待されている点である。例えば、当初の見直し案が実現していれば、加入者1人当たりの年間保険料は平均で3,100円程度、大企業の従業員や家族が加入する健康保険組合で4,900円、主に中小企業の従業員や家族で構成する協会けんぽで約3,500円の保険料軽減になると見込まれていた。

第3の点として、高額薬剤が次々と開発されている中、その影響で医療費は上がっても、高額療養費で患者負担が抑制されるため、その結果として保険料や公費（税金）で負担する部分、つまり実効給付率が伸びていることである。例えば、社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）医療保険部会では、前回見直し時の2015年度は84.84%だったが、2021年度には85.46%に伸びたという数字も示された。

第4に、予算編成上の要請である。この点は必ずしも明確に説明されているわけではないが、最近の予算編成では、社会保障費の伸び幅を自然増に相当する5,000億円程度に抑えることが意識されている。この高額療養費も歳出見直しの項目に位置付けられており、2025年度当初予算では、国費（国の税金）を200億円程度、削減できるとされていた<sup>5</sup>。

図表2：次元の異なる少子化対策の財源対策のイメージ

歳出：加速化プラン完了時点



第5に、岸田文雄政権が重視した「次元の異なる少子化対策」の影響である。岸田内閣では出生数

<sup>5</sup> 2025年度当初予算における社会保障費の抑制に関しては、2025年2月6日拙稿「[2025年度の社会保障予算を分析する](#)」を参照。

の減少に歯止めを掛けるため、児童手当の所得制限の撤廃や拡充など計 3.6 兆円の歳出を積み増す方針を決めた<sup>6</sup>。さらに、これに要する費用は増税に頼るのではなく、既存予算の見直しや歳出抑制で賄うとされており、重点的に施策に取り組む「加速化プラン」が終了する 2028 年度までに、最大で 2 兆円規模の歳出削減を図ることが期待されていた。

当時、政府が示していたイメージは図表 2 の通りであり、児童手当の拡充など少子化対策を強化する「こども未来戦略」と同時期に閣議決定された「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（以下、改革工程）では、歳出改革のメニューが盛り込まれており、この中に高額療養費の見直しが組み込まれていた<sup>7</sup>。具体的には、下記のような記述である。

**「新経済・財政再生計画改革工程表 2022」において「世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点からの検討」を行う事項として位置付けられている高額療養費制度の在り方について、賃金等の動向との整合性等の観点から、必要な見直しの検討を行う。**

ここで言う「新経済・財政再生計画改革工程表 2022」とは毎年、経済財政諮問会議を中心に決められていた 3 年間の歳出改革プランであり、ここで高額療養費の見直しに関して、「世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点からの検討」という文言が入っていた。これを引用する形で、少子化対策の財源捻出策として、高額療養費の見直しが挙げられたことになる。

なお、新経済・財政再生計画改革工程表の位置付けや文言に関しては、この後の検討過程でも改めて取り上げる。

## 5 | 高額療養費見直しが選ばれた理由

ここで一つ疑問が湧く。改革工程では高齢者の患者負担見直しや医療提供体制改革など、様々な見直しが列挙されており、制度改正の選択肢は高額療養費だけにとどまらない。

それにもかかわらず、高額療養の見直し論議が先行した理由として、法改正が要らない点が考えられる。具体的には、高額療養費の見直しは政令改正で対応できるため、予算を通してしまえば、国会の承認は要らない。もちろん、政令は閣議で変更されるため、慣行として与党の事前審査を経る必要があるが、それでも少数与党の下で選びやすかったという事情があるのであろう。

さらに、前回の改正からの期間が考えられる。高齢者医療費の見直しは 2022 年 10 月に実施されたが、高額療養費は約 10 年、手を付けておらず、「社会経済情勢の変化」という説明が容易だった。

次に、当初の見直し案が決まるまでの流れを考察する。ここでは異例づくめの展開となった今回の経緯を記録する意味を込めつつ、具体的な日付や発言、資料の文言などを参照しつつ、制度改正論議の流れを細かく見ていく。

<sup>6</sup> 次元の異なる少子化対策の財源スキームの概要や問題点については、2024 年 2 月 1 日拙稿「[2024 年度の社会保障予算の内容と過程を問う（中）](#)」を参照。

<sup>7</sup> 改革工程の内容や位置付け、杜撰な検討過程については、2024 年 2 月 14 日拙稿「[2024 年度の社会保障予算の内容と過程を問う（下）](#)」を参照。

### 3——高額療養費見直しの経緯(1)～予算案決定までの流れ～

#### 1 | 2024年11月から見直し論議が加速

見直しの「号砲」となったのは2024年11月15日の全世代型社会保障構築会議だった。これは首相直属で社会保障改革を話し合う会議体であり、複数の委員から「高額療養費についても当然としてメスを入れるべきだと思います」「やはり一番上の自己負担限度額の上限の引上げが必須だ」といった声が出た。

しかし、これらの発言は急に出たのではなく、その1週間ほど前の報道では「高額療養費の上限引き上げを検討」といった記事が流れていた<sup>8</sup>。このため、水面下で模索されていた政府の検討が公式に浮上したと言えるであろう。

#### 2 | 医療保険部会での4回に渡る議論

その後、11月21日の医療保険部会で、厚生労働省の考え方が示された。その際、事務局の保険局は高額療養費に手を付ける理由として、改革工程に示されている点、さらに全世代型社会保障構築会議で複数の委員から見直しを求める意見が出たことに言及。その上で、先に触れた通り、▽医療の高度化で保険料負担が上昇している点、▽賃上げなど前回の見直しからの経済環境の変化を踏まえる必要性、▽現役世代を中心に保険料負担の軽減を求める声が強まっている点——などが理由として列挙された。

さらに、「検討の方向性(案)として、(1)限度額の一定程度の引き上げ、(2)所得区分に応じたキメ細かい制度設計とする観点からの所得区分の細分化——という2つを挙げた。これに対し、健康保険組合連合会(以下、健保連)や経団連などの委員が原則として賛意を示した。

続く11月28日の医療保険部会でも高額療養費の見直しが話題となった。この時、保険局は前回の意見を整理しつつ、高額療養費の細かいデータなどを説明。これに対し、日本医師会(以下、日医)の委員が「丁寧な議論」を求めた程度で、大きな反対意見は出なかった。

3回目となる12月5日の医療保険部会では、過去2回分の意見の整理や詳細なデータが示された後、各委員の意見表明に移った。ここでは健保連と経団連の委員が賛成する一方、日医の委員が70歳以上の外来特例の見直しによる影響を中心に、患者の受療行動の変化を見極める必要性などを指摘し、4回目の12月12日の医療保険部会でも同様の議論が展開された。

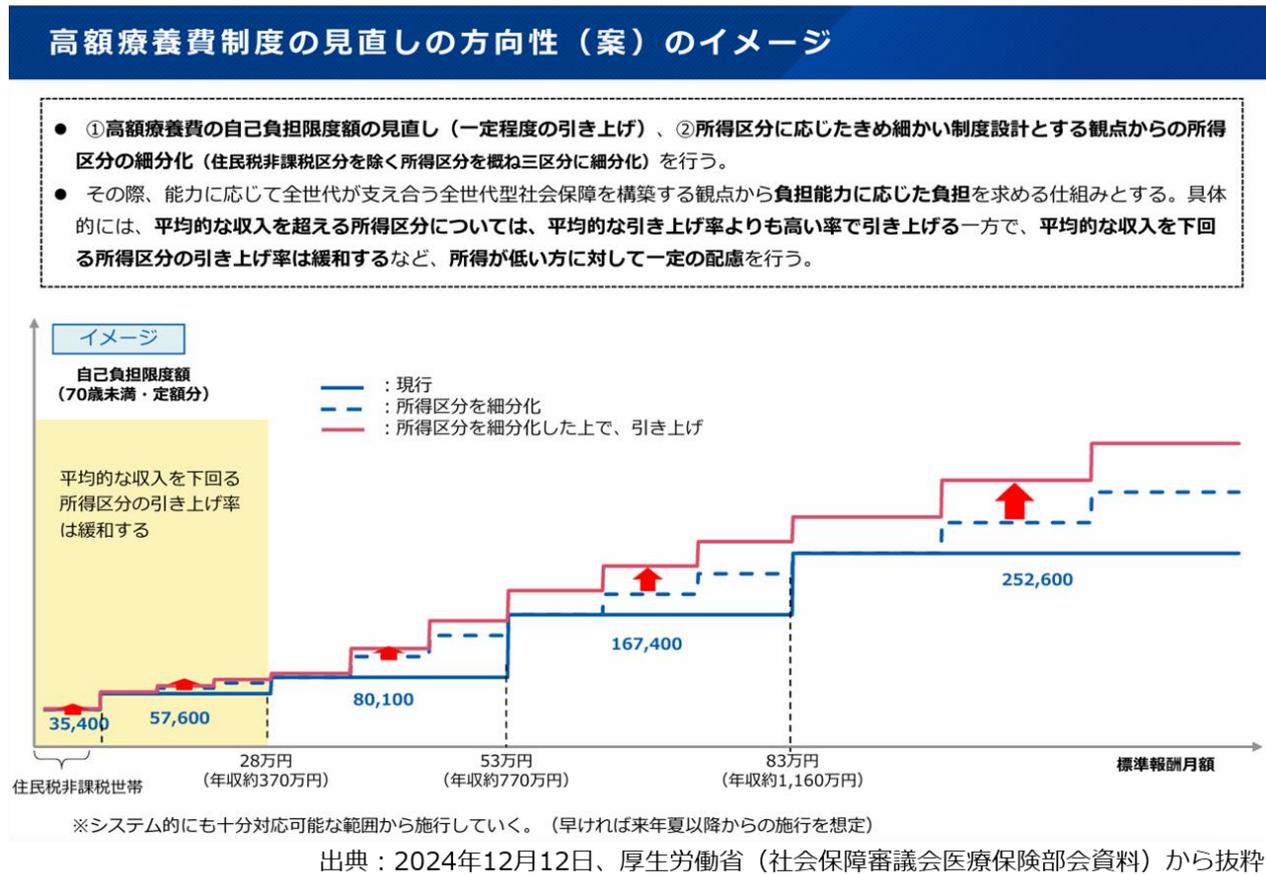
こうした議論を踏まえると、保険料負担を抑制する観点に立ち、健保連や経団連などの委員が見直しに賛意を示し、日医など一部の委員が見直しによる悪影響とか、高額療養費のセーフティネットとしての側面などを指摘するものの、大きな反対意見は示されなかった。

しかし、4回目が終わった時点でも保険局から具体的な見直し案は提示されず、図表3のような見直しの大まかなイメージが示されていただけだった。このため、「全世代での応能負担強化」「保険料負担抑制の必要性」という総論では一致していたものの、図表1のような具体的な数字を基にした議

<sup>8</sup> 例えば、2024年11月8日の『共同通信』配信記事を見ると、首相主導で社会保障改革を議論するため、全閣僚で構成する「全世代型社会保障構築本部」が同日、石破内閣で初めて開催された際、高額療養費の上限額引き上げを含む社会保障の歳出改革工程表の具体化を進めるよう関係閣僚に指示したと出ている。しかし、議事要旨には「高額療養費」「医療」といった言葉は見受けられず、取材で得た情報などを追加したと思われる。

論が展開されたわけではなかった。

図表3：医療保険部会に示された高額療養費見直しの方向性のイメージ



### 3 | 経済財政諮問会議、与党での議論

一方、経済財政政策の方向性を首相主導で話し合う経済財政諮問会議でも12月3日に話題となり、福岡資磨厚生労働相が「高額療養費の見直しの検討など、能力に応じて皆が支え合う、全世代型社会保障の構築に向けた取組を進めていく」とする資料を提出した。

さらに、民間議員の一人が「物価・賃金が上昇する中で上限が維持されてきた高額療養費の自己負担限度額は、セーフティネットの役割を維持しつつ引上げ」とする資料を提出し、当日の会議でも「こういう細かい話も含めて議論していくことが重要」と述べた。

このほか、与党でも高額療養費の見直しが議論になり、12月13日の社会保障制度調査会と医療委員会の合同会議<sup>9</sup>で、元厚生労働相の田村憲久社会保障制度調査会長が「全世代型社会保障構築を構築していくなかで、どのような負担をお願いしていくのかの議論となる」と発言。元厚生労働相で後藤茂之医療委員長も予算編成に道筋を付ける必要性を示した。その後、保険局の説明を踏まえ、合同会議の結論として、田村調査会長と後藤委員長に対応が一任された。

結局、12月25日の閣僚折衝を通じて、同月27日に公表された2025年度当初予算案の説明資料で、図表1のような詳細な数字が初めて示された。さらに、2025年1月23日の医療保険部会で、図表1

<sup>9</sup> 2024年12月23・30日『週刊社会保障』No. 3298を参照。

の見直し案が医療保険部会の委員に対し、公式に初めて示された上で、給付費抑制額が計 5,330 億円に及ぶことも明らかにされた。

図表4：歳出改革プランにおける高額療養費の記述の変遷

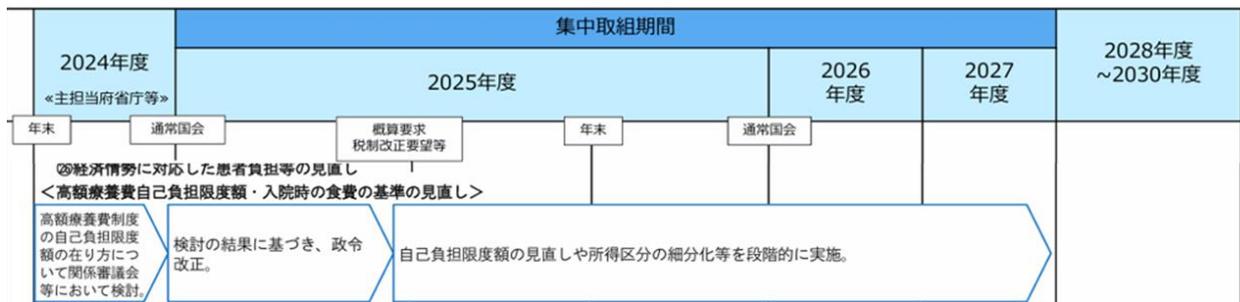
<2022年12月22日：新経済・財政再生計画改革工程表>

工程(取組・所管府省、実施時期)	23	24	25
⑳ 世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点からの検討			
i 高額療養費制度の在り方《所管省庁：厚生労働省》	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<2023年12月1日：新経済・財政再生計画改革工程表>

工程(取組・所管府省、実施時期)	24	25	26~
⑳ 世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点からの検討 ★			
i 高額療養費制度の在り方《所管省庁：厚生労働省》	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<2024年12月26日：経済・財政新生計画改革実行プログラム>



出典：内閣府資料から抜粋

#### 4 | 経済・財政新生計画改革実行プログラムなどの記述

このほか、経済財政諮問会議を中心に決まる政府文書の位置付けも確認したい。このうち、毎年 6 月頃に経済財政政策の方向性を示す「経済財政運営と改革の基本方針」（いわゆる骨太方針）では、2023 年版も、2024 年版でも「高額療養費」の文言は見受けられない。

さらに、経済財政諮問会議を中心に毎年 12 月に決まっている歳出改革のプランの文言でも、高額療養費の見直し方針が具体的に記述されたわけではなかった。これが先に触れた「新経済・財政再生計画改革工程表」（以下、工程表と表記）であり、2022 年 12 月 22 日に公表された工程表では、図表 4 上の通り、高額療養費の見直しが言及されていたが、2023 年、2024 年、2025 年に実施または検討の予定が記載されておらず、空欄だった。同じように 2023 年 12 月 21 日に決まった工程表でも図表 4 の真ん中に出ている通り、2024 年、2025 年、2026 年の欄に何も書かれていなかった。つまり、向こう 3 年間の段取りを示す文書には 2 年連続で何も書かれていなかったことになる。

ただ、2024 年 12 月 26 日に決まった「経済・財政新生計画改革実行プログラム」（以下、「実行プログラム」と表記）では図表 4 下の通り、「高額療養費制度の自己負担限度額の在り方について関係審議会等において検討」（2024 年度）、「検討の結果に基づき、政令改正」（2025 年度前半）、「自己負担限度額の見直しや所得区分の細分化等を段階的に実施」（2025 年度後半以降）との段取りが盛り込まれた。

この実行プログラムは新経済・財政再生計画改革工程表の後継版であり、その役割や位置付けは実質的に変わっておらず、前日に実施された閣僚折衝の内容を踏まえ、図表4下のような3年間の方向性が示されたと言える。

要するに、3年間の歳出改革プランを示す文書を追っ掛けると、2022年、2023年は項目だけにとどまっており、何も記述されていなかったが、2024年になって急遽、政府の方針決定を踏まえて、具体的に記入されたことになる。

図表5：高額療養費見直しに関わる過程（その1、当初の見直し案決定まで）

年	月日	主な出来事
2022年	12月22日	「新経済・財政再生計画改革工程表2022」が決定。3年間の歳出改革プランとして、世代間・世代内の負担の公平化と応能負担を強化するため、高額療養費の見直し方針を規定するも、3年間の予定は空欄に。
	12月21日	「新経済・財政再生計画改革工程表2023」が決定。3年間の歳出改革プランとして、世代間・世代内の負担の公平化と応能負担を強化するため、高額療養費の見直し方針を規定するも、3年間の予定は空欄に。
2023年	12月22日	「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」が閣議決定。「次元の異なる少子化対策」の財源確保に向けた歳出改革プランとして策定され、2022年版の新経済・財政再生計画改革工程表」を基に、高額療養費の見直しを進めると規定。ただし、具体的な数字や内容は記載せず。
	11月15日	首相直属で社会保障改革を話し合う全世代型社会保障構築会議で高額療養費見直しが話題に。
2024年	11月21日	厚生労働省の常設諮問機関である社会保障審議会医療保険部会で、高額療養費見直しが初めて話題に。改革工程に見直しが記載されている点や、全世代型社会保障構築会議で複数の委員から見直しを促す意見が出たことを理由に挙げ、賃金の上昇への対応や保険料抑制の必要性などの観点で、制度改革が必要と提起。
	11月28日	医療保険部会で高額療養費見直しが議題に。2回目の議論。
	12月3日	経済財政諮問会議で高額療養費見直しが話題に。福岡資歴厚生労働相が「全世代型社会保障の構築に向けた取組」の一つとして、高額療養費見直しに言及。
	12月5日	医療保険部会で高額療養費見直しが話題に。3回目の議論。
	12月6日	全世代型社会保障構築会議で高額療養費見直しが再び話題に。
	12月12日	医療保険部会で高額療養費見直しが議題に。4回目の議論。
	12月24日	全国がん患者団体連合会が要望書を福岡厚生労働相らに提出。当事者団体による初めての公式行動。見直しによる影響の緩和、軽減策などを要望。
	12月25日	2025年度予算に向けた大臣折衝で高額療養費見直しが正式に決定。年収区分の細分化とともに、2025年8月から3段階での引き上げ
	12月26日	「経済・財政新生計画改革実行プログラム2024」が決定。3年間の歳出改革プランとして、年収区分の細分化とともに、2025年8月から3段階での引き上げを規定。
	12月27日	財務省が2025年度当初予算案を公表。国民向けに具体的な数字が初めて公表。

出典：内閣府、財務省、厚生労働省の資料、各種報道などを基に作成

## 5 | 当初の見直し案決定までの過程で言えること

以上、当初の見直し案が決まるまでの主な過程を整理したのが図表5である。こうした過程を振り返ると、高額療養費の見直しは以前から話題には上がっていたものの、具体的な見直し論議は2024年11月から急浮上した様子を看取できる。

その一つの証左として、2024年8月の専門誌に載った厚生労働省幹部のインタビュー<sup>10</sup>でも、医療保険制度改革の論点として、金融所得を加味する可能性や賃上げ・物価上昇への対応、出産費用の保険適用などが話題に挙がっているが、高額療養費は触れられていなかった。

さらに、医療保険部会では図表1のような形で具体的な数字も検討過程では示されておらず、議論に粗っぽさが見受けられる。このほか、医療保険部会では、がん患者など当事者団体の意見を公式に聞く場も設けられていなかった。このことが患者団体の反発を強め、見直しを求める声が大きくなる一因となった。

<sup>10</sup> 2024年8月21日『社会保険旬報』No. 2937に掲載された鹿沼均保険局長に対するインタビュー記事。

実際、こうした過程を経て生まれた当初の見直し案は少数与党の下、政治的な判断に翻弄されることになる。次に、予算案が国会提出後に二転三転した様子を見る。

#### 4——高額療養費見直しの経緯(2)～二転三転した国会での議論～

##### 1 | 最初の修正に至る経過

年齢にかかわらず適切に支え合うことを目指す全世代型社会保障の理念に則り、改革工程に沿って着実に進めます。高額療養費制度の見直しなどにより、保険料負担の抑制につなげます——。2025年1月24日に開会した通常国会の施政方針演説で、このように石破首相は述べた。ここでも全世代型社会保障の理念とともに、保険料の負担軽減策の一つとして、高額療養費の見直しが必要と強調されていたことになる。その前日に開催された医療保険部会でも、当初の見直し案について、健保連の委員が賛意を示すなど、特段の反対意見は出なかった。

一方、この頃から患者団体の運動が広がりを見せていた。52のがん患者団体などで構成する全国がん患者団体連合会（以下、全がん連）は2024年12月24日、負担上限額引き上げの軽減などを求める要望書を福岡厚生労働相らに提出していたが、2025年になって活動が活発になった。

具体的には、2025年1月17～19日に集まった3,623人の声を同月20日に公表し、「子どもの将来のためにお金を少しでも残す方がいいのか追い詰められている」「金銭負担がさらに増えてしまっただけでは社会復帰など夢のまた夢」といった切実な声を訴えた。さらに、同月29日から反対の緊急署名を実施し、2月2日までの5日間で7万人を超える賛同を集めた。

こうした声を踏まえて、2025年度当初予算案の審議が衆院予算委員会に移ると、野党の追及が強まり、政府は防戦を強いられた。例えば、1月31日に開かれた衆院予算委員会では、自らもがんサバイバーである立憲民主党の酒井菜摘議員の質問に対し、石破首相が「高額な薬剤がものすごいスピードで増えている。この制度をどうやって続けていくことができるか。所得の低い方については、負担能力に応じて当然最大限の配慮する」と述べつつ、「実際にそういう経験された方の話は、私ども謙虚に真摯に承る。一番苦しんでおられる方々の声を聞かずにこのような制度を決めるとは思わない。きちんと聞いた上で、そういう方々に対して不安を払拭することも政府の務めだ」などと述べた。さらに、福岡厚生労働相が「様々な立場の有識者で構成される専門家の審議会で、4回の議論を行うなど丁寧なプロセスを経た」と理解を求める一幕もあった。

その後、2月4日の衆院予算委員会の首相答弁では、福岡厚生労働相が患者団体と面談すると表明。同日に開かれた自民、公明両党の幹事長会談でも高額療養費の見直しが議論の俎上に上り、がん患者ら長期治療が必要な人には柔軟な対応を検討する方針が確認された。この辺りから修正に向けた動きが加速するとともに、政局的な要素が強まっていく。

2月7日には厚生労働省の事務方が全がん連の天野慎介理事長らと面談。天野理事長ら患者団体は引き上げの凍結を訴えた。具体的には、高額療養費の負担上限額引き上げを「最後の手段」としつつ、給付抑制の代替策として、OTC類似薬の保険給付見直しや、風邪に対する抗菌薬治療など健康上の利益に関するエビデンスが乏しい医療を保険収載から除外するように要望した。その上で、特に留意する点として、▽多数回該当の引き上げを見送る、▽中間層の負担軽減、▽現役世代の患者や家族の参画——などを強調した。

さらに、2月12日、2月14日と相次いで福岡厚生労働相が天野理事長らと面談。このうち、2月12日の面談では、天野理事長が「限度額の引き上げ幅が大きく、長期療養の患者・家族にとって過重な負担を強いる」「医療保険部会で制度を利用している現役世代の患者・家族に対するデータの検討やヒアリングが実施されていない」と問題点を指摘し、限度額引き上げの凍結を改めて主張した。

これに対し、福岡厚生労働相が2月14日の面談で、多数回該当を引き上げの対象から外す考えを表明。石破首相も2月17日の衆院予算委員会で、同じ考えを示した。

今から振り返ると、これが1回目の修正であり、この時点で政府・与党としては、修正を多数回該当にとどめることで、図表1で掲げた当初の見直し案自体は維持する考えだった。実際、福岡厚生労働相は2月14日の面談で、「高額療養費制度は日本が誇るべきセーフティネットであり、受け続けられる環境を維持していかなければならない。保険料負担が上昇しているなかで、ギリギリの判断」と説明していた。石破首相も2月17日の衆院予算委員会で、「長期間治療が続き、先が見えない中で経済的な不安を感じている方々の負担額は変わらない」と述べつつも、「大切なセーフティネットを次の世代にも持続可能にしたい」と述べ、制度全体の見直しは必要と主張していた。

しかし、撤回を求める患者団体との溝は埋まっていなかった。この頃からテレビで高額療養費の見直しが取り上げられ始め、SNSなどでも政府の方針に対する批判が大きくなった。国会では立憲民主党が2月14日、2025年度当初予算案の修正案を提出し、高額療養費の引き上げ凍結で200億円増額するなどの内容を盛り込んだ。1回目の修正案決定までの過程は図表6の通りである。

図表6：高額療養費見直しに関わる過程（その2、1回目の修正案決定まで）

年	月日	主な出来事
2025年	1月20日	全国がん患者団体連合会が3,623人のアンケート調査結果を公表。
	1月23日	社会保障審議会医療保険部会で、厚生労働省が正式に見直し案を説明。見直しに伴う給付抑制額が計5,330億円に上る見通しも明らかになった。
	1月24日	石破首相が衆参両院の施政方針演説で、「高額療養費制度の見直しなどにより、保険料負担の抑制につなげます」と発言。
	1月29日	全国がん患者団体連合会などがインターネット上で反対の署名を開始。5日間で7万人超の署名が集まる。
	1月31日	衆院予算委員会で高額療養費見直しが議題に。石破首相が「一番苦しんでいる方々の声を聞かずにこのような制度を決めていいとは思わない」と述べつつ、「どういう形で聞くのが一番適切か検討したい」と発言。今回の見直しに関して、国会における初めての本格的なやり取り。
	2月4日	石破首相が衆院予算委員会で、福岡資麿厚生労働相が患者団体と面談すると表明。
	2月4日	自民党、公明党の幹事長ががん患者ら長期治療が必要な人には柔軟な対応を検討することで一致。
	2月7日	厚生労働省の事務方が全国がん患者団体連合会の天野慎介理事長ら患者団体と面談。患者団体は見直し案の凍結を主張。
	2月12日	全国がん患者団体連合会の天野理事長らが福岡厚生労働相と面談し、限度額引き上げの凍結を改めて要望。
	2月14日	福岡厚生労働相が全国がん患者団体連合会の天野会長らと面談。多数回該当の患者は引き上げの対象としない修正案を提示。1回目の修正。天野理事長らは白紙撤回を主張。
	2月14日	立憲民主党が2025年度当初予算案の修正案を公表。高額療養費は見直しの凍結を想定し、200億円の増額要因に。
	2月17日	石破首相が衆院予算委員会で、多数回該当の患者は対象外とすると表明。立憲民主党の野田佳彦代表は白紙撤回を主張。

出典：首相官邸、立憲民主党ウェブサイト、厚生労働省資料、各種報道などを基に作成

## 2 | 衆院通過時点の2回目の修正に至る経過

多数回該当を外す修正を決めたにもかかわらず、野党の攻勢は収まらず、国会では立憲民主党が2月19日、健康保険法などの改正案を提出した。この案では、限度額引き上げに際して患者の実態調査

などの手続きを政府に義務付けるとともに、手続きが完了するまでの間、引き上げを停止するように求めていた。

さらに、日本胃癌学会など関係学会から慎重な意見を求める要望書が公表されたほか、地方議会でも慎重な審議を求める意見書が採択されるなど、国会の外でも修正案に対する逆風が続いた。

一方、政府・与党は当初予算の年度内成立を確実にするため、与野党協議を並行して進めていた。通常、3月2日までに衆院を通過させれば、憲法の規定に沿って、参院の審議結果や対応にかかわらず、年度内成立が可能になるためだ。

ただ、年度末を過ぎると、国政の運営に必要な経費を執行できるように一定期間に限って作る暫定予算の編成を強いられるため、政府・与党としては、当初予算案の衆院通過を確実にしたい思惑があった<sup>11</sup>。

こうした状況の下、石破首相は2月28日の衆院予算委員会で、新たな修正案を示した。つまり、2025年8月の上限引き上げは実施するものの、2026年8月以降の引き上げは見送ることとし、その対応は2025年秋までに再検討するという内容である。これが2回目の修正である。

しかし、批判は収まらなかった。例えば、全がん連の天野理事長は2月28日の記者会見で、その前日夜の一部メディアで、「政府が見直し案の凍結で最終調整」という記事が流れた点を引き合いに出しつつ、「(筆者注：患者団体の内部では)『これで安心して治療を受けられる』『やっとまともな判断になった』などと安堵、喜びの声が聞かれたが、わずか1日で覆り、”解凍”という状況になってしまった」と語った。

さらに、立憲民主党の野田佳彦代表も同日の衆院予算委員会で、「中身にも、プロセスにも大きな問題がある」と指摘するとともに、見直しを1年間延期することで、患者団体も交えて検討し直すように求めた。この結果、立憲民主党と合意できる可能性は遠退いた。

そこで、浮上したのが日本維新の会との連携だった。自民、公明両党は予算の年度内成立を目指して、日本維新の会との間で教育無償化に関する政策協議を進めており、その合意が2月25日に交わされた。3党の責任者による署名付きの合意文では、医療に関して、OTC 類似薬の見直しや医療 DX (デジタルトランスフォーメーション) の推進などを含めて、下記のような文言が入った。

**社会保障改革による国民負担の軽減を実現するため、主要な政策決定が可能なレベルの代表者によって構成される3党の協議体を設置する。**

**以下の点を含む、現役世代の増加する保険料負担を含む国民負担を軽減するための具体的について、令和7年度末までの予算編成過程(診療報酬改定を含む)で論点の十分な検討を行い、早期に実現が可能なものについては、令和8年度から実行に移す。**

- OTC 類似薬の保険給付のあり方の見直し
- 現役世代に負担が偏りがちな構造の見直しによる応能負担の徹底

<sup>11</sup> ただ、実際には3~4日程度、空白の期間が発生しても執行上、大きな問題は生じない。予算の空白や暫定予算に関する論点については、星正彦(2018)「予算の成立時期に関わる諸問題」『経済のプリズム』No. 172を参照。

- 医療DXを通じた効率的で質の高い医療の実現
- 医療介護産業の成長産業化

さらに、政府・与党として改革工程の記載内容、公明党は2024年9月20日に策定した「公明党2040ビジョン（中間とりまとめ）」で予防の強化などを盛り込んだ点、日本維新の会は2025年2月20日に公表した「社会保険料を下げる改革案（たたき台）」で年間最低4兆円を削減するとしている点に言及しつつ、検討に際しては念頭に置くこととされた。つまり、今後も3党の主張を擦り合わせることで、医療給付費の効率化に向けた合意点を見出していく方向性が確認されたわけだ。

こうした合意や議論を踏まえ、2025年度当初予算案が修正された結果、多数回該当の引き上げ見送りに伴って、国費（国の税金）が55億円の増額となった。さらに、日本維新の会が求めた高校無償化などの経費も計上され、修正された当初予算案は3月4日に衆院を通過し、参院に送付された。

衆院で当初予算案が修正されるのは1996年度の第1次橋本龍太郎内閣以来、29年ぶり。減額修正は1955年の第2次鳩山一郎内閣以来70年ぶりの出来事となった<sup>12</sup>。この時点で年度内成立は微妙な状況となっていたが、暫定予算の編成は免れると見られていた。

衆院通過直前の3月3日の衆院予算委員会で、石破首相は「高額療養費がこの先も増えていく時に、疾病に苦しむ方々により少ない負担で療養を受けてもらうためにどうすればいいかを考え、今回の結論に至っている」と理解を求めた。2回目の修正案決定に至る過程は図表7の通りである。

図表7：高額療養費見直しに関わる過程（その3、2回目の修正案決定まで）

年	月日	主な出来事
2025年	2月19日	立憲民主党が衆院に健康保険法等改正案を提出。限度額引き上げまでの間に患者団体の意見を聴取することや、手続きが完了するまで引き上げを停止する内容。
	2月21日	福岡厚生労働相が衆院予算委員会で、見直しに伴って抑制額が320億円ほど縮小するとの見直しを明らかに。
	2月21日	千葉県浦安市議会が慎重な見直しを求める意見書を採択。その後、3月末までに慎重な意見または白紙撤回を求める意見書が相次いで採択。
	2月25日	教育無償化を中心に協議していた自民、公明両党と日本維新の会が2025年度当初予算案の修正で合意。医療制度改革に関しては、応能負担の強化など現役世代の社会保険料を中心に国民負担を軽減するための具体策を2026年度から実行に移す方向性などを規定。
	2月26日	日本胃癌学会、日本緩和医療学会、日本がんサポーターズケア学会などが政府案の見直しや慎重な議論を促す声明を公表。その後、日本臨床腫瘍学会、日本癌学会、日本癌治療学会も連名で同様の声明を公表。
	2月28日	石破首相が衆院予算委員会で、2025年8月からの負担上限額引き上げを予定通りに実施するものの、2026年8月以降の対応は2025年秋までに再検討する方針を表明。2回目の修正。
	3月3日	超党派議員連盟「高額療養費制度と社会保障を考える会」（仮称）の発起会が開催。全国がん患者団体連合会や日本難病・疾病団体協議会の呼び掛けに応じた形。
	3月4日	自民、公明両党と日本維新の会などの賛成で、2025年度当初予算案が衆議院を通過。高額療養費見直しのほか、高校無償化関係等の修正も反映。国会における当初予算案の修正は29年ぶり。減額修正は70年ぶり。

出典：衆議院、日本胃癌学会、全国市議会議長会などのウェブサイト、各種報道などを基に作成

### 3 | 事実上の白紙撤回となる3回目の修正に至る経過

しかし、参院に移っても批判は全く収まらず、むしろ与党から厳しい声が相次いだ。石破首相は3月5日と翌6日の参院予算委員会で、「持続可能性と、受診抑制が起こらないことの両立を図りたい」

<sup>12</sup> 高額療養費の見直しは増額要因となるが、衆院通過時点では、別の要因で予算の増減が起きた。具体的には、自民、公明両党と日本維新の会の合意を踏まえ、高校授業料無償化の先行措置として、2025年度から所得制限を撤廃するとともに、国公立を問わず全世帯に年11万8,800円の就学支援金を支給することが決まった。一方、国民民主党との協議では、所得課税負担が生じる「103万円の壁」の見直しが焦点となり、合意には至らなかったが、課税最低額を160万円まで引き上げることが盛り込まれた。これに伴い、トータルでは3,437億円の減額となった。

「患者団体の皆様、保険料を支払っておられる方々、両方からのご意見を十分に承る。その上で、答えを出していく」と理解を求めた。

これに対し、同月5日の参院予算委員会で、自民党の佐藤正久幹事長代理が「国民の理解が得られていない」と述べ、引き上げの停止を要望。翌6日の参院予算委員会では、公明党の谷合正明参院会長が「国民の声を聞いて判断してもらいたい」と再考を促した。

そもそも、参院には首相の衆院解散権が及びにくいいため、しばしば参院は衆院と異なる動きを見せる時がある。しかも今年は夏に参院選を控えており、世論の批判を受けて態度を硬化させた形だ。

結局、石破首相は3月7日、保険者（保険制度の運営者）と患者団体の代表と相次いで面談。2025年8月の引き上げも見送る方針を示した。言わば事実上の白紙撤回であり、3回目の修正である。わずか3日での軌道修正について、石破首相は「患者団体に理解をいただけない理由の一つとして、検討プロセスに丁寧さを欠いたとの指摘があり、政府として重く受け止めなければならない。患者に不安を与えたまま見直しを実施することは、望ましいことではない」と説明した。

その後、石破首相が新人議員に15人に対し、10万円相当の商品券を配布した問題などを巡り、国会審議は難航。当初予算の年度内成立を巡って、与野党でギリギリの調整が図られた、結局、自民党と立憲民主党は3月28日、政治とカネの問題を巡って参考人招致することで合意するとともに、年度末ギリギリの3月31日に当初予算案の審議を終わらせることで決着した。

これを受けて、参院は3月31日の本会議で、自民、公明両党と日本維新の会などの賛成多数で、2025年度当初予算案を修正した上で可決。さらに、すぐに衆院に送付されて、同日の本会議で可決された。こうした紆余曲折の末、年度内成立が確定し、10年ぶりの暫定予算は回避された。

図表8：高額療養費見直しに関わる過程（その4、3回目の修正となる白紙撤回が決まるまで）

年	月日	主な出来事
2025年	3月5日	2025年度当初予算案が参議院で審議入り。石破首相は参院予算委員会で、「持続可能性と、受診抑制が起らないことの両立を図りたい」と説明。全国がん患者団体連合会の轟浩美理事が参考人として参院予算委員会に出席し、「多くの患者にとって大きな一撃となり、治療中断に追い込まれ、命を落とす患者が生まれることを強く懸念している」と発言。石破首相は「改めて面会し、アンケート結果を受け取る」と発言。
	3月5日	東京都医師会が高額療養費見直しの凍結を訴える緊急声明を公表。
	3月5日	自民党の佐藤正久幹事長代理が参院予算委員会で、「国民の理解が得られていない」と引き上げ停止を要求。
	3月6日	公明党の谷合正明参院会長が参院予算委員会で、政府方針について「分かりにくい。国民の理解が十分になっていない」と述べ、患者などの声を聞いた上で再考するように要請。
	3月7日	石破首相が2025年8月の引き上げを見送る考えを表明。3回目の修正。事実上の白紙撤回。保険者団体、患者団体の代表と相次いで面談。秋までに結論を出す意向も表明。
	3月10日	石破首相は参院予算委員会で、秋までの見直し方針について、「引き上げの強行はしない」と発言。
	3月11日	与党が野党に対し、参院で当初予算案を修正した上で、衆院で修正可決された予算案を改めて議決する考えを提示。現行憲法で初めての出来事に。
	3月13日	高額療養費に関する衆院予算委員会での集中審議。石破首相は「衆院を通過した後に再度修正することになった経緯については大変申し訳ない」。参院で予算案を審議している際、政策をテーマにした衆院予算委員会が開催されるのは極めて異例。
	3月17日	超党派議員連盟「高額療養費制度と社会保障を考える会（仮称）」の準備会が開催。
	3月19日	自民、公明両党と日本維新の会による社会保険料改革に関する協議会が初めて開催。
	3月24日	超党派の議員連盟「高額療養費制度と社会保障を考える会」が設立総会を開催。与野党8党の95人の議員が参加。顧問には自民党の尾辻秀久前参議院議長、会長には自民党の武見敬三前厚生労働相、事務局長には立憲民主党の中島克仁衆院議員がそれぞれ就任。「秋までに結論」という政府方針に対し、異論が相次ぐ。参院本会議で2025年度当初予算案が修正。予備費から105億円を充当し、白紙撤回を織り込んだ内容に。その後、衆院本会議でも同じ内容が可決。年度内成立が確定し、10年ぶりの暫定予算は回避。
	3月31日	

出典：各種報道などを基に作成

このように込み入った手続きが取られた背景には、政府の方針が二転三転したことが影響している。

まず、参院の修正内容を見ると、2025年8月に予定されていた高額療養費の限度額引き上げが見送られたことに伴い、予備費<sup>13</sup>から105億円が減じられた。具体的には、当初予算案を編成した時点で、高額療養費の見直しを通じて、政府は国費（国の税金）ベースで約200億円の削減を想定していたが、見直し全体が頓挫したことで、国の歳出と社会保障費が増える可能性があった。このため、予備費を取り崩すことで、一般会計総額と社会保障費を増えないようにした。

さらに、今回異例だったのは衆参両院で予算案が修正された点である。憲法の規程に沿うと、予算の議決では衆院の判断が優先されるため、これまで政権与党が参院で過半数を失う「ねじれ国会」の下、野党が参院で予算案を否決したり、審議を拒否したりしても、衆院の判断が優先されるか、衆院議決から30日が過ぎれば自然成立していた。

しかし、今回の場合、衆院で修正された時点では、2025年8月に限度額を引き上げることを前提にしていたため、参院で修正された当初予算案を衆院で再び議決しなければ、全面凍結の方針が反映されないまま、2025年8月の引き上げを織り込んだ当初予算が成立してしまう。そこで、わざわざ参院で修正した内容を衆院で改めて議決したわけだ。このように衆参両院での予算修正は現行憲法下で初めての出来事であり、如何に異例づくめだったか分かる。3回目の白紙撤回に至るまでの過程は図表8の通りである。

#### 4 | 国会審議で言えること

以上のような国会審議を振り返ると、政府の方針は「多数回該当の除外→2025年8月は実施、2026年8月、2027年8月の引き上げは見送り→事実上の白紙撤回」という形で、短時間に3回も変わっており、文字通りに「二転三転」という印象を強く植え付けられる結果となった。しかも、妥協が積み重ねられる過程で、当初予算案への影響も徐々に大きくなり、最終的に衆参両院で修正される異例の事態となった。

例えば、多数回該当を維持する1回目の修正で妥結していれば、見直しに伴う給付抑制額は320億円ほど縮小するものの、全体の抑制額から見れば小規模にとどまると見られていたが、最終的に影響を緩和するため、必要額を予備費から充当する形となった。

では、このように二転三転した理由として、どんな点が考えられるだろうか。以下、(1) 少数与党など政局の影響、(2) 調整役の不在など政府・与党の機能不全、(3) 粗雑な検討過程、(4) 歳出削減を優先させた影響、(5) 患者団体の積極的な働き掛け——に整理した上で、前代未聞のプロセスを検証する。

### 5——二転三転した理由の検討

#### 1 | 少数与党など政局の影響

第1に、政局の影響である。2024年10月の総選挙で自民、公明両党が衆院で過半数を失った影響で、政府・与党は野党の協力抜きに予算や法律を通せない状況となった。それでも2024年度補正予算

<sup>13</sup> 2024年12月に当初予算案が編成された時点では1兆円だったが、衆院通過時に修正が入り、7,500億円に減額されていた。結局、成立した当初予算では、7,395億円に減った。

の採決に際しては、立憲民主党、国民民主党、日本維新の会と協議しつつ、最終的に日本維新会の賛成を取り付けて乗り切ったが、2025年度当初予算案の審議でも同じように野党との政策協議を強いられた。

特に、野党との関係で言うと、ポイントは2回目の修正と思われる<sup>14</sup>。この時点で政府・与党では立憲民主党の軟化に期待する向きもあったという。少数与党の下、予算委員会の委員長は立憲民主党に握られており、採決には妥協が避けられない状況だった。そこで、2025年8月だけを実施するという2回目の修正案を提示したが、立憲民主党に拒否された。

さらに、この2回目の修正のタイミングでは、一部の新聞が「見直し案を一時凍結する方向で最終調整」と報じるなど、与党内でも一時凍結論が広がっていた。しかし、当初予算案の追加修正を避けたい財務省や、制度見直しが難しくなることを懸念した厚生労働省の意見が反映された結果、2025年8月だけ実施する修正案に至ったという。このため、やや結果論になるかもしれないが、2回目の修正時点で凍結を決断していれば、「二転三転」という印象を与えずに済んだ可能性が高い。さらに、2回目の時点で白紙撤回の可能性がちらついていたことで、立憲民主党や患者団体の期待値を上げることに繋がり、妥協を困難にした面がありそうだ。

それでも立憲民主党は衆院での採決には応じたため、政府・与党は日本維新会との連携に舵を切り、何とか2025年度当初予算案は衆院を通過したものの、政府は3回目の修正に追い込まれた。本来、参院で与党は過半数を維持しており、2回目の修正で終わられるはずだったが、現実には既述した通り、与党内で公然と見直し論が展開されたためだ。これは石破政権の支持率が上向かない中、夏に都議選と参院選を控えており、選挙への悪影響を恐れる判断が与党内で高まったのが原因である<sup>15</sup>。こうした政局的な判断が二転三転の理由だったことは間違いない。

## 2 | 調整役の不在など政府・与党の機能不全

2つ目の要因として、調整役の不在など政府・与党の機能不全も考えられる。本来であれば、ある程度は「着地点」を意識しつつ、戦略的に譲歩することが求められるが、そうした行動が今回取られたとは思えない。

このようにズルズルと譲歩した要因として、首相の政策判断を支えるチームが官邸内で十分に形成できていない事情に加えて、与野党の連携や政府・与党内の連携、衆院と参院の連携が上手く行かなかった点が影響していると考えられる。例えば、石破首相が白紙撤回を決断した3月7日の場面では、自民党の森山幹事長に事前通告されていなかったというし、同党の坂本哲志国会対策委員長も地元紙のインタビューに対し、「(筆者注：凍結の) 表明は青天のへきれきだった」と述べている<sup>16</sup>。

さらに、衆院で当初予算案が通過した後、すぐに参院で反対意見が強まったことも機能不全の一例と言える。例えば、3月5日の参院予算委員会で、石破首相が患者団体からアンケート結果を受け取る旨を述べたことで、政府・与党内で改めて凍結論が強まったという<sup>17</sup>。患者団体と面談するのであれ

<sup>14</sup> 2回目の修正に関する考察については、2025年3月14日『毎日新聞』『産経新聞』、同月8日『朝日新聞』『毎日新聞』、同月7日『共同通信』配信記事、同月1日『読売新聞』、2月27日『毎日新聞』を参照。

<sup>15</sup> 2025年3月8日『毎日新聞』『産経新聞』を参照。

<sup>16</sup> 2025年3月14日『毎日新聞』、同月12日『熊本日日新聞』参照。

<sup>17</sup> 2025年3月8日『朝日新聞』を参照。

ば、いわゆる「ゼロ回答」とは行かず、新たな妥協策を示す必要があったためだ。その結果、衆院通過後の予算案修正という前代未聞の出来事に発展した。

これらのエピソードを見ていると、政府・与党内で関係者の調整や連携が取られないまま、その場しのぎの妥協が積み重ねられたように映る。

### 3 | 粗雑な検討過程

3 番目として、政府内での粗雑な検討過程である。先に触れた通り、医療保険部会で 4 回の検討を重ねたとはいえ、具体的な数字が示されたのは当初予算案が決着した後である。これでは詳細な検討ができなかったのは止むを得ない面がある。もし筆者が委員でも賛否を明らかにするのは難しかっただろうし、「全世代型社会保障」の考え方を護符のように使われると、総論は賛成せざるを得なかったかもしれない。

実際、白紙撤回が決まった後、2025 年 4 月 4 日に開催された医療保険部会では、厚生労働省が「委員の皆様に対して十分な説明ができなかったことについてもお詫びを申し上げる」と陳謝する一幕もあった。

このように粗雑な検討過程になった要因として、2024 年 10 月に総選挙が実施されたことで、負担増の議論を早くから展開しにくかった事情がありそうだ。その結果、成案を得るまでの時間が短くなった状況は無視できない。

さらに、一部報道では、2024 年版の骨太方針を策定する際、総選挙への悪影響を恐れた当時の首相官邸の意向で記述が見送られたとされている<sup>18</sup>。このことも見直しの提起が唐突と受け止められる一因となった。

このほか、がん患者や難病などの団体から意見を公式に募る場面がなかった点も見逃せない。例えば、医療保険部会で時間を取るとか、与党の関係会議で意見を聴取する場面があっても良かったのではないか。そうすれば 1 回目の修正案、つまり多数回該当を除外するアイデアは早い段階で浮上した可能性がある。

言い換えると、全体として厚生労働省の検討の進め方が粗雑であり、これが患者団体や与野党の反対を大きくする要因となった。実際、石破首相は 3 月 13 日の衆院予算委員会で、3 月 7 日の患者団体との面談を振り返りつつ、「制度の見直し自体には理解をいただきましたかったが、患者団体の皆様からは、それでも受診抑制につながる恐れがあるとの意見があった。理解をいただけない理由の一つとして、検討プロセスに丁寧さを欠いたとの指摘をいただいたことは、政府として重く受け止めなければならない。患者の皆様にご不安を与えたまま見直しを実施することは望ましいことではない」と反省の弁を述べている。この点に関しては、同じ場で自民党の田村元厚生労働相も「(筆者注：制度改正に際しての与党による事前審査機能が)十分にし切れていなかった」と話す一幕があった。

さらに言うと、厚生労働省が 2024 年 11 月 21 日の医療保険部会で、真っ先に見直しの理由として挙げていた改革工程も粗雑な検討過程で作られていた点も見逃せない。具体的には、策定に際して、「高額療養費で 5,000 億円を抑制」「高齢者医療費の見直しで●●億円を削減」といった形で細かい数

<sup>18</sup> 2024 年 6 月 27 日『毎日新聞』を参照。

字を積み上げたわけではなく、与党や関係省庁、関係団体と調整した形跡も見受けられなかった<sup>19</sup>。

もし改革工程が作られる過程で、十分な調整を経ていれば、唐突という印象を受けずに済んだ可能性がある。その意味では、ボタンの掛け違いは粗雑な検討プロセスで作られた改革工程に始まっていると考えられる。

#### 4 | 歳出削減を優先させた影響

第4に、歳出削減を優先させた影響である。厚生労働省が公式に見直しに挙げている理由、すなわち保険料負担の軽減とか、約10年間の賃上げの影響などは間違いとは言い切れない。むしろ、デフレからインフレに転換している中、あらゆる制度を見直す観点は不可欠である。

それでも図表1のように大規模な見直しに至ったのは歳出削減を優先したためであろう。有体に言えば、次元の異なる少子化対策で最大2兆円超の歳出削減が求められており、実質的な1年目で道筋を付ける必要があると判断されたのではないか。さらに言うと、「5,000億円程度」という規模ありきで当初の見直し案が作られたようにも映る。

だが、医療制度改革で歳出削減を優先させると、議論が歪む。医療政策を検討する上では、コスト削減だけでなく、医療の質や患者の暮らし、医療人材の確保、患者の医療に対するアクセスなど多面的な側面を考慮する必要がある。カネの議論を先行させると、その他の価値が見落とされがちである。筆者自身、歳出削減の議論は必要と考えており、高齢者の患者負担見直しや医療提供体制改革などに取り組む必要があると考えているが、それでも実行に際してはバランスが欠かせない。

今回の教訓の一つとしては、「歳出削減＝保険料抑制」という視点が重視され過ぎた結果、多数回該当の患者負担など少数の意見が軽視された点にある。

#### 5 | 患者団体の積極的な働き掛け

このほか、全がん連など患者団体の積極的かつタイムリーな働き掛けが奏功した影響も見逃せない。具体的には、1月下旬からのアンケート結果公表や署名が世論や国会議員、関係学会を動かしたほか、与野党を問わず、国会議員に説明したり、メディア出演など積極的な活動も展開したりした。こうした積極的な活動が政府・与党の軌道修正の一因になったことは間違いない。

管見の限り、これまでも保健・福祉領域では、子どもの貧困や自殺対策、がん対策の議員立法などに際して、市民団体が積極的に関与した経緯があるし、近年では認知症基本法の制定や同法に基づく基本計画の策定でも、当事者団体が検討過程に参加したことがあった<sup>20</sup>。

しかし、今回は減多に修正されない当初予算も含めて、患者団体の主張や動向が政府の医療政策を

<sup>19</sup> 厚生労働省が改革工程を見直しの理由の冒頭に掲げた問題点については、2025年2月17日拙稿「[政策形成の『L』と『R』で高額療養費の見直しを再考する](#)」を参照。

<sup>20</sup> 子どもの貧困対策や自殺対策、がん対策の検討過程における市民団体の役割などについては、小牧奈津子（2019）『「自殺対策」の政治学』ミネルヴァ書房、馬咲子（2014）「議員立法による子どもの貧困対策法の成立」『跡見学園女子大学マネジメント学部紀要』第18号、岡本洋子（2007）『「自殺対策基本法」の施行と社会全体で取り組む自殺対策について』『社会関係研究』第13巻第1号、小林仁（2007）「がん対策基本法の意義とがん医療のあり方」『立法と調査』No. 265などを参照。認知症基本法や同法に基づく基本計画の検討過程に関しては、栗田駿一郎（2024）「共生社会の実現を推進するための認知症基本法の政策過程」『政策情報学会誌』第18巻第1号に加えて、2024年6月25日拙稿「[認知症基本法はどこまで社会を変えるか](#)」を参照。

大きく変更させたのは画期的だったし、日本の市民活動の歴史にも残る出来事と考えられる。実際、立憲民主党の野田代表が3月13日の衆院予算委員会で、「患者団体の皆さんの危機感、熱意ある行動は目を見張るべきものがあった。それが野党を動かし、与党を動かし、最後は政府を動かした」と振り返る一幕もあった。こうした形で今後も政策決定過程に患者団体が参画することが求められる。

## 6——今後の展望と影響

### 1 | 秋までの見直し論議は？

では、今回の見直し論議を踏まえて、どんな展開が今後、予想されるのだろうか。石破首相は3月10日の参院予算委員会で、「患者の方々にご納得いただけない限り、(筆者注：引き上げは) やってはいけない」「患者団体から丁寧に意見を聞くことは必要だ。ご理解、ご納得を得るために可能な限りのことはしていく」と発言。さらに、3月27日の参院予算委員会では検討に際しては、「納得」「共感」を得るように努めるとし、丁寧な意見聴取に努める考えを示している。

ただ、秋までに改めて結論を出す姿勢は変えておらず、既述した通り、現実的な問題として、少子化対策の財源確保という前政権からの重い「宿題」は今も残されていることを考えれば、都議選と参院選が終われば、給付抑制の議論が本格化する可能性がある。

そこで、以下では今後の論点や展望として、(1) 今後の医療費抑制論議のスケジュール、(2) 自公維の協議体における議論の論点、(3) 超党派の議員連盟の動向、(4) 高額療養費が「聖域」になる可能性、(5) 他分野の歳出改革に飛び火する可能性、(6) 少子化対策の財源確保への影響——を挙げる。

### 2 | 今後の医療費抑制論議のスケジュール

第1に、今後の医療費抑制論議に向けた展望である。秋までの論議について、厚生労働省は3月24日に開催された超党派の議員連盟（後述）の席上、高額療養費以外のテーマは概ね見直している点などを指摘し、高額療養費の見直し自体は必要との見解を示しており、医療保険部会を舞台に検討が進む見通しだ。

その際には、患者団体の理解を含めた丁寧なプロセスが必要となる。今回の見直しに際して、医療保険部会で患者団体の意見を聞く場が作られなかったことが反発を増幅させたためだ。

しかし、途中で都議選、参院選を控えており、この間は具体的な議論を進めにくいと思われる。さらに、石破政権に対する支持率が低迷する中、参院選後には政局が流動化する可能性もある。厚生労働省としては、こうした政治日程や政局をにらみつつ、かなり窮屈な日程での検討を強いられることになりそうだ。言い換えると、「丁寧な検討過程」「政局や政治日程を見据えた検討」というトレードオフに直面することが予想される。

### 3 | 自公維の協議体における議論の論点

一方、自民、公明両党と日本維新の会は3党合意に沿って、社会保険料改革に関する協議体を3月18日に設置し、具体的な内容を詰める方針を確認しており、この動きが要注目である。予算成立を踏まえた4月1日の記者会見でも、石破首相は今後の社会保障改革に関して、「自民、公明、維新の3党の協議体を設置したところであり、今後、本年末までの予算編成過程で十分な検討を行い、早期に実

現が可能なものについては、2026年度から実行に移す」と述べている。

特に、注目は合意文の表現である。先に触れた通り、合意文ではOTC類似薬の見直しなどに言及しつつ、政府・与党が改革工程、日本維新の会は「年間で最低4兆円削減」という目標を示した「社会保険料を下げる改革案（たたき台）」を考慮する旨が定められており、社会保険料を抑制するための医療費抑制策がクローズアップされることになりそうだ。

さらに、注目は「4兆円」という数字である。自民党の森山裕幹事長は協議体の初会合後、維新の削減目標に関し、「数字ありきで協議することはない」と述べているが、日本維新の会が掲げる「4兆円」という数字が独り歩きする可能性もある。

しかし、4兆円という数字は国民医療費の約1割に及ぶ金額であり、そんなに簡単に捻出できるとは思えない。しかも、物価上昇や人手不足、新型コロナウイルス補助金の打ち切りなどが重なり、病院の経営は深刻である。2025年1月10日に開かれた病院関係団体の会合では、日本病院会の相澤孝夫会長から「ついに耐え切れなくなった。謀反を起こすか、一揆を起こすか、それぐらいの強い気持ちを持たなければこの大変な時期は乗り越えられない」といった発言さえ飛び出しているほどである。さらに、現場での医薬品不足も長く続いており、診療報酬を大幅に削ることは困難になっている。

そこで、3党の合意文に目を向けると、(1) OTC類似薬の保険給付のあり方の見直し、(2) 現役世代に負担が偏りがちな構造の見直しによる応能負担の徹底、(3) 医療DXを通じた効率的で質の高い医療の実現、(4) 医療介護産業の成長産業化——という4つが例示されており、これらが3党の協議会で優先的に話し合われることになりそうだ。

このうち、まとまった削減費用を捻出できるのは最初の2つであり、1番目のOTC類似薬の保険適用除外とは、一般に市販されている薬と似た成分の薬を保険適用から外すことで、薬局などで医師の処方箋なしに購入できる市販薬にシフトさせるアイデア。患者にとっては、薬局などで薬を買う時の負担が増える半面、全体として保険給付を抑制できる効果を期待できる。

この見直しについて、日本維新の会は「社会保険料を下げる改革案（たたき台）」で、「国民医療費45兆円のうちOTC類似薬は2.3%の約1兆円」とした上で、先行実施するように求めている。さらに、全がん連や東京都医師会も見直し策の一つに挙げている。

しかし、これには日医から反対意見が示されている。日医は2025年2月13日の記者会見で、「OTC類似薬の保険適用が除外されると、患者が自己判断で市販薬を使用し、適切な治療を受けられずに重篤化する可能性が高まる」などの点を指摘した。さらに、OTCは処方薬よりも価格が高いとして、OTC類似薬を保険給付から外すことで、「特に経済的に困窮している人々の負担が増える。医療アクセスが制限されることで健康格差が広がり、結果として社会全体の健康水準が低下する恐れもある」と懸念を示した。

しかも、OTC類似薬の取り扱いはい前から話題になっている「古くて新しい問題」<sup>21</sup>であり、実行に

<sup>21</sup> 例えば、予算の削減や透明化を図るため、民主党政権期の2009年11月に実施された「事業仕分け」で話題になった。その後、保険給付の適正化の名目で、2012年度診療報酬改定では栄養補給目的でのビタミン剤投与が、2014年度診療報酬改定では治療目的でなくうがい薬のみが処方されるケースが保険給付の対象から外れた。2016年11月の財政制度等審議会（財務相の諮問機関）の建議（提言）でも、「市販薬市販品と同一の有効成分の薬でも、医療機関で処方されれば、市販品を購入するよりも低い自己負担で購入できる」として、長らく市販品として定着している医療用医薬品については、保険給付から外すなどの見直しが必要との見解が示された。

際しての論点は少なくない<sup>22</sup>。例えば、OTC 類似薬の定義や範囲については、成分、効能、リスクに着目する考え方に違いが見られ、整理が必要である。さらに、OTC 類似薬であっても、OTC と成分や服薬方法などが違うケースもあり、全ての OTC 類似薬を保険適用から外すことは困難と見られる。このほか、関連する論点として、▽市販される OTC 類似薬の服薬指導などに関する薬局や薬剤師の役割の強化、▽OTC に移行した「スイッチ OTC 医薬品」に関する費用を差し引ける「セルフメディケーション税制」との関係性——なども意識する必要がありそうだ。

次に、(2) に関しては、高齢者医療費の見直しが想定される。例えば、70~74 歳の方は 2 割であり、75 歳以上高齢者の場合も、原則として 1 割と低く抑えられている。確かに 70 歳以上の方でも現役世代並みの所得の方は 3 割であり、2022 年 10 月から導入された新しい制度では 75 歳以上の人の場合、単身世帯の場合 200 万円以上の方は 2 割が徴収されているが、それでも原則 3 割の現役世代よりも低く抑えられており、これを引き上げる是非が論点の一つとして考えられる<sup>23</sup>。

しかも、政府は改革工程や 2024 年 9 月の「高齢社会対策大綱」などで、年齢に限らずに能力に応じて負担するという全世代型社会保障の考え方を繰り返し規定しているし、日本維新の会は総選挙の公約で「現役世代と同じ負担割合」、先に触れた「社会保険料を下げる改革案（たたき台）」で「社会保険の応能負担における不平等を是正」といった方針を示している。

さらに、国民民主党も 2024 年 9 月に示した医療制度改革の「中間整理」で、後期高齢者の医療費自己負担について原則を 2 割とする考えを示しており、政党間で合意が成立しやすい地合いになっているのは事実である。このため、高齢者医療費を引き上げる選択肢が参院選後に浮上する可能性が想定される。

筆者自身の意見としても、高齢者も含めて原則として患者負担を 3 割に揃えた上で、低所得者に配慮したり、医療サービスを多く使う人には高額療養費で負担を抑えたりする制度が分かりやすいと考えている。

しかし、現実問題として患者負担の引き上げは高齢者の家計に直結するため、急な見直しは困難であり、実施するにしても何らかの経過措置、あるいは段階的な引き上げといった対応が必要となる。さらに、低所得者への配慮や物価上昇への対応も欠かせない論点である。

何よりも高齢者の患者負担には政治的なハレーションが大きく、2022 年 10 月の引き上げに際しても、「安倍晋三内閣で引き上げを決定→菅義偉内閣で 2 割の線引きとなる所得基準を決定→岸田内閣で実行」という 3 つの内閣を経る必要があった。以上の点を踏まえると、実現に向けて多くのハードルが横たわる論点と言える。

#### 4 | 超党派の議員連盟の動向

今後の動向を占う上では、医療費問題などを話し合う超党派の議員連盟「高額療養費制度と社会保障を考える会」の議論も意識する必要がありそうだ。

<sup>22</sup> OTC 類似薬の保険適用除外を巡る論点については、成瀬道紀（2024）「OTC 類似薬は OTC 医薬品に区分を」『JRI レビュー』Vol. 3 No. 121 を参照。

<sup>23</sup> 高齢者医療費 2 割負担の経緯や論点については、2022 年 1 月 12 日拙稿「[10 月に予定されている高齢者の患者負担増を考える](#)」、2020 年 2 月 25 日拙稿「[高齢者医療費自己負担 2 割の行方を占う](#)」を参照。

これは全がん連など患者団体の強い意向を踏まえた場であり、3月24日の設立総会には与野党8党から衆議院議員69人、参議院議員26人の計95人が参加。顧問には自民党の尾辻秀久前参議院議長、会長には自民党の武見敬三前厚生労働相、事務局長には立憲民主党の中島克仁衆院議員が就任した。

今後、超党派で高額療養費や患者負担の在り方などを話し合うことが想定されており、設立総会では「プロセスの不備を解消するためには、やはり一定期間、少なくとも1年はしっかりとデータを踏まえて、議論していくことが必要なのではないか」という問題提起が示された。

筆者自身の意見として、国民の代表である国会議員が合意点を見出すことは議会制民主主義の原則に合致していると考えている。実際、武見会長も設立総会で、「高度先進医療の高価格化、高コスト化が大きな課題になっている。そのあり方を財源とともに、どのように考えるかは、実は社会保障の問題を根本的に考えることとほぼ等しいと言っても過言ではない。不必要に政治問題化することなく、衆参両院で丁寧にきちんと議論をすることができるように、この議連がそうした役割を果たせればと考えている」と意欲を見せている。

しかし、議員連盟には閣僚経験者や党首クラスを含めて、自民党、公明党、立憲民主党、国民民主党、日本維新の会、れいわ新選組、共産党、社会民主党から多くの議員が参加している。こうした状況では、高額療養費見直しの凍結、あるいは「秋までに結論」という政府方針に対する異論で足並みが揃ったとしても、負担増や給付抑制に関して意見が一致するのか、先行きは不透明と言わざるを得ない。

## 5 | 高額療養費が「聖域」扱いになる可能性

今後の見直し論議では、高額療養費が「聖域」扱いになる可能性も想定される。実際、先に触れた超党派議員連盟の準備会合が3月17日に開催された際、高額療養費の見直し時期に関して、「秋は早い。何の根拠をもって秋と言っているのか」といった意見が大勢を占めたほか、既に触れた通り、3月24日の設立総会でも同じような意見が示された。

筆者自身としては、患者負担と高額療養費を別々に議論すると、両者の整合性が取れなくなるため、患者負担との役割分担を整理しつつ、少なくとも物価や賃金の上昇など経済情勢の変化は考慮する必要があるという認識を持っている。このため、社会保障法学者が『「患者」というひとつの括りで、所得階層に関係なく引上げ自体認められないという議論には違和感を禁じ得ない』<sup>24</sup>と指摘しているについては、筆者も同意である。

しかし、高額療養費が「聖域」のような扱いになった場合、制度改正の選択肢が狭くなる可能性が想定される<sup>25</sup>。

<sup>24</sup> 菊池馨実 (2025) 「当事者と非当事者のあいだ」『週刊社会保障』3月31日号 No. 3311 を参照。

<sup>25</sup> ここでは詳しく触れないが、効率性を重視する研究者の間では、医療技術や薬品の費用対効果を検証する「医療技術評価」の観点に立ち、高額薬品の保険適用を再考する意見も示されている。この仕組みでは、一般的にQOL（生活の質）に生存年数を乗じた数値であるQALY（質調整生存年）を単位に使いつつ、1QALYを獲得するために必要な費用であるICER（増分費用効果比）が評価される。さらに、ICERが基準値を超えた場合、価格を段階的に引き下げる調整が実施される。既に医療技術評価の制度は諸外国でも一般的であり、日本でも2019年度から本格的に制度化されている。筆者自身は費用対効果を参照点の一つとして意識する必要性を認識しつつも、現実的には患者の権利や倫理面の配慮も踏まえる必要があるため、「単純な費用対効果分析による見直しは困難」と考えている。

## 6 | 介護など他の歳出改革項目に飛び火？

以上のような可能性を踏まえると、他の歳出改革項目が影響を受ける可能性もある。特に介護保険に関しては、(1) 2割負担の対象者拡大、(2) 現在は全額保険給付で賄われているケアマネジメントの有料化、(3) 要支援者に導入された「介護予防・日常生活支援総合事業」(以下、総合事業)の対象者を要介護1~2に拡大——といった施策が改革工程などで列挙されていた。

しかも、これらを念頭に入れつつ、2025年1月から社会保障審議会介護保険部会を舞台に、3年に一度の2027年度改正に向けた見直し論議がスタートした。このため、高額療養費の見直し論議が進まない場合、介護保険改革を通じて、費用抑制を目指す議論が政府内で展開される可能性がある。

しかし、これにも幾つかのハードルが予想される。そもそも先に触れた3つのテーマは2024年度改正で全て先送りされた案件であり、実現は容易ではない。例えば、(1)の2割負担の対象者拡大では、現在は「一人暮らしで年収280万円以上」を2割負担としており、これを220万円程度に引き下げるアイデアが浮上したが、結論を出す時期が2022年12月、2023年8月、2023年12月と先送りされた挙句、最終的に2027年度改正にずれ込んだ経緯がある<sup>26</sup>。

さらに、2番目のケアマネジメント有料化では低所得者の利用控え<sup>27</sup>、3つ目の総合事業の対象者拡大では要支援者でさえ市町村に浸透していない実情がハードルとされている<sup>28</sup>。

しかも、(1)(2)を実施しても、大きな金額が出るわけではない。例えば、2割負担の対象者拡大では、線引きとなる所得基準を仮に220万円に引き下げたとしても、給付抑制額は580億円程度にとどまる。ケアマネジメントの有料化も給付抑制額は約500億円であり、高額療養費の当初見直し案で期待された5,000億円規模に遥かに及ばない。

## 7 | 少子化対策の財源枠組みは早くも崩壊？

こうした可能性を総合すると、少子化対策の財源枠組みは早くも崩壊し掛けていることに気付く。そもそも給付抑制や負担増の議論は患者・利用者の生活や懐事情に大きな影響を与える。このため、「負担は軽く、給付は重く」という判断に流れがちだし、具体論に入れば「総論賛成、各論反対」になるのは止むを得ない。

その結果、歳出抑制策の検討には丁寧な過程が欠かせない。例えば、小泉純一郎政権末期の2006年版の「骨太方針」に盛り込まれた歳出抑制プランでは、社会保障や公共事業、教育など様々な分野について、自民党で毎日のようにプロジェクトチームが開催され、地方負担を含めた社会保障費の伸びを5年間で1.6兆円抑える目標が決まった。それでも、この時の歳出抑制プランはリーマン・ショック

<sup>26</sup> 2割負担の対象者拡大の経緯や論点などについては、2024年3月1日拙稿「[介護保険の2割負担拡大、相次ぐ先送りの経緯と背景は？](#)」を参照。

<sup>27</sup> なお、筆者はケアマネジメント有料化に反対の立場である。ケアマネジメントは制度創設時、今までにないサービスだったため、無料扱い(つまり全額を保険給付)となったが、財務省は「既に定着したため、他のサービスと同様に有料化すべき」と主張している。しかし、ケアマネジメントは本来、介護保険サービスに限らず、自治体・企業のサービスや住民の互助などを組み込む点で、介護保険にとどまらない広がりを持っており、他の介護保険サービスと同等には扱えないと考えている。ケアマネジメント有料化の経緯や論点については、2022年9月28日拙稿「[居宅介護支援費の有料化は是か非か](#)」、2020年7月16日拙稿「[ケアプランの有料化で質は向上するのか](#)」を参照。

<sup>28</sup> なお、筆者は総合事業の対象者拡大は困難との立場である。現在の総合事業が市町村に浸透していない上、総合事業の前提は「予防」であり、回復可能性を想定していない要介護1~2の人の実態には合わないと考えている。総合事業については、2023年12月27日拙稿「[介護軽度者向け総合事業のテコ入れ策はどこまで有効か？](#)」を参照。

クの影響も相まって、実質的に2年も持たずに崩壊した<sup>29</sup>。言い換えると、それだけ歳出抑制の検討や実行は難しく、丁寧な合意形成プロセスが欠かせない。

それにもかかわらず、与党や関係団体と調整しないまま、改革工程を含めた少子化対策の財源枠組みを作ってしまったことが大問題であり、今回の高額療養費見直し論議は改革工程の杜撰さを改めて浮き彫りにしたと言える。このため、筆者は「どこかの段階で、少子化対策の財源枠組み自体が白紙になるのでは」と予想している。

さらに言うと、こうした展開を予見しないまま、政府・与党の責任者や検討に加わった関係者が「財源を確保できる」と考えていたのであれば、その見通しは安易と言わざるを得ない。逆に歳出抑制の難しさを分かっていた上で、歳出増を実行したのであれば、「不誠実」という批判は免れない。

## 7—おわりに

本稿では、二転三転した高額療養費の見直しを巡る国会や政府の動向を考察した。今回の過程では「～年ぶり」「初めて」といった言葉で形容されるシーンが多く、異例づくめの展開だったことが分かる。その背景には、厚生労働省の粗雑な検討過程に加えて、少数与党の影響や参院選を控えた譲歩など政局の影響も大きく、最終的に成算を立てられないまま、判断を二転三転させた石破内閣の求心力低下を招いた。

一方、今後を展望すると、最大2兆円強を歳出削減で賄うとした少子化対策の財源枠組みが存在する以上、都議選、参院選が終われば、医療費抑制に向けた議論は続くと思われる。特に政府・与党が連携先として頼った日本維新の会が「4兆円」という具体的な目標を示しているため、この数字が独り歩きする可能性もある。

確かに医療費に投じられている保険料や公費（税金）負担の抑制は必要であり、OTC 類似薬や高齢者医療費の見直しに向けた議論は重要である。中でも、現在のような少数与党の下では、野党の協力が欠かせず、政府の方針が二転三転した様子は「迷走」と言えるが、「様々な意見を取り入れた」と見ることもできる。今後の検討に際しても、政府・与党での議論だけでなく、野党や業界団体、患者団体などを交えた意見集約に期待したい。

しかし、医療の価値は数字だけで測れない難しさがある。今回の教訓の一つを挙げるとすれば、数字ありきで議論を進めようとした問題点を指摘できるのではないか。この政府のスタンスが患者団体の反発を招き、総数与党の影響など相俟って、異例づくめの展開を作り出したように映る。

確かに政治的に見れば、「5年間で●兆円を削減」といった形で目標の数字を示すと、歳出削減のように「総論賛成、各論反対」に陥りがちなテーマに関して、関係者の合意形成プロセスが加速する面もある。さらに、全ての人が納得する「正しい政策」を作ることは事実上、不可能である。

それでも可能な範囲で多くの人が納得する合意形成が必要である。医療を語る上で、数字は本来、そのための参照点の一つに過ぎず、患者の意見も含めた合意形成を図りつつ、医療の多面的な価値を追求することが重要である。

<sup>29</sup> 小泉政権における歳出抑制論語の経緯については、奥健太郎（2022）『『骨太の方針 2006』と自民党』奥健太郎ほか編著『官邸主導と自民党政治』吉田書店、清水真人（2007）『経済財政戦記』日本経済新聞出版社などを参照。