

人権としての「医療へのアクセス」保障と「一部負担金」の課題

2024.11.22 弁護士 森 弘 典

第1 総論

1 人権としての「医療へのアクセス」保障

いつでも、どこでも、誰でも、安全で質の高い医療にアクセスする権利が基本的人権として平等に保障されている。

安全で質の高い医療を受ける権利は、**自由権的側面**と**社会権的側面**を有し、その前提として、医療へのアクセスが保障されなければならない。

【個人の尊厳】 憲法13条

個人の尊厳は、基本的人権の中核をなす不可侵の普遍的権利である。個人が尊厳をもって生きるためには心身の健康を保つことが必要で、医療はそのことに奉仕するものである。そのため、医療を受ける権利は基本的人権の一つとして理解されなければならない。

【自由権的側面】

人は、自分の身体に何が為されるべきかを自分で決めるという**自己決定権**を有しており、真の同意なくして医療の対象とされない自由を有している。患者を医療によって保護される客体でなく権利の主体とする**患者の権利**の概念が成立している。

- ・市民的及び政治的権利に関する国際規約（B規約）6条1項

「すべての人間は、生命に対する固有の権利を有する。この権利は、法律によって保護される。何人も、恣意的にその生命を奪われない」

- ・憲法13条（個人の尊厳）

【社会権的側面】

医療行為は、身体及び精神の健康維持に有用性を持つが、医療にアクセスできなければ、その有用性を享受できない。

- ・経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約（A規約）12条1項

「この規約の締約国は、すべての者が到達可能な最高水準の身体及び精神の健康を享受する権利を有することを認める」

- ・憲法25条（生存権）

【平等】

- ・経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約（A規約）2条2項

「この規約の締約国は、この規約に規定する権利が人種、皮膚の色、性、言語、宗教、政治的意見その他の意見、国民的若しくは社会的出身、財産、出生又は他の地位によるいかなる差別もなしに行使されることを保障することを約束する。

- ・憲法14条（法の下での平等）

2 コロナ禍で顕在化（「見える」化）した日本の医療制度の脆弱性（もろさ）

（1）医療提供体制の崩壊

感染患者の受入先となった公立・公的病院の医療は逼迫し、医療崩壊を招

く事態となった。患者の受入先が決まらず、多くの患者は自宅や宿泊施設などの医療施設外に留め置かれる事態となった。通常の救急医療体制も麻痺し、重症疾患にも重大な影響が生じた。

全国のコロナによる累計死亡者数は、2022年12月1日に5万人を超えてから、わずか1か月余りの2023年1月8日には、6万人を超え、同年2月9日には7万人を超えた。入院できないまま自宅で亡くなった人も、2022年12月には過去最多の901人にのぼった。2023年1月には、1日あたりの死者数が過去最多の500人を突破する日も生じ、1月ひと月だけで1万人以上の人（その大半が65歳以上の高齢者）が亡くなるという事態となった。

(2) 経済的理由による受診抑制

「～コロナ禍による手遅れ死亡の事例が問いかけるもの～2021年経済的理由による手遅れ死亡事例調査概要報告」（2022年6月20日 全日本民主医療機関連合会）

コロナ禍を背景とした死亡事例から見えてくることは、①非正規雇用など経済的不安定層に、コロナ禍が追い打ちをかけたこと、②困窮が医療へのアクセスを阻害し、重症化や手遅れを招いていること、③正規雇用であっても、仕事がなくなり収入減となって困窮から受診控え・手遅れとなっている事例もあること、④年金受給者であっても少ない年金だけでは生活が成り立たず、受診控え・手遅れとなっていること。

3 現状

(1) 経済的理由による受診抑制

(2023年6月1日現在¹)

保険料滞納世帯・・・ 190.0万世帯（前年比4.8万世帯減）

短期被保険者証・・・ 37.8万世帯（前年比5.7万世帯減）

被保険者資格証明書・・・ 8.2万世帯（前年比1.0万世帯減）

(2) 地理的理由によるアクセス阻害

(3) 医療提供体制の不足

(4) 健康の社会的決定要因(SDH)と医療へのアクセス阻害

4 要因(原因)

(1) 医療費抑制策

1973年 「福祉元年」

社会保障給付費の対前年度比が一挙に25.6%の増加率

1974年、75年もそれぞれ44.3%、30.4%の増加率

1973年秋～「石油危機」⇒日本経済は低成長期

+世界的な不況によるインフレーション



1979年 経済企画庁『新経済7カ年計画』

¹ 厚生労働省「令和4年度 国民健康保険(市町村国保)の財政状況について」

<日本型福祉社会>論²

- ・「福祉見直し」論（社会保障費増大に歯止めをかけるべき）
- ・日本古来の家族のあり方を「福祉における含み資産」とみる考え方（1978年版「厚生白書」）

1981年 臨時行政調査会 発足

第二次臨時行政調査会「行政改革に関する第一次答申³」

社会保障、文教関係費が大きな支出増大要因であるとして、国民生活に直接関係する面で受益者の負担増を求める

⇒「自立・自助の精神」の強調と「受益者負担」論

1983年 「医療費亡国」論⁴（厚生省 吉村仁保険局長）

「医療費増大は国を滅ぼす」

1984年 健康保険法等の一部改正

被用者本人 1割負担導入

退職者医療制度の創設

老人保健法に基づく老人保健制度

（2002～08年度の社会保障関係費削減の概要は、別紙「予算編成における社会保障関係費削減一覧 2002—2008年度」参照）

2012年 社会保障・税一体改革関連8法成立

2013年 社会保障制度改革国民会議「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」

- ① 自助・共助・公助の最適な組み合わせ
- ② 社会保障の機能の充実と「給付の重点化・効率化」、負担の増大の抑制
- ③ 社会保険方式を基本とし、公費（税財源）の投入は低所得者等の負担軽減等に充てる
- ④ 「社会保障制度の持続可能性を高め、その機能が更に高度に発揮されるよう」にするため、「社会保険料と並ぶ主要な財源として国・地方の消費税収をしっかりと確保」

² 1979年8月10日閣議決定された「『新経済7カ年計画』について」で初めて用いられた。高福祉高負担型の西欧型の福祉国家を否定的に捉え、個人や家族の自助努力と地域社会の助け合いによる日本独自の福祉社会を提唱するものである（伊藤周平『雇用崩壊と社会保障』（平凡社新書、2010、p138-）。

³ 臨時行政調査会「行政改革に関する第一次答申」（昭和56年7月10日）

⁴ 当時の厚生省保険局長吉村仁が1983年1月31日の全国保険・年金課長会議において発言した「医療費増大は国を滅ぼす」という論のことで、吉村は同会議で「医療保険制度をいま改革しなくては、必ず崩壊する」と述べた。同年3月、「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」というレポートを旬刊誌「社会保険旬報」（社会保険研究所、1424号、pp.12-14）に寄稿した。また、吉村が寄稿したレポートは、同年5月19日の衆議院社会労働委員会でも取り上げられた（第98回国会 衆議院 社会労働委員会 第10号p37）。

⇒ 「新自由主義的医療改革」⁵

- ・ 国民の医療費負担増による「**需要抑制策**」
- ・ 医療提供体制の縮小による「**供給抑制策**」
- ・ 診療報酬の抑制による「**報酬抑制策**」

(2) 医療費負担制度

財源別にみると、2022年度は、総額46兆6967億円のうち、公費は17兆6837億円（構成割合37.9%）、保険料は23兆3506億円（同50.0%）、そのうち事業主は10兆1316億円（同21.7%）、被保険者は13兆2189億円（同28.3%）、その他（患者負担及び原因者負担（公害健康被害の補償等に関する法律及び健康被害救済制度による救済給付等）は5兆6625億円（同12.1%）、そのうち患者負担（一部負担金）は5兆4395億円（同11.6%）となっている⁶。

⇒ 総額約46兆7000億円のうち、**保険料負担**のみで28.3%、13兆2189億円
これにさらに**一部負担金**を加えると、合わせて約40%、約18兆6600億円を一般市民が負担

ア 社会保険方式

社会保険は、拠出（保険料）負担を前提とする保険方式を採用しながらも（「**保険原理**」）、拠出がない給付が存在する点に最大の特徴を有している（「**社会原理**」による修正）。社会保険は、保険に特有の機能である**リスク分散**とともに、**所得再分配**という2つの機能を持つとも言える⁷。

(健康保険)

- ・ 保険料は総報酬制（日雇特例被保険者を除く）を基礎として、それに保険料率を掛けて計算される。
- ・ 保険料は、健康保険協会健康保険（協会けんぽ）の場合、労使が折半して負担する。健康保険組合の場合、労使協定により使用者側の負担の方が多い場合がある。

(国民健康保険)

① 国民健康保険料（税）の算定基準

国民健康保険料（税）は、a**所得割**（所得を基準）、b**資産割**（固定資産税を基準）、c**均等割**（被保険者数に応じて1人当たり定額で徴収）、d**平等割**（1世帯当たり定額で徴収）の4つの徴収基準を組み合わせで徴収される⁸。4方式（a b c d）、3方式（a c d）、2方式（a c）がある。所得割と資産割は**応能割**（支払能力に応じて課すもの）となるが、均等割と平等割は**応**

⁵ 日本医療総合研究所『コロナ禍で見えた保健・医療・介護の今後—新自由主義をこえて』（新日本出版社、2022）p28-

⁶ 厚生労働省「令和4（2022）年度 国民医療費の概況」の「表3 財源別国民医療費」

⁷ 伊藤周平『社会保障法—権利としての社会保障の再構築に向けて』（自治体研究社、2021）p27

⁸ 応能原則と応益原則を組み合わせで徴収する方式が採られていることについて、岡崎昭は『国保』はその設立当初より、『国保』被保険者の所得把握の不完全性、厚い低所得者層の存在等の深刻な問題を抱えている。したがって、応能原則にのみ立脚した保険料の賦課・徴収方式では不公平の拡大が避けられないため、現行方式では応益原則に基づいた方式をも付加採用している」と述べている（「国民健康保険の保険料賦課方式」（「季刊・社会保障研究」vol.25 No.3 p276）。

益割（支払能力に関係なく、一定の条件に当てはまれば課すもの）

② 国民健康保険料（税）の減免

a 申請減免

「保険者は、条例又は規約の定めるところにより、特別の理由がある者に対し、保険料を減免し、又はその徴収を猶予することができる」（国民健康保険法77条）。

b 法定減額

「市町村は、国民健康保険税の納税義務者並びにその世帯に属する被保険者及び特定同一世帯所属者につき算定した…総所得金額…が低所得者世帯の負担能力を考慮して政令で定める金額を超えない場合においては、…当該納税義務者に対して課する被保険者均等割額又は世帯別平等割額を減額するものとする」（地方税法703条の5）。

イ 一部負担金（窓口負担）

「第2」で詳説

(3) 医療提供体制の縮小

ア 病床数の抑制・・・「地域医療構想」

イ 医師数の抑制

(4) 公衆衛生の削減

5 解決策

(1) 医療費抑制策の転換

ア エビデンス（科学的根拠）の欠如

（原因）？

高齢者人口の増加 ← □ 国が挙げる医療費抑制の必要性

（効果）？

患者の一部負担金 ← □ 需要抑制策

医師数の制限、病床（特に急性期病床）の削減 ← □ 供給抑制策

イ 医療費の国際比較

GDPに占める医療費の割合は、日本はOECD加盟国38か国の中で5位（2019年11.0%、なおOECD平均は8.8%）であるが、先進国の中で最も高齢化が進んでいる日本よりも高齢化率が低いドイツ、フランスの方が日本を上回っている。

一人当たりの医療費は、OECD加盟38か国中15位（2019年）と先進国の中では低く、2015年から2019年の一人当たりの医療費の伸び率（1.3%）も、OECD平均（2.7%）よりかなり低い⁹。

□ → 日本の医療費は、他の先進国との比較において低く抑えられている状況にある。

(2) 医療費負担制度の改善

ア 保険料負担の軽減（減免制度の拡大、応能負担の貫徹、保険料滞納者に対する健康保険証の交付、マイナンバーカードと健康保険証の一体化の問題解

⁹ OECD Health Statistics 2021, WHO Global Health Expenditure Database

消)

2023年6月「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等の一部を改正する法律」⇒マイナンバーカードと健康保険証が一体化し、健康保険証が廃止される⇒短期被保険者証を交付されていた世帯が、これまでの資格証明書交付世帯と同様、負担金10割（償還払い）を求められるなど重大な事態が懸念される⇒一体化は見直すべき¹⁰

イ 低所得者に限らず、一部負担金（窓口負担）の廃止を拡大していくこと

「第2」で詳論

(3) 医療提供体制の充実（病床削減、公立・公的病院統廃合の見直し（「地域医療構想」の見直し、医師不足・偏在の是正、地域の医療を担う医療従事者の労働環境の改善）

(4) 公衆衛生の充実

(5) 健康の社会的決定要因(SDH)に関する取組の必要性

SDH (Social Determinants of Health) とは、病気の背景にある社会経済的要因を探り、全ての人々が健康になるためには社会の構造的な要因を変えていこうという運動 (movement) である。SDHは「全ての人に健康を」を目標とする。病気の原因の原因 (cause of cause) を探ることは、健康を自己責任として安易に個人に押し付けない発想につながる。

第2 「一部負担金」(窓口負担) の課題

1 沿革と法的位置付け（「療養の給付」と「一部負担金」との関係）

(1) 総論

ア 沿革

近年の一部負担金の割合の拡大は、学問的な要因によらず、政府の認識や都合によっている¹¹。

イ 「一部負担」と「自己負担」

「一部負担」というのは現物給付のばあいに、それに要した費用の一部を患者に負担させるといういみであるが、被用者の家族や国保のばあいのように、初めから給付率が10割でないときの負担は、自己負担といって一部負担とは区別されている¹²

ウ 法的位置付け（「療養の給付」と「現物給付」、「一部負担金」との関係）

社会保障受給権の法的性格は、社会保障の給付ごとに異なっている。

医療保障の場合は、主たる給付である「療養の給付」（健康保険法63条1項、国民健康保険法36条1項）は現物給付であることから、保健医療機関への被保険者証の提示により給付がなされ、基本的には、行政庁などによる給付決定などの行

¹⁰ 日本弁護士連合会「個人番号カード（マイナンバーカード）普及策の抜本的な見直しを求める意見書」（2021年5月7日）

¹¹ 芝田英昭「医療保険における『一部負担』の根拠（後）」（埼玉県保険医協会ウェブページ）

¹² 佐口卓（1968）「2 社会保険 A 医療保険」、近藤文治外『社会保障入門』（有斐閣）p78

為は必要とされない¹³。

すなわち、医療の社会保障では、医療現場で判断された「必要な医療」を現物形態で保障することが課題になる。この医療保障のあり方を、福祉・社会保障用語では、**医療の現物給付原則**と呼ぶ。医療の現物給付原則とは、①患者に必要な医療サービスそのものを給付すること、②必要な医療サービスは原則として医療現場の（患者との合意を内包した）専門的裁量にゆだねること、③必要な医療の給付は公的に保障されること、これら3点を意味する。医療保障とは、現物給付原則にもとづく医療の公的保障を意味する¹⁴。

エ 社会保障制度審議会等の勧告に見る医療保険における「一部負担」の考え方

① 社会保障制度審議会「社会保障制度に関する勧告」（1950年10月16日）

a 「被用者の保険」における「被保険者に対する給付」（予防給付・療養の給付）

「一定の範囲において予防給付を行う。予防給付は原則として現物給付として費用の一部を負担せしめる」

「療養に当っては軽少の一部負担を本人に課することができる」

b 「被用者の保険」における「家族給付」（予防給付・療養の給付）

「扶養家族については、被保険者に対する諸給付のなかから傷病手当金と出産手当金とを除いたすべての給付を支給するが、哺育手当金の外はそれぞれの給付の10分の7に当るものを支給する」

c 「一般国民の保険」（予防給付・療養の給付）

「（予防給付）現物給付を原則とし、その費用の10分の3は被保険者が負担する」

「（療養給付）現物給付を原則とし、その10分の3は被保険者が負担する」

② 社会保障制度審議会「社会保障制度の総合調整に関する基本方策についての答申および社会保障制度の推進に関する勧告」（1962年8月22日）

「医療保険の被保険者や被扶養者が医療を受けやすいようにするためには、医療費の自己負担を軽減することがのぞましい。そのための給付率はそれぞれの制度ごとに被保険者、被扶養者を通じて9割程度にまで、さしあたって最低7割程度までに引き上げる。自己負担の軽重を勘案して、たとえば入院のように多額の経費を要する場合には10割、軽微な疾病については5割というのも一つの方法である」

③ 総理府社会保障制度審議会事務局「社会保障体制の再構築（勧告）～安心して暮らせる21世紀の社会をめざして～」（1995年7月4日）

「社会保障制度は、みんなのためにみんなで作る、みんなで支えていくものとして、21世紀の社会連帯のあかしとしなければならない、これこそ今日における、そして21世紀における社会保障の基本理念である」「国民は自らの努

¹³ 前掲・伊藤周平『社会保障法』p44、p177。なお、医療保険（原則 現物給付）と介護保険（現金給付・代理受領方式）の給付構造の異同については、同書p297-

¹⁴ 二宮厚美・福祉国家構想研究会編『新福祉国家構想1 誰でも安心できる医療保障へ—皆保険50年目の岐路』（大月書店、2011）p6

力によって自らの生活を維持する責任を負う原則が民主社会の基底にあること
とはいうまでもない」

(2) 健康保険の一部負担金制度

ア 沿革

当初、被用者本人には、一部負担金制度は設けられていなかった。

1922(大正11)年	健康保険法制定
1967(昭和42)年特例法	被用者本人の薬剤一部負担制度の導入 被用者本人の10割給付が崩される
1973(昭和48)年改正	被扶養者 5割負担⇒3割負担
1980(昭和55)年改正	保険医療機関又は保険薬局の一部負担金の受領 義務を明定
1984(昭和59)年改正	被用者本人 1割負担
1997(平成9)年改正	被用者本人 2割負担
2002(平成14)年改正	被用者本人 3割負担

イ 法的位置付け

・「療養の給付」

『健康保険法(大正11年法律第70号)』に規定される『療養の給付』については、仮に、療養費構成と償還払いとした場合、被保険者が一時的に立て替え払いしなければならず、療養を受けることができないおそれがあることから、『現物給付』として構成されている」(中医協 平成16.年11月26日「健康保険法における療養の給付等の法的構成」)。

・一部負担金

必要論¹⁵・・・制度新設当初から、濫受診を防止し、医療費を節減することができること、疾病恐怖症を防止することができること、低廉な保険料で保険経済を維持することができるので、結局一部負担は被保険者に利であると考えられた。

1957(昭和32)年法律改正時⇒高度な医療水準を維持しつつ健康保険を発展させていくために制度的に必要なもの。

反対論¹⁶・・・保険は、保険料の対償として保険給付を行うのであり、この上さらに金銭負担をさせることは保険の理論に反すること、一部負担の能力がないときには、療養の機会を失わせるおそれがあることなど。

(3) 国民健康保険の一部負担金制度

ア 沿革

制度創設以来、一部負担金制度が設けられている。

「診療の濫用を防止するとともに組合員の常時の負担である保険料の軽減を図ろうとする趣旨に基づくものである」とされている。

¹⁵ 厚生省保険局国民健康保険課『改訂 詳細国民健康保険』(1972) p740

¹⁶ 前掲・注15参照

- 1938(昭和13)年 組合（普通国民健康組合、特別国民健康保険組合、非営利社団法人）は、療養の給付に要する費用の一部をその給付を受ける者から徴収することができる。
- 1948(昭和23)年改正 「市町村公営の原則」が採られた。組合の場合は窓口払の方法が認められるが、市町村の場合は保険者が一部負担金を徴収することが義務づけられていた。
しかし、保険者によっては、医療機関と交渉し、一部負担金を窓口徴収とする者が全国保険者の約半数に及んだ。
- 1951(昭和26)年改正 保険者は、療養の給付を受ける者をして、一部負担金を療養担当者に支払わせることができることとなった（窓口払と保険者徴収の併用）。
- 1958(昭和33)年改正 窓口払と保険者徴収の二本立を廃して、窓口払の原則が確立するに至った。一部負担金の負担割合の最高（5割）の法定
- 1961(昭和36)年改正 世帯主の結核・精神病の長期疾病にかかる療養の給付について一部負担金の割合を3割に引下げ
- 1962(昭和37)年改正 世帯主である被保険者の全疾病について一部負担金の割合を3割
- 1966(昭和41)年改正 世帯主以外の被保険者の療養の給付にかかる一部負担金の割合も3割に引下げ
支払・徴収の方法は、窓口払と保険者徴収の二本立てから「窓口払の原則」確立
- 1973(昭和48)年老人福祉法改正
老人医療一部負担金の無料化
- 1982(昭和57)年老人保健法制定
老人医療費一部負担制度の導入

イ 法的位置付け

・「療養の給付」

国民健康保険においては、現物給付たる療養の給付は全額を給付する建前である¹⁷。

・一部負担金

一部負担金は、もともと被保険者のうちで一定の者、つまり現実の保険給付の受給者に限定され、保険料負担と同様の結果になるような被保険者資格を有する者全体の負担となるような方式は採用されない。¹⁸

¹⁷ 厚生省保険局国民健康保険課『改訂 詳細国民健康保険』（1972）p744

¹⁸ 前掲・注17参照

2 現行法における一部負担金制度

(1) 健康保険法における一部負担金制度

(一部負担金) 第74条

第63条第3項の規定により保険医療機関又は保険薬局から療養の給付を受ける者は、その給付を受ける際、次の各号に掲げる場合の区分に応じ、当該給付につき第76条第2項又は第3項の規定により算定した額に当該各号に定める割合を乗じて得た額を、一部負担金として、当該保険医療機関又は保険薬局に支払わなければならない。

- 一 70歳に達する日の属する月以前である場合 100分の30
- 二 70歳に達する日の属する月の翌月以後である場合(次号に掲げる場合を除く。) 100分の20
- 三 70歳に達する日の属する月の翌月以後である場合であって、政令で定めるところにより算定した報酬の額が政令で定める額以上であるとき 100分の30

2 保険医療機関又は保険薬局は、前項の一部負担金(第75条の2第1項第1号の措置が採られたときは、当該減額された一部負担金)の支払を受けるべきものとし、保険医療機関又は保険薬局が善良な管理者と同一の注意をもってその支払を受けることに努めたにもかかわらず、なお療養の給付を受けた者が当該一部負担金の全部又は一部を支払わないときは、保険者は、当該保険医療機関又は保険薬局の請求に基づき、この法律の規定による徴収金の例によりこれを処分することができる。

(一部負担金の額の特例) 第75条の2

保険者は、災害その他の厚生労働省令で定める特別の事情がある被保険者であって、保険医療機関又は保険薬局に第74条第1項の規定による一部負担金を支払うことが困難であると認められるものに対し、次の措置を採ることができる。

- 一 一部負担金を減額すること。
- 二 一部負担金の支払を免除すること。
- 三 保険医療機関又は保険薬局に対する支払に代えて、一部負担金を直接に徴収することとし、その徴収を猶予すること。

2 前項の措置を受けた被保険者は、第74条第1項の規定にかかわらず、前項第1号の措置を受けた被保険者にあつてはその減額された一部負担金を保険医療機関又は保険薬局に支払うをもって足り、同項第2号又は第3号の措置を受けた被保険者にあつては一部負担金を保険医療機関又は保険薬局に支払うことを要しない。

3 前条の規定は、前項の場合における一部負担金の支払について準用する。

(療養の給付に関する費用) 第76条

保険者は、療養の給付に関する費用を保険医療機関又は保険薬局に支払うものとし、保険医療機関又は保険薬局が療養の給付に関し保険者に請求することができる費用の額は、療養の給付に要する費用の額から、当該療養の給付に関し被保険者が当該保険医療機関又は保険薬局に対して支払わなければならない

一部負担金に相当する額を控除した額とする。

2 前項の療養の給付に要する費用の額は、厚生労働大臣が定めるところにより、算定するものとする。

3 保険者は、厚生労働大臣の認可を受けて、保険医療機関又は保険薬局との契約により、当該保険医療機関又は保険薬局において行われる療養の給付に関する第1項の療養の給付に要する費用の額につき、前項の規定により算定される額の範囲内において、別段の定めをすることができる。

4 保険者は、保険医療機関又は保険薬局から療養の給付に関する費用の請求があったときは、第70条第1項及び第72条第1項の厚生労働省令並びに前2項の定めを照らして審査の上、支払うものとする。

5 保険者は、前項の規定による審査及び支払に関する事務を社会保険診療報酬支払基金法（昭和23年法律第129号）による社会保険診療報酬支払基金（以下「基金」という。）又は国民健康保険法第45条第5項に規定する国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）に委託することができる。

6 前各項に定めるもののほか、保険医療機関又は保険薬局の療養の給付に関する費用の請求に関して必要な事項は、厚生労働省令で定める。

(2) 国民健康保険法における一部負担金制度

(療養の給付を受ける場合の一部負担金) 第42条

第36条第3項の規定により保険医療機関等について療養の給付を受ける者は、その給付を受ける際、次の各号の区分に従い、当該給付につき第45条第2項又は第3項の規定により算定した額に当該各号に掲げる割合を乗じて得た額を、一部負担金として、当該保険医療機関等に支払わなければならない。

一 6歳に達する日以後の最初の3月31日の翌日以後であつて70歳に達する日の属する月以前である場合 10分の3

二 8歳に達する日以後の最初の3月31日以前である場合 10分の2

三 70歳に達する日の属する月の翌月以後である場合（次号に掲げる場合を除く。） 10分の2

四 70歳に達する日の属する月の翌月以後である場合であつて、当該療養の給付を受ける者の属する世帯に属する被保険者（70歳に達する日の属する月の翌月以後である場合に該当する者その他政令で定める者に限る。）について政令の定めるところにより算定した所得の額が政令で定める額以上であるとき 10分の3

2 保険医療機関等は、前項の一部負担金（第43条第1項の規定により一部負担金の割合が減ぜられたときは、同条第二項に規定する保険医療機関等にあつては、当該減ぜられた割合による一部負担金とし、第44条第1項第1号の措置が採られたときは、当該減額された一部負担金とする。）の支払を受けるべきものとし、保険医療機関等が善良な管理者と同一の注意をもつてその支払を受けることに努めたにもかかわらず、なお被保険者が当該一部負担金の全部又は一部を支払わないときは、市町村及び組合は、当該保険医療機関等の請求に基づき、この法律の規定による徴収金の例によりこれを処分することができる。

第43条 市町村及び組合は、政令で定めるところにより、条例又は規約で、第42条第1項に規定する一部負担金の割合を減ずることができる。

2 前項の規定により一部負担金の割合が減ぜられたときは、市町村又は組合が開設者の同意を得て定める保険医療機関等について療養の給付を受ける被保険者は、第42条第1項の規定にかかわらず、その減ぜられた割合による一部負担金を当該保険医療機関等に支払うをもつて足りる。

3 第1項の規定により一部負担金の割合が減ぜられた場合において、被保険者が前項に規定する保険医療機関等以外の保険医療機関等について療養の給付を受けたときは、市町村及び組合は、当該被保険者が第42条第1項の規定により当該保険医療機関等に支払った一部負担金と第1項の規定により減ぜられた割合による一部負担金との差額を当該被保険者に支給しなければならない。

4 前条の規定は、第2項の場合における一部負担金の支払について準用する。

第44条 市町村及び組合は、特別の理由がある被保険者で、保険医療機関等に第42条又は前条の規定による一部負担金を支払うことが困難であると認められるものに対し、次の各号の措置を採ることができる。

一 一部負担金を減額すること。

二 一部負担金の支払を免除すること。

三 保険医療機関等に対する支払に代えて、一部負担金を直接に徴収することとし、その徴収を猶予すること。

2 前項の措置を受けた被保険者は、第42条第1項及び前条第2項の規定にかかわらず、前項第1号の措置を受けた被保険者にあつては、その減額された一部負担金を保険医療機関等に支払うをもつて足り、同項第2号又は第3号の措置を受けた被保険者にあつては、一部負担金を保険医療機関等に支払うことを要しない。

3 第42条の2の規定は、前項の場合における一部負担金の支払について準用する。

3 一部負担金の減免に関する通知等

(1) 健康保険法

健康保険及び船員保険における一部負担金等の徴収猶予及び減免の取扱いについて（平成18年9月14日保発第0914001号厚生労働省保険局保険課長通知）

(2) 国民健康保険法

ア 一部負担金の徴収猶予及び減免並びに療養取扱機関の一部負担金の取扱いについての一部改正について（通知）（平成22年9月13日保発0913第2号厚生労働省保険局長通知）

厚生労働省は、国民健康保険法44条1項及び3項の規定による一部負担金の徴収猶予及び減免並びに同法42条2項の規定による一部負担金の取扱いについて、昭和34年3月30日付け保発第21号保険局長通知により「一部負担金の徴収猶予及び減免並びに保健医療機関等の一部負担金の取扱い」を通知していたが、平成22年9月13日付けでこれを一部改正した（平成22年9月13日付け保

発0913第2号「一部負担金の徴収猶予及び減免並びに療養取扱機関の一部負担金の取扱いについての一部改正について」。なお、これ以降、昭和34年通知は、平成22年、平成23年、平成27年、平成28年、平成31年に一部改正されており、現時点で最新のものが平成31年通知である。

- 同通知によると、「保険者は、世帯主又は組合員が一の各号のいずれかに該当したことによりその生活が著しく困難となった場合において必要があると認めるときは、その申請によりその者に対し、一部負担金を減額し、又はその支払若しくは納付を免除することができること」とされていたものに「なお書きが付加され、「なお、収入の減少の認定に当たっては、次の各号のいずれにも該当する世帯を対象に含むものとする」とされた。「次の各号」(収入の減少の認定)には、「① 入院療養を受ける被保険者の属する世帯」、「② 世帯主及び当該世帯に属する被保険者の収入・・・が・・・生活保護基準・・・以下であり、かつ、預貯金が生活保護基準の3箇月以下である世帯」が掲げられている。また、「一部負担金の減免の期間は、療養に要する期間を考慮し、1箇月単位の更新制で3箇月までを標準とすること。ただし、3箇月までに期間を制限するものではない・・・」が付加された。
- なお、「一の各号」(一部負担金の徴収猶予について定めた規定)には、「1 震災、風水害、火災、その他これら類する災害により死亡し、障害者となり、又は資産に重大な損害を受けたとき」、「2 干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁、その他これらに類する理由により収入が減少したとき」、「3 事業又は業務の休廃止、失業等により収入が著しく減少したとき」、「4 前各号に掲げる事由に類する事由があったとき」が掲げられている。
- イ 一部負担金減免・保険者徴収に関するQ&Aについて(平成22年9月13日厚生労働省保険局国民健康保険課事務連絡)
- ウ 制度の実施状況
- 一部負担金減免及び保険者徴収実施状況調査の結果について(厚生労働省保険局国民健康保険課「医療機関の未収金問題に関する検討会」第4回(2020.1.21)資料5)
- エ 制度の課題—代理人として関わった不服審査請求事件の経験も踏まえて「第2」5(3)ウで詳説

4 裁判例

(1) 秋田地裁平成22年4月30日判決(賃金と社会保障1545号46頁)、

仙台高裁秋田支部平成23年1月19日判決(賃金と社会保障1545号40頁)

秋田地裁判決は、国民健康保険の一部負担金の法的位置付けと国民健康保険課44条の趣旨について、「そもそも一部負担金は、社会保険制度がなければ診療等を受ける者が医療機関等に診療等の対価を全額支払うべきところ、上記のとおり国民健康保険制度によってその7ないし9割が保険給付で賄われることとされているため、その1ないし3割を被保険者自身が負担すれば足りることとされているものである。このように、一部負担金が保険税・保険料と違って本来的

な意味で診療等の対価の一部であることを考慮すれば、特段の事情のない限り、診療等を受ける際には一部負担金を支払うべきであって、一部負担金の減免等について定めた法44条は、減免等を認めてその分を保険給付として当該国民健康保険加入者全体の保険料・保険税等の収入から支出しても加入者相互扶助の精神に反しないと認められるだけの『特別の理由』がある場合に限って、その減免等を認めることにより、生活保護等の他の社会制度との調整を図る趣旨の規定であると解するのが相当である」とした。

そして、国民健康保険法44条の趣旨に照らした本件取扱要領の評価について、「そもそも、法77条及び地方税法717条において、保険料・保険税の減免が条例等の定めるところによるとされているのと異なり、法44条において、一部負担金の減免が条例等によらせずに保険者の判断に委ねられているのは、同条の趣旨にかんがみれば、一部負担金減免の判断、特に『特別の理由』があるかどうかの判断においては、個別具体的な事情を総合的に考慮することが必要であって、画一的な基準を設け難いためなのであるから、実際に一部負担金減免の事務を取り扱う職員の便宜のために取扱要領を置くこと自体が不適切とまでは言えないとしても、その取扱要領は、想定しうる基本的考慮要素を列挙した上、個別具体的な事情を総合的に考慮する内容でなければならない」「しかるに、本件取扱要領は、同要領2条各号記載の要件に該当した場合には同要領4条の別表記載の区分に応じて別表に定める割合を減免するものとする一方で、これに該当しない申請について減免の許否をどのように判断するのかについては触れておらず、その運用において、これに該当しない申請については減免を一切認めないとすれば、それは法44条が個別具体的な事情を総合考慮することを必要として条例等によらせずに保険者の判断に委ねた趣旨に反するというほかない」と判示した。

仙北市は、この判決を不服として控訴したが、仙台高裁秋田支部は控訴を棄却し、上記秋田地裁判決は確定した。

(2) 札幌高裁平成30年8月22日判決（賃金と社会保障1721・22号95頁）

札幌高裁は、一部負担金徴収猶予及び減免申請却下処分¹の取消請求を棄却した原判決（札幌地裁平成29年12月13日判決）を取り消して、同処分を取り消した。

札幌高裁は、一部負担金の減免の制度の趣旨について、「一部負担金の減免の制度の趣旨は、社会保障の観点から、経済的に困窮する被保険者も国民健康保険制度の枠内で療養の給付を受けることができるようにする点にあるものと解される」とした。

そして、「他方、上述のとおり、上記減免は被保険者による一部負担金の支払困難という被保険者の経済的な困窮を要件としているが、例えば、被保険者が恒常的に経済的困窮の状態にある場合にも上記減免を安易に認めたのでは、上記(1)イ(イ)の国民健康保険制度と生活保護制度とを峻別した法の趣旨に沿わない結果を招くおそれがある」とし、「加えて、上記減免が行われた場合、市町村は国民健康保険に係る特別会計（法10条）から当該減免分に相当する額

を保険医療機関等に支払うこととなるが、かかる特別会計の負担の増加分…のうち補てんされない分については、加入者が支払う保険料等によって賄われることになる。この点に鑑みれば、例えば、被保険者の経済的困窮を理由として、国民健康保険料の減額賦課を認めつつ更に上記減免を継続的に認めるなどすることは、国民健康保険制度における加入者の相互扶助の理念を害する結果を招くおそれもある」とした。

そして、「以上を前提に、法44条1項の特別の理由の意義等について検討するに、上述のとおり、同項は、一部負担金の減免の要件として、被保険者の支払困難という被保険者の経済的な状況に係る要件とは別に、特別の理由があることを要件として定めている。また、法77条は、保険料の減免等につき、条例又は規約の定めるところによって保険料の減免等を行うことができる旨を定めているところ、法44条1項はこのような条件を定めていない」として、「特別の理由」の意義について、「以上のような同項の規定ぶりや上記(2)の一部負担金の制度の趣旨をも勘案すれば、同項の特別の理由とは、社会保障の観点から一部負担金の減免を認めることが、国民健康保険制度と生活保護制度とを峻別する法の趣旨や、国民健康保険における加入者の相互扶助の理念、一部負担金の制度の趣旨に反しないと認められるだけの理由をいうものと解すべきであり、同項は、このような特別の理由があるかどうかの判断を市町村の裁量に委ね、かかる市町村の裁量的判断を通じて国民健康保険と生活保護等の他の社会保障制度との調整や国民健康保険制度の適正な運営を図る趣旨の規定と解すべきである」とした。

その上で、「特別の理由が収入の減少が一時的な場合に限られるか」について、「かかる特別の理由としては、…上述のとおり、法は、生活保護を受給し得るほど恒常的な経済的困窮に陥っている者は、国民健康保険制度の対象者として予定していないものというべきことに鑑みれば、かかる収入の減少はあくまでも一時的なものであることが必要というべきである」としつつ、「しかるに、他方で、国民健康保険制度の社会保障制度としての性質を考慮すれば、当該被保険者に係る個別的な事情を考慮せず、一定の期間の経過という事実のみをもって上記一時性を判断するのは相当でない」として、「国民健康保険制度において一部負担金の減免は被保険者の申請に基づいて行われるものであることは当事者間に争いがなく、当該申請に際しては収入申告書、資産等申告書、生活状況調査票等の書類の提出が求められる…が、他方で、上記減免の制度は経済的に困窮する者も療養の給付を受けることができるようにするという社会保障としての意義を有するものであることや、法や札幌市国民健康保険事業施行規則には上記減免の判断の基礎とされるべき資料を限定する趣旨の規定も見当たらないことに鑑みれば、法は、市町村に対し、上記一時性を始めとする特別の理由があるかどうかの判断をするに際しては、上記書類を始めとして、減免に関する処分時まで上記申請をした被保険者に生じた個別的な事情を総合的に考慮するよう命じているものであり、上記一時性についても、単に申請者である被保険者の失業等の事実の発生からの期間や経済的困窮が継続し

た期間だけではなく、その間及びその前後の経緯等の諸事情を総合的に勘案して判断されるべきものというべきである」と判示した。

5 低所得者に限らず、一部負担金（窓口負担）の廃止を拡大していくことが必要な理由

(1) 子どもの医療費等の助成制度の意義と課題

ア 現状

2023年4月1日時点において、全ての都道府県及び市区町村がこどもに係る医療費の援助を実施している。都道府県では、通院が就学前まで、入院が15歳年度末まで（中学生まで）が最も多く、市町村では、通院、入院ともに18歳年度末（高校生まで）が最も多い¹⁹。

イ 意義

- ① 受診抑制の減少
- ② 若年層の人口増・増税の観点
- ③ 少子化対策の観点

ウ 課題

① 減額調整

地方単独事業により、一部負担金が法定割合より軽減される場合、一般的に医療費が増嵩するが、この波及増分については、その性格上、当該自治体が負担するものとされ、国庫の公平な配分という観点から、減額調整がされている²⁰。

政府与党は、2018年には、未就学児について減額調整措置を廃止した。さらに、厚労省は、2023年4月5日、高校生までの減額調整措置を廃止する方針を明らかにした²¹。

- ② 過剰受診との指摘
- ③ 自治体間の不公平（対象年齢、負担額の有無、所得制限など）
- ④ 医療費以外の部分（入院時の食事療養標準負担額、予防接種や検診、眼鏡（東京は、9歳未満までの治療用眼鏡に限って助成））など

⇒ 対象者、適用範囲、適用地域が限定的で、受診抑制の問題解決にはつながらない。

(2) 無料低額診療事業の意義と課題

ア 現状

無料低額診療事業とは、**社会福祉法2条3項9号**の規定に基づき、生計困難者が、経済的理由によって必要な医療を受ける機会を制限されることのないよう、無

¹⁹ こども家庭庁「令和4年度・5年度『こどもに係る医療費の援助についての調査』（令和5年9月7日）」

²⁰ 国民健康保険法72条1項2項、国民健康保険の調整交付金等の交付額の算定に関する省令4条2項6項、国民健康保険法70条1項2項、国民健康保険の事務費負担金等の交付額等の算定に関する省令4条、5条の4第1項

²¹ 2023年4月5日付け朝日新聞記事など、厚生労働省保険局「こどもにとってより良い医療の在り方等」（「第167回社会保障審議会医療保険部会「資料3」）」

料又は低額の料金で診療を行う事業である。

無料低額診療事業は**第二種社会福祉事業**として位置づけられており、固定資産税や不動産取得税の非課税など、税制上の優遇措置が講じられている。

2022年度の実績で、無料低額診療事業を実施している施設数は、全国で738か所あり、その内訳は、病院370か所、診療所368か所となっている。また、法人の類型別で見ると、社会福祉法人（済生会を含む）195か所、公益社団・財団法人153か所、一般社団・財団法人31か所、医療法人・社会医療法人136か所、消費生活協同組合213か所、その他（宗教法人など）10か所となっている²²。無料低額診療事業の対象者数は約694万人で、そのうち約420万人が生活保護利用者であり、残りの約274万人が減免患者となっている²³。

無料低額診療事業を実施して、**税制上の優遇措置**を受けるためには、**国が定める基準**を満たす必要がある。具体的には、①低所得者、要保護者、行旅病人、一定の住居を持たない者で、野外において生活している者等の生計困難者を対象とする診療費の減免方法を定めて、これを明示すること。②生活保護法による保護を受けている者及び無料又は診療費の10%以上の減免を受けた者の延数が取扱患者の総延数の10%以上であること。③医療上、生活上の相談に応ずるために医療ソーシャル・ワーカーを置き、かつ、そのために必要な施設を備えること。④生活保護法による保護を受けている者その他の生計困難者を対象として定期的に無料の健康相談、保健教育等を行うことという基準を全て満たした上で、施設や診療体制についての基準を満たす必要がある²⁴。

イ 意義

- ① 無保険者、生活困窮のために医療費の支払いが困難な人の「医療アクセス」保障
- ② 生活の質が改善し、命を救うことにもつながる。
- ③ 様々な福祉や自立支援の入口となり得る（医療ソーシャル・ワーカーを通じて、様々な福祉や自立支援につながるきっかけになる可能性）。

ウ 課題

- ① 限られた医療機関でしか実施されていない。
- ② 患者や医療機関に情報が行き届いていない。
- ③ 保険調剤薬局の薬代が無料低額診療事業の適用対象にならない。
- ④ 減免医療費は各医療機関の持ち出し（公費による補填なし）
- ⑤ 各医療機関における届出や定期報告などの事務作業の負担

(3) 国民健康保険法44条に基づく一部負担金の減免・徴収猶予制度の意義と課題

ア 現状

²² 厚生労働省「無料低額診療事業等の実施状況の概要（令和4年度実績）」（※令和6年6月20日時点で自治体から報告があった実績を機械的に集計したもの）

²³ 厚生労働省「無料低額診療事業等 無料低額対象者数 自治体別集計表（令和4年度実績）」

²⁴ 厚生労働省社会・援護局長「社会福祉法第2条第3項に規定する生計困難者のために無料又は低額な料金で診療を行う事業について」（平成13年7月13日社援発第1276号）

広く一般的に利用されているとは言えず、医療機関のみならず、行政にも制度が浸透しているとは言えない状況にある。

公表されている実施状況の調査結果も、2006年12月の調査に基づくものであり、その後、同種の調査結果の公表は見られず、制度の周知徹底を図り、利用を促進する姿勢は感じられない。

上記の調査結果²⁵によると、2006年時点での保険者（市町村若しくは国保組合）数1818のうち、制度ありの保険者数は1003にとどまり、815の保険者にはそもそも制度がない。

また、2006年度の医療給付分の市町村国保の支出は7兆7766億円²⁶であったのに対し、同年度中の減免の実績は、申請件数10,949件に対し、実施件数10,764件、減免総額6億4861万5000円にとどまっており、件数、減免額ともに低水準となっている。

利用件数が少ない理由としては、周知不足と回答した市町村が最も多く、次いで判定の困難さや財政影響への懸念が挙げられている。

イ 意義

災害や失業等の特別な理由があり、経済的に困窮する者の医療費の負担を軽減するための制度であり、このような事情がある者にとっては、一部負担金の負担を理由とする受診抑制を回避できるという一定の効果が期待できる。

ウ 課題

- ① 収入減少を伴わない場合
- ② 滞納保険料があるために制度利用の前にその完納が求められる場合
- ③ 利用期間の制限
 - ・減免の場合は3か月と限定する自治体が多い。
 - ・徴収猶予の期間が6か月間に限られる。

⇒ 恒常的な生活困窮者が多くいる被保険者の実態に適合していない。

以 上

【参考文献等】

- 1 里見賢治『改訂新版 現代社会保障論』（高菅出版、2010）
- 2 伊藤周平『雇用崩壊と社会保障』（平凡社、2010）
- 3 伊藤周平『社会保障—権利としての社会保障の再構築に向けて』（自治体研究社、2021）
- 4 芝田英昭『医療保険『一部負担』の根拠を負う—厚生労働白書では何が語られたのか—』（自治体研究社、2019）
- 5 矢吹紀人、相野谷安孝『国保崩壊』（あけび書房、2003）
- 6 本田 宏『樹液を吸い取る政治 医療・社会保障充実を阻むものとの決別へ』（あけび書房、2023）

²⁵ 厚生労働省保険局国民健康保険課「一部負担金減免及び保険者徴収実施状況の結果について」

²⁶ 厚生労働省「平成19年度国民健康保険（市町村）の財政状況について」

- 7 二宮厚美・福祉国家構想研究会編『新福祉国家構想1 誰でも安心できる医療保障へ—皆保険50年目の岐路』(大月書店、2011)
- 8 日本医療総合研究所『コロナ禍で見た保健・医療・介護の今後—新自由主義をこえて』(新日本出版社、2022)
- 9 武田裕子『格差時代の医療と社会的処方—病院の入り口に立てない人を支えるSDH(健康の社会的決定要因)の視点』(日本看護協会出版社、2021)
- 10 岩淵 豊『日本の医療政策—成り立ちと仕組みを学ぶ』(中央法規、2013)
- 11 厚生労働省「一部負担金等に関する資料」
https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0601-4e_0001.pdf
- 12 「賃金と社会保障 1545号」(旬報社、2011) p46(秋田地裁平成22年4月30日判決)、p40(仙台高裁秋田支部平成23年1月19日判決)
- 13 「賃金と社会保障 1721・1722号」(旬報社、2019) p86(札幌地裁平成29年12月13日判決)、p95(札幌高裁平成30年8月22日判決)
- 14 日本弁護士連合会第65回人権擁護大会シンポジウム第1分科会実行委員会「人権としての『医療へのアクセス』の保障 新自由主義的医療改革から住民のいのちと医療の現場が大切にされる医療保障改革へ 基調報告書」(2023)
https://www.nichibenren.or.jp/library/pdf/document/symposium/jinken_taikai/65th_keynote_report1.pdf
- 15 日本弁護士連合会「人権としての『医療へのアクセス』が保障される社会の実現を目指す決議」(2023年10月6日)
https://www.nichibenren.or.jp/library/pdf/document/civil_liberties/2023/2023_1.pdf

予算編成における社会保障関係費削減一覧 2002-2008年度

『立法と調査』(2009)No.289 財務省・厚生労働省資料に加筆作成

年度	2002年度 平成14年度	2003年度 平成15年度	2004年度 平成16年度	2005年度 平成17年度	2006年度 平成18年度	2007年度 平成19年度	2008年度 平成20年度
自然増 試算	9400億円 (医療5500億円、年金・介護・福祉等3900億円)	9100億円 (医療3200億円、年金2000億円、介護・福祉等2750億円、雇用保険1150億円)	9100億円 (医療3900億円、年金2100億円、介護・福祉等3100億円)	1兆800億円 (医療4500億円、年金3500億円、介護・福祉等2800億円)	8000億円 (医療3000億円、年金2000億円、介護・福祉等3000億円)	7700億円 (医療2800億円、年金2700億円、介護・福祉等2200億円、雇用保険▲300億円)	7500億円 (医療3600億円、年金2800億円、介護・福祉等、800億円、他省庁要求分300億円)
削減目標	▲3000億円	▲2200億円	▲2200億円	▲2200億円	▲2200億円	▲2200億円	▲2200億円
削減額の 内訳		年金 物価スライド引下げ ▲1150億円	年金 物価スライド引下げ ▲100億円 (マクロ経済スライド導入)	年金 物価スライド引下げ ▲100億円	年金 物価スライド引下げ ▲110億円		(後期高齢者医療制度開始) (※終末期相談支援料の導入、凍結) 診療報酬改定 ▲660億円
	医療制度改革 ▲970億円 診療報酬改定 ▲1830億円		診療報酬改定 ▲717億円 *診療報酬の包括化等	公費負担医療利用者負担見直し ▲38億円 リハビリ診療の日数限定	医療制度改革 ▲900億円 診療報酬改定 ▲2390億円 (医療保険免責制度を検討)		政管健保国庫負担見直し ▲1,000億円→実現せず 国保組合国庫補助見直し ▲40億円 後発医薬品普及 ▲220億円
	(2000年4月～介護保険法施行)	介護報酬改定 ▲300億円		介護保険制度改正 ▲420億円	介護報酬改定 ▲90億円		医療保険加入資格適正化 ▲230億円
	その他 ▲200億円	▲250億円 *難病対策負担増 *障害(措置→支援費)支援費制度 上限設定等 雇用保険制度改革 ▲500億円	生活保護 老齢加算見直し ▲167億円 その他 ▲270億円	自立支援法へ改正(応益負担) ▲43億円	(難病対策の対象者削減を検討)	生活保護 母子加算見直し等 ▲420億円 (基準引下げを検討) 雇用保険国庫負担見直し▲1810億円	生活保護 母子加算見直し ▲50億円 (通院移送費基準改正に着手)
三位一体 改革による削減	-	-	▲2320億円 (公立保育所運営費ほか)	▲6300億円 (国民健康保険国庫負担、養護老人ホーム等保護費負担金ほか)	▲6707億円 (児童扶養手当給付費負担金、児童手当国庫負担金、介護給付費等負担金ほか)	-	-

※平成16～18年度は国庫負担見直しによる社会保障費削減も含む。三位一体改革と合わせ、最終的に自然増から削減額を引いた数字に社会保障関係費は収まっている。