

一部保険外療養の創設
(OTC類似薬の保険給付見直し)
を含む健保法改正案は廃案を

- 具体化の経過
- 法案の概要
- 「一部保険外療養」の問題点

2026/4/6
全国保険医団体連合会

「OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直しの在り方」に関する関係文書での記載

■骨太方針2025（抄）

持続可能な社会保障制度のための改革を実行し、現役世代の保険料負担を含む**国民負担の軽減**を実現するため、**OTC類似薬の保険給付の在り方**²⁰⁸や、地域フォーミュラの全国展開²⁰⁹、新たな地域医療構想に向けた病床削減²¹⁰、医療DXを通じた効率的で質の高い医療の実現、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²¹¹、がんを含む生活習慣病の重症化予防とデータヘルスの推進などの改革について²¹²、引き続き行われる社会保障改革に関する議論の状況も踏まえ、**2025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、2026年度から実行する。**

208 医療機関における必要な受診を確保し、子どもや慢性疾患を抱えている方、低所得の方の患者負担などに配慮しつつ、個別品目に関する対応について適正使用の取組の検討や、セルフメディケーション推進の観点からの更なる医薬品・検査薬のスイッチOTC化に向けた実効的な方策の検討を含む。

212 詳細については、「自由民主党、公明党、日本維新の会 合意」（令和7年6月11日自由民主党・公明党・日本維新の会）を参照。

■自由民主党、公明党、日本維新の会 合意（抄）

類似のOTC医薬品が存在する医療用医薬品（OTC類似薬）の保険給付のあり方**の見直し**については、**医療の質やアクセスの確保、患者の利便性に配慮しつつ、医療保険制度の持続可能性確保を目指すことを基本とし、令和7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、令和8年度から実行する。**

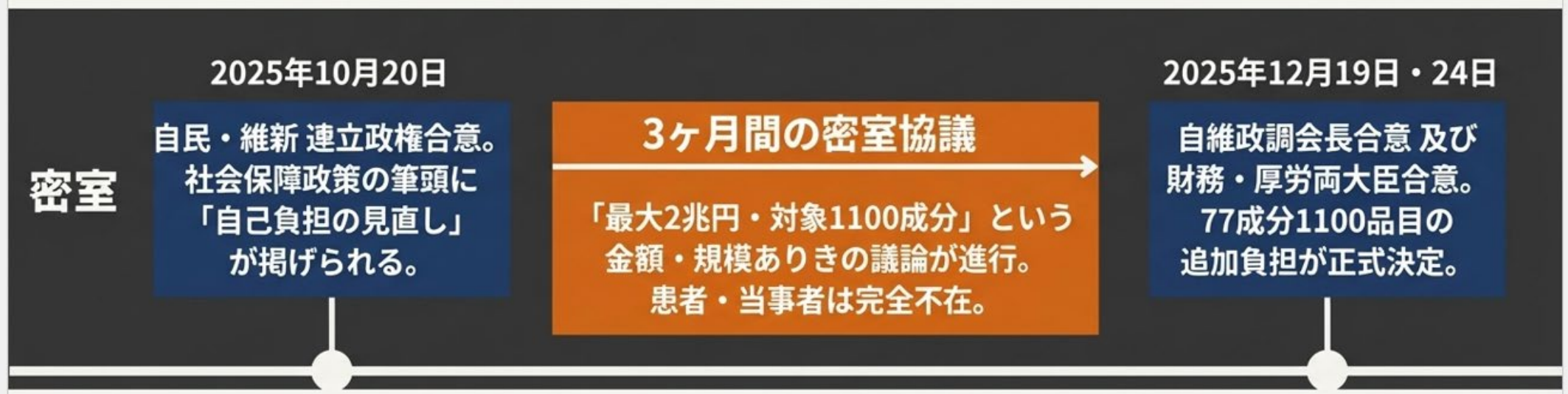
その際、**医療機関における必要な受診を確保し、子どもや慢性疾患を抱えている方、低所得の方の患者負担などに配慮しつつ、成分や用量がOTC医薬品と同等のOTC類似薬をはじめとするOTC類似薬一般について保険給付のあり方**の見直し**の早期実施を目指す。**その中で、**個別品目に関する対応についても、これまでのビタミン剤やうがい薬、湿布薬に関する対応を踏まえ、適正使用の取組を検討する。**

あわせて、セルフメディケーション推進の観点から、スイッチOTC化に係る政府目標（※）の達成に向けた取組を着実に進めるとともに、夏以降、当初の医師の診断や処方をもとに、症状の安定している患者にかかる定期的な医薬品・検査薬のスイッチOTC化に向けて、制度面での必要な対応を含め、更なる実効的な方策を検討する。

（※）令和5年末時点で海外2か国以上でスイッチOTC化されている医薬品のうち、本邦でスイッチOTC化されていない医薬品（約60成分）を令和8年末までにOTC化する。

■経済対策の記載

OTC類似薬を含む薬剤自己負担については、**現役世代の保険料負担の一定規模の抑制につながる具体的な制度設計を令和7年度中に実現した上で、令和8年度中に実施する。**



この間、医療現場や患者団体へのヒアリングや実態調査は一切考慮されず、「財政削減ありき」で強行された。

2. 薬剤給付に係る見直し

(1) OTC類似薬の保険給付の見直し

OTC類似薬の保険給付の見直しの趣旨は、OTC医薬品で対応できる症状であるにも関わらず、他の被保険者の保険料にも負担をかけて医療用医薬品の給付を受ける患者と、現役世代を中心とした、平日の診療時間中に受診することが困難である等の理由によりOTC医薬品で対応している患者との公平性を確保する観点や、それら現役世代の保険料負担の軽減を図る観点から、一定程度の見直しが必要であることによるものである。

このため、OTC医薬品の対応する症状の適応がある処方箋医薬品以外の医療用医薬品のうち、他の被保険者の保険料負担により給付する必要性が低いと考えられるときには、患者の状況や負担能力に配慮しつつ、長期収載品で求めているような別途の保険外負担（特別の料金）を求める新たな仕組みを創設し、令和8年度中に実施する。まずは、77成分（約1,100品目）を対象医薬品とし、薬剤費の1/4に特別の料金を設定する。

今後、セルフメディケーションに関する国民の理解や、OTC医薬品に関する医師・薬剤師の理解を深めるための取組、医療用医薬品のスイッチOTC化に係る政府目標の達成に向けた取組などの環境整備を進めるとともに、将来、OTC医薬品の対応する症状の適応がある処方箋医薬品以外の医療用医薬品の相当部分にまで対象範囲を拡大することを目指し、上記の施行状況等について政府が把握・分析した上で与党に報告する枠組みを構築するなど、与党の関与の下、令和9年度以降にその対象範囲を拡大していく。あわせて、特別の料金をいただく薬剤費の割合の引き上げについても検討する。

なお、実施にあたっては、こども、がん患者や難病患者など配慮が必要な慢性疾患を抱えている方、低所得者、入院患者、医師が対象医薬品の長期使用等が医療上必要と考える方等に対する配慮を検討する。

大臣折衝事項（2025/12/24）

（1）薬剤給付の見直し

① OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直し

OTC医薬品の対応する症状に適応がある処方箋医薬品以外の医療用医薬品のうち、他の被保険者の保険料負担により給付する必要性が低いと考えられるときには、患者の状況や負担能力に配慮しつつ、別途の保険外負担（特別の料金）を求める新たな仕組みを創設し、令和8年度中（令和9年3月）に実施する。まずは、77成分（約1,100品目）を対象医薬品とし、薬剤費の4分の1に特別の料金を設定する。

今後、セルフメディケーションに関する国民の理解や、OTC医薬品に関する医師・薬剤師の理解を深めるための取組、医療品医薬品のスイッチOTC化に係る政府目標の達成に向けた取組などの環境整備を進めるとともに、将来、OTC医薬品の対応する症状の適応がある

処方箋医薬品以外の医療用医薬品の相当部分にまで対象範囲を拡大することを旨とし、上記の施行状況等について厚生労働省において把握・分析を行った上で、令和9年度以降にその対象範囲を拡大していく。あわせて、特別の料金の対象となる薬剤費の割合の引き上げについても検討する。

なお、実施にあたっては、こども、がん患者や難病患者など配慮が必要な慢性疾患を抱えている方、低所得者、入院患者、医師が対象医薬品の長期使用等が医療上必要と考える方等に対する配慮を検討する。

② 食品類似薬の保険給付の見直し

医療保険給付の適正化の観点から、栄養保持を目的とした医薬品のうち、代替可能な食品が存在する医薬品について、経口による通常の食事から栄養補給可能な患者に対する使用は保険給付外とする。

なお、手術後の患者、経管により栄養補給を行っている患者などについては、引き続き保険給付の対象とする。

今回の医療保険制度改革のポイント

基本の考え方

将来にわたり我が国の医療保険制度を持続可能なものとしていくために、現役世代を中心に**保険料負担の上昇を抑制**しながら、全世代を通じて、**医療保険制度に対する信頼や納得感を維持・向上**させる観点から、給付と負担の見直しを行います。

主な改正内容

日常的な医療に用いる医薬品の保険給付の見直し

保険を使って医療用医薬品の処方を受ける場合と**保険を使わず**OTC医薬品で対応する場合の**公平性**を踏まえ、OTC医薬品でも代替可能な医薬品の保険給付の範囲を見直します。

長期に治療が必要な方のセーフティネット機能の強化

高額療養費の**月単位の自己負担**は、将来にわたり制度を維持するため、**医療費の伸びや所得に応じて負担**いただきますが、医療費の自己負担に、**新たに年間上限**を設け、治療にいくらかかるかわからないという不安に対応し、**長期にわたり治療が必要な方のセーフティネット**としての機能を強化します。



後期高齢者医療制度における金融所得の公平な反映

後期高齢者医療制度において、上場株式の配当等の金融所得を、確定申告をするかしないかの選択にかかわらず**窓口負担や保険料負担に勘案**することで、**不公平を解消**します。

妊娠・出産に対する支援の強化

妊娠・出産にかかる費用の見える化をさらに進め、**出産の標準的な費用**（手術などが必要になった場合の追加負担や希望により選択するサービスを除く）に**自己負担がかからないようにする**など、**妊婦健診や出産の経済的負担の軽減**を進め、**安心して出産できる環境**を整えます。

子育て世帯の保険料負担軽減

国民健康保険において、被保険者数に応じて課される保険料（均等割保険料）を子どもについて半減する措置の対象を、**未就学児から高校生年代まで**広げます。

健康保険法等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

持続可能な医療保険制度の実現に向けて、必要な保険給付等の適切な実施と世代間や世代内での負担の公平性の確保を図るため、一部保険外療養の創設、後期高齢者医療における金融所得の保険料等への勘案、出産に係る給付体系の見直し、国民健康保険における子どもに係る均等割保険料等の軽減の拡充等の措置を講ずるほか、医療機関の業務効率化と勤務環境改善の取組等に係る措置を講ずる。

改正の概要

1. より公平な負担の実現、効率的な給付の確保【健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① OTC医薬品との代替性が特に高い薬剤を用いた療養等について、薬剤費の一部を保険給付外とする一部保険外療養を創設する。
- ② 後期高齢者医療において、上場株式の配当等の金融所得を保険料の算定や窓口負担割合等の判定に公平に反映するため、金融所得の支払に係る報告書等（法定調書）を金融機関等がオンラインにより後期高齢者医療広域連合へ提出する義務等を設ける。

2. 出産等の次世代支援や現役世代からの予防・健康づくりの拡充【健保法、船員保険法、国保法、母子保健法等】

- ① 出産に伴う妊婦の経済的負担を軽減するため、出産の標準的な費用に係る給付体系の見直し等を行う。
- ② 妊婦健診に伴う妊婦の経済的負担を軽減するため、妊婦健診（望ましい基準内）の実施に係る標準額を定める等の環境の整備をするほか、サービス及び費用の見える化を進める。※こども家庭庁所管事項
- ③ 国民健康保険制度において、子どもに係る均等割保険料（税）の5割を軽減する措置の対象を、未就学児から高校生年代まで拡充する。
- ④ 現役世代の予防・健康づくりを強化するため、全国健康保険協会が取り組む保健事業に関する責務を明確化する。

3. 必要な医療の提供の確保【健保法、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、医療法等】

- ① 高額療養費の支給要件等を定める際には、特に長期療養者の家計への影響が適切に考慮されるよう、法律上明確化する。
- ② 業務効率化・勤務環境改善に取り組む医療機関を支援する新たな事業を地域医療介護総合確保基金に設けるほか、計画を作成し業務効率化・勤務環境改善を推進する病院を厚生労働大臣が認定する仕組みを設ける。併せて、医療機関は業務効率化・勤務環境改善に努めるものとする。

4. その他【健保法、国保法、高確法等】

- ① 全国健康保険協会の平均保険料率の引き下げとあわせ、令和8年度から令和10年度までの時限措置として、全国健康保険協会への国庫補助に係る特例減額の控除額を引き上げる特例措置を講じる。
- ② 国民健康保険組合に対する国庫補助について、一定の場合に、現行の補助率の下限よりも低い補助率を例外的に適用する。
- ③ 国民健康保険の財政安定化基金（本体基金分）について、納付金（保険料）の抑制のための取崩しを認める。 等

このほか、平成19年の雇用保険法等の一部改正法で改正を要した船員保険法第76条第6項について、規定の形式的修正を行う。

施行期日

令和9年4月1日（ただし、2④及び4①は公布日、3①は令和8年8月1日、3②の一部は令和9年1月1日、1①は公布後1年以内に政令で定める日、2①及び②は公布後2年以内に政令で定める日、1②は公布後5年以内に政令で定める日等）

一部保険外療養の創設（OTC類似薬の保険給付見直し）について

- **OTC 医薬品（市販薬）との代替性が特に高い薬剤を用いた療養**等について、薬剤費の一部を保険給付外とする「一部保険外療養」を創設する。
- 具体的には、「**療養の給付に含まれないもの**」として、現行の「食事療養」、「生活療養」、「評価療養」、「患者申出療養」、「選定療養」に続いて、新たに、「**一部保険外療養**」を**設ける**。
- 所得の状況、病状の程度、治療の内容その他の事情を踏まえた療養となるよう、「配慮する」。
- 具体的な制度設計（対象薬剤、負担金額、配慮対象者など）については、セルフメディケーションに関する国民の理解や市販薬に関する医師・歯科医師・薬剤師の理解を深める取組の状況、医療用医薬品の市販薬への転用などの状況を勘案して決める。

「大臣折衝事項」（2025年12月24日）において示された具体的な運用

（i）対象薬剤は、**77成分・約1,100品目**（別紙）。主な対応症状として、鼻炎、胃痛・胸 焼け、便秘、解熱・痛み止め、風症状全般、腰痛・肩こり、水虫、口内炎、皮膚のかゆみ・乾燥肌などを想定。

（ii）対象薬剤の薬剤費において、**薬剤費の4分の1を患者負担**（特別の料金）とする。加えて、（薬剤費－特別の料金）の額に応じた一部負担相当額を求める。

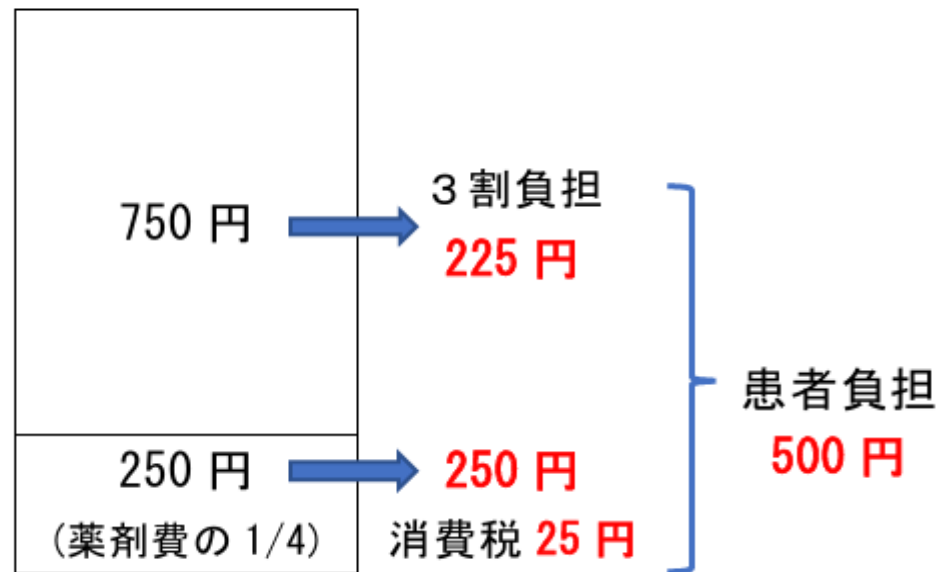
（iii）要配慮者として、こども、がんや難病など配慮が必要な慢性疾患を抱える者、低所得者、入院患者、医師が対象薬の長期使用等が医療上必要と考える者など。

※公布後1年以内：**2027年3月1日施行**を想定

「大臣折衝事項」（2025年12月24日）において示された具体的な運用

- ・例えば、3割負担の患者で薬剤費が1,000円の場合、特別の料金として250円（別途、消費税25円）、一部負担相当額として225円をあわせた500円が患者負担となる。

一部保険外療養における患者負担 （3割負担・薬剤費1,000円）



問題点① 診療から投薬までを一体で保障してきた 公的医療保険の運用に風穴を空ける

現行の健康保険法では、疾病・負傷に対して、診察、薬剤、処置・手術、看護などを一体で保険給付している（63条第1項）。医師が治療で必要と判断したものは原則、すべて保険給付することによって、患者に安全・安心な医療を保障している。

一部保険外療養は、日常的に治療に要する医薬品について、保険給付より外すという制度にほかならない。さらに制度運用の拡大によって、診療全体（診断、検査、処置・投薬）について給付制限を図る運用に変容しかねないものである（後述⑧）。

一部保険外療養は、診療から投薬に至るまで一体で公的医療保険で保障してきた運用に風穴を空けるものであり、我が国の公的医療保険制度の根幹に関わりかねない制度改変である。

健保法第63条（療養の給付）

- （療養の給付）
- 第63条
- 被保険者の疾病又は負傷に関しては、次に掲げる療養の給付を行う。
- 診察
- 薬剤又は治療材料の支給
- 処置、手術その他の治療
- 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

問題点② 7割給付（3割負担以内）を維持する」とした健保法等附則の趣旨に反する

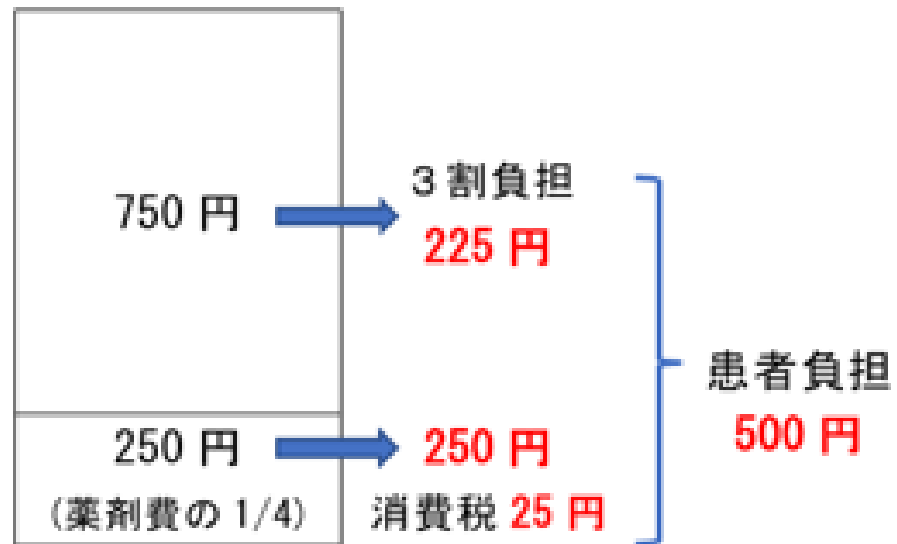
健康保険法等にも違反している。2002年改正健保法等附則（第2条）では、「将来にわたって7割の保険給付（自己負担は3割以内）を維持する」としている。

一部保険外療養によって、例えば、薬剤費が1,000円の場合、1割負担で350円、2割負担で425円、3割負担で500円になる。薬剤費負担は、現行より各々3.5倍、2.1倍、1.7倍になり、1割負担では3.5割負担、2割負担では4.3割負担、3割負担では5割負担になる。薬剤費により、全体の窓口負担が3割を超える患者が避けられない。

一部保険外療養は、「7割給付（3割負担以内）を維持する」とした健保法等附則の趣旨に反するものと言わざるを得ない。

対象の薬の患者負担は実質 5 割負担※3割負担の人

一部保険外療養における患者負担
(3割負担・薬剤費 1,000 円)



問題点③受診へのペナルティ「市販薬で対応している患者との『公平性』の確保」で負担増

OTC 類似薬給付に係る負担増を正当化する理由として、医療用医薬品の給付を受ける患者と市販薬で対応している患者との「公平性」の確保を強調しているが、医療（受診）の本質を見誤った議論と言わざるを得ない。

軽い症状に見えても、実は重大な疾患の症状であったことは少なくない。軽微な咳などであっても、感染症だった場合、受診せず市販薬に頼っていると周囲に感染を広げる形ともなる。受診した結果、相応の疾患が判明すれば適切な治療を受けることが可能となる。

受診した結果、軽微な疾患であることが分かり、経過観察、解熱・咳止めや頓服投与などで済めば、それにこしたことはない。患者自らは的確に診断できない以上、これを不要な受診などと言うことは全くできない。

受診することで、早期発見・早期治療、適切な診断と適切な治療を担保する機能（役割）が発揮される。まさに医療の本質を示すものである。医師（受診）の医学的判断に基づく医薬品の利用と本人の自己判断に基づく市販薬の利用は根本的に異なる以上、両者を比較することは到底できない。

ましてや両者を強引に比べて、受診時の負担を増やそうなどと言うのは、早期発見・早期治療を否定するもの。

<現役世代の声>

保団連調査（2023年5月）

- ・ 定期的に通うつもりだったが、窓口負担と薬局の薬代が毎回負担になったので症状が完全によくなる前に受診をやめてしまった。（32歳・3割）
- ・ 定期受診はしているが、少しの不調や痛みは医療費の負担を考えて我慢することがある（46歳・3割）

<歯科受診>

- ・ 歯科も本当は定期的に行った方がいいと思うが、痛みもないので通院せず。年齢的にも気になるが優先順位を考えてしまう。生活費の大半を医療費だけに使うことは出来ない。（55歳・3割）
- ・ 負担が2割になったので歯科はやめました。眼科は目薬を1日3回を2回にして診察を伸ばしています。（80歳・2割）

昨年 経済的理由で受診遅れ死亡48件

無保険18件 「健康権保障ない」

民医連調査

全日本民主医療機関連合会（民医連）は12日、東京都内で記者会見を開き、無保険や保険があっても経済的な理由から受診が遅れて死亡する事例が2024年に全国の民医連の事業所で48件あったとする調査結果を発表しました。

問題点④かえって現役世代も負担増 花粉症受診で1,500円負担増、保険料軽減は33円

同様に、負担増を図る理由として、現役世代の保険料の軽減（上昇の抑制）を強調するが、見直しに伴う保険料軽減はわずか年400円（月33円）にすぎない（※1）。

他方、受診したら、薬代には保険が効かないペナルティ（負担増）を被ることになる。例えば、花粉症で受診する患者（内服1種類、点眼・点鼻を処方）は月1,500円の負担増になる（※2）。かえって、現役世代にとって負担増でしかない。保険料を支払っているのに、受診したら薬に保険が効かず負担増となれば、到底納得など得られない。

（※1）厚生労働大臣記者会見（3月6日）。

（※2）全国保険医団体連合会「高額療養費、OTC類似薬の負担増」（3月12日記者会見）

問題点⑤一定の患者は「配慮する」と言うが、中身は曖昧である

特別料金の免除対象（政府案）

- こども
- 難病、がん患者
- 入院患者等



線引きから漏れた人々（負担増）

- 慢性疾患で通院がかさむ患者
- ギリギリの生活でやり繰りする家族
- 休めない現役労働者



配慮される疾患を設けることは、配慮されない疾患を生み出すこと。
すでに医療費負担が限界に近い層への負担増は、生活の破綻と治療の強制中断に直結する。

問題点⑤一定の患者は「配慮する」と言うが、中身は曖昧である

対象とする患者は「がんや難病など配慮が必要」とされる慢性疾患であるため、多くを占める一般的な慢性疾患の外来患者（例えば、アレルギー、花粉症）、在宅患者は配慮対象に含まれない見込みである。

がんや難病の患者であっても、当該悪性腫瘍・難病などに直接起因・付随しない疾患（例えば、季節性インフルエンザ、花粉症など）での対象薬剤使用については「配慮」されないことも危惧される。ただでさえ治療で重い負担を強いられる中、高額療養費の改悪（月負担限度額引き上げ）、さらに薬剤負担増とトリプルパンチを被ることになる。

また、「配慮」する内容にしても、一部保険療養の対象外ではなく、負担増の緩和に留まることも懸念される。

問題点⑥給付対象外とする薬剤が拡大されていく



問題点⑥給付対象外とする薬剤が拡大されていく

保険給付外とする範囲について、「要指導医薬品・一般用医薬品との代替性が特に高い薬剤を用いた療養その他の適正な医療の提供」（第 63 条）を確保しつつ、「公平かつ効率的な保険給付を行う必要性」に鑑みて、「その要する費用のうち一部」と規定している。

対象薬剤について「77成分・約1,100品目」より広げることが可能である。加えて、「大臣折衝事項」では、「医療用医薬品の相当部分」にまで対象範囲を拡大することを目指し、2027年度以降に「対象範囲を拡大」していくとしている。

一旦法規定されると、国会審議を経ない省令によって、対象薬剤を幾らでも拡大できる。

問題点⑦「特別の料金」が際限なく引き上げられていく

患者が負担する「特別の料金」（保険給付の対象としない費用）について、「医療費の動向及び医療保険の財政状況並びに療養を受ける者の事情その他の事項」（第86条）を考慮して定めるとしている。開始の際に見込む「薬剤費の4分の1」より引き上げることが可能である。

加えて、「大臣折衝事項」では、「特別の料金の対象となる薬剤費の割合の引き上げ」について検討するとしている。現に、2024年10月開始の長期収載品の選定療養に係る薬価差4分の1の負担では、わずか1年半で「2分の1の負担」に拡大されている。

法規定されると、こちらも国会審議を経ない省令によって、金額を引き上げることができる。

問題点⑧医療全体を給付制限する「保険免責制」に変容していきかねない

- さらに重大なのは、給付外とする対象が薬剤に留まらず、医療全体に広がりかねないことである。制度名称は、「一部」保険外療養であって、「薬剤」保険外療養ではない。一部保険外療養では、一般用医薬品等の「代替性が特に高い薬剤を用いた療養その他の適正な医療の提供」を確保しつつ、「公平かつ効率的な保険給付を行う必要性」に鑑み、その要する費用の一部を保険給付から外すという形で規定している。
- 薬剤に留まらず、OTC類似薬が処方されるような軽微・軽症な受診や、低額な受診についても「保険給付を行う必要性」は低いなどとして、給付より外されていくことが強く危惧される。財務省（財政審）が求めてきた定率負担とは別に一定の定額負担を求める“保険免責制”に変容していく可能性が否定できない。
- また、一部保険外療養の導入に伴い、「公平性の確保」というロジックをてこにして、「市販薬を利用する者」（セルフメディケーション）との公平性に留まらず、「この病気は自己責任（暴飲暴食、不摂生）ではないか」「この怪我は個人の不注意ではないか」などとして、「個人の責任」の程度に応じて給付範囲を切り分けていく議論が出てきかねないことも危惧される。

OTC類似薬の保険適用継続を

厚労省に21万筆の署名提出

自維連立政権は処方薬の一部（OTC類似薬）を含む薬剤自己負担増の26年度からの実施に向けて、25年末までに連立政権合意の具体化の検討を加速化させている。全国保険医団体連合会（保団連）は、12月4日に厚労省要請を実施し、薬剤自己負担増の閣議決定の撤回とOTC類似薬の保険適用継続を求めた。日本アトピー協会、難病患者、大阪協会など3団体が取り組んだ21万筆の署名を厚労省に提出した。

閣議決定は撤回を

保団連の竹田智雄会長は「多くの患者・国民の

健康・社会生活に影響する薬剤給付の自己負担を当事者の意見、実態や健康、社会生活への影響をした。

その上で、「国民の多くが社会生活を過すのに不可欠な薬を保険給付から除外したり、3割の医療費窓口負担金とは別に、追加負担を求める新制度を導入することは、



①厚労省に署名提出する参加者②保険継続を訴える大藤氏

沸騰する国民の怒り：当事者たちの切実な声



21万筆

12月4日、厚労省に提出された撤回を求める署名（日本アトピー協会、難病患者、大阪協会等）。



356万

インプレッション。保団連のX（旧Twitter）での告発投稿が大拡散（2.1万いいね、1.7万リポスト）。

「私たち難病患者への
いやがらせでしかない」（患者家族）

「子育て世代や、現場を休めない
建築労働者の健康を直撃する」
（各団体からの悲鳴）

Home > ニュース > 請願署名「ロキソニンやアレグラなどの薬の追加負担はやめてください」始めます！

請願署名「ロキソニンやアレグラなどの薬の追加負担はやめてください」始めます！

2026年2月18日

✕ ポスト

請願署名「ロキソニンやアレグラなどの薬の追加負担はやめてください」始めます

自民・維新両党の協議を受けて、政府は77成分・約1100品目の薬（OTC類似薬）について、1～3割の窓口負担とは別に、「特別料金（薬剤費の25%）」として患者に追加負担させることを決めました。対象となる薬剤は、痛み止めや花粉症治療薬、皮膚疾患の保湿剤など日常的に幅広い疾患で使われている薬です。これらの薬は「特別料金」を含めると実質的な窓口負担が1割は3割に、2割は4割に、3割は5割に増加します。

政府与党は「（受診せず）市販薬を利用している患者との公平性」を理由にあげていますが、受診が必要な患者に追加料金のペナルティーを科す道理はありません。むしろ、症状を抱えながら医療機関に受診できない国民の受診機会を確保すべきです。

また、「現役世代の保険料負担の軽減」を打ち出していますが、一人当たりの「軽減額」は月63円に過ぎず、一方で花粉症やアトピー性皮膚炎などのアレルギー性疾患に苦しむ患者など、すべての世代に負担増となります。

患者のいのち、健康を脅かす負担増の中止を求めます。

○請願事項「ロキソニンやアレグラなど、77成分・約1100品目の薬について、追加負担をやめること」

○取組み期間 国会会期中（2026年6月末予定）

第一次提出 4月23日(木)予定

ロキソニンやアレグラなど

薬の追加負担は やめてください 署名にご協力を!



いつもの薬に追加料金!!

窓口負担1割の人 → 薬代は**3倍**に

窓口負担2割の人 → 薬代は**2倍**に

窓口負担3割の人 → 薬代は**1.66倍**に



約1100品目が負担増の対象に

消炎鎮痛(痛み止め)

- ロキソニン
- ロキソプロフェン



抗アレルギー薬

- アレグラ
- フェキソフェナジン



保湿剤

- ヒルドイド
- ソフト軟膏/ローション



下剤(便秘)・制酸薬

- マグミット
- 酸化マグネシウム



去痰薬(痰切り)

- カルボシステイン



ステロイド剤

- リンデロン-V軟膏



ウェブ署名は
こちらから



保険医のホームページから
署名用紙のダウンロードができます



#OTC類似薬の 追加負担反対

今すぐ署名にご協力ください

ストップ! 患者負担増請願署名 ロキソニンやアレグラなどの 薬の追加負担はやめてください

■■■ 請願趣旨 ■■■

自民・維新両党の協議を受けて、政府は77成分・約1100品目の薬について、1～3割の窓口負担とは別に、「特別料金(薬剤費の25%)」として患者に追加負担させることを決めました。対象となる薬剤は、痛み止めや花粉症治療薬、皮膚疾患の保湿剤など日常的に幅広い疾患で使われている薬です。これらの薬は「特別料金」を含めると実質的な窓口負担が1割は3割に、2割は4割に、3割は5割に増加します。

政府与党は「(受診せず)市販薬を利用している患者との公平性」を理由にあげていますが、受診が必要な患者に追加料金のペナルティーを科す道理はありません。むしろ、症状を抱えながら医療機関に受診できない国民の受診機会を確保すべきです。

また、「現役世代の保険料負担の軽減」を打ち出していますが、一人当たりの「軽減額」は月63円に過ぎず、一方で花粉症やアトピー性皮膚炎などのアレルギー性疾患に苦しむ患者など、すべての世代に負担増となります。

患者のいのち、健康を脅かす負担増の中止を求めます。

■■■ 請願事項 ■■■

- ロキソニンやアレグラなど、77成分・約1100品目の薬について、追加負担をやめること

※鉛筆や「消せるボールペン」は使用しないでください。

お名前	ご住所 (「同上」「〃」は使わないでください)
	都道 府県
	都道 府県
	都道 府県
	都道 府県
	都道 府県

※この署名は、憲法16条で保障された請願権にもとづき行うもので、国会請願以外の目的に使用しません。

私のひとこと

【取り扱い医療機関、団体】

「健康保険法等の一部を改正する法律案」について

「健康保険法等の一部を改正する法律案」（3月13日国会提出）は、28本の法律を束ねて、11項目の改正内容で構成する一括法案となっている。本法案は、金融所得の勘案による後期高齢者の負担増に留まらず、薬剤費を公的保険から外していく「一部保険外療養」の創設などを含んでいる。

とりわけ、一部保険外療養は、安全・安心な医療の保障に向けて、診療、検査、投薬・処置を一体的に公的医療保険で保障してきた運用に風穴を空けるものであり、我が国の公的医療保険制度の根幹に関わりかねない。しかも、対象は薬剤に留まらず、診療全体（診断、検査、処置、薬剤など）に拡大しかねない重大な内容をはらんでいる。

については、本法案は徹底審議の上、廃案とするよう強く求めるものである。

なお、審議に際しては、「一部保険外療養の創設」、「分娩費、出産時一時金等の創設等」などの項目については切り分けて扱うなど審議時間を確保することが必要である。

以下、医師・歯科医師の団体として、患者の受診の保障、医療経営を維持する観点から、本法案に関わる主な問題点について指摘する。

1. 一部保険外療養の創設（OTC 類似薬の保険給付見直し）について

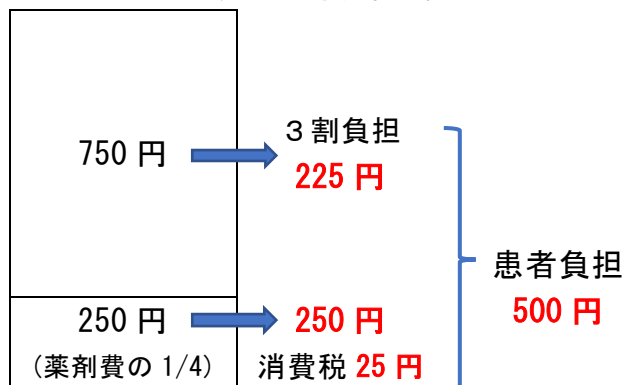
<概要>

- ・OTC 医薬品（市販薬）との代替性が特に高い薬剤を用いた療養等について、薬剤費の一部を保険給付外とする「一部保険外療養」を創設する。
- ・具体的には、「療養の給付に含まれないもの」として、現行の「食事療養」、「生活療養」、「評価療養」、「患者申出療養」、「選定療養」に続いて、新たに、「一部保険外療養」を設ける。
- ・所得の状況、病状の程度、治療の内容その他の事情を踏まえた療養となるよう、「配慮する」。
- ・具体的な制度設計（対象薬剤、負担金額、配慮対象者など）については、セルフメディケーションに関する国民の理解や市販薬に関する医師・歯科医師・薬剤師の理解を深める取組の状況、医療用医薬品の市販薬への転用などの状況を勘案して決める。
- ・当面、「大臣折衝事項」（2025年12月24日）などにおいて、以下の具体的な運用（告示）を開始することを見込んでいる
 - (i) 対象薬剤は、77成分（約1,100品目）。主な対応症状として、鼻炎、胃痛・胸焼け、便秘、解熱・痛み止め、風症状全般、腰痛・肩こり、水虫、口内炎、皮膚のかゆみ・乾燥肌などを想定。
 - (ii) 対象薬剤の薬剤費において、薬剤費の4分の1を患者負担（特別の料金）とする。加えて、（薬剤費－特別の料金）の額に応じた一部負担相当額を求める。
 - (iii) 要配慮者として、こども、がんや難病など配慮が必要な慢性疾患を抱える者、低所得者、入院患者、医師が対象薬の長期使用等が医療上必要と考える者など。

※公布後1年以内：2027年3月1日施行を想定

- 例えば、3割負担の患者で薬剤費が1,000円の場合、特別の料金として250円（別途、消費税25円）、一部負担相当額として225円をあわせた500円が患者負担となる。

**一部保険外療養における患者負担
(3割負担・薬剤費1,000円)**



<懸念点・問題点>

①安全・安心な医療を破壊 公的医療保険制度の根幹に関する改変

現行の健康保険法では、疾病・負傷に対して、診察、薬剤、処置・手術、看護などを一体で保険給付している(63条第1項)。医師が治療で必要と判断したものは原則、全て保険給付することによって、患者に安全・安心な医療を保障している。

一部保険外療養は、日常的に治療に要する医薬品について、保険給付より外すという制度にほかならない。さらに制度運用の拡大によって、診療全体(診断、検査、処置・投薬)について給付制限を図る運用に変容しかねないものである(後述⑧)。

一部保険外療養は、診療から投薬に至るまで一体で公的医療保険で保障してきた運用に風穴を空けるものであり、我が国の公的医療保険制度の根幹に関わりかねない制度改変である。

②「7割給付(3割負担以内)を維持する」とした健保法附則の趣旨に反する

健康保険法にも違反している。2002年改正健保法附則(第2条)では、「将来にわたって7割の保険給付(自己負担は3割以内)を維持する」としている。一部保険外療養によって、例えば、薬剤費が1,000円の場合、1割負担で350円、2割負担で425円、3割負担で500円になる。薬剤費負担は、現行より各々3.5倍、2.1倍、1.7倍になり、1割負担では3.5割負担、2割負担では4.3割負担、3割負担では5割負担になる。薬剤費により、全体の窓口負担が3割を超える患者が避けられない。一部保険外療養は、「7割給付(3割負担以内)を維持する」とした健保法附則の趣旨に反するものと言わざるを得ない。

③医療(受診)の本質を見誤った議論である

OTC類似薬給付に係る負担増を正当化する理由として、医療用医薬品の給付を受ける患者と市販薬で対応している患者との「公平性」の確保を強調しているが、医療(受

診)の本質を見誤った議論と言わざるを得ない。

軽い症状に見えても、実は重大な疾患の症状であったことは少なくない。軽微な咳などであっても、感染症だった場合、受診せず市販薬に頼っていると周囲に感染を広げる形ともなる。受診した結果、相応の疾患が判明すれば適切な治療を受けることが可能となる。他方、受診した結果、軽微な疾患であることが分かり、経過観察、解熱・咳止めや頓服投与などで済めば、それにこしたことはない。患者自らは的確に診断できない以上、これを不要な受診などと言うことは全くできない。

受診することで、早期発見・早期治療、適切な診断と適切な治療を担保する機能(役割)が発揮される。まさに医療の本質を示すものである。医師(受診)の医学的判断に基づく医薬品の利用と本人の自己判断に基づく市販薬の利用は根本的に異なる以上、両者を比較することは到底できない。ましてや両者を強引に比べて、受診時の負担を増やそうなどと言うのは、早期発見・早期治療を否定するものにほかならない。

④単なる負担増 花粉症受診で1,500円負担増、保険料軽減は33円

同様に、負担増を図る理由として、現役世代の保険料の軽減(上昇の抑制)を強調するが、見直しに伴う保険料軽減はわずか年400円(月33円)にすぎない(※1)。他方、受診したら、薬代には保険が効かないペナルティ(負担増)を被ることになる。例えば、花粉症で受診する患者(内服1種類、点眼・点鼻を処方)は月1,500円の負担増になる(※2)。かえって、現役世代にとって負担増でしかない。保険料を支払っているのに、受診したら薬に保険が効かず負担増となれば、到底納得など得られない。

(※1)厚生労働大臣記者会見(3月6日)。

(※2)全国保険医団体連合会「高額療養費、OTC類似薬の負担増」(3月12日記者会見)。

⑤一定の患者は「配慮する」と言うが、中身は曖昧である

対象とする患者は「がんや難病など配慮が必要」とされる慢性疾患であるため、多くを占める一般的な慢性疾患の外来患者(例えば、アレルギー、花粉症)、在宅患者は配慮対象に含まれない見込みである。

がんや難病の患者であっても、当該悪性腫瘍・難病などに直接起因・付随しない疾患(例えば、季節性インフルエンザ、花粉症など)での対象薬剤使用については「配慮」されないことも危惧される。ただでさえ治療で重い負担を強いられる中、高額療養費の改悪(月負担限度額引き上げ)、さらに薬剤負担増とトリプルパンチを被ることになる。

また、「配慮」する内容にしても、一部保険療養の対象外ではなく、負担増の緩和に留まることも懸念される。

⑥給付対象外とする薬剤が拡大されていく

保険給付外とする範囲について、「要指導医薬品・一般用医薬品との代替性が特に高い薬剤を用いた療養その他の適正な医療の提供」(第63条)を確保しつつ、「公平かつ効率的な保険給付を行う必要性」に鑑みて、「その要する費用のうち一部」と規定している。対象薬剤について「77成分・約1,100品目」より広げることが可能である。

加えて、「大臣折衝事項」では、「医療用医薬品の相当部分」にまで対象範囲を拡大

することを旨し、2027年度以降に「対象範囲を拡大」していくとしている。

一旦法規定されると、国会審議を経ない省令によって、対象薬剤を幾らでも拡大できる。

⑦「特別の料金」が際限なく引き上げられていく

患者が負担する「特別の料金」（保険給付の対象としない費用）について、「医療費の動向及び医療保険の財政状況並びに療養を受ける者の事情その他の事項」（第86条）を考慮して定めるとしている。開始の際に見込む「薬剤費の4分の1」より引き上げることが可能である。

加えて、「大臣折衝事項」では、「特別の料金の対象となる薬剤費の割合の引き上げ」について検討するとしている。現に、2024年10月開始の長期収載品の選定療養に係る薬価差4分の1の負担では、わずか1年半で「2分の1の負担」に拡大されている。

法規定されると、こちらも国会審議を経ない省令によって、金額を引き上げることができる。

⑧医療全体を給付制限する「保険免責制」に変容していきかねない

さらに重大なのは、給付外とする対象が薬剤に留まらず、医療全体に広がりかねないことである。制度名称は、「一部」保険外療養であって、「薬剤」保険外療養ではない。一部保険外療養では、一般用医薬品等の「代替性が特に高い薬剤を用いた療養その他の適正な医療の提供」を確保しつつ、「公平かつ効率的な保険給付を行う必要性」に鑑み、その要する費用の一部を保険給付から外するという形で規定している。

薬剤に留まらず、OTC類似薬が処方されるような軽微・軽症な受診や、低額な受診についても「保険給付を行う必要性」は低いなどとして、給付より外されていくことが強く危惧される。財務省（財政審）が求めてきた定率負担とは別に一定の定額負担を求める“保険免責制”に変容していく可能性が否定できない。

また、一部保険外療養の導入に伴い、「公平性の確保」というロジックをてこにして、「市販薬を利用する者」（セルフメディケーション）との公平性に留まらず、「この病気は自己責任（暴飲暴食、不摂生）ではないか」「この怪我は個人の不注意ではないか」などとして、「個人の責任」の程度に応じて給付範囲を切り分けていく議論が出てきかねないことも危惧される。

法案要綱（修正引用）

2 一部保険外療養の創設に関する事項

- （1）要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い薬剤を用いた療養その他の適正な医療の提供を確保しつつ、公平かつ効率的な保険給付を行う必要性に鑑み、その要する費用のうち一部を保険給付の対象としないものとする療養として厚生労働大臣が定めるものを**一部保険外療養**とし、被保険者が**当該一部保険外療養を受けたときは、保険外併用療養費を支給する**ものとする。

また、当該保険外併用療養費の額は、次の①から②を控除した額とする。

- ①（略）療養の給付に要する費用の額に係る厚生労働大臣の定めを勘案して厚生労働大臣が定めるところにより算定した費用の額から、**医療費の動向及び医療保険の財政状況並**

びに療養を受ける者の事情その他の事項を考慮して保険給付の対象としない費用として厚生労働大臣が定めるところにより算定した額を控除した額

② ①の額に一部負担金の区分に応じた負担割合を乗じて得た額

★保険外併用療養費＝薬剤費－（薬剤費の1/4＋薬剤費の3/4に応じた一部負担額）

(2) 厚生労働大臣は、(1)の療養を定めるに当たり、**所得の状況、病状の程度、治療の内容その他の療養を受ける者の事情を踏まえた療養となるよう配慮する**ものとする。

(3) 厚生労働大臣が、(1)の定めをするときは、中央社会保険医療協議会に諮問する。

(4) (略)

2. 高額療養費制度の考慮事項の明確化について

<概要>

- ・高額療養費の支給要件、支給額その他支給に関する事項に関わって、政令で定める際に考慮する対象として、現行の「療養に必要な費用の負担の家計に与える影響及び療養に要した費用の額」に加えて、「とりわけ長期にわたって継続的に療養を受ける者の家計」に与える影響を追記する。

※施行日：2026年8月1日

<懸念点・問題点>

①負担増を正当化するための手続規定

条文は中立的に見えるが、立法上の趣旨は、医療費抑制（患者負担増）を正当化するため、家計への影響を考慮した事実（手順・審議）を踏むとする規定にある。患者負担増の免罪符に等しいものと言わざるを得ない。趣旨が違うと言うのであれば、「患者負担の軽減に向けて、家計への影響を検証し、配慮する」旨を明確化（規定）すべきである。

②影響検証など「考慮」なく、「聴取」して終わり

審議（手順）を踏むとする免罪符として機能するかどうかも疑わしい。

現行の健保法においても、高額療養費の支給要件・支給額などについて「療養に必要な費用の負担の家計に与える影響」などを考慮して定めると規定している。しかし、今回の高額療養費の月負担限度額引き上げ（2026年度政府予算）では、患者団体を交えた社会保障審議会（専門家委員会）に具体的な負担額見直し案（2026年度予算案）は示されず、影響に関わる検証はないまま、議論を取りまとめている。その後の親会議（医療保険部会）における審議は政府決定（大臣折衝事項）の事後報告であり、影響の検証（患者負担の変化）は極めて限定的な事例に留まる上、疾病に伴う所得減少の現実も踏まえておらず、家計への影響を考慮したとは到底言えない。

しかも、現に影響額＝給付削減（1,070億円）を政府予算案に計上しているにもかかわらず、上野厚生労働大臣は負担増による「受診抑制はない」と強弁している。

政府の不誠実な姿勢を見ると、長期療養者について考慮するとの規定を設けたところで、今回と同様、一部患者団体の意見を聞き置くだけの審議が繰り返される危険性が否めない。

③見直し方針（2026年度政府予算）の影響こそ検証すべき

本会の調査によれば、すでに高額療養費を受けている患者は平均3割強の収入減少を被っている（※1）。政府の見直し方針を踏まえた場合、支払い能力に対する自己負担額上限割合はほぼ全ての所得階層でWHOが参照する「破滅的医療支出（40%）」を超え、世帯が生活困窮（貧困）に陥ることが報告されている。疾病に伴う所得の減少も踏まえると、医療支出が60%を超える所得階層が過半数を占め、生活破綻を招く事態が実態である（※2）。まずは、厚労省は、見直し方針（2026年度政府予算）について、高額療養費制度の専門委員会において、収入減少と支払い余力に関するシミュレーションを行いつつ、支払い余力を検討すべきである。

（※1）全国保険医団体連合会「高額療養費、OTC類似薬の負担増」（3月12日記者会見）。

（※2）全がん連・天野慎介理事長が配布した資料（衆議院予算委員会公聴会、3月10日）。

④保険者変更に伴う多数回該当リセットの運用改善を

長期に及ぶ療養者への影響を考慮すると言うのであれば、加入する保険者が変わる場合（健康保険組合間での変更も含む）、「多数回該当」（※）のカウントがリセットされてしまう問題（あらためて通常の月負担限度額を支払うことになる）については早急に改善を図るべきである。転退職・引越し等で心身含め負担がかかる中での医療費負担増は影響が大きい。「オンライン資格確認」について高額療養費利用の“メリット”を強調する一方、大きな負担増となる「多数回該当」リセットの問題を放置することは看板に偽りありと言わざるを得ない。

（※）直近1年内で高額療養費の支給が3回以上あった場合、4回目以降、負担限度額をさらに軽減する。例えば年収370万円～770万円の場合、月8万円→月4.4万円。

3. 後期高齢者医療制度における金融所得の勘案について

<概要>

- ・後期高齢者医療において、上場株式の配当などの金融所得を保険料の算定や窓口負担割合等の判定に反映する。
- ・そのため、金融所得の支払に係る法定調書を金融機関等がオンラインにより後期高齢者医療広域連合へ提出する義務等を設ける。

※施行日：公布後5年以内（公布後2～3年でオンライン提出義務化、公布後4年8カ月程度で保険料・窓口負担に反映を想定）

<懸念点・問題点>

①高齢者を狙い撃ちしている

「年齢にかかわらず公平な応能負担を実現するための第一歩」（総合経済対策、2025年11月21日）として、まずは後期高齢者より導入するとしているが、高齢者を狙い撃ちしたとのそしりを免れない。本制度の可否は別として、高齢者以外の年齢（世代）での導入・工程も不明瞭なまま、高齢者だけを先行して進める仕方は年齢差別である。

②窓口負担に応能負担を求めるべきではない

医療は迅速に受けられることに意味がある。応能負担を求めるのであれば、受診抑

制が避けられない窓口負担増に求めるべきではない。新たに煩雑なスキームを導入する手間に鑑みても、既存の金融所得課税（所得税 15%、住民税 5%）を改善して、欧米先進国の 25~40%の水準に引き上げる方がはるかに手っ取り早い。

4. 医療機関の業務効率化・勤務環境改善への支援について

<概要>

- ・医療機関（病院・診療所）は、業務効率化・勤務環境改善に資する措置を講ずるよう努めなければならない（措置を講ずるように努める）との規定を設ける。
※努力義務（医療法）、努力規定（健保法）であり、双方とも義務規定ではない。
- ・業務効率化・勤務環境改善に取り組む医療機関を支援する新たな事業を地域医療介護総合確保基金に設ける。
- ・業務効率化・勤務環境改善に係る計画を作成し、効率化等を推進する病院を厚生労働大臣が認定する仕組みを設ける。
（認定制度への病院の申請は任意。病院は、効率化・業務改善の実施状況を年 1 回以上公表。認定を受けた病院は表示が可能、効力は 6 年間。）
- ・業務の効率化（DX 化）に関する取組例として、スマートフォンによる情報共有の効率化（グループでの一斉情報共有）、見守りカメラ・スマートグラスによる見守り業務の効率化、音声入力・バイタルの自動入力・生成 AI による文書自動作成支援など（※）。
（※）社会保障審議会医療部会（2026 年 3 月 9 日、2025 年 10 月 27 日）。

※施行日：2027 年 4 月 1 日・一部は 2027 年 1 月 1 日

<懸念点・問題点>

①人減らしでケア低下・労働強化を危惧

医療人材の不足への対応として、業務の効率化（DX 化）を進める構えである。今次の診療報酬改定では、看護職員と医師事務作業補助者について、業務効率化に関わり ICT 化を進めた場合、看護師は 1 割以内、医療クラークは 2~3 割以内で現場配置を削減できる運用に緩和している。ICT 活用を理由にした人員削減により、患者と相對するケアの希薄化や看護労働の強化になる本末転倒な事態も危惧される。本来、ICT 機器は現場の人員を確保した上で、より良い医療提供に向けた形で活用されるべきである。また、ギリギリの人員では故障時に医療提供に支障を来すことが避けられない。

②ICT 活用への支援が必要

ICT 利用に関わる医療現場の負担増に配慮した施策が求められる。現場での、ICT の活用・継続に係る課題として、「ICT の維持・管理にコストがかかる」「教育・人材育成に時間・コストがかかる」「故障時の対応に人員が必要」「故障時に現場が混乱する」などの声が多い（※）。導入・継続・更新に関わる費用支援、定着までにおける余剰人員確保への手当などが必要である。

（※）中医協総会・総-3（2025 年 11 月 5 日）。

③デジタル化押しつけるてこに利用

医療機関（病院、診療所）に対して、業務効率化などに資する措置を「努力（義務）」

規定」として定めるが、国がデジタル化を強引に押し付ける条文（てこ）としてなし崩し的に利用されかねない。

とくに、業務効率化に関わって、看護業務・医師事務のデジタル化に留まらず、マイナ保険証、電子処方箋、「標準型電子カルテ」など「医療 DX」関連業務が取り込まれ、医療機関に電子カルテ等の実装が事実上義務化されていく可能性が否定できない。

④診療報酬での要件化は不可

認定制度において、病院の申請は任意である。診療報酬において要件化（義務化）して、申請を強制するようなことは認められない（入院料通則、加算の必須要件に設定など）。

5. 子育て世帯の保険料負担軽減（国民健康保険制度）について

<概要>

- ・国民健康保険において、子どもに係る均等割保険料(税)の5割を軽減する措置の対象について、未就学児から高校生年代まで拡充する。

施行日：2027年4月1日

<懸念点・問題点>

①軽減割合の拡大、国の負担割合の引き上げも

軽減措置の対象年齢の拡大は望ましいが、地方団体の要望を踏まえて、軽減割合の拡大、国の負担割合(現行1/2)の引き上げも行うべきである。

②均等割廃止に向けた議論を

応能負担を言うのであれば、本来、均等割を廃止して、所得割に統一すべきである。非正規雇用者が被用者保険に統合されていく中、国民健康保険は医療費がかかる一方、所得が低い者で構成する脆弱な保険に一層なりつつある。事業主負担がない上、世帯人数に応じた均等割が課されるため、子育て世帯に不条理に高い保険料が強いられている（例えば、モデル世帯で年収400万円の4人家族の世帯（夫、専業主婦、小学生の子2人）では年40万円超に及ぶ）。応能負担（保険料軽減）を謳うのであれば、国保料算出に際して、均等割は廃止した上、健康保険の保険料負担率よりも低くするなど、加入者が払える適切な保険料水準に引き下げる抜本的な改善が求められる。

6. 社会保障制度改革の推進について

<概要>

- ・公布後、「持続可能な医療保険制度を実現する」ため、社会経済情勢の変化及び社会の要請に対応し、「必要な保険給付等の適切な実施」「世代間・世代内の負担の公平性の確保を図る」ためのさらなる改革について、速やかに検討し、その結果に基づいて所要の措置を講ずるとしている。（附則第2条第1項関係）

<懸念点・問題点>

①さらなる給付削減に向けた検討は認められない